JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH
Volume 33 Number 1 April 2010
ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[33巻 1号]

Japan Society of Nursing Research

ここから始まる！
看護研究者のスタンダードを示す
世界的定番書

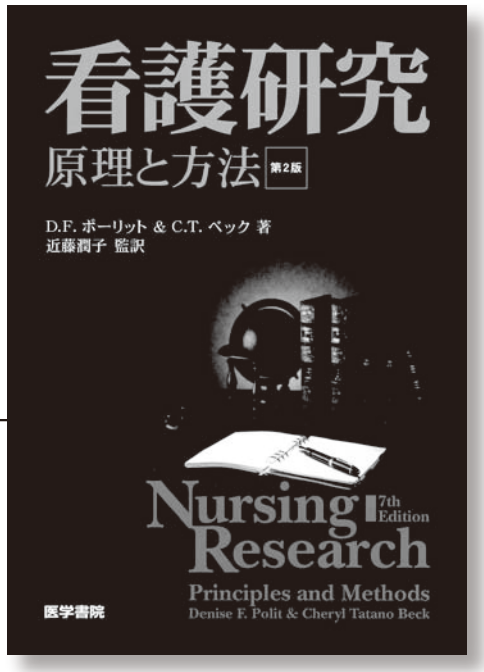
新刊

看護研究
原理と方法 第2版

Nursing Research
Principles and Methods, 7/e
Denise F.Polit & Cheryl Tatano Beck

著
D.F. ポーリット&C.T. ベック

監訳
近藤 潤子 天使大学



1978年に初版が米国で刊行されて以来、世界中の看護研究者に圧倒的な評価を得てきた原書第7版の翻訳。看護研究の進歩を反映し、前版と比べて300頁以上の増頁で内容充実。看護研究者に不可欠な知識を適切に選定し、質的・量的ともに研究方法の各論についても簡潔かつ一定の深さで記述。網羅性と詳細さをバランスよくまとめた記述は他の追随を許さない。看護研究者の世界的スタンダードがここにある。

●B5　頁800　2010年
定価9,975円（本体9,500円＋税5%）
[ISBN 978-4-260-00526-5]
消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。

Contents

第Ⅰ部　看護研究の基礎
1　看護研究への誘い
2　質的研究と量的研究における重要な概念と用語
3　質的研究と量的研究における研究プロセスの概観

第Ⅱ部　研究の概念
4　研究問題、研究設問と仮説
5　文献レビュー
6　概念的文脈の開発

第Ⅲ部　看護研究のためのデザイン
7　倫理的研究のデザイン
8　量的研究のデザイン
9　量的研究における厳密性の強化
10　さまざまな目的に応じた量的研究
11　質的研究のデザインと方法
12　質的デザインと量的デザインの統合
13　標本抽出のデザイン

第Ⅳ部　測定とデータ収集
14　データ収集計画のデザインと実施
15　自己報告データの収集
16　観察データの収集
17　生体生理学的データ、その他のデータ収集法
18　データの質の評価

第Ⅴ部　研究データの分析
19　量的データの分析：記述統計
20　量的データの分析：推測統計
21　量的データの分析：多変量統計学
22　量的分析の方略のデザインと実施
23　質的データの分析

第Ⅵ部　研究を伝える
24　研究結果の要約と共有
25　研究計画書の作成

第Ⅶ部　研究結果の利用
26　研究報告の評価
27　看護研究の運用：研究のエビデンスを看護実践に生かす

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

携帯サイトはこちら

会　　告（1）

平成21年度事業　評議員（社員）・理事選挙の結果，下記の方々が選出されました。

任期は，平成22年定時社員総会の日より平成26年社員総会の前日まで。（ただし，理事として選出された評議員の任期は，平成24年社員総会終結のときまで。）

平成22年３月31日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長　山　口　桂　子

記

選挙会告時の地区登録による所属です。但し、それ以降本人より所属変更の申出があった場合、所属は変更しております。

評議員地区別名簿

（敬称略）

北海道地区（３名）

氏　名	所　属	氏　名	所　属
野川　道子	北海道医療大学看護福祉学部	山田　律子	北海道医療大学看護福祉学部
良村　貞子	北海道大学大学院保健科学研究院		

東北地区（３名）

氏　名	所　属	氏　名	所　属
叶谷　由佳	山形大学医学部看護学科地域看護学講座	上泉　和子	青森県立保健大学
西沢　義子	弘前大学大学院保健学研究科		

関東地区（４名）

氏　名	所　属	氏　名	所　属
神田　清子	群馬大学医学部保健学科	小板橋喜久代	群馬大学医学部保健学科
佐伯　由香	筑波大学大学院人間総合科学研究所看護科学系	森　　恵美	千葉大学大学院看護学研究科

東京地区（７名）

氏　名	所　属	氏　名	所　属
川野　雅資	東京慈恵会医科大学医学部看護学科	金井　一薫	東京有明医療大学
亀岡　智美	国立看護大学校	柏木　公一	国立看護大学校
真田　弘美	東京大学大学院医学系研究科健康科学・老年看護学専攻	佐藤みつ子	帝京大学医療技術学部看護学科
中木　高夫	日本赤十字看護大学		

東海地区（９名）

氏　　名	所　　属	氏　　名	所　　属
天野　瑞枝	藤田保健衛生大学衛生学部看護科	大島　弓子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科
大津　廣子	愛知県立看護大学	大西　文子	藤田保健衛生大学医療科学部看護学科
門間　晶子	名古屋市立大学看護学部	黒田　裕子	北里大学大学院クリティカルケア看護学
平井さよ子	愛知県立大学看護学部	三上　れつ	慶應義塾大学看護医療学部
渡邊　順子	聖隷クリストファー大学看護学部		

近畿・北陸地区（11名）

氏　　名	所　　属	氏　　名	所　　属
天津　栄子	石川県立看護大学	井上　智子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
上野　栄一	福井大学医学部看護学科基礎看護学	岡山　寧子	京都府立医科大学医学部看護学科
川島　和代	石川県立看護大学	黒田　裕子	阪神高齢者・障害者支援ネットワーク
近田　敬子	園田学園女子大学人間看護学科学科長	西田　直子	京都府立医科大学医学部看護学科
任　　和子	京都大学医学部附属病院　看護部	西村　ユミ	大阪大学コミュニケーションデザイン・センター
早川　和生	大阪大学医学部保健学科看護学専攻		

中国・四国地区（７名）

氏　　名	所　　属	氏　　名	所　　属
池田　敏子	岡山大学大学院保健学研究科	小笠原知枝	広島国際大学
川西千恵美	徳島大学医学部保健学科	新道　幸恵	日本赤十字広島看護大学
田中マキ子	山口県立大学看護栄養学部	深井喜代子	岡山大学大学院保健学研究科
山勢　博彰	山口大学医学部保健学科		

九州・沖縄地区（６名）

氏　　名	所　　属	氏　　名	所　　属
東　　玲子	西南女学院大学	阿蘇品スミ子	九州看護福祉大学看護学科
宇佐美しおり	熊本大学保健学教育部精神看護学	宇座美代子	琉球大学医学部保健学科
小田　正枝	国際医療福祉大学福岡看護学部	寺崎　明美	福岡大学医学部看護学科

（合計　50名）

理事地区別名簿

（敬称略）

地　　区	氏　　名
北　海　道	良村　貞子
東　　北	叶谷　由佳
関　　東	小板橋喜久代
東　　京	中木　高夫
東　　海	黒田　裕子
近畿・北陸	近田　敬子　　井上　智子
中国・四国	新道　幸恵　　深井喜代子
九州・沖縄	宇佐美しおり

会　　告（2）

第36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３回公告）

平成22年３月10日

第36回日本看護研究学会学術集会
会　長　深　井　喜代子

記

第36回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ　**看護における研究の未来を問う**

会　　場：岡山コンベンションセンター（全館）
　　岡山市デジタルミュージアム（一部）
　　（岡山市北区駅元町）
期　　日：平成22年８月21日（土），22日（日）

会長講演：ヒトの痛みを問い続けて
　　深井　喜代子（岡山大学大学院保健学研究科教授）
　　座長：川嶋　みどり（日本赤十字看護大学学部長）

招聘講演：「看護を社会に開く鍵（かぎ）」
　　スザンヌ・ゴードン Suzanne Gordon（米国，ジャーナリスト）
　　座長：近藤　麻理（東邦大学大学院医学系研究科教授）

特別講演Ⅰ：「世界に先駆ける旭川荘の実践－看護・医療・福祉の融合」
　　江草　安彦（川崎医療福祉大学名誉学長／社会福祉法人旭川荘名誉理事長）
　　義村　禮子（旭川荘療育センター児童院看護課長）
　　座長：津島ひろ江（川崎医療福祉大学教授）

特別講演Ⅱ：「構造（システム）としての生命（いのち）－構造主義科学論から読み解く」
　　池田　清彦（早稲田大学国際教養学部教授）
　　座長：秋元　典子（岡山大学大学院保健学研究科教授）
　　座長：西條　剛央（早稲田大学大学院商学研究科講師）

シンポジウムⅠ：「理論活用で磨くクリニカルジャッジメント力」

シンポジスト：筒井真優美（日本赤十字看護大学教授）

シンポジスト：勝原裕美子（聖隷浜松病院副院長／総看護部長）

シンポジスト：塩川　ゆり（神戸大学医学部附属病院患者支援センター専任看護師長）

シンポジスト：吉田　智美（滋賀県立成人病センター看護部副参事／がん看護専門看護師）

座長：高田　早苗（京都橘大学看護学部教授）

シンポジウムⅡ：「看護実践の未来を問う－キーナーシングとしての外来看護」

シンポジスト：保科　英子（岡山大学病院副院長／看護部長）

シンポジスト：石田　昌宏（日本看護連盟幹事長）

シンポジスト：加藤　恒夫（医療法人社団かとう内科並木通り診療所院長）

シンポジスト：久保田聰美（医療法人近森会近森病院看護部長）

座長：長江　弘子（岡山大学大学院保健学研究科教授）

座長：千田美智子（川崎医科大学附属病院看護部長）

ティーブレイクセミナー

セミナー１：「アップグレードトレーニング：フィジカルイグザミネーションスキル」

ウェルチアレンジャパン株式会社主催

セミナー２：「テクノロジーバックアップ：プレゼンテーションテクニック」

富士通株式会社主催

セミナー３：「テクノロジーサポート：健康と福祉のケアプラクティス」

ハートフルビジネスおかやま主催

日　　時：会期中

会　　場：岡山コンベンションセンター

＊各セミナーとも定員があります（先着順）。

＊詳細は追ってお知らせいたします。

交流集会

第36回日本看護研究学会学術集会企画

交流集会１：「感染予防」

渡邉都貴子（岡山大学病院看護部・感染制御部）

交流集会２：「医療安全」

兵藤　好美（岡山大学大学院保健学研究科）

田中　共子（岡山大学大学院社会文化科学研究科）

交流集会３：「アディクション看護研究」

日下　修一（獨協医科大学看護学部看護学科）

松下　年子（埼玉医科大学保健医療学部看護学科）

交流集会４：「看護研究とSOC－看護学研究におけるSOC評価の意義と，今後のSOC研究の方向性について考える」

松下　年子（埼玉医科大学保健医療学部看護学科）

大木　友美（昭和大学保健医療学部看護学科）

本江　朝美（上武大学看護学部看護学科）

田中　晶子（昭和大学保健医療学部看護学科）

他

交流集会５：「遷延性意識障害患者の意識回復と身体機能の改善を目的にした技術開発とその成果」

紙屋　克子（静岡県立大学大学院看護学研究科）

林　　裕子（北海道大学大学院保健科学研究院）

日高紀久江（筑波大学大学院人間総合科学研究科）

交流集会６：「在宅看護学教育の教育内容を問う」

谷垣　靜子（岡山大学大学院保健学研究科）

長江　弘子（岡山大学大学院保健学研究科）

岡田　麻里（岡山大学大学院保健学研究科）

酒井　昌子（聖隷クリストファー大学）

乗越　千枝（鳥取大学医学部保健学科）

仁科　祐子（鳥取大学医学部保健学科）

交流集会７：「新たな疼痛緩和手段の開発と提言－急性痛に対する甘味による鎮痛効果の検証と今後の展望」

掛田　崇寛（川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科）

交流集会８：「病院・大学・地域で協働して行う統合的看護実践能力の育成」

保科　英子（岡山大学病院）

國平　茂子（岡山大学病院）

安藤　弥生（岡山大学病院）

長江　弘子（岡山大学大学院保健学研究科）

谷垣　靜子（岡山大学大学院保健学研究科）

岡田　麻里（岡山大学大学院保健学研究科）

特別交流集会

一般社団法人日本看護研究学会国際活動推進委員会企画

特別交流集会１：「看護実践能力を高める教育のあり方－海外での看護実践・教育の経験をふまえて」

主催：国際活動推進委員会　田島　桂子，石川　陽子，上鶴　重美，松田たみ子

話題提供者：

▶　国際看護における看護実践に求められるコンピテンシー

丹野かほる（新潟大学大学院保健学研究科）

▶　開発途上国の看護の実践・教育の経験を通して考える看護実践能力

森山ますみ（日本赤十字九州国際看護大学）

特別交流集会２：「英語で論文を書こう－研究成果を世界に向けて発信するために」

主催：国際活動推進委員会　上鶴　重美，石川　陽子，田島　桂子，松田たみ子

講師：原田　裕子（日本キリスト教団伝道師・看護医療翻訳家・米国登録看護師・看護師・元防衛大学校外国語教室助教授）

看護研究の倫理問題よろず相談コーナー

一般社団法人日本看護研究学会倫理委員会企画

日常看護研究を行ううえで困っている倫理的問題，ジレンマ，疑問－具体的には倫理委員会で審査されるものは何か，倫理審査申請書類の書き方，臨床現場における対象者の人権擁護の方法等－１人で考えるには難しい内容や判断に迷うことなど，何でもご相談に応じるコーナーです。

日　　時：　８月21日(土)　13：40～17：00

場　　所：　岡山コンベンションセンター（未定）

日本看護研究学会倫理委員会委員

石井　トク（日本赤十字北海道看護大学）

江守　陽子（筑波大学大学院）

川口　孝泰（筑波大学大学院）

懇　親　会

日　　時：平成22年８月21日（土）18時～20時

会　　場：岡山コンベンションセンター２階レセプションホール

会　　費：5,000円

【参加費】

①　事前登録（６月30日まで）（会員）　10,000円

②　事前登録（６月30日まで）（非会員）　11,000円（学術集会雑誌を含む）

③　当日（会員）　11,000円

④　当日（非会員）　13,000円（学術集会雑誌を含む）

⑤　学生（当日のみ）（一律）　3,000円（但し，学術集会雑誌は含まない）

＊大学院生は会員または非会員のいずれかでお申し込みください。

⑥　懇親会費　　5,000円
⑦　プレカンファレンスセミナー参加費　5,000円（次ページ，左記セミナーの項参照）

＜事前登録方法＞

ホームページ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。

参加費支払い方法は「郵便局払い込み」のみとなります。ご登録時に画面の指示に従って参加費をお支払いください。本誌に払込用紙を入れてあります。払込用紙１枚につき１名のみご記入ください。

口座番号：01360-8-108699
加入者名：第36回日本看護研究学会学術集会
註）振込用紙には所属，氏名，〒住所，電話番号のほか，
会員番号と参加登録番号を必ずご記入ください。

【第36回学術集会事務局】

企画運営本部

〒700-8558　岡山市北区鹿田町２丁目５－１
岡山大学大学院保健学研究科 深井研究室気付
第36回日本看護研究学会学術集会 企画運営本部
TEL：086-235-6855
FAX：086-235-6855
E-mail：scully@totucare.com
ホームページ：http://www.med-gakkai.org/jsnr36/

運営事務局

〒701-0114　岡山県倉敷市松島1075- 3
株式会社メッド
TEL：086-463-5344
FAX：086-463-5345
E-mail：jsnr36@med-gakkai.org

（学会前日）

プレカンファレンスセミナー

学術集会前日にプレカンファレンスセミナーを開催します。会員・非会員を問わず参加出来ます。なお，運営の都合上，プレカンファレンスセミナーは第36回学術集会参加登録と同時にお申し込みいただきます。

テーマ１：「構造構成主義理論を看護学研究に活用する」
西條　剛央（早稲田大学大学院商学研究科講師）
高木　廣文（東邦大学大学院医学研究科教授）
京極　　真（吉備国際大学大学院保健科学研究科准教授）

テーマ２：「医療安全のゲーミングシミュレーション」
兵藤　好美（岡山大学大学院保健学研究科准教授）
田中　共子（岡山大学大学院社会文化科学研究科教授）

テーマ３：「グレードアップ看護学研究：いかに研究をデザインするか」
佐伯圭一郎（大分県立看護科学大学教授）
西田真寿美（岡山大学大学院保健学研究科教授）

日　　時：平成22年８月20日（金）14時30分～17時（受付は13時30分から）
会　　場：岡山コンベンションセンター
募集人数：各テーマとも100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，ホームページでの登録にてお願いします。ご登録の際，所定の様式にそって，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，受け付けられたかどうかのご確認を必ずお願いします。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。したがって，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22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。

＜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セミナーへの参加をご登録いただいた際に，画面の指示に従って，学術集会参加費と同じ払込用紙で，セミナー参加費もお支払いください。支払い方法は「郵便局払い込み」のみとなります。なお，プレカンファレンスセミナー参加希望者のうち会員の方は，学会誌第33巻１号に同封した払込用紙（学会参加費と共通）をお使いください。非会員で参加希望の方は，払込用紙に下記の内容をもれなくご記入の上，払込をしてください。

口座番号：01360-8-108699
加入者名：第36回日本看護研究学会学術集会
振込用紙の空欄に，会員・非会員の別，希望するテーマ（番号とタイトル），自動配信された登録番号，所属，氏名，〒住所，電話番号を，必ずお書きください。

目　　次

第35回日本看護研究学会講演記事

会長講演

優れた看護実践：新しい知の創出とわざの精錬 …… 15

日本赤十字看護大学　川　嶋　みどり

招聘講演

Academic Nursing Practice:Nurses Transforming Health Care in Japan …… 19

ULois K. Evans, PhD, RN, FAAN

vanAmeringen Professor in Nursing Excellence

University of Pennsylvania School of Nursing

シンポジウムⅠ　「アカデミック・ナーシング・プラクティス」 …… 25

～座長総括～　日本赤十字看護大学教授　小　原　真理子

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科教授　村　上　明　美

地方から発信する「看護実践学会」の歩みと意義 …… 26

看護実践学会理事長，金沢大学医薬保健研究域保健学系　泉　　キヨ子

技術研究の臨床への還元 …… 28

岩手県立大学看護学部　武　田　利　明

フィジカル・アセスメントセミナーの開催 …… 31

愛知県立大学看護学部　鎌　倉　やよい

通りがかりに健康相談－聖路加看護大学看護実践開発研究センターの実践－ …… 33

聖路加看護大学　菱　沼　典　子

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 …… 35

～座長総括～　北里大学大学院クリティカルケア看護学　黒　田　裕　子

がん看護専門看護師の立場から …… 36

神奈川県立がんセンター　医療相談支援室長　副看護局長

がん看護専門看護師　渡　邉　眞　理

クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスとその課題 …… 39

大阪警察病院　看護管理室　急性・重症患者看護専門看護師　大　江　理　英

小児看護専門看護師の役割と活動の実際 …… 41

公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター

看護師長・小児看護専門看護師　長　田　暁　子

助産領域から …… 43

なごみ助産院　山　田　美也子

ー原　著ー

在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆とその関連要因の質的研究 …… 45
山口県立大学看護栄養学部看護学科　廣　瀬　春　次
山口大学大学院医学系研究科保健学系学域看護学領域　生　田　奈美可

成人期の女性看護師における生涯発達上の危機となる体験 …… 57
愛知医科大学看護学部　中　垣　明　美

早期関節リウマチ患者の発症以降の心理過程と療養行動 …… 69
久留米大学医学部看護学科　草　場　知　子

配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」 …… 81
山口大学医学部附属病院　中　村　由　子

ー研究報告ー

患者の姿勢から認知する感情について－看護者と養護教諭の比較から－ …… 93
虎ノ門病院　三　上　佳　澄
弘前学院大学　對　馬　明　美
弘前大学大学院保健学研究科　西　沢　義　子

入院中の要介護高齢者の家族との相互理解に向けた看護師の関与の過程 …… 103
埼玉県立大学保健医療福祉学部　野　村　佳　代
岡山県立大学保健福祉学部　渡　辺　久　美
岡山大学病院　寺　嶋　朋　恵

在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアの効果の検討 …… 111
日本赤十字九州国際看護大学　姫　野　稔　子
広島大学大学院保健学研究科　小　野　ミ　ツ

人工股関節全置換術を受けた患者の在宅における生活状況と活動量に関する研究 …… 121
佐賀大学医学部看護学科　赤　木　京　子
佐賀大学医学部看護学科　藤　田　君　支
大分大学医学部看護学科　佐　藤　和　子

新人看護師の職業性ストレス尺度の開発 …… 133
熊本大学大学院生命科学研究部　村　上　美　華
熊本大学大学院生命科学研究部　前　田　ひとみ

ー資料・その他ー

介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ …… 141
島根大学医学部看護学科　原　　祥　子
島根大学医学部看護学科　小　野　光　美
産業医科大学大学院　大　畑　政　子
神戸市看護大学　岩　郷　しのぶ
神戸市看護大学　沼　本　教　子

CONTENTS

Original Papers

A Qualitative Study of Anticipatory Grief and Its Related Factors in Family Caregivers of Dementia Patients Living at Home 45
Department of Nursing, Faculty of Nursing and Human Nutrition, Yamaguchi Prefectural University：Haruji Hirose
Division of Fundamental Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University School of Medicine：Namika Ikuta

Adult Experiences of Female Nurses that Cause Crises in Life Span Development 57
Aichi Medical University College of Nursing：Akemi Nakagaki

Psychological Process and Therapeutic Behavior of Patients with Early Rheumatoid Arthritis from Onset 69
School of Nursing, Kurume University：Tomoko Kusaba

"Quantum Leap Experience" of Proficient Nurse by Job Displacement 81
Yamaguchi University Hospital：Yuko Nakamura

Research Reports

Clinical Nurses' Recognition of Feelings from the Posture of Patients: A Comparison with School Nurses 93
Toranomon Hospital：Kasumi Mikami
Hirosaki Gakuin University：Akemi Tsushima
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences：Yoshiko Nishizawa

The Process of Relationship-Creating Aimed at the Advancement of Mental Understanding with Patients' Families 103
Saitama Prefectual University Faculty of HealthScience, Department of Nursing：Kayo Nomura
Faculty of Health Science and Welfare Science Okayama Prefectual University：Kumi Watanabe
Okayama University Hospital：Tomoe Terashima

Effect of Foot Care for Health Promotion and Disease Prevention in Elderly Persons Living at Home 111
The Japanese Red Cross Kyusyu International College of Nursing：Toshiko Himeno
Hiroshima University Graduate School of Health Science：Mitsu Ono

Activity Levels and Living Conditions at Home of Patients after Total Hip Arthroplasty 121
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University：Kyoko Akagi
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University：Kimie Fujita
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Oita University：Kazuko Sato

Development of a Job Stress Scale for New Graduate Nurses 133
Faculty of life sciences, Kumamoto University：Mika Murakami
Faculty of life sciences, Kumamoto University：Hitomi Maeda

Preliminary Session

End-of-life Care Provided and Emotional Instability Experienced
by Care Staff of Elderly Care Facilities 141
School of Nursing, Shimane University：Sachiko Hara
School of Nursing, Shimane University：Mitsumi Ono
Graduate School of Medical Science, University of Occupational and Environmental Health：Masako Ohata
Kobe City College of Nursing：Shinobu Iwagou
Kobe City College of Nursing：Kyoko Numoto

第　35　回

日本看護研究学会学術集会

講演記事（1）

2008年８月３日（月）・８月４日（火）

会長　　川　嶋　みどり

於　パシフィコ横浜
国立大ホール・会議センター

◆会 長 講 演◆

優れた看護実践：新しい知の創出とわざの精錬

Excellent Nursing Practice: Creating New Knowledge and Refining Skills

日本赤十字看護大学　川　嶋　みどり

近年，高等教育のテンポは急激に進み，看護大学は180を超えようとする勢である。そうした中，本学会は，研究者による研究の質を高める努力の一方，看護学の基盤は実践にあるとして，臨床を足場としている多くの看護師の扉をいち早く開き，文字通り看護実践と教育，研究のコラボレートをめざしてきた。改めて多くの先人諸氏に深甚の敬意を表したい。そこで，本学術集会は，本学会の伝統や諸先輩の思いを継承し発展させる意味と，新時代に向かって看護学研究と看護実践の方向を探る意思として「創（はじめ）を探り未来を拓く」をメインテーマにした。

本講演での「優れた看護実践：新しい知の創出とわざの精錬」は，この60年近くを，看護とともに歩き続けてきた一人の看護師・教師・研究者として，実践をよりどころにした新しい知を創造し後世に引き継ぐ責務を痛感している私の思いから生まれた。看護学研究の成果である数多くの理論やモデルは，学術的な関心及び臨床の看護場面にも取り入れられ，看護実践の質を高める上で一定の貢献を果たして来た。一方，看護実践そのものの歴史はさらに古くから蓄積されている。メインテーマである「創を探り未来を拓く」ためにも，初心の初心にかえって多くの先人の築き上げてきた看護の本質を問い，人々の信頼にこたえることのできる専門職ならではの看護の実践を行うことこそ，いま，求められていると思う。とはいえ，現在，看護を取り巻く諸事情は非常に複雑である。医学の進歩，高度医療技術，患者の高齢化，そして疾病構造の変化などは誰もが認識していることである。では，これに伴う看護の進化の方向は，いったいどこへ向くべきなのだろうか。

そこで今回の講演では，「看護学は実践の学である」との共通理解のもとに，３つのキーワードを挙げた。すなわち「優れた実践」「技の精錬」「新しい知の創出」である。看護の知の創出は，演繹と帰納を行き来しながら研究成果を整理，分析，分類，体系化し，理論化される場合と，長年の経験の蓄積によって生み出される場合があると思う。いずれもそれらの知は，実践の根拠になり，質の高い実践を担保することになる。

１．優れた看護実践について

実践としての看護は，母親が病める子どもの額を小川の水で冷やした漠とした過去に遡る。素朴かつ未熟であっても，世話をし慰めを与えるケアの方法は家族から家族へ，世代から世代へと伝えられ，やがて近代の専門的な看護に進化して来た。古くからの言い伝えは多くある。たとえば，12世紀，東ローマ皇帝アレクシオス王１世（1048年～1118年８月15日，東ローマ帝国コムネノス王朝の初代皇帝）の王女アンナ・コムネナが，父の最期を看取った際の記録から，優れた看護の実践を垣間見ることができる。「母皇后は，毎晩皇帝の傍らで夜を明かした。両腕でその体を支え，いくらかでも呼吸が楽であるように身体の位置を変えるのに工夫をこらし，敷布団の具合をあれこれ整え，コップではなく酒杯で水を飲ませた。咽頭ばかりか舌の奥の方も炎症を起こしている父は，そうすれば何とか飲むことができた」。ここには，中世の家族ケア（といっても王宮の内部であるが）の経験知の中の法則性を読み取れる。つまり嚥下障害患者への経口摂取を支援する際，飲ませる水分の１回量と注ぐ角度と体位が非常に重要であるということである。

また，明治の先達大関和は，桜井女学校付属看護婦養成所の一回生であるが，彼女が卒業して初めて受け持った重症腎炎の少女への献身的な看護の記録にも，現代に通じる優れた看護実践を読み取ることができる。患者は，重症腎炎の13歳の少女。「全身蒼白色，浮腫著明，ようやく開眼する程度，胸腹部膨満著しく，音声かすかにして呼吸細数息迫あり。12月15日より付き添い，１月４日まで１滴の排尿なく大便のみ５，６回。牛乳を十分与えよとの医師の指示で，病人が嫌うのを説得し１日600グラムを７，８回に分けて与えた。当初は拒んだ洗拭も，腎機能の概要と皮膚からの排泄の大切さを説明し拒まなくなった。こうして４日の午後３時頃100ｍｌの排尿があり，私の喜びは今なお記憶に残る。その後，1.000，2,000と尿量が増え，１月９日主治医の出勤当日には常人と変わらぬ腹部になり，１月25日には両便ともトイレ歩行可能となって，２月21日に退院になった」とある。

ところで，今なぜ，優れた看護実践なのか。それは，市場原理に支配された医療の在り方のもと，高度医療技術の普及に伴う超過密，高速回転の現場環境で求められる看護実践能力と基礎教育内容との乖離に起因する。就職後僅か

１年に約９％の新人が離退職し，それ以外の看護師の疲労やバーンアウト現象。このような状況の隘路として優れた看護実践は１つの方策になり得る。つまり，優れた看護実践を新人時代に体験し，「やったー！ できたー！」という達成感を成就することにより，人々の信頼にこたえ得る専門職としての道を主体的に開くのである。

ナイチンゲールは，優れた看護師は「患者にどのようなことを感じているか言わせないで読み取れ，患者の顔に現れるあらゆる変化についての意味を理解できること。そして，これらのことについて自分ほどよく理解している者はないと確信がもてるまで，これらについて研究すべきである」と述べた。また，ヘンダーソンは，「すぐれた看護師は他者の皮膚の内側に入っていく」と表現し，そのためには「無限の知識，蓄積された技能，忍耐力，寛容さ，感受性，そして努力し続けることのできる能力」をあげ，「完全で成熟したすぐれた看護師は，患者に同情を寄せ，かつ敏感に反応する能力はもちろん，看護の技術的な力を十分に身につけているだけではなく，自分の情緒的な反応と技術的な対応とを，自分の患者の特殊なニーズや自分のおかれた状況に適した独自のやり方で活用し，またその機会をもつ」と述べている。

私は，ごく普通に現場で働く看護師らの優れた看護実践をイメージしてこの言葉を用いる。学生であれ新人であれ，目を見張るような優れた実践を行うことの例を，いくつも挙げることができるからである。そこで，「たとえそれが１回限りの実践であっても，後日『あのときのあの事例，あの経験と同じ』という内容をもち，そこから引き出される真理は年月を経て有用である」のが優れた看護実践であると考えている。つまり，優れた実践は，受け手にとって有用なことは勿論，普遍的な新たな知見に通じる仮説が産出できるレベルの実践をいう。これにより新たな実践知を生み出すことができるのである。経験が本来の意味を持つためには，ただ経験をすればよいというものではない。過去から今日まで，優れた経験の蓄積は豊富であっても，その多くが，意識化されないままに見過ごされてきた。言葉化されていない経験を知にしていくということが極めて重要である。

そこで優れた経験知をどのように意識化していくかについて，ある師長が，夜勤の新人に対して，「今夜あたり危ないわよ」と予測した場面から見ることにしよう。ここで，今夜あたり急変する可能性というのは，きちんとその理由が言語化されれば技術化に通じるのだが，この場面では，何故かを抜きに「今夜あたり危ない」とだけ新人に警告した。「だからちゃんと観察しなさいよ」と言う思いを込めて述べたのであろう。この師長の「今夜あたり危ない」という直観は，長年の経験から生まれた優れたカンのレベルではある。だが，「こんな状態の場合は危ない」と，言葉によって伝えることが未だできないレベルである。

このように，身体感覚として覚えているその個人の技を，武谷三男の技術論から解説すると，まさに，師長の「技能」すなわち，主観的法則性の意識的適用といえる。これまで多くの看護師らは，その場その場での経験を通して自らわざを体得していった歴史がある。しかし，言語化をしてこなかったために，個人の主観的なわざのレベルにとどまっていた。こうした個人的な主観的なわざを，客観的な知識にして初めてそれは技術となり教育可能となる。すなわち，実践における客観的法則性の意識的適用である。換言すれば，技術とは行為の形や手順ではなく，「行為を可能にする原理」である。

２．わざの精錬

しかし，教室で原理を教えて事足りるわけではない。実践できるレベルにするには，学んだ原理を反復トレーニングして個人の身についた主観的なわざ，すなわち技能レベルにして行く必要がある。だが，実現するには種々の困難も多くある。現在の臨床実習体制上の問題もあるが，技術教育自体の問題もあるだろう。制約の多い臨床現場と実習指導体制並びに教員の技術能力から見て，状況に応じて原理を活かし変化させる機会が極めて少ないと言ってもよいだろう。そのまま卒業した新人たちは，応用力がきかない，自信がもてず，患者にとって安心を左右する状況が生まれることは必至である。

なぜいま，「わざ」を重視するのかといえば，道具や機械，機械システムの進歩により，人間の身体ツールの価値を低めた感があるからである。看護教育の近代化により，見よう見まねの徒弟式訓練から脱皮したのはよいとして，反復習熟する方法を軽視してきたのではないだろうか。ある１つの方法を徹底的に練習し，その方法がすっかり身体に染みついてしまうと，それを使えないときにどうするかを考えて応用力が働く場合が多い。現在の教育では，それとは逆のことが起こってしまっているように思う。加えて，手のわざを忘れた看護師らが，現実に患者やその家族に何をもたらしたか，そして看護師たちのアイデンティティにも影響を及ぼしているのではないか。そうした反省点から「わざ」を重視しようと言いたい。

わざの習熟は，手足と頭をフルに使い，量的にその実践を増やしていかなければ身につかないが，その方法の１つは，先達の優れたわざを見る方法がある。「あんなふうに早くなりたい」という憧れや願望とともに，その優れたわざを見ながらコツをつかみ，目標達成に有効な法則性を主観的にまず体験するのである。今１つの方法は，客観的な知識として学んだこと（原理）を，反復実践して主観的な

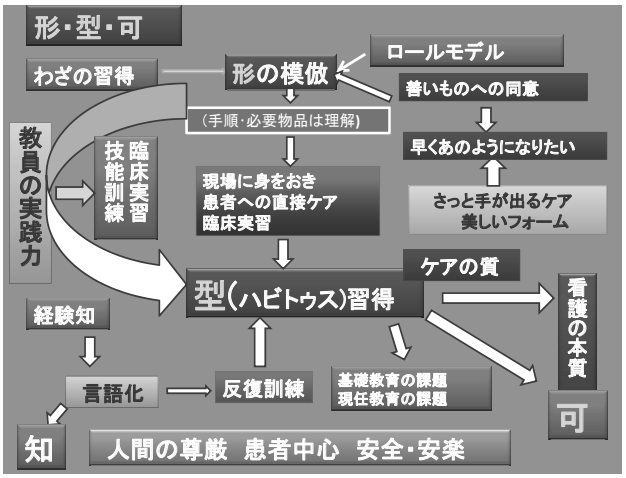
レベルにまで高め技能化していくのである。

反復練習に際しては，過去の実践によって得た身体の記憶と照らし，評価し，比較するという判断が働く。こうして，一定の緊張のもとに訓練することによりわざは熟達するのである。

基礎教育においては，行為を可能にする原理を知識レベルから使えるレベルにする必要がある。高度の知識を学ぶことに価値をおいて来たことは，高等教育の成果であるが，反面，知識の身体知化を重視してこなかったことによる弊害をもたらしたことも認識すべきであり，なんとしても現在の基礎教育で改めなければならない。すなわちわざを磨くことの言語化（技能習得の技術化）が技術教育の大きな課題である。教室で単に教師のデモンストレーションの見学やVTRをみるだけでは「わざ」は身につかない。演習に際しては，患者像のイメージができ，場面を想像できるようなリアルな事例をできるだけ多くつくり，その患者の必要とする技術の組み合わせを学生たちに考えさせ，優先順位を決め方法を選択し，実際に行って相互評価をし課題を達成する。これからの基礎教育での実践課題である。

わざの習得の段階を武谷技術論的に整理すると，認識の３段階論，すなわち，現象論レベル（形の模倣）実体論レベル（型の習得）そしてわざの真髄にアプローチする本質論レベルがある。

生田（2008）は形から型に移行するさまを，「世界への潜入」という言葉を用いて説明しているが，これを新人の立場で考えると，職場のルールやマナー，人間関係，業務量，先輩や同僚の手技，機械・器具，担当患者の病期・症状，社会的背景，そういったものをひっくるめた「世界」と言えよう。そういった複雑な状況とのコミットメントを成立させ，模倣によって体得したわざ（形）を客観視し，知的プロセスが介在した型のレベルに深化させる。人間の尊厳，患者中心，安全性，安楽性という看護の基本を根底にしながら，現象，実体，本質へとアプローチしていくわけである。（図）



図

臨床に身を置いて受け持ち患者のケアをするということは，その患者を取り巻く周辺の環境を始め，関連する変数を丸ごと体験しながら型を取得していく。専門的なわざの習得にさいして，形（模倣）から型にしていくことの重要性を理解しなければならない。型の取得とは，対象が変わっても状況が変わっても，目ざすアウトカムを得られるというレベル，つまり，ハビトゥスを習得することである。そこで重要なのが反復訓練であり，経験知を言語化することである。

したがって，新人の技術力とか実践力の低下が問題視されているが，看護教員の看護実践力こそ，磨きを高めなければいけないのではないだろうか。看護のロールモデルとなり，学生に教える以上，先ず教員こそ身を粉にしてこの実践力を高める研鑽をし，臨床実習における技能訓練のあり方を，看護教育の基本にして研究していかなればいけないと思う。

３．新しい知の創出

そして最終的に「可」すなわち本質に辿りつくためには，理論学習はもとより，学内演習や実習を通して自己の看護観を身につける必要がある。看護技術学の基礎となる看護技術論は，対象と看護実践者との関係の論理構造を把握することで，客観的な論理を主観的な感覚の上でつかむわけだが，創造的な感覚を基礎に，的確な構想を満たすためには，常にそこに勘が働くと思う。つまり，ひらめきやアイディア，仮説である。

その勘を鋭くする訓練の場はゼミである。ゼミに参加しプレゼンテーションし，ディスカッションする過程で学問の論理を，あるいは感覚をつかむのである。ここでの自分なりの努力と判断を基礎に，チームワークのとれた討論を土台にしながら，「そういう事象はそのような捉え方をするのか」「そういう考え方があったのか」「私はそうは思わない」「でも著者はなんと言っているのだろうか」と文献や著書の抄読を通して，或いは参加者との討論を通じて相互に切磋琢磨しながら勘が鋭く発展していくのである。

ところで，新しい知を創出するには演繹的な研究の方法もあるが，正しい認識は実践によって媒介されるという前提のもとに，経験から新しい知への創出の過程について考えて見よう。先ず，知の創出につながる実践は，成功と失敗を繰り返しながら行われることに留意したい。医療や看護のように生命の安全に直結する領域では失敗は許されないことが強調された結果，根本的に失敗を認めない風潮を生んだ。このことを，新たな知の創出にフォーカスする

と，極めて不幸であるとさえ言える。すなわち失敗事例の中には限りなく研究をするのにふさわしい仮説がたくさん潜んでいるからである。再び失敗を起こさないよう，実践を精錬することにより，より高い実践の道を開くことが可能となることを共有しておきたい。

そこで，茂野香おる会員の協力を得て，本学会雑誌の最新10年の掲載論文から新しい知の創出につながる経験知（非成功事例）を探って見た。ヒット件数112件の中，確かに経験知になりそうな事例は23件。その中に非成功事例が７例あった。詳細は略すが，子どもに対して医療者のペースで処置を遂行する関わりが子どもの心理的混乱行動になったケース，また，重要他者と関われない患者への看護師個々の支援が，かえって退行性をみた例，その他，母子分離過程で看護師個人の母子関係を当てはめようとした例など，１つひとつ吟味しながら，そこにどのような普遍化できる経験知が潜んでいるかを明らかにすれば，新たな研究課題や実践課題が見えて来る。これを看護界全体が共有することにより，さらに実践レベルの向上につながることはいうまでもない。

経験から新しい知を生み出す方策として，web版看護実践事例集積センターの構築までの一連のワーキングについて述べてみよう。この目的の１つは，長年にわたって埋もれて来た看護実践事例を収集・発掘し，一定の枠組みにそって分類整理をすることにより，わが国の看護実践の構造を明らかにすることである。第２に，個々の事例から経験知を抽出し，その経験に潜む客観的法則性を抽出してカテゴライズするとともに，個々の法則性を仮説にしたエビデンス研究の基礎にしようというものである。これらを整理し，追試を重ねることにより実践事例（経験）から新しい知を生み出すのではないかと考えた。

2002年６月から2009年７月まで，この作業に従事した登録メンバー 33名，殆どは臨床経験10年以上のエキスパートナースである。検討会は隔月の日曜日を１日つぶしてこれまで40回に上り，のべ965人が参加した。対象の23誌（学会誌８，看護系雑誌15）に掲載された事例を個票に記載，１事例を数名の看護師らが２回にわたって検討し現在655個票の検討を済ませた。個票作成に約２年半を費やしたが，検討のプロセス自体が１つの研究であると位置づけている。現在，事例提出者と出版社の許可を得て完成個票にし，web上に掲載し始めたところであるが，閲覧のシステム，評価システムをどうするかなどが今後の課題である。さらに，これらの事例を精錬し抽象化するために三次チエックを行っている。これが完成すれば，日本の看護師による看護実践から生まれた新しい知を創出できるのではないだろうか。

おわりに

さて，本学術集会の主要な話題の１つにアカデミック・ナーシング・プラクティクスがある。高等教育の推進と普及は看護の社会的地位の向上にとって喜ばしいが，一方，教育と臨床との間の溝を深める結果を招いた。この溝を埋めるために，30年にわたって実践教育と研究の統合を成し遂げられたペンシルベニア大学での歩みを，この後，エバンス博士が語って下さることだろう。これに関連して，私は，現行の看護技術教育を見直し，先にも述べた看護教員の実践力の精錬を提起したい。学生たちの模倣に耐えるロールモデルとなるためにも，看護系教員の看護実践力の精錬を抜きにはできないと思うからである。また，看護教育方法の重要な１つである臨床実習の環境の整備と臨床看護レベルの向上に関しても重要な関心を向けないわけにはいかない。高度医療技術の進歩に連動した看護技術，すなわち保助看法でいう「診療の補助」に関する領域での信頼に応え得る技術の精錬の必要は当然である一方，看護独自の技術の価値の共有と技の精錬，すなわち「療養上の世話」における本来の看護独自の技術への価値づけとわざの精錬を強調したい。看護師の身体ツールを用い，患者にとっては一番安心で安全で安楽なわざを提供するために，実践・教育・研究面で統合していかなければならないと思う。

看護の道を歩き続けて約60年。自戒をこめて述べておきたいことは，看護という仕事の特性は身分という概念とはなじまないということである。職位的な上下を抜きの切磋琢磨こそ，看護学の発展に必要なことである。研究に際しても，共同課題の遂行の一方で，自己の課題を常に持ち続けることが必要である。絶えず自己研鑽を重ね能力を開発しなければ，たちまち老朽化して研究者ではなくなってしまう。どんなに年を重ねても，いつまでも若々しく瑞々しい感性を持ちながら研究を続けたいものである。研究能力は，研究に取り組む過程で磨かれるからである。また，研究者も社会人である。看護学の研究者であるためには，普通の人間らしい感覚は，その基礎となることを忘れまい。

◆招聘講演Ⅰ◆

Academic Nursing Practice: Nurses Transforming Health Care in Japan

ULois K. Evans, PhD, RN, FAAN
vanAmeringen Professor in Nursing Excellence
University of Pennsylvania School of Nursing

Abstract

Academic nursing practice is the intentional integration of education, research and clinical care in an academic setting for the purpose of advancing the science and enhancing the structure and quality of health care. Academic practice provides a living laboratory that enhances the richness of students'learning, access by faculty to settings and patients for research, and a natural environment for developing and testing evidence-based practices. Examples from the University of Pennsylvania are used to illustrate academic practice missions and outcomes. Possible futures for Japanese schools of nursing are suggested that could profoundly affect the state of health care for the future.

Introduction

Philadelphia holds a special place in United States history as it is the home of our first government, formed in 1776.

The University of Pennsylvania School of Nursing in Philadelphia, Pennsylvania had been founded ten years prior, in 1765, by one of the leaders for that new government, Benjamin Franklin. The mission of the University has, since its founding, embraced Franklin' s philosophy that the creation, discovery and dissemination of new knowledge should be integrated with its practical application… for the common good. Franklin believed that a university should teach practical subjects, discover new knowledge, and prepare future leaders. A school of nursing, with an emphasis on teaching, knowledge discovery and clinical care, thrives in such an environment.

I am pleased to be invited to share with you some thoughts about academic nursing practice as you gather this week to focus on 'exploring nursing's origins and creating its future.' I recognize that what works in one environment may not be well suited to another. Thus, while I hope that these remarks may resonate with you in fruitful ways, I also realize that you must continue on your own journey of 'creation and discovery of new knowledge and its practical application.' And I look forward to knowing what will emerge.

What is Academic Nursing Practice?

Like medicine, nursing is a practice discipline. Throughout modern ages, academic medicine has represented the best of medical care, provided by physicians who are both scientists and skilled practitioners. In the process of discovering new knowledge and applying it, academic physicians train the next generations of physicians and physician scientists. Only recently have we in nursing come to truly understand the value in this model. The earliest 'training programs' for nurses were housed most often in hospitals, the site of clinical care. The teachers were physicians and nurses who provided that care, not necessarily those who 'discovered new knowledge' through research, or who were trained as teachers. As schools of nursing worldwide gradually moved into universities, the focus on 'higher education' and then 'nursing science' has often trumped the value placed on practice. Unlike 'academic medicine,' nursing somehow has created and maintained a chasm or split between the academy and the practice setting.

This chasm is especially difficult to breach because paradigms, cultures and goals in the academy appear to be so different from those in the clinical service sector. A weak or severed linkage, however, impedes evolution of the discipline. More recently, faculties in schools of nursing have gradually come to re-value the necessary and intimate connection between education and clinical care in a practice discipline, and to recognize and even embrace the important role that research plays in evolving the science underlying today' s nursing care. Further, there is a firm belief that nursing has much to offer in solving many of today's health system problems of access, quality and cost. Thus, there is now a renewed focus in academia on implementing a tripartite mission – one that values the integration of research, education and practice as critical to survival and evolution of the discipline.

At the University of Pennsylvania, we have stated one of our strategic goals to address this chasm: 'Advance the science and shape the structure and quality of health care by systematically integrating education, research, and clinical care to meet current and future health care needs.'

Academic practice, then, is construed to mean 'the intentional integration of education, research and clinical care in an academic setting for the purpose of advancing the science and shaping the structure and quality of health care' (Lang, Evans & Swan, p.63). The integration must be deliberate, planned. More simply stated, academic practice refers to those clinical, administrative or

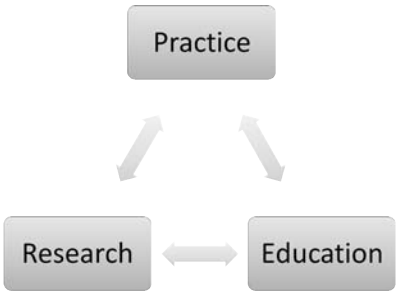


Figure1: Academic Nursing Practice: A Tripartite Mission

consultative services associated with university schools of nursing that provide clinical care in the context of discovering science and translating it to evidence-based practice while modeling and teaching it to our students. It is those practice arrangements that support clinical work by faculty in schools of nursing and advance the field by consciously and consistently using, facilitating, supporting and producing contemporary research, thereby generating new insights and clinical questions and developing new leaders in the field (Evans & Lang, p. 39).

What are some models of Academic Nursing Practice?

In the United States, a number of models have evolved over the years to recognize and help support this intimate relationship between the academy and clinical practice. These span a broad range from unification or partnership models such as that at the University of Rochester or Rush University in Chicago; to faculty practice plans similar to those developed by academic physicians to support faculty practice and produce revenue for the school of medicine; to joint or collaborative practice appointments within health care agencies or private practices that charge directly for services, to models in which the practices are fully owned and operated by the school of nursing. Some schools of nursing have an explicit expectation that all faculty practice in one way or another, either providing direct, hands-on care or indirectly through consultation. Higher educational environments that value research and/or teaching above clinical application, such as research intensive universities or liberal arts colleges, challenge the implementation of any type of academic practice model. Yet it is in research-intensive universities that the opportunities for advancing academic practice has the highest potential payoff.

Why would a school of nursing embrace academic practice?

Academic nursing practice is dynamic. The overall learning environment is forever changed when there is a close relationship between patient care, research about the problems experienced by our patients and teaching. In such an environment, critical questions for research are identified and studied and their answers fed back into the practice arena through the work of the clinicians and informed graduates. It is an environment where students are armed with the latest evidence to support practice.

Academic practice is a medium for multiple agendas. Access to data-based knowledge is key to both quality practice and education. A living clinical learning laboratory in which faculty control the kinds of care that will be delivered…beyond the classroom or simulation in the laboratory…and into the real world of care delivery…it enhances the richness of the students' learning. In living laboratories that operate in the real world, the best evidence-based practice is delivered to the benefit of patients and learners who see it, experience it, do it, and expand it. New models of care are demonstrated and evaluated or tested. It also assures faculty access to patients and health care providers who may serve as research participants. Faculty also gain experience with the 'business' of healthcare management and financing, so important for gaining a respected 'place at the table' for making health systems. The resultant knowledge and experience can contribute to public policy. Further, providing excellent nursing services provides opportunity for a school of nursing to offer community service and develop community partnerships, both essential for developing the kinds of trustworthy relationships necessary for participatory research.

So there are many potential benefits of academic nursing practice. These include the opportunity to:

- test innovative models of healthcare delivery;
- generate new knowledge and implement findings from faculty research;
- develop a common language to measure problems, interventions and outcomes…one that will support ongoing research as well;
- develop, test and implement evidence-based or best practices;
- maintain faculty clinical skills and certification;
- prepare the next generation for roles in health care leadership;
- generate practice revenue that can help support the other missions of the school;
- inform public policy, and
- provide a needed service to a community.

At any one time, it may not be feasible for each faculty member to be simultaneously engaged in practice, teaching and research. When the mission and vision for the entire school embraces academic practice, however, the goals of academic practice will be achieved by the collective faculty according to its strategic plan.

Examples of academic practices at the University of Pennsylvania.

Penn Nursing has implemented three related but different models for academic practice.

In one, the partnership or affiliation model, our faculty serve in leadership and clinical roles in our academic health system hospitals under a written agreement for joint collaboration that is aimed at achieving the highest quality of evidence-based care. Here they have the opportunity to help produce quality nursing

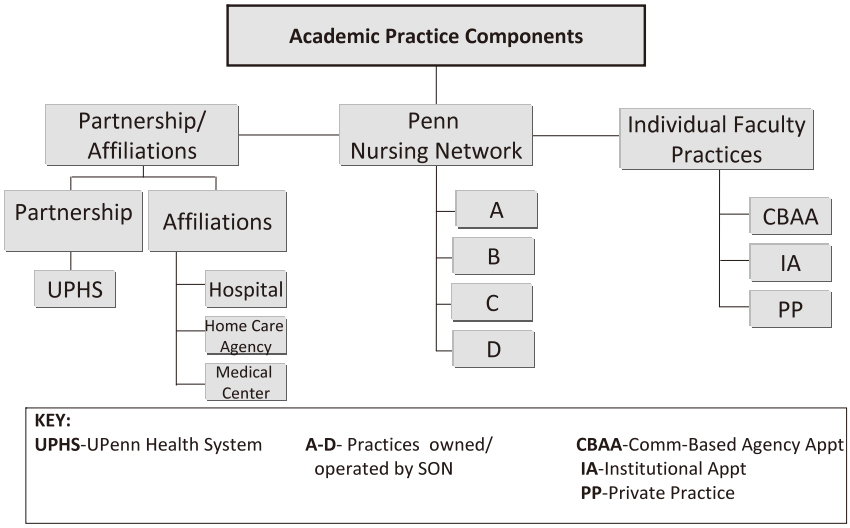


Figure2: Penn Nursing Academic Nursing Practice Components

care, control access to patients and units for student learning and research, collaborate with other faculty to conduct research and translate those findings into practice. Our flagship hospital, the Hospital of the University of Pennsylvania, recently achieved magnet status from the American Nurses Credentialing Center, the highest recognition given for exemplary nursing care. Jointly appointed faculty played major leadership roles in helping develop the nursing service to reach this point of excellence. Further, the Chief Nurse Officer contributes to the educational mission of the school through her faculty role in nursing administration. Secondly, a key faculty position in place since 1983 is that of Clinician Educator, a track equal to and parallel to the tenure track faculty. Clinician Educators take intentional advanced practice or leadership roles in a variety of settings, including private practice, where they integrate evidence-based care with their teaching and help to implement evidence-based practice throughout the system. An example is a Clinician Educator who, through her role in our affiliated children's hospital, has implemented a hospital-wide program to ensure that all infants, including those with birth defects, have safe access to human milk based on the evidence that human milk is so important to thriving. Another serves as director of research and evidence based practice in one of our hospitals where she influences the way nursing is practiced based on existing research, and facilitates nurses conduct of clinical research to develop the best practices. As described, clinician educators may practice in one of the partnership or affiliated settings, or negotiate individual arrangements with community agencies, institutions or private practices; finally they may also practice in the school owned and operated practices. Over a period of years, our school of nursing developed and operated a range of community-based clinical practices under an umbrella called the Penn Nursing Network (PNN).

These included a specialized service for managing incontinence in older adults, nurse midwifery services, a nurse managed community-based health center that delivered both primary care and health promotion and preventive services, and a geriatric nursing consultation service. It is important to know that each was developed based on community need, with a clear research agenda and educational opportunities for undergraduate and graduate students, a plan for an adequate funding stream and assurance of safe ongoing care for those it served. In most cases, the practices were designed to demonstrate the effectiveness of an advanced practice nurse role with a specific population group, be it older adults, childbearing women, or families in the community. We viewed these as opportunities to demonstrate and test innovative models, and then to transition them to other community-based owners. In some cases, practices were closed as a result of changing health care reimbursements. Two practices that focused on older adults—the CARE Program and LIFE, which is celebrating its tenth anniversary this year-- serve as exemplars of successful academic practice in a school of nursing and in a few moments I will describe each more fully.

As in Japan, the United States' population is rapidly aging and every projection suggests grave shortages of health care providers and services for elders in the near and ongoing future. Given the real need to prepare more nurses with the knowledge and skill to care for older adults, the need to solve the types of health care problems experienced so frequently by them, and to influence models for the delivery of health care to this population, many of Penn Nursing's academic practice efforts have focused on older adults. We were able to build academic practices based on successful educational programs in gerontologic nursing at undergraduate, masters and doctoral/post doctoral levels and solid lines of research by several faculty.

The CARE Program.

CARE was a demonstration program designed to provide rehabilitation services to very frail, older adults in the community. It was designed to fill a gap in the existing continuum of services, and based on data from a systematic needs assessment and knowledge of the population. Borrowing from the British model of the geriatric day hospital, older patients were referred for rehabilitation services either following hospital discharge or directly from primary care practices in the community in order to prevent premature admission to nursing homes. Interdisciplinary in nature, the service was directed by an advanced practice nurse prepared in gerontologic nursing; other advanced practice nurses provided clinical health and mental health care, while speech, occupational and physical therapists, social workers, and physicians rounded out the team. After an initial comprehensive assessment, elders came to the day program 2-3 times per week over a four to six week period where an individualized plan of care was delivered by members of the team. The patients were average age 78 with ¼ over age 85; ¾ were minorities; ¾ were not married; and their average length of stay was 6 weeks.

CARE was designed from the beginning as an academic practice, with planning for education of nursing and interdisciplinary students-- undergraduate through graduate levels. We developed an electronic healthcare record that supported practice, facilitated teaching, and enhanced the conduct of research including the evaluation of overall practice outcomes.

Over the course of its 5 ½ years, over 700 frail elders received services in CARE, more than 640 students had clinical experiences in this practice, and 6 faculty- or doctoral student-initiated research studies and 9 publications were supported. We demonstrated significant improvement in physical cognitive and emotional function for both cognitively intact and impaired patients, high adherence to their individualized programs of self care after discharge, and low use of the emergency department, hospital and nursing home. Patients and referrers alike were highly satisfied with the care.

The CARE Program was closed only due to a precipitous change in federal health care policy that reduced reimbursement by more than 70% and precluded its survival from a business perspective.

Living Independently For Elders.

Building on our success with the more limited set of services than were allowed by The CARE Program' s reimbursement mechanism, we undertook development of a relatively new program which in Pennsylvania is called LIFE [Living Independently For Elders]. LIFE follows the national PACE Model (Program of All-inclusive Care for the Elderly), which now has a 30 year track record of successfully helping elderly individuals remain in their homes and communities. Originating from the On-Loc program in Chinatown, San Francisco, PACE provides comprehensive, round-the-clock care for very frail, dependent elders living in the community. Funding comes from Federal and State insurance plans. LIFE promotes independence and the highest levels of functioning while allowing choice and dignity for its members and their families. Serving only residents in the neighborhood surrounding our University, Penn LIFE provides all needed preventive, primary, acute, and long term health care services so that older individuals continue to live in their homes as long as possible.

These encompass primary care, ,medications, transportation, rehabilitation and activities, specialty services such as behavioral health, podiatry, dental care; skilled nursing facility, acute care hospital, in- home services and day health care center and social services. The practice model, while necessarily interdisciplinary, is heavily influenced by advanced practice and registered nurses who provide much of the clinical and administrative leadership and by nursing faculty, including Clinician Educators, who serve in practitioner, consultant and leadership roles.

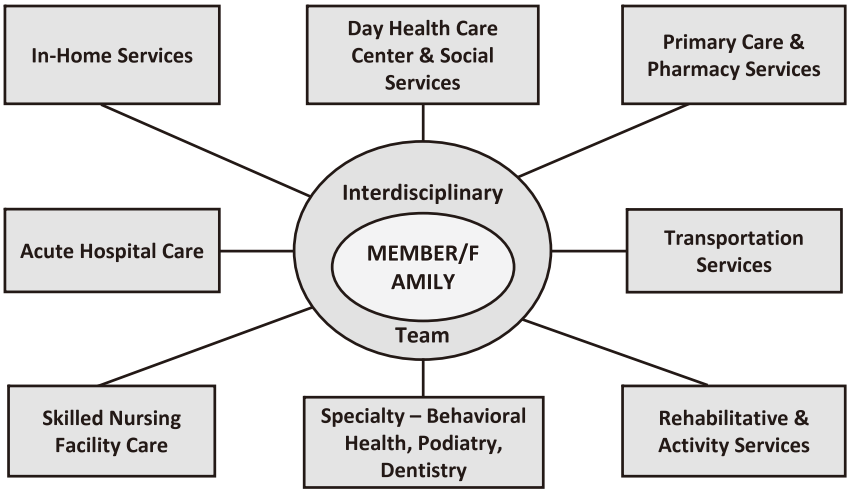


Figure3: Living independently for Elders (LIFE) Nurse Led Integrated Model of Care

Although all PACE members must be in need of nursing home care to enroll, only about seven percent of PACE members live in a nursing home nationally. PACE members have a lower use of in-hospital services, slower decline in functional status and a lower mortality rate.

At the hub of the program is an Adult Day Care Center to which members are transported several times a week for primary care, socialization, meals, recreation and so on. In home services are provided as needed, as are hospital and nursing home care. Several governmental agencies monitor quality and regulatory compliance. Penn LIFE remains the first and only PACE in the nation to be owned and operated by a school of nursing. Approximately 375 elders are served on a 7 day per week, 24 hour per day basis. On average, the members are 80 years old, female, African American, have 8 health conditions, take 8 medications daily, and 1/3 live alone.

The Circle of Care, a special program for those with dementia, operates within the adult day center and innovative activity, exercise, nutrition, and health promotion programs for all are offered.

As it matures, LIFE increasingly contributes to our academic practice mission. This exemplar of academic nursing practice provides high quality direct care to patients, learning opportunities for students, and rich sources of data for researchers studying a range of health concerns. This past year LIFE implemented an electronic healthcare record using a standard nursing language to support clinical care, quality improvement, student learning, and research. The practice provided clinical educational experiences for some 147 students from nursing and a range of other disciplines including education, business, medicine, social work, occupational therapy, physical therapy and art therapy. Currently, faculty are engaged in some five funded research projects on topics including physical exercise, health related quality of life, member transitions from nursing home to supported housing, information systems, and RN leadership training in long term care. Previous studies were focused on urinary continence, palliative care, family decision-making re: long term care services, spirituality in hypertension treatment, and functional status.

Embracing Academic Practice as one component of the Mission

Dr. Joan Lynaugh, a nurse historian with expertise in nursing education and practice, has stated that we should 'think of academic practice as both a work in progress and as the best evidence of the rapid development of higher education in nursing over the last 50 years.' (Lynaugh, p. 36)

I would like to invite you to speculate with me what nursing might look like in Japan if some of the ideas of academic practice were to take hold in your universities. I note that-- like in the west-- aging is increasingly a challenge to health care systems. When I last visited Japan, in 1996, I participated on a panel to discuss community based long term care models for older adults. Providing such care when cultural values were not yet supportive was noted as a looming challenge by our Japanese colleagues on the panel. Older adults now represent nearly 20% of the population and they face health care issues related to chronic disease; older women, in particular, face issues related to care. Needed health services for children, women and chronically ill adults are also noted, prompting a national plan (Kenko Nihon 21---Peoples Health Promotion Campaign for 21st Century) to focus on primary prevention of disease and health promotion for all ages. Special emphases are to be placed on rehabilitation, in-home health care, and palliative care. These are areas in which nurses excel, and for which a beginning-to-robust knowledge base is available and/or being accumulated. Further, here in Japan, in particular, current nursing research is identifying issues related to burnout and job dissatisfaction in Japanese hospitals that contribute to turnover and shortages (Kanai-Pak, et al). Other investigators have highlighted the need for nursing staff education to promote adherence to patient rights in psychiatric hospitals, target use of the strategies public health nurses use to develop new needs oriented services, and the impact of partnerships between the researcher and the practicing nurse in learning and implementing a new nursing model. All represent opportunities for using academic practice in nursing educational institutions as the 'work in progress' to help develop and move science forward in a timely fashion.

Why is this good timing for Japanese Nursing to adopt Academic Nursing Practice?

Japan has seen a relatively rapid movement into a university base for nursing education, supported by a commitment of the government for four year basic education of nurses. Simultaneously, Japan's rise in the numbers of doctoral programs as well as doctorally prepared faculty who have trained within and outside of Japan make for a rich resource on which to build an academic practice agenda. There would appear to be a critical mass of doctorally prepared nursing faculty engaged in research into the important clinical problems faced by Japanese citizens: cancer, heart disease and stroke. Nurses are organized in a variety of settings to provide such care, including visiting nurse stations, hospitals, clinics, health centers, health facilities for older adults, in home services and occupational health settings.

Further, Japanese nursing's support for the advanced practice role of the clinical nurse specialist and for provision of health promotion and disease prevention services means that there are nursing resources ready to move forward to deliver evidence-based practice in these areas. This practice can take the form of coaching or consulting with health care agency leadership or staff, as well as implementing the care directly. Examples might be joint practice appointments or consulting within existing agencies. Any of these areas might be ripe for academic practice. Nurses have answers to needs of these organizations and the families they serve.

Determining Readiness

In considering academic practice, a school would do well to assess readiness and develop a strategic plan to overcome any barriers. While not every institution may have a critical mass of faculty prepared to practice, by partnering across institutions the goals may be realized.

1. Is the mission of the school and university supportive of practice?
   I looked at the web home pages of four Japanese schools of nursing to get an idea of whether their mission statements might supportive of academic practice. Most focused on the educational/teaching mission, some focused on the research mission, and none were focused specifically on the academic practice mission.
2. Is there a critical mass of doctorally-prepared faculty and advanced practice staff in your school of nursing?
   The four universities had XX PhD faculty. Partnership teams of clinicians and scholars make for excellent implementation of academic practice goals.
3. What are the strongest areas of research and education within your school?
   Given a match with community need and governmental/public health emphasis, these are the areas you would want to address first.
4. What university, school and volunteer resources are available in administrative, financial, and infrastructure areas? Some infrastructure will be needed, and should be planned from the outset.
5. What is the potential fit with any national strategy, effort or program?
   Again, the match may mean an important difference in funding, regulatory approvals, and so on.
6. Finally might a collaborative arrangement among two or more universities be appropriate as a way to get started?
   Such a partnership model could be an effective way to begin, especially workable in an urban environment with several existing schools.

Once a commitment to move forward has been secured, time spent in strategic planning, is time well spent…and sometimes more difficult than one might imagine. Success of contractual arrangements, even for jointly appointed faculty or for partnerships or affiliations with existing agencies will be dependent on mutually developed expectations and some detail regarding what each entity will contribute. Success will breed more success, so planning well for the early experiences will be critical. Demonstrating the benefits to your teaching and research programs will be important, so plan from the start what the research agenda will be and what types of students might utilize the practice experience for what types of learning.. Finally, plan for some sort of evaluation of outcomes to help underscore the value of such an endeavor.

What might be the benefits?

Schools of nursing engaging in academic practice will have new opportunities to demonstrate innovative and effective models or practices based on evidence. They will develop the evidence to support best practices and services. They will more quickly facilitate movement of new knowledge from bench to bedside. They will enable nursing to participate more fully in helping to solve the nation's healthcare challenges. Their efforts will help challenge the public image of nursing as a discipline.

Create a community of interest in the future of nursing.

The challenge for the Japanese Society for Nursing Research, then is to create a community of interest in the future of nursing, one that embraces nursing's fullness…not only its science and not only its education, but also its practice—the focus for the science and education.. In creating such a community and engaging together in dialogue, I urge you to create your own story or vision of the future…what will Japanese nursing look like in ten years? Then dream together about how to get there, and begin the journey. Thoughtfully, skillfully, one step at a time, but begin!

As anthropologist Margaret Mead once wrote, 'Never doubt that a small group of thoughtful committed people can change the world. Indeed, it's the only thing that ever has.' Academic practice can become your learning laboratory for change.

References

Endo, E., Miyahara, T., Suzuki, S., et al.: Partnering of researcher and practicing nurses for transformative nursing, Nursing Science Quarterly, 18(2), 138-145, 2005.

Evans, L.K., Lang, N.M.: Academic nursing practice: Helping to shape the future of health care, Springer Publishing Company, New York, 2004.

Kanai-Pak, M, Aiken, L.M. et al.:Poor work environments and nurse inexperience are associated with burnout, job dissatisfaction, and quality deficits in Japanese hospitals, Journal of Clinical Nursing, 17(24), 3324-9, 2008.

Lang, N.M., Evans, L.K., et al.:Penn Macy Initiative to Advance Academic Nursing Practice, Journal of Professional Nursing, 18(2), 63-69, 2002.

Lee, T.W., Kim, S., et al.: Changing healthcare issues and context for elderly women in Asia: Implications for a research agenda for nursing, Nursing Outlook, 56(6), 308-313, 2008.

Ohnishi, K., Hayama Y., et al.: An analysis of patient rights violations in psychiatric hospitals in Japan after the enactment of the Mental Health Act of 1987, Issues in Mental Health Nursing, 29(12), 1290-1303, 2008.

Primomo, J. : Nursing around the work: Japan-Preparing for th century of the elderly, Online Journal of Issues in Nursing, 5(2), MS 1., 2000, Available http://www.nursingworld.org/ojin/topic12/tpc12_1.htm

Yoshioka-Maeda, K.: Strategies for assessing the feasibility to develop new needs-oriented services by public health nurses, Journal of Nursing Management, 16(3), 284-290, 2008.

◆シンポジウムⅠ◆

「アカデミック・ナーシング・プラクティス」

～座長総括～

日本赤十字看護大学教授　小　原　真理子
神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科教授　村　上　明　美

シンポジウムⅠは，川嶋みどり学術集会長の会長講演「優れた看護実践　新しい知の創出とわざの精連」，およびLois K. Evans博士による同テーマの招聘講演を受けて，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」へとつなげる橋渡し的役割を担った。

シンポジウムⅠの目的は，研究・教育・実践を統合し，優れた看護実践の学術性を追究するための方略を探ることであった。シンポジストは，大学に身をおきながら，研究的な視座から看護実践の質の向上を図るために積極的な取り組みを行っている以下の４名にお願いした。

泉キヨ子氏には，地域に密着した「看護実践学会」の成り立ちから，会員増強にむけた取り組み，学会誌の発行，学術集会や研修会の開催などを通して，学会が発展してきたプロセスを詳しくご紹介いただいた。現在，「看護実践学会」が臨床実践家の研究力を高める役割を担っていることは大変意義深い。

武田利明氏には，技術研究をどのように臨床に還元すべきかという観点から，ご自身が取り組まれている薬液漏れの研究をご紹介いただいた。経験知からエビデンスをつくるために，経験知を活用した非臨床研究によって生体のメカニズムを解明し，それをエビデンスとして臨床につたえる工夫は，まさに看護の経験知が学術的となるプロセスといえる。

鎌倉やよい氏には，地域貢献として大学が開催しているフィジカル・アセスメント・セミナーが発足した経緯や，臨床のみならず専門学校教員からもセミナーに対するニーズが高いこと等をご紹介いただき，ご自身が担当されている摂食・嚥下機能のフィジカル・アセスメントの内容等を具体的にご発表いただいた。臨床実践家が高度な臨床判断能力や看護実践能力を備えられるよう，卒後の人材育成の場を提供することはとても重要である。

菱沼典子氏には，大学が有する看護実践開発研究センターに通りがかりの市民が気軽に健康相談できる場を開設した経緯と，その活動内容をご紹介いただいた。大学内にある実践の場で，専門職ボランティアを活用しながら無料の健康相談を行っていることや，相談内容や利用者の満足度等が研究的に分析されていることなどは，まさに研究・教育・実践の統合の姿である。

以上のように，各シンポジストには，大学の教育・研究職として看護実践をどのようにとらえているのか，あるいは，学術的な看護実践とは何かといった本質的な内容から，看護実践のエビデンスをどのようにつくろうとしているのか，エビデンスをどのように看護実践に活用していくのか，エビデンスに基づいた看護実践のために研究者と臨床実践家はどのように連携・協働しているのか等々，具体的な行動の内容にまで多岐にわたって論じていただいた。

４名のシンポジストにご発表いただいた内容はさまざまであったが，「アカデミック・ナーシング・プラクティス」に向けた各々の活動の「きっかけ」は，どなたにも共通して本当に身近な所にあった。

自身の感性を高めて活動の「きっかけ」をキャッチし，経験知を大切にすることや，参加者相互の顔の見える関係を形成すること，また，成果を公表し臨床に還元していくことなど，根気強く活動を継続し発展させていくことが「アカデミック・ナーシング・プラクティス」につながると確信させていただいた。

また，各シンポジストの発表を受け，エビデンスの活用法や臨床と教育・研究との連携についてなど，会場内の参加者とも活発にディスカッションができたことはうれしい限りである。

エビデンスをつくる方にとっても，また，つかう方にとっても，学術的な看護実践を具現化するための方略について考える貴重な機会となり，興味深いシンポジウムが展開されたと自負している。

４名のシンポジストと参加してくださった会場の皆様に，心より感謝申し上げたい。

◆シンポジウムⅠ◆

地方から発信する「看護実践学会」の歩みと意義

看護実践学会理事長，金沢大学医薬保健研究域保健学系　泉　　キヨ子

はじめに

アカデミック・ナーシング・プラクティス（*Academic Nursing Practice*）とは看護における臨床・教育・研究の統合を指すという。

このような格調の高いものではないが，20数年以上も前から臨床と教育の看護職が一体となり，地域（石川県）に根ざして継続している研究会（現在は学会）は，全国でも珍しいのではないだろうか。初期の先輩諸姉の先見性ある取り組みが功を奏し，世紀をつないで受け継がれてきた研究会が平成19年に金沢から発信する全国学会「看護実践学会」として誕生した。私は平成10年から理事長として関わっている。

今回，このような機会を得たので，この学会（含む研究会）の歩みと意義をあらためて振り返ってみたい。

１．前身である「石川看護研究会」の歩み（１９８３－２００６）

１）どのような経緯で生まれたか

本会の基である「石川看護研究会」は“看護の実務ならびに教育に関する諸問題について研究し，その発展に寄与すること”を目的に昭和58年（1983）に設立された。その頃は，石川県における唯一の短期大学として金沢大学医療技術短期大学部（昭和47年に発足，現金沢大学医薬保健学域保健学類）が国立の短大として全国で３番目に発足し，そろそろ地元で定着しはじめた時期である。そんな折，短期大学部の教員を中心に石川県内の看護界のリーダに呼びかけ，看護の教育機関，実践現場，行政機関等がお互いに情報の交換を行い，緊密に連携を図りながら県内の看護の発展に尽くしたいという思いがあった。さらに，その当時の短期大学部の教員たちは全国から集められ，初めての短期大学部の教育に試行錯誤を繰り返しながら熱い思いをもって取り組んでいた。そのためにも県内の看護の先輩諸姉の支援も必要であったという[1)]。そうして，石川県内の看護職がお互いに交流を図り，今後の看護の発展のために有効な情報の交換や活動成果を発表する場として設立された。事務局は短期大学部の看護学科に置いた。

２）どんな活動をしてきたか[2)]

当時は看護研究に関する書物は極めて少なかった。臨床の看護師は研究の必要性は認めつつも，方法や統計処理に苦慮していた。短期大学部の教員はさまざまな病院で看護研究の講師をしていた。そこで，本研究会の金川克子先生（本研究会の発起人の一人，現神戸市看護大学学長）を講師に，看護研究の研修会を企画し，４－５回のシリーズで文献検索からデータ収集，分析，などの研修を行ったところ，多くの参加者があり好評であった。

1988年からは研究発表を取り入れた学術集会を毎年開催し，発表演題にはていねいな講評を取り入れた。この講評はとても人気があった。同時に演題発表したものは講評の意見も取り入れて，論文としてまとめ，会誌（石川看護研究会誌）を発刊した。ここには特別講演なども載せ，当日参加できなかった会員にも伝えるようにした。全体として，会誌は１巻－19巻発刊し，掲載論文数は約110編であった。 1996年からは理事の地区を４ブロックに分けて，ブロック制による学術集会の開催とし，理事は輪番制にブロックで学術集会長を担当した。

さらに，プロジェクトによる研究活動は３年間継続した。これは研究会の幹事を担当していた中堅の３人の看護教員を中心とした研究プロジェクである。具体的には褥瘡に関する研究，看護教育に関する研究，小児看護に関する研究プロジェクトを立ち上げたところ，100名近い会員が応募し，活発に研究活動を開始した。研究成果については学術集会発表を義務づけた。これらの成果は，会誌投稿はもとより，他学会でも発表し，それぞれの研究の発展に寄与した。

また国内外の著名な講師による研究に関する講演も数多く開催した。例として、海外からは家族看護研究や褥瘡研究者による講演会を行った。

２．看護実践学会の歩み（２００７から現在まで）

石川看護研究会は20数年を経過し，これまで模索していた問題を払拭して新たにスタートした。すなわち，2007年４月から研究会を学会に昇格し，地方から全国に発信する学会としてスタートした。名称は会員から募集して「看護実践学会」となった。理事は本学会の趣旨に賛同を得た石川県内の病院の看護部長，看護系大学の看護責任者，看護専門学校の責任者，行政機関の責任者や石川県看護協会長等と金沢大学の賛同を得た看護学の教授等で運営すること

となった。発足当時に比べて，現在の県内の看護系大学は３校となった。主な事業は①年一回の学術集会の開催，②テーマ別共同研究チームの活動，③会誌発行，④研修会や講演会，などである。

共同研究チームは現在のところ，金沢大学や付属病院の理事が中心でチームを作り，希望者を募り，臨床の会員と研究に取り組んでいる。具体的には，糖尿病に関する研究チーム，褥瘡に関する研究チーム，精神看護に関する研究チーム，看護管理に関する研究チーム，転倒予防に関する研究チーム，母子看護・助産ケアに関する研究チームなどである。基本的には研究を１年間取り組み，その成果を学術集会で発表することであるが，多くのチームは数年継続して活動している。なかには複数のテーマに取り組んで，精力的に活動しているチームもある。

学会になってからも臨床からの継続の強い希望として，一般演題の口頭発表に対する講評がある。学会で講評するのはいかがなものかと論議もするが，臨床側の理事からは強い要望がある。講評が研究をより発展させているようである。大学側にとっても臨床の理事との交流は，大学院生の研究協力や全国学会開催への協力ももらえて，別の形でも発展している。

３．現状の課題と今後の方向

発足当時に比べて，昨今の看護学を基盤にした学会や研究会の増加は数十倍にもなっている。内容も看護一般を扱うものより，看護の専門分野に特化したものが多くなっている。そのような中でどのように会員を一定数確保していくか，特に若い会員の確保が課題である。また全国学会にしたとはいえ，大部分は県内の看護職に限られているので，学術集会は県や市の助成も受けにくい現状である。

さらに，実践学会としてスキルを高めるケア方法の開発は重要である。今年度，“「わが病院自慢」看護実践－口腔ケア－”研修会を能登地区で開催したところ，好評を得たが，このような取組が今後もっと必要である。

おわりに

今回のシンポジウムをとおして，看護における臨床・教育・研究の統合への必要性を再確認することができた。すなわち，小さな学会の歴史と活動からも，顔の見える臨床や教育等の看護職がお互いによりよい看護ケアの方向を目指して，有効な情報の交換や共同研究の成果を発表することの確かさを実感できた。

この灯を消すことなく，進むべき方略を模索しながら，両者が手を取り合って，さらなる発展に向かって新たな知の創造を探りたいと考える。

文　献

１）金川克子：石川看護研究会の発足の経緯を振り返り，あらたな飛躍への期待をこめて，石川看護研究会誌，16(1)，46，2004.
２）石川看護研究会編：20周年記念，石川看護研究会誌，16(1)，37-72，2003.

◆シンポジウムⅠ◆

技術研究の臨床への還元

岩手県立大学看護学部　武　田　利　明

1．はじめに

看護技術においてレベルの高いエビデンスを得るためには，無作為化された実験群と対照群との間での比較試験などを実施する必要があるが，このような研究は実際には困難な場合が多い。そこで，実践の場で得られた経験知に基づく実証的研究（非臨床研究）を実施することにより，エビデンスのレベルが高い看護技術を確立することが可能であると考えている。本稿では，臨床での経験知と非臨床研究を融合した新たな看護研究の取り組みについて紹介するとともに，その技術研究の臨床への還元について筆者の考えを述べる。

2．研究の背景

静脈注射に伴うスキントラブルの原因として薬液の血管外漏出（点滴漏れ）が知られている。その有害事象は多様で，軽度の皮膚の痛みや発赤，硬結，静脈炎，さらには皮膚潰瘍などがある。点滴時に薬液が血管外に漏れることは，少なからず起こっており抗がん剤の投与では0.5～6.5%の頻度で発生しているとされている[1)]。万一，抗がん剤が漏れたときには重篤な皮膚病変が認められ[2－3)]，患者のQOLは著しく低下する。また，体液管理や栄養・電解質を補う目的で行われている末梢静脈輸液療法の実施中に漏れる機会が最も多く，そして高齢者に多いことも明らかになっている[4)]。外来での化学療法は今後ますます増えることや，高齢者でのスキントラブルも増加することが予測され点滴漏れのケアについては早急に確立する必要がある。しかし，このような身体的侵襲のケアにおいて，確かなエビデンスを有する看護技術を確立するためには，これまでの臨床研究とともに，従来にはない新たな研究に取り組む必要があった。

3．経験知からの学び

点滴漏れに関する実践家との勉強会において，抗がん剤以外の薬液が漏れた時には炎症が起こっているとの判断から200ml程度の水に氷１～２個入れた自作の氷嚢か，または冷蔵庫（野菜室）に２～３時間以上入れた濡れタオルで漏れた患部を冷やすと効果があることを経験知として実践していることが紹介された[5)]。この方法での冷罨法の特徴は，強く冷やすことなく，漏れた部位を心地よい温度で冷やすことであった。点滴漏れのケアに熱心に取り組んだ数名の看護師は，その方法で実施した内容を詳細な記録物として残しており，そのデータについて共有するとともに記載内容について議論した。その結果，悪化したケースはなかったことや，冷罨法後に発赤や腫脹は軽減する傾向が認められたことから冷罨法の有効性が示唆された。しかし，主観的な判断であることや，漏れの状態も多様であり適切な評価が困難であること等から，心地よい程度の冷罨法についての有効性を科学的に評価することにはやや無理があった。したがって，薬液が漏れた時の冷罨法に関する有効性とともに，それを裏づける実証的研究が必要となった。

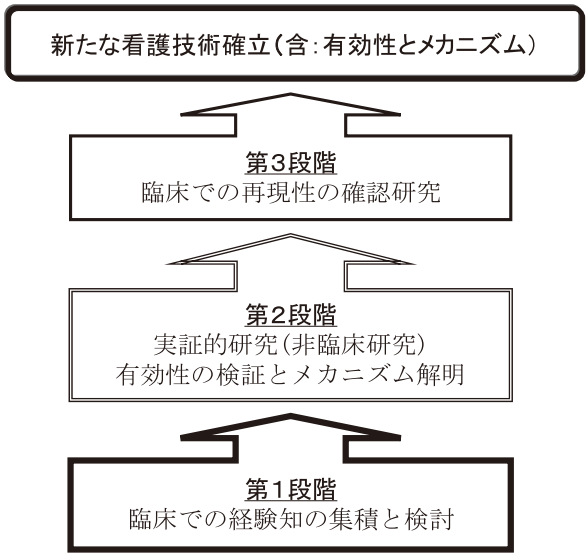
4．経験知と非臨床研究を融合した新たな研究の取り組み

看護実践を通して得られた経験知には優れた知見も含まれていることが多いので，大切にするとともに丁寧に分析評価し，それに基づいた実証的研究（非臨床研究）を実施することを考えた。すなわち，点滴漏れに伴うスキントラブルの処置として前述した臨床家が実践している冷罨法の有効性を科学的に評価検討し，さらには有効性を裏づける機序（メカニズム）についても明らかにすることを試みたのである。

薬液の漏れの病変を実験的に作製した後に，臨床の場で経験的に有効性が認められている冷罨法の方法に準拠し，病理学的研究手法を用いて評価検討した。薬液としては，臨床の場で使用頻度が高く，漏れも多いとされている輸液剤（５％グルコース）を使用した。この薬液をラットの後肢内側静脈周囲に漏らすことによってその部位では急性の炎症反応が認められた。その病巣に200ml程度の水に氷１～２個入れた氷嚢と同様の皮膚表面温度（17－18℃）で冷罨法を実施した場合と，罨法を施さない対照群の動物とで比較検討した。その結果，組織傷害の指標である血清中のLDHとCPKの値は冷罨法を施した動物では，対照と比較し低かったのである。また，組織学的な検査においても冷罨法の有効性を示す知見が得られた。さらに，その有効性を裏づけるデータを得るために，組織標本を用いて一酸化窒素（nitric oxide; NO）の発現状況について免疫組織学的に検索したところ，冷罨法を施した部位ではNOの発現

が抑制されていることを裏づける病理所見が得られた。すなわち，薬液の漏れによって発生した急性炎症ではNOが強く発現しているものの，冷罨法によってそれを抑制することが明らかとなった[6)]。また，冷罨法による血管透過性の亢進を抑制する作用も明らかになっている[7)]。このように，実験動物を用いた実証的研究によって，経験知として実践していた冷罨法の有効性を支持する基礎データが得られたのである。さらに，なぜ冷罨法が有効なのかを説明するための理由についても明らかにしたことで，確たるエビデンスが得られ強く推奨することができると考えるが，これらのデータは実験動物を用いた非臨床研究で得られた知見であり，臨床の場でもう一度評価検討する必要がある。

前述したように経験知から学び，その内容を加味した基礎研究で得られた知見について学界などで報告することにより，冷罨法の有効性について認識されるようになった。そして，これらの研究内容に注目した富山県のR病院では，75歳以上の患者20名を対象に，輸液剤が血管外に漏出した場合について冷罨法群と罨法を実施しない対照群で比較検討し，漏れた部位の腫脹と発赤の推移について検索した。その結果，発赤については冷罨法群で有意に面積の縮小が認められた[8)]。この臨床での評価研究は，確かなエビデンスをつくるためには特に重要な役割を果たしている。すなわち，この評価研究は，臨床実践を通して得られた経験知（200ml程度の水に氷１～２個入れた氷嚢での冷罨法）と実験動物を使用しての実証的研究（非臨床研究）で得られた結果の両者についての『再現性』を確認したのである。このように，数名の看護師の地道な取り組みによる経験知の集積を第１段階，その経験知に学び得られた知見を実験条件として盛り込んだ実証的研究（非臨床研究）を第２段階，さらに再度臨床の場で客観的に評価検討することを第３段階とした多段階方式で，レベルの高いエビデンスを有する看護技術を確立することができると考える（概念図参照）。第２段階で実施した実験動物での実証研究は非臨床研究であり，それ単独では看護技術のエビデンスを得ることは出来ないが，経験知と臨床での評価研究を繋げる看護研究として，さらには看護技術のメカニズムの解明にも有用である。



概念図：多段階方式によるエビデンスを有する看護技術の確立

５．課題と展望

今回，事例として取り上げた点滴漏れについては，有害事象の一つと考えられており臨床現場での詳しい状況を共有することが困難な内容である。したがって，全国の施設で同じような問題を抱えているものの個別での対応になっており組織的な研究として取り組みにくいのである。全国規模で実施した点滴漏れのケアに関する調査において[9)]，冷罨法や温罨法，さらにはリバノール湿布に分かれていた状況から確かなエビデンスもなく個々の看護師の判断でケアを実践していたことが示された。このような有害事象は予防が重要であると考えるが，患者の身体的条件や抗がん剤などを含む薬液の刺激性によっては防ぎきれないのも事実であり，有効なケアを確立することは患者のQOLを高めるためにも必要なことである。看護技術のエビデンスを得るためには多様な研究手法を活用するとともに，実践で得られた知識と基礎研究で得られた知見を融合した取り組みにより，従来の研究方法では解決できない内容についても解明できると考えている。今回紹介したエビデンスを構築するための多段階方式は新たな研究の取り組みではあるものの，技術研究の臨床への還元として有用性が示されつつある。

いくつかの薬剤を用いての実証的研究によって，冷罨法の有効性はすでに確認されている[10-12)]。我々が実施している研究手法では，これまで行われてきた看護技術を見直し，不必要な技術について排除する事もできるのである。例えば，薬液が漏れたときの温罨法は，血流を改善し薬液を回収するために行われてきたが，実験的に血中濃度を測定した研究では温罨法により漏れた薬剤の吸収を促進しているデータは得られなかった[13)]。さらには，リバノール湿布単独での有効性がないことを実証し[14)]，ビンカアルカロイド系抗がん剤の温罨法の有効性が認められなかったことを明らかにし[15)]，エビデンスのない看護技術を排除することを可能にした。このような内容は，看護技術の有効性を裏づけるメカニズムを解明するプロセスの中で明らかになったことであり，実証的研究はレベルの高い看護技術を確立するために今後ますます重要になると考える。

6．まとめ

身体的な侵襲のケアを目的とした看護技術のエビデンスをつくる方法として，経験知の内容を実験的な手法で科学知とし，さらにこれらの研究で得られた知見を再度臨床の場で確認する多段階方式について紹介した。従来の実験的研究（非臨床研究）のみでは臨床で有用な知見を得ることは不可能であるが，経験知から学んだ実験的研究を実践することにより，これまでにない新たな看護研究を展開することが可能である。

引用文献

1）国立がんセンター内科レジデント編：がん診療レジデントマニュアル第３版，322，医学書院，東京，2005.
2）長谷川泰男，山口博：抗癌剤の血管外漏出に対する初期治療について，日形会誌，12，299-306，1992.
3）北村彰英，福本進，他：抗癌剤の血管外漏出による皮膚潰瘍の治療と対策，南大阪医学，42(1)，1-17，1994.
4）小坂未来，武田利明：輸液剤の血管外漏出について，日本看護技術学会誌，4(2)，32-37，2005.
5）武田利明，石田陽子，他：薬剤の血管外漏出時のケア ―臨床実践の取り組み事例紹介と研究の現状―，日本看護技術学会誌，6(1)，33-35，2007.
6）武田利明：看護学における実証的研究の取り組み，日本看護技術学会誌，3(1)，5-9，2004.
7） Oyama, N: Experimental study on the effects of applying compress to skin lesions produced by extravasation of drug. The 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science, 233, 2009.
8）炭田恵，西島こずえ：高齢者への輸液剤の血管外漏出に対する冷罨法の効果，日本看護技術学会第４回学術集会抄録集，91，2005.
9）菱沼典子，大久保暢子，他：日常業務の中で行われている看護技術の実態，日本看護技術学会誌，1(1)，56-60，2002.
10）小山奈都子，石田陽子，他：抗生物質製剤（セフォチアム塩酸塩）の血管外漏出に対する罨法の効果に関する基礎的研究，岩手県立大学看護学部紀要，10，1-7，2008.
11）武田利明:“点滴漏れ”とその対処，看護実践の科学，32(4)，27-33，2007.
12）武田利明：薬液血管外漏出時の最適ケアは温罨法か，冷罨法か，リバノール湿布か，看護学雑誌，73(12)，24-30，2009.
13）小山奈都子，石田陽子，他：点滴漏れ時の罨法施行による薬剤の吸収への影響に関する基礎研究，岩手県立大学看護学部紀要，９，87-91，2007.
14）石田陽子，小山奈都子，他：薬剤漏出による皮膚組織傷害に対するアクリノール湿布の効果に関する実験的研究，日本看護技術学会誌，3(1)，58-65，2004.
15）石田陽子，小山奈都子，他：ビンカアルカロイド系抗がん剤漏出時の罨法の作用に関する実験的研究，日本看護技術学会誌，4(2)，38-41，2005.

◆シンポジウムⅠ◆

フィジカル・アセスメントセミナーの開催

愛知県立大学看護学部　鎌　倉　やよい

公立の看護大学の役割は看護学基礎教育の実施はもちろんのこと，教育や研究の成果を地域社会に還元することによって，臨床ケアの質の向上に貢献することが重要である。これを実現させるためには，大学と地域を結ぶシステムを構築することが必要である。フィジカル・アセスメントセミナーの開催を中心に，アカデミック・ナーシング・プラクティスの可能性を検討したい。

1．大学と地域を結ぶシステム

愛知県立看護大学の開学後，第１回生が卒業する1999年に愛知県立看護大学看護研究会が発足した。この研究会は初代学長波多野梗子氏を会長とし，大学に事務局をおくが独立した組織である任意団体として運営された。

同大学の教職員，学部卒業生，大学院生及び研究会の目的に賛同する看護職の会員から構成され，看護学の進歩発展と会員相互の研鑽並びに親睦を図り看護の向上に資することを目的とした。事業は会費によって運営され，年次総会の開催，講演会・セミナーの開催，研究指導・相談などが実施された。「フィジカル・アセスメントセミナー」は初回から８年間継続して実施された。

2007年に大学が法人化され，愛知県立看護大学看護実践センター開設に伴い看護研究会を解散し，その機能が当センターに移管された。2009年には大学統合によって，愛知県立大学に設置する地域連携センターの組織として看護実践センターが置かれ，看護学部教員が運営し，大学と地域の看護職を結ぶ機能を果たしている。先のセミナーは「摂食・嚥下フィジカル・アセスメントセミナー」として引き継がれた。

2．セミナーの成り立ち

1999年当時，米国のナースプラクティショナーの技術としてフィジカル・アセスメントが，国内に普及しつつあり，本学でもフィジカル・アセスメント論を学部教育に導入した時期であった。学内研修会を開いては，内科学教授から身体診査技術を学び，看護学教員はフィジカル・アセスメントに習熟していった。

セミナーでは，頭部から足先までの全身状態を系統的に診査する頭尾法を中心とした基本的技法を内科学教授が教授し，患者の訴えに関連して特定のシステムを重点的にアセスメントする方法として，摂食・嚥下機能のフィジカル・アセスメントを鎌倉が担当した。これは，新しい知識・技術を地域に普及させ，摂食・嚥下障害看護に関する研究成果を臨床ケアに還元するものであった。

当時，30名の定員に対し応募者は２倍を超え，看護専門学校教員の参加が多く，新たな技術を学ぶ場が求められていた。その後，フィジカル・アセスメントの普及に伴い，参加者は臨床看護師，訪問看護師へと変化し，2007年からは摂食・嚥下機能のフィジカル・アセスメントを中心としたセミナーを開催している。

3．看護師にとってのフィジカル・アセスメント

フィジカル・アセスメントが重要視される背景には，保健師助産師看護師法第37条によって医療行為が制限されている一方で，医療を受ける患者の生活を援助するために，身体面に関する判断が求められる臨床の現実がある。身体診査の技術は，特別な機器を使用するのではなく，看護師の視覚，聴覚，触覚，嗅覚を駆使して判断することができる技術といえる。従来から，医学教育において教授されてきたが，現在では看護学教育において看護技術として認知されるようになってきた。この両者の身体診査の基本的技法は同様であるが，医学診断あるいは看護診断に活用するかの相違である。

さて，フィジカル・アセスメントはヘルスアセスメントの一環として位置づけられ，頭部から足先までの全身状態を系統的に把握するために，問診・視診・触診・打診・聴診のあらゆる技術を用いる。具体的には，看護診断を導くために，患者から主観的情報を意図的に収集し，さらに客観的情報として身体的側面の情報を収集してアセスメントするとき，また看護ケアを提供した結果を評価するときに活用される。このフィジカル・アセスメントを実施するためには，身体診査の技術の修得と，収集した情報を適切に評価し判断する能力が求められる。

4．セミナーの概要

フィジカル・アセスメントセミナーでは，基本技法として，(1) 頭部，(2) 頸部，(3) 胸部：循環器系，(4) 胸部：呼吸器系，(5) 腹部，(6) 神経系の順に，視診・触診・聴診が実技演習として実施された。神経系の項には，意識レ

表1　学　習　目　標

1）摂食・嚥下機能を理解することができる。
2）摂食・嚥下障害の病態を理解することができる。
3）摂食・嚥下に関連する脳神経系の身体診査が実施できる。
4）身体診査に基づくアセスメントを理解することができる。
5）食事介助時の体位を選択することができる。
6）増粘剤を使用することができる。
7）嚥下障害用水分補給ゼリーを用いて食事介助を実施できる。
8）食事介助されるゼリーの量と嚥下しやすさを体験する。

ベル・脳神経・反射・運動系・感覚系・髄膜刺激症状・大脳高次機能が含まれる。

摂食・嚥下機能のフィジカル・アセスメントのセミナーは，特定のシステムを重点的にアセスメントする内容であり，この学習目標は表1に示したとおりである。目標1）～4）では，摂食・嚥下のしくみとその障害を講義し，主に脳神経系の身体診査の技法を用いて摂食・嚥下機能のフィジカル・アセスメントの演習を実施している。さらに，リスク管理として必要とされる誤嚥・低栄養・脱水のアセスメントに言及する。

目標5）～8）では，病態に応じた食事介助時の体位及び増粘剤を講義した後に，事例の簡単な情報からアセスメントして，望ましい体位固定を行い，嚥下障害用水分補給ゼリーを介助によって食する演習を実施している。

5．摂食・嚥下機能のフィジカル・アセスメント

看護は観察から始まるといわれるように，出会った瞬間から静止時と動作時の外観（顔貌・四肢・姿勢）及び左右差から，麻痺の状態，手術の影響などを予測する。挨拶の構音から，口唇・舌・軟口蓋の機能を予測する。

簡単な病態事例として，誤嚥性肺炎で入院した84歳の男性は，外観は喉頭が下垂気味であったが，立位・歩行時とも顔貌や姿勢に左右差はなかった。構音に問題はなかったが，開鼻声であった。主観的情報は，最近ぶどうを食べると鼻水が出ること，うどんをつるつると吸い上げることができなくなったことであった。

図1に示したとおり，咽頭は安静時には空気の通路であり，食道は上部食道括約筋によって閉じられている。嚥下反射が惹起されると，舌口蓋閉鎖・鼻咽腔閉鎖・喉頭閉鎖によって咽頭が閉鎖空間となる。舌根の後方移動及び咽頭収縮筋の上方から下方への収縮によって，食道方向への嚥下圧が形成される。タイミングよく食道入口部が弛緩し，咽頭内の食塊が食道へ移送される[1)]。

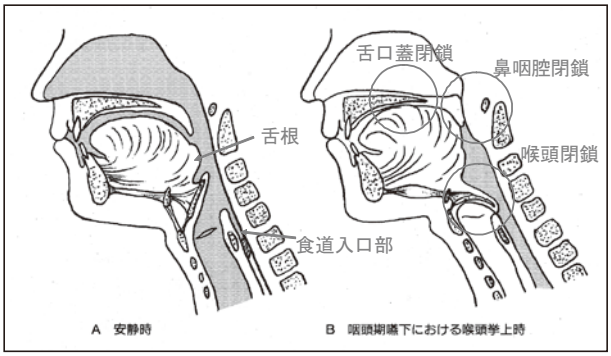


図1　安静時・嚥下時の咽頭

事例では，嚥下時にぶどうの汁が鼻腔へ逆流する可能性，咽頭腔内が閉鎖されない可能性が考えられ，鼻咽腔閉鎖不全が予測された。身体診査では，軟口蓋は両側下垂し，「アー」と発声しても軟口蓋の収縮を認めなかった。さらに，綿棒で刺激したが反応なく，両側の軟口蓋麻痺を認めた。そのため，息をこらえて嚥下し，その後に息を吐く嚥下方法（supraglottic swallow）を行うこととした。

6．アカデミック・ナーシング・プラクティスの可能性

大学における研究の成果が，直接又は間接的に臨床ケアなど実践の場面へ反映されて，初めて社会的な価値が生まれる。その意味では，看護技術，看護プログラムを研究開発することは，大学の重要な役割であろう。その技術やプログラムを教育に反映させることはもちろんのこと，さらに臨床の場に還元することが，臨床ケアの質向上に資すると共に地域貢献となる。

図2に示したように，看護実践センターが大学と地域を繋ぐシステムとして機能し，実践によってさらに検証されて，研究の場へフィードバックされる循環が望まれる。このフィジカル・アセスメントセミナーも，大学における教育・研究と臨床ケアを繋ぐひとつの形である。

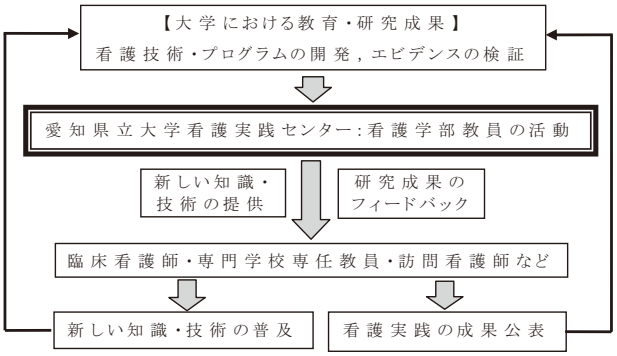


図2　大学と地域を結ぶ看護実践センター

文　献

1）鎌倉やよい，深田順子，他：嚥下障害ナーシング：フィジカルアセスメントから嚥下訓練へ．医学書院，東京，2000.

◆シンポジウムⅠ◆

通りがかりに健康相談

－聖路加看護大学看護実践開発研究センターの実践－

聖路加看護大学　菱　沼　典　子

1．聖路加健康ナビスポット“るかなび”開設の背景

自分の生活を工夫し，自らの健康をつくっていくのは，一人一人の市民である。しかしながら，例えばインフォームドコンセントの場面では，本当に自ら判断し，治療を選択できているだろうか。判断の土台となる健康情報を持っていなければ，理解し判断するのは難しい。しかも健康，病気，医療に関する情報はあふれているが，信頼できる的確な情報を手に入れるのは困難である。

そこで聖路加看護大学は，看護実践開発研究センターを立ち上げたときに，市民が適切な健康情報を得る手がかりを提供する場を計画し，2004年５月に“るかなび”を通りに面した大学のビルの１階に開設した[1)]。看護職と司書のコーディネートのもと，看護職等の専門職ボランティアと市民ボランティアが協働で運営している。

開設当初から４ヵ年は聖路加看護大学21世紀COEプログラムの研究資金を得，現在は聖路加テルモ共同研究事業として継続している。

2．“るかなび”の活動

“るかなび”は聖路加の“るか”と健康のナビゲーションを意図して命名した。ナビゲーションを表す北斗七星と小熊をモチーフにした，イメージキャラクターを作成し，パンフレットやバッチにして活用している。

“るかなび”は８月と年末年始，年度末を除く月～金の10時から16時まで開いており，通りがかりの誰でもが無料で利用できる。市民への毎日のサービスの内容は，健康チェック（血圧，体重・身長・体脂肪・基礎代謝，骨密度），専門職ボランティアによる健康相談[2)]，闘病記文庫[3)]・図書[4)]の利用，パンフレットの利用や持ち帰り，インターネットによる健康情報検索である。月１回昼休みの時間帯に，ミニ健康講座・ミニコンサート[5)]を，また月１回CHADO（抹茶のサービスと団らん）を開いているほか，地域への広報活動として区の福祉祭りへの参加，チラシ等の配布を行っている[6)]。

活動に加わっているのは2008年度，本学の教員・司書とコーディネータ，市民ボランティア22名，専門職ボランティア22名である。教員４名が運営委員として，また複数の教員が相談スタッフとして参画している。図書コーナーは図書館の分室の位置づけであり，司書が週１回出向いて管理をしている。コーディネータは非常勤の看護職と司書各１名で，“るかなび”に常在し，ボランティアのスケジュール管理，日々の運営，会議への課題提案，調整，記録等，すべての活動を取り仕切っている。

市民へのサービスを担っているのがボランティアおよび教員である。開設当初より看護師・保健師・助産師・管理栄養士等の資格を有する専門職ボランティアや教員によって，計測と健康相談を行ってきた。2007年４月から市民ボランティアが参画し，案内や計測を行っている。市民ボランティアは科学研究費の補助によって実施している健康支援ボランティア講座[7)]の修了者や，中央区民，本学の学部学生が登録し，各自のペースで活動している。

2008年度運営のために，運営会議12回，ボランティア会議３回，事例検討会２回等を開催した。運営会議は大学の教職員・コーディネータを中心にて，学内の委員会活動に位置付けられており，ボランティアへも参加を呼びかけており，議事録は閲覧できるようになっている。ボランティア会議は，運営委員およびボランティアが全員参加する会議で，活動報告や課題の討議，運営方針の確認を行っている。活動時間が異なり，日常顔を合わせる機会がないので，互いに知り合う機会にもなる。会議のあとに懇親会がもたれることもある。事例検討会は，日常の相談の中で対応に苦慮している相談事例を中心に，精神看護学教員によるコンサルテーションを行うもので，運営委員，コーディネータ，ボランティアが参加している。

健康相談の利用者は年々増加し，2008年度は年間1,000名を超えた。利用者数の推移を図に示す。2006年度のデー

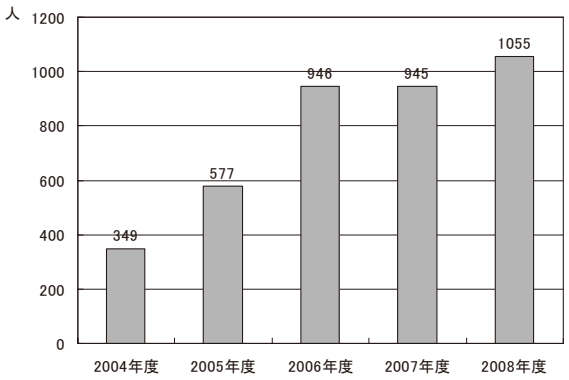


図　“るかなび”来訪者数の推移

タでは，利用者数946名のうち女性が71.6％，男性が25.4％であった（記録もれ３％）。20代が10.8％，30代12.7％，40代13.2％　50代以上が56.1％で，50代以上の女性が多く，この傾向は現在も変わっていない。初めて来訪した者が61.5％，２回目以上が25.5％であった。相談内容は，健康状態の把握，診断がついている病気について，医療機関に行っていない症状の相談等であった[2)]。

３．研究・教育とのリンク

“るかなび”は大学が開設した研究的な試みであり，活動の展開を一つの研究活動ととらえ，活動経過は順次報告をしてきた。その一方で，活動から研究課題が次々と浮かび上がり，複数のテーマで研究に取り組んできた。市民と看護職との健康相談のパターン分類，利用者の健康相談に関する評価，骨粗鬆症の認識調査と年代別パンフレットの作成，“るかなび”における市民ボランティア活動の実際と課題等のテーマである。開設から2008年度まで，論文発表９編，学会発表10件を行ってきた。

院生が，相談プロセスに関する研究で“るかなび”をフィールドとした例もある。

学部学生の教育では，１年生がレポート作成に闘病記文庫を利用しており，２年生のコミュニケーション演習と生涯発達論演習の場になっている。また授業で作成した健康教育用のパンフレットの“るかなび”での活用，４年生が闘病記文庫を利用して卒業レポートをまとめるなど，徐々に活用が広がってきた。

４．大学外との連携

開設当初，近隣でポスターの掲示やちらしの設置を依頼できた施設は10施設であった。これが2008年度は，医療機関から喫茶店まで含め，53施設に増加している。当該区からの要請で，市民カレッジを共催するに至っており，地区の健康福祉祭りの行事にも参加している。所在地域の中で，行政や町内会をはじめとした住民が“るかなび”を認知し，活用するようになったと思っている。

区との連携講座のみならず，健康支援ボランティア講座も，一般市民への講座であり，“るかなび”は生涯学習の場にもなっている。また，闘病記文庫や図書は大学の図書館を一部公開しているものである。

闘病記文庫は，民間のボランティア団体である棚プロジェクトからの寄付を土台とした文庫である。棚プロジェクトとは，本の題名からは何の病気の闘病記かわからないので，病気別に分類して棚に並べ，活用してもらいたいという意味を持つ[8)]。現在１,000冊を超える闘病記を揃え，閲覧に供している。

５．課題と展望

実践フィールドを大学が有していることは，大きな価値がある。日本の看護系大学では，実践の場を独自にもつことなくきたので，“るかなび”のアカデミック・ナーシング・プラクティスもまだまだ試みの段階である。しかし演習・実習を受け入れ，研究フィールドになることを当然と考えている場での実習等は，教員の労力は少なく，学生の移動の手間もない等の利点がある。看護教育機関が，今後こうした施設を持つのは，望ましいことだと考えている。また，看護の専門分化が進む中で，なにが問題なのかを探ることから始まる健康相談は，看護職すべてが持つべき技能を磨く場だということが明確になってきた。さらに市民ボランティアが，自分の健康を自分で作っていく市民のモデルになることが，“るかなび”の目的につながることも明らかになってきた。

実践活動を継続するのは，場所と人材と資金の確保が必須である。研究資金がなくなれば終わりにするというものではない。今後，財政基盤を確保することが最大の課題であり，有料化も視野に入れた検討を進めている。また，専門職ボランティアには限界があるのではないかという指摘もある。

課題は少なくないが，今後さらに，学部学生や院生の実習場や研究フィールドとしての活用を組織的に計画し，“るかなび”で実践・教育・研究がひとつになれることを願っている。

文　献

１）菱沼典子，川越博美，他：看護大学から市民への健康情報の提供―聖路加ナビスポット「るかなび」の試み－，聖路加看護大学紀要，31，46-50，2005.

２）高橋恵子，菱沼典子，他：看護大学が市民に提供する健康相談サービスの利用状況と課題，聖路加看護学会誌，11(1)，90-99，2007.

３）石川道子，松本直子，他：看護大学が開設する市民向け健康情報サービススポットにおける闘病記コーナーの機能，医療情報学，27，suppl. 1187-1190，2007.

４）松本直子，石川道子，他：看護大学の市民健康情報サービスにおける資料選択の課題，医学図書館，53(2)，156-160，2006.

５）高橋恵子，菱沼典子，他：看護大学が市民に提供する『ランチタイムミニ講座＆ミニコンサート』の意義と特徴．聖路加看護学会誌，12(2)，80-90，2008.

６）菱沼典子，石川道子，他：看護大学が市民に開いた健康情報サービススポットの広報活動，聖路加看護学会誌，11(1)，76-82，2007.

７）Okubo N., Hishinuma M., et al.: Evaluation of Health Education Program for Active Citizens，聖路加看護大学紀要，34，55-61，2008.

８）和田恵美子：「闘病記文庫」は患者・医療者に何をもたらすかー健康情報棚プロジェクトの多職種協働活動を通して，情報管理，49(9)，499-508，2006.

◆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

～座長総括～

北里大学大学院クリティカルケア看護学　黒　田　裕　子

第35回集会の招聘講師であられるエヴァンツ博士のご講演のテーマとシンポジウムⅠのテーマである“アカデミック・ナーシング・プラクティス”を受けて本パネルディスカッションを企画運営した。本パネルは，卓越した技能を日々の看護現場でそれぞれに発揮しておられるパネリスト４名に各専門性を駆使した看護実践をお話しいただいた。

まず，がんの専門病院のがん専門看護師のお立場から渡邉眞理氏に，医療相談支援室の立ち上げとその業務内容，患者さんやご家族へのがん看護専門看護師としての看護実践について，事例を提示していただきながら紹介していただいた。さらにがん看護専門看護師の調整，倫理調整，相談，教育，研究の活動の実際と今後の課題をお話しいただいた。

次に，全国的にも数少ない小児看護専門看護師のお立場から長田暁子氏に，その役割と働く場所の特徴との兼ね合いから小児看護の課題をご紹介いただいた。そのうえで，小児看護専門看護師の活動の実際を，①複数の診療科や機関が関わる疾患をもつ子どもと家族に対するケアニーズ，②若年の妊産婦に対するケアニーズの２つのテーマからお話ししていただいた。

３番目に，急性・重症患者看護専門看護師のお立場から大江理英氏に，実践，調整，相談，倫理調整，教育，研究の活動に関する概略をご紹介いただいた。そして，１つの事例を提示していただき，時期に応じた看護介入の実際をお話しいただいた。そのうえで，クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスというテーマで大江氏がお考えになっている実践と課題をお話しいただいた。

最後に，なごみ助産院を出張専門で独立開業されている山田美也子氏は，仕事道具のリュックサックを背負ってご登場いただいた。山田氏の「五感を生かしたケア」のお話しは，吸い込まれるような説得力があった。医療機器ではなく，ご自身の見て，聞いて，触って，嗅いて感じたことをエビデンスとして多様な妊婦に最高の分娩を経験してもらっているという卓越した実践のお話しであった。

以上，４名のパネリストからきわめて自信に満ちあふれた看護実践をお伺いすることができ，参加者の興味関心を大いに盛り立てたことと思う。数多くの質問に対して４名のパネリスト全員から適切な応答を明確にしていただくことができ，有意義なパネルディスカッションであった。

◆パネルディスカッションⅠ◆

がん看護専門看護師の立場から

神奈川県立がんセンター　医療相談支援室長　副看護局長
がん看護専門看護師　渡　邉　眞　理

私は，病床数415床（緩和ケア病棟17床，ICU６床，無菌病棟20床含む）の都道府県がん診療連携拠点病院に指定されているがん専門病院に勤務している。当院の平均在院日数（2009年11月末日現在）は，15日台と月毎に短縮している。

私は現在，がん診療連携拠点病院の指定要件のひとつである相談支援センターにあたる部署で，がん患者・家族の相談業務と医療連携業務を行っている。がんと告知され，あるいはがんの治療法が無くなり苦悩を抱えている患者・家族の支援と，がん医療が複雑化し多忙を極める中で，がん看護に取り組んでいる看護師や看護管理者の支援を行っている。ここではがん分野での専門看護師の活動を通してのナーシング・プラクティスについて述べる。

１．がん医療政策の動向

わが国の死因の第１位はがんであり，日本の医療政策の課題である。がんの罹患率と死亡率の割合は（人口10万人対）図１[1)]に示すようにがんと共に生活しているがん患者が増加している。わが国のがん医療政策（表１参照）[2)]は，2007年のがん対策基本法の成立とそれに基づくがん対策推進基本計画により大きく変化した。

各都道府県の医療圏に整備されたがん診療連携拠点病院には「相談支援センター」の設置が要件とされている。この相談支援センターは，「がんのことやがんの治療について知りたい，今後の療養や生活のことが心配」などがん医療に関する相談支援・情報提供を行う部署である。私が担当している神奈川県立がんセンター医療相談支援室では，相談業務と医療連携を実施している。

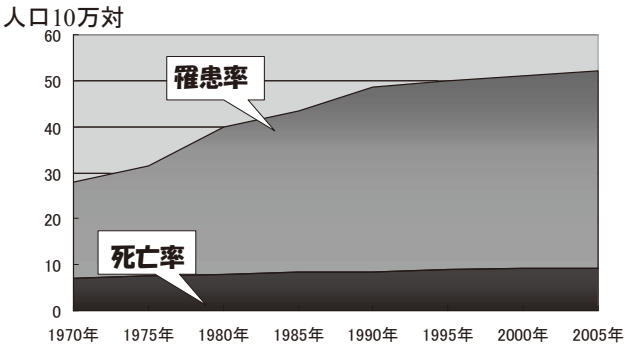


図１　がんの罹患率と生存率の比較

表１．わが国のがん政策の動き

2004.　4	第３次対がん10か年総合戦略事業の開始
2004.　9	がん医療水準均てん化（医療の質と量の地域格差の是正）の推進に関する検討会開始
2005.　8	がん対策推進アクションプラン2005の開始
2006.　2	都道府県ならびに地域がん診療連携拠点病院の指定開始
2006.　4	厚生労働省にがん対策推進室設置
2006.　6	医療制度改革法成立
2006.　6	がん対策基本法が議員立法で成立
2006.　10	国立がんセンターがん対策情報センター開設
2007.　4	がん対策基本法の施行
	１．がんの実態把握のシステムの構築（がん登録）
	２．がん専門医の養成
	３．がん相談支援センターの設置
	４．緩和ケアの充実
2007.　6	がん対策推進基本計画策定

２．神奈川県立がんセンター医療相談支援室の立ち上げと業務

私は以前，外来看護師長（2000年４月～2002年３月）を担当したことがある。その当時は，がん患者や家族が相談できる窓口が，①外来相談室（外来看護師１名が担当，相談と訪問看護の窓口担当）②医療相談室（医療ソーシャルワーカー１名），③総合受付相談（外来看護師長が２時間）に分かれていた。外来相談室が十分に機能できれば患者・家族の不安の軽減や在宅療養支援に向けての情報提供などができる重要な相談部門であったが，その日の人員によって看護師を配置できないこともあり，十分に機能できずにいた。また患者・家族の情報共有など十分に連携できない現状があった。病病連携や病診連携などの地域医療連携に関しては，各診療科で各担当医が対応しており，その実態を把握している部署もなかった。外来初診患者の中には，がんの積極的治療法がない状態で受診する患者もおり，当院や他院の緩和ケア病棟の待機期間を考えると，間に合わないと思われる患者も少なくなかった。私はこのよ

うなケースがとても気になっていた。

この体験から，がん患者・家族がいつでも相談できる部署と，がんの地域医療連携を推進する部署の一元化の必要性を考えるようになった。その数年後に「がん難民」という言葉が使われるようになった。

このことをどうにか実現したいと願い続けていた私は，病院管理者に「地域医療連携室」の必要性について根拠となるデータを用いて，都道府県のがんの専門病院として，どの程度の割合でがん医療を担っていくのかの検討の必要性と，がんの地域医療連携が不可欠であることを示した。そして組織的な理解を得て，地域医療連携室設立の取り組みを実践していった。2005年４月に地域医療連携準備室を副看護部長と兼務で担当を開始し，同年８月に神奈川県下の病院・診療所・訪問看護ステーション6,031施設を対象に（回収1,765）がんの医療連携に関するアンケート調査を実施した。その結果[3)]をもとにがんの地域医療連携検索システムを作成した。2006年４月に地域医療連携室の専従となった。がん患者・家族の相談支援や医療連携業務を通じて，がん看護専門看護師として【実践】【相談】【調整】【倫理調整】【教育】【研究】を実施し，組織横断的，および組織を越えた地域の医療・看護の質の向上に向けた活動を開始した。

３．がん患者・家族の特徴とがん看護専門看護師の活動【実践】

がん医療がめざましく進歩している一方で，がん＝死というイメージはいまだに多くの人がいだいている。がんと診断された時点で，多くの患者は，衝撃を受け，一時的に悲嘆，否認，絶望，不安，孤立感，疎外感，怒りなどの感情をいだき，徐々に現実的な対応ができるようになると言われている。しかし実際には，治療が終了してもいつも再発・転移の不安を抱えながらの生活となり，不確かさの中で生活を送ることになる。本年７月に開催された第８回かながわ乳がん市民フォーラムで乳がんの体験をされた女性がその体験について次のように語っていた。

・がんと伝えられるとどうしても死を意識する
・死を意識して，初めて生き方を考えた
・がんというのは命の長さを突きつけられる病気
・言葉に対する感度がとても高くなっている
・命と希望の飢餓状態
・治療の選択は生き方の選択

このような体験をされているがん患者・家族に関わるがん看護専門看護師として私は，がん患者・家族が苦悩の中にある時，パートナーとして寄り添い，どのような時でも患者・家族のひとり一人が納得のいく意思決定ができるよう，また耐えがたい現実に立ち向かえるよう共に歩んでいくことを大切に関わっている。このような関わりの中，がん患者・家族と看護師の相互作用を通して，相互に成長できることを実感している。

ここで事例を紹介する。

Ａ氏，30歳代後半，胃がんⅣ期。

ご両親からの相談で「息子が胃がんのⅣ期と診断され，手術後に再発・転移の確率が高いと言われた。再発・転移予防のために医師より抗がん剤を勧められているが，本人がどうしても受けないと言っている。治療を受けるように説得して欲しい」という内容だった。

私は，ご両親の気持ちを傾聴し，受け止めながら，治療を受けるかどうかは息子さんご自身が決めることなので，私が説得するわけにはいかないが，息子さんのお話を直接伺うことはできることを伝えた。

数日後，Ａ氏は相談に来室した。沈黙の時間が長い中，Ａ氏の思いに寄り添って傾聴した。別れ際に私は，“Ａ氏はもう相談には来ないかもしれない”と思ったが，Ａ氏は「また来ても良いですか」とたずねてくれた。私は「もちろん。いつでもどうぞ」と答えた。Ａ氏とご両親はいつも別々に相談に来室しており，私は，Ａ氏とご両親との率直な会話がほとんどないように思えた。

Ａ氏はその後，抗がん剤の治療をしないことを決め，緩和ケア病棟の申し込み，在宅緩和ケアの方法についての情報を知りたいと数回相談に来室した。私は母親を気遣うＡ氏の思いなど，家族の気持ちをつなぐ調整を実施した。

Ａ氏は数ヵ月後にイレウスになり，緊急入院となるが，Ａ氏は自分らしくいられる家で過ごしたいと希望し，訪問診療，訪問看護などの調整をした。Ａ氏は在宅緩和ケアとご家族のＡ氏の希望を支えたいという思いにより，最後まで自宅で過ごした。

Ａ氏が亡くなった約１ヶ月後，ご両親が相談室に来室した。お父様から「最後まで自分の意思を貫き通した息子を誇りに思う。」という言葉を聴いた。最愛の息子を亡くした直後にもかかわらず，“息子の希望をかなえた”という表情のご両親に会うことができ，私は感動した。また生前Ａ氏から「いつも絶望のときばかりお会いしているけれど，話を聞いてくれるだけで本当に救われます。ありがとう。」とお手紙をいただいた。私はＡ氏とご両親から，がん看護専門看護師として成長する機会をいただいた思いがした。

４．がん看護専門看護師の活動【調整】【倫理調整】【相談】【教育】【研究】

がん患者・家族の相談内容にはＡ氏のように家族間の調整，院内の医療関係者の調整，院外の医療関係者（他病

院，緩和ケア病棟・ホスピス病棟を有する病院，訪問診療所，訪問看護ステーション，居宅支援センター，院外調剤薬局，老人福祉施設等）と調整をしている。医療連携調整に関して，患者の病状や予後，必要な医療処置等に関して詳しい看護師が調整することのメリットを感じる。しかし地域によっては終末期患者を受け入れる医療機関に限界があり，調整が困難である場合がある。患者・家族が希望する医療機関と現実に利用する医療機関に差が生じることが多いのも現実である。

国が目指しているどの医療機関や在宅療養でも「がん患者・家族が安心して暮らせる」ようながん医療を提供する受け皿が絶対的に不足している。今後がん医療機関等の整備と質の向上，診療報酬改定が課題である。

相談内容には，インフォームド・コンセントに関連した【倫理調整】が必要な場合がある。必要な説明が十分にされていない場合もあれば，患者・家族の心理的状態や理解度などを考慮しなければならない場合もある。常に患者・家族の擁護者として，必要により診察に同席し，理解を助けたり，質問を促したり，時には組織的な問題解決を促進している。

私ががん看護専門看護師として大切にしているもう１つのことがらは，がん患者・家族に関わる看護師が日々の貴重ながん看護実践を意味づける体験ができるような支援を【相談】【教育】【研究】を通して行うことである。文頭に述べたように，平均在院日数は短縮化する一方で，病棟や外来は多忙を極めている。日々仕事に追われ看護師が疲弊していることもしばしば見かける。

このような中，看護師はがん患者・家族に「何をすることが看護なのか」を見失いそうになる。看護師や看護師長からの相談を通じて，貴重ながん患者・家族への意味ある看護実践や，検討すべき看護実践をフィードバックし，看護師や看護師長がその体験を意味づけられるように関わっている。そしてその実践をできるだけ，看護研究として言語化するように勧め，研究のプロセスを支援している。このことは本学会の趣旨に通じるものである。

臨床の現場は，日々業務に追われる感覚を持つ，そして大切だと思ってもなかなかそこに止まることができない。しかしそこには貴重な意味のある看護実践が存在するのである。

現象を意味づける＝抽象化できる力，をできるだけ多くの看護師にがん看護の誇りを実感して欲しいと願っている。そのためには実践の場に私自身が足を運ぶことが重要なキーとなると感じている。患者・家族から，看護師から，看護師長から，看護管理者から，その他の医療チームから直接的に見聞きし，気になったことを看護の質や施設全体の医療の質の向上にフィードバックすること，看護研究や院内外の教育活動，社会的活動を通じてがん医療全体に貢献できることを目指したい。

文　献

１）国立がんセンターがん対策情報センター：がん情報サービス「統計」，http://ganjoho.jp/public/index.html

２）岡本直幸：地域がん診療連携拠点病院構想について，第76回QOL研究会資料，2009.

３）神奈川県立がんセンター地域医療連携室：がん患者支援ネットワークのあり方のための基礎調査，2005.

◆パネルディスカッションⅠ◆

クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスとその課題

大阪警察病院　看護管理室　急性・重症患者看護専門看護師　大　江　理　英

はじめに

在院日数短縮化や効率化が重視される急性期医療の中で，急性・重症患者看護専門看護師（以下急性CNS）の活動概略とコンサルテーション事例から，クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスとその課題を考察する。

１．急性ＣＮＳの活動概略

演者は急性期病院に勤務し，看護部長直轄の部下として，診療科や病棟を越えて組織横断的に自律的活動をしている。活動目的はクリティカルケア看護の質と看護師のモチベーションの向上で，以下のような活動を行っている。

実践：解決困難な看護問題をもつクリティカルな患者を対象に，生命維持，セカンドアタック予防へのケアとともに，残存能力を活用する事で治癒回復過程を促進させつつ，全人的苦痛を緩和することで患者のアウトカムを向上させる。

調整：患者を中心にした質の高いケアの実現を目的に医療者の専門性を発揮させるための調整。各事例への介入とともに人工呼吸器装着患者への多職種協働体制構築への調整とその運営などを行っている。

相談：医師や看護師などの多職種から，過大侵襲下にある患者とその家族へのケアに関するコンサルテーションを受諾している。

教育：院内外への教育やプログラムの運営などを行っている。

倫理調整：高度医療における倫理ジレンマに対する患者家族の尊厳や擁護を目的とする調整。医療者の倫理的感受性の育成から倫理的推論や実行への支援などを行うことで，アドボケーターを育成し，全人的看護実践の実現を目指す。

研究：院外への研究発表への支援や経年別看護研究の企画・指導などを行っている。

２．事　例

１）事例概要

40歳代女性。溶連菌感染による重症敗血症のため，集中治療室に入室した。心停止するなど，循環動態は不安定で生命危機状態であった。感染巣である下肢は壊死し，その範囲は経過とともに拡大した。救命目的で鎮静中に股関節離断術を受けた。呼吸循環動態は，次第に安定し，抜管や鎮静を終了した頃より，下肢喪失を認識し，不眠等の症状が出現し，反応性のうつと診断された。その後リハビリ目的で転院した。

２）相談の契機：コンサルティは看護師で，全身ケア方法に関するコンサルテーションであった。

３）主な介入の視点

①　集中治療期

セカンドアタック防止を主眼に口腔ケアなどの上気道の管理方法と敗血症管理のガイドラインやエビデンスを用いた看護師への教育やダイレクトケアを行った。また各科医師を巻き込んだ主治医や臨床看護師との調整と協働で，栄養投与方法の変更と厳格な血糖管理を安全に実施した。家族へは看護師とともに，危機介入を行った。

②　集中治療後

臨床看護師へ危機的状況下にある患者の心理について教育を行った。臨床看護師や精神科医師と協働し精神的介入や手浴を活用したリラクゼーションなどを行った。また家族に対しては鎮静中に下肢切断に至った代理意思決定に関する精神的苦痛の軽減に努めた。

③　リハビリ期

精神的には安定し，ソーシャル・ワーカーなどと連携し，今後の社会資源活用とよりよき病期移行への支援を行った。

これらの結果，患者は，生命危機状態から身体的・精神的に安寧を取り戻し，家族との円滑な関係も維持しながら，松葉づえで歩行するなどADLも向上し，リハビリ目的の転院に至った。

４）介入後の影響

①　事例から事例の影響

類似事例の蓄積により，臨床の場全体が変化を遂げ，集中治療をうける患者へのセカンドアタック予防に向けたケアが，看護師により能動的に行われるようになった。また医師からも「肺炎は怖くない」と発言を得るなど，大きな葛藤はなくこれらの変化がもたら

された。

② 事例から協働体制構築へ

事例での協働体制構築としては，従来の主治医－看護師の形式から，歯科衛生士・理学療法士など多職種によるチーム医療へ変化を遂げている。また集中治療における血糖管理・鎮静など過大侵襲をうける患者ケアの均質化に向けた専門チームの設置に結びついた。よりよき病期移行を目指すソーシャル・ワーカー，退院調整看護師，急性CNSと病棟の退院調整看護師が連携して行っている退院調整ラウンドも，平均在院日数の減少などに貢献している。

3．クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスとは

クリティカルケア看護領域で，急性CNSは自己とその機能を臨床に投じ，患者の全人的ニードの充足と適応の促進に必要とされるエビデンスに基づくスキルと理論を活用する。そのプロセスは実践や教育，研究を自在に行き来きしながら，協働と根拠に基づくケアを意図的に統合させ，患者アウトカムの向上に貢献する。

さらに患者のアウトカム向上のみが目的ではない。臨床から文化の本質と課題を把握し，様々に関係する人々への教育の場，変革の場として，変革理論を基盤に臨床看護師とエビデンスの橋渡しやケアへの姿勢の変化や協働体制構築への支援を行う。このような患者のアウトカム改善やエビデンスとの出会いによる慣習的なケアからの脱却は，看護師が専門職として，知識や技能を活用していくことがクリティカルケア看護におけるケアリングの体現を実感させる機会となる。また組織変革のプロセスに生じる様々な問題を緩衝させ，これから出会う患者のアウトカムの向上のみならず，全体の質の向上に貢献できる。

これらのことからクリティカルケア看護のアカデミック・ナーシング・プラクティスは，エビデンスを活用したケースマネジメントを範例に，全体の質の向上と密接なかかわりを持つ。アカデミック・ナーシング・プラクティスは臨床と研究を自在に使いこなし，吸収し，適用するとともにそれらをさらに研究に還元させていく。これらの流れは，とどまることなく，循環し，その輪を広げ質の高いエビデンスと実践につながる。特にクリティカルケア看護師は，クリティカルな患者の適応への伴走者としての役割を持つ。生命維持のみならず，死にゆく患者の全人的苦痛の緩和やその人らしさの維持に向けてケアしていくには，これらのプロセスを活用する必要性が高い。そのようなケア実現のためには，過大侵襲下にある生体反応と心理社会的な影響に関する研究の臨床活用とともに臨床と研究を循環しつつ，個々の患者・家族に向き合い対話を重ね続けることが重要である。コンサルテーション事例の患者は，その後当院を訪れたとき，おもむろに急性CNSへ手を差し出し，「あの時の手の温かさは忘れません。これからも頑張ります。」と述べていた。

そのプロセスは，そこに在る全ての人々にとって意味を見出すものであると考える。

4．クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスの課題

1）クリティカルケア看護実践の研究による明瞭化

2）クリティカルケア看護での心身均衡に向けたケアの開発などのケアリングの体現となるケアの確立

3）急性CNSの活動とその効果の明瞭化

5．おわりに

クリティカルケア看護におけるアカデミック・ナーシング・プラクティスを考察した。アカデミック・ナーシング・プラクティスとは，臨床と研究を循環しながら，そこに在る全ての人々にとって意味を見出すものである。それらのすべてのプロセスを支援するのが，今，臨床に立つ急性CNSの役割だと考えている。

◆パネルディスカッションⅠ◆

小児看護専門看護師の役割と活動の実際

公立大学法人 横浜市立大学附属市民総合医療センター
看護師長・小児看護専門看護師　長　田　暁　子

現在，小児看護専門看護師は全国に27名と少数であり，多くの看護職にとってはまだ馴染みがないと思われる。本日は，その小児看護専門看護師が臨床現場でどのような看護実践を行っているのかをご紹介したい。

１．小児看護専門看護師の役割

小児看護専門看護師の役割は，「子どもとその家族が，健やかに成長・発達できるように，療養生活を支援すること」である。そして，この役割を果たすために，専門看護師が持つ６つの機能（実践，相談，調整，倫理調整，教育，研究）を織り交ぜて，日々活動をしている。具体的には，①子どもにとって最善のケアを小児看護専門看護師自らが提供すること，②ケアの質向上をめざして，子どもと家族に関わる医療者の教育をしたり相談を受けたりすること，③より良い医療サービスを提供するシステムづくりや関連する職種間の調整をすること，④小児看護の発展につながる研究や社会活動をすることが，臨床現場における小児看護専門看護師の業務の内容となる。

２．働く場の特徴と小児看護に関する課題

小児看護専門看護師が働いている場は，小児専門病院，大学病院，地域中核病院，がんやリハビリテーションの専門医療機関など様々であり，それぞれの組織のニーズにより職位や仕事の仕方は異なる。そこで，私が働く場について少し説明をしたい。当院は，病床数720床の大学附属病院であり，高度専門医療，三次救急医療，医学教育，地域医療支援を担っている。この中で，子どもの治療やケアに専門的に関わる部門は，小児総合医療センター（PHCU・８床，一般病床・22床），総合周産期母子医療センター（NICU・９床，NHCU・12床）である。そして，高度救命救急センター47床（ICU・熱傷センター含む），集中治療部（ICU・８床，HCU・10床），手術部，児童精神科・炎症性腸疾患センター・形成外科・歯科口腔外科・耳鼻科・腎移植科などの疾患別センターおよび診療科では，成人患者さんと子どもの治療・ケアを併行して行っている。病床数から見ると，小児看護専門看護師がフォローする範囲は，病院全体の１割弱の患者さんということになる。

このような特徴を持つ当院においては，子どもと家族のケアに関して，次のような課題がある。

・小児救急医療の充実
・集中治療を受ける子どもと家族のケアの充実
・慢性疾患をもつ子どもと家族の長期的ケアの充実
・重症新生児の治療とケアおよび家族ケアの充実
・周産期における育児支援の充実
・医療依存度の高い子どもの退院調整の充実
・子どもの虐待予防

これらの課題に対し，看護部に所属する専任の小児看護専門看護師として，各部署の看護師や医師，そして院内の様々な職種と共に，問題解決をはかっていくのが私の仕事となる。

３．小児看護専門看護師の活動の実際

１）「複数の診療科や機関が関わる疾患をもつ子どもと家族に対するケアニーズ」について

複数の診療科が関わる疾患はいくつもあるが，口唇口蓋裂もそのひとつである。当院で口唇口蓋裂をもった子どもが出生した場合には，少なくとも以下の部門の人々が子どもと家族に関わることとなる。

①産科病棟：子どもの疾患に戸惑う両親のケアと育児支援
②新生児科：出生した子どもに疾患がないかどうかの診察
③形成外科：口唇口蓋裂の診断と治療（生後６ヶ月以降に手術）
④口腔外科：手術前６～12ヶ月間にわたる口蓋裂の矯正治療（口腔内にプレートを装着することにより口蓋裂の幅を狭める）と授乳支援，成長に応じた歯の矯正治療
⑤耳 鼻 科：合併しやすい浸出性中耳炎や難聴の診察と治療
⑥小 児 科：手術で入院する際の全身状態の診察
⑦小児病棟：手術で入院する際のケア，手術後の授乳支援
⑧医療相談部：経済的問題や諸制度の相談

このように多数の部門が関与する医療体制の中で，子ど

もと家族のニーズに応じた治療・ケアを適切に行っていくためには，各部門の役割や連携方法を明確にする必要が生じた。そこで，各部門の責任者（診療科部長や師長）が集まって，現状の診療体制における問題点を出し合い，各科が提供できる医療サービスの内容や連絡を取り合う方法を検討する場を設けた。そして，何度も行われた話し合いをもとに，各部門が関わる時期や内容が一覧できるマップを作成して家族への説明に用いるようになり，看護部門では，外来と病棟が情報共有できる記録用紙が導入された。このような連携システムをつくる際に，私は検討会議の連絡調整，問題点の整理や話し合いの促進，マップ作成の実務などを担っており，これが小児看護専門看護師としての【調整】の役割であった。

また，子どもと家族のケアに不慣れなスタッフから相談を受け，障害をもって産まれた子どもの養育に不安をもつ親への対応や効果的な授乳の仕方などを提案して問題や悩みの整理を支援する【相談】の役割や，関わりが難しい家族のケアを依頼された場合に直接ケアを行う【実践】の役割をとることもあり，その結果を医療チームにフィードバックしながら，医療チームとして良いケアができるように活動している。

２）「若年の妊産婦に対するケアニーズ」について

近年，若年の妊娠・出産が増えており，その方々の社会背景は複雑なことが多い。未成年者が妊娠し当院を受診された場合には，産科外来の助産師や医師は，出産・育児に関する本人・パートナー・家族の認識を確認し，妊娠継続や育児が可能であるかをアセスメントする。そして，親族や知人などの育児支援者がいない場合や，経済的な余裕がない場合，妊婦自身の健康問題がある場合など，身体・心理・社会的にハイリスクな妊娠であると思われる時には，医療ソーシャルワーカーや小児看護専門看護師に関与の依頼が来る。

そのような依頼があると，まず，出産と育児の支援をする専門スタッフという立場で妊婦さんとその家族に会い，今抱えている悩みや問題について整理することを支援する【実践】。そして，医療ソーシャルワーカーと，このケースの抱える課題の共有，関与してもらう必要のある地域機関（区役所・保健センター，児童相談所，学校など）の検討，院内関係者と地域機関との合同会議の設定を行う【調整】。合同会議では，妊婦や親族は出産の意思があるが養育は難しいのではないか，出産するとなればどの機関がどんな支援をするべきかといった議論がなされるため，常に‘未成年である妊婦自身や生まれてくる子どもにとって最善の策は何か’という視点で話し合いが進むように意見を述べるようにしている【倫理調整】。また，妊娠・出産という経過の中で，外来や病棟のスタッフが妊婦本人への関わり方に迷った際には，思春期の心理特性や虐待予防上の配慮に関する知識・情報を提供しながら，問題解決の支援を行うこともある【教育・相談】。さらに，出産後の育児場面を見たり産婦本人と話をする中から，親の育児力や支援環境，子どもの発達状態をアセスメントして助言をしたり，退院後に産婦から電話で相談を求められる場合に，悩みの整理や適切な相談窓口への仲介を行ったりしている【実践】【調整】。

以上，二つのテーマに関する活動をご紹介したが，このように，子どもと家族に関するケアニーズに応じて６つの機能を織り交ぜ，子どもと家族の問題や支援する人々の問題の解決を支援していくのが小児看護専門看護師の働き方の特徴と言える。

専門看護師が一人で問題を解決することはできないため，医療チームの中でどの部分を小児看護専門看護師が担えば，より質の高いケアが効率よく提供できるのかを，常に関係者と話し合いながら協働してゆくことが大事であると考えている。小児看護専門看護師の働き方に決まった形はない中で，今後もチーム医療に貢献できる働き方を模索し，より良いケアを提供できるようにしてゆきたい。

◆パネルディスカッションⅠ◆

助産領域から

なごみ助産院　山　田　美也子

産科領域を取り巻く状況は，ここ５年で大きく変化した。勤務体制の過酷さや訴訟リスクの高さなどから，産科希望の医学生が減少傾向にあったのだが，2006年２月におきた福島県立大野病院の産科医師の逮捕，同年８月奈良県大淀町立大淀病院でおきた妊婦搬送受け入れ拒否事件，同年８月横浜でおきた堀病院看護師内診問題などが拍車をかけ，その結果分娩を取り扱う産科医師が激減し，産科病棟・産科クリニックの閉鎖が相次いで起こった。かろうじて分娩を取り扱う施設に妊婦は殺到し，分娩数制限をせざる得なくなってきている。かなりの地域では，妊娠６週ほどで分娩予約しないと出産できる施設の確保は難しい。いわゆる「お産難民」と呼ばれる妊婦が急増している。搬送受け入れ拒否は第３次救急病院が整備されていない地方に多いとされていたが，2008年10月東京都23区下でも現実となった（墨東病院事件）。受け入れを拒否されては妊婦の安全が確保されないため，ますます小規模の病院やクリニックは分娩を取り扱わなくなり，妊婦の大病院志向は強まった。

このような状況下で助産の現場で働く助産師たちはどうしているのであろうか。大病院の産科に勤務する助産師たちは，日々押し寄せる妊婦たちの対応に追われ，効率よくベット稼動することに奔走し，安全に産ませることだけに注意を払い，妊産婦にじっくりかかわることも，継続的にかかわることも許されなくなってきている。看護したくてもできない環境，キャパシティーを越えた仕事量，やりがいのない仕事は疲れだけを残し，バーンアウト寸前で余裕も笑顔も消えていく。その結果，助産師なのに「お産（助産）が楽しくない」のだ。

閉鎖・閉院に追い込まれた助産師たちで，助産をやり続けたいものは転職するが，大半の助産師たちはそこに残り，他科に配属される。助産師としての専門性を発揮できず，病院内に潜む潜在助産師となっているのが現状である。また「正常産は助産師の手で！」と院内助産院を開設しようと努力する助産師たちもいるが，産科医師・小児科医師から同意が得られなかったり，人員不足，体制の不備等で開設できず，ジレンマの中次第に意気消沈してきている。やはり「仕事が楽しくない」環境である。

明るい見通しが立たないまま，疲弊しきっている勤務助産師たちだが，私は実に幸せな仕事をさせていただいている。それは私が独立開業しているからだ。助産師の業務形態は，病院・クリニックや保健所に勤務する勤務助産師と，自ら母乳育児支援や分娩取り扱いを行う開業助産師がいる。私は出張専門に開業している助産師なのだが，疲れが吹き飛んでしまうほどやりがいのある仕事である。

まずは自宅に入り妊婦健診と分娩を行なうので，生活環境も家族背景も育児環境もすべて見せていただける。これはかなりの情報量であり，妊婦を取り巻く環境すべてから妊婦を理解し支援することに役立つ。その妊婦の生活そのものを感じることができるので，対面だけでは聞き出せない背景が見えてくる。また，自宅でのケアは妊婦やその家族に合った個別な対応を可能にしている。分娩時，上のお子さんを含め沢山の家族の立会いも可能であるし，大きな声で叫びながら産むのも可能。どんな場所でもどんな体位でも産むことを可能にする。妊産婦がこうしたいということを実現可能にする工夫も助産師の腕のみせどころである。絶対だめとは言わない看護。この工夫をひねり出す作業が実に楽しい。出産時妊婦には，自分を大切にされたと実感できることが，これから長く続く育児に大きく影響すると考えている。妊婦が笑顔で産めた喜びを噛み締めているとき，いい仕事ができたと肩の荷を降ろす。

私が実践しているのは「五感を生かしたケア」である。今の看護にはエビデンスが重要で，五感を生かしたケアとなると非常に表現は難しいが，自分が「見て，聞いて，触って，嗅いで，感じた」ことを裏づけする科学的根拠を探す作業をしているような気がする。今医療機関での妊婦健診では，超音波診断装置で胎児の胎位や推定体重などを診断していくが，私の健診は目で見て，腹部を触って，そして触らせてもらっている赤ちゃんと対話しながら診断している。その手の技術，感覚を日々磨いていると，目で見るだけでは見えなかったもの，機器を使用しても見えなかったものが見えるようになってくると自負している。そして心の部分。妊婦が「何かおかしい」と感じていたり，「大丈夫！」と信じていたり，根拠はないが気になる妊婦の言動を要素に入れておくと，それが的中し未然に事故を防げたりする。そしてケアは，じっくり，ゆっくり，のんびりと構える。時間に追われると見えるものも見えなくなる。じっくり関わったら，ポツリポツリと真実を小出しにしてくれたという経験はないだろうか。いつでもあなたの

ための時間をとってありますよという姿勢を見せることで，解（溶）けていく心があると感じる。それらのケア方法は皆，妊婦さんやその家族が教えてくれたものである。開業してから10年。１例１例がまた勉強になりました！と分娩が終わるたびに感謝している。

妊娠期間から終始妊婦にかかわり，妊婦とともに妊娠の喜びを感じ，妊婦とともに分娩の安全を祈り，産婦とともに無事出産できたことに感謝し，母とともに児の成長を願うことができる究極のプライマリーケアを実践している。時には夫婦関係のこと，実母の更年期のことなども相談され，ライフサイクル全般を通した継続看護となっているだろう。いつしかその関係は妊婦さん：助産師ではなく，○○さん：山田さんというような人間同士のつながりであると実感する。

母児の二つの命を私にゆだね，私も母児二つの命を預かるのだから責任は非常に重いし，その重圧に負けそうになることもある。しかし，いのちの誕生の場に立ち会える喜びとその輝きが疲れたからだと心を癒してくれる。そんな私の日常の妊産婦さんたちとのかかわりを発表し，疲弊しきっている勤務助産師たちにエネルギーを注入したい。「お産は楽しい！」。

－原　著－

在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆とその関連要因の質的研究

A Qualitative Study of Anticipatory Grief and Its Related Factors in Family Caregivers of Dementia Patients Living at Home

廣　瀬　春　次[1)]　　生　田　奈美可[2)]
Haruji Hirose　　Namika Ikuta

キーワード：予期悲嘆，喪失，認知症，家族介護者
Key Words：anticipatory grief, loss, dementia, family caregiver

Ⅰ．はじめに

予期悲嘆という概念は，Lindeman[1)]が提唱して以来，大切な人の死が確実で避けられない状況での家族の悲嘆に主に用いられてきた。しかしながら，この概念に関しては矛盾する現象や結果が見られる。フロイドは悲嘆の仕事は対象に向けられていた愛着を引き離すことであると述べているが，予期悲嘆においては家族と死に逝く人との間には心理的結びつきが維持される。更に，予期悲嘆が死別後の家族の心身の健康にどのような影響を持つかに関して結果が一貫していない。Ball[2)]やVachonら[3)]は，予期悲嘆が心身の健康を保つ上で有益であるという結果を報告しているが，Gerberら[4)]は，病気の期間が長く，長い予期悲嘆を経験した遺族では死別への適応が悪いことを見出している。このような予期悲嘆の概念と現象に関する混乱にかかわらず，この概念が今も用いられている理由は，医療技術や薬の進歩により診断から死にいたるまでの期間が長く曖昧なものになっている状況において，Rando[5)]が予期悲嘆を死への予期に限定するのではなく過去，現在それに未来の喪失に関わると広く定義したことによる。Burkeら[6)]は，パーキンソン病や硬化症などの慢性病患者では社会的機能や相互作用等の喪失に伴う悲嘆が，またその家族では親しい交流の喪失に伴う悲嘆が生じること，更に病気が判明した時の強い情動が，病気の経過中に容易に蘇ることを見出しており，彼らはそれを慢性悲嘆（chronic sorrow）と定義している。認知症患者の家族介護者の予期悲嘆は，特に，広義の予期悲嘆あるいは慢性悲嘆と同義とみなすことが家族の経験に即している。実際，認知症が進むと，問題行動の出現とともに患者のかつての優れた能力や長所は低下し，家族の交流は失われ，最後には患者は家族の顔や名前もわからなくなる。認知症患者の家族は，患者の死が訪れる前から，様々な喪失を体験し，それを受容するという困難な課題に直面している。

認知症患者の家族の予期悲嘆に関する研究は，比較的に見過ごされてきた研究・実践領域である。現在までに，予期悲嘆の概念及び枠組みを示した質的研究がいくつか散見される。Teusink & Mahler[7)]は，アルツハイマー型認知症患者の家族の病気への反応が死への家族の対処と同様であるという観察から，「否認」，「過剰関与」，「怒り」，「罪悪感」，そして「受容」の５つの反応プロセス段階があることを提唱した。Meuser & Marwit[8)]の研究では，介護者タイプ（配偶者か成人した子供）や施設入所の有無など，介護者の特性に応じたグループを編成し，各グループでの会話や討論を分析することで，成人の子ども介護者が配偶者より，認知症の現実を受け入れがたいことなどを明らかにしている。Moyleら[9)]は，認知症患者を施設入所させた家族介護者のフォーカス・グループ・インタビューにおいて，入所により介護者が必ずしも負担から解放されるとは限らず，介護者役割の喪失という新たな困難に直面している可能性を示唆している。更に，予期悲嘆の基本因子および関連要因を明らかにする量的研究もいくつか散見される。Ponder & Pomeroy[10)]は，Teusink & Mahler[11)]が提唱した上記の５つの反応プロセスに基づく悲嘆段階尺度（SGI）を開発し，各段階と悲嘆の強度に関するモデルを示した。Marwit & Meuser[12)]は，予期悲嘆を構成する因子として「個人的犠牲の負担」，「悲しみと切望」，「心配と孤独感」の３つを見出し，それらが，家族介護者の抑うつ，拘束感，健康等と高い相関のあることを見出した。廣瀬[13)]は，非死喪失と予期悲嘆とを分け，予期悲嘆の構成因子として，「嫌気と孤独」，

１）山口県立大学看護栄養学部看護学科　Department of Nursing, Faculty of Nursing and Human Nutrition, Yamaguchi Prefectural University
２）山口大学大学院医学系研究科保健学系学域看護学領域
Division of Fundamental Nursing, Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University School of Medicine

「成就感」,「感謝」,「否認」,「後悔」,「過剰関与」,「諦め」の７つ，非死喪失のカテゴリーとして「能力の喪失」,「家族のきずなの喪失」,「自己の機会の喪失」,「同一性の喪失」からなる尺度を作成し，非死喪失と介護サポートが，予期悲嘆の質と量に影響を与えること，また，これら３変数が介護者の健康に影響を与えることを見出した。

本研究では，廣瀬[14] の量的研究を参考に，質的帰納的方法による精選されたカテゴリーの創出と緒要因の継時的関係の体系化を試みる。Worden[15] は，悲哀を喪失への適応ととらえ，そのための悲哀の４つの課題を挙げており，内３つを予期悲嘆にも適用している。即ち，課題Ⅰは死に臨んでいるという事実に気づき受け入れる，課題Ⅱは死の予期に伴う不安をのりこえる。課題Ⅲは個人がいない状況でのロールリハーサルを行っておく等である。しかしながら，いずれの課題も死の予期という枠組みで論じられており，本研究の過去，現在および未来の非死喪失も含むものとしての予期悲嘆という視点からは範囲を限定しすぎている。Humphrey[16] は，予期悲嘆を比較的広義にとらえ，適応的課題として「関与しつづけること」「独立の維持」「役割変化への適応」「悲嘆の苦しみに耐えること」「現実を直視すること」「お別れを言うこと」を列挙しているが，他の諸要因やカテゴリーとの関連については言及していない。以上のように従来の質的研究は，狭義の予期悲嘆や予期悲嘆そのものの特性に焦点をあてている。本研究では，予期悲嘆を非死喪失への適応プロセスとみなし，非死喪失と適応を含むより包括的なカテゴリーの生成を試みる。

Ⅱ．用語の操作的定義

非死喪失：病気の進行に伴い，慢性病患者やその家族が大切なものを失ったと認知する様々な体験であり，過去，現在そして未来の喪失を含む。

広義と狭義の予期悲嘆：本研究では，広義または狭義の予期悲嘆と述べる場合，２つの異なる対比を意味する。一つは，過去，現在そして未来の喪失に関わるものとしての広義の予期悲嘆と，それと対比される確実で避けられない死を予期しての悲嘆，即ち狭義の予期悲嘆である。もう一つは，非死喪失への適応プロセスとしての広義の予期悲嘆と，その中の非死喪失と適応を除外した情動を伴う反応を示すものとしての狭義の予期悲嘆である。

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

認知症の身内を在宅で介護する家族の喪失に関わる体験について，家族の語りをデータとして分析することで，理論を構築していく質的帰納的記述研究。

２．対象者

Ａ県内の福祉施設のデイケアー利用者の家族および認知症老人の家族会参加者で，在宅介護を行っている12名。対象者の属性は表１の通りである

３．データ収集方法

対象者には半構成的質問を示し，質問内容に対して想起したことを自由に語れるよう，研究者は頷きながら話を傾聴した。半構成的質問は，１）最初は，どんなことから認知症であるとわかるようになりましたか，そのときのあなたの思いや感情はどうでしたか。２）身内の方が認知症となることで，あなたの生活はどのように変わりましたか，それに対してどんな思いをしてこられましたか。３）認知症となった身内の方は，認知症になる前はどんな方でしたか，認知症になって変わられましたか，それに対してどんな思いをしてこられましたか，の３つで，Ａ４用紙に記載

表１　面接を行った家族介護者および認知症患者の属性

研究参加者	介護者の患者との続柄（年齢）	認知症患者の性（年齢）	認知症の種類	認知症の症状に気づいてからの期間（診断期間）
1	妻　(75)	男（78）	脳血管性	13年（２年）
2	娘婿（68）	女（88）	アルツハイマー	５年（５年）
3	嫁　(62)	女（80）	アルツハイマー	１年（１年）
4	妻　(89)	男（92）	脳血管性	５年（５年）
5	長女（52）	男（84）	脳血管性	12年（12年）
6	長女（75）	女（99）	アルツハイマー	２年（２年）
7	次女（45）	女（78）	アルツハイマー	５年（３年）
8	嫁　(65)	女（90）	アルツハイマー	２年（１年）
9	妻　(66)	男（74）	不明	数十年（1.5年）
10	妻　(68)	男（70）	脳血管性	14年（12年）
11	嫁　(55)	女（87）	アルツハイマー	7.5年（７年）
12	長男（52）	女（82）	脳血管性	0.5年（0.3年）

したものを研究参加者に提示した。面接日は研究者と対象者の話し合いの中で調整し，面接場所も対象者の希望に添い，12例中10例は，対象者の自宅，２例は施設の面接室であった。面接時間は１人につき，ほぼ30分～90分であった。面接は2005年４月～2007年６月の期間に行った。

４．倫理的配慮

面接に際して，施設長およびスタッフに対し研究の主旨，方法，倫理的配慮について文書を提出し承認を得た。対象者には本研究の目的や内容について説明し，途中で調査への協力を拒否できること，プライバシーの保護，データは本研究以外に使用しないことを述べ，テープによる録音の承諾が得られた後，研究同意書の署名・捺印を得た。

５．データ分析方法

(1) 分析方法

分析の手続きは以下の通りである。１）逐語録から，喪失と悲嘆に関連のあると思われる体験についての語りの部分を意味の最小のまとまりごとに区切って単位化し，その意味を前後の文脈から解釈し，意味にあったコード名を付与した。２）全てのコードについて，類似点と相違点とを比較検討しながら分類し，類似した内容のコードのまとまりをサブカテゴリーとした。３）サブカテゴリー間で類似点と相違点とを比較検討し，類似した内容のまとまりをカテゴリーとした。４）全てのカテゴリーを，条件，文脈，行為／相互行為の戦略，帰結等の理論的視点から体系的に関係づけながら分類し，類似したカテゴリーの集まりを位相および局面とした。

(2) データ収集終了の基準と信頼性

８名のデータを収集した段階で分析を行い，カテゴリーを抽出した。その後１名増えるごとに分析を行い新たなサブカテゴリーを追加し，新たなサブカテゴリーを形成できなくなった段階で分析を終了した。分析の信頼性を高めるため，分析の過程において絶えず逐語録に立ち返って分類の見直しを行った。またコード化，サブカテゴリー，カテゴリー等の各生成段階，およびカテゴリー間の関係性の構築の段階で共同研究者同士の話し合いを行い，理論の信頼性を高めるようにした。

Ⅳ．研究結果

表２に示すように，予期悲嘆の体験を包括的に理解する局面として「喪失への適応プロセス」と「適応の促進と阻害」の２つが見出された。更に前者は，≪非死喪失≫≪予期悲嘆≫≪適応≫の３つの位相，後者は，≪関係性≫≪社会的支援≫の２つの位相で構成されていた。各位相は15のカテゴリーと43のサブカテゴリーの分類により構成された。以下では予期悲嘆に関わる体験の位相に添ってその内容を示す。位相は≪≫，カテゴリーは【　】，サブカテゴリーは＜　＞で示し，参加者の語りは「　」で示した。

１．喪失への適応プロセス（広義の予期悲嘆）

喪失への適応プロセスは，一般的に，身内が認知症になることで≪非死喪失≫が発生し，その反応として，狭義の≪予期悲嘆≫が強まり，最終的に喪失への≪適応≫が進むという３つの位相を辿る。以下では各位相を構成する各カテゴリーの内容を紹介する。

(1) ≪非死喪失≫

【患者の大切な特性の喪失】は，認知症患者の記憶や認知機能の低下に加えて，それらを背景に生じる様々な特性の消失や問題行動の出現を示している。＜性格や行動が変わる＞は，患者の長所とされていた性格や行動傾向の消失，ネガティブな行動の出現についての語りである。「変わりましたね。弱い人を助けてあげていましたね。自分が裸になってもね。勤めていた所に透析をする子がいて，その子がいる時はたばこを吸わないようにしたりね。人を助けることが好きな人でした。今は助けてもらう側ですから，あれしてこれしてって言います。ショートステイで頭が痛いと言うんですって。で，おまじないをしてくれたと言うんです。子供に帰っているんでしょうね」 ＜生活上の機能や意欲の低下＞は，知的機能障害に加えて，生活機能や意欲・関心の低下についての語りである。「近くの海で結構いろんな魚がつれるんですけど，それも今は全然，出なくなりました。もう起きてきて，ご飯食べてすぐ目を閉じるんです。だから，お父さん起きた時くらい目を開けなさいと言っても，すぐ眠ってしまうんです。だからこちらもどういう風に持っていったらいいのか…本人がね，もう全然やる気がないですからね。『もう死ねばいいのだろうとか，死ぬから』とか，すぐそういうことを言います」＜体験を共有できなくなる＞は，身内が認知症になることで，共に何かを楽しむことがなくなったことの語りである。「どっか一緒に食事をしたいとか，旅行をしたいとか無理な話です。歩きが不自由ですし，食事なんかでもすぐに忘れてしまいますから，連れて行ってもそのときだけは楽しんでも，後からそのことを思い出して，あの時はどうだったね，ああだったねって，そういう会話がないです。だから，主人や私の実家に帰る時は，私一人で行っています」

【介護者の大切なものの喪失】は，介護に時間を拘束される結果，家族介護者の自己実現や楽しみの機会が奪われることである。＜自分の時間がなくなる＞は，介護者の趣味などの個人的楽しみの時間が奪われることの語りである。「私の自由が全くなくなって，楽しみというのがまず無くなりました。ふらふら買い物して，いろんな，ちょっとしたお稽古事を習いに行ったりしていました。でも長時間出かけることはできないんです。今は，社会福祉セン

表２　予期悲嘆の構成要素および関連要因

局面	位相	カテゴリー	サブカテゴリー
喪失への適応プロセス（広義の予期悲嘆）	非死喪失	患者の大切な特性の喪失	＜性格や行動が変わる＞　＜生活上の機能や意欲の低下＞ ＜体験を共有できなくなる＞
		介護者の大切なものの喪失	＜自分の時間がなくなる＞　＜社会的活動を控える＞ ＜自分も病気になる＞
	予期悲嘆	受けとめることができない	＜ショックを受ける＞　＜諦めきれない＞
		怒らずにはいられない	＜いくら認知症といっても許せない＞ ＜言動の裏に悪意を感じる＞ ＜いけないと思いながら怒ってしまう＞
		やりきれない思い	＜嫌気がさす＞　＜わかってもらえない＞ ＜耐え難いつらさ＞　＜諦めるしかない＞ ＜介護のむなしさ＞
		自分に責任がある	＜私が悪かった＞　＜私がしなければならない＞
		不安と寂しさ	＜将来の介護不安＞　＜自分も認知症になる不安＞ ＜自分の健康不安＞　＜共に歩む人のいない寂しさ＞
	適応	認知症を受け入れる	＜認知症と実感する＞　＜認知症への慣れ＞
		愛情と関心を持ち続ける	＜認知症患者の行動を肯定的に意味づける＞ ＜向き合う＞　＜肯定的関心を持ち続ける＞＞ ＜残っている長所を評価する＞
		認知症患者に合わせる	＜うまく対応する＞ ＜自分の行動の影響について気づく＞
		喪失の中から意味を見出す	＜困難を克服した満足感＞ ＜家族の良さを再認識する＞
適応の促進と阻害	関係性	良い関係を生む要因	＜介護者の穏やかな性格＞　＜認知症患者の安定と良い反応＞ ＜好循環＞
		関係を悪化させる要因	＜以前からの短所の強調＞　＜介護者の厳しい性格＞
	社会的支援の認知	周囲の協力と感謝	＜周囲の協力＞　＜協力に感謝＞　＜援助に安心する＞
		周囲への不信	＜身内に失望する＞　＜身内への気兼ね＞　＜他者への隠蔽＞

ターに絵を習いに行ってますが，これもやっぱり無理かなぁ，止めなきゃいけないかなぁと思っています。私が帰るのが４時過ぎるんですよ，そして，母が４時とかそれより早かったりしますと，もう，家の中への入り方が分からなくなっているんですよ」＜社会的活動を控える＞は，家族介護者の仕事や社会的役割に費やす時間が制限されることの語りである。「以前は趣味で工房に何日も夜遅くいても，お袋も女房も皆助けてくれていた。でも今は月２，３回。Ａ市の謀協会の常任理事もやめた。認知症になって，私はお袋に関わらないといけないので，私の時間は以前よりは制限されます。まあ私も年をとったので昔ほどには外に出ることはない。だから，某協会にはそれほど力を入れていないし，費やす時間も少ない。それでお袋が10ということになった。その他のことは切ったからね」＜自分も病気になる＞は，介護のストレスや負担が重なり，介護者自身の健康が損なわれることの語りである。「私も一人ですから私が見られるとこまで見てあげようと思って。連れて帰るようにと言われたので，去年の５月に手配して，連れて帰った。それからずっと見ているので私のほうがノイローゼみたいになりますよね。私も精神科に通って先生の話を聞きながら，一緒に住んで治療を受けながら看ています」

(2) ≪予期悲嘆≫

【受けとめることができない】は，認知症と分かった時あるいは認知症に伴う問題行動が出現した時の最初のショックと認知症を受けとめきれない介護者の混乱を示している。＜ショックを受ける＞は，今までの関係性や相手のイメージが壊れていく体験についての語りである。「決定的なのがお金をとったと言い出したこと，20数年一緒に暮らしてきて，その程度の信頼関係は出来ていて，暮らしが成り立っていたのに，突然お金をとったから始まって，ですから普通じゃないですよね。今までその信頼関係の上

で成り立っていたのが崩れた。それでもうびっくりして」などが話された。＜諦めきれない＞については，本人よりその嫁の観察報告が示唆的であった。「しっかりしていたイメージがすごくあるでしょ。そういう風になってしまった親を見たくないというのがあって悔しがります。私は血が繋がっていないので，もうこれは病気だからしょうがないと思うけど，血が繋がっている人はそうはいかなくて，歯がゆくてイライラして，ものすごい悲しいんですって。だから怒りますよ。もうその姿を見たくないって。それでもうトボトボになっていますよね。でもしゃきしゃき歩いて欲しいっていうかね，その諦め切れないものがあるみたいでどうしても怒ったりします。それで，こっち側はそんなことしたら進むからいけないと言うのですが，息子としてはその感情が抑えきれないみたいです。『こんなことになって，ばあちゃんがこんなことになってしまった』っていつも言います」

【怒らずにはいられない】は，認知症を受容できず，怒ってしまう介護者の心情を示している。＜いくら認知症といっても許せない＞は，身内が認知症であるとわかっていても，許せない気持ちについての語りである。「親だからいって，どんなことをしても，どんなことを言っても，許せるというものではございませんよ，いくら認知症っていっても．言葉としてはちゃんと成っているわけですから，だから，腹が立ちますね，本当。殺すって言うけど，本当だわって思います」＜言動の裏に悪意を感じる＞は，患者の言動の背景に悪意やあてつけを感じることの語りである。「私以外の人とも接してもらいたいと週２回デイサービスに行ってもらっています。で，むこうですごく良くしてもらって，みんな優しいと言うわけですね。そしたら，聞いていると裏にはあんたひどいねという言葉が隠されているわけですよ」。＜いけないと思いながら怒ってしまう＞は，怒ってしまう自分と怒ってはいけないという思いとの間の葛藤についての語りである。「本当は，叱らずにやりたいんですよ。現実に暮らしているとどうしても叱らずにいられない。ああいけないなと思いながら叱るから，こっちがたいへん。それにこちらが成長しなければという思いがある。医者は叱ってもダメだというけど。実際やるものにとっては，ばーっと出るんです。叱ってはいけないという原則は頭にあるんだけど，どうしても叱らないといけないときがある」

【やりきれない思い】は，患者との関わりや世話についての嫌気や無力感を示している。＜嫌気がさす＞は，認知症患者の言動に対するネガティブな感情を語ったものである。「デイサービスに行かせようとしたんです。そしたら猜疑心で，ある所に入れようと思っているでしょうと言うんです。じゃあ，行かなくてもいいよと言ったのですが，施設の方が迎えに来てくださったものですから，そこで言うんですよ，『覚えておれ，覚えておれ』って，言葉も汚くなりますし，もう，これが親なのかしらって思います。なんかやる気出ませんね」＜わかってもらえない＞は，患者に期待しても全く満たされることのない体験の語りである。「私が料理作って主人が持って行くんですよ。主人の言う事なら聞く。嫁がやってもね。私が何かやってもありがとうって言われることがない。ありがとうって言われたらまたしてあげようって思うんですけどね。主人が持ってきたらありがとうが言えるんですよ。だから部屋に行く必要がある時には全部主人がやる」＜耐え難いつらさ＞は，介護者の深い心の痛みを語ったものである。「もう家にいるだけで，神経ぼろぼろになります。まあ，けいこ事のお友達がお父さんをそういう形で亡くされたものですから，お休みすると電話下さるんですよね。で，よう分かるって言って下さいます．もう，涙がぼろぼろ出ているんですけど表に出ない。涙が内側で出るような感じなんです。もう，ほんとに情けなくって」。＜諦めるしかない＞は，認知症患者をなんとかしようという気持ちを放棄せざるをえない心情を語ったものである。「家を空けるときは帰ってくるとき何か楽しいことが待っているではなくて，今日も何か嫌なことが起こっているに違いないくらいで帰るほうがいいですよね。病院に行っても治りませんからね。長くつきあっていくしかないですよね」＜介護のむなしさ＞は，介護に社会的価値を見いだせない空虚感を語ったものである。「考えてみたら，こんなこと５年もやっているんだなって。紙のおむつつけて，パッドつけて，毎日それの繰り返しで一体何だろうって思いますね。デイケアとかデイサービスとか，金銭的にご迷惑をかけていますし。生かされているんだから，それは仕方ないと思うんだけど，何でこんなことをしなくちゃならないんだって，色んな面で壮大な無駄なんですよ」

【自分に責任がある】は，過去，現在それに未来における自己の責任を問うことに伴う心情を示している。＜私が悪かった＞は，認知症の発症が自分のせいではないかという思いを語ったものである。「おかしくなったのは，やっぱり仕事を辞めたことがあるのかなぁと思ったりします。どうしても家にいると目につくので，私もつい言っちゃうんですよね，こうしたらとか，そういうのがプレッシャーになったんでしょうね，それもあると思うんですよ。それと，私が結構いろんな面で出る機会が多くて，放っておくことが多かったんですよね。食事を一緒にできなかったり，そういういろんな面の寂しさとか，そういうのが重なったのではないかと思います」＜私がしなければならない＞は，患者のケアは自分がしなければという心情を語ったものである。「デイサービスなんか，あちらで面倒

見ていただいている間，私は随分楽で，その間出たいときは出て用を済ませて，それでも夫のことは頭から離れませんね。私は89歳で，いわゆる老老介護ですけどね，幸い私が面倒見られますから，下の方の介護。そういう状態を息子たちには見せられませんね。息子たちに任せたら生活が大変だからという思いの一心でやっています」

【不安と寂しさ】は，将来の不安や一人であることの寂しさを示すカテゴリーである。＜将来の介護不安＞は，認知症の進行に伴う介護の身体的，経済的負担増についての心配を語ったものである。「歩いて動いてくれるのが一番幸せ。寝たきりになるとほんとどうしようもなくなりますからね。他の人では無理と思いますしね。ほんと付きっきりにならないと。私が付いたらいいんですけど，ちょっと不安です，動けなくなるのがね。今歩いて動けますけど」

＜自分も認知症になる不安＞は，認知症の患者を見ることを通して自分がそうなることへの危惧を語ったものである。「70歳くらいまでは自分のしたいことを大いにして。それから先はなりたくないですけど，なるかもわかりません。80，90まで寝ているだけで生きている人を見るとねえ…父は，性格が全く変わりましたね。自己中心的になったというか，壊れていくっていう感じでしたね。あんなにはなりたくないって感じでしたね」 ＜自分の健康不安＞は，自分が健康を損ない，介護できなくなる不安についての語りである。「私がいつまでも元気であの人の最期を見れたらいいですけど，私が先にどうかなった時にどうしようかとか，それは主人にはそれとなく言っています。もし，万が一，私が先とかいうことがあった場合は，あなたこの家には一人ではおれないのよとか。でも，しばらくしたら忘れるんですよ。そのときは真剣になって話をするんですが，１ヶ月もしたら，もうころっと忘れて。だから，その都度言っとかないといけない」 ＜共に歩む人のいない寂しさ＞は，身内である認知症患者と体験を共有できないことから生じる虚無感や孤独感を語ったものである。「物忘れの面があるから，連れて行ってもそのときだけは楽しんでも，あとからその思い出して，あの時はどうだった，ああだったという会話がないですよね。そういうところが，やっぱりつまらないというか，寂しいというか…」

(3) ≪適応≫

【認知症を受け入れる】は，認知症と認め，それを受け止められるようになった体験を示している。＜認知症と実感する＞は，いくつかのケースで医師の診断等により，認知症と自覚したことが語られた。「元の話に戻った時，すっかり忘れていて。ものの５分前の話を。ああ，これが認知症なんだって。…ずっとそれに慣れてきたので，認知症だって分かりませんでした。それをお医者さんに言われて初めてこれが認知症なのかってわかりました」 ＜認知症への慣れ＞は，ショックを受けていた家族が次第にそれに慣れていくことの語りである。「はじめは，びっくりすることばかりで，でもだんだんこちらが慣らされたというか，私が慣らされて，それに従うしかなくなってきた」

【愛情と関心を持ち続ける】は，認知症患者に対する愛情や関心を示している。＜認知症患者の行動を肯定的に意味づける＞は，認知症患者の問題行動をユーモアをもって温かく見守ろうとする態度を語ったものである。「おしっこはたたみに垂れ流しているんですが，その時，母がとんちめいたことを言うんです。そこにおしっこをまいても芽は出んよって」 ＜向き合う＞は，認知症患者にしっかり関わっていこうとうする家族介護者の語りである。「１年ぐらいポータブルでやっていて，あまり関わらなかった。それで倒れて気絶したこともある。今は本当のトイレを使っているが，その方がコミュニケーションがとれて良い。タオルで体を拭いてやってね，散歩もさせるしね。最初，なかなかいうこと聞かなかったけれど，だいぶ叱ってね。向こうもこっちのことがわかるし，こっちも向こうのことがわかってくる。だから距離を置いていたら認知症はどんどん悪くなると私は思うね。ずっと接してやることが大切だと思う」 ＜肯定的関心を持ち続ける＞は，認知症になった身内や地域住民に対する関心や愛情についての語りである。「性格が全く変わりましたね。自己中心的になったというか。壊れていくっていう感じでしたね。でも，生きていて欲しいというのはありますよね。邪魔にはならないですよ。みんながみんな私みたいになるとは思いませんけど，最終的になるんじゃないですかね。おじいちゃんありがとうってなるんじゃないですかね」 ＜残っている長所を評価する＞は，認知症患者の望ましい行動や残っている能力を肯定的に評価し，そのことへの感謝を表明したものである。「母は，今までずっと主婦というより仕事をしてたものですから出かけるのに対して抵抗がなくて皆さんともよく付き合うことができます。疲れてもお昼寝とかしないですね。だから夜はよく休んでいます。だから夜の徘徊がなくて，薬飲まなくても疲れて寝て朝早くごそごそと，ちょっと気をつけますけど。夕方になるとすごく戸締りをするほうなんですね。出ちゃいけないとかそういう気持ちが小さいときからあるようで，夜は出ない」

【認知症患者に合わせる】は，認知症に伴う患者の心身の機能低下や問題行動に対し，適切な対応をすることで，認知症患者を安定した良い状態に保つことができるようになった経験を示している。＜うまく対応する＞は，認知症患者の心理的安定や良い関係性を保つのに不可欠な介護者の対応についての語りである。「怒るようなことがないというか，最近わかってくるようになりましたね。今日は先に靴をはかさないようにしようとか。最近認知症の身内の

顔が仏さんになってきています。喜怒哀楽がなくなってきています。恥ずかしいのですが，下足な話をすると喜ぶんです」＜自分の行動の影響について気づく＞は，自分の言動が認知症患者の行動に影響を与えることの自覚を語ったものである。「間違っているからと言って，こちら側が言いくるめようとしても何の効果も無いわけですよ。本人は絶対間違えていないと思っていますからね。何の効果もないばかりか悪いほうに行きますよね。最初の頃は言われっぱなしじゃなくて私ももちろん言いましたよ。だけど様子を見ると，私が怒った顔をするとすごく不安がるわけですよ。それを見て，これは今まで通り優しく接する以外に方法はないなという感じで，優しく，優しく，今もそのように接してます」

【喪失の中から意味を見出す】は，喪失の体験の中から肯定的な意味を見出そうとする人の自己実現への欲求や実存的あり方を示したものである。＜困難を克服した満足感＞は，認知症という家族の困難を乗り越えたことへの満足感についての語りである。「内縁の夫がそうなって初めて子供がきて，『あなたのおかげでここまでなれた』と感謝して帰ったんですね。おとなしい人がここまでするとは思わなかったって言われました。…今は，『泣かずに会えて笑って話ができるようになって本当によかった』と皆から言ってもらえることが嬉しくて，自分が成長したように感じます」＜家族の良さを再認識する＞は，身内が認知症になる体験を通して，家族の大切さを改めて実感したことの語りである。「やっぱり夫婦はいいなと思います。おしゃれをさせて出かけさせるところがすごいなあって思います。私はどうでもいいから早く行ってというのが本心ですけど，母は帽子やシャツを『いいやろ』なんて言って。これって夫婦でないとできません。娘は娘でできるところをやっておこうと思いますよね。父も母でないとだめみたいで，私がやろうとすると私の手を振り切ったりして。『ほんとにぼけとるのかな』って思うこともありますけどね。長くこんな調子でいて欲しいなって思います」

２．適応の促進と阻害

この局面は，適応プロセスの促進または阻害をもたらす認知症患者と家族介護者の≪関係性≫，および周囲からの≪社会的支援の認知≫の２つの位相で構成される。

(1) ≪関係性≫

【良い関係を生む要因】は，認知症患者と家族介護者との良い関係を生む背景要因である。＜介護者の穏やかな性格＞は，介護者が精神的に安定していて，認知症患者に対し感情的にならずに済んでいることの語りである。「私は，穏やかな方なので，そんなに激しく母にたいしてカーッとならないですね。むしろ母の方が激しいです。父も優しくて，お母さんにぶたれても黙っています。母が何で寝ているのかと父を激しく起こそうとしても，父は優しいから我慢しています。あれで一緒にやっていたら母の方が出て行くって感じで。母の場合は，感情がぱっと出るんです。それで，どうしようも無くなるんです」＜認知症患者の安定と良い反応＞では，何人かの家族介護者が，薬により患者が精神的に安定し，問題行動が軽減したことを語った。「薬でだいぶ変わりましたね。今までのように恐怖もなくなりましたし，言うことも聞くようになりました。今までは全部拒否ですからね，勝手にしろ，という感じですからね。人をバカにしたような言葉がね，一所懸命世話してもそれが出てましたから，それと暴力とか出ていたんですけど，それが無くなって。階段も今まで，上がってはいけないと言っても上がっていましたが，しなくなりましたね」＜好循環＞は，患者の状態が良いと，介護者の心理的余裕が生まれ，良い対応が可能となり，それが更に患者の状態を良くするといった好循環について語ったものである。「もし徘徊とかなんかあれば，全く私が縛られるでしょう。でも自由が利くんで，優しく接することができるんです。自分が好きなことして，気分転換をして，自分の気が済むまで出来て，だからおばあちゃんに優しく出来るというのがあります。まあ，趣味をさせてもらってるから，おばあちゃんに優しく出来るっていうか，ばあちゃんがまぁまぁね，安定して家におってくれるから，私も好きなことが出来るわけで。そう思ったらまた優しく出来るって言うか。それが全部がんじがらめだったらたぶん出来ないと思う」

【関係を悪化させる要因】は，認知症患者と家族介護者との葛藤を生む要因を示している。＜以前からの短所の強調＞は，認知症により，以前より見られた衝動的な行動傾向や情緒的不安定が強くなったことの語りである。「自分が話せないぶん手が出たりするんですよね，結局，前からそういう傾向があったんですよね」＜介護者の厳しい性格＞は，家族介護者の過剰な反応傾向や厳しい性格傾向を語ったものである。「お母さんがかわいそうだと思いますね。気づかれたと思うんですけど，私はとにかくきついです。言葉もきついです。他の人はどんなふうに言われるかしれませんが，ヘルパーの人が来られましたが，私はああいう優しい言葉は言えないです」

(2) ≪社会的支援の認知≫

【周囲の協力と感謝】は，地域や親戚からのポジティブな支援とそれに対する感謝の気持ちを示している。＜周囲の協力＞は，周囲からのポジティブな支援についての語りである。「父が認知症になって状況が悪くなる前は，主人は何もしていなかった。私がやっても知らん顔して逃げるくらいだった。変わりましたね」＜協力に感謝＞は，周囲からのポジティブな支援に対する感謝の気持ちを語ったものである。「息子はすごく優しくて，よくしてくれます。

毎日ちゃんと１回顔をのぞかせて，手をかけて，それを何年もやってくれています。父親のゴミも嫌がらないで持って行ってくれるし。助かりますね。息子の家族も認知症のことをよく心得ていて，本当に優しくしてくれて怒ったりということもないんです」＜援助に安心する＞は，周囲の援助により救われている介護者の体験を語ったものである。「一緒に趣味をしている友達が，お父さんをそういう形で亡くされたものですから，お休みすると電話を下さるんですよね。で，よく分かるって言って下さいます。まあ，その方はよく分かって下さるから気持ちが許せて話せるんです」

【周囲への不信】は，地域や親戚からのネガティブな支援又は支援の欠如とそれに伴う周囲への不信感を示している。＜身内に失望する＞は，身内の理解や協力が得られないことからくる失望についての語りである。「妹は法事の時に夫婦で来るんですよね。何年って来ないくせして『おばあちゃんやせた』とか，４年も見なかったらやせてますよね。それと，字が書ければ『ぼけてない』とか『電話に出たけど一つもぼけて無いじゃないの』って言いきるんですよね。全然見てないのに。ぱっと見て話せば，認知症の人だって結構話を合わせますよ」＜身内への気兼ね＞は，認知症患者と血縁関係にある人に対し，患者のことを悪く言えないという気遣いを語ったものである。「こっちは朝晩連絡帳書かないといけないでしょう。変わった様子とか家での様子とか書いて行かせるんですけどねぇ，それが気使いますね。余計なことは書けない。私が思ってる事を書いたら患者が主人にこぼすときがあるんですよ。その時には，そんな事書かなくてもって主人が言うわけですよ。だからね，あまり書けませんね。こっちはそうしたら看護婦さんにもそのように見てもらえるからと思って書こうと思いますけどねぇ。気を使って書けないんです」＜他者への隠蔽＞は，地域の人への不信や夫への気遣いから，身内が認知症であることを隠していることの語りである。「ここでそういう愚痴を話しますと，すぐ人の噂の種になって，まともに伝わりませんよね。話す人脚色して，おもしろおかしく嘘がはいります。それは，もう，今までいろいろ経験してますから絶対に話しません」

Ⅴ．考　　察

１．喪失への適応プロセス（図１）

身内の認知症の出現による予期悲嘆，即ち，非死喪失への適応プロセスは，図１に示すような循環モデルが考えられる。図に従って，諸位相およびカテゴリーとその関係について考察する。

１）非死喪失とその関連要因

認知症患者の家族介護者は，身内が認知症になることでかけがえのないものを失った，又は失ないつつあると感じる体験をする。そして，これらの喪失体験は，一つの喪失に慣れる間もなく次の喪失が出現するといったように継続的・循環的に，場合によっては重複して体験される。即ち，家族介護者は認知症特有の記憶や認知能力の低下に加え，患者のかつての社交的性格の消失や感情コントロールの低下，意欲や興味関心の低下，排泄等の身辺生活能力の低下，一緒に楽しめなくなるなどを体験する。加えて，認

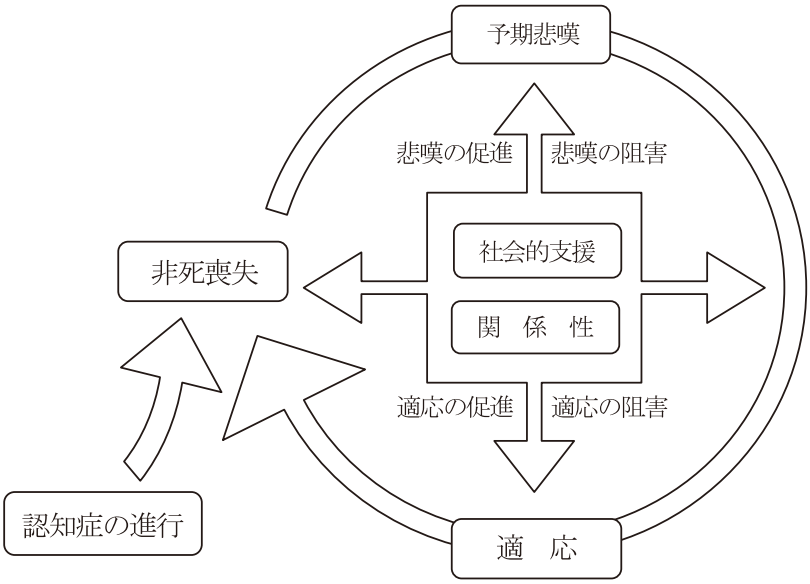


図１　喪失への適応プロセス

知症患者の世話により，自分の社会的役割を減らさなければならない，目を離せず自分の自由な時間や夜の睡眠時間が奪われる，心疾患やうつ病といった心身の不調に陥るなど，自己実現の機会や健康の喪失にも直面する。図１に示すように，これら非死喪失の質と量を最も左右するのは「認知症の進行」であるが，それ以前の，非死喪失への適応プロセスも影響を与える。即ち，それまでに認知症に直面化できている家族は，認知症患者への期待が適度であるため認知症が進行しても過剰な喪失を感じないで済む可能性がある。逆に予期悲嘆のネガティブな感情に留まっている場合，新たな症状とその対応は大きな喪失と受け止められ易い。図１では，社会的支援・関係性も大きな影響を持つことが示されている。デイサービス，ショートステイそれに身内の協力等は，身体的休息と自分の時間を持つことを可能にし，精神的なゆとりを生み出す。また介護者の精神的安定は結果的に適切な対応を生み出し，患者の精神的安定や問題行動の減少につながる。関係性が良いことも同様に患者の問題行動の軽減につながり，介護者の身体的・個人的・社会的喪失を軽減する。

２）予期悲嘆とその関連要因

上述の非死喪失への反応として様々な予期悲嘆が生じる。予期悲嘆は，いわゆる喪失を悲しみ，それらを乗り越える作業であり，様々な情動反応が出現する。【受けとめることができない】は，予期悲嘆の最初の段階で現れやすい驚きと否認に対応したカテゴリーである。疾病や障害の場合，診断や告知を受けた直後に本人も家族もショックを受けるが，認知症の家族介護者の場合，驚愕反応は認知症の症状の最初の出現時に現れ，診断は容易に受け入れられ，喪失受容が深まる契機となることも少なくない。これは，診断の段階では既に家族介護者は認知症の諸症状に振り回され，慣れてしまっている場合が多いためと考えられる。否認については，本研究では明確に意識している家族介護者はいなかった。本研究ではむしろ，母親を認知症と認めきれない夫についての嫁による観察報告が極めて示唆的であった。Meuser & Marwit[17] の研究でも，成人の子ども介護者が配偶者より認知症の現実を受け入れがたいことなどが報告されている。更に上記の嫁の観察では，怒りや，悲しみといった悲嘆反応が認知症の現実を受け入れられないことを背景に生じていることが語られている。ネガティブな情動を伴う悲嘆反応を示す介護者は少なからず無意識に否認しているとみなすことができる。【怒らずにはいられない】は，多くの喪失において典型的に現れる反応である。認知症患者の家族介護者において，認知症患者の問題行動は病気であるとわかっていても受け入れがたい面を持つかもしれない。しかしながら先に述べたようにその背景に認知症を受け入れることが十分でないという側面もある。【やりきれない思い】は，予期悲嘆の中でも深刻な状態であり，もし長期的に持続するなら，介護放棄や心身の健康を阻害する危険因子と考えられる。この状態は「ありがたさをしらない」「もうやめてと言いたい」「早く死んでほしい」「どん底」などの家族介護者の言葉によって最もよく表わされる。ある家族介護者においては，この状態は持続することなく，初期の頃の体験として語られたが，ある家族介護者では，今の感情としてなまなましく語られた。これには，認知症患者と家族介護者の関係性や身内の支援が少なからず影響する。【自分に責任がある】における＜私が悪かった＞という後悔と＜私がしなければならない＞という過剰関与とは密接な関連がある。多くの家族介護者が患者に十分のことができなかったと後悔したくないので今一生懸命世話をしたいと語っている。家族介護者の中には，患者に対する愛と憎しみのアンビバレントな感情が背景にあり，無意識の罪悪感から過剰に関与している場合もある。いずれにしろ，過剰関与は家族介護者の心身の健康を損なう可能性があるが，ショートステイを認知症患者が嫌う，施設に預けても患者のことが頭から離れないなどの場合，介護者の心身の休息を十分にとることは困難な課題となる。【不安と寂しさ】の不安は，特に予期悲嘆の重要な特徴と言えるかも知れない。予期悲嘆の機能の一つは，将来の死別への心身の準備であると言われてきた。家族介護者は，認知症の進行や自分の健康問題に伴う介護継続の不安など，死別以外の様々な喪失への準備を促されていると考えられる。

Ponder & Pomeroy[18] は，予期悲嘆がおおまかに否認，過剰関与，怒り，罪悪感，受容の順に生じ，罪悪感の時点で悲嘆の強さが最高になることを示唆している。これらの予期悲嘆の質と量を左右する最も重要な要因は非死喪失であるが，社会的支援や患者と介護者の関係性も大きな影響力を持つ。実際，同様の認知症レベルであっても，ある家族介護者においては強度，期間および質において正常範囲であったが，他の家族介護者においては，強度や質において心身の不調が危惧された。この時期に必要なことは，適度な悲嘆を体験（促進）することである。前述したように予期悲嘆は非死喪失を悲しみ，それを乗り越える作業である。従って，予期悲嘆を適切に体験すること（特に強度と期間が適切であること）が喪失への適応を成功させる上で第一の条件であり，悲嘆を回避（阻害）することは，逆にその後の適応を妨げる可能性がある。従って，介護者のつらい心情を理解し，受容的に関わる情緒的支援の存在（又は社会的支援の認知）が重要である。同様に，認知症患者と家族介護者の関係性も予期悲嘆が適切に体験され，適応的位相へのステップを踏み出すための重要な要因である。良い関係は，家族介護者の怒りや嫌気を低く抑えるなど，

予期悲嘆の様々な情動反応を軽減する働きがある。逆に，関係性が悪いと，適応への移行および出現が阻害され，結果的に過剰で長期にわたる予期悲嘆が避けられない。

3）適応とその関連要因

予期悲嘆の後半は，一般的に受容とよばれるものが生じる。本研究では特にそれを喪失への≪適応≫の位相として，狭義の予期悲嘆とは区別した。非死喪失への適応課題の内，【認知症を受け入れる】は多くの喪失において必要とされる課題である。認知症の場合は，高齢期のもの忘れとして受け取られやすいなど受容の困難な側面を含んでいる。嫌気や怒りが継続し適応が困難なケースでは，この課題が達成されていないことが多い。【愛情と関心を持ち続ける】については，多くの家族が，最初は認知症患者の問題行動に対して嫌気や怒りを感じているが，経過とともに肯定的・受容的になったことを語っている。諏訪ら[19]は，認知症患者の家族看護の発展過程として，ほとんどの家族看護のケースにおいて，最初の否定的・敵対的看護の段階から最終的には察し思いやる，良い面を見出すなどの共感的段階へと至ることを明らかにしている。【認知症患者に合わせる】は，認知症の理解や自分の行動の影響についての気づきが深まることで，患者の行動に適切に対応できるようになることである。そして，介護者の対応が良いと患者の問題行動が軽減し，介護者の負担が緩和され，更に受容的なかかわりができるといった好循環が生じる。【喪失の中から意味を見出す】は，Farrenら[20]が示唆したように，困難な状況でもいきがいや生きる意味を見出そうとする人の実存的欲求や自己実現への欲求に根ざした体験であると考えられる。

以上の4つの課題は独立して達成されるわけではなく相互に影響し合っている。例えば，認知症を認めることは，愛情や関心を持ち続けるための重要な要因となる。この課題の達成は，予期悲嘆の質と量に最も影響を受けるが，非死喪失や予期悲嘆と同様に，社会的支援や関係性により左右される。社会的支援が豊かで患者との関係が良質であるほど，課題への取り組みは容易となる。

2．予期悲嘆に対する家族援助

Walkerら[21]は，Humphrey[22]の示唆に従い，Rollamd[23]が示した慢性病の急性期，慢性期，終末期の時間的位相に予期悲嘆の課題を対応させている。本研究でも同様に，見出された課題を中心に，喪失への適応のための家族支援を病気の各段階に当てはめて考察する。急性期においては，認知症の発症に伴うショックと否認を軽減する働きかけが必要であり，速やかに「認知症を受け入れる」ことを促す必要がある。そのためには認知症検査への同席と認知症の診断，認知症の諸症状についての情報の提供，他の介護体験者の語り，などが効果的である。一般的に，死別のショック状態では遺族は混乱状態にあるので，その時期に何らかの働きかけを行うのは早すぎる。しかしながら，認知症を発症した場合，診断とその症状についての情報を速やかに家族に提供することは混乱を収める上で有益である。ショックと混乱が収まった時期では，他の介護体験者の語りなども認知症を受容する上で効果的である。

慢性期には，Walkerら[24]が指摘したように，家族介護者の感情の表出とオープンなコミュニケーションが有益である。この時期，家族介護者は予期悲嘆として怒り，嫌気，後悔，不安など様々な情動を体験する。家族介護者がこれらの苦しい情動体験を乗り越えるためには，情動の表出が効果的であり，共感的に受け止める人の存在が不可欠である。また，この時期の過剰な情動反応は，過去の様々な喪失に伴う心傷体験を再現している可能性もあり，過去の体験の修復が必要となるかもしれない。「愛情と関心を持ち続ける」は，Humphrey[25]が示した認知症患者と家族の良好な関係を維持するという課題に対応する。関係性と肯定的関心との密接な関連は本研究の結果でも示されている。認知症患者と家族介護者との率直でオープンなコミュニケーションを促すことは，両者の葛藤を低減し，家族介護者の患者への肯定的関心を維持することを可能とする。「認知症患者に合わせる」も慢性期の重要な課題である。これを促す援助は，家族に対するエンパワーメントである。今までの苦労や努力をねぎらい，うまく対処している点に焦点を当てることが家族の自己効力感や介護意欲を高めることになる。「喪失の中から意味を見出す」ことも慢性期の課題であると考えられる。この課題の達成には，家族介護者の語りを促す援助が有効である。家族介護者は語りを通して今まで気づかなかった点を発見し，新たな意味を構成できる。家族会でお互いにオープンに語り，フィードバックし合うことは，新たな視点やストーリーの選択肢を広げるだけでなく，悲嘆の悲しみに耐えることや，効果的な対処の発見にも有効である。

本研究の面接対象者はいずれも，慢性期にある患者の家族介護者であり，終末期の家族介護者は皆無である。従って，終末期における家族介護者の体験および課題は本研究では明らかにされなかった。Walkerら[26]は，慢性期から終末期における援助として，新しい役割等を介護者が学ぶことや，最後に相互に満足のいく形でのお別れを援助することが必要であると論じている。この時期すでに家族介護者は自分も認知症になる不安など自分自身の喪失に直面し始めている。この段階では，患者の死後の新しい役割を学ぶとともに，患者の死別後の自分の生きる価値や意味といったスピリチュアルな痛みへの準備も必要となるかもしれない。

Ⅵ．結　　論

認知症患者の家族介護者の12名を対象として，身内が認知症になることに伴う非死喪失と予期悲嘆を明らかにするために，半構成的な面接を行った。質的分析では，予期悲嘆の関連要因を含むより包括的なカテゴリーの創出と緒要因の関係についてのモデル構成を行った。その結果，家族の体験は，まず，身内が認知症になることで≪非死喪失≫が発生し，その反応として≪予期悲嘆≫が強まり，最終的に喪失への≪適応≫が進むという３つの位相を辿ることが示された。本研究では，これを非死喪失への適応プロセスとして，それを促進又は阻害する位相として≪関係性≫と≪社会的支援の認知≫の２つを示した。上記５つの位相に関して以下のことが示された。

1．身内が認知症になることに伴う≪非死喪失≫は，【患者の大切な特性の喪失】ばかりでなく【介護者の大切なものの喪失】も含まれる。
2．狭義の≪予期悲嘆≫は，【受けとめることができない】【怒らずにはいられない】【やりきれない思い】【自分に責任がある】【不安と寂しさ】の５つがあり，非死喪失への情動を伴う反応とみなすことができる。
3．≪適応≫は，体験内容としては，狭義の予期悲嘆の位相とは分けることができる。≪適応≫のための課題は，【認知症を受け入れる】【愛情と関心を持ち続ける】【認知症患者に合わせる】【喪失の中から意味を見出す】の４つである。
4．≪関係性≫と≪社会的支援の認知≫は，≪非死喪失≫≪予期悲嘆≫≪適応≫のいずれの位相に対しても影響を及ぼす
5．≪適応≫のための家族支援は，慢性疾患の経過時期に応じて異なる。

謝　　辞

調査にご協力いただきました認知症患者の家族の皆様ならびに各施設のスタッフの皆様に深く感謝いたします。

なお、本研究は，（財団法人）山口老年総合研究所との共同研究の一貫として行われたものである。

要　　旨

本研究の目的は，認知症の身内を持つ家族介護者の予期悲嘆体験を明らかにすることである。研究参加者は，在宅の認知症患者の主たる家族介護者12名である。方法は，半構成面接を行い，質的帰納的に分析した。その結果，身内が認知症になることによる家族の予期悲嘆体験として３つの位相を辿ることが示された。最初は【患者の大切な特性の喪失】【介護者の大切なものの喪失】から構成される非死喪失が生じ，その情動反応として【うけとめることができない】【怒らずにはいられない】【やりきれない思い】【自分に責任がある】【不安と寂しさ】等の予期悲嘆が強まり，最終的に【認知症を受け入れる】【愛情と関心を持ち続ける】【認知症患者に合わせる】【喪失の中から意味を見出す】等の適応へと進む。また，上記の３つの位相を促進又は阻害する要因として【関係性】と【社会的支援の認知】の２つが示された。本研究では，予期悲嘆を非死喪失への適応プロセスとしてとらえ，適応を促す家族援助について考察した。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the experience of anticipatory grief in dementia family caregivers. The participants were 12 main family caregivers of dementia patients living at home. The method used was a semi-structured interview; the data were analyzed qualitatively and inductively. The results showed that the families whose members had dementia went through three phases of anticipatory grief. First, non-death loss emerges in the form of two categories “loss of patient’s important characteristics” and “the loss of assets important to the family caregiver.” Next, anticipatory grief as an emotional response to the non-death loss develops, comprised of “inability to accept the situation,” “inability to control anger,” “feelings of intolerance,” “feelings of responsibility for all,” and “anxiety and loneliness.” Finally, adaptation evolves that is comprised of “acceptance of the illness,” “maintaining affection and interest for the dementia patients,” “being with the dementia patients” and “finding meaning in their loss.” Furthermore, “relationship” and “recognition of social support” emerge as factors to promote or hinder the above three phases. In this study, by regarding the anticipatory grief to be an adaptive process for the non-death loss, support for the family caregivers was discussed.

文　献

1）Lindemann, E.: The symptomatology and management of acute grief, American Journal of Psychiatry, 101, 141-148, 1944.
2）Ball,J.F.: Widow's grief: The impact of age and mode of death, OMEGA,7, 307-333, 1976-1977.
3）Vachon, M. L. S., Rogers, J. et al.: Predictors and correlates of high distress in adaptation to conjugal bereavement, American Journal of Psychiatry, 139, 998-1002, 1982.
4）Gerber, I., Rusalem, R. et al.: Anticipatory grief and aged widows and widowers, Journal of Gerontology, 30, 225-229, 1975.
5）Rando T. A.: A comprehensive analysis of anticipatory grief: Perspectives, process, promises, and problems. In Rando T.A.(Ed.): Loss and anticipatory grief, 3-37, Lexington Books, Lexington, 1986.
6）Burke, M. L., Hainsworth, M. A. et al.: Current knowledge and research on chronic sorrow: A foundation for inquiry, Death Studies, 16, 231-245, 1992.
7）Teusink, J. P., & Mahler, S.: Helping families cope with Alzheimer's disease, Hospital and Community Psychiatry, 35, 152-156, 1984.
8）Meuser, T. M., & Marwit, S. J.: A comprehensive, stage-sensitive model of grief in dementia caregiving, The Gerontologist, 41, 658-670, 2001.
9）Moyle, W., Edwards, H. et al.: Living with loss: Dementia and the family caregiver, Australian Journal of Advanced Nursing, 19, 25-31, 2002.
10）Ponder, R. J., & Pomeroy, E. C.: The grief of caregivers: How pervasive is it? ournal of Gerontological Social Work, 27, 3-21, 1996.
11）前掲７）
12）Marwit, S. J., & Meuser, T. M.: Development and initial validation of an inventory to assess grief in caregivers of persons with Alzheimer's disease, The Gerontologist, 42, 751-765, 2002.
13）廣瀬春次：在宅の認知症患者を介護する家族の予期悲嘆，日本看護研究学会雑誌，29, 57-65, 2006.
14）前掲13）
15）Worden, J. W .: Grief counseling and grief therapy. Springer Publishing Company, New York, 1991（鳴澤實監訳：グリーフカウンセリング，川島書店，1993）
16）Humphrey. M. A.: Effects of anticipatory grief for the patient, family member, and caregiver. In Rando T.A. (Ed.): Loss and anticipatory grief, 63-79, Lexington Books, Lexington, 1986.
17）前掲８）
18）前掲10）
19）諏訪さゆり，湯浅美千代，他：痴呆性老人の家族看護の発展過程，看護研究，29, 31-42, 1996.
20）Farren, C. J., Keane-Hagerty, E. et al.: Finding meaning: An alternative paradigm for Alzheimer's disease family caregivers, The Gerontologist, 31, 483-489, 1991.
21）Walker, R. J., Pomeroy, E. C. et al.: Anticipatory grief and Alzheimer's disease: Strategies for Intervention, Journal of Gerontological Social Work, 22, 21-39, 1994.
22）前掲16）
23）Rolland, J. S.: Chronic illness and the life cycle: A conceptual framework, Family Process, 26, 203-221, 1987.
24）前掲21）
25）前掲16）
26）前掲21）

［平成20年７月24日受　　付
平成21年８月20日採用決定］

－原　著－

成人期の女性看護師における生涯発達上の危機となる体験

Adult Experiences of Female Nurses that Cause Crises in Life Span Development

中　垣　明　美
Akemi Nakagaki

キーワード：生涯発達，看護師，危機，成人期
Key Words：life span development, nurses, crises, adulthood

Ⅰ．緒　言

生涯にわたる発達という概念は，Erikson[1]が，人間の生まれてから死ぬまでの８つの発達段階と各段階に対となる「危機」を提示したことから始まった。Erikson[2]は「危機（crisis)」について「危機という言葉は，発達論的な意味で，つまり，破局という脅威を含意するものではなく，ひとつの転換点」と説明している。やまだ[3]は生涯発達の「発達観」を示す理念モデルについて，加齢と発達の概念をどう扱うかにより６つのモデルがあるとしている。現在では，人の生涯を発達という視点で捉えることが可能であり，一般の人に共通して見られる心理的変化や危機が存在するという考えが主流になった[4]。

生涯発達の研究対象は，男性中心もしくは，男女共通の側面を扱うものが多かった[5)～7]。その後岡本[8]や杉村[9]に代表される女性の多様化したライフサイクルに注目した研究も行われているが，生涯発達の性差や女性の成人期の発達は十分解明されていない[10]。

生涯発達の研究の視点は，岡本[11]に代表される，経時的な変化をとらえる視点と，高橋[12]が人生における「転機」の重要性の検討を指摘しているように，人生のどういった経験が「危機」になるのかといった「危機的体験」の中身をとらえる視点がある。生涯発達を「危機」の内容からとらえることについて，杉浦[13]は過去の経験の中から，「現在」との関連において意味を持つ岐路や，「現在」の起源（原因）となると認識している出来事がその人の人生の転機であるとしている。岡本[14]は青年期以降自分に新たな世界が付加される「時」や「状況」を分析することは重要と述べ，「危機的体験」は，職業，夫婦関係，子育て，その他あらゆる領域で体験される可能性があるとし，中年期危機の構造を，「心理的変化」を中心に「生物学（身体的）変化」「家族における変化」「職業における変化」でとらえている。これらのことから生涯発達を個人の「転機」や「体験」の視点からとらえることは，成人期の様々な問題の解決を図るうえで意義があり，また重要であるといえる。

看護職を対象とした生涯発達の研究は，小笠原[15]，松下[16]などのように，青年期にある看護学生を対象とした研究は多いが，その後の成人期を対象とした研究はほとんどない。看護職対象の発達研究では，職業的領域の同一性である職業アイデンティティの研究[17]や，看護職を職務の発達の面からとらえたキャリア発達[18]の研究が多い。しかしキャリア発達の研究において個人の生活や成長の解明はあまり行われていない。以上から，成人期の看護職を個人の生涯発達の視点からとらえた研究はほとんどなく，生涯発達に影響をおよぼす要因である「危機的体験」についても解明されていないといえる。

看護職の成人期における，生涯発達に影響する個人の「転機」や「体験」を明らかにすることは，看護現場で職業上，生活上の多くの課題に遭遇する看護職に対し，生涯発達の観点からの支援の必要性や，有効な支援時期・支援内容の提言につなげることができる。

そこで本研究では，看護職者の個人の発達に関連する危機となる「転機」や「体験」が，どのような内容で，いつ，どのような状況で起きているのかなど，看護職の成人期の生涯発達に関連する要因を解明することを目的とする。

Ⅱ．用語の定義

Eriksonが用いている「crisis」の原義は，「（将来を左右する重要な）『分岐点』であり，（事態の）危機，重大局面，難局という意味と，（人生・運命などの）重大な分かれ目，岐路，転換期，（病気などの）危期，（小説などの）山場[19]」とされている。「crisis」は日本語では「危機」と訳されて，「危機」は広辞苑[20]によると「大変なことになるかもしれないあやうい時や場合。危険な状態」と説明されているが，本来の「crisis」の意味と若干ニュアンスが異なってい

愛知医科大学看護学部　Aichi Medical University College of Nursing

る。またErikson[2]は，「危機」を，「転機の特質であり，前進か退行か，統合か遅滞かを決定する主観の特質」であるとしており，他の著書[21]の中でも，「危機という言葉は，発達論的な意味で，つまり，破局という脅威を含意するものではなく，ひとつの転換点」と述べており，「危機」という用語が，「破局」や「危険な状態」を意味するのではなく，転換点であることを，繰り返し述べている[22]。

また，杉浦[13]は生涯発達における人生の「転機」について，本質的に回想的なものであり，多分に主観的なものであり，客観的に確認できるライフイベントが「転機」になる場合もあれば，友人のありふれた言葉や，ふと聞こえてきた街角の歌などほんの些細なことによって大きな転機が引き起こされることがあると述べている。

本論文では，人生におけるさまざまな『分かれ道』が，その後の発達につながると考える。つまり，対象者自身が「『分かれ道』と自覚した人生上のさまざまな体験」が，肯定的であれ，否定的であれ，これまでの自分のあり方や自己に対する意識を変容させると考え，その変容が成人期の発達の変容につながると考える。したがって対象者自身が「(分かれ道と自覚した) 人生上の体験」を発達上の「危機」ととらえる。また原義とErikson[23]の説明から「危機」と「転機」を同義語として扱う。論文中では，対象者がインタビューで「転機」と表現した場合は，その文脈の中では「転機」の用語を使用していく。

なお面接では対象が「危機」という言葉から「破局的な事態」を連想してしまう可能性があるため「今までの人生の中で生き方や考え方・行動に影響を与えた体験や転機」という言葉に置き換え使用した。

Ⅲ．研究方法

1．研究デザイン

半構成的面接による質的記述的方法。

2．研究対象

概ね200床以上で複数の診療科を有する病院に勤務する女性看護師のうち，年齢層が重ならないようあらかじめ35歳未満，35歳以上45歳未満，45歳以上の３グループに分けた中から抽出し，最終的に同意を得られた19名とした。

3．調査方法

1）データ収集方法

インタビューガイドに基づき，半構成的面接を行った。所要時間は，30分から60分で，対象者の了解が得られた場合は90分程度まで延長した。面接場所は，対象者と相談し，職場，大学等の個室で行った。面接は対象者の許可を得て録音した。

2）調査内容

今までの人生の中で生き方や考え方・行動に影響のあった「体験」について以下の項目で構成した。

(1) その体験はどのような体験であったか。

(2) その体験がどのように影響があったと考えるのか。

(3) その体験を生かしたり，乗り越えたりするために，重要な役割をした人がいたか。いた場合，どのようなことをしてくれたか。

面接に先立ち今までの人生の出来事を想起してもらうために，横軸を年齢としたグラフに「人生上のおもな出来事」と，その時の気持ちを簡単に記入してもらった。このグラフは，想起のためのもので，分析対象とはしないことを説明した。

調査内容は，プレテストや発達心理学の専門家に助言を受けて検討した。

4．調査期間

面接は2006年６月から2006年８月に実施した。

5．倫理的配慮

面接依頼文に研究目的，内容，方法，参加は自由意思によること，同意後の中止の自由，および面接協力可能の場合は，年齢と連絡先を記入した連絡票の返送の依頼を明記し，看護部長を通じ配布した。選択した対象者には面接開始前に，再度研究目的，方法，プライバシーの保護，研究への参加の自由，同意の撤回や中止の自由，話したくない内容を無理に話す必要はないこと，研究結果の公表について文書を用いて説明し，同意書に署名を得た。対象者以外には，指定された連絡方法で，面接を実施しない旨連絡した。なお，本研究は，Ａ大学の研究倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

6．分析方法

1）データ化

(1) 逐語録を作成し，意味を含む最小単位（句，節，文）に切片化した。逐語録を繰り返し読み，「体験」に関連がない切片を除外した。除外基準は，体験に関連して語られた他の人の話や施設などの説明，人生の出来事についての経過説明（本人が危機的体験と認識していないもの）などである。

(2)「体験」を，自己のこれまでの生き方，考え方に影響を及ぼしたと本人が自覚し，何らかの思いを含めて語られている経験のまとまりとし，その経験の状況と，変化した内容の両方が語られているものをひとつの「体験」とした。対象の体験を忠実に反映するように注意しながら，切片を「体験」ごとにグループ化した。

(3)「体験」の概要を捉えるため，「切片のグループ」を「(体験の) 具体的な出来事・状況」「体験の影響」「関与の仕方や重要な人物」および前後関係を整理し「要約」した。

2）分析手順

(1) 対象者ごとに「体験」を起きた順に並べ，体験の数を数えた。

(2) 対象者の「体験」を「要約」を基に類似性により比較検討し，小カテゴリーを形成した。さらに小カテゴリーを比較検討のうえ整理集約し，大カテゴリーを形成した。小カテゴリーで集約できないものは，そのまま大カテゴリーとし，可能であればカテゴリー名の抽象度を上げた。その過程では何度も逐語録に戻り，語られた文脈からのずれはないか確認した。さらに大カテゴリーの内容を検討し，岡本[24]と廣川[25]の枠組みを参考に《個人》,《家族》,《仕事》の領域に分類した。

7．信頼性の確保

信頼性を高めるために，体験の抽出とカテゴリー化の段階において，研究者と教員２名の合計３名で確認，検討を行った。また，発達心理学の専門家にスーパーバイズを受けた。

Ⅳ．結　　果

1．対象者の属性

対象者の平均年齢は39.9（標準偏差9.1）歳であった。婚姻暦は，未婚が６名（31.6%），既婚が13名（68.4%）であった。子どもの有無は，子どもありが12名（63.2%）であった。職位は，一般11名（57.8%），主任相当４名（21.1%），師長４名（21.1%）であった。

2．体験の記述の分類と体験の時期

体験の記述の分類と体験の時期を表１に示す。分析の結果123件の体験が抽出された。一人当たりの語られた体験

表１　語られた「体験の」領域とカテゴリーおよび語られた年齢層

領域	大カテゴリー	小カテゴリー	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54
個人 (25)	職業選択（4）	職業選択の過程（4）	2	2						
	他者とのかかわり（7）	人に支えられる（7）	2	3	2					
	自分らしい生き方の模索（10）	自己を高める（9）			1	3	3	2		
		価値観の形成（1）	1							
	身体の変化（4）	病気の経験（4）			1				1	2
家族 (38)	結婚(離婚)を選択する（7）	結婚に伴う成長（1）		1						
		結婚に伴う葛藤（6）		2	4					
	子どもを育てる（13）	子育てと仕事の継続の葛藤（10）			2	1	4	2		1
		子育てによる自己の成長（3）			1	1		1		
	家族の理解（7）	仕事への理解と支え（7）			2	1	2		1	1
	家族の介護（11）	家族の介護と葛藤（5）			1		1		3	
		仕事に支えられる（6）			1	1			2	2
仕事 (60)	初期の職場適応への模索（12）	先輩・同僚に支えられる（3）		3						
		職場適応への苦悩と葛藤（7）		7						
		職場適応への苦悩と支え（2）		2						
	昇進・昇格（11）	昇進による自己の成長（4）				1	1	1	1	
		昇進による意欲の高まり（3）			1	1	1			
		昇進による葛藤と成長（2）				1	1			
		昇進による葛藤と苦悩（2）					1		1	
	積極的関与のきっかけ（15）	影響のある場面や人と出会う（8）		2	4	1			1	
		自分に自信を持つ（2）					1	1		
		日常の中で承認される（3）				1				2
		経済的必要性（2）				1		1		
	仕事への関与の模索（22）	仕事への関与の仕方の迷い（9）		1	3	3	1			1
		仕事上の葛藤と苦悩（2）				2				
		仕事上の苦悩と成長（4）			2		1		1	
		加齢による限界感の自覚（4）						1	1	2
		残りの人生の生き方を問い直す（3）								3

注）カテゴリー欄の（　）内および表内の数字は語られた体験の件数を示す。

の件数は6.5件であった。《個人》《家族》《仕事》の３領域に分類したところ，体験の数は，《個人》が25件，《家族》が38件，《仕事》が60件であった。

各領域はそれぞれ４つの大カテゴリーから構成された。以下それぞれの領域毎に体験の内容と時期を示すが，《　》は領域名，【　】は大カテゴリー名，［　］は小カテゴリー名，文章中の「　」は体験の要約の一部を，太字部分は体験者の実際の語りを，（　）内は研究者の補足をあらわしている。また体験の時期は５歳ごとの年齢層で示した。

３.《個人》の領域の体験の概要

《個人》の領域の体験25件は，【職業選択】５件，【他者とのかかわり】６件，【自分らしい生き方の模索】10件，【身体の変化】４件の４大カテゴリーから構成された。

１）【職業選択】

この大カテゴリーは，［職業選択の過程］の１小カテゴリーで構成された。「高校卒業後，医院に事務として就職し准看学校に通った。看護婦は崇高な仕事と思っていたが，その医院では，安い賃金で，お手伝い兼掃除婦兼薬剤師兼の**ケンケン仕事**ばかりだった。実習に行くと，高校の先輩が看護学生として実習先におり，准看と看護婦の扱いの差を感じ，ショックを受けた。また看護婦と准看護婦の違いを知らなかったばっかりに出遅れたと思った。」など，この小カテゴリーでは，10～20代前半の職業選択の過程が，その後の看護職としての自分に影響を与えていることが語られた。

２）【他者とのかかわり】

この大カテゴリーは，［人に支えられる］の１小カテゴリーで構成された。「高校で進路を決めるとき，看護師になろうと思ったら，先生たちが特別に授業をしてくれたから合格できた。そこから夢が叶い充実して入学した」という体験や，「学生時代は，お金に余裕がなく，バイトをしすぎて体調を崩して留年し落ち込んだ。いい友達に出会え，支えてもらったり，先生に話を聞いてもらったりしてお世話になった。その友達がいつでもどこでも生きていくうえの支えになった。」など，この小カテゴリーでは，人から支えられた体験が，その後のものの考え方や生き方に影響を及ぼしている体験が語られた。この小カテゴリーの体験は10～20代前半の体験であった。

３）【自分らしい生き方の模索】

この大カテゴリーは［自己を高める］，［価値観の形成］の２小カテゴリーで構成された。

(1)［自己を高める］

この小カテゴリーでは，「人事考課が始まって，臨床能力で評価されるとは言うものの，これから大卒の看護師も増える中で，説得力のある話ができるかは，自分が資格も知識ももっていないといけないと思ったので，通信の大学に行き始めた」や，「２年課程への進学は，入試の合格率が３倍であり，ある程度の倍率で入れたというのは自信になった。若い頃からずっとあった中卒という学歴のコンプレックスが，知らない間に気にならなくなっており，今から思えばその頃からだと思う」というように，職場の中で，看護師と准看護師という免許の違う看護職が働いている複雑な状況や，大学卒の看護師が増えてくる現状の中で，進学という自己を高める行動につながったことなど，自己を高める体験は仕事の状況とともに20代後半～40代前半に語られた。

(2)［価値観の形成］

この小カテゴリーは，「入学した短大では蔵書数が日本で一番多いと説明され，専門職として本は大切であること，本を読むってやっぱり重要なんだと，意味づけられた。」と，専門職としての姿勢が形成されたという10代後半の体験が語られた。

４）【身体の変化】

この大カテゴリーは，［病気の経験］１小カテゴリーで構成された。自分の病気や体調不良の体験について，「産後数日で手術を受け，手術後に時間毎の体位変換や，痛み止めを希望してもこれ以上使えないと言われ痛みを我慢しなければならず苦痛が大きかった。離床が進まず，腰を曲げて歩いていたら，リーダー格の看護師に背中をたたかれもっと背筋を伸ばして歩きなさいと言われた。叱咤激励のつもりだったかもしれないが，自分にとってはすごく苦痛だった」と語り，その影響を次のように述べた。

> **痛みのコントロールをしてということを，あの，一番に考えるというような姿勢がそのころ形成され，とにかく，患者様に対しては，術後の痛みも，ターミナルの患者さんの痛みも，とにかく痛みがあってはならないということは強く，より強く思うようになった。**

また，「更年期障害を経験し，精神的に落ち込むと言うことはどういうことか分かった。自分は弱い人間じゃないと思っていたが，そうではなく，体験しないと分かりえないんだと言うことを身をもって体験した。」というように，この小カテゴリーでは，20代後半と40代後半以降の自分の病気や体調の変化から看護者として，患者への理解を深め共感したり，看護に対する自己の姿勢の変化の体験が語られた。

４.《家族》の領域の体験の概要

《家族》の領域の体験38件は，【結婚・離婚を選択する】，【子どもを育てる】，【家族の理解】，【家族の介護】の４大カテゴリーから構成され，【結婚・離婚を選択する】では20代の体験が，そのほかの大カテゴリーでは20代後半以降すべての年齢層で語られた。

1）【結婚・離婚を選択する】

この大カテゴリーは，［結婚に伴う成長］，［結婚・離婚に伴う葛藤］の２小カテゴリーで構成された。

(1)［結婚に伴う成長］

この小カテゴリーでは，「結婚して，それまでは自分のことしか考えなくてよかったが，いろんな人との交流や，夫の親とも折り合いをつけていかないといけないので，価値観が変わり，気を使うようになった」と，結婚に伴う人間関係の広がりとそれらの人々とのかかわりのなかでの自己の成長が語られた。

(2)［結婚・離婚に伴う葛藤］

この小カテゴリーでは，結婚に伴う葛藤について，「結婚のときに仕事を辞めて，同居したが，姑はわがままな人で，子どもが嫌いだったこともあり，嫁姑問題がエスカレートし，仕事に戻った」や，「夫と知り合い，結納時に妊娠し，そのうち流産した。夫の母は『流産するような人間は嫁にはいらん』と言い，その言葉に大変傷ついた。」など，配偶者の家族との関係における体験や，「離婚調停の時，師長が親身に相談に乗ってくれ，また休みの配慮などもしてくれて心強かった。調停は長期間かかり，仕事と体が辛かった」など，離婚に際して，職場の上司が配慮してくれた体験が語られた。

2）【子どもを育てる】

この大カテゴリーは，［子育てと仕事の継続の葛藤］，［子育てによる自己の成長］の２小カテゴリーから構成された。

(1)［子育てと仕事の継続の葛藤］

この小カテゴリーでは「子どもが親を必要とする時期は一時期で，仕事をやめて子どもを育てたかったという思いもあったが，女性も仕事を続け，キャリアをのばし，また欲しいものを買ったり，人間として自立していたいという思いもあり，一度離れたらこの世界には戻りにくいという危惧もあったので，仕事を辞めずに続けた」や，「第１子と第２子の育児休業を連続して取り，復職したら，同僚が昇級していたり，以前下だったり，後から入ってきた人が，同じ立場に上がってきていた。出産して休んでいる間に，同じレベルと評価され納得いかなかったし，子どもができたことはよかったが，落ち込んだ」「子どもは後姿を見て育つと思い子育てしたが，あまり面倒はみられなかったし，子どもには申し訳ないと思う。仕事を持った女性として生きたいと思っていたので仕事を半分捨てることはできなかった。会議や職場の役割で忙しく家に帰れば寝るだけの生活だった。子ども３人育てながら看護師やるのは結構しんどいと思った」というように，子育てと自分のキャリアをのばすこととの葛藤や，「仕事を持ち帰り，子どもが寝てから，ボーっとした頭で，家事と両方やっていたが，いつも子どもが早く寝てくれと思っていて，教育やスキンシップなどできなかった」など，家事・育児との両立における葛藤の体験が語られた。

(2) 子育てによる自己の成長

この小カテゴリーでは，「子どもを育てることは我慢我慢で，それにより自分が育てられたと思う」といった自己の成長や，「子どもが非行に走るということがあった。それまで自分は，成績で見れば優等生と思っていたが，子どものことで挫折感を味わった。このことで，努力しても報われない人がいることや，勉強だけでレッテルを貼れないことを教えられた」と語り，その影響を次のように述べた。

仕事しててもあの，いろんな人に会いますね。いろんな人の人生に出会うわけですから，その場に子どものことがあったために，立ち止まってその人のことをゆっくり考えてあげられるというか，考察する中で，看護の中でもね。すごく役に立ってるなって，自分で思いますね。…

ここでは，子育てを通しての自己の成長が，看護に生かされている体験が語られた。

3）【家族の理解】

この大カテゴリーは［仕事への理解と支え］の１小カテゴリーから構成された。この小カテゴリーには「結婚したとき，夫の両親は自分の仕事を理解してくれ，看護師が続けられるよう支えていくと言ってくれた。育児も夫の母が見てくれるから大丈夫という安心感があり，仕事に関して辞めようとか辞めなくちゃという危機感はなく，産休を取ったのみで，ずっと３交替勤務を続け，ひたすら仕事の傍ら結婚も出産も育児もやってきた」と夫の両親などの仕事への理解と家事や育児の協力により，自分の仕事の継続ができた体験や，子どもが自分の仕事を理解してくれていることで，仕事への励みになる体験が語られた。

4）【家族の介護】

この大カテゴリーは，［家族の介護と葛藤］，［仕事に支えられる］の２小カテゴリーから構成された。

(1)［家族の介護と葛藤］

この小カテゴリーでは，「父ががんであることが分かり，母親と一生懸命介護し１年後に看取った。実際に家族の立場になって，複雑な思いを経験し，自分の時間を拘束され，辛いのに逃げられないという家族の立場を味わったり，父親を鬱陶しく思ったり，自分の力じゃどうしようもない何かと回っている感覚の中にいるときは我慢が多かった」や「主人の両親を続けて亡くした。２人とも，介護がほとんど無かったが，もし介護があったら，どうしようかと思うし，介護のために仕事は辞められな

いと思う。病院で仕事をしていると，仕事があるからと家族が家で面倒をみられないと言う人に出会うが，自分の身に置き換えて，家で面倒をみられないという人の気持ちがよく分かるようになった」など，介護の経験により家族の辛さの理解や，看護師と家族の立場による思いの違いに気付いたり，患者家族の立場への共感の体験が語られた。また家族特に老人の介護の見通しのなさによる苦しさや，介護と仕事を両立させていることの苦しさなどの体験が次のように語られた。

実家の母が寝込んだ時，往復２時間かけ体を拭きに行く生活でした。同じ頃，夫の両親も家で介護し，二人とも家で看取りました。子どもなら３年で先が見えるが，年寄りって先が分からんのですよ。寝込まれてからね。そうすると，これは何年私はこうやって頑張ればいいのかなっていうときはありましたね。（略）だからありますよね，虐待って。私なんかおじいちゃんに言葉の虐待なんかいっぱいしていたと思いますよ。なんか冷たいこと言ったと思うし，自分の体がえらい（辛い）とき，何で私がやらないといけないのというのは，言葉にも態度にもでていたと思うから，きっと虐待していたんだと…虐待といわれると当事者として辛いものがあります。

(2)［仕事に支えられる］

この小カテゴリーでは，「父は，最期は自分に看取ってほしいと思っていたようで，自分の病院に入院してもらった。手術が必要となり，術後に亡くなったが，その喪失感は大きく立ち直れないくらい落ち込んだ。それを救ってくれたのは仕事で，日常は仕事で回っていくし，病棟特有の看護を追求できるようになり，その充実感で日々悲しみも薄らいでいった」や，「５年間の間に自分と夫の両親が連続して亡くなった。死生観としては辛いものがあったが，仕事のお陰でそんなにも落ち込まなくて済んだ」など，喪失の悲しみが仕事によってうすらぐ体験や，「夫が進行がんで化学療法をしている。今まで仕事やってきた知識を，すべて夫に捧げるのが何よりだと思う。仕事してなければおろおろして何もできなかったと思う。今まで看護師やってきて本当によかった」というように，仕事をしてきて得たものを生かすことで，仕事に支えられている体験など６件が語られた。

５．《仕事》の領域の体験の概要

《仕事》の領域の体験60件は，【職場適応への模索】【昇進・昇格】【積極的関与へのきっかけ】【仕事への関与の模索】４つの大カテゴリーから構成された。

１）【職場適応への模索】

この大カテゴリーの体験はすべて20代前半の体験で［先輩・同僚に支えられる］，［職場適応への苦悩と葛藤］，［職場適応への苦悩と支え］の３つの小カテゴリーで構成された。

(1)［先輩・同僚に支えられる］

この小カテゴリーでは，「師長や主任をはじめ病棟の環境はよく，その中で自分を認め，研究や勉強に誘ってくれたり，仕事プラスアルファで頑張らせてくれたり，幅広く見られるようにしてくれた先輩がいて，頑張れるきっかけになった。師長もそばで見ていて頑張っていると声を掛けてくれた。また同期の既卒の人からは社会人のマナーなど教えてもらった」など，職場の教育的雰囲気や先輩の支えにより頑張れるようになった体験が語られた。

(2)［職場適応への苦悩と葛藤］

この小カテゴリーでは，「就職した時，同期と２人で１人の指導者だった。同期は専門学校卒ですぐに役立つことを覚えてきており飲み込みも早かったが，自分は大学で理論や根拠はしっかり学んできていたが，飲み込みや物覚えが悪く，なぜあなたはできないのと常に比較され，辛かった。指導者は30代半ばのベテランで新人の自分とのずれも大きく，病棟もみんなやりながら覚えてきたんだからという雰囲気で他の人のサポートも得られなかった」など，新人に対するサポートが十分でなく，学校で学んできたことを，臨床につなげることができずに，葛藤したり苦悩したりする体験が語られた。

(3)［職場適応の苦悩と支え］

この小カテゴリーでは，「ベテランぞろいの病棟に配属になった。緊張の連続の職場で，周りから責められる等，非常に辛い目にあい，（寮の高層階から）飛び降りたら楽になるだろうと思うこともあった。その中で，２～３人の先輩が，ミスをしてもまず，なぜそうなったか理由を聞いてくれたり，自分の成長を見るように助言してくれたり，話を聞いてくれた。その先輩のお蔭で何とか仕事が続けられた。」など，新人へのサポート体制が十分でなく辛かったが，先輩などの支えにより，仕事が続けられた体験が語られた。

２）【昇進・昇格】

この大カテゴリーは，［昇進による自己の成長］，［昇進による意欲の高まり］，［昇進による葛藤と成長］，［昇進による葛藤と苦悩］の４つの小カテゴリーから構成され20代後半から40代前半の体験が語られた。

(1)［昇進による自己の成長］

この小カテゴリーでは，「30歳くらいで婦長に昇格した。総婦長に管理などの考え方について影響を受けた。それまで特に主任時代には，同じ分野をやっていると強くなり，自分より年下の医師にいらいらしたり，自分に自信を持って突き進んでしまったりという事があったが，婦長になると，指導するときにただ叱るだけじゃな

く，褒めることも学んだ。」など，昇格により師長の役割を学び，自己が成長した体験が語られた。

(2)［昇進による意欲の高まり］

この小カテゴリーでは，「主任に昇格したことで，看護について個人的意見ではなく，組織的にかかわれるようになったことで，遣り甲斐がアップした」といった職務内容の変化や，「子どもを産んだ後くらいに主任に昇格した。自分を認めてもらえたことのひとつになるのでうれしかった。その分責任もあり，負担も大きくなったが，頑張ったことを評価してもらえると自分にとってすごいプラスになった」など，昇進が自分に対する評価であるととらえ，承認された喜びがやる気につながった体験が語られた。

(3)［昇進による葛藤と成長］

この小カテゴリーでは，「異動後半年で主任になったが，何もできない自分が主任になってどうするんだろうという思いもあり，落ち込みがひどく，１ヶ月位してから仕事を辞めたくなった。同じ病棟の医師が，自分の落ち込みに気づき配慮してくれていたことを知り，ある程度自分を認めてくれているのかと思った。またもう一人の主任が落ち込んでいることを知り，すごく考えてくれるようになった。医師も信頼でき，主任同士の話もできるようになり，仕事も協力してもらいながらやれるようになって，徐々に仕事に対して充実感が出てきた」など，昇進による戸惑いを乗り越えた体験や，他には昇進によって学歴の負い目に対する気持ちの切り替えができるようになった体験が語られた。

(4)［昇進による葛藤と苦悩］

この小カテゴリーでは，「主任になり，スタッフには恵まれているが，パート看護師の時間が短くなったことなどから業務量が増え，身体的にも負担が増した。昔は若さで乗り越えられたが，最近は結構堪える。上司は特定の人を優遇する人で，その中でやっていかないといけないという現実も苦しい」といった立場による苦悩や，「師長になり新しい部署に移動した。初めての環境，特殊な部署での管理ということもあり，精神的に辛くなり，しばらく休んだが続けられなかった」など，昇進が精神的に負担になった体験が語られた。

３）【積極的関与へのきっかけ】

この大カテゴリーは，［影響のある場面や人と出会う］，［自分に自信を持つ］，［日常の中で承認される］，［経済的な必要性］の４つの小カテゴリーから構成されすべての年齢層で語られた。

(1)［影響のある場面や人と出会う］

この小カテゴリーでは，「少し経験をつんだ頃，よい先輩と出会い，一緒に勉強会を企画したり，学会発表などを体験した。それまで頭の中で考えてきた，経験だけでなく理論や根拠が大事だという考えを，勉強会や研究を通し実現していったことで，仕事がもっともっと楽しくなった」という体験や，「ターミナル患者の病名告知や，ターミナルケア，ターミナル患者への訪問看護を行うなど，上司の責任で，涙が出るくらいすごい場面を何度も体験し，看護をしているという充実感に突き動かされた」など，良い影響を与えてくれる人や場面に出会うことで，仕事への積極的関与が深まっていった体験が語られた。

(2)［自分に自信を持つ］

この小カテゴリーでは，「２年課程を卒業し，前いた病院に再就職した。周りの正看と一緒の立場になれたのと，新しいことを学んできたという自信もあり，ちょっと得した気もした。准看のときとは違い看護師の立場で心のケアなどにかかわれたし，看護師としてできることはどんどん進出していった。准看のときとは違い学んできたことによるゆとりができた」など，看護師の免許を取ることで，自信を持ち，積極的に関与できるようになった体験が語られた。

(3)［日常の中で承認される］

この小カテゴリーでは，「同じ病棟に10年以上いて，最後の３年間くらいは，診療科部長からも期待されるようになり，師長からも，主任のような役割を果たすよう期待された。自分でもここで頑張らなくちゃという使命感があり，ずいぶん充実していた」など，昇進ほど目に見えた形ではないが，周囲から期待されることで充実感が増した体験が語られた。

(4)［経済的必要性］

この小カテゴリーでは，「仕事を続けなければならない経済的理由があり，またその頃から准看はリーダーとかやらせてもらえず，雑用が多くなり，看護師との仕事の内容も分かれてきていた。仕事内容が，急に変わるのがものすごく悔しくて，仕事を続けるには正看をとるしかないと思い進学した」など，経済的理由が仕事継続に向かわせ，また，看護師と准看護師の仕事に関する矛盾が看護師資格取得への動機になった体験が語られた。

４）【仕事への関与の模索】

この大カテゴリーは，［仕事への関与の仕方の迷い］，［仕事上の葛藤と苦悩］，［仕事上の苦悩と成長］，［加齢による限界感の自覚］［残りの人生の生き方を問い直す］の５つの小カテゴリーから構成された。

(1)［仕事への関与の仕方の迷い］

この小カテゴリーでは，「同じ病棟が長いとマンネリ化して行った。30歳前位になると本当に自分の将来とか，ここにずっと居てやることがあるのかというのが全

然見えなくなっていった。リーダーもやり，ある程度管理的なことができるようになったときに，主任の指示が無かったので，部屋の交替をしていたら，あなた主任みたいねと怒られたこともあった。また後輩とは，年齢が離れ，自分の性格からも話が合わず，自分はここに居て何をしているんだろうと目標が見えずに，仕事に対して充実していなかった」など，自分の目標が定まらず迷った体験が，20代後半から30代前半で多く語られた。

(2)［仕事上の葛藤と苦悩］

この小カテゴリーでは，「異動後２年目になり，プリセプターに初めてなった。時間内に納得できる仕事を終えられなかったり，新人にもうまく教えられなかったりして，うまくできないジレンマや，能力の限界を感じ，これ以上できないと毎日のように思う。責任とかミスするのが怖いので，できるならすぐにでも今の生活から逃れたいと思う」と述べ，30代前半の仕事への関与における苦悩の様子が語られた。

(3)［仕事上の苦悩と成長］

この小カテゴリーでは，「突然の勤務交替があった。同じ病棟に10年以上いて他の分野のことは分からないのと，人見知りするので，知らない集団に飛び込めないという思いの中の勤務交替だった。異動してみると，若い子にこんなこともできないんですかと言われ，すごく落ち込み辛かった。現実から逃げてしまいたいと思い，辞めようと思ったこともあったが，自分が目指しているのは看護の道を全うすることで，その子が嫌とか環境が嫌とかは辞める理由にならないと思い，仕事を継続した」という体験や，「師長になり精神的に落ち込んだとき，自分は管理職になれると思っていたし，やれる人間だと思っていたのでさらに落ち込んだ。自分が哀れというか全部失ったような気持ちになった。原点に戻ろうと模索しながら本を読み，それが自分の支えになり，後に病棟に行ったときも役立った。結局落ち込むのは自分の問題であって，自己解決が必要で，そういう点では打破できたと思う」など，仕事上の苦悩とそれを克服し成長した体験が語られた。

(4)［加齢による限界感の自覚］

この小カテゴリーでは，「仕事は好きなんだけど，病院のシステムが変わり，コンピューターやサマリーや看護計画など，直接看護に関係ないようなことが多くなり，それに振り回されているのが嫌だと思う。老化現象で目が見にくくなったりとか，物覚えが悪くなったりとか，それでちょっと落ち込んだときもあった。点滴の前の名前の確認など，昔の看護よりやることが増えたことに最近ついていけないような気がする」など，加齢による変化と，それに伴う限界感を自覚するなどの40歳以降の体験が語られた。

(5)［残りの人生の生き方を問い直す］

この小カテゴリーでは，「50歳を過ぎ，残りの人生あとどれくらいと考える，残りわずかなら，看護以外のこともやりたいと思うが，子どもを経済的に援助しており，経済的には辞められない。仕事をやめたら自由すぎてやれなくなるかという不安もあり，今後のことで気持ちが揺れ動く」，「介助が必要な患者が多く，身体に負担がかかる。それで仕事を続けられるかどうか今は悩んでいる。辞めたいと思うが辞めると何も残らないから働いている状態。あと定年まで数年どうしようかと思う。好きだからやってこられたが年齢がいくとあまり続けられる仕事じゃないと思う。自分の収入が大部分を占めるようになっており，子どもの学費や生活のことを考えると，自分がやめるのは難しい。先立つものはお金で，それで踏ん切りがつかない。でも辞めたときに体が動かないようでは辛いと思い，悩んでいる」などと，50歳代に入り，これから先の人生における仕事への関与についての問い直しが行われている体験が語られた。

Ⅴ．考　　察

１．体験の内容と時期

本研究の目的は，看護職の生涯発達に影響を与える成人期の「危機的体験」を明らかにすることであった。対象者から抽出された体験123件を，《個人》《家族》《仕事》の３つの領域に分類すると《仕事》の領域が60件（48.8％）で最も多くを占めていた。グレッグ[26]は「看護師のキャリア発達の構造モデル」のコアには「自己実現の手段としての看護師という認識」があり，看護師であることで人間的に成長したと答えた研究参加者が多かったと述べている。本研究においても《仕事》領域の体験が多い事は，看護という仕事は，単なる仕事ではなく，看護職の生涯発達に与える影響が大きいことが考えられた。

領域ごとにみると，《個人》の領域の体験の［病気の経験］では病気や体調の変化などの個人的な経験が述べられていた。これらの個人的な体験が，看護者としての患者の理解や，看護者としての姿勢の形成につながっていた。また［職業選択の過程］は20歳前後にみられ，准看護師と看護師の２本立ての免許や，看護職養成過程の複雑さに関する体験，勤労しながらの就学が条件であった准看護師養成課程の問題などに関連した体験があり，その体験は看護師になった後も長期間影響を与えていた。松崎ら[27]は，看護師と准看護師の職業アイデンティティから，資格により異なる看護職像を抱いていると述べており，本研究から，これら２種類の免許の看護職が同一の職務をするための複雑さや，基礎学歴の差などに関連する体験は，看護職に特

有のものであると考えられた。［自己を高める］について，吉澤[28]は30～34歳は職場の中核的存在になり，専門的な職務能力を掘り下げ，拡大するためには自己啓発が必要と感じる時期であると述べているが，30代前半で，10年程度職業を継続していくうちに，職業に関連して自己を高めるという必要性を感じ，大学に入学したり，２年課程看護専門学校へ進学するなどの体験が語られたと考える。森岡[29]は，35～39歳の女性の結婚・出産・育児期間を過ぎた時期が最も専門性・自己実現を意識する年代と述べているが，本研究の体験の内容をみると，［職業選択の過程］と同様，看護師と准看護師の資格の違いや，看護職免許取得までの教育課程の違いと，看護大学の増加による危機感がその動機になっていた。免許や学歴という明瞭な形で差のある看護職が混在する職場環境の複雑さにより，看護職として自信が持てない状況が［自己を高める］体験の動機になっていると考えられた。《個人》の領域の体験は《仕事》と関連するものが大部分であった。

《家族》の領域の［結婚・離婚に伴う葛藤］では，配偶者との間の葛藤の体験は少なかった。むしろ，配偶者の両親との関係が結婚や離婚の葛藤において影響があった。鶴田[30]は，中堅看護師への調査で，就業継続可能な配偶者選択が行われていると述べているが，こうした配偶者選択が配偶者との間の葛藤が少ない理由とも考えられた。

【子どもを育てる】においては［子育てと仕事の継続の葛藤］と［子育てによる自己の成長］が語られた。［子育てと仕事の継続の葛藤］に関して，岡本[7]は，育児期の女性の同一性の問題について，仕事も育児も十分な時間とエネルギーを注ぎ込んで，主体的に関与すべきものでありながら，両者に十分に時間とエネルギーを注ぐことができないなどのジレンマがあると述べている。また大谷[31]は，看護管理者への調査で，既婚者において出産は女性の性役割特性と自分らしさの中に看護師という職業をどう位置づけるかの葛藤が起こると述べている。社会生活基本調査[32]によれば，夫婦とも有業の場合の育児を除く１日の家事の時間は夫17分であるのに対し妻は２時間27分であり，また育児と仕事の両立に関する調査[33]によれば，就学前の子どもがいる雇用者女性において，「仕事と育児をうまく両立している」が28％，仕事または育児のどちらかに満足していない，どちらも中途半端で不満があるものは合わせて60.8％を占めているなど，家事や育児の負担は女性に偏っている現状がある。本研究でも，家事も仕事も十分にできず，子どもの面倒も十分にみられないことによる葛藤が述べられていた。また葛藤の内容では，家事や育児の負担の大きさからの葛藤とあわせて，子育てのキャリアへ形成への影響についても語られた。厚生白書の「子育てのキャリアへの影響[34]」によれば，「子育て期はキャリア形成上重要な時期にあたり，子育て期の仕事の中断はその後の処遇に大きく影響する」と答えたものが29.3％あった。山本[35]は，キャリア開発に対する意識と結婚には関連がみられなかったと述べているのに対し，吉澤[28]は，婚姻状態，子どもの有無とキャリアを積んでいく際の障害の有無には関連があると述べているが，本研究からは看護職においても子育て期は，子育てに十分関与できないことや，家事育児の身体的負担のみでなく，キャリア形成への影響も葛藤の原因になっていることが分かった。

Erikson[36]は成人中期における課題の「生殖性」について，子どもを持つだけでは「生殖性」は達成できないと述べている。しかし柏木[37]は，親になることによる成長・発達に関する６因子を見出しており，本研究においても，［子育てによる自己の成長］の体験が語られたと考える。

子育ては自己の成長にもつながるが，さまざまな葛藤があるだけに，［仕事への理解と支え］で，子どもが自分の仕事を理解したり，認めてくれることが，喜びや励みの体験につながっているという結果であった。吉澤[28]は，キャリア形成上のメンターとして，私生活上では夫，家族，子ども，友人などを上げており，子どもは仕事を継続する上での葛藤の要因ともなりえるが，メンターにもなりえると考えられた。

【家族の介護】の大カテゴリーの［家族の介護と葛藤］では，家族を介護する中での，患者の家族の立場の理解が語られた。岡本[38]は，女性の就労の障害となるものに関する意識として，介護者の介護役割による束縛感等の思いや，少子高齢化社会における介護負担の増大を指摘している。臼杵ら[39]は，キャリア開発の阻害要因として家族の介護は50歳代の看護職員の16％があげていたと述べているが，語られた体験においても，介護の身体的負担や，介護の見通しのもてない辛さが述べられ，また，長期間の介護を想定して，介護による自己のキャリアへの影響を考えていた。同時に，看護者として，自宅介護ができない入院患者の家族の立場の理解も述べられていた。［仕事に支えられる］では，介護や看取りの辛さに対し，仕事という世界を持つことで，介護における孤立感や閉塞感を緩和していること，家族の死を受容し，自分の人生を見つめなおす過程で仕事が支えになったという体験が語られた。これらは三崎ら[40]が介護による成長発達のプロセスにおいて，介護者自身が成長し，他の人々にも役立つ体験として介護者自身を支えていくと述べているが，介護におけるケアの体験が生涯発達につながると考えられた。

《家族》の領域について，西村[41]はエリクソンの成人中期における発達課題の「生殖性」について，「親としての子育て機能」「世話をする機能」「創造的な仕事をする機能」などが含むとし，教師や芸術家，看護師などは，職業を通

じて生殖性を表現していると見ることができると述べている。本研究から育児や介護に関しては，どの年齢においても体験する可能性があること，また家庭内での役割，特に母親役割や介護者役割と，自己の生殖性の発現にもつながる看護師という職業の間での葛藤が，自己の人生の揺らぎや見直しにつながる体験として，生涯発達に影響していると考えられた。

《仕事》の領域においては，【職場適応への模索】の大カテゴリーでは，職場へ適応していく時に，先輩や同僚に支えられて適応できた体験や，葛藤や苦悩の体験が語られた。松下ら[42]は，「上司・先輩からの適切な指導助言」「上司からの信頼感・期待感」は新人の早期退職を防ぐように働く一方で，「自分なりの仕事ぶりや，実力にふさわしい評価」は早期退職を促進するとし，実力にふさわしい評価は，新卒看護師の臨床能力の足らなさを指摘している可能性があると述べている。このことから，同僚に支えられた体験や，逆に苦悩や葛藤も起こるものと考えられた。また［職場適応への苦悩と葛藤］の体験された時期は20歳代前半であるが，20歳代から40歳代と広い年代の対象者から，新人時代の対応が不十分であるための葛藤や苦悩の体験が語られた。国眼[43]は，入職直後はリアリティショックから自分の職務能力に自信を失い時間的展望の狭まりを感じると述べているが，語られた体験からは臨床現場の新人を受け入れる体制が最近も20年前と比べて大きく変化していないと考えられ，新人時代の体験は人生において大きな影響を及ぼすことが示された。

【昇進・昇格】の大カテゴリーからは，仕事における昇進が，自分に対する評価であると感じ，意欲が高まったことや，昇進による自己の成長が語られた一方，昇進による苦悩や，葛藤の後の成長も語られた。国眼[43]は昇進も新たな役割に負担を感じたり，思うように指導力が発揮できない体験や新たな役割を自分の中に受容できず苦慮する例が多いと述べているが，【昇進・昇格】も，発達に影響を与える体験であることが明らかになり，昇進時の支援が重要であると考えられた。

【積極的関与のきっかけ】では，［影響のある場面や人と出会う］において，モデルとなる先輩などとの出会いにより，影響があることが分かった。永野ら[44]は，看護師の自己教育力について，ロールモデルのいる者はいない者より有意に高いと述べており，ロールモデルの存在が積極的関与に関連していると考えられた。また［日常の中で承認される］体験も積極的関与のきっかけになっていた。

【仕事への関与の模索】の［仕事への関与の仕方の迷い］においては，30歳前後に体験されており，職場にいったん適応し，仕事に慣れた頃の，「これから先どのように仕事に関与していくのか」という迷いが多く語られた。鈴木ら[45]は職業を継続する看護師は，「（結婚や出産などの）発達課題達成と職業継続の対立」という経験をしており，職業に従事する女性に共通すると述べているが，これらの体験の要因として，結婚か，仕事か，結婚と仕事との両立かといった，女性特有の選択の迷いがひとつの理由と考えられ，役割が変化することへの支援の必要性が示唆された。また，看護職は専門看護師や認定看護師などより専門化される傾向があり，どの分野でどのように仕事をしていくかの迷いが，この時期の体験として語られたと考える。［加齢による限界感の自覚］については40歳代以降で語られた。岡本[7]は，中年期の心理的変化について40歳代では，体力の衰えなど身体感覚の自覚を対象者すべてが感じているとの結果を報告しているが，これらの体験は，加齢の自覚と，看護職の仕事の特徴として，夜勤など不規則な勤務形態に加え，身体的ケアにより自分の体に負担がかること，またミスが命に直結するなど緊張感の高い仕事であること，医療の高度化や，病院システムの電子化などの過渡期にあることなどにより起こっていると考えられた。岡本[7]は，危機的体験は中年前期と定年退職期など，一定のライフステージに集中して体験されやすいとし，定年退職期には自己の人生の見直しや，生活環境の変化を考え，再方向付けが行われると述べているが，［残りの人生の生き方を問い直す］で語られた体験は，50歳以降において，体力の衰えや仕事の負担感に加え定年が迫ったことを実感して感じる限界感など，人生の問い直しの体験の要因となっていると考えられた。

体験の時期について，Levinson[46]は，男性のライスサイクルモデルは女性にも適応でき，女性の人生の過渡期を予測可能であるとしている。本研究からも，体験の時期は，［仕事への関与の仕方の迷い］［加齢による限界感の自覚］など，《仕事》の領域においては，体験時期，内容など予測可能なものがあることが明らかとなり，《家族》の領域の子育てや介護においてはどの時期にも体験しうることが明らかになった。

２．本研究の限界と今後の課題

研究対象の年齢を35歳未満，35～45歳未満，45歳以上のグループから抽出したため，成人期各年齢層の体験については知ることができた。しかし，職位や家族の状況，看護基礎教育課程等の背景を問わずに選択したため，対象の背景による違いなどは十分に分析できていない。また，個人の体験を体験ごとに分析しており，１人の看護職が発達していくプロセスをとらえていないなどの限界がある。今後の課題は，対象者の背景による体験の特徴や体験が集中している年代の対象に面接し，対象の年代の時代的背景等も考慮したうえで分析し，看護職の発達に影響を与える体験や発達のプロセスをさらに解明することである。

3．看護教育，看護管理への示唆

本研究から，看護職の生涯発達に関連する体験は，仕事に関連する内容が大部分であることから，看護職の生涯発達支援のためには，仕事と関連する危機的体験への支援の重要性が明確にできた。体験の時期や内容で予測可能なものに対しては，危機的体験の起きやすい時期，内容に応じた対応が必要である。また，子育てや介護に関してはすべての年齢層の看護職への支援を考える必要があることが提言できる。各年代に応じたきめ細かい対策が，看護職の成人期の生涯発達の支援につながるものと考える。

Ⅵ．結　　論

生涯発達の観点から，看護職の発達に影響を与える体験は，《仕事》の領域が多く，また《個人》や《家族》の領域においても看護職と関連したものが多く語られた。体験の時期は《仕事》領域の体験など内容により予測可能なものと，《家族》領域の子育てや介護との葛藤などはどの年代でも体験しうるものがあった。また体験は子育てや介護との両立など有職者に共通する内容と，看護職に特徴的な，准看護師と看護師の責任や仕事内容の違いや，看護基礎教育課程の違いに対する思いや，大卒の看護師が増加する状況で，自分の能力に自信が持てないなどの体験があった。それらの有職女性の共通の体験と看護現場の複雑な状況が，看護職の生涯発達に影響していた。

謝　　辞

今回の研究にあたり，お忙しい中，快くインタビューに応じてくださった看護職の皆様には心から深謝いたします。

本研究は愛知県立看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部に加筆修正したものです。修士論文作成にあたり小松万喜子教授，箕浦哲嗣准教授にご指導いただきました。また研究を進めるにあたり，貴重なご助言をいただきました名古屋市立大学人間文化研究科教授後藤宗理先生に厚くお礼申し上げます。

本研究を行うにあたり，大幸財団より学芸奨励生としてご支援いただきました。

要　　旨

本研究の目的は，生涯発達の観点から女性看護師の成人期における危機となる「体験」の内容や時期の解明である。病院に勤務する20歳代から50歳代の看護師19名を対象に半構成面接を行った。体験を抽出してカテゴリー化し，さらに《個人》《家族》《仕事》の領域に分類した。分析の結果，看護職の発達に影響を与える体験は，《仕事》の領域が半数で，《個人》や《家族》の領域においても仕事と関連したものが多く語られた。体験の時期は《仕事》領域の体験では内容により予測可能な体験が多く，《家族》領域の子育てや介護との葛藤などは，どの年代でも体験されていた。また体験は有職者に共通する子育てや介護との両立などの内容と，看護職に特徴的な准看護師と看護師の責任や仕事内容の違いや，大学卒の増加など看護基礎教育課程の違いなどの内容があった。有職女性の共通の体験と看護現場の複雑な状況による体験が，女性看護師の生涯発達に影響していた。

Abstract

This study examines crisis-causing adult experiences and their timing for female nurses from the perspective of life span development. Semi-structured interviews were conducted with 19 nurses in their twenties to fifties who were working in hospitals. Their experiences were categorized into personal, family, and work areas. The analysis indicated that approximately half the experiences affecting nurse development were related to work. Even personal and family experiences are often work-related. As for the timing, work experiences are often predictable, while family experiences, including the struggles of child-raising and caring for elderly parents, are experienced by all age groups. Some experiences are common to many working women, such as balancing work, child-raising, and caring for elderly parents, while some experiences are unique to nurses. The latter includes the differences in responsibilities and work roles between nurses and assistant nurses, and the changes in basic nurse education with college-educated nurses increasing. Both experiences common to many working women and experiences unique to nurses' complicated situations affect the life span development of female nurses.

文　献

1）Erikson, E. H, 仁科弥生訳：幼児期と社会Ⅰ, 317-353, みすず書房, 東京, 1977.
2）前掲１), 348
3）やまだようこ：生涯発達を捉えるモデル，無藤隆，やまだようこ編：講座生涯発達心理学１生涯発達心理学とは何か，理論と方法．57-59, 金子書房,東京,1995.
4）高橋恵子，波多野誼余夫：生涯発達の心理学，１，岩波新書，東京, 1990.
5）宮下一博：Rasmussenの自我同一性尺度の日本語版の検討，教育心理学研究, 35(3), 64-69, 1987.
6）中西信男，佐方哲彦：成人期の同一性発達に関する研究（1）(2), 日本心理学会第51回発表論文集, 549-550, 1987.
7）岡本祐子：中年期の自我同一性に関する研究，教育心理学研究, 33, 295-306, 1985.
8）岡本祐子：成人女性の自我同一性発達に関する研究，広島中央女子短期大学紀要, 28, 7-26, 1991.
9）杉村和美：現代女性の中年期－アイデンティティの視点から－, 発達, 54, 37-44, 1993.
10）伊藤裕子：ジェンダーの発達心理学, 80-82, ミネルヴァ書房, 京都,. 2000.
11）岡本祐子：成人期における自我同一性ステイタスの発達経路の分析, 教育心理学研究, 34(4), 352-358, 1986.
12）高橋正樹：自伝的記憶はどのように形成されるのか？－ライフイベント研究からのアプローチ－，社會科學研究，54(4), 59-74, 2003.
13）杉浦健：生涯発達における転機の語りの役割について，教育論叢, 12(2), 1-29, 2001.
14）岡本祐子：アイデンティティ生涯発達論の射程，17，ミネルヴァ書房，京都, 2002.
15）小笠原昭彦，鈴村初子：看護短期大学学生の自我同一性地位と対人関係．時間的展望および職業選択の関連，名古屋市立大学看護短期大学部紀要，９, 87-96, 1997.
16）松下由美子，内海滉他：看護学生の自我同一性に関する研究－自我同一性テストの検討（第３報), 日本応用心理学会第58回大会発表論文集, 138-139, 1991.
17）柴田久美子：看護婦・士の職業同一性形成に関する研究，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，25, 315-321, 2000.
18）草刈淳子：看護者のライフコースとキャリア発達に関する実証的研究, 看護研究, 29(2), 31-46, 1996.
19）小西友七，南出康世：ジーニアス英和辞典，第３版，大修館書店，東京, 2001.
20）岩波書店辞典編集部編：広辞苑（第５版), 岩波書店，東京, 2004.
21）Erikson, E.H, 岩瀬庸理訳：アイデンティティ　青年と危機, 119, 金沢文庫，東京, 1973.
22）前掲21), 5
23）前掲１), 348
24）前掲14), 56
25）杉浦健：生涯発達における転機の語りの役割について，教育叢書, 12(2), 1-29, 2001.
26）グレッグ美鈴，池邉敏子，池西悦子他：臨床看護師のキャリア発達の構造, 岐阜県立看護大学紀要, 3(1), 1-7, 2003.
27）松崎友世，本間道子，看護職者の職業アイデンティティについての組織心理額的視点からの検討－看護師・准看護師の相互認識・満足度を通じて－：看護研究, 38, 239-251, 2005.
28）吉澤利枝：看護職の考える「キャリア」に関する実態調査，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，25, 330-337, 2000.
29）森岡多栄子，瀬戸口要子，阪井眞利子，松原幸子：看護師の仕事に対する意識調査－専門性・自己実現の意識についての検討－第34回看護管理, 6-8, 2003.
30）鶴田早苗，草刈淳子：中堅看護師の事例から見た看護師のキャリア発達と女性のライフサイクル，第17回看護管理, 146-148, 1986.
31）大谷則子：看護管理者における職業同一性の発達過程における研究，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，23, 254-259, 1998.
32）総務省統計局サイト内「平成18年度生活基本調査」性（妻・夫）有業・無業・家族類型別仕事と家事時間（週平均）http://www.stat.go.jp/data/shakai/2006/index.htm
33）日本労働機構：「育児や介護と仕事の両立に関する調査」報告書, 2003. http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/doko/h1507/documents/ikuji.pdf
34）厚生省監修：平成10年度版, 厚生白書, 201, 1998.
35）山本妙子：看護婦（士）のキャリア開発に対する意識と行動の現状とキャリア・ディベロップメント・プログラムを用いた評価方法の必要性に対する意識の実際について，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25, 338-344, 2000.
36）前掲１), 344
37）柏木恵子，若松素子：「親になること」による人格発達－生涯発達的視点から親を研究する試み，発達心理学研究，5(1), 72-83, 1994.
38）岡本祐子：中年からのアイデンティティ発達の心理学．ナカニシヤ出版, 134, 1997.
39）臼杵たみ子，池田哲代，木下順子，山田悦子：看護職員のキャリア開発に対する意識と行動，第34回，看護管理，210-212, 2003.
40）三崎いずみ，岡本祐子：高齢者介護体験による介護者の成長・発達に関する研究、成人女性のアイデンティティの発達過程と危機様態に関する研究－ケア役割を担うことによるアイデンティティの危機と発達－平成７・８・９年度文部科学省科学研究補助金研究成果報告書, 53-72, 1997.
41）西村純一：生涯発達心理学の見地からみた中高齢者の職業意識，月刊人事労務，８月号, 15-21, 2006.
42）松下由美子，柴田久美子：新卒看護師の早期退職に関わる要因の検討－職業選択動機と入職半年後の環境要因を中心に－, 山梨県立看護大学紀要，６, 65-71, 2004.
43）国眼真理子：女性の職業意識の発達：青年期中期から中年期へ, 日本教育心理学会総会発表論文集, 41, 319, 1999.
44）永野光子，舟島なをみ：臨床看護婦・士の自己教育力と看護婦・士特性との関係，順天堂医療短期大学紀要，13, 1-10, 2002.
45）鈴木美和，定廣和香子，舟島なをみ：看護職者の職業経験に関する研究－病院に勤務する看護婦に焦点を当てて－，看護教育学研究, 10(1), 43-56, 2001.
46）Levinson, D.J: The Seasons of a Woman's Life. New York, Alfred A Knoph., 413-421, 1996.

平成20年10月20日受　付
平成21年８月20日採用決定

－原　著－

早期関節リウマチ患者の発症以降の心理過程と療養行動

Psychological Process and Therapeutic Behavior of Patients with Early Rheumatoid Arthritis from Onset

草　場　知　子
Tomoko Kusaba

キーワード：早期関節リウマチ，心理過程，療養行動，リハビリテーション
Key Words：early rheumatoid arthritis, psychological process, therapeutic behavior, rehabilitation

Ⅰ．緒　言

関節リウマチ（Rheumatoid Arthritis：以下，RAと略す）は関節の疼痛と変形を主徴とする全身性の炎症性疾患で，多くが寛解と再燃を繰り返しながら徐々に進行する。RAの原因は未だ明らかではなく，現在，日本におけるRA患者数は70万人と推定されている[1)]。RAは疼痛や拘縮，変形による関節可動域の制限や筋力低下などの機能障害を生じ，日常生活動作（以下，ADLと略す）の著しい低下を引き起こす。平成16年度の厚生労働省の国民生活基礎調査[2)]によると，介護が必要となった原因疾患として脳血管疾患25.7％，高齢による衰弱16.3％に次いで，RAは認知症，骨折・転倒とほぼ同じく10％台であり，寝たきり要因のひとつとなっている。

RAの臨床経過は多様であるが，発症後２年以内に関節破壊が最も急速に進行することが報告されている[3)]。近年，抗リウマチ薬や生物学的製剤が開発され，発症早期からこれらの薬剤を使用することにより関節破壊を遅延・抑制することが可能となってきており，RAの早期診断，早期治療の重要性[4)]が強く叫ばれている。RA患者の基本的な治療目標は，このような薬物療法によるRAの活動性のコントロールに併せて，疼痛の軽減やADLの拡大・維持を目指し，発症早期からリハビリテーションを行なうことである[5)]と言われている。椎野[6)]はRAの早期診断・早期治療の考えに伴い，リハビリテーションにおいても“出来上がった障害”に対する運動療法ではなく“障害を作らないための運動療法”として早期から運動療法を実施することが重要であると述べている。

しかしながら，2005年リウマチ白書[1)]によると「リハビリをしていない人」は59.1％であり，理由として「リハビリについて医師から指導を受けていない37.1％」，「特に必要性を感じていない36.7％」，「指導してくれるPT・OTがいない17.3％」という意見が多く，RA患者のリハビリテーションに対する意識は十分でない現状が窺える。また，先行研究においてRA患者の関節破壊による疼痛や機能障害の進行と抑うつなどの神経的症状の発症およびQOLの低下は関連性があることが明らかとなっており[7－10)]，さらに慢性疾患患者の疾患や障害の受容は，その患者の闘病意欲や自己管理行動に影響を及ぼすといわれている[11)]。このことからも，看護者はRAと診断された患者の心理状態を理解し，患者の疾患や障害の受容過程に応じたリハビリテーションの支援をしていくことが重要な役割であると考える。

しかし，これまでのRA患者のリハビリテーションに関する研究は，医師，理学療法士，作業療法士による罹病期間が長く機能障害が重度の症例に対する量的な研究が主であり[12－14)]，発症早期にあるRA患者の心理過程を捉え，療養行動に対する認識や行動について明らかにした報告は見当たらない。早期RA患者の発症後の心理過程とそれに伴う療養行動を明らかにすることは，早期RAへの理解を深めることができ効果的な心理的支援や患者指導など看護実践への示唆が得られるものと考える。

そこで，本研究は，発症早期にあるRA患者への効果的な支援方法を見出すために，早期RA患者の発症後の心理過程とそれに伴う療養行動を明らかにすることを目的とした。

Ⅱ．研究方法

１．研究デザイン

本研究は，早期RA患者の心理過程の特徴を明らかにするための質的帰納的研究である。

２．対象

某医療機関のリウマチ科外来に通院しているRA患者のうち，①関節炎症状出現から１～２年以内，②Steinbrocker's の病期分類がstage Ⅰ～Ⅱ（初期～中等度），③機能障害度分類がClass １～２以下，の３条件を満たしている早期RA患者９名とした。対象者の選定は主治医（リウマチ専

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

門医）に依頼した。

３．調査期間

平成18年７月31日～９月12日

４．データ収集方法

面接調査と診療録からデータ収集を行った。面接によるデータ収集は，研究者が半構成的面接法を用いて行なった。日時は対象者の希望に従い決定し，場所はプライバシーが保護されること，静かな環境であることに配慮して設定した。面接回数は原則として１回とし，面接時間は１人あたり40分程度とした。

対象者の心理問題やそれに伴う療養行動を明らかにするため，以下のようなインタビューガイドを作成して行った。内容は，「RAの発症から現在に至るまでの過程で体験した思い」，「発症から現在に至るまでの療養行動」，「運動療法に対する認識と取り組み」「将来に対する思い」であり，発症した時の思いから現在の思い，そして将来への思いを引き出せるようにした。

面接内容は，対象に同意を得た上でICレコーダー（OLYMPUS Voice Trek V-40）に録音し，面接後速やかに逐語記録を作成した。録音に際しては，ICレコーダーを対象者の視野に入らない位置に設置し，録音に同意が得られなかった場合は，承諾を得てメモに速記した。また，フィールドノートには対象者の非言語的な反応や観察事項を記録し，分析上の参考データとした。

診療記録からは，対象者の年齢，罹病期間，診断時期，Steinbrocker's Stage，class，手術歴，治療薬剤，関節症状，RAの炎症活動性のコントロール状態の良否を示すCRP・赤沈などの血液検査データ，合併症に関する情報を補足データとして収集した。血液検査データは，面接当日または面接日に最も近い日のデータとした。炎症活動性のコントロール状態は，関節症状や血液検査データから主治医による判断とし，良好・中等度・不良で分類した。

５．分析方法

録音及び筆記した面接内容から逐語記録を作成した。逐語記録から，早期RA患者の発症前後の心理と療養行動の変化に関連のある内容を抽出し，データとした。抽出したデータを切片化し，対象者の心理と療養行動についての意味内容を忠実に残すよう整理しコード化した。対象者ごとに，類似していると判断したコードを集めて１次コードを作成した。１次コード間のまとまりをカテゴリー化し，全対象者のカテゴリーを類似と差異の視点で比較検討し，類似しているカテゴリーごとに集め，サブカテゴリー，カテゴリーへと体系化した。さらに，カテゴリー間の関連性について検討し，早期RA患者が辿る心理と療養行動について，全体における位置づけを検討し図式化した。分析の過程では常にデータと照らし合わせながら進めた。

６．信頼性と妥当性の確保

データの分析過程においては，質的研究法について経験のある研究指導者からスーパーバイズを受けながら進めた。また，RA患者の看護経験のある看護師２名に，適宜，分析結果を提示し，対象の体験が理解可能かについて確認し，助言を受けた。RA患者の入院病棟及び外来での臨床経験年数はそれぞれ８年，14年である。また，可能な限り対象者に面接後の外来受診日に，面接内容やデータの解釈について誤りがないかを確認し，分析内容の信頼性・妥当性を確保するように努めた。

７．用語の定義

１）早期RA患者

現在，RAの診断法として1987年アメリカリウマチ学会（ACR）改訂RA分類基準が世界的に用いられているが，発症早期のRA患者の診断には感度が低く適さないとして，本邦では日本リウマチ学会と厚生省早期リウマチ疫学調査研究班から２つの早期RAの診断基準が提唱されている[15]。しかし，ともに十分な診断基準ではなく，世界的にも未だ正確な早期RAの定義がないのが現状である。本研究では，江口ら[4]に準じ，早期RA患者を「関節炎症状出現から１～２年以内とし，1987年ACR改訂RA分類基準に合致するもの」とした。

２）心理過程と療養行動

本研究における心理過程とは「RAの発症によって生じた様々な心理的反応が，時間と共に変化していく過程」とした。また，療養行動とは「RAの発症による身体症状やそれに伴う日常生活の変化に対し，患者自身が緩和あるいは維持に向けて主体的に行う行動」とした。

３）運動療法

理学療法士（physical therapist：以下，PT），作業療法士（occupational therapist：以下，OT）がリハビリ医の処方のもとに行う運動療法だけでなく，患者が自宅で行う自己訓練を含める。具体的内容は関節可動域訓練，筋力増強訓練，持久力訓練などであり，他動運動，自動介助運動，自動運動によって行う運動とした。

８．倫理的配慮

対象者には，研究者が研究の趣旨を文書および口頭にて説明し，研究参加の同意を得た。また，診療録を閲覧することの同意も得た。

説明内容は，研究への参加は自由意思であること，面接途中でも参加の中断ができること，参加を取りやめることによって対象者への不利益は生じないこと，プライバシーおよび匿名性の確保，収集したデータは本研究以外の目的には使用しないこと，録音した内容は研究終了後に速やかに消去すること，データの管理・処理について漏洩がないよう十分注意すること，対象者から研究内容や結果につい

ての問い合わせがあった場合には説明を行なうことなどについて説明し，書面にて同意を得た。

本研究は，久留米大学倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ．結　　果

１．対象者の背景（表１）

対象者は，男性１名，女性８名の計９名で，平均年齢は55.0±7.6歳（±標準偏差）であった。罹病期間は，５ヶ月～16ヶ月（平均12.9±4.1ヶ月），関節炎症状出現（発症）からRAの確定診断までの期間は１ヶ月～５ヶ月間（平均2.8±1.4ヶ月），診断から面接調査時までの期間は３ヶ月～15ヶ月（平均9.3±4.5ヶ月）であった。対象者の全員がRAによる入院歴や手術歴はなかった。調査時のSteinbrocker's StageはStage Ⅰが６名，Stage Ⅱが３名であり，class １が２名，class ２が７名であった。主治医の診断によるRAの活動性のコントロール状態は，良好５名，中等度２名，不良２名であった。

２．時間経過別にみた早期RA患者の心理過程と療養行動

対象者の語りを比較分析した結果，早期RA患者がRAの発症後に経験した心理として12カテゴリーと38サブカテゴリーが抽出された（表２）。また，早期RA患者の発症以降の心理過程と療養行動は，図１のように時間経過と病状の進行によって構造化された。

早期RA患者は，発症前はRAについて【見聞きした経験はあるが無関心】であったという『RAと無関係の時期』があり，発症後は痛みやこわばりなどの出現に対して【得体の知れない症状への不安】を抱き，【不安を伴う痛みの辛さ】があったことや【日常生活の不自由さと役割葛藤】を体験しており，『症状の始まりと混乱の時期』へと移行していた。さらに，RAと診断されたことによって【思いもよらぬRAにショック】を受け，【同病者と自己の将来像が重なる恐怖】を感じたり，【RAであることを否認】するという『落胆・苦悩する時期』を体験していた。また，

表２　早期RA患者の発症以降の心理のカテゴリー

	カテゴリー（12）	サブカテゴリー（38）
1	見聞きした経験はあるが無関心	健康体で病気とは無縁
		日常的保健行動に関心を向ける
		身近で見聞きした経験
2	得体の知れない症状への不安	突然出現した症状に対する不安
		RAを否定された安心感
		広がる痛みへの不安
3	不安を伴う痛みの辛さ	痛みの辛さ
		自分の体がどうなるのかという不安
		他者にわかってもらえない辛さ
4	日常生活の不自由さと役割葛藤	痛みによる日常生活の不自由さ
		趣味・活動への参加制約と交友関係の希薄化
		家庭・社会における役割遂行の葛藤
		家族の援助は有難い
5	思いもよらぬRAにショック	RAと診断されショック
		思いもよらないRAへの罹患
		原因は今までの生活にあると考える
6	同病者と自己の将来像が重なる恐怖	RAは治らない怖い病気
		同病者から想像した自分の将来像への恐怖感
7	RAであることを否認	納得がいかない
		病気を受け止められない
		病気を人に知られたくない
		自分だけがRAになり不平等
8	自分に合う医師・治療と出会えた喜び	信頼できる病院・医師に出会えた喜び
		自分に合う薬剤への期待
9	痛みと不自由さからの解放感	痛みの消失と日常生活動作拡大の喜び
		寛解により得られた安堵
10	療養への前向きな気持ち	病気は仕方がないと諦念
		療養法に対する知識不足
		情報提供の願望
		同病者との対話の希望
11	先行きに対する不安	痛みの再燃への恐怖
		症状悪化に伴う機能障害への不安
		家族に迷惑をかけたくない
		薬剤の副作用の不安
		子供への遺伝の心配
12	将来への希望	RAの原因究明と治療への期待
		趣味・活動への参加意欲の向上
		気持ちの切り替え

表１　対象者の背景

対象	年齢	性別	罹病期間	診断後の期間	Stage	Class	活動性のコントロール状態＊	就業	家族構成
A	50代	女性	５ヶ月	３ヶ月	Ⅰ	2	不良	あり	夫
B	60代	男性	６ヶ月	３ヶ月	Ⅰ	2	不良	なし	子供
C	40代	女性	12ヶ月	８ヶ月	Ⅰ	1	良好	あり	夫・子供
D	60代	女性	11ヶ月	７ヶ月	Ⅰ	2	良好	あり	夫
E	40代	女性	13ヶ月	11ヶ月	Ⅱ	2	中等度	なし	夫・子供
F	60代	女性	13ヶ月	10ヶ月	Ⅱ	2	良好	なし	夫
G	60代	女性	16ヶ月	15ヶ月	Ⅱ	2	中等度	なし	夫
H	50代	女性	16ヶ月	12ヶ月	Ⅰ	2	良好	あり	夫・子供
I	40代	女性	16ヶ月	15ヶ月	Ⅰ	1	良好	あり	夫・子供

＊RAの炎症活動性のコントロール状態：関節症状，CRP値，赤沈値などを参考に主治医の診断によるもの。

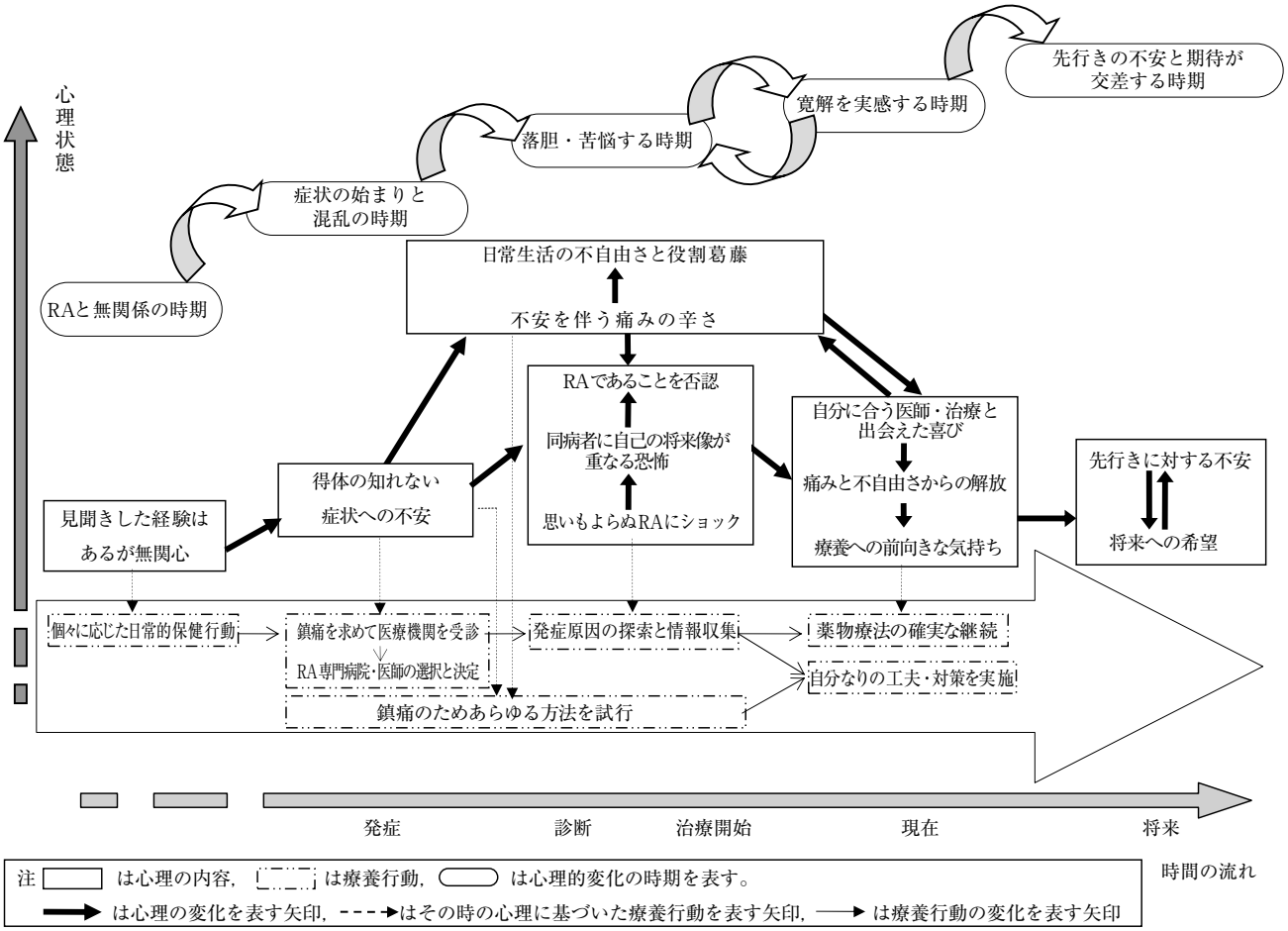


図１　早期関節リウマチ患者の発症以降の心理過程と療養行動

治療開始後，【自分に合う医師・治療と出会えた喜び】や【痛みと不自由さからの解放】を経験しており，【療養への前向きな気持ち】を感じるという『寛解を実感する時期』へと移行していた。しかし，これらの心理は，必ずしも一方向に変化するとは限らず，痛みが再燃すると再び【不安を伴う痛みの辛さ】や【日常生活の不自由さと役割葛藤】を経験しており，『落胆・苦悩する時期』と『寛解を実感する時期』を行き来していた。さらに，早期RA患者は【療養への前向きな気持ち】がありながらも，今後については【先行きに対する不安】と【将来への希望】の両方を抱いており，『先行きの不安と期待が交差する時期』へと移行していた。

以下，導き出された各カテゴリーとそれを構成するサブカテゴリーについて述べる。文中では，抽出されたカテゴリーを【　】，カテゴリーを構成するサブカテゴリー［　］で示し，コードの一部を「　」ゴシック体で表した。

1）第１カテゴリー【見聞きした経験はあるがRAとは無関係】

このカテゴリーは，［健康体で病気とは無縁］［日常的保健行動に関心を向ける］［身近で見聞きした経験］という３つのサブカテゴリーから構成された。

早期RA患者は，**「RAになる前は全く病気をしたことはなかった」**と，病気の体験や病気を意識することなく生活しており，［健康体で病気とは無縁］であったことを語っていた。また，この時期について，**「RAになる前は年齢的に健康管理が必要と思ってエアロビクスに通っていた」**など，個々の健康状態に応じて健康の維持・増進を目的に運動するという［日常的保健行動に関心を向ける］生活をしていたことを語った。

対象者の全員が，親族，友達，職場など身近にRAに罹患した人が存在し，**「同級生が30年近くRAで手が変形している。その友達がいたからRAについては大体知っていた」「テレビや人からRAは痛みや手が変形する病気と聞いたことはあった」**という，これまでにRAについて［身近で見聞きした経験］があることを語った。しかし，RAに罹患した身近な人と接した経験はあっても，自分はRAとは無関係であると捉えていたことを語った。

これらのことから，発症前は自己の身体について年齢相応の関心を向けており，RAについて見聞きはしたことはあっても，自分とは無関係であると意識していたという心理状態が明らかとなり，【見聞きの経験はあるがRAとは無関係】と表した。

２）第２カテゴリー【得体の知れない症状への不安】

このカテゴリーは，［突然，出現した症状に対する不安］［RAを否定された安心感］［広がる痛みへの不安］の３つのサブカテゴリーで構成された。

早期RA患者は，普段と変わらない生活の中で突然，関節の痛みやこわばりを体験していた。また，その症状の原因は加齢や過剰な運動などにあるのではないかと認識しており，「ゴルフのしすぎと思っていた。あまりにも痛くなったので近くの整形外科を受診した」「痛みやこわばりが続くので変だと思った」という［突然，出現した症状に対する不安］が語られた。

さらに，対象者全員が，痛みが持続するため徐々にRAではないかと疑問を持ち始めたり，鎮痛を求めて医療機関を受診していたがRAではないと診断され，「RAと違うと言われて安心した」という［RAを否定された安心感］があったことが語られた。

しかし，RAは否定されたがRA以外の疾患と診断されたことや確定診断がつかず「何軒か病院を回ったがRA反応は出ていないと言われた。でも，関節炎が治らないため，何故だろうと気になった」「この痛みが何なのか不安だった」という，［広がる痛みへの不安］を感じたことが語られた。早期RA患者は，強い［広がる痛みへの不安］があったため，家族や友人・職場の同僚など他者に病気について相談し，新たなRAの専門病院や医師を探して変更するという行動をとっていた。

このように，突然，発症した激しい痛みへの不安な気持ちや鎮痛を求めて医療機関を探す行動などから，【得体の知れない症状への不安】と表した。

３）第３カテゴリー【不安を伴う痛みの辛さ】

このカテゴリーは，［痛みの辛さ］［自分の体がどうなるのかという不安］［他者にわかってもらえない辛さ］の３つのサブカテゴリーから構成された。

関節の炎症や組織の破壊によって生じる激しい痛みにより，苦悩する日々を過ごしたことが語られ，「何ヶ月も痛みが続いて寝られなかった。あの痛さは耐えられなかった」「痛みは辛くて苦しかった（流涙）」など，その痛みは計り知れないものであったという［痛みの辛さ］が語られた。また，何とかして疼痛を取り除きたいという思いから，鎮痛を図るためにあらゆる方法を試行したことが語られた。

また，早期RA患者は，「痛くて自分の身体は一体どうなるのだろうと不安だった」という痛みが徐々に増強することや持続することによって心身共に疲労し，［自分の体がどうなるのかという不安］があったことを語った。

さらに，その痛みは他者に理解されにくく，早期であるため外見上の変化がなく健康に見えるため健常者と同じように振舞われたことで「あの痛みは経験した人でないと分らない」「痛みがあって出来ないのに，見た目ではわからないため“仮病だ”と言われてショックだった」など［他者にわかってもらえない辛さ］を経験したことが語られた。これらのことから，発症時の関節炎症状は身体的苦痛だけでなく精神的にも苦痛をもたらし，心理面へ様々な影響を及ぼしていたことが明らかとなり，【不安を伴う痛みの辛さ】と表した。

４）第４カテゴリー【日常生活の不自由さと役割葛藤】

このカテゴリーは，［痛みによる日常生活の不自由さ］［趣味・活動への参加制約と交友関係の希薄化］［家庭・社会における役割遂行の葛藤］［家族の援助は有難い］の４つのサブカテゴリーから構成された。

早期RA患者は，激しい痛みや腫脹・こわばりなどにより，「雑巾絞りやズボンを上げ下げすることが出来なくて不自由だった」「痛みでトイレが一人で出来なかった。人の手を借りなければいけなかったことが，辛くて情けなかった」という，今まで出来ていた移動や排泄，更衣などの日常生活動作に支障をきたしたことによって［痛みによる日常生活の不自由さ］を感じたことを語った。

また，これらの症状によりこれまでの趣味や社会活動にも支障をきたし，「手の痛みで趣味のレース編みが出来なくなった」「地域の役割ができなくなって辛かった」「友達と付き合えなくなって悔しい」という，［趣味・活動への参加制約と交友関係の希薄化］が生じたことを語った。

さらに，日常生活動作が不自由となり家族の援助を受けざるを得なくなったが，支援してくれる家族に対して感謝の気持ちがあり，「夫に申し訳なかった。でも，夫は家事を手伝ってくれた」「洗い物や買い物ができず，夫に手伝ってもらった。夫は無理するなと言ってくれて嬉しかった」など，家族に対して申し訳なさを感じながらも［家族の援助は有難い］という気持ちがあったことを語った。

対象者９名のうち８名は女性で，RAになったことで母親または妻としての役割が果たせなかったことを語っており，さらに対象者の１名は男性であったが健康問題のある子供と２人暮らしのため本人が家事全般を担っており，女性対象者と同様の心理があった。全員が「子供がまだ小さいため寝込む訳にはいかなかった」「ちょうど子供の進学の時期にRAになり，進路や生活が変わって申し訳なかった」という［家庭・社会における役割遂行の葛藤］を体験したことを語っていた。

これらのことから，痛みにより日常生活動作や家庭及び社会での役割が遂行できず苦悩する心理を【日常生活の不自由さと役割葛藤】と表した。

５）第５カテゴリー【思いもよらぬRAにショック】

このカテゴリーは，［RAと診断されショック］［思いも

よらないRAへの罹患］［原因は今までの生活にあると考える］の３つのサブカテゴリーから構成された。

早期RA患者は，自分の病気がRAではないことを願う中で，医師から確定診断がなされた時，**「“RAは治らない”と言われたときは，目の前が真っ暗になり，何とも言えない気持ちだった」**と，大きな衝撃を受け落胆しており［RAと診断されショック］を受けたことが語られた。

さらに，RAに罹患している人をテレビ等では見たことはあっても身近にいないことで**「うちの家系にRAはいなかったので，まさかRAになると思わなかった」**という［思いもよらないRAへの罹患］であったことを語った。また，病気の発症は，ストレスや疲労，過剰なスポーツ，感染，女性ホルモンの影響，遺伝などが原因ではないかと推測しており，**「RAの原因は，仕事のストレスが一番大きかったのかなと思う」「叔母，いとこ，妹もRAになっているため遺伝と思った」**という［原因は今までの生活にあると考える（た）］ことが語られた。また，この時期は，RAの原因や病態についてインターネットや書籍，RAに罹患した親族や友人から発症原因の探求や情報収集をしたことが語られた。

これらのことから，思いがけずRAになりショックを受け，落胆する中で，今までの自己の生活の中からRAの原因を探し出したという心理が明らかとなり，【思いもよらぬRAにショック】と表した。

６）第６カテゴリー【同病者と自己の将来像が重なる恐怖】

このカテゴリーは，［RAは治らない怖い病気］［同病者から自分の将来像を想像した恐怖感］の２つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は，医師の説明やインターネット・書籍などから発症原因を探求する中で，**「RAは変形したり，歩けないようになったり，寝たきりになる病気だから，恐ろしい」「RAは治らない，悪化するというイメージがあった。怖かった」**という，RAが原因不明で寛解と再燃を繰り返す疾患であるため，疾患に対して否定的なイメージや感情を抱き，［RAは治らない怖い病気］という心理状態であったことを語った。

また，親族や友人など身近なRA患者や外来受診時にRA患者を見たり話をすることにより，**「RAの患者さんを見ていて，自分も指が曲がったりするのかなと思った。変形は治らないのかなと思った」「RAの人を見ていると自分も変形したり，同じようになるのかと不安になる」**という［同病者から自分の将来像を想像した恐怖感］が生じたことが語られた。

早期RA患者は，様々な情報源や重度のRA患者を目の当たりにしたことにより，自己の身体の将来像を浮かべ恐怖感を抱いた経験をしており，これらの心理は【同病者と自己の将来像が重なる恐怖】と表した。

７）第７カテゴリー【RAであることを否認】

このカテゴリーは，［納得が行かない］［病気を受け止められない］［人に知られたくない］［自分だけがRAになり不平等］の４つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は，自分が病気になった原因を探求しても明らかにならず，**「突然，何故，自分がRAになったのだろう」「今でも自分はRAとは違うと思って納得していないところがある。まだ受け入れられない部分がある」**という，［納得が行かない］心理状態があったことを語った。

また，［RAは治らない怖い病気］という心理に関連して，**「RAであることは周りには知られたくない」「家族には言ったけど他の人には言っていない」**という，周囲に知られたくないという思いや病気である自分を隠し偽るなど［人に知られたくない］気持ちがあることが語られた。

さらに，［痛みの辛さ］や［痛みによる日常生活の不自由さ］から周囲に対する苛立ちや怒りがあり，**「今からいい時期だと思っていた矢先に病気になって不公平だと思う。なんで自分だけがと思う」「何故，自分ばかり病気をするのだろう」**という，RAになったことを否定的に捉え，［自分だけがRAになり不平等］と感じたことが語られた。

このような，RAという病気を受け入れられない複雑な心理状況を【RAであることを否認】と表した。この心理は，RAと診断された時期だけでなく，薬物治療開始後の寛解を実感している時期でも抽出された。

８）第８カテゴリー【自分に合う医師･治療と出会えた喜び】

このカテゴリーは，［信頼できる病院・医師に出会えた喜び］［自分に合う薬剤への期待］の２つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は，RA発症時，鎮痛を求めて医療機関を受診したが改善せずに苦悩する時期があったが，ようやく現在の医療機関で治療が開始され，徐々に症状が緩和してきたことで**「先生を信じて，この病院に来てよかった」「この病院に来て日に日によくなっているので助かっている」**という，現医療機関や主治医に対する感謝の気持ちや喜びがあり，［信頼できる病院・医師に出会えた喜び］が語られた。

また，薬物療法によって症状が緩和したことから，確実に服薬管理を行っていることが語られた。特に，RAの活動性のコントロールが良好な者は，現在処方されている薬物に完治を期待しており，またコントロールが不良の者も早期に効果が表れることを期待しており，**「何個か薬を試されたけど，今の薬が自分に合っていて調子がいい」「今度の薬が効いてくれたらいいな」**という，［自分に合う薬剤への期待］が強いことを語った。

これらのことから，信頼できる病院・医師と出会いや自分に合う薬剤を投与されることによって寛解に向かってい

ることを実感したことが明らかとなり，これらの心理体験を【自分に合う医師・治療と出会えた喜び】と表した。

9）第９カテゴリー【痛みと不自由さからの解放感】

このカテゴリーは，［痛みの消失と日常生活動作拡大の喜び］［寛解により得られた安堵］の２つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は，治療により症状が安定するに従い，**「今は痛みもなく，仕事や家事にも支障はない」「痛みがなくなり，また運動ができるようになったので嬉しい」**という，発症時の激しい痛みや日常生活の不自由さが消失し［痛みの消失と日常生活動作拡大の喜び］があったことを語った。また，疼痛が軽減し，元のような日常生活を送ることができるようになったことで，徐々にRAという病気に対する不安も軽減していき，**「痛みがなくなったら病気の心配もなくなった」**という［寛解により得られた安堵］が得られたことを語った。

これらのことから，治療が開始され痛みが軽減し，日常生活の不自由さから解放され安堵した心理が明らかとなり，【痛みと不自由さからの開放感】と表した。

10）第10カテゴリー【療養への前向きな気持ち】

このカテゴリーは，［病気は仕方がないと諦念］［療養法に対する知識不足］［情報提供の願望］［同病者との対話の希望］の４つのサブカテゴリーから構成された。

早期RA患者は，時間経過や寛解とともに自分がRAであることを徐々に受け止めようとしており，**「RAになったことを少しずつ認めているところ」**という，［病気は仕方がないと諦念］している心理が語られた。

また，自分なりに食事や休息に気をつけたり運動を心がけたりしているが，症状の悪化防止もしくは現状を維持するための具体的な療養方法が解らず手探りの状態であり，**「初期の人が何をどんな風に気をつけていいか分からない」「医師や看護師から運動療法について言われたことがない」「運動の方法がわからない」**など，［療養法に対する知識不足］を経験したことを語った。対象者は，指関節の屈曲伸展運動や足関節の底屈背屈，内反外反など，主に最初に関節炎症状が出現した部位や現在も疼痛がある関節を中心に運動を行っていたが，運動の頻度や量，留意点などについては知識がなく，運動の未実施や継続の困難さを語った。さらに，【痛みと不自由さからの開放感】から運動は不要と判断し，実施していないことも語られた。

早期RA患者は，自分なりに症状の緩和や機能の悪化防止に向けて工夫・対策を実施しているが，**「より多く情報を集めたい」「運動の必要性や具体的な方法についてもっと知りたいと思う」**という［情報提供の願望］があることを語っていた。

さらに，罹病期間が長く重度のRA患者を見たことで【同病者と自己の将来像が重なる恐怖】があったが，この時期には**「自分と同じ若い年代の患者に会ったことがないので余計に心配。その人たちの話を聞きたい」「軽度の患者さん達がどのように生活しているのか話しを聞きたい」**など，自分と同年代の発症早期の患者に具体的な生活の仕方や経験を聞きたいという［同病者との対話の希望］があることを語っていた。

これらのことから，症状が寛解に向かう中で，RAであることを受容しながら更なる改善を求めて療養に関する情報を得たいと思う心理を【療養への前向きな気持ち】と表した。

11）第11カテゴリー【先行きに対する不安】

このカテゴリーは，［痛みの再燃への恐怖］［症状悪化に伴う機能障害への不安］［家族に迷惑をかけたくない］［薬剤の副作用の不安］［子供への遺伝の心配］の５つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は，徐々にRAが寛解と再燃を繰り返す疾患であることを理解する中で，再び発症当時の激しく持続する痛みが訪れるのではないかと不安があり，**「いつ，あの時のような痛みがくるかわからないから不安」「更年期になった時に，症状が強く出るのではないかと心配」**など，［痛みの再燃への恐怖］を抱いていた。

対象者全員，今後の自分について痛みや変形の悪化・進行に伴って徐々に活動量が低下し，**「悪化して動けなくなるのが一番怖い。寝たきりや車椅子になりたくない」**など，将来は寝たきりや車椅子の生活になるのではないかという［症状悪化に伴う機能障害への不安］があることを語った。さらに，過去の痛みや日常生活の不自由さの体験から，今後，他者の援助が必要となった場合を想像し，**「子供達には子供達の人生があるので迷惑かけられない」**など，［家族に迷惑をかけたくない］という心理が語られた。

また，薬物療法が長期化した場合や作用が強い薬剤に変更された場合について**「この先，薬が増えたり，飲み続けないといけないなら肝臓に負担がかからないか心配」**という，［薬剤の副作用の不安］があることが語られた。また，対象者は発症の原因を遺伝や感染と捉えている者が多く，**「家族にうつすのではないかと心配」「自分も妹もRAになったので，娘や孫もRAにならないか心配」**という，［子供への遺伝の心配］があることを語った。

このことから，将来に対する様々な思いを【先行きに対する不安】と表した。

12）第12カテゴリー【将来への希望】

このカテゴリーは，［RAの原因究明と治療への期待］［趣味・活動への参加意欲の向上］［気持ちの切り替え］の３つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は，【療養への前向きな気持ち】を持ちつつも，

今後，RAの特効薬が開発されRAが完全治癒することを強く願っており，「RAの原因を早く解明して，RAが治る薬を作ってほしい」「痛みがあると何もできなくなるので，痛みだけはとってほしい」という［RAの原因究明と治療への期待］を語った。

また，RAの寛解に伴い，再び活動量や活動範囲が拡大した実感と喜びがあり，「これから先，まだいろいろなことをしていきたい」「動けるようになって嬉しい。これからは趣味を見つけたり，おしゃれを楽しみたい」という，今後の活動への希望や夢など［趣味・活動への参加意欲の向上］があることを語った。また，【先行きに対する不安】はあるが，自分の病気を受け止め「あまりマイナスに考えずに，自分は治るんだと希望をもっていきたい」「先の事はそのときになってみないとわからない。出来るだけ前向き考えようと思う」という，将来のことをあまり深く考えずに前向きに生きていこうと［気持ちの切り替え］をしていた心理が語られた。

このように，将来に対する前向きな思いを【将来への希望】と表した。

Ⅳ．考　　察

本研究の結果，早期RA患者の病気の発症以降の心理過程には，『RAと無関係の時期』，『症状の始まりと混乱の時期』，『RAと診断され落胆・苦悩する時期』，『寛解を実感する時期』，『先行きの不安と期待が交差する時期』という時間的な順序をもった５つの時期があることが明らかとなった。また，今回の対象者の罹病期間は５ヵ月から16ヵ月と一律ではなかったが，発症から現在に至る心理過程は同じ経過をたどっており，この５つの段階は発症早期にあるRA患者が辿る心理過程であることが明らかとなった。

今回，早期RA患者はRAと診断され【思いもよらぬRAにショック】を受け，【同病者と自己の将来像が重なる恐怖】を感じたり，【RAであることを否認】していた。早期RA患者は，突然の発病，病名の告知，痛みや日常生活の不自由さとの戦い，療養生活など，RAになったことで今までの生活を大きく修正せざるを得ない状況におかれたと考える。RAのような慢性疾患に罹患した場合，生涯にわたって病気と共に生きていかなければならないため，患者本人の疾患の受容が非常に重要となってくるため，患者がRAであることを受け止め，少しずつ前向きに療養していけるよう援助することが重要であると考える。

また，2005年度のリウマチ白書[1]によると，「現在，つらいこと」は人手を頼むとき（35.8％），激しい痛み（31.8％），冠婚葬祭・近所付き合いができない（30.2％）などが上位をしめており，「現在，不安に思うこと」は悪化・進行（79.3％），日常生活動作の低下（73.8％），薬の副作用や合併症（65.2％）が３大不安としてあげられており，今回の面接でもこれらと同様の苦悩が語られた。対象者全員が，発症当時の【不安を伴う痛みの辛さ】や【日常生活の不自由さと役割葛藤】があり，早期RA患者にとって痛みは耐えがたいものであることがわかった。また，これらの【不安を伴う痛みの辛さ】や【日常生活の不自由さと役割葛藤】は，発症直後の『症状の始まりと混乱の時期』から『寛解を実感する時期』まで持続しており，これらの心理の経過には，個々の病状のコントロール状況が関与しており，短期間で経過する者，長期にわたって持続し経過する者がおり，病状のコントロール状況によってその期間は異なることが明らかとなった。さらに，症状が緩和し，『寛解を実感する時期』へ移行しても，再び悪化することによって『落胆・苦悩する時期』へ後退するなど，決して一定の経過ではなく，痛みによって変動する心理状態があることも明らかとなった。これらのことからも，看護者は，発症から間もない時期にある早期RA患者に対し，個々の病状についてよく観察し，病状の不安定さ伴って変化する心理状態の変化をよく理解して援助していく必要があると考える。また，近年，推奨されているRAの早期診断・早期治療によって，できるだけ早い段階に疼痛やこわばりなど症状を緩和し，早期RA患者の苦痛を軽減していくことが重要であると言える。RA患者は，強い関節の疼痛や機能障害のために精神的ストレスが大きいとされ，うつなどの精神的症状を生じやすいことが明らかとなっている[7),16),17)]。このことからも，疼痛を緩和することは早期RA患者の精神的安定につながり，疾病の受容において重要な援助であると言える。2003年以降，日本でも抗TNF-α製剤を中心とする生物学的製剤が導入されるようになり，RAの寛解も期待ができるようになった。これらの薬剤を用いながら，早期RA患者の疼痛を緩和し，うつなどの神経症状を招かないだけでなく患者の社会参加や役割遂行を活発にし，患者のQOLの向上につなげていく必要があると考える。

早期RA患者は，発症後の間もない期間には【得体の知れない症状への不安】があり，RAと診断された時は【思いもよらぬRAにショック】を受け，自分の状況を解釈できずに怒りや絶望を抱いていた。Wiener[18]は，RAの重症度や兆候，予後が説明しきれないほど多様で予測しがたいことを「不確かさ」とし，RA患者の特徴的な問題のひとつとしている。そして，予測しがたいからこそ恐怖と同時に希望を抱き，民間療法を試みるなどの行動をとると述べている。また，野川ら[19]の自己免疫疾患患者に関する研究によると，病気の不確かさの認知には病状の不安定さや疾病の受容などが影響すると述べており，今回，早期RA患者においても，病状の不安定さや自分がRAであること

の受容の程度がその時の心理に影響していることが伺えた。さらに，治療が開始され病状が落ち着いても，将来に対する漠然とした不安や先の見通しが立たないことなど【先行きに対する不安】があり，RAという疾患の特徴から，この不安は完全に消失するのではなく，今後も病気と共に生きていく中で患者の中に存在していくものと思われた。従って，看護者は，このような早期RA患者が体験している心理や置かれている状況をよく理解し，今後，長い療養生活を前向きに歩んでいけるよう，また，ライフスタイルの再編成に向けて支援していくことが重要であると考える。

今回の対象者は，平均年齢が50代半ばの壮年期にあたる人達であった。この年代は社会や家庭で重要な役割を担っている年代である。しかし，『症状の始まりと混乱の時期』や『RAと診断され落胆・苦悩する時期』には，痛みや日常生活の不自由さによって社会的役割や家庭内役割が遂行できない状態となり，その葛藤がとても強いものであったことが語られた。松尾ら[20]の女性RA患者を対象とした家事労働の現状調査では，家事遂行能力はstageやclass，握力との関連があることが明らかにされており，このことからも発症早期から薬物療法と平行してリハビリテーションを行うことによってRAによる関節の変形・拘縮，筋力低下を予防し，家事遂行能力を低下させないようにすることが重要と言える。成人期から壮年期に発症することが多いRAにおいて，このような発達段階にある患者の役割やそれに伴う心理を十分に理解し，個々の役割が遂行できるよう日常生活の工夫や留意点についての指導・教育を行い，支援していくことが重要である。

今回，対象者全員がRAの原因探求や療養法を求めて書籍やインターネットから情報収集しており，これらの行動からも早期RA患者は，自分の将来への見通しがつかないことに強い不安を抱いていることが明らかとなった。また，発症から間もない早期RA患者は，療養法について手探りの状態であり，このような病気の不確かな状況の中で，自分なりに必死に情報を得て疼痛緩和や機能障害の悪化防止に取り組もうとしていることが考えられた。このような早期RA患者に対して，発症直後から適切な情報提供を行い，不安や恐怖感を取り除き，正しい療養法を身につけることができるよう支援する必要があることが示唆された。看護者は，個々の生活状況や痛みの程度，ADL状況，生活背景などをよく理解し，その患者が抱える問題をよく把握して，早期RA患者が発症後の早い段階から生活の再調整をしていけるような手助けが必要であると考える。

今回，対象者全員が【自分に合う医師・治療法と出会えた喜び】から【痛みと不自由さからの開放感】を感じ，確実な薬物療法の継続という療養行動に結びついており，佐藤ら[21]のRA患者は薬剤の必要性に対する認識が高いという調査と同様の結果を示していた。柴山ら[22]は，在宅における運動療法の実施者は罹病期間が短く，RAによる手術歴のない患者が多く，罹病期間が長くなると実施しない患者が増加すると報告している。しかしながら，今回，運動療法については医療者側からの説明がないことや運動療法に関する情報収集を行っていないこと，運動療法の必要性を理解しておらず実施に至っていないことも明らかとなった。これらのことから，発症から間もない早期RAにおいては，その期間が短いが故に療養法について情報が少なく，運動療法の実施までは至っていなかったと考える。通常，入院している患者を除き，早期RA患者は在宅で生活しながら療養している。運動療法は，必ずしも医師やPT・OTがいなければ実施できないというのではなく，患者自身が適切な運動療法を身につけ実施・継続していくことが最も必要である。そのため，薬物療法と同様，早期RA患者の運動療法に対する意識を高め，家庭で過ごす時間の中で自主的に疼痛緩和や変形の予防，筋力維持に向けて運動療法を実践していけるよう指導することが重要と考える。看護者は，患者の運動療法に対する認識を適切に把握し，医師やPT・OTと連携して個々の症状や病態，病期に応じた適切な運動療法の選択と指導を行う必要がある。

また，個々の患者に応じた指導を行うためには，まずは看護師自身が発症早期のRAの治療やケアについてよく理解し，運動療法に対する知識と技術を習得しなければならない。運動療法について専門的知識を持った医師，PT，OTと協働体制を作ることで，看護師も積極的に患者の運動療法に関する教育・指導に関与できるようになると考える。早期RA患者の患者指導・教育においては看護師だけではなく，医師，PT，OT，薬剤師，栄養士，臨床心理士など他職種と協働し，早期RA患者の心理過程に応じた支援を行っていく必要があると考える。

Ⅴ．研究の限界と今後の課題

本研究の結果は，１施設の早期RA患者の経験から導き出されたものであり，その施設の特性がデータに反映された可能性がある。また，対象の希少性ゆえ，関節炎症状出現から１～２年以内のRA患者を対象としたが，罹病期間や診断からの期間の違いがあり，結果に偏りが生じた可能性があると思われる。今後の課題として，調査施設や対象について再検討し，さらに対象者を増やし比較分析を重ねる必要があると考える。

Ⅵ．結　　論

早期RA患者の発症以降の心理過程と療養行動を明らか

にすることを目的に，９名の早期RA患者に半構成的面接を実施し，質的帰納的に分析した結果，以下のことが明らかとなった。

1．早期RA患者の発症後の心理として，12カテゴリー，38サブカテゴリーが抽出された。早期RA患者は【思いもよらぬRAにショック】を受け，【同病者に自己の将来像が重なる恐怖】や【RAであることを否認】することが明らかとなった。また，【不安を伴う痛みの辛さ】【日常生活の不自由さと役割葛藤】は相互に関連しており，症状の寛解とともに【療養への前向きな気持ち】に変化していくことが明らかとなった。

2．早期RA患者は，様々な心理過程を経て【先行きに対する不安】と【将来への希望】が行き来する複雑な心理状態へ変化していくことが明らかとなった。

3．早期RA患者の心理は時間経過に沿って，『RAと無関係の時期』に始まり，続いて『病気の始まりと混乱の時期』，『落胆と苦悩の時期』，『寛解を実感する時期』，『先行きの不安と期待が交差する時期』の５つの段階を辿ることが明らかとなった。

4．早期RA患者は，その心理過程に応じて病気の原因や療養法に関する情報の探求や進行・悪化防止に向けた対策などの療養行動をとっていたが，運動療法についての知識不足が明らかとなり，今後，発症早期からの運動療法について患者教育の必要性が示唆された。

謝　辞

本研究に際し，研究の趣旨をご理解いただき，ご協力いただきました対象者の皆様，ならびに病院関係者の皆様に深く感謝申し上げます。また，研究の全過程を通じてご指導くださいました久留米大学医学部看護学科の西田和子教授に心よりお礼申し上げます。

本稿は，久留米大学大学院医学研究科修士論文の一部に加筆・修正をしたものである。

要　旨

本研究は，早期関節リウマチ（以下，早期RA）患者の発症以降の心理過程と療養行動を明らかにすることを目的として，早期RA患者９名（男性１名，女性８名）を対象に半構成的面接による質的帰納的研究を行った。その結果，早期RA患者の心理には【見聞きした経験はあるが無関心】【得体の知れない症状への不安】【不安を伴う痛みの辛さ】【日常生活の不自由さと役割葛藤】【思いもよらぬRAにショック】【同病者と自己の将来像が重なる恐怖】【RAであることを否認】【自分に合う医師･治療と出会えた喜び】【痛みと不自由さからの解放】【療養への前向きな気持ち】【先行きに対する不安】【将来への希望】の12のカテゴリーが見出された。早期RA患者は，発症後，複雑な心理過程を経て，徐々に病気を受容し，独自の療養行動をとっていくことが明らかとなった。このことから，早期RA患者が辿る心理過程に応じた患者教育などの看護介入が必要であることが示唆された。

Abstract

The purposes of this study is to elucidate the psychological process and therapeutic behavior of patients with early rheumatoid arthritis (early RA) from the onsets. Semi-structured interviews in a qualitative inductive study were conducted among nine patients (1 male, 8 female).

As a result, 12 state-of-mind categories were found in the early RA patients. They are "No concern about RA, only knowing its name", "Worry about unknown symptoms", "Anxiety for terrible pains", "Inconvenience in daily life and role conflict", "Shock of the onset of RA", "Fear for prognosis suggested by other patients with early RA", "Denial of suffering from RA", "Happiness of encountering with a good physician and a therapy suitable to patient", "Relief from pain caused inconvenience", "Positive mind on medical treatment", "Worry about the future" and "Hope for the future". They went through complicated psychological processes, gradually accepted their disorders, and began to exhibit their own therapeutic behavior. To care the patients with early RA requires patient education and other care-providing intervention appropriate for their psychological process.

文　献

1）社団法人日本リウマチ友の会：流242号　創立45周年記念『2005年リウマチ白書』－リウマチ患者の実態＜総合編＞－，10, 障害者団体　定期刊行物協会, 2005.

2）厚生労働省：平成16年国民生活基礎調査　解説編，第１巻，201, 2005.

3）E. Lindqvist, K. Jonsson, et al.: Course of radiographic damage over 10 years a cohort with early rheumatoid arthriris. Ann Rheum Dis, 62, 611-616, 2003.

4）江口勝美：関節リウマチの早期診断は可能か，医学の歩み，

10, 802-808, 2004.
5）勝呂　徹，中村卓司，他：リウマチ性疾患の治療とリハビリテーションの位置づけ，臨床スポーツ医学，23, 241-247, 2006.
6）椎野泰明：早期からの運動療法，Journal of Clinical Rehabilitation, 13, 995-1000, 2004.
7）Parker JC., Wright GE. The implications of depression for pain and disability in rheumatoid arthritis, Arthritis Care Res, 8, 279-283, 1995.
8）橋本　明，佐藤　元，他：RA患者のQOL AIMS２改訂日本語版調査書を用いた他施設共同調査成績－肢体不自由に関与する諸因子の解析－，リウマチ，41, 9-24, 2001.
9）安藤徳彦：関節リウマチ診療におけるQOLの評価－ADL・社会的活動性・福祉利用が主観的QOLに与える影響およびQOLを考慮したリハビリテーションプログラムについて，臨床成人病，31, 107-112, 2001.
10）藤野成美，忽那龍雄：関節リウマチ患者の精神的側面とその背景，中部リウマチ，22, 49-56, 2003.
11）矢倉紀子，谷垣静子：難病患者の疾病受容過程に関する検討－自己免疫疾患患者を主としたグループインタビュー法を用いて－，日本難病看護学会誌，7, 172-179, 2003.
12）三井忠夫，高柳富士丸，他：慢性関節リウマチ患者の集団水中運動の効果，中部リウマチ，32(2), 101-102, 2001.
13）Brighton SW., Lubbe JE.: The Effect of A Long-Term Exercles Programme on the Rheumatoid, Hand. Brithish Journal of Reumatology, 32, 392-395, 1993.
14）水落和也：関節リウマチリハビリテーション治療のRCT, Journal of Clinical Rehabilitation, 43(4), 222-228, 2006.
15）近藤啓文，田中住明，他：早期リウマチの診療のコツ，臨床リウマチ，16, 68-73, 2004.
16）藤野成美，忽那龍雄：うつ状態を伴う関節リウマチ患者の心理的問題と精神的ケアの経験，日本看護研究学会雑誌，26(5), 59-72, 2003.
17）行岡正雄，小松原良雄，他：関節リウマチ患者の抑うつ傾向，リウマチ，42, 587-590, 2002.
18）Wiener, C.L；南裕子他訳：慢性疾患を生きる．第８章　慢性関節リウマチによる負担，115-131, 医学書院，東京，1987.
19）野川道子，佐々木栄子：自己免疫疾患患者の病気の不確かさとその関連要因，日本難病看護学雑誌，8, 293-299, 2004.
20）松尾裕子：RA患者の家事労働の現状と生活課題，九州リウマチ，20, 54-59, 2001.
21）佐藤久恵，矢島希和子：関節リウマチ患者のくすりに対する認識と不安について，臨床リウマチ，18, 52-56, 2006.
22）柴山大賀，数間恵子，他：関節リウマチ患者の在宅での運動療法にかかわる要因の探索，プライマリケア，28, 155-160, 2005.

［平成21年２月５日受　　付
平成21年８月24日採用決定］

－原　著－

配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」

“Quantum Leap Experience ” of Proficient Nurse by Job Displacement

中　村　由　子
Yuko Nakamura

キーワード：配置転換，中堅看護師
Key Words：job displacement, proficient nurse

Ⅰ．緒　　言

中堅看護師は，卒後３～５年目以上で洗練された看護実践能力を持ち，臨床現場の主な戦力となる者である。その能力は看護実践のみならず，教育，研究，管理に発揮されており，看護の質を確保するうえで極めて重要な役割を果たしている。近年，不安定な経済状況とライフスタイルの変化（晩婚化，価値観の多様化）に伴って，看護師の職業継続意識が高まり，中でも中堅層の看護師の定着率が増加している[1)]。その中堅層の看護師の職業継続意識とともに自分らしいキャリア発達への願望が高まっている。中堅看護師のキャリア発達は，組織にとっても看護の質の向上と，組織の活性化のための重要課題となっている。経営学者の金井は，キャリアに関する論述の中で，「キャリアの歩みを，環境・時代のなかで自分らしさを追及する道にしていくには，節目はしっかりとデザインすることが大事」[2)]と述べている。中堅看護師が組織内でキャリアを発達させる方法は，専門看護師，認定看護師を除けば，昇進，配置転換，研修などである。中でも配置転換は，一般的，定期的に行われており，中堅看護師のキャリア発達において最も身近で，かつ重大な節目といえる。従って，中堅看護師のキャリア発達には，配置転換をキャリアの節目としてしっかりとデザインすることが重要である。

ところが，看護職は，圧倒的に女性多数の職業集団であり，結婚や出産などのライフイベントによる流動性が高いため，大部分の配置転換は要員充足という業務運営上の都合で行われている[3)]。しかも，配置転換後の中堅看護師に対しては，新卒者のように特別な支援体制がない場合が多い。従って，中堅看護師の配置転換はキャリア発達のために組織的・計画的に行われることは難しい状況にある。にもかかわらず，配置転換後の中堅看護師は，支援の得られにくい状況でも速やかに職場適応し，中堅としての役割を果たすことを期待されている。組織の期待と個人の期待のギャップが大きいと，要員充足や組織の活性化のために行った配置転換が逆に意欲を低下させ，職場不適応や離職につながる場合もある。一方で，配置転換を繰り返しながらも離職せずに職務継続している中堅看護師も多く，そのなかにはキャリア発達につながった者も少なくないと考える。では彼らは，配置転換により，どうやってキャリアを発達させることができたのだろうか。

金井は，キャリアの節目を迎えるたびに「一皮むけた経験」をすることが重要だと述べている[4)]。「一皮むけた経験」とは，以前には見えなかったことが見えるようになる，以前にはできなかったことができるようになっている自分に気付くような，脱皮ともいえる成長をイメージした[5)]経験である。中堅看護師が配置転換により「一皮むけた経験」をすることは，新たな職場に「慣れる」以上の著しい成長を意味し，配置転換をキャリア発達の機会にするために奨励すべき経験である。

これまでに「一皮むけた経験」に焦点を当てた研究は，経営学分野において管理職の「一皮むけた経験」を調査した研究がある[5)6)]。最初に「一皮むけた経験」に関する調査に取り組んだのは，アメリカでリーダーシップの研究と研修を行っているCenter for Creative Leadership（以下CCL）である[6)]。CCLでは「一皮むけた経験」を「quantum leap experience」と表現している。これは直訳すると「量子力学的な跳躍となった経験」となり，「ひとの成長は，漫然と漸進的に進むのではなく，ここぞというときに大きなジャンプがある」というイメージがこめられている[4)]。金井は，これを日本人の感性に合わせ「一皮むけた経験」と表現した[4)]。

CCLの研究[6)]では，アメリカ企業の「成功している」経営幹部を対象に，「一皮むけた経験」の内容，行動パターンなどを調査している。その結果，「一皮むけた経験」の内容は「プロジェクトチームへの参画」をはじめとする異

山口大学医学部附属病院　Yamaguchi University Hospital

動・配属であり，行動パターンは，①学習などによって自己の新たな強みをつける，②性格など自己変革を行う，③助言を求めるなどによって新しい状況への対応を図る，④状況を回避したり，部下を増員したり，他に任せたりすることによって自己の能力不足を補う，の４つであった[4)5)]。

日本でもCCLの調査を基盤に，社団法人関西経済連合会人材育成委員会（以下関経連）が企業の経営幹部を対象に，仕事で「一皮むけた経験」についてのインタビュー調査を実施し，「一皮むけた経験」の内容，行動パターンをCCLの調査と比較している[6)]。その結果，経験は異動・配属のなかでも「新規事業などゼロからの立ち上げ」が最も多く，CCLの調査とは少し異なる結果が出ている。一方，行動パターンでは，全員に共通する唯一のパターンは発見できていないが，節目を「一皮むけた経験」に結びつける行動パターンには「現実の直視」と「局面から逃げない」の２つの共通点があること，CCLの４つの行動パターンのうちのどれか，あるいは複数の組み合わせになっていたことを指摘している[4)6)]。これらの先行研究は，シャインの組織内キャリア発達の３次元[7)]でいうと，組織内の高い階層へ昇格した人のキャリア発達についての調査であり，中堅看護師の配置転換のような，組織のスタッフレベルでの水平，もしくは中心性異動における「一皮むけた経験」を調査した先行研究は行われていない。

一方，看護職対象の先行研究では，配置転換による不安やストレスに焦点をあて，職場不適応の要因に注目してきた[8)~12)]研究が中心であり，配置転換により「どうやって乗り越えて成長できたのか」や「キャリア発達の契機になったのか」という「一皮むけた経験」に焦点をあてた研究は行われていない。

そこで，本研究は，配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」に至るプロセスを明らかにし，配置転換を節目としたキャリア発達の支援方法への示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ．用語の定義

【中堅看護師】

臨床経験年数が３～５年以上で，管理の役職についていない看護師[13) 14)]。

【配置転換】

所属部署を変えること。ローテーション。

【一皮むけた経験】

CCLが提唱した「quantum leap experience」の，金井による訳語[4)5)]。以前には見えなかったことが見えるようになる，以前にはできなかったことができるようになっている自分に気付くような，脱皮ともいえる成長の経験[6)]。

Ⅲ．研究方法

１．研究デザイン

本研究は，配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」の実態を半構成的面接法によって明らかにしていくことから，質的記述的研究デザインである。

２．研究参加者

研究参加者は，調査協力が得られた総合病院に勤務している，配置転換後１年以上３年未満の中堅看護師のうち，新しい職場に適応し，「一皮むけた」と自他（管理者）ともに認める中堅看護師である。研究参加者の選定は，病院の研究関係責任者から推薦を受け，研究参加に同意の得られた中堅看護師とした。研究参加者の条件は，中堅看護師が配置転換後の新たな職場に適応し，「一皮むけた」と実感できるようになるには１年以上は必要と判断した。また，配置転換後３年以上経過すると，経験の想起が困難になると考えたことから，この条件とした。また，「一皮むけた」と自他（管理者）ともに認める必要性は，自己評価のみでは独善の可能性を否定できないため，他者評価も加わったほうがより信頼性が高まると考えたためである。

３．データ収集方法

半構成的面接法を採用した。配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」を明らかにするために，配置転換前後の経験についてインタビューを行った。インタビュー内容の概要は，「配置転換になってから以前には見えなかったことが見えるようになる，以前にはできなかったことができるようになっている自分に気付いた経験」である。面接は１人１回実施し，研究参加者の所属施設内の，静かでプライバシーの保持できる個室にて１対１で行った。研究参加者の状況に応じて自由，かつ柔軟に調査を進めた。面接内容は研究参加者の許可を得てテープに録音し，それを逐語録としたものをデータとした。面接時間は120分から140分であった。調査期間は平成17年３月から６月までであった。

４．データ分析方法

これまでに，配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」の実態は明らかになっていない。本研究の目的を達成するためには，中堅看護師の生の声を定性的データとして汲み上げることで経験の内容を明らかにする必要がある。従って，現場の中堅看護師から定性的データを収集し，「一皮むけた経験」に関連すると思われる事実や思考を拾い出して整理，統合できる質的研究方法が有用であると考えた。さらに本研究は「一皮むけた経験」を促す支援方法への示唆を得て，現場の問題解決に寄与することを意図している。そこで，定性的データからの実態把握と問題解決・創造の二つの特徴を併せ持ったKJ法[15)]を採用した。分析の手順は以下の通りである。

1）ラベル作り

研究参加者一人一人の「一皮むけた経験」のプロセスを明らかにするために，KJ法１ラウンドの手順に沿って，一名ずつ分析を行った。逐語録を精読し，「一皮むけた経験」に関わる事実や思考を抜粋して，一つのラベルが一つの「志」を持つように表現したラベルを作成した。

2）グループ編成

「ラベル拡げ」，「ラベル集め」によって，「志」の似ているラベルの仲間を作り，仲間ごとの統合文である表札を作成した。これ以上はもう仲間ができないところまでこの手順を繰り返した。

3）図解化

最終段階の表札を「島」として空間配置し，「島」の内容のエッセンスをシンボルマークとして記入して，「島」どうしの関係性を記した。

4）叙述化

図解をストーリーとしてつないだ。一人一人の分析結果に類似性や共通性を認めた場合は，研究参加者全員の最終段階の表札で手順２）～４）を行った。

5．分析結果の信頼性

1）研究方法（KJ法・面接法）の実践能力のトレーニング

研究開始前にKJ法セミナーを受講し，KJ法の考え方と方法を，演習を通じて学習する機会を設けた。

2）質問内容の妥当性の検討

研究参加者と同じ条件を満たす看護師に対してプレテストを実施した。研究者の面接における傾向や相手にバイアスをかけない質問の仕方の検討を行い，質問項目の修正も行った。

3）データの妥当性を確保する

研究者は，研究参加者と同じ看護師であることから，研究参加者がはっきりと明言しなかったり指示語を用いて語ったりした内容を研究者の経験に照らし合わせて暗黙の了解として捉えてしまう可能性があった。そのため実際の面接では，参加者が用いた指示語が何を意味するのか，可能な限り本人から語られるような質問を行い，面接中に研究者が捉えた意味の解釈が，研究参加者の意味するものと一致しているかどうかの確認を行った。分析結果は研究参加者に開示し，研究参加者が語った内容と研究者の解釈にズレがないかどうかの確認を行った。また，データ分析にあたっては，すべての段階において，研究活動や現場の問題解決にKJ法で取り組んだ経験を持つ研究指導教官のスーパーバイズを受けた。

6．倫理的配慮

本研究は，大分大学大学院看護学専攻研究倫理審査委員会の承認を得た研究計画書に基づいて行った。研究協力は自由参加であること，途中でも参加を辞退できること，不利益は生じさせないこと，面接時の内容は録音し逐語録とすること，匿名性を保障すること，同意を得た上で研究結果を公表すること，地域や施設名を特定しないこと，データの保管は厳重に行い，研究終了後にデータは裁断し処理することについて，研究対象病院の研究関係責任者と研究参加者へ文書および口頭で説明し，文書で同意を得た。

Ⅳ．結　　果

研究参加者は５名で，27歳から38歳までの女性４名と男性１名であった。研究参加者の背景を表１に示す。研究参加者５名の総ラベル数は557枚であった。研究参加者１名ずつの分析では，４回から６回のグループ編成を繰り返した。

研究参加者５名は年齢，性別，経験年数などに違いはあるが，一人一人の経験に類似性や共通性を認めたため，研究参加者全員の最終段階の表札28枚をKJ法１ラウンドの手順に沿って分析した。その結果，７つの「島」に統合された。そして，「島」どうしの関係性を表現したのが図１である。配置転換における中堅看護師の経験は，【再出発に向けての気持ちの整理】，【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】，【成長の実感】，【役割認識】，【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】，【看護職継続の意思】の６つの段階と，【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】という１つの要因からなるプロセスであった。段階は順序性のある内容であり，要因は段階の進行に影響する内容として区別した。以下，プロセス

表１　研究参加者の背景

研究参加者	A	B	C	D	E
性別	女性	女性	女性	男性	女性
年齢	30歳	27歳	36歳	32歳	38歳
経験年数	９年	４年	14年	10年	17年
配置転換回数	１回	１回	２回	３回	２回
経験病棟	救急 内科系	外科系 救急	内科系 感覚器 手術部	外科系 精神科 感覚器	産婦人科 小児科

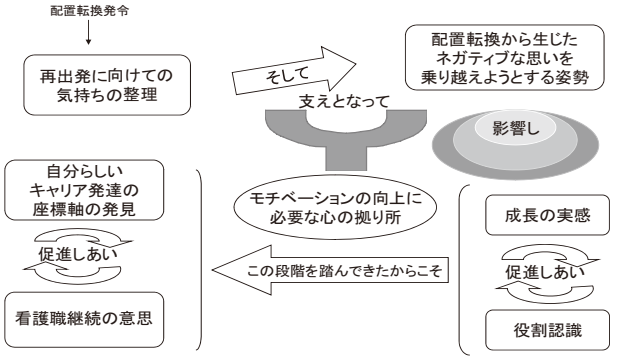


図１　配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」

表２　シンボルマークと最終段階の表札

シンボルマーク	最終段階の表札
再出発に向けての気持ちの整理	異動は希望ではなく，前の部署への未練や体調への不安を抱えての異動だったが，行ってみると毎日が新たな発見で，希望した部署でなくても学べることはあると思った
	配置転換は予測外だったので，驚きや出る寂しさ，不安を感じたが，決まったからにはやるしかない，頑張ろう，異動を機に自分のいけないところをリセットしようと気持ちを切り替えて，心の準備をした
	研修も配置転換も自分の希望ではなく，組織からの急な発令や働きかけによるもので最初は抵抗を感じたが，自分なりの価値を見出すことで組織の意向との折り合いをつけた
	異動になるとは思っていなかったので急だなと思ったが，前の部署にマンネリを感じていたのでちょうどいい機会だと思った
配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢	新たな職場では，前の部署のやり方や自分の考えとの違いに戸惑うことが多く，自分の実力を再評価するきっかけとなって自信をなくした
	自分がいかに前の職場という狭い世界にこだわっていたかに気づき，もっと広い世界へ関心を持つようになった
	私は今の職場に来たとき経験8年目でもそこに慣れるまでは細かいこと一つ一つ聞かないと動けないから新人と一緒だという気持ちがあり，人からどう思われようと失敗するよりはいいと思って何でも人に聞いた
	やるしかないと思って積極的に質問し，実践を重ねることで慣れていった
モチベーションの向上に必要な心の拠り所	私が一皮むけることができたのは，周りのいろんな人に生き方みたいなものを教えてもらったおかげだ
	自分が目標にしたい人や，努力を認めてくれる人を発見した
	好きなことがあるから，それを励みに頑張って働いている
	職場の人とおいしいものを食べることでストレスを解消している
	思いを共感し合える同期の子や違う部署の人に話したり食事に行ったりしてストレスを解消している
成長の実感	私は心臓とはあまり縁のないところから手術部へ行ったので，心臓手術につけるようになることは私にとって大きな壁であり，それを乗り越えられたことは自信になった
	配置転換は前の職場のストレスやマンネリから脱却できたとともに，世界が変わって目から鱗が落ちた感じがあり，新たなことを学ぶよいきっかけとなった
役割認識	今の部署に来た以上は自分がここでやろうと決めたことをやり遂げなければならない
	今の職場に配置転換したことと，研修で違う見方を学んだことで，自分の職場に対する問題意識が高まり，自分が中堅としてリーダーシップを取り，病棟を改革していきたいと考えるようになった
	職場の中堅として，業務や後輩の教育などの役割を任されるようになった
自分らしいキャリア発達の座標軸の発見	いろいろ科を変わっていく上で，いろいろやりたいと思うことが見つけられそうな気がするから，そうやって自分はこれって言える専門のものを見つけたい
	今の職場風土に違和感を感じたことから，自分なりの看護観や考え方があることに気づき，これからどこへ行っても私っていうものを見失わずにいたい，悪いほうに流されて変わりたくないという思いが強くなった
	配置転換しながら積み重ねた経験と実習指導者研修での学びから，自分が看護職としてこだわりたいテーマがはっきりしてきた
	術前訪問や手術前後のわずかな時間でも効果的な関わりができたり，スムーズな器械出しができるなど，手術部看護師として独自性を発揮できるようになればいいと思う
	看護研究にやりがいを見出したい
	今後自分が目指したい看護師像がはっきりしてきた
看護職継続の意思	配置転換してから，脳血管障害の急性期看護を自分の得意分野にしたいという思いが強くなり，今後はそれを目指して頑張りたいから，仕事は続けるつもりだ
	看護師は，配置転換することでいろんなところが見れて，新しいことが学べるおいしい仕事だから，自分もそうやって人間的に進歩していきたい
	仕事はいやではないので結婚にかかわらず，ずっと続けていきたい
	仕事を続けるからには，何か自分の得意分野を身につけたいと思っている

を７つの「島」のシンボルマークと代表的な表札によって説明する。なお，文中表記について，シンボルマークは【　】,「島」を構成する最終段階の表札を〔　〕，２回目のグループ編成以降の表札のうち，研究参加者の生の声を含む代表的な表札を〈　〉で示す。

１．【再出発に向けての気持ちの整理】

【再出発に向けての気持ちの整理】は，104枚のラベルから成立した４つの表札により構成された。研究参加者は，全員が希望の配置転換ではなかったため，配置転換の発令に最初は驚きや戸惑いを感じていた。しかし，〔異動は希望ではなく，前の部署への未練や体調への不安を抱えての異動だったが，行ってみると毎日が新たな発見で，希望した部署でなくても学べることはあると思った〕,〔配置転換は予測外だったので，驚きや出る寂しさ，不安を感じたが，決まったからにはやるしかない，頑張ろう，異動を機に自分のいけないところをリセットしようと気持ちを切り替えて，心の準備をした〕,〔研修も配置転換も自分の希望ではなく，組織からの急な発令や働きかけによるもので最初は抵抗を感じたが，自分なりの価値を見出すことで組織の意向との折り合いをつけた〕ように，予想外の発令に不安や戸惑いを感じながらも，前の職場での自分が終わることを受け入れようと努力し，次の職場に気持ちを切り替えようとしていた。そこで，この段階を【再出発に向けての気持ちの整理】とした。

２．【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】

【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】は，77枚のラベルから成立した４つの表札により構成された。新たな職場に赴いてから，研究参加者は，〈配置転換をきっかけに，今までの自分を振り返り，苦手になっていることや悪い癖がついてしまっていることに気づいた〉,〈今の部署に来て間もない時は，新たな業務をなかなか覚えられない，初めて大量出血に遭遇し急変時に動けないなど，予想以上に「できない自分」を痛感し，自信をなくした〉というように，配置転換をきっかけに，潜在していた自分の未熟さに気づいて不安になったり，新たな業務についていけない自分に幻滅し，自信をなくしていた。また，〈今までいたところで身につけたやり方を，今の職場のしきたりに変えるのにとても苦労した〉,〈今の部署に来て看護研究をやろうと思ったのは，訴えたいときにうまく訴えることができていない術後患者との衝撃的な出会いがきっかけだった〉,〈ここの看護はおかしいと思っても，周りとうまくやっていきたいっていう思いがあるから，私ひとりだけみんなと違うようにはできない〉のように，新たな職場風土と自分の価値観や考え方との違いに戸惑いを感じることや，外から来たものにしか見えない職場の問題点に気づいたことから強い葛藤を経験していた。このように研究参加者は，配置転換によって極めてインパクトの強い経験をしていた。そして彼らは，〔自分がいかに前の職場という狭い世界にこだわっていたかに気づき，もっと広い世界へ関心を持つようになった〕,〔私は今の職場に来たとき経験８年目でもそこに慣れるまでは細かいこと一つ一つ聞かないと動けないから新人と一緒だという気持ちがあり，人からどう思われようと失敗するよりはいいと思って何でも人に聞いた〕,〈悔しい思いをしたくないという気持ちが，頑張って勉強しようという原動力になる〉,〈仕事を一生懸命やっていたらそれなりに認めてもらえるだろう，いくら人間関係が悪くても仕事をちゃんとやっていれば言われないだろうという思いがあって，積極的にやっていこうと思った〉,〔やるしかないと思って積極的に質問し，実践を重ねることで慣れていった〕ように，自信喪失や不安，葛藤という，配置転換から生じたネガティブな思いに苦悩しながらも，その思いはネガティブな行動には結びついていなかった。自分なりに折り合いをつけ，積極的に行動することで乗り越えようとしていた。そこで，この段階を【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】とした。【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】での経験は，職場不適応や離職に至ることなく，のちの後輩の育成や役割の仕事，将来の目標に向けての学習，看護研究，業務改革などの新たな実践を動機付けていた。

３．【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】

【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】は，33枚のラベルから成立した５つの表札により構成された。【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】に至るまでの過程は，〈私が一皮むけることができたのはいろんな人に生き方みたいなものを教えてもらったおかげで，中でも狭い世界にこだわらずもっと広く世界を見ろという先生の言葉が一番大きかった〉,〈チームリーダーに，鍛えていくから頑張りよって言われて，えっと言いながら，でもそうやって言ってくれるんだからこの人について頑張ろうと思った〉,〔好きなことがあるから，それを励みに頑張って働いている〕や,〔職場の人とおいしいものを食べることでストレスを解消している〕のように，助言者や役割モデルの存在と激励，ストレス解消法を持つことなど【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】があることによって支えられていた。

４．【成長の実感】と【役割認識】

【成長の実感】は，80枚のラベルから成立した２つの表札により構成された。経験を積み，一通りの業務に慣れてくると，〈配置転換を言われたときは早すぎると思ったけど，今考えると勉強するいいきっかけになったし，いろん

な意味で成長できたと思うので異動してよかったと思う〉，〔私は心臓とはあまり縁のないところから手術部へ行ったので，心臓手術につけるようになることは私にとって大きな壁であり，それを乗り越えられたことは自信になった〕，〔配置転換は前の職場のストレスやマンネリから脱却できたとともに，世界が変わって目から鱗が落ちた感じがあり，新たなことを学ぶよいきっかけとなった〕など，配置転換によって自分が成長したことを実感できるようになっていた。そこで，この段階を【成長の実感】とした。

【役割認識】は，46枚のラベルから成立した３つの表札により構成された。研究参加者は，〈今の部署に来た以上は，自分がここでやろうと決めたことをやり遂げなければならないから，看護研究に早く取り掛かりたい〉，〔今の職場に配置転換したことと，研修で違う見方を学んだことで，自分の職場に対する問題意識が高まり，自分が中堅としてリーダーシップを取り，病棟を改革していきたいと考えるようになった〕ように，配置転換した職場で，自分が果たすべき役割をその部署での課題として認識するようになっていた。従ってこの段階を【役割認識】とした。

また，研究参加者は〈配置転換した職場で，後輩の教育などやるべきことができるようになって，自分の中では成長したと思った〉，〈役割を任されるようになったときに慣れたと感じた〉ように，役割を果たせるようになったことを通じて自分の【成長の実感】ができるようになっていた。また反対に，〈手術の介助は先生によってやり方が違うので大変だけど，特徴がつかめて対応できるようになると逆におもしろくなった〉，そして〈手術が順調に終わるように要領よく器械出しするのは看護師の仕事だから，医者とか他の人にはできないくらいレベルアップして看護師じゃないと困ると言われるくらいになりたい〉のように，【成長の実感】が，役割を果たす自信となり，【役割認識】を強めていた。このように，【成長の実感】と【役割認識】はお互いを促進しあっていた。

５．【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】と【看護職継続の意思】

【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】は，179枚のラベルから成立した６つの表札により構成された。【看護職継続の意思】は，38枚のラベルから成立した４つの表札により構成された。研究参加者は，配置転換の発令から，【成長の実感】と【役割認識】に至るまでの経験から，〔いろいろ科を変わっていく上で，いろいろやりたいと思うことが見つけられそうな気がするから，そうやって自分はこれって言える専門のものを見つけたい〕，〔今の職場風土に違和感を感じたことから，自分なりの看護観や考え方があることに気づき，これからどこへ行っても私っていうものを見失わずにいたい，悪いほうに流されて変わりたくないという思いが強くなった〕，〔配置転換しながら積み重ねた経験と実習指導者研修での学びから，自分が看護職としてこだわりたいテーマがはっきりしてきた〕のように，自分らしくキャリアを発達させるための，自分のテーマを見出していた。そこでこの段階を【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】とした。

そしてさらに，〔配置転換してから，脳血管障害の急性期看護を自分の得意分野にしたいという思いが強くなり，今後はそれを目指して頑張りたいから，仕事は続けるつもりだ〕，〔看護師は，配置転換することでいろんなところが見れて，新しいことが学べるおいしい仕事だから，自分もそうやって人間的に進歩していきたい〕のように，看護師として職業を継続しようという意思が明確になっていた。そこでこの段階を【看護職継続の意思】とした。自分のテーマの実現には，看護職の継続が必要な条件であることから，【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】は【看護職継続の意思】の動機付けとなっていた。また反対に，〈他によほどいい仕事がない限り辞められないので，今のところは定年までここで働こうと思っている〉，〈生活がかかっているから辞められないので，今のところはずっとここで働くのかなと思う〉，〔仕事はいやではないので結婚にかかわらず，ずっと続けていきたい〕，〔仕事を続けるからには，何か自分の得意分野を身につけたいと思っている〕のように，【看護職継続の意思】が配置転換の経験後も再認識され，看護職を続けるからには自分のテーマを見つけてやりがいを得たいと考えていた。このように，【看護職継続の意思】は【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】の動機付けになっていた。このように，２つの段階はお互いを促進していた。

Ⅴ．考　　察

１．配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」のプロセスとその意味

「一皮むけた経験」とは，以前には見えなかったことが見えるようになる，以前にはできなかったことができるようになっている自分に気付くような，脱皮ともいえる成長をイメージしている[6)]。本研究では，中堅看護師は配置転換によって，単に新たな知識や技術の習得にとどまらず，「広い世界へ関心を持つようになった」，「大きな壁を越えた」，「目から鱗が落ちた感じ」と表現されていたように，脱皮に値する経験をしていた。従って，本研究の参加者である中堅看護師は配置転換によって「一皮むけた経験」ができたと考えられる。そこで，配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」のプロセスにおける各段階，要因の意味について考察する。

1）【再出発に向けての気持ちの整理】

【再出発に向けての気持ちの整理】の段階は，配置転換という節目への向かい方を意味していた。臨床心理学者のブリッジズは，人生の節目の経験を「終焉」,「中立圏」,「開始」の３つの段階であると説明している[2)]。節目は実は「終わり」から始まることを描いているところに特徴がある。節目をうまく乗り切れていない人は，「開始」ばかりに目を奪われていて，何か大切なことが終わったと深く実感する「終焉」の時期と，何かが終わったのにまだ前の世界にいた時の感情や気持ち，思い出を引きずっていて完全に新しい世界に入りこめていないと感じる「中立圏」の時期をしっかり生き切れてないところに根本的な問題があると指摘している[2)]。つまり，始まりを迎える前に，何が終わるのか，何を失うのかという現実を直視し，苦悩しながら受け入れていくという気持ちの整理をしておかないと，いざ始まりを迎えたときにすでに終わってしまったことばかりに目が行ってしまい，始まりに勢いがつかないということである。育児ノイローゼや成田離婚はその具体例と言われている。転勤や配置転換などの職業における節目の場合では，前の職場での思いや考え方を引きずりすぎて新しい職場になじめず，職場不適応や離職へつながる可能性もあると考えられる。

今回の研究参加者は全員が希望の配置転換ではなかった。しかも一名を除いて，なぜ自分が配置転換の対象になったのか，組織側からの明確で納得のいく説明を受けていなかった。研究参加者達は予想外の発令に驚き，不安や戸惑いを感じていた。しかし，前の部署への未練や体調への不安を抱えながらも，新しい職場で新たな発見をしたり，驚きや寂しさ，不安を感じながらも，異動を機に自分のいけないところをリセットしようと気持ちを切り替えたり，組織への抵抗を感じつつも，配置転換に自分なりの価値を見出したように，配置転換の発令によって，前の職場での自分が終わることを受け入れざるを得なくなったことで「終焉」の時期を経験し，職場を変わる不安や寂しさに苦悩する「中立圏」の時期を経験するなかから，配置転換に自分なりの価値を見出していき，次の職場へと気持ちを切り替えていた。このように，【再出発に向けての気持ちの整理】の段階は，「終焉」と「中立圏」の時期をしっかりと経験してから，配置転換を成長のチャンスにしようと前向きに「開始」に移る節目への向かい方を意味していると考えられる。一般的に配置転換では，希望した配置転換であるかどうかが重要視されている。しかし本研究では，希望した配置転換でなくても，「終焉」から「開始」へ向かうための気持ちの整理が「一皮むけた経験」につながるという理由から，希望した配置転換かどうかよりも，配置転換という節目への向かい方が重要であると考えられる。

2）【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】

配置転換は，人事異動の一つの形態である。組織における人事異動は，組織の形成，個々人のモチベーション，人材育成，人材活用を目的に行われる[16)]。人事コンサルタントの徳岡は，「人事異動は人が知的な創造をするためにふさわしい刺激を受ける絶好のチャンス」[16)] とし，人材育成のための知識創造型人事異動の必要性を提唱している[16)]。知識創造の過程では，経験から得た勘所やコツなどの気づきである暗黙知と，言語化され明文化された客観的な知である形式知とのスパイラル的な相互作用がある[16)]。これらから質の高い知識を創造していくには，知識創造のSECIプロセスを回すことが必要であると言われている[16)]。経営学者の野中は，知識創造のプロセスを，知の共同化（Socialization），表出化（Externalization），連結化（Combination），内面化（Internalization）の４段階で示し，SECIプロセスと説明している[17)]。最初の，知の「共同化」の段階は，技術を見よう見まねで覚えたり，失敗を重ねるうちにコツをつかんでいくなど，様々な体験から暗黙知を溜め込む段階である。「共同化」には，大きなプロジェクトへの参加や困難な部署への異動など，さまざまな体験のなかでも極めて強いインパクトを持ち，自分の志や理想像，方向性などを左右する体験である「原体験」と，新たな見方や主張を生み出す「葛藤」を経験することが，豊富で質の高い暗黙知の蓄積において重要と言われている。次に，知の「表出化」とは，蓄積された暗黙知を誰かに話したり，コンセプトやマニュアルとして形式知化する段階である。次の「連結化」とは，「表出化」した形式知を他の形式知と組み合わせて，より大きな知へ発展させる段階である。最後の「内面化」の段階は，「連結化」した知を実践，反省し，再び「共同化」の段階に戻って，新たな暗黙知を得る段階である[16)17)]。

研究参加者は，【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】の段階で，それまで未知の世界だった心臓手術の介助，初めて遭遇した大量出血への対応，新たな業務についていけない自分への幻滅や，外から来たものにしか見えない職場の問題点への気づき，新たな職場風土と自分の考え方や価値観の違いを感じて戸惑うなど，配置転換をきっかけに，知の「共同化」に重要な「原体験」や「葛藤」を経験し，そこから多くの暗黙知を蓄積していたと推測される。

そして研究参加者は，職場の問題点への気づきを後輩の育成や上司への提案に生かす，新たな職場風土と自分の考え方や価値観の違いを感じたことをきっかけに「自分らしさの発見」をし，それをよりどころに将来の目標設定をし，学習意欲を高める，大量出血の経験をきっかけにACLS

（二次救命処置）の研修を受ける，職場の問題点への気づきを看護研究のテーマにする，職場の問題点に驚き，会議での提案や後輩の育成，業務改革に取り組むなど，過去の職場と新しい職場で蓄積した暗黙知を新たな実践に結び付けていた。このような過程における教育や会議の場面は，知の「表出化」，「連結化」の機会となり，「内面化」である実践へと結び付いていたと考えられる。また，中堅という意見を言いやすい立場，それを受け入れてくれる上司や後輩の存在などによって，暗黙知の「表出化」，「連結化」が促進されたと推測される。つまり，研究参加者はこの段階で，それまでの経験と配置転換による「原体験」や「葛藤」から得た暗黙知を，組織の知へ発展させる知識創造のプロセスへ組み込んでいたと言える。このように，配置転換によって得た暗黙知を眠らせず，意識的に実践に生かす力は，中堅看護師の成長と看護の質の向上のために重要であると考える。従って，【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】は，「一皮むけた経験」につながる暗黙知と，その暗黙知を知識創造のプロセスへ組み込む力を意味していたと考えられる。

３）【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】

【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】の段階は，配置転換の発令から【成長の実感】までの最もつらいプロセスの克服に必要な心の拠り所を意味していた。自分の成長を実感できるまでの時期は，自信喪失や不安など，配置転換から生じたネガティブな思いへの苦悩が，モチベーションの低下や異動，離職への願望へつながりやすい。しかし研究参加者は，助言や激励をくれる職場での支援者，友人，家族の存在や，自分に合ったストレス解消法という【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】を持っていたことがモチベーションの維持につながり，最もつらいプロセスを克服していた。従って，【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】は「一皮むけた経験」のプロセスに貢献する要因と考えられる。本研究では，精神的負担が特に大きい時期での経験が重点的に想起されて語られていたと考えられるが，成長を実感できるようなフィードバックを得たり，キャリアの再評価をするときの目標となったり，助言をもらうなど，役割モデルやメンターの存在は長期にわたって重要な役割を果たすと考えられる。従って，【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】は，「一皮むけた経験」のプロセス全体に影響しているのではないかと考えられる。

４）【役割認識】と【成長の実感】

【役割認識】と【成長の実感】の段階は，新たな部署での社会化を意味していた。研究参加者は，一年が経過して一通りの業務を経験できたと感じたり，役割を任命されたりすることを通じて「慣れた」と自覚できるようになっていた。「慣れた」とは，初めてだったことも経験を重ねることで特別のこととは感じなくなり，業務の流れや人間関係になじんで，新たな部署の一員になれたという実感を意味していた。また，新卒者の入職や配置転換で後輩が入ってくることを通じて，自分が「教わる」立場から「教える」立場に変わることを自覚していた。こうした役割変化の自覚により「新入り」を卒業し，「中堅」としての役割意識が生まれていた。そして，中堅として期待される役割行動がとれることで自分の成長を実感し，成長を実感できたことでさらに役割認識を強めていた。このように，中堅としての【役割認識】と配置転換による【成長の実感】は，お互いを促進しあって，新たな部署での自己の存在価値が育まれていた。そういった意味でこの【役割認識】と【成長の実感】は，新たな部署での社会化の表れであると考えられる。

また，【成長の実感】，【役割認識】と，【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】，【看護職継続の意思】の関係性について，【成長の実感】と【役割認識】までの経験で得られた自信が，【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】，【看護職継続の意思】というキャリアの長期展望につながったと考えられる。

５）【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】と【看護職継続の意思】

【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】と【看護職継続の意思】の段階は，看護職キャリアとしての「自分を貫くテーマ」[18] の発見とそれに取り組む意志という，職業アイデンティティの発達を意味していた。研究参加者の年齢は27歳から38歳で，シャインのキャリア・サイクル[7] でいえばキャリア中期にあたり，職業アイデンティティを模索する時期である。自分の抱負に照らして自分の歩みの再評価を行ない，現状維持か，キャリアを変えるかを決めたり，自分の生活全体において，仕事がどれほど重要であるかを決める時期にある[7]。同時に，一人の人間としての成長発達課題や家族の課題を抱えており，結婚や出産などのライフイベントを迎える，体力の衰えを感じる，育児や親の介護など家庭内での役割の変化など，仕事以外の悩みが増え，仕事とのバランスをどう取るかを悩む時期である。つまり，中堅看護師の多くは自己・仕事・家庭という３つの領域を調和させ，自分らしい働き方を模索する，キャリアの重要な節目に立っている。

彼らは，もともとキャリア中期という節目に立っているのに加え，配置転換という節目を迎えていた。座標軸とは，キャリアにおける「自分を貫くテーマ」[18] を意味する。研究参加者は，得意分野を身につけたい，こだわりたい看護のテーマを明確にするなど，「ただ仕事をするだけではなく，自分らしい仕事をしたい」という自己実現の欲求

を自覚し，中堅看護師の能力，立場を生かして取り組める目標を立てていた。このことは，今までの仕事経験を統合しようと，自分が働くことの価値や努力の方向を自己分析し，人生全体を方向づける目標につながる，看護職におけるその人独自の存在領域と使命[18]を概念化していたと言える。このことは，自己・仕事・家庭を調和させて，自分らしい働き方を決めるというキャリア中期の課題への取り組み方であった。

２．配置転換による中堅看護師のキャリア発達の支援方法への示唆

配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」は，看護職としての自分の新たな存在価値に気づくことによる，個人の成長のプロセスであると推測される。

このことから，配置転換による中堅看護師のキャリア発達のために，組織は，中堅看護師が配置転換によって自己の存在価値を発見できるように支援する必要がある。ここでは，配置転換を中堅看護師のキャリア発達の機会にするために必要なビジョンを組織と個人の両面から考察する。

なお，看護部などのトップマネージャーと，看護師長などのラインマネージャーの裁量権は施設によって異なるため，ここでいう「組織」とは，トップマネージャーとラインマネージャーを含む。

１）配置転換という節目への向かい方への支援

現在，人事異動の節目を迎える看護師が，「終焉」と「中立圏」をしっかりとくぐることができるように行われている組織の支援には，新卒者の研修プログラムがある。新卒者にとっての「終焉」とは，学生ではなくなることを深く実感する段階であり，「中立圏」とはまだ学生の気分が抜けきれず，看護師という立場になりきれない段階を意味する。新卒者研修では，入職前など早期からの接遇研修や技術演習などを通じて，看護師の現実に触れさせることで学生から看護師への役割意識の変化を促したり，定期的な研修や教育担当者との面接によって入職後の不安や悩みを表出できるよう支援するといったプログラムが組まれ，多くの組織で整備されている。これは，新卒者が「終焉」と「中立圏」をしっかりとくぐることを支援することで，理想と現実のギャップをできる限り軽減し，リアリティショックを緩和するためのものであると考えられる。

しかし，中堅看護師の職場適応への支援プログラムを持つ組織は少ない。配置転換希望の自己申告や意思確認の面接が導入されてはいるが，欠員や大人数の配置転換では，本人の意思を考慮する余裕はないという事情で，急な発令による配置転換も多いという現状がある[19]。本研究でも，なぜ自分が配置転換の対象になったのか，組織側からの明確で納得のいく説明を受けていた者は一名のみであった。

このような現状では，配置転換への個人の期待と組織の期待とのギャップを埋めることが難しく，急な発令がわだかまりとなって「終焉」と「中立圏」をくぐれず，要員充足や組織の活性化のために行った配置転換が，逆に職場不適応や離職の原因となる恐れもある。従って，中堅看護師が配置転換に価値を見出し，前向きな「開始」を迎えるためには，配置転換発令前の十分なインフォームド・コンセントが必要である。

一方，中堅看護師は，配置転換という節目において，「開始」ばかりに目を奪われず，何が終わるのか，何を失うのかについて十分に気持ちを整理することで「終焉」と「中立圏」をしっかりとくぐり，前向きに「開始」を迎える努力が必要である。

２）中堅看護師の力を組織の知識創造につなげる

知識創造には異なる意見が必要である。大沼は，「勤務交代者だからこそ，新たな職場での潜在的問題点が見え，業務改善の一端を担う役割を持つことや，基礎知識・知恵・技術を職場の中で発揮することで他の看護師への刺激や学習意欲の向上につながることも多い。」[20]と述べている。本研究の中堅看護師も，配置転換者ならではの問題意識を持ち，それが後輩の育成や業務改革，看護研究の動機付けとなって組織の知識創造につながっていた。

このように，組織における知識創造は，個人の知と組織の知の循環によって実現できることであり，貴重な暗黙知も組織へ向かって表出され，受け入れられなければ，大部分は流されてしまい，個人と組織の相互成長にはつながらない。従って，組織は配置転換を知識創造のチャンスだと認識し，配置転換する中堅看護師に知識創造のしくみとしての意味を持った配置転換であることを説明できることが求められる。例えば，初めての配置転換なら，暗黙知をもっと蓄積してもらいたい，経験豊富な人なら教育や改革のために暗黙知を「表出化」，「連結化」，「内面化」してもらいたいなど，中堅看護師に何を期待して計画されたのか，意図を明確に伝えることが必要である。そうすることで中堅看護師は，暗黙知を知識創造のプロセスへ意識的に組み込むことができると考えられる。

また，受け入れる部署は，配置転換を知識創造の機会にするために，「原体験」を奨励すること，共創の意識を持って中堅看護師を受け入れることが必要である。本研究では，問題意識を組織へ表出できた者もいたが，思っても行動に移せないという現実もうかがえた。配置転換者が異質なものに触れることで感じる驚きや不満は，時として「非難」と受け取られがちだが，一概に決め付けると貴重な意見も闇に葬られてしまう。「原体験」から得られた暗黙知をもとに，活発な議論や知識を共有できる機会を多く持つことが求められる。また，配置転換した中堅看護師は，貴重な気づきをしていても慣れない環境での表出は困難と思

われる。そこで，相談しやすい先輩や上司が窓口となって，気づきを汲み上げることが必要である。

一方，中堅看護師も，配置転換を知識創造のチャンスと認識し，異質なものを受け入れ，「原体験」を自分のものにする心構えをすることが重要である。徳岡が「自分の思考パターン，行動パターンなどは，異分子に触れることで比較が可能になり，初めて見えてくる」[16] と述べているように，研究参加者も配置転換をきっかけに自分の看護観や考え方に気づいていた。自分が身につけたやり方や考え方との違いに触れて違和感を感じても，その職場にとっては何らかの存在理由があるからだと考え，学ぶチャンスと捉えることが必要である。そうして蓄積した暗黙知は眠らせずに人に話す，書き残すなどの方法で「表出化」し，文献検索，看護研究などの方法で他の知と「連結化」して大きく育て，それを実践，反省して新たな知を創造する，というように，知識創造のプロセスへと意識的に組み込むことが必要である。

3）技術の習得を中軸とした支援システムの構築

本研究の研究参加者の所属する病院では，配置転換した中堅看護師の支援システムとして，プリセプターシップを導入していた。プリセプターシップは，新卒看護師のリアリティショックを緩和し，職場適応を促進するための方策である[21]。期待されている役割は，実践モデルとして，知識・技術などの専門業務，職業人・社会人としての心構えを指導すること，よき相談相手となり精神的なフォローをすることである[22][23]。配置転換者へのプリセプターシップの導入は，役割期待や指導期間は施設によって差があるが，年齢や経験が様々であることから，プリセプターとのマッチングが難しいという問題が指摘されている[24]。

研究参加者には，全員に彼らより経験年数の長いプリセプターが設定され，主に指導を受けていたが，プリセプターを役割モデルやメンターと認識していた者は1名のみであった。研究参加者は，プリセプターは新しい部署での業務を教えてもらう支援者であると認識していたが，価値観や思いを共有できる実践モデルとしての支援者は，別に見つけようとしていたこと，あるいはすでに存在していたことが特徴である。このことは，新卒者と違って，プリセプターの支援が得られる時間を確保できないなどの事情で支援を期待できず，自力で解決せざるを得ない状況や，前の職場ですでに役割モデルやメンターを見つけていたり，自分独自の実践モデルの選定基準を持っているなどの理由で，フォーマルな指導者と自分で見つけたインフォーマルな支援者をうまく使い分けていたことを意味していた。

長谷部は，中堅看護師の配置転換に伴う負担についての研究で，「検査・処置・看護技術に対する不安はとりわけ高く，配置転換後に必要とされる技術面での新たな習得が心理的負担の要因になっていることが推測された。」[25] と述べている。本研究においても，配置転換した中堅看護師の「原体験」には，心臓手術の介助，診療科特有の処置のやり方など，技術的な内容が多く，経験豊かな中堅看護師でも，その部署特有の技術の習得には難渋していた。この背景には，新卒者と違って，経験者の技術指導には「習うより慣れろ」という暗黙の了解があり，その都度教えてくれる人を探しながら実践して覚えなければならないストレスフルな現状があった。従って，配置転換した中堅看護師には技術の習得のための支援が重要であると言える。

そのために，中堅看護師には技術の習得を中軸とした支援システムが必要である。プリセプターを中心とした技術指導計画に加えて，マニュアルの整備とその内容の普及により一貫した指導が受けられるシステムの構築が必要である。

Ⅵ．研究の限界と今後の課題

本研究は，同じ組織に所属する研究参加者を対象にしているため，結果に組織風土の影響があることは否定できない。また，今回の結果には背景の違いが表れなかったが，限られた集団であることや，キャリア発達には個人的諸要因が影響すると考えられることから，背景の影響がないとは言い切れない。今後は，異なる組織を対象とした調査や，対象者数を拡大した調査が必要である。

Ⅶ．結　　語

1．配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」は，【再出発に向けての気持ちの整理】，【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】，【成長の実感】，【役割認識】，【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】，【看護職継続の意思】の6つの段階と【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】という1つの要因からなるプロセスであった。

2．中堅看護師が配置転換をキャリア発達の機会にするためには，「終焉」と「中立圏」をしっかりと経験するという節目への向かい方と，配置転換で得た知を実践に結びつける力を持つことが重要であり，それを支援する必要がある。

3．中堅看護師の配置転換による「一皮むけた経験」のプロセスは，看護職としての職業アイデンティティの発達につながる，個人の成長のプロセスであった。

謝　　辞

本研究に快く御協力下さいました研究参加者の方々，ならびに研究の主旨をご理解頂き，研究参加者を御紹介くださいました研究対象病院の看護部の方々に深く感謝

致します。

また，論文を作成するにあたり，ご指導ご助言をいただきました大分大学の原田千鶴教授に心より感謝致します。

本研究は，平成17年度大分大学大学院医学系研究科看護学専攻の修士論文の一部に加筆修正したものであり，その一部は第32回日本看護研究学会学術集会において報告した。

要　　旨

本研究の目的は，配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」のプロセスを明らかにすることである。配置転換後１年以上３年未満で，新しい職場に適応し，「一皮むけた」と自他（管理者）ともに認める中堅看護師５名に面接し，KJ法を用いて分析した。その結果，配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」は，【再出発にむけての気持ちの整理】，【配置転換から生じたネガティブな思いを乗り越えようとする姿勢】，【役割認識】，【成長の実感】，【自分らしいキャリア発達の座標軸の発見】，【看護職継続の意思】の６段階と【モチベーションの向上に必要な心の拠り所】の１要因からなるプロセスであることが明らかになった。配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」は，配置転換という節目への向かい方，配置転換によって得た知を新たな実践に結びつける力，中堅看護師としての職業アイデンティティの発達の過程を意味していた。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the process of "quantum leap experience" of proficient nurse by job displacement. I interviewed 5 proficient nurse adapted to a new job within three years after job displacement more than one year, that oneself and others（a manager）admitted that I was able to "quantum leap experience" by job displacement and analyzed by KJ method. As a result, it became clear that "quantum leap experience" of proficient nurse by job displacement was process comprising six phases of [change their mind toward a fresh start], [the attitude that is going to get over the negative thought that job displacement caused], [role recognition], [an actual feeling of growth], [discovery of the coordinate axis of the carrier development like oneself], [intention of nursing job continuation], and a one factors of [support of a heart that is necessary for improvement of the motivation]. "Quantum leap experience" of proficient nurse by job displacement meant attitude toward job displacement as the turning point , power to develop the intelligence that they got by job displacement to new practice, making of occupation identity as a proficient nurse.

文　　献

1）平井さよ子：看護職のキャリア開発　変革期のヒューマンリソースマネジメント，124，日本看護協会出版会，東京，2003.
2）金井壽宏：働くひとのためのキャリア・デザイン，3-80，PHP研究所，東京，2002.
3）楠田丘，斎藤清一：改訂版看護職の人材育成と人事考課のすすめ方，109-116，㈱産労総合研究所出版部経営書院，東京，2003.
4）金井壽宏：仕事で一皮むける，17-242，光文社，東京，2002
5）Morgan W. McCall, Jr. and Michael M. Lombardo and Ann M. Morrison :The Lessons of Experience, 121-146 ,The Free Press, 1988.
6）社団法人関西経済連合会人材育成委員会：一皮むけた経験と教訓　豊かなキャリア形成へのメッセージ，1-21，2001.
7）エドガー・H・シャイン著：キャリアダイナミクス，19-45，二村敏子・三善勝代訳，白桃書房，東京，1991.
8）片山利枝他：看護師の意欲阻害を配置転換という側面より考察する，第22回日本看護学会集録（看護管理），184-188，1991.
9）當房紀子：集中治療室に配置転換になった看護婦・士の職場への適応過程，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録25号，287-294，2000.
10）増田尚美他：救命センターに配置転換した看護婦の職場適応面接調査から受け入れ体制を再検討して，第32回日本看護学会集録（看護管理），222-224，2001.
11）加藤綾子：病院内で配置交替を経験した看護婦の職場適応の現状，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録26号，272-278，2001.
12）永松さゆり：手術室に配置転換になった看護婦・士の職場への適応過程，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録27号，305-312，2002.
13）杉野元子：中堅ナースのとらえ方とかかわり方，看護展望21（3），22-23，1996.
14）パトリシア・ベナー著：ベナー看護論　達人ナースの卓越性とパワー，22，井部俊子，井村真澄，上泉和子訳，医学書院，東京，1992.
15）川喜田二郎：創造と伝統　人間の深奥と民主主義の根源を探る，247-253，祥伝社，東京，1993.
16）徳岡晃一郎：人事異動，８-124，新潮社，東京，2004.
17）野中郁次郎：組織の行動を総合的に説明する学問，やさしい経営学，27-35，日本経済新聞社，東京，2002.
18）平野光俊：キャリア・ドメイン　ミドル・キャリアの分化と統合，93-94，千倉書房，東京，1999.
19）川島みどり：看護ジェネラリストにとってのローテーション，月刊ナーシング13(5)，55，1993.
20）大沼扶久子：勤務交代者の職場適応支援の具体策，ナースエデュケイション，４(1)，78，2003.

21）堀百合子：新人看護婦の職場適応過程におけるプリセプターシップの効果，看護展望，24(7)，78，1999.
22）江藤かをる：悩み多きプリセプターたちへ　指導者としての心構え，Nursing Today，16(5)，20-24，2001.
23）佐々木雅史：プリセプティからみたプリセプターシップの現状，第30回日本看護学会集録（看護管理），133-135，1999.
24）鶴田早苗：中途採用者・勤務交代者が新しい職場で迷うこととそのかかわり，ナースエデュケイション，4 (1)，49，2003.
25）長谷部美千代，前川幸江，他：中堅看護師の配置転換に伴う負担と支援の現状と今後の課題，第33回日本看護学会集録（看護管理），24-26，2002.

［平成20年７月14日受　　付
平成21年10月15日採用決定］

－研究報告－

患者の姿勢から認知する感情について
－看護者と養護教諭の比較から－

Clinical Nurses' Recognition of Feelings from the Posture of Patients:
A Comparison with School Nurses

三　上　佳　澄[1)]　　對　馬　明　美[2)]　　西　沢　義　子[3)]
Kasumi Mikami　　Akemi Tsushima　　Yoshiko Nishizawa

キーワード：患者の姿勢，感情認知，看護者，養護教諭，気分調査
Key Words：patient posture, recognition of feelings, clinical nurse, school nurse, the mood inventry

Ⅰ．はじめに

看護者は患者や医師，コ・メディカル職種など多くの人々とのコミュニケーションが求められる。特に看護者にとって患者とのコミュニケーションは，信頼関係の形成やアセスメント，ケアなどに深く関わっており，基本的で重要な看護技術の一つである。コミュニケーションには言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションがあり，私たちはその両方を意識的，無意識的に用いて情報の伝達と解読を行っている。看護者は，意識的に表出されていない患者の思いや状態を的確に察知・把握し，援助していく必要性があることから言語的コミュニケーションだけではなく，非言語的コミュニケーションから情報を得ることが求められる。

看護学領域ではコミュニケーション全体に焦点を当てた研究が多い。例えば看護学生を対象とし，プロセスレコードを用いたコミュニケーションの検討[1)]や，模擬患者を用いたコミュニケーション・トレーニングを検討しているもの[2)]などがある。非言語的コミュニケーションに関する研究は，患者と看護師，患者と看護学生の対話場面をビデオ撮影し，分析しているもの[3)]などがあるが，その数は少ない。看護師は患者の言語的な情報伝達だけでなく，非言語的な情報も的確に察知し，援助していく必要性があり，非言語的コミュニケーションに焦点をあてた詳細な検討が必要である。

非言語的コミュニケーションには表情，身振り，姿勢，声の調子などの発話内容以外の言語の状態を表すパラ言語等がある。中でも姿勢に関する研究は主に心理学，教育学等で実施されている。姿勢とは「からだの構え方。また構え。かっこう。心構え。態度。」[4)]であり，対人態度や地位関係，対人感情を伝達し，文化や性別による差異が見られる[5)]とされている。心理学においては肩をいからせている，胸を張るなどの姿勢語を解読させ，その姿勢のもつ意味次元を検討しているもの[6)]，とった姿勢が被験者の感情に影響を及ぼすことを検討しているものなどがある[7)]。また教育学においては教授場面における教師の姿勢が生徒にどのように解釈されているのか[8)]，教授場面において教師が生徒の理解状態をどのように読み取り，またどのような非言語的行動を手がかりにしているのか[9)]を検討している。

工藤ら[6)]は姿勢の持つ心理的な意味として自己充実性因子，対人的好意性因子，対人的意識性因子の３つをあげている。自己充実性因子は，“胸を張っている”“肩を落としている”などの姿勢語であり，人の内面的感情状態を反映し，自己拡張性，自分に対する自信，すなわち自己評価を現す因子である。対人的好意性因子は“身を乗り出している”“そっぽを向いている”などの姿勢語であり，対人態度をあらわし，他者に好意をもち積極的なかかわりを求めるか否かを意味する。対人的意識性因子は，“こぶしを握っている”“あごに両手をついている”などの姿勢語であり，他者に対する対人的構えを示し，他者を意識し，深く関与するか否かを意味する。

非言語的コミュニケーションの１つである姿勢が他者との教授場面等に影響を及ぼすことが明らかとなっているが，看護学領域では十分検討されていない。そこで対象者の姿勢から看護者がどのような感情を認知しているのかを明らかにすることによって看護者のコミュニケーション技術の向上につながると考えられる。看護学生を対象とした研究では，姿勢によって認知する感情に差異がみられている[10)]。すなわち，患者の姿勢の違いによって認知する感情

１）虎ノ門病院　Toranomon Hospital
２）弘前学院大学　Hirosaki Gakuin University
３）弘前大学大学院保健学研究科　Hirosaki University Graduate School of Health Sciences

表１　心理学等で取り上げられた姿勢

著　者　名	姿　　勢
Duclose S.E., et al.（1989）	・怒りの姿勢 ・悲しみの姿勢 ・恐れの姿勢　など
Riskind J.H., Gotay C.C.（1982）	・前屈の姿勢（落胆） ・直立の姿勢（自信） ・緊張した（脅された）姿勢 ・リラックスした姿勢
菅村（1994）	自信―落胆、注意―拒絶の２次元 ・基本の姿勢 ・自信の姿勢 ・落胆の姿勢 ・注意の姿勢 ・拒絶の姿勢　など
鈴木（1984）	・自信 ・落胆 ・注意 ・拒絶 ・基準の姿勢 ・緊張の姿勢

に違いがあり，患者のさまざまな姿勢から看護者は多くの情報を得ていることが考えられる。

そこで本研究では姿勢から認知する感情を詳細に分析するために姿勢の３つの因子である自己充実性因子，対人的好意性因子，対人的意識性因子および表１に示したような姿勢を参考にした。また，患者は入院によって日常生活とは異なる環境での生活をしなければならない。手術や検査，自分の病状などから不安が生じるだろう。看護者にとって患者の不安を察知し，軽減することは重要となることから，不安を表出していると考えられる姿勢も加えることとし，本研究で取り上げる姿勢を落胆，緊張，不安，興味，喜び，怒りと基本の姿勢とした。比較対照として養護教諭を取り上げる。養護教諭は，健康問題を有する児童生徒に対して個別指導・健康相談活動を行うことから，看護師と同様に高度なコミュニケーション技術が求められる。そのため基礎教育ではこれらの能力を育成するための教育内容が盛り込まれている。野崎ら[11] によれば看護学部生は他学部生に比べ社会的スキルの高い集団であることを指摘している。すなわち，看護師および養護教諭は他の職種の人に比較し，コミュニケーション能力が高いことが推測される。看護師と養護教諭を比較することで類似性や差異が明確となり新たな側面からコミュニケーション技術の向上についての示唆が得られると考えられる。

図１には本研究の研究枠組みを示した。送り手（患者）が発信する非言語的コミュニケーションの中でも特に姿勢

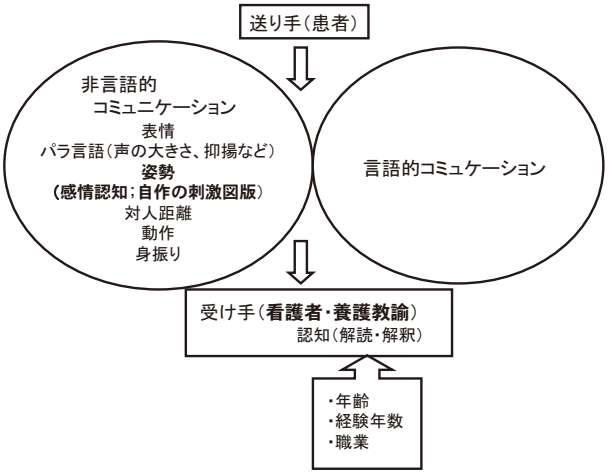


図１　研究枠組み

に着目し，受け手（看護者・養護教諭）がどのように認知するのかを解明するものである。本研究の目的は，看護者と養護教諭とを比較し，看護者が患者の姿勢からどのような感情を認知しているのかを明らかにすることである。

Ⅱ．研究方法

１．対象者

A県内の病院に勤務している，もしくは勤務経験のある看護者330名，小学校・中学校・高等学校等に勤務する養護教諭50名を対象とした。有効回答数は看護者195名（有効回答率59.1%），養護教諭40名（有効回答率80.0%）だった。性別は全て女性である。

２．データ収集期間

2007年６月から８月中旬である。

３．倫理的配慮

本研究は，弘前大学大学院医学研究科倫理委員会の承認を得て実施した。看護者のデータは所属施設の看護部長に研究の主旨，方法等を説明し，看護者の研究協力が得られる場合に調査用紙の配布・回収を依頼した。養護教諭は直接学校を訪問し，学校長の許可を得，研究の主旨，方法等を説明した。養護教諭の研究協力が得られる場合，調査用紙を配布し記載後は郵送により回収した。看護者，養護教諭の両対象者には，研究への参加は自由であり，参加同意を拒否した場合にも勤務成績等に影響することはなく不利益を受けないこと，データは統計的に処理され，個人が特定されることはないことなどを口頭もしくは書面で説明し，参加同意書の提出により研究参加の承諾を確認した。

４．調査方法

１）刺激図版の作成

①刺激図版作成上の留意点

姿勢の解読に関する研究では人物の写真，線画，ビデオ

表２　姿勢の一覧

感情	椅坐位		端坐位・長坐位	
基本		顔 体幹 腕 脚	正面 まっすぐ 自然に下ろし、体の前で両手を重ねている そろえている		顔 体幹 腕 脚	正面 まっすぐ 自然に下ろし、体の前で両手を重ねている 掛け物で見えない
不安		顔 体幹 腕 脚	下向き 猫背 両腕を下げ、机の上で両手握りしめている そろえている		顔 体幹 腕 脚	下向き 猫背 両腕を下げ、机の上で両手握りしめている 掛け物で見えない
落胆		顔 体幹 腕 脚	下向き 猫背 両腕を下げ、机の上で両手握りしめている そろえている		顔 体幹 腕 脚	下向き 猫背 自然に下に下ろしている 軽く開いている
緊張		顔 体幹 腕 脚	やや下向き やや前方に傾いている 肩を上げ、両腕を太ももに置いている そろえている		顔 体幹 腕 脚	正面 まっすぐ 肩を上げ、両腕を太ももに置いている そろえている
興味		顔 体幹 腕 脚	正面 まっすぐ。前方に傾いている 腕を机の上にのせ、組んでいる そろえている		顔 体幹 腕 脚	やや横向き やや横（左）を向いている 左の腕はベッド上に，右腕は脚の上にある 掛け物で見えない
怒り		顔 体幹 腕 脚	やや横向き やや横（右）を向いている 体の前で組んでいる 脚を組んでいる		顔 体幹 腕 脚	やや下向き やや猫背 腕を曲げ、握りこぶしをつくっている 軽く開いている
喜び		顔 体幹 腕 脚	上向き まっすぐ 自然に下ろし、大腿上で両手を軽く重ねている そろえている		顔 体幹 腕 脚	正面 まっすぐ 体の前で両肘を曲げ、拍手をするように手を重ね合わせている 掛け物で見えない

テープ等を研究材料として用いている。対人コミュニケーションでは姿勢だけではなく，表情やしぐさ，におい，声などといった他の情報も手がかりとしてしまうため，それらを除去したものを使用することで姿勢から認知される感情に焦点を絞ることができると考えられる。よって本研究では姿勢のみに着目できるように表情を除いた図版を用いた。

②姿勢の写真撮影

落胆，緊張，不安，興味，喜び，怒り，基本のそれぞれの感情を表していると考えられる姿勢をデジタルカメラで撮影し，その後イラスト化した。落胆や緊張などの感情を表現していると考えられる姿勢は，姿勢の３つの因子の姿勢語や先行研究を参考にした。医療場面をイメージできるように患者役は寝衣を着用している。入院中患者は多くの時間をベッド上で過ごすこと，また患者指導や病状説明などイスに座っていることもあるため，患者の姿勢をベッド上に座っている姿勢と椅坐位の２つの状態とした。ベッド上に座っている姿勢は，端坐位もしくは長坐位である。椅坐位は椅子と机を用い，患者は椅子に座り，机の上に手を置いたりしている。撮影は患者の側面から行った。

③刺激図版の抽出

作成したイラストは合計39個で，その中から刺激図版を抽出した。刺激図版の抽出は，コミュニケーション，感情認知に関する研究を行っている研究者５名（以下研究補助者とする）に依頼した。

はじめに椅坐位のイラストについて行った。椅坐位のイラストは14個あり，各イラストに１から14までの番号を付けた。イラスト14個全てを提示した状態で，落胆の感情を

最も表現していると考えられる姿勢を研究補助者間で協議の上選択させた。次に緊張の感情を残りの13個のイラストの中から選択させた。このようにイラストを提示し，最も感情を表現していると考えられる姿勢１つを選択していった。また刺激図版の選択は，研究補助者間で高率で一致していた。

次にベッド上に座っている姿勢（端坐位と長坐位）のイラストの抽出を行った。イラストは25個あり，選択方法は椅坐位と同様である。抽出された刺激図版は椅坐位を感情ごとに７個，ベッド上に座っている姿勢を感情ごとに７個（端坐位３個，長坐位４個）の合計14個である。表２には姿勢のイラストとそれぞれの姿勢について顔の向き，体幹，腕，脚の状態を示している。

２）感情認知の評価方法

評価には坂野ら[12, 13]が開発した気分調査票を用いた。気分調査票は，臨床場面における患者の心理状態を客観的かつ，多面的に測定することが可能であるとされている。刺激図版を見て，患者の感情状態を，全く当てはまらない（１点）から非常に当てはまる（４点）の４段階で評価する。この尺度は緊張と興奮，爽快感，疲労感，抑うつ感，不安感の５因子について８項目ずつ，計40項目の質問で構成されている。因子ごとに合計し，感情認知得点とした。得点範囲は８点～32点である。本尺度のCronbach α係数は緊張と興奮0.70，爽快感0.87，疲労感0.84，抑うつ感0.91，不安感0.82である。本研究でのCronbach α 係数は0.78～0.93であり，因子の内的整合性は確保されていると考えられる。

３）対象者の特性およびコミュニケーション時の着眼点

対象者の特性として年齢，経験年数について調査した。また，コミュニケーション時の着眼点については言葉，表情，しぐさ，目線，姿勢，声の調子，その他からあてはまるもの全てを選択させた。

４）統計解析

統計解析にはSPSS 15.0J for Windowsを用いた。Mann-Whitney U test，Kruskal Wallis test，多重比較には「Bonferroniの不等式による修正」を用いた。有意水準は$p<0.05$とした。

Ⅲ．結　　果

１．対象者の特性

看護者と養護教諭の年代，経験年数等を表３に示した。看護者の平均年齢は38.0±11.8歳，平均経験年数15.9±11.3年であった。養護教諭の平均年齢は47.6±8.6歳，平均経験年数は25.0±9.6年であった。看護者は20代が多いが，養護教諭は40代，50代が多かった。経験年数は看護者，養護教諭ともに11年以上が最も多かった。

表４はコミュニケーションの際に相手のどのようなところに着目するかを複数回答で求めたものである。看護者は表情が91.3%と最も多く，次いで言葉78.5％であり，姿勢は11.8%と少なかった。養護教諭も表情が100.0%と最も多く，次いでしぐさ52.5%，言葉50.0%で，姿勢は27.5%であった。

表３　看護者と養護教諭の属性

属　性		看護者 n=195		養護教諭 n=40	
		例数	%	例数	%
年代	20 代	69	35.4	1	2.5
	30 代	34	17.4	5	12.5
	40 代	47	24.1	15	37.5
	50 代	45	23.1	19	47.5
経験年数	１～３年	41	21.0	1	2.5
	４～10 年	38	19.5	3	7.5
	11 年以上	116	59.5	36	90.0
現在の資格	看 護 師	175	89.7		
	准看護師	8	4.1		
	助 産 師	12	6.2		
現勤務校	小 学 校			22	55.0
	中 学 校			13	32.5
	高　校			1	2.5
	特別支援学校			3	7.5
	幼 稚 園			1	2.5

表４　コミュニケーション時の着眼点

着　眼　点	看護者 n=195		養護教諭 n=40	
	例数	%	例数	%
表　　情	178	91.3	40	100.0
言　　葉	153	78.5	20	50.0
目　　線	93	47.7	18	45.0
し　ぐ　さ	73	37.4	21	52.5
声の調子・大きさ	56	28.7	12	30.0
姿　　勢	23	11.8	11	27.5
そ　の　他	5	3.0	2	5.0

（複数回答）

２．姿勢から認知する感情―看護者と養護教諭の比較―

姿勢から認知する感情について表５に示した。

１）基本姿勢

椅坐位では不安感が看護者18.0，養護教諭20.5と２群とも最も高かった。一方，緊張と興奮の得点が看護者13.0，養護教諭14.5と最も低かった。２群間の比較では，看護者の緊張と興奮，爽快感，疲労感，抑うつ感（$p<0.05$），不安感（$p<0.001$）の得点が養護教諭よりも有意に低かった。長坐位では不安感の得点が２群とも最も高く，緊張と興奮の得点が最も低かった。２群間の比較では看護者の不安感の得点が有意に低かった（$p<0.01$）。

２）不安姿勢

椅坐位では抑うつ感の得点が２群とも最も高く，不安感も高い傾向にあった。２群間の比較では看護者の抑う

表５　患者の姿勢から認知する感情－看護者と養護教諭の比較－

median（25 ～ 75 percentile）

感情	姿勢	感情状態	看護者 n=195		養護教諭 n=40		U 値	
基本不安落胆緊張興味怒り喜び	椅坐位	緊張と興奮	13.0	(9.0 ～ 16.0)	14.5	(12.0 ～ 16.0)	3023.5	*
		爽快感	16.0	(12.0 ～ 19.0)	17.5	(15.0 ～ 21.0)	3060.5	*
		疲労感	16.0	(12.0 ～ 19.0)	17.0	(15.0 ～ 20.0)	3128.5	*
		抑うつ感	16.0	(13.0 ～ 20.0)	18.5	(16.0 ～ 23.0)	2902.5	*
		不安感	18.0	(14.0 ～ 21.0)	20.5	(18.0 ～ 23.8)	2526.5	***
	長坐位	緊張と興奮	11.0	(9.0 ～ 15.0)	12.0	(10.3 ～ 14.8)	3552.5	
		爽快感	16.0	(12.0 ～ 18.0)	17.0	(14.0 ～ 19.0)	3325.5	
		疲労感	16.0	(13.0 ～ 19.0)	17.0	(14.0 ～ 20.8)	3388.0	
		抑うつ感	17.0	(14.0 ～ 22.0)	19.5	(16.0 ～ 23.5)	3304.5	
		不安感	19.0	(16.0 ～ 22.0)	21.5	(18.0 ～ 24.0)	2786.5	**
	椅坐位	緊張と興奮	15.0	(11.0 ～ 18.0)	16.0	(13.0 ～ 19.0)	3164.5	
		爽快感	11.0	(9.0 ～ 14.0)	12.0	(10.0 ～ 14.8)	3462.0	
		疲労感	20.0	(17.0 ～ 23.0)	21.0	(19.0 ～ 23.8)	3272.5	
		抑うつ感	24.0	(20.0 ～ 27.0)	26.0	(23.3 ～ 29.0)	2786.0	**
		不安感	22.0	(19.0 ～ 25.0)	24.0	(22.0 ～ 27.0)	2629.0	**
	長坐位	緊張と興奮	13.0	(9.0 ～ 16.0)	14.5	(11.0 ～ 16.0)	3145.0	
		爽快感	12.0	(10.0 ～ 16.0)	12.5	(11.0 ～ 14.8)	3756.0	
		疲労感	20.0	(15.0 ～ 22.0)	21.5	(18.3 ～ 23.8)	2812.5	**
		抑うつ感	23.0	(19.0 ～ 25.0)	25.0	(23.0 ～ 30.0)	2369.5	***
		不安感	23.0	(19.0 ～ 24.0)	25.0	(23.0 ～ 28.0)	1962.5	***
	椅坐位	緊張と興奮	14.0	(10.0 ～ 17.0)	15.0	(12.3 ～ 16.0)	3378.0	
		爽快感	12.0	(10.0 ～ 16.0)	13.5	(11.3 ～ 15.0)	3268.5	
		疲労感	19.0	(16.0 ～ 22.0)	21.0	(18.0 ～ 23.0)	3064.5	*
		抑うつ感	22.0	(17.0 ～ 25.0)	24.0	(20.0 ～ 26.8)	2870.0	**
		不安感	22.0	(19.0 ～ 24.0)	23.0	(22.0 ～ 27.0)	2781.0	**
	端坐位	緊張と興奮	11.0	(9.0 ～ 15.0)	13.0	(11.0 ～ 15.8)	3182.5	
		爽快感	9.0	(8.0 ～ 11.0)	9.0	(8.0 ～ 11.0)	3833.5	
		疲労感	23.0	(20.0 ～ 26.0)	24.0	(22.0 ～ 26.8)	3327.0	
		抑うつ感	27.0	(24.0 ～ 30.0)	29.0	(25.0 ～ 31.0)	3276.5	
		不安感	23.0	(20.0 ～ 26.0)	25.0	(23.0 ～ 27.0)	3032.0	*
	椅坐位	緊張と興奮	16.0	(11.0 ～ 20.0)	19.0	(17.0 ～ 22.0)	2446.5	**
		爽快感	12.0	(9.0 ～ 16.0)	13.0	(11.0 ～ 16.0)	3269.5	
		疲労感	18.0	(15.0 ～ 21.0)	19.0	(16.0 ～ 21.8)	3381.5	
		抑うつ感	21.0	(16.0 ～ 24.0)	21.0	(18.0 ～ 23.8)	3625.0	
		不安感	21.0	(17.0 ～ 24.0)	22.5	(20.0 ～ 24.0)	3111.0	*
	端坐位	緊張と興奮	13.0	(10.0 ～ 16.0)	15.0	(12.3 ～ 16.8)	3203.5	
		爽快感	17.0	(13.0 ～ 20.0)	19.0	(17.0 ～ 22.0)	2831.5	**
		疲労感	14.0	(11.0 ～ 17.0)	15.0	(11.0 ～ 19.0)	3307.5	
		抑うつ感	15.0	(10.0 ～ 17.0)	16.0	(12.5 ～ 18.8)	3278.0	
		不安感	16.0	(13.0 ～ 20.0)	18.5	(16.0 ～ 21.8)	2941.0	*
	椅坐位	緊張と興奮	16.0	(11.0 ～ 19.0)	16.0	(12.3 ～ 18.8)	3610.5	
		爽快感	16.0	(12.0 ～ 20.0)	19.5	(16.0 ～ 22.8)	2564.0	**
		疲労感	15.0	(10.0 ～ 17.0)	14.5	(10.0 ～ 18.0)	3799.5	
		抑うつ感	15.0	(9.0 ～ 17.0)	15.0	(10.0 ～ 17.0)	3822.5	
		不安感	17.0	(14.0 ～ 20.0)	17.0	(12.3 ～ 20.8)	3885.0	
	長坐位	緊張と興奮	20.0	(17.0 ～ 23.0)	21.0	(19.0 ～ 23.8)	3329.5	
		爽快感	15.0	(10.0 ～ 18.0)	17.5	(12.0 ～ 20.0)	2714.5	**
		疲労感	13.0	(10.0 ～ 16.0)	14.0	(11.0 ～ 16.0)	3186.0	
		抑うつ感	12.0	(8.0 ～ 16.0)	14.5	(12.0 ～ 17.0)	2851.5	**
		不安感	17.0	(12.0 ～ 20.0)	17.5	(15.3 ～ 21.0)	3279.5	
	椅坐位	緊張と興奮	20.0	(16.0 ～ 24.0)	23.5	(18.3 ～ 26.0)	2733.5	**
		爽快感	12.0	(9.0 ～ 16.0)	12.5	(11.0 ～ 15.0)	3506.5	
		疲労感	19.0	(15.0 ～ 22.0)	20.0	(18.0 ～ 23.8)	2799.0	**
		抑うつ感	15.0	(10.0 ～ 18.0)	16.0	(14.0 ～ 19.8)	2985.0	*
		不安感	17.0	(14.0 ～ 21.0)	19.5	(16.3 ～ 23.0)	2739.0	**
	端坐位	緊張と興奮	21.0	(16.0 ～ 24.0)	22.0	(19.3 ～ 26.0)	2986.0	*
		爽快感	16.0	(11.0 ～ 19.0)	16.0	(14.3 ～ 21.0)	2906.5	*
		疲労感	13.0	(10.0 ～ 16.0)	15.0	(11.0 ～ 16.0)	3136.5	
		抑うつ感	13.0	(9.0 ～ 16.0)	16.0	(12.0 ～ 17.0)	2752.0	**
		不安感	16.0	(11.0 ～ 19.0)	17.0	(15.3 ～ 19.0)	3055.5	*
	椅坐位	緊張と興奮	12.0	(9.0 ～ 15.0)	13.5	(11.0 ～ 15.0)	3152.0	
		爽快感	15.0	(11.0 ～ 18.0)	16.0	(13.3 ～ 22.0)	2954.0	*
		疲労感	17.0	(14.0 ～ 21.0)	18.5	(15.0 ～ 22.0)	3363.5	
		抑うつ感	17.0	(13.0 ～ 20.0)	18.5	(13.5 ～ 22.0)	3184.5	
		不安感	19.0	(16.0 ～ 22.0)	20.0	(18.0 ～ 23.8)	3063.0	*
	長坐位	緊張と興奮	16.0	(12.0 ～ 20.0)	20.0	(17.0 ～ 23.0)	2232.0	***
		爽快感	18.0	(14.0 ～ 22.0)	18.0	(15.3 ～ 22.8)	3633.5	
		疲労感	11.0	(8.0 ～ 15.0)	16.0	(10.0 ～ 18.8)	2531.0	***
		抑うつ感	11.0	(8.0 ～ 16.0)	13.5	(9.0 ～ 16.0)	3448.0	
		不安感	16.0	(11.0 ～ 19.0)	16.0	(12.0 ～ 19.0)	3548.0	

Mann-Whitney U test
*$p < 0.05$, **$p < 0.01$, ***$p < 0.001$

つ感，不安感の得点が養護教諭より有意に低かった（p＜0.01）。長坐位では抑うつ感と不安感の得点が２群とも最も高かった。２群間の比較では看護者の疲労感（p＜0.01），抑うつ感，不安感（p＜0.001）の得点が養護教諭より有意に低かった。

３）落胆姿勢

椅坐位では看護者は抑うつ感と不安感が，養護教諭は抑うつ感が最も高く，２群とも爽快感が低かった。２群間の比較では看護者の疲労感（p＜0.05），抑うつ感，不安感（p＜0.01）が養護教諭より有意に低かった。端坐位では抑うつ感が最も高く，爽快感が低かった。２群間の比較では看護者の不安感が養護教諭より有意に低かった（p＜0.05）。

４）緊張姿勢

椅坐位では看護者は抑うつ感と不安感，養護教諭では不安感が最も高かった。２群間の比較では看護者の緊張と興奮（p＜0.001），不安感（p＜0.05）が養護教諭より有意に低かった。端坐位では２群とも爽快感が高かった。２群間の比較では，看護者の爽快感（p＜0.01），不安感（p＜0.05）が養護教諭より有意に低かった。

５）興味姿勢

椅坐位では看護者の得点は15.0～17.0であり，得点に大差がなかったのに対して，養護教諭は爽快感が19.5と最も高く，看護者よりも有意に高かった（p＜0.01）。長坐位では２群とも緊張と興奮の得点が最も高かった。２群間の比較では看護者の爽快感，抑うつ感が養護教諭より有意に低かった（p＜0.01）。

６）怒り姿勢

椅坐位では２群とも緊張と興奮の得点が高く，爽快感が低かった。看護者の緊張と興奮，疲労感，不安感（p＜0.01），抑うつ感（p＜0.05）が養護教諭より有意に低かった。端坐位では緊張と興奮の得点が最も高かった。２群間の比較では看護者の緊張と興奮，爽快感，不安感（p＜0.05），抑うつ感（p＜0.01）が養護教諭より有意に低かった。

７）喜び姿勢

椅坐位では２群とも不安感の得点が最も高かった。２群間の比較では看護者の爽快感，不安感が有意に低かった（p＜0.05）。長坐位では看護者は爽快感，養護教諭は緊張と興奮の得点が最も高かった。２群間の比較では看護者の緊張と興奮，疲労感が養護教諭より有意に低かった（p＜0.001）。

３．経験年数による感情認知の差異

看護者の経験年数をベナー[14]の「技術習得に関するドレファスモデルの看護への適応」を参考に１～３年を第１段階から３段階まで，４～10年を第４段階，11年以上を第５段階とみなし３群に分類し比較した。３群間で有意差がみられた姿勢について多重比較の結果も併せて表６に示した。多重比較の結果，基本姿勢椅坐位の疲労感は１～３年群が11年以上群よりも有意に高かった（p＜0.01）。不安姿勢長坐位の抑うつ感は１～３年群が４～10年群（p＜0.05），11年以上群（p＜0.01）よりも有意に高かった。落胆姿勢椅坐位の不安感も１～３年群が４～10年群，11年以上群よりも有意に高かった（p＜0.05）。緊張姿勢椅坐位の不安感は１～３年群が４～10年群よりも有意に高かった（p＜0.01）。怒り姿勢椅坐位の不安感は４～10年群が11年以上群よりも有意に低かった（p＜0.01）。怒り姿勢端坐位の緊張と興奮は１～３年群が４～10年群，11年以上群よりも有意に高かった（p＜0.01）。喜び姿勢椅坐位の疲労感は１～３年群が11年以上群よりも有意に高かった（p＜0.05）。

表６　看護師の経験年数による感情認知の違い

姿勢	経験年数	median（25～75 percentile）	
基本（椅坐位）疲労感	１～３年	18.0 （15.0 ～ 20.5）	**
	４～10年	16.0 （10.8 ～ 19.3）	
	11年以上	15.0 （12.0 ～ 17.8）	
不安（長坐位）抑うつ感	１～３年	24.0 （20.5 ～ 27.0）	* **
	４～10年	22.0 （19.0 ～ 24.0）	
	11年以上	22.0 （17.3 ～ 24.0）	
落胆（椅坐位）不安感	１～３年	24.0 （21.5 ～ 26.0）	* *
	４～10年	22.0 （19.8 ～ 24.0）	
	11年以上	22.0 （17.0 ～ 24.0）	
緊張（椅坐位）不安感	１～３年	22.0 （20.5 ～ 24.0）	**
	４～10年	19.0 （16.0 ～ 22.0）	
	11年以上	21.0 （16.0 ～ 24.0）	
怒り（椅坐位）不安感	１～３年	17.0 （14.0 ～ 20.0）	
	４～10年	16.0 （12.8 ～ 18.3）	**
	11年以上	18.0 （14.0 ～ 21.0）	
怒り（端坐位）緊張と興奮	１～３年	23.0 （18.0 ～ 26.0）	** **
	４～10年	20.0 （16.0 ～ 23.0）	
	11年以上	21.0 （16.0 ～ 23.0）	
喜び（椅坐位）疲労感	１～３年	20.0 （15.5 ～ 23.5）	*
	４～10年	17.0 （15.0 ～ 21.3）	
	11年以上	16.0 （13.0 ～ 20.8）	

Bonferroniの不等式による修正
*p＜0.05, **p＜0.01
経験年数　１～３年：41名，４～10年：38名，11年以上：116名

一方，養護教諭の場合は，緊張姿勢椅坐位の疲労感以外どのような感情，姿勢でも経験年数による有意差はみられなかった。

Ⅳ．考　　察

１．姿勢から受ける感情の特徴―看護者と養護教諭の比較―

看護者が患者の姿勢からどのような感情を認知している

のか，看護者同様に高度なコミュニケーション能力が必要である養護教諭と比較しながら明らかにすることを目的に落胆や不安が表出されているさまざまな姿勢を提示し，気分調査票を用いて評価した。

本研究結果から不安姿勢では，椅坐位，長坐位ともに抑うつ感，不安感の得点が高い傾向にあった。落胆姿勢の椅坐位でも抑うつ感，不安感の得点が高く，端坐位では抑うつ感の他に疲労感と不安感の得点も高い傾向にあった。すなわち不安や落胆姿勢は椅坐位，長坐位・端坐位ともに抑うつ感，不安感の得点が高い傾向にあり，対象者はこれらの感情を認知していることが考えられる。この両姿勢は，顔の向きが下向き，背中は丸くなっている状態である。背中が丸く，猫背の姿勢は落胆の感情を読み取るというJames[15]の先行研究と一致した結果となった。また，鈴木[16]は姿勢の特徴は主に頭の向き，体幹の向きであると述べている。本研究で使用した刺激図版の不安や落胆姿勢は，顔の向きが下向きで，前傾姿勢であるため頭の向きや体幹の状態が明らかであり，対象者は抑うつ感や不安感といったネガティブな感情状態を適切に認知したものと考えられる。怒り姿勢は椅坐位，端坐位ともに緊張と興奮が高く，椅坐位では疲労感も高い傾向にあった。緊張と興奮の因子には“興奮している”“怒っている”などの項目が含まれており，姿勢が表現している怒りの感情を認知していると考えられる。興味姿勢は長坐位では２群とも緊張と興奮が高かった。鈴木ら[17]の研究によると身をのりだす姿勢は興味・関心，積極性を表すとされる。本研究の興味姿勢も身をのりだした姿勢であり，同様の姿勢である。緊張姿勢の椅坐位では不安感や抑うつ感が最も高いが，疲労感なども高い傾向にあった。緊張姿勢の椅坐位は顔の向きがやや下向きであることから不安感などのネガティブな感情を認知したと考えられる。端坐位では爽快感が高く，また不安感なども高い傾向にあった。喜び姿勢の椅坐位では不安感が最も高く，疲労感や抑うつ感も高い傾向にあった。長坐位では看護者は爽快感，養護教諭は緊張と興奮が最も高いが，看護者は緊張と興奮や不安感，養護教諭は爽快感も高い傾向にあった。

各因子の最高得点が32点であることから，20点以上の高得点を示した感情は１つの姿勢でも複数となることが示された。すなわち看護者，養護教諭ともに１つの姿勢から複数の感情を認知していることが考えられる。Argyle[18]は姿勢がどれくらい詳細に，より特定の感情状態を伝えるかは完全に明確ではないと述べている。すなわち，姿勢は送り手の感情状態を表現しているが，その感情状態を受け手側が特定の感情として明確に解読しているわけではないといえよう。

全体的にどの姿勢においても看護者の感情認知得点が養護教諭よりも低い，もしくは低い傾向にあった。児童・生徒の場合は心因性の健康問題を抱えている場合があるため，来室の理由を探ることから出会いがあるが，患者の場合は疾病や症状等の問題がある程度予測できる場合が多く，記録等からの情報も得られる。そのため看護者は養護教諭ほど姿勢に着目しなくても適切な判断ができるのではないかと考えられる。河合[19]によれば看護師は患者の観察時に，知識や経験からプロフェショナルとして必要な情報を得るために注視点が限局していることを指摘している。すなわち，患者の観察に必要な情報を精選しているため，姿勢に限局した場合の感情得点が低かったのでないかと考えられる。一方，工藤ら[20]によれば，熟練養護教諭は保健室での対話場面において子どもの表出するサインを敏感に感じ取り，その意味や内容に表現されている子どもの状態から推論し，対応の優先順位を決めて対応しているとしている。すなわち養護教諭は保健室を訪れる多くの児童生徒の状態を即座に判断し，優先順位をつけており，入室した時の児童生徒の姿勢から情報を得ていると考えられる。

本研究ではコミュニケーション時に姿勢に注目している看護者は11.8%であり，養護教諭の27.5%より低率であった。またしぐさに着目する割合も養護教諭52.5%に対し看護者37.4%と同様であった。看護者が関わる対象者の多くは成人など言葉で自分の状態を表現できる年齢層であるが，養護教諭が対象としている児童・生徒は言語だけでは自分の意思を十分に表現できないため，非言語的情報を把握していく必要性を認識しているのではないだろうか。佐藤[21]によれば子どもは心に疲れを覚えるとそれがすぐに姿勢になって表れてくると述べている。教師の視点からみる児童の姿勢の変化は，児童の心理を表していると認識されている。そのため養護教諭は看護者よりも姿勢に着目することが多く，得点が高い傾向になったと考えられる。すなわち看護者は養護教諭ほど姿勢に着目していないことが示唆された。

コミュニケーション時にどのようなところに注目しているかを複数回答で求めたところ，看護者は表情が91.3%，養護教諭は100.0%と最も多かった。このことは井上ら[22]の看護学生を対象とし，ビデオ視聴によってどのような部分に着目するかを検討したところ，顔の表情が多かったという結果とも一致している。また西沢ら[23]は日本版IFEEL Pictures Testを用いて表情認知の特徴について看護学生と看護師を比較しているが，看護学生，看護師ともによく表情認知していたと述べている。しかしながら，アメリカ人と日本人では表出してはいけないとする情動が異なる[24]など，文化的差異により感情表出は異なっている。どのような感情状態であるかを把握するために言葉や表情

だけではなく，その他の非言語的情報に着目する必要があるだろう。看護者も非言語的コミュニケーションの１つである姿勢も患者の心理状態を反映することをより一層意識することが必要であると考えられる。

２．経験年数による感情認知の差異

本研究では看護者の感情認知について経験年数１～３年，４～10年，11年以上の３群で比較した。７つの感情で３群間に有意差があり，そのうち怒り姿勢椅坐位の不安感を除く６つの感情では経験年数が少ないほど，感情認知得点が有意に高かった。谷津[25]は臨床経験が増すほど，「看護場面的写真」に対する感受性や表現性が豊かになり，その中に看護の意味や価値を吟味する。また「看護場面的写真」を解釈するための患者―看護者のコミュニケーション，疾病など，さまざまな知識が増えるほどに「看護場面的写真」の細部や全体から人物の心的状態をより柔軟に捉えていたとしている。ベナー[14]によると，中堅レベルの看護者は状況を局面だけではなく，全体的に捉え，実践を行い，達人レベルの看護者は状況全体の深い理解に基づいて行動するとしている。このことから看護者は経験を積むほどに患者の状況をただ１つの身体的変化などとして捉えるのではなく，看護場面を全体的に把握し，患者の置かれている状況や心理的状態を総合的に判断していくことが考えられ，看護者の場合は姿勢から対象者の感情を認知する際に経験年数が関与していることが推測された。本研究で経験年数が短いほど感情認知の得点が高い結果であったことから，経験の浅い看護師は患者の心理的状態を十分理解するために，姿勢からより多くの情報を得ようとしている可能性も考えられる。

一方，養護教諭は緊張姿勢椅坐位の疲労感以外では経験年数による有意差がみられなかった。秋田ら[27]は，熟練教師は授業の状況を重視し，事実や印象だけではなく，生徒との相互作用を通して推測し，授業状況を構成していると述べている。養護教諭も経験年数に関わらず児童生徒との相互作用において，複雑多様な健康問題を姿勢に着目しながら把握しようとしていることが推測される。

Ⅴ まとめ

看護者が患者の姿勢からどのような感情を認知しているのかを明らかにすることを目的に看護者195名，養護教諭40名を対象に自作の刺激図版を用いて調査した結果，以下のような結果が得られた。

１.不安や落胆の感情を表現していると考えられる姿勢は，抑うつ感や不安感の得点が22.０～27.０と高く，看護者・養護教諭ともに適切に認知していた。

２.看護者・養護教諭ともに20点以上の高得点を示した感情は１つの姿勢でも複数であった。

３.全姿勢において看護者の感情認知得点が養護教諭よりも低い，もしくは低い傾向にあった。

４.看護者は経験年数によって認知する感情に違いがあり，経験年数が少ないほど得点が高い傾向にあった。

（本研究は，平成19年度弘前大学大学院医学系研究科保健学専攻の修士論文に加筆修正したものであり，本研究の一部は第34回日本看護研究学会において発表した。）

要　旨

本研究は，看護者が患者の姿勢からどのような感情を認知しているのかを養護教諭と比較し，明らかにすることを目的とした。対象者は看護者195名，養護教諭40名である。基本，不安，落胆，緊張，興味，怒り，喜びの７つの感情を表している姿勢を刺激図版として用いた。対象者には刺激図版を提示し，その患者がどのような感情状態であるかを気分調査票を用いて評価した。不安や落胆の感情を表現していると考えられる姿勢は，抑うつ感や不安感の得点が看護者，養護教諭ともに高く，これらの感情を適切に認知していると考えられる。看護者は経験年数によって認知する感情に違いがあり，経験年数が少ないほど得点が低い傾向にあった。看護者，養護教諭ともに1つの姿勢でも複数の感情認知得点が高く，特定の感情だけを認知していないことが示唆された。姿勢から認知する感情は看護者と養護教諭，経験年数により差異があることが考えられる。

Abstract

The purpose of this study was to compare and clarify clinical and school nurses' recognition of feelings from the posture of patients. The participants were 195 clinical nurses and 40 school nurses. Fourteen original illustrations of patient postures were used as stimulant pictures. The illustrations of patient postures were considered to most effectively express the following seven emotions: Basic, Anxiety, Disappointment, Tension, Interest, Anger and Joy. The Mood Inventory was used to evaluate participant emotions. The clinical nurses and the school nurses, the scores for recognition of Depressive mood and Anxious mood were highest in disappointment and anxiety postures. It was suggested that the both groups adequately recognized

that feelings. Clinical nurses exhibited different abilities in recognizing feelings depending on their years of experience, and the recognition score was significantly lower in those with fewer years of experience. As the ability to recognize feelings differed by occupation and years of experience in clinical nurses, it was hypothesized that the occupation and clinical nurses' experience were involved in the recognition of feelings from patient posture.

文　献

1）檜垣由佳子，大原良子，他：看護実習における学生のコミュニケーションの特徴とその成立要因，日本看護学会誌, 12(1)：85-92，2003.
2）富安俊子，鬼塚美映子，他：看護学生のための模擬患者によるコミュニケーション・トレーニング，聖マリア学院紀要，19：97-106，2004.
3）Nishizawa, Y., Saito, M., et al.: The non-verbal communication skills of nursing students: analysis of interpersonal behavior using video tape recordings - in a 5-minute interaction with a simulated patient, Japan Journal of Nursing Science, 3: 15-22, 2006.
4）松村明：大辞泉，1173，小学館，東京，1995.
5）坂口哲司：看護と保育のためのコミュニケーション，74-77，ナカニシヤ出版，京都，1991.
6）工藤力，西川正之：姿勢の意味次元構造の検討，心理学研究，55(1)：36-42，1984.
7）鈴木昌夫，春木豊：躯幹と顔面の角度が意識性に及ぼす影響，心理学研究，62(6)：378-382，1992.
8）河野義章：子どもたちは教師の姿勢を読みとれるか，第43回日本教育心理学会発表論文集，43：583，2001.
9）横川和章，有馬道久：教授場面における非言語的コミュニケーション―理解状態の表出と判断―，教育心理学研究，34(2)：120-129，1986.
10）三上佳澄，西沢義子：看護学生の非言語的コミュニケーションの実態―対象者の姿勢から認知される感情について―，第26回日本看護科学学会学術集会講演集，26：335，2006.
11）野崎智恵子，千田睦美他：看護大学生の社会的スキル，第30回日本看護学会論文集―看護教育―，25-76，1999.
12）山本眞理子：心理測定尺度集(1)―人間の内面を探る“自己・個人内過程”，249-254，サイエンス社，東京，2001.
13）坂野雄二，福井知美，他：新しい気分調査票の開発とその信頼性・妥当性の検討，心身医学，34(8)：629-636，1994.
14）パトリシア・ベナー：井部俊子，ベナー看護論新訳版―初心者から達人へ―，11-32，医学書院，東京，2005.
15）James, W.T.: A Study of The Expression of Bodily Posture. The Journal of General Psychology: Experimental, Psychological and Comarative Psychology, 7, 405-437, 1932.
16）鈴木晶夫：姿勢と意識性との関係の検討，早稲田大学大学院文学研究科紀要，11，9-21，1983.
17）鈴木晶夫，藤田宗和，他：ノンバーバル行動の認知（Ⅰ）―姿勢と身振りについて―，早稲田心理学年報，22，15-22，1990.
18）Argyle,M.: Bodily communication，272-285，Methuen，London，1975
19）河合千恵子：看護教育における患者観察力習得の重要性，久留米大学医学会雑誌，63，201-210，2000.
20）工藤宣子，栗林徹，他：保健室活動場面における熟練養護教諭と新人養護教諭の実践的思考に関する比較研究，学校保健研究，48(4)，290-306，2006.
21）佐藤豊光：悪い姿勢，児童心理，46(11)：80-82，1992.
22）井上京子，小松万喜子，他：対人場面において看護学生が着目する送り手のメッセージ手段，日本看護学教育学会誌，15(3)：1-11，2006.
23）西沢義子，小林朱実，他：日本版IFEEL Pictures Testを用いた看護学生の表情認知の特徴―A大学看護学生の場合，日本看護科学学会誌，27(3)：66-74，2007.
24）中村真：情動コミュニケーションにおける表示・解読規則―概念的検討と日米比較調査―，大阪大学人間科学部紀要，17：115-145，1991.
25）谷津裕子：看護における感性に関する基礎的研究―「看護場面的写真」を鑑賞する看護者の反応の分析―，日本看護科学学会誌，19(1)：71-82，1999.
26）林智子，河合優年：看護学生から看護師への共感性の発達（第１報）共感尺度得点からの検討，看護研究，35(5)：77-84，2002.
27）秋田喜代美，佐藤学，他：教師の授業に関する実践的知識の成長―熟練教師と初任教師の比較―，発達心理学研究，2(2)，88-98，1991.

平成21年２月19日受　　付
平成21年８月17日採用決定

－研究報告－

入院中の要介護高齢者の家族との相互理解に向けた看護師の関与の過程

The Process of Relationship-Creating Aimed at the Advancement of Mental Understanding with Patients' Families

野　村　佳　代[1)]　　渡　辺　久　美[2)]　　寺　嶋　朋　恵[3)]
Kayo Nomura　　Kumi Watanabe　　Tomoe Terashima

キーワード：要介護高齢者，家族－看護師関係，相互理解
Key Words：person of advenced years, relationship between family and nurse, matual understanding

Ⅰ．はじめに

近年の高齢化に伴い，要介護高齢者を含む家族（以下家族とする）が増加傾向にあり，要介護高齢者が入院する機会も増加している。病院においては，家族による介護から看護師による看護となることから，家族の在り方が変容し，病院での医療への参画や協働を目指した独自の関係構築が必要となる。家族が抱える健康問題を解決するためには，家族との連携が重要である。そのために，看護師は家族とパートナーシップを形成し，家族とともに取り組むケアと専門職としての能力が期待される[1)]。家族との関係構築を目指すものとしては，渡辺が開発した協働プログラムやアセスメントに基づく介入の組み立てなどの実践方法が検討され[2,3)]，家族支援の指標[4)]も検討されている。しかし，これらの多くは在宅における家族による介護が対象であり，要介護高齢者が多く入院する病院における看護に適用することは難しい。

病院における家族支援に関する研究は，最近の社会情勢による入院期間の短縮化などから，退院支援における他職種間のコーディネータの役割を担う専任看護師の有効性[5)]やMSWとの連携による効果[6)]など，在宅への早期移行を主要な目的としたものが多い。

しかし，患者と家族の意見が合わずに家族の意向で退院先が決定される[7)]など，家族内の関係性の希薄さによって家族の医療に対する関心が低くなる場合には，家族は看護師の支援を受け入れにくい傾向がある。家族とのパートナーシップ形成の阻害要因として，患者の人生や家族の生活を思い描く想像力の不足，あいまいさや不確実さに耐える能力が育成されにくい現状，看護者としてのアイデンティティの未確立[8)]などの看護師側の要因があげられているが，家族との関係構築の過程を明らかにし，家族との連携を阻害する要因を再検討することは，今後の家族との関係構築の一助となるといえる。

そこで，本研究の目的は，要介護高齢者が多く入院する病院での看護師の家族との関係構築を目指した関与の過程と影響要因を明らかにすることで，関係構築に必要な対策について検討することとする。

Ⅱ．研究方法

1．対象者

対象者は，要介護高齢者が多く入院する内科・整形外科系の療養型病院において，チーム内のリーダーとして家族への対応を中心的に行う役割を担い，かつ研究参加に同意した看護師とした。

2．データ収集方法

調査開始にあたり，対象施設の病院長及び看護部長に対して研究の趣旨と研究方法を説明し，承諾を得た。事前に対象者に対して個別に研究協力を依頼し，当日に再度，書面を用いて研究目的を説明し同意を得た。看護師の相互のかかわりから導かれるデータを得るために，半構成グループインタビューを実施した。インタビュー内容は，家族と看護師間に起こった問題や変化，家族との関係作りへの取り組みについてであった。対象者には番号札の前に着席を依頼し，インタビュー中はその番号で呼称した。面接内容は許可を得て録音した。

3．データ分析方法

録音した面接内容の逐語録から，研究テーマについて文章ごとに分析し，対象者間の発言量の違いに配慮しながらカテゴリー化した。さらにカテゴリーを比較検討することで，カテゴリー間の関係性を明らかにし，そこに流れるストーリーラインを検討した。なお分析は質的研究の経験の

1）埼玉県立大学保健医療福祉学部　Saitama Prefectual University Faculty of HealthScience, Department of Nursing
2）岡山県立大学保健福祉学部　Faculty of Health Science and Welfare Science Okayama Prefectual University
3）岡山大学病院　Okayama University Hospital

ある研究者間で十分に検討することで進め，分析結果を対象者に確認することで，その整合性を深めた。

倫理的配慮として，事前に個別に研究目的と方法を示し，研究への自由な参加と中断と，拒否しても業務に支障がないことを保証した上で参加を依頼した。そして，同意した場合のみ当日参加とした。録音は参加者全員の同意を得た上で実施した。対象者を番号で示すなど対象者の匿名性の確保やデータの保管に細心の注意を図った。

Ⅲ．結　　果

1．対象者の背景

対象者は，15年以上の臨床経験を持つ看護師５名である。要介護高齢者が多く入院する病院での経験は５年以上10年未満が２名，10年以上が３名であった。面接時間は約３時間であり，新たな現象が見出せなくなるまで実施した。

2．要介護入院患者家族との相互理解に向けた看護師の関与

要介護高齢者が多く入院する病院における，家族と看護師の関係構築の過程については，コアカテゴリーを『　』，カテゴリーを【　】，サブカテゴリーを“　”，影響要因を《　》で示した。

家族からの看護に対する否定的な言動によって【振り回す家族への陰性感情】を抱くことで，家族に対する看護介入の限界を感じても，【看護アピールの必要性の再認識】を行っていた。そして，【家族への方略的かかわり】を実践することで，【患者・看護への家族の関心に対する手ごたえ】を導くという過程であることが明らかとなった。

この【振り回す家族への陰性感情】は，《心情的に沿いがたい家族の意向》《折り合いにくい家族の要求》《把握しにくい複合家族》のような家族側の言動によって導かれ，看護師側の問題である【看護師の許容限界】と結びつくことで増幅されていた。また，看護師の陰性感情から【看護アピールの必要性の再認識】に向かうには，《医療チームの連携》《かかわりに影響する病院体制》といった病院背景の影響を受けていた。

このような看護師の家族との関係構築を目指した過程は『入院中の要介護高齢者の家族との相互理解に向けた看護師の関与の過程』であることがわかった（図１）。病院における家族と看護師の関係構築について，以下に述べる。

3．要介護入院患者家族との関係構築に向けた看護師の関与の過程

1）振り回す家族への陰性感情

これは，看護師の理解の範疇を超えた家族の意向や要求が繰り返されることによって，家族に対する援助に限界を感じることである。さらに，看護師側の問題や病院機能の影響を受けることによって，患者に対する最善の援助ができずに，援助に対する無力感を抱いていた。

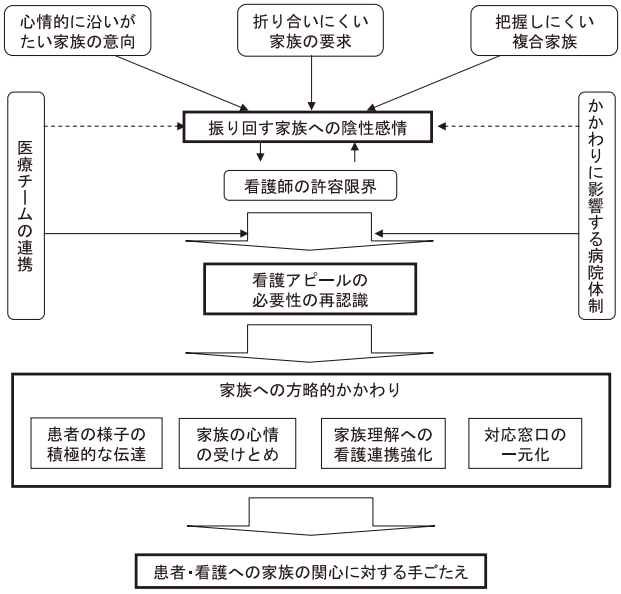


図１　入院中の要介護高齢者の家族との相互理解に向けた看護師の関与の過程

‘ほんと療養型なんか特に。病院だからリハビリがしっかりしてもらえるんで，「来たときより（状態が）いいでしょう」といっても「歩けるようになるまで！」「トイレに行けるようになるまで！」‥そんなこと無理っ！！’

このように，患者のADLの向上に努め，それを家族に受け入れてもらう努力を重ねても，患者の在宅介護を拒否する家族の要求が繰り返されることで，看護師に家族の理解を得ることへの諦めが生じていた。

2）看護アピールの必要性の再認識

これは，【振り回す家族への陰性感情】を抱いていても，専門職として家族が抱える問題を理解するだけでなく，積極的に家族に患者の状態や看護師の働きを認めてもらう努力をすることで，そこから新たな家族との関係構築が可能であると，支援の方向性を考え直すことである。

‘私はもう一生懸命声をかけて，口で言う。‥わかってもらえれば家族は協力的になる気がする。楽をしようと思っていってるわけじゃないんです。後一番気になるのはご本人さんのことだと思うんで，患者さんに，‥家族にもその人に対して目を向けてもらえるようにしていくようにするためには，こっちからも一生懸命情報提供したげる。するとむこうも他人の看護婦や医師がこんだけしてくれてるんだと思えば，自分達も，もっと一生懸命，あの一，世話，世話というか，できることをしてあげたいとか，顔を覗かせるとか，そういう風に…’

‘自分で訴えられない人の代わりに，どんなしておられますよ，今日はどうですって。もう顔見るたびに聞かす。どんどんアピールして，教えてあげたら，向こうも言いやす

いこともあるだろうし。’

このように，家族が関心を示さないからとあきらめずに，看護師から家族に対して機会あるごとに患者の様子や看護師の実践をアピールするなどして積極的に声かけすることが大事である。そうすれば家族も患者に関心を向けるようになり，看護師とかかわりを持つことにも抵抗がなくなるだろうと考えていた。

３）家族への方略的かかわり

これは，家族との新たな関係構築を期待して実践する具体的な看護介入である。家族に直接的に実施する《患者の様子の積極的な伝達》《家族の心情の受けとめ》と，看護師側の問題解決をめざした《家族理解への看護連携強化》《対応窓口の一元化》で構成されていた。

《患者の様子の積極的な伝達》

これは，家族に対して看護師のほうから積極的に話しかけていくことである。家族が患者に対して関心を示さなくても，看護師側から患者の病状や１日の様子を来院時や連絡して，患者の様子について関心が持てるように，機会あるごとに知らせていた。

《家族の心情の受けとめ》

これは，家族の言動の背景にある家族が抱える事情に配慮することである。それまでの家族の努力を認めることで，家族の気持ちを受け入れたり，患者と家族の関係を保つための家族の事情を理解していた。

《家族理解への看護連携強化》

これは，看護師が協力して対応していくための看護師間の体制を再構成することである。個々の看護師の家族への対応の後押しをしたり，家族への対応を中心的に行う役割を担う看護師を中心とした委員会を設置し，家族についての情報の共有や対応を検討していた。

《対応窓口の一元化》

これは，看護師の中でも家族への対応者を限定することである。対応者を限定することで家族が話し易い環境を作ったり，経験豊富な看護師を中心とした対応でトラブルの減少を図っていた。

４）患者・看護への家族の関心に対する手ごたえ

これは，看護師の家族に対する介入によって，家族が看護師の実践や患者に対して関心を向けるようになることである。看護師が家族に対して積極的に働きかけることで家族は患者の様子や看護師の実践に関心を持ち，看護師にも以前とは違った反応を示すようになったと感じていた。

‘数時間しか家族は一緒におられんでしょ。看護師は，24時間だからね。そうするとね，結構ね，今日どうでしたかねとかいうの，向こうから聞いてくることもあるんですよ。’

‘（患者と妻は延命処置を拒否していたが，急変した際，それまでほとんど姿を見せなかった長男が何もしていないと看護師に感情的に詰め寄ってきたため，すぐに当直医を呼んで挿管を依頼したが）興奮して暴れちゃった長男さんもー，あの急変があってからはちょこちょこのぞきだして，ま～落ち着いたせいかね，詰め所にも声をかけて「お世話になります」。と頭さげて帰るようになっちゃったからー。’

このように，機会あるごとに家族に働きかけたり，急変時にも家族の意向を受け入れながら誠実に対応することで，家族が患者に関心を持ったり，看護師に対する態度を変化させているように見ていた。

４．看護師の関与の過程に影響する家族側の要因

１）心情的に沿いがたい家族の意向

これは，家族内の問題への対処が最優先されるために，看護師が患者のための最善の援助とは思えず，感情的に受け入れがたいと感じさせる家族の意向である。経済的に安価で済むこと，施設入所に対する世間体，介護者の手間を必要としないことなどが優先された意向であった。

‘本人がリハビリ始めたいって言い出して。で，家族にリハビリしたいって言ってますけどどうされますかと聞いた時に「この人にリハビリして，もし歩けるようになったら誰が見るんですか。家に連れて帰れって病院は言うでしょ」言うて。’

‘月末には（施設に）入所できる手続きをとってたんですよ。それまで２週間ぐらいなのに断って，療養型にいるからあと２週間ぐらいでもこっちの方が安くすむ。そうかといって，じゃあ，月末にはその施設にいきますという形ではないんです。できるだけ長くここに置いて下さい，安くて済みます，部屋代がいらないので助かります。とスタッフが聞いてしまっているので‥。’

このように，患者がリハビリを要求しても，在宅介護を恐れる家族が拒否したり，施設に入るより部屋代がかからないとの理由で，本人の意向や病状に関係なく家族が入院を希望していた。

２）折り合いにくい家族の要求

これは，病院の看護師の日常業務の範囲を超えて，家族が看護師に期待する要求である。家族は自分達の要求が最優先される特別な介護や，家族の代理としての介護などを求めたりしていた。

‘ご家族が，特に奥様がもう本当，綿でくるむように，くるむように御主人を大事にされとっちゃったんで，もう，その一，看護側に，それを期待されるわけですよ。’

このように，家族自身が在宅で実施していた介護と同様の手厚い配慮を看護師にも期待していた。

３）把握しにくい複合家族

これは，家族が複合家族であり，様々な関係によって成

り立っており，看護師が家族をひとつの方向性を示す集団として捉えることができないことである。同居家族ではないがよく来院してくる家族や，病院では見かけないが在宅介護では重要となる介護者など，記録や看護師が把握できる範囲外の家族員の存在により，看護師は家族関係が見極めにくいと感じていた。

‘病状説明の際に，あなた誰！？みたいな人が来て，見たこと無いですよ，あなた！みたいな人が聞きに来て・・キーパーソンの娘さんは？みたいな‥’

このように，これまで病院に現れたことがなく看護師が把握できていない家族が，病状説明の際に突然現れていた。

5．看護師の関与の過程に影響する看護師側の要因

1）看護師の許容限界

これは，過去の家族とのトラブルの経験から，家族へ働きかけることに自信がなくなったり，積極的なかかわりへの意欲が持つことができなくなる状態のことである。過去の家族との問題によって，看護師に恐怖心や先入観が生じていた。

‘意外とスタッフも，特に昔からいる人は痛手をいっぱいおっているんで，そういう意味では積極的に家族とかかわるのは，怖いんでかかわりたくない。トラブルが多いから。’

このように，過去の家族との関係において問題が生じた経験を持つことで，家族とかかわることに，消極的になっていた。

6．看護師の関与の過程に影響する病院機能

1）医療チームの連携

これは，看護師の家族への支援に対する意識を高めるために，医師や理学療法士など他職種とどの程度の協力が得られるかも影響していることである。他職種との支援の統一化が図れない際には，看護に限界を感じ陰性感情をもたらしていた。しかし，他職種との家族への統一した対応が可能となることで，看護師の意識改革となっていた。

‘施設にいれば「あ～動きょ～る。動きょ～る。」とかいう人なんだけどリハビリが絡んでくる以上，見守りだったり車椅子だったり，そこからの（医師からの）安静度の指示が上がってこない状態。「未だ車椅子に乗っけとくの？もう歩きょ～る，勝手に歩きょ～る。」というような人でも車椅子だから…’

このように，理学療法士との患者のADLの状態把握の違いによって，理学療法士の状態把握に基づく医師の安静度の指示が患者の状態に合わず，看護師が患者に沿った支援ができないことで，援助意欲が損なわれていた。

2）かかわりに影響する病院体制

これは，家族－看護師の関係構築に病院がもたらす体制も影響することである。家族の来院に気付く建物の構造への変更や，一人の看護師が把握しなければならない患者数を減少させる看護体制の変更が，看護師の家族への方略的かかわりとなっていた。

‘（旧病棟では）上下なく，もう全部60人をみんなで見てたから。病棟が全員が把握してないと，動けない。病棟が一般病棟ときちんと分かれてなかったんじゃ。今は（新病棟になって）決まった人数だけかちっと見てるから。病棟きちんと分かれてるから，大体の事わかってくるじゃないですか’

このように，病棟を入院患者の特徴に応じて少数単位に再編成することで，把握しなければならない患者の人数が減少し，家族の様子が理解しやすくなっていた。

Ⅳ．考　　察

1．陰性感情から【看護アピールの必要性の再認識】への転換

看護師と要介護高齢者の家族とのかかわりにおいて，看護師が最初にたどったプロセスは，【振り回す家族への陰性感情】であった。看護師は，患者のための最良の援助とは思えない言動をする家族に対して批判的な感情を持ちやすく[9]，本研究では《心情的に沿いがたい家族の意向》や《折り合いにくい家族の要求》が要因となり，生じていたと推察された。しかしながら，看護師に陰性感情を抱かせる家族の言動の背景には，家庭内事情や家庭内の力関係，要介護高齢者の在宅介護継続に対する精神的負担感[10]，医療者との患者に対する目標のズレからの不安や不満[11]などが生じていることが《心情的に添いがたい家族の意向》や《折り合いにくい家族の要求》として表現されていた可能性がある。さらに，高齢者を取り巻く《把握しにくい複合家族》は，家族員の数だけ重層構造を持つ[12]特性があり，複雑で介入を困難にさせる看護現象が引き起こされて，看護師に陰性感情を生じさせやすくなると思われた。看護師はこのような経過を経て，陰性感情をもたらす家族とのかかわりの積み重ねによって《看護師の許容限界》をきたすと考えられる。このような背景要因を考慮すると，看護師に生じる【振り回す家族への陰性感情】についての問題解決は容易ではないと考える。本研究結果では，このような看護師に生じた陰性感情からの転換を図るための【看護アピールの必要性の再認識】が明らかにされた。この看護師側の意識転換がどのようにして起こったのかを考察する。

一般に，他者に対して陰性感情をもたらしたり，自分の価値観を押しつけることは，対象との関係性の不和を生じやすい。本研究でフィールドとした要介護高齢者施設では，患者との心理的距離や，患者への看護に対する家族の意向が看護師の理解も範囲を超えていたために，家族

との関係性の不和が生じていたと推察される。病院として提供する家族支援として退院支援部署の設置[13]などがある。退院支援は主に患者の状態によって判断されるものであり，家族側の退院意向は不明[14]であることは，医療者の提供する支援のあり方が家族の希望に沿っているかについて疑問が残ることとなる。このような状況での看護支援は，家族と対立的な関係となりやすく，看護師は看護を理解されないといった閉塞感を募らせる可能性がある。看護師が閉塞感を募らせながら看護を続けることは苦痛であり，許容限界を感じながら陰性感情を増幅させれば，家族の立場や背景に配慮して，言動を容認するという意識転換は困難といえる。このような状況におかれた看護師が新たな対処方法として考えたのは，家族を理解しようとするのではなく，【看護アピールの必要性の再認識】することであった。【看護アピールの必要性の再認識】，すなわち，“患者の様子や看護師の行為を家族に伝えることの重要性への気付き”は，明確な意識の変化や，患者に対する家族の在り方への強力な目的を持った方略とは言い難い。患者と疎遠となっている家族への働きかけとして，経験知や精一杯の努力から生み出されたものであったと思われる。これらは，特別なカンファレンスや，看護師の内省のみで起こったものではない。《医療チームの連携》や《かかわりに影響する病院体制》の変化も影響していたが，陰性感情が募り追いつめられた熟練看護師の，個人レベルでの打開策であったと考えられる。看護師は，家族を患者の資源・協力者としてかかわる場合と看護の対象としてかかわる場合には態度が変化する[15]と指摘されている。資源・協力者として家族にかかわることの限界に直面し，家族全体に視点を向けたことが，【看護アピールの必要性の再認識】となったと考えられる。看護師がたどった【看護アピールの必要性の再認識】は視点の転換による思い直しに過ぎず，家族との関係を構築できる段階には到達できずに陰性感情を抱く看護師が自身を守るための対処行動であるともいえる。この再認識が【家族への方略的かかわり】をもたらしたことから，陰性感情からの思い直しは家族との関係の不協和音からの重要な脱却となりうるといえる。

２．家族の関心の高まりに対する手ごたえを導く方略的かかわりからの示唆

【看護アピールの必要性の再認識】から引き出された【家族への方略的かかわり】は，家族に直接的に働きかける《患者の様子の積極的な伝達》《家族の心情の受けとめ》と，看護師側の問題解決を目指した《家族理解への看護連携強化》《対応窓口の一元化》を含んでおり，【患者・看護への家族の関心に対する手ごたえ】を導いていた。

《患者の様子の積極的な伝達》《家族の心情の受けとめ》は，入院によって患者への関心が薄れた家族に対する看護として有効であると評価される。希薄化した患者と家族の関係性に対する《患者の様子の積極的な伝達》というアプローチは，患者への関心を喚起するための家族への呼びかけの意味を持つ。このような伝達はその機会があって始めて成り立つ。家族の来院に気付けるような建物構造への変更も，伝達の機会を作るための重要な要素であったといえる。家族は様々な問題を抱え疲弊しがちである。そのような家族への伝達は，家族の問題に配慮しない看護師主導の一方的な働きかけとなりかねない。そこで，《家族の心情の受けとめ》によって家族が患者に関心を持てない事情に目を向けたことが，家族の抱え込んだ問題の表出となったといえる。このような家族の問題の表出は，家族像の把握にもなり，家族の苦労をねぎらうことで家族の具体的行動を引き出す[16]ように，家族の背景も考慮した効果的な伝達を可能にすると考える。

一方で《家族理解への看護連携強化》《対応窓口の一元化》など看護師側の再調整をすることで負担軽減を図っていた。小規模病院における看護師の職務ストレス認知が“職責”や“本人へのサポートの有無”の影響をうける[17]ことが示されるように，陰性感情は看護師が孤軍奮闘に限界を感じることでも生じる。一人の看護師が把握しなければならない患者数が多くなると，陰性感情をもたらす家族に対応する機会が多くなり，許容限界を感じていた。また，他職種の協力が得られず，看護師の配慮が逆に問題を引き起こすことで，看護師の許容限界に結びつき，陰性感情が増幅されていた。それが《家族理解への連携強化》によって看護師が相互にサポートし，精神的負担を軽減することで，看護師の家族とのかかわりによって生じる陰性感情から脱却し，家族に対して積極的な働きかけをしやすい環境を作り出した。看護師の見解の違いによる働きかけの相違は，患者や家族内に混乱を引き起こしやすく，家族が看護師とのかかわりを敬遠する要因ともなりやすい。看護師によっては家族とのかかわりを不得手とする場合もある。《対応窓口の一元化》は，家族とのかかわりの経験が十分にある看護師を中心とした患者・家族への統一した働きかけであった。その働きかけが，家族内の混乱を予防し，看護師の家族へのかかわりの苦手意識も減少させていた。

このような，家族が患者に関心が持てるような働きかけや，負担の軽減を目指した体制の調整といった【家族への方略的かかわり】が【患者・看護への家族の関心に対する手ごたえ】を導いた。入院中は家族が患者と一緒に生活していないことで心理的にも疎遠となり易い。折に触れて入院中の患者の状態を伝えたり自分たちの実践をアピールすることは，家族の患者を思いやる気持ちが家族の期待感や達成感につながる[18]ように，疎遠となっても家族の患者を尊重する気持ちを引き出し，患者との再接近を可能とす

る。患者と家族の再接近は，家族にとっては看護師の果たしている役割や看護師が話しやすい存在であることへの理解にもつながるといえる。一方看護師にとっては患者像や家族像を把握するきっかけとなる。看護師と家族との間に心理的距離がある場合には，家族像を把握するための情報が収集できず，家族の意向を心理社会的側面から十分に理解していくことが困難である。このような看護師と家族の接近は，看護師の家族への更なる接近をも可能とすることから，在宅とは違った病院における新たな関係構築をもたらすと考える。

【患者・看護への家族の関心に対する手ごたえ】は【家族への方略的かかわり】の成果の実感であり，看護師の家族に対するかかわりへの動機付けになるといえる。看護師は，自分たちの働きかけを，実感できる成果によって評価する。そのため家族の関心に対する手ごたえは，方略的かかわりへの大きな自信となり，次のステップである家族との協働に向けた取り組みを可能にするといえる。

このことから，入院中の要介護高齢者の家族との関係構築を目指した看護師の方略的かかわりは，入院によって希薄化した患者－家族関係の再接近と看護師－家族関係の接近を図るかかわりであり，在宅とは違った家族－看護師の関係構築の過程を経ることを示した。

Ⅴ．本研究の限界と今後の課題

本研究は一施設を対象としたグループインタビューであり，一般化には限界がある。しかしながら，本研究結果から，入院によって疎遠になりがちな要介護高齢者と家族には，看護アピールが家族支援の出発点となること，そして，看護師による方略的かかわりが，病院における家族との関係構築を可能にするといえる。今後は看護師－家族関係の接近を足がかりとした，家族との協働に向けたアプローチ方法の検討が必要である。

Ⅵ．謝　　辞

調査を快くご許可いただきました医療法人社団三樹会梶木病院藤田八重子看護師長に深謝します。また，本研究の調査にご協力いただきました看護師の皆様に深く御礼申し上げます。

要　　旨

要介護高齢者の入院で患者と家族の関係が希薄化しやすく，臨床特有の看護師と家族の関係構築が必要となる。そこで，要介護高齢者が多く入院する病院での家族への関与の過程と影響要因を明らかにし，対策の検討を目的とした質的な分析を実施した。

その結果，病院における看護師の家族への関与の過程は，家族からの否定的な言動から【振り回す家族への陰性感情】を抱くが，【看護アピールの必要性の再認識】によって【家族への方略的かかわり】を実践し，【患者・看護への家族の関心に対する手ごたえ】を導く過程であった。この過程には，看護師側の心理的要因や病院の機能上の問題も影響し，『入院中の要介護高齢者の家族との相互理解に向けた看護師の関与の過程』であった。このことから，入院によって疎遠になりがちな要介護高齢者と家族には，看護アピールを出発点とした看護師の方略的かかわりが，臨床における家族－看護師の関係構築となることを示した。

Abstract

The hospitalization of elderly people in need of care has caused the attenuation of the relationship between patients and their families. Therefore, nurses are required to create more trustful relationship with families. We conducted the qualitative analysis to examine the involvement required in creating more trustful relationship with patients at hospitals where many elderly people in need of care are hospitalized by showing the process and the effect factors.

As a result, we found that nurses had “negative feelings toward self-centered families” at first, but they gradually “recognized the need to appeal their nursing efforts” in the process of creating relationship. And by practicing the “strategical involvement to create more trustful relationship with families”, they lead the “response of families’ interest in patients and nursing”. This process was caused by the psychological factors of nurses and the functional factors of hospitals. Also, we found the “process of relationship-creating aimed at the advancement of mutual understanding with patients’ families.” The result showed that it is necessary for nurses to appeal their nursing efforts at first and then to try to recreate more trustful relationship between patients and their families through a strategical involvement in the process of establishing unique families-nurses relationship.

文　献

1）中野綾美：パートナーシップ形成に向けての家族の医療への参画 - 協働への支援，家族看護，4(1)，25-29，2006.
2）二瓶律子：家族とのパートナーシップを確立する看護，家族看護，4(1)，59-64，2006.
3）福嶋好重：家族とのパートナーシップ形成に対ししている看護師のエンパワーメント家族看護，4(1)，65-69，2006.
4）山本則子，岡本有子，鈴木育子他：高齢者訪問看護における看護支援に関する質指標の開発，家族看護学研究，13(1)，19-28，2007.
5）田城孝雄：在宅医療実践プラン「病院の立場から」，癌と化学療法，28，15-19，2001.
6）成瀬秀美：高齢者の退院調整における看護師とMSWの役割と連携，日本看護学会論文集：地域看護，37，91-93，2007.
7）境裕子：関係修復が必要な高齢者とその家族との退院への関わり　カルガリー家族システム看護を応用して，日本看護学会論文集　老年看護，34，115-116，2004.
8）渡辺裕子：患者・家族とのパートナーシップ確立を阻害する要因と課題，家族看護，4(1)，14-19，2006.
9）畠山とも子：家族とのコミュニケーション，家族看護，4(1)，30-34，2006.
10）渡部洋子：介護老人介護者の介護継続意志に影響する要因，日本看護学会論文集　老年看護，36，189-191，2006.
11）田渕まゆみ：退院を控えた高齢患者を抱える家族の意識　介護する家族への聞き取り調査を通して，日本看護学会論文集　老年看護，36，100-102，2006.
12）森岡清美，望月嵩：新しい家族社会学四訂版，2-8，培風館，東京都，2006.
13）永田智子：退院支援の現状に関する全国調査　病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて，病院管理，41(4)，301-310，2004.
14）小川妙子：高齢者専門病院における入院長期化の要因　事例分析，医療看護研究，2(1)，66-72，2006.
15）畠山とも子：家族とのコミュニケーション，家族看護，4(1)，30-34，2006.
16）渡辺裕子：家族看護方法，家族看護学　理論と実践　第３版，135-151，日本看護協会出版会，2006.
17）正村啓子，中尾富士子，伊藤美佐江他：小規模病院における看護師の職務ストレス認知に影響を与える因子の検討，医学と生物学，148(4)，14-21，2004.
18）伊藤幾世：家族が入院中の要介護高齢者をケアする要因，日本看護学会論文集　老年看護，36，97-99，2006.

［平成21年２月19日受　　付
平成21年８月24日採用決定］

－研究報告－

在宅高齢者の介護予防に向けたフットケアの効果の検討

Effect of Foot Care for Health Promotion and Disease Prevention in Elderly Persons Living at Home

姫　野　稔　子[1)]　　小　野　ミ　ツ[2)]
Toshiko Himeno　　Mitsu Ono

キーワード：在宅高齢者，フットケア介入，介護予防，介入研究
Key Words：elderly person living at home, foot care intervention, health promotion and disease prevention, intervention study

Ⅰ．はじめに

現在の介護保険制度は，予防重視型システムの確立を掲げ，できる限り要支援・要介護状態にならない，あるいは重度化しないことを目指している[1)]。地域支援事業は６つの介護予防事業を実施し，中でも運動器の機能向上は，転倒予防を目標として展開されている[2)3)]。高齢者にとって転倒は，骨折などの身体的影響ばかりでなく，転倒に対する恐怖感，不安感などの心理的影響を与え，活動性の低下や閉じこもりという結果を招くため[4)]，転倒予防は介護予防の最重要課題である。

著者らは，介護予防が必要な要支援，要介護１の在宅後期高齢者の足部の形態・機能の実態，転倒経験，立位バランス機能の実態を調査し，各々の関連性を分析した[5)]。その結果，対象の90％以上が足部の変調を自覚していること，足の形状・皮膚の異常や足底部の感覚機能の低下，冷えやむくみが示す循環機能の低下が転倒や立位バランス機能に関連していること，対象はフットケアニーズの高い集団であることが明らかとなった。横山らは足底部からの感覚情報入力減少が立位調整に影響すると述べ[6)]，山下らは足部・足爪の異常が下肢筋力や転倒に影響すると報告している[7)]。これらの研究結果は，足部の問題を改善するフットケアが立位・歩行機能の維持や転倒予防に寄与する可能性を示唆している。

前述した運動器の機能向上プログラムは，下肢の筋力維持・向上を主眼とし、我々が明らかにした高齢者の足部の実態に即して展開されているとは言い難い。足部の問題は，歩行能力や下肢筋力および平衡機能の低下をまねき，運動により疼痛などの弊害を生じる[5,8)]。したがって，足部の問題を改善するフットケアは，運動器向上プログラムの遂行にも重要であると考える。加えて，これらのプログラムは資源が活用できる高齢者のみに適用されているという現状もある。介護予防は本来，地域や場所を問わず適用されることが望ましく，コミュニティ全体もしくは高齢者本人が自立した生活の維持を目指せることが理想である。自立した生活とは，基本的・手段的ADLを遂行できることであり，立位や歩行機能の維持が前提となる。したがって，高齢者の立位・歩行機能の維持・向上は介護予防の第一義的な目標である。このような新たな視点からフットケアの効果を検討し，高齢者の活動能力を維持・拡大する方法論を導き出すことは，介護予防に寄与するものである。

Ⅱ．研究目的

著者らは先行研究[5)]から，足部の問題を解決するフットケアが立位・歩行機能の維持向上，ひいては介護予防につながるという仮説を立てた。本研究では，この仮説を検証するために足部の問題の改善が期待できるフットケアを実施し，フットケア前後の変化からフットケアの効果ならびに介護予防における有効性を検討する。

Ⅲ．研究の概念枠組み

１．研究の枠組み

研究の枠組みを図１に示す。

フットケアの効果を評価する項目として「足部の実態」，「立位・歩行機能」の２項目と，その２つに影響する「基本属性」をおき，フットケア介入前後における３項目の変化を検討するデザインとした。「基本属性」は，「個人因子」と「転倒の実態」とした。「個人因子」は対象との面接より把握できる項目とし，「転倒の実態」は過去１年以内における転倒経験の有無と調査時点での転倒不安感とした。「足部の実態」は，「主観的評価」と「客観的評価」で構成

１）日本赤十字九州国際看護大学　The Japanese Red Cross Kyusyu International College of Nursing
２）広島大学大学院保健学研究科　Hiroshima University Graduate School of Health Science

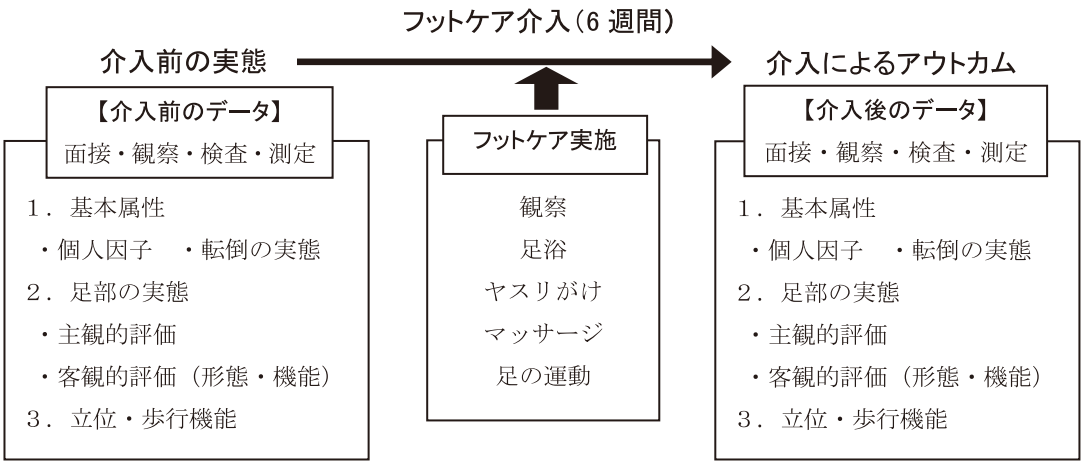


図１．研究の枠組み

し，「主観的評価」は，対象が自覚している足部の変調とした。「客観的評価」は「形態」と「機能」に分類し，「形態」は，“足部の形状”“皮膚の状態”“爪の状態”を評価項目とした。「機能」は“感覚機能”と“循環機能”に分類した。「立位・歩行機能」は立位バランス機能と歩行機能を評価項目とした。

２．用語の操作的定義

介護予防とは，自立した生活を維持すること即ちADLの遂行能力を維持することであり，立位・歩行機能の維持が不可欠である。本研究では，介護予防を自立した生活を維持するための立位・歩行機能の維持・向上とする。また，フットケアとは，著者らの先行研究[5]において立位バランス低下や転倒に関連が見られた足部の実態を改善し，立位・歩行機能の向上ならびに転倒リスクの減少が期待できるケアとする。具体的には，足の観察をはじめとし，足浴，ヤスリがけ，足部のマッサージ，足部の運動である。なお，足部とは，下腿部から足部の爪までを含めた範囲とした。

Ⅳ．研究方法

１．対　象

対象は，介護予防の強化が必要な自立および要支援１の在宅高齢者のうち，①高度な難聴や認知症症状，言語的コミュニケーション障害がない，②立位機能に影響する中枢神経系あるいは前庭器官系の障害およびその症状がない，③フットケアによる改善を必要とする足部の問題があり，医学的治療を優先すべき足病変がない者11人を選定した。

２．方　法

高齢者の足部の実態は様々であり，フットケアの効果を検証するためには個々の変化を丁寧に見ていく必要がある。そこでフットケアのアウトカムは自己対照デザインとし，フットケア介入前後に１週間のインターバルをとり，フットケア効果を検討するためのデータを調査した。

１）評価項目

研究の枠組みから表１に示す評価データを設定し，面接，観察，検査，測定を実施した。これらの評価項目は，研究の枠組みと著者らの先行研究[5]において立位機能や転倒経験に関連がみられた足部の実態を基盤とし，測定ツールに関する先行研究[9)-11)]やフットケアに関する先行研究[12)-14)]により項目の追加を行った。

(1) 質問紙を用いた面接調査

質問内容は，基本属性，足部に対する主観的評価に関するものである。基本属性は，対象の属性，日常生活活動状況や転倒の実態に関する項目とした。足部の実態に関する主観的評価は，著者らの先行研究において高齢者が抱えていた足部の変調を質問項目とした。これらの項目はすべて転倒や立位バランス機能に負の影響を示していた[15]。

(2) 観察・検査・測定調査

足部の形態・機能および歩行機能の測定方法・評価方法を表２に示す。

①足部の形態

足部の形状は，観察に加えデジタルカメラにより矢状面，前額面，水平面の３直交平面を撮影した[16]。また，足の概観と実際の足底圧測定値が乖離する例も多々あり，足底圧測定でしかわかりえないことがある[17]。したがって，フットビュー（ニッタ社）による足底圧測定とデジタルカメラの撮影結果も参考に足部の形状を評価した。

皮膚の状態は，視診・触診により足底部，足背部，足趾間の皮膚を評価した。２人の調査者がそれぞれ評価し，両者の結果の照合・検討した。

爪の評価は，爪表面，爪甲下面をデジタルカメラで撮影し，爪疾患カラーアトラス[18]にそって評価した。

②足部の機能

姿勢調節機能を予測する上で体性感覚の評価は重要な

表１．評価データ

	項　目		評価項目	調査方法
基本属性	個人因子		年齢，性別，要介護度，現病歴，既往歴，内服状況 老研式活動能力指標，健康教室等の参加の有無	面接
	転倒の実態		転倒経験（過去１年以内），転倒状況 短縮版国際転倒自己効力感スケール：The short FES-1	面接
足部の実態	主観的評価		変調の自覚： しびれ，疼痛，掻痒感，冷感，ほてり，浮腫，倦怠感，足がつる	面接
	客観的評価	形態	足部の形状：外反母趾，凹足，偏平足，足趾の変形他 皮膚の状態：角質化，乾燥，皮膚剥離，白癬様，胼胝等 爪の状態　：陥入爪，爪白癬様，爪甲下角質増殖等	観察
		機能	感覚機能：触圧覚（足底の機械受容器密集部位） 循環機能：末梢血流量，皮膚表面温度	検査
立位・歩行機能	立位機能		One Legged Stand Test，Functional reach Test The Tinetti Assessment Tool（Balance Test）	測定ツール
	歩行機能		10m Walking time（最大速歩行）Time Up & Go Test The Tinetti Assessment Tool（Gait Test）	測定ツール
	下肢筋力		足趾間把持力	測定

表２．測定機器による足部の実態および立位・歩行機能の評価方法

評価項目		測定機器	測定方法（上段）／評価データおよび評価方法（下段）
足部の形態	足部の形状	フットビュー （ニッタ社）	・表示に合わせて立ち，前方の壁の目印を見てもらう。バランスが安定したところで足部の形状を記録する。
			・形状およびアーチを観察，写真による結果を照合
感覚機能	触圧覚	モノフィラメント （アークレイ社）	・フィラメントを小さいものから段階的に押しあて，フィラメントの先が触れていることを認識できたEvaluation size（評価尺度）を記録する。 ・測定部位は歩行における踵接地から足趾離地までの機能に対応する母趾底面・足底前部小指球付近・踵部の３点とする。両足とも実施
			・各箇所のEvaluation size（評価尺度）を前後比較
循環機能	末梢血流量	レーザー血流計ALF21 （アドバンス社）	・プローブを貼付し，データが安定してからモニタリング開始。１分間のモニタリング中は，自然に呼吸してもらい貼付部を動かさないよう指示 ・測定部位は，両側母趾底面
			・介入前後の血流量平均値の比較
	皮膚温表面度	サーモトレーサTH5104 （NEC AVIO赤外線テクノロジー社）	・測定部位とサーモトレーサの距離を統一する。 ・測定部位は，両側足底部
			・介入前後の平均温度の比較
歩行機能	足趾間把持力	足趾力計測器 （日伸産業社）	・膝関節が90°屈曲位となるように圧力計の位置を調整する。母趾と第二趾で測定用のつまみを挟み，踵が浮かない状態で握りこむ。 ・測定用のつまみは足趾間に合わせて幅を調整し，キャリパスで幅を計測し記録する。介入後も同様の幅で測定 ・両側足趾間で測定
			・介入前後の足趾間圧力を比較

要素である[19]。体性感覚には，表在感覚，深部感覚，複合感覚がある[20]。感覚機能評価では，著者らの先行研究[5]において転倒や立位バランス機能に有意な関連を示した触圧覚を評価項目とし，非侵襲的で知覚障害の評価に広く使用されているモノフィラメント（Semmes-Weinstein Monofilament，アークレイ社）[21]を使用した。この検査は，皮膚にフィラメントをあてた際の負荷を６段階の評価尺度（Evaluation size）で評価するものであり，客観的に感覚閾値を測定することが出来る。なお，神経学的検査は集中力を必要とするため静かな場所で実施した。

著者らの先行研究[5]において骨格筋ポンプの低下や静脈・リンパ還流の低下が起因する“冷え”や“むくみ”が立位バランスの低下や転倒経験に関連していた。本研究における循環機能では，冷えやむくみに影響する末梢循環状

態を評価するため，レーザー血流計（ALF21，アドバンス社）やサーモトレーサ（TH5104，NEC AVIO赤外線テクノロジー社）により皮膚表面温度や１分間の末梢血流量を測定し，いずれも平均値を分析データとした。なお，循環機能の測定は，気温や体動の影響を受けやすいため，室温を28℃に保ち，10分間の安静の後に測定した。

③立位・歩行機能

立位・歩行機能の測定方法および評価方法を表３に示す。

立位機能の評価は，様々な測定ツール[4]のうち迅速で簡便なOne Legged Stand Test（以下，開眼片足立ち）とFunctional reach Test（以下，FRT），収束性，効力による予測，ADLの変化をよりよく識別できることが報告されているThe Tinetti Assessment Toolのバランステスト（以下，Tinetti Balance）[3, 22]を用いた。

歩行機能の評価は，立位機能同様にThe Tinetti Assessment Toolの歩行テスト（以下，Tinetti Gait）と移動能力の推定として一般的に用いられている10m Walking time（以下，10m最大速歩行）[23]，Time up & Go（以下，TUG）[24]を実施した。また，歩行に重要な下肢筋力の指標となる足趾間把持力[25]も足趾力計測器を用いて測定した。

２）フットケアの内容および介入方法

本研究で実施するフットケアの内容および手順を表４に示す。マッサージは宮川が提唱する手法[26]や脈管学の文献[27]，足部の運動は足趾の機能に関する文献[28]を参考にして決定した。今回実施したフットケアは，期待される効果が重複するため，これらを複合的に提供することにより相乗効果が得られると考える。したがって，本研究では，６

表３．立位・歩行測定の測定方法および評価データ

評価テスト	測定方法（上段）／評価データ（下段）
One Legged Stand Test	両手を体側につけ開眼片足状態から，バランスを崩し床に足がつくまでを測定
	利き足で２回計測し，最長時間をデータとする。
Functional Reach Test	測定板に対して垂直に立ち，肩の高さまで壁側の上肢を90°挙上し，手指は伸ばした状態で，出来るだけ前傾姿勢をとってもらう。直立時の指先（First Point）と最大前傾姿勢時の指先（End Point）の距離を記録する。
	２度測定し，Start-End Pointの差の最長値をデータとする。
10m最大速歩行	測定区間である10mが最大速となるように前後に３mのインターバルを儲け，その間を全力で歩行してもらい測定区間のみの歩行時間を計測。
	２回計測し，10m区間の最速値をデータとする。
Time up & Go Test	肘掛のある椅子に背をもたれて腰掛けた状態から「ハイ！」の掛け声で起立し，３m先の目印で折り返し椅子に腰掛ける一連の動作の所要時間を計測。
	２度計測。臀部が椅子につくまでの最短時間をデータとする。
Tinetti Assessment Tool	バランステスト（10項目），歩行テスト（８項目）で構成される測定ツールにそって実施。バランス16点満点，歩行12点満点合計が28点満点となる。
	実施は1回であり，バランス得点・歩行得点および合計得点を算出

表４．フットケアの内容と手順

ケア	ケア方法
１）足部の観察	皮膚の状態や変調等について視診，触診，問診を行う
２）アルコール清拭	ヤスリがけの実施にあたり足部を清潔にすることが好ましいが，足浴後の皮膚は湿潤によりヤスリがけの効果が得られにくい。アルコールによる身体反応の有無を確認し，アルコール綿で清拭する。清拭する部位：足関節より末梢の足部全体
３）ヤスリがけ・清拭	足部の角質化および胼胝のある部位に個別のヤスリを使用し，ヤスリがけを実施する。角質化や胼胝の状況を観察しながら徐々に除去する。除去した角質は温タオルでふき取る。
４）足浴	Foot Bathおよび沐浴剤を使用するが，足白癬疑いの対象には緑茶パックを使用する。40℃の湯に10分間浸湯する。足部を片方ずつ拭き，マッサージしないほうの足はタオルで保温する。フットバスはケアごとに希釈した消毒薬で消毒する。
５）マッサージ	フットオイルを使用し，足趾・足底部・足背部・下腿部の指圧およびマッサージ，足関節の他動運動を実施する。マッサージ終了後はオイルをふき取る。静脈瘤部位や皮膚損傷部位には実施せず，マッサージやオイルによる掻痒感や異常の有無を観察する。
６）足の運動	足関節の背底屈・回転，足趾の屈曲・外転。タオルの手繰り寄せ，ビー玉移し（10個から開始），ゴムバンドの引き合い（500g・750g・１kgの負荷）を実施する。筋疲労や運動部位の局所的な疼痛の出現を観察する。

つのフットケアを対象の足部の実態に応じて複合的に実施した。フットケア開始に際して，測定や観察で得た個々の足部の実態をもとにフットケア用カルテを作成した。カルテの記録を参考にしながらケアを実施し，毎回の状況を記録した。足の運動については，個々の状況に応じて回数や負荷レベルを変更し，その経過もカルテに記録した。

３．研究期間

研究期間は2008年７月14日～９月５日であった。

４．分析方法

アウトカムの分析は，対象ごとに介入前後の変化を検討した。また，全対象の変化は，統計解析ソフトSPSS12.0Ｊを用いて記述統計およびWilcoxonの符号付き順位和検定を行った。

５．倫理的配慮

研究協力の手続きとして，市の包括支援センターから研究に関する情報を通所介護施設に向けて発信していただいた。対象施設の責任者には研究の趣旨と方法を文書と口頭で説明し，研究協力の同意を得た。対象には研究の趣旨や方法，研究参加の自由，途中辞退の保障，匿名性，個人情報の守秘，機密性確保，結果の公開方法，対象が受ける利益と危険の回避について文書と口頭で説明し，同意書により同意を得た。

本研究は，広島大学大学院保健学研究科看護学研究倫理委員会において承認を得た。

Ⅴ．結　　果

１．対象の基本属性

対象は男性３人，女性８人の計11人であった。平均年齢は83.3±5.4歳（75～90歳）で，全員が生きがいデイサービスを利用する後期高齢者であった。対象の病歴に脳血管疾患２人，パーキンソン病１人がいたが，立位・歩行機能に影響する症状が見られなかったため，除外しなかった。対象が回答した病歴は，白内障６人，足趾・膝・脊椎の骨折各１人，膝関節炎１人，足・爪白癬２人であった。過去１年以内に転倒した者はいなかった。またデイサービス以外に健康教室に参加している者もいなかった。

２．フットケア介入の実際

フットケア介入期間は７月18日～８月29日であり，週１～２回，計10回実施した。フットケアは対象が週１回通所するデイサービスおよび著者の所属する大学で実施した。足部の実態に応じて実施したフットケアの種類は全員同じであったが，ヤスリがけやマッサージは，フットケアカルテにそって個別に強化した。

フットケア前には，視診と触診により実施部位を観察し，前回のフットケア後の不具合の有無や対象が感じていることを聴取したが，フットケアによる不具合を訴えた者はいなかった。また，アルコール清拭で皮膚に異常が生じた者もなかった。

ヤスリがけは，過角化が観察された部位に実施した。過角化はすべての対象にみられ，特に，踵部や足底外側，足底前部，母趾底面に多かった。週に２回実施したにも関わらず，期間中は終始，角質の除去が必要な状態であった。しかしながら，ケアを重ねるごとに除去した角質は細かい粒子へと変化し，全員の足底部の皮膚は柔らかくなった。

足浴は１人あたり10分間実施した。足底部の皮膚剥離や白癬の既往があり，足白癬が疑われた２人に対しては，先行研究[29]を参考に緑茶を使用した。他の対象には沐浴剤を使用し，足部の清潔と保温を行った。

マッサージの介入当初，足底部は過度な角質化のため強い指圧もあまり感じないと述べる者が多かった。指圧には強度の力が必要であったが，ヤスリがけによって足底部は柔らかくなり最終的には指圧も中等度の力で十分であった。マッサージやオイルによる掻痒感や皮膚損傷はなく，対象全員がマッサージ後数日は足の軽さが続くと述べていた。

足の運動は予想以上に難しい状況であり，足趾の屈曲・外転や足関節の背底屈，回転に関する関節の可動域は被験者全員が非常に狭小であった。しかしながら，マッサージによる足趾や足関節の他動運動，可動域拡大，道具を使用した足部の運動を継続する中で，徐々に自動運動も向上していった。フットケア終了時には足趾の開閉は５回から10回へ，足関節の回転は10回から20回へと回数が増加し，自動運動の可動域も拡大した。一方，道具を使用した足部の運動は，“ビー玉移し”では片足10個から15個へ増やしていった。“タオルの手繰り寄せ”ではタオルのみの手繰り寄せから錘500gまたは１kgの負荷をかけてもできるようになり，“ゴムバンドの引き合い”も500g負荷のゴムバンドから750gもしくは１kg負荷のゴムバンドでも引き合えるようになるなど，対象の状況に応じてではあるが，負荷のレベルや実施回数が変化した。さらに，介入時期の中盤以降，道具を準備すると自ら運動を始めたり，対象自身がコーチ役を担うなど自発的に取り組む姿が見られるようになった。なお，運動後に足部の倦怠感や不調などを訴えた者はいなかった。

３．フットケア介入前後における変化

１）基本属性の変化（日常生活活動動作および転倒不安感）

老研式活動能力指標の得点は，日常生活の活動性を示す手段的ADL指標であり，得点が高いほど活動性が高いことを示すものであるが，介入前は9.45±2.0点/13点であり，介入後は9.82±1.9点/13点であった。また，短縮版国際転倒自己効力感スケール（The short FES-Ⅰ）は，得点の高さが転倒不安感の高さを示すスケールであるが，介入前

は2.82±3.0点/７点，介入後は1.64±1.6点/７点であった。両スケールともに有意差はなかったが介入後は介入前よりも活動性が高まり，転倒に対する不安が軽減していた。

２）足部の形態・機能の変化

(1) 主観的評価の変化

介入前の面接調査においてしびれは４人，膝関節痛は５人，掻痒感は３人，下腿部から足先の冷えは６人，ほてりは３人，むくみは４人，倦怠感は８人，足がつるは８人があるとし，対象全員が足部に何らかの変調を抱えていた。フットケア介入前後の主観的評価の状況を表５に示す。疼痛，掻痒感，ほてりという変調には変化がみられなかったが，しびれは４人中１人が，冷えは６人中４人が消失していた。また，むくみも４人中２人が，倦怠感は８人中２人が消失しており，足がつるという変調については８人中７人が消失していた。

(2) 客観的評価の変化

①足部の形態の変化

足部の形状は介入前から異常が認められなかった。

皮膚の状態では，足底部の角質化は全員にみられ，胼胝５人，皮膚乾燥１人，白癬様の皮膚剥離２人，湿疹１人に認められた。フットケア介入後における皮膚の状態の変化を表５に示す。角質化は11人中７人が消失し，４人が改善した。胼胝は５人のうち２人が消失，３人が改善した。皮膚の乾燥は１人にみられたがケア後には消失し，皮膚剥離は２人中１人が消失，１人が改善した。皮膚の状態は介入によりいずれも消失もしくは改善した。

爪の観察では陥入爪９人，爪甲下角質増殖２人，爪萎縮１人，爪白癬様所見３人がみられたが，今回のフットケアは爪に対して実施していないため，介入前後における変化はみられなかった。

②足部の機能の変化

介入前後における足部の機能の変化を表６に示す。感覚機能である触圧覚は，両足の母趾底面，両足の足底前側部，両足の踵部の６か所すべてにおいて有意に向上していた（$p<0.05$）。また，循環機能のうち末梢血液量は，両足とも増加したのは６人であり，片足のみ増加した者が３人，両足とも減少した者は２人であった。介入前後における統計学的有意な増加はみられず，左母趾底面の血流量は介入前よりも減少していた。一方，表面皮膚温度は，左右とも有意に温度の上昇していた（$p<0.05$）。

３）立位・歩行機能の変化

立位および歩行機能は，測定ツールおよび測定機器により評価した。介入前後における立位・歩行機能の変化を表６に示す。

立位バランス機能のうち，開眼片足立ちの保持時間には有意な変化がみられなかったが，介入後は介入前よりも片足の保持時間が長くなっていた。FRTのStart-End Pointの距離は介入後有意に長くなっていた（$p<0.01$）。

歩行機能を評価する項目のうち10m最大速歩行は，歩行速度が介入前に比べて有意に速くなっていた（$p<0.01$）。TUGにおいては，介入前後で有意な変化はなかったが，介入前に比べて実施時間が速くなる傾向がみられた（$p<0.1$）。足趾間把持力は左足の把持力が有意に高くなっていた（$p<0.05$）。なお，開眼片足立ちにおいて全員が軸足にした右足は介入前後で有意な変化はなかったが，足趾間把持力は上昇していた。

Tinetti得点はTinetti BalanceおよびTinetti Gaitともに１人を除き満点であったため統計学的分析は行わなかった。

表５．対象別フットケア前後における主観的評価および皮膚の状態の変化

n=11

	実　態	n	No 1		No 2		No 3		No 4		No 5		No 6		No 7		No 8		No 9		No10		No11	
			前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後	前	後
変調の自覚	しびれ	4			●	—	●	●			●	●											●	●
	疼痛	5	●	●							●	●			●	●	●	●					●	●
	掻痒	3					●	●					●	●					●	●				
	冷え	6			●	●	●	—			●	—			●	—			●	●			●	—
	ほてり	3							●	●	●	●							●	●				●
	むくみ	4					●	—			●	●					●	—					●	●
	倦怠感	8					●	●			●	●	●	●	●	—	●	●	●	●	●	—	●	●
	足がつる	8	●	—	●	—	●	—	●	—	●	—							●	●	●	—	●	—
皮膚の状態	過角化	11	●	—	●	○	●	○	●	○	●	○	●	—	●	—	●	—	●	—	●	—	●	—
	胼胝	5	●	—	●	—			●	○	●	○					●	○						
	乾燥	1					●	○																
	皮膚剥離	2																	●	○	●	—		

●：有または変化なし，○：改善，—：消失

表６．フットケア介入前後における感覚・循環機能および立位・歩行機能の変化

n=11

評価項目		単位・評価尺度	介入前 中央値（最小～最大）	介入後 中央値（最小～最大）	
感覚機能	母趾底面（右）	Evaluation size	4.31（3.61～6.65）	4.31（3.61～5.07）	*
	母趾底面（左）		4.31（4.31～6.65）	4.31（3.61～5.07）	*
	足底前側部（右）		4.56（3.61～6.65）	4.31（2.83～4.56）	*
	足底前側部（左）		4.56（3.61～6.65）	4.31（2.83～4.56）	*
	踵部（右）		5.07（3.61～6.65）	4.31（4.31～5.07）	*
	踵部（左）		5.07（4.31～6.65）	4.31（4.31～5.07）	*
循環機能	末梢血流量（右）	ml/min/100g	13.3（ 7.5～26.0）	16.2（ 4.4～31.5）	
	末梢血流量（左）		12.3（ 4.0～33.4）	9.9（ 5.2～36.7）	
	皮膚表面温度（右）	℃	31.1（28.3～31.8）	32.2（30.4～33.0）	*
	皮膚表面温度（左）	℃	31.0（28.0～31.6）	31.9（30.4～32.8）	*
立位・歩行機能	開眼片足立ち	sec	3.5（ 1.1～26.0）	10.0（ 3.2～16.1）	
	FRT	cm	24.5（15.0～36.0）	26.7（24.0～43.0）	**
	10m最大速歩行	sec	6.9（ 5.0～ 8.2）	5.6（ 4.0～ 7.8）	**
	TUG	sec	11.0（ 7.1～13.5）	10.0（ 6.0～11.8）	†
	足趾間把持力（右）	kg	2.3（ 0.8～ 5.1）	2.6（ 1.6～ 5.0）	
	足趾間把持力（左）	kg	1.7（ 1.0～ 4.5）	2.4（ 1.5～ 5.1）	*

Wilcoxon の符号付き順位和検定　†：$p < 0.1$，　*：$p < 0.05$，　**：$p < 0.01$

Ⅵ．考　　察

１．フットケアによる効果の検討

主観的評価では対象全員が変調を抱えていたが，介入後，しびれは１人，冷えは４人，むくみは２人，倦怠感は２人，足がつるは７人が消失したと回答した。これらの変調は下肢静脈のうっ血や腓腹筋の疲労，筋肉への酸素供給不足が原因となって生じるものである。足浴による下肢血流量や酸素供給量の増加[30, 31]，マッサージによる末梢の還流促進や下腿部に蓄積した疲労物質の除去が変調を改善させたと思われる。

足底部の皮膚の状態のうち，足底部の角質化や胼胝，皮膚の乾燥が消失または改善していた。角質化や胼胝は，体表からの刺激に対して個体側が正常に反応し，外方に角質肥厚したものである[32]。ヤスリがけによる角質の除去がこれらを消失・改善させたと考える。また，皮膚の状態で改善がみられた皮膚乾燥は加齢による角質内水分や皮脂分泌の低下によるものである。バスオイル等の潤滑剤は皮膚表面を被覆することにより蒸散を減少させ皮内の水分を保つ効果がある[33]といわれる。足浴による皮膚の保清と血流増加に加え，足浴後マッサージで使用したフットオイルの被覆が乾燥を改善したものと思われる。一方，足白癬様の皮膚剥離を認めた２人のうち１人は視覚的に消失し，もう１人は介入前と比較し改善していた。Yam ら[34]は緑茶エキス中のガロカテキンやそれらのガレートが抗菌作用の主要物質であると述べ，大久保ら[35]や Fujii ら[36]は白癬菌に対する緑茶エキスの殺菌作用は濃度や接触時間に依存すると報告している。白癬様の皮膚剥離が疑われた２人は視覚的に消失や改善がみられたことから，緑茶を使用した足浴の効果は得られたと考える。しかしながら，高齢者の白癬は掻痒感が乏しくかつ慢性化していることが多く，治癒には長い期間を必要とする。今回実施した足浴は１回あたり10分間，計10回であり，緑茶との接触時間は短い上，顕微鏡的評価を行っていないため白癬菌の消滅について言及できないが，ケアの継続による改善は期待できると考える。

足底部の触圧覚は，すべての部位において有意に向上した。太田ら[37]は，胼胝等の皮膚の弾力性や厚さの変化は触圧覚の閾値を上昇させると述べており，ヤスリがけによる角質除去は，足底からの感覚入力を向上させ触圧覚の閾値を低下させることに寄与したと思われる。加えて，足浴や足趾の運動は末梢神経組織の活性化を促し[30, 38, 39]マッサージは，足底のメカノレセプター（以下，機械受容器）を刺激する[40]。ヤスリがけにより感覚入力が向上した足底部に対し，複合的にケアを提供したことも，触圧覚の閾値低下につながったと推察する。

循環機能の評価項目である末梢血流量は，両足とも有意な変化はみられず，左母趾底面では介入前よりも減少しているという結果であった。レーザー血流計は非常に鋭敏で体位や呼吸によっても変化しやすく絶対値の評価は難しい[41]といわれている。今回の測定においても測定開始直後，測定値が大きく変動しており，データの再現性は低いと思われた。しかしながら，中盤から後半では測定値の安定性を確認できたことから，測定値が安定した時点

で記録を開始することで，データの精度が上がる可能があるのではないかと考える。一方，皮膚表面温度は，介入後有意に上昇した。これらの結果は，足浴やマッサージが循環機能を向上させる可能性を示唆しており，ケアの継続により更に末梢循環状態を向上させる効果が期待できると思われる。

立位バランス機能を測定する開眼片足立ちの持続時間は，有意差はなかったものの介入前より延長し，FRTはStart-End Pointが有意に延長した。開眼片足立ちおよびFRTで求められる前傾姿勢の安定性は，足趾屈曲力が強く関与する[42, 43]。今回の結果も，足趾の運動による関節可動域の拡大や周辺筋群の強化が影響しているものと思われる。また，足底の機械受容器による接地情報の伝達は，立位機能にとって重要である[44]。とりわけ，高齢者の姿勢制御では，機械受容器が集中する母趾底面に大きな圧がかかるため，母趾底面をはじめ足底皮膚の触圧覚の閾値上昇が大きく影響する[45]。ヤスリがけによる足底皮膚の角質除去に伴い感覚入力が向上したことやマッサージによる足底の機械受容器への刺激，足浴や足部の運動による足底の機械受容器の賦活等が立位機能を向上させたと考える。

歩行機能を測定する最大速歩行では，歩行時間は有意に短縮し，TUGでは実行時間が短縮する傾向が見られた。立位バランスや歩行に関連する下肢筋力との相関が報告されている足趾間把持力では，左足は有意に向上し，右足は有意ではないが向上していた。歩行は直立姿勢の維持，足踏み自動機構の活動，バランスの保持の３つの基本的機能が有機的に組織化されて発現する[46]。特に，高齢者の直立姿勢やバランスの保持には，下肢筋力の強化よりも足底の機械受容器の機能や足趾屈曲力の維持・向上が重要である[47]。本研究においてこれらが向上したことに加え，足部の運動による下肢筋力の向上が足踏み自動機能にも影響し，歩行機能が向上したと思われる。加えて，橋本ら[48]は，足趾屈曲力は歩幅に有意に関連すると述べており，足趾屈曲力の向上も歩幅に作用したのではないかと考える。

２．介護予防に向けたフットケアの有効性

自立した生活を維持するための立位・歩行機能の維持・向上を「介護予防」ととらえ，介護予防に向けたフットケアの有効性について検討する。

統計学的有意差の有無にかかわらず，立位・歩行機能のすべての評価項目で向上がみられた。これらの機能向上は，足浴による循環機能の改善や足底の機械受容器の賦活，ヤスリがけによる足底皮膚の感覚入力の向上，マッサージによる循環機能促進と足底の機械受容器への刺激，足部の運動による足底の機械受容器の賦活ならびに下肢の筋力向上が相互に作用し，効果をあげたと推察する。

高齢者の皮膚感覚の閾値上昇は末梢になるほど著明であり，局所血流減少は高齢者の知覚神経最大伝導速度低下の一因である[37]。このように高齢者の機能低下は，様々な加齢変化が相互に影響し合っている。加えて，個々のライフスタイルや活動状況なども作用し，足部の実態を形成している。高齢者の足部の問題に注目し，重複する問題を改善していくフットケアは，運動器の機能向上のみならず介護予防の基盤となる基本的あるいは手段的ADL遂行のための立位・歩行機能を維持・向上することが期待できる。

一方，フットケアの介入前後において，対象の活動性は高まり，転倒不安感が減少した。ケアを受けることによる自己尊重の感情が行動の先行要件となる自己効力感を高め，これらの結果につながったのではないかと考える。

以上の結果から，今回実施したフットケアは，足部の問題を解決することだけでなく，介護予防にも有効であることが示唆された。

Ⅵ．結　　論

先行研究において介護予防に有効であると仮説したフットケアの効果を検証した。日常生活活動得点と転倒不安得点は共に有意な変化ではなかったが，介入により活動性は高まり，転倒不安も軽減した。足部に対する変調の自覚は循環状態や筋疲労に関する項目に改善がみられた。感覚機能および循環機能の表面皮膚平均温度は有意な改善がみられた。立位・歩行機能では有意差の有無はあったがいずれの項目も機能の向上がみられた。足部の問題に対してフットケアを複合的に用いることは介護予防に有効な足部に整えることが可能であることが示唆された。今後は，高齢者が自ら介護予防に努められるようセルフケア方法を確立していく必要がある。

謝　　辞

本研究にご協力くださいました対象者の皆様，通所介護の施設長ならびにスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。また，研究に支援いただきました日本赤十字九州国際看護大学の太田陽子助手，孫田千恵助手，大分大学の今戸啓二准教授，三浦篤義氏，Ａ市包括支援センター皆様に感謝いたします。

本研究は，平成20年度科学研究費補助金（萌芽研究）課題番号20659369により実施した。

要　　旨

介護予防に向けたフットケアの効果を検証するため，在宅高齢者11人を対象に足浴，ヤスリがけ，マッサージ，足部の運動を実施し，ケア前後における活動性や転倒自己効力感，足部の形態・機能，立位・歩行機能の変化を検討した。ケア介入後，活動性は向上，転倒不安感は低下し，末梢循環や筋疲労に起因する足部の変調が改善した。足底部の角質化や胼胝は消失・改善した。立位保持に重要な足底部の触圧覚も有意に向上した。末梢血液量には有意な変化はなかったものの皮膚表面温度は有意に上昇していた。開眼片足立ちは有意な変化ではないが保持時間は長くなっており，Functional Reachは有意に長くなった。10m最大速歩行が有意に速くなり，TUGは速くなる傾向がみられた。また，下肢筋力に関する足趾間把持力も左足が有意に強くなった。今回実施したフットケアは，足部の問題解決のみならず介護予防の一義的目標である立位・歩行機能を維持・向上できることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to confirm the effect of foot care for Health Promotion and Disease Prevention. We conducted foot care on 11 elderly persons living at home by a foot bath, keratin removal, foot massage or exercise. Furthermore, we compared the changes in structure and function of feet before and after these foot care interventions by testing the standing balance and walking performance.

Following foot care intervention, foot problems, including blood circulation and muscle fatigue, improved. Keratinized and callused soles were replaced by normal skin with good condition. The sensation of touch and pressure increased in all elders. Surface temperature of skin and standing balance improved in almost all subjects. All subjects, except for one, had better walking performance. Maintaining standing balance and walking performance are necessary to accomplish daily living activities for elderly people. Moreover, such activities are the greatest concern for the Health Promotion and Disease Prevention program.

From these results, it was proved that foot care may contribute to Health Promotion and Disease Prevention as well as improve the condition of feet.

文　　献

1）厚生労働省：介護保険制度改革の概要―介護保険改正と介護報酬改定―，2006-04，http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/topics/0603/index.html
2）星野克之，別府諸兄：転倒予防教室における高齢者の歩行変化，骨・関節・靭帯，19(1)，35-40，2006.
3）鈴木隆雄：地域在宅高齢者に対する転倒予防事業，Geriatric Medicine，44(2)，165-169，2006.
4）鈴木みずえ，金森雅夫他：在宅高齢者の転倒に対する自己効力感の測定，老年精神医学雑誌，16(10)，1175-1183，2005.
5）姫野稔子，三重野英子他：在宅後期高齢者の転倒予防に向けたフットケアに関する基礎的研究―足部の形態・機能と転倒経験及び立位バランス機能との関連―，日本看護研究学会雑誌，27(4)，75-84，2004.
6）横山茂樹，高柳公司他：足底部感覚情報が立位姿勢調整および歩行運動に及ぼす影響，理学療法学，22(3)，125-128，1995.
7）山下和彦，野本洋平他：高齢者の足部・足爪異常による転倒への影響，電学論C，124(10)，1-7，2004.
8）山下和彦：データで見るメディカルフットケアの有効性，Nursing Today，17(11)，28-29，2002.
9）Gertrudis, I.J.M., Kempen, L.Y.,et al.: The Short FES-I: a shortened version of the falls efficacy scale-international to assess fear of falling, Age and Ageing, 37, 45–50, 2008.
10）Tinetti,M.E.: Performance-Oriented Assessment of Mobility Problem in Elderly Patient, Journal of the American Geriatric Society, 34, 119-126, 1986.
11）Wendy, K., Anemaet, E., et al.: Functional Tool for Assessing Balance and Gait Impairments, Top geriatr Rihabil 15(1), 66-83, 1999.
12）山下和彦，野本洋平他：高齢者の足部・足爪異常による転倒への影響，電学論C，124(10)，1-7，2004.
13）高橋緑，佐々木由美子他：高齢者に対するフットケアの有効性―バランス機能の向上と尿失禁減少をめざして―，第36回日本看護学会論文集―老年看護―，148-149，2005.
14）平松知子，泉キヨ子他：転倒予防に関する地域高齢者の足部の実態―足趾の接地状況と足底，姿勢，バランス，筋力および転倒との関係―，老年看護学，9(2)，116-123，2005.
15）姫野稔子：在宅後期高齢者の介護予防を目的とするフットケアに関する基礎的研究，平成14年度大分医科大学修士論文，45-48，2003.
16）鈴木良平：新臨床整形外科全集11(B)，263-378，金原出版株式会社，東京，1986.
17）河野茂夫，宮地良樹：フットケア最前線，56-57，メディカルビュー社，東京，2008.
18）西山茂夫:爪疾患カラーアトラス，52-192，南江堂，東京，1993.
19）内山靖，島田裕之：高齢者の下肢体性感覚機能とバランス，日本老年医学会雑誌，No.38，160，2001.
20）田崎義昭，斉藤佳雄：ベッドサイドの神経の見方，91-101，南山堂，東京，1998.
21）アークレイ株式会社：プリノバタッチテスト説明書

22）Lin, M-R., Hwang,H-F.,et al.: Psychometric Comparisons of the Time Up and Go, One-Leg Stand, Functional Reach and Tinetti Balance Measure in Community-Dwelling Older People, American Geriatrics Society, 52(8), 1343-1348, 2004.
23）武藤芳照，黒柳律雄他：転倒予防教室，日本医事新報社，No.88，46-47，1999.
24）岡持利亘，飯田裕：理学療法評価-理学療法における体力測定-Up＆Goテスト，理学療法，22(1)，129-136，2005.
25）山下和彦，野本洋平他：高齢者の足部・足爪異常による転倒への影響，電学論C，124(10)，1-7，2004.
26）宮川晴妃：メディカルフットケア実践マニュアル，54-61，東京法規出版，東京，2005.
27）三島好雄，稲垣義明：臨床脈管学，10-13，文光堂，東京，1992.
28）加辺憲人：足趾の機能，理学療法科学，18(1)，41-48，2003.
29）菊池浩美，千田実里他：白癬菌に対する緑茶石鹸の効果，第35回日本看護学会論文集―看護総合―，304-306，2004.
30）Taylor, C., Lillis, C.,et al.: Fundamentals of Nursing, 910-912, Lippincott, 1997.
31）熊田佳孝：閉塞性動脈硬化症（ASO），EB Nursing，4(1)，57-58，中山書店，東京，2004.
32）河野茂夫，宮地良樹：The Forefront of Dermatology フットケア最前線，148-151，メディカルレビュー社，東京，2008
33）Dots,W., Berman, B.: The facts about treatment of dry skin, Geriatrics, 38, 93-100, 1983.
34）Yam, T.S.,Shah, S.,et al.: Microbiological activity of whole and fractionated crude extracts of tea and tea components, Federation of European Microbiological Societies　Microbiology letters, 152, 169-174, 1997.
35）大久保幸枝，戸田真佐子他：白癬キンに対する茶およびカテキンの抗菌・殺菌作用，日本細菌学雑誌，46(2)，509-514，1991.
36）Fujii, M., Sato, T.,et al.: Green tea for tinea manuum in bedridden patients, Geriatrics and gerontology International, 4, 64-65, 2004.
37）太田邦夫，村上元孝：神経と精神の老化，299，医学書院，東京，1976.
38）井原秀俊，吉田卓也他：足趾・足底訓練が筋力・バランス能に及ぼす効果，整形スポーツ会誌，15(2)，268，1995.
39）井原秀俊，三輪恵他：足趾訓練の持続効果-訓練中止３ヵ月後の検討-整形外科と災害外科，46(2)，393-397，1997.
40）寺澤捷年，津田昌樹：絵でみる指圧・マッサージ，13-16，医学書院，東京，2002.
41）鹿嶋進，橋爪俊幸他：レーザー血流計の特性，日本レーザー医学会誌，9(1)，3-7，1988.
42）藤原勝夫，池上晴夫他：立位姿勢の安定性における年齢及び下肢筋力の関与，人類誌，90(4)，385-400．1982.
43）山口光国，入谷誠他：片足起立位時での足趾屈筋群の役割について，運動生理，4(2)，65-69，1989.
44）井原秀俊，中山彰一：関節トレーニング［改訂２版］，91-95，協同医書出版社，東京，1996.
45）Tanaka, T., Ino, S. et al.: Tactile Sense and Pressure of Toe Contribution to Standing in the Healthy Elderly, Journal of Physical Therapy Science, No.8, 19-24, 1996.
46）中村隆一，齋藤宏：基礎運動学第５版，333-361，医歯薬出版株式会社，東京，2002.
47）村田伸：開眼片足立ち位での重心同様と足部機能との関連―健常女性を対象とした検討―，理学療法科学，19(3)，245-249，2004.
48）橋本貴幸，林典雄他：足部内在屈筋力が歩幅に及ぼす影響について，理学療法，No.27，336，2000.

［平成20年12月７日受　　付
平成21年８月27日採用決定］

－研究報告－

人工股関節全置換術を受けた患者の在宅における生活状況と活動量に関する研究

Activity Levels and Living Conditions at Home of Patients after Total Hip Arthroplasty

赤　木　京　子[1)]　　藤　田　君　支[1)]　　佐　藤　和　子[2)]
Kyoko Akagi　　Kimie Fujita　　Kazuko Sato

キーワード：人工股関節全置換術，生活状況，活動量，在宅訪問調査
Key Words：total hip arthroplasty, living condition, activity levels, at-home visit investigation

Ⅰ．緒　　言

近年の急速な高齢化率の上昇によって，膝関節や股関節に障害をもつ患者が増加しており，厚生労働省の平成14年の患者調査報告によれば，関節症の患者数は19万人と推計されている[1)]。膝関節や股関節のような下肢関節は，歩行機能を維持し，自立した生活を送るための基盤となる[2)]。

変形性股関節症は，痛み，可動域制限，脚長差を主な症状とし，歩行障害により日常生活が阻害される。さらに，関節破壊が進行した末期の状態になると，身体機能や痛みが改善することを目的とした人工股関節全置換術（以下，股関節術）が行われる。

股関節術を受けた患者は，症状が改善する一方で，股関節の過屈曲や転倒により脱臼の危険性があるため，退院後も長期的なセルフケアが必要である。また，手術後は歩行障害の改善により，生活行動の拡大が期待されるが，脱臼の不安から生活行動を制限することも考えられる。股関節術を受ける患者には，医師や看護師，理学療法士による生活指導が計画的に行われるが，患者の生活環境や社会的背景は個々に異なり，同じ股関節術を受けてもそれぞれの生活体験や人工関節への対応の仕方には違いがある。患者の退院後の在宅生活における現状を把握することは，股関節術を受ける患者への個別的な支援を検討するために重要である。

股関節術後患者の実態報告では，退院後に脱臼の不安があり困難さを伴う生活行動について明らかにされており[3)-5)]，床座のような日本文化に特徴的な生活様式が関連していた。また，居住環境とADLに注目した在宅訪問調査では，脱臼を予防するために居室内の床座を避け椅子を設置するなど，道具を用い安全な動作を行なっていること[6)]や三次元動作解析を用いた結果から，脱臼姿勢を回避するためには居住環境の調整の重要性が述べられている[7)]。一方，股関節術後患者を経年別に調査し病気に対する思いや回復過程について調査した質的研究では，手術後６週頃には術前にあった痛みや歩容が改善し制約される生活から解放され，手術後１～３年には人工関節に折り合いをつけた生活をしていることが明らかにされている[8)]。手術前後の活動量を歩数と消費カロリーで比較した調査では，手術前より手術後６ヶ月の方が活動量は増加することが明らかにされている[9)]。また，手術後１年以上の長期経過にある患者の活動量を心理的，社会的状況と関連づけた調査では，余暇活動を有効に活用しているものは活動量が増加したと報告がある[10)]。しかし，個別の生活体験の実態や生活の様子を観察し，手術後１年目の活動量を把握することで退院後の生活の現状を明らかにした研究はみあたらない。

以上のことから股関節術を受ける患者への個別的な支援について示唆を得るためには，股関節術前後の身体的，心理的状況を患者の体験から検討し，患者の生活の場における実態を把握する必要性があり，退院後の日常生活における活動量を明らかにすることの意義は大きいと考える。本研究では，股関節術を受けた患者の手術前後の生活体験を明らかにする。さらに，手術後の生活実態を明らかにするために，退院後の生活状況の実際を把握し，活動量について定量的に評価することを目的とする。

Ⅱ．研究方法

１．用語の定義

生活状況：患者が捉える生活体験と実際の生活の様子
活 動 量：歩数計で測定した睡眠中および入浴中を除く１日運動量
生活体験：患者が生活の中で体験している感情や行動

１）佐賀大学医学部看護学科　Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University
２）大分大学医学部看護学科　Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Oita University

２．対象者

調査対象は，A大学医学部附属病院整形外科において，変形性股関節症で初回の股関節術を受けた者で，以下の基準を満たす者とした。①在宅で生活している手術後１年の患者。②股関節症以外に歩行や日常生活に障害をきたす疾患を有していない者。

上記の基準を満たす対象者で，同意が得られた20名のうち，在宅訪問までに拒否のあった３名を除く17名を分析対象者とした。

３．方　法

本研究では，在宅での面接および観察調査と，歩数計による活動量の実測調査を行った。

在宅訪問調査は，外来で調査対象となる基準を満たした患者に手術後の定期検診の終了後に面接を依頼し，在宅訪問の同意が得られた患者に再度電話で調査の了承を確認したうえで行った。在宅訪問調査では，半構造化面接，観察調査，活動量の実測調査の依頼を行った。調査期間は2006年11月から2008年４月であった。

(1) 半構造化面接

半構造化面接は，①股関節術後患者の生活体験を経年的に明らかにした藤田らの先行研究[8]結果，②研究者自身が外来で，定期検診に来院した股関節術後患者12名を対象に，手術後の日常生活の状況について面接した結果を参考に検討した。①，②の結果から，患者の手術前後の生活体験には，手術前から術後長期にわたる経時的変化があったため，半構造化面接の主な質問内容は，「手術を受けるまでの日常生活および手術を決意した状況」「手術後から現在の日常生活」「生活上の工夫やサポート状況」とし，自由に語ってもらった。面接内容は承諾を得て録音し，逐語録としたものをデータとした。面接場所は対象者の自宅で行い，面接時間は１時間30分から２時間であった。

(2) 観察調査

在宅での面接時に在宅環境と生活上工夫していることについて観察し，承諾を得てデジタルカメラや動画で撮影した。主な撮影場所は，居間の生活様式（畳・椅子），浴室，トイレ，屋内外の床の段差等で，生活上の工夫をしている場面や動作を撮影した。

(3) 活動量の実測調査

面接時に，スズケン社のライフコーダEX(以下，歩数計)の装着を10日間依頼し，郵送法で回収した。ライフコーダの装着により夜間睡眠中および入浴を除く日中の活動量を測定した。結果は，ライフライザーベーシックで解析し活動量〔METs・h＝運動量kcal／(1.05×体重kg)〕を算出した[11]。

４．分析方法

録音した面接内容を逐語録に書き起こし，事例ごとに対象者が語った内容を繰り返し読み，以下の手順で質的帰納的に分析を行った。手術前から手術後までを振り返って語られた内容から，対象者が自身の生活体験をどのようにとらえているのかを読み取りコード化した。コードを比較し，共通性，類似性の視点で意味内容をまとめ，サブカテゴリに分類し，経時的に変化する生活体験をカテゴリに表した。さらに，各事例の手術前後の生活体験を年齢と社会的役割に焦点をあてて比較することによってその特徴を分類した。すべての分析手順において，信頼性および妥当性を高めるために，複数の共同研究者間で逐語録を読み直し，コード化，カテゴリ化を繰り返し，また，整形外科の熟練看護師２名，整形外科認定医２名と討議しながらデータを分析した。

在宅環境や生活状況を撮影した映像データは，脱臼の危険性のある要因，脱臼を回避するための工夫や対処を示すものを抽出し分析を行った。

活動量については，10日間の歩数計データから初日３日間を除く後の７日間の平均を分析データとし，年齢と社会的役割との関係で分類したデータの中央値を群間比較した。

５．倫理的配慮

本研究はA大学医学部倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した。調査対象者には，研究目的と概要，研究への協力，同意は任意であること，協力を拒否しても診療上の不利益は被らないこと，同意した後でも同意を撤回できること，個人情報の保護を遵守すること，研究に使用する機器装着は非侵襲的で苦痛を伴わないことを文書と口頭で説明し，承諾を受けた人と同意文書を交わした。

Ⅲ．結　　果

対象者は，男性２名，女性15名の合計17名であった。年齢範囲は37歳～85歳，平均年齢は64.6±13.4歳，職業は有職者が５名，無職が３名，主婦が９名であった。対象者の属性については，表１に示した。以下，カテゴリを【　】，そこに含まれるサブカテゴリを＜　＞，対象者の発言を『　』で示す。

１．手術前後の生活体験の変化

手術前後の生活体験は，過去を想起し，現在の生活との比較をした手術前，手術後２ヶ月頃まで（以下，退院当初），手術後１年の現在という３つの局面が示された。股関節術を受けた患者は，手術前は【激しい痛みに制約される生活】を体験し，手術を受け自宅に退院した当初は【苦痛からの解放と人工関節の不安】を体験していた。さらに手術後１年は【人工関節と折り合いをつけた生活と対処】へと変化していた。退院当初は脱臼の不安などで活動が制約され，屋内中心の生活であったが手術後１年になると人

表１　対象者の属性

N=17

属性	区分	人数（名）
年齢	75歳≦	4
	65歳－74歳	6
	64歳≧	7
性別	男性	2
	女性	15
家族	独居	4
職業	有職	5
	無職	3
	主婦	9
居間	畳	13
	床張り	4
生活スタイル	床座	11
	椅子	6
トイレ	洋式	17
住宅改造	有り	3

工関節に慣れ，仕事や人との交流を活発に行うなど活動は拡大していることが明らかになった。

１）手術前の生活

【激しい痛みに制約される生活】

股関節症の進行は痛みを増強させ日常生活の行動や精神面に影響を及ぼしていた。対象者の多くは手術を回避するために矯正術や灸といった代替療法を経験していた。激しい痛みに影響を受けた生活状況は，＜生活への支障＞，＜跛行による劣等感＞，＜代替療法の経験＞，＜増悪する痛み＞の４つのサブカテゴリで構成された。

＜生活の支障＞

股関節症の痛みは歩行や，家事，仕事に影響し，日常生活に支障をきたすようになっていた。

『歩くとき痛くてびっこをひいていた。痛みがあり，仕事をセーブした。買い物には夫についてきてもらっていた。普通の生活が思うままにならなかった。映画にも買い物にも行きたいけど行けなくなった』（46歳女性）

＜跛行による劣等感＞

病状の進行による激痛や左右の脚長差により，跛行が顕著になることで劣等感を抱くようになっていた。

『父親がびっこをひいていると子どもがいじめにあうんじゃないかと思った』（37歳男性）

『仕事で人前に出て，びっこで歩く姿を見られることがとても嫌だった』（46歳女性）

＜代替療法の経験＞

痛みの軽減を図り手術を回避するために，対象者の多くは矯正術や民間療法を試みたがどれも効果が得られない経験をしていた。

『手術して車椅子の生活になった人がいるよとか，成功した例は聞かないけど失敗例は多いと人から聞いて，手術が怖くて絶対いやだと思っていた。それで色々な矯正治療を試してみたけど効果がなかった』（58歳女性）

＜増悪する痛み＞

我慢してきた痛みも股関節の破壊をきたした末期になると，痛みは一層増悪し，我慢の限界で手術を決意していた。

『人工関節を入れるとしたらお金がかかるだろうなという心配と，仕事の関係で入院期間がどれくらいかかるか心配だった。手術は怖かったけど，痛みは我慢の限界になって手術に踏み切った』（37歳男性）

２）退院当初の生活

【苦痛からの解放と人工関節の不安】

手術直後から症状が改善し，心身両面の苦痛から解放されたことに喜びを感じていた。退院当初の生活は人工関節に慣れないことから脱臼の不安は大きく活動は制約されていた。苦痛から解放された喜びを感じるとともに人工関節の不安がある生活は，＜除痛と歩容改善の喜び＞，＜回復への期待＞，＜脱臼の不安＞，＜下肢機能回復の焦り＞，＜周囲からのサポート＞の５つのサブカテゴリで構成された。

＜除痛と歩容改善の喜び＞

手術によってそれまでの激痛が消失し歩容が改善したことによる喜びを感じていた。

『痛みがなくなり，きれいに歩けるようになった。うれしいです』（59歳女性）

＜回復への期待＞

手術後に改善した下肢機能に対してさらに回復への期待を抱き，活動を拡大することへの希望をもっていた。

『もっときれいに歩いて，スカートはいて，食事に行くことができるようになりたい』（64歳女性）

＜脱臼の不安＞

退院当初は，人工関節に慣れず脱臼の不安による日常生活行動の制約があった。

『車に乗るのも怖かった。脱臼することが怖くて』（72歳女性）

＜下肢機能回復の焦り＞

手術後に痛みが消失したことで回復への期待は高まった。筋力を訓練することでさらに下肢機能が改善するという希望を持ち運動を積極的に行った結果，手術と反対側の膝痛や腰痛が出現し回復に焦りを感じる経験をしていた。

『退院後家の周りを歩行訓練していたが，２ヶ月くらいのとき膝が結構腫れて痛くなって，外を歩くのがつらくなった。治るという期待が大きかった分，結構歩

けないなと落ち込んでしまった』（58歳女性）

＜周囲からのサポート＞

退院後の生活は脱臼の不安が大きく，日常生活においては心身ともに支援を必要としていた。身近な家族による日常生活への支援や同病者との情報交換は精神的な支えになっていた。

『同じ頃に入院していた同病の患者に連絡し，お互いの病状を報告しあうことで励まされた』（73歳女性）

３）手術後１年の生活

【人工関節と折り合いをつけた生活と対処】

手術後１年になると，人工関節にも慣れることで活動は拡大し，仕事へ復帰するなど人との交流も活発に行われていた。また，日常生活で遭遇する人工関節の制限に対しては，個々の生活状況に応じた対処を行っていた。＜生活行動の拡大＞，＜人工関節の慣れ＞，＜人工関節の不自由さ＞，＜ADLの工夫＞，＜筋力訓練の継続＞，＜社会生活への対処＞の６つのサブカテゴリで構成された。

＜生活行動の拡大＞

人工関節に慣れ，脱臼の不安も軽減したことで屋内の活動だけではなく仕事や趣味の園芸，農作業など屋外の活動へと生活行動を拡大していた。

『退院して２～３日で元の仕事に復帰して，最初は用心していたが，今は40キロ～50キロの荷物をかかえています』（37歳男性）

＜人工関節の慣れ＞

脱臼の不安や人工関節の違和感から，自ら意識して制限していた股関節の可動域にも慣れ，生活の中でも人工関節であることを忘れるようになっていた。

『草取りをするときに，忘れてふいにしゃがんでいたりするときがある』（55歳女性）

『激しい動きをするわけではないので，今の動きで十分』（80歳女性）

＜人工関節の不自由さ＞

手術後１年が経過しても，股関節屈曲制限による不自由さや，歩き方のくせを感じていた。また，若い患者は再置換への不安から活動を制約しているものもいた。

『座ったり，足の爪きり，靴下はきが一番困ります』（69歳女性）

『ちゃんと歩こうとすると考えながら歩いている。完全に考えなくて歩けたらいいけど』（53歳女性）

『将来の再置換のことを考えると歩く距離をすごく制限している。歩けるからどこまでも歩いていいのだろうか。今いいからといって先々いいのだろうかといつも気になっている』（46歳女性）

＜ADLの工夫＞

日常生活動作で遭遇する股関節屈曲制限や脱臼の危険性のある姿勢に対して個々の生活状況に応じた工夫を行っていた。

『外食先で畳のときは，折りたたみの小さな椅子を持っていって座る。庭で園芸する時は，膝宛をつけてしている』（58歳女性）

＜筋力訓練の継続＞

現在も筋力の回復途上であると認識し，訓練の効果に回復への期待をもち，下肢筋力をつける運動を継続していた。

『同病者に聞いたリハビリのしかたを実行して大分良くなった。今でもスクワットをしたり体操をしている』（65歳女性）

＜社会生活への対処＞

有職者は仕事に復帰し，高齢者や主婦も家庭内の活動だけでなく社会的活動を行うようになっていた。社会生活を送る上で感じる人工関節の不自由さに対して，個々の状況に応じた対処を行っていた。

『さっさと歩けないから，人と一緒に歩く時は前もって股関節の手術をしていると自分から打ち明ける』（65歳女性）

『公民館は畳だから会合があっても行かない。正座ができないし，足を伸ばして座れないから』（81歳男性）

２．年齢と社会的役割による生活体験の特徴と活動量

各事例の手術前後の生活体験を年齢および社会的役割との関係で比較すると《後期高齢者》，《前期高齢者・壮年期の主婦》，《壮年期のフルタイム有職者》の３群に分類された（表２）。さらに，各群の活動量と歩数の中央値を比較すると，いずれも後期高齢者より壮年期のフルタイム有職者の方が大きかった（図１，２）。以下に３群の特徴と代表的な事例を示す。

１）後期高齢者

４名の後期高齢者は，手術前は痛みのためにADLが低下し，家族のサポートを受けていた。手術後 ADLは改善したが，身体の老化や他疾患による症状は活動に影響を及ぼし，屋内の活動が中心の生活を過ごしていた。体力に自信がなく，これ以上の回復は無理であると諦めをもっていた。活動量（METs・h／day）の中央値1.68，四分位範囲2.19－0.53，歩数（歩）の中央値4,698，四分位範囲6,080－1,670であった。

［事例：81歳・男性・無職］

手術前は，高齢で手術を受けることの不安や知人から手術の失敗例を聞くことで，手術を受けることに迷いがあった。しかし，痛みは『生きているより死んだ方がまし』というほど増悪し，我慢の限界で手術を決意した。退院当初から痛みは消失し，ADLが改善したことに喜びを感じた。手術後１年が経過し股関節症の症状改善に満足している

表２　個別事例の生活体験の特徴

N＝17

分類 / 時系列	共通の特徴	１群（n＝4）	２群（n＝8）	３群（n＝5）
	股関節術を受けた患者の生活体験の変化	後期高齢者	前期高齢者 ・壮年期の主婦	壮年期の フルタイム有職者
手　術　前	【激しい痛みに制約される生活】 ・生活への支障 ・跛行による劣等感 ・代替医療の経験 ・増悪する痛み	痛みによる ADLの低下	痛みや歩容の 悪化による抑うつ	痛みによる 仕事への障害
退 院 当 初	【苦痛からの解放と人工関節の不安】 ・除痛と歩容改善の喜び ・回復への期待 ・脱臼の不安 ・下肢機能回復の焦り ・周囲からのサポート	ADL改善の喜び	除痛と歩容 改善に満足	不安の中での 仕事復帰
手術後１年	【人工関節と折り合いをつけた生活と対処】 ・生活行動の拡大 ・人工関節の慣れ ・人工関節の不自由さ ・ADLの工夫 ・筋力訓練の継続 ・社会生活への対処	身体的老化に よる諦め	社会的活動 の拡大	股関節屈曲制限の 不自由さ

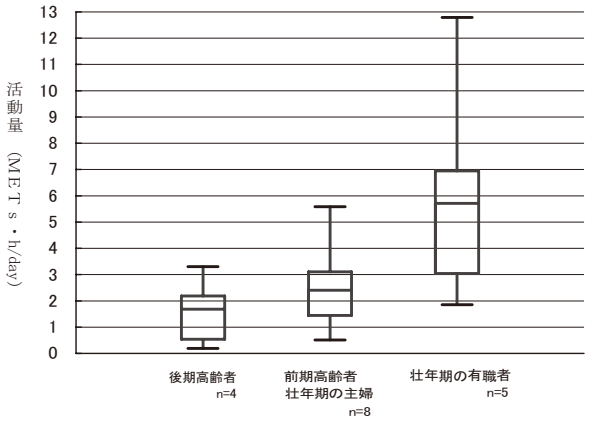


図１　手術後1年の各群別活動量箱ひげ図（N=17）

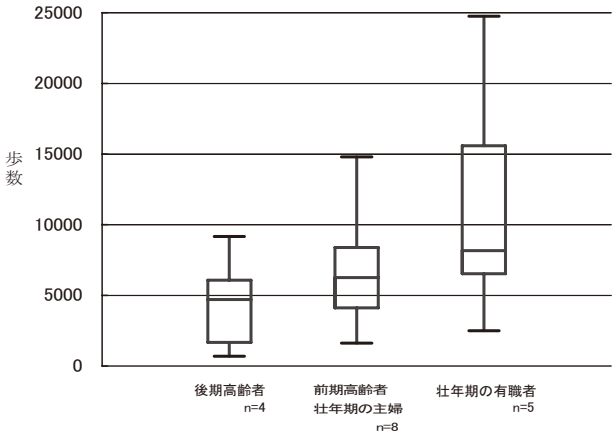


図２　手術後１年の各群別歩数箱ひげ図（N=17）

が，長歩き後の息切れや他疾患の症状から体調への不安，正座ができないことから外出先に椅子や洋式トイレがあるかということを考え積極的な外出はせず，日中は庭の草木の手入れや園芸のような家の敷地内での活動を中心とする日常生活を過ごしていた。

『足の痛みもなくなったし，ソフトボールとか野球とかしたいけどその元気もない』と，手術後の生活には生理的機能の低下や病気に罹患しても治癒しにくく回復が遅いことを自覚しており，身体的老化や体力の低下による諦めを感じていた。

２）前期高齢者・壮年期の主婦

８名の前期高齢者・壮年期の主婦の特徴は，家事，同居の孫の世話など家庭内での役割が大きいことであった。手術前の激しい痛みと歩容の悪化は，心身両面に影響をおよぼし苦痛な生活をしていた。手術後，痛みが消失し歩容が改善したことに満足した。退院当初は屋内が中心の活動だったが，手術後１年は外出することにも積極的になり，屋外の活動へと拡大していた。活動量（METs・h ／ day）の中央値2.41，四分位範囲3.10－1.45，歩数（歩）の中央値6,255，四分位範囲8,389－4,117であった。

［事例：58歳・女性・主婦］

手術前は，歩行時の痛みや歩容の悪化によって，憂鬱な生活をしていた。手術の恐怖や不安があり，手術を回避するために整体治療などを受けることで症状の改善を期待した。しかし，効果はなく痛みや歩容はしだいに増悪し，日常生活行動に影響を及ぼすようになり手術を決意した。手術によって痛みが消失し歩容が改善したことに大変満足した。手術後６ヶ月までは，下肢機能回復の焦りや人に歩調を合わせることの苦痛があり，外出はせず屋内で過ごして

いた。手術後６ヶ月を過ぎる頃から，歩行に自信がもてるようになりしだいに外出の機会も多くなっていった。さらに，手術後１年を経過して，『手術したことも忘れる時があり，１年たてばこんなによくなるという実感がある』と手術の順調な回復に満足し，生きがいを見出すために自分から進んでボランティア活動に参加していた。

３）壮年期のフルタイム有職者

５名の有職者は，痛みや歩容の悪化が仕事に支障をきたしたことから，増悪した痛みを改善し社会的役割を遂行するために手術を決意していた。手術後は，脱臼の不安を感じながら仕事に復帰していた。手術後１年が経過し，人工関節には慣れたものの仕事上で遭遇する股関節屈曲制限には不自由さを感じていた。活動量（METs・h ／ day）の中央値5.71，四分位範囲6.95－3.04，歩数（歩）の中央値8,169，四分位範囲15,585－6,526であった。

［事例：37歳・男性・会社員］

手術前は痛みと歩容の悪化があり，重量物をかかえ運搬するという重労働の仕事に支障をきたしていたが，手術への恐怖，入院期間や入院費の不安などから手術を先延ばしした。

しかし，痛みの増悪から仕事の継続に不安を生じるようになり手術を決意した。退院後は２日目で職場復帰し，事務的な仕事から始めたものの，仕事復帰当初は不安が強く脱臼は特に用心していた。手術後６ヶ月くらいから重量物を持つ元の仕事内容に戻った。手術後１年を経過した現在，仕事上で股関節屈曲制限の不自由さを感じることは多いが，意識して脱臼を避ける姿勢を心がけている。人工関節の制限について不満はあるが現在の医療では人工関節の限界だからと諦めも感じている。再置換については『いつかは（手術）する日が来ると思っているが，入れ替えのことを考えるより今が痛みなく動ければいい。将来は人工関節のつくりもよくなっているだろう』と楽観的な受け止め方をしていた。今後はサッカーにも挑戦したいと述べた。

３．観察調査の結果

手術後１年の生活状況から，脱臼の危険性のある在宅環境や脱臼を回避するために行う生活上の工夫や対処が明らかになった。また，上記の結果で示された３群には，以下のような生活上の工夫や対処が示された。

後期高齢者は，正座が困難なことや脱臼に対する不安に対処するために，生活上で細かな工夫を行うのではなく，外出を避け，主に住み慣れた住居とその周辺での活動をしていることがわかった。前期高齢者・壮年期の主婦は，手術前の痛みが消失したことで，下肢の筋力訓練を積極的に行うことや，生活の中で様々な工夫を試み活動を拡大していた。壮年期の有職者は，人工関節の不自由さを意識して，脱臼を避ける姿勢を心がけ予防していることがわかった。

１）在宅環境

対象者の居住する環境は，住宅地，田園地帯，坂の多い場所，交通量が多い場所など多様であった。住居の形態は集合住宅２名，一戸建て15名で，畳や段差を特徴とする日本家屋であった。居住年数が長い家屋には，手術以前に全面改造してバリアフリーにしている家もあったが，室内には様々な高さの段差があり，玄関の段差が30cm以上ある家（図３）や，洗濯物を干す庭のテラスに，30cm近い段差のある家もあった。そのような段差の多い在宅環境であっても，対象者は手術後に段差の改造はせず生活していた。退院当初は，２～３㎝の段差にも用心し，高い段差は避けていたと話すが，手術後１年になると，生活に慣れた家の中では，容易に高い段差の昇降ができるようになっていた。

手術後，トイレに手すりを設置した者は３名いた。後期高齢者の中には，標準の洋式トイレの高さ約40cmに比較するとやや低い36cmの簡易洋式トイレを用い，立ち上がりのために両側に手すりを設置している者もあった。

浴槽は高さが30cm ～64cm，幅は80cm ～125cmと多様だった。高さ64cmの浴槽を使用する者は，市営住宅のため改造ができず，手術後８ヶ月を過ぎるまで浴槽に入ることができなかった。幅の狭い浴槽を使用する事例では，浴槽内で膝を抱え込む姿勢で入浴していた。浴用椅子は高さ16cmの低いものを使用している者もあれば，高さ47cmの介護用浴用椅子を使用している者もあり様々であった。狭い浴槽や低い浴用椅子を使用している者は，股関節が過屈曲する姿勢になりやすい。浴室の手すりを術後に設置した者は皆無で，手術前から設置してあった手すりは退院当初は使用していたものの現在は未使用のものがほとんどであった。

２）生活上の工夫

(1) 正座への対処

居間での床座の和式生活様式は11名，椅子に座る洋式生活様式は６名だった。そのうち，畳の上に椅子を置いて座る生活様式の者は２名であった。

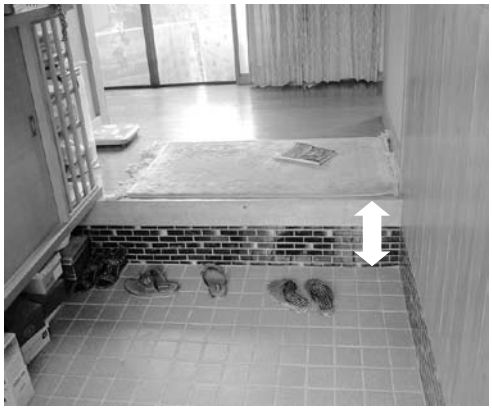


図３　玄関の段差（32.5cm.）

正座が困難な後期高齢者は，座る必要がある場所には部屋の至る所に椅子が設置されていた。和式生活様式であっても居室内に一つは椅子が設置され必要時に使用されていた（図４）。また，正座ができないことから外出先の畳や和式トイレに対する不安があり，外出を控えていた。椅子は，床座の動作では困難な爪切りや靴下着用時に利用されていた。椅子の高さは40cm ～45cmの高めの椅子が多かった。ソファーの場合は，高さのあるもので体が沈みこまない硬い素材のものが使用されていた。正座が困難な壮年期の者は，椅子は設置せず，畳に長座位をとり背中を壁につけて対処していた。また，外出の機会が多い前期高齢者・壮年期の主婦は，長時間の正座に対処するために，小さな椅子や枕を臀部に敷くなどの工夫が観察された（図５）。

(2) 脱臼姿勢回避の工夫

趣味を楽しむ前期高齢者・壮年期の主婦は，園芸や農作業の時は，しゃがむ姿勢や前屈姿勢になるため股関節の過屈曲を避けるために両膝をつき脱臼姿勢を回避していた。その際，膝宛の装着や座布団をビニールに入れて膝宛に使用するなど両膝をつく動作を容易にする工夫が行われていた。また，低い姿勢で農作業を行う場合は，キャスター付の椅子に座る工夫をしていると述べた者もいた。

入浴時に洗面器を使って洗髪する後期高齢者は，極端な前屈姿勢にならないように洗面器を置く台（高さ25cm）を利用していた。家事を行う壮年期の主婦は，掃除機のプラグを低い位置にあるコンセントに差し込む際は，脱臼や転倒の危険を回避するために台を置くなどの工夫をしていた（図６）。

図４　和式の生活様式でも椅子を多用

図５　正座の工夫

図６　低いコンセントへの対応

Ⅳ．考　　察

今回の調査で，股関節術前後の生活体験には３つの局面が示され，年齢や社会的背景によって手術前後の生活状況には相違があることがわかった。また，手術後１年の生活状況から，年齢や社会的役割に応じた生活上の工夫や対処を行い，人工関節と折り合いをつけていることが明らかになった。

１．手術前後の生活体験の変化について

股関節術後１年の生活体験は，手術前後の生活と比較して相対的に改善した生活状況を示していた。手術前は【激しい痛みに制約される生活】，退院当初は【苦痛からの解放と人工関節の不安】，手術後１年は【人工関節と折り合いをつけた生活と対処】という３つの局面で構成されるプロセスをたどることが明らかになり，股関節術を受けた患者の生活体験を経年的に明らかにした先行研究[8]とほぼ同様の結果であることが確認できた。

１）手術前

手術前は，次第に悪化していく股関節の激しい痛みによって生活が制約されていた。Bairdら[12]は，変形性股関節症患者の「痛みに耐える生活」や「困難さのある生活」を明らかにしている。跛行があることで，『子どもがいじめにあうのでは』と述べた学童期の子どもがいる対象者は自分の歩容が子どもの人間関係に歪みをきたすことを心配していた。悪化した歩容は，患者本人にボディイメージの混乱をまねくばかりでなく，家族に対しての気遣いも生じており心理的苦痛の強さが感じられた。

また，対象者の中には，医療機関で手術を勧められても代替療法に頼る者がいた。手術に対する恐怖や不安と心身の苦痛が共存する中で，様々な代替療法を試みて手術を先延ばししていた。代替療法に頼る理由には，病気と共生しバランスを取ろうとする東洋的な病気観[13]も影響していると推察される。しかし，多くの対象者は代替療法に期待した効果が得られず，次第に悪化する痛みに耐えられず手術を決断していた。このように，股関節術の適応となる患

者の心身の苦痛を考慮すると，医療者が適切な時期に患者の不安に応えられる支援と情報提供の必要性が示唆された。

２）退院当初

退院当初の生活は，痛みが消失し，歩容が改善したことに喜びを感じる一方で，人工関節に不安のある生活であった。手術前までの激しい痛みが消失し回復への期待が高まる一方で，筋力が増加する途上であることや下肢機能が思うように改善しないことに焦りを感じていた。特に主婦やフルタイムの有職者のように，退院直後からすぐに社会的役割を担わなければならない者には，心理的な焦りが生じやすいと思われた。退院当初にみられる回復への期待と焦りが交錯する段階においては，患者の社会的役割に応じて，心理面に配慮した個別的な支援の必要性が示唆された。本研究の対象者は，家族の生活支援だけでなく，同じ手術を受けた患者同士の心理的なサポートを受けていることが示された。退院後の患者の自立支援のためにはエンパワーメントが必要であると述べられている[14]ように，退院当初の人工関節に不慣れで不安の多い時期には，家族や同病者から回復意欲の向上をもたらすエンパワーメントが重要であることが示唆された。

３）手術後１年

手術後１年の生活は，人工関節の不自由さを感じているが，それぞれの生活状況に応じて道具などを用いて工夫し，それを生活の一部として取り入れていた。また，行動が拡大するとともに，社会生活において，自分の障害を他者に開示することや人工関節を意識して仕事を遂行するといった個別の対処を行っていた。対象者の行う生活上の工夫や対処は，人工関節と折り合いをつけ[15]，自分らしい生活を獲得するための手段になっていると考えられた。対象者は，意識して歩行しないと跛行になる，歩行のくせがあることや『他者の歩行ペースに合わせられない』と述べていた。外出の機会が増え人との交流が多くなったことで，他者と比較し自分の歩き方や歩行ペースの遅さを意識するようになったと思われる。歩行分析を行った植木ら[16]は，手術後１年を経過すると歩行機能は改善すると報告している。しかし，今回の調査では，日常生活で歩行に満足できない者が多かった。在宅での下肢筋力訓練を継続していることからもわかるように，歩行への期待は大きく，回復の途上であると認識していると思われる。歩行に必要な筋力は，次第に活動性が高まりADLや歩行能力が改善するとともに増加していく[17, 18]。また，外転筋力とQOLを比較すると心理的なQOL項目と相関があり[19]，歩行能力が改善することは心理面にも良好な影響がある[20]と報告があるように，歩行に満足感をもつことは，さらに活動を拡大させQOLを高めることにつながると考える。歩行への健康感を向上させるためには，生活の中での活動性を高め歩行を改善するための外転筋力の継続的な訓練[21]が必要であることが示唆された。

２．年齢と社会的役割による生活体験の特徴と活動量について

各事例を年齢と社会的役割との関係で比較すると，《後期高齢者》，《前期高齢者・壮年期の主婦》，《壮年期のフルタイム有職者》の３群に分類され，生活体験には相違がみられた。また，手術後の活動量には，年齢や社会的役割といった個別の背景が関連していると推測された。

１）後期高齢者

後期高齢者は，股関節術後，症状は改善し，寝たきりになることなく自立した生活を維持できることに満足していた。しかし，各種の疾病や症候が出現し歩行が困難な者が多い[22]といわれるように，老化に伴う体力の低下や他の慢性疾患による病状は日常生活の活動に影響を及ぼしていると思われた。図１，２で示された活動量および歩数の中央値をみると，３群の中で最も小さかった。座って安静にしている状態が１METs・hであるという厚生労働省の指針11）からもわかるように，後期高齢者の１日の活動状況は，歩行していたとしても弱い身体活動を行っていることが示された。日常生活での様々な身体活動量が多い高齢者ほど心理的健康度も高いと報告されている[23]。手術によって改善したADLが低下せず，活動が拡大できるように，人工関節の不自由さに対応した生活環境を整え，身体的・心理的・社会的なサポートを継続的に行う必要性があると考える。

２）前期高齢者・壮年期の主婦

前期高齢者・壮年期の主婦は，痛みが消失し歩容が改善したことで，心身ともに手術に対する満足感を高めている者が多く，他者に自身の障害を開示することで社会関係を維持していくポジティブな対処を行い，人工関節に対する生活上の工夫や社会活動を積極的に行っていた。

図１，２で示された活動量および歩数の分布をみると，８名の活動の中央値は２.41METs・h／day，歩数の中央値は6,255歩であった。活動量からは，厚生労働省の指針[11]にあるように，家事のような弱い身体活動から日常的な歩行を20分行う身体活動の者がいることが示された。同居家族の孫の世話をして活発に動く者や，趣味などの社会的活動に参加する者もあり活動は多様である。しかし，股関節術後１年を経過した女性患者を調査した小野ら[10]の報告と同様に，調査対象者の歩数の中央値は，全国平均歩数[24]よりも低い傾向を示した。外出の機会が多くなることで，他者との歩行速度の違いや歩容を意識するようになっている前期高齢者や壮年期の主婦の活動意欲を低下させず，さらにきれいに歩行したいという満足を得るためには，歩行筋

力を強化する訓練などの適切な情報提供をする必要性が示唆された。

3）壮年期のフルタイム有職者

5名の有職者は，他の2群と比較すると，仕事復帰と同時に手術後の活動性は急激に高まっているものと推測される。図1，2で示された活動量および歩数の中央値をみると，3群の中で最も大きかった。また，分布のばらつきが大きいのは，職種による仕事内容の違いがあるためと推察される。脱臼姿勢をとることのない仕事内容，職場の理解やサポートが得られる場合には，人工関節の不安や制約を感じることは少ないが，職場環境によっては脱臼も覚悟で動いている者もいた。有職者には，手術後に復帰する予定の職種や職場環境について事前に情報収集し，手術後に生じる股関節屈曲制限についてアセスメントを行い，十分な情報提供を行うことが重要である。

若い有職者には仕事以外の余暇も楽しみ，将来の再置換のことは考えず動ける時に動くという価値観を持つ者もいれば，将来の再置換のことを考え，仕事以外の活動を制限している者もいた。人工関節の耐久性について過度な不安をもつことは，活動を制限する要因になるため，活動の程度や量については，具体的な情報提供の必要性が示唆された。

3．在宅環境について

日本家屋に特徴的な床の段差はすべての家屋でみられた。部屋と部屋の間，玄関の入り口や，庭に出るテラスなど転倒の危険性のある所は屋内外に多い。対象者全員が退院当初は少しの段差にも用心しているが，回復とともに高い段差にも慣れ障害と感じなくなっていた。しかし，手術後年数が経っても転倒の危険を伴う環境要因であることを認識しておかなければならない。

トイレは対象者全員洋式トイレであったが，洋式トイレの高さは様々であった。患者の下肢の長さとトイレの高さが合っていなければ股関節が過屈曲になり脱臼姿勢の危険性が生じ，洋式トイレといっても脱臼の危険がないとはいえない。退院指導の際には，自宅トイレの高さと下肢の長さを考慮した動作指導が必要であり，トイレが低い場合は手すりを設置するなどの環境調整への助言を行う必要性がある。

住生活で脱臼姿勢となりやすいのは，入浴場面であると報告されている[25]。特に浴槽が狭い場合，浴槽内のしゃがむ姿勢や立ち上がりの時に脱臼姿勢をとりやすい。退院当初は，脱臼の不安があることや人工関節に慣れないため，生活のあらゆる場面で慎重な行動をとっている。独居の前期高齢者は，退院当初入浴中の脱臼の不安が大きく，入浴中は孫に待機してもらうという慎重な対応をしていた。独居の場合，特に入浴中の脱臼のような緊急事態への対処方法を検討しておく必要性があると思われる。手術後長期になると，人工関節に慣れ狭い浴槽への入浴も可能になっていたが，対象者は狭い浴槽に無意識にしゃがむ姿勢をとっており，脱臼の危険性が高いことが観察された。退院指導では，浴槽への出入りの指導だけでなく，各家庭にある浴槽の大きさなどを考慮したうえで対処方法を検討する必要性があると考える。脱臼を体験した患者の調査結果からは，原因には脱臼に対する意識の薄れが報告されている[26]ように，退院後も患者の回復の段階に応じて継続的に脱臼予防を啓発する必要性が示唆された。

4．観察した生活上の工夫について

困難な生活行動には，菊池ら[27]，藤田ら[28),29]の調査結果と同様に，正座や爪きり，外出時の和式トイレなどがあった。佐藤ら[6]は，脱臼を避けるための生活様式の変容を効果的に行っているものは，床座を避けて椅子に変更するなどの環境調整をしていたと報告している。床に正座する者は，テーブルに手をついて立ち座りすることで脱臼の危険を回避し，正座が困難な対象者は床座を椅子に変更するなど，自分の状態に合うように工夫していた。困難な生活行動を避けるために靴下を履く時や爪切りの時にも椅子が使用されており，様々な生活場面において困難な動作を補助するための不可欠な道具であることがわかった。

後期高齢者は，脱臼や転倒の不安に対して，細かな生活上の工夫をするのではなく，不安のある行動は避けるといった生活をしていた。後期高齢者は，老化に伴う体力の低下や不安を抱えており，現在の自立したADLが低下せず維持できるように慎重な対処をとっていると考えられた。必要以上に活動が縮小すれば，筋力の低下や孤立感をまねくことになるため，家族のサポートや社会的支援の必要性があると考える。

前期高齢者・壮年期の主婦の工夫でみられた，正座の時に使う携帯用の椅子は，友人と食事に行くなどの外出の機会を増やし，花植えや農作業時に使う膝あては，脱臼の危険を回避し作業を楽にしていた。行われていたADLを自立するための工夫や，趣味や家庭内役割を遂行するための対処は，活動を維持拡大するために独自に創造した生活の技能と思われる。生活物品や道具は日常生活を過ごすための重要な物的環境であり，道具そのものが対象者のQOLに大きく影響する[30]。対象者が日常生活の中で工夫していた道具や物品は，脱臼姿勢を回避する動作を補助しており，このような工夫によって，自分の希望する身体活動が可能になることでQOLを向上させていると考えられた。

また，床に近い位置にある電源コンセントを使用する際は，脱臼姿勢を回避するために手をついて挿抜ができるように台を置くという工夫をしていた。使われていた道具や物品は，安全な動作や活動を楽しむことを可能にするだけ

でなく，それが存在することで脱臼への注意を喚起することも重要な目的であると考えることができる。

壮年期の有職者は，仕事中に脱臼の危険に遭遇しても回避できない事態が生じることも考えられる。社会的役割を遂行する上では，人工関節の不自由さを感じると同時に，常に脱臼に対する意識をもって行動し対処していると思われた。

Ⅴ．本研究の限界と今後の課題

本研究では，在宅訪問により股関節術後１年目の患者の生活実態が明らかになった。しかし，手術前，退院当初の生活体験は，患者の想起であることや，手術前後の活動量の比較ができなかったため，今後は手術前後の縦断的な調査が必要である。また，本研究においては，年齢と社会的役割で分類した対象群の数が少なく，各群の活動量の相違を述べるには限界があった。今後は対象者数を増やすことで，年齢や社会的役割と生活体験の関連を活動量の実測値と照らし合わせ，さらに検証する必要性があると考える。

Ⅵ．結　　語

股関節術後１年の患者を対象に，在宅において面接および観察調査，活動量の実測調査を行った結果，以下の知見を得た。

１．股関節術を受けた患者の生活体験には，手術前は【激しい痛みに制約される生活】，退院当初は【苦痛からの解放と人工関節の不安】，手術後１年は【人工関節と折り合いをつけた生活と対処】の３つのプロセスがあり，それぞれの生活体験の特徴を考慮した看護の重要性が示唆された。

２．股関節術前後の生活体験を年齢と社会的役割で比較すると，《後期高齢者》，《前期高齢者・壮年期の主婦》，《壮年期のフルタイム有職者》の３群が示された。後期高齢者の活動量の中央値1.68METs・h／dayと比較すると，壮年期有職者の活動量の中央値は，5.71METs・h／dayと大きかった。

３．観察調査によって，退院した患者が個々の状況に合わせて行う困難な正座への対処や脱臼姿勢回避の工夫の実際が明らかになった。このような患者が実践している生活の技能を応用し，同じ手術を受ける患者への退院指導に生かしていく必要性が示唆された。

謝　　辞

本研究にあたり，在宅訪問におけるインタビュー，屋内外の撮影や機器の装着など多大なご協力をいただいた参加者の皆様に深く感謝致します。なお，本研究は平成19年度佐賀大学大学院医学系研究科修士論文に加筆・修正をしたものであり，調査にご協力いただいた佐賀大学医学部附属病院整形外科医師・看護師の皆様に深くお礼を申し上げます。

要　　旨

本研究では，人工股関節全置換術（以下，股関節術）を受けた患者の手術前後の生活体験を明らかにする。さらに，手術後の生活実態を明らかにするために，退院後の生活状況の実際を把握し，活動量について定量的に評価することを目的とする。初回股関節術後１年の患者17名に半構造化面接，観察調査，活動量の実測調査を行った。患者の生活体験には，術前【激しい痛みに制約される生活】，退院当初【苦痛からの解放と人工関節の不安】，術後１年【人工関節と折り合いをつけた生活と対処】があり，年齢と社会的役割で比較し，《後期高齢者》，《前期高齢者・壮年期の主婦》，《壮年期の有職者》の３群が示された。活動量の中央値を比較すると，壮年期の有職者は，5.71METs・h／dayで，後期高齢者の1.68METs・h／dayより大きかった。手術前後の生活体験，生活状況，活動量の実測値から，患者の個別性を考慮した看護の重要性が示唆された。

Abstract

The present study elucidates the preoperative and postoperative life experiences of patients undergoing total hip arthroplasty (THA). In addition, in order to clarify the condition of postoperative daily living, we analyzed living conditions following discharge and quantitatively assessed activity levels. Semi-structured interviews, observations, and measurements of activity levels were performed for a total of 17 patients who had undergone primary THA one year earlier. The life experiences of patients included “restrictions in life due to severe pain” preoperatively, “release from pain and concern regarding the artificial joint” at discharge, and “coming to terms and coping with the artificial joint” one year postoperatively. Based on comparison of experiences by age and social roles, the following three groups were identified: “late elderly individuals”, “early elderly individuals and middle-aged housewives”, and “employed middle-aged individuals”.

Comparison of median activity levels showed that employed middle-aged individuals had higher activity levels (5.71 METs-hours/day) than late elderly individuals (1.68 METs-hours/day). These findings indicate the importance of providing nursing care that considers the individual characteristics of patients, such as their preoperative and postoperative life experiences, living conditions, and activity levels.

文　献

1）厚生労働省：平成14年患者調査報告，2002. http://www. Mhlw. go. jp/toukei/saikin/hw/kanja/02syoubyo/index. html
2）新開省二：後期高齢者の生活機能を支えるもの，別冊総合ケア　後期高齢者の医療とケア，23-33，医歯薬出版株式会社，東京，2002.
3）梶原健，斎藤功，他：人工股関節全置換術後の活動調査，東北理学療法，17，22-26，2005.
4）斉藤真紀子，山平斉，他：人工股関節全置換術後の患者における日常生活活動調査，秋田理学療法，9(1)，61-65，2001.
5）米沢将和，田村進，他：人工股関節全置換術後の退院指導について，秋田理学療法，9(1)，67-70，2001.
6）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.
7）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－脱臼回避動作の特徴，日本看護科学学会誌，27(2)，3-14，2007.
8）藤田君支，松岡緑，他：変形性股関節症で人工股関節全置換術を受けた患者の回復体験－術後年数別による様相について－，日本看護学会論文集，33，353-355，2003.
9）松原正明，鈴木康司，他：THA術前後における患者活動度の評価，リウマチ科，28，427-433，2002.
10）小野玲，平田総一郎，他：人工股関節形成術後１年以上経過した女性患者の身体活動と股関節障害および心理社会的要因の関係，理学療法学，32，374-379，2005.
11）厚生労働省：健康づくりのための運動指針2006 ～生活習慣病予防のために～，5-8，2006a.
12）Baird CL. : Living with hurting and difficulty doing: older women with osteoarthritis, Clin Excell Nurse Pract, 4, 231-237, 2000.
13）坂田三允，奥宮暁子：日本人の生活と看護　日本人の病気観，36-39，中央法規，東京，1998.
14）Loft M., Mcwilliam C. et al. : Patient empowerment after total hip and knee replacement, Orthop Nursing, 22, 42-47, 2003.
15）Corbin J, Strauss A.: The Chronic Illness Trajectory Framework The Corbin and Strauss Nursing Model／黒江ゆり子訳：慢性疾患の病みの軌跡－コービンとストラウスによる看護モデル－，16-17，医学書院，東京，1995.
16）植木里紀，重松正森，他：THA後の歩行改善に影響を及ぼす因子についての検討，Hip Joint，32，530-532，2006.
17）加藤朋江，小澤敏夫，他：人工股関節全置換術後・再置換術後の経時的機能変化－日本整形外科学会股関節機能判定基準と筋力が能力障害に与える影響－，北里療法学，５，37-40，2002.
18）厚ヶ瀬雪絵，桝井貴史，他：THA術前・術後の歩行速度の変化と筋力との関係，Hip Joint，32，94-96，2006.
19）藤原奈緒子，梶村政司，他：人工股関節置換術（THA）後の外転筋力・歩行能力の改善がQuality of Lifeに与える影響－包括的QOL尺度を用いて－，Hip Joint，32，75-78，2006.
20）佐々木伸一，嶋田誠一郎，他：人工股関節置換術後の歩行における杖の効果，運動療法と物理療法，12(1)，43-48，2001.
21）小野玲，平田総一郎，他：人工股関節形成術後の歩行能力に影響を与える因子，運動療法と理学療法，14(2)，139-144，2003.
22）亀山正邦：前期および後期高齢者の機能的・病態学的特徴　別冊総合ケア　後期高齢者の医療とケア，2-11，医歯薬出版株式会社，東京，2002.
23）竹中晃二，Leonard D，他：高齢者のQuality of lifeに及ぼす日常生活の身体活動量－高齢者版身体活動調査票の開発－，デサントスポーツ，19，94-103，1998.
24）厚生労働省：平成16年国民健康・栄養調査報告，182，2006ｂ.
25）佐藤政枝，川口孝泰：日本の住生活環境からみた人工股関節全置換術後の脱臼姿勢の特徴，人間工学，38(5)，280-287，2002.
26）佐伯由香里，山崎さなみ，他：人工股関節置換術後に脱臼を繰り返した患者の外来看護，整形外科看護，7(8)，44-48，2002.
27）菊池美恵子，原玲子：人工股関節全置換術後患者が不安を持つ生活動作の実態調査，仙台赤十字病院医学雑誌，10(1)，73-76，2001.
28）Fujita K., Makimoto K. et al.: Qualitative study of osteoarthritis patients experience before and after total hip arthroplasty in japan, Nursing and Health Sciences, 8, 81-87, 2006.
29）藤田君支，牧本清子：人工股関節患者の健康関連QOLと和式ライフスタイルの検討，日本看護研究学会雑誌，29(3)，179，2006ｂ.
30）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，29，1880-1886，2003.

［平成20年９月22日受　　付
平成21年９月17日採用決定］

－研究報告－

新人看護師の職業性ストレス尺度の開発

Development of a Job Stress Scale for New Graduate Nurses

村　上　美　華　　前　田　ひとみ
Mika Murakami　　Hitomi Maeda

キーワード：新人看護師，尺度開発，職業性ストレス
Key Words：new graduate nurses, development of a scale, job stress

Ⅰ．はじめに

近年，新人看護師の離職率の高さが問題視されており，その要因として精神的な未熟さや弱さといった現代の若者の特徴に加えて，基礎教育課程で修得した能力と臨床現場で求められる能力とのギャップ，すなわちリアリティショックが指摘されている[1) 2)]。リアリティショックは，専門教育や訓練を受け卒業後の実践活動の準備をしているにもかかわらず，描いていた理想と現実の相違を感じて起こす身体的・精神的・社会的反応であり[3)]，新人看護師は特に精神的な落ち込み，看護実践能力や問題解決能力の不足についてリアリティショックを感じているといわれる[4)]。また，リアリティショックには，離職願望や身体的疲弊，仕事量の多さが関連すると報告されている[5)]。

しかしながら医療の発展により診療の高度化は日々進み，医療に対する患者のニーズも多様化しており，看護師に求められる知識・技術は一層複雑になっている。したがって，新人看護師が卒業時に備えている能力と，実践で求められる能力の乖離はさらに広がり，新人看護師の精神・心理状態に与える影響も大きい。日本語版GHQ（General Health Questionnaire）短縮版によると就職後３ヶ月の精神健康度が最も悪く離職願望と関連があり[6)]，バーンアウトスケールを用いた評価では６割以上の新人看護師がバーンアウトに陥っていることが示されている[7)]。また，「他に進む道が見つからない」といった消極的な職業選択動機は早期退職に関連するといわれ[8)]，新人看護師の意向も一様ではない。新人看護師の離職を防止するために，プリセプターシップによる精神的支援，卒後研修による技術教育の充実といった対策が講じられている[9) 10)]が，一定の効果が得られたとは言い難い状況である。

そもそも，上司に離職を伝えるときには既に意思決定された状態であり，新人看護師の離職防止に対する具体的支援を効果的に実践するには，支援が必要な看護師をいかに早期に見出すかが重要である。その意味で，新人看護師の精神・心理的状態を簡便に把握できるアセスメントツールが存在することは有用であると考える。これまでに職業性ストレスという観点から，看護師を対象としたいくつかの尺度が開発されている。しかし，それらの尺度は，さまざまな経験年数の看護師を対象としている[11) 12)]ことや信頼性に課題が残る[13)]。今回我々は，新人看護師の職業性ストレスを考える上で不安に着目した。不安はストレッサーに対する情動反応であり，漠然とした不快な感情とされ認知や行動に変化をもたらす[14) 15)]。つまり，新人看護師が抱いている仕事を行う上での不安の程度を見ることで，新人看護師特有の職業性ストレスを測定できると考えた。また，ニード，動機，態度，価値観などが反映される文章完成法[16)]により尺度を構成する項目を収集することで，新人看護師の支援につながるような尺度を作成できると考えた。

本研究は，新人看護師の職業性ストレスを測定する尺度を作成し，その信頼性・妥当性について検討することを目的とする。

Ⅱ．研究方法（図１）

１．尺度原案作成のプロセス

１）質問紙調査による項目の収集

尺度を構成する項目を収集するために，無記名の自記式質問紙調査を実施した。対象者は，研究協力が得られた３県の施設に，2005年４月と2006年４月に就職した新人看護師のうち，調査に同意の得られた310名（男性25名，女性285名），平均年齢23.6±2.7歳であった。調査は，就職後10ヶ月目（2006年１月および2007年１月）に，「私を不安にするのは～」の刺激文に続く文章を記入する文章完成形式で実施した。就職後10ヶ月前後は，漠然としたものの見通しが立つようになり１年を振り返ることができ，多面的に項目が収集できると考え調査時期に選んだ。倫理的配慮

熊本大学大学院生命科学研究部　Faculty of life sciences, Kumamoto University

尺度原案の作成
時　　期：2006年１月および2007年１月
対　　象：就職後10ヶ月目の新人看護師　計310名
調査内容：「私を不安にするのは～」の刺激文に対する文章完成法
分　　析：収集された項目（338文章）に対する内容分析と、看護系教員8名による質問項目の評価

「新人看護師職業性ストレス尺度原案」23項目　5件法

⇩

尺度の項目選定と信頼性、妥当性の検討
時　　期：2007年９月～10月
対　　象：就職後６～７ヶ月目の看護師　計383名
調査内容：「新人看護師職業性ストレス尺度原案」23項目
抑うつ自己評価尺度（CES－D）　20項目
Rosenbergの自尊感情尺度（SE）　10項目

「新人看護師職業性ストレス尺度」3因子　16項目　5件法

図１「新人看護師職業性ストレス尺度」の作成過程

として，質問紙は無記名とし，研究の趣旨及び方法，協力は自由意思であること，プライバシーの保護について文書で説明し，研究参加の同意を書面で確認した。

２）尺度原案の作成

文章完成法により得られたひとつの意味を成す記述は，338文章（１人あたり１～２文章）であった。それらの記述に対し２名の研究者で内容分析[17]を行った。まず，得られた記述を類似する内容ごとに整理し意味を変えないように分類した。その作業により，自由を奪われたとき，目に見えないものといった解釈困難な記述12件を除外し，108の内容を抽出した。次に，それらの内容を類似性と差異性により分類したところ30項目に整理できた。整理できた項目のほとんどは「仕事・業務」「自分の技量・成長」「人間関係」の３領域に関するものであった。さらに，看護系教員８名に質問項目の評価を依頼し表現の修正を加え，23項目からなる「新人看護師職業性ストレス尺度原案」（以下，新人ストレス尺度）を作成した。尺度の質問項目に対する回答は，５件法（非常にそう思う；５点，ややそう思う；４点，どちらともいえない；３点，あまり思わない；２点，全く思わない；１点）で評定を定め，高得点ほどストレスを強く感じていることを表すようにした。

２．尺度の項目選定と信頼性，妥当性の検討

１）調査方法

研究協力が得られた関東地方１県，九州地方２県の施設に，2007年４月に就職した新人看護師383名を対象として，就職後６～７ヶ月目（2007年９～10月）に無記名の自記式質問紙調査を実施した。就職後６～７ヶ月目は，リアリティショックから回復し落ち着いてくる頃であり，仕事上のストレッサーに対する反応に違いが生じてくる時期と考え，調査時期に選んだ。

調査内容は，新人ストレス尺度23項目，抑うつ自己評価尺度（以下，CES-D）20項目[18]およびRosenbergの自尊感情尺度（以下，SE）10項目[19]，仕事を辞めたいと思った経験の有無，性別，年齢である。尺度の妥当性を検討するために，抑うつ度を測定するCES-Dと，ストレスの反応性に関係するものとしてSEを選択した。CES-Dは抑うつ状態のスクリーニング・テストであり，０～３点の４件法で回答を求め得点範囲は０～60点である。高得点ほどうつ度が高いことを示し，16点以上を抑うつ群と判定する[18]。SEは自己の価値基準に照らした肯定的な自己評価を測定する尺度であり，自尊感情が高いほど職業性ストレスに対する反応レベルは低いとされる[20]。今回使用した星野の翻訳による尺度は，１～４点の４件法で回答を求め得点範囲は10～40点であり，得点が高いほど自尊感情が高いことを表す[19]。

調査は，１施設は新人看護師対象の研修時に実施し研修終了後回収した。他の２施設については，配布と回収を看護部に依頼し，回収は専用封筒にて厳封の上実施した。倫理的配慮として，調査票は無記名とし，調査票の表紙に，研究の趣旨，自由意思による参加，プライバシーの保護，研究成果の発表方法について記載した文書を添付した。また，対象者の研究協力の承諾の有無は，調査票に記載してもらった。

２）分析方法

新人ストレス尺度の項目選定と信頼性・妥当性の検討は，SPSS15.0J for Windowsを使用して以下のように行った。まず，因子分析を行う前に，各項目の平均値及び標準偏差，項目間相関を確認した。次に，因子分析を行い，因子構造を明らかにして尺度を構成する項目を選定した。さらに，因子分析により得られた結果に対して，Cronbach's α係数による信頼性の検討，CES-D，SEとの相関による妥当性の検討を行った。

Ⅲ．結　　果

回収数は301名（78.6%）であった。新人ストレス尺度，CES-D，SEの全てにおいて回答欠損のない260名（67.9%）を分析対象とした。

１．対象の背景

対象者の性別は，男性19名（7.3%），女性240名（92.3%），無回答１名（0.4%）であった。平均年齢は23.3±3.1歳であった。また，CES-Dの平均は22.3±10.9でSEの平均は22.6±4.4であった。これらの結果は，2005～2006年の新人

看護師（総数638名）を対象とした結果[21) 22)]と同様であり，新人看護師としては平均的な集団であると考えられた。

２．因子構造

新人ストレス尺度の因子構造を明らかにするため，まず23項目それぞれの平均値と標準偏差，項目間の相関を確認した。５項目において平均値＋標準偏差の値から天井効果が懸念されたため，それらの項目の分布を確かめた。その結果，１項目は得点範囲が２～５点で「大変そう思う」に50.4%の回答が集中していたため削除した。他４項目は，得点範囲は１～５点で「ややそう思う」「大変そう思う」の回答が40%前後で拮抗していた。これは，新人看護師の不安の特徴とも考えられたため残すことにした。項目間の相関が$r \geqq |0.7|$を示す項目はなかった。

次に，22項目について因子分析（主因子法，バリマックス回転）を行い，固有値の大きさの変化と尺度原案作成の段階で３領域に集約された結果を参考に，３因子解を採択した。因子負荷量0.4以下，あるいは複数の因子に0.4以上の因子負荷量を示した６項目を分析から外し，16項目について再度因子分析を行った。その結果，削除される項目はなく，３因子の累積寄与率は44.74%であった（表１）。

第１因子は「先輩」が特に高い負荷量を示しており，「職場の人間関係」，「怒られること」など７項目から構成された。職場において「支援がない」と感じることや，「孤独」といった心境が含まれていたことから，職場の人的環境に由来する心理状態が反映されていると考え『職場環境』と命名した。第１因子の得点範囲は７点～35点で，平均は23.5±5.1点であった。第２因子は，「重症者の看護」，「患者の急変」など５項目から構成され，新人看護師にとって困難な看護実践の状況が表現されていたことから『看護実践』と名づけた。第２因子の得点範囲は５点～25点で，平均は20.2±3.3点であった。第３因子は，「自分の成長」，「自分自身」など４項目を含んでおり『自己成長』と命名した。第３因子の得点範囲は４点～20点で，平均は14.3±2.8点だった。

３．信頼性の検討

Cronbach's α係数による内的整合性を検討した結果，16項目全体ではα＝0.860であった。また，第１因子α＝0.806，第２因子α＝0.789，第３因子α＝0.738であり一定の内的整合性が確認された。このことから，それぞれの因子得点を下位尺度得点として算出することは適切であると判断した。

４．妥当性の検討

CES-Dは得点が高くなるほど抑うつ度が高いことから新人ストレス尺度と正の相関，SEは得点が高くなるほど自尊感情が高いことから負の相関を示すことが予測される。本研究におけるそれらの尺度のCronbach's α係数は，

表１　新人看護師職業性ストレス尺度の因子構造（主因子法－バリマックス回転）

因子名・項目	因子負荷量		
全体 Cronbach's α係数＝0.860	第１因子	第２因子	第３因子
第１因子　『職場環境』　α係数＝0.806			
20. 私を不安にするのは「先輩」である	0.795	0.104	0.069
11. 私を不安にするのは「職場の人間関係」である	0.637	0.166	0.090
14. 私を不安にするのは「怒られること」である	0.605	0.245	0.090
19. 私を不安にするのは「仕事」である	0.533	0.281	0.267
5. 私を不安にするのは「支援がないこと」である	0.505	0.131	0.127
22. 私を不安にするのは「医師」である	0.479	0.252	0.077
17. 私を不安にするのは「孤独」である	0.474	- 0.003	0.200
第２因子　『看護実践』　α係数＝0.789			
10. 私を不安にするのは「重症者の看護」である	0.089	0.807	0.168
21. 私を不安にするのは「患者の急変」である	0.195	0.741	0.087
18. 私を不安にするのは「患者の死」である	0.289	0.564	0.059
9. 私を不安にするのは「自分の知識や技術」である	0.074	0.538	0.318
23. 私を不安にするのは「業務の忙しさ」である	0.393	0.447	0.136
第３因子　『自己成長』　α係数＝0.738			
7. 私を不安にするのは「自分の成長」である	0.041	0.200	0.797
6. 私を不安にするのは「自分自身」である	0.171	0.119	0.672
8. 私を不安にするのは「新しいことへの挑戦」である	0.179	0.268	0.528
1. 私を不安にするのは「将来」である	0.366	- 0.021	0.455
固有値	2.882	2.391	1.885
寄与率（%）	18.013	14.943	11.779
累積寄与率（%）	18.013	32.956	44.735

CES-Dが0.911，SEが0.816であった。CES-DおよびSEとの相関係数を算出したところ，CES-Dと有意な正の相関，SEと有意な負の相関が認められた（p＜0.001）。また，新人ストレス尺度の３つの下位尺度得点についても同様に検討した結果，CES-Dとは正の相関，SEとは負の相関が認められた（p＜0.01，p＜0.001）（表２）。

次に，CES-D得点，SE得点の高低により２群に分け，新人ストレス尺度得点および下位尺度得点の平均値の差を検定した。CES-Dは一般に16点以上を抑うつ群とスクリーニングする[18]ため，CES-D16点以上（以下，高抑うつ群）と15点以下（以下，低抑うつ群）に分けて検討した。その結果，高抑うつ群は『職場環境』（p＜0.001），『自己成長』（p＜0.01）の得点が低抑うつ群に比べ高く，『看護実践』の得点は両群に差がなかった（表３）。SEは対象者の平均が22.6点であったため，23点以上（以下，高SE群）と22点以下（以下，低SE群）に分け同様に検討した。その結果，低SE群は高SE群に比べ全ての下位尺度で得点が高かった（p＜0.001）（表４）。

表２　尺度とCES-DおよびSEの関係　　n＝260

	CES－D	SE
第１因子『職場環境』	0.458***	- 0.356***
第２因子『看護実践』	0.180**	- 0.276***
第３因子『自己成長』	0.322***	- 0.368***
尺度全体	0.427***	- 0.419***

；p＜.01，*；p＜.001

表３　高抑うつ群と低抑うつ群による平均の比較

	高抑うつ群（n＝183）	低抑うつ群（n＝77）	Z値
第１因子『職場環境』	24.6 ± 4.6	21.0 ± 5.3	- 4.893***
第２因子『看護実践』	20.6 ± 3.1	19.4 ± 3.8	- 1.854
第３因子『自己成長』	14.7 ± 2.7	13.3 ± 2.9	- 3.220**
尺度全体	59.8 ± 7.9	53.7 ± 10.0	- 4.201***

数値：平均点±標準偏差　　**；p＜.01，***；p＜.001

表４　高SE群と低SE群による平均の比較

	高SE群（n＝134）	低SE群（n＝126）	Z値
第１因子『職場環境』	22.2 ± 4.9	25.0 ± 4.9	- 4.495***
第２因子『看護実践』	19.6 ± 3.3	20.9 ± 3.2	- 3.688***
第３因子『自己成長』	13.5 ± 2.8	15.0 ± 2.7	- 3.931***
尺度全体	55.3 ± 8.6	60.9 ± 8.5	- 4.986***

数値：平均点±標準偏差　　***；p＜.001

５．仕事を辞めたいと思った経験と尺度得点の関連

仕事を辞めたいと思った経験があると答えた人（以下，離職願望あり群）は，191名で全体の73.5％を占めた。仕事を辞めたいと思った経験の有無で，新人ストレス尺度得点と下位尺度得点について比較したところ，離職願望あり群が尺度得点，全ての下位尺度得点が有意に高かった（p＜0.001，p＜0.01，p＜0.05）。また，離職願望あり群はCES-Dが高く，SEが低かった（p＜0.001）（表５）。

次に，仕事を辞めたいと思った経験の有無で，尺度を構成する項目それぞれについて比較した。第１因子では「先輩」「職場の人間関係」「怒られること」「仕事」「医師」（全てp＜0.001），第２因子では「業務の忙しさ」（p＜0.001）「重症者の看護」「患者の急変」（いずれもp＜0.05），第３因子では「新しいことへの挑戦」（p＜0.05）で離職願望あり群の得点が高かった（表６）。

表５　仕事を辞めたいと思った経験の有無による平均の比較

	離職願望あり群（n＝191）	離職願望なし群（n＝68）	Z値
第１因子『職場環境』	24.5 ± 4.8	20.6 ± 4.7	- 5.255***
第２因子『看護実践』	20.7 ± 3.0	19.0 ± 3.9	- 3.306**
第３因子『自己成長』	14.5 ± 2.7	13.5 ± 3.1	- 1.980*
尺度全体	59.7 ± 8.2	53.1 ± 9.6	- 4.724***

数値：平均点±標準偏差　　*；p＜.05，**；p＜.01，***；p＜.001

表6　仕事を辞めたいと思った経験の有無による各項目の比較

	項　目	離職願望あり群（n＝191）	離職願望なし群（n＝68）	Z値
第1因子	「先輩」	3.42 ± 1.04	2.66 ± 1.04	- 4.855***
	「職場の人間関係」	3.74 ± 1.08	2.84 ± 1.11	- 5.425***
	「怒られること」	3.69 ± 1.03	3.09 ± 1.12	- 3.774***
	「仕事」	3.94 ± 0.92	3.34 ± 0.99	- 4.471***
	「支援がないこと」	3.42 ± 1.08	3.18 ± 1.06	- 1.523
	「医師」	3.31 ± 0.97	2.54 ± 0.98	- 3.945***
	「孤独」	3.20 ± 1.09	2.99 ± 1.09	- 1.356
第2因子	「重症者の看護」	4.34 ± 0.74	4.00 ± 1.04	- 2.342*
	「患者の急変」	4.32 ± 0.81	4.01 ± 1.04	- 2.083*
	「患者の死」	3.60 ± 1.03	3.32 ± 1.20	- 1.685
	「自分の知識や技術」	4.29 ± 0.69	4.18 ± 0.79	- 0.869
	「業務の忙しさ」	4.21 ± 0.83	3.47 ± 1.11	- 4.469***
第3因子	「自分の成長」	3.62 ± 0.92	3.43 ± 0.97	- 1.318
	「自分自身」	3.62 ± 0.93	3.40 ± 1.05	- 1.246
	「新しいことへの挑戦」	3.63 ± 0.87	3.28 ± 1.02	- 2.279*
	「将来」	3.65 ± 0.95	3.40 ± 1.04	- 1.77

数値：平均得点±標準偏差（1～5点の範囲）
＊；p＜.05，**；p＜.01，***；p＜.001

Ⅳ．考　　察

１．新人看護師の職業性ストレス尺度の因子構造と特徴

本研究では，「私を不安にするもの～」という刺激文を用いた文章完成法から得られた結果をもとに，新人看護師特有の職業性ストレスを測定する尺度を作成した。その結果，『職場環境』『看護実践』『自己成長』の３つの構成概念が抽出できた。これらの概念は，先行研究に見られる新人看護師のリアリティショックの構成因子[4]や，新人看護師の職務ストレスを構成する因子[13]と類似していた。

『職場環境』には，先輩や人間関係といった職場の人的環境が反映されていた。これまでの研究においても，相談できる同僚の欠如が早期離職に影響を及ぼすこと[23]や，上司や先輩によるサポートが離職をとどまった理由として最も多いこと[24]が示されている。すなわち，支援的な職場の人間関係は就業継続への支えとなるといえる。また，職場の人間関係は新人看護師の精神健康度に影響すると言われるが[25]，本研究においても『職場環境』はCES-D，SE，離職願望と関連が見られた。これらのことから，『職場環境』は新人看護師の職業性ストレスを測定する概念として妥当であると考える。尺度原案を作成する際，「仕事」は『看護実践』に含まれる項目と同じ因子にまとまると予測していたが，『職場環境』に含まれる結果となった。これは，本尺度における「仕事」とは，業務というよりむしろ働く場所といった環境的意味合いが強いと考えられ特徴的である。

『看護実践』は，新人看護師にとり困難な看護実践の状況を表す項目で構成されていた。これは，平賀らによるリアリティショックの８つの構成因子のうち，看護実践能力と業務の多忙さと待遇，患者の死に対する対応の３因子[4]，水田による予期せぬ苦痛の６つの構成因子のうち，患者および家族への対応に関する苦痛と勤務形態に関する苦痛の２因子[25]の内容と類似していた。リアリティショックと離職願望の関連が示されている[5]ことからも，職業性ストレスを測定するものとして『看護実践』は適当であると考える。さて，先行研究ではリアリティショックを構成する項目や仕事を辞めたい理由に，医療事故に関する不安やヒヤリハットの経験があげられているが[1][4]，尺度原案作成時に含まれていた「仕事の失敗」という項目は分析の過程で除外された。この結果ついて，新人看護師のヒヤリハットなどの経験に対しては，プリセプターによる十分な支援があり影響が少なかったとも推測できるが，今後更なる検証が必要である。

『自己成長』は，「自分の成長」などの項目で構成される，自分自身に対する評価の低さや，見通しのなさが反映されたものであった。リアリティショックや新人看護師のストレスについての研究では，これまで独自の因子として抽出されたものはない。看護師としての自分自身に対する評価は，新人看護師の精神・心理状態へ強く影響することが示唆され，本尺度の特徴と考える。

２．尺度の信頼性，妥当性について

尺度全体のCronbach's α係数は０.860で，下位尺度である第１～第３因子についても0.738～0.806であった。一般的に測定用具の内的整合性としては信頼性係数0.7以上が望ましく[26]，本尺度の内的整合性は確保されていると考える。また，Cronbach's α係数は尺度の項目数が少なくなるほど低下する性質を有するが，本尺度は16と項目数が少ないにも関わらず，一定の信頼性が保持されていたことから，回答する際に与える負担が少なく簡便であるといえる。

本尺度は職業性ストレスの強さを測定するものであることから，妥当性については，CES-DおよびSEとの相関により検討した。得点が高くなるほどストレスを強く感じていることを表すように作成したため，本尺度の得点が高いほど抑うつ度を測定するCES-Dの得点も高くなることが期待され，実際にCES-Dとは尺度全体，下位尺度ともに正の相関が認められた。また，自尊感情は，自分自身に対する尊重や価値評定に関わる感情であり，日々変化する環境に適応できるか否かと密接に関わるといわれる[19]。つまり，職業性ストレスが強いほど自尊感情は低下するといえ，本尺度の得点が高いほどSEの得点が低くなることが予測され，実際にSEとは尺度全体，下位尺度ともに負の相関が見られた。以上の結果から，本尺度は新人看護師の職業性ストレスを把握する指標として妥当であると考える。

就職後６～７ヶ月目の新人看護師を対象とした場合，本尺度を構成する３つの下位尺度については，CES-DやSEとの相関の傾向に違いが見られた。『職場環境』は，CES-DやSEとの相関が強く，離職願望との相関も３因子の中で最も強かった。このことは，『職場環境』の得点は職業性ストレスをそのまま反映していることを示している。一方，『看護実践』はCES-DやSEとの相関は弱かったが，「業務の忙しさ」で離職願望あり群の得点が高いことが示された。リアリティショックに仕事量の多さが関連すると報告されていたように[5]，「業務の忙しさ」といった仕事の量的負荷は新人看護師にとって心理的負担が大きく，離職願望の誘因となりうることが本研究でも明らかになった。同時に，「患者の死」や「自分の知識や技術」は抑うつ度や自尊感情に影響を及ぼしにくいと考えられた。また，『自己成長』は抑うつ度や自尊感情との相関が強く『職場環境』と同様の傾向を示したが，離職願望にはあまり影響を及ぼしていなかった。看護師としての成長や将来についての展望が持てないといったコントロール感の喪失

は，バーンアウトの状態をもたらし離職につながると思われるが，今回の対象者においてはその傾向は認められなかった。これは，就職後半年前後にある新人看護師の特性としての可能性も考えられるが，就職後８ヶ月前後の看護師を対象とした調査では，仕事を辞めたいと思った理由で看護師に向いていないという思いが最も多いことから[1)]，今後検討が必要な内容である。

Ⅴ．おわりに

今回は就職後６～７ヶ月目の看護師を対象として尺度を作成し，その信頼性と妥当性を検討した。今後は，就職後１年間を縦断的に調査することにより尺度の信頼性を検証する必要があると考える。同時に，１年間の尺度得点の推移を調査することでcut-off pointについて検討し，アセスメントツールとしての有用性を高めていく予定である。

謝　辞

本研究を行うにあたり調査にご協力いただきました新人看護師の皆さまに，心より感謝申し上げます。

尚，本研究は平成17～19年度科学研究費補助金（基盤研究（Ｂ）課題番号17390571）の一部により行った。

要　旨

本研究の目的は，新人看護師の職業性ストレスを測定する尺度を開発することである。まず，2006年１月と2007年１月に就職後10ヶ月目の新人看護師を対象に尺度原案を作成するための調査を行った。文章完成法により得られた記述を内容分析し，23項目５件法の質問紙を作成した。次に，３県の施設に勤務する新人看護師383名を対象に，就職後６～７ヶ月目である2007年９月～10月に質問紙調査を行い，尺度項目の選定とCES-D及びSEとの相関から信頼性と妥当性を検討した。因子分析の結果，16項目３因子が精選され，『職場環境』『看護実践』『自己成長』と命名した。尺度全体のCronbach's α係数は0.860であり，抑うつ自己評価尺度とは正の相関，自尊感情尺度とは負の相関が認められた。以上の結果から，本尺度の信頼性と妥当性は概ね確保されており，実用可能な尺度であると判断できる。

Abstract

This research aims to develop a job stress scale for new graduate nurses, and investigate its validity and reliability. As a first step, we administered a questionnaire, which included a sentence-completion test, meant to be taken by the new graduate nurses who had been on duty for around 10 months, after being employed in 2006 and 2007. The data was studied by using content analysis methods. A scale of 23 items on a 5-point Likert scale was drafted.

In the second step, we conducted a survey of 383 new graduate nurses in 3 prefectures; these nurses had been on duty for 6-7 months, after securing employment in 2007. Three factors, comprising 16 items, were selected by factor analysis －"workplace environment", "nursing practice", and "self growth". The reliability of this scale was confirmed by using Cronbach's α coefficient (0.86). In addition, a positive correlation was discovered between the scale and the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale, whereas a negative correlation was found between the scale and Rosenberg's self-esteem scale. The new scale is almost perfectly reliable and valid, and is a possibility for practical use.

文　献

1）叶谷由佳：なぜ新人ナースは離職するのか－データから探る離職要因－，看護展望，30(10)，17-23，2005.
2）奥村元子：新卒ナースはなぜ辞める？「2004年度新卒看護職員の早期離職等実態調査」(速報)に見る離職の背景と病院現場での取り組み，看護，57(11)，82-86，2005.
3）宗像恒次，及川尚美：リアリティショック－精神衛生学の視点から－，看護展望，11，562-567，1986.
4）平賀愛美，布施純子：就職後３ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討，日本看護研究学会雑誌，30(1)，97-107，2007.
5）糸嶺一郎，鈴木英子，他：大学病院に勤務した新卒看護師のリアリティ・ショックに関与する要因，日本看護研究学会雑誌，29(4)，63-70，2006.
6）水田真由美，上坂良子，他：新人看護師の精神健康度と離職願望，和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要，７，21-27，2004.
7）大下佳代子，佐々木とも実，他：新人看護師を取り巻くストレス－ストレス要因別負荷量とバーンアウトスケールを用いて－，看護学統合研究，２(2)，16-24，2001.
8）松下由美子，柴田久美子：新卒看護師の早期退職に関わる要因の検討－職業選択動機と入職半年後の環境要因を中心に，山梨県立看護大学紀要，６，65-71，2004.
9）土田幸子，斉藤京子，他：どうすれば新人ナースの離職を止められるか－職務満足度と離職の関係調査からみた傾向と対策，看護展望，30(10)，24-31，2005.
10）岡光幸代：新人ナースのリアリティショック対策－卒前・卒後研修の効果，看護展望，30(10)，32-39，2005.
11）東口和代，森河裕子，他：臨床看護職者の仕事ストレッサーについて－仕事ストレッサー測定尺度の開発と心理測定学的

特性の検討－，健康心理学研究，11(1)，64-72，1998.
12）小林敏生，上田恵美子，他：簡易質問表を用いた看護職の職業性ストレス及びストレス対処の評価と抑うつ症状との関連，産業衛生学雑誌，48，287，2003.
13）藤原千恵子，本田育美，他：新人看護婦の職務ストレスに関する研究－職務ストレッサー尺度の開発と影響要因の分析－，日本看護研究学会雑誌，24(1)，77-88，2001.
14）上里一郎（監修）：現代のエスプリ別冊　心理学基礎事典，127，至文堂，2001.
15）NANDAインターナショナル／中木高夫（訳）：NANDA看護診断－定義と分類2005-2006，183-185，医学書院，東京，2005.
16）Denis F. Polit., Bernadette P. Hungler. : Nursing Research：Principles and methods (5th ed.), 335-336, Philadelphia, J. B. Lippincott Company.
17）クラウス・クリッペンドルフ／三上俊治，他（訳）：メッセージ分析の技法~「内容分析」への招待，到草書房，東京，2002.
18）島悟，鹿野達男，他：新しい抑うつ性自己評価尺度について，精神医学，27，717-723，1985.
19）遠藤辰雄，他（編）：セルフエスティームの心理学－自己価値の探求，ナカニシヤ出版，京都，2001.
20）影山隆之，前田ひとみ，他：新採用になった病院看護師の自尊感情と職業性ストレス・精神健康との関連，日本産業衛生学会学術集会九州地方会.
21）前田ひとみ，影山隆之，他：新人看護師の離職を防止するエンパワーメントプログラムの開発，看護展望，32(8)，38-43，2007.
22）村上美華，前田ひとみ，他：就職１年目の看護師が捉える現在の自己像の特徴，第27回日本看護科学学会学術集会講演集，290，2007.
23）Suzuki E., Itomine I., et al: Factors affecting rapid turnover of novice nurses in university hospitals, Journal of Occupational Health, 48, 49-61, 2006.
24）真壁幸子，木下香織，他：職業経験５年以内の看護師の早期離職願望と仕事への行き詰まり感，新見公立短期大学紀要，27，79-89，2006.
25）水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究－リアリティショックと回復に影響する要因，日本看護研究学会雑誌，27(1)，91-99，2004.
26）ナンシー・バーンズ，スーザン・K・グローブ／黒田裕子，中木高夫，他（監訳）：看護研究入門～実施・評価・活用～，410-412，エルゼビア・ジャパン，東京，2007.

［平成21年６月22日受　　付
平成21年10月１日採用決定］

－資料・その他－

介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ

End-of-life Care Provided and Emotional Instability Experienced by Care Staff of Elderly Care Facilities

原　祥子[1)]　小野光美[1)]　大畑政子[2)]
Sachiko Hara　Mitsumi Ono　Masako Ohata
岩郷しのぶ[3)]　沼本教子[3)]
Shinobu Iwagou　Kyoko Numoto

キーワード：看取り，揺らぎ，ケアスタッフ，介護老人保健施設
Key Words：end-of-life care, emotional instability, care staff, elderly care facility

Ⅰ．緒　言

介護老人保健施設（以下，老健）は，高齢者の在宅復帰に向けた中間施設として位置づけられているが，平成18年介護サービス施設・事業所調査[1)]によると，平均在所日数は268.7日と年々延長しているうえに，退所後の行き先が家庭である者は33.0％にとどまり，もはや中間施設としての役割を果たすことが困難になりつつある。1986年の老人保健法改正によって老健が制度化されてからはすでに20数年が経ち，老健を利用しながら10年以上の歳を重ねている高齢者も少なくない。老健利用者の多くが人生の終焉を考える時間に入っていると言える。

平成15年度に日本看護協会が実施した「介護保険施設サービスにおける看護実態調査」[2)]では，入所者および家族が老健において終末を迎えることを希望した例が64.3％あり，看取りに対するニーズの高さを示す結果となっている。これに対して，入所者および家族が施設において終末を迎えることを希望した場合の老健の対応は，「原則として応じる」が29.6％にとどまっている。しかしながら，長い年月を重ねて築いてきた入所者や家族との信頼関係の中で，入所者の最期をこの場で迎えさせてあげたいというケアスタッフの思いなどから，徐々にではあるが老健での看取りが行われつつある。このような老健の実態を勘案し，平成21年度介護報酬改訂では，老健における看取りの際のケアを評価するためにターミナルケア加算が新設されることになった。その一方で，これまで在宅復帰に向けた中間施設としての機能を果たしてきた老健での看取りの実践や取り組みは，各施設によって様々であり，個々のケアスタッフの経験に基づいた試行錯誤が重ねられているのが現状である。そして，看取りに取り組むケアスタッフは，医療設備等の整備が十分ではない施設環境での看取りに対して様々な葛藤や迷いを感じ，老健における看取りを躊躇したり，入所者や家族にとって本当に満足のいく最期を迎えることができているのだろうかという思いで心が揺らいだりしていることも多いのではないかと推測される。

これまでの高齢者終末期ケアに関する研究の多くは，一般病院，介護保険施設，在宅における死の看取りについての実態調査である。病院および老健以外の介護保険施設における研究報告[3～10)]では看取りの実態把握が中心となっており，ケアスタッフが抱えている葛藤や迷いに焦点があてられたものは少ない。老健での看取りに関する研究報告では，実際に老健で看取りを行った入所者の家族における心の揺らぎや満足感を提示したもの[11, 12)]もあるが，看取りの状況や施設環境，看護職の意識調査などの実態調査[13～17)]がほとんどである。加えて，これまでの実態調査は特定の地域を対象にしたものであり，全国規模での調査はなされていない。また，老健においては看護職と介護職が連携・協働してケアを行うことから，看護職と介護職の協働による看取りのあり方を検討していく必要があるが，介護職との協働関係を踏まえた看護職の看取りケアのあり方に言及したものはない。在宅における看取りに関する研究では，グループホームで暮らす認知症高齢者に提供されるエンドオブライフ・ケアの要素を抽出したもの[18)]や看取りを終えた家族の満足度や悲嘆に焦点をあてたもの[19)]がある。しかし，看取りにかかわっているケアスタッフの満足感や心の揺らぎを検討したものは見当たらない。

このような現状をふまえると，全国規模の調査によって

1）島根大学医学部看護学科　School of Nursing, Shimane University
2）産業医科大学大学院　Graduate School of Medical Science, University of Occupational and Environmental Health
3）神戸市看護大学　Kobe City College of Nursing

対象を広げたうえで，老健での看取りにかかわっている看護職，介護職双方に焦点をあて，個々のケアスタッフが看取りの際にどのようなケアを実践しているのか，老健で看取ることに対する葛藤や迷いといった心の揺らぎはどのようなものかを明らかにしていくことが必要であると考える。また，それらの実態を看護・介護職間で比較することによって，介護職との協働関係を踏まえた看護職の看取りケアのあり方への示唆が得られるものと期待される。したがって，本研究では，看取りを行っている老健の看護職および介護職を対象として，老健における看取りに対するかかわりと揺らぎの実態を明らかにすることを目的とし，老健特有の看取りの可能性と課題を検討する。

Ⅱ．用語の定義

「看取り」とは，死期が限りなく近い状態でのケアのことをいう。疾病や障害によって引き起こされる生命の終末に臨む人，加齢に伴って訪れる人生の終末に臨む人へのケアである「ターミナルケア」や「終末期ケア」に含まれるものとする。

本研究における「かかわり」とは，老健での看取りにおける個々のケアスタッフの実践や取り組みのことをいい，老健で看取ることに対するケアスタッフの姿勢や看取りにおける入所者および家族に対するケアを含むものとする。また，「揺らぎ」とは，葛藤や迷いなどの心の揺れのことをいう。

なお，本研究における「ケアスタッフ」とは，介護老人保健施設において介護サービスに従事する従業者の大部分を占める看護職と介護職を指すものとする。

Ⅲ．研究方法

１．調査対象

調査対象者は，実際に看取りを行っている老健に勤務する看護職および介護職である。第14～17回全国老人保健施設大会（平成15～18年）において，老健での「看取り」「ターミナルケア」「終末期ケア」をテーマに発表を行った45施設に対して，インターネット上のホームページ等に公表されている各施設の従業者数，もしくは入所定員数から人員基準をもとに算出した従業者数を参考にして，総数1,775（看護職501，介護職1,274）の調査票を配布した。

調査票全体の回収数は503（看護職167，介護職336），回収率は28.3％（看護職33.3％，介護職26.4％）であった。有効回答数は485（看護職165，介護職320），有効回答率は27.3％（看護職32.9％，介護職25.1％）であった。

２．調査方法および期間

調査は無記名自記式質問紙調査とし，2006年11月30日～12月31日に行った。各施設の看護管理者または事務担当者に電話で研究協力を依頼すると同時に，看護管理者宛に調査協力依頼文書および調査票を郵送した。各施設に勤務する看護職および介護職全員に看護管理者から調査票を配布してもらい，個別投函で回収した。

３．調査内容

１）対象者の基本属性

看護職または介護職としての経験年数，老健での勤務年数，性別を尋ねた。

２）看取りへのかかわりと揺らぎ

老健で看取ることに対する姿勢について，「積極的」，「やや積極的」，「やや消極的」，「消極的」の４件法での回答を求め，その理由（自由記述），老健で高齢者の最期を看取ることにはどのような意味があると思うか（自由記述）について尋ねた。

入所者に対するケア（13項目），家族に対するケア（８項目），入所者と家族に対するケア（１項目）へのかかわりの程度について，「十分にできた」「ほぼできた」「あまりできなかった」「できなかった」または「積極的」「やや積極的」「やや消極的」「消極的」の４件法での回答を求めた。

ケアスタッフ自身が老健での看取りに揺らぎを感じたことの有無，感じたことがある場合に自分自身の揺らぎに対してどのような対処をしたのか（自由記述）について尋ねた。また，ケアスタッフ自身の揺らぎに影響を及ぼしている可能性があるものとして，入所者または家族が老健での看取りに迷いを感じ，施設での生活を続ける意思が揺らいでいると感じたことの有無，感じたことがある場合に入所者や家族に対してどのようなかかわりをしたのか（自由記述）についても尋ねた。

看取りを終えた家族は老健での看取りをどのように感じていたと思うかについて，「満足」「まあ満足」「やや悔いが残る」「悔いが残る」の４件法で回答を求めた。最後に，老健での看取りの質について「非常に高いと思う」「まあ高いと思う」「あまり高いとは思わない」「全く高いとは思わない」の４件法での回答を求め，その理由（自由記述）についても尋ねた。これらは，老健での看取りにおけるケアスタッフの揺らぎに関連するものとして設定した。

なお，看護職にのみ，看取りにおいて行った医療処置や管理（複数選択）を尋ねた。

以上の質問項目は，先行研究[14,16,17,19]を参考に，研究者らが独自に作成した。また，質問項目の内容妥当性を高めるために，看取りを行っている老健の看護管理者２名から助言を得た。

４．分析方法

対象者の基本属性では，看護職または介護職としての経験年数，老健での勤務年数について両職種の平均値の差を

検定（ｔ検定）し，性別の比較検討にはχ^2検定を用いた。

看取りへのかかわりと揺らぎに関する調査内容のうち自由記述で回答を求めた部分以外の分析は，単純集計の後，以下のように再カテゴリー化したうえで看護職と介護職の回答の差について検定を行い，両職種の協働の実態を把握するための手がかりとした。老健で看取ることに対する姿勢は，「積極的」「やや積極的」を『積極的』，「やや消極的」「消極的」を『消極的』として２群に分類し，両職種における回答の差を検定（χ^2検定）した。入所者に対するケア（13項目），家族に対するケア（８項目），入所者と家族に対するケア（１項目）へのかかわりの程度は，「十分にできた」「ほぼできた」を『できた』，「あまりできなかった」「できなかった」を『できなかった』として，または「積極的」「やや積極的」を『積極的』，「やや消極的」「消極的」を『消極的』として２群に分類し，両職種の回答の差を検定（χ^2検定）した。看取りを終えた家族は老健での看取りをどのように感じていたと思うかは，「満足」「まあ満足」を『満足』，「やや悔いが残る」「悔いが残る」を『悔いが残る』として，老健での看取りの質については，「非常に高いと思う」「まあ高いと思う」を『高いと思う』，「あまり高いとは思わない」「全く高いとは思わない」を『高いとは思わない』として２群に分類し，両職種の回答の差を検定（χ^2検定）した。ケアスタッフ自身が老健での看取りに揺らぎを感じたことの有無，入所者または家族が老健での看取りに迷いを感じ施設での生活を続ける意思が揺らいでいると感じたことの有無は，「ある」「ない」の２群で両職種の回答の差を検定（χ^2検定）した。統計解析はSPSS 11.0 for Windowsを用い，欠損値は解析から除外し，$p<0.05$を有意水準として扱った。

自由記述によって得られた回答の分析は，記述内容の類似性にしたがって分類整理した。分類の妥当性を確保するために，まず１名の研究者が分析を行い，それをもとに研究者全員で再検討し，必要に応じて回答の記述内容に戻りつつ全員の合意が得られるまで検討した。

５．倫理的配慮

調査対象である看護職，介護職個々に本研究の趣旨・目的および倫理的配慮を明記した文書を添えた。調査への協力は自由意思で回答は任意であること，得られたデータや結果は研究目的以外に使用することはないこと，調査票は無記名でありデータは統計処理することによって個人や施設が特定されることは一切ないこと，研究終了後にデータは確実に破棄されること等を説明した。また，研究者の連絡先を明記し，対象者の問い合わせに応じることを保証した。調査協力への自由意思を反映しやすいように，調査票は施設を介さずに対象者が個別に投函する方法で回収し，調査票の返送をもって調査への同意を得られたこととした。

Ⅳ．結　　果

１．対象者の基本属性

職種経験年数は，看護職が２～47年で平均（±SD）は16.8（±9.0）年，介護職が0.4～20年で平均5.9（±3.6）年であり，看護職が有意に長かった（$p<0.001$）。老健での勤務年数は，看護職が0.2～28年で平均5.1（±4.2）年，介護職が0.4～16年で平均5.0（±3.5）年であり，両者に有意差は認められなかった。看護職では女性161人（97.6％），男性４人（2.4％），介護職では女性252人（78.8％），男性68人（21.2％）で，介護職の方が看護職より男性比率が有意に高かった（$p<0.001$）。

２．看取りへのかかわりと揺らぎ

１）老健で看取ることに対する姿勢

老健で看取ることに対して「積極的」または「やや積極的」であると答えた看護職は53.4％，介護職は39.2％であり，介護職に比して看護職の方が老健で看取ることに対して有意に『積極的』であった（表１）。

その理由として，『積極的』であると答えた者には，看護職・介護職ともに「なじみの環境の中で最期を迎えさせてあげたい」「家族の希望・意思を尊重したい」という記述がみられた。また，看護職では「これまでの病院での看護経験と比較してみると，老健でしか行えない看取りがあるように思う」，介護職では「今まで関わってきた人（入所者）を最期まで看たい」「家族の負担や不安の軽減になると思う」という記述がみられた。一方，『消極的』であると答えた看護職には「看取りを行う環境・体制が整っていない」「医療処置に限りがあり，疼痛の緩和が困難」「できれば最期は自宅が望ましいと思う」，介護職には「自分自身が看取りの教育を受けていない」「死を目の当たりにするのが辛い，怖い」「本来の老健の目的である在宅支援から外れている」という記述がみられた。

表１　老健で看取ることに対するケアスタッフの姿勢

	看護職		介護職		p注)
	n＝161	（％）	n＝309	（％）	
積極的	86	(53.4)	121	(39.2)	p＜0.01
消極的	75	(46.6)	188	(60.8)	

注）看護職と介護職の回答割合の差の検定（χ^2検定）

２）老健で高齢者の最期を看取ることの意味

老健で高齢者の最期を看取ることの意味として，看護職・介護職ともに「入所者と家族が慣れ親しんだ環境の中で最期まで過ごせる」「延命治療による苦痛を避け，人間らしく，自然に，静かに死を迎えることができる」「家族の負担が軽減し，入所者と家族が最期の時間を共有するなかで，家族が入所者にしてあげたいことをすることができる」「入所者と家族の両方を支えることができる」が挙げ

られた。また，「家族が看られない，受け入れ先がない状況があり，老健で看取りをするしかない」「家族の希望・要望に応えるため」「意味はなく，仕方がない」という記述もあった。

3）ケアへのかかわりの程度

これまでに行った看取りを振り返り，入所者に対するケア項目の中で『できた』または『積極的』にかかわったとの回答が高率なのは，看護職では「タッチングやコミュニケーション」(81.0%)，次いで「できる限りの経口による食事」(71.9%）であった。介護職においても「タッチングやコミュニケーション」(76.9%)，「できる限りの経口による食事」(65.0%）が高率であり，看護職と同様の傾向にあった。13項目のうち，両職種の回答に有意差が認められたのは，「入浴」の１項目のみであり，看護職の方が「入浴」に関しては『できた』と答えていた（表２）。

家族に対するケア項目の中で『できた』または『積極的』にかかわったとの回答が高率なのは，看護職では「ご家族の話を聴く」(78.2%)，次いで「日々のご家族の要望に応える」(69.7%）であった。介護職でも「日々のご家族の要望に応える」(62.3%)，「ご家族の話を聴く」(58.4%）が高率であった。８項目のうち，両職種の回答に有意差が認められたのは，「ご家族の話を聴く」「最期の場所についての再確認」「ご本人との今日のかかわりで感じたことを伝える」「死の看取りの準備についての説明」「死への思いについてのコミュニケーション」の５項目であった。「ご家族の話を聴く」「最期の場所についての再確認」「ご本人との今日のかかわりで感じたことを伝える」について『できた』または『積極的』にかかわったという回答は，看護職の方が有意に高かった。介護職は，「死への思いについてのコミュニケーション」が『消極的』で，「死の看取りの準備についての説明」について『できなかった』と回答する傾向が有意に高かった（表３）。

入所者と家族が一緒に過ごせる時間をつくることに『積極的』にかかわったと答えたのは，看護職が72.1%，介護職が73.7%であり，両職種の回答に有意差は認められなかった（表４）。

看護職が行った医療処置・管理では，「点滴」が88.5%で最も高率であり，次いで「吸引」「酸素吸入」「褥瘡の処置」の順であった（表５）。

表２　入所者に対するケアへのかかわりの程度

	タッチングやコミュニケーション		p注)	できる限りの経口による食事		p	入浴		p
	看護職 n＝158（%）	介護職 n＝320（%）		看護職 n＝164（%）	介護職 n＝317（%）		看護職 n＝164（%）	介護職 n＝320（%）	
できた 積極的	128（81.0）	246（76.9）	n.s.	118（71.9）	206（65.0）	n.s.	110（67.1）	181（56.6）	p＜0.05
できなかった 消極的	31（19.0）	74（23.1）		46（28.1）	111（35.0）		54（32.9）	139（43.4）	

	できるだけ食堂での食事		p	苦痛の緩和		p	眠れるようなかかわり		p
	看護職 n＝164（%）	介護職 n＝315（%）		看護職 n＝160（%）	介護職 n＝317（%）		看護職 n＝160（%）	介護職 n＝317（%）	
できた 積極的	99（56.7）	170（54.0）	n.s.	82（51.3）	135（42.6）	n.s.	75（46.9）	153（48.3）	n.s.
できなかった 消極的	71（43.3）	145（46.0）		78（48.7）	182（57.4）		85（53.1）	164（51.7）	

	最期の場所についての確認		p	思い出を語れるようなコミュニケーション		p	レクリエーション・行事への参加		p
	看護職 n＝158（%）	介護職 n＝315（%）		看護職 n＝163（%）	介護職 n＝320（%）		看護職 n＝164（%）	介護職 n＝319（%）	
できた 積極的	63（39.9）	109（34.6）	n.s.	58（35.6）	136（42.5）	n.s.	51（31.0）	113（35.4）	n.s.
できなかった 消極的	95（60.1）	206（65.4）		105（64.4）	184（57.5）		113（69.0）	206（64.6）	

	他入所者とのかかわり		p	リハビリテーションへの参加		p	死への思いについてのコミュニケーション		p	信仰		p
	看護職 n＝162（%）	介護職 n＝320（%）		看護職 n＝161（%）	介護職 n＝317（%）		看護職 n＝161（%）	介護職 n＝316（%）		看護職 n＝156（%）	介護職 n＝293（%）	
できた 積極的	43（26.5）	112（35.0）	n.s.	40（24.8）	76（24.0）	n.s.	39（24.2）	56（17.7）	n.s.	19（12.2）	42（14.3）	n.s.
できなかった 消極的	119（73.5）	208（65.0）		121（75.2）	241（76.0）		122（75.8）	260（82.3）		137（87.8）	251（85.7）	

注）看護職と介護職の回答割合の差の検定（χ^2検定）

表３　家族に対するケアへのかかわりの程度

	ご家族の話（思い，質問など）を聴く		p注)	日々のご家族の要望に応える		p	最期の場所についての再確認		p	ご本人との今日のかかわりで感じたことを伝える		p
	看護職 n＝165（%）	介護職 n＝317（%）		看護職 n＝165（%）	介護職 n＝316（%）		看護職 n＝162（%）	介護職 n＝316（%）		看護職 n＝162（%）	介護職 n＝319（%）	
できた積極的	129（78.2）	185（58.4）	p＜0.001	115（69.7）	197（62.3）	n.s.	112（69.1）	127（40.2）	p＜0.01	110（67.9）	173（54.2）	p＜0.01
できなかった消極的	32（19.4）	132（41.6）		50（30.3）	119（37.7）		50（30.9）	189（59.8）		52（32.1）	146（45.8）	
	死の看取りの準備についての説明		p	食事介助などのケアを一緒に行う		p	ご本人との思い出を語れるようなコミュニケーション		p	死への思いについてのコミュニケーション		p
	看護職 n＝164（%）	介護職 n＝315（%）		看護職 n＝163（%）	介護職 n＝316（%）		看護職 n＝163（%）	介護職 n＝316（%）		看護職 n＝162（%）	介護職 n＝314（%）	
できた積極的	98（59.8）	100（31.7）	p＜0.01	94（57.7）	166（52.5）	n.s.	91（55.8）	147（46.5）	n.s.	58（35.8）	55（17.5）	p＜0.001
できなかった消極的	66（40.2）	215（68.3）		69（42.3）	150（47.5）		72（44.2）	169（53.5）		184（64.2）	259（82.5）	

注）看護職と介護職の回答割合の差の検定（χ^2検定）

表４　入所者と家族に対するケアについてのかかわりの程度

	ご本人とご家族が一緒に過ごせる時間をつくる				p注)
	看護職		介護職		
	n＝161	（%）	n＝312	（%）	
積極的	116	(72.1)	230	(73.7)	n.s.
消極的	45	(27.9)	82	(26.3)	

注）看護職と介護職の回答割合の差の検定（χ^2検定）

表５　看取りにおいて行った医療処置や管理

	n＝165	（%）
点滴	146	(88.5)
吸引	145	(87.9)
酸素吸入	141	(85.5)
褥瘡の処置	129	(78.2)
尿留置カテーテル	93	(56.4)
経管栄養（経鼻・胃ろう）	86	(52.1)
ネブライザー	58	(35.2)
疼痛コントロール	51	(30.9)
ストマの処置	27	(16.4)
中心静脈栄養	9	(5.5)
その他	9	(5.5)

注）複数回答

４）老健での看取りにおけるケアスタッフの揺らぎ

ケアスタッフ自身が老健での看取りに揺らぎを感じたことが「ある」と答えた看護職は40.0%，介護職は32.1%であった。両職種の回答に有意差は認められなかった（表６）。

自分自身の揺らぎへの対処として，看護職・介護職ともに「先輩や同僚など，他のスタッフに相談する」「多職種カンファレンスを行う」という回答がみられた。また，看護職では「できることには限りがあると自分に言い聞かせて最善の努力をする」，介護職では「家族が望んだことだからと自分の中で無理にでも納得する」「やれることをする」という記述があった。

表６　老健での看取りにおけるケアスタッフの揺らぎ

	看護職		介護職		p注)
	n＝125	（%）	n＝252	（%）	
ある	50	(40.0)	81	(32.1)	n.s.
ない	75	(60.0)	171	(67.9)	

注）看護職と介護職の回答割合の差の検定（χ^2検定）

５）入所者または家族の揺らぎを感じた経験

入所者または家族が老健での看取りに迷いを感じ，施設での生活を続ける意思が揺らいでいると感じたことが「ある」と答えた看護職は36.8%，介護職は20.3%であった。入所者や家族の揺らぎを感じたことがあると回答したのは，介護職より看護職の方が有意に多かった（表７）。

そのときの入所者や家族に対するかかわりとして，看護職は「選択肢がいくつかあること，選択を変えてもいいことを伝えたうえで，何度も意思を確認する」「老健でできること，できないことをしっかりと説明する」「家族・入所者が納得できるまで説明する」，介護職では「家族・入所者の思いや気持ちを傾聴する」「他職種・多職種を交えて話し合いをする」が挙げられた。

表７　入所者または家族の揺らぎを感じた経験

	看護職		介護職		p注)
	n＝152	（%）	n＝301	（%）	
ある	56	(36.8)	61	(20.3)	p＜0.001
ない	96	(63.2)	240	(79.7)	

注）看護職と介護職の回答割合の差の検定（χ^2検定）

６）ケアスタッフが捉えた老健での看取りに対する家族の満足感と質評価

看取りを終えた家族は老健での看取りに『満足』していたと思うと答えた看護職は85.0%，介護職は79.9%であった。両職種の回答に有意差は認められなかった（表８）。

老健での看取りの質について，『高いと思う』と答えた看護職は56.5％，介護職は42.6％であり，看護職が介護職に比して質が高いと有意に感じていた（表９）。

老健での看取りは質が高いと思う理由として，看護職では「スタッフが精一杯かかわっている」「家族とコミュニケーションをとりながらケアを行えている」「延命治療による苦痛が少ない」，介護職では「多職種が意思を統一してチームでかかわっている」「老健での看取りは医療的なケアと介護的なケアを同時に提供できる」「心のこもったケアを精一杯提供している」が挙げられた。一方，質が高いとは思わない理由として，看護職では「看取りを行う環境・体制が整っていない」「医師の協力体制が不十分」「スタッフ間の意思の統一ができていない」，介護職では「設備が不十分で病院のようにできない」「看取りについてスタッフが勉強不足」「忙しさのために十分なケアができていない」が挙げられた。

表８　ケアスタッフが捉えた老健での看取りに対する家族の満足感

	看護職		介護職		p注)
	n＝140	（％）	n＝293	（％）	
満足	119	(85.0)	234	(79.9)	n.s.
悔いが残る	21	(15.0)	59	(20.1)	

注）看護職と介護職の回答割合の差の検定（χ^2検定）

表９　老健での看取りの質評価

	看護職		介護職		p注)
	n＝147	（％）	n＝289	（％）	
高いと思う	83	(56.5)	123	(42.6)	$p<0.01$
高いとは思わない	64	(43.5)	166	(57.4)	

注）看護職と介護職の回答割合の差の検定（χ^2検定）

Ⅴ．考　　察

１．老健での看取りに取り組むケアスタッフのかかわりと揺らぎの実態

老健で看取ることに対して積極的であると答えたのは看護職が53％，介護職では39％にとどまった。看護職が経験した「老健でしか行えない看取り」は，老健での看取りに対して積極的な姿勢をもたらしていた。病院での看取りとは異なる「老健でしか行えない看取り」とは，老健で高齢者の最期を看取ることの意味として挙げられた「入所者と家族が慣れ親しんだ環境の中で最期まで過ごせる」「延命治療による苦痛を避け，人間らしく自然に死を迎えることができる」「入所者と家族が最期の時間を共有」し，「入所者と家族の両方を支えることができる」ことなどを指していると言えよう。介護職においては，看取りの時期に至るまでに築かれたなじみの環境と関係性の中で入所者を最期まで看取りたいという思いがある一方で，「看取りの教育を受けていない」「死を目の当たりにするのが辛い，怖い」などの理由から，老健で看取ることに対して消極的であると自己評価していることが示された。また，老健の介護報酬としてターミナルケア加算が設定される前，つまり老健での看取りの際のケアが評価される以前においては，看護職が「看取りを行う環境・体制が整っていない」と考えているだけでなく，在宅復帰を支援するための中間施設である老健の本来の目的から看取りの際のケアは外れているという介護職の思いがあることが示された。受け入れ先がないために「老健で看取りをするしかない」「仕方がない」という状況のなかでの老健の看取りに意味を見出せずにいるケアスタッフの思いを看過することはできないだろう。

看取りの際の入所者に対するケアのうち，「タッチングやコミュニケーション」「できる限りの経口による食事」「入浴」「できるだけ食堂での食事」については，看護職・介護職ともに半数以上の者が積極的にかかわっていることが示された。老健では，終末期においても日常生活の継続性，つまり日常性が重視されていることが窺われる。ある県の老健26施設に勤務する看護職を対象とした調査[17]では，今後強化して取り組みたい終末期のケア項目として，89％の看護職が「その人らしい生き方を保つ調整」を挙げ，最も高率だったことが報告されている。これは，老健の看護職が高齢者の生活への視点を最期まで大事にしようとする認識の表れであろう。看護職が高齢者の生活への視点を強化すると同時に介護職と協働することによって，「できる限りの経口による食事」「入浴」「できるだけ食堂での食事」といった日常性を重視した終末期のケアが可能になると考えられる。また，先行研究[16]では，都市部の老健18施設に勤務するケアスタッフに「どのようなケアが終末期ケアであると思うか」と尋ねた結果，看護職の83％，介護職の72％が「コミュニケーション」をあげており，看護職の方が有意に多かったことが示されている。本研究では，看護職の81％，介護職の77％が積極的に「タッチングやコミュニケーション」を実施していることが明らかになり，そのかかわりの程度は両職種の間に差はみられなかった。「コミュニケーション」は終末期において重要なケアであると認識したうえで，看護職・介護職ともに積極的に「タッチングやコミュニケーション」を実践していることが推察される。唯一，看護職と介護職でかかわりの程度に差がみられたのは「入浴」であった。終末期にある高齢者の入浴はリスクも大きい。老健での入浴ケアは介護職との協働なしには行えないが，終末期においては，入浴の可否判断，その人の状態に応じた入浴方法の選択や工夫，それを実践する技術，異常の早期発見など，看護職の医学的知識や技術を生かすことを看護職自身が強く意識しながら入浴にかかわっているのではないかと考えられる。また，入

所者と家族が一緒に過ごせる時間をつくることに積極的にかかわっているケアスタッフが７割以上いることは，「入所者と家族が最期の時間を共有」できることに老健での看取りの意味を見出していることを反映していると言えるだろう。一方，家族に対するケアでは，８項目中５項目に看護職と介護職でかかわりの程度に差がみられ，いずれも看護職の方に積極的にかかわっている者が多かった。これら５項目のうち，「死への思いについてのコミュニケーション」「死の看取りの準備についての説明」といった死に関する事項については，両職種とも積極的にかかわっている者が少ない傾向にあったが，介護職の方がより消極的であることが示された。「看取りの教育を受けていない」「死を目の当たりにするのが辛い，怖い」というような自信のなさや恐怖心が，介護職に家族へのかかわりを躊躇させているのではないかと推察される。

前述のとおり，看取りの際の家族に対するケア５項目においては看護職の方に積極的にかかわっている者が多く，したがって介護職よりも看護職の方が家族の揺らぎを感じとることが多いのではないかと考えられる。また，入所者または家族の揺らぎを感じとる以上に，ケアスタッフ自身が老健での看取りに揺らぎを感じており，看護職の４割，介護職の３割強が自分自身の揺らぎを認識していた。入所者または家族の揺らぎに対するかかわりとしては「他職種・多職種を交えて話し合いをする」など，ケアスタッフ自身の揺らぎへの対処として「他のスタッフに相談する」や，「多職種カンファレンスを行う」などが挙げられ，多様な職種が介護サービスに従事している老健の特徴が看取りの際のケアにも生かされていることが示唆される。

また，ケアスタッフの８割以上が，看取りを終えた家族は老健での看取りに満足していたと思うと答えたが，老健での看取りの質は高いと思うと答えたのは看護職が56％，介護職では43％にとどまり，介護職の方が質の評価は低かった。家族を含めて多職種がチームとして日常性を重視しながら精一杯かかわっている点を高く評価する反面，「スタッフ間の意思の統一ができていない」という指摘もあり，老健で看取ることに対するケアスタッフの姿勢の差がスタッフ間の意思の不統一として認識されるのではないかと考えられる。

２．老健特有の看取りの可能性と課題

老健で高齢者の最期を看取ることについて，看護職・介護職は「慣れ親しんだ環境の中で最期まで過ごせる」「人間らしく自然に死を迎えることができる」「入所者と家族の両方を支えることができる」と意味づけていた。すなわち，家族とともにある高齢者が慣れた環境のなかで安心して生活を継続できることに価値を見出していると言える。終末期の療養場所として大切なのは，生活する人の視点で，安心できる医療や介護の提供体制をどのように作っていくかであり[20]，まさにその意味において老健での看取りの価値と可能性があると言えるだろう。

老健での看取りにおいては日常生活の継続性が重視され，そのようなケアを実践するためには，多職種で協働するとともに，家族を含めたチームケアを提供できる体制の整備が求められる。老健では家族を含めた入所者中心のケアや，リハスタッフ・栄養士・相談員等を含む多職種での連携・協働の素地がつくられており，それが入所者・家族に評価されると同時に老健での看取りのニーズの高さにつながっていると考えられる。看護職が多職種との連携・協働の強みを生かすことで，老健での看取りの質を高めていくことになるのではないかと考える。老健での看取りの質が高いと思う理由として，「家族とコミュニケーションをとりながらケアを行えている」「多職種が意思を統一してチームでかかわっている」などが挙げられており，そこには看取りの場としての老健の強みが反映されていると言えるだろう。また，看護職においては，日々の介護職との協働を通して，高齢者の生活への視点を強化していくことも必要だろう。

一方，老健での看取りの質が高いとは思わない理由として，介護職は「看取りについてスタッフが勉強不足」と答えていた。介護職は老健で看取ることに対して消極的である理由としても「看取りの教育を受けていない」ことを挙げており，このことが家族へのかかわりを躊躇させることにつながっているのではないかと推察された。教育背景の異なる職種が看取りの際のケアにおいてより連携・協働していくためには，ケアスタッフの現任教育を推進していくことの必要性が示唆される。本調査の結果から，特に介護職のニーズに応えるには，看取りの準備等に関連した家族とのかかわりなど，家族ケアについての教育内容を整備していく必要があるだろう。また，看取りを実践しながら，その過程においてケースカンファレンスを積み重ねていくこと自体が，ケアスタッフ自身の揺らぎに対処することにつながり，教育の機会にもなっていくであろうと考える。

平成21年度から老健の介護報酬としてターミナルケア加算が新設されるとともに，夜間の介護サービスの質の向上および職員の負担軽減の観点から，夜勤職員配置加算も新規に設定されることになった。これらに関しては，看取りを行う体制の一部が整備されたとみることができる。一般に，看取りの際には医療処置・管理の種類や頻度が増えることが想定されるが，そのような状況のなかでも，最期まで入所者と家族の日常性を重視したケアを提供していくという老健での看取りの強みを発揮することのできる人員基準の設定がさらに望まれる。

Ⅵ．本研究の限界と今後の課題

本調査では，実際に看取りを行っている老健に勤務する看護職および介護職を対象とするために，第14回～第17回全国老人保健施設大会（平成15～18年）において老健での「看取り」「ターミナルケア」「終末期ケア」をテーマに発表を行った45施設を抽出した。したがって，老健での看取りに積極的に取り組み，看取りについての研究・報告を意欲的に行っている施設の状況が反映されていると考えられる。また，調査票の回収率が全体で28.3％であったことを勘案すると，実際に看取りを行っている全国の老健の実態を的確に表しているとは断言できない。

さらに，平成21年度介護報酬改訂後の老健における看取りの際のケアについては，今後の検証が必要であろう。

Ⅶ．結　　論

看取りを行っている老健のケアスタッフのうち，老健で看取ることに対して積極的であると答えた看護職は53％，介護職は39％であり，看護職の方が老健で看取ることに積極的な姿勢を示していた。看取りの際の入浴ケアや家族に対するケアは，看護職の方が積極的にかかわっている傾向にあったが，入所者と家族が一緒に過ごせる時間をつくることについては，看護職・介護職ともに７割以上の者が積極的にかかわっていた。

看取りにおける入所者または家族の揺らぎを感じた経験のある看護職は37％で，介護職よりも多かった。一方，自分自身が揺らぎを感じたことがあると答えたのは看護職が40％，介護職は32％で，そのようなときには「他のスタッフに相談する」「多職種カンファレンスを行う」ことで自分自身の揺らぎに対処していた。

ケアスタッフの８割以上が，看取りを終えた家族は老健での看取りに満足していたと思うと答えたが，老健での看取りの質が高いと評価している看護職は56％，介護職では43％であった。介護職が老健での看取りに消極的であると自己評価し，老健での看取りの質は低いと評価した理由として，看取りの教育を受けていないこと等が挙げられた。

謝　　辞

本研究の趣旨にご理解いただき，調査に快くご協力いただきました介護老人保健施設のケアスタッフの皆様に心より感謝申し上げます。なお，本論文の一部は第33回日本看護研究学会学術集会（2007年，盛岡市）において報告いたしました。

本研究は，笹川医学医療研究財団による平成18年度「終末期医療におけるQOLの向上に関する研究助成」を受けた。

要　　旨

本研究の目的は，介護老人保健施設の看護・介護職を対象として，看取りへのかかわりと揺らぎの実態を明らかにすることである。看取りを行っている45施設に勤務する看護職501名と介護職1,274名に質問紙調査を実施し，485名の有効回答を分析した。結果，看取りに対して積極的であると答えた看護職53％，介護職39％で，看護職の方が積極的な姿勢を示していた。看取りの際の入浴ケアや家族に対するケアは，看護職の方が積極的にかかわっている傾向にあった。入所者や家族の揺らぎを感じた経験のある看護職は37％で，介護職よりも多かった。自分自身が揺らぎを感じたことがあると答えたのは看護職40％，介護職32％で，多職種カンファレンスを行うこと等で揺らぎに対処していた。介護老人保健施設における看護職は多職種との連携・協働の強みを生かし，カンファレンスでの検討や相談によってスタッフの揺らぎに対処していくことの重要性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to clarify the actual situation of end-of-life care services provided by care staff of elderly care facilities as well as the staff's emotional instability with people approaching the end of their lives. A questionnaire survey was given to 501 nurses and 1,274 caregivers from 45 elderly care facilities that provide end-of-life care services. A total of 485 valid questionnaires were collected for analysis. Regarding the care staff's attitude toward end-of-life care, it was found that nurses had a more active attitude than caregivers, with 53% of nurses surveyed reporting that they are active in end-of-life care, while 39% of caregivers said so. Forty percent of nurses reported they had experienced emotional instability themselves, while 32% of caregivers said so. It was also found that care staff of elderly care facilities were coping with emotional instability by participating in multi-professional meetings. The results of this study suggest that it is important to hold multi-professional meetings to provide care staff with opportunities to discuss and share strategies to cope with emotional instability, by taking advantage of the strength of elderly care facilities, i.e., that various types of healthcare professionals are working collaboratively.

文　献

1）厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成18年介護サービス施設・事業所調査，厚生統計協会，2007.
2）日本看護協会：2003年「介護保険施設サービスにおける看護実態調査」結果の概要，2003-10-22，http://www.nurse.or.jp/home/opinion/newsrelease/2003pdf/chosa68.pdf
3）田中克子，小野幸子，他：成人・老人を対象にしたG県下の病院におけるターミナルケアの実態，岐阜県立看護大学紀要，1(1)，143-153，2001.
4）小野幸子，田中克子，他：G県の特別養護老人ホームにおける看取りの実態，岐阜県立看護大学紀要，1(1)，134-142，2001.
5）小野幸子，古川直美，他：総合病院における看護婦のターミナルケアに関する意識，岐阜県立看護大学紀要，2(1)，97-103，2002.
6）坂田直美，原敦子，他：介護療養医療施設における看護管理者が捉えた高齢者の終末期ケアの現状と課題，岐阜県立看護大学紀要，3(1)，55-61，2003.
7）早崎幸子，小野幸子，他：特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態－その１ G県下ＨとＳ地区の看護職を対象に－，岐阜県立看護大学紀要，3(1)，29-35，2003.
8）林幸子，小野幸子，他：特別養護老人ホームにおける死の看取りの実態－その２ G県下ＣとＴ地区の看護職を対象に－，岐阜県立看護大学紀要，4(1)，45-51，2004.
9）高山直子，三重野英子：介護老人福祉施設の看護師が行うEnd-of-Life Careの実際，老年看護学，10(1)，62-68，2005.
10）生田京子，井上由起子，他：ユニット型介護保険施設における看取りに関する研究，日本建築学会計画系論文集，622，49-56，2007.
11）小野光美，沼本教子，他：介護老人保健施設において看取りを終えた家族の思い，日本老年看護学会第10回学術集会抄録集，172，2005.
12）小野光美，沼本教子，他：介護老人保健施設において看取りを終えた家族の思い－家族が大切にした「最期まで生きる」とは－，日本老年看護学会第11回学術集会抄録集，201，2005.
13）梅津美香，坂田直美，他：老人保健施設におけるターミナルケアについての看護職者の考え方と取り組み，岐阜県立看護大学紀要，2(1)，76-82，2002.
14）梅津美香，小野幸子：老人保健施設の看護職者の施設内死亡に関する意識，老年看護学，7(1)，119-127，2002.
15）原敦子，小野幸子，他：介護老人保健施設における死の看取りを含むターミナルケアへの組織的取り組み－２施設の看護管理者の面接調査より－，老年看護学，8(1)，86-94，2003.
16）織井優貴子：都市部介護老人保健施設における終末期ケアについての意識調査：看護職と介護職の比較，老年看護学，10(2)，85-91，2006.
17）流石ゆり子，牛田貴子，他：高齢者の終末期のケアの現状と課題－介護保険施設に勤務する看護職への調査から－，老年看護学，11(1)，70-78，2006.
18）Sayuri KOBAYASHI, Noriko YAMAMOTO-MITANI et al.: End-of life care for older adults with dementia living in group homes in Japan, Japan Journal of Nursing Science, 5, 31-40, 2008.
19）宮田和明，近藤克則，他：在宅高齢者の終末期ケア 全国訪問看護ステーション調査に学ぶ，中央法規，東京，2004.
20）厚生労働省医務局総務課：終末期医療に関する調査等検討会報告書－今後の終末期医療の在り方について－（平成16年７月），2004.

［平成21年３月26日受　　付
平成21年８月24日採用決定］

おとなの学びに関わる企業・看護・教職研修担当者等必携の書

おとなの学びを育む――生涯学習と学びあうコミュニティの創造

■三輪 建二 著　●A5判上製　352頁　定価6,300円（本体6,000円＋税）

生涯学習社会の実現を、一貫して「おとなの学び」「おとなの学びを支援する」という学習論の観点から展望する。職場や学校、地域社会、大学などでのおとなの学びを、個人の学びから学習する組織へ、さらには学びあうコミュニティへと発展させることで、「おとなの学び」が職場・学校・地域社会を変革する力を持つことを主張する。また、おとなの学びの支援者である企業・看護・教職・自治体職員などの研修担当者を、省察的実践者として描き出そうと試みる。学習者をはじめ、おとなの学びに関わるすべての人びと必携の書。

実践から学ぶ看護職――科学的看護論と省察的実践論

■椙山 委都子 著　●A5判上製　184頁　定価2,415円（本体2,300円＋税）

薄井坦子の『科学的看護論』とD.ショーンの『省察的実践論』をもとに、看護専門家の学習と研究の方向性を示し、実践から学ぶ看護理論の意義を解く画期的な書。

学習する組織とは何か――ピーター・センゲの学習論

■中村 香 著　●A5判上製　304頁　定価3,150円（本体3,000円＋税）

企業の発展の方向性を学習する組織論として説く、P.センゲの理論と実践を見事に描き出した書物。企業内教育担当者をはじめ、学習支援者必携の書。

鳳書房　〒157-0072　東京都世田谷区祖師谷1-25-5　TEL/FAX.03-3483-3723

一般社団法人
日本看護研究学会
会報
第 81 号
（平成22年４月20日発行）
一般社団法人日本看護研究学会事務局

目　次

評議員選挙を終えて…… 1

評議員選挙を終えて

一般社団法人日本看護研究学会
第１回評議員選挙（2009年）選挙管理委員会
委員長　齋　藤　やよい
委　員　石　川　ふみよ
委　員　青　木　きよ子

平成21年９月20日付けの会告（５）により公示されました，本会評議員選挙のため，上記３名が選挙管理委員を委嘱され，選挙管理委員会を組織しました。

今回の選挙は，選挙方法を大幅に変更したことや，一般社団法人化に伴い変則的に評議員定数を確定したことなど，難題を山積しながらの出発となりました。

選挙規定は，平成21年８月２日の社員総会での承認を経て，同月３日付けの会告（３）のとおり改正しました。また，同日会告（７）のとおり評議員選挙の締め切りを平成21年11月30日と定め，地区定数を北海道３名，東北３名，関東４名，東京７名，東海９名，近畿・北陸11名，中国・四国７名，九州・沖縄６名の合計50名の評議員選出の準備を行ないました。今回の地区定数は，選出規定の附則４に定めた「平成22年度の定時社員総会前日に任期が満了する評議員のうち，任期を２年間延長することに同意した者は，定款44条の平成22年６月を始期とする任期２年の評議員として選任されたものとみなす」により決定した数であり，該当する現理事・評議員の意向確認を前提としました。

選挙方法は，前回のマークシート方式からWebによる投票に変更し，一部従来の郵送による投票を継続しました。Web投票方法の通知は10月28日に行ない，画面の説明資料とログインID・パスワードを配布しました。11月１日から30日の投票の期間中には，いくつかのトラブルに遭遇しましたが，その都度対応しながら，なんとか開票にたどり着くことができました。

12月４日には選挙管理委員と山口理事長立会いのもと開票・集計を行ないました。有権者総数3,383票

に対して投票数1,074票（うちWeb投票1,015票94.5%），有効投票1,071票，無効投票３票（郵送のみ）で，投票率は31.7%でした。投票率は年々低下していましたが，今回の結果も残念ながら前回の34.4%を下回る結果でした。

地区開票結果は表の通りで，選出規定に基づき，各地区別定数枠内の評議員該当者，及び次点者を明示して名簿を作成し，理事長に提出しました。

そして，平成22年１月５日には新評議員へ理事選挙用紙を郵送し，投票期間を１月10日から31日とする新評議員の互選による理事選挙投票を行いました。２月２日選挙管理委員により開票し，規定に基づき各地区理事名簿を作成し理事長に提出しました。理事選挙は従来どおり郵送で行い，開票も手作業で行ないました。

前回の選挙ではマークシート方式により開票作業が効率化したことが報告されましたが，今回のWeb投票では，当然のことながらさらに作業は効率化しました。郵送による56名の投票データの代行入力作業はあったものの，開票という点だけ見れば，数分のうちに正確な開票を終えました。かつての正の字で集計していた時代を思えば，夢のような速さです。また，Web投票では定数以上の入力ができないために，無効票はゼロとなり，貴重な１票をすべて結果に反映することができました。Web投票が94.5%を占めたことからも，導入によって期待される成果は，十分に得られたものと評価しています。

しかし，反省点もありました。Web作業にありがちなアルファベットと数字の読み違えや，機種依存文字や外字など特殊文字の取り扱いの問題，ログインID/パスワードによって投票することが，記名投票になるのではという不安をもたれた方がおられたこと，などです。また，投票率の低下を危惧して，再度投票のお願いをしましたが，投票率の低下を食止めることはできませんでした。

次回の選挙では，さらなる選挙公報の強化と，投票方法の説明資料の改善を行ない，投票率が上昇することを願っております。

今回のWeb選挙は初めての試みで試行錯誤の連続でしたが，会員の皆様には多大なご協力をいただきました。また，事務局の皆さまには，投票に関する質問に丁寧に対応していただき，不慣れな選挙管理委員を導いていただきました。システム開発に携わった皆さまには，我々の無理難題に快く対応していただきました。選挙報告を終えるにあたり，新しい選挙を支えて下さいました皆さまに，心より御礼申し上げます。

第１回評議員選挙（2009年）報告

（平成21年11月30日施行）

地区	選挙人数	被選挙人数	住所不明	投票数			投票率	無効（郵送）	定数
				総数	Web投票	郵送投票			
北　海　道	193	158	1	71	66	5	36.8%		3
東　　北	219	168		84	78	5	38.4%	1	3
関　　東	256	209		81	76	5	31.6%		4
東　　京	484	396	1	158	149	9	32.6%		7
東　　海	578	452	1	179	172	7	31.0%		9
近畿・北陸	745	590		221	205	14	29.7%	2	11
中国・四国	479	383		140	134	6	29.2%		7
九州・沖縄	429	314		143	135	8	33.3%		6
合　計	3,383	2,670	3	1,074	1,015	59	31.7%	3	50

一般社団法人 日本看護研究学会
第20回 北海道地方会学術集会のご案内

テーマ：「今求められる家族看護」

本学術集会では、看護職として「家族をどのように考えるか」の課題について、「カルガリー式家族看護モデルを中心に」というテーマを取り上げます。

わが国では、患者中心の看護が展開されていますが、対象者を含む家族を見る視点が少ないまま、現在に至っております。さらに、在院日数の短縮化により、疾病再発の危険性が高い状態やセルフケア能力が低下したまま、在宅療養に移行する患者が増えています。昨今、受け皿としての家族介護力は低下しており、家族生活に多大な負担をかけ、家族も患者同様に苦悩していることに日々遭遇します。こうした現状をふまえて、ご講演をいただき、今一度、家族看護を考える機会としたく本テーマを企画いたしました。

一般社団法人　日本看護研究学会
第20回北海道地方会学術集会会長　坂倉恵美子（札幌市立大学　看護学部）

◆日　時：平成22年6月12日（土）13:20～16:45
◆会　場：札幌市立大学　桑園キャンパス
札幌市中央区北11条西13丁目　（市立札幌病院横）
◆プログラム
◇地方会総会：12:30～13:10
◇基調講演　：13:20～15:00
テーマ：看護職として「家族をどのように考えるか」
―カルガリー式家族看護モデルを中心に―
講　師：北里大学　小林奈美教授
◇研究発表会：15:15～16:45
◇閉　　会：16:45
◆演題申込み・抄録締め切り日：4月30日（金）
◆参加登録・参加費振込期限：6月1日（火）迄に参加費を指定口座にお振込み下さい。
※なお、当日参加もできます。
◆参加費：会員2,000円　　非会員3,000円　　学生1,000円（大学院生は除く）
参加費振込先：ゆうちょ銀行
【口座番号】02750-3-100548
【口座名称】第20回日本看護研究学会北海道地方会
【加入者払込店】札幌桑園駅前
この口座を他行等からの振込の受取口座として利用される場合は下記の内容をご指定下さい。
【店　　名】二七九（ニナナキュウ）
【店　　番】279
【預金種目】当座
【口座番号】0100548
◆お問い合わせ先：一般社団法人　日本看護研究学会 第20回北海道学術集会事務局
〒060－0011 北海道札幌市中央区北11条西13丁目
札幌市立大学看護学部　原井美佳
FAX：011-726-2506　E-mail：kenkyu.h@scu.ac.jp
※お問い合わせはFAXまたはEmailでお願いいたします。

第 31 回バイオメカニズム学術講演会（SOBIM2010 in Hamamatsu）
ー 開催案内 ー

主催：バイオメカニズム学会
会期：2010 年 11 月 6 日（土）7 日（日）
会場：静岡大学 浜松キャンパス
〒432-8561　静岡県浜松市中区城北 3-5-1

SOBIM2010
in Hamamatsu
Society of
Biomechanisms

第 31 回バイオメカニズム学術講演会は，静岡大学の浜松キャンパスで開催します．バイオメカニズム学会は，1973 年の発足以来，理工学，医学，人文科学などのさまざまな分野の研究者に交流の場を提供し，バイオメカニクスや機能代行，ロボットなどの研究をリードしてきました．本学術講演会では「人と機械のより良い関係を目指すバイオメカニズム」をテーマとして，生体機能の計測・解析・制御，医療・福祉・産業応用など，バイオメカニズムの基礎研究から応用研究，さらには新分野との融合の試みなど，さまざまなトピックスの講演を広く募集いたします．みなさまの積極的なご参加をお待ちしております．

実行委員長：　松丸　隆文　（静岡大学）
プログラム委員長：伊藤　友孝　（静岡大学）

講演発表募集

●講演申込締切　2010 年 7 月 23 日（金）
●予稿原稿投稿締切　2010 年 10 月 1 日（金）

●募集演題・分類番号

A01　身体運動の解析・シミュレーション
A02　動物の形態・運動
A03　植物の形態・運動
A04　形態・運動の適応・進化
A05　人類学・古生物学・動物学
A06　体育・スポーツ・労働
A07　バイオミメティクス
A08　ロボティクス
A09　義肢装具
A10　生体機能の計測
A11　身体運動の計測
A12　歩行分析
A13　生体の制御・情報処理
A14　感覚・バーチャルリアリティ
A15　リハビリテーション機器・日常生活用具
A16　看護・介護・介助
A17　疾患メカニズム・臨床応用
A18　生体材料・生体組織
A19　人工臓器・呼吸・循環
A20　発声・発話・聴覚・視覚
A21　身体接触製品・被服・什器
A22　デジタルヒューマン・CAD マネキン
A23　その他のバイオメカニズム

●会場までの交通機関
JR 東海道線・新幹線「浜松駅」
北口バスターミナル 15, 16 番のりばから 全路線
「静岡大学」下車（所要時間約 20 分，1 時間に 10 本程度運行）

●第 31 回バイオメカニズム学術講演会事務局
〒432-8561　静岡県浜松市中区城北 3-5-1
静岡大学工学部機械工学科
実行委員長　松丸　隆文（Tel：053-478-1060，Fax：053-475-4794）
学術講演会 HP　（準備中）
連絡用 E-mail　tensobim@ipc.shizuoka.ac.jp

監修・協力：京都大学名誉教授
関西看護医療大学 学部長 教授　江川 隆子

M66 メディカルフットケアモデル

“フッティー”

NEW

足のアセスメントから
ケア技術まで
いい足めざし 一足二長

巻き爪、肥厚爪（爪白癬）、胼胝、鶏眼などの病変を付け替えることで、フットケアトレーニングが繰り返し行えます。
足部の皮膚や関節の正確な再現により、フットケアに関する様々な実習が可能です。

■ 実習項目

- 爪(肥厚・巻き爪、爪白癬)、胼胝、鶏眼のケア
- 足部の傷や腫れの有無、色調の変化、足底部のアーチの変形の有無などを観察
- 外用剤の塗布方法、マッサージ法
- 踵部の乾燥や角質化に対するケア方法の確認
- 足部の血管位置の確認(足背動脈、後頸骨動脈の触診場所)
- 触圧覚検査でモノフィラメントをあてる位置の確認
- 振動覚検査で音叉をあてる位置の確認

爪のケア

胼胝(たこ)のケア

鶏眼(うおのめ)のケア

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

日本学術会議の動き

幹事会報告

第83回幹事会

日時　平成21年10月19日（月）

会議の概要

（1）審議事項

○国際人権ネットワーク対応委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定

○日本の展望委員会及び同分科会の委員の決定

○科学者委員会の委員の決定

○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定について承認されました。

○日本学術会議協力学術研究団体として「日本無機リン化学会」を指定することについて承認されました。

○第10回アジア学術会議に関するフィリピン国立研究協議会（National Research Council of the Philippines: NRCP）との事前打合せに係る会員の派遣の派遣について承認されました。

○シンポジウム等の開催7件及び国内会議の後援3件について承認されました。

日本学術会議ニュース

日本学術会議地区会議が主催する学術講演会が次のとおり開催されました。

1．近畿地区会議主催学術講演会

日本学術会議近畿地区会議が主催する学術講演会「人はなぜ笑うのか？：社会脳からのアプローチ」が10月11日（日）に京都大学吉田キャンパス百周年時計台記念館百周年記念ホールで開催されました。

当日は、約100名の方々が参加され、金澤一郎日本学術会議会長の基調講演に続いて井上宏関西大学名誉教授（日本笑い学会会長）、岩瀬真生大阪大学大学院医学系研究科助教、野澤孝司目白大学教授の講演が行われ、最後に参加者からの質問を受け、全員による総合討論を行い、盛況裏に終了いたしました。

2．北海道地区会議主催講演会

日本学術会議北海道地区会議が主催する公開講演会「北海道から地球の未来を考える」が11月7日（土）に公立はこだて大学講堂で開催されました。

当日は、約50名の方々が参加され、鈴村興太郎日本学術会議副会長のオープニング講演が行われ、続いて中島秀之日本学術会議連携会員、瀬名秀明氏（SF作家）、藤崎慎吾氏（SF作家）の講演が行われ、最後に、講演者をパネリストとしてパネル討論が行われ、盛況裏に終了いたしました。

3．九州・沖縄地区会議学術講演会

日本学術会議九州・沖縄地区会議が主催する学術講演会「食の安全とどう取り組むか」が11月16日（月）に鹿児島大学稲森会館キミ＆ケサメモリアルホールで開催されました。

当日は、約150名の方々が参加され、金澤一郎日本学術会議会長、吉田浩己鹿児島大学長の挨拶の後、坂本文男 (財)日本適合性認定協会検査機関認定委員、東島弘明 (財)日本冷凍食品検査協会常務理事の講演が行われ、最後に参加者による討論を行い、盛況裏に終了いたしました。

Information Plaza
情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成21年12月以降に予定されているものについて紹介いたします。

◈日本学術会議主催公開講演会

「ダーウィン生誕200年―その歴史的・現代的意義」

日時　平成21年12月5日（土）13時00分～

場所　日本学術会議講堂

次第　第1部 ダーウィンの生涯と業績

①「ダーウィン研究の展望」松永俊男

②「ダーウィンの地質学」矢島道子

③「ダーウィンの生物学」小川眞理子

第2部 ダーウィンの影響

①「ダーウィンの社会的影響」富山太佳夫

②「ダーウィンの思想的影響」横山輝雄

③「日本におけるダーウィンの受容と影響」溝口 元

第3部 討論 ダーウィンの現代的意義

①「進化生物学の立場から」長谷川眞理子

②「自然史博物館の立場から」山田 格

③「ジャーナリズムの立場から」渡辺政隆

◈「新型インフルエンザに関しての緊急公開シンポジウム」

日時　平成21年12月9日（水）13時00分～17時45分

場所　日本学術会議講堂

次第　講演1「新型インフルエンザ―現在の状況」岡部信彦

2「新型インフルエンザの合併症―急性脳症と重症肺炎」森島恒雄

3「新型インフルエンザに対するワクチンと抗インフルエンザ薬」庵原俊昭

4「今後のワクチン開発の必要性」山西弘一

5「人獣共通感染症としてのインフルエンザ」喜田 宏

6「今後の新興再興感染症への備えの必要性」倉田 毅

フロアからの発言・総合討論

岡部信彦・満屋裕明他

◈「科学技術と知の精神文化―新しい科学技術文明の構築に向けて」

日時　平成21年12月11日（金）13時00分～17時00分

場所　日本学術会議講堂

次第　基調講演　阿部博之

特別講演1 石井紫郎

2 和田昭允

3 村上 陽一郎

パネル討論　大垣眞一郎／北原和夫／黒田玲子／西口泰夫／野家啓一／有本建男

◈「歴史教育とジェンダー―教科書からサブカルチャーまで―」

日時　平成21年12月13日（日）13時00分～17時00分

場所　日本学術会議講堂

次第　講演1「高校世界史教科書のジェンダー化に向けて―日本とアメリカの比較」富永智津子

2「古代ギリシアの社会をジェンダーの視点から読み解いてみる」桜井万里子

3「奴隷貿易にジェンダーの視点をクロスオーバーさせる」井野瀬久美恵

4「高等学校日本史教科書にみるジェンダー」久留島典子

5「女性史・ジェンダー史の成果は教科書に生かされているか－日本近世の場合」長野ひろ子

6「歴史教育の役割―「歴史」と「自分」を架橋するために」荻野美穂

7「ミュージアムとジェンダー―展示に

よる経験の可視化をめぐって」香川 檀
8「『女たちは歴史が嫌い』か？～少女マンガの歴史物を中心に」藤本由香里

◈「学術コミュニティと知的財産」
日時　平成21年12月14日（月）15時00分～18時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　基調講演　荒井寿光
知的財産検討分科会におけるアンケート調査の結果報告　渡部俊也
パネルディスカッション
「学術コミュニティの視点からみた知的財産制度のあり方」
隅蔵康一／入江正浩／須田年生／長岡貞男／古川勇二／松本恒雄

◈東北地区会議主催学術講演会
「世界自然遺産白神山地を考える
―人と自然の共生の視点から―」
日時　平成21年12月16日（水）13時00分～17時00分
場所　弘前大学創立50周年記念会館
次第　講演1「弘前大学白神自然観察園における今後の取り組みについて」佐々木長市
2「白神山地の伝統的自然資源利用―授かる―」牧田 肇
3「白神微生物と環境保全」高橋慶太郎

◈「持続可能な食料生産：RS/GIS/GPS技術の応用」
日時　平成21年12月17日（木）13時30分～17時30分
場所　日本学術会議6－C会議室
次第　講演1「食糧―環境インテリジェンスに向けた農耕地生態系計測―リモートセンシングと空間情報技術の活用―」井上吉雄
2「機能リモートセンシングと農業・環境分野への応用」大政謙次
3「森林保全・資源管理への応用」加藤正人
4「沿岸域環境モニタリングへの応用」小松輝久
5「漁業・増殖業への実利用」齊藤誠一
パネルディスカッション
「持続可能な食料生産へのRS/GIS/GPS技術の応用」
柴崎亮介／和田時夫／小川健太 他

◈「子育て支援・少子化への政策対応に関するシンポジウム」
日時　平成21年12月18日（金）13：00～16：00
場所　日本学術会議講堂
次第　政党からの報告　小宮山洋子／加藤勝信／阿部知子／高橋千鶴子 他
研究者からのコメント　舩橋惠子／落合恵美子／阿藤 誠／金子 勇／椋野美智子
政党からのリプライと討議

◈「第3回形態科学シンポジウム：『生命機能の場を提供する生体膜』―その創成とトポロジー形成」
日時　平成21年12月21日（月）13時00分～17時10分
場所　九州大学病院地区キャンパス内
コラボステーション2階視聴覚ホール
次第　講演1「細胞内リサイクルシステム―オートファジー―の膜動態を支える分子群」大熊良典
2「真核細胞に起源―オルガネラ分裂装置から解く」黒岩常祥
3「生体機能とモーター分子群KIFs：生体膜ダイナミクスを中心として」廣川信隆
4「オルガネラの形成とその障害：ペルオキソームを中心に」藤本幸夫
5「核膜を介した物質流通と生命機能」米田悦啓

◈「阪神・淡路大震災15周年フォーラム」
日時　平成22年1月18日（月）10時00分～17時00分
場所　神戸国際会議場（ポートアイランド）
次第　特別講演　濱田政則
パネルディスカッション
「地震災害軽減にむけての学協会の役割」
和田 章

日本学術会議の動き

幹事会報告

第84回幹事会（持ち回り）
日時　平成21年11月13日（金）
会議の概要
（1）審議事項
○シンポジウムの開催3件について承認されました。

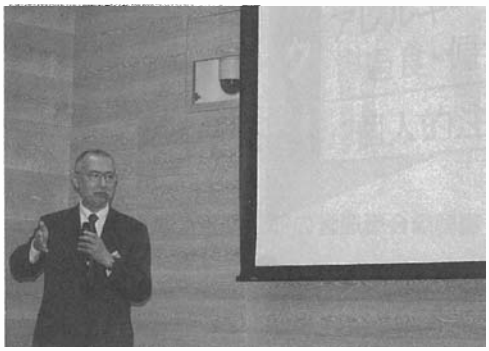
第85回幹事会
日時　平成21年11月26日（木）
会議の概要
（1）審議事項
○国際委員会における分科会委員の決定
○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定等
○労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会の委員の決定
について承認されました。
○「第4期科学技術基本計画への日本学術会議の提言」について承認されました。
○IAP声明「熱帯雨林と気候変動」についてしょうにんされました。
○フランス学士院ルイD財団賞受賞候補者の推薦について承認されました。
○報告「畜産物の果たす役割（食肉、乳、卵、蜜蜂）」について承認されました。
○補欠の連携会員の選任の要望について承認されました。
○日本学術会議協力学術研究団体として次の2団体の指定について承認されました。
・日本英米詩歌学会
・日本計算数理工学会
○平成21年度代表派遣の平成22年1月～2月分の4件について承認されました。
○公開シンポジウム等の開催8件及び、国内会議の後援3件について承認されました。

日本学術会議ニュース

日本学術会議地区会議が主催する学術講演会が次のとおり開催されました。

1．中部地区会議主催学術講演会

日本学術会議中部地区会議が主催する学術講演会が12月4日（金）に名古屋大学野依記念物質科学研究館で開催されました。
当日は、約50名の方々が参加され、唐木英明日本学術会議副会長の講演に続いて佐藤彰一名古屋大学大学院文学研究科教授、近藤孝男名古屋大学大学院理学研究科教授、の講演が行われ、最後に参加者からの質問を受け、全員による総合討論を行い、盛況裏に終了いたしました。



2．東北地区会議主催講演会

日本学術会議東北地区会議が主催する公開講演会「世界自然遺産白神山地を考える－人と自然の共生の視点から－」が12月16日（水）に弘前大学創立50周年記念会館で開催されました。

当日は、約80名の方々が参加され、金澤一郎日本学術会議会長の特別講演に続いて、佐々木長市弘前大学農学生命科学部教授、牧田肇弘前大学名誉教授、高橋慶太郎秋田県総合食品研究所主席研究員の講演が行われ、最後に、講演者をパネリストとしてパネル討論を行い、盛況裏に終了いたしました。

Information Plaza
情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成22年1月以降に予定されているものについて紹介いたします。

◈「メタボロミクスシンポジウム「メタボロミクス研究の最前線とメタボライトデータベースの役割」」

日時　平成22年1月15日(金) 9時45分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「生命システム情報統合KEGGとメタボロミクス研究」金久 實
2「マススペクトルの公開および活用のための研究者コンソーシアム型データベース MassBank」西岡孝明
3「ここ10年の糖鎖研究の進歩とそのデータベース化によるさらなる飛躍」成松 久
4「脂質メタボローム解析の為のサーチエンジンLipid Searchとその構造予測型質量データベース」田口 良
5「メタボリックフィンガープリンティングの技術開発と応用」福崎英一郎
6「最新のメタボローム測定法と生命科学への応用」曽我朋義
7「植物のメタボロミクス研究―開拓と挑戦」斉藤和季

◈「阪神・淡路大震災15周年フォーラム」

日時　平成22年1月18日(月) 10時00分～17時00分
場所　神戸国際会議場（ポートアイランド）
次第　特別講演　濱田政則
パネルディスカッション
「地震災害軽減にむけての学協会の役割」
和田 章

◈「人類の時代・第四紀は残った」

日時　平成22年1月22日(金) 10時00分～17時15分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「地球生命史研究からみた新しい時代の意義」北里 洋
2「第四紀定義問題の歴史」奥村晃史
3「地質時代の決定と第四紀の模式地」新妻信明
4「人類進化と第四紀」海部陽介
5「石灰質ナンノ化石からみた本邦の第四系と古海洋」佐藤時幸
6「日本の第四系－古地磁気・同位体層序から見た房総半島上総層群および千倉層群」岡田 誠
7「日本の第四系―3.5 ～ 1.5Maの広域テフラ層の層序と給源火山地域」長橋良隆
8「日本の第四系―応用地質における第四系」井上大栄
9「地質情報からみる第四紀問題」尾崎正紀
10「アジアの地質にみる第四紀―アジアの大河川とメガデルタ―」斎藤文紀
総合討論

◈「物性物理学・一般物理学分野の大型計画に関するシンポジウム」

日時　平成22年1月27日(水) 9時45分～18時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「文部科学省からのメッセージ（仮題）」
2「磁場閉じ込め核融合とプラズマ物理」伊藤公孝
3「レーザーによる高エネルギー密度科学」兒玉了祐
4「計算科学をめぐる状況」寺倉清之
5「中性子科学が目指すもの」金谷利治
6「超低速ミュオンによるミュオン科学の革新」西田信彦
7「放射光科学の現状と将来（仮題）」雨宮慶幸
8「次世代光源が物質科学に果たす役割」腰原伸也
9「強磁場科学の最新動向と強磁場コラボラトリ戦略」野尻浩之
10「物質開発研究と大型実験施設」十倉好紀
11「大型施設におけるスモールサイエンスと人材育成」山田和芳

◈北海道地区会議主催講演会
「北海道から発信するフードイノベーション」（仮題）

日時　平成22年2月2日(火)13時30分～17時10分(予定)
場所　北海道大学学術交流会館
次第　第1部「日本の食を支えるサイエンス＆テク

ノロジー」
特別講演「食事を楽しんでいますか？」
唐木英明
講演1「農商工連携と建設帰農」米田雅子
2「北海道米食味向上の奇跡」川村周三
3「植物工場の現状と新たな展開」
松村 健
第2部パネルディスカッション
「北海道の美味しさを丸◎かじり」
パネリスト　石井智美／加藤 淳／西邑隆徳／
船附稚子／久田徳二

◈「国際極年2007-2008 シンポジウム
—地球規模の変動現象と極域の役割り—」
日時　平成22年3月1日(月) 10時00分～17時00分
場所　日本学術会議
次第　第1部「国際極年を振り返って」
基調講演1「南極域における国際極年の研究活動」白石和行
2「北極域の陸域・海洋・大気研究(仮題)」大畑哲夫
3「海洋—海氷域を中心とした両極の気候変動（仮題)」大島慶一郎
第2部「国際極年での研究活動報告（1)」
講演1「南北両極域から見る電離圏・磁気圏現象とその共役性」山岸久雄
2「南極昭和基地におけるオゾン層変動総合観測」中島英彰
第2部「国際極年での研究活動報告（2)」
講演1「北極大気中のブラックカーボンエアロゾルの起源・季節変動及び物理・化学特性」近藤 豊
2「Arctic-HYDRAプロジェクト関連」海洋研究開発機構の代表者
3「北極域の海洋・海氷研究」海洋研究開発機構の代表者
4「南極域の海洋研究、CAML関連」福地光男
5「南北両極における環境変動への微生物学的・生態学的応答-MERGE-」神田啓史
6「東シベリア・スンタルハイアータ地域の雪氷環境変動」高橋修平
7「日本スウェーデン共同内陸トラバース観測」藤田秀二
8「南極セールロンダーネ山地における国際共同地学調査」外田智千
第3部「ポスト国際極年へ向けての提言」
基調講演1「南極昭和大型大気レーダー計画」
佐藤 薫
2「北極海の酸性化（仮題)」
川合美千代

◈「大学の教養教育に授業科目『生活する力を育てる』を」
日時　平成22年3月4日(木) 13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「人の体の成長と変化（生まれてから老齢まで、体と心の健康）（仮題)」
加賀谷淳子
2「生活の管理と健康—成長期からの骨の健康づくりと生活習慣の重要性—」
塚原典子
3「少子化の中の子どもの育ちと親としての経験」無藤 隆
4「長寿時代—新しい生活のマネジメント」工藤由貴子

◈「日本のジェンダー平等の達成と課題を総点検する—CEDAW（国連女性差別撤廃委員会）勧告2009を中心に—」
日時　平成22年3月13日(土) 13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　メッセージ　福島瑞穂大臣
報告　「国際条約」伊藤和子
「国内法」吉岡睦子
「労働・雇用」竹信三恵子
「性暴力」牟田和恵
「人権」阿部浩己
討論　伊藤公雄／大沢真理／小宮山洋子

◈第24回環境工学連合講演会
日時　平成22年4月15日(木)～16日(金)
場所　日本学術会議講堂
次第　特別講演1「異常気候への適応可能社会の構築（仮題)」寶 馨
2「資源循環型社会構築とその環境への貢献（仮題)」中村 崇

◈「第59回理論応用力学講演会」
日時　平成22年6月8日(火)～10日(木)
場所　日本学術会議講堂及び5階会議室
次第　3件の特別講演、パネル討論及び研究発表

日本学術会議の動き

幹事会報告

第86回幹事会

日時　平成21年12月24日（木）

会議の概要

（1）審議事項

○国際委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定

○分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定等

○大学教育の分野別質保証の在り方検討委員会設置要綱の一部改正及び特任連携会員の任期の延長

○IAP声明「経済危機への対応（仮題）」

○外部委員候補者の推薦

について承認されました。

○報告「『リスク社会』下の自由と規制－撤退は国家の宿命か…」について承認されました。

○日本学術会議協力学術研究団体として新たに次の2団体の指定について承認されました。

・東京体育学会

・国際戦略経営研究学会

○第19回国際科学会議科学計画評価委員会出席に係る会員の派遣について承認されました。

期　間　平成22年2月10日（水）～12日（金）

派遣者　黒田玲子第二部会員

○公開シンポジウム及び講演会等の主催7件、国内会議の後援1件及び国際会議の後援1件について承認されました。

2月以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

日本学術会議ニュース

日本学術会議幹事会声明＜日本の未来世代のために我々が今なすべきこと＞を1月15日に発出いたしました。

声明の内容につきましては、SCJトピック（本誌7頁）をご覧ください。

＜訂正＞本誌1月号『日本学術会議ニュース2. 東北地区会議主催講演会』（72頁）中、「金澤一郎日本学術会議会長の特別講演」とあるのは「大垣眞一郎日本学術会議副会長の特別講演」の誤りでした。お詫びして、訂正いたします。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成22年2月以降に予定されているものについて紹介いたします。

◈北海道地区会議主催講演会

「北海道から発信するフードイノベーション」

日時　平成22年2月2日（火）13時30分～17時10分

場所　北海道大学学術交流会館

次第　第1部「日本の食を支えるサイエンス＆テクノロジー」

特別講演「食事を楽しんでいますか？」
唐木英明

講演1「農商工連携と建設帰農」米田雅子

2「北海道米食味向上の奇跡“まぼろし”の新品種「ゆめぴりか」の食味」
川村周三

3「植物工場の現状と新たな展開」
松村 健

第2部パネルディスカッション
「北海道の美味しさを丸◎かじり」

パネリスト　石井智美／加藤 淳／西邑隆徳、船附稚子

コーディネータ　久田徳二

◈「国際極年2007-2008 シンポジウム
―地球規模の変動現象と極域の役割り―」

日時　平成22年3月1日（月）10時00分～17時00分

場所　日本学術会議
次第　第1部「国際極年を振り返って」
基調講演1「南極域における国際極年の研究活動」白石和行
2「北極域の陸域・海洋・大気研究」大畑哲夫
3「両極域における海洋―海氷変動と温暖化」大島慶一郎
第2部「国際極年での研究活動報告（1）」
講演1「南北両極域から見る電離圏・磁気圏現象とその共役性」山岸久雄
2「南極昭和基地におけるオゾン層変動総合観測」中島英彰
第2部「国際極年での研究活動報告（2）」
講演1「北極大気中のブラックカーボンエアロゾルの起源・季節変動及び物理・化学特性」近藤 豊
2「北極域の海洋・海氷研究」菊地 隆
3「南極域の海洋研究、CAML関連」福地光男
4「南北両極における環境変動への微生物学的・生態学的応答-MERGE-」神田啓史
5「東シベリア・スンタルハイアータ地域の雪氷環境変動」高橋修平
6「日本スウェーデン共同内陸トラバース観測」藤田秀二
7「南極セールロンダーネ山地における国際共同地学調査」外田智千
第3部「ポスト国際極年へ向けての提言」
基調講演1「南極昭和大型大気レーダー計画」佐藤 薫
2「北極海の酸性化」川合美千代
総合討論

◈「黄砂・沙漠緑化・草地保全・人工降雨研究の最前線」
日時　平成22年3月2日（火）14時00分～17時00分
場所　（独）国際農林水産業研究センター国際会議場
次第　講演1「方格沙障法を基盤技術とした流動砂丘の緑化と黄砂発生防止のための草地保全によるGHGシンク強化」飯山賢治／金 貞福
2「モンゴルにおける草地保全と畜産経営の両立を目指した研究・調査の紹介」鳥山和伸
3「黄砂・沙漠化防止用草方格の気象改良と沙漠緑化への人工降雨普及の可能性」真木太一
4「過冷却積雲への液体炭酸散布人工降雨実験－山口県長門市沖での実施例－」脇水健次

◈「大学の教養教育に授業科目『生活する力を育てる』を!」
日時　平成22年3月4日（木）13時00分～16時50分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「生活機能の性・年齢別変化：身体教養のススメ」福永哲夫
2「生活の管理と健康―成長期からの骨の健康づくりと生活習慣の重要性―」塚原典子
3「少子化の中の子どもの育ちと親としての経験」無藤 隆
4「長寿社会－新しい生活のマネジメント」工藤由貴子

◈第3回情報学シンポジウム「情報分野のロードマップ」
日時　平成22年3月6日（土）13時30分～17時30分
場所　日本学術会議講堂
次第　招待講演「企業における情報分野のロードマップ－グローバル・テクノロジー・アウトルックの活用」久世和資
講演1「欧州における情報分野のロードマップ」嶋田惠一
2「米国における情報分野の政策の動向」嶋田一義
パネル討論「30年後の未来予想としての情報分野ロードマップ」
上井美和子／坂内正夫／坂村 健／青山友紀／五條堀 孝／片桐 滋／安

逢 淳　喜連川 優　今井秀樹　北川源四郎

◈「高齢者の健やかな生活を実現するために―基盤づくりと人材育成」

日時　平成22年3月13日(土) 13時00分～15時30分
場所　東京大学情報学環・福武ホール(本郷キャンパス)
次第　講演1「高齢者自らが意図する健康を支える基盤づくり(仮)」高見国生
　　2「家庭医養成で広がる地域基盤型高齢者ケア」葛西龍樹
　　3「生活支援の意義と人材育成」白澤政和
　　4「超高齢社会対応のまちづくり」秋山弘子
　　討論　「老年看護学、歯科学の分野から」

◈「日本のジェンダー平等の達成と課題を総点検する―CEDAW(国連女性差別撤廃委員会)勧告2009を中心に―」

日時　平成22年3月13日(土) 15時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　メッセージ　福島瑞穂大臣
　　報告　「国際条約」伊藤和子
　　「国内法」榊原富士子
　　「労働・雇用」竹信三恵子
　　「性暴力」牟田和恵
　　「人権」阿部浩己
　　討論　伊藤公雄・大沢真理・小宮山洋子

◈社会福祉学大学院教育のあり方―高度専門職養成と研究者養成―

日時　平成22年3月27日(土) 13時00分～15時00分
場所　東洋大学白山キャンパス
次第　シンポジウム　大友信勝・太田義弘・吉川孝順・大橋謙策・上野谷加代子・高橋重宏

◈「日本の学術の展望―化学からの提言2010と科学技術政策提言」

日時　平成22年3月28日(日) 13時00分～17時30分
場所　近畿大学本部キャンパス会議室(予定)
次第　講演1「日本の展望―理学・工学からの第4期科学技術基本計画(戦略)への提言」岩澤康裕
　　2「日本の展望―化学からの提言2010」藤嶋 昭
　　3「物理化学・生物物理化学からの提言2010」北川禎三
　　4「無機化学からの提言2010」田中晃二
　　5「有機化学からの提言2010」山本嘉則
　　6「高分子化学からの提言2010」岡本佳男
　　7「分析化学からの提言2010」澤田嗣郎
　　8「材料化学からの提言2010」橋本和仁
　　9「結晶学からの提言2010」菅原 正
　　10「生体関連化学からの提言2010」青山安宏
　　11「化学工学・触媒工学からの提言2010」架谷昌信

◈第24回環境工学連合講演会

日時　平成22年4月15日(木)～16日(金)
場所　日本学術会議講堂
次第　特別講演1「異常気候への適応可能社会の構築(仮題)」寶 馨
　　2「資源循環型社会構築とその環境への貢献(仮題)」中村 崇

◈「第59回理論応用力学講演会」

日時　平成22年6月8日(火)～10日(木)
場所　日本学術会議講堂及び5階会議室
次第　3件の特別講演、パネル討論及び研究発表

◈「第54回日本学術会議材料工学連合講演会」

日時　平成22年10月25日(月)～27日(水)
場所　ハートピア京都
次第　一般講演、オーガナイズドセッション(含基調講演)、特別講演

日本学術会議の動き

幹事会報告

第87回幹事会（持ち回り）
日時　平成22年1月14日（木）
会議の概要
（1）審議事項
○若手アカデミー委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定
○若手アカデミーに関する国際ワークショップ「ナショナルヤングサイエンティストアカデミー並びにグローバルヤングサイエンティストアカデミーの設立に関するワークショップ（GYSA）」への会員の派遣
について承認されました。

第88回幹事会
日時　平成22年1月28日（木）
会議の概要
（1）審議事項
○連携会員のご逝去に伴う補欠の連携会員の候補者の決定
○国際人権ネットワーク対応委員会の委員の決定
○国際委員会における分科会の委員の決定
○分野別委員会における委員会等の委員の決定
○外部委員候補者の推薦（（独）日本学術振興会評議員）
について承認されました。
○日本学術会議協力学術研究団体として次の6団体の指定について承認されました。
・日本イェイツ協会
・日本看護医療学会
・日本マンガ学会
・棚田学会
・法と精神医療学会
・日本口臭学会
○平成21年度代表派遣の平成22年3月分1件について承認されました。
○イスラエル科学・人文科学アカデミー創立50周年記念式典への会員の派遣について承認されました。
○公開シンポジウム等の開催14件及び国内会議の後援5件について承認されました。

第89回幹事会（持ち回り）
日時　平成22年2月5日（金）
会議の概要
（1）審議事項
○公開シンポジウム等の開催1件について承認されました。

3月以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

日本学術会議ニュース

平成22年度春の定例総会
日本学術会議第157回総会は、4月5日（月）～4月7日（水）までの3日間開催する予定です。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ
今回は、平成22年3月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◈「日本のジェンダー平等の達成と課題を総点検する―CEDAW（国連女性差別撤廃委員会）勧告2009を中心に―」
日時　平成22年3月13日（土）13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　メッセージ　福島瑞穂大臣
　　報告　「国際条約」伊藤和子
　　「国内法」吉岡睦子
　　「労働・雇用」竹信三恵子
　　「性暴力」牟田和恵
　　「人権」阿部浩己
　　討論　伊藤公雄／大沢真理／小宮山洋子

◈「高齢者の健やかな生活を実現するために―基盤づくりと人材育成」
日時　平成22年3月13日（土）13時00分～15時30分

日本学術会議の動き

場所　東京大学情報学環・福武ホール（本郷キャンパス）
次第　講演1「高齢者自らが意図する健康を支える基盤づくり」高見国生
2「家庭医養成で広がる地域基盤型高齢者ケア」葛西龍樹
3「生活支援の意義と人材育成」白澤政和
4「超高齢社会対応のまちづくり」秋山弘子
指定討論　「老年看護学、歯科学の分野から」

◈第3回「犯罪からの子どもの安全」
日時　平成22年3月16日（火）13時00分～18時00分
場所　時事通信ホール（東京都中央区）
次第　講演1「子どもを守る組織の課題」田村正博
2「子どもたちの対人関係能力を向上させ自尊感情を育成するために」小泉令三
3「子どもを守るリーダーをどうやって育てるか」坂元 昂
4「犯罪を未然に回避するコミュニケーション能力」平田オリザ

◈「計算科学シミュレーションシンポジウム」
日時　平成22年3月25日（木）10時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　基調講演1「大規模計算は科学や技術をどう変えたか」矢川元基
2「次世代スーパーコンピュータプロジェクトの概要」渡辺 貞
講演1「ものづくり支援シミュレーションの現状と課題」白鳥正樹
2「マルチスケール・マルフィジックスシミュレーションの概要」尾形修司
3「数値シミュレーションの信頼性」中尾充宏
4「ものづくり分野におけるスーパーコンピューティング技術推進について」
5「脳の情報・機能・構造の統合的理解に関する検討」内藤 健
6「心と脳など新しい領域に関する計算科学シミュレーションの現状と課題」萩原一郎

◈「社会福祉学（ソーシャルワーク実践）大学院教育のあり方―高度専門職養成と研究者養成―」
日時　平成22年3月27日（土）13時00分～15時00分
場所　東洋大学白山キャンパス6号館2階6204教室
次第　シンポジウム　大友信勝／太田義弘／古川孝順／大橋謙策／上野谷加代子／高橋重宏

◈「『地理』で学ぶ防災」
日時　平成22年3月27日（土）13時00分～16時30分
場所　法政大学市ヶ谷キャンパス
次第　講演1「地理教育における災害や防災にかかわる学習の位置づけ」浅川俊夫
2「小学生を対象とした防災教育」寺本 潔
3「中学生を対象とした防災教育」高圓省三
4「高等学校地理における防災教育」伊藤智章
5「防災教育における大学の役割と地理の位置づけ」鈴木康弘
6「理科（地学）の立場から」美澤綾子
7「地理教育専門委員会の立場から」井田仁康
8「災害リテラシーを高める基礎としての学校地理教育」田村俊和／春山成子

◈「環境市民活動は何を目指すのか？～環境共生社会における役割と目標について考える～」
日時　平成22年3月28日（日）13時00分～17時00分
場所　法政大学市ヶ谷キャンパス
次第　基調講演　「環境共生社会における市民活動の役割と目標」原科幸彦
報告1「市民参加による環境共生都市づくり」和泉 潤
2「地域資源の発掘・利用―山形とアルカディア」松山 薫
3「湖沼地域における市民による環境運動」淺野俊久
4「スコットランドにおける市民参加の森づくり―森林トラストを中心として―」木本浩一
5「環境学習による市民主体の地域づくり」山本佳世子
コメント　香川雄一／山室真澄

◈「日本の学術の展望―化学からの提言2010と科学技術政策提言」

日時　平成22年3月28日(日) 13時00分～17時30分
場所　近畿大学19号館2階19-001号室
次第　講演1「日本の展望―理学・工学からの第4期科学技術基本計画への提言」岩澤康裕
2「日本の展望―化学からの提言2010」藤嶋 昭
3「物理化学・生物物理化学からの提言2010」北川禎三
4「無機化学からの提言2010」田中晃二
5「有機化学からの提言2010」山本嘉則
6「高分子化学からの提言2010」岡本佳男
7「分析化学からの提言2010」澤田嗣郎
8「材料化学からの提言2010」橋本和仁
9「結晶学からの提言2010」菅原 正
10「生体関連化学からの提言2010」青山安宏
11「化学工学・触媒工学からの提言2010」架谷昌信

◈「データセントリックサイエンスがつくる未来」

日時　平成22年3月29日(月) 15時30分～17時30分
場所　統計数理研究所（東京都立川市）
次第　講演1「大量大規模データを活かす科学が予言する未来社会」北川源四郎
2「マルチエージェントシミュレーションで描く都市交通の未来」中島秀之

◈「自然災害軽減のための学協会の役割と課題」

日時　平成22年3月31日(水) 13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　報告　龍岡文夫／重川希志依／当麻純一／和田 章／鈴木浩平／島崎邦彦／濱田政則／今村文彦
パネルディスカッション
長谷見雄二／目黒公郎／風間基樹／立木茂雄／堀 宗朗／福和伸夫／梶原浩一／武村雅之　他

◈「先端フォトニクスの展望」

日時　平成22年4月9日(金) 13時00分～18時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「ナノ科学技術が拓く先端フォトニクス」荒川泰彦
2「先端レーザー技術による光物理学の展開」五神 真
3「プラズモニクス：機能と応用とその未来」河田 聡
4「フォトニック結晶の現状と将来展望」野田 進
5「光トポグラフィがひらく未来」小泉英明

◈第24回環境工学連合講演会
「地球環境に対する日本の貢献」

日時　平成22年4月15日(木)～16日(金)
場所　日本学術会議講堂
次第　特別講演1「異常気候への適応可能社会の構築」寶 馨
2「資源循環型社会構築とその環境への貢献」中村 崇
3「広域資源環境におけるフロー制御」細田衛士

◈「植物工場における自動化・情報化技術の展望」

日時　平成22年4月27日(火) 13時00分～17時00分
場所　日本学術会議講堂
次第　講演1「日本型（アジア型）太陽光植物工場の開発と栽培上の課題について―トマトの低段密植周年栽培、葉菜類の高効率周年栽培野の事例―」丸尾 達
2「植物からの情報を利用した環境制御手法」清水 浩
3「植物工場におけるロボット化技術の現状」門田充司
4「パラレルロボットの植物工場への応用（可能性）」鳥居 徹

◈「生物多様性をめぐる科学と社会の対話」

日時　平成22年5月22日(土) 13時00分～17時30分
場所　兵庫県豊岡市市民プラザ
次第　第一部 リレートーク「統合生物学が切りひらく生物多様性研究の最前線」
第二部 統合生物学委員会からの提言
第三部 地域の挑戦／皆の挑戦／私の挑戦
第四部 意見交換／総合対話

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（謝辞も含む）を削除したもの)、および電子媒体（フラッシュメモリ，ＣＤのいずれか，ラベルには著者，表題，使用ＯＳ，使用ソフトウェアを明記する）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」と朱書し，書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し，形式が整った時点を受付日とする。

４．原稿の受付

原稿の受付は，随時行っている。投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は，受理できない。

５．投稿の採否

投稿の採否は，規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

査読の結果，「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で，その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には，不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総　　説	資料・その他
独　　創　　性	○	○	○		
萌　　芽　　性		○	○		
発　　展　　性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信　　頼　　性	○			○	
完　　成　　度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6．原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，２校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7．原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分１頁につき実費とする。

図表は，Ａ４判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体で必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8．著 作 権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9．原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月１日より発効する。

付　　則

1）平成５年７月30日　一部改正実施する。
2）平成９年７月24日　一部改正実施する。
3）平成12年４月22日　一部改正実施する。
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。
7）平成21年８月２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判にコピーして使用）に，原稿の種類，和・英（JAMAの書式（URL:http://jama.ama-assn.org/））の論文題名，およびキーワード（５語以内シソーラスで確認する），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）原則としてデータ入稿とし，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30㎜，上下余白50㎜とする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名，所属を記入しない。

3）英文抄録は200語以内をＡ４判の用紙に，原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて，シングルスペースで印字する（原著論文，研究報告のみ）。英文についてはネイティブチェックの確認書を同封すること。

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）図はWord・Excel・Power Point，表はWord・Excelで作成し，本文データとは別のファイルで，それぞれオリジナルデータのまま入稿する。

7）図表は，原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は，原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

8）文献は，本文の引用箇所の肩に１），２）のように番号で示し，本文原稿の最後に一括して引用番号順に整理して記載し，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）.

※ただし，「巻」の通しページの場合は「(号)」の表示は必要ない（以下，例２））。

－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, 5, 132-138, 2000.

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，URL

－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/journl/manual.html

なお，雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9）用字・用語は，現代かなづかいとする。アラビア数字を使い，SI 単位系（m，kg，S，Aなど）を用いる。

2．原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙３枚が刷り上がり１ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし，表題，図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で，A４サイズの用紙に配置した場合に必要となる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。

⑴　原著論文　　10ページ
⑵　研究報告　　10ページ
⑶　技術・実践報告　　７ページ
⑷　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（フラッシュメモリ，CDの，いずれか）で提出する。ラベルには著者，表題，使用OS，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８月２日　一部改正実施する。
8）平成21年11月５日　一部改正実施する。

理事会承認の上，24巻５号会報57号でお知らせしましたように，任期終了に伴い査読者のご氏名については，本号で以下のように公表させて頂きます。

日本看護研究学会査読委員

（アイウエオ順）

（平成19年６月８日～平成22年３月31日）

青山ヒフミ	安藤　詳子	網島ひづる	青木きよ子	足立　久子	足立はるゑ	浅野みどり
一戸とも子	市村久美子	石川ふみよ	石黒　彩子	飯村　直子	石鍋　圭子	内田　宏美
大串　靖子	小野ツル子	大石　杉乃	岡部　恵子	川野　雅資	片岡　万里	河野　保子
柿川　房子	掛橋千賀子	片岡　　純	北川　公子	国武　和子	國方　弘子	小山　幸代
小松万喜子	小林　淳子	小林　敏生	佐藤　栄子	佐藤　洋子	阪本　恵子	佐藤　和子
柴山　健三	渋谷　優子	杉浦　太一	鈴木みずえ	千田　好子	武田　利明	田中美智子
田中　洋子	坪倉　繁美	土井まつ子	中島紀恵子	中西　純子	中木　高夫	長江　弘子
永野みどり	中山　和弘	野地　有子	野本百合子	萩澤さつえ	橋本　和子	東　サトエ
人見　裕江	平井さよ子	藤本　悦子	藤田きみゑ	藤原千恵子	堀井たづ子	細見　明代
細田　泰子	細川　淳子	前田ひとみ	堀内　ふき	桝本　妙子	松下由美子	丸岡　直子
眞鍋えみ子	松田　宣子	松田　光信	三重野英子	光木　幸子	宮内　　環	水田真由美
村上　生美	森　　一恵	森田　敏子	森下　利子	森下　妙子	楊箸　隆哉	山田　静子
山本　恭子	八塚　美樹	山田　京子	山勢　善江	良村　貞子	米田　昌代	吉田久美子
李　　節子	三河内憲子	若村　智子	浦田　秀子	真嶋由貴恵	田村　秀子	田中　裕二
小野　ミツ	北村久美子	安田　智美	和田恵美子			

（敬称略）（102名）

（アイウエオ順）

（平成19年７月27日～平成22年３月31日）

北村久美子　平　　典子　安田　智美　和田恵美子

（敬称略）（４名）

（アイウエオ順）

（平成20年８月19日～平成22年３月31日）

影山セツ子	山田　律子	石井　トク	川村佐和子	川嶋みどり	小松　浩子	松田たみ子
黒田　裕子	山口　桂子	阿曽　洋子	泉　キヨ子	前原　澄子	宮腰由紀子	田島　桂子
松岡　　緑	尾岸恵三子	上鶴　重美				

（敬称略）（17名）

編集委員会からの委嘱による査読委員

（アイウエオ順）

（平成19年４月１日～平成22年３月31日）

麻生ナミ恵	阿部テル子	東　ますみ	天谷真奈美	浅野　美礼	赤川　晴美	跡上　富美
石村由利子	石井　範子	猪下　　光	稲吉　光子	岩田　浩子	市江　和子	池田　敏子
石井　秀宗	池邉　敏子	岩瀬　信夫	岩崎　弥生	市川　政雄	浦田　秀子	浦川加代子
宇佐美しおり	遠藤　芳子	江守　陽子	遠藤　淑美	大池美也子	大平　光子	太田　勝正
岡田　由香	岡田　佳詠	小幡　光子	岡光　京子	岡　須美恵	川口　孝泰	川本利恵子
勝田　仁美	川出富貴子	川口　優子	北島　謙吾	北　　素子	工藤せい子	櫛引美代子
小松万喜子	近藤　裕子	國生　拓子	小西美和子	近藤　浩子	齋藤やよい	佐伯　由香

斎藤　真	酒井　明子	佐々木真紀子	斉藤ひさ子	佐々木綾子	佐藤　政枝	白石壽美子
塩飽　仁	白尾久美子	白石　裕子	篠原ひとみ	須釜　淳子	鈴木　啓子	杉山　敏子
關戸　啓子	谷田恵美子	瀧川　薫	高山　成子	竹田千佐子	多田　敏子	高橋　睦夫
土屋八千代	出口　禎子	泊　祐子	永見　桂子	永井　優子	中村由美子	永山くに子
中村　陽子	中村美知子	西沢　義子	野島　良子	野戸　結花	野村志保子	野澤美江子
長谷川ともみ	葉久　真理	藤井　博英	藤井　徹也	藤崎　郁	藤本　幸三	星　和美
松本　啓子	松下　年子	道重　文子	水渓　雅子	宮島　朝子	水野恵理子	三木　明子
水野　道代	森　千鶴	山本冨士江	山崎あけみ	淘江七海子	吉沢豊予子	吉富美佐江
米山奈奈子	渡邊タミ子					

（敬称略）（107名）

事　務　局　便　り

1．平成22年度会費納入のご案内について

平成21年度会費をお納めの上，平成22年３月31日までに，平成22年度から「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌33巻１号を送付いたしております。

平成22年度会費未納の方は，お早めに同封の振込用紙または，下記の納入方法でお振込下さいますようお願いいたします。

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，お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は，学会誌をお送りした封筒宛名ラベルに明記してありますので，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)(2009)
平成22年度会費をお支払い下さい。

①　②　③

①：地区番号
②：**会員番号**
③：会費最終納入年度

3．送付先等変更の場合・学会誌巻末の「変更届」に新しい送付先を楷書でお書きいただき，フリガナを付記し，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．下記の方が，住所不明です。ご存知の方は，ご本人または，事務局までご連絡をお願いいたします。

さ0181　佐合　元子　さ0631　齋藤　亮子　た0081　高橋　弘子　た0755　滝原　　香　な0618　中川　博文
ふ0317　降矢　直美　も0242　森本紗磨美（2009）　ま0291　増田　敬子（2008）　お0260　小幡　セイ（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	ＦＡＸ	043－221－2332

日　本　看　護　研　究　学　会　雑　誌

第33巻　１号

会員無料配布

平成22年４月20日　印刷
平成22年４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）徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部
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）秋田大学大学院医学系研究科
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）徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部
（アイウエオ順）

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

発行責任者　山　口　桂　子

印刷所　（株）正　文　社
〒260-0001　千葉市中央区都町１－10－６

入会を申し込まれる際は，以下の事項にご留意下さい。（ホームページ上において入会申込書を作成し，仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。）

1．**大学，短期大学，専修学校在学中の学生は入会できません**。なお，前述の身分に該当する方で，学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は，発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2．入会を申し込まれる場合は，評議員の推薦，署名，捺印，入会申込み本人氏名，捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

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	
送付先住所	自宅・所属（いずれかに○）	〒	
E-mail			
自宅	TEL	FAX	
評議員推薦者氏名	印	会員番号	
推薦者所属			
事務局記入欄	理事会承認年月日		
	受付番号	年度入会会員番号	
	受付日	巻　　号～	
	通知番号	送付日	

地区割

地区名		都道府県名
1	北海道	北海道
2	東北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島
3	関東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟
4	東京	東京，埼玉，山梨，長野
5	東海	神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重
6	近畿・北陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
7	中国・四国	島根，鳥取，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知
8	九州・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 （番号に〇）	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

医歯薬出版の最新刊

小児救急 トリアージテキスト

伊藤龍子・矢作尚久　編著

■B5判　156頁　定価3,780円（本体3,600円 税5%）
ISBN978-4-263-23536-2

小児救急医療での効果的なトリアージ稼働のために！

- ●救急部門に勤務する医師・看護師の全員が「小児のトリアージ実践」をできるために必要な項目を完全網羅．トリアージのハード面からソフト面におよぶ全容を提供！
- ●トリアージが可能な資格要件の吟味から，医療者を支援する基礎的教育とフォローアップ教育，質保障の監視機能，検討会などの設置まで，順を追って解説．
- ●最終章では，トリアージ実践例を収載．事例から現場の実際を，リアルに学習できる．

むずかしい症例の胃瘻造設手技からトラブル対策までオールカラーで解説

胃ろうPEG管理のすべて

胃ろう造設からトラブル対策まで

合田文則　編著

■B5判　284頁　オールカラー　定価7,350円（本体7,000円 税5%）
ISBN978-4-263-70577-3

- ●さまざまな胃瘻造設術，胃瘻の管理・ケア，胃瘻カテーテル交換について，カラー図・症例写真を多用して解説．
- ●「トラブル症例集」では全国から集めた64症例を掲載．全ての症例に対し，診断－機序－対応－予防の順で解説．冒頭で症例写真を示し，対策の過程，トラブル解決後の状態まで，流れを追って詳解．

お母さんに伝えたい

子どもの病気 ホームケアガイド

第3版

日本外来小児科学会　編著

■B5　192頁　オールカラー　定価2,100円（本体2,000円 税5%）
ISBN978-4-263-23533-1

- ●通院後，家庭で気を付けるケアポイントを，わかりやすい言葉とイラストで説明したオールカラーのパンフレット集．予防接種の項には，Hibワクチン・肺炎球菌ワクチン・子宮頸がんワクチンを追加．

医歯薬出版株式会社　http://www.ishiyaku.co.jp/
〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10　TEL.03-5395-7610　FAX.03-5395-7611

2010年3月作成　TP

Japan Society of Nursing Research