

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 35 Number 1 April 2012 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[35巻 1号]



学生から臨床ナース、教員まで、看護に必要な情報を幅広く収載

看護職に定評のある『看護大事典』はもちろん、
『看護師国試 必修チェック!』
『広辞苑』などを新たに収録。



収録書籍は
全66タイトル



看護医学 電子辞書

ツインカラー液晶・スクロールパッド搭載

製造元:カシオ計算機株式会社

■主な収録内容 NEW=新収録書籍

看護・医学系	<医学書院> 看護大事典 電子版	収録数:約45,000項目
	<医学書院> 看護・医学事典 第6版	収録数:約12,000項目
	<医学書院> ポケット医学英和辞典 第2版	収録数:約90,000語
	<研究社> 医学英和辞典 第2版	収録数:約150,000語
	<医学書院> カルテを読むための医学用語・略語三ニ辞典 第3版	
	<医学書院> 目でみる人体の構造(本商品オリジナルコンテンツ)	
	改訂 <医学書院> 治療薬マニュアル 電子版(「治療薬マニュアル2011」準拠)	
	改訂 <医学書院> 臨床検査データブック[コンパクト版] 第6版	
	<医学書院> NANDA-I看護診断 電子版(「NANDA-I看護診断・定義と分類2009-2011」準拠)	
	<医学書院> 症状からみた看護過程の展開 [電子辞書版]	
NEW	<医学書院> 看護英会話入門 第3版	約200会話シーン、約470単語
	<医学書院> KAN-TAN看護の実習マナー [電子辞書版]	
	NEW <医学書院> 看護師国試 必修チェック!	収録数:562項目
国語系	NEW <岩波書店> 広辞苑	収録数:約240,000項目
	改訂 <大修館書店> 明鏡国語辞典	収録数:約74,000語
	改訂 <大修館書店> 新漢語林	収録数:親字14,629字 / 熟語数:約50,000語
	<NHK出版> NHK 日本国語発音アクセント辞典	収録数:約69,000項目
	<旺文社> 現代カタカナ語辞典	
	<大修館書店> 明鏡 ことわざ成句使い方辞典	
	<大修館書店> 大修館 四字熟語辞典	
	<大修館書店> 楷行草 筆順字典	
	<大修館書店> ジニアス英和辞典	収録数:約96,000語
	<小学館> ケンプリッジ英英和辞典	収録数:約35,000語
英語英会話	<小学館> プログレシフと英中辞典	収録数:約90,000語
	<大修館書店監修> 英語類語辞典	収録数:約21,000語
	<研究社> カタカナで引くスベリング辞典	
	<DHC> 英会話とっさのひとこと辞典	収録数:約8,000例文
	<ナツメ社>とておきの英会話表現辞典	収録数:約3,700例文
	<アルク> キクタン・キクジュク	シリーズ7タイトル収録
	NEW <NHK出版> NHK ラジオ英会話	
	NEW <ナツメ社>はじめての英会話	
実用百科事典	<ブリタニカ・ジャパン> ブリタニカ国際大百科事典	収録数:約154,000項目
	<日経ナショナル・ジオグラフィックビュアル 学科大事典	
	<旺文社> デジタル植物図鑑 日本に生育する野草/草花	
	<旺文社> デジタル昆虫図鑑 日本に生息する昆虫	
各國会話	<JTB> ひとり歩きの会話集(英語/スペイン語/ドイツ語/フランス語/イタリア語/中国語/韓国語/タイ語/ロシア語/フランス語/ポルトガル語/ノルウェー語/トルコ語/ペトナム語/インドネシア語/台湾語/マレーシア語)	
		16言語会話集

IS-N7000 価格 58,275 円

(本体55,500円+税5%) [ISBN978-4-260-01501-1]
※消費税率変更の場合、上記価格は税率の差額分変更になります。

使いやすさを抜げる機能が満載

●ツインタッチパネル・スクロールパッドを搭載

大きなカラー液晶のメインパネル、サブパネルに加えて、今からスクロールパッドを搭載。使いたいコンテンツの選択や画面スクロールなどの操作性がさらにアップしました。また、付属のタッチペンを用いて辞書に直接文字を書き込んだり、暗記カードを作成したりと便利な機能が使えます。

● 便利な検索機能

1つの単語について同時に複数の辞典を検索できるほか、1つの辞書をひらいたまま同時に他の辞書を表示させるなど、学習をサポートする便利な検索機能が使えます。

● 100,000語のネイティブ発音で
リスニングも充実

『看護英会話入門』『ジーニアス英和辞典』『NHKラジオ英会話』など、語学系の収録書籍で、ネイティブの発音を聞くことができます。

● コンテンツの追加が可能

CD-ROMで追加: CD-ROMのコンテンツをパソコンからUSB接続で電子辞書に追加することができます。

データカードで追加:カードスロットに差し込むだけで、コンテンツをすぐに活用できます。microSDカードも2枚挿入可能となり、拡張性が向上しました。

※写真・図・表・図表記事・付録などは、一部のコンテンツを除き、収録されておりません。電子化の都合により、一部のコンテンツで書籍版と内容が異なる場合があります。※一部のコンテンツの書籍版は、刊行・市販されていません。※「治療薬マニュアル電子版」は、書籍版「治療薬マニュアル2011」の添付文部省の情報に基づき2010年12月10日付薬事基準取扱までの医療薬の収載(2010年8月以降に収載された後品および一部の割合剂除く)となります。※「NANDA-I看護診断電子版」は、書籍版「NANDA-I看護診断 定義・分類 2009-2011」に基づく各診断の定義・診断指標(または危険因子)・関連因子部分の収載となります。※「看護会員登入門」は、書籍版「看護会員登入門 第3版」の「ダイアローグ」と「Vocabularyをもやそ」の部分および各自に応する音声の収載となります。※「症状からみた看護過程の展開(電子辞書電子版)」は、書籍版「症状からみた看護過程の展開―病態生理とケアのポイント」に準拠していますが、電子辞書版の規約により、その表現形式に沿います。※「KAN-TAN看護の実習マニュアル(電子版)」は、書籍版に準拠していますが、電子辞書版に再構築されています。



医学書院

二〇〇〇年六月六日于网上爬虫

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23
[地下鉄丸ノ内線]本郷駅

[販売部] TEL: 03-3817-5657

[携帯サイトはこちら](#)



現場における研究の活用	
—がん看護専門看護師の活動を通して—	42
北里大学病院 がん看護専門看護師 近藤まゆみ	
現場における研究の活用	
日常のケアを研究的視点で捉えることのサポート	44
横浜市立大学附属市民総合医療センター・看護部 小児看護専門看護師 長田暁子	
現場における研究の活用	45
聖マリアンナ医科大学病院看護部 慢性疾患看護専門看護師 和田由樹	
交流集会Ⅰ	
現場の研究熱を高めよう	
—終焉への適応の考え方を活用して—	47
国際医療福祉大学福岡看護学部 小田正枝	
国際医療福祉大学福岡看護学部 下舞紀美代	
国際医療福祉大学福岡看護学部 安藤敬子	
交流集会Ⅲ	
家族の力を引き出す、子どもの力を引き出す看護の技	
—外来での展開—	48
大阪医科大学看護学部 泊祐子	
大阪医科大学看護学部 竹村淳子	
滋賀県立小児保健医療センター 松倉とよ美	
滋賀県立大学人間看護学部 古株ひろみ	
聖泉大学看護学部 流郷千幸	
交流集会Ⅳ	
質的研究をめぐる諸問題	
—質的研究の結果は一般化できない?—	53
日本赤十字看護大学 谷津裕子	
東京慈恵会医科大学 北素子	
看護職が行う口腔ケアの独自性とエビデンス	55
大阪医科大学看護学部 道重文子	
－原著－	
一人暮らしの2型糖尿病患者にとっての「家族」	57
金沢大学附属病院 土本千春	
金沢大学医薬保健研究域保健学系 稲垣美智子	
“否認”という無意識の患者心理理解における看護師の思考過程の分析	
—患者心理推測から看護援助へ—	67
三重大学医学部看護学科 林智子	

看護学生の批判的思考態度に関する研究

— 看護学生および看護教育機関における特徴 — 79

青森市立高等看護学院 三國 裕子
弘前大学大学院保健学研究科 一戸とも子

—研究報告—

褥婦のストレスに対するリフレクソロジー実施後の心理的・生理的反応の検討 89

東京医療保健大学医療保健学部看護学科 駿河 絵理子

訪問看護師による在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握の方法 99

宮城大学看護学部 高橋 方子
山形大学医学部看護学科 布施 淳子

初めて緊急入院した子どもに付き添う母親の思い 107

高松赤十字病院 三枝 幸子
高松赤十字病院 細川 美香
高松赤十字病院 中澤 美樹
香川県立保健医療大学 舟越 和代
香川県立保健医療大学 三浦 浩美

緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族のケア行動 117

由利本荘看護学校 桑田 恵美子
山形大学医学部看護学科 古瀬 みどり

看護学生の「子ども理解」評価尺度の開発

— 3年課程看護専門学校学生を対象として — 127

愛知県立大学看護学部 西原 みゆき
愛知県立大学看護学部 山口 桂子

—技術・実践報告—

疫学講義におけるクリッカーの使用と学生の反応 137

首都大学東京健康福祉学部看護学科 猫田 泰敏

健康な女性に対するタクティールケアの生理的・心理的効果 145

金沢医科大学看護学部 酒井 桂子
金沢医科大学看護学部 坂井 恵子
金沢医科大学看護学部 坪本 他喜子
金沢医科大学看護学部 小泉 由美
金沢医科大学看護学部 久司 一葉
金沢医科大学看護学部 木本 未来
金沢医科大学看護学部 河野 由美子
金沢医科大学病院 橋本 智美
金沢医科大学医学部 北本 福美

－総 説－

日本における感染防護具としての手袋に関する研究の現状と課題

— 1994 ~ 2008年 — 153

公立大学法人横浜市立大学医学部看護学科 渡 部 節 子

国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程 長 田 泉

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科博士後期課程 今 津 陽 子

公立大学法人横浜市立大学医学部看護学科 五木田 和 枝

がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望

— コーピング研究から意味研究へ — 159

上智大学総合人間科学部看護学科 塚 本 尚 子

上智大学総合人間科学部看護学科 船 木 由 香

－資料・その他－

在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーの効果 167

山形大学医学部看護学科 古 瀬 みどり

山形大学医学部看護学科 松 浪 容 子

介護付有料老人ホームと認知症グループホームにおける終末期ケアおよび看取りの現状と看護職者の思い 175

九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科 大 島 操

長崎県立大学シーボルト校看護栄養学部看護学科 赤 司 千 波

前・大分ゆふみ病院 柴 北 早 苗

看護業務におけるリスクティギング行動とその関連要因の検討 183

日本赤十字北海道看護大学 吉 田 理 恵

CONTENTS

Original Papers

- The Perception of Type 2 Diabetes Patients about Their Families 57
Kanazawa University Hospital : Chiharu Tsuchimoto
Faculty of Health Sciences, Institute of Medical,
Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University : Michiko Inagaki

- Nurses' Thinking Process in Understanding Patients' Unconscious Denial 67
School of Nursing, Faculty of Medicine Mie University : Tomoko Hayashi

- A Study on the Critical Thinking Disposition of Nursing Students
— Characteristics in Nursing Students and Nursing Education Institutions — 79
Aomori City Nursing Vocational School : Yuko Mikuni
Hirosaki University Graduate School of Health Science : Tomoko Ichinohe

Research Reports

- Evaluation of Psychological and Physiological Reaction of Reflexology on Postpartum Stress 89
Division of Nursing, Faculty of Healthcare, Tokyo Healthcare University : Eriko Suruga

- Visiting Nurse's Skills for Understanding of Home Resident Elderly Patients' Will with Regard to Terminal Care 99
School of Nursing, Miyagi University : Masako Takahashi
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Junko Fuse

- Feelings of Mothers Accompanying Children Emergently Admitted to Hospital for the First Time 107
Takamatsu Red Cross Hospital : Sachiko Saegusa
Takamatsu Red Cross Hospital : Mika Hosokawa
Takamatsu Red Cross Hospital : Miki Nakazawa
Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Kazuyo Funakoshi
Kagawa Prefectural College of Health Sciences : Hiromi Miura

- Care Behaviors of Families of Cancer Patients who are Receiving
Pain Control through Outpatients Palliative Care 117
Yuri Honjo Nursing School : Emiko Kuwata
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Midori Furuse

- Development of an Evaluation Scale related to the Understanding of Children by Nursing Students
— Targeting Students of Three-Year Courses at Nursing Vocational Schools — 127
School of Nursing, Aichi Prefectural University : Miyuki Nishihara
School of Nursing, Aichi Prefectural University : Keiko Yamaguchi

Technical Reports

- Use of Clickers in an Epidemiology Lecture and the Students' Reactions 137
School of Nursing, Faculty of Health Sciences, Tokyo Metropolitan University : Yasutoshi Nekoda

Physio-Psychological Effect of Massage with Tactile Care for Healthy women	145
School of Nursing, Kanazawa Medical University : Keiko Sakai	
School of Nursing, Kanazawa Medical University : Keiko Sakai	
School of Nursing, Kanazawa Medical University : Takiko Tsubomoto	
School of Nursing, Kanazawa Medical University : Yumi Koizumi	
School of Nursing, Kanazawa Medical University : Kazuyo Kyuji	
School of Nursing, Kanazawa Medical University : Miki Kimoto	
School of Nursing, Kanazawa Medical University : Yumiko Kohno	
Kanazawa Medical University Hospital : Satomi Hashimoto	
School of Medicine, Kanazawa Medical University : Fukumi Kitamoto	
General Remarks	
Current State of and Issues in Research Related to the Use of Gloves for Protection against Infection: 1994-2008	153
Yokohama City University School of Medicine College of Nursing : Setsuko Watabe	
International University of Health and Welfare Graduate School of Health Sciences : Izumi Osada	
Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Health Care Sciences : Imazu Satou	
Yokohama City University School of Medicine College of Nursing : Kazue Gokita	
Research Trends in Cancer Patients' Psychological Adaptation and Recommendations for Future Studies — From Coping with Cancer Patients' Distress to the Meaning of Their Experience —	159
Department of Nursing, Faculty of Human Sciences, Sophia University : Naoko Tsukamoto	
Department of Nursing, Faculty of Human Sciences, Sophia University : Yuka Funaki	
Preliminary Session	
Effect of the Seminar with the Aim of Developing Skills of Visiting Nurses Who Care for Home Artificial Ventilation Patients	167
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Midori Furuse	
School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University : Yoko Matsunami	
Actual Condition of End-of-life Care and Terminal Care Provided to Elderly Residents at Private Assisted-living Nursing Homes and Group Homes for Elderly with Dementia and the Attitudes of Nurses	175
Kyushu University of Nursing and Social Welfare : Misao Oshima	
Department of Nursing, Faculty of Nursing and Nutrition, University of Nagasaki, Siebold : Chinami Akashi	
Former Oita Yuhumi Hospital : Sanae Shibakita	
Risk-Taking Behavior in Nursing Practice and Related Factors	183
The Japanese Red Cross Hokkaido College of Nursing : Rie Yoshida	

第 37 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講 演 記 事

2011年8月7日（日）・8月8日（月）

会長 黒田裕子

於 パシフィコ横浜・会議センター

注) 35巻1号への掲載に賛同し、入稿された原稿に限定して掲載しています。

◆会長講演◆

研究結果を現場に還元するための看護研究

北里大学看護学部 黒田 裕子

1. はじめに

本テーマは，“看護研究方法の新しい動向”に関連していると考えた。本題に入る前に、看護研究の新しいトレンドを見ておきたい。40年も前になるが、1970年代の後半頃から、わたくしたち日本人看護師の看護研究を学習する者にとってバイブルともなっていたD.F. Polit & B.P. Hungler博士ら執筆による看護研究の本があった。この本の初版は1978年であり、わたくしはこの本がまだ翻訳されていない時代に修士課程でこの本に基づいて学習した。修士課程ではこの初版を英訳しながら悪戦苦闘していたことを思い出す。この本は、1995年の第5版からは本集会の招聘講師であられるCheryl Tatano Beck博士が、執筆者の1人として加わっている（Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P., 1995）。そしてこの最新の著書の2012年の第9版は、D.F. Polit & C.T. Beck博士ら2人の執筆による本となっている（Polit, D.F. & Beck, C.T., 2012）。この最新第9版は、「Nursing Research」という主題であり、サブタイトルは、“Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, すなわち、看護実践のためにエビデンスをつくり、評価する”という内容が明確に記されている。即ち、1978年初版から2004年の第7版までは、サブタイトルは、“Principles and Methods（原理と方法）”であった。それが2008年の第8版から“Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice, すなわち、看護実践のためにエビデンスをつくり、評価する”へと変わってきてるのである。解釈すれば、“看護研究の原理と方法を基礎的に理解しよう”という時代から、本日の講演テーマにふさわしい、“看護実践のためのエビデンスをつくり、評価しよう！”という動向への変化を読み取ることができるのである。

この最新第9版においては第8版までと比べて内容も刷新されている。ほとんどの章立てに、“Generate Evidence for Nursing（看護のためにエビデンスをつくる）”が付記されている。そして最後の章では“Building an Evidence Base for Nursing Practice（看護実践のためにエビデンスをつくる）”という章立てのもと、研究エビデンスに対する系統的レビューとして、メタ-アナリシスとメタ-シンセシスが、そして、ミックス研究のレビューが解説されている。

これに加えて、それまでは単独の章として位置づけられ

ていなかった質的研究が、第9版から量的研究と質的研究は別々の章として解説され、加えて混合研究法が単独の章として解説されている。

このような、われわれにとってバイブルとなってきた看護研究のテキストのトレンドは、実践科学である看護においては、実践のエビデンスのために研究があるのだということを21世紀初頭に、明確に打ち出したことを示す証拠と言えるのではないだろうか。さらに、日本においてもわたくしたちはこのような変化を鋭敏にキャッチする必要があると考える。

一方、これも、1980年代からわたくしたち日本人の看護研究を学習する者にとってはこれもバイブル書として活用されてきたN. Burns & S.K. Groveによる最新の2009年の第6版がある（Burns, N. & Grove, S.K., 2009）。この本のタイトルにおいても、“The Practice of Nursing Research; Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence（看護研究の実践；エビデンスの評価、シンセシス、生成）”と第5版のタイトル（Burns, N. & Grove, S.K., 2005）“The Practice of Nursing Research; Conduct, Critique, and Utilization（看護研究の実践；実施・評価・活用）”とは変わってきている。既に紹介したPolit & Beck博士らの本と同様に、エビデンスが明確に打ち出されていることがわかる。

以上見てきたように本日の会長講演では、エビデンスに基づけられた看護実践（Evidence-Based Nursing Practice, 以下EBNP）に焦点をあて、実践のエビデンスとしての看護研究を考えていきたい。

2. トランスレーショナル・リサーチ (Translational Research)

トランスレーション（translation）とは、“研究で獲得した知識を実践の中に動かすこと”という意味合いがある。さらに、トランスレーショナル・リサーチとは、“実践へと移していくことをねらった研究”という意味がある。医学研究の領域で、基礎研究の成果をいかに臨床に役立てるかという発想から起こってきたとされている（Mitchell, P.H., 2004）。

Mitchell (2004) は、“研究を実践の中に移すこと（translating research into practice）”と題したJean Johnson (1979)による出版物を引用して、表1に示した時代の変遷を説明

表1 時代の変遷

1970年代	研究転移を必要とする(employing research translation)時代
1980年代	研究利用(research utilization)の時代
1990年代	エビデンスに基づいた実践(evidence-based practice)の時代
2000年代以後	再び転移(translation)の時代

している。

そして、臨床実践の中に研究を転移することに拍車をかけた以下の助成が、トランスレーショナル・リサーチの発展に寄与している。それは米国the National Institutes of Health(以下、NIH)の以下の助成である。2005年10月12日には、“Institutional Clinical and Translational Science Award”と題した助成の応募を開始した。このCTSAの助成は、臨床的なトランスレーショナルな科学に対して、変化させる力のある、新奇な、統合的な学術的な基盤を組み立てる組織を支援する助成であり、また、看護を含めて、より広範囲な学際的な研究者がどのように研究を実施すれば良いのかを再考させるための挑戦を与える助成である。このCTSAの提案は、学問を超えてより密接に相互作用と協働の必要性が強調されている。そして、目的は、患者中心の研究と臨床的な実践に新しい知識を適用することとされている(Chesla, C.A., 2008)。

NIHの説くtranslational researchの2種類をここで紹介しておく。種類1(Type 1)は、“コントロールされた条件下基礎的な科学的発見を人間のヘルスケアへと適用するような研究”とされている。そして、種類2(Type 2)は、“コントロールされた条件下、時々コントロールされ得ない条件下で、地域社会を基礎に置いたヘルスケアによって見込みのある臨床研究の成果を促進するような研究”とされている(Chesla, C.A., 2008)。タイプ1は、医学の病理部門などの基礎的な研究が該当するよう思う。看護の場合は、タイプ2の研究が広く可能ではないかと考える。

さて、2009年に出版された“Clinical and Translational Science; Principles of Human Research”というタイトルの600ページからなるたいへん分厚い本がある(Robertson, D. & Williams, G.H., 2009)。今回、わたくしがトランスレーショナル・リサーチを紹介するために、取り寄せた本である。ペンシルバニア大学のガレット・フィッツジラルド博士によって書かれた序論を拝見すると、Clinical and Translational Scienceの最初のテキストブックであること、さきほど説明した米国NIHのCTSAの助成によって行われている事業ということで、Clinical and Translational Scienceという用語を、本のタイトルに使用したとも解説されている。内容のパートだけを見てみると教科書ということで、表2に示したような基礎的な内容が取り上げられ

表2 Clinical and Translational Science; Principles of Human Researchの内容概要

Part 1 : Fundamental Principles (基礎的原理)
Part 2 : Approach (アプローチ)
Part 3 : Infrastructure (基礎構造)
Part 4 : Education, Training and Career Choice (教育・訓練・キャリア選択)
Part 5 : Funding (資金)
Part 6 : Human Genetics (人間の遺伝学的発生)
Part 7 : Human Pharmacology (人間の薬理学)
Part 8 : Social Context of Human Research (ヒューマンリサーチの社会的文脈)
Part 9 : Research in Special Populations (特別な母集団の研究)
■ 1. Acute Illness (急性疾患), Critical Care (クリティカルケア), Emergency and Surgical Patients (救急・外科患者)
■ 2. Psychiatric Disorders (精神障害)
■ 3. Geriatrics (老年医学)
■ 4. Pediatrics (小児科学)
Part 10: Population-Based Research (母集団を基礎に置いた研究)

ている。

一方、K. Knafl & M. Grey (2008)は、看護分野の科学者に向けてこのCTSAの紹介と呼びかけをしている。その論文中でCTSAから助成を得たいいくつかの組織を紹介しているが、新しい学問であるとして、Clinical and Translational Scienceを位置づけていることがたいへん興味深い。この論文では、米国では連邦政府をあげて財源が確保されていること、NIHからの資金提供を受けているClinical Translational Science Centerは、28州55ヵ所あることが紹介されている(Knafl, K. & Grey, M., 2008)。

加えてChesla (2008)は、“Nursing Translational Research”を定義しており、この定義によると、「看護トランスレーショナル・リサーチとは、ヘルスケアにおける臨床的、操作的な意思決定を促進する個人及び組織によるエビデンスに基づいた実践への適用に影響を与える方法・介入・変数の科学的な研究である」とし、これはエビデンスに基づいた実践への適用を促進し獲得することへの介入の効果を検証することを含むとされている(Chesla, C.A., 2008)。本集会のメインテーマと密接な関係があることが、この定義からもうかがい知ることができる。

さて、それでは日本の看護界では、看護トランスレーショナル・リサーチは行われているのだろうか。2009年の雑誌「看護研究」42巻6号において、焦点Translational Researchとしての小児の疼痛緩和方法の開発が取り上げられていた(片田, 2009)。すでにTranslational Researchとしての研究が発表されていた。そして臨床への活用が促され、2010年の雑誌「看護研究」43巻6号において、焦点・看護学におけるTranslational Research、振動による褥瘡の治癒促進をめざした機器開発が取り上げられていた(真田・長瀬・須釜, 2010)。この特集の扉から、Translational Researchは、もともとは創薬の分野で使いはじめた言葉で

あること、広い意味で、基礎研究の成果を臨床へ役立てるための翻訳的な研究過程であることが解説されていた。Translational Researchの最終ゴールは、臨床への新技術の導入であり、基礎研究の中から臨床に応用可能な萌芽的な題材を探し出して、それを実際に臨床に使えるツールとして開発する応用研究を指し、“橋渡し研究”とも呼ばれている。現場に応用可能なエビデンスをもった新技術開発の研究が、Translational Researchとして、今後ますます必要になってきていることがわかる。日本においてはここ2,3年の比較的新しい研究トレンドであると思われ、今後に期待したい。

3. 混合研究法 (Mixed Methods Research)

混合研究法 (Mixed Methods Research) と類似した研究アプローチの名称と内容を表3に整理した。

Tashakkori & Teddlie (2003) は、社会科学、行動科学、健康科学の領域で拡大発展しつつある著名な教科書を書いているがこの中で混合研究法 (Mixed Methods Research) を定義している (S. Tashakkori & C. Teddlie, 2003)。

混合研究法 (Mixed Methods Research) とは、哲学的仮定と探究の研究手法をもった調査研究デザインである。研究方法論として、データ収集と分析の方向性、そして調査研究プロセスにおける多くのフェイズでの質的と量的アプローチの混合を導く哲学的仮定を前提とする。研究手法として、1つの研究、または順次的研究群での量的かつ質的データを集め、分析し、混合することに焦点をあてる。その中心的前提は、量的・質的アプローチともに用いるほうが、どちらか一方だけを用いるよりもさらなる研究課題の理解を生む。

社会学、看護学、健康科学、マネジメント管理学、評価学、教育学といった多様な分野を含む社会科学全般領域での研究において混合研究法は応用されるようになっており、一般的な研究手法となろうとしている。一方 Creswell & Clark (2007/2010) は、混合研究法の4つの種類、即

ち、トライアングレーションデザイン、埋め込みデザイン、説明的デザイン、探究的デザインを解説している。ここではこれら4つを簡単に紹介しておこう (J.W. Creswell & V.L.P. Clark, 2007/大谷, 2010)。

まず、トライアングレーションデザインは、質的研究と量的研究を、同じテーマで、別々に実施する。そして、質と量、各々別の結果に基づいて解釈していく。つまり、同じテーマに関する、異なるが補足的なデータを収集することで、見えてくる内容も豊富になる。

埋め込みデザインは、量的な研究方法論の枠組みの中に、質的な研究を埋め込んだ形で、量的な研究結果が優位となる。質的な研究結果も一部分加わることになる。逆に、質的な研究方法論の枠組みの中に、量的な研究を埋め込んだ形で、質的な研究結果が優位となる。質的な研究結果も一部分加わることになる。1つのデータセットが別のタイプのデータを主にした研究の、支援的役割、または二次的役割を持つ。

説明的デザインは、混合研究法のなかでも最も率直でわかりやすいとされている。まず、量的なデータの収集と分析から始まり、これに引き続いて質的研究が、先の量的研究デザインの結果につながるようにデザインされて行われる。質の結果は、量的な研究の結果を主体とした中に組み込まれて解釈される。2重の段階を持っており、質的データは、はじめの量的結果を説明するか、あるいは、その上に構築することに役立つ。

探究的デザインは、現象を探究するために質的データから収集・分析を開始する。そのうえで、次の量的なデータを収集する。たとえば、質的なデータから得られた内容から尺度をつくり、調査票を使用した量的な調査を行うなどがあるかと思う。しかしながら、量的な研究の結果は、それよりも優位な質的な研究の結果に基づいた解釈が主体となって処理される。2重の段階を持っており、質的研究手法の結果が、第2の量的研究手法に進展するのを助け、情報提供を行うこととなる。

表3 混合研究法 (Mixed Methods Research) と類似した研究アプローチの名称と内容

アプローチの名称	内 容
複数特質／多元的研究 (multitrait/multimethod research)	1つの調査にいくつかの量的手法が収集されたもの
統合された、もしくは、結合された研究法 (integrated/combined research)	2つの形のデータが一緒に合わさったもの
量的および質的手法 (quantitative and qualitative methods)	量的手法と質的手法の両方のコンビネーションであるもの
ハイブリッド／研究手法論的トライアングレーション (hybrids/methodological triangulation)	量的・質的データの収斂を認識したもの
混合研究手法論 (mixed methodology)	研究手法と哲学的世界的視野の両方を認識したもの

注) Creswell, J.W. & Clark, V.L.P. / 大谷順子 (2007/2010). 人間科学のための混合研究法. 北大路書房, p.6の文章から抜粋
筆者作成

以上の4つのうち、トライアングレーションデザインが最も容易ではないかを考え、特徴を取り上げてみた。トライアングレーションデザインは、質的研究と量的研究が別々に成されて結果を統合して解釈するデザインである。矛盾した結果が出た場合にどうするべきかという課題があるが、協働してチームで研究する場合に適しているという強みがある。異なる学問領域の研究者が学際的な研究をする場合には適していると言われている。

4. メタ-アナリシス

わたくしは、メタ-アナリシス研究を行った経験がないのでここでは概要を説明したい。“メタ-アナリシス”とは、“すでに発表されている同じテーマに関する臨床研究を定量的・統計学的にまとめて、結論を引き出す方法である”とされている。また、量的研究において、同一テーマに関する研究結果が一定にならなかった場合、メタ-アナリシスは最適な手段として選択されるとも言われている(C.T. Beck, 2002)。

本集会の招聘講師のBeck博士は、敬虔なメタ-アナリシスの研究者である。Beck博士が過去に実施しているメタ-アナリシスの研究を紹介する。

Beck博士(2001)は、“Predictors of postpartum depression: An update, 産後うつ状態の予測因子：最新の状況”という研究課題の研究を発表している。この研究は、1990年代の10年間に出版された84研究のメタ-アナリシスである。目的は、産後うつ状態と危険予測因子の相互関係の程度を決定することである。研究方法としては、The Software System Advanced Basic Meta-Analysisが統計解析に使用されている。結果、産後うつ状態に対する有意な13の危険予測因子を明らかにしている。各危険因子に対する効果サイズが示され、結論としては、産後うつ状態に対する新たな4つの危険予測因子が確認されたということで、自尊感情(Self esteem), 婚姻状況(Marital status), 社会経済状態(Socioeconomic status), 計画されない／望まない妊娠(Unplanned/unwanted pregnancy)があがっていた。

さらにBeck博士(1995)は、“The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis”産後1年間の母親と乳児の相互作用に対する産後うつ状態の影響について、19の量的研究からのメタ-アナリシス研究を発表している。また、1998年には、“The effects of postpartum depression on child development: Meta-analysis”子どもの認知・情緒的発達に対する産後うつ状態の影響について、9つの量的研究からのメタ-アナリシス研究を発表している。

このようにメタ-アナリシス研究は、例えばBeck博士のように、“産後うつ状態”をキーワードに含む複数の量的

研究を統合する手法である。メタ-アナリシスは共通の臨床問題もしくは課題に対して多様な一次研究からの結果を統合する厳格な統計的な手順であり、単一の研究では応えることができない疑問に答えるために類似の変数を用いた数多くの研究間で差や影響を明らかにするためのパワーを提示すると解説されている。また、メタ-アナリシスは看護研究者から臨床家へ知識の転移を促進する、さらに、“メタ-アナリシスを行うことで、臨床現場に還元できるような実践的知識を生み出すことができる”とあり(Beck, 2002)、本集会のテーマと関連していることが明確に読み取れる。

ところでBeck博士は、“看護研究の賢明な消費者となるために、看護学生及び大学院生は研究を批判的に読まなくてはならない、そして、看護実践に対する研究の価値を決定しなくてはならない。”、さらに、“メタ-アナリシスは看護学生と大学院生両方のクリティック技能を形作るために豊富な機会を看護ファカルティに提供している。従って看護研究コースでメタ-アナリシスを使う必要性がある”と、学生のクリティック能力を向上させるためにメタ-アナリシスを教授する必要があることを主張している(Beck, 2003)。

メタ-アナリシスの利点について、Beck博士は幾つかの論文で以下を指摘している。

- 個々の看護研究が一般に認めている以上の、より正確な関連に対する統計的な予測(estimate of association)を提供する
- ほとんどの一次研究が予測する以上の、相互関係に対するバイアスのない予測をすることに焦点を当てること

またAbrahamら(1987)は、特定の介入が統計的有意差をもたらしたのかを単に知ることではなく、ある介入が、どのくらい多くの違いを臨床的関連性にもたらすのかを知ることだと強調している。メタ-アナリシスは、統計的有意差を、もっと意義深くするための達成方法を看護学に提供している。看護研究者から臨床家へと知識を転移することの重要な問題が、メタ-アナリシスによって促進される。メタ-アナリシスは、統合で終わらせず、臨床実践への知識適用へと続く。看護研究者は単に介入が効果的であるかどうかを決定することに興味を持つのではなくやない。介入がどのように効果的であるかどうかを定量化することにも興味を持つのである、とされている。

一方、メタ-アナリシスに対する警告もある。Wolf(1986)は、メタ-アナリシスは、学問において構築される知識に関係しているあらゆる問題を解決するための万能薬ではないとしている。そして、以下の批判と解決策を取り上げている(F.Wolf, 1986)。

まず第1の批判として、キーワードが同じ複数の量的研究が統合されることになるが、それらの各1次研究では、異なる操作的定義・介入・成果・測定技法を使っている、だとすれば、それらを統合したとしても、論理的な結論には到達しない、というものである。これに対する解決策として、各研究に対する方法論的、具体的特徴をコード化し、特徴におけるこのような差異が、メタ-アナリシスの結果に関係するかどうか、それらが媒介的な影響であるかどうかを統計的に検証することによって克服できるとしている。

第2の批判として、研究デザインが十分である研究、研究デザインが貧弱な研究、これらを統合したとしても、解釈することはできないのではないか、というものである。これに対する解決策として、メタ-アナリシスに含まれている各研究の質をコード化することによって、また、貧弱に設計された研究-対-十分に設計された研究結果の差異があるのかないのかを吟味することによって克服できる、とされている。

第3の批判として、メタ-アナリシスの結果は有意ではない結果よりも、むしろ有意な結果が寛大に取り扱われる風潮があるというものである。これに対する解決策として、出版されていない研究、博士論文、出版されていない記事を探して1次研究として分析することで解決可能、とされている。

以上、メタ-アナリシスについては具体的な統計手法の説明はできなかったが、冒頭で取り上げたトランスレーショナル・リサーチと同様に、臨床現場に還元するための手法として有用であることがうかがわれる。今後、わたしたちはそれぞれの看護専門分野で取り組む必要性があるのではないかと考える。

5. メタ-シンセシス

この“メタ-シンセシス”も、わたくし自身は過去に取り組んだ経験はないので、概要を紹介したいと思う。

メタ-シンセシスとは、複数の質的な一次研究の結果を統合して、ある目的について、新たな拡大された理解をもたらす一連の方法論的アプローチを意味する、とされている。質的研究の蓄積が、その特定分野の知識体系の構築に貢献する道筋が明示されたと解説されている（宮崎、2008）。

Beck博士は、“メタ-シンセシス”とは、データに対する解釈的統合、即ち、概念的な／テーマ的な記述、もしくは、解釈的説明のどちらか一方が形態として存在している質的結果の解釈的統合である”と解説している。また、“メタ-シンセシス”は同じテーマに対して多様な質的研究結果を組み合わせるための技法であるとも解説されてい

る（Beck, 2009）。

一方、Patersonらは、“メタ-シンセシス”的目的とは、“特有な現象に対する結果の類似性を探究することではなく、むしろ、我々の理解を深めるだろう幾つかの新しい情報を探るために、研究の中にある深層を開発することである”と書いている。このPatersonらによって書かれている本は、翻訳されているが、この中でPatersonらは、メタ-スタディの構成要素を、この図1のように考えている（B.L.Paterson, Thorne,S.E., Canam,C., & Jillings,C.2001／石垣・宮崎・北池・山本, 2010）。

まず質的な一次研究を複数集め、それらの質的な一次研究の研究結果からメタデータ分析を、さらに、それらの質的な一次研究の研究方法から、メタ方法を、それらの質的な一次研究の理論的分析的な枠組みから、メタ理論を行なう。そのうえで、これらのメタデータ分析・メタ方法・メタ理論を統合させて、メタ-シンセシスとなる。従って、Patersonらの説いているメタ-スタディのプロセスは、分析的構成要素とされている、①メタデータ分析、②メタ方法、③メタ理論の3つから、メタ-シンセシスを導き出すというプロセスになる。

ここではBeck博士による“メタ-シンセシス”的研究を1つ見てみたい。1日目の招聘講演においても、“メタ-シンセシス”的研究が取り上げられていたがここで紹介する研究は昨日では取り上げられていない研究である。これは、“Postpartum depression: A meta-synthesis”という研究である（Beck, 2002）。この研究の背景として、“産後うつ状態は、赤ん坊が感じている愛や幸福から、母親を奪ってしまう危険な泥棒として描かれてきた”，また，“産後うつ状態に関する質的研究が増えているにもかかわらず、これらの質的研究から探究できる豊富な理解が統合されなければ知識開発は妨げられる”，とある。この研究の分析方法として、Beck博士は、“Nobit & Hare (1988)のアプローチ”を使用している。この分析方法を使用して、産後うつ状態に関する18質的研究のメタ-シンセシス結果から、4

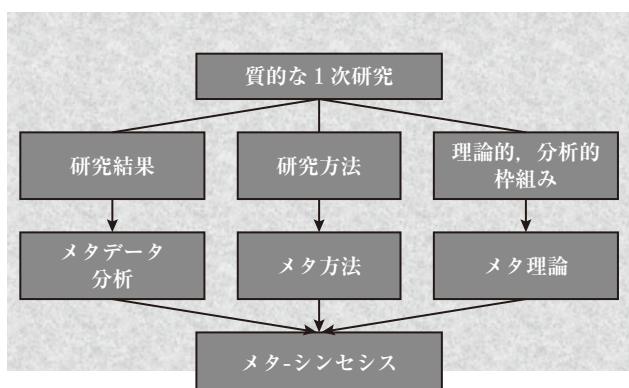


図1 Patersonらの説くメタ-スタディの構成要素

つのテーマを明らかにしている。このテーマとは、①母親の期待と現実の不一致、②らせん状の下降、③広がりゆく喪失、④利得の創出”である。分析材料とした1次研究からのメタファーがこの4つのテーマに即して取り上げられている。①母親の期待と現実の不一致では、打ち碎かれた夢：期待と現実の不一致、自分自身に高い期待をおく、母親の失望させられた期待がメタファーとなっている。②らせん状の下降では、自分自身の分離：傷つきやすさ、孤独：不安；いらいらする行動、荒れ狂った試み、憤慨がメタファーとなっている。③広がりゆく喪失では、支援の欠如：パートナーとの相互関係の変化—わたしは誰なの？コントロールの喪失、否定的な情緒に対するコントロールの喪失、自律と時間、外見、女性性、セクシュアリティ、職業アイデンティティ、支援、コントロールの喪失がメタファーとなっている。④利得の創出では、感情に身を任せる、助けを求める、レッテルを処理する、薬剤に苦しむ、希望を創造する、よりよい感情、わたしは一人ではない、自己の再構築、期待を調整する、欲求を認めて満たす、言葉が出る、変化の再統合と受容、深い信頼の感覚が、メタファーとなっている。

ここでBeck博士が分析方法として使用している“Nobit & Hare (1988) のアプローチ”を見ておこうと思う (G.W. Nobit & R.D. Hare, 1988)。“Nobit & Hare (1988) のアプローチ”とは、メタ-エソノグラフィと呼ばれる、人類学における質的研究を統合するための方法として開発されたものである。解釈的な研究を統合するためのこのアプローチは、厳格な手順であり、“メタ-シンセシス”を実施するために看護で使われている最も一般的な手法でもある。メタ-エソノグラフィの手法は、質的研究論文を、より高次の段階に導くための手法である。より普遍性の高い、新たな知識体系の提示を可能とする、とされている。このメタエソノグラフィは、質的研究の統合を目的に開発され、以下の3つの主たる戦略がある。1) 1次研究の鍵となるメタファーやテーマ、概念を同定し、1次研究相互にそれらが言い換えられないかを吟味する、2) 1次研究の鍵となるメタファーやテーマ、概念を同定し、1次研究相互の矛盾の有無を吟味し、矛盾の説明を試みる、3) それぞれの1次研究を横断する説明を見つけ、類似概念を描く、とされている。

さて、この方法を使用したわたくしの専門領域、クリティカルケア看護領域のメタ-シンセシス研究を検索してみた。

なかなか日本ではみづからず、次の研究がヒットしてきたのでここで概略を紹介する。この研究は、2007年のHeart & Lungに掲載されたスウェーデンのハルムスター大学社会健康科学部の研究者らが取り組んだもので、

“Women’s Experiences of Recovery after Myocardial Infarction: A Meta-Synthesis”，女性の心筋梗塞後の回復体験：メタ-シンセシスという研究であり、わたくしにとってはたいへん興味深かった (C. Hildingh, B. Fridlund, & F. Lidell, 2007)。

背景として、女性は男性と比較して、心筋梗塞後の回復期のあいだ、低い安寧lower well-beingを報告していると言う。このlower well-beingとは、例えば、家族員の支援を受けられない、家事役割を早く再開しなくてはならない等があげられていた。回復期の女性を支援するために、彼ら自身の視点から体験を理解することは重要であるとされており、そして、質的な研究方法を用いた単一の研究は、EBNに貢献する可能性が少ない。それゆえに、幾つかの質的研究からの結果を統合するとは重要であるとされていた。

本研究の目的は、MI後の女性の回復体験の結果のメタ-シンセシスを行うことであった。計70名の女性を含んだ、7つの質的研究によるメタ-シンセシスが成されていた。さきほどのNobit & Hareのメタ-エソノグラフィが使用されていた。図2は、メタ-シンセシスに使用された7つの質的研究の概要で、結果として示されていた“女性の心筋梗塞後の回復体験モデル”である。上端に、①上位(Super-ordination)と、②服従(Subordination)の2つが置かれており、左側端に、①“他者の方向”に向けられると、②“自分自身の方向”に向けられるが置かれている。

これらを軸として、①保護する(Protecting)、②降格する(Downgrading)、③調整する(Adjusting)、④屈服する(Succumbing)という4つの概念が発見されている。結論では、心筋梗塞後の女性の回復は、“アンビバレンス”によって特徴づけられていた。女性は、上位と服従のあいだを行ったり来たりしていた。また、自分自身の方向と他者の方向のあいだを行ったり来たりしていた。女性は、家事役割と世話役割を保とうと努力し、心筋梗塞後の自分を保っていた。しかし、自分自身と他者による降格、さら

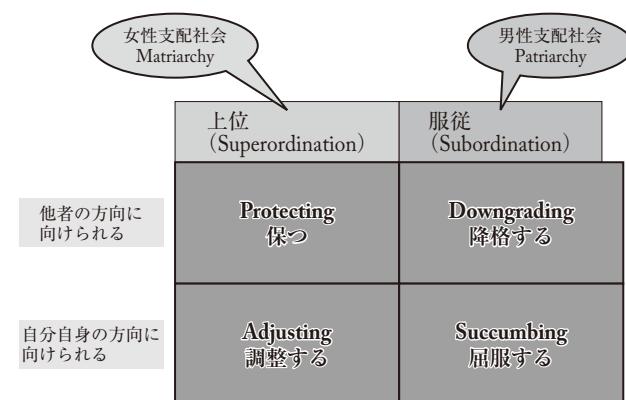


図2 心筋梗塞後の女性の回復体験モデル

に、疾患への屈服は、ときどき妨害となっていた。女性の回復が複雑であるというこのような知見は、臨床実践で使用され得るだろう。また女性の傷つきやすい状況への介入を考える際に看護師の助けとなるだろう。

わが国においても質的研究は昨今増加している。1つ1つの質的研究だけでは実践への適用に限界がある。特定のテーマのもとで、複数の質的研究をメタ-シンセシスすることで、実践に貢献できる知を獲得することが可能となるかと考える。

6. おわりに

本講演ではEBNPを求めて、トランスレーショナル・リサーチ、混合研究法、メタ-アナリシス、メタ-シンセシスの概観を見てきた。これらの新しい看護研究のトレンドを駆使して、EBNPを目指して行こうではないか。

文献

- Beck, C.T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, 44(5), 298-305.
- Beck, C.T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, VII(1), 12-20.
- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50(5), 275-285.
- Beck, C.T. (2002). Postpartum depression: A metasynthesis. *Qualitative Health Research*, 12(4), 453-472.
- Beck, C.T. (2003). Seeing the forest for the trees: A Qualitative synthesis project. *Journal of Nursing Education*, 42(7), 318-323.
- Beck, C.T. (2009). Metasynthesis: A goldmine for evidence-based practice. *AORN Journal*, 90(5), 701-710.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2001). *Essentials of nursing research; methods, appraisal, and utilization (Fifth Ed.)*. Philadelphia: Lippincott.
- Burns, N. & Grove, S.K. (2009). *The practice of nursing research; appraisal, synthesis, and generation of evidence (Sixth Ed.)*. St. Louis: Saunders Elsevier.
- Chesla, C.A. (2008). Translational research; essential contributions from interpretive nursing science. *Research in Nursing & Health*, 31, 381-390.
- Creswell, J.W., 操 華子・森岡 崇. (2003/2007). 研究デザイン—質的・量的・そしてミックス法—. 日本看護協会出版会.
- Creswell, J.W. & Clark, V.L.P. 大谷順子. (2007/2010). 人間科学のための混合研究法—質的・量的アプローチをつなぐ研究デザイン—. 北大路書房.
- Hildingh, C., Fridlund, B. & Lidell, E. (2007). Women's experiences of recovery after myocardial infarction: a meta-synthesis. *Heart & Lung*, 36, 410-417.
- 片田範子 (2009). Translational researchとしての小児の疼痛緩和方法の開発. *看護研究*, 42(6), 387-396.
- Knafl, K. & Grey, M. (2008). Clinical translational Science awards; opportunities and challenge for nurse. *Nursing Outlook*, 56(3), 132-137.
- Mitchell, P.H. (2004). Lost in translation? *Journal of Professional Nursing*, 20, 214-215.
- Noblit, G.W. & Hare, R.D. (1988). *Meta-ethnography: Synthesizing qualitative studies*. Newbury Park: SAGE Publications.
- Polit, D.F., Beck, C.T. & Hungler, B.P. (1995).
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012). *Nursing research; generating and assessing evidence for nursing practice (Ninth Ed.)*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Robertson, D. & Williams, G.H. (2009). *Clinical translational science; principles of human research*. Amsterdam: Academic Press in an imprint of Elsevier.
- 真田弘美・長瀬 敬・須釜淳子 (2010). 看護学translational research の構想とプロセス—私たちがめざすもの—. *看護研究*, 43(6), 435-446.
- Tashakkori, S. & Teddlie, C. (2003). *Handbook of mixed methods in social and behavioral research*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Wolf, F. (1986). *Meta-analysis; qualitative methods for research synthesis*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Women's Experiences of Recovery after Myocardial Infarction: A Meta-Synthesis 2007年のHeart & Lung.

◆特別講演 I ◆

看護科学のパラダイム転換とその後の課題： 質的研究を中心に

野 島 良 子

はじめに

ちょうど150年前、Florence Nightingaleがクリミア戦争での3年間の看護活動を終え、スクタリからイギリス本国へ帰国したとき、彼女は戦地で傷病者たちがおかれている悲惨な状況について、「私は地獄を見た」と語ったと伝えられています。その原因が戦争である、自然災害である、日常生活の流れが断ち切られ、生命が危機に曝される状況の悲惨さを「軽い」「重い」で比較することはできません。しかし、3月11日の東日本大震災で、自らも被災され、生命が危機に曝されている極限の状況におかれながら、救援の手も届かない孤立した職場に踏みとどまって、患者さんや高齢のホーム入居者たちを守り続けられた多数の医師や看護師の方々がぐぐられた状況は、Nightingaleのこの言葉を遙かに超えていたのではないでしょうか。今回の大震災で、メディアを通して国民の前に刻々と届けられてきた現地の状況のなかに、看護師の方々がおかれている状況と活動を、具体的に伝える報道は殆どありませんでした。伝えることが出来るような状況では到底なかったのだと思います。しかし、そうした中で、あるTV局のニュース画面いっぱいに、ひとりの看護師さんの姿が映し出されました。大津波の後に残された廃墟を背に、立ちつくされているその方は、深い眼差しをじっとカメラに向けておられましたが、言葉はありませんでした。けれども、無言で、身じろぎもせず、毅然と立ちつくされているその姿からは、言葉を遙かに超えた、何か莊厳なものが伝わってきました。あれから5ヶ月。あの時の、あの看護師さんの姿が片時も私の脳裏から離れません。

古くから、洋の東西を問わず、手によって行われる病者へのサービスとして、「語ること」よりも「行うこと」のなかにより本質的なあるべき姿を見いだしてきたのが、看護であったように思います。看護という言葉は、「新鮮な空気や陽光、暖かさや清潔さや静かさを適正に保ち、食事を適切に選び管理する—すなわち、患者にとっての生命力の消耗が最小になるようにして、これらすべてを適切におこなうことである、という意味を持つべきなのです」とNightingale (1859/1998, p.2) が述べているように、看護にはまず「行うこと」があります。しかし、19世紀後半、近代産業社会が発展してくるなかで、この「行うこと」

が女性にとって一つの職業として成立してくると、看護は「語ること」を始めます。看護について最初に体系的に語ったのは、やはりNightingaleであろうと思います。1859年に書かれた*Notes On Nursing: What It is and What It is not* (『看護覚え書き』) がそれです。看護をScienceでありArtであるものと規定したNightingaleを、私たちは今日、近代看護学の祖と位置づけていますが、彼女自身が述べているように、この書物はもともと家庭において、家族の健康を守っている女性たちに向けて、看護は「何を、行うか」「それを、どのように行うか」について語られたものです。ですから、誰にでも理解できる平明な日常の言葉で書かれています。

看護が「何を、行うか」「それを、どのように行うか」について意図的に「語ること」を始めたのは、『看護覚え書き』から80年余りを経て、第二次世界大戦が終了した時期からだと言えるでしょう。米国の看護が深刻なアイデンティティ危機に陥ったことが、その直接の原因でした。職業として、とりわけ専門職業として看護が「行うこと」が、そうでない人々が看護の名の下に「行うこと」と、どのように違うのか?それを社会に向けて「語る」、すなわち論理的・科学的に説明する必要がありました。今日、Brownリポートとして知られている、社会学者エスター・ブラウンが纏めた当時の米国の看護教育の状況に関する報告書*Nursing for the Future* (『これからの看護』) が与えた指針にそって、看護教育の内容を改善して自律性を確保し、看護実践を科学的根拠に裏付けられたものにするために、看護師自身の手によって看護理論の開発と研究が始まったのは、1950年代初頭のことでした。

それから50年。看護科学は他の諸科学から教わり、信頼をかちとり、尊敬されるようになってきている (Tilden & Potempa, 2003) し、今や、科学として成熟した (Anderson, 2003) 段階に入っているという声が聞かれます。そして、これから看護研究者や臨床家が目指しているのは、理論開発、介入効果の決定、患者ケア、社会政策策定上の指針になるような複数の基礎研究の結果を客観的に統合することであるが、この作業は、今ではメタ理論を通して、数量的に不可能ではない (Anderson, 2003) という見方があります。しかし一方で、現時点で看護研究は社会のニーズに

応えるだけの成果をまだ挙げていないし、看護研究に対する社会の期待は非常に低い (Tilden & Potempa, 2003) という認識もあります。この全く相反する現状認識こそ、実はパラダイム転換後の看護科学が直面している困難な状況と質的研究が直面している問題を如実に物語っているように思われます。

看護研究についてみると、ここ10年ないし15年ほどの間に目立って多く登場してきた領域があります。概念分析研究です。そして、看護科学における概念分析の方法を巡って、厳しい議論が交わされています。看護科学者の中に、看護科学は科学として成熟した段階にあるという認識がある今、なぜ、改めて概念分析なのか？なぜ、概念分析の方法を巡って議論が起きているのか？それは看護科学にとってどういう意味をもっているのだろうかという疑問が湧いてきます。

今日、ここで与えていただきましたこのような貴重な機会を利用して、現在、看護科学者の中で交わされている概念分析の方法をめぐる議論を手かがりに、パラダイム転換後の看護科学、とりわけ質的研究が直面している言葉の問題と、これから看護科学が取り組んでゆかなければならぬ課題について考えてみたいと思います。

I. 看護科学の最初の50年間

草創期の看護科学と論理実証主義の影響

先ほど、看護理論の開発と研究が始まつてから「20世紀後半の50年間に、看護科学は他の諸科学から教わり、信頼をかちとり、尊敬されるようになってきた」(Tilden & Potempa, 2003) と申しました。これは2003年に*Nursing Research*誌の巻頭言で述べられた言葉ですが、この短い一文ほど、看護科学が草創期から現在までの50年間に亘った道程の特異性を端的に表現したものは、他にないように思います。人間の歴史のなかでそれぞれの時代がその必要に応じて、新しい学問や科学の分野を創り出してきました。それぞれの分野が関心のある現象に照準を合わせて研究分野とし、独自の観察方法を考案し、観察結果を独自の言葉で記述してきました。しかし、看護科学は「研究とはなにか？」ということを学ぶところから出発しました。いつも「行うこと」、しかも、Nightingale (1893/1974, p.129) の言葉を借りると、「内科医や外科医の能力や知識に理性的に従うこと」によって「行うこと」をなしてきた看護です。アイデンティティ危機に直面して、第二次世界大戦以来、著しく拡大し複雑になってきていた保健医療分野で専門職として認知されるために、研究によって「行うこと」の科学的根拠を示し、専門職としての基盤を築き上げようとしたとき、その方法は他の諸科学から教わる以外にはありませんでした。

1950年代の初頭からほぼ四半世紀にわたって、大多数の看護科学者たちは、先進諸科学、とりわけ医学、心理学、社会学、行動学、哲学、教育学等から理論を借用し、看護とは何か、看護はどのように行うべきかについて、「大きな物語」—グランド理論—を「大きな概念」で書いてきました。また、看護科学者たちはこうした領域の研究者たちを、初めは研究指導者として、後には共同研究者として、研究方法を教わってきました。そしてこうした指導者たちが用いている客観的・量的データによって現象の因果関係を説明しようとする、要素還元論的・因果論的研究方法こそ正統的な科学の方法であると見なして、それを看護科学の理想のモデルとして採り入れました。看護科学が到達目標として描いていたのは、理論を構築し、研究を通してそれらを検証し、普遍的な真理を見つけだして、実践に適用できるようになることでした。厳密な実証主義的科学の方法が看護科学の理想のモデルとしてあったわけです。

この背景には、看護科学の草創期の看護科学者たちの世代がおかれていた社会文化的背景があります。この世代の看護科学者たちは、20世紀の前半から中期にかけて、看護師として、また看護研究者として社会化されてきた人々です。当時、先進諸科学の世界で一般的であった科学観は論理実証主義でした。研究活動は科学者と呼ばれる一握りの、いわばエリートたちだけが、普遍的な真理の発見を目指して行う活動でした。「行うこと」を専らにしてきた看護が、第二次世界大戦後の、社会が急速に高度科学技術社会へ向かって変化を遂げている時期に遭遇したアイデンティティ危機の中から抜け出すために、今まで殆ど体験したことのなかった理論構築や研究活動というものに着手しようとすれば、看護実践に隣接した諸科学が信奉している科学観のもとで、その手法を学び取るしか他に選択肢はなかったと思われます。後に、看護科学に質的研究が登場してきた時、看護科学の草創期世代に属する一人は、自分たちの世代がおかれていたこうした状況について、「われわれは、どこからであれ、とにかく出発せざるを得なかつたのだ」(Downs, 1983) と述懐しています。

さて、こうした流れのなかで、看護科学者たちのあいだで正統的な研究方法と考えられてきたのが、いわゆる量的研究方法です。量的研究が研究の柱となる道具として用いているのは数です。ここでは、妥当性 (validity)、信頼性 (reliability)、一般性 (generalisability) という言葉で表される条件が担保される必要があります。しかし、質的研究では、研究の柱となる道具は言葉です。面接、あるいはテストを通して、日常言語（自然言語）で語られた事柄がデータとして分析されるのです。科学的研究である以上、質的研究でも妥当性、信頼性、一般性 (transferability) は

担保されなければなりません。が、周知のように、言葉は厄介な性質をもっています。意味が曖昧である。そして、多様な解釈を許す－多義性という性質です。言葉をとおして得られたデータが解釈され、研究結果として示されたとしても、それは「最もあり得そうな、ひとつの解釈」(Graneheim & Lundman, 2004) であるというにすぎないです。その解釈をどこまで信頼することができるか (trustworthiness)，その研究結果が他の状況や他の集団にどこまで当てはまるか (transferability) (Graneheim & Lundman, 2004)，つまり一般化することができるか、ここが担保されていないわけです。従って、数ではなく言葉を研究の柱となる道具として用いる質的研究方法は科学的ではなく、レベルも低いというのが、看護科学者のあいだにゆき渡っていた支配的な理解でした。

質的研究登場の予兆

しかし、それでも拘わらず、1980年代の前半には、新しい世代の看護研究者のあいだで、質的研究方法が採り入れられ始めました。同時に看護のグランド理論－「大きな物語」はその役割を終えつつあるようにもみえました。グランド理論に代わる中範囲理論の登場を待つ声が聞こえ始めました。

実は、質的研究の登場を予感させる兆候は、70年代の末には既に幾つか現れてきていました。50年代の初め、看護の世界では、研究・Researchという言葉そのものが、まだ新語でした。研究のできる看護師の数は極めて限られていました。しかし、その後の25年間に看護の博士課程をもつ大学は19大学（1978年）にまで増え、学位をもつ看護師の数も目に見えて増加していました。なによりも *Nursing Research*誌に掲載される論文の数は右肩上がりに増加し、研究・Researchという言葉は、看護の世界で最早新語ではなくなりっていました。論理実証主義の大きな傘のもとで構成された他領域の理論と、他領域で用いられている研究方法を借用して、他領域の研究者の指導のもとに研究を開始してきた看護科学ですが、この頃には、調査研究だけではなく、実験研究や歴史研究が増加してきましたし、研究と実践を繋ごうとする研究も現れ始めました。看護科学者たちは、自分たちは、長い間、他の分野の研究者たちが決めた研究目標と研究方法に従って研究してきたけれども、看護研究者として自立できる段階へまで到達したと、自覚していました。1976年の*Nursing Outlook*の巻頭言は、「看護研究者として自立できた喜びを、「今、われわれは自分の研究目標は自分で決定できるという、爽快な気分に引き立てられている」(Lewis, 1976) と述べています。

この70年代の時期を Barbara Carperが看護科学における「研究の自然史的段階と演繹的理論構成の段階のはざま」

(Carper, 1978) と呼んでいるとおり、この時期、看護科学は他の諸科学から教わる段階を通り抜け、信頼をかちとる段階へと進み始めていたと言えるでしょう。そうしたなかで、1978年、Carperが “Fundamental Patterns of Knowledge in Nursing” のなかで、看護実践の基盤となる知識体系を構成するのは、経験論的認識論だけではないと主張したのです。Carperは看護の既存文献のなかから、看護における知識の基本的パターンとして、経験論的認識論のほかに、「美学」「個人的な知識」「看護におけるモラルの構成要素としての倫理学」を同定しました。看護科学者たちが今まで信奉してきた、科学というものの意味と範囲に対して、根本的な疑問を突きつけたのです。

また、その2年前の1976年、人間が生きることに潜む多様性、変化、制御不可能性が人間に与える負荷は、人間を予測可能な存在と見る実証主義とは相容れないと考える Paterson と Zderad は現象学的方法を取り入れて *Humanistic Nursing* (1976) を上梓し、厳密な論理実証主義的パラダイムの下で人間を見る看護科学の立場に、厳しい批判の目を向けています。

看護のグランド理論への懷疑の出現

もしも、看護科学が研究の支柱となる道具立てを変えないまま、研究の自然史的段階を経て、演繹的理論構成の段階へと進んで行ったのだとしたら、それは同じパラダイム内で直線的に進行する発展過程の一過程を通過し、一步前進しただけのことすぎません。しかし、80年代に表面化し始めてきたのは、今まで30年にわたって構築してきた既存の看護理論は、看護の科学的知識を開発していくための基盤になり得るだけの価値をもっていないのではないかという根本的な疑問と、研究の支柱となる道具立ての変化でした。われわれは今まで包括的で、世界観型の看護理論に満足し、それらを、看護状況を定義するのに必須の理論だと肯定的に理解してきたけれども、それらは「その本質において曖昧であり一般的であり、広すぎて、経験論的検証には適さない。こうした理論がいかに重要であろうとも、精密な理論や知識の代替にはならない」(Downs, 1982) のだという批判が、公然と現れてきます。今まで信じ、そして、期待してきた実証的研究の枠組みとしての理論の役割に、疑義が生じてきたのです。また、従来の量的研究方法は、自分が明らかにしたい問題の解明にはフィットしないと感じ、あえて質的研究方法を選ぶ研究者たちが現れます。

80年代に、なぜ、このような変化が表面化はじめたのか？幾つかの原因が考えられます。50年代以来、連邦政府から手厚い財政的支援を得て、この時期までに看護研究はかなりの成果を蓄積してきました。研究論文の質に

は、まだ多くの課題が残されていたにしろ、研究者たちの多くは、もはや自分が研究したい問題を扱うために、他の分野で構成された測定道具や概念を借用してくる段階ではない、看護研究は成熟してきたと感じていました。明らかに、看護科学は科学の一つの分野として独り立ちし始めたのです。

新しい人間観へ

また、新しい世代の研究者たちも育ってきました。論理実証主義のパラダイムの下で、科学の他領域の研究者たちから指導をうけて理論の開発と研究活動に着手した世代が育てた、看護科学の第二世代です。こうした第二世代のなかから、自分の恩師たちが信奉してきた論理実証主義のパラダイムに批判の目を向け、今まで、科学的ではなく、レベルも低いと見られてきた質的研究に、あえて踏み込んでいく研究者たちが現れ始めていたのです。こうした変化は、論理実証主義を信奉してきた看護科学者の世代が人間を見つめてきた視座からは捉えきれない、新しい姿をした人間が、社会の中に現れてきていることを示しています。

論理実証主義世代が部分に還元できない全体的存在として見つめてきた人間は、その原型が、彼女たちが育ち、看護師・研究者として社会化してきた時代の白人中産階級の人々の平均的な姿にあるように、私には思われます。論理実証主義世代は、グランド理論をとおして、人間全体を、大人と子供の相異は言うに及ばず、文化、人種、社会経済的階層、性差における差異を捨象して、すべての人間がただ一つの統一体であるかのように、人間とは……という命題のもとに、大きなMANとして記述してきました。この世代が育ち、職業的に社会化された50年代前後のアメリカ社会は、社会学者が「豊かな社会」と呼んだ大衆消費社会です。第二次世界大戦後に到来した空前の経済的繁栄に支えられて、人々が大量生産によって規格化された商品を大量に消費することを楽しんだ社会です。ホワイトカラーと呼ばれる中産階級の人々は、都市から郊外へと移り住み、各家庭へ普及はじめたTVのコマーシャルを通して、最新の便利な生活用品と生活スタイルがどの家庭にも次々に入ってきた社会です。そして、全米規模での高速道路網の整備、電機通信網やマスメディアの発達が、生活スタイルや行動様式の標準化と同質化を一層促し、画一化された文化がつくりだされていった社会です。同時に、第二次世界大戦後、東西の冷戦構造によって強い緊張感のもとにおかれていたアメリカ社会は、多様なイデオロギーの存在を許しませんでした。人々は自分が所属する集団の平均的な考え方と行動へと同化されてゆきました。こうした画一性、同調性を特徴とする社会に浸透していた価値観は、共生感を感じとることでした。

多元的文化社会

ところが、60年代に入ってきますと、公民権運動やヴェトナム反戦運動を通して、アメリカ社会全体が鋭く、深く引き裂かれてゆきます。そうした中でアフリカ系アメリカ人、アメリカ先住民（アメリカインディアン）、ヒスパニックやラティーノなど、今まで社会の表面からは見えなかったマイノリティと呼ばれる人々が、それぞれの固有の文化と価値観を強く主張し始めます。また、若者たちは既存の権威や今まで主流であった文化に対抗する文化、カウンターカルチャーを生み出してゆきます。女性解放運動（フェミニズム）は性差というものが社会・文化的要因に規定されて作られてきたものであることを明るみに出し、性差や家族の形について、伝統的な考え方を根底から覆してゆきます。生活様式も、家族の形も、文化の形も、価値観も多様化してゆきます。この時期、アメリカ社会は、同質的文化社会から、急激に多元的文化社会へと変化していたわけです。

看護科学者たちは、こうした急激な社会の政治・経済・文化的変化を、その流れのただ中で当事者として体験して、今まで看護科学が理論をとおして記述してきた「大きな人間」のモデルは、差異と多様性からなる多元的文化社会ではもはや機能不全に陥っていることを敏感に感じ取っていました。

多元的文化社会の特徴は差異と多様性です。差異と多様性のなかにある健康と看護の問題には、今まで伝統的なパラダイムのなかで用いてきた研究方法が正規化された同質的集団から引き出されてきたような、統計的信頼性が担保されて、一般化できるというような普遍性は見つからない。歴史のうえで、看護がいつもそうであったように、弱者やマイノリティに寄り添って健康と看護の問題を見つめてゆこうとすれば、人間を、政治、経済、社会文化、性差やジェンダー、人種といった要因が相互に緊密に関連しあっている存在として見つめる、新しい人間観が必要である。そして、多元的文化社会に生きる人間と健康についての反応の独自性と1回性を、より具体的な個々の事象にまで下ろして記述できる研究方法が必要である。看護科学者たちは、世界を今までとは違った観点から見つめる必要があると感じ始めていました。

90年代

90年代は国家財政と貿易収支の二重の赤字と不況など、深刻な経済問題に悩むクリントン政権のもとで進行した高等教育の再編、大学の組織改革、予算縮小等の問題に直面して、看護科学がアカデミズムの中での生き残りをかけた競争を強いられた時期です。しかし、この時期、明らかに看護は科学として成熟し、「今、われわれ自身が、われわれ自身の主になってきた」（Anderson, 1995）と自信をもつ

て言える段階に入っていました。嘗て、生物科学の分野で訓練を受けた看護師たちが、自分で取り組んだ基礎研究をようやく学会で発表できるようになったとき、彼らはそれを「わくわくするような歴史的出来事」として体験したのです。しかし、90年代の初め、看護科学者たちにとって、看護科学の分野で研究に取り組み、学位を得るのはもう当たり前のことでした。看護科学の学術雑誌も300誌にのぼり、投稿論文の質は明らかに向上してきています。投稿論文の不採用率の低下がそれを裏付けています。コンピューターによって多くの変数を処理した量的研究、メタ分析、面接法によってデータを収集した研究等、質的研究が量的研究と平行して登場してきています。

この頃、なによりも目立ってきていた特徴は、家族やマイノリティを対象にした研究の増加です。弱者やマイノリティを括っている特性は、先にも述べましたように、同質性ではなく、差異です。同質的集団から量的に一般化できる知見を引き出してきた従来の研究方法では、多元的文化社会における地域、家族、個人に対する看護介入方法の開発につながる知見を得るには、自ずと限界があるようと思われます。

看護のグランド理論は、人間を心身の統合された全体的存在として捉えてきました。この人間観は、近代科学が抱いてきた機械論的生命観を超えてはいます。しかし、先にも述べたようにそこでは人間は、大人や子供の相異は言うに及ばず、文化、人種、社会階層、性における差異が切り捨てられ、全ての人間がまるで唯一つの同じ統一体であるかのように、記述されています。しかし90年代の後半、こうした人間観が退場の時を迎えてすることは、もう看護科学者たちの目には明らかでした。1997年、*Nursing Research*誌はその巻頭言で、次のように述べています：

われわれは、今、拡大し、複雑化してゆきつつある看護ケアを、もっとよく説明できる新しいパラダイムと、新しい理論を必要としている。(Downs, 1997)

II. なぜ、今、概念分析か？—2000年以後の状況 学術用語を明確化する必要性

さて、このようにして看護科学が他の諸科学から「尊敬される」レベルにまで到達した時点で、なぜ、改めて概念分析なのでしょうか？科学的ではない、研究としてのレベルが低いと見下され、教科書の中でも遠慮がちに、片隅でしか扱われてこなかった質的研究方法は、この時期にはもう看護科学を支える研究方法として、量的研究方法と並ぶ位置におかれようになってきていました。質的研究方法の教科書には、現象学的研究、エスノグラフィ、グラウンデッド・セオリー、事例研究、歴史的研究、解釈学的分

析、アクション・リサーチ等、数多くの研究方法が取り上げられています。また、量的研究方法と質的研究方法という、今まで全く異なるパラダイムに属しているとみなされていた方法を併せ用いることによって、研究の信頼性を担保し、その包括性を高めようとする Mixed method を用いる看護研究者たちが増えています。このように、看護科学者たちが看護は科学として成熟の段階に入ったと認識している時点で、なぜ、改めて概念分析研究が数多く登場してきたのでしょうか？

いうまでもなく、その原因は看護のなかで用いられてきた言葉は、その意味が包括的で、曖昧だという点にあります。科学には対象となる現象に関連した、よく吟味された鍵概念を用いて研究を進め、その成果を蓄積し、体系化していくという役割と責任があります (Weaver & Mitcham, 2008)。看護科学についていえば、研究成果の蓄積と体系化というこの作業は、看護に関する現象が、それぞれ同じ鍵概念のもとに研究されて、初めて可能になります。が、意味が包括的で曖昧な言葉が鍵概念として用いられたならば、例えば、Aの研究でもBの研究でも同じ鍵概念が用いられているとしても、果たして、両者は同じ現象について記述しているのか、どうか、極めて疑わしくなります。例えば、Nightingaleは看護を Art であり、Science であるものと規定しました。しかし、この Art は何を指しているのか、定義がありません。人それぞれの解釈に委ねられています。Joy L. Johnson は看護研究者の論文を分析して、Art には 5通りの解釈があることを確認しています (Johnson, 1994)。これは一例にすぎませんが、看護で使われてきた言葉の意味の包括性と曖昧さを象徴する代表的な例です。

看護科学は実践や日常生活のなかで人々が普通に用いてきた言葉を、ほぼ、そのまま学術用語として理論構築や、研究に用いてきました。とりわけグランド理論の構築に用いられたのは、「グランド」という呼称が示しているように、包括的で、その意味の及ぶ範囲が非常に広い、上位概念と呼ばれる言葉です。安楽 (comfort)、不安 (anxiety)、ケアリング (caring)、苦痛 (suffering) 等がその一例です。看護科学者たちは、看護で用いられる言葉の意味を、学術用語として明確化する必要があることに、早くから気づいていました。Weaver と Mitcham (2008) によりますと、50 年代の前半には既に Anxiety, Reassurance, loneliness 等の概念を明確化しようとする試みがなされています。

もともと、概念分析が実在する仮説を論破する方法として、1931年に Alfred R. Lindesmith が考案し (Writing Guide: Content Analysis)，その後、40年代～50年代を通して、メディア研究等において、コミュニケーションに明示的に記述された内容を、客観的・組織的・量的に記述する方法として、広く用いられるようになってきた (Granheim &

Lundman, 2004) Content analysis（内容分析）に由来しているとすれば、看護において50年代の前半に、既に看護の学術用語の明確化をはかるために、概念分析が行われたことは、その方法に限界があったとはいえ、十分注目に値することだと言えます。また、看護理論の構築そのものも、看護という概念を明確にしようとする作業であったと言えます。この作業のなかで理論家たちが用いたのは、自らの実践体験をとおして得た看護の本質に関する考え方を、他領域の科学から借用した理論を用いて整理し、概念枠組みとして構成するという方法でした。また、もう一つ、看護で使われる言葉に実践的な観点から定義を与え、学術用語として体系化をはかろうとした仕事があります。1973年に始まったNANDAの看護診断分類体系化です。

しかし、ここ10年、ないし15年の間に概念分析が精力的に取り組まれるようになってきた背景には、逆説的ですが、この時期に看護科学が成熟期に入ってきたという事が考えられます。科学として成熟し、「尊敬される」落ち着きを得た時期にさしかかって、看護科学者たちが、次にとるべき方向をみた時、個々の看護現象について中範囲理論を構成し、具体的な研究として進めていくためには、看護が用いてきた言葉／概念は学術用語としては、未だ未成熟な状態のままに置かれていること、概念をもっと明晰判明に規定しない限り、それを鍵概念として看護研究を先へ進めることが出来ないことを、強く意識し始めたのだと思います (Weaver & Mitcham, 2008)。分析の対象になっている概念を一瞥してみると、そのことがよく頷けるように思います：Nursing care, Caring, Advanced practice nursing, Hope, Empathy, Cancer survivorship, Fatigue, Fever, Fear, Anxiety, Self-Efficacy, Grief等々です。

III. 概念分析の方法

WalkerとAvantの概念分析方法

さて、看護科学における概念分析研究で用いられている方法をみますと、主なものが2つ目につきます。WalkerとAvantの概念分析方法と、Beth RodgersのEvolutionary Methodです。それぞれの方法を簡単にみておきましょう。

WalkerとAvantが1983年に上梓した*Strategies for Theory Construction in Nursing*で提唱した方法は、次のような8「段階 (steps)」から構成されています：

1. Select a concept (分析する概念を選択)
2. Determine the aims or purposes of analysis. (分析の目的を決定)
3. Identify all uses of the concept that you can discover. (概念のいろいろな使い方を全て確認)
4. Determine the defining attributes. (定義上の属性を決定)

5. Identify the model case. (モデルケースを確認)
6. Identify borderline, related, contrary, invented, and illegitimate cases. (境界事例、関連事例、考案事例、変則的事例を確認)
7. Identify antecedents and consequences. (前件と後件を確認)
8. Define empirical reference. (経験的指示を定義) (Walker & Avant, 1983, p.37)

この方法は、イギリスのJohn Wilsonが1963年に学生たちが言葉を使っていくうえで基本的に必要な、概念というものの理解を助けるために纏めた教科書、*Thinking with Concepts*の中で彼が述べた概念分析の方法を簡略化したもののです。Wilsonは概念分析の方法を11「段階 (steps)」に分けて説明していますが、WalkerとAvantはWilsonの方針の核心部分は8「段階 (steps)」で十分捉えることが出来ると考え (Walker & Avant, 2011, p.159), 8「段階 (steps)」にしたようです。

Beth RodgersのEvolutionary method

これに対して、提唱者であるBeth Rodgers自身がEvolutionary methodと呼んでいる方法があります (Rodgers & Knafl, 1993)。次のような6つの「基本的活動 (Primary activities)」から成っています：

1. Identify the concept of interest and associated expressions (including surrogate terms). (対象概念と、その関連表現（代理語を含めて）を確認)
2. Identify and select an appropriate realm (setting and sample) for data collection. (データ収集のために適切な領域を選び、確認（状況とサンプルを含む）)
3. Collect data relevant to identify: (データを収集)
 - a. the attributes of the concept; and (概念の属性)
 - b. the contextual basis of the concept, including interdisciplinary, sociocultural, and temporal (antecedent and consequential occurrences) variations. (概念の文脈上の基礎：学際的・社会文化的・一時的な変化語（前件と帰結を含む）)
4. Analyze data regarding the above characteristics of the concept. (概念の特徴についてデータを分析)
5. Identify an exemplar of the concept, if appropriate. (概念の範例を確認—もし、適当ならば)
6. Identify implications, hypotheses, and implications for further development of the concept. (概念の含意、仮説、将来の概念開発に向けた示唆的意味を確認) (Rodgers & Knafl, 2000, p.85)

これら2つの方法のうちで、実際によく使われているのは、WalkerとAvantの方法のようです。実際に数えて比較したわけではありませんが、私自身もそのような印象を受けています。WalkerとAvantの方法がよく使われている理由は、それが、分析手順を8つの「段階(Steps)」として示しているために、分かり易く、簡単だという点にあります。John Wilsonが¹¹「段階(steps)」で示した概念分析過程を、8「段階(steps)」に簡略化したことを疑問視する声があります(Risjord, 2009)。また、その方法が簡単で使いやすいという理由だけで研究方法として用いられるとしたら、その研究結果の質と実践での有効性は一体どのように担保されるのかという疑問も投げかけられています(Weaver & Mitcham, 2008)。が、WalkerとAvantは「この方法は特に初心者にとって、理解しやすく習得しやすい」(Walker & Avant, 2011, p.159)のだと反論しています。

概念分析は「ある概念の属性、あるいは特徴を調べる一つの方策である」、あるいは「ある概念の基本的要素を調べる過程である」(Walker & Avant, 1988, p.35)というWalkerとAvantは、概念分析によって「その概念の内部へ分け入り」(2011, p.157)、「一つの概念を、それを構成する単純な要素に解体することによって、その内部構造が容易に決定できる」(2011, p.158)、そして、そのことが理論家や研究者や臨床家に、概念がもつ多様な可能性を把握させるのだと述べています。WalkerとAvant(2011, p.173)は、使いやすいということは、初心者である学生が言葉とその使い方や、注意深く定義された概念が理論構築や研究にどのように役立つかということを理解する助けになるので、概念分析の方法が備えるべき重要な要件であると考えているのです。

しかし、Beth RodgersはWalkerとAvantの方法がその使いやすさの故に研究者のあいだで概念分析をポピュラーにした功績を評価しつつも、方法そのものに対しては、それを支える哲学的基盤が欠けていると、厳しい批判を投げかけています(Rodgers, 1989)。Beth Rodgersが問題視している哲学的基盤というのは、「概念」というものをどう理解するかということをめぐる哲学的・言語学的観点です。Beth Rodgersの批判の中心にあるのは、事物をそれ自体たらしめている本質／属性と、それを表象している概念との関係は、固定的か、それとも変化するものかという点にあるように思われます。

概念とは何か

ここで、概念(Concept)という言葉について、一般的な理解を辞書で確認しておきます。『岩波哲学・思想事典』(1998, p.209)は、その語源が「一つにして掴まれたもの(conceptum) や「把握する」(begreifen) にあることに触

れつつ、「概念とは複数の事物や事象から共通の特徴を取り出し、それらを包括的・概括的に捉える思考の構成単位を意味する」と述べています。概念には意味内容と、その意味が適用される範囲があり、前者は「内包」、後者は「外延」と呼ばれていますが、その包括度によって、上位概念と下位概念に分けられることは、ご存知の通りです。既に述べましたように、看護の「グランド」理論の「グランド」は、包括度が非常に高い概念を用いて、看護という現象を記述した理論だということを意味しています。看護科学の草創期には、そういう理論が多く構築されました。

ところで、この「内包」とは一体なにでしょうか？ある概念が適用される範囲内にある事物や事象に共通している特徴や性質、言い換えれば、それらの事物や事象に共通する属性ということです。哲学史に目を向けてみると、アリストテレスにまで遡る本質主義(Essentialism)と呼ばれる立場があります。事物には、事や物をそれ自体たらしめているような属性、すなわち本質があり、その本質はそれが何であるかを、言葉によって定義することによって明らかになると考える立場です。何をもって事物の本質とするかという問題は、その後、ヨーロッパ近代哲学のなかでは、实在論や観念論をとおして思量されてゆきます。Beth Rodgersはグランド理論世代の看護理論家たちは、この本質主義の影響を色濃く受けてきたと考えています。また概念の理解については、それを实在する事や物そのものを表象するものと考える实在論の立場と、その系譜に連なる論理実証主義の強い影響を受けたとみています。年代的にみて、WalkerとAvantも例外ではないでしょう。

この立場から概念をみると、概念が注目するのは「物」や「事」といった物理的現象そのものです。そして、ある概念は別の概念との間に非常にハッキリとした境界線をもっており、その属性は、いつも、どこにおいても、誰にとっても、同じで、概念が備えるべき必要かつ十分条件として、厳密に定義されます(Rodgers, 1989)。つまり、概念は普遍的であり、不变です(Rodgers, 2000, p.77)。さらに、この立場からみると、真理価値は単一の客観的实在(本質)に呼応して確立されます(Weaver & Mitcham, 2008)。これは静止的で固定的な概念観と呼ぶことも出来るでしょう。

Beth Rodgersからみれば、John Wilsonのモデルを修正・簡略化して看護の概念分析方法を構成したWalkerとAvantの概念観は、こうした静止的で固定的な概念観から、一步もでていないのです。20世紀に入って、言語批判を通して哲学の根本問題に取り組んできた分析哲学(analytic philosophy)と論理実証主義の基礎の上に築かれた、今までの分析方法と、何ら変わるところがないのです。こうした「実証主義の考え方へ固執して」(Rodgers, 1989) — Beth

Rodgersはこう表現していますが－その概念観のもとに構成された概念分析方法では、概念は文脈や他の概念とは無関係に、それ自体として分析されます（Rodgers, 2000, p.77）から、世界内に実在する、複雑に交錯した、変化している人間に関する諸関係に焦点を当てることはできないと、Beth Rodgersは主張しています（1989）。

Beth Rodgersは、何故、このように厳しい批判をWalkerとAvantの方法へ向けたのか。その理由は、両者が属している看護科学のパラダイムが何であったかについて考えてみれば、理解できるように思われます。Beth Rodgersはこの厳しい批判を、1989年に発表した論文の中で展開しています。彼女は、そこで、彼女自身の考える概念観を公にして、Evolutionary methodに繋いでいます。明らかに彼女は看護科学に質的研究が登場し始め、グランド理論が機能しなくなり始めていた80年代の後半、看護科学のパラダイムの移行期に登場してきた看護科学の第二世代です。両者の概念観の相異は、実は世界観の相異であるわけです。

Beth Rodgersの概念観

Beth Rodgers（1989）は、概念を力動的なもの、時間と文脈にそって「変わる」ものと考えています。彼女にとって概念とは、ある一群の現象や事物に共通に備わっている特徴が同定され、クラスター化／群化され、言葉と連合して抽象化されたもの（Rodgers, 2000, p.78）を指しています。この抽象化・クラスター化・言葉との連合は、各個人の社会化の過程や一般社会との交流から強い影響を受けるので、当然のことながら、概念は各個人がおかれた社会的文脈を指針として、それに沿って発達してきます（Rodgers, 2000, p.78）。

彼女の概念観の背後にはGilbert RyleやStephan E. ToulminやWittgensteinの後期の仕事など、論理実証主義が哲学的考察のなかから排除してきた日常言語（自然言語）の分析をとおして、哲学上の問題を考えようとした日常言語学派の思想があります。Beth Rodgersは、概念の本質／属性は固定的・静止的なものではなく、時間と、社会文化的、職業的文脈にそって変化していく－彼女の説明に従いますと、時間の経過とともに、循環しながら進化（Evolution）していくと、考えています。

概念の発達に影響を及ぼすものとして、彼女は意義、使用、適用範囲をあげています。その概念がより有意義だと見なされると、使用頻度は高まり、使用範囲は広がります。そこからより新しいもの、より洗練されたもの、より変化したものが現れ、結果的にその概念の説明力や記述力が高まる（Rodgers, 1989）わけです。また、その概念が特定の使われ方と結びつき、教育や社会的交流をとおして、そのようなものとして定着してきますと、その概念はさら

なる出会いのなかで使われてゆきます。社会的交流、教育、職業的社会化を経て発達してくる学術上の概念についても同じ事が言える。Beth Rodgersはこのようにみています。

この考え方に基づいた概念分析の方法では、当然のことながら社会文化的、職業的「文脈」が重視されます。分析作業はWalkerとAvantのように一段ずつ「段階（Steps）」を上がるよう進行するのではなく、総合的に進行します。それ故、彼女は分析過程を「基本的活動（primary activities）」と呼んでいます。そこには、先にも示した諸作業が含まれています。

もう一つの方法－MorseのPragmatic Utility

さて、Beth Rodgers自身が「今までの概念分析方法からきっぱりと決別する方法」だと述べたEvolutionary methodですが、それでもやはりWalkerとAvantの方法と同じく、Wilsonの概念分析の系譜に連なる方法だという批判があります。WalkerとAvantの方法と同じく、概念分析の焦点を概念の属性を同定するところにおいているからです（Weaver & Mitcham, 2008）。さらに、分析対象となる概念の抽出を、文献から無作為に抽出した統計上の代表値に頼っているからです。しかし、看護科学にとってもっと根本的な問題に関連していると思われる批判があります。Beth Rodgersが言うように、仮に概念の本質／属性は文脈にそって絶えず「変わる」ものだとすると、この変化は水平方法への変化であり、いつまでたっても概念は概念としての成熟レベルに達することはないと想定されるのではないか。成熟しない概念を理論の構築や研究に使用できるだろうか？政策に反映させられるだろうか？（Weaver & Mitcham, 2008）という疑問です。Morseの概念観の背後にプラグマティズム哲学の言語観の影響をみる人もいますが、むしろ、彼女が強調している概念分析の実利性という点から、Pragmatic Utility派と呼ばれていると見る方が、自然ではないかと思います。

Morseも概念を「変化する」という観点から捉えていますが、その変化は水平方向への変化ではなく、上昇方向です。「成熟（maturity）」という視点で捉えています。科学の一分野内における概念としての十分性を備えた状態に達し、理論構築・実践・研究・政策に利用できるものになること。これが、Morseが定める概念分析の目的であるわけです。

Morse（1995）は概念を、個々人が出来事を組織化するのに用いる道具、つまり「リアリティの組織化を助けるために開発された道具」であると規定しています。このリアリティは、逆に、概念によって知覚されるという相補的関係にあります。研究においては、概念は「問い合わせを立てるう

えでの単位」(Morse, 1995)になりますから、概念の開発は看護にとって第一義的に重要な仕事であるわけですが、この仕事にとりかかる際に必ず行わなければならないことは、文献を入念に検索することです。文献検索によって、1) その概念がまだ形をなしていない、未定型な状態にあるのか、2) 2つの概念が同じ使い方をされているのか、3) そのことを表現している多くの概念が存在するのか、4) その概念は既によく使われているけれども、曖昧であったり、混乱しているのか、5) 概念の使われ方がその現象に合っていないのか、6) 適切な概念がまだ見つかっていないのか、これらの内のいずれであるのかを見極めることができれば、Morseは強調しています。そして、その概念がまだ未定型な状態にある場合に概念開発が必要になりますが、その際、1) その概念の属性を同定する、2) その概念の及ぶ範囲を明確にする、3) その属性が現している種々の形を記録するという、3つの「段階 (steps)」を踏む必要があると述べています。

Morseは「概念」と「カテゴリー」を厳密に区別しています。そして、概念分析の方法を選択する際にその手がかりになるものとして、「カテゴリーに含まれてくる概念の同定基準」と「カテゴリーの同定方法」を挙げています。概念の同定基準を選択するというのは、先に本質主義(Essentialism)として触れた概念観、すなわち、同一のカテゴリーに属する概念は全て同じ属性を備えていなければならぬとする、厳密な基準を適用する固定的・静止的概念観をとる伝統的立場に立つのか、それとも、そうした厳密な基準を排除する概然論的立場をとるのか、ということです。Morseは後者の立場に立っています。概念の属性は基本的には抽象的で、普遍的であるけれども、個々の状況レベルでは、様々な形で現れてきます。Morse (1995) が挙げている例で見ますと、心臓移植を待っている患者にとっての「希望」、脊髄損傷でリハビリ中の患者の「希望」、乳ガン患者の「希望」、母乳栄養を続けながら再就職を計画している女性の「希望」は、それぞれ異なった現れ方をしています。つまり、概念は「第一義的な属性は備えていなければならないが、それらの属性は文脈や状況に沿って、異なった形で現れる場合がある」ということです。

Morseは、もしその概念に関する文献が既に十分に揃っている場合には、それらの文献を分析することによって属性を同定できると言います。概念分析の中軸となるデータソースとして文献を用いるという点に関しては、WalkerとAvant、Beth Rodgersの方法と共通しています。しかし、Morseの方法は、適切な文献が既に十分に入手できる、いわば「半成熟状態」にある概念に限られてきますし、概念分析方法を、WalkerとAvantやBeth Rodgersのようにマニュアル化した形で発表しているわけではありません。い

わば開発途上にある方法 (Weaver & Mitcham, 2008) であり、しかもその手順はかなり複雑ですから、初心者にとって利用しやすいという点では問題があるように思われます。

IV. 質的研究の課題

概念をどう理解するか

概念を本質主義の立場から、いつ、どこでも、誰にとってもその本質／属性は変わらないものとして理解するのか、本質／属性は時間と空間によって変化するものであるから、概念は文脈に沿って解釈しなければならないと、概然論の立場で考えるのかという問題は、概念分析研究だけに留まる問題ではありません。看護科学における質的研究全体にかかわる問題であるように思います。

質的研究には実に多様な分野があります：エスノグラフィ、現象学、精神分析学、ナラティブ心理学、グラウンデッド・セオリー、ディスコース分析等々です。こうした分野でデータ収集に使われる最も一般的な方法は、観察と面接です。面接、とりわけ半構成的面接や深層的面接(in-depth interview)をとおして収集されたデータは、研究参加者が、外的制約のない寛いだ状態において、自分自身の言葉、すなわち日常言語(自然言語)で語った言葉を、テープレコーダーに録音し、研究者が逐語的に書き起こした言葉です。これを分析するということは、研究参加者が言葉に込めていた意味を、研究者が設定した研究目的にそって、研究者が解釈し、研究者が使っている概念で纏めるということであるわけですから、幾つかの大きな問題が潜んでいます。

第一は、日常言語(自然言語)そのものがもっている意味の曖昧さです。第二は、それらが研究のなかで使われる日常言語(自然言語)であることです。研究参加者は外的制約のない寛いだ状態において、自分の言葉で自由に語るとはいえ、話題は研究者が設定したものであり、日常生活のなかで自発的に語られる話題とは自ずから異なっています(Packer, 2011, p.48)。そこで使われる日常言語(自然言語)がもつ意味は「研究目的」によって指定された枠内に留め置かれていると言えます。第三は、研究参加者と研究者とは、別々の生活、信条、世界観、言語観をもった、互いに知らない者同士であることからくる、語られた言葉の本当の意味への近づきがたさです。研究参加者が語った言葉の本当の意味に近づくために、生活歴、信条、世界観等を理解してからなければなりませんが、これは現実的には非常に困難なことです。解釈学的文化人類学者のClifford Geertzが「濃厚な記述(thick description)」(Geertz, 1973) という言葉で提唱したように、その状況のなかへ自らを投入しきって、初めて可能になる理解の仕方です。ま

た、分析結果を研究参加者にフィードバックするなど、解釈上の誤差を最小にするために採られる手続きがあります。が、これは概念の本質／属性は、いつ、どこでも、誰にとっても「変わらない」ということを前提とした作業なのでしょうか、それとも、文脈にそって「変わる」ということを前提とした作業なのでしょうか。

第四の問題は、こうした日常言語（自然言語）で語られたデータのコード化・比較・カテゴリー化等の作業のなかで使われる概念は、概念として未だ未定型な状態にあるということです。そして、未定型な状態にある概念によって研究結果が記述される。このことが、質的研究結果の信頼性と一般性、ないし、その結果を他の局面へも敷衍できる可能性に疑義を生じさせる原因の一つにもなっているように思われます。

上にみてきたように、看護科学者たちが、看護は科学として成熟したと自信をもつようになった段階へ到達して、改めて数多く登場してきた概念分析研究と、その方法をめぐって交わされる議論は、看護科学には解明されるべき多くの重い課題が潜んでいることを暗示しています。看護科学におけるパラダイムの転換は、論理実証主義のパラダイム下では科学的研究の道具として認知されなかった言葉を、道具箱の中へ加えました。それによって質的研究は、多元的文化社会に生きる多様な人々の、多様な生活と健康的局面に焦点を合わせて記述できる研究方法として、量的研究とならんと利用されるようになってきました。しかし、そのことが逆に看護科学で使われる言葉が曖昧であるという深刻な問題を再浮上させたといえます。この問題を解決しない限り、仮に科学として成熟したといえる程度にまで知識が蓄積されてきているとしても、それらの体系化には結びつかない。知識の体系化が進まない限り、看護実践の有用な道具とはなり得ない。ましてや、医療・保健政策に影響を与えるほどの力は持ち得ない。現時点で、看護科学は成熟したという認識がある一方で、看護研究は社会のニーズに応えるだけの成果をまだあげていないし、看護研究に対する社会の期待は非常に低いという、相反する認識があるのは、看護で使われる概念の曖昧さという問題が未解決であるという状態と、あながち無関係ではないように思われます。そして、この問題を最も深刻に受けとめなければならないのは、実は質的研究に他ならないのです。

この問題の解決に結びつく妙案を、残念ながら私は今直ぐには思いつきません。しかし、概念というものがこのような深刻な問題をもっているのだということは、認識できるように思います。そして、質的研究にとりかかる前に、自分の世界観・人間観・言語観を確かめてみることも出来るように思います－人間をどのように捉えているのか、概念や言葉というものをどのように捉えているのか、と。

まとめ

ここ10年ないし15年の間に看護研究に数多く登場してきた概念分析と、その方法として提唱された代表的な3つの方法：WalkerとAvantの方法、Beth Rodgersが提唱するEvolutionary method、MorseのPragmatic Utilityモデルを手がかりにして、看護科学におけるパラダイムの転換と科学としての成熟、そして質的研究が直面している概念の明確化という問題について考えてみました。ここでとりあげました3つの概念分析方法に共通する課題として、概念というものを理解する上での哲学的・言語学的基盤の脆弱さが指摘されています（Weaver & Mitcham, 2008）。しかし、論理実証主義の傘のもとにあった時代の看護科学者たちが議論した問題が、科学の他分野から理論や道具を借用していくことの是非についてであったことを思いますと、看護科学者自身の手で開発した概念分析方法について、その基底にある世界観や言語観が議論の中心にあること自体、看護科学の確かな成長を示しているように思います。背後から連邦政府の力強い支援があったとはいえ、アメリカの看護科学者たちの半世紀にわたる努力の成果であろうと思います。

わが国の場合、いえ、私自身を振り返ってみると、看護科学の発展にとって、学術用語（Terminologies）の整備が不可欠であることを最初に述べましたのは、1977年9月、本学会が誕生して3年目の、第3回四大学看護学研究会（熊本大学）のシンポジウムにおいてでした（野島、1977, 1978）。それ以来、この問題について考え続けてきましたが、今日、このような機会を与えていただき改めて整理してみると、三十数年前と同じ地平に佇んでいる自分を見いだして、内心、忸怩たるものがあります。しかし、我が国の看護研究の将来については、大いに希望をもっております。わが国の看護研究の水準は学術雑誌に与えられるインパクト・ファクターから判断して、未だ非常に残念なレベルに留まっています。しかし、大学院で学位を取得した若い研究者が増えてきています。その層はまだ非常に薄く、世代間で、専門領域間で、学派で、何重もの層を形成するまでには到っておりません。研究成果が蓄積されるという段階へも到っておりません。が、米国の看護科学者たちが、公民権運動やベトナム反戦運動、女性運動、消費者運動等を通して、多元的文化社会へと激変していく20世紀後半の社会文化のなかで生きる人々の健康上のニーズに応えられる看護実践を模索するなかで、看護科学の新しいパラダイムへと舵を切り変えていったように、わが国の若い研究者たちが、今、激変しつつある日本の社会を深く見つめ、その中から、これから看護研究の方向を見定めてゆかれるだろうと、信じています。

最後に、本学会を設立された、熊本大学、徳島大学、千

葉大学、弘前大学の教育学部特別教科（看護）教員養成課程の先生方が、看護学と看護研究をどのように考えて本学会を設立されたか、本学会設立準備時点での山元重光教授（熊本大学）のお言葉を紹介して、まとめとさせていただきます。

学問の特質を決定する場合の基本的条件は、その学問の目的であり、研究する対象とは何か、ということである……従来ともすれば身近な医学とか社会学とか心理学などの中でも模倣しやすいものをとり入れて、いわゆる‘看護研究’といわれるものがなされていたと言える。これらのことは手段としておおいに学び、とり入れる必要があると考えられるが、これらの研究は手段から出発していて、看護における問題の認識から出発したものとは必ずしも言えないことが多い。（山元重光、1977）

文 献

- Anderson, CA., (1995), "Scholarship: How Important Is It?" From the Editor, *Nursing Outlook* 43-6: 247-48.
- Anderson, EH., (2003), "Facilitating Meta-Analysis in Nursing," Guest Editorial, *Nursing Research* 52-1, 1.
- Carper, B., (1978), Fundamental patterns of knowing in nursing, *Advances in Nursing Science*, 1-1: 13-23.
- Downs, FS., (1982), "A Theoretical Question," Editorial, *Nursing Research* 31-5: 259.
- Downs, FS., (1983), "One Dark and Stormy Night," Editorial, *Nursing Research* 32-5, 259.
- Downs, FS., (1997), "Clinical Relevance Revisited," Editorial, *Nursing Research* 46-1: 3.
- Geertz, C., (1973), *The Interpretation of Cultures*, New York: Basic Books.
- Graneheim, UH. & Lundman, B., (2004), Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today* 24: 105-112.
- 廣松 渉, 子安宣邦, 三島憲一他編, 岩波哲学・思想事典, 岩波書店, 1998.
- Johnson, JL., (1994), A dialectical examination of nursing art, *Advances of Nursing Science* 17(1): 1-14.
- Lewis, EP., (1976), "What We Know in Our Hearts...", Editorial, *Nursing Outlook* 24-9.
- Morse, JM., (1995), Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis, *Advances in Nursing Science* 17-3: 31-46.
- Nightingale, F., 小林章夫・竹内喜訳, (1859／1989), 普及版看護覚え書き—何が看護であり、何が看護でないか、うぶすな書院.
- Nightingale, F. 薄井坦子, 田村 真, 小玉香津子訳, (1893／1974), 病人の看護と健康を守る看護, 湯檜ます監修, ナイチンゲル著作集, 第2巻, 現代社所収.
- 野島良子, (1977), わが国におけるこれからの看護研究の課題, 第3回四大学看護学研究会シンポジウム, (熊本大学).
- 野島良子, (1978), わが国における看護研究の動向と文献収録について, 四大学看護学研究会雑誌, 1-1: 42-45.
- Packer, M., (2011), *The Science of Qualitative Research*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Paterson, JG. & Zderad, LT., (1976), *Humanistic Nursing*, New York: John Wiley & Sons.
- Risjord, M., (2009), Rethinking Concept Analysis, *Journal of Advanced Nursing* 65-3: 684-691.
- Rodgers, Beth L., (1989), Concepts, analysis and the development of nursing: the evolutionary cycle, *Journal of Advanced Nursing* 14: 330-335.
- Rodgers, BL. & Knafl, KA., (1993), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques and Applications*, Philadelphia: Saunders.
- Rodgers, BL., (2000), Concept Analysis: An Evolutionary View, (in) Rodgers, BL. & Knafl, KA. eds., *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications*, Philadelphia: Saunders, p. 77.
- Tilden, V. & Potempa, K., (2003), "The Impact of Nursing Science," Editorial, *Nursing Research* 52-5, 275.
- Walker, LO. & Avant, KO., (1983), *Strategies for Theory Construction in Nursing*, East Norwalk, Connecticut: Prentice Hall.
- Walker, WO., & Avant, KO., (2011), *Strategies for Theory Construction in Nursing*, 5th ed., Boston: Prentice Hall.
- Weaver, K. & Mitcham, C., (2008), Nursing concept analysis in North America: state of the art, *Nursing Philosophy* 9: 180-194.
- Wilson, J., (1963), *Thinking with Concepts*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Writing Guide: Content Analysis: Print-Friendly Page.
<http://writing.colostate.edu/guides/research/content/>
 <2011/6/29>.
- 山元重光, (1977), 熊本大学教育学部特別教科（看護）教員養成課程の10年を振り返って, 看護教育, 18:5-297-302.

◆教育講演Ⅱ◆

ナイチンゲールにみる看護の科学性の礎

東京有明医療大学看護学部 教授 金 井 一 薫

序

日本においては、看護師養成校における授業や「看護の日」のイベントを通して、ナイチンゲールを理解する機会は一定程度設けられているものの、それは看護の創始者として、あるいは看護の精神を形づくる上でのシンボルとしてのナイチンゲールであることが多い。

しかし、実はナイチンゲールは科学者であり、科学する人であったということを知る人は、それほど多くはないだろう。

本講演では、ナイチンゲールを科学者として位置づけ、彼女の科学的思考を分析し、看護を科学にするために、いかにその礎を築き上げたかについて、文献を通して検証する。

1. 直筆を通してわかるナイチンゲールの素顔

ナイチンゲールはその90年の生涯を通して、150点以上に及ぶ印刷文献と、12,000点を超える手稿文献を書き残している。膨大な文献は、今や日本において解読が進められ、ナイチンゲール思想の全貌が明らかになりつつあるが、直筆を通してわかるナイチンゲールの姿には、今日的な科学者の姿勢と一致するものがあり、あらためてその著作から継承すべき点が多くあることに気づかされるのである。ここではまず、ナイチンゲール文献研究者たちの足跡を辿り、ナイチンゲール文献の全体像を描いてみたい。

ナイチンゲールの著作目録を最初に公開したのは、伝記作家Edward Cook卿である。彼はナイチンゲールの没直後（1913年）に本格的な伝記を編んだが、その巻末に、ナイチンゲールの著作147編について、「Appendix A（著作目録A）」として年代順に一覧表で掲載している。しかし、我が国においてCook卿の伝記が翻訳されたのが1993年であったという事実から、このリストについては、ほとんど関心が払われてこなかった。

ナイチンゲール著作文献の原文の一部を日本で目にすることができるようになったのは、Lucy Seymer女史の功績に負うところが大きい。彼女の編集による『Selected writings of Florence Nightingale』（1954年）には、9編の“看護についての著作”が掲載されている。

本書が日本のある編集者の目に留まり、そのうちの1編『看護覚え書』（初版本）が、『季刊・総合看護』に邦訳されたのが、日本におけるナイチンゲール著作文献の本格

的翻訳の幕開けであった。1967年のことである。したがって、後述するBishop氏による本格的な調査の結果が出版されて、我々日本人研究者の知るところとなるまでの間、我が国のナイチンゲール著作文献研究と、それに並行して行われた思想研究は、専らこのLucy Seymer版に拠っていたということになる。

さて、ナイチンゲールの著作をつぶさに調査し、その多くの著作を閲覧し、書誌学的に整理した最初の人がW.J. Bishop氏で、彼の死後にその仕事を引き継いで1冊の書にまとめたのが、秘書のSue Goldie女史である。それは世界看護師協会（ICN）の助力のもと、『A Bio-Bibliography of Florence Nightingale』（ナイチンゲールの文書目録）というタイトルの書として出版された。1962年のことである。

Bishop氏は、ナイチンゲールの150点の著作に1番から150番までの著作番号を付け、それらを内容に応じて9項目に分類した。そしてすべての著作に要約と注釈を添えてわかりやすく紹介している。これによって、ナイチンゲール著作文献の全貌をつかむことが容易にできるようになった。Bishop氏によって分類された9項目とその著作数は以下のとおりである。

- (1) 看護に関する文献：47編
- (2) 英国陸軍に関する文献：11編
- (3) インドおよび植民地の福祉に関する文献：39編
- (4) 病院に関する文献：8編
- (5) 統計学に関する文献：3編
- (6) 社会学に関する文献：9編
- (7) 回顧録と献辞：8編
- (8) 宗教および哲学に関する文献：4編
- (9) その他の文献（種々雑多な記事）：21編

一見しただけでも、ナイチンゲールが手懸けた領域がいかに広大であったかが見て取れよう。

最近の筆者の調査によって明らかになったのは、150編の文献のうち47編がすでに日本語に翻訳されているという事実である¹⁾。その中でも、日本の看護学界は、Bishop分類による第1グループの“看護に関する文献”を中心に、第2～第9グループのどの領域においても、万遍なく訳出していることが判明した。

そこから導き出される結論は、1960年代から1990年代に

かけて、我が国においてはナイチンゲール著作文献の翻訳が、偏りなく全領域にわたって進められてきており、日本におけるナイチンゲール著作文献研究の基盤は十分に整っているという事実である。

さらにこの著作文献研究の分野に、新たに大規模な流れを拓いたのは、カナダの社会学者Lynn McDonald博士である。博士の研究は、W.J. Bishop氏の研究が印刷文献に限るものであったのに対して、それに加えて現存する手稿文献のほぼすべてを網羅する徹底的な文書研究であることにおいて、Bishop氏の研究をはるかに凌ぐものであり、その編著『Collected Works of Florence Nightingale Vol.1~16』(2001~2011)は、著作文献研究の完成体である。博士の業績によって、今後のナイチンゲール著作文献研究の分野は大いに進むであろう。

以上のようにナイチンゲールが書き残した文書は膨大な量に及んでいるのがわかる。それぞれのジャンルにおいて書き残された文書を繙けば、ナイチンゲールは実に多彩な能力の持ち主であり、かつその思考は生命科学や社会科学に通じるレベルであったことも自ずと明らかになるのである。そこからは、知られざる科学者としてのナイチンゲールの素顔がくっきりと見えてくる。新たなナイチンゲール研究にあたっては、何よりもまず彼女自身による直筆の文献を通して行われることが必定である。

2. 科学者としての素養を培った若き日々

ナイチンゲールの科学者としての才能は、若い頃から芽生えていたようである。

伝記によれば、彼女は20代の頃から数学や統計学に並々ならぬ関心を抱いており、統計学の祖と呼ばれるアドルフ・ケトル(1798~1874)の書に魅せられ、統計学の基礎を学んだという事実が判明している。そして彼女が38歳の年、王立統計学会の初の女性会員に登録している事実から、その関心の程度とレベルを推し量ることができるのである。

同時に、家族の反対にあい、看護師への道を閉ざされていた若き頃のナイチンゲールは、入手可能なあらゆる病院と衛生に関する資料を収集して読み漁り、自らの思考を練ることを怠らなかった。この努力は、ナイチンゲールを社会科学者として鍛えることになった。

ナイチンゲールは、事実をありのままに見ること、正確に伝えることに関しては、誰よりも厳しかった人である。

このような科学者としてのナイチンゲールを知るために、正確で信頼できる伝記の存在が不可欠の条件となるが、「ナイチンゲールその人」に関する記事や伝記の類いは、彼女が生きていた当時からかなりの量が編纂されていたようであり、その後、今日に至るまで膨大な量の伝記が

編まれている。ここで「伝記」について少し触れてみたい。

ナイチンゲールに関する記事や伝記を収集して、初めて一覧表にして公表したのは、伝記作家のEdward Cook卿である。Cook卿はその著『The Life of Florence Nightingale vol. I ~ II』(1913年)の巻末に「Appendix B」として「ナイチンゲールに関連する書籍や記事のリスト」を掲げている。そこにはクリミア戦争勃発の1854年から、Cook卿が自書を編纂した前年の1912年までに出版されたナイチンゲールに関連する記事や伝記類55編がリストアップされている。つまりナイチンゲールは、クリミア戦争従軍(1854年~1856年)の当時から、イギリス国内で話題の人になっていたと知ることができる。

さらにCook卿の仕事を引き継いで、ナイチンゲール自身の著作と彼女に関する著作や記事を本格的に収集し、整理研究した人物が存在した。それは先に述べたW.J. Bishop氏である。彼はその著『A Bio-Bibliography of Florence Nightingale』(1962年)中の第10章において、「ナイチンゲールとその時代に関する選定文書」と題して、1854年~1962年までに発刊された文献240編を列挙している。発刊された国や言語は英国・英語だけに限らない。

こうしたヨーロッパの状況の中で、ナイチンゲールの記事や伝記は、いち早く日本にも紹介されたし、ナイチンゲールのクリミア戦時における活躍は、博愛・親切の精神とともに、1903年(明治36年)には「国定修身の教科書」に取り上げられ²⁾、その後およそ40年間にわたって採用され、少年少女向けの偉人伝を構成する重要な人物として定着していった。またナイチンゲールの「伝記」は少年少女向きを中心に今日に至るまで繰り返し上梓され、ナイチンゲールの一面の真実は、日本人の教養知識の中に深く浸透している。

一方、看護の世界においては、Bishop氏の著作に掲載されている単行本のうち、重要と考えられるものは訳出されてきた。「本格的な伝記」と認められる翻訳には、以下の3冊が挙げられる。

- ① Edward Cook 『The Life of Florence Nightingale vol. I ~ II』 1913.
中村妙子・友枝久美子訳：ナイティンゲール〔その生涯と思想〕I ~ III, 時空出版, 1993.
- ② Cecil Woodham-Smith 『Florence Nightingale 1820-1910』 1950.
セシル・ウーダムースミス著：武山美智子・小南吉彦訳：フロレンス・ナイチンゲールの生涯, 現代社, 1981.
- ③ Lusy Seymer 『Florence Nightingale』 1950.
ルーシー・セーマー著：湯檜ます訳：フロレンス・ナイティンゲール, メヂカルフレンド社, 1965.

上記の3冊は、ナイチンゲール研究者の間では必読書になっている。

これに加えて、2010年、ナイチンゲール没後100年を記念して出版されたLynn McDonald博士による『Florence Nightingale at first hand』³⁾も、大いに参考になるであろう。

若き日のナイチンゲールの苦悶と、その間に到達した思考の特徴は、これらの伝記を読めば明確になるが、ナイチンゲールはまさに科学し、行動する女性であったというのが、その全生涯を通して言える特質である。

3. “科学的根拠に基づく実践（EBP）”を提唱したナイチンゲール

クリミアから帰還した後のナイチンゲールは、二度と臨床現場に立つことなく、その後半生を自室に籠るようにして仕事をした人である。その姿は現在のシンクタンクの研究者と極めてよく似ている。彼女は統計学者ウィリアム・ファー博士と共に仕事をすることによって、その統計学の実力を高め、その質をより確かなものとしていった。彼女はクリミア戦争中における兵士の高死亡率についてまとめるうちに、死亡者が多かった原因に思い至り、それを証明する手段を考え出したのである。その手段とは、各種の統計図表を考案することであった。出来上がった統計図表は、政府の報告書の一部に加えられたが、政府がその報告書の内容を認めなかつたために、統計図表が入っている部分を自費出版し、関係者に配って死亡率の原因を訴える手段をとった。結果、年月を経てナイチンゲールの指摘は受け入れられ、英國陸軍の衛生状態は大幅に改善されていったのである。

ここにナイチンゲールの思考を辿ってみよう。

(1) 死亡率が高い誘因や原因として考えられる事柄とは何か=仮説

- ① 一施設当たりの過密な人口（すし詰めの病室）
- ② 排水、清掃、換気に対する衛生上の欠陥（建築物の欠陥）
- ③ 食糧の不足（栄養の不足）
- ④ 季節に適した衣類の不足（寒さ対策の欠如）

(2) 仮説を検証するために統計図表を作成し、考察する=科学的根拠の提示

- ① 本国での死亡率と戦地での死亡率を比較すれば、戦地に赴いた健康な兵士たちの死亡率は、圧倒的に本国の兵士たちよりも高い。
- ② 人口密度の濃度が、感染拡大に影響する。
- ③ 感染症による死者数は、戦地での陸軍における全死者の大半を占めている。

(3) 結果と考察

- ① 感染症が猛威を振るい、死亡率の上昇を促した。

（負傷による死者は少数）

- ② 感染症が猛威を振るったのは、兵舎病院の建物の衛生上の欠陥が原因であった。
- ③ 感染症が猛威を振るった背景には、基本的看護の不足があった。

(4) 対策

- ① 建物の衛生上の欠陥の改善と建築構造の改善
- ② 基本的看護の提供システムの考案と実現化

(5) 評価

環境衛生の改善と看護力の投入によって、死亡率の大幅な低下を実現した。

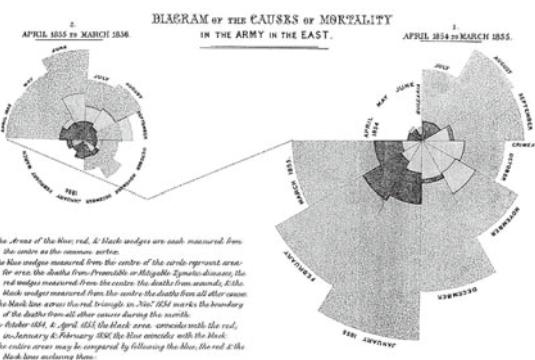
(6) 資料を公開することによって、関係者及び公衆に事実の根拠を明らかにした。

以下に、ナイチンゲールが自ら作成した統計図表の一部を紹介する。

当時はまだ円グラフや棒グラフの類いはめずらしかった時代である。ナイチンゲールのアイディアがいかに優れて独創的なものであったかを、伺い知ることができるであろう。

資料の一部を紹介したが、このように事実を裏付けるための根拠を、ナイチンゲールは自ら統計図表を考案し、それらを提示し、考察を加えることによって、関係者の頭脳に働きかけたのである。この手法は、まさに今日の科学者と同様であり、ナイチンゲールは看護界で「Evidence Based Nursing」を訴えた最初の看護師として位置づけることができる。

同時に、ここでは統計学者としてのナイチンゲールの実力が浮かび上がった。彼女はその功績が讃えられ、1872年には米国統計学会の名誉会員に推挙されている。



出典：
http://en.wikipedia.org/wiki/Florence_Nightingale

（註）

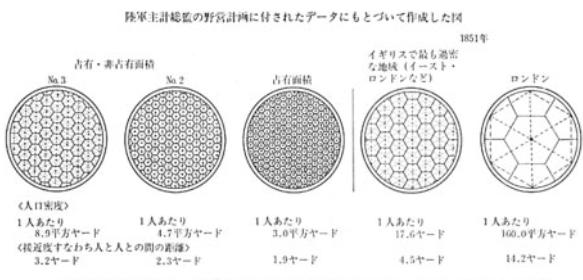
灰色：感染症による死亡

赤色：戦争による負傷者の死亡

黒色：感染以外の疾患による死亡

資料1 戦争開始年（右の図表）の死亡原因の大半は感染症罹患である。それは灰色の面積の広さで示されている。翌年（左の図表）に環境が改善されると、死亡率は大幅に減少した。

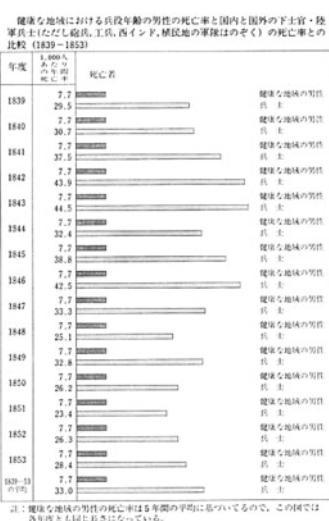
ナイチンゲールにみる看護の科学性の基礎



出曲

F.ナイチンゲール著、久繁哲徳・松野修訳：英國陸軍の死亡率（後編） 総合看護 第24巻第1号 p.27

資料2 ロンドンの過密地帯と比較した戦地での人口密度（点／・の数が人口密度を表している）



出典

F.ナイチンゲール著、久繁哲徳・松野修訳：英國陸軍の死亡率（前編）。綜合看護、第23巻第4号、p.33。

資料3 健康な地域における兵役年齢の男性の死亡率と、国内外の下士官・陸軍兵士の死亡率の比較（1839-1853）

4. “看護の原理=生命の法則への支援”を提唱したナイチンゲール

人類史上初めて“看護とは何か”を明らかにしたナイチンゲールは、その定義を『看護覚え書』に記したが、その書の中で一貫して主張したテーマがあった。それは看護実践には“根拠”があるべきで、それは「生命の法則」や「自然の法則」を活用して行なうところに求められるという内容であった。この点も、現在の「Evidence Based Nursing」の考え方方に通じる指摘である。

若い頃から近代自然科学に関心を寄せていたナイチンゲールは、当時の最先端の科学的知識に通じており、解剖学や生理学、また生物学などの当時最新の知識を会得していた。それらの知識は、彼女にとっては「神の法則」の一部として認識されており、その「神の法則」は、すなわち

「生命の法則」であり、それは紛れもなく「看護の法則」としてあり、看護師はこれらの法則に則った実践を展開しなければならないと思考したのであった。

この時点で、看護は近代科学の分野に参入したことになる。

しかし、ナイチンゲールにとって、ここから先に看護を形づくっていくことには多くの困難が伴った。当時の国民の健康への意識は育っておらず、看護師集団は最低のレベルにあったからである。彼女は『看護覚え書』の序章で次のように述べている。

「良い看護を構成する真の要素は、健康人のためのものも、病人のためのもの同様に、ほとんど理解されていない。健康の法則、すなわち看護の法則が—両者は実のところ同一なのである—病人のなかにも健康人のなかにも共通に働いているのである。」⁴⁾

結果として、ナイチンゲールは自らの実践を通して、さらには多くの著述を通して、当時の人々には思いもよらない新たな看護思想を提唱したのであった。そしてそのための啓蒙活動に多大なエネルギーを費やしたのである。

今日の日本を除く看護の世界において、『看護覚え書』は家庭を健康に保つ本として軽く論じられている傾向にあるが、本書をよくよく読み込んでみれば、ここには多くの看護実践の根拠が記されており、「自然の法則」や「生命的法則」をきっちりと学ばなければ、看護という仕事はそのあるべき姿を表出できないことが示唆されている。

ナイチンゲールは、自らが描く看護を看護師たちによって実現してもらうためには、何よりも事実をありのまま見つめ、その意味するところを看護的によみとること、すなわち「観察」の大しさを強調した。そして以下のように述べている。

「看護師というわれわれの天職にあっては正確な観察の習慣こそが不可欠なのである。

正確な観察習慣を身につけないかぎり、われわれがどんなに献身的であっても、看護師としては役に立たない^{⑤)}

今日の看護界では、観察は、一連の看護過程の中でアセスメントに通じる最も重要なテーマとして位置づけられている。何を、どのように観察するかを知らなければ、看護実践は道筋を誤ってしまう。つまり、根拠のある看護的観察は、看護実践を導くものであり、それ故に看護実践は明らかに「実践の科学」たり得るのである。

ナイチンゲールは、けっして看護師に崇高な精神のみを求めてのではなく、看護を専門職にまで高めるために、自らの行為に確かな科学の目を求めていたのであった。その願いは約40年後に結実した感がある。ナイチンゲールは、1893年に次のような言葉で看護の歩みを評価した。

「新しい芸術であり新しい科学であるものが、最近40年

の間に創造されてきた。そしてそれとともに新しい専門職業と呼ばれるものが生まれてきた。」⁶⁾

こうして、看護は“貧民による貧民の看護”から脱却して、新しい職業として生まれ変わったのである。しかもそれは、当初から“科学的実践”としての姿を求めて歩み始めたのであった。素晴らしい歴史的転換である。

考 察

ナイチンゲールの生涯は、その能力の発露において多彩な色彩を帯びており、「看護の創始者」としての側面だけが際立っているわけではない。いくつかある顔の中で、これまであまり知られていなかったのは、統計学者の顔であり、研究者としての顔であろう。実際、クリミアから帰還後の後半生の大部分の時間は、研究者としての仕事をこなすことに費やされていたのだ。

主なテーマは、陸軍をはじめとする国全体（インドを含む）の衛生状態の改善、病院の組織改革、救貧対策などであるが、ベースとなるその基本的な研究活動から得られた成果は、機会あるごとに発表されている。最終的には“国民の健康の実現”というテーマに収束していったのだが、そこに至るプロセスにおいて、ナイチンゲールの生き方や思考のあり方は、まさに科学者であり、研究者としてのそれであった。

それを裏書きするように、ナイチンゲールの人生のどの時点に光を当てても、一本の筋を見事に貫き通している彼女の姿が浮かび上がってくる。それはこの世に「神の法則＝自然の法則＝科学的思考」を実現しなければならないという、ナイチンゲールの使命感からくる姿である。自然科学が新しい様相を呈し始めた当時にあって、古い因習にとらわれず時代の先端を走っていたナイチンゲールの、それ

は当然の思考過程であり、姿であろう。

その思考に導かれて、国民生活の不衛生さと誤った生活習慣が、感染症など多くの病を引き起こすことを証明したナイチンゲールは、看護の働きを“自然の回復過程を促すために生活過程を健康的に整えること”と言明したのである。

この提案は、時代を超えて、今、私たちの看護実践に新たな光を投げかけている。つまり「自然の回復過程を支える看護実践」のあり方は、「自然」「いのち」「人間」をつなぐあり方を巡って、新たな思考が要求される今日という時代にあって、一つの確かな答えを用意していると考えることができるからである。

看護はこれからの人類が進むべき「実践の科学」の一つのモデルになれるだろう。そのように看護実践を創り上げることは、科学者としてのナイチンゲールのDNAを受け継いだ、われわれの使命である。

文 献

- 1) 金井一薰：ナイチンゲール文献研究における『A Bio-Bibliography of Florence Nightingale』の意義と、本書が日本のナイチンゲール思想研究に及ぼした影響について、p.13-30、東京有明医療大学雑誌、Vol.1、2010.6月。
- 2) 佐々木秀美：国定修身教科書におけるナイチンゲールの取り扱いに関する若干の考察、p.67-74。総合看護、第36巻3号。
- 3) Lynn McDonald著、島田将夫・小南吉彦訳：フロレンス・ナイチンゲール－直筆が語るその実像－、総合看護に2011年1号から連載中。
- 4) F.ナイチンゲール著、湯楨ます・薄井坦子・小玉香津子訳：ナイチンゲール著作集・第二巻、p.125、現代社、1974。
- 5) F.ナイチンゲール著、湯楨ます・薄井坦子・小玉香津子訳：看護覚え書、p.189、現代社、2011。
- 6) F.ナイチンゲール著、湯楨ます・薄井坦子・小玉香津子訳：ナイチンゲール著作集・第二巻、p.125、現代社、1974。

◆教育講演Ⅱ◆

次世代の看護専門職の育成

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 井 上 智 子

看護職の育成に携わって30年が経過した。看護実践者としてよりは遙かに多くの時間を看護教員として費やしてきた。教員生活では、現在に至るまで一貫して看護基礎教育（学部教育）と、そして後半は大学院教育にも携わってきた。次世代の看護専門職のあり方を考えるにあたり、ささやかではあるが、これまでの振り返りと現在のトピック、そして人々に、医療に、看護職に資する看護職育成についてをまとめてみたい。

1. 看護基礎教育での大学教育を模索し続けた10年

看護教育で常に重要視されてきた臨床実習指導。教員としての最初の任務でありハードルであったものは、「大学教育たり得る臨床実習指導とは」との問い合わせとともに、どうすれば自ら考え行動できる看護職が育つのか、“看護は大変そうだけど、何だか面白そう”，という学生をいかに育てるかであったと思う。

看護基礎教育の現場での課題としては、少子化時代の生活経験の乏しい学生達に「病む他所を援助すること」の意味とその実践力を身につけさせることだと思う。一方で、今日の臨床現場は「即戦力」を求めてくる。しかし、「実践力」と「即戦力」は異なる。人間は、学びや体験が知識を希求し、行動を通して意識の変化や価値観を獲得していく。したがって、看護教育の宝とも言える、講義・演習・実習の繋がりと積み重ねの中で、良き看護職者を育成していくよう、教育内容・方法に工夫を重ねていく必要がある。折しも平成23年3月に文部科学省より、「学士課程においてコアとなる看護実践能力」が発表され、教育内容の質の保証と卒業時の到達度が示された（図1）。

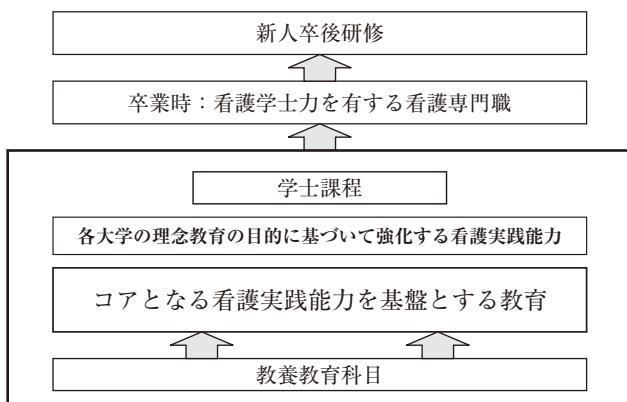


図1 コアとなる看護実践能力教育の位置づけと考え方

表1 高度実践看護師（APN）の大学院教育課程
(日本看護系大学協議会総会承認 2011)

科 目	内 容	APN	CNS
共通科目A	教育・研究・管理・倫理・政策・コンサルテーション	8	8
共通科目B	①Advanced フィジカルアセスメント ②Advanced 病態生理学 ③Advanced 薬理学	6	0
専攻分野共通科目	健康問題に関する診断・治療に関わる教育内容	14	12
専攻分野専門科目	sub specialty強化		
実 習	診断・治療に関わる実習 事例数の増加 500時間以上	10	6
計		38	26

2. 専門職としての無限の可能性を秘めた大学院教育

大学院教育に関わるようになり、教育の面白さは加速した。人との出会い、研究課題との出会いは、看護職としての何倍もの人生をもたらしてくれるようでもあった。しかし、大学院教育を通して見えてきたものは、社会の中で存在する看護のあり方への取り組みの必要性であった。大学院に求められる人材養成機能として、平成17年答申の「新時代の大学院教育（中教審）」では、従来の研究者・教育者に加え、高度実践職業人の育成が大学院教育での重要な役割であることが示された。看護の大学院教育では既に15年にわたる専門看護師育成の実績がある。これには日本看護系大学協議会が中心的役割を果たしてきたが、既に次世代の看護専門職についての検討として平成17年度より「高度実践看護師制度検討委員会」を常置委員会として設置し、平成23年総会において、専門看護師教育課程内容を、現行の26単位から38単位へと変更（表1）することが承認された。

3. 役割拡大の論議の中で次世代の看護職育成を考える

看護職の役割拡大への潜在的待望論は、専門看護師の活躍によって醸成されていった。現在、厚労省による検討会が進行中であるが、人々に、社会にとって、そして看護職にとって望まれる役割拡大とはいかなるものであるのかを考える必要がある。そして役割拡大を考えるのであるな

ら、何よりも「看護：nursing」が拡大・発展する形でなければならぬ。一方への役割進展（extension）ではなく、全方向への役割拡大（expansion）である必要がある。

看護はチームで行われ、また医療のチームの中に存在している。しかし、各医療専門職が独自性と自律性を持ってこそその医療の発展と質の向上ある。逆に各職種が「独自性」と「自律性」を見失った論議では、職種の根幹を危う

くすることになる。次世代の看護職者育成を考えるにあたりこの役割拡大の論議は、今一度「看護」の存在意義と価値を各自が確かめる良い機会ともなろう。それには何よりも看護職一人一人がこの問題を考え、意見を持ち、発信することが重要となる。次世代の看護職とは、「現実を問い合わせ、もの言う」人々を育てることと言えるかもしれない。

◆教育講演Ⅳ◆

看護の独自性を位置づける他学との協調 —エビデンスに基づいた看護実践—

筑波大学医学医療系 川 口 孝 泰

看護学は、現代科学の基礎となっている基礎科学分野との学術連携が足りない。とくに看護学のような新たな学問領域の形成期においては、基礎科学や先端科学の上に立脚した上での、実際的な応用を目指した実践学の体系化が必要となる。看護は、長い間、学問としての独自性の議論を進めてきた。独自性を確固たるものにするためには、真に、その成果を具現化することが重要となる。そのためには基礎科学はもちろんのこと、近接領域の学問との連携を積極的に進めていくことが、独自性を位置づけるために必要となる。もちろん単なる集学的なものではなく、看護の目的を達成するための独自の営みに焦点を当て、新たな見方・考え方・方法などを発見していく営みであることは言うまでもない。

■看護学を確立する鍵となる学際性

看護学の対象は、様々なニーズを持つ複雑な存在である。それがゆえに、狭い分野や特定のモデルのみで対応できることは周知の通りである。このことは、20世紀中盤からすべての学問分野における課題でもあった。その結果として「学際（inter-disciplinary）」の重要性が指摘され、多くの境界領域の学問が登場してきた。看護学においても、学問の構築に向けた多くの研究がなされてきた。学際的な研究（inter-disciplinary research）とは、従来はあまり結びつかなかった複数の学問分野に精通している研究者や、複数の学問分野の研究者らが共同で研究に当たる……などによってもたらされる新たな研究である。学際的な研究が発展すれば、それは体系づけられた新たな知識として整理され、これまでになかった新たな学問分野を形成する。その体系化ができた時点で、その研究分野は「学際的な研究」とはいえなくなる。

海外の文献においても、学際的な研究を背景とし、看護学の一分野を築いてゆく営みは今日に至っても盛んに行われている。英語の表現としては、Trans-disciplinary, Cross-disciplinary, Multi-disciplinaryのような表現で、使用される（Adegbola M. 2010, Mincsovics G. 2009）。欧米諸国では、これらをキーワードにした論文は多く、このような取り組みが多くなさればなされるほど、看護学の学としての体系化が強固になり、21世紀型のケア専門職の中心的な存在となりうる。

図1に示したものは、学際性に関する研究手法や考え方の指向性を示す用語を挙げたものである。これらの研究手法によるアプローチは、質的研究や量的研究、文系や理系、科学や哲学といった、二律背反的な固定観念の壁を越え、これから、看護学の独自性を確立していくための重要な研究方法論となっている。

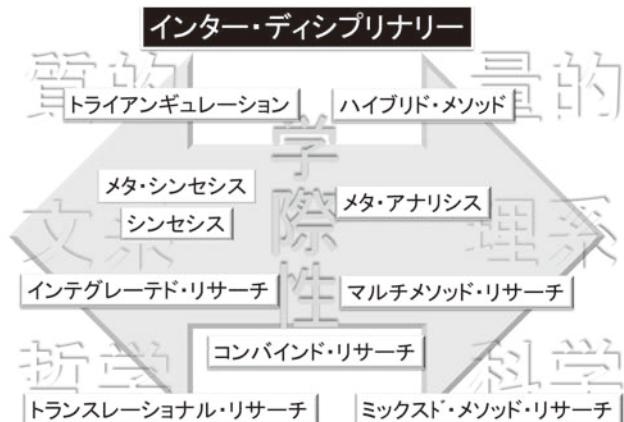


図1 さまざまな学際研究のアプローチ

■実践学の確立に向けた学際的研究

筆者は、看護学の中に「環境看護学」分野を確立するための学際的な研究を行っている。このような考えに至ったのには、筆者の学びの経験が背景にある。学士号は教育学、修士号は工学修士（建築学）、博士号は博士（工学：人間工学・リハビリテーション科学）である。もちろん看護学も学び、看護師の免許を有している。筆者が、看護学を学んだ当時には、看護学の修士号も博士号もない時代であったので、志のある先人たちは、海外で看護学を学び、学位を取得するしかなかった時代である。そのような時代において、筆者は、「看護とは何か」に悩みながら、結果として、このような経験になってしまった。その学びは、今の筆者が看護学の新たな一分野を築くに至る大きな糧となっている。

表は、筆者が「環境看護学」を構築する際に辿った学際的な道のりの縮図である。将来に向けて予測される看護問題を独自の視点で解決していくためには、学問の領域を気にせず、よりよい看護を行うために必要な近接学問領域の専門家と協同し、そこから得られたエビデンスをヒントに

表 「環境看護学」の体系化に向けた学際的アプローチ

	環境要素	看護学以外の研究分野 ／文献の所在	看護学	環境調整の看護技術
物的環境	<p>>室内気候、音、光、ニオイ、塵埃、空気の汚染などに関すること</p> <p>>日常生活物品や福祉機器・用具などに関すること</p> <p>>建築・インテリアに関すること</p> <p>>情報通信（電話、ICT）の利用</p>	<p>環境工学、保健衛生学など</p> <p>生活科学、人間工学、プロダクトデザイン、福祉工学、リハ科学など</p> <p>建築計画学、インテリアデザイン、室内計画学など</p> <p>情報学、コンピュータサイエンスコミュニケーション論など</p>		<ul style="list-style-type: none"> ◆室内環境の調整技術 <ul style="list-style-type: none"> ・換気、調光、気候調節 ニオイ除去など ◆癒しの環境介入技術 <ul style="list-style-type: none"> ・アロマセラピー、環境映像 環境音楽など ◆日常生活用品の整備 <ul style="list-style-type: none"> および支援用具活用技術 ◆建築環境の調整技術 <ul style="list-style-type: none"> ・住宅改造やインテリア等 ◆遠隔看護支援技術
対人的環境	<p>>プライバシーやテリトリーなどの近接理論に関わること</p> <p>>身近な家族や医療者との関係などの対人関係論に関わること</p> <p>>コミュニティとの関連などの支援理論に関わること</p>	<p>環境心理学、医療人類学、民族学など</p> <p>集団力学、社会学、保健学、公衆衛生学など</p> <p>ケアリング哲学や思想など</p> <p>社会心理学、人間関係論など</p>	環境看護学	<ul style="list-style-type: none"> ◆人間関係の調整技術 <ul style="list-style-type: none"> ・患者間の関係性 ケア提供者との関係性 ◆ケア資源の活用技術 <ul style="list-style-type: none"> ・適切なケア提供者の選択／支援 ◆病床の清潔管理技術 <ul style="list-style-type: none"> ・シーツ交換、リネン交換 ◆ケア物品管理技術 ◆感染予防技術 ◆安全管理／事故防止技術 ◆看護提供に関する技術 ◆環境移行への支援技術 <ul style="list-style-type: none"> ・退院時指導など ◆ケアマネジメント技術 <ul style="list-style-type: none"> ・専門職間の連携など ◆社会資源活用技術
教育・管理的環境	<p>>シーツ・リネン類などのケア物品の保守管理</p> <p>>感染予防、事故防止、リスクマネジメントなど安全管理</p> <p>>看護提供システム、労働環境の整備、関連職との連携などに関すること</p> <p>>社会資源の活用に関すること</p>	<p>公衆衛生学、人間工学、経営工学、経営管理学など</p> <p>環境感染学、安全工学、危機管理学など</p> <p>人間工学、労働衛生学、組織活動論など</p> <p>経営管理学、保健医療政策学</p>		

(川口孝泰 (2003). 看護における環境調整技術のエビデンス. 臨床看護; 29: 1880-1886. より)

して、新たな体系化を目指す必要がある。筆者は、「環境看護学」という新領域の体系化を、このような手段によって目指している。表の詳しい解説や、背景となった哲学などについては、本稿では、紙面の関係で紹介しきれないで、参考文献を参照していただきたい（川口孝泰：看護における環境調整技術のエビデンス. 臨床看護. 29. p.1880-1886. 2003.）。

■看護実践学の独自性をもたらすレビューの重要性

図2は、オーストラリアに本拠地を置く、The Joanna Briggs Instituteの基本理念を記したものである。このJBIでは、EBHC (evidence-based health care) を達成していくための入口として、実践に役立つための、科学的手法の考え方や、多くの知的成果物を提供している。<http://www.joannabriggs.edu.au/About%20Us/JBI%20Approach>

この組織の最大の目的は、しっかりと文献に裏付けられた知識を、実践につなげていくために必要な研究方法の在り方が記されている点にある。ここで紹介している図2は、その進め方と、実践の学に繋がるための、理想となる研究・実践のあるべき理念が記されている。この図のなかに記されている個々の事項を辿ってみると、今後の看護学が実践に資する研究成果を生み出すために、何が重要なか

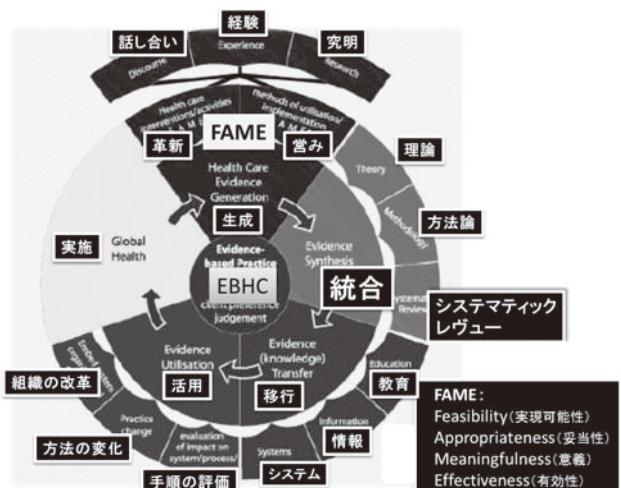


図2 EBHCを実践に活かすためのJBIモデル

について垣間見ることができる。とくに日本の看護研究は、近年、急速に増加している。その背景には、2012年時点で、40に迫る数の看護系学術学会が誕生したことにある。しかし、それらの成果が示されている論文の多くに足りないものは、図中に示されているシステムティック・レビューである。先人たちの研究成果をしっかりと把握した上で、過去の成果に裏付けられた看護研究の積み重ねが、今後の実践の学としての看護学に求められるのであろう。

◆シンポジウム I ◆

研究を現場で使おう

座長 帝京科学大学医療科学部看護学設置準備室 教授 泉 キヨ子
首都大学東京健康福祉学部看護学科 教授 飯 村 直 子

研究で明らかにされた成果を現場の患者や家族の方々に、より良いケアとして還元してこそ、実践の科学である看護学の意味があると考えます。

本シンポジウムでは、看護研究の成果を現場で使うには具体的にどのようにすればよいのか、あるいはそこにどのような課題があるのか、さらには研究と現場の実践との相互作用の中で新たに生まれてくるものは何かなどについて深く考える機会となることを期待しています。

シンポジストの上泉和子先生にはイノベーション普及学の立場から、研究成果を個人のレベルで使うだけでなく現場に普及させるには何を整備するべきかについて、真田弘美先生には長年取り組んでこられた褥瘡予防、治療に関する

看護研究から画像機器を用いた新しいアセスメント方法についてお話ししていただきます。また、精神科CNSの宇佐美しおり先生にはCNSの看護実践と研究との相互作用について、さらに齋藤やよい先生にはどんな研究も現場で使えるという観点からより広く深く研究成果を活用するための方法についてご紹介いただきます。

シンポジストの先生方のご発表の後、会場の皆様とともに質疑応答、ディスカッションを行いたいと思います。皆様の積極的なご参加をお待ちしています。

このシンポジウムでは4名の講師が登壇し、発表した。以下、発表順に講演内容を報告する。

◆シンポジウム I ◆

研究成果を現場で使おう —精神看護CNSの実践と研究の相互作用—

熊本大学大学院生命科学部 精神看護専門看護師 宇佐美 しおり

高度看護実践家としての専門看護師を育成・認定する制度（Certified Nurse Specialist, CNS）が始まり、10年以上が経過し、現在CNSは795名、その中で精神看護CNSは116名になった。一方、医療の高度化・複雑化、生活習慣病の増加による疾病構造の変化は、国民の医療ニーズを変化させ、国民の多くは効率的、安全・安心で、質の高い医療と看護を求めるようになってきている。また医療の地域格差や医師不足、病院の機能分化や在院日数の減少、在宅医療の推進は、医師以外の専門職の能力開発を必要としてきている。看護においても、CNS以外に特定看護師（仮称）など大学院修士課程を修了した高度看護実践家の育成が注目を浴びるようになってきている。

このような社会情勢の中、CNSは、ケア困難な患者や家族への直接ケア、医療スタッフへのコンサルテーション、ケアの質の向上・改善のための教育・研究、倫理的問題の解決と調整などの機能を担い、病院や地域で活動を行い、その成果が研究においても示されるようになってきた¹⁾。これまでの研究で、精神看護CNSは総合病院で仕事をするリエゾン精神看護専門看護師については、身体疾患を有し精神的に不安定な患者・家族の精神状態の悪化を予防するための直接的な支援、治療スタッフへのコンサルテーションを行い、また精神科病院で仕事をする精神看護CNSは、重複診断を有したり、長期入院予備軍や長期入院患者、ケアや治療が困難になってきている患者および家族への直接ケア、精神科ケース・マネジメント体制の構築と支援、治療スタッフへのコンサルテーションを実施し、精神症状の改善や精神状態の悪化の予防、再入院の減少、スタッフのケア意欲の改善・向上に貢献していることが明らかになってきている。

精神看護CNSは様々な理論や研究成果を活用し、ケアや治療を改善していくセオリーユーザーであるため、研究の成果を現場にどう活用し、また現場で活用し修正した知識をどのように理論化、検証していくかが重要な役割となっていく。

今回、主に3つの研究を簡単に紹介し、どのように研究成果を現場で活用し、また現場で活用した研究をどのように修正していくのかについて述べ、精神看護CNSとしての研究の現状と課題について述べたい。

筆者は精神看護CNSとして、治療を混乱させやすい人格障害や二重診断を有する患者およびその家族、長期入院予備軍や長期入院患者・重度精神障害者への精神科ケース・マネジメントを展開するため、CNSを中心としたケア・プロトコールを作成し、その評価を行ってきた^{2), 3)}。一つは、Assertive Community Treatment (ACT) と呼ばれる重複診断や社会的機能の低い精神障害者を対象とした精神科ケース・マネジメントを精神医療の現場で用いその評価を行ってきた。日本は世界一、精神障害者の在院日数が長く、人口10万人あたりの精神科病床数が多い。またこの患者様たちが多く精神科病院の病床を占有されているため、急性期の患者が十分な治療とケアを受けることが困難になってきている。そこで、筆者が精神看護CNSとして活動している精神科病院において、精神看護CNSが精神科ケア・マネージャーとなり、精神科医、精神保健福祉士、臨床心理士、訪問看護師、地域の保健師、病棟の看護師から構成されるACTチームを作り、介入群10名と対照群10名での介入の評価を行った。介入のプロトコールは国際的に用いられているACTのNATINAOL STANDARDを用い、これを予備調査を行って修正し、各チームメンバーが具体的に動けるように修正して作成したものをプロトコールとし、このプロトコールをもとに介入を行い評価を行った。所属施設と研究対象施設の倫理委員会で承認を得た後、対象者に調査の同意を得て実施した。評価は介入前、介入1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、12ヶ月後に行った。病状 (Brief psychiatric Rating Scale, 1988)、日常生活機能 (Life Skill Profiel, LSP)、社会的機能 (Global Assessment of the Functioning, GAF)、ケア満足度 (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ) で評価を行った。両群とも対象者の特徴に有意な差はみられなかったが、介入群には再入院が減少し、日常生活機能や社会的機能が高まっていた。しかし病状の変化はみられなかった。今後、介入の一貫性を保つて研究の内的妥当性を高め、対象者数を増やして結果的一般化をはかり、また研究デザインとして無作為抽出が必要であることが示唆された²⁾。

さらに、筆者は、上記のACTを実施している中で、長期入院となる前の長期入院予備軍の患者数が増えてきていることに気づき、長期入院予備軍を作らないための精神科

ケース・マネジメントの展開ができないかと考えた。そこで、退院後3か月未満で入退院を頻回に繰り返す統合失調症患者に対し、海外で用いられている集中包括型ケア・マネジメント (Community-Based Care Management, CBCM) を用い、長期入院患者予備軍に対する精神科ケア・マネジメントの展開と評価を行った。外来看護師と精神看護CNSが精神科ケア・マネージャーとなり、平成21年から平成22年まで、所属機関と研究対象機関の倫理委員会の承認を得て実施した。また海外のCBCMをそのまま活用しても精神科ケアシステムが全く違う日本では活用できないため、平成19-20年に予備調査を行って海外のCBCMを修正し、その修正したものを修正版集中包括型ケア・マネジメント (Modified Community Care Management, M-CBCM) と呼び、介入群と対照群で介入の成果を比較した^{3), 4)}。M-CBCMでは、外来看護師と精神看護専門看護師が精神科ケア・マネージャーとなってケースに応じたチームを構築し、日本の精神科医療の問題点をカバーするために、患者同士の治療的なサポートグループを展開して地域での安全空間（安心していられる場所）をつくり、地域に密着した退院支援相談員を作つて定期的な支援と助言を受け、また入院中および退院後のセルフケアへの支援や家族への支援の時間と内容を統一した。これらを入院中2か月間と退院後3か月間実施し、その評価を病状 (BPRS)、日常生活機能 (LSP)、社会的機能 (GAF)、ケア満足度 (CSQ) を用いて、入院時、退院時、退院3か月後に行った。介入群において、退院後3か月以上再入院しなくてすんだ成功群は58.6%、退院後3か月未満で再入院した不成功群は41.4%で、海外の結果と比較しても成功率としては高いと考えられた。両群とも家族との同居者が多く、家族支援において両親が中心的な役割をはたしており、成功群の日常生活機能、社会的機能、家族の負担感は改善されていた。一方、不成功群はケア目標が不明確となり、退院支援相談員の活用が減り、治療チームのまとまりが悪くなっていた。これらの結果から、病院外の地域に密着した退院支援相談員の活用、治療チームの構築、地域資源の発掘、家族支援の強化が必要であると考えられ、さらに対象者数の増加、介入の一貫性、介入のプロトコールの見直し、無作為抽出による介入成果の実証などが研究課題として残された⁴⁾。

また、総合病院で仕事をする精神看護CNS（リエゾン精神看護専門看護師、リエゾン・ナース）による介入の評価として、リエゾン精神看護専門看護師を中心としたリエゾン・チームを作り、31名の身体疾患有し精神的に不安定で研究に同意の得られた患者に対する研究を行った。評価は介入前、介入終了時に、鬱状態評価尺度 (The center for Epidemiologic Studies,CES-D)、病状 (BPRS)、健康に関するQOL (The Short -Form 36ITEMS HEALTH Survey,

SF-36)，ケア満足度 (CSQ) で行った。対象者たちの鬱状態、SF-36、CSQは介入前より介入後に改善されていたが、鬱状態については、介入終了時にも中等度から軽度であり、外来での継続支援の必要性が示唆された。また対照群を設定できなかったため（介入を希望する患者自体が介入を希望しない対照群とはすでに動機も異なるため、対照群の設定を行わなかった）、今後、介入を希望する患者層に対しランダム化比較試験の研究デザインが必要となるであろうと考えられた^{5), 6)}。

これらの研究結果から、精神看護CNSの直接ケアと医療スタッフへのコンサルテーションは、患者の病状、日常生活機能・社会的機能を改善し、患者および家族のケア満足度、QOLを改善し、患者の再入院を減らし、地域での生活期間を長くしていくことが明らかとなってきた。しかし、研究デザインとしては、対象者数が十分ではなく、ランダム化比較試験を行っていないため、これらの結果を一般化することはできず、研究デザインの問題を残している。しかし、今後も精神看護CNSがどのような実践を行い、成果を示すことができるのかについて、CNS自身の実践の改善と同様、研究成果を示し、高度看護実践の有効性を示し続ける必要があると考えている。

一方、上記のような成果をあげていくため、精神看護CNSは臨床能力を改善し、実践の質を高めるために、CNSはトレーニングを続ける必要がある。そのトレーニングは、精神科薬物療法やその効果の判定、個人・家族・集団精神療法や認知・行動療法のトレーニング、オレム・アンダーウッドモデルを用いた看護ケアの十分な展開、精神科薬物療法が効果を示さない患者へのケア方法、医療スタッフへのコンサルテーションの方法、組織のグループ・ダイナミズムを読み介入していく技術、など多岐にわたる。このトレーニングの過程において、筆者は、どのようなCNSが、ケア困難な患者や家族の病状・日常生活・社会的機能を改善できるのか、患者や家族・医療者の満足度を高める実践ができるのか、を質的に探索してきた。その中で、精神看護CNSに必要とされる技法、すなわち患者の病状だけでなく患者の健康的な側面、患者のこれまでの生活の文脈における病状の意味を理解し、今-ここで必要とされる医療と看護を組み立て、さらに患者・家族・医療者間のグループ・ダイナミクスを読み取り、何が起こっているのかを早期に査定してプランをたてるという、介入技法には、トレーニングで変化していくものと変化しないものが存在する。変化するもの、しないものそれぞれに対し、どのような教育的介入が可能なのか、また教育的介入の成果についても少しずつではあるが明らかになってきている。

これらのことから、研究成果を現場で使うまた修正、理論化していく際の課題としては、次のことがあげられた。

- 1) 活用しようとしているEvidenceが、現在の状況や組織風土、文化に適切なのかを十分検討すること
- 2) 現場での介入研究は、状況にかなり左右されるため、介入の成果を検討できるような組織風土、グループ・ダイナミクスを必要十分条件として検討しておくこと
- 3) 介入の一貫性の維持
- 4) 研究や実践における介入を終始モニタリングできるCNSの存在
- 5) 看護師やCNSの介入評価の指標の開発
- 6) 介入成果をあげるための治療チーム、精神看護CNSの臨床能力の向上
- 7) ランダム化比較試験の際の条件を一定にすること（介入を希望する人とそうでない人の差は介入時から存在しているので、介入を希望している対象者の中で、ランダム化比較試験を行っていくこと）
- 8) 対象者数を増加させ、結果の一般化を図るために、精神看護CNSが存在する全国規模の大規模研究が必要であること

これらの課題の克服が、今後のCNSの成果を示し、精神医療や看護に貢献していることを示していく上で、非常に重要なと考えられた。

文 献

- 1) 北村愛子、宇佐美しおり、市原真穂、他17名、日本における高度看護実践家としての専門看護師の活動の実態と成果・課題に関する研究、インターナショナル・ナーシング・レビュー、33(2), 79-82, 2010.
- 2) 宇佐美しおり、佐伯重子、矢野千里、樺島啓吉：精神障害者へのAssertive Community Treatment (ACT) の評価に関する研究一ケース・マネジメントにおける精神看護専門看護師の役割、熊本大学医学部保健学科紀要、第6号、p85-98, 2010.
- 3) 宇佐美しおり、矢野千里、中山洋子、野末聖香、他：病状が不安定な精神障害者の自立支援における退院支援ケア・パッケージを含む集中型包括型ケア・マネジメントモデルの開発、インターナショナル・ナーシングレビュー、32巻、1号、88-95頁、2009.
- 4) 宇佐美しおり、中山洋子、野末聖香ほか：長期入院となりやすい精神障害者への修正版集中包括型ケア・マネジメント、44(3), P318-332, 2011.
- 5) 宇佐美しおり、福嶋好重、野末聖香、岡谷恵子、樺山光教、右田香魚子、平田真一、北里真弓：慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価、熊本大学医学部保健学科紀要、第5号、9-18頁、2009.
- 6) 宇佐美しおり、野末聖香、福嶋好重、安藤幸子、田中美恵子、佐藤寧子、小山達也：慢性の身体疾患有する患者の精神状態を改善するリエゾン精神看護技術、EBナーシング、9巻第1号、34-42頁、2008.

◆シンポジウムⅡ◆

研究方法論の普遍性と多様性

座長 北里大学大学院 看護学研究科長 高橋 真理
名古屋大学医学部保健学科 浅野 みどり

本邦の看護研究における質的研究の位置づけは、ここ10年を振り返ってみても大きく変化してきたことを実感している。その一方で、エビデンスが重視されるなか、特に質的研究の場合には査読過程において研究の「学術的価値性・有用性」および「信頼性」の点で、査読意見に大きな開きが生じることも時々経験する。また、近年の大学院数のさらなる増加に伴い、修士論文・博士論文として様々な手法で研究された研究成果（研究論文）が本学会誌に投稿されていることと思う。10年前と現在では、本学会誌への投稿論文、そして掲載論文の研究方法にも変化がみられ、例えば、グラウンデッド・セオリー・アプローチによる研究は増加しているだろう。本学術集会特別講演Ⅱのなかで、木下康仁先生が「意味の解釈としての質的研究は、自分の判断で行うしかない」つまり、「手順が内容を担保してくれない」と述べられていたが、このシンポジウムと深く重なる部分であると思われた。

シンポジウムⅡ「研究方法論の普遍性と多様性—さまざまな方法論を目指すエビデンス—」は、第37回学術集会メインホールの最終プログラムとして第2日目の14時40分から2時間にわたって開催された。第37回学術集会のメインテーマ『エビデンスに基づいた看護実践を！—現場の研究熱を高めよう—』を受けて、その基盤となる“看護学で用いられている研究方法論”をいくつか取り上げてその本質をお話しいただいた。その後、十分な時間ではなかったかもしれないが深い熱心な討議が交わされ、非常にエキサイティングであった。本学術集会最後のプログラムであったためか、聴衆があまり多くなかったことはたいへん残念に感じている。

本シンポジウムのねらいは、前述のように、研究方法論の普遍性と多様性に迫ることであった。それぞれ異なる研究手法でアクティブラーニングに研究に取り組んでおられる4名のシンポジストにご登壇いただいた。シンポジストの方々には、取り組んでおられる研究方法論の本質とその方法論において陥りやすい問題、そして、研究者として必要な準備などについてご講演いただくようお願いした。シンポジウムの打合せの段階からわくわくする刺激的な意見交換がなされていたのだが、その結果ご講演の順番は当初の予定とは若干変更することとなった。

まずははじめに、いわゆる量的研究／実験研究のお立場から、医学的研究のデザインについて、山勢博彰先生にご登壇いただいた。科学的根拠に基づく医療（EBM）の考え方方に従えば、一つひとつの看護行為に対して“何故そうなのか”，エビデンス水準を明確にした根拠づけの必要性について述べられた。また、その目的に則した研究デザイン・研究計画が不可欠であること、その一方、“エビデンス水準の高さが必ずしも看護研究の質を保証することにはならない”と述べられたことがたいへん印象深かった。

次いで、中山和弘先生は、量的研究の中でも多変量解析に関して、とくにグループによる影響を考慮し、個人とグループを同時に分析する「マルチレベル分析」の重要性と可能性を指摘された。また、“何故その解析を行うのか”が重要であり、研究者が明らかにしたいこと、つまり見たいものを積極的にみる“攻める多変量解析”という言葉が魅力的であった。

後半は質的研究の研究者おふたりにご登壇いただいた。まず、西村ユミ先生は現象学的研究について、“研究手法というよりも研究に向き合う態度であり、考え方である”と述べられた。また、文脈と意味とは切り離せないものであり、“現象学的研究は徹底して事象の現れに学ぼうとする、その徹底した態度の先に普遍性が開かれているのではないか”とされた。最後に、黒田由彦先生が「エスノグラフィー再考」というテーマで話された。まず自明性を疑うことが研究の前提であること、特定の集団や社会の生活様式をフィールド・ワークを通して組織的に描き出すが、社会学のエスノグラフィではインタビューや参与観察だけではなく、質問紙調査や心理テストなどの量的手法を含めて、多様なデータを用いる。シカゴ学派アンダーソンの『ホーポー』や佐藤郁哉の『暴走族のエスノグラフィ』など具体的な研究の例を取り上げてお話しくださった。佐藤が前掲書の中で「恥知らずな折衷主義」という特徴をもつと述べていると説明された。4名の講演時間が、あっという間に感じられるほど引き込まれたシンポジウムであった。

研究方法によって目指すエビデンスや前提となる理論は異なることから、例えばサンプリング手法についても、ランダム化を最善とするのか、目的志向性を最善とするの

か、結果の一般化を目指すのか、対象の経験を深く理解することを目指すのかなど、180度異なる点もある。しかしながら、目的との整合性や論旨一貫性、理論的前提によってその物差しは異なるが信頼性・妥当性の担保など、研究方法論は違っていてもシンポジストの方々が重要と述べられたことは驚くほど共通していたと思う。研究方法論の普遍性と多様性についての理解を深める機会となるとともに、私自身も研究者の一人として、勇気づけられた。参加者にとって、明日からの“看護研究成果の創出”に、また“看護実践への研究成果の活用”に役立つ時間となったこ

とと確信している。刺激的で示唆に富むお話をいただいた4人のシンポジストの先生方に心より感謝するとともに、このシンポジウムに座長として参加させていただけたことを大変ありがたく思う。

最後に、本シンポジウムに参加いただき積極的に討議いただいた会員のみなさま、並びに、貴重な機会を与えていただいた第37回学術集会長 黒田先生に深く感謝申し上げる。

(文責：浅野みどり)

◆シンポジウムⅡ◆

多変量解析の意味と役割を考える

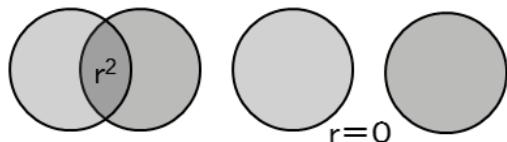
聖路加看護大学 中山和弘

人間や医療といった不確実な現象の把握を目的とする研究においては、観察したことを誰もが共有できるように記述し、それが偶然なのか一般化できることなのかを検討する統計学が不可欠である。さらに、多様な人間に起こっているバラツキの要因となっているものは数多くあり、しかも複雑に絡み合っている。そのような現象の背景にある新たな概念の発見やその複雑なつながりの解明には、根気強く探求心を持った観察が欠かせない。そして、そのような観察から浮かび上がってくる多様な仮説の検証や修正のために多変量解析が日々進歩してきている。

ところが、多変量解析については、基本的な統計学の知識があっても、その手法の多様さや解釈の難しさがある。しかし、その基本となる相関についてベン図で表現してい

相関がある=分散の重なり

- 相関がある=共分散あり
- 片方の偏差(平均値との差)が大きい時、もう一方の偏差も大きい
- 偏差のバラツキが2変数で連動している
- 分散(円)に重なり 面積= r^2 (各分散は1)

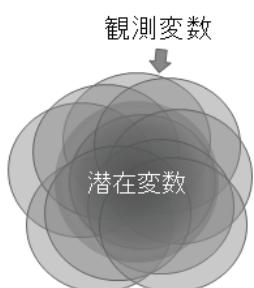


中山和弘(聖路加看護大学)

5

見えないものを測る多変量解析

- 直接は測れない心理社会的変数: 感情、イメージ、性格、能力、人間関係など(潜在変数)
- その概念の存在を引き出すため言葉や行動などで観察(観測変数)
- 概念の「定義」から「妥当性」のあるものを、「信頼性」のために繰り返し測定



中山和弘(聖路加看護大学)

6

くことで、どのような意味を持っているのかについて考えていくとその役割が明確に見えるようになる。

そもそも、相関があるということは、分散の重なりがあるということである。分散(円)に重なりがあり、面積= r^2 (各分散は1)となっている。これがスタートである。

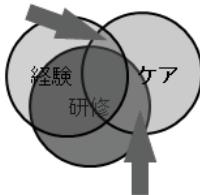
そして、多変量解析では、主として2つの役割がある。まず、見えないものを測るというものである。直接は測れない心理社会的変数(感情、イメージ、性格、能力、人間関係など)を潜在変数として測定する。その概念の存在を引き出すために、言葉や行動などで観察したものを観測変数という。概念の「定義」から「妥当性」のあるものを、「信頼性」のために繰り返し測定するのである。例えば、「愛」を様々な言葉で問えば、愛してる、一緒にいたい、いつも想っているなどがあげられるが、これらに対して、同じ返事がある場合は、観測変数間に相関の高いものとなり、背景に共通した「愛」があると考えるのである。潜在変数は、構造方程式モデリングを使えば計算可能で、そのとき潜在変数は観測変数から誤差を取り除いたものになり、概念の測定としては観測変数よりは真の値に近いこともあり、利用価値は高い。研究目的として測りたいものが、目に見える観測変数なのか目に見えない潜在変数なのかをかよく考える必要がある。例えば、人の行動など直接観測できるものが目的ならば、因子分析を分類目的で用いることの方が適切な場合も多い。

また、多変量解析のもう一つの目的は、因果の流れを知ることである。その場合の研究目的は、目的変数の分散の説明を行うことである。例えば、専門的ケアの実施度にバラツキすなわち分散がある場合は、質保障として問題であるため、ケアができていない人がなぜ発生しているのかの原因を明らかにする必要がある。ケアが、何と“共に変動”(=共分散)しているのかを説明するのである。

このときもし、単相関分析だけの場合、専門的なケアが経験年数と研修受講とそれぞれ関連があるとしても、それそれは別物として扱われている。結論は、相関係数が大きい方が大事か、両方大事なのか、そしてベテランは研修を受けるべきか、経験年数があれば必要ないのかなどがわからない。ベテランほど研修を受けているとすると、なおさらである。これが、多変量解析を行って、両方ともに関連が見られれば、それぞれが、「独自」の重なりを持ってい

多変量解析で結果が異なる場合

- 大抵は説明変数間に相関がある
- 経験年数があるほど研修を受けている
- 多変量解析でも両方とも関連があれば、それぞれ「独自」の重なり
- 両方備えての影響も
- ベテランは研修を受けるべき？

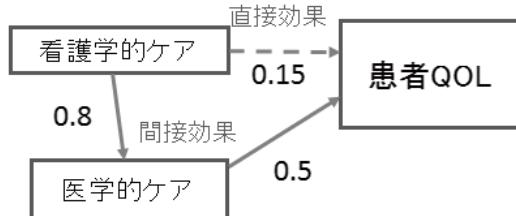


中山和弘(聖路加看護大学)

16

直接効果が小さくても…

- 看護学的ケアの間接効果は、 $0.8 \times 0.5 = 0.4$
- 総合効果は、直接効果 + 間接効果 = $0.55 > 0.5$

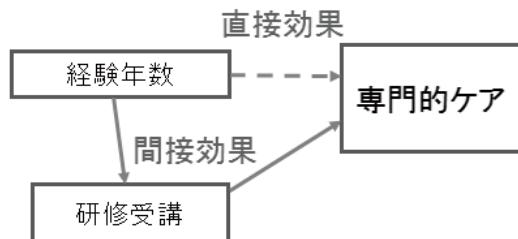


中山和弘(聖路加看護大学)

20

媒介変数(Mediator)

- 経験年数は直接効果を持たず、間接効果を持つ



中山和弘(聖路加看護大学)

19

ことになる。それぞれが、独自の働きを持っていると考えられるので、ベテランも研修を受けければ新しい発見があるはずである。また、言い換えると、現在の研修は経験年数だけでは得られないものを教えているともいえるが、経験で得られるものをすべて教えられてはいないともいえるのである。

また、もし、多変量解析で、研修経験だけが関連して、経験年数で関連が見られなかった場合はどうであろう。独自の影響がないとすれば、経験年数が、研修を介して「間接的」に関連しているということになる。すなわち、経験年数があれば、研修受講が多くなり、専門的ケアができるようになるという流れである。研修を受ければよいということであり、研修は経験で学ぶものすべて取り込んだすぐれたものとなっていることが確認できる。このとき研修は、媒介変数(Mediator)と呼ばれる働きをしていることになる。そして、経験年数は直接効果を持たず、研修を通じた間接効果を持つということになる。このときは、例え直接効果がなくても、間接効果があるといえる。

直接効果と間接効果を評価することは大事である。例えば、看護学的ケアと医学的ケアが患者のQOLにどのよう

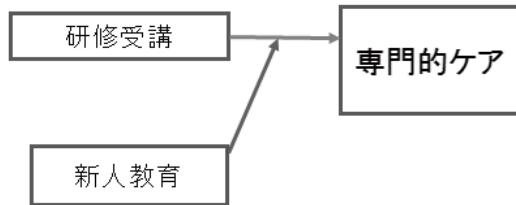
に影響するのか分析をしたとしよう。看護学的ケアの直接効果が0.15と小さくても、間接効果は、 $0.8 \times 0.5 = 0.4$ と大きい。総合効果は、直接効果 + 間接効果で、0.55となり医学的ケアの直接効果0.5より大きくなるのである。看護学的ケアは医学的ケアの質を高めて、患者のQOLに間接的にではあるが、大きな影響を及ぼしているという結論を導くことができる。これらの分析方法については、パス解析と呼ばれることが多く、潜在変数間のパス解析は構造方程式モデリングの中心的な活用の場である。

また、媒介変数とともに調整変数(Moderator)についても知っておくべきである。多変量解析において、重要な役割を果たしている。例えば、新人のときの教育の状況次第で、研修受講の専門的ケアへの効果が異なるということが予想されるでしょう。この場合、新人教育は調整変数と呼ばれ、研修の影響は新人時代によるということになる。「〇〇によって違う」ということはよくあることで、そのような仮説が考えられるときは、必ず検討すべきである。分析の方法としては、新人教育と研修と組み合わせの影響があるのであるということで、交互作用を検討することになる。

看護学では、目に見えないものの複雑な構造を対象とす

調整変数(Moderator)

- 新人教育の状況次第で、研修受講の効果が異なる
- 新人教育は調整変数(新人時代による)

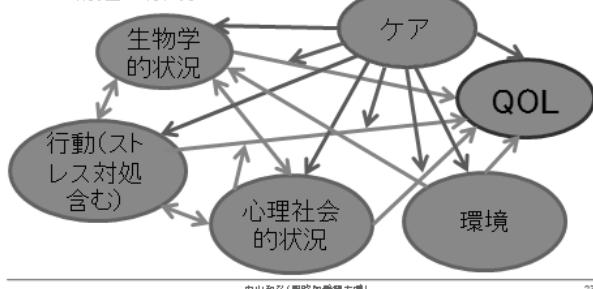


中山和弘(聖路加看護大学)

21

生物心理行動社会環境的プロセスとケア

- 健康に関連した要因として目に見えない変数とケアの構造の解明を



中山和弘(聖路加看護大学)

23

ことが多いのではないだろうか。健康やQOLに関連した目に見えないものを含めた人間とケアの構造を明らかにすることは、看護学の大きな役割だと言えよう。この言わば、生物心理行動社会環境的プロセスとケアの構造を明らかにしていくには、潜在変数間のパス解析により、媒介変数や調整変数を明らかにしていく技術が求められているといえる。

最後に、これまで看護学の研究では、個人を対象とした分析が多かったと思われるが、実際には、病棟、病院、ス

テーション、施設、クラス、地区・地域単位で集めたデータが多く用いられてきている。そのようなとき、分析の単位は個人単位でよいのだろうか。集団の文化を捉える必要はないのであろうか。集団が大事だからといって、個人ではなく病棟単位といったグループ単位で分析してしまうと、ある病棟のある患者たちはどのような状況なのだろうという組み合わせを評価することができない。このような、目に見えにくいものだった個人を超えた集団・チーム・コミュニティの文化・特徴を捉える手法が開発されてきている。マルチレベル分析と呼ばれるもので、これによって、環境と個人の相互作用を明らかにできるため、看護学での活用が期待されるものである。多変量解析によって、何が可能になっているのかについて、その意味を考える重要性について共有できたことを期待したい。

なお、発表に用いたすべてのスライドは、サイト「ナースに役立つ種類のサイトとは?」(<http://www.nursesoul.info/>)で公開している。

参考文献

中山和弘:論文を理解するための統計学【重回帰分析篇】・連載
1~5, 看護研究, 41巻2~6号, 2008.

◆シンポジウムⅡ◆

現象学的研究の多様性と普遍性について

大阪大学 西 村 ユ ミ

多様性という特徴

現象学（的）と記された看護研究は既に数多く報告されているが、そのスタイルは様々である。一例として、現象学の“導入の仕方”を見てみると、研究を支える思想としてこれを手がかりとしているものもあれば、分析方法のみに現象学的方法を記しているものもある。

現象学は、創始者であるフッサールにおいて幾度かの思想の展開をとげ、その展開各期の思想が批判的に継承されて多様に発展した。榎原は、「この批判的継承と多様な発展の結果（略）、その具体的内実は各現象学者によって、しかもその思想の発展の各時期において、時に全く異なるものとなり、またそれに伴って方法も大きな異なりを見せることとなった」¹⁾と指摘している。人間諸科学における研究の方法論の開発においても、この現象学の展開に影響を受けている。現象学的研究のスタイルや方法論が多様であるのは、それゆえであろう。

そもそも研究の方法（論）は、探求しようとしている事象の特徴や研究の目的によって定められる。患者やその家族の病い経験をその人たちの視点から探究するという目的、あるいは、日常的にあまり自覚されていない看護実践の仕方を記述するという目的によって、現象学的研究が選び取られることが多い。しかし、その「現象学的方法」 자체も、目的や探求しようとしている事象と切り離されてはあるわけではない。むしろ、現象学がモットーとする、私たちの先入見や科学的なものの見方を自覚し、「事象そのものへ」たち帰ることから探究を始めようと態度に基づけば、目的とされている事象の特徴にこそ、いかなる前提が求められているのか、いかなる切り口から議論を始めることが必要なのか、いかなる方法によって研究を進めることができるか、が示されているのだ。それゆえ、具体的な取り組みの仕方も多様になる。むしろ、そうでなければ、事象が方法に縛られることになり、現象学的態度を裏切ることにもなるだろう。多様でありつつもなお「現象学的」とされるのは、それぞれの研究が「事象そのものへ」というテーゼに徹する態度で取り組んでいるためであろう。

前提を問い合わせる

看護師は、日常的に患者の苦痛や苦悩等々を理解してケ

アを行うことを志向している。そのため研究においても、患者やその家族の経験の理解に関心が向けられる。しかしながら、私たちの既存の知識や理論、理解の枠組み、あるいは自分自身でさえも自覚していない先入見等々が、理解を歪めたり妨げたりしている可能性は十分にある。こうした研究者の側が持つ枠組みを自覚して棚上げし、経験をしている人々の視点から、その経験を探究しようとして現象学的研究が選び取られていることが多い。

また、看護実践の方法や実践知の探究において、現象学的研究が注目されることも多い。それは、こうした実践が自覚される手前の身体性と深く関わっており、言語化することが難しいためであろう。自覚の手前から、私たちの実践がいかに成り立っているのかを探究することは、フッサールの現象学を継承したメルロ＝ポンティの取り組みでもあった。

この看護実践の探究において求められるのは、私たちが知らぬ間に持っている実践についての前提、その理解の枠組みに対する批判的な問い直しである。例えば、因果関係によって実践が成り立っている、あるいは、自己と他者、主体と客体、主観と客觀とが分離して対立しているという前提を、私たちは自覚せずに持っているかもしれない。あるいは、情報収集をしてそれを判断し、行動に移すという順序で実践に至っていること、時間が、過去から現在、そして未来へ進むというように経験されていると考えること。こうした考えは、しばしば実践の説明に用いられるが、果たして、これらを前提として研究を進めてしまってもいいだろうか。事実は、それとは違った成り立ち方をしている可能性もあるのだ。そうであれば、これらの理解の前提そのものを問い合わせ、「事象そのものへ」たち帰ることが要請される現象学的な態度が、看護実践の探究には求められると言えるだろう。

こうした議論からもわかるように、探究しようとする事象の特徴とそれを見る枠組みを丁寧に検討し、その作業において同時に、なぜ現象学が求められるのかを問うていくことも、現象学的な取り組みになる。事象の方に、その見方、それへの接近の仕方や視点を学ぼうとする徹底した態度は、「現象学的実証主義」²⁾とも呼ばれている。

痛みの理解

次に、筆者がこれまで報告した看護実践の仕方に関する研究³⁾を例に挙げて、前提の問い合わせ直しについて具体的に考えてみたい。

この研究では、患者の痛みを、看護師たちがいかに理解しているのかを記述的に開示することが目指されている。探究に先だって、あるいは探究のプロセスの中で確認したことは、これまでの研究において患者の痛みやその理解がどのような視点から探究されているのか、さらには、自分自身が痛みの理解についてどのような考え方をしているのか、という前提や先入見である。医療分野の先行研究を見てみると、多くの研究が、痛みは患者の主観的な体験であり、第三者がこれを知ることは難しいという前提のもので探究をしていた。その主観的な経験を客観的に評価するために使用されているのが、「痛みスケール」であった。

他方で、痛みを評価する看護師の側の能力についても探究されていた。この能力は、患者の状態や文脈からは切り離されて、看護師個々人が所有しているものとして議論されていた。しかし、そもそも患者の主観的な経験である痛みと、看護師のそれを理解する能力とを切り離して考えるという前提自体を問い合わせ直す必要はないだろうか。この前提のもとで実践をすると、患者の痛みという主観的な経験に接近するためには、とても複雑な作業を経なければならぬ。患者の身体の感覚としての痛み、それを感じるのが患者の主観であると考えれば、看護師が自分と患者の身体やその先にある主観と対比させて痛み（＝主観）を推論しなければならないが、それは瞬時に行えることではないだろう。実際の実践において、看護師たちは、それほど複雑な手続きを経て痛みを理解しているように見えない。彼らは、患者の苦痛の表情を気にかけたりそれを問うたりしながら、その都度その場で痛みや苦しみへと手を差しのべている。そうであれば、まず問われるのは、この前提であり先入見であると考えられる。それゆえ、この前提を棚上げして具体的な看護実践へとたち帰り、それがいかに成り立っているのかを探究することが求められたのである。

看護師[1]さんの語りの一部を見てみよう。語りに登場するのは、肺がんによるがん性疼痛のコントロールが難しい患者Aさんである。

Aさんのことは、たぶん、みんな気になるんですが（略）気になる、んだと思います。私は、受け持ちだから気になるのはそうなんですけど、たぶん、何でだろうか。何か、何とかしたいっていうのが強いんですかね。

ここで注目したいのは、「気になる」「何とかしたい」という語りである。これらの語りからわかることは、看護師[1]

さんが、痛みを訴える患者と接した時に、その痛みを解釈したり分析したりすることに先立って、それへと応答を始めているということだ。まずこのことを確認しておこう。

Aさんの痛みの評価には、0（痛みが無い）から10（最も痛い痛み）の間の数値を患者に答えてもらう「痛みスケール」が用いられていた。しかし、Aさんは10を超える数値を訴えることもあり、看護師たちは「痛みの表現が難しい」と言って困っていた。

同じ7でも痛み止めちょうどいいって言うときもあれば、7だけど、ない、まだいいって言うときもあったりとか、うーんと、5、6、7とかでも、平気そうな顔をしているときもあれば、大変そうな顔をしているときもあったりって言って、本人が言うのと、私たちが受け止めるのが（略）何となくギャップが、あー、あるときがある、って、で、いつもじゃないんですけど、あるときがあって、それで何か、でも痛みって本人にしかわからないって思うと、何か受け止め方というか、評価しにくい、ってところがありました。

Aさんは、痛みスケールの数値が同じであっても、痛み止めを求めたり求めなかったりした。さらに、本人が言うその数値や薬の要不と、看護師が「受け止める」「平気そうな」あるいは「大変そうな」顔とに「ギャップ」があるとも言う。

この「ギャップ」の経験から、看護師[1]さんがAさんの痛みを、それを本人に問う前に見て取っているといえる。言い換えると、「大変そうな顔」などの表現は、[1]さんがAさんの顔をそのように解釈したり類推したりしているのではなく、直接それを見て取っていることを表している。その直接経験としての「大変そうな顔」と本人の訴える数値とが食い違い、それが「ギャップ」として浮かび上がったといえるだろう。さらに、このギャップを経験したからこそ看護師[1]さんは、「でも痛みって本人にしかわからない」と思うと語る。痛みを感じている当事者の経験が尊重されているのだ。また、それゆえに[1]さんは、自分の「受け止め方」を問い合わせ、評価しにくいと言うのだ。

このように、痛みがその当事者にしかわからない私秘的（主観的）なこととして経験されるのは、経験者であるAさん（他者）に痛みを問う以前に、[1]さんたち看護師が、その痛みをAさんの顔に見て取っていることを条件として成り立っていた。個々人の内面の私秘性を想定し、それをいかに受け止めたり評価したりするかが問題になるのではなく、その手前で、患者の苦痛が見て取れてしまうことが、その痛みの私秘性をそれとして浮かび上がらせ、同時に、自らの受け止め方を問うことに繋がっているのだ。

現象学的研究の普遍性へ

研究例で見てきたとおり、看護師たちは患者の痛みに直接応答をしていた。思考を挟まずに思わず応答してしまうこととして、その痛みをある程度わかり、その理解が患者の訴えとずれた時に、痛みの経験はその当人にしかわからないという私秘性を生み出していた。もし仮に、患者の痛みは主観的な経験であり、本人にしかわからないという前提をもったままでこの語りを分析していたら、こうした理解の構造は見えてこなかったであろう。

さらに、痛みへの応答の成り立ち方（構造）は、その応答が個体としての看護師の心の動きや行動として生じているわけではないことを教えてくれた。患者の状態がなければ応答も生じないのであるから、この応答には既に他者の状態が反映されていると言えるだろう。そしてそれは、看護師が自覚する手前で既に始まっていたのである。これと同様に、ここで紹介した語りは、その看護師が経験したことであるが、それに関心をもった筆者らの問い合わせへの応答でもあった。つまり、語りは既に、語り手の個別性を越えて、著者らとともにその場で編み直し生み出した経験と言えるだろう。

患者との関係として成り立っていた看護師の応答を、著者らとの関係を通して浮かび上がらせる。そして、著者ら

もまた、その語りに経験の構造を見て取るのと同時に、自らの枠組みにも気づかされる。こうした再帰性が生まれるのは、看護師の語り自体に、著者らの関心が反映されており、それに触発されるためであると思われる。そして、この経験の捉え直しと枠組みの気づきは、それを読む者にも引き継がれていくことが期待される。

研究をする者が、事象に関わりそれを参加者とともに組み換えて行く研究に、科学的な研究の一般化を期待することは難しい。しかし、現象学的記述が上述した構造の中で生み出され読まれていくのであれば、その構造自体に普遍性が宿されており、それが伝えられていくと考えられる。それは、幾度も「事象そのものへ」たち帰り、そこから「世界を見ることを学び直す」ことを繰り返す中で見出され、また組み換えられていく、その構造として。

文 献

- 1) 横原哲也：現象学的看護研究とその方法－新たな研究の可能性に向けて、看護研究, 44(1), 5-16, 2011.
- 2) M. メルロ＝ポンティ（著）、竹内芳郎・小木貞孝（訳）：知覚の現象学1、みすず書房, 1967.
- 3) 西村ユミ・前田泰樹：「痛み」の理解はいかに実践されるか－急性期看護場面の現象学的記述、看護研究, 44(1), 63-75, 2011.

◆パネルディスカッション◆

現場における研究の活用 — 臨床における専門看護師の活躍 — (総括)

座長 三重大学大学院医学系研究科 小幡光子
広島大学大学院保健学研究科 宮腰由紀子

看護系大学で展開される基礎教育の「看護研究方法(論)」や「卒業研究」の履修を通して、文献の検索やクリティック、データ収集・分析の手法、論文のまとめ方を学んだ卒業者、修士・博士課程の修了者が増加し、看護研究の基礎的素養を備えて臨床現場で働く者が多くなってきた。中でも、臨床実践の場での研究をその役割の一つとする専門看護師は、登場以来、着実に実績を上げ、教育と臨床現場での取り組みも増えるなど、臨床研究環境に変化を起こしている。一方で、ますます重症化・高度化が進む煩雑な臨床現場は、時間的ゆとりがなく、臨床看護師が日々の業務におわれている現実もある。

こうした背景を踏まえ、今回のパネルディスカッションでは、臨床と研究のかけ橋をしながら、質の高いケアの提供を目指して活躍されている4人の専門看護師の方に、研究活動の具体的実践報告をしていただき、テーマである「現場における研究の活用」について議論した。以下、4氏の発表について要点を紹介する。

近藤氏（がん看護専門看護師）は、臨床の看護師が研究論文を読むことから距離をおくような体験をしている状況を、とても残念であると切り出された。しかし、研究論文を活用して臨床の問題を解決することを後輩に教えることは難しく、それ故、CNSの役割のなかにある〈研究〉は、自身の研究活動はもちろんのこと、現場の研究活動に関する現状の把握や分析、現場の研究や看護の質を向上させていくための方略の策定、実践、評価が必要であり、自己の力がどれだけ豊かであるかが問われることだと強調された。特に、現象のなかから重要なこと・意味あることは何か、また、人々の行動や反応を深く意味を持って捉えることは、すべての役割に必要な力であり、研究はこの力の育成に大きく影響していると実感をもって話された。そして、現在の取り組みが確実に病棟全体の看護の質に影響を与え、研究結果や研究から生み出された理論は多いに役立ち、現場のNsたちのエンパワーメントを促進しており、常に走り続けている感じがある臨床現場においてこそ、研究者との対話はとても貴重であると述べた。

宇都宮氏（急性・重症患者看護専門看護師）は、急性期領域ならではのチーム医療の中での「研究」について、要

求される状況に応じたベストプラクティスを行うためにも、看護研究だけではなく、他職種の研究活用が必要であることを改めて示された。また、看護の独自性を多職種間の研究で示していくことは、チームの中での看護の存在意義を示すことであり、そのためにも研究やデータの集積は必要不可欠だと述べられた。さらには、現場の看護師との協働により、研究を活用し、評価することが重要とされた。このような臨床には研究材料が豊富にあり、臨床と教育をつなげる役割の重要性を強調され、専門看護師は現場での研究者としての側面と研究活用者としての側面があることを述べられた。

長田氏（小児看護専門看護師）は「日常のケアを研究的視点で捉えることのサポート」について述べた。日々行っているケアと看護研究が乖離している現状がある一方で、臨床ではケアの継続性や改善点を見出すカンファレンスを頻繁に行っており、その場で行われるケアの評価やケープランの変更は必要不可欠であり、組織内の医療者の経験だけで評価することは難しく、過去の研究から得られた知見などと照らして分析的に評価する視点が必要となるが、臨床で継続的に研究を行い、成果を積み上げて行くことの難しさとして、①自分の関心を中心に取り組む卒業研究とは異なり、臨床ではその組織のケア改善や発展に役立つ研究課題を見出す必要があること、②日常業務と併行して研究活動を行うという時間的制約があること、③医療現場での倫理性を重視するため研究計画や実施に限界があること、④研究メンバーのグループダイナミクスが業務や部署運営に及ぼす影響も考慮する必要があるとし、この課題をクリアするには、批判的な思考で疑問を持ち、様々な視点から意見交換し、文献検討から得た知見を参考に考察すること、つまり、これが‘研究的視点’であり、臨床実践と研究は繋がっているということを、多くの看護職に実感してもらうことが大事であると力説した。臨床で研究を行いう際には、研究機関で行っている研究をそのまま臨床に導入するのではなく、臨床の状況に応じて研究規模や手法をアレンジすることや、多施設で共同して研究を行うことも必要であり、「臨床現場の看護職が研究に関わることに喜びを感じられるような支援のあり方を」と訴えられた。

和田氏（慢性疾患看護専門看護師）は、看護実践の振り返りと・評価につながる「研究」について、既存の研究結果を用いて看護実践の裏づけをし、新たな実践方法を開拓することで質の向上につながり、自分たちの実践を研究として取り組むことで日頃の看護実践を客観的に振り返る機会になる。看護師として何を大切にしていたのか、あるいはすべきなのかと気づくことが多いと、臨床での研究の意味を述べられた。

一方で、重要性は自覚しつつも、どうしても業務第一となってしまうことの、自身の専門看護師としての研究活動に対するジレンマも語られた。

4人の方の発表後の意見交換では、臨床研究の成果やその活用、困難や課題の克服について、活発な論議が行われた。特に、文献レビューの大切さ：かなりの知識と情報量が要求され、どこまでできるか？や勤務内での時間的制約、臨床に即応した研究テーマの設定やそれをいかに発見

するか？などについては熱心に議論された。会場からのCNSの有効活用のありようについての情報提供の要望に対し、パネラーからは「文献を読む会」「研究コースの開講」等、看護師個人の研究マインドや研究能力の向上への取り組みが紹介された。時間的制約、研究環境（予算、情報・図書館など）の未充足などの課題があるが、これに対して、研究者との交流や連携、共同研究はとても有効であることがパネラーの一一致した意見として強調された。

集会の最終プログラムであったため、参加者が少なめだったのが残念であったが、「臨床現場の看護職が研究にかかわることに喜びを感じられるような」場の共有ができたことは、偏えにパネラーの皆さんとの素晴らしい御発表の御蔭であり、それは日頃の充実した活動の反映でもある。このような活動がなされていることに感謝するとともに、本稿で、今回の学術集会のメインテーマ「エビデンスに基づいた看護実践」－現場の研究熱を高めよう－まさに、その熱が少しでも伝えられたら幸いである。

◆パネルディスカッション◆

現場における研究の活用 —がん看護専門看護師の活動を通して—

北里大学病院 がん看護専門看護師 近 藤 まゆみ

1. はじめに

日本の専門看護師制度が始まって15年が過ぎた。専門看護師は実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究の6つの役割を持ち、看護の質の向上を目的に、臨床の現場で患者や家族、看護師、その他の医療従事者に関わっている。なかでも研究の役割は、自分自身のテーマを持って研究活動を行うこと、現場の看護師の研究を支援すること、そして研究結果を看護現場に導入していくことなどが含まれている。今回は、筆者ががん看護専門看護師として現場の看護師ともに行っている研究の活用について述べる。

2. 根拠に基づく実践

看護の現場で根拠に基づく実践の必要性が説かれて久しい。日々の臨床において疑問を持ち、文献等から科学的根拠を調べ、それを吟味して個々の事例に適応させていくプロセスは、質の高い看護実践を目指す看護師像でもある(図1)。しかし、この10~20年における医療現場の複雑化や高度化のスピードは速く、人々の価値観も多様化し、安全に重きを置く医療の現場は多忙と疲弊が問題となっている。このような時代だからこそ日常に流されるのではなく、ひとりひとりの看護師が根拠に基づく実践の力を高めることが求められているのだと思う。

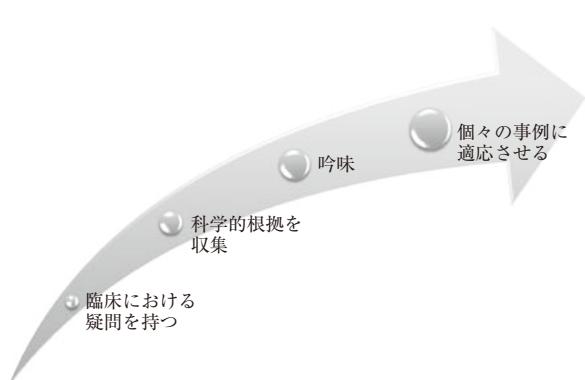


図1 根拠に基づく実践

3. 病棟における研究を活用する取り組み

筆者は研究結果の導入を勉強会、事例検討会などを通じて、いくつかの病棟とプロジェクトを作ってともに取り組んでいる。その目的は、①病棟全体の看護の質の向上、

②スタッフの日々の悩みに共に向き合う、③自分が行っているケアの意味を知る、④看護の楽しさや充実感を得ることにある。方法は、病棟の「こんな看護がしたい」という願いを表明し、達成可能な目標を語り合ったのち、取り組み可能な方略とともに考え、実際にやって評価するというプロセスである。いくつかの取り組みを紹介する。

A病棟はがん性疼痛を持つ患者が多く入院する部署で、基本的な疼痛緩和については、ある程度の力をつけてきた病棟であった。ある日中堅の看護師から「難治性の痛みに対しても自分たちでアセスメントし対応できる力をつけたい」という希望が出された。難治性の痛みについては研究でも様々な知見が発表されているため、それらの結果をテーマ別に勉強会で学ぶという1年間のプロジェクトを中心看護師とともに企画した。また、学んだ内容を使える知識にして実際の症例に適応させて考える訓練をするため、勉強会の後半の時間は事例検討を行った。その結果、痛みのメカニズム、神経障害性疼痛、関連痛、アロデニア、痛みとセデーション、難しい痛みの評価など多彩なテーマが出され、勉強会を推進するコアメンバーも結成された。当初、講師は痛みの専門家が担当していたが、途中からコアメンバーたちが研究結果を吟味し、講義を担当するようになった。次第に病棟の看護師たちは「わかるって楽しい」という実感が湧き始め、最終的には研究結果を参考にして自分たちが使用する痛みのアセスメントツールを作成した。このように、病棟には看護の質を向上するための力があり、専門看護師はその道筋を作り伴奏者となって必要な取り組みを支援することで、その力を実践で使えるものに創っていくことができる。

B病棟は看取りが多い病棟である。病棟管理者より「看護師の死生観を育み、より良い看護実践につなげたい」という願いが出された。これまで多忙な現場では看取りの体験が日常業務のなかに埋もれ、振り返ることも少ない状況であった。ある研究では、看護師のストレスマネジメントや死生観の育成において、自分たちの情緒に焦点をあて話し合いが有効だという結果があったため、病棟管理者に看取りの経験を語り合うデスカンファレンスを提案した。カンファレンスは自由参加とし、自分の思いや体験のなかで語りたいことを話していくこと、仲間の話を受容的に聴

くことを唯一のルールとした。毎回新人からベテランまで参加し様々な思いが交差する温かい場となった。専門看護師は大切な言葉に解釈を加え、フィードバックをし、概念化して示すことで、学びのエッセンスを顕在化した。その結果、デスカンファレンスは癒しの場となり、看護師個々の成長、自分なりの死の哲学を深める、チームの開放性の向上、お互いのサポート関係の強化、退職者の減少など多くの変化が病棟内に生まれた。病棟看護師はその体験を看護研究としてまとめ発表した。このように、研究を実践に導入し、そして実践から研究を行うという研究と実践のサイクルができた。その後、この取り組みは他の病棟にも普及させた。

C病棟は看護研究を行う看護師が少ない病棟であった。看護管理者は「病棟に看護研究の風土を作りたい、看護研究に取り組む力を高めたい」という願いを持っていた。相談を受けた専門看護師は看護管理者と話し合い、看護師たちに看護研究への抵抗感があることがわかったため、まずは看護研究に触れる目的でクリティックを2ヶ月に1回行うことになった。参加者は有志の6名で、中堅の看護師である。方法は彼らがチョイスした原著論文を皆で読みクリティックする。最初は内容が難しいと感じていた参加者だったが、その研究が何を明らかにしているかがわかり、研究方法や倫理的配慮がわかるようになってくると、「面白い」という反応が増え看護研究への抵抗感が和らげられた。また、論文を読む力が高まると同時に、研究に関する基礎的な知識も深まっていった。このように、実践の現場にいる看護師は難しいと感じる研究に触れると抵抗感が湧き、なかなか近づけず敬遠するという現象が起こることがある。専門看護師はその距離を縮め抵抗感を軽減し、看護研究へ取り組む姿勢を支援することができる。

4. 看護師へのコンサルテーションと研究との関係

専門看護師の活動のひとつにコンサルテーション（相談）がある。これは現場の看護師から悩んでいることについて相談を受け、ともに解決に向けて考える活動である。そのプロセスを大まかに述べると、①状況の明確化、②問題の明確化、③期待される結果の表明、④方略の策定、⑤評価である。看護師が悩んでいる問題の側面は様々で、①のときもあれば、②、④の時もある。

「痛みの緩和」という問題について、コンサルテーションを受けたとして考えてみると（図2）。悩んでいる問題の側面が、「痛みが取れないことに悩んでいる」、「なぜ痛み

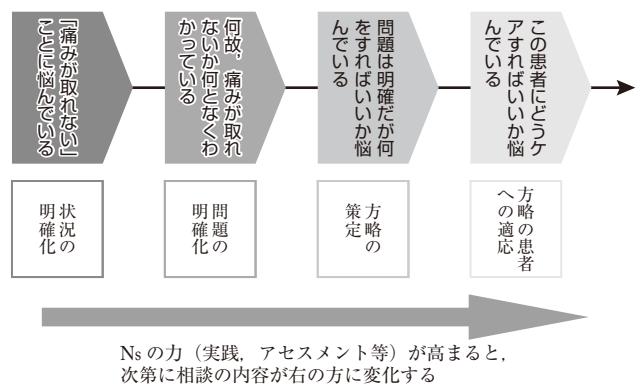


図2 現場の力の向上と、相談内容の変化

が取れないかは何んとなくわかっているが定かではない」、「問題は明確だが何をすればいいか悩んでいる」、「この患者にどうケアすればいいか悩んでいる」とあるが、これはそれぞれ「状況の明確化の不足」、「問題の明確化の不足」、「方略の策定の不足」、「方略の患者への適応の不足」という側面の問題である。これを根拠ある実践のプロセスに照らしてみると、状況の明確化と問題の明確化の不足は、臨床における疑問を持つことにおいて、その疑問が明らかになっていないという側面と似ており、方略の策定の不足は、研究結果から科学的根拠を収集もしくは吟味ができるないという側面と同じようであり、方略の患者への適応の不足は、研究結果を個々の事例に適応できていないという側面と似ている。そして、ケアの力が高い病棟ほど、方略の患者への適応の不足の側面で悩んでいる傾向がある。したがって、看護師が悩んでいる問題の性質や問題に取り組む力の相違は、根拠ある実践を遂行していく力と無関係ではないと思われる。

5. おわりに

悩むことは苦しい体験でもある。そこから逃げ出したいと思うことがあるかもしれないが、悩むことに取り組む現場は問題をそのままにしない質の高い現場である。問題をそのままにしない風土は、そこに居る人々によって創ることができる。看護研究に取り組む姿勢は、起こっていることは何かを明確にし問題解決の力を高めてくれる、まさに現場の悩みや問題をそのままにしない姿勢である。専門看護師の活動はこの姿勢を組織全体に育むことではないかと思う。

今後の課題は、個々のNsが「根拠がある実践」に取り組む力を高めるための方策について検討することである。

◆パネルディスカッション◆

現場における研究の活用 日常のケアを研究的視点で捉えることのサポート

横浜市立大学附属市民総合医療センター・看護部

小児看護専門看護師 長田 晓子

臨床現場においては、ケア技術の工夫や自分たちが行ったケアの評価が日常的に行われているが、それらを研究的な視点で分析したり整理したりすることに苦手意識をもつ看護職も多い。臨床で行う看護研究を支援することは、専門看護師の役割の一つと考えており、筆者も7年に渡って院内の看護研究コースの企画を行い、講義や指導を行ってきた。

ここでは、看護研究の初心者や、改めて看護研究の基礎を学びたい人を対象とした、「看護研究ビギナーコース」の内容を紹介し、臨床で研究支援を行う上での課題を述べる。

この「看護研究ビギナーコース」の講師を務める中で感じるのは、基礎教育で看護研究について学んでいても、文献検討を丁寧に行うことに難しさを感じる看護職が多いということである。業務の合間に文献検索をする時間が確保できること、キーワード検索のコツが掴めないこと、研究方法や結果よりも考察を重視しがちなことなどが影響して、良質な研究論文を複数読み、要約することが難しいようである。

既に行われている研究の対象や、方法論、結果を整理して、今すぐ実践に活かせることと、研究課題として残されていることを明確にしていくことは、自分達が看護研究をする際に役立つだけでなく、日頃の看護の質向上にも役立つ。従って、既存の知識を効率よく整理する力を臨床現場でどうやって磨いていくかは、今後も追求してゆく課題である。

その他、臨床で研究支援を行ううえでは、日常業務と並行して行なうことが可能な規模や手法で研究をすすめること、医療現場での倫理性を保持して研究のための研究にならない配慮、研究グループの人間関係や意欲のエンパワメントが必要だと感じている。

【看護研究ビギナーコース】

全3回～5回のコース（1回2～3時間）

- 内容：①看護研究の目的・意義・すすめ方・倫理の講義
②文献検索、クリティックの講義、演習
③研究テーマの絞り込みの講義、演習
④各自のテーマで事後課題
(研究課題の明確化プロセスを記述して提出)

〈研究テーマの絞り込み演習の詳細〉

研究課題の発見～アイデアを見つける～

- 1) 臨床での気づきや疑問からアイデアを見つける
 - 2) 文献やニュースからアイデアを見つける
- 文献検討に基づく研究課題の見極め～既存の知識を整理する～
- 3) 総説や文献レビューを読み、重要な概念、研究や実践の動向を知る
 - 4) 研究課題に関する「研究論文」を読み、クリティックする
 - 5) 文献検討の結果を記述する

研究課題の絞り込み～研究したいことを明確にする～

- 6) 研究の可能性を検討し、何を明らかにしたいのか問い合わせを立てる
- 7) 研究課題をひとつの文章で記述する

臨床で行う研究の意義を吟味し、自分たちの看護の成果を実感しながら、更に質を高めてゆくプロセスを、現場の看護職と一緒に今後も歩んで行きたいと思う。

◆パネルディスカッション◆

現場における研究の活用

聖マリアンナ医科大学病院看護部

慢性疾患看護専門看護師 和田由樹

まず勤務先である聖マリアンナ医科大学病院の概要について説明をいたします（略）。

今回、登壇する機会をいただきまして本題である『現場における研究の活用』について、私なりに考えることを述べたいと思います。ひとつは、既存の研究結果を用いて自分が行っている看護実践の裏づけを行うことです。私は心臓病看護相談を立ち上げ、病棟と外来の継続看護を目指し看護支援を行っています。看護相談で支援をしている患者さんにおいては、自宅での療養が継続的に行われている様子を感じることができ、再入院をする回数は減少しました。また入院した場合でも重症化する前に受診しているため、以前より入院期間がかなり短くなりました。しかし、患者さんの病気に取り組む姿勢の変化については私の感覚的なものであり、看護相談の成果として示すためには、患者さんの病気に対する取り組み方の変化やその患者さんへの看護実践の有用性について評価する必要があると考えました。

そこでこれらの評価をどの指標を用いて行うかと考えたとき、日本赤十字看護大学 本庄恵子先生が開発された「SCAQ」を活用することにいたしました。「SCAQ」とは、Self-care Agency Questionnaireの略語で、患者さんのセルフケア能力を測定できる尺度のひとつです。「SCAQ」は、「健康管理への関心」「健康管理方法の選択」「体調の調整」「健康管理法の継続」「支援の活用」の大項目で構成されており、5段階のリッカート尺度で評価します。この「SCAQ」は信頼性、妥当性はすでに検証され多くの研究で活用されており、看護支援の効果指標とすることは妥当であると考えました。

心臓病看護相談で支援している患者さんに対して「SCAQ」を用いて評価したところ、「SCAQ」の点数は支援前より支援後のほうが明らかに高くなっていました。これは患者さんのセルフケア能力が向上したと考えることができます。したがって心臓病看護相談は、患者さんのセルフケア能力向上に有効である可能性が高いと判断ができました。ここから、自分が行っている看護実践の有用性、つまり看護実践の裏づけとある一定の評価になったと考えました。

看護実践についての有用性については、「SCAQ」を用

いた研究だけでは明らかになりません。今後は症例数を集めながら継続的に評価すること、臨床研究として患者さんへの半構成的面接法によるデータ収集と集積、また他の研究者による心臓病看護相談担当看護師の参与観察によるデータ収集と分析などが必要になると考えます。

次に『現場における研究の活用』では、今までの看護実践の改善や発展のために活用されると思います。臨床現場は、とにかく忙しい毎日です。その現場で働く看護師は、何が『看護なのか』と意識しながら看護実践をしないと煩雑な業務に流されてしまいます。研究を行う過程では、何が問題なのか、なにを明らかにするべきかの問い合わせ続けることが必要ですし、そのことによって煩雑な業務を見直し、明らかにすべき本質的な事象が明確になると思われます。臨床現場における研究は、そのオリジナリティはどうであれ、自分たちの実践を研究として取り組むことで日頃の看護実践を客観的に振り返る機会となり、そこから得られた結果から、看護師として何を大切にしていたのか、あるいはすべきなのかと気づくことがあります。ここで病棟看護師が行った研究について報告いたします。

ある病棟で、診療科主疾患を持つ患者さんに対する教育入院が始まりました。その疾患に対する教育入院という視点は斬新なことのようでした。教育入院では、プログラムの一つとして看護師による患者教育を考えていました。そのため病棟看護師が、教育入院時に用いるパンフレット作成をしたいと私のもとに相談に来ました。まず、その疾患における一般的な患者教育の内容について文献検索をしました。そして次に、教育入院用として用いるパンフレット内容を再検討する段階で、病棟看護師は疑問を持ち始めました。それは、文献検索した結果、その疾患の患者教育として一般的に行われている内容が明らかになりましたが、その内容は今まで入院中に行っていた患者教育の内容と全く変わりがなく、わざわざ教育入院される患者さんに対して行う患者教育内容とは一体何だろうと、病棟看護師は考えるようになったのです。これは、日ごろ行っていた看護実践を客観的に考える機会を得、その結果看護実践が発展するチャンスになっていると思われます。

そこで私は、病棟看護師は入院中の患者さんについては

接するが、軽快退院をした患者さんがその疾患を持ちながらどのような生活を送っているのかを知る機会がほとんどないと考え、その疾患をもつ患者さんの「退院後の生活」に関する文献検索を提案しました。病棟看護師は今までに文献検索を行ったことがなく、今回初めて文献検索を行いました。病棟看護師は、既存の研究で多くのことが明らかにされている事実に直面し、大きな衝撃を受けていたことも事実です。これも今回の機会があったからこそ得られた産物だと思います。

文献検索の結果、その疾患の退院後の生活について具体的に明らかにされている研究が見当たらなかった、その上、病棟看護師自身も患者さんが退院後どのような生活を送っているのかという視点が自分になかったことに気づき、そこから研究テーマ『○○疾患を持つ患者のセルフマネジメントの実際』とした研究を行いました。実際には、その疾患の退院後の生活に関する研究はあったのですが、病棟看護師が初めて行った文献検索の結果を大切にするべきだと私は考え、更なる文献検索を病棟看護師に行うように提案しませんでした。これは看護基礎教育背景が大学から各種専門学校までとさまざまあるためかもしれません。

病棟看護師は研究終了後「思ったより患者さんは病気のことをよく理解していて、それなりの自己管理をきちんと行っていることがわかりました。今まで病棟でやっていた退院指導って何だったのだろうって思いましたよ」と言っており、研究によって大きな気づきがあったようです。このように研究で得られた結果から、今までの看護実践の振りかえりと次へのステップにつながったと考えます。

臨床現場では研究結果を看護実践にただちに反映できるという大きな利点があります。しかし臨床現場で研究を行うにあたっては、第三者の審査機関、倫理審査委員会に書類を出す必要があります。倫理審査委員会に提出する書類は、研究計画書をはじめ患者説明書類と同意書などですが、倫理審査委員会に提出する書類を作成する時間を業務時間内で確保することは困難なため、臨床での研究実施に二の足を踏むことも事実です。

研究を実施する環境としては、当院は医学部が併設されていますので医学情報センターが隣接しており、文献検索などをする環境としては恵まれているほうです。しかし多

くの現場は、そのような設備すらない施設も多くあると思われます。また、当院看護職員の看護基礎教育背景は大学卒業以上の看護師は10%であり、基礎教育課程で研究の基礎を学習している看護師は少ないと思われます。このように臨床現場では、多くの研究となり得る現象はありますが、臨床看護師がそれらを明らかにするために研究に取り組むこと自体が大変な労力です。また研究にとりくむための環境下にないことも臨床看護師が研究を実施、活用できない原因のひとつかもしれません。

現場における研究は、煩雑な臨床現場における問題解決手法のひとつであると考えます。臨床現場で、「あれ？これはどういうこと？どうすればいいのだろう」と生じた疑問。例えば、今回紹介した病棟看護師のように、はじめは教育入院をする患者さんの患者教育用パンフレット作成が動機でしたが、文献検索を進めながら本質的な事象が明確になる過程がまさに研究手法を用いた問題解決になると思います。自分の疑問が明らかになったことで、たとえ学術的な発展があろうとなかろうと、日々の看護実践の裏づけと評価、そして発展につながると考えます。

専門看護師が臨床で行う研究支援は、臨床現場で働く看護職員の本質的な事象を捉える力を高めることにつながります。また臨床現場と机上をつなぐことによって看護実践の質向上にも寄与していると思われます。そして最も大切なことは、専門看護師は、研究的手法を活用して問題の明確化とその問題を解決することができる、そして研究で得られた結果から看護実践への示唆を得ることができる人材であるかと考えます。だからこそ、看護実践の成果を正しく測定し、その有用性を明らかにする、つまりは「看護」の価値を社会に知らせ、国民の生活の質向上に寄与るべき任務があると考えています。今、私が考えていることは、先に述べましたように心臓病看護相談における看護支援の有用性の検証です。次に、例えば心臓病看護相談担当看護師の看護実践有用性が立証されたのなら、その看護実践のスキルを具体的な技術として研究的に明らかにすること、そしてそのスキルを一般化できるような研修プログラムを立案できることを目指したいと考えております。そうすることで、より多くの看護師が優れた看護実践を行うことができる、それが看護の質向上に寄与すると考えています。

◆交流集会 I ◆

現場の研究熱を高めよう — 終焉への適応の考え方を活用して —

国際医療福祉大学福岡看護学部 小田正枝
国際医療福祉大学福岡看護学部 下舞紀美代
国際医療福祉大学福岡看護学部 安藤敬子

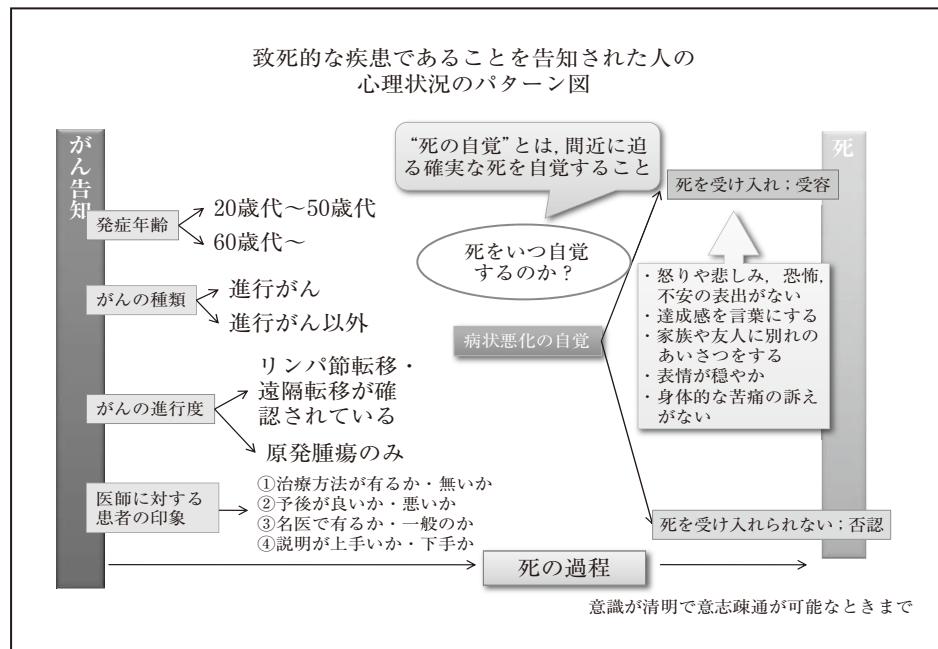
臨床現場で患者の看取りを体験する看護師にとっては、がん患者をいかに看取るかということが喫緊の課題となっている。がん患者の苦痛を少しでも緩和するためは、まず、患者がまさに体験している心の状態を理解することは不可欠である。それにより、はじめてより患者のニードに寄り添った適切な看護が可能となる。

今回の交流集会では、終焉を迎える人の事例を紹介しながら、人は臨床で直面する現象をどのように捉えてきたか、人にとっての適応とはどのような状態をいうのかを皆さんと一緒に考えたいと思う。

死を迎える人をテーマにした研究では、Kubler-Ross (1969) や Buckman (1993) の段階理論、Glaser and Strauss

(1965) の病院スタッフと患者の間の4つのアウェアネスに関する報告が良く知られている。日本においては、柏木(1980)や平井(1999)、前田(2006)、が死の過程にある人を対象に、その心理的变化を研究している。Dobratz, M.C. (1990年)は、死を受け入れるという受け身的な考え方から、死に適応していくという能動的な思考で死と死にゆく過程について研究している。

人にとって死は定めであるが、決して喜ばしいものではない。誰もが迎える終焉における身体的、心理・社会的苦痛を研究する意義や、『死の受容』と『死の適応』の違いを事例を通して参加者と共に検討したい。以下は、今回検討する事例の心理状況のパターン図である。



◆交流集会Ⅲ◆

家族の力を引き出す、子どもの力を引き出す看護の技 —外来での展開—

大阪医科大学看護学部 泊 祐子
大阪医科大学看護学部 竹村 淳子
滋賀県立小児保健医療センター 松倉 とよ美
滋賀県立大学人間看護学部 古株 ひろみ
聖泉大学看護学部 流郷 千幸

日本看護研究学会第38回学術集会の交流集会Ⅲでは、「看護の技」に注目し、子どもの力、家族の力を引き出すことができる看護の技を紹介した。日常的に人々が出会う外来において、受診する患者・家族にどのような看護がなされているのか、どのような形で看護の受け手に見えるよう展開されているのかを紹介した。

看護・看護実践が社会的評価に耐えうるように人々に“見える形”に表現する必要性を感じている。将来的には診療報酬に組み込めるように“看護の技”として可視化し、その効果を評価できるように示すことが重要と考える。

滋賀県立小児保健医療センターでは、〔看護外来〕という名称で2008年9月に在宅療養指導料算定の対象となる子どもと家族への支援と、難病や慢性疾患をもちらながら生活している子どもと家族の日常の不安や困りごとに対応することを目的に看護外来を開設した。本院長および看護部長の許可を得て、看護外来での活動と同じく外来での採血場面における子どもと家族へのプレパレーションから“看護の技”を紹介した。これらの技が蓄積・発展・浸透することを願っている。

1. 看護外来における家族への介入

看護外来の開設当初は、外来業務との兼務で相談件数は40件／月程度であったが、2009年度からは専任の看護師が配置され、90～100件／月に増加した。2010年度の相談件数は、1,683件であった。相談者の状況は、「在宅寝たきり」の児が最も多く、次いで「在宅人工呼吸器」、「在宅自己導尿」などであり、在宅療養指導料算定の対象以外の子どもの相談希望も月平均50～70件あり、それらにも対応している。

看護外来の活動の特徴として、相談者を待つのではなく、在宅療養指導料算定の対象となる子どもと家族、またはその他の外来受診に訪れた子どもと家族の診察待ち時間に外来に出向き、コミュニケーションを取りながら日々の困りごとを掘り起こす方式をとっている。看護外来で実施

している相談には、疾患や障がいをもちながらの生活で生じるさまざまな出来事が背景にあるので、医療や看護についての知識・技術の提供にとどまらず、子どもや家族の生活にどう生かすのか、子どもや家族が実践者となるための具体的方策を見出す必要がある。

そこで、今回は、障がいのある子どもと家族の相談事例の看護過程を振り返ったので、子どもや家族の力を引き出す看護の技とはどのようなものかをまとめ、看護外来の今後の課題にふれる。

1) 親に自信をつける

障害がある子どもは退院しても経管栄養や吸引など医療的ケアを継続する場合が多いので、子どもの退院前には親に対して、それらのケアが実施できるよう指導が行われる。

しかし、親は手技を獲得して日常のケアができるレベルにあるにもかかわらず、自分の手技に自信をもてないことが多い。看護外来では、外来診療を待つ子どもと親に声をかけることで、親が抱えている自信のなさなどの感情を掘り起こし働きかけている。

経管栄養チューブの入れ替えに不安をもっていた事例では、親が実施している方法と不安の内容を詳細に聞き、看護師が親の実際の手技を見ながら実施中に感じている疑問や不安にその都度応えるという援助を行った。これによって、子どもがケアの実施中に示す不快な反応が親に自信をなくさせていることがわかり、親の手技が問題ではなく不快な感覚が除去できないものであることを説明し、感情に共感しながら親が手技を実施していくと感じるまで援助を続けた。

親が在宅での医療的ケアを継続していくためには、手順やテクニック以外に「これでやっていける」という実感を伴った手技を獲得する必要がある。看護外来での技の一つは、ケアの主体者である親に『自信をつける』ということにある。

2) 親が他者に子どもの説明（症状、医療的ケアなど）ができる力をつける

障害がある子どもや親は、医療施設内では情報提供やケアを受ける立場にある。しかし、日常生活では、親が子ど

もについての情報やケアの方法を他者に伝える立場に立つこともある。看護外来の看護師は、こうした親の立場への援助も行っていた。

保育園就園のため、親が保育園の看護師に対し自己導尿の手技を伝えた事例では、保育園の看護師から導尿の清潔操作が不潔であると指摘されたことで、これまで身に着けた方法について疑問をもつことがあった。

こうした場合の援助では、親に対して医療施設で行われる導尿と自己導尿における感染防止と清潔についての考え方の違いを理解してもらう指導から始めた。医師を巻き込んで説明し理解を促したうえで、他者に説明するときのポイントと説明の順序を共に考え、家族が他者に説明できるよう支援した。

在宅で生活する障がい児が増えている現在、親がさまざまな機関や他者に子どものことについて説明する機会が多くなっているので、親が『他者に説明できる力をつける』援助も看護の技といえる。

3) 成長によって出現する健康の変調に対応する力を持つ

障害がある子どもの中でも、重症心身障害児は思春期頃から身体の成長とともに側弯の進行など健康面で深刻な変調をきたすことがある。在宅で生活する場合、子どもの観察は親が行っていることがほとんどであるため、親がわが子の健康の変調について理解し、気づける力が必要である。

看護外来では、受診回数が減少する学童期以降の子どもに、体格が大きくなったことが観察されたら、待ち時間に声をかけ最近の健康状態について質問し、親にこれから起こる可能性のある症状や徵候についての観察の必要性を説明している。

このような援助は、思春期以降の障がい児をもつ親にとって、今後生じる可能性がある健康の変調への心構えと観察ポイントが理解でき、対応する準備が整うと考える。したがって、子どもの成長時期に応じて『健康の変調を予測し、親が対応していく力を持つ』援助も看護の技である。

4) 成長した子どもがもつ悩みが直接相談できる環境づくり

看護外来での相談者のほとんどは親である。しかし、中には成長した子ども自身が相談を希望する場合があり、対応した事例が数件あった。

子ども自身からの相談内容は、二分脊椎がある子どもから外泊時の月経の処理方法や、友人への障がい告知による人間関係の変化への心配などであった。看護師は、別室で話を聞き具体的な方法の提示やどうすればよいかと共に考える姿勢をとった。

自分の意思が表現できる子どもは、成長とともに自分の健康管理や周囲との人間関係に悩みをもち始める。上記の

事例では、いずれも自分の障がいに関連した相談内容であった。このような悩みをもつ子どもたちは、親が心配することを懸念して親に相談しないことがある。また、親への反発心が芽生えることもあると思われる。看護外来では家族の力を引き出すとともに、『成長した子どもがもつ悩みに直接相談できる環境づくり』が必要である。

5) 子どもの意思が確認できない場合の親の意思決定を支える

重度障がいの場合、徐々に食物の嚥下が困難になり、胃瘻や気管切開が必要となってくる。しかし、その処置を受けるかどうかは、親の意思決定にかかるので、親は本当にそれが子どものためなのか、これ以上苦しい思いをさせたくない、手術を受けるかどうかの意思決定に時間を要して悩み苦しむ。子どもも親の前ではニコニコ機嫌良く過ごすが、体力的には体重の維持が困難であったり、発熱を繰り返すなど気管支炎や誤嚥性肺炎を引き起こしている場合も見受けられる。親自身も理屈的にはわかるが、感情面で受け入れれないケースが多い。そのため処置の必要性の理解ではなく、ゆっくりと心理的に受け入れられるように時間をかけて、話をして子どもの身体的状況を代弁しつつ『親の意思決定を支える』技が必要である。

2. 外来における採血場面での親と子どもの力を引き出す看護支援

本センターの外来では、看護師が採血の穿刺、介助を行なっている。以前は子どもの痛みや恐怖を感じる時間を最小限にするために、固定や抑制を確実に行うことの重点をおき、子どもへの説明は「ちょっとチクッとするよ」程度の簡単な説明であった。しかし、特に幼児期後期の子どもは説明を理解し、採血に協力できる力があることが徐々にわかり、研究者と共にプレパレーションに取り組んできた。実践研究の取り組みを紹介する。

1) 親子で取り組む採血：プレパレーションの実践研究

採血におけるプレパレーションの最初の取り組みでは、「S県下における幼児の採血場面のプリパレーションと関連要因」(2006)^{1)～3)}等の研究を発表したが、まだプレパレーションの認知は低いものだった。その後学会では、子どもへの説明の工夫をプレパレーションとした実践報告がみられるようになったが、子どもの対処能力に注目し介入効果を評価したものはまだみられなかった。

2006年、本センターでは採血を受ける子どもへのプレパレーションの実施、ディストラクションツールの開発、親の付き添いを導入した。子どもに付き添って採血に臨んでも、親の役割がわからず不安をもっていると、子どもはさらに混乱する。そこで、プレパレーションに、採血前の親子を対象に採血の説明用絵本「おちゅうしゃいやいや」

(アラジーポット作成) や、写真を使った採血手順を示したもの、「採血を受ける子ども（幼児期後期）と親のためのDVD」⁴⁾により対処方法をわかりやすく示した。ディストラクションツールとしては、キラキラボトルや飛び出し絵本、キャラクターのDVDなどを使用するようにした。

「採血を受ける子ども（幼児期後期）と親のための支援DVD」の効果については、子どもと保護者を対象に介入研究を行なった。介入群には支援DVDを視聴してもらい、測定用具には独自に作成した保護者の支援効力感尺度、STAI、唾液中アミラーゼ活性値（以下AMYと略す）を測定した。その結果、介入群の保護者は採血後に有意に不安が低下し、支援効力感が上昇することが明らかになった。また、保護者の支援を受けた子どもは痛み評価が有意に低かった。この結果より、子どもの採血に親が付き添うだけでなく、子どもへの支援方法を具体的に示す必要性⁵⁾が示唆された。

ディストラクションツールの効果については、採血を受ける幼児期後期の子どもの採血中に、キャラクターのDVDを鑑賞できるようにし、AMYを測定した結果、採血後にはAMYが低下することがわかった³⁾。また、採血時の母親の付き添いとキャラクターDVDの鑑賞について0歳～8歳までの子どもの母親を対象に質問紙調査を実施した結果、子どもの年齢や採血経験に関係なく、満足度が高かった⁶⁾。母親への聞き取りからは、「一緒に安心」、「泣くことの受容」、「抱っここの難しさ」の3つのカテゴリと8つのサブカテゴリが抽出された。幼児前期の子どもの採血に母親が付き添うことの意義や抱っここの姿勢の効果と発達や体格に応じた抱き方の支援の必要性が示唆された⁷⁾。

これらの結果を受けて、現在では、待ち時間に親子への支援DVDを視聴してもらい、採血中は親が子どもを抱っこする姿勢（写真1）をとり、キャラクターのDVDによ

るディストラクションの提供が定着している。

2) 外来での採血におけるプレパレーションの実際と技

この項では、採血に向けての環境づくりと実際の採血の技に分けて説明をする。

子どもの採血などの医療処置では、認知発達に応じた説明と子どもの力を引き出すかかわりが重要である。特に、幼児前期では子どもの力を引き出すためには親の付添と付添のあり方がより重要である。看護の技として、幼児前期の子どもとその親が付き添う採血処置におけるアプローチについて解説する。

〈実際の採血方法〉

本センターでは、看護師が主体となって採血している。処置室を「シャボン玉ルーム」と名付けている。シャボン玉は涙の象徴として、「泣いてもいいんだよ」というメッセージを送っている。

(1) 付き添う親の役割を理解してもらう

処置室に親の付き添い希望の有無を確認して入室してもらっている。入室時では親に単に採血時にそばにいてもらうのではなく、前述した支援方法を示したDVDや説明用絵本などを活用して、親にもできる役割を事前に説明している。

例：針を刺しているときに子どもと一緒に数を数える、

トントンしながら声をかける、頭をなでるなど

次に、デストラクションのために、子どもの好きなキャラクターのDVDのソフトを選んでもらう。DVDを流し始めると親は自然とDVDを見て子どもに話しかけ、DVDを指さし子どもの緊張をほぐすアプローチを始める。親は椅子に座り、親の膝に子どもと向き合う。または後からの抱っここの姿勢で子どもを抱き、採血側の反対側にDVDプレイヤーを置き、子どもの手を採血台に乗せ、採血を行う。処置室は写真2のようにセッティングしている。



写真1 実際の場面

抱っこ姿勢の採血 看護師は腕を軽く固定しているだけで力は入れていない。

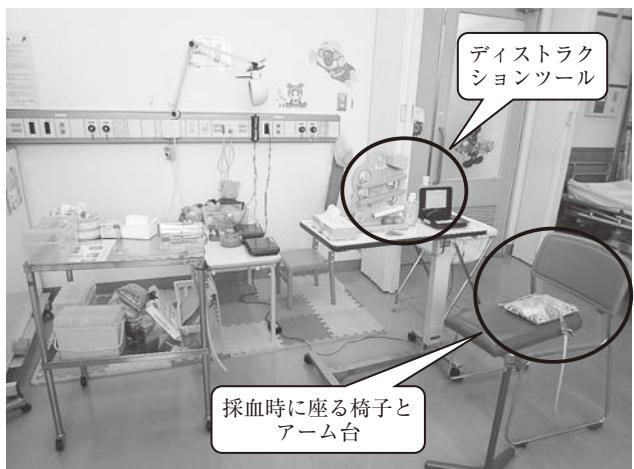


写真2 処置室

親の抱っこは固定の意味もあるが、採血部位を見たくない子どもには穿刺反対側にDVDを配置したり、親の顔で遮ったり、腕と反対側のDVDと一緒にみられるなど多くの効果がある。

(2) 採血中の行為一つ一つの説明

子どもは刺入の痛さがわからないので、「こけてすりむいたときぐらいの痛さ」というように理解できる程度に細かく説明する。採血に入っても、「消毒するよ」「ゴムで縛るよ」と一つ一つを説明する。子どもがしないといけないことも「ここは大事だから手は動かしません」と穿刺前には説明する。準備の段階で、泣いている子どもも、子どもが「早くして」というようになるなど、子どもなりの覚悟を持ったことを察知できる場面もあるので、その子なりのタイミングを見計らう。実施中は看護師や親は声かけ・数を数える、おもちゃの提供・DVDを見せるなどで気を紛らわせるサポートを行う。採血後は採血部分にキャラクターが描かれた絆創膏を選んでもらい、「頑張ったね」と子どもに声をかけて、終了する。

(3) 子どもの覚悟を待ち、覚悟を見極める

処置室に入ってきて泣いている子どもへの対応は、子どもの様子を見て、気分を変えるために一度廊下に出てもう方がよいと場合と、そのまま処置室で子どもの気持ちが整うまで待つ場合がある。**写真2**のように処置室ではカラーマットを敷いた上に、子ども用椅子とテーブルを置き、おもちゃやDVDを用意して子どもが遊べるようにしている。

子どもに採血の説明をするが、順番を待つ間に、採血の順番や何をされるのかがわかるDVDが見られるように待ち合いに準備している。子どもの覚悟ができるまで、看護師も待つが、どれぐらい待つか、子どもと時間の約束をする。だいたい30分程度である。子どもの動きを見て、処置室に近づいてくる姿勢が見えたら、30分過ぎていてもう少し待つ。子どもの言葉に耳を傾け、子どもの行動に目を凝らし、子どものペースを大切にする。親がしひれを切らして、早くしてくださいという場合もあるが、親の言葉だけに反応せずに、子どもの気持ちを優先させる。

子どもをみて、この子は、どう説明すれば覚悟ができるのかを判断する。これまでの採血の経験を子どもに聞く。6才程度の理解がある方が怖がることがある。親が看護師に気を遣って怒り、加減に子どもに話すことがあるので、親にも声掛けを行う。

看護師と親が一体となり、子どもが主体的に関わるよう取り組んでいる。子どもの安心感を促すような、親が子どもの頭をなでるなどの愛着行動を引き出せるようなアプローチ方法を常に探究している。子どもの頑張りを認めて、次への自信を養うことを目指している。

採血を受ける子どもの最善の利益のために、今後、子どもの採血に付き添う親への支援モデルの開発など、親子への支援に取り組んでいかなければならないと考えている。

(4) 外来看護師同士での情報の蓄積

本センターは定期的に通院している子どもが多く、看護師は子どもや親の情報を得やすい。各々の子どもにどのように話をすればよいかなど皆がもっている情報をすり合わせておくと効果的であるので、採血が難しい子ども、血管の出にくい子どもは記録を残している。針のサイズ、種類、刺した箇所がわかるように腕と手を図解して、記録しておく。血管の出にくい子どもはどのような対処をしたのか、たとえば、「○○部分の血管をお湯で5分くらい温めた」など具体的に記録している。

本センターで、看護師が子どもへの関わりにおいて大切にしている3つの基本姿勢を以下に示した。

- ① 子どもが主体的にできるようになるまで待つ
- ② 医療者のベースではなく、子どものペースに合わせる
- ③ 子どもに嘘はつかない

採血時の支援だけではなく、処置室入室前から退室までの姿勢で取り組んでいる。

3) プレパレーションの発展と臨床への浸透の期待

この10数年、「プレパレーション」の概念^{8), 9)}が普及し、医療処置を受ける子どもには、認知発達に応じた説明と子どもの主体性を引き出す援助が重要であることが周知され、丁寧な事例検討や介入研究の評価を重ねることで、ケアの質が大きく転換してきた。しかし、親子への支援という点からみれば、親は処置室の外で待たされ、子どもが一人で採血に臨まなければならない施設が多いことも事実である。

交流集会において親子への支援DVDを配布すると多くの方に喜んでもらったが、実際にはなかなか現場で広がりにくい。医療現場の体制などから親を参加させることや子どもが覚悟を決めるのを待つことは難しい。しかし、子どもを抑制することに疑問をもっている看護師は、目をつぶることなく看護独自の技としてできることから進めてはどうだろうか。そんなことを期待している。

文 献

- 1) 流郷千幸, 古株ひろみ他, S県下における幼児の採血場面のプリパレーションと関連要因, 人間看護学研究, 3, 145-152, 2006.
- 2) 古株ひろみ, 流郷千幸, 携帯用DVDプレイヤーを用いたプリパレーションの効果, 日本小児看護学会第17回学術集会, 2007.
- 3) 鈴木美佐, 流郷千幸, 古株ひろみ, 松倉とよ美, 母親と共に採血を受ける幼児前期の子どもの対処行動, 日本家族看護学会第18回学術集会講演集, 2011.
- 4) 泊祐子, 竹村淳子, 松倉とよ美他: 家族の力を引き出す, 子

家族の力を引き出す、子どもの力を引き出す看護の技

- どもの力を引き出す看護の技—外来での展開—，第37回日本看護研究学会講演集，2011.
- 5) 流郷千幸，法橋尚宏，採血を受ける子どもを支援する親への看護介入の効果—親の支援効力感向上と親子のストレス緩和のために，日本看護医療学会雑誌，10(2)，8-19，2008.
- 6) 古株ひろみ，流郷千幸，子どもの年齢と採血時の母親の付き添いおよびDVD視聴に関する母親の満足度，日本小児看護学会第19回学術集会，2009.
- 7) 古株ひろみ，流郷千幸，松倉とよ美，幼児前期の子どもの採血に抱っこでつき添う体験をした母親の思い，人間看護学研究，(9)，127-133，2011.
- 8) 小児看護，へるす出版，2002年2月号.
- 9) 蟻名美智子他，子どもと親へのプレバレーションの実践普及班，平成14年，15年報告書，2006.

◆交流集会Ⅳ◆

質的研究をめぐる諸問題 — 質的研究の結果は一般化できない？ —

日本赤十字看護大学 谷 津 裕 子
東京慈恵会医科大学 北 素 子

はじめに

質的研究論文の考察の最終節，“研究の限界と今後の課題”に、「本研究では限られた集団・施設を対象としていることから（他にも研究参加者の人数の少なさや特性の偏りを理由にする場合もある），本研究で得られた結果を一般化することはできない」という文章を見受けることがある。とても短い、しかしさまざまな質的研究者によってくり返し語られるこの一文は、「質的研究の結果は一般化できない」という印象を研究消費者に与えるのに貢献し続けている。

本当に質的研究の結果は「一般化」ができないのだろうか？ この問題に答えるためには、少なくとも次の2つの問いを追究することが必要だと思われる。1つは、質的研究とは何をする営みなのかという「質的研究の本質」に関する追究であり、もう1つは、一般化とはどのような概念で、その概念を用いることにどのような意義があるかという「一般化の本質」に関する追究である。

質的研究の本質とは

認識論的にみて、質的研究の推進力は“ケース志向(case orientation)”である(Sandelowski, 1996)。質的研究とは典型的に、1つのケースを全体（1つのまとまり）として見ながら、その本質を理解するプロセスである。そのプロセスの焦点は、個々のケースがそれぞれどのように作られたのか、つまり、一連の同じ要素が、異なるケースにおいてどのような形で影響しあい、異なった結果を出すのかという点である。

このケース志向のアプローチは、量的研究の推進力である“変数指向(variable orientation)”のアプローチと際立って対照的である(Ragin & Becker, 1989, p.49)。変数志向のアプローチをとる研究者が注目するのは、観察結果の差異を説明するための変数と、変数間の関係である。ただし、量的研究の特徴が変数志向であるということは、質的研究では変数を見いださないということを意味するわけではない。質的研究者は分析の段階でケースを構成する変数を見い出すことはあるが、それが研究のゴールではなく、それらの変数がどのように組み合わされることによって一

つひとつのケースを特徴づけるかを理解しようとする。研究を通して到達しようとする理解の主眼が、量的研究では「変数および変数間の関係」であるのに対し、質的研究では「ケース固有の特徴」であるという点において、両者は峻別されるのである。

そのために、質的研究を通して得られる結果には、量的研究を通して得られる結果とは区別される特徴が反映される。質的研究で得られる結果には、ケース固有の性質が色濃く反映される。そして、そのような結果であるほど質的研究は、 $n = 1$ （1人の人）が経験する人生からの教訓(Einsner, 1991, p.197)を学ぶ機会を増やし、他のケースに共通する普遍的なものごとを見いだすことに貢献するだろう。一方で、量的研究を通して得られる結果には、サンプルに基づく知見が母集団の性質と合致する確率の高さが問われる。つまり、事例の代表性が問われるるのである。

以上のこととは、研究で得られた結果がどのケースに当てはまる結果であるのかという一般化にまつわる議論である。そこで今度は、一般化可能性の概念について改めて考えてみたい。

質的研究における一般化とは

「一般化」とは論理学の言葉で、ある事例から、導き出した法則や概念などを、広く普遍的に適用することとみなすこと（北原他；2000, p.1201）を指すが、広く解すれば、特定の文脈を越えて人間経験の諸相に関するより一般的・抽象的な理解へと移行するプロセス(Schwandt, 2007/2009, p.6)であると言える。

Sandelowski(2009)は、一般化に4つの区別をつけて論じている。興味深いことに、これらの一般化には、量的研究が得意とする種類の一般化もあれば、質的研究が得意とする種類の一般化もある。量的研究が得意とする種類の一般化は「法則定立的一般化(nomothetic generalization)」、質的研究が得意とする種類の一般化は「個性記述的一般化(idiographic generalization)」であり、さらに「自然主義的一般化(naturalistic generalization)」と「分析的一般化(analytic generalization)」は量的研究と質的研究のどちらにも当てはまると分類している。一般化をめぐって時折議論

がもつれるのは、これら的一般化を混同することによって生じるのだと私たちは考える。

おそらく多くの人にとってなじみ深いのは、量的研究で目指される「法則定立的一般化」であろう。しかし、質的研究ではこれとは異なる「個性記述的一般化」が目指されており、量的研究で目指される一般化を目的とはしていない。それにも関わらず、私たちは質的研究の結果が量的研究の目指す「法則定立的一般化」には貢献しにくいという当然のことがらを、それがまるで“本研究の限界”であるかのように述べることや述べられることに慣れてしまっている。繰り返し公言されるこうした的外れの懺悔は、無意味なばかりか、「質的研究の成果は一般化できない」という根拠のない言説形成の一端を担い、質的研究に対する誤解をつくりあげかねない。

おわりに

Sandelowski (1996, p.528) がいうように、“一般化”という語は、量的研究の専有物ではなく、質的研究においていま一度取り戻すべき言葉である。質的研究の一般化をめぐる問題に真っ直ぐに向き合うことは、質的研究で得られた結果の存在価値を正しく見定め、その結果を有効に活用

するために重要である。

交流集会Ⅳは、質的研究に関心のある多くの参加者と共に、質的研究におけるケース志向性と変数志向性、質的研究の結果の一般化可能性について議論を交わし、「個性記述的一般化」の概念の重要性について認識を深める有意義な時間となった。

文 献

- Einsner, E.W. (1991). *The enlightened eye: Qualitative inquiry and the enhancement of educational practice*. New York: Macmillan.
- 北原保雄, 久保田淳, 谷脇理史他編 (2000). 日本国語大辞典. 第2版, 第1巻, 小学館.
- Ragin, C.C., & Becker, H.S. (1989). How the microcomputer is changing our analytic habits. In G. Blank, J.L. McCartney, & E. Brent (Eds.), *New technology in society: Practical application in research and work* (pp.47-55). New Brunswick, NJ: Transaction.
- Sandelowski, M. (1996). One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 19, 525-529.
- Sandelowski, M. (2009). 14th Annual Summer Institute Qualitative Research: Case study research. (hand-out)
- Schwandt, T. (2007)／伊藤 勇・徳川直人・内田健監訳 (2009). 質的研究用語事典. 北大路書房.

◆交流集会Ⅳ◆

看護職が行う口腔ケアの独自性とエビデンス

大阪医科大学看護学部 道 重 文 子

看護職が行う口腔衛生の重要性については、ヘンダーソンの「看護の基本となるもの」において、看護の独自の機能、すなわち基本的看護ケアとし、「意識を失っている人の口腔を清潔に保つのは非常にむずかしくまた危険な仕事であり、よほど熟練した看護師でないと有効に安全に実施できない。実際に患者の口腔内の状態は看護ケアの質を最もよく表すもののひとつである」と述べられている。また、具体的な方法では、健康時よりもいっそうの手入れが必要とし、歯は少なくとも日に2回以上みがくことの必要性、巻綿子やグリセリンの使用が不適切である理由についても述べている。ここでは「口腔衛生」に視点がおかれて「口腔ケア」という概念化はされていない。

日本にこの書籍が紹介されたのは50年以上も前であった。そして多くの看護師がこの書籍を看護基礎教育の初期に紹介され、自身の看護観を形成していくうえで多くの影響を受けているに違いない。しかし、「口腔衛生」に関して、看護独自の機能として意識化されケアが行われてきたであろうか。

現在、「口腔ケア」は、看護職をはじめ介護職、言語聴覚士、歯科医師、歯科衛生士等さまざまな分野や職種により行われている。そのため、各分野で提案されている定義や捉え方に違いがみられ、口腔疾患および気道感染・肺炎に対する予防を目的とする口腔清掃や口腔保健指導を中心とする口腔ケアを狭義とし、口腔疾患および機能障害に対する予防、治療、リハビリテーションを目的とする歯科治療から機能訓練までを含む口腔ケアを広義としている。

看護職は身体の清潔を保つケアとして看護の役割として日常的に口のケアをしてきたが、その成果を十分に証明してこなかったため他の医療職種に看護がおこなう口腔ケアの意義を伝えられず、また看護職においても意識化を阻んできたのではないだろうか。高齢化社会を迎える種々の職種においても「口腔ケア」に対する研究がおこなわれているが、現在でも看護職の口腔ケアに関する研究報告は口腔衛生に関連するものが多く、口腔ケアとして口腔機能を整えるという視点からの研究は少ない。

「専門的口腔ケア」は、咀嚼機能の維持による低栄養予防、嚥下機能維持による気道感染予防、発音改善・容貌回復・口臭改善による閉じこもり予防（社会参加向上）、平衡機能維持による転倒骨折予防への効果も示され、高齢者

の介護予防として口腔機能の向上が重点課題とされている。

このような現況において、看護職が行う口腔ケアは、口腔衛生を維持し嚥下性肺炎および人工呼吸器関連性肺炎を予防することは重要な目標であるが、「食べる」「話す」「呼吸を整える」という口腔機能の調整をおこない、対象とする人間ひとりひとりがよりよく生きることができるための条件をととのえるのを手助けしていかなければならないと考えている。

本集会では、1) 口腔ケアにおける看護職の役割と課題については日本口腔ケア学会理事長の鈴木俊夫先生に話題提供をしていただいた。2) 安全を守るケアとしての口腔ケア（感染予防）については、新潟県立看護大学看護学部の堀良子先生に話題提供をしていただいた。3) 食べる機能を支えるケアとしての口腔ケア（摂食・嚥下機能）については、愛知県立大学看護学部の鎌倉やよい先生に話題提供をしていただいた。そして、看護独自の機能としての口腔ケアの範疇や課題、エビデンスに基づいた口腔ケア法および評価方法についての意見交換を行なってもらった。

鈴木先生は、歯科医であるが訪問看護ステーションを運営され、また、様々な施設での訪問歯科診療をされている経験から、療養中の患者様の口腔状態の実態を多数の写真で示しながら話された。ある施設では、管理栄養士が口腔ケアを行い、看護職は、口腔内の観察を「景色としてみている」と表現され、看護職はケアをしないのかとの指摘があった。様々な職種が口腔ケアを行っているが、看護職は、口腔内の状態をアセスメントし、状態に適した口腔ケアを実施する必要性を示唆された。

堀先生は、非経口摂取者の口腔ケア方法について実態と細菌学的評価から報告された。非経口摂取者の32.4%から緑膿菌が検出され、1日1回のケアをしているところが62.9%，うがいが5.6%，歯ブラシを使っているところが58.3%であり、ブラッシングをしていない方が発熱回数が多く、機械的ケアが日和見感染の定着を防止することを強調された。さらに、口腔内の粘膜の障害があると、緑膿菌が検出されることから、「粘膜を傷つけないケア」として、口腔乾燥を予防する保湿剤の使用の必要性を話された。

鎌倉先生は、誤嚥は嚥下前誤嚥、嚥下中誤嚥、嚥下後誤嚥に分類され、器質的口腔ケアと機能的口腔ケアが必要で

あることを報告された。現在、高齢者を対象に口腔保健行動を高めるためのプログラムを開発中であり、シニアクラブに所属する高齢者20名を対象に歯磨き方法や磨き残しセルフチェック方法を教示し、13名がプログラムを11週間継続することができ、磨き残しの得点が低下したことを報告された。

堀先生に口腔内の衛生状態を簡便に測定できる方法について質問したところ、「唾液潜血測定試験紙（サリバスターBld）」を用いることを紹介された。また、鎌倉先生には、口腔保健行動が出来る人とできない人の要因について尋ねた。自立性が影響していることから今後は口腔保健行動の自立性をはかる尺度の必要性を指摘された。

今回の交流集会により参加者の方と以下の課題を明らか

にすることができた。今後の研究課題として探求されていくことを期待する。

- 1) 看護職が対象に適した口腔ケアを実施するためには、口腔機能を含めたアセスメント能力を高めるための教育が必要である。
- 2) 口腔内の衛生を維持するためには、機械的ケア（ブラッシング）が重要であり、口腔内の湿潤環境を維持することが必要である。
- 3) 高齢者の嚥下機能を維持し誤嚥を防ぐためには、口腔機能を向上するケアと口腔内を衛生に保つケアが必要であり、自立性を明らかにし、個々の保健行動を高めていく必要がある。

一人暮らしの 2 型糖尿病患者にとっての「家族」

The Perception of Type 2 Diabetes Patients about Their Families

土 本 千 春¹⁾

Chiharu Tsuchimoto

稻 垣 美智子²⁾

Michiko Inagaki

キーワード：一人暮らし、糖尿病、家族、患者心理、質的研究

Key Words : living alone, diabetes mellitus, family, patient psychology, qualitative research

I. はじめに

わが国の糖尿病患者数は、平成19年国民健康・栄養調査の結果で、糖尿病が強く疑われる人は約890万人、糖尿病の可能性を否定できない人約1,320万人を合わせると約2,210万人と推定され¹⁾、1997年から10年間で1.6倍と増加している。加えて、近年の都市化の進行などによって家族の形態や構造は変化しており、わが国の平成14年の世帯総数4600万5千世帯のうち単独世帯は1080万世帯(23.47%)、平成21年には世帯総数4,800万世帯のうち単独世帯は1,195万5千世帯(24.9%)と、世帯総数のうちの単独世帯は増加してきている²⁾。そして、糖尿病に関する様々な文献^{3)~5)}において、対象とした糖尿病患者のうち一人暮らしの糖尿病患者は約7~15%とみられていることから、厚生労働省の報告した2,210万人のうち一人暮らしの糖尿病患者は154.7万人から331.5万人と推測でき、一人暮らしの糖尿病患者は今後も増加していくことが予想される。

一人暮らしの糖尿病患者は、生活にかかわる役割すべてを一人で担っており、加えて、糖尿病をもつことにより食事療法を中心とした療養行動が必要になるため、負担やストレスは大きく、看護ケアの必要な対象であると考えられる。

一人暮らしに関する先行研究では、高齢者を対象とした、特徴⁶⁾や孤独感⁷⁾、自立できる要素⁸⁾、支え⁹⁾、一人暮らしの動機や理由からの援助の必要性^{10)~12)}、また、要介護の独居高齢者の生活感情¹³⁾や独居生活を継続できる要因¹⁴⁾などが報告されている。

高齢糖尿病患者において、独居の患者は同居家族のある患者と比べて血糖コントロールが不良であるという報告¹⁵⁾があるように、これまで一人暮らしの糖尿病患者は、同居家族がなくサポートが得られにくいため、コントロールもよくない傾向がある、とされていた。しかし、研究者の臨

床経験においては、一人暮らしであっても、必ずしも血糖コントロールが悪いという印象はない。一人だからこそ家族に迷惑をかけられないという思いで、きちんと療養生活を行っているという患者もあり、実際に家族と同居はしていないが、一人で糖尿病をもちながら生活していくことに「家族」が何らかの影響を与えていたのではないかと感じていた。

一人暮らしの糖尿病患者については、Toljamoの報告¹⁶⁾において、糖尿病をもつ生活を一人で支える方法や糖尿病を管理する能力にも焦点をあて、糖尿病をもちながら一人の生活を送ることのバランスを発見することを課題としている。その他、一人暮らし高齢糖尿病患者の援助に関する報告¹⁷⁾や生活調整の事例¹⁸⁾、地域支援のあり方に注目した療養生活を支える思いに関する報告¹⁹⁾があるが、これらは医療者側からの視点である。

糖尿病患者を対象とした文献においては、一人暮らしの患者には家族に関する質問項目が除外されていたり、家族の形態別の分析はされていなかったりで、文献からは一人暮らしの糖尿病患者や、その家族などについては詳細に知ることができない。

したがって、一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」は、まだ着手されていない領域であり、患者の世界を描くことは新たな試みである。

本研究の目的は、一人暮らしの 2 型糖尿病患者にとっての「家族」を明らかにすることである。このことによって、一人暮らしの 2 型糖尿病患者の患者理解につながり、これまでの看護援助の視点に加え、糖尿病の療養への支援等に新たな示唆が得られる、という点で意義があると考えた。

なお、「家族」の定義は、法的、社会学的、心理学的など、専門とする領域によって焦点をあてる側面が異なるが、本研究における一人暮らしの 2 型糖尿病患者にとって

1) 金沢大学附属病院 Kanazawa University Hospital

2) 金沢大学医薬保健研究域保健学系 Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

の「家族」は、患者が日々生活をするなかでの「患者にとっての家族」とした。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では、一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」という、既存の理論や概念では十分に説明ができない現象を明らかにすることを目指し、質的因子探索研究を計画した。

2. 研究参加者

研究参加者は、2004年4月から10月の間に、A病院に外来通院中あるいは入院中の一人暮らしの2型糖尿病患者で、研究への参加に同意が得られた者10名である。年齢は43歳から83歳、男性6名・女性4名であり、背景を表1に示した。

表1 研究参加者の背景

参加者	年齢	性別	職業	糖尿病罹病歴	治療法	HbA1c (%)
A	70代	女	無	約20年	インスリン	4.9
B	40代	男	無	約20年	インスリン	8.1
C	40代	男	有	約10年	インスリン	10.2
D	70代	男	無	約20年	インスリン	5.9
E	40代	男	有	5年未満	インスリン	7
F	80代	男	無	約30年	内服薬	6.7
G	70代	女	無	約30年	インスリン	7.4
H	70代	女	無	約10年	食事療法	5.3
I	40代	女	無	約10年	内服薬	8.5
J	50代	男	有	約20年	インスリン	9.8

[注] HbA1c：面接時期にいちばん近いデータ

3. データ収集方法

本研究では、一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」という内的かつ概念的なものを扱うため、面接を行った。参加者の背景は、表1の項目について面接時に参加者から聞き取り、本人からの情報では不確かな点については、参加者の許可を得てカルテ等から情報収集を行った。

a. 面接方法

面接は、個室で研究者と参加者の1対1で行った。面接内容は、承諾を得てテープに録音し、面接後に参加者の言動や表情、研究者が受けた印象なども書き取った。面接回数は1回であり、面接時間は25分から90分であった。

b. 面接の内容・質問項目

面接では、質問項目に基づき非構成的面接を行った。面接当初は、①糖尿病の療養行動について、②療養行動を一人で行っていることについて、③療養行動における他者か

らのサポートについての質問から始め、患者に自由に語ってもらった。データ分析を進めるなかで新たな問い合わせや確認事項が出ると、それを加えた。たとえば、④一人暮らしで糖尿病をもちながらの生活について、⑤一人での療養を支える力になっているものについて、⑥一人暮らしとなったきっかけや決断について、⑦家族の存在について、等の質問項目を追加し、カテゴリーを精選していった。

研究者は、参加者になるべく自由に語ってもらうため、参加者が話し終わるまでは待つことを心がけた。また、面接終了時には、参加者が十分に話していたかを確認し、面接によって参加者のプライバシーにかかわるような心理的な影響を与えたか、等についても確認した。

4. データ分析方法

データ分析は、『シンボリック相互作用論』を基盤²⁰⁾にStraussとCorbinによって開発された手続き²¹⁾を参考に、帰納的および演繹的な思考による「継続的比較分析」を行った。

録音した面接内容は、一語一句書き起こして逐語録にし、参加者が語った内容の大意と研究者の受けた印象をまとめた。一人暮らしの糖尿病患者にとっての家族とはどのようなものかというテーマに照らしながら、逐語録を1例ずつ何度も読み返し、文脈における言葉の意味を解釈できる単位でコード化した。さらに、データ収集を継続しながらデータの特性と次元について分析を重ね、抽出された概念を類似と差異の視点で比較分析し、カテゴリー化を行い、全体における位置づけを検討し、概念の構造のイメージを図式化した。

分析は、研究参加者である2型糖尿病患者において、年齢や性別などの特性による違いがないかを比較・解釈しながら、見出された各カテゴリーとその関係や位置づけで「患者にとっての家族」の説明がつく「理論的飽和」まで続けた。

5. 研究の厳密性

信用可能性と真実性の確保²²⁾のため、本研究の全過程において、研究領域に関する知識と実践に富み質的研究の経験が豊かなスーパーバイザーに定期的に助言を受けた。また、糖尿病の療養指導に携わっている看護師3名に結果を説明し、現実との適合性、理解しやすさ、一般性²³⁾について確認した。

6. 倫理的配慮

研究参加者には、研究目的と意義、具体的な方法、参加は自由意志であること、いつでも参加を断れること、研究への参加の有無が参加者の不利益にならないこと、参加の有無が今後の治療等に影響を及ぼさないこと、参加者のプライバシーは保証されること、また話したくない内容は話

さなくてもよいこと、などを説明した。さらに、得られた情報は研究以外の目的には使用しないこと、論文等で公表する場合は個人を特定できないようにし、個人情報は厳守することを依頼書に基づいて口頭で説明し、同意書へのサインをもって研究参加の承諾を得た。

研究の面接中に、治療上必要なことがあれば医師に報告するよう助言したり、了承を得て直接主治医に報告したりすること、また、一人暮らしの人にとっての家族というプライベートな内容のことについての面接にもなるため、面接により起こりうる患者の心理面への影響や変化などにとくに注意し、必要があれば面接後に十分に話ができる時間を設けるなどの配慮を行った。

なお、本研究実施時には研究者の所属機関等に「倫理審査機構」がなかったため、「看護研究における倫理指針」（日本看護協会、2004年）に則して、十分に倫理的配慮を行った。

III. 結 果

分析の結果、一人暮らしの糖尿病患者にとっての家族として、7カテゴリーと20サブカテゴリーが見出された。以下、《》はカテゴリー、〈〉はサブカテゴリーを表す。

1. 一人暮らしの糖尿病患者にとっての家族の構造の概要

一人暮らしの2型糖尿病患者は、《一人暮らしのきっかけ》から《一人暮らしの決意》をする一方、《自分で決める家族との距離》を設定していた。この《自分で決める家族との距離》は、《療養生活の覚悟》の仕方および《一人の生活への思い》に関係し、患者は《一人の生活への思い》をより多く語っていた。《療養生活の覚悟》は、《一人暮らしのきっ

かけ》《一人暮らしの決意》から影響を受け、《糖尿病の療養への思い》につながり、《自分で決める家族との距離》は《心のなかの家族の存在》と関係をもつ構造が描かれた。

一人暮らしの糖尿病患者にとっての家族は、実存ではないが存在するという、図全体で示される構造であった。構造図は図1に示す。

2. 各カテゴリーの説明と実例

カテゴリーを構成するサブカテゴリーとその説明は表2に示す。

a. 《自分で決める家族との距離》

一人の自分と家族との時間的・心理的距離を自分で決めることである。サブカテゴリー〈過去のものである家族〉〈いまの自分とは別の家族〉〈今後の自分の家族〉で構成され、《一人暮らしのきっかけ》に影響を受け、《療養生活の覚悟》《一人の生活への思い》《心のなかの家族の存在》に関係していた。

一人暮らしの糖尿病患者は、一人暮らしになるまでは、一般的な概念の家族である自分の親兄弟との家族か、自分が築いた家族のどちらかに属していた。そして一人暮らしになってからは、現在の一人の自分とそれらの家族との距離を自分で決めており、一人の生活のなかでの何らかの変化により距離を変え行動することがある。

〈過去のものである家族〉の実例：「(じいちゃんは) いまおればいくつになっとるか。一人になってもう何年もたつとるさけね」「(家族は) やっぱり懐かしいと思いますしね。子ども3人小さいときに別れましたんで」「いまはまったく違いますね、生活環境も変わってしまったし、何もかも変わってしまいましたね。(家族は) やっぱりあったかさが違

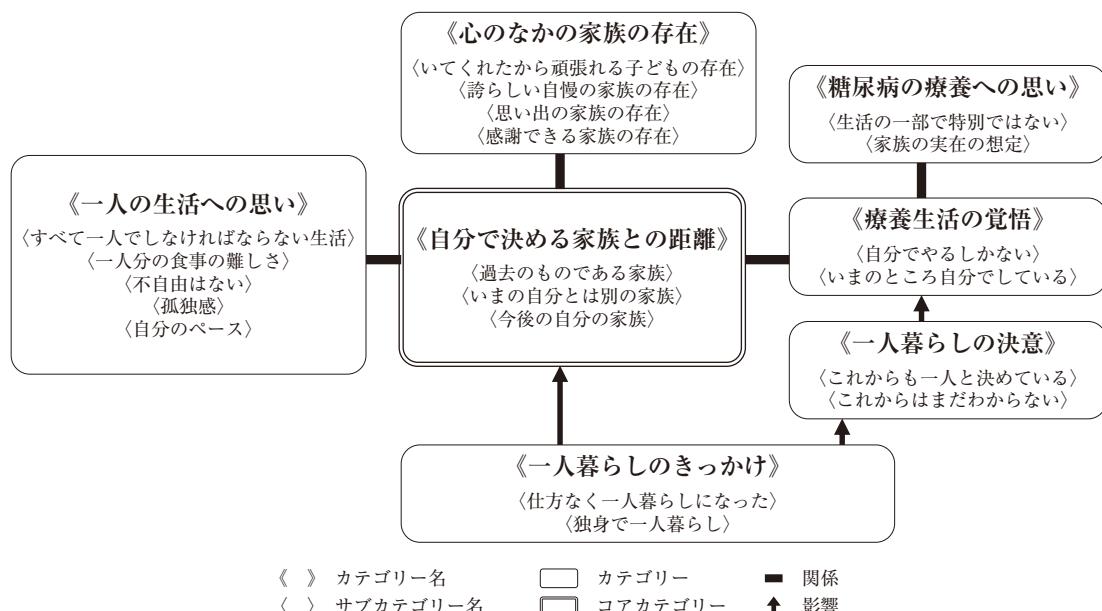


表2 カテゴリー、サブカテゴリーとサブサブカテゴリーの説明

カテゴリー	サブカテゴリー	サブサブカテゴリーの説明
《自分で決める 家族との距離》	〈過去のものである家族〉	一般的な概念の家族との距離を自分で決めることによって、家族を過去のものととらえ位置づけていること。場合によっては、いまの自分と家族とのつながりを切り離してしまうこと
	〈いまの自分とは別の家族〉	家族をいまの自分とは別のものととらえ、距離をおいて位置づけていること。別のものとは、いまもやりとりがあり行き来したりもするが、それぞれの家庭があるからと家族と自分との間に一線を隔すること
	〈今後の自分の家族〉	いまは距離をもって家族を位置づけているが、今後、距離を縮め近くに位置づける可能性があるということ。これからも家族と暮らすことはないであろうと考え、距離をもって位置づけること。あるいは、いまは一人暮らしだが、今後自分の家族と一緒に暮らす可能性、今後自分の家族を新しくつくっていく可能性があること
《心のなかの 家族の存在》	〈いてくれたから頑張れる 子どもの存在〉	事情により子どもとは離れているが、子どもがいるというその存在のみで自分が頑張れる、ということ
	〈誇らしい自慢の家族の存在〉	配偶者のことや、子どものことを話題にして誇らしげに語り、いまはもういない、あるいは離れてしまっている家族であるが、誇らしいと思うことで自分を支えていること
	〈思い出の家族の存在〉	いまはもう一緒にいらない家族であるが、家族との思い出があるから生きていること
	〈感謝できる家族の存在〉	いまはない配偶者や家族に支えられている、と感じていることへの感謝の思い
《一人暮らしの きっかけ》	〈仕方なく一人暮らしになった〉	一人暮らしは自分が希望したことではなく、配偶者との死別や離別によりやむを得ず一人暮らしになってしまった、ということ。きっかけとして、やむを得ない思いをもっていた、ということ
	〈独身で一人暮らし〉	親兄弟との家族に属していたが、親の死や仕事の都合により一人暮らしとなり、そのまま独身で今までやってきた、という状況
《一人暮らしの決意》	〈これからも一人と決めている〉	さまざまなきっかけにより一人暮らしという状況になったが、その後も一人暮らしをしていかざるを得ないため、これからも一人でやっていこう、と決めていること
	〈これからはまだわからない〉	いまは一人暮らしであるが、独身のまま家族をもたないと決めたわけではなく、この先も一人でやっていこうと決めたわけでもない。これまでの延長線上にいまの状況があり、これからのこととはまだわからない、という状況
《療養生活の覚悟》	〈自分でやるしかない〉	一人での療養生活に対して、一人であり、状況的に仕方がないので自分でやるしかない、という思い
	〈いまのところ自分でしている〉	一人での療養生活に対して、一人であることによる不自由もなく、いまのところは自分でしている、という思い
《一人の生活への思い》	〈すべて一人でしなければ ならない生活〉	疲れていても、したくなくても、食事、掃除、洗濯などの家事をはじめ、あらゆることをすべて自分で行わなければ生活が成り立たない、という思い
	〈一人分の食事のむずかしさ〉	買い物、調理などの食事に関するあらゆる行動を一人ですべて行わなければならない、という日々の生活のなかでの一人分という食事のむずかしさ。そのなかで、糖尿病治療の基本である食事療法も意識するが、やはりむずかしく医療者から言われるとおりにはできないという思いや大変さ、工夫していくことなども含む
	〈不自由はない〉	現在、生活に必要なことはすべて自分一人で行っている、とくに困っていることはない、という思い
	〈孤独感〉	一人暮らしということによるさびしさや虚しさ
	〈自分のペース〉	一人での生活における自由さ、楽さなどであり、一人の生活を他者からの影響を受けずに自分のペースで行える、ということ
《糖尿病の療養への 思い》	〈生活の一部で特別ではない〉	一人の生活において、糖尿病の療養は生きていくための生活の一部であり、糖尿病であることは特別なことではない、と感じていること
	〈家族の実在の想定〉	いまの一人の生活における糖尿病の療養において、家族がいたとしたらどうかということに関する思いであり、家族がいたら違うと思う、あるいは家族がいても自分ですることだ、という思いを含む

いますね。温もりっていうか、やりとりもあったし……」

〈いまの自分とは別の家族〉の実例：「やっぱり頼りになりますよね。連絡もするし、行き来もするけど、それぞれ家庭があるからね、迷惑もかけれないし」「まだ自分としては、まだ、まだ5、6年は大丈夫だと思っておるから

ね。常に連絡、把握はしているから」

〈今後の自分の家族〉の実例：「もう迷惑かける気はないですから、自分が病気で倒れたとしても、自分で生活していきたいし、子どもの厄介にはなりたくないですね」「やっぱり普通の、結婚して子どももいてというのが生まれてか

ら死ぬまでのすべきことでしょうからね。それはしたいと思ってますけどね」

b. 《心のなかの家族の存在》

家族は「一人暮らしの生活には実在しない」という心のなかの存在であるが、その家族の存在は心のなかにあり、自分にとって直接的ではないが、その存在自体が支えや生きる力になっている、と感じていることである。サブカテゴリーの〈いてくれたから頑張れる子どもの存在〉〈誇らしい自慢の家族の存在〉〈思い出の家族の存在〉〈感謝できる家族の存在〉で構成される。このカテゴリーは、《自分で決める家族との距離》にかかわるものである。

〈いてくれたから頑張れる子どもの存在〉の実例：「子どもの存在は大きいです。……もしもいなかったら、一人で何を目標に生きてるのかわからなかつたでしょうね。まだ子どももいてくれたから……」「(子供には)やっぱり幸せになつてもらいたいし、幸せになつての姿見たいし……それが、いまのところ支えといえば支えになつますね」

〈誇らしい自慢の家族の存在〉の実例：「(妻は)料理も上手でわしに合つたもんつくる。男はかあちゃんがおらんとな」「じいちゃんは家を2回も建てたんや。人は一回も建てられんていうのに家の2つも建てて。そして死んで。だから家のことは何も心配いらんのや」「息子は板前になると頑張っているし、娘たちは学校の先生とか弁護士とか言ってますから、楽しみです」

〈思い出の家族の存在〉の実例：「(じいちゃん)今までおるみたいや、振り向いてみればそこにおるようだ。毎日ご飯炊くたびに、お供えして仏さん参りもして。出かけるときには行つてくるね、留守番しとつて、と言って出かけるんや」「一人でもまわりに家族がいるようなものや」「やっぱ、かあちゃんおつたらな、と思うわなあ」

〈感謝できる家族の存在〉の実例：「じいちゃんのおかげ、みんなじいちゃんのおかげで助かっているんや。全部じいちゃんのおかげや」「(両親が亡くなつて)何年たつた?……二人が見守ってくれるおかげやわ、と思うだけや」

c. 《一人暮らしのきっかけ》

自分が一人暮らしをすることになったさまざまな理由である。サブカテゴリー〈仕方なく一人暮らしになった〉〈独身で一人暮らし〉から構成され、《一人暮らしの決意》《自分で決める家族との距離》にかかわるものである。

〈仕方なく一人暮らしになった〉の実例：「じいちゃんはがんやつたんや。見つかってから3か月で死んだんや。そんな早いがやつたんや。それから15年たつけども。それから一人や、ずっと一人」「仕事の関係で、家族に迷惑がかからないようなかたちで……子どもが小さかったのでかわいそうでしたね」「母の看病をずっとしていて、夫の看病もずっと……。兄弟もいない、子どももいない、一人なんですね」

〈独身で一人暮らし〉の実例：「今まで仕事で転々としてきて、いまここに……」「仕事とるか、嫁にいくか結婚するかで。親みんなんさけ、ずっと一人で……」

d. 《一人暮らしの決意》

今後の生活を含めて一人暮らしを決めることである。サブカテゴリー〈これからも一人と決めている〉〈これからはまだわからない〉で構成される。この決意は《一人暮らしのきっかけ》に影響を受け、《療養生活の覚悟》に影響する。

〈これからも一人と決めている〉の実例：「わしが(息子家族の所に)行かにゃそれでいいやろう。自分でそう考えておるわけや」「迷惑かける気はないし、一人で生活していきたい。負担にはなりたくないんですよ。体が悪くなつたからって面倒みろ、というのは嫌なんで」

〈これからはまだわからない〉の実例：「(息子は転勤が多く)もう2年半か3年で定年になるからと。ほんとに来るか来んかわからんけど、戻つて来んなんと思ってくれるだけでも……またそのときでないとわからんしね」「これからも会社の関係でどうなるかわからないし、いまのところ、予定もないんですけど」「先のこと思つたって仕方ないでしょ。なるようにしかならないから」

e. 《療養生活の覚悟》

一人で糖尿病をもちながら療養生活を行っていくことにに対する思いである。サブカテゴリー〈自分でやるしかない〉〈いまのところ自分でしている〉で構成される。一人暮らしの糖尿病患者は、一人での療養生活を実行するにあたり、10名全員がこれらの思いをもっていた。これは、《一人暮らしのきっかけ》と《一人暮らしの決意》によりもつ思いであり、《自分で決める家族との距離》と関連し、《糖尿病の療養への思い》につながっていた。

〈自分でやるしかない〉の実例：『面倒みてもらおうとは思つてないです。自分でやるしかない』「生活自体苦にならない、一人で楽だわと思って、いいふうに思つないと自分がひどくなる」

〈いまのところ自分でしている〉の実例：「普通にやつてゐるつもり。いまのところはうまくやつてますけどね」「自分で自炊、自活できるから。車の運転も一人でできるし。全部自分でやつとる」「そんな、別にまだ人に頼むなんてことはないね、まあ当分ね。自分でしている」「いまのとこ……、そんなに、人に頼らずにやらんなんていだけやね」

f. 《一人の生活への思い》

一人で生活していることに対するさまざまな思いである。サブカテゴリー〈すべて一人でしなければならない生活〉〈一人分の食事のむずかしさ〉〈不自由はない〉〈孤独感〉、〈自分のペース〉から構成され、一人暮らしはとくに不自由もなく、いまのところ自分でやつてゐるのだが、一人の生活へのさまざまな思いをもつてゐる、ということである。

《一人の生活への思い》は《自分で決める家族との距離》と関連し、患者にとっての「家族」を語るなかでより多く語られていた。

〈すべて一人でしなければならない生活〉の実例：「疲れとってもみなせにやならん」「せざるを得ないからするのであって、別に負担とは思ってない。淡々とこなしておる。機械の時代だし、そういうものもやってみると楽しい、全然苦にならん。結構、自分では気楽に暮らしどとつもりなんです」

〈一人分の食事のむずかしさ〉の実例：「やっぱり自分一人だと、きちんと食べることが邪魔くさくなる。一からつくらなきゃいけないときは邪魔くさいです」「腐らないように先に調理しておいたりして、工夫はしてますけどね。よくないとわかってはいるんだけど、仕方ないこともあります」「外食を割にするんです。そのほうがバランスもいいし……」

〈不自由はない〉の実例：「身のまわりは自分で全部やっとるんだし、不自由はないから」「じいちゃんの年金が（自分が）死ぬまで当たるさけ、小遣いのことは不自由せんのや」

〈孤独感〉の実例：「いまはやっぱり一人やし、さみしいって思うけど、働いとるときは思わんだわ。いまはやっぱり思うわ。夫婦でおるといいな。なんでも分けて食べたり……若いときは何も思わんだ」「やっぱり家族がいないからね。職場の若い人も家族がいると帰って飯食うでしょ。それできっとさびしいんですね」「さみしいわい、ほんとに一人やね。理想の家庭はやね、息子夫婦がおって、年寄りがおって、孫がおって、今宵一家団欒して、それが昔からの理想の家庭や。それがいまは……」

〈自分のペース〉の実例：「自由って感じもするし、好きなことできる」「一人で勝手気ままにしている……自分は楽をしているなって思う」「だんなでもおればいろいろ言うらしいよ。一人はそうかていって楽やもん」

g. 《糖尿病の療養への思い》

一人の生活における糖尿病の療養に対する思いである。サブカテゴリー〈生活の一部で特別ではない〉〈家族の実在の想定〉から構成され、《療養生活の覚悟》からつながる思いであった。

〈生活の一部で特別ではない〉の実例：「不自由はないし、普通にやっているつもり。インスリンだけは嫌で、めんどくさいと思ってましたけど、いまでは生活の一部になりましたね」「インスリンなんか、食事の前の儀式みたいなものですね」「もう生活の一部だからね。病院に行くということも生活の一部だからね」「糖尿病患者だからといって、できないことは一つもないもの」

〈家族の実在の想定〉の実例：「家族がいたら自分の行動は変わると思いますよ。仕事で遅くなっても、食べ物買って、持って帰って食べるっていうのはしないでしょうね」

「家族がいたら違うでしょうね。ご飯つくって待っててくれたりしたら、それに合わせて早く帰ると思うし」

3. 中核カテゴリー

本研究における中核カテゴリーは《自分で決める家族との距離》である。一人暮らしの糖尿病患者が家族を語るときには、一人暮らしという状況における《一人の生活への思い》と《自分で決める家族との距離》を語り、それらは切り離して考えることはできない構造であった。その他のカテゴリーとも関係があり、一人であることを強調し、サポートを得るつもりはないと語りながらも、実在しない家族の存在を感じ、自分で決める家族との距離によって家族を位置づけており、一人暮らしのきっかけや決意に影響を受けながらも療養生活は自分でするもの、糖尿病の療養は生活の一部で特別ではない、との思いをもっていた。この構造が一人暮らしの生活を成り立たせ、一人暮らしを支えている、ということが明らかになった。

IV. 考 察

1. 一人暮らしの2型糖尿病患者にとっての家族の存在

a. 現象として存在する「家族」について

本研究において、一人暮らしの2型糖尿病患者は、家族を実存の家族ではない《心のなかの家族の存在》とし、《自分で決める家族との距離》によって位置づけていた。

家族の定義は、法的な定義では「血縁など婚姻関係に重点をおき、社会学的には生活をともにしている人々のグループ」とし、心理学者は「強い絆で結ばれたグループ」としている。そして看護においては、Friedmanの「基本的な結びつきと家族であるという自覚がある2人以上の成員である」と定義されることが一般的であり、家族の構造や機能など社会システムの一つとしてとらえることが前提となっている。さらには、単身家族はサポートシステムがないので、多くのヘルスサービスを必要としている、と述べられている²⁴⁾。

このように、一般的な概念の「家族」は2人以上の家族の形態、実存の家族関係があることが前提である。本研究で描かれた一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」は、実在する家族ではないが《心のなかの家族の存在》をもち、《自分で決める家族との距離》によってある程度の距離を保って位置づけており、これにより一人暮らしを成り立たせていた。また、一人暮らしの糖尿病患者にとっての《心のなかの家族の存在》は、すでに他界していたり、離れていたり、と自分のまわりには実在しない家族の存在であるが、子どもや配偶者などの思い出、誇らしさや感謝の思いが心のなかに存在し、生きる力となっているものであった。これらのことから、患者にとっての家族は、一

人の生活のなかに現象として存在し、一人暮らしの糖尿病患者の生きる力となっている、と言えた。

この概念は、山根²⁵⁾が『対人心理的距離の存在論的考察』において、Heideggerの存在論から論じている「存在」の概念で説明ができる。従来の哲学で混同してきたといわれている、存在するモノ（存在物）である「存在者」と、存在するコト（現象）である「存在」を概念的に区別し論じる必要があるということから、本研究における一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」の存在は、「実体はないが存在がある」という存在論的視点での「家族の存在」である。これは既存の理論や概念では説明しきれないと考えたため、本研究における一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」は、「現象として存在する新しい概念」であると考えた。

松坂²⁶⁾は、一人暮らし要介護高齢者にとっての家族の存在の意味において、一人暮らしの孤独感などをもちながらも、これまで家族と歩んできた生活史や、子どものみならず、親兄弟等との情緒的なつながりを認識して生活していくことを明らかにした。ここでいう要介護高齢者の主たる疾患は、呼吸器疾患や筋骨格系疾患、循環器系疾患、がんであり、訪問看護・訪問介護サービスを利用していた。一人暮らしを継続するうえで生きる支えになっているものとして「家族の存在がある」と述べている点は、本研究における《心のなかの家族の存在》と類似しており、疾患による影響を考慮しない一人暮らしの人にとての「家族」という点では同様の結果であったと考える。しかし、本研究における一人暮らしの糖尿病患者においては、年齢にかかわらず高齢者であっても、食事療法を中心とした日々の療養生活を調整しながら一人で療養生活を行っており、生きていくために必要なさまざまな役割を誰にも頼らずに一人でこなしているということ、家族の存在を土台として自分で「家族」との距離を決めていたこと、構造図全体で示される一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」が描かれ、「現象として存在する家族」の概念と実際の一人の生活が関係していたという点で異なると考える。

また、井上²⁷⁾は、人や物や何かができるということを対象とした生きがいは、それを失うときが来るが、心のなかだけの生きがいは形がないからこそ壊れない強い生きがいと言える、と述べている。本研究における「心のなかの家族の存在」も、形がないからこそ強い生きがいとなり、「心のなかの家族の存在」を強めることができが療養へのモチベーションを維持するための要因となり得るのではないか、と考える。

一人で療養生活を行っている糖尿病患者の看護への活用の可能性としては、家族看護の視点における足りないサポートを補うという援助よりも、「現象として存在する家族」を療養への力としていけるようなかかわりがあげられると考える。

b. 家族との距離を自分で決める

一人暮らしの2型糖尿病患者は、家族との距離を自分で決めるという特徴があり、これは本研究における中核概念である。この家族との距離は、存在論的な実在しない家族との距離であり、存在者的視点で測定する家族機能のスケール『FACESKG』²⁸⁾や、家族システム論の関係性や境界などでは表せないものであり、『家族看護学』などにおいて既存の理論や概念では説明しきれないと考える。

人的距離については、対人距離の変化に関する報告²⁹⁾、精神科の特殊性における患者と家族の心理的距離に関する報告³⁰⁾、研究者が主観的にとらえた家族と患者の精神的距離に関する報告³¹⁾がある。また、心理的な対人距離を測定するメンタルディスタンスは内面的な位置関係を投影的にとらえる方法であり、自分自身を取り巻く人々をどのように位置づけるかを知ることが内的な世界を知ることになる、と述べている³²⁾。

山根³³⁾は心理的距離の客観的測定に向け、心理的距離概念を構造化し、対人心理的距離の構造を示している。このように、対人心理的距離は複雑であり、現象をより深く理解するための存在論的考察が報告³⁴⁾されており、人は対象を能動的に距離づけることができる、と述べられている。

本研究における家族との距離は、人的・物理的距離のみならず、心理的・時間的な距離も含む複雑な概念で、存在論的思考をもって説明され、家族との距離を自分で決めるという点が特徴であった。また、ほとんどの人はサポートを求めたりするつもりはない語っており、基本的に家族との距離は変化しないものであると考える。つまり、一人暮らしの糖尿病患者は、存在論的な家族との距離を自分で決めることによって一人暮らしを成り立たせており、この『家族との距離のとり方』が、療養生活をしていくうえでの力となり得ることが示唆された。

c. 一人で暮らすことと現象として存在する「患者にとっての家族」

臨床経験や自分の家族の病気経験から培われる家族観として、情緒機能的家族観、構造機能的家族観という2つの意味内容が報告されている³⁵⁾。また、糖尿病患者の家族に期待されることとして、家族は患者が食事療法をはじめとする療養行動を実施、継続する際の片腕であり、患者に必要とされる知識、技術を患者以上にもって患者の不足分を補う役割がある、と述べられている³⁶⁾。

これまでの家族の概念や糖尿病患者教育の臨床において、家族は患者を取り巻くサポート源であり、家族を含めて関係性のあるシステムとして理解すること、家族機能を調整することに看護ケアの焦点があたっていた。一人暮らしの患者に対しては、家族のサポートは得られにくく、サポートはないものとしてとらえ、ないサポートをどのよう

に補うかという考えのもとに看護ケアが行われてきた。

しかし、一人暮らしの糖尿病患者は、一人で生活をしており、療養は自分でするものであり、まだ自分でできる、世話になりたくないなどの思いで日々の生活を送っており、療養生活に関して他の誰かに協力を求めたりはしていなかった。

今回の結果から、《自分で決める家族との距離》により一人の生活と家族との距離をある程度で保ったり縮めたりすることから、《一人の生活への思い》と《自分で決める家族との距離》は関連があり、切り離して考えることはできない構造であることが明らかとなった。つまり、構造図全体により一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」が描かれたことより、一人暮らしの糖尿病患者が一人で生活することばかりに援助の視点があてられがちであるが、存在論的な家族の存在をも念頭におき、一人での療養生活と家族との距離のとり方を把握しかかわっていく必要があると示唆された。

2. 一人で暮らすことにおける糖尿病の療養の特徴

a. 療養生活の覚悟の仕方

本研究において、一人暮らしの糖尿病患者にはさまざまな一人暮らしのきっかけや患者背景があり複雑だが、《一人暮らしのきっかけ》と今後のことにも含めた《一人暮らしの決意》により《療養生活の覚悟》をもって療養生活を送っていることがわかった。その思いには、この先も一人でやっていかざるを得ず〈自分でやるしかない〉というものと、この先も一人暮らしかはまだわからないが〈いまのところ自分でしている〉があり、一人の療養生活に対する覚悟の仕方はさまざまであったが、常に療養生活を意識しているものではなかった。

稻垣ら³⁷⁾は、家族が実在する糖尿病患者における、糖尿病患者の療養行動の構造を明らかにし、信条、家族資源に対する感情、推察する家族資源から「自分の療養行動領域」と「担つてもらう療養行動領域」の大きさを規定しており、それによって療養行動を行い、結果はそれぞれの要因に影響を与えていた、と述べている。これまで、一人暮らしであるということから、何らかのサポート体制を整えることなどが看護ケアとして行われていた。本研究における一人暮らしの糖尿病患者は、生きていくための生活、療養行動をすべて自分でせざるを得ず、一人であるという覚悟をもって療養生活を行っていることが推察できた。

看護への活用の可能性としては、一人で生活できている間は、心のなかの家族の存在や自分で決める家族との距離により一人の生活を成り立たせているため、「患者にとっての家族」を力とした一人での療養生活そのものに焦点をあて、一人での療養生活に対するアドバイスを行っていけばよいと考える。しかし、一人の生活に困難が生じたときなどには、他者からのサポートを受けるつもりはない、と

語る一人暮らしの患者はとくにサポートを受けることへの心理的困難感が出現する可能性があり、このことを理解したうえでの援助が必要になると考えられる。

つまり、「患者にとっての家族」を含め、それまで一人で行ってきた療養生活の覚悟の仕方を見極め、サポートを受けることへの心理的困難感等に配慮した援助を行っていく必要性が示唆された。

b. 一人の生活における糖尿病の療養への思いについて

一人暮らしの糖尿病患者は、《糖尿病の療養への思い》よりも《一人の生活への思い》を多く語り、糖尿病の療養は一人の生活の一部であると表現した。

糖尿病とともに生きる人の強みを明らかにすることを目的とし、配偶者のいる男性患者を対象に行われた研究³⁸⁾においても、「糖尿病は病気ではない－生活の一部である」と述べている。また、Handron³⁹⁾は、2型糖尿病患者とその家族の心理社会的ストレスに関する研究における個人の内的体験として、家族からの孤立感、喪失と悲嘆などをあげ、「糖尿病による影響は全くない」という表現は、重大な合併症に対する否認、合併症に対する恐怖の否認であり、日常生活における不安への対処として防衛機制を過剰に用いる傾向にあり、その場合、自分の感情を自由に表現することができないと指摘している。東の報告⁴⁰⁾では、糖尿病患者の心理的・社会的特徴において、糖尿病に罹患しても「人生への影響はない」とすべての患者が答え、約7割の患者が「日常生活を行ううえで糖尿病を意識しない」と答えた、と述べられている。これらは、糖尿病患者にとっての糖尿病による影響を表現しており、援助としては、不安や苦悩など否定的な感情を表現できるようなコミュニケーション方法や、表現の場を設定することをあげている。

本研究における糖尿病の療養が一人の生活の一部であったということは、これらの先行研究の結果を裏づけるものであり、不安や苦悩、否定的な感情なども含めて、糖尿病による影響に防衛機制を用いた表現である可能性がある。一人暮らしの患者にとって一人の生活は、しなければならないもの、自分でやっていかなければ成り立たないものである。患者は、糖尿病をもつ一人の自分を語るときに、療養生活への思いよりも一人の生活そのものを多く語ったことから、まず日々の一人の生活そのものからかかわっていく必要があると考える。

医療の現場において、医療者が糖尿病をもつ患者とかかわるときには、糖尿病の療養という視点をもってかかわることが基本姿勢となっている。これは、医療者にとってもちろん必要なことではあるが、本研究において、糖尿病の療養よりも一人の生活そのものが大きなことであったことは、一人暮らしの糖尿病患者の理解において、糖尿病の療養生活よりも、まず一人の生活に焦点をあて、一人暮らしという生活そのものや、一人であることへのさまざまな思いをまず理解するこ

とが重要であり、それらを理解したうえで、糖尿病の療養を支える患者教育を行っていくことが重要であると考える。

3. 本研究の今後の展望

本研究において、一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」を描くことができた。今回の結果は、これまで家族について語ってこなかった、あるいは家族について語れない一人暮らしの糖尿病患者の患者理解の一端となり、今後、看護への活用の可能性の糸口となると考える。

しかし、本研究において、一人暮らしの糖尿病患者にとっての「家族」と血糖コントロールの関係については、明らかにすることはできなかった。HbA1c値は治療法や経過などによっても変動するものであり、一時期の値のみで判断することはむずかしい。今後は、本研究における中核概念である『家族との距離のとり方』と糖尿病の療養行動や血糖コントロールとの関係について明らかにしていく必要があると考える。

V. 結論

一人暮らしの2型糖尿病患者にとっての「家族」を明らかにすることを目的に質的因子探索研究を行った結果、以

下のことが明らかになった。

1. 一人暮らしの糖尿病患者は、一人の生活には「実在しない家族」を「現象として存在」させていた。
2. 一人暮らしの糖尿病患者は《自分で決める家族との距離》によって家族を位置づけており、その距離のおき方は《一人の生活への思い》と《療養生活への覚悟》に関連があった。
3. 一人暮らしの2型糖尿病患者の療養へのケアとして、存在論的な家族の存在、患者自身が決める家族との距離を十分に理解したうえで、その人が決めた家族との距離に応じたケアを行い、患者が一人で暮らすことを支援していく必要性が示唆された。

謝辞

本研究を行うにあたり、快く面接に応じてくださいました参加者の皆様と、研究フィールドを提供して下さいました関係者の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本論文は土本千春の金沢大学大学院医学系研究科修士論文（指導：稻垣美智子）の一部に加筆修正を加えたものであり、その論旨は、第10回日本糖尿病教育・看護学会学術集会にて報告しております。

要旨

本研究は、一人暮らしの2型糖尿病患者にとっての「家族」について明らかにすることを目的とした質的因子探索研究である。研究参加者10名に非構成的面接を行い、継続的比較分析を行った。

一人暮らしの2型糖尿病患者は《一人暮らしのきっかけ》から《一人暮らしの決意》をする一方、《自分で決める家族との距離》を設定していた。この《自分で決める家族との距離》は《療養生活の覚悟》の仕方および《一人の生活への思い》に関係し、患者は《一人の生活への思い》をより多く語っていた。《療養生活の覚悟》は《糖尿病の療養への思い》につながり、《自分で決める家族との距離》は《心のなかの家族の存在》と関係をもつ構造が描かれた。

看護ケアとしては、家族との距離のとり方が一人の生活の受け止め方の良否および療養生活の覚悟を決めるうえで大きいため、この家族との距離感をどのように設定しているかを十分に理解したうえで、一人暮らしを支援していく必要性が示唆された。

Abstract

This study was carried out to clarify the feelings of type 2 diabetes patients living away from family through qualitative factor analysis. We conducted non-structured interviews with 10 participants for continual comparative analyses.

While type 2 diabetes patients living alone decided to live alone for their own reasons, they also adjusted psychological distance from family. The adjusted psychological distance from family is associated with patient preparation for glycemic control and patient feelings about living alone, and patients expressed feelings about living alone more than preparation for living alone. This study also revealed that patient preparation for glycemic control is connected with patient feelings about glycemic control through lifestyle modification, and that psychological distance from family is associated with feelings about family.

The results of this study suggest the need to understand the manner in which type 2 diabetes patients adjust psychological distance from family and the need to provide help in living alone for ideal care because the adjustment of psychological distance from family has a significant impact on patient feelings about living alone and patient preparation for living alone.

文 献

- 1) 厚生労働省：平成19年国民健康・栄養調査結果の概要。2010-04-01。
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2008/12/h1225-5.html>
- 2) 厚生労働省：平成21年国民生活基礎調査の概況。2010-5-20。
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa09/index.html>
- 3) 服部真理子, 吉田 亨, ほか：糖尿病患者の自己管理行動に関する要因について—自己効力感・家族サポートに焦点を当てて—. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 3(2), 101-109, 1999.
- 4) 楠葉洋子, 松岡 緑, ほか：糖尿病患者の肯定的および否定的情緒に影響を及ぼす要因について. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 4(1), 32-44, 2000.
- 5) 新實夕香理, 小池麻紀, ほか：外来糖尿病患者の食生活の実態とその背景. 聖隸クリストファー看護大学紀要, 9, 135-140, 2001.
- 6) 松本清子, 東條光雅：一人暮らし高齢者へのソーシャルサポートと精神的健康の関連性. 日本保健福祉学会誌, 7(2), 81-89, 2001.
- 7) 小平廣子：ひとり暮らし女性高齢者の健康状態と孤独感. 福島県立医科大学看護学部紀要, 1, 17-22, 1999.
- 8) 福島昌子, 清水千代子：一人暮らし高齢者が自立できる要素. 群馬県立医療短期大学紀要, 11, 47-55, 2004.
- 9) 谷井康子：大都市に独居する超高齢女性の支えについて—一事例を通して—. 日本赤十字広島看護大学紀要, 1, 69-76, 2000.
- 10) 松田眞一, 西村 昇：「選択としての一人暮らし」を志向する高齢者の意識の一特徴. 高知女子大紀要（人文・社会科学編）, 44, 51-62, 1996.
- 11) 大野絢子, 矢島まさえ, ほか：一人暮らし老人の日常生活を支える条件—一人暮らしの動機別比較—. 日本地域看護学会誌, 1(1), 85-89, 1999.
- 12) 本田亜起子, 斎藤恵美子, ほか：一人暮らし高齢者の特性—年齢および一人暮らしの理由による比較から—. 日本地域看護学会誌, 5(2), 85-89, 2003.
- 13) 松坂由香里：訪問看護サービスを利用する一人暮らし高齢者の生活感情に関する研究. 日本地域看護学会誌, 6(2), 86-92, 2004.
- 14) 井上順子, 井出 環, ほか：要介護高齢者が独居生活を継続できる要因—退院後一年間独居生活を継続している事例分析から. 日本看護学会論文集（地域看護）, 37, 246-248, 2007.
- 15) 古橋直樹, 黒田真紀, ほか：高齢者糖尿病治療に対する同居家族の影響. 岐阜県内科医会雑誌, 17(1), 19-25, 2003.
- 16) Toljamo, M, Hentinen, M: Adherence to self-care and social support. Journal of Clinical Nursing, 10, 618-627, 2001.
- 17) Huang, C L, Wu, S C, et al: The Efficacy of a Home-Based Nursing Program in Diabetic Control of Elderly People with Diabetes Mellitus Living Alone. Public Health Nursing, 21(1), 49-56, 2004.
- 18) 富安真理, 木下幸代：糖尿病合併症をもつひとり暮らし高齢者が行う生活の調整—訪問看護を受けている1事例の検討. 聖路加看護学会誌, 9(1), 62-66, 2005.
- 19) 田名部佳子, 小田朋代, ほか：糖尿病を抱えている都市部の一人暮らし高齢者の療養生活継続を支えている思い. 北海道公衆衛生学雑誌, 22(2), 130-137, 2009.
- 20) Blumer, H(後藤将之訳)：シンボリック相互作用論—パースペクティブと方法. 効果書房, 1969/2001.
- 21) Strauss, A L, Corbin, J (南裕子 監訳)：質的研究の基礎—グラウンデッド・セオリーの技法と手順. 医学書院, 1990/1999.
- 22) Holloway, I, Wheeler, S. (野口美和子 監訳)：ナースのための質的研究入門—研究方法から論文作成まで. 医学書院, 1996/2000.
- 23) 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, 2003.
- 24) Harmon Hanson, S M, Boyd, S T (村田惠子・荒川靖子・津田紀子 監訳)：家族看護学—理論・実践・研究. 医学書院, 1996/2001.
- 25) 山根一郎：対人心理的距離の存在論的考察. 桜山女学園大学研究論集（社会科学篇）, 33, 127-138, 2002.
- 26) 前掲13).
- 27) 井上勝也：老年期の生きがいと死にがい. 日本腎不全看護学会誌, 6(1), 10-12, 2004.
- 28) 立木茂雄：家族システム評価尺度FACESKG (Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale at Kwansei Gakuin). 1999-06-15.
<http:// tatsuki-lab.doshisha.ac.jp/~statsuki/FACESKG/FACESindex.html>
- 29) 石田真知子, 柏倉栄子, ほか：精神看護実習における学生—患者間の対人距離の変化. 東北大学医学部保健学科紀要, 13(2), 157-164, 2004.
- 30) 池邊敏子, グレッグ美鈴, ほか：精神科病棟での家族援助の実際と課題. 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 8-12, 2004.
- 31) 相羽利昭, デービス・アン・J, ほか：家族が捉えた死の迎え方の倫理的意思決定の過程とその要因の探索. 生命倫理, 12(1), 84-91, 2002.
- 32) 高梨一彦, 佐々木保行：メンタルディスタンス (Mental Distance) の測定からみた青年の父母像. 小児保健研究, 58(3), 391-398, 1999.
- 33) 山根一郎：対人心理的距離体験における空間性. 桜山女学園大学研究論集（社会科学篇）, 29, 109-120, 1998.
- 34) 前掲25).
- 35) 磯野明子：看護者のもつ家族観を探る—看護者の経験が家族観にどう影響しているかに焦点をあてて—. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 25, 513-519, 2000.
- 36) 稲垣美智子, 村角直子, ほか：糖尿病患者と家族への教育方法の検討—患者同席による家族面接の構造—. 金沢大学医保つるま保健学会誌, 25, 91-97, 2001.
- 37) 稲垣美智子, 浜井則子, ほか：糖尿病患者における療養行動の構造. 金沢大学医学部保健学科紀要, 24(2), 111-118, 2000.
- 38) Koch, T, Kralik, D, et al: Men living with diabetes: minimizing the intrusiveness of the disease. Journal of Clinical Nursing, 9, 247-254, 2000.
- 39) Handron, D S, Leggett-Frazier, N K : Utilizing Content Analysis of Counseling Sessions to Identify Psychosocial Stressors among Patients with Type II Diabetes. Diabetes Educator, 20(6), 515-520, 1994.
- 40) 東ますみ：糖尿病患者の心理的・社会的特徴—入院患者に対するインタビューを通して—. 大阪市立大学看護短期大学部紀要, 1, 55-60, 1999.

〔平成23年5月26日受付
平成23年12月16日採用決定〕

“否認” という無意識の患者心理理解における 看護師の思考過程の分析 — 患者心理推測から看護援助へ —

Nurses' Thinking Process in Understanding Patients' Unconscious Denial

林 智子
Tomoko Hayashi

キーワード：患者の立場に立つ、視点取得、患者理解の誤り、推測の調整

Key Words : putting oneself in the patient's place, perspective-taking, misunderstand patient's perspective, modifying assumption

I. 研究の背景

看護では古くから「患者の立場に立つ」ことの重要性が語られている¹⁾。しかし、重要性は認められていても、この用語は医療における理想やスローガンとして観念的に使用される傾向にあり²⁾、それがどのようなことであるのかについて十分な知見が得られていない。

わが国には「患者の立場に立つ」ことについて二人の卓越した見解がある。まず見藤は、「患者の立場に立つ」ことには深さがある、という考え方を示し、患者の立場への3つの異なる立ち方を提示している³⁾。1つ目は患者の立場を知的に思いめぐらす立ち方であり、2つ目は看護師が自分の過去の経験を患者に重ねる立ち方であり、3つ目は相手がいままさに体験し、感覚している心を知ろうとする理解の仕方である、と説明している。次に薄井は、「患者の立場に立つ」ことを観念的に患者の立場を追体験することであるとし、「立場の変換」としてその考え方を示している^{4), 5)}。具体的には、もう一人の自分を積極的にくりだして、患者の頭のなかに飛び込ませながら、その人のそのときの気持ちを感じとろうと努力することである、と説明している。つまり、「患者の立場に立つ」ことは、患者心理を理解するという認知過程であり、具体的には患者の心理を推測する看護師の思考過程であると推察される。しかし、このような看護師の思考は、実証的な方法では証明されていない。

さて、哲学では、他者の経験を推測することについて、人は自分以外の他者の経験を共有することは不可能であり、ゆえに他者の経験について推測することは、何も知りえないことについて推測することになり、さらに推測した内容が真に他者の経験と一致するかを判定することも不可

能である、と考えられている。したがって、真偽の判定が不可能な推測は出鱈目な推測であると考えられており、これは「他我問題」と呼ばれる近代哲学史上、最大のアポリア（哲学的難問）の一つであるといわれている^{6), 7)}。

このように考えると、他者ではない私が「他者の立場に立つ」ことは不可能だ、ということになる。しかし、実生活を考えてみると、われわれは「わかりあえた」という経験をしている。哲学者の大森はその点に着目して、実生活での他者経験の推測過程を説明している⁸⁾。つまり、実生活でわれわれはある状況で他者の経験を推測し、そのなかで観察可能な他者の行動や発話に、推測した結果を照らして合わせ、その推測の適切さを判定し、結果が思わしくなければ訂正を行い、安定した意味の推測内容に収斂させているのである。

要するに、人は何らかの根拠から他者の心理を推測する。しかし、それは客観的な根拠に乏しい当て推量であり、その後に推測した心理の適切さの判定を行うことで、より妥当な他者の心理に近づくことができるのである。「他者の立場に立つ」という意味には、当て推量からその後の適切さの判定までが含まれている、と考えられる。

一方、心理学には「他者の立場に立つ」ことを意味する「視点取得 (Perspective-Taking)」という用語がある。視点取得の思考方法には、自分がどのように感じるかをイメージする「イメージ自己」と他者がどのように感じるかをイメージする「イメージ他者」の2種類がある⁹⁾。この思考方法は、視点取得を実験的に操作する方法として広く使用されている^{10), 11)}。また、Perspective-Takingの概念分析¹²⁾では、「イメージ自己」「イメージ他者」が主要な属性であることが確認されている。視点取得の「イメージ自己」は、先に述べた見藤の2つ目の「看護師が自分の過去の経験を

患者に重ねる」思考方法や薄井の“立場の変換”，哲学での類推説に近い考え方であり、「イメージ他者」は他者の行動や発言という客観的な根拠から他者の心理を推測する方法で，哲学での行動主義に近い考え方である。これらの考え方を参考にすることで，看護師が患者の立場に立って考えるときの思考内容を実証的に検討できるのではないだろうか。

さらに，Perspective-Takingの概念分析¹³⁾の先行要件として競争や葛藤，ジレンマという状況的特性があげられており，視点取得はそのような特殊な場面で活用されることが示唆されている。つまり，看護師が「患者の立場に立つ」ことを求められる場面とは，葛藤などの状況があり，看護師が簡単に患者の心理を理解できないような場面ではないだろうか。

最後に，「患者の立場に立つ」あるいは「他者の立場に立つ」ことは，なぜ重要だと考えられているのであろうか。

哲学者の中島は，「他者の立場に立つ」という意味には，他者の痛みがわかれれば，もっと配慮した優しい態度で接するだろうという行為の要求が含まれている，と説明している¹⁴⁾。しかし，他者の痛みはよくわかつても同情しない可能性や，他者の痛みはわからないが同情する可能性が考慮されていない点で，狭量な考えであることを指摘している¹⁵⁾。そのため，「患者の立場に立つ」看護師の思考過程を検討するには，患者心理の推測のみでは不十分であり，看護援助との関連を検討することが必要であると考える。

そこで本研究の目的は，患者が病気や治療を無意識に“否認”しているために，看護師が患者の心理を誤って理解しやすいと考えられる場面を設定し，看護師の患者心理推測方法と看護援助の関連を検討し，患者心理の理解における看護師の思考方法の特徴を明らかにすることである。

II. 研究の意義

「患者の立場に立つ」ことは，どのようなことであるのかが明確になっておらず，具体的な方法は看護師個々人の考え方へ委ねられている状況である。まず，そのような現状を実証的に示すことは，患者の立場に立って考えるときの看護師の思考方法の課題を明確にでき，「患者の立場に立つ」ことを看護師の専門的な思考方法として確立していく手がかりをつくることになる。それが本研究の意義であると考える。

III. 用語の操作的定義

本研究では，「患者の立場に立つ」を「ある根拠を用いて，患者がどのような心理であるのかを推測し，その推測

内容の適切さを患者の発言や行動から判定しながら推測内容を調整し，妥当な推測内容に近づけていくことである」と定義した。つまり，「患者の立場に立つ」とは患者心理推測過程であり，視点取得（Perspective-Taking）と同義語であるとした。心理推測の根拠の違いにより，「イメージ自己」「イメージ他者」に分類される。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は，架空の課題事例をもとにした「調査的面接法」による質的データの量的探索的研究デザインである。

2. データ収集期間

データ収集期間は2008年7月～11月であった。

3. 研究参加者

群馬県内の200床以上の総合病院の看護部長に，文書で調査への協力を依頼した。協力の意思表示のあった病院の看護師個人に依頼文を配布し，協力を求めた。募集の条件は設けなかった。その結果，17施設に勤める看護師141名から参加協力が得られた。平均年齢36.33（±9.50）歳，平均看護経験年数13.04（±8.77）年であった。また，人工肛門事例を使用したため，人工肛門に関する看護経験を調べたところ，平均年数は2.35（±3.60）年であり，最小値0年，最大値18年，中央値は0年であり，人工肛門経験なしは73名（51.8%）であった。看護基礎教育課程は，3年課程専門学校が59名（41.8%），2年課程専門学校が52名（36.9%），短期大学と4年制大学が30名（21.3%）であった。

4. 面接調査の内容

a. 課題事例の概要

面接調査のために，課題事例を設定した。この事例の患者は，直腸がんの診断を受け，外来で医師から「高い確率で人工肛門造設の可能性がある」ことを説明されていた。

『場面1』は入院時で，看護師が外来での医師の治療についての説明を確認すると，患者は「先生は人工肛門の話をしたが，自分はつくれなくともすむと思います。仕事が忙しいので早く仕事に復帰したいと思っています」と落ち着いた調子で発言した場面である。この場面での患者心理は，危機モデルの“防御的退行”的段階での無意識の“否認”を想定している。このような無意識的な患者の心理を看護師が理解することは難しいと考えられる。

次に，先の患者の発言を聞いた看護師は，患者の理解が間違っていると思い，主治医に再説明を依頼し，その後，主治医より再説明があった，という設定であった。

引き続き『場面2』は、医師からの説明の後、看護師が患者の病室を訪ね、医師の説明について看護師が確認すると、患者は「頭が真っ白になって医師の説明を覚えていません。障害者になるってことですよね」と、ひどく落ち込んだ様子で発言した場面である。この場面の患者心理は、危機モデルの“承認”的段階での“落ち込み”を想定している。

『場面1』での落ち着いた患者の様子から、『場面2』での落ち込んだ患者の様子への変化のなかで、妥当な患者心理を推測するためには「調整」をすることが求められる。

b. 課題の提示と質問内容

課題を提示する前に、「事例や場面を見ながら、患者の立場に立って考えてください」と説明した。事例紹介を文字と音声で提示し、ついで『場面1』を音声の入った映像で提示した。その後、「研究参加者自身の患者への対応(看護援助)」「推測した患者心理」「患者心理推測の根拠」の3つの質問項目を提示した。次に、『場面2』に移る前の状況を文字と音声で説明し、『場面2』を『場面1』と同様に示し、「推測した患者心理の適切さの判定」の1つの質問項目を提示した。

なお、『場面1』と『場面2』の映像に関しては、病院での場面を設定し、患者役と看護師役を演じてもらいビデオで撮影した。患者役は、施設に登録している模擬患者に、施設を通じて目的などを説明して依頼し承諾を得た。また看護師役は、事例にかかわる看護師経験のある看護系大学大学院生に、研究者が目的などを説明して依頼し承諾を得た。

面接は、研究参加者1名と研究者とで個別に行った。面接場所は病院の研修室や会議室であった。研究参加者に録音の承諾を得て、ICレコーダーで録音した。また、映像などの一連の提示内容は、ノートパソコンで提示した。

c. 事例の適切性

事例作成にあたっては、専門看護師（がん看護）の資格をもつ看護師1名に作成した課題の点検を受けた。事例は直腸がんによる人工肛門造設患者であり、危機モデルでの患者心理を想定したものであったため、そのような事例を多く体験しているがん看護の専門看護師に依頼した。また、面接調査の最後に「このような場面が病院で起こる可能性」について研究参加者に尋ねた。その結果、「ほとんどない」が6名(4.3%)、「あまりない」が7名(5.0%)、「少しある」が46名(32.6%)、「よくある」が82名(58.2%)であった。「すこしある」「よくある」の回答が多く、現実場面と乖離した事例ではないことが確認された。

5. 分析方法

面接内容は「発話プロトコル分析」^{16), 17)}を参考にして分

析を行った。まず、面接を録音した内容を逐語録に起こし、回答内容を繰り返し読み、質問ごとにそれに関連する部分を文単位で抽出してコード化し、意味の似ているものを集めてカテゴリーに分類した。カテゴリー分類の際には、Perspective-Takingの概念分析の結果¹⁸⁾を参考にし、便宜的に分類基準を設定して行った。

そして、コードとカテゴリーごとに度数（そのコードあるいはカテゴリーをもつ研究参加者数）と全体の人数に対する割合を求めた。複数のコードからカテゴリーを作成した際には、あるカテゴリーをもつ研究参加者がそのカテゴリーに含まれる複数のコードをもつ場合でも、そのカテゴリーに含まれる度数は1と換算した。

また、カテゴリー間の関係をクロス集計（ χ^2 検定）とコレスポンデンス分析によって検討した。コレスポンデンス分析は、クロス集計表の分析に適しており、データ行列の行と列からなる2組のデータ集合の最良の同時布置を見出す方法である^{19), 20)}。

カテゴリー分類に際しては、研究者と研究補助者1名が別々に分類を行い、その結果のカッパ係数は.81であり、信頼性が確認された。研究補助者は質的研究の実績があり、修士の学位をもつ看護系大学の教員であった。データの集計および分析は、統計解析ソフト『SPSS 16.0J for Windows』を用いた。

6. 倫理的配慮

研究参加者に文書と口頭で、研究目的、研究方法、自由意思による参加、不参加による不利益は生じないこと、中途辞退の保障、回答に対する自由の保障、プライバシーの保護、個人情報の保護、研究成果の公表、について説明し、同意を得て行った。なお、研究者の所属する機関での倫理審査で承認を受けて実施した。

V. 結 果

1. 推測した患者心理と心理推測の根拠の関連

事例の『場面1』を視聴後、研究参加者に患者心理を尋ねた。回答内容をカテゴリーに分類し、推測した患者心理として2つのコアカテゴリーと8つのカテゴリーが抽出された（表1）。

1つ目のコアカテゴリーは【悲観的心理】で97名(68.8%)が該当しており、《1. 人工肛門に対する積極的否定》《2. 人工肛門に対する消極的否定》《3. 病気に対する理解不足》《4. 人工肛門造設後の不安》の4つのカテゴリーから構成されていた。コアカテゴリー【悲観的心理】は、人工肛門造設という状況に対して患者が失望し落胆しているという悲観する心理を推測するものである。

表1 推測した患者心理カテゴリー

n = 141

コア カテゴリー	カテゴリー	度数 (%)	サブカテゴリー	度数 (%)	コードの例
悲観的心理 97 (68.8)	1. 人工肛門に対する積極的否定	34 (23.9)	1. 人工肛門は嫌だ	8 (5.6)	・人工肛門をつくることに抵抗がある ・人工肛門なんて嫌だという感じ
			2. 人工肛門はつくりたくない	26 (18.3)	・人工肛門をつくりたくないという気持ちがある ・できれば人工肛門をつくりたくない
			3. 認めたくない気持ち	11 (7.7)	・自分はそこまで悪くはないと思いつたのだろうなという気持ち ・全くわかっていない訳ではないが、認めたくないという気持ちがあると思う
	2. 人工肛門に対する消極的否定	51 (35.9)	4. がん・人工肛門が受け止められない	32 (22.5)	・がんということはわかっているが、人工肛門になるという覚悟はできていない ・人工肛門の受け入れができない
			5. ショックな気持ち	15 (10.6)	・直腸がんで人工肛門をつくると言われてショック ・がんと言われた動揺と人工肛門と言われて複雑な気持ち
			6. 病院に来るのが遅れた後悔	2 (1.4)	・病院に来るのが遅れたという後悔 ・症状があったのに仕事の関係で受診を延ばしていたことで、もっと早くこれればよかったという悔いもある
	3. 病気に対する理解不足	17 (12.0)	7. 病気や人工肛門が理解できていない	17 (12.0)	・人工肛門がどういうものだかわからない ・患者は自分の状況が全く理解できていない
	4. 人工肛門造設後の不安	11 (7.7)	8. ボディイメージが変わる不安	3 (2.1)	・人工肛門をつくることに対してボディイメージが変わってしまう不安 ・ボディイメージが崩れるというイメージをもっている
	5. 仕事優先	28 (19.7)	9. 人工肛門ができた後の心配をしている	8 (5.6)	・人工肛門をついたときの臭いとかを考え ・人工肛門は袋をつけたり、仕事にも差支えができるから嫌だ
			10. 早く仕事に復帰したい	8 (5.6)	・仕事も忙しいので早く職場に復帰したい ・一刻も早く手術を終わらせて仕事に戻りたいと思っている
			11. 仕事のことが心配	21 (14.8)	・仕事が忙しいのに、入院して手術なんかしている場合ではない ・仕事のことが気持ちを占めていて、仕事のことが一番という感じ
	6. 病気に対する軽視	38 (26.8)	12. がんは大変なことではないと思っている	3 (2.1)	・がんというのを重要なことは思っていない ・がんといってもそんなにひどいがんじゃない
			13. 自分の病気を重く受け止めていない	6 (4.2)	・状況を重く受け止めている ・自分の病気を重く受け止めている、大丈夫だろうと思っている
	7. よい経過への希望	14 (9.9)	14. 症状が軽いので大丈夫だと思っている	4 (2.8)	・重症な症状だと思っていない ・つらい症状があるのではないので、そんなに悪くないと思っている
楽観的心理 73 (51.8)	15. がんだけとれば大丈夫だと思っている	7 (4.9)	16. 何とかなると考えている	10 (7.0)	・人工肛門はつくらなくても、手術さえすればがんはとれるという気持ち ・自分の病気は少し腸を切って帰れるだろうという気持ちが強い
			17. 人工肛門をつくらなくても大丈夫だとと思っている	10 (7.0)	・患者は深刻ではなく考えている ・患者は自分の状態を安易に考えている
	18. 人工肛門をつくらずにすめばいいという希望をもっている	8 (5.6)	19. よくなりたいという願望がある	2 (1.4)	・つくらない可能性に望みをかけたということではないか ・自分だけはつくらなくていいのではないかと希望をもっている
			20. 腸を切ってつなぐ方法を希望	2 (1.4)	・手術はしたくない、このまま治ればいい ・悪いところだけとてよくなりたい、という気持ちなんだと思う
	21. 看護師がどう思っているか確認をとった	2 (1.4)	22. 人工肛門の受容はできている	4 (2.8)	・人工肛門よりは肛門からの排便を好んでいる ・人工肛門をつくることに対して、外見上の変化もあるので、腸を切ってつなぐ方法もあるけどと提示されているので、なるべくそちらをやりたい
	8. 人工肛門に対する受容	4 (2.8)			・自分はあって欲しくないという言い方は、看護師がどのように思っているのか情報を聞きたいと感じる ・自分は人工肛門をつくりたくないという意味で看護師に確認をとった
					・がんをとって、できればつくりたくないが人工肛門は仕方がない ・疾患に対する受け入れはできている。手術をすることもまあ自分のなかでは納得している

2つ目は【楽観的心理】で73名（51.8%）が該当しており、《5. 仕事優先》《6. 病気に対する軽視》《7. よい経過への希望》《8. 人工肛門に対する受容》の4つのカテゴリーから構成されていた。コアカテゴリー【楽観的心理】は【悲観的心理】とは対照的に、人工肛門造設という状況に対して患者は自分に好都合に軽く考えて樂観する心

理を推測するものである。

また、患者心理推測の後、その根拠を尋ねた。回答内容をカテゴリーに分類し、推測の根拠として3つのコアカテゴリーと7つのカテゴリーが抽出された（表2）。

1つ目のコアカテゴリーは【根拠：イメージ他者】で118名（83.7%）が該当しており、《1. 正確な患者の言葉》

表2 患者心理推測の根拠カテゴリー

n = 141

コア カテゴリー	カテゴリー	度数 (%)	サブカテゴリー	度数 (%)	コードの例
1. 正確な患者の言葉	1. 人工肛門に関する患者の正確な言葉	49 (34.8)	1. 人工肛門に関する患者の正確な言葉	35 (24.8)	・自分はつくりなくてもいいと思うと断定している感じ ・自分では人工肛門をつくりなくてもすむと思うという言葉から推測
	2. 仕事に関する患者の正確な言葉		2. 仕事に関する患者の正確な言葉	16 (11.3)	・早く仕事に戻りたいという患者の発言 ・早く仕事に復帰したいという発言
2. 不正確な患者の言葉	3. 人工肛門に関する患者の不正確な言葉	31 (22.0)	3. 人工肛門に関する患者の不正確な言葉	25 (17.7)	・人工肛門をつくりなくていいという、患者が言ったことがおかしいから ・人工肛門をつくりたくないような発言から
	4. 仕事に関する患者の不正確な言葉		4. 仕事に関する患者の不正確な言葉	6 (4.3)	・今は仕事が忙しくてそれをしている場合ではないという言葉 ・早く退院したいという言葉
3. 医師の説明とのずれ	5. 医師の説明と患者の言葉のずれ	24 (17.0)	5. 医師の説明と患者の言葉のずれ	21 (14.9)	・外来で高い確率と言われたのに、自分はつくりなくてもすむと思うと言ったこと ・医師からの説明と患者の人工肛門は必要ないという言葉からの病気に対する認識のズレ
	6. 医師の説明		6. 医師の説明	3 (2.1)	・事例で確實に人工肛門になるとと言われていて高い確率と言われたこと ・外来で医師の話が100%ではなくて高い確率という話だったので、そこをよりどころにしたのかと思う
根拠： イメージ他者	7. 患者の受診行動	118 (83.7)	7. 患者の受診行動	12 (8.5)	・もともと仕事が忙しくて受診しなかったこと ・仕事が忙しくて外来を受診しなかったりというこれまでの行動から
	8. 話し方や態度		8. 話し方や態度	18 (12.8)	・ほそほそという話し方 ・表情とか、下向きというところ
4. 患者の消極的な様子	9. 人工肛門や仕事以外の患者の言葉	31 (22.0)	9. 人工肛門や仕事以外の患者の言葉	5 (3.5)	・妻が心配してという患者が言った内容 ・医師から告知されていて、患者本人も自分の口でがんという言葉を使っていること
	10. 看護の経験		10. 看護の経験	7 (5.0)	・いままで人工肛門を拒否していた患者がいた経験から ・今までの経験から、患者はいいほうに解釈してしまうことがあったから
5. 患者のネガティブ・ステレオタイプ	11. 一般的な傾向	16 (11.3)	11. 一般的な傾向	2 (1.4)	・がんと人工肛門のイメージ。がんイコール死という恐いイメージ ・人工肛門は排泄物の処理や臭いが、私は人工肛門の知識があるから気になる ・ボディイメージが崩れるというイメージは、一般的にそういう人が多いから
	12. 年齢や社会的背景		12. 年齢や社会的背景	8 (5.7)	・若くないので煩わしい ・社会面や生活面、手術をすることをふまえて患者の気持ちを考える
根拠： イメージ自己	6. 自分や家族に置換え類推	7 (5.0)	13. 自分や家族に置き換えた類推	7 (5.0)	・自分に置き換えて、自分がその病気になったとしたら、がんとか手術とか言わされたとしたら、自分がどういうふうに思うだろうと考える ・親が入院したとき、入院しながらも家庭のことを心配していたので、親とか自分に重ね合わせて考える
	14. 人工肛門を拒否する心理		14. 人工肛門を拒否する心理	14 (9.9)	・人工肛門をつくることに対して不安がある ・患者のなかに打ち消したい思いがあり、人工肛門のイメージができるないから
根拠： 解釈した心理	7. 解釈した心理	27 (19.1)	15. 仕事を優先する患者の心理	16 (11.3)	・仕事をすることで頭が一杯 ・仕事も忙しくてすぐに戻らなくてはいけないということ

《2. 不正確な患者の言葉》《3. 医師の説明とのずれ》《4. 患者の消極的な様子》《5. 患者のネガティブ・ステレオタイプ》の5つのカテゴリーから構成されていた。コアカテゴリー【根拠：イメージ他者】は、客観的な患者の言動や状況から他者がどのように感じるかから心理を推測するものである。

2つ目は【根拠：イメージ自己】で7名(5.0%)が該当しており、《6. 自分や家族に置換え類推》カテゴリーから構成されていた。コアカテゴリー【根拠：イメージ自己】は、自分がどのように感じるかから心理を推測するものである。

3つ目は【根拠：解釈した心理】で27名(19.1%)が該

当しており、《7. 解釈した心理》カテゴリーから構成されていた。コアカテゴリー【根拠：解釈した心理】は、客観的な患者の言動・状況や自己を根拠にするのではなく、研究参加者が解釈した心理を推測の根拠としたもので、【根拠：イメージ他者】【根拠：イメージ自己】に分類できないものであった。

推測の根拠カテゴリー（以下、根拠カテとする）と推測した患者心理カテゴリー（以下、心理カテとする）の関連をみるためにクロス集計し、 χ^2 検定を行った（表3）。その結果、根拠カテのなかで一番多く産出された《1. 正確な患者の言葉》は8つの心理カテをすべて生み出していたが、どの心理カテとも有意な関連はみられなかった。有意な

表3 推測した患者心理カテゴリー × 患者心理推測の根拠カテゴリー

n = 141

		患者心理推測の根拠カテゴリー														
		1. 正確な患者の言葉		2. 不正確な患者の言葉		3. 医師の説明とのずれ		4. 患者の消極的様子		5. 患者のネガティブ・ステレオタイプ		6. 自分や家族に置換え類推		7. 解釈した心理		
		有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	
推測	1. 人工肛門に対する積極的否定	有	11 (32.4)	23 (67.6)	7 (20.6)	27 (79.4)	10 (29.4)	24 (70.6)	4 (11.8)	30 (88.2)	6 (17.6)	28 (82.4)	2 (5.9)	32 (94.1)	3 (8.8)	31 (91.2)
		無	38 (35.5)	69 (64.5)	24 (22.4)	83 (77.6)	14 (13.1)	93 (86.9)	27 (25.2)	80 (74.8)	10 (9.3)	97 (90.7)	5 (4.7)	102 (95.3)	24 (22.4)	83 (77.6)
			p = .736			p = .821			p = .027			p = .099			p = .184	
	2. 人工肛門に対する消極的否定	有	14 (28.0)	36 (72.0)	11 (22.0)	39 (78.0)	13 (26.0)	37 (74.0)	13 (26.0)	37 (74.0)	10 (20.0)	40 (80.0)	2 (4.0)	48 (96.0)	6 (12.0)	44 (88.0)
		無	35 (38.5)	56 (61.5)	20 (22.0)	71 (78.0)	11 (12.1)	80 (87.9)	18 (19.8)	73 (80.2)	6 (6.6)	85 (93.4)	5 (5.5)	86 (94.5)	21 (23.1)	70 (76.9)
			p = .212			p = .998			p = .035			p = .394			p = .016	
	3. 病気に対する理解不足	有	6 (35.3)	11 (64.7)	6 (35.3)	11 (64.7)	4 (23.5)	13 (76.5)	5 (29.4)	12 (70.6)	1 (5.9)	16 (94.1)	1 (5.9)	16 (94.1)	2 (11.8)	15 (88.2)
		無	43 (34.7)	81 (65.3)	25 (20.2)	99 (79.8)	20 (16.1)	104 (83.9)	26 (21.0)	98 (79.0)	15 (12.1)	109 (87.9)	6 (4.8)	118 (95.2)	25 (20.2)	99 (79.8)
			p = .960			p = .158			p = .446			p = .430			p = .449	
	4. 人工肛門造設後の不安	有	2 (18.2)	9 (81.8)	4 (36.4)	7 (63.6)	0 (0.0)	11 (100)	0 (0.0)	11 (100)	4 (36.4)	7 (63.6)	1 (9.1)	10 (90.9)	3 (27.3)	8 (72.7)
		無	47 (36.2)	83 (63.8)	27 (20.8)	103 (79.2)	24 (18.5)	106 (81.5)	31 (23.8)	99 (76.2)	12 (9.2)	118 (90.8)	6 (4.6)	124 (95.4)	24 (18.5)	106 (81.5)
			p = .229			p = .230			p = .118			p = .067			p = .006	
	5. 仕事優先	有	10 (35.7)	18 (64.3)	6 (21.4)	22 (78.6)	2 (7.1)	26 (92.9)	9 (32.1)	19 (67.9)	1 (3.6)	27 (96.4)	2 (7.1)	26 (92.9)	8 (28.6)	20 (71.4)
		無	39 (34.5)	74 (65.5)	25 (22.1)	88 (77.9)	22 (19.5)	91 (80.5)	22 (19.5)	91 (80.5)	15 (13.3)	98 (86.7)	5 (4.4)	108 (95.6)	19 (16.8)	94 (83.2)
			p = .905			p = .937			p = .120			p = .147			p = .147	
	6. 病気に対する軽視	有	17 (44.7)	21 (55.3)	7 (18.4)	31 (81.6)	4 (10.5)	34 (89.5)	10 (26.3)	28 (73.7)	3 (7.9)	35 (92.1)	1 (2.6)	37 (97.4)	10 (26.3)	28 (73.7)
		無	32 (31.1)	71 (68.9)	24 (23.3)	79 (76.7)	20 (19.4)	83 (80.6)	21 (20.4)	82 (79.6)	13 (12.6)	90 (87.4)	6 (5.8)	97 (94.2)	17 (16.5)	86 (83.5)
			p = .130			p = .535			p = .213			p = .451			p = .432	
	7. よい経過への希望	有	8 (57.1)	6 (42.9)	3 (21.4)	11 (78.6)	2 (14.3)	12 (85.7)	2 (14.3)	12 (85.7)	1 (7.1)	13 (92.9)	2 (14.3)	12 (85.7)	4 (28.6)	10 (71.4)
		無	41 (32.3)	86 (67.7)	28 (22.0)	99 (78.0)	22 (17.3)	105 (82.7)	29 (22.8)	98 (77.2)	15 (11.8)	112 (88.2)	5 (3.9)	122 (96.1)	23 (18.1)	104 (81.9)
			p = .064			p = .958			p = .774			p = .464			p = .601	
	8. 人工肛門に対する受容	有	2 (50.0)	2 (50.0)	3 (75.0)	1 (25.0)	0 (0.0)	4 (100)	2 (50.0)	2 (50.0)	1 (25.0)	3 (75.0)	0 (0.0)	4 (100)	0 (0.0)	4 (100)
		無	47 (34.3)	90 (65.7)	28 (20.4)	109 (79.6)	24 (17.5)	113 (82.5)	29 (21.2)	108 (78.8)	15 (10.9)	122 (89.1)	7 (5.1)	130 (94.9)	27 (19.7)	110 (80.3)
			p = .516			p = .009			p = .358			p = .170			p = .382	
															p = .643	
															p = .323	

関連がみられたのは3つの根拠カテゴリーで、根拠カテゴリー《2. 不正確な患者の言葉》「あり」の研究参加者は、心理カテゴリー《8. 人工肛門に対する受容》「あり」の割合が有意に高かった。また、根拠カテゴリー《3. 医師の説明とのずれ》「あり」の研究参加者は、心理カテゴリー《1. 人工肛門に対する積極的否定》《2. 人工肛門に対する消極的否定》「あり」の割合が有意に高かった。さらに、根拠カテゴリー《5. 患者のネガティブ・ステレオタイプ》「あり」の研究参加者は、心理カテゴリー《2. 人工肛門に対する消極的否定》《4. 人工肛門造設後の不安》「あり」の割合が有意に高かった。

2. 患者心理推測内容の適切さの自己判定

『場面2』を視聴後、研究参加者に推測した患者心理の

適切さの自己判定を尋ねた。適切と判定したのは103名(73.0%)、不適切は38名(27.0%)であった。また、適切さの判定の回答を求められたときに、「私は心理をどんなふうに答えたのでしたか?」のように自分の推測した心理内容を研究者に問う発言があり、推測した心理内容を覚えていない発言と考え、その有無で分類した。「あり」が20名(14.2%)で、「なし」が121名(85.8%)であった。

3. 患者への対応と患者心理推測の関連

事例の『場面1』を視聴後、研究参加者にその場面での看護師としての対応を尋ねた。回答内容をカテゴリー分類し、患者への対応として2つのコアカテゴリーと8つのカテゴリーが抽出された(表4)。

表4 患者への対応カテゴリー

n = 141

コア カテゴリー	カテゴリー	度数 (%)	サブカテゴリー	度数 (%)	コードの例
心理を確認する対応 69 (48.9)	1. 人工肛門の発言の理由を確認する	47 (33.1)	1. 人工肛門をつくるなくてすむという発言の理由を聞く	28 (19.7)	・どうして人工肛門をつくるなくてすむと思ったのかを聞く ・人工肛門をつくるなくてすむという発言の理由を聞く
			2. 人工肛門の理解度を確認する	8 (5.6)	・人工肛門がどのようなものかわかっているかを聞く ・人工肛門をつくるなくてもすむと言ったのは医師のどの言葉からそのように受取ったのか、疾患の認識に対して確認する
			3. 医師からの説明の内容を確認する	12 (8.5)	・人工肛門についてどの程度聞いているのかをもう一度聞く ・主治医から疾患と手術についてどのような説明をうけているかを再度聞く
			4. 人工肛門をつくるないでいいという気持ちですねと言う	14 (9.9)	・つくらないでいいという風にお考えなんですね ・つくらなくてすむという気持ちでいるんですねと言う
	2. 人工肛門造設に関する意思を確認する	23 (16.2)	5. 手術を受けなくてもいいと思うのかを確認する	3 (2.1)	・手術をしない方向でのことを患者に確認する ・手術を受けなくとも大丈夫だと思うと言っていたので、どういうところからそう感じたのかを聞く
			6. 人工肛門をつくりたくないのかを聞く	6 (4.2)	・人工肛門をつくりたくないですかと聞く ・人工肛門は嫌なのかを聞く
			7. 医師に患者の言葉を伝える	9 (6.3)	・医師にこういう風に言っていますと情報を伝える ・患者には何も言わずに医師に患者の言葉を伝える
	3. 医師に対応を依頼する	18 (12.7)	8. 医師に説明内容を確認する	4 (2.8)	・医師に病状説明を確認する ・なぜ人工をつくるなくても良いと思ったのかを確認するのに、医師に説明内容を確認する
			9. 主治医に再説明を依頼する	7 (4.9)	・医師からまた説明をしてもらえるように連絡をとる ・主治医にもう一度説明してもらう
	4. 医師への働きかけを提案する	18 (12.7)	10. 主治医と話をする機会を設けることを提案する	16 (11.3)	・もう一度先生とお話ししてみましょうと言う ・詳しい話を医師から伺ってみましょうと言う
心理を確認しない対応 87 (61.7)	5. 人工肛門造設の可能性を伝えれる	16 (11.3)	11. 医師に話をよく聞いてくださいと言う	2 (1.4)	・治療方法のことは医師とよく話をして、わからないことは何でも医師に聞いて、よくお話を納得した上で手術に臨んだ方がいいのではないかですかと言う ・そうですね、また医師にお話を良く聞いてくださいと言う
	6. 仕事について話す	19 (13.4)	12. 人工肛門をつくる可能性のあることを伝える	16 (11.3)	・主治医から人工肛門を高い確率で造設することは聞いているかを聞く ・人工肛門をつくる可能性もあることをもう一度伝える
			13. 仕事について質問する	9 (6.3)	・仕事が忙しいのか、どのくらいの入院期間の予定で仕事の都合をつけてきたのかを聞く ・仕事の状況を聞く
			14. 早く仕事に戻れるといいですねと言う	10 (7.0)	・なるべく短い期間で退院できるといいですねと言う ・お仕事に早く戻れるといいですねと言う
			15. 症状を詳しく聞く	2 (1.4)	・睡眠や食欲、不安が強いかを聞く ・もう少し詳しく症状を聞く
7. 曖昧に対応する	7. 曖昧に対応する	8 (5.6)	16. 患者に労いの言葉を伝える	2 (1.4)	・人工肛門をつくることになって大変つらいですよね、大変なことになってしましましたねと話す ・なかなか病院にかかりなくて大変でしたねとか不安でしたねと労いを加えながら話す
			17. 否定せずに話を聞く	3 (2.1)	・できるだけ話を聞く ・患者の訴えを否定せずに受け入れて同調する
	8. 患者の発言の内容には触れない	14 (9.9)	18. 簡単に返答する	4 (2.8)	・あっそうですかって、この場は流す
			19. このままアナムネを続ける	10 (7.0)	・普通の会話をする ・このまま続けてアナムネをとる

1つ目のコアカテゴリーは【心理を確認する対応】で69名(48.9%)が該当しており、《1. 人工肛門の発言の理由を確認する》《2. 人工肛門造設意思を確認する》の2つのカテゴリーから構成されていた。コアカテゴリー【心理を確認する対応】は、対応のなかに患者の心理を配慮する内容が含まれるものである。

2つ目は【心理を確認しない対応】で87名(61.7%)が該当しており、《3. 医師に対応を依頼する》《4. 医師への働きかけを提案する》《5. 人工肛門造設の可能性を

伝える》《6. 仕事について話す》《7. 曖昧に対応する》《8. 患者の発言内容には触れない》の6つのカテゴリーから構成されていた。コアカテゴリー【心理を確認しない対応】は【心理を確認する対応】とは反対に、対応のなかに患者の心理を配慮する内容が含まれるものである。

推測した患者心理と患者への対応の関連を検討するため、推測した患者心理の2つのコアカテゴリーを使って3つの心理型に分類した。コアカテゴリー【悲観的心理】のみをもつ研究参加者を『悲観的心理型』とし、コアカテゴ

表5 患者心理型×患者への対応カテゴリー

n = 141

推測した 患者心理型	患者への対応カテゴリー																
	1. 人工肛門の 発言の理由を 確認する		2. 人工肛門造 設意思を確認 する		3. 医師に対応 を依頼する		4. 医師への働き かけを提案す る		5. 人工肛門の 可能性を伝え る		6. 仕事につい て話す		7. 曖昧に対応 する		8. 患者の発言 内容に触れない		
	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	有	無	
悲観的 心理型	有	24 (35.3)	44 (64.7)	10 (14.7)	58 (85.3)	8 (11.8)	60 (88.2)	7 (10.3)	61 (89.7)	7 (10.3)	61 (89.7)	9 (13.2)	59 (86.8)	6 (8.8)	62 (91.2)	8 (11.8)	60 (88.2)
	無	23 (31.5)	50 (68.5)	13 (17.8)	60 (82.2)	9 (12.3)	64 (87.7)	11 (15.1)	62 (84.9)	9 (12.3)	64 (87.7)	10 (13.7)	63 (86.3)	2 (2.7)	71 (97.3)	6 (8.2)	67 (91.8)
		p = .634		p = .618		p = .918		p = .396		p = .703		p = .936		p = .119		p = .482	
樂観的 心理型	有	11 (29.7)	26 (70.3)	6 (16.2)	31 (83.8)	4 (10.8)	33 (89.2)	5 (13.5)	32 (86.5)	5 (13.5)	32 (86.5)	5 (13.5)	32 (86.5)	1 (2.7)	36 (97.3)	3 (8.1)	34 (91.9)
	無	36 (34.6)	68 (65.4)	17 (16.3)	87 (83.7)	13 (12.5)	91 (87.5)	13 (12.5)	91 (87.5)	11 (10.6)	93 (89.4)	14 (13.5)	90 (86.5)	7 (6.7)	97 (93.3)	11 (10.6)	93 (89.4)
		p = .588		p = .985		p = .786		p = .874		p = .629		p = .994		p = .363		p = .666	
混合 心理型	有	12 (33.3)	24 (66.7)	7 (19.4)	29 (80.6)	5 (13.9)	31 (86.1)	6 (16.7)	30 (83.3)	4 (11.1)	32 (88.9)	5 (13.9)	31 (86.1)	1 (2.8)	35 (97.2)	3 (8.3)	33 (91.7)
	無	35 (33.3)	70 (66.7)	16 (15.2)	89 (84.8)	12 (11.4)	93 (88.6)	12 (11.4)	93 (88.6)	12 (11.4)	93 (88.6)	14 (13.3)	91 (86.7)	7 (6.7)	98 (93.3)	11 (10.5)	94 (89.5)
		p = 1.000		p = .556		p = .696		p = .416		p = .959		p = .933		p = .384		p = .711	

リー【樂観的心理】のみは『樂観的心理型』、両方をもつ者は『混合心理型』とした。それぞれ、『悲観的心理型』は68名（48.2%）、『樂観的心理型』は37名（26.2%）、『混合心理型』は36名（25.5%）であった。

3つの患者心理型と患者への対応カテゴリーの関連をみるためにクロス集計し、 χ^2 検定を行った（表5）が、有意な関連はみられなかった。さらに、コレスポンデンス分析を行い、カテゴリー得点と布置図を示した（表6、図1）。布置図に配置されたそれぞれの関係から、次元の意味を以下のように検討し、“次元1”の軸を「感受性」、“次元2”の軸を「患者志向性」と解釈した。

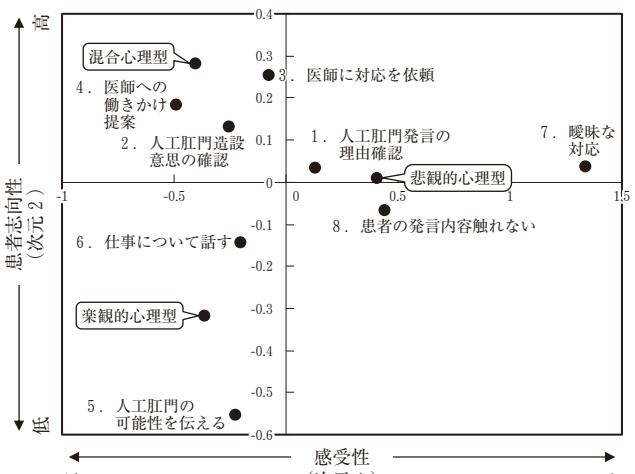
すなわち“次元1”では、得点が高いのは《4. 医師への働きかけを提案する》『混合心理型』『樂観的心理型』であり、低いのは《7. 曖昧に対応する》《8. 患者の発言内容には触れない》『悲観的心理』であった。これは、患者の心理を感じとれない性質を現わしている、と解釈された。それを解釈しやすくするために、患者の心理を感じとれる性質とし、得点の正負を反転させて布置させ「感受性」とした。

また、“次元2”では、得点が高いのは『混合心理型』《3. 医師に対応を依頼する》であり、低いのは《5. 人工肛門の可能性を伝える》『樂観的心理』であった。そのため、“次元2”軸を患者に意識が向かっている性質を現わしていると解釈し、「患者志向性」とした。

その結果、『悲観的心理型』は「感受性」がやや高く、対応カテ《8. 患者の発言内容には触れない》と近い関係であった。『混合心理型』は「患者志向性」が高く、《4. 医師への働きかけを提案する》に近かった。『樂観的心理型』は「感受性」も「患者志向性」の低く、《6. 仕事について話す》に近かった。

表6 コレスポンデンス分析の得点

心 理 型	次元の得点	
	次元1	次元2
悲観的心理型	-0.409	0.009
樂観的心理型	0.362	-0.319
混合心理型	0.404	0.281
1. 人工肛門発言の理由を確認する	-0.132	0.033
2. 人工肛門造設意思を確認する	0.254	0.131
3. 医師に対応を依頼する	0.075	0.252
4. 医師への働きかけを提案する	0.487	0.182
5. 人工肛門造設の可能性を伝える	0.226	-0.553
6. 仕事について話す	0.199	-0.144
7. 曖昧に対応する	-1.341	0.037
8. 患者の発言内容には触れない	-0.441	-0.069



*感受性 (次元1) の軸は右が高く解釈できるように、左右を反転して布置されている

図1 患者心理型と患者への対応カテゴリーの布置図

VII. 考 察

1. 看護師の患者心理推測方法

推測した患者心理とその推測の根拠の関連から、看護師の患者心理推測方法の特徴を検討する。

患者心理推測の根拠カテ《1. 正確な患者の言葉》は「自分はつくれなくともすむと思う」という患者の発言を正確に再生したコードを含み、いちばん多く産出されていた。そして、この根拠カテは8つの心理カテをすべて生み出していたが、有意な関連はみられなかった。看護師が患者の発言を正確に再生できることは、患者の発言を真剣に聞いていていることを示すもので、好ましいことだと考えられる。しかし、正確な再生は看護師の知覚の正確さだけを反映していると考えられるため、特定の心理との関連が示されなかつたのだと考えられる。

人間の知覚の特徴について、Hanson, N. R.²¹⁾は“見る”とは理論を背負って見ることであり“なまの事実”ではないと説明し、ゆえに人間の知覚は何らかの無意識の解釈を伴っているものだ、と説明している。したがって、看護師が患者の発言を知覚するときには、看護師の無意識のさまざまな解釈が存在し、その解釈が患者心理推測に影響を与えていたと考えられる。しかし、単に推測の根拠を聞いただけでは、根拠のもととなった客観的な事実のみを述べるに留まり、どのような解釈を伴った知覚だったのかまでは明確にならなかつたのだと考えられる。

一方、根拠カテ《2. 不正確な患者の言葉》「あり」の参加者で、心理カテ《8. 人工肛門に対する受容》「あり」の割合が「なし」の割合に比べて有意に多い結果であった。根拠カテ《2. 不正確な患者の言葉》は患者の発言を正確にとらえていないことを示しており、正確にとらえられていない理由として、看護師自身の何らかの歪んだ知覚が影響していると考えられる。また、心理カテ《8. 人工肛門に対する受容》は、『場面1』の患者の言動や状況から“受容”という心理を推測することは妥当性が低いと考えられる。つまり、看護師の歪んだ知覚による《2. 不正確な患者の言動》により、妥当性の低い患者心理《8. 人工肛門に対する受容》が推測されたと考えられる。したがって、看護師が患者の発言を不正確に再生することは、歪んだ知覚を反映し、それによって妥当性の低い心理を推測する危険性が高いことを示している。

看護師自身の何らかの歪んだ解釈から不正確な患者の言葉の知覚となつた背景には、「不確定な感覚情報から安定した一つの解釈に自動的にすばやく至る」という人間の知覚の特徴が影響していると考えられる。この知覚段階を、ヘルムホルツは『無意識的推論』と呼んでいる²²⁾。この知覚過程は無意識的過程であるため、どのように解釈したの

かを推測者に問うても答えることはできないだろう。そのため、知覚されて表現された内容を検討し、無意識のなかでの解釈を解釈することが、看護師の思考を明らかにするためには必要である。しかし、この心理カテ《8. 人工肛門に対する受容》を推測したのは4名と少ないため、分析結果の妥当性が十分であるとはいえない。今後、データ数を増やして考察の妥当性を高めが必要であろう。

また、根拠カテ《3. 医師の説明とのずれ》「あり」の参加者で、心理カテ《1. 人工肛門に対する積極的否定》《2. 人工肛門に対する消極的否定》「あり」の割合が「なし」の割合に比べて有意に多くみられた。この根拠カテ《3. 医師の説明とのずれ》の特徴は、場面の患者の発言や行動をそのまま根拠にしたものではなく、事例での医師の説明と『場面1』での患者の発言内容の相違から意味を読みとて根拠としていることである。

子どもを対象とした研究で、表情と行動の意味の異なる矛盾エピソード事態を提示し、子どもがその情報をどのように活用するかを調べ、年齢の低い子どもは一方の情報のみに基づいて意味を解釈しているのに対し、年齢が高い子どもは矛盾する情報を同時に考慮し、情報を統合できるようになることを報告している²³⁾。

根拠カテ《3. 医師の説明とのずれ》は、医師の説明と『場面1』の患者の発言という2つの意味の異なつた情報を統合して、ずれという解釈をしている点で、より高度な思考であると考えられる。さらに考えれば、患者の発言は「つくりたくない」ではなく「つくれなくともすむと思う」であり、その点が無意識の“否認”を示す重要な根拠である。今回の調査では、その点に明確に言及した回答はみられなかつたが、根拠カテ《3. 医師の説明とのずれ》は、患者の発言の不自然さや他の情報との不一致からずれという解釈をしている点で、無意識の“否認”という患者心理に限りなく近づいていると考えられる。患者の心理を推測するには、このように患者の言動にこだわって、その意味を解釈しようとする意図的な取り組みが必要であることを示唆している。

もう一つの根拠カテ《5. 患者のネガティブ・ステレオタイプ》「あり」の参加者で、心理カテ《4. 人工肛門造設後の不安》「あり」の割合が「なし」の割合に比べて有意に多くみられた。この根拠カテは、看護師が患者にかかわった経験により、人工肛門造設後の患者に関する知識から心理を推測したものだと考えられる。この推測内容は一概に妥当性が低いとはいえないが、この推測の根拠には目の前の患者の言動などの客観的情報が組み込まれておらず、目の前の患者の心理とは異なつてしまふ可能性がある。つまり、客観的情報がないまま推測すると、看護師の経験が患者に対するステレオタイプとなる危険性を示唆している²⁴⁾。

2. 看護師の患者心理推測内容の調整方法

看護師が推測した患者心理の適切さの自己判定の結果から、心理内容の調整方法について検討する。今回の調査では、推測した患者心理の適切さを7割以上の看護師が「適切」と判定していた。今回の事例の『場面2』では患者は落ち込んだ様子を示しており、『場面1』の落ち着いた様子とは異なった状況が提示されている。このような状況で推測した心理を「適切」と判断することは、看護師の思考に“確証バイアス”が起こっている可能性が考えられる。“確証バイアス”とは、人は自分が本当だと思っていることを確かめるための情報は探すが、反証となるような証拠を無視すること、をいう²⁵⁾。つまり、最初の自分の判断は間違っていないと思い込み、最初に推測した患者心理に対して、補強する情報だけが活用され、それに反する情報を取り入れずに判定が行われた結果、判定結果が「適切」として導かれたと考えられる。

また、心理内容の適切さの判定を質問した際に、自分の推測した心理内容を研究者に問う発言が約14%の看護師にみられた。自分の推測内容を尋ねることは、推測内容を覚えていないためだと考えられる。心理推測過程に関して大森は、日常の人間関係のなかで推測した心理が思わしくないときには、さまざまな訂正や改善が行われることで、わかりあえるという体験が生じる、と説明している²¹⁾。つまり、いったん相手の心理を推測したとしても、その心理は妥当性が低く、別の根拠と照らして推測内容を修正することで妥当な心理へと近づけるのだと考えられている。

しかし、今回のように推測した患者心理を覚えていないということは、『場面2』で提示された別の情報を推測した患者心理に照らして、「不一致はないか？ 矛盾はないか？」という調整思考を行っていない可能性を示唆していると考えられる。最初に推測した患者心理は、根拠の乏しい出鱈目な推測である可能性が高いと考えられるため、看護師は調整機能を取り入れて思考をする基盤をつくる必要がある。

今回の調査では、適切さの判定の際に推測した心理内容を覚えているかを確認する項目をつくらなかったため、推測内容を覚えていない正確な数値は把握できておりらず、14%という割合は決して多い数値とはいえない。しかしながら、適切さの判定の際の参加者の反応をみると、反応時間が長かったり、推測した患者心理の内容が曖昧であったものもみられたが、今回の分析ではそこまで言及できていない。推測した心理内容を覚えているかを確認する項目を設けていたら、正確に覚えていない割合はこれ以上になった可能性がある。今後は、この観点から正確に分析できるような内容を盛り込むことが必要であろう。

3. 看護援助と患者心理推測との関連

コレスポンデンス分析の結果から、患者心理推測と看護援助の関連を検討する。

布置図をみると、『悲観的心理型』は「感受性」が高く、心理を確認しない対応カテ《8. 患者の発言には触れないと近い関係であった。悲観的心理の推測は感受性の高さを反映していると考えられるが、患者のつらい気持ちを推測できたとしても、感受性の高さゆえにそのことを避けて対応しようとする傾向があることを示している。つまり、これは悲観的心理の推測が妥当な看護援助に結びつかない理由の一つであると考えられる。

また、『混合心理型』は「患者志向性」が高く、心理を確認しない対応カテ《4. 医師への働きかけを提案する》と近い関係であった。この対応カテは、患者と少し距離をとった消極的なかかわり方が特徴であり、悲観的心理と楽観的心理とを考慮した中間的な対応であるといえるのかもしれない。

最後に、『楽観的心理型』は「感受性」「患者志向性」ともに低く、心理を確認しない対応《6. 仕事について話す》に近い関係であった。今回の事例では、楽観的心理の推測は妥当ではなく、「感受性」「患者志向性」が低いことからもそれが支持されたかたちとなった。このような楽観的心理の推測は、さらに患者に衝撃を与えるような誤った対応を生む危険性が指摘されている²⁷⁾。『楽観的心理型』と近い関係である《6. 仕事について話す》という対応には衝撃を与えるような内容は含まれていないが、次に比較的近い関係である《5. 人工肛門の可能性を伝える》という対応は、患者に無理やり人工肛門の事実を突きつけ、さらに患者に衝撃を与えるような誤った対応となる危険性がある、と考えられる。

コレスponsdenス分析は、データを2次元の平面に同時布置することによって、 χ^2 分析だけではわからなかった関係を視覚的に示すことができる点で、優れた分析方法であることが今回の結果から示されている。看護学分野の研究では、あまり活用されていない分析方法であるが、質的データの分析方法として活用ができるだろう。

4. 研究の限界と今後の課題

この研究では、リアリティを演出するため視覚媒体による模擬事例を使用して面接調査を行ったが、事例の場面が限定的で人工的のことや面接の環境が臨床現場ではなく会議室であったことは、研究参加者の反応に少なからず影響していたことが考えられる。今後はよりリアリティを増すことができるように事例を物語調にしたり、看護師の臨床現場での経験を問えるような調査内容にするなど、研究方法の精錬が必要であろう。

しかしながら、患者の発言や行動という客観的な情報を看護師がいかに取り上げて解釈をしているか、またそれをどのように看護援助とつなげているのかという看護師の思考過程の一端を示すことができたことは、意味のあることだと考えられる。今回の結果から、看護師が自分の思考を意識的に働くことができていない可能性が示唆されているため、看護師の思考内容についてさらに厳密に調査できるような研究方法が求められている。

VII. 結論

無意識の“否認”という心理から発せられた患者の発言は、看護師の知覚を無意識に歪曲した解釈へと導き、それが不正確な患者の発言の知覚となり、楽観的心理という妥当性の低い患者心理を導く可能性を示唆していた。また、看護師は最初に推測した患者心理を正しいものとして、新

たな情報が与えられても改良や修正という調整思考を行わない可能性があることが示された。さらに、患者心理と看護援助の関連では、楽観的心理の推測は妥当でない看護援助を導く可能性を示唆していた。

謝辞

本研究にご協力くださった看護師の皆様に深く感謝申上げます。また、研究をご指導くださいました聖路加看護大学 松谷美和子教授、論文についてご助言くださいました同大学 菊沼典子教授、柳井晴夫教授、廣瀬清人准教授に心より感謝申上げます。

なお、本研究は聖路加看護大学大学院博士後期課程に提出した博士論文の一部に加筆・修正したものである。また、科学研究費補助金基盤（C）課題番号20592479（平成20年度～）による研究助成を受けて実施した。

要旨

看護では「患者の立場に立つ」ことは重要だと言われているが、実証的には証明されていない。一方、心理学ではそれを“視点取得”といい、他者心理を推測する思考方法である。本研究の目的は、“否認”という無意識の患者心理理解における看護師の患者心理推測方法の特徴と看護援助との関連を検討することであった。141名の看護師を研究参加者とし、「人工肛門造設予定の患者と看護師が登場する場面」を刺激とした半構造化面接法でデータを収集した。その結果、看護師は患者の発言を推測の根拠とするが、否認からの患者の発言は、看護師の知覚を歪曲した解釈へと導き、楽観的心理という妥当性の低い患者心理を導く可能性を示唆していた。また、看護師は最初に推測した患者心理に対して、新たな情報が与えられても改良や修正という調整思考をしていない可能性が示された。さらに、患者心理と看護援助の関連では、楽観的心理の推測は妥当でない看護援助を導く可能性を示唆していた。

Abstract

In the field of nursing, the importance of “putting oneself in the patient’s place” has been emphasized. However, there is no evidence regarding such a thinking process in nurse. On the other hand, in the field of psychology, there is a term that means “putting oneself in the other’s place”, “perspective-taking”, “the thinking process in which nurses put themselves in the patients’ perspective. This study aims to examine how patients’ unconscious denial causes their nurses to misunderstand their perspective and how it affects nursing care. Using a case story of a nurse and patient scheduled to undergo colostomy, we conducted semi-structured interviews with 141 nurses working at general hospitals. The results of our study suggest that patients’ remarks arising from unconscious denial are likely to mislead nurses to take inappropriately optimistic perspective of their patients. Further, even if new information is provided to the nurses, they tend to stick to their initial assumptions about their patients without modifying them. This tendency is also a likely cause of the nurses adopting inappropriate perspective. With regard to the association between the patients’ perspective and nursing care, the results suggest that having inappropriately optimistic perspective incurs the risk of providing inappropriate nursing care.

文献

- 1) Nightingale, F (湯檍ます, 薄井坦子, ほか訳) : 看護覚え書—看護であること看護でないこと (第5版). 163-164, 現代社, 東京, 1993.
- 2) 神田橋條治: 追補 精神科診断面接のコツ. 177-194, 岩崎学術出版社, 東京, 2004.
- 3) 見藤隆子: 人を育てる看護教育. 75-77, 医学書院, 東京,
- 4) 薄井坦子: 科学的看護論. 107-120, 日本看護協会出版会, 東京, 1970.
- 5) 薄井坦子: 看護の原点を求めて—よりよい看護への道. 139-142, 日本看護協会出版会, 東京, 1987.
- 6) Schutz, A (深谷昭三 訳): 現象学と社会の学—他我認識の問題—. 80-90, 三和書房, 東京, 1974.

“否認” という無意識の患者心理理解における看護師の思考過程の分析

- 7) 中島義道：哲学の教科書. 206-216, 講談社学術文庫, 東京, 2001.
- 8) 大森莊蔵：時間と自我. 159-220, 青土社, 東京, 1992.
- 9) Davis, M H, Conklin, L, et al : Effect of Perspective Taking on the Cognitive Representation of Persons: A Merging of Self and Other. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(4), 713-726, 1996.
- 10) Davis, M H, Soderlund, T, et al : Cognitions Associated with Attempts to Empathize : How Do We Imagine the Perspective of Another?. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30(12), 1625-1635, 2004.
- 11) Batson, C D, Early, S, et al : Perspective Taking : Imaging How Another Feels Versus Imagining How You Would Feel. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23(7), 751-758, 1997.
- 12) 林 智子：Perspective-Takingの概念分析—自己と他者への焦点化—. 群馬保健学紀要, 28, 9-18, 2007.
- 13) 前掲12).
- 14) 前掲 7).
- 15) 前掲 7).
- 16) 海保博之, 原田悦子：プロトコル分析入門. 79-132, 新曜社, 東京, 1993.
- 17) 岡田 猛：第11章 発話の分析. 中澤 潤, 大野木裕明, ほか (編) 心理学マニュアル 観察法. 122-133, 北大路書房, 京都, 1997.
- 18) 前掲12).
- 19) 大隅 昇, ルバール・L, ほか : 記述的多変量解析法. 61-123, 日科技連, 東京, 1994.
- 20) 柳井晴夫 : 多変量データ解析法 — 理論と応用. 108-121, 朝倉書店, 東京, 1994.
- 21) Hanson, N R (野家啓一, 渡辺博, 訳) : 知覚と発見 (上). 紀伊國屋書店, 119-140, 東京, 1982.
- 22) 大村敏輔 : 認知心理学の源流ヘルムホルツの思想. 71-75, ブレーン社, 東京, 1996.
- 23) 久保ゆかり : 人の気持の理解過程についての理論的検討. 東京大学教育学部紀要, 22, 203-209, 1982.
- 24) 海保博之, 次良丸睦子 : 患者を知るために心理学. 119-122, 福村出版, 東京, 1994.
- 25) エバンズ, J St BT (中島実 訳) : 思考情報処理のバイアス — 思考心理学からのアプローチ. 51-81, 信山社出版, 東京, 1995.
- 26) 前掲 8).
- 27) 三浦英一郎 : がんと戦うストーマ保有者への精神的支援. 日本ストーマ・排泄リハビリテーション学会誌, 25(1), 176, 2009.

〔平成22年6月21日受付
平成23年12月22日採用決定〕

看護学生の批判的思考態度に関する研究

—看護学生および看護教育機関における特徴—

A Study on the Critical Thinking Disposition of Nursing Students

—Characteristics in Nursing Students and Nursing Education Institutions—

三國 裕子¹⁾

Yuko Mikuni

一戸 とも子²⁾

Tomoko Ichinohe

キーワード：批判的思考、看護学生、看護教育機関、尺度

Key Words : critical thinking, nursing student, nursing education institution, scale

I. 緒 言

複雑化する現代社会には、非常に多くの情報が溢れています。これらの情報を適切に取捨選択し活用するためには、主觀にとらわれることなく、ものごとを客観的にとらえ、多角的・多面的に検討し、適切な規準に基づき判断する“批判的思考（Critical Thinking）”が重要である¹⁾。批判的思考は看護においても重要な思考とされており、看護師は人々の健康を維持・回復・増進への援助を行うために対象の健康に関する問題を解決し、あるいは解決策を見つけるために批判的・批評的に考えなければならない²⁾といわれている。

さらに、批判的思考は看護教育における重要な成果である³⁾とされ、看護教育において批判的に考え、論理的に推論する能力は効果的な臨床実践の基礎となる⁴⁾と述べられている。このような考え方より、全米では1989年にNational League for Nursing (NLN)⁵⁾がすべての看護教育課程に批判的思考を導入し、その効果を評価することを義務づけ、The National League for Nursing Accrediting Commission's (NLNAC)⁶⁾は、2005年に批判的思考を取り入れた看護カリキュラムのガイドラインマニュアルを出すなど、現在もその改定が進んでいる。

日本の看護教育においても批判的思考の必要性が述べられて久しいが、その教授方法は一貫していない。さらに、日本の看護教育における批判的思考の必要性として、学生の思考態度の変化があげられる。中央教育審議会⁷⁾の「次代を担う自立した青少年の育成に向けて」（答申）において、現代の青少年は様々な試行錯誤に取り組もうとする意欲が減退しており、その原因として現状への安住志向、集中力や耐性の欠如がある、としている。このような近年の

背景からも、看護教育において批判的思考の育成がより一層必要であると考える。

批判的思考を育成する教育の前提として、平山⁸⁾は、批判的思考には論理的思考や創造的思考まで多様な側面が含まれることから、批判的思考の構造を明らかにすることが重要である、と述べている。ゼックミスタ⁹⁾は、批判的思考の主要な要素には、認知的側面である知識や技術と情意的側面である態度や気質という2つの側面があり、そのうち最も重要なのは批判的思考の知識・技術を活用する前提となる態度である、と述べている。つまり批判的思考態度とは、批判的思考能力を触発する役目を果たす¹⁰⁾。この批判的思考態度は、意図的に目標を設定することにより影響を受けるとされ、教示によって変化させることができると考えられている¹¹⁾。

これらより、批判的思考を育成する看護教育の前提として、批判的思考の構造を態度の側面より明らかにすることが必要であり、その構造は看護教育の影響やその成果を現すことを意味すると推測される。

批判的思考態度の構造をとらえるため、批判的思考態度を測定する尺度の研究を概観すると、代表的なものにFacioneら¹²⁾によるCalifornia Critical Thinking Dispositions Inventory (CCTDI) や廣岡¹³⁾らによる批判的思考志向性尺度、平山ら¹⁾による批判的思考態度尺度がある。

CCTDIは批判的思考の気質的・態度的な側面を測定するために開発されたものであり、75項目で、「Open-mindedness」「Analyticity」「Maturity」「Truth-seeking」「Systematicity」「Inquisitiveness」「Self-confidence」の7つの因子より構成されている。川島¹⁴⁾は、CCTDIをもとに大学生用批判的思考態度尺度を作成している。

平山ら¹⁾の批判的思考態度尺度は、川島の大学生用批

1) 青森市立高等看護学院 Aomori City Nursing Vocational School

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

判的思考態度尺度と廣岡らによる批判的思考志向性尺度, Stanovichら¹⁵⁾ のActively Open-Minded Thinking Scale を統合し, 教養および教員養成の大学生を対象に調査して分析・抽出したものである。この尺度は33項目で、「論理的思考への自覚」「探究心」「客觀性」「証拠の重視」の4つの因子より構成されており, 尺度として信頼性, 妥当性も確認されている。さらに外的基準尺度との相関がみられることから, 思考傾向および性格特性の概念を包括する尺度として概念妥当性が高いものである¹⁾。

さらに, 看護教育における批判的思考に関する研究として, アメリカにおいてはCCTDIを用いて年齢, 学年, 性別における比較を行った研究¹⁶⁾ や, 批判的思考をカリキュラムに導入した成果を明らかとした研究^{17), 18)}, それらの研究結果を概観した研究など¹⁹⁾, さまざまな視点より多くの報告がある。しかし, 日本においては看護教育に関する研究は少ない。本研究における調査以降に行われた, 常盤らによる大学の看護学生を対象とした研究報告^{20), 21)} があるが, 複数の看護教育機関を対象とした研究ではない。

わが国の看護教育機関は, 大学, 短期大学, 専門・各種学校に分類され, 多様性をもつ。これらのこととは学生のレディネスおよび教育内容, 教育環境の違いなどを意味するため, 看護学生の批判的思考態度の構造は, 看護教育機関の違いにより何らかの特徴があることが考えられる。しかしわが国においては, すべての看護教育機関は『保健師助産師看護師学校等養成所指定規則』のもとに, 教育課程の編成を行うことが課せられている。また, 教育内容については, 『看護師等養成所の運営に関する指導要領』²²⁾ に示された「看護師教育の基本的な考え方・留意点等」が指針となっている。したがって, 看護学生の批判的思考態度の構造を理解するためには, 看護教育機関の違いにかかわらず, まず看護学生全体をとらえ, それに基づいて看護教育機関による特徴について分析することが重要であると考える。

そこで本研究は, 看護学生の批判的思考態度の構造, および各看護教育機関における批判的思考態度の特徴を明らかとすることを目的とする。

II. 用語の定義

1. 批判的思考

批判的思考とは, 客觀的にものごとをとらえ, 多角的・多面的に検討し, 適切な規準に基づき判断しようとする思考をいう。

2. 批判的思考態度

批判的思考態度とは, 批判的思考の知識・技術を活用す

るための前提となる批判的に考えようとする態度をいい, 批判的思考の重要な構成要素の一つである。

III. 研究方法

看護学生および各看護教育機関の看護学生の批判的思考態度の構造を明確にする仮説検証型研究である。

1. 研究対象

東北6県のすべての看護教育機関である49機関を対象とし, そのうち承諾の得られた32機関の最終学年の学生1,332名とした。

2. 調査方法

無記名による自己記入式の質問紙法を用いて調査した。調査協力の得られた教育機関に質問紙を郵送し, 配布は各教育機関の教員に依頼した。回収は, 各学生が回答を個別に郵送するようにした。調査期間は2006年10月から同年12月であった。

3. 調査内容

対象者の年齢, 性別, 教育課程, 看護教育機関, 医療機関における職歴の有無などの個人属性の調査と, 平山らの批判的思考態度尺度¹⁾ を用いた(表1)。この尺度は第1因子が「論理的思考への自覚」, 第2因子が「探究心」, 第3因子が「客觀性」, 第4因子が「証拠の重視」の4因子, 33項目よりなる。各項目に「あてはまらない」～「あてはまる」の5件法で回答を求め, 各回答を1～5点に得点化した。

4. 分析方法

統計解析には『SPSS 14.0J for Windows』および『Amos 16.0J』を用いた。

看護教育機関ごとの特徴を確認するため, 教育機関と平均年齢との関係は一元配置分散分析, 教育機関と職歴の有無との関係は χ^2 検定および残差分析を用いた。批判的思考態度尺度については, 主因子法, プロマックス回転による探索的因子分析を用いて因子パターンを確認するとともに, Cronbachの α 係数を算出して信頼性を確認した。さらに, 批判的思考態度は, 探索的因子分析で得られた因子により構成されていると仮定し, 批判的思考態度モデルを想定し検証的因子分析を行った。そして, 共分散構造分析を用いて, このモデルの適合度を検証することにより妥当性を確認した。適合度指標はGFI, AGFI, CFI, RMSEAを用いて行った。また, 個々の因果関係をみるために, 各パス係数の検定統計量を求め, 有意であるかを評価した。

表1 批判的思考態度尺度（平山による）

因子名	項目番号	項目内容
第1因子 「論理的思考への自覚」	8	複雑な問題について順序立てて考えることが得意だ
	22	考えをまとめることが得意だ
	13	物事を正確に考えることに自信がある
	23	誰もが納得できるような説明をすることができる
	15	何か複雑な問題を考えると、混乱してしまう（-）
	12	公平な見方をするので、私は仲間から判断を任される
	32	何かの問題に取り組む時は、しっかりと集中することができる
	3	一筋縄ではいかないような難しい問題に対しても取り組みつづけることができる
	30	道筋を考えて物事を考える
	5	私の欠点は気が散りやすいことだ（-）
	25	物事を考えるとき、他の案について考える余裕がない（-）
	7	注意深く物事を調べることができる
	27	建設的な提案をすることができる
第2因子 「探究心」	19	いろいろな考え方の人と接して多くのことを学びたい
	1	生涯にわたり新しいことを学びつけたいと思う
	33	新しいものにチャレンジするのが好きである
	11	さまざまな文化について学びたいと思う
	14	外国人がどのように考えるかを勉強することは、意義のあることだと思う
	4	自分とは違う考え方の人に興味を持つ
	31	どんな話題に対しても、もっと知りたいと思う
	9	役に立つか分らないことでも、出来る限り多くのことを学びたい
	26	自分とは異なった考えの人と議論するのは面白い
	21	分からぬことがあると質問したくなる
第3因子 「客観性」	24	いつも偏りのない判断をしようとする
	10	物事を見つめるときに自分の立場からしか見ない（-）
	2	物事を見るときには、客観的な態度を心がける
	29	一つ二つの立場だけではなく、できるだけ多くの立場から考えようとする
	16	自分が無意識のうちに偏った見方をしていないか振り返るようにしている
	20	自分の意見について話し合うときには、私は中立の立場ではいられない（-）
	17	たとえ意見の合わない人の話にも耳をかたむける
第4因子 「証拠の重視」	6	結論をくだす場合には、確たる証拠の有無にこだわる
	28	判断をくだす際は、できるだけ多くの事実や証拠を調べる
	18	何事も、少しも疑わずに信じ込んだりはしない

※（-）印は反転項目を示す

5. 倫理的配慮

本研究に際し、批判的思考態度尺度の使用について、作成者である平山の了承を得た。また、調査は弘前大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した。さらに、調査の前に対象となる看護教育機関の長には研究の主旨を文書にて説明し、研究協力の同意を得た機関に対して実施した。

対象となる看護学生には研究の趣旨と目的、プライバシーの保護、調査への参加は自由意志であることを文書で説明した。調査は無記名で回収は個別郵送とし、調査用紙の返信をもって同意を得られたものとした。

IV. 結 果

1. 対象者の属性

回答数は734名で、有効回答は715名（有効回答率53.7%）であった。対象者の属性を表2に示す。性別では、女性が654名、男性が61名であった。教育機関別の人数は大学が146名（20.4%）、短期大学が55名（7.7%）、3年課程専門学校が260名（36.4%）、2年課程専門学校が254名（35.5%）であった。平均年齢は看護学生全体が 23.0 ± 3.9 歳、大学が 22.2 ± 1.3 歳、短期大学が 21.0 ± 1.1 歳、3年課程専門学校が 21.4 ± 2.2 歳、2年課程専門学校が 25.5 ± 5.2 歳で、2年課程専門学校は他の教育機関に対し平均年齢が有

表2 対象者の属性

教育機関	人数 (%)	平均年齢 ± 標準偏差	医療機関における職歴				χ^2 検定 p値
			あり	なし	人数 (%)	調整済み残差	
大学	146 (20.4)	22.2 ± 1.3	2 (1.4)	8.3	144 (98.7)	-8.3***	
短期大学	55 (7.7)	21.0 ± 1.1	0 (0.0)	5	55 (100.0)	-5.0***	
3年課程専門学校	260 (36.4)	21.4 ± 2.2	18 (6.9)	10	242 (93.1)	-10.0***	.000***
2年課程専門学校	254 (35.5)	25.5 ± 5.2***	190 (74.8)	-19.8	64 (25.2)	19.8***	
合計	715 (100.0)	23.0 ± 3.9	210 (29.4)		505 (70.6)		

*** p < .001

意に高かった ($p < .001$)。

また、職歴との関係では、医療機関での職歴がある学生は大学では2名(1.4%)、短期大学は0名、3年課程専門学校では18名(6.9%)、2年課程専門学校では190名(74.8%)であった。 χ^2 検定および調整済み残差の比較で、2年課程専門学校は職歴のある学生が有意に多いという結果であった ($p < .001$)。

2. 看護学生における批判的思考態度尺度

看護学生の特徴をみるために、平山らの批判的思考態度尺度で測定した結果の探索的因子分析を行った。分析方法は主因子法を用い、平山ら¹⁾の結果から因子間の相関が仮定されることからプロマックス回転とした。因子数は、固有値、寄与率、累積寄与率および解釈可能性に基づき4因子とした。因子負荷量は石井²³⁾を参考として.35以上とし、他の因子における因子負荷量も.35未満である項目を基準として因子分析を行った。

その結果、第1因子「論理的思考の自覚」に含まれる4項目、および第3因子「客観性」に含まれる2項目は、負荷量が低いため削除された。ついで、削除した6項目を除く27項目を再び主因子法、プロマックス回転より因子分析した結果、前述の基準によりさらに3項目が削除され、最終的に24項目で4因子が抽出された。寄与率は第1因子が20.34%、第2因子が12.12%、第3因子が10.51%、第4因子が8.15%で、累積寄与率は4因子で51.12%であった。この4因子について、第1因子を「探究心」、第2因子を「分析性」、第3因子を「思考への成熟性」、第4因子を「偏りのない心」とした(表3)。

第1因子の「探究心」は、平山らの尺度による第2因子「探究心」の10項目と全く同じ項目より構成された。「31. どんな話題に対しても、もっと知りたいと思う」などに高い負荷が見られたため、因子名は平山らと同様に「探究心」とした。

第2因子の「分析性」は、平山らの尺度の第1因子「論理的思考への自覚」と第4因子「証拠の重視」が統合され

新たに抽出された2因子の一つで、7項目で構成されている。「6. 結論をくだす場合には、確たる証拠の有無にこだわる」「7. 注意深く物事を調べることができる」などの項目内容より、この因子名を「分析性」とした。

第3因子は、第2因子と同様に新たに抽出された因子で、3項目から構成されている。「15. 何か複雑な問題を考えると、混乱してしまう(反転項目)」などの項目内容より、この因子名を「思考への成熟性」とした。

第4因子は、平山らの第3因子「客観性」のうち3項目が除かれたが、それ以外は平山らの「客観性」と同じ項目であった。しかし、客観性という用語を含む「2. 物事を見るときは、客観的な態度を心がける」の項目が除かれたため、第4因子の因子名を変更することとした。「10. 物事を見つめるときに自分の立場からしか見ない(反転項目)」などの項目に高い負荷が見られたことより、因子名を「偏りのない心」とした。

さらに信頼性を検討するため、尺度全体と下位尺度のCronbach's α 係数を求めた結果、「批判的思考態度」が.82、「探究心」が.80、「分析性」が.81、「思考への成熟性」が.67、「偏りのない心」が.58であった。

次に、批判的思考態度の各因子に影響する要因間の、直接および間接効果を含めたモデルの妥当性を検討するために、検証的因子分析を行った。批判的思考態度は、探索的因子分析で得られた因子により構成されていると仮定し、潜在変数として各因子を想定した。さらに、因子に対する負荷量が.40以上でかつ他の因子に対する負荷量が.20未満である項目を選定し、第1因子については項目数が多数であるため因子負荷量の高い6項目を選定し、全部で16の観測変数からなる看護学生における批判的思考態度モデルを作成した(図1)。共分散構造分析を用いて、このモデルの適合度を検証することにより妥当性を確認した結果、GFI = .946, AGFI = .926, CFI = .906, RMSEA = .057であった。またすべてのパス係数の検定統計量は有意であった ($p < .05$)。

表3 看護学生における批判的思考態度尺度の因子負荷量と因子間相関

因子名	項目番号	※（-）印は反転項目を示す	因子				共通性
			I	II	III	IV	
探究心	31	どんな話題に対しても、もっと知りたいと思う	.67	.019	.024	-.066	.447
	33	新しいものにチャレンジするのが好きである	.66	-.052	.082	-.124	.399
	19	いろいろな考え方の人と接して多くのことを学びたい	.657	-.119	.029	.123	.435
	1	生涯にわたり新しいことを学びつけたいと思う	.582	.032	.004	-.003	.355
	26	自分とは異なった考え方の人と議論するのは面白い	.549	.032	.008	-.087	.302
	9	役に立つか分からぬことでも、出来る限り多くのことを学びたい	.504	.001	.067	.042	.275
	11	さまざまな文化について学びたいと思う	.5	.014	-.162	.077	.292
	4	自分とは違う考え方の人に興味を持つ	.494	-.098	.033	.084	.241
	14	外国人がどのように考えるか勉強することは、意義のあることだと思う	.415	.068	-.163	.085	.231
	21	分からぬことがあると質問したくなる	.368	.147	-.063	-.119	.186
分析性	6	結論をくだす場合には、確たる証拠の有無にこだわる	-.068	.682	-.251	-.025	.364
	7	注意深く物事を調べることができる	-.047	.664	-.005	.173	.452
	8	複雑な問題について順序立てて考えることが得意だ	-.019	.643	.172	-.003	.52
	28	判断をくだす際は、できるだけ多くの事実や証拠を調べる	.036	.634	-.099	.109	.402
	30	道筋を考えて物事を考える	0	.559	.048	.196	.384
	23	誰もが納得できるような説明をすることができる	.009	.544	.218	-.239	.483
	22	考えをまとめることが得意だ	.1	.52	.196	-.259	.485
	25	物事を考えるとき、他の案について考える余裕が無い（-）	-.014	-.104	.78	.176	.584
思考への成熟性	5	私の欠点は気が散りやすいことだ（-）	-.052	-.013	.699	.133	.494
	15	何か複雑な問題を考えると、混乱してしまう（-）	.027	.081	.417	-.052	.213
	10	物事を見つめるときに自分の立場からしか見ない（-）	-.012	.102	.136	.508	.299
偏りのない心	17	たとえ意見の合わない人の話にも耳をかたむける	.198	-.065	.057	.491	.319
	29	一つ二つの立場だけでなく、できるだけ多くの立場から考えようとする	.096	.336	-.044	.471	.397
	20	自分の意見について話し合う時には、私は中立の立場でいられない（-）	-.14	-.047	.087	.442	.194
		因子寄与率（%）	20.34	12.12	10.51	8.15	

(累積寄与率51.12%)

II	.41		
III	.08	.39	
IV	.23	.05	.01

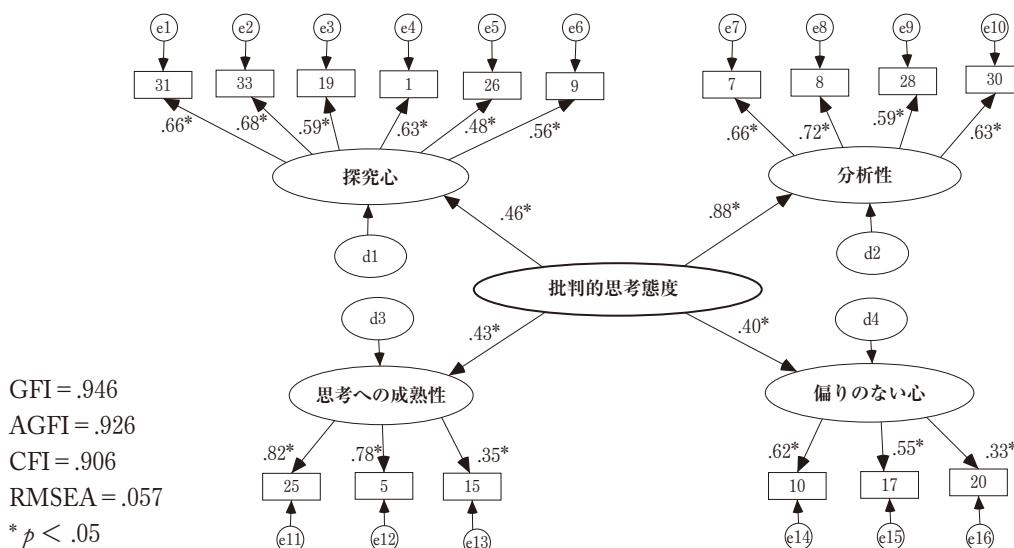


図1 看護学生における批判的思考態度モデル

3. 教育機関ごとのモデルの作成

看護学生における批判的思考態度モデルを用いて、各教育機関におけるモデルを作成した。

大学におけるモデルは、適合度指標がGFI = .916, AGFI = .886, CFI = .969, RMSEA = .030であった(図2)。パス係数は、「偏りのない心」から項目番号20へのパス係数の検定統計量が有意ではなく、モデルにおけるパス係数も.06であったが、他のパス係数の検定統計量はすべて有意だった($p < .05$)。短期大学におけるモデルは、適合度指標がGFI = .825, AGFI = .762, CFI = .971, RMSEA = .033であった(図3)。パス係数の検定統計量は、「批判的思考態度」から「偏りのない心」と、「偏りのない心」から項目番号17へのパス係数の検定統計量が有意ではなかったが、他はすべて有意だった($p < .05$)。

3年課程専門学校におけるモデルは、適合度指標がGFI = .905, AGFI = .871, CFI = .855, RMSEA = .068であった(図4)。パス係数の検定統計量はすべて有意だった($p < .05$)。

2年課程専門学校におけるモデルは、適合度指標がGFI = .910, AGFI = .878, CFI = .896, RMSEA = .063であった(図5)。パス係数の検定統計量は、「分析性」以外はすべて有意だった($p < .05$)。検定統計量が有意ではなかった「批判的思考態度」から「分析性」のパス係数は、標準化推定値において1.49で、1を超える値であった。そこで、全変数に関する相関を調べたところ、「批判的思考態度」と「分析性」に含まれる4つの項目との相関係数は.80~.93であり、その他の因子の項目の相関係数.06~.18と比較すると非常に高い値を示した。

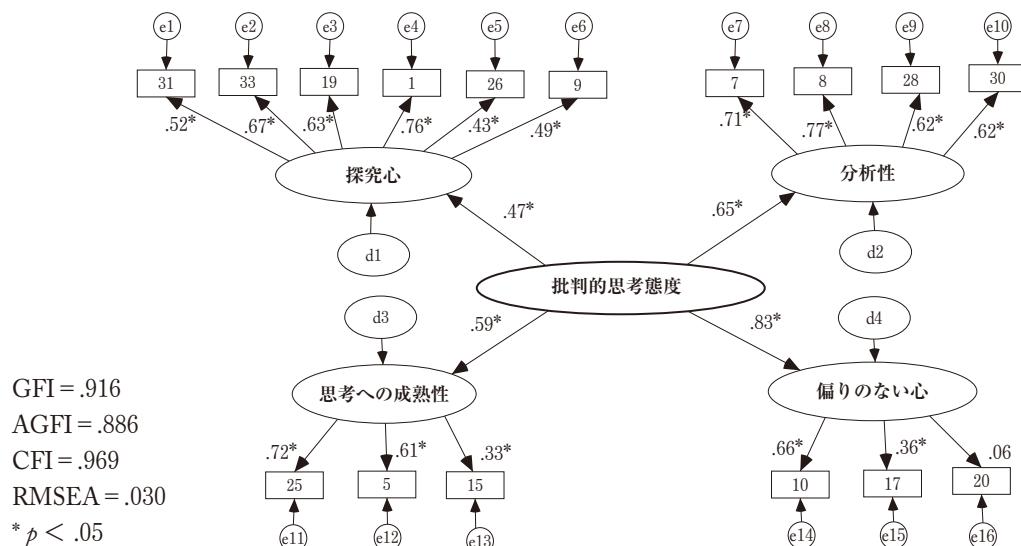


図2 看護学生における批判的思考態度モデル（大学）

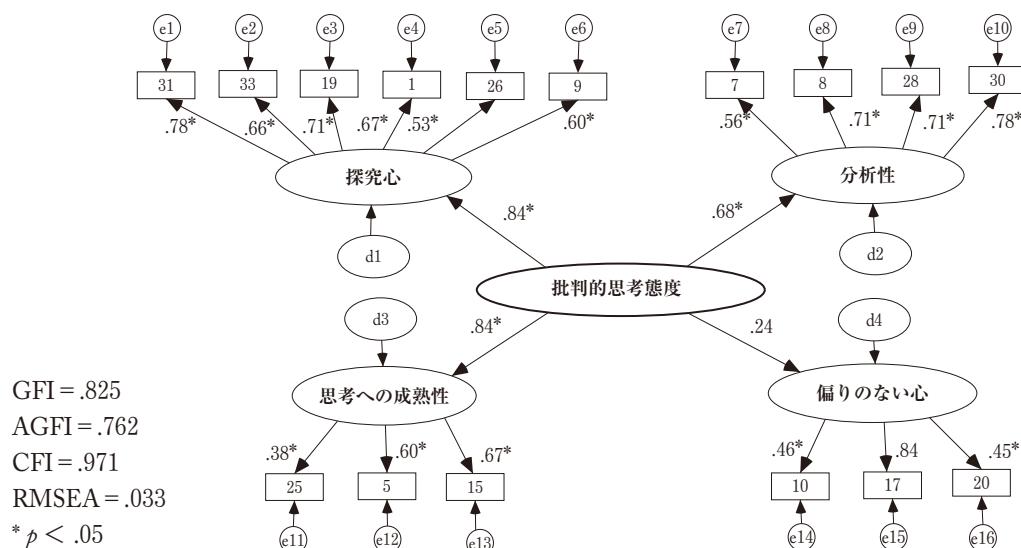


図3 看護学生における批判的思考態度モデル（短期大学）

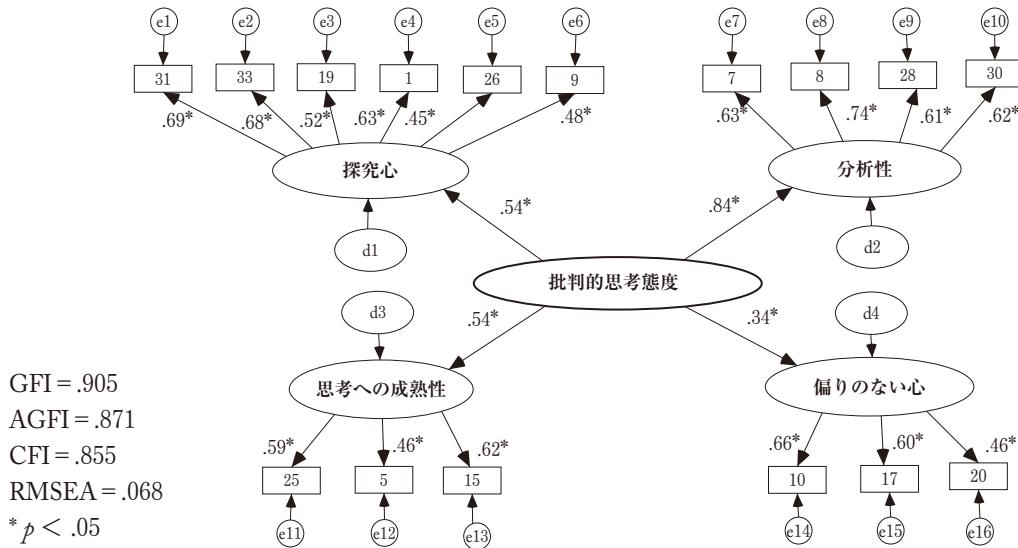


図4 看護学生における批判的思考態度モデル（3年課程専門学校）

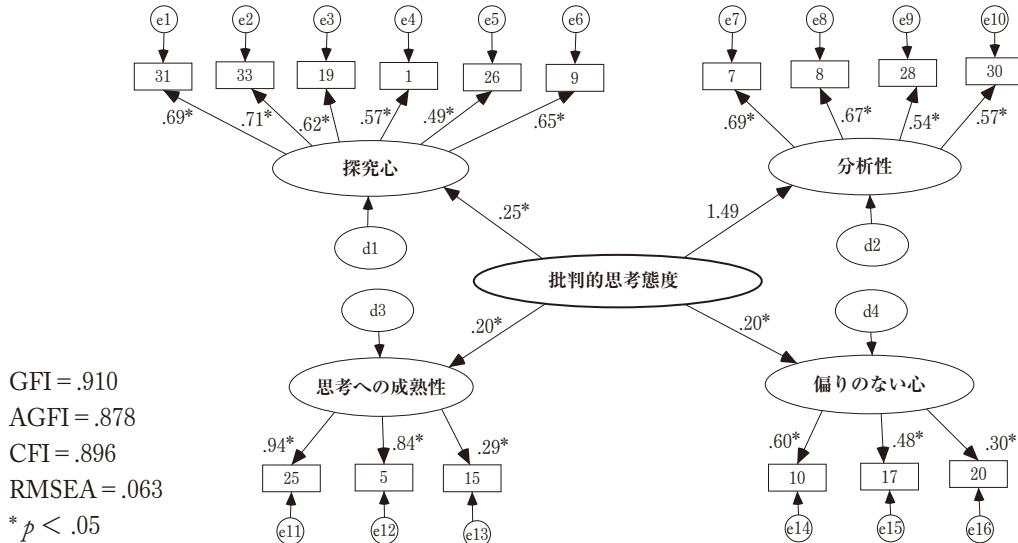


図5 看護学生における批判的思考態度モデル（2年課程）

V. 考 察

1. 看護学生における批判的思考態度の解釈

平山らの批判的思考態度尺度をもとに、看護学生の批判的思考態度の構造を因子分析によって検証した結果、「探究心」「分析性」「思考への成熟性」「偏りのない心」の4因子が抽出された。

第1因子の「探究心」は、さまざまな情報や幅広い知識を希求する態度をもって情報に接する態度であり、批判的思考の態度の重要な鍵となる¹⁾といわれている。Facioneら¹²⁾は、「真実の探求」とは与えられた情況で最善の知識を探求したいと思う態度で、この態度をもつ看護師は継続的に新たな情報や根拠を再評価すると述べ、看護における重要な態度としている。常盤ら²¹⁾の看護学生を対象とし

た調査においても、知的好奇心、探究する態度を含む項目による「探究心」の因子が抽出されている。本研究における「探究心」は平山らの尺度と同じ項目で構成されていることから、看護学生にも教員養成等の大学生にも共通する因子で、批判的思考態度の基本的な要因であることが確認されたと考えられる。

第2因子の「分析性」は、論理的思考を適用し証拠に基づいて問題を解決する傾向で、看護師として中心となる気質であり、自身の理論の知識を応用して対象の安全や健康の段階を判断することを可能とする¹²⁾といわれる。対象者への個別的な看護を実践するために多様な情報を根拠に基づいて分析・判断することは、看護師にとって必須の能力である。「分析性」の因子が抽出されたことは、看護するうえでの判断の前提となるアセスメントを反映している

と考えられる。Alfalo²⁵⁾ は看護における批判的思考のアセスメントについて、目的の明確化、すばやい優先、焦点化と事実との関連のために必要である、と述べている。看護過程におけるアセスメントとは、対象者を心理的・身体的・社会的側面から統合した存在としてとらえ、情報収集し、それらを客観的に査定することである。看護学生は講義および演習において看護過程を学習し、さらに臨地実習において対象者を受け持ち、看護過程を展開する学習を繰り返し行う。このような学習が、看護における批判的思考のアセスメントを形成する主な要因となると考える。したがって、「分析性」が抽出された要因は、看護過程の講義や演習および臨地における看護過程の展開の影響が大きいものと考える。

第3因子の「思考への成熟性」は、課題に臨んだときに混乱したり、集中性に欠ける、などの自己の思考傾向を表す項目から構成されている。批判的思考における「成熟性」とは、自己決定することに対し思慮深い気質であり、倫理上の解決や時間的制約のある状況ではとくに必要である¹²⁾。看護の場において多重課題や時間的制約のある状況は多く、看護教育においてもこのような状況に落ち着いて考えることのできる能力の強化が求められている。臨地実習では状況が常に流動しており、学生は落ち着いた自己決定が求められる場面を経験している。このような経験を背景に、本因子が抽出されたと考えられる。

第4因子の「偏りのない心」は、平山の尺度の「客観性」から3項目が除かれて構成された。したがって、この因子は、「探究心」と同様に教育系および看護学生に共通の因子と考えられる。因子名は、項目内容より CCTDI の「Open-mindedness」を参考とした。「Open-mindedness」は、自分と異なる意見に対しても寛大な心をもつこと¹²⁾ を意味している。Miller²⁴⁾ は、看護における重要な批判的思考態度として「他の観点への開放性」をあげ、これは、他者の考えに対し快く考察することを意味する態度である、と述べている。臨地実習においては、教員や指導者から多くの指導を受けて実践に臨んでおり、実習中のカンファレンスでは事例検討や課題解決のための討議が行われている。学生は、これらを通して多様な考え方や見方を知り、他者との話し合いや他者の意見を聴くことの重要性を習得していくと考えられる。この因子にはこのような学習体験も反映しているものと推測される。

以上より、新たな「分析性」と「思考への成熟性」の因子は、看護における特徴的な批判的思考の態度であると解釈できる。今回対象となった学生は最終学年の学生であり、看護教育がほぼ終了する時期に調査を実施している。このことは、看護教育の特徴が本研究における批判的思考態度に反映されたものと考える。看護学生は実践での学習

活動を通して、複雑で不確実なヘルスケア環境のなかで行われている看護ケアを観察し、それに参加し、それを評価することで、看護特有の批判的思考の技能を発達させていく³⁾ と考えられている。つまり、看護学生の批判的思考に影響を与えていた教育内容は、臨地実習という体験そのものと、そのなかで行われるアセスメントを含む看護過程の学習の影響が大きいことが示唆された。

2. 看護学生における批判的思考態度尺度の信頼性と妥当性

看護学生における批判的思考態度尺度の信頼性の検討として、尺度全体と下位尺度の Cronbach's α 係数を用いた結果、.82～.58の値であった。グループレベルの信頼性係数はおよそ .70 が適切だが、.80 以上がきわめて望ましい²⁶⁾ とされている。尺度全体および第1、第2因子はこの基準を満たしているが、第3、第4因子に関しては低い値であった。.5を下まわる場合は尺度としての不適切²³⁾ とされているが、このような値ではないことから、検討すべき下位尺度はあるものの、尺度全体の Cronbach's α 係数から判断すると信頼性を支持する値と考える。

妥当性の検討は、検証的因子分析により行った。潜在変数として各因子を想定する際、因子に対する負荷量が .40 以上でかつ他の因子に対する負荷量が .20 未満であるという絶対値を用いた。通常、約 .40 か .30 という絶対値の負荷量をカットオフ値として用いる²⁶⁾ とされている。他の因子に対する負荷量の .20 は若干低い値ではあるが、因子負荷量は個々の変数と因子との相関を表している²⁶⁾ ことより、ほとんど相関がないとされる $\pm .2$ 未満²³⁾ をカットオフ値として用いた。さらに、適合度指標である GFI、AGFI、CFI は .90 より大きい場合が「あてはまりのよいモデル」といえる²⁷⁾。今回の結果では GFI は .946、AGFI は .926、CFI は .906 で、この基準を満たしている。RMSEA は .057 で、.05 以下であれば良好である²⁷⁾ との判断に満たなかったが、.08 以下は適合度が高い²⁸⁾ ともされているため、妥当な値であると判断した。これらはモデルがデータと矛盾しないことを意味していることから妥当性が支持され、本研究で作成した看護学生における批判的思考態度モデルは、看護学生の批判的思考態度を示すモデルのひとつとして示すことができると考える。

3. 各教育機関における批判的思考態度の解釈

各教育機関における批判的思考態度は、批判的思考態度モデルによる検証的因子分析および、共分散構造分析による適合度により確認した。適合度指標とパス係数の検定統計量より各教育機関のモデルを分析した結果、大学、短期大学および3年課程専門学校は、若干低い適合度指標およ

び有意ではないパス係数があるものの、適合度指標全体からみると「あてはまりのよいモデル」といえる。つまりモデルの妥当性から判断すると、これらの教育機関の批判的思考態度の構造はほぼ同様であると考えられる。

しかし、2年課程専門学校は、標準化推定値における「批判的思考態度」から「分析性」のパス係数が1.49と、1を超えていた。これは、誤差変数「d2」の分散が負の値を意味することからHeywood Caseとなり、モデルが不適解を示していることがわかった。因子負荷が非常に高い観測変数があった場合、その誤差分散はとても小さな値になるので、推定値が負の領域に落ちてしまう可能性がある²⁹⁾。Heywood Caseを示した「分析性」には4つの項目があるが、これらと「批判的思考態度」に高い相関があり、他の項目と比較しても相関係数が非常に高かった。つまり「批判的思考態度」がこれら4項目で説明されていることを示しているが、2年課程専門学校の批判的思考態度の構造が、看護学生全体の構造と何らかの違いがあることが明らかとなった。

2年課程専門学校の特徴として、他の教育機関と比較し平均年齢・医療機関での職歴の有無に有意差があった。2年課程専門学校は、准看護師の免許を所得した学生が入学していくことから平均年齢が高く、入学前に准看護師として医療機関で働いていた学生も多い。さらに、定時制は在学中も医療機関で働いている学生が多く、職歴のある学生が他の教育機関に比べ有意に多かった。

Facioneら¹²⁾は年齢、学年が高い大学生が、これらの低い大学生よりCCTDIの「Self-confidence」「Maturity」の因子の得点が有意に高かった、と述べている。伊東ら³⁰⁾は、CCTDIによる臨床看護師の基本的背景とクリティカルシンキングの気質に関する研究において、看護師の経験年数と「思考への自信」の因子に有意な相関があった、と述べている。また、山勢³¹⁾のCCTDIを用いた調査においても、「思考への自信」の因子において看護学生の平均値よりも臨床看護師の値が高かった、と報告されている。これらより、2年課程専門学校における批判的思考態度の構造は、本研究により抽出された因子とは異なると推察され、その

要因には平均年齢の高さと職歴の有無が関係すると考えられる。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究において、調査地域および教育機関ごとの学生数の差が、今回作成した看護学生における批判的志向態度尺度の信頼性と妥当性に影響した可能性があることが、本研究の限界である。今後は、2年課程専門学校における批判的思考態度の構造を明らかにするとともに、学生全体において抽出された4因子の因子得点から、さらに看護教育における批判的思考の特徴を明らかとすることが課題である。

VI. 結論

本研究では、看護学生の批判的思考態度の構造および各看護教育機関における批判的思考態度の特徴を明らかとすることを目的とし、質問紙法により看護学生の批判的思考態度を調査した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 看護学生の批判的思考態度は、「探究心」「分析性」「思考への成熟性」「偏りのない心」の4因子より構成されている。
2. 看護学生の批判的思考態度尺度は、統計的解析における信頼性と妥当性が確認された。
3. 本研究で得られた看護学生の批判的思考態度モデルをもとに各教育機関を分析した結果、批判的思考態度の構造は、大学、短期大学および3年課程専門学校においてはほぼ同様であることが確認されたが、2年課程専門学校は、他の教育機関と比較し何らかの違いがあった。

謝辞

本研究のためにご協力くださいました教育機関関係者の皆様、看護学生の方々に心よりお礼申し上げます。なお、本研究は三國裕子の弘前大学大学院医学系研究科修士論文（指導：一戸とも子）の一部に加筆・修正を加えたものであることを記します。

要旨

本研究の目的は、看護学生および看護教育機関の看護学生の批判的思考態度の構造を明らかにすることである。対象は49校看護教育機関の最終学年の看護学生1,332人で、平山が作成した批判的思考態度尺度（4カテゴリー、33項目）を用いて質問紙調査を行った。715人から回答を得て、探索的因子分析と共に分散構造分析を行った。

その結果、看護学生全体の批判的思考態度は「探究心」「分析性」「思考への成熟性」「偏りのない心」の4因子、24項目から構成されていることが確認された。この因子構造に影響を与えていたのは、臨地実習の主要な教育内容である看護過程であることが示唆された。また、看護教育機関ごとでは、2年課程専門学校は他の教育機関と批判的思考態度の構造が異なり、その要因として平均年齢の高さと職歴の影響が推測された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the structure of critical thinking disposition of nursing students and those in nursing education institutions. A questionnaire survey was conducted among 1,332 nursing students in the final grade of 49 nursing education institutions using the Critical Thinking Disposition Scale (consisting of four categories and 33 items) created by Hirayama. The questionnaire was answered by 715 students, and an exploratory factor analysis and covariance structure analysis were performed.

The results confirmed that the whole critical thinking disposition of nursing students consisted of 4 factors, "inquisitiveness," "analyticity" "maturity for thinking", and "open-mindedness," and 24 items. The findings suggested that the nursing process, which is the main educational content in nursing practice, affects this factor structure. In addition, when compared among nursing education institutions, the structure of critical thinking disposition was different between two-year nursing schools and other educational institutions, the main causes of which were speculated to be the high mean age and influence of work experience of students in two-year nursing schools.

文 献

- 1) 平山るみ, 楠見 孝 (2004). 批判的思考態度が結論導出プロセスに及ぼす影響. 教育心理学研究, 52, 186-197.
- 2) Patricia, A. P. & Ann, G. P., et al. (2007). Basic Nursing Essentials for Practice. 79-96, Elsevier, Canada.
- 3) Kathleen, B. G. & Marilyn, H. O. (1999). Clinical Teaching Strategies in Nursing. 12-21, Springer Publishing Company, New York.
- 4) Sedlak, C. A. (1997). Critical thinking of beginning baccalaureate nursing students during their first clinical course. *Journal of Nursing Education*, 36, 11-18.
- 5) National League for Nursing (NLN) (1992). Criteria and Guidelines for the Evaluation of Baccalaureate and Higher Degree Programs of Nursing Education. New York.
- 6) National League for Nursing Accrediting Commission (2008-7-20). Accreditation manual with interpretive guidelines by program type: for postsecondary and higher degree programs in nursing. <http://www.nlnac.org/manuals/NLNACManual2005.pdf>
- 7) 文部科学省 中央教育審議会 (2007). 次代を担う自立した青少年の育成に向けて (答申). 平成19年1月30日.
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo0/toushin/07020115.htm
- 8) 平山るみ (2004). 批判的思考を支える態度及び能力測定に関する展望. 京都大学大学院教育学研究科紀要, 50, 290-302.
- 9) ゼックミスタ, E. B. & ジョンソン, J. E. / 宮本博章, ほか訳 (1996/2005). クリティカルシンキング (入門編). 5, 北大路書房 : 京都.
- 10) Ennis, R. H. (1987). A taxonomy of critical thinking dispositions and abilities. 9-26, W. H. Freeman and Company, New York.
- 11) Toplak, M. E. & Stanovich, K. E., et al. (2002) The Domain Specificity and Generality of Disjunctive Reasoning: Searching for a Generalizable Critical Thinking Skill. *Journal of Educational Psychology*, 94(1), 197-209.
- 12) Facione, N. C. & Facione, P. A., et al. (1994). Critical thinking Disposition as a Measure of Competent Clinical Judgment. *Journal of Nursing Education*, 33(8), 345-350.
- 13) 廣岡秀一, 吉岡元吉, ほか (2001). クリティカルシンキングに対する志向性の測定に関する探索的研究 (2). 三重大学教育学実践総合センター紀要, 21, 93-102.
- 14) 川島範章 (2007). 批判的思考態度の形成と進化に関する研究. 20-33, 雄松堂出版 : 東京.
- 15) Stanovich, K. E. & West, R. F., et al. (1998). Individual differences in rational thought. *Journal of Experimental psychology*, 127, 161-188.
- 16) Glancarlo, C. A. & Facione, P. A., et al. (2001). A Fore Year Look at the Disposition toward Critical Thinking Among Undergraduate Students. *The Journal of General Education*, 50(1), 29-55.
- 17) Kathy, L. R. & Cathy, E. D., et al. (2008). Critical Thinking Among RN-to-BSN Distance Students Participating in Human Patient Simulation. *Journal of Nursing Education*, 47(11), 501-507.
- 18) Patricia, R. (2008). Patient Simulator Sessions and Critical Thinking. *Journal of Nursing Education*, 47(12), 557-562.
- 19) Dolores, M. Z. & Karen, M. S., et al. (2006). Assessing the CRITICAL THINKING SKILLS of Faculty: What Do Findings Mean for Nursing Education?. *Nursing Education Perspectives*, 27(5), 260-268.
- 20) 常盤文枝, 山口乃生子, ほか (2008). 看護学生の批判的思考の構造に関する研究. 埼玉県立大学紀要, 10, 1-9.
- 21) 常盤文枝, 山口乃生子, ほか (2010). 看護基礎教育における批判的思考態度を測定する尺度の信頼性と妥当性の検討. 日本看護学教育学会誌, 20, 63-71.
- 22) 厚生労働省 (2001). 看護師養成所の運営に関する指導要領について (健政発第5号).
- 23) 石井秀宗 (2005). 統計分析のここが知りたい. 42-112, 文光堂 : 東京.
- 24) Miller, M. A. & Babcock, D. E., et al. (1996). Critical thinking applied to Nursing, 7, Mosby, St. Louis.
- 25) Rosalinda, A. L. (2010) Applying Nursing Process (7th ed). 47-48, Wolters Kluwer Health, Philadelphia.
- 26) ポーリット, D. F. & ベック, C. T. / 近藤潤子訳 (2004/2010). 看護研究—原理と方法 (第2版). 430-541, 医学書院 : 東京.
- 27) 朝野熙彦, 小島隆矢, ほか (2005). 入門 共分散構造分析の実際. 118-122, 講談社サイエンティフィク : 東京.
- 28) 山本嘉一郎 (2006). Amosによる共分散構造分析と解析事例. 16-18, ナカニシヤ出版 : 京都.
- 29) 豊田秀樹 (2006). 共分散構造分析〔疑問編〕—構造方程式モデルリング—. 74-75, 朝倉書店 : 東京.
- 30) 伊東美佐江, 山勢博影 (2007). 臨床看護師の基本的背景でみたクリティカルシンキングの気質に関する実態調査. 看護診断, 12(1), 35-41.
- 31) 山勢博影, 水長豊子, ほか (2005). 臨床看護師のクリティカルシンキングに基づく主観的看護能力に影響を与える要因に関する探索的研究. 看護診断, 10(1), 15-24.

[平成23年3月3日受付
平成24年1月31日採用決定]

褥婦のストレスに対するリフレクソロジー実施後の 心理的・生理的反応の検討

Evaluation of Psychological and Physiological Reaction of
Reflexology on Postpartum Stress

駿河 絵理子
Eriko Suruga

キーワード：リラクセーション、マッサージ、ストレス、唾液、心理検査

Key Words : relaxation, massage, stress, saliva, psychological test

I. はじめに

1. 本研究の背景

近年、慢性疾患や難病、ストレスが原因となる疾患などの現代医療では治癒できない疾患の増大、医療費の高騰が国家財政を脅かす、インフォームドコンセントの普及による患者の医療への関心の高まりなどにより、相補・代替医療が再評価されるようになった。

相補・代替医療とは近代西洋医学以外のものを指す¹⁾。アメリカでは代替医療（alternative medicine）という言葉が使われ、イギリスでは補完医療（complementary medicine）という言葉が使われていたが、最近ではこの2つを合わせて相補・代替医療（complementary and alternative medicine；CAM）と呼ばれるようになっている。アメリカの国立相補・代替療法センター（National Center for Complementary and Alternative Medicine；NCCAM）は相補・代替医療を、①医療の実践における代替システム（東洋医学、はり、アーユルヴェーダ、等）、②生体磁気の応用、③食事・栄養・ライフスタイルの変化、④ハーブ医学、⑤用手療法（指圧、マッサージ、タッチ、リフレクソロジー、等）、⑥心身のコントロール（精神療法、音楽療法、ヨガ、等）、⑦薬理学的・生物学的療法に分類している。

相補・代替医療は人間を全体的にとらえ、自然治癒力の向上をはかるホリスティックなアプローチである。看護もまた、湯檜ら²⁾が、フローレンス・ナイチンゲールの『看護覚え書』を訳したなかで、「看護とは、新鮮な空気、陽光、暖かさ、清潔さ、静かさを適切に保ち、食事を適切に選択し管理することーすなわち、患者の生命力の消耗を最小にするようすべてを整えることを意味すべきである」と述べ、病気を「回復過程」ととらえ、看護は「自然の回復過程をうまくすすめる」ことにあり、自然治癒力を高める

よう働きかけることを説いている。このように相補・代替医療と看護とはその考え方において共通性がみられる。

看護においても近年、患者の苦痛・ストレスの緩和、リラクセーションの促進が重要視されるようになってきており、患者に本来備わっている力を發揮できるような看護ケアを実践する動きが高まり、マッサージやアロマテラピー、リラクセーション法などが導入され、緩和ケアやがん患者のQOLの向上、医療サービスの向上に役立てられている。

相補・代替医療の1つであり、用手療法であるリフレクソロジーは、主に足底、足背の全体を弱い力で押していく療法である。その効果はニコラ・ホール³⁾によると、「体のエネルギーの流れを調整して症状を改善する」「体の緊張を軽減する」「体に本来備わった治癒力が促進される」といわれている。リフレクソロジーの歴史は、古代エジプトの壁画に人が他人の足の裏をマッサージしている姿が描かれていることに始まるが、現在普及しているかたちになったのは、アメリカの耳鼻咽喉科医師であるウイリアム・フィッツジェラルド博士が、1913年頃から後にゾーンセラピーと呼ばれるようになる治療を始めたことからである。その後、ユーニス・インガム女史は手・足にあるゾーンに圧力をかけることで、同じゾーン内の身体各部に働きかけ、ひいては全身に働きかけることができると気づき、リフレクソロジーの反射区（両手・両足には同じゾーン内にある身体の各部分が縮図として表される）を発見した。その後、インガム女史の教育を受けたドイツのリフレクソロジストのハンナ・マルカート女史が横のライン、肩、ウエスト、骨盤底と手・足のラインを明らかにし、縦のゾーンに横のゾーンの考え方方が加わり、手・足の反射区の位置が明確になった。そして、反射区とは身体の器官、腺、筋、神経、関節が同じゾーン内の手・足に投影されている

という考えが確立し、発展した。

2. リフレクソロジーにおける先行研究

リフレクソロジーに関する研究を『医学中央雑誌』と『MEDLINE』にて検索すると、町ら⁴⁾は、健常人5人へのリフレクソロジーの実施後、心電図と脳波において、副交感神経系が優位になっており、 α 波が増加し、終了後も持続してリラックス反応がみられた、と報告している。許ら⁵⁾は、両側足部の15分間の押圧刺激（リフレクソロジー）による生理的変化について、健常成人16名を対象にした研究では、心拍数や最低血圧を減少させ、副交感神経が優位な状態をもたらし、脳や筋肉の組織酸素代謝の低下による鎮静作用を示す一方、換気量の増加、心収縮力の増大、足部局所の末梢循環の促進をもたらすことが示唆された、と報告している。

今村ら⁶⁾は、11名の急性期患者に対し、足浴後に実施した10分間のリフレクソロジーの末梢循環改善の効果について研究を行った結果、足趾表皮温、足趾末梢深部温は有意な上昇がみられ、実施後120分間保温効果が持続していたことから、リフレクソロジーと足浴は下肢冷感の改善と末梢循環の改善に効果がある、と報告している。また、荒山ら⁷⁾は、看護師5名を対象に温湯のみの足浴群、温湯にアロマオイルを滴下したアロマ群、足浴後に10分のリフレクソロジーを施行するリフレク群、アロマ+リフレク群に分け、眠意、体温、脈拍、血圧を測定し、リラクゼーション効果を比較した結果、アロマ群、リフレク群、アロマ+リフレク群に効果がみられ、アロマ+リフレク群のリラクゼーション効果が最もすぐれている、と報告している。山本ら⁸⁾は、下肢に浮腫のある褥婦17名にアロマフットバスと15分のリフレクソロジーを実施し、介入群の下腿周囲、足背周囲は対照群と比較して低値を示した結果から、産後下肢の浮腫に効果がある、と述べている。森山ら⁹⁾は、入院中の褥婦86名を対象に、経産分娩は4日目ごろから、帝王切開は7日目ごろから20分のリフレクソロジー（精油使用）を行い、その効果について検討した。その結果、褥婦の症状では肩こり・下肢の浮腫・睡眠不足が多く、リフレクソロジーにより全員が「気持ちよい」と答えており、その他「リラックスできた」「足や体が軽くなった」「むくみが減った」「眠くなった」「肩こりが楽になった」などと答えていた、と報告している。

Mollart, L.¹⁰⁾は、妊娠後期女性55名を15分間の安静群とリラックスの反射区を選択したリラックスリフレクソロジー群、リンパの反射区を選択したリンパリフレクソロジー群に分け、それぞれの前後に足部の外周測定とアンケートを実施した結果、3群間に有意差はなかったものの、リンパリフレクソロジー群ではすべての部位において

足部外周測定値が減少し、「健康認知スコア」はリンパリフレクソロジーが最も増加した、と述べている。

今まで述べてきた先行研究では、リフレクソロジーと足浴やアロマテラピー（芳香療法）との組み合わせの効果について客観的な測定を行った研究はみられるが、リフレクソロジー単独でその効果を心理的・生理的侧面から客観的な測定を実施した研究はきわめて少ない。

また、わが国の看護におけるリフレクソロジーの実践は、先行研究の報告から概観すると、産科領域におけるリラクゼーション目的が多い。妊娠期より健康に過ごし、産後の順調な回復を支える援助方法としてリフレクソロジーは期待されている。そのなかでも、褥婦は出産による疲労やその後の新生児のケアによる睡眠不足や役割意識、ホルモンの変化などにより、身体的・精神的ストレスにさらされている。

そこで、褥婦におけるストレスや苦痛を緩和し、リラックスをもたらす癒しの看護介入の一つとして、リフレクソロジー単独での心理的・生理的反応を検証することは意義あると考え、本研究に取り組むことにした。

3. 本研究における用語の定義

a. ストレス

ストレスとは、外部環境からの刺激（ストレッサー）に対して、生体が身体的・精神的に適応しようとする反応である。

b. リフレクソロジー

リフレクソロジーとは、手や足などの身体の先端には人体の縮図ともいえる反射区があり、全身の臓器や器官が地図のように投影されているという考えに基づき、指で反射区をまんべんなく確実に押していくことで、全身に働きかける自然療法である。

4. 本研究の目的

本研究の目的は、褥婦のストレスがリフレクソロジー実施後に緩和されることを心理的反応と生理的反応から検討することである。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

リフレクソロジーと安静の被験者内比較実験研究。

2. 研究対象と実験的操作

a. 対象者

被験者は、東京都内のA病院産婦人科病棟に入院している出産後の褥婦とした。褥婦は、糖尿病や高血圧症の合併

症のない、正常経産分娩の20～40歳代の初産婦とした。対象施設では無痛分娩を選択する妊婦が多くを占めるため、無痛分娩の褥婦とした。また、プラシーボ効果を除外するため、リフレクソロジーを繰り返し受けたことのない人とした。

b. 実験的操作

研究者は、初産婦の入院日には毎回、対象施設にて待機し、入院オリエンテーション、荷物の整理等が落ち着いた時間に、病室にて研究の説明をし、同意が得られた場合、産後3日目に訪室し、体調や面会の予定を確認したうえで実験を開始した。この病棟では正常な経過の褥婦に対して、産後に授乳指導や沐浴指導などが行われ、産後4日目には退院指導が実施され、産後5日目に退院となる。そこで、褥婦は授乳をしながら新生児ケアの指導を受ける時期であり、睡眠が十分でなく疲労が蓄積していると考えられる産後3日目と4日目の2日間にリフレクソロジーと安静の組み合わせで実験を実施した。被験者ごとに産後3日目のリフレクソロジーと安静を乱数の並び替えによりランダムに順序を割り付け、4日目は3日目と逆の順序で行った。

この病棟では出産後に母児同室となるため、実験中は児を新生児室に移動し、看護師が世話をした。

リフレクソロジーは、練習すればだれでも実施可能であるが、今回は手技を統一するため、実施者を同一人物とした。実施者は、1960年代にリフレクソロジーをイギリスに紹介したベイリー女史が教育機関として設置したベイリースクールの日本校で1年間の研修を受け、認定証を授与された研究者本人とした。

足部のリフレクソロジーの反射区には、ストレスの緩和に関する頭部、脊柱、呼吸器、太陽神経叢（横隔膜の位置で腹部にある神経ネットワークであり、リラックスに重要な部分）、消化器、副腎、リンパ系を選び、さらに新生児の世話を疲労しやすい肩、上肢を加えて、最後に深呼吸を5回することにした。この深呼吸はリフレクソロジーの一部として実施するものであり、腹式呼吸で呼気を長く吐く呼吸法とは異なるものである。実施者は秒針つきの時計を見ながら、すべての被験者にほぼ同じペースで15分間リフレクソロジーを実施した。

実験者と被験者の間で交わされる会話による介入効果を避け、リフレクソロジーと安静の効果のみを検討するため、実験者は被験者との会話はできるだけ避け、実験上必要な指示のみとし、実験協力者にも同様に必要な会話のみとするように伝えた。

3. 実験期間

実験期間は対象施設の協力が得られた、平成20年7月下旬

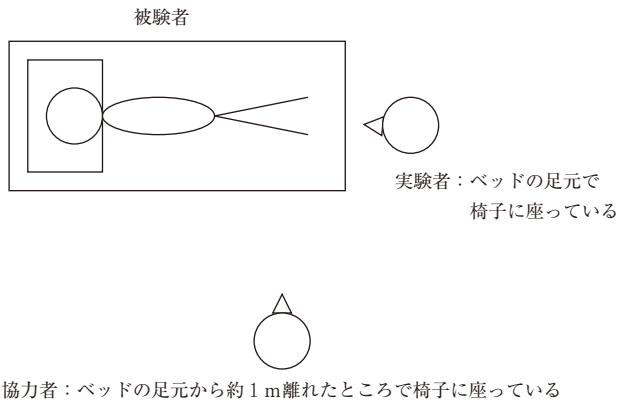


図1 被験者と実験者・協力者の位置

旬～8月末日とした。

4. リフレクソロジーによるストレス緩和の評価指標

褥婦のストレスがリフレクソロジー実施後に緩和される評価として、心理的反応と生理的反応をみるために、以下の指標を用いた。

a. 心理的評価指標

ストレスに対する心理的反応の測定として『日本語版POMSTM短縮版』（以下、POMS短縮版、と略す）を用いた。POMS（Profile of Mood States）は、McNairらにより米国で開発され、対象者がおかれた条件により変化する一時的な気分、感情の状態を測定できるという特徴を有しており、「緊張－不安」「抑うつ－落ち込み」「怒り－敵意」「活気」「疲労」「混乱」の6つの気分尺度を同時に評価することが可能である¹¹⁾。「緊張－不安」の項目は「気が張りつめる」「落ち着かない」などの質問からなり、「抑うつ－落ち込み」の項目は「気持ちが沈んで暗い」「悲しい」などの質問、「怒り－敵意」の項目は「ふきげんだ」「迷惑をかけられて困る」などの質問、「活気」の項目は「生き生きする」「活気がわいてくる」など、「疲労」の項目は「へとへとだ」「だるい」など、「混乱」の項目は「考えがまとまらない」「とほうに暮れる」などの質問からなっている（表1）。

被験者は、提示された各質問項目ごとに、過去1週間のあいだの気分を表すのにいちばん当てはまるものを、「まったくなかった」を0点、「少しあった」を1点、「まあまああった」を2点、「かなりあった」を3点、「非常に多くあった」を4点とする5段階のいずれかから選択する。横山は「過去1週間」を「現在」「今日」「この3分間」などといった短時間の気分を評価することも可能である¹¹⁾と述べているため、本研究では被験者に「いまの気分を表すのに、いちばん当てはまるものを選んでください」と伝えて使用した。

表1 POMS短縮版の質問項目

尺度	質問項目
「緊張－不安」 (Tension-Anxiety)	気がはりつめる 落ち着かない 不安だ 緊張する あれこれ心配だ
「抑うつ－落ち込み」 (Depression-Dejection)	悲しい 自分はほめられるに値しないと感じる がっかりしてやる気をなくす 孤独でさびしい 気持ちが沈んで暗い
「怒り－敵意」 (Anger-Hostility)	怒る ふきげんだ めいわくをかけられて困る はげしい怒りを感じる すぐかっとなる
「活気」 (Vigor)	生き生きする 積極的な気分だ 精力がみなぎる 元気がいっぱいだ 活気がわいてくる
「疲労」 (Fatigue)	ぐったりする 疲れた へとへとだ だるい うんざりだ
「混乱」 (Confusion)	頭が混乱する 考えがまとまらない とほうに暮れる 物事がてきぱきできる気がする* どうも忘れっぽい

*は逆転項目

POMS短縮版は、それまでのPOMSの65項目を30項目に削減し、対象者の負担感を軽減し、短時間で変化する介入前後の気分・感情の変化を測定することができる。本研究では、リフレクソロジーの効果への影響を考えて、被験者の負担を少なくするという観点から、短縮版を使用した。POMS短縮版は大規模な集団で実施し、標準化されており、信頼性係数 (Cronbach's α) は高く、女性の場合、「緊張－不安」で .830、「抑うつ－落ち込み」で .839、「怒り－敵意」で .837、「活気」で .849、「疲労」で .880、「混乱」で .591である。

ホール³⁾によれば、リフレクソロジーのトリートメントを受けた後は、とてもリラックスし、疲れたように感じたり、エネルギーが湧いてくるように感じ、健康で元気な感じがする人がいる、と述べている。リフレクソロジーによりストレスが緩和すると、POMS短縮版の下位尺度の「緊張－不安」「抑うつ－落ち込み」「怒り－敵意」「疲労」「混乱」が減少し、「活気」は増加すると仮説を立て、リフレクソロジー実施による心理的側面を評価する指標になる

と考えた。

被験者がPOMS短縮版に記入する際には、実験者への気遣いのバイアスがかからないように、実験者以外の協力者が用紙を渡して記入を促すようにした。

分析する得点としては、標準化得点 [T 得点 = $50 + 10 \times (\text{素得点} - \text{平均値}) / \text{標準偏差}$] を使用した。これは被験者の年齢による差を考慮するためで、実際には素得点から年齢別換算表により求められる。標準化得点の判定の目安として、40～60点は「健常」、25点以下や75点以上（「活気」の75点以上は除く）は「専門医の受診を考慮」、それ以外は「他の訴えと考え合わせ、専門医の受診を考慮」となる¹²⁾。

b. 生理的評価指標

人間がストレッサーを感じると、生体の内部環境を一定に保つために、自律神経系反応、内分泌系反応、免疫系反応の調整機能が働く。

ストレスに対する自律神経系反応は、交感神経の作用により副腎髄質から分泌されるカテコールアミンを測定することで、ストレス反応を客観的にとらえることができるとしている。カテコールアミンとは、アドレナリン、ノルアドレナリン、ドーパミンを合わせていう。しかし、カテコールアミンは血液あるいは尿を検体とするが、本研究のリフレクソロジーの効果を測定するには、採血・採尿といったストレスの負荷をかけるだけ避ける必要がある。そこで、近年、測定方法が確立し、臨床検査機関において測定可能となった唾液クロモグラニンAに着目した。クロモグラニンAは副腎髄質クロマフィン細胞顆粒内から分離された酸性の糖タンパク質であり、内分泌系・神経系組織に分布しており、カテコールアミンとともに血中へ共分泌される。唾液腺にも存在し、自律神経系の刺激によって唾液中に放出され、ストレスに対する反応が速いという特徴をもっている¹³⁾。そこで、15分間のリフレクソロジーの効果を測定するのに適していると考えた。

一方、血液中のコルチゾールもストレスに対する内分泌系の反応の評価指標として用いられている。生体がストレッサーを感じると視床下部からCRH（副腎皮質刺激ホルモン放出ホルモン）が分泌され、脳下垂体前葉を刺激し、ACTH（副腎皮質刺激ホルモン）が分泌され、副腎皮質からコルチゾールが分泌される。コルチゾールは血液あるいは唾液を検体として測定が可能であるが、ストレスに対する反応が遅いという報告もあり、15分間のリフレクソロジーの効果を測定するには適さないことも考えられた。

そこで、生理的反応の指標として、非侵襲的に測定でき、リフレクソロジーのストレス緩和効果に与える影響が少ない唾液クロモグラニンAと唾液コルチゾールの両方を測定した。リフレクソロジーによるストレス緩和効果により、唾液クロモグラニンAの測定値と唾液コルチゾールの

測定値が減少するという仮説を立てた。

唾液コルチゾールの日内変動を考慮し、実験は午後1時～3時に実施し、食事終了後30分以上経過していることとした。唾液の採取には唾液採取チューブ（Salivette）を用い、リフレクソロジー実施前後、安静前後に被験者に「スポンジを奥歯で軽く噛むようにしてはさんでください」と指示し、1分間左右どちらかの頬の内側から唾液をコットンに吸収させた後、15秒間反対側の頬の内側からも唾液をコットンに吸収させた。

唾液を採取した後は、すぐにナースステーション内の冷凍庫で保存し、その後SRL検査室にてクロモグラニンAはエンザイムイムノアッセイ法にて、コルチゾールはラジオイムノアッセイ法にて測定した。いずれも唾液分泌量の変化による影響を考慮し、蛋白補正值を分析した。

5. 実験の手順

a. 準 備

- ①被験者の姿勢はベッド上仰臥位で、腹部や下肢の筋緊張を緩和させるために膝の下に枕を入れて軽く膝を曲げる。
- ②裸足の足部の下にシーツ汚染防止のシートを敷く。
- ③リフレクソロジー実施者は被験者の足元に、椅子に腰掛ける。
- ④リフレクソロジー実施者の指の運進をよくするために、ベビーパウダーを被験者の足底、足背部につける。

b. 実 験

- ①被験者は5分間安静にする。
- ②被験者は口腔内にコットンを入れ、唾液を採取する。
- ③実験者はSalivetteを冷凍庫へ保管する。被験者はPOMS短縮版を記入する。
- ④被験者は15分間のリフレクソロジーを受ける、または15分間の安静となる。
- ⑤被験者は唾液を採取する。
- ⑥実験者はSalivetteを冷凍庫へ保管する。被験者はPOMS短縮版を記入する。
- ⑦15分間の安静、または15分間のリフレクソロジーとなる。
- ⑧被験者は唾液を採取する。
- ⑨実験者はSalivetteを冷凍庫へ保管する。被験者はPOMS短縮版を記入する。
- ⑩実験者が被験者の部屋へ戻って、終了を告げる。

6. データ分析

データの分析には兵頭¹⁴⁾の『よくわかる！すぐ使える統計学－検定CD版』を用いた。被験者内比較とし、唾液

クロモグラニンA、唾液コルチゾールとPOMS短縮版におけるリフレクソロジー前後の比較、安静前後の比較、リフレクソロジーを受ける「リフレクソロジー群」と安静にしている「安静群」との2群の比較には、差の大きさ(effect size)を示す相関比 η （偏相関）を用い、判定基準は「.35以上」¹⁵⁾とした。検定にはサンプル数によって検定結果が異なる「対応のあるt検定」を用いてBonferroniの修正を行うと、検定を繰り返した場合の有意差の判定基準は「0.05 ÷ 検定の回数」となることを考慮し、相関比 η （偏相関）を用いた。本研究では、POMS短縮版の6尺度、唾液クロモグラニンA、唾液コルチゾールのそれぞれについて、リフレクソロジーの前後、安静の前後、リフレクソロジー群と安静群の有意差の評価は0.05 ÷ 24 = 0.002（有意水準0.2%）となり、差の有無を評価することよりも差の大きさを評価し、 p 値による評価は参考とした。

7. 倫理的配慮

被験者への倫理的配慮は、以下のとおりとし、国際医療福祉大学の倫理委員会、対象病院倫理委員会の承認を得た。

- ①研究への参加は自由意志に基づき、不参加による不利益はない。
- ②研究目的と方法を書面および口頭で説明し、同意の得られたものを対象とする。
- ③研究途中で参加の同意を撤回してもよいこと、それによる不利益は生じないことを書面および口頭で説明する。
- ④対象者の氏名は匿名化し個人を特定することはない、データはIDナンバーで保管し、研究で得られた情報は研究以外の目的では使用しないことを書面および口頭で説明する。
- ⑤データは鍵のかかる棚に保管する。
- ⑥研究終了後は、データを研究者がすべてシェレッダーにかけ、処分する。

III. 結 果

1. 対象者と病室環境

研究への同意を得られた対象者は延べ20名（10名×2日間）であったが、帝王切開となった者、途中で研究への参加を取りやめた者、産後の体調が不良な者等実験不可能となった対象者が8名あった。したがって、最終的に実験可能な対象者は延べ12名（6名×2日間）であった。その平均年齢は33±4.3歳であった。最高年齢は40歳、最少年齢は28歳であった。室内の環境は褥婦が快適に感じている環境とし、室温26.9±0.85°C、湿度58.7±5.3%，照度

208±76ルクスであった。実験時間は13時から15時の2時間であった。

2. 心理的評価としてのPOMS短縮版の結果

a. リフレクソロジー実施前後の比較について

相関比 η において「緊張－不安」は減少し .631 (> .35), 「抑うつ－落ち込み」も減少し, .489 (> .35) とリフレクソロジー前後の差がみられた。「活気」は .015, 「疲労」は .021 と差はみられなかった(表2)。

b. 安静前後の比較について

相関比 η において「緊張－不安」は .126, 「抑うつ－落ち込み」は .05, 「活気」は .252, 「疲労」は .261, 「混乱」

は .243 と安静の前後で差はみられなかった(表3)。

3. 生理的反応としての唾液ストレスマーカーの結果

採取した唾液量の不足により唾液ストレスマーカーの測定が不可能となり、データの欠損が生じたことと、クロモグラニンAが極端に高値を示した2名分(ID 11, ID 12)をはずれ値として除外した結果、クロモグラニンAの測定値は8名分ないし9名分、唾液コルチゾールの測定値は5名分となり、それを分析した。

その結果、相関比 η においてリフレクソロジー実施前後では、クロモグラニンAは増加し .617 (> .35) の差がみられ、唾液コルチゾールは減少し .708 (> .35) の差が

表2 リフレクソロジー前後のPOMS短縮版の比較 ($n=12$)

	前・平均 (SD)	後・平均 (SD)	差の平均 (SE)	相関比 η	p 値
緊張－不安	36 (3.2)	33.7 (1.1)	-2.3 (0.9)	.631	.021
抑うつ－落ち込み	41.3 (2.1)	40.2 (0.6)	-1.1 (0.6)	.489	.09
怒り－敵意	36.5 (0.8)	36.5 (0.8)	0 (0)	0	1
活気	35.3 (11.3)	35.5 (4.7)	0.2 (3.3)	.015	.96
疲労	37.7 (3.1)	37.6 (2.4)	-0.1 (1.2)	.021	.94
混乱	45.3 (5.0)	45.3 (2.6)	0 (1.4)	0	1

表3 安静前後のPOMS短縮版の比較 ($n=12$)

	前・平均 (SD)	後・平均 (SD)	差の平均 (SE)	相関比 η	p 値
緊張－不安	35.8 (3.9)	35.3 (3.7)	-0.5 (1.2)	.126	.681
抑うつ－落ち込み	40.3 (1.0)	40.4 (1.6)	0.1 (0.5)	.05	.87
怒り－敵意	36.5 (0.8)	36.5 (0.8)	0 (0)	0	1
活気	36.5 (7.2)	34.3 (6.5)	-2.2 (2.5)	.252	.407
疲労	39.3 (3.7)	38.2 (3.5)	-1.1 (1.2)	.261	.389
混乱	44.8 (4.6)	45.9 (4.0)	1.1 (1.3)	.243	.424

表4 リフレクソロジー前後の唾液ストレスマーカーの比較

	前・平均 (SD)	後・平均 (SD)	差の平均 (SE)	相関比 η	p 値
クロモグラニンA ($n=8$)	2.55 (1.6)	4.61 (3.2)	2.06 (1.0)	.617	.077
コルチゾール ($n=5$)	0.39 (0.2)	0.35 (0.1)	-0.05 (0.02)	.708	.116

表5 安静前後の唾液ストレスマーカーの比較

	前・平均 (SD)	後・平均 (SD)	差の平均 (SE)	相関比 η	p 値
クロモグラニンA ($n=9$)	2.84 (1.8)	4.65 (2.6)	1.81 (0.7)	.66	.038
コルチゾール ($n=5$)	0.38 (0.2)	0.35 (0.2)	-0.03 (0.01)	.671	.144

表6 リフレクソロジー群と安静群の比較

	リフレクソロジーの効果 (SE)	安静の効果 (SE)	差の平均 (SE)	相関比 η	p 値
緊張－不安 ($n=12$)	-2.3 (0.9)	-0.5 (1.2)	-1.8 (1.7)	.308	.305
抑うつ－落ち込み ($n=12$)	-1.1 (0.6)	0.1 (0.5)	-1.2 (0.9)	.354	.235
怒り－敵意 ($n=12$)	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0	1
活気 ($n=12$)	0.2 (3.3)	-2.2 (2.5)	2.3 (3.6)	.191	.531
疲労 ($n=12$)	-0.1 (1.2)	-1.1 (1.2)	1 (4.0)	.15	.626
混乱 ($n=12$)	0 (1.4)	1.1 (1.3)	-1.1 (2.1)	.151	.623
クロモグラニンA ($n=7$)	1.3 (0.7)	0.9 (0.3)	0.4 (1.0)	.162	.761
コルチゾール ($n=7$)	-0.05 (0.02)	-0.03 (0.01)	-0.02 (0.02)	.414	.414

みられた（表4）。安静の前後ではクロモグラニンAは増加し.66 (>.35) の差がみられ、唾液コルチゾールは減少し.671 (>.35) の差がみられた（表5）。

4. リフレクソロジー群と安静群の比較

相関比率において、POMS短縮版の「抑うつ－落ち込み」はリフレクソロジー群と安静群の間に.354 (>.35) のわずかな差がみられ、唾液コルチゾールはリフレクソロジー群と安静群の間に.414 (>.35) の差がみられた（表6）。

IV. 考 察

本研究の目的である、褥婦のストレスがリフレクソロジーの実施により緩和されたのかについて、心理的反応・生理的反応の結果から考察する。

1. 心理的反応について

心理的反応においては、褥婦のPOMS短縮版における下位尺度の各平均値は35.3～45.3点であり、「健常」あるいは若干低い得点であった。9～10か月の妊婦の44.1～47.6点¹⁶⁾と比較してもやや低い得点であるが、専門医の受診対象となる褥婦はみられず、健常の範囲内であり、気分は安定していたといえる。

リフレクソロジーの実施後にPOMS短縮版の「緊張－不安」「抑うつ－落ち込み」「怒り－敵意」「疲労」「混乱」が減少し、「活気」が増加するという仮説を立てたが、「緊張－不安」「抑うつ－落ち込み」のみに減少がみられた。リフレクソロジー群と安静群の2群間に差がみられたのは、「抑うつ－落ち込み」のみであった。

POMS短縮版の「緊張－不安」は緊張および不安感を表す。この得点の増加はもっとリラックスすべきであることを示しており¹⁷⁾、この得点が減少したという結果は、リフレクソロジーによりリラックスができた、と考える。また、「抑うつ－落ち込み」は自信喪失感を伴った抑うつ状態を表し¹⁷⁾、この得点が減少したという結果は、リフレクソロジーの効果により抑うつ状態が軽減した、と考える。本研究では、15分という短い時間でのリフレクソロジーの実施であったが、気分の状態においてはリラックスでき、抑うつ状態が軽減するという反応がみられた、といえる。

褥婦を対象とした先行研究では、産褥2日目の褥婦20名を10分間の足浴群と16分間の足浴・マッサージ群に分けPOMSを実施した研究において、足浴群では「活気」以外のすべての項目で得点の有意な減少がみられ、足浴・マッサージ群では「緊張－不安」「抑うつ－落ち込み」「疲労」で得点の有意な減少がみられたという報告¹⁸⁾や、正常な初産後の母親40名をアロマ・マッサージ（芳香浴下全

身マッサージ）群と対照群に分けて、産後2日目の午前中に無臭オイルを用いた全身マッサージを30分間実施した研究結果において、アロマ・マッサージ群は対照群に比べ、POMSの「緊張－不安」「抑うつ－落ち込み」「怒り－敵意」「疲労」「混乱」は有意に低下し、「活気」は有意に上昇したという報告¹⁹⁾がある。また、正常経産分娩の褥婦40名の産褥2日に背部か下肢へアロマ・マッサージを15分間実施した結果、背部、下肢ともにPOMS短縮版の全項目においてマッサージ前後の得点に有意差が認められ、アロマ・マッサージのリラックス効果が確認された²⁰⁾と述べているように、褥婦を対象としたストレス緩和目的の介入実験でPOMSにおいて有意な差がみられる結果が得られた研究報告がある。本研究のリフレクソロジー実施後に「緊張－不安」「抑うつ－落ち込み」の得点が減少したことは、これらの研究と同様の傾向であった。

身体に触ることは、非言語的コミュニケーションにもなる。タッチには身体のこっている部分を解きほぐすタッチや、相手の呼吸に合わせて身体の各部分をさすったり、軽くたたくことを繰り返して相手との一体感を生み出すタッチ、手を握って温かさを伝えるタッチなどがある²¹⁾。リフレクソロジーも、指で加える圧が逃げないように押している箇所の反対側をもう一方の手でしっかりと支えて²²⁾行う。この実施者の手の支えや指による心地よい圧が、リフレクソロジーを受ける相手に安心感を感じさせ、リラックス効果を高める。したがって、実施者が疲弊していくはリフレクソロジーの効果が半減してしまう。実施者にエネルギーがみなぎっていて、相手にリラックスして欲しいという気持ちがないと、リフレクソロジーのストレスに対する効果は期待できないであろう。看護においては、触ることで相手に安心感を与えた、相手にエネルギーを伝えたり、相手のエネルギーを抑えたりするタッチは古くから行われてきた。リフレクソロジーは、作用機序がまだ解明されていないが、今回の研究より、心理的反応においては、看護介入の方法の一つとして褥婦の産後のストレス緩和に活用することが可能であるといえるが、対象数を増やし、ストレス緩和への効果について検討することは今後も続ける必要がある。

2. 生理的反応について

生理的反応において、リフレクソロジーの実施後に唾液クロモグラニンA、唾液コルチゾールは減少するという仮説を立てたが、唾液クロモグラニンAは減少せず、唾液コルチゾールは減少した。リフレクソロジー実施群と安静群の2群間に差がみられたのは、唾液コルチゾールであった。

リフレクソロジー実施前後において、唾液クロモグラニ

ンAが増加したのは実験参加による緊張が考えられるのだが、先述のPOMS短縮版の結果において「緊張－不安」の得点が減少していたことから、「緊張」は否定される。むしろ、足を指で押していく刺激の生体反応が考えられる。ストレス緩和を目的にしたNotoら²³⁾の健常女性25名に背中マッサージを実施した研究において、唾液クロモグラニンAは有意に増加したという報告と、本研究のリフレクソロジー実施前後において、クロモグラニンAが増加したという点では同様の結果であった。しかし、他にはマッサージによるストレス緩和の効果を唾液クロモグラニンAで検討した研究は見当たらず、これから研究が待たれる。一方、西村ら²⁴⁾は、健常な男女43名が40分間、クラシックギターによるコンサートを聴取した後では唾液クロモグラニンAは有意に低下した、と述べている。マッサージの刺激と音楽を聴取していることの違いが唾液クロモグラニンAの増減に関与していると推察される。しかし、西村ら²⁴⁾はさらに、自覚的ストレスが「おおいに／かなり」低下した者のなかで唾液クロモグラニンAが低下したのは44%であり、自覚的ストレスがそれほど低下しなかった者のなかで唾液クロモグラニンAが低下したのは86%もあり、音楽聴取後の主観的ストレスと客観的ストレスの変化が必ずしも相互に関係するとは限らない、と述べている。本研究のリフレクソロジー実施後に、POMS短縮版の「緊張－不安」と「抑うつ－落ち込み」の得点が減少し、唾液クロモグラニンAが増加した結果も、主観的なストレス評価指標と客観的なストレス評価指標の変化が相互に関係しないと考えることもできる。心理的反応と唾液クロモグラニンAの関連性は今後も検討を続け、データを蓄積する必要がある。

中根^{13), 25)}は、唾液クロモグラニンAが短時間でストレスに反応する指標として適していると報告しており、人前での発表やストループテストという強い精神的ストレスで唾液クロモグラニンAは増加し、2時間の自動車運転やコンピュータ作業という弱い精神的ストレスでも増加する、と述べている。反対に、強い運動という肉体的ストレスには唾液クロモグラニンAは反応しないという結果から、身体的ストレスには関与せず、精神的ストレスに関与している、と報告している。また、唾液コルチゾールについても、同様の実験で強い精神的ストレスで増加し、弱い精神的ストレスではわずかに反応するか反応しない、肉体的ストレスには緩やかに増加する、という結果を述べている。唾液クロモグラニンAは短時間で反応し、弱いストレスでも反応するという特徴から、褥婦のストレスに対するリフレクソロジーの効果を生理的反応の指標としてとらえることができると考え、リフレクソロジー実施後に唾液クロモグラニンAは減少すると予測していたのだが、今回の研究

では、期待する結果が得られなかった。

唾液コルチゾールはストレスに対する反応に時間がかかるとされていたが、金子と小板橋²⁶⁾は、意図的タッチによる生理的・主観的反応を明らかにすることを目的に、健康な女子学生40名を被介入群20名と対照群20名に分け、介入群には介入者1名が3分間タッチを行った研究において、唾液中コルチゾールは被介入群において介入後に有意な減少が認められ、介入により直接ストレスが軽減されたことが示唆された、と述べている。このように、3分という短い時間でも唾液コルチゾールが反応していた結果もある。

今回の研究では、リフレクソロジー実施後、安静後とともに唾液コルチゾールの減少がみられたが、対象数が5名と少ない結果であり、今後は対象数を増やして、研究データを蓄積していく、リフレクソロジーによる生理的変化をとらえる指標としての妥当性を探求していきたい。

しかしながら、リフレクソロジーの実施において、唾液ストレスマーカーにより生理的反応を検討した研究は本研究が初めてであり、今後のストレス緩和に関する研究に与える影響から一定の意義はあったと考える。

3. 本研究の限界と今後の課題

リフレクソロジー実施群と安静群の比較において、心理的反応はPOMS短縮版により、生理的反応は唾液ストレスマーカーにより検討することを試みたが、2群間に統計的な差が出たのは、POMS短縮版の「抑うつ－落ち込み」と唾液コルチゾールのみであった。これはリフレクソロジー実施群と安静群を比較するには、POMS短縮版では12名、唾液コルチゾールにいたっては5名という対象数の少なさが影響していると考える。唾液ストレスマーカーの日内変動や季節による変動、環境からの影響を考慮すると対象数を増やすことは容易ではないが、ストレスマーカーの測定に必要な唾液量が確実に得られるような採取方法と採取に要する時間を検討したい。

また、褥婦のストレスに影響を与える分娩所要時間、出血量、血液検査データなどの因子との関連を検討することも今後の課題である。

さらに、リフレクソロジーの実施時間が15分であったことも今後は検討を要する。実施時間については、リフレクソロジーは全身に働きかけるため、40分かけて行う¹⁹⁾とされている。今回はストレスの緩和に効果がある反射区を選定し、看護師が臨床でも実施しやすいよう、また研究協力が得られやすいように時間を短縮し、15分で実施したが、人間の心身の全体性を考えるならば、40分かけて足部をまんべんなく確実に指で押していく方法の効果も検討する必要があると考える。さらに今回の研究では対象者との

会話は実験上必要な指示のみという条件や児を新生児室に移動することなどにより、リフレクソロジーの効果のみを検討することに主眼をおいて実施した。しかし看護においては、ケア実施中の実施者と対象者の相互作用もストレス緩和に関与することや、母児同室で通常の生活をしている状態でありのままの対象者の反応をデータとしてとらえ、人間全体として検討することも今後の課題となった。リフレクソロジーの効果を明らかにすることについては多くの課題があり、今後も探求し続けていきたいと考える。

V. 結論

褥婦のストレスがリフレクソロジー実施後に緩和されることを心理的反応と生理的反応から検討することを目的に、産後3日目と4日目の褥婦延べ12名に15分間のリフレクソロジーと安静を実施した結果、以下のことが明らかになった。

1. リフレクソロジーの実施前後において、POMS 短縮

版による心理的反応として、「緊張－不安」「抑うつ－落ち込み」の気分尺度の減少がみられた。

2. リフレクソロジー実施群と安静群の比較において、生理的反応としての唾液コルチゾールは、リフレクソロジー実施群のほうがより減少していた。リフレクソロジー実施群と安静群を比較するには5名という対象数の少なさに課題があるものの、リフレクソロジーの実施により、ストレスが緩和される可能性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力頂きましたA病院の褥婦の皆様、看護部長様、産婦人科病棟の看護師長様、スタッフの皆様に深く感謝いたします。また、ご指導くださいました坪井良子先生に心より感謝いたします。

本研究は国際医療福祉大学大学院の修士論文に加筆、修正をしたものであり、研究の一部を第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会にて発表した。

要旨

合併症がなく、正常分娩である28～40歳の初産の褥婦12名を対象とし、出産後のストレスがリフレクソロジー実施後に緩和されることを心理的反応と生理的反応から検討することを目的に、本研究を行った。15分間のリフレクソロジーの前後、安静の前後に、心理的反応は『日本語版POMS短縮版』を用い、生理的反応は唾液クロモグラニンAと唾液コルチゾールを用いて評価した。その結果、リフレクソロジー実施前後で『日本語版POMS短縮版』の「緊張－不安」と「抑うつ－落ち込み」は減少した。リフレクソロジーの実施により、心理的反応としては、リラックスができ、抑うつ状態が軽減することが明らかになった。リフレクソロジー実施群と安静群の比較では、リフレクソロジー実施群の唾液コルチゾールがより減少したことから、生理的反応としては、リフレクソロジーの実施によるストレス緩和の可能性が示唆された。

Abstract

We investigated the alleviation of postpartum stress with 15-minutes of reflexology in 12 puerperant 28-40 year-old women who had given birth for the first time and delivered with no complications. We used the Japanese short version of "Profile of Mood States" (POMS) to evaluate their psychological reaction and salivary chromogranin-A and salivary cortisol to evaluate their physiological reaction. As a result, while implementing reflexology the Japanese short version of "Profile of Mood States" (POMS) reduced the nervousness (anxiety) and depression (feeling down). When comparing the group in which reflexology was implemented and the group that had rested, the salivary cortisol had decreased more in the former group. These results suggest that relaxation and decrease in depression must be the psychological reactions and alleviation of stress must be a physiological reaction to reflexology.

文献

- 1) 渥美和彦：相補・代替医療（CAM）の現状と課題. 治療, 84(1), 14-17, 2002.
- 2) Florence Nightingale (湯檻ます, ほか訳) : 看護覚え書. 10-11, 現代社, 東京, 1982.
- 3) ニコラ・ホール (林サオダ訳) : リフレクソロジー—手足による健康法. 85-86, フレグランスジャーナル社, 東京, 2001.
- 4) 町好雄, 劉超, ほか: リフレクソロジーによる足裏マッサージの生理測定. ISLIS, 18(2), 502-510, 2000.
- 5) 許鳳浩, 上馬場和夫, ほか: 足部の押圧刺激による循環・呼吸・自律神経系の変化. 東方医学, 19(4), 1-12, 2003.
- 6) 今村真理子, 北岡めぐみ, ほか: 急性期患者におけるリフレクソロジーと足浴の効果—末梢循環改善効果の検証—. 日本看護学会論文集 (看護総合), 36, 463-465, 2005.
- 7) 荒山留美子, 土井美奈子, ほか: アロマオイルとリフレクソロジーを使用した足浴のリラクゼーション効果. 日本看護学会論文集 (看護総合), 37, 203-205, 2006.
- 8) 山本ひかる, 松尾なぎさ, ほか: アロマフットバスとアロマ

- マッサージの産後下肢浮腫への効果. 香川母性衛生学会誌, 5(1), 68-73, 2005.
- 9) 森山隆則, 渡辺明日香, ほか: 唾液中ストレスマーカーChromogranin A の日内変動と唾液コルチゾールとの関連性. 臨床化学, 34(2), 307, 2005.
- 10) Mollart, L: Single-blind trial addressing the differential effects of two reflexology techniques versus rest, on ankle and foot oedema in late pregnancy. Complementary Therapies in Nursing and Midwifery, 9(4), 203-208, 2003.
- 11) 横山和仁: POMS 短縮版を活用するために (横山和仁 編: POMS 短縮版—手引きと事例解説). 1-9, 金子書房, 東京, 2005.
- 12) 横山和仁, 下光輝一, 野村忍: 診断・指導に活かすPOMS事例集. 6, 金子書房, 東京, 2002.
- 13) 中根英雄, 浅見 修, 山田幸生: 唾液中の精神的ストレスマーカー. CLINICAL NEUROSCIENCE, 21(9), 1031-1033, 2003.
- 14) 兵頭明和: よくわかる! すぐ使える統計学－検定 (CD版). 厚生統計協会, 東京, 2008.
- 15) 兵頭明和: よくわかる! すぐ使える統計学－検定. 厚生の指標, 55(4), 35-38, 2008.
- 16) 松下年子, 原田美智, ほか: SOC (Sense of Coherence) とマタニティブルーズ. The Journal of Japan Academy of Health Sciences, 10(1), 5-14, 2007.
- 17) 横山和仁, 荒記俊一: 日本版POMS 手引き, 21-22, 金子書房, 東京, 2000.
- 18) 高田弘美, 松裏陽子, ほか: じょく婦の心身の疲労の軽減に及ぼす足浴の効果. 日本看護学会論文集 (母性看護), 34, 97-99, 2003.
- 19) 井村真澄, 操 華子, ほか: 正常な初産後の母親に対するアロマ・マッサージ効果に関する臨床研究—マタニティブルーズ, 不安, 気分, 対児感情, 唾液中コルチゾールについて. アロマテラピー学雑誌, 5(1), 17-27, 2005.
- 20) 笹尾みゆき, 平山由起枝, ほか: 産褥早期に行なうアロママッサージで得られる, 背部と下肢のリラックス効果の比較. 西尾市民病院紀要, 18(1), 105-108, 2007.
- 21) 荒川晶子, 小板橋喜久代: 看護にいかすリラクセーション技法—ホリスティックアプローチ. 107-108, 医学書院, 東京, 2001.
- 22) 牧野和子: リフレクソロジー—その理論と実践. ヘルスカウンセリング学会年報, 10, 17-24, 2004.
- 23) Yuka, N, Mihoko, K, et al: Effects of Back Massage on Psychological Status and Salivary Biomarkers. Hirosaki Med J, 59 (Suppl), S188-S192, 2007.
- 24) 西村亜希子, 太平哲也, ほか: 音楽聴取と唾液中唾液コルチゾール・クロモグラニンAとの関連. 日本音楽療法学会誌, 3(2), 150-156, 2003.
- 25) 中根英雄: バイオ技術の環境・人間分野への応用—新規精神的ストレス指標としての唾液中クロモグラニンA. 豊田中央研究所R & Dレビュー, 34(3), 17-22, 1999.
- 26) 金子有紀子, 小板橋喜久代: 【焦点: 補完代替医療における看護療法の検証】健康女性への意図的タッチによって引き起こされる生理的・情緒的反応. 看護研究, 39(6), 469-480, 2006.

〔平成23年3月10日受付
平成23年11月11日採用決定〕

訪問看護師による在宅療養高齢者の 終末期医療に対する意思把握の方法

Visiting Nurse's Skills for Understanding of Home Resident
Elderly Patients' Will with Regard to Terminal Care

高橋方子¹⁾ 布施淳子²⁾
Masako Takahashi Junko Fuse

キーワード：終末期医療、意思、在宅療養、高齢者、訪問看護師

Key Words : terminal care, will, home resident, elderly patient, visiting nurse

I. はじめに

高齢社会となったわが国では、入院期間の短縮化、療養型病床の廃止等により、在宅で療養する高齢者が増加し¹⁾、在宅療養における終末期医療のあり方が問われている²⁾。そのなかでも、とくに終末期医療に対する本人の意思把握が重要である、と考えられる。日本医師会の『第IX次生命倫理委員会』による報告書では、「死を迎える高齢者に対して、国民には現在の社会の構築を担った先達に対する敬意と共感が求められている。高齢者が死を迎える場合、入院でも在宅でも福祉施設でもまず本人の意思が最優先されるべきで、それだけに本人の意思、リビングウィルを理解し支援する体制が求められている」³⁾と記されている。また平成19年には『終末期医療決定プロセスに関するガイドライン』(厚生労働省)が作成され、終末期医療はインフォームドコンセントに基づく本人の意思決定を基本とすること、および医療行為に関しては、多専門職種からなる医療・ケアチームで妥当性・適切性をもとに判断することが示された^{4), 5)}。

しかし、『終末期医療に関する調査等検討会報告書』(厚生労働省)では、代理判断による意思表示の場合、本人は早く苦痛から解放してほしいが、家族は単なる延命医療の継続を選択する傾向があり、本人の意思と家族のそれとは必ずしも一致するわけではないことが報告されている⁶⁾。このような状況を踏まえ、「在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握」(以下、意思把握)のための体制づくりは急務であると考えられる。

米国においてはアドバンスディレクティブが法制化され、本人の終末期医療に対する意思を示す制度が設けられている⁷⁾。終末期医療に関する意思把握に関しては、アド

バンスディレクティブの活用状況^{8), 9)}や、活用のための看護師の役割^{10), 11)}のようにアドバンスディレクティブとの関連で行われている。しかし、わが国ではアドバンスディレクティブは一般的なものではなく^{12), 13)}、意思把握はわが国の現状を踏まえたうえで検討する必要がある。

わが国の訪問看護における意思把握に関しては、訪問看護師が死亡場所の意思を把握していれば希望どおりになる割合が高いことが報告されている^{1), 14)}。しかし、訪問看護師が自宅での看取りの意思を本人に確認した事例が少ないとことや、本人の看取りの場所についての意思把握状況に主介護者と訪問看護師で差があることが報告され^{1), 15)}、意思把握は十分にされていない状況が明らかになっている。

また、訪問看護における在宅療養高齢者の意思に関する主な研究は、本人の意思と介護者の意向の調整など意思決定の支援について行われている^{16)~19)}。これらの研究からは、終末期医療に対する意思決定は複数の要因が複雑に存在する状況のなかから導かれ、意思把握は容易でないことが推測される。しかし、わが国における意思把握に関しての詳細な研究は行われていない。訪問看護師の意思把握の方法を明らかにすることは、わが国の現状に即した在宅療養高齢者の意思把握を行うための基礎資料となると考えられる。そこで本研究は、訪問看護師の意思把握に対する認識から意思把握の方法を明らかにすることを目的として行った。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

終末期医療の意思把握は訪問看護師の個々の認識が反映されるため、記述的質的研究デザインとした。

1) 宮城大学看護学部 School of Nursing, Miyagi University

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

2. 対象者

対象者は、A市で在宅診療に取り組む医師から紹介された、終末期の利用者に対応している訪問看護ステーション（4機関）の看護師である。訪問看護ステーション管理者に許可を得たうえで、訪問看護師に研究の趣旨を説明し、自由意思で参加を表明した12名を対象とした。

3. データ収集

データ収集期間は2010年4月から6月であった。データ収集は半構造面接により行った。対象者に面接日から1年以内で、「その人が望んだ終末期の意思決定ができた」と判断した1事例を選択しておくことをあらかじめ依頼した。その事例について、事例の状況および意思把握の現状について面接した。事例の状況は、年齢、性別、障害のある高齢者の日常生活自立度判断基準による寝たきり度²⁰⁾、認知症の有無、訪問看護開始時に罹患していた疾患、医療処置、主介護者や家族構成・協力者、訪問看護ステーションとしてかかわった期間、死亡場所について尋ねた。意思把握の現状は、意思表示の状況、意思把握の方法、意思把握における訪問看護師の役割について面接した。平均面接時間は 60.8 ± 9.2 分だった。

4. 分析方法

訪問看護師の認識をそのまま記述するために「内容分析」を行った^{21)～23)}。訪問看護師による意思把握に関する記述を、意味を損なわない範囲内で区切り、抽出し、コード化した。コード化した意味内容の類似性と相違性を比較しながら類型化し、サブカテゴリー化した。さらにサブカテゴリーを内容別に類型化して、抽象度を高め、カテゴリー化した。

データ分析の信頼性・妥当性を高めるために、質的研究に精通した研究者から、要約やカテゴリー化等が適切に行われているか、一連の過程についてスーパービジョンを受けた。また分析した結果を、対象者に示して語られた意図と異なっていないかについて、分析過程および分析終了後の2回確認を行い、再度分析結果の見直しを行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、筆者が所属する大学の『医学部倫理審査委員会』の承認を得て行った。研究者は訪問看護ステーション管理者および対象者に、研究目的や研究方法等の研究内容、研究参加を拒否する権利、研究に参加による不利益を書面にて説明し、参加者の自由意思で研究参加を決定できるよう配慮した。対象者に同意書に署名をしてもらい、説明内容の理解を含め、研究協力・参加の意思を確認した。面接内容は、ICレコーダーに録音することの許可をあらかじめ得た。対象者が特定されないよう、逐語録作成段階から固有名詞は匿名化し、録音内容は逐語録作成後に消去した。また対象者の属性は、研究に必要な最小限の内容を用い、個人情報およびプライバシーの保護に努めた。

6. 本研究における定義

a. 終末期

病状が不可逆的かつ進行性で、その時代に可能な最善の治療により、病状の好転や進行の阻止が期待できなくなり、近い将来の死が不可避となった状態²⁴⁾、とした。

b. 終末期医療に対する意思

自分の理解力と思考能力、考え方に基づいて回復が望めない状態になったときの治療方針や医療処置、臨終を迎える場所、医療代理人に関して、どうしたいと思うこと^{12), 13), 25)～27)}、とした。

III. 結 果

1. 対象者の属性と事例の状況

対象者の属性と事例の状況は表1に示した。

対象者は12名で、全員女性だった。平均年齢は 46.6 ± 6.6 歳で、訪問看護師としての平均経験年数は 7.6 ± 4.3 年、看護師としての平均経験年数は 18.5 ± 7.7 年だった。

12事例のうち2事例が重複していた。性別は男性5名、女性5名で、平均年齢は 85.2 ± 9.0 歳だった。障害のある高齢者の日常生活自立度判断基準による寝たきり度²⁰⁾は、J1が2名、A2が2名、Bが1名、Cが5名だった。認知症の有無は4事例が「なし」、5事例が「あり」、1事例が「不明」だった。主な医療処置は、末梢点滴が3名、酸素マスクが2名、人工肛門が1名、持続的導尿が1名、胃瘻・気管切開・持続的導尿が1名、処置がなかったものは2名だった。死亡場所は10事例とも自宅だった。訪問看護ステーションとしてかかわった期間は、最も短い事例は2週間で、長い事例では7年だった。

2. 意思把握の方法について

〈 〉はカテゴリーを、「 」はサブカテゴリーを示す。

意思把握は意思把握の状況と方法の2側面から語られていた。意思把握の状況は表2、意思把握の方法は表3に示した。

a. 意思把握の状況について（表2）

意思把握の状況は〈いつからが終末期かはっきりしない〉〈終末期の見通しがない〉〈状況は変化する〉〈意思を確認できない状況がある〉〈意思表示ができない人も多い〉〈家族の意思の影響が大きい〉の6つのカテゴリーで構成された。

表1 対象者の属性および事例の状況

	年齢	40代	40代	40代	50代	30代	40代	50代	40代	50代	40代	50代	30代
訪問看護師	訪問看護歴	6年	6年	17年	11年	4年	7年	12年	3年	10年	8年	3年	4年
	看護歴	19年	18年	4年	20年	11年	21年	21年	23年	23年	16年	28年	8年
語られた事例	事例1	事例2	事例3	事例4	事例5	事例6	事例7	事例8	事例9	事例10			
性別	男	男	男	男	女	女	女	女	女	女			
年齢	72	72	82	90	90	86	87	92	96	97			
寝たきり度*	J1	J2	A2	A2	B	C	C	C	C	C			
認知症	なし	なし	なし	なし	あり	あり	あり	不明	あり	あり			
主な疾患	肝細胞がん C型肝硬変 糖尿病 食道静脈瘤 心疾患	大腸がん 腎不全 躁病 心疾患	食道がん 肺転移	大腸がん 誤嚥性肺炎	心疾患 褥創	誤嚥性肺炎 嚥下障害	高血圧 心不全 糖尿病	パーキンソン病	老衰	褥創 心不全			
主な医療処置	末梢点滴	人工肛門	酸素マスク	なし	酸素マスク	末梢点滴	末梢点滴	胃瘻 気管切開 持続的導尿	なし	持続的導尿			
主介護者	次女	ヘルパー	妻、長女、 次女	妻	妻	長女	長女	四男の嫁	嫁	息子夫婦			
家族構成・協力者	妻 次女夫婦 孫	一人暮らし	妻 長男 孫	妻	妻	妻 長女夫婦 息子、嫁	長女夫婦	四男夫婦 孫	息子夫婦	息子夫婦			
かかわった期間	2週間	1年	2週間	4年	約1年	1か月	1年	7年	2週間	6か月			
死亡場所	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅	自宅			

*障害のある高齢者の日常生活自立度判断基準による寝たきり度（厚生省による）

表2 意思把握の状況

カテゴリー	サブカテゴリー
いつからが終末期かはっきりしない	高齢者の場合、いつからが終末期と区別できるのかと疑問に思う
	高齢者は、長い経過のなかで機能が低下してターミナルになっていく
	超高齢者も多く、常に終末期にあるような状態
終末期の見通しがない	がん疾患の場合は、亡くなることを前提に在宅療養をする人はいない
	終末期ということは告知されておらず、どう暮らしたいかという聞き方で意思を把握した
	終末期医療に関する決定は状況によるので、そのときにならないと判断はできない
状況は変化する	終末期の変化は予測が難しい
	看取りをどうするか指導されなかったり、担当者会議の前に訪問しなければならないケースもある
	本人自身がもう長くないとわかっていても、そう思っているかは確認できない
意思を確認できない状況がある	切羽詰まった事態が先に立っているときには、聞くことができない
	いろいろ聞かないでほしい、と言われる
	本人のいるところで終末期の話はできない
意思表示ができない人も多い	意思のはっきりした人もいるが、意思を伝えられない人もいる
	自分が家族の負担になることを考えて、意思を伝えない
	認知症や失語症で、自分の意思を表現できない人も多い
家族の意思の影響が大きい	高齢者は、医師の提案により家族が同意するケースが多い
	家族が介護すると言わなければ、入院するしかない
	本人が亡くなると悟っていても、家族が点滴をしてほしいと医師に伝えれば延命される

〈いつからが終末期かはっきりしない〉は「高齢者の場合、いつからが終末期と区別できるのかと疑問に思う」「高齢者は、長い経過のなかで機能が低下してターミナルになっていく」「超高齢者も多く、常に終末期にあるような状態」の3つのサブカテゴリーが抽出され、訪問看護師は終末期という期間を限定することが現実には困難と認識していた。

〈終末期の見通しがない〉は「がん疾患の場合は、亡く

なることを前提に在宅療養をする人はいない」「終末期ということは告知されておらず、どう暮らしたいかという聞き方で意思を把握した」の2つのサブカテゴリーから構成され、終末期が意識されていない状況が示されていた。

〈状況は変化する〉は「終末期医療に関する決定は状況によるので、そのときにならないと判断できない」「終末期の変化は予測が難しい」とあり、訪問看護師は〈状況は変化する〉ことを踏まえて意思把握をする必要があると認

識していた。

〈意思を確認できない状況がある〉は「看取りをどうするか指導されなかつたり、担当者会議の前に訪問しなければならないケースもある」「本人自身がもう長くはないとわかっていても、そう思っているかは確認できない」「切羽詰まつた自体が先に立っているときには、聞くことができない」「いろいろ聞かないでほしい、と言われる」「本人のいるところで終末期の話はできない」の5つのサブカテゴリーがあがり、意思の確認ができないさまざまな状況があがっていた。

〈意思表示ができない人も多い〉は「意思のはっきりした人もいるが、意思を伝えられない人もいる」「自分が家族の負担になることを考えて、意思を伝えない」「認知症や失語症で、自分の意思を表現できない人も多い」の3つのサブカテゴリーから構成され、言語的コミュニケーション能力にかかわらず意思表示ができない状況が認識されていた。

〈家族の影響が大きい〉は「高齢者は、医師の提案により家族が同意するケースが多い」「家族が介護する

と言わなければ、入院するしかない」「本人が亡くなると悟っていても、家族が点滴してほしいと医師に伝えれば延命される」の3つのサブカテゴリーから構成された。訪問看護師は本人の意思だけでは決定できず、家族の意思の影響が大きい状況があることを認識していた。

b. 意思把握の方法について（表3）

意思把握の方法は、〈本人や家族と信頼関係を築きながら把握する〉〈本人や家族の状況を気づかいながら把握する〉〈本人や家族がどのように過ごしたいから把握する〉〈日常のかかわりのなかで、本人や家族の気持ちに添って把握する〉〈本人や家族の暮らしぶりから推測する〉〈表情やうなづきなど、非言語的コミュニケーションから把握する〉〈推測した意思を表現し、それに対する反応から把握する〉〈複数の訪問看護師により確認する〉の8つのカテゴリーで構成された。

〈本人や家族と信頼関係を築きながら把握する〉は「何度も訪問し、昔の話など、本人のいろいろな情報を把握するなどして、信頼関係をもとに意思を引き出す」「どういう人柄でどういうことを望んでいるかは、長いかかりのなかでだんだんわかる」とともと利用者の夫だったので、訪問看護ステーションとの付き合いも長く、信頼関係があった「お互いの信頼関係が必要である」

表3 意思把握の方法

カテゴリー	サブカテゴリー
本人や家族と信頼関係を築きながら把握する	何度も訪問し、昔の話など、本人のいろいろな情報を把握するなどして、信頼関係をもとに意思を引き出す どういう人柄でどういうことを望んでいるかは、長いかかりのなかでだんだんわかる ともと利用者の夫だったので、訪問看護ステーションとの付き合いも長く、信頼関係があった お互いの信頼関係が必要である
本人や家族の状況を気づかいながら把握する	深刻にならないような雰囲気をつくって意思を確かめる 介護者の体調を気づかうことで気持ちを聞くことができる 医療処置の決定に対する介護者の気持ちの変化の可能性を配慮し、遠慮なく伝えるよう話しておく 終末期に限らずどういうふうに暮らしたいか、について聞くなかで把握する 終末期ということは告知されておらず、どう暮らしたいかという聞き方で意思を把握した どのように過ごしたいから、終末期の意思について確認する
本人や家族がどのように過ごしたいから把握する	一見、治療には役立たないような日常生活のなかから意思の把握をする どのようなことをして過ごすことが好きだったかや、食事の嗜好など、日常生活の細々とした情報から考える ケアをしながら、あるいは会話をしているなかから少しづつ聞きとったり、本人の気持ちを察する 相手の感情を受け入れながら、何気ない会話をなかで希望を把握する 処置をするなかで、家族が話したときに意思の把握につなげるようにする
日常のかかわりのなかで、本人や家族の気持ちに添って把握する	確認はしていないが、在宅で亡くなる覚悟をしている、と状況から受け止めた 命は短くても好きなように暮らしたい、という意思を読み取った 生活歴やどのように生きてきたかから、終末期の過ごし方を推測することができる
本人や家族の暮らしぶりから推測する	単語やうなづきの様子から本人の気持ちを推測する 認知症はあったが、声をかけばうなづいたり微笑んでくれ穏やかだったので、満足だと思ったと推測した その人がやり残したことがあることを表情から感じとった ラストターミナルのときの表情は印象づけられる
表情やうなづきなど、非言語的コミュニケーションから把握する	自宅がいいですよね、と問い合わせたときの様子から、本人が悩んでいることを推測した 家っていいね、と言葉をかけると、とてもいい表情をする
推測した意思を表現し、それに対する反応から把握する	いろいろな場面で看護師がかかわって得た情報を共有することで、自分だけの判断に偏らないようにする
複数の訪問看護師により確認する	

なかでだんだんとわかる」「もともと利用者の夫だったので、訪問看護ステーションとの付き合いも長く、信頼関係があった」「お互いの信頼関係が必要である」の4つのサブカテゴリーから構成された。

〈本人や家族の状況を気づかいながら把握する〉は「深刻にならないような雰囲気をつくって意思を確かめる」「介護者の体調を気づかうことで気持ちを聞くことができる」「医療処置の決定に対する介護者の気持ちの変化の可能性を配慮し、遠慮なく伝えるよう話しておく」の3つのサブカテゴリーから構成された。訪問看護師が本人や家族のおかれた状況を配慮し、そのことを相手に伝えることにより、意思把握がスムーズに行われる状況が示されていた。

〈本人や家族がどのように過ごしたいか、から把握する〉は「終末期に限らずどういうふうに暮らしたいか、について聞くなかで把握する」「終末期ということは告知されてもおらず、どう暮らしたいかという聞き方で意思を把握した」「どのように過ごしたいかから、終末期の意思について確認する」の3つのサブカテゴリーから構成された。

〈日常のかかわりのなかで、本人や家族の気持ちに添って把握する〉は「一見、治療には役立たないような日常生活のなかから意思を把握する」「どのようなことをして過ごすことが好きだったかや、食事の嗜好など、日常生活の細々とした情報から考える」「ケアをしながら、あるいは会話をしているなかから少しづつ聞きとったり、本人の気持ちを察する」「相手の感情を受け入れながら、何気ない会話のなかで希望を把握する」「処置をするなかで、家族が話したときに意思の把握につなげるようにする」の5つのサブカテゴリーから構成された。

〈本人や家族の暮らしぶりから推測する〉は「確認はしていないが、在宅で亡くなる覚悟をしている、と状況から受け止めた」「命は短くても好きなように暮らしたい、という意思を読み取った」「生活歴やどのように生きてきたかから、終末期の過ごし方を推測することができる」の3つのサブカテゴリーから構成された。

〈表情やうなずきなど、非言語的コミュニケーションから把握する〉は「単語やうなずきの様子から本人の気持ちを推測する」「認知症はあったが、声をかけられればうなずいたり微笑んでくれ穏やかだったので、満足だと思ったと推測した」「その人がやり残したことがあることを表情から感じとった」「ラストターミナルのときの表情は印象づけられる」の4つのサブカテゴリーから構成された。

〈推測した意思を表現し、その反応から意思を推測する〉は「自宅がいいですよね、と聞いかけたときの様子から、本人が悩んでいることを推測した」「家っていいね、と声をかけると、とてもいい表情をする」の2つのサブカテゴリーから構成された。

〈複数の訪問看護師により確認する〉は「いろいろな場面で看護師がかかわって得た情報を共有することで、自分だけの判断に偏らないようにする」から構成された。

IV. 考 察

意思把握の方法として〈本人や家族と信頼関係を築きながら把握する〉〈本人や家族の状況を気づかいながら把握する〉のように、本人や家族と訪問看護師の関係性に関する方法が抽出された。葛西²⁸⁾は「患者・家族から信頼を得ることで本音を聞くことができる」と報告している。終末期医療に対する意思は誰にでも伝えられるものではないため、信頼関係を重視し、相手の状況を確かめながら意思把握をする方法が必要だと考えられた。

また訪問看護師は、意思把握の状況に対応した意思把握方法を用いていると考えられた。意思把握の状況は〈いつからが終末期かはっきりしない〉〈終末期の見通しがない〉〈状況は変化する〉のように、終末期であるという共通の理解を得にくい状況が示されていた。川越ら¹⁹⁾や松井ら²⁹⁾の研究でも、訪問看護の開始期に自宅での看取りが明確に意識されていないことや、家族や医療従事者と終末期のケアについて事前に話し合った人の割合は低いこと、が報告されている。わが国では、終末期医療について話し合うことは一般的ではなく、終末期ということが明確になっていない状況を訪問看護師も認識していることが明らかになった。

このような状況をふまえ、訪問看護師は〈本人や家族がどのように暮らしたいか、から把握する〉のように、生きるという観点での問い合わせから終末期の意思を把握し、〈日常のかかわりのなかで、本人や家族の気持ちに添って把握する〉のように、本人や家族の気持ちに合わせて意思把握をしていた。杉谷³⁰⁾は、意思把握のタイミングが重要であると報告しているが、本研究でも訪問看護師は本人や家族が意思を表出したときを逃さず意思把握をしていた。

さらに、意思把握の状況として〈意思を確認できない状況がある〉〈意思表示ができない人も多い〉のカテゴリーが抽出された。時間や本人や家族の気持ちなど状況によって意思が確認できない場合や意思があっても伝えられない場合、コミュニケーション能力が低下している場合など、訪問看護師は在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思が明確に示されないさまざまな状況があることを認識していた。

意思把握の方法では〈本人や家族の暮らしぶりから推測する〉〈表情やうなずきなど、非言語的コミュニケーションから把握する〉が抽出された。訪問看護師は意思が明確

に示されない状況を受け、直接尋ねるのではなく、食事の嗜好のような生活に密着した内容から、「命は短くても好きなように暮らしたい」のような人生に対する姿勢まで多岐にわたる情報や非言語的コミュニケーションによる情報から、意思を推測する方法を用いていると考えられた。さらに〈推測した意思を表現し、その反応から把握する〉〈複数の訪問看護師により把握する〉のように、訪問看護師が認識した意思に誤りがないよう、確認する方法もとられていた。

また意思把握の状況として〈家族の意思の影響が大きい〉のカテゴリーが抽出された。日本人の意思決定の特徴として、相手との関係性が強いほど自分の意向を示さないことや、相手に任せることによって安心し、任された相手は保護的直感的にその意向を推し量って配慮すること、が報告されている³¹⁾。さらに60歳から70歳代以上の高齢になるほど、医療行為を自分で決定することに対して消極的である、と報告されている³²⁾。また川島³³⁾は、在宅生活では療養者と家族がそれぞれ分離するものではなく、両者が融合しあった生活者としての全体構造を呈している、と述べている。本研究の結果においても、訪問看護師は家族の意思の影響が大きいこと認識し、本人だけでなく家族も含めて意思を把握していた。

米国のように自己決定を尊重する文化⁷⁾では、アドバンスディクティブを用いた意思把握方法が有効であると考えられる。しかし、わが国における在宅療養高齢者の場合は、本人だけでは決められないこと、終末期が曖昧であることや、意思が明確にされないさまざまな事情がある。そのため多岐にわたる情報から推測し確認する、本人だけでなく家族の意思を含めて意思把握をするなど、わが国の状

況をふまえた意思把握方法が必要であると考えられた。

V. 結論

1. 訪問看護師による意思把握は意思把握の状況と方法の2側面から語られた。
2. 意思把握の状況は〈いつからが終末期かはっきりしない〉〈終末期の見通しがない〉〈状況は変化する〉〈意思を確認できない状況がある〉〈意思表示ができない人も多い〉〈家族の意思の影響が大きい〉の6つのカテゴリーで構成された。
3. 意思把握の方法は〈本人や家族と信頼関係を築きながら把握する〉〈本人や家族の状況を気づかいながら把握する〉〈本人や家族がどのように過ごしたいか、から把握する〉〈日常のかかわりのなかで、本人や家族の気持ちに添って把握する〉〈本人や家族の暮らしづくりから推測する〉〈表情やうなずきなど、非言語的コミュニケーションから把握する〉〈推測した意思を表現し、それに対する反応から把握する〉〈複数の訪問看護師により確認する〉の8つのカテゴリーで構成された。
4. 訪問看護師は意思把握がむずかしい状況を認識し、それに対応した意思把握方法を用いていた。

本稿は、第2回日中韓看護学会で発表したものと加筆修正したものである。

謝辞

本研究にあたり、調査にご協力いただきました皆様に感謝致します。

要旨

本研究は、訪問看護師による在宅療養高齢者の終末期医療に対する意思把握の方法を明らかにすることを目的とした。訪問看護師12名に対し、意思把握の現状について半構造面接を実施した。面接内容を逐語録に起こし、内容分析を行った。その結果、以下のことが明らかになった。

訪問看護師による意思把握は、意思把握の状況と方法の2側面から語られた。意思把握の状況は〈いつからが終末期かはっきりしない〉〈終末期の見通しがない〉〈状況は変化する〉〈意思を確認できない状況がある〉などの6つのカテゴリーが抽出された。

意思把握の方法は〈本人や家族がどのように過ごしたいか、から把握する〉〈本人や家族の暮らしづくりから推測する〉〈日常のかかわりのなかで、本人や家族の気持ちに添って把握する〉など8つのカテゴリーが抽出された。

訪問看護師は意思把握がむずかしい状況を認識し、それに対応した意思把握方法を用いていた。

Abstract

This study examines the skills by which visiting nurses understand the will of their home resident elderly patients with regard to terminal medical care. Data were collected from 12 nurses with regard to their method of determining their patients' will concerning terminal medical care using semi-structured interviews. The data obtained were analyzed using content analysis.

The visiting nurses' understanding of their patients' will was based on two key factors: status and skill. Status consisted of six categories, such as "it is uncertain when the terminal period starts;" "the patient is unaware that he or she is at the terminal stage;" "the circumstances change;" and "many patients are unable to communicate." Skill comprised eight categories, such as "understanding the patient's will from how he or she would like to spend their time;" "understanding the patient's will through their day-to-day communication;" and "interpreting the patient's will from their lifestyle."

Visiting nurses use these skills in coping with the difficult issue of understanding their patients' will.

文 献

- 1) 佐々木恵, 新井明日奈, ほか: 要介護高齢者における死亡場所の希望と実際—訪問看護師による把握. 日本老年医学会雑誌, 45(6), 622-626, 2008.
- 2) 平原佐斗司: 在宅での看取りをめぐる諸問題. 日本在宅医会誌, 10(2), 5-10, 2009.
- 3) 日本医師会 第IX次生命倫理懇談会(座長: 高久史磨): 平成16・17年度「ふたたび終末期医療について」の報告(平成18年2月). 21, 2010-10-8.
<http://www.med.or.jp/nichikara/seirin17.pdf>
- 4) 厚生労働省: 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 医政発第0521011号, 平成19年5月21日.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/dl/s0521-11a.pdf>
- 5) 永池京子: 終末期医療決定のガイドラインが語るもの. インターナショナルナーシングレビュー, 31(2), 16-20, 2008.
- 6) 厚生労働省: 終末期医療に関する調査等検討会報告書(平成16年7月). 2009-11-19.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/07/s0723-8.html>
- 7) Lambert, P, Gibson, J, Nathanson, P: The Values History: An Innovation in Surrogate Medical Decision-Making. Journal of Law, Medicine & Ethics, 18(3), 202-212, 1990.
- 8) Solloway, M, Lafrance, S, et al: A Chart Review of Seven Hundred Eighty-Two Deaths in Hospitals, Nursing Home and Hospice/Home Care. Journal of Palliative Medicine, 8(4), 789-796, 2005.
- 9) Cohen-Mansfield, J, Lipson, S, Holton, D: Which Signs and Symptoms Warrant Involvement of Medical Staff? The Definition and Identification of Status-change Events in the Nursing Home. Behavioral Medicine, 29(3), 115-120, 2003.
- 10) Schirm, V, Stachel, L: The Values History as a Nursing Intervention to Encourage Use of Advance Directive Among Older Adults. Applied Nursing Research, 9(2), 93-96, 1996.
- 11) Peters, C, Chiverton, P: Use of a Values History in Approaching Medical Advance Directives with Psychiatric Patient. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 41(8), 28-36, 2003.
- 12) 赤林 朗, 甲斐一郎, ほか: アドバンス・ディレクティブの日本社会における適用可能性. 生命倫理, 7(1), 31-40, 1997.
- 13) 篠岡真子: 事前指示の有用性とその普及における今後の課題. 癌と化学療法, 35(1), 41-42, 2007.
- 14) 廣畑直子, 林 和子, ほか: A訪問看護ステーションにおけるターミナルケア患者の現状報告. 日本看護学会論文集(第38回地域看護), 121-123, 2007.
- 15) 宮田和明, 近藤克則, ほか: 在宅高齢者の終末期ケア. 8-49, 中央法規, 東京: 2004
- 16) 園田芳美, 石垣和子: 癌末期高齢者のターミナルケアにおける家族間調整に関する質的研究—終末期の療養場所選択に焦点をあてて. 千葉看護学会会誌, 13(1), 102-110, 2007.
- 17) 園田芳美, 石垣和子: 明確な意思表示のできない終末期高齢者と家族のターミナルにおける意思決定に関する訪問看護支援. 老年看護学, 13(2), 72-79, 2009.
- 18) 村松ちづか, 川越博美: 熟練訪問看護者の意思決定の構造. 日本地域看護学会誌, 3(1), 19-25, 2001.
- 19) 村松ちづか(川越博美監): 終末期の自己決定を支える訪問看護. 28-34, 日本看護協会出版会, 東京: 2003.
- 20) 高橋信子: 身体可動性障害のある人の看護(堀内ふき, 大渕律子, ほか編: 高齢者の健康と障害. ナーシンググラフィカ 26, 276-27) メディカ出版, 大阪: 2008
- 21) ポーリット, D F & ベック, C T(近藤潤子監訳): 看護研究—原理と方法(第2版). 269. 医学書院, 東京: 2010.
- 22) グレッグ美鈴, 麻原きよみ, ほか: 質的研究の進め方・まとめ方. 55-71, 医歯薬出版株式会社, 東京: 2007.
- 23) ウェーブ・フリック(小田博志, ほか訳): 質的研究入門. 219-244, 春秋社, 東京: 2002.
- 24) 社団法人日本老年医学会: 「高齢者の終末期医療およびケア」に関する日本老年医学会の「立場表明」. 日本老年医学会雑誌, 38(4), 582-583, 2001.
- 25) 田中まゆみ: Advanced Directive(事前指示書)とLiving Will(生前遺書). Medicina, 45(7), 1308-1313, 2008.
- 26) 岩田健太郎: 総合診療外来におけるadvance directive取得の実態. 家庭医療, 14(2), 18-25, 2008.
- 27) ユーリウス・ハッケタール(関田淳子, ほか訳): 最期まで人間らしく—患者の自己決定権について. 220-221, 未来社, 東京: 1996.
- 28) 葛西好美: 期末がん患者の病院から在宅への移行期における訪問看護師の認識と判断. 日本がん看護学会誌, 20(2), 39-49, 2006.
- 29) 松井美帆, 松本雅子: 終末期ケアに関する啓発活動への高齢者の関心と規定要因. ホスピスケアと在宅ケア, 15(3), 235-40, 2007.
- 30) 杉谷藤子, 吉岡佐知子, 吉川洋子, ほか: 人権を尊重する視点からの「終末期に関する調査」報告(Part III). 看護, 63(1), 96-99, 2011.
- 31) 相羽利昭, アン・J・デービス, 小西恵美子: 家族が捉えた死の迎え方の倫理的意志決定の過程とその要因の探索. 生命倫理, 12(1), 84-91, 2002.
- 32) 大木桃代: 日本人の医療行為に対する意思決定態度の測定. 人間科学研究(文教大学人間学部紀要), 27, 83-90, 2005.
- 33) 川島孝一郎: 「意思決定とは何か」から考える. 訪問看護と介護, 8(4), 300-305, 2003.

〔平成23年7月4日受付
平成23年12月20日採用決定〕

初めて緊急入院した子どもに付き添う母親の思い

Feelings of Mothers Accompanying Children Emergently Admitted to Hospital for the First Time

三枝 幸子¹⁾

Sachiko Saegusa

細川 美香¹⁾

Mika Hosokawa

中澤 美樹¹⁾

Miki Nakazawa

舟越 和代²⁾

Kazuyo Funakoshi

三浦 浩美²⁾

Hiromi Miura

キーワード：初めての緊急入院、子ども、母親、付き添う、思い

Key Words : first time emergent hospital admission, children, mothers, mother accompanying her child, feelings

I. はじめに

現在の育児環境は、少子化、核家族化、女性の社会進出などの社会構造の変化、あるいは情報網の発達に伴う一方通行的情報過多、マニュアル志向の顕在、そして育児能力の世代間継承の減少など、さまざまな要素が療育環境を変貌させ、急病時の育児不安を増大させている¹⁾ 現状にある。一方で、日本的小児救急医療体制は十分に整備されておらず、開業小児科医による時間外初期救急医療の実施割合も減少している²⁾。そのため、母親は子どもが病気になっても正確な対処方法がわからず、不安を抱えながら子どものケアを行っている状況にあることが予想される。

そして、子どもが入院した場合は、母親は慣れない環境や付き添い、仕事の調整、同胞のこと、入院準備などをするような状況になり、不測の事態に陥ると考えられる。長期入院の子どもの母親や家族に関する研究では、入院1週間が心身ともにつらい時期であった³⁾との報告があり、家族の苦痛や悩みが明らかにされている。短期入院の子どもの母親に関する研究⁴⁾では、入院直後母親は、子どもの入院に付き添うことで同胞や家事、夫のことに対し不安を抱いている、と報告されている。また、緊急入院における母親のニーズとして、初めて入院した母親は緊急入院となったことを家族に連絡し、家族のサポートや家族としての調整を求めていたが、再入院の母親は入院経験から対処方法が把握できている⁵⁾。さらに、子どもが緊急入院した母親は、同胞の入院経験があっても悲しみとともに緊張と驚きがある⁶⁾と報告されている。このように、子どもが入院となった母親はさまざまな思いを抱いているが、これらは緊急入院時のものであり、子どもの発症から焦点を当てたものではない。過去に子どもの入院に付き添う母親

の思いについての研究^{7), 8)}はあるが、初めての入院であることに着目し「子どもの入院経験のない母親の、子どもの緊急入院時の思い」についての研究は見当たらなかった。効果的な家族支援を行うには母親の思いを知る必要があると考えた。

そこで今回、子どもが病気を発症してから以後、そのときどきの母親はどのようなことを思い、どのような行動をとっていたのかを振り返ってもらい、母親の思いを知ることで、母親への対応や今後の看護援助の示唆を得たいと考えた。

II. 研究目的

初めて緊急入院した子どもの発症から入院して退院までの母親の思いを明らかにする。

III. 研究方法

1. 期間

平成19年9月30日～平成20年1月25日

2. 対象者

対象は、A病院小児科に入院した子どもに付き添う母親のうち、①初めての緊急入院である、②0歳から6歳までの子どもである、③入院期間が1週間までの短期入院である、6名とした。

3. データ収集方法

対象者の属性に関するフェイスシートおよびインタビューガイドによる半構成面接法を実施した。その際、質問内容は「発症から入院また入院中の体験や思い」とし、

1) 高松赤十字病院 Takamatsu Red Cross Hospital

2) 香川県立保健医療大学 Kagawa Prefectural College of Health Sciences

自由に語ってもらった。調査は、入院日より3～5日目の子どもの状態が落ち着いた時期に対象者の意向を尊重して設定し、インタビューの時間は約30分程度とした。インタビュー内容は承諾を得て録音した。

4. 分析方法

録音したインタビュー内容に基づいて、逐語録を作成した。分析をする際に、発症から外来受診まで、入院決定から病室案内まで、病室案内後から退院前までの各時期に特徴がみられたため、それぞれⅠ期、Ⅱ期、Ⅲ期とし、子どもの母親の思いが語られた部分を抽出した。

一つの意味内容で区切り、1内容を1データとした。1データごとに要約、コード化し、サブカテゴリー、カテゴリー化した。その過程を研究者間で繰り返し行うとともに十分に協議を重ねることで信頼性、および妥当性の確保に努めた。

5. 倫理的配慮

研究実施前に、院内規定により承認を得た。家族に対しては、本研究の主旨、情報の守秘義務、学会への発表を紙面、口頭にて説明し、文書にて同意を得た。インタビューの場所は個室または面談室とし、いずれもプライバシーが保たれるように配慮した。本研究への参加は自由であり、拒否・途中辞退しても不利益がないことを保証した。資料は研究者によって管理し、研究終了時に破棄することを説明した。

IV. 結 果

1. 対象者の概要

母親の年齢は20歳代後半から30歳代後半であった。子どもの年齢は7か月から1歳10か月、性別は男児4名、女児2名、疾患名は熱性痙攣2名、呼吸器疾患2名などであった（表1）。

2. 子どもの母親の思い

6名の対象者から得た総データ数は197で、37のサブカ

表1 対象者の概要

母親の年齢	子ども			家族構成 有無
	年齢	性別	疾患名	
A 30歳代前半	0歳7か月	女	呼吸器疾患	拡大家族 有
B 30歳代後半	1歳7か月	男	消化器疾患	核家族 無
C 30歳代前半	1歳10か月	男	熱性痙攣	核家族 無
D 20歳代後半	1歳2か月	男	発疹性疾患	核家族 無
E 20歳代後半	0歳9か月	女	呼吸器疾患	核家族 無
F 30歳代後半	1歳4か月	男	熱性痙攣	核家族 無

テゴリー、15のカテゴリーに分類された。Ⅰ期では45のデータから、9のサブカテゴリー、3のカテゴリーに分類された。Ⅱ期は90のデータから、13のサブカテゴリー、6のカテゴリーに分類された。Ⅲ期では62のデータから、15のサブカテゴリー、6のカテゴリーに分類された。以下サブカテゴリー名を〈〉、カテゴリー名を〔〕、語りの一部を「」で示す。

a. Ⅰ期

(1) [子どもの症状が改善しないことで生じる心配や焦り]

このカテゴリーは、〈症状が持続することへの心配〉〈指示や説明を守ることで生じる葛藤や後悔〉〈近医では回復しない焦り〉〈総合病院への期待〉〈最初の診断とは異なるという予感〉〈予期せぬ症状への動転〉の6サブカテゴリーで構成された。

母親は「入院する1週間前に熱が出て39度を超えていたので、個人の病院に行った。坐薬も入れたりしながら3日ぐらい熱が（続いて）、病院に行きながら『熱が出たらまた来てください』とのことで……」と、子どもの高熱が持続する心配をした。また「家で様子を見ていて39度7分を超えたので、坐薬を入れ夕食後薬を飲ましたが『40度越えて、どうしようか？』と思っていた」と、薬を使うが発熱が持続した戸惑いを見せ、〈症状が持続することへの心配〉をしていた。

また、「(病児保育所で14時に坐薬使用し), 家に帰ってきたら40度くらいまで熱があがったが、『20時までは（間隔が空いてないので）坐薬は入れないでください』と言われたので、ちょっと時間がくるまで待っていた」と、発熱に対し早く薬を使用したいができない、「(解熱剤を使わざそのまま様子見て) いたら、その日の夜、痙攣、坐薬を入れるにはまだ時間が空いてなくて……」と、言われたことを守った後悔がみられた。母親は、実際の子どもの症状と薬の使用法や症状の対処法の間で揺れ動き、〈指示や説明を守ることで生じる葛藤や後悔〉を語った。

そして、「夜間の保育園に行っていて、入院する2日前に、『熱が高いから迎えに来てくれ』と言われ、そのまま夜間、病院に行った。『熱の上がり始めだからインフルエンザかどうかわからない』と言われ、その日は様子みて、『次の日も熱が高かったら、かかりつけの病院で診てもらってきてください』と言われて」と、病院を受診しても病気になった子どもの症状が回復せず〈近医では回復しない焦り〉があった。このように症状が回復しないなかで「(熱が出た) 原因も知りたいというのもあった」「最初に検査してもらって、いろんな科があるから（すぐに紹介して診てもらえる）と思って」と、総合病院を受診することの安心感や長く続く症状の原因を知りたいという〈総合病院へ

の期待》があった。

さらに、「かかりつけ医で『結膜炎、オムツかぶれ、風邪』と言われたが、『これ、風邪と違うな?』と思って当番医を受診した」というように、母親は、風邪とは違う症状ではないかと考え、かかりつけ医での診断に疑問を感じて当番医を受診し、〈最初の診断は違うという疑念〉をもっていた。

子どもが突然痙攣した母親は「(痙攣して) 大丈夫? 大丈夫? と心配して子どもを揺さぶってしまった」や「(救急車を待つ間入院の) 準備とかしていたらよかったです、もう慌ててたから」と、突然起こった出来事の〈予期せぬ症状への動転〉を振り返っていた。

これらから、子どもが発病し自宅で過ごしている間の症状に対するさまざまな母親の心配や焦りが示され、〔子どもの症状が改善しないことで生じる心配や焦り〕とした。

(2) [医師の対応に対する納得や不信]

このカテゴリーは〈診断や説明に納得〉〈医師の診断への不信〉の2サブカテゴリーで構成された。

母親は「(当番医でかかりつけ医処方の) 薬を見て『抗生素が入っているから、この薬で構わない、あまりひどくなるようだったら、かかりつけ医を受診するか、夜間救急でも、入院施設もあるから大丈夫』と言われ、詳しく説明もしてくれたので納得して帰ったのです」などと、受診先での医師の症状への〈診断や説明に納得〉する一方で、

「当番医で『体の中に菌が入っている』と言われ(その前に)近くのかかりつけの病院では、『目のまわりが赤いのは結膜炎だろう……風邪だろう』と言われて風邪薬処方してもらったのですが、『あれー』って思いながら」とかかりつけ医や当番医を受診するたびに変わる〈医師の診断への不信〉を母親はもっていた。

これらから、母親は受診時の医師の診断や説明に対して納得したり不信に感じたりすることが示され、〔医師の対応に対する納得や不信〕とした。

(3) [家族の協力がある安心]

このカテゴリーは〈夫の協力がある安心〉のサブカテゴリーで構成された。

「診察のときに(夫に)一緒に入ってもらったのでよかった」と、夫が子どもの診察に付き添ってくれたことから安心できた。また、診察時に夫が付き添っていない場合でも「二人しかいないので、いろいろしてくれます」と、日ごろから夫が育児について協力的である場合には、いざというときには夫の協力が得られるという期待が安心につながり、〈夫の協力がある安心〉を語った。

これらから〔家族の協力がある安心〕とした(表2)。

b. II期

(1) [入院する事実に直面した不安や安心]

このカテゴリーは〈入院となった動搖や驚き〉〈症状や入院への不安〉〈入院することの安心や納得〉の3サブカ

表2 I期：発症から外来受診までの母親の思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	件数
子どもの症状が改善しないことで生じる心配や焦り	症状が持続することへの心配	発熱が持続する心配	3
		薬を使うが発熱が持続した戸惑い	1
		週末を挟むと症状が悪化するのではないかという心配	1
	指示や説明を守ることで生じる葛藤や後悔	発熱に対し薬を使いたいが、できない葛藤	4
		電話相談で言わされたことを実施した後悔	2
		育児書どおりにはできない戸惑い	2
	近医では回復しない焦り	当番医を受診したがよくならないことへの焦り	1
		症状があるが、確定診断がつかず心配	1
	総合病院への期待	総合病院を受診することの安心感	3
		総合病院を受診することで、発熱の原因も知りたい	2
医師の対応に対する納得や不信	最初の診断とは違うという疑念	受診する前に病気の情報を得て重病である可能性を予感し受診	1
		かかりつけ医での診断とは異なる症状で再受診を判断	1
		突然痙攣した驚き	11
	予期せぬ症状への動転	救急車を呼んだことへの後悔	3
		救急隊の対応で安心	1
		医師の説明にそんなものかという思い	1
	診断や説明に納得	症状が悪化しても対応できるため、大丈夫であると詳しく説明を受け、納得	1
		確定診断がつき納得	1
		医師により診断が異なることへの不信感	1
家族の協力がある安心	夫の協力がある安心	症状が改善しないことへの、かかりつけ医への不信感	1
		夫の協力がある安心感	3

テゴリーで構成された。

母親は「入院と思ってなかったので動搖し、熱自体も初めてだったし」「親の方がパニックになっているから……『はい、はい』と言っても聞いてなくて……」と子どもの入院直後は、話を聞いてるようでもパニック状態で、看護師の説明が頭に入らない状態であったと〈入院となった動揺や驚き〉を語った。

そして、「初めてで、上の子も全然入院したことない」「どの程度になら危険、というのが初めてなのでわからない」などと〈症状や入院への不安〉を語った。また「家につれて帰って、もし何かあったら困るから、そのまま入院させてもらうほうがいい」や「ちゃんと診てもらえるなら、と納得した」と、帰宅して家で看病するよりも入院して治療するほうが安心、と〈入院することの安心や納得〉を語った。

これらから、子どもが入院しなければならないということが決定した際の、入院することへの不安や安心が示され、〔入院する事実に直面した不安や安心〕とした。

(2) [処置を受けることへの戸惑いと安堵]

このカテゴリーは〈処置中、子どもと離れることへの心配や肯定〉〈治療や処置ができ安堵〉〈処置を受ける子どもの頑張りを評価〉の3サブカテゴリーで構成された。

母親は「(子どもの処置中)看護師さんに病棟の案内を受けていました。でも、離れたらやっぱり心配」や「離れたら不安そうだったので、一緒にいたかったという気持ちはあった」と語る一方、「子どもが甘えるので、いないほうがいい」や「親も(処置の場に)いたら、点滴とかするのを見るのも辛い」などと、子どもが処置を受けている間の〈処置中、子どもと離れることへの心配や肯定〉を語った。

また「『中で何をされているのだろう』という心配より(処置をしてもらえて)よかった、一安心というか……」や「入院になって点滴して(子どもの)様子が落ち着いて」と、〈治療や処置ができ安堵〉した様子を語った。

さらに母親は「(点滴などの処置中の)あの泣き声を聞くとね。なんかね『大変なのにすごく頑張っているんだな』と思うし、『耐えているんだな』と思うし」と、一人で頑張っている子どもに対し〈処置を受ける子どもの頑張りを評価〉していた。

これらから、子どもが処置をしている際の母親の戸惑いや安堵が示され、〔処置を受けることへの戸惑いと安堵〕とした。

(3) [今後の見通しへの不安]

このカテゴリーは〈入院期間の心配〉〈治療方針がはっきり決まらないことに不安〉の2サブカテゴリーで構成された。

母親は「(病棟の説明を受けても)頭のなかは正直『何

日くらいの入院だろう』というほうが強かった」などと〈入院期間の心配〉をしていた。また「入院だけでなく、結果によればもしかしたら手術もしなければいけないと」と〈治療方針がはっきり決まらないことに不安〉を抱いていた。

これらから、子どもの入院期間や治療についての不安が示され、〔今後の見通しへの不安〕とした。

(4) [看護師の対応で安心]

このカテゴリーは〈看護師が声をかけ話を聞いてくれ安心〉で構成された。

母親は、「看護師が『何かありますか』と聞いてくれたので……いろいろ気になっていたことは聞いてくれたのでよかった」と語り、看護師が声をかけてくれ、気になっていたことを聞き出したり不安なことを聞いてくれ安心していたことから〈看護師が声をかけ話を聞いてくれ安心〉と語った。

こうした看護師の対応により母親の安心が示され、〔看護師の対応で安心〕とした。

(5) [周囲の協力体制の重要性を認識]

このカテゴリーは〈家族や職場の協力が得られて安心〉〈家族や職場の協力が得られない場合の心配や大変さ〉〈同胞への心配〉の3サブカテゴリーで構成された。

母親は「もし、これで近くにおじいちゃん、おばあちゃんがいなからだな大変だな」「すぐ(職場に)電話してお休みをくれた」と、両親の協力や職場の協力があるありがたみを感じ〈家族や職場の協力が得られて安心〉したり、「両親が近くにいなくて、二人だけでどうしたらいいのだろう」「(入院)かもと思っていたので用意しておけばよかった」などと、〈家族や職場の協力が得られない場合の心配や大変さ〉も語った。

さらに「いちばん気になっていたのは上の子のことだったのでね」と、母親は自分が留守にすることで家に残すことになる〈同胞への心配〉をしていた。

これらのことから、母親は子どもが入院になった際の家族の協力や仕事のことなどを案じ、〔周囲の協力体制の重要性を認識〕とした。

(6) [入院生活を予想しての心配]

このカテゴリーは〈病棟設備や入院生活への危惧〉のサブカテゴリーで構成された。

母親は「大部屋だったからお互いに気をつかうだろう」や「不安なことは、トイレに行くとき……離れたら泣くっていうのがあり、24時間点滴をすると聞いて……」と経験のない入院生活を想像して〈病棟設備や入院生活への危惧〉などを抱いていた。

これらのことより、母親の入院生活についての心配事を〔入院生活を予想しての心配〕とした(表3)。

表3 II期：入院決定から病室案内までの母親の思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	件数
入院する事実に直面した不安や安心	入院となった動搖や驚き	入院と言われた驚き	5
		入院、手術と言われ心苦しい	1
		発熱も入院も初めてで動搖した	1
		パニック状態で、看護師の説明は頭に入らない	1
	症状や入院への不安	入院せず、自宅で子どもを見ても症状がわからない	2
		初めての入院で不安	1
		どうなるのかわからない不安	1
	入院することの安心や納得	入院して子どもを任せたほうがいい	3
		入院したほうが安心	3
		入院という事実を実感	2
		入院の可能性を予想	2
		入院と聞き納得	1
		医師から説明を聞けたので安心	1
処置を受けることへの戸惑いと安堵	処置中子どもと離れることへの心配や肯定	子どもが甘えるので、一緒にいないほうがいい	2
		処置時、一緒にいたかった	2
		泣くことでしか伝えられないで心配	2
		子どもと離れることに違和感はない	2
		処置中は何も考える余裕がない	2
		子どもの様子が気になる	1
		処置中の子どもの泣き声に驚き動搖	1
		処置時に子どもと一緒にいると辛い	1
		処置中の子どもの声には何とも思わない	1
		処置を待っている間どうすればいいかわからない	1
	治療や処置ができ安堵	治療処置により意識が戻り安心	3
		処置ができよかったです	3
今後の見通しへの不安	治療方針がはっきり決まらないことに不安	処置中の子どもの泣き声で頑張りを認識	2
		入院期間の心配	3
		入院だけでなく手術の可能性も示唆され不安	1
		入院だけでなく手術の可能性も示唆され悩む	1
看護師の対応で安心	看護師が声をかけ話を聞いてくれ安心	手術はせす済んだが、入院しなくてはならず不安	1
		看護師が思いを聞いてくれ安心	3
		病棟案内時に看護師に質問できよかったです	2
		病棟案内で看護師が不安なことを聞いてくれ安心	1
		不安なことを聞け解消	1
周囲の協力体制の重要性を認識	家族や職場の協力が得られて安心	実母の協力が得られて安心	6
		夫の協力が得られ安心	4
		実家が近く助かる	1
		仕事を休むことができ安心	1
	家族や職場の協力が得られない場合の心配や大変さ	実家が遠く頼る人がいない	2
		家を留守にする心配	2
		入院時とりあえずの準備物で対応	2
		夫と二人だけであり、気持ちの支えがない	1
		入院と言われ、仕事をどうしようかと思った	1
		入院の準備をしていなかった後悔	1
	同胞への心配	入院準備ができるおらず、急いで家に帰り準備した	1
		同胞の行事に参加できない心配	2
		家に残してきた同胞への心配	2
入院生活を予想しての心配	病棟設備や入院生活への危惧	大部屋は気をつかう	1
		入院環境が安全か心配	1
		病棟案内を聞き、トイレに行くときなどを予想して心配	1
		トイレの場所はすぐわかり困らなかった	1

c. III期

(1) [今後の症状への対処に対する憂慮]

このカテゴリーは〈正しい情報への欲求〉〈再発への心配〉〈予期せぬ症状への対処の振り返り〉の3サブカテゴリーで構成された。

母親は「いま、本とかインターネットとか情報がありすぎて、どれを信じていいのか……」と語り、子どもの病気について〈正しい情報への欲求〉を示した。また母親は「次に痙攣したときのことが心配」と、子どもの症状は改善したが、今後の〈再発への心配〉をしていた。さらに「後から考えたら、このくらいの痙攣に救急車で来なくてもきっと大丈夫だったんだろう」と〈予期せぬ症状への対処の振り返り〉を語り、今後こうした事態に直面した際の対処に思いをめぐらせていました。

これらのことより、退院後の症状への心配を〔今後の症状への対処に対する憂慮〕とした。

(2) [子どもの症状の変化に一喜一憂]

このカテゴリーは〈症状が持続する心配〉〈子どもの症状が改善した安心感〉の2サブカテゴリーで構成された。

母親は「(入院後も)熱が38.5, 38.6度ずっと微妙な感じできていて、だるそうにしているけど」と、入院後も持続する症状に対し〈症状が持続する心配〉をしながら過ごしていたことを語った。また「入院した次の日に熱が下がって……また夕方に上がり心配したんですが、その1回きりだったんで」と〈子どもの症状が改善した安心感〉を語った。

これらのことから、入院して以後の子どもの症状に対する安堵や心配が示されており、〔子どもの症状の変化に一喜一憂〕とした。

(3) [看護師への要望や感謝]

このカテゴリーは〈看護師への要望〉〈看護師の指導により対処〉〈看護師への気兼ね〉〈看護師の対応に感謝〉の

表4 III期：病室案内後から退院前までの母親の思い

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	件数	
今後の症状への対処に対する憂慮	正しい情報が欲しい	母親からのアドバイスで困惑	1	
		医師間での意見の違いがあり、正しい情報が欲しい	1	
		退院後、疾患について調べたい	1	
		情報がたくさんありすぎて困る	1	
	再発の心配	次また痙攣したら心配	1	
	予期せぬ症状への対処の振り返り	突然の痙攣時、とった行動を思い出し後悔	4	
	子どもの症状が改善した安心感	入院後も発熱が持続し心配	1	
		意識が戻った安心	1	
子どもの症状の変化に一喜一憂		子どもの状態も落ち着き、病棟説明も聞けた安堵	1	
		入院中、心配もあったが、症状が改善した安心	1	
		健康のありがたみを実感	1	
看護師への要望	専門職としてのアドバイスが欲しい	11		
	看護師の声掛けで安堵	7		
	看護師の説明不足で困惑	4		
	看護師と少しだけでも話がしたい	3		
	看護師の声掛けで救われる	2		
	看護師は明るく前向きであって欲しい	1		
	入院後、心配事はなく過ごせ、要望はない	1		
看護師への要望や感謝	看護師の指導により対処	看護師の言葉で判断	1	
	看護師への気兼ね	看護師は忙しそう	7	
	看護師の対応に感謝	看護師の声掛けで安心でき感謝	2	
	家族の協力がある安心	家族のサポートが得られ、夜間も付き添えた安心	1	
		家族のサポートが得られ、困ったことはない	1	
病院という環境下で生活することへの戸惑い	夫の協力がある安心	入院の用意を夫に依頼	1	
	初めての入院の戸惑い	初めての入院はわからないことが多い	1	
	周囲への気兼ね	環境音への周囲の気兼ね	1	
	入院中の必要物品の不足はなく安堵	入院の準備不足はあまりなく、どうにかしがごことができ安堵	1	
自分の体調への気づき	疲労を実感	短期入院を普段の生活より長く実感	1	
		あまり眠れず疲れる	1	
		子どもの機嫌が悪いと疲れる	1	

4 サブカテゴリーで構成された。

母親は「私よりはプロの目というのがあるから、坐薬を入れるべきかアドバイスして欲しかった」や「また時間が経って痙攣したときに『これくらいならこうしたらいい』と言うのが知りたい」などと語り、入院中の子どもの症状や今後の病気の対処方法を知りたいという〈看護師への要望〉があった。また「結局、今日はずっとぐったりして『ごはんも食べてないので（坐薬を）入れたほうがいいかも』と言ってくれた」と〈看護師の指導により対処〉したことを語った。

そして「忙しいよね。いっぱい業務があるから聞きづらい」と語り、実際は話しかけたいが忙しく見える看護師に遠慮しており〈看護師への気兼ね〉があった。

また、「優しく声をかけてくれよかった」と〈看護師の対応に感謝〉する母親もいた。

これらより、母親の入院中の看護師への感情を〔看護師への要望や感謝〕とした。

(4) 〔家族の協力がある安心〕

このカテゴリーは〈実母の協力がある安心〉〈夫の協力がある安心〉の2カテゴリーで構成された。

母親は「(仕事を)やりくりして無理なときは、母親に代わってもらった」などと語り、〈実母の協力がある安心〉や「(子どもが)寝てから『これとこれ』と持ってきてと頼んだ」と〈夫の協力がある安心〉があり、子どもの付き添いなどに協力してもらっていた。

これらより、入院中の母親への協力体制を〔家族の協力がある安心〕とした。

(5) 〔病院という環境下で生活することへの戸惑い〕

このカテゴリーは〈初めての入院の戸惑い〉〈周囲への気兼ね〉〈入院中の必要物品の不足はなく安堵〉の3サブカテゴリーで構成された。

母親は「入院が初めてだとわからないことが多い」などと語り、〈初めての入院の戸惑い〉を見せている。また「やっぱり気をつかうのがいちばんね、まわりに……」などと、入院生活における〈周囲への気兼ね〉を感じていた。反面、「熱があるのでミルクはほとんど飲まず……2回分くらいしか持ってなかっただんですけど（困ることは無く）……へっちゃらでした」と〈入院中の必要物品の不足はなく安堵〉し、母親の戸惑いの程度にも差がみられた。

これらのことより、〔病院という環境下で生活することへの戸惑い〕とした。

(6) 〔自分の体調への気づき〕

このカテゴリーは〈疲労を実感〉のサブカテゴリーで構成された。

母親は「機嫌が悪くてグズグズしてると、こっちまで疲れる」「点滴していたら、寝るわけにもいかず疲れる」な

どと語り、〈疲労を実感〉していた。

これらより、母親は処置を受けている子どもに付き添うことによって生じる疲労を実感しており、〔自分の体調への気づき〕とした（表4）。

V. 考 察

初めて緊急入院した子どもに付き添う母親の思いから、看護のあり方について考察する。

1. I期：発症から外来受診までの母親の思い

母親は、子どもの病気が発症するとかかりつけ医を受診し、自宅で看病をして〈症状の改善を期待〉し、受診を繰り返していた。そして、子どもの症状が改善せず経過が長くなればなるほど〔子どもの症状が改善しないことで起こる心配や焦り〕を感じていた。近年、核家族化により、症状に対する対処法を聞く場所や教えてもらえる人が少ない。身边にサポートが得られ、相談が可能な場合は安心である。だが、そうでない場合も多く、医師や看護師の指示や説明に頼らざるを得ない。しかし、それらに頼るあまりに、指示を守ったにもかかわらず症状が改善しないと、母親は不安に陥る。

例えば、子どもの発熱に対し早く解熱剤を使用したいが、使用間隔を空けるように指示されていたため、使用することができず様子を見ていたところ、症状が悪化してしまった。そのとき母親は、子どもの症状と薬の使用法や症状への対処方法との間で揺れ動き、〈指示や説明を守ることで葛藤や後悔〉が生じていた。外来看護師は、母親に十分な理解が得られるように正しい情報を提供したり、とくに症状の対処方法については、臨機応変な対応が取れるように具体的なアドバイスをしたりすることが必要である。

また母親は、子どもの症状が改善しない場合、かかりつけの病院への受診を繰り返す。しかし、子どもの症状が〈近医では回復しない焦り〉や〈最初の診断は違うという疑惑〉は〈医師の診断への不信〉を招くことになり、母親に〈近医では回復しない焦り〉を引き起こす。

そこで母親は「最初検査してもらって、いろんな科があるから（すぐに紹介して診てもらえる）と思って」と、総合病院を受診することの安心感を求め、総合病院への期待を抱く。この点、母親にはかかりつけ医に対し強い信頼や安心感が存在している⁸⁾にもかかわらず、〔子どもの症状が改善しないことで生じる心配や焦り〕によって、そうした信頼や安心感に変化が生じている、と言える。

さらに、子どもの痙攣などに直面した母親は〈突然予期せぬ症状に動転〉していたことを振り返っているが、こうした状況は母親の心配や焦りをさらに増幅させるもので

あった、と言える。

もっとも、こうした母親の思いを和らげる要素として、夫の付き添いをはじめとした「家族の協力がある安心」をあげることができる。子どもの救急時には、第一に配偶者をはじめとする家族が相談相手となっている²⁾ことからも、この時期の母親の心配や焦りに安心感を与える重要な要素となっている。

このように、Ⅰ期における母親の思いは、主に心配や焦り、葛藤や後悔、不信という感情に支配されていたことが認識できる。看護師は、子どもの身体的ケアや精神的ケアのみならず、母親の精神的ケアの重要性を再認識しなければならない。看護師は、母親がこのような思いをもちつて子どもの看病をしていることを念頭に置き、専門職として母親に情報提供や説明を行っていかなくてはならない。

2. Ⅱ期：入院決定から病室案内までの母親の思い

子どもの入院が決まったとき、母親は子どもの症状が入院の必要な程度であったことに動搖し、驚く。子どもの緊急入院における母親の不安や動搖は、予期的準備ができていないため、予約入院の場合より大きい⁹⁾。緊急入院という突然の出来事であるため、母親は入院直後にはパニック状態で、看護師の説明は頭に入らない状態であった。さらに「初めてで、上の子も全然入院したことない」や「どの程度になったら危険というのが、初めてなのでわからない」と〈症状や入院への不安〉を語るなど、入院が初めてであることで母親の動搖や驚き、さらには不安が大きくなつたと言える。それゆえ入院時においては、家族は緊迫した状況に気が動転し、医療者の接触を心待ちにしていることを忘れることなく、できるだけ早い時期に看護師から積極的にかかわっていくことが大切である¹⁰⁾。一方、母親は、入院したことにより〈治療や処置ができ安堵〉を感じ、冷静を取り戻すことができた。例えば〈処置を受ける子どもの頑張りを評価〉する母親もいた。また感じる不安も〈入院期間の心配〉をするなど、〔今後の見通しへの不安〕に変化してきている。

母親は「看護師の対応で安心」し、こうした母親の思いの変化にはこれらの看護師の対応が大きくかかわっており、母親は〈看護師が声をかけ話を聞いてくれ安心〉できたと語っている。これは母親の質問に答えるだけではなく、看護師が自ら聞きたいことがないかを常に母親の態度や表情から読み取り、声をかけ続けることが重要である、と理解できる。とくに家族に安心感をもってもらうためには、入院時の対応が重要¹¹⁾である。アナムネーゼ聴取やオリエンテーション時に、母親の心配なことや不安なことを病室案内までの間の早期に聞き介入していくことは、入院生活を始めるにあたって、母親の問題の解決に有効である。

さらには「もし、これで近くにおじいちゃん、おばあちゃんがいなければ大変だな」「すぐ（職場に）電話してお休みてくれた」と〈家族や職場の協力が得られて安心〉できたと語っており、初めての緊急入院を経験して改めて「周囲の協力体制の重要性を認識」する。倉田ら¹²⁾は、短期入院の子どもと家族への看護ケアとして、家族が力を発揮できるための支援があり、それは母親に対してのものがほとんどであった、と報告している。家族も看護の対象であり、家族が力を発揮できるための支援の充実が必要である。看護師は、母親の周囲の協力体制を考慮し、ときには調整役としてのかかわりが求められている。近年、核家族化の増加や女性の社会進出により家族環境も変化しているため、個々の家族環境に配慮することも大切である。

このように、Ⅱ期における母親の思いは緊急入院となつた動搖や驚きであり、さらに初めての入院であることが加わり、不安が大きくなっている。しかし子どもが入院し、処置や治療を受けることで徐々に冷静を取り戻し、母親は直面している事態をある程度客観的にとらえることができるようになった。そのような過程には、看護師の対応や家族の協力体制が深くかかわっている。

3. Ⅲ期：病室案内後から退院前までの母親の思い

母親は、入院後も「熱が38.5、38.6度ずっと微妙な感じできていて、だるそうにしているけど」と〈症状が持続する心配〉をしながら過ごしていたり、「入院した次の日に熱が下がって……また夕方に上がり心配したんですが、その1回きりだったんで」と、治療によって症状が改善し〈子どもの症状が改善した安心感〉得たりするなど、入院後も「子どもの症状に一喜一憂」しながら過ごしている、と言える。

しかし、子どもの症状が少しづつ改善され、母親自身の心が安定してくると冷静を取り戻し、入院前の自分の行動を振り返る気持ちのゆとりをもち始める。すると〈再発の心配〉を始めとする「今後の症状への対処に対する憂慮」を抱き始める。ここでは、母親は「いま、本とかインターネットとか情報がありすぎて、どれを信じていいのか」と、子どもの病気について〈正しい情報が欲しい〉と思っている。これは、高度な情報化社会において氾濫するさまざまな情報のなかから正しい情報をいかに取捨選択するかの問題であり、母親には困難である。そこで、看護師による正しい情報の提供が必要である。正しい情報を提供するためには、看護師自身が専門職としての正しい知識をもつことが必要である。母親も「私よりはプロの目というのがあるから、坐薬を入れるべきかアドバイスして欲しかった」や「また時間が経って痙攣したときに『これくら

いならこうしたらいい』というのが知りたい」など、と〈看護師への要望〉として具体的な症状へのケアや正しい薬の使い方のアドバイスをあげている。

しかし、今井⁷⁾の研究同様、母親は、看護師は忙しい集団と認識しており、看護師とゆっくり話ができないと感じている。「忙しいよね。いっぱい業務があるから聞きづらい」と、母親は〈看護師への気兼ね〉があり、実際は話しかけたいが、忙しく見える看護師に遠慮していた。これらのことから、看護師は母親が看護師からの言葉を心待ちにしているという意識を常にもち続けなければならず、看護師から積極的に話しかけ、母親に困ったことはないか、説明は理解できているかなど、そのときどきで確認を行うことが必要である。実際、「優しく声をかけてくれよかったです」と〈看護師の対応に感謝〉する母親もいた。

入院環境で不便に思ったことについて、鈴木¹³⁾の研究から報告されているが、入院環境について母親は「入院が初めてだとわからないことが多い」と〈初めての入院の戸惑い〉を見せている。また入院生活での〈周囲への気兼ね〉をあげている。看護師は、子どもの病状や処置などのみ心を奪われず、母親への配慮に欠けることがあってはならない。

この時期、入院後に子どもの状態が落ち着いてきた一方で、母親は一日中子どもと離れることなく病室で過ごすことで、身体的・精神的に〈疲労を実感〉し、〔自分の体調への気づき〕もある。子どもの状態が安定していない場合、子どもの機嫌が悪かったり、高熱が続いたりし、母親は心配でゆっくり休むことはできない。また、慣れない集団生活を強いられ、看護師の巡回で睡眠が妨げられることも考えられる。こうした疲労を母親が自覚している場合には、看護師は母親への配慮を行うことも可能である。

しかし、病気の発症からずっと看病してきた母親の疲労は蓄積状態にあるにもかかわらず、母親は子どもの看病にとらわれて自分が疲労していることに気づいていない場合もある。これは、緊急入院するような状態の子どもの母親に顕著であるといえる。それゆえ看護師は、子どもが入院した直後から母親は既に疲労状態にあると考えなければならない。看護師は常に、母親の態度や表情から疲労の状態を観察しなければならない。これは倉田ら¹²⁾の研究と合致する。看護師は日ごろより母親の話に耳を傾け、心理状態をくみ、母親が休息できるよう援助していかなくてはならない。

Ⅲ期における母親の思いは、子どもの症状の変化に一喜一憂しつつ、次第に退院後を見据えた今後の症状に対し憂慮するよう変化をしている。そこでは、看護師が母親に対し話しかけやすい雰囲気をつくり、また看護師から母親に

意識的に話しかけ、母親のもつ要望を看護師が満たすことが重要である。

以上、時間経過に沿って、母親の思いと看護師としてのあり方について考察した。初めての緊急入院であることは、すべてのことが母親にとって初めての経験である。それゆえ、過去の経験に基づき行動できないことが多い。看護師はそれぞれの時期の特徴を考慮しながら、母親の思いや意向を敏感に感じとりかかわっていく必要がある。

VI. 結論

本研究では、初回緊急入院した子どもに付き添う母親の思いとして、Ⅰ期（発症から外来受診まで）においては3カテゴリー、Ⅱ期（入院決定から病室案内まで）においては6カテゴリー、Ⅲ期（病室案内後から退院前まで）においては6カテゴリー、計15のカテゴリーが明らかにされた。

Ⅰ期において母親は〔子どもの症状が改善しないことで生じる心配や焦り〕や〔医師の対応に対する納得や不信〕、そして〔家族の協力がある安心〕を感じていた。

Ⅱ期では〔入院する事実に直面した不安や安心〕や〔処置を受けることへの戸惑いと安堵〕を抱いていた。そして、〔今後の見通しへの不安〕〔入院生活を予想しての心配〕を抱くが、〔看護師の対応で安心〕したり〔周囲の協力体制の重要性を認識〕したりしていた。

Ⅲ期では〔子どもの症状の変化に一喜一憂〕したり〔今後の症状への対処に対する憂慮〕したりしていた。また〔病院という環境下で生活することへの戸惑い〕を見せながらも〔看護師への要望や感謝〕や〔家族の協力がある安心〕を感じていた。〔自分の体調への気づき〕も、この時期になり自覚していたことが明らかになった。

VII. 研究の限界

今回の研究は、臨床の場での看護に活かしたいと考え、今後もこの施設を利用するであろう母親を対象に行ったため、1施設での研究結果となった。また、臨床の現場で倫理的な配慮をしながらインタビューを実施したため6名と少なく、初めての緊急入院した子どもに付き添う母親の思いとして一般化するには限界がある。そのため、今後も研究を深め、引き続き検討を重ねていく必要がある。

謝辞

本研究に快くご協力いただきました対象者の皆様に、心より深く感謝申し上げます。

要　　旨

初めて緊急入院をした子どもの母親の思いを明らかにすることを目的に、半構成面接法による質的研究を行った。乳幼児 6 名の母親の語りから、以下のことが明らかになった。子どもの発症で、母親は〔子どもの症状が改善しないことで生じる心配や焦り〕や〔医師の対応に対する納得や不信〕、そして〔家族の協力がある安心〕を感じていた。入院が決定すると〔入院する事実に直面した不安や安心〕や〔処置を受けることへの戸惑いと安堵〕を抱き、〔今後の見通しへの不安〕〔入院生活を予想しての心配〕もあるが、〔看護師の対応で安心〕したり、〔周囲の協力体制の重要性を認識〕していた。その後、退院まで、母親は〔子どもの症状の変化に一喜一憂〕しながら、一方で〔病院という環境下で生活することへの戸惑い〕や〔家族の協力がある安心〕を感じていた。そして〔今後の症状への対処に対する憂慮〕や〔看護師への要望や感謝〕もあった。この時期、〔自分の体調への気づき〕もあった。

Abstract

This study aimed to clarify the feelings of mothers whose children were emergently admitted to hospital for the first time. We performed an inductive analysis of qualitative data collected through semi-structured interviews of six mothers accompanying their children, aged between 0 and 6 years.

During the period between the onset of symptoms and outpatient visit, these mothers were “anxious and restless because the child’s symptoms did not improve” and “satisfied with, and distrustful of medical professionals’ handling and response”. They also felt “relieved to have support from family members”. During the next phase when the child’s hospitalization was determined and they were led to the child’s hospital room, these mothers felt “worried and relieved about the fact that the child has been hospitalized”, as well as “perplexed and reassured that the child is receiving medical treatment”. They were, on the one hand, “worried about future prospects” and “anxious in anticipation of life during hospitalization”. They also felt “aware of the importance of receiving cooperative support from their surroundings”. In the subsequent period until the child’s discharge from hospital, these mothers were “sensitive to every change in the child’s symptoms” and “concerned about how to deal with possible symptoms in the future”. They looked “perplexed about being in a hospital setting”. At the same time, however, they were “relieved to receive support from family members”. Furthermore, it was found that these mothers became “aware of their own physical conditions” during this period.

文　　献

- 1) 市川光太郎：問題を抱えるわが国小児救急医療体制と改善策. メディカル朝日, 29(6), 56-58, 2000.
- 2) 下開千春：子どもの救急医療に対する不安とその要因—乳幼児を持つ保護者に対する調査—. ライフデザインレポート, 2004.7.
<http://group.dai-ichi-life.co.jp/dlri/ldi/report/rp0407.pdf>
- 3) 佐々木真由美, 西田真紀子, ほか：長期入院患児の家族への精神的援助—メンタル・リエゾンチームの活動から—. 第39回日本看護学会論文集（小児看護）, 266-268, 2008.
- 4) 堀真理子, 小谷しおり, ほか：子供の入院により家族の抱える問題—入院直後の母親へのアンケート調査から—. 第24回日本看護学会論文集（小児看護）, 97-99, 1993.
- 5) 吉澤百合子, 畑由美香, ほか：緊急入院における母親のニーズ—入院決定から病室案内までに焦点をあてて—第37回日本看護学会論文集（小児看護）, 224-226, 2006.
- 6) 駒場千穂, 吉澤百合子, ほか：緊急入院時の母親の心理状態—アンケートによる実態調査結果から—. 第36回日本看護学会論文集（小児看護）, 300-302, 2005.
- 7) 今井 恵：子どもの入院に付き添う母親に関する研究—民族看護学の研究方法を用いて—. 看護研究, 30(2), 119-131, 1997.
- 8) 黒川恵子, 井上麻衣, ほか：短期入院のこどもに付添う母親の思いについて. 第38回日本看護学会論文集（小児看護）, 32-34, 2007.
- 9) 村市美代子：乳幼児の緊急入院における母親の心理状態. 神奈川県立看護教育大学校編看護研究集録, 96-101, 1988.
- 10) 岡田樹美, 山口太津子：家族の不安への対応. 小児看護, 22(6), 744-748, 1999.
- 11) 佐野美香：入院時の対応. 小児看護, 27(5), 595-600, 2004.
- 12) 倉田節子, 竹中和子, ほか：看護師のとらえた短期入院の子どもと家族への看護ケア. 日本小児看護学会誌, 25-32, 2007.
- 13) 鈴木秀美：小児病棟における家族の付添に関する療養環境を考える—アンケート調査を通して—. 第40回日本看護学会論文集（小児看護）, 159-161, 2009.

[平成22年8月31日受付
平成23年12月21日採用決定]

緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っている がん患者の家族のケア行動

Care Behaviors of Families of Cancer Patients who are Receiving
Pain Control through Outpatients Palliative Care

桑田 恵美子¹⁾ 古瀬 みどり²⁾
Emiko Kuwata Midori Furuse

キーワード：緩和ケア、がん、ケア行動、家族、疼痛コントロール

Key Words : palliative care, cancer, care behavior, families, pain control

I. はじめに

緩和ケアとは、生命を脅かす疾患による問題に直面している患者とその家族に対して、疼痛やその他の身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな問題を早期に発見し、的確なアセスメントと対処（治療・処置）を行うことによって、苦しみを予防し、和らげることで、クオリティ・オブ・ライフを改善するアプローチである¹⁾。また緩和ケアは、治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることが求められている²⁾。

現在、平均在院日数の短縮や外来治療の増加などにより、外来での緩和ケアのニードは高まりつつある。がん診療連携拠点病院では緩和ケア外来が要件に盛り込まれ、平成20年4月の調査では、外来において専門的な緩和ケアを提供できる体制を整備しているがん診療連携拠点病院数は68.4%（240施設）であった³⁾。緩和ケア外来の役割は、抗がん治療中の患者も含めた症状マネジメント、抗がん治療終了前後のサポートタイプなかわり、緩和ケア病棟を含めた今後の療養場所のコーディネートの3つ⁴⁾といわれている。今後、緩和ケア外来における患者やその家族への質の高いケアが求められている。

外来通院するがん患者が抱くニードには、身体的苦痛に起因するもの⁵⁾が多くあげられている。また、がん患者と暮らす家族もさまざまな困難を抱えており、Douglasら⁶⁾はがんを家族の安定性を脅かす危機としてとらえている。ホスピス外来に通院するがん患者の家族は、病気がもたらした生活の変化に当惑しながら、病気の症状に太刀打ちできない無力感を抱いていたこと⁷⁾が報告されていることより、がん患者の疼痛が軽減されることは、患者のみならず家族員のQOLの維持・向上につながると考える。

これまでの先行研究は、終末期のがん患者の家族に焦点を当てた研究^{8)～15)}やホスピス外来通院中の患者の家族⁷⁾についての研究ばかりで、緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っている患者の家族に関する研究は見当たらぬ。また、このようながん患者の家族が有するヘルスケア機能についても知見がない。そのため、緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者とその家族が、健康問題をもちながら生活に適応していく能力を高め、QOLを維持・向上できるよう支援するには、そのような外来治療を受けているがん患者の家族が有するヘルスケア機能を明らかにする必要がある。

本研究では、緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族が、どのようなケア行動をとって患者の闘病を支えているのかを明らかにする。

II. 研究方法

1. 対象者およびその選定

がん告知を受け、緩和ケア外来で疼痛コントロールをしているがん患者10名の家族を対象とした。本研究ではがん患者の闘病を支える家族が、患者の疼痛や症状にどのように対応するのかという家族のケア行動を明らかにすることが目的であるため、家族の続柄は限定しない。疼痛コントロールとは、鎮痛補助薬、非オピオイド鎮痛薬、オピオイド鎮痛薬による薬物療法である。対象者は、緩和ケア外来で疼痛コントロールをしているがん患者を主にケアしている家族で、患者と意思疎通がはかれ、本研究への協力に同意できる者とした。この条件に該当する患者と家族を緩和ケア外来の担当医より紹介してもらい、研究協力の同意を得た。具体的には、研究者が患者に説明し、患者より家族

1) 由利本荘看護学校 Yuri Honjo Nursing School

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

に研究への協力を確認してもらい、研究協力の承諾を得た。承諾の得られた対象者のみに調査を行った。

対象施設は総合病院で、県のがん診療連携推進病院の指定を受けている。緩和ケア外来での患者数は年間延べ725名（平成21年度）であり、患者の療養指導は主として緩和ケア外来の担当医が行っている。また必要時、緩和ケアチームとの連携をとっている。外来の化学療法室にはがん化学療法認定看護師が1名おり、化学療法や鎮痛剤の使用に関する薬剤指導は薬剤師が担当している。

面接をした対象者は配偶者7名、子ども2名、子どもの配偶者1名で、全員が患者と同居していた。疼痛コントロールは鎮痛補助薬が1名、オピオイド鎮痛薬が9名（レスキュー時の使用者も含む）であった。その他の概要は表1に示す。

2. 調査期間

平成22年6月から同年12月

3. データ収集法

半構成的面接法による調査を実施した。面接は、緩和ケア外来を患者が受診した当日の外来か、対象者の都合に合わせて行った。面接時間は約1時間程度とした。面接場所は病院の個室か、対象者の自宅など、対象者の都合に合わせた。また患者と対象者が相談し、一緒にインタビューを希望する場合は、患者がその場に同席した。10名中2名の患者の家族から患者同席の希望があった。

面接内容は、緩和ケア外来にて疼痛コントロールを受ける患者と生活する家族の日常生活についてである。面接の際は、以下の項目について、できるだけ詳細に語れるよう具体例を引き出したり、追加の質問を行うなどの工夫をした。

- ① 患者の疼痛を家族はどうとらえているのか
- ② 患者の疼痛やその他の症状に家族がどのように日々対処しているのか
- ③ 疼痛コントロールを受けている患者との生活のなかで、家族にどのような気持ちの変化があるか

対象者の同意を得てICレコーダーに会話の内容を録音し、逐語録を作成した。

4. 分析方法

データ分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ (Modified Grounded Theory Approach: M-GTA)^{16),17)}に基づき実施した。M-GTAでは、研究の対象がプロセス的特性をもっている場合に人間行動の変化と多様性を一定程度説明でき、理論内容のどの部分に働きかけば相手の行動がどう変化するか予想できる。そのため、とくに人間を対象に、うごきや変化というプロセス的特性をもっている場合に適している。緩和ケア外来に通院し疼痛コントロールを行っているがん患者の家族がとるケア行動の背景には、治療経過や症状の変化があると思われる。患者、医療者、その他の家族など、さまざまな人の相互関係を通したプロセス的要素があるため、人間行動、他者との相互作用の変化を説明できるM-GTAが分析に適していると判断した。

M-GTAでは分析焦点者と分析テーマを設定する。分析焦点者は、研究上対象となる人間のことであり、「その人間から見れば、これはどういう意味なのか」という観点でデータを解釈する。分析テーマの設定とは、データに密着した分析を行うために研究テーマをgrounded on dataの分析がしやすいところまで絞り込むことである。本研究では、分析焦点者を「緩和ケア外来に通院し疼痛のコントロールを行っているがん患者の家族」とした。分析テーマを「がん患者の家族が、患者の疼痛や症状にどのように対応しているのか」とした。

はじめに、作成した逐語録から分析テーマと分析焦点者に照らして関連の深い文脈に注目し、それを一つの具体例とし、かつ、他の類似具体例をも説明できると考えるデータを説明する概念を生成した。データの解釈が恣意的に進まないように、他のデータとの類似、対極の視点で継続的比較分析を実施した。継続的比較分析はデータ収集と同時進行で行った。分析過程で生じた疑問、関心、解釈、概念

表1 対象者の概要

対象者	患者との関係	性別	年齢	患者の疾患	疼痛コントロールの内容	化学療法の有無
1	配偶者	男	65	乳がん	オピオイド	有
2	子ども	女	52	大腸がん	オピオイド	有
3	子ども	男	60	膵臓がん	オピオイド	無
4	配偶者	男	64	膵臓がん	オピオイド	有
5	配偶者	女	80	胆管がん	オピオイド	有
6	配偶者	女	45	前立腺がん	オピオイド	有
7	配偶者	女	61	食道がん	鎮痛補助薬	有
8	配偶者	女	69	前立腺がん	オピオイド	有
9	配偶者	女	67	大腸がん	オピオイド	有
10	子どもの配偶者	女	40	膵臓がん	オピオイド	有

に関する内容は分析ワークシートの理論的メモ欄に記入し、次のデータ収集をする際のサンプリングに用いた。

次に、生成された複数の概念間の関係性からカテゴリーを形成した。生成された概念とカテゴリーを構成要素とする結果図ならびにストーリーラインを作成し、研究テーマである“緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族のケア行動”について説明した。概念とデータのフィット感、概念相互の関係、概念とカテゴリーの関係、全体としての統合性を検討後、理論的飽和に至ったと判断した。

5. 研究の真実性と妥当性の確保

質的研究の真実性と妥当性¹⁸⁾を確保するため、本研究では成人看護学を専門とする大学教員らと協議を繰り返し、分析視点の明確化と解釈・定義・概念名がデータに密着しているかを検討した。データの解釈が恣意的に進まないように研究者間で検討を行い、分析過程において適宜スーパービジョンを受けた。

6. 倫理的配慮

対象者および患者には、書面と口頭にて研究の趣旨および内容について説明し、研究協力に同意する場合は同意書に両者の署名を得た。研究への協力は対象者の自由意思に

よるもので、拒否や途中辞退も可能であること、質問に対し答えたくないことは答えなくてよいこと、また拒否によって診療上、何ら不利益が生じないことを説明した。得られたデータは、研究者のみが取り扱い、本研究以外で使用することがないことを説明した。また本研究結果は、学会および論文等などで発表するが、その際には個人や施設が特定されないように匿名化することを説明した。

なお本研究は、山形大学医学部倫理委員会で倫理審査を受け、承認を得てから実施した。

III. 結 果

緩和ケア外来で疼痛コントロールをしているがん患者10名の家族の面接データを分析したところ、5つのカテゴリーと14の概念が生成された。分析の最小単位である概念は《 》で示し、概念から構成されるカテゴリーは【 】で示す。分析の結果であるストーリーラインと、それを説明する結果図（図1）を示した。

1. ストーリーライン

緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族のケア行動には【がんの状態の把握】【療養生活を

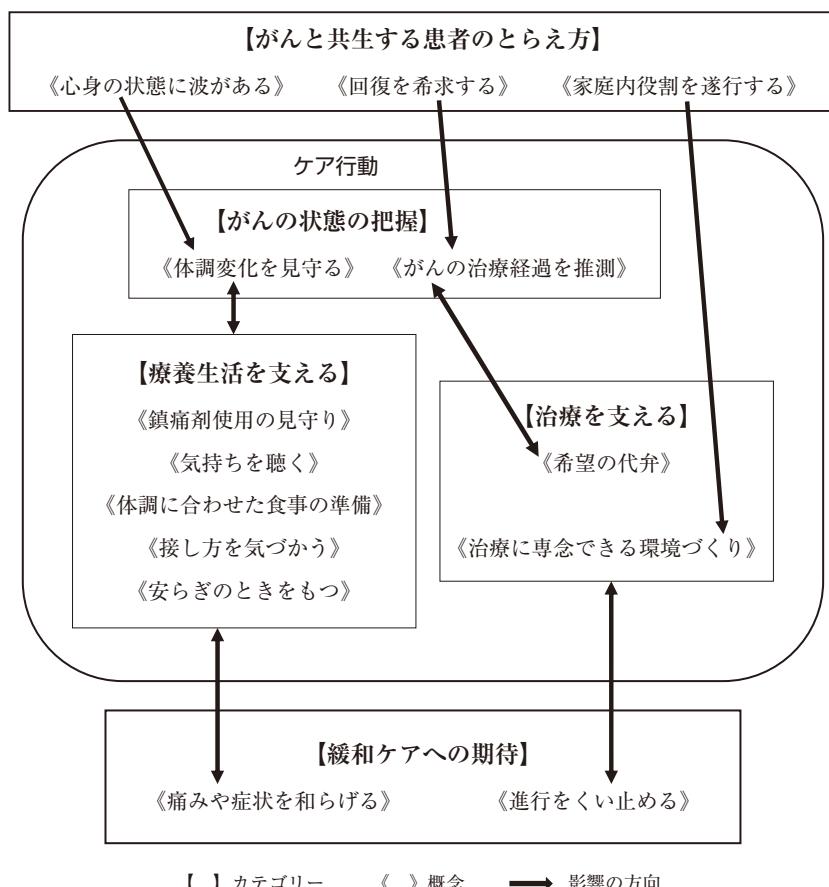


図1 緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族のケア行動

支える】【治療を支える】があった。これらのケア行動には【がんと共生する患者のとらえ方】が関係していた。また家族は【緩和ケアへの期待】を抱いているが、これには【がんと共生する患者のとらえ方】および家族がとるケア行動が関係していた。【がんと共生する患者のとらえ方】は、患者の治療や病状の変化に伴う心身の状態およびそのときどきの患者の生活状況に応じて異なっていた。

家族の生活上、がんと共生する患者を《回復を希求する》存在ととらえる場合、家族は《がんの治療経過を推測》をしながら《希望の代弁》という【治療を支える】ケア行動をとっていた。《家庭内役割を遂行する》存在ととらえる場合、家族は《治療に専念できる環境づくり》という【治療を支える】ケア行動をとり、緩和ケアに《進行をくい止める》を切望していた。患者の《心身の状態に波がある》存在ととらえる場合、家族は《体調変化を見守る》をしながら【療養生活を支える】ケア行動をとり、緩和ケアに《痛みや症状を和らげる》ことを切望していた。

2. 各カテゴリーと概念

各カテゴリーを構成する概念とその定義、およびその具体例について以下に示す。

a. がんと共生する患者のとらえ方カテゴリー

【がんと共生する患者のとらえ方】は、家族ががん患者を日常生活でどのようにとらえているかであり、がん患者を《心身の状態に波がある》《家庭内役割を遂行する》《回復を希求する》の3つの概念でとらえていた。

(1) 心身の状態に波がある

定義：がん患者には、疼痛の出現や化学療法の実施や疼痛の出現、およびそれに伴う不安など、さまざまな心身の苦痛がある。その苦痛にひたすら耐える様子や疼痛の出現時の様子を家族が目のあたりにし、身体面・精神面で、通常時と不調時を繰り返す存在、ととらえている。

「お父さんが治療して帰ってくる。もう顔が真っ青になって椅子に座っているんですよ。全然違うんですよ、薬を体に入れたとき、それだけ体に負担のある薬を入れて辛さを耐えているのを見ると、声もかけられないし、ただひたすら回復するのを待っているっていうか」（対象者7）

「いまの痛み止めである程度コントロールされていると思うんですが、ただ痛みが出るっていう不安感のほうが強くって、だからその不安が強くなると痛みが増強するような、私は感じがするんですけど、だから、とくに痛くなるときは私がいないときとかが多い気がするんですね」（対象者6）

(2) 家庭内役割を遂行する

定義：がんという病気を有し闘病生活を送っているにもかかわらず、患者には一家の大黒柱、主婦などの家族役割

があり、その役割をひたすら遂行している存在と患者を家族がとらえていること。

「俺は弁当とか持つて行くんですよ。そういうのつくらなくていいっていうの。俺がやるから、あるもの、夜に食ったものの残ったので大丈夫だって、俺どんなものでもいいって。卵焼きでもやれるから、それが朝、5時半頃起きれば一緒に起きてつくるんですよ。俺はよかれとして休んでくれって、もっと寝ててくれって言う。弁当つくる、おかずつくるんですよ。そういうのもやっぱり苦痛っていうか。でも自分はつくる。女だからなんだか」（対象者4）

「ものすごい体力使う仕事なのに、食べてないわ、仕事に行かなければならない。だからお願いだから倒れる前に、入院しちゃうかもしれないから、だから倒れるから休んでちょうどいいって、何回も頼んだけれども休まないし、気力でもう、動いているのかなあって感じですよね」（対象者7）

(3) 回復を希求する

定義：がんという病気を知り、病気や治療によって身体面・精神面に多大な影響を受けながらも、現状の日常生活への回復をあきらめず病気に立ち向かう存在と患者を家族がとらえていること。

「毎日こうやってお父さんのこと見てるけど、気力ものすごい強い人だなあって、この病気に負けてたまるかあっていうその姿勢」（対象者7）

「いま、頑張っているって、うすうすわかってはいると思いますけど、治らないものだとわかっているんだけど、小さくなっていくということはわかっているようですが、それを支えにやっているみたいですね」（対象者2）

b. がんの状態の把握カテゴリー

【がんの状態の把握】は、がんの進行状態、疼痛や治療ががん患者に与える影響を家族が把握しようとすることであり、《体調変化を見守る》《がんの治療経過を推測》の2つの概念からなる。このカテゴリーは家族が患者に対し具体的なケア行動【療養生活を支える】【治療を支える】をとるための前段にあるもので、患者を気にかけたり、患者の意思を尊重するというケア的要素を含んでいる。

(1) 体調変化を見守る

定義：患者の体調を気にかけ、何気ない動作や日々の生活行動から無意識のうちに病気の進行状態、疼痛の状況を推測していること。

「もうほんとに手あげたり、足あげたりする一つ、一つ、くしゃみ一つにしても、あっどうしたの、目で追っちゃうんですよね。すごい気力で生きている」（対象者7）

「抗がん剤の治療が始まってからすぐ、痛み止めを処方されましたけども、本人は痛くなかったので飲んでい

なかったんですよ。最初のころ……全く痛くなかったので飲んでなかったのです。やっぱりだんだん痛みが出てきたので……お医者さんに飲みなさいと言われて飲むようになってきて、だんだん強くなってきてるっていう感じで」（対象者2）

（2）がんの治療経過を推測

定義：一人外来通院している患者のがんの進行状況が気にはなるが、患者の意思を尊重し家族からは尋ねない。検査結果等の医学的所見を患者自ら話すのを聞き、家族ががんの進行状態や患者の身体状況を判断していること。

「脳に転移するって、それでかなり暗かったもんな。それが医者に行って転移してなかったって言うんで、また明るくなったり、ちょっと気分的に違った。様子が、んーよっぽどでないと話しないなあ、俺が足どうしたって、ん、ちょっとむくんで薬出してもらったって、あまり聞かないようにしてるっていうか、ちょっと大変だって言われたことを、そう変わらなければ自分も話しあいしこっちも何ともなかつたんだなあって」（対象者4）

「必ずCT撮ってきたときに白血球いくらだったり、CT画像こうだったよって報告してくれますので、それこそ疲れて白血球800なんてとても信じられなくて、よくそれで帰ってきたなって感じで、もしかしたら入院するんじゃないかなって」（対象者7）

c. 療養生活を支えるカテゴリー

【療養生活を支える】は、家族ががん患者の心身の変化に対応し療養生活を支えることであり、《鎮痛剤使用の見守り》《気持ちを聴く》《体調に合わせた食事の準備》《接し方を気遣う》《安らぎの時をもつ》の5つの概念からなる。

（1）鎮痛剤使用の見守り

定義：鎮痛剤の使用を患者の意思に任せて、使用頻度や効果を注意深く見ること。

「痛み止めは、ほら、朝の8時と、夜の8時に麻薬飲んでたの、それが便秘して、そして忠実に飲んであったけれども便秘して、そして貼り薬に変えたんですけど、そしたらそれが効かなくなってきてるんですって、いま、貼り薬が……」（対象者5）

「モルヒネももらったんですが、それをちょっとまだ使っていないですが。だから起きて我慢する、寝ていられないから起きているんでしょうね。だからなるべく早めに寝て、激痛のときは眠れなくて起きちゃうから、起きていて……相当痛くて普通より起きるのが遅かったりしますね。だから最初ちょっと2、3時間寝て、激痛のときは寝られないから起きて4、5時間ですよね。それから2時間くらい寝て、合わせれば5時間くらい寝てますかね。まあなんでもないよって」（対象者3）

（2）気持ちを聴く

定義：患者の率直な気持ちを引き出すため、会話を積極的にもつことに努めていること。

「私はときどきしか来ないので、まずなるべく話をするように、どういう気持ちなのか、自分がどこが不安なのかとか、やっぱり女同士なので、話を聞くっていうことと、本人の望みを何食べたとかっていう、ささやかなことだけもそういうのを叶えてあげるということですね。それしかない。そういうことしかないですよ」（対象者2）

「子供たちも病気は知ってるんですけど、子供たちに自分の悩みを親として言えない、いくら成人している子供でも相談できないし、そうすれば私にしかできない。自分の兄弟も病人で病気抱えている人なので相談できいいし」（対象者6）

（3）体調に合わせた食事の準備

定義：病気の進行や治療による食欲不振があるため、少しでも口に合うものを患者のために準備すること。

「本人が食欲があれば何でもつくってあげたいんですけども、なんともかんともできないものですから、調子いいときは油っぽいものは嫌だっていうので、嫌だっていうか駄目、あんまり食べたくないようなので、そういうものはなるべく避けて、つくるようにしていますけど」（対象者10）

「何かもってくるかとか、飲みものとか、何か食べるかあということで、最初のころお粥とかみんな自分でつくって食べていたんだけど、最近ちょっとできなくて、いまは私がお粥つくって食べさせています」（対象者2）

（4）接し方を気づかう

定義：患者にとってふさわしいかわり方を、テレビや本などを情報源としながら家族なりに考えたうえで接していくこと。

「テレビにがんっていうのがあれば見てたり、本にもがんっていうのが書いてあれば読んで見たり、いくらでも知識、知ってたほうがよいと思って、自然にそうなるよ」（対象者8）

「がん患者さんの家族の付き合い、とかっていうのが本にあって、そういうの見れば気をつける。あんまり頑張れって、これ以上頑張れって言ってどうするって書いてあったから……」（対象者4）

（5）安らぎのときをもつ

定義：普段どおりの家族の団欒や患者の望みを叶えることをとおして、患者が安らげる時間を大切にすること。

「この病気が見つかってから、なるべく自然にしようっていうか、あまりにも気をつかうと、かえってお父さんが気をつかう、俺ってそんなに悪いのかなあって思うかもしれないし、だからいままでどおり病気は病気、家族の団欒は、家族の団欒っていう感じで、そんなに極端に

「病気になったからって、腫れものに触るような扱いは一切しなかったですね」（対象者7）

「本人の望みを何食べたとかっていう、ささやかなことだけでもそういうのを叶えてあげるということですね。それしかない。そういうことしかないですよ。ときどきね、調子よかったときは外食したりとかはしてましたねえ。やってましたねえ、ただこの3人で、そこらへんのお店にいってお寿司を食べたりとか、この3人でそれが楽しみな人ですもんねえ」（対象者2）

d. 治療を支えるカテゴリー

【治療を支える】とは、がん患者の治療行動を家族が支えることであり、《希望の代弁》《治療に専念できる環境づくり》の2つの概念からなる。

(1) 希望の代弁

定義：患者が外来受診時に医師に言えなかった治療への希望や疼痛増強時の対処を、患者に代わって医師に伝えること。

「主治医の先生に彼女が言いえなかっただこと、言おうとしていることがあれば、私がしゃべるという、そういう主治医の先生との関係からいっても、本人だけに任せておくのは、知識がいくらあるにしても、表現の問題もあるし、いろいろありますからね」（対象者1）

「もともとしゃべる人じゃないので、たぶん受診して半分くらい……、やっぱりお医者さんには言えないですよねえ患者さんは、私があんまり言い過ぎるから、あんまりしゃべる患者の家族だなあ、っていつも思われているかなあと想いながらしゃべっているのかなあ」（対象者4）

(2) 治療に専念できる環境づくり

定義：化学療法などのがん治療に専念できるように、心配事を軽減する言葉をかけたり、安心して受診できるような配慮をすること。

「専念しろって言ってるんだけど、わかったって、ただ金のこと心配しているんですよ。いいんでないかって、俺、家売ったってなんたってできるから、そんなの最後に家売っても」（対象者4）

「私もずっと付いていてあげればいいけど、まさか動かないでほんと自分たちもどうしようもない。本人に、私の主人ですけど、（病院に）付いていってもらったらって言うんだけど、本人はいいって言って、そこらへんもまだうまくいってなくて」（対象者2）

e. 緩和ケアへの期待カテゴリー

【緩和ケアへの期待】とは、緩和ケアに対して家族が望んでいることであるが、家族の一方的な期待ではなく、患者の日々の生活を考慮したうえで、患者のために緩和ケアにはこうあってほしいと思っていること。家族の期待は《疼痛や症状を和らげる》《進行をくい止める》の2つの概

念からなる。

(1) 疼痛や症状を和らげる

定義：がんが進行してきているため、患者の痛みがないというだけでよいと思うこと。

「先生は痛みをコントロールしていきましょうと……。さっきも言われてきたんですけどねえ。最終的にそれしかないみたいな感じで……本人痛くないって言うだけでも、それでいいからっていうことで言われてきたんです。確かにあの状況を見ていると、そう思いますもんねえ……痛くない状態だけでもいいのかなあ、みたいなあ。がんそのものがあっても痛みがなければ、それでいいのかって思いますけど」（対象者2）

「痛みが初めて出てきて、先生のところ（緩和ケア外来）に初めて行って、痛みが出てきたから、やっぱり先生同士が話し合ったんじゃないですかねえ。だからその時点で、ターミナルケアみたいなものが始まるんだろうなあということで、8月でしたから年内もつかもたないかぐらいの私は感覚でしたんですがねえ。ここまで年を明けて半年たった訳ですから、ただ、結構痛がるのがあって、そのたびに薬を投与して、そういう状態が続いたので」（対象者3）

(2) 進行をくい止める

定義：緩和ケアに疼痛や症状の緩和だけでなく、がんの進行をくい止める治療を期待すること。

「うん、まず現状維持でもいいから長く、……前もここ（頸）に出たのは脳に行かないで、またぐっとよくなっているっていうか、もうだめだ頭に行くんでないかって、脳に転移するって、それでかなり暗かったなあ。それが医者に行って、転移してなかたって言うんでまだ明るくなったり、ちょっと気分的に違った」（対象者4）

「化学療法に望みをかけてやったところ、奇跡的にきれいにとれたっていわれたとき、あとは転移したところを、やっぱりリンパなので、あっちこっち出てきますよっていわれて、そのとおり出てきて、だけども小さいうち見つければ、その都度、その都度治療して行けば、治るんじゃないのかなあ」（対象者7）

IV. 考 察

1. 家族による【がんと共生する患者のとらえ方】

家族によるがん患者へのケア行動には【がんと共生する患者のとらえ方】が関係していた。【がんと共生する患者のとらえ方】には《心身の状態に波がある》《家庭内役割を遂行する》《回復を希求する》の3つ概念が含まれており、このとらえ方は、患者の治療や病状の変化に伴う心身の状態、およびそのときどきの患者の生活状況に応じて異

なっていた。

本田ら¹⁹⁾によれば、がん患者の家族は治療中の患者を情緒的に揺れ動く「弱さ」と、自ら回復を求める行動を進みとる「強さ」の2つの面をもつ存在ととらえている。3つの概念のなかで《心身の状態に波がある》は、本田らの先行研究の「弱さ」に相当する概念と推定される。また《回復を希求する》は、本田らが言う自ら回復を求める行動を進みとる「強さ」と同様の概念であると推定される。

一方、がん患者の家族は、患者を患者役割と同時に家庭内役割をもち役割遂行をする存在、ととらえていた。水野²⁰⁾の研究でも同様の結果が示されていたが、これには「何回も頼んだけれども休まないし、気力で動いている」という家族の言動が示すように、がん患者は家庭内で役割遂行しながら、原状の日常生活への回復を希求する「強さ」をもっている、ととらえられていることが推測できる。

2. 家族による【緩和ケアへの期待】とケア行動

家族による【緩和ケアへの期待】には、《痛みや症状を和らげる》《進行をくい止める》の2つの概念が含まれていた。これらの2つの概念は緩和ケア外来の役割である抗がん治療中の患者も含めた症状マネジメント、抗がん治療終了前後のサポートタイプなかかわり⁴⁾と関連する部分である。緩和ケア外来の役割としてこれらがあげられた背景には、ホスピス外来に通院するがん患者の家族が抱く強い無力感⁷⁾が明らかにされたため、と推測する。本研究の家族は、患者を《回復を希求する》存在ととらえる場合もあるため、ホスピス外来での先行研究と異なる状況にあることが示唆される。

本研究では、【緩和ケアへの期待】には、がん患者を《回復を希求する》存在と認識するとらえ方が関係し、家族は《がんの治療経過を推測》しながら患者の《希望の代弁》をしていた。《がんの治療経過を推測》は、今回のケースのほとんどで患者から聞くことを通してされていた。それは緩和ケア外来に通院する患者の多くが、疼痛コントロールや治療による影響はあるにせよ比較的安定した状態で、一人で受診が可能であったことからも言える。家族はがんの治療の効果を知りたいだけでなく、そうすることで治療経過を患者がどのようにとらえているかを理解していた。「転移してなかつたって言うんで、まだ明るくなつたし、ちょっと気分的に違った」という表現がこれにあたる。

また、《がんの治療経過を推測》とは検査等の医学的所見を通してがんの進行状態や患者の身体状況を家族が推測することであり、家族は医学的所見という客観性の高い情報によって病状を受容せざるを得ないことがうかがえる。本田ら¹⁹⁾によると、家族は現実に状態がよくなっていることで回復を実感し、回復への希望をもっている。そのた

め、がんの治療経過が良好であることが、《希望の代弁》《治療に専念できる環境づくり》といった【治療を支える】ケア行動を引き起こし、緩和ケアに《進行をくい止める》を切望することにつながったと考える。

3. 家族による【がんと共生する患者のとらえ方】とケア行動

【がんと共生する患者のとらえ方】の《回復を希求する》《家庭内役割を遂行する》の2つの概念は、患者ががんと闘う「強さ」の概念と推定される。家族とは家族成員同士で互いに大きな影響を及ぼしあう存在である²¹⁾ため、《回復を希求する》強さをもつ患者と共に家族もがんと闘っていると推測される。またWrightら²²⁾は、「すべての家族は力強さを有している」と述べている。患者とともに回復への希望をもちながら、がんと闘う患者の治療を支えるケア行動をとる背景には、こうした家族の力強さがあるものと推定される。よって、回復への希望をもちながらがんと闘う患者の治療を支えるケア行動をとる家族の場合、医療者はがん患者・家族の治療に対する希望を理解し、《治療に専念できる環境づくり》を支援することが必要である。

一方、《心身の状態に波がある》ことを意識した家族は、《体調変化を見守る》ことをしながら《鎮痛剤使用の見守り》《気持ちを聴く》《体調に合わせた食事の準備》《接し方を気づかう》《安らぎのときをもつ》という【療養生活を支える】ケア行動をとっていた。《心身の状態に波がある》は、がん患者の「弱さ」と思われる。《体調変化を見守る》は、患者の動作や痛みの変化を身近に接している家族でなければ気づかない細やかな観察によって行われており、がん患者の「弱さ」に対する家族の心配りであると見受けられた。また、痛みはきわめて主観的な体験である²³⁾ため、家族は《鎮痛剤使用の見守り》をしていた。鎮痛剤使用は患者に任せながら、鎮痛剤の回数やその後の効果、痛みが強いときの対処などを行っていた。なかには患者の意志に従い鎮痛剤の使用をしない場合もあり、家族はその後の様子を注意深く見守る行動をとっていた。

また《気持ちを聴く》《体調に合わせた食事の準備》《接し方を気づかう》《安らぎの時をもつ》の4つの概念は、家族ががん患者の健康問題を解決するためにもっている資源を適応させて支援していることであると思われる。そのため、これらの4つの概念は家族が協力して絆を強め、QOLを高めることにもつながる。さらに《心身の状態に波がある》患者の療養生活を支えるケア行動をとる家族は、緩和ケアに《痛みや症状を和らげる》ことを切望していた。このことから医療者は在宅療養するがん患者の家族への日常生活のケア法や症状へのケア法、心理面へのケア法など介護方法の支援を検討する必要がある。

4. 緩和ケアにおける家族支援への課題

本研究結果より、緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族のケア行動には【がんと共生する患者のとらえ方】が関係し、このとらえ方は、患者の治療や病状の変化に伴う心身の状態、およびそのときどきの患者の生活状況に応じて異なることが明らかになった。家族は患者の心身の状態や日常生活の状況から、がんと共生する患者をとらえ、患者の闘病を支えるためには何が必要なのかを家族なりに考えケア行動をとっていた。それには【緩和ケアへの期待】という医療者に対する家族の希望が相互に関係するため、家族支援を行う際にはその家族がその時点の患者をどのようにとらえているのかを理解する必要がある。

『がん対策推進基本計画』では、拠点病院に相談支援センターを設置し、研修を修了した相談員を配置している。配置目標は達成されたが、相談支援センターが十分知られず、相談件数はおむね低調で医療機関間の格差が大きい²⁴⁾。今回の対象者は、医療者やがん相談支援センターなどから情報を得る行動をとっていなかった。よって、本研究では家族が患者を支えるために相談するというケア行動が、欠けている可能性がある。

『がん対策推進基本計画』では、緩和ケアを治療の初期の段階から提供できる体制を整備し、「すべてのがん患者およびその家族の苦痛の軽減ならびに療養生活の質の維持向上」²⁾ を目標としている。「がん患者の療養上の相談を行っている」と回答している拠点病院数は351施設中350で99.7%であった³⁾が、まだまだ課題は大きい。例えば『がん対策推進基本計画』では、家族の相談・支援に関しては今後グリーフケアも含めて家族ケアを推進するべきである²⁵⁾とされているが、その実態は不透明である。

家族は、がんに伴う苦悩を患者とともに体験し、闘病を支えている。医療者は家族が体験しているがんに伴う苦悩を聴き、支持できる可能性がある立場にいる。医療者は家族が体験している苦悩や思いを積極的に聴くことを通して、家族が患者をどのように認知し、ともに生活しているのか理解することが、がん患者の家族支援の第一歩である。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、緩和ケア外来で疼痛コントロールを行ってい

るがん患者の家族のケア行動に関して結果を適応できる、という方法論的限定がある。今後は、本研究の成果を実践に取り入れ、それぞれの患者、家族に応じた支援方法の検討とその評価をしていくことが課題である。

VI. 結論

1. 緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族のケア行動には【がんの状態の把握】【療養生活を支える】【治療を支える】があった。これらのケア行動には、《心身の状態に波がある》《家庭内役割を遂行する》《回復を希求する》からなる【がんと共生する患者のとらえ方】が関係していた。
2. 家族は《痛みや症状を和らげる》と《進行をくい止める》からなる【緩和ケアへの期待】を抱いていた。《進行をくい止める》には、がんと共生する患者を《回復を希求する》存在と認識するとらえ方が関係し、家族は《がんの治療経過の推測》を行いながら《希望の代弁》をしていた。また患者は《家庭内役割を遂行する》ため、家族は《治療に専念できる環境づくり》という【治療を支える】ケア行動をとり、緩和ケアに《進行をくい止める》ことを切望していた。
3. 患者の《心身の状態に波がある》ことを意識した家族は、《体調変化を見守る》ことをしながら《鎮痛剤使用の見守り》《気持ちを聞く》《体調に合わせた食事の準備》《接し方を気づかう》《安らぎのときをもつ》という【療養生活を支える】ケア行動をとり、緩和ケアに《痛みや症状を和らげる》ことを切望していた。

以上のことから、緩和ケア外来に通院するがん患者の家族のケア行動には、回復を希求する患者の治療を支えるためのケア行動と、心身の状態に波がある患者の療養生活を支えるためのケア行動があることが明らかとなつた。

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、調査施設の職員の皆様、緩和ケアについてご指導いただきました秋田大学大学院医学系研究科 安藤秀明先生に心より感謝申し上げます。

要旨

本研究の目的は、緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者の家族が、どのようなケア行動を取り患者の闘病を支えているのか、を明らかにすることである。研究対象は、緩和ケア外来で疼痛コントロールを行っているがん患者10名の家族である。半構成的面接法による調査を実施し、“修正版グランデッド・セオリー・アプローチ”にて分析した。がん患者の家族のケア行動には、【がんの状態の把握】【療養生活を支える】【治療

を支える】があった。これらのケア行動には、患者の日常生活に対する家族の認識である【がんと共生する患者のとらえ方】が関係していた。家族のケア行動には、心身の状態に波がある患者の療養生活を支えるケア行動と、回復を希求する患者の治療を支えるケア行動があることが明らかとなった。

Abstract

The purpose of this study was to clarify how families of cancer patients receiving outpatient palliative care performed care behaviors for patients. Subjects were the families of 10 cancer patients undergoing pain control in outpatient palliative care. For data collection, semi-structured interviews were conducted. Analysis was conducted using the modified grounded theory approach. Care behaviors of family members of cancer patients included “understanding the cancer status”, “support for patients’ life during medical treatment”, and “supporting treatment”. These care behaviors were affected by “perspectives on the patient with cancer”, how cancer patients’ families viewed patients in daily life. The above showed that the care behaviors of families of cancer patients receiving outpatient palliative care include both support care behaviors for patients during treatment, who experience fluctuations in physical and mental state, and care behaviors to promote treatment that wishes for recovery.

文 献

- 1) NPO法人日本ホスピス緩和ケア協会：世界保健機構機関の緩和ケアの定義（2002年）. 2010-12-28.
<http://www.hpcj.org/other/copyw.html>
- 2) 厚生労働省：がん対策推進基本計画（平成19年6月）. 2010-2-1.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0624-14x-01.pdf>
- 3) 厚生労働省：がん診療連携拠点病院の現況報告について. 2010-11-23.
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/03/h0318-1.html>
- 4) 国立がんセンターがん対策情報センター：多地点合同メディカル・カンファレンス2010—第3回. 2010-2-23.
http://ganjoho.ncc.go.jp/professional/training_seminer/vod/vod01/2010/201002
- 5) 小西美ゆき, 佐藤まゆみ, ほか：外来通院するがん患者の療養生活上のニードの起因. 千葉大学看護学部紀要, 24, 41-45.
- 6) Rait, D, Lederberg, M (河野博臣, 濃沼信夫, ほか監訳)：がん患者の家族（サイコオンコロジー—がん患者のための総合医療(3)）. 63-74, メディサイエンス社, 東京：1997.
- 7) 北野 綾：ホスピス外来に通院するがん患者とともに生きる家族の体験の意味. 日本看護科学学会誌, 25(2), 12-19, 2005.
- 8) 熊谷有記, 小笠原千枝, ほか：終末期がん患者の家族のストレス・コーピング及び影響要因の検討. 日本がん看護学会誌, 21(2), 50-56, 2007.
- 9) 鈴木志津枝：終末期の夫を持つ妻への看護—死亡前・死亡後の妻の心理過程を通して援助を考える—. 看護研究, 21(5), 23-34, 1988.
- 10) 平 典子：終末期がん患者を看取る家族が活用する折り合い方法の検討. 日本がん看護学会会誌, 21(1), 41-47, 2007.
- 11) 角田三郎, 松本朱美, ほか：死亡患者の家族からみた終末期医療—遺族アンケート調査より. ターミナルケア, 17(1), 84-91, 1997.
- 12) 堀井たづ子, 光木幸子, ほか：終末期がん患者の在宅療養継続に関する要因—2：事例の面接調査内容の分析から—. 京府医大看護紀要, 15, 35-42, 2006.
- 13) 谷口友里, 松浦和代：がん患者の在宅ターミナルケアへの移行過程に関する研究. 日本看護研究学会誌, 28(4), 27-42, 2005.
- 14) 大川宣容, 吉田亜紀子, ほか：終末期がん患者の在宅ケアへの移行に向けての取り組みを阻む要因—看護師が捉える家族側の要因—. 高知女子大学紀要, 56, 1-9, 2007.
- 15) 吉田智美：がん終末期で症状緩和を受ける患者の家族のストレスコーピング—一般病棟と緩和病棟の比較. 日本看護科学会誌, 16(3), 10-20, 1996.
- 16) 木下康仁：ライブ講義M—G T A：実践的質的研究方法—修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて. 弘文堂, 東京, 2007.
- 17) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践—質的研究への誘い. 弘文堂, 東京, 2003.
- 18) 萱間真美：質的研究実践ノート—研究プロセスを進めるclueとポイント. 医学書院, 東京, 2007.
- 19) 本田彰子, 佐藤禮子：がん患者の家族の思いに関する研究—診断期から治療期における家族の思いの構造化—. 日がん看護会誌, 11(1), 49-58, 1997.
- 20) 水野道代：がん体験者の適応を特徴づける認識の構造. 日本がん看護学会誌, 12(1), 29-39, 1998.
- 21) 鈴木和子, 渡辺裕子：家族看護学—理論と実践（第3版）. 日本看護協会出版会, 東京：2006.
- 22) Wright, L M, Bell, J: Beliefs and Illness: A Model for Healing. 45-83, 4th Floor Press, Canada, 2009.
- 23) 吉田みつ子：痛みのあるがん患者の日常生活の安寧感と痛みのコントロール. 日本看護科学学会誌, 17(4), 56-63, 1997.
- 24) 塩岡健一：「がん対策基本法」施行3年半を総括する—第2次がん対策推進基本計画に向けて. 医療白書, 36-47, 日本医療企画, 東京：2010.
- 25) 厚生労働省：がん対策推進基本計画 中間報告書. 平成22年6月15日.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/gan_keikaku04.pdf

〔平成23年4月28日受付
平成24年1月11日採用決定〕

看護学生の「子ども理解」評価尺度の開発

— 3年課程看護専門学校学生を対象として —

Development of an Evaluation Scale related to the Understanding of Children by Nursing Students

— Targeting Students of Three-Year Courses at Nursing Vocational Schools —

西原みゆき
Miyuki Nishihara

山口桂子
Keiko Yamaguchi

キーワード：看護学生、子ども理解、尺度開発

Key Words : nursing students, understanding of children, scale development

I. 緒 言

医療を必要とする子どもの状況は多くの場合、治療処置が優先され、人としての権利が損なわれやすい傾向にあり、子どもの最善の利益を考えた看護が求められている。このような状況のなかで、少子化に伴い子どもと接する経験の少ない看護学生が、短期間の実習で言語能力や認知能力の発達途上にある子どもを理解し、子どものニーズに対して援助することは容易なことではないが、看護における対象理解は看護ケアの内容や方法、さらには患者の回復過程に影響を及ぼす重要な第一段階であり、『小児看護学』の学習においては最も基盤となることである。

看護学生の「子ども理解」の状況に焦点をあてた先行研究では、主に小児看護学実習前後の子どもに対するイメージや子ども観の変化に関する研究^{1)～4)}が多く行われている。しかし、看護学生の子どものイメージ傾向やその変化が、「子ども理解」や臨床での看護へのどのように生かされたのか、その後の追跡調査などでの報告はみられない。また、看護学生の子どもの認識傾向は、子どもの身体的・生理的特徴、病態の特徴をふまえた健康状態に関する内容を中心で、その半面、子どもの精神・社会面に関する理解は少なく^{5), 6)}、子どもの特徴である成長発達過程を連続的にとらえることは困難な傾向にあることがうかがえる。これに対し、看護学生の「子ども理解」を深めるために、小中学校での実習を取り入れるなど、実習方法の工夫に関する研究はいくつかみられるが^{7)～11)}、その後の臨地実習での学習内容にどの程度効果があったのかは明らかにされていない。

一方、『小児看護学実習』における対象理解を深める指導内容について、菅ら¹²⁾は「学生は子どもを理解することで援助の必要性を認識し主体的に子どもとかかわろうと

するようになり、そのかかわりのなかでさらに対象理解を深めていく」と述べており、看護学生にとって「子ども理解」を深めることは、子どもとのかかわりやケアを行うために重要なことである、と指摘している。

本研究者の病棟実習指導経験からも、学生自身が子どものいまの発達や疾患の状況などの理解が進まないと、子どもとかかわることに躊躇してしまう傾向にあるなど、子どもを理解することの重要性を感じていた。そのため、本研究者の在職していた3年課程看護専門学校では、看護学生が地域社会で生活している子どもの自然な姿をとらえ、子どもが健やかに成長発達していくための育みについて学ぶことを目的に、従来の保育園実習のほかに、地域の小・中学校で子どもとの交流や健康教育実践を目的とした実習を行っていた。

しかし、このような一つひとつの経験が看護学生の「子ども理解」にどのような影響や効果をもたらしているのかについては、十分な評価を得るまでに至っておらず、評価方法の検討の必要性があるのではないかと感じていた。以上より、小児看護学教育の現場では、子どもとの接触が少ない看護学生に対する教育評価を高めようとする取組みが多くなされているが、教育方法・内容に対する評価が必ずしも適正に行われているとは言い難い。

そこで本研究においては、看護学生の「子ども理解」を高める『小児看護学』教育の内容・方法の結果を客観的に評価でき、信頼性・妥当性を確保した看護学生における「子ども理解」に関する評価尺度の開発を行うことを目的とした。

なお、本研究では、現時点で養成数の最も多い3年課程看護専門学校の学生を対象とした。

II. 用語の定義

a. 子ども理解

環境との相互作用において子どもが示す行動・反応の意味と、子どもの特性を看護学的視点から解釈してとらえること。

b. 子ども理解の説明概念

【健康】：さまざまな健康レベルにある子どもの生理的特性・機能、健康状態

【発達】：身体・知的・情緒・社会的機能の発達を示す特徴

【経験】：子どもの生育歴、家族や周囲との人間関係を含めた環境との相互作用における子どもの示す行動の特徴

【活動意欲】：子ども自身の自律性、意志を示す特徴

c. 学習進度

本研究では『小児看護学』に限定し、小児看護学概論、小児看護学各論のうち、対象者が履修した範囲を示す。

d. 実習進度

本研究では、保育・幼稚園実習、学童実習、中学校実習、小児科外来実習、小児病棟実習、母性看護学実習のなかで、対象者が履修した範囲を示す。

III. 本研究における「子ども理解」の概念枠組み

1. 教育・保育分野における「子ども理解」の規範

教育分野における「子ども理解」では、どのような構造が内在しているのかについて、片桐¹³⁾は、「『子どもとはいかなる存在か』という存在論的な視点と、『子どもはいかなる変化の過程を経て大人になるのか』という発達論的な視点からが中心で、教育においては両者の視点を自由にどう往復運動できるかが焦点となる」ことを述べている。また、上野¹⁴⁾は、「子ども理解」には「調べて」知る方法や「客観的観察」とは異なる「子ども理解」の原理が求められることを述べ、実践における「子ども理解」として、①表情、しぐさを読む、②言葉を読む、③活動の文脈でとらえる、④子ども相互のかかわりを読む、という4つの視点を見出している。

一方、保育分野では、子どもを全人格的存在としてとらえ、発達の「過程」を理解することに焦点があてられていること、が述べられている¹⁵⁾。つまり、教育、保育分野の「子ども理解」における共通点として、子どもを一人の人格をもった発達している存在としてとらえていること、子どもを取り巻く人的・物的関係から子どもの特性を理解する視点が明らかにされている。

2. 看護基礎教育における看護学生の「子ども理解」

池田¹⁶⁾は、学生の実習記録からの「小児の特性」をふまえた情報について、病態の側面は多いが、その他の小児の特性を踏まえた情報は十分に収集されていないことを指摘している。同様に上山⁶⁾は、学生の子どもの認識傾向について、身体面が中心で精神面・社会面が少ないことを報告している。

その反面、山中ら¹⁷⁾は、講義・実習前後での学生の模擬事例を通して行った子どものとらえ方について、講義開始時では「子どもの成長発達段階」「健康レベル」の記述が多いが、実習終了後では「疾患や治療、入院による影響」「家族の状況と家族機能」が多くなり、講義・実習を通して「子ども理解」の幅が広がることを述べており、また茂本ら¹¹⁾は、地域における小・中学校での実習を取り入れ、健康レベルの違う子どもを観察したり子どもと接することにより、「子どもの理解」が深まり、さらに親子関係や子どもと周囲のかかわりの理解が学習できるなど、さまざまな健康レベルにある子どもとのかかわりによって、子どもを多角的にとらえられるようになることが報告されている。

以上より、子どもとのかかわりに関連した教育・保育分野における「子ども理解」のための視点、および看護学生の実際の「子ども理解」の傾向から、本研究者は、看護基礎教育における3年課程看護専門学校に在籍する1~3年次の看護学生が習得すべき「子ども理解」の範囲として、以下の①から④の視点における身体・精神・社会的なすべての面を含む総合的な「子ども理解」が必要と考えた。

- ① 健康な子どもだけでなく、多くの場合、看護の対象となる健康障害のある子どもの【疾病・入院による影響】など、さまざまな健康レベルにある子どもを対象とする視点。
- ② 子どもの【病態】【健康レベル】【身体発達】などの身体面だけでなく、【日常生活】【子どもを取り巻く環境】【内面】といった精神面・社会的側面を含めた視点。
- ③ 子どもの心身の成長発達に密接に影響する【家族の状況】【人間関係】をふまえた、子どもと環境との相互作用を通しての子どもの特徴に着眼した視点。
- ④ 子どもは成長発達過程にあり自律していく存在として、子どもが示す【セルフケア能力】【健康管理】【意志】といった自律性に着眼し、それに対する看護師の対応を含めた視点。

IV. 研究方法

1. 「子ども理解」評価尺度原案の作成

a. 測定用具の検討：「子ども理解」質問項目の作成および調査内容

本研究における尺度構成のための項目は、看護学生の「子ども理解」を明らかにする視点①から④と合致した、植木野¹⁸⁾が示している「子ども理解」のための枠組み【健康】【発達】【経験】【活動意欲】を基盤とした。また、看護基礎教育用および参考書として公刊されている『小児看護学』のテキスト、および『小児看護学実習』における学生の学びに関する先行文献、教育・保育分野における先行文献に記載されている「子ども理解」に相当する内容を抽出し、さらに、本研究者らの教育経験も加味して、4下位領域52項目「I. 健康（生理的特性・機能、発育状態、健康状態）」「II. 発達（身体的・知的・情緒・社会的機能）」「III. 経験（相互作用・生活習慣・生育歴）」「IV. 活動意欲」を抽出し、各質問項目の原案を作成した。

「子ども理解」の程度に関する質問項目への回答の選択肢の表現は「実感」と表記し、その程度で「子ども理解」を評価することとした。理解の程度とは、Bloom, B. S. らの評価理論¹⁹⁾によると「認知領域の評価に該当する」といわれるが、本研究においては認知的な知識の程度に加え、子どもをどのようにとらえているかを評価することが必要と考えた。

また、出口²⁰⁾は、看護学生の対象理解のプロセスについて、「入院生活における患者の痛みや喜びを『対象理解』という文脈のなかでとらえ、生活援助のなかで見出されるおのの現象を学生なりに実感することによって、対象を理解し個別的な援助を見出すという流れをたどっている」ことを述べている。つまり、一つの現象について、そこに起きている具体的な状況をとらえ、実感していくことで、理解につながるのではないかと考え、本研究における「子ども理解」の程度は、看護学生がとらえた子どもが示す行動の意味や反応、子どもの特性を学生自身は、どの程度そう思うのか、「実感」の程度によって「子ども理解」を表すこととした。

そこで、子どもの特徴に対して「実感している：4点、少し実感している：3点、あまり実感していない：2点、実感していない（体験していない）：1点」の4段階からなるリッカートタイプ評定方法により回答を求め、「子ども理解」があるほど得点が高くなるように設定した。

2. 調査対象

A県・B県内に所在する看護専門学校（3年課程）のうち、協力の得られた11施設に在籍する1～3年次の看護学生1,456名。

3. 調査方法

自記式無記名式質問紙にて調査を行った。質問紙への回答は無記名とし、回答済み質問紙は各自巻封のうえ、所定の場所に投入することを文書にて依頼した。質問紙への記入期間は2～3週間とし、留め置き法による回収とした。調査は平成19年6月下旬～7月中旬に実施した。

4. 分析方法

a. 「子ども理解」評価尺度の作成と信頼性・妥当性の検討

「子ども理解」評価尺度の作成と信頼性・妥当性の検討は、以下のように行った。

- (1) 天井・床効果を排除するために、項目ごとに記述統計より分布の歪みを確認し、次に項目の選定を行った。
- (2) 上記(1)による選定の結果残された項目に関して、因子分析（主因子法解：プロマックス回転）を行い、項目ごとに各因子行列の因子負荷量を比較し、絶対値の最も大きい項目をその因子への割り当てとして因子構成を行った。因子負荷量の基準は「.35以上」とした。割り当てられた各因子項目について1つの下位尺度として1因子性が成り立つかを確認するために、各因子について主成分分析を行い、下位尺度を構成した。確認にあたっては、植村²¹⁾が社会心理学的内容の尺度構成に用いた基準に拠った（①固有値1.00以上の主成分が1個のみの尺度、②各構成項目の第1主成分負荷量はすべて.60以上、③下位尺度のCronbach's α 係数が.65以上、この3条件を同時に満たすもの）。データ分析は、統計解析ソフト『SPSS 13.0J for Windows』を用いた。
- (3) 構成された尺度項目が、看護学生の「子ども理解」に関する実感を測定する項目の内容になっているか、看護教育の専門家による「専門家会議」を開催し、「質問項目の内容の妥当性」「質問項目の表現の適切性」を検討した。

5. 倫理的配慮

本研究は、A大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した。まず、対象依頼の学校責任者・看護教員に、あらかじめ研究の主旨と調査方法について文書と口頭で説明して承諾を得、その際、研究協力は任意であり、協力しない場合においても不利益となる扱いはないことを説明した。また、調査対象者の権利を守るために、学校責任者や専任教員が対象者に対して協力を強要することがないようにお願いした。対象者個々へは、文書により研究の主旨、回答の自由、無記名回答であること、統計的処理によるプライバシーの保護について説明した。また、研究参加の同意は、回答の提出をもって本研究への参加の同意を得たものとする、ことを文書・口頭により説明した。

V. 結 果

1. 調査対象者の概要

調査対象者の概要を表1に示す。11施設の1,456名を対象に調査用紙を配布した結果、回収率69.1%（1,006名）、有効回答率92.5%（931名）であった。

表1 対象者の基本属性

項目		
教育機関：校	3年課程専門学校	11
調査対象者数：人（%）	総数	931 (96.9)
学年：人（%）	1年次	313 (32.6)
	2年次	323 (33.6)
	3年次	295 (30.7)
	不明	30 (3.1)
性別：人（%）	男性	94 (9.8)
	女性	837 (87.1)
	不明	30 (3.1)
年齢：人（%）	18歳	169 (17.6)
	19歳	264 (27.5)
	20歳	248 (25.8)
	21歳	90 (9.4)
	22歳以上	154 (16.0)
	不明	36 (3.7)
家族構成：人（%）	核家族	555 (57.8)
	2世帯家族	276 (28.7)
	3世帯家族	85 (8.8)
	不明	45 (4.7)
きょうだい数：人（%）	1人っ子	36 (3.7)
	2人	445 (46.3)
	3人	384 (40.0)
	4人以上	57 (5.9)
	不明	39 (4.1)

2. 「子ども理解」評価尺度作成前の全項目の得点状況

1～3年次全体で最も評定平均値の高かった項目は、「3. 子どもの身体的発育は個人差がある」の3.80点（SD .50）であった。一方、最も低かった項目は、「7. 輸液管理が適切に行われることにより、子どもの電解質バランスは保たれる」の2.11（SD .98）であった。これらは、各学年における評定平均の結果でも同様であった。

各学年での平均値の比較では、25項目について有意差を認めた。評定平均値が1年次<2年次<3年次の順に高くなる項目は「2. 子どもは体温調節が未熟であるため、環境温に左右されやすい」「7. 輸液管理が適切に行われることにより、子どもの電解質バランスは保たれる」の2項目で、子どもの生理的特性を示す項目であった。また、1年次<2年次であった項目は13項目で、「16. 子どもの発達に合わせて援助を行うことにより、基本的生活習慣の自立につながる」「17. 子どもは、適切な遊びの機会を与え

られることにより、社会性が育つ」などであった。1・2年次<3年次であった項目は6項目で、「39. 処置に対して恐怖感の強い子どもは、痛みをより強く認識する」「42. 子どもは看護師の説明不足で状況を理解できないとき、医療行為や援助へ抵抗を示す」など、臨床における子どもとのかかわりを通して理解できる内容を示す項目であった。また、1年次<2・3年次であった項目は7項目で、「19. 子どもは適切なセルフケアの機会を与えられることにより、自立心が芽生える」「26. 乳児期の子どもは、親との相互作用により、社会性の発達の基礎をつくる」ほか、人・物的環境が子どもに与える影響など、子どもだけではなく子どもと環境の相互のなかから考えられる内容であった。

3. 「子ども理解」評価尺度の作成

a. 「子ども理解」評価尺度の因子構造

52項目の記述統計による項目分析の結果、天井・床効果のみられる2項目「3. 子どもの身体的発育は個人差がある」「11. 子どもには想像力がある」を排除し、残った50項目を尺度構成の対象とした。また、各項目間の相関係数を算出したが、絶対値で.6を超える項目はなかった。よって、50項目について因子分析（主因子法解：プロマックス回転）を行った。

因子数は固有値、累積寄与率、スクリーピロットと「子ども理解」を4下位領域でとらえるという仮説に基づき、4つの因子を抽出した。各因子においては、因子負荷量.35以上を基準として項目選択を行い、因子負荷量が.35以下の項目「29. 学童期の子どもは、親との関係より仲間との関係による影響が大きくなる」「25. 思春期にある子どもは、これまでの自分と将来の自分を見つめながら『自分とは何か』を模索している」「38. 新生児期にある子どもは、痛みを感じ、泣く、心拍数、呼吸数、筋緊張などに変化を示す」「9. 学童期以降の子どもは、自分の健康管理に意識を向けるようになる」「19. 子どもは、適切なセルフケアの機会を与えられることにより、自立心が芽生える」「26. 乳児期の子どもは、親との相互作用により、社会性の発達の基礎をつくる」などの10項目を削除した。その結果、4因子40項目（累積寄与率44.1%）が抽出され、因子抽出後の共通性は.201～.486の間にあり、著しく低い値の項目はみられなかった。詳細は表2に示す。

各因子についてさらに主成分分析を行い、主成分負荷量.60未満であった10項目「20. 幼児期の子どもは、目の前に見えるものに左右される」「22. 幼児期の子どもは、自分の思いどおりに物を手に入れようとする」「34. 子どもは親との情緒的な結びつきが不安定になると、赤ちゃん返り（退行現象）を示すことがある」「44. 子どもの行動には、子どもなりの意味がある」「21. 幼児期の子どもは、世の中に存在

看護学生の「子ども理解」評価尺度の開発

表2 「子ども理解」測定指標の因子分析：因子負荷量（主因子法解：プロマックス回転後のパターン）

「子ども理解」の測定指標構成項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	共通性
【第1因子】					
17 子どもは、適切な遊びの機会を与えられることにより、社会性が育つ	.423	-.067	-.048	.388	.432
18 子どもは、自らの思いや願いを遊びのなかに無意識に表現している	.408	-.038	.011	.283	.359
20 幼児期の子どもは、目の前に見えるものに左右される	.439	.001	-.002	.107	.258
22 幼児期の子どもは、自分の思いどおりに物を手に入れようとする	.383	-.041	.085	.068	.201
27 幼児期の子どもは、環境によって言葉の数が増える	.555	-.035	.023	.152	.416
28 幼児期の子どもの反抗的な行動は、子どもの主張と関係がある	.523	-.015	.062	.140	.410
29 学童期の子どもは、親との関係より仲間との関係による影響が大きくなる	.327	.080	-.026	.217	.279
30 子どもは、周囲にほめられることをやってみたいと思う	.562	-.037	-.027	.096	.344
31 子どもの情緒発達は、家庭環境と関係する	.671	-.028	-.124	.050	.398
32 子どもの情緒は、母親の不安や行動により影響される	.559	.092	-.067	.044	.376
33 子どもは、環境の変化により赤ちゃん返り（退行現象）を示すことがある	.345	.139	.066	.030	.256
34 子どもは、親との情緒的な結びつきが不安定になると、赤ちゃん返り（退行現象）を示すことがある	.367	.146	.108	.021	.311
35 子どもの療養行動は、親の育児方針から受ける影響が大きい	.315	.210	.072	.056	.313
36 子どもの日常生活習慣と健康問題は、互いに影響しあっている	.384	.223	.017	.095	.392
39 処置に対して恐怖感の強い子どもは、痛みをより強く認識する	.289	.280	.281	-.201	.387
43 子どもは、子どもなりの意志や考えをもつ	.786	-.059	-.061	-.115	.444
44 子どもの行動には、子どもなりの意味がある	.721	-.026	.017	-.124	.421
45 泣いている子どもは、何かを訴えている	.677	-.043	.064	-.122	.386
46 イメージしやすい言葉で説明を受けることにより、子どもは状況をスムーズに受け入れるようになる	.464	.296	-.078	-.009	.409
47 子どもの興味や発想にあわせた工夫を行うことにより、子どもは大人の意図を理解して意欲的に行動できる	.383	.279	-.051	.083	.387
【第2因子】					
21 幼児期の子どもは、世の中に存在するものにはすべて生命があると思う傾向にある	.030	.365	.001	.146	.229
23 学童期の子どもは、具体的な事柄や場面があれば論理的に考えることができる	-.124	.462	.039	.284	.360
25 思春期にある子どもは、これまでの自分と将来の自分を見つめながら「自分とは何か」を模索している	.161	.321	-.245	.209	.221
37 子どもは幼いほど、心理的ストレスの影響は身体的・行動的症状として表出されやすい	.238	.350	.038	.046	.344
40 処置を受ける幼児期以降の子どもの恐怖・不安に対する対処行動は、子ども自身の心の準備が関係する	.124	.514	.179	-.081	.470
41 幼児期の子どもは、病気や治療を自分のいけないことに対する罰と思う傾向がある	-.073	.418	.344	-.087	.367
42 子どもは、看護師の説明不足で状況を理解できないとき、医療行為や援助へ抵抗を示す	.175	.426	.289	-.234	.441
48 子どもは、苦痛を自分なりに対処しようとしている	.217	.465	-.036	.042	.392
49 子どもは、プライバシーを侵害されても訴えられず、それを受け入れていることがある	-.001	.650	-.091	.067	.398
50 子どもが援助を望んでいても、十分に対応できないと、子どもは要求を表すこと自体をあきらめてしまう場合がある	.080	.715	-.192	.045	.468
51 子どもは、清潔や排泄の援助の際、プライバシーを配慮されることにより、尊厳が維持される	-.042	.751	-.044	-.011	.481
52 子どもは病気の経験を通じて、ストレスの克服方法や目標を達成するための方法などを学んでいる	-.135	.673	.064	.080	.461
【第3因子】					
1 子どもの免疫機能は低いため、感染症にかかりやすい	.119	-.119	.607	-.033	.344
2 子どもは、体温調節機能が未熟であるため、環境温に左右されやすい	.108	-.122	.678	-.030	.423
4 年少児ほど成長率・基礎代謝が大きいため、エネルギー所要量が多い	-.102	.007	.659	.076	.284
5 子どもは、気道が狭く肺が未発達であるため、呼吸困難などの症状を起こしやすい	-.094	.058	.354	.242	.413
6 子どもの聴力は出生直後から備わっている	-.217	.131	.547	.151	.246
7 輸液管理が適切に行われることにより、子どもの電解質バランスは保たれる	.095	-.034	.497	.185	.376
8 子どもは発汗量が多いため、適切な時期に援助を行うことにより、子どもの皮膚の状態は良好に保たれる	.095	-.034	.497	.185	.410
38 新生児期にある子どもは、痛みを感じ、泣く、心拍数、呼吸数、筋緊張等に変化を示す	.196	.206	.267	-.010	.318
【第4因子】					
9 学童期以降の子どもは、自分の健康管理に意識を向けるようになる	-.182	.228	.206	.345	.286
10 子どもは病気になることにより、自分の身体に意識を向けるようになる	-.163	.365	.026	.370	.307
12 子どもの感覚能力は、出生後の体験によって高められる	.014	.039	.080	.467	.293
13 子どもは、子ども自身のなかに育つ力をもっている	.228	-.015	-.012	.509	.428
14 子どもは、生後3年間のなかで自分が芽生える	.025	-.014	.177	.486	.353
15 子どもは、経験をすることで物事の理解が進む	.374	-.124	-.046	.474	.441
16 子どもの発達に合わせて援助を行うことにより、基本的生活習慣の自立につながる	.327	-.050	.092	.432	.486
19 子どもは、適切なセルフケアの機会を与えられることにより、自立心が芽生える	.261	.013	.169	.306	.385
24 学童期の子どもは、過去にさかのぼって出来事をたどることができる	-.054	.368	-.045	.384	.350
26 乳児期の子どもは、親との相互作用により、社会性の発達の基礎をつくる	.228	.051	.159	.268	.337
因子間相関行列					
第1因子	—	.627**	.508**	.584**	
第2因子		—	.632**	.513**	
第3因子			—	.447**	
第4因子				—	
累積寄与率41.54% KMO値：.953 は削除項目					

するものにはすべて生命があると思う傾向にある」「23. 学童期の子どもは、具体的な事柄や場面があれば論理的に考えることができる」「6. 子どもの聴力は出生直後から備わっている」「10. 子どもは病気になることにより、自分の身体に意識を向けるようになる」などを除外した。その結果、最終的には4因子30項目によって構成された。項目精選後の累積寄与率は48.8%，KMO値は.94であった。

以上より、表3に示すとおり、最終的に「子ども理解」の尺度項目は、11項目から構成される「知的・情緒・社会機能の発達」、8項目から構成される「健康障害のある子どもの体験」、6項目から構成される「身体生理の特徴」、

5項目から構成される「自律性」と命名し、4下位尺度30項目で構成された。

尺度原案との比較では、尺度原案で【発達】として作成した項目は、尺度構成後は【知的・情緒・社会機能の発達】と【自律性】の2つの下位尺度に分かれ、【知的・情緒・社会機能の発達】の構成項目は、「17. 子どもは、適切な遊びの機会を与えられることにより、社会性が育つ」「18. 子どもは、自らの思いや願いを遊びのなかに無意識に表現している」「27. 幼児期の子どもは、環境によって言葉の数が増える」「28. 幼児期の子どもの反抗的な行動は、子どもの主張と関係がある」「30. 子どもは、周囲にほめられることをやってみたいと思う」「31. 子どもの情緒発達は、家庭環境と関係する」「32. 子どもの情緒は、母親の不安や行動により影響される」「36. 子どもの日常生活習慣と健康問題は、互いに影響し合っている」「43. 子どもは、子どもなりの意志や考えをもつ」「45. 泣いている子どもは、何かを訴えている」「46. イメージしやすい言葉で説明を受けることにより、子どもは状況をスムーズに受け入れるようになる」など、【自律性】を構成する項目の内容としては、「13. 子ども自身のなかに育つ力をもっている」「14. 子ど

表3 「子ども理解」評価尺度 測定指標構成項目・第1主成分負荷量

因子	「子ども理解」の測定指標構成項目	主成分 負荷量	共通性	I-T相関	
知的・情緒・社会機能の発達	17 子どもは、適切な遊びの機会を与えられることにより、社会性が育つ	.653	.444	.563	
	18 子どもは、自らの思いや願いを遊びのなかに無意識に表現している	.639	.383	.547	
	27 幼児期の子どもは、環境によって言葉の数が増える	.686	.407	.598	
	28 幼児期の子どもの反抗的な行動は、子どもの主張と関係がある	.666	.395	.576	
	30 子どもは、周囲にほめられることをやってみたいと思う	.631	.349	.533	
	31 子どもの情緒発達は、家庭環境と関係する	.695	.448	.599	
	32 子どもの情緒は、母親の不安や行動により影響される	.685	.413	.589	
	36 子どもの日常生活習慣と健康問題は、互いに影響し合っている	.639	.382	.549	固有値 4.69
	43 子どもは、子どもなりの意志や考えをもつ	.645	.392	.552	寄与率 42.6
	45 泣いている子どもは、何かを訴えている	.633	.363	.541	
	46 イメージしやすい言葉で説明を受けることにより、子どもは状況をスムーズに受け入れるようになる	.608	.387	.516	Cronbach's α .862
健康障害のある子どもの体験	40 処置を受ける幼児期以降の子どもの恐怖・不安に対する対処行動は、子ども自身の心の準備が関係する	.715	.445	.604	
	41 幼児期の子どもは、病気や治療を自分のいけないことに対する罰と思う傾向がある	.640	.367	.528	
	42 子どもは、看護師の説明不足で状況を理解できないとき、医療行為や援助へ抵抗を示す	.678	.417	.566	
	48 子どもは、苦痛を自分なりに対処しようとしている	.647	.379	.530	
	49 子どもは、プライバシーを侵害されても訴えられず、それを受け入れていることがある	.681	.405	.564	
	50 子どもが援助を望んでいても、十分に対応できないと、子どもは要求を表出すること自体をあきらめてしまう場合がある	.708	.476	.595	固有値 4.22
	51 子どもは、清潔や排泄の援助の際、プライバシーを配慮されることにより、尊厳が維持される	.752	.534	.643	寄与率 48.4
	52 子どもは病気の経験を通じて、ストレスの克服方法や目標を達成するための方法などを学んでいる	.734	.489	.624	Cronbach's α .857
身体生理の特徴	1 子どもの免疫機能は低いため、感染症にかかりやすい	.686	.394	.507	
	2 子どもは、体温調節機能が未熟であるため、環境温に左右されやすい	.743	.499	.571	
	4 年少児ほど成長率・基礎代謝が大きいため、エネルギー所要量が多い	.642	.304	.477	
	5 子どもは、気道が狭く肺が未発達であるため、呼吸困難などの症状を起こしやすい	.723	.426	.560	固有値 2.53
	7 輸液管理が適切に行われることにより、子どもの電解質バランスは保たれる	.635	.327	.474	寄与率 47.2
	8 子どもは発汗量が多いため、適切な時期に援助を行うことにより、子どもの皮膚の状態は良好に保たれる	.687	.396	.529	Cronbach's α .751
自律性	12 子どもの感覚能力は、出生後の体験によって高められる	.693	.328	.508	
	13 子どもは、子ども自身のなかに育つ力をもっている	.769	.457	.596	固有値 3.29
	14 子どもは、生後3年間のなかで自我が芽生える	.661	.315	.476	寄与率 52.5
	15 子どもは、経験をすることで物事の理解が進む	.764	.474	.583	
	16 子どもの発達に合わせて援助を行うことにより、基本的生活習慣の自立につながる	.730	.521	.532	Cronbach's α .802

全30項目のCronbach's α = .921, KMO値 = .944, 累積寄与率 = 48.82%

もは、生後3年間のなかで自我が芽生える」「15. 子どもは、経験することで物事の理解が進む」であった。

また、尺度原案で【経験】【活動意欲】として作成した項目は、尺度構成後はそれぞれが【健康障害のある子どもの体験】と【知的・情緒・社会機能の発達】に分かれた。【健康障害のある子どもの体験】の構成項目は、「40. 処置を受ける幼児期以降の子どもの恐怖・不安への対処行動は、子ども自身の心の準備が関係する」「41. 幼児期の子どもは、病気や治療を自分のいけないことに対する罰と思う傾向がある」「42. 子どもは、看護師の説明不足で状況を理解できないとき、医療行為や援助へ抵抗を示す」と、対象である子どもの状況が“健康障害のある子ども”という点で1つの下位尺度に収束された。【知的・情緒・社会機能の発達】に収束された項目は、「27. 幼児期の子どもは、環境によって言葉の数が増える」「28. 幼児期の子どもの反抗的な行動は、子どもの主張と関係がある」などであった。なお、尺度原案の【活動意欲】から尺度構成後【知的・情緒・社会機能の発達】に収束された項目は、「45. 泣いている子どもは、何かを訴えている」「46. イメージしやすい言葉で説明を受けることにより、子どもは状況をスムーズに受け入れれるようになる」の2項目であった。

b. 尺度の信頼性の検討

各下位尺度に割り当てられた項目の得点の合計によって、各因子の相関をみた因子間相関では、4つの下位尺度は互いに有意な中程度の正の相関 ($p < .01$) を示した。Cronbach's α 係数による内的整合性を検討したところ、30項目全体において α 係数は.921であった。4つの下位尺度においても、第1因子 $\alpha = .862$ 、第2因子 $\alpha = .857$ 、第3因子 $\alpha = .751$ 、第4因子 $\alpha = .802$ であり、いずれも信頼性が確認された。

またI-T相関（修正済み項目合計相関）においても、それぞれ「知的・情緒・社会機能の発達」.516～.598、「健康障害のある子どもの体験」.528～.643、「身体生理の特徴」.478～.572、「自律性」.476～.596の範囲にあり、十分な信頼性を有していることが確認された（表3）。

c. 妥当性の検討

因子的妥当性については、因子分析による尺度構成を行ったことにより確保されている。また同時に、4名のエキスパート（看護専門学校に在職し基礎教育に携わっている教員）を対象に、各質問項目がどの構成要素に含まれるか、紙面上で振り分けてもらうことを依頼し、その後、研究者が構成要素ごとの平均合致率を算出した。その結果、各構成要素の合致率は、「知的・情緒・社会機能の発達」が84.1%、「健康障害のある子どもの体験」が68.8%、「身体生理の特徴」が100%、「自律性」が、80.0%であったことより、妥当性を確認した。

VI. 考 察

1. 「子ども理解」評価尺度構成前の全項目の得点状況

1～3年次全体で評定平均値が最も低かった項目は、「輸液管理が適切に行われることにより、子どもの電解質バランスは保たれる」であった。この内容は、知識不足に関する内容である。『小児看護学実習』における学生の困難感として「成長発達と疾患を統合してとらえる」²²⁾という点があげられているが、一般的に小児の場合、成長発達上の生理的特徴と疾患および治療に伴い予測される合併症とを関連して考えるという点で特徴があり、本研究の上記の結果とも同義の内容であると思われる。

現在の看護学生の短期間での実習では、輸液管理に関する知識を学習していても、それを実際に学生自身が実践する場面が少なく、実感のレベルに至らないのではないかと予想され、つまり、実習などの実践場面における、検査データと実際の成長発達の特徴を含めた子どもの状態との統合の困難さを示していることがうかがえる。しかし、この「輸液管理が適切に行われることにより、子どもの電解質バランスは保たれる」の項目に関しては、学年が進むごとに有意に評定平均値が高く示されていたことから、『小児看護学』以外の他の領域での学内演習や実習経験の積み重ねも含め、学内での講義・演習だけでなく、実践場面での学習の機会を多く与えていくことが必要であると思われる。

また1年次と2年次との間では、13項目について有意差（すべて1年次<2年次）を認めた。その代表例として「子どもは適切な遊びの機会を与えられることにより、社会性が育つ」「子どもの発達に合わせて援助を行うことにより、基本的生活習慣の自立につながる」などであった。3年課程における一般的なカリキュラムの進行としては、1年次の小児看護学概論で小児の発達の特徴を学び、2年次で保育園・幼稚園児実習を行い、実際の健康な子どもと触れ合うことで、周囲の大人のかかわりや環境が子どもの成長発達を促進することにつながる等、1年次で学んだ既習内容と実際を統合させながら学習を重ねるが、さらに子どもへの援助が発達の促進につながるという「発達」の概念が、講義や実習などの教育によって定着していくのではないかと予測された。

2. 「子ども理解」評価尺度の因子構造と特性

質問項目の尺度化においては、きわめて高い偏りを示した2項目を除いた50項目の回答において、すべて正規分布が確認されたことから、「実感」の程度による回答への選択肢に関する表現は、看護学生が実際にとらえている「子ども理解」を示すのに妥当であったと考える。

本研究では、植木野¹⁸⁾による4つの領域で示された「子

ども理解」のための枠組みをもとに「子どもを1人の人格ある人間としてとらえる理論上の意味」として、「子ども理解」の枠組みの4つの下位概念【健康】【発達】【経験】【活動意欲】を活かし、看護学生の「子ども理解」を評価する尺度を作成した。その結果、看護学生の「子ども理解」評価尺度は、30項目4因子から構成された。

「子ども理解」を4つの下位領域でとらえるという仮説と構成された4下位尺度を比較すると、尺度原案における【健康】の領域からは、仮説として当初あげていた構成概念を【身体生理の特徴】として命名することができ、妥当性が確認できた。

身体的・知的・情緒・社会機能を下位概念に含む【発達】より分かれた【知的・情緒・社会機能の発達】の構成項目は、子どもが環境との相互作用のなかで影響を受けながら発達し、知的・情緒面、社会性といった諸機能の発達を示しているという内容を示したことから、妥当な結果であると考える。

一方の【自律性】を構成する項目の内容は、子ども自身が能動的に発達する力がある、という自律性に特徴がみられた点から【自律性】と命名し、新たな下位尺度として構成された。この1つの下位尺度に属したことについては、学生は子どもの存在について、一人の人間として子どもをとらえようとしていることが反映し、一つのまとまりとなったのではないか、と推察される。これは、日本では1994年に「児童の権利に関する条約」が批准され、看護実践においても、条約を尊重する立場で子どもとかかわることが求められていることや、さらに小児医療の現場では、子どもへのインフォームド・アセントの必要性が強調されていることが、小児看護教育においても定説として学生に示されるようになったこととも関連しているのではないかと考えられる。

【経験】【活動意欲】として作成した項目は、尺度構成後はそれぞれが【健康障害のある子どもの体験】と【知的・情緒・社会機能の発達】に分かれた。

【健康障害のある子どもの体験】の構成内容は、子どもの状況が“健康障害のある子ども”という点で、健康レベルが限定されていたことから、1つの下位尺度として収束された。これは、本調査の対象である看護学生が、健康障害を学ぶ専門職者の視点から子どもを認識していることがうかがわれ、看護学生を対象とした尺度の特徴が明確に現れているのではないかと考える。

田島²³⁾は看護実践を行うためには、その状況を適切に認識し判断しそのうえにたって適切な看護方法を選択し、適切に看護を実施する能力がなければならない、と述べている。状況を適切に認識することは、小児看護においては、言葉で正確に表現できない子ども自身の気持ちやおか

れている状況を把握することが必要であるが、容易なことではない。子どもの現わしている言動には、個々の子どもの発達段階の特徴が反映していることも相まって、さらに状況の理解を困難にさせている。

小児看護では、子どもの発達に関する知識がアセスメントや実践の基盤となる。上村ら²⁴⁾も小児看護学実習で困惑する場面は、小児の発達段階に合わせたコミュニケーションと看護技術に関する場面であり、その要因として小児は言葉の理解と行動にギャップがあることを指摘している。同様に丸山²⁵⁾も子どもが年少の場合、子どもの反応の読み取りに困難を感じていることを述べている。疾患の理解だけでなく、症状や入院、処置・検査を受けることにより、子ども自分がどのような体験をしているか、という点に着眼することは、子ども個々のニーズに対応した看護実践を行うために重要なことである。これらより、本下位尺度は小児看護学教育において意義のある下位尺度であると思われる。

【知的・情緒・社会機能の発達】には尺度原案の【経験】から、「27. 幼児期の子どもは環境によって言葉の数が増える」「28. 幼児期の子どもの反抗的な行動は、子どもの主張と関係がある」などが収束された。これは、【経験】の下位概念には「相互作用・生活習慣・生育歴」があり、子どもの生育歴、家族や周囲との人間関係を含めた環境との相互作用における子どもの示す行動の特徴、という意味が含まれており、子どもが【発達】していくための要素と関連した内容であると思われる。看護学生の「子ども理解」の特徴としては、身体的側面が中心となり精神・社会的側面に関する理解が低い⁶⁾という実態から、身体面だけでなく、精神・社会的側面を含めて偏りなく「子ども理解」の程度を測るための視点として、重要な下位尺度項目であると考える。

3. 尺度の信頼性、妥当性について

まず、天井・床効果の確認で削除された2項目「3. 子どもの身体的発育は個人差がある」「11. 子どもには想像力がある」については、『小児看護学』に関する講義を受けていない1年次においても80%の学生がすでに実感されていたことから、半ば常識的な範疇で理解できる子どもの特徴とも考えられ、尺度としては意味のない項目であったため、除外されたことは妥当であった。残りの50項目について、因子分析および主成分分析を行った。

第1因子から第4因子の各因子の信頼性は、Cronbach's α 係数が .751～.862であった。さらに、尺度全体においても .921と高く、30項目1尺度としても使用が可能であり、内的整合性が確認された。また I-T相関、KMO値においても十分な信頼性を有していることが確認された。尺度

構成過程においては、固有値1.00以上の主成分が1個のみで、第1主成分負荷量がすべて.60以上であり、判断基準として満たしていることからも信頼性が確保されている。

内容妥当性については、項目作成時に小児看護領域における臨床経験、および看護基礎教育経験のある専門家から意見を得たことと、また尺度構成後には、4名の看護基礎教育経験のある専門家に依頼し、各質問項目の各尺度への振り分けを行ってもらい平均合致率を算出した結果、1領域の構成要素以外は80%以上の高い平均合致率が確認され、内容妥当性は確保していると考える。そのなかで【健康障害のある子どもの体験】に関してのみ、他と比べて68.8%とやや低い平均合致率であった。これは、健康レベルの違いによる子どもへの影響を示す領域であるが、子どもの発達の特徴と関連して示される子どもの特徴であったことから、合致率が低かったものと思われ、『小児看護』の特徴となる下位尺度であるといえる。

4. 「子ども理解」評価尺度の有用性

山口²⁶⁾は、教員や実習指導者は学生の関心をとらえ、患児に関心が向かうようにかかわること、学生の患児に対する視点を支持することから患児の理解が広がるよう指導することの重要性を述べている。本研究において、4下位尺度30項目から構成される3年課程看護専門学校に在籍する看護学生の「子ども理解」度を測定する「子ども理解」評価尺度を作成したことは、今後、『小児看護学』教育の学習過程で「子ども理解」という視点からの対象認識の評価を行うことができるようになり、『小児看護学』の指導に有用であると思われる。

また、子どものありのままの姿を理解させることができ、小児看護の効果的な教育内容の構築を検討するうえでの基礎となる²⁷⁾と述べられているように、子どもとかかわりの少ない看護学生は、まずは子どもを理解することから始まり、子どもとの関係を形成しながら、子どもがわかるようになったと実感することで、ようやく目の前にいる子どもを尊重し、真のニーズとは何かを模索しながら援助に取り組むようになる。本尺度によって、学習進度、実習進度に伴う看護学生の「子ども理解」の程度を形成的に評価することは、単に「理解が低い・高い」に留まらず、「子ども理解」の傾

向から指導へ活用していくことができ、Bloom, B. S. ら¹⁹⁾の述べている「教授=学習過程」の活動に位置づけることが可能であると考える。さらに、対象者自らが本尺度の質問項目に答えることにより、「子ども理解」について客観的に振り返り自己評価につながることができると思われる。

本尺度を教育活動のなかで活用することにより、小児看護学教育の内容・方法を客観的に評価できる重要な評価資料となり、小児看護学教育全般に関してのカリキュラム構築のための有用な示唆を得ることが予想される。

5. 今後の課題

今回の調査では、3年課程看護専門学校に在籍する看護学生に対象を限定したが、現在の看護師養成機関は短大、大学に移行しつつあることから、対象範囲としては限界がある。今後は、対象幅を広げながらこの尺度の精度を上げ、すべての看護学生で使用できるように改良していく必要がある。

VII. 結論

1. 3年課程看護専門学校に在籍する看護学生の「子ども理解」に関する単純集計の結果では、学年にかかわらず「子どもの身体的発育は個人差がある」「子どもには想像力がある」の2項目が最も高く示され、一方、最も低いのは「輸液管理が適切に行われることにより、子どもの電解質バランスは保たれる」であった。

2. 3年課程看護専門学校に在籍する看護学生の「子ども理解」に関する尺度構成は、【知的・情緒・社会機能の発達】【健康障害のある子どもの体験】【身体生理の特徴】【自律性】の4下位尺度、合計30項目から構成された。

3. 3年課程看護専門学校に在籍する「子ども理解」評価尺度全体のCronbach's α は、全体では.921、各下位尺度においても.751～.862と高値を示し、信頼性が確認された。

謝辞

ご多忙中にもかかわらず、本研究にご協力くださいました対象者の皆様はじめ、看護専門学校の教務の皆様には心からお礼申し上げます。

要旨

本研究の目的は3年課程看護専門学校に在籍する看護学生の「子ども理解」評価尺度を開発し、その信頼性と妥当性を明らかにすることである。3年課程看護専門学校に在籍する1～3年次の看護学生1,456人を対象に調査を行った。項目選定後、因子分析、主成分分析を行い、その結果、【知的・情緒・社会機能の発達】【健康障害のある子どもの体験】【身体生理の特徴】【自律性】の4下位尺度、計30項目から構成される「子ども理解」評価尺度を作成した。30項目全体のKMO値は.94、Cronbach's α 係数は.921、4下位領域では.751～.862で、内的

整合性が確認された。本尺度は、3年課程看護専門学校の『小児看護学』教育における「子ども理解」からの視点での教育評価に有用であると考える。

Abstract

This research aims to develop an evaluation scale related to the understanding of children by nursing students attending three-year courses at nursing vocational schools, and to elucidate the scale's reliability and validity. A total of 1456 third-year nursing students attending three-year courses at nursing vocational schools were involved in this research. After selecting the items, factor analysis and principal component analysis were performed. As a result, an evaluation scale related to the understanding of children was constructed, which comprised a total of 30 items and four subscales: 'development of intellectual, emotional and social functions', 'experience of children with health impairments', 'body physiology characteristics' and 'autonomy'. Internal consistency was confirmed with an overall Kaiser-Meyer-Olkin value of .94 for the 30 items and a Cronbach's α coefficient of .921, which ranged from .751 to .862 within the four sub-domains. This scale is considered useful for educational evaluations conducted from the perspective of understanding children in the pediatric nursing curriculum of three-year courses at nursing vocational schools.

文 献

- 1) 市江和子：小児看護学における子どものイメージに関する研究—1980年代から90年代の小児看護文献をもとに—. 日本赤十字愛知短期大学紀要, 13, 39-44, 2002.
- 2) 石松直子, 江藤節代, ほか: 大学生の持つ育児イメージと対児感情—看護学科学生と他学科学生との比較—. 日本赤十字九州国際大学紀要, 2, 145-154, 2004.
- 3) 岩本真紀, 近藤美月: 看護学生のイメージに関する実態調査. 香川医科大学看護学雑誌, 6(1), 137-142, 2002.
- 4) 釜島美智代, 中久喜町子: 小児看護学実習前後の学生の子ども観と実習のとらえ方の変化(第二報)—実習パターンの違いによる検討—. 山梨県立看護大学紀要, 6, 57-64, 2004.
- 5) 池田京子: 小児看護学実習における情報収集の実態—受け持ち患者記録の分析を通して—. 新潟大学医療技術短期大学紀要, 5(1), 73-81, 1993.
- 6) 上山和子: 看護学生の子どもの健康に対する認識(1)—小児看護学実習終了後の調査—. 新見公立短期大学紀要, 22, 73-80, 2001.
- 7) 長谷川桂子, 石井康子: 子どもの理解を深めることをめざしたフィールド観察の効果. 岐阜県立看護大学紀要, 1(1), 80-86, 2001.
- 8) 古庄智美: 実習形態を変更した小児看護学実習の実習状況—病院実習直前に保育園実習・小学校実習を行うことの効果—. 神奈川県立病院付属看護専門学校紀要, 5, 28-31, 2000.
- 9) 澤田和美, 奥野順子, ほか: 小中学校の実習を通して地域で生活する子どもの理解—「小児看護学実習Ⅱ」初年度の経験から—. 東京女子医科大学看護学部紀要, 4, 45-51, 2001.
- 10) 上山和子: 看護学生の子どもに対するイメージ変化と小児看護学の授業方法について. 新見公立短期大学紀要, 20, 125-133, 1999.
- 11) 茂本咲子, 泊祐子, ほか: 子どもと子どもを取り巻く社会の観察における学生の学習成果. 岐阜県立看護大学紀要, 5(1), 59-64, 2005.
- 12) 菅弘子, 山本靖子, ほか: 小児看護学実習における対象理解に関する指導方法の研究: その3—指導場面の分析からの考察—. 神戸市看護大学短期大学部紀要, 21, 125-135, 2002.
- 13) 片桐義晴: 発達的子ども理解の再検討—その意義と問題点—. 早稲田大学大学院, 文学研究科紀要, 43, 97-107, 1997.
- 14) 上野ひろ美: 「子ども理解」に関する教授学的考察. 奈良教育大学紀要(人文・社会), 42(1), 81-95, 1993.
- 15) 吉川友能: 「子どもの発達」理解の変化と幼児教育の思想的課題—現行の幼稚園教育要綱・保育所指針に現れた新しい発達観の検討—. 弘前大学教育学部紀要, 94, 81-90, 2005.
- 16) 池田京子: 小児看護学臨地実習における情報収集の実態—受け持ち患者記録の分析を通して—. 新潟大学医療技術短期大学紀要, 5(1), 73-81, 1993.
- 17) 山中久美子, 吉川影二: 本学学生の子どもへの関心と子ども理解の変化—小児看護学の講義前と実習後の質問紙による比較から—. 大阪府立看護大学紀要, 9(1), 15-23, 2003.
- 18) 楠木野裕美: 子どもの全人的把握のためのアプローチⅢ—概念枠組の検討—. 大阪府立看護短期大学紀要, 16(1), 1-8, 1994.
- 19) Bloom, B S, ほか編著(梶田叡一, ほか訳): 教育評価方法ハンドブック—教科学習の形成的評価と総括的評価, 第一法規, 1976.
- 20) 出口禎子, 山本明美, 梶山祥子: 基礎看護学における対象理解の道すじ—講義と実習との統合—. 日本看護学教育学会誌, 8(1), 73-78, 1998.
- 21) 植村勝彦: ボランティア活動への参加—非参加を規定する態度要因—女子青年の場合. コミュニティ心理学研究, 2(1), 2-11, 1998.
- 22) 西田みゆき, 北島靖子: 小児看護学実習における学生の困難感. 順天堂医療短期大学紀要, 14, 45-51, 2003.
- 23) 田島桂子: 看護実践能力育成に向けた教育の基礎(第1版). 169, 医学書院, 東京, 2002.
- 24) 上村まや: 小児看護学実習における困惑した場面の要因及び学びの分析—看護場面の再構成を通して—. 西南女学院大学紀要, 11, 2007.
- 25) 丸山真紀子: 看護学生が捉える入院中の子どもを尊重した関わり—小児看護実習を経験した学生を対象に—. 日本小児看護学会誌, 17(1), 65-71, 2008.
- 26) 山口明子: 小児看護学実習における実習指導者の関わりと学生の学び. 岐阜医療科学大学紀要, 1, 83-90, 2007.
- 27) 林田りか, 中淑子, 草野美根子: 入学前の看護学生の子どもに対する接觸および更衣体験の実態. 県立長崎シーボルト大学看護栄養学部紀要, 3, 85-91, 2002.

〔平成22年10月4日受付
平成24年1月24日採用決定〕

疫学講義におけるクリッカーの使用と学生の反応

Use of Clickers in an Epidemiology Lecture and the Students' Reactions

猫田 泰敏

Yasutoshi Nekoda

キーワード：オーディエンス・レスポンス・システム、クリッカー、疫学、学生の反応

Key Words : audience response system, clicker, epidemiology, students' reactions

I. 研究目的

数十人以上の学生を対象として行う講義形式の授業では、教員は学生の関心をとらえ維持するためにさまざまな工夫を行う必要がある^{1), 2)}。その一つとして、発展しつつあるICT (Information and Communication Technology) の活用が注目されている。なかでもオーディエンス・レスポンス・システム (Audience Response System : 通称“クリッカー”) は教員と学生の双方向のコミュニケーションを実現する機能をもち、欧米等では多くの教育機関、とくに大学では看護学^{1)~5)}、医学、歯学、薬学等の分野で使用されている。

わが国では、2007年に初めて北海道大学の物理学教育に導入⁶⁾されて以降、医学、歯学、薬学等の教育現場に広がり始め、より考える授業であった等の好意的な反応が確認されつつある^{7)~11)}が、看護学教育における使用例は報告されていない。

このシステムの一般的な使用法は次のとおりである。まず教員がパワーポイントでスライドをつくるのと同様の手順で学生の知識や意見等を問うスライドを作成し、タイミングを考慮して講義用のスライド間に適切に配置しておく。そして、スクリーンに投影された当該スライドに対し、学生は指で操作可能なりモートコントロール機器により応答し、その情報はノートパソコンに伝達され、直ちに集約のうえ、投影される。

本報告の目的は、著者が担当している疫学講義において初めてクリッカーを導入し、試行錯誤しながら使用目的や使用のタイミングを考えつつ行った教育実践の一端をまとめるとともに、学生のクリッカー使用への反応を示すことである。これらの内容を踏まえ、関連する先行研究を参照し、クリッckerの意義や効果的な使用方法等について若干の考察を行った。

II. 研究方法

1. 使用したオーディエンス・レスポンス・システム

今回、使用したシステムはKEEPAD JAPAN（株）製¹²⁾のもので、無線周波を使用する。本来の意味でのクリッcker (clicker)、レシーバー (ノートパソコンのUSB端子に接続し、クリッckerからの電波を受信する装置) およびTurningPointソフトウェア (パワーポイントのアドインソフト) の3種類の製品からなる。図1のとおり、クリッckerは縦8.4cm×横5.3cm×厚さ0.8cm程度の大きさ、重さは30g程度で、数字とアルファベット等の印字された12個のボタンが配列されている。

TurningPointソフトウェアは、あらかじめパワーポイントをインストールしているパソコンにインストールし、パワーポイントを起動させると画面上部のメニューバーに専用のメニューが追加表示される。本ソフトウェアはパワーポイントのアドインソフトであり、パワーポイント自体の操作に影響はない。クリッckerによる応答を求めるスライドをつくる場合は、TurningPointのメニューを選択すると図2の各種ツールバーが表示され、パワーポイントのスラ



図1 クリッckerおよびレシーバー

イド作成とほぼ同様の操作で応答用のスライドを作成できる。そのスライド例を図3に示す。

投影された本スライドに対し、学生は応答の数字のボタンを押す。なお、本例では選択肢数を4、応答者数の上限を画面左下の数字のとおり85名に、また応答秒数の上限を画面右下の砂時計の上の数字のとおり20秒に設定した。

教員はマウスの操作により、学生からの応答を受信可能な状態にすると、砂時計は徐々に砂を下降させ、応答可能秒数も減少する。画面下部の「0/85」と表示されている「0」の数字の部分には、その時点での応答人数が表示され、20秒後に受信中止になると、合計の応答人数が確定する。そして、学生の応答結果が画面右に円柱グラフとして

直ちに表示される。グラフの上部には各選択肢の選択割合ないし実人数のいずれかを表示できる。正答肢にはマークを付けることができ、経過時間図（本例では砂時計）および応答結果のグラフ表示は、それぞれ複数の種類から選ぶことができる。

個々のクリッカーは固定の識別番号を持つため、学生個人と対応させれば学生の出席管理や時系列的な応答管理等が可能となるが、今回は使用しなかった。

2. クリッカーを使用した疫学講義の概要

講義は、著者が単独で担当したA大学看護学科2学年(77名)の必修科目(2単位)として、2009年度の後期に実施したものである。

『田中平三：疫学入門演習－原理と方法(第3版)、南山堂』を教科書とし、主に予習・復習に使用させた。毎回の講義は、同書を基本とし、適宜、『保健師国家試験出題基準』を考慮した内容を追加し、パワーポイントによるスライドの説明(ハンドアウトを毎回配布)を主として実施した。必要に応じ、教科書や追加の配付資料による説明を行った。

講義内容は表1のとおりであった。9回目の疫学的研究方法演習では4名程度のグループをつくり、看護分野における9つの疫学的研究文献をもとに、研究目的、研究方法の要約と主要な分析結果について著者がまとめた9問の演習問題のプリントを配布した。そして、各問がどの疫学的研究方法(横断的研究、コホート研究、症例対照研究、介入研究の4肢択一)に該当するかを検討させる演習を行い、クリッカーによる解答をグループごとに求め、問題への疑問点を自由に発言させた。翌回は、前回に出された疑問点への解説を行い、グループ検討の後、解答を求め、正答の提示とまとめを行った。



図2 Turning Pointの各種ツールバー

疫学について誤っているのはどれか

- 人間集団を対象としている。
- 要因と健康事象との関係を追究する。
- 個人の疾病の原因究明を主な目的とする。
- 看護研究での利用価値は大きい。

0 / 85

0% 0% 0% 0%

人間集団を対象として
影響因子と健康事象
個人の疾患の原因
看護研究での利用価値

20

図3 Turning Pointにより作成したスライド例

表1 クリッカーの使用目的別スライド枚数

講義内容(1回90分)	A 講義開始時における前回講義の主要内容に関するテスト	B 講義途中での説明内容に関するテスト	C 講義途中での説明内容への学生自身による理解度評価	D 演習問題への解答	E 講義終了時における講義全般にかかる学生自身による理解度評価
1. 疫学の定義と歴史	-	-	-	-	1
2. 疫学と看護学・疫学の特性	-	4	-	-	1
3. 健康事象の頻度の測定(その1)	3	1	-	-	1
4. 健康事象の頻度の測定(その2)	-	2	-	-	1
5. 記述疫学と疫学的仮説の設定	1	1	-	-	1
6. コホート研究	2	-	1	-	1
7. 症例対照研究	2	-	2	-	1
8. 介入研究	1	1	2	-	1
9. 疫学的研究方法演習	-	-	-	9	-
10. 演習(続き)と解説	-	-	-	9	-
11. バイアスと交絡	-	-	2	-	1
12. 因果関係の推理	3	-	-	-	1
13. 交絡とその制御(その1)	-	-	-	-	1
14. 交絡とその制御(その2)	-	-	-	-	1

3. クリッカーの使用方針

クリッカーの使用は著者にとって初めてであったため、当初は先行文献⁶⁾を指針にして、前回の講義内容の確認テストや講義途中の説明内容に関するテストを20~30分ごとに行なうことを行なった。また、講義終了時における講義全般にかかる学生自身による理解度評価は、演習の9および10回を除き、毎回実施することとした。

4. 調査項目

調査項目のうち実施した講義の実態に関するものは、各講義でクリッカーを使用したスライドの使用目的別の枚数、代表的な使用方法の実例、9~10回に行った疫学的研究方法に関する演習の概要であった。

学生の反応は、毎回のクリッカーによる応答の一部、10回目の講義終了時に「毎回、授業で使用しているクリッカーは、あなたの授業理解に役立っていますか?」(選択肢は「役立っている」「どちらともいえない」「役立っていない」の3肢択一)と無記名の自記式質問紙で問い合わせ、「役立っている」と回答したものへは「どのような点が役立っていると思うか?」を自由記述で求めた回答、さらに最終(14回目)の講義終了時に「このクリッckerをほかの授業でも使ってほしいですか?」(選択肢は「使ってほしい」「どちらかといえば使ってほしい」「どちらともいえない」「あまり使ってほしくない」「使ってほしくない」の5肢択一)とスライドで問い合わせ、クリッckerで求めた回答であった。

5. 分析方法

単純集計を行った。Wilcoxon検定はSAS ver.9.2で行った。自由記述は、著者が内容を分類し集計した。

6. 倫理的配慮

初回の講義時に、クリッckerはケースに入った状態から自分で任意に選択すること、使用の有無は自由であること、応答は匿名であるため個人は特定できないこと、使用の有無は成績評価に無関係であること、応答結果は研究目的で使用することを伝えた。実際に学生がクリッckerで応答したことにより、学生は研究の趣旨を理解し同意したものと扱った。

10回目に行った無記名の自記式質問紙調査では、回答の有無は任意であること、回答は匿名であるため個人の特定はできず成績評価には影響しないこと、回答結果は研究目的で使用すること、自由記述内容はそのままでは用いないことを伝え、教室の最後列の学生より順次前の学生へと無印刷の面を上にして学生同士に手渡して回収させた。質問紙への記入があったことにより、研究への同意が得られたものとした。

III. 結 果

1. クリッckerの使用目的別スライド枚数

使用したスライドの使用目的を分類すると、表1のとおりAからEまでの5種類に分類された。

Eを除き、各回の使用目的の種類数は1、13~14回目ではゼロ、演習の回(9~10回目)ではDのみ、そのほかの回は1~3種類であった。

A、B、Cの3種類を使用したのは8回目のみであった。また、Bの目的での使用は大半が5回までであり、その後にCの目的での使用が目立った。

2. 使用したスライド例

図4は7回目の講義の最初に使用した、前回のコホート研究に関する講義の主要な内容についての理解度を把握するためのスライドである。正答肢は4であり、3分の1程度が正解していた。図5は5回目の講義の途中で、説明内

コホート研究の特徴で誤っているのはどれか。

1. 因果関係の推定ができる。
2. 費用・労力がかかる。
3. 曝露因子の測定の信頼性が高い。
4. 寄与危険は直接、算出できない。

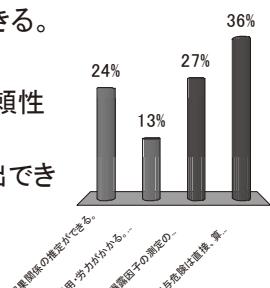


図4 「A 講義開始時における前回講義の主要内容に関するテスト」のスライド例

地域や集団を観察単位として、要因と健康事象との関連を分析する研究方法はどれか。

1. 記述疫学
2. 横断的研究
3. 生態学的研究

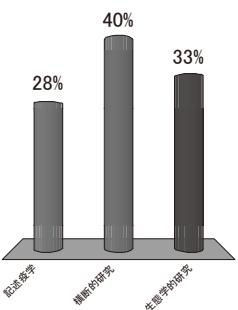


図5 「B 講義途中での説明内容に関するテスト」のスライド例

容の理解度を確認するために使用したテストのスライドであり、最多数が誤答肢を選択していた。また、使用目的Cに該当するスライドとしては、8回目で使用した「介入研究と観察研究の違いがわかりましたか?」と問うスライドがあり、85%が「はい」と回答していた。

3. 疫学的研究方法の演習の概要

9回目では、グループごとに出題した9問はどの疫学的研究方法に該当するかを検討させた。50分ほどのグループ討論の時間をとり、グループごとに1名が各問の正答と考える選択肢をクリッカーで解答するよう指示した。ノートパソコンに保存された個別のクリッカーの応答記録より、特定のクリッカーから半数(5問)以上の応答のあったものについて分析すると、各問の正答割合(%)の平均(SD)は71.6(12.6)(N=25)であった。なお、無応答は不正解とみなした。正答肢は学生へは知らせなかった。そして、各問について解答上の疑問点を自由に述べさせた。

10回目では、前回出された疑問点について直接には正答につながらない範囲での解説を行った。そのうえで、グループ討論の時間をとり、再び正答を考える選択肢をクリッckerで答えさせた。その結果、正答割合は88.4(5.4)(N=21)であり、最後にまとめの解説を行った。

4. 講義終了時における講義全般に係わる学生自身による理解度評価の分析

図6は、講義終了時における講義全般にかかる学生自身による理解度評価の確認のスライドである。演習の9~10回目で使用しなかったものを除き、毎回同じものを用了。平均回答人数(SD)は61.1(8.8)(平均はクラス定員の79.4%)であった。

集計の結果、図7のとおり「よくわかった」と「大体わ

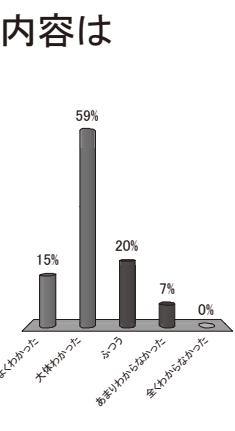


図6 「E 講義終了時における講義全般にかかる学生自身による理解度評価」のスライド

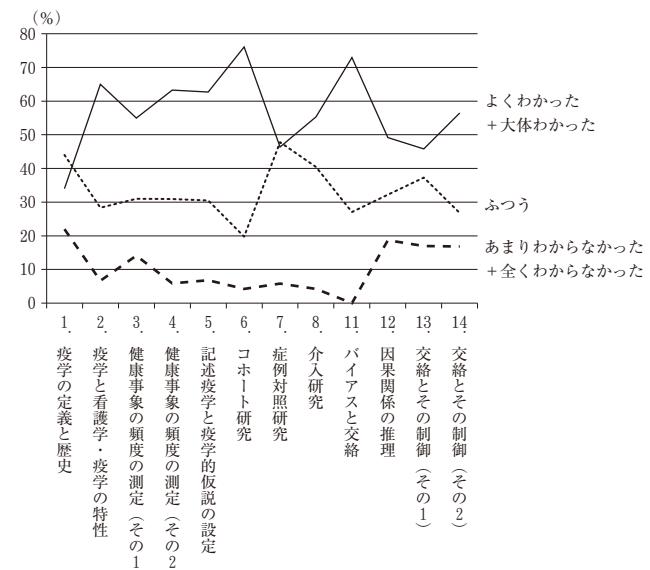


図7 講義終了時における講義全般にかかる学生自身による理解度評価の集計結果

かった」の合計の割合(%)の平均(SD)は56.8(12.0)、「ふつう」は33.0(8.0)、「あまりわからなかった」と「全くわからなかった」の合計は10.2(7.1)であった。

「よくわかった」と「大体わかった」を合わせた割合が50%未満だった回は、「1. 疫学の定義と歴史」、「7. 症例対照研究」、「12. 因果関係の推理」、「13. 交絡とその制御(その1)」であった。このうち「7. 症例対照研究」を除くほかの回では、表1のとおり「B 講義途中での説明内容に関するテスト」と「C 講義途中での説明内容への学生自身による理解度評価」のスライドは用いていなかった。

そこで、これらの12回における「よくわかった」と「大体わかった」の合計の割合について、当回の内容にかかる使用目的B、Cのスライドを全く使用していない回(4回、平均46.3%)と1種類以上(枚数は考慮しない)使用している回(8回、平均62.1%)の間でWilcoxon検定をした結果、P値は0.051であった。

5. 授業理解への役立ち

10回目の終了時の「毎回、授業で使用しているクリッckerは、あなたの授業理解に役立っていますか?」との間に62人から回答があり、内訳は「役立っている」55人(88.7%)、「どちらともいえない」7人(11.3%)で、「役立っていない」はいなかった。「役立っている」と回答した者の自由回答を集計した結果は表2のとおりで、「クラスのメンバーの理解度がわかるから」が12人で最も多く、ついで「授業内容の理解度がすぐわかるから」(11人)、「気軽に教員に自分たちの理解度を伝えることができるから」(11人)等の順であった。

表2 役立っていると回答した学生の自由記述の集計
(N=55)

クラスのメンバーの理解度がわかるから (12)
授業内容の理解度がすぐわかるから (11)
気軽に教員に自分たちの理解度を伝えることができるから (11)
教員に自分たちの理解度を把握してもらえるから (6)
教員が自分たちの理解度により、追加説明をしてくれるから (6)
押すのが楽しいから (6)
理解しようと思えるから (3)
話の区切りがわかって切替えができるから (1)

[注] 重複回答。() 内は回答数。

6. ほかの授業での使用希望

14回目の講義終了時の「このクリッカーをほかの授業でも使ってほしいですか?」とのスライドでの質問に60人から回答があり、内訳は「使ってほしい」22人(36.7%)、「どちらかといえば使ってほしい」29人(48.3%)、「どちらともいえない」8人(13.3%)、「あまり使ってほしくない」1人(1.7%)であり、「使ってほしくない」はいなかった。

IV. 考 察

講義終了時のクリッカーの応答数より、平均的に全学生の8割程度の応答結果が得られたことは、1クラスでの実践という限界はあるものの、本報告の信頼性を保障するものと考えられる。

クリッカーの使用目的は5種類に分類された。

講義開始時に行う前回講義の主要内容に関するテストでは、前回の主要内容の理解度を確認でき、その結果により追加説明が可能となる。例示した図4はコホート研究に関するテストであった。正答割合は4割未満であり、教科書での順序とは逆に症例対照研究の講義の前に行ったため、テスト自体が症例対照研究との比較を前提としていることから、学生が解答に困難を感じた可能性は否定できない。

講義途中での説明内容に関するテストや学生自身による理解度評価では、学生は自身の理解度を教員へ気軽に伝えることができ、また自身の理解度を即座に把握できることを役立つ点としてあげていた。教員の立場からは、挙手や個人指名では把握しづらい学生のありのままの理解度に近い反応が得られる、と考えられる点で有用である。教員には、学生の理解の程度によっては再び同内容について説明方法を修正して教授できる利点があり、講義進行へ学生が主体的に関与できる手段として位置づけることができる。つまり、クリッcker使用の利点の一つは学生へ直ちにフィードバックを与えることができるこ^{13), 14)}といえ、その結果、クリッckerは教員と学生との相互作用を促し、学生の積極性を引き出す可能性を高める点が期待でき

る^{2), 5)}。さらに、学生自身は、自分自身の理解の程度を把握するだけでなく、クラスのメンバーの理解度をかなり重視していることがわかった。

なお、今回のクリッckerの使用では「B 講義途中での説明内容に関するテスト」はほぼ講義の前半まででの使用にとどまっており、以降は「C 講義途中での説明内容への学生自身による理解度評価」のための使用が目立った。これを改善するためには、余裕をもってテストづくりを心がけることが重要と考えられ、シラバスづくりの段階から計画的に進める必要があろう。

著者が当初、使い方の指針とした文献⁶⁾では、簡単なクイズやアンケートをおよそ10分か15分に一度くらいの頻度で出題する、正答を提示した後に正答についての解説をしたり新しい話題の導入にクイズを出したりして授業を進めることを推奨していたが、著者がこれらを必ずしも適切な頻度・目的で実施できたとはいえない。また、30分に一度くらい授業の進み方や難度に関するアンケートを実施することも同文献では勧めているが、一度も実施できなかつた。この点について、従来、学生の雰囲気より著者が判断してきた習慣が影響したと考えている。

別の文献¹⁴⁾では、テストでの選択肢を作成する実用的なヒントとして、論理的でもっともらしい選択肢と学生がみなす誤答肢を作成すること、選択肢の数を5問以下にすること、当て推量の回答を避けるために「わからない」という選択肢を入れることを指摘している。

9~10回目は、グループ演習にクリッckerを組み合わせた試みであった。9回目では各グループの回答を全グループの回答分布に位置づけることにより疑問の提出に結びつけ、それへの教員の回答結果も参考にしつつ、再度グループ演習を行った結果、全体的に正答割合は2割程度高まつた。さらに、変動係数(SD/平均×100%)は9回目は17.6%、10回目は6.1%と顕著に減少し、クラス内でのグループ毎の理解度がかなり均一化したことが指摘できる。このようなクリッckerの利用方法の価値も大きいといえよう。

また、講義の理解度に関して、使用目的がB、Cのスライドを全く使用しなかった回では、「よくわかった」と「大体わかった」の合計割合が平均で16%近く低かった結果から、学生に対し講義途中で説明内容に関するテストを行ったり理解度を把握するという働きかけが、講義終了時における学生自身が評価する全般的な理解度に影響していた可能性が考えられる。しかし、全く使用しなかった1回目は疫学を初めて習い、12~13回目は比較的理が困難な内容であったから、とも推測できよう。

なお、講義終了時におけるクリッckerの使用目的として、その回の講義内容に関するものだけでなく、例えば次

回の講義で保健統計学の基礎的な知識が不可欠な場合、関連知識（相関、回帰直線、 χ^2 検定、 t 検定、等）をどの程度理解しているかをあらかじめ確認でき、次回の講義を円滑に実施するために有効であり、必要に応じて学生に復習を促すことにつながる意義は大きい。

講義終了時に学生自身の応える理解度については、図7のとおりコホート研究の講義の最後に実施した結果、「よくわかった」と「大体わかった」を加えた割合が76.1%と全回で最も高率であったのに対し、翌回の講義開始時に行う前回講義の主要内容に関するテストの正答割合は4割未満であった。既に指摘した理由だけでなく、学生が理解度として想定する内容は教員が重視するものとは必ずしも一致していないことも考えられ、今後、学生の反応についてミニット・ペーパー¹⁵⁾等も併用し、分析することが重要と考える。

ところで、全講義の最終回に、多くの大学でFD(Faculty Development)の一環として学生による授業評価が大学で設定した項目で行われているが、教員自身が重視する項目を独自に設定し実施できる点も重視したい。

さらに、ほかの授業での利用を希望する（「使ってほしい」+「どちらかといえば使ってほしい」）割合は85.0%であった。これらの結果より、看護学教育において、学生は全般的にクリッカーを使用することに対して好意的な反応を示している結果が得られたと評価することができ、他研究^{1)~3), 5)}と同様の知見が得られた。

一方、クリッカーの使用上の問題点として、クリッカーの費用負担、教員がソフトウェアを使うための技術習得の

課題が指摘できる。そこで、1案として学部・学科全体として使用することを決定し、学生には入学時に自らクリッカーボードを購入させ、教員には隨時、技術支援を受けられる仕組みをつくって組織的に使用し、相互に使用体験を共有することは、効果的な使用法を開発するうえで有効であろう。

今回は初めてのクリッカー使用に関する実態調査が主な目的であったが、その使用が成績の向上に影響するかどうかは興味のあるところである。これについては複数の研究が行われているが、学生を無作為に複数の群に割り付けて一定期間の授業を行うことが实际上困難なため、ほぼすべての研究は準実験的方法で行われている。試験結果が向上した^{4), 16)}という研究がある一方、有意差はみられなかつたという研究³⁾もあり、明確な結論は出ていない¹⁾。

これに関して、クリッカー自体が教育効果をもたらすではなく、クリッカーを用いることによる授業方法の変更⁴⁾ないし積極性を引き出す教授法¹⁷⁾が効果をもたらしている可能性が指摘されている。このため、クリッckerの使用の有無の点だけが異なる実験的に統制された授業法の比較研究の方法論を考案し実施することが必要である¹⁸⁾。

クリッckerは最終的に「教授法の改善」に資するところに意義があるため、今回の経験を踏まえ、さらに効果的な利用方法を考案したい。

本研究は、科研費(20390573)の助成を受けたものである。なお、本研究の一部は第69回日本公衆衛生学会総会(平成22年10月、東京)で発表した。

要　旨

本報告は、教員と学生の間の双方向のコミュニケーションをICTで実現した通称“クリッcker”を看護教育において使用した報告例がわが国ではないことから、著者担当の1クラスの疫学講義で使用した教育実践の一端および学生の反応をまとめた。その結果、使用目的は5種類に分類され、具体的な使用例を紹介した。また、クリッckerを使用することが講義全般にかかる学生自身の理解度評価に影響する可能性が示唆された。さらに、授業理解へ「役立っている」と88.7%が回答し、その理由（自由回答）として「クラスのメンバーの理解度がわかるから」「授業内容の理解度がすぐわかるから」「気軽に教員に自分達の理解度を伝えることができるから」等が上位を占めた。ほかの授業で「使ってほしい」と「どちらかといえば使ってほしい」を合わせると85.0%であった。以上より、学生は全般的にクリッckerの授業への導入に対して好意的である結果が得られた。

文　献

- 1) Patterson, B, Kilpatrick, J, et al: Evidence for teaching practice: The impact of clickers in a large classroom environment. *Nurse Educ Today*, 30(7), 603-607, 2010.
- 2) DeBourgh, G A: Use of classroom “clickers” to promote acquisition of advanced reasoning skills. *Nurs Educ Pract*, 8(2), pp.76-87, 2008.
- 3) Halloran, L: A comparison of two methods of teaching: Computer managed instruction and keypad questions versus traditional classroom lecture. *Comput Nurs*, 13(6), 285-288, 1995.
- 4) Caldwell, J E: Clickers in the large classroom: Current research and best-practice tips. *CBE Life Sc Educ*, 6(1), 9-20, 2007.
- 5) Jones, S, Henderson, D, et al: “Clickers” in the classroom. *Teaching & Learning in Nursing*, 4(1), 2-5, 2009.
- 6) 鈴木久男, 武貞正樹, ほか: 授業応答システム“クリッcker”による能動的学習授業: 北大物理教育での1年間の実践報告. *高等教育ジャーナル－高等教育と生涯学習－*, 16, 1-17, 2008.

- 7) 渡辺賢治, 岡野ジェイムス洋尚, ほか: KEEPad を用いた双方向性講義の導入. 医学教育, 39Suppl, 121, 2008.
- 8) 田中光郎, 柿崎 寛: クリッカーを用いた授業におけるリアルタイムフィードバックの有効性. 日本歯科医学教育学会雑誌, 24(3), 366-369, 2008.
- 9) 武田直仁, 竹内 烈, ほか: クリッカー（授業応答システム）がもたらす双方向性授業の効果. 日本薬学会年会要旨集, 第129年会, 334, 2009.
- 10) 青野 透: 「生命・医療倫理」授業におけるクリッカーとポータル活用による考えさせる授業と学習動機付け. 医学教育, 41Suppl, 87, 2010.
- 11) 森本宏志, 中原敦子, ほか: 安全衛生教育におけるクリッカー・システム導入の試み. CAMPUS HEALTH, 47(1), 121-122, 2010.
- 12) KEEPAD JAPAN ホームページ. 2010-10-27.
<http://www.keepad.com/jp/>
- 13) Hattie, J: Measuring the effects of schooling. Aust J Educ, 36(1), 5-13, 1992.
- 14) Kenwright, K: Clickers in the classroom. TechTrends, 53(1), 74-77, 2009.
- 15) 池田輝政, 戸田山和久, ほか: 成長するティップス先生—授業デザインのための秘訣集. 105-107, 玉川大学出版部, 東京, 2003.
- 16) Mayer, R E, Stull, A, et al: Clickers in college classrooms: Fostering learning with questioning methods in large lecture classes. Contemp Educ Psychol, 34(1), 51-57, 2009.
- 17) Margle, M: Clickers in the classroom an active learning approach. Educause Quartely, 30(2), 71-74, 2007.
- 18) Fies, C, Marshall, J : Classroom response systems: A review of the literature. J Sci Educ Tech, 15(1), 101-119, 2006.

〔平成22年12月3日受付
平成23年10月25日採用決定〕

健康な女性に対するタクティールケアの生理的・心理的効果

Physio-Psychological Effect of Massage with Tactile Care for Healthy women

酒井桂子¹⁾

Keiko Sakai

坂井恵子¹⁾

Keiko Sakai

坪本他喜子¹⁾

Takiko Tsubomoto

小泉由美¹⁾

Yumi Koizumi

久司一葉¹⁾

Kazuyo Kyuji

木本未来¹⁾

Miki Kimoto

河野由美子¹⁾

Yumiko Kohno

橋本智美²⁾

Satomi Hashimoto

北本福美³⁾

Fukumi Kitamoto

キーワード：タクティールケア、マッサージ、生理的効果、心理的効果

Key Words : Tactile care, massage, physiological effects, psychological effects

I. はじめに

現代社会は、多様化した国民のニーズや複雑な人間関係、産業面での効率化の追求などにより、日常生活を営むうえでストレスの多い状況にある。医療現場も例外ではなく医療技術の高度化、疾病構造の変化などにより、患者は治療や社会復帰に対する不安や悩みなどさまざまな問題に遭遇する。また、超高齢化社会に伴い認知症患者の増加が予測されることや、在宅で終末期を過ごす高齢者の増加も予測される。このような状況は、医療の受け手や提供者にとってのストレス要因となっている。

複雑な社会環境のなか、患者のニーズに応える方法として「癒し」や「リラクセーション」の技術が看護場面に多く取り入れられている。例えば、疼痛緩和や感覚刺激等の目的での筋弛緩法、呼吸法、自律訓練法、マッサージ・指圧、リフレクソロジー、音楽療法、アロマセラピーなどがある。

先行研究では、足浴、マッサージ、アロマセラピー、筋弛緩法などによるリラクセーション効果について、脈拍、血圧、唾液アミラーゼ、および副交感神経活動指標や気分感情の変化により生理的・心理的な癒し効果があった、としている^{1), 2)}。マッサージに関する先行研究では、心拍数の減少や皮膚温の上昇など、副交感神経優位の生理的反応や心理的反応でリラクセーション効果の報告があった^{3)~5)}。

タクティール[®]ケア（以下、タクティールケアとする）は、スウェーデンにおいて1960年代に未熟児医療から始まり、認知症、がんの緩和ケアなど多岐にわたって取り入れられ、補完療法に位置づけられている。タクティールと

は、ラテン語の「タクティリス (Taktillis)」に由来する言葉で、「触れる」という意味である。タクティールケアは、肌に柔らかく触れて行うケアで、特定のツボや筋の走行などを意識するものではなく、容易に行える特徴がある⁶⁾。看護者や介護者の手で患者の手足や背中を柔らかく包み込むようになることによって、不安な感情を取り除いたり痛みを和らげたりする効果が期待されている。また、肌と肌の触れ合いによるコミュニケーションを大切にすることで、信頼関係を築くことができると考える。

日本におけるタクティールケアの実践例はまだ少ないが、認知症高齢者への緩和ケアの一つとして紹介されたことから、近年注目されるようになった^{7), 8)}。介護施設において認知症患者にタクティールケアを施術した結果、認知症高齢者のQOLが高まり、その人らしい生活が送れた、という例があった。また、気持ちよく穏やかな表情が得られた、などの効果が報告されていた⁹⁾。木本は、不穏状態や苦痛を改善できたとともに、看護者との信頼関係が構築できた例を報告していた¹⁰⁾。このように、タクティールケアを受けた人は肯定的な反応を示している、という報告が数多くあったが、これらの評価はすべて主観的評価であった。客観的指標を用いて評価した例としては、ICUにおけるタクティールによるオキシトシンの報告があった¹¹⁾。

今回、健康な女性を対象にタクティールケアを行い、その効果を生理学的および心理学的な指標を用いて客観的に評価し、心身に及ぼす影響を検証する目的で研究を行った。

タクティールケアは、一定の手技を会得すれば誰にでも容易に実行できるケアであることから、この効果を検証す

1) 金沢医科大学看護学部 School of Nursing, Kanazawa Medical University

2) 金沢医科大学病院 Kanazawa Medical University Hospital

3) 金沢医科大学医学部 School of Medicine, Kanazawa Medical University

ることにより、臨床の多くの看護師が日常的な看護援助として活用する根拠を提示することができる。

II. 目的

タクティールケアが、健康な女性において生理的・心理的効果のあるマッサージ方法であることを検証する。

III. 用語の定義

タクティールケアとは、「癒し」や「リラクセーション」をもたらすこと目的に、手で対象者の背中や手足を柔らかく包み込むようにならべるマッサージ方法をいう。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

準実験研究デザイン

2. 対象

対象の選定は、A大学に在籍中の健康な女性で、研究の趣旨を文書と口頭で説明し同意が得られた者とした。対象者の人数は、検出力分析を行い12名と設定した。

対象の適応条件は、授業終了後に夕食を食べずに参加し18時から20時まで参加が可能である者とし、除外条件は、過去にタクティールケアを受けたことがある者とした。

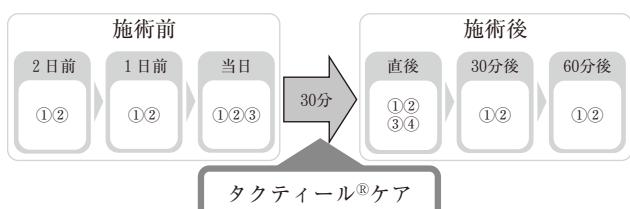
3. 期間

平成21年12月～平成22年1月。激しい運動や特別な行事等の無い日常的な講義のある授業期間とした。

4. 調査内容（図1）

a. 生理的反応

生理的反応の指標として、①生命徵候への影響を知るための体温・脈拍・血圧、②体表温度を、18時から10分間の安静後にベッド上臥位で測定した。通常の生理的状態を見るため、施術の2日前・前日・当日直前の3日間に各1回



測定項目
①T/P/BP ②体表温度 ③POMS ④自覚した身体反応

図1 プロトコール

測定し、3回の測定値の平均をとって「施術前値」とした。施術後は、施術後10分以内（以下直後と表す）、30分後、60分後に測定した。

b. 身体的自覚反応

身体的自覚反応の指標として、自作の調査表を用い、施術直後に測定した。

c. 心理的反応

心理的反応の指標として、気分・感情状態を測定した。測定には『日本語版POMS短縮版』（発行：株式会社金子書房）（以下、POMSと略す）を使用し、施術直前と施術直後に測定した。

5. 測定用具と測定方法

a. 体温

測定は、予測式電子体温計（腋窩用）を用い右腋窩部で測定した。脈拍・血圧の測定は、『テルモ電子血圧計ES-H55P』を用い、左上腕部にマンシェットを装着して測定した。

b. 体表温度

測定は、ボタン電池型データロガー『サーモクロロンGタイプ』および解析ソフト『Thermo Manager』を用いた。『サーモクロロンGタイプ』は超小型温度記録計（直径：約17mm×厚さ：約6mm、重さ：約3.3g）で、一定の時間感覚で皮膚の体表面に密着させるとともに、外気温を感じしないよう機器の皮膚への非密着面に発泡スチロール板を当て、絆創膏（Fixomull stretch）で固定した。

『サーモクロロンGタイプ』の測定可能温度範囲は-40°Cから+85°Cで、表示最小単位（分解能）は0.5°C、精度は-25°Cから+60°Cの環境下において±1°Cである¹²⁾。プレテストにおける定常状態までの時間は最高値から安定するまで7～8分であったため、装着後10分以上経過してからの値を測定値とした。

『サーモクロロンGタイプ』の装着部位は、施術のときに支障がなく、臥床時に圧迫しない場所で、影響の波及効果を知るため体幹と末梢部の3か所を選択した。剣状突起部（以下、胸部と表す）、右茎状突起より中枢側へ3cmの前腕外側（以下、右手と表す）、右外踝より中枢側へ5cmの下腿外側（以下、右足と表す）とした。測定間隔は1分に設定した。

c. 身体的自覚反応

指標とする調査表は、筆者ら¹³⁾が抽出した項目に基づき自作した調査表である。調査項目の信頼性は検証されていないが、25名への569回分のタクティールケア時の主観的評価記録を概念化した項目であり、複数の研究者のコンセンサスにより内容妥当性が検証されている。身体的反応

として、「気持ちよかったです」「温かくなった」「リラックスした」などの9項目からなり、回答は「全くあてはまらない」から「非常にあてはまる」の5段階の自記式調査とした。点数が高いほど、身体的反応の自覚がよいことを示す。

d. POMS

「緊張」「抑うつ」「怒り」「活気」「疲労」「混乱」の6つの尺度から気分・感情状態を測定する30項目からなる心理検査で、「全くなかった」から「非常に多くあった」までの5段階で回答し、信頼性と妥当性が検証されている¹⁴⁾。使用に際して、発行元の許可を得た。

6. 介入方法

実験環境は、大学内のベッドのある演習室で室温25°C、湿度50~60%に設定した。また、施術者・測定者・研究参加者以外の入室を制限し、静かな環境を確保した。ベッド上で臥床し、167×120cm綿100%のタオルケット1枚をかけた。研究参加者の着衣は、Tシャツ程度の長袖衣服と測定部位を覆わない長ジャージパンツとした。腹臥位で背部のタクティールケアを10分施術した後、静かに仰臥位に体位を変換し、タクティールケアを右足に10分、左足に10分施術した。60分後の測定終了まで仰臥位を保持しタオルケットで被覆した。

実験介入であるタクティールケアの概要、は表1および表2のとおりである。

施術者は、株式会社日本スウェーデン福祉研究所主催の《タクティールケアⅠ》の認定を受けた者4名（看護師免許有資格者）であった。施術は手順、所要時間、方法を統一したが、施術者による圧の差が生じないよう、事前に相互に施術し合い確認した。

7. 分析方法

a. 生理的指標

①体温、脈拍、収縮期・拡張期血圧、および②体表温度については、施術前（施術の2日前・前日・当日直前の平均値）と、施術直後、30分後、60分後のデータをとり、二元配置分散分析で比較した。また、③身体的自覚反応については単純集計した。

b. POMS

「緊張－不安」「抑うつ－落込み」「怒り－敵意」「活気」「疲労」「混乱」の6つの尺度と全体について、施術前後の変化をWilcoxonの符号付順位和検定を用いて比較した。

統計ソフトは、JMP 8、SASを使用し、有意水準を0.05とした。

8. 倫理的配慮

金沢医科大学『疫学研究倫理審査委員会』の承認（No.63）を得て行った。研究参加者については、公明性を考慮し、人のよく集まる場所にポスターを掲示することにより「公募」した。研究参加者に研究の趣旨や方法、参加の仕方、参加の自由、途中辞退の保障、利益不利益、個人情報の守秘、機密性確保、結果の公開方法などを口頭と書面で説明し、同意書に署名を得た。さらに、同意を得た後にも研究の辞退は可能であり、辞退してもその後の学業等には影響のないことを説明し、心理的・身体的負担をかけないように配慮した。

表1 背中のタクティールケアの手順

-
- ① 相手の肩に両手を軽く置く。
 - ② そのまま両手を揃え、肩甲骨と肩甲骨の間までゆっくり下ろす。中央から背中の外側に向かい、時計まわりの方向でゆっくり円を描きながら、背中全体が大きな楕円で覆われるまで、背中のラインに沿って行う。
 - ③ 背中の外側まで触れたら相手の首の下で手を止め、そのまま両手を揃え、背中の中央までゆっくり降ろす。次に片手ずつ交互に使い、背中の中央から外側に向かって時計まわりに放射線状になでていく。背中のいちばん外側のラインまでしっかりと触れる。
 - ④ ③の動きが終了したら、腰の中央の低い位置で両手を止める。そこから両手をそろえ、脊柱に沿って腰から首へと向かう。
 - ⑤ 首の下で両手を左右に開き、背中のいちばん外側のラインをたどりながら下に降ろしていく。腰の中央の位置で両手を再びそろえる。同じ動作を3回繰り返す。
 - ⑥ ⑤の動きが終了したら、腰の中央の低い位置で両手を止める。
 - ⑦ 腰の位置から首に向かってハート型を描くように、背中全体をなでていく。肩の位置では、5回繰り返す。
 - ⑧ ⑦の動作が終了したら、首の両側に両手をしばらく置く。
 - ⑨ 両手を揃えたまま、背中を側面から反対側の側面に向かって流れるような動きで、少しずつ下に降りていく。
 - ⑩ 肩のところまで終わったら、そのまま腰の中央の低い位置で両手を止める。
 - ⑪ 腰の中央の低い位置で止めた、その両手を横向きにする。
 - ⑫ その手を横向きにした片方の手を腰の低い位置に残す。もう一方の手を首の後ろにしっかりと置き、そこから腰に当てた手に向かって、脊柱に沿って降ろしていく。次に、降ろした手を腰の低い位置に残し、もう片方の手を右肩に置き、そこから背中の外側のラインに沿ってゆっくりと降ろす。再び手を入れ替え、左肩も同様に行う。
 - ⑬ ⑫の動きが終了したら、両手をそろえ、肩甲骨と肩甲骨の間までゆっくり上げる。中央から背中の外側に向かい、時計まわりの方向でゆっくり円を描きながら、背中全体が大きな楕円で覆われるまで背中のラインに沿って行う。
 - ⑭ すべてのケアが終了したら、相手の肩に両手を軽く置き、終了を告げるとともに「ありがとうございました」と、触れさせてもらったお礼を言う。
-

表2 足のタクティールケアの手順

- ① 溫かさを保つために、相手の両足をバスタオルで包む。そして、施術するほうの足だけバスタオルを外す。
- ② 手のひらを上に向けて相手の足の甲に置く。手のひらに少しオイルをたらし、足全体にオイルを伸ばす。このときも、相手の足にはずっと触れておくようとする。
- ③ 相手の足をやわらかく3回なで、オイルが足全体にいきわたるようになじませる。
- ④ 相手の足の甲の中央に両手の親指を平行に置き、中央から外側へ向かってすべるように親指を動かす。足の甲を上、真ん中、下に3分割し、3回の動きで甲全体に触れる。
- ⑤ 親指と中指で相手の足の甲と足のひらの間をはさむ。骨と骨の間に沿って、足の甲から指間に向かって引っ張るような感じで、なでていく。
- ⑥ 最後に指間に親指の横側でしっかりと押す。⑤、⑥の動作と同じところで3回繰り返す。
- ⑦ ⑤、⑥の動作が5本すべての指で終了したら、終った指から次の動作に入る。親指と人差し指で相手の足指を横からはさみ、付け根から指先に向かって小さな円を描きながら動かす。
- ⑧ 指先まで終わったら、最後に親指の腹で相手の足指の先を少し強めに押す。
- ⑨ 次に、親指と人差し指で相手の足指を上下ではさみ、付け根から指先に向かって小さな円を描きながら動かす。
- ⑩ 指先まで終わったら、最後に相手の足指全体を軽く包む。⑦～⑩の動作を5本すべての足指で行う。
- ⑪ 両手で相手の足を包み、足首から指先に向かって、ゆっくりとすべらせながら、3回なでる。
- ⑫ 手のひらで相手の足のかかとを包み込み、ゆっくりと円を描くように時計回りに3回なでる。
- ⑬ 3本の指先で、相手の足の裏に小さな円を描くようになでていく。時計まわりに行う。⑫→⑬→⑭の順で行う。ここで足の裏は終わる。
- ⑭ 両手ではさみこむように相手の足を包み、足首から指先に向かって、ゆっくりと3回なでる。
- ⑮ 親指と他の指で三角形をつくり、これでアキレス腱を支え、かかとに向けてしっかりと足を支えながら止まるところまでなでる。この動きを、両手を交互に入れ替えながら3回繰り返す。
- ⑯ 両手ではさみこむように相手の足を包み、足首から指先に向かって、ゆっくりとなで、⑮→⑯を3回繰り返す。
- ⑰ 両親指と人差し指、中指を使い、相手の足首の部分を小さな円を描くようになでていく。
- ⑱ 両手ではさみこむように相手の足を包み、足首から指先に向かって、ゆっくりと包み込む。
- ⑲ 相手の足首を床と垂直になるように立て、足裏に手のひらを当て、アキレス腱を伸ばすような感じで軽く押す。これで片足は終了。終わった足をタオルで包み、もう一方の足に移る。
- ⑳ すべてケアが終したら、最後にもう一度⑯の動きを両足に行う。
タオルで包んだ相手の両足の上に手を軽く置き、終了を告げるとともに「ありがとうございました」と、触れさせてもらったお礼を言う。

タクティールケア普及を考える会 編著：タクティールケア入門－スウェーデン生まれの究極の癒やし術. 日経BP企画, 2008.
より抜粋

V. 結 果

1. 対象者の背景

対象者は健康な女性10名で、全員が看護学生であり、年齢は18～35歳、平均年齢は 20.7 ± 3.47 歳であった。測定開始時間に遅れた2名を除いた。いずれも健康であると答えたが、自覚症状を訴えた者の内訳は、月経不順1名であった。

2. 生理的指標の施術前後の比較

a. 体温・脈拍・血圧

体温、脈拍、血圧、体表温度について、途中で排泄のため60分後の測定を中断した1名を除き、9名で分析した。

体温、脈拍、収縮期・拡張期血圧は、施術前と施術直後、30分後、60分後をそれぞれ比較した結果、いずれにも有意な差はなかった。

体温は、施術前の平均値 $36.5 \pm$ 標準偏差 0.2°C に対して、直後 $36.6 \pm 0.4^\circ\text{C}$ 、30分後 $36.7 \pm 0.4^\circ\text{C}$ 、60分後 $36.8 \pm 0.4^\circ\text{C}$

と変化がなかった。

脈拍の施術前の平均値は 56.9 ± 9.2 回／分に対し、直後 51.4 ± 8.3 回／分、30分後 53.1 ± 9.7 回／分、60分後 55.1 ± 10.1 回／分であった。

収縮期血圧は、施術前の平均値 103.8 ± 9.0 mmHgに対して、直後 101.0 ± 9.9 mmHg、30分後 102.0 ± 11.9 mmHg、60分後 106.2 ± 10.2 mmHgであった。拡張期血圧は、施術前の平均値 61.2 ± 7.9 mmHgに対して、直後 56.8 ± 8.5 mmHg、30分後 62.1 ± 9.9 mmHg、60分後 64.2 ± 9.0 mmHgであった(表3)。

b. 体表温度

体表温度は胸部、右手、右足の3か所とともに、施術前と比較して施術直後、30分後、60分後に有意に上昇した。

胸部は、施術前の平均値が $35.4 \pm 0.6^\circ\text{C}$ に対して、直後の平均値 $35.9 \pm 0.5^\circ\text{C}$ ($p = .0029$)、30分後の平均値 $36.0 \pm 0.4^\circ\text{C}$ ($p = .0006$)、60分後の平均値 $35.8 \pm 0.6^\circ\text{C}$ ($p = .0226$)であった。

右手は、施術前の平均値 $33.6 \pm 1.2^{\circ}\text{C}$ と比較して、直後の平均値 $35.2 \pm 1.3^{\circ}\text{C}$ ($p = .0004$)、30分後の平均値 $34.7 \pm 1.1^{\circ}\text{C}$ ($p = .0055$)、60分後の平均値 $34.9 \pm 1.1^{\circ}\text{C}$ ($p = .0023$)であった。施術直後から30分後に上昇した温度を60分後も維持している、もしくは若干低下した対象がいた。

右足の体表温度は、施術前の平均値 $32.1 \pm 1.0^{\circ}\text{C}$ と直後 $33.4 \pm 1.3^{\circ}\text{C}$ ($p = .0042$)、30分後の平均値 $34.1 \pm 1.2^{\circ}\text{C}$ ($p = .0006$)、60分後の平均値 $34.7 \pm 1.1^{\circ}\text{C}$ ($p = .0001$)で、60分後が最も上昇した。右手の場合で60分後に低下する対象がいたが、右足の場合は維持もしくは上昇していた。

c. 身体的自覚反応

身体的自覚反応は、「非常にあてはまる」「まああてはまる」「どちらともいえない」「あまりあてはまらない」「全くあてはまらない」を5～1の5段階で評価した結果、9項目それぞれの平均得点と標準偏差は以下のとおりであった。「①気持ちよかったです」 4.9 ± 0.3 、「②温かくなった」 4.9 ± 0.3 、「③眠くなった」 4.9 ± 0.3 であった。「④リラックスした」 4.7 ± 0.7 、「⑤安心できた」 4.7 ± 0.5 、「⑥熱くなった」 4.0 ± 0.7 、「⑦腸の動きが活発になった」 3.5 ± 0.8 、「⑧身体が軽くなった」 3.5 ± 1.0 であった。「⑨汗が出てきた」は 2.1 ± 1.3 であった(図2)。

3. 心理的指標の施術前後の比較

POMSで施術前後の気分・感情を測定した結果、以下

表3 タクティールケア施術前後の生理的反応の測定値

	施術前		直後		施術前 - 直後の有意差		30分後		施術前 - 30分後の有意差		60分後		施術前 - 60分後の有意差	
	平均値	SD	平均値	SD	F値	p値	平均値	SD	F値	p値	平均値	SD	F値	p値
体温 (°C)	36.5	0.2	36.6	0.4	0.38	0.5546	36.7	0.4	3.44	0.1009	36.8	0.4	2.56	0.1484
脈拍 (回/分)	56.9	9.2	51.4	8.3	8.34	0.0203	53.1	9.7	3.71	0.0903	55.1	10.1	0.60	0.4593
収縮期血圧 (mmHg)	103.8	9.0	101.0	9.9	2.31	0.1667	102.0	11.9	1.04	0.3375	106.2	10.2	1.21	0.3036
拡張期血圧 (mmHg)	61.2	7.9	56.8	8.5	5.54	0.0465	62.1	9.9	0.41	0.5401	64.2	9.0	0.76	0.4098
体表温度 (胸) (°C)	35.4	0.6	35.9	0.5	*17.92	0.0029	36.0	0.4	*30.27	0.0006	35.8	0.6	*7.93	0.0226
体表温度 (手) (°C)	33.6	1.2	35.2	1.3	*33.85	0.0004	34.7	1.1	*14.18	0.0055	34.9	1.1	*19.19	0.0023
体表温度 (足) (°C)	32.1	1.0	33.4	1.3	*15.67	0.0042	34.1	1.2	*29.11	0.0006	34.7	1.1	*49.42	0.0001

表4 タクティールケア施術前後のPOMSの測定値

	施術前		施術後		施術前後の有意差		<i>n</i> = 10
	平均値	SD	平均値	SD	検定統計量	p値	
緊張 - 不安 (T-A)	4.2	2.6	0.6	1.0	*27.5	0.0020	
抑うつ - 落込み (D-D)	2.5	2.7	0.3	0.7	*14.0	0.0156	
怒り - 敵意 (A-H)	1.0	1.8	0.3	0.7	ns1.5	0.5000	
活気 (V)	4.7	3.2	0.9	1.3	*20.5	0.0156	
疲労 (F)	5.9	2.4	2.6	2.0	*19.0	0.0234	
混乱 (C)	5.8	3.2	2.8	2.3	*22.5	0.0039	
Total Mood Disturbance (TMD)	14.9	11.4	2.5	2.9	*26.5	0.0039	

のとおりであった。得点の平均値と標準偏差を施術前／施術後の順に示し、続いて()内に有意差の危険率を示した。「緊張 - 不安」の得点の平均値 $4.2 \pm$ 標準偏差 $2.6 / 0.6 \pm 1.0$ ($p = .002$)、「抑うつ - 落込み」の得点 $2.5 \pm 2.7 / 0.3 \pm 0.7$ ($p = .0156$)、「活気」の得点 $4.7 \pm 3.2 / 0.9 \pm 1.3$ ($p = .0156$)、「疲労」の得点 $5.9 \pm 2.4 / 2.6 \pm 2.0$ ($p = .0234$)、「混乱」の得点 $5.8 \pm 3.2 / 2.8 \pm 2.3$ ($p = .0039$)、全体の気分の乱れ「TMD」の得点 $14.9 \pm 11.4 / 2.5 \pm 2.9$ ($p = .0039$)で、それぞれ施術前と施術後には有意な差があった。なお、「敵意 - 怒り」の得点 $1.0 \pm 1.8 / 0.3 \pm 0.7$ に有意な差はなかった(表4)。

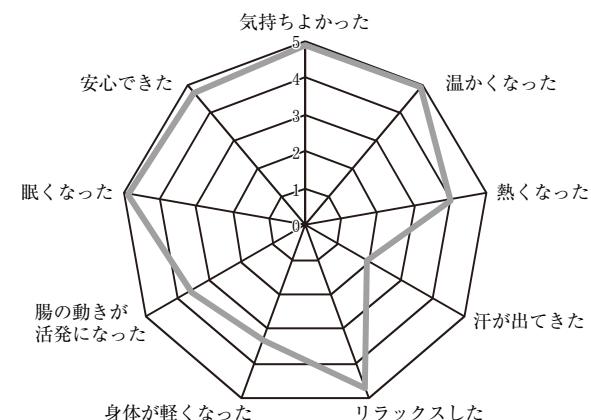


図2 自覚した身体的反応(平均値)

VII. 考 察

1. タクティールケアの有効性

a. 生理的効果

健康な女性にタクティールケアを施術し、施術前後で比較した結果、体温、脈拍、血圧ともに有意な差はなかった。これらのバイタルサインに変動がなかったことから、タクティールケアは、生命徵候に影響を与えるほどの強力な刺激となっていないことが考えられ、ケアとして安全に使えることが期待できると考える。

体表温度は、施術前と比較して施術後が有意に上昇しており、新田らの「足浴後に足部マッサージを行うケアは心拍数を減少安定させ、下肢皮膚温を上昇させる、というリラクセーション効果がある」^[15]との報告と同様の反応があることが検証された。これは「温かくなった」「気持ちいい」「眠くなった」などの身体的自覚反応によっても支持される。また、施術部位は背中と両足であったが、胸部・右手・右足とも体表温度が上昇した。タクティールケアを施術した足だけでなく、手や胸の体表温度も有意に上昇したことから、全身への波及効果があると推察される。

さらに、胸部・右手・右足ともに体表温度の上昇が60分後も持続したことから、タクティールケアの効果は、末梢循環から全身の血液循環を促進させ緩やかで持続的な効果が得られたものと考える。前述の体温、脈拍、血圧に有意な差が認められず体表温度が上昇することは、このケアは、健康障害のある患者のマッサージとして活用できる可能性を示唆している。

タクティールケアの手のひら全体を皮膚に密着させる手技は、一般に用いられるマッサージの軽擦法に類似している。マッサージは、知覚神経末梢の受容器に作用しさまざまな効果を発現させ、また圧のかけ方で効果が異なる^[16]という。皮膚感覺には、接触、圧力、痛み、寒さ、暖かさ、振動のそれぞれに対する受容体が存在し、接触受容体は手掌、唇、足裏、足の指先に最も多く存在する。マッサージにより接触受容体が活発化し、身体の運動システムへアクセスするためである。また、皮膚に加えられた摩擦によりヒスタミンが放出され、その結果血管が拡張して静脈還流が促進される^[17]。タクティールケアの圧のかけ方は、軽くやわらかく包み込むように触れるものであるため、交感神経の興奮を減少させ、皮膚の血管が拡張することによって循環を促進し、施術部位にとどまらず体表温度が上昇し、快適感や落ち着きをもたらしたものと考えた。

また、胸部の体表温度の上昇が他の部位より少ないのは、開始前から核心温度に近い温度であり、大きな変化にならなかつたものと思われる。躯幹部は環境温度が変動しても比較的安定に保たれるが、上下肢は環境温度に伴って

変動が大きい。末梢に移行するにつれ低温になる^[18]。体表温度が低い右手、右足の変動が大きくなつた。さらに、右足は施術部位であることも上昇が大きい一因と言える。

対象者は、一様に身体がぽかぽかと温かくなつたと評価した。このうち「汗が出てきた」について、「まああてはまる」と回答した対象者は2名と少ないとから、タクティールケアは熱くならない程度の心地よい温かさを得ることができたと言える。

b. 心理的効果

POMSの結果、「緊張－不安」「抑うつ－落込み」「活気」「疲労」「混乱」の項目が有意に低下した。リラクセーションによって、緊張感や不安感が軽減するだけでなく、抑うつ感、不機嫌やいらいら、疲労感、当惑や思考力の低下といった自覚的な認識・思考障害が軽減した^[19]ことは、横山によって報告されており、今回のタクティールケアによる結果からも、副交感神経が刺激されることにより興奮や緊張を鎮めるリラクセーション効果が得られたと言える。これは、マッサージ実施前後のPOMSで緊張・不安や疲労感などが有意に低くなった^[20]という先行研究によっても支持される。

やさしく触れるという行為は、薬のように特異的に作用するのではなく、言葉のようにストレートに作用するわけでもなく、じわじわと身体に染み込んでいくような効き方だから、「癒しの手」に触れられた人はその手の温もりが「身に染みる」^[21]とある。ケアを受けた人は皆、「温かかった」「気持ちよかった」と表現していることは、快適感や落ち着きをもたらし「癒し」を感じた結果といえる。不安やストレスを感じている人に、触れるだけでそれを癒すことができる。触れる手段の一つとして、タクティールケアは効果的な意味をもつと言える。

2. 本研究の意義

本研究では、タクティールケアの効果を客観的指標を用いて検証することにより、ケアの効果を生理的および心理的に明らかにした。このことにより、先行研究で報告してきたタクティールケア施術後の反応が、生理的に血液循環促進作用ならびに心理的に緊張感や不安感が減少しリラックス状態を得た結果であることが示された。

日本人は人に触れる文化が薄く、軽度の愁訴しかしない場合になかなかタッチングという行動に出られない。タクティールケアをすることで触れるきっかけを得ることができ、リラックス状態を生みだし、快適さを促進することができる。看護者は、臨床で時間をとてマッサージをすることが困難でも、手浴や足浴の看護技術と意識的にタクティールケアを併用することで自然にタッチングの効果が期待できる。タクティールケアは、つぼやリンパ、筋の走

行などを意識しなくてもよく、強い圧も必要としないので修得すれば比較的容易に実施できることから、看護学生や新人看護師でも取り入れることができる。このケアが日常的になれば、触れられることの心地よい体験が感情を開放する手助けとなり、患者の不安や悩み、不定愁訴や医療に対する不満などこれまで対応できにくかったケースにもアプローチしやすくなることが期待できる。

3. 本研究の限界

本研究では、タクティールケア施行者が4名で複数であった。ケアの手順は統一しており、また施行者は全員タクティールケアの認定を受けており、技術の修得度に差はなかったと考える。しかし、触れる圧の強さに違いがあった可能性がある。

本研究の対象者は、健康な女性に限られており、また対象数が少ないため、外的妥当性に限界がある。結果においてのバイアスは避けられないと考えられる。そのため、今後は健康を害している人、あるいは高齢者において同様の効果が得られるかについて、検討が必要であろう。

本研究は学生を対象としており、調査者およびケア施術者は面識のある教員である。POMSは本人の主観的評価であることから、この人間関係が調査結果に影響を及ぼした可能性が否定できない。また、本研究は対照群を設定していない前後比較研究である。このため、衣類による体温の変化や安静臥床による生理的变化が調査結果に影響を及ぼ

している可能性が否定できないことも、本研究の限界であると考える。今後、対照群を設定して検証する必要がある。

VII. 結論

タクティールケア施術によるバイタルサインの変動はなかった。

タクティールケアは、対象者のほとんどが施術後に「気持ちいい」「眠くなった」「温かくなった」という身体的反応を自覚した。

体表温度は、施術後に実際に触れている足だけでなく手と胸の体表温度が有意に上昇したことから、血液循環を促進する効果があることが示唆された。また、体表温度の上昇が施術後60分持続したことから、タクティールケアの血液循環促進効果は、ケア終了後も持続した。

心理的効果では、POMSの項目のうち「緊張－不安」「抑うつ－落込み」「活気」「疲労」「混乱」が有意に低下したことから、気分・感情をリラックスさせる心理的効果があった。

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の有志の皆様、およびご指導いただきました諸先生に深謝いたします。なお、本研究は第36回一般社団法人日本看護研究学会学術集会において発表したものである。

要旨

研究目的は、タクティールケアが及ぼす生理的・心理的効果を明らかにすることであった。

健康な女性10名に、タクティールケア施術を25℃の室内でベッド上臥床し、背中10分、両足20分を行い、タクティールケア施術前後の生理的・心理的反応の変化を測定した。生理的反応の指標は、①体温・脈拍・血圧、②体表温度、③身体的自覚反応9項目5段階評価（実践記録を内容分析して抽出した自作調査表）を測定した。心理的反応の指標は、④気分・感情の状態を『日本語版POMS短縮版』で測定した。

結果、タクティールケア施術前と施術直後、30分後、60分後を比較した結果、バイタルサインに変動はなかった。体表温度は、施術前と比較して有意な差があり、上昇した。足が最も変化が大きく、施術後60分温かさを維持した。自覚した身体的反応は、ほぼ全員が「気持ちいい」「眠くなった」「温かくなった」と回答した。POMSでは、「怒り－敵意」以外のすべての項目で有意差があった。

文 献

- 1) 片岡秋子：足部マッサージと腹式呼吸が患者の不眠と随伴症状に及ぼす効果—面接による情報分析をもとに—. 日本看護科学会誌, 24(2), 52-61, 2004.
- 2) 守田美奈子、吉田みつ子、ほか：看護の技がもたらす効果—TEARTE学序説—. 看護実践の科学, 34(13), 50-55, 2009.
- 3) 小泉友貴子、高田谷久美子、ほか：健康な女子大学生における生理的及び心理的側面に及ぼすタイマッサージの効果. 山梨大学看護学会誌, 6(2), 65-71, 2008.
- 4) 佐藤都也子：健康な成人女性におけるハンドマッサージの自

律神経活動および気分への影響. 山梨大学看護学会誌, 4(2), 25-32, 2006.

- 5) 松岡治子、佐々木かほる：マッサージによるリラクセーション効果に関する実験的研究—バイタルサインと日本語版POMSによる検討—. 看護技術, 46(16), 95-100, 2000.
- 6) タクティールケア普及を考える会編：スウェーデン生まれの究極の癒やし術タクティールケア入門. 7, 日経BP企画センター, 東京, 2008.
- 7) 田嶋健晴：安心感をもたらしQOLを向上させる“タクティールケア”. コミュニティケア, 9(7), 50-53, 2007.

健康な女性に対するタクティールケアの生理的・心理的効果

- 8) 田嶋健晴：手のタクティールケアの手技と現場での実践方
法. コミュニティケア, 9(7), 54-57, 2007.
- 9) 稲野聖子：タクティールケアを用いた気持ちいいケア. 認知
症看護, 10(2), 83-88, 2009.
- 10) 木本明恵：「触れる」ことの大切さ — タクティールケアの有
効性 — . 訪問看護と介護, 14(6), 487-491, 2009.
- 11) Henricson, M, Berglund, A-L, et al: The outcome of tactile touch
on oxytocin in intensive care patients: a randomized controlled trial.
Journal of Clinical Nursing, 17(19), 2624-2633, 2008.
- 12) サーモマネージャー 操作マニュアル (Ver. 2.06). 株式会社
KNラボラトリーズ.
- 13) 小泉由美, 河野由美子, ほか: タクティールケア実践記録か
らみる効果の内容分析. 日本看護研究学会雑誌, 33(3), 200,
2010.
- 14) 横山和仁 : POMS 短縮版 手引きと事例解説. 3, 金子書房, 東
京, 2005.
- 15) 新田紀枝, 阿曽洋子, ほか: 足浴, 足部マッサージ, 足浴後
マッサージによるリラクゼーション反応の比較. 日本看護科
学会誌, 22(3), 55-63, 2002.
- 16) 寺澤捷年, 津田昌樹 : 絵でみる指圧・マッサージ. 15~17,
医学書院, 東京, 2002.
- 17) Mariah Snyder, Ruth Lindquist編 (野島良子, 富川孝子監訳) :
心とからだの調和を生むケア — 看護に使う28の補助的／代
替的療法 — . 51, へるす出版, 東京, 1999.
- 18) 佐藤昭夫, 佐伯由香 編: 人体の構造と機能. 164, 医歯薬出
版, 東京, 2002.
- 19) 前掲14), 69.
- 20) 前掲 4), 28.
- 21) 山口 創 : 子供の「脳」は肌にある. 178, 光文社, 東京,
2004.

〔平成23年4月1日受付
平成23年12月22日採用決定〕

－総 説－

日本における感染防護具としての手袋に関する研究の現状と課題

— 1994～2008年 —

Current State of and Issues in Research Related to the Use of Gloves for
Protection against Infection: 1994-2008

渡 部 節 子¹⁾
Setsuko Watabe

長 田 泉²⁾
Izumi Osada

今 津 陽 子³⁾
Imazu Satou

五木田 和 枝¹⁾
Kazue Gokita

キーワード：手袋、感染予防、個人防護具、研究

Key Words : gloves, infection control, personal protective equipment, research

I. 序 文

1996年、米国疾病予防管理センター（Centers for Disease Control and Prevention : CDC）は感染対策としてそれまでの普遍的予防策（Universal precautions : UP）や生体物質隔離（Body Substance Isolation : BSI）を発展させ、標準予防策（Standard Precautions : SP）を発表した。SPは「患者の血液・体液や患者から分泌及び排泄される全ての湿性生体物質（尿・痰・便・膿など）は感染の恐れがある」とみなし、対応する方法であり、具体的には「湿性生体物質」に触れる可能性がある場合は、手袋・ガウン・マスクなどの個人防護具（Personal Protective Equipment : PPE）を使用するというものである。

日本における臨床現場では、長年にわたり「疾患に対応する感染予防策」という考え方が主流であったこと、さらに医療従事者の清潔に対する認識の違いやSPに関する知識不足などの背景により、SPの概念に基づいたPPEの使用が充分に実施されていない現状があることが手袋中心に報告されている^{1)～4)}。医療従事者は患者のケア・処置などをを行うことから患者の湿性生体物質に接触する機会が多い。そのためSPの概念に基づき適切にPPEを使用することで感染から身を守ることが重要となる。

本研究においては、PPEのなかでも多く使用されている手袋に焦点をあてて、過去15年間の研究の動向を探ることにより、臨床現場におけるPPEとして手袋着用を推進するにあたり課題を明確にすることを目的とした。

II. 方 法

1. 研究対象

『医中誌Web (Ver. 4)』（特定非営利活動法人医学中央雑誌刊行会）より1994～2008年までの15年間で、「手袋」をキーワードとして検索された文献1,359件のうち、タイトルと要旨の内容を確認し、「感染予防」に関する文献の870件を対象とした。

2. 研究期間

2009年 6月～12月

3. 分析方法

選択した「感染予防」に関する文献の870件について、年次推移、文献の種類、研究方法、研究フィールド、研究対象、研究内容について分析を行い、さらに研究内容はKJ法にてカテゴライズした。

III. 結 果

1. 文献件数の推移

1994～2008年の手袋に関する文献を年次推移でみると、図1に示すように1994～1999年まで15～21件と横這い状態であったが、2000年を境に急激に増加していた。

2. 文献の種類

総説336件（38.6%）、原著261件（30.0%）、会議録245件（28.2%）、その他28件（3.2%）の順で、とくに総説は1994～1999年は1～5件であったが、2000年以降、6件、

1) 公立大学法人横浜市立大学医学部看護学科 Yokohama City University School of Medicine College of Nursing

2) 国際医療福祉大学大学院医療福祉学研究科博士課程 International University of Health and Welfare Graduate School of Health Sciences

3) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科博士後期課程 Tokyo Medical and Dental University Graduate School of Health Care Sciences

日本における感染防護具としての手袋に関する研究の現状と課題

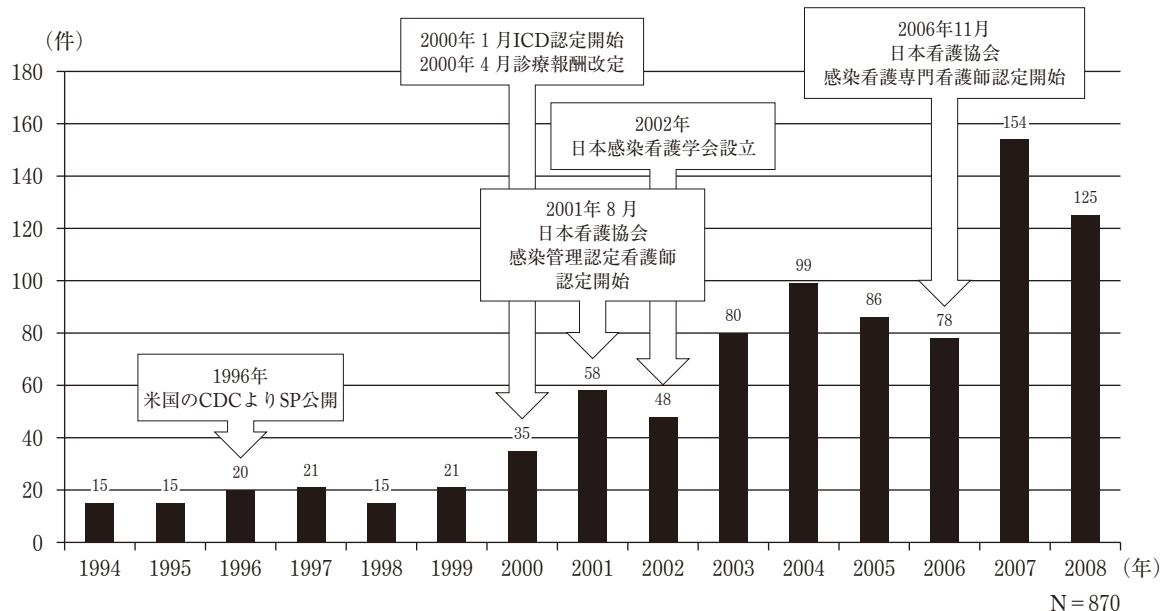


図1 文献数の年次推移

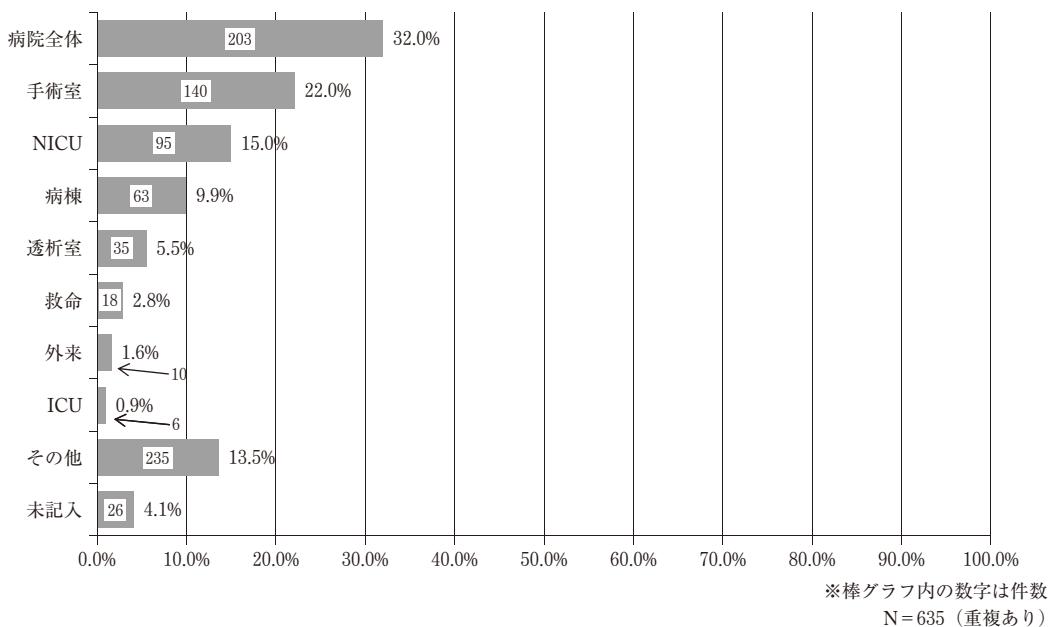


図2 病院における研究フィールド (1994~2008年)

18件、21件に増加し、2007年には最大数の74件であった。

3. 研究方法

研究方法の記述があったものは、2つ以上の研究方法が記載されていた論文2件、1つの研究方法のみの記載論文が816件で、総計818件であった。実態調査（アンケート調査を含む）が324件（39.7%）、ついで実験研究104件（12.8%）、事例研究70件（8.6%）の順で、その他28件（3.2%）であった。

4. 研究フィールド

研究フィールドの記述は、2つ以上のフィールドが記載されていた論文は125件、1つのフィールドのみの記載論文が751件で、総計876件であった。そのうち、病院が635件（84.6%）、ついで歯科分野51件（6.8%）、教育機関23件（3.1%）、在宅16件（2.1%）、老人ホーム11件（1.5%）、血液センター3件（0.4%）、採血車が2件（0.3%）であった。病院をフィールドとした場合の内訳は、図2に示すように病院全体203件（32.0%）と最も多く、ついで手術室が140件（22.0%）の順であった。

5. 研究対象

病院をフィールドとした記述は、2つ以上の対象が記載されていた論文121件、1つの対象のみの記載論文が635件で総計756件であった。図3に示すように、看護職を対象とする研究は1994～1999年まで17～19.6%（9～11件）であったものの、2000年より23.3%（24件）、31.3%（63件）、46.1%（158件）と段階的に急増していた。また、医療職全体も看護職と同様に、1994～1999年まで1.9～3.6%（1～2件）であったものの、2000年より5.8%（6件）、20.9%（42件）、19.2%（66件）と増加していた。一方、患者を対象とした研究は1997～1999年をピークに減少していた。

6. 研究の内容

研究の内容についてKJ法にてカテゴライズした結果、表1に示すように18項目に分類された（一部重複）。項目としては、手袋使用による「アレルギー」が181件（20.8%）で最も多く、手袋の「扱い方」168件（19.3%）、手袋の「使用状況」165件（19%）、「使用目的」138件（15.9%）、「感染・保菌予防効果」130件（14.9%）の順で多かった。

2008年時点で最も多い5項目「使用状況」「教育」「扱い方」「認識・意識」「使用目的」の年次推移をみると、図4に示すように2000年以降手袋の「使用目的」「扱い方」「使

用状況」は増加し、とくに「使用状況」については2008年44件と最多であった。1994年ごろが最も多く研究されていた「アレルギー」「ピンホール」については、研究数は徐々に増加しているものの2008年の上位5位には入らなかった。なお、今回調査した1994年以前においても手袋に関する研究は行われており、内容は手術時や歯科治療時の手袋破損の評価⁵⁾、医療従事者および患者のラテックスアレルギー⁶⁾に関するものがほとんどであった。また、SPという用語は、1994～1998年までの文献には解説として出現したが、1999年初めてSPに関連する研究が発表された^{7), 8)}。

表1 研究内容のカテゴリー項目（複数項目）

N = 870

カテゴリー	カテゴリー項目	文献数	%
1	アレルギー	181	20.8%
2	扱い方	168	19.3%
3	使用状況	165	19.0%
4	使用目的	138	15.9%
5	感染・保菌予防効果	130	14.9%
6	ピンホール	119	13.7%
7	着脱後の手洗い	82	9.4%
8	認識・意識	76	8.7%
9	教育	58	6.7%
10	手袋の種類	53	6.1%
11	付着菌	44	5.1%
12	破損	33	3.8%
13	コスト	33	3.8%
14	使用感	23	2.6%
15	手あれ	17	2.0%
16	手袋の消毒効果	5	0.6%
17	抗菌作用	3	0.3%
18	その他	61	7.0%

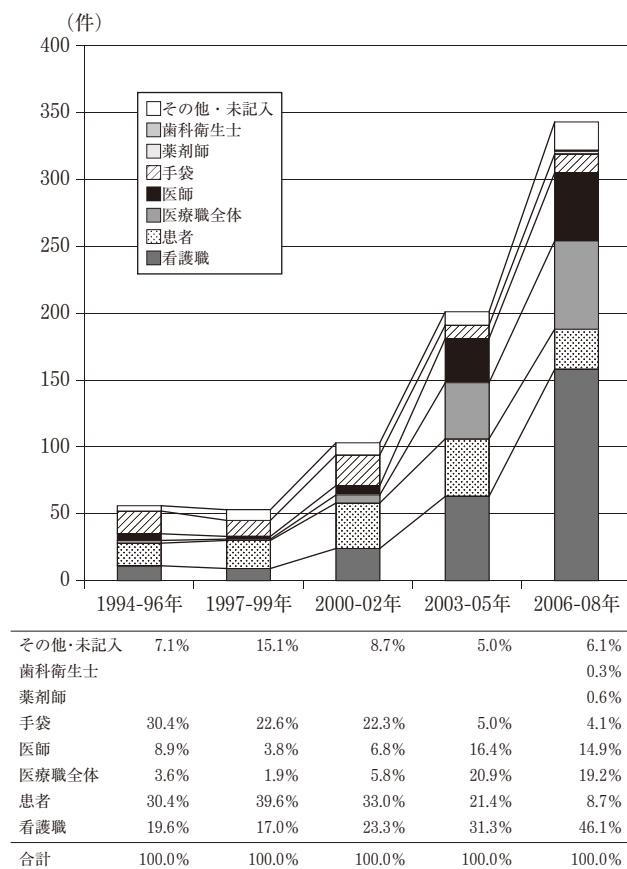


図3 病院の研究における研究対象者の年次推移

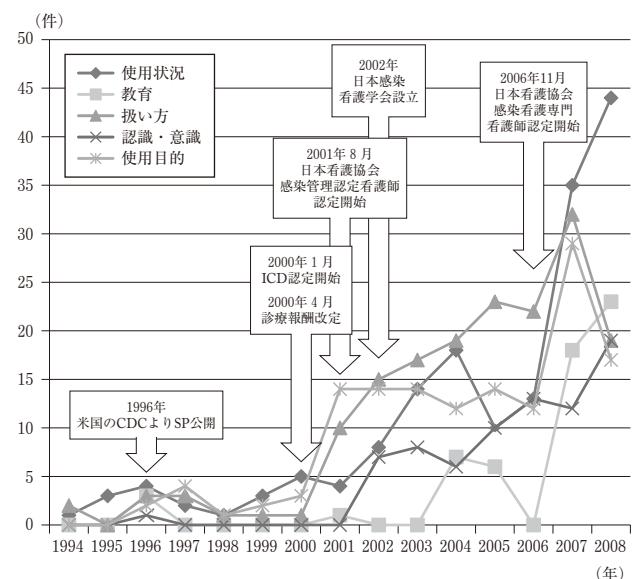


図4 2008年度上位5項目からみた文献内容の推移

IV. 考 察

日本における手袋に関する研究は、2000年を境に大きく変化していることが明確になった。大きく変化している理由としてはまず1996年にCDCより発表されたSPが影響していると考えられる。

それまで日本における研究内容は「手袋破損」や「アレルギー」などが中心であった。しかし、1996年にCDCよりSPが発表され、その後に日本に導入・浸透し始めた結果、2000年を境に「扱い方」「使用状況」「使用目的」「感染・保菌予防効果」「ピンホール」など、感染に関連する研究が多くなっていたと推察される。

また、SP導入前より研究されていた「アレルギー」に関する研究は、SP導入により医療従事者が手袋を使用する頻度が高くなつたことを受けてさらに問題となり、文献数も徐々に増加し、1994～2008年全体で1位になったものと考える。

他の要因としては、2000年には日本環境感染学会においてICD (Infection Control Doctor) が認定され、さらに2001年において日本看護協会が認定する感染管理認定看護師が導入されるなどから臨床現場における感染予防活動が活発化し、その結果が研究増加につながったものと考えられる。なお、2002年には看護分野で初めて日本感染看護学会も立ち上がり、看護師の活動成果の発表の場も増加している。

さらに研究増加の要因としては、2000年4月に行われた

診療報酬改定が影響していると考えられる。この改定では『院内感染対策未実施減算』が導入された。このような感染対策強化を受けて、1996年にCDCから発表されたSPの存在に関心が集まり、PPEの一つである手袋に関する研究が増加したのではないかと考える。

研究数の増加がすなわち臨床における手袋着用増加に直結することにはならないが、手袋着用増加の傾向を示すことになると見える。今後は、臨床における手袋着用を推進するために、これまでのように手袋の「使用状況」「教育」「扱い方」「認識・意識」などの実態調査に留まらず、効率的にエビデンスを出していくことが重要となる。そこで、採血時などは「やりにくい」「血管が探しにくい」などの理由から手袋を未着用である^{2), 4)}ことから、「血管確保成功率」のように繊細な技術を要する医療手技に手袋を着用しても問題がないことを明らかにする研究が必要である。

さらには、学生時代や卒後教育においてSPやPPEの教育を受けていない人は手袋の着用率が優位に低い⁴⁾ことから手袋着用のコンプライアンスの向上のための教育方法とその効果に関する研究など介入研究も必要となる。また、手袋未着用による感染の実態調査や、手袋未着用により感染した場合の医療費と手袋使用のコストについて経済的な立場での比較検討は、単に臨床における医療従事者へ警笛を鳴らすことでの手袋着用の推進をするだけではなく、施設の管理者への経営面への示唆を与えるなどにもつながると考える。

要 旨

臨床現場に感染に対する個人防護具として手袋着用を推進するにあたり、その課題を明確にすることを目的に、1994～2008年までの15年間の文献を調査した。

その結果、15年間に870件の文献が検索された。文献数の経緯としては、1994～1999年まで15～21件/年で横這い状態であったが、2000年を境に急激に増加していた。研究内容は、全体としては手袋使用による「アレルギー」が181件（20.8%）で最も多く、「扱い方」168件（19.3%）であった。推移としては「使用状況」の増加が著明で2008年には44件と最も多く、ついで「教育」に関して23件であった。今後はこれらの現状を受け、着用を促進させるような介入研究が必要となる。また、手袋未着用で引き起こされた感染（針刺し事故、MRSA感染、等）およびその感染に関連したコストの研究等、感染防護具としての手袋着用を経済的に判断する研究も重要なある。

Abstract

An investigation of research literature published in the 15 years spanning 1994 to 2008 was conducted for the purpose of clarifying issues surrounding the promotion of the wearing of gloves as a protective measure against infection in medical workplaces.

The search resulted in 870 articles over the 15-year period. In terms of numerical output of research literature, there was a steady pattern of 15-21 publications per annum in the period from 1994 to 1999, increasing dramatically from 2000. The main content was research related to “allergies” caused by wearing gloves, accounting for 181 items (20.8%), followed by 168 items (19.3%) concerning “how to use gloves”. In terms of shifts in focus, the increase in “current situation of use” stood

out with a maximum 44 items in 2008, followed by 23 items for “education”. From now on, the present situation needs to be used as a base for interventional research aimed at promoting the wearing of gloves. Additionally, studies examining infection (needle-stick incidents, MRSA etc.) caused by not wearing gloves and cost studies related to such infection are important as research evaluating the economic impact of glove-wearing as protection against infection.

文 献

- 1) 福森方子：小児病棟看護師と成人病棟看護師の清潔に関する認識の異なり — おむつ交換時に手袋を使用するか否かの調査を通して. 第33回日本看護学会論文集（看護管理）, 67-69, 2003.
- 2) 渡部節子, 竹山志津子, ほか: 看護ケアにおける手袋着用とその行動に影響する因子 — 感染の有無およびケア内容による検討. INFECTION CONTROL, 12(4), 107-112, 2003.
- 3) 城生弘美, 志自岐康子, ほか: 採血時の手袋装着に関する実態. 第21回日本看護科学学会学術集会講演集, 21 (Suppl), 105, 2001.
- 4) 中村真紀, 渡部節子, ほか: 看護師の採血時の手袋着用と使用後の手洗いに関する実態と影響因子. 日本環境感染学会誌, 21 (Suppl), 296, 2006.
- 5) 五十嵐公, 田坂陽子, ほか: 各種歯科用手袋の比較検討. 日本歯科保存学雑誌, 37(1), 311-316, 1994.
- 6) 緒方里奈, 内藤 徹, ほか: 歯科医療従事者に現れたラテックスグローブによる接触皮膚炎. 日本歯科保存学雑誌, 39秋季特別, 95, 1996.
- 7) 多久和かおり, 松浦純子, ほか: 救命救急外来におけるスタンダード・プレコーションの教育の効果. 麻酔と蘇生, 34(3), 166, 1998.
- 8) 土井英史: 病院感染防止対策の基礎と実際 — 手術部（室）を中心に. 体外循環技術, 26(2), 1-16, 1999.
- 9) 厚生統計協会編: 2005年版 国民衛生の動向. 厚生統計協会, 2005.
- 10) Damani, N N, et al: Manual of Infection Control Procedures. Greenwich Medical, 2004.

〔平成23年6月2日受付
平成23年11月9日採用決定〕

がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望 —コピング研究から意味研究へ—

Research Trends in Cancer Patients' Psychological Adaptation and Recommendations for Future Studies
—From Coping with Cancer Patients' Distress to the Meaning of Their Experience—

塚本尚子 船木由香
Naoko Tsukamoto Yuka Funaki

キーワード：がん患者、心理的適応、意味、コピング

Key Words : cancer patients, psychological adaptation, meaning, coping

I. 問題意識

悪性新生物は昭和56年以来、わが国の死因の第一位であり、一貫して増加傾向にある¹⁾。がんは遺伝子の異常、がん抑制遺伝子などの複数の遺伝子異常が段階的に蓄積することで発生、進展するという性質をもち、高齢になるほど発症リスクが上昇する²⁾。したがって高齢化がさらに進展するわが国では、がんの罹患率、死亡率は今後も上昇し、同時に診断技術・治療技術向上の結果、がんを抱えながら生活する人の数も増加すると予測される。

治療成績の向上により、がん罹患後も長期生存が可能になったことは、望ましい成果であるが、一方で闘病する人々にはこれまでとは違った課題をつきつけることとなった。それは、「がんを抱えながらどう生きていくか」という問題である。Bloomは、こうしたがん生存者の問題は、あまり注目されてこなかった³⁾と指摘しているものの、米国がん患者団体は「がんを発病し診断されたときから、その生を全うするまでの過程を、いかにその人らしく生き抜いたか」を重視する“Cancer Survivorship”という概念を1985年に提唱し、その啓蒙に努めている⁴⁾。

社会におけるがんの受け止め方は、その時代のがんの治療法や治療成績によって影響されてきた⁵⁾。すなわち、治療法が未確立であり死亡率が高かった1940年代以前は、がんへの罹患は死と直結するものとしてとらえられ、がんについて語ることは社会的にタブー視されてきた。しかし欧米においては、2種類以上の治療方法を用いるがんの集学的治療が本格化した1960年代以降は生存率が著しく改善し、これによってがんの治療法や治癒に関連する要因への関心が高まり、オープンに議論されるものへと変化してきた。

がん患者の心理的適応についての最初の研究は、1951年のShandsら⁶⁾によるものである。ここではがん患者のコ

ミュニケーションとがんの経過について着目され、コミュニケーションパターンによりがんの経過に変化がみられることが報告された。その後、1983年Derogatisらの研究において、がん患者のおかれている心理的適応の実態がはじめて定量的なデータによって報告された⁷⁾。彼らは、がん患者215名を対象に調査を行い、対象者の47%に精神的問題があり、もっとも頻度が高い障害は反応性うつと不安、またはその両方であったことを報告している。1990年代には複数の研究が行われ、その結果、がん患者の30~50%に抑うつや適応障害が認められた^{8)~10)}。さらに、近年行われたDelimlingらのがんの長期生存患者321名を対象とした調査でも、27%から40%の患者が依然としてがんに関連する心配をもち続けており、重回帰分析の結果、それらの心配事は抑うつや不安の説明要因になっていた¹¹⁾。

このように、先行研究の結果を経時的に見ると、がん患者の心理的適応状態は、医療技術の進歩ほどには大きな変化を示していないことがわかる^{7)~11)}。わが国では、Akechiらがターミナル期のがん患者209名を対象に調査を実施し、約30%が適応障害、6.7%が大うつ病だった、と報告している¹²⁾。さらに、わが国の乳がん患者408名を対象とした研究でも、対象者の41%で精神的問題があった、と報告されている¹³⁾。これらの結果は、がん患者の心理的適応は、依然としてがん医療における解決すべき課題であることを示している。

ところでこれらの研究では、心理的適応の指標として、いずれも精神医学的診断が用いられてきた。しかし、がん患者の心理的適応を、いかにその人らしく生き抜いたかを重視するCancer Survivorshipの概念に基づいて考えるうえでは、精神医学的診断として示される適応障害や不安、抑うつのみでなく、患者が自覚しているさまざまな感情や喪失感を含めて、より広義にとらえる必要があるだろう。

本稿では、がん患者の心理的適応を広義にとらえ、がん患者の心理的適応研究の流れを概観する。また、そのなかにわが国の『がん看護学』における研究動向を位置づけ、現状の課題を分析し、今後より有効ながん患者の心理的適応研究のあり方を展望する。

II. がん患者の心理的適応に関する研究の流れ

がん患者の心理的適応に関する研究は、Shandsらの研究⁶⁾以降60年間、いくつかの説明概念の変遷を経て現在に至っている。ここでは、その過程および根拠となった研究の動向について、関連領域の研究動向を踏まえながら概観する。

Hollandが指摘しているように、がん患者の適応に関する初期の研究では、がん罹患による精神的衝撃の大きさや苦悩、無力感に焦点が当てられ、患者の弱さが強調されてきた¹⁴⁾。こうした研究の流れに一つの変化をもたらしたのは、心理学におけるストレスのシステム理論の隆盛である。ストレスのシステム理論は1966年にLazarusによって提唱され、ストレスの処理プロセスにおける“認知的評価”と“コーピング”に重点がおかれた¹⁵⁾。1970年代初期からコーピング概念はがん患者の研究にも取り入れられ、Weismanらの一連の研究は、がん患者の適応におけるコーピングの重要性を明らかにした^{16)~19)}。Rowlandはがん患者を対象としたコーピング研究を詳細にレビューし、コーピング研究は、それまで受動的な存在としてとらえてきたがん患者を、「適応していく」存在へととらえ直したことを見出している²⁰⁾。

すなわち、コーピングという概念は、がん患者の心理的適応をコーピング変数によって説明したという成果にとどまらず、がん患者のとらえ方を、医療を一方的に享受する受動的患者像から、がんによって生じた事態に自ら対処していくとする能動的患者像へと、そのパラダイムを大きく転換させたといえる。がん患者を対象としたコーピング研究は、その後も継続して行われ、その知見が蓄積されつつある^{21)~23)}など。藤田は内外の研究をレビューし、長期生存がん患者の心理的適応に関する研究の変遷を描いている²⁴⁾。また二渡らは、わが国で乳房温存術を受けた患者を対象に、1999年から2008年の49編の研究を整理し、36.7%が心理的適応とコーピングに関する研究だったと報告しており、依然としてがん患者のコーピングへの関心が高いことを示している²⁵⁾。

がん患者を対象としたコーピング研究の焦点は、がんの告知や治療のプロセスで生じる苦悩に、患者がどのように対処し、心理的適応を保つか、という点にある。これらコーピング研究に並列しながら、1990年代に入るとがん患

者の適応研究に、新しい潮流がみられるようになる。それは、「がんへの罹患を自分のなかで意味づけ、がんをもちながらどう自分らしく生きるか」という「意味」の概念を用いた研究である。がん患者30名を対象として、意味の探索から心理的適応までのプロセスを質的にまとめた1990年のO'Connorらの研究は、その後のがん看護学における意味の研究の発展に大きな役割を果たしている²⁶⁾。

「意味」は、哲学者や文学者、宗教学者さらには市井の人々によっても古代から問われてきた概念であり、心理学ではFranklによる実存分析の理論にその源流がある²⁷⁾。この時期に、がん患者の適応研究に「意味」の概念が盛んに用いられるようになったことは、20世紀の心理学の新しい流れであるポジティブ心理学からの影響と理解することができる。「ポジティブ心理学」は1997年にSeligmanによって提唱された考え方であり、人間のもつ長所や強みを明らかにし、ポジティブな機能を促進してゆくための科学的・応用的アプローチである²⁸⁾。病のなかにあっても、なおそこに意味を見出そうとするがん患者の心理プロセスは、まさにポジティブ心理学の思想に一致する。

III. がん患者の意味研究の動向

ここでは、O'Connorらの研究²⁶⁾を契機として展開してきた、近年のがん患者の意味に関する研究の動向を概観する。意味の概念は曖昧であり、研究によってその定義が異なっており統一されていない。そこではじめに意味の概念を整理する。とくに、看護研究で多く用いられているThompsonら²⁹⁾とPark & Folkman³⁰⁾の研究を中心に取り上げ、検討する。その後に文献検索によって抽出した文献に基づいて、「意味を探索すること」と「意味を見出すこと」という2つの側面の違いを論じ、最後に「意味を見出すこと」と心理的適応の関連性について触れた研究を概観する。

文献検索では、はじめに行動科学および精神衛生分野のデータベース『PsycINFO』を用いた。「cancer」と「search for meaning」を検索語とし、検索期間はO'Connorらの研究が発表された1990年から現在までとした。検索にあたっては、対象の年齢を18歳以上の成人であること、雑誌掲載論文であること、査読があること、出版言語が英語であることを条件とし、16件が抽出された。このうち、研究の主眼が配偶者との関係に限定されているもの3件、検索語とした「search for meaning」が主変数となっていないもの6件、尺度開発研究の1件を除外し、6文献を選択した。次に『PubMed』を用いて同様の検索を行い、1990年から2011年に38件が抽出された。このうち、研究の対象が家族や医療者など患者以外であるもの6件、対象ががん以外の

患者を含むもの1件、意味の探索の対象が痛みやケアといったがん以外に向けられているもの12件、尺度開発研究の1件、「search for meaning」が主変数でないもの5件を除き、13文献を抽出した。このうち4文献は『PsycINFO』と重複しており、最終的に9文献を選択した。これら合計15文献を中心として検討を行った。

1. 意味の概念

意味に関する研究は、研究ごとに意味の概念について異なる定義がなされており、統一されていない。浦田は、心理学の研究で取り扱われている意味の概念を次の2つに整理した。一方は、われわれの存在の根源的・絶対的な根拠や理由に言及する「究極的・宇宙的・客観的・超自然的意味」であり、もう一方は、日常的な文脈のなかでの重要性に関する「地上的・世俗的・主観的・自然主義的な意味」である²⁷⁾。がん患者を対象とした研究でしばしば用いられているのはThompsonら²⁹⁾とParkら³⁰⁾の概念であり、いずれも後者に位置づけられるものである。

Thompsonらは、意味を「内在する意味」と「見出される意味」に分類している²⁹⁾。内在する意味は、ストレスのシステム理論において一次評価にあたるもので、その事態がどれくらい自分に重要な評価する段階であり、そこに自ずと付与されるものである。人の適応にとって、影響要因となるのは「見出される意味」である。Thompsonらは、「見出される意味」を「世界と自己の肯定的な仮定を回復させるもの」として位置づけた。われわれが出来事を意味あるものとして認識するのは、遭遇した出来事が自分のもっている「ものの見方」や「価値観」に一致し、自分の抱いている目標に到達できるという目的にかなっているときである。そこで意味に含まれる要素として、自己の「ものの見方」や「価値のあり方」すなわち自分のなかにある秩序との適合（order）と、自分が到達したいあるいは到達できると考えている目標との適合（purpose）という2つをあげている。さらに、その根幹にある「人が自己の人生について抱いている認知的表象」を“ライフシェーマ”（the life scheme）と名づけた。Thompsonらは“ライフシェーマ”を自分自身のストーリーと説明しており、そこには主役としての自分、主役がどのような目標に到達したいと望むかという構想、これらの問題や目標に関連する出来事、主役がいかに人生を歩むかについての語られていない仮定、という4つの要素を含んでいる。この“ライフシェーマ”は2つの機能を有しており、不連続で無関連に見える出来事を一貫した理解可能なものへと組織化し、目標への到達を強調することで到達の可能性を高める。そして望ましくない出来事に遭遇し意味を見失ったときに、再びそこに意味を見出す方法として、“ライフシェーマ”を

変化させるか、あるいは人が出来事についての見方を変える、という2つの方法を示している。

一方、Parkらは、意味を“全体的な意味”と“状況的な意味”的2つに分類している³⁰⁾。“全体的な意味”は、自己についての信念、世界についての信念、世界にある自己についての信念の3つの要素から構成され、自己の価値とコントロール感、目標を含むものであり、Thompsonらの“ライフシェーマ”と酷似している²⁹⁾。“状況的な意味”は、一次評価にあたるものと表現されている。

日常生活のなかで、われわれは“ライフシェーマ”や“全体的な意味”に基づいて、出来事と環境の関係を調整しながら心理的安定を保っている。O'Connorらは、医療者は、がんと診断された患者が病気について理解を求め、それを彼らの人生のなかの文脈に位置づけようとしていることを知るべきである、と指摘しており²⁶⁾、早くからがん看護における患者の意味を理解することの重要性に注目している。

2. 意味を探索すること（search for meaning）と、意味を見出すこと（make meaning）

がん患者の「意味の探索」による心理的適応への効果は、肯定的な結果と否定的な結果とが混在してきた。たとえばFranklは、意味を探索することは人々にとって自然で、新しいチャンスとチャレンジを与え、彼ら自身が自らの経験を理解し、組織化することを促進すると述べ、心理的適応にとって有益である、と結論づけている³¹⁾。

一方、Baumeister³²⁾やKlinger³³⁾は、意味の探索を不快や不満のある人が用いる方法で、否定的なもの、ととらえている。さらにRekerは、意味の探索は心理的適応により影響を及ぼす場合もあるし、よくない影響を及ぼす場合もある、としている³⁴⁾。これらの矛盾する結果は、「意味を探索すること」と「意味を見出すこと」とが混在していたことに起因するものと推察される。

「意味を探索すること」は、意味を探索する“プロセス”を指している。何らかの事態によって“ライフシェーマ”と現実の間にずれが生じると、人は意味の探索を開始する。がん患者の場合、がんへの罹患という出来事と遭遇したときに、自己の秩序や目標との間に不一致が生じることで、意味の探索を開始する。意味を探索することによって引き起こされる作用は、個人のなかの価値観やものの見方の変化、新たな生きる目標の再設定であり、これによって最終的に発生した出来事を自分の枠組みのなかに位置づけ、新たな意味を見出すことになる。Parkらは、意味を見出すことは、その人の基本的信念システムあるいは、その人の基盤となる目標の変化を含むものである、と述べており³⁰⁾、このことを裏づけている。したがって、意味の2つ

の側面はわけて考える必要がある。

この混乱の解消に一つの重要な知見を提供しているのは、KernanとLeporeである³⁵⁾。彼らは72名の初発乳がん患者を対象として18か月間にわたる縦断研究を行った。ここでは「意味を探索すること」と「意味を見出すこと」をそれぞれ別の変数として用い、がん患者の適応との関係性を縦断的に検討した。この結果、2つの変数は無関連であり、さらに「意味の探索」が続いている間は否定的な感情が継続していることが明らかにされた³⁵⁾。

つまり、コーピング研究において、ストレス度が高い場合ほどたくさんのコーピング行動が見出されるのと同じように³⁶⁾、混乱やストレスが高いほど「意味を探索する」という努力がなされている³²⁾。このように、「意味の探索」をコーピングの一つととらえると、これまでのコーピング研究の結果と整合する。

同様にTomich & Helgesonも、意味を探索し続けることはQOLに負の影響を及ぼしていることを示しており³⁷⁾、またAndoらも、低いスピリチュアルレベルと「意味の探索」の関連性を明らかにしている³⁸⁾。

Parkらの概念³⁰⁾は、意味とコーピングとの関連性を整理し、位置づけを明確にしている。Lazarusらのストレスのシステム理論では、人はストレスフルな出来事に遭遇した際に、自分の資源に照らして、それが自分にとってどのような意味をもつかを査定し、ストレスであると評価した場合には2次評価へと進む、とされる³⁶⁾。2次評価では自分にできることは何かを査定し、次の対処の段階で実際に行動的・認知的努力が行われることになる³⁶⁾。しかし、Parkらの理論は、新たな3番目の処理プロセスを付け加えている³⁰⁾。それは、自分のもっているあらゆる手段を尽くしても対処不可能な事柄に対して、人は判断の基準となってきた全体的意味を修正し変容させることで対処しようとする³⁰⁾。これこそが「意味の探索」であり、これまでのコーピングとは異なるメカニズムで生じるコーピング、と考えることができる。

この整理によって、がん患者の適応研究において、コーピングは意味を探索するという手段に焦点があり、一方、意味はコーピングよって到達するその内容に焦点がある、と結論づけることができる。したがって、がん患者の心理的適応を解明していくためには、コーピングと意味の両面からの検討が必要といえる。しかし、がん患者におけるこの3番目の意味探索のコーピングは、従来のコーピング概念を超えるものであり、そこには区別が必要である。

3. 意味を見出すことの成果

Kernanらの研究では、がん診断後の意味の探索行動と18か月後の意味を見出すことの間には、有意な交互作用

は見出すことができず、「意味を探索すること」によって「意味を見出すこと」が適応につながる、という確証は得られなかった³⁵⁾。

しかしBowesらの研究では、意味を探索することによって意味を見出すことができた患者は安寧を認識できているが、最終的に意味を見出せなかつた患者は絶望感を抱いていた、という結果を示している³⁹⁾。

さらにJimらは、乳がん患者を対象とした2年間の縦断的研究における重回帰分析の結果、積極的な対処による意味の感覚を説明しており、反対に積極的な対処の欠如はその人にとっての意味の喪失や混乱につながっている、ことを示している⁴⁰⁾。

さらにこの点について、対象患者の疾患は異なるものの、Bowerらの研究は、有力なエビデンスを提供している⁴¹⁾。HIV患者を対象に実施されたこの調査では、対象者のうち65%は意味を探索することを含む認知的努力をしていた。これらの人々の免疫について調べた結果、意味を探索しなかつた人と意味を探索したが意味を見出せなかつた人はいずれも免疫に寄与するCD4陽性T細胞が減少していたが、意味を見出せた人はCD4陽性T細胞に変化がなかつた。さらにこれらの人々を追跡調査した結果、意味を見出した人は16名中3名のみが死亡していたのに比べ、意味を探索しなかつた人と意味を探索したが見出せなかつた人は半数が死亡していた。これらの結果は、今後さらなるデータの積み重ねが必要ではあるものの、意味を見出すことが心理的適応のみでなく、免疫機構を介して疾患の治療過程にも影響を及ぼすことを示しており、意味研究の一層の重要さを裏づけるものである。

4. わが国の意味に関する研究の動向

ここでは、これまでの議論を踏まえ、わが国のがん看護学領域における意味と心理的適応に関する研究を中心に、その研究動向を概観する。

文献の選定にあたっては、はじめに『医中誌』を用いて検索を行った。「がん」「心理的適応」「意味」を検索語とし、検索期間を1990年から2011年とした。この結果11文献が抽出され、英語文献の限定条件と同様に、対象が患者以外のもの、意味の探索に主眼が置かれていない研究など7件を除外し、4論文を選択した。さらにこの4論文に含まれる総説に基づいて、意味に関する研究を概観するうえで重要な内容を含む論文7件の合計11文献を選択した。これらの文献を中心に用いて検討を行った。

わが国においても1990年代より、がんの長期生存者を対象として、病気の意味と心理的適応に焦点を当てた研究が行われている^{42), 43)}。その中心は、数名のがん患者を対象に、がんの体験や病気の意味を見出すプロセスを質的に検

討したものである^{44)~47)}。

片平⁴⁴⁾ や川村⁴⁵⁾による研究では、がん患者の意味を見出すプロセスが記述され分析されている。片平は19名のがん患者を対象に面接調査を行い、病気の意味を見出していくプロセスに含まれる要素として、《自分を納得させる理由・原因を探す》《がんの診断の意味を考える》《病気の受け止め方》《人生を振り返る》《自分・他者・人生に対する見方の変化》《身体への自己ケア》《コントロールの感覚》《希望》という8つの要素を抽出している⁴⁴⁾。また川村は、7名の患者を対象に自己の存在価値を模索するプロセスに、《存在価値の模索動因の段階》《存在価値を試す段階》《存在価値を確かめる段階》という3つの段階を見出している⁴⁵⁾。これらの研究で導き出された内容は、Thompson²⁹⁾ や Park ら³⁰⁾ の研究とよく一致している。

一方、青木と田邊らは、がん患者を含めて病を抱える患者の生きる意味に注目し、国内の60文献をレビューしている⁴⁸⁾。国内の意味についての研究を整理した点で意義を認めるものの、それぞれの研究が意味をどのようにとらえているのかという点が吟味されていなかった。

このようにわが国においては、がん患者を対象とした意味に関する研究は1990年以降多く行われているものの、欧米における研究成果が活用されていない状況にある。今後は、先行研究の成果を十分に踏まえたうえで、それらの研究結果と対比させながら、日本のがん患者の意味を探求するプロセスや、見出された意味の特徴やその独自性を明らかにすることによって、わが国のがん患者にとって必要な心理的適応への支援方策を導き出すことが期待される。

わが国のがん患者の意味と心理的適応に関連した、もう一つの研究の流れは、遠藤を中心とした『ニューマン理論』に基づく一連の研究である^{49)~53)}。遠藤は、パートナーシップに基づく看護介入により促される患者のパターンの認識は、がん患者と家族の意味を見出すプロセスである、と述べており、明らかに意味の研究のなかに位置づけることができる。しかし、これらの研究の焦点は、看護師と患者との相互作用プロセスにあり、患者の見出した意味そのものを主眼とするものではない。したがって、これらの研究は、がん患者が意味を見出すための介入における一つの方法論として整理することができる。

さらに近年の研究のなかには、患者ががんという体験を意味づけ、価値を再構築することが、人間的な成長や発展に結びつくことを示す研究もある。わが国では、藤田によって報告されている⁵⁴⁾。この研究は、がん患者177名を対象に調査を行い、意味を再構築した後のプロセスを量的にとらえている。《病気になった自己と和解する》という意味が再構築された後に、《病前の生活の編み直しをする》《自己の拡張を確認する》《病気体験の有意味な活用を要請

する》という3つのカテゴリーが抽出されている。これらのカテゴリーは、意味を見出した後、がん患者がどのように変容を遂げるかを示している。また、『ニューマン理論』における“拡張する健康”という概念もこれに一致する⁵⁵⁾。これらは、人ががんという出来事に対して心理的にもとの状態に戻るという次元を超えて、より力強く発展していく様相を示すものであり、がん生存者の心理的適応への支援において、「意味を見出すこと」への介入の重要性をいっそう明らかにするものである。

5. 今後の展望

現在、欧米におけるがん患者を対象とした意味研究は、これまでの研究を土台として新たな段階へと発展を遂げている。こうした研究の新しい研究動向を視野に入れながら、わが国の研究の現状を踏まえつつ、今後のわが国の『がん看護学』における心理的適応研究の向かうべき方向性について考察する。

わが国は、今後、他に類を見ない速さで超高齢社会が進展する。この結果、高齢のがん患者が急増し、高齢のがん長期生存者も増加することが予測される。老年期は、壮年期に比べ精神的に脆弱であり⁵⁶⁾、がんによる負荷はさらにそれを増悪させるリスクファクターになる可能性がある。わが国では、がん患者の心理的適応について、がん専門病院でのデータはあるものの^{12), 13)}、がん患者を対象とした全国規模での疫学調査は行われていない。しかし、こうした特殊な状況下にあって、わが国のがん患者の心理的適応への支援策を講じていくためには、その実態を把握することは急務であると思われる。

これまで整理してきたように、意味の概念は、がん患者の心理的適応プロセスを理解し、支援していくために有効な概念であると考えられる。しかし、わが国のがん患者の意味に関する研究の大部分は、いまだ意味を導くプロセスの記述に焦点がある。これらの研究で記述されている患者の体験内容は多様であるが、抽象化によって導き出されたプロセスはよく一致していた。これらプロセスの妥当性は、先行研究によって十分に裏づけることができる。

意味が個人の“ライフシェーマ”によって導かれるものである以上、そこに出でてくる内容は多様であるが、この内容の多様性を追求することはあまり意味がない。意味を見出すプロセスがほぼ明らかになってきたいま、同様の視点での研究の必要性はすでに低くなっている。次の段階として、がん患者が意味を見出すプロセスを順調に踏めるために、どのような支援が有効かを志向する方向性へと、視点を展開していく必要がある。すでに欧米における意味研究は、こうした方向へと発展しつつある。

すなわち、一つの方向性は、がんへの罹患によって搖ら

いだ意味を回復あるいは修正することに関連している要因の探索である。これらの研究成果として、意味を見出すことは、一般的な自己効力感、自尊感情、楽観主義や首尾一貫性などとの間に有意な関連性があることが報告されている⁵⁷⁾。しかし、ここでとりあげられた関連要因は、いずれもパーソナリティ変数である点で注意が必要である。パーソナリティは個人の比較的一貫した態度であり、変動する可能性の小さい要因であるために、看護介入を考えるうえでは難しさがある。看護的な視点からは、身体的要因と環境要因も含めたより広い視点から関連要因を探索することが必要である。

LethborgとArandaらの多変量を用いた研究は、有益な視点を提供している⁵⁸⁾。重回帰分析の結果、全体的な意味は、人口統計学的要因、身体的苦痛、ソーシャルサポート、実存的ストレスの4つの要因によって、分散の62.2%が説明できることを示した。また、なかでも身体的苦痛は29.9%を説明しており、がんによって生じる身体症状や機能障害への対応は、意味を見出すうえで重要であることを指摘している⁵⁸⁾。

さらにThompsonも、がん患者の疲労と意味を見出すことの関連について検討し、がん患者の意味には疲労や全体的な身体状況が影響することを指摘している⁵⁹⁾。またOlssonらもがん患者をがんという側面のみでなく全体としてとらえることの必要性を指摘している⁶⁰⁾。

二つ目の方向性は、意味を見出すことを促進する介入を取り入れた研究である。LinnとLinnらは、無作為化臨床試験を行い72名の末期がん患者を対象に意味を見出すためのカウンセリングセッションを実施し、その効果を比較している⁶¹⁾。この結果、介入群で有意にQOLが改善されている。また、LeeとCohenらは、74名のがん患者を対象に、現在を知る、過去を熟考する、将来に向けて現在にコミットするという3つの120分のナラティブセッションを用いて介入し、実験群で統制観や自尊感情、楽観主義が上昇することを確認している⁶²⁾。

これら介入研究は看護実践に意味をもたらすものと評価できるが、今後、関連要因がより広く検討されることによって、介入の方法やその効果についても発展の可能性がある。

要旨

本研究は、がん患者の心理的適応に関する研究の動向を概観し、今後の課題を展望することを目的とする。がん患者の心理的適応状態は1983年の報告以降、大きな変化はない。しかし、がん患者のとらえ方は、1970年代初めにストレス・コーピング概念が導入されてから、医療を一方的に受ける弱い患者像から主体的に治療に取り組む患者像へと変化してきた。その後、1990年代に「意味」の概念が取り入れられた。意味の探索によって、がん患者は自分らしさをつくり変え、意味を見出すことで心理的適応を果たしていく。こうしたプロセスはわが国の研究成果でも示されており、欧米での研究成果と一致していた。欧米の意味研究は、すでに関連要因の探索や介入研究へと進展しており、今後、わが国でもそうした方向性への展開が必要であることが認識された。

Abstract

This study aims to review the research conducted on cancer patients' psychological adaptation to recommend topics for future studies. Since being reported by the research in 1983, the state of psychological adaptation to the cancer has not substantially changed to date. The concept of stress management changed the vulnerable image of cancer patients from the 1970's, when the study of cancer patients began emphasizing the patients' strength. The concept of "Meaning" was adopted in the 1990's and thereafter. After searching for meaning, cancer patients reconstruct their self-concepts, give them meaning and then adapt to the new self management of their disease. The process of searching for meaning has been identified in Japan, with results corresponding to those of previous research in Europe and America. The research on cancer patients searching for meaning in Europe and America has evolved to studies on related factors and interventions. In the future, Japan should proceed with similar research.

文献

- 1) 厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生の指標 増刊号. 56(9), 50, 2009.
- 2) 原 英二：細胞老化のがん化と老化における役割. アンチエイジング医学－日本抗加齢医学会雑誌, 5(1), 84-88, 2008.
- 3) Bloom, J R: Surviving and thriving?. Psychooncology, 11(2), 89-92, 2002.
- 4) The National Coalition for Cancer Survivorship: Cancer Information Guide. 3-31, 1998.
- 5) Rowland, J H : 発達段階と適応：成人モデル（河野博臣、濃沼信夫、ほか監訳：サイコオンコロジー—がん患者のための総合医療(1)). 23-40, メディサイエンス社, 東京, 1990/1993.
- 6) Shands, H C, Finesinger, J E, et al: Psychological mechanisms in patients with cancer. Cancer, 4(6), 1159-1170, 1951.
- 7) Derogatis, L R, Morrow, G R, et al: The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. JAMA, 249(6), 751-757, 1983.

- 8) Alexander, P J, Dinesh, N, et al: Psychiatric morbidity among cancer patient and its relationship with awareness of illness and expectations about treatment outcome. *Acta Oncol*, 32(6), 623-626, 1993.
- 9) Chochinov, H M, Wilson, K G, et al: Prevalence of depression in the terminally ill: Effects of diagnostic criteria and symptom threshold judgments. *Am J Psychiatry*, 151(4), 537-540, 1994.
- 10) Maunsell, E, Brisson, J, et al: Psychological distress after initial treatment for breast cancer patients: Assessment of potential risk factors. *Cancer*, 70(1), 120-125, 1992.
- 11) Deimling, G T, Bowman, K F, et al: Cancer-related health worries and psychological distress among older adult, long-term cancer survivors. *Psychooncology*, 15(4), 306-320, 2006.
- 12) Akechi, T, Okuyama, T, et al: Screening for depression in terminally ill cancer patients in Japan, *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(1), 5-12, 2006.
- 13) Akechi, T, Okuyama, T, et al: Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psychooncology*, 20(5), 497-505, 2011.
- 14) Holland, J C : 歴史的な経緯（河野博臣, 濃沼信夫, ほか監訳：サイコオンコロジー——がん患者のための総合医療(1)）。3-11, メディサイエンス社, 東京, 1990/1993.
- 15) Lazarus, R S: Psychological stress and the coping process. McGraw-Hill, New York, 1966.
- 16) Weisman, A D, Worden, J W: Psychosocial analysis of cancer death. *Omega*, 6(1), 61-75, 1975.
- 17) Weisman, A D, Worden, J W: The existential plight in cancer: Significance of the first 100 days. *Int J Psychiatry Med*, 7(1), 1-15, 1976-1977.
- 18) Weisman, A D: Early diagnosis of vulnerability in cancer patients. *Am J Med Sci*, 271(2), 187-196, 1976.
- 19) Weisman, A D, Sobel, H J: Coping with cancer through self instruction: A hypothesis. *J Human Stress*, 5(1), 3-8, 1979.
- 20) Rowland, J H : 内的世界の役割（河野博臣, 濃沼信夫, ほか監訳：サイコオンコロジー——がん患者のための総合医療(1)）。41-53, メディサイエンス社, 東京, 1990/1993.
- 21) Widows, M R, Jacobsen, P B, et al: Predictors of posttraumatic growth following bone marrow transplantation for cancer. *Health Psychol*, 24(3), 266-273, 2005.
- 22) Luszczynska, A, Mohamed, N E, et al: Self-efficacy and social support predict benefit finding 12 months after cancer surgery: The mediating role of coping strategies. *Psychol Health Med*, 10(4), 365-375, 2005.
- 23) Scignaro, M, Barni, S, et al: The combined contribution of support and coping strategies in predicting post-traumatic growth: a longitudinal study on cancer patients. *Psychooncology*, 20(8), 823-831, 2011.
- 24) 藤田佐和：がん体験者のサバイバーシップに関する研究の動向と課題. 高知女子大学看護学会誌, 28(2), 42-57, 2003.
- 25) 二渡玉江, 砂賀道子, ほか: 乳房温存術を受けた乳がん患者に関する看護研究の動向と課題. *Kitakanto Med J*, 60(1), 17-23, 2010.
- 26) O'Connor, A P, Wicker, C A, et al: Understanding the cancer patient's search for meaning. *Cancer Nursing*, 13(3), 167-175, 1990.
- 27) 浦田 悠: 人生の意味の心理学モデルの構成 — 人生観への統合的アプローチにむけて. 質的心理学研究, 9(9), 88-114, 2010.
- 28) 堀毛一也: ポジティブ心理学の展開. 現代のエスプリ, 512, 5-27, 2010.
- 29) Thompson, S C, Sobolew-Shubin, A, et al: Psychosocial adjustment following a stroke. *Soc Sci Med*, 28(3), 239-247, 1989.
- 30) Park, C L, Folkman, S: Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144, 1997.
- 31) Frankl, V E: Man's search for meaning: An introduction to logotherapy. p121, Washington Square Press, New York, 1963.
- 32) Baumeister, R F: Meanings of life. Guilford Press, New York, 1991.
- 33) Klinger, E: The search for meaning in evolutionary perspective and its clinical implications. In: Wong, P T P, Fry, P S (Eds), *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Lawrence Erlbaum Associates, pp27-50, Mahwah, NJ, 1998.
- 34) Reker, G T: Theoretical perspective, dimensions, and measurement of existential meaning. In: Reker, G T, Chamberlain, K (Eds), *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span*. p39-58, Sage Publications, Thousand Oaks, CA, 2000.
- 35) Kernan, W D, Lepore, S J: Searching for and making meaning after breast cancer: Prevalence, pattern, and negative affect. *Social Science and Medicine*, 68(6), 1176-1182, 2009.
- 36) Lazarus, R S, Folkman, S (本明 寛, 春木 豊, ほか監訳) : ストレスの心理学 — 認知的評価と対処の研究. p401, 実務教育出版, 東京, 1984/1991.
- 37) Tomich, P L, Helgeson, V S: Five years later: a cross-sectional comparison of cancer survivors with healthy women. *Psychooncology*, 11(2), 154-169, 2002.
- 38) Ando, M, Morita, T, et al: A pilot study of transformation, attributed meanings to the illness, and spiritual well-being for terminally ill cancer patients. *Palliat Support Care*, 6(4), 335-340, 2008.
- 39) Bowes, D E, Tamlyn, D, et al: Women living with ovarian cancer: dealing with an early death. *Health Care Women for International*, 23(2), 135-148, 2002.
- 40) Jim, H S, Richardson, S A, et al: Strategies used in coping with a cancer diagnosis predict meaning in life for survivors. *Health Psychology*, 25(6), 2006.
- 41) Bower, J E, Kemeny, M E, et al: Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline, and AIDS-related mortality among bereaved HIV-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(6), 979-986, 1998.
- 42) 砂賀道子, 二渡玉江 : がん体験者の適応に関する研究の動向と課題. 群馬保健学紀要, 28, 61-70, 2007.
- 43) 藤田佐和 : がん体験者のサバイバーシップに関する研究の動向と課題. 高知女子大学看護学雑誌, 28(2), 42-57, 2003.
- 44) 片平好重 : がん患者が病気の意味を見出していくプロセスに関する研究. 死の臨床, 18(1), 41-47, 1995.
- 45) 川村三希子 : 長期生存を続けるがんサバイバーが生きる意味を見出すプロセス. 日本がん看護学会誌, 19(1), 13-21, 2005.
- 46) 片岡 純, 佐藤禮子 : 悪性リンパ腫患者の外来治療期から寛解期における病気を克服するための統御力 (mastery) 獲得のプロセス. 千葉大学看護学会誌, 15(2), 1-8, 2009.
- 47) 雲かおり, 太湯好子 : 肝臓がん患者の苦悩の体験とその意味づけに関する研究. 川崎医療福祉学雑誌, 12(1), 91-101, 2002.
- 48) 青木君恵, 田邊美佐子, ほか: 病を抱える患者の生き方・生きる意味をとらえた看護研究の動向と看護支援のあり方に関する課題, 群馬保健学紀要, 29, 39-49, 2008.
- 49) Endo, E, Nitta, N, et al: Pattern recognition as a caring partnership

- in families with cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 603-610, 2000.
- 50) Endo, E: Pattern recognition as a nursing intervention with Japanese women with ovarian cancer. *ANS Adv Nurs Sci*, 20(4), 49-61, 1998.
- 51) 松原康美, 遠藤恵美子: がんの再発・転移を告知され、永久的ストーマを造設した患者と看護師で行うナラティブ・アプローチの効果. *日本がん看護学会誌*, 19(1), 33-42, 2005.
- 52) 稲垣順子, 遠藤恵美子: 長期間苦悩状態を体験している咽頭全摘出後患者のパターン認識の過程. *日本がん看護学会誌*, 14(1), 25-35, 2000.
- 53) 高木真理, 遠藤恵美子: 老年期がん患者と看護師のケアリングパートナーシップの過程—Margaret Newmanの理論に基づいた実践的看護研究—. *日本がん看護学会誌*, 19(2), 59-67, 2005.
- 54) 藤田佐和: 退院後がん体験者の適応過程の拡がり. *高知女子大学看護学会誌*, 31(1), 5-18, 2006.
- 55) Newman, M A (手島 恵, 訳): マーガレットニューマン看護理論. 医学書院, 東京, 1986/1995.
- 56) Sadock, B J, Sadock, V A (井上令一, 西宮滋子, 監訳): カブラン臨床精神学テキスト (第二版). 1412-1432, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2003/2006.
- 57) Pinquart, M, Frohlich, C, et al: Change in psychological resources of younger and other cancer patients during chemotherapy. *Psychooncology*, 16(7), 626-633, 2007.
- 58) Lethborg, C, Aranda, S, et al: To what extent does meaning mediate adaptation to cancer? The relationship between physical suffering, meaning in life, and connection to others in adjustment to cancer. *Palliat Support Care*, 5(4), 377-388, 2007.
- 59) Olsson, U, Bergbom, I: Patients' experiences of the recovery period 3 months after gastrointestinal cancer surgery. *European Journal of Cancer Care*, 11(1), 51-60, 2002.
- 60) Thompson, P: The relationship of fatigue and meaning in life in breast cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 653-660, 2007.
- 61) Linn, M W, Linn, B S, et al: Effects of counseling for late stage cancer patients. *Cancer*, 49(5), 1048-1055, 1982.
- 62) Lee, V, Cohen, S R, et al: Meaning-making intervention during breast or colorectal cancer treatment improves self-esteem, optimism, and self-efficacy. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3133-3145, 2006.

〔平成22年11月4日受付
平成23年12月22日採用決定〕

在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師の スキルアップを目的としたセミナーの効果

Effect of the Seminar with the Aim of Developing Skills of Visiting Nurses
Who Care for Home Artificial Ventilation Patients

古瀬みどり 松浪容子
Midori Furuse Yoko Matsunami

キーワード：訪問看護師、セミナー、在宅人工呼吸療養者

Key Words : visiting nurses, seminar, home artificial ventilation patients

I. 諸 言

難病や慢性呼吸器疾患等により長期人工呼吸療法を必要とする患者の療養の場が在宅にシフトし、こうした在宅療養者数は近年増加の一途にある。このような療養者支援にかかる訪問看護師を対象に、訪問看護の質向上と在宅療養環境の整備を目的に、人工呼吸療養者支援の研修会・講習会が各地で開催されるようになった。

在宅療養者のなかでも、人工呼吸療法を必要とする療養者は医療依存度がきわめて高く、侵襲的人工呼吸療法に至っては吸引などの緊急的な処置を要するため常時目が離せず、家族の介護負担が大きい。そのため、こうした療養者支援にかかる訪問看護師は、呼吸の生理、フィジカルアセスメント、人工呼吸器管理、排痰ケア、家族支援の具体的方法など、看護実践上必要とされる知識や技術を修得する必要がある。

訪問看護師の研修には、訪問看護師養成を目的とした研修と訪問看護のスキルアップを目的とした現任研修があり、こうした研修に対する訪問看護師、管理者側の双方のニーズとともに、研修参加の困難性が報告されている^{1), 2)}。しかし、訪問看護師の研修参加は個人的達成感にも関連し³⁾、生涯学習の機会を得たいと考えている訪問看護師が多いことから⁴⁾、在宅医療に対する社会的ニーズのみならず訪問看護師および管理者側のニーズにかなった研修プログラムを検討する必要がある。

われわれは訪問看護師のスキルアップ支援のために、在宅人工呼吸療養者をケアする看護職の研修プログラムを考案し、セミナーを実施した。訪問看護師の技術力の向上や能力開発を目的とした教育の評価には、長期的な評価が必須であると同時に、終了後のサポート体制を整備しておくことが必要と考える。また、教育の内容は呼吸管理のみな

らず、訪問看護師が人工呼吸療養者支援について日常的に困難性を感じていることを取り上げ、問題解決能力の向上をはかることが重要と考える。訪問看護師に対する教育プログラムの成果については、日本訪問看護振興財団による人工呼吸療養者ケア⁵⁾、前田らによる感染管理プログラム⁶⁾が報告されているが短期間の評価であり、前述のような視点に立った訪問看護師への介入は報告されていない。

本研究の目的は、訪問看護師を対象に実施した在宅人工呼吸療養者をケアする看護職のセミナーの効果を検証することである。

II. 研究方法

一連の研究の流れを図1に示した。

1. 対象者

対象者は、本セミナーに参加し研究への協力に同意した訪問看護師である。平成20年6月全国500か所の訪問看護ステーションを対象に、「在宅人工呼吸療養者支援について困難を感じる看護内容および研修等のニーズ」について無記名のアンケート調査（回収率48.4%）を実施した。その際、本研究の趣旨を説明し、今後実施予定のセミナーの案内送付を希望するものは記名するよう依頼した。アンケートの分析結果に基づき研修プログラムを検討し、セミナーを企画した。平成21年7月、セミナーの案内送付希望者（105か所の訪問看護ステーション）に対し案内を送付し、研究対象者を募った。平成21年11月にセミナーを開催した。事前の参加申し込み者は15名、そのうち当日2名が欠席し、実際の参加者は13名であった。参加者にはセミナー当日と3か月後、6か月後にアンケート調査を実施し、これら3回のアンケート調査すべてに回答した11名を

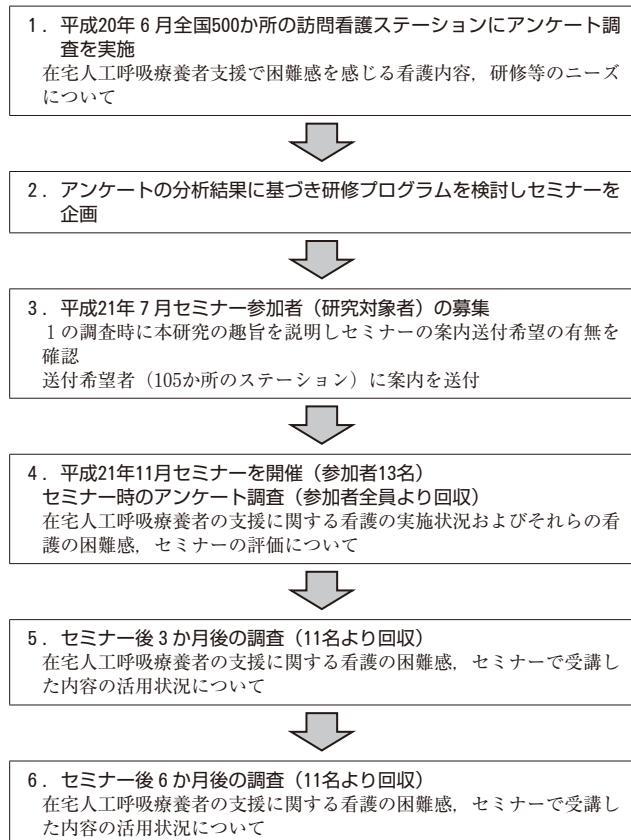


図1 研究の流れ

本研究の対象者とした。

2. 研修プログラム

平成20年6月に実施したアンケート調査の結果⁷⁾から、訪問看護師が「在宅人工呼吸療養者支援で困難を感じている」と回答した割合が最も高かった“人工呼吸器管理”“呼吸リハビリテーション”“事例検討”を、また在宅ケアは対象が療養者本人だけではなくとも生活する家族もケアの対象であることから“家族ケア”的な講義を行うこととした。セミナーは、遠方からの参加者の負担を考慮し、土日に連続して2日間実施した。会場は研究者が所属する大学の実習室を使用し、参加費は無料とした。内容は表1に示したとおりである。2日目の事例検討では『渡辺式家族アセスメントモデル』⁸⁾を使用し、高齢患者の家族の事例検討を数名のグループに分かれて3時間行った。事例は「術後合併症により長期の呼吸管理が必要で、せん妄状態が出現した患者の面会を家族が拒否している」というもので、治療に対する家族の意思決定や心理社会的問題を含む内容とした。その際、ファシリテーターとして研究者が主催する研究会メンバーを1名ずつ各グループに配置した。最初に事例の概要と事例分析の展開方法を研究者が説明し、その後グループごとに話し合いをもってもらった。最後に、研究者が事例分析のプロセスおよび家族支援の系

表1 研修プログラム

	内 容	時 間	指導者
セミナー 1日目	1. オリエンテーション	30分	研究者
	2. 家族ケア：「家族ケアの基礎」－DVD視聴を含む講義	1時間	研究者
	3. 呼吸リハビリテーション：「長期人工呼吸療養者の呼吸リハビリテーション」－呼吸のメカニズムとフィジカルアセスメント、呼吸介助法の講義・演習	3時間	理学療法士
セミナー 2日目	1. 人工呼吸管理：「在宅人工呼吸管理の実際」－日常の管理方法やトラブル時の対処法についての講義・演習とさまざまな人工呼吸器の使用体験	3時間	臨床工学士（人工呼吸器業者を含む）
	2. 事例検討：面会を拒否する高齢の人工呼吸器装着患者の家族の事例について分析方法の講義・演習	3時間	研究者

口について解説した。このモデルは家族のセルフケア機能を重視し、セルフケア機能の向上を目指した家族ケアを行うことが前提にある。人工呼吸療養者は医療依存度がきわめて高いため、家族の負担が大きい。そのため家族全体をケアの対象ととらえ、家族員個々の立場に立ち生活上の問題点を明らかにする必要がある。しかし、在宅ケアの事例検討では多職種との協働や社会資源の活用といったケアマネジメント的な視点が重視されがちである。本セミナーでは訪問看護師をスキルアップすることが目的であることから、看護師自身の療養者や家族との日ごろのかかわりを振り返ってもらい、医療者や在宅ケアサービススタッフとしての視点ではなく家族の視点から何が問題なのかをとらえ、問題解決に向けた家族支援のあり方を考えることとした。また実践での応用能力を養ってもらうため、このモデルと事例を使用した。

なお本セミナーには、病院勤務の看護師からも参加希望があり、訪問看護師と同じ内容の受講をした。

3. 調査方法および調査の内容

セミナー時の調査として、初日にアンケート用紙を配布し、終了時に提出してもらった。調査内容は、「対象者の属性」として年齢、訪問看護の経験年数、臨床看護の経験年数、現在訪問看護を利用している人工呼吸療養者数を尋ねた。「人工呼吸療養者支援に関する看護の実施状況」として、“人工呼吸器管理”“フィジカルアセスメント”“呼吸介助法”“呼吸以外の機能訓練”“家族への療養指導”“家族の相談”的な6項目の実施状況を、「必ず行う」「必要時行う」「行わない」で尋ねた。また、本研究ではセミナー後のスキルアップを長期的な視点から評価することを目的としているため、セミナー時およびセミナー後のアンケート調査は同じ6項目に対する「困難感の程度」を問うこととした。困難感の程度は「いつも感じる」「ときどき感じる」「たまに感じる」「感じない」「人工呼吸療養者が

「いないのでわからない」で尋ねた。受講内容に対する評価として、「家族ケア」「呼吸リハビリテーション」「人工呼吸器管理」「事例検討」のそれぞれの看護実践における活用可能性を「いますぐ活かせる」「自信はないが活かせそうだ」「活かせそうにない」で尋ねた。最後に、セミナーに参加しての感想などを自由記述欄に記載してもらった。

セミナー後の調査は、3か月後と6か月後ともに同じ内容のアンケート用紙を対象者宛に郵送し、記入後返送してもらった。調査内容は「人工呼吸療養者支援に関する看護の困難感」および「受講内容の活用状況」である。「人工呼吸療養者支援に関する看護の困難感」はセミナー時の調査と同じ6項目で、「受講内容の活用状況」は「家族ケア」「呼吸リハビリテーション」「人工呼吸器管理」「事例検討」のそれぞれを「活かしている」「少し活かしている」「活かしていない」で尋ねた。また、6か月後のアンケートには、近況を自由記述欄に記載してもらった。

4. 分析方法

対象者数が少ないため、各質問項目に対する回答状況として「対象者コード」(A～K)を表中に示した。対象者個人のセミナー時、3か月後、6か月後の回答状況を分析し、セミナーの効果を検証した。

5. 対象者への倫理的配慮

対象者の自由意思に基づく研究参加であることを前提とし、本研究の内容をあらかじめ書面にて説明し対象者を募った。そして、セミナー当日、対象者より研究参加同意書に署名を得た。その際、研究の途中辞退が可能であること、またそれにより職務上不利益が生じないことを書面と口答にて説明した。

なお、アンケート用紙の取り扱いに際して、対象者にはすべてコードナンバーをつけ、個人が特定されないようにした。

表2 対象者の属性および人工呼吸療養者支援に関する看護の実施状況

対象者	訪問看護経験年数	臨床看護経験年数	人工呼吸療養者数 (侵-非) ¹⁾	人工呼吸器管理 ²⁾	フィジカルアセスメント ³⁾	呼吸介助法 ⁴⁾	呼吸以外の機能訓練 ⁵⁾	家族への療養指導 ⁶⁾	家族の相談 ⁷⁾
A	4	0	1 (1-0)	必ず行う	必ず行う	行わない	行わない	必要時行う	必ず行う
B	4	7	1 (1-0)	必ず行う	必ず行う	行わない	必要時行う	必要時行う	必要時行う
C	8	7	4 (2-2)	必ず行う	必ず行う	必ず行う	必要時行う	必ず行う	必ず行う
D	2	19	9 (4-5)	必ず行う	必ず行う	行わない	必ず行う	必要時行う	必要時行う
E	1	29	4 (3-1)	必ず行う	必要時行う	必ず行う	必要時行う	必要時行う	必要時行う
F	13	24	1 (1-0)	必ず行う	必ず行う	必ず行う	必ず行う	必要時行う	必要時行う
G	10	3	1 (1-0)	必ず行う	必ず行う	必要時行う	必要時行う	必要時行う	必要時行う
H	10	3	1 (1-0)	必ず行う	必ず行う	行わない	必ず行う	必要時行う	必要時行う
I	3	8	2 (2-0)	必ず行う	必ず行う	必ず行う	必ず行う	必ず行う	必ず行う
J	7	6	1 (1-0)	必ず行う	必ず行う	必要時行う	必ず行う	必要時行う	必要時行う
K	7	7	2 (0-2)	必ず行う	必ず行う	必ず行う	必ず行う	必ず行う	必ず行う

¹⁾ 対象者が勤務する訪問看護ステーション利用中の人工呼吸療養者数(侵襲的人工呼吸療養者数-非侵襲的人工呼吸療養者数)

^{2)~7)} 人工呼吸療養者に対する看護の実施状況の項目、各項目について「必ず行う」「必要時行う」「行わない」で回答

III. 結 果

1. 対象者の特徴および人工呼吸療養者支援に関する看護の実施状況

対象者は訪問看護経験1年から13年までと幅広く、臨床での看護経験をもたないものも含まれていた。現在訪問している人工呼吸療養者数は、勤務している訪問看護ステーションによるばらつきがみられた。

「人工呼吸器管理」と「フィジカルアセスメント」はほぼ全員が訪問時「必ず行う」と回答した。「呼吸介助法」は4名が「行わない」と回答していた。また「呼吸以外の機能訓練」を「行わない」と回答したものは1名のみで、「呼吸介助法」より多く行われていた。「家族への療養指導」「家族の相談」は「必要時行う」が最も多く、「行わない」と回答したものはいなかった(表2)。

2. 人工呼吸療養者支援に関する看護の困難感

「呼吸介助」「家族への療養指導」「家族の相談」で、全体的にセミナー後の「困難感の軽減」が認められた。一方、「フィジカルアセスメント」「家族への療養指導」「家族の相談」はセミナー後の困難感を「いつも感じている」と回答したものが増えていた(I氏とE氏)(表3)。

3. セミナー時の受講内容に対する評価とセミナー後の受講内容の活用状況

「呼吸リハビリテーション」は「いますぐ活かせる」と回答したものが最も多かった(表4)。

3か月後、6か月後ともに「活かしている」と回答したものが多かったのは「家族ケア」だった。「呼吸リハビリテーション」はセミナー後「少し活かしている」と回答したものが約半数で、8割以上に活用されていた。「人工呼吸器管理」は5割前後が「活かしている」と回答したが、

表3 人工呼吸療養者支援に関する看護の困難感

	いつも 感じる	ときどき 感じる	たまに 感じる	感じ ない	人工呼吸 療養者が いない
人工呼吸器管理					
セミナー時	GI	ABDEF	CHJK		
3か月後	I	EFGK	ACDJ	H	B
6か月後	GI	ACEK	DHJ		BF
フィジカルアセスメント					
セミナー時	G	ABCDEFI	HK	J	
3か月後	GI	ACEFK	D	HJ	B
6か月後	GI	ACEK	DHJ		BF
呼吸介助					
セミナー時	AEG	BCDFHIK	J		
3か月後	EF	ACDIK	GHJ		B
6か月後	I	ACDEG	HJK		BF
呼吸以外の機能訓練					
セミナー時	AEG	HI	BCK	DFJ	
3か月後	E	ADIJ	CG	FHK	B
6か月後		ADEI	CHJK	G	BF
家族への療養指導					
セミナー時		BDEGIK	ACHJ	F	
3か月後	EI	DK	ACGJ	FH	B
6か月後		CG	ADEHIJK		BF
家族の相談					
セミナー時		DEGIK	ABCHJ	F	
3か月後	E	IK	ACDG	FHJ	B
6か月後		DEG	ACIJK	H	BF

表4 セミナー時の受講内容に対する評価

	いますぐ 活かせる	自信はないが 活かせそうだ	活かせそう にない
家族ケア	ABCDEFGIJ	EFHK	
呼吸リハビリテーション	ABCDEFGHIJK	EFH	
人工呼吸器管理	ACDEFIJ	GHK	B
事例検討	ABCDEIJ	FGHK	

「活かしていない」と回答したものが2割前後いた。“事例検討”は3か月目が最も低い活用状況であったが、6か月目は9割が「活かしている」「少し活かしている」と回答していた(表5)。

4. 人工呼吸療養者支援に関する看護の困難感と受講内容の評価・活用状況

セミナー時、セミナー後を通して“人工呼吸器管理”“フィジカルアセスメント”的困難感を「いつも感じる」と回答したのがG氏とI氏で、両者とも受講内容を「活かしている」と回答していた。またG氏については、6か月後の自由記述に肯定的な意見とともにサポートを望む声が述べられていた。一方、受講内容の評価・活用状況がすべてにおいて良好だったのがC氏である。C氏の訪問看護ステーションは4名の人工呼吸療養者が利用しており、看護の困難感はさほど強くなかった(表1～6)。

表5 セミナー後の受講内容の活用状況

	活かして いる	少し 活かしている	活かして いない
家族ケア	3か月後 ACDFGIJ	EHK	B
	6か月後 ACFGIJ	BDEHK	
呼吸リハビリ テーション	3か月後 CGIJ	ADEHK	BF
	6か月後 CGHIJ	ADEFK	B
人工呼吸器管 理	3か月後 ACGIJ	DEHK	BF
	6か月後 ACGHIJ	EK	BDF
事例検討	3か月後 ACJ	EFG	BDHIK
	6か月後 CG	ABEFHIJK	D

表6 自由記述の内容

セミナー時

- ・とてもよく理解できた、スタッフに伝達したい。(A)
- ・事例検討を通して家族への看護計画の必要性に気づいた。(C)
- ・座学だけではなく身体を使って学べたので、実践に活かせると思う。(D)
- ・呼吸リハビリテーションの講義がとてもわかりやすく、理解できた。(H)
- ・ALS療養者の家族支援が難しいと思っていたので、事例検討の方法を活用したい。(H)
- ・人工呼吸器管理はもっと時間をとってほしかった。(J)
- ・事例検討は初めてだったので難しかった。(K)

6か月後

- ・何に働きかければ家族がよい方向に向かを、常に考えケアするようになった。1例1例が事例検討の必要な家族であるが、答えがなかなか見つからない。アドバイスしてくれるところがあるといいのにと思う。(E)
- ・人工呼吸器装着の利用者がセミナー直前に亡くなり、学んだことが実践できなかった。……新たな利用者の訪問時には是非実践したい。(F)
- ・全身状態の観察が細かくできるようになった。また呼吸リハも不安なく行っている。(G)
- ・呼吸リハを活用している。痰が出ないとき不安になるので、再度実技を確認したい。(H)

IV. 考 察

1. 人工呼吸療養者支援に関する看護の実施状況と困難感

本研究では、訪問看護師へのセミナーの内容を検討するにあたり、事前にアンケート調査を実施した⁷⁾。調査内容として、人工呼吸療養者支援の際に困難と感じたもの・よくできたもの、支援するうえで重要な能力と感じたもの、またこれまで参加した研修および今後参加したい研修について尋ねた。その結果に基づきセミナーの内容を検討した。本研究対象者のセミナー時・後の「看護の困難感」について大きな変化は見られなかったが、対象者個別にみると、それぞれ苦手としている看護があり、セミナー後に困難感が軽減されるものがいれば、困難感を増しているものもいた。とくに“人工呼吸器管理”と“フィジカルアセスメント”は、ほぼ全員が訪問時「必ず行う」と回答した看護の内容であるため、訪問看護師の研修内容として有用だったと考える。しかし、セミナー時・後の困難を「いつも感じる」と答えた対象者も存在した。G氏とI氏がそうであるが、両者とも訪問看護を利用する人工呼吸療養者は1名しかいない。また3か月後と6か月後の調査結果では、「人工呼吸療養者がいない」と回答した対象者もいた。

訪問看護ステーションは、病棟のように同様の疾患で同様の治療を行っている患者が常に存在しているわけではないため、継続的な知識・技術の獲得に結びつかないことが考えられる。事前に行ったアンケート調査の結果⁷⁾では、「人工呼吸器管理」が「呼吸介助」とともに、これまで参加した研修、今後参加したい研修両方の上位にあり、訪問看護師が何度も受けたい研修内容であると考えられることから、継続的な看護技術の実施が訪問看護師のスキルアップ上の課題であると思われた。

2. 「看護の困難感」の変化と受講内容の評価・活用状況

「看護の困難感」でセミナー後「いつも感じる」の回答者が減少した項目が「呼吸介助法」および「呼吸以外の機能訓練」であった。これらは人工呼吸療養者にのみ必要とされる看護ではない。本セミナーにおける「呼吸リハビリテーション」の講義・演習は、人工呼吸療養者にのみ特化せず、その他の長期臥床療養者の看護にも十分応用が可能で訪問看護師のスキルアップにつながるよう工夫をした。そのため、対象者からは「わかりやすい」「いますぐ活かせる」と好評を得ることができたと考える。

一方、療養者の自宅をケアの場とする訪問看護師にとって、家族とのかかわりは日常的な出来事である。そのため、「家族への療養指導」と「家族の相談」は、セミナー時に困難感を「いつも感じる」と答えたものはいなかつた。また「家族ケア」の受講内容に対する評価・活用状況は良好で、訪問看護師にとって最も理解しやすい内容であったと思われる。しかしながら、セミナー後に困難感が増すものや軽減するもののが存在すること、また自由記述の内容から察するに、本セミナーは何人かの訪問看護師の家族観に変化を引き起こした可能性が考えられる。とくにE氏の場合、臨床経験の長いベテランで人工呼吸療養者の多い訪問看護ステーションに勤務しているにもかかわらず訪問看護歴は1年と短いため、本セミナー参加によって家族全体をケアの対象ととらえることに気づいたと思われる。『家族看護』が独立した看護の学問領域として基礎教育課程に導入されてから10年程度しか経っておらず、臨床および在宅で看護業務に従事する看護職のなかにも『家族看護』の教育を受けていないものが多い。石沢ら⁹⁾が行った全国調査の結果では、『家族看護学』の学習経験がある訪問看護師は全体の17.4%で、学習経験の有無が訪問看護師の家族看護実践と関連していることが明らかにされている。また看護職自身の家族観がケアをする際の家族観にも反映されることが常々指摘されていることから、『家族看護』に関する学習の機会をもつことが訪問看護師の教育内容には必要と思われた。長期人工呼吸療法を必要とする難病療養者の家族支援に困難感を抱く訪問看護師は多く¹⁰⁾、

また本セミナー対象者のなかでも困難感の軽減につながったものが多かったことから、「家族ケア」を受講内容に取り入れたことは妥当だったと思われる。

また「事例検討」については、セミナー時の受講内容に対する評価を見ると全員が実践に「活かせる」と回答していたが、3か月後の活用状況では半数近くが「活かしていない」と回答していた。しかし6か月後は9割以上が活用しており、セミナーで学んだ事例検討の方法が日々の訪問看護の実践に活用されるようになったことが理解できる。事前アンケート調査の結果⁷⁾によると、事例検討を支援上重要な能力ととらえている訪問看護師の割合は少ないが、事例検討に困難感を抱く訪問看護師の割合は多い。またC氏のように、ある程度の臨床および訪問看護の経験を有し、多くの人工呼吸療養者の支援に携わり「看護の困難感」をあまり感じない訪問看護師の場合でも「事例検討を通して家族への看護計画の必要性に気づいた」という意見を述べていることから、家族全体を視野に入れた事例検討の方法を知らない看護師が多いと推測する。そのため、「人工呼吸器管理」や「呼吸リハビリテーション」といった技術的な内容だけではなく、「事例検討」など問題解決能力を高めるための演習を取り入れることが、医療依存度の高い人工呼吸療養者の在宅療養を支援する訪問看護師のスキルアップに結びつくと思われた。

3. 訪問看護師のスキルアップを目的とした研修のあり方

訪問看護師を対象とした研修の効果についてはいくつかの報告がなされているが、研修直後の受講者の理解状況の確認にとどまっており、獲得した知識や技術をその後どのように活用しているかについて及んでいない。2003年に日本訪問看護振興財団が行った人工呼吸療養者支援にかかる訪問看護師への研修会3か月後の調査では、個々の看護技術に対する自己評価の高まりに加え、勉強会・研修会の出席回数の増加があげられた⁵⁾。2007年度訪問看護基礎調査の結果によると、ステーション内で実施している教育訓練の内容は、関連団体や機関が実施するスキルアップ研修に定期的に参加が63.2%，セミナーや講習会への個人参加に時間や費用の付与・支援が55.5%，ステーション内での定期的スキルアップ研修が44.0%であった¹¹⁾。しかし、7対1看護の導入により、訪問看護ステーションから病院へと多くの看護師が移動し、訪問看護師を研修に出す余裕のないステーションが増えているため現状は不明確であり、またステーション間での格差も大きいと推測される。そのため研修のプログラム化にあたっては、こうした訪問看護ステーションの事情や訪問看護師の背景的特徴を十分考慮する必要がある。

今回われわれが企画したセミナーは、訪問看護師の勤務

を考慮し土日に集中して実施した。しかし、時節がら子供の学校行事が休日に入り2日連続して参加することが困難という家庭の事情、また研究目的を兼ねたセミナーということから、気軽な参加には結びつかなかったのかもしれない。そのため、eラーニングなど集合教育以外の学習方法を取り入れ、学びたい人が自分の都合の良い時間に何度も繰り返し学べるシステムも取り入れる必要がある。本セミナーの内容検討にあたっては、“呼吸管理”に関連し訪問看護師が困難と感じていることを取り上げ、問題解決能力の向上に寄与することを考えた。“事例検討”はすぐに活用には結びつかなかったが、6か月後の調査で活用しているものが増加したことや「家族全体をケアの視野に入れること」の意味を理解されたことから、本研究の目的はある程度達成されたと考えられる。訪問看護師は療養者やその家族、他の専門職者との相互作用を通して力量形成されることが報告されている¹²⁾。しかし、こうした看護実践の基盤には病棟勤務とは違った在宅ならではの知識・技術が求められるため、訪問看護師がいつでも学べ、スキルアップできる現任教育システムをつくることが今後ますます必要となる。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は対象者数が少ないため、結果の一般化には限界がある。しかし、訪問看護師の今後の現任研修のあり方を

検討するうえで有用な知見が得られたと考える。今後は研修後のフォローアッププログラムについて検討し、訪問看護師の生涯学習に役立てたい。

V. 結論

在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーを実施し、その効果を検証した。セミナー後、“呼吸介助”と“家族への療養指導”“家族の相談”で困難感の軽減したものが多くみとめられた。受講内容の活用状況は、“家族ケア”が最も良好であった。また6か月後の評価で活用状況がよいのは“事例検討”であった。医療依存度の高い人工呼吸療養者の在宅療養を支援する訪問看護師のスキルアップを促進するには、“人工呼吸器管理”や“呼吸リハビリテーション”といった技術的な内容だけではなく、“事例検討”など問題解決能力を高めるための演習を取り入れることが有用と示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究対象者の皆様に深く感謝いたします。本研究は科学研究費補助金基盤研究（C）『在宅人工呼吸療養者を支援する看護職者のエンパワーメントアプローチの開発』の助成を受け実施した。

要旨

在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーを実施し、その効果を検証した。セミナーの内容は“家族ケア”“人工呼吸器管理”“呼吸リハビリテーション”“事例検討”的講義と演習である。人工呼吸療養者支援の困難感と受講内容の活用状況について、セミナー時と3か月後、6か月後にアンケート調査を行った。3回のアンケートに回答した訪問看護師11名を分析対象とした。セミナー後、“呼吸介助”と“家族への療養指導”“家族の相談”で困難感の軽減したものが多くみとめられた。受講内容の活用状況は“家族ケア”が最も良好であった。また、6か月後の評価で活用状況がよいのは“事例検討”であった。医療依存度の高い人工呼吸療養者の在宅療養を支援する訪問看護師のスキルアップを促進するには、“人工呼吸器管理”や“呼吸リハビリテーション”といった技術的な内容だけではなく、“事例検討”など問題解決能力を高めるための演習を取り入れることが有用と示唆された。

文献

- 1) 川上理子、森下安子、ほか：訪問看護師の継続研修に対するニーズと課題. 高知女子大学紀要, 54, 27-34, 2005.
- 2) 小久保美代子、柏木聖代、ほか：訪問看護ステーションにおける看護職員の外部研修への参加の実態と関連要因. プライマリ・ケア, 33(1), 42-49, 2010.
- 3) 梅原真美子、古瀬みどり、ほか：A県内訪問看護師の処遇・職務環境とバーンアウトとの関連. 北日本看護学会誌, 9(2), 27-33, 2007.
- 4) 千田みゆき、林 滋子、ほか：看護職者の生涯学習ニーズとその支援状況（その2）A県における訪問看護師の調査. 日本看護学会誌, 16(1), 207-214, 2006.
- 5) 日本訪問看護振興財団：『人工呼吸器装着等医療依存度の高い長期療養者へのケア提供体制等に関する評価研究』報告書. 日本訪問看護振興財団, 2004.
- 6) 前田修子、滝内隆子、ほか：訪問看護師を対象とした感染管理の連携・指導に関する研修会の評価. 日本在宅ケア学会誌, 13(2), 85-92, 2010.
- 7) 古瀬みどり、青柳翔子、ほか：訪問看護師の在宅人工呼吸療養者支援の現状および支援に関わる研修参加のニーズ調査. 訪問看護と介護, 15(4), 298-303, 2010.
- 8) 渡辺裕子：渡辺式家族アセスメントモデルで事例を解く. 医学書院, 2007.
- 9) 石澤 恵、富岡小百合、ほか：訪問看護師の家族観と家族看

在宅人工呼吸療養者をケアする訪問看護師のスキルアップを目的としたセミナーの効果

- 護実践の実態および家族看護実践に関連する要因. 山形医学, 27(1), 79-88, 2009.
- 10) 渡辺裕子: 難病療養者と家族への看護—望ましい援助関係確立のために—. 日本難病看護学会誌, 11(2), 129-132, 2006.
- 11) 日本訪問看護振興財団: 2007(平成19)年度訪問看護基礎調査報告書. 58, 日本訪問看護振興財団, 2008.
- 12) Williamson, K M: Home health care nurses' perceptions of empowerment. Journal of Community Health Nursing, 24(3), 133-1353, 2007.

〔平成23年3月10日受付〕
〔平成23年11月10日採用決定〕

介護付有料老人ホームと認知症グループホームにおける 終末期ケアおよび看取りの現状と看護職者の思い

Actual Condition of End-of-life Care and Terminal Care Provided to Elderly Residents at Private Assisted-living Nursing Homes and Group Homes for Elderly with Dementia and the Attitudes of Nurses

大島 操¹⁾
Misao Oshima

赤司 千波²⁾
Chinami Akashi

柴北早苗³⁾
Sanae Shibakita

キーワード：高齢者、終末期ケア、看取り、有料老人ホーム、看護師

Key Words : elderly, end-of-life care, terminal care, private nursing homes, nurses

I. 緒 言

わが国における有料老人ホームは、創設された1963年当初は、健康で介護や介助を要しない自立した高齢者に対する食事の提供を主な機能とし想定され、つくられたものであった。しかし、2000年4月から開始された介護保険制度に伴い「特定施設入居者生活介護」として位置づけられ、当初350施設、定員37,467人であったものが2007年には2,671施設、定員114,573人にそれぞれ増加している¹⁾。自立した高齢者だけでなく、要支援・要介護の高齢者に対する介護サービスを提供する事業として、また要介護度が高い入居者や医療処置が必要な入居者に対する介護サービスの提供も増加傾向が見られるようになってきた。

さらに、2006年の医療制度改革では療養病床再編の方針が示されたため、介護療養型医療施設の転換先として有料老人ホームが対象となった²⁾。今後、単なる高齢者向けの住まいとしてだけでなく、特別養護老人ホームの代替となり得るような介護の重度化対応や医療対応を含めた「終の住処」としての役割がより強く求められるようになってくることが推測される³⁾。

一方、認知症グループホームは1997年に痴呆対応型老人共同生活援助事業として制度化され、2000年からは痴呆対応型共同生活介護として介護保険法に規定する居宅サービスの一つに位置づけられた。その後、介護保険法改正によって介護予防認知症対応型共同生活介護として予防給付の対象に加わり、その施設数は増加傾向にある⁴⁾。認知症グループホームもまた「終の棲家」となる傾向にあるのが現状である⁵⁾。

高齢者人口の増加に伴いわが国の総死亡数は2003年に100万人を超える、2038年には170万人に達すると推計され、少子化や高齢者のみの世帯の増加等により高齢者が終末期をどこでどのように迎えるかが課題となっている。また、有料老人ホームや認知症グループホームにおいては、医療処置を必要とする入居者の増加も課題となっている。これらの施設に看護職者が勤務していることは少なく、今後、入居者の健康状態の把握をはじめ終末期ケアや看取りに関して看護職者が担う役割がますます重要になると思われる。しかし、高齢者の終末期ケアや看取りに関する先行研究においては、介護老人福祉施設や介護老人保健施設の入居者を対象としたものやがん患者を対象としたものはあるものの、これら以外の施設を対象とした研究は少ない^{6)~8)}。

そこで本研究は、介護サービスを提供する介護付有料老人ホームと認知症グループホームに勤務する看護職者を対象とし、これらの施設における終末期ケアおよび看取りを実現するために、高齢者の終末期ケアおよび看取りの現状と看護職者の思いを明らかにすることを目的とする。本研究結果は、介護付有料老人ホームでの終末期ケアと看取りにおけるケアを構築するための示唆の一つが得られると考える。

II. 研究方法

1. 調査方法

調査対象者は、承諾の得られた介護付有料老人ホーム2施設および認知症グループホーム1施設（介護付有料老人ホームおよび認知症グループホームを以下、ホームとする）に勤務し、同意の得られた看護職者7名である。

1) 九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科 Kyushu University of Nursing and Social Welfare

2) 長崎県立大学シーボルト校看護栄養学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing and Nutrition, University of Nagasaki, Siebold

3) 前・大分ゆふみ病院 Former Oita Yuhumi Hospital

調査対象者に対して、半構成的面接を2008年1月から2月に実施した。面接項目は、看護師の属性として当該ホームの勤務経験年数、終末期医療従事の経験の有無、終末期ケア・看取り研修の経験の有無とホームにおける終末期ケアと看取りについての現状、それらに対する思い、などである。面接時間は1人1回、30分から90分であった。施設の概要については、開設年月日、現在の入居者数、看護師の数と勤務体制、嘱託医の有無について施設長および看護職のリーダーから収集した。

2. 分析方法

語られた内容を録音し、逐語録を作成した。逐語録から終末期ケアおよび看取りの現状と、終末期ケアおよび看取りについての思いが語られた部分を抜き出し、類似の内容ごとにまとめ“小カテゴリー”とした。さらに小カテゴリーの共通性のあるものを集め“中カテゴリー”とし、命名した。同様に中カテゴリーの共通性のあるものを集め“大カテゴリー”とし、命名した。分析の妥当性の保障については、分析の過程において研究者間で同意が得られるまで検討を繰り返した。また、調査対象者に分析結果を確認し、妥当性の確保に務めた。

3. 倫理的配慮

調査対象者には、研究目的と研究方法および倫理的配慮について口頭および文書で説明した。なお、倫理的配慮については、対象者の勤務に支障をきたさないようにし、研究参加の任意性、面接内容の録音、情報の保護の厳守と匿名化、研究終了後のデータの裁断破棄、調査結果の学会等

での公表等について説明し、同意書への署名をもって同意を得た。対象者が勤務している施設長に対しても同様に説明し、承諾書にて承諾を得た。なお、本研究は大分県立看護科学大学の研究倫理委員会の承認を得て実施した。

III. 結 果

1. 対象者の背景

調査対象の看護職者7名は全員女性であり、ホームでの平均勤務年数は約1.8年であった（表1）。また、施設の平均開設期間は約3年であり、日勤の看護職者数は1施設あたり2～3名であった。なお、夜勤の看護職者の配置を行っている施設は1施設であった。

2. 分析結果

分析の結果、ホームにおける“終末期ケアおよび看取りの現状”は【大カテゴリー】2個、【中カテゴリー】5個、「小カテゴリー」21個（表2）、看護職者の思いは、ホーム

表1 対象者の概要

対象者	年代	看護職経験年数 (現施設勤務年数)	終末期医療従事 経験の有無	終末期に関する 研修経験の有無
A	50	30年(1)	有	無
B	30	15年(1.2か月)	有	無
C	30	17年(1.5)	有	無
D	30	19年(2)	有	無
E	50	16年(3)	無	有
F	40	15年(3)	有	有
G	50	35年(1)	有	無

表2 終末期ケアおよび看取りの現状

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
ホームでの看取りの現状	従来からの看取りへの取り組み方	終末期を見る方針がないため、寝たきり状態になったら退去してもらう
		会社が決めたある程度の方針に沿って看取る
		認知症でも理解力のある入居者に対しては、ホームでの看取りの取り組み状況を説明をする
		ホームの看取りの方針がないなか、家族へ看取りの取り組みの現状を説明する
		本人がホームで最期を迎えると希望しても、家族がホームでぎりぎりまで見て、その後病院に任せること
	今後に向けた看取りへの取り組み方	入居者が寝たきり状態になった場合も退去させずに看る
		看取り対応の実施の方向で検討する
		本人の看取りに対する希望について家族と話し合う
		ホーム長が家族の看取りについての意向を確認する
ホームでの看護職者の体験	緊急時の連絡体制	入居者の医療的依存度が高くなてもホームで過ごしたいという要望のため、夜勤看護職者の配置を導入した
		看護職者の24時間の電話待機
		嘱託医への電話連絡
	最期を迎える場所への本人と家族の希望	救急医療機関への電話連絡
		ホームで最期を迎えると希望
		ホームで最期を迎えてほしいと希望
		病院で最期を迎たくないと希望
	ホームで実施した看取り	悪くなったら病院に行きたいと希望
		自然死の看取り
		急変時の対応の仕方を決めてかかわった看取り
		ホームでの看取りを希望した入居者の看取り

における“終末期ケアおよび看取りを実現するための思い”として【大カテゴリー】2個、『中カテゴリー』5個、「小カテゴリー」24個であった(表3)。

以下、各カテゴリーについて述べる。なお、対象者の語りの一部は〈〉で表した。

a. ホームにおける終末期ケアおよび看取りの現状

(1) 【ホームでの看取りの現状】

看護職者は「終末期を見る方針がないため寝たきり状態になったら退去してもらう」や〈一応、いまのところ、夜間持続的な吸引とか、そういうのがなければ、一応看ます、ということは、口頭の説明はご家族の方にはしています〉と、「ホームの看取りの方針がないなか、家族へ看取りの取り組みの現状を説明する」「会社が決めたある程度の方針に沿って看取る」など、『従来からの看取りへの取り組み方』に沿って看取りを行っていた。しかし、入居時から時間が経つにつれ入居者の健康状態に変化が生じた場合は、常勤の看護職者が少ないなか、スタッフ間で相談し「入居者が寝たきり状態になった場合も退去させずに看る」「看取り対応の実施の方向で検討する」といった看取る方向の対応を行っていた。また、「本人の看取りに対する希望について家族と話し合うことや「入居者の医療的依存度が高くなってもホームで過ごしたいという要望のため、夜勤看護職者の配置を導入した」といった、『今後に向けた看取りへの取り組み方』を行っていた。

(2) 【ホームでの看護職者の体験】

看護職者は〈何かあったら自分のところに連絡ください、ということで言つては帰るんですけど、結局、常に電話で連絡がとれるようにしておかないといけないでしょう〉〈枕元に携帯おいていますよ〉と、24時間の電話待機を余儀なくされる「看護職者の24時間の電話待機」や、入居者が急変した場合に〈この主治医の先生もお電話したらすぐ指示もくださるし……〉といった「嘱託医への電話連絡」や「救急医療機関への電話連絡」をするといった『緊急時の連絡体制』のもと、看取りを行っていた。このような環境のなかで入居者は「ホームで最期を迎える」という本人の希望を表出し、また家族は「ホームで最期を迎えてほしい」という家族の希望を表出し、『最期を迎える場所への本人と家族の希望』が示されていた。看護職者が『ホームで実施した看取り』は、ホームでの看取りの取り組み方を踏まえ、また本人や家族の希望を把握し、〈老衰みたいな方ばかりだったので……、自然な感じで、と仰られる方を……〉という「自然死の看取り」や〈病院には行かず、こちらで、っていうご希望がありましたので……〉という「ホームでの看取りを希望した入居者の看取り」などであった。

b. 終末期ケアおよび看取りを実現するための看護職者の思い

(1) 【その人となりに沿った看取りをしたい】

看護職者は、これまでの看護職として終末期医療に従事

表3 終末期ケアおよび看取りを実現するための看護職者の思い

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
その人となりに沿った看取りをしたい	看護職者が思う看取り	ホームで看取らせてもらうのがベストだと思う
		自宅で看取られるのがいいと思う
		看取りは自然死がいいと思う
		本人の状況に合わせて家族と話し合いながら対応するのがいいと思う
		本人の延命を家族が希望した場合は早めの入院がいいと思う
	看護職者が提供したい看取り	家庭的なところで看取られたい、と言ってくれるような亡くなり方をしてもらいたい
		温かく家族やスタッフに見守られながら亡くなってもらいたい
		穏やかな死が迎えられるようなケアをしたい
		本人が希望する看取りに添えるようなケアをしたい
		その人となりに沿った終末期が迎えられるようなケアを提供したい
終末期ケア・看取りの体制づくりが必要	書面による意思確認への考え方	書面による意思の確認をとる、という考え方賛成である
		書面による意思の確認をとる、という考えをしたことがない
		書面による意思の確認をとる、ということについてスタッフと話題にしたことがない
	終末期ケア・看取りへの不安	終末期ケア・看取りケアについて勉強不足である
		施設でのケアは限られているので、どこまでどのようにしたらいいかわからない
		終末期になって24時間対応となると、勤務的に困難である
	終末期ケア・看取りの実現に必要なこと	医療機関との円滑な連携が必要である
		終末期ケアを実現するための環境整備が必要である
		家族と密に連絡をとる必要がある
		本人・家族と職員との信頼関係を築く必要がある
		本人の意思を確認する工夫が必要である
		家族と職員が協力して取り組む姿勢が必要である
		終末期ケア・看取りケアに関する学習が必要である

した経験とホームでの看取りの経験から〈お家よりは落ち着いておられますので、ここで看取らせてもらうのがいちばんベストだと思う〉という「ホームで看取らせてもらうのがベストだと思う」や〈病院には行きたくない、ここで、って言われた場合の対応は、本当にいまのところそのときの話し合いの状況ですね〉と、「本人の状況に合わせて家族と話し合いながら対応するのがいいと思う」といった『看護職者が思う看取り』を導いていた。

看護職者は、これら看取りの経験から感じ取った看取りへの思いから「本人が希望する看取りに沿えるようなケアをしたい」「その人となりに沿った終末期が迎えられるようなケアを提供したい」などといった、『看護職者が提供したい看取り』を表出していた。

(2) 【終末期ケア・看取りの体制づくりが必要】

生前の意思表示の書面化に対する看護職者の思いには〈意思表示は元気なうちにしておくといいかな、と私は思う〉という「書面による意思の確認をとるという考え方には賛成である」という明確な考えがある一方で、書面化に対する関心のなさからか、「書面による意思の確認をとる、という考えをしたことがない」など、『書面による意思確認への考え方』が表出されていた。

看護職者はホームにおける看取りを経験するなかで、「終末期ケア・看取りケアについて勉強不足である」とことや〈施設のなかでできることといったら限られてるなかで、何をしていけばいいのだろうということをすごく感じる〉と「施設でのケアは限られているので、どこまでどのようにしたらいいかわからない」といった、『終末期ケア・看取りへの不安』を抱えていた。同様に看護職者は、看取りを経験するなかで「終末期ケア・看取りケアに関する学習が必要である」や〈終末期の方を抱えて、毎日になって……夜間、ずっと看取るというのは難しいですね。医療の訪問看護とかができるのであれば可能なのですが……〉と「終末期ケアを実現するための環境整備が必要である」などに加えて、看取り場所に対する本人と家族の希望を把握するためにも「家族と密に連絡をとる必要がある」や、〈まだ1年半なので……、ここで亡くなった家族の人とあまり信頼関係ができないうちに亡くなっているので……。家族の方と信頼関係ができているので、あればもうちょっとなにかできたかなあと思ったりするんですけど……〉と「本人・家族と職員との信頼関係を築く必要がある」、さらに〈なかなか、直接、どう？って聞くのはむずかしいので……〉と「本人の意思を確認する工夫が必要である」といった必要性を感じ、『終末期ケア・看取りの実現に必要なこと』を示していた。

IV. 考 察

1. ホームにおける終末期ケアおよび看取りの現状

『特定施設における医療サービス等の確保のあり方に関する調査研究報告書』⁹⁾によると、有料老人ホームで看取りを行った主な理由は“家族からの要望”であった。本調査においても同様に『最期を迎える場所への本人と家族の希望』に沿って看取りを行っていた。また、『認知症対応グループホームにおける重度化対応と医療連携に関する研究調査報告書』¹⁰⁾では、看取りについて4割近くが「希望に応じて積極的に取り組んでいく姿勢がある」と回答した。本調査においても『今後に向けた看取りへの取り組み方』において「入居者が寝たきり状態になった場合も、退去させずに看る」や「看取り対応の実施の方向で検討する」といった前向きに取り組んでいる現状が明らかになった。しかし、一方で『終末期ケア・看取りへの不安』があるため、職員が安心してケアを提供することができるよう、運営主体やホームは終末期ケアや看取りに対する方針を早急に明確に示す必要があると考えられる。

2. 終末期ケアおよび看取りを実現するための看護職者の思い

a. その人となりに沿った看取りをしたい

看護職者は、これまで生きてきた経験と当該ホームにおける終末期ケアや看取りの経験を含めた看取りの経験から、とくに認知症の入居者の場合、住み慣れた「ホームで看取らせてもらうのがベストだと思う」という思いを抱いている一方で「自宅で看取られるのがいいと思う」という思いを表出していた。また、「本人の延命を家族が希望した場合は、早めの入院がいいと思う」という思いも表しており、看護職者がホームは医療機関での入院期間中の短いかかわりとは異なり、入所者と長期間にわたって接することにより、入居者の家族背景を含むさまざまな状況を把握することができたため、本人や家族が希望する看取りに沿えるようなケアを提供したいといった『看護職者が提供したい看取り』に至ったと考えられる。先行研究^{11), 12)}によると一般病棟におけるターミナルケアや看取りにおいて、看護師は後悔やストレスを感じていることが報告されている。ホームにおいて看護職者が後悔やストレスを感じることなく、『看護職者が提供したい看取り』を実現するために、どのような支援が必要かを検討することが重要である。

b. その人となりに沿った終末期ケア・看取りの実現について

看護職者は【その人となりに沿った看取りをしたい】という思いの実現のためには【終末期ケア・看取りの体制づくりが必要】という思いに至ったものと考えられる。以

下、体制づくりについて考察する。

(1) 終末期ケア・看取りに関する学習が必要である

対象者は、医療環境の整っている病院医療機関と生活の場としてのホームでの終末期ケアや看取りを経験し、その対応が異なっていることや、運営主体の方針がないことなどから「施設でのケアは限られているので、どこまでどのようにしたらいいかわからない」という不安を感じ、ホームにおける看取りの現状において、「急変時の対応の仕方を決めてかかわった看取り」を行っていた。対象者7名のうち5名は終末期に関する研修の経験がなく「終末期ケア・看取りケアについて勉強不足である」という思いもあった。これらのことから、「終末期ケア・看取りケアに関する学習が必要である」という思いに至ったと思われる。高齢者介護施設において終末期ケアを実施するための条件として、“スタッフを対象にした終末期ケア教育”が最も多くあげられており¹³⁾、また千葉¹⁴⁾が終末期ケアに期待される看護師の役割として“スタッフ教育を行う”ことをあげていたことからも、ホームの職員も研修を受けることができるなどの学習の機会の確保が重要と考えられる。今後、終末期における身体的な変化や対応の方法などの医療に関する職員への指導は、医療職である看護職者が担う役割は大きいと思われる。よって、看護職者の不安を軽減するためにも、医療に関することだけでなく認知症や倫理的側面などに関しても学習の機会が必要と考える。外部の研修に参加する機会を設ける等、職員の数が少ないなかでも研修をうけることができるよう勤務体制の配慮といった、職場環境を整え支援することが必要である。「終末期ケアを実現するための環境整備が必要である」という“環境”にはこの職場環境も含めて考慮する必要がある。

(2) 終末期ケアを実現するための環境整備が必要である

環境整備には職場環境に加えて医療体制の充実があげられる。本研究では〈ここの主治医の先生もお電話したらすぐ指示もくださるし……〉と、協力医療機関との連携がとられていた施設であったため、家族の要望に沿って看取りが行えたと思われる。しかし、看護職者は医療機関との、より円滑な連携が必要であるという思いを表出していた。また、通常でも看護職者は24時間の電話待機を強いられている状況であることからも、『終末期ケア・看取りへの不安』の一つとして「終末期になって24時間対応となると勤務的に困難である」ことを表出していた。よって、少数の看護職者では心身への加重が大きくなることが推測される。前述した研究調査報告書¹⁵⁾によると、ホームで看取りを受け入れられない理由として、夜間の看護師の配置がない、ホームでの看取りをサポートする医師がない、ホームでの看取りをサポートする協力医療機関がない、な

どがあげられていた。したがって、夜間に看護職者の配置が困難な場合は、入居者の健康上の管理等を行う体制を確保するために、訪問看護ステーションとの連携や連携医療機関との連携を密にするといったホームにおける医療体制の充実をはかることも必要と考えられる。

(3) 本人の意思を確認する工夫が必要である

終末期に関する生前の『書面による意思確認への考え方』については、看護職者の思いはさまざまであった。しかし、本人と家族のさまざまな希望に沿ったホームで実施した看取りの経験から、本人の意思や家族の希望の把握の仕方に工夫が必要であることを語っていた。

本人の意思の確認に関する先行研究¹⁶⁾において、平成15年と20年を比較し、リビング・ウィルへの賛成については、一般の人では経年的に認識の変化はないが、看護職に関しては賛成が約8割と認識に変化がみられた。また、看護職者では、リビング・ウィルの内容を尊重するとしたのは約2割弱から6割と増加しており、本人の意思を尊重するという意識が高まっていると思われる。しかし、看護職者の認識は高いものの、有料老人ホームにおいても認知症の入居者の割合は高く、高齢者本人への終末期に関する意思の確認が不可能であるという理由から意思確認は困難な状況にあることが示されている^{17), 18)}。

本人が最期をどのように生きたいと願っているのか、その真の願いを理解するには、対話という関係性のなかで生まれる語りに着目することが必要である¹⁹⁾と述べられている。ホームの職員は日々のかかわりのなかで、入居者の願いを感じ取ることができる立場にある。さらに、入居者の願いを代弁して家族に伝え、入居者と家族をつなぐ役割を担う必要がある。入居者本人の意思の確認が困難な状況においては家族の果たす役割が大きいことから、看護職者は「家族と密に連絡をとる必要がある」という思いを示したと思われる。さらに看護職者は「本人・家族と職員との信頼関係を築く必要がある」と認識しており、終の棲家となりうるホームにおいてはとくに家族を含めた関係づくりが重要となると考えられる。本人の意思・家族の希望をどのように把握し尊重するのかが継続した課題である。リビング・ウィルは一般的には浸透しつつあるが、ホームにおいては未だ活用されていない状況にあったことから、今後、意思表示ができる入居者に対しては前述のリビング・ウィルの活用も考慮し、高齢者本人が希望する終末期ケアを提供する必要があると考える。

3. 研究の限界と今後に向けての課題

本研究で得られた結果は、3施設の全看護職者9名中7名から得られた情報であることから、対象施設の現状については把握できたと考えられるが、1つの運営主体に勤務

する看護職者を対象としたため限られた施設の現状である。これまで認知症グループホームにおいては看取りに関する調査研究が行われているが、介護付有料老人ホームに関しては状況の把握は十分とは言い難い。今後はさらに対象を広げ、介護付有料老人ホームにおける終末期ケアおよび看取りケアの状況を明らかにしていく必要がある。

V. まとめ

看護職者7名への半構成的面接の結果、ホームにおける“終末期ケアおよび看取りの現状”は【大カテゴリ】2個、【中カテゴリ】5個、「小カテゴリ」21個，“終末期ケアおよび看取りを実現するための看護職者の思い”は【大カテゴリ】2個、【中カテゴリ】5個、「小カテゴリ」24個であった。

a. ホームにおける終末期ケアおよび看取りの現状

『従来からの看取りへの取り組み方』をふまえ「看取り対応の実施の方向で検討する」といったような『今後に向けた看取りへの取り組み方』によって【ホームでの看取りの現状】が示された。緊急時の連絡体制のもと、『最期を迎える場所への本人と家族の希望』に沿えるようにと提供

した『ホームで実施した看取り』から【ホームでの看護職者の体験】が示された。

b. 終末期ケアおよび看取りを実現するための看護職者の思い

看護職者は、『看護職者が思う看取り』『看護職者が提供したい看取り』から生じる【その人となりに沿った看取りをしたい】という思いに至っていた。さらに看護職者は、『書面による意思確認への考え方』『終末期ケア・看取りへの不安』『終末期ケア・看取りの実現に必要なこと』から【終末期ケア・看取りの体制づくりが必要】という思いに至っていた。

以上のことから、ホームにおける終末期ケア・看取りを提供するにあたって、①ホームの職員の終末期ケア・看取りに関する学習の機会の確保、②ホームにおける終末期ケア・看取りを実現するための環境整備、③入居者本人の意思を確認する工夫、の必要性が示唆された。

謝 辞

研究にご協力くださいました各施設ならびに看護職の皆様に心より感謝申し上げます。なお、本稿は、第35回一般社団法人日本看護研究学会学術集会（横浜）の発表に加筆・修正したものである。

要 旨

介護付有料老人ホームと認知症グループホームでの終末期ケアおよび看取りの現状と、終末期ケアおよび看取りに対する看護職者の思いを明らかにするために、看護職者7名に半構成的面接を行った。その結果、『従来からの看取りへの取り組み方』『今後に向けた看取りへの取り組み方』などの【ホームでの看取りの現状】と、『緊急時の連絡体制』や『最期を迎える場所への本人と家族の希望』『ホームで実施した看取り』などの【ホームでの看護職者の体験】が示された。また、看護職者は、これまでの看取りの経験からの『看護職者が思う看取り』や『看護職者が提供したい看取り』から生じる【その人となりに沿った看取りをしたい】という思いと、『終末期ケア・看取りへの不安』を抱えながらも『終末期ケア・看取りの実現に必要なこと』『書面による意思確認への考え方』を示し、【終末期ケア・看取りの体制づくりが必要】という思いを抱いていた。

文 献

- 1) 厚生労働省：平成19年社会福祉施設等調査結果の概要. 2009-08-01.
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/fukushi/07/kekka1-7.html>
- 2) 厚生労働省：療養病床の再編成と円滑な転換に向けた支援措置について. 平成20年3月版, 2009-07-07.
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/hoken/dl/seido02.pdf>
- 3) 安田純子, 梅澤幸平：有料老人ホームにおける医療対応の実態と求められる対応. NRIパブリックマネジメントレビュー, 57, 2008. 2009-08-01.
www.nri.co.jp/opinion/region/2008/pdf/ck20080402.pdf
- 4) 前掲1)
- 5) 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会：認知症グループホームにおける重度化対応と医療連携に関する調査研究報告書. 2009-08-01.
<http://ghkyo.or.jp/home/pdf/chousakenkyujigyouhoukoku-mitoru.pdf>
- 6) 千葉真弓, 奥野茂代, ほか：グループホームで暮らす認知症高齢者への終末期ケアの課題, 高齢者のケアと行動科学, 12(1), 2006.
- 7) 岡村世里奈, 坂本俊英：有料老人ホームにおける看取りの現状と課題, 日本医療・病院管理学会誌, 45巻, p173, 2008.
- 8) 特定非営利活動法人全国認知症グループホーム協会：認知症グループホームにおける看取りに関する研究事業調査研究報告書, 2007. 2009-08-01.
<http://ghkyo.or.jp/home/pdf/chousakenkyujigyouhoukoku-02.pdf>
- 9) 株式会社野村総合研究所：特定施設における医療サービス等の確保のあり方に関する調査研究報告書, 2008-09-01.
www.nri.co.jp/opinion/r_report/pdf/iryou_service.pdf
- 10) 前掲5)
- 11) 殿城友紀：一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思い. 日本赤十字看護大学紀要, 23, 66-75, 2009.
- 12) 坂口幸弘, 村尾佳津江, ほか：一般病棟での看取りの看護

介護付有料老人ホームと認知症グループホームにおける終末期ケアおよび看取りの現状と看護職者の思い

- における看護師のストレスと感情体験. 看護実践の科学, 32(2), 74-80, 2007.
- 13) 平川仁尚, 植村和正, ほか: 高齢者介護施設における終末期ケアの実施および施設長向け教育に関する課題. 医学教育, 39(4), 245-250, 2008.
- 14) 千葉真弓, 楠本祐子, ほか: グループホームにおける認知症高齢者への終末期ケアに期待される看護師の役割. 日本看護福祉学会誌, 14(2), 53-67, 2009.
- 15) 前掲 9)
- 16) 厚生労働省第1回終末期医療のあり方に関する懇談会: 平成20年10月27日資料3, 「終末期医療に関する調査」結果. 2009-09-01.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisaku/seisaku-00001.pdf>
- 17) 牛田貴子, 流石ゆり子, ほか: Y県下の介護保険施設に勤務する看護職が捉えた終末期(end-of-life)における意思決定の現状. 山梨県立大学看護学部紀要, Vol.8, 9-15, 2006.
- 18) 流石ゆり子, 牛田貴子: 高齢者の終末期のケアにおける看護職者の悩み・困難. 保健の科学, 49(12), 2007.
- 19) 小楠範子: 高齢者の終末期の意思把握としての回想の可能性. 日本看護科学会誌, 28(2), 46-54, 2008.

〔平成22年8月12日受付
平成23年11月22日採用決定〕

看護業務におけるリスクテイキング行動とその関連要因の検討

Risk-Taking Behavior in Nursing Practice and Related Factors

吉田理恵

Rie Yoshida

キーワード：リスクテイキング行動、ローカス・オブ・コントロール、リスク傾向性、看護業務

Key Words : risk-taking behavior, locus of control, risk-seeking tendency, nursing practice

I. はじめに

近年は看護師の静脈注射の行政解釈変更や医師等との役割分担推進による業務拡大が進み、看護師はより一層の安全の確保、医療事故防止に努める必要がある。しかしながら、日本医療機能評価機構¹⁾の報告では、医療事故当事者として、看護師が医師を抜いて最も多い。患者への継続的・直接的行為が多い、といった看護業務の特性や、医療技術の高度・複雑化、在院日数短縮に対応した濃密な医療提供、新たな解釈による看護業務の拡大から、看護師がかかわる医療事故の増加が懸念される。

看護師がかかわる医療事故に関しては、事故実態調査やインシデント報告等をもとに発生要因の分析、事故防止対策などの検討や、大規模なものでは『ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ』作成がされている^{2)~11)}。これらの研究では、注射・与薬に関する事例が多く、「思い込み」「確認不足」「観察不足」「知識・経験不足」の個人要因、「作業中断」「時間切迫」「コミュニケーションの不備」「多重課題」「患者の非協力・協力不能」などの作業要因が見出され、情報の共有やダブルチェック、マニュアル・与薬システム等の整備などの対策の方向性が示されている。また、違反事例を収集し、要因との関連が検討されている¹²⁾。

「人は必ずエラーをおかし、エラーは避けられない」というヒューマンエラーの視点から事故の原因が組織やシステムに求められ過ぎたり、また個人に責任追求することへの抵抗感が強いことから、個人についての研究が消極化する動きもある。看護師個人については、性格や行動特性との関連に関する研究^{13)~18)}はあるが、対象や性格傾向などが限られている。しかし、事故は相互作用により起こることからも、個人からの研究も同時に進めていくことがより一層の医療事故防止につながると考えられる。

『Oxford English Dictionary』¹⁹⁾によると、リスクテイキング（risk taking）は「危険を冒す」である。日常生活における

行動には多少のリスクを伴い、生活のなかにおいてある程度のリスクを冒すことは当然のことともいえる。リスクテイキングには、一般的にポジティブで「挑戦的」という意味合いもあり、スポーツや冒險、投資、経営、ギャンブル、無謀な運転など、損失を望むわけではないが、その行動のスリルや成果の大きさから自ら進んで危険を冒す（敢えてする）場合にも使われる。すなわち、リスクテイキングには積極的な意味合いも多分にあり、プラス・マイナス両面を備えた中立的な概念ととらえることができる^{20), 21)}。他の産業事故や自動車運転事故では、個人の事故を起こしやすい危険な性格傾向を特定するというより、日常生活においてある程度のリスクを冒すといった誰もがもつ行動上の傾向をリスクテイキング行動ととらえ、個人特性との関連が研究されている^{20), 22), 23)}。危険と知りながら敢行する意思決定プロセスであるリスクテイキングは、リスク知覚→リスク評価に続く意思決定の結果として、リスク回避もしくはリスクテイキング行動があり、リスク知覚→リスク評価→意思決定のそれぞれの段階に個人要因を含めたさまざまな要因が影響する²⁴⁾。看護業務においては、たとえば危険と知りながら「たぶん大丈夫だろう」と血液が付着する酒精綿を素手で触る、といったようなリスクテイキング行動が日常的にあると推測される。看護場面ではリスク知覚、リスク評価に注目し、リスクをどのように評価しリスクテイキング行動につなげているのか、看護学生または看護師の思考パターンやリスク傾向性といった個人特性の検討も合わせた研究^{17), 18)}や、リスク認知における職業もしくはスポーツ経験の影響について調査されている²⁵⁾。

近年、“KYT（危険予知トレーニング）”や“セルフモニタリング”といったリスクテイキングの視点をもつ労働災害訓練手法が盛んに導入されていることや、医療訴訟にて看護師のリスクを予見しながら回避行動をとらなかったことで「注意義務違反」に問われることから、看護場面や対象を拡大して看護業務をリスクテイキング行動の視点か

らとらえる必要があると考える。

自分の行動とその結果の原因を自分に認め、その原因をコントロールできるかどうかという信念である“ローカス・オブ・コントロール (Locus of Control: 統制の所在)”²⁶⁾が「内的統制型」にあると事故責任を当事者に帰属する傾向がみられることがある²⁷⁾、リスク発生の原因を自分自身に帰属し、コントロールすることが推測され、看護業務におけるリスクテイキング行動との関連があると予測される。また、個人の日常生活においてリスクを回避する、リスクを志向するといった傾向は看護場面にも同様の傾向が現れると考えられ、いくつかの看護場面との一貫性が示されている^{17), 18)}。しかし、看護業務におけるリスクテイキング行動場面と個人のリスク傾向との関連を検証している研究は散見するのみである。

そこで、看護業務においてリスクやリスク発生の不確実性を認識しながらも行われるリスクテイキング行動や、それに関連する個人要因を明らかにすることは、個々の特性に応じた医療事故防止や医療安全教育の手がかりを得られると考えられる。また、それは医療安全の強化、医療の質の向上につながると考えられる。

II. 用語の定義

1. リスクテイキング行動

看護業務において、対象の危険や損傷の可能性を認識しながらも行われる行動。また、対象の危険や損傷の可能性をはっきりと認識していない場合や「たぶん大丈夫だろう」といった不確実さを伴う場合の意識的・無意識的な行動を含む。

2. ローカス・オブ・コントロール (Locus of Control)

自分の行動と原因の生起が随伴しており、原因のコントロールが可能であるという信念をもっているかという性格特性。

3. リスク傾向性

リスクに対する一般的態度・行動傾向。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究においては、記述的相関研究デザインを用いた。

2. 調査対象

500床以上を有する総合病院に勤務する看護師（准看護師含む）907名を対象とした。

3. 調査期間

2009年8月20日～9月15日であった。

4. データ収集方法

本研究に賛同を得た施設の看護部責任者宛に質問紙を郵送し、対象となる看護師（准看護師を含む）への配布を依頼した。質問紙到着後約2週間後を締め切りとし、対象者より研究者へ直接返送を依頼した。回収された685名（回収率75.5%）から、看護業務におけるリスクテイキング行動の全17項目や各関連要因の主要な項目に対して欠損値の多い、および回答が著しく偏る75名を除外した610名（有効回答率89.1%）を分析対象とした。

5. 倫理的配慮

大学における倫理審査委員会の承認を得た後、対象となる施設の看護部責任者宛に研究の趣旨を書面にて説明し承諾を得た。看護部責任者には調査協力を強制しないように求め、調査の対象者には調査依頼文書中に研究の目的、調査協力に対する自由意志、回答内容の守秘、対象者からの調査票の直接の返送をもって同意と承諾を得ることを示した。回答は無記名とし、回答者各自が厳封し投函してもらい回収した。収集したデータは研究者以外の目に触れないように厳重管理し、さらにデータの匿名化などにより、個人や施設が特定されないように処理した。

6. 調査内容

a. 看護業務におけるリスクテイキング行動

質問項目は、川村¹¹⁾の分析例や他の文献を参考に、ヒヤリ・ハット（インシデント）・医療事故報告事例数の上位3位を占める「与薬（注射・内服）」「転倒・転落」「チューブ・カテーテル類」における日常的な看護業務を検討して、自作した。また、質問項目の内容妥当性を高めるため、協力の得られた総合病院2施設に勤務する看護師22名にプレテストを実施した。結果をもとに修正した後、さらに6名の看護師にプレテストを実施した。「与薬（注射・内服）」については「時間切迫や医師への配慮、これまでの指示内容等から、不明瞭な指示や曖昧な口頭指示を、そのまま受け取ることがある」「スタッフ間で忙しさをカバーするため、代理的に与薬の準備・実施をすることがある」「睡眠を妨げないとの配慮などから、ライン接続を確認しないことがある」などの12項目、「転倒・転落」での「生活行動の見守りの場面で、少しだけと患者のもとを離れることがある」「2人ですべき移動介助（車いす移動、体位変換、ストレッチャー移送）を1人で行うことがある」「チューブ・カテーテル類」での「チューブ類を確認しないまま、体位変換（ギャッチアッ

プを含む) や移動、寝衣交換をしていることがある」「処置やケア後、チューブ類の接続・固定を確認しないことがある」の 2 項目の全 17 項目で構成し、「よくある」「ときどきある」「あまりない」「なし」の 4 段階評定とした。

b. ローカス・オブ・コントロール (Locus of Control, 以下 LOC)

鎌原ら²⁸⁾ が作成した『成人用一般的 Locus of Control 尺度』を使用した。全 18 項目は内的統制 10 項目と外的統制 8 項目の 2 因子から構成し、4 段階尺度「そう思う～そう思わない」とされ、外的統制項目については得点が逆転される。全項目の合計点が高いほど内的統制傾向が強くなる。鎌原らの大学生を対象にした研究²⁸⁾ での Cronbach's α 係数は .78 で、再テストでは .76 であった。

c. リスク傾向性

リスク傾向性の測定には、楠見²⁹⁾ が作成した『リスク回避－志向尺度』を使用した。全 17 項目は、生命に関するリスク回避 7 項目、一般的な不安 5 項目、金銭に関するリスク志向 5 項目の 3 因子から構成され、5 段階尺度「あてはまらない～あてはまる」としており、リスクを志向する表現内容については得点が逆転される。得点が高いほど、生命に関するリスク、一般的な事項および金銭に関するリスクの各不確実事象について、リスクを回避する傾向性が高いことを示す。藤井らの研究¹⁸⁾ での Cronbach's α 係数は .69 であった。

d. 対象者の特性

「年齢」「性別」「看護職経験年数」「看護職での最終専門学歴」「1 年内の医療安全研修会等の受講の有無（院内外を問わない）」「所属病棟の配属年数」を尋ねた。

7. 分析方法

一次分析としてすべての変数について度数および基本統計量を算出し、正規性の検定を行った。二次分析では、看護業務におけるリスクテイキング行動の回答結果から、看護業務におけるリスクテイキング行動が「よくある」および「ときどきある」と回答した群（以下、あり群）と、リスクテイキング行動が「あまりない」および「ない」と回答とした群（以下、なし群）の 2 群に分け、各関連要因との間でクロス集計し、 χ^2 検定にて比較検討した。

その際、「LOC」「リスク傾向性」の各関連要因は分布の偏りがないように、基本統計量の結果を用いて最下位群、下位群、上位群、最上位群の 4 つに区分した。看護業務におけるリスクテイキング行動項目間の相関の評価には、Spearman 順位相関係数を用いた。看護業務におけるリスクテイキング行動の全 17 項目での Cronbach's α 係数は .835 であった。同様に『成人用一般的 Locus of Control 尺度』は .716、『リスク回避－志向尺度』は .677

(.323～.746) であった。『リスク回避－志向尺度』の金銭に関するリスク志向は信頼性が低く（Cronbach's α = .323）、本研究において除外した。一般的な不安と生命に関するリスク回避の 2 つの因子との関係を検討した。

なお、統計分析には『SPSS Ver.17.0 for Windows』を用いた。

IV. 結 果

1. 対象者の特性（表 1）

性別は女性 591 名（96.9%）、男性 18 名（3.0%）であった。平均年齢 34.1 ± 9.3 歳であり、20 歳代 238 名（39.0%）、30 歳代 207 名（33.9%）、40 歳代以上 163 名（26.7%）であった。20～30 歳代が全体の多く（72.9%）を占めた。看護職経験年数は平均 12.6 ± 9.1 年であり、1 年未満 19 名を含む 3

表 1 対象者の特性

			n = 610
項目	内 許	人数	(%)
性別	女性	591	(96.9)
	男性	18	(3.0)
	無回答	1	(0.2)
年齢	20 歳代	238	(39.0)
	30 歳代	207	(33.9)
	40 歳代以上	163	(26.7)
	欠損値	2	(0.3)
		平均値	$34.1 \text{ 歳} \pm 9.3$
臨床経験年数	3 年未満	92	(15.1)
	3～5 年	109	(17.9)
	6～10 年	132	(21.6)
	11～20 年	163	(26.7)
	21 年以上	111	(18.2)
	無回答	3	(0.5)
		平均値	$12.6 \text{ 年} \pm 9.1$
配属年数	1 年未満	129	(21.1)
	1～2 年	266	(43.6)
	3～5 年	149	(24.4)
	6～10 年	55	(9.0)
	11 年以上	11	(1.8)
		平均値	$3.5 \text{ 年} \pm 2.8$
最終学歴	看護専門学校 3 年	360	(59.0)
	看護専門学校 2 年	122	(20.0)
	短大 3 年 (または短大 2 年・高校専攻科)	54	(8.9)
	大学以上	37	(6.1)
	准看護師学校 高校衛生看護科	8	(1.3)
	その他	24	(3.9)
	無回答	5	(0.8)
研修	あり	477	(78.2)
	なし	124	(20.3)
	無回答	9	(1.5)

年未満92名（15.1%）、3～5年109名（17.9%）、6～10年132名（21.6%）、11～20年163名（26.7%）、21年以上111名（18.2%）であった。所属病棟の配属年数は平均 3.5 ± 2.8 年であり、1年未満129名（21.1%）、1～2年266名（43.6%）、3～5年149名（24.4%）、6～10年55名（9.0%）、11年以上11名（1.8%）であった。配属年数3年未満が6割以上を占めた。

最終専門学歴は看護専門学校3年課程360名（59.0%）、看護専門学校2年課程122名（20.0%）、高校専攻科卒業をあわせた短大2年または3年54名（8.9%）、大学34名（5.4%）、

大学院（博士）はなく、大学院（修士）3名を含む大学以上が37名（6.1%）であった。准看護師学校および高校衛生看護科8名（1.3%）で、8名が准看護師であった。その他24名（3.9%）であった。

1年内の医療安全研修等の受講の有無では、あり477名（78.2%）、なし124名（20.3%）で、8割近くが1年内に院内外にて医療安全研修等を受講していた。

2. 看護業務におけるリスクテイキング行動（図1）

本研究の対象者の看護業務におけるリスクテイキング

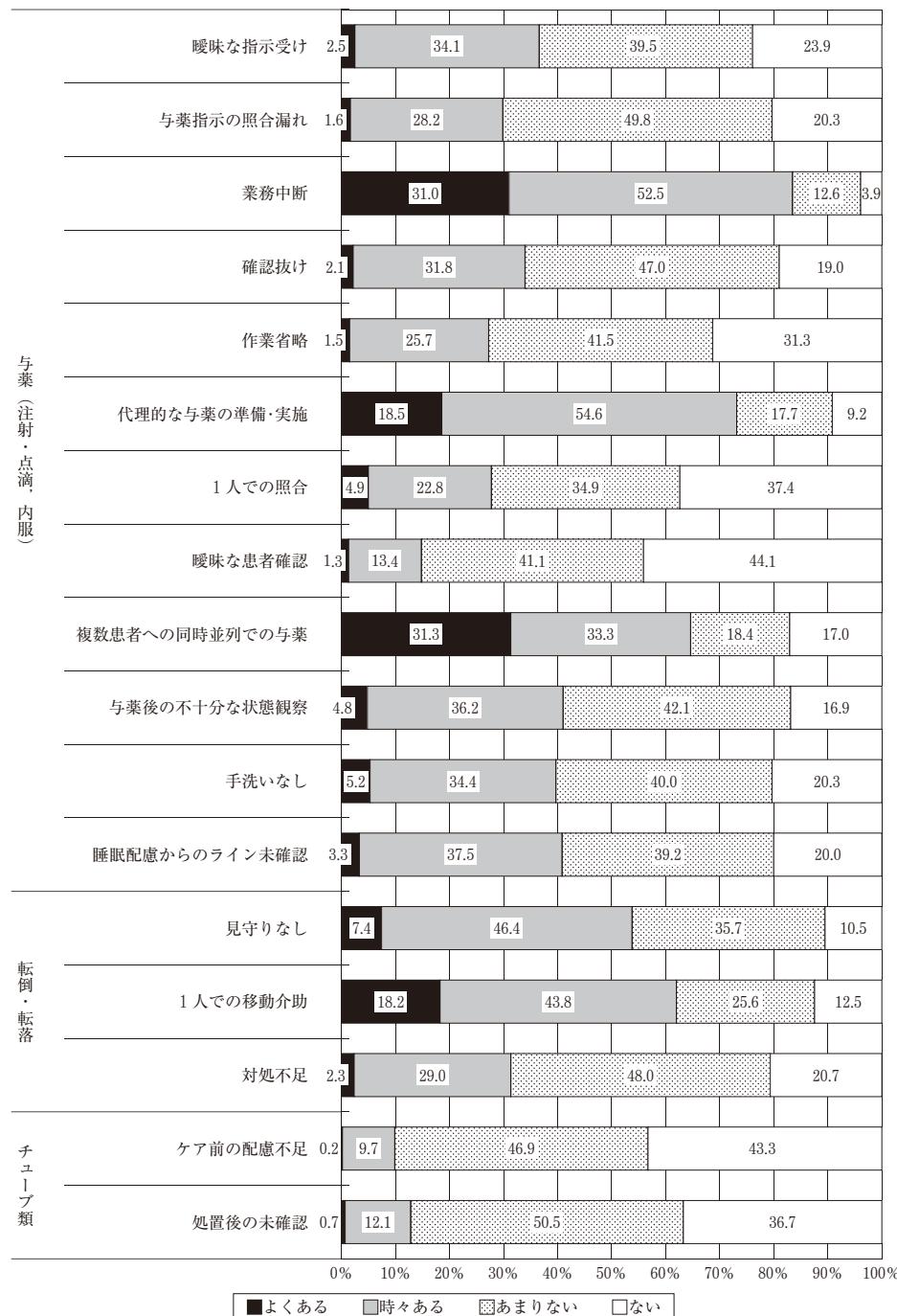


図1 看護業務におけるリスクテイキング行動の概要

行動の各項目のあり群の割合の平均は40.1%であった。看護業務におけるリスクテイキング行動で高い得点であった項目は、「与薬過程での業務中断」「代理的な与薬の準備・実施」「複数患者への同時並列での与薬」「転倒・転落での見守りなし」「1人での移動介助」の5項目のあり群が53.8~83.4%であった。「与薬過程での曖昧な患者確認」「チューブ・カテーテル類でのケア前の配慮不足」「処置後の未確認」の3項目のあり群は9.8~14.8%であった。それ以外の9項目のあり群は27.2~40.8%であった。

3. 看護業務におけるリスクテイキング行動とその関連要因

a. 個人属性

まず年齢では、20歳代、30歳代、40歳代以上の3群間で各看護業務におけるリスクテイキング行動のあり群、なし群の2群について χ^2 検定を行った。その結果、「与薬過程での曖昧な指示受け ($p < .05$)」「与薬指示の照合漏れ ($p < .05$)」「代理的な与薬の準備・実施 ($p < .05$)」「手洗いなし ($p < .01$)」の4項目のリスクテイキング行動のあり群、なし群の比率の差に有意な関係があった。20歳代でリスクテイキング行動を「ある」とする割合が高かった。「与薬指示の照合漏れ」以外はいずれも年齢が低いほう、あり群の割合が高かった。「与薬指示の照合漏れ」は30歳代より40歳代以上で、あり群の割合が高かった(表2)。

性別では、女性と男性の2群間で各看護業務におけるリスクテイキング行動のあり群、なし群と χ^2 検定を行った結果、「与薬過程での曖昧な指示受け」で、男性のあり群の割合が高かった($p < .05$) (表3)。

臨床経験年数別では3年未満、3~5年、6~10年、11~20年、21年以上の5群間で各看護業務におけるリスクテイキング行動のあり群、なし群と χ^2 検定を行った。その結果、「与薬指示の照合漏れ ($p < .05$)」「与薬過程での業務中断 ($p < .05$)」「手洗いなし ($p < .05$)」「1人での移動介助 ($p < .01$)」の4項目で有意な関係があった。「手洗いなし」は経験年数が少ないほう、あり群の割合が高かった。「与薬指示の照合漏れ」は臨床経験11~20年までは年数が少ないほうがあり群の割合が高かったが、臨床経験21年以上で再びあり群の割合が高くなった。「与薬過程での業務中断」では臨床経験6~10年で、あり群の割合が90.2%と最も高かった($p < .05$)。「1人での移動介助」では臨床経験3~5年で、あり群の割合が72.5%と最も高かった($p < .01$) (表4)。

最終専門学歴では、看護専門学校3年課程、看護専門学校2年課程、短大2年または3年、大学、大学以上の5群間で各看護業務におけるリスクテイキング行動のあり群、なし群と χ^2 検定を行った結果、「1人での移動介助」で有意な関係があり($p < .05$)、准看護師学校または高校衛生看護科のあり群の割合が高かった(表5)。

配属年数、1年内の医療安全研修会等の受講の有無では、有意な関係はなかった。

b. LOC

LOCは平均値 48.2 ± 6.2 (中央値48)であった(表6)。また、LOCの得点を最下位群、下位群、上位群、最上位群の4群に分け、各看護業務におけるリスクテイキング行動の項目について、 χ^2 検定を行った。その結果、「与薬過程での曖昧な指示受け ($p < .01$)」「与薬指示の照合漏れ

表2 看護業務におけるリスクテイキング行動と年齢

		人数 (%)			χ^2	
		20歳代	30歳代	40歳代以上		
与 薬	曖昧な指示受け	あり なし	102 (42.9) 136 (57.1)	72 (34.8) 135 (65.2)	48 (29.4) 115 (70.6)	7.91*
	与薬指示の照合漏れ	あり なし	86 (36.1) 152 (63.9)	52 (25.1) 155 (74.9)	44 (27.0) 119 (73.0)	
薬	代理的な与薬	あり なし	188 (79.0) 50 (21.0)	147 (71.0) 60 (29.0)	111 (68.1) 52 (31.9)	6.753*
	手洗いなし	あり なし	113 (47.5) 125 (52.5)	77 (37.2) 130 (62.8)	52 (31.9) 111 (68.1)	

※df = 2 * $p < .05$ ** $p < .01$

表3 看護業務におけるリスクテイキング行動と性別

		人数 (%)		χ^2	
		男性	女性		
与 薬	曖昧な指示受け	あり なし	11 (61.1) 7 (38.9)	211 (35.7) 380 (64.3)	4.868*

※df = 1 * $p < .05$ ** $p < .01$

表4 看護業務におけるリスクテイキング行動と臨床経験年数

n = 607

		人数 (%)					χ^2
		3年未満	3~5年	6~10年	11~20年	21年以上	
与	与薬指示の照合漏れ	あり 40 (43.5)	37 (33.9)	34 (25.8)	41 (25.2)	30 (27.0)	12.192*
		なし 52 (56.5)	72 (66.1)	98 (74.2)	122 (74.8)	81 (73.0)	
薬	業務中断	あり 69 (75.0)	92 (84.4)	119 (90.2)	137 (84.0)	90 (81.1)	9.647*
		なし 23 (25.0)	17 (15.6)	13 (9.8)	26 (16.0)	21 (18.9)	
手洗いなし	あり 47 (51.1)	49 (45.0)	52 (39.4)	60 (36.8)	34 (30.6)	10.605*	
		なし 45 (48.9)	60 (55.0)	80 (60.6)	103 (63.2)	77 (69.4)	
転倒	1人での移動介助	あり 45 (48.9)	79 (72.5)	77 (58.3)	100 (61.3)	75 (67.6)	14**
		なし 47 (51.1)	30 (27.5)	55 (41.7)	63 (38.7)	36 (32.4)	

※df = 4 *p < .05 **p < .01

表5 看護業務におけるリスクテイキング行動と最終専門学歴

n = 605

		人数 (%)						χ^2	
		看護専門学校 3年	看護専門学校 2年	短大3年もしくは短大2年 高校専攻科	准看護師学校 または 高校衛生看護科		その他		
					大学以上	准看護師学校 または 高校衛生看護科			
転倒	1人での移動介助	あり 211 (58.6)	87 (71.3)	33 (61.1)	20 (54.1)	7 (87.5)	18 (75.0)	11.195*	
		なし 149 (41.4)	35 (28.7)	21 (38.9)	17 (45.9)	1 (12.5)	6 (25.0)		

※df = 4 *p < .05 **p < .01

表6 LOCおよびリスク回避－志向傾向の得点群

項目 (得点範囲)	平均値 (SD)	中央値 (範囲)	人数 (%)				欠損	α
			最下位群	下位群	上位群	最上位群		
LOC (14~70)	48.2 (6.2)	48 (28~66)	86 (14.1)	205 (33.6)	191 (31.3)	128 (21.0)	0	.716
リスク回避	15.2 (4.9)	15 (6~28)	74 (12.1)	207 (33.9)	208 (34.1)	119 (19.5)	2	.746
志向傾向	19.2 (4.3)	19 (6~30)	83 (13.6)	186 (30.5)	195 (32.0)	139 (22.8)	7	.605
金銭に関するリスク志向	17.8 (3.2)	18 (8~25)	89 (14.6)	194 (31.8)	208 (34.1)	116 (19.0)	3	.323

表7 看護業務におけるリスクテイキング行動とLOC

n = 610

		人数 (%)				χ^2
		最下位群	下位群	上位群	最上位群	
曖昧な指示受け	あり	42 (48.8)	84 (41.0)	54 (28.3)	43 (33.6)	13.455**
	なし	44 (51.2)	121 (59.0)	137 (71.7)	85 (66.4)	
与薬指示の照合漏れ	あり	38 (44.2)	65 (31.7)	47 (24.6)	32 (25.0)	12.727**
	なし	48 (55.8)	140 (68.3)	144 (75.4)	96 (75.0)	
確認抜け	あり	38 (44.2)	76 (37.1)	55 (28.8)	38 (29.7)	8.212*
	なし	48 (55.8)	129 (62.9)	136 (71.2)	90 (70.3)	
曖昧な患者確認	あり	9 (10.5)	42 (20.5)	24 (12.6)	15 (11.7)	8.281*
	なし	77 (89.5)	163 (79.5)	167 (87.4)	113 (88.3)	
与薬後の不十分な状態観察	あり	46 (53.5)	87 (42.4)	71 (37.2)	46 (35.9)	8.234*
	なし	40 (46.5)	118 (57.6)	120 (62.8)	82 (64.1)	
手洗いなし	あり	43 (50.0)	88 (42.9)	70 (36.6)	41 (32.0)	8.592*
	なし	43 (50.0)	117 (57.1)	121 (63.4)	87 (68.0)	

※df = 1 *p < .05 **p < .01

表8 看護業務におけるリスクテイキング行動とリスク傾向（一般的不安）

n = 603

		人数 (%)				χ^2
		最下位群	下位群	上位群	最上位群	
与薬指示の照合漏れ	あり	37 (44.6)	56 (30.1)	57 (29.2)	30 (21.6)	13.177**
	なし	46 (55.4)	130 (69.9)	138 (70.8)	109 (78.4)	
確認抜け	あり	40 (48.2)	65 (34.9)	59 (30.3)	40 (28.8)	10.45*
	なし	43 (51.8)	121 (65.1)	136 (69.7)	99 (71.2)	
与作業省略	あり	30 (36.1)	42 (22.6)	61 (31.3)	31 (22.3)	8.683*
	なし	53 (63.9)	144 (77.4)	134 (68.7)	108 (77.7)	
1人での照合	あり	35 (42.2)	43 (23.1)	54 (27.7)	34 (24.5)	11.389**
	なし	48 (57.8)	143 (76.9)	141 (72.3)	105 (75.5)	
複数患者への同時並列での与薬	あり	62 (74.7)	126 (67.7)	120 (61.5)	80 (57.6)	8.277*
	なし	21 (25.3)	60 (32.3)	75 (38.5)	59 (42.4)	
与薬後の不十分な状態観察	あり	43 (51.8)	80 (43.0)	65 (33.3)	59 (42.4)	9.179*
	なし	40 (48.2)	106 (57.0)	130 (66.7)	80 (57.6)	
転倒・落	見守りなし	あり	57 (68.7)	103 (55.4)	100 (51.3)	12.068**
		なし	26 (31.3)	83 (44.6)	95 (48.7)	
チューブ・カテーテル類	ケア前の配慮不足	あり	16 (19.3)	18 (9.7)	11 (5.6)	12.225**
		なし	67 (80.7)	168 (90.3)	184 (94.4)	
処置後の未確認	あり	19 (22.9)	25 (13.4)	18 (9.2)	16 (11.5)	9.974*
		なし	64 (77.1)	161 (86.6)	177 (90.8)	

※df = 3 *p < .05 **p < .01

表9 看護業務におけるリスクテイキング行動とリスク傾向（生命に関するリスク回避）

n = 608

		人数 (%)				χ^2
		最下位群	下位群	上位群	最上位群	
与薬	睡眠配慮からのライン未確認	あり	29 (39.2)	101 (48.8)	82 (39.4)	11.199*
		なし	45 (60.8)	106 (51.2)	126 (60.6)	

※df = 3 *p < .05 **p < .01

($p < .01$)」「確認抜け ($p < .05$)」「曖昧な患者確認 ($p < .05$)」「与薬後の不十分な状態観察 ($p < .05$)」「手洗いなし ($p < .05$)」の6項目で得点群が低いもしくは下位のほう、あり群の割合が高かった（表7）。

c. リスク傾向性

生命に関するリスク回避は 15.2 ± 4.9 (15)、一般的な不安は 19.2 ± 4.3 (19) であった（表6）。金銭に関するリスク志向を除く、リスク傾向性の一般的な不安、および生命に関するリスク回避の各得点を最下位群、下位群、上位群、最上位群の4群に分け、各看護業務におけるリスクテイキング行動の項目と χ^2 検定を行った。その結果、本研究の対象者の一般的な不安は、「与薬指示の照合漏れ ($p < .01$)」「与薬過程での確認抜け ($p < .05$)」「作業省略 ($p < .05$)」「1人での照合 ($p < .01$)」「複数患者への同時並列での与薬 ($p < .05$)」「与薬後の不十分な状態観察 ($p < .05$)」「転倒・転落での見守りなし ($p < .01$)」「チューブ・カテーテル類へのケア前の配慮不足 ($p < .01$)」「処置後の未確認 ($p < .05$)」の9項目で、得点群が低いもしくは下位のほうがあり群の割合が高かった。しかし、「1人で

の照合」では最上位群24.5%と、下位群23.1%よりあり群の割合が高かった。「チューブ・カテーテル類へのケア前の配慮不足」では最上位群10.8%と、下位群9.7%より、あり群の割合が高かった（表8）。

生命に関するリスク回避は、「睡眠配慮からのライン未確認」で、下位のほうがあり群の割合が高かった（ $p < .05$ ）が、上位群39.4%と、最下位群39.2%よりあり群の割合が高かった（表9）。

V. 考 察

1. 看護業務におけるリスクテイキング行動

本来、看護師は常に危険を予測し、意図的に危険を回避しているにもかかわらず、安全を基本とする看護において、リスクテイキング行動のあり群の割合の平均は40.1%と、全体的に高い割合で「リスクテイキング行動を行っている」と自覚していることが示された。

約半数以上の看護師が「与薬過程の業務中断」「代理的な与薬の準備・実施」「複数患者への同時並列での与薬」

「転倒・転落での見守りなし」「1人での移動介助」といったリスクティキング行動を行っていると自覚しており、そのなかでも「業務中断」が約80%以上、「代理的な与薬の準備・実施」が70%以上と非常に多く、全体の割合を引き上げたと考えられる。これらのリスクティキング行動は、従来から指摘されているにもかかわらず^{8), 11), 30), 31)}、行動の頻度が高く、個々人では改善が困難であることが推測される。看護業務はその他の職業とは異なり、サービスの種類、対象のどちらもが多く、多重課題という特徴をもつ³²⁾ことにより、業務中断が必然的に生じていると考えられる。

「代理的な与薬の準備・実施」の頻度が高いが、本来は責任を明確にするという点からも、ケアの準備から実施までを1人の担当者が完結させることが安全であり、重要である³³⁾。

2006年診療報酬改定では、医療安全確保が重視され入院基本料上の看護職員配置基準に7対1が設けられている。しかしながら、現状は業務過多のなか、スタッフ内で相互に仕事を分担していることが推測された。「代理的な与薬の準備・実施」というリスクティキング行動は、川村¹¹⁾の収集した事例の看護師間の業務連携における「不確かな情報伝達」にあたる。「代理的な与薬の準備・実施」の結果、重複与薬事例などが発生していると推測される。そのリスクティキング行動としての比率が高いことからは、「代理的な与薬の準備・実施」の実態の把握とともに対策が必要と考えられる。与薬では1人の患者に対するケアを、一つずつ完結させていくことが安全である。しかし、看護師はプライマリーナーシングであっても、複数の患者を受け持つため、患者の治療内容や生活様式が似ていれば、当然、同じような時間に同じようなケアを繰り返すことになる。その結果が「複数患者への同時並列での与薬」として現れている、と考えられる。別施設の状況ではあるが、作業の効率化のため与薬業務は機能別看護にしており²⁾、「複数患者への同時並列での与薬」が業務体制の形式となっていることが予測される。

「転倒・転落」では主たる発生要因は患者側に存在することが多く、行動や環境上の要因が複雑にからむため、決定的な防止策を見出すことが困難である。「転倒・転落での見守りなし」「1人での移動介助」といったリスクティキング行動を「ある」とする割合は、「与薬業務」について多く、報告と一致する¹¹⁾。背景には、多重課題の存在や排泄中の患者への配慮、自立への考慮などがあり、それらを含めてリスク評価をしたうえで看護師は安全行動をとるかどうか決定しており、また転倒が予測される看護場面のリスク評価には経験年数が影響することが明らかになっている¹⁸⁾。本対象は藤井ら¹⁸⁾の研究対象よりも経験年数が多く、これまでの経験から転倒が予測される看護場面での

リスクを小さく評価し、「当たり前の危険」としてリスクティキング行動をとっている可能性が考えられる。

また、手術・検査、与薬、治療などの集中する時間帯や引き継ぎ前後の時間切迫のなかで多重業務を行うため、エラーが発生していることが報告されている^{11), 34), 35)}。「ある」とする割合が50%を超えた「与薬過程の業務中断」「代理的な与薬の準備・実施」「複数患者への同時並列での与薬」「転倒・転落での見守りなし」「1人での移動介助」といったリスクティキング行動は、多数の対象の存在や、看護職員の配置、業務量の状況から、短時間のなかで同時に複数の業務遂行を求められ、多くの看護師がこれらの行動を高い頻度で取らざるえなく、エラー発生につながっていることが推測される。そのような状況でも看護師は独自のルールをつくり、自分の行っている業務が意図や計画どおりであるか、確認しながら業務を進めていることが、与薬での看護師の行動や認識から推察される^{2), 33), 36)}。現在のリスクティキング行動を取らざるえない状況では、リスクを回避することは個人に委ねられ、個人の責任において安全に努めることが求められている、ともいえる。しかし、人は同時に多くのことをするには限界があり、まして看護業務においては対象の状況への早急な対応が必要になり、忙しく時間が切迫したなかでは注意力や情報収集力なども低下し、自分の行っている業務を確認しながら行動することが難しくなると考えられる³⁷⁾。とくに半数以上の対象が「ある」としたリスクティキング行動を軽減し、エラー防止をするためには、「危険作業中」の表示などによる多重業務の制限の徹底や、個人が業務を確認しながら安全に業務が遂行できるよう、人員配置や看護師個人の能力の点からも検討した看護業務体制の改善が必要であると考えられる。また同時に「リスクティキング行動だ」と認識しながら看護業務にかかわっている看護師の安全に対する意識改革が看護業務体制の改善に求められる、と考えられた。

「与薬過程での曖昧な患者確認」「チューブ・カテーテル類のケア前の配慮不足」「処置後の未確認」の項目の「ある」とする割合についても、川村¹¹⁾の報告したヒヤリ・ハット事例の割合と一致した。確実な患者確認の方法の徹底やリストバンドの普及、患者自身に名乗ってもらうなどの患者参加による影響があると考えられる³³⁾。

「与薬後の不十分な状態観察」や「手洗いなし」「睡眠配慮からのライン未確認」などの与薬を実施した後のリスクティキング行動は、約40%程度とされていた。山下ら³⁸⁾が、「注射・点滴業務」に関する看護師のリスク認知は医師の指示受けの段階から薬品の準備までが高いが実施段階以降では低く、ヒヤリ・ハットが多発している、といった報告と一致し、与薬実施後に十分な配慮がされにくいことが推察される。

先行研究や報告からの要因では確認不足が多いが、「与薬過程での曖昧な指示受け」「与薬指示の照合漏れ」「与薬過程での確認抜け」といったリスクテイキング行動の「ある」とする割合は約30%程度であった。オーダリングシステムの普及やインシデント・アクシデントの報告制度の整備、カンファレンス、医療安全研修、業務のマニュアル化による作業過程の削減などの対策により、リスク回避している可能性が予測される。

2. 看護業務におけるリスクテイキング行動とその関連要因

a. 看護業務におけるリスクテイキング行動と個人属性との関係

リスクテイキング行動の「与薬過程での曖昧な指示受け」「与薬指示の照合漏れ」などの4項目は年齢と有意な関係があり、「与薬指示の照合漏れ」で30歳代より40歳代以上であり群の割合が高かった以外は、いずれも年齢が低いほうがあり群の割合、つまりリスクテイキング行動を「ある」とする割合が高かった。「与薬指示の照合漏れ」と「手洗いなし」は臨床経験年数とも有意な関係があり、経験年数が低いほうが手洗い実施率が低いことと一致する³⁹⁾。「与薬指示の照合漏れ」は経験年数が低いほどヒヤリ・ハット事例の報告において当事者となる傾向と一致し¹⁾、「与薬過程での曖昧な指示受け」「代理的な与薬の準備・実施」は経験年数と有意な関係はなかったが、本対象は経験年数が比較的長いにもかかわらず、配属年数3年未満が6割以上を占め、医師やスタッフとの連携の困難さがあったのではないかと推測される。医療における危険要因の一つとして、医療従事者間のコミュニケーションの不備があげられる。新人看護師の場合だが、日常業務のコミュニケーションの程度によりインシデントが発生しやすいとの報告もある⁴⁰⁾。以上のことから、経験を重ね、時間的余裕やスタッフとの連携をはかることにより業務の効率性が向上し、リスクテイキング行動をとることなく、安全と業務効率とのバランスをうまくとりながら業務遂行できてくると推察される。しかし、一方では「業務中断」「1人の移動介助」では、臨床経験3～5年もしくは6～10年までリスクテイキング行動をとる頻度が多くなった。臨床経験3～5年は、業務に慣れて一とおりの業務が1人で困難なく行えるようになるのに伴い、業務量が多くなる。さらに臨床経験6～10年となると、他のスタッフや病棟内業務の効率への配慮から多重に業務を抱えることによって、とくに与薬過程での業務中断や2人すべき移動介助を1人で行うことが多い状況が考えられた。また、経験年数3年、10年を超えた2つの時期で、結婚・育児といった社会的变化や後進指導、病棟での責任ある役割の増大などから

何らかの影響を受け、年齢との有意な関係を示したとも考えられる。さらに「与薬指示の照合漏れ」「1人の移動介助」の2項目では、臨床経験21年以上で再びリスクテイキング行動をとる頻度が多くなった。臨床経験11～20年以降、再びヒヤリ・ハット事例や医療事故の当事者となる年齢の傾向とはすべて一致しない¹⁾。しかし、本対象においても、経験から「当たり前の危険」ととらえてリスクテイキング行動をとっている可能性が推察された²⁵⁾。

性別では「与薬過程での曖昧な指示受け」と有意な関係があり、赤塚ら⁴¹⁾の研究結果と一致する。また、「1人の移動介助」にて准看護師学校または高等専攻科が、他の学歴の者と比較してリスクテイキング行動をとりやすかった。看護師学校または高等専攻科で准看護師免許を有しているものは、臨床経験年数を重ねていることが予測され、先述したように経験から「当たり前の危険」ととらえてリスクテイキング行動をとっている可能性が考えられる。しかし、本対象では男性の割合、准看護師学校または高等専攻科の割合ともに極端に低いため、リスクテイキング行動傾向が強いものが回答している、というサンプルバイアスを否定できない。性差や最終専門学歴が看護場面でのリスクテイキング行動と関連しているか、を立証するのは難しいと考えられる。

1年内の医療安全研修会等の受講の有無に有意な関係はなく、藤井ら¹⁸⁾の結果と一致した。しかし、知識や技術の不足は医療における危険要因の一つであり、知識や技術を補足する医療安全研修の時期や内容は看護業務におけるリスクテイキング行動に影響することが推測される。そのため、単に医療安全研修の受講の有無だけではなく、研修内容や受講時期などとあわせたリスクテイキング行動との関連を検討課題としていく必要が考えられる。

b. 看護業務におけるリスクテイキング行動とLOCとの関係

本対象のLOC得点は48.2±6.2であり、大学生50.2±7.6と比較し²⁸⁾ 内的統制傾向は弱かった。これは、平均年齢34.1±9.3歳ということで、20歳代中ごろから30歳代、40歳代前半にかけては結婚、育児など家族形成や、職場においても中間的な立場になり、自分自身よりも周囲の状況によって物事が変化することが多い状況にあり、そうした社会背景が影響していると思われた。LOCとリスクテイキング行動の「与薬過程での曖昧な指示受け」「与薬指示の照合漏れ」など6項目が有意に関連し、内的統制傾向が弱いほどリスクテイキング行動をとる傾向にあった。看護業務はチームで行われるが、日々の業務では患者を受け持ち、看護計画に基づいて個々で責任をもち、業務を行うことが多い。そのため、個人傾向の一つであるLOCが行動に反映されやすいと考えられる。つまり、自身の行動とそ

の結果であるリスクとの因果関係を強く認める内的統制傾向が強ければ、看護業務においてもリスクテイキング行動をとりにくく、リスクを回避することが予測される。内的統制傾向がリスクテイキング行動と関連していることから、個人の内的統制傾向に応じた対策が必要であることを示唆している。しかし、忙しさや業務体制、対象の要因が関係しやすい可能性が考えられる「転倒・転落」「チューブ・カテーテル類」に関するリスクテイキング行動とは関連がなく、「転倒・転落」「チューブ・カテーテル類」でのリスクテイキング行動は、個人傾向が反映されにくいと推察される。

本研究の結果は、リスクテイキング行動と内的統制との関連が示唆され、赤塚ら⁴¹⁾とは異なる結果だった。赤塚ら⁴¹⁾の調査は日常場面・交通場面にて不安全行動をとる確率の自己見積もりが高いものと、低いものを比較対照としているのに対して、本研究は看護業務の場面であり、主観的な頻度からリスクテイキング行動があり群と、なし群として比較したことによる設定場面や対象群の性質が異なったためと考えられる。

3. 看護業務におけるリスクテイキング行動とリスク傾向との関係

「与薬指示の照合漏れ」「与薬過程での確認抜け」など9項目と有意に関係し、リスク傾向のなかの「一般的な不安」が弱いほどリスクテイキング行動をとっていた。つまり、普段の生活において心配があり慎重な行動傾向がある者は、その傾向が看護業務にも反映される可能性があり、個人損益の状況ではなく、他者の利害もしくは生命にかかわる看護場面においても、個人のリスク傾向性がリスクテイキング行動に関連することが示唆された。先行研究では、転倒が予測される看護場面でのリスク評価と生命リスク回避に関連はあり¹⁸⁾、看護学生では日常生活場面とリスクの傾向性が関連するにもかかわらず、看護場面の評定には影響していなかった¹⁷⁾。これは、対象や看護場面が看護学生、転倒が予測される看護場面等とし、リスク評定（もしくは評価）・敢行確率を得点化したのに対して、本研究は実際に看護業務に従事する看護師を対象に、与薬での看護業務場面を多く設定し、主観的な頻度からリスクテイキング行動をあり群、なし群として比較したことによる設定場面や対象群の性質が異なった影響があると考えられる。リスクを伴う日常生活場面（スキー、パチンコ、受験など）ではリスクの大きさと自身の技量からコントロール可能かを認知し、損得を考えた結果によりリスク行動を規定する⁴²⁾。本研究で提示したリスクテイキング行動を検証したうえで、看護師がどの程度のリスクに対する知識をもとに、リスクの大きさと自身の技術からリスクを認知・評価

した結果によりリスクテイキング行動をとったのか、行動を規定する要因についての検討が必要である。

本研究は、事前に了解の得られた各施設の看護師を対象としたため、対象者が無作為に抽出されたとは言い難い。システムや組織要因からの影響をできる限り少なくするため500床以上の総合病院を調査対象にしたが、労働状況などのさまざまな要因が結果に関連した可能性は否定できない。本調査では「リスクテイキング行動をとっている自覚があるか？」という主観的な頻度を問うており、無自覚にリスクテイキング行動をとっている場合がある、ということを考えられる。そのため、現実のリスクテイキング行動の頻度とは、多少の差が存在する可能性があることから、結果を一般化するには限界がある。さらに、看護場面では一人のみではなく多数の患者の危険や損傷を同時に考え、優先する行動を決定している状況が多いことや、看護事故は個人・組織・システムといった要因が相互に混在して起こると考えると、看護業務におけるリスクテイキング行動は、医療上特有な状況や環境の変化によって関連する要因に、大きな差があることが推察される。今後は、施設の特徴やシステムに応じた対象の選択や、提示したリスクテイキング行動のさらなる分析と検証を進める必要がある。さらに、看護業務におけるリスクテイキング行動の頻度や程度などを、客観的に測定できる評価方法について検討していくことで、看護師個人に対応した医療安全管理や医療事故防止対策を検討していきたい。

VII. 結論

1. 17項目の看護業務におけるリスクテイキング行動のうち、「ある」とする割合が高かった項目は「与薬過程での業務中断」「代理的な与薬準備・実施」「複数患者への同時並列での与薬」「転倒・転落での見守りなし」「1人の移動介助」であった。「ある」とする割合が低かった項目は「曖昧な患者確認」「チューブ・カテーテル類へのケア前の配慮不足」「処置後の未確認」であった。17項目の看護業務におけるリスクテイキング行動について、「ある」とする割合の平均は40.1%であった。
2. 看護業務におけるリスクテイキング行動の「与薬過程での曖昧な指示受け」など4項目は年齢と有意な関係にあり、年齢の低いほうがリスクテイキング行動を「ある」とする割合が高かった。さらに、「与薬指示の照合漏れ」など4項目は臨床経験年数と有意な関係があった。
3. 「与薬過程での曖昧な指示受け」など6項目は、LOCと有意な関係があり、内的統制性が弱いほうがリスクテイキング行動を「ある」とする割合が高かった。
4. 「与薬指示の照合漏れ」など9項目は、リスク傾向性

のなかの「一般的な不安」と有意な関係があり、「一般的な不安」が弱いほうがリスクテイキング行動を「ある」とする割合が高かった。

謝 辞

本研究に対し、快くご協力くださいました多くの看護師

の皆様と各施設看護部長の皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本稿は平成21年度日本赤十字北海道看護大学大学院看護学研究科修士論文に加筆・修正を行ったものであり、その一部は第36回一般社団法人日本看護研究学会学術集会において報告した。

要 旨

本研究は、患者の危険や損傷をもたらすという認識をはっきりともたない不確実さを伴う看護業務におけるリスクテイキング行動とその関連要因の検討を目的とし、今回は個人属性、内的統制性およびリスク傾向性を関連要因とした。500床以上を有する総合病院に勤務する看護師907名（准看護師含む）を対象に郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。有効回答610名を看護業務におけるリスクテイキング行動の有無で分類し、要因との関連を分析した。結果、全17項目のリスクテイキング行動が「ある」とする割合の平均は40.1%と高く、年齢や臨床経験、内的統制性、リスク傾向性との関連があった。以上より、看護業務におけるリスクテイキング行動は年齢が低いほどとりやすい一方で、業務中断や2人すべき移動介助を1人で行うことなどは臨床経験とともに多くなることや、内的統制および日常生活での行動傾向が反映されることが示された。

Abstract

This study aimed to examine how factors such as personal attributes, locus of control, and risk-seeking tendency are related to the risk-taking behavior that nurses unintentionally engage in at work, while being well aware of the consequences it would have on their patients. A self-report questionnaire was mailed to 907 registered or practical nurses working at hospitals in Japan with more than 500 beds. Six hundred and ten of them returned valid responses. Analysis of the responses found that, of the nurses who answered that they had engaged in risk-taking behavior, an average of 40.1 percent of them engaged in all of the seventeen types of risk-taking behavior listed on the questionnaire. It also revealed that nurses' risk-taking behavior was related to their age, years of nursing experience, locus of control, and risk-seeking tendency in such ways that nurses who were younger were more likely to engage in risk-taking behavior, while nurses who had more years of nursing experience tended to interrupt their work or help patients to walk or transfer themselves violating the two-nurse rule for assistance. The latter group of nurses was also inclined to reflect their loci of control and behavioral tendencies in their daily lives in work.

文 献

- 1) 日本医療機能評価機構：医療事故情報収集等事業第16回報告書. 2009-3-27.
http://www2.jcqhc.or.jp/html/documents/pdf/med-safe/report_16.pdf
- 2) 福島吉乃, 小林たつ子：事故報告書の分析による事故防止管理の検討. 第31回日本看護学論文集(看護管理), 63-65, 2000.
- 3) 石崎美由紀, 千葉一枝：注射・輸液業務におけるエラーの要因分析. 第33回日本看護学会論文集(看護管理), 3-5, 2002.
- 4) 福留はるみ, 鳴森好子, ほか：看護業務に関する事故の要因分析と分析モデルの開発. 病院管理, 39, 87, 2002.
- 5) 竹内仁司, 金崎洋子, ほか：インシデント報告からみた誤薬予防対策. 医療, 57(9), 558-561, 2003.
- 6) 佐藤信枝, 奥村百合恵, ほか：看護者が関与する医療事故・インシデントの発生要因—総合病院に勤務する看護者の調査結果から(第1報). 新潟青陵大学紀要, 3, 213-222, 2003.
- 7) 八代利香, 松成裕子, ほか：看護職における「与薬エラー発生」に関わる要因—国内外の研究動向と今後の課題. 日本職業災害医学会会誌, 52(5), 299-307, 2004.
- 8) 関由起子, 山崎喜比古：誤薬事故を防止するためにⅡ：防護機能に影響するエラー誘発条件. 保健医療社会学論集, 16(1), 37-49, 2005.
- 9) 仙波将子, 山田昭子, ほか：ヒヤリ・ハット事例によるヒューマンエラーの個人とシステムの要因. 第36回日本看護学論文集(看護管理), 450-452, 2005.
- 10) 宮田しげ子, 岩崎田鶴子, ほか：注射与薬のダブルチェックについての実態調査—看護師のアンケート調査から. 第37回日本看護学論文集(看護管理), 154-156, 2006.
- 11) 川村治子：ヒヤリ・ハット11,000事例によるエラーマップ完全本. 医学書院, 東京, 2003.
- 12) 安達悠子, 白井伸之介, ほか：看護業務における違反事例の収集とその心理的関連要因に関する検討. 労働科学, 83(1), 7-23, 2007.
- 13) 松下由美子, 荒木美千子：新卒看護婦の安全態度と性格との関連について. 山梨県立看護大学紀要, 1(1), 9-16, 1999.
- 14) 阿部春美：看護師の安全態度と事故の起こしやすさの関係. 社会保険医学雑誌, 43(2), 94-101, 2004.
- 15) 宇城靖子, 山田一朗：看護師の注意・確認行動と行動特性との関連. 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, 7, 85-88, 2004.
- 16) 天野 寛, 酒井俊彰, ほか：医療事故防止におけるヒューマンファクターによるインシデントと個人特性の関係分析. パーソナリティ研究, 16(1), 92-99, 2007.

- 17) 松崎英士, 遠藤英子: 看護学生のリスクテイキング行動の分析—クリティカルシンキング志向性・リスクに対する傾向性とリスク評定との関連—. 日本看護管理学会誌, 8(1), 58-67, 2004.
- 18) 藤井真砂子, 米澤弘恵, ほか: 転倒が予測される看護場面のリスク評価に影響する要因. 日本看護管理学会誌, 12(2), 32-41, 2009.
- 19) Simpson, J A: *The Oxford English Dictionary*. Second Edition: On compact disc. Oxford Univsity Press, Oxford, 1993.
- 20) 尾入正哲: 日常行動と作業遂行におけるリスクテイキング—エラー観の見直しで安全対策に新しい視点を—. 電気評論, 5, 19-23, 1998.
- 21) 海保弘之, 宮本聰介: 安全・安心の心理学—リスク社会を生き抜く心の技法48—. 新曜社, 東京, 2007.
- 22) 芳賀繁, 赤塚 肇, ほか: 質問紙調査によるリスクテイキング行動の個人差と要因の分析. 鉄道総研報告, 8(12), 19-24, 1994.
- 23) 蓬花一己: 運転時のリスクテイキング行動の心理的過程とリスク回避行動へのアプローチ. 國際交通安全学会誌, 26(1), 12-22, 2000.
- 24) 芳賀 繁: 不安全行動のメカニズム. 信学技報, SSS99-12 (1999-7), 29, 1999.
- 25) 重森雅嘉, 原田悦子: 経験が教える危険—リスク認知における職業経験・スポーツ経験の効果. 看護研究, 37(2), 159-165, 2004.
- 26) Rotter, J B: Generalized Expectancies for External Control of Reinforcement. Pychological Monographs, 80(1), 1-28, 1966.
- 27) Sosis, R ZH: Internal-External Contorol and perception of responsibility of another for an accident. Journal of Personality and Social Psychology, 30(3), 393-399, 1974.
- 28) 鎌原雅彦, 樋口一辰, ほか: Locus of Control尺度の作成と信赖性, 妥当性の検討. 教育心理学研究, 30, 302-307, 1982.
- 29) 楠見 孝: 不確実事象の認知と決定における個人差. 心理学評論, 37(3), 337-356, 1994.
- 30) 関本邦彦: 医療・看護事故の真実同じ過ちを繰り返さないために—第3回東京都立広尾病院消毒薬点滴事故その1. 看護実践の化学, 31(3), 92-96, 2006.
- 31) 関本邦彦: 医療・看護事故の真実同じ過ちを繰り返さないために—第8回横浜市立大学付属病院患者取り違え事故. 看護実践の化学, 31(9), 92-96, 2006.
- 32) 山内隆久: 医療事故—組織安全学の創設—. 大山正・丸山康則 (編): ヒューマンエラーの心理学. 麗澤大学出版会, 13-52, 千葉, 2002.
- 33) 川村治子 編: 注射・点滴エラー防止—「知らなかった」ではすまない! 事故防止の必須ポイント. JNNブックス, 医学書院, 東京, 2007.
- 34) 関由起子: 日本の医療機関における労働環境要因とエラー発生に関する研究. 北関東医学会, 55, 45-46, 2005.
- 35) 鳩森好子: 患者安全のために看護業務のリスク低減化を図る. 第127回日本医学会シンポジウム記録集, 100-111, 2004.
- 36) 濱田康代, 田口大介, ほか: 看護師の内服与薬業務における「確認エラー」のに関する検討. 日本看護管理学会誌, 9(2), 31-40, 2006.
- 37) 藤田 茂・吉岡恵美子・鈴木莊太郎: 看護業務におけるインシデントの要因に関する研究—心身分析による「忙しさ」と「インシデント」の関係. 病院管理, 41(1), 47-54, 2004.
- 38) 山下亜都美, 市川美生, ほか: 注射・点滴業務におけるヒヤリ・ハット経験の実態と意識のずれに関する考察. 第33回日本看護学論文集 (看護管理), 51-53, 2002.
- 39) 大須賀ゆか: 看護師の手洗い行動に関する因子の検討. 日本看護科学学会誌, 25(1), 3-11, 2005.
- 40) 可沼広隆, 有元衣菜, ほか: 日常業務の中での医療安全に対する意識—新人看護師へのインタビュー分析. 第37回日本看護学論文集 (看護管理), 175-177, 2006.
- 41) 赤塚 肇, 芳賀 繁, ほか: 質問紙法による不安全行動の個人差の分析. 産業・組織心理学研究, 11(1), 71-82, 1998.
- 42) 上市秀雄, 楠見 孝: パーソナリティ・認知・状況要因がリスクテイキング行動に及ぼす効果. 心理学研究, 69, 81-88, 1998.

〔平成23年3月28日受付
平成23年11月22日採用決定〕

M55

フィジカルアセスメント トレーニングモデル "Physiko"



新・看護師教育 カリキュラムに対応

Physiko はフィジカルアセスメント技術を向上させ、看護の臨床実践能力を高める学習に適した全身モデルです。

■ 実習項目

- 問診・コミュニケーション
- 目の視診
- 血圧測定
- 心電図シミュレーション
- 脈診
- 心音の聴診
- 呼吸音の聴診
- 腸音の聴診



Physiko を用いた看護師教育現場での活用

- 3種のプログラムモード設定で、レベルに応じた段階的な学習が可能
- 12人の疾患患者のシミュレーションで、看護師の臨床実践能力を向上
- 任意の疾患患者が設定でき、効果的な教育プログラムに活用が可能
- 豊富な症例設定で、基本的に習得すべきアセスメントを繰り返し学習
- 人体と同様に可動し、問診のできる全身モデル



新開発の導尿用弁で耐久性が向上、交換も簡単に



習熟度に応じたモード変更で効果的に学習



経管栄養法の手順を総合的にトレーニング

2012-13 総合カタログ・単品パンフレットがございます。

オンラインカタログから検索・ダウンロードしていただけます。● <http://www.kyotokagaku.jp>



株式
会社 **京都科学**

URL ● <http://www.kyotokagaku.com>
e-mail ● rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp

本社・工場 〒612-8388 京都市伏見区北裏小屋町15番地
TEL.075-605-2510 (直通) FAX.075-605-2519

東京支店 〒113-0033 東京都文京区本郷三丁目26番6号
NREG本郷三丁目ビル 2階
TEL.03-3817-8071 (直通) FAX.03-3817-8075

優秀な成人教育研究に贈られるImogene Okes賞を受賞。

新刊

おとのの学びと変容 —変容的学習とは何か

●A5判上製 372頁 定価3,780円(本体3,600円+税)

■著者 ジャック・メジロー

■監訳者 金澤 瞳(教育コンサルタント) 三輪 建二(お茶の水女子大学)

おとのの学び・成人教育のキーワードであり、P・クラントン『おとのの学びを拓く』『おとのの学びを創る』で、中心概念として説明されている「意識変容の学習」「変容的学習」は、アメリカの成人教育学者メジローが提唱したものである。本書は、長らく翻訳が希求されていたメジローの大著であり、変容的学習論の基本書である。研究者はもとより、多くの生涯学習関係の実践者や実務家に必須の書物である。

目次

まえがき・著者について
第1章 意味を生成する
第2章 意味パースペクティブ
第3章 意図的な学習
第4章 省察による意味の生成

第5章 ゆがんだ前提
第6章 パースペクティブ変容の学習がもたらす変化
第7章 変容的な成人の学習を促す
● メジローの翻訳に至るまで 金澤 瞳
● 解説 三輪 建二

好評発売中

●企業・自治体・看護等の研修担当者に最適の書。

変革を生む研修のデザイン

—仕事を教える人への活動理論

ユーリア・エンゲストローム著
松下 佳代／三輪 建二 監訳
A5判上製 224頁 本体2,500円

●女性問題学習・生涯学習・看護教育に携わる人の必読書。

成人女性の学習

—ジェンダーの視点からの問い直し

E.ヘイズ／D.D.フラネリー著
入江 直子／三輪 建二 監訳
A5判上製 370頁 本体3,000円

●教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。

省察的実践とは何か

—プロフェッショナルの行為と思考

D.ショーン著
柳沢昌一／三輪建二 監訳
A5判上製 454頁 本体4,000円

●成人教育の基礎理論を理解し、実践にいかす格好の書。

おとのの学びを拓く

—自己決定と意識変容をめざして

P.クラントン著
入江直子／豊田千代子／三輪建二 監訳
A5判上製 342頁 本体3,000円

●学習者のニーズと特性にかなった必要性と具体例を示す。

おとのの学びを支援する

—講座の準備・実施・評価のために

K.マイセルほか著
三輪建二 訳
A5判上製 206頁 本体2,300円

●アンドラゴジーに関する古典的名著、待望の完訳。

成人教育の現代的実践

—ペダゴジーからアンドラゴジーへ

M.ノールズ著
堀薰夫／三輪建二 監訳
A5判上製 600頁 本体5,000円

●社会教育職員をはじめ専門職の研修用に最適の書。

おとのの学びを創る

—専門職の省察的実践をめざして

P.クラントン著
入江直子／三輪建二 監訳
A5判上製 356頁 本体3,000円

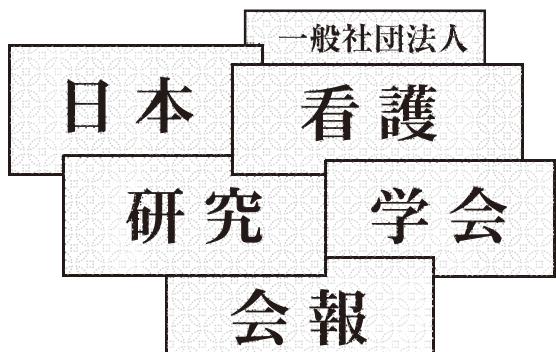
●教職大学院関係者・成人教育関係者必携の書。

成人期の学習—理論と実践

S.B.メリアム／R.S.カファレラ著
立田慶裕／三輪建二 監訳
A5判上製 592頁 本体5,000円

鳳書房

〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷1-25-5 TEL/FAX.03-3483-3723



第 87 号

(平成24年4月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

評議員選挙を終えて 1

評議員選挙を終えて

一般社団法人日本看護研究学会

評議員選挙（2011年）選挙管理委員会

委員長 石川 ふみよ

委 員 小山 幸代

委 員 神田 清子

評議員選挙（2011）にご協力いただきまして、ありがとうございました。表に示しました通り、今回の選挙では、北海道4名、東北5名、関東5名、東京10名、東海12名、近畿・北陸16名、中国・四国10名、九州・沖縄9名、計71名の評議員を選出しました。

今回は、Web投票も2回目でしたので、前回のような苦労やトラブルはなく、比較的スムーズに運ぶだろうと考えていました。また、有権者は投票方法に慣れ、郵送による投票数は減少し、投票率が上がるかもしれない、期待しました。しかし、たいへん残念なことに、前回の投票率31.7%にわずかに及ばず、31.1%にとどまってしまいました。関東（31.6%→27.7%）、東京（32.6%→27.4%）、東海（31.0%→28.4%）、九州・沖縄（33.3%→29.8%）地区は、前回より投票率が低下しております。

今、改めて前回の報告を読むと、選挙公報の強化、投票方法の説明資料の改善を行うことで、投票率の上昇を……ということが記されています。今回の選挙公報に関しては、これまで通り学会事務局に依存していた部分があり、選挙管理委員会として画期的な広報戦略を打ち出すことができませんでした。また、投票方法の説明に関しては、投票方法についての問い合わせや苦情はありませんでしたが、煩わしさが投票率に反映されているとも考えられます。実際、委員会のメンバーも、仮データを使ってテスト投票を行っ

ておりますが、その時点で投票方法の難しさは感じませんでしたので、そのまま準備を進めました。とにかく、ログインしていただければ……という気持ちです。

一方、郵送による投票は件数的に前回と変わりありませんでした。今後は、ぜひWeb投票に移行をお願いしたいと思います。

平成24年1月には、理事選挙を行いました。こちらは、郵送による投票でしたが、定数の表示が分かりにくく、投票された新評議員の皆さんにはご迷惑をおかけしました。幸い無効票はなく、無事に新理事を選出することができました。

選挙報告を終えるにあたり、会員のみなさま、関係者のみなさまに改めて御礼申し上げます。

評議員選挙（2011年）報告

一般社団法人日本看護研究学会
(平成23年11月30日施行)

地区	選挙人数	被選挙人数	住所不明	投票数			投票率	無効 (郵送)	定数
				総数	WEB投票	郵送投票			
北海道	171	135	0	78	75	3	45.6%	1	4
東 北	197	161	0	83	75	8	42.1%		5
関 東	224	179	0	62	60	2	27.7%		5
東 京	405	351	0	111	105	6	27.4%	1	10
東 海	529	437	0	150	141	9	28.4%		12
近畿・北陸	670	514	0	202	190	12	30.1%		16
中国・四国	430	343	0	137	129	8	31.9%	1	10
九州・沖縄	366	296	0	109	99	10	29.8%		9
合計	2,992	2,416	0	932	874	58	31.1%	3	71

一般社団法人日本看護研究学会

第22回 北海道地方会学術集会のご案内

テーマ：「多職種によるチーム医療の推進」 ～多職種ができること、看護職だからできること～

チーム医療には「専門性志向」、「患者志向」、「職種構成志向」、「協働志向」の4つの要素があり、目的を達成するために多職種が互いの専門性を尊重し、協働することによりプラスの相乗効果を生むことが期待されています。

しかし、これまででは、職種間で役割分担し、自らの専門性を發揮することに重点が置かれ、多職種による連携や協働については十分に実践できていません。また、実際に協働するとはどういうことか、看護職はどのような役割を担うのか等について職種間で話し合う機会も少なかったように思います。

そこで、本学術集会のシンポジウムでは、チーム医療を実践されている3名のシンポジストから、その活動内容、チーム医療についての考え方、看護職に期待する役割等のお話を頂きます。そして、「多職種による協働とは何か、看護職だからできることは何か」について基礎教育、病院や施設、地域の皆様とともに語り合い、道北の地域から情報発信できることを期待しています。

第22回北海道地方会学術集会会長 上田 順子
(旭川医科大学病院看護部)

◆日 時：平成24年6月2日（土）13:20～16:45

◆会 場：旭川医科大学医学部看護学科棟1階 大講義室
旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

◆プログラム

◇地方会総会：12:30～13:10

◇シンポジウム：13:20～15:00

テーマ：多職種によるチーム医療の推進～多職種ができること、看護職だからできること～

シンポジスト：

旭川医科大学リハビリテーション科 教授

大田 哲生 氏

旭川医科大学病院医療支援課社会福祉係 係長（MSW）

尾崎 孝志 氏

当麻地域訪問看護ステーション 所長

峰木 裕子 氏

◇研究発表会：15:15～16:45

◇閉 会：16:45

◆演題申込み・抄録締め切り日：4月28日（土）

◆参加登録・参加費振込期限：5月18日迄に参加費を指定口座にお振込み下さい。

※なお、当日参加もできます。

◆参 加 費：会員2,000円 非会員3,000円 学生1,000円（大学院生は除く）

◆お問い合わせ先：一般社団法人日本看護研究学会 第22回北海道地方会学術集会事務局

〒078-8510 旭川市緑が丘東2条1丁目1番1号

旭川医科大学病院看護部 澤田裕子

FAX：0166-69-3609 E-mail：kenkyu.h@asahikawa-med.ac.jp

※お問い合わせはFAXまたはE-mailでお願いいたします。

一般社団法人日本看護研究学会

第17回 九州・沖縄地方会学術集会のご案内

テーマ：人が育つ・看護を育てる—経験の意味を問う—

人は成熟するにつれ経験を蓄積し、それは人が育つ力になります。日々の実践で蓄えられる経験が豊かな資源となり、そのことが看護の質の向上につながるものと考え、学会のテーマといたしました。長崎は西洋医学発祥の地であり、看護教育も1903年から始まりました。歴史を誇るこの地での学会が看護学の教育・研究・実践への実りある機会となりますことを願い、多くの皆様のご参加をお待ち申しております。

学術集会長 浦田 秀子
(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科)

◆日 時：平成24年11月17日（土）9:00～16:00

◆会 場：長崎大学医学部 医学部記念講堂・良順会館・ポンペ会館
長崎市坂本1-12-4 坂本キャンパス

◆プログラム

9:10～ 9:15	学術集会長挨拶
9:15～ 9:50	長崎における医学と看護教育の歴史
10:00～11:10	特別講演「関わりのなかのからだー身体経験に学ぶー」 講師：山地弘起 先生（長崎大学大学教育機能開発センター准教授）
11:20～11:50	総会
12:00～13:00	懇親会
13:10～16:00	一般演題（口演・示説）
16:00	閉会

◆一般演題受付期間：平成24年6月18日（月）～7月30日（月）

◆事前参加登録締め切り日：平成24年9月28日（金）

◆学術集会参加費

	事前参加申し込み	当日参加申し込み
会員	3,500円	4,000円
非会員	4,000円	4,500円
学生	大学院生1,000円（抄録代含）、学部生無料（抄録代別）	

◆問い合わせ先

一般社団法人日本看護研究学会 第17回九州・沖縄地方会学術集会事務局

〒852-8520 長崎市坂本1-7-1 長崎大学医歯薬学総合研究科保健学専攻 楠葉洋子

TEL・FAX 095-819-7936 E-mail kusubay@nagasaki-u.ac.jp

※問い合わせはFAXまたはE-mailでお願いいたします。

一般社団法人日本看護研究学会

第26回 中国・四国地方会学術集会のご案内

テーマ：クリニカルクエスチョン、そして研究！

看護における研究は、看護の質の向上、看護に活かすことが求められます。

平成24年度の学術集会は、そのための「研究力」アップに焦点を当て、企画したいと考えています。

会場のある鳥取県米子市は「ゲゲゲの女房」でも知られるようになった水木しげるロードのある境港市に隣接し、皆生温泉もお楽しみいただけます。

多数の皆様にご参加いただき、活発な討議、楽しい交流をしていただけることを願っております。

第26回中国・四国地方会学術集会 実行委員長 前田 隆子
(鳥取大学医学部保健学科)

会期：2013年3月3日（日）9:00～16:30

会場：鳥取大学医学部 米子キャンパス アレスコ棟

アクセス：米子駅から徒歩15分、タクシー4分、米子鬼太郎空港からタクシー20分

プログラム

- ◆一般演題（口演・示演）
- ◆特別講演：交渉中
- ◆特別セミナー（学術委員会企画）：公開“研究のスタートアップ支援”
- ◆教育講演、交流会 未定
- ◆企業展示

懇親会：2013年3月2日（土）

会場：米子ワシントンホテル

会費：5,000円

演題・抄録受付：2012年10月25日（火）～11月24日（木）

参加申し込み：

	事前参加登録 2013年1月10日（木）まで	当日参加
会員	4,000円	5,000円
非会員	5,000円	6,000円
学生	1,500円	2,500円

問合せ先：一般社団法人日本看護研究学会 中国・四国地方会第26回学術集会事務局

〒683-8503 鳥取県米子市西町86番地

鳥取大学医学部保健学科 母性・小児家族看護学講座内 事務局担当 鈴木康江

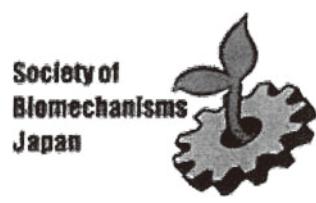
電話 0859（38）6326, FAX 0859（38）6320

E-mail : kenkyu26@med.tottori-u.ac.jp

第33回バイオメカニズム学術講演会 (SOBIM2012 in Sendai)

— 開催案内 —

主催：バイオメカニズム学会
会期：2012年12月15日（土）16日（日）
会場1：東北大学医学部良陵会館
〒980-0873 宮城県仙台市青葉区広瀬町3-34
会場2：東北大学医学部1号館
〒980-0872 宮城県仙台市青葉区星陵町2-1



第33回バイオメカニズム学術講演会は、東北大学医学部で開催します。バイオメカニズム学会は、1973年の発足以来、理工学、医学、人文科学などのさまざまな分野の研究者に交流の場を提供し、バイオメカニクスや機能代行、ロボットなどの研究をリードしてきました。本学術講演会では「身体性の理解に立脚し人の活動を支援するバイオメカニズム」をテーマとして、生体機能の計測・解析・制御、医療・福祉・産業応用など、バイオメカニズムの基礎研究から応用研究、さらには新分野との融合の試みなど、さまざまなトピックスの講演を広く募集いたします。みなさまの積極的なご参加をお待ちしております。

実行委員長： 出江 紳一（東北大学）
プログラム委員長： 市江 雅芳（東北大学）

講演発表募集

- 講演申込締切 2012年8月22日（水）
- 予稿原稿投稿締切 2012年11月7日（水）

●募集演題・分類番号

A01 身体運動の解析・シミュレーション	A13 生体の制御・情報処理
A02 動物の形態・運動	A14 感覚・バーチャルリアリティ
A03 植物の形態・運動	A15 リハビリテーション機器・日常生活用具
A04 形態・運動の適応・進化	A16 看護・介護・介助
A05 人類学・古生物学・動物学	A17 疾患メカニズム・臨床応用
A06 体育・スポーツ・労働	A18 生体材料・生体組織
A07 バイオミメティクス	A19 人工臓器・呼吸・循環
A08 ロボティクス	A20 発生・発話・聴覚・視覚
A09 義肢装具	A21 身体接触製品・被服・什器
A10 生体機能の計測	A22 デジタルヒューマン・CADマネキン
A11 身体運動の計測	A23 その他のバイオメカニズム
A12 歩行分析	

●会場までの交通機関

仙台市地下鉄北四番丁駅 下車
南1出口より八幡町方面へ徒歩約10分

●第33回バイオメカニズム学術講演会事務局

〒980-8575 宮城県仙台市青葉区星陵町2-1
東北大学大学院医学系研究科 肢体不自由学分野
事務局長 近藤 健男
学術講演会 HP 準備中
連絡用 E-mail sobim2012@reha.med.tohoku.ac.jp

日本学術会議の動き

幹事会報告

第139回幹事会

日時 平成23年10月28日（金）

会議の概要

審議事項

- 幹事会附置委員会（科学者に関する国際人権問題委員会）の設置について承認されました。
- 若手アカデミー委員会における委員の決定について承認されました。
- IT環境整備推進委員会における委員の決定について承認されました。
- 東日本大震災に係る学術調査検討委員会における委員の決定について承認されました。
- 科学者委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 科学と社会委員会運営要綱の一部改正及び分科会委員の決定について承認されました。
- 国際委員会における委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会の運営要綱の改正及び委員会等委員の決定について承認されました。
- 第5回世界科学フォーラム（5th World Science Forum）出席に係る会員の派遣について承認されました。
- 第12回アジア学術会議に関するインドネシア科学院との事前打合せに係る会員の派遣について承認されました。
- 各地区会議の運営協議会委員の決定について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証推進委員会における委員

及び分科会委員の決定について承認されました。

- 定年により退任する会員の連携会員への就任について承認されました。
- 外部委員候補者の推薦について承認されました。
- シンポジウム等5件の主催及び国内会議1件の後援が承認されました。

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23年12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。

◆「第30回国際宇宙ステーション利用計画ワークショップ」

日時 平成23年12月16日（金）13時00分～17時20分
場所 日本学術会議講堂（同時通訳あり）

次第 第一部：「きぼう」利用のこれまでとこれから
発表1：日本の利用成果と今後のきぼうの
利用シナリオ

「「きぼう」利用の今と当面の計画」
吉村善範

「生命科学分野の『きぼう』利用」
浅島誠

「宇宙医学分野が目指すISS／『き
ぼう』の利用」向井千秋

「物質学分野の『きぼう』利用」
壽榮松宏仁

第二部：ISS 利用のこれまでとこれから
基調講演「米国における ISS の 10 年利用
シナリオ」Elizabeth R.Cantwell
発表 2：各極（各国）の国際宇宙ステーション利用計画
第三部：ISS の意義と貢献～ISS 利用の面白さと課題
全体討論

◆「科学・技術フェスタ in 京都 2011」

日時 平成 23 年 12 月 17 日（土）～18 日（日）
場所 国立京都国際会館
次第 「特別講演」益川敏英／野口聰一
「科学者との交流プログラム～憧れること、学ぶこと～」益川敏英／川口淳一郎／大隅典子
「世界化学生フォーラム」野依良治

◆「大学で何を学び、何をかなえたい？若手研究者たちと考える、君たちの、そして日本の未来」

日時 平成 23 年 12 月 17 日（土）15 時 15 分～17 時 00 分
場所 国立京都国際会館 Room A
次第 グループ討論／討論結果報告

◆「先端的異分野融合を核とした構造生命科学の飛躍に向けて」

日時 平成 24 年 1 月 9 日（月）10 時 00 分～16 時 00 分
場所 日本学術会議講堂
次第 第一セッション：
ライフサイエンスコミュニティからの構造生命科学への期待
瀧木理／鍋島陽一／坂口志文／門脇孝／
田中啓二／岡田清孝

第二セッション：
期待に応える構造生命科学
高木淳一／岩田想／嶋田一夫／田中耕一／
菅裕明
第三セッション：
パネルディスカッション「ライフサイエンス研究推進のための構造生命科学のミッション」
萩原正敏／貝淵弘三／郷通子／大川滋紀／
月原富武／森和俊

◆日本学術会議主催シンポジウム

巨大災害から生命と国土を護る—24 学会からの提言
第 2 回「大震災の発生を前提として国土政策をどう見直すか」
日時 平成 24 年 1 月 18 日（水）14 時 00 分～17 時 30 分
場所 日本学術会議講堂
次第 「基調講演」伊藤滋／中村英夫／岸井隆幸
「パネルディスカッション」
米田雅子／嘉門雅史／依田照彦

◆「第 3 回科学技術人材育成シンポジウム」

日時 平成 24 年 1 月 21 日（土）13 時 00 分～17 時 00 分
場所 日本学術会議講堂（予定）
次第 「東日本大震災と科学技術人材育成（仮）」
阿部博之
「理科教育支援における新しい試み」
パネルディスカッション「大震災と科学技術人材育成（仮）」

日本学術会議の動き

幹事会報告

第140回幹事会

日時 平成23年11月16日(水)

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会運営要綱の一部改正及び委員の決定について承認されました。
- 科学者に関する国際人権問題委員会における委員の決定について承認されました。
- 科学と社会委員会における委員の決定について承認されました。
- 国際委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 科学者委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会の運営要綱の一部改正について承認されました。
- 国際委員会運営要綱の一部改正について承認されました。
- 分野別委員会における委員会等委員の決定について承認されました。
- 都が直接統括する分野別委員会合同分科会の設置について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証推進委員会設置要綱の一部改正について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証推進委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 高レベル放射性廃棄物の処分に関する検討委員会の設置、設置要綱の決定及び委員の決定について

承認されました。

- 科学・技術を担う将来世代の育成方策検討委員会の設置、設置要綱の決定及び委員の決定について承認されました。
- 日本の経済政策の設計と具体化検討委員会の設置及び設置要綱の決定について承認されました。
- 科学・技術のデュアルユース問題に関する検討委員会の設置及び設置要綱の決定について承認されました。
- スリランカ科学振興連盟年次大会及びスリランカ学術機関等との会合に係る会員の派遣について承認されました。
- 生物兵器禁止条約（BMC）関連会合への会員の派遣について承認されました。
- 外部委員候補者の推薦について承認されました。
- シンポジウム等7件の主催及び国内会議2件の後援が承認されました。

第141回幹事会（持ち回り）

日時 平成23年12月2日(金)

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 日本の経済政策の設計と具体化検討委員会における委員の決定について承認されました。

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24年1月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆日本学術会議主催シンポジウム

巨大災害から生命と国土を護る—24学会からの提言
第2回「大震災の発生を前提として国土政策をどう見直すか」

日時 平成24年1月18日(水)14時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂

次第 「基調講演」伊藤 澄／中村英夫／岸井隆幸
「パネルディスカッション」
米田雅子／嘉門雅史／依田照彦

◆「第3回科学技術人材育成シンポジウム」

日時 平成24年1月21日(土)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂(予定)
次第 「東日本大震災と科学技術人材育成(仮)」
阿部博之
「理科教育支援における新しい試み」
パネルディスカッション
「大震災と科学技術人材育成(仮)」

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会

「宮崎の資源を活かした研究の展開—宮崎から世界への発信—」

日時 平成24年1月27日(金)14時00分～16時00分

場所 ニューウェルシティ宮崎

次第 「太陽光発電、日本一を目指して—宮崎大学の取り組み—」西岡賢祐
「宮崎県の海産物資源の中に虚血性心疾患予防物質を探す」山本隆一

◆「第61回理論応用力学講演会」

日時 平成24年3月7日(水)～9日(金)

場所 東京大学生産技術研究所

次第 「特別講演」Tayfun E. Tezduyar／山口彰／
金田義行
「パネルディスカッション」
「東日本大震災の教訓と力学が果たすべき役割について」

日本学術会議の動き

幹事会報告

第141回幹事会（持ち回り）

日時 平成23年12月2日(金)

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 日本の経済政策の設計と具体化検討委員会における委員の決定について承認されました。

議会委員の決定について承認されました。

- 日本学術会議の運営に関する内規の一部改正について承認されました。
- 科学と社会委員会運営要綱の一部改正及び関係規則の一部改正について承認されました。
- 日本学術会議の意思の表出における取扱要領の一部改正について承認されました。
- 土曜日・日曜日及び祝日における講演会、シンポジウム等の開催についての幹事会決定案及び関係規則の一部改正について承認されました。
- 委員会及び分科会等に係る特任連携会員の選考の在り方についての幹事会決定案及び関係規則の一部改正について承認されました。
- 東日本大震災復興支援委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証推進委員会における分科会委員の任期の延長について承認されました。
- 日本の経済政策の設計と具体化検討委員会における委員の決定について承認されました。
- 補欠の会員候補者を推薦する部の決定について承認されました。
- 2件の外部委員候補者の推薦について承認されました。
- シンポジウム等8件の主催及び国際会議1件、国内会議1件の後援が承認されました。

第142回幹事会

日時 平成23年12月21日(水)

会議の概要

審議事項

- IT環境整備推進委員会の委員の決定について承認されました。
- 科学者委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 国際委員会における分科会等委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正の決定について承認されました。
- 課題別委員会の設置、設置要綱案の決定及び委員の決定について承認されました。
- 科学・技術のデュアルユース問題に関する検討委員会の委員の決定について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証推進委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 各地区会議（近畿地区、中国・四国地区）運営協

第143回幹事会（持ち回り）

日時 平成24年1月17日(火)

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会放射能汚染対策分科

会の現地調査の実施について承認されました。

平成24年2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。

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24年2月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「日韓福祉政治の新しい展開」

日時 平成24年2月18日(土)14時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「報告」曹興植／安祥薰
「討論」新川敏光／宮本太郎

◆「日本学術会議主催シンポジウム

巨大災害から生命と国土を護る—24学会からの提言
第3回「減災社会をどう実現するか」
日時 平成24年2月29日(水)14時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「基調講演」河田恵昭／室崎益輝／佐藤洋平
パネルディスカッション

◆「第61回理論応用力学講演会」

日時 平成24年3月7日(水)～9日(金)
場所 東京大学生産技術研究所
次第 「特別講演」Tayfun E. Tezduyar／山口彰／
金田義行
パネルディスカッション
「東日本大震災の教訓と力学が果たすべき役割について」

◆第5回情報学シンポジウム

「情報学の来る10年のデザイン」
日時 平成24年3月9日(金)13時00分～17時20分
場所 日本学術会議講堂
次第 「東日本大震災アーカイブ構築事業について」
「情報学の来る10年のデザイン」
「情報学委員会活動の新展開」

◆「放射能除染の土壤科学

—森・田・畑から家庭菜園まで—
日時 平成24年3月14日(水)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 I 森林、土壤と作物の汚染
II セシウムの土壤科学
III 森・田畠土壤の除染

日本学術会議の動き

幹事会報告

第144回幹事会

日時 平成24年1月27日(金)

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 若手アカデミー委員会における委員の決定について承認されました。
- 科学者に関する国際人権問題委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 科学と社会委員会運営要綱の一部改正及び分科会委員の決定について承認されました。
- 国際委員会運営要綱の一部改正及び分科会等委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員会等委員の決定について承認されました。
- 部が直接統括する分野別委員会合同分科会の設置について承認されました。
- 科学・技術を担う将来世代の育成方策検討委員会の委員の決定について承認されました。
- 医師の専門職自律の在り方に関する検討委員会における委員の決定について承認されました。
- 高レベル放射性廃棄物の処分に関する検討委員会委員の決定について承認されました。
- 補欠の連携会員の選任の要望について承認されました。

○G8学術会議に係る会員の派遣について承認されました。

○平成23年度代表派遣（平成24年2月～3月）について派遣者が承認されました。

○特任連携会員の推薦様式についての幹事会決定の整理について承認されました。

○外部委員候補者の推薦について承認されました。

○シンポジウム等4件の主催及び国内会議2件の後援が承認されました。

第145回幹事会（持ち回り）

日時 平成24年2月6日(月)

会議の概要

審議事項

- スウェーデン及びオランダ若手アカデミー等との意見交換に係る派遣について承認されました。
- ALLEA（欧洲科学人文学術会議連合）との意見交換に係る派遣について承認されました。

平成24年3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。

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24年3月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「放射能除染の土壤科学

—森・田・畑から家庭菜園まで—

日時 平成24年3月14日(水)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 I 森林、土壤と作物の汚染

II セシウムの土壤科学

III 森・田畠土壤の除染

◆「持続的な食糧生産と食の安全を支える新たな動物生産科学の展開」

日時 平成24年3月30日(金)13時00分～15時30分

場所 名古屋大学IB電子情報館4階大講義室

次第 「最新のゲノム解析から探る和牛肉質のルーツ」

河野友宏

「あららしい技術で家畜をつくる」加藤容子

「食の安全と安心：畜産品を中心として」

吉川泰弘

◆「第25回環境工学連合講演会」

日時 平成24年4月12日(木)～13日(金)

場所 日本学術会議講堂

次第 第一日目

「特別講演」大垣真一郎

「資源を用いる力」

肴倉宏史／林 明夫／土屋範芳

「素材・材料を活かす力」

木村良晴／岡田 清／尾形 敦

「都市環境を造る力」

大岡龍三／田村聰志／船水尚行

第二日目

「環境を測る力」

加藤哲郎／田尾博明

「生活環境を造る力」

福田展淳／木村達夫／勝見 武

「特別講演」松岡 譲

「国・国際社会を動かす力」

山辺正顕／小島紀徳／肱岡靖明／

伊豆田 猛／芝田隼次

◆「第3回計算科学シミュレーションシンポジウム」

日時 平成24年4月25日(水)10時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「計算科学技術における我が国の貢献」

矢川元基

「自己組織化のモデリング支援分析」

三村昌泰

日本学術会議の動き

幹事会報告

第146回幹事会

日時 平成24年2月20日（月）

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災復興支援委員会における分科会委員（災害に強いまちづくり分科会、放射能汚染対策分科会）の決定について承認されました。
- 東日本大震災復興支援委員会産業振興・就業支援分科会の被害状況調査の実施が承認されました。
- 科学者委員会における分科会委員（学術誌問題検討分科会、知的財産検討分科会）の決定について承認されました。
- 国際委員会運営要綱の一部改正及び分科会委員（持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議2012分科会）の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員会等委員の決定について承認されました。
- 大学教育の分野別質保証推進委員会運営要綱の一部改正及び分科会委員（家政学分野の参考基準検討分科会、生物学分野の参考基準検討分科会）の決定について承認されました。
- 科学者委員会における分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会における分科会委員及び小委員会委員の決定について承認されました。
- 高レベル放射性廃棄物の処分に関する検討委員会

における委員の決定について承認されました

- 科学・技術を担う将来世代の育成方策検討委員会における委員の決定について承認されました。
- 研究にかかる「評価システム」の在り方検討委員会における委員の決定について承認されました。
- 日本学術会議の運営に関する内規等の一部改正について承認されました。
- 日本学術会議主催学術フォーラムに関する幹事会決定案（「日本学術会議主催学術フォーラムの選定及び実施について」）について承認されました。
- 国際会議等関係について、ブルガリアアカデミー訪問に係る派遣、アジア学術会議に関するベトナム学術機関等との会合及び第12回アジア学術会議に関するインドネシア科学院との事前打合せに係る派遣が承認されました。
- シンポジウム等7件の主催及び国内会議3件の後援が承認されました。

第147回幹事会（持ち回り）

日時 平成24年3月9日（金）

会議の概要

審議事項

- 国際委員会日本・カナダ女性研究者交流分科会委員のカナダへ派遣について承認されました。

平成24年4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

イスラエル国産業貿易労働省チーフ・サイエンティスト表敬訪問

来日中のイスラエルの産業貿易労働省チーフ・サイエンティスト Avi Hasson 氏一行が、2012年2月8日に大西隆会長を表敬訪問されました。この度の来日目的に連絡し、総合科学技術会議から相澤益男氏も交え、日本学術会議の春日文子国際担当副会長も同席したにぎやかな会談となりました。

Hasson 氏からは、産業や市場までを視野に入れた研究開発に関する自国の取り組み、とりわけ研究開発の成果を市場に導入することに焦点を当てた非常にユニークな組織体制と、その中におけるチーフ・サイエンティストとしてのご自身の役割等についてご説明頂きました。一方で、日本学術会議や総合科学技術会議が果たす役割についても非常に興味を持たれ、日本における連携の可能性を探りたいとのお考えをご披露されました。

今回は、各国におけるそれぞれの組織の特徴の違いが認識された有意義な会談となり、今後も情報共有を続けてゆくことで一致しました。



Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成24年4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。

◆「第25回環境工学連合講演会」

日時 平成24年4月12日(木)～13日(金)

場所 日本学術会議講堂

次第 第一日目

「特別講演」 大垣眞一郎

「資源を用いる力」

肴倉宏史／林 明夫／土屋範芳

「素材・材料を活かす力」

木村良晴／岡田 清／尾形 敦・金 賢夏

「都市環境を造る力」

大岡龍三／田村聰志／船水尚行

第二日目

「環境を測る力」 加藤哲郎／田尾博明

「生活環境を造る力」

福田展淳／木村達夫／勝見 武

「特別講演」 松岡 譲

「国・国際社会を動かす力」 山辺正顕／

小島紀徳／肱岡靖明／伊豆田 猛／芝田隼次

日本学術会議の動き

◆「第 58 回構造工学シンポジウム」

日時 平成 24 年 4 月 14 日(土)～4 月 15 日(日)

場所 東京工業大学 大岡山キャンパス

次第 「地震被害からの教訓は生かされてきたか」

西川孝夫

パネルディスカッション

「東日本大震災から得た教訓と今後の構造工学」

◆「第 3 回計算科学シミュレーションシンポジウム」

日時 平成 24 年 4 月 25 日(木)10 時 00 分～17 時 00 分

場所 日本学術会議講堂

次第 「計算科学技術における我が国の貢献」

矢川元基

「自己組織化のモデリング支援分析」

三村昌泰

「複雑系数理モデリングとその応用」

合原一幸

「人を引き込む 身体性メディア場の生成・制御技術」渡辺富夫

「音のデザイン」大富浩一

「横隔膜と心と脳」北岡裕子

「確率密度比を用いた統計的機会学習の新たなアプローチ」杉山 将

「微生物・発生・脳神経・癌医学を再統合する統計熱流体力学」内藤 健

「心と脳など新しい領域」の今後の展開について」萩原一郎

◆日本学術会議主催シンポジウム

巨大災害から生命と国土を護る—24 学会からの提言

第 4 回 「首都直下・東海・東南海・南海等の巨大地震に今どう備えるか」

日時 平成 24 年 5 月 10 日(木)14 時 00 分～17 時 45 分

場所 日本学術会議講堂

次第 「基調講演」千木良雅弘／田中暉義／

田中宏明／重川希志衣／山本保博

パネルディスカッション

◆「大都市改革の新たな展開」

日時 平成 24 年 5 月 12 日(土)13 時 30 分～16 時 45 分

場所 日本学術会議講堂

次第 「都区制度の現状と課題」大杉 覚

「大阪都構想の実践と課題」上山信一

「大都市と特別自治市構想」林 文子

パネルディスカッション

「大都市改革の新たな展開を考える」

◆「新しい遺伝子組換え技術の開発と植物研究・植物育種への利用—研究開発と規制を巡る国内外の動向—」

日時 平成 24 年 5 月 14 日(月)13 時 00 分～17 時 00 分

場所 日本学術会議講堂

次第 「RNA ウィスルベクターを用いる單一世代での遺伝子発現（仮）」吉川信幸

「人工スクレアーゼを基盤とする動物におけるゲノム編集（仮）」山本 卓

「植物における人為的ゲノム編集（仮）」

土岐清一

「RNA-dependent DNA methylation (仮)」

木下 哲

「遺伝子組換え農作物の開発および規制に関する国際状況 (仮)」立川雅司

「New Plant Breeding Techniques (NBT) を巡る国際動向」鎌田 博

◆「科学と実践との対話—自然再生と震災復興—」

日時 平成24年5月20日(日)13時30分～17時00分

場所 一関市知勝院講堂

次第 「震災復興と自然再生」一ノ瀬友博

「震災復興と湿地の自然再生」高村典子

「樹木葬と震災復興」池邊このみ

「樹木葬とイーハトーブの自然再生」

千坂けんぼう

「イーハトーブの外来種対策」

久保川イーハトーブ自然再生研究所

「第三・第四の極の今」幸島司郎

「蘇った自然を生かし活かすために」

鶴谷いづみ

◆「イギリス理想主義と政治哲学」

日時 平成24年5月27日(日)16時10分～17時50分

場所 国学院大学

次第 「自由社会主義、政治史とロックの所有権理論:D.G.リッチャーとイデオロギー批判」

コリン・タイラー

「T.H.グリーンと国家の諸条件」

アンドリュー・ヴィンセント

「理想主義と政治の変容」

ディヴィッド・ブーエ

「理想主義と進化論の調停:リッチャー・ボザンケ、ホブハウス」寺尾範野

◆「3.11 福島第一原子力発電所事故をめぐる社会情報環境の検証—テレビ・ジャーナリズム、ソーシャル・メディアの特性と課題—」

日時 平成24年6月9日(土)14時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 伊藤 守／遠藤 薫／毛利嘉孝／西田亮介／正村俊之／藤垣裕子／林 香里

◆「若者は社会を変えるか—新しい生き方・働き方を考える—」

日時 平成24年6月30日(土)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「若者の生き方と意識の変化(仮)」本田由紀

「若者の働き方と意識の変化(仮)」堀 有喜衣

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、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

2. 著者資格および研究貢献者

1) 著者資格

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship)は以下の三点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていかなければならない。

- 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- 出版原稿の最終承認を行った

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

产学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究に関わっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示*」を要求することがある。

2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付して記述するとわかりやすい。

3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護に関わる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受付ない場合がある。

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。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、従って所属機関のリポジトリへの収載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文収載ではないので未発表と見なす。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表の内容であることを誓約する文書を要求する。

■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もの。

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」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

* 産学連携による研究には、学術的・倫理的责任を果たすことによって得られる成果の社会への還元（公的利益）だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など（私的利益）が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

■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もの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■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。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会（2004）の「看護研究のための倫理指針」、厚生労働省（2008）の「臨床研究に関する倫理指針」、文部科学省・厚生労働省（2008）の「疫学研究に関する倫理指針」等にかなっていなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造 (Fabrication), 改竄 (Falsification), 盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する（日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策 — 科学者コミュニティの自律に向けて —」より。内容を変えることなく文章を一部改変）。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げる事である。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 原稿の送付

投稿原稿は、Microsoft社のWord, Excel, およびPowerPointを使用して作成し（ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作成した図表は、JPEGまたはPDF形式でのみ受領可能）、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（著者が特定できる部分〔謝辞も含む〕を削除した）オリジナル原稿のコピー3部、および電子媒体（フラッシュ・メモリー、CD-R (RW), DVD-R (RW), のいずれかで保存し、ラベル（面）には著者氏名、論文表題を明記する）を添えて下記に送付する。

なお、図表については以下の点に留意されたい。

Word Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること

JPEG 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態で提出すること（可能であればTIFF形式が望ましい）

PDF パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること

〒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、書留郵便もしくはレターパックで郵送すること。

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。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する前には、投稿論文チェックリスト（学会ホームページから入手可）で「投稿規定」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、投稿論文とともに送付する。

8. 原稿の受付

原稿は隨時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受付できない。

9. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して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。

10. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正是著者が行う。なお、校正の際、著者による加筆は一切認めない。第2回目以降の校正是著者校正に基づいて編集委員会が行う。

11. 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。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

10頁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頁につき所定の超過料金（実

費) とする。

図表は、製版原稿として使用可能な原図を添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

12. 著作権

会員の権利保護のために、掲載された原稿の版権は本会に属するものとする。他者の版権に帰属する資料を引用するときは、著者がその許可申請手続きを行なう。

所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、その都度理事長の許諾が必要である。

13. 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。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護に関わる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与とともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受付ない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会（American Psychological Association, APA）が発行している『Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.』（2009）／『APA論文作成マニュアル第2版』（2011、医学書院）に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は電子ファイルを納めたフラッシュ・メモリー、CD-R (RW), DVD-R (RW) のいずれか、およびA4判白色用紙にプリントアウトしたハードコピーの両方を投稿する（ハードコピーの部数は「投稿規程」に示してある）。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図はWord・Excel・Power Pointのいずれか、表はWord・Excelのいずれかで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作成した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。
なお、図表については以下の点に留意されたい。
 - Word …… Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、とのExcelのデータも提出すること
 - JPEG …… 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態で提出すること（可能であればTIFF形式が望ましい）
 - PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「、（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。」（全角句点）とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例] 「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数のnや確率のpなどの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、例えば「.28」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを効果的につける。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しのレベルは第1レベルから第7レベルまでとする。
- 3) 第1レベルは論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2レベルから第7レベルまでの6つのレベルから構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。

第2レベル：I. II. III. : 中央揃え

第3レベル：A. B. C. : 左端揃え

第4レベル：1. 2. 3. : 左端揃え

第5レベル：a. b. c. : 見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6レベル：(1) (2) (3) : 上位の見出しそれより1字下げる

第7レベル：(a) (b) (c) : 上位の見出しそれより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論、序説または緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2レベルではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文中で使用する見出しのレベルが3レベルまでの場合は数字記号、すなわち第2レベルと第4レベルと第6レベルを使用する。
- 7) 4レベル以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) あるレベルに下位レベルをつくる場合、下位レベルの項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位レベルの項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均（標準偏差）	信頼区間	数	平均（標準偏差）	信頼区間
軽度	12	.05 (.08)	[.02, .11]	18	.14 (.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05 (.07)	[.02, .10]	12	.17 (.15)	[.08, .28]
高度	16	.11 (.10)	[.07, .17]	14	.28 (.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1.」のように通し番号を振り、その後にタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中の表の説明は要點を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、例えば「.28」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1.」のように通し番号を振り、その後にタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。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。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり（漢字、仮名遣いを一部変更）。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内^{*}で行なわれるものでなければならない。

2 國もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用とならない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication Manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓、西暦文献発行年)」を付けて表示する。

一例一

- a. 山口（2011）によると「……は……である」。
- b. 「……は……である」と山口は述べている（2011）。
- c. 山口は、……は……である、と主張している（2011）。

2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者名を表記する。

一例一

- a. 山口と黒田（2011）によると「……は……である」。
- b. 「……は……である」と山口と黒田は述べている（2011）。
- c. 山口と黒田は、……は……である、と主張している（2011）。

3) 著者が3、4、5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者名を表記する。それ以降の引用では、最初の著者の後ろに「他」（欧文の場合はet al.）を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者名を列記する。

一例一

- a. ……であることが明らかにされている（山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎他、2011）。
- c. ……であることが明らかにされている（Mason, Lee, Draper, Roper, Smith, et al., 2011）。

4) 複数文献を引用した場合には、（黒田、2011；山口・長崎、2010）というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

5) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。

一例一

山口（2009a）によると…である。また、別の研究では…であることが明らかにされている（山口、2009b）。

* 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係：引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性：本分と引用文は明確に区分されている、③必然性：それを引用するのか必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

6) 同一文献の異なるページを引用した場合には、発行年の後にページ数を書き添えて引用箇所を明確にする。

—例—

山口（2010）によると…である（p.10）。さらに、…であることも明らかにされている（山口、2010, p.14）。

7) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

—例—

Walker & Avant（2005/2008）によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧表として表示する。

1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献著者名は原著にあがっている全員をあげる。

2) 稿末文献リストは、和文原稿の場合にはローマ字および数字は半角文字を使用し、半角文字に挟まれる「-」や「()」「_」は半角記号とする。「、「.」」は全角とする。欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用し、雑誌名および書籍名をイタリックで表示する（注意：和文の場合は斜字体にしない）。

3) 雜誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUS およびINTERNATIONAL NURSING INDEX の雑誌略名に従う。

① 雜誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名（西暦発行年）、表題、雑誌名、巻(号)、開始ページ-終了ページ。

※ただし、「巻」の通しページの場合は「(号)」の表示は必要ない（以下の例2）。

—例—

日本太郎、看護花子、研究二郎（1998）。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.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名（西暦発行年）、書籍名、引用箇所の開始ページ-終了ページ、出版社名、出版地。

—例—

研究太郎（1995）。看護基礎科学入門。23-52、研究学会出版、大阪。

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Research Press, Osaka.

③ 翻訳書の場合：

必要な書誌情報とその順序：原著者名（原著発行年）／訳者名（翻訳書発行年）、翻訳書名（版数）、引用箇所の開始ページ-終了ページ数、発行地：出版社名。

—例—

Walker, L.O., & Avant, K.C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳（2008）。看護における理論構築の方法。77-79、東京：医学書院。

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者（監修者）が存在する場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名（西暦発行年）、表題、編集者名（編）：書籍名、引用箇所の開始ページ-終了ページ、発行地：出版社名。

—例—

研究花子（1998）。不眠の看護。日本太郎、看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ。123-146、東京：研究学会出版。

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In: *Clinical Nursing II*, 123-146, Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者（入手年月日）、タイトル、URL。

—例—

ABC看護学会（2003-01-23）。ABC看護学会投稿マニュアル。

<http://www.abc.org/journal/manual.html>

8. 投稿原稿表紙への記入について

- 1) 学会誌の最終頁、および学会ホームページの「論文投稿」のところに「投稿原稿表紙」があるので、必要事項を記入のうえ、投稿しようとする原稿の表紙とする。
- 2) 原稿の種類は「投稿規定」の中の表に示された特徴から、自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果、希望する種別では不採用となったり、採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 3) 和・英の論文タイトル、およびキーワード（5語以内、医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること）、本文枚数、図枚数（用紙1枚につき1つ）、表枚数（用紙1枚につき1つ）、写真点数（用紙1枚につき1点で、図としてタイトルをつける）、著者氏名（著者全員の会員番号、氏名〔日本語、その下にローマ字〕、所属・部署〔日本語、その下に英文〕、連絡先住所（連絡者氏名、住所、電話番号、ファクシミリ番号、E-mailアドレス）、別刷部数（別刷はなく、紙面のPDFファイルを無料で投稿者に配布することを原則とする。必要な場合は印刷業者に依頼することができるが、その場合は全額実費負担となる）、和文抄録文字数、英文抄録使用語数を明記する。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録、和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する（ページ数をうつ必要はない）。
- 2) 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ポイントを用いて、シングルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブ・チェック（英語を母国語とする人によるチェック）の確認書を必要とする。
- 3) 和文抄録は400字以内とする。

10. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する（2,400字）。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は以下のとおり、いずれも10ページ以内とする。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規定に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は、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」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 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 | 10ページ |
| 4. 総 説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

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。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成24年度会費納入のご案内について

平成24年度会費をお納めいただいた会員、および平成23年度会費をお納めの上、平成24年3月31日までに、平成24年度から「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌35巻1号を送付いたします。

平成24年度会費未納の方は、お早めに同封の振込用紙または、下記の納入方法でお振込下さいますようお願いいたします。第38回学術集会演題発表（共同研究含む）の方は、学術集会開催までに必ず平成24年度会費をお納め下さい。未納の場合は、発表できませんのでご注意下さい。

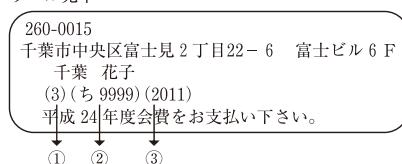
記	
会 費	7,000円
郵便振込 口座番号	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

会員の中に同姓・同名の方がおります、お振込の際、会員番号は、必ずご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、氏名、ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご確認の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、学会誌をお送りした封筒宛名ラベルに明記しておりますので、ご確認下さい。

ラベル見本



- ①：地区番号
②：会員番号
③：会員最終納入年度

① ② ③

2. 送付先等ご変更についてのお願い

送付先等変更の場合・学会誌巻末の「変更届」に新しい送付先を楷書でお書きいただき、フリガナを付記し、FAX(043-221-2332)またはEメール(info@jsnr.jp)で事務局までお知らせ下さい。

3. 送付先不明者での確認

下記の方が、住所不明です。ご存知の方は、ご本人または、事務局までご連絡をお願いいたします。

え0127 遠藤 知典 か0751 川内麻里子

事務所の開所曜日と開所時間

開所曜日 月・火・木・金	電 話 043-221-2331
開所時間 10:00~15:00	F A X 043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第35巻 1号

会員無料配布

平成24年4月20日 印刷

平成24年4月20日 発行

編集委員長	中木 高夫 (理)	事) 天理医療大学
委員員長	浅野 美礼 (会員)	筑波大学大学院人間総合科学研究科
委員員長	井手知恵子 (会員)	大分大学医学部看護学科
委員員長	宇佐美しおり (理事)	熊本大学大学院生命科学研究部精神看護学
委員員長	片岡 純 (会員)	愛知県立大学看護学部
委員員長	勝山貴美子 (会員)	横浜市立大学医学部看護学科
委員員長	川口 孝泰 (理事)	筑波大学大学院人間総合科学研究科
委員員長	北 素子 (会員)	東京慈恵会医科大学医学部看護学科
委員員長	小松 浩子 (理事)	慶應義塾大学看護医療学部
委員員長	佐藤 政枝 (会員)	首都大学東京健康福祉学部看護学科
委員員長	柴山 健三 (評議員)	相山女学園大学看護学部看護学科
委員員長	杉浦 太一 (評議員)	岐阜大学医学部看護学科
委員員長	村岡 宏子 (会員)	東邦大学看護学部
委員員長	谷津 裕子 (会員)	日本赤十字看護大学

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

責任者 山口桂子

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込みられる際は、以下の事項にご留意下さい。(※)
ことができるだけおそれらをご利用下さい。)

この手続きにより会員登録を迅速に処理することができます。(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。

1. 大学、短期大学、事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発表年度からじめ発表年度からじめ申込書欄外に明記して下さい。

2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合、() 内に専門の研究分野を記入して下さい。

6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区的指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

3. 会員申込書の送付先：〒230-0015 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。

*個人情報の管理について
一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については、慎重
に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

8. 会員番号は、会費等の納入を確認ののち、お知らせいたします。

書込申入會

一般社団法人日本看護研究学会長
殿

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦

フリガナ

名氏

卷之三

所屬

TEL

元 所属・宅生出生

元正月(いづれかに○)

E = m a i l

自 宅 TEI

目次

六名氏者薦推

推薦者所屬

理事令承認年月日

卷之三

文獻卷

日付受
人欄記

す。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

看護学・医学・その他()

地 区 名	都 道 府 縍 名
1 北 海 道	北海道
2 東 北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島
3 關 東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟
4 東 京	東京，埼玉，山梨，長野
5 東 海	神奈川，岐阜，靜岡，愛知，三重
6 近 繩 · 北 陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
7 中 国	鳥取，島根，岡山，広島，山口，徳島，香川，愛媛，高知
8 九 州 · 沖 繩	福岡，佐賀，長崎，熊本，大分，宮崎，鹿児島，沖繩

（切り取り線より切ってお出しください）

変更届

一般社団法人日本看護研究学会事務局宛 (FAX 043-221-2332)
下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 -

電話及びFAX

TEL - - -

FAX - - -

勤務先の変更

所属名：

所属住所

〒 -

電話及びFAX

TEL - - -

FAX - - -

Eメール：

フリガナ _____

氏名の変更 _____

地区の変更

地区割

地区名		都道府県名	地区名		都道府県名
1	北海道	北海道	5	東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
2	東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
3	関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7	中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
4	東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8	九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区番号に○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。

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 ()

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合、ご自宅住所は会員データに登録しておられません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は、ご自宅住所を明記してお知らせ下さいようお願いいたします。

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。

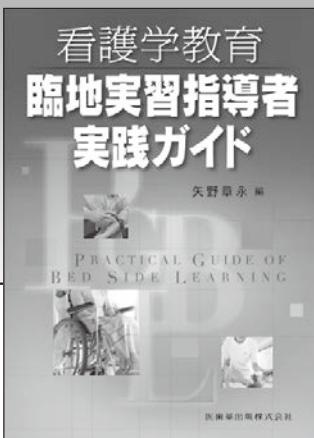
一般社団法人日本看護研究学会 投稿原稿表紙

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				
別刷希望部数		和文抄録文字数		英文抄録使用語数
部		字		語
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 : _____

*受付年月日：_____年_____月_____日

看護学教育 臨地実習指導者 実践ガイド

◆矢野章永(共立女子短期大学看護学科教授) 編
◆B5判 208頁 定価4,200円(本体4,000円 税5%)



ISBN978-4-263-23561-4



◆本書の主な内容

- 臨地実習をより充実したものとするために、教員や臨床指導者が、どのように取り組むべきか、実践例に基づいて具体的に解説。
- 多様な臨床現場における臨地実習に潜む事故の危険性とその対策についても、実際にあった事故事例の分析に基づきわかりやすく解説。個人情報の取扱いや医療紛争については、法的な面からも詳述している。

◆主な目次

I 臨地実習総論編

- 1 新カリキュラムにおける臨地実習
- 新カリキュラムにおける臨地実習の考え方
- 2 臨地実習に対する心構え（留意事項）
- 3 実習指導体制

II 臨地実習各論編

- 1 専門分野 I
 - ①基礎看護学
 - 基礎看護学実習の考え方 基礎看護学実習の実習目的 基礎看護学実習の実習目標 基礎看護学実習Ⅰの展開 基礎看護学実習Ⅱの展開 基礎看護学実習Ⅲの展開 基礎看護学実習：看護技術学習指標と到達レベル
 - ②成人看護学
 - 臨地実習の目的・目標 実習項目 臨地実習の展開 評価・単位認定
 - ③老年看護学
 - 老年看護学実習の考え方 老年看護学実習の科目構成 老年看護学実習の目的・目標 老年看護学実習Ⅰ 老年看護学実習Ⅱ 老年看護学実習Ⅲ 実習記録 実習評価 看護技術経験項目 実習病院・施設・病棟
 - ④小児看護学
 - 科目構成 臨地実習の目的・目標 臨地実習の展開
 - ⑤母性看護学
 - 臨地実習の目的・目標 臨地実習の展開
- ⑥精神看護学
- 教育課程の考え方—学習目的・学習目標、科目構造 精神看

護学実習 精神看護学実習の実習指導案(週案) 全体的な患者へのかかわりの原則 技術経験項目について 出欠表と実習評価

3 統合分野

①在宅看護論

基礎教育における臨地実習の目的 基礎教育における臨地実習の目標 在宅看護論実習Ⅰの展開 在宅看護論実習Ⅱ(地域包括支援センター実習)の展開 在宅看護論実習Ⅲ(外来実習)の展開

②看護の統合と実践領域

臨地実習の目的・意義・考え方について 看護の統合と実践実習の意義とその考え方 統合実習の目的・目標 配当時期、単位数、実習項目 臨地実習の展開 統合実習の手応えから意義に戻る

III 臨地実習応用編

1 臨地実習と患者の個人情報

個人情報保護法 具体的事例として 患者の個人情報取得に関する問題 匿名化 個人情報と同意書など

2 医療紛争と解決法

医療事故と医療過誤について 医療紛争について 個人情報保護について 法的責任について 紛争解決の方法 紛争解決のための豆知識

3 臨地実習におけるリスクマネジメント

臨地実習とコミュニケーション 臨地実習におけるヒヤリ・ハット報告 臨地実習における情報管理について 臨地実習中の実際の事例

