

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 33 Number 2 June 2010 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[33巻2号]

The Roy Adaptation Model
Third Edition

ザ・ロイ 適応看護 モデル 第2版

著
シスター・カリスタ・ロイ

監訳

松木光子

大阪大学名誉教授
日本赤十字北海道看護大学名誉学長・名誉教授

ロイ適応看護モデルの
テキストの決定版



●B5 頁696 2010年
定価 5,040円 (本体 4,800円+税 5%)
[ISBN978-4-260-00973-7]
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。

ロイの最新の考え方を取り入れた9年ぶりの改訂版。

集団アイデンティティ様式の内容が拡大し、独立した章となったほか、すべての章で内容が改訂されている。各章の最後には理解度をみるための問題と応用問題が収載されている。

目次

CONTENTS

第1部 ロイ適応モデルの概要

- 第1章 | 知識に立脚する専門職としての看護
- 第2章 | ロイ適応モデルの構成要素
- 第3章 | ロイ適応モデルの看護過程
- 第4章 | 適応様式の概要

第2部 個人の適応様式

- 第5章 | 酸素摂取
- 第6章 | 栄養
- 第7章 | 排泄
- 第8章 | 活動と休息
- 第9章 | 防衛
- 第10章 | 感覚
- 第11章 | 体液、電解質、酸・塩基平衡

- 第12章 | 神経機能
- 第13章 | 内分泌機能
- 第14章 | 個人の自己概念様式
- 第15章 | 個人の役割機能様式
- 第16章 | 個人の相互依存様式

第3部 関係のある人々(集団)の適応様式

- 第17章 | 関係のある人々(集団)の物理的様式
- 第18章 | 関係のある人々(集団)の集団アイデンティティ様式
- 第19章 | 関係のある人々(集団)の役割機能様式
- 第20章 | 関係のある人々(集団)の相互依存様式

第4部 ロイ適応モデルの適用

- 第21章 | ロイ適応モデルの適用



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)

一般社団法人日本看護研究学会平成22年度定時社員総会が平成22年5月23日(日)午後1時、日本赤十字看護大学201講義室において開催され、以下について審議・承認されましたので、お知らせいたします。

1. 平成21年度事業報告について
2. 平成21年度決算報告について(資料3:貸借対照表を参照)
 - 1) 会計報告
 - 2) 監査報告
3. 平成22年度事業案について
4. 平成22年度予算案について
5. 奨励賞受賞者の推薦について
6. 第39回(平成25年度)学術集会会長の推薦について
7. 新役員の選任について(資料2:役員名簿参照)

注1) 本社員総会は、一般社団法人日本看護研究学会第1回評議員選挙(平成21年実施)により選任された50名(平成22年5月23日～平成26年定時社員総会前日まで)、および定款第44条(社員の特例)、評議員選出規定附則4.により選任された131名(平成22年5月23日～平成24年定時社員総会前日まで)の合計181名の評議員によって構成される。(資料1:評議員名簿参照)

平成22年5月23日

一般社団法人
日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

(資料1)

評議員地区別名簿

(任期：平成22年5月23日～平成26年定時社員総会前日まで)

(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所		

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	小坂橋喜久代	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）

評議員地区別名簿

（任期：平成22年5月23日～平成24年定時社員総会前日まで）

（敬称略）

北海道地区（4名）

氏名	所属	氏名	所属
上田 順子	旭川医科大学医学部附属病院	川畑いづみ	北海道大学病院
北村久美子	旭川医科大学看護学科	平 典子	北海道医療大学看護福祉学部

東北地区（8名）

氏名	所属	氏名	所属
石井 範子	秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻	一戸とも子	弘前大学大学院保健学研究科
石井 トク	日本赤十字北海道看護大学	木村 紀美	弘前学院大学看護学部看護学科
小林 淳子	山形大学医学部看護学科	塩飽 仁	東北大学大学院医学系研究科
武田 利明	岩手県立大学看護学部	平元 泉	秋田大学大学院医学系研究科

関東地区（9名）

氏名	所属	氏名	所属
青木きよ子	順天堂大学医療看護学部	市村久美子	茨城県立医療大学
石川ふみよ	東京工科大学医療保健学部看護学科	加納佳代子	神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科
川口 孝泰	筑波大学大学院人間総合科学研究科（医学群看護学類）	紙屋 克子	静岡県立大学
北川 公子	茨城県立医療大学	中島紀恵子	日本看護協会看護教育研究センター
永野みどり	千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学		

東京地区（22名）

氏名	所属	氏名	所属
麻原きよみ	聖路加看護大学地域看護	飯村 直子	首都大学東京健康福祉学部看護学科
大石 杉乃	東京慈恵会医科大学医学部看護学科	尾岸恵三子	学校法人日本赤十字学園日本赤十字秋田看護大学学部長
岡部 恵子	埼玉医科大学保健医療学部看護学科	奥野 茂代	京都橘大学老年看護学
柿川 房子	東京慈恵会医科大学大学院看護学専攻修士課程	菊地登喜子	東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻修士課程
小松 浩子	慶應義塾大学看護医療学部	齋藤やよい	東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科生体・生活機能看護学
田村 秀子	厚生労働省	渋谷 優子	新潟医療福祉大学
坪倉 繁美	社団法人日本看護協会	筒井真優美	日本赤十字看護大学
中山 和弘	聖路加看護大学	南野知恵子	参議院議員
松田たみ子	茨城県立医療大学	松下由美子	山梨県立看護大学
村嶋 幸代	東京大学大学院医学系研究科	森 千鶴	筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻精神看護学
楊箸 隆哉	郡山健康科学専門学校	李 節子	長崎県立大学大学院人間健康科学研究科

東海地区（22名）

氏名	所属	氏名	所属
安藤 詳子	名古屋大学医学部保健学科看護学内	浅野みどり	名古屋大学医学部保健学科
池田 明子	北里大学	伊藤 孝治	三重県立看護大学
稲吉 光子	北里大学看護学部	市江 和子	聖隷学園聖隷クリスティーファ大学看護学部
岩瀬 信夫	愛知県立大学看護学部	太田 勝正	名古屋大学医学部保健学科基礎看護学講座
鎌倉やよい	愛知県立看護大学	片岡 純	愛知県立看護大学
小山 幸代	北里大学看護学部	小松万喜子	愛知県立看護大学
柴山 健三	藤田保健衛生大学大学院保健学研究科クリティカルケア学	白尾久美子	静岡県立大学看護学部
鈴木 初子	愛知医科大学看護学部	杉浦 太一	岐阜大学医学部看護学科
高橋 眞理	北里大学看護学部	土井まつ子	愛知医科大学看護学部
藤井 徹也	聖隷クリスティーファ大学看護学部	山口 桂子	愛知県立大学看護学部小児看護学・家族看護学
山田 静子	藤田保健衛生大学医療科学部看護学科	三河内憲子	日本赤十字豊田看護大学

近畿・北陸地区 (28名)

氏名	所属	氏名	所属
青山ヒフミ	大阪府立大学看護学部	阿曾 洋子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
泉 キヨ子	金沢大学医薬保健研究域保健学系臨床実践看護学講座	藤崎 郁	臨床実践教育研究センター (CERN)
藤田きみゑ	滋賀県立大学人間看護学部	藤原千恵子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
堀井たづ子	京都府立医科大学医学部看護学科	細見 明代	神戸市看護大学
星 和美	大阪府立大学看護学部	細田 泰子	大阪府立大学看護学部
榎本 妙子	明治国際医療大学看護学部	丸岡 直子	石川県立看護大学
眞鍋えみ子	京都府立医科大学医学部看護学科	松田 宣子	神戸大学大学院保健学研究科
松田 光信	神戸常盤大学保健科学部看護学科	真嶋由貴恵	大阪府立大学統合教育研究機構
光木 幸子	京都府立医科大学医学部看護学科	宮内 環	広島大学大学院保健学研究科
水田真由美	和歌山県立医科大学保健看護学部	森 美春	
森 一恵	岩手県立大学看護学部	森下 妙子	
山本 恭子	園田学園女子大学人間健康学部	矢野 正子	聖マリア学院大学
安田 智美	富山大学医学部看護学科	米田 昌代	石川県立看護大学母性小児看護学講座
吉田久美子	石川県看護連盟	若村 智子	京都大学医学研究科人間健康科学系専攻

中国・四国地区 (19名)

氏名	所属	氏名	所属
網島ひづる	兵庫医療大学	猪下 光	岡山大学大学院保健学研究科看護学専攻成育看護学
上岡 澄子		内田 宏美	島根大学医学部看護学科
片岡 万里	高知大学医学部看護学科	掛橋千賀子	岡山県立大学看護学科
國方 弘子	香川県立保健医療大学	近藤 裕子	広島国際大学看護学部看護学科
小林 敏生	広島大学大学院保健学研究科	阪本 恵子	広島都市学園大学健康科学部看護学科
關戸 啓子	徳島大学医学部保健学科看護学専攻	千田 好子	山陽学園大学看護学部
中西 純子	愛媛県立医療技術大学	橋本 和子	福山平成大学看護学部看護学科
人見 裕江	近大姫路大学	藤田 倫子	高知大学医学部看護学科
宮腰由紀子	広島大学大学院保健学研究科	村上 生美	森ノ宮医療大学保健医療学部看護学科設置準備室
森下 利子	高知女子大学看護学部		

九州・沖縄地区 (19名)

氏名	所属	氏名	所属
井上 範江	佐賀大学医学部看護学科看護基礎科学講座看護援助学分野	井上 悦子	
浦田 秀子	長崎大学医学部保健学科	大池美也子	九州大学医学部保健学科
小幡 光子	三重大学医学部看護学科	国武 和子	福岡大学医学部看護学科
佐藤 和子	大分大学医学部看護学科	斉藤ひさ子	佐賀大学医学部看護学科
田中美智子	福岡県立大学	田中 洋子	福岡女学院看護大学
土屋八千代	宮崎大学医学部看護学科	萩澤さつえ	熊本保健科学大学
東 サトエ	宮崎大学医学部看護学科	前田ひとみ	熊本大学大学院生命科学研究部
松岡 緑	福岡女学院看護大学	三重野英子	大分大学医学部看護学科
森田 敏子	熊本大学大学院生命科学研究部	安酸 史子	福岡県立大学看護学科
山勢 善江	日本赤十字九州国際看護大学		

(合計 131名)

(資料2)

一般社団法人日本看護研究学会
理事・監事名簿

理事役職名	氏名
理事 長	山口 桂子
副理事 長	泉 キヨ子
副理事 長	黒田 裕子
理事	石井 トク
理事	井上 智子
理事	宇佐美 しおり
理事	叶谷 由佳
理事	紙屋 克子
理事	川口 孝泰
理事	小板橋 喜久代
理事	小松 浩子
理事	塩 飽 仁
理事	新道 幸恵
理事	近田 敬子
理事	中木 高夫
理事	林 みよ子
理事	深井 喜代子
理事	松岡 緑
理事	松田 たみ子
理事	宮腰 由紀子
理事	山田 律子
理事	良村 貞子
監事	安藤 詳子
監事	金井 一薫

(アイウエオ順)

(資料3)

貸借対照表総括表

平成22年3月31日現在

一般社団法人 日本看護研究学会

(単位：円)

科目	一般会計	奨学会 特別会計	選挙事業 積立金 特別会計	第35回 学術集会 特別会計	第36回 学術集会 特別会計	第37回 学術集会 特別会計	内部取引 消去	合計
I 資産の部								
1. 流動資産	26,018,139	9,933,141	762,177	0	3,000,000	3,001,000	△ 6,000,699	36,713,758
2. 固定資産	[21,755,087]	[0]	[2,545,813]	[0]	[0]	[0]	[0]	[24,300,900]
(1) 基本財産	0	0	0	0	0	0		0
(2) 特定資産	19,000,000	0	0	0	0	0		19,000,000
(3) その他固定資産	2,755,087	0	2,545,813	0	0	0		5,300,900
資産合計	47,773,226	9,933,141	3,307,990	0	3,000,000	3,001,000	△ 6,000,699	61,014,658
II 負債の部								
1. 流動負債	16,211,668	0	0	0	3,000,000	3,001,000	△ 6,000,699	16,211,969
2. 固定負債	0	0	0	0	0	0		0
負債合計	16,211,668	0	0	0	3,000,000	3,001,000	△ 6,000,699	16,211,969
III 正味財産の部								
1. 指定正味財産	0	0	0	0	0	0		0
(うち基本財産への充当額)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)		(0)
(うち特定資産への充当額)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)		(0)
2. 一般正味財産	31,561,558	9,933,141	3,307,990	0	(0)	0		44,802,689
(うち基本財産への充当額)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)		(0)
(うち特定資産への充当額)	(19,000,000)	(0)	(0)	(0)	(0)	(0)		(19,000,000)
正味財産合計	31,561,558	9,933,141	3,307,990	0	0	0	0	44,802,689
負債及び正味財産合計	47,773,226	9,933,141	3,307,990	0	3,000,000	3,001,000	△ 6,000,699	61,014,658

会 告 (2)

下記のとおり平成22年度奨学会研究が決定いたしました。

平成22年 5 月23日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

記

本多 容子 氏 (大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻)

「特定高齢者対象の転倒予防教室における運動前の足浴の転倒予防効果の検討」

会 告 (3)

会告(1)新役員の選任により、編集委員会、奨学会委員会、学会賞・奨励賞委員会の連絡先は下記のとおり変更となりましたので、ご留意ください。

平成22年5月23日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 山 口 桂 子

記

編集委員会

投稿原稿送付先 〒260-0015 千葉県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 中木 高夫 宛て

奨学会委員会 〒260-0015 千葉県千葉市中央区富士見2-2-6
連絡先 富士ビル6階
一般社団法人日本看護研究学会奨学会委員会
委員長 紙屋 克子 宛て

学会賞・奨励賞委員会
連絡先 〒260-0015 千葉県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学会賞・奨励賞委員会
委員長 松岡 緑 宛て

会 告 (4)

日本看護研究学会雑誌33巻1号掲載を下記のとおり訂正いたします。

目次

誤 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

正 招聘講演

Academic Nursing Practice:Nurses Transforming Health Care in Japan 19

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

P19

誤 ULois K. Evans, PhD, RN, FAAN

正 Lois K. Evans, PhD, RN, FAAN

会 告 (5)

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4回公告)

なお、最新の情報は学術集会ホームページ (<http://www.med-gakkai.org/jsnr36/>) をご覧ください。

平成22年6月20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）

〒700-0024 岡山市北区駅元町14番1号

TEL：086-214-1000

URL：<http://www.mamakari.net/>

会 期：平成22年8月21日（土）、22日（日）

プレカンファレンスセミナー 8月20日（金）

第1日目 8月21日（土）8：55～17：20

9：05～9：55 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）

10：00～11：20 招聘講演：「看護を社会に開く鍵」

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研究科教授）

14：10～15：20 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副院長）

座長：津島ひろ江（川崎医療福祉大学教授）

15：30～16：30 特別講演Ⅱ：「システムとしてのいのち－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）

- 13：00～14：00 一般演題（示説）討論（閲覧 10：00～15：00）
- 14：10～16：40 一般演題（口演）
- 14：10～17：10 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」
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
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）
- 14：10～15：40 交流集会1：
「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」
ファシリテーター：
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）
- 15：50～17：20 交流集会2：「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」
ファシリテーター：
保科 英子（岡山大学病院副院長／看護部長）
國平 茂子（岡山大学病院副看護部長）
安藤 弥生（岡山大学病院看護部）
長江 弘子（岡山大学大学院保健学研究科）
谷垣 静子（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）
- 11：30～12：30 総会
- 12：40～13：20 奨学会研究発表
福良 薫（北海道医療大学看護福祉学部）
座長：紙屋 克子（静岡県立大学大学院看護学研究科教授）
- 13：40～17：00 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）

第2日目 8月22日(日) 9:00~15:40

- 9:30~11:30 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)
勝原裕美子(聖隷浜松病院副院長/総看護部長)
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)
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)
- 13:40~15:40 シンポジウムⅡ:「看護実践の未来を問うー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)
石田 昌宏(日本看護連盟幹事長)
加藤 恒夫(医療法人社団かとう内科並木通り診療所院長)
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)
千田美智子(川崎医科大学附属病院看護部長)
- 9:00~15:40 一般演題(口演)
- 12:30~13:30 一般演題(示説) 討論(閲覧 10:00~15:00)
- 13:40~15:40 特別交流集会2:「英語で論文を書こうー研究成果を世界に向けて発信するために」
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
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)
- 13:40~14:40 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」
主催:ウェルチ・アレン・ジャパン株式会社
▶フィジカルアセスメントスキル向上のための検眼鏡・耳鏡の使い方ワークショップ
講師:篠塚 美樹(ウェルチ・アレン・ジャパン株式会社ナショナルセールスマネージャー/マーケティングマネージャー)
- 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ク」
主催:富士通株式会社
▶効果的なプレゼンテーションテクニクー惹きつけて離さない説得のコツ
講師:小林 由美(富士通エフ・オー・エム(株)西日本サービスビジネス部)
- セミナー3:「テクノロジーサポート:健康と福祉を支援する企業のケアプラクティス」
主催:ハートフルビジネスおかやま
▶福祉関連産業を支援するーハートフルビジネスおかやまー
講師:横田 尚之((財)岡山県産業振興財団技術支援部 研究開発支援課長)
▶看護業務を間接支援するためのとりくみ
ー手術室や病棟等における器材管理サービスと導入効果の事例ー
講師:前島 達也(株式会社カワニシホールディングス社長室長)

▶全身筋肉スーツ『ダーウィン』が身体に及ぼす影響

講師：飯塚 智之（ダイヤ工業株式会社 アシスタントマネージャー）

▶臨床における靴の役割

講師：鹿嶋 了介（橋本義肢製作株式会社取締役）

* 入場無料

* 各セミナーとも定員があります（先着順）。

* 詳細はプログラム及び内容要旨（次号）をご参照ください。

9：00～10：30

交流集会3：「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」

ファシリテーター：

掛田 崇寛（川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科）

9：00～10：30

交流集会4：「KYTの病棟実践におけるエビデンスを考える－試行から報告、そして研究へ－医療安全」

ファシリテーター：

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）

山中 廣恵（京都大学医学部附属病院看護部）

細川 京子（山陽学園大学看護学部）

犬飼 智子（旭東病院看護部）

10：40～12：10

交流集会5：「アディクション看護研究」

ファシリテーター：

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）

10：40～12：10

交流集会6：「在宅看護学教育の教育内容を問う」

ファシリテーター：

谷垣 静子（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）

13：40～15：10

交流集会7：「感染予防－手指衛生 adherence 改善の効果的な介入とは」

ファシリテーター：

渡邊都貴子（岡山大学病院看護部・感染制御部）

前田ひとみ（熊本大学医学部保健学科）

土田 敏恵（兵庫医療大学看護学部）

井上 都之（岩手県立大学看護学部）

岡田 淳子（日本赤十字広島看護大学看護学部）

13：40～15：10 交流集会8：「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」

ファシリテーター：

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

【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（セミナーの項参照）

参加費は、ホームページにて事前登録を済ませたのち（参加登録番号がE-mailで自動配信されます）、お振り込みくださいますようお願いいたします（下記の＜事前登録方法＞参照）。

＜事前登録方法＞

ホームページよりご登録ください。事前登録後にE-mailで受付通知が自動配信されますが、念のため、Web上に表示された登録番号を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33巻1号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。

（参加登録番号は、ホームページからの登録を完了しないと取得できません）

【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 学生3,000円（学生に大学院生は含まれない）

【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。看護学研究者、看護実践者の皆様にトレンド

かつ重要な3つのテーマを用意しました。セミナーには会員・非会員を問わず参加できます。

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」

講師：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」

講師：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」

講師：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～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人様につき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。

6月30日までに定員に達しない場合は、ホームページ上でセミナー参加申し込み締め切り日を延長する旨、お知らせする予定です。その延長日数と同じだけ、事前参加登録締め切り日も延長します。

<プレカンファレンスセミナー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），自動配信された学会参加登録番号，所属，氏名，〒住所，電話番号を，必ずお書きください。

※ 学会事前参加登録申込後にプレカンファレンスセミナーへの参加を希望される場合も受け付けます。振込用紙に必要な事項を記入の上（参加登録番号をお忘れなく），セミナー参加費をお支払いください。

【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

目 次

一原 著一

造血幹細胞移植を受けた子どもを持つ母親が療養体験を意味づけるプロセス	23
高崎健康福祉大学看護学部看護学科	田 邊 美佐子
群馬大学医学部保健学科	神 田 清 子

認知症ケアの専門性：デイケア看護師による認知症高齢者の 「鉦脈を掘り当てる関わり」と「磁場」の形成	35
NPO法人なずなコミュニティ看護研究研修企画開発室	堀 内 園 子

一研究報告一

精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が示唆する精神科看護の問題点	49
東亜大学大学院総合学術研究科臨床心理学専攻	木 村 克 典
東亜大学大学院総合学術研究科臨床心理学専攻	松 村 人 志

看護管理者が認識する研究成果活用を推進する組織的支援の現状と阻害要因の検討	61
岩手県立大学看護学部	遠 藤 良 仁
山形大学医学部看護学科	布 施 淳 子

小児看護学実習において看護学生がこどもと関わることを躊躇させる影響要因	69
藍野大学	小 代 仁 美
大阪府立大学	檜木野 裕 美

看護師のキャリア・アンカー形成における傾向	77
和歌山県立医科大学保健看護学部	住 田 陽 子
滋賀医科大学医学部看護学科	坂 口 桃 子
和歌山県立医科大学保健看護学部	森 岡 郁 晴
和歌山県立医科大学保健看護学部	鈴 木 幸 子

小児看護を実践する看護師の属性、個人特性、職務ストレスが離職願望に与える影響 －小児病棟と成人との混合病棟での分析と比較－	85
兵庫医療大学看護学部看護学科	藤 田 優 一
大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	藤 原 千 恵 子

看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を 搭載したボディメカニクス学習システム開発とその評価	95
滋賀県立大学人間看護学部	伊 丹 君 和
滋賀県立大学人間看護学部	久 留 島 美 紀 子

急性期意識障害患者と家族のかかわりから明らかになった救急看護師の家族援助	103
昭和大学保健医療学部	田 中 晶 子

家族介護における褥瘡予防行動と介護負担感・肯定感との関連	113
富山県立中央病院 藤 田 尚 子	
富山大学大学院医学薬学研究部 安 田 智 美	
富山大学大学院医学薬学研究部 吉 井 忍	
富山大学大学院医学薬学研究部 道 券 夕紀子	

第35回日本看護研究学会講演記事

招聘講演

Historical Memory and its Importance to the Nursing Profession	127
Lawrence S Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto Sioban Nelson Professor and Dean	

シンポジウムⅡ

未来を拓く看護 ～座長総括～	133
日本赤十字看護大学 中 木 高 夫	
慶應義塾大学看護医療学部 小 松 浩 子	
生命の危機に対する看護の役割と「未来を拓く看護」の基本にあるもの	135
山口大学大学院医学系研究科 山 勢 博 彰	
看護の未来を紡ぐ人材を育てる看護基礎教育の立場から	137
東邦大学医学部 長谷川 美津子	

パネルディスカッションⅡ

患者体験を取り入れた教育実践の工夫と未来 ～座長総括～	139
東海大学健康科学部看護学科 小 島 善 和	
東京女子医科大学病院 吉 田 澄 恵	
患者体験を取り入れた教育実践の工夫と未来	
患者体験を取り入れた学内演習の内容と学生の気づき－周手術期看護技術演習に焦点をあてて	141
昭和大学保健医療学部看護学科 城 丸 瑞 恵	
学生がとらえた患者体験に関する研究結果を用いた周手術期看護技術演習の工夫	
－東海大学における教育実践の取り組みを通して見えてくるもの	143
東海大学健康科学部看護学科 佐 藤 幹 代	
元東海大学健康科学部看護学科 聖路加看護大学博士後期課程 高 橋 奈津子	
創傷ケアを受ける術後患者の心理と看護基礎教育への示唆	146
獨協医科大学看護学部 村 上 礼 子	
患者がつづる開腹手術体験記からの教育方法の検討	148
自治医科大学看護学部 中 村 美 鈴	

CONTENTS

Original Papers

- Mother's Process of Finding Significance in their Experience with Caring for Children after Hemopoietic Stem Cell Transplantation 23
Faculty of Nursing, Takasaki University of Health and Welfare : Misako Tanabe
Department of Nursing, School of Health Sciences, Gunma University : Kiyoko Kanda

- Expertise of the Dementia Care Nursing : Care which Digs Up the Vein of the People with Dementia Care Service and Creation of the Circumstances of "Jiba" 35
Incorporated nonprofit organization NAZUNA Nursing Research & Training Institute : Sonoko Horiuchi

Research Reports

- Issues Underlying Japanese Psychiatric Practice, which were Revealed by an Analysis of Conflicts of Nurses Working in Psychiatric in-Patients Wards 49
Division of Clinical Psychology, Graduate School of Integrated Science and Art, University of East Asia : Katsunori Kimura
Division of Clinical Psychology, Graduate School of Integrated Science and Art, University of East Asia : Hitoshi Matsumura

- Japanese Nurse Administrators' Perceptions Regarding Barriers to, and Organizational Support of, Research Utilization in Nursing Practice 61
Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University : Yoshihito Endo
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Junko Fuse

- Factors Affecting Nursing Students' Hesitation to become Involved with Children in a Child Nursing Practicum 69
Aino University : Hitomi Ojira
Osaka Prefecture University : Hiromi Naragino

- Tendencies in the Career Anchor Formation of Nurses 77
School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Yoko Sumida
Faculty of Nursing, Shiga University of Medical Science : Momoko Sakaguchi
School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Ikuharu Morioka
School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Yukiko Suzuki

- Influence of Job Attributes, Individual Characteristics and Job Stress on The Intention of Pediatric Nurses to Resign: Comparative Analysis Between Nurses on Pediatric and Mixed With Adults Wards. 85
School of Nursing, Department of Nursing, Hyogo University of Health Sciences : Yuichi Fujita
Course of Health Science, Graduate School of Medicine, Osaka University : Chieko Fujiwara

Development and Evaluation of a Body Mechanics Learning System Equipped with a Function that Generates a Sound at Dangerous Angles in Order to Improve Posture during Nursing Actions.	95
School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture : Kimiwa Itami School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture : Mikiko Kurushima	
The Family Support of Emergency Nurse that Become Clear from the Relation Between Acute Disturbance of Consciousness Patient and the Family	103
School of Nursing and Rehabilitation Sciences, Showa University : Akiko Tanaka	
Connection Between Perceived Care Burden and Sense of Affirmation in Pressure Ulcer Prevention Behavior in Family Care Situations	113
Toyama Prefectural Central Hospital : Shoko Fujita Department of nursing, University of Toyama : Tomomi Yasuda Department of nursing, University of Toyama : Shinobu Yoshii Department of nursing, University of Toyama : Yukiko Douken	

造血幹細胞移植を受けた子どもを持つ母親が 療養体験を意味づけるプロセス

Mother's Process of Finding Significance in their Experience with Caring for Children after
Hemopoietic Stem Cell Transplantation

田 邊 美佐子¹⁾ 神 田 清 子²⁾
Misako Tanabe Kiyoko Kanda

キーワード：小児がん，造血幹細胞移植，母親の療養体験，意味づけ

Key Words：pediatric cancer, hemopoietic stem cell transplantation, mother's recuperation experience, meaning

I. はじめに

小児がんで造血幹細胞移植（以下，移植）を受けた子どもの母親は，移植によって子どもの命は救えたものの不確かさを感じ，再発の不安，病名や晩期合併症告知への迷い，学校復帰への不安などを抱えていることが知られている¹⁾。子どもの移植は親の意思決定により実施されることが多いことから，成長障害，不妊，心肺機能低下など通常の小児がん治療後よりも多くの臓器に影響を及ぼす身体的晩期合併症や²⁾ 身体像の変化，学校生活，就職，結婚に関する³⁾、⁴⁾ 心理社会的な晩期合併症が，長期にわたり母親の精神的負担になることが考えられる。小児がん医療における心理的問題を心的外傷ストレス障害（PTSD）と捉えた研究においては，小児がん経験者本人よりも親の発症率の方が高いこと⁵⁾，小児移植経験者の親は22%にPTSD症状が認められたことが報告されている⁶⁾。また，親が子どもの病気をどのように捉えているかが，子どもの心理状態に影響を及ぼしていることも明らかにされている⁷⁾。そのため，看護者は子どもだけではなく，母親をはじめ家族に対しても長期的視点に立った看護支援を行う必要がある。

近年，がん看護領域においては，患者ががんに体験に意味を見いだすことに向けた支援が注目されている⁸⁾。平⁹⁾は「意味を見いだすということは，人生における避けがたい危機的状況や苦悩に対する肯定的な対処である。体験に見いだされた意味は，体験することによって与えられた理由，目的，あるいはその体験を耐える理由である。その理由や目的には前向きな意志と未来志向性が存在するために，変更できない状況に対し，いかなる態度をとるかという内的な力を与え，心の拠り所になるものと考え。」と述べている。すなわち病の体験を意味づけることは，苦難を乗り越え，前に進もうとする時に必要であると同時に，

病とともに歩む生き方，あるいは治療後の生き方に強い影響を与えると考えることができる。

小児がん領域における体験の意味に関する研究では，小児がん経験者の親は療養体験を肯定的に捉えている語りも聞かれたものの，ほとんどの親が否定的な体験を強調していたとの報告¹⁰⁾がある。その一方で，小児がんで子どもを亡くした母親は，子どもとの関係を再構成し，子どもの生と死を意味あるものとして位置づけていくことが明らかにされている¹¹⁾。小児がん移植経験者の母親に対して意味を見いだす援助を考察した研究もあるが，移植治療前後の困難の大きい時期に限定しており¹²⁾，長期的視野に立った支援の検討はされていない。小児がん移植経験者の母親に療養体験の意味を見いだせるよう支援することは，晩期合併症と付き合いながら成長する子どもの母親としてどのような生き方をするか，という未来に向けての支援になり，長期にわたる支援になると考える。またそれは，母親から養育を受ける子どもの支援にもつながると考える。

そこで，母親が療養体験を意味づけるプロセスを理解することにより，看護支援の時期や方法が具体化されと考え，本研究の目的は，小児がんで移植を受けた子どもを持つ母親が療養体験を意味づけるプロセスと，意味づけの内容の概念を明らかにし，看護支援の示唆を得ることとした。

II. 用語の定義

母親の療養体験：母親が子どもの療養とともに歩む体験のこと

III. 研究方法

1. 研究デザイン

母親が療養体験を意味づけるプロセスと意味づけの内容

1) 高崎健康福祉大学看護学部看護学科 Faculty of Nursing, Takasaki University of Health and Welfare

2) 群馬大学医学部保健学科 Department of Nursing, School of Health Sciences, Gunma University

を明らかにする概念を創出するために、因子探索型研究デザインを用いた。

2. 研究対象者

X病院小児科で0～15歳の時に小児がんのため同種造血幹細胞移植を受け、その後再発がなく3年以上経過している子どもを持つ母親で、研究参加の同意が得られた者とした。移植後3年以上を対象としたのは、移植後3年以降の生存率が安定するからである。

3. データ収集方法

1) 同意までの手順：小児科外来担当医から紹介を受けた母親に対し、以下の2つの方法で研究協力依頼を行い、書面にて同意を確認した。①子どもの外来受診日に研究者が研究協力依頼書を渡して説明し、参加の意向を示した母親に研究協力説明書をもとに説明をした。②研究協力依頼書と返信用封筒を郵送し、返信があった母親に研究者から母親の希望する方法で連絡をした後、研究協力説明書を送付して電話で説明をした。

2) 半構成的面接法：2006年4月～2006年11月にかけて、対象者が希望した場所でプライバシーが守れる部屋を使用し、インタビューガイドを用いて半構成的面接法で実施した。質問は、病気がわかった時、移植決定まで、移植中、移植後、退院後における子どもの病状と生活の状況、子どもの反応、およびその時々母親が何を思ったのか、どのような対応をとったのかについてであり、経過を追って想起できるようにした。さらに、現在、子どもの病気や移植についてどのように思うのか、自分の中で変わったと思うことは何か、について質問をした。面接回数は1回であり、時間は1時間程度を予定したが、母親が話を続ける意思がみられたときは時間を延長した。面接内容は対象者の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

3) 診療録による情報収集：対象者の背景を理解するために、子どもの基本属性として診断名、入院期間、治療経過、移植年月日、晚期合併症とその治療内容を収集した。

4. 分析方法

データ分析は修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (M-GTA) を用いた^{13), 14)}。M-GTAは、研究対象とする現象がプロセス的性格をもつ研究に適しており、研究テーマによって限定された範囲内においてデータに基づいた説明力のある理論が導け、実践への活用を促すといった特徴をもつ。したがって、本研究はプロセスを明らかにすることを目的とし、対象が小児がん移植を受けた子どもを持つ母親と限定していること、看護実践に連動しやすい結果が導き出せることからM-GTAが適していると判断した。

分析は以下の手順で行った。分析の最小単位である概念

生成までは、概念ごとに具体例 (ヴァリエーション)、定義、概念名、理論的メモからなる分析ワークシートを作成した。分析テーマを「母親がどのような療養体験をして、その体験を意味づけていくのか」に、分析焦点者を「移植を受け再発がなく3年以上経過している子どもを持つ母親」に設定した。データの中からこれらに関連のありそうな箇所に着目し、それを具体例に書き込み、データの背後にある意味の流れを読み取るように解釈を行い、説明概念を生成した。具体例を挙げる時には類似例や対極例があるかどうかをデータと照らして確認し、解釈が恣意的に偏る危険を防いだ。具体例が豊富に出てこない場合は、その概念は有効でないと判断した。思考プロセスで浮かんできたアイデアや疑問などは理論的メモ欄に書き記した。また、ひとつの概念を生成するときは同時並行で他の概念との関係を検討し、関係性のある複数の概念からカテゴリー、コアカテゴリーを生成した。概念は説明力、説明範囲でバラツキがあるため、包括的な説明力を持つ概念はカテゴリーに位置づけた。分析結果は、心理的な時間の流れを軸として、概念、カテゴリー、コアカテゴリー相互の影響関係や変化のプロセスを結果図として図式化し、概要を簡潔な文章にした。なお分析過程においては、がん看護質的研究者のスーパーバイズを受け、M-GTAによる研究経験のあるがん看護研究者と繰り返し検討を行った。

1) 概念生成プロセスの紹介

本論文における概念生成プロセスの一例を提示する。

「娘の髪の毛が薄いということと少しは気になりますけど。それも『元気ならいいんじゃない』っていうふうで、次、自分がそう思い起こせば消えてしまうことです。」(A氏)

「(同級生の輪に入っていけないことは) まあそれはそれでしょうがないと思う。『元気で生きてればいいや』みたいな。最終的にはそれに気づくんですけども。」(G氏)

これらの具体例から、母親は心配事が起きると自分の最大の望みは子どもが病気をせずに元気に過ごせることだと再認識し、この望み以上の期待や欲を意識的に抑制して、現実と心配事との折り合いをつけている、と解釈した。ここから「子どもが元気に生活すること以上の期待や欲を意識的に抑え、元気であることを願うこと」と定義し、概念名を〈元気ならいい〉と命名した。他も同様のプロセスを踏んで概念を生成していった。

5. 倫理的配慮

本研究は研究協力施設の医学倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力依頼書には研究の主旨を記し、特に参加の自由について明確にした。研究協力説明書は、研究の目的と方法、研究参加の拒否や途中辞退の自由が保障され、それにとまなう不利益は生じないこと、得られたデータは

目的以外に使用しないこと、発表に際しては匿名化し個人情報情報を厳守することについて詳細に記載した。研究協力説明書による説明の後、口頭で同意を得られた段階で母親の希望にそって面接日時と場所を決定した。面接日に再度口頭と文書で説明を行い、同意書への署名を得てから面接を開始した。

IV. 結果

1. 対象者の背景

対象となった母親は8名であり、表1に概要を示した。対象者の子どもは全て造血器腫瘍のために同種骨髄移植を受けており、対象者の家族には夫と複数の子どもがいると

いう特徴をもっていた。面接時間は74分から152分であり、平均104分であった。

2. 造血幹細胞移植を受けた子どもを持つ母親が療養体験を意味づけるプロセス

分析の結果、25概念、8カテゴリ、【苦悩】、【病気の子の母親としての闘い】、【病気の子の母親からの卒業】、【前向きになる力】、【意味づけの獲得】の5コアカテゴリが生成された。図1は、これらの影響関係や変化のプロセスを表した結果図であり、左から右に向かう時間経過における変化の方向を→、影響の方向を⇒で示した。まず、結果図全体の説明をストーリーラインとして述べ、次に、概念とカテゴリについて具体例を挙げて説明する。なお、

表1 対象者の概要

	対象者の年代	移植から調査までの期間	子どもの背景			
			性別	移植時の発達段階	移植ドナー	晩期合併症
A	30代	5年	女	幼児前期	同胞	てんかん、肥満、薄毛
B	40代	3年	男	学童後期	非血縁者	性腺機能障害
C	40代	6年	男	思春期	非血縁者	皮膚色素沈着
D	40代	13年	女	幼児後期	同胞	低身長
E	50代	14年	男	学童後期	同胞	低身長
F	50代	10年	男	幼児後期	同胞	なし
G	50代	9年	女	思春期	同胞	脱毛・性腺機能障害
H	40代	3年	女	思春期	非血縁者	性腺機能障害

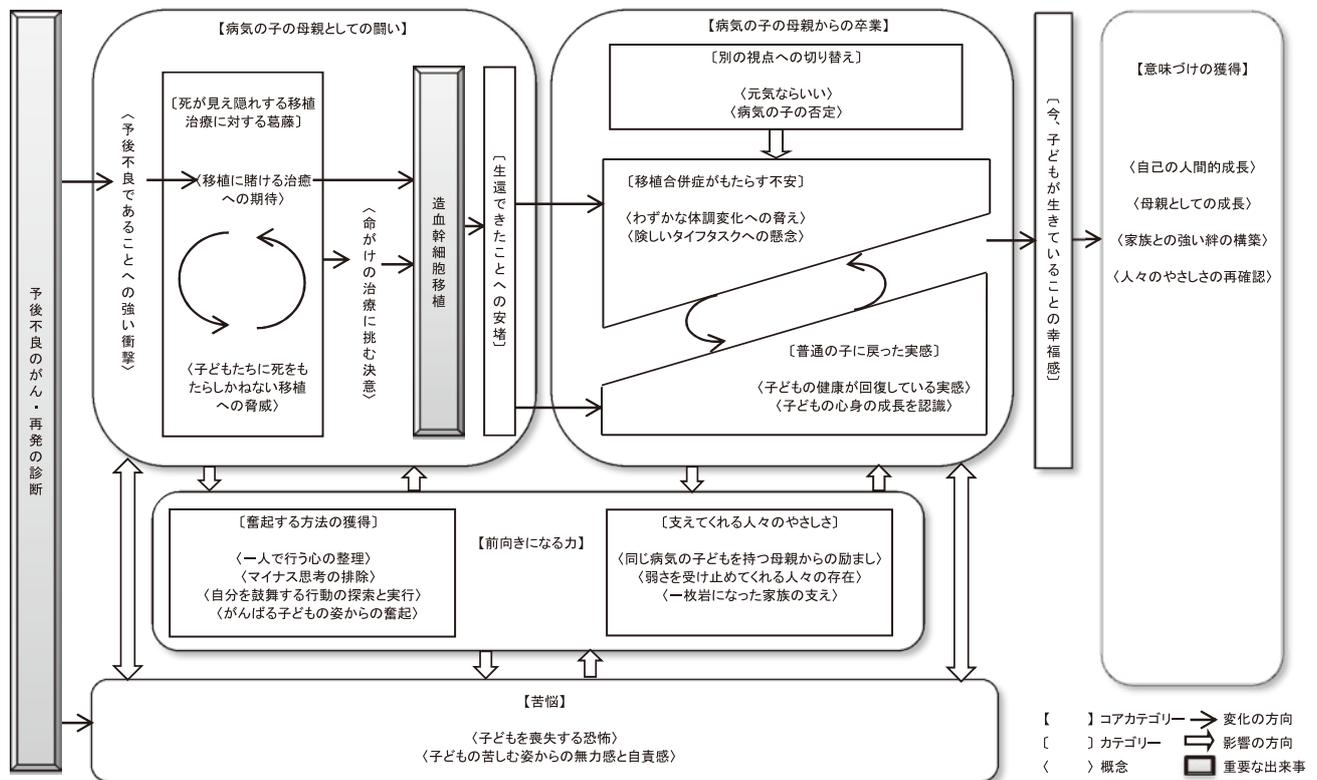


図1 造血幹細胞移植を受けた子どもを持つ母親が療養体験を意味づけるプロセス

文中の【 】はコアカテゴリー、〔 〕はカテゴリー、〈 〉は概念を表し、「 」は具体例を示す。

1) 造血幹細胞移植を受けた子どもを持つ母親が療養体験を意味づけるプロセスのストーリーライン

母親は、子どもが予後不良のがんあるいは再発と診断され〈予後不良であることへの強い衝撃〉を受け【苦悩】した。【苦悩】は子どもが受ける苦痛と比例して強くなった。移植によって子どもが助かる可能性があることと〈移植に賭ける治癒への期待〉が沸きあがった。一方で、移植の不確かさがわかってくると、病気の子どもとドナーの子どもに対する〈子どもたちに死をもたらしかねない移植への脅威〉を感じ、〔死が見え隠れする移植治療に対する葛藤〕が生じた。しかし、子どもの命を救うためには移植をしないわけにはいかないと〈命がけの治療に挑む決意〉を固めた。このとき、〔死が見え隠れする移植治療に対する葛藤〕と〈命がけの治療に挑む決意〉がなく移植に臨んだ母親もいた。移植細胞生着が確認され一般病室に転室できると、〔生還できたことへの安堵〕があった。〔奮起する方法の獲得〕や〔支えてくれる人々のやさしさ〕といった【前向きになる力】は、移植直後までの【病気の子の母親としての闘い】の期間に多くを獲得し、病いと闘う原動力にすると同時に【苦悩】を抑制する力にしていた。

移植後、子どもが社会生活を送るようになると〔移植合併症がもたらす不安〕と〔普通の子に戻った実感〕の両方の思いを持った。〔移植合併症がもたらす不安〕は【苦悩】を高めるものであったが、【前向きになる力】と〔別の視点への切り替え〕を発揮することにより軽減し、〔普通の子に戻った実感〕が拡大した。逆に、子どもの苦痛は〈子どもの苦しむ姿からの無力感と自責感〉という【苦悩】になり、〔普通の子に戻った実感〕は縮小し、〔移植合併症がもたらす不安〕が拡大した。しかし、時間の経過とともに健康回復と成長が進むと〔普通の子に戻った実感〕が徐々に高まり【病気の子の母親からの卒業】を体験していた。そして〔今、子どもが生きていることへの幸福感〕を得て療養体験を振り返ることによって【意味づけの獲得】をしていた。

意味づけの概念は、〈自己の肉体的成長〉〈母親としての成長〉〈家族との強い絆の構築〉〈人々のやさしさの再確認〉の4つであった。

2) コアカテゴリーごとの概念とカテゴリーの説明

以下、5つのカテゴリーごとに、概念とカテゴリーについて具体例を挙げて説明する。

① 【苦悩】

これは、2つの概念から生成された。

〈子どもを喪失する恐怖〉の定義は、子どもの死を想像し、恐れを抱くことである。

「子どもを失うかもしれないと思うと、眠れない夜もありましたね。口からなんか胃が出てきそうな感じでした。ほんとにあの時の気持ちを表現すると、内臓を吐いちゃいそうな感じ。」(A氏)

〈子どもの苦しむ姿からの無力感と自責感〉の定義は、子どもに身体的苦痛や心理社会的苦痛が生じていることに対し、母親として無力感や自責感を抱くことである。

「副作用は辛かったですよね。治療しているときは辛かったですよね。もうね、やられていなかった。ほんとに辛かった。ほんとにくたびれて、このままこの窓から飛び降りちゃおうかと、そういうふうにも思っていました。」(G氏)

「(友達に病気のことを話すかどうか悩んでいたことを知り)、学校に普通に行っていたものですからそんなに悩んでいたとは思わなかったんですよ。これからもつらい場面は度々あるのかなっていうふうに思いました。後悔ばかりで。『ああ、かわいそうな思いをさせたっけな』って。」(C氏)

「今、あの時点で移植を受けなくてもよかったかなって思うようなときもありますよね、正直なところは。化学療法で治る・・・ただ年齢的にハイリスクな年齢ですよって言われて。(中略)後になっていろいろそういうの(晩期合併症)が出てきて、そう思うこともなくはないですね。」(G氏)

② 【病気の子の母親としての闘い】

これは、予後不良と言われた子どもの命を守るために移植に向かい、生還を勝ち取るまでの母親の体験である。

〈予後不良であることへの強い衝撃〉の定義は、発病や再発時に子どもが予後不良であるという現実と直面し、強い衝撃を受けることである。

「再発の時『もう、打つ手がない』っていう感じに受け取れたんですよ。そのときは本当になんかもう何がなんだか・・・」(C氏)

〔死が見え隠れする移植治療に対する葛藤〕は、移植に対する期待と恐れを抱き、移植を受けるかどうか葛藤する2概念から生成された。

〈移植に賭ける治癒への期待〉の定義は、移植による治癒への道があることを知り、移植に一縷の望みを託すことである。

「お医者さんのほうも骨髄移植が一番望ましいみたいなことを言われて。それが一番、家のほうとしてもいいと思っていたので、結構早い段階で希望はしました。とにかくすれば治ると思って。」(B氏)

「家族のHLAを調べてもらったんですけど合わなくて。その時は先が真っ暗っていうか。(中略)親が何もしてあげられないという気持ちが、その時初めて突きつけら

れて。でも、バンクで型の合う人がいて、その時はそれで助かると思ったんですけども。」(C氏)

〈子どもたちに死をもたらしかねない移植への脅威〉の定義は、治癒のための移植が病気の子でもあるいはドナーの子にも身体的ダメージを与え、命までも奪うかもしれないと想像し、移植に対する恐怖を持つことである。

「移植をすることが前提だけど、そのうちの10%ぐらいは『もしかしらしないほうがいいのかな』っていう気持ちも少し。移植をして無菌室で亡くなる方を見てましたから、やっぱり不安はありました。」(F氏)

「上の娘と型が合った時、『上の子がドナーになったときに上の子は大丈夫なんだろうか』って、次の不安はありました。」(A氏)

これらの概念に該当しない対極例が1例見られた。

「弟とHLAが合うってとても幸運なことですよ。なかなかあわないっていう人が多い中で。そうするとやっぱり受けたほうがいいんだろうか。(中略) 受けなくてもこのままいいんじゃないかなって気持ちもあったんです。(中略) 先生がチラッと『私だったらします』とか言っていて。そうだよなって。」(G氏)

〈命がけの治療に挑む決意〉の定義は、わが子の命を救うために唯一の治療である移植に挑む決意を固めることである。

「『二人とももしかしたら』っていう不安もあったけど。でもやってみなきゃ。ここでつまずいてはいけないし、もうやらないとだめ。だめっていうか、やらないで後悔じゃないけど、やらないと始まらない。」(D氏)

「『いいや99%だめでも1%は大丈夫なんだから』って、そういう気持ちであの移植は決めました。」(E氏)

〔生還できたことへの安堵〕の定義は、生着が確認され移植部屋から個室に移ったときに、移植が成功したことに安堵することである。

「『生着しましたよ』って先生から言われたときは『大丈夫だから。もう大丈夫だから』って信じてやっていた。」(C氏)

「移植の部屋から出てきたときは、『ああ戻ってきたな』っていう。とりあえず生還したなって思いました。」(G氏)

③ 【病気の子の母親からの卒業】

これは、移植後の子どもに対して「病気の子」から「普通の子」へと意識が変化していく体験であり、以下のカテゴリーや概念から生成された。

〔移植合併症がもたらす不安〕は、移植後の体調変化と、顕在的および潜在的な移植合併症から生じる不安を示す以下の2概念より生成された。

〈わずかな体調変化への脅え〉の定義は、移植後の健康

状態に過敏になり、再発や感染を連想させる体調変化に脅えることである。

「爆弾を抱えているような感じでした。家に帰ってきて嬉しいんですけども、やっぱり再発っていうのはあるじゃないですか。常に、あれしていいのかな、あれ食べていいのかなとか。」(D氏)

「あの子を見ている限りでは、元気がいいので不安感はなしでいられたかな。やっぱり不安が生じる時っていうのは、『どこどこが痛い』とか『痛いよ』っていう言葉には敏感に反応したりしてたんですけど。」(F氏)

〈険しいライフタスクへの懸念〉の定義は、顕在化あるいは潜在化した移植合併症から生じる弊害を予期し、子どもの生活や人生を心配することである。

「小学校入学の時にいじめとか心配したけど。髪の毛はカールしていたんで。」(D氏)

「生殖機能の問題が出るかもしれないってはじめから言われていて。(中略) 結婚できるのかなあってというのが。だんだんそっちが切実な問題で。」(B氏)

〔別の視点への切り替え〕は、不安に対して別の角度からの認知をする以下の2概念より生成された。

〈元気ならいい〉は、例示で述べた。

〈病気の子の否定〉の定義は、病気で弱々しい子どもという認識を否定し、普通の子と同じような養育を心がけることである。

「無理に『しなさい』とかいえないし、疲れている様子とかを見ると『そんなにやっちゃっていいのかな』とか思うし。どのへんで手を引くのが難しくくて。もう病気がないんだからできることはするっていうふうにしているんですけど。」(B氏)

「すごく心配だったんですけど、病気をしなかったら普通の子は普通に(一人暮らしのために家を)出るとき送り出すわけじゃないですか。『普通の子なんだ』ってそういうふうにして。」(C氏)

〔普通の子に戻った実感〕は、子どもの健康回復を感じ取り、成長を認識することで「普通の子」に戻った実感を得る以下の2概念から生成された。

〈子どもの健康が回復している実感〉の定義は、弱々しい体力だった子どもが年齢相応の活動をしている様子や健康状態について医師の保障を得ることにより、健康が回復していることを実感することである。

「A駅まで私がついてB駅から自分で自転車をこいで高校まで20分。それまで自転車も乗らなかったけど、毎日毎日そういうふうで元気で。この間も40km歩いたし。感動しましたね。『こんなにも歩けたんだ』って嬉しかったですね。」(H氏)

〈子どもの心身の成長を認識〉の定義は、子どもが進入

学、留学、一人暮らしなどライフイベントの時に、治療をしていた頃と比較して子どもが成長したことを実感することである。

「子どもが去年一ヶ月間海外に一人で行ってきました。自分でインターネットで調べて学校を見つけて、『こんなに行動力があるのね』って思いました。」(G氏)

〔今、子どもが活着していることの幸福感〕の定義は、命を失うかもしれないと思っていた子どもが今を活着していることを実感し、幸せを感じることである。

「電話して『今日忙しくて』とかっていう話を聞くと、『ああ、普通に生活できているよかった』って思います。」(C氏)

「今はね、ちゃんと仕事をやっています。それなりの仕事しかできないけど、一生懸命やっていますね。本当にほっとしています。ありがたいです。」(E氏)

④【前向きになる力】

これは、母親が自己の気持ちを奮い立たせる手段を獲得する〔奮起する方法の獲得〕と、周囲の人々の支えから前向きな気持ちになる〔支えてくれる人々のやさしさ〕から生成された。

〔奮起する方法の獲得〕は、以下の4つの概念から生成された。

〈一人で行う心の整理〉の定義は、抑えているつらい気持ちを一人になった時に表出し、気持ちの整理をして自分を奮い立たせることである。

「何日間か頭がもやもやもやして、どうしよう、どうしようってなっちゃっている時もあるのね。でも、その中で少し自分の中に落ち着きを取り戻せると思っていることを書いてみるのね。そうすると『あっ、じゃあこうすればいいんだ』って自分の中で納得できてくる。」(F氏)

〈マイナス思考の排除〉の定義は、子どもの病状や将来について悪くなる方向に考えないようにすることである。

「これから先、何かあることについてはそのときそのときだと思いますね。必要以上の心配はしても仕方がないかなと思っているんですけど。」(A氏)

「悪くなる方を考えたら絶対そっちの方向にしかいかないって思ったんで『絶対この子助かる』って思って、『この子は死なせない』って私が思わなくちゃいけないって。気持ちが沈もうとするんですけど、無理やり無理やりこっちのいい方に考えて。」(F氏)

〈自分を鼓舞する行動の探索と実行〉の定義は、有効な情報を得ようとしたり、闘病生活に楽しみを見つれたりして、自らの気持ちや生活に張り合いを持たせることである。

「先生方がくださる検査結果、白血球が増えてくるあの

データを見るのが楽しみになってしまっていて。グラフなんか作ってみたりですね。『今回ここまでなったか。じゃ、次ここまで落ちるな』って予測したりして。」(A氏)

〈がんばる子どもの姿からの奮起〉の定義は、子どもが病氣と闘う姿から子どもの強さに気づき、勇気づけられ奮起することである。

「その時私はまた入院だということでも頭がいっぱいで、周りや人に気を配る余裕は全然なくて。子どもとお話を聞いて帰るときだったのに、エレベーターのドアを手で押さえてあげて、お年寄りに『何階ですか?』っていうふうに声かけたんですよ。そういう状況でもそういうことができる。改めて見せ付けられた。改めて一緒に頑張ろう、くじけてられないと。」(C氏)

〔支えてくれる人々のやさしさ〕は以下の3つの概念より生成された。

〈同じ病気の子どもを持つ母親からの励まし〉の定義は、同じ病気の子どもを持つ母親との交流を通して、共感や励ましを受けることである。

「お母さん同士仲良くなりますよね。お互い励ましあって話をするんですよ。(中略)いくらか子どもも落ちついてくると、だんだん廊下に出て、今度はお母さんなんかと話をするようになりますよね。そうすると『あ、みんなそうなんだ、なーんだ』と思って、『うちの子だけじゃなくってみんなそうなんだ』って。それからだんだんですよ、考えが変わってくるっていうんですか、強くなるっていうのか。」(E氏)

〈弱さを受け止めてくれる人々の存在〉の定義は、弱音や怒りや不安などの気持ちを受け止めてくれる人がいることを認識することである。

「病院ではいろんな分野の方が関わってくださって。いろいろなタイプの悩みを聞いてくださって、教えてくださって。そういう環境は満足していました。」(A氏)

「弱いから本当にどうしていいのかわからなくて、もう友達に話して。聞いてくれる友達がいたんで。大事ですね。やっぱり誰でも話せるわけじゃないから。」(F氏)

〈一枚岩になった家族からの支え〉の定義は、子どもの療養体制構築のために協力し合い、一枚岩となって子どもの病氣に立ち向かっていく家族に、自分は支えられていると認識することである。

「下の子のためになるべく夜は家に戻って。夜は、主人が病院に行ってくれたので。しかも消灯までいてくれたので、夜、病院に関しては心配ないというか。(中略)主人と分担して、二人で一枚岩で治療に向かって。子どもの姿もそうですけどそれが一番支えに。」(C氏)

「おじいちゃん達に他の子達の世話をお願いしなくても、

(きょうだいの面倒を)みるのは完全に自然体になっちゃいますよね。私は病院に詰めていたから。上の子は言わなかったですけど、きょうだいが淋しい思いをしましたよね。」(E氏)

⑤【意味づけの獲得】は、4つの概念から生成された。

〈自己の人間の成長〉の定義は、療養体験を通して自己の価値観の明確化や物事に対する視野の広がり、他者に対する理解の深まりなどを自覚することである。

「物事の優先順位が大きく変わりましたよね。その当時何を一番に思っていたのかわかりませんが、元気であること、家族が仲良くいられることが一番なんだっていうのを身をもって感じたので。」(A氏)

「子どもにはちょっとかわいそうだったけど、私自身はいろんな意味でプラスが多かったですね。私にしてみたら少し人間的に成長できたのかなっていう部分はあります。普通に生活する、生活できる。それを保てるっていうそれが基本かな。」(F氏)

〈母親としての成長〉の定義は、子どもの新たな一面を発見したり、子どもとの関係性や養育を見直すことから、母親としての成長を自覚することである。

「普通に物事を見過ごして、普通に子育てしていたのを、いろんなことに立ち止まってみたりとか。もうちょっと子どもに対して普通に育てた以上に、気持ちも目も、上の子にもそうですけど、下の子にも今もいくというか。普通の親子関係よりはちょっと濃いかな、という感じですよ。」(C氏)

「結構子どもが小さいと母親の考えで自由にできちゃう部分があるんですよ。だからきちんと見直せたかなって気もしますね。」(F氏)

〈家族との強い絆の構築〉の定義は、子どもとの闘病を一緒に闘い抜いた家族との結束力や絆が強化されることである。

「やっぱり家族みんなで乗り切ったという、家族の中での連帯感というのがすごくあります。やっぱり、今では実家の両親よりも一緒に暮らす父母のほうが、もう気持ちは近いです。」(A氏)

「やっと家族で生活できるようになりましたよね。(中略)移植が終わってもう入院がなくなって。家族みんなが団結して。(中略)家族もみんな強くなっていますからね。」(E氏)

〈人々のやさしさの再認識〉の定義は、子どもや母親に直接関わった人々やドナーや献血をしてくれた人々の存在を通して、人間が持つやさしさを再認識し、自己の役割を考えることである。

「元気なc(子ども)の努力をみると『助けてもらった』という感謝の日々ですね。医療者もそうですけど、骨髓

を提供してくださった人ですとか、cに関わった人ですとか、学校の先生とか、感謝の日々ですね。中には、移植を待っていてもできないとかという話も聞いたりすると、余計に感謝の気持ちでいっぱいですね。いただいたこの子をきちんとした社会の一員にして送り出すのが私の役割。そういう形でお礼をしようかなと思って。」(C氏)

「私たちは助けられたというか、支えられてきたじゃないですか。何かできたらいいなっていうのでホームヘルパーを始めました。何かやってみようかなっていうのはすごくありましたよね。一番身近にできるのは何かって。」(D氏)

V. 考 察

移植を受けた子どもを持つ母親は、【苦悩】、【病気の子の母親としての闘い】、【病気の子の母親からの卒業】、【前向きになる力】の体験を経て〔今、子どもが生きていることの幸福感〕を抱き、療養体験の意味づけを行っていることが明らかになった。そこで、療養体験を意味づけるプロセスと母親の療養体験の意味および看護支援について考察する。

1. 療養体験を意味づけるプロセス

母親は子どもが予後不良であると知り、強い衝撃を受けたときから〈子どもを喪失する恐怖〉が始まり、病気と闘う子どもの苦しむ姿から無力感と自責感を感じていた。子どもを失うかもしれない現実には母親にとって身体症状がでるほど受け入れ難いものであり、子どもが苦しむ姿は現実逃避したくなるほど苦悩の極限¹⁵⁾であった。雲¹⁶⁾は、苦難を意味づけるプロセスは、苦難に出遭うことにより始まり、苦難に出遭うことがきっかけであると述べている。本研究の母親は【病気の子の母親としての闘い】の時期に体験した極限の苦悩が意味づけのプロセスの始まりであった。また、この時期に〈一人で行う心の整理〉や〈マイナス思考の排除〉等により気持ちを奮い立たせる方法を獲得し、周囲の人々に支えられながら苦悩に立ち向かっていった体験が、【病気の子の母親からの卒業】をするプロセスにおいても活かされ、意味づけに深く関与していたことが明らかになった。

1) 病気の子の母親としての闘い

移植決定過程における母親は、治癒への期待をする一方で、病気の子どもやドナーの子どもに死を招くかもしれない恐怖との間で葛藤しており、【前向きになる力】を発揮することによって移植に挑む決意に向かわせていた。この過程は、内田¹²⁾が明らかにした移植を決定する母親が、「やるしかない」「命を失うかもしれない」「迷う」の3つの気持ちを抱き、これまでの治療経過や自分の持っている

知識を総動員して、不安を押さえながら決意するという結果と同様であった。しかし本研究の対象者には〔死が見え隠れする移植治療に対する葛藤〕と〈命がけの治療に挑む決意〉のプロセスがなく移植を決定した母親が存在した。一人は、苦悩を抱えながら、移植を受けることを目標にドナーが現れることを待っていたため、〈移植に賭ける治療への期待〉が非常に高かったと思われた母親である。移植後6年を経過したが、移植を受けたこと自体は肯定的評価をしながらも、自らの決断が子どもに苦痛を与える結果になっていないのか繰り返し自責を語った。もう一人は移植の必要性に疑問を残しながらも、医師の勧めに応じ、きょうだいとHLAが一致していたこともあって移植を決めた母親である。現在子どもが合併症を抱えていることを考えると「移植を受けなくてもよかったかなと思うようなときもある」と現在の葛藤を語っていた。成人の移植患者において、移植前に正常な回復への期待が高い者のほうが、移植後の回復が思うようにいかなかったときに心理的苦痛が強いことが明らかになっているが¹⁷⁾、本研究結果から、移植前の過度な期待だけではなく、移植治療に対する葛藤がない母親の場合には、長期的に移植させたことへの自責が生じる可能性が考えられた。〔死が見え隠れする移植治療に対する葛藤〕は、移植がもたらすメリットとデメリットの情報を得て移植選択を吟味する機会であり、情報を整理する中で移植後に起こりうる合併症などの出来事も予測し、母親が子どもに移植を受けさせる意味を考えていく重要なプロセスであると考えられる。

2) 病気の子の母親からの卒業

移植後は〔生還できたことへの安堵〕をするものの、体調変化に敏感に反応し、学校生活への適応など社会的側面における不安を抱いていた。この不安は【苦悩】に直結するため、〔奮起する方法の獲得〕による対処に加え、〈元気ならいい〉と〈病気の子の否定〉による〔別の視点による切り替え〕を行っていた。宗像¹⁸⁾は、ストレスの慢性化条件の一つに「要求水準の無制限な亢進」を挙げている。〈元気ならいい〉は、子どもへの要求水準を低下させることで、不安から生じるストレスを軽減させていたと考える。しかし〈元気ならいい〉との思いだけは、年齢相応の養育が十分行われない可能性がある。〈病気の子の否定〉をして「普通の子」として子どもとかわることが、不安の軽減と同時に【病気の子の母親からの卒業】のプロセスを促進させていたと考える。

また、〔移植合併症がもたらす不安〕の内容は時間が経つにつれ将来に関するものへと変化していた。気賀沢¹⁹⁾らは、小児がん患児の保護者の不安について、原病に対する不安はしだいに軽減し、治療終了後7年以上ではほとんど感じないようになるが、晩期合併症に関心事が移り、将

来への不安を持っていたと報告している。本研究においても同様の結果が認められたが、不安は内容を変えて継続していくことから、移植後時間が経過しても母親は【苦悩】を持ち続けることが予想され、継続的支援の必要性が改めて示唆された。

2. 母親の療養体験の意味

「意味」の探求は、苦悩に直面し自己への問いかけによって見いだされるものである⁹⁾。しかし母親は、極限の苦悩を経験し〔今、子どもが生きていることへの幸福感〕を感じることで療養体験を振り返り、子どものがん罹患前と現在とを比較して、自己あるは家族にもたらした肯定的変化に気づき、意味づけを行っていた。

母親は、子ども喪失の危機に直面したことで自分の人生において何が大切なのか考える契機となり、自らの生きるうえでの価値観を明確にした。〈険しいライフタスクへの懸念〉や〔支えてくれる人々のやさしさ〕を感じた経験は、他者へのノーマリゼーションの意識を高めていた。これらは〈自己の人間的成長〉の意味づけに関連していたと考える。

子どもとの療養は、子どもと一緒に過ごす時間、子どものことを考える時間が必然的に長くなる。そのことにより、母親として子どもに対する理解が深まる。特に、見るのもつらいほどの治療に耐え、現状に適応しようとする子どもの姿は〈頑張る子どもの姿からの奮起〉となり、母親にも力を与えるものであった。母親は、子どもの精神的強さという、今まで知りえなかった子どもの潜在能力を知り、「尊敬」など子どもへの新たな見方を獲得していた。さらに、がんや移植を克服している子どもを育てる経験は、子どもの心身の成長を強く認識する。これらは、「普通の子」を育てる母親では感じることはできなかったことであり、「病気の子」の母親として闘い抜いた自負が〈母親としての成長〉を意味づけたと考える。

子どものがん移植体験は母親のみならず、家族として乗り越えるべき課題でもあった。さみしい思いを抱えながらも変化した生活環境に適応してくれるきょうだい、看病やきょうだいの世話を分担しながら療養体制を整えてくれる父親や祖母ら、励まし支え合う家族から〈一枚岩になった家族の支え〉を認識していた。これは、家族が一体となって家族内の資源を活用しながら生活の調整・管理を行う、凝集性を高め結束して問題に立ち向かうという、家族対処のひとつである「統合的対処」²⁰⁾が行われていたと考える。〈家族との強い絆の構築〉は、家族が「統合的対処」を発揮することで家族の成長が導かれた結果からの意味づけであり、この意味づけからは、新たな困難にも家族が団結して立ち向かっていけるという自信につながると考える。

入院中に始まる小児がんの子どもを持つ母親との交流は、母親たちが自分と同じ思いであることを知る機会となり、孤独感が軽減される。また、入院生活に適応し明るく過ごす母親たちの姿からは、「病気の子の母親」としてのモデリングを獲得する。〈同じ病気の子どもを持つ母親からの励まし〉によって自らが支えられていることを実感する。移植治療は、造血幹細胞を提供するドナーの善意なくして受けることはできない。ドナーになったきょうだいやバンクの方、献血をしてくれた人、医療者、学校の先生、きょうだいの面倒を見てくれた近所の人など多くの人々に支えられて、子どもの命があることに気づく。〈人々のやさしさの再確認〉は「今、子どもが生きていること（幸福感）を感じられる理由を自己に問いかけることで気づく、子どもに向けられた人々のやさしさと、母親に向けられた〔支えてくれる人々のやさしさ〕を認識することにより意味づけられていると考える。さらに、〈人々のやさしさの再確認〉は、他者に対する深い感謝の気持ちから他者に貢献したいという意思につながり、母親の生き方にも影響を与えていたことが推察された。

3. 母親の療養体験意味づけへの看護支援

母親が療養体験の意味づけを行うためには、今までの体験を振り返る機会をもつことが重要である。それに加え、療養過程における出来事を否定的に認知し続けないための援助も必要である。〈子どもの苦しむ姿による無力感と自責感〉が持続しないために、子どもに対して身体的苦痛を取り除く症状マネジメントおよび、心理社会的側面の援助を継続する。さらに、【前向きになる力】を強化するための支援を行う。母親や家族が行っている対処行動を理解し、その取り組みに対し肯定的評価を伝えることで母親が自己あるいは家族が持つ肯定的側面に気づき、困難に対処する自信が高まると考える。また、同病児や移植経験者の母親との交流は、情緒的および情動的サポートを得て心理的安定を図るだけでなく、療養体験に基づいた知識によって他者を支援する力に気づき、自尊心を取り戻す²¹⁾効果も期待される。移植前から交流の場を提供していくことが必要であろう。

移植前では、移植治療をどのように捉えているのかが移植後の母親の心理面に影響を及ぼすことが示唆された。そのため、子どものおかれている状況と母親の心情を踏まえた上で、移植後の長期的な問題も含めた情報を提供し、母親が移植のメリットとデメリットを整理して、移植後に起こりうる出来事と対処方法を予測できるように支援する。

母親は今までの体験を振り返り、自己や家族にもたらした変化に気づいていくことで療養体験の意味づけを行っていた。そのため母親が自らの体験を語る場を設け、子どものがん罹患以前の自己と比較し、肯定的変化に母親自らが

気づいていけるように、看護師は傾聴と共感の姿勢でかわる必要がある。それによって、療養における苦難とそれを乗り越えてきたプロセスを整理していくことができ、自尊心の向上につながっていくと考える。平⁹⁾は「意味の探求を患者や家族に性急に求めてはいけなく、この探求プロセス自体が苦痛を伴うものであることを十分認識しなければならない」と述べている。母親は、子どもが生きていることを幸せに感じてはいるが、療養体験を振り返ることにより、病気以前の子どもと現在の子どもとを比較し、子どもの健康喪失を再度意識する可能性がある。看護師は、このことを踏まえてかわる必要がある。

また、子どもが長期寛解期になると受診回数は減少し、思春期以降になると母親の付き添いもなくなる。母親の語りを聴く十分な時間と、適切な場所を整えることから始める必要がある。子どものライフイベントの一つである入学は、〔普通の子に戻った実感〕を抱く節目の出来事であると同時に、人間関係が変化し、新たな問題や不安が生じやすい出来事である。そのため、入学前の時期に面談を計画することが効果的であると考えられる。

VI. 結 論

1. 造血幹細胞移植を受けた子どもを持つ母親が療養体験を意味づけるプロセスは、予後不良と知った時の【苦悩】から始まり、【前向きになる力】を発揮した【病気の子の母親としての闘い】と【病気の子の母親からの卒業】の2つの段階を経て、〔今、子どもが生きていること（幸福感）〕を抱き、療養体験を振り返ることにより意味づけを行うものであった。
2. 母親の療養体験の意味づけの内容は、〈自己の肉体的成長〉、〈母親としての成長〉、〈家族との強い絆の構築〉、〈人々のやさしさの再確認〉であった。
3. 【前向きになる力】は、主に【病気の子の母親としての闘い】の時期に獲得し、意味づけの内容に深く関係していることが示唆された。
4. 療養体験の意味づけへの看護支援は、子どもの身体的苦痛や心理社会的側面への援助を積極的に行うこと、母親が肯定的変化に気づくことができるようにかかわることが示唆された。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本研究は1施設のみでの研究であったこと、対象者の子どもの移植後経過年数および移植時年齢が幅広かったことが限界である。また、対象者は全員家族関係が良好であったため、家族からのサポートが得られやすい状況における結果である。さらに、グラウンデッド・セオリーの特性上、本研究は移植を受けて3年以上再発がない小児がん経験者

をもつ母親に対してのみ説明力をもつという方法的限定をもつ。

今後の課題は、小児期に移植を受けた子ども本人や母親以外の家族における体験の意味を明らかにし、看護支援を検討していくことである。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力いただきました対象者の皆様、病院スタッフの皆様にご心よりお礼申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、造血幹細胞移植を受けた子どもを持つ母親の療養体験を意味づけるプロセスと意味づけの内容の概念を明らかにし、看護支援の示唆を得ることである。対象者は移植後3年以上寛解を維持している子どもの母親8名である。半構成的面接により調査し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにて分析をした。その結果、療養体験を意味づけるプロセスは【苦悩】から始まり、【前向きになる力】を発揮した【病気の子の母親としての闘い】と【病気の子の母親からの卒業】を経て、〔今、子どもが生きていることの幸福感〕を抱き、意味づけを行うものであった。意味づけの内容の概念は〈自己の人間の成長〉〈母親としての成長〉〈家族との強い絆の構築〉〈人々のやさしさの再確認〉であった。子どもの身体面・心理社会面への援助を積極的に行うとともに、母親や家族の療養への取り組みを理解し、肯定的評価を伝える看護支援が示唆された。

Abstract

The present study was undertaken to investigate the process of mothers in finding significance in their experience with caring for children after hemopoietic stem cell transplantation and to clarify the concept of meaning, and to obtain suggestions for nursing care.

The study involved 8 mothers whose children remained remitted after transplantation. Semi-structured interview was adopted for the survey and the results were analyzed with the modified grounded theory approach.

As a result, the process started from "affliction", of such mother through the stage of "struggling as the mother of a sick child" and "quitting the status of mother of a sick child" that showed "encouraging stimuli", up to the stage, in which the mother was able to 'feel a sense of happiness on her child being now alive', thus to realize its worthiness. The significance they found pertained to "growth of themselves as humans," "growth as the mother," "establishment of strong ties to family members" and "reconfirmation of people's kindness." These results suggest that the aggressively assisting the physical and socio-psychological aspects of such child, and understanding how the mother and family are tackling the recuperating care, and make themselves understood of a positive appraisal on such care-giving.

文 献

- 1) 石黒伸昌, 酒井真由美, 他: 学童期に造血幹細胞移植を行った患児の退院後の社会生活と今後の退院指導, 日本看護学会第35回集録小児看護, 222-224, 2004.
- 2) Nancy Bunin: 造血幹細胞移植, 日本小児白血病リンパ腫研究グループ長期フォローアップ委員会監訳: 小児がん経験者の長期フォローアップ集学的アプローチ, 250-258, 日本医学館, 東京, 2008.
- 3) 中村昌徳, 麦島秀雄: キャリーオーバーが問題となる主な疾患 造血幹細胞移植後の患者, 小児看護, 28, 1142-1144, 2005.
- 4) 月本一郎: 小児白血病の長期生存のQOLと問題点, 小児内科, 29(2), 321-325, 1997.
- 5) 松岡 豊, 大園秀一: がんとPTSD, こころの科学, 129, 83-88, 2006.
- 6) 小杉 恵, 山本悦代, 他: 造血幹細胞移植後の長期生存児とその家族におけるPTSDについて, 安田生命社会事業研究助成論文集, 123-132, 2002.
- 7) 泉真由子: 小児がん患児の心理的問題, 90-104, 風間書房, 東京, 2008.
- 8) 永井庸央, 坪井 香, 他: 意味を見いだすことに向けた支援,
- 近藤まゆみ, 嶺岸秀子(編): がんサバイバーシップ, 48-52, 医歯薬出版, 東京, 2006.
- 9) 平 典子: がん看護における患者・家族が見いだす「意味」概念の検討, 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 4, 67-73, 1997.
- 10) Van Dongen-Melman: Experiences of parents of childhood cancer survivors a qualitative analysis, patient educ couns, 34, 185-200, 1998.
- 11) オ木クレイグヒル滋子: 「闘い」を通して母親の変化小児がん医療に残された課題, 日本保健医療行動科学会年報, 15, 38-46, 2000.
- 12) 内田雅代: 骨髄移植を受ける患児をもつ母親の体験について-体験の意味を見出す看護援助-, 家族看護学研究, 4(2), 109-117, 1999.
- 13) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践, 弘文堂, 東京, 2004.
- 14) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチ-質的実証研究の再生-, 弘文堂, 東京, 1999.
- 15) 森美智子, 石川福江: 小児がん患児への母親の心情とケア, 日本赤十字武蔵野短期大学紀要, 18, 67-74, 2005.
- 16) 雲かおり, 太湯好子: 肝臓がん患者の苦難の体験とその意

- 味づけに関する研究, 川崎医療福祉学会誌, 12(1), 91-101, 2002.
- 17) Andrykowski MA, Brady MJ, et al : 'returning to normal' following bone marrow transplantation Outcomes, expectations and informed consent, Bone Marrow Transplantation, 15, 573-581, 1995.
- 18) 宗像恒治: 行動科学からみた健康と病気, 3-34, メヂカルフレンド社, 東京, 1996.
- 19) 気賀沢寿人, 田淵 健: 長期フォローアップシステムの構築に向けて - 小児病院の立場から -, 日本小児血液学会誌, 18(2), 97-100, 2004.
- 20) 宮田留理: 家族ストレスと家族対処に関する考え方, 野嶋佐由美監修: 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, 110-117, へるす出版, 東京, 2005.
- 21) がん患者と家族のサポートプログラムの意義および特徴, 季羽倭文子, 丸口ミサエ監修: がん患者と家族のサポートプログラム, 7-42, 青海社, 東京, 2005.

[平成21年3月13日受 付]
[平成21年11月26日採用決定]

認知症ケアの専門性：デイケア看護師による認知症高齢者の 「鉦脈を掘り当てる関わり」と「磁場」の形成

Expertise of the Dementia Care Nursing : Care which Digs up the Vein of the People with
Dementia Care Service and Creation of the Circumstances of “Jiba”

堀内 園子
Sonoko Horiuchi

キーワード：認知症，看護，デイケア，高齢者，関わり

Key Words : dementia, nursing, the daycare, elderly, relationship

I. はじめに

現在、日本で介護認定を受けた高齢者の約半数に認知症がみられ、その多くは在宅で生活している¹⁾。在宅生活を送る認知症高齢者とその家族を支えるものの中で、認知症デイケアとデイサービスは、利用頻度が高く、2008年度には、在宅高齢者の概ね3人に1人が利用している²⁾。介護保険制度上、認知症デイケアは「通所リハビリ」、デイサービスは「通所介護」に区分され、前者は病院や老人保健施設で、医師や看護師、理学療法士、作業療法士、心理療法士など医療スタッフが心身機能の回復・維持を目指し、後者は特別養護老人ホームなど福祉の場で介護職員、看護師が日常生活援助と心身の活性化を目的として働きかける。両者とも認知症高齢者の在宅支援の重要な役割を担い、家族が介護から一時的に解放されるレスパイトケアとしての役割が多く語られてきた。

研究においては、通所ケア利用者とその家族の動向調査³⁾、通所ケア利用前後の高齢者の変化⁴⁾、プログラムの開発・評価^{5) 6)}がされているものの、通所ケアスタッフがどのように利用者に関わっているかといったスタッフの技術や知識、ケアの場のありようについての論文は少ない。

その中で、認知症デイケア（以下、デイ）の作業活動プログラムの中で、生じているやりとりに関する研究⁷⁾がある。この研究には、不機嫌で過ごす事が増え、家族と口論が絶えなくなった人、反対に家では何もしなくなった人、流暢に話せず意思疎通が困難になりつつある人が、作業活動を介し、そこに集うことに喜びや楽しさを感じ、他の利用者が失敗すると「大丈夫」「これはこれで味がある」と声をかけあい、認知症が現れてから減多に見せることのなかった笑顔や豊かな言語表現が交わされる。デイの利用者は互いに力を引き出し、それによってその雰囲気全体が楽しいものとなり、活気が溢れる。いつも自分の居場所

を探して何度もトイレに通う人も、他の利用者と共に時を過ごし、言葉が出なくとも微笑み、頷くなどしてその中で共に過ごす。記憶力が低下し、認知障害によって相手の名や場所を正確に捉えることが出来ずとも、作業活動を共有しながら、互いの存在を認める関係を結び、互いの力を引き出す。こうしたやりとりによって行われる場は磁石のように人を引き付け、個別の力が引き出されることによってその場全体に力が生まれ、個の力を引き出す「磁場」を作り出していた。これは、単に作業活動を提供すれば自然に生み出されるのではなく、そこに居る看護師やスタッフの、一見さりげなく見える働きかけが影響していることも示されていた。

しかし、参加観察法による研究では、この働きかけについて看護師が何を意図し、ケアを実践したのか、意図した事とケアの中身は一致しているのか、否かまでは明らかになっていない。

人と人とのやりとりが生じるケアの場では、それを行うスタッフのありようや働きかけが重要であり、特に認知症の人のケアにおいては、効果的といわれるプログラムも、スタッフの働きかけが不適切であれば、否定的な結果しか現れないといわれる⁸⁾。様々なプログラムの開発や評価と共にスタッフの働きかけを明らかにする意義は大きいと考える。

また、認知症デイケアとデイサービスの両方に求められる看護師がどのように認知症高齢者と関わり、ケアをするのか、臨床知や技が議論されることはほとんどなかった。今後需要が高くなる在宅ケアの担い手としてデイ看護師のケアのありようを考察することは、今後の認知症看護や在宅看護への深い示唆が得られると思われる。

本研究では、「磁場」が形成される様子が抽出されたデイケアに焦点を当て、看護師が認知症高齢者をどのように

とらえて関わっているのか、それが実践にどのように結びつき、「磁場」の形成との関係を考察し、記述することを目的とする。

II. 本研究で用いる言葉のとらえ方

磁場：自分と他者との間で時間・空間・雰囲気を共有し、互いの存在を認め、力を引き出し、そこに居る人や出来事を受け容れる人と人とのありようをさす

認知症高齢者：認知症を呈する65歳以上の男女。本研究では主としてアルツハイマー型認知症、脳血管性認知症、その混合のタイプの認知症をさす

認知症デイ（またはデイ）：認知症高齢者を対象とするデイケアをさす

利用者：認知症デイケアに通う高齢者

III. 研究方法

1. **研究デザイン**：質的記述的研究

2. **データ収集期間**：2004年6月～12月、2005年7月～8月、2006年8月、2007年8月

3. **データ収集の方法**：デイ看護師へのインタビューと参加観察を併用した。参加観察は観察者自身もデイプログラムに入り観察した。インタビューは半構成的とし、デイの看護で大切にしていること、認知症高齢者、認知症看護の考えやとらえを尋ねた。なるべく具体的に話してもらうために、観察場面をもとに「あの場面で**したのは何故ですか？」と問いかけ、関わりがうまくいったと思う場面（うまくいかなかったと思う場面）では、その反対の状況を経験の有無を尋ね、「ある」という場合、その時の対応を聞くことによって、看護師の働きかけをより明確にするようにした。インタビューは、同じ看護師に複数回実施することもあった。

4. **データ収集の場と対象者**：本研究では、先行研究で「磁場」という現象がみられた認知症デイを参加観察データ収集の場とした。インタビュー対象者は観察対象となったデイ勤務の看護師、異動によって現在は勤務場所が認知症治療病棟や外来にある看護師に行った。いずれの看護師も、認知症ケア、デイの勤務経験3年以上であった。異動によって、現在デイに所属していない看護師の場合も、研究者は異動前に、その看護師がデイ利用者と関わっている場面を観察した。観察対象者は上記で述べた看護師と認知症高齢者である。

5. **データ分析の方法**：本研究は、看護師と認知症高齢者の相互作用に着目するため、シンボリック相互作用論を基盤とし、分析は、グラウンデッドセオリーアプローチの手順を踏んだ。面接と観察から得られたデータをコー

ド化、カテゴリー化し、カテゴリーの関連性を検討し、分析の最終段階でコアカテゴリーを抽出し、ストーリーラインを示した。

6. **データの信頼性と妥当性の確保**：研究者がその場に溶け込むため、1995年より春夏各1ヶ月ずつデータ収集候補の現場に入った。事前にインタビュー、参加観察の訓練を行い、インタビュー法、参加観察法によるデータ収集を専門に行う研究者とGTAによる分析手法の専門家にスーパーバイズを受けた。

7. **倫理的配慮**：データ収集開始前に研究者の所属大学の倫理委員会の承認を受けた。研究への参加は、本人の自由意志を尊重し、情報の保持と保管の保証、限定された場所での公表と匿名性の保持を保証した。データは、個人名や施設名は記号表示し、研究参加者の連絡先は、データ収集終了時点で、シュレッダーにて裁断し、破棄した。観察の対象となる認知症高齢者とその家族（後見人）には、上記に加え、データ収集中の安全と場の雰囲気の保証をした。本人の署名が困難な場合、家族（後見人）から同意書にサインをもらった。説明時は、デスタッフに研究者の口調や態度が威圧的になっていないかをさりげなく確認してもらい、プログラムに研究者が一緒に入ること、その内容を論文発表すると説明した。プログラムに入る度に、活動を共にして良いか同意を得た。

IV. 結果と分析

1. 対象者の背景とデータ収集の場

1) **インタビュー対象者と参加観察の対象**：インタビューはデイ看護師28名。全員女性で、14名が精神科勤務経験と認知症治療病棟での臨床経験を持っていた。平均臨床経験年数は13.8年（6年～30年）であった。看護師は全員院内の認知症看護の知識・技術に関する基礎・応用研修（院内）を受けていた。

観察場面数は93場面。対象となった利用者は33名で、平均年齢77歳、男性13名、女性20名。認知症の病型は、アルツハイマー型認知症が15名、脳血管性認知症が15名、混合型3名であった。臨床的認知症尺度（Clinical dementia rating; CDR）得点の平均は1.9（1～3）で、要介護度の平均は2.67（要介護度1～4《2009年改定前》）、合併症として高血圧症を持つ人が10名、鬱4名、糖尿病2名、他に痛風、関節リウマチ、統合失調症、白内障、難聴を抱える人が各1名であった。服用薬は、アリセプト4名、グラマリール9名、他に10名が降圧薬、4名が抗鬱薬を服用していた。デイ利用の主な理由は、他者との交流、生活の活性化、周辺症状（BPSD）の緩和が挙げられていた。

2) **データ収集の場**：認知症看護の研修施設として認定

を受け、他病院から認知症看護の研修を受け入れている認知症病棟を持つ精神・神経内科病院で開設している認知症デイ。デイでも研修生を受け入れている。デイの理念は、認知症高齢者の個々の能力を補い、支える環境とケアを提供することである。デイの常駐スタッフは月曜日～木曜日まで看護師3名（金曜日のみ認知症専門病棟勤務の看護師も入り看護師4名）、作業療法士1名。医師と心理士、ソーシャルワーカー各1名は必要に応じて来棟した。デイの活動時間は9時～16時で、送迎は原則として家族が行うが、家族の状況に応じデイから送迎バスが出ていた。

2. 看護師が認知症高齢者と関係を築く「鉱脈を掘り当てる関わり」とストーリーライン

分析の結果、デイ看護師は、利用者の日常生活の障害や能力の低下を補うだけでなく、利用者にみられる能力の低下が、耳の聴こえや身体的不快感、環境の変化など認知症以外の要因の影響を検討し、必要に応じて環境調整や自助具補助具を提供していた。看護師は、こうした関わりを通し、本人さえもあきらめかけていた能力を引き出し、その力を活かし、その力がより高められるよう働きかけていた。

この関わりを、本研究では「鉱脈を掘り当てる関わり」として、デイ看護師の関わりの中核カテゴリーとして位置づけた。

「鉱脈」とは、金やエメラルド等の鉱物が岩石の間に溶け込んで出来た鉱床である。少しずつ掘る中で姿を見せる鉱石は、他者を魅了する輝きを放ち、その存在を信じ、価値を知る者が手に取れば、磨きがかかり、より美しく輝く。鉱脈があっても、それを探る知識や技術を持たず、その価値に気付く者がなければ鉱石が光を放つことはない。

デイ看護師の「鉱脈を掘り当てる関わり」の背景には、認知症の人の言葉に耳を傾け、その人の体験世界や、認知症に伴う心身の変化に対する看護師の知識があった。認知症の人は、健康な人にとっては何でもないようなバックミュージックやエアコンなどの音が、集中力や注意力の妨げとなる強い刺激となったり、蛍光灯の光、窓から入ってくるそよ風が、時に体を刺すように感じたりすることもある。降圧薬など認知症以外の身体合併症によって飲んでいる薬の影響や、便秘や発熱、痛みなど身体的不快感が、認知症の人のコミュニケーション能力を低下させ、あたかも認知症を悪化させたようにみえることなどである。こうした知識をもとに、看護師は、利用者に起きていることを見極め、その人の持つ力に働きかけるようにしていた。

「鉱脈を掘り当てる関わり」の第一段階は、「関わりの糸口を見つけ、確認」することであった。看護師は利用者の24時間の在宅の様子をつぶさに知ることは難しく、同居家族も、全てを知っているわけではない。また、一人暮らし

をしている利用者もいる。そこで、看護師は、家族からの情報を参考にしながら、デイにおける利用者の言動、表情を繰り返しキャッチし、その人のことを知る手掛かりを得ていた。そのために、医療処置の場面だけでなく、食事や散歩といった生活場面で利用者と行動を共にする「そばに居合わせる」ケアが重要な意味をもっていた。生活場面の中で「そばに居合わせる」ことにより、認知症の重症度を捉える対面式テストでは見えにくかった、本人の生活に認知症が影響している部分と、影響をさほど受けていない部分を捉えることができ、利用者の「心地よさと危険の指標の吟味」の段階へと進み、長い間生きてきた中で「培った経験やカンの埋没を防ぎ、活かす」ことができ、その人の力・魅力を掘り当てるよう試みがなされていた。これらの段階は、1つの段階が終わると次の段階へ進むというのではなく、時に重複して行われ、利用者の状態によっては第一段階に戻るということもあった。

看護師は、利用者の鉱脈を探す上では、個々の認知症の重症度だけでなく、その日、その時のデイという場全体の雰囲気が大きく関わると考えていた。利用者個人の力を見つけ、それを活かそうとしても、緊張した雰囲気の中では発揮できない。特に、デイは他の利用者との共有空間や時間が多く、利用者同士の関係が、個の力の発揮に大きく影響すると考えていた。スタッフ同士の関係や呼吸もまた同様であり、デイの雰囲気を構成する相互関係として利用者－スタッフ、利用者－利用者、スタッフ－スタッフの3つの要素を大切にしていた。

また、認知症の人は短期記憶の障害を受けるが、「鉱脈を掘り当てる関わり」によって、自身の力を認め、認められるうちにデイという場所が「自分が安心して過ごせる場所」という意味を感じるようになっていくようであった。デイに通うことが楽しみと話し、利用者やスタッフが身近な存在となって「久しぶり」「この間居なかったから心配したよ」と言葉を交わしていた。

デイでこのようなやりとりがなされることで、多様な人の存在を認め、受け容れ、時間・空間を共有し、安心して自分の力を発揮できる「磁場」が形成されていた。

デイに訪れる利用者は、互いの名前を正確に覚えている人ばかりではない。名前が出てこなくて「奥さん」「ご主人」などと呼び合うこともある。デイのことを「学校」や「ボランティアの場」だと思い込んで来ていた人もいて、必ずしもデイの持つ機能や役割をはっきりと言えるわけではない。しかし、「鉱脈を掘り当てる関わり」によって、互いの関係が築かれると、デイに通う人やその場所について様々な捉え方をしている利用者どうしが、お互いをよく知っている仲間で、デイはそういう仲間と過ごす安心できる場であることは共通してとらえているようであった。こ

の安心できるという感覚が「磁場」の土台となり、利用者が多少失敗しても構わないから自分なりに何かを試み、やってみる力の発揮につながっているようであった。これを各カテゴリーと「磁場」との関係として図1に表した。

以下に、各カテゴリーが抽出された観察場面とインタビューデータを提示する。カテゴリー名は【 】, サブカテゴリー名は《 》でくくった。各カテゴリーが得られたデータは斜体で表し、データ中のNs. 1, Ns. 2・・・という表記はデイ看護師である。

3. 「鉱脈を掘り当てる関わり」を構成するカテゴリーの説明

【関わりの糸口を見つけ、確認する】

長年一人暮らしをしていた利用者や認知症がある程度進んでから社会資源を活用しようとした利用者の場合、本人の持つ力やニーズについて知ることが非常に難しい。

また、デイ利用当日になると「デイに行くとは聞いていない」と、いったんはデイに行くことを納得していたはずの利用者が、拒んだり、アクティビティに参加しようとしていないこともある。看護師はこうした利用者には、無理にデイに行くよう説得し、プログラムに参加するよう勧めなかった。利用者の多くは、人前で失敗を繰り返し、新たな環境

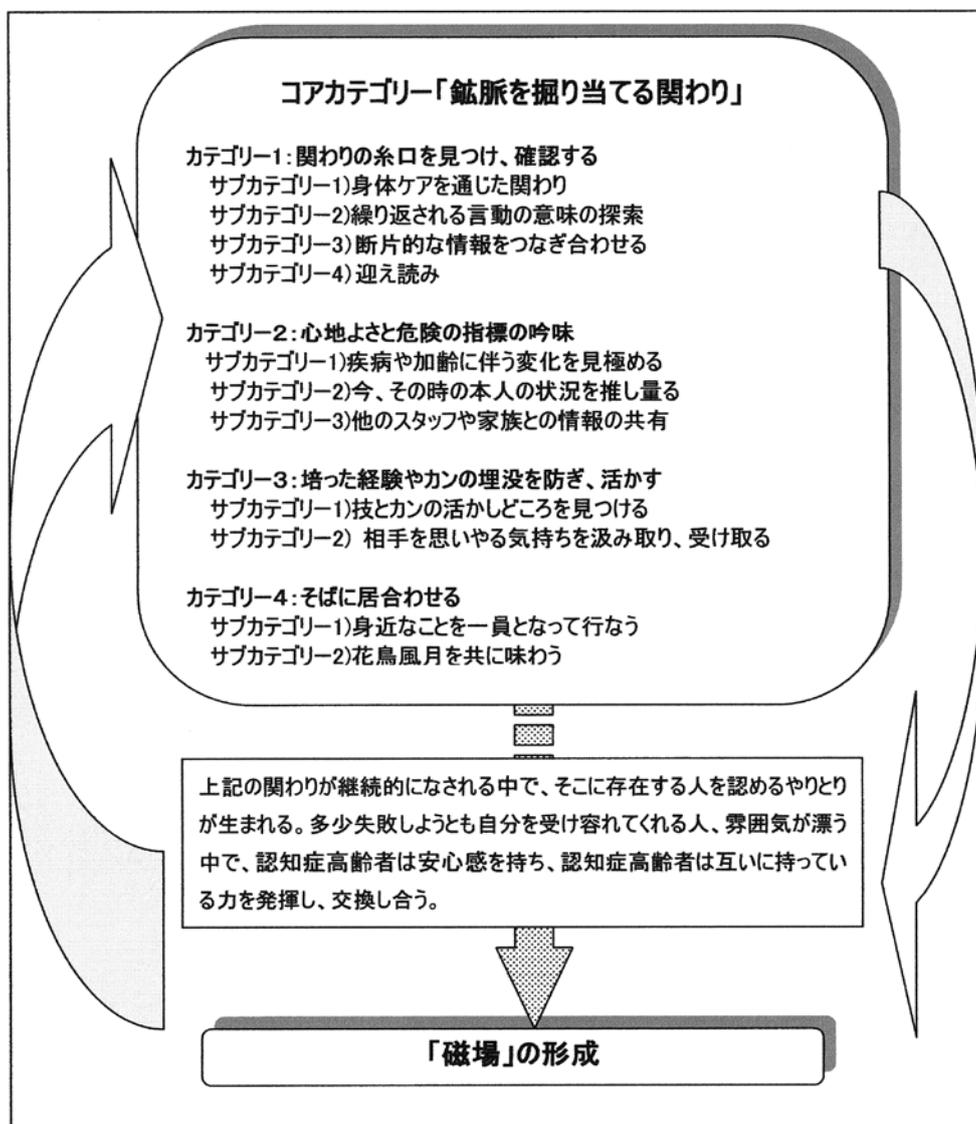


図1 「鉱脈を掘り当てる関わり」と「磁場」の関係：記憶・認知機能の障害によって、認知症高齢者は、自分がそこに居る意味や価値を見出すことが困難になる。看護師の「鉱脈を掘り当てる関わり」によって、認知症高齢者は自身の持つ鉱石（能力・可能性）を感じ、自分を認め、安らげる所という意味をデイに感じる。その意味を感じることで、自分の力を信じ、それを発揮し、相手と力を交換し合う「磁場」を作る。「磁場」が形成されることによって「鉱脈を掘り当てる関わり」は進み、更なる「磁場」を作るという循環を生む。

や人間関係を築く事に不安を感じていると考えていたからである。

看護師は、利用者の傍らに座り、「行きたくない」「参加しない」という言葉に耳を傾け、相手をよく観察する。その観察から、本人が何を感じているのかを知り、関係を築く第一歩となるものを探した。その一歩は、爪切りや血圧測定などの触れるケアを通してだったり、相手が繰り返し話す言葉の意味を汲み取ることから始めていた。触れるケアでは、関わりの一歩という側面と共に、身体的な苦痛や不快感の有無を確かめ、相手が拒む理由が身体的なトラブルではないかを確認していた。

さらに、この「関わり糸口を見つけ、確認する」は、看護師と利用者の関わりだけでなく、その場にいる他の利用者どうしの関わり糸口になることもあった。

《身体ケアを通じた関わり》

男性利用者Aさんは、スタッフが「一緒にラジオ体操をしませんか?」とデイプログラムに誘うと「いやだ」と拒否し、もう一度誘うとスタッフを怒鳴りつけた。他の利用者がAさんの様子を見て「やだ、あのオジサン怖いねえ」と話し始めた。Aさんの様子をちらっと見てはひそひそと話す利用者もいる。Aさんは他の利用者から少し離れたソファに座り、腕組みをする。2～3分経過した頃、Ns. 1がAさんの横にきて、Aさんの姿勢の高さに合わせてしゃがみこんで言った。「Aさん、おはようございます。今日もよろしくお願いします。」AさんはNs. 1をちらっと見て「おお」と軽く返事をした。「隣にすわってよろしいですか?」とNs. 1が言うと、Aさんは体を少し横にずらし、自分の隣を空けた。Ns. 1は横に座り、Aさんの手に視線を向け、「Aさん、爪が伸びているようですね。私が切りましょうか?」と声をかけた。Aさんは自分の爪をじっと見つめた。少し間をおくと「ああ、本当だね。頼むよ」と自分の手を差し出した。AさんはNs. 1が爪を切っている間、自分の指先を見つめ「うまいもんだ」と少し表情が柔らいだ。Ns. 1が「爪切りをやらせたら私の右に出るものはいないんですよ」と言うとAさんは「右に出るものはいないか。そりゃ大きく出たなあ」と声を出して笑った。その様子を見た他の利用者が「あれ、あのオジサン(Aさん)笑ってる。はじめてみた」「笑うと意外とハンサムだ」と言う。他の利用者にお茶を出していたNs. 2が「本当ね。私がAさんと同じ世代だったら、恋をしていたかも」と言うと、他の利用者たちも笑顔でうなづく。

Ns. 1「Aさんは、長年社長をされ、仕事一筋で生きてこられたそうです。本人や家族に興味や特技を聞いても『特になし』という方なのです。趣味があればそれを話題にして関われるのですが。無愛想で、あ

んまりしつこく誘うと怒ります。ご自身が出来ることが限られてきているからかもしれません。他の利用者さんはそういう場面を見ているので、Aさんとの関わりを避けます。そうすると、その雰囲気はAさんに伝わり、余計Aさんも不機嫌になるという悪循環が起きます。そういう関わりが難しい方がいらした時、わたしは先ほどの爪切りや手浴とか足浴、血圧測定などを関わり糸口として活用するようにしています。その人の身体状況を知ることも含めてですが。この時、相手の方が「いいよ」と言ってくれたら、関われるチャンスだと思うのです。小さなことでも、わたしに身を任せてくれるのであれば、相手が何らかの信頼をこちらに持ってくれている、と思うんです」

Ns. 1の身体ケアは、「爪切り」という利用者にとっても身近でわかりやすいものである。「爪切り」は利用者が自分の手元を見ながら相手に身を任せることのできる。こうした身近で利用者が自分の目で確認できる「爪切り」は、看護師が大掛かりな準備せず、相手に必要だと思った時に、タイミングよく提供できる。このケアを選択したことで、利用者の心の向きがケアを受け入れている時に素早く実施できた。

Ns. 2は、最近夫を亡くしたBさんの腕にアロマオイルを用いて撫でるナーシングタッチを実施していた。所要時間は約10分程度である。Bさんは「わたしね、夫が死んだのよ。一人だなあって思うと、なんとも言えない気持ちになるの」と自分の気持ちを語った。家では娘に「お父さん(夫)はまだ生きている」と言い、夫の死を理解していないと思われていたBさんである。娘は「母はすっかりぼけて父親の死もわからなくなってしまった」と悲しんでいたが、タッチを受けているBさんは「夫の死を受け容れられないの」とポツリと言い涙した。

Ns. 2「利用者の中にはうまく言葉を出せない人がいらっしゃいます。また、日ごろは流暢に話される方も、心の内にあることを秘め、状況によってうまく言葉にできなくなる場合もあります。タッチを通じて、まずは言葉だけでない皮膚から心地よさを感じていただくこと。それがその人の記憶や認知のスイッチを押して、こちらが今まで発見できなかった相手の思いを知るきっかけになることがあります。また、触れることを通じて、その方の身体的なトラブルもみえます。一人暮らしの方の場合、家の中で転んで打撲していることもあるんです。それは身体を見るとよくわかります。」

Ns. 6「利用者の方は処方薬を飲むことは飲んでいても、飲み方を間違っていることもあります。ご家族

も薬をどこまでちゃんとしているかわからないことも多いのです。でも、脈や血圧を測ったり、本人の言葉や表情を見ていく中で、薬がうまく効いていないのではないかと、もしかしたら適切な服用ができていないのではないかと、ということもみえてきます。それは時間をかけて相手と話すことと身体の反応をみていくことで何らかのサインがみえてくるように思えます」

Ns.は、利用者とのコミュニケーションの糸口だけでなく、複数の身体疾患を持ち、老化に伴う身体的不調が生じていることが多い老年期にある人を見る糸口として身体的ケアを用いていた。特に、デイは日中の一定時間のみ関わりである為、同居家族やデイ以外に利用しているサービスのスタッフからの情報と共に、その人の身体のサインを看ることからもデイにこない時間帯のその人の生活像を描き出していた。

《繰り返される言動の意味の探索》

利用者が繰り返す言動は「靴どこ？」といったものから、激しい帰宅要求まで様々である。看護師は、こうした繰り返しは利用者の混乱や不安を表す場合もあるが、その人にとって大切な何かを表す可能性もある。意味の探索は、前後の状況の確認、身体的不快感の有無を必ず確認した。Ns.3は、人との交わりを拒否し、時に「馬鹿野郎」と乱暴な言葉で怒鳴る女性Cさんのことを次のように話した。

Ns.3 「Cさんがデイに来た約半年は、いつ彼女が怒るかわからず、怒らせないように関わっていました。ある日、誰かが小学校時代の話を始めると、Cさんは『じゃあ〇先生は何処にいったの？』と身を乗り出したのです。皆驚いて『〇先生って？』と聞き返したら、『〇先生は校長先生だよ。よく頭をなでてくれたよ。』って。以来、Cさんはデイで1日に100回以上『〇先生はどこ？』と繰り返しました。『〇先生はどういう先生？』って聞くと、いつも『頭をなでてくれた』と笑顔で答えるんです。〇先生がどんな人かは分からなかったのですが、『〇先生』をきっかけに、Cさんが素敵な笑顔の持ち主だとわかりました。Cさんのこの表情をもっと引き出したいと思って。それにCさんが繰り返す「頭を撫でてくれた」という言葉がずっと気になって、もしかしたら、撫でる行為はCさんにとって意味をもつと考え、ケアに取り入れようということになったのです。Cさんを怒らせないようにする関わりではなく、笑顔を引き出そうという可能性を考える積極的なケアに変わったんです」

《断片的な情報をつなぎ合わせる》

看護師は、細やかな観察と様々な情報を手掛かりに、利

用者の全体像を掴む。これにより、認知症が原因だから、と諦められていた事が、実は環境や加齢が原因と分かることもあり、環境、補助具や自助具を整えることで本来持つ力を引き出すケアにつながっていた。

利用者Dさんは、医師から、認知症が重度だから会話は無理、と言われていたが、会話の時に常に一定の方向に体を傾げる様子を見た看護師No.3は、Dさんに耳の聞こえの問題があるのではないかと考えた。聴力検査の結果、Dさんの聴力の衰えが著明だとわかった。補聴器を用いることでDさんは以前より他者と交わりを持ち、自分のことを語り始めた。

《迎え読み》

古文書こもんじょを読み解く際に、傷や汚れで読めない部分を前後の文脈や状況から推測して読む方法である。「察する」という言葉とよく似ている。認知症の人の場合、自分の感じたことを相手にわかりやすくサインを送たり、反応が明確でない場合もある。そのため、看護師は、いつものその人の様子と前後の文脈から利用者の言動の意味を読み解き、相手に「それは～ですか？」と問いかけることによってその意味の確認を行っていた。

また、年齢が高い人ほど生まれ育った時代や地域に根ざした言葉を用いることが多く、認知症高齢者の言わんとしていることを知るには、いつもの様子、前後の文脈を推し量り、確認することと同時に、その時にその人々が生きていた時代背景、土地柄、風土に根ざした解釈する能力が必要である。時代や当時の文化によって用いられる用語や文体、書式が異なる古文書の途切れ途切れの文章を推測して読むときとよく似ている。

言語障害の進んだEさんは、デイの中で他の利用者とのコミュニケーションがうまく図れない。みんなで季節の花について話している時にも「あ、あれ、うん、そう。ね、アレ、アレ・・・どうするかね？」と言う。他の利用者はEさんに対し「何を言ってるかわからない」「ちゃんと話しなよ」ときつい調子で応える。Eさんは「ああ、アレ、やだくて。もう、みんな、アレが・・・しただよ」と言う。Ns.4はEさんの視線の先を見て「ああ、ゆりの花？Eさんはあのゆりが気になっていたのね？」と言うと、Eさんは頷く。他の利用者もゆりの花を見て「あれ？あの花のことを言ってたの？確かにだいぶ首が垂れてきてるね。水切りしてやったほうがいいんじゃない？」などと話し出す。Ns.19は「さすがEさん。他の人が気づかないところによく目をつけたわね～」と言う。Eさんは少し照れたように微笑む。

この場面では、看護師が言葉が出ないEさんの視線の先を読み、Eさんはそのことが「気になっているのだ」と意味づけ、それを他の利用者伝えていく。すると、Eさん

に対してきついまなざしを向けていた他の利用者が、「確かに花の首が垂れてきている」とEさんの言わんとしている事に共感し、代弁するという方向に転じている。

Ns. 5 「先日、Fさんがオオホネの周りがゴシテエから揉んでくれ、とおっしゃったんです。オオホネもゴシテエっていうのもわからなかったんですけど。とにかく、Fさんが背中を指すから背中のことだと思って、背中を撫でたら『オオホネだ!』と声を荒げられてしまいました。同僚が来て『オオホネって背骨のことで、ゴシテエは辛いという意味』と教えてくれたんです。Fさんの背骨に沿って触れたら『そうだ』って満足していただけました。記憶や認知機能の問題によるコミュニケーションの難しさだけでなく、私自身がこの地域の風土や利用者さんの年代にあった言葉を知らないとわかりづらいうい難しさも感じます」

利用者がうまく言語表現が出来ない部分を推測し、補い、確かめることはもちろん、高齢者の場合には子供の頃から使っていた方言や独特の表現で自分の気持ちを表すことがある。生まれ育った地域の風土や時代に根ざした言葉が途切れ途切れで現れると、前後の文脈と共に高齢者の生きた時代、風土を鑑みながらの解釈が必要になる。

《心地よさと危険の指標の吟味》

Ns.は、利用者の活動を促しつつ危険性も考慮に入れる。危険とは転倒などの事故だけでなく、利用者の精神的な揺れや不安をかきたてるものも含める。利用者の心や活動の自由を奪わないようにしながら安全を保障できるよう工夫をしていた。

また、このことを行うことで、精神症状や焦燥感の予防や緩和につながると感じていた。

《疾病や加齢に伴う変化を見極める》

No. 5とGさんはカレンダー作りをしている。10分ほどするとGさんは目をしばたかせ、「線がわからない。こりゃ」と色鉛筆を置く。Ns. 5は「無理しないでいいですよ」と少し休むように勧める。すると「ん、そんなじゃないよ。」と微笑んで再び色鉛筆を持つが「・・・だめだな、手がバカになって。」と再び鉛筆を置く。Ns. 5は「Gさん、老眼鏡、家で使ってる？」と声をかけた。Gさんは「え、どうだかな？」と困ったように笑う。Ns. 5はデイの老眼鏡を渡し、「これかけて」とGさんに渡す。「これ、いいの？」とGさんは言いながら、老眼鏡をかける。Ns. 5はカレンダーを渡し、「どう？」とGさんに見せる。するとGさんはカレンダーを見て「これはいい」と笑顔になる。

Ns. 5 「Gさんに限らないのですが、利用者の多くが加齢に対する心身の変化を受けています。けれど、認

知症があって、話しかけて返答がないと認知症だから、で終わりにされることがあります。わたし自身、老人性難聴のある利用者さんと話を通じないのは認知症のせいだと思いこんだ経験があります。同僚の提案で補聴器を試したら、コミュニケーションの問題がだいぶ改善したのです。これには家族もびっくりして、話しかける機会が増えたそうです。以前よりも耳からの刺激が増えたせいでしょうか、その方は夜徘徊することが減ったのです。周囲の人間が認知症高齢者の心身の力や状態を見極めることで、神症状の現れ方が変わることを改めて体験した出来事でした。以来、認知症の人と関わる時に、出来ないことを何でも認知症のせいにするのではなくその人の身体面、老化をとらえ、心身ともに心地よい状態を作るかかわりを心がけています。」

参加観察場面でGさんの「わからない」は、老眼と身体疲労が重なって発せられている。認知症のために色鉛筆を使いこなせないのではなく、加齢に伴う身体の変化が影響していることをNs. 5は気づき、ケアに活かした。Ns. 5は日ごろの利用者との関わりの中で相手の心身の能力を見極めることが、認知症の人の日常生活の不便さを最小限にするのではないかと考え、重要視している。

《今、その時の本人の状況を推し量る》

利用者は認知症の進行だけでなく、状況の僅かな変化でも症状が揺らぐ。看護師は、その時々利用者の家での状況や様子を把握していた。

Ns.26はショートステイを利用すると必ず他のデイの利用者に対して辛らつな言葉を言うHさんの様子を継続的にみて、ショートステイを利用することで疲労した結果がHさんの言動に影響すると考え、ショートステイ後のデイ利用時はEさんが疲労回復できる個別対応をしていた。

Ns.26 「Hさんは日ごろデイでは面倒見のよい人です。自分よりも記憶障害の進んだ方や車椅子の方を手助けしてくれます。そんなHさんも緊張したり、疲れると、本当は持っているはずの力を発揮することができなくなります。そんな時に、こちらがHさんの日ごろの力一たとえば、他の利用者さんを手助けすることーを期待すればHさんは辛くなります。Hさんが他の利用者に対して辛らつな言葉を投げつけるのはHさんのSOSだと思っています。そこで、今日はHさんが他の利用者に気を使わずに休めるように、スタッフとHさん2人で花の種を植えたりしていただきます」

その人の力を引き出す、あるいは発揮できるよう関わることは、いつもその人が出来ることだからやってもらうと

いうことではない。認知症を患う人は環境の変化やその日そのときの状況でいつもは出せる力も出せず、力を発揮するためには休息が必要な場合もある。その人がいつもなら発揮できる力が、今日はどうか？を見極めていく。

《家族や他のスタッフと情報の共有・連携》

デイの看護師は、送迎時の少しの時間を活用し、利用者の家での様子や家族自身の健康状態、介護の様子についての情報を得る。送迎時の家族とのさりげない立ち話の中に貴重な情報が隠れていることもある。看護師は送迎前に要点を踏まえて家族と話ができるよう準備をし、利用者のことだけでなく、介護する家族の健康状態などについても気にかけて。家族が何かスタッフに相談を求めている場合は、送迎時間以外で話をしたり、介護者が休めるような新たなサービスや工夫について話をしていた。連絡ノートなどのツールも活用していた。情報の共有は家族だけでなくデイのスタッフとも行われる。デイのスタッフの数は限られ、看護師の数は病棟ほど多くない。むしろ看護職以外の専門職との距離が近く、同じ場面に居合わせることが多い。同じ場面に居合わせても、専門領域によって注目する事柄や解釈に微妙な差が生まれ、それが関わり方の違いとなる。この点が利用者にとって良い方向へいくようにスタッフ間で自分の視点や解釈、ケアの方向性を話し合っていた。

また、情報交換がスムーズに行えるための職場の雰囲気づくりを大切にしていた。

Ns.19 「同居している家族でも見える部分と見えない部分があります。わたしたちは家族が見て知っている情報を教わり、ケアに活かしながら、家族にもデイでの様子など伝えるようにしています。何もできなくなったと嘆くご家族に、デイでは他の利用者さんを手助けしたりする様子を伝えたり。また、認知症とはどんなものなのか、この利用者さんの場合には今後何が考えられるのか？といったことを伝えたりします」

Ns.20 「家族のコンディションが利用者にコンディションに直結するようなどころがあるので、利用者さんの様子を知ることと共に、家族の状態を知ることでも大切だと思っています」

Ns.16 「デイに異動になって感じたのは、同じ医療職どうしてもこだわる所がこんなにも違うのか、ということでした。同じ場面に居合わせても、Ns.のわたしとOTや心理のスタッフ、PSWの気になる点や解釈が違う。一人の利用者さんを多角的に捉えることができる可能性があるのですが、互いにそれを伝え合わないと、後から大きな問題になることもあります。生活上の問題は日々の積み重ねで徐々に顔を

出して、最終的に在宅生活に響きます。自分が感じたことはなるべくタイムリーに伝えるようにしています。」

Ns.5 「病院トップからデイは昼間だけ見るから楽な部門だ、とか、予算はあまり要らないだろうとか、スタッフは病棟と兼務で十分と言われた時期がありました。デイにはデイの役割があり、腰を落ちつけて利用者さんと関わる必要があることを理解していただけじゃなかったんです。デイの楽しい雰囲気もスタッフの努力で成り立っていることが伝わらなかったのです。病棟が忙しい時には、デイのスタッフが応援に行きました。それはそれでいいのですが、デイで手が離せない時にも、病棟が大変だから、と呼び出されることがあって。スタッフもそわそわとしていたんだと思います。そんな時、ある利用者さんがいつもはしない便失禁をし、自分で始末しようとトイレ中を便で汚してしまったんです。デイに居るわたしたちスタッフ自身がデイの雰囲気そのものになるわけですし。そこで、病棟トップに改めてデイの現状をお話ししました。認知症の人と関わる上で、スタッフの心が忙しければ良い効果は得られないと思っています。」

Ns.20 「わたしは、スタッフにも居心地が良いように記録室の机の配置を考えたり、季節に合わせた花を飾ったりしています」

【培った経験やカンの埋没を防ぎ、活かす】

《技とカンの活かすところを見つける》

認知症高齢者は以前得意だったことが、必ずしも現在もできる保証はない。相手の状態を把握し、状況に応じてその人の技を活かせるようにアレンジしていた。

陶芸を趣味にしていた利用者のためにプログラムに陶芸を取り入れたが本人は粘土を触ろうともしない人がいた。ある日、その利用者が花瓶を見て「良い出来だね。もう少し青色を入れたらもっといいね」と言うのを聞いたNs.19がその人に作品づくりのアドバイスをする役割を任せたと、本人は積極的にその役割をこなした。

《相手を思いやる気持ちを汲み取り、受け取る》

Ns.27 「わたしの体調がよくない時、利用者のお一人が『元気が出ない時には、ゆっくりしていればいい』と声をかけてくれました。自分なりに頑張っていたつもりだったんですが、逆に心配してもらって。認知症が進んで、家族との会話もままならない方がごく自然にわたしに声をかけてくれて、ご自分もつらい体験をしているから他人のことも良く見ているのかな、と思ったのです。」

Ns.22 「デイのお茶の時間に、わたしの結婚が決まっ

たと報告したんです。皆さんは拍手して下さって、そうしたらある男性利用者さんが立ち上がって万歳三唱したのです。日ごろは無口で、目立つことは好きじゃないといっている方が、突然立って。一瞬みんなびっくりしましたが、その方が満面の笑みでおめでとうと言ってくださったものだから、すぐに和みました。他人の幸せを心から喜んでいるその姿にわたしの喜びも倍増です」

Ns.と利用者との関係は「ケアをする人-される人」という一方向のものではないことをこのデータは語っている。相手に応えあう関係である。

【そばに居合わせる】

利用者と時間や空間を共にすることは、利用者を知り、利用者にもNs.のことを知ってもらうために重要だとNs.達は考えていた。共に在るには、利用者を緊張させず、自然にそこに存在できるようなその人に合わせた関わりでの媒体となるものを用いていた。

《身近なことを一員となって行なう》

記憶障害が進むと、これまでの役割を継続できず、それによって孤独を感じ、自尊心を傷つけられている利用者が多い。Ns.は、デイという専門のスタッフと環境の中で家では担えなくなった家事などを、挑戦し、家の中で出来るその人にあった役割や工夫を模索し、利用者の生活の中でその可能性を見出していた。

Ns. 9 「デイでは、おやつのコップなどの洗い物はスタッフと利用者さんとで行なうことが多いです。人手が足りないから利用者さんをお願いするというよりは、生活の中で自然に起こるようなことを組み込んでいるんです。最近の記憶は留まらないので、体が覚えていることを行なうことで楽にいられるというのか。でも、ここが難しく。今まで得意だったことも、症状が悪化するに従ってできなくなるのですから。変に押し付けるような形にならないようにその人の力に応じてお願いしています。そういう身近なことを共にする中でお互いの距離も近づき、利用者の今の状態もわかります。」

《花鳥風月を共に味わう》

Ns. 19 「狭い部屋の中で、決められたプログラムを決められたようにやるというのでは、息がつかまってしまう。利用者さんだけでなく、わたしたち看護師も。緑の中で、おいしい空気を吸ってみんなで美しい景色を眺める。時には土いじりをしたりして、肌で感じる。雄大な自然の中に身をおき、それに包まれることで、認知症の有無に関わらず、安心できるように思うんです。それをお互いに共有すること。それが利用者さんと関係を築き、育む重要な要素に

なるように思うのです。」

自然に身を委ね、同じ景色を見つめ、同じ空気を吸うことで、言葉はなくとも、互いに同じものを見て、感じ、環境をまるごと共有できる。頬を撫でる風や暖かな日差しを感じ、四季の移り変わりを感じ、自然の中に共に溶け込み、お互いに自然の一部と感ずることで、互いの関係に有機的な広がり生まれていた。

4. 「鉦脈を掘り当てる関わり」とデイに「磁場」を形成すること

1) 看護師がとらえる利用者にとってのデイの存在

看護師はデイというケアの場をどのようにとらえているのであろうか。その捉えは、本研究で定義した「磁場」を作ることに関係しているのだろうか。以下に看護師たちが語ったデイ利用者としてデイに関する捉えに関する具体的なものを挙げる。

Ns. 1 「利用者さんは『自分は頭が悪くなってしまった』『家の者に迷惑をかけるようになって情けない』とおっしゃる人が多いんです。以前と違う自分に居心地の悪さを感じているようです。だから、デイでは『あそこだったら笑われたい、怒られない、認められる』という場を作りたいです。そういう場があれば弱音も吐けるし、失敗も怖れずに挑戦もできると思います。挑戦するってことは人から何か命令されなくても自らの力を出すわけだから、持っている力の発揮につながると思うのです。」

Ns. 2 「デイは、利用者が自分の住む場所や人と繋がり続けるためのものと思っています。その日家に戻ったときに、家族もお帰り、と笑顔で言えるように。デイの看護では、利用者だけでなく、利用者の方を支える周りの人のことも見渡す必要があると思います。」

Ns. 3 「デイでは、また会いたいと思えるサヨナラが互いに言えるようにと思っています。認知症の人が着替えをし、髪を整え、トイレをすませて、ご飯を食べてというステップを踏んでデイにやってくるだけでも大変なことです。家に帰る時、『こんなことまでして二度と行きたくない』と思うサヨナラは言いたくないな、と思うんです。そのためにも、正解か不正解か、白か黒か、ではなくて、色々あっていい、という自由な空気が流れる空間を作れたらいいのではないかと思います。」

Ns. 8 「認知症の人は、記憶はあやしくなっても、感性は研ぎ澄まされていると思います。だから、『心』で接してくる。変な理屈を超えた世界。だから、理屈抜きで心と心でやりとりできるデイでありたいと思うんです。温かくて、なんでも受け入れてもらえ

るような雰囲気、そこにいる人の思いがけない力を引き出すことがあると思います。』

No. 9 「ある日、利用者のIさんが、強ばった表情でデイに来ました。Iさんはデイに週3日来ます。すぐ娘さんに連絡をとると、デイに行く直前、娘さんとIさんは口論になり、Iさんは『こんなことまで言われるようになった私は生きている価値がない。死んだほうがまだ』と言って、デイに向かったのです。これは深刻だと思って、Iさんとわたしは二人きりで話しました。Iさんは「今の生活では全てに娘さんの許可が必要で、自分のやりたいことはほとんど制限されてしまう。まるで自分は小さな子供になってしまったように思える。でも、私はアルツハイマー病だから娘がいちいち口を出すのは仕方ないとも思ってきた。でも、今日はもう我慢がなかった」と言いました。わたしはショックを受けました。Iさんはそれまで自分の病気のことは語らなかつたし、知らないように振る舞われていたので。わたしがそのことを告げると、Iさんは「アルツハイマー病は不治の病だから、そんな暗い話しをしていても仕方ないと思って。それに、ここ（デイ）に来るとみんな同じ悩みや苦しみを抱えていて、それでも明るく助け合っているでしょ。看護師さんたちはこの道の専門家だし。安心して居られるの。身を任せられるのよ」と話したのです。これまでデイでIさんと共に過ごした時間の積み重ねが、Iさんにとってデイが心の内を語れる場になっているのだという存在の意味を感じました。』

看護師は利用者にとって「居心地の良い」「また来たいと思えるような」「場」になるように働きかけたいと考えていた。また、この働きかけにより、デイでは多少失敗しても大丈夫という保証や安心感が生まれ、それが自分自身をさらけ出し、自分の力を発揮させる原動力になるともとらえているようであった。

さらに、看護師No. 9が述べたように、利用者との積み重ねが、能力の発揮はもちろん、利用者が自分の存在の意味を問い直すような危機的状況の時に頼り、自分の生命の力を再び取り戻すことを体験から知っていた。「磁場」の存在は、利用者の持つ能力の発揮だけでなく、自己の存在を確認する「場」としての意味も持つことを体験から認識しているといえる。

2) 「磁場」が形成できない例

デイの看護師は、「磁場」を形成したいがそれがうまくいかない体験をも持っていた。

Ns. 1 「ある利用者が大きな声をあげたら、他の利用者が『あのおじさん、おかしい』と言って、『また同

じ話をしている』なんてヒソヒソ話が起きます。そうするとデイの雰囲気が一気に悪くなります。誰かがその人に冷たいまなざしを向けると、たとえ椅子があっても、その人にとっての居場所にはならないんですね。居場所がなくなると、大声を挙げている利用者はさらにヒートアップしました。自分の場所がない叫びというのか。そうすると、その周辺に居る人も不安定になって、いつもはしない失禁をし、徘徊が始まったんです。』

Ns. 11 「病棟にいた時、重篤な身体疾患を患う認知症の人の看護では、安静を守ってもらうこと、点滴や心電図モニター、カテーテル類を外さないでもらうことが重要で、その人らしさを大切に・・と言いますが、その思いを実際のケアにどういかしているのかわかりませんでした。目の前の患者さんに何度説明しても伝わらず、(看護師が)少しでも目を話せば自分で点滴を抜き『家に帰ります』と言って歩き出そうとします。私の口から出るのは『点滴を抜かないでください』と患者さんに不自由を強いる言葉だけ。そんな自分も嫌でした。当時は振り返ると、患者さんとどう関わるかよりも、危ないことをしてないかチェックするために訪室しているような所がありました。ある日、その患者さんが私の顔見て『忙しいだろうけど少しここに居て』って言ったんです。こちらの言っていることが通じないと思っていた方が急にはっきりしそう言ったのでどきっとしました。そしてこの患者さんはすぐくわかっていて感じたんです。認知症はあるけれど、ちゃんと見て、感じている。それをいつの間にか意識せずに相手を監視しようとしていたように思います」

Ns. 1が述べたように、その人の席が存在しても、その人を批判し、排除するような居づらい空気が流れれば、席は空いていても、そこにその人が居られる場所はなくなる。

また、Ns.11の言葉のように身体疾患を併せ持つ認知症の人の看護では、治療上の制約があり、それを守ってもらうことが必要になる。しかし、その制約の意味の理解が難しくなって動こうとする認知症の人に関わるうちに看護師自身が知らず知らずのうちに相手の監視役としてのみ働きかけてしまう危険性を述べている。

VI. 考 察

1. 認知症高齢者と看護師が関係を築くことの難しさの可能性

一般的に認知症高齢者とどのように関係を築くかは、バリデーションセラピー⁹⁾やPerson centered care¹⁰⁾など、

その人らしさに焦点をあてる重要性が述べられてきた。

しかし、認知症が悪化し、激しい精神症状や身体合併症が現れ、健康管理が必要になった人と向き合うことが多い看護の現場では、治療や処置による制約の中でいかに認知症高齢者の言動を許容し、その人らしい生活をどこまで支援すればいいのかという点で多くの困難を抱える¹¹⁾。

本研究でも、Ns.11が重篤な身体合併症を持つ認知症の人と関わる際に、その人らしさを大切にしたいと思いつつも、相手を監視する関わりに陥り、そういう自分が嫌だと感じた体験を語り、相手の健康を守り、症状を緩和・治療する関わりと、相手の思いをくみ取った関わりにおけるジレンマが垣間見られた。

しかし、本研究から、このジレンマへの解決の糸口が見える。「身体ケアを通じた関わり」「心地よさと危険の指標の吟味」で表された看護である。それには、相手の「そばに居合わせる」ことが重要で、相手と過ごす時間の中で、認知症の人のニーズをキャッチし、そこに迫る。

認知症の人は、いつか自分が何者かわからなくなるかもしれないという恐怖、周囲から無視されることへの怒り、悲しみ、孤独を抱えている^{12) 13)}。認知症が悪化すれば、自分がこれまで体験したことの記憶＝「自伝的記憶」¹⁴⁾までも失い、自分が生きてきた歴史、自分の生き様や証を失うことにつながる。

特に、老年期は、思春期に通過した心理社会的発達－アイデンティティとアイデンティティの拡散の問題に再び直面する¹⁵⁾。わたらしい生き方をまとめあげるこの時期に、記憶を失い、判断力や思考力が奪われることは、人の発達課題の達成という意味においても危機にあるといえる。そんな折に、自分の傍で、そっと体に触れ、自分に合う心地よいケアが提供されたならば、そこに安らぎと信頼を感じ、自分の存在意義を感じられるのではないかと考える。人は、他者との「あいだ」に自己を認識し¹⁶⁾、自己の存在の認識や明確化は他者との交わりの中で成されるからである。

看護師は、医療処置や治療、生活の中での制限や制約を強いる側に立つと同時に、制限のある中でその人の健康ニーズをキャッチし、相手に触れ、心地よいケアを提供することによって、その人の存在の意味を支えることが出来ると考える。

2. 「鉦脈を掘り当てる関わり」と「磁場」の関係と意義

先に述べたように、看護師の関わりがその人の存在の意味の確認につながるならば、本研究で得られたデイ看護師の「鉦脈を掘り当てる関わり」は認知症高齢者にとってどのような意味をもち、「磁場」とどう関係するのであろうか。「磁場」が作られることにどんな意義があるのだろうか。

看護師が認知症高齢者との間で「ケアをする人－される人」「監視する人－される人」の関係を築けば、認知症の人は看護師にコントロールされ、見張っていないと何をしでかすかわからない存在となる。結果でNs.No.9が語ったIさんのように、時には家族によって自分の行動を制限されているかのように感じるかもしれない。かつては頼れる父や母として生きてきた姿や、社会の中で将来を期待され、尊敬を受けてきた自己像が否定されるかのようである。しかし、看護師がその人の輝く鉦石の存在を信じ、それを見つけ、その価値を認めあうやりとりがなされたなら、そこに認知症の人自身が自己の存在の意味を再び感じ取れるのではないか。「鉦脈を掘り当てる関わり」が繰り返されると、認知症の人が、そこに居る場所・空間、流れる時間の中に、多少の失敗は許容され、見下されることなく安心して過ごせるという意味を感じ取れるのではないかと考える。自分の存在を認められる安心や保証が得られることで、互いを認め合い、力を発揮できる「磁場」が形成されるからである。

通常、我々も自分を認める人や安心できる場所では、力を発揮できる。ある場所で、自分の居場所が見つけれず、自分を認めてもらえなければ、そこから遠のいたり、避けたり、認めてくれる場所を探るが、認知症の人の場合、それは容易ではない。

結果で示した「嫌だ」「知らん」を繰り返す利用者も、最初はデイで自分が過ごす意味を見つけられずにいた。看護師は、触れるケアを通じ、相手に自分が此処にいる感覚を感じ取ってもらい、居る意味を感じ取ってもらった。皮膚は外界からの刺激センサーであり、近年は皮膚そのものに脳の中にある学習や記憶を司っている受容器が存在するともいわれる¹⁷⁾。言語だけでなく、誰かに心地よく触れられることが、記憶・認知機能が脅かされる認知症の人に今此処にいる自分の存在の意味を伝える有効な手段となりうると考える。

すなわち、「磁場」という環境下で「鉦脈を掘り当てる関わり」という相互作用によって、認知症高齢者は安心と信頼を感じ、自身の力を発揮するという循環が生じ、「磁場」がより強い磁力を持つ場になっていくと考える。

3. 「鉦脈を掘り当てる関わり」をし「磁場」を形成する条件－看護師の特性とデイケアの持つ特性－

本研究の対象者は、精神科と認知症治療病棟での経験者が多く、臨床経験も長い。デイの経験も3年以上であり、認知症看護の実践を積み重ねていた。これらの条件が「場」の形成に大きく影響していたことは明白である。

萱間ら¹⁸⁾は精神科看護技術として「常にサポート感を提供し、そばに居ること」があげられている。本研究で見出

されたカテゴリー「そばに居合わせる」に通じており、看護師の積み上げた精神科の経験が認知症の看護でも活かされているといえる。

また、「関わりの糸口を見つけ、確認する」で得られたように、看護師は、相手を完全に理解出来なくとも、わからない中に身を置き、関わりの中からも相手を理解しようとした。相手の全てわからなければケアが始められないのではなく、わからない中でも、じっと相手に向き合う。曖昧な中で相手と向き合う姿勢は「磁場」を形成するのに必要な看護師の1つの能力と考える。

さらに、デイでは、利用者との1対1の関わりだけでなく、他の利用者どうしの関係、スタッフ間関係、介護する家族の関係に目を向けることが要求される。人と人との関係を調整し、つなげながら、個とその「場」全体の雰囲気を変えようとする必要があるのではないかと考えられる。磁力は「磁場」の存在によって個々の磁力以上の力を発揮でき、「磁場」は個々の磁力の存在なしに形成されないと同様、「鉦脈を掘り当てる関わり」において、その場、空間における全体の雰囲気や様子を作り上げる力量が問われると考える。

VII. 今後の課題と看護への示唆

本研究は、これまでほとんど研究がなされてこなかった認知症デイの看護に注目し、長期間にわたって参加観察とインタビューを重ねたことで、デイ看護の特徴や、そこで生じる相互作用について明らかに出来たと考える。

また、記憶や認知機能に障害の現われた認知症高齢者

が、「鉦脈を掘り当てる関わり」と「磁場」の形成によって、自己のアイデンティティを保ち、今いる場所に自己の存在意義を感じることによって力を発揮できる新たなアプローチを提案できたと考える。

しかし、デイの在り方は施設によって看護職の人員配置なども必ずしも本研究のデイと同じとはいえない。このため、「鉦脈を掘り当てる関わり」がどんな条件下で発揮できるかを更に深く検討を進め、同時に認知症を引き起こす疾患の特徴や集まるデイ利用者の認知症の進行度ごとに分析することによってより系統だった看護を明らかにできると考える。

しかし、本研究で明らかになった「鉦脈を掘り当てる関わり」と「磁場」は認知症看護にとって主軸となる技術と知識と考えられ、実践、教育の場で活かせると考える。

謝 辞

本研究に快く協力して下さったデイ利用者とそのご家族の皆様、看護師の皆様には厚くお礼を申し上げます。研究のご指導を頂いた慶応義塾大学教授 小松浩子先生、太田喜久子先生、聖路加看護大学 伊藤和弘先生、亀井智子先生に深く感謝いたします。

本研究は、聖路加看護大学博士後期課程論文の一部に加筆・修正を加え、平成16年度聖路加看護大学COEプログラム奨励研究費の研究助成、平成17年度ファイザーヘルスリサーチ研究助成を受けたものです。

要 旨

本研究は、デイケア看護師が認知症高齢者とのように関係を築き、先行研究でみられた「磁場」形成にどう関わるかを明らかにすることを目的とした。

データ収集は認知症専門治療病棟を有する病院の認知症デイケアで実施した。28名の看護師へのインタビューと93の場面の参加観察データをもとにグラウンデッドセオリー法を用いて分析を行った。その結果、コアカテゴリーとして「その人の鉦脈を掘り当てる関わり」、主要なカテゴリーとして「関わりの糸口を見つけ、確認する」「心地よさと危険の指標の吟味」「培った経験やカンの埋没を防ぎ、活かす」「そばに居合わせる」を抽出した。「鉦脈を掘り当てる関わり」がなされることで、デイがその人の居場所という意味を付与し、その安心感の中で自身の力を発揮し、そこに居る人を引き付け、魅了する「磁場」を形成していた。

Abstract

The purpose of this study is to clarify how day-care nurses build a relationship with dementia patients and how they contribute to create “Jiba”, or a ‘magnetic field’, where dementia people give full play to their abilities, interacting with other people.

Data were collected at a day-care center for dementia patients in a hospital with dementia ward. 28 nurses were interviewed and 93 participant-observer data were analyzed with the Grounded Theory Approach.

As a result, “Communication leading to strike a vein of potential” was found as a core category, followed by four major categories. They were: “Finding out a start of forming a relationship and making sure what it is”, “Examination of the index of comfort and risk”, “Preventing the experience and a hunch from being buried in the depth of their memories”, and “A chance to be present”.

In conclusion, the day-care center can provide a place where dementia people can fit in, making it possible for the dementia people to show their true ability when the “Communication leading to strike a good prospect” is established. Such communication process creates “Jiba”, or a magnetic field, and attracts people who are present.

文 献

- 1) 厚生労働省ホームページ：痴呆性高齢者の現状と推計, 2007-5-8, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2003/12/s1222-4d28.html>
- 2) 厚生労働省ホームページ：介護サービスにおける要介護度別利用者・在所者数の構成割合, 2008-12-24, <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/kaigo06/gaiyo.html>
- 3) 小野寿之, 玉井顯他：老人性認知症デイケアにおける通所患者の動向, 当院8年間の実態調査, 臨床精神医学, 35, 333-341, 2006.
- 4) 旭 俊臣, 篠遠 仁 他：認知症のリハビリテーションと地域活動, 老年精神医学雑誌, 16:1139-1148, 2005.
- 5) 内田陽子, 山崎京子：痴呆高齢者のアウトカムを高める通所介護の取り組みと評価, 日本在宅ケア学会誌, 8(1), 73-81, 2004.
- 6) 奥村由美子, 藤本直規, 成田 実:軽度アルツハイマー型痴呆患者のためのリハビリテーション・プログラムの試み. 老年精神医学雑誌, 8, 951-963, 1997.
- 7) 堀内園子：認知症高齢者デイケアにおける関わり「場」の分析, 看護研究, 34(5), 31-39, 2001.
- 8) ウナ・ホールデン, ロバートウッズ：川島みどり 訳, 痴呆老人のアセスメントとケア, リアリティオリエンテーションによるアプローチ, 180-181, 医学書院, 東京, 2001.
- 9) Naomi Feil, Vicki De Klerk-Rubin, Vicki De Klerk-Rubin: Validation, Breakthrough: Simple Techniques for Communicating With People With Alzheimer's Type Dementia, Health Professions, 2002.
- 10) Tom Kitwood : Dementia Reconsidered. Buckingham hiladelphia, Open university press, 1998.
- 11) 谷口好美：医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造, 老年看護学, 11(1), 12-20, 2006.
- 12) クリスティーン・ブライデン：馬籠久美子, 桧垣陽子訳, 私は私になっていく, 213-214, クリエイツかもがわ, 京都, 2006.
- 13) Richard Taylor: Alzheimer's from the Inside Out, Health Professional Press, Baltimore, 2005.
- 14) 井上 毅, 佐藤浩一編著：日常認知の心理学, 70-87, 北大路書房, 京都, 2002.
- 15) Erik H.Erikson, Joan M Erikson & Helen Q.Kivnick：朝長正徳, 朝長梨枝子 訳, 老年期, 生き生きした関わり合い, みすず書房, 東京, 1997.
- 16) 木村 敏：自分ということ, 68-90, 筑摩書房, 東京, 2008.
- 17) 傳田光洋：皮膚は考える, 岩波科学ライブラリー, 69-88, 岩波書店, 東京, 2008.
- 18) 萱間真美, 田中美恵子, 中山洋子：精神分裂病の社会復帰を促す看護婦のコミュニケーション技術の分析, 看護研究, 28(6), 25-33, 1995.

[平成21年1月5日受 付]
[平成21年12月21日採用決定]

精神科入院病棟に勤務する看護師の諸葛藤が 示唆する精神科看護の問題点

Issues Underlying Japanese Psychiatric Practice, which were Revealed
by an Analysis of Conflicts of Nurses Working in Psychiatric in-Patients Wards

木村 克典
Katsunori Kimura

松村 人志
Hitoshi Matsumura

キーワード：精神科病棟，看護師，葛藤
Key Words : psychiatric ward, nurse, conflict

I. はじめに

精神科病院は、医療法の他に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）の制約を受けている。これは、精神科疾患の治療プロセスにおいて、一時的にせよ、患者の人権に抵触する行為が生じる可能性があるからである。例えば、精神科患者は、本人あるいは保護者の同意や、精神保健指定医による判断により、任意入院、医療保護入院等の手続きを経て入院となる。入院中は、病状に応じて閉鎖病棟か開放病棟で治療が行われる。治療中、患者の自傷他害その他の不適切な行為等により、患者本人の医療のためにならない場合、あるいは、本人や周りの患者等の安全と保護を特別に図る必要が生じた場合等では、隔離や拘束等、患者本人の意に反した処置がとられることがある。このように精神科病院は他科とは異なった環境や状況にあり、看護者のさまざまな行為が人権に関わる可能性が生じてくるため、道徳的・倫理的な問題を含む多くの困難を引き起こしがちである。

特に、看護師の日常業務では、精神疾患特有の症状をもつ患者の対応において、それぞれが独自に看護判断を迫られることが多いが、その看護判断は看護師の個人的価値観や日常は特に意識されていない個人の生活習慣に基づいているだけのことも多いので、自分の下した判断は正しかったのか、他の看護師が行ったことは誤っていたのではないかなど、葛藤やジレンマに陥ることもまれではない。そして、このような倫理観や価値観に関する問題は、個人の人間性や生活観・人生観に触れることにもなり、看護師間で話題にするには、重たすぎたり、難しすぎたり、自信がなかったりすることもある。しかし、看護師が葛藤やジレンマを自分の中だけにしまい込むことは、問題の解決につながらず、看護の質の停滞をまねくと考えられる。

近年、精神科医療は、「入院医療中心から地域生活中心へ」と変革を求められており、さらに、ノーマライゼーションや障害者自立支援の観点が強調されるに至り、チーム医療の一員である看護師も、大きく意識を変えていかなければならない時となった。このような精神科医療の変革が求められつつある中で、精神科の入院看護のあり方にも、合理性や明確な目的性等がなければ、精神科看護者としてのアイデンティティを保つことが困難にもなってくる。そこで、現在の精神科看護の現状をより深く理解し、より合理的で質の高い精神科看護への変革の足掛かりを見出すため、まずは、現時点での、精神科入院病棟における看護実践上の課題を抽出・検討して、臨床場面で起きている問題を整理することが必要ではないかと考えた。

精神科看護師が抱える問題についての調査研究は、わが国においても、いくつか報告されている。宇佐美¹⁾は、精神科看護師10名を対象に面接を行い、倫理に関するケアの実態についての予備調査を行った。大西ら²⁾は、精神科看護師の倫理的悩みとその解決法について、アンケート調査を行っている。田中ら³⁾は、「精神科看護師が体験する倫理的ジレンマの内容」というテーマで、看護師17名を対象に、グループインタビューを実施し、若狭ら⁴⁾は、「精神科医療施設で看護師が倫理的問題に出会う頻度と悩む程度」について、31施設の看護師を対象に、アンケート調査を行なっている。これらの研究においては、精神科看護師が日常業務の中で抱える悩みについて明らかにされてきた。しかし、これらの先行研究では、精神科入院病棟で勤務する看護師の抱く葛藤全体を取り上げ、すべての葛藤を引き起こしている根本原因は何かを追究するという、明確な目的を持って遂行されていたわけではなかった。

そこで、本研究では、精神科入院病棟に勤務する看護師

から、道徳的・倫理的葛藤を中心に、さらに直面しているさまざまな問題、葛藤、悩みなど、本音の話を全般的に聴取し、それらの内容をカテゴリー化し、各カテゴリー間の関係性を検討することにより、精神科看護師の抱える諸問題を引き起こしている精神科看護の根本的な問題点を見つけ出すこと、そして今後の精神科看護のために、何が必要なのかを探り出すことを目的とした。

II. 研究方法

(1) 対象者

対象者は、病床数約400で7病棟（精神病棟3病棟、精神療養病棟3病棟、認知症病棟1病棟）を有する私立の精神科病院に勤務する正看護師で、男性5名、女性5名の計10名である。年齢は 40.9 ± 10.0 （平均 \pm 標準偏差）歳で、最高63歳、最低29歳であった。精神科臨床経験年数は 6.1 ± 3.1 年で、最高10年、最低2年であった。

勤務内容は、主に、入院病棟における精神科看護である。精神病棟には、急性期患者、慢性期患者、認知症患者等が入院しており、精神療養病棟にも同じく急性期患者、慢性期患者、認知症患者等が入院している。また、看護師は勤務異動があり、勤務が長くなるにつれて、種類の異なった病棟を経験するようになることが多い。そのため、今回は、対象者を勤務病棟によって制限することは特にしていない。その結果、対象看護師10名のうちでは、精神病棟の閉鎖病棟経験者9名、同開放病棟経験者5名、精神療養病棟の閉鎖病棟経験者2名、同開放病棟経験者4名、認知症病棟経験者1名であった。

日本精神科病院協会のホームページ（2009年5月5日現在）で北海道、東京都、大阪府、福岡県の単科の精神科病院（合計239）について、試みにその病床数を検索したところ、平均値（ \pm 標準偏差）は 278.1 ± 149.5 床で、最高749、最低58であった。本研究の対象病院は、したがって、ほぼ中規模であろう。また、厚生労働省のホームページ（2009年5月5日現在）で病棟の機能別件数を検索したところ、精神病棟が1,335施設、精神療養病棟が819施設、認知症病棟が435施設、精神科急性期治療病棟が239施設、精神科救急病棟が42施設であったが、本研究の対象病院の病棟構成は特に偏ったものではない。さらに、日本の精神科病院の約80%は民間の病院である⁵⁾。以上から、本研究の対象病院は、日本の一般的な私立精神科病院であると言える。

(2) 調査方法

まず、半構成的面接法によりインタビューを行い、内容をレコーダーに録音した。インタビューは、看護業務上、道徳的葛藤や倫理的ジレンマを感じた具体例や、その時どうしたかを問うことから始めた。ここで、道徳的葛藤^{6) 7)}

とは、個人の持つ、相反する価値観から生じたもの、倫理的ジレンマ^{8) 9) 10) 11) 12) 13) 14)}とは、社会にある、二つの違った価値観の板挟みから生じたものと定義することを説明し、臨床場面において、道徳的葛藤や倫理的ジレンマを経験することはないかと問いかけ、さらに多くの問題を引き出すため、これらのテーマにこだわらずに思ったことを自由に話すよう促した。面接途中で話題が途切れた時には、話しの糸口をつくるため、身体拘束、患者隔離、日常生活行為の制限、服薬に関すること等、あらかじめ準備しておいた話題^{1) 2)}をなげかけた。しかし、なげかけた話題に固執はせず、あくまでも自由に話してもらった。録音した内容は文字に打ち直し、データとした。

調査期間は2004年9月から2005年2月までの5ヶ月間で、対象者に、研究目的、方法、協力の自由意志の尊重、プライバシーの保護について、文書により説明し、同意を得た。

面接回数は1人1回で、所要時間は 58.2 ± 12.6 分（最高79分、最低40分）であった。尚、最初の一人はプレテストを一回（29分）行い、その時の面接内容もデータの一部とした。プレテストでは、「研究調査の説明書および同意書」を読んでもらい、半構成的面接法でどの程度の内容の聞き取りができるのか、協力を得て調べた。

聞き取りに使用した場所は、一対一になれる静かな部屋を利用した。

(3) 分析方法

分析方法としてKJ法の考え方と手法を使用した。KJ法は、文化人類学者である川喜多^{15) 16) 17)}が、1967年に、発想法 (abduction)、すなわちアイデアをつくりだす方法として考案したものである。このabductionという言葉にはモヤモヤとした情報群の中から、いっそう明確な概念をつかみ出してくるという意味合いがある。川喜多は、科学を、書齋科学、実験科学、野外科学の三つに大別し、書齋科学は問題提起を頭の中で行い、次いで推論過程に重きを置いて結論に到達するものとし、実験科学は仮説を検証するところに重要な性格があるとし、野外科学はむしろその仮説をどうして思いつけばよいのかという、仮説を発想させる方法と結びつけたものであるとしている。野外科学は、ありのままの現実を扱うのだが、現実には複雑な要素が絡み合っており、かつきわめて個性的であるので、このような状況を整理する方法として、KJ法が考案された¹⁸⁾。

本研究では、KJ法に基づく質的研究方法を用いて、看護現場の実際から、先入観念をできるだけ持たずに、葛藤、ジレンマを始めとするさまざまな問題等を聞き出して、それらをカテゴリー化し、諸問題の構造を検討することを介して、現在の精神科看護が抱える問題の根本原因を解明することを目指した。

なお、個々の項目のデータ化についての妥当性や、カテゴリー化された結果の信頼性と妥当性については、精神科医療を十分に経験してきた著者2名が、KJ法の手順に忠実に従って引き出した互いの解析結果を、精神科医療の実際に照らし合わせて慎重に検討しつつ、相互に批判し合っては再検討することを何度も繰り返すことにより高められた。

Ⅲ. 結 果

(1) カテゴリー化

看護師10名のインタビュー内容より、1名あたり25.7±12.7項目（最高38項目、最低11項目）、総計で257項目が抽出された。257項目の中で、内容の重複しているものは一つにまとめ、話し言葉に特有の表現や方言などは、一般的な記述に置き換えた。そして、これらの過程を経て得られた70項目を本研究のデータとした。次に、このようにして得られた各項目をカテゴリー化した。その結果をわかりやすく示すために、各項目の表現をさらに簡素化して示したものが表1である。

以下に、表1の各カテゴリー及びサブカテゴリーに添って内容をまとめた。なお、以下の各項目に付随している（Ⅰ-1）等は、表1に記されているカテゴリー及びサブカテゴリーの番号を示している。

また、以下の記述において、内容が看護師自身のことを語ったものと、看護師及び准看護師を示すものは看護師と表現し、看護スタッフ全体（看護師・准看護師・看護補助者）を示すものは看護者と表現している。

1) 看護者間の相互理解の困難さ（カテゴリーⅠ）

① 方針・スタンスの違い（Ⅰ-1）

患者に対する対応の仕方は看護者によってさまざまであるが、前向きな対応は、患者からの暴力等のネガティブな体験がない場合にのみ可能である理想主義にすぎない。

性格の合わない看護者がいると気が滅入ることがある。経験の長い看護者には意見を言いにくい。意見を言った後、自分の気持ちが尾を引くので、意見を言いたくないこともある。自分の意見は、わかってくれる人には言うが、わかってくれそうもない人には言わない。組織の中の一員と考えれば、他の看護者と異なった突出した看護は出来ない。患者対応においては、規則を重視して患者の甘えを許さない看護者と、患者の気持ちや患者との関係を重視して多少の甘えを許容しつつ規則にこだわらない看護者とがある。

② 意見交換の不十分さ（Ⅰ-2）

病棟内におけるカンファレンスなどでの自分の発表に対して、的確なアドバイスをしてくれる人がいない。勤務異動で病棟が変わったときなどは、疑問を感じることも多

く、意見を言い合える場がなければ葛藤を感じる。看護者間での話し合いの時間が、スケジュール上、十分持てない。意見があれば、陰で文句や不平不満を言うのではなく、話し合いの場で自分の意見を明示すべきである。新任看護者に精神科看護に特異的な注意点を説明しても理解してもらえず、同じ間違いを繰り返され、閉口することもある。

2) 患者尊重の欠如（カテゴリーⅡ）

① ネガティブな患者像（Ⅱ-1）

患者の中には、汚染した衣類を着るなど、清潔・不潔の感覚が麻痺していると思われる人がいる。また、人前でパンツを脱いだり着替えたりすることが普通になっている人がいる。さらに、自分から意見を言えない人がおり、状態が悪くなっても、気付かれないことがある。集団管理されることが長かった長期入院患者は、自己決定ができない傾向が強くなっている。能力を十分持っていないながら、その能力に見合った生き方ができていない。患者の会話は続かない傾向がある。自分の病気がどんな病気か理解していない人も多い。何十年も入院している人は、退院をあきらめている。

② 看護者中心の患者対応（Ⅱ-2）

看護者と患者との間に、強者と弱者の関係ができており、看護者は患者を見下し、上下関係が出来ている。また、患者の承諾には事実上意味が無く、物事が医療者中心で行われている。例えば、本当はゆっくり食べさせてあげたいが、食事介助が業務的になり、時間内に食事が終わるように急がせてしまうことがある。流れ作業で機械的に入浴させることは、最初は可哀そうだと感じたが、業務につくと、そうせざるを得なくなる。

看護者にとって良い患者とは、病院生活に関するミーティングで司会をしてくれる患者や、レクリエーションでリーダー役を引き受けてくれる患者などで、看護者の都合に協力的な患者である。患者により看護者の対応が変化し、しっかりした患者に対しては、特に対応に気をつけるなどの公平さを欠いた対応をしている。

患者に感情的になることがある。例えば放尿や失禁といった現象に直面した際、「困った患者」と決め付けることで終わってしまい、その現象の原因に考え及ばない。患者に対し、子供をしかるような態度をとりがちになる。患者の言動に腹を立てて、その患者に関わることを拒否したくなることもある。患者に暴力を振るわれると、その患者を避けるようになる。

最近では、患者がインターネットで調べて情報をよく知っているのでも、患者から質問されて看護師が答えられないと、信用されなくなるのではと不安を感じる。また、患者の入院が1か月程度になると、患者と看護者との関係に緊張感がなくなり、馴れ馴れしくなる。

表1 看護師10名が述べた精神科入院医療現場における諸葛藤のまとめと分類

<p>I 看護者間の相互理解の困難さ</p> <p>I-1 方針・スタンスの違い</p> <p>1 A. 自分の看護姿勢は理想主義にすぎないのではないかと考えることがある</p> <p>1 B. 性格の合わない看護師がいると気が滅入る</p> <p>1 C. 経験の長い看護師には意見を言いにくい</p> <p>1 D. 意見を言った後、自分の気持ちが尾を引くので、意見を言わない</p> <p>1 E. 自分の意見はわかってくれる人にしか言わない</p> <p>1 F. 他の看護者と異なった看護はやりにくい</p> <p>1 G. 看護者には、厳格な人と柔軟な人がいる</p> <p>I-2 意見交換の不十分さ</p> <p>1 H. 的確なアドバイスをしてくれる人がいない</p> <p>1 I. 異動先の病棟で、意見の言える場がないと葛藤を感じる</p> <p>1 J. 看護者間での話し合いの時間が十分持てない</p> <p>1 K. 陰口をせずに、話し合いの場で自分の意見を述べて欲しい</p> <p>1 L. 新任看護者に精神科看護に特異的な注意点を説明しても理解してもらえない</p>	<p>IV 他職種との未熟な関係</p> <p>IV-1 医師との不十分な連携</p> <p>4 A. 医師との距離が隔たりすぎていると感じる</p> <p>4 B. 患者とのトラブルで医師を呼んだが来てくれず、辛い思いをした</p> <p>4 C. 看護師と医師の情報交換が不十分のため、治療の一貫性が損なわれる場合がある</p> <p>4 D. 積み重ねてきた看護努力が、医師の一声で覆されてしまったことがある</p> <p>4 E. 保護室についての考え方が医師の間で一致していない</p> <p>IV-2 病院組織・体制の中での不明確な位置・役割</p> <p>4 F. 看護師本来の仕事ができない</p> <p>4 G. 看護者の立場が守られていない</p> <p>4 H. 管理職に、現場の意見やアイデアが伝わらない</p>
<p>II 患者尊重の欠如</p> <p>II-1 ネガティブな患者像</p> <p>2 A. 清潔・不潔の感覚が麻痺している</p> <p>2 B. 人前でパンツを脱いだり着替えたりする</p> <p>2 C. 自分の意見が言えない</p> <p>2 D. 自己決定ができない</p> <p>2 E. 能力に見合った生き方ができない</p> <p>2 F. 会話が続かない</p> <p>2 G. 自分の病気がどんな病気か理解していない</p> <p>2 H. 退院をあきらめている</p> <p>II-2 看護者中心の患者対応</p> <p>2 I. 看護者と患者に上下関係が出来ている</p> <p>2 J. 看護者中心で物事が行われている</p> <p>2 K. 看護者の都合に協力的な患者をいい患者と考えている</p> <p>2 L. 患者によって対応が変化し、公平さを欠いている</p> <p>2 M. 患者に感情的になることがある</p> <p>2 N. 放尿や失禁など患者の失態に対して原因を考えずに批判する</p> <p>2 O. 患者に対して、子供をしかるような対応をする</p> <p>2 P. 患者の言動に腹を立てて、関わることに拒否的となる</p> <p>2 Q. 暴力を振るわれるとその患者を避けるようになる</p> <p>2 R. 情報を知らないと、患者から信用されなくなると不安に感じる</p> <p>2 S. 長期入院患者の場合、馴れ馴れしくなりがちである</p> <p>2 T. 看護者の体調や精神状態が悪いと、患者に悪影響を及ぼす</p> <p>2 U. 多忙から関わりが乏しくなると、患者の精神状態が悪化する</p>	<p>V 規則・法律と現実との乖離</p> <p>V-1 患者処遇の必要性と問題点</p> <p>5 A. 隔離室の使用は、場合によっては、懲罰的な意味合いがある</p> <p>5 B. 隔離室を使用するのも仕方ないことがある</p> <p>5 C. 身体抑制も病状によっては必要だということを理解した</p> <p>5 D. 精神科独特の処置になれてきた</p> <p>5 E. 患者の生活環境は、最も危険が差し迫っている患者に合わせて設定するので、制限が多すぎる結果となる</p> <p>5 F. 生活環境の制限のみでは自殺や自傷行為を防止することはできない</p> <p>V-2 規則実行の難しさ</p> <p>5 G. 精神科の現場の実情を鑑みると精神保健福祉法の運用に不便な点やわかりにくい点がある</p> <p>5 H. マニュアル通りでは、不便なところや不自然で実施しにくいことがある</p>
<p>III 不十分な退院環境</p> <p>III-1 退院支援体制の不備</p> <p>3 A. 入院患者が社会経験できる環境が少ない</p> <p>3 B. 患者は自分にとって必要な情報を知らされていない</p> <p>3 C. 退院した患者を受け入れる社会資源が整備されていない</p> <p>3 D. 受け入れ状況が不十分なのに、長期入院患者に積極的に退院を勧めていいの疑問に思う</p> <p>III-2 家族の逃避的対応</p> <p>3 E. 患者の疾患について理解していない</p> <p>3 F. 患者の全体像を把握していない</p> <p>3 G. 患者を社会的に隔離している</p> <p>3 H. 自分たち及び患者の現状に冷静に直視しない</p>	<p>VI ビジョンのない看護</p> <p>VI-1 無力感に陥っている看護姿勢</p> <p>6 A. リスクを負ってまで前向きな看護に取り組まない</p> <p>6 B. 看護者自身がマンネリ化・施設化してしまっている</p> <p>6 C. 患者の退院をあきらめている</p> <p>6 D. 限られた知識をもとにしてしか患者に対応できない</p> <p>6 E. 社会的にみて誤った患者対応が習慣化している</p> <p>6 F. 根拠のない看護はしたくない</p> <p>VI-2 不合理・不公平な看護</p> <p>6 G. 同じ病棟に疾患の異なる患者が混在すると、対応に混乱が生じやすい</p> <p>6 H. 病室が詰め所から離れていると、患者との関係が疎遠になりがちである</p> <p>6 I. 患者に対して、閉鎖病棟では「看護師に言われるようにしておけばいい」と言い、開放病棟では「自分で考えてくれ」と言っている</p> <p>6 J. 学生実習の対象患者が特定の患者に集中する</p> <p>VI-3 患者とのコミュニケーションの阻害</p> <p>6 K. 患者の話が聞けないということは、看護をしていないということではないか</p> <p>6 L. 患者-看護師間のコミュニケーションの重要性を理解できない看護師がいる</p> <p>6 M. 偏見の強い看護者の存在が、他のスタッフと患者とのコミュニケーションを阻害する要因となっている</p>

看護者自身の体調が悪い時や精神状態が平静でない時に、その言動が患者に悪影響を及ぼすことがある。看護者が忙しく、患者対応がおろそかになる時などは、患者の精神状態が悪化する場合がある。

3) 不十分な退院環境 (カテゴリーⅢ)

① 退院支援体制の不備 (Ⅲ-1)

入院している患者が社会経験できる環境が少ない。患者は、自分にとって必要な情報を知らされていない。退院した患者を受け入れる職場等の社会資源が不十分である。退院患者の受け入れ状況が不十分なのに、長期入院患者に、積極的に退院を勧めていいのか疑問に感じる。

② 家族の逃避的患者対応 (Ⅲ-2)

患者の疾患について、理解していない。患者の入院前の状況や、入院中の時々の面会時の状態しか知らず、患者の全体像を把握していない。外泊中、近所の目を気にして患者を外へ出さず、あるいは病院に預けておけば問題ないと考えている。結果的に、家族自らが、患者を社会的に隔離している。また、患者の母親に対して、担当看護師が批判的なことをひと言言うだけでも、激しく反駁されることがあるので、患者の家族に会うことを避けたくなるほどである。家族の多くは、家族自身と患者の現状に、冷静に向き合っていない。

4) 他職種との未熟な関係 (カテゴリーⅣ)

① 医師との不十分な連携 (Ⅳ-1)

医師と看護師間の距離が隔たりすぎている。患者とのトラブルで医師を呼んだが、来てくれず、辛い思いをしたことがある。看護師との情報交換が不十分なまま、医師が患者やその家族の言いなりになるため、治療の一貫性が損なわれる場合がある。積み重ねてきた看護の努力が、医師の一声で覆されてしまったことがある。保護室について、医師の間で考え方が一致していない。

② 病院組織・体制の中での不明確な位置・役割 (Ⅳ-2)

コメディカルスタッフ同士の調整に忙殺されて、あるいは、他部門の仕事ではないかと疑問に感じる仕事が多かったりして、看護師本来の仕事ができていないと感じることがある。病棟の現場と、病院の管理職との間で、情報交換が乏しく、信頼関係が培われていない。このため、看護の現場が管理職に理解されていない、看護者の立場が守られていないと感じてしまうことがある。管理職に現場の意見やアイデアが伝わるように、管理職に対して、現場の責任者から建設的な意見を積極的に提言して欲しい。

5) 規則・法律と現実との乖離 (カテゴリーⅤ)

① 患者処遇の必要性と問題点 (Ⅴ-1)

隔離室の使用に関しては、時に、懲罰的な意味合いが含まれているように感じられる場合がある。トラブルなどの懸念がある時は、隔離室を使用するのも仕方がないことで

ある。身体抑制に関しても、業務に従事するうちに、病状によっては必要だということを理解するようになった。精神科病棟の業務では、患者に対して、通常の日常生活では考えられないような処置をすることがあり、当初は驚くが、時間とともに慣れてくる。

患者の生活環境に関しては、最も危険が差し迫っている患者に合わせて設定されているので、他の患者にとっては制限が多すぎる結果となっている。いくら生活環境を制限しても、そのような制限のみでは自殺や自傷行為を防止することはできないのではないかと疑問を持つことがある。

② 規則実行の難しさ (Ⅴ-2)

任意入院であるのに閉鎖病棟で看護せざるを得ないという状況が生じることもあるが、現在の精神保健福祉法は精神科のこのような実状に即していないのではないかと疑問に感じる。隔離室の患者が夜間に電話を希望した時、どのような対応をするのが法的に正しいのかよくわからないこともあった。任意入院だから好きな時に退院できるという理由で、夜間や早朝に、今すぐ退院すると言われ、説明したところ、患者に理解してもらえなかったこともある。

また、マニュアルに関することでは、保護室へは看護者が2人以上で入ることになっているが、実際にはちょっとした用事のために1人で入ることも止むを得ないことがある。また、開放病棟では、患者が外出から戻った時、マニュアルどおりのボディチェックを行うことに抵抗を感じるような状況がある。このように、マニュアルに縛られれば、不便であったり、不自然であったりといったことがある。

6) ビジョンのない看護 (カテゴリーⅥ)

① 無力感に陥っている看護姿勢 (Ⅵ-1)

前向きな看護に、リスクを承知で取り組むことができない。入院看護が習慣化するうちに、個々の患者の看護に関するビジョンを失い、積極性や看護上の工夫もなくなり、結果的に看護師自身がマンネリ化・施設化してしまう。退院のめどがたたない患者に対しては、積極的な関わりをあきらめてしまう。患者によっては、退院して生活することは不可能だろうと、看護師が思ってしまった。

知識が不十分であり、看護師として、患者に満足な対応が出来ず、無力感を感じることもある。患者を子ども扱いにするなどという、社会的にみて誤った患者への対応の仕方が、病院勤務のなかでは、次第に習慣化する。習慣化している看護上の考え方や態度は、急には変えられないが、かといって根柢のない看護は続けたくない。

② 不合理・不公平な看護 (Ⅵ-2)

同じ病棟に、疾患の異なる患者が混在すると、疾患により対応を変える必要が生じるので、患者対応に混乱が生じやすい。病室が詰め所から離れていると、患者との関係が疎遠になりがちになる。閉鎖病棟では、患者に対して、「看

看護師に言われるようにしておけばいい」と言い、開放病棟では、「自分で考えてくれ」と言っていることがあり、患者の対応に一貫性を欠いているのではないかと疑問に思うことがある。学生実習の対象患者が特定の患者に集中するので、断れない患者にとっては負担になっていると思う。

③ 患者とのコミュニケーションの阻害 (VI-3)

業務に追われるなどして患者の話が聞けないということは、看護をしていないということではないかと思う。精神科看護における患者と看護師との間のコミュニケーションの重要性を、十分に理解できない看護師がいる。また、精神病患者に対して偏見の強い看護師がいると、その存在によって、他の看護師と患者とのコミュニケーションが阻害されることがある。

(2) カテゴリーの構造化

精神科の医療現場で、看護師に葛藤を生じさせている問題について、以上のように、6つのカテゴリーに分類できた。次に、これら多様な問題の関係を、われわれは図1のようにまとめた。なお、ここでは、看護師の抱える問題、葛藤、ジレンマ等の表現をカテゴリーのまとめの内容から判断して葛藤と統一した。

まず、カテゴリーを内部要因と外部要因に分けた。精神科看護師の集団の内部にある価値観や倫理観に関連する問題であって、看護師に葛藤を生じさせている要因、すなわ

ち内部要因として、「看護者間の相互理解の困難さ」、「患者尊重の欠如」を取り上げた。これに対して、精神科看護師の集団の外部から提供されているシステムや制度、あるいは精神科看護師の集団の外部にいる医療者や患者家族が、看護師の葛藤の生起に深く関与しているといった要因、すなわち外部要因として、「不十分な退院環境」、「他職種との未熟な関係」、「規則・法律と現実との乖離」を取り上げた。

そして、「ビジョンのない看護」を中核要因とした。ここにおけるビジョンとは、精神科看護独自の機能・役割とその効力に関する見通しという意味を含む。したがって「ビジョンのない看護」とは、看護師が、現在の精神科看護の機能・役割が科学的にどのようなものであるのかという明瞭性と、その機能・役割が明らかに効力を有しているという科学的事実を見出せない状況、あるいはそのような明瞭性や事実があるのかどうかよくわからない状況を示している。

この中核要因は、他の5つの要因と相関関係あるいは因果関係にあると捉えられた。すなわち、「ビジョンのない看護」と「看護者間の相互理解の困難さ」、「患者尊重の欠如」、「不十分な退院環境」、「他職種との未熟な関係」との間には相関関係があり、「規則・法律と現実との乖離」との間には因果関係があると捉えた。

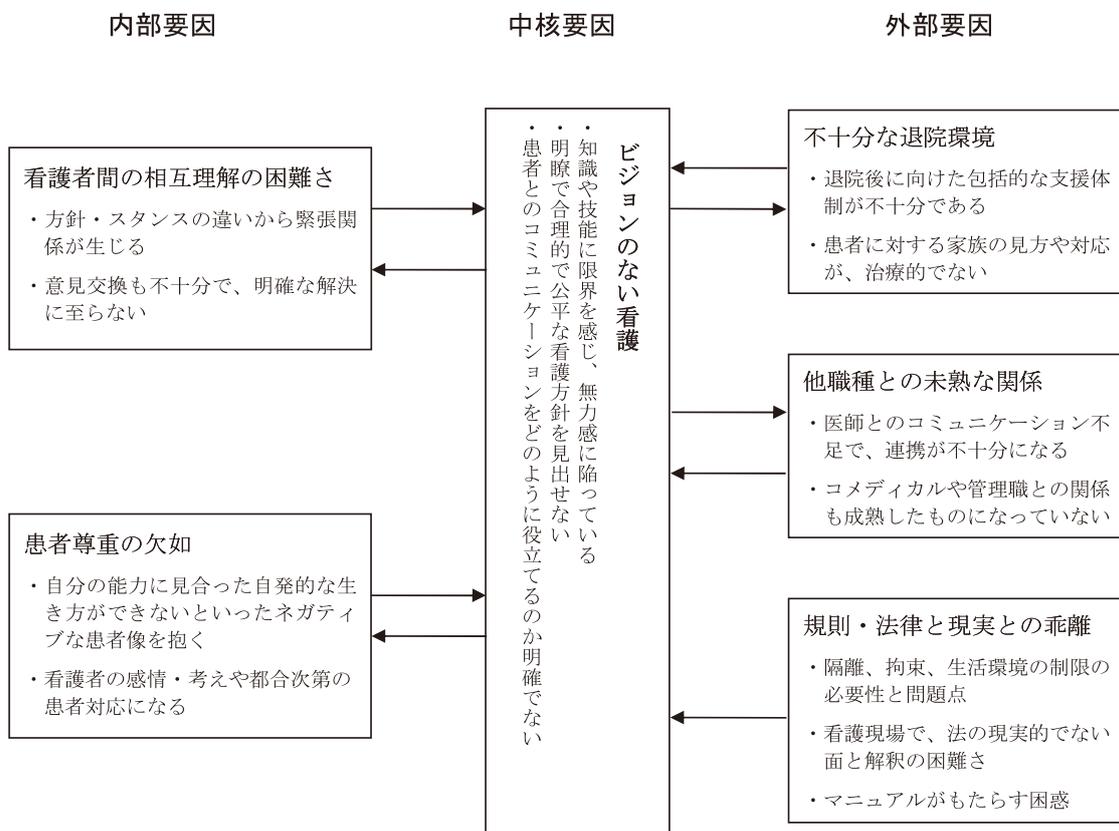


図1 精神科看護師がもつ葛藤の構造

このようにまとめると、結果として、看護の現場に起きている葛藤は、「ビジョンのない看護」という課題に集約されることになる。

IV. 考 察

まず、個々の要因に注目しつつ考察を加え、最後に各要因間の相互作用について検討した。

(1) 看護スタッフ間の相互理解について

ここでは、方針・スタンスの違いから、看護者間に緊張関係が生じやすく、さらに、意見交換を十分に行う時間的・精神的余裕がないために、互いの相違を乗り越えて明確な解決に至ることが困難となっているという内容が示されている。また、精神科看護師は、看護上のスタンスや意見や価値観等の相違に関して、話し合いを回避する傾向があることが示されているが、これは、話し合うことで、かえって対立が表面化してしまい、收拾がつかなくなる危険性を恐れるためかもしれない。しかし、相互理解が滞ることで、看護の展開や発展性が阻害される可能性がある。これが、さらに看護意欲の低下を引き起こし、「ビジョンのない看護」につながり、さらに、共通の目標を共有できないために、一層「看護者間の相互理解の困難さ」をもたらすという悪循環を形成していると考えられる。

このような看護現場の状況を日本文化の特徴と関連づけてとらえることもできる^{6) 19) 20)}。すなわち、日本の文化は、「和」を重んじ、人間関係を重視するため、看護の現場において、価値観の違いを表面化させ、意見交換をすることは、日本文化になじまないということになる。しかし、Minami²¹⁾が指摘するように、看護の場において価値観を明確にすることは、日本の伝統的価値観と看護の価値観との関係を考え直す意味において重要である。

このような状況に対して、異なったスタンスや意見として、どのようなものがあり得るのかという情報をお互いに知っておき、「患者や医療を考えてのこと」という理解を共有しつつ、相互に合意できる新たな立場を持つ可能性を開くことが提案されている²²⁾。

(2) 患者尊重について

ここでは、患者に対して看護者は、自分の能力に見合った自発的で、前向きで、機敏な生き方ができない人といったネガティブなイメージを抱いてしまうため、その対応は、看護者の感情・考えや都合次第のものになりがちであるという内容が示されている。

精神科患者の、普通の社会では考えにくい常軌を逸した行動について、あるいは、彼等の対人関係能力の著しい減退について、看護師が当惑していることから、患者に対する看護師の対応が、礼儀や尊重に欠如したものになってしまい、結果的に、看護師自身、気持ちの整理がつかか

ていることを示唆しているものと思われる。そして、看護師自身が、自尊感情や自身の職業への誇りや自信が持てず、「ビジョンのない看護」につながる要因の一つとなっているのではなからうか。そして、「ビジョンのない看護」では、患者の可能性を見出すような努力がなされにくいいため、さらに「患者尊重の欠如」をもたらすことになるのではないかと考えられる。

精神科患者の多くは、身体的な問題よりも、精神・心理的な問題から、さまざまな困難を抱えている。具体的には、自然で自由な対人関係を維持することができず、むしろ、緊張し、恐怖し、不安を感じ、あるいは怒りを持ち、結果的に自身の中へ引きこもってしまい、他者や社会と共有されるはずの認識、常識、共感等々から、ますます乖離せざるを得なくなっていることが多い。そのため、能力があっても、社会に参加できず、人々と共同できずに、自身も悩み、周囲の人々にも、困難を感じさせてしまうことになる。すなわち、精神科疾患の多くは、患者が尊重されにくくなるような関係性を作り出し続ける病という側面を持っているともいえる。

看護師は、患者の尊厳、権利を守り、尊重することが求められている^{23) 24)}。Campbell²⁵⁾は「尊重とは、他の人間とかかわりをもつ関係、すなわち自分の選択と意図が、自分自身だけでなく、その他人の目標と願望によっても左右されるような関係を意味する」と述べている。すなわち人を尊重するとは、尊重するその相手の考えや言動が、自分の考えや言動に変化を及ぼすような関係であると考えられる。ところが、本研究の結果に示されたようなネガティブなイメージを抱かせる患者からは、むしろ影響を受けないように、看護師が心理的に抵抗するのは、やむを得ないことであろう。ということは、精神科看護師は、患者を尊重し難いのが実際であるということになる。

その結果として、看護師の患者に対する関係において、「関わりが拒絶的になる」、「適切な距離がとれていない」、「患者に迷惑をかけている」、「信頼関係を築きたい」、「看護師としての専門的な関わりを持ちたい」などと意識しつつも、看護者中心の看護という状況が生じ、精神科看護のビジョン喪失の一要因となってしまっていると考えられる。

(3) 不十分な退院環境について

ここでは、退院後に向けた包括的な支援体制を完備することも、また、患者の社会適応能力を十分に高めることも、実際には難しく、看護師は患者の身の上を心配し、退院に消極的な気持ち・態度になりがちであること、患者に対する患者の家族の見方や対応に治療的でないところがあることを懸念し、家族に対し批判的になりがちであることが示されている。

そして、退院後の患者を様々な角度から総合的に支援するようなシステムがないことや、加えて、家族の逃避的患者対応は、入院患者の退院をより難しくさせ、「ビジョンのない看護」を引き起こす要因の一つになっていると考えられる。社会や家族に受け入れられる見通しが見つからない状況が続くことは、看護師から職務上の達成感を奪い、自分たちの行っている看護はいったい何になるのか、何のために行っているのか等といった無力感を引き起こし、「ビジョンのない看護」をもたらすことにつながると考えられる。また、「ビジョンのない看護」は、看護師に、患者に対する働きかけを消極的にし、社会や家族へ働きかける根拠も意欲も失わせ、これらのことがさらに、患者の退院の残された可能性までも低くすることになる。つまり、「不十分な退院環境」が「ビジョンのない看護」を引き起こし、「ビジョンのない看護」がさらに「不十分な退院環境」をもたらすという、悪循環が形成されることになると考えられる。

同様の事は、宇佐美¹⁾の研究においても「長期入院患者への無力感」として述べられている。また、大西ら²⁾の研究でも、「社会的入院患者の問題」として、患者のもつ「生活障害」が退院を困難にしていると指摘している。若狭ら⁴⁾の研究においては、「看護師が倫理的問題に出会う頻度」が高い項目として、家族の高齢化、核家族化、家族の希望、家族の病気理解の不十分さ、社会資源の不足、病状の重さによる退院の困難さ等であったと述べている。本研究では、社会資源の不備や家族の問題に加え、入院病棟における看護をも含めた問題として、この「不十分な退院環境」に関する問題を見直しておきたい。

(4) 他職種との関係について

ここでは、看護師と医師との間に上下関係を感じ、コミュニケーションが不足し、連携が不十分になっていること、コメディカルや管理職との関係も成熟したものになっていないことが示されている。

そして、「ビジョンのない看護」から生じた、看護師の仕事の不明瞭さ、自信のなさが、医師、コメディカルスタッフ、管理職等の他職種の看護職への尊重や理解を困難にさせ、そのため、他職種に対し、看護師が気を遣い、遠慮しがちになるなど、他職種との関係性を未熟なものにしていることが示唆された。さらに、このような関係性の未熟さのため、看護現場から発信される情報や意見が他職種に伝わらず、連携も希薄となり、結果として、看護の行き詰まり、すなわち「ビジョンのない看護」を生じさせていると考えられた。

谷岡²⁶⁾は、「医師との関係においては、どうなれば治療以外の部分で、医師が責任をもたせてくれるかを考え、行動することが重要ではないか」、「協働関係に基づくチーム

医療やチームケアを実践することは、ただ単に専門職が寄り集まるだけではできない」、「良好な協働関係は、各分野の専門職が、能力、自信、そして効果的なコミュニケーションを示す時に生じるのである」等と述べている。

他方、Benjamin²⁷⁾は、医師との間で緊張関係を引き起こす原因には、看護師-医師関係の歴史的遺産、看護業務の拡大、看護職と医師の間の社会・経済および教育的格差、看護の専門家意識のイデオロギーなどがあると指摘している。同様なことは、コメディカルとの関係においても推測できる。

柏田²⁸⁾は、役割業務が拡大する傾向がある中で、看護独自の役割とは一体何なのかという看護者自身の中でのコンセンサスが得られていない実情があることを指摘している。看護師は医師の診療の介助はもちろん、薬剤師に代わって薬剤を管理したり、時には作業療法士の仕事をサポートしたり、栄養士に代わり食事の内容を考えたりと、多彩な業務に関わっている。また、最近では介護福祉士の登場により、従来看護師が行っていた業務の一部が、他職種の業務になってきている。このように、精神科看護の現場では、看護師の役割は拡大したまま、一層渾沌となってきた。看護を総合職ととらえるか、狭義にとらえるかで、立場も変わってくる。看護師の、自他ともに認めるような明確な位置づけが、精神科看護の領域では、まだ示されていないのではないと思われる。

以上のことから、まず、看護職が他職種から理解されるために、看護師が専門職業人として、どのような理念で、具体的に何をするのが明確にならなければならない。そのうえで今後は、精神科医療においても、種々の職種間での連携を成熟させていく必要がある。

(5) 規則・法律に関して

入院看護の現場でしばしば用いられる隔離、拘束、生活環境の制限等の必要性は明らかではあるが、他方で種々の問題点もあり、看護師を悩ませている。例えば、精神保健福祉法が、総論としては理解できるものの、個々のケースでは、その運用の仕方がわかりにくいか、どのように解釈すればよいのかわからないということがしばしば生じ、看護師を不安にさせている。また、マニュアルも、字義通りに行くと効率を損ない、生活や人間関係に不自然さをもたらすことがある。

Benjamin²⁹⁾は法律と道徳との関係について「多くの場合、法律上の禁止と道徳上の禁止とは合致するけれども、しかし、ある行為は道徳的に正当化され得るが、法的には正当化され得ないことがあり得るし、またその逆の場合もあり得る」と述べている。

例えば、看護師が、患者のため、より良い医療のためと思って実行したことが、ルール違反だと批判されるような

ことがあれば、現実にそぐわない医療行為であると矛盾を抱きながらも、ルールに従っておく方が無難であるとの判断をすることも考えられる。さらに、機械的、形式的、表面的に規則に従っておけば問題がないといった姿勢になれば、患者との生きたコミュニケーションを減退させる危険性がある。このことは、看護師のやりがいを損ない、「ビジョンのない看護」をもたらす可能性がある。あるいは、隔離や身体抑制について、法的手続きは踏んでいても、患者の異常な行動に対する懲罰的なニュアンスが完全に払拭されていないと感ぜられる場合等には、看護師は道徳的な矛盾や葛藤を感じる。また、マニュアルに関しても、成文化された規定が、現場の実情にそぐわない場合には、看護師の労苦や葛藤の原因になっている場合がある。

このように、現状にそぐわない法律や規則やマニュアルがあれば、看護師の価値観や看護観を歪める可能性がある。特に、法律や規則に基づく患者の処遇に関する規定が、必ずしも患者に対して有益に作用していない側面がある場合や、生活環境の制限等の規則を遵守し実行することが、かえって葛藤や混乱を引き起こす場合などでは、看護師を疲弊させる要因となっている可能性も考えられた。大西ら²⁾の「患者の自律性の尊重と事故防止」の問題、すなわち患者の利益かそれとも安全を優先するかという問題は、本研究の中では、患者の安全を優先することは当然だが、同時に、患者の自由や活動性を促進するような環境を作り出したいという葛藤として表現されていたと考えられる。また、宇佐美¹⁾の述べている「隔離・抑制への罪悪感」という問題は、本研究では、隔離が患者に有効に使用されているのか疑問を持った際の葛藤として表現されているなど、患者の人権への配慮については、本研究に見られる看護師の意識の中では、かなり深く定着していると思われる。

このように見てくると、精神保健福祉法やマニュアルを頻繁に見直すか、あるいは、看護師に、より大きな権限を与えて、看護師自らの判断を尊重するか、といったことも検討されるべき時が来ているのかもしれない。

(6) ビジョンのない看護と各要因間との相互作用について

本研究で示された、「ビジョンのない看護」は、精神科看護の問題であると同時に、看護師自身の心理に影響を及ぼし、看護師の人格や職業上の同一性にまでも関わる、個人的な性格を持つ問題でもある。看護師は、患者に有効な援助を行いたいと思っているが知識や技能に限界を感じ、看護の効力にも疑問を持ち、無力感に陥り、また、精神科疾患特有の難しさを前に、明瞭で合理的で公平な看護方針を見出すことができずにいる。さらには、患者とのコミュニケーションの重要性が意識されているものの、それをどのように扱い、看護に役立てていくのか、明確にできずに

いる。このような看護師のもつ葛藤の裏には、科学的で効力のある看護への欲求があると推測できる。このような問題に対応するために、看護師は、看護学に加え、心理学や社会学などの他分野の専門知識を学ぶ機会を必要としており、学際的アプローチにより、看護師の自発的な探究心と仕事に対するモチベーションの高揚につなげようとしているのではないかとと思われる。

さて、図1のようにまとめると、「ビジョンのない看護」に含まれている要素が解決されれば、すなわち、入院病棟の看護に、明瞭な看護方針がもたらされ、患者とのコミュニケーションを治療的に役立てる技術や理解が得られ、患者の治療や退院後のリハビリテーション等に関する方向性が得られれば、具体的で前向きな意見交換も看護師間でしやすくなるなど「看護者間の相互理解」も得られやすくなり、さらに、患者のネガティブな側面に引き摺られた患者対応からも脱却しやすくなって「患者尊重の欠如」という問題も生じにくくなるだろうと予想される。つまり、内部要因の強度を弱める効果が期待される。そして、中核要因と内部要因が弱まることで良好な循環をなせば、これらの問題の解消が期待される。

他方、外部要因に関しては、例えば、精神科医療の全体の流れを明確にすることにより、その流れの中で、入院治療がどのような役割を担うべきかの明快なビジョンが明らかにされれば、退院後に向けた、より積極的な看護の働きかけが生み出され、「不十分な退院環境」という外部要因を多少とも解消させる方向に作用すると考えられる。このような流れは、「他職種との未熟な関係」をより成熟したものに成長させることを促すと思われる。このような流れが創出されれば、「規則・法律と現実との乖離」で取り上げられた問題点は、自然と重要性が小さくなることも予想される。

このような状況が生じるためには、学際的アプローチ等に加え、南³⁰⁾が指摘するような「市民感覚」を看護の現場に導入する必要があるかもしれない。南によると、「市民感覚」とは、自分が一人の女性・男性であることや一人の母親・父親であること、そういう一人ひとりの人生を担う人間であるという感覚であり、専門職として患者を「自分だったら」、「自分の親だったら」という立場に立って考えることのできる感覚のことである。

他方、これまで、看護者は、患者-看護者関係を人間対人間として考え、患者を一人の人間として捉えようとしていたが、人間という大きな側面で患者を捉えることは、あまりにも幅が広すぎ、看護者間でくい違いがocこりやすくなり、患者理解や患者対応に関して共通認識を持つことを困難にしていた可能性も考えられる。しかし、患者-看護者関係を、患者も看護者も同じ市民あるいは社会人と捉え

ることで、患者理解や患者対応に方向性が定まりやすくなり、看護者間のコンセンサスも得られやすくなる可能性も考えられる。

今回の研究で、精神科看護師の葛藤の構造を模索し、その中核に「ビジョンのない看護」という概念を提示することができたが、精神科疾患を完全に解消できる科学的な治療法が確立されているとはいまだ言い切れない現状を認識しつつ、現場の看護師が日々の職務のよりどころとできる精神科看護及び精神科医療のビジョンを明確化する作業が、今後、特に必要であろうと思われる。

V. 結 論

本研究では、精神科入院医療の看護の現場に起きている葛藤を、6つの要因にまとめることができた。

6要因はさらに、中核要因である「ビジョンのない看護」と、内部要因すなわち「看護者間の相互理解の困難さ」及び「患者尊重の欠如」、そして外部要因すなわち「不十分な退院環境」、「他職種との未熟な関係」、「規則・法律と現実との乖離」とに分けられた。内部要因と外部要因は、中核要因と相関関係あるいは因果関係にあると捉えられ、看護の現場に悪循環を形成している状況が推測された。そし

て、中核要因に含まれる要素を解決することでこれらの悪循環を解消できるのではないかと考えられた。

現在、日本の精神科医療は、「入院医療中心から地域生活中心へ」の変革期にある。このような変革期の中で、精神科医療の全体像が明確にされ、その中で、入院治療が、どのような役割を果たすのか、入院病棟がどのように機能すればいいのか、さらに精神科看護職の果たすべき役割は何か、が再検討されるべき時が来ているものと思われる。そして、看護業務の役割を明確化していくことで、「ビジョンのない看護」からの脱却を図る必要があると考えられる。

さて、本研究では、日ごろ看護を行っている現場で、看護師が問題と感じるどんな些細なことで話してもらうことが、問題を明らかにする最初のステップとなるのではないかと考え、面接調査方法を選択した。そのため、調査対象者が10名と限られたものになった。このようにして導き出された成果が、日本の精神科医療全体に関わる普遍性を有しているかどうかを含め、さらなる研究が必要なことは、言うまでもない。

要 旨

本研究は、精神科入院病棟に勤務する看護師から、直面している問題、葛藤、悩みなどを聴取し、精神科入院看護の根本にどのような問題が内包されているのかを探り出すことを目的とした。対象者は看護師10名で、KJ法に基づき、インタビュー内容で得られた70項目をカテゴリー化及び構造化した。その結果、6つの要因を見だし、6要因はさらに、中核要因である「ビジョンのない看護」と、内部要因すなわち「看護者間の相互理解の困難さ」及び「患者尊重の欠如」、そして外部要因すなわち「不十分な退院環境」、「他職種との未熟な関係」、「規則・法律と現実との乖離」とに分けられた。そして、内部要因と外部要因は、中核要因と相関関係あるいは因果関係にあると捉えられ、悪循環を形成している状況が推測された。精神科医療における看護業務の役割を明確化し、「ビジョンのない看護」からの脱却を図り、これらの悪循環を解消する試みを始める必要がある。

Abstract

We interviewed 10 nurses who worked in psychiatric in-patients wards and asked them about problems, tangles, dilemma, and troubles that they faced during their daily work. From the words of the nurses, 70 contents were found out, which could be categorized into 6 factors. These factors were further divided into a core factor and inside- and outside factors. The core factor was "nursing without any perspective". The inside factor was composed of "difficulty in the mutual understanding among the nursing staffs" and "lack of respects to patients", which were directly related to the daily activities inside the nursing workplace. The outside factor, which was attributed to the relation of the nursing staff with situation outside the nursing workplace, was comprised of "insufficient environment for the discharged patients", "immature relationships with other medical professions", and "rules and legal provisions that were incompatible with the daily psychiatric practice". The core factor seemed to be intensified by the inside and outside factors, and vice versa, resulting in vicious circles. It is required to relieve the core factor and to break the vicious circles, to bring about the general improvement of the psychiatric practice.

文 献

- 1) 宇佐美しおり：精神科看護における倫理の実態－予備調査の結果から－. 精神科看護, 26(11), 33-36, 1999.
- 2) 大西香代子, 浅井 篤, 他：精神科看護者の倫理的悩み－実態調査を通して精神科看護の問題点を探る－. 弘前大学医学部保健学科紀要, 2, 1-8, 2003.
- 3) 田中美恵子, 濱田由紀, 他：精神科看護師が体験する倫理的ジレンマの内容. 第25回日本看護科学学会学術集会抄録集, 245, 2005.
- 4) 若狭紅子, 田中美恵子, 他：精神科医療施設で看護師が倫理的問題に出会う頻度と悩む程度, 第26回日本看護科学学会学術集会, 219, 2006.
- 5) 精神保健福祉研究会監修：我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成18年度版, 815, 株式会社太陽美術, 東京, 2006.
- 6) 森下郁子：看護婦が直面する道徳的葛藤, 日本赤十字看護大学紀要, 11, 41-49, 1997.
- 7) 荻野 雅, 中西睦子：看護学生が臨床で遭遇する道徳的葛藤の同定, 日本赤十字看護大学紀要, 7, 21-33, 1993.
- 8) Fry, S. T.: Ethics in Nursing Practice A Guide to Ethical Decision Making, the International Council of Nurses, Geneva, 1994（片山範子, 山本あい子訳：看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド, 132-136, 206, 日本看護協会出版会, 東京, 1998）.
- 9) 片田範子：看護者が倫理について考えること, 精神科看護, 26(11), 8-12, 1999.
- 10) 松井美紀子, 藤田きみゑ, 他：看護者が臨床で経験するジレンマに関する検討, 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌, 4, 51-56, 2000.
- 11) 岡谷恵子, 日本看護協会倫理検討委員会：看護業務上の倫理的問題に対する看護者の認識－日本看護協会＜日常業務上ぶつかる悩み＞調査より, 看護, 51(2), 26-31, 1999.
- 12) 小島恭子, 近藤まゆみ：患者中心の看護倫理を実践するために, 岡崎寿美子, 小島恭子（編）：ケアの質を高める看護倫理ジレンマを解決するために, 22-27, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2002.
- 13) 佐藤蓉子：看護ケアの現場における倫理的問題, 看護教育, 37(1), 12-16, 1996.
- 14) 澤田愛子：看護と生命倫理－特に看護行為における倫理的意思決定の問題を中心に, 看護管理, 2(3), 166-173, 1992.
- 15) 川喜多二郎：発想法 創造性開発のために, 中央公論新社, 東京, 1967.
- 16) 川喜多二郎：続・発想法 KJ法の展開と応用, 中央公論新社, 東京, 1970.
- 17) 川喜多二郎：KJ法 渾沌をして語らしめる, 中央公論新社, 東京, 1986.
- 18) 舟島なをみ：質的研究への挑戦, 84-102, 医学書院, 東京, 1999.
- 19) 菅村聡子：クリティカル領域で看護婦が体験するジレンマの意味. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 23, 56-63, 1998.
- 20) 横尾京子, 片田範子, 他：日本の看護婦が直面する倫理的課題とその反応 日本看護科学学会看護倫理検討委員会報告, 日本看護科学会誌, 13(1), 32-37, 1993.
- 21) Minami, H.: East meet west : some ethical considerations, International Journal of Nursing Studies, 22(4), 1985（坂川雅子訳：東西文化の出会い 倫理的視点からの考察, Davis, A. J. 監修, 見藤隆子, 小西恵美子, 他（編）：看護倫理 理論・実践・研究, 25-35, 日本看護協会出版会, 東京, 2002）.
- 22) Benjamin, M., Curtis, J.: Ethics in Nursing, Oxford University Press, 1981（矢次正利, 宮越一穂, 他訳：臨床看護のディレンマⅡ 看護の実例と生命倫理, 88-91, 時空出版, 東京, 1995）.
- 23) 前掲書8), 132-136.
- 24) 日本看護協会編：日本看護協会看護業務基準集 2005年, 356-364, 日本看護協会出版会, 東京, 2005.
- 25) Campbell, A. V.: Moral Dilemmas in Medicine A Coursebook in Ethics for Doctors and Nurses, Longman Group Ltd, Edinburgh, 1972（羽白 清, 羽白多恵子訳：医の倫理 医師・看護師のジレンマ, 137, 紀伊国屋書店, 東京, 1978）.
- 26) 谷岡哲也：精神障害者リハビリテーションとチームケア. MENTAL HEALTH心と社会, 118, 25-34, 2004.
- 27) 前掲書21), 56.
- 28) 粕田孝行：精神病院における看護の現状と課題, 松下正明（編）：臨床精神医学講座S5 精神医療におけるチームアプローチ, 263-276, 中山書店, 東京, 2000.
- 29) Benjamin, M., Curtis, J.: Ethics in Nursing, Oxford University Press, 1981（矢次正利, 宮越一穂, 他訳：臨床看護のディレンマⅠ 生命倫理と医療経済・医療制度, 66-69, 時空出版, 東京, 1995）.
- 30) 南 裕子：看護の役割とその展望, 看護, 75-80, 2003.

平成21年1月16日受付
平成21年10月30日採用決定

看護管理者が認識する研究成果活用を推進する 組織的支援の現状と阻害要因の検討

Japanese Nurse Administrators' Perceptions Regarding Barriers to,
and Organizational Support of, Research Utilization in Nursing Practice

遠藤 良仁¹⁾ 布施 淳子²⁾
Yoshihito Endo Junko Fuse

キーワード：研究成果活用，阻害要因，看護管理者，組織的支援

Key Words：research utilization, barrier, nurse administrator, organizational support

I. はじめに

看護師が科学的な研究成果を看護実践に活用することは、看護が専門職である証であると言われて¹⁾いる。研究成果の活用は費用対効果の高いヘルスケアの実現のために必要不可欠とされ、看護師は最新の研究成果を収集し、自らの看護実践への適応可能性を判断していくことが求められる¹⁻³⁾。しかしながら、自らの看護実践に必要な研究成果は、多くの看護師にとって容易に入手できるものではなく、研究成果そのものが看護実践において効果的に活用されていない現実が指摘されている⁴⁾。

看護実践における研究成果活用に関する研究は、20世紀中盤、欧米諸国を中心としたEvidence Based Medicine (EBM) の推進とともに発展した⁵⁾。そして、研究成果が看護実践において活用されていない現実、臨床と研究のギャップとして問題視されてきた⁶⁻⁷⁾。この臨床と研究のギャップは、Funkら⁸⁾によって看護における研究成果活用過程に存在する阻害要因の評価尺度の開発後、1990年代から看護師や看護管理者を対象に本格的に調査や国際比較が行われた⁹⁻¹⁴⁾。そして、今日、看護実践における研究成果活用に共通して存在する阻害要因として、時間の不足、知識不足、権限の不足、研究成果収集の不便さ、科学的根拠の不足、そして組織的な支援不足などが指摘されている^{9), 15-17)}。

我が国における看護の研究成果活用は、研究活動に関する先行研究¹⁸⁻¹⁹⁾や研究成果活用などの先行研究²⁰⁻²²⁾などによって、看護師の個人要因や所属する組織環境の要因が指摘されている。しかしながら、我が国における研究成果活用の研究は、看護管理者の姿勢やリーダーシップの重要性は指摘されてはいる²³⁾ものの、主に看護師を対象にした研究にとどまっており、看護管理者の視点から研究成果

活用の阻害要因を検討した先行研究は皆無に近い。今後、研究成果活用の促進に向けた組織的な支援を検討していく上で、組織の中核的な存在である看護管理者の認識を明らかにすることは今後の推進に役立つと考えられる。

以上の背景をうけ、本研究は、看護管理者の視点から研究成果活用を促進する組織的支援の現状と研究成果活用の阻害要因を調査し、看護師の研究成果活用を阻害する背景因子を明らかにすることを目的とした。

II. 方法

1. 用語の操作的定義

1) 研究成果活用

Burnsら³⁾およびStetler²⁴⁾の定義を基に、研究成果活用を、信頼できる方法を用いて研究で得られた知見を入手し、それを吟味して用いること、と定義した。

2) 組織的支援

看護職および看護組織の管理責任者として、井部ら²⁵⁾は「総看護部長・看護部長の責任の下にある看護部という一独立部門」として「担当部門の責任を遂行する」と述べていることを基に、組織的支援を、看護部が看護師の人材育成や看護の質の向上を目的に行う支援、と定義した。

2. 研究成果活用阻害に関する調査項目の作成

研究成果活用阻害の測定尺度として、The Barriers to Research Utilization Scale (BARRIERS Scale) が広範に使用されていた²⁶⁾。BARRIERS Scaleとは、FunkとRushらが開発した質問項目29項目からなる尺度で、看護師、看護管理者、教育者とあらゆる看護職者の研究成果活用における阻害の認識の程度を測定するために開発された。回答方法と評価方法は、各項目について「全くあてはまらない (1点)」、 「少しあてはまる (2点)」、 「中程度あてはまる (3

1) 岩手県立大学看護学部 Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University

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

点)、「強くあてはまる(4点)」、「わからない」の5件法で回答し得点を計算、「わからない」については欠損値として集計する。得点が高いほど、その項目が研究成果活用に対する阻害の程度としての認識が強いことを表す⁸⁾。そこで、本研究ではBARRIERS Scaleを翻訳して用いることとし、英語圏以外でBARRIERS Scaleを用いた先行研究¹⁴⁾を参考に1項目「外国語文献は理解できない」を追加した30項目を作成した。

3. 研究成果活用阻害要因の調査項目の作成プロセスおよび信頼性・妥当性の検討

1) BARRIERS Scaleの翻訳プロセスと内容妥当性の検討

- (1) 開発者であるFunkよりBARRIERS Scaleの使用許可を得た。
- (2) 大学教員のアメリカ人バイリンガル1名と、アメリカで看護の専門職学位を取得し日本で大学教員をしている日本人バイリンガル1名の2名にBARRIERS Scaleと翻訳に内容の不具合がないかを確認してもらい、意味内容に相違がないと判断されるまで繰り返した。
- (3) 日本人大学教員5名と現病院看護部長1名および病院看護部長歴任者1名にプレテストを行い、意味内容を検討し、翻訳したBARRIERS Scaleの文章表現を修正した。

2) 構成概念妥当性の検討

翻訳したBARRIERS Scaleに関して因子分析を行い、因子構造を確認するとともに、KMO値を算出した。

3) 信頼性の検討

内部一貫性の検討について、因子分析で抽出された因子と全体の信頼性係数Cronbachの α 係数を求めた。

4. 対象者と選出方法

本研究の対象者は、平成19年6月時点における全国の400床以上の一般病院看護管理者とした。対象病院は『病院要覧2003-2004』²⁷⁾の情報を基にインターネットで可能な限り情報を最新に更新し、722病院を選出した。

5. 調査方法

1) 期間

平成19年7月6日から7月31日までとした。

2) 調査内容

(1) 対象病院の特性

概要としては所在地、15大都市の別、設置主体、病床数、付属の教育機関・研究機関の有無、特定機能病院・地域医療支援病院・病院機能評価の有無、看護職員配置基準²⁸⁾について回答を求めた。

研究成果活用への組織的支援としては、図書館の有無、看護関連雑誌の定期購読の有無と定期購読誌数、インターネット利用の可否、論文データベース利用の可否とデータ

ベース名、研究支援として看護研究に関する委員会の有無、専門・認定看護師への相談窓口の有無、看護研究指導の担当者の有無、看護研究の院外指導者の有無、看護研究活動予算の有無、情報検索法の教育プログラムの有無について回答を求めた。

(2) 看護管理者の特性

属性として性別、年齢、実務経験として看護師の経験年数、現在の職位の経験年数、看護学および一般の最終学歴、修了した研修。研究活動歴として看護研究実施経験、学会発表経験、論文投稿経験の有無および看護研究指導経験の有無、普段の学習としての月平均購読専門誌数、所属学会数、病院外の学会・研修会への年間平均参加回数、研究成果収集目的のインターネット利用の有無と頻度について回答を求めた。

(3) 研究成果活用の阻害要因

研究成果活用阻害要因30項目について、所属病院の看護師一般の該当程度を、5件法による回答を求めた。

3) 質問紙の配布および回収手続き

質問紙は平成19年7月6日にリストの全看護管理者宛に送付し、回収は同封した返信用封筒を用いて平成19年7月31日まで返信を依頼した。

4) 分析方法

(1) 各項目の度数および百分率、平均値および標準偏差を算出した。

(2) 研究成果活用の阻害要因30項目について因子分析による構成概念妥当性、およびKMO値の算出による標本妥当性の検討を行った。

(3) Cronbachの α の算出による信頼性の検討を行った。分析には統計処理ソフトSPSSv14を使用し、数値は小数点第三位を四捨五入した。

6. 倫理的配慮

平成19年6月18日の山形大学医学部倫理委員会において承認を得て実施した。具体的には、平成19年7月6日に郵送法にて対象者の所属先に依頼文を送付し、動機、意義、目的、方法、匿名性の確保、参加協力の自由意思、データの使用目的および質問紙やデータを記録した電子媒体は、研究が終了するまで施錠して保管することなどを説明し、質問紙の返送をもって研究協力への同意とみなした。

Ⅲ. 結 果

139部の質問紙が回収され、回答に欠損が著しく多く含まれていた11部を除いた128部のデータを分析対象とした。(母集団に対する有効回答率17.72%)

1. 対象病院の特性

対象病院の概要を表1に示す。所在地については15大都市以外の地方都市が78.13%で、地区は関東がもっとも多

表1 対象病院の概要

		(N=128)	
		n	(%)
所在地			
地区			
	北海道・東北	28	(21.88)
	関東	30	(23.44)
	中部・北陸	13	(10.16)
	東海	18	(14.06)
	近畿	21	(16.41)
	中国	4	(3.13)
	四国	7	(5.47)
	九州・沖縄	7	(5.47)
15大都市 ^{a)}			
	入る	28	(21.88)
	入らない	100	(78.13)
設置母体 ^{b)}			
	公的医療機関	65	(50.78)
	国	17	(13.28)
	医療法人	14	(10.94)
	学校法人	9	(7.03)
	公益法人	8	(6.25)
	社会保険関係団体	3	(2.34)
	個人	1	(.78)
	その他	11	(8.59)
病床数 (M ± SD)		(590.17 ± 183.48)	
付属の教育・研究機関			
	あり	46	(35.94)
	なし	82	(64.06)
認定・評価・指定			
	病院機能評価	99	(77.34)
	地域医療支援病院指定	47	(36.72)
	特定機能病院指定	18	(14.06)
	救急病院指定	104	(81.25)
	救急指定 (n=103)		
	1次救急	5	(4.81)
	2次救急	49	(47.12)
	3次救急	49	(47.12)
	無回答	1	(.96)
	その他	26	(20.31)
看護職員配置基準			
	7対1	53	(41.41)
	10対1	65	(50.78)
	15対1	7	(5.47)
	18対1	1	(.78)
	無回答	2	(1.56)

^{a)} 東京都区部, 札幌市, 仙台市, さいたま市, 千葉市, 横浜市, 川崎市, 静岡市, 名古屋市, 京都市, 大阪市, 神戸市, 広島市, 北九州市, 福岡市 (厚生労働省大臣官房統計情報部: 厚生統計要覧 (平成18年度))

^{b)} 厚生労働省大臣官房統計情報部: 医療施設調査 (動態調査) 病院報告 (全国) 平成17上巻

く23.44%, ついで北海道・東北21.88%が多かった。設置主体については, 公的医療機関が50.78%であった。平均病床数は590.17 ± 183.48床であった。付属の教育・研究機関があるのは35.94%であった。認定・評価・指定でも

表2 対象病院の研究成果活用への組織的支援

		(N=128)	
		n	(%)
図書館			
	あり	126	(98.44)
	なし	2	(1.56)
看護関連雑誌の定期購読			
	あり	127	(99.22)
	なし	1	(0.78)
	定期購読誌数 (冊) (M ± SD)		(10.20 ± 7.24)
インターネット			
	利用可能	120	(93.75)
	利用不可能	8	(6.25)
論文データベース			
	利用可能	106	(82.81)
	利用不可能	20	(15.63)
	欠損値	2	(1.56)
データベース名 (複数回答)			
	医学中央雑誌	94	(73.44)
	最新看護索引	67	(52.34)
	JDream II	35	(27.34)
	その他	13	(10.16)
研究支援 (複数回答)			
	看護研究に関する委員会	106	(82.80)
	専門・認定看護師への相談窓口	103	(80.47)
	看護研究指導の担当者	100	(78.74)
	看護研究の院外指導者	89	(70.08)
	看護研究活動の予算	82	(64.57)
	情報検索法の教育プログラム	56	(44.80)

とも多かったのは救急病院指定81.25%, 次いで病院機能評価77.34%, 特定機能病院は14.06%であった。看護職員配置基準は, 10対1が50.78%, 7対1は41.41%であった。

研究成果活用への組織的支援を表2に示す。状況図書館有りは98.44%, 看護関連雑誌の定期購読有り99.22%で, 平均購読誌数10.20冊, インターネット利用可能93.75%, 論文データベース利用可能82.81%, 内訳は医学中央雑誌73.44%がもっとも多かった。研究支援は, 看護研究に関する委員会有り82.81%, 専門・認定看護師へ相談窓口有り80.47%, 看護研究指導の担当者有り78.13%, 看護研究の院外指導者有り69.53%, 看護研究活動予算有り64.06%, そして, 情報検索法の教育プログラムを行っていた病院が43.75%などであった。

2. 看護管理者の特性

看護管理者の属性を表3に示す。看護管理者の性別は女性が98.44%, 平均年齢は54.05 ± 4.22歳であった。実務経験としては, 看護師の平均経験年数31.62 ± 4.64年, 現在の病院での就業年数20.45 ± 13.48年, 現在の職位の平均経験年数3.18 ± 2.76年であった。現在の病院での就業年数は, 二峰性を示し1年目と33年目にピークが来ていた。最終学歴では養成所3年過程66.41%がもっとも多く, ついで養成所2年課程卒17.97%, 一般の4年制大学卒9.38%, 看護

表3 看護管理者の特性

	(N=128)	
	n	(%)
性別		
女性	126	(98.44)
男性	2	(1.56)
年齢 (M ± SD)	(54.05 ± 4.22)	
経歴 (M ± SD)		
現在の職位の経験年数	(3.18 ± 2.76)	
現在の病院での就業年数	(20.45 ± 13.48)	
看護師としての経験年数	(31.62 ± 4.64)	
看護系最終学歴		
養成所2年課程卒	23	(17.97)
養成所3年課程卒	85	(66.41)
短期大学卒	5	(3.91)
4年制大学卒	4	(3.13)
大学院前期課程修了	10	(7.81)
無回答	1	(.78)
一般最終学歴		
高校卒	93	(72.66)
短期大学卒	8	(6.25)
4年制大学卒	12	(9.38)
大学院前期修了	9	(7.03)
大学院後期修了	6	(4.69)
修了研修		
看護協会認定看護管理者ファーストレベル	46	(35.94)
看護協会認定看護管理者セカンドレベル	64	(50.00)
看護協会認定看護管理者サードレベル	18	(14.06)
その他	25	(19.53)
研究活動		
看護研究実施経験	126	(97.67)
看護研究指導経験	115	(89.15)
学会発表経験	95	(73.64)
論文投稿経験	55	(42.64)
学習状況 (M ± SD)		
購読専門誌数 (冊/月)	(4.04 ± 2.98)	
所属学会数	(2.05 ± 1.75)	
学会参加回数 (回/年)	(5.42 ± 4.45)	
研究成果収集目的のインターネット利用		
利用する	102	(79.69)
利用しない	26	(20.31)
利用頻度 (n=103) (日/月) (M ± SD)	(5.32 ± 6.03)	

系大学院前期課程修了7.81%、一般の大学院後期過程修了4.69%などの順に多かった。看護管理者として修了した研修は、看護協会セカンドレベル50.00%がもっとも多かった。その他の修了研修としては看護教員養成講習会修了11.71%、実習指導者養成教育4.69%などであった。研究活動歴では、看護研究実施経験者は97.67%で、学会発表経験有り73.64%、論文投稿経験有り42.64%であった。普段の学習としては月平均購読専門誌数4.04±2.98冊、所属学会数は2.05±1.75学会で、学会・研修の年平均参加回数は、5.42±4.45回であった。研究成果収集目的のインターネット利用者は79.69%で、月平均5.32±6.03回であった。

3. 研究成果活用阻害要因

研究成果活用阻害要因30項目について因子分析の結果を表4に示す。主因子法、回転なしの因子分析を行った。固有値1以上の基準とスクリープロットにより4因子とし、主因子法、バリマックス回転を行った。因子負荷量0.40未満の4項目「外国語論文は理解できない」、「統計分析は理解できない」、「看護実践における研究成果の意味づけは明確でない」、「研究報告・論文は迅速に発表・出版されていない」と、因子負荷量が2因子以上で0.40以上の2項目「看護師は、研究結果を信じて良いかわからない」、「研究報告・論文は、容易に入手・利用できない」を除外し、最終的に4因子24項目が抽出された。KMOは0.74を示した。

第I因子は、因子負荷量が0.685から0.412までの9項目から構成され、「看護師は、自発的に変化や新しいアイデアを試みようとはしない」、「看護師は、たとえ看護実践を変更したとしても、その利点はごくわずかしかないと感じている」、「看護師は、自分の所属部署において研究成果を普及させることはできないと思っている」などで因子負荷量が高かった。この因子は、看護師の研究の能力と研究の認識、研究成果活用の決定権の認識などに関する阻害内容と考えられる。さらに、看護師として期待される看護実践の改善とその役割の遂行に関する認識のあり方と解釈可能であるため、『看護師の研究能力と認識、役割の限界』と名付けた。

第II因子は、因子負荷量が0.657から0.422までの7項目から構成され、「看護師は、たとえ研究成果を活用した看護実践を行ったとしても自分自身の前進や学びには結びつかないと思っている」、「医師はおそらく研究成果の活用に関心しない」などで因子負荷量が高かった。この因子は、「医師」、「管理責任者」、「他職種のスタッフ」など、教育的な側面も持つ人的サポートに支えられた環境のもとで看護師は研究成果活用結果からの自己の成長や意義の学習を阻害する内容と考えられる。このような人的サポート環境が教育的に機能しなければ、看護師個人の学習意欲も減退しまうと解釈可能であるため、『人的サポート環境による学習意欲不足』と名付けた。

第III因子は、因子負荷量が0.703から0.437までの5項目から構成された、「文献では矛盾する結果が報告されている」、「報告されている研究の研究方法は、不十分な点がある」、「研究から導き出した結論や示唆は、正しいとは言えない」などで因子負荷量が高かった。この因子は、検索したり自ら導き出したりした研究成果を批判的に吟味し、看護実践に活用可能かの検討過程での阻害内容と解釈可能であるため、『研究成果活用性の検討不足』と名付けた。

第IV因子は、因子負荷量0.643から0.481までの3項目か

表4 研究成果活用阻害要因の因子構造

因子 項目	第Ⅰ因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子	共通性
第Ⅰ因子：看護師の研究能力と認識、役割の限界 ($\alpha = .83$)					
・看護師は、自発的に変化や新しいアイデアを試みようとはしない	0.685	-0.062	0.217	0.220	0.568
・看護師は、たとえ看護実践を変更したとしても、その利点はごくわずかしかないと感じている	0.671	0.333	0.099	0.084	0.577
・看護師は、自分の所属部署において研究成果を普及させることはできないと思っている	0.639	0.380	0.246	-0.034	0.614
・看護師には、十分な知識を持ち、研究について話し合うことのできる同僚が身近にいない	0.628	0.168	0.115	0.109	0.448
・看護師は、患者のケア方法の変更に対して、自分たちに決定権があると思っていない	0.568	0.391	0.254	0.084	0.547
・研究は、繰り返し検証されてこなかった	0.565	0.126	0.038	0.245	0.397
・看護師は、自分に研究の質を吟味する実力があるとは思っていない	0.463	-0.064	0.362	0.297	0.438
・看護師は、論文を読む時間がない	0.424	0.070	0.133	0.299	0.292
・看護実践の改善の必要性を、看護師の役割として明記したものがない	0.412	0.268	-0.147	0.251	0.327
第Ⅱ因子：人的サポート環境による学習意欲不足 ($\alpha = .69$)					
・看護師は、たとえ研究成果を活用した看護実践を行ったとしても自分自身の前進や学びには結びつかないと思っている	0.344	0.657	0.006	-0.063	0.553
・医師は、おそらく研究成果の活用に関心しない	0.002	0.609	0.203	0.138	0.431
・看護師は、看護実践に対する研究の意義を見い出していない	0.381	0.530	0.153	0.016	0.450
・管理責任者は、おそらく研究成果の活用に関心しない	0.288	0.519	0.030	0.253	0.418
・他職種のスタッフは、研究成果活用をサポートしてくれない	0.089	0.509	0.265	0.228	0.389
・研究に関する情報量の多さに圧倒されてしまう	0.005	0.453	0.353	0.256	0.395
・看護師は、研究の存在を知らない	0.047	0.422	0.112	-0.075	0.198
第Ⅲ因子：研究成果活用性の検討不足 ($\alpha = .69$)					
・文献では矛盾する結果が報告されている	0.137	0.232	0.703	0.196	0.605
・報告されている研究の研究方法は、不十分な点がある	0.011	0.207	0.599	0.044	0.403
・研究から導きだされた結論や示唆は、正しいとは言えない	0.105	0.121	0.566	0.160	0.372
・研究は、看護実践に結びついていない	0.184	0.089	0.454	-0.033	0.249
・研究は明確に、かつ、読みやすく書かれていない	0.207	0.131	0.437	0.229	0.304
第Ⅳ因子：研究成果の収集と実践の環境的制限 ($\alpha = .60$)					
・勤務中に新しいアイデアを実行するには時間が不足している	0.265	0.031	0.159	0.643	0.510
・関連文献がまとまっておらず、一カ所で調べることができない	0.090	0.383	0.299	0.490	0.485
・研究成果活用のための設備や環境は不十分である	0.249	-0.032	0.330	0.481	0.402
固有値	8.616	2.208	2.184	1.598	
寄与率 (%)	13.281	10.981	9.765	7.090	
累積寄与率 (%)	13.281	24.262	34.027	41.117	

主因子法 バリマックス回転

*項目「研究に関する情報量の多さに圧倒されてしまう」は、Funkらの因子分析では、因子負荷量が0.4に満たなかったため、項目から除外されている。

ら構成された、「勤務中に新しいアイデアを実行するには時間が不足している」の因子負荷量が高かった。この因子は、研究成果の情報の蓄積や研究成果活用の設備の不十分さ、そして、時間的余裕の無さなど研究成果活用に関した阻害内容と考えられる。さらに、情報、設備、時間など文献検索のみならず実践の場における環境的な制限の内容が含まれていると解釈可能であるため、『研究成果の収集と実践の環境的制限』と名付けた。

Cronbachの α 係数は、全体では0.89、第Ⅰ因子では0.83、第Ⅱ・Ⅲ因子では0.69、第Ⅳ因子では、0.60であった。第Ⅳ因子の α 係数がやや低めではあるものの、今回の調査ではある程度の信頼性が得られたと判断した。

IV. 考 察

1. 対象病院の特性

対象病院の概要で半数以上に共通していたのは、救急病院の指定を受けている、病院機能評価を受けている、付属の教育・研究機関を持たない、15大都市に入らない、公的医療機関、看護職員配置基準10対1を採用しているといった特徴であった。その他、7対1を採用していた病院はすでに4割を超えていた。ただ、本研究の分析対象病院は、母集団と比較して公的医療機関の割合が高い傾向がみられた。

研究成果活用への組織的支援として、ほぼ全ての病院で看護関連雑誌の定期購読を行っており、図書館を有してい

た。そして、8割以上の病院でインターネット、医学中央雑誌等の論文データベースを利用した情報検索、専門・認定看護師へアドバイスを求めることができ、環境面は組織的に整えられつつあると考えられる。大学病院の看護師の情報検索は勤務先大学および病院図書館であったとの結果²⁹⁾と比較しても、図書館の整備は看護師側のニーズに合った支援と言える。また、看護職との研究上のコミュニケーションの不足が指摘されているが²¹⁾、専門・認定看護師との研究的な交流も可能であることが示唆された。

2. 看護管理者の特性

本研究対象の看護管理者の経歴を推測すると、8割以上が養成所3年課程か2年課程を卒業して看護師となっていた。その後、転勤や再就職などを経験して30年余看護師として実務に従事し、現在の病院の看護管理者に着任していると考えられる。その過程で、ほぼ全員が看護研究を実施し、9割が研究指導を経験し、4割が研究論文の投稿も経験していた。また、2割が大学院で本格的に研究を学んでいることが明らかになった。現在の学習状況は、8割がインターネットを利用しており、ばらつきはあるものの月平均4冊程度専門誌等を購読し、年間5回程度の学会・研修会へ参加していることが明らかになった。

本研究対象の看護管理者を全国の病院の看護管理者と比較すると、属性面で類似した特徴がみられた。本研究対象者は女性98.44%、平均年齢54.05歳に対して全国の病院の看護管理者³⁰⁾は女性94%、平均年齢54.7歳であった。ただ、本研究対象者の現病院での平均勤務年数は全国の病院の看護部長と比較して若干短かった。これは平均勤務年数が2年以下を示している「国」などが設置主体となっている回答者の割合が、全国の病院の看護管理者よりも高かったためと考えられる。つまり、関連病院への転勤が想定される国立病院の看護管理者の特性の影響を受けたため、現在の職位の平均勤務年数が短くなったと推測した。

3. 研究成果活用阻害要因

研究成果活用の阻害要因は4因子から構成されていた。この4因子は、Funkら⁸⁾の示すモデルとは異なる因子構造を示した。本調査の回答者が大規模病院の看護管理者であり、看護管理学的にまとまりを見せたと考えられる。従って、以降、先行研究および看護管理学の視点から各因子を検討する。

『看護師の研究能力と認識、役割の限界』は、人材育成としての看護師自身の能力や認識に関する項目を多く含み、組織における役割意識の低さを表している。看護部組織がよりよい看護を提供するという共通目的を共有するためには、看護部としての理念に基づく目標を遂行するための役割や決定権を明記する必要があると言われて³¹⁾。よって、この因子は組織的な人材育成と実践の主体者であ

る看護師自身の課題との関連を表した因子であると考えられる。

『人的サポート環境による学習意欲不足』は、看護師個人が人的サポートを得られない状況で学習意欲や前向きな意識で研究成果を活用することの困難さを表している。Funkら⁸⁾やHutchinsonら³²⁾は、看護師自身の前進や学び、研究の意義の実感は個人要因としてとらえており、人的サポートの不足に関してもすでに指摘されている^{10), 20-21), 32-33)}。しかしながら、個人要因とされてきた看護師の自己の前進や学び、研究意義の自覚を人的サポート環境の概念の中でとらえた研究は未だみられない。これは本研究で新たに発見された課題を表した因子であると考えられる。

『研究成果活用性の検討不足』は、Funkら⁸⁾がInnovationと呼んだ研究成果の質に関する項目と看護実践へ活用可能性を吟味する際の課題に関する項目を含んでおり、日本の看護研究の研究成果そのものが持つ課題を表した因子と考えられる。山崎³⁴⁾は、日本における看護研究の質の高いエビデンスの少なさを指摘する。研究自体や研究成果が実践への活用可能性の課題を表した因子であると考えられる。

『研究成果の収集と実践の環境的制限』は、看護師の勤務時間における業務量の多さや文献の研究成果の蓄積法、設備・環境といった項目を含んでおり、効率性を低下させる組織環境の制限を表した因子であると考えられる。

以上の内容から、看護管理者の視点からみた研究成果活用阻害は組織づくり、システムづくり、人づくりとそれらの関わり³¹⁾を網羅した因子構造を持つことが示唆された。

V. 結 論

看護管理者を対象に全国の400床以上の病院を対象に調査した結果、以下のことが明らかになった。

1. 研究成果活用への組織的支援の現状としては、ほぼ全ての病院で専門誌の購読・インターネット利用環境が整備されており、8割が論文データベースなどから看護師個人でも情報収集ができる環境であった。また、8割が委員会や専門・認定看護師など人的サポートを活用した支援を整えていた。

2. 看護管理者は、ほぼ全員に看護研究実施歴があり、9割が研究指導を行っていた。8割が研究成果収集目的でインターネットを利用しており、月平均4冊程度の専門誌を購読し、年間5回程度の学会・研修会へ参加していた。

3. 研究成果活用を阻害する背景因子として、『看護師の研究能力と認識、役割の限界』、『人的サポート環境による学習意欲不足』、『研究成果活用性の検討不足』、『研究成果の収集と実践の環境的制限』の4因子24項目が抽出された。

以上より、研究成果活用への組織的支援は整備されつつ

あるものの、推進を阻害する要因として、実践の主体である看護師の能力の発揮、学習意欲への働きかけ、研究成果の収集の非効率性、および研究成果自体の質の問題が潜在化していることが示唆された。

謝 辞

本論文の作成に当たり、質問紙調査にご協力と貴重なご意見を賜りました全国の看護管理者の皆様にご心よりお礼申し上げます。本稿は修士論文に加筆修正を加えたものです。

要 旨

本研究の目的は、看護管理者の認識から研究成果活用の阻害要因を明らかにすることである。全国の400床以上の一般病院722病院の看護管理者を対象に、研究成果活用の組織的支援の現状と阻害要因について質問紙調査を行った。回収は139部で128部を分析対象とした。結果、組織的支援として、ほぼ全ての病院で専門誌・インターネットの利用、8割で論文データベースの利用と人的サポートによる支援を整えていた。阻害要因としては、因子分析により『看護師の研究能力と認識、役割の限界』、『人的サポート環境による学習意欲不足』、『研究成果活用性の検討不足』、『研究成果の収集と実践の環境的制限』の4因子が抽出された。

以上より、研究成果活用への組織的支援は整備されつつあるものの、実践の主体である看護師の能力の発揮、学習意欲への働きかけ、研究成果の収集の非効率性、および研究成果自体の質の問題が潜在化していることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify barriers to research utilization in nursing practice and organizational support from the viewpoint of Japanese nurse administrators. Questionnaires were mailed to 722 nurse administrators who are attached to hospitals in Japan with more than 400 beds. One hundred thirty-nine nurse administrators returned the questionnaire, and 128 of the returned questionnaires proved valid for our study. The results revealed that nurses were able to read nursing journal articles and use the internet in almost all hospitals, and were able to use bibliographic databases and human resource support in 8 out of 10 hospitals. Factor analysis of barriers to research utilization revealed four main factors: "nurses' research skill, knowledge and role limitation", "lack of learning incentives in the human resource support environment", "lack of critique research with utilization", and "limited accessibility for research and practice in the working environment". These results suggest that organizational support is mostly available, but that problems remain in terms of exercising the ability of nurses, the learning intensity of working nurses, inefficiency in access to research, and quality of research.

文 献

- 1) ICN: Position Statements. Nursing Research, 2009. 6. 4, <http://www.icn.ch/psresearch99.htm>
- 2) Polit, D. F., Beck, C.T.: Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, 3, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007.
- 3) Burns, N., K.Grove, S.: The Practice Of Nursing Research: Conduct, Critique, And Utilization, 634, Elsevier Saunders, Philadelphia, 2004.
- 4) Dunn, V., Crichton, N., et al.: Using research for practice: a UK experience of the BARRIERS Scale, J Adv Nurs. 26, 1203-1210, 1998.
- 5) Guyatt, G.: Evidence-based medicine, ACP J Club (Ann Intern Med). 14 (supple 2), A-16, 1991.
- 6) Rafferty, A. M., Allcock, N., et al.: The theory/practice "gap": taking issue with the issue, J Adv Nurs. 23, 685-691, 1996.
- 7) Hewison, A., Wildman, S.: The theory-practice gap in nursing: a new dimension, J Adv Nurs. 24, 754-761, 1996.
- 8) Funk, S. G., Champagne, M. T., et al.: Barriers to using research findings in practice: the clinician's perspective, Appl Nurs Res. 4 (2), 90-95, 1991.
- 9) Funk, S. G., Champagne, M. T., et al.: Administrators' views on barriers to research utilization, Applied Nursing Research. 8 (1), 44-49, 1995.
- 10) Lynn, M. R., Moore, K.: Research utilization by nurse managers: current practices and future directions, Semin Nurse Manag. 5, 217-223, 1997.
- 11) Nilsson Kajermo, K., Nordstrom, G., et al.: Barriers to and facilitators of research utilization, as perceived by a group of registered nurses in Sweden, J Adv Nurs. 27, 798-807, 1998.
- 12) Retsas, A., Nolan, M.: Barriers to nurses' use of research: an Australian hospital study, International Journal of Nursing Studies. 36 (4), 335-343, 1999.
- 13) Parahoo, K.: Barriers to, and facilitators of, research utilization among nurses in Northern Ireland, J Adv Nurs. 31 (1), 89-98, 2000.
- 14) Oranta, O., Routasalo, P., et al.: Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses, J Clin Nurs. 11, 205-213, 2002.
- 15) Fink, R., Thompson, C. J., et al.: Overcoming barriers and promoting the use of research in practice, J Nurs Adm. 35 (3), 121-129, 2005.
- 16) Hutchinson, A. M., Johnston, L.: Beyond the BARRIERS Scale:

- commonly reported barriers to research use, *J Nurs Adm.* 36(4), 189-199, 2006.
- 17) Gifford, W., Davies, B., et al.: Managerial leadership for nurses' use of research evidence: an integrative review of the literature, *Worldviews Evid Based Nurs.* 4(3), 126-145, 2007.
 - 18) 南沢汎美, 雄西智恵美, 他: 臨床看護研究実施上の困難と克服課題第一次調査報告, *日本看護科学会誌.* 18, 52-59, 1998.
 - 19) 中谷久恵, 小原みのり, 他: 研究の認識と研究経験との関連における看護研究活動の教育的支援, *鳥根医科大学紀要.* 26, 19-25, 2003.
 - 20) 望月美知代: 臨床看護実践における研究成果活用に関する研究 研究成果活用と看護婦の特性に焦点をあてて, *看護教育学研究.* 5(2), 13-15, 1996.
 - 21) 清村紀子, 西阪和子: 臨床での研究成果活用に関する要因分析, *日本看護研究学会雑誌.* 27(1), 59-72, 2004.
 - 22) 野本百合子, 舟島なをみ, 他: 看護実践場面における研究成果活用の概念化－病院に就業する看護師の経験を通して, *看護教育学研究.* 23-36, 2004.
 - 23) 佐藤真由美, 坂江千寿子, 他: 看護技術におけるイノベーションの普及に関する研究(第6報): 根拠に基づくイノベティブ看護技術の採用度と革新性との関連, *青森県立保健大学雑誌.* 7(1), 391-400, 2005.
 - 24) Stetler, C. B.: Updating the Stetler Model of research utilization to facilitate evidence-based practice, *Nurs Outlook.* 49(6), 272-279, 2001.
 - 25) 井部俊子, 中西睦子(監修), 他: 看護管理学習テキスト 第2巻看護組織論, 155-156, 日本看護協会出版会, 東京, 2005.
 - 26) Burns, N., Grove, S. K.: *The Practice Of Nursing Research: Conduct, Critique, And Utilization*, Elsevier Saunders, Philadelphia, 2004.
 - 27) 医療施設政策研究会(編): *病院要覧2003-2004年版*, 7-387, 医学書院, 東京, 2003.
 - 28) 厚生労働省: 特定機能病院制度について, 2009. 6. 2, <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/11/dl/s1120-8a.pdf>
 - 29) 今田敬子, 横山利枝: 看護研究における文献活用実態調査, 第6回看護情報研究会論文集, 135-137, 2005.
 - 30) 日本看護協会調査研究課(編): *日本看護協会調査研究報告<No.59>2001 1999年病院看護基礎調査.* 351, 2001.
 - 31) 井部俊子, 中西睦子: 看護管理学習テキスト 第2巻 看護組織論, 195, 日本看護協会出版会, 東京, 2004.
 - 32) Hutchinson, A. M., Johnston, L.: Bridging the divide: a survey of nurses' opinions regarding barriers to, and facilitators of, research utilization in the practice setting, *J Clin Nurs.* 13, 304-315, 2004.
 - 33) 野本百合子, 舟島なをみ, 他: 看護実践場面における研究成果活用の概念化－病院に就業する看護師の経験を通して－, *看護教育学研究.* 13(1), 23-36, 2004.
 - 34) 山崎茂明, 六本木淑恵: 看護研究のための文献検索ガイド 第4版, 16-17, 日本看護協会出版会, 東京, 2005.

〔平成21年7月31日受 付〕
〔平成21年11月19日採用決定〕

小児看護学実習において看護学生がこどもと 関わることを躊躇させる影響要因

Factors Affecting Nursing Students' Hesitation to become Involved with Children
in a Child Nursing Practicum

小代 仁美¹⁾ 檜木野 裕美²⁾
Hitomi Ojira Hiromi Naragino

キーワード：躊躇，小児看護学実習，こども，看護学生，人間関係

Key Words：hesitation, child nursing practicum, child, nursing students, interpersonal relationship

I. はじめに

医療が高度化となり，生活水準の向上を背景に疾病構造も変化してきた。また，少子高齢化に伴い，保健医療サービスの充実が求められるようになった。このことより，看護サービスの拡充，看護職員の資質の向上が強く求められた。そのような中，看護学生の看護基礎教育終了時点の能力と看護現場で求められる能力とのギャップが生じ看護師の離職の原因にもなっている。そこで，看護基礎教育において，卒業時の実践能力を高めるためにカリキュラムの改正がなされた^{1~3)}。また，看護の質の向上を具体化するために看護基礎教育の4年制大学化が必要とされ，2010年4月より保健師助産師看護師法の改正が施行される。

小児看護は，こどもの発達段階をふまえその特徴を理解してこどもと関わり，人間関係を築き，こどものニーズを把握し，そのこどもの持つ力を引き出すような援助をするという高い能力が求められている。しかし，小児看護の現状は，少子化に伴い，小児医療の不採算性等による小児科・小児病棟の閉鎖，大人との混合病棟化，こどもの入院期間の短縮化^{4~7)}など，限られたこどもの入院環境の中で小児看護を実践することを強いられている。こどもは，成長発達の途上にある。乳児期や幼児期は，感覚機能の発達により外界を知り，手足などの運動機能の発達により能動的に外界を探索し，自分の思いを笑う，泣くあるいは手指を使って表現する。また，身体の発育・発達に伴い認知や言語能力が発達する⁸⁾。学童期や思春期では，身体機能の発達と共に認知・言語能力も発達し，アイデンティティの確立していく段階にある。このように，こどもは様々な発達の段階にある。このような，発達途上にあるこどもの思考や感情を理解し，共有し人間関係を形成していくことは難しい。看護師がこどもを理解し，こどもとの関わりが

出来，人間関係が築けるために，小児看護学教育において，看護学生の頃から，その能力を培うことが出来るよう教育していくことが求められる。

小児看護学教育において，小児看護学実習は1997年のカリキュラム改正以前に比べて時間数は減少している。また，こどもの在院日数の短縮化により看護学生がこどもを受け持つ期間が短くなり複数のこどもを受け持つケースもある。看護学生は短期間でこどもを理解し，人間関係を築き看護実践へと進めていかななくてはならない状況にある。しかし，現在，看護学生の基本的な生活態度や考え方，学力等の変化と同時にコミュニケーション能力の不足が指摘され^{9~11)}，講義により子どもの状態の理解はできても，その知識を生かし，こどもとどのように対応するかを具体化することは難しい状況にある¹²⁾。

研究者は，看護学生の小児看護学教育を行ってきた。小児看護学実習で，こどもの病室に訪室できても，声をかけること，手を握ること，抱き上げることに戸惑っている看護学生に出会うことが多くあった。このことより，看護学生は，小児看護学実習でのこどもとの実際の関わりにおいて様々な困難が生じていることが推察された。このため看護学生が何に戸惑っているのか，そして，看護学生が，こどもとの関わりを躊躇し，人間関係を築くことを難しくしているものは何かを詳しく知る必要があると考えた。看護学生がこどもとの関わりに躊躇している要因を明らかにすることで，講義と実習を含めた小児看護学教育の在り方を考えることができると考えた。

そこで，小児看護学実習において看護学生がこどもとの関わりの中でどのような点に困難を感じ，こどもとの関わりを躊躇しているのかという影響要因を看護学生の視点で調べてみることにした。

1) 藍野大学 Aino University

2) 大阪府立大学 Osaka Prefecture University

II. 研究目的

本研究の目的は、小児看護学実習において看護学生がこどもと関わることを躊躇させる影響要因を明らかにすることである。

III. 用語の操作定義

1. 躊躇

躊躇という言葉の意味は、決心がつかずぐずぐずすること、ためらうこと¹³⁾、であるが、本研究はこどもとの関わりをためらうというだけでなく、こどもとの関わりができない、あるいはこどもと関わっても、次のこどもとの関わりの行動がとれないということも含める。よって、本研究では、こどもとの関わりを躊躇することは、こどもへの関わりをためらいこどもとの関わりの決断や判断ができないことであり、こどもとの関わりの行動へ移すことができないこと、とする。

IV. 研究方法

1. 研究参加者

近畿圏の保育園実習など他施設の実習を行っていない、小児病棟実習のみの小児看護学実習を行っている看護系大学2校において小児看護学実習を終了した看護学生9名。

2. 研究デザイン

本研究は、質的帰納的研究を用いた。

3. 調査方法

1) 面接の手順

研究参加者の都合のよい日および場所を決定し、研究目的、方法、所要時間、倫理的配慮について、文章と口頭で説明を行い、承諾が得られた研究参加者に同意書に署名を依頼した。本研究の趣旨を理解して賛同し、研究者が行う面接に参加することを承諾した看護学生に半構成面接を行った。

2) 面接内容

面接の内容は以下の3点である。

- (1) こどもについての思い
- (2) こどもとの人間関係に戸惑ったこと
- (3) こどもと接するにあたって思い悩んだこと

3) データ収集期間

データ収集期間は平成19年4月から8月

3. データ分析方法

面接で得られたデータをすべて逐語録に転記し、コード化し、KJ法の手法を用いて分析した。本研究は、小児看護学実習において看護学生がこどもとの関わりに躊躇している影響要因をすべて拾い上げたいと考えた。また、研究参加者の語られた内容の意味を切り捨てず、活かせるように、データが語るものを抽出する方法としてKJ法の手法

を用いて分析を行うことは妥当と考えた。また、データ分析において信頼性・妥当性を高めるため、小児看護学を専門とした研究者で検討をかさねた。

V. 倫理的配慮

本研究は、滋賀医科大学倫理委員会において承認を得た(承認番号18-106)。研究者が所属していない近畿圏の看護系大学へ文書を用いて研究への協力を依頼し、研究協力の同意を得た看護系大学に紹介者を通じて、看護学生へ研究参加への呼びかけを依頼した。研究参加の意思を示した看護学生に、研究者が、直接、研究依頼を行い、以下について文書および口頭で説明し署名にて同意を得た。

研究参加者へ研究目的、方法、参加は自由意志であり拒否・中止する権利があること、話したくないことや苦痛に感じることを話す必要はなく、無理には聞かないこと、面接を中止し、話したくないことを断っても不利益を被らないこと、紹介者に対し、研究者は、研究参加者の研究参加の同意を得たかどうかは伝えないこと、研究の参加・不参加は小児看護学実習の成績に影響しないこと、プライバシーの保護や匿名は厳守すること、研究終了後データは消去し、記録文書などは全て粉碎処理すること、本研究の成果は、看護関連の学会に発表する予定であること、である。

VI. 結 果

研究参加者の平均年齢は23歳である。面接時期は、小児看護学実習終了当日から5か月後である。平均面接時間は71分である。

研究参加者が受け持ったこども(以下こども)は11名で、幼児期が多い、付添のいるこどもは9名、急性期状態のこどもは2名であった(表1)。

データは、425の意味項目、5のカテゴリー、16のサブカテゴリーを抽出した。以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、カテゴリーを代表する面接内容を「 」で示す。文脈のつながりに支障のあるところや、面

表1 こどもの背景

ID	発達段階	付添	身体状況	看護学生に受け持たれた経験
1	幼児前期	有	回復期	あり
	幼児後期	無	慢性期	なし
2	幼児後期	有	慢性期	あり
3	幼児前期	有	回復期	なし
4	乳児前期	無	慢性期	なし
5	幼児前期	有	慢性期	あり
6	幼児前期	有	慢性期	あり
7	幼児前期	有	慢性期	あり
8	乳児後期	有	急性期	なし
	幼児前期	有	急性期	なし
9	思春期	有	急性期	なし

表2 看護学生が子どもと関わることを躊躇させる影響要因

上位カテゴリー	下位カテゴリー
親の存在による心理的負担	親に対する過剰意識 親と関わる戸惑い 親の視線の重圧 親子からの疎外感
苦手と感じた子どもの姿	愛想のない子ども 看護学生が慣れていない年齢の子ども 気分が変わる子ども 辛い状況にある子ども
否定されたと感じる子どもの反応	援助を嫌がる子ども 懐かない子ども 看護学生の思いが通じない子ども 親や医療者に寄り添う子ども
不安の先取り	愛想のない子どもの想像による不安 関わりの不安 未知の子どもへの不安
萎縮してしまう状況	医療者からの評価的と感じる視線 関わりを苦手とする空気感

接内容でわかりにくい箇所には、研究参加者が話す前後の文脈から（ ）内に言葉を補った。

5のカテゴリーは、【親の存在による心理的負担】、【苦手とする子どもの姿】、【否定されたと感じる子どもの反応】、【不安の先取り】、【萎縮してしまう状況】である(表2)。

1. 【親の存在による心理的負担】

このカテゴリーは、子どもの側にいる親の存在が看護学生の心理に及ぼす重圧感を表しており、《親に対する過剰意識》《親とかかわる戸惑い》《親の視線の重圧》《親子からの疎外感》の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

1) 《親に対する過剰意識》

看護学生は子どもとの関係がすでに築け、子どもを大切に思い常に側にいる親に対して「無視できない」と考え子どもとの関わりの前に親の存在を重視していた。また、親の「硬い表情」や「神経質」な様子、「思いを話さない」親の姿に子どもへの関わりの難しさを感じていた。そして、「お母さんというのが緊張」し「お母さんがいると構えて」しまい、親を過剰に意識してしまい、子どもとの関わりの心理的な負担を感じていた。また、「付き添いで疲れている」親、「子どものきょうだいを心配している」親、「子どもの病気の回復に悩んでいる」親に気を遣いながら子どもに関わっていた。さらに、親を意識するがあまり、親が子どもの側にいなければ「(子ども) もっとちゃんと関わりができた」と看護学生は思い、彼らが考える子どもとの関わりが十分できなかったという葛藤が生じていた。また、親がいなければ子どもと「もっと親密になれた」「お母さ

んが気になって」と、親の存在を意識したことで子どもとの関わりづらさを感じていた。

2) 《親と関わる戸惑い》

親の付き添いにより看護学生は、親と子ども、看護学生という「2人対1人での関係」を築いていかななくてはいけないと受け止めていた。そして、「子どもだけを見るのではなくて、親も一緒にみていかないと駄目だ」と親に対する援助も必要だという思いが看護学生の心の重荷となり「親と上手くやってけるか」という不安となっていた。

3) 《親の視線の重圧》

子どもの病状を心配する親に対して、看護学生は親が「病気に対してどう考えているか」と気遣いながら子どもの看護をおこなっていた。また、家庭では、親が子どもの日常生活援助を行い、子どもの療養、病状、治療すべてを自分よりも理解していると思い、「私(看護学生)が考えること(看護)は、もうすでに何回か経験されている」ので、親に遠慮し、看護者として臨んでいる自分に自信をなくしている。また、子どもとの会話で「馴れ馴れしいしゃべり方したら悪いかな」と親の視線を気にしながら子どもと関わっていた。

4) 《親子からの疎外感》

すでに子育てを経験し、親子関係を築いている親に対し看護学生は、「お母さんには絶対勝てない」気持ちを抱き「お母さんと子どもとの関係に入ることに抵抗」を感じていた。「2人(親子)の空間、世界」があり「3人で遊ぶ時に自分が仲間に入っていない感じ」や「友人宅に遊びに行ったような感じ」がし、「子どもの側には親がいる」こと「親と子どもの密な関係」に入ることに不安を感じていた。一方、「(子どもは)母親と離れた生活であるため面会時は母親と触れ合いたいだろう」と考え、子どもを親に任せると同時に「(親子)関係が密になっている」「親との結びつき」が強い子どもと関わる自信のなさから子どもや親に関わることを遠慮していた。そして、「自分(看護学生)がいることは二人の関係の妨げ」と考えていた。

2. 【苦手と感じた子どもの姿】

このカテゴリーは、看護学生が苦手と感じる子どもの状態であり、《愛想のない子ども》《看護学生が慣れていない年齢の子ども》《気分が変わる子ども》《辛い状況にある子ども》の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

1) 《愛想のない子ども》

初対面時の子どもの「硬い表情」「泣く」「人見知り」「緊張」「怖がる」「乏しい反応」の様子に、子どもに接することに慣れていない看護学生は、どのように関わったらよいか分からず、子どもに関わることを躊躇していた。そして、「自分(看護学生)を怖がり嫌がるのではないかと、子どもから拒否されることに不安を感じていた。また、こ

もが「不機嫌」な時は、看護学生はこどもが機嫌を戻すために様々な方法で関わりを試みるが、機嫌がよくなり、どうしたら機嫌がよくなるのか術が分からず困惑し、こどもに振り回されていた。また、何度変わっても「反応が少ない」「反応に変化（好意的な反応）がない」こどもの様子や、こどもの「会話が少ない」様子から看護学生は、関係づくりに自信をなくし「自分（看護学生）の思いは患児（こども）には伝わらない」と思い、こどもとの関係形成ができていないと感じていた。そして、こどもにとって「自分（看護学生）がいなくても何も変わらないのだ」と落胆し、こどもに受け入れてもらえないと思い、こどもとの関わりに自信を無くしていた。

2) 《看護学生が慣れていない年齢のこども》

こどもの気持ちを知るためにこどもと話しをしたいと考える傾向にある看護学生は、言語機能が発達途上である乳児期や幼児期で「接する機会がなかった年齢」「(看護学生が) そんなに慣れてない年齢」のこどもとの関わりに抵抗を感じていた。そして、実際こどもと接し、「指差して、あれとか言っているが、何回聞いても分からず」こどもの対応に苦心していた。また、自分の気持ちをあまり言わない思春期のこどもとの関わりは「(看護学生の) 自分本位」の関わりであり、「理解しづらい」存在と、思春期のこどもとの関わりに戸惑っていた。

こどもとの接触体験の少ない看護学生は、こどもというだけで「緊張する相手」であり「声かけができない」でいた。そして、看護学生は「(看護学生が) こどもに慣れていない」「こどもを引き付ける力に自信がない」自分を自覚し、こどもを目の前にして萎縮していた。

3) 《気分が変わるこども》

探索行動が盛んな時期であり「あちこち気持ちが移り」「(遊び) サイクルが早く」活動的に動くこどもの対応に看護学生は振り回されていた。また、「共感できた話題があったのに、次の日はもう、ゼロに戻る」「日によって気持ちが違う」こどもの気分の移り変わりに看護学生は惑わされ、こどもの気持ちが分からなくなっていた。

4) 《辛い状況にあるこども》

家庭から病院に入院し、慣れない環境や生活を送り「(こどもは) 退院したい気持ちが強い」ことで「機嫌が悪い」こどもの姿を看護学生は、「入院期間が長くストレスが強い」と感じていた。看護学生は、不機嫌でストレスの強いこどもに対し、遊びで気分をそらす試みをしているが、こどもの気持ちは紛れず看護学生はどうしてよいかまごついていた。また、治療や病気により身体的苦痛のあるこどもの機嫌にあわせ、「抱っこするにしても、(こどもの身体) 状態が悪くならないように」関わる事に不安を感じ、関わるタイミングに戸惑っていた。

3. 【否定されたと感じるこどもの反応】

このカテゴリーは、看護学生が自分はこどもに否定されたと感じているこどもの反応を表しており、《援助を嫌がるこども》《懐かないこども》《看護学生の思いが通じないこども》《親や医療者に寄り添うこども》の4のサブカテゴリーから構成されていた。

1) 《援助を嫌がるこども》

こどもの看護技術に不安を抱きつつ実習に望んでいる看護学生は、こどもの「協力的でない」「拒否する」「嫌がる」反応に対して援助の進め方に苦心していた。また、こどもに「援助を受け入れてもらえたことがない」ことで自己の援助技術に自信をなくしていた。

2) 《懐かないこども》

看護学生を見て「何か来たというような様子」のこどもに、看護学生は関わりの自信を失くしていた。また、日常生活援助より会話主体の関わりとなることが多い思春期のこどもの無愛想な返答や「会話が続かない」ことで、こどもの側に行くことさえ辛い思いをしていた。また、こどもに「嫌い」と「全身で拒否」されることに、そのこどもの言動の意味を解釈できない看護学生は落胆し、こどもの拒否が続くことでこどもとの関わりが嫌になりこどもの気持ちを考える余裕がなくなっていた。

3) 《看護学生の思いが通じないこども》

安静のような治療上の制約があるこどもに対し、看護学生は安静が出来るような関わりや話をしようとするが、「活動的な遊び」で看護学生の話を受け入れず、関われば関わるほど面白がってますます「わざと活発に動く」こどもへの対応に、医療者の立場にある看護学生は苦心していた。

4) 《親や医療者に寄り添うこども》

こどもの側にいる看護学生を無視して「(お母ちゃんなど) お母さんに渡す」こどもの仕草に看護学生はこどもに相手にされていないと、辛い思いをしていた。また、「私(看護学生)に言うのではなくて、お母さんを通して私(看護学生)に返事が回って返ってくる」ことや「お母さんにべったり」で「(いつも) お母さんにしがみついている」こどもの様子に看護学生はこどもとの距離を感じていた。また、こどもが看護学生の援助を受け入れず、看護師や教員の援助ばかり受け入れることに看護学生は、こどもとの関係形成が築けないと感じると同時に小児看護の看護者としての援助に自信をなくしていた。

4. 【不安の先取り】

このカテゴリーは、こどもに関わる前や関わりの中で、看護学生の心理に働く不安、心配、緊張を表しており、《こどもの否定的態度を想像した不安》《未知のこどもへの不安》の2のサブカテゴリーから構成されていた。

1) 《子どもの否定的態度を想像した不安》

子どもから「拒否されたら」「泣かれたら」どうしようと看護学生は、子どもへの対応に不安を感じていた。このような不安は、子どもから否定的な態度をされた経験がある看護学生にとって、子どもの側に行く時にも生じていた。

2) 《未知の子どもへの不安》

子どもとの関わりの体験が乏しい看護学生は、子どもと関わる前に「どういう感じでしゃべったらいいのか」「声かけをどのようにしたら」「どのように遊んだらいいのか」と不安な思いでいた。また、「コミュニケーションがとれるか」と、子どもとの会話に不安を抱いていた。また、子どもの反応の意味がつかめず「どう関わっていったらいいのかわからなかった」ことや、思春期の子どもとの「会話だけでは間が持たなかった」ことが子どもとの関わりを不安にさせていた。看護学生が関わったことのない年齢の「(子どもは)どんな感じなのか」想像がつかず、「ちっちゃい子はどのように接していったらいいのか」分からず、子どもとの関わりに戸惑っていた。また、看護学生とは異性の子どもを受け持った場合、「(子どもは)何に興味があるのか」思い浮かばないようにであった。

5. 【萎縮してしまう状況】

このカテゴリーは、看護体験や子どもとの関わり体験が乏しい看護学生の、看護学生という立場で小児看護学実習に臨む心情を表わしており、《医療者からの評価的と感じる視線》《関わりを苦手と感じる空気感》の2のサブカテゴリーから構成されていた。

1) 《医療者からの評価的と感じる視線》

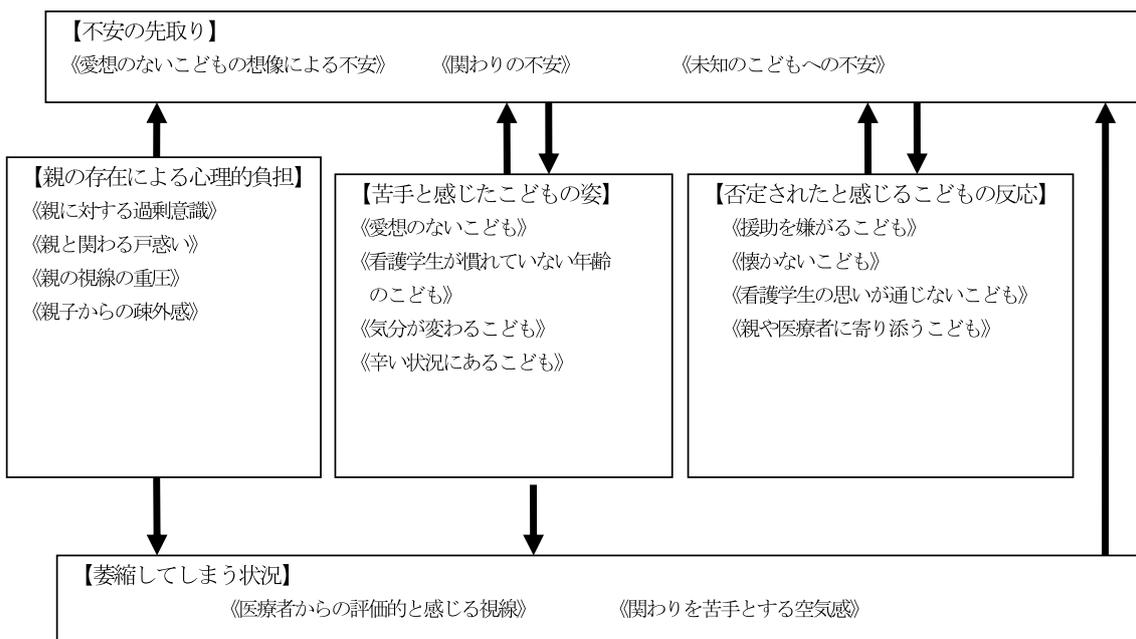
看護学生は、看護師や教員を評価者としてみてしまう時、看護師や教員からの視線が子どもとの関わりを「見られている」「聞かれている」と感じられた。看護学生は、子どもへの関わりに「緊張」し、「(医療者)近くにいると(子どもと)関わりにくい」と思い子どもとの関わりが不自然になると感じていた。逆に医療者がいなければ「何も気にせず話しかけることができる」と思っていた。

2) 《関わりを苦手と感じる空気感》

看護学生は、「個室は子どもと1対1になる」ので自分が一人で子どもと関わることに不安を感じていた。また、子どもと二人でいるときに会話や遊びが途切れると、子どもと二人でいる空間に不安を感じ「話が続かないと何をして過ごそうか」と、戸惑いを感じていた。また、子どもが同室児と遊んでいるなかに自分が入ることや、子どもが遊びに集中していると関わることを遠慮していた。

6. 小児看護学実習において看護学生が子どもと関わることを躊躇させる影響要因の構造化 (図1)

小児看護学実習において看護学生が子どもと関わることを躊躇させる影響要因は、初めて関わる子どもに対し、【苦手とする子どもの姿】や【否定されたと感じる子どもの反応】を想像し、【不安の先取り】をすることで子どもとの関わりを躊躇させていた。また、子どもとの関わりにおいて、看護学生は【苦手とする子どもの姿】、【否定されたと感じる子どもの反応】に戸惑い看護学生の心のきずとなり、次に子どもとの関わりをもつことを【不安の先取り】が生じ、ますます子どもとの関わりを難しくしていた。



→ 関連要因

図1 看護学生が子どもと関わることを躊躇させる影響要因の構造化図

子どもの状況をよく知り、子どもとの関係が築けている親の存在に対して【心理的負担】を感じていた。看護学生は、子どもとの関係を築く以前に、親の存在に重圧を強く感じ、親との関係も良好にしなければいけないことを実感していた。

さらに、学生という立場から看護学生は、【萎縮してしまう状況】の中で実習をしていた。看護学生は、《医療者からの評価的と感じる視線》を重圧と感じながら子どもと関わり、子どもとの関わりに自信が持てず不安を感じつつ、子どもを取り巻く環境や【親の存在】【苦手と感じた子どもの姿】を意識し、《関わりを苦手とする空気感》に、子どもへの関わりを躊躇していた。

Ⅶ. 考 察

小児看護学実習において看護学生が子どもと関わることを躊躇させる要因が明らかになった。1で、振り回されてしまう気分の変わりやすい子どもについて述べ、2で、親の存在に対する過剰な意識について、3で、看護学生であると同時に看護者としての一人でもある立場について考察する。

1. 振り回されてしまう気分の変わりやすい子ども

言語発達が途上にあり言語によるコミュニケーションがとれない子どもから、感情をストレートに表現された看護学生は、子どもの感情を理解できず混乱し対応に苦心していた。看護学生は、言語的コミュニケーションで子どもの気持ちを理解しようとする傾向にあるため、言語的コミュニケーションが取れない子どもと関わると、看護学生は子どもを理解できず、子どもが徐々に泣くなどの感情が高まってくるとどう対応してよいか混乱状態になっている。

看護学生は、子どもの言葉をそのまま自分に向けられたと受け止めてしまい、時間によって激しく気分が変わる子どもに振り回され、次第に看護学生自身が子どもへの関心や思いが薄れ、子どもに関わりたくないと感じるようになっていた。看護学生は、子どもが看護学生に対して示す表情や言葉、仕草や動作を子どもの看護学生に対する感情として受け止める傾向にある。子どもは、体調による不機嫌、入院や親からの分離などで感情の起伏が激しくなる。なじみのない人間や、見慣れない事物や出来事は不安の原因になり、それが、泣く、拒否するなどの反応となる¹⁴⁾。看護学生は、子どもの示す反応の意味を理解することの理解が十分にできず子どもに対して否定的な感情となっていた。

一方、子どもが分かりにくいことや看護学生の子どもとの関わりの自信のなさから、子どもの看護学生に対する否定的な反応や看護学生が苦手と感じる子どもの姿を想像し、子どもとの関わりに対して不安の先取りをしていた。

看護学生は、各領域実習において、患者に好意的でない感情を持たれているのではないかと不安があり、対象との関係形成において言葉に依存し、対象の言葉そのものに対応し、対象の気持ちを考えられないでいるという報告がある¹⁵⁾。子どもとの関わりにおいて、発達途上にある子どもに対して言葉に依存したコミュニケーションをとろうとしても、子ども理解は深まらない。子ども理解が深まらないことで、看護学生は、子どもの言葉や態度に振り回されてしまい、子どもとの関わりを躊躇することになっていると考える。看護学生は講義において子どもの特徴について学び小児看護学実習に臨んでいるのであるが、机上で学習した子どもの特徴と実際の子どもの言動の意味を結び付け解釈し、子どもを理解することに時間がかかるのではないかと考える。子どもの泣く、拒否する動作、言葉に戸惑い、落ち着いて子どもの心を読み取る余裕がなくなっているのではないかと考える。

子どもを理解するためには、看護学生が子どもの言動の解釈ができるようになることが必要である。

2. 親の存在に対する過剰な意識

子どもと同様に、親の存在は看護学生には大きな影響要因であった。

子どもを受け持った当初、看護学生は子どもの側にいる親が、子どもの身近にいて子どもに詳しく、子どもとの関係も築けている存在であり、何より子育てをすでに実践している存在であると感じていた。看護学生は、そのような親を過剰に意識し、自己の子育ての未体験や子どもとの接触体験の乏しさを悲観的に受け止め「親には勝てない」と、子どもと親との関係の中に入ることに抵抗を感じている。また、親子の強い結びつきを感じ親子間に入ることに抵抗を感じていた。現在の看護学生は、おもむを替えるなどの生活上での子育ての経験が乏しく^{16~17)}、ましてや子育て体験がないこと、さらには、子育て体験とまではいかない子どもとの接触すら少ないことが、看護学生を委縮させる状況となっている。このような心理状態で実習に臨み、子どもの親を目の前にすることで、親の存在を大きく感じる原因になっているのではないかと考える。

親が看護学生をどう受け止めているか、親の性格や心情などから看護学生は親との関係が築けるかということが重圧となり、子どもとの関わりを躊躇させることになっていた。一方、看護学生は、親と関わりを重ねることで、親が子どもの病状に対する不安や家族に対する心配な思いをしていることを実感していた。その不安定な心理状態にある親を過剰に意識することで、看護学生が親に対してどのように関わったらよいか戸惑っていた。そして、その親の横で子どもと関わることに看護学生は重圧を感じ、子どもの側に行くことを躊躇していた。

看護学生は、こどもが受けてきた様々なケアの経過を知っている親を、看護学生の看護を評価する者として捉えてしまっていた。看護体験の乏しい看護学生は、看護学生自身の看護能力の自信のなさから、親を看護の評価者としてみてしまうことで、こどもへの関わりを緊張させていた。看護学生は、こどもの健康を一番に心配している親に対し、看護者として経験がまだ十分でない看護学生である自分がこどもと関わってもよいのかという疑問も感じている。看護体験が乏しい自分が、こどもに関わることが、こどもや親に申しわけないという強い思いとなっている。

親は、看護学生の看護援助を実践する態度によって、初めて看護学生を信頼するようになる¹⁸⁾。母親と信頼関係を築くことは重要である。看護学生が少しずつ自信を持ってこどものケアを実施していると親も看護学生に関わるようになる¹⁹⁾。親との信頼関係を築くためには、こどもに対する看護学生の関わり方が大きな要因となる¹⁸⁾。

3. 看護学生であると同時に看護者としての一人でもある立場

看護学生にとって、小児看護学実習での小児看護の実践が初めての体験である。小児看護学実習は看護学生にとって「未知の世界」であり、不安ななかで臨んでいる。小児看護学実習は2単位と短い期間であり、そのなかでこどもとの関わりをもち関係を築いていかななくてはならない。また、初めて接する看護師に対し看護学生は、どのようにコミュニケーションをとっていいかと考えながら実習をしている。そのような実習環境のなか、こどもや親との関わりは緊張の連続ではないかと考える。看護学生は、初めての環境に慣れながらこどもへの看護の実践を行っていかなくてはならず、看護体験の乏しい状況でこどもを短期間に理解し看護実践することを強いられている。

看護学生は、受け持ちを了解してくれたこどもとその親に対し、看護体験の乏しい学生である自分がこどもの看護を行うことに申し訳ないという思いでいる。そして、看護学生はこどもに対し、こどもへの負担の少ない援助をしなければならぬと考えている。しかし、看護学生は、援助に自信が持てない自己の力を思い、こどもを前にして萎縮している。看護学生である自分がこどもに関わることで、こどもの病状悪化に影響したらどうしようという不安も感じながらこどもと関わりをしていた。

また、臨地での小児看護を実践している臨床指導者や教員は、小児看護の経験がある。そのような医療者が側にいることは、看護学生にとって、こどもとの関わりを見られ、評価を受けているという意識を強く感じさせていた。看護

学生は、こどもと関わることに自信がないことから、医療者の存在によりこどもとの関わりを緊張させ、萎縮させることになっていた。

VIII. 結 論

本研究では、小児看護学実習において看護学生がこどもと関わることを躊躇させる影響要因を明らかにすることを目的に、看護系大学で学ぶ、小児看護学実習を終了した看護学生9名を対象に面接調査を行った。得られたデータをKJ法の手法を取り入れて分析し、以下のことが明らかになった。

1. 看護学生の感じたこどもと関わることを躊躇させる影響要因について、【親の存在による心理的負担】、【苦手と感じたこどもの姿】、【否定されたと感じるこどもの反応】、【不安の先取り】、【萎縮してしまう状況】、の5つのカテゴリーが抽出された。
2. 看護学生が関わることを躊躇させる影響要因としてのこどもは、看護学生が【苦手と感じたこどもの姿】であり、こどもとの関わりで【否定されたと感じるこどもの反応】であった。また、【苦手と感じたこどもの姿】や【否定されたと感じるこどもの反応】を想像し【不安の先取り】をしていた。
3. 看護学生がこどもと関わることを躊躇させる影響要因として、過剰に意識してしまうことで看護学生が【親の存在による心理的負担】を受けていた。
4. 看護学生がこどもと関わることを躊躇させる影響要因として、学習者の立場にある看護学生が自己の評価を気にしてしまうと医療者の存在により【萎縮してしまう状況】になる。

IX. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、看護学生の実習時期や小児看護学実習での実習環境を考慮したものではない。看護学生の他領域でのこどもとの援助体験の有無や、看護学生への医療者からの関わり状況で、小児看護学実習における看護学生のこどもに対する関わりが異なると考える。今後、実習時期との関連や実習環境との関連を迫っていく必要がある。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解いただき、面接に協力してくださいました看護系大学看護学生の皆様にご心からお礼を申し上げます。なお、本研究は日本小児看護学会第18回学術集会で発表した一部に加筆・修正を加えたものである。

要 旨

小児看護学実習において看護学生が子どもと関わることを躊躇させる影響要因を明らかにすることを目的とし質的帰納的研究を行った。大学で看護学を学び、小児看護学実習を終了した看護学生9名を対象に半構成面接を行った。得られたデータは、KJ法の手法を用いて分析した。その結果、【親の存在による心理的負担】【苦手と感じた子どもの姿】【否定されたと感じる子どもの反応】【不安の先取り】【萎縮してしまう状況】の5カテゴリーを抽出した。看護学生は苦手と感じる子どもの姿や反応に子どもと関わることを躊躇し機嫌が変わる子どもの反応に振り回されていた。また、看護学生は子どもとの関わりにおいて看護学生が苦手と感じる子どもの姿や反応を想像し不安の先取りをしていた。また、子どもを理解している親を過剰意識することで看護学生の心理的重圧となっていた。学習者の立場にある看護学生は自己の評価を気にして医療者や教員が側にいることに萎縮していた。

Abstract

We conducted a qualitative inductive study to clarify the factors affecting nursing students' hesitation to become involved with children in a child nursing practicum. A semi-structured interview was conducted with 9 nursing students at a university who completed a child nursing practicum. The data obtained were analyzed using the KJ technique. As a result, 6 categories of factors were identified, i.e. "the psychological burden brought about by the presence of the parents," "child attitudes that were considered difficult to deal with," "perceived negative responses by the child [to the student]," "anticipated apprehension," and "daunting situations." Nursing students were hesitant to become involved with children whose attitudes and responses they considered difficult to deal with, and the students were affected by the responses of children as their moods changed. In addition, nursing students envisioned child attitudes and responses that they felt would be difficult to deal with when they were involved with the child, and this led to anticipated apprehension. Overemphasis on the parents' understanding of their child also led to psychological strain for the nursing students. As students, nursing students worried about how they would be assessed and were daunted by the medical personnel and instructors on hand.

文 献

- 1) 厚生労働省編：平成20年版看護学労働白書，株式会社ぎょうせい。
- 2) 看護行政研究会編：平成20年度看護六法，新日本法規。
- 3) 山田里津他：最新看護学教育ガイダンス第2版，医歯薬出版株式会社，1998。
- 4) 堀田哲夫：小児救急医療の現場から③病院小児科の減少，小児科，46(9)，1489-1495，2005。
- 5) 山懸然太朗：これからの小児保健を考える小児科医と育児支援，小児内科，37(7)，863-868，2005。
- 6) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：医療施設調査病院報告(全国編)上巻，31-32，厚生統計協会，2004。
- 7) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：患者調査(全国編)上巻，厚生統計協会，572-573，2002。
- 8) 秋葉英則：乳幼児の発達と活動意欲，清風堂書店，1999。
- 9) 江本リナ，込山洋美他：小児看護学実習を行う学生に関する研究の動向と今後の課題，第30回日本看護学会論文集小児看護学，32-34，1999。
- 10) 江本リナ，込山洋美他：看護系大学における小児看護実習の実態と今後の方向性，平成10年文部省科学研究費助成金成果報告書，文部省，1998-2001。
- 11) 樋之津淳子：いま，看護技術教育のどこに力点をおくべきか学内-実習をとらえて，看護展望，31(2)，18-22，2006。
- 12) 和田久美子：看護学生における幼児の理解に対するビデオ教材の影響，日本小児看護学会誌，16(1)，9-16，2007。
- 13) 新村出編：広辞苑第5版，1998。
- 14) 小嶋謙四郎：小児看護心理学，医学書院，1971。
- 15) 猪俣昌子：看護学生と受け持ち患者の間関係形成過程とその要因，第30回日本看護学会集録(看護教育)，145-147，1999。
- 16) 石原あや，藤原真理子他：看護学生の子どもとの接触体験および認識に関する調査，大阪府立看護大学医療技術短期大学紀要，(8)，65-72，2002。
- 17) 伊丹君和，亀澤里恵子他：看護学生における生活体験・対人関係の実態と他者意識との関連，第36回日本看護学会論文集看護教育，209-211，2005。
- 18) 野村佳代：小児看護学実習における学生と母親の信頼関係に及ぼす影響要因の検討-学生と母親の言動と実習記録の分析から-，日本赤十字看護学会誌，4(1)，106-114，2004。
- 19) 奥山朝子，山本捷子：母親と関わりが困難な学生への指導の一考察，日本赤十字秋田短期大学紀要，5，73-78，2000。

〔平成21年5月14日受付〕
〔平成21年11月26日採用決定〕

看護師のキャリア・アンカー形成における傾向

Tendencies in the Career Anchor Formation of Nurses

住田 陽子¹⁾
Yoko Sumida

坂口 桃子²⁾
Momoko Sakaguchi

森岡 郁晴¹⁾
Ikuharu Morioka

鈴木 幸子¹⁾
Yukiko Suzuki

キーワード：キャリア・アンカー，メンター，キャリア発達
Key Words：career anchor, mentor, career development

I. 緒言

2007年、内閣府は「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス）憲章」を策定し、仕事と生活の調和推進のための取り組みがより体系化・具体化された¹⁾。これに先立ち、1985年に制定された、雇用の分野における男女の均等な機会及び待遇の確保等女子労働者の福祉の増進に関する法律は、1997年の改正で母性健康確保が強化され、育児休業、介護休業等育児又は家族介護を行う労働者の福祉に関する法律（1991年制定）も、2005年の改正によって休業取得対象者の拡大、育児休業の期間延長²⁾に舵を切った。

その一方で、ワーク・ライフ・バランスを働く個人の視座から考えていくには、個々のキャリア・デザインを無視することはできない。キャリア・デザインの基盤には、キャリア発達の自己概念である「キャリア・アンカー」が深く関わるものと考えられる。「キャリア・アンカー」とは、航路から外れないように、あるいは、安全な港に停泊できるように、船が錨（＝anchor）を下ろすことになぞらえて、キャリアの選択を重ねるにしたがって、自分が本当にやりたいことをよく考えるための拠り所、あるいは、自分自身を発見する拠り所となる概念であると説明される³⁾。Schein⁴⁾は「キャリア・アンカー」を、仕事体験を通じて自覚された才能と能力、動機と欲求、態度と価値が相互に作用して開発されたものと定義した。また、「キャリア・アンカー」は職業に就いてから5～10年のキャリア初期段階の時期に開発され、その後の職業選択やキャリア発達を方向付けるとされている。

2006年の7対1入院基本料の創設以来、看護師の確保と定着が以前にも増して課題となっている看護界においても、ワーク・ライフ・バランスの概念は大きな注目を集めている。女性の就業継続を支援する具体的な法整備を受けて、2000年以降、「仕事と家庭の両立問題」による職業キャリアの中断が比較的減少してきているという報告⁵⁾もあ

り、看護師という集団単位では一定のポジティブな効果が得られていると考える。しかし、看護師個人のキャリア発達の基盤であるキャリア・アンカーに関しては、その詳細に一定のコンセンサスが得られるところまでには達していない。坂口⁶⁾は先述のScheinのキャリア・アンカーの概念を測定ツールとし、一大学病院の看護職を対象にキャリア志向について調査しており、看護師のキャリア志向は、経験年数を積むに従い「安定性」と「他者への奉仕」に収斂されていくと報告している。一方で、「スペシャリスト」志向の看護師が3割強を占めるという報告⁷⁾もあることから、看護師のキャリア・アンカー形成の傾向については確証が得られていない上に、Schein⁸⁾が述べているように、キャリア・アンカーが変わるか否かについても十分な証拠が得られていないのが現状である。年齢、看護経験年数、最終学歴、職位、勤務状況、勤務形態、資格取得、配偶関係、子供の有無、収入の家計への影響といった看護師の背景とキャリア・アンカーとの間に相関があるという先行研究結果⁹⁾からもいえるように、キャリア・アンカーの傾向をつかむには、看護師の背景を加味した調査が必要である。さらに、個人のキャリア発達において、比較的長期にわたって支援機能を果たすメンターという存在が近年注目されている^{10) 11) 12) 13)}が、キャリア・アンカーの形成という段階でメンターから何らかの影響を受けるのか否かについて、先行研究では未踏である。

キャリア発達は、組織と個人のニーズが合致してこそ促進される¹⁴⁾ということを前提とし、本研究では、ライフステージと職業生活のバランスの中で様々なキャリア選択を迫られるキャリア中期看護師個人のニーズに注目する。個人のキャリア発達上のニーズの基盤となるものがキャリア・アンカーであることから、看護師のキャリア・アンカー形成の傾向を職業キャリアとライフステージの両局面から検討することによって、集団だけではなく個人に対す

1) 和歌山県立医科大学保健看護学部 School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University

2) 滋賀医科大学医学部看護学科 Faculty of Nursing, Shiga University of Medical Science

るキャリア発達支援に寄与することを目指す。看護師個人のキャリア発達上のニーズについて客観的に検討することで、組織のニーズとの合致について信頼性の高い方向性が見出され、人材管理上の適材適所をより精密にすることにつながるものとする。そして、それが看護師の確保と定着のための一端を担うことが期待される。

II. 研究目的

看護師のキャリア・アンカー形成の傾向を、職業キャリアとライフステージの両局面から明らかにする。

III. 用語の定義

キャリア・アンカー：

どんなに難しい選択を迫られたときでも放棄することのない、能力・欲求・価値の組み合わせであり、仕事経験を通じて自覚された職業上の自己イメージ。

メンター：

経験や知識を持たない人々の個人の成長やキャリア形成を促進するために個人的に支援し、支援の受け手が主要な人生の目標に到達するために影響力のある人。

公式に支援機能を果たすプリセプターや教育担当者に限らず、あくまでも支援の受け手が「この人のおかげで成長できた」、「現在の職業人生があるのはこの人の支援があったからだ」などと認知している存在を指す。

キャリア発達：

自律した個人がライフステージとの関連でとらえた職業生涯において、自らの欲求と期待とを最適に実現していくプロセスであり、キャリアの選択と決定に自己責任を持つもの。

IV. 研究方法

1. 調査の施設と対象

より多彩な職務経験の機会による、バラエティに富んだキャリア・アンカーの形成を予測し、本研究の調査対象施設としては大規模な特定機能病院が適していると考えた。そこで、一大学病院に勤務する看護師183名を対象とした。また、経営大学院の同窓生のキャリア・アンカーの形成時期は仕事経験5～10年¹⁵⁾、ならびに、看護師のキャリア志向の形成時期は看護経験年数5～14年であるという先行研究結果¹⁶⁾から、看護経験年数5年以上であることを条件とした。

2. 調査方法

自記式質問紙法を用いた。調査対象施設の看護管理者に対し、研究の概要を文書と口頭で説明した上で、質問紙の配付・回収作業を依頼した。

3. 質問紙の内容

1) フェイスシート

対象者の背景に関して年齢、性別、看護に関する学歴、職業キャリアに関して看護経験年数、メンターの有無、ライフステージに関して配偶関係、子供の有無を問う質問項目から構成されている。

2) キャリア・アンカーについて

Scheinによって開発され、金井によって日本語訳がなされた自己診断用キャリア指向質問票¹⁷⁾を用いた。これには、以下の8つのキャリア・アンカーが盛り込まれる。

①専門・職能的コンピタンス (Technical/Functional Competence; TF) とは、特定の仕事に対する才能と高い意欲を自覚し、そこに価値を置くアンカーである。②全般管理コンピタンス (General/Managerial Competence; GM) とは、経営管理そのものに関心を持ち、責任ある地位で意思決定をすることに価値を置くアンカーである。③自律・独立 (Autonomy/Independence; AU) とは、どんな仕事でも、自分のやり方やペースで納得できるようにすることに価値を置くアンカーである。④保障・安定 (Security/Stability; SE) とは、安全で確実と感じられ、将来を予測し、ゆったりと仕事することに価値を置くアンカーである。⑤起業家的創造性 (Entrepreneurial Creativity; EC) とは、新しい事業を起こすことに価値を置くアンカーである。⑥奉仕・社会貢献 (Service/Dedication to a Cause; SV) とは、奉仕したい、救いたいという欲求から、世の中をよくすることに価値を置くアンカーである。⑦純粋な挑戦 (Pure Challenge; CH) とは、何事にも、あるいは誰にでも打ち勝つことに価値を置くアンカーである。⑧生活様式 (Lifestyle; LS) とは、個人のニーズ、家族のニーズ、キャリアのニーズをうまく統合させることに価値を置くアンカーである。

この自己診断用キャリア指向質問票は各アンカー5項目ずつの計40項目からなる。各項目を、「全然そう思わない」から「いつもそう思う」の1～6点で評価し、点数が高いほどそのキャリア・アンカーに価値を置いているとされる。

4. 分析方法

統計解析パッケージソフト SPSS11.0J for Windows を用いた。

対象者の属性に関しては単純集計を行った。次に、キャリア・アンカーの各カテゴリーの信頼性をCronbachの α 係数を用いて検証し、看護経験年数・メンターの有無・配偶関係・子供の有無を独立変数、キャリア・アンカー別の点数の平均値を従属変数とし、t検定を行った。統計学的有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

研究のテーマ、趣旨、目的、意義、用語の定義、方法に

ついて、ならびに、回答は無記名であること、データは厳重に保管すること、研究終了後直ちに回答用紙は粉碎処理し、パソコンへの入力データは消去すること、研究への参加は任意であり、研究に参加しなくても不利益を被ることはないこと、回答用紙の返送をもって、本研究への同意が得られたと判断することを、対象者個々に文書で説明した。また、この旨を看護管理者にも説明し、看護管理者は質問紙の配布・回収の作業のみに徹するよう依頼し、看護管理者による強制力の回避に努めた。

著作権保護に関しては、自己診断用キャリア指向質問票の開発者であるEdgar H. Schein氏、訳者である金井壽宏氏に質問項目の使用に関して承諾を得た。

また、本研究は、著者の所属機関の倫理委員会から2008年5月に承認を受けている。

V. 結 果

183名中149名から回答があり、回収率は81.4%であった。そのうち、有効回答の得られた117名を分析の対象とした。有効回答率は63.9%であった。

1. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。対象者の平均年齢は32.1(標準偏差SD: 4.7)歳、平均看護経験年数は9.7(SD: 3.3)年であった。女性が105名(89.7%)、専門学校と短期大学の卒業者が109名(93.2%)を占める。メンターは62名(53.0%)が「現在いる」と回答した。既婚者は43名(36.8%)、子供がいる者は36名(30.8%)であった。

表1 対象者の属性

		N = 117	
		Mean (SD)	
年齢 (歳)		32.1 (4.7)	
*看護経験年数 (年)		9.7 (3.0)	
		n (%)	
性別	女	105 (89.7)	
	男	12 (10.3)	
看護に関する学歴	専門学校卒	84 (71.8)	
	短期大学卒	25 (21.4)	
	大学卒	3 (2.6)	
	大学院修士課程卒	3 (2.6)	
	大学院修士課程在学中	1 (0.8)	
	無回答	1 (0.8)	
メンターの有無	いる	62 (53.0)	
	いない	55 (47.0)	
配偶関係	未婚	69 (59.0)	
	既婚	43 (36.7)	
	離死別	5 (4.3)	
子供	あり	36 (30.8)	
	なし	80 (68.4)	
	無回答	1 (0.8)	

SD = Standard Deviation

*無回答の1名を除く

2. 本研究の対象者全体のキャリア・アンカーについて

自己診断用キャリア指向質問票の信頼性の検証の結果、各カテゴリーのCronbachの α 係数は0.6~0.9台を示したため、内的整合性は確保できたと判断し、キャリア・アンカー別に平均値・標準偏差を算出した(表2)。その結果、「生活様式」が4.0(SD: 0.9)と最も高く、「保障・安定」、「専門・職能別コンピタンス」、「奉仕・社会貢献」、「純粋な挑戦」、「自律・独立」、「起業家的創造性」と続き、「全般管理コンピタンス」が2.0(SD: 0.8)と最も低くなっていた。

3. 看護経験年数別のキャリア・アンカーについて

看護経験年数について無回答であった1名を除き、対象者を看護経験年数10年以下、11年以上で群分けして分析を行った(表3)。各アンカーの平均値による降順は両群とも対象者全体と同様であり、群間比較では「全般管理コンピタンス」で11年以上の群の方が10年以下の群に比べ、有意に高かった。

4. メンターの有無別のキャリア・アンカーについて

メンターの有無別にみた各アンカーの平均値による降順は、メンターの有無に関わらず、対象者全体と同様であった。群間で有意差はみられなかった(表4)。

5. 配偶関係別のキャリア・アンカーについて

離死別の者は5名(4.3%)であったため、未婚群・既婚群に限定して分析を行った(表5)。各アンカーの平均値

表2 対象者全体のキャリア・アンカー

			N = 117
カテゴリー	Mean (SD)	α	
生活様式	4.0 (0.9)	.640	
保障・安定	3.8 (0.9)	.711	
専門・職能別コンピタンス	3.6 (0.8)	.620	
奉仕・社会貢献	3.3 (0.9)	.706	
純粋な挑戦	3.0 (1.0)	.815	
自律・独立	2.9 (0.8)	.644	
起業家的創造性	2.2 (0.8)	.749	
全般管理コンピタンス	2.0 (0.8)	.761	

α = Cronbachの信頼性係数

表3 看護経験年数別のキャリア・アンカー

				N = 116
	Mean (SD)		t値	
	10年以下 n = 74	11年以上 n = 42		
生活様式	4.1 (0.9)	3.9 (0.9)	0.89	
保障・安定	3.8 (0.8)	3.9 (1.1)	-0.34	
専門・職能別コンピタンス	3.6 (0.8)	3.6 (0.9)	0.03	
奉仕・社会貢献	3.3 (0.9)	3.3 (0.8)	0.21	
純粋な挑戦	2.9 (1.0)	3.0 (0.9)	-0.50	
自律・独立	2.9 (0.8)	3.0 (0.8)	-0.70	
起業家的創造性	2.1 (0.7)	2.3 (0.9)	-1.24	
全般管理コンピタンス	1.9 (0.7)	2.2 (0.9)	-2.10*	

* $p < 0.05$

による降順は未婚者、既婚者とも対象者全体と同様であり、群間比較では「専門・職能別コンピタンス」、「自律・独立」において未婚群の方が、既婚群に比べ有意に高かった。

6. 子供の有無別のキャリア・アンカーについて

子供の有無別にみた各アンカーの平均値による降順は、子供なし群で対象者全体と同様であった。子供あり群では、「純粋な挑戦」が僅差で「自律・独立」を下回っていたが、その他の順位に変動はなかった。群間比較では「生活様式」において子供あり群の方が、子供なし群に比べ有意に高かった（表6）。

表4 メンターの有無別のキャリア・アンカー
N = 117

	Mean (SD)		t値
	メンターあり	メンターなし	
	n = 62	n = 55	
生活様式	4.1 (0.8)	4.0 (0.8)	0.80
保障・安定	3.7 (0.9)	3.9 (0.9)	-0.90
専門・職能別コンピタンス	3.5 (0.8)	3.6 (0.9)	-0.61
奉仕・社会貢献	3.4 (0.9)	3.2 (0.8)	1.10
純粋な挑戦	3.1 (0.9)	2.8 (1.0)	1.40
自律・独立	3.0 (0.9)	2.8 (0.7)	1.02
起業家的創造性	2.3 (0.9)	2.0 (0.7)	1.92
全般管理コンピタンス	2.1 (0.8)	1.9 (0.8)	1.73

表5 配偶関係別のキャリア・アンカー
N = 112

	Mean (SD)		t値
	未婚	既婚	
	n = 69	n = 43	
生活様式	4.0 (0.9)	4.0 (0.9)	-0.15
保障・安定	3.9 (0.9)	3.7 (0.9)	1.23
専門・職能別コンピタンス	3.7 (0.8)	3.3 (0.8)	2.40*
奉仕・社会貢献	3.4 (0.9)	3.2 (0.7)	1.44
純粋な挑戦	3.1 (1.0)	2.8 (0.9)	1.55
自律・独立	3.1 (0.8)	2.7 (0.8)	2.14*
起業家的創造性	2.2 (0.8)	2.2 (0.9)	0.36
全般管理コンピタンス	2.0 (0.7)	2.1 (0.9)	-0.62

*p < 0.05

表6 子供の有無別のキャリア・アンカー
N = 116

	Mean (SD)		t値
	子供あり	子供なし	
	n = 36	n = 80	
生活様式	4.3 (0.7)	3.9 (0.9)	2.18*
保障・安定	3.9 (0.9)	3.8 (0.9)	0.45
専門・職能別コンピタンス	3.5 (0.7)	3.6 (0.8)	-1.04
奉仕・社会貢献	3.3 (0.7)	3.3 (0.9)	-0.17
自律・独立	2.9 (0.8)	3.0 (0.8)	-0.33
純粋な挑戦	2.8 (0.9)	3.0 (1.0)	-1.02
起業家的創造性	2.4 (0.9)	2.1 (0.7)	1.65
全般管理コンピタンス	2.2 (0.9)	2.0 (0.7)	1.22

*p < 0.05

VI. 考 察

1. 本研究対象者の特徴

平均年齢は32.1歳であり、2006年における女性の平均婚姻年齢28.2歳¹⁸⁾、平均初産年齢29.2歳¹⁹⁾を上回っているが、既婚者、ならびに子供をもつ者は3割強にとどまっている。結婚・出産・育児といったライフイベントを迎える時期が、一般女性よりもやや遅いことが考えられ、今後それらに臨む段階にあると推測される。

2. 職業キャリアからみたキャリア・アンカーの傾向

先行研究では、看護経験年数が「全般管理コンピタンス」と相関関係にある²⁰⁾ということ、また、メンターが比較的長期にわたってキャリア支援を行う²¹⁾ということが明らかになっている。そこで本研究では、キャリア・アンカーは職業キャリアに応じて変化するという立場に立って、看護経験年数、およびメンターの有無がキャリア・アンカーに影響を及ぼす要因であると予測してきた。看護経験年数別にキャリア・アンカーの傾向を分析するにあたっては、専門職的自律性を考慮した。専門職的自律性は、先行研究^{22) 23) 24)}から概ね「専門職業人としての価値観に基づいて意思決定、選択を行い、その行為に責任を持つことができるという特性」と定義できる概念であり、キャリア・アンカーの定義とすりあわせると、専門職的自律性を発揮するための礎となっている“専門職業人としての価値観”とはキャリア・アンカーであると考えられる。すなわち、キャリア・アンカーに基づいて専門職的自律性が発揮されるのではないかと推測できるのである。したがって、看護経験年数10年以上で専門職的自律性が上昇するという先行研究結果²⁵⁾から、それに伴う変化が予測されるキャリア・アンカーの分析に際しても、看護経験年数10年を基準に群分けを行った。「全般管理コンピタンス」の平均値が看護経験11年以上の群で10年以下群よりも有意に高かったという結果は、予測どおり先述の先行研究結果²⁶⁾を支持したといえる。

しかし、キャリア・アンカーの平均値による降順は看護経験年数、ならびにメンターの有無の群間でも相違はみられず、一定の傾向を示していた。また、看護経験年数別のキャリア・アンカーの平均値については、「全般管理コンピタンス」以外のアンカーにおいて群間に有意差は認められなかった。本研究対象者は看護経験年数5年以上であることを考慮すると、先行研究結果²⁷⁾にもあるように、少なくとも5年以上の仕事経験によってキャリア・アンカーが安定することが推察される。また、メンターの有無によってキャリア・アンカーが変化しなかったことから、メンターのようなキャリアを支援する立場の人々は、キャリア・アンカーの形成を支援するというよりは、むしろ、キャリア・アンカーをキャリア発達に効果的に活かせるよ

うな支援を行うことが重要であると考えられる。

3. ライフステージの面からみたキャリア・アンカーの傾向

前述の職業キャリアの影響要因に加え、本研究対象者は、女性のライフイベントを迎えつつある中で仕事経験を積んでいると考えられる。そこで、キャリア・アンカーが変化するとすれば、ライフステージの面からは配偶関係、および子供の有無が関連していることも予測してきた。群間比較からは、未婚者や子供のいない者の方が職業キャリアへの傾倒が比較的強いという側面がみられ、「専門・職能別コンピタンス」、「自律・独立」を志向するがゆえに結婚、出産を選択しない方向に進んでいることが考えられる。しかし、逆説的には既婚者や子供を持つ者の職業キャリアには縛りがあるという捉え方もでき、それによりキャリア発達における自らの欲求や期待も少なからず妥協を余儀なくされている部分があるのではないかと考えられた。既婚有業女性を対象とした2006年度の調査では、仕事・家事・プライベートの両立を希望する者は45.9%であるが、現実に両立を果たしている者は10.8%に留まるというデータ²⁸⁾も報告されており、ワーク・ライフ・バランスへの取り組みの充実が今後ますます期待される場所である。

しかしながら、各アンカーの平均値による降順は群別で左右されることはほとんどなく、概ね対象者全体の傾向と一致していたことから、ライフイベントはキャリア・アンカーを変化させるには至らないといえる。

4. キャリア・アンカーの普遍性

本研究では、仕事経験を通じて獲得されるというキャリア・アンカーの特性に着目し、キャリア・アンカーの変化に影響を与えると予測される看護経験年数、メンターの有無、女性のライフイベントに関連する配偶関係、子供の有無を独立変数として採用した。

キャリア・アンカーの平均値による降順は、子供ありの群で対象者全体の場合との順位の違いがあったものの、その差は僅かであり、独立変数を問わずほぼ一定の傾向が明らかになった。これは、本研究で使用した8つのキャリア・アンカーにあてはめるという条件つきではあるものの、個人が獲得したキャリア・アンカーに普遍性があると示唆される。キャリア・アンカーはキャリア発達をしていくための安定性の源泉である²⁹⁾ともいわれていることから、メンターや看護師長のようなキャリア発達の支援者になるべく早期にキャリア・アンカーを見出し、適合する職務機会を提供したり、適合する職務を継続できるように支援していくことで、肯定的なアウトカムが期待できる。

「生活様式」、「保障・安定」への志向が上位を占めたのは、仕事と余暇の両立を志向する国民的な流れ³⁰⁾を汲ん

だ結果であると考えられる。近年のワーク・ライフ・バランス論では、職業生活において結婚・出産・育児というライフイベントを安心して選択できるということに主眼を置いている³¹⁾が、仕事と両立しようとする“生活”には介護、自己啓発、社会貢献活動などが考えられ、未婚者や子供がいない者も両立支援の対象となる³²⁾。したがって、キャリア中期看護師のライフステージに関連した結婚生活や育児生活という枠にとらわれることなく、あくまでも個別性のある一個人の生活を前提として「生活様式」、「保障・安定」というキャリア・アンカーをとらえることが重要である。そして、メンターや看護師長のようなキャリア発達の支援者には、それをふまえて組織のニーズとも合致する職務機会の提供や就業継続への支援を行うことが期待される。

VII. 結 語

看護師のキャリア・アンカー形成の傾向を、職業キャリア、およびライフステージの面から明らかにする目的で、看護経験年数5年以上の看護師117名を対象にし、質問紙調査を行ったところ、以下のことが明らかになった。

1) 職業キャリアの面では、看護経験年数別の平均値において、「全般管理コンピタンス」で11年以上群の方が10年以下群よりも有意に高かった。その他のアンカー、ならびにメンターの有無別では有意差はみられなかった。

2) ライフステージの面では、配偶関係別の平均値において、「専門・職能別コンピタンス」、「自律・独立」で未婚群の方が既婚群よりも有意に高かった。子供の有無別の平均値では「生活様式」で子供あり群の方が子供なし群よりも有意に高かった。

3) キャリア・アンカーの平均値による降順は、看護経験年数、メンターの有無、配偶関係、子供の有無を問わずほぼ一定の傾向であり、個人が獲得したキャリア・アンカーに普遍性があると示唆された。全体的な傾向として「生活様式」、「保障・安定」への志向が強かった。

これらのことから、メンターや看護師長のようなキャリア発達を支援する人々は、職業キャリア、ライフステージにとらわれず、個別性のある一個人の生活を前提としてキャリア発達支援を考えていくことが重要である。

VIII. 謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力くださいました施設の看護管理者様、看護師の皆様へ御礼申し上げます。また、質問調査票作成にあたり、尺度の使用許可、ならびにご助言をくださいましたマサチューセッツ工科大学のEdgar. H. Schein教授、神戸大学の金井壽宏教授に深く感謝いたします。

要 旨

本研究は、看護師のキャリア・アンカー形成の傾向を、職業キャリアとライフステージの両局面から明らかにすることを目的とした。一大学病院に勤務する看護経験年数5年以上の看護師183名を対象に、キャリア・アンカーについて質問紙調査を実施し、有効回答の得られた117名を分析の対象とした。

全体的な傾向としては、「生活様式」、「保障・安定」への志向が強かった。キャリア・アンカーの平均値による降順は、看護経験年数、メンターの有無、配偶関係、子供の有無を問わずほぼ一定であり、個人が獲得したキャリア・アンカーに普遍性があることが示唆された。

これらのことから、職業キャリア、ライフステージにとらわれず、一個人の生活を前提としてキャリア発達への支援を考えていくことが重要である。

Abstract

The aim of the present study was to elucidate tendencies in the formation of career anchors among nurses from the perspective of working career and life stage. Subjects comprised 183 nurses working at a university hospital with five years or more nursing experience. A questionnaire survey regarding career anchors was conducted and analysis was performed on 117 valid responses.

The overall tendency comprised strong aspirations toward 'lifestyle' and 'Security/Stability'. The order of priority of the respective career anchors based on average values was almost constant between subjects regardless of years of nursing experience, presence of a mentor, marital status, and presence of children. This suggests that there is universality among individually acquired career anchors.

These findings demonstrate that consideration of individual lifestyle is prerequisite for supporting career progression, irrespective of working career or life stage.

文 献

- 1) 日本婦人団体連合会編：女性白書2008, 198-203, ほるぷ出版, 東京, 2008.
- 2) 馬場房子, 小野公一：「働く女性」のライフイベントーそのサポートの充実をめざしてー, 148-164, ゆまに書房, 東京, 2007.
- 3) Schein, E. H (著), 金井壽宏 (訳)：キャリア・アンカーー自分の本当の価値を発見しようー, 21-55, 白桃書房, 東京, 2003.
- 4) Schein, E. H (著), 二村敏子, 三善勝代 (訳)：キャリア・ダイナミクス, 142-169, 白桃書房, 東京, 1991.
- 5) 長友みゆき, 草刈淳子：国公立大学病院看護管理者のキャリア発達ーライフイベントの1990年度調査との比較ー, 病院管理, 42(1), 89-97, 2005.
- 6) 坂口桃子：看護職のキャリア・ディベロップメントに関する実証的研究ーキャリア志向のタイプと形成時期ー, 日本看護管理学会誌, 3(2), 52-59, 1999.
- 7) 浅野祐子：総合病院に勤務する看護婦のキャリア志向とその関連特性に関する研究, 日本看護研究学会雑誌, 25(1), 45-56, 2002.
- 8) 前掲書3), 51-53.
- 9) 池崎加奈子, 河田詩子他：看護師のキャリア選択の要因ー地方都市A病院におけるキャリアアンカーと特性的セルフエフィカシーの分析からー, 三豊総合病院雑誌, 27, 53-59, 2006.
- 10) Kinsey, D. C: Mentorship and influence in nursing. Nursing Management, 21(5), 45-46, 1990.
- 11) Yoder, L: Mentoring: A concept analysis. Nursing Administration Quarterly, 15(1), 9-19, 1990.
- 12) Kathy E. Kram (著), 渡辺直登, 伊藤知子 (訳)：メンタリングー会社の中の発達支援関係ー, 59-82, 白桃書房, 東京, 2003.
- 13) 小野公一：キャリア発達におけるメンターの役割ー看護師のキャリア発達を中心にー, 21-54, 白桃書房, 東京, 2003.
- 14) 前掲書4), 1-15.
- 15) 前掲書4), 188-200.
- 16) 前掲論文6)
- 17) 前掲書3), 5-10.
- 18) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成18年人口動態統計中巻, 466-467, 厚生統計協会, 東京, 2008.
- 19) 厚生労働省大臣官房統計情報部編：平成18年人口動態統計上巻, 120-121, 厚生統計協会, 東京, 2008.
- 20) 前掲論文9)
- 21) 前掲書12)
- 22) 志田岐康子：看護婦の専門職的自律性と関連する因子の分析, 東京都立医療技術短期大学紀要, 11, 75-82, 1998.
- 23) 小谷野康子：看護専門職の自律性に関する概念の検討と研究の動向, 聖路加看護大学紀要, 26, 50-58, 2000.
- 24) 辻ちえ, 竹田千佐子他：看護の専門職的自律性に関する要因, 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 12, 27-38, 2004.
- 25) 菊池昭江, 原田唯司：看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告, 47, 241-254, 1997.
- 26) 前掲論文9)
- 27) 前掲論文6)
- 28) 内閣府 (編)：平成19年版国民生活白書, 188-193, 時事画報社, 東京, 2007.
- 29) 前掲書4), 142-144.

看護師のキャリア・アンカー形成における傾向

- 30) 内閣府（編）：平成19年版国民生活白書，162-165，時事画報社，東京，2007.
- 31) 日本婦人団体連合会編：女性白書2008，39-44，ほるぷ出版，東京，2008.
- 32) 内閣府（編）：平成19年版国民生活白書，193，時事画報社，東京，2007.

[平成21年4月30日受 付]
[平成21年12月3日採用決定]

小児看護を実践する看護師の属性、個人特性、 職務ストレスが離職願望に与える影響

— 小児病棟と成人との混合病棟での分析と比較 —

Influence of Job Attributes, Individual Characteristics and Job Stress on The Intention of Pediatric Nurses to Resign:
Comparative Analysis Between Nurses on Pediatric and Mixed With Adults Wards.

藤 田 優 一¹⁾
Yuichi Fujita

藤 原 千 恵 子²⁾
Chieko Fujiwara

キーワード：小児病棟，混合病棟，職務ストレス，個人特性，離職願望

Key Words：pediatric ward, mixed with adults ward, job stress, individual characteristic, intention to resign

I. 緒 言

2006年度の診療報酬改定に伴い、看護職員の確保と定着が病院経営に直結する重要課題であることが改めて認識された。日本看護協会はこの課題に向けて、潜在看護師の確保、ワーク・ライフ・バランスの実現、多様な勤務形態の導入などを推進しており、多くの医療機関においてこれらが実施されている。しかし、2008年度の看護師の離職率は12.6%であり¹⁾、依然として漸増傾向にある。

離職経験のある潜在看護師と看護管理者の認識する離職理由には、ずれがあることが明らかとなっている²⁾。看護管理者が認識している離職理由の上位は「結婚」、「子育て」、「妊娠・出産」、「他の職場への興味」、「自分の健康」であり、看護師自身の個人的都合による離職であると認識されている。しかし、潜在看護師が回答した離職理由の上位には、「妊娠・出産」、「結婚」、「子育て」の他に、「勤務時間が長い・超過勤務が多い」、「夜勤の負担が大きい」など職場での労働条件が含まれており、これらの認識のずれが労働条件の改善と離職率低下につながりにくい原因ではないかと考えられている。

これまでの看護師の離職に関する研究としては、バーンアウトと離職願望の関連について明らかにした研究^{3) 4) 5) 6)}、労働過多³⁾や職場の人間関係^{3) 4) 7)}が離職願望に与える影響について明らかにした研究が報告されている。看護師の属性である経験年数や年齢も離職願望に影響を与える要因であり、Shimizu⁸⁾の調査では勤続年数11年以上の看護師よりも、6～11年の看護師において離職のリスクが高いことが明らかにされている。猪下⁹⁾は、20代の看護師は労働環境の不満や仕事への嫌悪感などにより離職願望が強いが、30歳前後を境に看護師の専門性や自律

性の意識が高まり離職願望は低下すると報告している。さらに、塚本⁵⁾は看護師に認知されている職場の特性である組織風土がバーンアウトと離職願望に与える影響について調査し、組織風土はバーンアウトを介して間接的に、また直接的に離職願望に影響を与えることを明らかにしている。しかし、小児看護を実践する看護師（以下、小児看護師）を対象とした離職に関する研究は少なく、小児専門病院の新卒看護師を対象とした研究¹⁰⁾では、離職願望がある看護師は離職願望がない看護師よりも抑うつや身体疲労感をはじめとするストレス反応が強いことが明らかとなっているのみである。小児看護師の職務ストレスに関する研究では、高谷¹¹⁾が小児看護師には特有の職務ストレスがあると考え、小児看護師の職務ストレス尺度を作成し、小児病棟と成人との混合病棟（以下、混合病棟）では認知する職務ストレスの内容に違いがあることを明らかにしている。また、小児看護を希望していないにも関わらず小児の入院する病棟に配属となる看護師は小児専門病院では21.4%¹²⁾であるが、一般病院では51.5%¹¹⁾と約半数であり希望とは異なる配属が職務ストレス認知に影響を与えることが明らかとなっている¹²⁾。

医師を対象とした離職願望の研究¹³⁾では、個人の性格的傾向であるコーピング特性が離職願望に影響を与えることが明らかとなっている。問題に遭遇した際に視点を变えて認知する対処方法である「視点の転換」や問題解決のために他人に相談する対処方法である「問題解決のための相談」を取りやすい性格傾向では離職願望を抱く医師が少ないと報告されている。これまでに、看護師の個人特性が離職願望に及ぼす影響や小児看護師の職務ストレス認知が離職願望に与える影響は明らかにされていない。

1) 兵庫医療大学看護学部看護学科 School of Nursing, Department of Nursing, Hyogo University of Health Sciences

2) 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 Course of Health Science, Graduate School of Medicine, Osaka University

そこで、本研究は一般病院で勤務する小児看護師を対象として、小児病棟と混合病棟ごとに属性、個人特性、職務ストレス認知が離職願望に与える影響を明らかにし、比較検討することを目的とした。このことにより、小児看護師の離職のリスクを予測することに貢献できると考える。

II. 用語の定義と概念枠組み

1. 用語の定義

- ① 個人特性：職務を遂行する上での目標達成と問題の対処の2つの側面における性格的傾向を表す。本研究では以下に示すコーピング特性とホープ特性とした。
- ② コーピング特性：問題に遭遇した際に、特定の状況や環境に依存せず、個人が普段頻繁に用いるコーピングの使用傾向・パターンを示す¹⁴⁾。
- ③ ホープ：「目標指向的計画・pathways thoughts（以下、計画）」と「目標指向的意志・agency thoughts（以下、意志）」から構成される目標達成の思考プロセスであり、ポジティブな心理的指標とされる¹⁵⁾。これが高い者は精神的に健康であることが明らかとなっている^{16) 17)}。
- ④ 小児看護師の職務ストレス認知：小児看護師が看護を実践する中でストレスの原因となるストレスラーに対して、ストレスと認知したものを示す。
- ⑤ 離職願望：現在の仕事（現在の病棟での勤務、または看護師そのもの）を辞めたいという願望を示す。

2. 概念枠組み

概念枠組みを図1のように示した。離職願望はストレス反応の最終結果として位置付けた¹⁰⁾。離職願望を高める要因である職務ストレス認知^{3) 4) 7)}が、属性、個人特性とともに離職願望にどのような影響を与えるかを明らかにする。なお、属性と個人特性は職務ストレス認知を介さず直接的に離職願望に影響を与えるものとした。

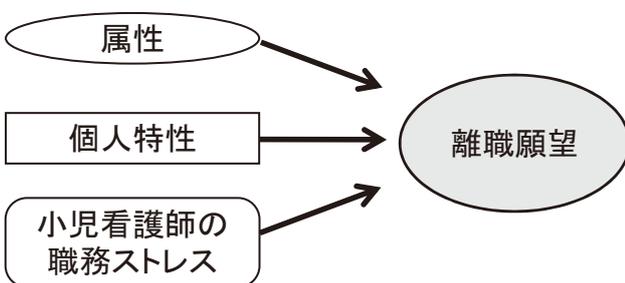


図1 概念枠組み

III. 研究方法

1. 調査対象

研究協力を得た医療機関で勤務する小児看護師。ただし、以下の条件を満たす看護師とした。

- ① 500床以上の一般病院の看護師

- ② 新卒の看護師は除外する
- ③ 師長などの管理職は除外する
- ④ 外来で勤務する看護師は除外する

調査対象施設は、全国の小児が入院する病棟のある500床以上の一般病院391施設の中から無作為に抽出した60施設のうち、了承の得られた27施設とした。調査対象施設の看護部長に、新卒看護師、管理職、外来勤務看護師を除く小児看護を実践する看護師のうち調査可能な人数を確認した。調査可能部数の調査表を対象施設に送付後、実際に配付できた調査票の数を確認し、445名の小児看護師が調査対象となった。

2. 調査期間

2007年6月～同年8月

3. 調査内容

1) 調査項目

- (1) 病棟形態：小児病棟、混合病棟

(2) 対象の属性

- ① 環境的要因：病棟の小児病床数、混合病棟では成人病床数、看護師数、新卒数、家族同室割合、夜勤形態、1ヵ月の夜勤回数
- ② 個人的要因：看護師経験年数、小児看護経験年数、現病棟に配属される以前の小児が入院する病棟への配置希望の有無

(3) 個人特性

- ① ホープ特性：対象のホープ特性を測定するために、日本語版ホープ尺度¹⁷⁾を使用した。この尺度は目標指向的思考のプロセスであるホープの個人特性を測定するための日本語版尺度である。下位尺度は「計画」と「意志」の2つであり、8つの質問項目で構成されている。ホープは様々な困難な状況に立ち向かっていく促進力となることが、多くの研究^{16) 18)}によって指摘され、ホープ特性が高いほど心理的に適応しており、精神的に健康であることが実証されている。各項目は「よくあてはまる（4点）」～「全くあてはまらない（1点）」の4段階として8項目の合計得点が高いほどホープ特性が高いとする。専門学校生、短期大学生、大学生998名を対象とした調査で、信頼性・妥当性が検討されている¹⁷⁾。日本語版ホープ尺度は因子分析（2因子斜行モデル）の結果、GFIは.96、AGFIは.93、RAMSEAは.08となり、Self efficacy¹⁹⁾などの精神的健康に関する指標との正の相関が認められ因子的妥当性、構成概念妥当性が確認されている。安定性を示す信頼性係数 r は.81～.84であり、内部一貫性を示すCronbach's α は.68～.76であり信頼性が確認されている。
- ② コーピング特性：問題に遭遇した際、普段どのようなコーピングを用いることが多いかを測定するために、コーピング特性簡易尺度BSCP¹⁴⁾を使用した。18項目6

下位尺度で構成されており、下位尺度として「気分転換」「積極的問題解決」「回避と抑制」「視点の転換」「問題解決のための相談」「他者を巻き込んだ情動発散」で構成されている。質問項目ごとに「ほとんどない（1点）～「よくある（4点）」の4段階として各下位尺度で合計を算出し、得点が高いほどそのコーピング戦略を頻繁に用いる性格傾向であることを表す。事務職従事者328名を対象とした調査で、信頼性、妥当性が検討されている¹⁴⁾。コーピング特性簡易尺度は因子分析（主因子法、Promax回転）の結果、6因子が抽出され累積寄与率61.6%であり、因子的妥当性、構成概念妥当性が確認されている。内的整合性を示すCronbach's α は.66～.79であった。

(4) 小児看護師の職務ストレス認知

対象のストレス認知を測定するために、小児看護師のストレス尺度¹¹⁾を使用した。小児看護師のストレス尺度は、小児看護師が看護を実践する上でのストレス認知を測定する尺度として作成され、33項目8下位尺度で構成されている。下位尺度として「家族への対応」「子どもとの関わり」「難しい対象への関わり」「看護者間の人間関係」「子どもに適した設備・備品」「嫌がる処置への対応」「業務量」「医師との関係」から構成される。各項目について頻度と負担の程度を質問し、頻度は「該当しない（0点）～「よくある（4点）」の5段階とし、負担の程度は「負担に思わない（1点）～「とても負担に思う（4点）」の4段階として、両者の積を算出し、合計得点を職務ストレス得点とする。負担と感ずる項目であっても、看護を実践する上で該当しないのであれば0点となる。一般病院の小児病棟、混合病棟で勤務する看護師641名を対象とした調査において信頼性、妥当性が検討されている¹¹⁾。本尺度は複数の研究者で内容妥当性を確認し、因子分析（主因子法、Varimax回転）によって8因子が抽出されて累積寄与率は43.4%であり、構成概念妥当性が確認されている。内的整合性を示すCronbach's α は.70～.79であった。

(5) 離職願望の有無

離職願望は現在の仕事（現在の病棟での勤務、または看護師そのものを辞めたいかを、「よく思う」「ときどき思う」「ほとんど思わない」「全く思わない」の4項目で回答を求める。「よく思う」「ときどき思う」を離職願望ありとし、「ほとんど思わない」「全く思わない」を離職願望なしとする。

4. 分析方法

統計解析は、SPSS Ver.11.0を使用した。小児看護師ストレス尺度と日本語版ホープ尺度、コーピング特性簡易尺度は既存手順に基づき得点化した。属性、個人特性は病棟形態別での比較をカイ2乗検定、t検定、2要因分散分析を用いて行った。離職願望の有無に影響を与える要因を

明らかにするために、離職願望の有無を従属変数とし、属性、職務ストレス認知、ホープ特性、コーピング特性を独立変数として、2項ロジスティック回帰分析を行った。なお、小児病棟と混合病棟ではストレスサーの下位尺度得点に有意差があるため¹¹⁾、対象を小児病棟と混合病棟に分けて分析を行った。

5. 倫理的配慮

調査対象施設の看護部長に書面にて調査の依頼をし、同意が得られた後に配付可能部数の調査票と調査依頼書、返信用封筒を送付した。調査対象者には小児が入院する病棟の師長より配付され、調査依頼書には①研究目的、②研究方法、③調査内容、④プライバシー保護の保障、⑤データは研究目的のみの使用として研究終了後は全て破棄すること、⑥協力を拒否する権利があり拒否の際も不利益を被らないこと、⑦分析結果を学会で発表する可能性があること、⑧調査への同意は調査票の返送によって得たものと判断すること、を明示し書面による同意を求めた。返信用封筒を添え、看護部長、師長は回収には関与しないものとした。本調査は研究者の所属する大学の保健学倫理委員会の承認を得て行った。

IV. 結果

調査対象病院27施設のうち小児病棟が12施設、混合病棟が15施設であり、小児病棟と混合病棟の両方を有する施設はなかった。調査票は445名のうち264名から回収され（回収率59.3%）、240名を有効回答とした（有効回答率92.3%）。対象者が勤務する病棟は小児病棟110名（45.8%）、混合病棟130名（54.2%）であった。

1. 属性と離職願望

環境的要因として「病床数」、「看護師数」、「新卒数」、「夜勤回数」、「家族同室割合」、個人的要因として「看護師経験年数」、「小児看護経験年数」、「配置希望」と離職願望の有無を病棟形態別に表1に示した。t検定で病棟形態別に比較すると、「看護師数」の平均は小児病棟28.6名（SD = 6.0）、混合病棟23.8名（SD = 7.8）であり、小児病棟で多く有意差を認めた（ $p = .00$ ）。「新卒数」の平均は小児病棟3.3名（SD = 2.0）、混合病棟2.5名（SD = 2.3）であり、小児病棟で多く有意差があった（ $p = .00$ ）。1ヶ月あたりの「夜勤回数」は小児病棟8.5回（SD = 2.3）、混合病棟7.8回（SD = 1.7）であり、小児病棟で多く有意差があった（ $p = .01$ ）。看護師経験年数は小児病棟9.1年（SD = 7.5）、混合病棟11.6（SD = 8.9）であり、混合病棟で多く有意差があった（ $p = .02$ ）。カイ2乗検定で「家族同室割合」と「配置希望」、「離職願望」を病棟形態別に比較すると、「家族同室割合」は「ほとんど全員」が付き添いをしていると回答した割合は小児病棟85.3%（93名）、混合病棟69.8%（90名）であり

表1 病棟形態別での属性、離職願望の比較

項目	全体	n	小児病棟	n	混合病棟	n	t値	χ ² 値	p値	
							t値			
〈環境的要因〉										
病床数 (床)	42.5 (9.0)	221	41.7 (10.4)	108	43.3 (7.5)	113	1.26			
混合病棟の小児病床数						21.1 (9.7)	113			
混合病棟の成人病床数						22.2 (13.3)	113			
看護師数 (名)	26.0 (7.2)	228	28.6 (6.0)	102	23.8 (7.8)	126	-5.08	**		
新卒数 (名)	2.8 (2.2)	228	3.3 (2.0)	102	2.5 (2.3)	126	-2.84	**		
夜勤回数 (回)	8.1 (2.0)	237	8.5 (2.3)	109	7.8 (1.7)	128	-2.62	*		
〈個人的要因〉										
看護師経験年数 (年)	10.4 (8.4)	240	9.1 (7.5)	110	11.6 (8.9)	130	2.39	*		
小児看護経験年数 (年)	3.9 (3.1)	236	4.0 (3.0)	109	3.9 (3.1)	127	-.34			
家族同室割合 (%)							χ ² 値			
ほとんど全員	76.9	183	85.3	93	69.8	90	8.04	**		
ほとんどいない~約半数	23.1	55	14.7	16	30.2	39				
配置希望 (%)										
あり	47.0	111	52.3	57	42.5	54	2.25			
なし	53.0	125	47.7	52	57.5	73				
離職願望 (%)										
あり	80.3	191	79.0	87	81.2	104	.17			
なし	19.7	47	21.0	23	18.8	24				

() は標準偏差 ** p<0.01 * p<0.05

表2 個人特性に影響を及ぼす看護師経験年数と病棟形態の2要因分散分析

個人特性		看護経験年数				F値	
		5年未満 (n=79)	5~10年未満 (n=58)	10~15年未満 (n=32)	15年以上 (n=71)	看護師 経験年数	病棟形態
ホープ計画 (点)	小児病棟 (n=110)	9.8 (1.6)	10.3 (1.7)	10.3 (1.4)	10.1 (1.6)	.61	.17
	混合病棟 (n=130)	10.2 (1.6)	10.3 (1.8)	10.4 (1.8)	10.1 (1.5)		
ホープ意志 (点)	小児病棟 (n=110)	10.0 (1.8)	10.2 (1.6)	9.8 (0.9)	10.0 (1.5)	.19	.01
	混合病棟 (n=130)	10.2 (1.6)	10.1 (2.0)	10.0 (1.3)	10.1 (1.6)		
ホープ合計得点 (点)	小児病棟 (n=110)	19.8 (3.0)	20.6 (2.8)	20.1 (2.0)	20.1 (2.7)	.02	.09
	混合病棟 (n=130)	20.3 (2.8)	20.3 (3.5)	20.1 (2.8)	20.1 (2.8)		
積極的問題解決 (点)	小児病棟 (n=110)	9.6 (1.5)	9.6 (1.6)	8.6 (1.4)	9.0 (2.0)	.87	.14
	混合病棟 (n=130)	9.3 (1.8)	9.3 (2.3)	9.1 (2.0)	9.3 (1.9)		
問題解決のための相談 (点)	小児病棟 (n=110)	9.7 (2.0)	9.9 (2.1)	8.1 (2.0)	8.0 (2.2)	7.38**	4.60*
	混合病棟 (n=130)	9.7 (2.2)	9.9 (2.1)	9.9 (2.0)	8.7 (2.0)		
気分転換 (点)	小児病棟 (n=110)	9.1 (2.5)	9.5 (2.8)	8.4 (2.5)	7.8 (2.2)	4.50	.00
	混合病棟 (n=130)	8.8 (2.2)	9.3 (2.0)	8.6 (2.5)	8.0 (2.7)		
他者への情動発散 (点)	小児病棟 (n=110)	4.8 (1.7)	5.0 (1.6)	4.3 (0.8)	5.0 (1.8)	1.14	.40
	混合病棟 (n=130)	4.9 (1.9)	4.8 (1.6)	4.7 (1.7)	4.0 (1.6)		
回避と抑制 (点)	小児病棟 (n=110)	6.6 (2.0)	6.0 (1.7)	6.5 (2.1)	6.1 (1.6)	.23	.03
	混合病棟 (n=130)	6.2 (2.1)	6.3 (2.1)	6.5 (2.0)	6.4 (2.3)		
視点の転換 (点)	小児病棟 (n=110)	7.6 (2.1)	6.9 (2.1)	7.6 (1.9)	7.6 (1.9)	.37	.68
	混合病棟 (n=130)	7.2 (2.2)	7.5 (2.4)	7.6 (1.7)	7.3 (2.0)		

() は標準偏差 ** p<0.01 * p<0.05

小児病棟で多く有意差があった ($p = .00$)。現病棟に配属される以前に現病棟への配置希望があった者の割合は小児病棟52.3% (57名), 混合病棟42.5% (54名) であり小児病棟でやや多いものの有意差はなかった ($p = .09$)。離職願望ありの割合は小児病棟79.0% (87名), 混合病棟81.2% (104名) で, 病棟間での有意差はなかった ($p = .40$)。

2. 個人特性

病棟形態によって看護師経験年数に有意差があったため, 経験年数の差異が個人特性に与える影響を考慮し, 経験年数を5年未満, 5~10年未満, 10~15年未満, 15年以上の4群に分類した。個人特性を従属変数として, 病棟形態と看護師経験年数4群の2要因分散分析を行った (表2)。コーピング特性の「問題解決のための相談」は, 病棟形態 ($F = 4.60, p = .03$) と看護師経験年数 ($F = 7.38, p = .00$) の主効果が有意であり, 小児病棟よりも混合病棟で高く, ボンフェローニ法による看護師経験年数の多重比較では15年以上よりも5年未満 ($p = .00$) と5~10年未満 ($p = .00$) が高かった。図2に示すように, 「問題解決のための相談」は5年未満では小児病棟9.7点 (SD = 2.0), 混合病棟9.7点 (SD = 2.2), 5~10年未満では小児病棟9.9点 (SD = 2.1), 混合病棟9.9点 (SD = 2.1) とほぼ横ばいであるが, 10~15年未満では小児病棟8.1点 (SD = 2.0), 混合

病棟9.9点 (SD = 2.0) と小児病棟で低下している。15年以上となると小児病棟8.0点 (SD = 2.2), 混合病棟8.7点 (SD = 2.0) で混合病棟も低下していた。「問題解決のための相談」に交互作用はみられなかった。

その他の個人特性は病棟形態, 看護師経験年数ともに有

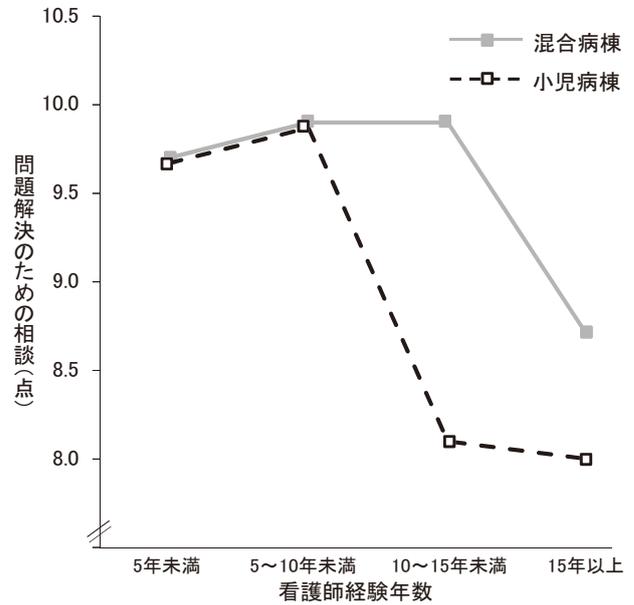


図2 病棟形態別での「問題解決のための相談」

表3 離職願望の有無を従属変数としたロジスティック回帰分析

独立変数	小児病棟		混合病棟	
	オッズ比 (95%信頼区間)	p値	オッズ比 (95%信頼区間)	p値
〈属性・環境的要因〉				
病床数				
看護師数				
新卒数				
夜勤回数	1.60 (1.08~2.37)	+	*	
家族同室割合	.05 (.00~.61)	-	*	
夜勤形態				
〈属性・個人的要因〉				
看護師経験年数				
小児看護経験年数			.86 (.75~.99)	- *
配置希望				
〈職務ストレス〉				
家族の対応				
子どもとの関わり				
難しい対象への関わり				
看護者間の人間関係	1.11 (1.03~1.19)	+	**	
子どもに適した設備・備品				
業務量			1.09 (1.03~1.16)	+ **
医師との関係				
〈ホープ特性〉				
ホープ			.79 (.64~.98)	- *
〈コーピング特性〉				
積極的問題解決				
問題解決のための相談				
気分転換				
他者への情動発散				
回避と抑制	1.53 (1.01~2.33)	+	*	
視点の転換				

+ 正の関連, - 負の関連 ** $p < 0.01$ * $p < 0.05$

意差はなく、交互作用はみられなかった。

3. 離職願望に影響を与える要因

離職願望の有無を従属変数とし、属性の環境的要因、個人的要因、職務ストレス、ホープ特性合計得点、コーピング特性得点を独立変数として2項ロジスティック回帰分析を行った。多重共線性を避けるために独立変数間の相関を分析したところ、職務ストレス「嫌がる処置への対応」と「子どもとの関わり」の相関係数 = .64, 「嫌がる処置への対応」と「家族の対応」の相関係数 = .51, 「嫌がる処置への対応」と「業務量」の相関係数 = .56であった。そこで、「嫌がる処置への対応」を独立変数から除外し、職務ストレスは7項目とした。カテゴリ変数である「配置希望」については「希望なし」を0, 「希望あり」を1とした。「家族同室割合」は「ほとんどいない～約半数」を0, 「ほとんど全員」を1とした。「夜勤形態」は「3交代」を0, 「2交代」を1とした。変数減少法(尤度比)によるロジスティック回帰分析で最終的に採用された独立変数とそのオッズ比と関連の正負、p値を表3に示した。小児病棟では、「家族同室割合」がオッズ比 = .05 ($p = .02$) で負の関連を示した。「夜勤回数」はオッズ比 = 1.60 ($p = .02$), 職務ストレスの「看護者間の人間関係」はオッズ比 = 1.11 ($p = .00$), コーピング特性の「回避と抑制」はオッズ比 = 1.53 ($p = .04$) で正の関連を示した。混合病棟では、「小児看護経験年数」がオッズ比 = .86 ($p = .04$), 「ホープ特性」がオッズ比 = .79 ($p = .03$) で負の関連を示した。職務ストレスの「業務量」はオッズ比 = 1.09 ($p = .00$) で正の関連を示した。

V. 考察

1. 属性、個人特性の病棟別での比較

病棟間で病床数に有意差がないにも関わらず、看護師数は混合病棟よりも小児病棟が多かった。小児は成人と比較して約2～6.5倍の看護時間を必要とするため^{20) 21)}, 小児病棟では看護師が多く配置されていると考えられる。同様の理由で、夜勤勤務者は小児病棟でより多く必要とされるため、1ヶ月あたりの夜勤回数は小児病棟で多いと考えられる。

石見が2002年に行った研究¹²⁾では、現在勤務する病棟へ希望によって配属となった看護師の割合は、小児病棟55.6%, 混合病棟32.5%で有意差があったと報告されている。本研究では希望により配属となった看護師は、小児病棟で52.3%と先行研究と比較して大差はなかったが、混合病棟で42.5%であり先行研究と比較すると多くなっていた。今回の調査では、病棟間で配置希望の有意差はなかったが、配置希望は依然として小児病棟で多い傾向にある。混合病棟は複数の診療科があり、医師への対応が煩雑となるので看護独自の機能が発揮しにくく看護の充実感が低いと

報告されている²²⁾。また、廣末²³⁾は小児が入院する病棟で勤務する看護師1252名を対象に調査をした結果、8割以上の看護師が大人と子どもの入院は一緒にさせるべきではないと感じていたと報告している。混合病棟よりも小児病棟で配置希望が多い傾向にあることは、小児看護を実践するのであれば混合病棟よりも小児病棟が望ましいという思いの表れなのかもしれない。また、本研究においても小児看護をしたいという希望がなかったにも関わらず配属となる看護師が両病棟ともに約半数いることが現状であり、そのような場合では職務ストレスに与える影響は大きく^{11) 12)}, できる限り看護師の希望に沿った人員配置が望まれる。

1993年²⁴⁾, 1994年²⁵⁾に発表された研究では小児病棟よりも混合病棟で家族同室割合が高かった。混合病棟は小児全員に付き添いが必要となる病棟が多く²⁴⁾, 付き添いは不要と言われた家族は小児病棟で多かったと報告されている²⁵⁾。一方、2001年²⁶⁾, 2002年²⁷⁾に発表された研究では病棟間で家族同室割合に差はなかったと報告されている。しかし、本研究では家族同室割合は混合病棟よりも小児病棟で高かった。これは、1994年に付き添いを廃止した新看護体系が導入され、付き添いを要請する混合病棟が減少したことと、「子どもはその父母から分離されない権利」を謳った子どもの権利条約が1994年に批准されたことにより、家族からの付き添いの希望を受け入れる小児病棟が増加したことが一因であると思われる。

コーピング特性の「問題解決のための相談」は小児病棟では看護師経験が10～15年未満、15年以上で低下していたが、混合病棟では15年以上で低下していた。混合病棟の看護師は小児病棟の看護師と比較して臨床経験年数が多いにも関わらず、小児看護の専門的な知識を積んでいない者が多い²⁴⁾。また、複数の診療科の患者が入院しているため、より多くの知識を習得しなければならない。これらより、解決が難しい問題に遭遇する機会や他者に相談をする対処傾向は看護師の経験を積むごとに少なくなるが、その時期には病棟間でずれがあり、混合病棟よりも小児病棟で5年程度早くなるものと思われる。

2. 離職願望に影響を与える要因

1) 小児病棟

夜勤回数の増加は離職願望を強くする要因となった。伊藤²¹⁾の調査では、小児病棟と成人病棟で、勤務帯別に看護時間を比較したところ、小児病棟は日勤帯で成人病棟の約4倍、準夜帯と深夜帯で約6倍の看護時間を要すると報告されている。夜勤は勤務人数が少なくなり、小児看護ではミルクやおむつ交換、夜泣きする患児を寝付かせるなど業務量負担は大きい。さらに、小児の持続点滴のトラブルは夜間に多く²⁸⁾, 転倒転落など目を離すことで大きな事故にも繋がりがかねない。これらの理由により、小児病棟の看

看護師にとって夜勤は量的、質的に負担が大きいため、夜勤回数の増加は離職願望を増加させると考えられる。

家族の同室が離職願望を弱める要因となった。当初は、家族が常に付き添うことでのコミュニケーションの煩わしさによって、看護師にとっては負担になると予測していたが逆の結果となった。山口²⁹⁾は小児専門病院の新人看護師を対象とした調査で、家族の付き添いの頻度が多いと看護師のストレス反応は低下していたため、家族が患児の世話を手伝うことで業務量の負担が低下しているのではないかと報告している。吉武³⁰⁾は小児看護における母親の参加タイプを①労力提供型②母子満足型③訓練型の3つに分類している。本研究の小児病棟では職務ストレスの「業務量」は離職願望に影響を与える有意な変数ではなかった。このことから、家族の労力提供型の参加が離職願望に影響を与えるのではなく、母子満足型の参加が患児と家族に精神的な安定を与え、看護師の職務満足が高くなり離職願望の低下につながると思われる。看護師の職務満足が離職願望および仕事の継続意志に影響を与えることは先行研究^{31) 32) 33)}でも明らかとなっているが、家族の付き添いが職務満足に与える影響は明らかになっていないため今後の課題としたい。

職務ストレス認知の「看護者間の人間関係」は離職願望を強くする要因となった。先行研究においても看護師間の人間関係のストレスと離職との関連を示した報告は多い^{3) 4) 7)}。看護師間の人間関係は良好な場合には有効なサポートとして機能するが、悪い場合にはストレスとして認知される要素があり、そのストレスはわずかに強くなるだけでも抑うつ、不安傾向、心身症傾向に結びつきやすい³⁴⁾。同僚の看護師との業務は、互いに分担して助け合い、先輩からは指導をもらうなど密接な関係となる。さらに、病棟で勤務するほとんどの看護師はシフト制で、夜勤では少数の看護師で勤務するため関係の良くない看護師同士の勤務となると特にストレスフルとなるため、人間関係の悪化は離職願望に影響を与えやすいと考えられる。一方、患児、家族、医師との人間関係における職務ストレスは、離職願望との関連がなかった。2005年の退院患者の平均在院日数は全年齢階級で37.5日であるが、呼吸器感染症や胃腸炎による入院が多い0～14歳では9.4日と短い^{35) 36)}。患児、家族とは入院期間のみの関係であり、小児はこのような入院日数が短いため患児、家族との関係による職務ストレスは離職願望に繋がるほどの影響を与えていないと考えられる。また、比嘉³⁷⁾は中堅看護師の退職に影響を与える要因を研究しており、看護師同士の人間関係よりも医師との人間関係に悩みを感じている看護師の割合が高いにもかかわらず、医師との関係にストレスを感じていても退職を考える要因にはならないと報告している。これは、医師との

関わりが看護師間ほど密接ではないことも一つの要因であると思われる。

「回避と抑制」を多用するコーピング特性は離職願望を強くする要因となった。先行研究では、「回避と抑制」はストレス反応やバーンアウトと正の関連を認めた報告が多い^{14) 38) 39)}。看護師は発生した問題を早急に解決しなければならず、患者や同僚とも密接な関係を持たなくてはならない。そのため、「回避と抑制」を多用するコーピング特性は不利な結果をもたらす、離職願望につながるものと考えられる。「回避と抑制」は質問項目に「問題を放り出したり先送りしたりする」、「どうしていいのかわからないので何もしないでがまんする」などがあり、自分自身が回避的、抑制的な対処傾向であると自覚することでもコーピング特性を変容していくことが可能であると考えられる。また、その変容の程度を評価するためにもコーピング特性簡易尺度を使用することが有用であることが示唆された。

2) 混合病棟

「業務量」は混合病棟でのみ離職願望を強める要因となった。業務が多く負担であっても、やりがいがあり評価を得られていると感じられれば仕事を継続することが可能である³⁷⁾。しかし、混合病棟は短期入院が多く診療科が多いため、単科病棟で働く看護師と比べて専門的な知識・技術を深めにくい。そのため、混合病棟の看護師は小児看護に対して中途半端な感覚や不全感を抱きやすく⁴⁰⁾ やりがいなどの満足感を得にくい。これらより、混合病棟の看護師は業務量の負担の職務ストレス認知が離職願望につながりやすくなると思われる。そこで、小児看護に対するモチベーションを高めるために、頻繁な配置転換をせず研修体制の充実など継続して小児看護の知識・技術を深めることのできる職場環境を作ることが求められる。今回の研究では、仕事のやりがいなどの職務満足度は調査していないが、今後はこれらの関連も含めて検討する必要がある。

小児看護の経験を積むことは混合病棟でのみ離職願望を弱くする要因となった。舟島²⁴⁾は小児が入院する病棟をもつ病院388施設を対象に調査をした結果、混合病棟の看護師は小児病棟の看護師よりも看護師経験年数は多いものの、小児病棟で看護を経験した看護師は少ないことが明らかとなっている。混合病棟では複数の診療科があるため、小児看護ではなく他科の看護も専門性を高めなくてはならない。そのため、混合病棟の看護師にとって小児看護の経験は非常に重要な意味合いがあると考えられる。看護師の経験を重ねることで職務満足度が高くなり^{41) 42)}、30歳前後を境に看護師の専門性や自律性の意識が高まることで離職願望は低下することが明らかとなっている⁹⁾。先行研究¹¹⁾では、小児看護経験年数3年未満の看護師よりも、3年以上の看護師で「家族の対応」、「医師との関係」、「子どもに

適した備品・設備」の3項目の職務ストレス認知が高くなっていった。しかし、これらは小児看護の経験によって看護実践の自己評価の基準が高くなる影響ではないかと報告されており、離職を考えるほどのストレスにはならないものと思われる。本研究においてもこれらの職務ストレス認知は離職願望と有意な関連は認められず、「業務量」、「看護師間の人間関係」のように離職願望に及ぼす影響は少ないと考えられる。

ホープ特性は、離職願望を弱くする要因となることが明らかとなった。先行研究^{15) 16) 17)}においてもホープ特性が高いほど心理的に適応し、精神的に健康であることが実証されている。逆にホープ特性が低い看護師は何らかのストレス症状を抱えている可能性があり、周囲からの救済を必要としているかもしれない。日本語版ホープ尺度は8項目のみであり、上司がスタッフと面接を行う際にでも簡便に測定でき、スタッフが相談を切り出すきっかけにもなる。また、ホープ特性は高めることが可能であり、認知行動療法もそのひとつであると報告されている¹⁵⁾。スタッフが問題に直面している時には、目標に焦点を当てて明確化させ、解決に向けてモチベーションを高められるようにポジティブなフィード・バックや支援を行うことが求められる。

3) 小児病棟と混合病棟の相違点

小児病棟と混合病棟では病床数、看護師数、看護師経験年数、夜勤回数に違いがみられ、入院する患児の重症度²⁵⁾も異なる。これらの違いが離職願望の影響要因の違いとなって表れたと考えられる。小児看護の経験は混合病棟の看護師が抱く小児看護に対する不全感を低下させ、離職願望を低下させることに有効であると考えられた。混合病棟の看護師は看護師経験年数に占める小児看護の経験年数の割合が少ない上に²⁴⁾、成人も看護の対象としているため、小児看護の知識や技術の向上の機会は少ないものと思われる。そこで、小児看護に対する不全感を軽減させてモチベーションを高めるために、病棟内での研修や勉強会の開催によって専門性を高めることや、モデルとなる小児看護経験の豊富な看護師の存在が必要であると考えられる。

また、家族の付き添いが小児病棟においては離職願望の低下に影響を与えていた。小児病棟は混合病棟と比較して、重症で長期入院となる患児が多く入院している²⁵⁾。小児病棟は混合病棟よりも付き添う家族の満足度が高く⁴³⁾、患児と家族からのサポートを感じている看護師が多い⁴⁴⁾ことが明らかとなっている。これらより、付き添いによる患児と家族の精神的な安定作用は混合病棟よりも小児病棟で大きく、看護師のやりがいや職務満足、さらには離職防止の効果をもたらすと思われる。

小児病棟は混合病棟よりも夜勤回数が多く、夜勤の負担が離職願望に影響を与えていた。夜勤においては、小児は

成人の約6倍の看護時間を要することや²¹⁾、小児病棟は患児の重症度が高いこと²⁵⁾が小児病棟における夜勤の負担につながると考えられる。

職務ストレスの「業務量」は混合病棟でのみ離職願望の影響因子となった。混合病棟は複数の診療科があり、小児病棟と比較して患児の入院に適した設備・備品が不十分な環境である²⁴⁾。そのため、混合病棟の看護師は小児看護に対する不全感を感じやすい上に、同じ病棟で入院している成人と小児との看護の業務負担を比較し、大変さを強く認識してしまうと考えられる。これらより、混合病棟の看護師は小児病棟の看護師よりも業務量の負担が離職願望に影響を与えやすいと考えられる。

コーピング特性の「回避と抑制」は病棟間で有意差がみられていないにも関わらず、小児病棟でのみ離職願望に影響を与える要因となっていた。上司からのサポートはストレス反応を緩衝させ⁴⁴⁾、離職願望を低下させる影響要因になる⁵⁾ことが明らかとなっているが、「回避と抑制」のコーピングを多く用いる人は同僚や上司からの支援が乏しく、職場の人間関係の問題を多く感じている¹⁴⁾。本研究において小児病棟では「看護師間の人間関係」が離職願望に影響を与える要因となっており、「回避と抑制」のコーピングを頻繁に用いる対処傾向と看護師間の人間関係の問題が絡み合って離職願望を強めていると推測できる。小児病棟においては、特に看護師間の人間関係に対して回避的、抑制的な対応をとらないようにすることで離職願望の低下につながることが示唆された。しかし、「回避と抑制」、「看護師間の人間関係」が小児病棟でのみ有意な要因となったことに関しては、成人患者の有無、看護師数の違い、看護に対する充実感の違い²²⁾など病棟の特性の相違点の影響を与えていると考えられるが、今回の研究では明らかにすることができなかった。

看護師のホープ特性は病棟間で有意差がないにも関わらず、混合病棟でのみ離職願望を低下させる要因となった。このような結果をもたらした一因として、小児病棟と混合病棟では小児看護に対する認識やモチベーションの違いがあることが考えられた。混合病棟の看護師は小児病棟の看護師と比較して、複数の診療科があるために看護の充実感が少なく²²⁾、小児看護に対して不全感を抱きやすい傾向にあると報告されている⁴⁰⁾。また、小児病棟の看護師は混合病棟の看護師と比較して、子ども観をより肯定的に捉えていることが明らかとなっている²³⁾。ポジティブな思考プロセスであるホープは¹⁷⁾、小児看護に対するネガティブな感情を緩和する作用があり、離職願望を弱める影響要因となっている可能性がある。これらより、小児看護に対してネガティブな感情を抱きやすい混合病棟では、離職願望を弱めるホープ特性の影響がより大きいと推測された。

5. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、調査用紙を対象者に記入してもらい統計的に解析する形での調査方法であるため、対象者の個々の職務ストレス、離職願望に対する詳細な情報は得られていない。そのため、全ての対象者にあてはまる離職願望の影響要因やその対処法を考えていくには限界がある。

小児看護師の離職願望に対してその促進因子となる職務ストレスの視点から研究を行ったが、離職願望の抑制因子となる職務満足の見点からも調査も必要であると思われる。多くの先行研究では職務満足が離職願望や仕事の継続意志に与える影響を明らかにしているが³¹⁾ ³²⁾ ³³⁾、小児看護師を対象とした調査はされておらず、家族の付き添いや小児看護の専門性に対する不全感に関連した職務満足について調査することが今後の研究課題である。

VI. 結 語

小児病棟で勤務する看護師110名と混合病棟で勤務する

看護師130名を対象として、小児看護師の離職願望に影響を与える要因を分析し、以下の結論が得られた。

① 小児病棟では、離職願望に対して家族同室割合は負の関連があり、夜勤回数、職務ストレスの「看護者間の人間関係」、コーピング特性の「回避と抑制」は正の関連があった。

② 混合病棟では、離職願望に対して小児看護経験年数、ホープ特性は負の関連があり、職務ストレスの「業務量」は正の関連があった。

以上を考慮し、離職願望の低下ならびに看護の質向上を目的とした職場環境の整備が求められる。

謝 辞

ご多忙中、研究へのご理解と実施の承諾をいただき、調査にご尽力いただきました病院の看護部長様、看護師長様ならびに回答して下さった看護師の皆様にご礼申し上げます。

要 旨

本研究は一般病院の小児看護を実践する看護師（以下、小児看護師）を対象として、属性、個人特性、職務ストレスが離職願望に与える影響を明らかにし、病棟形態ごとに比較検討することを目的とした。調査対象445名のうち有効回答は240名であった（小児病棟12施設110名、混合病棟15施設130名）。小児病棟では、離職願望に対して家族同室割合は負の関連があり、夜勤回数、職務ストレスの「看護者間の人間関係」、コーピング特性の「回避と抑制」は正の関連がみられた。混合病棟では、離職願望に対して小児看護経験年数、ホープ特性は負の関連があり、職務ストレスの「業務量」は正の関連がみられた。小児病棟と混合病棟では、看護師数、夜勤回数などの属性に違いがあり、これらが離職願望の影響因子の違いとなって表れたと考えられた。

Abstract

This study sought to clarify the influence of job attributes, individual characteristics and job stress on the intention of pediatric nurses to resign. We performed a comparative analysis between nurses on pediatric wards and those on mixed wards with adults in general hospitals. Of 445 nurses surveyed by questionnaire, 240 (pediatric wards: 12 hospitals 110 nurses, mixed wards with adults: 15 hospitals 130 nurses) responded.

In pediatric wards, there was a negative relationship between an intention to resign and a high attendance rate of patients' families. As well, there were positive relationships between an intention to resign and a high number of night shifts worked, the stressor of interpersonal relationships among nurses, and having a coping strategy of avoidance and suppression. In mixed wards, there was a negative relationship between an intention to resign and a high number of years of pediatric nursing experience, and a tendency to be hopeful. As well, there were positive relationships between an intention to resign and the stressor of high workload.

In pediatric and mixed with adults wards, differences in the number of nurses and the number of night shifts worked result in differences in factors influencing an intention to resign.

引用文献

- 1) 日本看護協会：2009 SHOKUBA SUPPORT BOOK, 2009 職場づくりサポートブック, 91-92, 日本看護協会出版会, 東京, 2009.
- 2) 日本看護協会：平成19年度版看護白書, 8-9, 日本看護協会出版会, 東京, 2007.
- 3) 土江淳子, 中村弥生：看護婦の職務意識とストレス, パーンアウトとの関係, 日本看護研究学会雑誌, 16(4), 9-20, 1993.
- 4) 上谷いつ子：S大学病院看護師の仕事の継続意志と職務満足度に関する要因, 日本看護学会論文集 看護管理, 35, 220-222, 2005.
- 5) 塚本尚子, 野村明美：組織風土が看護師のストレス、バーンアウト、離職意図に与える影響の分析, 日本看護研究学会雑誌, 30(2), 55-64, 2007.

- 6) 古屋肇子, 谷 冬彦: 看護師のバーンアウト生起から離職願望に至るプロセスモデルの検討, 日本看護科学会誌, 28(2), 55-61, 2008.
- 7) 大村知美, 牛之濱久代, 他: 看護職者の離職希望につながるストレスについて - 卒後3年未満の看護職者に対するアンケートより -, 日本看護学会論文集 看護管理, 36, 253-255, 2005.
- 8) Shimizu, T., Feng, Q.: Relationship between Turnover and Burnout among Japanese Hospital Nurses, Journal of Occupational Health, 47(4), 334-336, 2005.
- 9) 猪下 光: 看護職のキャリア・ストレスのモデル分析, 香川医科大学看護学雑誌, 3(2), 15-21, 1999.
- 10) 山口桂子: 小児病院新人看護婦のストレス反応を規定する要因 - 就職後6ヵ月と1年の比較 - 小児病院新人看護婦の認知ストレスの変化 -, 小児看護, 22(7), 898-904, 1999.
- 11) 高谷裕紀子, 高城美圭, 他: 小児の看護師ストレス尺度の作成とその信頼性・妥当性の検討, 小児保健研究, 63(6), 721-728, 2004.
- 12) 石見和世, 高田一美, 他: 小児と関わる看護師の職務ストレス認知 - 病院・病棟形態と状況要因による差異 -, 日本看護学会論文集, 小児看護, 35, 149-151, 2005.
- 13) 井奈波良一, 黒川淳一, 他: 大学病院医師の離職願望と勤務状況, 日常生活習慣および職業性ストレスとの関係, 日本職業・災害医学会会誌, 55(5), 219-225, 2007.
- 14) 影山隆之, 小林敏生, 他: 勤労者のためのコーピング特性簡易尺度 (BSCP) の開発 - 信頼性・妥当性についての基礎的検討 -, 産業衛生学雑誌, 46(4), 103-114, 2004.
- 15) Snyder, C.R.: Handbook of hope Theory, measure, and applications, 3-21, Academic Press, San Diego, 2000.
- 16) Campbell, D.G., Kwon, P.: Domain specific hope and personal style Toward an integrative understanding of dysphoria, Journal of Social and Clinical Psychology, 20, 498-520, 2001.
- 17) 加藤 司, Snyder, C.R.: ホープと精神的健康との関連性 - 日本版ホープ尺度の信頼性と妥当性の検証 -, 心理学研究, 76(3), 227-234, 2005.
- 18) Magaletta, P.R., Oliver, J.M.: The hope construct, will, and ways Their relations with self efficacy, optimism, and general well being, Journal of Clinical Psychology, 55(5), 539-551, 1999.
- 19) 坂野雄二, 東條光彦: 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み, 行動療法研究, 12, 73-82, 1986.
- 20) 谷村雅子: 小児看護に時間と人員を要する実態の検証, 医学のあゆみ, 206(9), 719-722, 2003.
- 21) 伊藤龍子: 小児患者に要する看護時間と適正人員配置に関する研究, 小児保健研究, 66(6), 797-802, 2007.
- 22) 富所直子, 高橋泰子, 他: 混合病棟と一般病棟の看護の質の差異を評価する 混合病棟で充実感のある看護を行うために, 看護管理, 14(4), 303-307, 2004.
- 23) 廣末ゆか: 小児看護におけるケアの現状 看護婦の認識から, 小児看護, 16, 871-880, 1993.
- 24) 舟島なをみ: 小児看護管理の実態 - 入院環境を考える -, 小児看護, 16, 728-744, 1993.
- 25) 筒井真優美, 片田範子, 他: 入院している子どもの家族の心配と疲労 - 小児病棟と混合病棟の比較 -, 日本看護科学会誌, 14(3), 102-103, 1994.
- 26) 大西文子, 浅田佳代子: 全国調査による子どもの療養環境の現状について - 小児病棟と混合病棟を比較して -, 日本小児看護学会, 10(1), 73-79, 2001.
- 27) 田中義人, 飯倉洋治, 他: 入院中の患児・家族を支援するシステムの現状に関する基礎調査報告, 日本小児科学会誌, 106, 1041-1059, 2002.
- 28) 大崎ひとみ, 湊 貞美: 末梢持続点滴療法施行中の小児に起こる輸液トラブルの実態, 日本看護学会論文集 小児看護, 37, 254-256, 2007.
- 29) 山口桂子: 小児病院新人看護婦のストレス反応を規定する要因 - 就職後6ヵ月と1年の比較 - ストレス反応及び自己評価を規定する要因について -, 小児看護, 22, 1376-1383, 1999.
- 30) 吉武香代子: 小児看護への想い, 私の看護の原点, 119-135, へるす出版, 東京, 2000.
- 31) 入江昭子, 賀来かおり, 他: 看護マネジメントの方向性を見出す - 離職希望者と職務満足度の関連における一考察 -, 35, 363-365, 2005.
- 32) 栞田三枝子, 斎藤京子, 他: 看護師の職務満足度と離職との関係 (第2報) - 2年間の比較と目標管理の評価との関係に焦点を当てて -, 日本看護学会論文集 看護管理, 35, 214-216, 2005.
- 33) 吉場暁子, 小巻正泰, 他: 看護師の離職要因の検討 - 職務満足度調査から -, 日本看護学会論文集 看護管理, 38, 110-112, 2009.
- 34) 川合香苗, 西村路子, 他: 小児と関わる看護師のストレスとサポートに関する研究 - 職務ストレス認知とストレス反応の関連 -, 小児看護, 26, 1827-1832, 2003.
- 35) 小崎 武, 桜井 実, 他: 東海三県の小児保健医療状況の変遷 (1980~1995年), 日本小児科学会雑誌, 103, 749-758, 1999.
- 36) 財団法人厚生統計協会: 国民衛生の動向・厚生指標 臨時増刊, 55(9), 448, 2008.
- 37) 比嘉みき子, 綿貫恵美子: 中堅看護師が退職を考える要因についての一考察 - 看護師のストレスに関する調査から -, 北里看護学誌, 7(1), 33-37, 2005.
- 38) 足立はるゑ, 井上真人, 他: 看護職のストレスマネジメントに関する研究 ストレス・ストレスコーピング尺度 (SSCQ) の看護職への適用, 産業衛生学雑誌, 47(1), 1-10, 2005.
- 39) 富永真己, 古川照美: 日本人のコンピューター技術職における労働職場環境のストレスとコーピング特性が精神的健康度に及ぼす影響について, 弘前大学医学部保健学科紀要, 6, 1-9, 2007.
- 40) 草柳浩子: 子どもと大人の混合病棟における看護師の抱える困難さ, 日本看護科学会誌, 24(2), 62-70, 2004.
- 41) 三木明子, 原谷隆史: 看護師の年代別職業性ストレスの特徴 - 看護師ストレス尺度を用いた検討 -, 日本看護学会論文集 看護総合, 33, 68-70, 2002.
- 42) 柳沢由美, 金澤靖子, 他: 年代別からみた看護師のストレスの特徴 - 職業性ストレス簡易調査票を用いて -, 日本看護学会論文集 看護総合, 36, 46-48, 2005.
- 43) 伊藤良子: 入院児に付き添う家族の入院環境に対する満足度質問紙による調査から, 日本小児看護学会誌, 18(1), 24-30, 2009.
- 44) 藤原千恵子, 高谷裕紀子, 他: 小児看護師の職務ストレスとサポートに関する研究 - 職務ストレスと状況要因, サポート認知, ストレス反応との関連 -, 大阪大学看護学雑誌, 9(1), 23-32, 2003.

平成21年2月5日受 付
平成21年12月4日採用決定

看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を 搭載したボディメカニクス学習システム開発とその評価

Development and Evaluation of a Body Mechanics Learning System Equipped with a Function that Generates a Sound at Dangerous Angles in Order to Improve Posture during Nursing Actions.

伊 丹 君 和
Kimiwa Itami

久留島 美紀子
Mikiko Kurushima

キーワード：ボディメカニクス，看護動作，音，危険角度，姿勢改善

Key Words : body mechanics, nursing actions, sound, dangerous angles, improve posture

I. はじめに

看護職の腰痛は、「職業性腰痛」ともいわれ、他職種業種と比較してその割合は高い¹⁾。また、休業を必要とする重症腰痛症の発生比率も高いことが指摘されており²⁾、離職者防止の観点からも看護職の腰痛は深刻な課題となっている。また、海外においても看護職の腰痛については同様の状況であり、他の職種より1.47倍高い頻度との報告³⁾や、最も腰痛の多い職種であったとの報告もある⁴⁾。

このような看護職の職業性腰痛の背景の一つとして、日常的に行われている上体の前屈や捻転などの不自然な姿勢や重量物を取り扱う動作の頻度が他職種と比較して有意に多いことがあげられている⁵⁾。北西ら⁶⁾は、看護職への調査の結果、腰痛を起こした姿勢として73.6%の者が「前屈時、中腰」であったと報告している。すなわち、看護動作時の前傾姿勢を改善し、腰部への負担を軽減させることが重要である。

1994年には労働省より「職場における腰痛予防対策指針」が公表されているものの、医療や介護現場において腰痛対策に取り組む職場は少ない。また、現在、腰痛発症を予防する方法として、腰痛体操などによる腹筋や背筋の筋力強化⁷⁾、コルセット着用による腰部筋の補強⁸⁾、援助支援機器⁹⁾など、各分野からの考案・開発が進みつつあるが、実際の医療や介護現場で活用されている例は少ない。そのような中、簡便かつ確実に腰痛発症を予防する方法として、ボディメカニクス活用が推奨される¹⁰⁾。

ボディメカニクスは、物理学と力学の諸原理を利用した経済効率のよい動作とされ¹¹⁾、その活用は姿勢改善を促し、腰痛予防が可能となると考える。しかし、ボディメカニクスは実践者自らがその技術を習熟しない限り現場で活かすことはできない。看護職を対象に行った調査においても、忙しさなどを理由に適切に活用していないことや、ボ

ディメカニクスについての知識不足も指摘されている¹²⁾。

一方、看護職の腰痛発症時期の81%が就職後であり、しかも就職後2年以内という比較的早期の発症であることが報告されている¹³⁾。また、看護学生の腰痛発症率は58.1%との報告¹⁴⁾や看護学生の病院実習中の腰痛発症率の高さも指摘されており¹⁵⁾、就職時に腰痛対策を行うのでは遅く、看護学生時点からのより早い腰痛予防対策が求められている¹⁶⁾。

そのような中、看護学生に対するボディメカニクスにおける教材開発が試みられている。水戸ら¹⁷⁾は、VTRなどの模範映像の作成とその視聴による調査を行っているが、個々の学生が客観的にどこまで姿勢改善できたかという評価は行っていない。また、土井ら¹⁸⁾による三次元動作解析を用いたものや、高橋ら¹⁹⁾による姿勢・表面筋電図測定を用いたボディメカニクス教育方法に関する検討も試みられているが、実験室的な要素が強く、容易に個々の学生に対して活用可能なものとはいえない。腰痛予防のための「ボディメカニクス活用」についての具体的な学習支援においては、知識の習得のみならず、客観的かつ容易に自己の動作を学習者にフィードバック可能であることが求められる²⁰⁾。

そこで我々は、腰痛予防教育の一環として、看護動作時に自己の動作姿勢をリアルタイムまたは何度もフィードバックすることによって動作姿勢改善が可能なシステム開発に取り組んでいる²¹⁾。腰部に負担がかかる看護動作には重量物を取り扱う動作もあげられるが²²⁾、本システムでは看護学生が入学後早期にボディメカニクス学習ができるよう、初期の段階で習得する「臥床患者なしのベッドメイキング」動作をとりあげることにした。評価のポイントもわかりやすいものとなるように、看護動作における腰痛発症の要因として最も多い上体を前屈させる前傾姿勢の改善に

焦点をあて開発することとした。なお、前傾姿勢を改善するためには基底面を広くとるように大きく足を開き、膝を屈曲して重心を下げる必要がある。したがって、本システムでは前傾角度とともに両膝の屈曲角度も計測した。

しかし、システム評価実験において、システム装着者本人は看護動作中に前傾角度が表示されたシステム画面を見ることが困難でありリアルタイム性が活かされていないなど、いくつかの課題が浮き彫りとされた²³⁾。腰痛予防教育においては、動作姿勢のリアルタイムフィードバックによって、看護動作を行う者自らが腰部に負担が少ない姿勢をリアルタイムに体感しつつ動作姿勢が改善できるかが重要と考える。

そこで、本研究では看護者の腰痛予防教育の一環として、看護動作における腰痛発症の要因の中で最も比重の高い前屈すなわち「傾斜の大きい前傾姿勢」の発生を「音」によってリアルタイムにフィードバック可能なシステムを新たに開発した。本システムは、姿勢計測センサを装着した学習者が自己の動作時の前傾角度と両膝屈曲角度を客観的に認知し、動作時の前傾姿勢改善することをめざすものである。すなわち、本システムを活用することによって、ボディメカニクスを活用し腰部負担が少ない動作姿勢を体感する。

本研究では、看護学生を対象としたシステム評価実験および調査によって、本システム活用の有効性を評価したので報告する。

II. 研究目的

本研究では、看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を搭載したボディメカニクス学習システムを開発し、看護学生を対象としてシステム活用の有効性を評価することを目的とした。

評価の指標は、(1)システム活用による看護動作姿勢の改善、(2)本システムの機能評価、(3)本システムの活用に対する意識とした。

III. 研究方法

1. 「音」によるリアルタイムフィードバック可能なボディメカニクス学習システムの開発

1) 危険角度における「音」発生機能とリアルタイム性の効果的活用

・危険角度における音発生機能

本研究では、前傾角度を先行研究も参考にして²⁴⁾、直立時に肩峰角点と大転子最外側点を結んだ直線を基線(0°)とし、肩峰角点と大転子最外側点を結んだ直線と基線のなす角度と定義した。図1に示すA点が大転子最外側点、B点が肩峰角点である。

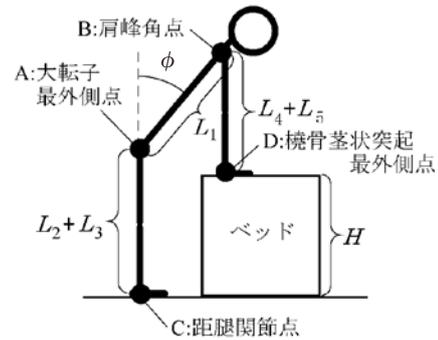


図1. 危険角度の算出方法

また、前傾角度の評価指標については、学習者がわかりやすくフィードバックできるように、危険角度と注意角度の2つの指標を設定することにした。すなわち、腰部にかかる負担が大きいと判断できる危険な角度(以下、危険角度)と、注意が必要な角度(以下、注意角度)の2つである。ベッドメイキング動作を行なう際、ベッドの高さは身長約45%が妥当であるということが示されている²⁵⁾。そこで、ベッドの高さを身長の45%に設定し、膝関節を全く曲げずにベッドの上面に手をついた場合の前傾角度 ϕ を算出した。すなわち、ベッドの高さを適切に設定したにもかかわらず、ボディメカニクスを活用して腰部負担を軽減しようとする努力を全く行っていない場合の前傾角度 ϕ を算出し、これを危険角度と定義することにした。図1に危険角度の算出方法を示す。ベッド高さ(身長 $\times 0.45$) = H 、大転子最外側点高A - 距腿関節点高C = $L_2 + L_3$ (大腿部 + 下腿部)、肩峰角点高B - 大転子最外側点高A = L_1 (体幹部)、肩峰角点高B - 橈骨茎状突起最外側点D = $L_4 + L_5$ (上腕部 + 前腕部)とすると：

$$L_1 \cos \phi + L_2 + L_3 = H + L_4 + L_5 \quad (1)$$

という関係がある。日本人の平均的な体格データ²⁶⁾を、式(1)に用いて危険角度 ϕ を算出すると、男性で41.7°、女性で42.5°であった。したがって、危険角度を40°と設定し、危険角度に近づいていることを知らせる注意角度を30°と定めた²⁷⁾。

本システムでは、視覚だけでなく聴覚からもリアルタイムに自己の動作姿勢を客観的に認知させることが効果的と考え、前傾角度が危険角度あるいは注意角度に到達したことを学習者に知らせる音発生機能を搭載した。すなわち、動作時にリアルタイムで自己の前傾角度の度合いを認識できるように、前傾角度に応じてパーソナルコンピュータの内蔵スピーカーから2種類の警告音を出力する機能を搭載した。前傾角度が注意角度30°を超えたときに807Hz、前傾角度が危険角度40°を超えたときにはより高音である2250Hzの警告音を発生させる。本研究で開発したシステムにおける新しい試みは、このような「音」によってリア

リアルタイムに前傾角度を学習者に知らせる機能である。

2) 本システムの概要

以下に、本システム全体の概要をまとめる。

・動作映像の表示機能

学習者が自己の看護動作姿勢をリアルタイムまたは繰り返し再生して見ることができるよう、動作映像の録画および再生機能を搭載している。また、グループ学習の際に他のメンバーもシステム装着者が行う実際の看護動作とデータ表示とを合わせて見易いように、大型モニターでリアルタイムに表示した（写真1）。

なお、動作映像はパーソナルコンピュータのUSB端子に接続できるCCDカメラを使用して取得した。本研究で使用したCCDカメラは㈱ロジクール社製 Qcam Pro 4000である。解像度は横320×縦240点、1秒間に画像9～10枚で使用した。写真2は、本システムにおける動作映像の表示例である。

・関節角度（角度メータ・グラフ）、角度平均値表示機能

看護動作中の前傾角度と両膝の屈曲角度を、メータおよびグラフとして同時に表示する。データ取得が始まると、

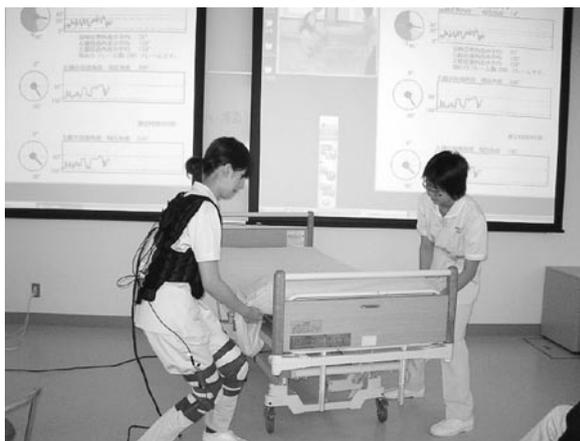


写真1. 看護動作中の表示画面の様子

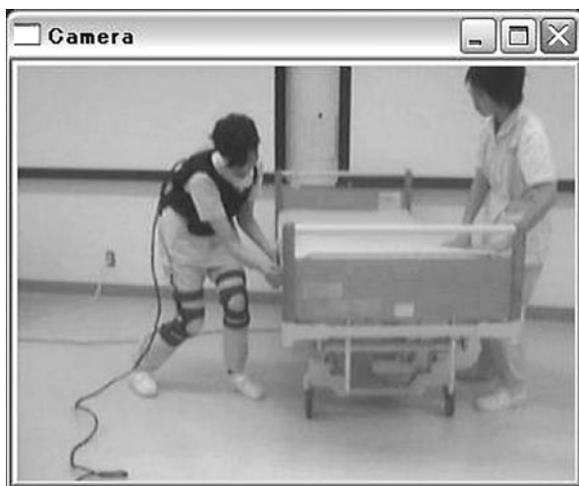


写真2. 本システムにおける動作映像の表示例

リアルタイムでメータおよびグラフに前傾角度と両膝の屈曲角度を表示するとともに、各メータの下に現在の角度を数値でも表示する。さらに、その時点での角度平均値も同時に表示される。また、学習者に対する視覚的フィードバックの効果を高めるために、前傾角度を表示するメータ内の危険角度域を赤色、注意角度域を黄色で表示して、不適切な前傾角度となっていることを認識しやすくした。本システムにおける角度表示例を図2に示した。動作映像データ、前傾角度および膝屈曲角度はコンピュータに保存することができるので、動作終了後、いつでも再生可能であり、学習の進捗状況の確認に使用することができる。

3) 姿勢計測センサ装着具

本研究で用いた姿勢計測センサは、前傾角度と両膝の屈曲角度計測用の2つである。

前傾角度を計測するセンサは、㈱緑測器製の傾斜角センサ Blue Pot Model UV-1Wを用いた。この前傾角度計測用センサは、㈱日新企画製のプロテクター BEADS PAD VESTを使用して製作したベスト型の装着具を使用して学習者に装着する。傾斜角センサを内蔵した直方体のブロックをマジックテープでプロテクター背部に貼り付けることで、前傾角度を計測できる仕組みとした。このプロテクターは弾力性があり、装着しやすく両脇にマジックテープによって胴体周りの寸法を容易に調節できるので、身体にフィットさせることができるとともに、総重量590gと軽量である（写真3）。

膝の屈曲角度の測定は、下肢関節角度検出用センサ（DKH社製Flexible Goniometer System）を用いて計測する。装着具は、伸縮性のある布素材で製作した。できる限り看護動作を妨げないように、膝関節の上と下（大腿部および下腿部）のそれぞれ2箇所伸縮性のある帯を巻きつけて下肢関節角度検出用センサを装着している。装着具にセン

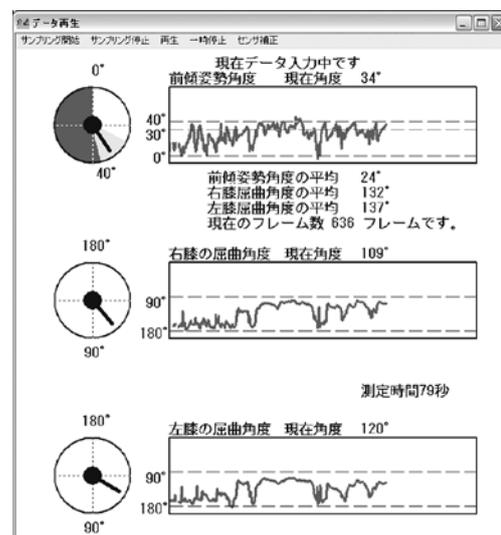


図2. 本システムにおける角度表示例



写真3. 製作した前傾角センサを貼付したベスト型装着具



写真4. 製作した下肢関節角度検出用センサを貼付した布製装着具

サを固定するためにはマジックテープを使用した(写真4)。

2. システム活用の評価

今回開発したシステムは、グループ単位での個別学習によって活用し、個々の学習者に応じて腰部負担が少ない動作姿勢の技術習得支援を行うことをめざしている。

本研究の目的は、看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を搭載したボディメカニクス学習システムの開発とその評価である。評価の指標は、(1)システム活用による看護動作姿勢の改善、(2)本システムの機能評価、(3)本システムの活用に対する意識とした。これらの評価は、システムを活用したグループ学習形式における評価実験および調査において行った。

1) 対象

対象は、本研究協力に書面により同意が得られたA大学看護系学部1年生24名(女性21名、男性3名)とした。対

象とした学生は、基礎看護技術系の演習において「ベッドメーカー動作」は5ヶ月前に習得済みであり、「ボディメカニクス活用」に関する知識も同時期に学習している。ベッドメーカー動作は本実験までの期間に演習時および自己練習時に何度も実施しているが、時間経過と慣れによって知識、技術、認知面において低下していることが予測された。その際、看護動作における適切なベッドの高さ(身長比45%)についても学習済みである。なお、授業における演習ではグループ学習によって学習効果および技術習得向上を目ざしており、本評価実験もグループ学習形式とした。

本評価実験におけるグループは8グループ編成であり、各グループ1名の者に本システムの姿勢計測センサを装着した上で、看護動作としてベッドメーカー(臥床患者なし、下シーツのみ作成)を実施した。1グループ3名としたのは、グループ毎にシステムを装着・操作し活用するという個別学習のために必要な最少人数だからである。

なお、今回実施したベッドメーカー動作は、臥床患者なしで下シーツのみを実施する基礎的な看護動作とした。シーツの両角はいずれも三角に折り返すことに統一した。ベッドメーカーは実習場面でも多い2人1組での実施とし、センサ装着者である被験者の学生はベッド右の床頭台側に位置して右側のシーツ作成を行った。ベッド左側に位置する補助者の学生は左側のシーツ作成を行ったが、動作を統一するために同一の学生が実施した。また、服装は、ナース服およびナースシューズとした。

システムを活用してベッドメーカー動作時の姿勢角度データを抽出したシステム装着者8名(女性7名、男性1名)の身長(平均±標準偏差)は 159.0 ± 5.5 cm、同様に体重は 52.8 ± 7.8 kgであった。

2) 評価実験および調査の方法

2008年3月、システムを活用したグループ学習形式における評価実験および調査を実施した。

・評価実験の方法

評価実験では、システム装着者8名から得たベッドメーカー動作における姿勢角度データを評価する。なお、姿勢角度データはシステム活用によって得られた動作時の前傾角度平均値、左右の膝屈曲角度平均値とした。

実験の方法は、「システム非活用」の後に同被験者が約10分間のインターバルの後、「システム活用」におけるベッドメーカー動作時の角度比較を行うこととした。なお、姿勢計測センサ装着による弊害や実施回数を重ねることによる学習効果を考慮して、被験者は事前に装着具を装着してのベッドメーカー動作を2～3回練習した後に実験を行った。

「システム非活用」では、データ取得のために姿勢計測センサは装着しているがシステム機能は活用せず、普段通

りに実施したベッドメイキング動作とした。一方、「システム活用」時の動作では、システムを装着して「音」発生も含めシステム機能をリアルタイムに活用した上での動作とした。

なお、本実験では模擬演習も兼ねたグループ学習形式をとっており、システム装着はマニュアルを見ながらグループメンバーが協力して行うとともに、システム活用の評価もシステム装着者とともに行うこととした。個別学習を実施するためには、システム装着と操作についての評価も必要であるが、今回はシステム活用の評価に焦点をあて報告する。

・調査の方法

調査では、本システムの機能評価、本システムの活用に対する意識調査を行った。調査の内容は、本システムの機能評価、本システム活用に対する意識評価とし、質問紙によって調査した。

なお、本システムはシステム画面を大スクリーンで表示するとともに、音発生機能を搭載しており、システム機能および活用の評価はセンサ装着者もグループメンバーである観察者も同条件下で実施可能と考える。したがって、本調査の対象は、システム活用による動作姿勢の変化をシステム表示画面とともに客観的に視聴した本評価実験協力者24名とした。

なお、調査は「システム活用」時の評価実験の後に実施した。

3) 分析方法

本システムを看護動作学習に活用することの有効性の確認を行うため、「(1)システム活用の有無による看護動作姿勢の比較」についてはSPSS16.0 for Windowsを用いてWilcoxonの符号付き順位検定を実施した。「(2)本システムの機能評価」、「(3)本システムの活用に対する意識調査」については各5点法での評価を実施した後、平均値と標準偏差で分析した。

4) 倫理的配慮

対象には本研究の目的、方法について説明した後、研究協力を際しては以下の倫理的配慮を行うことを説明し、書面による同意を得た上で実施した。倫理的配慮については、得られたデータは研究目的以外の目的で使用されることはないこと、個人を特定できないよう処理されプライバシーは保護されること、研究途中で拒否されても何ら不利益は被らないこと、協力の有無と成績は一切関係ないこと、守秘義務について保証することを約束した。また、研究の公開のお願いについても併せて同意を得た。

なお、万一、本研究による腰痛の訴えがあった場合は、直ちに研究を中止し、安静や応急処置を施すなどの対処を行うこととした。

IV. 結 果

1. システム活用の有無による看護動作姿勢の比較

ベッドメイキング動作において、今回開発したボディメカニクス学習システムを「活用」した場合の動作時前傾角度平均値は、表1に示す通り19.0±4.3°と低値であり、「システム非活用」時の前傾角度平均値39.4±5.0°と比較して有意に姿勢改善が認められた (p<0.05)。なお、「システム非活用」時の前傾姿勢は、本研究で要注意と考えた前傾角度域に入る深い前傾角度であった。

また、動作時の両膝屈曲角度平均値においても、「システム活用」の場合に右膝53.8±4.3°、左膝47.8±12.5°と高値であり、「システム非活用」時の右膝39.0±9.1°、左膝33.8±10.0°と低値であり (p<0.05)、「システム活用」時に膝を有意に屈曲していることが認められた。

一方、評価実験における被験者8名から得た個別結果を表2に示した。その結果、「システム活用」時の動作時前傾角度平均値は、8名ともに「システム非活用」時と比較して低値であった。また、左右の膝屈曲角度平均値は、対象4以外の7名は「システム活用」時の方が高値を示しており、膝をより屈曲しているという結果であった。

2. 本システムの機能評価

次に、本システムの諸機能を5点法で評価した結果を表3に示す。4.9±0.5点と最も高得点を得たのは、「危険角度における音発生」の機能であった。次に高値を示したのは、

表1. システム活用の有無による動作時角度平均値の比較 (n=8)

		動作時角度平均値 (°)	SD
前傾角度	システム非活用	39.4	5.0
	システム活用	19.0	4.3
右膝屈曲角度	システム非活用	39.0	9.1
	システム活用	53.8	4.3
左膝屈曲角度	システム非活用	33.8	10.0
	システム活用	47.8	12.5

* p<0.05
Wilcoxonの符号付き順位検定

表2. 評価実験における個別結果

対象	性別	身長 (cm)	システム非活用→システム活用 動作時角度平均値 (°)		
			前傾角度	右膝屈曲角度	左膝屈曲角度
1	女	166.7	38→23 ↓	28→49 ↑	30→45 ↑
2	女	152.0	35→21 ↓	50→72 ↑	47→65 ↑
3	女	159.7	38→18 ↓	38→43 ↑	35→37 ↑
4	女	165.0	39→19 ↓	28→28	27→26 ↓
5	女	152.0	50→24 ↓	48→62 ↑	25→44 ↑
6	女	155.5	37→10 ↓	47→78 ↑	39→58 ↑
7	女	159.0	43→18 ↓	31→46 ↑	20→51 ↑
8	男	162.0	35→19 ↓	42→52 ↑	47→56 ↑

表3. 本システムの機能評価 (n=24)

項目	機能評価 5点法平均値	SD
危険角度における音発生	4.9	0.5
色別表示	4.7	0.6
看護動作後描画再生	4.6	0.6
角度メータ・グラフ	4.5	0.6
看護動作時リアルタイム描画	4.4	0.8
側面方向からの動作映像	4.3	0.9
角度平均値	4.3	0.9

表4. 本システムの活用に対する意識調査 (n=24)

項目	評価 (平均値)	SD
システム活用によって看護動作姿勢が改善できると思うか	4.8	0.4
システム活用はボディメカニクス学習にとって有用と思うか	4.8	0.4
システム活用によって自己の看護動作をより客観的にチェックできると思うか	4.7	0.5
システムを用いた学習は楽しかったか	4.6	0.5
システムを用いて今後も自己の看護動作をチェックしたいか	4.4	0.6

角度メータやグラフに赤色や黄色を着色した「色別表示」の4.7±0.6点であり、「側面方向からの動作映像」の機能は「角度平均値」の表示とともに4.3±0.9点と低い評価となった。

3. 本システムの活用に対する意識調査

今回実施した本システムの活用に対する意識調査の5点法の評価結果を表4に示した。

その結果、最も高得点を得たのは「システム活用によって看護動作姿勢が改善できると思うか」という問に対する評価であり、5点法で4.8±0.8点であった。また、「システム活用はボディメカニクス学習にとって有用と思うか」も4.8±0.4点と高得点であった。

V. 考 察

本研究では、看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を搭載したボディメカニクス学習システム開発を行い、看護学生を対象としてシステム活用の有効性を評価した。

まず、24名の看護学生による評価から、看護動作中の危険角度における音発生機能の有効性を確認した。この音発生機能の活用によって、看護学生は看護動作を行っているときに警告音で前傾姿勢の有無を認識させられることとなる。その結果、ベッドメイキング動作において、システム活用時の前傾角度平均値は19.0±4.3°とシステム非活用時の前傾角度平均値39.4±5.0°と比較して有意に姿勢改善が認められた。看護職が腰痛を起こした姿勢として73.6%の

者が「前屈時、中腰」であったとの報告²⁸⁾にもあるように、看護動作時の前傾姿勢は腰痛の原因となっており、この動作時前傾姿勢を改善させることが腰痛軽減につながると考えられる。したがって、看護動作時に腰部負担がかかる危険な前傾角度になっていることを認知させる本システムの活用は、看護動作時の前傾姿勢を改善させ、腰部負担軽減につながると考える。

また同様に、両膝の屈曲角度も、右膝39.0±9.1°、左膝33.8±10.0°から右膝53.8±4.3°、左膝47.8±12.5°と増加しており、システム活用時に膝を屈曲していることが認められた。このことから、本システム活用した場合、看護動作時に自己の動作姿勢を「音」と「映像」からリアルタイムに認知およびフィードバックすることになり、前傾姿勢とならないように両膝を屈曲して重心を低くするというボディメカニクスを活用した姿勢をとったと考えられた。

ボディメカニクスは、物理学と力学の諸原理を利用した経済効率のよい動作とされ²⁹⁾、その活用は姿勢改善を促し、腰痛予防が可能となると考える。今回、看護動作時の前傾姿勢角度と膝屈曲角度をボディメカニクス活用の評価ポイントとしたが、前傾姿勢とならないように両膝を屈曲して重心を低くするということは、重心が看護者の基底面積の範囲内で動いていることも意味し、このような動きが連動してはじめて安定した動作となり、腰部への負担が軽減すると考えられる。このような腰部負担軽減につながるボディメカニクス活用を看護学生のときから習得できれば、看護職の職業性腰痛の軽減につながると考える。

一方、ボディメカニクス活用にとって重量物の重さや取り扱いも重要となる³⁰⁾が、本研究では、看護学生が入学後初期の段階で習得する「ベッドメイキング動作」におけるボディメカニクス活用の学習において学生が理解しやすい内容を重要なポイントのみに限定し、学習目標を明確にすることが必要と考えた。「ベッドメイキング動作」は重量物を取り扱わない看護動作の中では最も腰痛を起こしやすい看護動作であり¹⁰⁾、今回開発したボディメカニクス学習システムでは看護学生を対象として動作時の前傾姿勢角度と膝屈曲角度に限定し、評価のポイントを明確にした。

また、本システムの活用に対する意識調査において、「システム活用はボディメカニクス学習にとって有用」と回答した者が4.8±0.4/5点と高値を示していた。このことから、本システムを活用した学生は、看護動作時にボディメカニクス活用をリアルタイムフィードバックすることを体感し動作時姿勢の改善がはかれたという事実をもとに、ボディメカニクス学習にとって有用と回答したものと考えられる。

一方、看護動作中の「側面方向からの動作映像」をシステム表示画面に取り込んだものの、その評価は他の項目よ

り低い $4.3 \pm 0.9 / 5$ 点であり、今後の検討課題となった。このことから、ベッドメイキング動作時においては、実際にシートを見ながら角の折り込みなどを行わなければならない、大スクリーンに「映像」を表示しても見て認知することは困難であったと考える。そのため、危険角度を「音」によって知らせる機能は $4.9 \pm 0.5 / 5$ 点であり最高値であったことから聴覚からの刺激は有効であることが示唆された。本システムをより効果的に活用していくため、視覚的にもより効果的に評価可能な表示画面および定量的な評価を追究していく必要がある。

なお、本研究で対象としたシステム装着者数は8名と少ないため信頼性については不十分であり、表2の対象4のような前傾角度と膝の屈曲角度の関係が他と異なる事例もみられた。また、今回実施した評価実験では、姿勢計測センサ装着による弊害や実施回数を重ねることによる学習効果を考慮して、被験者は事前に装着具を装着してのベッドメイキング動作を2～3回練習した後に実験を行った。しかし、このことは練習による慣れが生じシステム活用による効果が低下する可能性もある。今後は、より信頼できるデータを得るよう、被験者数を増やすとともに検証方法についても再検討していく必要がある。

VI. 結 論

看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を搭載したボディメカニクス学習システムを開発し、看護学生を対象としてその活用の有効性を検討し、以下の結果が示された。

1. ベッドメイキング動作において、「システム非活用」時の前傾姿勢角度平均値は $39.4 \pm 5.0^\circ$ であり危険角度域

であったが、「システム活用」時の前傾角度平均値は $19.0 \pm 4.3^\circ$ まで減少し、前傾姿勢が有意に改善することが認められた ($p < 0.05$)。

2. ベッドメイキング動作において、「システム非活用」時の右膝屈曲角度平均値は $39.0 \pm 9.1^\circ$ 、左膝 $33.8 \pm 10.0^\circ$ であり、「システム活用」時での膝屈曲角度平均値は右膝 $53.8 \pm 4.3^\circ$ 、左膝 $47.8 \pm 12.5^\circ$ と有意に増加し、両膝を屈曲した姿勢となったことが示された ($p < 0.05$)。
3. 本システムの備えているさまざまな機能の有効性を評価した結果、「危険角度における音発生」機能の評価は 4.9 ± 0.5 点と最も高得点であった。
4. 本システムの活用に対する意識調査の結果、「システム活用によって看護動作姿勢が改善できると思うか」という問に対する評価が 4.8 ± 0.8 点、「システム活用はボディメカニクス学習にとって有用と思うか」という問に対する評価が 4.8 ± 0.4 点と高得点であった。

以上の結果から、本システム活用によって看護動作姿勢改善が認められることが示され、その有効性が認められた。

謝 辞

本研究の実施にあたりご協力いただきました看護学生有志の皆様へ深謝致します。また、本システム開発にあたりご協力いただきました滋賀県立大学工学部安田寿彦准教授、教育方法についてご指導いただきました大阪大学大学院人間科学研究科前迫孝憲教授に深く感謝申し上げます。

なお、本研究は、日本学術振興会科学研究費平成17～19年基盤研究(C)(課題番号17592217研究代表者：伊丹君和)によって実施された。

要 旨

本研究では、看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を搭載したシステムを開発し、その有効性を検討した。看護学生8名を対象として評価実験を行った結果、1) ベッドメイキング動作において、「システム非活用」時の前傾姿勢角度平均値は高く腰部負担危険域であったが、「システム活用」時では前傾姿勢が有意に改善した。2) ベッドメイキング動作において、「システム非活用」時の左右の膝屈曲角度平均値は低値であったが、「システム活用」時では有意に増加し、両膝を屈曲した姿勢となったことが示された。3) 本システム機能の有効性を評価した結果、「危険角度における音発生」機能の評価は最も高得点であった。4) 「システム活用によって看護動作姿勢が改善できると思うか」という問に対する評価は高得点であった。

以上の結果から、本システム活用によって看護動作姿勢改善が認められることが示され、その有効性が認められた。

Abstract

In the present study, in order to improve posture during nursing actions, we developed and investigated the effectiveness of a system equipped with a function that generates a sound when nurses' are positioned at dangerous angles.

Our experiment conducted on a total of eight nursing students revealed the following :

- 1) During bedmaking, without use of the system the mean angle of forward leaning was large and the burden on the lower

back was at a dangerous level. However, the angle of forward leaning significantly improved with the use of the system.

2) During bedmaking, without use of the system the mean angle of knee flexion was small in both legs. However, the mean angle significantly increased with the use of the system such that both knees were in a flexed position.

3) In the evaluation of the effectiveness of the present system's functions, the "sound generation at dangerous angles" function attained the highest evaluation score.

4) In the evaluation, a high score was obtained in response to the question "Do you think posture during nursing actions can be improved by using this system?"

These findings indicate that the present system is effective in improving posture during nursing actions.

文 献

- 1) 大原啓志, 青山英康: 職業性腰痛の疫学と課題, 日本災害医学会会誌, 42(6), 413-419, 1994.
- 2) 甲田茂樹, 久繁哲徳, 他: 看護婦の腰痛症発症にかかわる職業性要因の疫学的研究, 産業医学, 33, 410-422, 1991.
- 3) Dehlin, O., et al: Back symptoms in nursing aides in a geriatric hospital, Scand. J. Rehabil. Med., 8, 47-53, 1976.
- 4) Jensen, R. C.: Disabling back injuries among nursing personnel, Research needs and justification. Res. Nurs. Health., 10, 29, 1987.
- 5) 前掲書, 2)
- 6) 北西正光, 名島将浩: 看護業務従事者における腰痛の疫学的検討, 日本腰痛会誌, 1(1), 13-16, 1995.
- 7) 田部由紀子, 他: 看護者の腰痛緩和-腰部保護ベルトと腰痛体操の経時的効果の比較, 日本看護学会論文集 看護管理, 29, 188-190, 1998.
- 8) 伊藤俊一, 菊本東陽, 他: 腰椎コルセットの効果に関する筋電図学的検討, 理学療法学, 23, 46, 1996.
- 9) 安田寿彦, 林 琢磨, 他: 自立支援型移乗介助ロボットの研究, 日本機械学会福祉工学シンポジウム, 213-216, 2005.
- 10) 武末希子, 水戸優子, 他: 看護におけるボディメカニクスに関する文献の検討, 東京都立医療技術短期大学紀要, 第11号, 175-181, 1998.
- 11) 小川鑛一, 鈴木玲子, 他: 看護動作のエビデンス, 東京電気大出版局, 2003.
- 12) 久留島美紀子, 伊丹君和, 他: 看護・介護作業時のボディメカニクス活用状況に関する一考察, 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌, 7, 90-96, 2003.
- 13) 宮本雅史, 他: 新人看護職員を対象とした腰痛教室, 整形・災害外科, 41, 223-230, 1998.
- 14) 土方浩美, 武石浩之, 他: 看護短期大学生におけるアンケートによる腰痛調査, 東京女子医科大学看護短期大学部研究紀要, 19, 99-97, 1997.
- 15) Klaber, M. J. A.: A longitudinal study of low back pain in student nurses. Int. J. Nurs. Stud., 30(3), 197-212, 1993.
- 16) 古株ひろみ, 北村隆子, 他: 看護婦の腰痛予防に関する研究(第1報), 看護女子学生の腰痛実態調査, 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌, 5, 45-51, 2001.
- 17) 水戸優子, 支自岐康子, 他: 基礎看護教育における「ボディメカニクス」の効果的教材の開発(2), 東京都立保健科学大学学術雑誌, 2(1), 13-15, 1999.
- 18) 土井英子, 石本傳江, 他: ボディメカニクス習得における視聴覚教育方法に関する検討-動作解析装置を用いたベッドメイキング動作の分析, 新見公立短期大学紀要, 21, 75-82, 2000.
- 19) 高橋由紀, 中村恵子: 看護学生のボディメカニクス習得に関する研究(2)VTR視聴による指導前後の姿勢・表面筋電図の変化, 日本看護技術研究学会誌, 5(1), 21-31, 2006.
- 20) 前掲書, 16)
- 21) 伊丹君和, 安田寿彦, 他: 看護者の腰痛予防のためのボディメカニクス自己学習支援システムの開発-ボディメカニクス活用動作の自己チェックシステムの試作と評価-, 人間看護学研究, 5, 27-37, 2007.
- 22) 平田雅子: 腰痛を引き起こす姿勢, 動作-ボディメカニクスの観点から-, 看護技術, 36(15), 11-15, 1990.
- 23) 伊丹君和, 安田寿彦, 他: ボディメカニクス活用動作に関する教育用自己チェックシステムの試作, 日本教育工学会第22回全国大会, 217-218, 2006.
- 24) 大秦静恵, 佐々山香, 他: ベッド足浴時における看護者の腰部の負担度, クリニカルスタディ, 18(4), 32-37, 1997.
- 25) 伊丹君和, 藤田きみゑ, 他: 看護作業姿勢からみた腰部負担の少ないベッドの高さに関する研究, 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌, 4, 21-27, 2000.
- 26) 人間生活工学研究センター: 日本人の人体計測データ, 2003.
- 27) 伊丹君和, 安田寿彦, 他: ボディメカニクス活用動作に関する教育用自己チェックシステムの試作(第2報), 日本教育工学会第23回全国大会, 465-466, 2007.
- 28) 前掲書, 6)
- 29) 前掲書, 11)
- 30) 前掲書, 22)

[平成21年3月30日受 付]
[平成21年12月17日採用決定]

急性期意識障害患者と家族のかかわりから明らかになった 救急看護師の家族援助

The Family Support of Emergency Nurse that Become Clear from the Relation
Between Acute Disturbance of Consciousness Patient and the Family

田 中 晶 子
Akiko Tanaka

キーワード：救急看護師，家族，急性期意識障害患者，触れる，コミュニケーション

Key Words : emergency nurse, family, acute disturbance of consciousness patient, touch, communication

I. はじめに

わが国の救急医療は、1963年より開始され、急病の増加、重症患者収容施設の不足という社会問題から、1977年に、1次・2次・3次救急医療体制が整えられるようになってきた¹⁾。1991年には、救急救命士制度が発足し、救急効果の向上という観点から、心肺停止状態や意識障害などの救急患者に対する初期治療を飛躍的に進展させるプレホスピタルケアという方向性が見出されている²⁾。さらに、1995年には、救急技術から危機状況にある患者の精神面の看護にいたる幅広い救急看護領域の知識や技術が発達し、各場面に応じた的確な技術を実践できることを目的に救急看護師の育成を開始した³⁾。そして1997年には、日本で初めて17名の救急看護認定看護師が誕生し⁴⁾、救命救急センターにおける看護師の果たす役割の広がりや重要性が認識された。

救命救急センターの看護師は、しばしば瀕死状態の患者に直面することが多い。家族は、急変し意識を失った患者と初めて面会する時、動揺し呆然と立ち尽くす。著者はこのような家族に対し看護師として、どのように関わればよいか、臨床の場で迷う事が多かった。急性期の家族介入に関しては、危機理論を用いた介入が提唱されている。危機モデルには、Fink⁵⁾・AguileraとMessiek⁶⁾・山勢のモデル⁷⁾等がある。フィンクは危機のプロセスは衝撃の段階からはじまり、この段階では計画や思考力・状況理解力の低下を示すと述べている。日永田⁸⁾らは、AguileraとMessiekの危機モデルに基づき、家族が危機に陥る要因とその介入効果を明らかにした。その結果緊急入院患者家族が情緒的危機に陥る要因として、救命センターのイメージ、情報不足、患者の容姿の変化や、どのような医療処置が行われているかわからない事を挙げていた。家族に今の現実を理解しても

らう為、面会前に患者の状態をイメージできるような情報を提供することが、危機回避への有効な介入であると述べている。山勢⁹⁾は、救急看護領域では、患者は突然発症し、意識レベルが低下していることから家族も心理・社会的危機状態にあることが多く、家族を対象とした研究に取り組む必要性を示唆している。これらの研究のように現在クリティカルケア領域での家族研究は、家族を「危機的状況にある」と捉えた研究が多くみられる。しかし危機的状況にあるとされる家族に、医療者は刻々と変化する患者の状況説明を行わざるをえない。この時家族は医療者の説明をどのように理解し、患者と関わりをもっているのだろうか。このような疑問から家族を、危機という視点からではなく、その時その場の様子や認識から理解する必要があると考えた。

家族の理解に関しては、家族のニーズに関する研究^{10) 11) 12)}が多くみられる。しかしこの研究は家族のみに焦点をあてており、患者と家族のかかわりを通してみていない。

緊迫した救急医療の場では、意識障害患者と家族のかかわりに焦点をあてることの困難さから、参加観察とインタビューから患者と家族のかかわりを明らかにした研究は稀少である。

そこで本研究では、患者が救命救急センターに搬送されてきた直後から患者と家族のかかわりの様子を、救急の場面に身を置き、その場の文脈や時間の流れの中から患者と家族のかかわりを捉えていく。患者と家族のかかわり方を捉えることで、急性期にある意識障害患者と家族のかかわりにはどのような特徴があるのか理解できる。本研究は救急看護師の家族援助のあり方に示唆を与えられるものだと考えている。

II. 研究目的

救命救急センターに搬送された急性期意識障害患者と家族のかかわりの場面を分析することにより、救急看護師が家族援助を行う際に考慮すべき事柄を見出すことである。

III. 用語の定義

家族とは、衣・食・住を共にしながら日常生活を送っている小集団のことを指す。

現に救命救急センターに面会に来ている家族で、急性期意識障害患者とより親密な関係にあった夫婦及び親子とした。

IV. 研究方法

1. 研究のデザイン

家族は、救命救急センターに搬送された患者の変わり果てた姿を見て、呆然と立ちすくむことが多い。救命救急センターで面会する家族は、患者との親密さの基盤が崩れ茫然自失状態にある。このような家族の姿を単に外側から見ただけでは、患者と家族の心情理解は難しい。従って患者と家族の主観的な体験に迫る為には、質的記述的研究が適していると考えた。

2. 研究参加者

本研究の参加者は、急性期意識障害患者とその家族のうち以下の条件を満たす者とした。

- 入院して2・3日以上意識障害をきたしている患者にかかわる家族
- 意識消失していることで、会話や筆談で意思の疎通が充分とれない患者の家族。
- 原則として面会に毎日来ている家族。
- 研究の主旨を理解し、同意が得られた家族。

3. データ収集方法

データ収集は6ヶ月間にわたり行った。具体的な方法は以下に示した通りである。

1) 参加観察法

Emerson¹³⁾は「他者の生活における重要な場面や状況を観察し理解するためには、そのただなかに身を置き、内側の視点から観察する」ことが重要であると述べている。

救命救急センターでは、搬送直後から患者の命を救うことに主眼がおかれている。家族は、救命しているその場を目の当たりにし、何を感じ・考えながら患者を理解し、患者と関わっているのかを把握するには、Emersonの考えに基づき参加観察を行うことが必要であると考えた。そこで著者自身が救命センターという緊急性の高い現場に溶け込み、医療者という視点をできるだけ排除し、家族の視点に立ち、突然意識を失った患者を、家族はどのように受け止め、感じ、かかわろうとしているのかについて、家族が意

識障害患者とかかわっているベッドサイドで、家族の内面から捉えていくように努力するという方法で参加観察を行った。

著者は救命救急センターに家族が到着した時点から、家族の視線に近い位置に立って付き添った。参加観察は、家族が患者と面会が許された時から、患者が退院するまでの間の面会時間に行った。家族が動揺していることが予測される為、家族の表情や行動を観察し、面会前に椅子等を用意し、家族がベッドサイドで、落ち着ける雰囲気作りをした。医師及び看護師の説明時には家族に許可を得て同席した。

2) インタビュー

インタビューで家族の心情を吐露してもらう為に、面会終了後にも関わりをもった。家族を救命救急センターの外まで送り、家族の思いや不安を聞き、雰囲気を変え家族の気持ちをより表出できるようなかかわりをした。そして家族から著者に話しかけてくれるようになった時に、インタビューの許可を得て、面談室を使用しインタビューを行った。面接時間は家族の疲労を考慮して30分以内とした。

インタビューの内容は、a. 患者と始めて面会をした時、どのように感じたのか、b. その後医師の説明の受け止め方に変化があったのかc. 患者の病を家族はどのようにとらえようとしているかd. 参加観察時に著者が疑問に思ったことなどの点であるが、著者との対話の中で家族が自由に語ることを大切にしながら、インタビューを行った。承諾が得られた家族にはテープレコーダーに録音した。

3) 記録物

患者の状況や家族構成等を把握するために、管理者の許可を得て、カルテ・看護記録より患者や家族の状態についての情報を得た。

4. データ分析方法

参加観察とインタビューで得られた記述データを分析した。参加観察で得られたベッドサイドでの行為や家族の患者への思い・感情を表現している部分を、患者のキーパーソンである家族に焦点を当て、記述された文脈や時間の流れの中から抽出した。さらに参加観察で得られた記述データにインタビューで得られた記述データを加えることで、患者と家族がどのようなかかわりをしているのかを読み取り表現した。

以下に具体的な手順を示す。

- フィールドノートとインタビューデータを何度も読み返し、患者と家族のかかわりの様相を把握した。
- 患者と家族のかかわりの記述から、そこで語られていた家族の考えや感情などを表現している文脈を抽出した。そしてその時その場面の状況を、家族の立場に立って解釈を加えた。

3. 2. の内容にインタビューデータを加え、患者と家族がどのような関わりを行っているのか、またそのかわりにはどのような意味があるのかについて解釈を加えた。

4. 3. までのデータを基に、救命救急センター入院時を1病日目とし、患者と家族の面会場面のかかわりを、時間軸を意識しながら再構成して記述した。そして患者と家族のかかわりの場面を、その時々家族の立場に立ち、家族の感情や考えをもとに、文脈における関連性を見直し、解釈を再検討した。

5. 分析結果の信頼性

本研究は研究対象者の「いま・ここ」での体験を再構成しようとするものである。従って参加観察及びインタビュー時のデータに不足している情報はないか、誤りがないか可能な限り研究対象者に確認をとりながら行った。また著者の偏った解釈にならないよう、データ収集や分析の全過程を通して研究指導者のスーパーバイズと看護研究者5～8名で構成されたサポートグループにより、収集したデータの読み込みや解釈の検討を行い信頼性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は研究対象である病院の看護部長および救命救急センター看護師長の許可を得て実施した。対象患者と家族は、救命救急センター看護師長の了解が得られた者とした。

今回の研究は、患者と家族に焦点を当てたものではあるが、著者が患者や家族の状況を論文で表現するにあたり、看護師及び医師の行動や反応、説明内容がフィールドノートに表現されることもあることを伝え看護師長に了解を得た。

家族に研究同意を得る方法としては、家族は患者が入院した当初かなり動揺していると予測された為2・3日は、救命救急センターのスタッフという立場で面会する家族の傍に寄り添った。その後家族が患者の状態を積極的に医療者に質問してくるようになった時期に、家族に対して著者の身分、研究の目的、内容について口頭で説明した。この時著者は、以前救命救急センターに勤務した経験があることを伝え、患者に異変が現れた場合には、患者の生命を最優先して関わることも説明し承諾を得た。口頭で説明し、了解が得られた家族に対してインタビューを行わせてもらう前に文書を提示し、著者が内容の説明を行った。また面会に同席する時やインタビュー時には、毎回家族に確認をとり行うようにした。得られたデータは個人が特定できないように配慮し、本研究の目的以外では、使用しないことを説明した。研究への参加は家族の自由であり、いつでも中止でき、また話したくないことは無理に話す必要はない

ことを説明した。

著者は、救命救急センターの治療方針及び家族ケアの方法に沿って行動した。また、家族に聞かれた質問で即答できない点がある場合は、必ず看護スタッフに伝えた。さらに、家族の面接で得られた情報で、今後のケアに重要であると思われる内容に関しては、家族に承諾を得た後、看護師長に伝えた。

フィールドノートに記載された内容に不足している情報はないか、誤りがないか、可能な限り家族に確認をとった。

V. 結果

結果の概要

研究対象者は急性期意識障害患者3名とその家族であり、その家族関係は夫婦2名と親子1名であった。(表1)

表1 救命救急センターICU病床に入院した意識障害患者とその家族3名

	面 接				患 者		
	性別 年齢	面接 回数	期間	関係	仮名	既往歴	病名・病態
A氏	男性 60歳後半	2回	11日	夫婦	仮名(昌代氏) 女性60歳前半	糖尿病	頭蓋底骨折・ 脳梗塞
B氏	男性 60歳後半	2回	10日	親子	仮名(正樹氏) 男性30歳前半	なし	急性硬膜下血腫 骨盤骨折
C氏	女性 70歳後半	2回	13日	夫婦	仮名(太郎氏) 男性70歳後半	なし	蘇生後脳症

その結果1. 家族は患者に声をかけた時の目の変化を応答として受け止めていた。2. 家族なりの思いで患者の身体に触れる行為を繰り返していた。3. 家族は医師からの説明と患者のわずかな反応から回復を実感したり、最悪の事態を考えたりしていた、というかわりの様相が明らかになった。

本文中で〈〉は各患者とその家族のかかわりの様相を示した。家族の言葉は「」で示し、著者の言葉かけを『』と表した。

再構成の記述

1. 患者に声をかけた時の目の変化を応答として受け止める

〈家族(夫)A氏は患者(妻)昌代氏に声をかけた時の目の動きや涙を反応として受け止めていた〉

昌代氏は自宅の階段下に倒れていた。A氏が様子を見にいくと昌代氏は、いびきをかいており、すでに意識はなかった。救急隊が到着した時昌代氏は、両眼瞼が腫れあがり、鼻からは鮮血が流れ出し、声をかけても反応は見られなかった。救命救急センターへ来院し、検査の結果、頭蓋底骨折・外傷性くも膜下血腫・頬骨下顎骨折・右前腕骨折・脳梗塞という診断が下され治療が開始された。

A氏の妻である昌代氏は、糖尿病を患っていた。A氏は、1病日目にかかりつけ医師を連れてきて、救命センターの医師と話をしている間昌代氏の状態をくまなく観察してい

た。話が一段落すると昌代氏の耳元で声をかけ始めた。しかし昌代氏に変化はみられなかった。その後手をさわりながら、「ママわかる、ママ」と大きな声をかけた後、「T先生も来てくれましたよ」と言った。すると昌代氏の中から1粒の涙が流れた。その涙を見てA氏は「あー涙を流してくれた」と言った。2病日目には小学校からの友人が「昌代ちゃん」と声をかけた。すると昌代氏は、左目を1/4程開き眼をキョロキョロ動かしていた。昌代氏の実かな眼の動きにA氏は「反応がとてよかった」と安堵した表情になった。そして昌代氏の眼の動きを再確認する為に、瞼を上へ引っ張り眼の動きをみていた。

即ちA氏は昌代氏に声をかけた時の眼の動き、涙、開眼状態等の目の反応を応答として受け止めていた。

〈家族（父親）B氏は患者（息子）正樹氏に声をかけた時の瞬きや目つきを反応として受け止め対話をしていた〉

正樹氏は建設現場の2階から墜落し、頭と腰を打った。救急車で病院に到着した時には、意識があったが徐々に意識を失い、瞳孔不同となり、開頭血腫除去術の緊急手術となった。

4病日目にB氏は正樹氏に「ほらわかるか、こら目を覚ませ。もう充分眠ったろ」と声をかけると正樹氏は左目をうっすら開けて黒眼を左から右に動かした。「これで意識があることはわかった」といい正樹氏の名前を呼び続けた。9病日目にB氏が面会に来ると正樹氏は、両目を開けてB氏の方を凝視していた。B氏は、「オーィ正樹わかるのか、ごめんな、こんなことになっちゃって、ごめんな」としきりに頭を下げて謝っていた。そして「おいそんなに怖い目でにらむなよ」と正樹氏から距離を置きながら言った。また正樹氏に向かって「ごめんなって謝ってるじゃないか、おいそんなににらむなよ、仕事のことは心配なくていいからな。・・・わかるか正樹」と声をかけた。正樹氏はB氏の声に反応するように瞬きをしていた。B氏は「よーしわかるんだな正樹、・・・ごめんな、本当にごめんな、こんなことになっちゃって、厳しいこといろいろ言っちゃって、こんな身体にさせちゃってよ。もう厳しい事言わないからな。父さん出来ることなら、おまえと変わってやりたいよ。そんな目でにらむなよ。おいごめんなって謝っているじゃないか。おい正樹」と言った。

即ちB氏は正樹氏に声をかけた時の開眼状態や瞬き、にらんでいるような目の反応を、応答として受け止めていた。

〈家族（妻）C氏は患者（夫）太郎氏に声をかけた時の開眼を応答として受け止め喜んでいた〉

太郎氏は、昼食を済ませた後「冷たい水が飲みたい」と言いC氏は太郎氏に冷水を渡した。その冷水を飲んだ途端に、太郎氏は意識を失い倒れた。C氏が太郎氏の状態を見

ると呼吸をしていない為、すぐに救急車を呼び、心肺蘇生が行われ、蘇生後脳症と診断された。

3病日目の太郎氏は瞬きをせず、ただ眼を見開いていた。妻・娘・孫が面会に訪れ、孫が「おじいちゃん」と声をかけると頷いた。娘が、「お父さん目を開けている」とC氏に声をかけた。C氏は太郎氏の顔の近くまでいき、目をのぞき込むや否や驚いた表情をして「あーほんとだ目を開けている。お父さん、わかりますか」と言った。C氏の手を太郎氏の目の前にかざし眼の動きを確認したが、太郎氏は瞬きをせずただ目を見開いているだけだった。10病日目にC氏が、太郎氏の耳元に近づき、「お父さん来ましたよ。今日はDちゃんとEちゃんが一緒に来てくれたんですよ」と声をかけると、太郎氏は両目をぱっと開けた。C氏は「あらわかったんですね」といいながら太郎氏に頬笑みを返していた。

即ちC氏は太郎氏に声をかけた時に目を開けるという反応を応答として受け止めていた。

2. 家族なりの思いで患者の身体に触れる行為を繰り返す

〈家族（夫）A氏は患者（妻）昌代氏の下肢の屈曲・伸展運動を繰り返していた〉

2病日目にA氏は、昌代氏が危篤状態であると理解し、昌代氏にとって大切な親戚や友人を呼び、昌代氏の状態を説明しながら下肢の屈曲・伸展運動を繰り返していた。4病日目にA氏は、昌代氏の足関節を力を込めて大きく回転し「運動しないと固まっちゃうから」と著者に言った。さらに膝と足首を持ち、全身の力を込めて屈曲・伸展運動を繰り返していた。娘は「パパそんなに激しく動かして、やめて」と言った。A氏は「動かすと刺激になるからいいんだ」と興奮気味に言いながら一生懸命足を動かしていた。『ずいぶん足を動かすことに慣れていらっしゃるんですね』と声をかけるとA氏は、「脳梗塞の母の面倒を2年半みていましたから」と言った。A氏は脳梗塞で倒れた母親のおむつ交換や足が弱くなっていく母親に運動を促していた。その経験を基にA氏は、昌代氏に足の屈曲・伸展運動を繰り返していた。A氏は長年ゴルフを行ってきており、シニア部門で優勝をする程の腕前である。「私は大のゴルフ好きでして、ゴルフは足が大切でね、・・・本当に足は大切ですよ」と言った。A氏は、ゴルフが生活の中心を占めているくらいゴルフ好きであった。また毎日足の運動や素振りを欠かさず行っていた。足を動かすことを習慣にしているA氏だからこそ、面会時も昌代氏が回復した時のことを考え、足の筋力を低下させないように足を動かし続けた。6病日目には昌代氏の足の動きが、日を追う毎に徐々に弱くなっていると感じていた。そして足の屈曲・伸展運動を行っている間中、昌代氏の頭部は上下に揺れていた。しかしA氏はそのことに気づく余裕はなかった。A氏は、

足に意識を集中しすぎるあまり、昌代氏の頭が上下に動くほど激しく動かしているという自分の行為に、気づけない状況であった。

即ちA氏は足の屈曲・伸展運動が昌代氏の回復に繋がる方法であるという思いで足に触れる行為を繰り返していた。

《家族（父親）B氏は患者（息子）正樹氏の手のツボを指押し続けていた》

2病日目にB氏は、手を左右交互に揉みながら、「おい正樹わかるか」と声をかけた。著者はB氏が何故正樹氏の手を交互にもんでいるのかその理由を聞いてみたいという気持ちになった。そして『いつもおみえになると息子さんの手を左右交互に揉んでいると思うのですが、何か意味があるんですか』と質問するとB氏は、「ツボを押しているんです。私は、若い頃空手をやっていたので、先生からツボを教えてもらっていたので、いろいろなツボを知っているんです。だから、私の病気の考え方は他の人とは違っているんです。他の人にはわからないと思います」と言った。B氏は、空手で培ってきたツボ押しを行い、自分の病気を治してきた経験がある。ツボを押すことで病気が治るという考え方は、自分の経験から確かなものになっており、正樹氏の病気もツボ押しで良くすると言う思いを込めて、手のツボを押し続けていた。

即ちB氏は、手のツボを押すことが正樹氏の病気を治すことに繋がるという思いで手に触れる行為を繰り返していた。

《家族（妻）C氏は患者（夫）太郎氏の額に触れたり足をさすり続けていた》

C氏は救命救急センターに搬送されたその日に、夫である太郎氏が危険な状態であると医師から説明を受けた直後に面会した。太郎氏の口元には気管内挿管チューブが挿入されており、人工呼吸器の機械的な音が鳴り響いていた。このような状況の中C氏は太郎氏に近づくことをためらっていた。しばらくすると恐るおそる近づいていきC氏は太郎氏に声をかけたが、反応は全くなかった。しかしC氏はタオルケットをそっとまくり右手で、太郎氏の足を足首から膝に向かってゆっくりとさすった。視線は太郎氏の足元に向いていて、顔を見ようとしていなかった。額に手をあてて声をかけたがすぐに太郎氏の足元に移動して、先程と同じように足をさすり続けていた。娘はC氏の反対側に立っていた。C氏は、その娘にハンカチを渡し、「汗かいていない、これで拭いてあげて」と小声で言った。C氏は娘に太郎氏の状態を確認してもらいたいと思いハンカチを手渡そうとしたが娘は驚いた表情をした。娘の動揺を感じとったC氏は持っていたハンカチをしまい、自分で太郎氏の状態を確認しなくてはと意を決したような表情で太郎氏

の側まで近づいていった。そして再度額に手を当て耳元で「お父さん」と声をかけ額が湿潤していないことを確認すると面会終了時まで足をさすり続けた。

10病日目の太郎氏は、声をかけると両目をぱっと開けられるようになっていた。C氏は「お父さん」と声をかけながら足をさすり著者に「足をよく動かすんですよ、きっと足がだるいんだと思うんです。ずっと上を向いているから背中も痛いと思います」と言った後、「辛そうな顔している」と言い、眉間にできた皺をC氏の指で伸ばしていた。「あら指で皺を伸ばしたら、皺がなくなった」といいながらC氏と孫と共に笑っていた。C氏は太郎氏が眉間に皺をよせながら足を活発に動かしている姿から、足がだるくて辛い為、身の置き所がなく、動きが活発になっていると考えた。そのだるい足をさすることで、今の辛さを軽くしてあげたいという思いで太郎氏の足をさすり続けていた。

即ちC氏は足をさすることが太郎氏のだるさを軽くするという思いで足に触れる行為を繰り返していた。

3. 家族は医師の説明と患者のわずかな反応から回復を実感したり、最悪の事態を考えたりしていた

《家族（夫）A氏は医師の説明と患者（妻）昌代氏の開眼状態や足の動きの変化を捉えていた》

4病日目にA氏は医師から「脳梗塞も起こしていて、今の意識レベルから考えると血管が完全に詰まっているのではなく、ちろちろと流れている状態であると考えられます」と病状説明を受けた。A氏は眉間に皺をよせ医師の話聞いていた。A氏は、「だいたい1日か2日で意識がもどらないということは、私自身かなり厳しいと思っています。ある程度までしか目もあけないしね。元々が重度の糖尿病だということを考えざるをえないかな」と言った。病状説明を受けた直後、A氏、息子、娘が面会した。

息子は「昨日より目を開けているし動いている、ママわかる」と声をかけると、昌代氏は両目をゆっくりと開け、答えようとしていた。この状況から息子は昨日より良くなっていると思った。一方医師より昌代氏の病状説明を受けたA氏は厳しい状態であると捉えているため、昌代氏が目を動かしてもそのことに気づかず、娘や息子に向かって「おまえたちは動いているのがわかるのか」といい、一生懸命昌代氏の目の周囲を見ていた。昌代氏が目を動かしていると思えないA氏は、昌代氏の上瞼を引っ張り目の動きを確認していた。娘は「パパやめて、痛いよ」と声をかけるが聞いている様子はみられなかった。この時A氏は昌代氏のわずかな変化や娘の言葉に気づく余裕もなく最悪の事態を考えていた。

6病日目にA氏はベッドサイドに立つやいなや、著者に「先生から足の動きが今までよりも弱くなっていると説明がありました」と言った。その後A氏は昌代氏の状態を確

認する為に足先を持ち、足関節をくると回した後、上下に動かし昌代氏の足の動きを観察していた。A氏は、日を追う毎に弱くなっていく昌代氏の膝と足首を持ち、回復を願いながら、今まで以上に力を込めて屈曲伸展運動を繰り返していた。

8病日目になるとA氏が昌代氏の足を動かすと目をうつすらと開け、左右に動かせるようになっていた。そしてA氏は著者に「先生の紹介でF脳神経外科病院に転院できそうです。・・・やっと運がこちらに向いてきました。」と穏やかに言った。

即ちA氏は医師の説明と昌代氏の目の動き、開眼状態、わずかな足の動きの変化から回復を実感したり、最悪の事態を考えたりしていた。

《家族（父親）B氏は医師の説明と患者（息子）正樹氏に声をかけた時の反応や、顔や足の変化を捉えていた》

医師はB氏に、「まず生命の危機を救う処置をしていきます」と説明し正樹氏の手術を行った。手術が終わり正樹氏と面会したB氏は、声をかけても反応がない正樹氏の姿と向き合い「こんなになっちゃって」と落胆した。3病日目にB氏は著者に向かって「最初腰を打ったと思ったんですよ。意識はありましたから、救急車の中で、頭が痛いって言って頭を冷やしたりしたんです。そうしたらこんなになっちゃって」と言った。B氏は手術を行った事で意識がなくなってしまったと理解していた。しかし日を追う毎に正樹氏の顔や足のむくみがとれてきた事や、声かけをすると足が動くという反応から正樹氏は今眠っており、「あと1週間位すれば眠りから覚めるに違いない」という思いで正樹氏にかかわっていた。4病日目には、38度以上の熱が出ていた。しかしB氏は「今日はすっきりしています。今日は顔の腫れも顔色も良くなってますね」と穏やかに言った。5病日目にB氏は正樹氏が呼吸をしていないことに気がつき、「正樹は時々呼吸が止まってしまうんです」と著者に言った。正樹氏は、自発呼吸ができるようになっていた為人工呼吸機をはずす訓練を受け始めたばかりであった。その為、自分で呼吸をすることを忘れてしまうことが多く、看護師は正樹氏の状態をベッドサイドやモニターで頻回に観察していた。しかし医師から高熱の原因は頭ではないと伝えられたB氏は、正樹氏が呼吸をし忘れることがあっても「今日は息子の目が輝いているから大丈夫なんです。さっき目を開いてみたら目が輝いていたんです」と言った。この眼の状態を見てB氏は大丈夫と判断していた。

9病日目になると、正樹氏の伸びきっていた膝は曲がるようになり、車椅子に両膝を揃えて乗車できるまでになっていた。B氏も正樹氏が日々回復していくことを実感していた。10病日目の面会時間に正樹氏は閉眼していた。B氏

が「正樹」と声をかけたが反応はみられなかった。B氏は「意識がなくなっちゃたんじゃねえだろうな、今までの顔と違うから大丈夫だと思うけど心配だ。今はいつも寝ている時の顔をしているから大丈夫だと思うけど、又意識がなくなっちゃったんじゃないかと思って」と言った。B氏は正樹氏の病状が安定していると理解しているつもりでも、声をかけると目を開ける、という今までの反応が返ってこない病状が悪化したのではないかと心配し、また意識が無くなってしまったのではないかと最悪の事態を考えていた。

即ちB氏は医師の説明と正樹氏の顔や足の浮腫、わずかな足の動きの変化、開眼状態から回復を実感したり、最悪の事態を考えたりしていた。

VI. 考察

1. 家族は面会初日から患者の身体に触れていた

普段家族は、互いに言葉でコミュニケーションをとっていた。ところが入院すると、意識不明で声をかけても返事がない患者とどのようにかかわっていか解らなくなった。そのうちに家族は、患者に触りはじめた。この触れるという行為を通して家族は患者と対話をしはじめたのではないだろうか。市川¹⁴⁾は「対象としての身体は主観から切り離された対象ではない。私が手にさわるという場合、さわられる手は同時にさわる手でもある」と述べている。このように家族は患者の身体にさわるという行為を通して「さわる」「さわられる」という触覚を通じた相互交流を行っていたと考えられる。

3人の家族は面会に訪れる度に足をさすったり、屈曲・伸展運動を繰り返したり、指圧を行ったりというそれぞれのやり方で患者の身体に触れていた。Davis¹⁵⁾は、「ふれることは人間として最も基礎となるコミュニケーションの形式である」と述べている。このことから家族は、患者の身体に触れた時の感覚を頼りにコミュニケーションをとっていたと考えられる。中村¹⁶⁾は「触覚は、筋肉感覚や運動感覚の助けを得て、ものを掴み、とらえる働きをし、この把握は一つの全体をとらえることである」と述べている。つまり家族は、触覚を通して、患者の全体的な状況を把握し、現状を知る為の行為を行っていたといえる。

アーサー・W・フランク¹⁷⁾は自らのがん体験を通して「人間の苦しみは分かち合うことで耐えられるものになる」と述べている。3人の家族も、患者と今まで日常的に交わしてきた言葉を通しての会話ができなくなり、意識を消失した患者とどのようにかかわっていか日々悩み苦しみながら時間を過ごしていたと推測できる。その苦しみを患者と分かち合うために患者の身体に触れて、現状に耐えていたと考えられる。

佐藤¹⁸⁾が「親密な家族関係には身体的コミュニケーションが存在する」と述べているように、家族が患者とコミュニケーションをとろうとする欲求が増してくると、家族は自然に患者の身体に触れるようになる。柏木¹⁹⁾は「言語的であれ非言語的であれ、相互の意志疎通の為にコミュニケーションが円滑に行われることは、共同的関係の維持に必須の事である」と述べている。家族は、患者との関係を維持するために面会初日から自らの意志で患者の身体に触れていた。その行為は一方的に患者に触れているように見えるが、実は触れる行為により、患者と家族の相互コミュニケーションが成り立っている。コミュニケーションが成り立てば、患者と苦しみを分かち合っているという認識が生まれ、家族は患者との関係性を維持することができる。従って救急看護師は、家族が患者に様々な方法で触れることはコミュニケーションを維持するために必要である、ということに家族が気づくことができるように促す必要がある。

2. 家族が患者に触れる行為は刻々と変化していた

始めて患者と面会する時家族は、普段呼びかけていたように声をかけ、患者の様子を見ることで現状を理解しようとしていた。しかし規則的な人工呼吸器の鳴り響いている音や患者の異常を知らせるアラームの音を耳にし、又遠くから患者の姿を見て患者の状態を理解しようとしても現状が良くわからないと感じた家族は、患者の身体に直接触れて確かめざるを得ない状況にあったと考えられる。C氏は面会当初太郎氏の状況をどのように受け止めていいのかわかりながら、恐るおそる患者の足元に寄り添い足に触れていた。A氏は面会当初昌代氏の状況から、もう助からないという思いでかかわっていた。中村²⁰⁾は、「触覚とは、ものとの皮膚接触にとどまるのではなく、精神のなかで、ものが持つ生命そのものと触れ合うことである」と述べている。このことから、それぞれの家族は、患者の身体に触れるという触覚を通し、患者の生命に触れ、生きている実感を感じ取ろうとしていたと思われる。

C氏は太郎氏の意識が回復するにつれ、顔を覗き込んだり、眉間の皺を伸ばす等太郎氏と積極的にかかわっていた。A氏は昌代氏の足に触れ、わずかではあるが足を動かしていることに気づいた。そして母親の介護体験や自らの趣味を通して培われた足を鍛える方法を基に昌代氏の足を動かしていた。池川²¹⁾は「ふれることによって患者の体験している世界を了解することができる」と述べているように、家族は自らの手で患者の身体に触れることで、患者が徐々に意識を回復していく過程を了解していたといえる。

その後A氏は日を追う毎に昌代氏の足が弱くなっているという変化に気づき、無我夢中で昌代氏の足を激しく動かすようになっていった。患者の状態が悪化したと実感した

A氏はまさしく「生のさなかで死に切迫している行為」²²⁾を行っていたといえるのではないだろうか。

従って救急看護師は、家族が患者に触れる行為には、生きているかどうかを確かめる行為や、回復を実感する行為、また死が迫っていると感じた時の行為など家族の心情が行為となって表れていることを理解し、患者と家族のかかわりを観察する必要がある。家族の行為を観察することで、積極的に家族介入を行っていくべき時期か、患者と家族のかかわりをそっと見守っていた方がよい時期かを判断する事ができる。

3. 家族は患者のわずかな反応を見逃さない

家族は、意識障害になり変わり果てた患者の姿に衝撃を受け、混乱しているだけでなく、患者の今の状態を、医療者側の捉え方とは違う、家族なりの方法で把握しようとしていたと考えられる。

B氏は正樹氏の凝視した目を「にらんでいる」と捉えていた。著者²³⁾は「生死をさまよう患者とかかわる家族の中には、面会を繰り返す間に自責の念を強め、自ら心の傷を深くしていく場合がある」ことを明らかにした。B氏は面会を繰り返すうちに、今まで息子に厳しくしてきた姿勢を振り返り、意識障害の原因を作ったのはB氏自身であると考えようになっていた。柳田²⁴⁾は脳死状態の息子とのかかわりを通して「ぬくもりがあったり、呼吸をしているその胸にふれたりすると際限なく無言の会話が成立する。それは人生や生活を共有した、それをいとおしむ気持ちをもった「2人称」という立場でないとわからない」と述べている。この様に家族が捉える患者の反応には、今まで共に暮らしてきた家族と患者との過去の歴史を踏まえた独特のかかわり方が存在する。

C氏は今まで大きな病気をした事がなかった太郎氏の突然の出来事に驚いていた。しかし今まで太郎氏の調子が悪い時に、よく行ってきた額に手を当てるという行為を通して、太郎氏の今の状態を理解しようとしていたと考えられる。鈴木²⁵⁾は「家族は日頃から互いに身体的、精神的な健康状態をそれとなく観察し合っているものである。そのため家族のちょっとした変化にも敏感に反応したり、キャッチして異常を早期発見することができる」と述べている。家族は面会時に感じた患者の目つきや額の湿潤状態等のわずかな変化を反応として捉えていた。家族は患者と共に生活してきている。そのため患者が普段から体調を崩すと熱を出しやすい体質であることや、気に入らない時に示す目つき等共同生活の中で知りえた事を踏まえて患者を観察している。面会時には、無意識のうちに患者の特徴を捉えているといえる。

看護師は意識レベルの確認を行う際、世界的基準である、Glasgow Coma Scale (GCS)の分類に基づいて確認する

ことが多い。患者に声をかけたり、痛み刺激を与えてもまったく開眼しない場合は、意識レベルはEの1と理解し記録する。家族が捉えた反応をGCSに照らしあわせると、基準の上では意識レベルのアップには繋がらない反応もある。しかし家族が捉えた患者の反応も念頭に入れ、患者の意識レベルを確認していく事で、患者自身がわずかに動く目や手・足で精一杯表現している反応を読み取るきっかけになる。

救急看護師は家族が捉えた患者の反応を意識して観察することで、患者の意識レベルの変化にいち早く気づける可能性が高くなると考えられる。

4. 家族はケアに参加している

家族は毎日面会に訪れ、患者と場の共有をしていた。家族が声をかけ手や足に触れると、患者はそれに答え開眼したり、足を動かし反応を示していた。メイヤロフ²⁶⁾は、「場の中にいるとは、世界で他の人と実際にかかわっていることを表し、絶えず新しくなっていく、そのつど再認識される」と述べている。家族は患者のベッドサイドに佇み、患者が示す反応から新たな関係性をもとうとしていた。西村²⁷⁾は「病む者の傍らにとどまろうとする態度にすでにケアという営みが現れている」と述べている。家族は面会に訪れるたびに患者の傍にずっととどまっていた。とどまる事で家族は声かけや足の屈曲伸張運動・足をさするといった行為を行った。その行為の返答として患者は開眼したり、足を動かした。これは家族が患者のそばに佇んでいることで生み出されたケアであったと考えられる。

立花²⁸⁾は、「意識には痛み等の外見的に理解できる外的意識と声や行為にならない内的意識が存在すると述べている。そしてペニシリンショックで瀕死状態になり生還した豊倉氏自身の体験から、大きな声で励ましの声をかけ、手を握りしめ、安心感を与える事が意識回復には大切である」と語っている。すなわち聴覚刺激と触覚刺激は昏睡状態にある患者にも伝わり、知覚され、内的意識に働きかけ、意識を回復する可能性があることを示しているといえる。加悦²⁹⁾は「苦痛を伴う検査時には、声かけと共にタッチする事で、患者のリラックス効果が高まる」と述べていた。意識障害患者は身体に様々なチューブが挿入され、機械的な音に支配されてベッドに横たわっている。その為かなりの緊張状態にあるといえる。このような訴えにならない患者の苦痛を軽減するためにも、耳慣れた家族が声をかけながら触れることは、意識障害患者にとって心地よい安心感につながる。

このような事から清潔ケア等看護師が患者の身体に触れるケアを行う時には、家族に声をかけてもらいながら行うことで、患者の緊張が緩和され、患者からの反応がより得やすい可能性が考えられる。即ち救急看護師は、そこにい

る家族を只の傍観者にせず、家族と協力して行えるケアを計画し実施するとよい。

5. 家族と医療者の病状理解に対する見解の違い

昌代氏の状態について医師の病状説明は、脳血流状態から説明しようとするものであったが、A氏は昌代氏の既往歴である重度の糖尿病から厳しい状況を理解していた。B氏は救急車の中では意識があった正樹氏が、病院で手術を受けた事によって意識障害になってしまったと理解していた。また指圧で病気は治ると信じ、面会の時間中手や足を指圧していた。医療者が診断による現在の病状や今後の治療方法について家族に詳しく説明しても、家族は患者とのそれまでの暮らしの中で捉えた反応や、過去の病歴を踏まえて病状を理解していく。

日常生活の中で会話を交わす時には、目を見て話しをする。B氏も当然、正樹氏の目をみながら会話を交わしてきたのであろう。B氏は正樹氏の目が輝いていることから、一時的に呼吸が停止する状態であるにもかかわらず、大丈夫であると確信し落ち着いていた。B氏は、正樹氏の間を見ながら、その時の正樹氏の状態が理解できていた。これに対し看護師は、この時には患者の入院前の反応や習慣をまだ知らなかったため、正樹氏を単に硬膜下血腫除去術を行った術後患者として捉えていた。そして呼吸の間欠的停止は今後の病態変化に影響する重大なものであると考え、呼吸状態を中心に慎重に全身状態の観察を行っていた。この場面からも、看護師と家族の視点には大きなズレが生じている事がわかる。

Kay Toomes³⁰⁾は医師と患者の見解の相違の中で「医師は本質的に、身体的特徴と症状の集合体として病気を認識するように訓練されている。しかし患者は日常生活に及ぼす影響という点から病気を経験する」と述べている。このように医療者は主として身体症状から病状を理解する傾向にある事を自覚する必要がある。更に家族は、患者と日々生活していく中で経験した記憶から、病状を理解していくものであるという事を理解する必要がある。渡辺³¹⁾は、「深刻な危機状態にある家族は認知の歪みが生じやすく、看護師とのコミュニケーションギャップが生じることがある」と述べている。しかし家族を只単に危機的状態にあると捉えるのではなく、家族は患者と共に生活する中で知り得た事や、面会時の関わりの中から現状を認識し、病状理解をしていく傾向にあるものだという事を念頭に置く必要がある。B氏に患者の状況を理解してもらう為には、B氏自身が息を長く止めていると苦しくなるのと同様に、正樹氏も呼吸をしていないと息苦しくなり、頭に十分酸素が行かない状態になるというように、B氏が着目していない呼吸に意識が向くように説明する必要がある。このように家族独特の病状理解の仕方を踏まえた上で、患者の状態を説明す

る事で、家族は今迄考えていなかった事柄に意識が向けられ、患者の病状理解が深まると考えられる。

研究の限界と今後の課題

救命救急センターでの対象患者の入院期間が平均11日であり短期間だった。また対象人数が3名であり限られた人数であった。本研究は患者及び家族の傍にいて、患者と家族のかかわりやその時の思いを聞き、行為の意味を考え、そこで起こっていた事を丁寧に記述していくことを重視した。データ収集や解釈の過程においては、研究指導者のスーパーバイズを受け、サポートグループで、定期的に検討を重ねていった。しかしこの研究は緊迫した状況の中での場面であり、家族も動揺の激しい時期である。このような場面で家族の心情を確認することが困難な状況もあった。従って家族の気持ちを聞くことは状況的に許されると判断した場面に留め、患者と家族の行為などの参加観察を中心にデータを収集した。その為、その時の家族の心情に充分近づけたかどうか課題が残る。

VII. 結論

今回の研究結果から 1. 家族は患者に声をかけた時の目の変化を応答として受け止める 2. 家族なりの思いで患者の身体に触れる行為を繰り返す 3. 家族は患者のわずかな反応や医師の説明から回復を実感したり、最悪の事態を考

えるという3つのかかわりの様相が明らかになった。これら3つの様相を踏まえ、患者と家族のかかわりについて、さらに解釈を行い以下の救急看護師の家族援助方法を明らかにした。i. 家族が患者の身体に触れる行為はコミュニケーションの維持に必要であるという事に家族が気づけるように促す。ii. 患者と家族のかかわりを観察する事で家族介入の時期を判断できる。iii. 家族が捉えた患者の反応を意識して観察することで、患者の意識レベルの変化にいち早く気づくことができる。iv. 家族と共に行えるケア計画を立案し実施する。v. 家族独自の病状理解を踏まえて患者の病状を家族に説明する。

謝辞

緊迫した状況の中で研究参加者として本研究にご協力くださいました患者と家族の皆様にご心より感謝致します。また本研究の主旨を理解し受け入れて下さいました病院の看護部長、病棟師長、スタッフの皆様にお礼申し上げます。

本研究を進めるにあたり、貴重な示唆と励ましを頂きました守田美奈子教授、サポートグループのメンバーに深く感謝致します。

本研究は、日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士課程に提出した論文に加筆修正を加えたものです。

要 旨

本研究の目的は、患者と家族のかかわりから救急看護師の家族援助を見出す事である。研究方法はインタビュー及び参加観察を用いた質的記述的方法である。対象は急性期意識障害患者とその家族3組。データ収集は救命救急センターICU病床で行った。記述結果から、家族は患者に声をかけた時の目の反応を受け止めていた。家族なりの思いで患者の身体に触れていた。家族は患者のわずかな反応や医師の説明から一喜一憂していた。さらに解釈を進めた結果救急看護師は、i. 家族が患者の身体に触れる行為はコミュニケーションの維持に必要である事に気づけるように促す。ii. 患者と家族のかかわりを観察し家族介入の時期を判断する。iii. 家族が捉えた患者の反応を意識して観察すると、患者の意識レベルの変化にいち早く気づく事ができる。iv. 家族と共に行えるケアを計画し実施する。v. 家族独自の病状理解を踏まえて患者の病状を家族に説明するという援助が見出された。

Abstract

The purpose of this study was to find the family support methods for emergency nurse from the relation between the patient and the patient's family. The study method was the qualitative descriptive method. The object were three acute disturbance of consciousness patients and their each family. The data collection went in critical care center of ICU.

The field description result : The family took especially the reaction of patient's eyes. The family touched the body of the patient while having special feelings for the patient. And the family alternated between hope and despair from subtle change in the patient and the explanation of the doctor.

Emergency nurse has to do those as follows. i) to let the family notice by themselves that to touch the patient is important for the communication between them. ii) to judge the time of the family intervention by observing the relation of the patient and the family iii) to notices early the change of the consciousness level by observing the slight reaction of the patient

that only the family can know. iv) to plan and do the care with the family v) to explain the condition of the patient to the family, on the basis of original conditional understanding of the family.

文 献

- 1) 伊藤雅治, 上田響, 他: 厚生省の指標国民衛生の動向, 財団法人厚生統計協会, 50(9), 170, 2008.
- 2) 横山正巳: プレホスピタル・ケアの現状と21世紀への課題, *Emergency nursing*, 14(2), 29-33, 2001.
- 3) 日本看護協会専門看護師・認定看護師認定部: 認定看護師教育課程, *看護*, 11, 56-78, 1996.
- 4) 佐藤直子: 専門看護制度理論と実践, 14-18, 医学書院, 東京, 1999.
- 5) 山勢博彰: フィンクの危機モデル, *Heart nursing*, 14(11), 13-18, 2001.
- 6) アギュララDC / 小松源助, 他: 危機介入の理論と実際, 306, 川島書店, 東京, 1997.
- 7) 山勢博彰: 山勢の心理的危機対処プロセスモデル, *Heart nursing*, 15(1), 14-19, 2002.
- 8) 日永田哲子, 北野登美子, 他: 緊急入院患者家族の情緒的危機に陥る要因と危機介入, 第29回日本看護学会集(成人看護I), 27-29, 1998.
- 9) 山勢博彰, 山勢善江: 救急看護に関する研究の動向と今後の課題, *看護研究*, 33(6), 11-25, 2000.
- 10) 石丸由香子, 藤川知代, 他: CCUにおける緊急入院患者の家族のニーズに関する調査, *ハートナーシング*, 21(6), 660-663, 2008.
- 11) 浅田純子, 常木理江, 他: 集中治療室への緊急入院患者家族のニーズの経時的変化 Molterの重症患者家族ニーズを用いて, *日本看護学会論文集(成人看護I)*, 38, 191-193, 2008.
- 12) 春川一樹, 岩佐有華, 他: 24時間面会可能な救命救急センターにおける重症患者家族のニーズと充足度, *日本看護学会論文集(成人看護I)*, 37, 134-136, 2007.
- 13) Emerson, R., Fretz, R., & Shaw, L. (1995) / 佐藤郁哉, 桜井裕明, 他: 方法としてのフィールドノート 現地取材から物語作成まで, 24, 新曜社, 東京, 1998.
- 14) 市川浩: 身体現象学, 133, 河合書房新社, 東京, 1980.
- 15) Davis, P. (1999) / 三砂ちづる: パワー・オブ・タッチ, 21, MCメディカ出版, 大阪府, 2003.
- 16) 中村雄二郎: 哲学の現在, 63, 岩波新書, 東京, 1992.
- 17) アーサー・Wフランクル / 井上哲彰, からだの知恵に聴くー人間尊重の医療を求めて, 149, 日本教文社, 東京, 1996.
- 18) 佐藤和夫: 「親密圏」としての家族の矛盾, *女性学研究会*, 4, 112-130, 1996.
- 19) 柏木恵子: 家族心理学 社会変動・発達・ジェンダーの視点, 126, 東京大学出版会, 東京, 2003.
- 20) 中村雄二郎: 共通感覚論, 65, 岩波現代文庫, 東京, 2000.
- 21) 池川清子: 看護ー生きられる世界の実践知, 104, ゆみ出版, 東京, 1998.
- 22) 池川清子: 看護ー生きられる世界の実践知, 189-190, ゆみ出版, 東京, 1998.
- 23) 田中晶子: 救命救急センターに搬送された夫に面会する妻と看護師のかかわりの1事例, *トラウマティック・ストレス*, 6(1), 81-83, 2008.
- 24) 河合隼雄・柳田邦夫: 心の深みへ, 65, 講談社, 東京, 2004.
- 25) 鈴木和子: ケアの対象としての家族ー家族看護の立場から, こころの看護, 1(4), 335-339, 1997.
- 26) ミルトン・メイヤーロフ / 田村 真, 向野宣之: ケアの本質, 116, ゆみ出版, 東京, 1987.
- 27) 西村ユミ: 交流する身体ーケアを捉えなおす, 241, NHKブックス, 東京, 2007.
- 28) 立花 隆: 脳死臨調批判, 86-88, 中央公論社, 東京, 1992.
- 29) 加悦美恵, 井上範江: 苦痛を伴う検査時の看護師の関わりー話しかける介入と話しかけながらタッチする介入の対比, *日本看護科学会誌*, 27(3), 3-11, 2007.
- 30) KayTooms, S / 永見 勇: 病の意味 看護と患者理解のための現象学, 42-44, 日本看護協会出版会, 東京, 2001.
- 31) 渡辺裕子: 生命の危機状態にある患者家族をケアする看護師のジレンマ, *家族看護*, 3(2), 12-18, 2005.

[平成20年11月18日受 付]
[平成22年1月14日採用決定]

家族介護における褥瘡予防行動と介護負担感・肯定感との関連

Connection Between Perceived Care Burden and Sense of Affirmation in
Pressure Ulcer Prevention Behavior in Family Care Situations

藤田尚子¹⁾ 安田智美²⁾ 吉井忍²⁾ 道券夕紀子²⁾
Shoko Fujita Tomomi Yasuda Shinobu Yoshii Yukiko Douken

キーワード：褥瘡予防行動，介護負担感，介護肯定感，家族介護者，在宅看護

Key Words：pressure ulcer prevention behavior, perceived care burden, sense of affirmation, family caregivers, home nursing

はじめに

わが国において、急速な高齢化が深刻な問題となっている。さらに近年、国民医療費の急騰等から平均在院日数の短縮化が奨められ、病院ケアから在宅ケアへの早期転換が図られており、在宅において褥瘡ハイリスク群となる要介護度の高い高齢者が増加することが予測される。しかし、在宅では施設に比べて褥瘡発生の危険性が高いにも関わらず、介護者は専門的な知識や技術を要するケアをあまり行わないという結果が報告されている¹⁾。このことから、在宅での褥瘡予防における看護師の役割は、療養者及び介護者が褥瘡の予防・治療に積極的に取り組むために、専門職として療養者及び介護者、介護職者に対し、ケアの具体的な指導や精神的支援を行うことと言える。一方、在宅介護においては介護者の負担感の研究が盛んに行われてきた。その中で、介護者の主観的な負担感を評価する方法についてはZarit²⁾の痴呆性老人介護者の介護負担感をはじめ、介護負担を測定する尺度^{3) 4)}があり、介護負担感には、要介護者の身体状況や介護者の年齢、続柄、介護時間、介護期間などが関連要因として説明されてきた^{2) 5) ~11)}。また、Lowton¹²⁾は介護がもたらす主観的満足感 (satisfaction)、Kramer¹³⁾は介護からの利得 (gain) などの概念を研究しており、それらが介護者の精神的健康に関連し、介護の質を向上させることを指摘している。介護の肯定的側面についての研究は負担感の研究に比べ数が少ない。しかし、その中で井上¹⁴⁾は“報酬”の概念を用いて介護の肯定的な認知が介護者の精神的健康に好影響を与えており、介護者の健康を考える上で重要な概念であると指摘している。また、櫻井¹⁵⁾は介護肯定感には介護負担感を軽減する効果があると述べている。このように、介護者は、客観的には負担が大きい状況にありながらも、介護を自分の生きがいや役割と感じ、在宅介護を前向きに捉えていることが明らか

かにされてきている。

これらのことから、在宅介護を担う介護者が抱く負担感・肯定感が介護行動に大きく影響することが考えられる。よって、在宅介護における褥瘡予防行動にも介護者が抱く負担感・肯定感が影響していると推測される (図1)。しかし、在宅における褥瘡予防行動と介護負担感・肯定感との関連についての研究は見当たらない。海外における、介護者に視点を当てた褥瘡に関する研究では、実態調査¹⁶⁾や介護者教育¹⁷⁾、介護支援¹⁸⁾など多くあるが、介護負担感・肯定感との関連を見たものはない。このことが明らかにできれば、訪問看護における褥瘡予防教育・援助への基礎資料となることが考えられる。そこで本研究では、褥瘡を有するリスクが高いとされる障害老人の日常生活自立度判定基準B・Cの65歳以上の高齢者を在宅で介護している主介護者を対象とし、褥瘡予防行動と介護負担感・肯定感との関連について検討することとした。

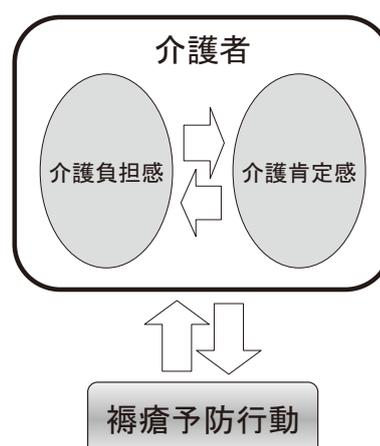


図1 本研究の概念図

1) 富山県立中央病院 Toyama Prefectural Central Hospital

2) 富山大学大学院医学薬学研究部 Department of nursing, University of Toyama

用語の定義

1. 褥瘡予防行動

家族介護において褥瘡予防に必要とされる介護行動のこと。本研究においては調査票の褥瘡に関する質問28項目とする。

2. 介護負担感

Zaritら²⁾が定義した、親族を介護した結果、介護者が情緒的・身体的健康・社会生活及び経済状態に関して被った被害の程度といった、介護者の介護に対する認識の否定的側面とする。

3. 介護肯定感

片山ら¹⁹⁾の定義をもとにし、日々介護を経験している中でフィードバックを繰り返し、さまざまな対処行動をとりながら介護者自身が培ってきた成果及び、形成されてきた「介護をしてきてよかったと思える」といった、介護者の介護に対する認識の肯定的側面とする。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は質問紙法による、関連検証型研究である。

2. 研究対象者

A県の訪問看護満足度調査を行ったうち、家族介護者で以下の条件を全て満たしている者とした。

- 1) 研究の主旨を説明し、同意の得られた者
- 2) A県の訪問看護ステーションを利用している65歳以上の高齢者を介護している者
- 3) 要介護者の日常生活自立度を主観で判定した結果がB・Cであった者

3. 調査期間

2007年7月～9月

4. 調査方法

A県内の各訪問看護ステーションの管理者に文書にて協力を依頼し、その同意を得られた訪問看護ステーションに対して研究協力依頼状、返信用封筒、調査票を配布した。これらを各ステーションの協力を得て、介護者に配布してもらった。調査は自記式無記名式とし、記入後の調査票は訪問看護ステーションを通さずに返信用封筒で回答者から郵送にて回収した。

5. 調査内容

1) 要介護者の背景

年齢、性別、要介護度、日常生活自立度、褥瘡の有無。

2) 介護者の背景

年齢、性別、介護経験期間、介護協力、就労状況、介護の程度（日中介護、夜間介護）、また、現在の健康状態を「1. 全く健康ではない」「2. あまり健康ではない」「3. やや健康である」「4. とても健康である」、経済的余裕を

「1. 余裕がない」「2. あまり余裕がない」「3. 少し余裕がある」「4. 余裕がある」の4段階で評価を求めた。

3) 褥瘡予防行動

褥瘡予防行動の実施率と知識率を把握するために、真田²⁰⁾の褥瘡ケアアルゴリズムに挙げられた項目に基づいて構成された褥瘡予防ケアの調査項目を参考に、阿部²¹⁾が作成した調査項目を家族介護者が理解しやすいように言葉の表現を変えて用いた。その項目は、①除圧・減圧に関するケア（9項目）②摩擦・ずれに関するケア（6項目）③湿潤に関するケア（6項目）④栄養に関するケア（5項目）⑤褥瘡の予防に関して誤っているとされているケア（2項目）の計28項目である。各項目に対し、実施「1. 行っている」「2. 行っていない」と知識「1. 知っている」「2. 知らない」をそれぞれ答えてもらった。

4) 介護負担感

荒井²²⁾によって翻訳されたZaritの“The burden Interview”日本語版評価尺度を用いた。本研究においては、介護全体の負担を問う22項目めの質問を除いた21項目について「いつも思う（5点）」「よく思う（4点）」「時々思う（3点）」「たまに思う（2点）」「思わない（1点）」の5件法で回答を求めた。

5) 介護肯定感

櫻井¹⁵⁾の肯定的評価尺度14項目を用いた。本研究においては、14項目について「とても思う（4点）」「少し思う（3点）」「あまり思わない（2点）」「思わない（1点）」の4件法で回答を求めた。

6. 分析方法

分析は、統計ソフトSPSS Ver.15.0Jを用い、介護負担感と介護肯定感の分類には因子分析、褥瘡予防行動と負担感因子・肯定感因子の関連についてはPearsonの相関係数を求めた。有意水準はそれぞれ $p < 0.05$ とした。

倫理的配慮

調査については、訪問看護ステーション及び訪問看護事業所の管理者と利用者及び介護者に調査の主旨と個人の情報については守秘することを書面にて保証し、介護者から研究者のもとへの記入済み調査票の返送をもって研究の同意を得られたと判断した。尚、本研究の実施についてはT大学の倫理審査委員会の承認を得た。

結 果

調査票は910部を配布したうち、589部の返信があり、回収率は64.7%、本研究の分析対象者は121名（20.5%）であった。

1. 要介護者の背景（表1）

要介護者の平均年齢は 83.33 ± 9.05 歳、性別は男性39名

(32.2%), 女性81名 (66.9%), 無回答1名 (0.8%) の順であり, 要介護者の多くが女性であった。要介護度については要介護度5が78名 (64.5%), 介護度4が23名 (19.0%), 要介護度3が12名 (9.9%), 要介護度2が6名 (5.0%), 要

介護度1が2名 (1.7%) の順であり, 日常生活自立度はC2が78名 (64.5%), B2が17名 (14.0%), C1が16名 (13.2%), B1が10名 (8.3%) の順であった。褥瘡の有無については「ある」22名 (18.2%), 「ない」62名 (51.2%), 「以前あったが今はわからない」35名 (28.9%), 無回答2名 (1.7%) の順であり, 少なくとも約半数の要介護者に現在または過去に褥瘡が発生していた。

表1 要介護者の背景

平均年齢±SD (歳)		83.33±9.05	
		人数	(%)
性別	男性	39	32.2
	女性	81	66.9
	無回答	1	0.8
	合計(n)	121	100
要介護度	1	2	1.7
	2	6	5.0
	3	12	9.9
	4	23	19.0
	5	78	64.5
	合計(n)	121	100
日常生活自立度	B1	10	8.3
	B2	17	14.0
	C1	16	13.2
	C2	78	64.5
	合計(n)	121	100
褥瘡	1. ある	22	18.2
	2. ない	62	51.2
	3. 以前あったが今はわからない	35	28.9
	無回答	2	1.7
	合計(n)	121	100

2. 介護者の背景 (表2)

対象者の平均年齢は64.94±10.14歳, 性別は男性19名 (15.7%), 女性102名 (84.3%) であり, 女性の介護者が多かった。平均介護経験期間は64.47±60.57ヶ月と5年以上であった。就労状況については「仕事についていない」が91名 (75.2%) で最も多く, 次いで「自営」16名 (13.2%), 「常勤」8名 (6.8%), 「非常勤」6名 (5.0%) の順であった。介護の程度について, 日中介護においては「常時する」102名 (84.3%), 「時々する」17名 (14.0%), 「まれにする」2名 (1.7%), 「しない」0名 (0.0%) の順であり, 夜間介護においては「常時する」85名 (70.2%), 「時々する」25名 (20.7%), 「まれにする」7名 (5.8%), 「しない」4名 (3.3%) の順であり, 大半の介護者 (主介護者) が昼夜関係なく常に介護を担っていた。介護協力状況については, 順に「時々手伝ってくれる人がいる」39名 (32.2%), 「いつも手伝ってくれる人がいる」28名 (23.1%), 「何かあった時には頼む事ができる」28名 (23.1%), 「誰もいない」26名 (21.5%) の順であり, 何かしらの協力が得られる介護者が多く見られるが, 介護協力者がいない介護者も約2割存在していた。健康状態については, 「やや健康である」

表2 介護者の背景

平均年齢±SD (歳)		64.94±10.14		
平均介護経験期間±SD (ヶ月)		64.47±60.57		
		人数	(%)	
性別	男性	19	15.7	
	女性	102	84.3	
	合計(n)	121	100	
介護協力	1. いつも手伝ってくれる人がいる	28	23.1	
	2. 時々手伝ってくれる人がいる	39	32.2	
	3. 何かあった時には頼む事ができる	28	23.1	
	4. 誰もいない	26	21.5	
	合計(n)	121	100	
就労状況	1. 常勤	8	6.6	
	2. 非常勤	6	5.0	
	3. 自営	16	13.2	
	4. 仕事についていない	91	75.2	
	合計(n)	121	100	
介護の程度	日中介護	1. 常時	102	84.3
		2. 時々	17	14.0
		3. まれ	2	1.7
		4. しない	0	0.0
		合計(n)	121	100
	夜間介護	1. 常時	85	70.2
		2. 時々	25	20.7
		3. まれ	7	5.8
		4. しない	4	3.3
		合計(n)	121	100
健康状態	1. 全く健康ではない	4	3.3	
	2. あまり健康ではない	35	28.9	
	3. やや健康である	67	55.4	
	4. とても健康である	15	12.4	
	合計(n)	121	100	

67名 (55.4%), 「あまり健康ではない」 35名 (28.9%), 「とても健康である」 15名 (12.4%), 「全く健康ではない」 4名 (3.3%) の順であった。

3. 褥瘡予防行動の実施率・知識率 (図2)

実施率については「1.行っている」, 知識率については

「1.知っている」と回答した者の割合を図2に示した。

1) 除圧・減圧に関するケア (項目1~9)

項目1.『2時間毎に身体の向きを変える』の実施率は37.2%, 知識率は70.2%, 項目2.『身体を横に向ける時は30度程度にしている』の実施率は41.3%, 知識率は38.0%.

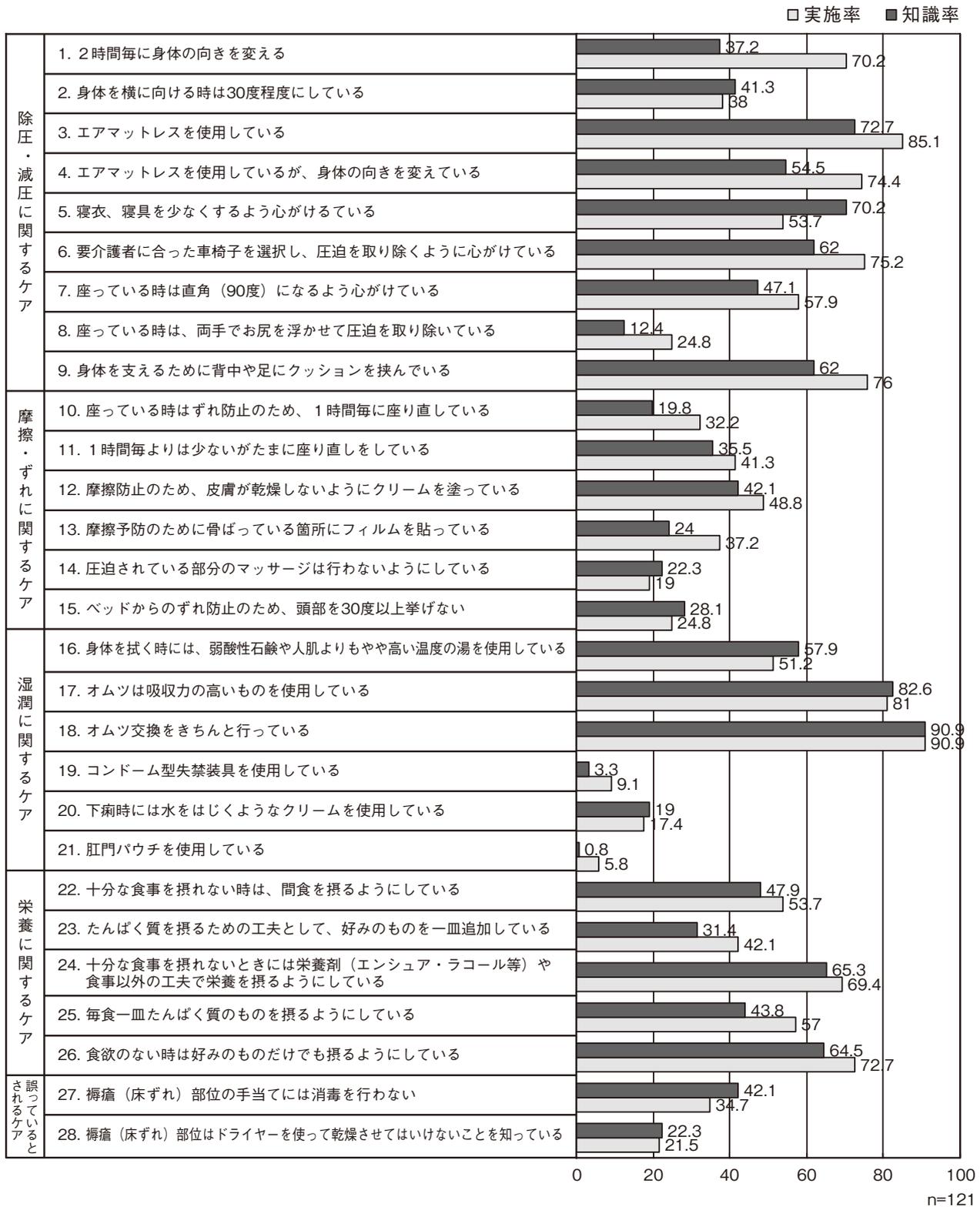


図2 褥瘡予防行動の実施率・知識率

項目3.『エアマットレスを使用している』の実施率は72.7%, 知識率は85.1%, 項目4.『エアマットレスを使用しているが, 身体の向きを変えている』の実施率は54.5%, 知識率は74.4%, 項目5.『寝衣, 寝具を少なくするよう心がけている』の実施率は70.2%, 知識率は53.7%, 項目6.『要介護者に合った車椅子を選択し, 圧迫を取り除くように心がけている』の実施率は62.0%, 知識率は75.2%, 項目7.『座っている時は直角(90度)になるよう心がけている』の実施率は47.1%, 知識率は57.9%, 項目8.『座っている時は, 両手でお尻を浮かせて圧迫を取り除いている』の実施率は12.4%, 知識率は24.8%, 項目9.『身体を支えるために背中や足にクッションを挟んでいる』の実施率は62.0%, 知識率は76.0%であり, 体位変換の必要性やエアマットレス, クッションによる除圧の知識は比較的に普及していたが完全には実施に結びついておらず, 特に2時間ごとの体位変換は実施率に比べ知識率が上回る結果であった。また, 30度側臥位や座位での除圧等の専門技術については知識としてはあまり普及していなかった。しかし, 項目5.『寝衣や寝具を少なくするよう心がけている』については, 知識率に比べ実施率が大幅に上回る結果であった。

2) 摩擦・ずれに関するケア(項目10~15)

項目10.『座っている時はずれ防止のため, 1時間毎に座り直している』の実施率は19.8%, 知識率は32.2%であり, 実施率に比べ知識率が大幅に上回っていた。項目11.『1時間毎よりは少ないがたまに座り直しをしている』の実施率は35.5%, 知識率は41.3%であり, 項目12.『摩擦防止のため, 皮膚が乾燥しないようにクリームを塗っている』の実施率は42.1%, 知識率は48.8%であった。また, 項目13.『摩擦予防のために骨ばっている箇所にフィルムを貼っている』の実施率は24.0%, 知識率は37.2%と, 実施率に比べ知識率が上回っていた。項目14.『圧迫されている部分のマッサージは行わないようにしている』の実施率は22.3%, 知識率は19.0%, 項目15.『ベッドからのずれ防止のため, 頭部を30度以上挙げない』の実施率は28.1%, 知識率は24.8%であり, やはりマッサージや頭部を30度以上挙げないようにする等の専門技術についての知識率が低かったが, 知識率に比べ実施率が若干上回る結果であった。

3) 湿潤に関するケア(項目16~21)

項目16.『身体を拭く時には, 弱酸性石鹸や人肌よりもやや高い温度の湯を使用している』の実施率は57.9%, 知識率は51.2%, 項目17.『オムツは吸収力の高いものを使用している』の実施率は82.6%, 知識率は81.0%であった。項目18.『オムツ交換をきちんと行っている』の実施率は90.9%, 知識率は90.9%でありオムツについての知識は非

常に普及しており, 実施率も高い結果であった。しかし, 項目19.『コンドーム型失禁装具を使用している』の実施率は3.3%, 知識率は9.1%, 項目20.『下痢時には水をはじくようなクリームを使用している』の実施率は19.0%, 知識率は17.4%, 項目21.『肛門パウチを使用している』の実施率は0.8%, 知識率は5.8%であり, 専門用具等については知識率, 実施率共に低い結果であった。

4) 栄養に関するケア(項目22~26)

項目22.『十分な食事を摂れない時は, 間食を摂るようになっている』の実施率は47.9%, 知識率は53.7%, 項目23.『たんぱく質を摂るための工夫として, 好みのものを一皿追加している』の実施率は31.4%, 知識率は42.1%, 項目24.『十分な食事を摂れないときには栄養剤(エンシュア, ラコール等)や食事以外の工夫で栄養を摂るようになっている』の実施率は65.3%, 知識率は69.4%, 項目25.『毎食一皿たんぱく質のものを摂るようになっている』の実施率は43.8%, 知識率は57.0%, 項目26.『食欲のない時は好みのものだけでも摂るようになっている』の実施率は64.5%, 知識率は72.7%であり, 栄養に関するケアでは全ての項目において30%以上の実施率, 40%以上の知識率と高い結果であった。

5) 誤っているとされるケア(項目27~28)

項目27.『褥瘡(床ずれ)部位の手当てには消毒を行わない』の実施率は42.1%, 知識率は34.7%であった。項目28.『褥瘡(床ずれ)部位はドライヤーを使って乾燥させてはいけないことを知っている』の実施率は22.3%, 知識率は21.5%であり, 両項目において知識率に比べ実施率が上回る結果であった。

4. 介護負担感(表3)

“The burden Interview”日本語版評価尺度21項目について, 因子分析(主因子法, 固有値1.0以上の値についてバリマックス回転)を行った。因子負荷量が1つの因子において0.40以上で, かつ2因子にまたがって0.40以上の負荷を示さない15項目を選出した。その結果, 4因子が抽出された(表3)。尚, これらの因子の因子負荷量の2乗和は第1因子が5.827, 第2因子が1.649, 第3因子が1.528, 第4因子が1.168, 寄与率はそれぞれ第1因子が38.846(%), 第2因子が10.996(%), 第3因子が10.185(%), 第4因子が7.752(%)であり, 累積寄与率は67.779(%)であった。

5. 介護肯定感(表4)

櫻井¹⁵⁾の肯定的評価尺度14項目について, 負担感と同様の手法・基準で因子分析を行い12項目を選出した。その結果, 3因子が抽出された(表4)。尚, これらの因子の因子負荷量の2乗和は第1因子が5.119, 第2因子が1.731, 第3因子が1.256, 寄与率はそれぞれ第1因子が42.659(%), 第2因子が14.427(%), 第3因子が10.468(%)で

家族介護における褥瘡予防行動と介護負担感・肯定感との関連

表3 介護負担感の因子分析結果（主因子法，バリマックス回転）

	因子1	因子2	因子3	因子4
第1因子				
2. 介護のために自分の時間が充分に取れない。	0.686	0.270	0.162	0.075
6. 介護があるので家族や友人と付き合いづらい。	0.824	0.215	0.120	-0.025
7. 要介護者が将来どうなるのか不安になる。	0.659	0.142	0.014	0.209
12. 介護があるので自分の社会参加の機会が減った。	0.785	0.117	0.175	0.006
13. 要介護者が家にいるので友達を自宅に呼びたくても呼べない。	0.703	0.270	0.135	0.018
17. 介護が始まって以来、自分の思い通りの生活が出来なくなった。	0.736	0.392	0.085	-0.096
第2因子				
1. 要介護者は、必要以上に世話を求めてくる。	0.145	0.709	0.269	0.081
4. 要介護者の行動に対し、困ってしまう。	0.248	0.781	0.056	-0.056
5. 要介護者の傍にいと腹が立つ。	0.286	0.781	0.115	-0.145
18. 介護を誰かに任せてしまいたい。	0.346	0.731	-0.091	0.178
19. 要介護者に対して、どうしていいかわからない。	0.286	0.691	-0.046	0.388
第3因子				
8. 要介護者はあなたに頼りきっている。	0.129	0.033	0.870	0.029
14. 要介護者は「あなただけが頼り」という風に見える。	0.255	0.158	0.840	0.126
第4因子				
20. 自分は今以上にもっと頑張って介護するべきだ。	0.096	-0.156	0.184	0.785
21. 本当は自分をもっとうまく介護できるのと思うことがある。	-0.028	0.275	-0.026	0.797
因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法				
因子負荷量の2乗和	5.827	1.649	1.528	1.163
寄与率	38.846	10.996	10.185	7.752

表4 介護肯定感の因子分析結果

	因子1	因子2	因子3
第1因子			
1. 要介護者の世話を義務感からではなく、望んでしている。	0.795	-0.061	0.163
2. 要介護者といるのが楽しい。	0.856	0.146	0.026
3. 世話をするのが自分の生きがいとなっている。	0.701	0.249	0.190
4. 介護をすることによって満足感が得られる。	0.686	0.293	0.139
6. 要介護者が何か小さなことに喜ぶのを見て、嬉しくなる。	0.754	0.255	0.189
7. 介護をしていて、元気付けられたり、励まされたりする。	0.718	0.254	0.206
第2因子			
8. 要介護者が世話に感謝したり、喜んでいと感じる。	0.285	0.636	0.338
9. 介護のおかげで難しい状況に対処する力など、自信がついた。	0.173	0.811	0.082
11. 介護をすることは、自分の老後のためになる。	0.057	0.810	0.036
12. 介護のおかげで人間として成長できた。	0.276	0.743	-0.102
第3因子			
13. 要介護者を自分が最後までみてあげようと思う。	0.246	-0.053	0.871
14. 介護の苦労はあっても、前向きに考えていこうと思う。	0.177	0.173	0.868
因子抽出法：主成分分析 回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法			
因子負荷量の2乗和	5.119	1.731	1.256
寄与率	42.659	14.427	10.468

あり、累積寄与率は67.554 (%)であった。

6. 褥瘡予防行動と負担感因子・肯定感因子の関連 (表5) (表6)

褥瘡予防行動(実施・知識)の各項目と負担感因子・肯定感因子との関連についてPearsonの相関係数を求めた(表5)(表6)。その結果、負担感因子において[第1因子]では、項目5.『寝衣、寝具を少なくするよう心がけている』の知識($r = -0.218, p < 0.05$)、項目7.『座っている時は直角(90度)になるよう心がけている』の実施($r = -0.270, p < 0.05$)、項目16.『身体を拭く時には、弱酸性石鹸や人肌よりもやや高い温度の湯を使用している』の実施($r = -0.215, p < 0.05$)、項目25.『毎食一皿たんぱく質のものを摂るようにしている』の知識($r = -0.200, p < 0.05$)で有意な負の相関が認められた。このことは、項目5、項目25の知識がある介護者、項目7、項目16を実施している介護者が[第1因子]をより感じている傾向があることを表している。

[第2因子]では、項目3.『エアマットレスを使用している』の実施($r = 0.222, p < 0.05$)と知識($r = 0.182, p < 0.05$)、項目4.『エアマットレスを使用しているが、身体の向きを変えている』の実施($r = 0.185, p < 0.05$)で有意な正の相関が認められた。このことは項目3の知識がない介護者及び実施していない介護者、項目4を実施していない介護者が[第2因子]をより感じている傾向があるということを表している。

[第3因子]では、項目8.『座っている時は、両手でお尻を浮かせて圧迫を取り除いている』の知識($r = -0.205, p < 0.05$)、項目14.『圧迫されている部分のマッサージは行わないようにしている』の実施($r = -0.254, p < 0.01$)、項目27.『褥瘡(床ずれ)部位の手当てには消毒を行わない』の実施($r = -0.251, p < 0.01$)と知識($r = -0.263, p < 0.01$)で有意な負の相関が認められた。このことは、項目8の知識がある介護者、項目14を実施している介護者、項目27の知識がある介護者及び実施している介護者が[第3因子]をより感じている傾向があることを表している。

[第4因子]では、項目7.『座っている時は直角(90度)になるよう心がけている』の知識($r = -0.182, p < 0.05$)、項目20.『下痢時には水をはじくようなクリームを使用している』の知識($r = -0.218, p < 0.05$)、項目28.『褥瘡(床ずれ)部位はドライヤーを使って乾燥させてはいけないことを知っている』の知識($r = -0.201, p < 0.05$)で有意な負の相関が認められた。このことは、項目7、項目20、項目28の知識がある介護者が[第4因子]をより感じていることを表している。

一方、肯定感因子においては、[第1因子]では、項目4.『エアマットレスを使用しているが、身体の向きを変

えている』の実施($r = -0.233, p < 0.05$)、項目15.『ベッドからのずれ防止のため、頭部を30度以上挙げない』の実施($r = -0.227, p < 0.05$)、項目9.『身体を支えるために背中や足にクッションを挟んでいる』の知識($r = -0.228, p < 0.05$)、項目22.『十分な食事を摂れない時は、間食を摂るようにしている』の知識($r = -0.266, p < 0.01$)で有意な負の相関が認められた。このことは、項目4、項目15を実施している介護者、項目9、項目22の知識がある介護者が[第1因子]をより感じていることを表している。

[第2因子]では、項目8.『座っている時は、両手でお尻を浮かせて圧迫を取り除いている』の知識($r = -0.183, p < 0.05$)、項目13.『摩擦予防のために骨ばっている箇所にフィルムを貼っている』の知識($r = -0.198, p < 0.05$)、項目14.『圧迫されている部分のマッサージは行わないようにしている』の実施($r = -0.18, p < 0.05$)と知識($r = -0.253, p < 0.01$)、項目16.『身体を拭く時には、弱酸性石鹸や人肌よりもやや高い温度の湯を使用している』の知識($r = -0.273, p < 0.01$)、項目23.『たんぱく質を摂るための工夫として、好みのものを一皿追加している』の実施($r = -0.279, p < 0.01$)と知識($r = -0.213, p < 0.05$)、項目28.『褥瘡(床ずれ)部位はドライヤーを使って乾燥させてはいけないことを知っている』の実施($r = -0.188, p < 0.05$)と有意な負の相関が認められた。このことは、項目8の知識がある介護者、項目14の知識のある介護者及び実施している介護者、項目16の知識がある介護者、項目23の知識がある介護者及び実施している介護者、項目28の実施をしている介護者が[第2因子]をより感じている傾向があることを表している。

[第3因子]では、項目22.『十分な食事を摂れない時は、間食を摂るようにしている』の実施($r = -0.202, p < 0.05$)、項目24.『十分な食事を摂れないときには栄養剤(エンシュア、ラコール等)や食事以外の工夫で栄養を摂るようにしている』の実施($r = -0.240, p < 0.01$)と知識($r = -0.340, p < 0.01$)、項目27.『褥瘡(床ずれ)部位の手当てには消毒を行わない』の実施($r = -0.215, p < 0.05$)、項目28.『褥瘡(床ずれ)部位はドライヤーを使って乾燥させてはいけないことを知っている』の実施($r = -0.193, p < 0.05$)で有意な負の相関が認められた。このことは、項目22を実施している介護者、項目24の知識がある介護者及び実施している介護者、項目27を実施している介護者、項目28を実施している介護者で[第3因子]をより感じている傾向があることを表している。

考 察

1. 褥瘡予防行動と負担感因子・肯定感因子との関連

負担感 は 4 因子 で 構成 され て お り、 肯定 感 は 3 因子 で 構

表5 褥瘡予防行動（実施）と負担感因子・肯定感因子の関連

実 施	Pearsonの相関係数(γ)						
	対象者数(n)						
	負担感因子				肯定感因子		
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第1因子	第2因子	第3因子
1. 2時間毎に身体の向きを変える	-0.012 121	0.155 121	0.063 121	0.106 121	-0.064 121	0.126 121	0.014 121
2. 身体を横に向ける時は30度程度にしている	0.064 121	0.122 121	-0.046 121	0.153 121	-0.104 121	0.094 121	-0.089 121
3. エアマットレスを使用している	0.006 121	0.222 * 121	0.037 121	-0.043 121	-0.120 121	-0.049 121	-0.138 121
4. エアマットレスを使用しているが、身体の向きを変えている	0.174 121	0.185 * 121	-0.010 121	0.061 121	-0.233 * 121	0.045 121	-0.122 121
5. 寝衣、寝具を少なくするよう心がけている	-0.171 121	0.089 121	-0.011 121	-0.083 121	-0.084 121	-0.003 121	-0.173 121
6. 要介護者に合った車椅子を選択し、圧迫を取り除くように心がけている	-0.047 121	0.086 121	0.098 121	-0.077 121	-0.082 121	-0.007 121	-0.012 121
7. 座っている時は直角（90度）になるよう心がけている	-0.207 * 121	-0.043 121	0.007 121	-0.017 121	0.056 121	0.014 121	-0.090 121
8. 座っている時は、両手でお尻を浮かせて圧迫を取り除いている	0.092 121	-0.012 121	-0.087 121	0.122 121	-0.016 121	-0.049 121	0.085 121
9. 身体を支えるために背中や足にクッションを挟んでいる	-0.014 121	-0.011 121	-0.056 121	-0.059 121	-0.088 121	0.073 121	-0.013 121
10. 座っている時はずれ防止のため、1時間毎に座り直している	-0.076 121	-0.083 121	-0.099 121	0.096 121	0.002 121	-0.120 121	-0.038 121
11. 1時間毎よりは少ないがたまに座り直しをしている	-0.072 121	-0.001 121	0.008 121	-0.013 121	-0.045 121	-0.075 121	0.015 121
12. 摩擦防止のため、皮膚が乾燥しないようにクリームを塗っている	-0.120 121	-0.088 121	0.086 121	-0.049 121	-0.003 121	0.048 121	-0.001 121
13. 摩擦予防のために骨ばっている箇所にフィルムを貼っている	0.060 121	0.070 121	-0.135 121	-0.038 121	-0.085 121	-0.105 121	-0.057 121
14. 圧迫されている部分のマッサージは行わないようにしている	0.129 121	0.077 121	-0.254 ** 121	-0.019 121	-0.120 121	-0.180 * 121	-0.024 121
15. ベッドからのずれ防止のため、頭部を30度以上挙げない	-0.074 121	0.124 121	-0.126 121	-0.031 121	-0.227 * 121	0.016 121	0.020 121
16. 身体を拭く時には、弱酸性石鹸や人肌よりもやや高い温度の湯を使用している	-0.215 * 121	0.034 121	0.009 121	0.030 121	-0.038 121	-0.127 121	-0.160 121
17. オムツは吸収力の高いものを使用している	0.057 121	-0.032 121	-0.056 121	-0.056 121	-0.034 121	-0.108 121	-0.028 121
18. オムツ交換をきちんと行っている	-0.041 121	0.019 121	-0.116 121	-0.075 121	-0.027 121	-0.138 121	-0.047 121
19. コンドーム型失禁装具を使用している	0.109 121	0.040 121	-0.075 121	-0.043 121	0.003 121	-0.116 121	0.096 121
20. 下痢時には水をはじくようなクリームを使用している	0.057 121	-0.009 121	-0.024 121	-0.016 121	-0.107 121	-0.065 121	0.003 121
21. 肛門パウチを使用している	0.016 119	0.087 119	-0.039 119	0.052 119	-0.012 119	0.124 119	-0.012 119
22. 十分な食事を摂れない時は、間食を摂るようにしている	0.019 121	-0.047 121	-0.078 121	0.028 121	-0.127 121	-0.108 121	-0.202 * 121
23. たんぱく質を摂るための工夫として、好みのものを一皿追加している	0.025 121	-0.167 121	-0.166 121	0.022 121	0.028 121	-0.279 ** 121	-0.041 121
24. 十分な食事を摂れないときには栄養剤（エンシュア・ラコール等）や食事以外の工夫で栄養を摂るようにしている	-0.069 121	0.081 121	-0.061 121	0.043 121	-0.069 121	-0.047 121	-0.240 ** 121
25. 毎食一皿たんぱく質のものを摂るようにしている	-0.053 121	-0.085 121	0.079 121	0.082 121	0.011 121	-0.041 121	0.043 121
26. 食欲のない時は好みのものだけでも摂るようにしている	0.090 121	-0.095 121	-0.072 121	-0.011 121	-0.097 121	-0.002 121	-0.135 121
27. 褥瘡（床ずれ）部位の手当てには消毒を行わない	0.110 121	0.044 121	-0.251 ** 121	0.108 121	-0.091 121	-0.174 121	-0.215 * 121
28. 褥瘡（床ずれ）部位はドライヤーを使って乾燥させてはいけないことを知っている	-0.014 121	-0.011 121	-0.147 121	-0.118 121	0.005 121	-0.188 * 121	-0.193 * 121

*相関係数は5%水準で有意(両側) $p < 0.05$

**相関係数は1%水準で有意(両側) $p < 0.01$

表6 褥瘡予防行動（知識）と負担感因子・肯定感因子との関連

実 施	Pearsonの相関係数(γ)						
	対象者数(n)						
	負担感因子				肯定感因子		
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第1因子	第2因子	第3因子
1. 2時間毎に身体の向きを変える	-0.104	0.138	-0.007	-0.063	-0.056	0.054	-0.118
	120	120	120	120	120	120	120
2. 身体を横に向ける時は30度程度にしている	-0.044	-0.024	0.018	0.112	0.012	0.123	-0.013
	119	119	119	119	119	119	119
3. エアマットレスを使用している	0.030	0.182 *	-0.010	0.022	-0.178	-0.062	-0.056
	119	119	119	119	119	119	119
4. エアマットレスを使用しているが、身体の向きを変えている	0.020	0.040	-0.067	0.064	-0.167	0.082	-0.110
	117	117	117	117	117	117	117
5. 寝衣、寝具を少なくするよう心がけている	-0.218 *	0.068	0.006	-0.146	-0.010	0.081	-0.050
	118	118	118	118	118	118	118
6. 要介護者に合った車椅子を選択し、圧迫を取り除くように心がけている	-0.151	0.125	-0.035	-0.154	-0.151	-0.004	0.020
	117	117	117	117	117	117	117
7. 座っている時は直角（90度）になるよう心がけている	-0.018	-0.018	-0.075	-0.182 *	-0.130	-0.060	-0.019
	117	117	117	117	117	117	117
8. 座っている時は、両手でお尻を浮かせて圧迫を取り除いている	-0.011	-0.020	-0.205 *	-0.119	-0.053	-0.183 *	-0.050
	117	117	117	117	117	117	117
9. 身体を支えるために背中や足にクッションを挟んでいる	0.026	0.058	0.004	-0.036	-0.228 *	0.045	-0.111
	117	117	117	117	117	117	117
10. 座っている時はずれ防止のため、1時間毎に座り直している	-0.094	-0.051	-0.091	-0.133	-0.020	-0.072	-0.126
	117	117	117	117	117	117	117
11. 1時間毎よりは少ないがたまに座り直しをしている	-0.124	0.016	-0.032	-0.134	0.065	-0.155	-0.132
	117	117	117	117	117	117	117
12. 摩擦防止のため、皮膚が乾燥しないようにクリームを塗っている	-0.079	-0.164	0.038	0.035	0.139	-0.052	-0.055
	117	117	117	117	117	117	117
13. 摩擦予防のために骨ばっている箇所にフィルムを貼っている	0.047	-0.066	-0.146	-0.162	0.037	-0.198 *	-0.134
	117	117	117	117	117	117	117
14. 圧迫されている部分のマッサージは行わないようにしている	0.084	-0.144	-0.083	-0.170	0.033	-0.253 **	-0.014
	117	117	117	117	117	117	117
15. ベッドからのずれ防止のため、頭部を30度以上挙げない	-0.105	0.109	0.076	0.078	-0.110	0.097	-0.107
	117	117	117	117	117	117	117
16. 身体を拭く時には、弱酸性石鹸や人肌よりもやや高い温度の湯を使用している	-0.103	-0.052	-0.082	-0.144	0.030	-0.273 **	-0.081
	117	117	117	117	117	117	117
17. オムツは吸収力の高いものを使用している	0.071	-0.032	0.021	-0.091	-0.074	-0.105	-0.125
	117	117	117	117	117	117	117
18. オムツ交換をきちんと行っている	-0.024	-0.039	0.106	-0.149	-0.097	-0.177	-0.008
	117	117	117	117	117	117	117
19. コンドーム型失禁装具を使用している	0.058	-0.009	-0.057	0.073	0.071	0.010	-0.126
	116	116	116	116	116	116	116
20. 下痢時には水をはじくようなクリームを使用している	0.076	0.054	-0.086	-0.218 *	-0.157	-0.055	-0.071
	117	117	117	117	117	117	117
21. 肛門パウチを使用している	0.050	0.000	-0.153	-0.013	-0.055	-0.041	-0.136
	115	115	115	115	115	115	115
22. 十分な食事を摂れない時は、間食を摂るようにしている	-0.033	0.103	-0.057	0.034	-0.266 **	0.001	-0.173
	117	117	117	117	117	117	117
23. たんぱく質を摂るための工夫として、好みのものを一皿追加している	-0.030	-0.029	-0.181	-0.073	-0.011	-0.213 *	-0.160
	117	117	117	117	117	117	117
24. 十分な食事を摂れないときには栄養剤（エンシュア・ラコール等）や食事以外の工夫で栄養を摂るようにしている	-0.106	0.138	-0.135	0.042	0.010	-0.086	-0.340 **
	116	116	116	116	116	116	116
25. 毎食一皿たんぱく質のものを摂るようにしている	-0.200 *	0.050	-0.064	-0.117	-0.094	-0.063	-0.139
	116	116	116	116	116	116	116
26. 食欲のない時は好みのものだけでも摂るようにしている	-0.028	-0.097	-0.035	-0.042	-0.113	-0.046	-0.049
	116	116	116	116	116	116	116
27. 褥瘡（床ずれ）部位の手当てには消毒を行わない	0.156	-0.018	-0.263 **	-0.083	-0.017	-0.082	-0.077
	117	117	117	117	117	117	117
28. 褥瘡（床ずれ）部位はドライヤーを使って乾燥させてはいけないことを知っている	0.021	0.083	-0.167	-0.201 *	-0.079	-0.074	-0.147
	117	117	117	117	117	117	117

*相関係数は5%水準で有意(両側) $p < 0.05$

**相関係数は1%水準で有意(両側) $p < 0.01$

成されていた。本研究では、負担感の〔第4因子〕は寄与率が10%未満であるため(表3)、考察から省くこととし、介護負担感については〔第1因子〕,〔第2因子〕,〔第3因子〕の3因子,介護肯定感については〔第1因子〕,〔第2因子〕,〔第3因子〕の3因子で考察する。

1) 介護負担感

(1) 第1因子

〔第1因子〕と関連がみられた各項目の結果から、寝衣・寝具や栄養についての知識を持つと、介護者としてやらなくてはならないというような気持ちになるのではないかと考えられた。また、常に要介護者の衣類や食事について考えることが、負担感に関連していると考えられた。項目7については、要介護者は寝たきり(日常生活自立度B・C)であり、座位保持が困難な状態であることが考えられ、そのような要介護者の座位を90度に保持するためには、クッションの使用等の工夫が必須となり、常に介護者は要介護者に気を配らなくてはならないことが負担感と関連していると考えられた。清拭についても、寝たきり状態の要介護者の体位変換や寝衣交換が伴うため、介護時間が長く負担を大きく感じる項目といえる。これらのことから、栄養補助食品の紹介や購入方法に関する情報提供を行うこと、さらに褥瘡予防に効果的な製品で要介護者に合ったマットレスの紹介やクッションを用いたポジショニングの方法、負担の少ない体位変換方法等の指導を行うことが重要であると考えられる。

(2) 第2因子

〔第2因子〕と関連がみられた各項目の結果から、社会資源の活用は介護者の負担を軽減することは言うまでもないが、特にエアマットレスの使用は褥瘡予防に効果的であると共に、介護行動の中でも特に身体的負担の伴う体位変換の負担軽減につながる。エアマットレスを使用していない介護者は体位変換を頻繁に行わなくてはならないことが、負担感をより感じさせる可能性が考えられた。しかし、岡ら²³⁾の研究では、介護者の中にはエアマットレスを使用することで体位変換しなくてもよいと勘違いしている人もいることがわかっている。今回の研究の結果からも、エアマットレスを使用している介護者は負担を少しでも減らしたいという思いが生まれ、エアマットレスを使用することで安心し、体位変換を行わない可能性が考えられた。これらのことより、要介護者の状態に合ったエアマットレスの紹介に加えエアマットレスを使用している家庭においても、体位変換の必要性・重要性について介護者に指導することが必要であると考えられる。

(3) 第3因子

〔第3因子〕と関連がみられた各項目の結果から、要介護者は寝たきりであるため、座位での自力プッシュアップ

が不可能であり、介護者は座位での除圧の必要性の知識がありながらも、実行できない状況であり、やりたいという思いがあってもできない状況と捉えられた。さらに、医療者から褥瘡には消毒を行わなくて良いと説明を受けていたとしても、傷には消毒を行うという今までの慣習から、褥瘡に消毒を行わないことに納得できないまま介護を行っているのではないかと考えられた。これらのことから、看護師が介護者の相談相手となり、介護者の介護観を十分に受け止め正しい知識を提供することや、介護者の理解を促すような働きかけが重要であると考えられる。

2) 介護肯定感

(1) 第1因子

〔第1因子〕と関連がみられた各項目の結果から、介護者はエアマットレスを使用している状況でも体位変換を行っている。体位変換は、前述したように身体的負担が伴う介護行動であるが、その反面介護を行っているという肯定感も得られやすい介護行動であるとも言える。そのため体位変換を行うことが、よりよい介護を行っているというような肯定感に繋がる可能性が考えられた。また、頭部を30度以上挙げないようにしていることで、ベッドからのずれが起きず余計な介護負担が発生しない。しかし、知識の普及を行うことで、介護者は自分の無意識的な介護行動に意味を見出すことができるのではないかと考えられた。これらのことより、介護者自身がよりよい介護をしているという実感が肯定感に繋がっていることが考えられ、介護を当然の行動ととらえるのではなく、介護者がよりよい介護をしているという実感を高めるような医療者の関わりが重要であると考えられる。

(2) 第2因子

〔第2因子〕と関連がみられた各項目の結果からは、項目28について要介護者に褥瘡がない限りは行う必要がないため、偶然に相関が認められた項目であると考えられるが、それ以外の項目は全て何らかの指導や学びがないと、知識として身に付かない内容である。これらの結果から、より専門的な知識を学ぶことで、介護者は自分が介護者として成長できたことを実感しているのではないかと考えられた。これらのことより、介護者が介護を始めたころから十分な専門的知識を含めた介護指導を行うことが重要であると考えられる。

(3) 第3因子

〔第3因子〕と関連がみられた各項目の結果から、項目24の実施率は65.3%、知識率は69.4%であることから、比較的利用しやすいエンシュア等の栄養剤の存在を知っている介護者は、高い割合で利用していることが考えられ、栄養のあるものを食事の度に考えて作るという介護の負担が軽減されたことで介護を前向きに捉えることができるので

はないかと考えられた。また、項目27、項目28では、褥瘡予防に関する知識との相関は見られなかったものの、誤った対処行動を行っていないことから、例え理解していないことでも素直に医療者に言われたことを受け入れている可能性が考えられた。よって、在宅サービスの紹介や活用を提案し、家族介護をこのまま継続できるように働きかけることが重要であると考えられる。

結 論

本研究では、在宅介護において主介護者の行う褥瘡予防行動と介護負担感・肯定感について因子分析を行い、褥瘡予防行動との関連をみた。その結果、負担感・肯定感共に3因子で構成されており、これらの因子と褥瘡予防行動の各項目とは関連がみられた。

家族介護における褥瘡予防行動を推進するためには、介護者の介護負担感軽減や介護肯定感の強化を図るための看護活動として、以下のことが考えられた。

1. 要介護者だけでなく介護者の健康状態も把握すること、栄養補助食品の紹介や購入方法に関する情報提供を行うこと、さらに褥瘡予防に効果的な製品で要介護者に合ったマットレスの紹介やクッションを用いたポジショニングの方法、負担の少ない体位変換方法等の指導を行う。
2. エアマットレスについての知識の普及に加え、エアマットレスを利用している家庭においても、体位変換の必要性・重要性について介護者に指導を行う。
3. 介護者の相談相手となり、介護者の介護観を十分に受け止め、正しい知識を提供することや、介護者の理

解を促すような働きかけを行う。

4. 本来の自分の生活が保たれる中で、介護者がよりよい介護をしているという実感を高めるような看護師としての関わりを行う。
5. 介護者が介護を始めたころから十分な専門的知識を含めた介護指導を行う。
6. 介護者の生活パターンに合わせ、在宅サービスの紹介や活用を提案し、家族介護をこのまま継続できるように働きかけを行う。

本研究の限界と今後の課題

本研究においては日常生活自立度を医療者が判定したのではなく、介護者が主観で判定したため、実際の日常生活自立度とはずれが生じている可能性が否定できない。また、医療者の技術やその知識を要する調査内容でありながら、医療者が同伴し調査票を記入していないため、回答が実際の介護内容にどの程度反映しているものなのか不明である。これらのことを踏まえ、今後は看護師等の医療者が同伴し調査することや、過去の褥瘡教育についての項目を調査票に加えることが必要である。

謝 辞

本研究を行うにあたり、研究に御理解頂き、調査票の回答に御協力下さいましたA県内の訪問看護ステーション利用者の皆様、また大変お忙しい中、本研究の趣旨に御賛同頂き、調査票の配布に御協力頂きました訪問看護ステーションのスタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

要 旨

本研究は、在宅介護において主介護者の行う褥瘡予防行動と介護負担感・肯定感との関連を明らかにすることを目的とし、アンケート調査を行った。その結果、褥瘡予防行動は専門的知識や技術を要するケアにおいて実施率・知識率が共に低い結果であった。また因子分析の結果、負担感では寄与率が10%以上の3因子、肯定感では3因子が抽出され、それぞれの因子と褥瘡予防行動とは有意な相関が認められた。この結果を踏まえ、ポジショニングの方法や負担の少ない体位変換の方法、エアマットレスの普及、介護者本来の生活を保つこと、在宅サービスの活用など、家族介護において褥瘡予防推進のための看護活動をより具体的に考慮していく必要がある。

Abstract

The aim of this study is to clarify the connection between the perceived care burden and sense of affirmation in the pressure ulcer prevention behavior of the main caregiver at home. The results indicate that there is a low degree of awareness and practice of pressure ulcer prevention behavior in care which requires special knowledge and skills. Factor analysis extracted three factors with a contribution ratio over 10% in the perceived burden category, and three factors in sense of affirmation category, and results disclosed a significant correlation between these factors and pressure ulcer prevention behavior. Taking these results into account, positioning method, low load body positioning, widespread use of air mattresses, maintaining the normal life activity of the caregiver, and using a homecare service must be considered more concretely in terms of nursing activities that promote the prevention of pressure ulcers in family care.

文 献

- 1) 藤原康子, 大塚邦子, 他: 介護者の褥瘡に関する知識と褥瘡予防教育の課題, - 済生会訪問看護ステーション利用者の介護者の実態 -, 日本創傷・オストミー・失禁ケア研究会誌, 3, 23-28, 1999.
- 2) Zarit SH, Reever KE, Bach-Perterson J: Relatives of the impaired elderly, Correlates of feeling of burden, Gerontologist, 20, 649-655, 1980.
- 3) Greene JG, Smith R, Gardiner M, et al: Measuring behavioural disturbance of elderly patients in the community and its effects on relatives, a factor analytic study, Age and Ageing, 11, 121-126, 1982.
- 4) Robinson BC: Validation of a caregiver strain index, Journal of Gerontology, 19, 586-593, 1979.
- 5) 中谷陽明, 東條光雅: 家族介護者の受ける負担～負担感の測定と要因分析～, 社会老年学, 29, 27-36, 1989.
- 6) 坂田周一: 在宅痴呆性老人の家族介護者の介護継続意志, 社会老年学, 29, 37-43, 1989.
- 7) 冷水 豊, 本間みさ子: 障害老人のかかえる家族における世話の困難とその諸要因, 老年社会学, 8, 3-18, 1987.
- 8) Lawton MP, Kleban MH, Mo, et al: Measuring caregiving appraisal, J Gerontol, 44, 61-71, 1989.
- 9) Motenko AK: The frustrations, gratifications, and well-being of dementia caregivers, Gerontologist, 29, 166-172, 1989.
- 10) 杉澤秀博, 中村律子, 他: 要介護老人の介護者における主観的健康感及び生活満足度の変化とその関連要因に関連する研究, 日本公衛, 39, 23-31, 1992.
- 11) Pruchno RA: The effects of help patterns on the mental health of spouse caregivers, Research on Aging, 12, 57-71, 1990.
- 12) Lawton MP, Moss M, et al. : A Two-Factor Model of caregiving Appraisal and Psychological Well-being, Journal of Gerontology, Psychological Sciences, 46 (4), 181-189, 1991.
- 13) Kramer BJ: Gain in the Caregiving Experience; Where are We? What next?, The Gerontologist, 37 (2), 218-232, 1997.
- 14) 井上 郁: 認知障害のある高齢者とその家族介護者の現状, 看護研究, 29 (3), 189-202, 1996.
- 15) 櫻井成美: 介護肯定感をもつ負担軽減効果, 心理学研究, 70, 203-210, 1999.
- 16) Bergquist SLB : Risk for pressure ulcers in community based older adults receiving home health care, University of Iowa, 286, 1998.
- 17) Pieper B : General considerations for the management of wounds in home care, Home Health Care Consultant, 7 (12), 25-32, 2000.
- 18) Ayabe A : Factors affecting the perspective of caregivers on assisting elderly living at home, Journal of Japan Academy of Nursing Science, 27 (2), 43-52, 2007.
- 19) 片山陽子, 陶山啓子: 在宅で医療的ケアに携わる家族介護者の介護肯定感に関連する要因の分析, 日本看護研究学会誌, 28 (4), 43-52, 2005.
- 20) 真田弘美: 褥瘡ケア DO と DON' T, エキスパートナース, 照林社, 10 (8), 48-51, 1994.
- 21) 阿部富美子: 在宅療養者の介護者における褥瘡の予防的ケアの実態調査, 老年看護, 第34回, 18-20, 2003.
- 22) 荒井由美子: Zarit 介護負担感スケール日本語版の応用, 医学のあゆみ, 186, 930-931, 1998.
- 23) 岡由美子, 田中恵子, 他: 在宅療養者の褥瘡発生が減少した現状報告 - 介護サービス利用と介護・看護の実態を介護保険導入の前後で比較して -, 公立豊岡病院紀要, 16, 59-62, 2004.

[平成21年3月12日受 付]
[平成22年1月14日採用決定]

第 35 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (2)

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

◆招聘講演◆

Historical Memory and its Importance to the Nursing Profession

Sioban Nelson Professor and Dean,
Lawrence S Bloomberg Faculty of Nursing, University of Toronto

Abstract

This paper focuses on two key themes: the role of history as a witness to key events, moments, or shifts in history; and the role of history in the on-going development of identity – identity of individuals, of groups, of nations or generations. I conclude with some comments about the way the study and the teaching of history can be approached. My argument has several strands: First history is useful in the specifics – sometimes there are stories we should not forget. We owe it to stand witness. Nursing has its own history in relation to these major events and our understanding of that history is important to the development of our identity as nurses. Second, there are stories that it is wise not to forget – we should learn from the blunders of those who came before us and show some wisdom. There are many areas in nursing where history appears to repeat itself. It is a very common story for nursing to be struggling for respect and recognition, for nursing to constantly need to justify its importance to the health care system, and for nurses to fail to persuade policy makers that nursing jobs should not be cut during economic downturns. Another frequent issue one hears of today that has strong historical echoes is the view that nurses of today are less knowledgeable or competent than they were in the past. Anyone who looked at history would quickly learn that this is a common and perennial problem that tells us more about the tensions between education and the service sector than it does about competence of new nurses. History can also tell us a great deal about the way nursing is positioned as largely women's work, and of the historic tensions between the medical and nursing professions. Finally in my talk I approach the question of teaching history and give examples that bring to light the history of practice and the value of knowing this history to contemporary nurses. Through the lecture I argue that historical amnesia is dangerous. Memory is necessary – we need to know who we are if we have any hope of knowing where we are going.

This talk explores the purpose or function of history in nursing. I will be speaking about why it is important and the ways in which it can be approached by teachers and learners to enrich scholar-

ship in nursing and student learning.

I will be focusing on two key themes: the role of history as a witness to key events, moments, or shifts in history; and the role of history in the on-going development of identity – identity of individuals, of groups, of nations or generations. Although the object of the essay is nursing history my comments could apply to medicine and other areas of health care practice equally well. I will conclude with some comments about the way the study and the teaching of history can be approached.

There is a traditional approach to nursing history which has been about great women and their achievements¹. In scholarly circles this approach has been out of fashion for many decades as its progressivist and teleological assumptions about great women moving the profession forward now seem individualistic and naïve, and fail to resonate with more sophisticated social and political analysis that shapes contemporary humanities and social sciences. The challenge for nursing scholars, then, has been to consider what role history content and the academic training that history offers can play in contemporary nursing curricula and its place in the profession at large.

We thus have a disconnect between the way history is understood by scholars and the way it is embraced by the nursing profession. Traditionally curricula have included brief introductions to nursing history that aim to provide some socialization to students in the early part of their professional education. Although it may be uncommon for students to have a full history course in their degree, in most parts of the world it is usual for there to be some content that looks at the evolution of the profession, speaks of Florence Nightingale and perhaps little else. Typically the curriculum then moves to ethics, standards of practice and so forth. Sadly, the class and the teachers then give a collective sigh of relief, happy to get what is too often thought of as the 'boring' stuff over with so they can focus on practice and learning skills.

I have great sympathy for both the students and the teachers who struggle to do something interesting with pretty dull material that few people know or care much about. But this raises the questions – what history should we learning? Does it really have to be dull? Why should we bother with the past?

One response to these rhetorical questions is to urge our colleagues teaching the history of nursing to take the approach that we urge upon our students and colleagues in all other areas of scholarship: namely, we urge them to turn to the research literature. It is in this literature that we find scholarship seldom reflected in nursing curricula. For instance a quick survey of the major journals that publish nursing history (*Nursing History Review* and *Nursing Inquiry* along with various national bulletins of the history of medicine) reveals an increasing number of studies on different elements of practice (blood transfusions, typhoid nursing, tuberculosis, world events: wars, disasters, as well as on the professional and legal organization of practice)²

This more recent shift to write histories of practice can be best exemplified by the work of Julie Fairman *Making Room in the Clinic*, and Arlene Keeling *Nursing and the Privilege of Prescription 1893-2000*,³ who have both written excellent histories of the nurse practitioner movement in the US. These histories provide in depth and riveting accounts of the politics and competing tensions of medicine and nursing and how they have played out in the context of the complex public/private service provision in the US.

So there is definitely interesting scholarship out there – but in many respects it is historians talking to other historians, not to nursing students and not to our wider professional community. This lack of conversation indicates a lack of historical literacy, it is an illiteracy that has consequences on the way nursing sees itself and is in turn viewed within the health care system and ultimately by the broader community. Without memory one lacks identity and history is, at least in part, about collective memory.

Witness

So what are the duties and the responsibilities of the historian as memory-keeper? Are there things that we should remember simply because it is important that we do?

This responsibility to remember comes in several common forms:

How do we identify and remember the struggles and achievements of the past? Why do we need to? One answer to this question lies in the relationship between historical narrative and identity. One aspect of this is the need to honour those who struggled to create the possibilities for those who followed. That's the pioneer memory. In many parts of the world it is this particular form of remembering the distinctive history that makes you who you are – whether it is as a person from a region or a city, or a particular community (such as a member of a religious community). For some communities their identity is shaped by the envi-

ronment or climate which has led to freezing winters or famine, or perhaps slavery and colonization, or struggles for independence that go on to become etched into the DNA of its citizens. What is the identity of Japanese here in the city or in the far north of the country, or Japanese Americans or Japanese in Brazil? History has shaped those identities both through stories that are told and those that cannot be told but are remembered.

My nursing education took place in Darwin – a small city close to Indonesia in the far northwest of Australia. Believe it or not, Australia, like Japan, is a highly urbanized society. Thus there are two places that are 'othered' in the Australian psyche: the Centre – which symbolizes the harsh dry interior and desert landscapes, and the North, which represents Aboriginal communities, monsoon, and wilderness. Even though I was from Melbourne, a very European sophisticated city in the south of the country, when I arrived in Darwin I almost immediately began to resent 'southerners' who did not understand the difficulties of the north and yet made all the decisions on resources. Along with my peers I developed a distinctive sense of clinical, professional and social identity that constituted the professional community in the far north.

Disasters, too, are very important in collective memory and an illustrative example of identity construction through history. Even though I arrived in Darwin ten years after Cyclone Tracy completely destroyed the city on Christmas Day in 1974, I too developed my Cyclone Tracy stories (along with tales of other cyclones I endured while living in the north). Cyclone Tracey was such a landmark event that each building, river and street had its story and I, as a member of that community, learned to read the markers of Tracy on my house and garden, I knew how far inland the sea had surged to our street and which buildings and trees had withstood the storm and the sea. I also knew who among my colleagues and clients remained deeply traumatized by grief and fear. These events become part of the narrative about history and place that living and working somewhere creates. That narrative in turn sustains identity.

So remembering events that shape a community or a practice is part of participating in that practice or community. Even if one is unaware of the historical details, the gestalt has been shaped by that history.

There is another element I wish to emphasize on this theme of the need to remember. A few years ago I expressed reluctance in response to an invitation from a friend to see the movie *Hotel Rwanda*⁴, the 2004 Hollywood movie that depicts the 1994 Rwandan genocide. That night as I didn't feel up to spending two hours viewing mass slaughter and human horror – and hu-

man bravery. My friend's response struck me as very powerful. She said: 'well you must see it – sooner or later. *It is the least we can do*'. I understood immediately what she meant. The story of Rwanda is an example of the need to bear witness. To know what happened, to feel the pain and helplessness and the guilt of the world community that failed them. It is quite simply necessary that we do not forget what happened.

When a doctoral student I co-supervised from the University of Sydney, Ryoko O'Hara, was undertaking her oral history of nurses who were survivors of Hiroshima⁵, both the actual bombing and the horrific aftermath, we talked a great deal in historiographical terms about this need to witness. Some things should not be forgotten. To prevent reoccurrence? Some would say this is the reason. I am less idealistic. I think it is simply because we owe it to the dead. Hiroshima is an event the planet needs to remember. In Ryoko O'Hara's wonderful study the overwhelmingly desperate situation, the depiction of young nurses (many only 17 years old) struggling in such hell as their friends and classmates die mysteriously around them, everyone's total ignorance of what had happened, the way they were all measured for side effects as part of scientific investigation by the occupying forces for decades and not provided with treatment, the way many were shunned by Japanese society as unmarriageable ... these are 'witness' stories that are important not to forget so that we honour the victims.

When I wrote my history of religious nurses in the 19th century, *Say Little Do Much, Nurses Nuns and Hospitals in the Nineteenth Century*, these nurses set up hospitals all around world in often quite remarkable circumstances, one of the things that really came home to me was the importance the nuns placed on honoring each other⁶. This was also a clear distinction between the religious and the non-religious nurses in the nineteenth century. The religious nurses or nuns understood the importance of sense of community and were supported through letters, prayers and support from their Motherhouse – the rest of their community - far away. They clearly derived great strength from that support and it enabled them to endure enormous hardship.⁷ The non religious nurses were strikingly singular in their suffering and hardship. If one reads their correspondence and diaries it is clear that they felt isolated and burdened, often their correspondence with Miss Nightingale did not provide them with the strength the religious nurses received from their Motherhouse.⁸ The nuns were also very historically minded and wrote all their adventures and hardships back to the motherhouse and the whole community was riveted by their ordeals, prayed for their successes.⁹ It is remarkable how important it was for them.

When they died they were honoured and eulogized from parish churches to religious communities around the world.¹⁰ If you take the case of epidemic nursing – where the religious nurses really came into their own and worked bravely in infectious hospitals around the world, being a veteran of an epidemic became a badge of pride and honour that followed them their whole lives. Some sisters were extraordinarily heroic (many died in droves) nursing in the cholera and yellow fever epidemics with a singularity of purpose while much of the world around them was gripped by panic. When they eventually died, even if it was 60 years later, the epidemics they had served in and the years etc were always included in the death notices and eulogies. They may have lived as anonymous religious women but their deeds were honored throughout their lives.¹¹

Compare this to the recent years and the SARS outbreak in Toronto where 44 people died. We do not know the names of the nurses and physician who died, nor do we honour those who volunteered to work in those units.

War, sadly, provides the most powerful theme of the intersection of nursing history and national history. The importance of these stories was not simply a case of making sure nursing receives the requisite amount of airplay, but that nursing stories are the way in which women become written into a national narrative that has been up to that point entirely male. The story of women at war, in combat, heroism under fire is one that challenged a masculinist national identity and one that in some respects changed society.

War provides the most dramatic example of women moving into centre stage during the twentieth century. In countries such as Australia, New Zealand and Canada, WWI was a key event in the emergence of a national identity and in each case nurses were the only women to play a front-stage role.¹² In Japan too it was the Sino-Japanese war where nurses became the first women ever to be decorated for military bravery. (Takahashi, 2004).

Heroes are important. They form part of a narrative for a community (in this case nurses, doctors and other health care professionals), and that narrative links in with the broader national or political or gender narrative in critical ways that shape the way we (a global we) see nursing or medicine. This in turn shapes everything from the way the professions are able to recruit people to the field, to the way they are funded and valued.

But if we remember the dead and honour our heroes as part of our duty to witness, we are also performing an act of identity construction. Because our gods or our saints say as much about ourselves as they do about those we hold in high esteem.

English historian EP Thompson in his landmark text *The his-*

tory of the English Working Class stated that he sought to protect the subjects of his history from the 'great condescension of posterity'.¹³ As manual skilled work, and as women's work, nursing too suffers inordinately from the condescension of posterity.¹⁴ Unlike medicine which tends to revere the medical scientists who paved the way for contemporary medicine, nursing does not see itself as 'standing on the shoulders of giants'. Instead of pride, nursing tends to experience a 'historical discomfort' with the domestic and manual elements of the work (and in many countries the links with union/labour history are often a problem as well), and more recently nursing has even suffered from what one could think of as a 'post feminist cringe' at the resolutely feminized domestic nature of much of the work. In recent years feminist have urged women to engineers and doctors, dismissing nursing as too feminine and too subservient for modern women. Class and gender are never far away in any analysis of nursing and historians have been gripped by epistemological and methodological debates concerning them. At one time feminist labour history was a major force in promoting a better understanding of nursing and in the late 1980s resulting in a flood of excellent histories of women and work.¹⁵ Scholars such as Americans Susan Reverby who wrote *Ordered to Care*, a wonderful history of American nursing, and Barbara Melosh, who wrote *The Physician's hand*, plus Englishwoman Celia Davies, who wrote *Rethinking Nursing History*, and many others offered great insight into the role of nursing in society.

But more recently nursing history struggles to receive attention from mainstream historians and yet there are so many important and unanswered questions. Not surprisingly much of scholarly energy comes from gender and women's studies. But examining nursing allows a focus on women at multiple points in society – women and the family – women and economic power such as role of Filipino nurses in a global workforce and the impact on their home country and familial relations, or the way in which the Rockefeller Foundation's support of nursing in the mid-twentieth century could be the basis of an interesting case study to examine the place of women in the largely male geopolitical frame of mid twentieth century history in Japan or Finland or Australia. The Rockefeller foundation was in fact an important resource for Japanese nurses before WWII when a number of nurses were supported to go to the west for education. At my own university, the University of Toronto, which was a big centre for Rockefeller funded nurses to take courses in public health, education and administration, we hosted a number of Japanese nurses in the 20s and 30s.

Such questions are supported by recent interest in transna-

tional history which challenges historians to let go of their national boundaries and think of what was happening between states, across states and globally. An interesting question addressed through such an approach might be to look at the effect of Canadian nursing have on the development of nursing in the US. Certainly key early US figures: Adelaide Nutting and Isabel Hampton Robb were both Canadian trained nurses. Other key American figures such as Linda Richards America's first trained nurse, directly links American nursing with Nightingale by whom she was advised and mentored. Even more directly linking Nightingale with Japan was the influence she had on the Japanese naval physicians who studied in England, Takagi and Saeki who brought the idea of Nightingale and nursing reform home to Japan in the 1880s. (Hisama, *Nursing Outlook*, 285).

Takahashi in her history of nursing in Japan talks about the way in which Nightingale was revered in Japan with divinity like status and gives the example of the distinguished Red Cross Matron, Hagiwara Take's whose attempt to visit the Nightingale took the form more of a pilgrimage than a professional visit. She describes how when Nightingale died a year later in 1910, Hagiwara organised the Red Cross Society to hold a solemn ceremony conducted by a Shinto priest (Takahashi, 2004.) This is a wonderful example of what French scholar Pierre-Yves Saunier would describe as a 'transnational circulation'. He argues that nursing is a great case study that allows the scholar to explore the links and networks and circulations that exist between countries, continents and empires.¹⁶

So if knowledge of history makes a difference to what we know about our practice and our profession – in what we understand of our profession and its place in society what should we teach our students?

This is the spot where there is contention. In some countries there is mandated history content in curriculum. In other countries – such as the US and Canada – there are repeated calls for such curricula. But how does core history curriculum play out? Do we have the training and the knowledge to usefully teach history to our students? This is an important question to consider. For many of us, sadly, our experience of nursing history education is not inspiring. Without passion and skill history can become a boring and a set of facts of dubious reliability or relevance. We all know that curricula are overcrowded. It is also highly contentious to think of the content of a core history curriculum. Do students really need to know the dates of Florence Nightingale's life? Some would say yes but many more would answer no. What are the landmarks considered essential for all nurses? What do nurses learn about the history of nursing in

their own country or region?

There are some interesting resources: wikipedia timeline is an excellent start – it is at least quite international.¹⁷ (http://en.wikipedia.org/wiki/Timeline_of_nursing_history)

There are quite a few landmark events in Japan that are highlighted. Finding out about the non Nightingale history is much harder – and anyone teaching history of nursing needs to find local sources about their nursing history if they wish to engage their students in their own narrative.

But history does not need to be about a person – remarkable or otherwise. Most exciting to me are the non-subject centred histories. It can also be about practice – critical care, and midwifery have done quite well so far.¹⁸ I have long wanted to do a history of objects, such as tearable tape, or micropore, and how much practice relies upon it!

Regimes of practice too are extremely amenable to historicization and provide students with important insights into the discursive framing of practice and the importance of power. For instance during the 1920s and 1930s the scientific management of babies (at least in the west) dictated that there be no kissing and toilet training should begin at 2 months with strict feeding by the clock. Authorized both by science and by the state, which felt child rearing was too much of an important job for the nation to be left to parents, nurses played an important role as enforcers of scientific regimen, armed with all power of professional authority ensuring mothers complied with expert advice.¹⁹ History can be confronting and unsettling as much as it can be reassuring. Good history challenges our assumptions about our contemporary selves by seeing ourselves and practice as a more complex and multiple story. Some of the stories are noble and inspiring, others are skeletons in the cupboard – but they all part of who we are.

One example of the potential value of history in our education of nurses I can provide is a course we teach at the University of Toronto in the master's program. The course is titled 'The history of ideas in nursing' and it aims to teach nurse practitioners and advanced practice nurses to develop a sense of the link between ideas in the history and philosophy of science and the dominant and emerging practices in which they are engaged. Starting with Nightingale and *Notes on Nursing*, we use Nightingale's own categories such as 'nursing the room', 'observation of the patient' etc. and work through to contemporary ideas about health system restructure and how it shapes their work. In the course students are encouraged to link together the broader epistemology that shapes health care and professional practice. Secondly as nurse practitioners the students are developing their own areas of

specialist practice, often creating new roles. In the course they do some basic research on the history of their own area of practice and have to share the results of this with the class. What typically happens is that students had no idea of the way larger social events – war, changes in transportation, birth rates, have affected practice. Nor did they appreciate how individual scientific discoveries – insulin, a host of cardiac drugs, completely transformed practice and patient care. For burns nurses, or wound specialists the combination of developments in plastic surgery and in a wide range of products made their own specialty even possible. For cardiac nurses, surgical techniques and calcium antagonists are key shifts. It's all a revelation to them.

These close connections between science, medical practice, technology, demographics and social/economic/political history and nursing practice had never been the object of reflection of these students (who are already practitioners) prior to the course. What they learned was in many respects the limits of the individual practitioner, certainly the illusion of autonomy as a constituent of practice and the highly social and historical nature of science and the professions. As advanced practice nurses engaged in furthering their own practice to improve patient care, these insights are critically important.

When Nightingale wrote her famous book *Notes on Nursing* her task was to educate women – not health professionals – on the Victorian version of what we would today call evidence-based practice.²⁰

In mid Victorian terms that best practice was sanitarianism, which was a world view that paid attention to hygiene fuelled by the belief that miasma or bad air could contaminate you and make you ill. The understanding of the body under Sanitarianism was that the body needed to build the resources to overcome what was taxing it, it did not believe in disease as a result of germs. Thus the role of good nurses was to provide the environment to aid recovery – a topic on which Nightingale was most forthcoming.

Fast forward to the 1920s post WWI and the idea of the hospital and the role of the nurse had been radically transformed. Not only as a result of the professionalizing agenda of nursing itself (regulation etc), but more importantly by science, the rise of hospital based care through major advances in anaesthesia, surgery, plastics, fluid management, disinfection and asepsis. The cure laid not with enabling the body to heal on its own, but in the aggressive management of the body where surgical intervention was promoted and all measures taken to battle with the disease. Insulin, antibiotics and efficient fluid management techniques followed and eventually common medical conditions

began to be more effectively managed. The evidence based care of the mid century thus required a very different kind of nurse who needed to manage unstable patients, this led to the development of Intensive Care Unit, specialized units for intensive nursing!

Much has been written in recent years about the return to community health, home care and the importance of public health and health promotion and the key responsibilities of the system. There is a history to this too and one that is striking. In fact it is difficult to turn to a page, and page any year, and not find the same tensions replicated. Archival work brings a profound sense of déjà vu in nursing for the historian. We are still struggling to help government and service providers see that nurses are not an undifferentiated population. When you need a nurse it is not just any nurse, it is a primary health care nurse, or a critical care nurse and they are not interchangeable.

So to summarize my argument here has had several strands:

First history is useful in the specifics – sometimes there are stories we should not forget. We owe it to stand witness. Each culture has these ‘je me souvien’ moments. Some, like Hiroshima or the Holocaust, belong to the whole world.

There are also stories that it is wise not to forget – we should learn from the blunders of those who came before us and show some wisdom. We should not act as though we came down with the last rain shower. It is wise to learn from our past and try and be wiser. It might also be useful to think of parallels between the aftermath of the Great Depression and the home nursing sector. It was the end of it as families could no longer afford to pay for home care nurses when the economy collapsed. US President John F. Kennedy said of history that there is no present – just the past rushing forward into the future. If he was correct then am-

nesia is certainly dangerous. Memory is necessary – we need to know who we are if we have any hope of knowing where we are going.

Endnotes

- 1 Nutting and Dock is perhaps the classic example of this style of historiography. Although this work was an excellent and thorough piece of scholarship, its progressivist and teleological assumptions make it dated and of historical interest only.
- 2 List group of refs from 2001 NHR article
- 3 Fairman and Keeling
- 4 Hotel Rwanda
- 5 Ryoko O'Hara
- 6 Say little do much
- 7 Say little do Much correspondence Sisters of Providence
- 8 Say little do Much – correspondence Osburn and Nightingale
- 9 Say Little do Much Frontier
- 10 Say Little do Much epidemic nursing
- 11 epidemic nursing
- 12 See Jan Bassett for her history of Australian war nurses Guns and Brooches The Australian Army Nursing Service from the Boer War to the Gulf War, and Meryn Stuart “Social Sisters: A Feminist Analysis of the Discourses of Canadian Military Nurse, Helen Fowlds, 1915-18.” In *Place and Practice in Canadian Nursing History*, ed. Jayne Elliott, Cynthia Toman and Meryn Stuart UBC Press 2008.
- 13 History of the English Working Class
- 14 Gordon and Nelson Rhetoric of Rupture, Nursing Outlook in 2002.
- 15 Susan Reverby, Barbara Melosh,
- 16 Pierre-Yves Saunier Learning by doing: Notes about the making of the Palgrave Dictionary of Transnational History, *Journal of Modern European History*,
- 17 <http://en.wikipedia.org/wiki/Nursing>
- 18 Julie Fariman history of critical care; Madonna Grehan history of midwifery ...
- 19 Phillipa mein Smith
- 20 Nightingale Notes on Nursing

◆シンポジウムⅡ◆

未来を拓く看護

～座長総括～

日本赤十字看護大学 中 木 高 夫
慶應義塾大学看護医療学部 小 松 浩 子

現代社会は危機的状況にある。経済危機や環境破壊といった目に見える危機的な出来事のみならず、人々は自身や家族の生命や世親を脅かされる危機感を覚える時代でもある。ことに、医療現場の疲弊は、医療が人々の安心と安全、希望を保つ確かなしくみとしてみなされてきた信頼に影を落としている。社会の未来を拓くために、底をつくまで資源を費やす社会から、不足を補い合い、糧を配分していく資源循環型の社会作りが、今こそ求められている。医療システムも同様のことが言える。「安心と安全と希望を支える医療」のために、看護学はどのような貢献ができ、50年後、100年後の将来を見据えたビジョンのもとにどのように発展をとげていけるであろうか？看護の対象である人の生命、営み、つながりを尊重し、潜在性や可能性を広げていけるよう支え、関わっていくことが必要とされている。

このシンポジウムでは、人々の「生命、営み、つながり」を看護学の専門分野から探究している研究者に、〈未来を拓く看護〉について意見交換を御願した。

シンポジストの先生方の話を端を発し、学会参加者とともに、看護学の発展がどのような未来を拓くのか、看護学研究の発展によりどのように医療、社会の危機的状況をブレイクスルーしていけるのかなど、〈未来に拓く看護〉について語り合うシンポジウムであった。

以下に、シンポジストの発表内容要約と意見交換の要約を記した。

陣田氏は、「看護現場学から」考える未来を拓く看護をテーマに、自身の看護教育および看護管理者としての継続教育の経験から創成した「看護現場学」について生き活きと語られた。教育現場での経験を通じ、1人の患者との出会いを通して「看護現場学」の構想は結実に至った。1人の患者の生きてきた軌跡が、看護師とのあたたかな交流を通し表出される過程について紹介され、それこそがケアの真髄であり、看護現場学であることが述べられた。その後、氏は看護教員として基礎教育の場で語る機会を得るが、現場で紡ぎだされている看護を系統的に語ることはできないことに直面する。そして、臨床現場の看護実践を理論に基

づく実践として語るができるよう、「看護現場学」の理論化に力を傾けることとなった。「看護現場学」において重要な要素として、患者と看護師間、看護師と看護師間において、患者の体験が語られ、その体験に対し、看護師が専門職者としての関心を注ぎ、患者固有の受け止めや意味づけを見出ししていくことがある。陣田氏は、この相互作用のプロセスにおいて看護師が成長することにも注目している。「看護現場学」は構造化をすすめている段階であり、更なる発展が期待できる。山勢氏は、「生命の危機に対する看護の役割と未来を拓く看護の基本にあるもの」について話した。現在、社会や医療が直面している危機的状況について、ストレスの種類、危機状況の広がりや多様性の観点からまとめ、その重大性をクローズアップした。そして、生命の危機に対応する医療において、看護がどのような役割を担っているかについて提示された。災害医療への参画、地域の衛生、保健活動など、集団、地域の危機への参画の重要性を示した。看護は、社会の変化や医療技術の進歩、将来起こるかもしれない健康危機に果敢に対応するための高度の知識と技術の蓄積が急務であることを強調した。そのために、科学的根拠に基づく新たな看護技術開発、創造的なケアの創出の必要性を述べた。

長谷川美津子氏は、東邦大学における看護基礎教育の経験をもとに、「看護の未来を紡ぐ人材を育てる」について話した。氏は看護基礎教育において、「自ら成長していける人材を育てること」が重要であると述べ、東邦大学において実施している、自然体験学習や社会的スキルトレーニングの必要性を強調した。実践科学を探究する素地として、環境との相互作用を通して問題解決能力や創造性、探究心を養うことが重要である。看護専門科目教育では、看護職として、3つの関心（科学的な関心・病人に対する心のこもった関心、病人の世話と治療についての技術的関心）について情熱をもって教員自らの姿勢や実践を示すこと、あるいは「目指すべき看護職像」を見せることが大切と語った。

参加者との意見交換では、次のような点が話し合われた。

・「看護現場学」を発展する上で、臨床家と看護教育者の

協働が要となる。教員、実践家がどのように協働し、大学や病院組織間における連携をどのように行っていくかを検討する必要がある。

- ・看護師が実践についてふりかえり、患者の体験に対し、看護師が専門職者としての関心を注ぐことができるよう

導く継続教育が重要となる。

- ・看護基礎教育において「自ら成長していける人材を育てる」ために、どのような教育的アプローチが必要か更なる探究が必要である。

◆シンポジウムⅡ◆

生命の危機に対する看護の役割と 「未来を拓く看護」の基本にあるもの

山口大学大学院医学系研究科 山 勢 博 彰

1. 生命を脅かす危機的状態への医療の対応

生命を脅かす危機的状態は、重篤な病気、事故や事件による重症外傷など、個人に起こった出来事によって生じることがある。こうした出来事は、個人に限らず集団あるいは地域を対象に生じることもある。例えば、地震や台風による災害、インフルエンザなどによる集団感染、特定の地域に起こった化学物質による環境汚染なども生命への危機をもたらす。国家的、国際的危機もある。戦争、核拡散、経済危機、食糧危機などの言葉で表現されるものも、多くの生命を脅かす重大な要因となる。規模を地球全体に広げれば、大規模な資源破壊や地球温暖化による生存の危機、生態系の破壊による種の絶滅、地球を襲う巨大隕石による宇宙規模の危機なども、我々人類にとって全く無縁のことではない。

こうした危機に対し、医療は様々な対応を行っている。病気や外傷などの個人に起こった生命の危機には、臨床での治療はもちろん、先端的研究を進めながら治療可能な疾病を広げ、多くの命が救われるようになってきた。集団や地域の危機対策では、医療に関する防災システムの構築、集団災害医療の進歩、集団感染予防などに力を入れ、災害あるいは感染などが起こる前から対策を強化し、発生後のシステムティックな対処ができる仕組みを構築する努力が続けられている。国家・国際レベル、地球全体の危機への対策では、医療は直接的な解決をもたらす手段を持ち合わせていないかもしれない。しかし、これらの危機によって生じる経済破綻、環境破壊、社会的パニック、閉塞感、絶望感などは、人々の心身を疲弊させ、多くの健康被害を引き起こす。医療は、こうした将来起こるかもしれない健康危機に無関心であることはできず、必要な対策を準備することが必要である。

2. 生命の危機に直接対応するクリティカルケアの変遷と高度・専門化

個人の生命の危機に直接対応する医療の最前線は、クリティカルケアにある。クリティカルケアは、病気の急性期や外傷初期において生命が脅かされている個人の命を救うことが最大の目的であり、臨床では救急医療、集中治療として実施されている。救急医療の対象は、軽度の疾病から、

生命にかかわる重症のものまで範囲が広く、集中治療が必要な重症患者にあつては、三次救急医療施設で対応している。三次救急医療施設である救命救急センターは、各県に最低1ヶ所以上を目標に設置され、命を救う最後の砦としてその使命を果たしてきた。また、災害拠点病院の整備、救急医療情報システムの拡充と強化、国際災害救援医療の体制作りなどが進み、集団や地域で生じる生命の危機にも救急医療は貢献するようになった。

クリティカルケアに関する高度化と専門化もめざましい。多くの病院で集中治療部門の施設が整備され、救命と延命のための高度な医療機器が導入されるようになった。さらに、救急医学と集中治療医学の体系化と専門化が進み、高度な知識と技術を持った専門医も誕生している。看護では、救急看護認定看護師、集中ケア認定看護師、急性・重症患者看護専門看護師のエキスパートナースが活躍するようになった。クリティカルケアを専門とする学会が発足し、アカデミックな活動も行われるようになった。看護研究においても、クリティカルケア看護領域の研究数は増加傾向にある(図1)。大学院でクリティカルケア看護に関する研究テーマを持って学位論文を提出する院生も増えてきた。

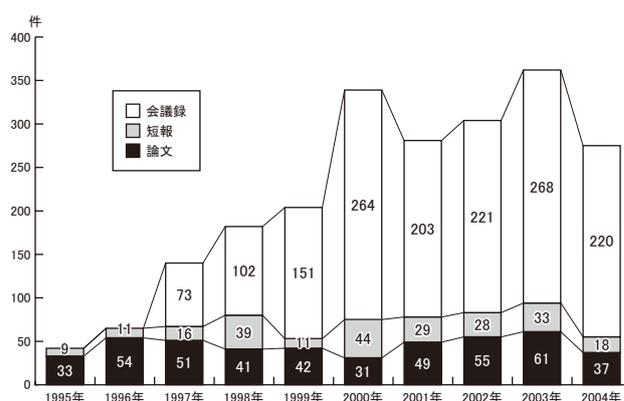


図1 過去10年間(1995~2004年)におけるクリティカルケア看護領域の文献数の推移(文献1), 図1より引用)

3. 生命の危機に対する看護の役割と課題

個人の生命の危機に関しては、クリティカルケアを実施する医療チームの一員として役割を発揮することになる。重症疾患や重大な外傷を負った患者のケアとして、身体的危機に対する看護はもちろんのこと、患者とその家族への精神的危機状況に対する危機介入を実施する。こうしたクリティカルケア看護実践の中核要素には、次のような点が上げられる²⁾。心理的危機状況にある人々に援助すること、死と向かい合うこと、倫理的葛藤へ対処すること、苦痛緩和と安楽ケアに専心すること、教育的技能を磨くこと、医療機器の管理と事故防止に努めること、コミュニケーションと交渉術を磨くこと、生命危機下にある身体機能の管理と診断をすること、山場 (peak) と破綻 (break-down) のコントロールをすることなどである。集団と地域で発生する危機に関しては、災害医療への参画、地域の衛生・保健活動などの実践がある。特に、この数十年での集団災害における看護の役割は、ますます大きくなっており、災害看護が重要視されるようになった。

一方、クリティカルケアで起こる様々な課題も存在している。救命することが不可能となった場合に蘇生処置は施さないというDNR (Do not resuscitation)、患者の尊厳死を望む権利と生きる権利のはざまで問題となるリビングウィルと延命治療、高度な集中治療で必要となる高い医療コストとこれ以上の医療資源を使い続けることはできないという治療からの撤退、脳死患者からの臓器移植など、人の生命と尊厳に関わる倫理的な課題が多数ある。

また、看護師による静脈注射が公に認められるようになったり、体外式自動除細動 (AED) を包括的な指示の下で看護師が実施できるようになったり、麻酔看護師やナースプラクティショナー、トリアージナースの必要性が謳われるようにもなった。これらは、看護師に求められる医療の知識と技術が高度化し、日常生活援助ではなく医療行為に関する看護師の役割拡大の現れでもある。

このようなクリティカルケアにおける課題と看護師に求められる役割拡大に応えるためには、個々の看護師がより専門的な知識と技術を身につけることが必要となる。加えて、現に起こっている問題や起こるかもしれない問題に対

して、それを発見し、解決に必要な方法を見出すための問題解決能力を高めることも重要である。クリティカルケアが専門職であるならば、看護の立場で独自に行う対象への高い説明力を持つことも要求される。その中には、科学的根拠のあるケアの実践、わかりやすい説明に基づいたインフォームドコンセント、一般市民や他職種者への看護のアピール、質の高い看護研究なども包含される。さらに、要素還元主義の限界を踏まえながら、豊かな人間性を持ってホリスティックな (全人的な) アプローチがより求められるだろう。

4. 未来を拓く看護の役割を発揮するために

クリティカルケア領域にかかわらず、拡大し高度化する看護の課題を背景に、未来に向かってどのような看護を目指せばいいのだろうか。未来を拓く看護の役割を発揮するために、やらなくてはならないことは何であろうか。

まずは、社会の変化や医療技術の進歩に敏感になり、将来起こるかもしれない健康危機に積極的に取り組む姿勢が必要だろう。臨床実践、看護基礎教育、看護研究で、旧態依然の知識や技術に固執していることはないだろうか。前例や伝統に縛られていることはないだろうか。新しい発想の芽を潰してないだろうか。権威の前でただ跪いてはいないだろうか・・・前に進むには、新しい発想や過去を捨てる勇気などが求められるだろう。新しいもの、将来を見据えたもの、現状を打破するもの、斬新なアイデアや創造力を生み出す姿勢こそが「未来を拓く看護」には必要である。看護研究においては、領域に拘ることなく、自由な発想を大事にし、研究デザインに関する広い知識をもって取り組むことができればと思う。多くの研究費をつけること、研究活動に対する充実した対価なども必要であろう。

文献

- 1) 山勢博彰：わが国のクリティカルケア看護に関する研究の動向, 看護研究, 38(2), 3-15, 2005.
- 2) 井上智子：設立記念講演－蓄積から挑戦へ－, 日本クリティカルケア看護学会誌, 1(1), 15-19, 2005.

◆シンポジウムⅡ◆

看護の未来を紡ぐ人材を育てる 看護基礎教育の立場から

東邦大学医学部 長谷川 美津子

皆さんは看護の未来を紡ぐ人材として、どのような看護職を育てたいとお考えでしょうか。

「論理的思考」「確かな観察力」「的確な看護技術」「相手の立場を思う」「自分の意見を相手にわかるように伝える」などなど、あれも、これもできる看護職をと、限りなく項目があがってくるのではないのでしょうか。

しかし、基礎教育の期間は限りがあります。今回の話題提供者として、私は卒業後に看護職者として「自ら成長していける人材を育てること」だと考えます。

社会環境は変化し、2009年4月より新しいカリキュラムでの教育が始まりました。さらに、2010年4月から看護は社会状況に対応するために看護基礎教育は4年生大学教育へと舵を切りました。

2009年厚生労働省（以下、厚労省）では「看護教育の内容と方法に関する検討会」を発足させ、「新たな看護のあり方に関する検討会」報告書や「看護基礎教育のあり方に関する懇談会」報告が出されています。看護師の大卒者教育が進む中、両報告書で強調されていることは、看護技術を提供する看護師等の基礎教育で専門教育と共に、豊かな人間性・包容力、判断力、創造的な発想力、思考力、行動力のある人材を育てる教育が必要であると述べていることです。

学生自身も変化してきています。2009年度の青少年白書によると自然体験の多い小中学生は道徳観、正義感が身につく傾向にあると指摘しています。しかし、近年、自然体験活動をほとんどしたことがない青少年が一般的に増加していると報告されています。さらに、基本的な生活習慣の変化がおこっています。内閣府の調査では携帯電話や自宅のパソコンによるインターネットの平日1日利用時間は小学生55分、中学生125分、高校生166分になっています。テレビの視聴時間は2.5時間～2.7時間で、情報メディア等に接している時間が極めて長時間に及んでいます。しかし、学習時間は高校生の4人に1人が0分となっています。

Benesse教育研究開発センター（2006年）の調査では若者の「仕事における態度・能力に対する自信」は子供時代の体験や親のかかわりと関連していると指摘しています。保護者自身の認識でも、家庭においては親子の接触時間が

少なくなり、子供の悩みや困っていることを親はなかなか分からない状態にあり、近所付き合いは希薄化していると考えていると報告されています。

これらの結果は対面で人と接する機会の減少を示唆し、学生は異なる価値観や自分を他者に説明すること、感情コントロールなどの社会的なスキルのトレーニングがされていないことが示唆されます。

自律性や積極性、倫理観、人とのコミュニケーション力が非常に重要となる看護の領域では、「自ら成長していける人材」を育てるには看護の基礎教育でも看護の専門性と共に「育つ」ための環境；自然や人との触れ合いという体験学習の機会を増やすことが必要となってくるのではないのでしょうか。

東邦大学医学部看護学科では大学の建学の理念に基づき、感性豊かな人間性を育てる教育を重視し、カリキュラムの中に自然や人との触れ合いの機会を多く設けています。一般科目や看護の専門科目では小グループでの授業を試み、課外活動を通して学生の主体性、自律性、協調性を育むことを目指しています。それらの科目や課外活動の一部をスライドで紹介したいと思います。（紙面の都合上、数枚削除してあります）

2泊3日で行なわれる新入生オリエンテーション・キャンプでは看護学科の歴史や理念を理解してもらおうと同時にコミュニケーション能力を高めることを目的に「人と関わること」「言葉の向こう側にあるもの」というテーマで演習・講義を行っています。また、プロの音楽家を招き、校歌の指導後はコンサートとなります。音楽家による校歌は学生に感動を与え、いつも歓声があがります。このプログラムは本物に触れて、学生の感性を磨くことを意図したものです。

1年生の夏には自然の中でのキャンプ体験をします。互いに協力し合うことの大切さを学び、大自然の厳しさ、美しさを体感し、自分の小ささを実感する、と同時にその場の状況に応じて判断し、行動する体験を意図したものです。

文化講座の科目は7講座（文芸・華道・書道・茶道・演劇・音楽・絵画）から1つを選択して半年間学びます。この科目は感性をみがき、自分を表現することを学習します。

第3外国語の学習（7言語から1言語を選択）は語学そのものだけではなく、異文化を知り違いを受け入れることを学ぶ、という考えで科目に入っています。

運動科学は20名程度のグループにわかれ、屋内球技やエアロビック、クラシックバレエなどの5種目から一つを選択し、半年間学習します。授業の後半では運動が身体に与える影響について考えるため、心拍数やエネルギー消費量、筋電図筋等の測定をおこない、最終日にはまとめの発表をおこなっています。この科目は体の動きを科学的にとらえる観察の方法や主体的に学習する姿勢を習得することを意図しています。

運動科学



円覚寺での座禅の宿泊体験は2年生で受ける科目です。禅宗の規律や生活上の作法の中に他者への気遣いがあること、座禅を通して自分自身をみつめること、そして自国の古い文化を見直す機会としています。

学生が運営主体となっておこなっている行事は、学生の自律性、協調性、積極性が培われます。病院でのクリスマスコンサートへの参加や病棟へのキャンドルサービスでは、入院患者さんや面会のご家族の喜ぶ姿を見て、学生も

病院のクリスマスコンサート

(手話部の歌唱風景)



1年生による病棟でのキャンドルサービス



学生主体の運営活動

スポーツフェスティバル
(準備体操風景)



TOHO University

感動しています。スポーツフェスティバルでは授業中には見られない教員の一面に触れて、学生はより身近に教員を感じる機会となっています。

看護基礎教育では卒業後も自ら成長し、看護を紡ぐ人材として、豊かな人間性と社会的スキルのひとつであるコミュニケーション力の重要性について焦点を当て、当看護学科で行っている科目や課外活動の一部について紹介いたしました。

最後に、近年看護教員の研究能力の向上は目覚ましいものがあります。しかし、看護教員自身が、3つの関心（科学的な関心・病人に対する心のこもった関心、病人の世話と治療についての技術的関心：FN「病人の看護と健康を守る看護」より）を学生に実践して見せることのできる教員がどのくらいいるでしょうか。学生に看護の厳しさと楽しさを心から伝えられる教員の存在が重要ではないかと考えます。

学生自身に「わかった。やった！」の感動を沢山、体験させることのできる教育から、看護の未来を紡ぐ人材が育ってくるのではないかと思います。

◆パネルディスカッションⅡ◆

患者体験を取り入れた教育実践の工夫と未来

～座長総括～

東海大学健康科学部看護学科 小島善和
東京女子医科大学病院 吉田澄恵

看護基礎教育においては、妊婦体験、シルバー体験、外傷患者体験、バーチャル・ハルシネーションなど、さまざまな患者体験を取り入れた学習実践が試みられている。これらの学習のねらいの一つに、特定の機能障害を持った人が置かれている状況を模擬体験することで、対象者が置かれた立場をより主観的に理解すること、また、体験を通して対象者への配慮を学び、対象者の視点に配慮した看護技術（介入）を考える機会をつくることが上げられる。

さらに、グループのメンバーが患者役と看護師（看護学生）役を務めるロールプレイとその後のリフレクションを通して、患者体験をした学生と看護学生との相互作用の中から臨床知を学ぶための準備状態を形成する効果などがあると考えられる。

そこで、患者体験を取り入れた教育実践には、どのような意義と課題があるかについて、改めて問いなおしてみた。特に、今日的課題である臨床実践能力の向上にフォーカスをあて、看護基礎教育課程の中で臨床看護学分野を担当している教員から、患者体験を取り入れた授業を行う工夫や課題についてのパネルディスカッションを企画した。

まず、城丸瑞恵氏に、昭和大学保健医療学部における成人看護学教育の一貫として、周手術期看護に関連する輸液管理や創傷ケアに、患者体験を取り入れた演習とそれに対する学生の評価を紹介していただいた。演習の中で、学生がより実践的な気づきを得られるようにしていくには、演習内容をリアリティあるものに近づける必要があること、また、それには、臨床で行われている看護技術の変化に即して、演習の内容を変更していく必然性があるとの指摘があった。

続いて、東海大学健康科学部看護学科の成人看護学領域の実践例を、高橋奈津子氏に紹介いただいた。同大学では周手術期看護技術演習で、技術の模倣体験ではなく、安全で安楽な方法や倫理的な課題を状況に合わせて自ら養うことをねらい、患者体験を取り入れて創傷ケアを含めた演習を実施している。患者体験を効果的に活かすには、創傷ケアの場面状況をよりリアリティあるものにするための工夫や、患者の立場や思い、看護技術の意味と根拠を考えたケ

アを検討するように教員がファシリテーションしていると述べられた。

さらに、この発表を受け、佐藤幹代氏より、この演習で、学生が患者体験を通して気づきや学びについての研究成果の一部が報告された。学生は自己の感覚を総動員して、想像を膨らませ、術後患者の体験を追体験していたが、患者体験をする学生に限られていたため、学生個人とグループによって学習内容に差が生じやすく、それを調整するための工夫が重要であると指摘された。

このように、看護学生が模擬患者役を体験することで、さまざまな学びがあるものの、果たして、こうした学びが、創傷ケアを実際に受けている術後患者の体験と一致しているかを検証する必要がある。

そこで、創傷ケアを受ける患者の心理に関する研究を継続している村上礼子氏に、研究経過の一部を紹介いただいた。術後患者は、創傷ケアを行う看護師に対して、創傷ケアの際に何気なく質問できる雰囲気をつくりだすことを求め、すべてのスタッフが、患者情報を共有して、質問に対して丁寧な答えを欲しいという期待があると述べられた。創傷ケアに関連する総合的援助能力を看護基礎教育から現任教育へ、どのように育成していくかは議論を要するものである。さらに、創傷ケアとしての処置技術の修得のほかに、患者との関係形成技術や患者情報を共有する能力、患者への説明技術を含めた学習機会の提供が必要と述べられた。

中村美鈴氏には、開腹手術を受けた患者が術後の回復期に手術創とそのケアをどう認識しているかについて、インターネット検索した結果を紹介いただいた。インターネット上の限りある情報という限界があることを踏まえ、術後の患者の体験そのものを理解することの難しさと、それを学生がシミュレーションすることのメリット・デメリットを把握した上での教育の必要性が指摘された。

これらを受けて、会場から、演習のリアリティを重視し、学生のロールプレイではなく、模擬患者に患者役を依頼する事例が紹介され、患者役を学生が実施することの意義と必要性について質問があった。そこで、患者体験を学生がシミュレーションすることのメリット・デメリットを議論

した。また、患者体験を取り入れた演習を、カリキュラム上のどの時期に行うことが妥当かなどをパネラー間で討論した。

以上を通して、臨床の場での看護実践力を統合的に培う

ためのシミュレーション教育の必要性とともに、流動的で個別的な看護ケアのリアリティをシミュレーションする上でのロールプレイの位置づけやそれを用いることの工夫などが検討された。

◆パネルディスカッションⅡ◆

患者体験を取り入れた教育実践の工夫と未来

患者体験を取り入れた学内演習の内容と学生の気づき— 周手術期看護技術演習に焦点をあてて

昭和大学保健医療学部看護学科 城丸 瑞 恵

看護基礎教育において、看護実践能力向上を意図した実践的な学習方略の構築は重要な課題である。昭和大学保健医療学部看護学科でも、教員はそれぞれの科目において日々様々な工夫を行い、学生の実践能力向上に向けて努力をしている。

今回は、その中で成人看護学領域の周手術期看護技術演習の内容と学生の気づきについて紹介する。

1. 1997年～2005年

成人看護学領域では、1997年の昭和大学医療短期大学開設当初から周手術期に必要な看護技術演習の中に患者体験を取り入れて、主に3年前期に実施してきた。その目的の

表1 個別性を考慮した看護技術展開のプロセス

段階	内容
第1段階	一般的な基本技術の確認を行う
第2段階	個別性を考慮した看護技術を考慮する ①実施技術に関連する個別の特徴・状態を抽出する ②身体・心理・社会面・発達課題も視野にいれる
第3段階	第2段階まで考慮した個別性を基本技術に入れて、実際にその対象に行う看護技術を組み立てる
第4段階	患者（学生）のもとに行き、同意を得てから実施する。その後自己評価を行う。

一つは、患者体験を取り入れることで患者の立場を考慮することができる、また個別性を意識したケアの必要性について実感できることであり、臨床実習での実践的な活用を考慮して実施した。内容は、2年次に学習した周手術期（胃がん）看護過程事例のAさんに対する、①点滴静脈内注射の管理、②点滴中の寝衣交換、③手術後の創部ガーゼ交換、④フィジカルアセスメントであり、学生は相互に患者役・看護師役になり①～④のパートを順番に約3時間実施した。実施にあたって表1のように個別性を考慮した思考をたどることができるように看護技術展開のプロセスを学生に提示した。これらの演習後の学生評価から、概ね患者状況を把握して実施することの必要性について実感できたことがうかがわれた^{1) 2) 3)}。

2. 2006年～現在

前述のように実施してきた学内演習は、2002年の大学への改組によるカリキュラムの改訂や手術後の創部ドレッシングケアの目的・方法の変化に伴い、徐々に再構築を行った。現在は、2年次に学習した周手術期看護過程事例Bさんに対する点滴中の寝衣交換を中心に3年前期に実施している（図1）。目的は、周手術期にある患者の個別性の理解の必要性について実感すること、また、基礎看護技術を

Bさん：61歳。胃がん、高血圧、胃全摘術、全身麻酔術後1日目、左横隔膜下閉鎖式ドレーンなど装着

患者・看護師役
で練習！

グループワーク (90分)	グループワークに基づいた練習 (90分)	技術試験 (90分×2回)
<ul style="list-style-type: none"> ・術後1日目の観察ポイントは？ ・観察の情報を寝衣交換にどのように生かすのか？ ・創部、ドレーン類留置している患者に対する配慮は？ <p style="text-align: right;">など</p>	<p>患者の個別性を考慮しながら</p> <p>①観察を行い寝衣交換の実施の可否を判断する、②寝衣交換中は、創部のある患者に対する配慮をする、また寝衣交換中の点滴、ドレーン類の管理を適切に行う、③寝衣交換後に異常の有無を確認する、④創部の観察を行う</p>	<p>4人で1Gになり、随時役割を交代して実施する。教員は看護師役の技術を評価する。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>患者役1名 看護師役1名 実習指導者役1名 観察役1名</p> </div>

図1 2年次周手術期看護過程事例を基に3年次で実施している演習

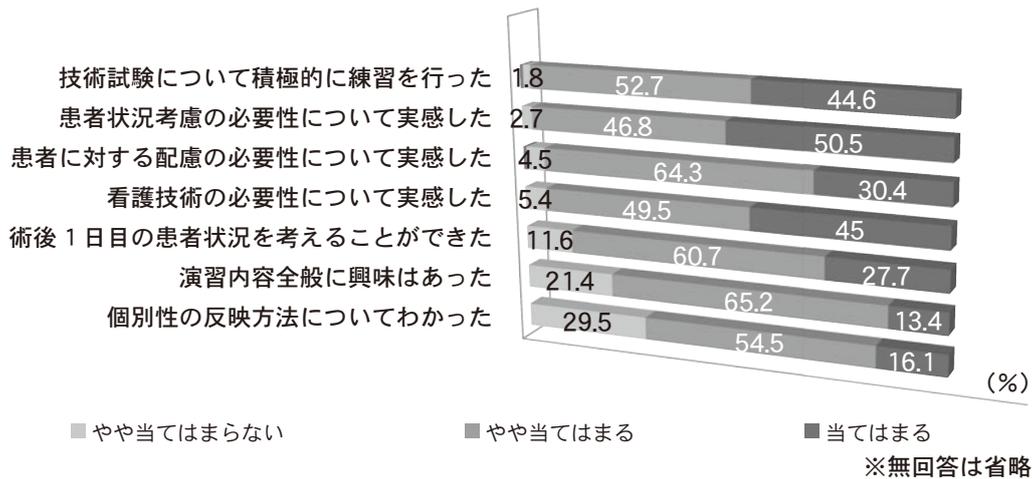


図2 演習後の自己評価 (n=112)

基本とする複合技術の実施法について体験すること、さらに、患者役の学生からの反応を通して手術後の患者状況について理解することである。具体的には、学生全員が患者役・看護師役に1度はなり、患者役の学生は点滴、カテーテルなどを装着して患者役に徹した。看護師役 of 学生は、①観察を行い寝衣交換の実施の可否を判断する、②寝衣交換中は、創部のある患者に対する配慮をする、また寝衣交換中の点滴、ドレーン類の管理を適切に行う、③寝衣交換後に異常の有無を確認する、などを意識して行った。再構築のポイントは、これまで単独で実施していた創部ガーゼ交換は、創傷ケアの変化に伴い実習施設で実施する機会が減少したため、点滴中の寝衣交換の中に「実施前後の創部の観察」「創部痛への配慮」「ドレーン類の管理」を含め、短期大学時代に実施していた①～④を一連の流れとして構成したことである。

この演習後の自己評価は図2のとおりである。なお、この結果提示については、学生に説明を行って同意を得ている。

「患者に対する配慮の必要性」「患者の状況を考慮して行う必要性」について約95%が実感していたが、「患者の個別性を看護技術にどのように反映させたらよいか」がわかった」学生は約70%と他より低くなっており、多くの学生が個別性の配慮や考慮の必要性を実感しているが、具体的にその気づきをどのように看護技術に反映するのかについて検討課題が残った。

3. まとめ

今回は、成人看護学領域の周手術期看護技術演習の内容と学生の気づきについて紹介した。個別性を考慮した看護技術の必要性と具体的な実践方法について学習してほしいというねらいから、10年以上前から患者体験を取り入れている。しかし、その演習の展開方法は、カリキュラム・現

在行われている看護の実情(例として創傷ケア)などに対応して柔軟に再構築している。

学生はこの演習の中で患者体験をすることで「患者に対する配慮」「患者状況を考慮する必要性」について気づき、実感しているが、その気づきを具体的に看護技術に反映させることに難しさを感じていた。そのために、今後は学内演習での気づきについて、ディブリーフィング⁴⁾などを行い、学生が困難と考える部分を解決する思考過程の学習について工夫を試みたい。また、学内での演習では、実施して評価を行いさらに実施する過程をふむことが難しく、患者の具体的な反応を看護技術に反映させることに限界がある。そのため学内演習での個別性考慮の考え方について臨地実習で発展させるような思考の連続性を考慮した工夫も今後の課題である。

文献

- 1) 井原 緑, 山室八潮, 他: 成人看護学実習前の技術演習に関する有効性の検討(第1報) - 学生の看護技術・個別性考慮に関する考えの変化, 日本看護学教育学会第14回講演集, 269, 2004.
- 2) 能瀬真奈美, 井原 緑, 他: 成人看護学実習前の技術演習に関する有効性の検討(第2報) - 実習における個別事例の応用的思考について, 日本看護学教育学会第14回講演集, 270, 2004.
- 3) 井原 緑, 城丸瑞恵, 他: 成人看護学実習前の看護技術演習 - 個別性考慮に関する思考プロセス理解度の主観的变化, 日本看護学教育学会第14回講演集, 217, 2005.
- 4) 岩本由美: ディブリーフィングによって学びを深める - 看護基礎教育におけるシミュレーション学習, 看護教育, 50(9), 802-805, 2009.

◆パネルディスカッションⅡ◆

学生がとらえた患者体験に関する研究結果を用いた 周手術期看護技術演習の工夫

- 東海大学における教育実践の取り組みを通して見えてくるもの

東海大学健康科学部看護学科

佐藤 幹代

元東海大学健康科学部看護学科

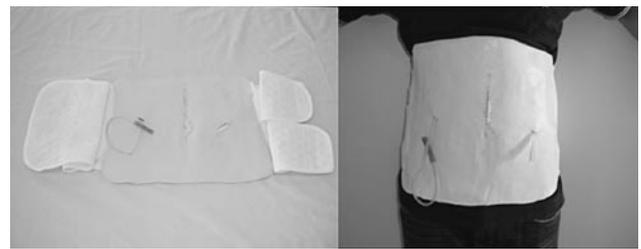
聖路加看護大学博士後期課程

高橋 奈津子

わが国では近年、医療の高度化、複雑化に伴い、看護基礎教育課程において確かな看護実践能力の育成が求められている。そこで東海大学健康科学部看護学科成人看護学領域でも、患者体験を基盤とした演習¹⁾、Simulated Patient (模擬患者)参加型の教育方法²⁾、客観的臨床能力試験³⁾などの取り組みを重ねている。成人看護学領域は、カリキュラム上、様々な専門基礎科目や基礎看護学をふまえ、看護実践の応用力を身につけることが求められる。そこで、看護実践能力を育成するために効果的と思われる教育方法の取り組みとして、東海大学で取り組んだ、患者体験を取り入れた創傷ケアに着目した看護技術演習の実践例をまず紹介する。そこから学生がどのような気づきや学びを得ているかを明らかにし、患者体験を効果的にいかすための周手術期看護技術演習のありかた方について考えたい。

従来は、本学でも教員のデモンストレーション後、学生がグループ毎にローテーションをして、看護技術を体験するという展開をとっていた。しかし、この方法では、1つの看護技術の演習に使用できる時間は20分程度であり、学生が体験できる演習時間は非常に限られていた。さらに、授業を担当する教員数も限られていたことから、20人程度の学生をひとりの教員が指導していた。また、グループ単位で援助項目ごとにローテーションをしながら演習を進めていたため、ひとつひとつの看護技術が分断されてしまうという問題もあった。そこで、学生がひとつひとつの技術を模倣する学習にとどまらず、患者からの視点を学びながら、看護技術を安全で安楽な方法で、提供する教育方法を検討した。そして、倫理的な課題に配慮し、状況に合わせて自ら考える力を養い、計画から実践、評価までの一連の過程を学習して欲しいというねらいのもと、急性期看護論の科目で、患者体験を基盤とした演習に取り組むに至った。

本演習では、事例演習でのペーパーペイシエントの情報や、小島らが開発した装着型シリコン製腹部模擬創部⁴⁾(写真1)(以下、模擬創部)の活用など、よりリアリティのある状況を設定し、患者体験を共有できる場を演習に組



腹帯にシリコン性の腹部模擬創部（正中創、閉鎖式ドレーン、開放ドレーン）が作成されており、学生が、実際に装着することができる。

装着型シリコン製腹部模擬創部（写真1）

み入れる工夫をした。演習目的は、周手術期に特有な看護援助技術を学習することとして、1. 術後の観察内容の方法がわかる 2. ドレーン・チューブの管理方法がわかる 3. ドレーン挿入部と創部の観察とドレッシング方法がわかる 4. 術後早期体動促進ケアの方法がわかることを目標にあげた。

学生は演習前に計6コマ(90分×6回)で、胃切除術を受ける患者の紙上事例をもちいた看護過程の演習を終了し、技術演習でも同じ事例の状況で実施した。さらに、技術演習にさきがけ、創傷ケアの手順や観察項目などの事前学習課題を演習前週に提示して自己学習を課した。演習全体の所要時間は180分であり、開始後の約30分でオリエンテーションを視聴覚教材⁵⁾などを用いて一斉に行った。その後、グループ単位での演習体験とグループでの討議を約120分、その後、全体でのまとめの時間をとった。学生は、それぞれ患者役・看護師役・観察役にわかれ、事例演習で用いたペーパーペイシエントの情報をもとに、模擬創部、輸液ライン、ドレーンやチューブ類を患者役に装着し、前記1～4の演習を実施した。その際、学生たちは、模擬創部やドレーンなどが装着されているモデル人形を参考にして、事前の自己学習課題のワークシート、事例演習の資料などをもとに、各装着物がどこに、何の目的で使用されているかについて検討した。さらに、注意点なども含めてお互いに確認しながら実施したことで、授業時間内に全ての学生が、患者役、看護師役を体験できないこともあった。

しかし、模擬創部を装着した患者役の学生に触れて、コミュニケーションを取りながら、学習していくプロセスを重視して、基本的に学生の学習ペースに合わせた。逆に、十分な検討がされないまま、課題を進めてしまうグループには教員から、創部固定テープの貼り方や装着物の取り扱い、意味などについて確認することで、学習が深まるような関わりを持った。以上のように、1グループを5～6名で編成し、ひとりの教員が2グループを担当しながら、上記の1～4の技術項目に対して、網羅的に指導、助言を行った。そして、各演習項目については、ワークシートを用いながら行為の意味と根拠を考え、観察した項目を記入し、観察方法や根拠についてグループで検討しながら、グループの学習ペースに合わせて演習をすすめ、実施した。その後、援助行為の意味や根拠を再度、討議し、グループ内で学びを共有できるようにしたことは、受動的な学習姿勢を能動的学習姿勢に転換する上で、有効であったと考える。

この技術演習の目的・目標を学生がどの程度、達成できたかを明らかにするために、演習終了後に提出した課題レポートの記録を分析したところ、患者体験を通しての様々な学びがあることが示唆された。そこで、「グループで話し合った内容とその結果」、「演習を通して考えたこと・感じたこと・気がついたこと」について記述した、学生のレポートを分析した。その結果、「創部の観察とドレッシング方法」に関連して、患者役の学生はどのような患者体験をしていたのか、またどのような学びを得ていたのかについて、演習計画を立案した時点では、想定していなかった結果が得られた。

患者体験をした学生は、「自分から見えないところの創傷ケアをされることには不安や恐れを感じる」、「何をするのか処置前の説明がないと不安を感じる」など、【創傷ケアを受ける側からとらえた患者の不安や恐れを迫体験する】ことを学び取っていた。また、「膝を曲げて枕を用いると腹部が安楽だと実感する」「創傷ケアの様子は寝ていると見えない」など、【創傷ケアを受ける側の皮膚感覚、深部感覚、視覚などの患者が感じる直接的な感覚を迫体験する】ことを発見していた。さらに、「創傷ケアを受ける際に感じるかゆみや痛みを推測する」、「腹帯を着用すると圧迫感や動きづらさを感じる」など、【創傷ケアを受ける際に感じる不快な感情や感覚を推測する】ことを学んでいた。そのほかにも、「必要な処置であるが身体の一部を見られるのは恥ずかしい」「ケアに敏感になっているのでテープの貼り方や看護師の行動が余計に気になる」など、【創傷ケアに患者の意識が過度に集中しているので、感覚が敏感になり気になることが増す】と感じていた。これとは別に、「処置中どのようにふるまうのかわからず医療者

に身をまかせせるしかない」という、【処置中における患者の思いを知る】ことを見いだしていた。

次に、学びの内容として、「腹部創部処置の目的や方法、根拠をわかりやすく説明する必要性を考える」「信頼や安心をもたらすコミュニケーションをはかることが大切だと考える」など、【常に声をかけ説明することなどコミュニケーションをとり不安を取り除くことの大切さを考える】ことを上げていた。また、「処置の際、羞恥心や寒さを感じさせない対応を考える」「短時間で的確な創部観察の方法を行う必要性を知る」など、【患者側の視点から創傷処置をとらえ、安楽な手技やかかわりを見出す】ことなどを学んでいた。このほかにも、【患者の反応を判断すること、継続学習の必要性、創傷処置に伴うリスクを考える】などの学びがあった。

このように、患者体験を通じた学習方略を用いたことで、創傷ケアを受ける側からとらえた患者のリアリティに接近する様々な迫体験がなされていた。また、患者体験を通じて、学生同士ではあったが、創傷ケアを受ける側からとらえた患者心理について、気付きが広げられていたと言える。

次に、今回使用した模擬創部は、直接的な皮膚感覚や、疼痛などを感じるには限界があることは否めないが、演習における患者体験をより効果的にいかすための工夫や、周手術期における技術演習のあり方について考える。

まず、創傷ケアの場面や状況のリアリティを高めるための工夫があげられる(図1)。学内での技術演習では、創部の状態がイメージしにくいいため、模擬創部を活用した。また、実際のケア場面(いつ・どのように援助するのか)に対して、事例演習で立案した看護計画で展開した事例を活用し、術後の観察から離床までに必要となる看護技術を一連の流れの中で演習した。次に、患者体験を共有するための工夫として、患者の立場や思い、提供する看護技術の意味と根拠を考え、倫理的課題に気づけるように、事前に

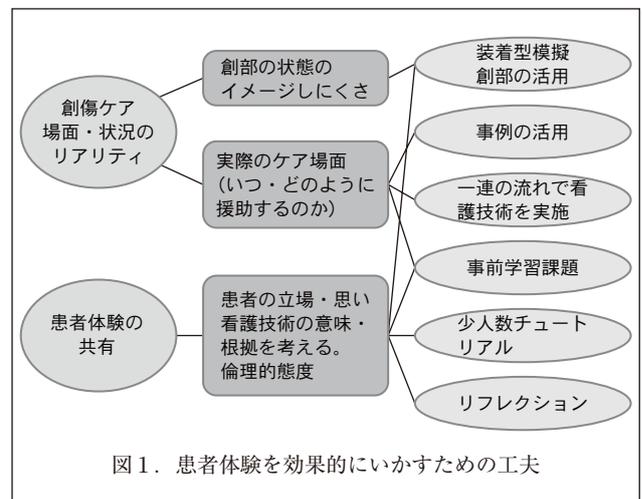


図1. 患者体験を効果的にいかすための工夫

学習課題を提示し、チュートリアル、リフレクションをとり入れた。さらに、模擬創部が装着型であることも、よりリアルな患者体験につながったと考える。その結果、体験しなければ、導き出されないと考えられる患者の心理状況や、ニーズについても学生は導き出すことができていた。様々なシミュレーター状況の設定は、よりリアルな疑似体験を可能とするが、リアリティだけを追求するのではなく、何を学ばせたいかによってシミュレーターの使い方や開発を考えていく必要がある。たとえば、演習では、用いる事例の個別性（傷の深さ、手術部位、創傷治癒の回復の程度など）によって、強化される学習内容が変化してくる。

そこで、教師はその事例に精通し、事例を通して何を学んで欲しいかを明確にして、演習で実施する看護技術について、臨地実習（実践の場）における位置づけを学生が理解できるように提示する必要がある。学ばせたい内容を精選する手がかりとして、腹部創傷ケアを受ける患者自身が実際に体験している実態⁶⁾を同時に理解していくことも、現実とかけ離れないケアを思考する上で大切である。そのほかにも事前学習の方法を工夫し、演習に対する学生の動機づけを高め、学習準備状況を整える必要がある。

演習時間には限界があり、すべての学生が患者体験を実施していない。そのため、模擬患者の体験からの気づきやグループによって、振り返りの内容にも差が生じていたことが予測される。また、複数の教師がチューターとして担当するので、教師によって指導上で大切にしたい内容が異なる場面もあり、学習結果に少なからず影響が見られている。グループにより学習内容に差異が生じるため、演習目的にあわせてどのように教師が学生の学びを引き出すのかをそれぞれの教師が持っている実践知を出し合って検討することが必要であると考えられる。教師が学生の学びを促すことで、学生は多様な看護技術の側面を知る機会になっており、さらに、患者体験を共有できる全体発表の場を設ける工夫なども有効な学習方法になると考える。

演習による学習の限界として、直接的な皮膚感覚や痛みなどは推測することはできたが、実際の患者に迫る反応はなかなかイメージできない。これらの限界を補う方法とし

て、まず学生は、患者体験を通じて想像できる範囲で学び、次のステップとして模擬患者（Simulated Patient）を用いた演習を段階的に実施することにより、皮膚感覚や痛みなどの患者の反応に対する理解と、必要な看護技術について、思考することができるよう、さらに発展させていけると考える。そして臨地実習に向けて、態度や技術まで学習できるしなげを作り出すことが可能となる。

多くの学生は、臨床で初めて周手術期における患者に出会う。その多くの患者の回復過程のスピードは、学生の想像よりもずっと早い。そのため、学生にとっては、術後患者の理解が後追いになってしまうことが多い。今回の演習での取り組みは、学生にとって、臨床実習導入前の学習としても活用のメリットが大きいと考える。学生は演習で体験したことを手がかりにして、患者の思いや状況に配慮したかわりを考え、より患者にあった対応を導き出し、創造していく可能性を十分に持ち合わせていると考える。患者体験を基盤とした学習成果をさらに明確にし、より効果的な学習方略を探求したい。

文献

- 1) 佐藤幹代, 吉田澄恵, 他: 模擬創部を用いた創傷ケア演習で気がついた患者体験, 第18回 日本看護学教育学会学術集会講演集, 18, 116, 2008.
- 2) 高橋奈津子, 庄村雅子, 他: 模擬患者 (SP) を活用した成人看護学慢性期事例演習での学生の学び, 東海大学健康科学部紀要, 14, 47-54, 2009.
- 3) 小島善和, 高橋奈津子, 他: Self-Directed Learningに焦点を当てた看護基礎教育の展開, 東海大学教育研究所 研究資料, 10, 204-210, 2002.
- 4) 小島善和, 佐藤正美, 高橋奈津子, 他: ロールプレイを通して腹部包帯法を学ぶための模擬創部の開発, 第14回日本看護学教育学会講演集, 14, 118, 2004.
- 5) 佐藤幹代, 佐藤正美: アドバイザ: 術後観察 (付属視聴覚教材DVD), 安酸史子, 鈴木澄恵, 吉田澄恵 (編): ナーシング・グラフィカ 健康危機状況 メディカ出版, 大阪, 2007.
- 6) 村上礼子, 城丸瑞恵, 他: 創傷ケアを受けた術後患者の心理から導き出される看護実践の検討, 日本看護科学学会学術集会講演集, 29, 201, 2009.

◆パネルディスカッションⅡ◆

創傷ケアを受ける術後患者の心理と看護基礎教育への示唆

獨協医科大学看護学部 村上 礼子

看護基礎教育における看護技術の習得は、技術の習得だけでなく、患者状況に応じて提供できるクリティカルシンキングの能力やアセスメント能力も必要¹⁾とされている。そのため、看護基礎教育では、看護実践能力の向上にむけ、演習などの教育方法の工夫や臨地実習へつなげる実習前教育の工夫が検討課題となっている。

そこで、今回、急性期からターミナル期、また新生児から老年、あるいは交通外傷などの救急医療や周手術期看護、および在宅医療など、あらゆる健康レベル・対象・看護の場にとって必要な看護技術の1つである「創傷ケア」に注目し、患者状況の理解とアセスメントの育成のための教育の工夫について検討を行った。

まず、最初に先行研究の概観を行った。最近、術後創部の消毒の考え方の変化に伴い術後の創傷ケアは最小限になってきている。しかし、手術の多様化や創傷状況に応じて術後に創傷ケアを受ける患者も多い。そのような患者は、感染による回復遅延、ボディーイメージの障害などQOLに多大な影響を受けている可能性がある。このような患者を対象として看護実践を行う際には、技術の提供だけでなく、患者心理を考慮した実践が必要だと考えられ、そのような看護実践ができるようになるためには、患者の心理を基盤にした学習の必要性が高いと考えられる。しかし、先行研究²⁾⁻⁶⁾では、創傷ケアに関する看護基礎教育での学習が、臨床現場での看護実践と連動しているのかという疑問が提示されている。

次に上記の研究動向をふまえて、創傷ケアを受ける患者の心理を明らかにし、患者の体験やニーズを基盤にした看護基礎教育における創傷ケアの学習内容を検討したいと考えた。そのため臨床現場に勤務している看護師の協力を得て、実際に創傷ケアを受けている患者4名にインタビューを実施した⁷⁾。インタビュー実施については調査機関の倫理委員会の承認を得て実施した。対象の患者は、40歳代から60歳代の男性3名、女性1名の4名で、全員上部消化管の開腹手術を受けている。留置ドレイン類の数は、術直後に2本が3名、6本が1名で、全員持続的硬膜外麻酔を使用し、そのほか、ドレイン類を2本留置していた患者は、術後3日間屯用の痛み止めを使用し、6本留置していた患者は術後5日目まで痛み止めを使用していた。インタビューまでの間に受けた創傷ケアの回数は15回～30回だっ

た。インタビューは、抜糸後3日以内実施した。インタビューのほかに看護記録、医師記録も確認した。

看護記録・医師記録からの創部に関する発言記載として多かったのは、以下通りである。

＜ドレイン部の痛みに関する言動＞

「管（ドレイン）の入っているところが動くと痛い」など

＜固定テープに関する言動＞

「テープの固定が取れやすいから取れないように固定してください」など

＜痛み止めの希望に関する言動＞

「背中の痛み止めが少なくなってきているので痛み止めしてください」、「じわじわ痛くなって眠れないので痛み止めしてください」など

この中でも、もっとも多かった発言記載は、＜痛み止めの希望に関する言動＞で、硬膜外麻酔のほかに頓服の痛み止め薬を希望している様子が伺えた。

実際のインタビューでの主な発言内容を紹介する。

まず、「痛みがある術直後は痛いことやなぜ痛いのかと言いたくて、早く来てほしいと待っている」、「初めころは結構痛みがあり、薬を使っても聞かず、ちょっと大丈夫かと不安があった」、「消毒でもほったらかしにされるより、どんどん診てほしい」、「傷を見てもらい少しでもいい状態であることを確認したい」などが聞かれ、痛みのある時期は不安があるために、頻回に傷を見て欲しいと思っている様子がうかがえた。さらに、「ドレインの目的は事前に説明を聞いていたので特に不安はなかったが、何時抜けるのかという事だけは気になっていた」、「ガーゼが変われば、気分も変わって、これで一つ進んだなって気持ちになる」、「たくさんあったドレインがいろいろやってもらっているうちにどんどん減っていくのが良かった」などが話され、管が抜ける時期が気になり、創傷ケアの際に管が抜けると回復してきたと感じうれしいという思いがみられた。

また、私たち医療者が頭で分かっている、なかなか配慮できていないことと痛感した内容として、「廊下の話し声は結構聞こえるので、消毒回診後廊下に出た先生方の話し声が聞こえると自分のことを話しているのか、他の患者の話なのか、何か自分のことで隠しているのではないかと一瞬不安になった」などがあり、創傷ケア中や後の医療者

の立ち話が気になる様子がかがえた。

さらに、医療者の会話、声掛けに関しては、「医療者から明るい声で前向きな言葉をかけてもらえると元気になる」や「明るい声で、前向きな、ちょっとしたことまでもプラス的な言葉をかけてもらえると自分に限らず元気になると思う」などが話された。

看護師に対しては、「看護師は、正確な情報を知っている、わかりやすく説明して患者に安心感を与えられると思う」、「看護師が全患者の情報を全て把握するのは難しいのだろうと思う反面、できれば把握していて質問に答えてほしい」、「先生に聞くより看護師に聞いたほうが気が楽なので、創傷ケアのときに何気なく自分の心配ごとを聞いている」など質問に対して的確な答えや安心して質問のできる関係を期待している発言がみられた。

創傷ケア技術に関しては「創傷ケアの際に的確な手技だと任せているという感じになる」や「手早く、手馴れた手技であったり、希望通りに消毒を実施していただいたりしているので特に何か考えていることはない」など熟練した技術に対する期待と安心感を表現する発言がみられた。

これらの患者心理から示唆された患者が望む創傷ケアと教育への工夫については以下のように考える。まず患者は、術後の回復過程に沿った創傷ケアの援助や安心感の提供のもとで創傷ケアを受けることを期待していると考えられた。この実現に向けて、看護基礎教育での創傷ケアの学習内容としては、今までの創傷ケアでも重要視されている手技の獲得はもとより、術後の経過に関する理解を深める工夫も重要であると考えられる。また、創傷ケアを受ける患者の心理に関心を向け、話しやすく尋ねやすい関係性を意図的に築く技術や術後の情報の把握と共有を図り、処置の意味や経過をわかりやすく伝える技術の修得も重要であると考えられる。

一方、患者の発言から見えてきた患者の心理、特に看護職に対する期待を整理すると、丁寧で適切な手技そのもののほかに、患者の情報を医療者間で共有し、質問に対して的確に丁寧に答えてほしい、また創傷ケアの際に何気なく質問できる雰囲気がかかわってほしいなどがあった。これ

らは、看護師が患者の置かれている状況や思いをどれだけ把握しているかによって対応が変わると考えられる。

学生は患者と接する時間が限られているため、患者心理について理解および体験できるような教育の工夫が課題となる。以上のことを看護基礎教育で修得するためには、演習での患者の事例設定の工夫や授業での創傷治療過程に関する知識の獲得に含め、学生自らが患者の思いや考えを体験することができる患者体験を取り入れた演習でのシミュレーション学習の必要性が高いと考えられる。

今回、術後創傷ケアを受ける患者には様々な患者心理があることがわかった。さらに、創傷ケアに関する看護基礎教育での学習が臨床現場での看護実践と連動できるようにするためには、技術の習得だけでなく、様々な状況下にある患者心理に対応できるような教育の必要性が示唆された。今後は、創傷部位の異なる創傷ケアを受けた患者を対象とし、患者心理の共通性・相違性を検討し、より複雑多岐にわたる患者の状況理解や患者心理に合わせた看護実践を目指した看護基礎教育となるよう努めていきたいと考えられる。

文献

- 1) 島田美鈴, 新山悦子: 基礎看護教育における看護技術の教育内容の検討, 川崎医療福祉学会誌, 18(1), 283-287, 2008.
- 2) 村田節子: 創傷ケアの卒前教育, 臨床看護, 32(11), 1606-1610, 2006.
- 3) 大西香代子, 大申靖子: 基礎看護技術の体験に関する遡及的調査, 三重看護学誌, 9, 89-95, 2007.
- 4) 菊地美香, 大野和美: 成人看護学急性期領域の実習における看護技術教育の検討(第2報) - 実習前技術演習を取り入れたことによる変化 -, 天使大学紀要, 5, 39-50, 2005.
- 5) 阿曾洋子: 「身体侵襲を伴う看護技術」の教育を考える, 看護展望, 27(10), 1089-1094, 2002.
- 6) 松田たみ子: 大学教育における「身体侵襲を伴う看護技術」教育の実際と課題 - 基礎看護学を中心に -, 看護展望, 27(10), 1095-1100, 2002.
- 7) 村上礼子, 城丸瑞恵, 他: 創傷ケアを受けた術後患者の心理から導き出される看護実践の検討, 第29回日本看護科学学会学術集会講演集, 201, 2009.

◆パネルディスカッションⅡ◆

患者がつづる開腹手術体験記からの教育方法の検討

自治医科大学看護学部 中村美鈴

患者のニーズに適切に応えるために、看護学生の看護実践能力の向上が重要視されている。看護基礎教育においては、看護実践能力育成の観点から、学生への教育方法の一つとして「患者体験を通じたシミュレーション学習」が着目されているが、患者体験を演習に取り入れることで、学生は具体的にどのような気づきや学びがあるのかという内容については、十分に検討されていない。また、技術教育方法に関する一つの報告では、看護師の7割以上が、学生時代に学習した看護基礎教育の技術は実際には役に立っていないと述べられている¹⁾。この背景には、学内で実施した演習内容と臨地実習で得た知識ならびに技術の統合のあり方、あるいはその乖離性が要因ではないかと推測される。

このような状況から、学士課程の学生への看護実践能力の質の保証に関する教育方法は十分に構築されていないと思われる。

そこで今回、学生の看護実践能力の質の保証を目指した教育方法の検討の一つとして、患者体験を基盤とした教育方法について探究が必要と考えた。

これまで4名のパネリストから患者体験をキーワードに、順に、最初に実際の患者体験を取り入れた昭和大学の学内演習の有り様と成果について、引き続き、東海大学の学内演習の実際から学生の気づきと学びについて、4番目に実際の患者のインタビューからということで、話題提供がされた。最後は、患者の体験記や闘病記などがインターネットで入手しやすくなっており、学生にとってもアクセスしやすく身近である現状を踏まえて、「患者がつづる開腹手術の体験記から教育方法の可能性」を探ってみたいと思う。

今回のアプローチの方法は、インターネット上で患者自らが記載したホームページの開腹手術体験を術前から術後の経過、特に創傷ケアに焦点を当てて、経時的に記載してある内容を検索した。ただし、腹腔鏡下手術は創傷ケアという点では開腹術と経過が異なるために除外した。

結果は、インターネット上で検索できた開腹手術体験記は、上腹部の開腹手術はほとんど見当たらず、子宮筋腫や卵巣嚢腫などの下腹部の婦人科系の良性疾患で、予後がよい手術を受けた者の体験記が多く存在した。具体的には、子宮筋腫による筋腫核出術、多発性子宮筋腫による子宮全

摘出術を受けた患者の体験など、約150件発見できた。

しかし、創傷ケアに焦点を当てた術後の手記ならびに体験はほとんど見当たらなかった。なぜ、患者の術後の創傷ケア体験記が少ないかという理由を考えると、いくつか考えられる。一つは、手術法とドレッシング法の変遷が背景にあると考える。上腹部の手術は鏡視下手術が増えている現状があり、さらに、術後のガーゼ交換はしない法が創感染は起こしにくいといった点から、ガーゼ交換そのものが少なくなっている現状がある。

また、ドレーンを挿入しないノードレーンのケースも多くあるためだと考えられる。術後の創傷ケアについて体験者の記載はあまり見当たらなかったが、術後創痛に関して多く記載があった。それは、婦人科系が主で<子宮筋腫摘出術を受けたA氏>の術後1日目の体験記である。「やっぱり痛い。今日は一日水も飲めない。水がほしいときはうがいやをしましよと言われ、看護師をその都度呼んで、うがいやをさせてもらう。どの人も親切に対応してくれる。ありがたい。体位は意識的に変えていた。ところがこれがまた痛い。この日は「痛い」しかない。」²⁾と、他者への感謝と痛みをピークに感じていることが綴られていた。「吐き気や血圧がもどらない苦しみの他、術後2日目に硬膜外麻酔の管がとれて、麻酔が切れた3日目、無理して流動食を少し食べたら、一晩中お腹の中で洗濯機が強で回り続けた感じでした。その夜担当の看護師が、血圧が低いのでボルタレン座薬を躊躇ったことも災いして、泣くほど痛い眠れない一夜でした。注射の痛み止めは全然効きませんでした。」と、痛みがリアルに表現されている。

別の患者の綴りでは、「看護師さんに尿管をはずしてもらおう。嬉しい。何と言っても腰が痛くてたまらなかったもので、立って歩けるのが嬉しくてたまらない。歩くとキズにズシンズシン響くけど、今朝までの腰の痛さに比べたら平気だ。いっぱい歩いた。公衆電話まで行き、家に電話をかけたら家族が驚いていた。」と綴られていた。

他の結果として、創痛とそのコントロール、離床の困難さ以外には、抜糸に関する内容であった。多発性子宮筋腫、子宮全摘出術を受けたE氏は、おそらく術後7日目ぐらいと推察されるが、「8時半に診察。白いテープが貼ってあっただけの傷口。『はがしますよ〜』の先生の声。『うん、傷口もきれいだしシャワー浴びていいよ』新しいテー

プを貼ってくれるのかと思いついて、『ハイ！終わり』の一言。看護師さんに『何も貼らなくていいんですか？』と尋ねると、外気にさらして乾かして、傷の治りは自然治癒力で治すそう。シャワーで傷口をよく流してくださいね～ごしごししちゃ駄目ですよ！との答えが返ってきた。でも、腹帯はしているものの傷口がさらされているのは、とても怖いです。」と、思いのほか、簡単にはがされたドレッシングに対する思いがつづられていた。

同様にC氏は、「抜糸は痛くはありませんでした。毛抜きで抜かれている感じ。」と、毛抜きで抜かれている感じと、生活の中の身近な表現で綴られていた。

他の体験記では、「昼食の後、ロキソニンを飲んで効いてきた頃、シャワーを浴びてみた。はじめは体だけで頭は看護師さんに後で洗ってもらおうと思っていたが、大丈夫そうだったので自分で洗った。傷口にも恐る恐るシャワーを当ててみる。思ったより痛くはなかった。ものすごくグロテスク。疲れたけれど、さっぱりして気分も少しよくなりました。洗濯もしました。少しずつ少しずつ回復しているのがわかります。」と患者はその時々感じた思いや気持ちを包み隠さず、リアルにつづられていた。

一方、術後数日以内の手術創の創傷ケアに関わる内容では、看護師や医師の声掛けが、回復を促す心理に影響をしている実態が見られた。これまでの結果を通して、体験記につづられている内容から考えられることは、手術を体験した患者の多くは、創傷ケアに関して看護側が重要視している内容、具体的には創傷の治癒過程における創の癒合の程度、創感染の兆候の有無など、多少違う内容を体験していることが明確になった。

ここで、看護学の教科書では、創傷ケアについてどのように記載しているかをについて、比較的使用頻度が高いと思われる教科書五冊を概観し、表1に整理した。

いずれの教科書も、主に創傷の治癒過程、創感染に関する

る原理・原則にとどまっておき、創傷ケアに関する患者体験についての記載はほとんど見当たらなかった。

この結果を踏まえて、開腹手術を受けた患者の体験記の表現内容と、教科書に記載してある内容を踏まえて、学内演習の教育に活かせることを検討してみた。まず、体験記につづられている内容は、教科書や教員の講義内容では表現されにくい、患者一人ひとりの体験について、ありのままを生々しく、身近な言葉で表現されている。そのため、患者の気持ちや思い、快・不快の感覚が、学生に伝わりやすく、分かりやすいと考える。

また、体験学習は、学習者が自ら体験することで体得する学習方法である。学習の主役はいうまでもなく学習者自身である。そのため、学生自身の経験や感覚など、自分のすべてを使って、患者の思いや気持ち、快・不快の感覚をわかり感じ取りことが可能と考えられる。さらに教科書で学ぶ原理・原則を踏まえ、一人ひとりの体験記や生々しい手記から、患者の状況に相応しい看護実践の必要性が学生自身の内面で意識化されることが可能と考えられる。学ぶことで「実感できる、感じて理解できる」³⁾ レベルに到達できると考える。

一方、体験記そのものの内容やネット上の体験記を直接的に教育に活用する上で留意点として、インターネットという方法であるために、表現できる患者に偏りやすく、手術期の場合の辛辣な表現もあるということ、さらに、当然ながら情報の信頼性と妥当性について十分に吟味し、活用することが必要と考える。

まとめとして、術後の開腹手術を受けた患者体験記を活かした教育方法として、術後の患者をホリスティックにとらえる教育方法が重要と考える。そのために、学生が体験記のつづりを読み取り、自己の気づきを整理し教科書などで既習した知識と統合し、患者体験での患者役を通じて、学んだ内容をレポートで表現することで、学生自身の中で意識化されるのではないだろうか。さらに患者体験を基盤にした学内演習での気づきと学びを踏まえた、実習での成果を見据えて教育方法を検討する必要があると考える。

文献

- 1) 村田節子：創傷ケアの卒然教育，臨床看護，32(11)，1606-1610，2006.
- 2) <http://www.geocities.jp/ayu60435474/mari.op.htm> (アクセス日2009年7月20日)
- 3) 藤岡完治・野村明美：看護教育技法，シミュレーション・体験学習，2000.

表1 看護学の教科書では、創傷ケアについてどのように記載しているか

教科書	具体的内容
健康危機状態	創傷の治癒過程
臨床外科看護総論	創傷の治癒過程における看護
周手術期看護	周手術期に応じた看護の中の創傷ケア
急性期看護	創感染
成人看護学 I	周手術期患者への看護技術の中に術直後の看護技術の観察項目として、創部の状態

★創傷ケアに関する患者体験についての記載は無

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

日本学術会議の動き

幹事会報告

第91回幹事会（持ち回り）

日時 平成22年3月12日（金）

会議の概要

審議事項

- 欧州若手アカデミーに向けて「グラント・チャレンジ」プレインストーミング・ワークショップへの会員の派遣について承認されました。

第92回幹事会

日時 平成22年3月25日（木）

会議の概要

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（構成の変更）及び委員の決定
- 科学者委員会における分科会の設置期間の延長及び特任連携会員の任期の延長
- 分野別委員会運営要綱の一部改正（新規設置2分科会、1小委員会）及び委員の決定等
- 労働雇用環境と働く人の生活・健康・安全委員会設置要綱の一部改正（設置期間の延長）及び委員の決定等
- 課題別委員会の設置及び設置要綱の決定
- 木田賞受賞候補者の推薦
- 外部委員候補者の推薦（東京大学物性研究所協議会委員、東京大学大気海洋研究所研究船共同利用運営委員会委員）
- 提言「日本の展望—学術からの提言2010」について総会に提案すること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7団体の指定について承認されました。
 - ・日本バイオレオロジー学会
 - ・都市環境デザイン会議
 - ・歴史地震研究会
 - ・黒人研究会
 - ・北海道草地研究会
 - ・全国数学教育学会
 - ・日本アフェリシス学会

- 学術刊行物の指定について承認されました。
- 持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2010の開催について承認されました。
- 国際科学会議（ICSU）加重投票臨時委員会出席に係る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13件及び国内会議の後援1件について承認されました。

第93回幹事会

日時 平成22年4月6日（火）

会議の概要

審議事項

- 分野別委員会分科会における特任連携会員の任期延長
- 人間の安全保障とジェンダー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について承認されました。
- 提言「受動喫煙防止の推進について」が承認されました。
- アジアの高齢人口に関するカンファレンスの企画委員会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6件について承認されました。

5月中旬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

1. 日本学術会議第157回総会が4月5日（月）、6日（火）の2日間にわたり開催されました。
2. 提言「日本の展望—学術からの提言2010」が4月5日（月）に公表されました。
併せて、本提言の内容を基礎づけるものとして、13のテーマ別・分野別作業分科会提言及び31の分野別委員会報告を公表しました。
<http://www.scj.go.jp/ja/member/inkai/tenbou/teigen.html>

なお、4月8日(木)に、日本学術会議金澤一郎会長から、川端達夫内閣府科学技術政策担当大臣に、本提言を手交しました。

3. 提言「受動喫煙防止の推進について」が4月9日(金)に公表されました。

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5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。

◆「我が国の科学・技術政策の課題と大学等の変革・強化」

日時 平成22年5月11日(火)13時00分～18時00分
場所 岡崎コンファレンスセンター(自然科学研究機構)

- 次第 「科学・技術が創る日本の将来構想」
野依良治
「我が国の科学・技術政策」内閣府
「国立大学法人第Ⅱ期政策」文科省
「大学院教育研究と大型研究施設」高田正樹
「女性研究者や若手研究者の育成と活躍機会の創出」小島秀子
「高度人材育成と国際化における問題点」
新海征治
「大学院の構造的、組織的諸問題の改善」
福住俊一
「主要大学と地方大学の格差是正」渡辺芳人

◆「農学工学分野におけるグローバル人材養成への取組と実践」

日時 平成22年5月13日(木)13時00分～17時00分
場所 東京大学弥生講堂

- 次第 「JABEE」田中忠次
「若手インターナショナルトレーニングプログラム」豊田浄彦
「戦略的大学連携支援事業」千葉信司
「グローバル30」内野敏剛

「教育GP」酒井憲司

◆「科学技術人材育成シンポジウム」

日時 平成22年5月15日(土)10時00分～17時10分
場所 日本学術会議講堂

- 次第 基調講演 大橋秀雄 他
講演 「ユニバーシティーコンソーシアム」野口博
「かがわけん科学体験フェスティバル」
北林雅洋
「学会の取り組み」松瀬貢規
「COCN(産業競争力懇談会)の取り組み」
渡辺浩之
「NPO日立理科クラブの取り組み」永田一良
「JSTの取り組み」有本建男

◆「これからの大学教育の質保証のあり方—大学と評価機関の役割—」

第2回「大学側からみた質保証の課題」

※第3回と共通論題

日時 平成22年5月15日(土)13時00分～17時00分
場所 一橋記念講堂(学術総合センター内)
次第 基調報告 山田勉「前田早苗」濱名篤「北村隆行」
パネルディスカッション 川口昭彦 他

第3回「大学側からみた質保証の課題」

※第2回と共通論題

日時 平成22年5月29日(土)13時00分～17時00分
場所 関西大学BIGホール100(大阪府吹田市)
次第 基調報告 市村孝雄「高田英一」「久保鏡志」
北村隆行
パネルディスカッション 生和秀敏 他

◆「『知の統合』に向けて」

日時 平成22年5月21日(金)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂

- 次第 第一部「知の統合」の社会に果たす役割
「『知の統合』と横幹科学技術」木村英紀
「『知の統合』のためになすべきこと」
笠木伸英
「社会のための科学としての『知の統合』」

日本学会の動き

立本成文
『『知の統合』による科学・技術の促進』
架谷昌信

第二部「知の統合」に向けての具体的な取り組み

「バイオ研究からみた『知の統合』」
西島和三
「持続可能な社会づくりにむけた『知の統合』」鈴木克徳
『『知の統合体系化』に向けて』川村貞夫
『『知の統合推進』に向けて』原辰次

◆「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50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」

「世界に花が咲いた日」西田治文
「生命史40億年に起こった三大事件の犯人探し」美宅成樹
「微生物の生物多様性を訪ねて」今中忠行
「深海：生物多様性のゆりかご」北里洋
「飛べなく進化した鳥類の悲劇」松本忠夫
「生物行動の多様性を科学する」
長谷川眞理子
「動物の心と人の心」長谷川壽一
「人類は多様性が減少してきた」斎藤成也

第二部 統合生物学委員会からの提言

「生物多様性の保全と持続可能な利用のために：学術分野からの提言」鷲谷いづみ

第三部 地域の挑戦／皆の挑戦／私の挑戦

「市民参加で集める生き物データ」

上田尚志

「さあはじめよう！だれでもどこでも自然再生ふくい行動プロジェクト」松村俊幸

「仏教者と自然再生：里山保全と外来種対策」千坂げんぼう

「大学の挑戦：新潟大学がめざす自然再生学」箕口秀夫

「ブナとともに生きる町が誇る生物多様性」若見雅明

「生物多様性を科学記事にする」中村浩彦
第四部 意見交換／総合対話

◆日本地球惑星科学連合2010年大会国際セッション

「Urbanization and Global Environmental Change (都市化と地球環境変化)」

日時 平成22年5月23日(日)13時45分～17時00分

場所 幕張メッセ国際会議場

◆「原子力総合シンポジウム2010」

日時 平成22年5月26日(水)～27日(木)

場所 日本学会議講堂

次第 基調講演 大島章宏

特別講演 近藤駿介

招待講演 佐藤一男 他

◆「雇用労働環境と労働者の健康・生活・安全」

日時 平成22年5月28日(金)13時30分～15時30分

場所 福井県国際交流会館

次第 「就業形態の多様化と労働者の健康破壊」

森岡孝二

「非正規雇用と労働者の健康」矢野栄二

「労働環境改善の方向性と今後の課題：有機溶剤と石綿の教訓を踏まえて」久永直見

「建設プロジェクトにみる労働環境改善への新たな動向」草柳俊二

「欧州における職業メンタルヘルスの推進枠組みと日本の課題」川上憲人

◆「環境・エネルギーと電気電子情報技術」

日時 平成22年5月28日(金)13時30分～17時30分

場所 日本学会議講堂

次第 基調講演・伊澤達夫／Wanda Reder、3件の講演

◆「植物を利用したグリーンイノベーションに向けて」

日時 平成22年5月29日(土)13時00分～17時20分

場所 日本学会議講堂

次第 関連各分野の展望と取り組み

グリーンイノベーション、植物研究が貢献できること

パネル討論「植物を利用したグリーンイノベーションに向けたアクションプラン」

◆日本学術会議主催公開講演会

「高レベル放射性廃棄物の処分問題解決の途を探る」

日時 平成22年6月4日(金)13時00分～18時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 報告「高レベル放射性廃棄物処分事業計画の

概要と安全性」河田東海夫

基調講演「地層処分における第3者機関

スウェーデンでの経験と教訓」

Eva Simic

「放射性廃棄物処分実現に向けての

学際交流の提言」田中 知

パネル討論

◆「所得リスクにどう立ち向かうかー社会的包摂のための社会保障」

日時 平成22年6月5日(土)13時00分～16時00分

場所 同志社大学寧静館5階(予定)

◆「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

次第 特別講演「力学知の継：シェルの應力力学の

理論と応用」山田聖志

「散逸系における衝突の世界(仮

称)」西浦廉政

パネルディスカッション

「応用力学分野の現状と将来に関するフォーラム」

◆「創薬の促進を目指したトランスレーショナルリサーチの推進における医療系薬学研究者の役割」

日時 平成22年6月11日(金)9時45分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「我が国の「マイクロドーズ臨床試験実施の

ガイドライン」の特徴と将来への期待」

大野泰雄

「早期探索的臨床試験の現状と将来～科学的

立場からの検証と提案～」山下伸二

「PETイメージングと創薬」谷内一彦

「代謝酵素が関与する薬物間相互作用の予測

法」鈴木洋史

「トランスポーターにかかわるFDA白書：

薬物間相互作用を中心に」杉山雄一

「薬物動態関連遺伝子のファーマコジェノミ

クス」東 純一

「薬効・毒性関連遺伝子のファーマコジェノ

ミクス」松村正明

「代謝物に由来する副作用を少なくするため

に」笹木 修

「開発段階における製剤開発戦略、および剤

形追加の戦略」伊吹リン太

「臨床開発におけるバイオマーカーの利用」

中村治雅

「創薬化学研究者と医療系薬学者の接点」

長瀬 博

◆「医歯工学融合領域研究のすすめ」

日時 平成22年6月13日(日)14時00分～16時30分

場所 東京ビッグサイト

次第 「再生医療の現状と未来ー心筋再生を中心にー」

澤 芳樹

「東北大学大学院医工学研究科の目指す道と

研究例」松本英敏

「ナノバイオマテリアルの開発と評価委にお

ける医工連携」横山敦郎

「医歯工学融合の意義：歯科補綴学の立場か

ら」市川哲雄

◆「ビスホスホネート系薬剤に起因した顎骨骨髄炎・顎骨壊死の現状と対策」

日時 平成22年6月25日(金)16時30分～19時00分

場所 札幌プリンスホテル

次第 「生化学的・薬理学的側面」米田俊之

「形態学・病理学的側面」山口 朗

「画像診断学的側面」田口 明

「臨床病態学的側面」浦出雅裕

「治療学的側面」松尾 朗 山崎 裕 永田俊

彦

2010年度サマーセミナー
『質的研究を深めよう!』

日時：2010年8月28日（土）

場所：岐阜県立看護大学



講師：西條剛央氏

10:00-12:00（受付9:30～）講義（80人）

『複雑な看護現象を研究対象とする科

学論—科学とは？方法とは？—』

13:00-16:00 グループワーク（50人）

『GTA質的研究の分析方法に焦点を

当てて』

申し込み方法

氏名、会員番号、所属、連絡先（e-mail、電話番号）

講義のみ、あるいは1日参加の希望を下記のE-mail addressに送信してください。

なお、グループワークのみの参加はできません。

参加費：日本看護研究学会の会員は無料、非会員は千円
定員になり次第締め切り
午前の講義席に余裕があれば当日参加も可能です。

連絡先

E-mail seminar@gifu-cn.ac.jp

羽島市江吉良町3045-1

岐阜県立看護大学育成期看護学領域 泊祐子

日本看護研究学会 第15回 九州・沖縄地方会学術集会のご案内

メインテーマ：看護教育・看護実践から学びを拓く

第15回日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会のご案内を申し上げます。

第15回はメインテーマを「看護教育・看護実践から学びを拓く」といたしました。それは臨床研修制度の努力義務化がスタートする年にあって、看護教育と研究、研究と実践について参加者の皆様と共に考えたいと企画いたしました。基調講演には操華子先生に「研究テーマの絞り込みと研究デザイン」についてご講演いただきます。また、特別講演では東めぐみ先生に「経験から学び新たな看護を創造する」をテーマに看護において大切にしなければならないことへの示唆をいただける予定です。

会員の皆様からの一般演題にも多くの方々にご参加をいただきたいと願っています。

学術集会会長 小田 正枝

会 期：平成22年11月20日（土）9時～17時

会 場：国際医療福祉大学福岡看護学部（福岡市中央区長浜1-3-1 天神キャンパス）

プログラム：

8：30～ 9：00 受付開始

9：00～ 9：10 大会長挨拶

9：10～10：40 基調講演

「研究テーマの絞り込みと研究デザイン ～質的研究・量的研究」

講師：操 華子 氏（国際医療福祉大学 大学院教授）

10：40～10：50 休憩

10：50～11：50 特別講演

「臨床実践を振り返る探求的な方法」

講師：東 めぐみ 氏（駿河台日本大学病院 慢性疾患看護専門看護師）

12：00～12：30 総会

12：30～13：30 懇親会

13：30～15：50 一般講演・示説 発表

15：50～16：00 閉会

抄録原稿締め切り日：平成22年7月30日（金） 当日消印有効

参加登録申込み締切日：平成22年9月6日（月）

参加費・振込先：

会 員 3,500円

非 会 員 4,000円

学 生 1,000円

郵便振替

口座番号「01740-1-124746」

口座名「第15回日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会」

●問い合わせ・応募先：

〒810-0072 福岡県福岡市中央区長浜1-3-1

第15回日本看護研究学会 九州・沖縄地方会学術集会事務局

TEL/FAX 092-739-4329（学術集会事務局）

E-mail shimomai@iuhw.ac.jp

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 中木 高夫 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られることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

査読の結果、「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で、その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には、不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕 ○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体に必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 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30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、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/journal/manual.html>

なお、雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9) 用字・用語は、現代かなづかいとする。アラビア数字を使い、SI単位系（m, kg, S, Aなど）を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で、A4サイズ用の紙に配置した場合に必要なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7ページ |

3. 原稿の電子媒体での提出

原則として、原稿の内容を電子媒体（フラッシュメモリ、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。

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・2号を送付いたしております。

平成22年度会費未納の方は、お早めに同封の振り込み用紙または、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。尚、第36回学術集会で演題発表（共同研究含む）を予定されている方につきましては、平成22年度会費未納の場合、発表が取消しになりますのでご留意下さい。

記	
会費	7,000円
郵便振込 口座番号	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員の中に同姓・同名の方がおります。お振込の際、会員番号は、必ずご記入下さい。
ATMによるお振込の場合、氏名、ご連絡先の記載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：地区番号 ②：会員番号 ③：会費最終納入年度
---	--------------------------------

2. 送付先等ご変更についてのお願い

送付先ご変更の場合は、本誌巻末の変更届に新しい送付先を楷書でお書きいただき、難しい読みにはフリガナを付記の上、FAX (043-221-2332) 又はメール (info@jsnr.jp) で事務局までお知らせ下さい。

3. 送付先不明者のご確認

学会誌33巻1号および平成21・22年度会費未納者への会費請求文書を送付後に、下記の方々が転居先不明等で事務局に戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

い0711 池田 七衣 か0561 賀地 彰子 か0750 加藤 育子 す0040 須藤 桃代 す0329 鈴木 雪乃	た0791 高岡 哲子 や0537 山田 洋 や0584 山本佳代子 よ0273 吉野由紀江 わ0184 渡邊 円 (2010)
あ0215 安部 祝子 あ0447 安部美樹子 い0214 池田 正子 い0594 池西 悦子 い0666 石川 福江	い0683 斉藤久美子 い0807 伊藤 良子 い0976 伊藤 愛子 う0242 浦野 茂 お0876 大江 真吾
お0880 表 絵美 か0666 加治木選江 く0201 柳川 育美 こ0461 吳 小玉 さ0670 佐藤 慎二	さ0605 村田 絹代 す0170 長牛 由美 た0591 高田 一美 た0955 立石 陽子 た1006 田中 和子
て0039 笠原 直子 て0073 寺崎 友香 と0217 徳重 亨佳 な0344 中村 信子 な0637 仲宗根曾代子	な0534 長田 泰子の0010 野地 有子 ひ0276 広田 幸子 ひ0211 熊谷 理恵 ふ0201 藤根美知子
ふ0444 舟木 友美 み0051 南 美知子 み0279 三好 陽子 も0214 本川 眞弓 や0252 山田千佳子	や0424 山崎 真代 や0473 山口久美子 わ0089 渡邊江身子 (2009) あ0428 緋田裕美子 す0289 杉山 祐子
た0109 高橋久美子 た0619 田村 幸恵 た0688 高木 洋治 な0574 永田 明 に0250 西島 吉紀 (2008) (敬称略)	

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 2号

会員無料配布

平成22年6月20日 印刷

平成22年6月20日 発行

編集委員

委員長 川口 孝泰 (理事) 筑波大学大学院人間総合科学研究科
委員 川西千恵美 (理事) 徳島大学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

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

発行者

山口 桂子

(アイウエオ順)

印刷所

(株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけ早めにご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
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は、専門区分のいずれかかか○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. 送付先については、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は、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た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。

(切り取り線より切り取ってお出しく下さい)

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	氏名	専門区分	看護学・医学・その他()
氏名	TEL	生年	西暦
所属	FAX	性	男・女
送付先住所	自宅・所属(いずれかに○)	年	月
E-mail	TEL	都	道
自宅	FAX	府	県
評議員	TEL	名	名
推薦者氏名	FAX	推	薦
推薦者所属	TEL	者	所
理事承認年月日	TEL	属	所
局	受付番号	事務	入
欄	受付日	記	入
	通知番号		
	送付日		

地区名	都	道	府	県	名
1 北海道	北	海	道		北海道
2 東北	北	東			青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
3 関東	東	関			千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
4 東京	東	京			東京, 埼玉, 山梨, 長野
5 東海	東	海			神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
6 近畿・北陸	近	畿			滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
7 中国・四国	中	国			高松, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
8 九州・沖縄	九	州			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 (F A X 0 4 3 - 2 2 1 - 2 3 3 2)

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F A X

T E L _____ F A X _____

勤務先の変更

所 属 名 :

所属住所

〒 _____

電話及びF A X

T E L _____ F A X _____

氏名の変更

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 () 自 宅 ()

個人情報の管理について：一般社団法人日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、
本会の運営目的のみに使用いたしております。

一般社団法人日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()	
原稿投稿年月日	_____年 _____月 _____日	
和 文 題 目		
英 文 題 目		
キーワード (5語以内, 日本語/英語)		
1. /	2. /	3. /
4. /	5. /	
原 稿 枚 数		
本文: _____ 枚	図: _____ 枚	表: _____ 枚 写真: _____ 点
著 者		
会員番号	氏 名 (日本語/ローマ字)	所 属 (日本語/英語)
連 絡 先 住 所 ・ 氏 名		
住所: 〒 _____		
氏名: _____		
Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____		
別刷希望部数 (※投稿規定7.参照)	和文抄録文字数	英文抄録使用語数
部	字	語

*受付年月日: _____年 _____月 _____日

安梅勅江先生「グループインタビュー法」シリーズ

I 基礎 グループインタビューの実施と分析の基礎を身につける



ヒューマン・サービスにおける

ISBN978-4-263-23290-3

グループインタビュー法

科学的根拠に基づく質的研究法の展開

■安梅勅江 著 ■B5判 138頁 定価2,730円 (本体2,600円+税5%)

インタビューガイド、記録分析シート、完成報告書の例も収載！
質的研究へのグループインタビューの活用法がわかる！

II 活用 具体的な活用事例と活用のポイントを知る

ヒューマン・サービスにおける

ISBN978-4-263-23424-2

グループインタビュー法II / 活用事例編

科学的根拠に基づく質的研究法の展開

■安梅勅江 編著 ■B5判 168頁 定価2,940円 (本体2,800円+税5%)

- 8つの事例を示しながら、「実施の背景、インタビューガイド、実施上の工夫、分析の実際、報告内容、可能性と限界」に整理して解説します。

グループインタビューが活用できる範囲の広さと応用性、
適用のイメージを実感できる！



III 発信 論文や報告書として根拠を発信するコツを学ぶ

ヒューマン・サービスにおける

ISBN978-4-263-23538-6

グループインタビュー法III / 論文作成編

科学的根拠に基づく質的研究法の展開

■安梅勅江 編著 ■B5判 112頁 定価2,730円 (本体2,600円+税5%)

- 雑誌に掲載された論文を例に、論文の妥当性と信頼性を高める手法を解説します。

質的研究法の評価基準をもとにした、
学位論文の審査にも耐えうる執筆法がわかる！



◎安梅勅江先生の本

健康長寿エンパワメント

■B5判 136頁 定価2,940円 (本体2,800円+税5%) ISBN978-4-263-23498-3

コミュニティ・エンパワメントの技法

■B5判 172頁 定価3,150円 (本体3,000円+税5%) ISBN978-4-263-23462-4

エンパワメントのケア科学

■B5判 134頁 定価2,940円 (本体2,800円+税5%) ISBN978-4-263-23453-2

 医歯薬出版株式会社

〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 TEL:03-5395-7610 FAX:03-5395-7611 <http://www.ishiyaku.co.jp/>



