

JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH

Volume 32 Number 2 June 2009 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

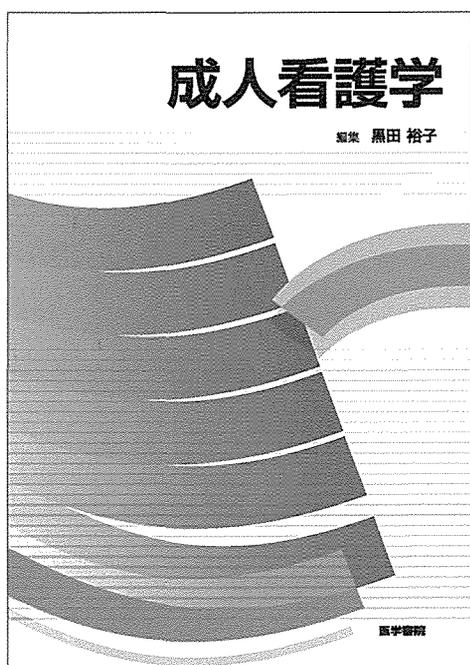
[32巻 2号]

膨大な成人看護学の教科書が1冊本に。要点理解に最適

成人看護学

編集 黒田裕子 北里大学看護学部教授

新刊



看護学の中でも領域の広い成人看護学を1冊にまとめた教科書。総論では成人期の人々を理解する上で必要な概念や急性期・慢性期・周手術期での看護問題の捉え方を解説。各論は単なる機能障害別ではなく、「栄養」「排泄」「酸素化」「活動／休息」「知覚／認知」「安全／防御」「セクシュアリティ」という7つの視点からみた健康問題をもつ人の理解と看護を解説。膨大な成人看護学の内容や鍵となる要点がビジュアルに理解できるよう工夫されている。

●B5 頁512 2009年 定価6,090円
(本体5,800円+税5%) [ISBN978-4-260-00759-7]
消費税税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

目次

- 総論 …
- 第1章 成人期にある人々の特徴
 - 第2章 成人期に特徴的な健康問題の理解
 - 第3章 健康の維持・増進の看護援助
 - 第4章 急激な身体侵襲時の看護
 - 第5章 周手術期の看護
 - 第6章 慢性期・回復期の看護
 - 第7章 がん看護
 - 第8章 感染看護

- 各論 …
- 第9章 “栄養”に健康問題をもつ人のアセスメントと看護
 - 第10章 “排泄”に健康問題をもつ人のアセスメントと看護
 - 第11章 “酸素化”に健康問題をもつ人のアセスメントと看護
 - 第12章 “活動／休息”に健康問題をもつ人のアセスメントと看護
 - 第13章 “知覚／認知”に健康問題をもつ人のアセスメントと看護
 - 第14章 “安全／防御”に健康問題をもつ人のアセスメントと看護
 - 第15章 “セクシュアリティ”に健康問題をもつ人のアセスメントと看護



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

会 告 (1)

今年度の学会賞・奨励賞については、新規程の施行後（平成21年8月2日以降）に募集します。

平成21年6月20日

一般社団法人
日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

会 告 (2)

日本看護研究学会雑誌32巻1号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

目次

誤	健康増進施設利用者の運動習慣と健康関連指標の関連	69
	東京女子医科大学看護学部 江 上 京 里	
	東京女子医科大学看護学部 見 代 道 子	
正	健康増進施設利用者の運動習慣と健康関連指標の関連	69
	東京女子医科大学看護学部 江 上 京 里	
	東京女子医科大学看護学部 見 城 道 子	
	東京女子医科大学看護学部 守 屋 治 代	
	東京女子医科大学看護学部 山 元 由美子	

(2) 以下の通り訂正いたします。

P77 右段1行～2行

誤 なお、本研究は、MONAC・掛川市健康調査プロジェクトによる助成を受けて実施し、研究の結果の一部は、第33

正 なお、本研究は、MONAC・掛川市健康調査プロジェクトによる助成を受けて実施し、研究の結果の一部は、第33
回日本看護研究学会学術集会で発表しました。

会 告 (3)

第35回日本看護研究学会学術集会を下記のように開催いたします。(第4回公告)
なお、最新の情報は学術集会ホームページ (<http://jsnr35.umin.jp/>) をご覧ください。

平成21年6月20日

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

会 長 川 嶋 みどり

記

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

メインテーマ 「^{はじ}創めを探り^{ひら}未来を拓く」

会 場：パシフィコ横浜・国立大ホール・会議センター

〒220-0012 横浜市西区みなとみらい1-1-1

TEL：045-221-2166 (交通案内) 045-221-2155 (総合案内)

URL：<http://www.pacifico.co.jp/index.html>

期 日：平成21年8月3日(月)、4日(火)

プレカンファレンスセミナー 8月2日(日)

第1日目 8月3日(月) 9:00~17:50

9:10~10:10 会長講演：「優れた看護実践－新しい知の創出とわざの精錬」

川嶋みどり(日本赤十字看護大学教授)

座長：近田 敬子(園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科教授)

10:20~11:50 招聘講演Ⅰ：「アカデミック・ナーシング・プラクティス」

Lois K. Evans 博士(ペンシルヴァニア大学)

座長：筒井真優美(日本赤十字看護大学教授)

12:30~13:30 総会

13:40~15:40 シンポジウムⅠ：「アカデミック・ナーシング・プラクティス」

シンポジスト：

泉 キヨ子(金沢大学医薬保健研究域保健学系教授)

武田 利明(岩手県立大学看護学部教授)

鎌倉やよい(愛知県立大学看護学部教授)

菱沼 典子(聖路加看護大学教授)

座長：小原真理子(日本赤十字看護大学教授)

村上 明美(神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科教授)

- 13：40～15：40 交流集会1：「リエゾン看護」
 ファシリテーター：
 出口 禎子（北里大学看護学部教授）
 白井 教子（北里大学病院 精神看護専門看護師）
 武用 百子（和歌山県立医科大学保健看護学部講師 兼 精神看護専門看護師）
 話題提供者：
 金子真理子（東京女子医科大学看護学部）
- 13：40～17：00 Nursing Science Café in 横浜
- 13：40～17：00 研究倫理等に関する相談（仮）
 企画：研究倫理委員会
- 14：10～14：50 奨学会研究発表
 加藤真由美（新潟大学医学部保健学科）
 掛田 崇寛（川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科）
 座長：阿曾 洋子（大阪大学大学院医学系研究科保健学科専攻教授）
- 14：10～16：10 交流集会6：「現代的教育ニーズ取組支援プログラム
 -大学・地域一体型地域医療実習の実践報告」
 ファシリテーター：
 岡山 寧子（京都府立医科大学医学部看護学科教授）
 眞鍋えみ子（京都府立医科大学医学部看護学科教授）
 話題提供者：
 松田かおり（京都府立医科大学医学部看護学科）
 西田 直子（京都府立医科大学医学部看護学科）
 三橋 美和（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）
 大西早百合（京都府立医科大学医学部看護学科）
- 14：10～17：10 特別交流集会1：「研究成果を世界に発信するために-英文抄録とキーワード-」
 企画：国際活動推進委員会
- 14：10～15：40 市民公開講座I：「音と技が織りなすケア-看護音楽療法への招待-」
 プランナー：川嶋 みどり（日本赤十字看護大学教授）
 演者：東郷 美香子（健和会 柳原病院）
 佐藤 邦男（NPO 日本アビリティーズ協会）
 ピアノ演奏：
 梶 ひとみ（ピアニスト）、加藤 雅子（音楽療法士）
 デモンストレーション：
 境 裕子・鈴木 美和・小林 由子・加藤 史子（健和会 臨床看護学研究所）
 座長：角濱 春美（青森県立保健大学健康科学部看護学科准教授）

- 15：00～17：00 パネルディスカッションⅠ：「ナーシング・プラクティス・交流広場」
パネリスト：
渡邊 眞理（神奈川県立がんセンター
医療相談支援室長 兼 副看護局長 兼 がん看護専門看護師）
大江 理英（大阪けいさつ病院 急性・重症患者看護専門看護師）
長田 暁子（横浜市立大学附属市民総合医療センター 小児看護専門看護師）
山田美也子（なごみ助産院 院長）
座長：黒田 裕子（北里大学大学院クリティカルケア看護学教授）
棚橋 泰之（北里大学大学院クリティカルケア看護学講師）
- 15：50～17：50 交流集会2：「虐待・ドメスティックバイオレンス」
ファシリテーター：
高橋 眞理（北里大学看護学部教授）
立岡 弓子（名古屋大学医学部保健学科准教授）
話題提供者：
三隅 順子（東京医科歯科大学医学部保健衛生学科）
岸 恵美子他（帝京大学医療技術学部）
武者貴美子（北里大学大学院看護学研究科博士後期課程）
- 15：50～17：50 トピックス：「保健師助産師看護師国家試験出題基準の改定と問題作成のあり方」
演者：平賀 元美（厚生労働省医政局看護課看護教育指導官）
川本利恵子（九州大学大学院医学系学府保健学専攻教授）
座長：榊 恵子（昭和大学保健医療学部看護学科准教授）
- 15：50～17：50 市民公開講座Ⅱ：「映画とお話」
映画：アリサ ヒトから人間への記録
お話：やさしさの本質 山崎定人（映画監督）
座長：山口 桂子（愛知県立大学看護学部教授）
- 14：10～17：30 一般演題（口演・示説）

第2日目 8月4日（火）9：30～17：00

- 9：40～11：10 招聘講演Ⅱ：「歴史研究と看護実践」
Sioban Nelson 博士（トロント大学）
座長：牧本 清子（大阪大学大学院医学系研究科教授）
- 9：50～11：50 交流集会3：「研究成果の看護実践活用」
ファシリテーター：
川口 孝泰（筑波大学大学院人間総合科学研究科教授）
佐伯 由香（筑波大学大学院人間総合科学研究科教授）
話題提供者：
東 ますみ（兵庫県立大学大学院応用情報科学研究科）
佐藤 政枝（首都大学東京健康福祉学部看護学科）

- 12：00～14：00 シンポジウムⅡ：「未来を拓く看護」
シンポジスト：
陣田 泰子（聖マリアンナ医科大学統括看護部長）
山勢 博彰（山口大学大学院医学系研究科教授）
長谷川美津子（東邦大学医学部看護学科教授）
座長：小松 浩子（聖路加看護大学教授）
中木 高夫（日本赤十字看護大学教授）
- 12：30～14：30 交流集会4：「災害と看護」
ファシリテーター：
山勢 善江（日本赤十字九州国際看護大学教授）
上村 朋子（日本赤十字九州国際看護大学准教授）
話題提供者：
的野 澄子（夫婦石病院）
宇都宮明美（兵庫医科大学病院）
高原 美貴（姫路赤十字病院）
- 13：00～16：00 特別交流集会2：「看護実践能力を高める教育の在り方－臨地実習指導の方法－」
企画：国際活動推進委員会
- 14：10～16：10 パネルディスカッションⅡ：「患者体験を取り入れた教育実践の工夫と未来」
パネリスト：
中村 美鈴（自治医科大学看護学部教授）
城丸 瑞恵（昭和大学保健医療学部教授）
高橋奈津子（聖路加看護大学博士後期課程）
佐藤 幹代（東海大学健康科学部講師）
村上 礼子（獨協医科大学看護学部講師）
座長：小島 善和（東海大学健康科学部准教授）
吉田 澄恵（順天堂大学医療看護学部准教授）
- 14：40～16：40 交流集会5：「新しい看護ケア（Alternative-Care 代替療法）」
ファシリテーター：
小板橋喜久代（群馬大学医学部保健学科教授）
江川 幸二（神戸市看護大学准教授）
話題提供者：
桐山 勝枝（群馬大学大学院医学系研究科博士前期課程）
藤原 櫻（神戸市看護大学大学院博士前期課程）
猪俣千代子（札幌医科大学保健医療学部）
田淵 康子（佐賀大学医学部看護学科）
- 9：50～12：00 一般演題（口演）
13：00～16：20 一般演題（口演）
9：50～16：20 一般演題（示説）
16：55～17：00 閉会の辞

【参加費事前払い込みのご案内】

<参加費>

	事前登録（6月30日まで）	当日登録	備 考
会 員	11,000円	12,000円	
非会員	12,000円	14,000円	但し、学術集会雑誌代を含む
学 生	3,000円	3,000円	但し、学術集会雑誌代は含まない

注：大学院生は会員または非会員のいずれかでお申し込みください。

<事前登録方法>

学術集会ホームページ (<http://jsnr35.umin.jp/>) よりご登録ください。ご登録時に参加登録番号を忘れないようにお手元にメモしておいてください。

ご登録時に参加費支払い方法を、①クレジットカード決済、②コンビニオンライン決済、③郵便局払い込みの3つから選択できますので、画面で選定し、画面の指示に従って参加費をお支払いください。

郵便局払い込みの場合は、同封の振込用紙にてお振込みください。

振込先は「第35回日本看護研究学会学術集会 00120-3-336553」です。

郵便局備え付けの振込用紙をご利用の場合は、通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

- ① 氏名、所属、本学会の会員・非会員の別、会員番号（会員の場合）
- ② 登録番号（参加申し込み後、自動返信メールに記載されています）

事前登録期限日（6月30日）までに、お振り込み下さい。正式な受付は、参加費の支払いを確認した時点となります。

【懇親会】

日 時：平成21年8月3日（月）18時～20時

会 場：パシフィコ横浜・会議センター3階ラウンジ

会 費：5,000円 学生 3,000円（学生に大学院生は含まない）

【プレカンファレンスセミナー参加募集のご案内】

学術集会前日に、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、下記のとおりです。皆さまのご参加をお待ちしております。

テーマ1：「研究テーマの絞り込みにおいて陥りやすい問題」

黒田 裕子（北里大学大学院クリティカルケア看護学教授）

テーマ2：「わかりやすい量的研究」

中山 和弘（聖路加看護大学教授）

テーマ3：「わかりやすい質的研究」

谷津 裕子（日本赤十字看護大学准教授）・北 素子（東京医療保健大学看護学部准教授）

日 時：平成21年 8 月 2 日（日）14時30分～17時（受付は13時30分から）

会 場：パシフィコ横浜・会議センター3階

募集人数：各テーマとも200名（先着順）

会 費：学術集会とは別に5,000円

<申し込み方法>

申し込みは、学術集会ホームページ（<http://jsnr35.umin.jp/>）にてご登録ください。ご登録の際、所定の様式に添って、ご氏名、ご所属（部署まで正確にご記入ください）、本学会の会員・非会員の別、希望するテーマをご記入ください。申し込み受付後、E-mailにて、申し込み受付の自動返信をいたします。登録番号のご確認と、必ず受付られたかどうかのご確認をお願いします。受信後、1週間以内に会費5,000円の事前振り込みを以下の要領でお願いします。この事前振り込みがない場合は、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上記3つのテーマについて同時間進行となります。従って、お1人様に付き1つのテーマのみの申し込みとなりますのでご注意ください。

※申し込み締め切りは、平成21年6月30日です。なお、先着順に登録しますので締め切りを待たないで定員になった場合はその時点で締め切らせていただきます。定員に達しない場合は、当日のご参加も可能です。

<事前のプレカンファレンス参加費の振り込み方法>

上記の要領でホームページよりプレカンファレンスの参加をご登録いただいた際に、プレカンファレンス参加費の支払い方法を、①クレジットカード決済、②コンビニオンライン決済、③郵便局払い込みの3つから選択できますので、画面で選定し、画面の指示に従って参加費をお支払いください。

郵便局払い込みの場合は、同封の振込用紙にてお振込みください。

振込先は「第35回日本看護研究学会学術集会 00120-3-336553」です。

郵便局備え付けの振込用紙をご利用の場合は、通信欄に、「氏名」「所属」「登録番号」（参加申し込み後、自動返信メールに記載されています）を必ずご記入ください。

【第35回学術集会事務局】

〒228-0829 神奈川県相模原市北里2-1-1

北里大学大学院クリティカルケア看護学

第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会 事務局

FAX：042-778-9069

E-mail：jsnr35-office@umin.ac.jp

ホームページ：http://jsnr35.umin.jp/

目 次

—原 著—

自己決定理論構成概念の測定尺度日本語版の信頼性・妥当性の検証 —血液透析患者の自己管理における自律性支援認知, 動機づけ, 有能感の測定—	13
財団法人田附興風会医学研究所 北野病院 山 本 佳代子 札幌医科大学保健医療学部看護学科 奥 宮 暁 子	
精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難	23
埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科 林 裕 栄	
統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩	35
九州大学大学院 藤 野 成 美 広島大学大学院保健学研究科 山 口 扶 弥 広島大学大学院保健学研究科 岡 村 仁	
病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念	45
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 國 方 弘 子 新見公立短期大学非常勤講師 本 田 圭 子	
親の役割受容と親役割行動が子どもの評価する家族機能と精神的健康に与える影響	55
独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院 高 見 三 奈 山形大学医学部看護学科 佐 藤 幸 子 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 塩 飽 仁	

—原著・奨学会研究—

人工股関節再置換術後患者の再置換に関連する住生活環境要因	65
首都大学東京健康福祉学部看護学科 佐 藤 政 枝	

—研究報告—

看護職者の患者指導に対する認識と実施状況	75
弘前大学大学院保健学研究科 小 倉 能理子 弘前大学大学院保健学研究科 阿 部 テル子 弘前大学大学院保健学研究科 齋 藤 久美子 弘前大学大学院保健学研究科 石 岡 薫 弘前大学大学院保健学研究科 一 戸 とも子 弘前大学大学院保健学研究科 工 藤 せい子 弘前大学大学院保健学研究科 西 沢 義 子 弘前大学大学院保健学研究科 會 津 桂 子 弘前大学大学院保健学研究科 安 杖 優 子 弘前大学医学部附属病院 小 林 朱 実	
一般訪問看護師が精神障害に関連して対応困難と感じる事例の実態と支援へのニーズ	85
岡山県立大学保健福祉学部 渡 邊 久 美 岡山大学大学院保健学研究科 折 山 早 苗 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 國 方 弘 子 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 岡 本 亜 紀 岡山済生会総合病院 茅 原 路 代 岡山訪問看護ステーション看護協会 菅 崎 仁 美	

外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動	93
山形大学医学部附属病院	布川真記
山形大学医学部看護学科	古瀬みどり
看護職員のセルフマネジメントの構造	101
富山大学医学部看護学科	吉井忍
富山大学医学部看護学科	八塚美樹
訪問看護に従事する看護職の職場の対人葛藤に関連する要因	113
鳥取大学医学部保健学科	仁科祐子
岡山大学大学院保健学研究科	谷垣静子
第34回日本看護研究学会講演記事	
トーキングセッション	
ジェネラリスト・スペシャリストをいかに紡ぐか? ~総括~	125
京都大学大学院医学研究科	宮島朝子
滋賀県立大学人間看護学部	平河勝美
ジェネラリストとがん看護専門看護師が紡ぐケア	127
ファシリテーター 淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長	がん看護専門看護師 田村恵子
慢性看護連携システム構築の実践とその課題 ~慢性疾患看護師としての取り組み~	131
メンバー 平塚共済病院療養指導室長, 慢性疾患看護専門看護師	米田昭子
感染管理が紡ぐもの	133
メンバー 公立学校共済組合近畿中央病院医療安全推進室	感染管理認定看護師 西真由美
スペシャリストと管理者との協働 ~未来づくりへの紡ぎ方~	136
メンバー 兵庫県立柏原病院看護部長	箕浦洋子
カナダにおけるファミリー・ナース・プラクティショナーの役割と日本の看護界への提言	138
指定発言 バンクーバー・コスタル保健局	
ファミリー・ナース・プラクティショナー (FNP)	スティーブン 橋本次郎
シンポジウムⅡ	
看護がリードするこれからの保健医療のあり方 ~総括~	142
園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科	大野かおり
山形大学医学部看護学科	叶谷由佳
紡ぎから生まれる資源 ~保健師の意識改革・療育支援ネットワーク構築を通して~	143
丹波市健康部健康課保健師	上原恵美
あったか地域の大家族 ~富山型デイサービスの14年~	145
特定非営利活動法人デイサービスこのゆびとーまれ理事長	惣万佳代子
地域防災活動と連動した災害看護教育	149
日本赤十字看護大学教授	小原真理子

CONTENTS

Original Papers

- Reliability and Validity of the Japanese Version of Self-Determination Theory
Measurement Tools for Patients with Hemodialysis Treatment 13
 Kitano Hospital The Tazuke Kofukai Medical Research Institute : Kayoko Yamamoto
 Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University : Akiko Okumiya
- Difficulties Shared by Visiting Nurses Supporting People with Mental Disorders 23
 Department of Nursing, School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University : Hiroe Hayashi
- Suffering on the Caregiving Experience of Family Caregivers of Patients with Schizophrenia 35
 Graduate School of Medical Science, Kyushu University : Narumi Fujino
 Graduate School of Health Science, Hiroshima University : Fumi Yamaguchi
 Graduate School of Health Science, Hiroshima University : Hitoshi Okamura
- Self-Concept of the Mentally Handicapped Talking About Their Experience in the Community 45
 Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Hiroko Kunikata
 Niimi College : Keiko Honda
- The Influence of Parental Role-Acceptance and Parental Role Behavior to
Family Function and the Mental Health of Adolescents 55
 Japan Labour Health and Welfare Organization, Yokohama Rosai Hospital : Mina Takami
 School of Nursing, Yamagata University : Yukiko Sato
 Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Tohoku University : Hitoshi Shiwaku
- Living Environmental Factors Causing Revision of Total Hip Arthroplasty 65
 Division of Nursing Sciences, Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University : Masae Satoh

Research Reports

- Awareness and Practice of Nursing Professionals to Patient Coaching 75
 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Noriko Ogura
 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Teruko Abe
 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Kumiko Saitoh
 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Kaoru Ishioka
 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Tomoko Ichinohe
 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Seiko Kudoh
 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Yoshiko Nishizawa
 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Keiko Aidu
 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Yuko Andue
 Hirosaki University School Hospital of Medicine : Akemi Kobayashi

Actual Situations of Cases in Which General Visiting Nurses Feel Difficulty in Taking Care of Psychiatric Patients and the Support Needs of General Visiting Nurses	85
Faculty of Health and Welfare Science, Okayama Prefectural University : Kumi Watanabe	
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Sanae Oriyama	
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Hiroko Kunikata	
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Aki Okamoto	
Okayama Saiseikai General Hospital : Michiyo Kayahara	
Okayama Visit Nursing, Nursing Association : Kanzaki Hitomi	
A Self-Care Behaviors Within The Continuation Process With Outpatient Chemotherapy For Cancer Patients	93
Yamagata University Hospital : Maki Nunokawa	
School of Nursing, Department of Medicine, Yamagata University : Midori Kose	
Structure of Self-Management of the Staff Nurses Working in Hospitals	101
School of Nursing, Faculty of Medicine, Toyama University : Shinobu Yoshii	
School of Nursing, Faculty of Medicine, Toyama University : Miki Yatsuzuka	
Factors Related to Intragroup Conflict in the Workplace among Visiting Nurses	113
School of Health Science, Faculty of Medicine, Tottori University : Yuko Nishina	
Graduate School of Health Science, Okayama University : Shizuko Tanigaki	

自己決定理論構成概念の測定尺度日本語版の信頼性・妥当性の検証 —血液透析患者の自己管理における自律性支援認知、動機づけ、有能感の測定—

Reliability and Validity of the Japanese Version of Self-Determination Theory
Measurement Tools for Patients with Hemodialysis Treatment

山本佳代子¹⁾ 奥宮暁子²⁾
Kayoko Yamamoto Akiko Okumiya

キーワード：自己決定理論，尺度，血液透析患者，信頼性，妥当性
Key Words：Self-Determination Theory, measure, patients with hemodialysis treatment, reliability, validity

I. 緒言

維持透析患者はわが国では現在増加の一途をたどり、2006年度では新規に3万人が透析導入している¹⁾。さらに、近年導入患者の平均年齢は65歳を超え²⁾、糖尿病性腎症の割合の増加、導入年齢の高齢化、長期生存と合併症の多様化という状況にある³⁾。今後、患者に必要な自己管理行動はより複雑となることが予想され、透析患者のセルフケア支援を目指した看護の新しい方策が求められている³⁾。従来、患者教育は患者に必要な自己管理行動を遵守させるものであった^{4,5)}が、知識や技術を一方的に教え込むのではなく、患者が日常生活で遭遇する多彩な場面で、適切な選択ができ、困難な問題を解決していけるような能力と自律性を育てていくことを奨励^{4,5,6,7)}する動きが出てきた。この「自律性を尊重する」考え方としてDeciら^{8,9,10)}の自己決定理論がある。この理論は、1970年代からDeciらが提唱した認知的評価理論、有機的統合理論など4つの理論を含めた動機づけに関する理論体系で、人間の自己決定と有能さに関する認知の変化が行動への動機づけにどう作用するかを説明している。医療の分野では、医療者が患者の自律性を支援すること（autonomy

support）は、その人の自律的な動機づけ（autonomous motivation）を促進するとしている。さらに自律的動機づけは、有能感（competence）を生じさせ、自己管理行動に変化をもたらすという「自己決定理論ヘルスケアモデル」（図1）が構築されている¹¹⁾。1996年にWilliamsら¹²⁾は、自己管理行動が自律的に動機づけられているかを測定するために「Treatment Self-Regulation Questionnaire」（療養行動の動機づけ尺度、以下TSRQと略す）を作成し、患者が感じる自律性支援の測定は1998年にWilliamsら¹³⁾が「Health-Care Climate Questionnaire」（自律性支援の認知尺度、以下HCCQと略す）を作成し、同じく1998年、行動の変化に関して自分にはできるという感覚である有能感を測定するためにWilliamsら¹³⁾が「Perceived Competence Scale」（有能感尺度、以下PCSと略す）を作成している。これらの尺度は、血糖コントロール^{13,14)}、減量¹²⁾、禁煙¹⁵⁾等の自己管理行動で使用され尺度の信頼性妥当性と自己決定理論ヘルスケアモデルの検証が行われている。

一方、日本の透析看護の研究では有能感に近い概念である自己効力感が用いられ、自己管理行動や食事への満足感に直接影響を及ぼすことがわかっている^{16,17)}。この自己効

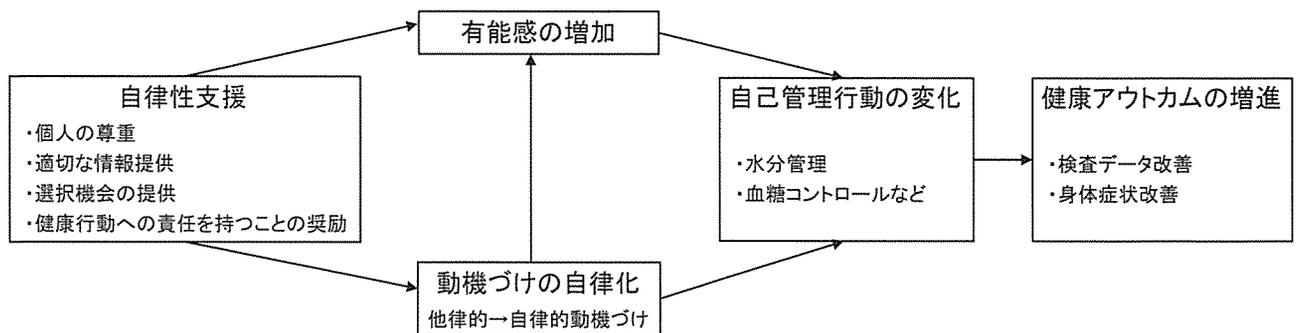


図1 自己決定理論ヘルスケアモデル 文献11), 13) より改編

1) 財団法人田附興風会医学研究所 北野病院 Kitano Hospital The Tazuke Kofukai Medical Research Institute

2) 札幌医科大学保健医療学部看護学科 Department of Nursing, School of Health Sciences, Sapporo Medical University

力感に影響する因子は、患者の意思判断の有無と家族支援の有無とする報告¹⁸⁾や、家族・医療者の支援、透析受容、医療者の人格イメージと身体症状との報告¹⁶⁾がある。しかし、なぜ自己効力感がこれらの要因に影響を受けたのかを、医療者の支援が自律性を尊重するものであったかという視点や、患者の動機づけの状態が自律的か否かという視点から調査したものはない。さらに、透析患者の自律性や、動機づけの実態についても測定できる尺度は無く、明らかにされていない。そこで、新しいパラダイムに合致した自律性を尊重する看護の評価や、患者の自律性を評価する尺度の開発の必要性が生じている。

そこで本研究は、透析患者用自己決定理論の各概念を測定する尺度 (HCCQ, TSRQ, PCS) の日本語版作成を試み、その使用可能性を検討するために信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

Ⅲ. 用語の定義

本研究では以下のように用語を定義した。

1 自律性支援 (autonomy support)

個人の価値観を尊重し、適切な情報提供をすることで患者自身が健康行動に対する責任能力を持つよう励ます、協働的な関係性を重視した支援

2 自律的動機づけ (autonomous motivation)

課題に関する興味や価値づけから行動をはじめ、維持する力を持つ動機づけ

3 他律的動機づけ (controlled motivation)

他者から期待されたことに服従して行動を行う、受動的・迎合的な動機づけ

4 有能感 (competence)

過去の経験に依拠して、自分は課題行動の実施、継続が可能であるという感覚

5 水分管理

次の透析までの体重増加を適正にするための生活上の工夫

Ⅳ. 研究方法

1. 調査対象

対象は、近畿周辺の透析施設11箇所に通院する、成人以上の透析患者で、透析に必要な自己管理行動が安定すると思われる、導入から1年以上で自記式質問紙に回答可能な者とした。心不全等でドライウエイト調整中の者、精神疾患・認知障害のある者、常時ADL介助の必要な者は除外した。

2. 調査期間

調査期間は、2005年4月より10月まで。

3. 日本語版作成プロセス

日本語版作成の手順は、数多く用いられている逆翻訳の手法^{19,20)}を用いた。HCCQ, TSRQ, PCS 原版はSelf-Determination Theory ホームページ上²¹⁾で各疾患用が公開されているものを入手した。各原版の構成は、HCCQが1因子6項目、TSRQが3因子15項目、PCSが1因子4項目ですべて7段階尺度である。原版では「healthy diet」「not smoke」「exercise」などのように、様々な自己管理行動バージョンがあるが、透析患者用の日本語版を作成する許可を尺度原作者から得た。

逆翻訳の手順に準じての翻訳には、透析看護領域の研究者2名、Deciの自己決定理論に基づく動機づけに関する研究をしている心理学の研究者、ネイティブの医療従事者、翻訳業者がかかわり、原版の表現が適切に反映されているか、日本語の表現が適切かについて検討した。

各日本語版作成後、予備調査を行った。対象者は、透析歴1年以上の透析に関する管理を自分でやっている透析患者2名(50代)と、透析経験に関わらず平易な表現かどうかを確認するため、慢性疾患患者2名(40代1名, 60代1名)であった。質問紙回答のあと面接し、表現は平易か、文字の大きさは適切か、記入しやすい様式だったかについてたずね、この結果を基に前述の各方面の研究者と協議の上、日本語版の最終決定版とした。

4. 質問票の内容

質問票の内容はHCCQ日本語版, TSRQ日本語版, PCS日本語版, 属性に関する項目であった。さらに、各日本語版尺度の妥当性を検討するため、自律性支援、自律的・他律的動機づけ、有能感と理論的に関連があると予測された、患者信頼スケール、ヘルスローカスオブコントロール尺度、食事管理自己効力尺度を加え、自記式質問票を作成した。

属性の内容は、年齢、性別、透析歴、原疾患、ドライウエイト、透析間隔(週に何回実施しているか)、透析時間帯(昼間か夜間か)、職業の有無、家族と同居の有無、透析間の体重増加量であった。

1) HCCQ (自律性支援の認知尺度) 日本語版

Williams, Deciら¹³⁾が開発した「看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う」といった設問からなる1因子構造の尺度で、6項目、7段階尺度(全然あてはまらない1点~非常にあてはまる7点)である。

2) TSRQ (療養行動の動機づけ尺度) 日本語版

Williams, Deciら¹²⁾が開発し、各設問が、対象者がよりよい水分管理を行いたいという理由にあてはまるかどうかを問う内容になっている。「自分が元気であることに責任を持ちたいから」等の「自律的動機づけ」、「他人から水分

管理をするようにとプレッシャーがかかっているように思うから」等の「他律的動機づけ」, 「なぜそうするのか全く考えたことがない」等の「無動機」の3因子構造で, 15項目, 7段階尺度(全然あてはまらない1点~非常にあてはまる7点)である。

3) PCS (有能感尺度) 日本語版

Williams, Deciら¹³⁾が開発し, 「私はこれから水分管理をつづけることができると思う」といった設問からなる1因子構造, 4項目, 7段階尺度(全然あてはまらない1点~非常にあてはまる7点)である。

4) 患者信頼スケール

看護師に対して信頼感を感じているかどうかを測定するもので, 岡谷²²⁾によって作成され, 信頼性妥当性が検証されている。下位尺度は「尊重」「信用」「安心感」「関心」の4因子構造, 全28項目, 4段階尺度(そう思わない1点~そう思う4点)である。「ナースコールを押すとすぐに対応してくれる」といった, 看護師の基本的対応の善し悪しを問う設問もあるが, 「私に関心を寄せ, いつでも見てくれる感じがする」という設問のように, 患者を尊重し対応する姿勢の有無の設問のように, 自律性支援の側面を表現しているものもある。患者が看護師に信頼感を感じ, 協動的関係を築くことは自律性を支援する関係との類似点がある。患者信頼スケールとHCCQ日本語版との比較を行うことで, 併存妥当性を検証する。

5) ヘルスローカスオブコントロール尺度

コントロール所在を測定するもので, 渡邊²³⁾によって作成され, 信頼性妥当性が検証されている。下位尺度は「内的統制」「外的統制」の2因子構造で全14項目, 4段階尺度(そう思わない1点~そう思う4点)である。Deci²⁴⁾によると, 物事の結果がその人自身の行動の結果であると考える「内的統制」は, 自律的あるいは他律的に動機づけられた状態に近く, 物事の結果は自分の努力とは無関係に自分以外のものによって決まると考える「外的統制」は無動機の状態に近いとしている。よって, TSRQ日本語版の下位尺度「自律的動機づけ」「他律的動機づけ」「無動機」とローカスオブコントロール尺度の「内的統制」あるいは「外的統制」との関係がDeciの理論的予想に近いものとなるかを確認する。さらにWilliamsら²⁵⁾が自律的・他律的動機づけとローカスオブコントロールを同時に測定した先行研究と比較し, これをもってTSRQ日本語版の構成概念妥当性を検討する。

6) 食事療法自己効力感尺度

透析患者の食事療法に関する自己効力感を測定するもので, 岡ら²⁶⁾によって作成され, 信頼性妥当性が検証されている。1因子構造で, 全9項目, 4段階尺度(作成時は3段階であったが, 尺度製作者の助言により本研究では自

信がない1点~自信がある4点とした)である。Deciら²⁷⁾は, 有能感は過去の経験に依拠する評価的な側面を意味し, 自己効力感は将来に対する期待を直接検討するものであるが, 二つの概念はともに行動に関して自分ではできるという感覚である点が近い概念であるとしている²⁸⁾。PCS日本語版との関連が推測されるため, 食事療法自己効力感尺度を用い併存妥当性を検証する。

7) 自己管理行動

本研究では, 自己管理行動の指標として, ダイアライザー, 投薬内容等の影響を受けにくい, 1週間分の透析間の体重増加量をその患者のドライウエイトで割った「週間体重増加率」を使用した。

5. 分析方法

1) 各日本語版の信頼性の検討

各日本語版の全体および下位尺度のCronbach α 係数を算出し, 再テストとの相関係数, IT分析の結果で評価した。

2) 各日本語版の妥当性の検討

表面的妥当性が保たれるよう日本語版尺度の作成に配慮した。さらに, 尺度構造の構成概念妥当性を確認するため, 確認的因子分析を行った。各尺度に関連する尺度との比較を行い, 構成概念妥当性の弁別妥当性, 基準関連妥当性は, 併存妥当性を行った。相関係数は, 尺度が順序尺度であることから, Spearmanの相関係数を用いた。

統計分析ソフトはSPSS 13.0 J for Windowsを用いた。分析の際, 再テスト参加者の場合は, Cronbach α , 因子分析には初回の結果のみを使用し, 関連尺度との関係は, 比較する尺度と同時に回答した日本語版尺度得点を使用した。

6. 調査方法

対象者へは, 研究者が施設に訪問し, 透析治療中, 施設スタッフの許可を得られた時間帯に文章と口頭で研究目的等を説明し, 同意書を確認してから調査を開始した。質問票と体重等, 透析記録の確認の必要な項目の情報は, 研究者あて封筒とともに対象者に配布し, 郵送で回収した。再テストは, 初回質問票配付から2週間後に配付し, 郵送で回収した。さらに, 回答の負担を軽減する目的で, 質問票をA (HCCQ, TSRQ, PCS, 患者信頼スケール) B (HCCQ, TSRQ, PCS, ヘルスローカスオブコントロール尺度, 食事療法自己効力感尺度)の2種類にした。対象者を同数の2群にするため, 質問票はAB交互に配布し, 再テスト時は異なるほうの質問票を配布した。

7. 倫理的配慮

倫理的配慮として, 大阪大学医学部倫理委員会の承認と, 協力施設の代表者の許可を得て行った。対象者へは, 文章と口頭で研究目的, 匿名性の保護, 中止の自由, 不参加による不利益のないことを説明した。また, 研究者に直

接郵送するなどの配慮により、通院先のスタッフに回答内容が知られないための工夫も行った。郵送での回収、再テストデータを記号化して処理することで回答者の匿名性を保持した。

V. 結 果

1. 対象者の概要

施設から許可があり研究説明をした患者総数は465名、うち同意書を回収した438名に1回目の質問冊子を配付し、379名から回収した（回収率86.5%）。再テスト同意者は261名で、2週間後の配付時に体調不良等で参加中止した者を除き242名に配付、225名から回収した（回収率92.9%）。回収分から、尺度に欠損値のあるものを除外し、初回テストは323名を、再テストは199名を分析対象とした。また、妥当性検証のための尺度は、それぞれの欠損値のないものを有効回答とし、患者信頼スケール262名、ヘルスロカスオブコントロール尺度254名、食事管理自己効力感尺度272名であった。

本研究の対象者は表1に示すように、平均年齢61.3歳（SD±10.64）男性204名（63.2%）女性119名（36.8%）であった。2005年12月末の全国平均年齢63.88歳（SD±12.82）、性別による患者割合男性60.9%、女性39.1%²⁹⁾と大きな差は無く、日本人の維持透析患者の自己管理に関する認知を評価することが可能であると考えた。また、1週間分の体重増加率の平均はドライウェイトの13.6%であった。

2. 各日本語版得点

各尺度（下位尺度）の項目数が異なるため、各設問の平均得点（すべて7点満点）を比較した。HCCQ4.6点（SD±0.2）、TSRQの自律的動機づけ5.7点（SD±0.4）、他律的動機づけ3.5点（SD±0.7）、無動機2.4点（SD±0.08）、PCS5.0点（SD±0.2）となった。尺度原版を使用した報告^{12, 13, 25, 30)}では、それぞれ対象者等のデザインが異なるため単純に比較はできないが参考値としてあげると表2のとおりである。（なお、慢性疾患管理に関する報告に下位尺度「無動機」の得点を報告している文献がないため、その他の下位尺度のみ提示）本研究対象者の自己管理への動機づけは、他律的動機づけより自律的動機づけ得点の方が高

かった。また、自律性支援の得点は自律的動機づけ、有能感よりも低かった。

3. 日本語版作成の実際と表面的妥当性

まず、透析看護、動機づけに関する心理学の専門家の意見を参考にし、以下のように日本語版を作成した。原版で「healthy diet」「not smoke」「exercise」などのように、各

表1 対象者の基本属性

		n=323	
属性	区分	人数(名)	割合(%)
性別	男	204	63.2
	女	119	36.8
年齢	20歳代	1	0.3
	30歳代	9	2.8
	40歳代	29	8.9
	50歳代	94	29.1
	60歳代	118	36.5
	70歳代	58	18.0
	80歳代以上	14	4.3
透析歴	5年未満	101	31.3
	5年以上10年未満	92	28.5
	10年以上15年未満	45	13.9
	15年以上20年未満	43	13.3
	20年以上25年未満	35	10.8
	25年以上	7	2.2
透析時間帯	昼間	236	73.1
	夜間	87	26.9
透析間隔	週3回	314	97.2
	週2回	7	2.2
	その他	2	0.6
職業	あり	99	30.7
	なし	223	69.0
同居家族	あり	279	86.4
	なし	44	13.6
原疾患	糸球体腎炎	153	47.4
	糖尿病性腎症	55	17.0
	腎硬化症	8	2.5
	のう胞腎	26	8.0
	慢性腎盂腎炎	9	2.8
	その他or不明	71	22.0
週間体重増加率(平均)		13.6%	±3.8

表2 各下位尺度得点

尺度名	下位尺度	本研究	1996(減量) ¹²⁾	1998(服薬) ²⁵⁾	1998(DM) ¹³⁾	2002(禁煙) ³⁰⁾
HCCQ	自律性支援の認知	4.6±0.2	—	5.9±0.9	5.8±1.1	4.5±1.1
TSRQ	自律的動機づけ	5.7±0.4	6.4±0.7	6.4±0.7	6.5±0.8	6.4±1.0
	他律的動機づけ	3.5±0.7	3.8±1.3	2.8±1.3	4.7±1.7	—
PCS	有能感	5.0±0.2	—	—	5.9±1.0	3.6±1.8

※数値は各尺度の項目数が異なるため、1項目（7点満点に調整）の平均値（±SD）

尺度中で自己管理行動を意味する部分は、透析患者用に
するため、ダイアライザーや投薬内容などに影響を受け
にくい「水分管理」とした。HCCQでは、全問に含まれ
る「health-care practitioner」を日本の医療環境に合わせて
「看護師」へ変更した。TSRQでは、項目7の「Because I
would feel bad about myself if I did not do fluid management.」
を「水分管理をしていないと自分自身を悪く思うから
から」としていたが、意味が通じにくいとのことで「水分
管理をしていないと自分自身がすっきりしないから」に
変更した。Deci氏に確認した所、「体調ではなく、自分の気
分がわるいという意味になるようにしてほしい」とのこ
とであり、この表現で作者の意図を反映していると判断
した。PCSでは、項目4の「I am able to meet the challenge of
maintaining fluid management.」を、「水分管理を持続させ
ることに挑戦する力が私にはある」としていたが、「meet
the challenge」に「目標を達成する」という意味がある
との指摘を受け、「私には水分管理の目標を達成する力
がある」へ変更した。

次に、透析患者と慢性疾患患者を対象とした予備調査
で、HCCQ全問中の「看護師は私の水分管理の…」とい
う表現よりも「看護師はあなたの水分管理の…」とい
う表現のほうが答えやすいという評価であったためこの部分
を変更した。

以上の結果、作成した日本語版をさらに英語に逆翻訳
し、原作者のDeci氏に原版の意図と相違のないことの確
認を得た。

このように日本語版作成の手順は、数多く用いられて
いる逆翻訳の手法^{19,20)}を用いており、翻訳する尺度の
内容に合致した、透析看護と動機づけに関する心理学の
専門家、ネイティブ医療者、翻訳の専門家の一致を得、
尺度原作者への逆翻訳の確認も行った。予備調査で表
現の検討も行った。

以上の手順により、各日本語版尺度の表面的妥当性は
得られたと考える。

4. 日本語版の信頼性

信頼性の指標として再テストとの相関係数、IT分析を
確認した結果を、表3、4に示す。尺度のCronbach α 係
数はHCCQ日本語版合計が0.92、TSRQ日本語版の各下
位尺度が自律的動機づけ0.86、他律的動機づけ0.74、
無動機0.74、PCS日本語版合計が0.94と高値を得た。

5. 日本語版の妥当性

1) 3尺度の確認的因子分析

HCCQ、TSRQ、PCSの構成概念妥当性を確認するた
め、主成分分析で因子を抽出し、プロマックス回転を行
う因子分析を行った(表5~7)。固有値1.0以上、因子負荷量0.4
以上で抽出した結果、原版と同じくHCCQ 1因子、PCS

表3 再テスト相関

		n=199
尺度	因子	r
HCCQ	自律性支援の認知	.738 ***
TSRQ	自律的動機づけ	.706 ***
	他律的動機づけ	.746 ***
	無動機	.691 ***
PCS	有能感	.769 ***
Spearmanの相関係数		***p<0.001

表4 HCCQ、TSRQ、PCS日本語版のIT分析

			n=323
尺度	項目	Corrected Item Total Correlation	
HCCQ (自律性支援の認知尺度)			
因子名：自律性支援の認知	1	.818	
	2	.835	
	3	.676	
	4	.885	
	5	.861	
	6	.865	
TSRQ (療養行動の動機づけ尺度)			
第1因子：自律的動機づけ	1	.743	
	3	.756	
	6	.776	
	8	.837	
	11	.701	
第2因子：他律的動機づけ	13	.754	
	2	.725	
	4	.749	
	7	.528	
	9	.674	
第3因子：無動機	12	.772	
	14	.792	
	5	.845	
	10	.753	
	15	.819	
PCS (有能感尺度)			
因子名：有能感	1	.925	
	2	.915	
	3	.933	
	4	.896	

1因子となった。TSRQは原版と同じ3因子が抽出された
が、表6に示すように、日本語版の項目7と項目10は、原
版と異なる因子に含まれた。

2) HCCQ日本語版の妥当性

HCCQ日本語版合計点と患者信頼スケール合計点は、
相関係数が0.58 (p<.001) で、中程度の有意な相関が得

表5 HCCQの因子分析

因子項目	Question items	第1因子
自律性支援の認知	Q4 看護師は、水分管理に関してあなたがどうやっていきたいのかを注意深く聞いてくれる	.890
	Q6 看護師は、水分管理に関する変更案を示す前に、あなたが水分管理についてどのように考えているかを理解しようとしてくれる	.877
	Q5 看護師は、水分管理について何でも質問するように勧めてくれる	.869
	Q2 看護師は、あなたの水分管理に関してあなたがどのようなことを大切に考えているか理解していると思う	.857
	Q1 看護師は、あなたの水分管理方法をどのように変更するか（変更しないことも含めて）について、いくつか選択肢を示してくれていると思う	.796
	Q3 看護師は、あなたに水分管理に関する方針を変更する能力があると信じてくれている	.696

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

表6 TSRQの因子分析

因子項目	Question items	第1因子	第2因子	第3因子
自律的動機づけ	Q8 私にとって本当に重要な選択だと思うから	.869	.010	.052
	Q6 そのことについてよく考えた結果、生活の多くの点で水分管理が非常に重要であると考えたから	.846	-.096	.000
	Q13 できるだけ元気であることがとても重要だから	.779	-.064	-.012
	Q1 自分が元気であることに責任を持ちたいから	.745	-.113	-.023
	Q3 私が思うに、元気であるのに最善の方法であると考えているから	.724	.085	-.037
	Q11 私のやりたいと思っていることと一致するから	.579	.045	-.006
他律的動機づけ	Q7 水分管理をしていないと、自分自身がすっきりしないから	.579	.325	.048
	Q14 私は水分管理ができる人間であると認めてもらいたいから	-.021	.894	-.217
	Q12 私のことを他人に認めてもらいたいから	-.101	.868	-.061
	Q4 水分管理をしなければ周りの人が心配するだろうから	.104	.696	.018
	Q9 他人から水分管理をするようにプレッシャーがかかっているように思うから	-.120	.684	.176
	Q2 水分管理をしなければ罪悪感を感じたり恥だと思うから	.147	.670	.005
無動機	Q10 自分で考えるより、他人から言われた通りのことをするのが簡単だから	-.047	.481	.419
	Q5 なぜそうするのか全く考えていない（考えたことがない）	-.007	-.123	.941
	Q15 なぜ水分管理をするのか理由はよくわからない	.021	.035	.874

因子間相関 第2因子 .196

第3因子 -.218 .354

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

表7 PCSの因子分析

因子項目	Question items	第1因子
有能感	Q3 私はずっと水分管理を維持できる	.940
	Q2 私はこれから水分管理をつづけることができると思う	.940
	Q1 私は水分管理を継続する能力があるという自信をもっている	.924
	Q4 私には水分管理の目標を達成する力がある	.884

因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

られた。

3) TSRQ日本語版の妥当性

TSRQ日本語版の下位尺度とヘルスローカスオブコントロール尺度の下位尺度との関係では、自律的あるいは他律的に動機づけられた状態であるとされている内的統制と自律的動機づけは、ごく弱い相関関係であったが、動機づけられていない状態とされる外的統制とは相関係数も低く、正相関しない関係であることがわかった。他律的動機づけは、内的統制、外的統制のどちらとも強い相関関係はなかった。無動機は、外的統制と弱く相関し、内的統制とは相関関係になかった(表8)。Williamsらの報告²⁵⁾の、自律的動機づけと内的統制の相関係数0.07 (ns) 外的統制とは-0.13 (ns) 他律的動機づけと内的統制0.26 ($p < .01$), 外的統制0.08 (ns) であった結果に近似した。

4) PCS日本語版の妥当性

自己効力感と似た概念とされる有能感を測定するPCS日本語版は、食事療法自己効力感尺度合計との相関係数が0.65 ($p < .001$) と高かった。

5) 各概念間の相関係数

さらに、各概念間の相関係数を算出した(表9)。HCCQ日本語版合計とTSRQ日本語版の自律的動機づけ得点が相関($r=.35$ $p < .001$)し、自律的動機づけ得点はPCS日本語版合計と相関($r=.62$ $p < .001$)した。PCS日本語版合計と対象者の水分管理(週間体重増加率)では負相関($r=-.30$ $p < .001$)し、自律的に動機づけられていると患者が認知するほど自律的動機づけが高まり、自律的動機づけ得点の高いほど有能感が高くなり、有能感が高いほど体重増加が少ない、つまりより良い自己管理ができていく結果となった。

表8 TSRQとヘルスローカスオブコントロール尺度との相関 $n=254$

TSRQ	HLOC	内的統制	外的統制
自律的動機づけ		0.23 ***	-0.13 *
他律的動機づけ		0.13 *	0.15 *
無動機		-0.12	0.31 ***
Spearmanの相関係数		* $p < 0.05$	** $p < 0.01$ *** $p < 0.001$

VI. 考 察

1. 日本語版の有用性

慢性疾患患者教育の分野では、医療者の指示を遵守させる「コンプライアンス」という考え方に代わり、自分自身を支える責任を患者自身が持ち、自分自身で努力する「アドヒアランス」が提唱されはじめ³¹⁾、患者を成人として尊重する概念が取り入れられるようになって来た。さらに、患者自身が自律的に自己管理していくよう医療者との協働関係を築くことが奨励されるようになってきた^{5, 32)}。糖尿病患者教育の研究では患者の努力を評価しない言動が与えるネガティブな影響は、看護師の使用している患者教育方法よりも患者教育の効果に影響したと報告しており^{33, 34)}、成人教育の立場からも患者の主体的参加を促す雰囲気(climate)づくりを重要視している³⁵⁾。しかし、透析患者の研究では、患者の望む看護と看護師が考える看護にギャップがある³⁶⁾状態である。透析室の特殊な環境から、医療者が患者に陰性の逆転移感情を持ちやすく³⁷⁾、患者の自律性を支援する環境が提供できているか評価が必要である。

今回、自己決定理論に基づく各概念の測定尺度(HCCQ, TSRQ, PCS)の日本語版の信頼性、妥当性を検証するために質問紙調査を行った。信頼性検証に使用したCronbach α 係数、再テストとの相関係数は0.7以上が高い相関と判読されるのが一般的で³⁸⁾ 十分に尺度の安定性が得られたと考える。

尺度の因子構造は、HCCQ日本語版、PCS日本語版は原版と同じ1次元尺度であった。TSRQは原版同様3因子構造であったが、2設問については異なる下位尺度に含まれた。設問7は水分管理をしていないと「悪い人間である」というような考え方である。日本人の特徴として、集団の価値観を個人のものより優先させる傾向がある³⁹⁾ため、医療者が好ましいとしている管理を励行することはむしろ積極的な生き方として自律的動機づけに含まれたのだと考える。設問10も、日本人の集団優先思考の影響を受け、勧められた価値観に従っているが、「簡単だから」という設問語句を「充分吟味し自己の価値観に組み込んだもの」ではなく「しかたなく取り入れている状態」として読み取られ、他律的動機づけに含まれたと考える。日本語版を使用

表9 自己管理行動と日本語版尺度間の相関

	週間体重増加率	自律性支援の認知 (HCCQ)	自律的動機づけ (TSRQ第1因子)	有能感 (PCS)
週間体重増加率	1	-0.08	-0.21 ***	-0.30 ***
自律性支援の認知		1	0.35 ***	-0.31 ***
自律的動機づけ			1	0.62 ***
有能感				1
Spearmanの相関係数				*** $p < 0.001$

する際、設問7は自律的動機づけに、設問10は他律的動機づけとすることが妥当であると思われる。

また、各日本語版尺度と関連尺度との関係で各尺度の妥当性を検証した。HCCQ日本語版の妥当性検証では、患者信頼スケールとの相関を確認した。患者信頼スケールには、「看護師は私に関心を寄せ、いつでも見ていてくれる感じがする」や「看護師は病気に立ち向かっている私をいつも見守ってくれている」といった自律性支援の要素である、看護師からの関心を感じつつ自分自身の療養行動が支えられる感覚についての設問がある一方、「ナースコールを押すとすぐに対応してくれる」「私が急に大変な状態になっても看護師は適切な判断をして対処してくれる」といった、患者が受身の状態で看護師の対応の優劣を問う設問もある。日本では自律的動機づけそのもののみ測定できる尺度はなく、高い相関が得られる尺度は存在しないと予測され、相関係数が中程度になったと考える。以上よりHCCQ日本語版の基準関連妥当性の併存妥当性は認められたと考える。

TSRQ日本語版ではヘルスローカソブコントロール尺度との関係を確認した。下位尺度同士の理論的予測に近く、先行研究²⁵⁾とも近似した関係が確認され、構成概念妥当性の収束妥当性が認められた。

PCS日本語版では、食事療法自己効力感尺度合計との相関を確認し、高い相関を確認できた。これにより基準関連妥当性の併存妥当性が認められた。

さらに、各概念間の相関係数を算出したところ、自己決定理論で述べられている関係を得られたことから構成概念妥当性の収束妥当性を確認できた。

以上のことから、HCCQ日本語版、TSRQ日本語版、

PCS日本語版は信頼性と妥当性が共に高く、血液透析患者の水分管理において、自己決定理論に基づく概念「自律性支援」「自律的・他律的動機づけ」「有能感」を測定する尺度として有用性が示唆された。

VII. 結 論

HCCQ日本語版、TSRQ日本語版、PCS日本語版は、Cronbach α 係数と再テストとの相関係数により信頼性を認めた。妥当性は、逆翻訳の手法を遵守し、専門家の意見を参考にして作成し、表面的妥当性が認められた。また、各日本語版と関連した概念を測定する尺度との関係から構成概念妥当性の収束妥当性、基準関連妥当性の併存妥当性が認められた。各日本語版は透析患者の自己管理に関する評価尺度として患者の状態評価、看護介入効果の評価の一助になると考えられる。

VIII. 本研究の限界

自律性支援の認知、自律的動機づけ、有能感は患者の長期にわたる経過を通して変化することが予想される。本研究は再テストまで2週間という短い期間であったため、横断的な評価という限界がある。今後は他疾患への応用、看護介入前後の評価等、縦断的に検討を続ける必要がある。

謝 辞

本研究にあたり、調査にご協力いただきました関係施設のスタッフの皆様、対象者の皆様に深く感謝いたします。なお、本論文は、大阪大学大学院医学系研究科へ提出した修士論文の一部を修正したものである。

要 旨

本研究は自己決定理論ヘルスケアモデル構成概念の測定尺度Health Care Climate Questionnaire, Treatment Self-Regulation Questionnaire, Perceived Competence Scaleの日本語版を作成し、信頼性・妥当性を検証した。日本語版は、血液透析患者用に作成し、調査は透析導入1年以上の患者323名(平均61.3±10.6歳)再テスト199名に行った。内的整合性はCronbach α 係数0.74~0.94, 再テストの相関係数0.69~0.77で確認した。表面的妥当性は作成に逆翻訳の手法を用い、透析看護・心理学の専門家等の意見を参考にした。患者信頼スケール、ヘルスローカソブコントロール尺度、食事療法自己効力感尺度との関係を確認し、基準関連妥当性の併存妥当性、構成概念妥当性の収束妥当性、弁別妥当性が認められた。

Abstract

The purpose of this study is to examine the reliability and validity of The Japanese language version of the Health Care Climate Questionnaire (HCCQ), the Treatment Self-Regulation Questionnaire (TSRQ), and the Perceived Competence Scale (PCS). These have been developed to assess constructs contained within Self-Determination Theory as the theory relates to health-care behavior. HCCQ, TSRQ and PCS were translated into Japanese (for fluid management of hemodialysis treatment) and back translation was performed. Effective responses were obtained from 323 (Retest was 199) patients with hemodialysis treatment. There mean age was 61.3 years (SD=10.6).

The coefficients of reliability (Cronbach's alpha) ranged from 0.74 to 0.94, and the correlation coefficients between retests were ranged from 0.69 to 0.77 and respectively.

In terms of criterion related validity, HCCQ related to Patient Trust in Nurse Scale, and PCS related to Dietary Management Self-efficacy Scale. The construct validity of TSRQ was confirmed because its relationship with Health Locus of Control Scale was relations that were predicted. By using these questionnaires, it is possible to measure patients' perceptions of "autonomy support by their healthcare providers" (HCCQ), "their motivation for a particular behavior (autonomous or controlled)" (TSRQ) and "their competence about a change toward a healthy behavior" (PCS).

文 献

- 1) 日本透析学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況 (2006年12月31日現在), 日本透析医学会, 4, 2006.
- 2) 前掲書1), 10.
- 3) 江川隆子：透析患者に対する看護ケアに関する研究の動向：自己管理行動に関する研究へのいざない, 看護技術, 47(2), 88-95, 2001.
- 4) 石井均：糖尿病の治療と患者心理, プラクティス, 15(2), 139-148, 1998.
- 5) Glasgow, R.E. Anderson, R.M.: In diabetes care, moving from compliance to adherence is not enough, *Diabetes Care*, 22(12), 2090-2, 1999.
- 6) 河口てる子, 西片久美子, 他：糖尿病患者のケアに関する研究の動向と今後の課題, 看護研究, 33(3), 213-220, 2000.
- 7) 野嶋佐由美：看護ケアパラダイムの変換をめぐる：エンパワーメントに関する研究の動向と課題, 看護研究, 29(6), 453-463, 1996.
- 8) Ryan, R.M. Deci, E.L.: Self-Determination Theory and the Facilitation of Intrinsic Motivation, Social Development and Well-Being, *American Psychologist*, 55(1), 68-78, 2000.
- 9) Deci, E.L. Flaste, R. 著, 桜井茂男訳：人を伸ばす力－内発と自律のすすめ－, 221-242, 新曜社, 東京, 1999.
- 10) Sheldon, K.M. Williams, G.C. et al.: Self-Determination Theory in the Clinic, 13-40, Yale University Press, London, 2003.
- 11) Deci, E.L. Ryan, R.M.: Handbook of Self-Determination Research, 239-240, University of Rochester Press, Rochester, 2002.
- 12) Williams, G.C. Deci, E.L. et al.: Motivational Predictions of Weight Loss and Weight-Loss Maintenance, *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(1), 115-126, 1996.
- 13) Williams, G.C. Deci, E.L. et al.: Supporting Autonomy to Motivate Patients With Diabetes for Glucose Control, *Diabetes Care*, 21(10), 1644-1651, 1998.
- 14) Williams, G.C., Deci, E.L. et al.: Testing a Self-Determination Theory Process Model for Promoting Glycemic Control Through Diabetes Self-Management, *Health Psychology*, 23(1), 58-66, 2004.
- 15) Williams, G.C., Deci, E.L. et al.: Testing a Self-Determination Theory Intervention for Motivating Tobacco Cessation: Supporting Autonomy and Competence in a Clinical Trial, *Health Psychology*, 25(1), 91-101, 2006.
- 16) 岡美智代, 宗像恒次他：自己効力感を中心とした血液透析患者の食事管理行動の影響要因－65歳未満と65歳以上との比較－, 日本保健医療行動科学学会年報, 11, 233-248, 1996.
- 17) 長尾佳代：血液透析患者の食事に関する自己効力感と管理行動の関係, 日本腎不全看護学会誌, 4(2), 75-79, 2002.
- 18) 川端京子, 石田宣子他：血液透析患者の自己管理行動および自己効力感に影響を及ぼす因子, 日本生理人類学会誌, 3(3), 89-96, 1998.
- 19) 岡谷恵子, 河口てる子：尺度・測定用具開発のプロセス, および日本語版作成(日本語訳)の手順, 日本看護科学会誌, 16(1), 21-27, 1996.
- 20) Mimura, C., Griffiths, P.: A Japanese version of the perceived stress scale: translation and preliminary test, *International Journal of Nursing Studies*, 41(4), 379-385, 2004.
- 21) Deci, E.L., Ryan, R.M., et al: Self-Determination Theory Website, 2007-12-10, <http://www.psych.rochester.edu/SDT/>.
- 22) 岡谷恵子：看護婦－患者関係における信頼を測定する質問紙の開発 信頼性・妥当性の検証, 1995年度聖路加看護大学博士論文, 1995.
- 23) 渡邊正樹：Health Locus of Controlによる保健行動予測の試み, 東京大学教育学部紀要, 25, 299-307, 1985.
- 24) Deci, E.L. 著, 石田梅男訳：自己決定の心理学－内発的動機づけの鍵概念をめぐる, 166-167, 誠信書房, 東京, 1985.
- 25) Williams, G.C., Deci, E.L. et al.: Autonomous Regulation and Long-Term Medication Adherence in Adult Outpatient, *Health Psychology*, 17(3), 269-276, 1998.
- 26) 岡美智代, 戸村成男, 他：透析患者の食事管理の自己効力尺度の開発, 日本看護学会誌, 5, 40-48, 1996.
- 27) 前掲書11), 414-415.
- 28) 速水俊彦：自己形成の心理－自律的動機づけ, 22-42, 金子書房, 東京, 1998.
- 29) 日本透析学会統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況 (2005年12月31日現在), 日本透析医学会, p13, 2005.
- 30) Williams, G.C., Deci, E.L. et al.: Facilitating Autonomous Motivation for Smoking Cessation, *Health Psychology*, 21(1), 40-50, 2002.
- 31) 黒江ゆり子：慢性性(Chronicity)と生活史に焦点を当てた看護学的研究：病いの慢性性Chronicityと生活者という視点 コンプライアンスとアドヒアランスについて, 看護研究, 35(4), 287-301, 2002.
- 32) 石井 均：糖尿病の心理行動学的諸問題, 糖尿病, 43(1), 13-19, 2002.
- 33) 河口てる子, 患者教育研究会：患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み－看護師によるとっかかり・手がかかり言動とその直感的解釈, 生活と生活者の視点, 教育の理論と技法, そしてProfessional Learning Climate, 看護研究, 36(3), 177-185, 2003.
- 34) 安酸史子, 大池美也子, 他：患者教育のための看護実践モデル開発の試み－患者教育に必要な看護職者のProfessional Learning Climate－, 看護研究, 36(3), 51-62, 2003.
- 35) 安酸史子, 鈴木純恵他編：ナーシンググラフィカ22 成人看護学－成人看護学概論, 104-129, メディカ出版, 大阪, 2004.
- 36) 森田夏美：血液透析療法を受ける患者の望む看護援助, 小島操子(編)：看護のコツと落とし穴2 内科系看護・精神看護, 122-123, 中山書店, 東京, 2000.
- 37) 福西勇夫：サイコネフロジーマニュアル－腎不全患者の心理面へのアプローチ－, 193-204, 南山堂, 東京, 1997.
- 38) 川口孝泰：データの分析, 南裕子, 押尾幸子他(編)：看護における研究 看護学体系第10巻(第2版), 145-178, 日本看護協会出版会, 東京, 1999.
- 39) 前掲書9), 191-192.

〔平成19年12月17日受 付〕
〔平成20年12月25日採用決定〕

精神障害者を援助する訪問看護師の抱える困難

Difficulties Shared by Visiting Nurses Supporting People with Mental Disorders

林 裕 栄
Hiroe Hayashi

キーワード：訪問看護師，精神障害者，困難，訪問看護，精神科訪問看護

Key Words：visiting nurse, mental disorders, difficulties, home-visit nursing station, psychiatric home visiting

I. はじめに

日本の精神障害者に対する保健医療福祉政策は、入院医療中心から社会復帰施設、そして現在は地域生活支援へとという流れがつけられてきている。たとえば社会的入院の患者を早期に退院させる退院促進支援事業¹⁾や、ACT (Assertive Community Treatment)²⁾が地域で試行的に行われている。さらに近年の診療報酬改定³⁾においても、地域ケアがより推進されている。

このように施策が急展開しているにもかかわらず、精神障害者への訪問看護は広く普及していない。この理由は、精神科医療機関との連携が十分ではなく、精神科看護の経験をもつスタッフが少ないため、精神障害者への訪問の依頼を受けた際にはどうすればよいかわからないという悩みを抱えていること⁴⁾⁵⁾がある。欧米では、訪問看護師が精神障害者への援助に負担感やストレスを感じているという報告⁶⁾⁷⁾もある。しかしながら日本は欧米に比して、地域ケアサービスの不足⁸⁾があり、地域ケアスタッフの職種やその役割にも大きな差がある⁹⁾。そのため日本において、看護師はどのような困難を感じながら援助を行っているのかを明らかにすることが必要であると考えた。その理由は、訪問看護の技術やその有効性を明らかにしても、これらの困難を明確にしなければ、現場での効果的な看護実践は難しいと考えたからである。そこで、本研究の目的を、訪問看護師の精神障害者への援助における困難を明らかにすることとした。

II. 研究方法

本研究は質的帰納的研究であり、木下が提唱する Modified Grounded Theory Approach (M-GTA)¹⁰⁾を用いた。

1. 研究参加者

精神科病院に併設する2カ所の訪問看護ステーションに勤務する看護師9名。女性が7名、男性が2名で、平均年

齢は41歳であった。看護師の経験は、病棟看護と訪問看護を入れて最も短い経験で4年、最も長い経験のもので31年であった(表1)。

表1 研究参加者の概要

氏名	ステーション	性別	年齢	看護師としての経験
A看護師	X	男性	50歳代前半	精神科30年弱、訪問看護1年
B看護師	X	女性	20歳代半ば	一般科2年、訪問看護2年弱
C看護師	X	女性	40歳代後半	一般科数年、精神科10数年、訪問看護4年
D看護師	X	女性	40歳代半ば	一般科10数年、訪問看護4年
E看護師	X	女性	40歳代後半	精神科2年、訪問看護2年
F看護師	Y	男性	40歳代半ば	精神科20年、訪問看護5年
G看護師	Y	女性	40歳代半ば	一般科数年、訪問看護3年
H看護師	Y	女性	30歳代半ば	一般科・精神科数年、訪問看護2年
I看護師	Y	女性	50歳代後半	一般科・精神科20数年、訪問看護1年

2. データ収集方法

主としてインタビューを中心にデータを収集し、補足的なデータとして参加観察を行った。個別面接インタビューは半構造化面接を行った。主なインタビュー内容は、①精神障害者への訪問看護としてこだわって援助していること、②援助の悩みや困難はどのようなものがあるのか、③他の関係機関とはどのような働きかけや連携を図っているのかなどである。一人当たりのインタビューの平均時間は、90分(最大180分～最小40分)であった。面接回数は、3回が3名、2回が4名、1回が2名であり、逐語録としてA4用紙201枚であった。また、朝のミーティング

やカンファレンス、同行訪問時の参加観察の中で、その場で聴くことができなかつたことや援助に關しての思い、研究者が疑問に思つたことなどは、出来る限りその日のうちに非公式なかたちでインタビューを行つた。さらに、了解の得られた利用者宅に看護師とともに同行訪問し、看護ケアに参加した。研究者は看護師や利用者とは積極的に交流を持ちながら、訪問の現場でどのようなことが行われているのかを觀察し、その後看護師にフィードバックした。参加觀察記録と訪問看護ステーション内や同行訪問時のインタビューを含めたデータは、A4用紙で145枚であつた。

3. データ収集期間

2002年11月から2003年8月にX訪問看護ステーションの看護師を対象にベースデータを収集し、概念生成を行つた。追加データの収集のためにY訪問看護ステーションに2005年8月から10月に出向いた。

4. データ分析方法

M-GTAでは、分析テーマと分析焦点者を設定する。本研究における分析テーマは、「精神障害者の訪問看護では、訪問看護師はどのような困難を抱えながら援助を行っているのか」、分析焦点者は、「訪問看護師」とした。

データは、M-GTAの分析方法に基づき次のように分析を行つた。

①分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連箇所に着目し、それを一つの実例とし、そのデータの解釈による概念を生成する。②データ分析をすすめるなかで、新たな概念を生成し、分析ワークシートは個々の概念ごとに生成する。③同時並行で、他の実例をデータから探し、ワークシートの具体例欄に追加記載していく。④複数の概念の關係からなるサブカテゴリー、カテゴリーを生成し、結果図、ストーリーラインを完成させた。

以上の方法に沿つてインタビューや参加觀察の結果をもとにした分析ワークシートを作成した際には、記述した内容が妥当であるか、データと研究者の解釈とを対照させて、質的研究の研究者により定期的にスーパーバイズを受けた。

5. 倫理的配慮

訪問看護ステーションの管理者および看護師全員に口頭と文書にて研究目的と協力内容および倫理面を説明し、同意を得た。研究者の同行訪問に伴う利用者・家族の同意については、口頭で了承を得た。結果は、訪問看護ステーション、看護師、利用者・家族はすべて匿名とし、意味内容や文脈に影響のない範囲でデータを改変した。本研究計画書は、日本赤十字看護大学研究倫理委員会の審査を受け承認された。

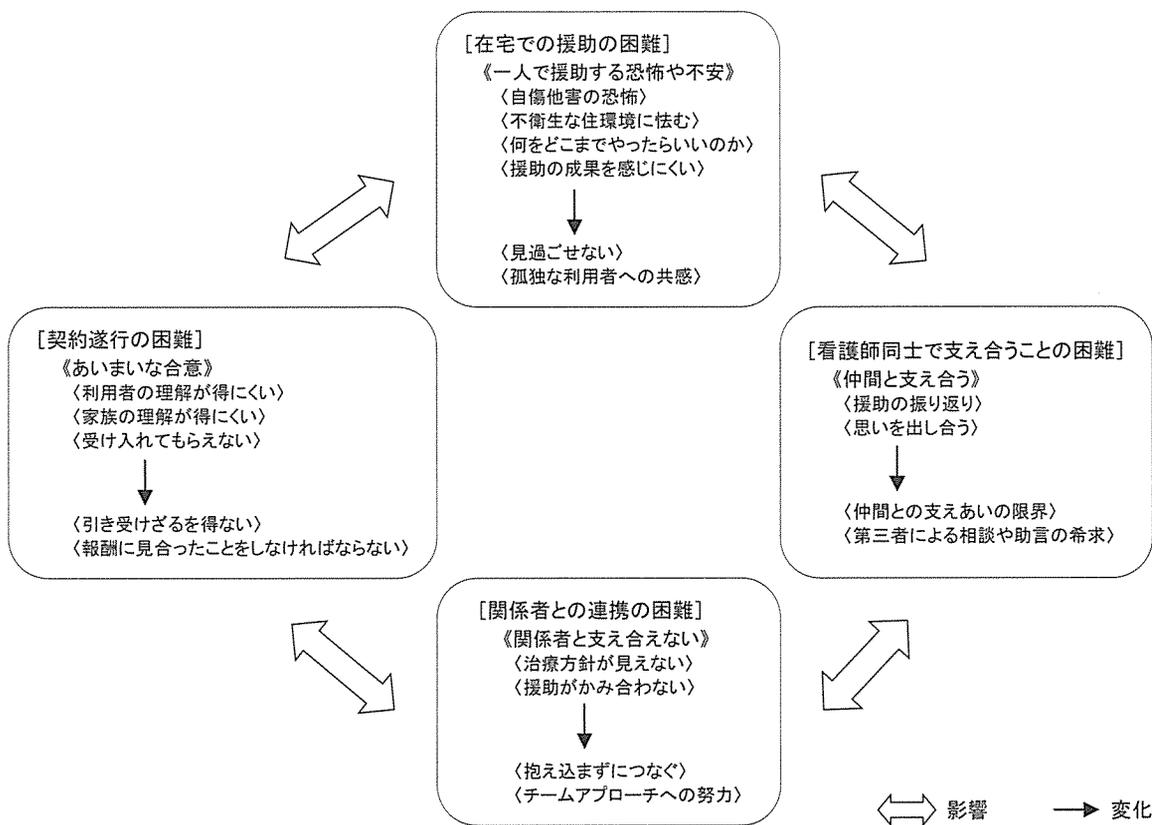


図1 精神障害者を援助する看護師の抱える困難の構造

Ⅲ. 結 果

M-GTAによる分析で生成した結果図(図1)を説明する。抽出されたカテゴリーは[], サブカテゴリーは《 》, 概念は<>で示す。()は文脈を明確にするために研究者が補った。

1. ストーリーライン

在宅精神障害者の訪問看護の困難は、[契約遂行の困難][在宅での援助の困難][関係者との連携の困難][看護師同士で支え合うことの困難]で構成された。

これらの四つのカテゴリーの関係は、まず利用者と看護師の契約により援助が始まる[契約遂行の困難]があった。この困難がありながらも、看護師は契約関係にあるために援助を行わねばならず、そのため訪問看護に出かけていた。援助そのものにおいても[在宅での援助の困難]を感じていた。また看護師のみの援助の限界を感じ連携を求めるが、そこには[関係者との連携の困難]があった。これらの困難を解消しようと看護師同士で支え合うように努力をしても[看護師同士で支え合うことの困難]があった。これら四つのカテゴリーは、看護師ら個々の努力ではそれぞれの困難を十分に解消することができずにいた。そのため相互に影響しあって困難を強めていた。

以下、カテゴリーとサブカテゴリー、概念をヴァリエーションを提示しながら説明する。

2. [契約遂行の困難]

看護師が抱える困難は、契約するとき、その後の利用者への援助を継続していくことの、[契約遂行の困難]というカテゴリーで説明することができる。[契約遂行の困難]として、《あいまいな合意》のなかで援助が始まりながらも、看護師は契約を結んだからには<引き受けざるを得ない>と考え、また、援助を始めると今度は<報酬に見合ったことをしなければならない>という思いに至っていた。

《あいまいな合意》とは、契約当事者である利用者と看護師の訪問看護に対する認識が合致しないなかで援助が始まるため、援助を遂行する難しさを感じることである。本来の契約とは、お互いに契約内容を理解し、納得した上で履行される。しかしそれとは異なり、精神障害者への訪問看護は、《あいまいな合意》のもとに契約が交わされていた。

《あいまいな合意》には、<利用者の理解が得にくい><家族の理解が得にくい><受け入れてもらえない>の三つの概念が含まれた。この三つの概念は、利用者や家族と看護師双方の意思の合致が不十分であるために、援助の困難をもたらしていた。

<利用者の理解が得にくい>は、利用者自身の病識が十分にないために、訪問看護の必要性を説明しても十分に理

解できずにいることや、必要性を感じる事が少ないことにより、看護師が援助を遂行するにあたり難しさを感じることである。

(ある利用者は)外来を受診しないから様子を見てきてくれという事で(訪問に)行ったのをきっかけに、そのまま訪問が続いています。一応訪問看護の取り決めは話したんですけど、始まり方がこちら側(援助者側)の意向だけだったので、〇〇さんは訪問看護の要望がない。それなので訪問は続いているけれど、関係がいつこうに深まらないんです。何となくしっくりいかないの、このまま訪問看護を続けていていいのか・・・(疑問を感じている)。一度主治医とも話さないといけないと思っています。(F看護師)

このように契約は成立したものの、利用者自身が訪問看護を受ける必要性を理解することが不十分なまま援助が始まるが多かった。C看護師は、何人かの利用者が「訪問看護を受けるなら退院してもいいとか、行政の職員に訪問看護は安いから受けなさい」などとと言われるように語った。また、「契約のときには、『訪問看護に行きます』、『いいですよ』という簡単な約束であり、ほとんどの利用者が訪問看護の意味を十分に理解しないままに援助が始まる」と述べた。D看護師は、「利用者が疾患の話をするのを嫌がるため訪問看護の必要性について説明することを躊躇することがある」とも語った。そのため、看護師らは「利用者が訪問看護を受けることを納得していない場合には、非常に神経を使いながら援助を行う」と語った。

また、利用者の<家族の理解が得にくい>ことも多かった。これは、家族が利用者の疾患を理解しようとしなかったり、援助の成果を性急に求めるなどにより、看護師が利用者への援助にあたり支障をきたすことであった。看護師は、単身の利用者への援助に比べ、家族と同居する利用者への援助は大変だと口をそろえて語った。その場合、利用者よりむしろ家族への対応で疲れるのだと言う。

父親が利用者のいない部屋でF看護師に話しかけた。「あの年(利用者は30歳代半ば)で、幼稚な態度をとるのはどうなんですか?精神科の訪問の利用者は何歳までなんですか?」と尋ねた。F看護師は「50歳過ぎの人もいますよ」と言うと父親はがっかりしたように「そうなんですか」と言う。父親は続けて「自分は、気が短いもので、まったく変化がないのがいらいらする」と言った。(F看護師と同行訪問)

さらに訪問を継続していても、利用者が看護師を拒否して家に入れてくれないなど<受け入れてもらえない>こともあった。これは、利用者の拒否的な態度などにより援助関係がつくれず、そのことにより看護師が無力感を感じて、自信をなくすことであった。

もちろん、(利用者)に添っているなかではね、自分に対しての自信もないわけだし、相手との関係性のなかでシャットアウトされることもあるわけだから、スタッフが揺れる、どうしようって。(C看護師)

このように精神障害者への援助は、契約当初から困難が多かった。しかし看護師は、利用者の生活を支える社会サービスの少なさもあり、自分たち看護師がやらなければ利用者の在宅生活の継続は難しいというような思いから、納得いかないこともあるが<引き受けざるを得ない>と考えていた。

そして、援助を始めると今度は<報酬に見合ったことをしなければならぬ>という思いに至るのであった。これは、契約関係で成立し、利用者からお金を頂いてくるからには、援助やその成果が目に見えることをやらねばと思うことである。二つの訪問看護ステーションの管理者が共に、「何か行わねばならないという気持ちが抜けない」と述べた。

3. [在宅での援助の困難]

援助が始まると[在宅での援助の困難]というカテゴリで説明することができる。これには、《一人で援助する恐怖や不安》があった。このような困難がありながらも、利用者を<見過ごせない>という使命感や<孤独な利用者への共感>により援助が遂行されていた。

《一人で援助する恐怖や不安》とは、看護師一人で利用者の援助に出かけることを怖いと思うことや、一人で援助することに気がかりや自信がないと思うことである。この中には、<自傷他害の恐怖><不衛生な住環境に怯む><何をどこまでやったらいいのか><援助の成果を感じにくい>の四つの概念が含まれた。これらの概念により、看護師は訪問看護を一人で行うことに不安を感じていた。

<自傷他害の恐怖>とは、利用者の暴力的、抑圧的態度や言動に看護師が振り回され、援助に戸惑うことや恐れを感じることである。C看護師は、身の危険を感じながらも症状が悪化した利用者を受診につなげたことを次のように語った。

2年近く医療中断した方ですが、次第に状態が悪化してきたので主治医に何度も状況を話し、一度往診してもらったけれども、うまく医療につながらなかったんです。私が訪問に行ったら、やっぱり「何しに来たんだ」という感じで、納屋から鉞を持ってきて。そんなことをしている間にお兄さんが警察を呼んじゃったんです。それでお巡りさんも加わって説得して、パトカーには乗りたくないということもあって、私が運転して、お巡りさんが後ろに乗ってくれて、入院になったんです。(C看護師)

上記の恐怖は、利用者の不衛生な住環境の影響も受け

て、さらに一人で訪問看護に出かけることに抵抗を感じていた。<不衛生な住環境に怯む>とは、利用者宅の住環境があまりにも不衛生で、看護師自身の身体への悪影響の可能性があることや、想像を超える不衛生さに看護師がたじろぎ、援助に入り込む気持ちが怯むことである。H看護師は、猫アレルギーがありながらも猫を飼っている利用者宅に出かけなければならないため、咳の止まらない状況を次のように語った。

xさん宅は、猫を2匹飼っている。私は、猫アレルギーがあるのできついですよ。次の家までの移動中、(車の中で)ずっと咳が止まらないんです。訪問の行程の関係でシフトを動かせないし。(部屋が)臭いけど、覚悟をきめて家に入ります。(H看護師)

看護師は一人で援助に出かけることに気の重さを感じながらも、利用者を何とか援助しようと気持ちを奮い立たせて出かけるが、訪問した先でも<何をどこまでやったらいいのか>と思うことが多かった。これは、自分の行っている援助に対して、実施しながらもこれでいいのかと迷っており、試行錯誤していることである。看護師は生活者としての経験をうまく活用しながら、近隣との付き合い方について相談に応じたり、栄養バランスのいい簡単な食事作りを一緒に行うなど日常生活のさまざまな援助を行っていた。しかし、看護師らは「看護としての援助の範囲をどこまでにしたらいいのかわかりにくい」と語った。そして援助内容が「看護として意味のあることか、またその内容が利用者の自立を助けるものであるか悩むことがある」と述べた。

そして、利用者の変化がいっこうにみられないこと<援助の成果を感じにくい>と思い、援助に不全感を感じることもあった。これは、看護師の援助によっても利用者の変化がみられず、行っていることに意味を見いだせなくなることである。

看護師らは「これでいいのか迷うことがある」と語り、援助の自信のなさや役割の疑問を感じることで、自分自身の存在に意味があるのかと考えていた。また、援助を行っても達成感を感じることは少ないと述べた。このように看護師らは、不全感や無力感を感じつつも援助を継続していた。

しかし看護師は、このような不安がありながらも、利用者を<見過ごせない>という思いをもつことで、困難なかでも援助を行っていた。F看護師は、「(利用者のことを考えると)とにかく、どういう形でもいいから、まずは踏ん張ってとにかく行っちゃおうという感覚があるんですけど」と語り、援助に出かけていた。

そして世間との繋がりの少ない利用者を訪問することにより、看護師は「自分がやらなければ」と考え、援助を行

うのだった。そして訪問以外でもステーション内では看護師らが、利用者や家族に対しての電話相談に頻回に応じていた。

H看護師は、単身の利用者の援助では、自らの公休をつぶしてまでも利用者宅に様子を見に行ったり、外来受診に同行していた。

yさんが一番気になっている。(自分の)お盆休みも気になって訪問にでかけたし、受診にも付き添いました。行くしかない。誰も行く人がいないので。(H看護師)

もう一つ援助を進めていたものは、<孤独な利用者への共感>であった。病院から退院した利用者は両親が既に他界していたり、兄弟姉妹からは疎遠になっているなどから単身で暮らす者が多い。このような利用者は他人と関わることも少なく、そのことは生活のリズムを狂わせたり、ゴミ出しなど地域社会の規律を守ることを難しくもしていた。H看護師は、入院歴30年を経て在宅生活を続けているyさんのことを、「もしここで入院になったら、たぶん二度と地域で暮らすことは難しい」と語り、yさんの在宅生活を看護師が踏ん張って支えていた。

4. [関係者との連携の困難]

困難がありながらも利用者に関わり続けるなかで、看護師は、一人では支えきれないという思いをもち、援助の限界を感じるが多かった。そのため、看護師は関係者と連携を図りたいと思いながらも、実際には難しいことが多く、このことは[関係者との連携の困難]というカテゴリーとして説明できる。

看護師は[関係者との連携の困難]として、利用者を《関係者と支え合えない》と感じていた。具体的には医師の<治療方針が見えない>ことや、利用者をめぐり関係者と看護師との<援助がかみ合わない>などがあり連携に困難を感じていた。看護師は<抱え込まずにつなぐ>ようにして<チームアプローチへの努力>を図っていた。

《関係者と支え合えない》には、<治療方針が見えない><援助がかみ合わない>の二つの概念が含まれた。ここでいう関係者とは、援助を行う専門職者であり、たとえば病院の医師や看護師、行政の職員などをさす。

<治療方針が見えない>とは、主治医の治療方針について、看護師が十分に理解できない、あるいは納得できず、援助を行う方向性に迷いを感じることである。

外来受診をほとんどせずに、父親が訪問看護に来てもらわないと困ると言ったので訪問が始まった人がいます。医療に結びつかない利用者で、それでも医師の指示の下に訪問している。(看護師からは主治医に)往診を依頼していたが、外来の関係でなかなか都合がつかないうちに主治医が変更になってしまったんです。そしたら

今度の主治医は、治療は外来で行う、往診はしないというような方針で、結局往診がなくなってしまったんです。(F看護師)

数名の看護師が、「ときには訪問しても不在なことや、居留守を使われることもある」と語った。看護師らは、このような経験をするため、主治医は利用者にとって訪問看護が本当に必要であると考えているのだろうかかと疑問を感じていた。看護師は医師が往診することにより、在宅での利用者の姿を知り治療に活かして欲しいと考えていた。しかし、現実には往診してくれる医師は少なく、看護師も「外来の患者さんが多いから仕方ない」と半ばあきらめてもいた。また、看護師らは利用者によくの薬が処方されていることに対して疑問を感じていた。E看護師は、薬について医師に質問をしたいようにも見えたが、医師への気兼ねからあきらめていた。看護師らは、「指示書の項目に○がついているだけ」、「指示内容がいつも同じことが多い」と語った。実際に精神科訪問看護指示書には、具体的な指示はほとんど記載されていなかった。また、医師が指示書を書くことにあまり熱心ではなく、すぐに書いてもらえないこともあり看護師が催促することもあった。

さらに、他の専門職者との援助目標も十分に共有されていないために、<援助がかみ合わない>と感じ、そのため利用者への援助が効果的でないと思うことがしばしばあった。これは、専門職者との援助目標が共有されていないために、利用者への対応がばらばらで効果的でないと思うことをさす。F看護師は、「保健所との連携が十分でないことから今後の援助をどうしたらいいか悩んでいる」と語った。また、C看護師は「なんで訪問ばかりあくせくして支えないといけないの？みたいな感じで本当に燃え尽きちゃったんです」述べ、利用者への援助に対し行政や病院の看護師との認識の差を感じることや、訪問看護は負担が重いと思っていた。

訪問看護師は、関係者とうまく連携が図れていないという思いから、チーム医療の難しさを感じていた。看護師はそれを打開しようと看護師だけで利用者を<抱え込まずにつなぐ>ようにしていた。これは、訪問看護だけでは困難や限界があると認識しているため、関係機関や関係者に働きかけることである。

しかし看護師のこのような思いは強いが、前述したように関係者は看護師ほどチームで行う必要性を感じていないようであった。そのため看護師が関係者に強く働きかけ、一生懸命に利用者をよりよい方向に導くように努力していた。

病院の精神保健福祉士や市の障害福祉課の保健師とコンタクトをこんなふうにとって下さいとか、会議などのセッティングをいろいろやるよね。電話でやりとりした

りとか、・・・報告もらって、「いやその判断はちょっと違うんじゃないですか、私はこんなふうには考えましたよ」とまた言って、こういう施策にはつながらませんか、こういうことは考えられませんかとまた提案をして・・・。(C看護師)

看護師は、関係者と連携を図って皆で利用者を支えたいと考えていた。そのため関係者に利用者を意識的につなぐなどをし、＜チームアプローチへの努力＞を図っていた。これは、看護師一人では利用者を支えきれないと思うため、専門職者のチームで援助を行えるように連携を図る努力をすることである。I看護師は、グループホームの職員との関係を構築しようと日々努力していることを次のように語った。

私が来たばかりの頃はグループホームともあまりいい関係でなかったですね。お互いを責める感じがあって。なんでこんなこともやっていないのみたいに。でもこんなところ、いい関係を築きつつあるかなと思う。いい関係を保つように(訪問看護ステーションの)みんなですごく努力しているし、私もまめに顔をだしたり、連絡をするようにしています。(I看護師)

このように、努力してチームで支えようと連携を図っているものの、関係者とは利用者を援助することに関してかなり認識の差があった。

5. [看護師同士で支え合うことの困難]

看護師は、看護師同士で支え合うことでさまざまな困難を乗り越えようとしても、それは十分とはいえず、[看護師同士で支え合うことの困難]というカテゴリーで説明できる。

[看護師同士で支え合うことの困難]には、利用者への援助に伴う困難を解消しようとして看護師同士の《仲間と支え合う》姿があった。訪問看護ステーションの仲間同士で困難を克服しようと努力をしていたが、看護師同士での支え合いでは十分とはいえず、それを乗り越えることは難しく、＜仲間との支え合いの限界＞を感じていた。そのため、＜第三者による相談や助言の希求＞があった。しかしこれも十分に得られず、看護師が困難を抱えながらも援助を継続していた。

《仲間と支え合う》とは、看護師同士で利用者への援助に伴うさまざまな困難を乗り越えていこうとすることである。このなかには、＜援助の振り返り＞＜思いを出し合う＞の二つの概念が含まれた。

＜援助の振り返り＞とは、一人で訪問して援助をするので、その後仲間と援助を振り返り情報交換を行ったり、評価しあうことである。訪問看護ステーション内では、ごく自然にミニカンファレンスが行われていた。皆で利用者をもどのように援助していったらよいかなどの会話が弾んでお

り、休憩時間ですら利用者の話が延々と続くことがほとんどだった。また、C看護師は、意図的に振り返りを行う必要性とその意義を次のように語った。

精神の訪問看護は特にだけど、利用者に対して有効に働けるのかということをいつも考えている。私はよく、「自分達の仕事を振り返らないといけない。そうでないと、流されるだけ流されちゃうから」って言っています。誰よりもまず、自分が振り返って、自分で自分の仕事を振り返るというチャンスをつくっていかないとね。そうでないと、毎日の忙しさとかで見えなくなっちゃうから。(C看護師)

B看護師やE看護師は、「援助をどうするかは皆でよく話し合うようにしている。でも、この援助でいいのかどうかという困難は常にもっている」と語った。

看護師は、＜援助の振り返り＞を行うなかで、さまざまな思いがわき起こっていた。そのため、自然に訪問看護ステーション内の看護師同士で＜思いを出し合う＞のだった。これは、看護師同士で利用者の援助に伴う感情を出し合うことや、共感し合うなどをして情緒の安定や自己肯定感を保とうとすることである。

訪問看護ステーションでは、看護師らが集まるといつでも利用者の話が話題に上がっていた。特に昼休みは、援助に伴う不全感や無力感、ときに利用者への怒りなどのさまざまな思いを吐き出す時間でもあった。

だけどやっぱり、言ってもやってくれなかったり。精神で訪問看護に行っても身体疾患を合併している人って多いじゃないですか。生活支援とか生活指導とか、食事の話をしたりだとか、指導してきてもなかなか聞いてもらえないと、それがすごくジレンマになっちゃって。(訪問看護ステーション内で)吐き出しますね。(D看護師)

特に、管理者は昼の休憩時間もゆっくり休めないというほど聞き役になる場面や、スタッフが援助の意味が見いだせないときや、不安になることに対し、力を落とすことなく利用者に関わることができるように支えている場面がしばしば見られた。管理者はスタッフと同じように訪問看護を行いながら、なおかつスタッフの精神的サポートも行っていた。管理者の役割として重要でもあるが、負担も大きいと思われた。

援助に伴う困難は《仲間と支え合う》だけでは、乗り越えることが十分にできず、困難を抱えながらも援助を継続しなければならない状況でもあった。

困難の対処としてE看護師は、「本当はよくないのかもしれないけど、何とかよい方向にもって行かなくては・・・などと思わないようにしている」と語った。また、C看護師は、一生懸命関わってもいっこうに変化しない利用者については、看護師同士で「自分たちのどこが悪かったんだ

ろう、何がだめなんだろう。別の組織に見てもらったほうがいいのではないかとよく話しにでると語った。

このように看護師同士では十分に支え合えないこともあり、＜仲間との支え合いの限界＞を感じていた。これは、看護師同士では解決策が見いだせず、援助の困難を乗り越えることができず苦しんでいることである。C看護師は、利用者が自殺に至るという事態に直面し、どうしてそうなってしまったのか理由がわからずに、なかなか立ち直ることができず、その後、ある大学の教授に話を聞いてもらうことで乗り越えることができたと言った。このように職場の看護師仲間ではない第三者からのアドバイスは、自らが解決する力や困難を乗り越える力を得るために必要だった。

精神科の場合は命に関わるものが起きちゃうからね。そうなったときに誰が話を聞いてくれるのかな？たとえば同じ職場のスタッフが私と同じような経験をしたときに、私が「それはしょうがなかったよ」と言っても、たぶん響かないと思うんだよね。同じ立場で訪問看護をやっている人間が「それはしょうがなかったよ」と言ってもさ、「え？でも？」って思いません。全然別のところから「それはしょうがないよね、そういうことってあるんだよね、大変だったね」って言われると、「あ、そうなんだ」ってすんなり入ってくる。第三者からのアドバイスという意味で言えばそういう環境はなかった。(C看護師)

そのため、時には看護師同士では援助を継続させることに自信を持たず、＜第三者による相談や助言の希求＞をしていた。しかし実際には、関係者からのアドバイスは十分に得られないことも多かった。

以上のように、精神障害者を援助する訪問看護師は、利用者との契約を交わすという最初の段階から課題を抱えていた。また、援助が始まると一人で援助をしなければならないことや、金銭の授受があるという援助形態から不安を感じていた。援助が継続されるなかでは、利用者との援助関係や援助内容そのものにも悩みや迷いがあった。さらに、看護師と関わる関係者との連携の難しさを感じることもあった。これらの困難を何とか看護師同士で支え合い乗り越えようと努力していたが、しかし根本的な解決に至ることはなく、看護師は常に困難を抱えながら援助を継続していた。ベテランのI看護師すら、「悩みながら仕事しているので、ときに自分が今までやってきたことが、がらがらって崩れちゃうような感じの自信がなくなることもあります」と語った。このように看護師は、利用者への援助に無力感やむなしさ、また疲労感を感じていた。

看護師は、利用者や家族とのつながりを十分に感じることができず、また関係者の協力や支援が思うように得られ

ないことや仲間との支え合いに限界を感じることで援助を継続することに疲弊している状況であった。

IV. 考 察

1. 精神科訪問看護における「契約」

本研究では、利用者と訪問看護師の《あいまいな合意》による契約によってサービスが開始されていたことから、訪問看護師の抱える困難は、「契約」から始まっていると考えられた。合意が不十分な契約関係であることが、利用者－看護師関係や看護援助、また関係者との連携に至るまで影響を与えていた。

まず、「契約」に対しての利用者側の課題があった。契約の時点で、利用者が訪問看護に何を求めているのかが不明確であり、また利用者自身が訪問看護の活用の術を十分に身につけていないことが考えられた。本研究の利用者は自分の意思を十分に看護師に伝えることや、契約内容を十分に理解するという点に慣れていないと考えられた。それにより、利用者にとって必ずしも訪問看護が有効に活用しきれなかった。

次に、看護師側の課題があった。看護師側の疾病の理解も含めて利用者への理解が十分でないことがあることや、利用者や疾患の話をするに抵抗を示していることから利用者への説明を納得いくまで行っていないことがあると考えられた。このように看護師側が利用者へ訪問看護の必要性をどのように説明を行うかなど看護師側の利用者との合意の持ち方への課題も明らかとなった。

しかしその一方で、疾患や障害の程度により、契約時に利用者が訪問看護の必要性を十分に理解できない場合も多々ある。利用者側が自らの疾患の受け止め方や生活上の課題を抱えているため、合意が難しいこともある。このような場合、契約を打ち切ることは可能であるが、打ち切ることは特に精神科の患者では治療の中断、さらには病状の悪化と一直線につながってしまうリスクをはらんでいる。いかに訪問を継続できるかが他科の訪問よりも重要になってくる¹¹⁾。このことは、本研究の看護師自身も十分に認識していた。

三つ目に、病院側の課題が明らかとなった。病院側の利用者への訪問看護の勧め方が、退院の際に付随して半ば強制的であり、かつ訪問看護師が同席せずに行われることなどから両者が対等であるとは言い難く、また利用者へ訪問看護の必要性を本人が納得するように十分に説明していないことが推察された。このことがその後の援助に多少なりとも負の影響を与えていたと考えられた。

2. 援助することに伴う看護師のストレスとアイデンティティの揺らぎ

利用者の生活のなかに入って行われる訪問看護のなかで

も、特に精神科訪問看護は、援助内容そのものが日常生活に密着している。たとえば利用者のなかで一番多くを占める慢性の統合失調症者の援助では、身体管理や服薬管理とともに、日常生活が滞りなく送ることができるような援助が中心となる。その場合どれをとっても、利用者が在宅で生活を送るためには必要なものであるが、看護師は、どこまでが援助で、それは看護といえるのかと悩むことが多かった。訪問看護は看護師が一人で援助を行うため、ある程度看護師の裁量にまかされており、そのなかで生活経験を上手く活かして援助を行う。これは、訪問看護の醍醐味である反面、難しさでもある。

このように看護援助に困難を覚えるのは、多くの訪問看護師が施設看護の経験を経てくることを考えると、第一に看護師が施設看護から在宅看護に発想を転換することの難しさがあることによる。在宅では、利用者が訪問看護というサービスを選ぶことにより援助が始まるため、援助にあたっては利用者の意思確認が前提となるが、契約の時点から利用者の意思確認が不十分なことがあったといえるだろう。また、訪問看護師が自身の責任において、その場の状況を判断しそれを引き受けていくということや、地域に拠点が点在する関係者との関わりに難しさを感じていた。病棟では一人の患者に看護師同士がチームでケアを行うことや、専門職者が専門性を活かしながら援助を行っている。しかし、在宅では、看護師個人に援助が委ねられることや、所属機関が異なる地域の関係者にアプローチを行う必要があることに看護師が戸惑っていたといえるのではないだろうか。

第二には、看護援助に意味を見出すことの難しさによる。本研究の看護師らは利用者の日常生活が滞りなく行えるように自らの生活経験を生かしながら、援助を行っていた。しかし看護師は、<何をどこまでやったらいいのか>という思いがあり、試行錯誤しながら援助していた。武井¹²⁾は、「日常生活の援助という仕事は、生活を通して患者に働きかける精神科看護の社会療法的役割の基本でありながら、目に見えて成果が上がるということがなく、人々に注目されることもない」という。看護師が懸命に援助しても相手に変化が無く、かつ評価されることも少なく、そのことが援助への不安や、自信がないという思いをもたらしていた。また、生活上の様々な相談に応じることも、目に見える具体的な関わりになりにくいため、「このような関わりでいいのか」という思いを強くしていた。さらに、精神障害者の自立を目指すことが重要であると言われながらも、日常生活をどこまで援助することが自立につながるのか戸惑うことも多く、自立に向けた援助の難しさを感じていた。

第三に、在宅では多職種が参入し、職種のボーダレス化がおこっている¹³⁾ことによる。このなかで、「訪問看護師

の役割は何か」と考えることが多いと推察された。多職種が利用者へ援助を行っているため、訪問看護師としての役割や機能があいまいになっていた。看護師自身が援助を行いながらも、自らの援助がこれでいいのかと思ったり、利用者との関わり方がわからずに迷いながら援助していることが明らかとなった。

訪問看護師は援助の自信のなさや看護師としての役割の疑問を感じることで、利用者や関係者とのなかで十分なつながりを感じることができないことなどから、自分自身の存在に疑問を感じていた。すなわち、訪問看護師としての職業的アイデンティティに揺らぎをもたらしていたといえるだろう。

このように精神障害者の訪問看護は看護援助においてジレンマを感じやすく、職業的アイデンティティが揺らぎやすくと考えられた。藤井¹⁴⁾は、訪問看護とは「何であって何でないのか」を看護師自身が認識できていないのではないかと述べている。このことは、精神障害者への援助のみならず訪問看護全般における役割の明確化や体系化を図ることや訪問看護師の教育の必要性と、それをとおした訪問看護師としての自立の必要性を示している。

3. 訪問看護師に対するサポートの必要性

看護師が訪問看護から帰ってきたときは、訪問看護ステーション内が、看護師の思いを吐き出す場になっていた。看護師の不安や無力感などの思いの処理をしなければ、次の利用者の援助に出かける気力がわかないようであった。次に行く利用者との関係をうまく築くためには、看護師の気持ちを整理することがどうしても必要になるのである。

訪問看護は、援助の場に看護師が一人で出向くなかで、利用者との関係が困難な状況になっても、ある一定時間はその場を離れることができないので、一旦は利用者へのさまざまな思いを受け取り、自身の思いを引きずって帰らざるを得ない。そして利用者との関係が病院と比べて長期に及ぶため、一般的にどこで援助を終了したらいいのかその判断も難しい。ましてや、精神障害者の訪問看護は、利用者の病状が好転したと思えばしばらくしてまた悪化するなど、その変化に波がありより一層難しさがある。

このような困難を乗り越えるためには、看護師同士のつながりや仲間によるピアサポートは重要である。小松¹⁵⁾は、自身の実践のなかで意識するわけではなく、自分自身の必要に迫られ、仕事仲間と援助のことや、ストレスが自分自身やその生活に与える影響を語り合ってきたという。谷藤¹⁶⁾も、スタッフやチームメンバーとディスカッションをしながら、ケアの根拠を明らかにしたり、看護師の不安や違和感を解消して、次の訪問にエネルギーを蓄えられるようにしていると述べている。

本研究でも看護師同士が、訪問看護ステーション内で利用者や家族、関係者への関わりで悩み、傷ついたことなどを語り合うことが行われていた。それぞれの看護師が、安心感をもってお互いの気持ちを自由に語り合い、仲間の話に耳を傾け共感していた。このことは、看護師が利用者の訪問に出かけるための活力を得ることや、看護師同士や利用者、関係者とのつながりや信頼感の維持・回復などに影響していたのではないだろうか。

しかし、看護師同士では思いを出し切れないことや解決できない課題により、同じ訪問看護ステーションの看護師同士による＜仲間との支え合いの限界＞があり、看護師は第三者の支えを求めている。

しかしながら、現状の訪問看護では、管理者やスタッフの処遇、職場の環境整備が遅れている¹⁷⁾。同じ職場の看護師同士での取り組みはあるが、それを越えてシステムとして支えるような体制は整っていない。そのため、訪問看護師が疲弊し、退職することは大きな社会問題にもなっている。このような現実を打破するためにも、第三者による看護師への支援は、早急に解決すべき課題である。

4. 地域ケアシステムの課題

まず、訪問看護制度のいくつかの課題が明らかとなった。

一つ目は、訪問看護指示書のことである。本研究における精神科訪問看護指示書では、研究者の知りうる限り、個別的・具体的な指示はほとんどみられなかった。長谷川¹⁸⁾は、訪問看護師の医師の指示書に関連したストレスとしては、具体的な指示事項がないことや指示の意図がよくわからないこと、指示書の交付が遅れることによる看護の開始ができないことなどをあげている。医師の指示書と訪問看護ステーションからの報告書の定期的なやりとりは、ともすると看護師側からの情報発信が多く、主治医からの指示書が定期的に届きにくいことも加わって、看護師の十分な情報交換ができないという思いにつながり、ストレスをもたらしていると思われた。

医師の指示の受け方でも管理者などが代表で受ける場合は、特に担当看護師が直接確認できないこともあり、この点でも、看護師が援助を始めるに当たり歯がゆさを感じるものの一つでもあった。そして、この指示を看護師独自の判断で利用者のニーズに添った看護援助を実践することが求められ、とりわけ訪問看護の経験が浅い看護師は、＜何をどこまでやったらいいのか＞＜援助の成果を感じにくい＞と苦悩していた。

病棟では医師と看護師は、お互いにそのときの患者の状況を確認できる立場にある。確かに病棟でも医師と看護師間の意見の相違や、医師との関係でジレンマを感じている看護師が多いに違いない。しかし在宅では、そのときの利

用者の様子を確認できるのは、その場にいる看護師一人のみである。看護師らは、後ろ盾としてより利用者の生活に添った具体的な訪問看護指示書を希望しているにもかかわらず、それが得られないことで、一人で援助する不安や自信のなさが一層つるよう思われた。

二つ目は、在宅以外の援助が認められていないことである。看護師は利用者の状況から、受診同行を行うこともあった。利用者の訪問看護のキャンセルや不在などにより、看護師の援助が滞ることがあった。また、家族による相談への対応や電話による利用者や家族への長時間の対応も行ってた。これらは実際には看護師が多くの時間を割いているものであるが、在宅での援助ではないため、訪問看護療養費の算定ができない。三つ目は、訪問看護ステーションからの訪問看護は原則として一人での訪問しか認められていないことである。看護師は援助に不安を抱えながらも、一人で訪問に出かけていた。

次に、「チーム医療」の課題があった。本研究では、看護師が関係者との連携が十分でないため、意図して利用者の生活が拡大できるように連携を図る努力をしている姿が浮かび上がった。しかしその努力は必ずしも実を結ばず、関係者との連携は十分とはいえなかった。訪問看護師は、施設側との関係で認識の差を感じ、同様に、地域の行政機関などとも連携が十分にとれず苦慮していた。

看護師が専門職者各々の専門性を発揮して利用者を援助してほしいと考えていても、実際には足並みがそろえることは少なかった。在宅では、さまざまな施設や機関に所属する医療や福祉の専門職者がおり、勤務時間も勤務体系も報酬体系もそれぞれ異なる。障害者へのケアマネジメント機能は、介護保険制度のそれと同じように行っているとはいえず、看護師が援助現場で必要に迫られて行っている状況だった。また、連携には診療報酬などの制度的・経済的側面が影響するが、連携そのものは診療報酬上の裏付けがないことからチームで連携をしながら利用者を支えるという認識を統一することの難しさがあった。

現時点での「チーム医療」としての訪問看護では、業務時間外に個別に職種間の調整をしたり、これは看護師の役割だろうかや疑問に思いながらも進んで引き受けなければ機能しないようである。これは本研究において、看護師が勤務時間外の訪問や受診付き添いなどを行っていたこと、他機関との連携には看護師個人の努力が大きかったことから明らかである。これらは、当事者たちが自分の業務範囲を超えてボランティア的に行っていると認識されることもあり、「チーム医療」を困難なものと感じさせる¹⁹⁾という。

以上のことから、在宅精神障害者の地域ケアにおいては、看護師は「チーム医療」の重要性を十分に認識しながら

らも、それは円滑に機能しておらず、これにより訪問看護師は困難を抱えていると考えられた。

このことから、訪問看護師が継続した安定的な援助を行うことができるために、診療報酬上の評価などによる訪問看護が十分に機能する体制の整備の必要性が示唆された。さらに、看護師一人で行う援助には限界があり、関係者との連携は重要である。常日頃のネットワークづくりは必要であるが、地域精神保健では介護保険のケアマネジャーのように中心となってケアマネジメントを行うものの位置づけが明確になっていないことがあらためて明らかになった。このことは緊急な制度上の課題である。

V. 実践への示唆

第一に、《あいまいな合意》のなかで契約が行われていることが明らかになった。これを改善するためには、まずは、入院早期から患者に対し病識への理解を図ることや、患者が訪問看護の必要性を理解するための働きかけが非常に重要である。そして退院にあたっては、訪問看護を利用する患者すなわち利用者、訪問看護師、病院側の三者で合意を得る機会をつくる必要がある。三者間で契約や援助などについてそれぞれが納得のいくコミュニケーションを図ることによって、訪問看護指示書や訪問看護報告書も利用者に添ったものとして機能するようになる。

これらにより訪問看護の指示を出す医師は、利用者および看護師から情報を十分に取り入れて訪問看護指示書を書くことや、看護師は医師への情報提供などを積極的に行うことになるだろう。看護師は、援助について利用者と随時確認し、合意を得ることを続けていくことにより、利用者自身が自分で援助内容を選択していくことに近づくことができる。加えて地域ケアスタッフを交えた退院前の合同カンファレンスを開催し、在宅精神障害者の援助についての関係者間の認識を高める必要がある。

第二に、看護師は援助を継続するなかで、不安全感や無力感を感じていた。これについては、訪問看護ステーション内で行われる看護師同士による毎日のミーティングが重要である。ミーティングには二つの意義がある。まず、看護師の体験した感情を語り合い共有することは、訪問看護師が仲間とのつながりを感じ、信頼感をもつことになる。看護師同士による支え合いは、ひいては利用者への安定した援助を継続することにつながる。このようなデブリーフィングを意識して行う必要があるだろう。また、ミーティングで援助について検討することは、看護師が援助を自覚しながら行うことにつながり、自分たちの援助の意味を確認することができる。援助の検討や援助方針を共有することで、サービスの質の均一化や管理が図られると共に、看護師が安心して援助を行うことができる。さらに、訪問看護

としての看護援助を明確にすることや看護師のスキルアップが必要である。そのためには、精神障害者への訪問看護に関しての教育・研修が行われる必要がある。

第三に、看護師は＜第三者による相談や助言の希求＞をしていることが明らかとなった。これについては、訪問看護ステーション内を超えた訪問看護師同士の情報交換が非常に重要である。また、第三者からのコンサルテーションを受けるなどのサポートが継続的になされる必要がある。そして客観的に看護師の置かれている状況をとらえ、一緒に援助について考えることのできる、たとえば保健師などの第三者が求められている。看護師のなかでも特に管理者は、スタッフの思いを毎日聴き続けており、また立场上孤独でもあるため相当に疲弊しているのではないだろうか。管理者自身がまずは、第三者からの支援を受けることが必要であろう。したがって組織的に、援助について考えることや不安全感の解消のためのサポートシステムを構築することである。

第四に、チーム医療が円滑に進んでいないことが明らかになった。これについては、看護師が意識して関係者に働きかけることは今後も必要であるが、それに加えて、関係者との連携が円滑にすすむためにはケアシステムの構築が重要である。連携が促進されるためには、まずは関係者が集う機会を定期的にもち、互いをよく知り合うことから始まるといえるだろう。このような機会をつくるために、保健所などの行政機関がリーダーシップをとる必要がある。

第五に、看護師が利用者の在宅生活を維持するために、契約以外のことも行っていた。これには、利用者のニーズに合ったサービスが提供できるような制度上の根本的な解決策が必要である。

第四および第五から、ケアシステムの構築や診療報酬上の評価などの訪問看護が十分に機能する体制の整備など、精神障害者を支える制度の見直しが緊急の課題であるといえる。

VI. 本研究の限界と課題

本研究の目的は、訪問看護師の精神障害者への援助における困難を明らかにすることであった。M-GTAを用いたことで概念やカテゴリー間の関係が明らかになり、援助の困難の全体を表すことができた。しかし、研究参加者の看護師経験や、管理者およびスタッフという職位の違いがもたらす困難についてのデータを収集することまではできなかった。今後は、生成された概念をもとにしながらさまざまな年代や勤務経験、職位を考慮した別の対象者へのインタビューを行い、継続的比較分析を重ねることで分析をさらに緻密にしていくことが、課題としてあげられる。

VII. 結 論

看護師は利用者への援助に伴いさまざまな困難を抱えていたが、これらの困難を解消するためには、病院側は入院中から在宅生活を意識して、患者に対して病識の理解を図ることや訪問看護の必要性を理解できるような働きかけが重要である。また、訪問看護ステーションが、患者すなわち利用者との契約にあたっては病院側も含めた三者の合意形成を図ることや契約内容の確認を行いながら援助を行うことが必要である。

援助に伴う不安や無力感などの解消には、仲間との振り返りのみならず、第三者からコンサルテーションを受けるなどの訪問看護師を支える組織的な仕組みづくりが必要である。また、訪問看護としての看護援助を明確にすること

や看護師のスキルアップが必要である。そのためには、精神障害者への訪問看護に関しての教育・研修が行われる必要がある。

さらに、診療報酬上の評価などによる訪問看護が十分に機能する体制の整備の必要性が示唆された。これら訪問看護制度の体系化・明確化が図られることにより、訪問看護の根底にある課題が解決されると考える。これにより初めて訪問看護師が自立した援助を行うことができることになる。

付 記

本研究は日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士論文に加筆修正を行ったものである。

要 旨

本研究の目的は、訪問看護師の精神障害者への援助における困難を明らかにすることである。研究方法は、M-GTAを用いた。研究参加者は、2カ所の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師9名に対して主にインタビュー調査を行った。調査期間は、2002年11月から2003年8月および2005年8月から10月であった。

在宅精神障害者の訪問看護の困難は、[契約遂行の困難][在宅での援助の困難][関係者との連携の困難][看護師同士で支え合うことの困難]の四つのカテゴリーで構成された。

看護師の抱える困難を解消するには、訪問看護師への教育や、利用者、訪問看護師、病院側の三者の合意形成が必要である。そして看護師が継続した、安定的な援助を行うためには、何よりもまず訪問看護制度やケアマネジメントシステムの体系化・明確化が図られる必要がある。これにより初めて訪問看護師が自立した援助を行うことができることになる。

Abstract

The purpose of this study was to shed light on difficulties shared by visiting nurses supporting people with mental disorders. Nine nurses serving at two home-visit nursing stations were individually interviewed both formally and informally, and the data obtained were analyzed by the Modified Grounded Theory Approach(M-GTA).

The results of the study reveal that difficulties in supporting people with mental disorders receiving in-home care fall into the following four categories: (a) difficulties in carrying out a contract, (b) difficulties in assisting patients in their homes, (c) difficulties in establishing cooperative relations with the people concerned, and (d) difficulties in mutual support among the nurses. These four categories interact with one another and make the problems even more difficult to solve, resulting in a situation where a visiting nurse feels a sense of isolation.

The study suggests the necessity for (a) education of visiting nurses, (b) creating a special management position responsible for the community care of people with mental disorders, and (c) establishing a system that enables the home-visit nursing care service to function fully.

文 献

- 1) REVIEW編集委員会：資料 精神障害者退院促進事業について, Review, 12(1), 16-17, 2003.
- 2) 西尾雅明：日本で始まるACTパイロット事業<ACT-J>, Review, 12(1), 30-33, 2003.
- 3) 石川陽子：医療制度改革を見すえた診療報酬改定 問われる看護技術, 訪問看護への期待, 看護, 58(6), 66-73, 2006.
- 4) 中山洋子, 吉池由美子他：精神訪問看護を展開していくためのマニュアル, 訪問看護と介護, 7(1), 17-23, 2002.
- 5) 田中美恵子：精神訪問看護の基礎, 訪問看護と介護, 7(1), 6-11, 2002.
- 6) Magnusson, A., Severinsson, E., et al: Reconstructing mental health nursing in home care. Journal of Advanced Nursing, 43(4), 351-359, 2003.
- 7) Edwards, D., Burnard, P., et al: Stress and burnout in community mental health nursing: a review of the literature. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 7, 7-14, 2000.
- 8) 日本精神科看護技術協会：精神科看護白書2002→2003, 中央法規出版株式会社, 東京, 2002.
- 9) 吉川和男：世界の精神医療と日本 英国, こころの科学,

- 109(5), 31-35, 2003.
- 10) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践。弘文堂。東京。2003.
 - 11) 松下太郎：精神科訪問看護の現状と課題。坂田三允（編）：精神看護エクスペール 精神科訪問看護。14-20。中山書店。東京。2005
 - 12) 武井麻子：精神看護学ノート。医学書院。東京。2005.
 - 13) 大橋謙作：岐路に立つ社会福祉専門職養成と教育の課題 社会福祉教育年報2000年度版。日本社会事業学校連盟。1 -17, 2001.
 - 14) 藤井賢一郎：「訪問看護とは何なのか」からとらえなおす。訪問看護と介護。3(7), 481-486, 1998
 - 15) 小松明子：「共感疲労」援助者は傷つく。WCKニュース。7 (27), 3-5, 2003.
 - 16) 谷藤伸恵：その人らしい生活の継続のために。訪問看護と介護。9(11), 796-801, 2004.
 - 17) 松井妙子。岡田進一：大阪府内の訪問看護職のburnoutに関連する要因－利用者とのコミュニケーション技術と職務環境を中心に－。日本在宅ケア学会誌。7(1), 40-48, 2003.
 - 18) 長谷川美津子：訪問看護における医師の指示書に関連したストレス。ストレス科学。18(3), 144-150, 2003
 - 19) 細田満和子：「チーム医療」の理念と現実 第10回「チーム医療」の困難（二）。Nursing Today, 17(11), 54-56, 2002.

〔平成20年5月8日受付〕
〔平成20年12月25日採用決定〕

統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩

Suffering on the Caregiving Experience of Family Caregivers of Patients with Schizophrenia

藤野 成美¹⁾ 山口 扶弥²⁾ 岡村 仁²⁾
Narumi Fujino Fumi Yamaguchi Hitoshi Okamura

キーワード：統合失調症患者，家族，介護，苦悩

Key Words：patients with schizophrenia, family, caregiving, suffering

I. 緒言

わが国の精神保健福祉施策に関して、2003年及び2005年に精神保健福祉法改正、2002年に精神障害者ホームヘルプサービスの実施、2003年には市町村を中心とした居宅支援事業が開始され、2004年に障害者基本法の一部改正、2006年に障害者自立支援法が施行され、徐々に関連制度の改善が図られてきた。しかし、依然として精神科における長期入院患者が多いこと、地域精神医療を支える法制度・ケア体制が不十分であること、病床の機能分化が未熟であり質の高い医療が十分に実施されていないことなどの多くの問題が指摘されている。今後、長期入院患者を可能な限り退院させ、地域で生活する支援体制を整えることは大きな重要課題の1つである。

地域における精神医療では介護の担い手として家族の役割が早期から注目されており¹⁾、精神障害者の療養生活を成功させるためには、家族による患者支援が欠かせないとされている。しかし、一方では、家族の精神的健康に最も大きく寄与するのが、精神障害者に関わる介護負担とする報告²⁾や、多くの家族の手記において、苦悩の中で絶望し自殺や逃避願望を抱くことは特異的でないことが明らかになっている³⁾。なかでも、統合失調症患者の家族に関するこれまでの研究において、地域で統合失調症患者を支えていく家族介護者の役割は大きいとする報告^{4~6)}や、家族の介護に伴う精神的、身体的負担や困難、ストレスに関連する報告^{3,7)}、家族が高い感情表出 (Expressed Emotion ; EE) を示す要因として統合失調症者の症状の再燃や関係性の悪さ・病識の欠如などが関連すると指摘する報告^{2,8~10)}は数多くある。しかし、家族介護者の感じている苦悩そのものに焦点をあてた研究は見当たらない。日本の精神科医療における家族のあり方について再考するためにも、精神科において5年以上の長期入院患者の80%を占めると報

告¹¹⁾される統合失調症患者の家族介護者における介護経験に伴う苦悩について詳細に把握する必要があると考える。しかし、統合失調症患者を在宅でケアする家族介護者の経験している苦悩について、その概念や具体的現象はほとんど明らかにされていない。統合失調症患者を在宅で介護する家族介護者の苦悩の具体的内容を明かし、家族支援の充実に向けた具体策を構築するための示唆を得ることによって、家族看護への示唆も明らかになるだけではなく、統合失調症患者の在宅生活の継続が期待されると考える。さらに地域で生活している統合失調症患者の家族のニーズを把握するためにも、家族介護者の介護経験に伴う苦悩を明らかにし、ニーズに見合った支援の手がかりとなるような知見の蓄積が重要であると思われる。

以上のような背景から、今回、長期入院を経験した統合失調症患者を介護する家族の苦悩を明らかにすることを目的として研究を行った。苦悩を緩和することによって、地域社会におけるその人なりの生活がより充実したものとなるのではないかという視点に立っている。これは、精神障害者が地域社会での生活を継続するためのノーマライゼーションの理念に基づいたQOL向上の一端を担う看護実践に、極めて重要な活路を見出すと思われる。なお、本研究においては、精神科入院患者の約6割が統合失調症患者であり、入院5年以上の長期になるとその割合は8割近くを占める¹¹⁾とされることから、精神障害者のなかでも5年以上の入院歴をもつ統合失調症患者及びその家族介護者を対象とした。

II. 目的

地域で生活する長期入院を経験した統合失調症患者の家族介護者が抱える苦悩の具体的内容を明らかにし、家族支援の充実に向けた具体策を構築するための示唆を得ること

1) 九州大学大学院 Graduate School of Medical Science, Kyushu University

2) 広島大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Science, Hiroshima University

を目的とする。

Ⅲ. 本研究における用語の定義

苦悩：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¹²⁾。苦悩は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、それらを包括した広い概念である¹³⁾。

介護：精神上または身体上に何らかの障害がある者に対して、日常生活動作に支障がある場合、家事（調理、生活必需品の買い物、衣類の洗濯および補修、住居などの掃除および整理整頓などの必要な家事全般）や身体の清潔の保持に対する援助、通院・公共機関の利用などの援助、生活全般に関する相談及び助言を行うこと。

家族介護者：統合失調症患者本人と同居しており、その患者本人の在宅介護に関連して、何らかの行為もしくは相互作用に関わり、かつその患者と血縁あるいは婚姻関係にある人々とした。

Ⅳ. 対象および方法

本研究のデザインは質的帰納的方法である。

1. 研究対象

対象は、精神科訪問看護ステーションを利用している統合失調症患者の家族介護者23名である。対象者の適格条件は①被介護者である5年以上の長期にわたる入院経験をもつ統合失調症患者と同居している家族介護者であること、②質問事項に対する理解が可能で言語的コミュニケーションがとれること、③精神的に安定しており、研究への参加について同意できるものとした。被介護者の入院経験を5年以上としたのは、長期にわたる経過の中で、家族介護者が介護者として様々な経験を積み、その中で統合失調症や介護に対する考え・意見が十分言語化できる期間であると考えたためである。

2. データ収集

研究者はデータ収集前に、研究の信頼性を高めるために、1～3回対象者となる自宅の訪問看護に担当の訪問看護師と同行し、訪問看護利用者や家族介護者との信頼関係を築く努力を行った。事前訪問した中から訪問看護師と対象者の選定を行い、電話で調査協力の意思を確認し面接調査の日時を決定した。その後、調査協力の得られた対象者の自宅へ訪問看護師と同行し、1人60分程度の面接を実施した。面接では半構造的インタビューを用いた。作成したインタビューガイドに基づき、「今、介護を行っていくうえで不安なことは何か」「介護を行っていくうえで、大変なことや辛いと感じたことは何か」「今、最も困っていることは何か」「どのような経験をしたときに辛いと感じ

たり不安になったりするか」など4つの視点を中心に自由に語ってもらった。1回目のインタビューの分析過程で内容が不明瞭な部分は、2回目のインタビューを実施して確認した。2回目のインタビューを実施した対象者は8名であった。面接の終了は、研究対象者の言動を観察し、面接者がこれ以上語ることがないと判断した時点とした。1人目の研究対象者からインタビューを実施するにあたって、録音することによって自由な発言が阻害されるという内容の発言が聞かれたため、それに準じて全ての研究対象者の了承を得て、全て筆記を行い、その場の雰囲気や対象者の話す様子などについてもメモをとった。調査期間は、2004年1月から同年3月であった。

3. データ分析

面接終了後、メモに記載された内容を丁寧に書き直し逐語記録を作成した。まず、文脈の意味内容が読み取れる最小の段落に分け分析単位とした。次いで、家族介護者における苦悩に焦点を当てコード化を行い、コードに示めされている共通性を見出す中でサブカテゴリの抽出を行い、抽象度を上げていった。カテゴリの抽出にあたっては、コード、サブカテゴリを振り返りながら、サブカテゴリ間の類似性、差異を比較検討し分析を行った。さらに、カテゴリ間の共通性、相違性を比較しながら関係性を探索し、段階を繰り返しながら分析を行った。最終的に「介護者としての自分自身の苦悩」「親亡き後の子どもの将来」という2つの特徴にカテゴリが分類されたことに着目し、さらに分析を行い、全体における位置づけを検討し、時間的経過を視野に入れ図式化を行った。分析結果の妥当性、厳密性を確保するため、精神看護学を専門とする3名の研究者間で検討を行い、継続的比較分析をデータ収集と同時進行で行い、分析過程においては適宜スーパーヴィジョンを受けた。

4. 倫理的配慮

本研究は、研究者が所属していた大学の倫理審査委員会にて承認が得られた後に実施した。まず、研究目的について研究実施施設の施設長及び訪問看護ステーション管理者、訪問看護師に説明を行い承諾を得た。さらに、対象者である23名に対して、面接調査前に再度、研究目的と方法、研究への自由な参加、調査中途での中断の保証、匿名性の確保、研究参加により不利益は生じないこと、データの保管には細心の注意を図ることを説明し同意書を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の基本属性

適格条件を満たした対象者のうち、調査への同意が得られ調査が可能であったのは、家族介護者23名であった。患者との続柄は母親が18名(78.26%)、父親5名(21.74%)、

表1 家族介護者の基本属性

対象者	続柄	年齢(歳)	持病の有無	介護時間(時間)	介護期間(年)	n=23 副介護者の有無	
						有	無
事例1	父	67	有	24	4	無	有
事例2	母	59	有	3	20	有	有
事例3	父	71	無	24	5	有	有
事例4	母	67	有	1	9	無	有
事例5	母	80	有	8	29	無	有
事例6	父	49	有	3	14	無	有
事例7	母	73	有	6	13	無	有
事例8	母	55	無	16	15	無	有
事例9	母	74	有	8	7	無	有
事例10	母	46	無	3	3	無	有
事例11	母	69	有	3	20	無	有
事例12	母	57	無	3	7	無	有
事例13	母	80	有	4	12	無	有
事例14	母	58	有	3	14	無	有
事例15	母	30	有	5	10	無	有
事例16	母	63	無	4	5	有	有
事例17	母	76	有	6	40	無	有
事例18	母	72	有	24	16	無	有
事例19	母	80	無	3	30	無	有
事例20	母	55	無	6	10	無	有
事例21	父	62	有	10	24	無	有
事例22	母	63	無	8	7.3	無	有
事例23	父	77	有	1	35	有	有

平均年齢は64.45歳 (SD11.0), 1日の平均介護時間は13.78時間 (SD5.21), 平均介護期間は15.24年 (SD9.12)であった。被介護者は男性14名 (60.86%), 女性9名 (39.13%), 平均年齢は41.73歳 (SD13.79), 発症年齢は27.58歳 (SD15.10), 罹病期間は14.11年 (SD6.58)であった。家族介護者の基本属性を表1に示す。

2. 統合失調症患者を在宅で介護する家族の苦悩

長期入院を経験した統合失調症患者を在宅で介護している家族の苦悩は、2つの特徴に大別された。まず、特徴1は《親亡き後の子どもの将来》であり、【親亡き後の避けられない孤独】【親亡き後の生涯を精神科病院で過ごすこと】の2つのカテゴリで構成されていた。特徴2は《介護者としての自分自身の苦悩》であり、【精神症状に対する対応の困難性】【精神症状の再燃】【経済的負担】【家族介護者自身の体調不良】【副介護者がいないこと】の5つのカテゴリで構成された。以下の説明において、特徴を《 》, カテゴリは【 】, サブカテゴリは〔 〕を用い、具体的なデータを「 」で説明する。

1. 《親亡き後の子どもの将来》

長期入院を経験した統合失調症患者を在宅で介護している家族は、両親のいずれかであり《親亡き後の子どもの将来》を苦悩として全員が述べていた。この特徴に示されたカテゴリは【親亡き後の避けられない孤独】【親亡き後の生涯を精神科病院で過ごすこと】であった。【親亡き後の避けられない孤独】のサブカテゴリは、〔この子を残して

死ぬと思うと不憫でならない〕であり、具体的なデータが「親類もいません。私しかいません。この息子を残して死ぬことができないと思っています。我が子を育てていく中で、健常者、障害者ともに難しさや喜びがあると思います。・・・中略・・・独りで生きていくこの子が不憫でなりません・・・。(事例12)」。また、〔親が死んだらひとりで生きていかなければならない〕は、「この子の将来を考えると死んでも死にきれないですね・・・だれも怖がって面倒は看ませんもん・・・ひとりでどうやって生きていくのか考えるとね・・・。(事例10)」で示された。【親亡き後の生涯を精神科病院で過ごすこと】のサブカテゴリは、〔親が死んだ後の子どもの将来を考えると辛くてたまらない、一生入院生活になる〕であり、具体的なデータが「とにかく大変・・・だけどそう思ったらいけないと思って日々がんばってますよ。でも自分(母親)が死んだときがとにかく心配で辛くてたまらない・・・そのために自宅の改装とか貯金とか考えているけど・・・そういうことだけでは、どうにもならないんですけどね・・・(中略)きっと、私がいなくなったらずっと入院するしかないでしょうし・・・。(事例2)」また、〔親が死んだら子どもが自立して社会生活を送ることは困難である〕であり、具体的なデータが「私が死んでも、ひとりではここ(自宅)では生活できません・・・一生、病院の世話になるしかないと思うとね・・・なんとか、今のうちにしてやりたいと思ってはいるけどね・・・(事例16)」で構成されていた。統合失調症の子どもをもつ親は、「自分がいなくなった後、誰がどこでどのように自分の子どもを介護していくのか」という苦悩を常に抱きながら生活を送っていることが示された。つまり、親亡き後の子どもの将来を案じるが故に、親が生きている間に親としてできる限りのことをしてあげたいという介護継続意思を持ちつつ、現実的に様々な困難に直面していることが語られていた。

2. 《介護者としての自分自身の苦悩》

家族介護者が示す苦悩の具体的な内容として【精神症状に対する対応の困難性】【精神症状の再燃】【経済的負担】【家族介護者自身の体調不良】【副介護者がいないこと】の5つのカテゴリが示された。【精神症状に対する対応の困難性】は、対象者全員が現在直面している苦悩として述べていた。同様に現時点で直面している苦悩として語られていたカテゴリは【経済的負担】【副介護者がいないこと】であった。一方、今後の将来を見据えて、長期にわたり介護が必要であることを認識しているが故に生じるカテゴリが【精神症状の再燃】【家族介護者自身の体調不良】であった。つまり、介護者として抱く苦悩は現在から未来にむけての時間軸の経過に伴い内容が変化し、将来起こりうるであろう問題を懸念して現時点において対策を講じたいという心

境が伺えた。

【精神症状に対する対応の困難性】

このカテゴリでは、統合失調症に伴う様々な症状や長期入院生活によって生じた生活機能障害に対して、自宅で介護する家族の対応が困難であるという苦悩が示された。このカテゴリのデータは対象者全員に語られていた。一方で、「私が産んだ息子ですから、親として責任があります。なるべく自宅におれる（生活する）ようになって思っています。（事例4）」「こうなった（統合失調症）のは、なんでかなと思いますよ。育て方が悪かったのか、昔は手のかからないいい子だったんですよ・・・だから、かえってよくなかったんですかね・・・自分（父親）が生きているうちは、ふつうに家で見てやりたいですがね・・・。（事例1）」に示されるように、親としての義務感と責任感によって、対象者全員が介護継続意思をもっていることを語っていた。慢性的に経過する統合失調症の精神症状の対応の困難性が苦悩であると語られるなかで、その苦悩は現在から将来にむけて介護を継続していきたいという気持ちと並行して生じる苦悩であることを示していた。このカテゴリは以下に示す5つのサブカテゴリで構成されていた。

まず、〔状態悪化時の対応が困難でありどうしてよいかわからない〕の具体的なデータは「状態が悪いときはひどかった。夜中にたたき起こされて、出て行けと言われて出て行かされたときもある。ゴミを拾い集めてきたり、自転車を50台ほどもってきて庭に並べたり・・・ボヤ騒ぎもあったし、とにかくすごかった・・・こんなときどうしたらいいのかほんとに辛いです・・・。（事例3）」。また、〔気分の変動が激しく心身ともに苦痛である〕は、具体的なデータとして「とにかく気分の浮き沈みが激しいのに引っかき回されて、心身ともに疲れ果てて、苦痛にさえ感じてしまうね。こんなこといっちゃいかんけど・・・。（事例6）」、「そのときの気分によって良いときもあれば悪いときもあって、子どもというより、幼い子どもそのもの・・・。黙って家のお金を持ち出したり、どこの精神科に行っても先生と相性が合わんで、気分次第で怒り出すし、今の生活には辛さしか感じられんかもね。（事例11）」、「すぐに気分が変わるからほんと難しい。ヒステリックになったり、大声で叫んだり、ものを投げたり、この状態が4、5時間続くと家の中にいられなくなる。（事例21）」で示された。また、サブカテゴリの〔易怒的であり対処方法がわからず怖い〕は、「とにかく怒りっぽいから、親といえども怖いんです。怒り出したら手がつけられないからとにかく怖くて、どうしたらいいかわからないんです。（事例8）」で示された。サブカテゴリの〔妄想や幻聴に支配されたときどうすべきか困惑する〕は、「言葉に色々ちぐはぐが出てきたとき、妄想や幻聴が出てきたときもう手にお

えない。どうしたらいいかわからない状態になりますね。（事例13）」で示された。サブカテゴリの〔強迫観念に対する対応が難しく苦痛である〕は、「強迫観念があるから、家で作った食事は食べない。だから毎食買ってきたものしか食べないから、時間的にも金銭的にも大変。トイレも自宅以外ではできないから、遠出もできない。散歩途中で（トイレに）いきなくなったらもう大変・・・。歯ブラシも毎回使い捨て・・・言い出したらきりがありませんよ。でも注意すると、部屋にこもり食事も何もしなくなります。もうどうしていいものか・・・ほんとに苦痛です・・・。（事例18）」で示された。

【精神症状の再燃】

このカテゴリでは、統合失調症特有の症状である再発寛解を繰り返すことに対して、現在精神症状が落ち着いていても、いつ再発するかわからないという未来にむけての不安定さに不安を強く感じ、その対応の難しさにおける苦悩が語られていた。つまり、現時点での苦悩ではないが、介護を継続する上で避けられない苦悩として介護者は捉えていた。以下に示す2つのサブカテゴリで構成されていた。

まず、〔いつまた状態が悪化するか考えると不安が増強する〕の具体的なデータは、「いつまた状態が悪いときに戻ってしまうんじゃないかと考えると不安でたまらなくなる。状態が悪いときはこちら側（両親）の言うことも全く聞き入れてくれないですからね。（事例1）」で示された。〔再発時の対応に困惑する〕は、「この病気は発病時や再発時は自傷他害を伴うことが多いので、いざというときに家族だけでは対応できない。今までもずいぶん苦労してきました。今考えると自分自身（母親）も病気のことをもっと知っていればこんなに苦労しなかったんじゃないかと思えますけど、それでもやはり再発時はどうしていいかほんとに困ります。（事例9）」で示された。

【経済的負担】

このカテゴリでは、統合失調症患者を在宅で支援する家族は、社会的サポートに伴う経済支援が充実していないこと、医療費増大に伴う家計への圧迫が家族の生活そのものを脅かしていることに現時点における切実なる苦悩として語られていた。以下に示す3つのサブカテゴリで構成されていた。

まず、〔親は年金生活のうえ、精神障害者の雇用に伴う収入が少なすぎる〕は、「うちの子どものように入院生活が長くなり、社会的入院といわれている人を病院の外に出すためには、公的住宅の単身入居を認めたり、精神障害者の雇用促進を少しでも進めてくれて、賃金の増加も考えてくれないと、親も自分たちの生活で精一杯なのに、どうやって障害者の子どもを養っていったらいいんですか・・・。このいっぱいいいっぱいの生活の実情を（国に）

知ってもらわないと、苦悩はつきませんよ……。 (事例7)」で示された。〔医療費が高額であり、家計を圧迫している〕は、「入院時の医療費削減を切にお願いします。社会制度は難しすぎてよくわかりません。とにかく(経済的)負担が大きすぎて、生活するのもやっとなんです。(事例15)」で示された。〔金銭感覚がなく浪費が激しく、経済的不安が大きい〕は、「本人が自己破産しているんです。その弁護士費用も高額です。それでも金銭感覚もなく、家にあるお金は全て使い切ってしまう。睡眠薬を飲んで、夜中運転をして追突事故のうえ車は廃車……。その賠償にもかなりお金がかかりました。経済的不安が重くのしかかってきてます……。 (事例20)」で示された。

【家族介護者自身の体調不良】

このカテゴリでは、家族介護者自身の体調不良や持病悪化のうえに高齢化も相俟って、今後、在宅における介護が継続できるのかどうかという将来にむけての苦悩として語られていた。以下に示す2つのサブカテゴリで構成されていた。

まず、〔親の高齢化と体調不良悪化に伴い不安が募る〕は、「介護している私(母親)が年をとっているし、自分の身体の調子もだんだん悪くなってきているのが気がかりでなりませんね。(事例17)」で示された。〔介護者自身が身体障害者であり、今後共倒れになるのではないかと不安がつきない〕は、「自分(父親)も片麻痺がある障害者です。自由がなかなかきかないから大変です。訪問看護師さんやヘルパーさんによくしてもらっているけど、独りでずっと看るのは大変ですよ。ふたりで共倒れしないかについて考えてしまい不安がつきんとです。(事例23)」。また、「自分(母親)もリウマチだからなかなか動けないです。でもなるべく家で見てやらんとね、娘だし……。いろいろ援助してもらいたいと思うけど、いろいろ手続き一つも難しいし、娘と私とどっちが先に倒れるかわからんですね。なんもかんも(何に関しても)悩みはつきないね……。 (事例15)」で示された。

【副介護者がいないこと】

訪問看護やヘルパー、あるいは精神科デイケアを利用している被介護者が多いが、今後ずっと独りで在宅で介護を継続することに、心身ともに疲労困憊している介護者が、現在直面している苦悩として語っていた。以下に示す2つのサブカテゴリで構成されていた。

まず、〔四六時中一緒に過ごし、話し相手を続けるのに精神的な限界を感じる〕は、「ちょっとそばにいてくれる人がいて助けてくれればいいのですが、だれもいません。どなたか一緒にお茶でも飲みに行くだけでもいいから行ってくださる方がいれば、出かけた間に自分も精神を休ませることができるのですが、何日もずっと一緒にいて顔を見

ながら話し相手を続けるのが、ほんとのこと言うと苦痛でたまりません。(事例12)」で示された。〔全て独りで介護しなければならないことが苦痛であり、疲労困憊している〕は、「精神面での介護が難しいうえに、全て独りで介護するのに疲れ果ててしまいます。これがずっと続くかと思うと苦痛でたまりません。(事例7)」と、「夜間頻回に起きるときは辛いですね。自分が疲れ果てて寝込んでしまったとき、外出ができないとき、そういうとき子どもの話し相手になって一緒に行動してくれる方がいたらいいんですけど、だれもいないことが不安でたまりませんね。何も移る病気でもありません。なりたくてなったわけではありません。なのになんでいくつもの悩みを抱えて修羅場を通り抜けなければならないのでしょうか。心も身体も疲れ果ててしまってますね……。 (事例14)」で示された。

3. 2つの特徴とカテゴリ間の関係性

長期入院を経験した統合失調症患者を、在宅で介護する家族介護者の苦悩の具体的内容を明らかにした結果、2つの特徴である《親亡き後の子どもの将来》と《介護者としての自分自身の苦悩》に大別された。これらを構成する7つのカテゴリの関連性について以下に述べる。

まず、1つめの特徴として示されたのは《介護者としての自分自身の苦悩》であった。その特徴に示された具体的内容としての苦悩が、【精神症状に対する対応の困難性】【精神症状の再燃】【経済的負担】【家族介護者自身の体調不良】【副介護者がいないこと】の5つのカテゴリであった。この5つのカテゴリには、現在から将来への時間軸の経過が伴っていた。家族介護者が現実的苦悩として述べていたのは、【精神症状に対する対応の困難性】、【経済的負担】、【副介護者がいないこと】であり、今後自宅での介護を継続することを前提として、将来に向けて述べられた苦悩が、【精神症状の再燃】【家族介護者自身の体調不良】であった。本研究における家族介護者は、全員が介護継続意思をもっていることをインタビューの中で語っており、介護者としての自分自身の将来と統合失調症を抱えて生きていく子どもの将来を見据えた苦悩を抱えていた。また、《介護者としての自分自身の苦悩》の特徴を構成するカテゴリに示された苦悩の内容は、現在から未来への時間軸の中でそれぞれが複雑に関連しあっていた。家族介護者が現実的苦悩として述べていた内容を具体例としてあげると、【副介護者がいないこと】は、介護や子どもに関して相談する相手がいないため、【精神症状に対する対応の困難性】に戸惑い、一方では、介護を行いながら生計を立てなければならないため【経済的負担】を生じるといった介護者としての苦悩が連鎖的に生じている実情も明らかとなった。

2つめの特徴として示されたのは《親亡き後の子どもの将来》であった。その特徴に示された具体的内容としての

苦悩が、【親亡き後の避けられない孤独】【親亡き後の生涯を精神科病院で過ごすこと】の2つのカテゴリであった。《親亡き後の子どもの将来》は、対象者全員が述べており、これが家族介護者としての現在から将来における時間枠を越えて生じる苦悩の中核となっていた。長期入院生活を体験した子どもの将来を案じ、親として今後できる限り社会生活を継続させたいと願う切なる思いが込められている反面、今後起こりうるであろう様々な困難を果たして自分は乗り越えられるのだろうかという思いが苦悩として表現されていた。

VI. 考 察

これまでの統合失調症患者の家族介護者における研究において、長期入院を経験した統合失調症患者の家族介護者が抱く苦悩そのものに焦点をあてた研究は行われていない。なかでも、本研究結果が示唆した家族介護者が抱く現実的苦悩の特徴は《介護者としての自分自身の苦悩》であり、その時間枠を越えて将来を見据えた上で生じる苦悩の特徴が《親亡き後の子供の将来》であった。その時間枠を越えて生じる苦悩に影響を及ぼす重要な要因が家族介護者のもつ介護継続意思であった。この点については、従来の研究結果にみられない新しい知見を提供するものであったと考える。下記に本研究結果で示された2つの苦悩の特徴についてそれぞれ考察を述べる。

1. 介護者としての自分自身の苦悩

これまで精神障害者の家族が在宅において患者を受け入れることの困難に関して、全国精神障害者家族会連合会¹⁴⁾などが、家族の置かれている過酷な状況に関するさまざまな調査結果を公表してきた。しかし、長期入院を経験した統合失調症患者を在宅で介護する家族の様々な思いや苦悩といった家族の心理的状況については、いまだ十分に明らかにされているとはいえない。また、地域精神医療のための法制度が整備され始めたとはいえ、在宅で生活している統合失調症患者が必要としている介護を、医療者が全て担うための人的、物的資源は不足している。そのうえ、その経済的負担も多大なことから、結果的に介護のほとんどを家族介護者が負担せざるを得ない状況が生じている¹⁵⁾。今後、統合失調症患者の退院促進を円滑に進める、あるいは在宅生活を継続する意味でも、その家族の直面している苦悩を明らかにすることは必要不可欠であると考え、今回、長期入院を経験した統合失調症患者を在宅で介護している家族介護者の苦悩を、家族介護者の語りから明らかにした。

その結果、対象者である長期入院を経験した統合失調症患者を在宅で介護する家族介護者全員が、【精神症状に対する対応の困難性】に直面していた。さらに、家族介護者

が現実的苦悩として述べていたのは、【経済的負担】、【副介護者がいないこと】であり、今後自宅での介護を継続することを前提として、将来に向けて述べられた苦悩が、【精神症状の再燃】【家族介護者自身の体調不良】であった。この5つのカテゴリには、現在から将来に向けた時間軸の経過が伴っており、現在直面している苦悩と、将来を見据えるが故に様々な苦悩が生じているという、介護に伴う複雑な心境が明らかとなった。白石ら⁴⁾が、家族が感じている困難は、患者の行動に対する困惑、患者を制御できないこと、患者の暴力と報告しているように、本研究においても【精神症状に対する対応の困難性】が家族の介護において抱く現在直面している苦悩であるという同様の結果が得られた。青島ら¹⁶⁾は介護危機をもたらす主要因は、副介護者の不在、経済状態の悪化であることを報告している。また、Choi¹⁷⁾やBlank¹⁸⁾は、治療に伴う家計の圧迫は、介護者にストレスを与える最も大きな要件としており、本研究においても同様の結果が得られた。一方、家族の負担や苦悩には、患者の病気と関連する行動やそれに対する家族の対処技能が大きく関与しているとの報告¹⁹⁾もみられる。したがって、こうした家族介護者の複雑な心理状況を具体的に把握すると同時に、家族介護者の対処技能をアセスメントすることも重要であり、家庭環境に応じた個別的な苦悩緩和プログラムを構築することが必要であると考えられる。また、本研究から、家族介護者の介護経験に伴う苦悩はカテゴリが単独で存在するものではなく、幾つかのカテゴリが重複していることが示された。したがって、ひとつひとつのカテゴリに対して解決策を講じるよりも、家族介護者が抱えている苦悩の内容のベクトルがどの方向に向かっているのかを判断し、支援策を講じることが効果的であると考えられる。Dresselら²⁰⁾は、ケアとはその背景の心理状態まで配慮する行動、感情、認知の3側面からなるとしている。つまり、家族介護者の気持ちを汲み、理解することから始め、家族介護者との信頼関係を構築することが苦悩緩和のための家族支援の第一歩であると思われる。

家族介護者が、自分自身の苦悩として抱えている5つのカテゴリには、現在直面している【精神症状に対する対応の困難性】、【経済的負担】、【副介護者がいないこと】の3つのカテゴリと、介護継続意思を持っているが故に生じる今後の将来に向けての【精神症状の再燃】【家族介護者自身の体調不良】の2つのカテゴリが明らかとなった。両親のいずれかが介護者の場合、「家庭環境」あるいは「遺伝」が発病の原因ではないかと罪の意識を抱き、報いという意味づけで介護継続意思をもつことは十分に推測できる。さらに、そのような義務感として規範に拘束されたケアは負担感や犠牲感を伴いやすく、被介護者に対する受容的態度としての共感性が形成されにくいという見解を石原²¹⁾は

述べている。家族介護者はカテゴリに示された現実的苦悩を抱きながらも、親としての様々な思いから介護継続意思を持ち、そのために将来を見据えてさらに苦悩を抱くという心理的背景が明らかとなった。介護継続意思については、精神障害者の家族の抱く生きがい感との関連を示唆する報告²²⁾や介護肯定感との関連を示唆する報告²³⁾など研究が進められている。しかし、統合失調症患者が被介護者である場合、慢性的に経過すること、その病気の不透明さ、さらに将来的に被介護者から何らかの介護に対する報酬を得にくいことなどから、介護継続意思への自発的関与は極めて困難な状況と思われる。その中で、本研究対象者である家族介護者が様々な苦悩を抱きながらも、確固たる介護継続意思を持ち介護を継続していることは重要な意味を示唆すると考える。したがって、このような家族介護者の心理的状況を十分に理解した上で、【精神症状に対する対応の困難性】に示された苦悩を軽減するために、疾患の理解、介護知識や介護技術の習得のための具体的な介護援助方法を示すと同時に、家族介護者自身が介護を担当しながらも心身ともに健康を維持できるような個別性を考慮した支援策を講じることが重要であると考えられる。

2. 親亡き後の子どもの将来

この特徴に示された具体的内容としての苦悩が、【親亡き後の避けられない孤独】【親亡き後の生涯を精神科病院で過ごすこと】の2つのカテゴリであった。今後の将来を見据えた《親亡き後の子どもの将来》は、対象者全員が述べていた。つまり、家族介護者が抱く苦悩の中核は、子

もの将来であり、その子どもの将来を考えて《介護者としての自分自身の苦悩》に直面しているという関連性が明らかとなった。したがって、現在直面している苦悩に対する具体的な支援策を講じることで、《親亡き後の子どもの将来》に対する苦悩の緩和を図れる可能性が示唆された。統合失調症患者の家族は終わりの見えない介護負担によって、悲嘆が遷延化し慢性的な悲嘆が生じるとの報告²⁴⁾もあり、家族介護者が抱えている複雑に集積した苦悩は心身ともに苦しい状況をもたらしている。統合失調症患者の在宅生活の継続には、家族による患者支援が不可欠である。そのためにも、現在直面している苦悩を明確化した上で、家族が感じているニーズを具体的に把握し、そのニーズに対応する支援策を講じる必要があると考える。一方で、精神障害者の親は少なからず罪悪感を体験しており、精神障害に対する社会の偏見やスティグマが、親の恥辱感や自責の念をいっそう強め、だれにも相談できずに独りで抱え込んでいるとの報告²⁵⁾や、家族は精神医療従事者から適切なサポートを受けていることは少なく、自分たちの知識や力量に不足を感じながら単独でケアを続けている現状が見られるという報告²⁶⁾がある。したがって、家族の介護支援能力、問題解決能力などに対するアセスメントを行ったうえで家族支援の介入方法を決定することが、より効果的な家族支援につながると考えられる。

精神障害者の家族介護者の多くが苦悩や葛藤を抱え、精神的負担は多大なものであると報告する研究^{3, 4, 7, 27)}が多くみられる。こうしたなか、本研究においてその最も中

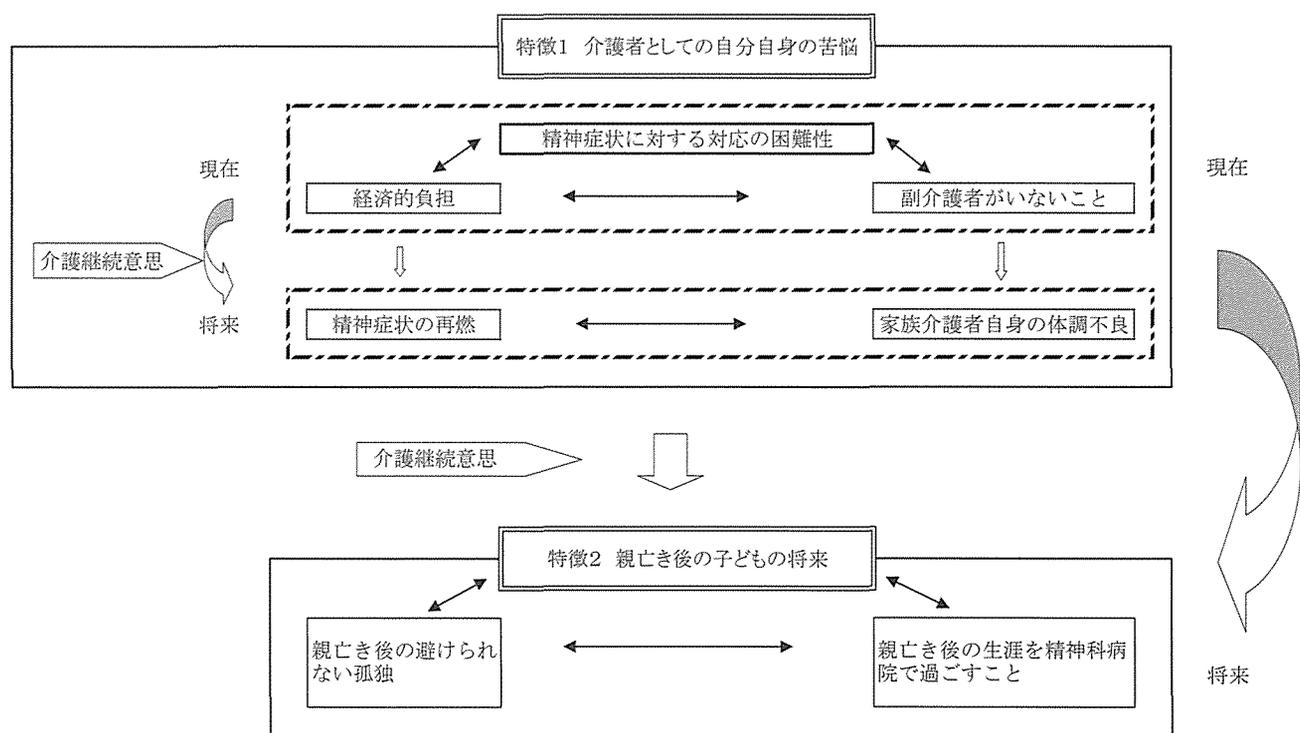


図1 家族介護者の苦悩における関連性

表2 統合失調症患者の家族介護者における苦悩

特徴	カテゴリ	サブカテゴリ
親亡き後の 子どもの将来	親亡き後の 避けられない孤独	この子を残して死ぬと思うと不憫でならない 親が死んだらひとりで生きていかなければならない
	親亡き後の生涯を精神 科病院で過ごすこと	親がいなくなったら一生病院生活を送ることになる 親が死んだら子どもが自立して社会生活を送ることは不可能である 親が死んだ後の子どもの将来を考えると辛くてたまらない、一生入院生活になる
介護者としての 自分自身の苦悩	精神症状に対する対応 の困難性	状態悪化時の対応が困難であり、どうすべきかわからない 気分の変動が激しく、心身ともに苦痛である 易怒的であり対処方法がわからず怖い 妄想や幻聴に支配されたときどうすべきか困惑する 強迫観念に対する対応が難しく苦痛である
	副介護者がいないこと	四六時中一緒に過ごし、話し相手を続けるのに精神的な限界を感じる 全て独りで介護しなければならぬことが苦痛であり、疲労困憊している 親は年金生活のうえ、精神障害者の雇用に伴う収入が少なすぎる
	経済的負担	医療費が高額であり、家計を圧迫している 金銭感覚がなく浪費が激しく、経済的な不安が大きい
	家族介護者自身の 体調不良	親の高齢化と体調不良悪化に伴い不安が募る 介護者自身が身体障害者であり、今後共倒れになるのではないかと不安がつきない
	精神症状の再燃	いつまた状態が悪化するかと不安が増強する 再発時の対応に困惑する

核となる苦悩が《親亡き後の子どもの将来》であることが示された。つまり、何よりも子どもの将来を案ずるが故に苦悩が連鎖的に生じる家族介護者の胸中が明らかとなったことから、介護負担を軽減することが家族介護者の苦悩緩和につながるという観点よりも、むしろ子どもが自立して地域で生活できるような人的、物的、経済的、社会的サポートの充実を図る必要性が示唆された。

本研究の限界と課題であるが、本研究においては精神科訪問看護ステーション1施設を利用している統合失調症患者の家族介護者で、両親のいずれかを対象者としたため、本研究の結果を一般化することには限界がある。また、苦悩を語ることに對して同意が得られた家族であり、訪問看護師と信頼関係が構築されている両親に限定されているこ

とにバイアスが生じていることも否めない。しかし、従来明らかにされていない長期入院を経験した統合失調症患者を在宅で介護する家族介護者の苦悩の具体的内容を明確化した点については研究の意義を有するものと考えられる。したがって、今後はデータ収集の範囲を広げ、より深く追求していくことで、統合失調症患者の家族看護に対する支援策を構築していきたい。

謝 辞

本研究にご協力いただきました患者様及びご家族の皆様、に厚く御礼申し上げます。また、本研究の実施にあたり多大なご協力とご指導を賜りました対象施設のスタッフの皆様、に心から御礼を申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、長期入院を経験した統合失調症患者の家族介護者が抱える苦悩の具体的内容を明らかにし、家族支援の充実に向けた具体策を構築するための示唆を得ることである。対象者は精神科訪問看護ステーションを利用している統合失調症患者の家族介護者23名である。半構成的面接を実施し質的帰納的に分析した。その結果、「親亡き後の子どもの将来」と「介護者としての自分自身の苦悩」に示された「精神症状に対する対応の困難性」「精神症状の再燃」「経済的負担」「家族介護者自身の体調不良」「副介護者がいないこと」の5つの苦悩の内容が明らかとなった。何よりも子どもの将来を案ずるが故に苦悩が連鎖的に生じる胸中が明らかになったことから、介護負担の軽減という観点よりも、むしろ患者が自立して地域で生活できるような人的、物的、経済的、社会的サポートの充実を図るための支援策を講じることの重要性が示唆された。

Abstract

The purposes of this study were to show specific detail of suffering of family caregivers of patients with schizophrenia who underwent long-term hospitalization and to make suggestion for presenting specific measures for expanding support for the family caregivers. The subjects were 23 family caregivers of schizophrenic patients utilizing home-visit nursing station.

The study used semi-structured interviews and a qualitative and inductive analysis was performed. As a result, 1) the patients' future after losing parents, and 2) suffering for family caregivers of their own, the following five suffering were specified: 1) difficulties of responses to psychiatric symptoms, 2) fear for recurrence, 3) economic hardship, 4) poor physical condition of family caregivers of their own, and 5) the absence of secondary caregiver. This result showed the family caregivers experienced suffering that were generated in chain reaction as they were primarily worrying about their children's future. Therefore, it is suggested that implementing support measures to enrich personnel, material, economic and social support is important rather than perspective of decreasing caregiver burdens, so that the patients can lead independent lives in the community.

文 献

- 1) 酒井佳永, 金吉晴, 他: 精神分裂病患者の家族負担に関する研究, 精神医学, 44(10), 1087-1094, 2002.
- 2) 畑哲信, 阿蘇ゆう, 他: 精神障害者家族の心理と行動, 精神医学, 45(6), 627-636, 2003.
- 3) 鈴木啓子: 精神分裂病患者の抱く希望の内容とその変化の過程, 千葉看会誌, 8, 9-16, 2000.
- 4) 白石弘巳, 大原美知子, 他: 精神保健医療改革と家族, 精神医学, 47(12), 1363-1370, 2005.
- 5) 松岡治子, 川俣香織, 他: 精神障害者の家族支援に関する研究 (I) 一家族のための心理教育に対する迷いと期待一, 群馬保健学紀要, 25, 165-174, 2004.
- 6) 鈴木美穂, 森千鶴: 統合失調症者における家族の協力度・困難度・理解度の認識の比較, Yamanashi Nurs J 2(2), 45-50, 2004.
- 7) 佐藤朝子: 精神障害者を子にもつ母親の体験-女性の生活史の観点から-, 日赤看護大学紀要, 20, 1-10, 2006.
- 8) 畑哲信, 阿蘇ゆう, 他: 家族の意識調査からみた精神障害者の入院・通院に関わる要因, 精神医学, 45(4), 403-412, 2003.
- 9) 兼島瑞枝, 長崎文江, 他: 精神分裂病患者を持つ家族の感情表出と疾病理解との関連, 精神医学, 40(9), 945-949, 1998.
- 10) Vaughn, C.E., Leff, J.P.: The influence of Family and social factors on the course of psychiatric illness, A comparison of schizophrenia and depressed neurotic patients, Br J Psychiatry, 129, 125-137, 1976.
- 11) 平林直次, 堀川直史: 我が国におけるリエゾン精神医学の現状, 精神科治療学 17(11), 1347-1351, 2002.
- 12) Cassell, E. J.: The nature of suffering and the goals of medicine, New Eng J Med 306, 639-645, 1982.
- 13) 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.
- 14) 全国精神障害者家族会連合会: 精神障害者家族の健康状況と福祉ニーズ-全国地域家族会調査篇-, 全家連, 東京, 1997
- 15) 片山陽子, 陶山啓子: 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析, 日本看護研究学会誌, 28(4), 43-52, 2005.
- 16) 青島多津子, 佐藤親次, 他: 介護危機, 日社精医誌, 7, 105-112, 1998.
- 17) Choi, H.: Cultural and noncultural factors as determinants of caregiver burden for the impaired elderly in South Korea, Gerontologist 33, 8-15, 1993.
- 18) Blank, J. J., Clark, L., et al.: Perceived home care needs of cancer patients and their caregivers, Cancer Nurs, 12(2), 78-84, 1989.
- 19) 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.
- 20) Dressel, P. L. & Clark, A.: A Critical Work at Family Care, J Mar Fam, 52, 769-784, 1990.
- 21) 石原邦雄: 精神病長期療養者の家族に関する2地域間調査, 国立精神衛生研究所編, 精神衛生研究, 28-43, 1982
- 22) 南山浩二: 家族ケアとストレス~要介護老人・精神障害者家族研究における現状と課題, 家族社会学研究, 9, 77-90, 1997.
- 23) 藤野成美, 岡村仁: 精神障害者の家族介護者における介護の肯定的認識とその関連要因, 臨床精神医学, 36, 781-788, 2007.
- 24) Atkinson, S. D.: Grieving and loss in parents with a schizophrenic child, Am J Psychiatry, 15(8), 1137-1139, 1994.
- 25) 南山浩二: 精神保健福祉システムの変容と精神障害者家族研究 (1), 静岡大学人文学部人文論集, 50, 1-19, 1999.
- 26) 川添郁夫: 統合失調症をもつ母親の対処過程, 日本看護科学学会誌, 27(4), 63-71, 2007
- 27) 青木典子: 精神疾患患者の退院をめぐる家族の意思決定, 家族看護, 1(1), 112-119, 2003.

〔平成20年6月24日受 付〕
〔平成20年12月25日採用決定〕

病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念

Self-Concept of the Mentally Handicapped Talking About Their Experience in the Community

國方 弘子¹⁾
Hiroko Kunikata

本田 圭子²⁾
Keiko Honda

キーワード：コミュニティメンバー、自己概念、看護支援、CBPR、精神障害者

Key Words : community member, self-concept, nursing support, community based participatory research, mentally handicapped persons

I. 緒 言

1960年代末より、Assertive Community Treatment (ACT : 包括型地域生活支援プログラム) と呼ばれるプログラムが米国を中心に普及し始めた。ACTとは、重度で持続的な精神疾患をもつ人々へ積極的に地域での生活を支援するためのケアマネジメントに基づく包括的なサービス提供モデル¹⁾である。わが国でも、精神障害者の社会的入院を解消すべく病床削減と平行して、2002年よりACTが試行され始めた^{2,3)}。ACTの重要な概念の一つとしてリカバリーがある。リカバリーとは、障害を抱えながらも希望や自尊心を持ち、可能な限り自立し意味のある生活を送ること、そして社会に貢献することを学ぶ過程を意味する⁴⁾。他方で、精神障害者のよりよいQuality of lifeが在宅生活の維持を可能にし⁵⁾、Quality of lifeの予測因子は自尊心である⁶⁾ことが報告されている。したがって、精神障害者の地域生活支援の看護実践や研究を行うためには、彼らの自尊心についての言及を避けることはできないであろう。

自尊心は、自己概念に含まれる情報の評価であり、自己についての感情である⁷⁾。自尊心の程度は、知覚された自己(自己概念)と理想の自己との間のずれから捉えることができる⁷⁾。したがって、精神障害者の自尊心を論じるに先立ち、彼らの自己概念を描き出すことが重要であると考えた。

精神障害者の自己概念に関連する研究として、心理教育プログラムや服薬自己管理が自己効力感に影響すること^{8,9)}、自尊心とHealth Locus of Controlの関連¹⁰⁾、ライフヒストリー¹¹⁾などがあり、いずれも示唆に富む報告をしている。しかし、これらは彼らの自己概念の一部を表しているが、全体的に描き出しているとはいいがたい。

一方、Andersenは、言葉を使つての自己表現が自己を形

作るとし、言葉と自己形成の関係を強調し、語ることが新たな自己の定義に繋がることを論じている¹²⁾。そこで、自分の病気体験を社会に向けて語るなかで、自己の定義に向き合う体験をしていると考えられる精神障害者当事者グループに着目した。社会に病気体験を語る中で、自信の回復、希望を見出したことの報告はあるが^{13,14)}、彼らの自己概念を全体的に明らかにした研究はみあたらない。病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念を明らかにすることは、リカバリーに必要な自尊心の維持や回復を支え促進する支援方法の構築に寄与でき、さらに、自尊心の維持や回復を支え促進する支援は、彼らの地域生活の維持へと発展することが可能となるだろう。

本研究の目的は、地域で住みながら病気体験を語っている精神障害者当事者グループの自己概念を構成する要素を明らかにし、得られた彼らの自己概念から示唆される看護援助を考察することである。

II. 用語の定義

1. 自己概念

自己概念は、発達的に進歩し、最終的には自分の心理的な性分、すなわち態度、価値観、信念などを表す¹⁵⁾と定義した。

2. コミュニティメンバー

ICD-10に分類される精神および行動の障害¹⁶⁾のいずれかの疾患を有し、地域で生活をしながら精神障害者当事者グループに属している者と定義した。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、修正版Grounded theory approachを用いた質

1) 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences

2) 新見公立短期大学非常勤講師 Niimi College

的帰納的研究¹⁷⁾であり、研究者とコミュニティメンバーの協働的なアプローチを基盤とする Community-Based Participatory Research (以下、CBPR)¹⁸⁾である。

2. 研究体制

研究の参加者は、研究参加の同意を得たコミュニティメンバー (以下、メンバー)、研究者、メンタルヘルスボランティア、内科医師である。メンバーは、精神疾患の治療を受けながら地域で生活し、精神障害当事者グループの会 (以下、グループA) に所属する有志22名である。グループAは、地域の人々に自分の体験や思いを話したり、ふれ合う交流を通して精神保健について正しい認識を広める活動を行っている。

研究者とメンバーとの信頼関係の構築に関し、看護学専攻の学生に精神障害当事者の体験を話してもらおうといった授業を契機として、研究者は2006年からグループAの定例会に出席するようになり、その活動を共に考えることを通じてメンバーとのパートナーシップが始まった。研究者は、定例会で「地域の人々に自分の体験や思いを話すことで、自尊心がどのように変化したか」とともに考えたいと、コミュニティメンバーに投げかけた。その結果、自分たちの自己概念を描き出すことがまず必要であることに帰結し、定例会とは別の「自分を考える研究会 (月1回開催)」(以下、研究会) が発足し、研究者は彼らと語り合う機会が増え信頼関係が深まった。他の研究者は、4年来、グループAの事務局を担当し、メンバーとは深い信頼関係が構築されている。

第1回の研究会において、メンバーと研究者は、健全な自己概念をもつ作業が精神障害者に限定された健康問題ではなく、自分の生き方として人々の共通な健康問題であることに気づいた。そこで、メンタルヘルスボランティアに参加を呼びかけた。他方で、研究会に興味をもった内科医師が自発的に参加を求めてきた。このようなプロセスを経てCBPRの組織は形成された。

メンバーの背景に関し、男性が14名、女性が8名、年齢は30~76歳 (平均年齢48歳)、無職は18名、独居は6名、グループAの活動期間は平均2年半であった。

3. データ収集方法

データ収集期間は、2006年11月~2007年12月であった。データ収集は、月1回開催する2時間に亘る研究会で行い、合計で9回、延べ18時間であった。メンバーの参加状況は7名~16名 (延べ104名) であり、開催回数の増加と共に参加人数も増加傾向にあった。

データ収集方法は、フォーカス・グループインタビューとし、メンバー自身の体験から知覚する自己を完全に自由に話すことにより収集した。フォーカス・グループインタビュー (以下、インタビュー) を用いたのは、メンバーが

互いに応答しあうので、参加者は考えを刺激され、課題についての自分自身の感情に気づき討議を活発にする利点をもつ¹⁹⁾ためである。インタビューの内容は、同意を得て録音した。

4. データ分析方法

録音したインタビューを逐語録に起こし、メンバーの知覚する自己 (自己概念) を語った部分を抽出し、それをデータとした。データを丹念に読み、文の中にある考えの本質を抜き取り概念を拾い出した。一回目のインタビューの分析を次のインタビューと比較し共通性や相違性を抽出し、データ収集と分析を繰り返した。データを継続的に比較分析し、各概念が的確にデータを表しているかを吟味し、概念を分類してまとめる作業を行いカテゴリーを生成した。4回目のインタビューが終了した時点で、生成された概念とカテゴリーをメンバーと吟味し、続いて、新たに見出せる概念がこれ以上なく飽和状態に達するまでデータ収集を続けた。研究者とメンバーは、新たな概念とカテゴリーの生成がこれ以上なく、重要な概念とカテゴリーが網羅され欠落部分がないことを確認した時点で飽和状態に達したと判断し、データ収集と分析を終了した。その後、そこに流れる自己概念のストーリーラインを検討した。

分析は、概念毎に、命名、定義、具体例についてメンバーと討議し、信憑性の確保に努めた。自己概念のストーリーラインは、メンバーと研究者の意見が一致するまで討議した。

5. 倫理的配慮

研究の意義、研究参加の自由意志、途中辞退や途中参加の自由、個人情報、プライバシーの保護、結果の公表についてコミュニティメンバーに口頭で説明し、共通理解と同意を得た人がメンバーとなった。メンバーとなることを承諾した人は、メンバーリストにサインをした。

IV. 結 果

1. メンバーの自己概念

1回目のインタビューから10個の概念が生成できた。その生成された概念をもとに、データを比較分析した結果、新たな概念が12個追加され、最終的に22個の概念が生成できた。22個の概念は、3個のカテゴリーに集約できた (表1)。

以下の説明では、中核カテゴリーを『 』、カテゴリーを《 》、概念を< >、生データを「 」で示す。3個のカテゴリーは、『階層からなる欲求をもつ自分』、《獲得したものをもつ自分》、《環境の影響を非常に大きく受ける自分》であった。それぞれについて生データから説明する。

1) 『階層からなる欲求をもつ自分』

『階層からなる欲求をもつ自分』とは、自分に関連した

表1 病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念

カテゴリー	概 念
階層からなる欲求をもつ自分	見守る助けが必要な自分 地域社会で普通に生活したい自分 一人の人権をもつ人間として尊重されたい自分 ありのままの姿を受け入れてほしい自分 人薬を求める自分 自己決定をしたい自分 働く場を求める自分 誰かの役に立ちたい自分 透明性のある精神医療への改革を強く求める自分
獲得したのものをもつ自分	自己のコントロール感覚を得た自分 現状の自分を受け入れざるをえない自分 表現の自由を得た自分 勇気を出せる自分 頑張っている自分 自分を許せるようになった自分 価値範囲の拡大ができる自分 新しい人になる自分
環境の影響を非常に大きく受ける自分	過去の入院体験にトラウマをもつ自分 他者の対応に大きく左右される自分 他者からの偏見に苦しむ自分 偏見の内在化をしている自分 活動の場を失った自分

過去の体験や現在の状況の中から生じた、得たいと願い、手に入れたいという欲求を表す自己概念であり、安全の欲求、所属と愛の欲求、承認の欲求、自己実現の欲求の4階層²⁰⁾をもった。

<見守る助けが必要な自分>

メンバーは、地域で安全な生活を維持するために、手助けよりも自分を見守り、時には保護する助けを求める自分がある、と語った。

「温かく見守るというか、ちょっと離れたところで聞かれたら答えるっていう姿勢でいて、それで危なくなったら手を差し伸べるっていう、そんな助けがほしい(2回目)。」

<地域社会で普通に生活したい自分>

メンバーは、地域社会に所属し、地域の人と触れ合って地域社会で普通に生活したいと願う自分であるとも語った。

「家の近くに古着屋さんがあったんですよ。そこで裾上げしてくれたおばちゃんが、好感の持てる人で、ああいう人が自分の地域におってくれば、たとえ家の中で嫌な思っても、あそこへ行きゃええわという、逃げ場ができるんですよ(1回目)。」

<一人の人権をもつ人間として尊重されたい自分>

また、病気があることで、他者に自分の値打ちを低く決めつけられたり、物体のように粗末に扱われたりされない、病気があっても基本的人権をもつ人間として他者か

ら認められたいと願う自分があることを語った。これは、主に過去の入院体験のなかで形成されたものであるが、退院後の現在も自覚する自己であった。

「入院は7年しましたが、入院してたら自尊心出てこないです。消されてる、消しゴムで消されるように。やっぱり人間として扱ってもらえてないっていう部分も(2回目)。」

<ありのままの姿を受け入れてほしい自分>

メンバーは、ありのままの自分を無条件に認め理解し受け入れてもらいたいとも語った。

「今まで一歩一歩上っていたのが今は降りて行く生き方をすると、病気を受け入れようとはしてるんだけど受け入れられない自分を、そのまま受け入れてほしい(1回目)。」

<人薬を求める自分>

そして、全人格で付き合ってくれ、愛と承認で自分を包み込んでくれる人によって癒される(人薬)と考えている、そのような自分があることを語った。

「人薬という形で、人が人にケアされてるっていう、主治医の先生は、先生という人格全体で包み込んでくれる感じなんです。人薬が一番大事だと思います(4回目)。」

<自己決定をしたい自分>

メンバーは、物理的なものも含んだ上で心の自由をもち、自分で考え判断して行動を取ることを自分の意思で行

いたい、と独立と自由に対する願望がある自分を語った。

「嫌だったんです、病院っていう何かセクションの中に組み込まれるのが、自分が生活リズムを誰かに決められるのも嫌だし（2回目）。」

<働く場を求める自分>

また自分には、生きるための生理的動機だけでなく自己の有用性を実感するためにも、働く場を求める姿があることを語った。

「仕事は、みんな行きたいっていう人いっぱいいますよね。ほとんどそうなんじゃないかなあ。働くというのは、収入を得ることもあるけど、生産性よりも楽しくて自分のできることで何か多少でもあるんなら、それも働くということじゃないですか、やっぱり自分の尊厳とか（8回目）。」

<誰かの役に立ちたい自分>

同時に、金銭の報酬を得ることだけが目的ではなく誰かの役に立ちたい自分があるとも語った。すなわち、自分は、理想の自分の姿とは食い違っていることを承知しながらも、現実をはっきりと見つけ、自分自身の可能性を信じて成長したいと欲する自分があることを語った。

「誰かの役に立ってる、そういう感じの方がいいんじゃないかな、どうしてもお金とかに換算するとみじめになってくるでしょう、本当。僕らは何かをしてほしいだけじゃなくて、何かをしてあげたい僕らもいるんよ（2回目）。」

<透明性のある精神医療への改革を強く求める自分>

さらに、未だに根付く精神障害者を隔離・監視する態度は、医療とかけ離れた処遇や精神障害者に対する偏見を生むために、病院をオープンにし、精神障害者を医療の対象に所属すると認め、医療構造に正当に位置づけてほしい自分があることを怒りと共に語った。

「精神科のことや精神病院のことを、町の中の秘境って言ってた人がいましたが、病院の透明性が一番大事なのかなと思う。扉の中はやみというような医療ではよくなっていかない、長期に保護室に入れるなんていうのは医療行為じゃない（4回目）。」

このように『階層からなる欲求をもつ自分』は、欠乏している（欠乏していた）欲求や現在の状況の中における成長への欲求を含み、過去の体験の中で知覚された自己との連続性において現在の自己概念を形成していた。

2)《獲得したものをもつ自分》

《獲得したものをもつ自分》とは、もともと持っていなかったり、失ったものを再び手に入れたことを表す自己概念である。

<自己のコントロール感覚を得た自分>

メンバーは、過去に体験した精神症状の恐怖や混乱から開放され、当時に比べ心理的に安全感を得て、現在は病気

をもつ自分との付き合い方もわかり、自分の人格や生活を自分が統制しているという感覚をもてる自分を語った。

「これまでの自分というものも一旦なくなっているから、そこに人が入ってきて、それが自分のごとくなっていく時期があった、今はもうないけどね（1回目）。」

<現状の自分を受け入れざるをえない自分>

また、自分自身や自分を取り巻く環境の現状に不満を感じているが、現状を変えると予測できない混沌としたことや危険なことが起こる可能性があるために、その危険を回避するためにも現状を変えることを諦め、自分のいる世界はここなんだと現状の自分を受け入れざるをえない、そのような形で現状を受け入れるようになった自分があると語った。

「諦めたり、もういいやっていう感じで、結構見てて、その状態が悪いからそれをどうのこうのするのは本当しんどい作業だから、もうそのまま受け入れちゃう。結局その状態にいることしかできないような形になってしまう（1回目）。」

<表現の自由を得た自分>

メンバーは、これまでの入院環境において、自分を表現することは安全や保護を脅かす悪条件を生み出すことを経験していた。このため入院中は、自分を表現することはできにくかったが、退院した現在は自分のことを他者に言葉で表現できる自由を獲得したと感じる、そのような自分があると語った。

「退院して初めて自由っていうのを感じて、グループAに入ってさらにその自由っていう、自分のことがしゃべれるという自由、病院ではそれが絶対できなかったんです（1回目）。」

<勇気を出せる自分>

自分を理解してくれる人や自分を認めてくれる人の後押しは、自分が自分を認めることにつながり勇気を出させてくれる、そのような自分があると語った。

「ある程度受け入れてもらったりとか、いろいろやってもらってる人から（講演依頼の）声かけられたりすると、逆に出なきゃ、ちょっと勇気出そうかなっていう気にもなるでしょ（1回目）。」

<頑張っている自分>

また、自分を認め信じサポートしてくれる人の存在によって、頑張っている自分を認めることができることも語った。

「周りの人が信じてくれサポートしてくれるのは、大きいですよ。前の仕事に復帰できるとは夢にも思わなかったのが、こうやって頑張ってるようになった（6回目）。」

<自分を許せるようになった自分>

メンバーは、ありのままの自分が他者に受け入れられる

体験を重ねることで自分を認めることができるようになり、過去の自分を咎めず、自分をゆるやかに自由にさせることができるようになった、そのような自分があると語った。

「他人が認めてくれるようになったから、自分が楽になったのかな。やっぱり自分が少しずつ出せるようになったから、他人を許せる、他人を許せて楽になったから自分が許せるようになった（7回目）。」

<価値範囲の拡大ができる自分>

さらに、自分が病気になったことで失った価値に捉われず、失った価値は本質的でないと感じ価値範囲の拡大ができるようになった、そのような自分があると語った。

「昔は、人の気持ちが読めるようで読めてなかった。病気になって、ああこの人こんなこと考えてるんだとか。病気になって、確かに仕事とかお金もうけはできなくなったけど、そういう面がわかるようになって、本当よかったのかなってというのがあって（1回目）。」

<新しい人になる自分>

メンバーは、一旦、自分を放り出し投げ捨て、その後、そのままの自分を受け止めることに続き、自分と積極的な関わりがもて、これまでとは異なる新しい自分になりつつある、と語った。

「現状を受け入れざるを得なかった。一旦、自分を放り出して投げ捨て、そのあと自分を受け入れると、腹が据わって、くくって。そしたら、苦勞を乗り越えたときには、同じ方向に反射するんじゃなくて、別の方向に反射していったんやね。新しい自分を見つけていったっていう（7回目）。」

<自分を許せるようになった自分>と<新しい人になる自分>の概念に収束された具体例が多く語られたのは、第8回の研究会以降であった。

3) 《環境の影響を非常に大きく受ける自分》

これは、過去から現在に亘り、自分の外側にある環境要因の自分に与える影響が非常に大きいことを表す自己概念であり、得たいと願う欲求は満たされていなかった。

<過去の入院体験にトラウマをもつ自分>

入院中に体験した劣悪な環境は自尊の感情を踏みにじられるものであり、今でも精神的な外傷として自分の中に残っている、そのような自分があると語った。

「私は隔離室に1カ月いましたけど、本当に人間扱いじゃないんですね。隔離室の便所で手を洗ったん。だから、自尊心も何もない。そういう状態にさせられて、それからの、そこから立ち直るのにどれだけの時間が、どれだけのね、そういうときの我慢を（1回目）。」

<他者の対応に大きく左右される自分>

メンバーは、心地よい環境を自ら選択することができないだけでなく、人や物との距離感が取りにくいために、医療従事者を含む他者の対応と自分の受け止め方が自分への誇りに大きく影響する、そのような自分があると語った。

「講演回を企画する側が、あの人達こんなもんだからっていうふうに見てたら、もう僕はこんなもんじゃない、っていうふうになってしまう。僕らって自分で選べない、環境を。だから、周りの人の影響がかなり大きいんじゃないかなってというのがね（1回目）。」

<他者からの偏見に苦しむ自分>

また、心の病をもつ自分に対し十分でない根拠を基に否定的態度（偏見）を表す人がいるために、自分は疎外感を感じ苦しむ時もあると語った。

「病気になった自分を取り巻く環境の苦しさに、その苦しさが大きい部分に、偏見、偏見の部分が大変大きい（6回目）。」

<偏見の内在化をしている自分>

そして、他者から受ける偏見を自分の中に取り込み、その結果、自分への尊敬をもつことができずに苦しむ、そのような自分があると語った。

「病院の中で、自分への偏見ってできるな。自分ができる範囲内の仕事というのは限られてって、これ以上のことはできないんだとか自分で思えたり（6回目）。」

<活動の場を失った自分>

さらに、現在の日本に浸透している市場原理の中では、自分の特徴や持っている力を生かした活動ができにくい環境にあると感じる、そのような自分があると語った。

「何もできない人たちじゃないわけよ、私らは。できることはあるんよ。だけど、仕事となるとちょっと厳しいんよ。病気になったことによって、自分自身の持つてる力、いろいろな活動の場を失ってしまう（6回目）。」

2. メンバーの自己概念の様相

『階層からなる欲求をもつ自分』は中核カテゴリーで、これが他の2つのカテゴリーに織り込まれていた。4階層からなる、得たいと願う手に入れたという欲求を獲得した状態は、『獲得したものをもつ自分』として認識されていた。あわせて、『獲得したものをもつ自分』は、『環境の影響を非常に大きく受ける自分』と比較し自分を相対化するなかで認識されたものもあり、『環境の影響を非常に大きく受ける自分』の影響を受けていた。また、4階層からなる、得たいと願う手に入れたという欲求を獲得していない状態は、『環境の影響を非常に大きく受ける自分』として認識された。抽出されたカテゴリーの関係図を図1に示した。

メンバーが知覚した自己は、ストーリーラインとして次の

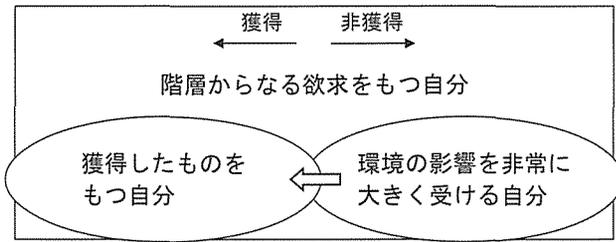


図1 病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念

ように認識されていた。

自分は、こころの病を発病し精神病院に入院した経験を持つ。病状が悪い時は、自分の人格や生活を自分が統制しているという感覚をもてなかったが、現在は、病気をもつ自分とのつき合い方がわかりく自己のコントロール感覚を得た。それにしても、入院中に体験したことは、屈辱的であり、精神的外傷として、退院後の今も、自分自身の中に残っている。このように、＜過去の入院体験にトラウマをもつ自分＞であるが、現在は地域で生活をしている。たとえ障害があろうとも、これからも地域の人と触れ合っ＜地域社会で普通に生活したい自分＞でありたいと思う。

現在、病状は安定しているものの、＜他者の対応に大きく左右される自分＞がある。他者の対応に大きく左右される背景として、＜他者からの偏見に苦しむ自分＞や＜偏見の内在化をしている自分＞がある。そして、他者からの偏見や偏見の内在化は、自分自身の特徴や自分のもっている力を生かした活動をできにくくさせ、結果として＜活動の場を失った自分＞を生み出している。

自分は、病気があっても＜一人の人権をもつ人間として尊重されたい＞と思う。確かに自分は、他者の対応に大きく左右されるといった特徴をもつが、そのような特徴をもつくありのままの姿を受け入れてほしい自分＞がある。同時に、全人格で付き合ってくれ、自分を包み込んでくれるケアを求める、そのような自分がある。すなわち、状態を維持するために薬は必要であるが、基本的に自分は人によって癒される（人薬）と考え、＜人薬を求める自分＞の姿がある。

退院直後やその後の何年かに比べ、今は活動の場が広がった。活動の場が広がるためには＜勇気を出せる自分＞が必要であった。自分を理解してくれ受け入れてくれる人の後押しは、自分に勇気を出させてくれ、結果として活動の場が広がり＜頑張っている自分＞を感じるができる。活動する時、自分には＜見守る助けが必要な自分＞があるが、根底には＜自己決定をしたい自分＞が存在する。

以前に比べ活動の場は広がったものの、一般的な価値観のもとでは、自分自身の特徴や自分の持っている力を生かした活動ができにくい。自分は、通常の勤務形態では仕事

を継続することに無理があるが、継続できる形で働きたいと思いき働く場を求める自分＞がある。社会が、誠実さやスローライフに積極的意義を認めてくれたら、自分は働きやすくなると感じる。また同時に、生活するために金銭はもちろん必要であるが、そこだけに価値をおくのではなく、＜誰かの役に立ちたい自分＞もいる。現在、自分は、地域の人々に自分の体験や思いを話したり交流を行い、精神保健に対し正しく認識してもらうための活動を行っている。このような活動は、＜活動の場を失った自分＞とかく誰かの役に立ちたい自分＞の希求を満たしてくれる。また、この活動によって、＜表現の自由を得た自分＞を感じることができる。状況を変えることを諦め、＜現状の自分を受け入れざるをえない自分＞であったこともあるが、むしろ今は、自分を表現することで自分らしさを見つけるとともに、他者に認められることで自分を出すことが可能となった結果、他者を許せるようになりながら過去の自分をとがめず自分をゆるやかに自由にさせる、つまり＜自分を許せるようになった自分＞がある。少しずつ自分を許せるようになると、病気になったことに意味を見出し、健康な人に比べ精神的にも肉体的にも弱いことは事実として認めながらも、自分が失ったと思っている価値の他に多くの異なった価値のあることに気づき、＜価値範囲の拡大ができる自分＞になり、少しずつ自分を受け入れるようになってきた。「年齢がある程度高くなれば、メンバーの人たちの方が安定感が高いと思うよ。逆に言えば、一般の定年退職をした人の方が非常に動揺しやすい。病気になった自分は、生活の中でひびができたというか、日常生活を維持する、どうやって生きるかということに気づいて、その中に得てきているものがあるんじゃないかな」。生きるためには現状を受け入れるしかなかったが、いったん受け入れたら腹が据わり、これまでの自分とは異なり自分と積極的な関わりがもてる自分になった、つまり今、＜新しい人になる自分＞がある、と感じている。

自分は、病の体験を通して次のように感じる。日本の精神医療は旧態依然のままである。患者主体の＜透明性のある精神医療への改革を強く求める自分＞があることも事実である。「僕はね、今の精神医療っていうもの自体、ほんまに医療になっとんかという疑問があるんですけど。僕らは、病気のプレッシャーの上に、その周りにある長い歴史を持った環境から来るプレッシャーの方が何倍も大きかったわけですよ。それを取り除かなきゃ医療できないって。」

V. 考 察

1. 欲求を通して意識される自己

人間は常に何かを欲している動物であり、どんな状態を取り上げてみても、それ自体、常に動機付けの状態にあ

る²⁰⁾。本研究でもメンバーが知覚した自己は、己の欲求を通して意識されており、4階層の欲求に関連する内容を形成していた。欲求が存在することは、欲求の充足がされていないことを意味する。なぜなら、欲求はヒエラルキーを固定した順序をもち、下位の欲求が充足されることにより、上位の階層へ移行すると考えられるからである²⁰⁾。今回、ヒエラルキーの最下位である生理的欲求に関連する自己概念は存在しなかった。この理由は、生理的欲求が満足することによりその欲求に支配されることから解放され(潜在的に存在するだけ)、結果的に上位の他の欲求が出現した²⁰⁾ためであろう。

充足されて(満たされて)いないという概念は、剥奪の概念と同じくらい重要な概念である²⁰⁾。したがって、メンバーが知覚する『階層からなる欲求をもつ自分』と《環境の影響を非常に大きく受ける自分》の自己は、精神の病をもつことに関連した過去の体験や現在の状況の中から生じた、欲求の剥奪された自己概念であり、剥奪されたことによる苦しい叫びとする解釈も可能である。「僕らは、病気のプレッシャーの上に、その周りがある長い歴史を持った環境から来るプレッシャーの方が何倍も大きかったわけですよ。それを取り除かなきゃ医療できないって。」と語るように、彼らを取り巻く歴史的環境から大きな負の影響を受けて彼らが存在していること、さらに欲求を剥奪されたことによる苦しい叫びを、正面からそのまま受け止めることから看護は始まると考える。すなわち、看護職者自身を治療的に活用する意味において、メンバーを歴史・時代から大きな影響を受ける社会的存在として捉え、そこから生じた苦しい叫びをそのまま受け止める視点が、まず看護援助には求められよう。また、自己概念の形成は認知の仕方に影響されると理解できる。そこで、認知のあり方を修正し問題に対処することによって気分の状態を改善させる、認知行動療法の考え方・技法を積極的に看護に取り入れ活かすことが、今後、期待される。

他方で、《獲得したのものをもつ自分》が、欲求の剥奪された自己概念とともに存在した。《獲得したのものをもつ自分》の知覚は、発病から長い時間をかけながら自己の再構築を行ったありさまといえるだろう。メンバーは、体験のなかに人生のストーリーを編み意味を紡ぎ出し、自己と積極的に付き合うことを選択しようとしている。このプロセスにおいて、言葉を使つての自己表現が新たな自己への定義と繋がるのが考えられ¹²⁾、グループAとして社会に自分を語る活動が、自己の探索と新たな自己の定義の形成を後押ししているのだろう。新たな自己の定義の形成にとって、「聞き手」の存在のあり方は重要である¹²⁾。このことから、看護実践への示唆として、看護職者はメンバーから彼らの体験を学び教えてもらう立場をとりながら、彼らが

体験の中に意味を紡ぎ出すプロセスを支援することが大切であろう。

次いで、《環境の影響を非常に大きく受ける自分》について考察する。現在、障害者基本計画の理念の一つとしてノーマライゼーションが掲げられ、施策の推進が図られている²¹⁾。ノーマライゼーションは、障害のある人々の開発に力点があるのではなく、社会(環境)のあり方が変化して障害のある人をも包み込むという考え方に基礎を置く²²⁾。社会(環境)の側を変えていくという視点からメンバーの自己概念を見ると、偏見の問題は極めて重要といえるだろう。偏見の形成は、一見、理解しにくい彼らの病気の性質に起因すると考えられ、メンバーに対する社会の緊張や不安が彼らを排除する方向にしむけ、普通に接することを困難にすると考えられる。緊張や不安を感じる社会もまた完全な自立(自己実現)とはいえず、社会により支援されなければならないのである。その意味において、社会の人々に精神保健について正しい認識を広める活動を行っているメンバーは、緊張や不安を感じる社会の自己実現に寄与しているといえよう。実際、メンバーの日々生きることを懸命に戦い続けている生き様と、ありのままの自分を堂々と表現する勇氣は、社会に住む人々に感動と勇氣を与えるとともに、メンバーに対する社会の緊張や不安を軽減させている²³⁾。このことより、教育現場・保健医療・福祉に携わる者は、地域社会とメンバーの橋渡しの役割をいっそう行い、偏見の解消を行うことが必要となろう。しかし、個人レベルの活動には限界があり、メンバー・専門家・ボランティアが手を結んだ交流事業の促進を図るなど地域ネットワークを推進することが重要であり、そのような実践に対し積極的な経済的支援が市町村になされるなど、国による後押しが必要であることを指摘しておきたい。

抽出された概念は、ある精神障害・当事者から見出された自己概念¹¹⁾と似通っていた。しかし、<透明性のある精神医療への改革を強く求める自分>や<見守る助けが必要な自分><偏見の内在化をしている自分>の概念は先行研究に見当たらず、本研究で見出された新たな概念と言える。

2. 他者に無条件に受け入れられることと活動の場があることの重要性

いくつかの概念は、他者に受容されることと関連性があった。他者に無条件に受け入れられる体験は、<自分を許せるようになった自分>を生み出し、病の体験に意味を見つけ、失った価値にとらわれず失った価値は本質的でないと感じる<価値範囲の拡大ができる自分>に広がる。<価値範囲の拡大ができる自分>を受け入れたら腹が据わり、これまでの自分とは異なる<新しい人になる自分>を

生み出そうとしていた。このプロセスが示すように、メンバーを無条件に受け入れるたった一人の存在は、<新しい人になる自分>を生み出す契機となり、自己の再構築にむける重要なキーワードとなる。このことから、看護実践への示唆として、看護職者は、世界でたった一人しか存在しない大切な人としてメンバーを無条件に受け入れる対人関係を構築することが望まれる。

また、活動の場があることは、メンバーの成長欲求を実現できる機会を作る。「例えば、花壇の花植えとか、一人暮らしの年寄りに弁当を配達するとか、そんなことは自分に与えられた役割よ。」と語るように、彼らの視点から必要と感じる社会貢献が実践できたり、その人に合った就労を含めた自分を活かせる場作りの支援を看護援助として行うと共に、地域精神保健福祉システムとして取り組むことは緊急の課題であると考えられる。

3. CBPRの評価ならびに本研究の限界と今後の課題

本研究のメンバーは、1地域に住むメンバーであり、地域による文化差が自己概念に影響するといった限界があることは否めない。しかし、<自分を許せるようになった自分>や<新しい人になる自分>の概念などに示される、自分と積極的な関わりがもてるようになった言葉は研究会の後半に語られたことから、研究会に参加することでメンバーの自己概念に拡がり生まれたことが推察される。また、参加メンバーは徐々に増加した。これらメンバーの参加レベルや認識に拡がりが見られたことは、CBPRの視点から評価できるだろう。今後、グループAとして活動していない人の自己概念との相違を明確にすること、また今回抽出された自己概念を自尊心の観点から研究を深め、メン

バーとともに自尊心の回復プログラムを構築することが課題である。

VI. おわりに

精神の病を体験しながら、精神保健について正しい認識を広める活動をしているメンバーの自己概念は、欲求を通して意識された自己であり、『階層からなる欲求をもつ自分』を獲得した《獲得したのものをもつ自分》と、『階層からなる欲求をもつ自分』を獲得できない《環境の影響を非常に大きく受ける自分》により構成された。結果より、ケア提供者は、メンバーを歴史・時代から大きな影響を受ける社会的存在として捉え、彼らの苦しい叫びをそのまま受け止める、体験の中に意味を紡ぎ出すプロセスを支援する、地域社会とメンバーの橋渡しの役割を強化する、無条件に受け入れる対人関係を構築する、活動の場作りの支援を行うことの必要性が示唆された。

本稿は、グループAのメンバーと筆者らの共同作品である。論文中の「メンバーの自己概念の様相」の部分メンバーに提示したところ、「これは物凄いい、ほんまにこの通りだなあ」とフィードバックしてくれた。

謝辞：本研究をまとめるにあたり、メンバーに感謝するとともに、今後もコミュニティの一部として協働することを心から願う。

本研究は、平成19年度～平成22年度科学研究費補助金(基盤研究(C)) 課題番号19592570) 助成を受けて行った研究の一部である。

要 旨

地域で住みながら病の体験を語っている精神障害者当事者グループの自己概念を構成する要素を明らかにし、看護援助を考察することを目的として、修正版Grounded theory approachを用いた質的帰納的研究を行った。結果、精神の病を体験しながら、精神保健について正しい認識を広める活動をしているメンバーの自己概念は、欲求を通して意識された自己であり、『階層からなる欲求をもつ自分』を獲得した《獲得したのものをもつ自分》と、『階層からなる欲求をもつ自分』を獲得できない《環境の影響を非常に大きく受ける自分》により構成された。ケア提供者は、メンバーを歴史・時代から大きな影響を受ける社会的存在として捉え、苦しい叫びをそのまま受け止め、体験の中に意味を紡ぎ出すプロセスを支援し、地域とメンバーの橋渡しの役割を強化し、無条件に受け入れる対人関係を構築し、活動の場作りの支援を行う必要性が示唆された。

Abstract

A qualitative, inductive study using a modified grounded theory approach was conducted to identify components of self-concept of members of a Mentally Disabled Anonymous meeting talking about their experience of the disease while living in the community and discuss nursing care. As a result, three components were found. The self-concept of members participating in activities for disseminating knowledge of mental health is the self they became conscious of through meeting needs, consisting of the self who has regained self who has a hierarchy of needs and the self who is strongly influenced by the environment and remains unable to regain self who has a hierarchy of needs. It is suggested that caregivers should perceive men-

tally disabled persons as social beings who are influenced by the environment, accept their painful cries as they are, help them attach meanings to their experiences, play a more important role in creating a bridge between mentally disabled people and the community, establish a closer interpersonal relationship to accept them without reserve, and provide them with more opportunities for activities in the community.

文 献

- 1) Allness, D.J., Knoedler, W.H. (亀島信也, 神澤創監訳): PACTモデル-精神保健コミュニティケアプログラム-, 1-13, メディカ出版, 大阪, 2001.
- 2) 西尾雅明: 日本で始まるACTパイロット事業 (ACT-J), 地域精神保健福祉情報Review, 12(1), 30-33, 2003.
- 3) 西尾雅明: 包括型地域生活支援プログラム (ACT) と就労支援, Schizophrenia Frontier, 8(1), 7-13, 2007.
- 4) 坂下利香: 包括型地域生活支援プログラム (ACT) の概要とその魅力, 精神科臨床サービス, 5(2), 277-281, 2005.
- 5) Bobes, J., Gonzalez, M.P.: Quality of life in schizophrenia, Katschnig, H., Freeman, H., et al. (Eds): Quality of Life in Mental Disorders, 165-178, John Wiley & Sons, New York, 1997.
- 6) 國方弘子, 渡邊久美: 慢性統合失調症者のQuality of lifeを予測する要因-領域別WHOQOL-短縮版への影響-, 日本看護科学会誌, 27(1), 44-53, 2007.
- 7) 遠藤辰雄: セルフ・エスティーム研究の視座, 遠藤辰雄, 井上祥治, 他 (編): セルフ・エスティームの心理学, 8-25, ナカニシヤ出版, 京都, 2001.
- 8) 伊東里美, 相原則章, 他: 心理教育プログラムが与える自己効力感への影響, 日本精神科看護学会誌, 48(1), 166-167, 2005.
- 9) 玉井沙弥香, 阿部清美: 自己効力理論を取り入れた服薬自己管理指導の効果, 精神科看護, 33(12), 47-53, 2006.
- 10) 松下年子, 松島英介, 他: 急性期病棟に入院した精神障害者の自尊感情と, Health Locus of Control, 臨床精神医学, 33(3), 307-312, 2004.
- 11) 田中美恵子: ある精神障害・当事者にとっての病いの意味-地域生活を送るNさんのライフストーリーとその解釈, 看護研究, 33(1), 37-59, 2000.
- 12) Andersen, T. (野口裕二, 野村直樹訳): リフレクティング手法をふりかえって, McNamee, S., Gergen, K.J. (編): ナラティブ・セラピー-社会構成主義の実践-, 89-118, 金剛出版, 東京, 2001.
- 13) 吉沢 毅: スピーカーズ・ビューロー岡山の活動から, 精神神経学雑誌, 2007特別, S193, 2007.
- 14) 中山芳樹: 病と共に20年そしてスピーカーズ・ビューロー活動との出会い, 精神神経学雑誌, 2007特別, S192, 2007.
- 15) Pope A.W., McHale S.M., et al. (高山巖監訳): 自尊心の発達と認知行動療法, 19-38, 岩崎学術出版, 東京, 1992.
- 16) World Health Organization (融道男・中根允文, 他監訳): The ICD-10 精神および行動の障害, 23-49, 医学書院, 東京, 2005.
- 17) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践, 87-229, 弘文堂, 東京, 2003.
- 18) Chrisman N.J. (鈴木久美, 麻原きよみ監訳): CBPRの実践-Community-Based Participatory Researchの臨床への応用-, 看護研究, 39(2), 11-17, 2006.
- 19) Holloway, I., Wheeler S. (野口美和子監訳): ナースのための質的研究入門, 151-160, 医学書院, 東京, 2003.
- 20) Maslow, A.H. (小口忠彦 訳): 人間性の心理学, 30-90, 産業能率大学出版部, 東京, 2007.
- 21) 内閣府: 平成19年版障害者白書, 238-251, 佐伯印刷, 東京, 2007.
- 22) 平野隆之: ノーマライゼーション, 平岡公一, 平野隆之 他 (編): 社会福祉キーワード, 86-87, 有斐閣, 東京, 2003.
- 23) 日本イーライリリー: 精神障害者自立支援活動賞 (リリー賞), 2008-03-18, https://www.schizophrenia.co.jp/CACHE/scz/index_page_pageobj1523.cfm

[平成20年4月18日受 付]
[平成21年1月8日採用決定]

親の役割受容と親役割行動が子どもの評価する 家族機能と精神的健康に与える影響

The Influence of Parental Role-Acceptance and Parental Role Behavior to
Family Function and the Mental Health of Adolescents

高見三奈¹⁾ 佐藤幸子²⁾ 塩飽仁³⁾
Mina Takami Yukiko Sato Hitoshi Shiwaku

キーワード：役割受容，親役割行動，家族機能，精神的健康，思春期

Key Words : role-acceptance, parental role behavior, family function, mental health, adolescents

I. 緒言

我が国における平成18年度の全児童生徒数に対する不登校者数の比率は小学校0.33%，中学校2.86%であり，10年間でそれぞれ1.4倍，1.7倍に増加している¹⁾。不登校児の臨床的診断は神経症性障害が多くを占めていることや^{2~4)}，少年の自殺者数が増加している⁵⁾ことから，思春期の子ども達の心の健やかな発達をいかに支えていくかを再検討していく必要がある。

一般に，子どもの精神病理には多くの生物心理社会的因子が複雑に影響しあっているとされており，なかでも家庭環境は様々な理論的モデルにおいて精神病理の発達を説明するのに中心的役割を果たしている^{6,7)}。その代表的なものに社会学習理論，認知行動理論，家族システム理論，生物行動モデルがあり，これらは家族変数を重要な説明力とし⁶⁾，社会学習理論のPattersonの抑圧モデルでは親子の相互作用は直接的に子どもの反社会的行動に寄与すると仮定されている⁸⁾。また，家族システム理論では異常な親子関係および三者関係の結果として精神病理がおこるとしている⁶⁾。先行研究においても，家族機能が不良なことは子どもの抑うつなどの精神的健康や行動問題，反社会的行動と関連しており，家庭環境に対する介入の必要性が指摘されてきた^{6,9)}。なかでも，子どもが評価する家族機能は子どもの精神病理に強く影響していることが指摘されており^{10~12)}，国内では，増田ら¹³⁾が子どもの評価する家族機能評価尺度を開発し，家族機能不良群は良好群に比べ，心身症およびその周辺疾患発症の相対危険度が2.4倍高いことを明らかにした。さらに，思春期の子どもが捉えた家族機能は実際の家庭状況と子どもの適応を説明する媒介変数である可能性が指摘されている¹²⁾。子どもにとっての家庭

状況として重要なものに親の養育態度が挙げられ，父親と母親の感情的にあたたかく，受容的な養育態度は子どもの精神的健康や自尊心，適応などと関連しており^{14~16)}，親の不安な養育は子どもの不安に関連しているという報告^{17,18)}や親の自信が子どもの精神的健康を高めているという報告¹⁹⁾がある。すなわち，父親と母親の受容的で自信のある養育は子どもの心の健全な発達を促進していると考えられる。

一方，親の養育態度には親自身の被養育体験が影響しているが²⁰⁾，親は仕事と家庭における多くの役割をかかえており，それらの役割をどの程度受容しているかということも養育態度に影響していると考えられる。山本ら¹⁹⁾は思春期の子どもを持つ親の仕事と家庭での役割受容と親としての役割行動について調査し，父親，母親ともに仕事における役割と家庭における役割を受容していることと親役割行動のなかの受容および自信には関連があることを明らかにした。また，受容，自信といった親役割行動は他の役割行動よりも子どもの精神的健康と強く関連していることを明らかにしている。しかし，2変数間の関連を示したのみであり，子どものアウトカムまでの道すじは明らかになっていない。

今日，少子高齢社会となった我が国では「子どもと家族を応援する日本」が重点戦略とされ，平成19年6月の内閣府の中間報告では，ワーク・ライフ・バランス実現のための働き方の改革を最優先課題とすること，多様な働き方に対応できるよう子育て支援策を再構築すること⁵⁾などの方向性が示された。2003年に平田²¹⁾は，社会的文化的文脈から家族を取り巻く環境は変化し，父親が母親と同様に家庭生活において積極的に関与する役割を期待される状況

1) 独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院 Japan Labour Health and Welfare Organization, Yokohama Rosai Hospital

2) 山形大学医学部看護学科 School of Nursing, Yamagata University

3) 東北大学大学院医学系研究科保健学専攻 Department of Health Sciences, Graduate School of Medicine, Tohoku University

が産まれていると述べている。子どもの養育という親役割を中心とした家庭役割を担いながら、いかにして就労をこなしていくかということは、父親母親双方にとって重要な問題であるといえる。

親役割行動の受容と自信が子どもの精神的健康に影響していること、子どもの評価する家族機能は子どもの精神的健康に強く影響しているというこれまでの知見と、思春期の子どもが捉えた家族機能は実際の家庭状況と子どもの適応を説明する媒介変数であるという Millikan¹²⁾ の指摘をふまえると、親の受容および自信という親役割行動は子どもの評価する家族機能に影響し、さらに精神的健康に影響するという道すじが考えられる。そこで本研究は、親の仕事における役割受容と家庭における役割受容が受容的な親役割行動と自信のある親役割行動を高め、子どもが家族機能を良好に評価することにつながり、子どもの精神的健康に寄与するという仮説を立て、この仮説モデル(図1)を検討することを目的とした。先行研究において、思春期の子どもの精神的健康と関連する親の養育態度は両親ともにほぼ同様であることから、本研究では父親と母親のモデルは同一のものと仮定する。しかし、親子の関係をみると親子の性別が重要な要因になっている可能性があることから²²⁾、父親-男子、父親-女子、母親-男子、母親-女子の4組に分けて検討する。

本研究における仕事役割は「就業する者が雇用形態、職位によらず職場で担う役割」と、家庭役割は「家庭を形成する者が主に配偶者として、親として、介護者として家庭で担う役割」と操作的に定義した。役割受容は「自分が果たす役割に満足し、有能感と達成感を感じていること」と定義し、三川²³⁾の役割受容尺度を用いて測定することとした。

II. 研究方法

1. 対象

東北地方の2県の県庁所在地にある公立の小中学校のうち、研究の趣旨と方法を説明し、学校長の下承が得られた小学校1校の5～6年生の児童225名、中学校2校の1～3年生の生徒812名とその両親、総計1037組とした。

2. 調査方法

自記式質問紙調査を平成18年11月～12月に実施した。担任教諭を通して親子それぞれへの調査協力依頼文、質問紙の入った封筒を配布し、児童生徒が自宅に持ち帰り両親に手渡してもらった。回答後は学校に設置した回収箱に児童生徒を通して投函してもらい、留め置き法にて回収した。対象への質問紙にはあらかじめ親子共通の番号を振り、親子の組を判別した。

1) 両親への質問

属性として年齢、就業の有無を調査した。

(1) 役割受容尺度

個人が果たすべき役割をどの程度重視し、受容しているかを測定するもので、自分の生き方への満足感を表す「役割満足」、役割に対する肯定的評価を表す「役割評価」、役割を遂行する能力や自信を表す「役割有能感」、果たすべき役割のほかにもさまざまな役割を積極的にこなしていくことを表す「役割達成」の4つの下位尺度からなる²³⁾。27項目、5件法で回答を求め、得点が高いほどそれぞれの傾向が強いことを示す。本研究では、仕事と家庭における役割受容を区別して測定するため、27項目の質問に対しそれぞれ「仕事」の役割でどのくらいあてはまるか、「家庭」の役割でどのくらいあてはまるか回答を求め、下位尺度の合計点を仕事における役割受容(以下、仕事役割受容)と家庭における役割受容(以下、家庭役割受容)とした。仕事役割受容は有職のものに回答を求めた。尺度開発時の

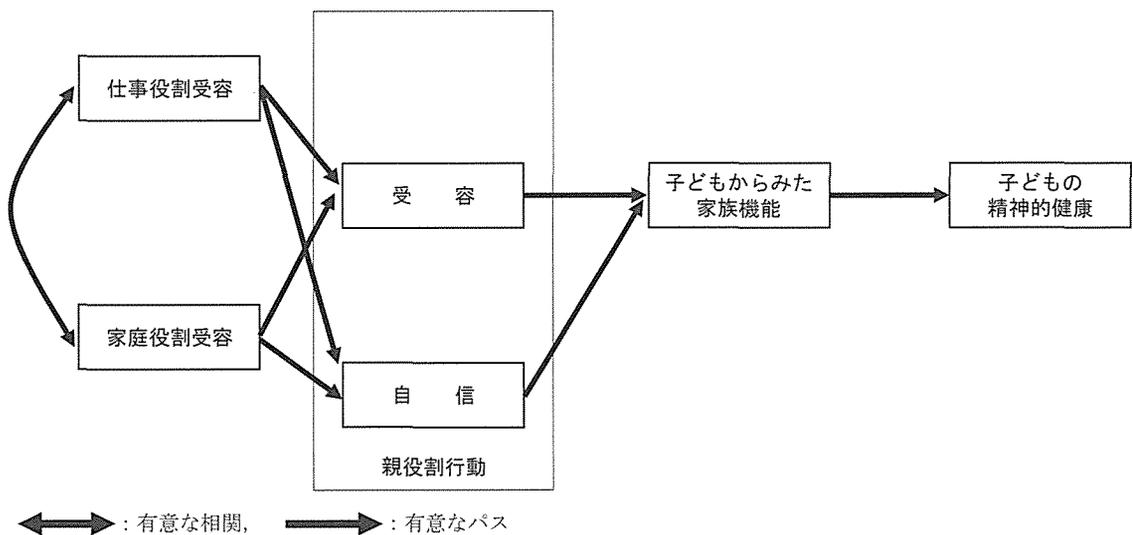


図1 親の役割受容、親役割行動と家族機能および子どもの精神的健康の関係の仮説モデル

Cronbachの α 係数は0.74~0.87であり、信頼性、妥当性が確認されている。

(2) 親役割診断尺度 (Parental Role Assessment Scale) (以下、親役割行動)

親役割行動は“子どもの人格形成に影響を与える親の子どもに対する行動で、親の子どもに対する態度や認知的側面を含むもの”と定義される。この尺度は親が親としての役割を自己評定するもので、子どもの学習や生活態度に対し、細かく何度も注意を与える傾向を示す「干渉」、親子のコミュニケーションの大小や親が子どもの行動、考えなどを理解する傾向を示す「受容」、親が子どもをそばから離れたくない傾向を示す「分離不安」、子どもの自立・成長を認知・理解し、それを促進する姿勢をとる傾向を示す「自立促進」、子どもが新しい経験や状況に出会ったとき親がそれを援助する傾向を示す「適応援助」、自らの子育てを否定的に考える傾向の少なさを示す「自信」の6つの下位尺度からなる²⁴⁾。42項目、3件法で回答を求め、得点が高いほどそれぞれの傾向が強いことを示す。「分離不安」、「適応援助」及び「自立促進」という思春期・青年期の子どもをもつ親の役割行動の側面を含んでおり、思春期・青年期の親子関係を研究するのに適した尺度だと考えられる²⁵⁾。尺度開発時のCronbachの α 係数は0.63~0.74であり、信頼性、妥当性が確認されている。

2) 子どもへの質問

属性として性別、学年を調査した。

(1) 子どもからみた家族機能 (Child-Evaluated Family Function; CEFF)

この尺度は①家族メンバー間の結びつきが強いのか、②家庭に自分の居場所があるのか、③家庭は自分にとって安全な場所であるのか、④家族が支えになってくれるのか、⑤家庭では何でも相談できるのかについて3件法で回答を求め、合計点が高いほど子どもが家族機能を良好であると評価していることを示す。7点以上を良好、4~6点をやや不良、3点以下を不良と判定する。尺度開発時のCronbachの α 係数は0.74であり、信頼性が確認されている²⁶⁾。尺度開発時の対象は17~25歳であり適応年齢に関する記載はないが、設問文とその内容は平易であり、本研究の対象にも十分理解可能であると考え使用した。

(2) The General Health Questionnaire 日本版GHQ精神健康調査票短縮版 (GHQ30)

精神的健康を測定するものとして市販の日本版GHQ30を使用した。日本版GHQ30 (以下、精神的健康) は全般的な精神的健康の程度を反映する「一般的疾患傾向」、「身体的症状」、「睡眠障害」、「社会的活動障害」、「不安と気分変動」、「希死念慮とうつ傾向」の6因子各5項目で構成される²⁷⁾。本研究では希死念慮に関する質問内容が児童生徒

の心理面に与える影響を考慮し、「希死念慮とうつ傾向」に該当する設問への回答は求めず、5因子25項目を使用した。合計得点が高いほど精神的健康が低いことを示す。

3. 分析方法

統計解析にはSPSS 15.0J for Windows, Amos 5.0を使用した。比率の差はカイ二乗検定を用いた。さらに、仕事役割受容、家庭役割受容、親役割行動の受容と自信、家族機能、精神的健康を観測変数とし、パス解析を用いて仮説モデルを検討した。5%水準で有意でないパス係数(β)のうち、最も係数の小さいパスを削除して再度計算するという処理を繰り返して行い、最終的に5%水準で有意なパスのみからなるモデルを構成した。モデルとデータ間の適合度評価にはカイ二乗検定、goodness of fit index (GFI), adjusted goodness of fit index (AGFI), comparative fit index (CFI), root mean square error of approximation (RMSEA), Akaike's information criterion (AIC) を採用した^{28,29)}。

4. 倫理的配慮

研究計画は山形大学医学部倫理委員会の倫理審査を受け承認を得た。研究の趣旨と方法を教育委員会と学校長に説明し、同意の得られた学校で調査を行った。対象者には研究への協力は自由意思であり拒否しても不利益はないこと、協力する場合でも理解できない質問や答えたくない質問には答えなくてよいこと、プライバシーは保護されること、結果は学会等で公表すること等を説明した依頼文を配布し、同意する場合に回答してもらった。家族間で情報が漏洩しないように質問紙は各々封筒に入れて厳封したのち、親子の封筒を1つの封筒にまとめてもらい回収した。また、様々な家族背景をもつ家庭があることを考慮し、親子の封筒を1つの封筒にまとめるので提出時に他人から見えないことを説明した。

III. 結 果

1. 対象の属性 (表1)

回収率は58.7%であった。尺度の回答に欠損のあるものを除外し、有効回答率は69.6%であった。男子210名(49.5%)、女子214名(50.5%)であり、小学生、中学生における男女の分布に差はみられなかった。

父親の平均年齢は44.4 \pm 4.7歳、母親42.0 \pm 4.2歳であった。父親292名のすべてが有職者であり、母親は有職284名(67.0%)、無職92名(21.7%)、無回答48名(11.3%)であった。本研究は両親の仕事と家庭における役割受容と親役割行動という側面に焦点をあてて検討するため、母親のデータは有職のものを使用した。

2. 尺度の記述統計量と信頼性係数 (表2)

父親の仕事役割受容の平均値は96.4 \pm 14.0、母親は92.5 \pm 14.2であり、家庭役割受容は父親97.2 \pm 14.1、母親92.8 \pm

表1. 対象者の属性

	児 童・生 徒			両 親		
	小学生	中学生	合 計	父 親	有職母親	合 計
男 子	59	151	210	151	147	298
女 子	60	154	214	141	137	278
合 計	119	305	424	292	284	576

数値：人数

小学生，中学生における性別の比率の差の検定（カイ二乗検定）：n.s.

父親，母親における子どもの性別の比率の差の検定（カイ二乗検定）：n.s.

表2. 尺度の平均値，標準偏差と信頼性係数

	父 親	母 親	男 子	女 子	α 係数
役割受容					
仕事役割受容	96.4±14.0	92.5±14.2			0.91
家庭役割受容	97.2±14.1	92.8±14.4			0.92
親役割行動					
干 渉	7.7±4.8	9.4±4.5			0.82
受 容	9.4±3.1	11.1±2.7			0.73
分離不安	10.1±3.4	10.3±3.4			0.68
自立促進	5.5±2.8	5.9±2.7			0.71
適応援助	6.7±3.0	6.9±3.2			0.63
自 信	5.0±2.2	4.0±2.4			0.74
子どもからみた家族機能			8.0±2.1	7.8±2.2	0.78
GHQ			4.7±4.0	5.4±4.8	0.85

表3. 子どもからみた家族機能の判定

	家族機能判定			合計	P 値
	良好群	やや不良群	不良群		
全 体	320 (75.5)	86 (20.3)	18 (4.2)	424 (100.0)	
性 別					
男 子	164 (78.1)	39 (18.6)	7 (3.3)	210 (100.0)	0.435
女 子	156 (72.9)	47 (22.0)	11 (5.1)	214 (100.0)	
学校段階別					
小学生	101 (84.9)	14 (11.8)	4 (3.4)	119 (100.0)	0.017
中学生	219 (71.8)	72 (23.6)	14 (4.6)	305 (100.0)	

数値：人数（%），カイ二乗検定

14.4であった。親役割行動の干渉は父親7.7±4.8，母親9.4±4.5，受容は父親9.4±3.1，母親11.1±2.7，分離不安は父親10.1±3.4，母親10.3±3.4，自立促進は父親5.5±2.8，母親5.9±2.7，適応援助は父親6.7±3.0，母親6.9±3.2，自信は父親5.0±2.2，母親4.0±2.4であった。子どもからみた家族機能は男子8.0±2.1であり，女子は7.8±2.2であった。家族機能を良好と評価したものは320名（75.5%），やや不良と評価したものは86名（20.3%），不良と評価したものは18名（4.2%）であった。性別による家族機能判定の比率に差はなかった。しかし，学校段階別の比率に有意差がみられ（ $P=0.017$ ），中学生は小学生より家族機能良好群が

少なく，やや不良群が多い傾向がみられた（表3）。男子のGHQは4.7±4.0，女子は5.4±4.8であった。

各尺度の α 係数は0.63～0.92であった。親役割診断尺度の下位尺度である分離不安と適応援助は α 係数が0.70未満であり，尺度開発時の α 係数と同程度であったので分析の対象とした。

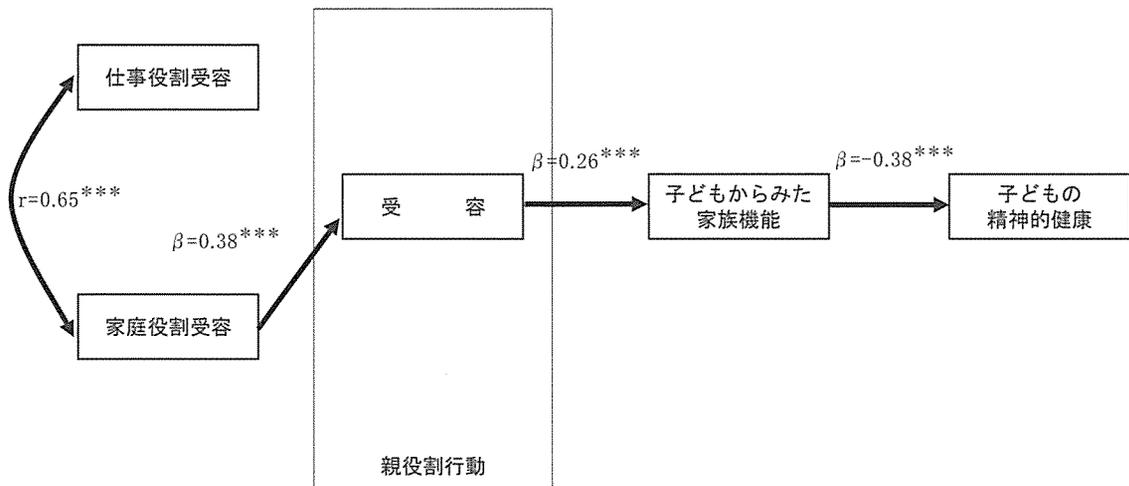
3. 親の役割受容，親役割行動と家族機能および子どもの精神的健康の仮説モデルの検討

親の仕事と家庭における役割受容が子どもを受容する親役割行動と自信のある親役割行動に影響し，子どもからみた家族機能は受容的で自信のある親役割行動から影響を

受け、精神的健康に寄与するという仮説モデルを構築した(図1)。そして、父親-男子、父親-女子、母親-男子、母親-女子別に仮説モデルを検討した結果、仕事役割受容から親役割行動へのパスは父親-女子以外の組では有意でなかったため削除された。父親-女子において仕事役割受容から自信へのパスも有意でなく削除された。さらに、同性の親子である父親-男子、母親-女子では家庭役割受容から受容へのパスのみが有意であり、自信へのパスが削除された。母親-男子のモデルの適合度指標は、GFI = 0.975, AGFI = 0.942, CFI = 0.983, RMSEA = 0.045, カイ二乗値 = 11.668, 自由度 = 9, AIC = 35.668であり受容し得る範囲であったが、親役割行動の受容から自信へ正のパスを加えると、適合度指標はGFI = 0.989, AGFI = 0.972, CFI = 1.000, RMSEA = 0.000, カイ二乗値 = 4.758,

自由度 = 8, AIC = 30.758へと高まったため、図4を母親-男子の最終モデルとした。すべての組の最終モデルの適合度指標はGFI = 0.975~0.989, AGFI = 0.934~0.972, CFI = 0.989~1.000, RMSEA = 0.000~0.048, カイ二乗値 = 3.854~10.565, 自由度 = 6~8, AIC = 21.854~36.565となり、それぞれ適合度が十分高く、採択し得ると判断した(図2~5)。

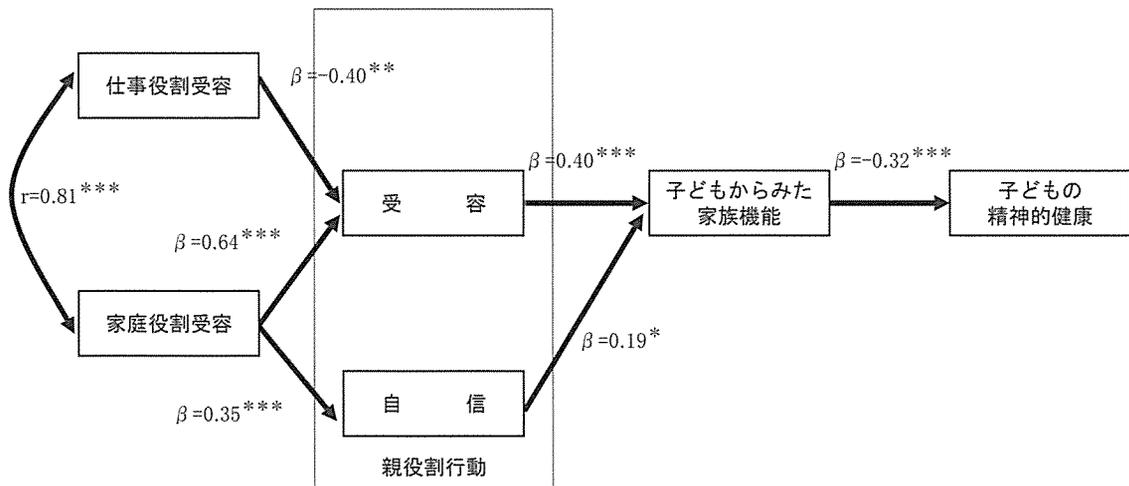
図2から図5までのすべての親子間で家庭役割受容から受容へのパス($\beta = 0.35 \sim 0.64$), 受容から家族機能へのパス($\beta = 0.20 \sim 0.40$), 家族機能から精神的健康へのパス($\beta = -0.32 \sim -0.38$)が有意であった。父親と女子の関係においてのみ、仕事役割受容から受容へのパス($\beta = -0.40, P = 0.003$)が有意であった。父親と女子、母親と男子の関係においては、家庭役割受容から自信へのパスと



GFI=.981, AGFI=.953, CFI=.993, RMSEA=.032, カイ二乗値:6.949, 自由度:6, p値:.326, AIC=24.949, n=151

↔ :有意な相関, r:相関係数, → :有意なパス, β :パス係数, *** $p < 0.001$

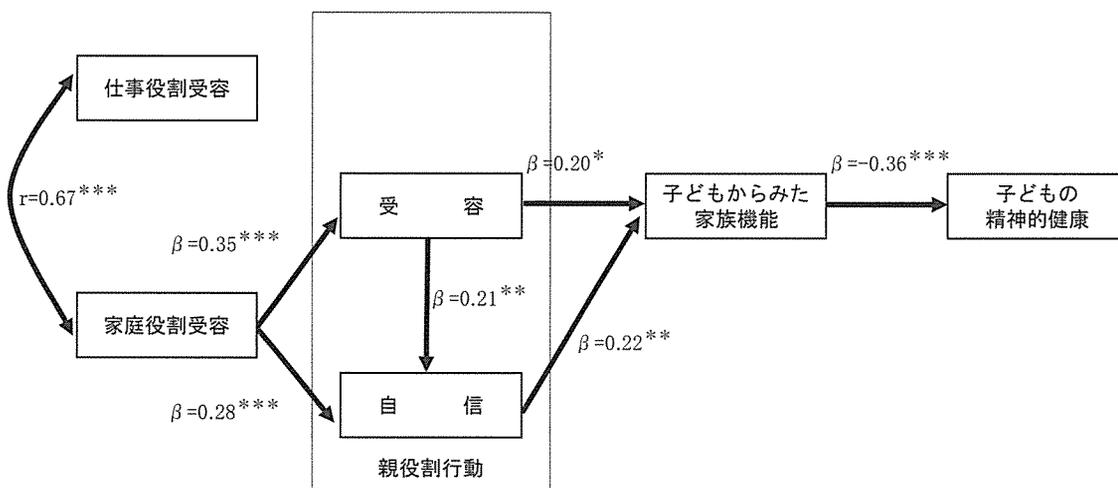
図2 父親と男子の関係の最終モデル



GFI=.975, AGFI=.934, CFI=.989, RMSEA=.048, カイ二乗値:10.565, 自由度:8, p値:.228, AIC=36.565, n=141

↔ :有意な相関, r:相関係数, → :有意なパス, β :パス係数, *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

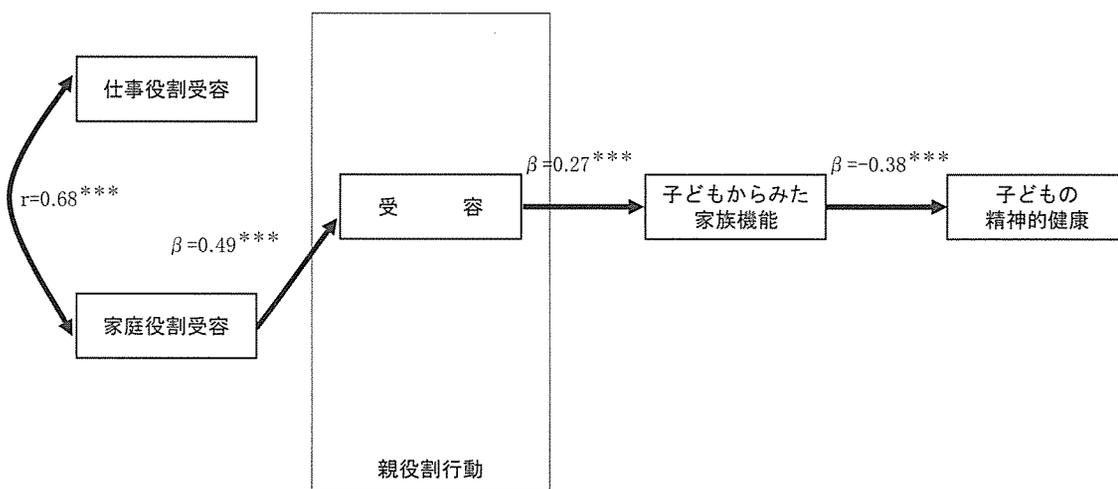
図3 父親と女子の関係の最終モデル



GFI=.989, AGFI=.972, CFI=1.000, RMSEA=.000, カイ二乗値:4.758, 自由度:8, p値:.783, AIC=30.758, n=147

↔ : 有意な相関, r: 相関係数, → : 有意なパス, β : パス係数, *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$

図4 母親と男子の関係の最終モデル



GFI=.989, AGFI=.972, CFI=1.000, RMSEA=.000, カイ二乗値:3.854, 自由度:6, p値:.696, AIC=21.854, n=137

↔ : 有意な相関, r: 相関係数, → : 有意なパス, β : パス係数, *** $p < 0.001$

図5 母親と女子の関係の最終モデル

(父-女子: $\beta = 0.35$, $P = 0.000$, 母-男子: $\beta = 0.28$, $P = 0.000$), 自信から家族機能へのパスも有意であった(父-女子: $\beta = 0.19$, $P = 0.011$, 母-男子: $\beta = 0.22$, $P = 0.007$)。さらに、母親と男子の関係では受容から自信へのパスが有意であったが($\beta = 0.21$, $P = 0.008$)、父親と女子の関係では受容と自信の間のパスは有意ではなかった。

IV. 考 察

対象家庭の母親の67.0%が有職であったが、これは全国調査³⁰⁾の35~44歳女性の就業率65.4%と同様であり、母親の就業率において平均的集団と考えられた。役割受容を仕事と家庭に分けて測定した先行研究はないが、三川³¹⁾の40代男性、女性のデータと比較し、概ね同程度の役割受容

であった。親役割行動は健全な中高校生を持つ両親と比較し³²⁾、両親の分離不安、自立促進、母親の干渉が高かったが、本研究は小学校高学年児童の両親も対象に含んでおり、子どもの年齢の低さを反映しているものと考えられる。

本研究において思春期の子どものうち4.2%が家族機能を不良と評価し、やや不良と評価した子どもと合わせると1/4の子どもが家族機能を低く評価していた。そして、健全大学生を対象とした先行研究²⁶⁾と同様に、家族機能の評価に性差はみられなかったが、学校段階別では中学生の方がやや不良と評価する比率が多い傾向がみられた。これには、子どもは自立へと向かうにしたがい家庭外の環境が重要となってくるため、相対的に家族機能を低く

評価するようになるという発達の側面も考えられる。しかし、家族内の低い凝集性と大きな葛藤は子どもの抑うつや行動問題など子どものアウトカムに影響を及ぼし⁶⁾、観察された家族機能が親が評価した家族機能よりも子ども自身が評価した家族機能が子どもの症状と強い関連を持っている¹⁰⁻¹²⁾ことから、子どもが捉えている家族の状態についてアセスメントすることが重要である。

仮説モデルの検討の結果、子どもの性別によらず、父親、母親が家庭役割を受容していることが子どもへの受容的行動につながり、受容的行動が子どもからみた家族機能を高め、子どもの精神的健康を高めていることが明らかになった。岩田ら³³⁾は父親自身が自分の役割を納得していることがストレスを低下させ、父親役割を思うように遂行できるとつながると述べており、これは母親にも共通することだと考えられる。さらに、子どもが家族の結びつきの強さや家族が支えになると感じられること、すなわち家族機能を良好に感じられることには父親と母親からの受容的な行動が重要であることが示され、子どもに対する両親の受容的かかわりの大切さが改めて確認されたといえる。

子どもが家族機能を良好に評価していることは子ども自身の精神的健康に寄与しており、これまでの知見と合致していた。家族機能が不良であることは学校不適応につながり、心身症の発症にも影響を及ぼすことや、子どもにとっての家族機能は思春期以降の対人関係や社会適応にも影響することが指摘されていることから⁹⁾、家族機能が良好であることは子どもの発達において様々な不適応から子どもを守ることに、精神的健康を維持させる防御因子になっていることが示唆された。

父親と女子の関係において、父親が仕事役割を受容していることが子どもに対する受容的行動に負の影響を与えている可能性が示された。娘に対する受容が低い父親はネガティブな親役割から遠ざかることによってwell-beingを高めるために感情的な仕事関与と就業時間を増加させるという補償的な関係が指摘されているが³⁴⁾、本研究では受容的行動の低さが仕事役割受容を高めているという方向のパスは確認されず、今後更なる検証が必要であると考えられる。

父親と女子、母親と男子の関係においては、受容的行動と自信のある親役割行動が子どもからみた家族機能を高め、子どもの精神的健康に寄与しており、仮説モデルが支持された。思春期の子どもには異性の親が自信ある行動をとることが重要と考えられ、子どもは異性の親からより強い影響を受けていることが示された。10~16歳の子どもを対象とした研究では、男子の抑うつには母親の拒否と家族に対する不満が、女子の抑うつには父親の拒否と家族に対する不満が寄与するという異性の親からの影響が報告されており³⁵⁾、夫婦関係が親子関係の質に与える影響は

反対の性の子どもでも強いことも確認されている^{22,36)}。Osborne²²⁾は、思春期の子どもは同性の親を同一視する傾向があるので、夫婦間に葛藤がある場合、異性の親との関係が脆弱になり影響を受けやすくなると説明している。同性の親を同一視している子どもは異性の親の行動に敏感になっているため、親の自信の有無が家族機能の評価に影響を与えている可能性が考えられる。一方で、思春期の子どもは同性の友人関係に加え、異性を愛情対象として意識し始める年代であり、この時期の子どもにとって異性の親は異性モデルとしても重要な役割を果たしていることを示すものとする。異性の親の自信のある親役割行動は子どもにとって安心感をもたらす、家族機能を良好に感じることにつながるだけでなく、理想的な異性モデルにもなり得ると考えられる。

母親と男子の関係では、さらに、母親が子どもを受容していることが母親自身の養育に対する自信に結びついていた。思春期の子どもを持つ母親は父親より有意に養育に対する自信が低い¹⁹⁾、子どもを受容できているという認識が養育に対する自信につながり、子どもに対する自信のある行動に結びつくと考えられる。よって、子どもを受容していることを認めて支持する看護者のかかわりが母親の自信を高めることにもつながる可能性が示唆された。

思春期の子どもとその両親を支援する際には、看護者は両親の仕事における役割受容を考慮に入れたうえで家庭役割受容の程度をアセスメントし、父親母親それぞれが子どもと自身の力を信じて子どもを受容できるように支援していくことが求められると考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は両親の役割受容と親役割行動が子どもからみた家族機能を介し精神的健康に寄与する関係をパス解析により明らかにしたが、横断的研究では一時点での関係しか述べることができないという限界がある。今後は縦断的研究手法により、因果関係を検討していく必要がある。また、子どもが評価する家族機能には親側の要因だけでなく、子どもの生物学的特性やきょうだいなど親以外の家族成員との関係、ライフイベント、社会文化的背景など様々な要因が複合的に影響していると考えられる。これらを統合した、より説明力の高いモデルの提示に向けさらに検討を進めていくことが課題である。

VI. 結 論

小学5年生から中学3年生までの子どもとその両親を対象に、両親の仕事と家庭における役割受容と親役割行動が子どもからみた家族機能を介し精神的健康に寄与する仮説モデルを検証した結果、以下のことが示唆された。

1. 父親および母親が家庭における役割を受容していることは子どもに対する受容を高め、親が子どもを受容することは子どもからみた家族機能の評価を高め、子どもの精神的健康に寄与していた。
2. 異性の親子関係においては、親が家庭における役割を受容していることは子どもに対する自信のある養育行動を高め、子どもからみた家族機能の評価を高めることで

子どもの精神的健康に寄与しており、子どもからみた家族機能は異性の親からより強い影響を受けていると考えられた。

本研究にご協力くださったみなさまに心から感謝いたします。本研究は平成18～19年度科学研究費補助金（若手研究（B）、課題番号18791655）の助成を受けて行った研究の一部である。

要 旨

本研究は親の仕事および家庭での役割受容と親役割行動が子どもの評価する家族機能と精神的健康に与える影響を検討することを目的とした。小学5年生から中学3年生の子どもと両親1037組を対象に自記式質問紙調査を行い、パス解析により仮説モデルを検討した結果、以下のことが示唆された。父親と母親が家庭での役割を受容していることは子どもの受容を高め、子どもを受容していることは子どもが評価する家族機能を高め、子どもの精神的健康に寄与していた。また、父親と女子、母親と男子の関係では、家庭での役割受容は子どもへの自信ある親役割行動を高め、子どもが評価する家族機能に影響しており、子どもが評価する家族機能は異性の親からより強い影響を受けていた。思春期の親子を支援する際には、看護者は両親の家庭での役割受容の程度をアセスメントし、父親母親それぞれが子どもと自身の力を信じて子どもを受容できるように支援していくことが重要である。

Abstract

The purpose of this study is to examine the influence of parental role-acceptance and parental role behavior to family function and the mental health of adolescents. The subjects were 1037 sets of parents and children in grades 5 to 9. A self-administered survey was conducted with 424 effective data sets obtained. Using path analysis, our hypothetical model consisted of parents' role-acceptance at work and at home, parental role behavior, family function, and the mental health of adolescents was tested.

Results indicated that a higher level of parental home role-acceptance was associated with acceptance of their child, which in turn was associated with improved child-evaluated family function. Family function contributed to the adolescents' mental health. In addition, paternal home role-acceptance was associated with increased confidence in their nurturing, which in turn was associated with improved girls'-evaluated family function. Maternal home role-acceptance was associated with confidence in their nurturing, which in turn was associated with improved boys'-evaluated family function. In this way, the child-evaluated family function was more significantly influenced by the opposite sex parents' role behavior.

We propose that nurses and other health-care professionals should support parental home role-acceptance and parental role behavior to improve adolescents-evaluated family function.

文 献

- 1) 文部科学省：平成19年度学校基本調査速報，2008-02-01，http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/001/07073002/index.htm.
- 2) 岸野加苗，姜昌勲，他：奈良県立医科大学精神科児童思春期外来における最近の患者動向について，*Journal of Nara Medical Association*, 56(1), 15-21, 2005.
- 3) 林 敬子，小野 泉，他：登校困難児の臨床的検討，*広島医学*, 60(8), 485-487, 2007.
- 4) 武井 明，目良和彦，他：市立旭川病院精神科における児童思春期患者の実態 1996～2005年の10年間の外来統計から，*精神医学*, 49(10), 1053-1061, 2007.
- 5) 内閣府：平成19年版青少年白書－青少年の現状と施策－，時事画報社，東京，2007.
- 6) George, C., Herman, K.C., et al.: The family environment and developmental psychopathology: The unique and interactive effects of depression, attention, and conduct problems, *Child Psychiatry Human Development*, 37, 163-177, 2006.
- 7) Cummings, E.M., Davies, P.T., 他，菅原ますみ 監訳：発達精神病理学 子どもの精神病理の発達と家族関係，ミネルヴァ書房，京都，2006.
- 8) Patterson, G.R., DeBaryshe, B.D., et al.: A developmental perspective on antisocial behavior, *The American Psychologist*, 44(2), 329-335, 1989.
- 9) 吉野 聡，笹原信一郎，他：家族機能と思春期問題発症との関連に関する研究－筑波研究学園都市における5年毎の横断調査結果より（第5報）－，*思春期学*, 23(2), 234-242, 2005.
- 10) Harold, G.T., Fincham, F.D., et al.: Mom and dad are at it again: adolescent perceptions of marital conflict and adolescent psychological distress, *Developmental Psychology*, 33(2), 333-350, 1997.
- 11) Neiderhiser, J.M., Pike, A., et al.: Adolescent perceptions as mediators of parenting: genetic and environmental contributions, *Developmental Psychology*, 34(6), 1459-1469, 1998.

- 12) Millikan, E., Wamboldt, M.Z., et al.: Perceptions of the family, personality characteristics, and adolescent internalizing symptoms, *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 41(12), 1486-1494, 2002.
- 13) 増田彰則, 山中隆夫, 他: 家族機能が学校適応と思春期の精神面に及ぼす影響について, *心身医学*, 44(12), 903-909, 2004.
- 14) Openshaw, D.K., Thomas, D.L., et al.: Parental influences of adolescent self-esteem, *The Journal of Early Adolescence*, 4, 259-274, 1984.
- 15) Muris, P., Meesters, C., et al.: Worry in children is related to perceived parental rearing and attachment, *Behaviour Research and Therapy*, 38, 487-497, 2000.
- 16) Rigby, K., Slee, P.T., et al.: Implications of inadequate parental bonding and peer victimization for adolescent mental health, *Journal of Adolescence*, 30, 801-812, 2007.
- 17) Wood, J., McLeod, B., et al.: Parenting and childhood anxiety: theory, empirical findings, and future directions, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(1), 134-151, 2003.
- 18) Gruner, K., Muris, P., et al.: The relationship between anxious rearing behaviours and anxiety disorders symptomatology in normal children, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 30, 27-35, 1999.
- 19) 山本三奈, 佐藤幸子, 他: 両親の役割受容, 親役割行動と思春期にある子どもの精神的健康との関連, *小児保健研究*, 67(2), 349-356, 2008.
- 20) 塩飽 仁, 福井里佳, 他: 神経症・心身症患者の母親における養育態度の世代間伝播, *日本看護研究学会雑誌*, 22(3), 290, 1999.
- 21) 平田裕美: 日本の父親の家庭役割と就労との関連-役割分業観の影響力- No.1, *お茶の水女子大学大学院人間文化論叢*, 5, 353-364, 2003.
- 22) Osborne, L.N., Fincham, F.D.: Marital Conflict, parent-child relationships, and child adjustment: Does gender matter?, *Merrill-Palmer Quarterly*, 42(1), 48-75, 1996.
- 23) 三川俊樹: 成人期における役割期待と役割受容, *追手門学院大学文学部紀要*, 22, 1-22, 1988.
- 24) 谷井淳一, 上地安昭: 中・高校生の親の自己評定による親役割診断尺度作成の試み, *カウンセリング研究*, 26, 113-122, 1993.
- 25) 谷井淳一, 上地安昭: 高校生の学校適応感と彼らの親の自己評定に基づく親役割行動の関係, *教育心理学研究*, 42, 185-192, 1994.
- 26) 増田彰則, 山中隆夫, 他: 子どもからみた家族機能の評価とそれに及ぼす家庭環境の影響, *心身医学*, 44(11), 851-860, 2004.
- 27) 中川泰彬, 大坊郁夫: 日本版GHQ精神健康調査票〈手引〉, 日本文化科学社, 東京, 1985.
- 28) 狩野 裕, 三浦麻子: グラフィカル多変量解析 (増補版), 現代数学社, 京都, 2003.
- 29) 豊田秀樹: 共分散構造分析 [Amos編] 構造方程式モデリング, 東京図書, 東京, 2007.
- 30) 総務省統計局: 労働力調査 (速報) 平成19年平均結果の概要, 2008-02-15, <http://www.stat.go.jp/data/roudou/sokuhou/nen/ft/index.htm>.
- 31) 三川俊樹: ライフキャリアの視点からみた役割受容, *キャリアガイダンス研究*, 11, 10-17, 1990.
- 32) 谷井淳一: 登校拒否の子どもをもつ親の親役割行動の特徴, *カウンセリング研究*, 29(1), 60-67, 1996.
- 33) 岩田裕子, 森 恵美, 他: 父親役割への適応における父親のストレスとその要因, *日本看護科学学会誌*, 18(3), 21-36, 1998.
- 34) Fortner, M.R., Crouter, A.C., et al.: Is parents' work involvement responsive to the quality of relationships with adolescent offspring?, *Journal of Family Psychology*, 18(3), 530-538, 2004.
- 35) Vulić-Prtorić, A., Macuka, I.: Family and coping factors in the differentiation of childhood anxiety and depression, *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 79, 199-214, 2006.
- 36) Booth, A., Amato, P.R.: Parental marital quality, parental divorce, and relations with parents, *Journal of Marriage and the Family*, 56, 21-34, 1994.

[平成20年3月15日受 付]
[平成21年1月20日採用決定]

人工股関節再置換術後患者の再置換に関連する住生活環境要因

Living Environmental Factors Causing Revision of Total Hip Arthroplasty

佐藤 政枝
Masae Satoh

キーワード：人工股関節全置換術後患者，生活環境，日本の生活様式，環境移行

Key Words：patients undergoing total hip arthroplasty, life environment, Japanese lifestyle, environmental transition

I. はじめに

人工股関節全置換術 (total hip arthroplasty: THA) は、変形性および外傷性の股関節疾患を持つ患者が、高いQOLを獲得する¹⁻³⁾ ための治療法として一般的に知られている。しかしその一方で、常に再置換術のリスクを伴うことになる。再置換術は手術手技が難しく、出血や感染などの危険性からみても、初回THAよりも患者への侵襲が大きい。また、疼痛やADLにより評価した再置換術後患者の満足度は初回THA後に比べて低い⁴⁾ との報告もあり、THA後患者のQOLの保障には、再手術を生涯にわたって予防するためのセルフケアと専門的ケアが必須である。

質の高い専門的ケアには、患者の状態を的確にアセスメントできる手法が重要になる。そして、これらのアセスメント手法には、看護師、医師、理学療法士などのTHA後患者のケアに関わる専門職による客観的評価に加え、患者本人による主観的評価が含まれなければならない。

THA後患者の評価については、Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC)⁵⁾、Oxford Hip Score (OHS)⁶⁾、Harris Hip Score (HHS)などの、疾患特異的尺度や手術後のアウトカムに関する指標、さらには健康関連QOLの包括的尺度であるMOS Short-Form 36-Item Health Survey (SF-36) や、効用値測定尺度であるHealth Utilities Index (HUI)などを併用した研究が数多くある^{1,7-13)}。また、WOMACやOHSについては日本語訳された尺度の信頼性・妥当性が検証されている^{14,15)}。しかし、これらの多くは、疼痛や関節可動域 (range of motion: ROM)、歩行能力、ADLなど、関節の機能評価には優れているが、THA後患者そのものに特異性を持つものではない。

また、これらの尺度の多くは欧米諸国で開発されたものであり、我が国のように、室内では靴を脱いで、床座する、低い椅子に座る、あるいは床に直接ものを置く、といった、日常的に広範囲なROMを必要とする非西洋の文化圏の特

性が、アセスメントの視点に反映されていない^{16,17)}。安全なROMを超える人工関節の動きが、脱臼やインピンジメント (衝突) に直接的に繋がることを考えれば、広範囲なROMを要する日本においては、これらの特性を踏まえた日本人のための尺度の開発が必要である。

THA後患者の再置換術の要因については、数多くの研究がある。その代表的なものとして、高い活動性や過重労働が再置換術のリスクを高める¹⁸⁻²⁰⁾ ことや、術後早期の再置換術やゆるみとの関連に、性別 (男性)¹⁹⁻²²⁾、BMI (肥満)^{19,20)}、疾患 (大腿骨頭壊死症)²¹⁾、インプラントの種類^{22,23)} 等の因子が指摘されている。さらには、インプラントの25年生存率の調査では、無菌性のゆるみによる再置換術は、80歳以上を生存率100%とした場合、40歳未満では約69%にまで減少すること、また、男性のリスクは女性の2.7倍にのぼる²⁴⁾ ことが報告されている。

しかし、これらの研究成果は一様でなく、荷重関節としての働きを持ち、複雑かつ多様な三次元の動きが可能な股関節への負荷を分析することの難しさを示している。実際のところ、再置換術の要因については未だはっきりとしたエビデンスがないのが現状であり、とくに、患者の文化特性を背景とした生活環境要因については、これまでほとんど検討されていない。

II. 研究の目的

本研究では、THA後患者のQOLを査定するアセスメント手法の開発に向けて、THA後患者の再置換のリスクに関連する生活環境要因を探索することを目的とした。

III. 本研究の概念枠組みと用語の定義

1. 人間-環境システム (人間-環境系)

Person-in-environment system

我々は、周囲の環境と相互浸透的に交流を持ちながら生

活しており、人間は環境という物理的、对人的、社会文化的な文脈から独立して存在することはない^{25, 26)}。このような理論的背景を踏まえ、本研究では対象を「環境の中の人間 (person-in-environment)」として捉え、人間-環境システムを基本的な分析の単位とした (図1)。

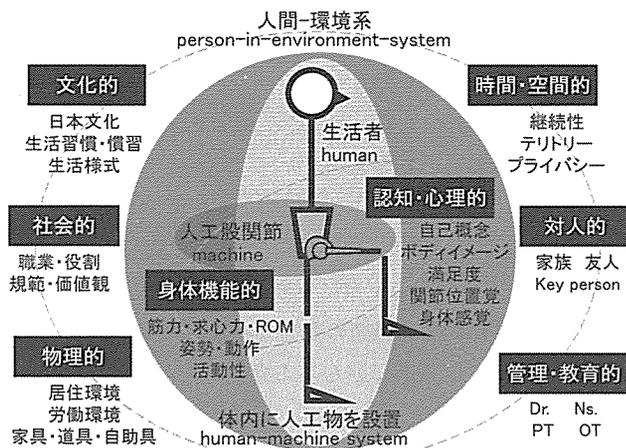


図1 本研究における対象の捉え方

2. 環境移行 Environmental transition

人間の成長・発達段階や人生の出来事 (life event) を節目とした変化の過程に、人間と環境との関係性が変わること、環境移行 (environmental transition) という^{25, 26)}。看護の対象となる環境移行とは、対象が形成している人間-環境システムの均衡が病気や障害によって壊された、危機的人間-環境移行 (critical person-in-environment transition) の状態である。危機的人間-環境移行とは、危機的移行 (critical transition) とも呼ばれ、人間-環境システムの混乱状態が非常に強く経験された結果、人と環境との間で従来用いられてきた相互交流の様式が通用しないような移行をさす^{25, 26)}。このような状態では、患者はこれまでの環境との相互交流の仕方をいったん取りやめて、自らの健康に

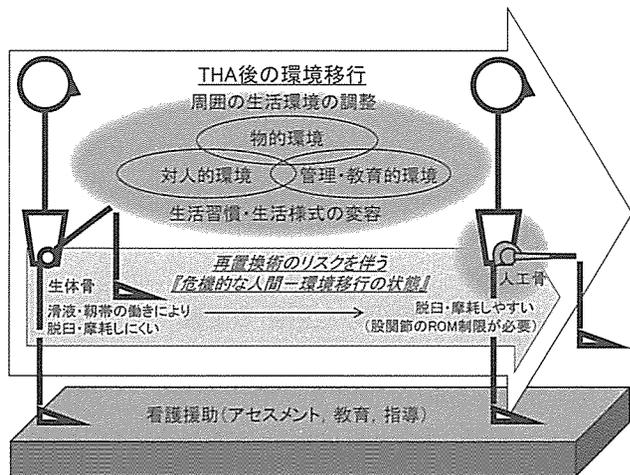


図2 THA後患者における環境移行 (危機的移行) の考え方

不利益にならない方法を新たに獲得する必要がある²⁷⁾。多くの環境要素を含む日常生活の管理が必要な患者ほど、危機的移行に伴う看護支援の必要性は高く、再置換の予防を前提に生活習慣・生活様式の変容が必要なTHA後患者はまさにその対象である (図2)。

3. 生活環境 Living environment

本稿では文献²⁸⁾を参考に、THA後患者の日常生活に存在する環境を、①物的環境：対象の生活空間や居住環境を形成するもの、②对人的環境：対象と関係する人々およびそれらの人間関係、③管理・教育的環境：対象の健康維持に関わる専門的支援やセルフケア能力、の3つに分類した。これらを総称して生活環境とよぶ。

IV. 研究方法

1. 対象

対象は、A病院整形外科でTHAを受けた外来患者128名であり、選択の条件を類似するインプラント (Omnifit®, Omniflex®) のいずれかを用いて1976年～1994年に初回THAを受けた者とした。その理由は、異なる条件 (手術内容、術者、施設など) 術後経過への影響を最小限にするためである。対象の内訳は、初回THA後に再置換術を受けた患者：再置換あり群44名、初回THA後に再置換術なく11年以上を経過した患者：再置換なし群 84名である。再置換あり群の選択要件として、再置換術の主要原因が感染症でなく、人工関節の無菌性のゆるみおよび反復脱臼によるものに限定した。また、原因を問わず術後5年未満の超早期の再置換術は除外した。再置換なし群の要件については、人工関節外科の専門医師から助言を得て、使用されたインプラントの耐久年数の臨床的な評価を基に、術後年数を11年以上と設定した。

2. データ収集の方法

前述の要件を満たす対象について主治医から紹介を受け、事前に本人の同意が得られた場合にのみ、記名自記式の調査票を郵送する質問紙調査を行った。調査票の回収についても同様に郵送法とした。なお、疾患、術式、手術の時期、脱臼の経験などについては、診療録をもとに主治医から情報を得て、調査票の回答内容との一致性を確認した。

3. 調査内容

本調査に先立ち、同病院整形外科に外来通院中のTHA後患者576名を対象に、無記名自記式の質問紙調査を行い、THA後患者の生活実態、満足度、ケアニーズなどを把握した。調査の分析結果²⁹⁾ および先行研究を参考に、再置換の関連要因を検討するための項目を設定して調査票を作成した。

調査内容は、①基本属性：9項目 (年齢、性別、職業、身長、体重、疾患、手術年月日、手術回数、家族構成)、

表1 生活環境に関する質問項目とその内容

質問項目			
物的環境	環境調整 (3項目)	手術を機会にご自宅の改修・工夫をされましたか	
		手術を機会にご自宅・外出先で使用される道具を事前に準備されましたか	
		外出時に補助具(つえ等)を使用・準備されていますか	
	生活様式 (6項目)	日常生活様式を教えてください(各項目共に、下記より1つのみ選択)	
		食事をする	①床・畳に座る ②低い椅子に座る ^{注1)} ③高い椅子に座る ^{注2)}
		排泄をする	①和式便器 ②洋式便器
		身体を洗う・洗髪する	①洗場に座る ②低い椅子に座る ^{注1)} ③高い椅子に座る ^{注2)} ④浴槽の縁に座る ^{注2)} ⑤洗い場に立つ
		寝る・眠る	①畳・床の上に布団を敷く ②ベッドを使用する
		休息する(テレビを観る等)	①床・畳に座る ②低い椅子に座る ^{注1)} ③高い椅子に座る ^{注2)}
		玄関で靴をはく	①床に座る ②低い椅子に座る ^{注1)} ③高い椅子に座る ^{注2)} ④玄関に立つ
対人的環境	あなたのお身体のことを理解してくれる人がいらっしゃいますか		
	サポート体制 (4項目)	ご自分でできないことを気軽に頼んだり手伝ってもらえる人がいらっしゃいますか あなたがお身体によくないことをしそうな時ブレーキをかけてくれる人がいらっしゃいますか あなたのお身体について気軽に相談できる医療従事者がいらっしゃいますか	
	管理・教育的環境 (2項目)	外来受診の頻度を教えてください 脱臼を避けるための具体的な方法を医療従事者から教わりましたか	
セルフケア能力 (3項目)	定期的に運動(リハビリを含む)をされていますか		
	脱臼を避けるためのご自身に合った安全な動作方法や工夫をご存じですか 人工関節の寿命のためにご自身で実行されていることがありますか		

注1) 低い椅子：座面の高さ35cm未満 注2) 高い椅子・浴槽の縁：座面の高さ35cm以上

②生活環境：18項目(a.物的環境：9項目、b.対人的環境：4項目、c.管理・教育的環境：5項目)、の合計27項目より構成された。なお、生活環境については、①術前、②初回THA後、③再置換術後(再置換あり群)の状況についてそれぞれに回答を依頼した。

生活環境のうち物的環境の生活様式(6項目)については、主要な6つの生活場面における「姿勢および使用する道具」を2~5個の選択肢として設定し、該当するものを択一法により選択してもらった(表1)。

得られた回答は、文献および先行研究を参考にして、股関節の90°以上の屈曲とそれに伴う内転・内旋を要するものを、禁忌肢位を伴うリスクが高い「推奨されない生活様式」、それ以外を、禁忌肢位を伴うリスクが低い「推奨される生活様式」に分類した(表2)。なお、表2に示した道具の寸法は日本の一般家庭に普及している規格品を参考にしたものであり、調査対象の体型や体格との関係については考慮していない。

4. 分析方法

まず、全体の単純集計、クロス集計の後、再置換術の有無を従属変数、各項目を独立変数として χ^2 検定を行った。次に、再置換術の有無を従属変数、上記解析で10%水準以下の項目を独立変数として、ロジスティック回帰分析を行い、再置換に関連する要因を検討した。また、術前および術後(①初回THA後、②再置換術後(再置換あり群のみ))の生活様式の変化については、ノンパラメトリックで対応

表2 主要な6つの生活場面における生活様式の分類基準

場面	生活様式	
	推奨される ^{注1)} 姿勢(道具)	推奨されない ^{注2)} 姿勢(道具)
食事・休息	椅子座(高い椅子) ^{注3)}	椅子座(低い椅子) ^{注3)} 床座
排泄	椅子座(洋式便器)	蹲踞(和式便器)
入浴・靴をはく	椅子座(高い椅子) ^{注3)}	椅子座(低い椅子) ^{注3)} 床座
就寝	臥位(ベッド)	臥位(布団のみ)

注1) 推奨される：禁忌肢位^{注4)}を伴うリスクが低い

注2) 推奨されない：禁忌肢位^{注4)}を伴うリスクが高い

注3) 高い椅子：座面高350~650mm程度、

低い椅子：座面高350mm未満

注4) 禁忌肢位：THA側の股関節の過屈曲、内転、内旋を伴う姿勢(動作)

のある2標本の検定であるMcNemar検定およびCochranのQ検定により比較検討を行った。解析には統計パッケージSPSS 15.0 J for Windowsを用い、有意水準は両側検定にて $p < 0.05$ を有意差ありとした。

V. 倫理的配慮

研究に際し、事前に所属機関の研究倫理委員会の審査・承認(承認No.: 05001)を受けるとともに、研究倫理面には十分に配慮した。対象となる研究協力者には、文書を用いて研究の主旨や方法、研究協力に伴うリスク、プライバシーの保護等に関する説明を行い、本人の同意を得た。

表3 対象の背景と再置換術との関係

変数		再置換あり (n=35)		再置換なし (n=69)		P値 ^{注3)}
年齢		53.6±7.2歳		56.0±8.1歳		
術後年数 (インプラント耐久年数)		10.4±3.1年		15.0±2.6年		
インプラント種類		(人)	(%)	(人)	(%)	
	Omnifit [®]	16	45.7	38	55.1	
性別	Omniflex [®]	19	54.3	31	44.9	
	女性	24	68.6	61	88.4	0.017*
職業	男性	11	31.4	8	11.6	
	あり	11	31.4	9	13.0	0.035*
同居家族	なし	24	68.6	60	87.0	
	独居	9	25.7	14	20.3	0.619
疾患	同居 (パートナー/子ども/親)	26	74.3	55	79.7	
	大腿骨頭壊死症	7	20.0	3	4.3	0.029*
BMI	その他 ^{注1)}	28	80.0	66	95.7	
	25未満 (正常)	23	65.7	52	75.4	0.476
脱臼 ^{注2)}	25以上 (肥満)	10	28.6	16	23.2	
	経験あり	4	11.4	1	1.4	0.043*
	経験なし	31	88.6	68	98.6	

注1) その他の疾患：変形性股関節症、大腿骨頸部骨折、慢性関節リウマチが含まれる

注2) 脱臼の経験：両群ともに初回THA後

注3) χ^2 検定 *p<0.05, **p<0.01

表4 再置換術あり群および再置換術なし群の生活環境要因と再置換との関係 (初回THA後)

		再置換術あり (n=35)		再置換術なし (n=69)		P値 ^{注1)}	
		人	%	人	%		
物的環境	自宅の改修	改修あり	10	28.6	24	35.3	0.323
		改修なし	25	71.4	44	64.7	
	道具の事前準備	準備あり	22	62.9	61	88.4	0.004**
		準備なし	13	37.1	8	11.6	
	外出先での補助具の使用	使用あり	20	51.7	42	60.9	0.437
		使用なし	15	42.9	27	39.1	
	食事をする	推奨される生活様式	21	60.0	46	66.7	0.323
		推奨されない生活様式	14	40.0	23	33.3	
	排泄をする	推奨される生活様式	29	82.9	68	98.6	0.006**
		推奨されない生活様式	6	17.1	1	1.4	
	風呂で身体を洗う・洗髪する	推奨される生活様式	18	51.4	34	50.7	0.557
		推奨されない生活様式	17	48.6	33	49.3	
	寝る・眠る	推奨される生活様式	19	55.9	46	66.7	0.197
		推奨されない生活様式	15	44.1	23	33.3	
休息する (テレビ鑑賞)	推奨される生活様式	13	37.1	31	44.9	0.292	
	推奨されない生活様式	22	62.9	38	55.1		
玄関で靴をはく	推奨される生活様式	26	74.3	46	69.7	0.404	
	推奨されない生活様式	9	25.7	20	30.3		
对人的環境	理解してくれる人	いる	30	85.7	67	97.1	0.041*
		いない	5	14.3	2	2.9	
	手伝ってくれる人	いる	32	91.4	64	94.1	0.445
		いない	3	8.6	4	5.9	
ブレーキをかけてくれる人	いる	28	80.0	52	75.4	0.394	
	いない	7	20.0	17	24.6		
相談できる医療従事者	いる	25	71.4	55	79.7	0.240	
	いない	10	28.6	14	20.3		
管理・教育的環境	外来受診	定期受診あり	32	91.4	69	100.0	0.036
		定期受診なし	3	8.6	0	0	
	脱臼を避けるための教育	教育あり	29	82.9	49	71.0	0.140
		教育なし	6	17.1	20	29.0	
	定期的な運動習慣	習慣あり	14	40.0	22	31.9	0.272
		習慣なし	21	60.0	47	68.1	
	脱臼を避けるための知識	知識あり	23	65.7	48	70.6	0.386
		知識なし	12	34.3	20	29.4	
	股関節の寿命のために実施	実施あり	18	51.4	43	66.2	0.111
		実施なし	17	48.6	22	33.8	

注1) χ^2 検定 *p<0.05, **p<0.01

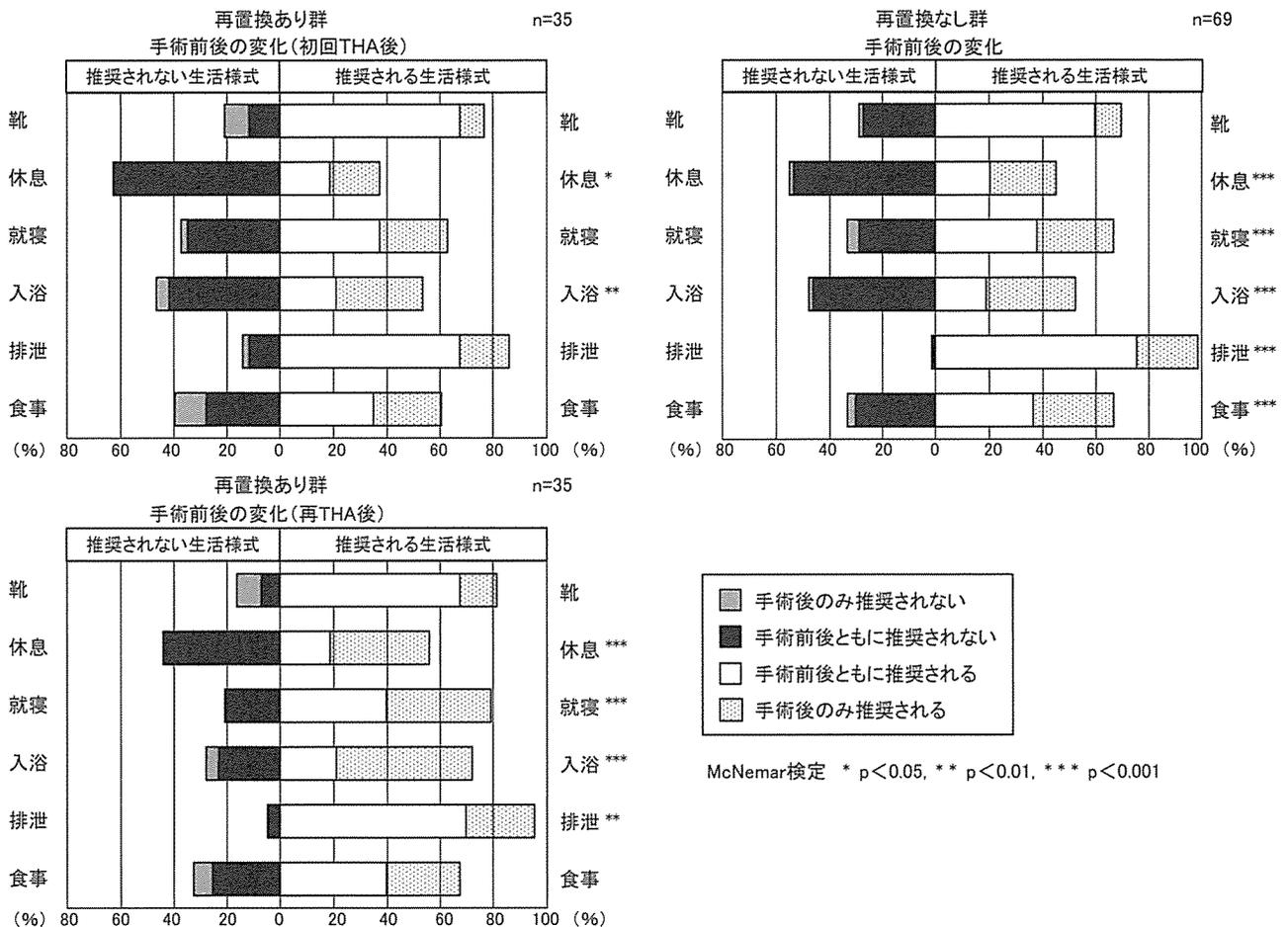


図3 両群の手術前後の生活様式の変化

表5 再置換に関連する要因 (ロジスティック回帰分析)

変数	オッズ比	95% 信頼区間	P値
疾患：基本属性 大腿骨頭壊死症	7.3	1.2- 43.1	0.028
物的環境 (術後) ^{注)} 道具の準備なし	7.9	2.1- 29.2	0.002
物的環境 (術後) ^{注)} 排泄場面の推奨されない生活様式	18.8	1.6-214.9	0.018

^{注)} 両群ともに初回THA後

とくに研究協力の有無が、対象の日常生活や療養上の不利益に繋がることのない旨を十分に説明し、同意に強制力が働かないように配慮した。また、調査票の返信をもって研究協力への同意とするが、その後にも撤回ができること、協力の同意が得られた場合には、研究者が主治医から診療録をもとに調査票の内容に関する情報を収集する機会がある旨についても書面にて説明した。回収された記名式の調査票については、データに番号を付してコード化して管理することで、個人の特定に繋がらないよう配慮した。

VI. 結 果

本研究では、THA後患者の再置換のリスクに関連する生活環境要因を探索することを目的として、THA後患者128名を対象に質問紙調査を行った。その結果、106名からの回答があり、記入漏れを除いた104名(81.3%)を有効回答とした。

1. 基本属性について

分析対象は、再置換あり群は44名のうち35名(79.5%)、再置換なし群は84名のうち69名(82.1%)であった。初回THA時の平均年齢は、再置換あり群が53.6±7.2歳、再置換なし群が56.0±8.1歳であり、統計的な差異は認められなかった。性別では女性、職業では無職・主婦がそれぞれ全体の7割～9割弱を占め、その割合は再置換なし群でより高かった(p<0.05)。疾患別では、両群共に変形性股関節症が約75%を超えて最も多く、次いで大腿骨頭壊死症が、再置換あり群では20%、再置換なし群では4.3%であった。インプラントの耐久年数は、再置換あり群が平均10.4±3.1年、再置換なし群が平均15.0±2.6年であった。各変数と再置換術の有無についてχ²検定を行った結果、基本属性では、性別、職業、疾患、脱臼(p<0.05)の4項目

に有意差がみられた(表3)。また、ロジスティック回帰分析の結果、大腿骨頭壊死症(odds比, 7.3; 95%信頼区間, 1.2-43.1; $p < 0.05$)に再置換との関連が確認された(表5)。

2. 再置換術に関連する生活環境要因について

χ^2 検定の結果、生活環境要因として有意差が確認されたのは、道具の事前準備(物的環境)と排泄(物的環境)($p < 0.01$)、理解者(対人的環境)および外来受診(管理・教育的環境)($p < 0.05$)の4変数であった(表4)。なお、道具の事前準備の内訳は、杖やソックスエイド、正座椅子などの小物から、足台、座面の高い椅子やソファといった大型の家具に至るまで様々であった。

ロジスティック回帰分析の結果、再置換と関連がみられたのは、初回THA後の、道具の事前準備なし(物的環境)(odds比, 7.9; 95%信頼区間, 2.1-29.2; $p < 0.01$)と、排泄場面の推奨されない生活様式(物的環境)(odds比, 18.8; 95%信頼区間, 1.6-214.9; $p < 0.05$)、の2変数であった(表5)。

3. 手術前後の生活様式の変化について

手術前後の生活様式の変化について、McNemar検定による分析を行った結果、再置換なし群では、食事、排泄、入浴、就寝、休息($p < 0.001$)、の5場面で、推奨される生活様式が初回THA後に有意に増加した。その一方で、再置換あり群では、初回THA後に有意な増加がみられたのは、入浴($p < 0.01$)、休息($p < 0.05$)、の2場面であっ

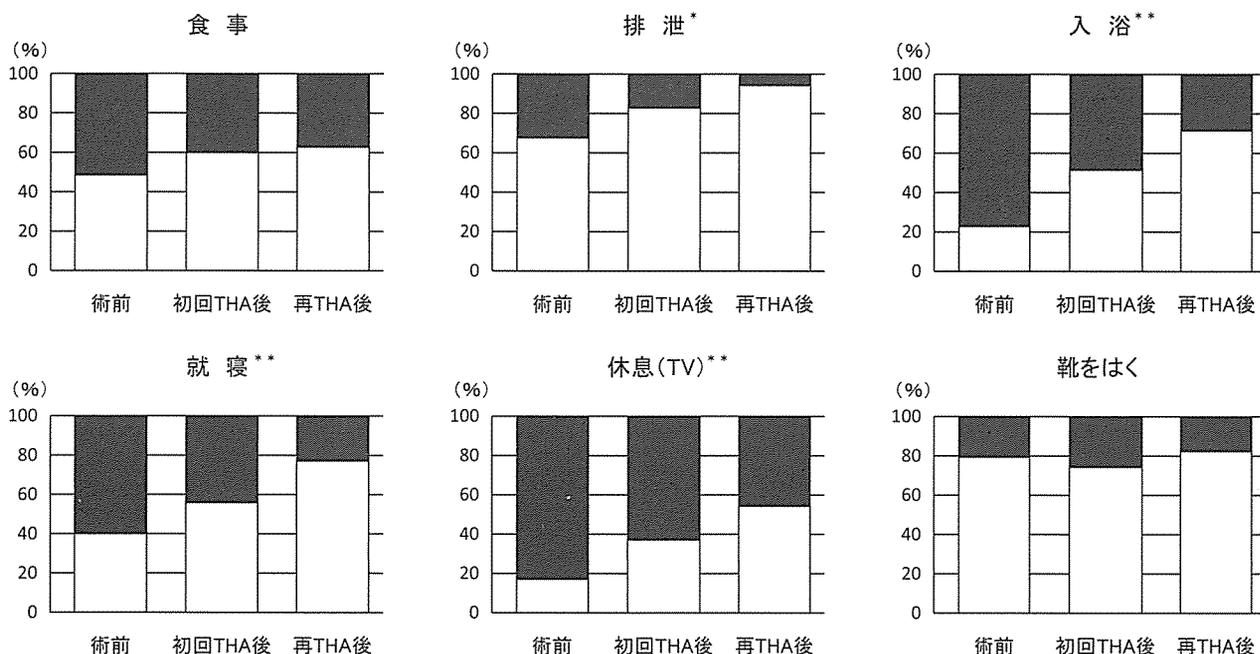
た(図3)。両群共に入浴場面では4割に、休息場面では6割前後に、術後にも推奨されない生活様式が確認された。さらに、再置換あり群の術前と再置換術後の比較では、入浴、就寝、休息($p < 0.001$)、排泄($p < 0.01$)、の4場面で、推奨される生活様式が術後に有意に増加した。

CochranのQ検定により、再置換あり群の術前、初回THA後、再置換術後を比較した結果、入浴、就寝、休息($p < 0.001$)、排泄($p < 0.01$)、の4場面で、術前よりも初回THA後に、さらには初回THA後よりも再置換術後に、「推奨される生活様式」の割合が高くなる傾向が確認された(図4)。

Ⅶ. 考 察

1. 基本属性について

基本属性のうち、再置換との関連がみられたのは大腿骨頭壊死症のみであった。大腿骨頭壊死症に再置換のリスクが高い²¹⁾ことは、先行研究でも指摘されている。その理由は明らかではないが、大腿骨頭壊死症は突発性の疾患であり、発症から手術までの罹患期間の短さが、術後の機能回復や活動性に関係する可能性が考えられる。また、大腿骨頭壊死症は男性に罹患率が高いことも知られており、高い活動性が早期の再置換に関連する^{18~20)}ことや、女性よりも男性の方が術後の機能回復が良好である³⁰⁾などの指摘も踏まえ、これらの関係性についても今後さらなる検討が必要である。



CochranのQ検定 * $p < 0.01$, ** $p < 0.001$

□ 推奨される生活様式 ■ 推奨されない生活様式

n=104

図4 再置換あり群の手術前後の生活様式の変化

2. THA後の再置換に関連する生活環境要因について

本研究の結果より、道具の事前準備（物的環境の調整）の不足、排泄場面の推奨されない生活様式の選択が、再置換のリスクと関連していることが確認された。これらの要因は、広範囲なROMを必要とする日本の住文化の特性を踏まえたアセスメントの指標であるといえる。

道具の事前準備については、杖や正座椅子、座面の高い椅子など、小物から大型の家具に至るまで様々であった。THA後患者にとって、住宅改修や物的環境の調整が脱臼の予防や望ましい生活様式に繋がる^{27,31)}ことは先行研究でも確認されている。術後の生活に備えて、常用する杖や椅子などの道具を整える事前準備のプロセスは、患者やその家族が「長期的に股関節の健康を保つ」という目的を共有するために重要な意味をもつものであり、アセスメント指標としての有効性が示唆された。

再置換の要因として、排泄場面での推奨されない生活様式に、高いオッズ比が確認された。蹲踞姿勢に必要な股関節の屈曲角度は、最大120～130°^{17,18)}であり、50%以上の確率で人工関節のインピンジメントが生じる³²⁾ことが報告されている。また、THA後患者1,383名の股関節のROMを計測した結果、85%以上の患者で屈曲角度は90～115°にまで改善されており³³⁾、蹲踞時の股関節の過屈曲のリスクはかなり高い。我が国でも生活様式の欧米化が進み、家庭や公共施設における洋式便座の普及率は高いが、このような現状を踏まえてもなお排泄場面のアセスメントが重要であることが再確認された。

3. 手術前後の生活様式の変化について

手術前後の生活様式の変化をみた結果、再置換なし群では靴をはく以外の5場面で、推奨される生活様式が、初回THA後に有意に増加した。その一方で、再置換あり群では、初回THA後には、入浴、休息の2場面で、再置換術後には、就寝、排泄を加えた4場面で、推奨される生活様式が有意に増加した。

生活様式に関する予想外の結果は、再置換術の有無に関わらず、入浴、休息場面では、初回THA後にも推奨されない生活様式が約40～60%を占めたことである。THA後の日常生活に関する患者教育は、どの施設でも一般的に行われており、今回の対象も例外ではなかった。このような結果の背景には、我が国の生活様式における床座や低い座面での椅子座が多用されやすい場の特性が影響したものと考えられる。またさらに、入浴、休息場面はともにリラックスの場でもあり、その影響が反映されたとも推測される。以上より、THA後にも推奨されない生活様式が展開されやすい場として、排泄場面に加えて、入浴、休息場面の評価が必要であることが明らかとなった。

再置換あり群の再置換術後に、推奨される生活様式が増

加した背景には、再置換術を受けた体験が患者の生活様式の変容を促す契機となった可能性が考えられる。THA後患者にとって再置換や脱臼は避けたいイベントであるが、脱臼経験を転機に自宅の環境調整を行い、危機的移行を回避した事例²⁷⁾もあり、これらのタイミングを逃さない看護介入が重要である。

4. THA後患者の再置換の予防に資する看護援助と今後の課題

1) THA後患者のアセスメントと看護援助

本研究では、THA後患者を再置換の予防のために周囲の環境との関係性の変容を余儀なくされ、専門的ケアが必要な危機的移行の状態として捉え、看護援助に不可欠なアセスメントの指標を検討した。

今回の調査では、生活環境要因のうち、道具の事前準備の不足と排泄場面の推奨されない生活様式以外の変数は、アセスメント指標としての統計的有意差は得られなかった。しかし表4に示すように、主要な生活場面に占める推奨される生活様式の割合は、再置換なし群において、より高い傾向は確認されたといえる。また、THA後患者は身体機能の回復に伴い高い満足度を得る一方で、日常生活や人工関節の寿命に対する不安を抱えている²⁹⁾ことが確認されており、対人的環境としての身近な他者のサポートや、管理・教育的環境としての専門職による支援体制などの変数については再検討が必要である。

先行研究では、術前患者の認識や身体機能が術後の満足度やQOLに関連する³⁴⁾こと、術後の患者の不満は術前の非現実的な期待感と関連する³⁵⁾こと、また、入院前教育による情報提供が患者自身の術後の状態の予測を助ける³⁶⁾ことなど、術前からの積極的なアセスメントおよび看護介入が患者にとって有益であることが指摘されている。患者教育は術前から始められるべきであり、我が国では未だ一般的ではない術前の患者の状態をベースとした術後のアセスメントが、再置換のリスクを予測し、必要な時期に優先度の高いケアを提供するために不可欠である。

2) 本研究の限界と今後の課題

調査対象の選択の際に、THAに使用されたインプラントの種類や術者などのマッチングが難しく、サンプルサイズが十分に確保できなかったことが本研究の限界である。また、再置換なし群の条件を「初回THA後11年を経過」としたのにも関わらず、再置換あり群のなかにも再置換術の時期が術後11年を超えた者が4名含まれたことは、耐久年数による分類という点で妥当性に欠けていた。国内で使用されているインプラントの耐久年数は、現在20年以上とも予測されているが、現時点では未だ術後年数が確保できないことや、再置換の事例数が少ないなどの理由から、今回の研究では調査対象として選択することができなかつ

た。今後はこれらの対象について、ネステッド・ケース・コントロールなどの前向き調査を行い、THA後患者の評価に繋がるアウトカムを得る必要がある。

本研究は後ろ向きの調査研究であり、対象には過去の生活を思い出して回答してもらう作業が必要であった。これらの研究デザインの限界に加え、THA前、初回THA後、再置換術後、といった広範囲な期間を指して、対象に回答を求めたことは、時間経過に伴う生活の変化への考慮が不足していた。また、手術の前後で同じ質問が繰り返されることや、再置換あり群への質問が、術前から術後にかけて合計3度の時期にわたるなど、調査内容が複雑かつ煩雑であり、これらが回答結果に影響した可能性は否めない。

今回得られたデータは患者の主観的評価により把握したものであり、訪問調査や聞き取り調査などで詳細を確認したものではない。したがって、今後は面接調査などによる質的なデータの分析についても検討が必要である。また、今回使用した調査票は信頼性・妥当性が検証されておらず、既存の尺度との関連性についても検討が必要である。

THA後患者の健康状態を測定する既存の尺度のなかには、股関節関連QOLなどの要素が含まれたもの³⁷⁾も開発されている。今後は、本研究で得られた知見をもとに検討を進め、日本の住文化特性を考慮した、THA後患者の評価手法として、プロフィール型の特異的尺度を開発することが課題である。

VIII. 結 論

THA後患者の再置換のリスクに関連する要因として、大腿骨頭壊死症（疾患）(OR=7.3)、初回THA後の道具の事前準備なし（物的環境）(OR=7.9)、排泄場面の推奨されない生活様式（物的環境）(OR=18.8)、が確認された。生活様式の手術前後の比較では、再置換なし群の食事、排泄、入浴、就寝、休息 ($p<0.001$)、の5場面で、推奨される生活様式が初回THA後に有意に増加した。一方、再置換あり群では初回THA後には、入浴 ($p<0.01$) および休息 ($p<0.05$)、の2場面で、再置換術後には、入浴、就寝、休息 ($p<0.001$)、排泄 ($p<0.01$) の4場面で、術前よりも推奨される生活様式が有意に増加した。

以上より、「道具の事前準備（物的環境の調整）」と、生活場面における「推奨される生活様式の選択」が、日常的に股関節の広範囲なROMを必要とする日本において、重要なアセスメントの指標であるといえる。

謝 辞

最後に、調査に快くご協力いただきました対象者の方々に、心よりお礼を申し上げます。本研究は、日本看護研究学会奨励会の助成を受けて行ったものであり、研究成果の一部を第32回日本看護研究学会学術集会にて発表しました。このような機会を与えてくださいました日本看護研究学会に深謝いたします。

要 旨

目的：人工股関節全置換術（THA）後患者のQOLを査定するアセスメント手法の開発に向けて、再置換術に関連する住生活環境要因を探索することである。

方法：THA後患者104名（再置換あり35名、再置換なし69名）を対象に記名自記式の質問紙調査を行い、再置換術の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析と、手術前後の生活様式をMcNemar検定により検討した。

結果：再置換術との関連は、大腿骨頭壊死症：疾患（OR=7.3）、道具の準備なし：物的環境（OR=7.9）、排泄場面の推奨されない生活様式：物的環境（OR=18.8）にみられた。生活様式の手術前後の比較では、再置換なし群の食事・排泄・入浴・就寝・休息場面で、推奨される生活様式が初回THA後に有意に増加した ($p<0.001$)。

結論：THA後患者の再置換術のリスクに関連する住生活環境要因として、術前の物的環境の準備状態と手術前後の生活様式のアセスメントが重要であり、これらを踏まえた看護支援の必要性が示唆された。

Abstract

Objective: To develop a method for assessing quality of life in patients after total hip arthroplasty (THA), the present study was conducted to identify dwelling life environmental factors associated with revision THA.

Methods: In 104 THA patients (35 with revision, 69 without revision), a self-administered questionnaire survey was conducted. Logistic regression analysis was conducted using revision as a dependent variable, and a McNemar's test was used to analyze dwelling life environmental factors before and after surgery.

Results: Revision was required due to avascular necrosis of the femoral head (disease, OR=7.3), lack of device preparation (physical environment, OR=7.9) or imprudent behaviors related to excretion (physical environment, OR=18.8). When com-

paring factors before and after surgery, recommended behaviors related to eating, excretion, bathing, sleeping and taking breaks increased significantly following the first THA for the group without revision ($p < 0.001$).

Conclusions: Regarding dwelling life environmental factors related to the risk of revision THA, preoperative preparation of the physical environment and assessment of lifestyle factors before and after surgery were important. As a result, nursing support needs to be provided to take into account these issues.

文 献

- 1) McMurray A., Grant S. et al: Mapping recovery after total hip replacement surgery: health-related quality of life after three years, *Aust J Adv Nurs.*, 22(4), 20-5, 2005.
- 2) Mancuso CA., Salvati, EA. et al: Patients' expectations and satisfaction with total hip arthroplasty, *J. Arthroplasty*, 12, 387-396, 1997.
- 3) 泉キヨ子, 平松 知子, 他: 人工股関節置換患者の回復過程および生活の満足度に関する研究. *日本看護研究学会雑誌*. 17(2), 9-19, 1994.
- 4) Espehaug B., Havelin LI. et al: Patient satisfaction and function after primary and revision total hip replacement, *Clin Orthop and Relat Res*, 351, 135-48, 1998.
- 5) Bellamy N., Buchanan WW. et al: Validation study of WOMAC: a health status instrument for measuring clinically important patient relevant outcomes to antirheumatic drug therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee, *J Rheumatol.*, 15, 1833-40, 1988.
- 6) Dawson J., Fitzpatrick D. et al: Questionnaire on the perceptions of patients about total hip replacement, *J Bone Joint Surg Br*, 78-B, 185-190, 1996.
- 7) Lieberman JR., Dorey F. et al: Outcome after total hip arthroplasty: Comparison of a traditional disease-specific and a quality-of-life measurement of outcome, *J Arthroplasty*, 12, 639-45, 1997.
- 8) Davis AM., Agnidis Z. et al: Predictors of functional outcome two years following revision hip arthroplasty, *J Bone Joint Surg Am*, 88, 685-91, 2006.
- 9) McMurray A., Grant S. et al: Health-related quality of life and health service use following total hip, *J Adv Nurs.*, 40, 663-72, 2002.
- 10) Quintana JM., Escobar A. et al: Health-related quality of life and appropriateness of knee or hip joint replacement, *Arch Intern Med.*, 166, 220-6, 2006.
- 11) Blanchard C., Feeny D. et al: Is the Health Utilities Index valid in total hip arthroplasty patients?, *Qual Life Res*, 13, 339-48, 2004.
- 12) Feeny D., Wu L. et al: Comparing short form 6D, standard gamble, and Health Utilities Index Mark 2 and Mark 3 utility scores: results from total hip arthroplasty patients, *Qual Life Res*, 13, 1659-1670, 2004.
- 13) Söderman P., Malchau H. et al: Outcome after total hip arthroplasty: Part II Disease-specific follow, *Acta Orthop Scand*, 72, 113- 9, 2001.
- 14) 藤田君支, 牧本清子: 人工股関節患者における日本語版 Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC) の信頼性と妥当性の検討. *日本看護科学学会雑誌*. 27(2), 53-60, 2007.
- 15) 上杉裕子, 藤田君支, 他: 人工股関節全置換術患者のQOL - Oxford Hip Score 日本語版の信頼性, 妥当性 -. *日本看護研究学会雑誌*. 29(4), 81-87, 2006.
- 16) Hemmerich A., Brown H. et al: Hip, knee, and ankle kinematics of high range of motion activities of daily living, *J Orthop Res*, 24, 770-81, 2006.
- 17) Mulholland SJ., Wyss UP.: Activities of daily living non-Western cultures: range of motion requirements for hip and knee joint implants, *Int Rehabil Res*, 24, 191-8, 2001.
- 18) Espehaug B., Havelin LI. et al: Patient-related risk for early revision of total hip replacement. *Acta Orthop Scand*, 68, 207-15, 1997.
- 19) Münger P., Röder C. et al: Patient-related risk factors leading to aseptic stem loosening in total hip arthroplasty: a case-control study of 5,035 patients, *Acta Orthop*, 77, 567-74, 2006.
- 20) Flugsrud GB., Nordsletten L. et al: The effect of middle-age body weight and physical activity on the risk of early revision hip arthroplasty: a cohort study of 1,535 individuals, *Acta Orthop*, 78, 99-107, 2007.
- 21) Johnsen SP., Sorensen HT. et al: Patient-related predictors of implant failure after primary total hip replacement in the initial, short- and long-terms. A nationwide Danish follow-up study including 36,984 patients, *J Bone Joint Surg Br*, 88, 1303-8, 2006.
- 22) Bordini B., Stea S. et al: Factors affecting aseptic loosening of 4750 total hip arthroplasties: multivariate survival analysis, *BMC Musculoskelet Disord*, 69, 24-8, 2007.
- 23) Cleary PD., Reilly DT. et al: Using patient reports to assess health-related quality of life after total hip replacement, *Qual Life Res*, 2(1), 3-11, 1993.
- 24) Berry DJ., Harmsen WS. et al: Twenty-five-year survivorship of two thousand consecutive primary Charnley total hip replacements: factors affecting survivorship of acetabular and femoral components. *J Bone Joint Surg Am.*, 84-A, 171-7, 2002.
- 25) 山本多喜司: 第1章 人生移行とは何か, 第2章 有機体発理論システム理論アプローチ, 山本多喜司, Wapner S., (編): 人生移行の発達心理学, 2-43. 北大路書房, 京都, 1992.
- 26) Wapner S., Demick J. et al: Theoretical Perspectives in Environment-Behavior Research: Underlying Assumptions, Research Problems and Methodologies, 7-19, Plenum Publishers, New York, 2000.
- 27) 佐藤政枝, 川口孝泰, 他: 人工股関節全置換術を受けた患者の環境移行に関する研究. *日本看護研究学会雑誌*. 28(2), 41-50, 2005.
- 28) 川口孝泰: 看護における環境調整技術のエビデンス, *臨床看護臨時増刊号*. 29, 1880-1886, 2003
- 29) 佐藤政枝, 川口孝泰: 人工股関節全置換術後患者への看護援助に向けた生活実態調査, *日本看護技術学会第3回学術集会抄録集*. 95, 2004.
- 30) Holtzman J., Saleh K. et al: Gender differences in functional status and pain in a Medicare population undergoing elective total hip arthroplasty, *Med Care*, 40, 461-70, 2002.
- 31) 佐藤政枝, 川口孝泰: 人工股関節全置換術後患者の環境移

- 行に関する研究－脱臼回避姿勢の特性, 日本看護科学学会誌, 27(2), 3-14, 2007.
- 32) 相澤純也, 野本彰, 他: 人工股関節全置換術後の和式トイレ動作における脱臼の危険性について ネットインピンジメントの側面からの検討, 理学療法: 進歩と展望, 16, 15-19, 2002.
- 33) Davis KE., Ritter MA. et al: The Importance of Range of Motion after Total Hip Arthroplasty. Clin Orthop Relat Res, 465, 180-4, 2007.
- 34) Montin L., Leino-Kilpi H. et al: A systematic review of empirical studies between 1966 and 2005 of patient outcomes of total hip arthroplasty and related factors, J Clin Nurs, 17(1), 40-5, 2008.
- 35) Eisler T., Svensson O. et al: Patient expectation and satisfaction in revision total hip arthroplasty, J Arthroplasty, 17, 457-62, 2002.
- 36) 当日雅代: 人工股関節全置換術における入院前患者教育の実施と評価, 日本看護科学学会誌, 24(2), 24-32, 2004.
- 37) Nilsson AK., Lohmander LS. et al: Hip disability and osteoarthritis outcome score (HOOS) -validity and responsiveness in total hip replacement, BMC Musculoskelet Disord, 4, 10, 2003.

[平成20年4月20日受付]
[平成21年3月6日採用決定]

看護職者の患者指導に対する認識と実施状況

Awareness and Practice of Nursing Professionals to Patient Coaching

小倉 能理子 ¹⁾ Noriko Ogura	阿部 テル子 ¹⁾ Teruko Abe	齋藤 久美子 ¹⁾ Kumiko Saitoh	石岡 薫 ¹⁾ Kaoru Ishioka
一戸 とも子 ¹⁾ Tomoko Ichinohe	工藤 せい子 ¹⁾ Seiko Kudoh	西沢 義子 ¹⁾ Yoshiko Nishizawa	會津 桂子 ¹⁾ Keiko Aidu
	安杖 優子 ¹⁾ Yuko Andue	小林 朱実 ²⁾ Akemi Kobayashi	

キーワード：患者指導，指導技術，看護師の認識，指導実施状況

Key Words : patient coaching, coaching skills, nurses' awareness, coaching practice

I. はじめに

生活習慣の変化などにより，糖尿病をはじめとする生活習慣病の予防や回復，効果的な健康管理にむけて，日常生活の自己管理の重要性が広く認められている。患者が効果的に日常生活を管理していくためには，患者自身がその必要性を自覚するとともに，自己管理能力を高めることが重要であり，看護職者の指導的役割は大きく，また，高い指導能力が求められる。看護基礎教育においても，1996年のカリキュラム改正では，患者のセルフケア能力を高めるために必要な教育的役割を強化する必要性を掲げている¹⁾。しかし，谷本ら²⁾は看護職者が患者指導にやりがいやおもしろさを感じていないことを，小西出ら³⁾は看護職者が患者の主体性を引き出す教育方法に困難を感じていることを報告し，さらに，山本ら⁴⁾は患者の学習支援に関する看護師の認識とその影響因子を検討し，看護師が看護経験年数を重ねることと患者の学習支援に対する看護師の認識の高さには関連がないことを報告している。そして，患者指導の方法について，河口ら⁵⁾は，患者教育の具体的な展開法については未だ明らかにされていないとしており，また，藤田ら¹⁰⁾は，看護職者は，患者指導に際して患者の心理面を考慮する傾向にあったが，計画に基づいた教育や評価の実施が少ないとも述べている。

患者指導に関する研究は，事例研究，実態調査が多く，指導方法に関する系統だった研究が少ない。その中で，患者教育研究会（代表：河口てる子）⁵⁻⁹⁾は，患者教育の方法に関する理論，技法の構築を目的に，継続的・系統的研究を続けている。

これらのことから，カリキュラム改正において看護職者

の教育的役割強化の必要性が掲げられたが，看護職者がその役割を遂行するには，未だ問題を抱えており，さらなる教育の強化を必要としていることを示していると考えられる。そこで我々は，現職看護職者の患者指導に関する教育的能力を高めるための教育プログラムおよび教育・指導技能評価ツールの開発が必要であると考え，その開発にむけた基礎資料を得るために調査を行った。

II. 研究目的

1. 看護職者の患者指導に対する認識を明らかにする。
2. 患者指導の実施状況を明らかにする。
3. 患者指導に対する看護職者の認識と実施状況の関連，およびそれらと属性の関連を明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象および調査期間

対象は，A県内の300床以上の総合病院で調査協力に同意の得られた10施設に勤務する看護職者986名である。患者指導に携わることが少ないと予想されるICU・CCU・手術部等の勤務者は除外し，施設内での対象者の選定は，各施設の看護部に一任した。調査期間は，平成17年12月～18年1月である。

2. 研究方法

調査は質問紙法で行い，回収は9施設が郵送法，1施設のみ留置法とした。質問紙の内容は，対象者の属性，患者指導に関する設問11項目に対する認識と実施状況（5段階尺度），1日の勤務帯の中で患者指導にかける平均時間，院内および院外研修への参加などとした。患者指導に関す

1) 弘前大学大学院保健学研究科 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences

2) 弘前大学医学部附属病院 Hirosaki University School Hospital of Medicine

る設問は、アルファロ¹²⁾の看護過程における教育計画の項目を一部改変して用いた(表1)。患者指導に関する設問11項目のCronbachの α 係数は、認識および実施状況とも0.87であった。研修への参加は、研修テーマを限定せず、参加頻度を尋ねた。院内研修は「毎回参加している」「時々参加している」「あまり参加していない」「参加していない」の4件、院外研修は「1年に1回以上参加」「2～3年に1回参加」「4～5年に1回参加」「参加していない」の4件の選択肢とした。

3. 倫理的配慮

A県内の300床以上の総合病院の看護部に調査協力を依頼し、同意を得た10施設に調査用紙を郵送し、対象者個々に配布してもらった。対象者個々には文書で調査の目的、方法、回答の任意性、プライバシーの保護、匿名性の保持、結果を学術集会及び学術誌で公表することを説明した。回答は無記名とし、記入後の調査用紙は対象者自身に封入・投函してもらった。調査用紙の返送をもって説明内容の了承とし、回答をもって同意を得たものとした。

4. 用語の定義

本調査では、患者指導を「日常の看護業務のなかで、時間の長短にかかわらず患者に対して看護職者が行うすべての指導的な関わり」と定義した。

5. 分析方法

指導に対する認識と実施の各項目の「とても重要である」「常に行っている」を5点、「どちらともいえない」を3点、「全く重要ではない」「全く行っていない」を1点とした。そして、「どちらともいえない」と「とても重要である」「常に行っている」の間の1段階を4点、「どちらともいえない」と「全く重要ではない」「全く行っていない」の間の1段階を2点とし、平均点を算出した。統計解析ソフトは、SPSS for Windows 15.0Jを用いた。認識と実施の関係はPearsonの相関係数を求め、認識および実施と年齢

表1 患者指導に関する質問項目

1) 患者の知識や学習経験、意欲等、指導に対する準備状況进行评估して行う。
2) パンフレットやVTR、口頭でまたはそれらの組み合わせ等、指導方法を提示し患者に選択させる。
3) 効果的な指導を行えるように場を設定する。
4) 患者が主体的に見る、聞く、体験する指導方法を取り入れる。
5) 患者に理解できるわかりやすい言葉を用いる。
6) 指導を行う際は、患者とともに目標を設定して行う。
7) 患者が理解した内容を話してもらったり、質問してもらい理解度を確認する。
8) 患者の学習ペースに合わせて指導を進める。
9) 患者の理解度を考慮し、一度にたくさんの内容を盛り込まない。
10) 設定した目標に向かって、患者の理解や行動が変化しているか確認するために患者と話し合う。
11) 家族やその他のキーパーソンにも指導する。

および経験年数との関係は一元配置分散分析、多重比較はScheffe法、指導時間および研修への参加との関係はt検定にて行った。

IV. 結果

1. 対象者の背景

質問紙配付数986部に対する回答者数は623名、回収率は63.2%であった。この623名を分析対象とした。年齢は、20～29歳131名(21.0%)、30～39歳140名(22.5%)、40～49歳203名(32.6%)、50～60歳132名(21.1%)であり、平均年齢は40.0±10.0歳(平均±標準偏差、以下同様に示す)であった。性別は、女性が602名(96.6%)、男性が8名(1.3%)であり、職種は、看護師88.8%、助産師5.9%で、保健師はいなかった。勤務場所は、病棟が91.5%とほとんどを占めていた。経験年数は、1～10年179名(28.7%)、11～20年160名(25.7%)、21～30年218名(35.0%)、31～40年49名(7.8%)であり、平均経験年数は17.9±10.0年であった(表2)。

2. 指導についての認識と実施の項目別平均点

指導についての認識(以下、「認識」とする)および指導の実施(以下、「実施」とする)の項目別平均点を図1に示した。

表2 対象者の属性

	人数(名)	%	
年 齢	20-29歳	131	21.0
	30-39歳	140	22.5
	40-49歳	203	32.6
	50-60歳	132	21.2
	無回答	17	2.7
	平均年齢	40.0±10.0歳	
性 別	男性	8	1.3
	女性	602	96.6
	無回答	13	2.1
現 在 の 職 種	保健師	0	0.0
	助産師	37	5.9
	看護師	553	88.8
	准看護師	18	2.9
	無回答	15	2.4
勤 務 場 所	外来	34	5.5
	病棟	570	91.5
	無回答	19	3.0
経 験 年 数	1-10年	179	28.7
	11-20年	160	25.7
	21-30年	218	35.0
	31-40年	49	7.8
	無回答	17	2.7
	平均経験年数	17.9±10.0年	

「認識」の各項目の平均点は、どの項目も5.0点満点の4.0点以上であった。平均点が4.5点以上の8項目を、点数の高い順に見ると「患者がわかりやすい言葉を用いる (4.89 ± 0.35)」「家族への指導をする (4.72 ± 0.53)」「一度に内容を盛り込みすぎない (4.69 ± 0.56)」「患者のペースに合わせて指導する (4.65 ± 0.59)」「患者の理解度を確認する (4.61 ± 0.58)」「患者の準備状況をアセスメントをする (4.57 ± 0.65)」「患者と一緒に行動変化を確認する (4.56 ± 0.62)」「患者とともに目標設定をする (4.50 ± 0.66)」であった。平均点が最も低かった項目は、「指導方法を患者が選択する (4.00 ± 0.87)」であった。

「実施」で平均点が4.0点以上あった項目は、「患者がわかりやすい言葉を用いる (4.44 ± 0.69)」のみであり、他の10項目は4.0点以下であった。

3. 「認識」と「実施」の関連

「認識」と「実施」の関連を両者の項目別平均点の相関

で見た。相関係数は0.28～0.43の間にあり、どの項目でも「認識」と「実施」は弱い～中等度の正の相関があった ($p < 0.001$)。

4. 「認識」、「実施」と年齢、経験年数の関連

まず年齢との関連を見るために、20～29歳を20代群、30～39歳を30代群、40～49歳を40代群、50～60歳を50代群とし、これらの4群間で項目別平均点を比較した。その結果、「認識」には年代間で差はなかった。「実施」においては、11項目のうち6項目で差があった。差があった項目について多重比較すると、「患者の準備状況をアセスメントをする ($F = 5.08, df = 3, 566, p < 0.01$)」と「患者と一緒に行動変化を確認する ($F = 6.39, df = 3, 566, p < 0.001$)」では20代群が40代群・50代群よりも、「指導方法を患者が選択する ($F = 4.21, df = 3, 566, p < 0.01$)」では30代群が50代群よりも、「一度に内容を盛り込みすぎない ($F = 4.88, df = 3, 566, p < 0.01$)」では20代群が50代群より

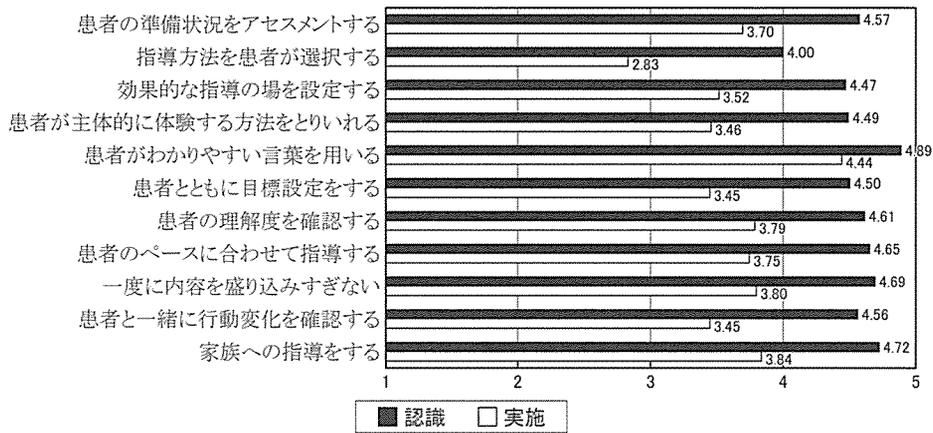


図1 「認識」と「実施」の項目別平均点

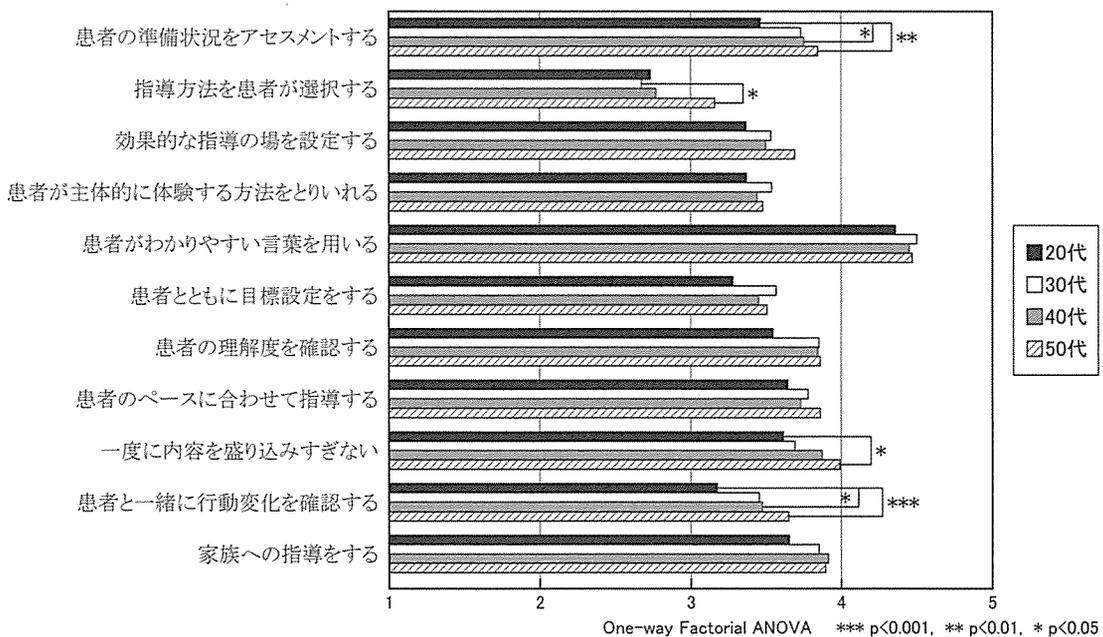


図2 年代による「実施」の平均点

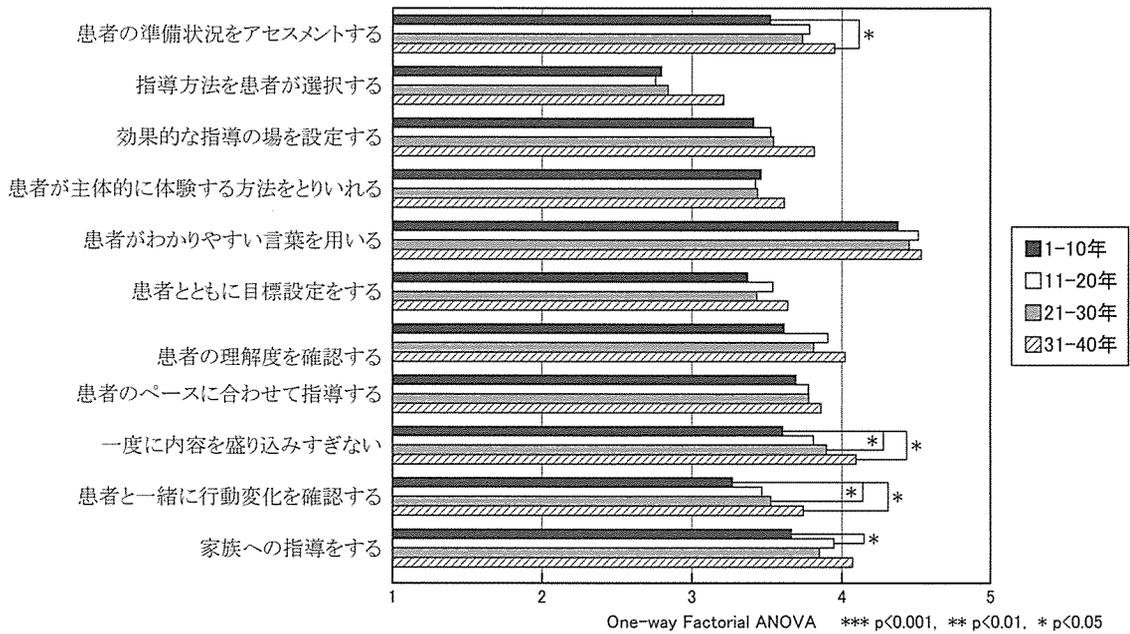


図3 経験年数による「実施」の平均点

も、いずれも平均点が低かった。「患者の理解度を確認する (F = 3.47, df = 3, 566, p < 0.05)」「家族への指導をする (F = 2.69, df = 3, 566, p < 0.05)」は、多重比較では明らかな差はなかった (図2)。

次に経験年数を1～10年, 11～20年, 21～30年, 31～40年の4群にわけ、項目別平均点を比較した。その結果、「認識」では1項目、実施では5項目に差があった。「認識」で差のあった項目は、「患者と一緒に行動変化を確認する (F = 3.65, df = 3, 566, p < 0.05)」であり、1～10年群は11～20年群よりも平均点が低かった。「実施」では、「一度に内容を盛り込みすぎない (F = 5.17, df = 3, 566, p < 0.01)」と「患者と一緒に行動変化を確認する (F = 4.58, df = 3, 566, p < 0.01)」は、1～10年群が21～30年群・31～40年群よりも、「患者の準備状況をアセスメントをする (F = 5.08, df = 3, 566, p < 0.01)」では、1～10年群が31～40年群よりも、「家族への指導をする (F = 4.21, df = 3, 566, p < 0.01)」では、1～10年群が11～20年群より、いずれも平均点が低かった。「患者の理解度を確認する (F = 3.64, df = 3, 566, p < 0.05)」は、多重比較では明らかな差はなかった (図3)。

5 「認識」, 「実施」と指導時間の関連

1日の勤務帯のうち患者指導にかかる平均時間は、10分以下116名 (18.7%), 11～20分147名 (23.6%), 21～30分158名 (25.3%), 31～60分118名 (18.9%), 60分以上30名 (4.8%) であり、最も短い者は0分、最も長い者は360分、平均指導時間は30.9 ± 25.0分であった。平均指導時間から1標準偏差以上指導時間の長い者 (56分以上) 97名を長時間群、1標準偏差以上短い者 (6分以下) 24名を短時

間群とし、この2群間で「認識」および「実施」の項目別平均点を比較した。その結果、「認識」においては両群に差はなく、「実施」では9項目で長時間群が平均点が高かった。その内訳は、「患者の準備状況をアセスメントをする (t = -3.38, df = 112, p < 0.001)」「指導方法を患者が選択する (t = -3.92, df = 112, p < 0.001)」「効果的な指導の場を設定する (t = -4.06, df = 112, p < 0.001)」「患者が主体的に体験する方法をとり入れる (t = -4.84, df = 112, p < 0.001)」「患者とともに目標設定をする (t = -3.18, df = 112, p < 0.001)」「患者の理解度を確認する (t = -3.26, df = 112, p < 0.001)」「患者のペースに合わせて指導する (t = -4.73, df = 112, p < 0.001)」「一度に内容を盛り込みすぎない (t = -5.17, df = 112, p < 0.001)」「患者と一緒に行動変化を確認する (t = -4.51, df = 112, p < 0.001)」であった。一方、差がない2項目は「患者がわかりやすい言葉を用いる」「家族への指導をする」であった。

6 「認識」, 「実施」と研修への参加の関連

院内研修に「毎回参加している」者 (以下、積極群とする) 36名、「あまり参加しない」および「参加していない」者65名 (以下、非積極群とする) の2群間で、「認識」および「実施」の項目別平均点を比較した。その結果、積極群は非積極群より、「認識」では11項目中5項目、「実施」で8項目の平均点が有意に高かった (表3)。平均点が高かった項目は、「認識」では「患者の準備状況をアセスメントする (t = 5.48, df = 98, p < 0.001)」「指導方法を患者が選択する (t = 2.63, df = 98, p < 0.01)」「患者がわかりやすい言葉を用いる (t = 3.21, df = 98, p < 0.01)」「患

者とともに目標設定をする ($t = 2.02, df = 98, p < 0.05$)」
 「患者のペースに合わせて指導する ($t = 3.24, df = 98, p < 0.01$)」であり、「実施」では「患者の準備状況をアセスメントする ($t = 4.19, df = 98, p < 0.001$)」「指導方法を患者が選択する ($t = 2.53, df = 98, p < 0.05$)」「効果的な指導の場を設定する ($t = 2.88, df = 98, p < 0.01$)」「患者が主体的に体験する方法をとりいれる ($t = 2.41, df = 98, p < 0.05$)」「患者のペースに合わせて指導する ($t = 3.79, df = 98, p < 0.001$)」「内容を盛り込み過ぎない ($t = 3.99, df = 98, p < 0.001$)」「患者と一緒に行動変化を確認する ($t = 2.81, df = 98, p < 0.01$)」「家族への指導をする ($t = 4.01, df = 98, p < 0.001$)」であった。

院外研修は「1年に1回以上参加」している者396名(以下、積極群)と、「2～3年に1回」「4～5年に1回」参加している者および「参加していない」者210名(以下、

非積極群)の2群間で、「認識」および「実施」の項目別平均点を比較した。その結果、積極群は非積極群より「認識」で7項目、「実施」で5項目の平均点が有意に高かった(表4)。差があった項目は、「認識」では「患者の準備状況をアセスメントする ($t = 2.60, df = 566, p < 0.01$)」「効果的な指導の場を設定する ($t = 2.26, df = 566, p < 0.05$)」「患者が主体的に体験する方法をとりいれる ($t = 2.68, df = 566, p < 0.01$)」「患者の理解度を確認する ($t = 2.65, df = 566, p < 0.01$)」「患者のペースに合わせて指導する ($t = 2.95, df = 566, p < 0.01$)」「内容を盛り込み過ぎない ($t = 2.74, df = 566, p < 0.01$)」「患者と一緒に行動変化を確認する ($t = 3.58, df = 566, p < 0.001$)」であり、「実施」では「患者の準備状況をアセスメントする ($t = 2.41, df = 566, p < 0.05$)」「患者の理解度を確認する ($t = 2.18, df = 566, p < 0.05$)」「患者のペースに合わせて指導

表3 院内研修への参加と「認識」および「実施」の平均点の比較

	〈認識〉			〈実施〉		
	積極群 n=36	非積極群 n=65		積極群 n=36	非積極群 n=65	
患者の準備状況をアセスメントする	4.92	4.35	> ***	4.10	3.44	> ***
指導方法を患者が選択する	4.33	3.89	> **	3.34	2.66	> *
効果的な指導の場を設定する	4.53	4.25		3.79	3.23	> **
患者が主体的に体験する方法をとりいれる	4.64	4.37		3.60	3.08	> *
患者がわかりやすい言葉を用いる	4.97	4.78	> **	4.60	4.34	
患者とともに目標設定をする	4.58	4.31	> *	3.50	3.30	
患者の理解度を確認する	4.69	4.48		3.83	3.58	
患者のペースに合わせて指導する	4.81	4.48	> **	4.03	3.33	> ***
一度に内容を盛り込みすぎない	4.78	4.58		4.17	3.45	> ***
患者と一緒に行動変化を確認する	4.57	4.38		3.63	3.11	> **
家族への指導をする	4.72	4.62		4.27	3.58	> ***

t - test *** p < 0.001, ** p < 0.01, * p < 0.05

表4 院外研修への参加と「認識」および「実施」の平均点の比較

	〈認識〉			〈実施〉		
	積極群 n=396	非積極群 n=210		積極群 n=396	非積極群 n=210	
患者の準備状況をアセスメントする	4.62	4.47	> **	3.77	3.59	> *
指導方法を患者が選択する	4.01	3.98		2.80	2.87	
効果的な指導の場を設定する	4.52	4.38	> *	3.56	3.44	
患者が主体的に体験する方法をとりいれる	4.55	4.39	> **	3.50	3.38	
患者がわかりやすい言葉を用いる	4.91	4.84		4.47	4.39	
患者とともに目標設定をする	4.53	4.46		3.49	3.40	
患者の理解度を確認する	4.66	4.52	> **	3.85	3.67	> *
患者のペースに合わせて指導する	4.71	4.55	> **	3.84	3.58	> ***
一度に内容を盛り込みすぎない	4.74	4.60	> **	3.86	3.68	> *
患者と一緒に行動変化を確認する	4.62	4.43	> ***	3.50	3.35	> *
家族への指導をする	4.73	4.68		3.87	3.81	

t - test *** p < 0.001, ** p < 0.01, * p < 0.05

する ($t = 3.45$, $df = 566$, $p < 0.001$)「内容を盛り込み過ぎない ($t = 2.37$, $df = 566$, $p < 0.05$)」「患者と一緒に行動変化を確認する ($t = 1.97$, $df = 566$, $p < 0.05$)」であった。

V. 考 察

1. 指導に対する「認識」および「実施」の状況

「認識」は、11項目すべての平均点が4.0点以上であり、さらに8項目は4.5点以上であったことから、看護職者はどの項目も重要であると考えていると言える。一方、「実施」では平均点が4.0点以上の項目は1項目のみで、他の10項目はすべて4.0点以下であった。すなわち、どの項目も重要度の認識は高かったが、実施度はそれほど高いとは言えないことが示された。

平均点が4.5点以上の項目をもとに、患者指導において看護職者が重要であると考えているのを見ると、指導実施前に「患者の準備状況をアセスメント」し、「患者とともに目標を設定する」こと、指導実施時は「わかりやすい言葉を用いて」、「一度に内容を盛り込みすぎない」ように「患者のペースに合わせて指導」し、さらに「家族への指導をする」ことであり、そして「理解度を確認」し、「患者と一緒に行動変化を確認する」ことであった。「指導方法を患者が選択する」は平均点が他の項目より低く、重要性の認識は高くないことが示された。

「実施」では、「指導方法を患者が選択する」が最も平均点が低く、「患者が主体的に体験する方法をとりいれる」「患者とともに目標設定をする」「患者と一緒に行動変化を確認する」の平均点が3.5点以下で、あまり実施されていなかった。すなわち、指導に患者が主体的に関わることを促す項目はあまり実施されていないことが示された。患者が指導に主体的に関わるということは、患者自身が自らの健康問題に取り組むことになるため、指導効果も受身になる指導方法よりは高い。しかし、これを実施する場合、どのような方法で指導するか、指導過程のどこで、どのように患者の主体的な活動を促すか等について指導計画を立てる段階で考えておかなければならず、また実施にあたっては看護職者に高い指導力が必要とされる。

患者の主体的参加を促す行為があまり実施されていなかったことについては、「医療者-患者」あるいは指導時の「教える-教わる」という関係の中で患者は「従」ととらえられてきた歴史があり、そのため看護職者は、患者指導における患者参加の重要性を観念的には理解していても、意識せずに看護者主体の指導を実施してしまうことが推測される。これについては、峯ら¹³⁾も、看護職者は対象の自己決定を支えるに際し、対象にあわせて自分の判断に基づき柔軟に対応するより、決められたことを一定の枠

の範囲で実施する方が活動しやすいと考えたり、従来通りのやり方から逸脱することをおそれるという現状は否定できないと指摘している。それに加えて、先述のように、患者の主体性を引き出す教育方法に困難を感じている³⁾ことから、使い慣れた方法にいつそう頼ってしまうことが考えられる。患者指導の目的は、患者が自己の健康問題に気づき、自らの問題に主体的に取り組む意志と技術を持ち、行動を起こすことである。その支援にあたって、患者が主体的に取り組めるような指導方法に関する知識や技術を看護職者が持てるようにするための、看護職者に対する教育が必要であると考えられる。

河口ら⁵⁾は、患者教育のための看護実践モデル Version 2の中で、看護職者に必要な知識・技術として、生活者に関する知識・技術および病気・治療に関する知識・技術とともに、教育方法に関する知識・技術をあげている。その知識とは、対象者の学習準備状態 (readiness) や患者教育の技術・看護活動を選択するために必要な知識であり、具体的には自己効力理論や行動連合理論、認知理論などを有用としている。さらに河口¹⁴⁾は、これまでの看護職者は、教える内容については学習しているが、患者への効果的なアプローチ・指導方法は学んでいないため「どのように教えるか」に自信が持てないと指摘している。このことから、看護職者に対する「患者指導の方法」に関する知識や技術についての教育が必要であると言える。看護基礎教育において教科書として使用されているいくつかの書籍¹⁵⁻¹⁹⁾について、患者指導に関する記述を見ると、これらの書籍が技術学習書であるための必然性と考えることもできるが、「どのように指導するか」という方法と指導時の留意事項は記述されているが、学習理論・教育理論に基づいた説明が十分であるとは言えない。記述内容が看護職者の知識として定着し、活用できるようになるには理論的な説明不足があるように思われ、学習・教育理論の裏付けや、学習・教育理論に裏付けられた方法・留意事項の記載がより強化されなければならないと考える。

また、患者指導において、指導の主体は患者であり看護職者は支援者であるという考え方が十分浸透してない可能性がある。これは、看護職者だけで指導プランを立案し、患者はこれを受け入れる立場で指導が行われているため、患者自身が目標を立てられるような援助ができていない²⁰⁾という報告や、患者教育時の自分と患者、他の看護師と患者の関係については、約7割の看護師が看護師優位ととらえており、患者優位ととらえた看護師はいなかった²¹⁾という報告からも裏付けられる。また、野口²¹⁾は、指導がうまくいかない場合に、その原因を患者に求めるような指導の姿勢を看護師は改めるべきであるとしている。学びの主体は患者であり、看護職者はその学びを効果的に進める

ための支援者とならなければならない。

東²²⁾は、学習指導に取りかかるにあたって、①学習者が何を学習したい、どのようにのびていきたいと思っているか、②学習者の発達課題は何か、③学習者がすでに学習していることは何か、学習意欲・態度はどうか、をふまえて「学習者にとって何を学習することが意味があるのか」を十分に考えることが必要であるとしている。これは生徒-教師関係について述べられたものであるが、看護職者が患者指導にあたって事前に行う情報収集やアセスメントの視点としても重要なものであると言える。すなわち、患者は何をどのように知りたいと思っているのか、患者はこれから受ける指導内容を理解するために必要な能力をどの程度持っているか、あるいはどのようなことをどのくらい理解しているか、自分の健康問題・健康回復に対してどのような態度や考えを持っているかなど、事前にアセスメントし、患者の実情に即した指導をすることが重要である。

次に、「認識」と「実施」の項目別平均点の結果をみると、重要であると認識しており、実施度も高い項目は、「患者がわかりやすい言葉を用いる」であり、重要度の認識および実施度がともに低い項目は、「指導方法を患者が選択する」であった。わかりやすい言葉で話すこと、わかりやすく説明することは、指導時の留意事項として教科書にも取り上げられており¹⁵⁻¹⁹⁾、看護教育のあらゆる場面で強調されていることである。そのため、認識、行動の両面とも看護職者に浸透していると考えられる。しかし、看護職者がわかりやすい言葉を用いてわかりやすく説明したと認識していても、それと患者が受け止めていることが一致していなければ指導効果をあげることはできない。このことについては今後さらに追求する必要があると考えられる。

「患者と一緒に行動変化を確認する」は、指導成果の評価に関する項目であるが、「実施」の平均点は3.45点と低く、あまり実施されていない項目の一つであった。本調査の結果と同様に、指導の評価については、実施が半数に満たない¹⁰⁾という報告もある。患者の理解度や行動変容を確認すること、すなわち指導効果を評価することは、指導という看護行為の重要な一部分であり適切に行わなければならない。しかし、それが十分に行われているとは言えなかった。このことについても今後さらに追求する必要があると考えられる。井上²³⁾は、指導の結果を適切な方法で正確に測定し、評価する能力を身につけることが重要であるとしている。これは、学校教育における教師の能力について述べたものであるが、患者指導における看護職者についても同じことが言えると考えられる。また、評価は指導過程の一部として多くの機能を有しており、評価の結果を次の指導計画に役立て、不適切な指導技術のまま指導が進行してしまうことを防ぎ、結果的に患者の学習と行動変容を

促すことができる²⁴⁾とされている。行った評価が不適切であれば、その後の指導にも大きく影響する。そのため、単に指導方法や結果を評価するだけでなく、行った評価の妥当性を評価する視点も必要であると考えられる。

2. 指導に関する「認識」と「実施」の相関

「認識」と「実施」には、どの項目にも弱い～中等度の正の相関があったことから、重要性の認識が高まるほど、考えていることが行動化されることが示された。すなわち、意識を高めることが実践へと看護職者を動機づけると言える。このことから、看護職者の患者指導に関する意識や知識を高めることが指導実践を高める一つの方策であると考えられ、患者指導力を高めるには、患者指導に関する学習の機会を増やすことが有効であると考えられる。

3. 属性との関連

1) 年齢、経験年数との関連

年齢、経験年数と「認識」および「実施」状況の関連を見ると、「認識」は年齢とは関連性がなく、経験年数とも関連性が乏しいことが示された。これは、先述した患者の学習支援に対する看護師の認識の高さと経験年数には関連がない⁴⁾という報告と一致している。「実施」では、年齢で6項目、経験年数で5項目に差があり、年齢が低い者や経験年数が少ない者が平均点が低く、各項目の実施度は低いと言えた。しかし、年齢の高い者、経験年数が多い者が11項目すべてにおいて平均点が高いとは言えず、また、特定の年代群、経験年数群が平均点が高いという結果ではなかった。つまり、指導に関する認識や実施能力は、経験を重ねることで養われるとは一概には言えないことが示された。木村ら²⁵⁾は、看護師は経験を重ねることで職務を確実に遂行する力が養われるとしているが、本調査結果ではそのことは確認されなかった。患者指導技術は木村らの指摘する職務遂行能力とは別の発達過程をたどる可能性がある。

また、先述のように、1996年のカリキュラム改正では看護師の教育的役割を強化する必要性を掲げている¹⁾が、カリキュラム改正後の卒業生と考えられる年齢20代群あるいは経験年数1～10年群の「認識」は他の群と変わらず、「実施」の3～4項目の平均点が低かった。年齢20代以上あるいは経験年数11年以上の群は経験も積んでおり、単純に比較するには条件が違いすぎるが、カリキュラム改正の前後では「認識」および「実施」とも変化があるとは言えなかった。本調査では、指導の実践力の向上に関わる要因を調査していないため、今後の検討が必要である。

2) 指導時間との関連

指導時間が長い群と短い群で各項目の「認識」および「実施」の平均点を比較した結果、指導時間の長短と「認識」には関連がないことが示された。「実施」では9項目

で指導時間が長い群が平均点が高かった。これは、指導時間が長い者は多くの項目を実施しているため必然的に指導時間が長くなったと考えられる。指導時間によって平均点に差がなかった「患者がわかりやすい言葉を用いる」「家族への指導をする」は、「実施」の平均点の上位2項目であり、指導時間の長短にかかわらず看護職者が実施している項目であると考えられる。

3) 研修への参加との関連

院内研修の積極群は非積極群より、「認識」では11項目中5項目、「実施」で8項目の平均点が有意に高かった。また、院外研修では、「認識」で7項目、「実施」で5項目の平均点が非積極群より高かった。研修への参加を積極的な向上心の表れととらえると、参加頻度が高い看護職者はそれだけ看護や職務に強く動機づけられており、患者指導に対する認識も高く実施度も高いと推測されたが、調査結果からは、研修への参加が看護職者の患者指導に対する認識や実施に影響を与えるとは一概には言えなかった。これは、今回の調査結果で回答を求めた研修が、「患者指導」に関する研修に限定したものではなかったことが影響していると考えられる。しかし、先述したように「認識」と「実施」には弱い～中等度の正の相関が認められたことから、患者

指導に関する研修に参加する機会を多くすることは、看護職者の知識や意識を高めるとともに患者指導技術を高めることにつながるのではないかと考える。

VI. まとめ

現職看護職者の患者指導に関する調査より、以下の結果が得られた。

1. 指導に関する認識の項目別得点は、11項目すべての得点が4.0点以上であり、重要であると考えられていた。一方、指導の実施では平均点が4.0点以上の項目は、1項目のみで、他の10項目はすべて4.0点以下であり、重要性は高く認識していたが、実施は十分ではなかった。
2. 指導に対する認識と実施には、弱い～中等度の正の相関があったことから、重要性の認識が高まるほど、考えていることが行動化されることが示された。
3. 看護職者の年齢、経験年数と指導に関する認識には関連性がなく、実施に関しても関連性があるとは言えなかった。
4. 研修参加への積極性と患者指導に関する認識および実施とは直接的な関連性がなかった。

要 旨

看護職者の患者指導に関する教育的機能を高めるための教育プログラムおよび教育・指導技能評価ツール開発にむけて、その基礎資料を得るために看護職者の患者指導に対する考えと実施の実態を調査した。その結果、看護職者は、患者指導を重要と考えているが実施は十分ではないことが示された。中でも、患者とともに指導を進めること、指導を計画的に行うために事前に調整が必要なことが行動につながっていなかった。指導形態では、指導計画の立案が不十分であることが把握された。それは、学習理論をふくむ教育方法に関する知識・技術が不十分であることが一因と考えられた。以上のことから、現職看護職者の患者指導に関する教育的機能を高めるためには、教育方法の理論・技術に関する基礎知識、教育の基本原則などの項目を看護基礎教育あるいは新人教育プログラムに盛り込む必要があると考えられた。

Abstract

We investigated what nursing professionals thought about patient coaching and how they practiced it in order to obtain basic data used to develop education programs to improve their ability to educate patients in the coaching process and tools to assess their education and coaching skills. Our investigation showed that they considered patient coaching to be important but did not give patients effective coaching. Especially, they failed to work with patients for effective coaching and to ensure prior coordination required for well-planned coaching. It became clear that in coaching, they tended greatly to educate patients with a focus on knowledge communication and had inadequate coaching planning. Those problems might be caused partly by failure to help such nursing practitioners develop sufficient expertise to educate patients including learning theories. From the above results, we conclude that fundamental knowledge on educational methodology and skills and basic principles of education need to be included in education programs for nursing practitioners in order to improve the ability of incumbent nursing professionals to educate patients in the coaching process.

文 献

- 1) 看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会：いよいよ新カリへ 看護職員の養成に関するカリキュラム等改善検討会中間報告書全文, 看護教育, 37(5), 345-367, 1996.
- 2) 谷本真理子, 宍戸栄子, 他：看護婦による患者教育の実態について, 川崎市立看護短期大学紀要, 1, 67-71, 1996.
- 3) 小西出恭代, 砂山幾恵, 他：患者教育に関する看護婦の現任教育方法についての研究－看護婦の意識調査－, 第29回日本看護学会論文集－看護教育－, 171-173, 1998.
- 4) 山本千恵子, 柴田興彦, 他：糖尿病患者の学習支援に関する看護師の認識とその影響要因の検討, 九州大学医学部保健学科紀要, 3, 25-32, 2004.
- 5) 河口てる子, 患者教育研究会：患者教育のための「看護実践モデル」開発の試み 看護師によるとっかり／手がかり言動とその直感的解釈, 生活者の視点, 教育の理論と技法, そしてProfessional Learning Climate, 看護研究, 36(3), 3-11, 2003.
- 6) 小林貴子, 小長谷百絵, 他：「看護実践モデル」における「とっかり／手がかり言動とその直感的解釈」, 看護研究, 36(3), 13-23, 2003.
- 7) 下村裕子, 河口てる子, 他：看護者が捉える「生活者」の視点 対象者理解と行動変容の「かぎ」, 看護研究, 36(3), 25-37, 2003.
- 8) 岡美智代, 伊波早苗, 他：行動変容を促す技法とその理論・概念的背景, 看護研究, 36(3), 39-49, 2003.
- 9) 安酸史子, 大池美也子, 他：患者教育に必要な看護職者のProfessional Learning Climate, 看護研究, 36(3), 51-62, 2003.
- 10) 藤田君支, 松岡緑, 他：臨床看護師が実践している糖尿病患者への教育活動に関する実態調査, 日本看護研究学会雑誌, 26(4), 67-80, 2003.
- 11) Keiko Tasaki, Michiko Inagaki, et al.: Development of a self-evaluation tool for the teaching style of nurse in diabetes patient education-For educational intervention with the goal of cultivating abilities of nurse who are involved in professional diabetes nursing care-, Journal of Tsuruma Health Society Kanazawa University, 30(1), 41-53, 2006.
- 12) R. アルファロ・ルフィーヴァ, 著, 江本愛子, 監訳：基本から学ぶ看護過程と看護診断, 第5版, 132, 医学書院, 東京, 2004.
- 13) 峯馨, 井上映子, 他：看護職者の患者教育実施目的の捉え方と価値づけ, 北関東医学, 55(3), 235-241, 2005.
- 14) 河口てる子：心理的アプローチは糖尿病看護に何をもたらすか 看護婦の変容から患者の行動変容へ, 看護学雑誌, 63(4), 353-357, 1999.
- 15) 平山朝子：看護における教育的対応法, 井上幸子, 他：看護学大系6 看護の方法1, 187-198, 日本看護協会出版会, 東京, 1993.
- 16) 河原加代子：健康学習を支援し成長を促す技術, 川村佐和子, 志自岐康子, 他：ナーシンググラフィカ18 基礎看護学－基礎看護技術, 30-43, メディカ出版, 東京, 2004.
- 17) 佐藤みつ子：看護における教育的かかわり, 深井良子, 他：考える看護技術I 看護技術の基本, 227-234, スーベルヒロカワ, 東京, 2005.
- 18) 宮脇美保子：指導の進め方, 深井喜代子：基礎看護技術, 501-513, メヂカルフレンド社, 東京, 2006.
- 19) 氏家幸子：指導的活動, 阿曾洋子, 氏家幸子, 他：基礎看護技術II, 240-250, 医学書院, 東京, 2008.
- 20) 井上宜子, 竹之下瑞枝, 他：糖尿病患者教育における自己効力に関する当病棟看護師の指導現況, 第33回日本看護学会論文集－成人看護II－, 237-239, 2002.
- 21) 野口美和子：糖尿病看護のパラダイムシフト－看護・援助という言葉で－, Quality Nursing, 7(6), 4-5, 2001.
- 22) 東洋：学習指導論, 6-8, 第一法規出版, 東京, 1989.
- 23) 井上正明：教師の教授能力に関する実証的研究(II)－管理職教師の意識を中心に－, 福岡教育大学紀要, 第4分冊, 37, 89-103, 1988.
- 24) ナンシー I. ホイットマン, バーバラ A. グレアム, 他著, 安酸史子, 監訳：ナースのための患者教育と健康教育, 13, 医学書院, 東京, 2004.
- 25) 木村留美子, 南家貴美子, 他：臨床経験や年齢が看護婦の自己評価に及ぼす影響について(I)－自己能力評価から－, 日本看護研究学会雑誌, 25(1), 69-76, 2002.

平成19年1月7日受 付
平成20年12月25日採用決定

一般訪問看護師が精神障害に関連して対応困難と感じる 事例の実態と支援へのニーズ

Actual Situations of Cases in Which General Visiting Nurses Feel Difficulty in Taking Care of
Psychiatric Patients and the Support Needs of General Visiting Nurses

渡 邊 久 美¹⁾ 折 山 早 苗²⁾ 國 方 弘 子³⁾
Kumi Watanabe Sanae Oriyama Hiroko Kunikata
岡 本 亜 紀³⁾ 茅 原 路 代⁴⁾ 菅 崎 仁 美⁵⁾
Aki Okamoto Michiyo Kayahara Kanzaki Hitomi

キーワード：精神科訪問看護，精神看護，困難事例，支援システム

Key Words：psychiatric visiting nurses, psychiatric nursing, difficult cases, support system

緒 言

我が国の精神保健施策は「脱施設化」を目指した改革期にあり、厚生労働省は「受入条件を整えば退院可能」とされる入院患者約7万2,000人への退院支援策を打ち出した¹⁾。地域生活支援では、精神障害者への保健福祉サービスはもちろんのこと、彼らを支える家族への支援も欠かさない。家族には患者の治療協力者としての役割が長期に求められ、その負担が家族機能を低下させること、また、家族機能の低下が患者の症状悪化に繋がることから、患者と家族を対象とした援助が求められる。

地域の精神障害者とその家族を支援する担い手として、現在、普及している訪問看護師の一層の活躍が期待される。訪問看護ステーションは全国に約5,000箇所を越え²⁾、急増するニーズに対する資源確保の意味合いからも存在価値は大きい。精神障害者支援としては、精神科専門訪問看護ステーションによる質の高いケアの提供がなされているが、実際の割合は僅少で、家族が世間体から精神科の関連サービスを受けたがらない状況も見受けられる³⁾ ことなどから、専門ステーションの拡充に頼ることは現実的ではない。従って、既存の精神科領域を専門としない一般訪問看護師が、ジェネラリストとして精神障害者やその家族に対する支援能力を向上することが、社会の要請課題であり、今後、その重要性が増すと考える。

しかしながら、精神障害者への対応については、精神障害者への訪問経験を比較的豊富に持つ訪問看護師において

も「援助関係の構築技術に関する問題」や「精神科訪問看護の臨床技術に対する情緒的問題」などがある⁴⁾ と報告されている。このため、精神障害者への訪問経験が少ない一般の訪問看護師においては、対応困難と感じる状況が、より多いことが懸念される。

以上のような背景から、本研究は、訪問看護ステーションにおいて対応困難と感じた精神障害者の事例経験の有無を把握し、一般訪問看護師の精神障害者への訪問看護における支援ニーズを質的に明らかにすることを目的とする。なお、訪問看護師は家族支援も担う専門職であることから、本研究では、家族員における精神障害による対応困難事例を調査対象に含めた。

用語の定義

本研究では、一般訪問看護師と対応困難事例を次のように定義して用いた。

一般訪問看護師：精神の訪問看護を特化して行っていない訪問看護ステーションで勤務する訪問看護師を一般訪問看護師とした。

対応困難事例：訪問看護の利用者で一般訪問看護師が対応困難と感じる認知症を含む精神障害者と、利用家族員において支援の必要性があると感じる精神障害者をあわせて対応困難事例とした。

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

2) 岡山大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Okayama University

3) 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural College of Health Sciences

4) 岡山済生会総合病院 Okayama Saiseikai General Hospital

5) 岡山訪問看護ステーション看護協会 Okayama Visit Nursing, Nursing Association

方 法

1. 対象およびデータ収集方法

1) 質問紙調査

2006年8月にA県訪問看護ステーション連絡協議会に入会している116施設の訪問看護ステーションの管理者を対象として、対応困難事例の有無について、郵送法による質問紙調査を実施した。

対応困難事例は、「家族員の精神症状により、その家族の日常生活が危機的状況に陥る可能性がある」と判断したり、実際、訪問看護師による対応で地域連携も含めて困難と感ずた事例」と記して回答を求めた。また、これらには認知症も含み、それ以外は訪問看護ステーション管理者の判断に委ねた。

調査項目は、調査時点および過去において、訪問看護師が対応困難と感ずる「利用者」の精神障害者（認知症を含む）の事例の有無であり、調査時点で該当事例がある場合は、その人数を尋ねた。また同様に、「家族員」での支援すべき精神障害者（認知症を含む）についても、調査時点および過去における対応困難事例の有無、調査時点で該当事例がある場合は、その人数を尋ねた。

2) インタビュー調査

質問紙による調査時点において、インタビュー調査への協力の可否を尋ね、協力が得られた訪問看護ステーションに調査を依頼した。対応困難事例への訪問経験を有する一般訪問看護師を対象に、事例の概略と事例とのかかわりについて半構成的面接を行った。インタビューデータは逐語録を作成し、分析データとした。

2. データ分析

対応困難事例の有無に関しては、質問紙調査の単純集計を行った。

困難事例の概略と一般訪問看護師の支援ニーズについては、インタビューの分析データから①対応困難事例の概略、②精神科看護師に尋ねたいこととして語られた箇所を分析対象とした。

①一般訪問看護師から対応困難事例として語られた事例の概略は、利用者と主介護者の関係別に、a) 利用者の対応困難事例、b) 主介護者の対応困難事例、c) 利用者・主介護者の対応困難事例、の3つに分類した。

②精神科看護師に尋ねたいこととして語られた箇所は、質的帰納的分析を行った。すなわち、意味まとまり毎に概念を命名し、類似の概念をカテゴリー化した。カテゴリー間の関係を対比させながら、一般訪問看護師における精神障害者の看護上の支援ニーズとして分析した。これらの分析は共同研究者間で繰り返し討議し、合意が得られるまで行った。本研究ではカテゴリーを【 】, 概念を《 》で示す。

3. 倫理的配慮

質問紙調査は対象に研究の主旨を紙面にて説明し、返送をもって同意が得られたこととした。また、調査票は対応困難事例の有無とその人数のみの調査とし、利用者個人が同定できない範囲の質問とした。

インタビュー調査では、研究の主旨と質問の内容について、紙面を用いて口頭で説明した。また、調査への協力は任意であり、質問の内容によっては回答しなくてよいこと、途中での撤回が可能であること、研究への不参加により何ら不利益を被らないことを伝え、同意書を得て実施した。面接データの録音は対象の了承を得て行い、データは厳重に管理した。

また、対象とした一般訪問看護師および提供事例の匿名性を確保し、秘密厳守した。個人情報の取り扱いでは、事例検討に必要なデータだけを選択して記載し、氏名、地名、施設名などの固有名詞は匿名化（イニシャル、頭文字は使わない）し、年齢は省略するなどの配慮をした。

なお、本研究の実施にあたっては、A県訪問看護ステーション連絡協議会会長に調査の趣旨を説明し、承諾を得た上で実施した。

結 果

質問紙調査は49施設から回答を得た（1施設宛先不明、115施設中の回収率42.6%）。無効回答1施設除く48施設を分析対象とした。インタビューは7施設11名の一般訪問看護師から14事例を得た。録音の許可を得た6施設10名の13例を分析対象とした。インタビューは60分から120分程度で行った。なお、インタビュー対象の一般訪問看護師で、精神科での臨床経験を持つものはいなかった。

1. 訪問看護ステーションでの対応困難事例の経験の有無について

1) 利用者の対応困難事例の有無

利用者の対応困難事例の経験を「過去にあり」と回答した訪問看護ステーションは15施設（31.3%）であった。また、「現在あり」と回答した訪問看護ステーションは14施設（29.2%）で、総事例数は23例であった。

2) 家族員の対応困難事例の有無

家族員の対応困難事例の経験を「過去にあり」と回答した訪問看護ステーションは11施設（22.9%）であった。また、「現在あり」と回答した訪問看護ステーションは12施設（25.0%）で、総事例数は17例であった。

また、過去および現在の利用者、家族ともに対応困難事例の経験がない訪問看護ステーションは21施設で、27施設が対応困難事例を経験していた。これらの結果を表1に示す。

表1 利用者および家族員の精神障害に対する対応困難事例の経験の有無

対応困難例の経験	利用者			家族員		
	あり	なし	計	あり	なし	計
過去	14 (28.6)	34 (71.4)	48 (100)	11 (22.4)	37 (77.6)	48 (100)
現在	6 (13.0)	42 (87.0)	48 (100)	12 (24.5)	36 (75.5)	48 (100)

N=48
施設数 (%)

表2-1 利用者の対応困難事例の概略

訪問事例プロフィール	対応困難状況に関する事例の概略
A氏 女性 認知症 主介護者：姉の息子の嫁	ADLは自立しており身体面に関する治療を必要としない状態だが、入浴などの保清行為を行わないため、近隣への配慮もあり同居家族による訪問看護が希望された。A氏は自身を健康であると認識しているため、様々な工夫を重ねて訪問看護を受け入れられるよう関係を築いたが、入浴への援助だけは、A氏の「自分で入っていますから」との丁重な断りにより実施できない。地域のケア会議等に事例を出したが、有効な手立ては得られなかった。何かよい方法はないか。
B氏 男性 認知症 主介護者：妻	B氏に電動車椅子で、自由に一人で散歩に出かけたいという思いがあるが、認知能力の低下から、その本人の望む生活行動は危険を伴うことになる。このため、家族は反対しており、訪問看護師としても容認しがたい。本人のQOLを考えると意思を尊重することも大切だと悩むが、どうしていくことがよいのか。
C氏 女性 認知症 主介護者：息子	虫がはったり、嫁が息子と自分の悪口を言っているという被害妄想的な発言が一時期状態の悪いときに続いた。過去には実際、嫁とC氏との折り合いは悪かった背景がある。契約上、30分の訪問時間であり、C氏への清拭などはヘルパーが関わっている。太鼓とお経が聞こえるという幻聴があり、その話を短い訪問時間で言われるなど訴えが多い。どのように対応したらいいのか。
D氏 男性 アルコール依存症 一人暮らし	ストーマケア（パウチ交換）が主目的で訪問を開始したが、暴力行為があり、最終的には、途中で訪問をとりやめる形となった。訪問看護師からは、「あまりよい対応ができなかった」と語られた。暴言などに対しては、最初は驚いていたが、徐々に慣れてはきた。暴力行為などがあつたときの対応の仕方として、精神科ではどのように契約をとりかわすのか、しきり直しをするのか。
E氏 女性 統合失調症 主介護者：夫	精神症状が悪化してしまうと、夫が面倒を見きれず、E氏を縛って支援要請の連絡が入る。精神的虐待ということではなく、困つてという状況。精神病院への入院により症状安定をはかり、しばらくすると夫が「連れて帰りたい」と言い、在宅介護生活を継続している。E氏の服薬管理を夫がしているが、夫なりの判断基準があり、訪問看護で確認できていない状況もある。
F氏 男性 認知症 主介護者：妻	全身の拘縮がひどく痛みがあり、清拭時に暴れたり暴言がある。状態のよい時には意思をはっきり伝える力をもって、必ず終わったら「有り難う」という言葉がきかれる。訪問を継続するなかで、「辛いこととしてごめんね」というと、「ひどいこと言ってごめんね」という言葉が返ってくるが、ケア中に暴れるなどの行為は続いている。もっとよい方法はないか。
G氏 女性 アルコール依存症 一人暮らし	肝硬変への点滴治療を主目的としているが、素直に応じてくれる時と、「あんたが困るからさせてあげる」とすねた言動が見受けられる時、また拒否されることもある。服薬の自己管理が出来ず、生活保護を受けている状況下で、お酒やたばこの要望がある。これらを切らすと苛立つといった対応に、医療として苦慮、困惑する。記憶障害が時折みられ、機嫌のよしあしがあり、幼少期から知っているかかりつけ医や家族の話など昔話を訪問看護師にする際はよい表情をしているが、「生きていても仕方がない」という言葉がきかれることもあり、どのようにその言葉をうけとめていけばいいのか悩む。

2. 対応困難事例の利用者と主介護者別の分類

インタビュー調査で得た対応困難事例13例を、訪問看護利用者の主介護者に分類すると、a) 利用者の対応困難事例が7例、b) 主介護者の対応困難事例が5例、c) 利用者・主介護者とも対応困難事例が1例であった。これらの介護役割別にみた一般訪問看護師が対応困難とする事例の概略を表2-1、2に示す。

利用者の対応困難事例では、認知症である利用者が入浴などの清潔ケアを一切拒否したり、清拭時に暴れることへの対応や、アルコール依存症である利用者が、生活保護による独居生活に生きる希望を見いだせないという状況であった。

主介護者の対応困難事例では、不安神経症の利用者を叱咤激励したり、神経症の利用者の生活態度を怠慢だと注意するなど、主介護者による利用者への強い回復の思いによって病状への配慮がなされにくいなど、主介護者への心理教育的アプローチが必要な事例があった。また、介護者自身が治療を必要とする状態にある事例も含まれた。

利用者・主介護者とも対応困難事例では、利用者がうつ病のため希死念慮が強い状態であることに加えて、アルコール依存のある主介護者が訪問看護師を監視し、短期間で対応の是非の評価を迫るなど、訪問看護師にプレッシャーのかかる状況であった。本事例については、管理者自身が訪問を継続していることから、対応の難易度の高

表2-2 主介護者の対応困難事例および、利用者・主介護者との対応困難事例の概略

介護の役割別	訪問事例プロフィール	対応困難状況に関する事例の概略
主介護者	H氏 女性 不安神経症 主介護者：夫	夫がH氏に対し「言うことが伝わりにくい」、「自分で行動できない」と心配し、少しでも物忘れの進行を遅らせたいという強い希望がある。既往症の脳損傷により話しや自分の思う行動ができないH氏の病態を、夫が十分に認知できず、「何で一回言ったことが何でできないのか」、「何で次から自分がこうしようと思ってしないんだ」と大声で怒鳴る。H氏は昔気質の方で、夫のいうことに逆らわないタイプであり、お互いに思いやりを持っている感じではある。
	I氏 女性 うつ病 主介護者：姉	I氏はうつ状態であったが、I氏とのコミュニケーションはできた。しかし、主介護者である姉の要求が高く、何度か説明しても「怠けている」といった表現になってしまう。I氏への文句は多いものの、仲はよい様子だったが、その後、J氏は入院し、自宅より施設で生活する方が居心地がよい様子で、訪問を終了した。何かよい対応法はなかったか。
	J氏 女性 脳梗塞、肺炎 介護者：息子の妻が身体ケアを担い意思決定は息子（うつ状態）	一般状態の悪い母親（利用者）の入院を検討する必要がある。息子もその必要性を理解していたが、医療者の対応に不満がある経験から、在宅でみたいという思いが強かった。このため、入院と在宅の葛藤が長期続いた。息子は几帳面で神経質なタイプであり、要望どおりにケアサービス関係者が動くことを要求した。些細なことで夜中に電話がかかるなど、不安が非常に高かった。さらに、息子自身がうつ状態で、母親の状態が悪くなると息子の症状も平行して悪化し、医療機関で入院を勧められる程の状態だった。
	K氏 女性 主介護者：娘（統合失調症）	ほとんど発語のない母親に対して、テレパシーで通信しているという実娘が主介護者で、この主介護者が統合失調症疑いであることは、訪問当初に情報はなかった。訪問過程で、直接本人からテレパシーのことが話題にされるようになった。清拭の方法などを訪問看護師から習得し、現在では、訪問前に既に娘が清拭を終えているのが通常となっているため、本ケースに訪問する意味があるのか疑問もある。
	L氏 女性 認知症 主介護者：夫（主介護者役割を担うが認知症で利用者でもある）	夫婦とも元教育者の高齢夫婦で、何とか在宅生活を継続している状況。介護者である夫も認知症で、対応が難しいが、地域ぐるみのサポートで現状を維持している。夫は気難しい面もあり、入浴介助などはうまく誘導しないと拒否する。自分では健康だと思っているため、内科的疾患への医療は提供できていない。同じ地元で話が合うなど、関係性は良好で、訪問看護の日には待っていてくれる。妻が入院した期間に、夫の認知症が著しく進行したエピソードがあり、今後もサポートしていきたいが、いつまで現体制で在宅生活が可能か、という状況である。
利用者・主介護者	M氏 女性 統合失調症 主介護者：弟（アルコール依存症）	M氏はがんの術後で希死念慮が強く、主介護者の弟はアルコール依存症がある。訪問依頼を受けた際に、難しい事例だと判断して、管理者自らが関わる。統合失調症への訪問例は初めてで、家族から「初回の訪問時の対応で、今後の継続を決める」との要求が出されていた。本人からは「何も話をすることがないし、わたしの死にたい気持ちは変わらないから必要ない」と言われ、どうやって受け入れてもらうかが課題であった。訪問はその後も継続できた。教科書を読み医師からのアドバイスを元にやってきたが、自分の今までの対応がこれでよかったのか知りたい思いはある。

さが伺えた。

3. 一般訪問看護師の精神障害者への看護における支援ニーズ

一般訪問看護師の精神障害者への看護における支援ニーズとして3カテゴリーが抽出された。分析の結果を表3に示す。一般訪問看護師は【対象の捉えにくさによる不安】があり、【状況に応じた効果的対応方法を知ること】と【看護行為の保証者の要望】があった。

【対象の捉えにくさによる不安】は、精神障害のある対象を一般訪問看護師の実感として理解し難いために生じる不安のことで、《疾患の理解が不十分との認識》、《怖い、わからない患者像》、《何気ない発言がマイナスに影響する印象》の3概念で構成された。

【状況に応じた効果的対応方法を知ること】は、様々な状況下における有効な関わり方を具体的に知りたいという思いで、《延々と繰り返される愁訴》、《拡大していく被害妄想》、《症状により疲弊状態にある家族》、《症状と対立関係にある家族》、《暴力的ケースとの契約》、《清潔ケアの拒

否》の6概念で構成された。

【看護行為の保証者の要望】は、一般訪問看護師が行っている行為の是非を自身で確認しづらい状況にあるため、相談してアドバイスをもらえるような専門的サポーターがほしいという希望である。《目標の見定め方の戸惑い》、《専属担当による他者評価困難状況》、《看護の展開に心強い相談窓口》の3概念で構成された。

考 察

1. 一般訪問看護ステーションにおける対応困難事例の経験について

訪問看護ステーションを対象として、精神障害により対応困難と感じる事例の有無を調査した結果、回答の得られた48施設のうち、経験がある訪問看護ステーションは約3割、現時点では1割強であった。また家族員の精神障害により対応困難と感じる事例の有無は、経験がある訪問看護ステーションは2割を越え、現時点では約4分の1であった。

家族との関わりが深い一般訪問看護師は、利用者のみで

表3 一般訪問看護師の支援ニーズ

カテゴリー名	概念	データ
【対象の捉えにくさによる不安】	《疾患の理解が不十分との認識》	精神疾患について、十分に理解ができていない。疾患別に関わり方を変えるべきかどうかを知りたい。
	《怖い、わからない気持ち》	精神科患者を受け持つことは、恐いとか不安とか分からないとかいうものがあると思う。
	《何気ない発言がマイナスに影響する印象》	精神科の患者と関わる時、自分の関わり方や不用意な一言で相手にマイナスのように働くことがあると思うので、責任があると思う。
【状況に応じた効果的対応方法を知ること】	《延々と繰り返される愁訴への対応》	便が出ないことに執着する人がいた。一応出ている、気になると言っても、ずっとそのことばかり話している。「出るからいいんじゃない?」とか、「これ(薬)をのんだからもう出るよ」と言っても、出るまで気になって、便のこと一点張りになり、対応に困った。うつの方でひとつの事に執着している方への対応について、どうすればいいか知りたい。
	《拡大していく被害妄想への対応》	物をとられたと言う被害妄想のある方がいる。もともとない物を「なくなった」と訴えられたときに、どう対応していいのかわかる。さらに、その妄想がおさまらず、エスカレートするときに、どうしていいかわかる。
	《症状のため疲弊状態の家族への対応》	「焼き場の人が来て連れて行かれる」と言っても、徘徊する人がいた。(中略)統合失調症などで妄想や幻聴があるが、出方などがいろいろ違うと思う。その場合、個々のケースで対応が変わってくると思う。できるだけ否定しないようにとはしていたが、夜中もずっとそのようなかんじであったので、介護者がまいってしまう状況であった。このような場合の対処として、介護者へどのように支援したらいいか知りたい。
	《症状をめくり対立関係にある家族への対応》	思い込みの強い方への対応に困ることがある。「嫁が自分にわざと硬いご飯を食べさせる」など、介護者にネガティブな感情を持っている方がいる。お嫁さんのサポートも必要であるし、利用者のことも否定ができない中で、どのような対応をしたらいいのかわかりたい。
	《暴力的ケースへの対応》	一人暮らしの利用者が訪問看護師へ暴力をふるい、最終的に訪問が中止となり、他のステーションへ引き継いでもらう形となった。訪問当初より暴言があり、訪問看護師は戸惑いながらも対処していた。暴力が出たときには、どのように対応しているのか精神科の看護師へ聞いてみたい。暴力行為のある利用者の訪問を看護師一人で行くことは恐いし、ずるずる訪問に行くのも考える。だからといって患者を放置するわけにもいかない。2人訪問は、人数的にもコスト的にも難しい。契約のことで、どうしたらいいのかわかりたい。
	《清潔ケアの拒否への対応》	ケアに体(力)で抵抗する方に対して、どのような関わりをしているのかわかりたい。ケア時の対応で、患者との関係が構築されるまでに時間がかかったが、もっと時間をかけず、患者に毎回えらい思いをさせずにできる方法があれば聞きたい。
【看護行為の保証者の要望】	《目標の見定め方の戸惑い》	予後的な事、ゴールはどこら辺を見据えて看護を実施しているのかわかりたい。
	《専属担当による他者評価困難状況》	一人で受け持っていることで、他のスタッフが評価をすることができない。ステーションに帰ったときに、状況を話して他のスタッフと相談するが、実際訪問するのはその看護師一人ということで、不安がある。
	《次の段階に進むために心強い相談窓口》	(事例に応じた対応を)相談できる場所がないかなと思うし、あるのであれば、どこで相談したらいいのかわかりたい。相談する場があって、「こうしてみたら?」というアドバイスをもらえたら、次の段階を踏む上で、すごく心強いと感じる。

なく、主介護者である家族員における精神障害への対応にも困難を感じていた。現時点の横断調査では、利用者より家族員の精神障害への対応に困難を感じる割合が高い結果であり、家族との契約に基づいて行われる訪問看護サービスにおいては、これらの家族に対するアプローチ方法について一般訪問看護師の対応困難感を軽減する方法を検討していく必要がある。

全訪問看護ステーションにおいて精神を専門とする訪問看護ステーションの割合は統計的に把握されていないが、A県下における先行調査では⁵⁾、126施設中5施設において総利用者の50%以上が精神疾患(認知症以外)であり、A県ではこのような精神科訪問看護ステーションは1割に満たなかった。統計調査⁶⁾においては、過去4年の訪問看護利用者数の伸び率2.2倍に対し、「精神及び行動の障

害」に分類される利用者は2.6倍、統合失調症は3倍であった。精神訪問看護の必要性、重要性は今後一層増すものと考えられる。認知症の在宅療養上、介護する家族にとって大きな問題である徘徊や妄想など周辺症状も、各地域で専門的医療を受けられる体制が整備されないために不利益を被る状況が少なくないと推測される。一般訪問看護師はこれらの問題状況を最前線で把握する立場にある医療の専門職であり、地域の適切な専門医療との連携を強化していくことで、質の高い医療を提供できる可能性がある。

2. 一般訪問看護師が対応困難と感ずる事例の要因とその対策

一般訪問看護師が対応困難と感ずる事例を、利用者の対応困難事例、主介護者の対応困難事例、利用者・主介護者との対応困難の3つに分類したところ、利用者の対応困

難事例では、妄想、清潔ケアの拒否、暴力など精神科看護領域で遭遇する症状や行為がみられた。一般訪問看護師が援助したいことを利用者が必ずしも必要としていない状況は、類似の報告⁷⁾がなされており、一般訪問看護師が遭遇しやすい状況であるといえる。また、訪問看護を円滑に進めていく際の重要な協力者である主介護者の対応困難事例では、主介護者の精神状態により介護上の意思決定が定まらないことや、一般訪問看護師への要求水準が高い状況がみられた。これらから、一般訪問看護師は、自身の訪問により、利用者や利用家族のニーズを満たしているとの評価を得にくい状況にあると思われる。身体ケアなどの直接的な看護行為が行えなかったり、繰り返される訴えが改善しないなど、訪問看護によって利用者の病状の回復や介護者の負担軽減が得られない状況が見受けられる。そして、訪問契約時の問題を長期にわたり解決できない場合は、一般訪問看護師は訪問看護の目的を果たしていないと考え、対応困難感を増すのではないかとと思われる。これに関して、精神科訪問看護ステーションの利用者と訪問看護師を対象とした調査⁸⁾では、訪問目的が利用者の3割にしか達成できないとの訪問看護師の認識に対し、利用者の7割近くが肯定的変化を自覚しているという報告がなされている。精神科訪問看護においては、訪問目的や利用者のニーズについて、状況に応じて利用者や家族との再調整を図り、達成可能な目標や方向性へ修正することが、一般訪問看護師の対応力として必要であると考えられる。また、これにより、一般訪問看護師の対応困難感は軽減し、現実に即した評価に繋げることができるとと思われる。

主介護者の精神疾患による対応困難事例や利用者・主介護者における精神疾患による対応困難事例では、家族関係を把握した上で、両者に対する家族支援技術が求められる。萱間ら⁹⁾は、統合失調症の家族支援に関する訪問看護技術を示したが、対象の大半が病院内や区・市町村からの熟練保健看護職であり、今回対象とした一般訪問看護師とは利用者との関係が異なる。ステーションからの訪問看護は、主治医の指示と家族の意向をふまえた看護・介護サービスとしての位置付けが強く、公的機関や母体となる精神病院からの訪問看護と目的が異なる側面があり、訪問看護ステーションとの契約状況を考慮した家族に対する訪問技術を今後開発していく必要がある。

3. 一般訪問看護師への精神科専門職による支援の必要性

今回の調査対象となった一般訪問看護師は、精神障害者への訪問経験を有していたが、その中で、精神科看護師の方が精神障害者への対応に慣れていると認識し、自身は【対象の捉えにくさによる不安】を抱いていた。つまり、精神障害者との接触が不十分なことから生じた理解不足が伺えた。そして、【状況に応じた効果的対応方法を知るこ

と】を精神科看護師に求めていた。そして、一般訪問看護師なりに対応をしているにも関わらず、利用者の良好な変化の兆しが得られにくく、常にどういった対応をすればよいのか、この対応でよかったのかという疑念が残り、結果的に【看護行為の保証者の要望】があった。

自己表現力や対人関係能力が低いとされる精神障害者には、その特性に応じた関係構築が求められるが、訪問看護が継続されていることから、本研究対象の一般訪問看護師は一定の信頼関係を築いていると評価できる。このため、これらの一般訪問看護師に対しては、支持的心理的支援と事例検討会など問題解決型の支援が有益であると考えられる。

野末¹⁰⁾は看護師への心理的サポートとして、カタルシスの促進、受容、保証をあげており、看護師の感情の処理が重要であり、無力感や焦り、怒りや嫌悪感など看護師として認めがたい否定的感情を十分表出し、客観的に自己をみつめる援助も必要であろう。精神障害者の背景を探り、個別性に応じた対応を特に重視する精神科では、一般訪問看護師の《疾患の理解が不十分との認識》、《怖い、わからない患者像》、《何気ない発言がマイナスに影響する印象》が患者理解の妨げにならないよう、不安の軽減を図ることで、一般訪問看護師本来の能力が発揮される可能性がある。

また、【看護行為の保証者の要望】は、精神障害者への対応経験が少ない訪問看護ステーションを支援していく上でも非常に重要である。通常、精神科領域においては、多職種で構成されたチームで患者に関わることが一般的であるが、訪問看護ステーションの現場では、非常に限られた専門職しか精神障害者に関わっておらず、ケアマネジャーを含めて、精神障害者への対応経験は少ないことが予測される。精神科での経験豊富な専門職に気軽に相談できる窓口があれば、一般訪問看護ステーションで精神障害者の訪問を受ける際に【対象の捉えにくさによる不安】が軽減され、同時に《延々と繰り返される愁訴への対応》、《拡大していく被害妄想への対応》などの具体的な経験を聞くことで、不安の軽減に有益であると考えられる。春日¹¹⁾はコンサルトを引き受ける立場として、精神障害者の援助者達が、よりスマートなやり方や別の方策があるのではないかと、他機関では全然別な発想をしているのではないかなど、自信がもてない状況であると指摘している。本研究においても、一般訪問看護師が自分のやり方でよかったのか、別の方法があれば知りたいという要望が語られており、精神科専門職への相談を通して対応を支持されたり、関わり方の参考となる情報を得ることで、一般訪問看護師の不安が軽減され、余裕が生じるなどの効果が期待される。

これについては、精神保健看護領域におけるリエゾン・コンサルテーションの概念は広く普及しており、我が国でもリエゾン精神看護専門看護師（CNS）が活躍している¹²⁾

ことから、一般訪問看護師の支援者に相応しい専門職が既に存在している。しかし、歴史的にはCNSは初動期であり、病院などの施設での活躍が主であることから、地域の一般訪問看護師が気軽に相談できる体制は整っていない。一部の個人的ネットワークや訪問看護ステーション内、もしくは地域の関連職種間で事例検討を行うなどの対応が現状であろう。在宅リエゾン看護師¹³⁾の提唱がなされているが、地域在宅領域でリエゾン精神専門看護師を充足することが期待される。このような専門職種が充足するまで、精神科看護領域のエキスパートが経験を活かして助言するシステムやネットワークを構築していくことも一策であると考えられる。

例として、今回、対象困難事例として、排便不良感を頻回に訴えるうつ病女性患者の例があったが、うつ病患者の心気症状に関する報告¹⁴⁾があるように、類似の状況は、しばしば臨床でも遭遇する。このような患者への効果的な対応の報告は見あたらないが、臨床看護師の対応経験から、様々な対応法を試みていくことは可能であろう。個々の事例の背景が異なる場合でも、このような症状別の対応は情報の蓄積により精神科看護技術の発展に繋げることができる。片山ら¹⁵⁾は統合失調症の利用者への訪問看護における目的と技術を明らかにしており、今後、このような精神科訪問看護の専門的技術を体系化する作業、研究の蓄積が待たれる。さらに、相談窓口の設置に際しては、精神科看護師のみならず、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士など他職種で構成されたネットワークによるサポートによって、一般訪問看護師により豊富な選択肢を提供することが可能となるであろう。精神科専門職で構成された地域密着型のネットワークを構築し、訪問看護師や介護職をサポートしていけるような組織の発展が期待される。

本研究の限界と今後の課題

本研究は、一般訪問看護師が利用者および家族の精神障害に起因して対応困難と感じる事例経験の有無を把握することのみを目的としたため、各訪問看護師の困難の度合い

を明らかにすることはできなかった。また、限られた地域の一部の事例であり、今回の結果を一般化することはできない。しかしながら、精神科での経験のない一般訪問看護師を感じる家族員を含めた精神障害による対応困難事例の実態を明らかにした研究は少なく、この点で本研究は極めて意義がある。

今後は一般訪問看護師の負担感が軽減されるような支援ネットワークを構築し、本研究で明らかにされた困難事例への具体的な対応方法を模索していく必要がある。また、一般訪問看護師の実践から看護技術を明らかにすることも課題である。これらの成果を還元することで、一般訪問看護師が抱える精神障害者への対応困難感の解決に繋がることが期待される。

結 論

A県の訪問看護ステーションを対象に、一般訪問看護師が精神障害に関連して対応困難と感じる事例の経験に関する調査を行い、事例の概略や一般訪問看護師の支援ニーズを明らかにした。

1. 利用者の対応困難事例の経験を過去に有する施設は、48施設中15施設(31.3%)であり、調査時点では14施設(29.2%)であった。調査時点での対応困難事例の総数は23例であった。
2. 家族員の対応困難事例の経験を過去に有する施設は11施設(22.9%)であり、調査時点では12施設(25.0%)であった。調査時点での対応困難事例の総数は17例であった。
3. 一般訪問看護師には【対象の捉えにくさによる不安】があり、【状況に応じた効果的対応方法を知ること】と【看護行為の保証者の要望】という支援ニーズがあった。

謝 辞

稿を終えるにあたり、快く研究に協力してくださいましたA県の訪問看護ステーションの皆様へ深く感謝いたします。

要 旨

訪問看護ステーションにおける家族員を含めた精神障害による対応困難事例の実態と、精神障害者との関わりにおける訪問看護師の支援ニーズを明らかにした。A県の訪問看護ステーション116施設を対象とし、48施設から有効回答を得た。対応困難事例の経験の有無を質問紙郵送法にて行い、さらに、協力の得られた6施設10名の訪問看護師から対応困難事例13事例の概略と支援ニーズについて面接を行った。調査時点での対応困難事例は、利用者では14施設(29.2%)、家族員では12施設(25.0%)に報告があった。また、訪問看護師には【対象の捉えにくさによる不安】があり、【状況に応じた効果的対応方法を知ること】と【看護行為の保証者の要望】という支援ニーズがあった。具体的な対応法の検討や、訪問看護師の関わりを支持する場として、精神科専門職らによる相談窓口やネットワークの構築が一策であると考えられる。

Abstract

The objective of this study is to show the actual situations of cases in which nurses feel difficulty in taking care of psychiatric patients and their families at home-visit nursing stations and explore the support needs of visiting nurses. The objects were 116 home-visit nursing stations in A prefecture, and 48 stations answered to our questionnaire. We implemented a questionnaire research about the experiences of difficult cases by mailing method and interviewed 10 visiting nurses of 6 cooperative stations about their 13 difficult cases and their support needs. The difficult cases were reported by 14 stations (29.2%) for patients and by 12 stations (25.0%) for families. Also, it was reported that visiting nurses have “the anxiety for the difficulty in understanding psychiatric patients” and their support needs were “the knowledge of the effective way to respond according to each situation” and “nursing advice of psychiatry experts”. Detailed countermeasures, consultation services by psychiatric specialists, and network as the support for the relationship of visiting nurses are considered to be required.

文 献

- 1) 厚生労働省：精神保健福祉の改革に向けた今後の対策の方向，2004.
- 2) 厚生労働省：平成18年介護サービス施設・事業所調査結果の概況，2006.
- 3) 野崎和子，木村麻紀，他：訪問看護利用者に介護者の虐待がみられた事例の検討．日本家族看護研究会，9(2)，121，2003.
- 4) 船越明子，宮本有紀，他：訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識．日本看護科学学会誌，26(3)，67-76，2006.
- 5) 渡邊久美，住吉和子，他：〇県の訪問看護ステーションにおける精神疾患患者の利用に関する実態調査．岡山大学医学部保健学科紀要，15(2)，71-76，2005.
- 6) 厚生省：平成11年訪問看護統計調査，1999.
- 7) 萱間真美，林亜希子：「援助したいこと」と「援助してほしいこと」とのギャップ－不衛生でも掃除援助を拒む利用者に介入困難を感じたケース．コミュニティケア，82，38-43，2006.
- 8) 小田心火：精神科訪問看護の有効性と課題－訪問看護ステーションにおける利用者，看護師双方に対する調査から．東邦大学医学部看護学科・東邦大学医療短期大学紀要，18，5-21，2005.
- 9) 萱間真美：精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術－保健婦，訪問看護婦のケア実践の分析．看護研究，32(1)，53-76，1999.
- 10) 野末聖香：リエゾン精神看護，222-234，医歯薬出版株式会社，東京，2004.
- 11) 春日武彦：援助者必携，3，医学書院，東京，2004.
- 12) 五十嵐透子：リエゾン・コンサルテーション精神保健看護の歴史的流れと主要な概念および今後の研究課題．臨床看護研究の進歩，11，8-19，2000.
- 13) 森下安子，川上理子，他：在宅リエゾン看護師の機能と育成．高知女子大学紀要，55，87-96，2006.
- 14) 山家邦章，倉持素樹，他：うつ病患者の心気症状の臨床的検討．精神神経学雑誌，106(7)，867-876，2004.
- 15) 片山直子，山本則子，他：統合失調症をもつ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究．日本看護科学学会誌，27(2)，80-91，2007.

〔平成20年3月6日受 付〕
〔平成20年12月4日採用決定〕

外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動

A Self-Care Behaviors Within The Continuation Process With Outpatient Chemotherapy For Cancer Patients

布川 真記¹⁾
Maki Nunokawa

古瀬 みどり²⁾
Midori Kose

キーワード：外来化学療法, セルフケア行動, がん患者

Key Words : outpatient chemotherapy, self-care behavior, cancer patients

I. 緒言

がんは、わが国の死因の第1位であり、その死亡率は増加の傾向を見せている¹⁾。一方で、がんの生存率は高くなってきており、その要因として、がん検診による早期発見、患者の臨床病期にあわせた適正な治療の提供、治療技術の進歩などが指摘されている²⁾。中でも抗がん剤の進歩は目覚ましく、その副作用を軽減する薬剤の開発が行われ化学療法における患者管理が行い易くなってきた。また、病名の告知が行われるようになり、腫瘍の根治性のみならず生活の質（以下QOL）も重視され、外来化学療法が治療の選択肢として積極的に行われるようになった。このような状況から、最近では患者のニーズに応えるために通院治療センターが設けられている病院も多くなっている。そして、在宅で化学療法を受けている患者からは、治療に関して高い満足感を得ていること³⁾が報告されている。

一方、化学療法を受ける患者は、副作用に伴う身体的、精神的な苦痛を感じている⁴⁾。外来で治療し自宅へ帰った後は、それらの苦痛に対し自ら対処をしていかななくてはならないことや、医療者と離れているため不安や孤独感を抱き易いこと⁵⁾が報告されている。また、長期の治療のため化学療法の副作用に苦しむ期間も長く、患者は治療への期待と予後や副作用に対する不安を持っていること^{6) 7)}が先行研究から明らかにされている。化学療法の副作用である悪心、嘔吐、倦怠感、下痢などは身体的健全さを直接的に悪化させQOL全般に影響する。さらに、自宅での症状への対応の不適切さや遅れがさまざまな適応障害の誘因になる⁸⁾と報告されている。これらの身体症状によって日常生活が変化するため、患者はそれらに自ら対処し、QOLを維持しながら治療を継続することが求められる。

そのためには、患者自身がセルフケア行動を取り、化学療法を受ける生活に主体的に取り組むことが必要である。しかし、治療期間は長期となるため、治療の継続には多く

の困難と、医療者や患者自身を取り巻くさまざまな人との相互作用の中でセルフケア行動を行いながら療養生活を送っていることが推測できる。患者が治療中に遭遇する副作用については、感染、不眠、脱毛、倦怠感などがある。これらの身体症状に対してどのように対処しているのか、各症状に対する報告⁹⁻¹⁴⁾はあるが、身体症状に伴う生活の変化に対し患者自身がどのようにセルフケア行動を取り治療を継続しているのか、そのプロセスや患者を取り巻く人々との相互作用についての報告は見当たらない。

そこで、本研究では外来化学療法中のがん患者が、どのようにセルフケア行動を取り、治療を継続しているのか明らかにすることを目的とした。

用語の操作的定義

本研究におけるセルフケア行動とは「化学療法による身体症状やそれに伴う生活の変化に対し、患者自身が外来治療を継続するために行う対処行動」とする。

II. 研究方法

1. 対象者およびその選定

対象は、外来化学療法を2クール以上行ったstageⅢの消化器がん患者11名である。

消化器がんの合併症による明らかな症状がなく、日常生活が自立し、意思疎通が図れ、本研究参加に同意する者を条件とした。消化器外科診療科科長に研究の趣旨を説明し研究協力の依頼を行った。上記の条件に該当する患者を担当医から紹介してもらい、研究参加に同意が得られた対象者にのみ面接調査を実施した。これらの患者が化学療法を受けている施設は病床数約600床の総合病院で、消化器外科外来での化学療法件数は年間延べ約600件である。がん看護の認定看護師・専門看護師はおらず、患者への療養指導は主として外来担当医師が行っている。

対象者の内訳は、男性9名、女性2名、年齢は最小26歳

1) 山形大学医学部附属病院 Yamagata University Hospital

2) 山形大学医学部看護学科 School of Nursing, Department of Medicine, Yamagata University

から最高70歳台で、平均年齢は65.3歳であった。疾患は、膀胱がん6名、大腸がん4名、胃がん1名で、術後の化学療法が10名、術前は1名であった。化学療法は2クール終了が3名、3クール終了が8名であった。

2. 調査期間

平成18年4月から同年10月

3. データ収集方法

半構成的面接法による調査を実施した。調査は、化学療法が終了した当日の外来か、次のクール開始前の体調が比較的安定している時期に、対象者の都合に合わせて行った。面接時間は30分～60分程度とし、面接の場所には個室を利用した。面接内容は化学療法中の日常生活についてで、以下の3つの質問にできるだけ具体的に答えてもらった。

- ・化学療法後は自宅でのどのような点に注意して生活しているか
- ・化学療法後にどのような身体症状、気持ちの変化があるか
- ・その症状や変化に対して日頃どのように対処しているかなお、会話の内容は対象者の同意を得てICレコーダーに録音し逐語録を作成した。

4. 分析方法

データ分析は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach : M-GTA)¹⁵⁾に基づき実施した。外来化学療法を行う患者は、化学療法の身体症状やそれに伴う生活の変化に対し、患者自身がセルフケア行動をとる必要がある。また、患者がセルフケア行動をとる背景には、患者を取り巻く医療者、家族、他の患者など、さまざまな人との相互作用を通じたプロセス的要素があると考えられる。そのため、人間の行動、他者との相互作用の変化を説明できるM-GTAが分析に適していると判断した。

M-GTAでは分析焦点者と分析テーマを設定する分析焦点者とは分析の結果の中心となる人間であり、本研究では『外来化学療法を行っている患者』とする。分析テーマは『化学療法継続中のセルフケア行動』とした。

まず、分析テーマと関連の強い文脈に注目し、データを説明する概念を生成した。そして、データの解釈が恣意的に進まないように他のデータとの類似、対極の視点で継続的比較分析を実施した。次に、生成された複数の概念間の関係性からカテゴリーを形成した。生成された概念とカテゴリーを構成要素とする結果図ならびにストーリーラインを作成し、研究テーマである“外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動”について説明した。

なお本研究では、質的研究の信用可能性¹⁶⁾を確保するために、専門家間審議を実施した。専門家間審議では、成人看護学を専門とする大学教員らとの活発な質疑応答を繰

り返し、分析の視点をより明確化していった。また、解釈、定義、概念名がデータに密着しているかの検討を繰り返して行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、山形大学医学部倫理審査委員会による承認を得た。対象者には書面と口頭にて研究の趣旨および内容について説明し、研究参加に同意する場合は同意書に署名を得た。研究への参加は対象者の自由意思によるもので、研究参加の拒否や途中辞退も可能であること、質問に対し答えたくないことは答えなくても良いこと、また、拒否によって診療上、何ら不利益を生じないことを説明した。本研究結果は、学会および論文に公表するが、面接時の会話内容や個人情報に関する情報は、個人が識別されないようにコード化した上で分析に使用し研究終了後は全て消去することを説明した。

Ⅲ. 結 果

外来化学療法中の消化器がん患者11名の面接データを分析した結果、4つのカテゴリーと12の概念が生成された。分析の最小単位である概念は《 》で示し、概念から構成されるカテゴリーは【 】で示す。分析の結果であるストーリーラインと、それを説明する結果図(図1)を示した。

1. ストーリーライン

外来化学療法患者の【セルフケア行動】は《治療に伴う身体変化の自覚》から始まっていた。外来化学療法患者が取る【セルフケア行動】には《体重を自己管理の目安にする》《日常生活の規則化》《日常生活と治療の折り合いをつける》《医師との有効な治療関係の維持》があった。これらを行うことにより、自分の健康状態が維持できていると判断していた。この【健康を判断できる条件】は《食べることができる》、化学療法中も《思い通りに行動ができる》ことであり、【治療に対する満足感】へと影響していた。そこで患者は《“外来治療で十分”》、《生活の質が維持できる》と感じ、満足を得て治療を継続していた。また、これには【治療継続の支援者】が関与し、患者の【セルフケア行動】を後押しすることで、【治療に対する満足感】を高めていた。【治療継続の支援者】には、医師と家族がおり、患者は《医師と連携する》ことで安心を得ていた。また、家族は患者と共に《家族が治療に参加》する存在と捉えられていた。【治療に対する満足感】が得られた患者は【セルフケア行動】を継続できていた。一方、患者が【セルフケア行動】を取る背景には《“家族を守るために長生きしたい”》という切実な思いがあった。転移があり化学療法を必要としている患者にとって、外来化学療法を継続していくためには【セルフケア行動】を続けなければならない。

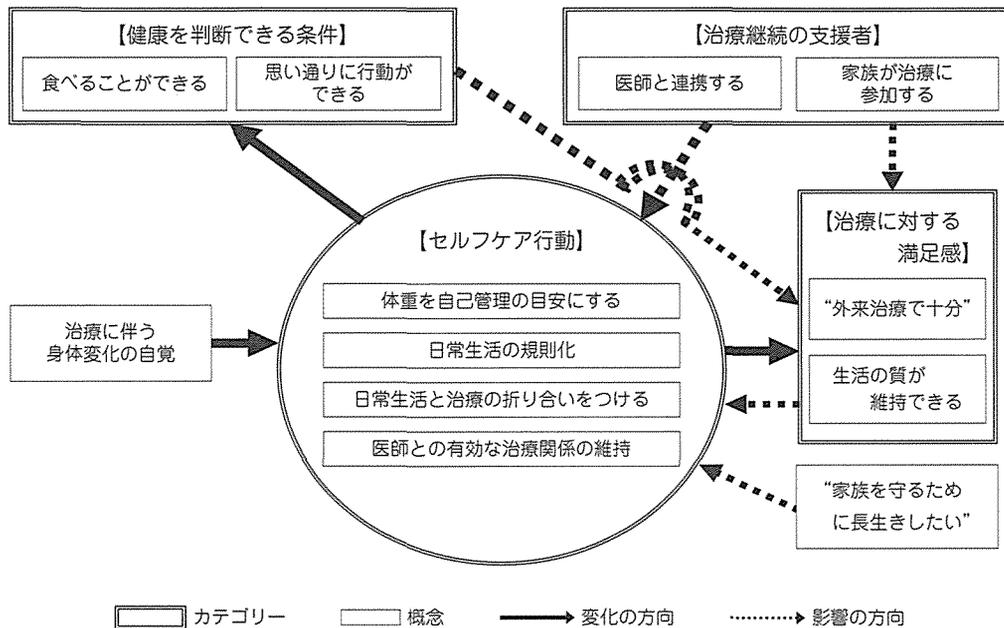


図1 外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動の結果図

2. 各カテゴリーと概念

各カテゴリーを構成する概念と、その定義及び、その具体例について以下に示す。

1) 治療に伴う身体変化の自覚

定義：化学療法開始後の薬（治療）の効果と自分の身体症状を結びつけて考えていること。これは、化学療法に伴う症状の出現、および身体の変化を治療薬の影響として捕らえていることを示す。

「(治療をはじめてから) 爪が割れてきたのと、筋力が落ちたね。あばら骨見える位だし。体重も減るし、食べないとだめだね。」

「腹が減ったってことはないし、昔食べられたものがものすごく嫌いな味になってきたね。前は、腹が減って仕方なかったんだけどな。」

2) セルフケア行動カテゴリー

自分自身の症状や治療計画にあわせ、日常生活全般を調整することで、《体重を自己管理の目安にする》《日常生活の規則化》《日常生活と治療の折り合いをつける》《医師との有効な治療関係の維持》から成る。

(1) 体重を自己管理の目安にする

定義：健康時の体重から維持すべき体重を決め、化学療法中の自己管理の基準としていること。

「入院した時点で、退院するまでの間に10kg痩せました。退院してから50kgへ戻りました。それ以外はいくら食べても太りません。だから50kgあったのが45kgだからベストかなって私の背からすれば。そういう風を感じています。だから調子もいいもの。」

「体重は毎日計っています。馬鹿みたいに。気になって

しょうがないの。減るのが心配だから。調子いいとき45、ちょっとだめな時、44から45の間行ったりきたりしているの。去年の基本検診で、年と共に減っていたのは分かっていたけど。体重はバロメーターだから。体重減るってことは、がんが進行しているとか、腫瘍マーカーが上がってきたんじゃないとか、気にしています。そういう人いっぱい見てきてるから。」

(2) 日常生活の規則化

定義：規則的な生活や食行動が健康維持と化学療法継続には必要であると感じ、それに努めていること。

「5時に起きます。1人で目覚めるんだもの。4時30分ごろ目が覚めるから、もさもさして5時に起きて6時から6時15分頃食事。朝ご飯確かに一番おいしいです。朝は一番余計食べるもの。そしてやっぱり昼は中間にお茶飲んでお菓子食べるでしょ。でもお昼も夕方も食べるんです。毎回毎回果物は食べます。あとは寝るの早いでしょ。9時には寝ます。おてんとうさま上がったら起きて。」

(3) 日常生活と治療の折り合いをつける

定義：治療の進行状況や身体症状の出現に合わせて、生活の調整をして日常生活を送ろうとすること。

「点滴してきて2日間は家でパジャマ脱がないのよ。これは病人だとみんなに伝えて安静にできるようにアピールして、副作用がひどくならないように、治療の後なので無理しないようにしています。」

「無理しないで休息。やっぱり病気になる前から比べると(疲れて仕事)が長続きしないんですよ。そのときはコーヒー飲んだりして気分転換に休んだり。コーヒーは好きですからね。落ちきます。」

(4) 医師との有効な治療関係の維持

定義：副作用の出現がある治療を通院で実施しているため、主治医が身近にいない自宅での生活は、医師の指示に従って行動することが体調悪化を予防するために最も効果的な治療になると考えていること。

「車で来る時も、帰時も奥さん。先生からは、連れてきてもらって下さいということだったのです。一人で乗れるけども何かある時のこと考えてと言われていたので。仕事もしているし大丈夫なんですけどね。」

「もともと便秘ではないんだけど、下剤は出るから（医師から処方される）、あの白い粉の酸化マグネシウムを朝晩自分で調整して飲んでる。」

3) 健康を判断できる条件カテゴリ

化学療法中ではあるが、健康時と余り変わらない生活ができていると患者自身が認識していること。すなわち自分の健康状態に対する価値判断で、患者にとっては外来化学療法を継続していくために必要な条件となる。このカテゴリは《食べることができる》、《思い通りに行動ができる》から成る。

(1) 食べることができる

定義：食べることができるというのが健康の証であり、外来化学療法を継続できるのも、この食行動ができるからと考えていること。

「果物だって今なら甘夏1つで足りないから、2個は食べるから。とにかく人の倍食べるみたいなんだよ。ごはん1膳だけど、あと甘いものは毎日食べるし、食べられないものはないです。うまいものあったらいつでもご馳走してって言うてるの。食いしん坊で通っているから、これうまいから食べてみる、なんて言ってくれるね。治療は7月で、まる2年になるのよ。」

「実家の嫁さんが全く私と同じ病気よ…普通でも食細かったからあっという間に亡くなっていったのよ。食べないと元気出ないってやっぱり。食べないと。弱ると間違いなく、どこか転移するからね。」

(2) 思い通りに行動ができる

定義：外来化学療法中も健康時とほぼ同様に、自分のやりたいことができると感じていること。

「自分の好きな人のいる近所にお茶飲みに行ったりしています。」

「ゴルフは大好きなので譲れないです。会社の人たちと、いつも行って、コースを回ってきます。」

4) 治療継続の支援者カテゴリ

外来化学療法中の支援者とは、身近な家族、医師であった。これらは、ともに治療に参加したり、安心感を与えてくれる役割を担う存在と認識されていた。このカテゴリは《家族が治療に参加する》《医師と連携する》から成る。

(1) 家族が治療に参加する

定義：家族も患者と共に病気に向き合い、闘っている存在と認識していること。

「痛み出た時は家族も私もとても不安だよ。ただ、うちの母ちゃんにだけには、モルヒネの痛み止めはこれだからなって、教えている。」

「姉がこういうお茶飲めとか、こういうもの食べるとか、これはがんを抑える作用があるとか、特殊な物でないけど、納豆なんか毎日食べるとか言うんだよ。モズクがいいとか、こういうアドバイス。」

(2) 医師と連携する

定義：医師を自分と同じ目的を持つ存在と認識し、協力関係のもと治療に向き合うこと。

「私は、前看護師していましたから。外来にくるとき、家での状況を先生は書いておいて下さいというので書いてきます。それで家での生活状況を見て下さるのです。すべて話せないでそれ見てもらうと安心です。」

「この点滴は大丈夫がないから（根治するということは言い切れない）。先生は止めてもいいとは言えない、と言っていました。迷ったけど、長期で大変だけどがんばりましようと言われたんで、後悔するよりやっていた方がいいかなと思って、続けてます。」

5) 治療に対する満足感カテゴリ

化学療法開始前と同様の生活ができ、生活の質を維持しながら外来化学療法が継続できると捉えられていた。このカテゴリは《“外来治療で十分”》《生活の質が維持できる》からなる。

(1) “外来治療で十分”

定義：外来化学療法を経験し、化学療法は入院して行う程のものではなく、外来で治療が継続できると感じることに。

「“外来治療で十分”，最後になって何日しかないときは病院にお世話になることがあるかもしれないけど。不安になるような副作用もないし。家が一番ゆっくりできる。周りに気を使うのはストレスになって余計具合悪くなるよ。」

「今までの生活と変わらないし。一緒。外来は入院よりいいな。…それに具合悪ければ、電話すればいつでも病院で診てもらえるし。」

(2) 生活の質が維持できる

定義：化学療法は副作用やそれに伴う生活の変化はあるが、外来通院のため家族と共に生活できることで、生活の質を維持しながら化学療法を行うことができると感じることに。

「毎日学校帰りに孫と娘が家に来たり。やっぱり、孫来るのは楽しみだね。体調見て一緒に出かけたりするよ。」

東京の娘も年2回は必ず帰ってくる。孫は1人でくるし、成長を見るのが楽しみ。」

「趣味はゴルフです。点滴の副作用に合わせて、曜日を決めて好きな時にやっています。楽しいし、これができるから最高です。」

6) “家族を守るために長生きしたい”

定義：守るべき家族がいるため、できるだけ生きたい、化学療法を継続して生きなければならないと思うこと。

「1ヵ月間も、楽しければ、死んじゃうよって言われれば、毎日、毎週だってくるよ、1年だって、10年だってくるよ。家族の生活がかかっているもの、長生きしたいな。」

「95歳のおっかあが居るから見てないとだめだし、それより早く逝く訳には、いかないからな。治療しない訳にはいかないな。」

「自分の家族のことを考えると治療もがんばろうと思えますね。子供もいますし、育てるために長生きしないと。」

IV. 考 察

本研究では、外来化学療法患者がどのようにセルフケア行動を取り、治療を継続しているのかについて分析した。その結果、【セルフケア行動】【健康を判断できる条件】【治療継続の支援者】【治療に対する満足感】の4つのカテゴリ及びそれらを構成する12概念が生成された。外来化学療法患者の【セルフケア行動】は《体重を自己管理の目安にする》《日常生活の規則化》《日常生活と治療の折り合いをつける》《医師との有効な治療関係の維持》の4つの概念から成る。これらは患者が自らの状況をコントロールしようという自覚を持ち対処する行動であった。一般的に化学療法に伴う副作用として、感染、不眠、脱毛、倦怠感などが挙げられている。しかし、本研究対象者から、このような副作用や治療継続に対しての苦痛は全く語られなかった。先行研究によれば、副作用について患者から寄せられる相談は、血管炎や悪心・嘔吐、食欲不振が多いことから、外来通院での化学療法患者の場合、適切な薬剤と生活の調整を含めたセルフケア指導を行うことの必要性¹⁷⁾が述べられていた。本研究では、外来での化学療法を継続していることが対象者の条件であり、全員が化学療法を2クール以上終了していた。そのため、すでに化学療法後の身体症状の出現やそれに伴う生活変化を経験しており、何らかのセルフケア行動が身につけていたものと考えられる。また、副作用の少ない抗がん剤の開発、制吐剤などの支持療法の進歩など、がん治療の医学的な発展¹⁸⁾が通院での化学療法継続に大きく起因すると思われた。

中尾¹⁹⁾は、安定した状況を獲得するために活用する対

処行動として、「自分の意思で治療を継続していく」、「がんと共に生きていくために身体面を整えていく」、「がんと共に生きていくために生活を整える」、「身体や身体像をうけいれていく」があると述べている。本研究の対象者が取っていた【セルフケア行動】の中でも《体重を自己管理の目安にする》《日常生活の規則化》《日常生活と治療の折り合いをつける》という行動は、「がんと共に生きていくために身体面を整えていく」行動であると思われる。また、《医師との有効な治療関係の維持》は一見受動的にも感じられるが、決して受動的ではなく、指示に従って行動することが体調悪化を予防できるという治療継続への本人の強い意志が反映するものであった。その背景には《“家族を守るために長生きしたい”》という化学療法に対する患者の強い期待が認められた。根治的な治療手段のないがん患者にとって、化学療法は生命の綱でもあり、積極的な【セルフケア行動】の原動力になると考えられた。また、この《“家族を守るために長生きしたい”》は、中尾¹⁹⁾の「家族に配慮しながら治療に専念できる環境をつくる」ことと一致する部分がある。がんの再発を防ぐために治療を続けることで、生計者としての役割責任を果し、家族を守るという使命感が化学療法患者の根底にあると考えた。

外来化学療法患者が【セルフケア行動】を取り、治療を継続していく上で、【治療に対する満足感】と【健康を判断できる条件】が影響していることが明らかになった。【健康を判断できる条件】とは、「これができるから私は大丈夫、健康である」という患者自身の健康状態に対する価値判断であり、治療継続への意思を左右すると考えられる。外来での化学療法が患者から満足感を得ていることは先行研究により報告されている。Borras³⁾らは、外来化学療法中の直腸がん患者は、入院して化学療法を受ける患者よりもストレスが低かったことを報告している。その理由として、外来における看護師と患者の良好な関係性が関与していることを示唆していた。また、外来化学療法の満足感には、医師の能力、看護師の能力と質、医師と看護師の連携、外来の待ち時間が関連していること、患者のQOLが外来化学療法の満足感と相関関係にあることを明らかにした。我が国でもQOLを損なわずに治療を受けたいという思いを化学療法中の患者が抱いていることは指摘されている²⁰⁾。本研究では、【健康を判断できる条件】の《食べることができる》、《思い通りに行動ができる》が実行可能になることで、【治療に対する満足感】の《“外来治療で十分”》《生活の質が維持できる》がもたらされ、患者の【セルフケア行動】が促進されたとと言える。そのため、外来化学療法患者がセルフケア行動を取り治療を継続できるよう支援するためには、患者自身が健康を判断できるような指導、すなわち可能な限り健康時と変わらない日常生活が送

れることを視野に入れた指導と、患者の満足感を高められるような外来看護の提供が必要と考えられた。

また、化学療法継続には【治療継続の支援者】の存在が大きく関わっていた。この支援者とは、治療を担当する医師、家族、友人などの存在であった。石河ら²¹⁾は、心の支えとして家人、友人の存在が重要な位置を占めていること、そして治療を継続していく上で、医師との信頼関係が必要であると述べている。本研究では、《医師と連携する》《家族が治療に参加する》が【治療継続の支援者】の役割として認識されたものであった。化学療法中の患者は、こうした【治療継続の支援者】の存在によって安心を得ており、またこれらの【治療継続の支援者】の存在が患者の【治療に対する満足感】を後押ししていた。Walshら²²⁾は慢性疾患をもつ患者を理解するためには、家族を視野に入れることが重要であると述べている。「家族は、病気に対する個人の社会的支援における第一次資源であり、予防的な役割を担い、治療や療養に対して重要な意思決定者となる。支援者として家族が持つ共感や問題対処能力が強く患者のコンプライアンスに影響する」がその理由である。また家族をうまくサポートするためには、「タイミングが重要で、疾患によって変化する患者のニーズを家族がうまくキャッチしなくてはならない。患者のニーズと、家族のニーズを適合しなくてはならない」と指摘している。そのため、家族のニーズも考慮し援助することが重要である。

本研究では、患者自身が行う【セルフケア行動】の成果が【健康を判断できる条件】として患者に認知され、【治療に対する満足感】に影響し、更に患者の【セルフケア行動】を後押しすることが明らかとなった。そのため、外来化学療法患者が【セルフケア行動】を取り治療を継続できるよう支援するためには、患者自身が健康を判断できるような指導すなわち可能な限り健康時と変わらない日常生活を送れることを視野に入れた指導を行うなど患者の治療に対する満足感を高められるような外来看護の提供が必要である。患者個々の生活背景はそれぞれ異なるため、化学療法中に生じる、予想される問題に耳を傾けると共に、個々に見合った対処方法を考えることが、患者の【セルフケア行動】を支援する第一歩となる。また、QOLを低下させないための支援として、患者の社会的役割を損なわないよう受診や治療計画への配慮が重要で、これらは治療への主体的な参加につながると考える。今後、外来通院にて化学療法を行う、がん患者の増加が予想されることから、看護師の能力と質の向上、医師と看護師の連携の強化、外来の待ち時間の短縮などを考慮しながら、外来化学療法患者が【セルフケア行動】をとり主体的に治療に参加できるよう支援することが重要である。また、がん看護の認定看護師・専門看護師の導入は、外来化学療法患者の看護に対す

る実践モデルとなり、医療スタッフの資源としての機能が活かされることで、より専門性のある療養指導が提供できると考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究は、外来通院しながら化学療法を行う消化器がん患者のセルフケア行動に関してのみ、結果を適応できるという方法論的限定を持つ。本研究対象者は、全員が消化器がん患者であるが、進行度をstageⅢとし、化学療法を2クール以上継続してきた患者に限定していることから、本研究結果は、がんの部位は異なっても、同じ状況で治療を継続している外来化学療法患者に応用可能と考える。

今後は、本研究成果を実践に取り入れ、患者が必要な情報を自ら探求し、自己の身体の変化を医療者に情報提供できるように支援し、新たな援助技術理論の構築とその評価をしていくことが課題である。

V. 結 語

外来化学療法中のがん患者が、どのようにセルフケア行動を取り、治療を継続しているのかについて分析したところ、以下のことが明らかとなった。

1. 患者がセルフケア行動を取り、治療を継続する過程には、《治療に伴う身体変化の自覚》【セルフケア行動】【健康を判断できる条件】【治療継続の支援者】【治療に対する満足感】と《“家族を守るために長生きしたい”》があった。
2. 患者が取る【セルフケア行動】には《体重を自己管理の目安にする》《日常生活の規則化》《日常生活と治療の折り合いをつける》《医師との有効な治療関係の維持》があった。
3. 患者は、【セルフケア行動】を行うことによって自分自身の健康が判断できていた。【健康を判断できる条件】は《食べることができる》、化学療法中も《思い通りに行動ができる》ことで、【治療に対する満足感】が得られていた。また、【治療に対する満足感】は、患者の【セルフケア行動】を後押ししていた。

以上のことから、外来化学療法中のがん患者がセルフケア行動を取り治療を継続できるよう支援するためには、患者自身が健康を判断できるような指導など患者の治療に対する満足感を高められるような外来看護の提供が必要であると示唆された。

謝 辞

本研究にご協力くださいました対象者の方々、調査施設のスタッフの皆様は心より感謝申し上げます。なお、本研究の論旨は第12回北日本看護学会学術集会（山形）にて発表した。

要 旨

本研究の目的は、外来化学療法中のがん患者が、どのようにセルフケア行動を行い治療を継続しているのかを明らかにすることである。研究対象者は、外来化学療法を行っているstageⅢの消化器がん患者11名である。半構成的面接法による調査を実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにて分析した。患者がセルフケア行動を取り治療を継続する過程には、治療に伴う身体変化の自覚、セルフケア行動、健康を判断できる条件、支援者、治療に対する満足感と“家族を守るために長生きしたい”があった。患者が取るセルフケア行動には、体重を自己管理の目安にする、日常生活の規則化、日常生活と治療の折り合いをつける、医師との有効な治療関係の維持があった。患者は、セルフケア行動を行うことによって自分自身の健康が判断できており、満足感を得ていた。そして、治療に対する満足感は、患者のセルフケア行動を後押ししていた。外来化学療法患者がセルフケア行動を取り治療を継続できるよう支援するためには、患者自身が健康を判断できるような指導と治療に対する満足感を高められるような外来サービスの提供が必要であると示唆された。

Abstract

The objective of the present study is to clarify how cancer patients receiving outpatient chemotherapy perform self-care and continue with therapy. Subjects were 11 patients with stage III gastrointestinal cancer who were undergoing outpatient chemotherapy. Semi-structured interviews were conducted in order to ascertain their daily routines while undergoing outpatient chemotherapy. Data were analyzed by Modified Grounded Theory Approach. The process for patients' self-care and continuation with therapy involved the following: the perception of physical changes caused by therapy, self-care behaviors, conditions with which health could be judged, supporters, satisfaction about therapy, and "want to live long to protect a family." The patients' self-care behaviors involved use the weight as a guideline of self-care, normalize daily living, separate daily living from therapy and maintenance of effective relationships with a doctor. Through self-care behaviors, the patients were able to evaluate their own health and they had a high level of satisfaction with therapy. In addition, satisfaction with therapy facilitated self-care behaviors. The present findings suggest that in order to support outpatient chemotherapy patients to continue with their therapy, it is necessary to guide them so that they can judge their own health and provide outpatient services to improve the degree of satisfaction

文 献

- 財団法人厚生統計協会：厚生指標（臨時増刊号）国民衛生の動向, 53(9), 44-46, 2006.
- 富永裕民：がんの疫学と予防, がん看護, 5, 232-235, 2002.
- Borras J.M., Sanchez-Hernandez A. et al.: Compliance, satisfaction, and quality of patients with colorectal cancer receiving home chemotherapy or outpatient treatment, a randomised controlled trial, *BMJ*, 322, 1-5, 2001.
- Fall-Dicksonose J.M., Rose L.: Caring for patients who experience chemotherapy-induced side effect. The meaning for oncology nurses, *Oncology Nurses Forum*, 2(5), 901-907, 1999.
- 朝鍋美保子：通院化学療法の実際と看護師の役割, 月刊ナーシング, 24(2), 76-81, 2004.
- Pandey M., Singh S.P., et al.: Quality of life in patients with early and advanced carcinoma of the breast. *European Journal of Surgical Oncology*, 26, 20-24, 2000.
- 城田千代子, 川田陽子, 他：外来化学療法を受けている患者の治療効果への思いと負担, 高知県立中央病院医学雑誌, 29(2), 39-43, 2002.
- 小澤桂子, 山田奈緒美, 他：外来で行われているがん化学療法への心理適応を妨げている要因, 日本看護学会文集31回成人看護Ⅱ, 87-89, 2000.
- 竹内麻紀子, 川野保子：化学療法を受けるがん患者の生活実態とセルフケア行動, 看護学雑誌, 67(11), 1132-1137, 2003.
- 青木かおる, 荒井由美子, 他：がん化学療法を受ける患者への退院指導, 感染予防に焦点をあてて, 日本がん看護学会誌, 18, 106, 2004.
- 神里みどり：がん患者の倦怠感と緩和ケア・がん患者の倦怠感アセスメント, 看護技術メヂカルフレンド社, 51(7), 15-21, 2005.
- 新貝夫弥子：がん患者の倦怠感と緩和ケア, 倦怠感のあるがん患者の睡眠・休息と気分転換へのアプローチ, 看護技術, メヂカルフレンド社, 51(7), 30-33, 2005.
- 安部能成：がん患者の倦怠感と緩和ケア・がん患者の倦怠感に対するリハビリテーション, 看護技術, メヂカルフレンド社, 51(7), 34-38, 2005.
- Donovan H.S.: Representations of fatigue in women receiving chemotherapy for gynecologic cancers, *Oncology Nurs Forum*, (1), 113-116, 2005.
- 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践質的研究への誘い Modified Grounded Theory Approach, 弘文堂, 2003.
- Holloway I, Wheeler S (野口美和子監訳)：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, 171-179, 2000.
- 本山清美：外来でがん化学療法を受けている患者と家族の教育的支援, がん看護, 9(4), 310-312, 2004.
- 杉山肇：がん外来化学療法コンセプトシートサポート, 医療環境病棟薬剤師による外来化学療法による移行支援, 医学の歩み, 222(13), 1192-1196, 2007.

外来化学療法患者の治療継続過程におけるセルフケア行動

- 19) 中尾富士子：外来化学療法を受けている乳房切除術後患者の Transition の過程における不安定さの知覚と対処行動の関わり，高知女子大学看護学会誌，30(2)，32-43，2005.
- 20) 有吉 寛：なぜ今外来化学療法か，がん看護，8(5)，348-351，2003.
- 21) 石河優子，安田倉子，他：外来化学療法を受ける患者の思い，
- 京都市立病院紀要 24(1)，50-54，2004.
- 22) Walsh, F, Anderson, C.M. (野中猛監訳)：Chronic disorders and the family. 金剛出版，1994

[平成20年4月14日受付]
[平成20年12月4日採用決定]

看護職員のセルフマネジメントの構造

Structure of Self-Management of the Staff Nurses Working in Hospitals

吉井 忍
Shinobu Yoshii

八塚 美樹
Miki Yatsuzuka

キーワード：セルフマネジメント，看護職員

Key Words : self-management, staff nurses working in a hospital

I. 緒言

組織にはその組織に特有の使命があり、その使命を果たすことで、組織は発展、成長し、社会に貢献する。そのため組織には、知識、資源、人材を有効に使いこなすマネジメント能力が求められる。一方で、組織がその使命を果たすためには、その組織にいる個人が、組織の使命が社会において重要な使命であり、自分たちの活動がその基盤であるという信念をもたなければならない。ドラッカー¹⁾は、個人が信念を持たなければ、いかなる組織でも成果を上げる能力を失い、組織としての機能を果たすことも成長することもできないと述べている。個人が組織の使命を理解していなければ、組織は機能を果たすことはできず、発展や成長は期待できない。つまり、常に発展し、社会へ貢献できる組織であるためには、組織のマネジメント能力だけでなく、個人が組織活動として組織の中における個人の活動を、主体的にマネジメントするセルフマネジメントが重要となる²⁾。医療現場においても、マネジメントおよびセルフマネジメントについては同様であり、看護職員は一人一人が各施設の使命を理解し、社会に貢献できるようセルフマネジメントを行う必要がある。

今日の臨床現場では、在院日数の短縮化に伴い、患者・家族への療養生活指導や退院調整に多くの時間を費やすとともに、頻繁な入退院に伴う看護業務が増加している。また、操作や用法を間違えれば患者の生命に多大な影響を与える医療機器や医薬品の種類は増加の一方にあり、確実な操作・管理が求められるようになってきている。このように、医療技術の進歩、患者の高齢化・重症化、平均在院日数の短縮化等により、療養生活支援の専門家としての看護職員の役割は、複雑多様化し、その業務密度は高まっている³⁾。また、看護職の勤務の特性として生命に関わる仕事内容、対人関係業務、作業負担、交替勤務による生活の不規則性、生活上の問題が指摘され続けている⁴⁾。そして看護職員は、交替勤務に伴う問題および作業負担の影響が強く、

身体局所症状および全身症状の訴えが多いことは、すでに数多く報告されている^{5) -10)}。さらに、身体的・精神的症状は互いに影響し合い、看護職員の生活の質を低下させるばかりでなく、作業効率の低下や労働災害のリスクを上昇させるとも言われており^{11,12)}、作業効率が低下するようないわゆる集中力が欠如した状態では、患者の些細な変化に早期に気付き、適切なケアへつなげていくことが難しくなる。看護職員自身の心身の健康を保つことは、看護の対象となる患者・家族に提供されるケアの質を保証すること¹³⁾につながり、看護職員が患者に安全で、かつ患者が満足できる看護を提供するために欠かせない。

上田ら¹⁴⁾が述べているように、セルフマネジメントの定義は多くの研究では曖昧である。セルフマネジメントに関する先行研究をみると、医学中央雑誌にて過去10年間で「セルフマネジメント」と「看護職員」または「看護師」で検索して得られた原著論文195件のうち、多くの文献は、糖尿病や心疾患などの慢性疾患患者や機能障害を有する患者自身が服薬や生活を管理できるようサポートするという視点で行われた研究^{15,16)}や、看護職員の労働能力の維持・向上を目指した対策及びセルフマネジメントの必要性を述べた研究¹⁷⁻¹⁹⁾であった。看護職員のセルフマネジメントに関する文献は2件あり、その内容は看護職員がセルフマネジメントの研修会に参加することによりセルフマネジメントをどのように理解したのか検討された文献^{20,21)}で、臨床現場で働く看護職員のセルフマネジメントの内容を具体的に示した文献は見あたらない。一方、中村ら²²⁾は、看護学生を対象とした研究で、セルフマネジメントを『セルフマネジメントとは、人として、看護専門職として生涯にわたり成長、発展し、組織、社会に貢献するため、自分自身に焦点を当て、自分を見つめることによって自らの能力、限界など自分を知り、そして組織及び社会における自らの役割を認識しながら、自らの責任の基、独自性を最大限に発揮しその役割を果たす、主体的行為である』と独自

に定義している。しかし、中村らが定義しているセルフマネジメントは、自己に向き合うことに重点が置かれており、自己に向かい合うための外的環境との関係性については言及されていない。ドラッカー²³⁾が述べているように、マネジメントには、組織や社会への貢献、すなわち成果をあげるためには、既存の知識をいかに有効に適用するかを知るための知識を持ち合わせていなければならない、という側面が指摘されている。中村らの定義に加えて、セルフマネジメントは、知識を活用し、周囲からの情報や環境に刺激を受けながら、自己の内部に取り入れ、発展していくことを含めて考える必要がある。

セルフマネジメントは組織のマネジメントの基盤となる。医療技術の進歩、新薬や新しい機器の導入によりめまぐるしく日々変化する医療現場で看護職員がどのようなセルフマネジメントを行っているのかを明らかにすることは、人材をマネジメントする組織の人的管理や自己成長への方向性を示唆するものとなり得る。

II. 研究目的

看護職員のセルフマネジメントの実態から、そのセルフマネジメントの構造を明らかにすることを目的とする。

III. 用語の定義

看護職員：病院で働く看護師または助産師。

看護職員のセルフマネジメントを、先行研究や文献から以下のように定義した。

看護職員のセルフマネジメント：看護専門職として、自分自身を知り（自己の位置・役割）、自己の成長・発展、社会へ貢献するために、専門知識、情報、技術、資源をあらゆる方面から駆使し、行う一連の主體的な行為。

IV. 研究方法

1. データの収集方法

看護師の労働形態の特徴である交替勤務に従事するA、B県の200床以上の総合病院に勤務する新人、管理職を除いた看護職員を、看護部よりの推薦と知り合いを通じて紹介を受け、対象者とし、半構成的面接を行った。日頃からどのように心と身体の調整をはかっているか、どのような心構えや気持ちで援助にあたっているか、自己啓発・自己研鑽についてをインタビューガイドとした。また、インタビュー内容は対象者の了解を得てテープレコーダーに録音し、逐語録を作成した。なお、十分意味内容が掴めない場合は対象者の了承を得た上で再度面接を行った。データ収集期間は2005年5月19日から2006年8月24日であった。

2. データの分析方法

分析にはKJ法²⁴⁾を用いた。KJ法は先入観や偏見を取り

払ってデータを集め、データをまとめ新たな視点からの発見や問題解決法を導き出すための手法である。対象者の発言そのものや発言の意図を反映することができるとされており、KJ法を使用した。分析は、次の4段階で行った。

- ① データ収集及びラベル作り：できるだけ対象者が話した言葉を用いて意味内容を忠実に文章にする。この文章を要約したものを一つのラベルとし、一枚ずつ紙に記入する。
- ② 島（グループ）編成及び表札作り：ラベルを対象だと思ひ、ラベルが何を言いたいのか傾聴する姿勢で慎重に読んで聞き、意味内容に類似性のある複数のラベルを寄せていく。集まったラベルをひとつの島とし、島の内容を包含する表札を作る。これ以上島ができないところまで、この作業を繰り返す。
- ③ 図解化：島編成が整ったら島の相互のつながりやストーリー性を考え、図で示す。
- ④ 叙述化：互いのグループとの位置や関連性を叙述化する。

3. 分析の真実性

研究者自身が面接における自己の癖を自覚するためにブレテストを施行し、認定健康心理士の資格を持つ研究者に指導を受けた。また、個々のケースの内容の抽出、分析は、研究指導者のスーパービジョンを受けながら行った。さらに、分析視点である看護職員及びセルフマネジメントを常に念頭に置き、内容が語りかけていることを忠実にラベルにした。逐語録を対象者に提示し、その内容が対象者の語った内容と一致しているかどうかを確認し、その内容が一致していない場合は、その一致が得られるまで、面接を追加して、真実性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

対象者に対し研究前に書面を用いて研究について十分な説明を施行した。参加は自由意思であること、研究途中であっても研究対象者からの除外・中断が可能であること、情報の匿名化・情報の秘密化、プライバシーの厳守について説明し、得られた情報に関しては、研究者が責任を持って鍵のかかる金庫で厳重に保管することを約束した。尚、面接はプライバシーが守られる静かな個室で行った。また、研究に際し、各施設の看護部に了承を得た。

V. 研究結果

1. 対象者の属性（表1）

対象者は10名で、その内訳は看護師8名、助産師2名であった。平均年齢 31.4 ± 5.74 歳、平均勤務年数 9.2 ± 5.90 年、平均面接時間 71.1 ± 13.58 分で、全員女性であった。また、10名とも3交替勤務に従事していた。

表1 対象者の属性

	年齢	性別	勤務年数	職種	面接時間
A	29歳	女性	6年目	助産師	60分
B	28歳	女性	6年目	看護師	81分
C	38歳	女性	16年目	看護師	78分
D	28歳	女性	7年目	看護師	80分
E	31歳	女性	3年目	助産師	90分
F	44歳	女性	22年目	看護師	52分
G	24歳	女性	4年目	看護師	74分
H	30歳	女性	9年目	看護師	81分
I	33歳	女性	12年目	看護師	65分
J	29歳	女性	7年目	看護師	50分

2. 結果

得られたデータから264枚のラベルを作成し、9つの島(最終的にまとめていったグループを島と表現する)に集約した。互いの島との関連性やストーリー性を検討し、看護職員のセルフマネジメントの構造を図解化した(図1)。尚、9つの島とは、【看護職員として働き続けることへの身体的危惧】、【心の内を話せる人の存在・公私のバランス・研修を乗り越えてきた自信】、【自分なりに業務に支障がないよう心身両面から備えておこう】、【患者と共にいることで実感できる喜びの瞬間が原動力となり、今の自分をつなぎとめている】、【チームの一員として、周りの空気を読み、環境を整える】、【体調の悪さや感情の起伏を表に出さないで使命を全うしよう】、【要求されるものについて行けない自分に激む】、【なかなか到達できない理想とする看護職員像】、【やり場のない憤りを覚えている】である。

以下、【 】を最終的に集約された島の内容を表す表札、[]を2段階目の表札、〈 〉を最初のラベルとし、「 」で示す対象者の言葉を用いながら、各島の内容について、以下に結果を述べる。

1) 【看護職員として働き続けることへの身体的危惧】

この島は、自分が看護職員として働き続けることを、身体面から揺るがすものとして述べられている。看護師は、日ごろから抱えている自分の体調について、[現存する症状が強くなるのではないかと]、[将来重大な病気になるのではないかと]という思いや、[医療者として働き続けることができなくなるのではないかと]という思いを抱いていた。

「体位変換やおむつ交換などの腰を屈めた姿勢での介助は、今までも肩こりを慢性的に感じながらも問題なくできていたんですけど、最近特に痛みが伴うようになった」ことで、自分は「もしかして何か重大な首の病気なのではないか、後縦靭帯骨化症とかなんじゃないか」と、深刻に思い悩んでいた。また、勤務終了後にはいつも足がむくんでいるため、「将来絶対静脈瘤になるような気がする…」と、

[将来重大な病気になるのではないかと]という心もとない気持ちを語っていた。さらに、「体位変換を順番に行っていて、何人目かをした後に自分ではあまり意識はしていないのに、つい腰をぐーっと伸ばして、片方の手でトントンと腰のあたりを叩いてしまう」自分がいることから、介助時には「現存する症状が強くなるのではないかと」という思いが頭をよぎっていた。また、「これまで自分が勤務中に二度、アナフィラキシー症状が出て救急部を受診した。臨床現場でごく当たり前に取り扱っている薬剤が原因であると分かって、原因が分かったことにホッとする一方で、アレルギーである薬剤に過敏にならざるを得ない」と語り、「医療者として働き続けることができなくなるかもしれない重大な病気を抱えて」いた。

2) 【心の内を話せる人の存在・公私のバランス・研修を乗り越えてきた自信】

この島は、今の自分を支えているもの、及び専門職としての仕事を続けていこうと思えるものとして述べられている。[自分の気持ちを聞いて共感してくれたり受け止めてくれる人がいることで、何とか自分を保つことができている]、時間内に業務が終わり、[業務とプライベートのバランスを程よく保つ]、[院内の課題や研修を乗り越えてきたことが自分にとって少しだけ業務を続ける力になっている]と語られた。

医療ミスにつながりそうなことを自分が起こしそうになったことで、「いつか患者さんの生命を危険にさらしてしまうような大きなミスを起こすのではないかと」思うと、自分が医療の現場にすることが「怖く」なり、これ以上看護職を続けていく「自信がない」、ミスを起こす前に「辞めたい」と思い悩んでいた。しかし、(仕事の悩みを分かってもらえる人に相談することで、辞めたいという気持ちも薄まる)し、(同僚に共感を得ることができると気持ちが少し晴れる)と感じており、[自分の気持ちを聞いて共感してくれたり受け止めてくれる人がいることで、なんとか自分を保つことができている]気がしていた。

また、「自分の休日も充実させる時間がとれなくなるようなことがあると、仕事は続かない」と思っており、「仕事の時間と私生活で自分の余暇を楽しむことができる時間を持つことができる職場にいる」からこそ、[業務とプライベートのバランスを程よく保つ]ことで、自分を保っていた。また、当時は忙しい病棟事情の中、「苦痛でしようがない」と思いながら取り組んできた病院内の課題や研修も、[院内の課題や研修を乗り越えてきたことが自分にとって少しだけ業務を続ける力]になり、終わってみると何とか乗り越えてきた自分が一回りたくましくなったような気がしていた。

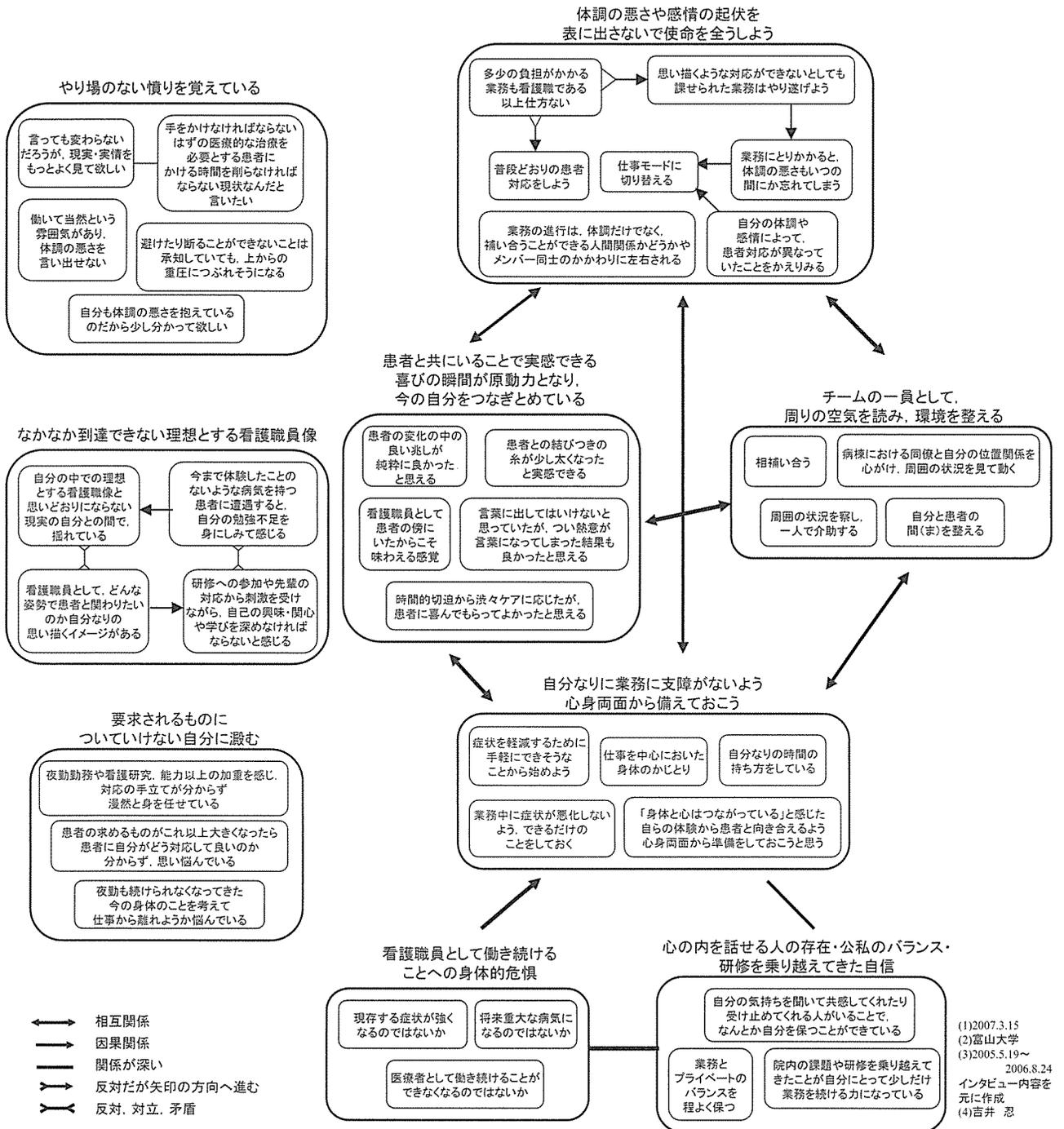


図1 看護職員のセルフマネジメントの構造

3) 【自分なりに業務に支障がないよう心身両面から備えておこう】

この島は、専門職である看護職員としての、心身両面からのセルフマネジメントとして述べられている。

看護職員は、現存している「症状を軽減するために手軽にできそうなことから始めよう」、[業務中に症状が悪化しないよう、できるだけのことをしておく]、翌日の業務に影響しないよう、[業務を中心においた身体のかじとり]を行ったり、気分転換や運動など、自分の体調に合わせて、

「自分なりの時間の持ち方をしている」、[「身体と心はつながっている」と感じた自らの体験から患者と向き合えるよう心身両面から準備をしておこうと思う]と、語った。

看護職員は、日頃から感じている介助時の中腰姿勢に伴う腰痛や肩こり、冷えやむくみに対して、「自己流でマッサージや痛い箇所を圧迫する」、「ゆっくりお風呂に入って身体を揉む」といった、[症状を軽減するために手軽にできそうなことから始めよう]としていた。また休日には、「友達と温泉や買い物に行く」、「庭の草いじりに没頭」す

るなど、職場から離れたところで家族や気のおけない友達とゆったり過ごすことで身体も心も休める時間を持ったり、「身体を動かす」、「おいしいものを食べる」など好きなことをして気持ちをすっきり晴らしたりして、仕事に向けて「自分なりの時間の持ち方をしている」。しかしその一方で、「普段なら仕事の後に友達とご飯を食べに行く所が」本当に頭痛で辛いと、友達と約束があっても翌日の勤務に備えて寝る」と話しており、まずは仕事に差支えないことを第一に考え、「仕事を中心においた身体のかじとり」をしていた。また、「プライベートが充実していれば少しぐらい身体の症状があっても乗りきることができるし、逆に悲しいことや辛いことがあると体調や症状に関わらず仕事上の足取りが重くなる」、「患者のことをいつもほど気遣うことができなくなる」と感じており、「身体と心はつながっていると感じた自らの体験から患者と向き合えるよう心身両面から準備をしておこうと思う」という意識があった。さらに、「立ち仕事は静脈瘤ができやすくなるしむくみと関係あると思うので、夜勤時は弾性ストッキングを履いている」、「腰痛がある時はコルセットをしている」など、前もって「業務中に症状が悪化しないよう、できるだけのことをしておく」という対応をしていた。

4) 【患者と共にいることで実感できる喜びの瞬間が原動力となり、今の自分をつなぎとめている】

この島は、看護職員が患者と関わる中で、日々の出来事や体験から実感できる喜びが看護職員としての自分を保っていることを述べている。日々の患者との関わりにおいて、「患者の変化の中の良い兆しが純粹に良かったと思える」、「患者との結びつきの糸が少し太くなったと実感できる」、「看護職員として患者の傍にいたからこそ味わえる感覚」、「言葉に出してはいけなと思っていたが、つい熱意が言葉になってしまった結果も良かったと思える」、「時間的切迫との関連から洪々ケアに応じたが、患者に喜んでもらってよかったと思える」と、語られている。

看護職員は、患者の反応や表情が「昨日会った時の顔より良かった」、「食事を食べれない患者さんが今日はいつものより少し多く食べてくれた」というような患者の回復というホットな話題に、「患者の変化の中の良い兆しが純粹に良かったと思える」と語っていた。また、看護の現場では患者という他者への接近が必要不可欠である。「ケアの途中に何気なく話をし」たり、「自分でケアができる患者さんにもちょっと肩に手を置いてみたり」、「身体を拭いた後に肩を揉んであげる」という行為が、患者に対して〈自分が身近にいるということを示す大事な時間〉だと感じていた。そうする事によって「あなたの顔、しばらく見なかったけど(笑)」という〈患者から自分の存在価値を感じることができる声かけが得られ〉、「患者との結びつきの糸が

少し太くなったと実感」していた。さらに、経験的に「ほんの少し話をしてみたり清拭の途中で肩に手を添えたりすることで、結果として患者さんはそのことが糸口となつて一つ言い始めるとその後に結構ほろほろ気持ちを出す」ことがあると感じており、〈患者が今何を思っているのか気にかけて接し、話したいときに訴えを聞くことができた〉ことの嬉しさは、「看護職員として患者の傍にいたからこそ味わえる感覚」だと感じていた。一方、勤務終了間際になって「身体を拭いて欲しい」といつてきた患者には、「どうしてもっと早く言ってくれなかったのか」と、どこへもぶつけようのない怒りを感じながらも清拭を行った結果、「患者さんから『あー、気持ちいい』と言われて、それだけでやって良かったって思う」といった、「時間的切迫から洪々ケアに応じたが、患者に喜んでもらってよかった」と感じていた。

5) 【チームの一員として、周りの空気を読み、環境を整える】

この島は、看護職員なりに、病棟の状況や同僚の動きなどを考えた上で、対応することとして述べられている。看護職員は、同僚と「相補い合う」、「病棟における同僚と自分の位置関係を心がけ、周囲の状況を見て動く」、「周囲の状況を察し、時には我慢して一人で介助する」、物理的、時間的に「自分と患者の間(ま)を整える」ことをしていた。

〈どうしても一人では持ち上げられない患者の体位変換は、あらかじめ手伝ってもらいたい時間や内容を、同僚に伝えて〉おいたり、〈チーム内で業務の進み具合はどうか声をかけ合い〉、「相補い合う」ことで業務が滞りなく進むようにしていた。一方で、「自分と同じように同僚も忙しいだろうと思うと、声をかけることが気兼ね」に思い、「深夜勤務の体位変換の時には同僚に手伝って欲しい…」と心のどこかで思っているにもかかわらず、「周囲の状況を察し、一人で介助する」こともあった。また、「病棟での自分の立場が年々上になると、同僚の忙しさを気にしながらも自分は手伝ってほしいと頼むことができる」が、「若いスタッフは上のスタッフに協力を依頼しにくいと思いつながら働いているのではないか」と思い、若いスタッフをサポートしたり、〈医療チーム内のコミュニケーションがうまくいくように自分が働きかけ〉たり、「病棟における同僚と自分の位置関係を心がけ、周囲の状況を見て動く」ように努めていた。さらに、「ベッドの位置によっては、かえって自分の腰にかかる負担が大きくなるので、ベッドを上げたり環境を整え」たり、夜間眠れない患者に対しては〈夜間の体位変換は褥瘡予防のマットレスの使用の有無や患者の睡眠状況、褥瘡が発生していないかどうか、色々な面から体位変換の時間を決め〉、「自分と患者の間(ま)を整え」て、

優先すべきことを考えて患者と関わっていた。

6) 【体調の悪さや感情の起伏を表に出さないで使命を全うしよう】

この島は、看護専門職として使命を果たそうとしている看護職員の姿が述べられている。

看護職員は、「足のむくみがひどい」、「体位変換や移動介助では特に腰痛や肩こりを感じ」ており、腰痛や肩こりが生じることは「しょうがない。職業病みたいに多分症状とはもう一生付き合っていくのだろう」と、[多少の負担がかかる業務も看護職である以上仕方ない]とっていた。しかしそれでも「できるだけ中腰姿勢での介助は避けたい」と思うが、そういう気持ちで介助すると「この看護師は嫌々介助している」という気持ちが患者に伝わる気がするので、「『座ることができたね』というような気持ちで介助するようにしている」と話し、自分の体調の悪さや感情の起伏を患者の前で出さずに「普段どおりの患者対応をしよう」としたり、自分の体調によって「思い描くような対応ができないとしても課せられた業務はやり遂げよう」としていた。そうすると、「(持病のアトピー性皮膚炎の痒みも) 仕事中は気にならない」と感じ、[業務にとりかかると、体調の悪さもいつの間にか忘れてしま]っていた。また、[自分の体調や感情によって、患者対応が異なっていたことをかえりみる]ことで、普段どおりに対応できていない自分に気付き、職場に一步足を踏み入れた瞬間、気持ちを「仕事モードに切り替え」ていた。

7) 【要求されるものについて行けない自分に澁む】

この島は、看護職員が自分で決めて立ち往生しているわけではなく、今まで理想に向かっていて自分がいたにもかかわらず、今は目的地が定まらないまま漫然と漂っている状態として述べられている。[夜勤勤務や看護研究、能力以上の加重を感じ、対応の手立てが分からず漫然と身を任せている]、[夜勤も続けられなくなってきた今の身体のことを考えて仕事から離れようか悩んでいる]、[患者の求めるものがこれ以上大きくなったら患者に自分がどう対応してよいか分からず、思い悩んでいる]と、語られている。

看護職員は、「自分にはまだ能力が備わっていないと思うのに、上の方にたたされるようになる…役割だけがどんどん押し掛かってくる」と感じており、[夜勤勤務や看護研究、能力以上の加重を感じ、対応の手立てが分からず漫然と身を任せて]いた。また、「フットワークが軽く、仕事をササッとこなしていた以前の自分とは異なり、年齢とともに体力的な衰え」を感じるようになって、[夜勤も続けられなくなってきた今の身体のことを考えて仕事から離れようか悩んで]いた。「忙しさとは別個のストレスがあるような気がする。患者さんの求めるものを、これ以上大きくなってきたらどう対応すれば良いんだろうみたいな。

これ以上続ける自信はない」といった、[患者の求めるものがこれ以上大きくなったら患者に自分がどう対応してよいか分からず、思い悩んで]いた。

8) 【なかなか到達できない理想とする看護職員像】

この島は、自分の中での理想とする看護職員像があるが、理想とする看護職員像をイメージしながらもなかなか近づくことができず、看護職員としての自分の理想と現実の間で揺れている状態として述べられている。

看護職員は、「(患者の) 苦情も多くなる一方で…。これ以上(看護師を) 続ける自信はないです。理想はあるけど理想が大きすぎるから…」、「理想はあるが、理想どおりに完璧になれない」といった、[自分の中での理想とする看護職員像と思いどおりにならない現実の自分との間で、揺れて]いた。しかし、揺れている中でも勤務中は「患者を気遣ったり思いやりがない自分ではいたくない」と思い、事務的に業務をするだけの自分ではなく、「ほんのわずかな時間でも、患者と共にいて話をしてみたり肩に手を添えてみたりして、患者を気にかけている自分でありたい」という気持ちがあり、[看護職員として、どんな姿勢で患者と関わりたいのか自分なりの思い描くイメージ]があった。また、看護職員は「先輩の凄さ」や「先輩から学ぶことの多さ」を日々感じているが、先輩看護師のようにするには「まだまだ」だと感じている。一方、「仕事で興味が持てることがなく、「やりたいことと実際の内容が異なる」ものの、「研修に参加して興味や関心を持つように努力はしている」。自分が思い描く看護職員像の姿に少しでも近づくためには、[研修会への参加や先輩の対応から刺激を受けながら、自己の興味・関心や学びを深めなければならぬと感じる]とっていた。また、「他科の患者さんや自分があまりよくわからない疾患の患者さんと接すると、考える余裕がなくなり患者さんと十分話すことさえ、できない」自分や、「患者の質問に答えられない」自分が嫌だと感じ、[今まで体験したことのないような病気を持つ患者に遭遇すると、自分の勉強不足を身にしみて感じ]ていた。

9) 【やり場のない憤りを覚えている】

この島は、自分たちの力ではどうすることもできない現状への憤りとして述べられている。[言っても変わらないだろうが、現実・実情をもっとよく見て欲しい]、[手をかけなければならないはずの医療的な治療を必要とする患者にかかる時間を削らなければならない現状なんだと言いたい]、[働いて当然という雰囲気があり、体調の悪さを言い出せない]、[自分も体調の悪さを抱えているのだから少し分かって欲しい]、[避けたり断ることができないことは承知していても、上からの重圧につぶれそうになる]と、語られている。

「患者さんの命を危険にさらすことなく医療を提供していくには必要な勤務体制だと分かっている」が、超過勤務や拘束体制により「病院に縛られている気がして、気が休まらない」という中で要求される業務や病棟の忙しさに加え、〈忙しさの中でも業務をこなしていることが認められ〉ず、自分たちの業務が評価されている気がしない状況に、[言っても変わらないだろうが、現実・実情をもっとよく見て欲しい]という思いを感じていた。また、「急性期病棟なのに、転院先とか家庭の受け入れ準備が整っていないとか、次の受け入れ先が決まらず入院を余儀なくされているような患者さんに手がかかる」ために、[手をかけなければならないはずの医療的な治療を必要とする患者にける時間を削らなければならない現状なんだと言いたい]と想っていた。さらに、看護職員個々の見解の違いにより、「体調が悪いのに休めない」病棟の雰囲気や医療職ならではの「休みを言い出しにくい」雰囲気を作り出し、[働いて当然という雰囲気があり、体調の悪さを言い出せない]と感じていた。そして、[自分も体調の悪さを抱えているのだから少し分かって欲しい]と想っていた。また、病棟の日常業務以外で、カンファレンスや勉強会など勤務時間外の集まりへの参加や専門職として避けられない上からの命令に、[自分も体調の悪さを抱えているのだから少し分かって欲しい避けたり断ることができないことは承知していても、上からの重圧につぶれそうになる]思いを抱えていた。

VI. 考 察

1) 身体的側面および精神的側面からのセルフマネジメント

【看護職員として働き続けることへの身体的危惧】と【心の内を話せる人の存在・公私のバランス・研修を乗り越えてきた自信】は、看護職員として働き続けることができるかどうかという、根底に位置するといえる。身体的危惧は、看護専門職としての自分である前に、一人の生身の人間として身体的に危機的な状況といえる。その状況において、【心の内を話せる人の存在・公私のバランス・研修を乗り越えてきた自信】が仕事を続けようと思える精神的な支えとなっている。しかし、自分が看護専門職として働き続けるかどうかという根底の部分で、身体的側面と精神的側面から関係が深いものの、両者は直接的な関連はない。両者はそれぞれ独立した島ではあるが、研修を乗り越えてきた自信や業務とプライベートのバランスを程よく保つという内・外的な支えとなり得る資源をうまく活用することで、看護職員として働くことができている状態を保つことができている。よって、この両者は看護職員として働くことができるかどうかという所では関係が深いといえる。

また、【看護職員として働き続けることへの身体的危惧】に対して、看護専門職として患者と向き合えるよう、また症状が悪化しないよう、心身両面からの準備として、【自分なりに業務に支障がないよう心身両面から備えておこう】としていた。業務に向けて心身両面から備えておくということは、単に何かをするだけではなく今の自分に必要なことを自ら選択し、行うことである。また、いつもは友達と気晴らしに出かける所も翌日の勤務のことを考え「備えて寝る」という所でも、心身ともにゆとりをもって業務に臨もうとする専門職としての心構えを垣間見ることができるといえる。看護職員は、まずは業務を第一優先に考えて、身体的な側面から備えを行っていた。しかし、身体的・精神的な症状が互いに影響し合うことから精神的な側面での備えが必要であることも知っている点で、【心の内を話せる人の存在・公私のバランス・研修を乗り越えてきた自信】と【自分なりに業務に支障がないよう心身両面から備えておこう】は関連しているといえる。

2) 患者との関わりの中でのセルフマネジメント

看護職員は、時間をかけて患者に接近することでお互いの間に親しみが生まれ、気持ちが通じ合うと患者の方から「ほろほろと気持ちが出てくる」ということを身を持って体験していた。自分の心が患者に向かっているという気持ちで患者となんでもない世間話をしてみたり、そっと患者の肩に手を添えるということにより看護職員と患者にしか分かり得ない空間が作られ、あえて聞こうとしなくてもこれまで患者が口にしなかった思いを語り始めるという現象をもたらしたと考える。これは、プレゼンス²⁵⁾といわれる看護職員と患者関係の中核の概念であり、定義は若干異なるものの多くの看護理論家が論じている。つまり、看護職員が、患者が何を考えているのだろうかといった考えを取り払い、同じ時間同じ空間を患者と共にいて患者の言葉や行動をよく観察し、言葉では言い表せない思いを感じ取り、患者との一体感を感じているのである。看護職員と患者がお互いに通じ合えたと感じる瞬間は、その時その場にいた二人にしか分かり得ない。このように患者の表情や反応、また患者と共にいることにより看護職員としての自分の存在や患者との結びつきの糸が少し太くなったと実感できることが原動力となり、看護職員としての自分をつなぎとめていた。患者との関わりの中から実感できた極純粋な気持ちが、看護職員としてつなぎとどまろうとさせているものであり、経験の中で得られる看護職員ならではのセルフマネジメントであるといえる。そして、看護職員としてまた患者の喜ぶ顔が見たい、患者と共に喜びを分かち合いたいと思えることで、つらい業務や勤務だとしても看護職員として仕事を続けていくし、課せられた使命を全うしようと思えると考えられる。しかし、患者は生身の身体をもつ一

人の人間であり、看護職員が何か期待をもって働きかけたとしても期待通りの表情や反応を示すとは限らない。患者に働きかける自分の姿に自己の成長を見出すことよりも、自分の働きかけに対する患者の反応に大きな喜びを感じていることになる。このことから、看護職員としてつなぎとどまるには、患者との関わりの中で患者と気持ちが通じ合うことのできる人間性や感受性が必要であるといえる。

3) 物理的、時間的、人的な調整によるセルフマネジメント

看護職員としての自分をつなぎとめておくものは、患者との関わりの中で得られる喜びや楽しみである。しかしそれは、周囲との調整や自分の体調によって影響を受ける。医療の現場では患者という他者への接近なくして看護は成り立たない。そのような時、看護職員は何とか自分に課せられた業務を行うために、【チームの一員として、周りの空気を読み、環境を整える】。また、普段から【自分なりに業務に支障がないよう心身両面から備えておこう】としてはいるものの、周囲の物理的、時間的な調整やチームの一員として同僚と一日の業務を補い合うことで、体調にかかわらず【体調の悪さや感情の起伏を表に出さないうで使命を全うしよう】とするのだと考える。看護職員として自分に課せられた使命を全うすることは、患者の健康回復に向けた看護の質の向上にもつながるものといえる。つまり、全うしようとすることは、体調や感情といった個人の要因と関与しない所で看護職員としての使命を果たすことであり、専門職として看護の質を保とうとするものともいえる。さらに患者の状態、病棟や同僚の状況が全く同じになることはなく、臨床での業務場面全てが二度とはない出来事を体験する場面であり、優先順位や状況判断は臨床現場での経験を積むことによって得られるところが大きい。患者に対して自分が行った看護を評価し、自己の目標と照らせ合わせ、患者にとって良い看護が提供できたと実感できることで、さらにセルフマネジメントを促進していく必要がある。

4) 要求されるものや理想に向かって進むことができない内外的環境

この3つの鳥は、セルフマネジメントの定義の中の、“自分自身を知り”にあたりと考える。今の自分に欠けているもの、足りないもの、自分の置かれている状況を知っているといえるが、“自己の成長・発展、社会へ貢献する”までには至らず、セルフマネジメントが行うことができている6つの鳥とは離れた所に位置するといえる。

【要求されるものについて行けない自分に澱む】という状態は、今まで理想に向かって自分が、夜勤勤務による心身の疲労や能力以上の加重、患者の求めるものが大きくなったという状況に、対応できない、漕ぎ出せない状況

である。自分が処理しきれぬ許容範囲を越えてしまい、漕ぎ出せない状況に陥ってしまっているといえる。また、心身両面から備えようとしても回復できないくらい疲弊があるのかもしれない。しかし一方で、研究をしなければならぬという現実から目を背けている自分にさいなまれるとも語られていることから、漕ぎ出せない自分の姿は本意ではなく、何らかのきっかけがあれば漕ぎ出せない今の状況から抜け出すことができるのではないかと推察される。看護職員として仕事を続けるかという根底に係る状況であると考えると、3つの中でも最も図の下位に位置付けた。

また、看護職員である自分がどんな姿勢で患者と関わりたいのか、思い描くイメージがあるものの自分の力量不足を感じ、【なかなか到達できない理想とする看護職員像】と現実の自分の間で揺れ、自己の成長や理想とする看護職員像に向かうことができずにいた。自分が患者とどのような関わりをしたいかという患者対応に対するイメージは、看護職員としての信念とも捉えられるものであり、貫き通したい自分の姿だといえる。さらに、研修会に参加することは、外部から何らかの刺激を受けるということであり、最先端の知識や情報、技術を取り入れ、自分が今いる環境だけに留まらず、外部からの刺激により知識や技術を取り入れることで高い専門性を維持したいという気持ちの現れともいえる。【なかなか到達できない理想とする看護職員像】は、看護職員として働き続けた先にある個人の理想像である。よって、【要求されるものについて行けない自分に澱む】という現在の状態よりも遠い位置づけになると考える。

【やり場のない憤りを覚えている】は、急性期病棟にも関わらず、そうではない、転院先や家庭の受け入れ準備が整っていないために次の受け入れ先が決まらず、入院を余儀なくされているような患者に手がかり、医療的な治療や看護ケアを必要としている患者に、もっと手をかけなければならないと分かっているにもかかわらずできない現場への思いである。これは、看護職員が日常的に感じていた思いで、これまでに蓄積してきた中での現実に対するやり場のない憤りだといえる。しかし、看護職員が自分たちでは変えることができるものではないと半ば諦めている思いと、現場の状況をもっと上の立場の人にも見てもらい、何とかして欲しいという思いが混在している。今のところ、やり場のない憤りを抱きながらも業務は全うしている。医療体制のような看護職員の力で変えられるものではないやり場のない憤りが自己の成長や看護ケアの向上に向かうには、漕ぎ出せない状況や理想と現実のギャップにより立ち止まっている看護職員が、全うしようとするきっかけになるものほど単純ではないといえる。よって、離れた鳥の中でも、最も遠くに位置付けられると考える。

看護職員は、個々の患者に応じたケアを提供したいと思って、実践できない医療全体のゆとりのなさを語っていた。自分を看護職員としてつなぎとめている力となる患者との関わりの時間を増やしたいと思っても、現実には時間がない理想との乖離を感じており、結果として、看護職員として自分をつなぎとめておくことができなくなってしまったのかもしれない。一方で、今回、看護職員のセルフマネジメントとして、患者を看護する立場としての身体的・精神的側面からのセルフマネジメントと、同僚との業務調整という意味での社会的側面からのセルフマネジメントの存在が明らかとなった。また、その中心に存在するのは患者であり、看護職員のセルフマネジメントは患者を中心において行われていた。しかし、今回得られたデータを見る限り、看護職員は課せられた業務を行うことにより看護の質の向上に向かうというところのセルフマネジメントにとどまっており、医療の質の保証や医療社会全体を見据えるところには意識を向けることができていない。つまり、看護職員は看護の質の向上に向けた強い意識を持つことなく、セルフマネジメントを行っている。このことから、まずは看護職員自身が、セルフマネジメントを行うことによって対象である患者へ提供される看護の質が向上するという点、そしてそのセルフマネジメントを自分たちが日々行っているという事を認識する必要がある。一方で、看護職員が個人目標を達成することで組織が期待する通りの使命を果たすことができるなら、セルフマネジメントの有効性に対する組織の理解はより高まり、組織においてセルフマネジメントを制度的あるいは組織文化的に推進させる動きがより進む²⁶⁾と考えられている。このことから、組織の方から制度的あるいは組織文化的に変革を行うことも個々の看護職員のセルフマネジメントを促進させるための手段となり得ると考える。また、自己の考えや能力を知り、看護職員としての役割を認識しながらセルフマネジメントを自己の内部から発達させていく以外に、自己ではどうにもならないところは外部から何らかの刺激を得ることが必要である。看護職員自身が、課せられた業務を全うしようという意志を持ち続けることは必要であるが、更なる看護の質の向上や看護職員一人一人の成長・発展、そして、医療社会への貢献を視野にいたした看護職員のセルフマネジメントをサポートするには、医療体制及び労働環境など、医療を取りまく環境の整備や魅力ある人材が身近にいるということも十分視野に入れていかなければならない。

以上の考察より、結果を叙述化する。

叙述化

看護職員におけるセルフマネジメントは、多職種との調

整や看護業務の多様化、複雑化など医療を取りまく環境の変化に伴い、自分の身体が業務に耐えられるのかと常に頭の中をよぎっている【看護職員として働き続けることへの身体的危惧】と、今の自分があると思える【心の内を話せる人の存在・公私のバランス・研修を乗り越えてきた自信】があり、その二面性で揺れていた。このバランスを保つために、【自分なりに業務に支障がないよう心身両面から備えておこう】とし、【患者と共にいることで実感できる喜びの瞬間が原動力となり、今の自分をつなぎとめている】状態にあった。そして、【チームの一員として、周りの空気を読み、環境を整える】ことで【体調の悪さや感情の起伏を表に出さないで使命を全うしよう】としていた。一方では、【要求されるものについて行けない自分に澁む】状態にあたり、【なかなか到達できない理想とする看護職員像】に思い悩んだり、【やり場のない憤りを覚えている】ために、立ち止まり躊躇している鳥が、離れて存在していた。

VII. 本研究における今後の展望

本研究は、看護職員の語りからみたセルフマネジメントの構造を図ったため、看護職員の思いといった内部探索が主である。今後はこれらに呼応して、看護職員を取り巻く環境、すなわち医療体制や労働環境などの面からデータ収集を行うことにより、看護職員のセルフマネジメントの促進を阻む要因を明らかにすることで、セルフマネジメントを促進するための3つの離れた島の方向性を明らかにすることができる。また、看護職員自身が、日々セルフマネジメントを行うことにより自己の成長・発展だけでなく病院という組織の一員として組織への利益や貢献をもたらす、さらには医療社会への貢献につながるものであることが自覚できることで、更なるセルフマネジメントの促進、そして看護・医療の質の向上につながることを期待したい。

VIII. 結 論

看護職員におけるセルフマネジメントの構造は、【看護職員として働き続けることへの身体的危惧】と【心の内を話せる人の存在・公私のバランス・研修を乗り越えてきた自信】の二面性で揺れていた。このバランスを保つために、【自分なりに業務に支障がないよう心身両面から備えておこう】、【患者と共にいることで実感できる喜びの瞬間が原動力となり、今の自分をつなぎとめている】、【チームの一員として、周りの空気を読み、環境を整える】、【体調の悪さや感情の起伏を表に出さないで使命を全うしよう】という4つの島が相互に関連し合っていた。その一方で、【要求されるものについて行けない自分に澁む】、【なかなか到

達できない理想とする看護職員像】、【やり場のない憤りを覚えている】という立ち止まり躊躇している島の存在が明らかとなった。

謝 辞

本研究にあたり、主旨を理解し、インタビューにご協力いただきました対象者の皆様に、心より感謝申し上げます。

す。また、研究を進めるにあたってご指導いただきました、富山大学医学部看護学科安田智美准教授に感謝いたします。

本研究は、富山大学大学院医学系研究科（看護学専攻）修士課程の学位論文に、一部加筆し修正を加えたものである。

要 旨

看護職員のセルフマネジメントの実態を構造化することを目的に、新人・管理職を除く看護職員10名に半構成的面接を行いKJ法にて分析した。看護職員は、【看護職員として働き続けることへの身体的危惧】と【心の内を話せる人の存在・公私のバランス・研修を乗り越えてきた自信】の両面で揺れ、【自分なりに業務に支障がないよう心身両面から備えておこう】【患者と共にいることで実感できる喜びの瞬間が原動力となり、今の自分をなぎとめている】【チームの一員として、周りの空気を読み、環境を整える】【体調の悪さや感情の起伏を表に出さないで使命を全うしよう】とすることで自分を保っていた。一方、【要求されるものについて行けない自分に澁む】【なかなか到達できない理想とする看護職員像】【やり場のない憤りを覚えている】躊躇している島があった。看護職員のセルフマネジメントのサポートには、医療を取りまく環境の整備の必要性が示唆された。

Abstract

We performed the semi-structured interviews to ten nurses except a newcomer and a managerial position for the purpose of structuring the actual situation of the self-management of them and analyzed it by KJ method. The staff nurses were shaking between [Physical anxiety to keeping on working as the nursing-personnel] and [Existence of those who can speak about the inside of the heart; Official and personal balance can be maintained; Confidence in which training has been overcome]. And they kept oneself by [For oneself, I possess it on mind and body both sides so that duties don't have a hindrance], [The moment of joy that I can realize because there is it with a patient became a driving force, and it keeps present oneself], [As a member of a team, it cooperates mutually], [I'll accomplish one's mission without expressing the badness of physical condition and ups and downs of feelings]. On the other hand, they hesitated in [I stagnate to oneself who cannot follow a demanded thing], [Oneself who cannot readily arrive at an ideal nursing-personnel image], [Uncontrollable anger is felt]. For support of the self-management of nursing-personnel, necessity of environmental maintenance to surround medical care was suggested.

文 献

- 1) P.F.ドラッカー：プロフェッショナルの条件－いかに成果をあげ、成長するか－, pp31-47, ダイアモンド社, 東京, 2000.
- 2) 二宮豊志：組織マネジメントの基盤としてのセルフ・マネジメント, 東海大学政治経済学部紀要, 30, 167-182, 1998.
- 3) 日本看護協会：平成17年版 看護白書, pp18-20, 日本看護協会出版会, 東京, 2006.
- 4) 久繁哲徳, 大原啓志：病院看護婦の疲労と健康状態について（第1編）看護師の疲労と健康状態の特徴, 労働科学, 61(11), 517-528, 1985.
- 5) 中尾久子, 小林敏生, 他：看護職における職業性ストレス, 生活習慣と精神的不健康度の関連性, 山口県立大学看護学部紀要, 7, 25-31, 2003.
- 6) 久保木寿恵, 布施淳子：深夜勤における看護師の蓄積的疲労とその対処行動に関する研究, 日本看護学会論文集（看護総合）, 35, 52-54, 2004.
- 7) 林みどり, 城戸照彦, 他：交代勤務に従事する一公立精神病院看護師の自覚的疲労に関する研究, 北陸公衆衛生学会誌, 31(2), 76-86, 2005.
- 8) 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(4), 17-24, 2004.
- 9) 甲田茂樹, 小河孝則, 他：看護婦の腰痛発症に関わる職業性要因の疫学的研究, 日本衛生学雑誌, 46(1), 361, 1991.
- 10) 服部園美, 水田真由美, 他：和歌山県下の看護職員のメンタルヘルスに関する実態調査, 日本看護学会論文集（精神看護）, 35, 80-82, 2004.
- 11) 青山英康：産業疲労調査の意義, 日本産業衛生学会・産業疲労研究会編集委員会（編）, [新装] 産業疲労ハンドブック, pp22-23, 労働基準調査会, 東京, 1995.
- 12) Cole, D.C., Ibrahim, S.A., Shannon, H.S., et al. : Work correlates of back problems and activity restriction due to musculoskeletal disorders in the Canadian national population health survey (NPHS) 1994-5 data. Occupational and Environmental Medicine., 58, 728-734, 2001.
- 13) 福田紀子：リエゾン精神看護－患者ケアとナース支援のために, 野末聖香編, pp263, 医歯薬出版, 東京, 2004.
- 14) 上田 泰, 義村敦子, 他：組織のセルフマネジメント－概

- 念・事例・実証分析－, pp3-5, 白桃書房, 東京, 2005.
- 15) 清水正子, 菊地京子, 他: 外来インスリン導入の教育システムの考案 患者のニーズに沿った視点から, 日本看護学会誌, 13(1), 17-27, 2003.
- 16) 中村京子, 田口恵美, 他: セルフケア困難な事例に対する在宅PD継続への支援, 透析ケア, 12(6), 94-99, 2006.
- 17) 宮本千津子, 奥井幸子: 病院看護師の労働能力の実態とマネジメント上の課題, 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 20-25, 2004.
- 18) 渡部郁子, 須合美子, 他: ナースのセルフケア 医療事故を背景とする看護婦のストレス調査, エキスパートナース, 17(13), 130-133, 2001.
- 19) 内藤堅志: 中規模な地域一般病院での看護実践にあった効果的な医療事故防止教育(注射・与薬教育)プログラムの開発 実態の把握と教育内容の提案, 労働科学, 82(1), 33-44, 2006.
- 20) 林由美子, 栗田孝子, 他: 県内看護管理監督者研修会の参加者がとらえたセルフマネジメント, 日本看護学会論文集(看護管理), 34, 422-424, 2003.
- 21) 池西悦子, 林由美子, 他: セルフマネジメントを意識した実践を方向づける看護職員研修のあり方, 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 79-84, 2004.
- 22) 中村雅子, 宮本千鶴子: 看護専門職におけるセルフマネジメントの意義とその構造, 岐阜県立看護大学機能看護学講座教育と研究, 2(1), 67-75, 2004.
- 23) P.F.ドラッカー: プロフェッショナルの条件－いかに成果をあげ, 成長するか－, pp111-118, ダイヤモンド社, 東京, 2000.
- 24) 川喜田二郎: KJ法－渾沌をして語らしめる, pp121-169, 中央公論新社, 東京, 2004.
- 25) 小西恵美子: プレゼンス: 寄り添う療法, Marian Snyder, Ruth Lindquist (編): 心とからだの調和を生むケア－看護に使う28の補助的/代替的療法－, pp128-135, へるす出版, 東京, 2002.
- 26) 上田 泰, 義村敦子, 他: 組織のセルフマネジメント－概念・事例・実証分析－, pp15-17, 白桃書房, 東京, 2005.

[平成20年10月14日受 付]
[平成20年12月25日採用決定]

訪問看護に従事する看護職の職場の対人葛藤に関連する要因

Factors Related to Intragroup Conflict in the Workplace among Visiting Nurses

仁 科 祐 子¹⁾
Yuko Nishina

谷 垣 静 子²⁾
Shizuko Tanigaki

キーワード：訪問看護師，対人葛藤，ソーシャルサポート，職業ストレス，精神的健康

Key Words：visiting nurses, intragroup conflict, social support, occupational stress, mental health

I. はじめに

近年、労働者のストレス、中でも対人関係の問題が注目されつつある。労働者健康状況調査（現厚生労働省）では、職業生活に強い不安、悩み、ストレスを感じている労働者の割合が増加傾向にあり、職業生活におけるストレスの原因として「職場の人間関係」が最も高かったと報告している^{1) 2)}。

看護師を対象としたこれまでのストレス関連研究において、職場の対人関係の問題に焦点を当てた報告がいくつかある。まず看護師にとって職場の対人関係はストレス源の上位にあり³⁾、仕事上で援助を要請したい問題の上位にも位置している⁴⁾。そして上司や仲間不満足は転職行動に影響する⁵⁾、仕事上の人間関係が看護師の仕事満足度や継続意志に関連する⁶⁾と報告されている。また看護師のストレス研究において古くから注目されてきたバーンアウトは主に人間関係に由来すると言われ⁷⁾、職場における対人関係の問題がバーンアウトに関連することが多くの研究により裏づけられている^{8~12)}。

一方職場における対人関係は、ストレスを緩和するソーシャルサポートとしての機能も併せ持つ。例えば職場の上司や同僚のサポートは、看護師のストレス反応やバーンアウトを低減あるいは予防することが報告されている^{13~17)}。更にソーシャルサポートは、ストレスの存在とは関係なく、直接健康維持に作用する効果があると言われている^{18) 19)}。よって職場における対人関係が良好であること、すなわち対人関係の葛藤が少なくソーシャルサポートが多く得られる人的環境は、看護師のメンタルヘルスの維持・向上において非常に重要であると思われる。

著者らは、ストレスに関する先行研究の少ない訪問看護師を対象としてストレス源の現状を把握するための調査を実施し、その結果「職場の対人関係葛藤」がストレス

の1要因であったと報告している²⁰⁾。病院など施設内看護師の職場内での対人葛藤（Intragroup conflict）の関連要因としては、病棟の士気とスタッフ間の関係性（Unit morale and interpersonal relations）や病棟内の全スタッフ数に対するregistered nursesの割合²¹⁾、病床数や仕事に対する個人的葛藤²²⁾、組織風土²³⁾などが報告されている。また大学生の対人ストレスイベント（対人関係におけるストレス源となる出来事）には、短気やシャイネス、Locus of Control²⁴⁾、神経質傾向²⁵⁾が関連する、IT企業に勤務する女性の対人葛藤には不安気質が関連する²⁶⁾といった、パーソナリティと対人葛藤との関連が報告されている。しかしながら訪問看護師の対人葛藤の関連要因は検討されていない。

本研究では対人葛藤の関連要因として、アサーション及び社会的スキルに注目した。アサーションは「自分も相手も大切にしたい自己表現」²⁷⁾、社会的スキルは「対人関係を円滑にするスキル」²⁸⁾と定義されている。これらは個人の有する対人関係上のスキルであるが、体験学習を重視したトレーニングや、認知などの心理面を重視したトレーニングにより向上することができると考えられている^{29~32)}。アサーション・トレーニングは看護師の研修としても取り入れられており³³⁾、看護師を対象としたトレーニング方法も開発されている^{33) 34)}。これまでにいくつかの介入研究が実施されており、アサーティブネストレーニングを受けた看護師のストレスが減少した³⁵⁾、アサーティブネストレーニング後に看護師のアサーティブネス傾向が向上した³⁴⁾、自尊感情が向上した³⁶⁾、個人的達成感（Maslach Burnout Inventoryの下位尺度）が向上した³⁷⁾ことが報告されている。またアサーティブでない新卒看護師はバーンアウトに陥りやすいことも報告されている³⁸⁾。

社会的スキルに関する研究では、田中らが企業従業員男

1) 鳥取大学医学部保健学科 School of Health Science, Faculty of Medicine, Tottori University

2) 岡山大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Science, Okayama University

性を対象とした調査において、社会的スキルが高い者は積極的なコーピング方略をとり、会社内サポートが多い³⁹⁾、対人関係のトラブルに起因する心理的ストレス反応を低減させる⁴⁰⁾ことを報告している。このようにアサーションおよび社会的スキルと職業ストレスとの関連は検討されてきたものの、職業ストレスの1つである対人葛藤に焦点をあて、対人葛藤とアサーションおよび社会的スキルとの関連は検討されていない。バーンアウトなどのストレス反応ではなくストレスに注目し、その関連要因を検討することは、より予防的なメンタルヘルスケアの考案に寄与するものと考えられる。

以上より本研究では、訪問看護師における職場の対人葛藤を低減させるための介入方法への示唆を得るため、対人葛藤に関連する要因を明らかにすることを目的とした。特に社会的スキルおよびアサーションに焦点を当てて検討した。また対人関係の肯定的側面であるソーシャルサポートとの関連についてもあわせて検討した。

II. 本研究の概念枠組みおよび用語の操作的定義

1. 概念枠組み

本研究における概念枠組みを図1に示す。本研究ではLazarusの心理的ストレス理論における「ストレスと情動過程のシステム変数図式⁴¹⁾」を簡略化し、因果関係前件、媒介過程、効果の3要素から構成される図式を作成した。この図式に対応させて、本研究の概念モデルを作成した

(図1)。

2. 用語の操作的定義

1) 職業ストレス

本研究で用いるストレスの概念は、Lazarusの心理的ストレス理論に基づいている。Lazarusはストレスをストレスからストレス反応に至るまでの過程として捉え、その過程には認知的評価とコーピングの過程が介在していると説明している^{41) 42)}。個人の認知的評価とコーピングの結果生じる個人と環境とのアンバランスな関係が、ストレス反応である。本研究では心理的ストレスの中でも職業に関連したストレスに限定し、職業ストレスを、「職業ストレスとそこから引き起こされるストレス反応との間の情動過程」と定義する。

2) 対人関係のストレス

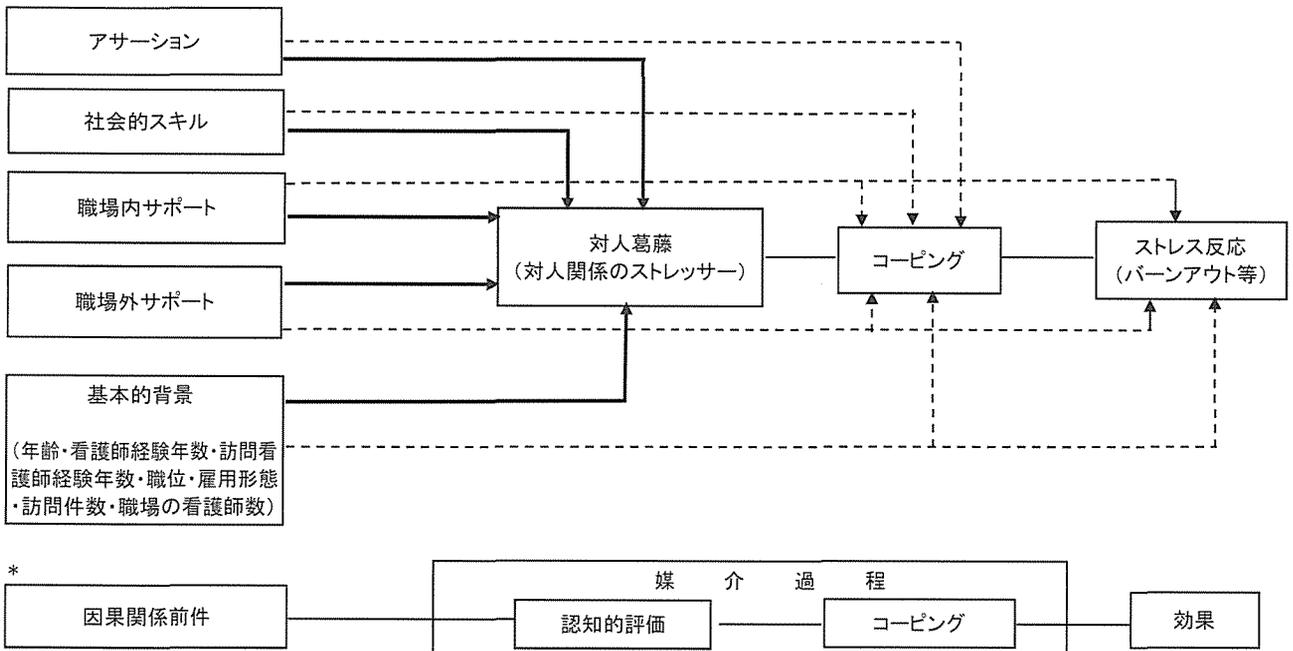
職業ストレスの1つで、「職業に関連する対人関係上のストレスとそこから引き起こされるストレス反応との間の情動過程」とする。本研究では職場内での対人関係のストレスに限定する。

3) 対人葛藤

対人関係のストレスを対人葛藤とする。対人葛藤を、「個人が負担であると認知した職場内での対人関係上の問題」と定義する。

4) アサーション (assertion), アサーティブ (assertive)

アサーションを「自分も相手も大切にしたい自己表現」とする³⁷⁾。アサーティブはその形容詞あるいは副詞として用



注)*: Lazarusらによる「ストレスと情動過程のシステム変数図式⁴¹⁾」を簡略化した図である
本研究における分析を → で示す

図1 概念枠組み

いられる用語である。アサーティブな発言では、自分の気持ち、考え、信念などが正直に率直に、その場にふさわしい方法で表現される²⁷⁾。

5) アサーショントレーニング、アサーティブネストレーニング

伊藤によるとアサーショントレーニングは、行動療法的立場と人間性心理学的立場に大別でき、前者は行動スキルの獲得を、後者は信念・態度といった心理面の変容をそれぞれ最上位の目的としている³²⁾。これまでの文献では、平木が日本人用に開発したプログラムが人間性心理学的立場であり、アサーション・トレーニングと呼ばれている。一方平木以外の者が作成したプログラムは、アサーティブネストレーニング(assertiveness training)と呼ばれている。

6) 社会的スキル

社会的スキルを、「対人関係を円滑にするスキル」と定義する²⁸⁾。対人関係において、相手から肯定的な反応をもらい（「おはよう」といったら「おはよう」と答えてもらえ）、否定的な反応をもらわない（「バカ」といわれたり無視されたりしない）ように作用するのがこのスキルである²⁸⁾。

7) 職場内ソーシャルサポート

ソーシャルサポートとは個人が社会的つながりのある人から供給され得る機能的な支援（情動的支援、手段的支援、情緒的支援）と言われている⁴³⁾が、本研究ではより限局した概念として定義する。仕事で困った時の相談相手をソーシャルサポート源とし、仕事で困った時にどの程度ソーシャルサポート源を利用するか（利用頻度）により、ソーシャルサポートを測定する。よって職場内ソーシャルサポートを、「職場内の上司および同僚から得られる量的な支援」と定義する。「量的」とは、サポートがどの程度役立つか、あるいはどの程度満足できるものかといった質的な側面は測定しないことを示している。以下、職場内サポートとする。

8) 職場外ソーシャルサポート

職場内ソーシャルサポートを、「職場外の友人・配偶者や家族から得られる量的な支援」と定義する。以下、職場外サポートとする。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象と調査実施手順

A県訪問看護ステーション連絡協議会の会員である訪問看護師182名（常勤・非常勤を含めた実数）を調査対象とした。調査は2005年6月～7月に実施した。A県訪問看護ステーション連絡協議会の会長に研究依頼をし、承諾を得た後、連絡協議会の管理者会にて研究依頼を行った。各ステーション管理者には、スタッフの人数を把握するためのアンケートへの協力と、研究についてスタッフに周知して

もらうこと、調査票をスタッフに配布してもらうことを依頼し、承諾を得た。欠席の管理者へは、電話連絡によって研究への承諾を得た。調査は無記名にて行い、返信は個別の封筒にて研究者宛に返信してもらった。回収された質問紙は153（回収率84.1%）、欠損値の多い8名を除いた145名（有効回答率79.7%）を分析対象とした。

2. 倫理的配慮

大学内の倫理審査委員会に研究計画書を提出し、委員会の承認を得た上で実施した。対象者へ研究の意義、プライバシーの保護、不利益や危険性への配慮について書面にて説明し、返信をもって研究参加への意思を確認した。本調査は無記名のため、返信後に参加意思の撤回ができないことを説明書に明記した。

3. 調査内容

1) 対人葛藤尺度

NIOSH（米国国立職業安全保健研究所）職業性ストレス調査票⁴⁴⁾のグループ内対人葛藤尺度を使用した。NIOSH職業性ストレス調査票は、産業・組織心理学及び精神医学・心理学分野における欧米の先行研究から選択されたものである。この調査票はNIOSH職業性ストレスモデルに基づき、職業性ストレスを様々な側面から測定できるよう、量的労働負荷、役割葛藤、社会的支援、職務満足感などを含む全22尺度で構成されるが、目的に応じて必要な尺度を選択して使用することができる。原谷、川上らにより日本語版が開発され、信頼性・妥当性が検討されている⁴⁵⁾。この中からグループ内対人葛藤尺度を選択し、質問項目の「グループ内」を「職場内」に修正して用いた。各設問に対し「当てはまる（5点）」「やや当てはまる（4点）」「どちらともいえない（3点）」「少し違う（2点）」「違う（1点）」の5件法で評価し、合計得点を対人葛藤得点とした。得点の分布は8点～40点であり、得点が高いほど対人葛藤を高く認知していることを示す。本研究におけるCronbach's α 係数は0.88であった。

2) 関連要因の尺度

(1) アサーションの尺度：日本語版Rathus Assertiveness Schedule, 以下J-RAS

Rathus Assertiveness Schedule（以下RAS）はRathusが1973年に開発したアサーション尺度である⁴⁶⁾。RASは海外での使用頻度が最も多く^{46～52)}、信頼性・妥当性が高いことが確認されている^{51) 52)}。清水らはこれを邦訳したJ-RASを作成し、信頼性・妥当性を確認している⁵³⁾。「私は、初めて会った人でも話しかけて会話を楽しむほうだ」、「自分の気持ちを率直に表現する方だ」など、30の設問から成る。各設問に対し「完全に当てはまる（3点）」「かなり当てはまる（2点）」「少し当てはまる（1点）」「あまり当てはまらない（-1点）」「ほとんど当てはまらない（-2点）」「全

く当てはまらない(-3点)」の6件法で評価し、合計得点をアサーション得点とした。得点の分布は-90点~90点であり、得点が高いほどアサーションのスキルが高いことを示す。本研究におけるCronbach's α 係数は0.82であった。なおJ-RASは、質問項目の表現を一部改変し、日本語版開発者である清水に尺度の使用許可および改変の許可を得た上で用いた。

(2) 社会的スキルの尺度: Kikuchi's Scale of Social Skills: 18 items, 以下KiSS-18

菊池が開発したKiSS-18を使用した²⁸⁾。KiSS-18は人当たりの好き尺度や自己効力感尺度などと正相関し、抑うつ尺度や対人的不安尺度とは負の関係があると報告されている²⁸⁾。「他人と話していて、あまり会話が途切れないほうですか」、「他人を助けることを、上手にやれますか」など、18の設問から成る。各設問に対し「いつもそうだ(5点)」「だいたいそうだ(4点)」「どちらともいえない(3点)」「たいていそうでない(2点)」「いつもそうでない(1点)」の5件法で評価し、合計得点を社会的スキル得点とした。得点の分布は18点~90点であり、得点が高いほど社会的スキルが高いことを示す。本研究におけるCronbach's α 係数は0.91であった。KiSS-18は、開発者の菊池に許可を得て使用した。

(3) 職場内サポート尺度

久保の質問項目¹³⁾を参考にして、「仕事で困った時、それぞれの相談相手にどの程度の頻度で相談しますか」と尋ねた。相談相手としては「職場の上司」「職場の同僚」を設定した。各々の相談相手に対して「非常によく(4点)」「ときどき(3点)」「まれに(2点)」「全くない(1点)」の4件法で評価し、「職場の上司」と「職場の同僚」を合計した得点を職場内サポート得点とした。得点分布は2点~8点であり、高得点ほど職場内サポートが多いことを示す。

(4) 職場外サポート尺度

(3)と同様の質問に対し、相談相手として「職場外の友人」「配偶者や家族」を設定した。各々の相談相手に対して「非常によく(4点)」「ときどき(3点)」「まれに(2点)」「全くない(1点)」の4件法で評価し、「職場外の友人」と「配偶者や家族」を合計した得点を職場外サポート得点とした。高得点ほど職場外サポートが多いことを示す。

3) 基本的背景

基本的背景として、年齢、配偶者の有無、所有資格、看護師経験年数、訪問看護師経験年数、職位(管理者かスタッフナースか)、雇用形態(常勤か非常勤か)、1日の平均訪問件数、職場の看護師数(管理者を含む)を尋ねた。

4. 分析方法

対象者の基本的背景と対人葛藤尺度および関連要因の各尺度との関連を検討するため、基本的背景の各変数を2群に分け、2群間の平均得点の比較(Mann-WhitneyのU検定)を行った。年齢は45歳以上と45歳未満、看護師経験年数は20年以上と20年未満、訪問看護師経験年数は5年以上と5年未満、職位は管理者とスタッフナース、雇用形態は常勤と非常勤、平均訪問件数は5件以上と5件未満、職場の看護師数は6人以上と6人未満の2群に分けた。次に対人葛藤と関連要因の各尺度との関連を検討するために、相関分析(Spearmanの順位相関係数 = ρ)を行った。対人葛藤得点の分布が正規分布を示さなかったこと、および分析対象のデータ数を考慮して、ノンパラメトリックによる分析を行った。以上の分析において対人葛藤と有意な関連が認められた変数を独立変数とし、対人葛藤を従属変数として、強制投入法による重回帰分析を行った。雇用形態については非常勤に「0」、常勤に「1」のダミー変数を与えた。統計分析にはSPSS for Windows 13.0Jを使用し、有意水準は5%未満とした。

IV. 結 果

1. 基本的背景(表1)

分析対象者の平均年齢は43.8±8.0歳であった。職位は管理者32名(22.1%)、スタッフナース113名(77.9%)、雇用形態は常勤104名(71.7%)、非常勤41名(28.3%)であった。

2. 対人葛藤, アサーション, 社会的スキルの尺度得点の平均値

対人葛藤得点の平均値は、16.7±6.0点(n=142)であった。アサーション得点の平均値は、-0.7±18.3点(n=140)であった。社会的スキル得点の平均値は、59.2±8.9点(n=145)であった。

3. 職場内サポート, 職場外サポートの現状

職場内サポートでは上司に「非常によく」又は「ときどき」相談している者は全体の75.2%(n=109)、同僚に「非常によく」又は「ときどき」相談している者は全体の87.6%(n=127)を占めていた。職場外サポートでは友人に「非常によく」又は「ときどき」相談している者は全体の31.0%(n=45)、配偶者や家族に「非常によく」又は「ときどき」相談している者は全体の37.2%(n=54)であった。

4. 対人葛藤尺度及び関連要因尺度の基本的背景別比較(表2)

年齢別比較において、45歳未満群の社会的スキル得点の平均値は57.4±8.1点、45歳以上群の社会的スキル得点の平均値は61.5±9.5点であり、45歳未満群よりも45歳以上群に社会的スキル得点有意に高かった($p=0.014$)。その他の関連要因尺度や対人葛藤尺度において有意差はみられな

かった。

看護師経験年数別比較において、対人葛藤尺度及びいずれの関連要因尺度においても有意差はみられなかった。

訪問看護師経験年数別比較において、対人葛藤尺度及びいずれの関連要因尺度においても有意差はみられなかった。

職位別比較において、対人葛藤尺度及びいずれの関連要因尺度においても有意差はみられなかった。

雇用形態別比較において、非常勤の対人葛藤得点の平均値は14.8±5.3点、常勤の対人葛藤得点の平均値は17.5±6.2点であり、非常勤よりも常勤に対人葛藤得点が高いことが有意であった (p=0.016)。関連要因尺度においても有意差はみられなかった。

訪問件数別比較において、対人葛藤尺度及びいずれの関連要因尺度においても有意差はみられなかった。

職場の看護師数別比較において、看護師数6人未満群の職場内サポート得点の平均値は6.1±1.3点、6人以上群の職場内サポート得点の平均値は6.6±1.4点であり、6人未満群よりも6人以上群に職場内サポート得点が高いことが有意であった (p=0.017)。その他の関連要因尺度や対人葛藤尺度においても有意差はみられなかった。

表1 分析対象者の基本的背景 n=145

項目	カテゴリー	人数	%
年齢	45歳未満	81	55.9
	45歳以上	61	42.1
	無記入	3	2.0
配偶者の有無	有	125	86.2
	無	19	13.1
	無記入	1	0.7
看護師経験年数	20年未満	77	53.1
	20年以上	58	40.0
	無記入	10	6.9
訪問看護師経験年数	5年未満	70	48.3
	5年以上	72	49.7
	無記入	3	2.0
所有資格 (複数回答)	看護師	114	78.6
	准看護師	37	25.5
	保健師	2	1.4
	助産師	0	0.0
	介護支援専門員	42	29.0
職位	管理者	32	22.1
	スタッフナース	113	77.9
雇用形態	常勤	104	71.7
	非常勤	41	28.3
1日の平均訪問件数	5件未満	123	84.8
	5件以上	21	14.5
	無記入	1	0.7
職場の看護師数	6人未満	74	51.0
	6人以上	70	48.3
	無記入	1	0.7
項目	Mean (SD)	範囲	
年齢	43.8 (8.0)	22 ~ 63	
看護師経験年数	18.4 (8.8)	2 ~ 39	
訪問看護師経験年数	5.0 (3.5)	0 ~ 17	

5. 相関分析 (表3)

対人葛藤と有意な相関関係がみられたのは、職場内サポート ($\rho = -0.335, p < 0.001$) と社会的スキル ($\rho = -0.168, p < 0.05$) であった。

またこの他に、社会的スキルとアサーションとの間に正の相関 ($\rho = 0.617, p < 0.001$)、職場内サポートと職場外

表2 各尺度の基本的背景別比較 (Mann-WhitneyのU検定)

1) 年齢別比較							
	45歳未満			45歳以上			p 値
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
対人葛藤	79	16.9	6.5	60	16.6	5.4	0.995
アサーション	78	-1.4	17.7	59	0.6	19.5	0.397
社会的スキル	81	57.4	8.1	61	61.5	9.5	0.014*
職場内サポート	81	6.4	1.4	56	6.3	1.4	0.554
職場外サポート	81	4.5	1.7	58	4.0	1.6	0.131
2) 看護師経験年数別比較							
	20年未満			20年以上			p 値
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
対人葛藤	75	14.1	4.7	57	14.4	4.9	0.543
アサーション	75	1.2	17.9	56	-2.4	19.3	0.303
社会的スキル	77	58.5	7.8	58	60.4	9.7	0.376
職場内サポート	75	6.6	1.3	55	6.1	1.4	0.080
職場外サポート	75	4.3	1.7	57	4.2	1.7	0.618
3) 訪問看護師経験年数別比較							
	5年未満			5年以上			p 値
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
対人葛藤	67	14.0	4.9	72	14.7	4.4	0.573
アサーション	66	-1.4	19.8	71	-0.1	17.0	0.788
社会的スキル	70	58.6	9.3	72	59.6	8.1	0.466
職場内サポート	66	6.2	1.5	71	6.6	1.2	0.123
職場外サポート	68	4.5	1.7	71	4.0	1.6	0.096
4) 職位別比較							
	スタッフナース			管理者			p 値
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
対人葛藤	111	17.0	6.3	31	15.9	5.2	0.503
アサーション	109	-1.3	12.3	31	-0.7	16.8	0.948
社会的スキル	113	58.7	8.4	32	61.0	10.3	0.208
職場内サポート	111	6.5	1.4	29	6.1	1.1	0.069
職場外サポート	111	4.2	1.7	31	4.4	1.6	0.696
5) 雇用形態別比較							
	非常勤			常勤			p 値
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
対人葛藤	41	14.8	5.3	101	17.5	6.2	0.016*
アサーション	40	-0.9	18.2	100	-0.6	18.4	0.791
社会的スキル	41	58.6	9.3	104	59.6	8.1	0.125
職場内サポート	41	6.2	1.5	99	6.6	1.2	0.300
職場外サポート	41	4.5	1.7	101	4.0	1.6	0.996
6) 訪問件数別比較							
	5件未満			5件以上			p 値
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
対人葛藤	121	16.5	6.0	20	18.3	6.3	0.199
アサーション	120	-1.3	18.6	19	2.5	16.3	0.445
社会的スキル	123	59.0	9.2	21	60.2	7.1	0.455
職場内サポート	119	6.4	1.3	20	6.3	1.4	0.675
職場外サポート	121	4.4	1.6	20	3.7	1.7	0.079
7) 職場の看護師数別比較							
	6人未満			6人以上			p 値
	n	Mean	SD	n	Mean	SD	
対人葛藤	71	16.2	6.4	70	17.2	5.7	0.142
アサーション	72	-0.2	17.4	67	-0.8	19.2	0.995
社会的スキル	74	60.2	8.6	70	58.3	9.0	0.243
職場内サポート	70	6.1	1.3	69	6.6	1.4	0.017*
職場外サポート	72	4.2	1.7	69	4.3	1.7	0.882

注1) *: p < 0.05

表3 対人葛藤と関連要因尺度との相関

	対人葛藤	アサーション	社会的スキル	職場内サポート
アサーション	-0.036			
社会的スキル	-0.168*	0.617***		
職場内サポート	-0.335***	0.145	0.140	
職場外サポート	0.020	-0.096	-0.121	-0.309***

注1) Spearmanの順位相関係数 ρ の値を示す注2) *: $p < 0.05$ ***: $p < 0.001$

表4 対人葛藤を従属変数とした重回帰分析

独立変数	標準偏回帰係数 (β)	P
職場内サポート	-0.315	0.000***
雇用形態 (非常勤 = 0, 常勤 = 1のダミー変数)	0.198	0.014*
社会的スキル	-0.137	0.090

決定係数 $R^2 = 0.172$ 調整済み $R^2 = 0.153$ 注) *: $p < 0.05$ ***: $p < 0.001$

サポートとの間に負の相関 ($\rho = -0.309$, $p < 0.001$) がみられた。

6. 対人葛藤を従属変数とした重回帰分析 (表4)

基本的背景別比較および相関分析において対人葛藤と関連の認められた雇用形態、職場内サポート、社会的スキルを独立変数、対人葛藤を従属変数として重回帰分析を行った。その結果、職場内サポート ($\beta = -0.315$) および雇用形態 ($\beta = 0.198$) が対人葛藤に有意に関連していた。

V. 考 察

1. アサーションおよび社会的スキルについて

アサーション得点 (-0.7 ± 18.3) は、清水らの先行研究における某製造業従業員の平均得点 (-0.7 ± 17.2)⁵³⁾ とほぼ同様であった。本研究の基本的背景別比較において有意差が見られなかったことより、背景が異なってもアサーションスキルに大きな差はないと思われた。一方社会的スキル得点 (59.2 ± 8.9) を先行研究と比較すると、女子短大生 (56.1 ± 7.0)⁵⁴⁾ や女子大学生 (58.4 ± 9.0)⁵⁴⁾ よりも高く、男性教師 (61.8 ± 9.4)⁵⁴⁾ や新人看護師 (60.8 ± 6.6)⁵⁵⁾ よりも若干低かった。年齢別比較において45歳未満よりも45歳以上に社会的スキルが高いという結果は、年齢が高いほどスキルが身につくという菊池の見解⁵⁴⁾ と一致した。看護師経験が長いほど社会的スキルが高いという報告⁵⁶⁾ もあるが、本研究では看護師経験年数別比較において有意差を認めなかった。これらの結果は、アサーションや社会的スキルは看護師経験を重ねることで自然と身につくスキルではないことを示しており、これらのスキルを向上させるためにはトレーニング等による教育的介入が必要だと思われた。

相関分析においては社会的スキルとアサーションとの間に正の相関が認められ、アサーションのスキルが高い者は

ど社会的スキルも高いことが示された。また海外で開発された尺度であるRASの日本語版J-RASと日本で開発されたKiSS-18との相関が認められたことは、J-RASが日本人のアサーションを測定する妥当性の高い尺度であるということの再確認となった。

2. 職場内サポートおよび職場外サポートについて

職場内サポートに関しては上司や同僚に「非常に良く」又は「ときどき」相談すると回答した者が多く、職場内サポートを求める頻度が高いという現状が明らかとなった。職場内にサポートを求める頻度が高いことや、上司よりも同僚にサポートを多く求めることは、これまでの施設内看護師を対象とした報告¹³⁾ ¹⁶⁾ と同様の傾向であった。職場の看護師数6人以上群が6人未満群よりも職場内サポートが多かったことは、看護師数が多いと相談相手の選択の幅が広がり、相談する時間的余裕も多いため、相談しやすい状況にあることが要因となったものと推測できる。しかしながら訪問看護ステーション開設の設置基準は看護師数2.5名以上を満たすことである⁵⁷⁾。ステーションの規模を拡大し看護師数を増やすことで職場内サポートが多くなると考えられるが、訪問看護師数の確保が困難であるという現状がある。上野らはサポート量とサポート満足度は比例するが、バーンアウト抑制にはサポート量よりもサポートに対する満足度の方が大きく関与することを報告している¹⁶⁾。よってサポートを多くするために看護師数を増やすという方法も一つにはあるが、スタッフが満足できるサポート体制を整備することも合わせて考えることが、重要だと思われる。今後はサポートに対するスタッフの満足度についてもあわせて検討することが必要である。そしてそれぞれの訪問看護ステーションの規模に応じて、サポート量を増やすか、サポートに対する満足度を重視するか検討し、より適したサポート体制を整備することが必要だと思われる。

相関分析において職場内サポートと職場外サポートは負の相関を示した。久保らは仕事の問題をまず最初に職場外に相談する者は、まず最初に職場内に相談する者よりもバーンアウト(脱人格化)を起こしやすいことを明らかにしている⁸⁾。更に仕事の問題をまず最初に職場外に相談する者は、職場外に相談せざるをえない状況におかれているのではないかと推測している⁸⁾。職場内サポートが少ない者ほど職場外サポートが多いという今回の結果は、久保らの推測を裏付ける結果だと思われる。また職場内サポートと職場外サポートとの間に負の相関がみられたことは、本研究で使用したサポート尺度が妥当性のある尺度であることを示していると思われる。仕事の問題については、まず職場内にサポートを求めることがメンタルヘルスにおいて重要であり、スタッフが職場内サポートを求めやすい体制づくりが重要だと考える。

3. 対人葛藤について

対象者の平均得点 (16.7 ± 6.0) は原谷らの大規模調査での平均得点 (20.0 ± 5.1)⁴⁵⁾ や磯和らの看護師を対象とした調査での平均得点 (19.0 ± 4.6)⁵⁸⁾ と比して低かったため、対人葛藤は比較的低い集団であると考えられた。雇用形態別比較において常勤は非常勤よりも対人葛藤を高く認知しており、雇用形態の違いが対人葛藤認知に関連することが明らかとなった。今回の結果を先行研究と比較すると、それぞれ使用尺度が異なるため単純な比較はできないものの、著者ら⁵⁹⁾ の報告とは同様であり、松山ら⁶⁰⁾ の報告とは異なっていた。松山らが1997年に訪問看護師を対象として実施した調査では、非常勤の方が常勤よりも「上司・同僚との連携」に高いストレスを感じていたと報告している⁶⁰⁾。訪問看護師を取り巻く社会情勢や制度の改正が続く中で、常勤看護師の対人葛藤が何らかの理由で高まってきているものと推察される。

訪問看護ステーションでは非常勤雇用の割合が比較的高い傾向にある。例えば平成15年の厚生労働省調査では、1事業所当たりの非常勤の割合は28.6% (常勤換算で1事業所の看護職員数4.2人に対して非常勤は1.2人)⁶¹⁾ であり、先行研究の対象者においては48.0%⁶²⁾ という報告もある。よって雇用形態の違いが対人葛藤認知の差に影響することは興味深い結果であり、常勤看護師への介入の必要性が増してきている可能性がある。常勤看護師は非常勤看護師よりも勤務時間が長いため、他の看護師と長い時間を共有することになる。より長時間の看護師同士の関わりにおいて、コミュニケーションやカンファレンスが活発であればあるほど、意見の対立や不一致などの葛藤が生じる確率も高まることが推測される。今後、常勤看護師が具体的にどのような対人葛藤を認知しているのか、どのような要因が関連しているのか、更に検討を重ねる必要がある。

重回帰分析の結果、対人葛藤に関連する要因は職場内サポートと雇用形態であった。今回想定した変数では対人葛藤の15.3%の説明率にとどまったが、その中でも特に職場内サポートが対人葛藤に関連していたことは注目すべきと考える。職場内サポートはこれまでのストレス関連研究においてもその重要性が指摘されてきた。既に冒頭でも述べたが職場内サポートは看護師のストレス反応やバーンアウト

トを抑制することが報告されている。本研究では、バーンアウトの主要因である対人葛藤認知に対し、抑制的に関連することが示唆された。すなわち職場内サポートが多いと、バーンアウトに至る以前の対人葛藤認知を低減させ、バーンアウトのかなり前の時点から予防することができる可能性が示されたといえる。

一方今回注目していたアサーションおよび社会的スキルは対人葛藤の関連要因ではなかった。これまでアサーティブでない看護師ほどバーンアウトに陥りやすい³⁸⁾、社会的スキルは対人関係のトラブルによる心理的ストレス反応を低減する⁴⁰⁾ など、アサーションや社会的スキルとストレス反応との関連が明らかにされてきた。今回の結果では、アサーションや社会的スキルは対人関係のストレスにおける対人葛藤認知には関連を示さなかったが、コーピング過程には関連する可能性がある。今後は、アサーションや社会的スキルが、コーピングやストレス反応も含む対人関係のストレス過程にどのように影響するのか、検討することが必要である。

4. 研究の限界

本研究の分析対象者は、145名とサンプル数がやや少なく、A県というある一定の地域に偏っていること、また全対象が女性であったことより、訪問看護師に一般化するには限界がある。今後より多くの、そしてより広い地域の訪問看護師を対象とした研究が必要である。

VI. 結 論

訪問看護師における職場の対人葛藤低減への示唆を得るため、対人葛藤に関連する要因を検討した。重回帰分析の結果、対人葛藤には、職場内サポートおよび雇用形態 (常勤・非常勤の違い) が関連することが明らかとなった。

謝 辞

本研究を実施するにあたり調査にご協力いただきましたA県訪問看護ステーション連絡協議会の会長様、役員会の皆様、各訪問看護ステーション管理者の皆様、そして訪問看護師の皆様方に、心より感謝を申し上げます。

要 旨

本研究は、訪問看護に従事する看護職の、職場での対人葛藤に関連する要因を明らかにすることを目的とした。A県内の訪問看護師182名を対象とし、郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。調査内容は対人葛藤尺度、アサーション尺度、社会的スキル尺度、職場内サポート尺度、職場外サポート尺度、基本的背景であった。有効回答の得られた145名 (平均年齢は 43.8 ± 8.0 歳) を分析対象とした。重回帰分析の結果、職場内サポートと雇用形態 (常勤か非常勤か) が対人葛藤の関連要因であった。すなわち常勤であって職場内サポート認知が低

い者ほど、対人葛藤が高いことが明らかとなった。対人葛藤を低減させるためには、まず職場内サポートを充実させることが必要である。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the factors related to intragroup conflict in the workplace among visiting nurses. We carried out this study by mail questionnaire in 2005. The questionnaire included these following scales: intragroup conflict, assertion, social skills, social support in the workplace (from the supervisor and coworkers), social support outside of work (from family and friends), and some other individual factors. Subjects were 145 visiting nurses who responded to the questionnaire whose average age was 43.8 ± 8.0 years. Multiple regression analysis was used to clarify the factors. The results showed that social support in the workplace and work opportunity (full-time or part-time) were significantly related to intragroup conflict. This means that visiting nurses who worked full-time and had a low perception of the social support in the workplace recognized higher intragroup conflict in the workplace. This suggests that it's important to enrich the social support system in the workplace to reduce intragroup conflict.

文 献

- 1) 厚生労働省安全衛生部労働衛生課監修：厚生労働省指針に対応したメンタルヘルスケアの基礎。16-17。研恒社、東京、2003。
- 2) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成14年労働者健康状況調査の概況。2003-8, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/saigai/anzen/kenkou02/index.html>
- 3) Huckabay, L.M.D., Jagla, B.: Nurses' stress factors in the intensive care unit, *Journal of Nursing Administration*, Feb, 21-26, 1979.
- 4) 上野徳美, 山本義史, 他：看護者がサイコジストに期待するサポートに関する研究。健康心理学研究, 13(1), 31-39, 2000.
- 5) 金井篤子：働く女性のキャリア・ストレス・モデル－パス解析による転職・退職行動の規定要因分析－, 心理学研究, 65(2), 112-120, 1994.
- 6) 中山洋子, 野嶋佐由美：看護婦の仕事の継続意志と満足度に関する要因の分析, 看護, 53(8), 81-91, 2001.
- 7) 田尾雅夫, 久保真人：バーンアウトの理論と実際 心理学的アプローチ, 15-19, 誠信書房, 東京, 2000.
- 8) 久保真人, 田尾雅夫：看護婦におけるバーンアウトとストレスとバーンアウトとの関係－, 実験社会心理学研究, 34(1), 33-43, 1994.
- 9) 増子詠一, 山岸みどり, 他：医師・看護婦など対人サービス職業従事者の「燃えつき症候群」(1), 産業医学, 31, 203-215, 1989.
- 10) 西堀好恵, 諸井克英：看護婦におけるバーンアウトと対人環境, 看護研究, 33(3), 245-255, 2000.
- 11) 山崎登志子, 伊藤幹佳, 他：看護師におけるバーンアウト傾向と対人葛藤との関連－ユニット間の比較を通して－, 宮城大学看護学部紀要, 6(1), 51-59, 2003.
- 12) 松井妙子, 岡田進一：大阪府内の訪問看護職のburnoutに関連する要因－利用者とのコミュニケーション技術と職務環境を中心に－, 日本在宅ケア学会誌, 7(1), 40-48, 2003.
- 13) 久保真人：ヒューマン・サービス従事者におけるバーンアウトとソーシャル・サポートとの関係, 大阪教育大学紀要 第四部門, 48(1), 139-147, 1999.
- 14) 田中健吾, 小杉正太郎：ソーシャルサポートとコーピング方略・心理的ストレス反応との関連－職業ストレスの種類別による検討－, 産業ストレス研究, 9, 169-177, 2002.
- 15) 山崎登志子：バーンアウト傾向と性格特性, ソーシャル・サポートとの関係－病院規模による比較－日本看護研究学会誌, 23(2), 29-41, 2000.
- 16) 上野徳美, 山本義史：看護者のバーンアウトを予防するソーシャル・サポートの効果－サポート・ネットワーク量・満足度・サポート源との関係を中心として－, 健康心理学研究, 9(1), 9-20, 1996.
- 17) 山本義史, 上野徳美：看護者の職業ストレス評価およびストレス反応に及ぼすソーシャル・サポートと職場の人間関係の影響, 日本文理大学紀要, 25(1), 322-329, 1997.
- 18) 小牧一裕：職務ストレスとメンタルヘルスへのソーシャルサポートの効果, 健康心理学研究, 7(2), 2-10, 1994.
- 19) 久田満：ソーシャル・サポート研究の動向と今後の課題, 看護研究, 20(2), 170-179, 1987.
- 20) 仁科祐子, 谷垣静子：訪問看護師の職業ストレスに関する研究－職位別のストレスの検討－, 訪問看護と介護, 10(10), 40-849, 2005.
- 21) Cox, K.B. : The effect of unit morale and interpersonal relations on conflict in the nursing unit, *Journal of Advanced Nursing*, 35(1), 17-25, 2001.
- 22) Cox, K.B. : The effect of intrapersonal, intragroup, and intergroup conflict on team performance effectiveness and work satisfaction, *Nursing Administration Quarterly*, 27(2), 153-163, 2003.
- 23) Rahim, M.A. : Measurement of organizational conflict, *The Journal of General Psychology*, 109, 189-199, 1983.
- 24) 橋本剛：大学生における対人ストレスイベント分類の試み, 社会心理学研究, 13(1), 64-75, 1997.
- 25) 橋本剛：対人ストレス生起過程因果モデルとパーソナリティの関連, 日本社会心理学会大会発表論文集, 358-359, 1998.
- 26) 萩原千香子：職業性ストレスと気質調査－抑うつ関連要因と性差－, 精神医学研究所業績集, 159-164, 2002.
- 27) 平木典子：アサーション・トレーニング－さわやかな自己表現のために－, 15-28, 金子書房, 東京, 2002.
- 28) 菊池章夫：KiSS-18研究ノート (追補), 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 6(2), 1-15, 2004, (2005年10月追補).
- 29) 津村俊充：社会的スキルの訓練, 菊池章夫, 堀毛一也 (編)：社会的スキルの心理学, 220-241, 川島書店, 東京, 2002.
- 30) 相川充：人づきあいの技術 社会的スキルの心理学, 226-247, サイエンス社, 東京, 2004.

- 31) 沢崎達夫, 平木典子: アサーション・トレーニングの考え方と歴史, 平木典子 (編): 現代のエスプリ450 アサーション・トレーニング, 30-36, 至文堂, 東京, 2005.
- 32) 伊藤弥生: 人間性心理学的アサーション・トレーニングの効果の検討, 健康心理学研究, 16(1), 54-59, 2003.
- 33) 野末聖香: 看護実践とアサーション・トレーニング, 平木典子 (編): 現代のエスプリ450 アサーション・トレーニング, 70-80, 至文堂, 東京, 2005.
- 34) 勝原裕美子, 増野園恵: 日本の看護職のためのアサーティブネス・トレーニングプログラムの開発- 試案の作成と有効性の評価 -, 兵庫県立看護大学紀要, 8, 71-85, 2001.
- 35) Lee, S., Crockett, M.S.: Effect of assertiveness training on levels of stress and assertiveness experienced by nurses in Taiwan, republic of China, Mental Health Nursing, 15, 419-432, 1994.
- 36) Takashi Shimizu, Shinya Kubota, et al.: Relationship between self-esteem and assertiveness training among Japanese hospital nurses, Journal of Occupational Health, 46(4), 296-298, 2004.
- 37) Takashi Shimizu, Tetsuya Mizoue, et al.: Relationship between burnout and communication skill training among Japanese hospital nurses: A Pilot Study, Journal of Occupational Health, 45, 185-190, 2003.
- 38) 鈴木英子, 叶谷由佳, 他: 大学病院に勤務する新卒看護職の職場環境及びアサーティブネスとバーンアウトリスク, 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 89-99, 2005.
- 39) 田中健吾, 小杉正太郎: 企業従業員のソーシャルスキルとソーシャルサポート・コーピング方略との関連, 産業ストレス研究, 10, 195-204, 2003.
- 40) 田中健吾, 小杉正太郎: ソーシャルスキルと対人関係のトラブル・心理的ストレス反応との関連, 日本心理学会第67回大会論文集, 1261, 2003.
- 41) 林俊一郎 (編・訳): R.S. ラザルス講演 ストレスとコーピング ラザルス理論への招待, 18-32, 星和書店, 東京, 2001.
- 42) Lazarus, R.S., Folkman, S. (著), 本明寛, 春木豊, 他 (訳): ストレスの心理学 [認知的評価と対処の研究], 14-24, 実務教育出版, 東京, 2004.
- 43) 堤明純: ストレス耐性の決定要因- ソーシャルサポート -, 産業ストレス研究, 5, 165-170, 1998.
- 44) 川上憲人, 原谷隆史: 新しい職業性ストレスの評価法- 米国立職業安全保健研究所 (NIOSH) の職業性ストレス調査票, ストレス科学, 13(1), 19-24, 1998.
- 45) 原谷隆史: 特集 職場で活用できるストレス調査票 NIOSH 職業性ストレス調査票の活用, 産業精神保健, 12(1), 12-19, 2004.
- 46) Rathus, S.A.: A 30-item schedule for assessing assertive behavior, Behavior Therapy, 4, 398-406, 1973.
- 47) Williams, J.M., Stout, J.K.: The effect of high and low assertiveness on locus of control and health problems, The Journal of Psychology, 119(2), 169-173, 1984.
- 48) Henderson, M., Furnham, A.: Dimensions of assertiveness: Factor analysis of five assertion inventories, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 14(3), 223-231, 1983.
- 49) Nevid, J.S., Rathus, S.A.: Factor analysis of the Rathus Assertiveness Schedule with a college population, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 10, 21-24, 1979.
- 50) Kruse, J. M.: What kinds of nurses most assert themselves, Nursing Management, 23(3), 66, 1992.
- 51) Walbek, N.H., Gordon, V.C.: Concurrent validity of three self-report measures of assertiveness, Research in Nursing and Health, 3, 159-162, 1980.
- 52) Mann, R.J., Flowers, J.V.: An investigation of the validity and reliability of the Rathus Assertion Schedule, Psychological Reports, 42, 632-634, 1978.
- 53) 清水隆司, 森田汐生, 他: 日本語版Rathus Assertiveness Schedule (RAS) の作成と信頼性・妥当性の検討, 産業医科大学雑誌, 25(1), 35-42, 2003.
- 54) 菊池章夫: KiSS-18のこと, 菊池章夫, 堀毛一也 (編): 社会的スキルの心理学, 177-183, 川島書店, 東京, 2002.
- 55) 高島尚美, 樋之津淳子, 他: 新人看護師12ヵ月までの看護実践能力と社会的スキルの修得過程- 新人看護師の自己評価による -, 日本看護学教育学会誌, 13(3), 1-17, 2004.
- 56) 千葉京子, 相川充: 看護における社会的スキル尺度の構成, 看護研究, 33(2), 139-148, 2000.
- 57) 訪問看護制度研究会 (編): 訪問看護関係法令通知集, 394-413, 中央法規, 東京, 2001.
- 58) 磯和勲子: 看護師の職務ストレスサー, バーンアウトおよび身体的健康問題の関連: 質問紙および免疫指標からの検討, 行動医学研究, 10(1), 25-33, 2004.
- 59) 仁科祐子, 谷垣静子, 他: 鳥取県内の訪問看護ステーションに勤務するスタッフナースの個人・職場要因と職業ストレスサーとの関連, 米子医学雑誌, 58(1), 15-24, 2007.
- 60) 松山洋子, 若佐柳子, 他: 訪問看護婦のストレス因子の検討, 看護研究, 32(6), 489-196, 1999.
- 61) 厚生労働省大臣官房統計情報部: 平成15年介護サービス施設・事業所調査結果の概況, 2004-10-13, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service03/kekka5.html>
- 62) 小林裕美, 乗越千枝: 訪問看護のストレスに関する研究- 訪問看護に伴う負担と精神健康状態 (GHQ) および首尾一貫感覚 (SOC) との関連について -, 保健の科学, 48(5), 391-397, 2006.

〔平成20年5月29日受 付〕
〔平成21年1月20日採用決定〕

第 34 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (2)

2008年8月20日 (水)・8月21日 (木)

会長 近田敬子

於 神戸ポートピアホール

ジェネラリスト・スペシャリストをいかに紡ぐか？

～総括～

京都大学大学院医学研究科 宮島 朝子
滋賀県立大学人間看護学部 平河 勝美

1. 企画意図

このたびのトーキングセッションは、次のような課題意識のもとに企画しました。

- ①看護界に限らず、さまざまな職種でスペシャリストの必要性が叫ばれている。看護界も例外ではなく、さまざまなスペシャリストが活躍している。しかし、スペシャリストが次々と誕生していけばそれでよいのだろうか。
- ②ジェネラリストとして活躍している多くの看護者は、実際の臨床現場でスペシャリストとどのように関わっているのだろうか。単に“連携”という線でつなぐイメージではなく、縦糸と横糸で“紡ぐ”ように、ジェネラリストとスペシャリストが協同して看護を創生していけないだろうか。

そのためには、さまざまな立場で独自の役割を担っている方々の、実践例を報告してもらうのがよいと考えました。そこで、次のような方々に登場していただきました。

- ・田村恵子さん（淀川キリスト教病院ホスピス病棟主任看護課長，がん看護専門看護師）
スペシャリストと病棟管理者という2つの役割を担う立場から
- ・米田昭子さん（平塚共済病院療養指導室長，慢性疾患看護専門看護師）
専門領域内および専門外領域間の広い範囲をカバーする立場から
- ・西真由美さん（公立学校共済組合近畿中央病院，感染管理認定看護師）
明確な専門性を発揮しながら他職種との調整や協同をより一層求められる立場から
- ・箕浦洋子さん（兵庫県立柏原病院看護部長）
看護部門のトップマネージャーとしてスペシャリストとジェネラリスト双方の育成や人材活用をしている立場から

これらの方々に加えて、日本ではまだ制度化されていないナースプラクティショナーとして、病院内外の他職種と関わりをもちながら活躍しているスティーブン橋本次郎さん（バンクーバー・コースタル保健局，ファミリーナース

プラクティショナー）に参加をお願いしました。

今回は“トーキングセッション”というこれまでにないスタイルを提案し、メンバーのおひとりでもある田村恵子さんにファシリテーターもお願いしました。これは、視聴者や専門家が車座になって意見交換をしているテレビ番組からヒントを得て、メンバーとフロアが一体となって討論を進めていけたら、と考えたからでした。

2. 総括

各メンバーの発言内容の詳細は個別におまとめいただいておりますので、ここではフロアから投げかけられた発言や、それらを踏まえたトーキングの内容を中心にまとめたいと思います。

最初に、用語の定義に関する発言がありました。ジェネラリスト、スペシャリストという用語、あるいはエキスパート、アーティストという異なる表現があるが、これらはどう整理できるのかという、今回の議論の根底を確認するような意見が出されました。これについて各メンバーから、患者へのケアテイカーであり続けるためにスペシャリストになるという選択をした、スペシャリストやエキスパートでもある部分はジェネラリストでもある、スペシャリストになっても自分の専門外へのバランス感覚を失わないようにしている、ジェネラリストもスペシャリティを発揮しているなど、各メンバーの背景や経験に基づく意見が述べられました。

次に、専門看護師と認定看護師の関係が話題になりました。これに関しては、両者の教育や活動の違いを踏まえて現場がどちらを求めるかが問われている、経費がどのくらい違うかが明確ではない、両者は必ずしも活動内容で棲み分けているわけではない、互いに牽制し合うこともあるようだが認定看護師しかいない現場では専門看護師を求めている、ひとりの専門看護師が複数の病院をカバーするなど工夫が必要、などの意見が出されました。

さらに、管理者とスペシャリストの関係が取り上げられ、両者に決定的な違いがあるわけではないので役割葛藤が起きるとは限らないという意見もあれば、両者の役割が違うのだから互いに自分の役割を明確にすべきだという意

見もありました。また、ナースプラクティショナーの制度化が検討され始めている今、専門看護師とナースプラクティショナーの役割の違いなど、看護界にとってタイムリーな議論もありました。

これらのトーキングを振り返ってみると、ジェネラリスト、スペシャリスト、管理者はそれぞれどのような存在であるのか、活動や役割の間にどのような違いや分担が想定できるのかといった事柄に、多くの関心が寄せられていたように思います。そして議論から見えてきたのは、スペシャリストの活動内容や活動成果を知ってもらう必要がある一方で、スペシャリストはジェネラリストの力を引き出す関わり方をしているだけに、何がスペシャリストの成果

なのかを可視化させるのは容易ではないということでした。

今回の企画は、ジェネラリストとスペシャリストが縦糸と横糸になって看護実践をどのように紡いでいくかという課題を提言したわけですが、相手はどのような特徴をもっている糸なのか、翻って自分はどのような糸であるのかを問い直したと言えそうです。これからの看護界において、ジェネラリストとスペシャリストがどのように役割を紡いでいくかという課題は、それぞれがどのような存在で何を実践しているかを認識し合うことを原点に取り組むことになるのではないかと思います。

ジェネラリストとがん看護専門看護師が紡ぐケア

ファシリテーター 淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長 がん看護専門看護師 田村 恵子

私は、1996年に聖路加看護大学大学院看護研究科修士課程を修了し、その後1年間の臨床で活動を経て、1997年にがん看護専門看護師（以下、がん看護CNS）の認定を受けました。1998年より、ホスピス病棟師長とがん看護CNSの二足のわらじを履いて活動を行っています。マネージャーとスペシャリストの役割は異なっており、両者を同時に担うことは困難であるとされています。実際、私もがん看護CNSとしてようやく歩き始めたところに新たにマネージャーの役割が加わり、「やっていけるのだろうか」と強い不安を抱きながらのスタートでした。10年余りが経過して言えることは、私の主な活動の場が、ホスピスというケアを主体とした場であり、チームメンバーと共により良いケアについて考えて実践することが役割として強く求められているため、2つの役割の間で悩みつつも、その時々折り合いをつけてジェネラリストと共に歩んでいくことができたということです。

本セッションで私に与えられたテーマは、「ジェネラリストとがん看護CNSがどのようにケアを紡いでいくのか」ですが、その前提として、マネージャーとスペシャリストの2つの役割の間で私自身がどう折り合いをつけているかが、がん看護CNSとして活動する上では非常に重要なポイントですのでこの点も含めて発表したいと思います。そこで、まず初めに、ジェネラリストとスペシャリストという用語の定義をしたいと思います。次に、私の専門領域であるがん医療の状況について概要を説明します。最後に、ジェネラリストとがん看護CNSが紡ぐケアについて、ホスピスでの実践を踏まえて紹介します。以上の3点を踏まえて、ジェネラリストと紡ぐケアについてがん看護CNSとしての今後の目標を述べたいと思います。

1. ジェネラリストとスペシャリスト

まず初めに、ジェネラリストとスペシャリストと用語の定義です。日本看護協会は、「ジェネラリストは、特定領域のスペシャリストを目指すのではなく、従事した領域で直接クライアントに対して質の高いサービスを提供することを志向する看護職者である。」（日本看護協会 継続教育の基準 2000）と定義しています。一方、スペシャリストである専門看護師を日本看護協会は「複雑で解決困難な看護問題をもつ個人・家族や集団に対して、水準の高い看護

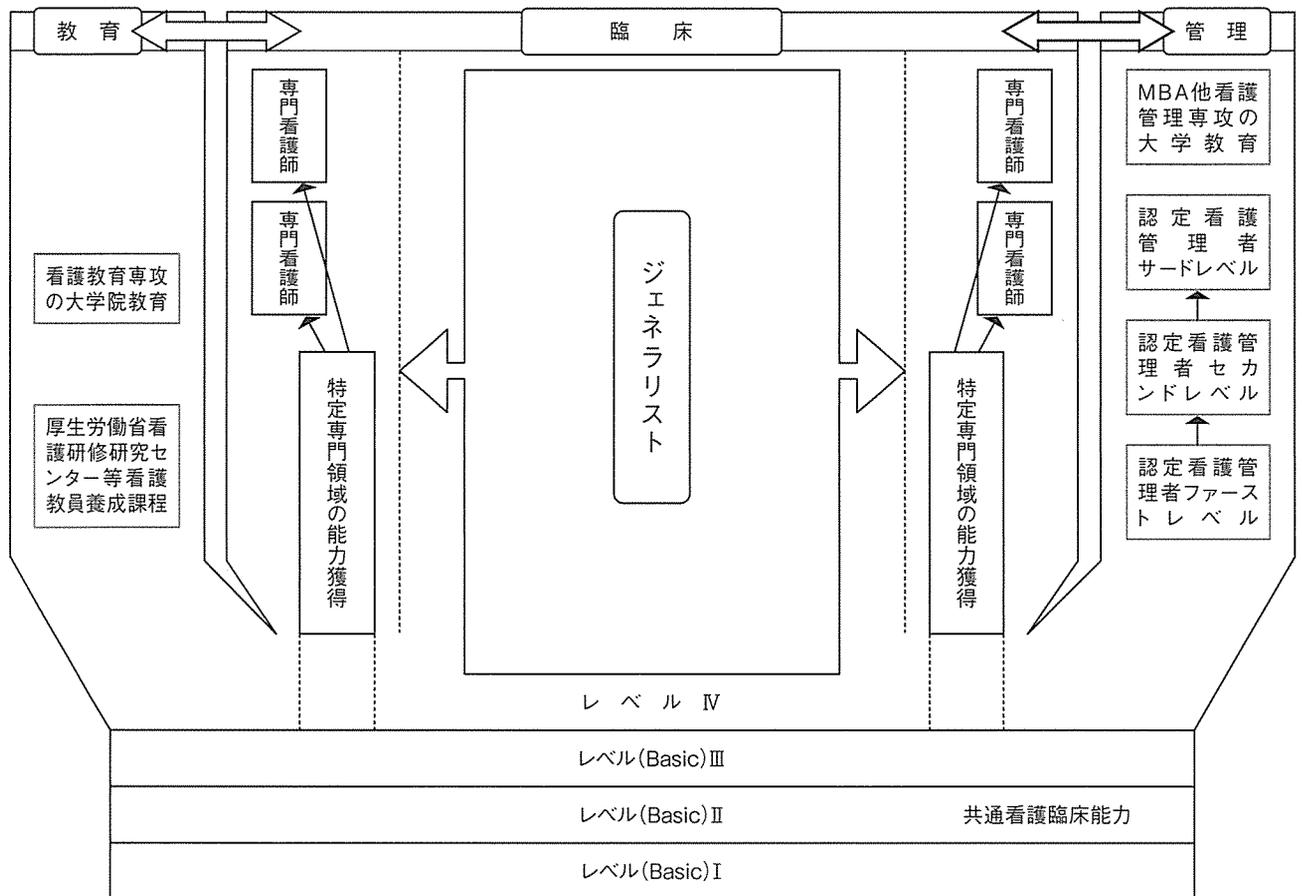
ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識・技術を深めた」看護師と規定しています。いわばその分野のスペシャリストという位置づけです。専門看護師の役割は「実践」「相談」「調整」「倫理調整」「教育」「研究」の6つであり、これらの役割を遂行することを通して「保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる」ことが目的とされています。2008年2月現在、10分野、238名の専門看護師がそれぞれの看護専門分野で活動しています。両者の関係は、看護師のキャリアパスの視点から図1のように示されています。

以上のことから、ジェネラリストとスペシャリストは専門分化に関連した役割の違いによる定義であり、いずれも看護専門職として、お互いに協働して看護実践を行うことが求められています。臨床においては、ジェネラリストは看護の中核的な機能を果たしており、大部分の看護師はジェネラリストとして活動しています。

ところで、病棟管理を担うマネージャーとスペシャリストのような関係にあるのでしょうか。病棟師長とがん看護CNSは両立できるのでしょうか。一般に看護チームがより良い方向へ向かうためにはリーダーシップが必要であると言われています。リーダーシップの考え方はさまざまですが、私はリーダーシップを発揮するには、「論理力」「構想力」「人間力」「行動力」の4つの要素を備えていることが必要であると考えています。さらに、現場でのリーダーシップには、コーチングという「相手の自発的な行動を促すコミュニケーション技術」が必要であると言えるでしょう。このようにリーダーシップについての考察することを通して、私はがん看護CNSとして学んだ知識とその役割を通して「マネジメント」ということもできるのではないだろうかと考えました。そこで、マネージャーとスペシャリストの二足のわらじを履くことを決心しました。

2. がんを取り巻く医療の現状

私の専門であるがん看護領域においては、2007年4月よりがん対策を総合的かつ計画的に推進することを目的とする「がん対策基本法」が施行されました。基本理念としては、1. がん研究の推進、2. がん医療の均てん化の促進、3. がん患者の意向を尊重したがん医療の提供の整備、の3つが規定されています。基本法に基づき策定された「が



引用：H14年度 日本看護協会 基盤整備事業 ジェネラリストのための臨床的・ラダーの開発

図1 概念枠組 看護師のキャリアパスの全体構造

「がん対策推進基本計画」では、がん患者を含めた国民の視点に立ってがん対策を進めることを大前提としつつ、1. 放射線療法及び化学療法の推進並びにこれらを専門的に行う医師等の育成、2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施、3. がん登録の推進、の3つが重点的課題としてあげられ、昨年より取組みが始まりました。

さらに、私のサブスペシャリティであるホスピス・緩和ケアにおいては、上記の「2. 治療の初期段階からの緩和ケアの実施」に加えて、・がん患者の意向を踏まえた住み慣れた家庭や地域での在宅医療の充実、・身体的苦痛のみならず精神心理的苦痛等を含めた全人的な苦痛に対する緩和ケア、・がん患者に加え、その家族への緩和ケア、の3点が目標として掲げられており、「様々な場面において切れ目のない適切な緩和ケア」の提供が目標とされています。このため、がん診療に携わる医師が緩和ケアについての基本的な知識を習得するための研修や、がん診療連携拠点病院に設置されている緩和ケアチームが緩和ケアに関する専門的な知識や技能を習得するためのワークショップなどが全国各地で行われています。

がん対策基本法の制定により、がん医療は大きな変革の

ときを迎えて、これまでにないスピードで変化しています。

3. ジェネラリストとがん看護CNSが紡ぐケア

先にも少し述べたように、私は、1987年に淀川キリスト教病院に就職し、1998年よりホスピスで師長として勤務しています。当ホスピスは、1984年に4月に開設し今年で25年目を迎えています。病床数は21床であり、2006年度の入院総数は377名、死亡退院数272名、在宅死亡数12名、平均在院日数18.5日とインテンシブなケアを、多職種から構成されるチームにより実践しています。看護チームはがん性疼痛看護認定看護師と緩和ケア認定看護師の2名を含む21名です。当ホスピスのシステムは、図2に示したとおりであり、電話相談、外来受診、在宅療養もしくは入院、そして入院後も症状緩和が図られ状態が安定すれば在宅療養への移行に積極的に取り組んでいます。このため、外来機能が非常に重要となります。そこで、患者と家族を継続的に支援するために、私を含めて3名のホスピス病棟の看護師がホスピス外来を担当しています。ホスピス外来での私の働きは、私自身の中でがん看護CNSと看護師長の役割を

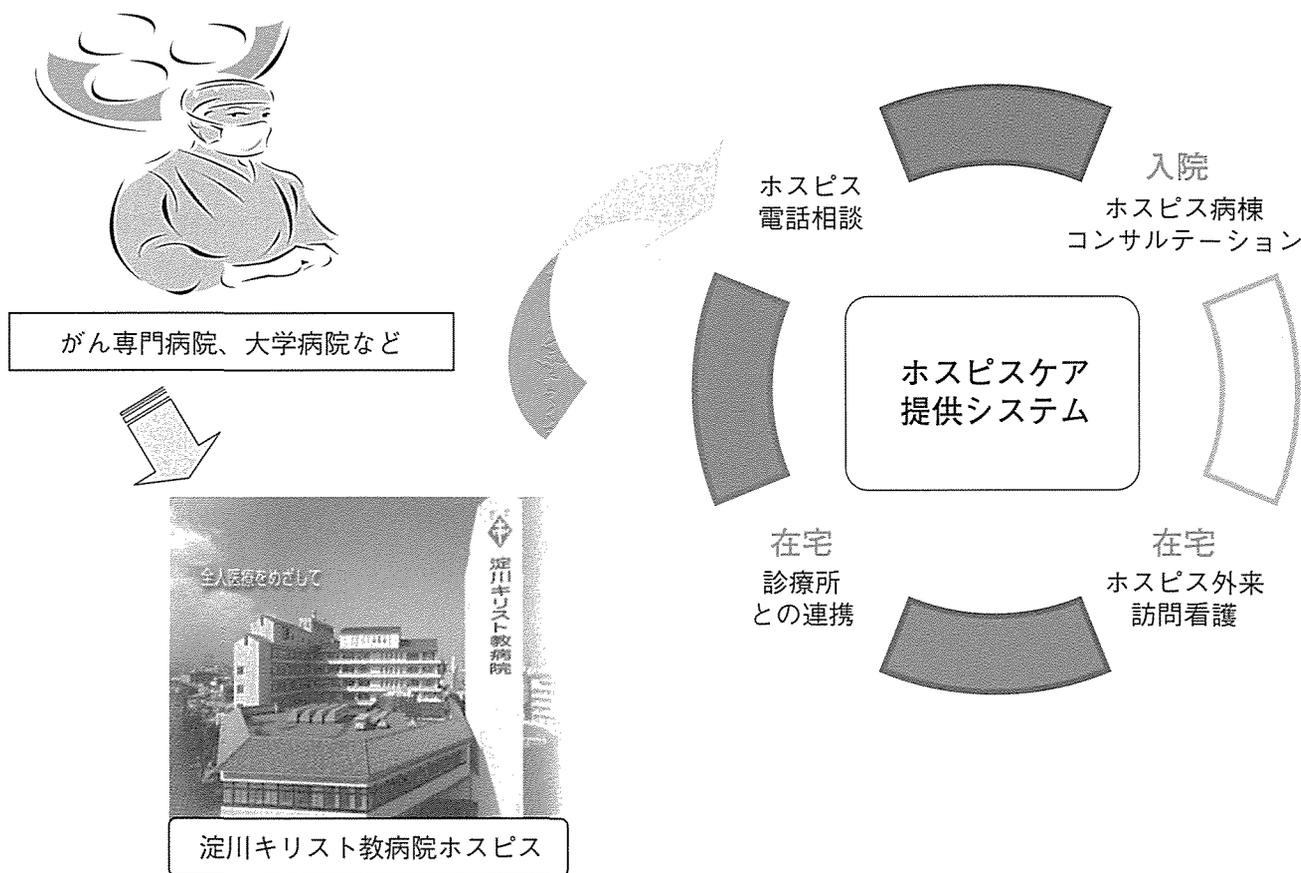


図2 淀川キリスト教病院ホスピスのシステム

紡いでいるといえます。具体的には、患者の病状経過と家族の状況に応じた看護の実践を目指して、・患者と家族の全体像を短時間で把握する、・前回の状態との比較を行った上で、現在の患者と家族の問題点を明らかにする、・患者と家族が在宅療養を続けるために必要な看護を行い、同時に必要な情報をアセスメントして提供する、などを短時間に行なっています。さらに、患者にとって適切な時期に入院できることを常に意識してベットコントロールを考えています。

次に、ホスピス病棟においては、まず看護師長として、以下の3点に力を注いでいます。①ホスピスで勤務するジェネラリストの力を最大限に引出し、患者と家族により質の高い看護が継続的に提供されるように、それぞれの看護師の能力に応じた役割を与える。②実施された看護が、その患者や家族の抱える看護上の問題点を効果的に解決できたか、セルフケア能力を引出すことができているか、などの視点から評価してフィードバックする。③ホスピスにおけるジェネラリストとしての能力を見極めながら、徐々に看護師としての能力が習得できるように継続的に教育的に関わる。

がん看護CNSとしては、ホスピスや緩和ケアに関する専門的な知識や技術に基づいて、患者や家族の抱える問題

を明らかにし、ジェネラリストだけでは解決が困難であると予測される問題の解決を、優先順位（難易度、時間など）を考慮した上で、直接的に看護を実践もしくは解決できるように支援しています。ホスピスでは外来・病棟を問わず患者と家族のQOLの向上を目指して多職種の専門家によるチームアプローチを行っています。各専門職の専門性を十分に生かしたチームでのアプローチが行えるように、チームをコーディネーションするものがん看護CNSとしての役割です（表1）。

表1 チーム医療の実践 - 多職種のコーディネーション -

<ul style="list-style-type: none"> ・医師 ・チャプレン ・医療ソーシャルワーカー ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語療法士 ・栄養士 ・薬剤師 ・ボランティア 	<ul style="list-style-type: none"> ・看護師（ジェネラリスト） ・がん性疼痛看護認定看護師 ・緩和ケア認定看護師 ・電話相談員（看護師） ・皮膚・排泄ケア認定看護師 ・退院調整看護師 （地域看護専門看護師） ・訪問看護師 <p>*アンダーラインはホスピス専任スタッフ</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ホスピスにおける退院調整や在宅療養に関する調整は、主にジェネラリストである担当看護師が行っています。しかし、院内の退院調整看護師や医療ソーシャルワーカー（以下、MSW）との連携、当院訪問ステーションとの連

携、在宅支援診療所や他の訪問看護ステーションとの連携など他部門や地域における連携が必要となる場合が多く、これらのコーディネーションは私の役割であり、がん看護CNSとして患者と家族が安心して過ごせるようにシームレスなホスピスケアの提供を目指しています。

さらに、一般病棟においても適切な緩和ケアが実践されることを目標に、ホスピス医師、薬剤師、MSWとがん看護専門看護師から成る緩和ケアチームを設置しています。従来の看護コンサルテーションに加えて、毎週木曜日の午後には、成人系10病棟及び外来化学療法センターをチームでラウンドし、がん患者と家族の全人的苦痛の緩和に関するコンサルテーションを行っています。時に、がん以外の疾患の症状緩和に関するコンサルテーションもあり、院内での緩和ケアの広がりを実感しています。

上に述べたように、2つの役割に折り合いをつけながら、私は日々、看護スタッフ、すなわちジェネラリストと協働してケアを実践しています。ジェネラリストと非常に近い距離に存在しますので、彼らが何に悩み、どのようなことに躓いているのかが、当事者以上によく見えています。そこで、適切な距離を保ちつつ、ジェネラリストが悩んでいる現象を分析し、状況を変化させるのに必要なことは何か―不足を補うことか、良いところをさらに伸ばしていくことか―など、個々のジェネラリストのもつ力と患者・家族の状況を見極めながら、さまざまな仮説を立ててアドバイスすることを心がけています。また、状況が複雑でありなかなかその糸を解くことが困難であるときには、がん看護CNSとして直接的なケアを実践しています。患

者・家族によりよいケアを提供するには両者が共にケアの方向性を共有しつつ、それぞれの役割をバランスよくしかも十分に発揮することが大切であると考えています。

今後、ジェネラリストとどのようにケアを紡いでいくのか。がん看護CNSとしての目標は、「ジェネラリストだけでの実践より、質の高い適切なケアが継続して提供されること」であり、スペシャリストとの協働を通して、ジェネラリストが以下のような状態になることを願い、支援したいと思っています。

- 患者や家族のケアに関する満足度が高く、ジェネラリストの満足度も高いこと
- ジェネラリストの看護実践能力が高まること
- ジェネラリストがエンパワーされ、がん看護への関心が高まること

一方、マネージャーとスペシャリストの二足のわらじを履いて10年が過ぎました。マネージャーの役割を担うがん看護CNSとして、ジェネラリストと同じ現場で看護を実践しているからこそ、発揮できるリーダーシップがあると強く感じています。しかし、ジェネラリストに具体的なアドバイスするには、自らが科学的根拠に基づく新しい知識や技術を常に学んでおくことが必要であり、がん看護CNSとして信頼を得るには、スペシャリストとして絶え間ない努力が求められていることも痛感しています。二足のわらじを履くことは、「現役でありながらチームを率いる」ということであり、純粋なマネージャーとは異なる味わい深いポジションにいると思っています。

慢性看護連携システム構築の実践とその課題

～慢性疾患看護師としての取り組み～

メンバー 平塚共済病院療養指導室長, 慢性疾患看護専門看護師 米田 昭子

1. 慢性疾患患者の理解のために

筆者の施設は、地域に根ざした急性期医療をめざす総合病院である。その中で、慢性疾患看護CNSとして、慢性看護を広めたり、深めたりすることを意図的に実践してきた。それは、慢性看護を専門にしているというプライドと、慢性疾患患者が安定した状態を維持して外来通院することで急性期病院としての機能が維持できると考えられるからである。

慢性疾患患者を理解するための働きかけとしては、“病棟カンファレンスの場でスタッフナースに伝える”“コンサルテーションの中でコンサルティに伝える”“スタッフナースに自己の実践を示す”“院内看護研修の場で伝える”などがある。

病棟カンファレンスの場で伝えるというのには、状態が悪化して入院した患者の外来通院中の状況や、日々、努力して療養してきたありようや、退院が近い患者について外来におけるフォローの必要性について伝えたりというものがある。

例えば、腎機能が悪化して入院した腎不全保存期の患者のカンファレンスでは、「透析導入にならないように、食事をがんばっていたけれど、ここのところ仕事が忙しく、体調を整えられなくなって本人も、両立に葛藤していた」などを伝える。すると、病棟スタッフは、コンプライアンスが悪く、自己管理が困難だった患者という捉え方ではなく、この患者の療養生活がどのような体験であったのかを理解していかうとする。また、肺炎で入院した一人暮らしであった糖尿病もある高齢者に対して、家族やケアマネとだけ相談して、施設入所を検討しようとするカンファレンスでは、「60歳から糖尿病で、90歳になっても、インスリン自己注射と血糖自己測定をした人。高齢で一人暮らしの中で、これだけやっていた。えらいですよー。自律してますよね。自分はこれだけやってきたというプライドがあるのでは？。退院後はどうしたいのか、まず、本人に確認してから、退院調整してはどうでしょうか？」と投げかけることで、その人の長い病気とのつきあい方を理解しようと思われ、その患者の意思を尊重することの意義を見出して、関わりを再スタートさせる。

あるいは、「不死身のからだなんだと捉えてきた人が、

生活の中で息苦しさを感ずることで、だんだん弱ってきているのかもしれないと捉え、在宅酸素療法を始めることを受け入れた。今は、自分への信頼感を失っている時期かもしれない」と、その患者が、外来で、どのように新しい治療を導入することを意思決定したのか、今、どのような局面にあるのかを伝えることにより、スタッフは、在宅酸素療法導入入院が4,5日間という短期間で、より深く患者の状況を理解して、支援を行い、再び、外来でのサポートにつなげていこうとする。

コンサルテーションの中でコンサルティに伝えるということも、同様である。その患者が、病気とどのようにつきあってきたのかという体験を理解することの重要性を伝え、コンサルティが患者の、『まず、聴いてみる』という行為を促す。それにより、その人なりのセルフケアを理解し、病気とうまくつきあっていく手立てを、患者と看護師と一緒に考えていくことができるようになっていくのである。

そして、とても重要なのが、実践である。実践を通して、自分自身が慢性疾患と付き合っていくことがどういふことなのかという理解を深めていくことができる。そうして、自己の実践は、他の医療者に示されること、患者を信頼して、逃げずに、ケアを提供するとはどういうことなのか、じわじわと伝わっていくものと考えている。それは、数年という長いスパンのものもある。ケトシスと低血糖を頻繁に繰り返す患者へ4年間、関わって、緊急搬送されることがなくなっていったり、医療者と良い関係がきずけず病院を転々としてきた1型糖尿病の人が、電話相談を続け、とぎれずに治療を継続していったり・・・などである。

2. 院内の連携 ー病棟と外来のケアをつなげるー

2年前から、院内の継続看護委員会の委員長をしている。そこでは、各部署から1名の委員が選出され、毎月1回の委員会会議に参加し、活動の報告、委員同士のディスカッションを行っている。委員会の目標は、継続看護委員をリソースとして、システムを構築することにある。例えば、透析センターと腎臓内科病棟の委員が協同して、透析導入となった患者への関わりにおいて、これまで、病棟、

外来, HDセンターが独自に, 透析導入に関わってきたが, そこをつないで, 外来は, 保存期の患者の療養の状況を伝え, 入院病棟やHDセンターでは, それをもとに外来での保存期の様子を理解して関わるように, そして, 導入指導は, 共通のマニュアルで関わり, どこまでどのように指導し, どのような反応が得られているのかを双方が, 連絡用紙を用いて理解しあって, 一緒に指導をしていく, というシステムを構築中である。

3. 慢性疾患患者の慢性期をサポートする 看護ケアの場としての療養指導室

2000年に, 外来通院する糖尿病患者への支援の場として開設した療養指導室であるが, いまや, 継続看護委員会の充実や, 内科医師からの慢性疾患看護師への患者フォローの依頼の増加により, 外来通院する慢性疾患患者のサポートの場として, 確立してきた感がある。2007年のデータを示すと, 糖尿病以外の延べ利用患者は, 腎不全保存期が39名, 神経難病の患者22名, ASOの患者3名, COPDや喘息などの慢性の呼吸器疾患患者は15名であった。まだ, システマティックに活動しているわけではないが, 今後, システムを整え, 看護外来として開設し, 診療報酬につなげていくことができるようなことを目指している。

感染管理が紡ぐもの

メンバー 公立学校共済組合近畿中央病院医療安全推進室 感染管理認定看護師 西 真由美

はじめに

医療現場における感染管理は、患者、医療従事者、訪問者などを守ることが目標である。医療の高度化、多様化にともない、感染防止対策は組織横断的にチームで取り組むことが必要不可欠である。

CDC (Centers for Disease Control and Prevention) 隔離予防策のガイドライン 2007年でも「院内感染」ではなく、医療関連感染(HAI: healthcare associated infection)という用語を提唱している。これは急性期医療施設だけでなく、在宅ケアや長期療養施設、介護施設などに医療現場は範囲拡大しているからである。

医療法においても2007年改正では、大規模病院から診療所まですべての医療機関において感染防止対策が必須となっている。

そして今、医療の質が問われる時代である。質が高く安全な医療を提供するために、感染を防止する、発生すれば速やかに低減させなければならない。

私は現在感染管理認定看護師として自施設で組織横断的な活動を行っている。その中でジェネラリスト、他分野のスペシャリスト、他職種の職員との協働、看護管理者とのコミュニケーションについて自身の活動を通しての考えを述べたい。

日本看護協会認定看護師制度とは

高度化・専門分化が進む医療現場における看護ケアの広がりや看護の質向上を目的に、看護界の総意で1997年に資格認定制度が発足。

ある特定の認定看護分野において、熟練した看護技術と知識を有することが認められた者をいい、次の役割を果たす。

- (1) 特定の看護分野において、個人、家族及び集団に対して、熟練した看護技術を用いて水準の高い看護を実践する。(実践)
- (2) 特定の看護分野において、看護実践を通して看護者に対し指導を行う。(指導)
- (3) 特定の看護分野において、看護者に対しコンサルテーションを行う。(相談)

認定審査までの道のりは、

- ①保健師、助産師、看護師としての実務経験が、通算5年

以上そのうち通算3年以上は特定の看護分野の経験を有すること

- ②認定看護師教育課程修了すること(6ヶ月・600時間以上)

- ③認定審査に合格すること(筆記試験)

2008年5月現在認定されている認定看護師教育機関31・教育課程58・認定看護師登録者数 合計4,458名

認定看護分野とは、高度化及び専門分化する保健、医療及び福祉の現場において、熟練した看護技術及び知識を必要とする看護分野として制度委員会が認めたものをいい以下の19分野が現在開講、または準備中である。(番号は特定順)

- ①救急看護 ②皮膚・排泄ケア ③集中ケア ④緩和ケア ⑤がん化学療法看護 ⑥がん性疼痛看護 ⑦訪問看護 ⑧感染管理 ⑨糖尿病看護 ⑩不妊症看護 ⑪新生児集中ケア ⑫透析看護 ⑬手術看護 ⑭乳がん看護 ⑮摂食・嚥下障害看護 ⑯小児救急看護 ⑰認知症看護 ⑱脳卒中リハビリテーション看護 ⑲がん放射線療法看護

認定資格取得後もレベル保持のため、認定を受けてから5年ごとにこれを更新しなければならない。

過去5年間に細則に定める看護実践や自己研鑽の実績があることが求められる。

- (1) 看護実践時間が2,000時間以上に達していること。
- (2) 制度委員会が認めた学会及び研究会等への参加や発表、または雑誌発表等自己研鑽の実績が規定の内容で50点以上に達していること。

感染管理認定看護師とは

感染管理認定看護師は、看護集団のみを対象とするのではなく、院内に出入りするすべての人が対象となる。

施設での感染管理は組織横断的に行なわなければならない。集団を、疫学的な視点でとらえることも必要である。

認定看護師教育課程において、自施設の組織分析を行い以下の項目のプログラムを立案、実践、評価するために必要な知識技術を習得する。

- ①病院感染サーベイランス：疫学的な知識に基づき、病院感染発生の状況に関するデータの収集、分析、評価を自らが実践し、その結果を感染防止に直接関わる医療従事者と共有することを通して感染率の減少、医療の質や経

済性向上を目指す。

- ②感染防止技術：疫学的に効果が認められた感染防止技術について情報収集を行い、各施設および部署の状況に適した感染防止対策を立案、導入、評価、改訂する。
- ③職業感染防止：病院で働く全ての人に対して、針刺しや空気感染を含む職業感染防止対策を立案、実践、評価、改訂する。
- ④感染管理教育：病院で働く全ての人々に対して、対象集団のニーズに対応し感染管理の意図に即した感染防止に関する継続的な教育、訓練を立案、実践、評価する
- ⑤コンサルテーション：病院で働く全ての人々に対して、感染防止に関連した問題についてコンサルテーションするための環境を整え、実践し、実践過程および結果を記録および評価する。対象者が自らの問題を認識するのを促し、有効なリソースを提供あるいは調整し問題解決を支援する
- ⑥ファシリティマネジメント：患者の安全な療養環境を確保する。リネン管理、水・空調管理、清掃、廃棄物など

感染管理認定看護師を目指したきっかけと 現在までの道のり

2002年ジェネラリストの看護師として手術室に所属していた。当時AIDS拠点病院であったため、HIV患者の帝王切開術が行われた。私はその手術の外回り看護師となった。

AIDS拠点病院ではあったが、多くの職員はHIV感染症の詳しい知識を持っていなかった。そこで担当スタッフでチームを作り基礎から勉強した。それでもHIV曝露に対して恐怖心を持ったし、患者と接する時、その背景の重たさにとまどいも感じてしまった。そこで感染防止対策を含めどのような体制で手術を行うか何度もチームで検討した。

今思えば少し過剰な対策をとったが、患者、病棟スタッフ、手術室スタッフ、執刀医、麻酔医、器械出し看護師と連携をはかり無事手術を終えた。

私はこの経験で、チーム医療の重要性と、感染管理の知識習得の必要性を感じた。それをきっかけに、その年設立したICT (Infection Control Team: 院内の多職種による感染対策実践者チーム)に参加することになり、看護部内、自部署内だけでなく院内全体の感染管理活動を開始した。

そして2005年に日本看護協会感染管理認定看護師資格を取得した。

当院では、認定看護師資格取得研修期間は長期出張の扱いとなり、研修費用も一部施設負担される。そのため、安心して半年間学ぶ事が出来た。

その研修中には先述した自施設のプログラムを立案し看護部長に報告を行っていた。職場復帰時にはモチベーションもさらに上がり、最重要と習ったターゲットサーベイランスを行おうと張り切っていた。しかし資格取得後職場復帰すると、所属部署は以前と同じ病棟であった。

そして当時の看護部長からは、病棟でジェネラリストとしての業務を行い空いた時間に感染管理を行うよう指示された。

また感染管理を遂行する際の位置づけも、確立されてはいなかった。どこに相談、報告すればいいのかかわからず、課題は山積み、時間外勤務ばかりが増えていった。

その年、看護副部長の発案で「看護部資格認定特別委員会」が発足した。看護部内の資格取得者が集まりそれぞれの活動報告を行い、さらに看護部のキャリアアップを支援する事が目的である。発足時のメンバーは私と不妊症看護認定看護師、認定看護管理者であった。

この委員会で、自身の活動内容、活動時間が必要であることを報告した。また私も他分野の認定看護師達の活動について知り、その活動の特性を知ることが出来た。ここで私自身の状況について理解してもらい、他分野の認定看護師との連携もこの委員会で検討していった。(現在この委員会はうれしい広がりを見せ、看護管理認定者3名、不妊症看護認定看護師1名、感染管理認定看護師1名、緩和ケア認定看護師2名、皮膚排泄ケア認定看護師1名、呼吸療法士取得看護師1名の合計9名となった。これらの他部門の資格者をいかに活用してもらうか、日々の愚痴もちょっぴり言い合いながら重要なコミュニケーションの場となっている。)

委員会からの支援もあり、活動時間も徐々に増え、勤務部署も感染管理の時間を作りやすい部署へと2回も行ってもらった。そして資格所得から2年後の2007年4月、医療安全推進室所属の専任感染管理者となり現在に至る。

管理職とのコミュニケーション

研修を終えて職場に復帰当初は、報告していたはずなのに、どうして病棟配属になり活動時間を充分もらえないのだろうかと悩んだ。そのため、まず取り組んだことは、看護部管理職の理解を得ることであった。そこで活動結果だけでなく、どれくらい活動時間が必要で、時間外でどのような業務を行っているかを、明確にして毎月看護部長に報告を続けた。また、ジェネラリストとしての役割も果たしていくよう努力した。やがて病院全体を脅かすようなアウトブレイク対策の経験も経て、看護部長も病院長に働きかけてくれ、感染管理の専任者となる事が出来た。

振り返って思うことは、看護部長は私をすぐ専任にしないことで私を守ってくれていたのかもしれないということ

である。

感染管理の役割が重要であればあるだけ、その責任は重大である。組織横断的に活動してゆくのであればまず基盤を作らなければならなかった。学んできたコミュニケーション技術を駆使して組織作り、仲間作りを行い、チャンスに備え、危機に耐えることが出来る実力をつけなさいと言うことだったのではないか。

2年間の努力は無駄ではなく、感染管理認定看護師の存在は、他職種にも周知され、専任者として歩み始めることが出来た。専任者になったからといって感染管理は一人では行えない事もよく理解出来た。そのため医療安全推進室所属で、ICTという仲間との協働作業で活動出来ることになったのは恵まれていると思っている。

しかし感染管理認定看護師の他の認定分野と違う点は
・「管理」という言葉が入っている
・認定看護師の役割は看護者に対しての「指導」「相談」と記されているが、事象によっては医師を含むコメディカル対象となることも多い。

これらの点は管理職や、ジェネラリストに誤解される事もあるのではないかと感じる。他の認定分野においても「その分野の特殊性」があるだろう。イノベーターともなりうる認定看護師は、その特殊性も含めた活動内容の説明と、長期・中期・短期活動計画報告を行なう義務がある。そしてコミュニケーションスキルを高める必要がある。

専門分野の知識・技術提供だけでなく、施設内でのコミュニケーションスキルを発揮する事はジェネラリストのよき見本になりうる。さらに施設に他分野の専門看護師、認定看護師がいれば、相談し合いよい連鎖を作っているであろう。

そうすれば多くの認定看護師は、その施設のためにパワーを発揮し、よいリソースとなる。またジェネラリスト達の刺激剤となり、看護の質向上に役立つ、それは医療の質向上に直結していくと考える。

認定看護師を送り出し、研修後迎え入れる施設の管理者は認定分野の特殊性を十分理解して、必要な権限を与え、職場配属を考慮してもらえたらと思う。

感染管理専任者として

感染管理専任者として看護の力を組織横断的に活かす役割は、日々困難もあるが、やりがいある仕事である。

所属する医療安全推進室では「感染防止対策は患者および医療者の安全を守るための対策である」という方針のもと感染管理を行う事が出来る。さまざまな場面において医療安全管理者の協力も得る事が出来る。医療安全管理者に報告・相談することが出来るため、特に倫理的配慮が必要な場面で役立つ。

感染管理は、院内の医療者を対象に臨床における感染防止につながるケアや治療の実施を効果的に行えるよう専門的知識・技術を提供する。感染防止対策において100引く1はゼロかも知れない。手洗いを例にとると100人の医療者の中の99人が手洗い遵守しても、1人が間違っただけで感染は起こりえる。

そうは言っても、正しい手洗いを全ての医療者に遵守してもらおう事は大変な事である。

しかし感染管理者は、患者を取りまく全ての医療者にアプローチしていく。

そこにはコミュニケーション能力・対人関係調整能力・交渉能力などが必要となる。

また感染管理にはコストが発生する。

そこで現場の医療者だけでなく事務職、さらに病院管理者にも働きかける場合もある。

手洗いの必要性を説きトレーニングさせるだけでなく、なぜ遵守できないかを分析、手洗い環境の整備（水道の配置や手指消毒剤などの購入）などにも関わって行く必要がある。

どのようなポジションの相手であっても敬意を持って接する、根拠あるデータを示す、など配慮と工夫、あきらめない熱意が大切となる。

今回の学会で他分野の専門看護師の方、看護管理職の方、ナースングプラクティショナーの方とセッションしていくなかで「バランス感覚の悪いスペシャリスト」について問題提議があった。

資格取得直後の焦っていた時期の自分がそうであったかもしれない。感染管理を行いたいと思うあまり、施設内の状況（経営、人員、外部圧力など）や、看護部の状況、また社会情勢などが見えなくなっていたかもしれない。

スペシャリストを目指すといってもジェネラリストの事を知らなくていいということではない。

これらのこともバランスよく理解してこそスペシャリストとして奥行きが出来る、管理者、ジェネラリストと看護を紡いでいけるのではないかと考える。

参考文献

- 1) 日本看護協会認定看護師規則 2008.
- 2) 洪 愛子編集 ベストプラクティスNEW感染管理ナースング 2006. 学習研究社
- 3) 特集「ICT」力を最大限に引き出す職種別の連携ポイント INFECTION CONTROL.17.8 2008.22-50
- 4) ICPテキスト編集委員会監修・編集. I C Pテキストー感染管理実践者のためにー大阪, メディカ出版. 2006.10-43

◆トーキングセッション◆

スペシャリストと管理者との協働

～未来づくりへの紡ぎ方～

メンバー 兵庫県立柏原病院看護部長 箕浦 洋子

1. 兵庫県におけるスペシャリストの現状と養成について

兵庫県立病院は、総合型病院6病院、専門病院6病院の12病院、4070床を保有している。自治体病院の中では、東京、岩手に次ぐ全国第3位の規模で、職員数は約4600名うち看護師は3000名である。病院事業は時代の変化に適應するために、平成14年地方公営企業全部適応となり、知事部局から企業体として独立した。新しい医療の波に対応できるように看護師教育は、兵庫県立病院クリニカルラダーを作成し、それに基づいた教育を実施している。その中で、スペシャリストは、ラダーⅢ・Ⅳの看護師が進めるコースとなっており、組織の課題と個人のキャリア開発のバランスを取りながら、養成をしているところである。

平成20年6月現在、スペシャリストは表1のとおりである。スペシャリストの活動は、院内・外で実践、教育活動を中心に活動をしなが、平成18年より県立病院間でのネットワーク会議を行い、情報交換や自己のスキルアップを図るとともに、兵庫県におけるリソースとして何が提供できるかを検討している。

表1 兵庫県立病院におけるスペシャリストの分野と数
(平成20年6月現在)

専門看護師	がん看護	3名
認定看護師	皮膚・排泄ケア	2名
	緩和ケア	3名
	感染管理	3名
	集中ケア	1名
	小児救急	1名
	がん化学療法	1名
	救急看護	1名
	思春期青年期精神看護	1名

2. スペシャリストとジェネラリストとの紡ぎ

臨床における看護実践は、対象者を瞬時に把握し、看護のプロセスへと導くマジシャンのような判断と技がある。学習された経験知と理論知が融合されることにより、より洗練された質の高いケアへと繋がっていく。臨床での経験知の多くは、語られ、実践を模擬することで伝えられてきたが、行った看護過程や看護実践を、「普遍性」「論理性」「客観性」を持った科学の視点で可視化し、実践すること

が困難であった。その中で、専門分野で高い能力を持ったスペシャリストの出現で、臨床実践を可視化し、実践を科学することができるようになった。スペシャリストの存在意義は、看護サービスの提供場面で、看護判断におけるスーパーバイズ、根拠に基づく技や看護プロセスを教育する、実践モデルとなる、などジェネラリストをエンパワーできることである。(図1)このように、スペシャリストとジェネラリストの相互の紡ぎが深まることにより、科学した連続的な看護の実践を提供することができ、より質の高い新しい看護の波が生まれてくる。そして、それは、シームレスで、クライアントへの正のスパイラルを生み出すものとなる。

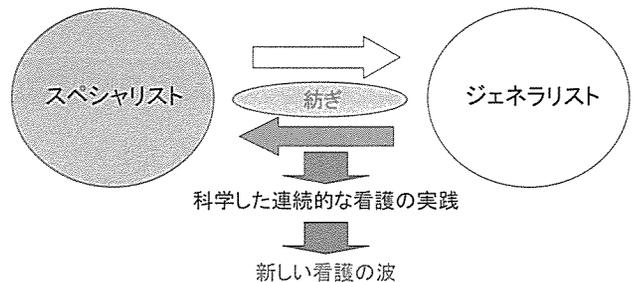


図1 スペシャリストとジェネラリストの紡ぎ

3. スペシャリストと管理者との協働

医療が変化の中で、効率的でより質の高い看護を提供するためには、スペシャリストと管理者はタッグを組むことは必須で、管理者とスペシャリストは協働(Task Together)の関係を維持しながら進めていくことである。(図2)臨床能力の高い現場の管理者は、ややもするとスペシャリストと競合し、スペシャリストの役割を奪ってしまうことがある。管理者は、マネジメントに徹し、スペシャリストの能力が最大限に発揮できるようにマネジメントを行うことが必要である。



図2 スペシャリストと管理者との協働

4. 管理者の課題

看護の専門性が改めて論じられている中、スペシャリストの活動はこれからますます期待されるであろう。スペシャリストの養成が今後どのようなようになっていくかは、人口動態、社会の動きで変化していくであろう。いずれにせよ管理者の課題は、スペシャリストが行っている看護実践のアウトカム評価を行いながら、組織へ還元できるように戦略的に動くことである。看護職にも看護職以外の者にも、スペシャリストの存在意義を示していくこと、スペシャリ

ストの活動の保障と処遇対応について考えていくことが必要であり、それが社会に向かって看護の専門性を表すことになっていこう。看護師の業務拡大が積極的に論議されている中、自律した看護師の養成は必須である。切れ間なく看護サービスをいかに提供できるかは、スペシャリストとジェネラリストの紡ぎであり、それをマネジメントして管理者は、未来を見据え、人づくりを行っていくことが課題である。

◆トーキングセッション◆

カナダにおけるファミリー・ナース・プラクティショナーの役割と日本の看護界への提言

指定発言 バンクーバー・コースタル保健局

ファミリー・ナース・プラクティショナー (FNP) スティーブン 橋本 次郎

1. はじめに

私の暮らすカナダ、ブリティッシュ・コロンビア州でナース・プラクティショナーが制度化され、州内教育を修了した第1号がヘルスケアの場面に登場したのは2005年のことでした。看護師が薬を処方するということが一般市民の話題になっただけでなく、医療現場でもさまざまな混乱が生まれました。私も州内教育修了の第2期生として2006年に地区の保健局に就職し、ナーシングホームで高齢者のプライマリーケアを担当していますが、現在の仕事を始めてからさまざまな葛藤や困難を体験しました。

第34回日本看護研究学会学術集会のトーキングセッションでは、カナダの現状を踏まえて私の経験をお話しさせていただきました。本稿では、プレゼンテーションで発表した内容と当日の討論を振り返り、これからの日本の看護界に向けて提言したいと思います。

なお、文中のジェネラリストは一般看護師 (General Duty Nurse) を、スペシャリストは認定看護師 (以下、CN)、専門看護師 (以下、CNS)、ナースプラクティショナー (以下、NP) を含めた高等看護を行う看護師 (Advanced Practice Nurse=APNやExpert Nurse) を指しています。

2. 背景

医療が進展する中、カナダにおいても看護に対する期待はますます高まっています。また、ライフスタイルや社会思想の多様化に伴って患者が意思決定に参画するなど、看護業務はより複雑なものになっています。さらに、従来の医師と看護師だけの体制では医療的なギャップが生じており、その狭間に陥る患者が存在することも明らかになりました。例えば、便秘は看護と医学の両方が取り組む問題なのですが、下剤の処方のところ看護と医学の間に明確な線が引かれます。看護的介入の末、便秘が改善されないために処方薬が必要になる場合、医師へのパトタッチがうまくいかないと、患者は改善されない便秘に悩まされることとなります。そこで、看護と医学が連続的に連携するために、NPが大きな役割を果たすのです。

僻地の多いカナダでNPが登場したのは40年ほど前にさ

かのほります。やがて医師が過剰供給され、NPは忘れられた存在となりました。しかし、10年ほど前から医師が不足し始めたことや、都市部における医療の質のさらなる向上が謳われNPに注目が集まったことから、カナダ各州でNPの養成が始まり、順次導入されていきました。

3. NPとは？なぜナーシングホームにNPが必要か？

ブリティッシュ・コロンビア州では、「NPは大学院修士課程において、高度な臨床能力を習得した正看護師であり、急性期や慢性期の疾患の診断と治療に重点を置く。NPは高度な看護能力を持ち、全人的、包括的な医療サービスを提供する。」と定義されています。現在のところ、州内の養成はすべてファミリー (家庭)・ナース・プラクティショナー (FNP) で、基本的に小児から通常の妊婦、成人、高齢者まで、幅広くプライマリーケアを提供しています。NPが独自に診断でき治療できる疾患は100を超えています。例として中耳炎、肺炎、喘息、慢性心不全、骨粗しょう症、带状疱疹、皮膚炎、うつ病などがあり、これらにかかわる検査や薬の処方も可能です。さらに、パップスメアテスト、単純切開と縫合なども可能です。限界としては、死亡診断書が書けないこと、麻薬系鎮痛剤やベンゾジアゼピンが処方できないことなどがあります。しかし、現在法律が変わりつつあり、早ければ来年にも、コデインやモルヒネ、ロラゼパムなど、一般に使われる麻薬系鎮痛剤とベンゾジアゼピンの処方が可能になる予定です。カナダのほとんどのナーシングホームには医師は常駐しておらず、看護師が日常業務を行っています。ナーシングホーム長も看護師が勤めるのが一般的です。患者の状態が悪くなると担当の看護師が主治医に電話をして往診を依頼するか、電話で指示をしてもらいます。しかし、速やかに連絡が取れなかったり医師が往診できなかったりすると、患者の状態が悪化し、救急病院への搬送となります。アメリカを含め北米ではNPとナーシングホームの関係について多くの研究がされており、その有用性が強調されています。例えば、医師とNPのチームで治療に当たると、ナーシングホームの患者に効率のよい医療を提供できる (Fama & Fox, 1997, Bouchard, Holdway et al., 2004)。NPは

ナーシングホームから急性期病院への入院患者数を減らす (Intrator, Zinn et al., 2004), NPの採用はナーシングホームの患者一人当たり毎月72ドルの医療費の削減になる (Burl, Bonner et al., 1998), などです。ブリティッシュ・コロンビア州でもこのような多くの研究結果に基づき、ナーシングホームにNPを配置しつつあります。近い将来、日本でもNPの制度が導入されれば採用できるモデルかもしれません。

4. スペシャリストとしてのNPの役割

私の現在の職場は、バンクーバー市の郊外に位置した133床のナーシングホームです。私をはじめ看護師、准看護師、看護助手、老人精神科の専門看護師が、日常のケアと医療に携わっています。基本的には「依頼モデル (Referral Model)」を採用し、それがジェネラリストとスペシャリストを結んでいます。日常の一般的な看護業務はジェネラリストの看護チームが行っていますが、高度なアセスメントが必要になった場合、私のところに依頼が来ます。私は患者に会って問診、フィジカル・イグザミネーション (診察)、医学診断を行い、看護チームに看護や医療方針について指示・助言をします。医師とは違い、ひとりの患者に対して30分以上の時間をかけることもあります。また、患者や家族に対してカウンセリングを行います。これもFNPの重要な役割です。さらに、入所されている患者さん一人一人に対し、年に1回ケアカンファレンスを行います。ケアカンファレンスの前には患者さんの全身のフィジカル・イグザミネーション、検査結果や薬のレビューを行い、医学、看護学両方の見地から、治療プランとケアプランの修正もしています。

5. NP導入の問題点

ジェネラリストとスペシャリストとのコラボレーションは重要であり、複雑な医療現場をよりよくするのに貢献しています。しかしながら、問題も残されています。例えば、新しいスペシャリストを導入する際に、従来の医療従事者との間で役割混乱 (Role confusion) や摩擦が起こり、スペシャリストが十分に役割を発揮できないことがあります。NPは現場においては全く新しい職種ですから、CNSとはどのように役割が違うのか、医師とはどのように住み分けをするのが課題となります。例えば、CNSはその分野の専門看護師であり、高齢者看護のCNSであれば高齢者特有の転倒や失禁など、看護面において高度な知識と介入を行います。これに対してNPは高齢者の身体的・精神的特徴を踏まえ、急性期・慢性期疾患の治療やその予防に努める必要があります。NPと看護管理者との役割混乱もあります。NPは純粋に臨床行為に専念するため、

物品管理やスタッフの監督業務をしません。このことをスタッフに理解してもらう努力が必要です。

それではNPと医師はどう違うのでしょうか？ NPは常に看護の視点をもって患者の治療にあたります。治療は投薬だけではなく、薬なしでできる看護的な方法や生活習慣の改善を指導しますし、患者教育にも時間を割きます。健康問題に関するカウンセリングも大きな役割ですから、一人の患者にかかる時間は通常の医師の2倍から3倍になります。表には看護の各職種とNP、医師の違いを示しました。ご覧になるとわかると思いますが、NPを導入することによって、看護から医学への連続的でスムーズな連携が可能になっていきます。

新しいものに対する不安と拒絶も、ごくふつうに見られる現象ですが、NP導入の際にもさまざまな問題があります。カナダ、オンタリオ州にあるナーシングホームでは、NPを導入する際、スタッフからの拒絶がありました (Stolee, P., Hillier, L. et al., 2006)。また、私の現在の職場では、数年前に大きなリストラがあり、大半の正看護師が准看護師に取って代わりました。正看護師はNPの存在により自分の職位が継続できるか不安に感じているようでした。しかし、NPと正看護師は業務内容がかなり異なりますので、一緒に仕事をするにつれて、正看護師のスタッフからもNPの存在を理解してもらえるようになりました。一方、医師からの拒絶反応には根強いのがあります。カナダの多くの医師は診療報酬制で、患者を何人診たかにより収入が決まります。NPが医療行為をすることにより、医師は患者を奪われてしまうのではないかという不安を感じています。しかし、医師の数はカナダ全土では不足しています。NPは医師の仕事を奪うのではなく、現在の医療システムによって生じた穴を埋め、全体的な医療の質の向上を目指すものです。実際、私の職場にいる133人の患者は、それぞれが自分の家庭医をもっています。家庭医の数を合わせると50人を超えますが、NPと共同で患者を管理していくことで合意の取れている医師は、現時点でたった5人しかいません。医師からの反対がいかに強いかということ、私の体験からも伺えるでしょう。北米では今でもNP導入に当たり、医師の反対は普通のこととして見られます。近い将来、日本でNPを導入する際には、おそらく同じような問題が起こるであろうと予測されます。

6. 今後の課題と日本の看護界への提言

今回のテーマである「ジェネラリスト・スペシャリストをいかに紡ぐか？」について、前述の内容を踏まえ、今後の課題と日本の看護界に対する提言まとめたいと思います。

a) プランニング, サポート, 持続可能性

スペシャリストを導入する際、まず入念なプランニングが必要です。組織のニーズにあったものでなければなりません。例えば、CNSを導入するのかCNを導入するのかは、両者の違いを踏まえて組織に必要な職種を採用する必要があります。CNSの数は比較的少なく、採用はそうたやすくもないかもしれません。また、予算的にも各病棟にCNSを配置するのは困難かもしれません。そこで、一つのアイデアとして、同系列の病院で一人のCNSを採用し、その一人が複数の施設を掛けもちするということが考えられます。その方がCNS本来の仕事に専念することができますし、カナダではよくあるケースです。

スペシャリストを導入する前に、スペシャリストとジェネラリストの職務や責任を明確にさせることはとても重要です。このことはお互いの職務内容をはっきりさせるだけでなく、スペシャリストとジェネラリストがどのように区別され、また協調していくのかを示すことにもなります。また、職務や責任を明らかにしておくことは、それにより生じるかもしれない、医療事故を防ぐことにもなるでしょう。

スペシャリストを導入すると、看護職、医師を含めた他の医療職とのさまざまな衝突や困難が待ち受けているでしょう。その際、それらの諸問題を解決するのに大きな役割を果たすのが看護管理者です。カナダではいろいろなプロジェクトのリーダーをとる人を”Champion”といいます。この場合、看護管理者がChampionになります。Championはスペシャリスト導入からそのポジションが定着するまで、看護部内外のあらゆる困難を克服しつつ、継続的にスペシャリストをサポートすることが期待されます。スペシャリストは看護管理者と継続的な会合の機会をもち、何が問題かを話し合い、ともに解決策を探求していく必要があります。

スペシャリスト導入は持続可能なものでなくてはなりません。予算の確保は、そのためにまず必要なことでしょう。スペシャリストを採用した後も、その成果を質的および量的なデータとして蓄積し、なぜスペシャリストが必要かを予算の際に示していくことも必要です。ここでも看護管理者は大きな役割を果たすこととなります。私の経験では、NP採用後しばらくは新しい職種を迎えたことにより職場環境が混沌としており、なかなか数値で示せるもの（例えば特定の病気の悪化の減少など）を残せませんでした。しかし、患者や家族にアンケートをとってみると大きく支持されていたことがわかり、ポジションを維持していく上で役に立ったと言うことがありました。

b) 教育・啓発活動

日本では看護職のスペシャリストの歴史は浅く、医療従

事者にも一般の消費者にも理解されていないことが多いと思います。従って、導入に当たり、看護スタッフや医師を含めたすべての職種に、スペシャリストについて教育し啓発していく必要があります。これは、導入の少なくとも1年前から始めなければいけません。まず、看護スタッフの間で意識改革が必要です。いろいろな研究成果を参考にしたり、スタッフの不安に耳を傾けたりすることも重要です。スペシャリスト導入に当たり、起こり得る問題点と対策をスタッフ全員でブレイン・ストーミングすることで、連帯感が芽生え、スペシャリストを迎えるよりよい環境が整えられていくこともあるでしょう。

大きな組織であれば、新聞などのマスメディアを通じて、スペシャリスト、例えばCNSとはどういうことをする職種なのかを広告に出すのもひとつのアイデアです。それにより、医療サービスを受ける一般の消費者にも、看護サービスとはどういうものか、CNSやCNはどういう人たちのかが理解されやすくなると思います。

c) チームワーク、尊重、セレブレーション

チーム医療の重要性が叫ばれていますが、スペシャリストにも、チームの一員という自覚が必要です。ヒエラルキーの上に立つのではなく、役割の違う職種として、ジェネラリストの看護師たちと並列的な関係にいた方がよいと思います。スペシャリストは専門的な知識・技術、そして経験をもっています。ジェネラリストは、スペシャリストのそうした専門性（expertise）を引き出すように勤める必要があるでしょう。また、スペシャリストはフロントラインで活躍されているジェネラリストを信頼し、彼女たちにできることは任せ、スペシャリスト本来の高度なアセスメントと介入に専念できるようにする必要があります。患者のアウトカムはチームで成し遂げたという意識をもつこともとても大切です。チーム内で常にポジティブな態度を維持し、ジェネラリストもスペシャリストも含めて、特に秀でて頑張った看護師をチームでほめる、という環境も必要です。

チームワークを達成する上で欠かせないのがお互いを尊重することです。常にオープン・マインドで、建設的な構えを見せることが重要です。意見の違いがあればクリティカル・シンキングをしてみましょう。相手の意見を先入観抜きに聞いてみましょう。そうすることにより、新たな解決策を見出すだけでなく、お互いの信頼関係も深まり、さらにはお互いが尊重されているのだと自覚しあえます。私たちはプロの看護師ですし、職場が大きな成長の場となります。ジェネラリストとスペシャリストは、共に育み合う関係だと自覚することが大切です。

看護の歴史は長く、そして今やジェネラリストとスペ

シャリストを有する職種となりました。これはとても素晴らしいことであり、われわれ看護職者は誇りに思っています。時には看護職の多様性をセレクトする（ほめたたえ、そして祝う）ことが、看護職者の意識の向上と外部者へのよい広報活動にもなります。たとえば、院内で看護週間などを設け、ジェネラリスト、スペシャリストを含めた看護師の活躍を展示したり、プレゼンテーションをしたりするとよいでしょう。私の保健局では毎年ナイチンゲールの誕生日である5月12日前後の1週間を看護週間とし、いろいろな催しが行われます。実際、この1週間は他の職種や患者さんを含めて看護職に理解が深まる貴重な期間となっています。そして、看護職にとっても、誰がどのような仕事をしているのかを改めて学ぶ機会にもなっています。

おわりに

カナダ、ブリティッシュ・コロンビア州でNPが導入されてから3年が経ちました。新たな看護職種を導入するに際し、さまざまな問題に対処していかなければなりません。NP導入に際し、私も看護スタッフとの役割困難や医師からの反発に遭遇しました。しかし、現在ではジェネラリストの看護スタッフの受け入れもよく、とてもよい関係で仕事できています。また、幸いにも良い看護管理者達に恵まれ、多くの知恵とサポートをいただきました。その結果、ジェネラリストとスペシャリストのコラボレーションを実現することができています。

看護は大きく発展を遂げていますし、この発展はこれからも続いていくでしょう。私自身、スペシャリストの一人として、これからもよりよい看護を提供するために歩んでいきたいと思っています。

最後になりましたが、今回トークセッションを企画され、私を招いていただいた、京都大学大学院医学研究科

の宮島朝子先生、滋賀県立大学看護学部の平河勝美先生に、お礼を申し上げます。

表 各看護職とNP、医師の役割比較

活動内容	RN	CNS	NP	医師
医学診断	症状のみ	症状のみ	一般的な病名について	複雑な診断も可能
医療介入	看護介入	(高度な)看護介入	看護介入と医学介入	医学介入
検査	指示受け	指示受け	指示可能	指示可能
処方	No	No	Yes	Yes
専門医への紹介	No	No	Yes	Yes
記録	看護記録	看護記録	診療記録	診療記録

引用文献

- Bouchard, M., Holdway, K., Corbell, S., Tasse, H., & Joannisse J. (2004). Evaluating the nurse practitioner role in LTC. *Canadian Nursing Home*, 15, 7-12.
- Burl, J., Bonner, A., Rao, M., & Khan, A. (1998). Geriatric nurse practitioner in long-term care: demonstration of effectiveness in managed care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 46, 506-510.
- Fama, T., & Fox, P. (1997). Efforts to improve primary care delivery to nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 45, 627-632.
- Inrator, O., Zinn, J., & Mor, V. (2004). Nursing home characteristics and potentially preventable hospitalization of long-stay residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52, 1730-1736.
- Stolee, P., Hiller, L., Esbaugh, J., Griffiths, N., & Borrie, M. (2006). Examining the nurse practitioner role in long-term care: evaluation of a pilot project in Canada. *Journal of Gerontological Nursing*, 32, 28-36.

◆シンポジウムⅡ◆

看護がリードするこれからの保健医療のあり方

～総括～

園田学園女子大学人間健康学部人間看護学科 大野かおり
山形大学医学部看護学科 叶谷 由佳

超高齢社会の到来や少子化・女性の社会進出等による子育て環境の変化、コミュニティの希薄化などから、人々の健康を社会全体で支える仕組みづくりや地域完結型の保健医療、看護の社会化が求められています。そのような社会の中で、これからの保健医療を確かな方向に導くために看護が果たすべき役割は何かを探ることをねらいにしてシンポジウムⅡを企画しました。

シンポジストとして、現代社会が直面している健康課題に対応したサービスの創生に取り組まれた3名の方にそれぞれの取り組みのプロセスと成果をお話いただき、看護の果たす役割を提言していただきました。フロアからの意見も交えて、看護がリードするこれからの保健医療のあり方について考えるセッションになったと思います。

上原恵美さん（丹波市健康部健康課 保健師）には、地域看護のコーディネーターといわれる保健師として、療育支援ネットワークを構築していく過程をお話いただきました。日本看護協会の先駆的保健活動交流推進事業“睡眠に関する地域保健活動普及事業”からライフステージ別の課題対策へと拡げ、やがては子どもの睡眠・子どもの生活リズムを支援する“療育支援ネットワーク構築”に行き着くには、保健師自身の意識改革が必要であったということです。住民を変える、地域を変えるには、まず支援者自身が理解することが大切で、関係者間で「すべては子どもたちのために」という思いを共有し、意識改革、連携することによりネットワーク構築がはじまったということでした。その連携のなかでも、保健師が住民の代弁者となり、チームのリーダー的役割を果たすことで、より効果的なネットワークの構築につながったのです。

惣万佳代子さん（特定非営利活動法人デイサービスこのゆびとーまれ 理事長）には、制度の壁を越えて「富山型デイサービス」と呼ばれる活動を創りあげた過程をお話いただきました。制度があるからサービスがあるのではなく、まちのニーズがサービスを生むという住民主体の看護のあり方を示していただきました。まちのニーズに合わせたサービスにはライフステージや障害による区別はなく、

子どもから大人まで、またからだの障害からこころの障害まで、必要とされる支援を必要とされる形で提供するのが本来の姿であるということでした。制度ができる前から始まっていた“小規模多機能型”サービスです。生活者の視点に立ってあらゆるニーズに対応しなければならない介護現場だからこそ、看護師のリーダーシップが求められるのです。

小原真理子さん（日本赤十字看護大学看護学部 教授）には、大学が地域防災活動の調整役となり、地域防災ボランティアの育成を試み、病院・消防・行政機関と連携を図りながら災害時の支援体制の確立を目指した取り組みについてお話いただきました。大学教員や学生が地域の防災訓練に参加し、地域の防災懇談会に加盟、地域防災活動委員会を立ち上げるなど地域自主防災組織と連携を図ることにより、地域防災の意識向上につながったということです。一方で地域や学生と協働して災害看護教育に結びつけることにより授業や実習が活性化され、大学と地域とが一体となった“健康を支えるまちづくり”につながったのです。

シンポジストの方々の提言やフロアとの意見交換から、これからの保健医療の発展には地域住民をはじめ、さまざまな関係者とのパートナーシップが大切であると感じました。地域のコアとなる住民と、その住民を支える資源は、支えられる者と支える者といった壁を越えて、ともに生きる同じ立場の者として力を合わせていくことで、健康生活を支える環境をつくりあげることができると感じました。住民や関係者とパートナーとして協働していく過程において、看護職には健康課題を見極める力や、健康課題に対応するためにさまざまな職種や組織との有機的な連携を推進する力、さらにその連携から生まれた絆を紡いでリードしていく力が必要で、その力が発揮されてこそ“健康生活共同体”としてのコミュニティが形成されると感じました。

現代が抱える社会情勢に対応しながらも、一歩先を見据えた保健医療を支えるために、リードしていく看護の役割のヒントが与えられたシンポジウムであったと思います。

紡ぎから生まれる資源

～保健師の意識改革・療育支援ネットワーク構築を通して～

丹波市健康部健康課保健師 上原 恵美

平成16～17年度において、日本看護協会の先駆的保健活動交流推進事業“睡眠に関する地域保健活動普及事業”を実施する機会を得た。合併を境に展開したこの事業の取り組みを紹介し、紡ぎから生まれる資源について考えてみる。

丹波市は自殺率が高く「こころの健康」を推進していく大きな課題がある。そこで、①地域住民に睡眠障害について、さらにはうつ病予防や精神保健への理解を促し地域支え合い活動の強化を図る②モデル地区における事業成果を評価し、こころの健康づくりとして事業の定着化を図ることを目的に「睡眠を通じた健康づくり事業」を実施した。

町ぐるみ健診受診者を対象に実態を調査しハイリスク者を選出し集団支援・個別支援を行うことで、睡眠を通じた健康づくり支援は、住民の生活環境を知ることから始まるため、保健師側は相手を理解しやすく対象者には悩みを聞いてもらう実感が得られ、信頼関係が築きやすくフォローもしやすいことを実感した。このモデル事業を通して、「こころの健康づくり」の糸口として“睡眠”の視点を取り入れることを保健師が集う会議の場を利用し提案した。

市町合併という大きな動きの中で、6町のうちの1町での取り組みを広げていくことに高い壁を感じながら、チャンスに変え保健指導に従事する保健師の睡眠に対する意識や関心を高めることを目的に保健師に対する睡眠保健指導を実施した。その結果、保健師自身の生活リズムの振り返りを促せ、保健師が身をもって生活習慣を見直す必要性を認識できた。従来は、「こころの健康づくり」に取り組んでも行き着く先に精神疾患を考える傾向が強かった。けれど、からだのところは切り離せないものであり、その接点となるのが睡眠の視点であると考えた。このような波及効果を通して、からだの健康づくりを窓口でこころの健康を促す取り組みを推進していきたいと考える。

保健師への普及啓発をしながら、ライフステージ別の課題対策を考え、「子育て支援」の取り組みを実践している。乳幼児期の生活リズムの乱れについては保育所等の関係機関からも指摘されており、共に取り組む必要性を感じていた。そこで、実態調査を行い家族構成による差や両親の就業状況による差等分析を行った。その結果、早寝の児の方が自ら起きる割合が高く、朝の機嫌もよいことが明らか

であった。また3世代同居ほど8時台に眠る傾向が高くなり、寝かせつけをしている方がやや早寝の傾向にあった。この結果を保育所・幼稚園での巡回健康教室で保護者に伝え、できる限り年齢が小さいうちに眠る環境を整えてあげること、生活リズムを作ることが早寝早起きの習慣化に役立つと伝えている。また、子育て中のストレスの高さにも触れ、その環境づくりを考えてもらうきっかけにしている。

睡眠の視点を取り入れる取り組みと平行して、療育支援ネットワーク構築を目指してきた。関係者間の意識改革・連携という意味で共通することがあるので、紡ぎから生まれる支援として紹介したいと思う。

療育支援チームの一員として関わる中で、睡眠の視点を保健師の中で意識づけていくこと以上に、各関係機関とどのように思いを共有するか、どこで折り合いをつけるか等の葛藤があった。「すべては子どもたちのために」という目標があるものの思うように話し合いが進まず、試行錯誤している現状がある。

そこで、丹波市の有志職員がリーダーシップをとり、各課や担当者の日ごろの活動の成果を披露する大会である「バリ3ダービー」に母子保健担当者のメンバーで出場し、丹波市の子どもたちはひとりひとりが大切な宝であり、その宝がすすくと心豊かに成長するために、あらゆる機関同士が紡いでいくことの成果を期待したく、「丹波市の宝を紡ぐ会」と名づけ、発表をした。サービスは建物がたくさんあれば充足するものではなく、人と人、機関と機関が、縦糸と横糸となって紡ぎ合っていくことでより大きな地域資源を生み出していくのではないかと伝えた。

地域保健を担う保健師は、看護の視点を持ちながら、事務的な仕事に押され、または縦割り行政のわずらわしさに疲れてしまうこともある。何のために取り組むか、保健師の活動は目に見えた成果がすぐに得られるものではない。私たちは、住民の声を頼りに、ニーズに寄り添ったものであるか意識することが大切である。何を根拠に活動をするのか、同じ目標を目指し取り組んでいくおれない活動の基礎には「看護の視点（個を見る力）にもどること」を忘れず活動していくことが重要だと考える。

さいごに、看護がリードするこれからの保健医療のあり

方について提言するとするならば、医療従事者同士が尊重しあってチームとして輪になっていくことが大きな原動力となるのではないかと考える。その中でも、看護職はより対象者に近い立場で代弁者として導くことが役割でもあ

り、コーディネート能力を高めリーダーシップがとれる職種になることが保健医療の発展に大きく関与していくことであると思う。

あったか地域の大家族

～富山型デイサービスの14年～

特定非営利活動法人デイサービスこのゆびとーまれ理事長 惣万 佳代子

1. はじめに

特定非営利活動法人デイサービスこのゆびとーまれは1993年、富山赤十字病院に勤めていた看護師3人（西村和美・梅原けいこ）が開所させた。従来の宅老所の枠を広げ、赤ちゃんからお年よりまで、障害があっても無くても利用可能にした。1998年富山県は私達の活動にあわせ、縦割り行政を超えて、2つの助成制度を1つの施設にだぶらせて補助金を出した。のちに縦割りを取っ払った「富山型デイサービス」と呼ばれる活動の開始である。

宅老所は「住民参加型福祉」を作り出し、地域に密着した活動へと発展している。今回はこのゆびとーまれの15年間の活動を振り返り、小規模・多機能ケアの意味と役割について述べるとともに地域ケアにおける看護職の役割と可能性について述べたい。

2. きっかけ

私は20年間、看護師として働き、最後の4年間は呼吸器内科病棟であった。退院許可がでたおばあちゃんが「自分の家ながにどうして家に帰れんがけえ。畳の上で死にたいと言うとるがに。これがわしの運命け。ナンマイダー」。なげき悲しむばあちゃんに何も応えることができなかった。

そこで、日中おばあちゃんを預かれば、家で暮らすことができるし、お嫁さんは働くことができる。何か看護師として力になる事ができると思ったのだ。

3. だれもが地域でともに暮らす

日本の福祉施設はお年よりだけで100人・200人が住んでいる。知的障害者施設は500人が住んでいる。同じような人達だけを集め、ひとつの村を作ってはいけないと15年間、言い続けている。

その集団は異様であり、お互い相乗効果がないからである。豊かな人間関係の中で人は育ち、喜びも大きい。一人ひとりが輝く。

4. みんなが一つ屋根の下で過ごすことは日本の文化である

このゆびとーまれには県外から年間2000人以上の見学者が訪れる。「最先端のことをしたねえ」とよく言われるが、

私達のしてきたことは最先端な事をしたのではなく、あたり前・普通の世活をしているだけである。赤ちゃんからお年よりまで一つ屋根の下で過ごすことは日本の文化である。「共生」とはどんな人でも排除しないで包みこむことである。

5. なぜお年よりと子供や障害者が共に過ごすことがよいのか

認知症のお年よりが赤ちゃんをおんぶする。お年よりがおんぶひもをかけたのである。昔取った杵柄である。

6ヶ月の赤ちゃんの顔を見て「あれえ、あんたも歯ないがけえ。婆ちゃんみたいに入れ歯作られ」。

2才の子どもが家で夕食の時、「松風そよぐ～」と三橋美智也の「古城」を唄う。20代の母親が「私が知らないのに、どうしてこの子知るとるがけえ」と驚く。

認知症のお年よりに、一方的に介護されるだけではだんだん気落ちしていくであろう。

お年よりがこれもできる、あれもできるとなれば、生き生きする。『人の役に立っている。自分にできることがいくつもある。という意識をもつように働きかける』そのことがケアの重要なポイントである。

マスローの「自己実現」は認知症のお年よりであっても障害者であっても、介護する私達であっても、人間が等しくもつニーズである。

6. 今の日本に足りないもの

今の日本に足りないものは、日常生活のなかで子ども達にお年よりを看護する場面やお年よりが死んでいく場面を見せない、体験させないから、自分の生命も他人の生命も大事にしない子ども達が増えるだろう。

このゆびで育った子ども達は死を体でおぼえていく。

お年よりが亡くなって数ヶ月経っても5才の子どもが、「このお菓子、〇〇ばあちゃんにあげたいね。甘いもん好きだったから」。

小学生になった子どもがおじいちゃんが亡くなった時、顔にかぶせてあった白い布をとって、おじいちゃんのホッペと自分のホッペをしっつけて泣きじゃくったと言う。

死は、怖いものではない。人はいつか死がおとずれ、生

命に限界があるのだということ学ぶ。また、死は遠い出来事ではなく、身近にどこにでもいつでも起きるものだと感じている。

学校では学ぶことはできない事を地域で学んでいく。今の日本に、また家庭に生命の大切さを学ぶこと。この一番大事なことが足りなくなると感じる。

7. このゆびと一まれで亡くなったお年より

15年間の活動で、このゆびと一まれがターミナルに関わり、亡くなった事例は7事例である。5事例を紹介する。

1) キヨさん

キヨさんは1993年10月から7年4ヶ月間通所した。きっかけは徘徊のため警察に何回もお世話になって来た。食べ物かどうか区別がつかなくなり、家で最初に食べたのはノリの乾燥剤を食べた。このゆびと一まれでは洗面所に置いてある手を洗う固形石鹸を食べた。

1997年病院の医師から左乳癌を指摘され、手術をしないと後6ヶ月の命だと宣告された。長男は手術をしないと決断する。

キヨさんは余命6ヶ月と言われながら、その後3年6ヶ月生きることができた。2001年1月1日AM 5:39に亡くなった。亡くなる2週間前には大好きなゆうき君(2才)が布団に入ってくると自分から起きだして「足冷たいぜえ」と言って靴下をはかした。

人間というのは最後まで大好きな人に対し何かしてあげたい、何か役に立ちたいという気持ちがあるのだと思う。キヨさんは亡くなる5日前から寝泊りして亡くなった。12月31日の夕食も口から食べていた。だから点滴など1本もせず亡くなった。

2) タカさん

タカさんは認知症のため1995年3月から8年4ヶ月来られ、2003年7月4日に亡くなった。私と西村(副代表、看護師)が添い寝をして畳の上で大往生をした。

亡くなる16日前に心房細動があり、救急車で病院に運ばれる。医師は「命が危ないICUに」。すると、タカさんは「先生、家に帰らして下さい」と強く要望した。結局、入院しないでこのゆびに来た。

亡くなる10日前に口から物が食べることができなくなった。かかりつけ医の指示により500mlの点滴をしようとする。すると、タカさんは「ありがたくないです」と言った。このまま何もしないで死なせて欲しいと懇願した。それなのに私達は500mlの点滴を5時間15分かけてした。

その後、死ぬまで10日間あり、口から食べることはできなかったが、点滴をしないで見守った。亡くなる、5日前にタカさんは「砺波の家に帰りたい」と言った。

タカさんの生まれた家に帰りたいと言いだしたのであ

る。富山市にお嫁にきて70年以上も経っている。長男さんが「母ちゃん、その家、もう代が変わってないわ」と言うと、分かったとうなずき、そのまま眠っていった。その後一度も砺波に帰りたいと言わずに亡くなった。タカさんは「あの家がないのなら、じゃー私はこのゆびと一まれで死ぬじゃ」と腹を決めて下さったのではないかと感謝している。私達の仕事は血のつながらない人達に「死に場所」として選んでもらえる。こんないい仕事、誇りのもてる仕事はないと思っている。つくづくこの仕事を選んで良かったと思う。

3) カズエさん

カズエさんは、このゆびと一まれの隣の家に住んでいた。開所当時、利用者はなかなか増えず、平成5年度の一日平均利用者は1.8人で、月の収入は12万円～18万円であった。カズエさんは毎日このゆびと一まれのサクラとなりお茶を飲みに来ていた。そのうち私達が経済的に苦しんでいるのがわかったのか「わし、ボランティアをする」と、言い出した。私と西村に夕食を作ってくれと言うのだ。とつても、ありがたい話に感激し、図々しくも仕事が終れば夕食を食べにいった。カズエさんは体重が90キロもあり、ある日突然倒れた。救急車で病院に運ばれ入院した。退院して帰ってきた時、右半身麻痺と失語症になっていた。それで、カズエさんのベッドに呼び鈴(ナースコール)をつけたがこのゆびと一まれでブザーが鳴ることにした。

日中でも夜間でもブザーが鳴れば職員が駆けつけた。(夜間はほとんどコールがなかった)4年間でカズエさんは救急車で8回、病院に搬送された。最後の退院時「もう救急車で運ばないでくれ。もう死の覚悟ができていますから」。

「わかった。倒れても運ばんよ」。カズエさんと私は約束した。

それが、まもなくして家で倒れてしまった。娘さんが救急車を呼び、搬送された。

入院して2週間経ち、A総合病院から電話があり、カズエさんのケアマネージャーと隣のデイサービスの管理者と娘とに呼びだしであった。すぐに駆けつけると主治医は「治療を拒否する。点滴してもとってしまう。食べることができないのに、口を手でふさいで看護師が食事介助をしても拒否する」。すぐに退院して欲しいと言われ退院した。

家では少しずつ食べていたが、10日程で食事を拒否するようになった。どうしたらいいのかなあと思っていた時、午前6:30、娘さんが泣いてこのゆびに来た。「娘として、こんなつらいことはない。食べることができないのに、食べてくれない」。

午前7時、西村がカズエさんのところにいった。そし

て、「婆ちゃん。食べても食べなくてもいつか仏さんは婆ちゃんを迎えにきてくれるんだよ。だから咽喉が乾いた時ぐらい水だけでも少し口に入れてみようよ。婆ちゃんは自分だけの命だと思っているかもしれないけれど、娘さんにとって大事なお母さんであり、かけがえのない人なんだよ。私にとっても大好きな婆ちゃんなんだから」と言うとカズエさんは泣きだした。それから少しずつ食べるようになったが、1週間後亡くなった。カズエさんらしい死に方であり、孫達に囲まれ幸福な死に方であったと思う。

4) ハルさん

ハルさんは平成16年9月にグループホームに入所した。平成18年4月、肺癌を指摘され余命が短いと宣告された。家族は積極的治療を希望せず、このままグループホームで暮らすことが母にとって幸福だろうと言った。

ハルさんはみるみる間に衰弱していった。呼吸困難も出現し、酸素吸入をした。医師は往診にきては「僕はハルさんに何もしてあげることではできませんが、苦しみを少しとってあげることと、そばにいて、手を握ってあげることだけです」。

医師の言葉に往診のたびに私はじめ、職員が感動した。この医師とならターミナルを一緒にやっていると聞いた。

ハルさんが亡くなったのは平成18年12月24日午前0時30分、大きな息を1つして、三男夫婦に見守られて息をひきとった。

セレモニーの職員が遺体を運びに来た時、2つのことをほめてもらった。1つは若い人達が皆んなまるで自分の婆ちゃんが亡くなったかのように悲しんで泣いている。その人達がこのゆびの職員であったと、後でわかった。特養や老健や療養型にいつも行っているがお年よりが亡くなっても、職員は泣いていない。まして、夜中勤務でない職員がかけつけてはこない。

私は看護教育を学んだ。看護教育は患者が亡くなっても泣くなど教えられた。介護現場では職員は思いきり泣いてもいい。関わった分だけ涙がでるのだからと言っている。

2つめは死体がきれいだとほめられた。セレモニーの職員は死体を見ただけで、この人は癌だったんだろうとわかると言う。確かにハルさんが亡くなった時、ゆず風呂に入れた。風呂に入れただけでなく、日頃の清拭がきちんとなされていたからだと思う。

5) ヨシユキさん

ヨシユキさんは午後7時に亡くなった。ヨシユキさんは熱い風呂が好きで、長風呂であった。亡くなった時、男性職員2人と看護師（管理者）が風呂に入れた。

看護師が私に職員の風呂の入れ方に感激したと言うのだ。ヨシユキさんがお風呂につかった時「湯加減はどうで

すか。もう少し熱い湯を入れましょうか」。湯舟から上がる時「ヨシユキさんもう上がりますけど、もうちょっとですか?」と、生きていた頃と同じような言葉がけをしていたというのである。

8. 老人の死に対するとらえ方

老人の死は自然なことであり、恐いことではない。赤ちゃんが生まれることと同じであると考えた時、喜ばしいことなのではないかとさえ思う。寿命とは寿なのであるからめでたいことと受け止めたい。

老人の死は病気ではないととらえた方がよい。もちろん闘うものではなく受け入れていくものである。病院での死は敗北であるが、家や介護施設の死は敗北では決してない。お世話になった家族や親族、知人とお別れすることができるのだ。

私は老人の死は基本的に「人は口から食べることができなくなったら死」と考えた方がよい。

日本の福祉の大きな問題は2つある。胃ろうのお年よりと寝たきりのお年よりを沢山作ったことである。スウェーデンやデンマークにはないことである。

9. 私達の活動が国を動かし、制度を創った

このゆびと一まれば1993年から活動してきた。私達の活動は本当は7つの制度が必要であった。逆に言えば7つの制度にひっかかっていた。お年よりだけの単独のデイサービスが必要であり、障害者は身体・知的・精神のデイサービスが必要である。また、年齢を18歳以上と以下と分けなければならない。

10年間経過し、国が初めて私達の活動を認めた。2003年、小泉さんの構造改革の特区である。1つ屋根の下でお年よりと障害者を一緒に過ごしてもよい。お年よりは介護保険で、障害者は自立支援法で利用できるようになった。それが2年後、2006年10月1日制度になり、全国展開した。私達の思いが活動になり、活動が特区や制度を創りだした。

おわりに

やりたい介護がとことんやれる、自分の判断で行うことができるから介護現場はおもしろい。このゆびと一まれば制度があって活動したのではなく、町にニーズがあって活動し、後から制度がついてきた。赤十字の理念である「明日の100人を救うより、今日の1人を救え」という、今、目前に困っている1人の人への全力投球は私達の活動を支えてきた言葉の一つでもあった。

今後、さまざまな地域の介護現場で、看護師がリーダーシップをとり、働いていくことによって、質の高い介護が必要な人々に提供できると思う。誰もが、いつでも、いつ

までも、安心して過ごせる町づくりを考えねばならない。
地域ケアにおいて看護師がこれからいよいよ重要な役割を
果たしていくであろう。

地域防災活動と連動した災害看護教育

日本赤十字看護大学教授 小原真理子

はじめに

近年、頻発する災害の発生により人々の災害に対する危機意識、防災認識、減災活動への関心は高まり、災害医療体制の充実、医療者が果たす役割の重要性が強く認識されてきた。その中で看護職は、災害発生直後から中長期的な関わり、防災と広い範囲で活動し、状況に応じた様々な役割が求められる。災害の備えとして住民の自己防災、地域防災への意識が高まっている状況をふまえ、学生及び地域住民が共に防災活動を行うことで、自己防災、地域防災への意識が高まること、更に自己防災及び地域防災に必要な知識、技術が習得できることを期待し、災害看護教育に連動させた地域防災活動推進プログラムに取り組んできた。必要な防災知識および技術が習得できるような地域防災活動推進プログラムを立案し、住民に働きかけることも災害看護の役割と考える。

筆者は統合前の日本赤十字武蔵野短期大学（以後、統合前短大、2008年3月閉学）の教員であった時、2004年住民や学生の参加の基で地域防災活動推進プログラムを開発し、現在、統合後の日本赤十字看護大学（以後、本学）の下で継続している。学生にとってこの取り組みは、災害サイクルの急性期だけでなく、静穏期の看護を重点的に学ぶ上で必要であり、また本学の教育理念である人道に基づき、看護の分野において社会の要請に応え得る、専門的知識や技術、態度を学ばせることに繋がる。地域防災活動により、本学所在地近隣の自主防災組織、消防署及び行政機関、ボランティア組織等との連携や交流の輪が広がってきたことも成果の1つと捉えている。本論では、災害看護教育のあり方を基盤に、災害看護教育と地域防災活動との連動の実例などについて報告する。

1. 看護基礎教育における災害看護教育のあり方

筆者は看護基礎教育における災害看護教育のあり方として、以下のように考えている。看護基礎教育分野では、看護職がいつ起こるかかわからない災害に対し、自分を守りながら、地域住民や入院患者の安全を守る備えや各サイクルに準じた対応力を駆使した行動がとれるためには、学生の段階で災害看護の基本的知識や技術を習得することが必要とされる。災害看護を学習する際、複雑多様な生活上のニーズと共に災害時の問題が質的に変化していることに目を向

けることが必要である。高齢者、身体に障害のある人、病気のために避難できない人など、災害時においても要援護者に問題が集中的に起きた。高齢者や個人のプライバシーを守る生活のスタイルが避難所のあり方に影響を与え、車中死や孤独死の問題が増加した。災害救護活動が人々の健康と生活を守るという活動指針から、災害看護は社会現象と関連させ学ぶことが重要である。

その考えの基に、地域と連動させる防災活動プログラムを開発した。

平成21年度の看護基礎教育指定規則の改正カリキュラムに、災害看護が導入された。改正カリキュラムにおける災害看護の分野では、災害直後から支援できる看護の基礎的知識を理解することと掲載されている。このことは看護基礎教育の卒業時に、実践に結びつく災害看護に必要な基礎的知識を理解するためには、付随する技術、態度、行動力も習得することが求められていると考える

2. 災害看護教育方法の開発と地域防災に関連した教育活動

1) 災害看護教育におけるシミュレーション・演習方法等の開発

1997年のカリキュラム改訂時、当時の文部省が推奨したことは、各大学の特色ある教育であった。統合前短大では災害救護系を設立し、専任として筆者を置き災害看護教育プログラムを開発した。さらに統合前短大は赤十字の教育機関であり、災害救護の人材や救護資機材、救護訓練の機会が得やすい環境にあった。教育方法は講義だけでなく、可能な限り災害救護活動に関連する机上シミュレーションや救護技術の演習、総合訓練を開発し、導入した(図1)。成果として学生のレベルでも救護活動の全体像を捉えた上で、自分達ができる看護の役割を主体的に考え、行動化することが確認できた(小原, 2006)。課外活動の災害救護サークルの活動を支援することが、より授業や実習の活性化に繋がった。

2) 地域防災実習

災害救護実習の一環である地域防災実習の目的は、「防災の視点から境南地域の家屋や道路等の状況、また防災施設である避難所や防災倉庫、防災公園等の構造、機能、役割を実際に視察し、更に自主防災組織の役割や活動内容など

災害救護実習(3年次、40時間、1単位)

机上シミュレーション	・トリアージ机上シミュレーション ・災害現場から後方病院までの全体像 ・応急処置の選択
救護技術演習	・救護所テント、担架、無線機、医療救急セット、簡易ベッド、自家発電機等の取り扱い ・応急手当て、災害用非常食の作成
トリアージの実演	・フィジカルアセスメント、被災者対応、トリアージタグの書き方及び取り扱い ・模擬患者の役割
総合訓練	・模擬患者の役割 ・救護ボランティアのチーム編成と役割分担、救護所の設置、被災者の搬送、トリアージ、応急処置、後方病院への搬送、本部との連携等

図1 開発した災害看護教育演習プログラム
(出典：災害看護，南山堂，2008)

について理解を深め、災害看護の視点から地域防災のあり方を考察する」と設定した。見学内容は、①避難所として指定された小学校の避難経路、避難所としての構造と役割、防災倉庫内に保管されている資機材 ②地元消防団の機能と役割 ③防災公園の構造と役割、防災倉庫に保管されている資機材 ④地域に設置されている消火設備：道路上の消火器、消火栓、非常ベル等である。学内ではK自主防災懇談会代表による会発足の意図と経緯、活動内容、活動を継続する際の重点項目などについて説明を受けた。その後、見学を通して、①地域の防災設備などについて新たに気づいたことをまとめる ②災害看護の視点から境南地域防災のあり方について考察する 以上2点をテーマにグループワークを行い、発表を行っている。実際に地域に存在する防災設備の見学や自主防災組織の役割について情報を得ることで、地域防災の具体性が深まったこと、地域防災の視点から災害看護の役割を考える機会となったことが発表を通して確認できている。

3) 地域防災に関連する課外教育活動の支援

学内で展開される災害看護教育活動以外に、地域防災に関連した教育活動として、6年前に課外活動の一環として立ち上がった災害救護サークル独自の活動を支援すること、地域自主防災組織が主催している安否調査訓練や救護訓練に参加する学生を支援すること等である。

その他、被災地における健康・生活支援活動が挙げられる。2004年12月末、統合前短大の災害救護系で新潟県中越地震被災地における健康・生活支援活動の企画、実施を歯切りに、毎年、支援活動を継続している。学生達は全国から送られてきた正月用品等の物資を配達しながら、被災者と交流し仮設住宅の生活や被災者の健康ニーズを把握、被災者の心理状態や関わり方学んできた。帰京後には、地域防災活動委員会主催で学生のボランティア活動報告を行った。報告会を行うことによって、活動を振り返り、更に災

害救護の理解を深めたことが確認できた。

3. 災害看護教育機関を拠点とする地域防災活動の取組

1) 地域との協働開始の起点

本学武蔵野キャンパスが位置する武蔵野市のK地域防災懇談会との交流は、2001年に「地域防災を考える会」が住民の防災意識に関する調査を実施し、統合前短大教員の有志や学生災害救護ボランティアサークルのメンバーがK地域防災懇談会主催の防災訓練等に参加したことに始まる。筆者等が地域住民を対象に行った防災意識のアンケート調査(2001年)の結果、「トリアージへの理解はあるが、命にかかわる場合には家族を優先して欲しいこと」(図2)、「病院には医療だけでなく広く生活支援も希望すること、自己防災のノウハウを習得したい」などの意識が明らかになり、住民の自助行動の普及啓発を強化する必要性が見出された。また自主防災組織メンバーを対象とした調査結果から、「住民の防災行動力を災害医療に取り込むことが、災害拠点病院の強化につながる」と見出された。

グラフ3. 住民のトリアージに対する意識
(一般的認識と家族が対象となった場合との比較)

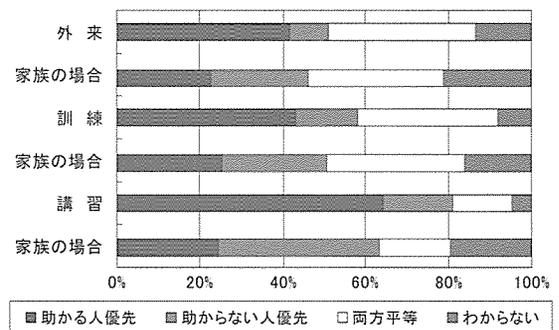


図2 住民のトリアージに対する意識
(第13回日本災害医学会総会、シンポジウム「災害教育」, 2008)

2) 地域防災活動委員会の立ち上げと活動の経緯

2002年に統合前短大教員の有志とキャンパスと隣接するM赤十字病院の有志がK地域防災懇談会の組織会員に加盟した。更に2004年統合前短大が文部科学省主催の現代的教育ニーズ取組支援プログラム(現代GP2004~2006年度)に採択されたことを契機に、2005年「地域防災活動委員会」を立ちあげた。メンバーは統合前短大教員の有志、学生災害救護ボランティアサークル、地域住民等から構成され、初回の地域防災セミナーを開催した。2007年行政の助成金を得て活動を継続、2008年3月短大の閉学により活動組織の背景が大学に移籍したが、活動委員会の機能を維持しながら、活動を継続している。

3) 地域防災活動がもたらす連携の意義とセミナーの目標
地域防災ボランティア育成セミナープログラムを実施す

るに当たり、当地域防災活動委員会が連携した自主防災組織、行政、病院等が保有している教材や人材を積極的に活用することは、お互いの連携を強化することに繋がる。また平時の地域における活動そのものが、災害時に対応できる基盤作りとなる。また平時から緊急時を想定し、災害時に対応できる知恵と技を習得することが備えに繋がる。本学学生にとっても、地域住民と共にセミナーを通し防災について学習する機会が与えられることになる。地域防災セミナーは、それぞれの立場でできる「災害に強くなる知恵と技」をスローガンに、平成17年度に開催し以後、継続している。

地域防災ボランティア育成セミナーの企画運営を直接、支えるのは地域防災活動委員会であり、下記の目標を掲げ、半年に渡るプログラムを展開した。

1. 災害から命を守る（自助）ための知識および備えに必要な技術を習得する。
2. 地域防災活動（共助）のための知識および啓蒙活動に必要な技術を習得する。
3. 災害時に他者と協働し住民の避難行動や救出行動を学ぶ。
4. 避難してきた人のニーズを把握し災害要援護者への援助ができる。
5. 傷病者のトリアージを学び、応急手当・心のケアができる。
6. 災害発生の経過に応じ必要な援助や他機関との連携（報告申請）ができる。

4) 地域防災ボランティア育成セミナープログラム

図2に2006年度地域防災ボランティア育成セミナープログラムを示した。プログラムは各テーマに関する講義とシミュレーションから構成し、参加型の形態をとっている。10月～3月の月1回、1日2回のテーマに分け12のテーマをプログラムしている。2006年度のテーマについては、図3に示したように減災、災害直後～初期、避難～復興の災害の時期によって3区分から構成した。講師はテーマに関連した専門家を起用し、また地域活動委員会メンバーも起用している。図4に各テーマ別の参加者人数を示した。「災害とこころのケア」、「AED」の参加者が多く、続いて「住民でもできるトリアージ」などが多かった。各テーマ終了後の4段階アンケートでは、100～95%の参加者が「大変に良かった」、「良かった」と評価している。

5) 学生の学習効果

本学の災害救護ボランティアサークルの学生も委員会のメンバーに組み入れた。一般学生の参加が図られ、学生の自主防災活動は授業以外にも災害看護を学ぶ機会となり、

またサークル活動の中に今まで以上に地域防災についての活動を強化することに繋がった。地域住民と交流しながらの学習は、同級生のみと違った幅の広い意見交換をもたらした。

第1回 10月15日(日)	災害の現状と防災力 ノクロスロード	第7回 1月13日(土)	いま中越の復興は・中越地震時の被災者支援活動
第2回 10月15日(日)	避難行動演習	第8回 1月13日(土)	災害現場の問題点(ペット対策等)
第3回 11月25日(土)	我が家の災害の備え	第9回 2月24日(土)	行政の防災計画
第4回 11月25日(土)	災害時はこうしようノ 帰宅困難者の心得	第10回 2月24日(土)	使い分けよう・避難所
第5回 12月9日(土)	被災者への心のケア	第11回 3月10日(土)	人の命を救うAED
第6回 12月9日(土)	要援護者に対するには	第12回 3月10日(土)	市民でも参加できるトリアージの実践

③⑥⑨
①②④⑪⑫
⑤⑥⑦⑧⑩

《 減災 》
《 直後～初期 》
《 避難～復興 》

図3 2006年度地域防災ボランティア育成セミナープログラム
(出典：第13回日本災害医学会総会、シンポジウム「災害教育」、2008)

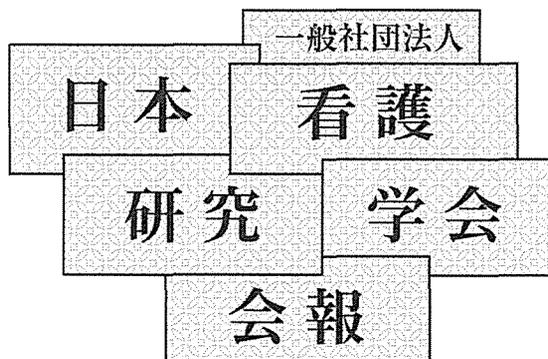
第1回 10月15日(日)	災害の現状と防災力 ノクロスロード	51人	第7回 1月13日(土)	いま中越の復興は・中越地震時の被災者支援活動	59人
第2回 10月15日(日)	避難行動演習	42人	第8回 1月13日(土)	災害現場の問題点(ペット対策等)	22人
第3回 11月25日(土)	我が家の災害の備え	44人	第9回 2月24日(土)	行政の防災計画	46人
第4回 11月25日(土)	災害時はこうしようノ 帰宅困難者の心得	33人	第10回 2月24日(土)	使い分けよう・避難所	27人
第5回 12月9日(土)	被災者への心のケア	108人	第11回 3月10日(土)	人の命を救うAED	80人
第6回 12月9日(土)	要援護者に対するには	54人	第12回 3月10日(土)	市民でも参加できるトリアージの実践	60人

全12回合計(延べ) 626名
日本赤十字M短期大学
防災ボランティア育成開発委員会

図3 2006年度地域防災ボランティア育成セミナーの参加者数
(出典：第13回日本災害医学会総会、シンポジウム「災害教育」、2008)

文献

- 1) 小原真理子：学士教育における「災害看護」：～教育活動を通して開発した教育内容と教育方法～、看護教育47(3)：228-232,2006.
- 2) 小原真理子：地域住民と協働する防災活動：災害看護165-167, 南山堂, 2007.
- 3) 小原真理子：災害看護の学習上の課題：災害看護209-214, 南山堂, 2007.
- 4) 小原真理子：地域防災と救援活動に連動する災害看護教育、日本災害看護学会誌8【1】28-35,2008.



第 78 号

(平成21年6月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 平成21年度第一回臨時社員総会議事録.....	1
日本看護研究学会平成21年度第1回理事会ならびに 一般社団法人日本看護研究学会平成21年度 第1回理事会議事録.....	2
日本看護研究学会平成21年度第1回評議員会ならびに 一般社団法人日本看護研究学会平成21年度 第2回臨時社員総会議事録.....	8

一般社団法人日本看護研究学会
平成21年度第一回臨時社員総会議事録

日 時：平成21年4月10日 13時から

場 所：学会事務局（千葉市）

出席者：理事長 山口桂子，副理事長 田島桂子，理事 上鶴重美

委任状による出席：

副理事長 泉 キヨ子

理 事 石井 トク，尾岸恵三子，紙屋 克子，川口 孝泰，松岡 緑，松田たみ子，
宮腰由紀子

(敬称略)

報 告

1. 法人の設立について

理事長より，4月1日付で「一般社団法人日本看護研究学会」が登記され，4月7日，登記手続き完了書類が事務局に届いたことが報告された。

審議事項

1. 一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則について

本年2月の平成20年度第2回臨時評議員会で認められた案に「付則 本細則は平成21年4月10日から施行する。」の項を追加した案が提案され，承認された。尚，付則については，以後順次繰り下げる
こととする。

2. その他

1) 各種委員会規程案について

新委員会規程について，形式の統一を図るための検討を行った。原案について，各委員長へ諮り，
意見調整をしていくこととする。

日本看護研究学会平成21年度第1回理事会ならびに 一般社団法人日本看護研究学会平成21年度第1回理事会議事録

日 時：平成21年4月25日（土） 10：05～12：15終了

会 場：東京ガーデンパレス 3F 桂

出 席：理事－阿曾 洋子，泉 キヨ子，尾岸恵三子，影山セツ子，紙屋 克子，川口 孝泰，
川嶋みどり，川西千恵美，川村佐和子，黒田 裕子，田島 桂子，松岡 緑，
松田たみ子，宮腰由紀子，山口 桂子，山田 律子

監事－大谷眞千子

欠席委任状：理事－石井 トク，上鶴 重美，小山眞理子，前原 澄子

欠席委任状：監事－安藤 詳子

欠席委任状未着：理事－小松 浩子，山勢 博彰

（五十音順・敬称略）

議 長：山口 桂子 理事長

－配布資料－

一般社団法人日本看護研究学会 平成21年度第一回臨時社員総会議事録

資料Ⅰ－1 日本看護研究学会 平成20年度事業報告

資料Ⅰ－2 日本看護研究学会 平成20年度会計報告 貸借対照表総括表ほか一式

資料Ⅰ－3 日本看護研究学会 平成20年度監査報告

資料Ⅱ－1 一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則

資料Ⅱ－2 各委員会規程（案）

資料Ⅱ－3 一般社団法人日本看護研究学会平成21年度事業（案）

資料Ⅱ－4 一般社団法人に本看護研究学会平成21年度予算（案）

I 日本看護研究学会 平成21年度第1回理事会

議事事項

理事長挨拶，および出席者の確認

- ・理事長の法人化に対する協力への感謝の挨拶の後，会則第4章14条5により出席者・委任状出席者の確認により本会が成立する旨報告があった。また，開始に先立ち，田島桂子副理事長から本日のスケジュールについて確認がされた。

報告事項：法人設立報告

山口桂子理事長

平成21年4月1日付けで「一般社団法人日本看護研究学会」として登記手続きが完了したことが報告された（4月7日に登記手続き完了の知らせが届いた）。これを受けて4月10日に第一回臨時社員総会を、出席者3名と他委任状出席にて開催した。ここでは、一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則が承認された。これにより、これまでの評議員が社員となり、一般会員が会員となる手続きが完了した。今後は、委員会規程の作成等を短期間で進め、今年の11月を目途に、次年度からの新役員を決める選挙を行うことの説明がされた。

本会議では、日本看護研究学会（任意団体）の平成20年度の事業・決算報告を行い、後に平成21年度一般社団法人日本看護研究学会の第一回理事会へと進めることを確認、同理事会では各委員会報告を次回に行うこととして、平成21年度事業（案）予算（案）の審議、および委員会規程の一部を審議することを確認した。

1. 平成20年度事業及び会計に関する報告

1) 平成20年度事業報告（資料Ⅰ-1）

田島総務担当副理事長

資料Ⅰ-1に基づき平成20年度の事業報告があり、異議なく承認された。

2) 平成20年度会計報告（一般・特別会計 奨学会、選挙事業積立金、記念事業）（資料Ⅰ-2）

宮腰会計担当理事

資料Ⅰ-2に基づき平成20年度会計報告があり、異議なく承認された。

3) 平成20年度監査報告（資料Ⅰ-3）

大谷監事

資料Ⅰ-3に基づき大嶋会計事務所、および監事による平成20年度監査報告があり、異議なく承認された。

*資料Ⅱ-1の最終残額が、新法人に対して全額寄附となる具体的な額であることが、理事長より追加確認説明された。

2. その他

1) 旧団体の解散時期等について

山口理事長

理事長より、旧団体の解散時期等について、平成21年度の8月の総会にて旧団体の解散をする旨の提案があり、異議なく承認された。また、新法人設立のために、旧団体から財産の全てを新法人に寄附していることから、旧団体として開催する理事会や評議員会・総会の費用は新法人の負担として実施することになる旨の説明がされ、承認された。

以下に説明の主な内容とそれに対する主な質疑内容を示す。

・説明内容：

当初は、旧団体からの寄附による新法人の設立ではなく、基金を拠出して法人を設立する予定であったため、定款（案）内に基金という項目があった。しかし、法律の施行および税制が明確になるにつれて、基金という項目を残しておくことで、非営利の一般社団法人であることと抵触する可能性がないとはいえないため、2月の評議員会では基金という項目を削除した定款を作成し、承認された。旧団体が基金の拠出した場合、旧団体を3年間継続しておく必要があったが、基金の拠出がなくなり継続の必要がなくなった。即ち、任意団体として残しておく必要がなくなった。以上から、平成21年度の8月の総会にて旧団体の解散をする旨の提案をしたい。

・質問：

① 旧団体の活動費が0円で問題はないか？

現時点では旧団体独自の事業を予定していないため、必要となる費用は会議以外では想定していない。会議については、新法人の会議に先立って、同じ場所、同じ時間枠の中で行う予定であり、問題がないと思う。

② 旧団体の会員に対する8月の総会への連絡は？

3月31日までに会員継続の意志を確認しているため、旧団体のみで新法人の会員ではないという人は原則的に存在していない。よって、現会員への連絡をすることで旧団体の会員にも全員連絡できると考える。

以上にて、日本看護研究学会平成21年度第1回理事会を閉会した。

II 一般社団法人日本看護研究学会 平成21年度第1回理事会

理事長の挨拶

理事長の一般社団法人日本看護研究学会の第1回理事会の開催にあたり、平成21年度の事業計画の審議事項、委員会規程、選挙について、また、予算を中心に検討する旨の説明と円滑なる審議協力への挨拶があった。

新資料の確認

審議事項

1. 一般社団法人日本看護研究学会第一回臨時社員総会開催の報告、および一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則決定の報告 山口理事長

山口理事長より、一般社団法人日本看護研究学会第一回臨時社員総会開催の報告と、同定款施行細則が決定されたことの報告があった。なお、同細則は、2月25日の理事会で承認された細則（案）に第3条と第4条が追加されたものであることの説明があった。

2. 委員会規程について 山口理事長

資料に基づき下記の説明があった。

① 委員会規程として揃える提案について

従来の常設委員会に関する規定（規程）を見直したところ、3委員会規程（雑誌編集委員会規程、倫理委員会規程、国際活動推進委員会規程）に対し、「学会賞および奨励賞に関する規定」、「奨学会規定」の2規定については、委員会がおこなっている作業について規定されているものである。よって、後者の2つについてもまずは委員会規程としてそろえることを提案する。

② 形式は、第1条（名称）、第2条（目的）、第3条（委員会）、第4条（活動事項）として統一する。
内容的には、原則として旧団体の内容を踏襲する。

③ 倫理委員会、国際活動推進委員会については、上記の形式に整えられているが、雑誌編集委員会については、名称、目的、委員会、活動事項の項目について検討する必要がある。例えば、雑誌編集委員会の雑誌を削除するか。また、第4条の査読については、活動事項として表現することなどの検討。

④ 奨学会及び学会賞・奨励賞については、名称の検討のほか、選考手続きなどについては別途、細則を作成する必要がある。

以上を受けての意見交換のおもな内容は以下のとおりである。

*学会賞の名称については、表彰委員会としてはどうかという意見も多かったが、現在の担当委員会委員等より、現行どおり「学会賞・奨励賞委員会」の提案があり最終的に合意した。

*奨学会委員会の4)「活動事項の奨学会特別会計の管理を行う」については削除することで合意した。

*上記の5つの委員会は継続する。

*「編集委員会」の委員会名称、冒頭の「雑誌」については委員会で検討する。

*将来検討委員会は理事長の諮問委員会として位置づけ、理事長・総務担当副理事長・松田理事・前原理事に継続してもらうことで合意した。広報活動については、委員会として立ち上げる必要性が以前より言われているが、当面の1年間は渉外担当副理事長がかかわり、ホームページについては編集委員会から切り離して、理事長のWGメンバーとして名古屋大学の藤井評議員に依頼すること

が承認された。委員会とするか否かについては、新役員選挙後を目途に検討する。

以上、委員会規程については、旧団体の内容を踏襲し、各委員会の形式を統一して、7月の理事会で検討し、8月の社員総会で審議することが提案され、異議なく承認された。

なお、それまでは、暫定にて①旧規程を使用し、各委員会がそれぞれの規程を見直していくこと、②編集委員会、倫理委員会、国際活動推進委員会については、委員会の名称、目的、委員会、活動事項の項目に沿って見直すこと、③奨学会および学会賞・奨励賞に関する規程については、他の委員会と同形式に委員会規程を作成し、選考手続きなどについては手続き規程として別途作成することについて、理事会として承認し社員総会に提案する。

2. 評議員（社員）選挙について

山口理事長

Web上での投票については決定しているが対応できない人に対する検討について、意見交換され、以下のように承認された。

・ハガキで選挙方法が変わったことを知らせることは、周知徹底するための効果がある。

これらから、平成21年度の評議員選挙方法について、昨年度までに審議されてきたことをふまえ、①選挙方法はWeb上にて行われること、②郵送葉書にてWeb上の選挙ができるか事前の問い合わせを行い、できない場合は各自からの申し出に応じて、従来の郵送による投票を行うこと、③選挙規程および内規を作成し、平成21年7月の理事会に提示、選挙となる11月までには間に合うように準備することを本日の第2回臨時社員総会にて承認を得ることに決定。

3. 平成21年度の事業計画案について（資料Ⅱ－3）

田島総務担当副理事長

平成21年度の事業計画案が資料Ⅱ－3に基づいて提案され以下の通りに決定し、第2回臨時社員総会に提案することを確認した。

平成21年度事業計画案

1. 第35回学術集会の開催

川嶋みどり会長 8月3日（月）、4日（火） 横浜市

2. 学会誌の発行：第32巻1号～5号

3. 奨学会事業

4. 学会賞・奨励賞事業

5. 地方会の運営

6. 研究倫理に関する啓発事業

7. 国際活動推進事業

8. 将来構想に関する組織・整備事業

9. 法人設立記念事業の実施
10. 評議員（社員）および役員の選挙
11. 社会貢献事業
 - ・ ナーシング・サイエンス・カフェの開催
12. 関係学術団体との連絡・提携
13. 看護技術評価推進
14. ホームページの運営
15. その他

項目11については、新たな社会貢献事業として、今年度の学術集会の開催時に一般市民に向けた「ナーシング・サイエンス・カフェ」として開催される。予算については、会計担当と検討することで合意する。

4. 平成21年度予算案について（資料Ⅱ－4）

宮腰会計理事

宮腰理事より、資料Ⅱ－4に基づいて平成21年度予算案が説明された。旧団体から一般社団法人への移行時期であるとともに、学術集会の会計や選挙方法の改善に伴い、会計科目の変更等がある可能性、（ ）書きの削除等を含め説明された。また、学術集会の別途会計、人件費のベースアップ、選挙費用の計上も含めて異議なく承認された。

*関連事項としての報告であるが、税金について千葉東税務署から連絡があり、過去3年分の収支決算についての報告（関連書類の提出）を求められている。その中で、収益事業として過去3回の学術集会に関する収益・支出について詳細な資料提出の要望があり、対処しているところである。

法人化後の見通しは、年会費は収益にならないため、主な収益としては雑誌販売等のみであるのでそれ程の額にはならないと考える。使用意図が明確になっているものについての積み立ては不利益にならないと言われている。予算の段階から会計事務所に参加してもらっており「明朗予算」であり安心である。予算報告にあたりこの点も報告する。

尚、確定した最終予算（案）については、7月理事会に示すことで了解される。

以上にて一般社団法人日本看護研究学会平成21年度第1回理事会閉会

議事録 尾岸恵三子（総務担当理事）

次回理事日程：平成21年7月12日（日）会場未定（東京都内）

日本看護研究学会平成21年度第1回評議員会ならびに 一般社団法人日本看護研究学会平成21年度第2回臨時社員総会議事録

日 時：平成21年4月25日（土） 13：00～14：10終了

会 場：東京ガーデンパレス 2F 高千穂

議 長：山口 桂子 理事長

－配布資料－

資料Ⅰ－1 日本看護研究学会 平成20年度事業報告

資料Ⅰ－2 日本看護研究学会 平成20年度会計報告 貸借対照表総括表ほか一式

資料Ⅰ－3 日本看護研究学会 平成20年度監査報告

資料Ⅱ－1 なし

資料Ⅱ－2 なし

資料Ⅱ－3 一般社団法人日本看護研究学会平成21年度事業（案）

資料Ⅱ－4 一般社団法人に本看護研究学会平成21年度予算（案）

I 日本看護研究学会 平成21年度第1回評議員会

議事事項

理事長挨拶、および出席者の確認

- ・理事長挨拶の後、日本看護研究学会（以下、旧団体とする）会則第16条4）により、出席者数63名、委任状102名により、旧団体評議員会が成立することが報告された。
- ・新法人設立のために、旧団体から財産の全てを新法人に寄付していることから、旧団体として開催する理事会や評議員会・総会の費用は新法人の負担として実施することの説明がされた。

報告事項：法人設立報告

山口桂子理事長

平成21年4月1日付けで「一般社団法人日本看護研究学会」として登記手続きが完了したことの報告があった。

審議事項

1. 平成20年度事業及び会計に関する報告

1) 平成20年度事業報告（資料Ⅰ－1）

田島総務担当副理事長

資料Ⅰ－1に基づき平成20年度の事業報告があり、異議なく承認された。

2) 平成20年度会計報告(一般・特別会計 奨学会, 選挙事業積立金, 記念事業)(資料I-2)

宮腰会計担当理事

資料I-2に基づき平成20年度会計報告があり, 異議なく承認された。

3) 平成20年度監査報告(資料I-3)

大谷監事

資料I-3に基づき大嶋会計事務所, および監事による平成20年度監査報告があり, 異議なく承認された。

2. その他

1) 旧団体の解散時期について

山口理事長

旧団体の解散時期について以下の通り報告があった。

当初は, 旧団体からの寄付による新法人の設立ではなく, 基金を拠出して法人を設立する予定であったため, 定款(案)内に基金という項目があった。しかし, 法律の施行および税制が明確になるにつれて, 基金という項目を残しておくことで, 非営利の一般社団法人であることと抵触する可能性がないとはいえないため, 2月の評議員会では基金という項目を削除した定款を作成し, 承認された。旧団体が基金の拠出をした場合, 旧団体を3年間継続しておく必要があったが, 基金の拠出がなくなり継続の必要がなくなった。

以上の経緯から, 平成21年度内での旧団体の解散が提案され, 異議なく承認された。

また, 評議員会で承認が得られたので, 平成21年度の8月に総会を開催し, 平成21年度で旧団体を解散する提案をしたいとの報告があった。

以上にて閉会

II 一般社団法人日本看護研究学会 平成21年度第2回臨時社員総会

理事長の挨拶および出席者の確認

理事長の挨拶の後, 一般社団法人日本看護研究学会定款第27条により, 出席者数63名, 委任状102名により, 一般社団法人日本看護研究学会臨時社員総会が成立することが報告された。

審議事項

1. 委員会規程について

山口理事長

山口理事長より、委員会規程については、旧団体の内容を踏襲し、各委員会の形式を統一して、7月の理事会で検討し、8月の社員総会で審議することが提案され、異議なく承認された。

なお、それまでは、①旧規程を使用し、各委員会がそれぞれの規程を見直していくこと、②編集委員会、倫理委員会、国際活動推進委員会については、委員会の名称、目的、委員会、活動事項の項目に沿って見直すこと、③奨学会および学会賞・奨励賞に関する規程については、他の委員会と同形式に委員会規程を作成し、選考手続きなどについては手続き規程として別途作成することが理事会審議において承認されたことの報告があった。

2. 評議員選挙について

山口理事長

山口理事長より、平成21年度の評議員選挙方法について、昨年度までに審議されてきたことをふまえ、①選挙方法はWeb上にて行われること、②郵送葉書にてWeb上の選挙ができるか事前の問い合わせを行い、できない場合は各自からの申し出に応じて、従来の郵送による投票を行うこと、③選挙規程および内規を作成し、平成21年7月に提示、選挙となる11月までには間に合うように準備したい旨の説明があり、承認された。

3. 平成21年度の事業計画案について（資料Ⅱ－3）

田島総務担当副理事長

平成21年度の事業計画案が資料Ⅱ－3に基づいて提案され異議なく承認された。なお、この中には、新たな社会貢献事業として、今年度の学術集会開催時に一般市民に向けた「ナーシング・サイエンス・カフェ」が開催されるとの提案もあった。

4. 平成21年度予算案について（資料Ⅱ－4）

宮腰会計理事

宮腰理事より、資料Ⅱ－4に基づいて平成21年度予算案が説明された。旧団体から一般社団法人への移行時期であるとともに、学術集会の会計や選挙方法の改善に伴い、会計科目の変更等がある可能性が説明されたが、異議なく承認された。

5. その他

1) 追加資料 一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則について

追加資料として、平成21年4月10日に第一回臨時社員総会で決定された、一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則が示され、山口理事長より第3条、及び附則の追加について説明があり、承認された。

一般社団法人日本看護研究学会定款・細則が本学会雑誌32巻1号に会告として掲載されるとの報告があった。

2) 第35回学術集会会長より準備状況の報告

川嶋みどり第35回学術集会会長

法人化後、第1回目の学術集会が8月3日(月)、4日(火)に横浜市のパシフィコ横浜で開催されるが、準備が順調にすすめられていること、一般演題は420演題の応募があったことが報告された。

理事長より、研究の質の向上を目指して、2段階方式の査読を取り入れたことで、研究内容の充実が図れたとの報告があった。

3) 山口理事長より、旧団体から一般社団法人への移行に関わる修正事項は、学会ホームページにおいて、順次修正が行なわれている旨の説明があった。

以上にて閉会

(記録) 大池美代子, 白尾久美子

新・看護師教育カリキュラムに対応



M55 フィジカルアセスメント トレーニングモデル

実習項目

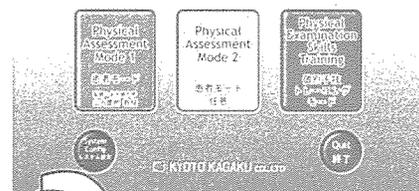
- 問診・コミュニケーション
- 目の視診
- 血圧測定
- 心電図シミュレーション
- 脈診
- 心音の聴診
- 肺音の聴診
- 腸音の聴診

Physiko はコミュニケーション、フィジカルアセスメント技術を向上させ、看護の臨床実践能力を高める学習に適した全身モデルです。

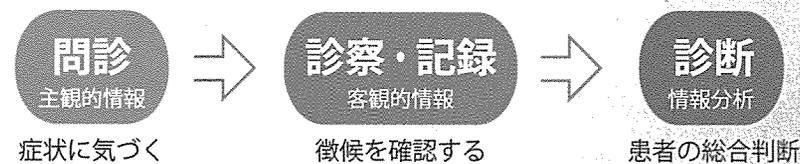
Physiko を用いた看護師教育現場での活用

- 3種プログラムモードの設定で、レベルに応じた段階的な学習が可能
- 12人の疾患患者のシミュレーションで、看護師の臨床実践能力を向上
- 任意の疾患患者が設定でき、効果的な教育プログラムに活用が可能
- 豊富な症例設定で、基本的でおえるべきアセスメントを繰り返し学習
- 人体と同様に可動し、問診のできる全身モデル

Physical Assessment Model
Physiko



フィジカルアセスメントの手順



主な訴えは何か
どんな症状か



その患者の
状況に応じた
看護計画立案
・実践

アセスメントの結果を的確に医師に伝えることができるか否かは、患者さんの負担を大きく軽減することにつながります。

決め手となる
アセスメントの
ポイントをつかむ

株式会社 **京都科学**

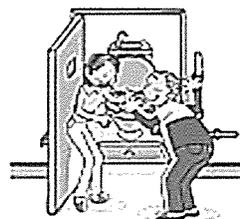
URL ● <http://www.kyotokagaku.com>
e-mail ● rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

本社・工場 〒612-8388 京都市伏見区北寝小屋町15番地
TEL.075-605-2510(直通) FAX.075-605-2519

東京支店 〒112-0002 東京都文京区小石川5丁目20-4
TEL.03-3817-8071(直通) FAX.03-3817-8075

日本看護研究学会東海地方会 2009年度サマーセミナー 排泄リハビリテーションのケア技術セミナー

失禁や頻尿、認知症などで排泄ケアに困ったことはありませんか？
排泄リハビリテーションの視点でケアをマネジメントするために、看護師に必要な排泄ケア技術を一緒に学びましょう。



日 時：2009年8月23日（日）10時～16時

会 場：三重大学医学部看護学科棟 三重県津市江戸橋2丁目174番地

🚶 近鉄江戸橋駅（三重大学前）下車 徒歩15分

🚗 伊勢自動車道「津IC」、国道23号線沿い20分

プログラム

10：00～10：30 受付（看護学科棟玄関ホール）

10：30～12：00 講演（定員60名）

「排泄リハビリテーションのケア技術 ～やればできる骨盤底筋訓練～」

講師：聖隷クリストファー大学看護学部教授 渡邊 順子氏

13：00～15：00 ワークショップ（実技）

(1) 排泄動作訓練（運動機能と認知機能へのアプローチ）（定員20名）

講師：社会医療法人厚生会木沢記念病院中部療護センター

理学療法士 岩井 歩氏

(2) 排泄のつぼ・マッサージ療法（定員20名）

講師：鈴鹿医療科学大学鍼灸学部助教 沢崎 健太氏

(3) 排泄機能訓練（排便訓練、膀胱訓練と排尿誘発訓練）（定員20名）

講師：三重大学医学部看護学科准教授 高植 幸子氏

15：00～16：00 ワークショップのまとめ（内容の共有）

申し込み方法（事前申し込み）

① 氏名、連絡先、参加希望プログラム、弁当注文の有無（当日払い1,000円）を明記の上、できるだけ、FAXまたはメールでお申し込みください。

日本看護研究学会東海地方会2009年度サマーセミナー 世話人 高植幸子宛

FAX：059-231-5272 / e-mail：stakaue@nurse.medic.mie-u.ac.jp / TEL：059-231-5272

② 参加費：会員は無料、非会員は1,000円（実費、資料代を含む。当日、受付にて支払い）

③ 申し込み締め切り：定員になり次第、終了します。問い合わせは、世話人（高植）まで

注意：ワークショップ参加者は、ズボンなどの動きやすい格好でお越しください。

日本看護研究学会

第14回 九州・沖縄地方会学術集会のご案内

テーマ：看護の原点－セルフヒーリング－

第14回日本看護研究学会九州・沖縄地方学術集会を宮崎で開催することになり、現在準備を進めております。ストレス社会の現代、患者・家族のみならず医療者も“癒し”を求めています。

癒しの根幹はself-healingであると考え、今回は“サイモントン療法”を招聘講演とし、更に実践セミナーや体験コーナーを設けました。是非“癒し”の体験を通して、これからの看護とself-healingについて一緒に考えていきたいと思っております。多数の演題へのご応募とご参加を日向の地でお待ちしております。

日本看護研究学会 第14回九州・沖縄地方会 学術集会会長 土屋八千代

会 期：平成21年11月7日（土）9：30～16：10
会 場：宮崎大学医学部 清武キャンパス（医学部講義棟303講義室・総合研究棟）
宮崎郡清武町大字木原5200 宮崎大学医学部看護学科

プログラム：

- 8：45 受付
- 9：25 開会
- 9：30 学術集会会長挨拶
- 9：35 基調講演（学術集会会長：土屋八千代）
- 10：40 招聘講演「サイモントン療法について」
（講師：サイモントン療法認定トレーナー 川畑伸子氏）
- 12：10 総会
- 12：50 懇親会
- 14：00 研究発表（口演・示説）
実践セミナー（癒しの技術：リフレクソロジー リンパドレナーージュ）
癒しの体験コーナー「DVDでサイモントン療法を体感しよう」
- 16：10 閉会

演題申込み・抄録原稿締め切り日：平成21年7月21日 消印有効

参加登録申込み締め切り日：平成21年9月2日

参加費・振込先：

会 員 3,500円
非 会 員 4,000円
大学院生 1,000円
学 生 無料（資料代別）

郵便振替

口座番号「01770-2-140024」

口座名「第14回日本看護研究学会地方会学術集会」

●問い合わせ・応募先：

〒889-1692 宮崎郡清武町大字木原5200 宮崎大学医学部成人・老年看護学講座

第14回日本看護研究学会 九州・沖縄地方会学術集会事務局

E-mail 14kenkyu@fc.miyazaki-u.ac.jp

TEL/FAX 0985-85-9824・9825・9826・9827（学術集会事務局）

TEL/FAX 0985-85-9820（土屋 研究室）

一般社団法人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。

〒260-0015 千葉市中央区富士見2-22-6 富士ビル6階

一般社団法人日本看護研究学会 編集委員会 委員長 川口 孝泰 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書きし、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

4. 原稿の受付

原稿の受付は、随時行っている。投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は、受理できない。

5. 投稿の採否

投稿の採否は、規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

査読の結果、「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で、その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には、不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総 説	資料・その他
独 創 性	○	○	○		
萌 芽 性		○	○		
発 展 性		○	○	○	
技 術 的 有 用 性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信 頼 性	○			○	
完 成 度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体に必要な著者は，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）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、ダブルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文原稿の最後一括して引用番号順に整理して記載し、書式は本文と同じとする。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻(号)、始ページ-終ページ、発行年(西暦)

- 例 -

- 1) 日本太郎, 看護花子, 他: 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴, 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38, 1998
- 2) Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

番号) 著者名：書名、引用箇所の始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年(西暦)

- 例 -

- 3) 研究太郎: 看護基礎科学入門, 23-52, 研究学会出版, 大阪, 1995

③編集者の場合：

番号) 著者名：表題、編集者名(編)：書名、始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年(西暦)

- 例 -

- 4) 研究花子: 不眠の看護, 日本太郎, 看護花子(編): 臨床看護学Ⅱ, 123-146, 研究学会出版, 東京, 1998
- 5) Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、アドレス

- 例 -

- 6) ABC看護学会: ABC看護学会投稿マニュアル, 2003-01-23,
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

なお、雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9) 用字・用語は、現代かなづかいとする。アラビア数字を使い、SI 単位系 (m, kg, S, A など) を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で、A4サイズ用の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。
- 7) 平成21年4月10日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成21年4月1日から「一般社団法人 日本看護研究学会」となりました。

振込加入者名が以下の通り変更となりました（口座番号変更無し）。

2. 平成21年度会費納入のご案内について

平成20年度会費をお納めの上、平成21年3月31日までに、平成21年度から「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌32巻1・2号を送付いたしております。

平成21年度会費未納の方は、お早めに同封の振り込み用紙または、下記の納入方法でお振込下さいませようお願いいたします。尚、第35回学会集会で演題発表（共同研究含む）を予定されている方につきましては、平成21年度会費未納の場合、発表が取消しになりますのでご留意下さい。

記	
会費	7,000円
郵便振込 口座番号	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員の中に同姓・同名の方がおります、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、氏名、ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご確認の上、お振込下さいませ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ありますので、ご確認下さい。

ラベル見本

260-0015 千葉市中央区富士見2丁目22-6 富士ビル6F 千葉 花子 (3) (ち 9999) (2008) 平成21年度会費をお支払い下さい。	①：地区番号 ②：会員番号 ③：会費最終納入年度
------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------

3. 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。

4. 送付先不明者のご確認

学会誌32巻1号および平成20年度会費未納者への請求文書送付後に、下記の方が退職、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せようお願いいたします。

お0586 岡島 文恵 (2009) え0119 江村 佳恵 お0914 大屋夕希子 か0677 神原千比呂 た0272 高安 百代
 た0741 高橋 幸子 な0424 三浦 由華 ま0471 松本美恵子 む0036 村瀬 千春 む0139 村山 政恵
 や0265 安田 真美 や0459 山浦 高子 や0583 矢矧 仁 (2008) い0910 伊志嶺みさ子 い0923 家城 沙織
 う0236 魚尾 淳子 か0393 金澤 暁民 か0664 勝野 智子 せ0066 千本 美紀 は0447 橋口 修卓
 ひ0246 平尾 敦子 ま0360 前田 聡子 み0421 宮里 智子 む0100 村上 千春 (2007)

事務所の開所曜日・時間と連絡先

開所曜日	月・火・木・金	電 話	043-221-2331
開所時間	10:00~15:00	F A X	043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第32巻 2号

会員無料配布

平成21年6月20日 印刷

平成21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 川西千恵美 (理事) 徳島大学医学部保健学科

山勢 博彰 (理事) 山口大学大学院医学系研究科

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

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒260-0015 千葉市中央区富士見2-22-6
富士ビル6階

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

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

(アイウエオ順) 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な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。
 3. 入会申込書の送付先：〒260-0015 千葉市中央区富士見2丁目22番6号 富士ビル6階
一般社団法人日本看護研究学会
 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
一般社団法人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

一般社団法人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		地区割				
送付先住所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒					
E-mail			地区名				
自宅	TEL	FAX	都道府県名				
評議員 推薦者氏名	(印)		1 北海道 北海道				
推薦者所属	会員番号		2 東北 青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島				
事務局 記入欄	理事会承認年月日			3 関東 千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟			
	受付番号	年度入会会員番号		4 東京 東京, 埼玉, 山梨, 長野			
	受付日	巻 号~		5 東海 神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重			
	通知番号	送付日		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・沖縄 福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄				

変 更 届

一般社団法人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：一般社団法人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。

一般社団法人日本看護研究学会 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

最新刊

保健指導・患者指導のための
行動変容
実践アドバイス50

松本千明 著

A5判 128頁

定価 1,890円 (本体 1,800円+税5%)

ISBN978-4-263-23528-7

- 対象者の「やる気」を引き出す場合の基本的な考え方や、「こういう場合は、このように働きかけてみては？」といった、具体的で実践的な方法や工夫について、50コラムにまとめた。
- 行動変容を促す指導をする上で、働きかけの“引き出し”を増やすための「ワンポイント・アドバイス」集。

アクティブ・バースの支援

DVDで学ぶ開業助産師の「わざ」
フリースタイル分娩介助

村上 明美 編著

B5判 64頁

定価 6,510円 (本体 6,200円+税5%)

ISBN978-4-263-23527-0



- なかなか見ることのできない、実際のフリースタイルでの分娩介助場面を7ケース収録。
- 書籍でフリースタイルでの分娩機転や骨盤の形態変化などのノウハウをおさえ、DVDで臨床に生きるリアルな「わざ」を学習できる“DVD&BOOK”。

療養指導のコツが満載

Dr.坂根の
やる気がわいてくる 糖尿病ケア

坂根直樹 著

B5判 160頁 カラー

定価 3,570円 (本体 3,400円+税5%)

ISBN978-4-263-23526-3



- 患者さんとのエピソードに、最新のエビデンスを加えて一冊にまとめた。患者さんの心を開く楽しい療養指導方法を習得できるよう創意工夫を凝らした。
- 各章6頁でまとめ、多忙なスタッフでも自身のペースで無理なく読み進むことが可能。章末のノート欄へ気がついた点を記入すれば、自分だけの指導バイブルになる。

CKD 対策テキスト

知りたいことがよくわかる
腎臓病教室 第3版

中尾俊之 編著

B5判 224頁

定価 3,150円 (本体 3,000円+税5%)

ISBN978-4-263-70567-4



- 腎臓病の専門病院で行われている医療を具体的に解説。個々の腎臓病や治療法の説明はもちろん、患者さんが病院を受診した場合にどのような手順で診療が行われるのかという点も紹介。
- 社会復帰に向けた在宅治療のために必要な自己管理について、患者さんや家族・介護者にも理解できるように、イラスト・図を多用し、易しい記述を試みた。

看護観を養う

看護学概論 第2版
看護追求へのアプローチ

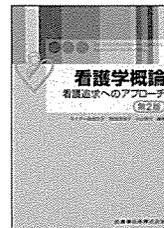
ライダー島崎玲子・

岡崎寿美子・小山敦代 編著

B5判 182頁

定価 2,730円 (本体 2,600円+税5%)

ISBN978-4-263-23525-6



- 学生自身の看護観、看護の哲学、さらには主体的な思考過程を育むことに主眼を置き、学生の思索を刺激し、また自己学習を促すための工夫を施した。
- 第2版では、前述の特徴を活かしながら、最新の知識・情報を盛り込むことはもちろん、これからの看護師に必須である看護倫理、看護診断を重視し加筆を行った。

