

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 36 Number 1 April 2013 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[36巻 1号]

APA方式の考え方を
日本語論文の執筆に
あてはめるとどうなる？
——の疑問に答える！



- 目次
- 第1章 論文執筆の心構え
 - 第2章 論文の種類と構成
 - 第3章 論文の執筆から投稿まで
 - 第4章 データの提示方法
 - 第5章 文献の引用
 - 第6章 文献リスト

APAに学ぶ 看護系論文 執筆のルール

著 前田樹海 東京有明医療大学看護学部教授
江藤裕之 東北大学大学院国際文化研究科准教授

“常識”としてこれまで明文化されることが少なかった、論文を書く者の心構え、投稿のルール、論文の種類と構成、引用の仕方、文献リストの作り方といった論文執筆から発表までの“お作法”を「基本」「原則」「例外」「提言」の形式に整理して提示。『APA論文作成マニュアル』の訳者が、APA方式の考え方を日本語の論文執筆に応用する場合の実践的ヒントをやさしく解説。看護学生や臨床看護師がすぐに使える1冊をめざした。

●A5 頁116 2012年 定価1,890円
(本体1,800円+税5%) [ISBN978-4-260-01739-8]
消費税税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷1-28-23

[販売部] TEL: 03-3817-5657 FAX: 03-3815-7804

E-mail: sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替: 00170-9-96693

携帯サイトはこちら



会 告 (1)

平成25年 4 月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第39回学術集会
会長 石 井 範 子

記

一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会

メインテーマ 看護の質を支える看護職の健康

期 日：平成25年 8 月22日（木），23日（金）

会 場：秋田県民会館

〒010-0875 秋田市千秋明德町 2 - 52 TEL：018-834-5055

アトリオン

〒010-0001 秋田市中通 2 - 3 - 8 TEL：018-836-7865

秋田キャッスルホテル

〒010-0001 秋田市中通 1 - 3 - 5 TEL：018-884-1141

会長講演：「看護職の健康管理を研究の視点から探る」

石井 範子（秋田大学大学院医学系研究科 教授）

座長：宇座 美代子（琉球大学医学部保健学科 教授）

特別講演Ⅰ：「やる気のでる職場環境」

金井Pak雅子（東京有明医療大学看護学部 教授）

座長：泉 キヨ子（帝京科学大学医療科学部看護学科 教授）

特別講演Ⅱ：「入院して知った看護師の力」

内館 牧子（脚本家）

座長：浅沼 義博（秋田大学大学院医学系研究科 教授）

教育講演Ⅰ：「疫学研究からみた女性看護職の健康」

林 邦彦（群馬大学大学院保健学研究科 教授）

座長：平元 泉（秋田大学大学院医学系研究科 教授）

教育講演Ⅱ：「生命への介入はどこまで許されるのか ―倫理学徒が考えていること」

銭谷 秋生（秋田大学教育推進総合センター 教授）

座長：一戸 とも子（弘前大学大学院保健学研究科 教授）

シンポジウムⅠ：「看護におけるもう一つのリスクマネジメント」

シンポジスト：佐々木 真紀子（秋田大学大学院医学系研究科 教授）

「抗がん剤の職業性曝露による健康影響とその対策」

矢上 晶子（藤田保健衛生大学医学部皮膚科学講座 准教授）

「ラテックスアレルギーにおけるリスクマネジメント」

三木 明子（筑波大学医学医療系 准教授）

「看護師が患者から受ける暴力とその健康影響 ―院内暴力防止対策の取り組み―」

伊丹 君和（滋賀県立大学人間看護学部 教授）

「看護職の腰痛とその要因となる動作姿勢改善の試み」

座長：西沢 義子（弘前大学大学院保健学研究科 教授）

座長：武田 利明（岩手県立大学大学院看護学研究科 教授）

シンポジウムⅡ：「看護職の自尊感情と実践のありよう」

シンポジスト：村松 静子（在宅看護研究センター LLP 代表）

「今、必要だから…」の一心

遠藤 俊子（京都橘大学看護学部 教授）

「臨床指導者・教員の人事交流による専門看護師教育」

小山 珠美（東名厚木病院摂食嚥下療法部 課長）

「“口から食べたい”を支える看護実践の意義と課題」

座長：大島 弓子（京都橘大学看護学部 教授）

座長：上田 順子（旭川医科大学病院 副病院長・看護部長）

シンポジウムⅢ：「看護職の生活の質を豊かにする働きかた」

シンポジスト：緒方 泰子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 教授）

「看護職が働き続けるために必要な職場環境のあり方

―マグネット病院の特性を反映した尺度による調査から見てきたこと―」

佐々木 司（公益財団法人 労働科学研究所慢性疲労研究センター センター長）

「夜勤のリスク軽減による看護師生活の質の向上」

眞野 恵子（藤田保健衛生大学病院 副病院長・看護部長）

「12時間の交代制勤務と柔軟性のある勤務シフト」

小川 忍（公益社団法人 日本看護協会 常任理事）

「専門職業人を育てる基礎教育，新人・現任教育への提言」

座長：田中 幸子（東京慈恵会医科大学 教授）

座長：高島 幹子（秋田大学医学部附属病院 副病院長・看護部長）

特別交流集会Ⅰ：国際活動推進委員会企画「グローバル化社会における世界に通じる看護職者とは」

講師：喜多 悦子（日本赤十字九州国際看護大学学長 2013年3月31日まで）

同年4月1日より公益財団法人笹川記念保健協力財団理事長着任

委員：井上 智子他

特別交流集会Ⅱ：研究倫理委員会企画

「日本看護研究学会に設けられる研究倫理審査委員会についての説明」

委員：江守 陽子他

交流集会Ⅰ：「口唇裂・口蓋裂児をもつ親への看護」

世話人：篠原 ひとみ（秋田大学大学院医学系研究科）

演 者：中新 美保子（川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科）

松原 まなみ（聖マリア大学看護学部）

他、演者1名交渉中

交流集会Ⅱ：「高齢社会における地域ケアモデル確立の試みと地域実践科学としての課題

— 地域コミュニティを基盤としたサロンにおける健康支援活動の実際を通して —」

世話人：真継 和子（大阪医科大学看護学部看護学科）

伊藤 ちち代（近代姫路大学看護学部看護学科）

星野 明子（京都府立医科大学医学部看護学科）

白井 香苗（京都府立医科大学医学部看護学科）

岡本 里香（岡山大学大学院保健学研究科博士課程）

交流集会Ⅲ：「Healthy Work Environment とは何か？」

マグネット病院特性・海外の取組・参加者の経験をヒントに考える」

演 者：緒方 泰子（東京医科歯科大学）

勝山 貴美子（横浜市立大学）

田中 幸子（東京慈恵会医科大学）

交流集会Ⅳ：「看護学教育におけるFDマザーマップの開発と大学間共同活用の促進プロジェクト」

世話人：北池 正（看護学教育研究共同利用拠点

千葉大学大学院看護学研究科附属看護実践研究指導センター）

交流集会Ⅴ：「放射線看護の高度化・専門化に向けたIPEによる教育システムの構築
— 被ばく医療人材育成プロジェクトの経験から —」

世話人：西沢 義子（弘前大学大学院保健学研究科）
野戸 結花（弘前大学大学院保健学研究科）
木立 るり子（弘前大学大学院保健学研究科）
井瀧 千恵子（弘前大学大学院保健学研究科）
冨澤 登志子（弘前大学大学院保健学研究科）
北宮 千秋（弘前大学大学院保健学研究科）
一戸 とも子（弘前大学大学院保健学研究科）

交流集会Ⅵ：「アディクション看護の事例研究を通じて、アディクション看護の原則を考える」

世話人：松下 年子（横浜市立大学医学部看護学科）
日下 修一（獨協医科大学大学院看護学研究科）
河口 朝子（長崎県立大学看護栄養学部看護学科）
原田 美智（九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科）

交流集会Ⅶ：「外来化学療法における経口抗がん剤の継続患者のチームワークアプローチの支援」

世話人：渋谷 優子（日本赤十字秋田看護大学）
演 者：庄司 学（秋田大学附属病院薬剤部 がん化学療法専門薬剤師）
山田 みずき（千葉県がんセンター）

交流集会Ⅷ：「保健学科 — 看護部連携による看護職のための健康生成の取り組み」

世話人：小板橋 喜久代（群馬大学大学院保健学研究科）
岩永 喜久子（群馬大学大学院保健学研究科）
柳 奈津子（群馬大学大学院保健学研究科）
桐山 勝枝（群馬大学大学院保健学研究科）
野本 悦子（元群馬大学医学部附属病院）
萩原 京子（群馬大学医学部附属病院）
塚越 聖子（群馬大学医学部附属病院）
佐藤 未和（群馬大学医学部附属病院）

平成25年度会員総会

日時：8月22日（木）16：30～17：30

場所：第一会場（秋田県民会館）

【ナーシング・サイエンス・カフェ】

「看護ってなあに？」

■対 象：中・高校生

■日 時：平成25年 8 月22日（木） 16：30～18：00

■場 所：アトリオン

【懇親会】

■日 時：平成25年 8 月22日（木） 18：30～20：30

■会 場：秋田キャッスルホテル

■会 費：5,000円

【事前参加登録】

事前参加申し込みの期間は、平成25年 1 月10日（木）から 6 月20日（木）までです。

一般社団法人日本看護研究学会第39回学術集会ホームページ（<http://www.procomu.jp/jsnr39/>）よりご登録下さい。

ご登録時の「申込受付番号」を忘れないようにメモしておいてください。

参加費の支払いは「郵便局払い込み」になります。ご登録画面の指示にしたがって参加費をお払い下さい。払込用紙には申込受付番号を忘れずご記入下さい。

【参加費】

- | | |
|-------------------------|---------|
| ① 事前参加登録（6 月20日まで）（会員） | 10,000円 |
| ② 事前参加登録（6 月20日まで）（非会員） | 11,000円 |
| ③ 当日（会員） | 11,000円 |
| ④ 当日（非会員）（抄録集込み） | 13,000円 |
| ⑤ 学生（事前登録なし） | 3,000円 |

◆ 「学生」には、大学院生および看護師資格を有する研修学校生などは含みません。

◆ 当日（非会員）以外の参加費には学術集会抄録集を含みません。

◆ 会員の方全員にプログラム集と抄録のCD-ROMが郵送されます。

◆ 事前参加申し込みは、事務処理上 6 月20日（木）で締め切らせていただきます。それ以降は、当日受付となります。6 月20日（木）迄に事前参加申し込みをされた方の入金の最終締切は 6 月24日（月）です。

◆ 6 月20日（木）迄に申し込みされ、入金確認ができた会員の方、非会員の方には参加証を郵送致します。また非会員の方には、プログラム集と抄録のCD-ROMも郵送致します。

【学会前日：プレカンファレンスセミナー】

セミナーⅠ：「看護研究を始めるためのA・B・C」

講師：藤井 徹也（聖隷クリストファー大学看護学部 教授）

座長：佐々木 久長（秋田大学大学院医学系研究科 准教授）

日時：平成25年8月21日（水） 14：30～16：00

セミナーⅡ：「質的研究においてリッチなデータを得るための入門講座」

講師：秋元 典子（岡山大学大学院保健学研究科 教授）

座長：伊藤 登茂子（秋田大学大学院医学系研究科 教授）

日時：平成25年8月21日（水） 14：30～16：00

■会場：アトリオン

■会費：3,000円

■募集人数：セミナーⅠ；100名，セミナーⅡ；300名（定員になり次第，締切になります）

注）セミナーⅠとセミナーⅡは同時開催です。

〈申し込み方法〉

申し込みは，ホームページ上で事前参加登録と同時に行うことができます。

事前参加登録の締切は，平成25年6月20日（木）です。先着順に登録しますので，定員となった場合は，その時点で締め切らせていただきます。お早めの申し込みをお願い致します。

〈プレカンファレンスセミナー参加費の振り込み方法〉

ホームページでプレカンファレンスセミナー参加をご登録いただいた際に，画面の指示に従って参加費をお支払い下さい。

参加費の支払い方法は「郵便局払い込み」です。

【一般社団法人日本看護研究学会 第39回学術集会 運営事務局】

株式会社 プロコムインターナショナル

〒135-0063 東京都江東区有明三丁目6番地11 TFFビル東館9階

電話：03-5520-8821 FAX：03-5520-8820 E-mail：jsnr39@procomu.jp

<http://www.procomu.jp/jsnr39/>

会 告 (2)

日本看護研究学会雑誌35巻4号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

P46 文献

誤

- 19) 武智由香：香りがもつ緩和効果の評価方法に関する基礎的研究．愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文，5-8，2007.

正

- 19) 武智由季：香りがもつ緩和効果の評価方法に関する基礎的研究．愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文，5-8，2007.

目 次

第38回一般社団法人日本看護研究学会学術集会講演記事

会長講演

沖縄の文化に根ざした看護研究

— ユイマールからヌジファまで — 1

琉球大学医学部保健学科 宇 座 美代子

シンポジウム I

沖縄の文化が織りなす看護と看護研究 7

座長 帝京科学大学医療科学部看護学科 教授 泉 キヨ子

琉球大学医学部保健学科 講師 小 笹 美 子

沖縄の文化が織りなす看護と看護研究

— 沖縄で継続されている出産・育児に関する風習 — 8

名桜大学人間健康学部看護学科 仲 村 美津枝

小離島高齢者の終末期と文化 12

琉球大学医学部保健学科 古 謝 安 子

シンポジウム II

日本文化におけるドメスティック・バイオレンス 15

座長 愛知県立大学看護学部 教授 山 口 桂 子

琉球大学医学部保健学科 教授 國 吉 緑

文化とDV：医療者はDVをどのようにとらえているのか 16

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 友 田 尋 子

日本文化におけるドメスティック・バイオレンス 19

日本赤十字豊田看護大学精神看護学 長 江 美代子

交流集会 I

シミュレーション教育を支えるエビデンスの構築

— シミュレーション教育の実践をいかに研究のまな板にのせるか? — 23

琉球大学医学部附属病院地域医療教育開発講座 阿 部 幸 恵

Massachusetts General Hospital of Institute of Health Profession

Deborah D. Navedo PhD, CPNP, CNE

交流集会Ⅱ

「アディクション問題を抱えた当事者と、その家族に対する看護のあり方を考える」を開催して 25

横浜市立大学医学研究科・医学部看護学科 松 下 年 子
 獨協医科大学大学院看護学研究科 日 下 修 一
 長崎県立大学看護栄養学部看護学科 河 口 朝 子
 九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科 原 田 美 智

交流集会Ⅲ

これからの看護

看護に生かす補完代替療法 ― 循環型教育への挑戦 27

明治国際医療大学看護学部 山 田 皓 子
 明治国際医療大学看護学部 田 口 豊 恵
 明治国際医療大学看護学部 夏 山 洋 子
 明治国際医療大学看護学部 中 森 未 季
 明治国際医療大学看護学部 永 島 すえみ

交流集会Ⅳ

新人看護師育成

― 教育・臨床における Empowerment ― 30

世話人 琉球大学医学部保健学科教授 砂 川 洋 子
 琉球大学医学部保健学科助教 照 屋 典 子
 プレゼンター 敬愛会中頭病院看護部長 翁 長 多代子
 仁愛会浦添総合病院副看護部長 安 里 節 子
 琉球大学医学部附属病院副看護師長 原 永 賀 子
 琉球大学医学部保健学科講師 小 笹 美 子

交流集会Ⅴ

安楽を提供するマッサージ ― 看護師による実践の報告 32

札幌市立大学看護学部 大 野 夏 代
 群馬大学医学部 小坂橋 喜久代
 札幌市立大学看護学部 鶴 木 恭 子
 群馬大学医学部附属病院 本 間 由紀子
 札幌市立大学看護学部 山 本 勝 則

交流集会Ⅵ

プログラム開発・評価研究のゴールはどこにあるのか 34

神戸常盤大学保健科学部看護学科 松 田 光 信
 神戸常盤大学保健科学部看護学科 河 野 あゆみ
 香川大学医学部看護学科 當 目 雅 代
 順天堂大学医療看護学部看護学科 西 田 みゆき
 神戸常盤大学保健科学部看護学科 川 崎 絵里香

一原 著一

胃がん術後患者の症状と家族のQOLおよび不安との関連	39
----------------------------------	----

山梨大学医学部附属病院 永 田 倫 人

山梨大学大学院医学工学総合研究部 水 野 恵理子

「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の知識の概念化	49
--------------------------------------	----

県立広島大学保健福祉学部看護学科 今 井 多樹子

広島大学大学院医歯薬保健学研究院統合健康科学部門基礎看護開発学 宮 腰 由紀子

広島大学大学院医歯薬保健学研究院統合健康科学部門基礎看護開発学 高 瀬 美由紀

中規模病院の看護管理者におけるコンピテンシー評価尺度の開発	61
-------------------------------------	----

筑波大学人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程 本 村 美 和

筑波大学医学医療系 川 口 孝 泰

一研究報告一

精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度の開発	71
------------------------------------	----

福岡女学院看護大学 柴 田 裕 子

大分大学医学部看護学科 杉 田 聡

看護中間管理者のキャリア発達過程とそれに関連する要因	81
----------------------------------	----

静岡県立大学 水 野 暢 子

地域で生活する精神障がい者に対する『自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム』実施前後の変化	93
--	----

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科 國 方 弘 子

ホスピス実習における看護学生の終末期ケアのとらえ方の変化

— 看護師からのOKサインにより寄り添う看護発見 —	103
----------------------------------	-----

聖マリア学院大学看護学部 谷 多江子

聖マリア学院大学看護学部 安 藤 満 代

一般病棟における終末期がん患者の生きがい	113
----------------------------	-----

東京慈恵会医科大学附属柏病院看護部 千 田 操

東京慈恵会医科大学附属病院看護部 角 田 真由美

東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻修士課程 柿 川 房 子

回復期リハビリテーション脳卒中者が語る病い経験に関する研究

— 医療者とのかわりから“あとから病いがわかっていく”こと —	123
---------------------------------------	-----

千里金蘭大学看護学部 北 尾 良 太

獨協医科大学看護学部 鈴 木 純 恵

国立循環器病研究センター看護部 土 井 香

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 清 水 安 子

妊娠期の体重増加量別における栄養摂取所要量とPFCバランス	135
-------------------------------------	-----

山形大学医学部看護学科 藤 田 愛

山形大学医学部看護学科 山 口 咲奈枝

山形大学医学部看護学科 宇 野 日菜子

山形大学医学部看護学科 佐 藤 志 保

山形大学医学部看護学科 佐 藤 幸 子

ー技術・実践報告ー

新人看護師の職場適応に向けた精神的支援策の検討

ー 臨床心理士によるグループカウンセリングを実施して ー	141
------------------------------------	-----

聖マリア学院大学 中 村 和 代

ー資料・その他ー

患者とのコミュニケーション困難場面における看護学生の「解説，問題解決，感情」との関連	149
--	-----

宮城大学看護学部 阿 部 智 美

CONTENTS

Original Papers

The Relationship between Gastric Cancer Patient's Postoperative Symptoms and Families' QOL and Anxiety	39
University of Yamanashi Hospital : Tomohito Nagata	
Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering University of Yamanashi : Eriko Mizuno	
Conceptualization of Nursing Knowledge Required of Newly Graduated Nurses in Intensive Care Units	49
Prefectural University of Hiroshima Department of Nursing : Takiko Imai	
Department of Fundamental Nursing Integrated Health Sciences Institute of	
Biomedical & Health Sciences Hiroshima University : Yukiko Miyakoshi	
Department of Fundamental Nursing Integrated Health Sciences Institute of	
Biomedical & Health Sciences Hiroshima University : Miyuki Takase	
Development of a Nursing Administrator's Competency Assessment Scale (NACAS)	
for Nursing Administrator in Mid-Size Hospitals	61
Doctoral Program in Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Science,	
University of Tsukuba : Miwa Motomura	
Faculty of Medicine, University of Tsukuba : Takayasu Kawaguchi	

Research Reports

Development of An Intervention Scale Measuring Psychiatric Patient-Nurse Relationship	71
Fukuoka Jogakuin Nursing College : Yuko Shibata	
Oita University Faculty of Medicine School of Nursing : Satoru Sugita	
Developmental Stages and Factors Associated with Mid-Level Management Careers in Nursing	81
University of Shizuoka : Nobuko Mizuno	
Changes after "Nurse-Led Group Cognitive Behavioral Therapy Program for the Recovery of Self-Esteem"	
among Community-Dwelling Persons with Mental Illnesses	93
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences,	
Kagawa Prefectural University of Health Sciences : Hiroko Kunikata	
The Process of Change in Nursing Students' Perceptions of Terminal Care during Hospice Nursing Practicum	103
Faculty of Nursing, St. Mary's College : Taeko Tani	
Faculty of Nursing, St. Mary's College : Michiyo Ando	
Reasons for Living of Terminal Cancer Patients on General Hospital Wards	113
Division of Nursing, The Jikei University Kashiwa Hospital : Misao Chida	
Division of Nursing, The Jikei University Hospital : Mayumi Kakuta	
Graduate School of Nursing, The Jikei University : Fusako Kakikawa	

Illness Experiences of Stroke Survivors during Rehabilitation	
— Later, Stroke Survivors Sensed the Significance of Their Illness through	
Interaction with Medical Personnel —	123
Senri Kinran University Faculty of Nursing : Ryota Kitao	
Dokkyo Medical University Faculty of Nursing : Sumie Suzuki	
National Cerebral and Cardiovascular Center : Kaori Doi	
Osaka University Graduate School of Medicine, Division of Health Science : Yasuko Shimizu	
The Nutritional Status and PFC Balance in Japanese Pregnant Women:	
A Comparison with Weight Gain during Pregnancy	135
Yamagata University faculty of Medicine, School of Nursing : Megumi Fujita	
Yamagata University faculty of Medicine, School of Nursing : Sanae Yamaguchi	
Yamagata University faculty of Medicine, School of Nursing : Hinako Uno	
Yamagata University faculty of Medicine, School of Nursing : Shiho Sato	
Yamagata University faculty of Medicine, School of Nursing : Yukiko Sato	
Technical Reports	
Examination of Mental Support Methods to Help Novice Nurse Adopt to Their Work Environments	
— Group Counseling by Clinical Psychologists —	141
St. Mary's College Faculty of Nursing : Kazuyo Nakamura	
Preliminary Session	
The Relationship between “Decoding, Problem Solving, and Affect” among	
Nursing Students Facing Communication Problem with Patients	149
Miyagi University School of Nursing : Tomomi Abe	

第 38 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事

2012年7月7日（土），8日（日）

会長 宇 座 美代子

於 沖縄コンベンションセンター

注）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◆

沖縄の文化に根ざした看護研究

— ユイマールからヌジファまで —

琉球大学医学部保健学科 宇 座 美代子

1. はじめに

私たちは、沖縄の文化に関連した看護研究に取り組んできました。本日のテーマにあるユイマールとは沖縄の方言で地域共同体としての相互扶助を意味する言葉ですが、現在は助け合いという意味で使われることが多く、結と同じ意味です。ヌジファも沖縄の方言で、居住地以外で死亡した場合、死者の霊魂を抜き取り実家の墓地まで導き寄せて埋葬する儀礼のことです（渡邊・岡野・佐藤・塩月・宮下，2008）。このような沖縄の方言に残るユイマールやヌジファ等の伝統的な考え方に関連した看護ケアの調査結果を報告し、文化に根ざす看護研究の道について考えたいと思います。ここでは沖縄の方言に残る生活習慣・慣習を文化としてとらえています。

最初に沖縄の地理的・歴史的・文化的背景をご紹介します。そしてなぜ文化に関連した看護研究に取り組んだのか、次に地域介護力としてのユイマール、ユイマールを生かした地域ケアシステムの構築、沖縄の方言や伝統的な考え方に関連した看護支援状況の順に話を進めていきたいと思います（図1）。

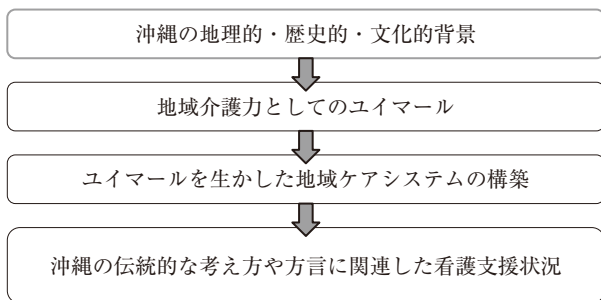


図1 話の流れ

2. 沖縄の地理的・歴史的・文化的背景

沖縄は、日本本土とは遠く離れた亜熱帯地域にあり、160の島々からなり、人々が住んでいる島は41です。行政区域は那覇市を大阪市の位置に置き換えた場合、関東から九州に至る広大な範囲となります。沖縄は、かつては琉球王国として中国と交易していた時代がありましたが、薩摩の侵入、廃藩置県、太平洋戦争、アメリカ統治、日本復帰を得て現在に至っています。沖縄の人口は、2012年現在140万人を超えています（沖縄県，2012）。

沖縄には97歳になるとカジマヤー（沖縄の方言で風車の意味）を持たせて地域住民皆で祝う慣習があります。その慣習はカジマヤーと言われ地域の青年団や子供たちも参加し、エイサーや元気な97歳のご本人も含めた沖縄の踊りであるカチャーシーで長寿を祝います。一方、寝たきりになっても、在宅寝たきり長寿宅配サービス（ミニミニホームコンサート）という沖縄市の社会福祉協議会が開催する事業（金城，2007）があります。それは沖縄の民謡歌手が寝たきりの高齢者の家庭を訪ね、その家庭に近隣の人が集まり皆でカチャーシーを踊ってひと時を過ごし、寝たきりになっても地域とつながっていられるという仕組みになっています。ここ最近沖縄の健康長寿は幻想となりつつありますが、沖縄には高齢者を大事にする敬老思想が根強く残っているため、それは長寿再生の手掛かりになるだろうと、私は考えています。

私は1977年に琉球大学を卒業し神奈川県の実験師となりましたが、1993年に沖縄に戻ってきました。その時に強く感じたことは、沖縄の高齢者は圧倒的に元気であるという実感でした。そして、沖縄の地理的、歴史的背景から生まれたであろう沖縄独特の文化をふまえた沖縄の看護はどのように実践されているのだろうか、と強い関心と興味がありました。そして、高齢者を対象にした私の調査研究が始まりました。

3. 地域介護力としてのユイマール

私の沖縄での最初の調査地は沖縄県北部にある大宜味村でした。私が琉球大学に赴任した頃、大宜味村ではちょうど「長寿日本一」宣言を行っていました。このころ琉球大学医学部学保健学科の松崎俊久先生を中心に、高齢者を対象にした大規模な健康実態調査が行われており、私たちも大宜味村の公民館に泊まり込みで手伝っていました。その調査中のことですが、体育館での歩行調査の時、歩いてくださいという走りだす高齢者にただただびっくりしたことを思い出します。元気であることをアピールしたい気持ちがよく伝わってきました。また、訪問調査の場面では、ひとり暮らしの高齢者たちは今日はAさんの家、明日はBさん家と順繰りに一緒に朝食を取っていて、よく笑い大きな声でおしゃべりしていた光景にも圧倒されました。沖縄

県北部にあるこの大宜味村から私の研究は始まりました。

沖縄には隠居という言葉はありません、高齢者は生涯現役で、老いてますます尊敬を集め伝統行事には欠かせない存在となります。また、沖縄にはあの世の正月もあり、この世の正月よりも盛大に祝う地域もあります。あの世とこの世が混在したこのような死生観は、高齢者が安心して老いることができるための要因の一つであると考えています。沖縄の長寿要因に関連した研究には、老人クラブなど社会活動への参加は、高齢者の健康やQOLに有用であるという報告があります。また、老人クラブなど地域活動への参加は、地域の課題解決の力量形成を促すと言われています。私たちは、大宜味村では沖縄の方言である相互扶助を意味するユイマールが地域活動の基盤になり地域の介護力として機能し、高齢者の介護問題への不安など介護問題を解決し長寿の要因になっていると考えました(図2)。

そこで、地域介護力としてのユイマールに関する実態調査を1999年に郵送法で行いました。対象者は沖縄の離島を含む5町村で40歳から79歳の人口から1/4抽出した4,161名で1,437名から回答を得ました。その結果、地域の介護問題についてユイマールでやれそうなことをみると、声をかける、庭掃除、買い物、送迎、食事を作って届けるとい

う順であり、いずれの項目も地域活動をしている人に多くなっていました(図3)。介護のやりとりの状況をみると、近隣の介護の世話をした人は地域活動ありでは27.5%、地域活動なしでは12.2%と地域活動ありの人に多くなっていました。実際に近隣の介護の世話をした内容をみると、話し相手、通院の世話、食事の世話などいずれの項目でも地域活動をしている人の方がしていない人に比べて多くなっていました。この調査結果(宇座, 2000)から、地域活動を生かした「ユイマール」地域ケアシステムの構築により、地域の介護力が高められるのではないかと考えました。

4. ユイマールを生かした地域ケアシステムの構築

そして、2001年10月から2002年3月にユイマールを基盤とした地域ケアシステムの構築に向けて、現在は沖縄県中部のうるま市である具志川地区公民館での活動に取り組みました。具志川地区公民館における活動では、具志川地区を対象に5町村と同様な地域介護力としてのユイマールに関する実態調査を行いました。調査結果は介護やりとりの状況を4分類し、近隣から世話を受けて近隣の世話もしたのが「受けて、した」、近隣から世話を受けたが近隣にはしていないが「受けて、してない」、近隣から世話は受けていないが近隣の世話をしたが「受けず、した」、世話のやり取りがないのが「受けず、せず」というように5町村の結果と合わせて住民に示しました。このような近隣との介護のやり取りの状況は、大宜味村では7割近くにみられましたが、他町村や具志川地区では約4割でした(図4)。また、大宜味村では地域活動をしている人が70歳代では9割以上という高いものでした。

このデータを見て具志川地区の公民館長はショックを受けていました。そして、公民館長は具志川地区を大宜味村のようにしたいと、私たちと一緒にユイマール地域ケアシ

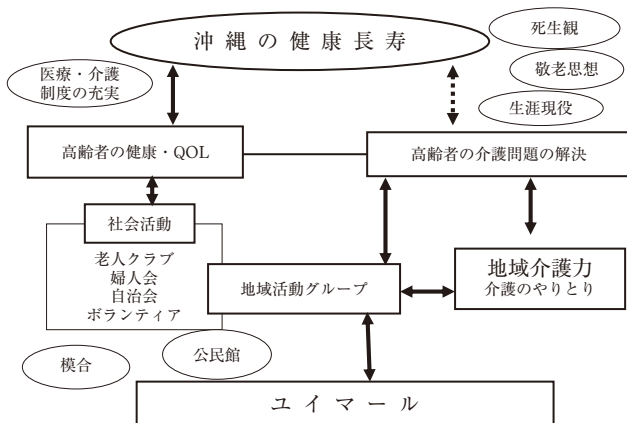


図2 沖縄の健康長寿とユイマール

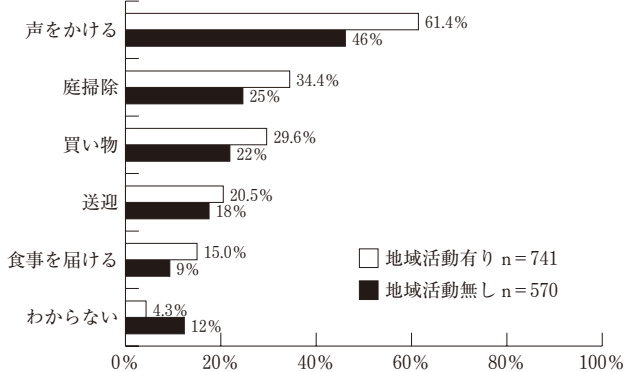


図3 地域の介護問題についてユイマールでやれそうなこと(複数回答)

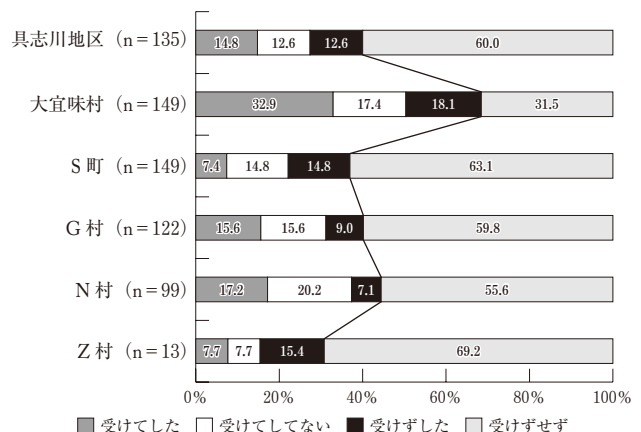


図4 具志川地区と5町村における近隣との介護のやりとりの状況

システムの構築に取り組むことになりました。具志川地区公民館を中心に、私たちや沖縄県看護協会と地区保健師と一緒に支えあうユイマール地域づくり住民会議を6回開催しました(宮城, 2002)。住民会議の内容は「地域の実態を知ろう」から始まりました。そして、80歳以上在宅高齢者の実態調査を行うことになりました。具志川地区の人口は4,875名(2000年12月現在)で、80歳以上在宅高齢者は126名でした。その在宅高齢者の全数訪問調査を住民13名と地区保健師が中心になって行いました。実施率は83.3%(105名)でした。80歳以上在宅高齢者の8割前後のほとんどが元気な高齢者で、近隣の助けを必要としている人は25名程度でした。その主な内容は話し相手でありこれなら公民館活動の範囲でできるということがわかってきました。次に、「気軽に相談できる人がいる」や「近隣の人と仲良く暮らしている」等の社会的交流8項目について、「家族同居」、「夫婦のみ」、「ひとり暮らし」に分けてみると、社会的交流の割合は「ひとり暮らし」の方が高く、「家族同居」は8項目いずれにおいても低い割合でした。「困った時気軽に相談できる人がいる」は、どの家族形態でも75%~93.8%と高い割合になっていました。「本音で話せる隣近所がある」や「困った時近所の人と助け合う」についてみると、「家族同居」は「ひとり暮らし」や「夫婦のみ」に比べ、少なくなっていました。80歳以上在宅高齢者が最も困っていることは、聞こえにくい、歩行が困難の順でしたが、特にながが半分を占めていました。この他、地域や隣近所に手助けしてもらいたい事について質問したところ、「話し相手がほしい」とした人は12名おりましたが、そのうち10名は「家族同居」の人でした。「自分で自分のことが出来なくなった時、どのようにしたいですか」では、全体の72.3%は「最後まで自宅で生活したい」と答えていました。家族構成別に見ても、その割合はいずれも高くなっており、これらの人々が最後まで安心して暮らせるような、地域づくりが必要であると考えました。そして、具志川地区の80歳以上の高齢者のうち、話し相手を必要としていたのは一人暮らしよりも家族同居高齢者に多くなったことを踏まえ、要援護高齢者の支援マップ作りなど住民主体の支援活動が開始されました。

このようにユイマールを生かした地域ケアシステムの構築に向けた私たちのアクションリサーチを振り返ってみると、パットナムがいう信頼・規範・ネットワークの特徴をもつソーシャルキャピタル(内閣府, 2005)の一つとしてユイマールをとらえることができると考えています。(図5)。すなわち、ユイマールはコミュニティにおける人のつながりを醸成し地域の介護力を高めることができることが示唆されました。コミュニティには絆を深めるための新しい仕組みづくりも大事ですが、沖縄の文化として残るユ

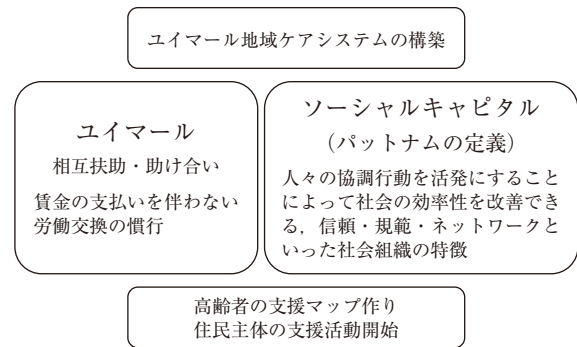


図5 ユイマールとソーシャルキャピタル

イマールのような賃金の支払いを伴わない助け合いが機能するようなコミュニティの仕組みも大事に残していきたいと強く感じています。今村・園田・金子(2010)が述べているように、コミュニティのちからを活発化していくためにはコミュニティに残っている昔ながらの仕組みすなわち地域文化を再発見し強化していくことがとても重要なことだと考えています。

5. 沖縄の伝統的な考え方や方言に関連した看護支援状況

(1) ユタ、トートーメー

次に行った調査は、沖縄の伝統的な考え方や方言に関連した看護支援状況でした。

最初に保健師を対象に行った調査についてご紹介します。県内保健師376名を対象に2001年に郵送法により調査しました。215名から回答があり、平均年齢は37.8歳で、沖縄の伝統的な考え方や方言に関連した支援困難な状況を経験した人は28.8%(62名)でした。支援困難な状況を経験した人は保健師経験年数に差はなく、県外出身者に多くなっていました。支援困難な状況ありの記述内容(48名)をみると、精神疾患とユタやトートーメーとの関係29件が最も多く、次に方言でコミュニケーションが取れない10件、その他、民間療法・慣習・地域の行事に関連した内容となっていました。ユタとは、霊的能力を持つシャーマンの職能者のことです。トートーメーとは、位牌のことです。位牌はウヤファーフジと呼ばれる祖先の象徴で、トートーメー(尊御前)、もしくはイーフェー(位牌)と呼ばれます。

精神疾患とユタやトートーメーとの関係の具体的な内容には「精神疾患で内服治療中だが、薬を飲ませないようにユタの指導があり妄想が悪化した」、「精神疾患のあるケースの親がユタまわりをして病院受診しなかった」、「精神障害者の支援ではユタ・トートーメーが優先される。生活自立のための支援を試みるがトートーメーを守るため家を離れない」、「ユタ半分、医者半分の思想が強く、ユタめ

ぐりをした後で医療に乘せる事例も多い」等が記述されていました。

方言でコミュニケーションが取れないという具体的な内容には「本島と離島では方言が異なっており、特にお年寄りとのコミュニケーションは困難」、「方言しか話せない人とはコミュニケーションがとれない」、「高齢者の来所相談・訪問等で方言の意味がわからずニーズが把握できなかった」、「方言をうまく話せなかったために高齢者とコミュニケーションがとれるようになるまで時間がかかった」、「方言で話せるともっとコミュニケーションが深まるのと思う」等の記述がありました。

その他、民間療法・慣習・地域の行事に関連した具体的な内容には「糖尿病の方へ怪我をしないようにと指導したが、本人の判断でブーブー（瀉血）を行い切断寸前までいった」、「バリアフリーの団地への入居を勧めたが以前近くに亡くなった人の焼却場があった場所ということで拒否された」、「住宅改造で世帯主が生まれ年ということで改修がタイムリーに実施できなかった」、「事業計画をする時は地域の旧暦行事を十分に把握した上で計画しないと参加者が少ない」という記述がありました（船附・宇座・比屋根・末吉・長浜他，2004）。

このように地域で活動する保健師の悪戦苦闘の様子が目に見えるようです。保健師が地域に密着した活動をするためには、その地域の文化・慣習・言葉を理解することが重要であり、支援困難な状況への対応を具体的に示していくことが必要であると考えています。

(2) ヌジファ、靈感

次に、ヌジファ等沖縄の伝統的な考え方に関連した支援を病院内における看護師はどのような行っているのだろうかと調査を行いました。沖縄では、患者が病院で死ぬと遺族（家族）は死者の霊を自宅に連れて帰るための儀礼（ヌジファ）を行うといわれていますが、その実態は明らかではありません。また、人々が住む41の離島からなる沖縄諸島では各離島に方言がありますが、看護師が方言にどのように対応しているのか、その実態は明らかではありません。このような沖縄特有の死生観の一つと考えられるヌジファや方言等について病院内での看護場面の対応の実態を明らかにすることを目的に行った調査結果（宇座，2011）から、文化に根ざす看護研究について考えてみました。

対象者は2009年1月に沖縄で開催された沖縄県看護研究学会に参加した看護者350名でした。回収数は225名（回収率64.3%）で年齢未記入を除く217名を分析対象としました。平均年齢は43.3歳でした。ヌジファ等沖縄の伝統的な考えに関連した看護支援を経験したことのある人は48.8%（106名）で、そのうち看護支援の困難な状況を経験したことのある人は30歳代以上に多くなっていましたが、若い世

代では少なくなっていました。県内・県外出身者別に差はありませんでした。沖縄の伝統的な考え方に関連した主な支援内容（自由記載）をみると、ヌジファ（抜霊儀礼）に関する記載が最も多く67件、次にユタ（霊的職能者）に関する記載33件、靈感に関する記載12件、その他トートロー（位牌）等に関する記載がありました。

ヌジファ（抜霊儀礼）については、「死亡退院時には7～8割がヌジファを行う」、「ヌジファはたびたびあるが沖縄の文化であり他患者に支障がない範囲で認めている」、「沖縄の文化であり拒否はできない」、「死亡退院時のヌジファには、他患者に気づかれないように、火をつけない線香で（13件）で行う」、「ベッドサイドではなく病室の入り口で行う」「霊安室の前で行う」等の記述がありました。その対応では「ヌジファにはなるべく対応するようにしていた」、たとえば、「ヌジファを病室で新人の時に初めて見た時はびっくりしたが、そのような文化は大切にしたい」と思い、できるだけ家族の思いに沿うように、時間や部屋などを提供した、「ヌジファは地域や家によって違うのでNsが対応はできない」、「わからないのであれば、地域の長老に聞くようにすすめた」、「患者の永眠時ヌジファを望まれる患者さんのために時間を作っている（ただし火を使わないようにお願いしている）」、「亡くなった患者の遺族がユタと一緒に来院し、ヌジファをさせてほしいといわれた」、「退院後翌日のことで他の患者が入っていたため、近くの廊下で行ってもらった」等の記述がありました。

ユタ（霊的職能者）については、「ユタに言われたのでと入退院・手術・検査の日の変更を希望」、「「医者半分、ユタ半分で病気は治療する」と県外出身の若い医師に話することがある」等の記述がありました。つい最近聞いた私の知人の弟の話でも、手が痛いと受診したけれども検査結果異常なしであり、ユタにでも行ってみたらと医師に勧められたそうです。このような話はよく聞きます。沖縄ではユタはかなり身近な存在です。しかし、「ユタに行っているので薬は必要ないと言われケアできなかった」、「自分はユタなのでどうしてもICUに今入院しているわけにはいかないと退院した」、というマイナス面もみられます。一方、「ユタから“死者の声”の代弁を聞いて癒された例があった」というのもありました。このような例はグリーンケアの一つであろうと考えます。

靈感については「霊がいるので、ここでは安心して治療ができない」、「靈感の強い患者が安静入院を守らず無断で家族と外出し」、「よくなったケースと悪化したケースがあった」等の記述がありました。「靈感の強い人には、魔よけとして“塩”（13件）を置く、病室・病棟が変わる」等の対応がみられました。その他、対応の工夫では「外来において、靈感のある患者は診療時主治医の診察室に何か

がいるとのことで外来診療の時間に待合室で診察している」,「入院患者の姉が病棟に入ると“サーサーする(胸騒ぎがする)”と言い、塩をまいたり、入りがらなかったもので、面会を病棟以外で行っていた」,「靈感の強い家族が付き添っており、霊がいっぱいいるからと部屋の隅々に塩をまいて、滑って転倒しないかと思えるくらいの量だったので困ったことがあった」,「ベッドの周囲に大量の塩をまくことでベッドの柵が腐食するのでこまる。お守り袋のようにし、ベッドの頭部と足もとに下げることで解決した」の記述が見られました。トートーメー(位牌)については、「毎月1日、15日や旧盆にはトートーメーに手を合わすために外泊、外出することが多かったが(10年くらい前まで)、最近は少なくなった」,「骨折入院した認知症の老人が起床時にウチャトー(仏壇にお茶を供える)することで精神的に安定し毎日の生活リズムが整った」との記述もみられました。これらはスピリチュアルケアそのものであると考えられます。

このように地域文化に関連したヌジファ、ユタ、トートーメーなどの慣習に対する看護者の丁寧な対応は、グリーンケアやスピリチュアルケアとして役立つことが分かりました。地域文化に配慮した看護は、対象者が安心してケアを受けられ、オーダーメイドの質の高いケアの提供につながると考えています。

方言について看護師はどのように対応しているのかをみると、困難を経験したことがある看護師は43.5%(94名)で、困難を経験した割合は30歳代や県外出身者に多くなっていました。県内・県外出身別の方言に関する具体的な記述内容をみると、県内出身者でも「地域により方言も難しく(特に離島)、聞くことはできても話すことができず(会話にならず)、ケアができなかった」,「方言しか話さないお年寄りに“沖縄の子供なのに方言できないの”と言われた」,「県外出身者は「方言しか話さない患者と言葉が通じず訴え等が分からない」,「あなたに言ってもしょうがないと言われた……」,「患者から“話を通じないので、日本に帰りなさい”と言われショックだった」等、方言に関連した支援困難を経験した93.4%がその時の内容や対応を複数記述していました。その時の対応は、「方言のわかる家族や看護師に通訳してもらう」「よく使う言葉をベッドサイドに張る」「方言豆辞典を作成した」などでした。一方、「難聴と思っていたら方言で通じた」「痛む場所を方言で言われてもわからず、精神的ストレスを増強させた」「方言の敬語が使えず年長の患者に怒られた」という記述や県外出身者では「方言がわからないことを伝えると対象者が共通語で対応した」という記述がみられました。

このように方言を知らないために質の高いケア提供につながらないこともあり得ることが明らかとなりました。ま

た、保健指導時に患者から「なんくるないさー(何とかなるさ)」,「だからよ(ごもっとも)」,「ジョウトウ(上等)にしてください」等の沖縄特有の言葉使いで保健指導がうまくできなかったことも記述されていました。

(3) 地域文化に配慮した看護

沖縄の伝統的な考え方や方言に関連した看護支援状況を整理すると、保健師は「精神疾患とユタやトートーメー」に関する支援等について約3割が経験し、看護師は「ヌジファ」「ユタ」「靈感・塩」等に関する支援について約5割が経験していました。ユタ、トートーメー、ヌジファなどには療養上マイナスの面もみられますが、グリーンケアやスピリチュアルケアとして役立つこともあり、地域文化に配慮した看護は対象者が安心してケアを受けられるような質の高いケアの提供につながると考えています(図6)。

保健師・看護師ともに方言ではニーズが把握できない状況が見られ、県外出身者は支援困難な状況が県内出身者に比べ有意に多くなっていました。方言を知ることは、文化を知ることであり、看護継続教育における方言教育の必要性が考えられました。

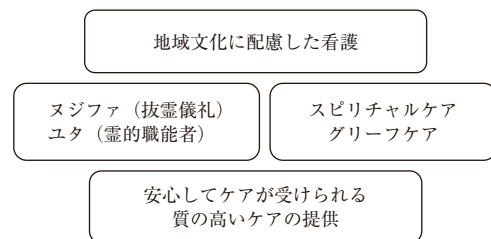


図6 ヌジファとスピリチュアルケア

6. おわりに

沖縄の文化であるユイマールに関するアクションリサーチの結果、ユイマールは人々の信頼・規範・ネットワークといった社会組織の特徴を示すソーシャルキャピタルのひとつとしてとらえられること、そして、ユイマールはコミュニティにおける人とのつながりを醸成し地域介護力を高める健康づくりに有用であることが明らかとなり、今後大事に守り継承していきたいと考えています。

また、沖縄の文化であるヌジファやユタなどに関連した看護ケアの調査結果から、ヌジファやユタなどの慣習がスピリチュアルケアやグリーンケアとして役立つこともあり、レイニンガー(1995)が述べているように文化に配慮した看護ケアが重要であることが確認できました。ヌジファ等地域文化に配慮した看護ケアは約半数の看護者が行っていましたが、若い世代ではその割合は減少していました。対象者が安心してケアを受けるためには、地域文化に配慮した看護ケアの具体的な対応策を整理・蓄積し、看護基礎教育や継続教育プログラムを作成して伝えていく必要

があると考えています（図7）。そのひとつの方法が方言を手掛かりにした地域文化の理解であると考えています。

文化に根ざす看護研究の道とは、これまで述べたような地域文化を尊重した看護ケアすなわちオーダーメイドの看護ケアをローカルに実践し、グローバルに発信していくことだと考えています。

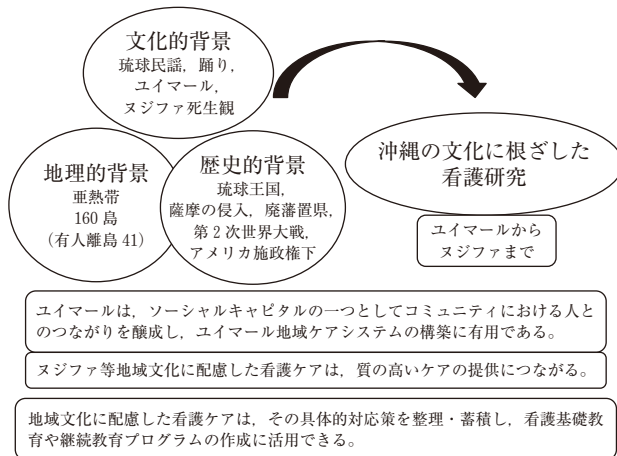


図7 沖縄の文化に根ざした看護研究

文 献

- 船附美奈子, 宇座美代子, 比屋根キヨ子, 末吉達子, 長濱直樹, 古謝安子, 小笹美子 (2004). 沖縄県の行政機関に勤務する保健師のキャリア開発に関する研究(2) — 民間療法・慣習等に関連した支援困難の経験 —, 第35回沖縄県公衆衛生学会抄録, 6-9.
- 今村晴彦, 園田柴乃, 金子郁容 (2010). コミュニティのちから “遠慮がちな” ソーシャルキャピタルの発見, 東京, 慶応義塾大学出版会.
- 金城和彦 (2007). 沖縄市社協の「ニュー在宅福祉サービス」の実験 沖縄市在宅寝たきり長寿笑顔宅配サービス, 19-27, 沖縄, 沖縄の地域福祉実践.
- Leininger MM (1991) / 稲岡文昭監訳 (1995). レイニンガー — 看護論 — 文化ケアの多様性と普遍性 —, 東京, 医学書院.
- 宮城シゲ (2002), 「まちの保健室」におけるふれあい看護相談と「ゆいまある」地域ケアシステムの開発, 平成13年度地域における看護提供システムモデル事業 (まちの保健室) 報告書, 日本看護協会.
- 内閣府経済社会総合研究所編 (2005). コミュニティ機能再生とソーシャル・キャピタルに関する研究調査報告書.
- 沖縄県知事公室広報課 (2011). 沖縄県の概況.
- 宇座美代子 (2001). 沖縄の長寿と地域介護力 (ユイ — マール) に関する研究, 平成10年度～平成12年度科学研究費補助金研究成果報告書.
- 宇座美代子 (2011). 沖縄の歴史と文化に根ざした地域看護活動に関する研究, 平成20年度～平成22年度科学研究費補助金研究成果報告書.
- 渡邊欣雄, 岡野宣勝, 佐藤壮広, 塩月亮子, 宮下克也編 (2008). 沖縄民族辞典, 吉川弘文館.

◆シンポジウムⅠ◆

沖縄の文化が織りなす看護と看護研究

座長 帝京科学大学医療科学部看護学科 教授 泉 キヨ子
琉球大学医学部保健学科 講師 小 笹 美 子

人を対象に行われる看護は民族や地域の生活文化に配慮したケアを提供することが求められている。

本シンポジウムは日常生活に独特な文化が入り込んでいる沖縄の文化に根ざした看護実践に取り組んでいる方々から、文化に配慮した看護、生活に根ざした看護ケアに関する研究を紹介した。

當山富士子さんは沖縄戦が住民にもたらした健康への影響について聞き取り調査をされた研究成果をもとに報告した。仲村美津枝さんは子どもの健全な発育発達を願うものとしての沖縄の風習と看護ケアの融合について実践活動をもとに報告した。古謝安子さんは終末期看護と葬儀方法に関する人びとの認識に関する研究成果をもとに報告をした。照屋恵子さんは米軍統治下で開始された公衆衛生看護師駐在制度のもとで発展してきた精神保健活動について報告をした。

4名のシンポジストの方々と会場の方々とのディスカッションで文化に根ざした看護研究をするにはどのような配慮工夫が必要か、そして、文化に根ざす看護研究とは何か

を考え、意見交換をした。

「沖縄県の歴史」「島嶼地域」という沖縄の文化的特色をもつ研究に取り組んだ動機はシンポジストそれぞれであったが、どの研究も沖縄の生活文化と関係した看護研究であった。60年以上前の歴史となりつつある沖縄戦の影響が今でも人々の精神保健に影響を与えていること、アジア地域との歴史的交流の中で培われてきた「誕生」や「葬祭」に関する沖縄独特の文化的風習が人々の健康や療養生活に影響していること、米軍占領下で開始された保健師の駐在制度が離島住民の健康を支えてきたことを通して歴史や地理的な影響を受けている沖縄の文化が人々の日常生活と深く結びついていることを学んだ。

それぞれの研究から得られた成果を看護ケアの中にどう取り入れるかについてディスカッションが行われた。私たち看護職者が看護の対象となる人々が生活している地域の文化に関わる実践的研究を行う意義を再認識して終了した。

◆シンポジウムⅠ◆

沖縄の文化が織りなす看護と看護研究

— 沖縄で継続されている出産・育児に関する風習 —

名桜大学人間健康学部看護学科 仲 村 美津枝

1. はじめに

沖縄は古い行事や信仰、儀式等が残っており“民俗学の宝庫”ともいわれる。しかし、戦争を体験し、米軍支配とともに食生活は大きく変化し、日本復帰に伴い日本の文化やしきたりが流入し社会や生活様式が変化し、少子・高齢化等の社会・経済的变化に伴い各地域での儀式を維持することも困難となり、沖縄の代表的な伝統的儀式が消えつつある。

その一方で、沖縄の日常生活の中で親族のつながりや人々のスピリチュアルな面を保持し、伝統が根強く守られている人生儀礼（通過儀礼）や行事もある。子どものための儀礼として残っているものとしてタンカースージ（1歳祝い）、十三祝い、行事としてはマンサンユエー（満産祝い）、ナージキー、ハチアッチー、ユッカノヒー、浜ウリ、ムーチーが存在しており、慣習としては出産祝いのマースデー、百日写真などがある。また、子どもを含む親族総出の行事として、シーミー（清明祭り）やお盆があり、門中、親族、家族の絆を深めている。

家庭で行われる通過儀式や行事は、人間関係が希薄になった今日では、親族、家族の絆を深める意味でも重要となっており、こうした出産や、子育てにまつわる儀礼や風習を探索し、母子の生活理解につなげ、絆を深めるより良い儀式や風習を取り入れようとする研究¹⁾もみられるようになった。

2. 沖縄の生活の中に継続されている出産、子育てに関する儀礼、行事、慣習

沖縄の儀礼や風習を研究した著書²⁻⁴⁾や論文⁵⁾から、現在の沖縄の生活の中に継続されている出産、子育てに関する儀礼、行事、慣習を紹介するとともに、沖縄の出産、育児の地域特性とスピリチュアルな面について紹介したい。

1) マンサンユエー（満産祝い）とナージキー

産の忌明けの儀礼であり、赤ちゃんが生まれて7日目に満産祝いをおこなった。命名をしたり、家族、親族、友人が集まって誕生を祝い、満産祝い料理でもてなした。施設分娩が98%を占める現在では、実施する家庭はすくなくなくなった。

2) ハチアッチー（里帰りとお披露目のお披露目）

産後1カ月ほど経ってから生まれた子のお披露目のため、母親が我が子を抱いてはじめて外出することを「ハチアッチー」という。出かける前に母親は赤ちゃんを抱いてヒヌカンと仏壇にむかって祈願し、出かける赤ちゃんの額にナベやカマドの煤をつけながら、祖母が「アンマークウトウ……（母親のことだけ見るのだよ。悪い霊を見てはだめだよ）」と呪文を唱えた。これは産児の霊がまだ落ち着かず悪霊や疫病などを祓い清めるための護身の呪法である。かまどが消えた現在では煤ではなく、水や唾液を付ける。

3) マースデー

母子を迎える里では、親戚縁者はもちろんのこと親しい隣近所の人たちもかけつけて、ささやかな祝儀を赤ちゃんのふところにしのばせる。マース（塩）が赤ちゃんを悪霊から守るとされ、塩にお金を添えて祝儀としたため「マースデー（塩代）」とよばれていた。現在では金品だけを包むのが当たり前となっているが、それでも高齢のオバア様達はマースデーとよぶ者が多い。生まれた子のすこやかな成長を願う人びとの純朴な想いが伝わることばの一つである。

4) 百日写真

沖縄では赤ちゃんが生まれて百日目に記念写真を撮り、身内の人に配る事がよく行われる。衛生的な面などから新生児死亡の多かった沖縄では、百日まで生存できたことはその後の生に繋がることであり、百日写真には末長く健やかに育ってほしいという願いが込められている。百日写真の伝統は現在の若い父親、母親にも伝わっており、テレビで百日写真のキャンペーンのコマーシャルが流れるほど普及している。

5) タンカースージ（一歳の誕生日）

子どもが生まれて1年目の行事をタンカー祝いと呼び、子どもの健やかな成長と子どもの将来を占う楽しい行事である。トートメー（仏壇）の前で座卓に筆、算盤、小銭、盛り飯等を置き、子どもが一番、最初に取る品物で、その子の将来や性格を占う。筆を取ると文学関係か画家、盛り飯を取ると豊かな食生活を得る等と伝わる。1歳の誕生日はその子どもの親や兄弟だけで祝うのではなく、子どもの祖父母、曾祖母、叔父、叔母、いとこ、親の友人など実に

様々な多くの人々が集まりその子の成長を願い、祝う。

6) 十三祝い 旧暦1月2日～12日

沖縄では12年に1度の生まれ年になると、無病息災を願って先祖や火の神にウガンをして厄払いをする。十三祝いは、生また時の干支が再び巡ってきた最初の節目を祝い、子どもから大人への成長を願う沖縄の古来から伝わる祝い事である。昔は早婚だったため、女子にとって十三祝いは生家で迎える最初で最後の生年祝いになることが多く、盛大に祝福された。娘の十三祝いには親は晴れ着を着せて娘の成長を祈願した祝い膳を作り、親類や知人を招いて祝った。

近年は、十三祝いは、自立の精神を養う由緒ある節目として、ひとりの人間として、自分の判断で責任ある行動を取ってほしいという親からの願いを伝える意味から、学校でまとまって行事をする事も多い。

7) 浜下り(ハマウリ) 旧暦の三月三日

女の子の行事で、女性達は浜に下りて、浜の白砂を踏み手足を海水にひたして身を清め、潮干狩りなどを楽しむ。その時に「三月御重(サングァチウジュウ)」と呼ばれる重箱料理を持ち寄る。三月御重料理は華やかでヨモギ餅と三月菓子を詰めて、赤カマボコ、黄色カステラカマボコに赤飯のおにぎりを加えて彩りも鮮やかになる。初めての女の子の重箱は初御重(ハチウジュウ)と呼ばれ、母親は丹誠を込めてつくる。初めて節句を迎える子がいる家では、親戚や隣近所に配って祝った。

8) ユッカヌヒー(四日の日) 旧暦5月4日

旧暦5月4日「ユッカヌヒー」には、子ども達の健やかな成長を願い、玩具を買い与えるという習わしがあった。またこの日は一年間の豊漁と航海安全を祈願する龍神祭(又は海神祭)の行事があり、沖縄の伝統的爬虫船レース「ハーリー」が行われ、漕ぎ手も観客も白熱する。那覇市内をはじめハーリー会場には、年に一度の特設の玩具市が立ち、鯉乗り童子や起き上がり小法師(ウッチリクブサー)、チンチン馬などの色鮮やかな琉球張り子が並んだ。また、家庭ではポーポーやチンピンを焼いてもらったり、ハーリー観戦に行くなど、ユッカヌヒーは子ども達にとっておもちゃを買ってもらえる嬉しい日であった。

9) シーミー清明祭 旧暦3月15日～15日間

18世紀中頃に中国から伝来した祖先供養の行事で、旧暦3月の吉日に行われる沖縄の三大大行事の一つである。中国から伝わったとされ「清明の節」の期間に先祖の墓に親戚全員が集まり、お線香やお花、重箱につめた料理をお供えし供養する。

10) ウブン・シチグワチ(お盆)

盆は旧暦の7月13日、14日、15日の3日間にわたって行われる。「ウンケー(お迎え)」の13日は、祖霊を迎える日

でウンケージュシを作り供える。14日は「ナカヌヒー(中の日)」といい、仏壇に三度の食膳を供える。また、親戚の家をまわり仏壇に供え物をして線香をたむける。祖霊を送る日の15日は「ウークイ(お送り)」で重箱を供え、夜更けに線香をあげて紙銭を焼く。その後、仏壇の供え物の玄関まで運び、門前で線香をたいて祖霊を送る。現在はこの期間中にエイサーがおこなわれるが、昔はウークイが済んでから始めた。各地域によって期間、行事の行い方、仏壇への供物など多少、違いがある。

11) ムーチー 旧暦12月8日

ムーチーの由来は鬼と化した兄を妹が石入りのムーチーを作って食べさせ退治する物語から来ている。ムーチー(鬼餅)は、月桃(サンニン)やクバの葉で包んだ餅を、仏壇や火の神(ヒヌカン)にお供えし家族の健康を祝う。サギムーチー(下げ餅)は、子どもの歳の数だけムーチーを縄で結び部屋に吊して成長を願う。亜熱帯の沖縄でもムーチービーサと呼ばれる寒い日があり、その頃サンニンの葉で包んだムーチーを蒸す湯気と香りはとても爽やかである。

現在、カーサムーチー作りは、保育園の年中行事であり、老人会とのコラボや地域の親子行事として、盛んに作られている

沖縄では子どもの通過儀礼や行事には、その子どもの親や兄弟だけでなく、祖父母、曾祖母、叔父、叔母、いとこ、親の友人など実に多くの人々が集まりその子供の成長を祝う。子どもを大事にし、その成長を多くの人々で見守るという沖縄の特徴でもある。

3. 母親を癒すヒヌカン(火の神)

ここでこうした沖縄の儀式や行事とは切っても切れないヒヌカン(火の神)について説明しておく。

ヒヌカンは家族の健康、無病息災、火災のない事の祈願が主であり、家に幸福、豊作、大魚、健康を授け繁盛させ、不幸や災難、病気を防いでくれる神として崇められている。

さらに、結婚、死亡、出産、命名等の行事、祝いや入学試験等の願いなどの際には、仏壇とヒヌカンに報告もしくは祈願するのが慣例となっている。儀間¹⁾は93.6%の60歳以上の母親が妊娠・出産の無事や子どもの安全・健やかな成長、家庭の平和を願い台所にしつらえたヒヌカン(火の神)を礼拝し精神的安寧に繋げており、それが現在まで多くの母親たちに受け継がれていると報告している。

4. 子どもに行われ、沖縄全島に広がった2つの悪習

沖縄には、こうした子どもの成長を祝う儀礼や行事、慣習もあったが、医療者不足や医学的知識の不足から悪習も

存在した。ここではその代表的なものとして、乳幼児に行われた瀉血と十三祝いに開始されたハジチについて紹介する。

1) 乳幼児に行われた民間療法：瀉血

稲福⁶⁾は沖縄県では終戦前後に無資格者による乳幼児の瀉血（刺絡）が行われており、瀉血が乳幼児の貧血や死亡をもたらしていたにもかかわらず、発熱が続いたり皮膚の湿疹が出現した時やその予防のためにかなり近年まで実施されていたと報告している。さらに稲福は1967年の都市部の学校健診の調査で15.1%の児童（1956～1960生れ）に瀉血痕をみとめ、ある離島の小学校の調査では49.5%にみられ瀉血が習慣になっている傾向がみられると報告した。瀉血は新生児期（2.0%）、乳児期（59.1%）、幼児期（27.8%）に行われ、無資格の血取りのうまい老婆や老人（41.7%）、祖母（21.7%）や母親（13.9%）等によって実施されていた。

私たちはこの研究から、全くの素人の行う瀉血という悪習がこうに沖縄全土に広がり、長く行われてきたのか明らかにするため聞き取り調査⁷⁾をおこなった。

聞き取り調査を行ったのは沖縄本島内の64歳～94歳の女性56人で、瀉血を自分自身で自分の子どもに実施したのは2人、他の人にしてもらった者は17人、瀉血について知っていたが行わなかったものは34人であった。瀉血を実施した2人および実施させた17人の理由は丹毒または皮疹、発熱、発熱による引きつけ、夜泣き、疳の虫、打ち身による出血、丹毒のためであった。瀉血を実施させた17人のうち6人は実母、姑（乳幼児の祖母）の強い勧めに逆らえず行なわせていた。瀉血を実施しなかった34人の中に4人の看護職がいたが、「於血というものは無い。子どもを反って病気にしてしまう。」と瀉血をしないように指導していた。瀉血をしなかった数少ない大正生まれの母親は女学校卒などの教育的背景をもっていた。

瀉血を実施された子どもは1949年生れ（59歳）から1971年（38歳）生れであった。「昭和55年（1980）にある小児科外来に「当院では瀉血は行っていません」という張り紙をみた」という聞き取りや「平成10年（1998）に小児科診療所に、母親の留守に祖母に瀉血された乳児が受診し虐待として通報された」のエピソードの以後は瀉血を行ったという話はなかった。

乳幼児の瀉血の衰退した時期は、家庭分娩から施設分娩に移行する時期とほぼ重なり、戦後の復興が始まり、病院や診療所が増加し、妊産婦指導や小児診療の中で、また地域で医療職者が瀉血の危険性について指導し禁止してきたためだと考えられる。

2) 十三祝いとハジチ

琉球王国では「ハジチ（刺突）」と呼ばれた刺青文化があった。ハジチは女性のみが行い、本土にさらわれないた

めの魔よけや後生（死後の世界）への手形とする民間信仰、成人儀礼としての意味があり、美の象徴ともされた。宮古島では11、13歳に施す成女儀礼であり、沖縄本島では14歳くらいから施し始め、少しずつ文様を増やしていく。文様には地方によって微妙な違いがあり⁸⁾両手に23の文様を彫りこんで完成とし、その頃が結婚適齢期とされていた。琉球が沖縄県として日本に編入後も、この旧習は維持されたが、1889年（明治22年）に沖縄県にもハジチ（刺青）禁止令が出されたため、ハジチの習俗は廃れた⁹⁾。

それでも昭和初期までは小さなハジチを隠れて入れる人が後をたらず、ハジチがあると島から出られないよう渡航許可を下ろさないなど、厳罰化され、次第に消えてしまった。

ハジチが、禁止されたのちも隠れて行われてきた背景には、ハジチが思春期を迎えて女子に激しい痛みを伴う通過儀礼でありながら美の象徴として認識され、男性もハジチをしている女性を美しいと称えた経緯があったようだ。少女たちは、喜々としてパナマ帽子編みのバイトをして、ハジチをするためのお金をためたという記録もある¹⁰⁾。

そう遠くない時代に瀉血という素人による民間療法が慣習化したことやハジチという成人儀礼が流行したことをこうした悪習を繰り返さないためにも私たちは記憶にとどめておく必要がある。

5. 外国文献に見る沖縄の子育て

最後に沖縄戦から約20年たった後にLengh MinturnとWillam W. Lambertが沖縄、イギリス、インド等の6カ国を比較しておこなった子育ての研究⁵⁾の中で沖縄の子育ての利点についての記述された文章から、沖縄の子育ての特徴を述べたいと思う。

Taira (Okinawa) mothers are the warmest in the sample. They are, moreover, less hostile, in general, than any other group; they use more praise than any other group and they use less physical punishment.

This warmth is most apparent in the treatment of infants. The belief that infants are godlike and must therefore be indulged is accompanied by a habit of crying is formed in the first four months of life.

To prevent the formation of this habits mother, father, and grandmothers rush to comfort a crying infant.

He is picked up at once, cuddled nursed, whether he is hungry or not, and if necessary is held for long periods of time until he stops crying.

沖縄県汀良の母親はもっとも温和であった。そのうえ、彼女たちは敵意が少なく、子どもをよくほめ最も体罰を与える事が最も少なかった。この温和さは乳児を世話すると

き最も現れた。乳児は神の様なものであり、満足させなければならぬという信念は泣き虫の習慣は人生の最初の4カ月で形成されるという考えと両立している。この習慣を防ぐために両親と祖母は泣いている子どもを素早くなだめる。だきあげ、寄り添い、空腹でないかたしかめ、必要なら泣きやむまで何時間でも抱いている。(仲村訳一部省略)

この研究から約50年経過した沖縄では、まだ子どもを神のように思う信念が変わらず残っているのか疑問ではあるが、子どもを大切に思い、子どもの通過儀礼や行事を大切にし、伝統文化を重んじる風習は残っている。これが全国一高い合計特殊出生率を維持している要因の一つかもしれない。

今後ともこうした良い子どものための儀礼や、行事、慣習を絶やさないよう努力するとともに看護の視点から研究に結び付けていきたいと考える。

参考文献

- 1) 儀間繼子：妊娠，出産，育児に関する風習の伝承 平成20年度修士論文 2008.
- 2) 沖縄県教育委員会文化課：沖縄の民俗資料（第1集），根元書房，沖縄県 1974.
- 3) 崎間麗進：沖縄・暮らしの大百科那覇出版社 2004.
- 4) 名嘉真宜勝：沖縄の人生儀礼と墓，6-32，沖縄文化社 1999.
- 5) Lench Minturn, Willam W. Lambert: Mothers of six cultures antecedents of child rearing, p.222-229, John Wiley & Sons, Inc. New York 1964.
- 6) 稲福盛輝：沖縄における民間療法の瀉血に関する調査研究 民族衛生 35(1), 33-37, 1969.
- 7) 仲村美津枝，儀間繼子，大嶺ふじ子他，沖縄で行われた乳幼児の瀉血の実態と推移，日本助産学会雑誌，22巻3号 P.357.
- 8) 柳田國男：「海南小記」「柳田國男全集1」
- 9) 市川重治：南島針突（ハジチ）紀行那覇出版社 1983.
- 10) 上原直彦：「浮世真ん中」沖縄タイムス社 ちくま文庫 p333.

◆シンポジウムⅠ◆

小離島高齢者の終末期と文化

琉球大学医学部保健学科 古 謝 安 子

1. はじめに

平成23年度のわが国の高齢化率は23.3%で、世界に例をみない速さで少子高齢化が進行し、看取り社会への対応が医療福祉政策の課題となっている¹⁾。ところが、離島や過疎地では20年前から高齢化率20%を超える超高齢地域は多く²⁾、介護保険制度のない中で家族や行政は独自に介護問題に対応してきた。特に人口千人規模の小離島では、介護保険施行後も事業者は利用者人口が小さいのを理由に離島には参入しないため、村独自に運営するサービス事業の内容は島ごとに異なっている³⁾。これらの違いは要介護高齢者の療養や終末期の生活に影響を与え、さらに死後の遺体処理をする火葬場の有無や葬送儀礼が住民の介護行動を左右している⁴⁾など、研究によって明らかになった小規模離島における高齢者の終末期と文化について報告する。

2. 小離島座間味村の高齢者介護の現状

一連の研究は、筆者が沖縄県の離島駐在保健師として座間味村に勤務した経験が原点にあり、介護基盤が弱いほど家族や親族、近隣が支援しているとの仮説で研究はスタートした。島は周囲を海で隔絶されており、近隣市町村の介護サービスを利用するために要介護高齢者が沖縄本島に移動している。また、高齢者や介護者からの聞き取り調査では、島に施設がありサービスが充実していると親族支援は多く、施設のない未整備な島では親族支援は乏しく家族のみが担っている割合が高かった。聞き取り調査の中で、島に火葬場がないから早めに高齢者を本島に移動させているとの話がたびたび聞かれたため、死亡場所や葬法に対する住民の意識調査を実施した。

3. 火葬場のない座間味村における葬法と高齢者の終末期

火葬場のない座間味村の1990年から10年間の死亡の推移を死亡場所別に示している(図1)。高齢者に専門治療や中重度介護が必要になると、本島に移動させており、島内で亡くなるのは約3割で推移していた。そして、島内で亡くなると全て埋葬されていた。沖縄の埋葬は、遺体を墓に運び、棺箱ごと墓の中に安置するため、風葬ともいわれている。そして埋葬にすると、親族は3～7年後に遺骸を取り出して骨を水で洗い清める洗骨葬をしなければなら

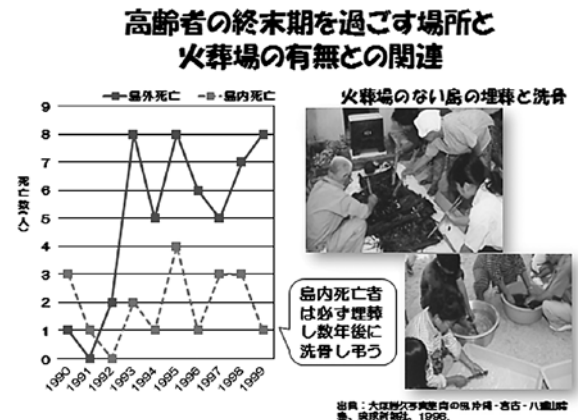


図1 座間味村の島内・外別死亡の推移

い。沖縄本島でも、戦後、火葬場が普及するまでは、埋葬・洗骨が主流であったが、現在では火葬場のない小離島にのみ残る伝統的な習俗である。中には、80歳の娘が100歳の親を介護するため島に戻ったが、娘には親亡き後7年後の洗骨をする自信がなく、結局、本島の施設に入所させたという報告もある。

図2は、座間味村住民の葬法に対する考えを世代別に示している。2001年調査当時の洗骨の経験率は、20～40代が19.1%で、50～60代は72.7%、70～80代では94.5%と世代間で有意な違いがあった。葬法に対する考えを、「埋葬の伝統をのこしてほしい」「葬法は本人が決める方がよい」「火葬がよい」「埋葬は廃止した方がよい」の4つの選択肢で尋ね、世代別に示した。回答は「火葬がよい」が最も多く、さらに「埋葬は廃止した方がよい」を合わせると、50～60代で9割以上、70～80代でも8割以上であり、洗骨経験が豊富な世代では、埋葬から火葬への転化を望んでい

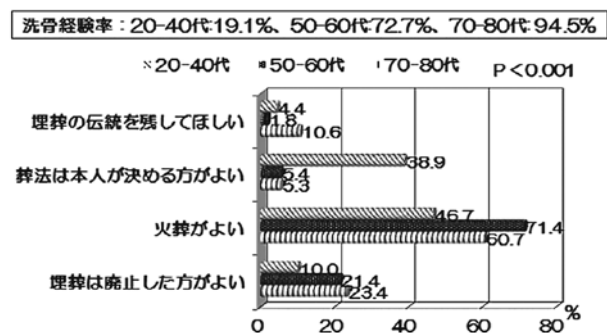


図2 座間味村住人の世代別にみた葬法に対する意向(2001年)

た。しかし、経験の乏しい20～40代では「葬法は本人が決める方がよい」が約4割であり、埋葬を希望する者の意向を尊重している様子が伺える。一方70～80代で「埋葬の伝統を残してほしい」の意向は1割であった。

4. 座間味村における埋葬や洗骨習俗に対する文化的見方、価値観と行動

葬法に対する考えの基盤にある埋葬や洗骨習俗に対する生活様式としての「文化的見方」と、その根幹をなす「価値観」について、聞き取った内容を分類比較した(表1)。

表に示すように埋葬を支持する人には、洗骨は死者への供養であるとの考えや遺骨をとおして靈魂を祀る沖縄の儀礼の考え方が示されていた。一方、火葬への転化を望む人では、洗骨作業に伴う物理的・精神的な負担感や幼子のイメージが崩れたり、死者の尊厳を傷つけられるなどの辛さを訴える声が多く聞かれた。

そのような辛い洗骨から解放されたい意識が、「要介護高齢者を本島に入院させる」という住民の行動を確認するため、離島住民が利用している4つの基幹病院において高齢者の入院調査を行い図3の結果を得た。図は火葬場の有無と離島高齢者の入院との関連を示している。対象離島は、火葬場のない座間味村と、火葬場のない近隣3離島

(渡嘉敷村、粟国村、渡名喜村)、また対照群に火葬場を有する伊平屋村を加えた。調査期間中に入院した高齢者を年齢区分別に対象村の人口に占める割合で比較した。

その結果、終末期に近いと考えられる90歳以上の入院患者の割合は、座間味村が21.4%で高く、次いで火葬場のない近隣3離島で14.6%、火葬場を有する伊平屋村はゼロであった。治療のために島から移動した要介護高齢者が、治療後に島に戻ることは少ない現状があり、医療や介護を求めて島外移動をするが、実際には死後の火葬もニーズに含まれていることが推測された。

座間味村の高齢者介護と葬法について考察すると、島内死亡の場合、必ず埋葬し数年後洗骨する伝統的葬法で弔わねばならず、しかし、住民にとって洗骨は、物理的、精神的負担が大きく解放されたい思いを持っており、それが、要介護高齢者の終末期以前の島外移動⇒入院入所⇒島外死⇒火葬のパターンを辿らせていることが明らかとなった。今後、「島で終末期を過ごし」「家で死ぬ」ことを可能にするには、医療福祉サービスの整備と同時に、島で亡くなった場合でも、家族が主体的に火葬を選択できる住民意識の啓発と環境整備が重要であると考えられた。しかし、これが他の小離島にも該当するのかをみるため、火葬場のない粟国村で同様の調査を実施した。

表1 伝統的葬法に対する文化的見方、価値観

生活様式としての「文化的見方」	根幹をなす「価値観」
埋葬支持 ・伝統を残してほしい ・火葬にすると、全て灰になるように感じる ・骨には魂が残っている	・洗骨してくれる娘もいる、孫30人いるので埋葬がよい ・洗骨は死んだ人とまた会えた懐かしい気持ち、親孝行
火葬がよい ・汚い、臭いにおいがとれない、吊った姿で残っている(3) ・観光地となり洗骨する場所がない、骨を洗う海がない(2) ・洗骨は昔のやり方の半分もできていない、数も少ない	・洗骨を頼むのは気がひける、12-3人頼むのが大変(7) ・子供らに迷惑かけたくない(4) ・子供らがやるとおり、自分では決められない(3)
埋葬廃止 ・今からの人が洗骨に手を入れられない、若いのができない(7) ・洗骨があり後の処理が大変(2) ・ミイ化は生前の悪事といわれる	・薪のように何とも言えず、子供の洗骨は涙が止まらない(2) ・90歳以上は悪くなると那覇で入院させる、火葬のため(3)

5. 火葬場のない粟国村の高齢者介護と葬法

粟国村役場の同意を得て役場に保存された1986年から21年間の死亡小票の複写を調査した。2007年調査時点での平均島内死亡割合は約3割で、島内死亡者は全て埋葬されており、座間味村と同様の結果であった。また、洗骨の経験率は、20～40代の経験率は座間味村の2倍以上であり、特に男性で高く、半数以上が葬送儀礼に関わっていた。さらに、70代以上において、自分の死後に埋葬を希望する割合は30%であり、座間味村の3倍と異なっていた。住民からは、火葬への転化を望む声も聞かれたが、洗骨が女性の役割で辛いなどとの訴えはなく、また遺骸のミイラ化に関する

火葬場の有無と離島高齢者の入院

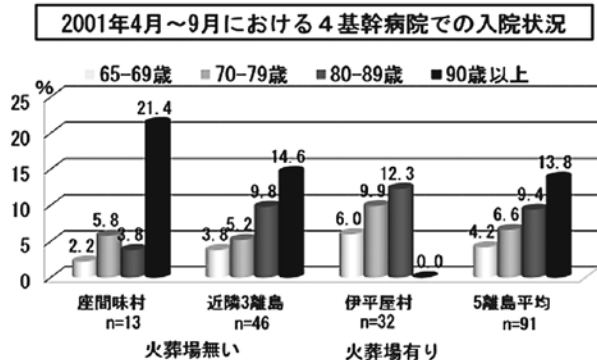


図3 高齢者人口に占める入院患者割合の比較

火葬場のない粟国村の場合

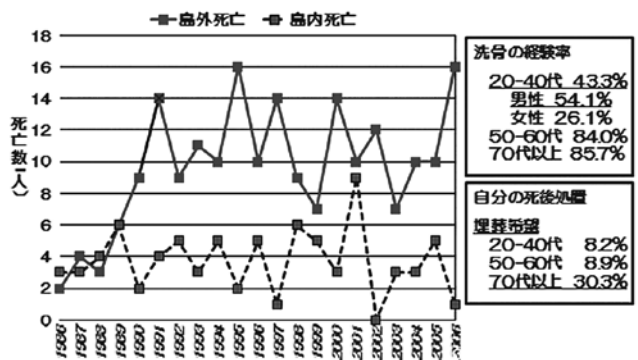


図4 粟国村の島内・島外死亡別推移

る話も聞かれなかった。栗国村には小さな老人ホームがあり、高齢者の島内での終末期生活を支えており、また高齢者の最期の時に自宅に搬送して看取り、葬儀に用いる葬具を製作して提供するなどの地域支援が行われていた。近在する座間味村と栗国村であるが、埋葬・洗骨の文化や背景には異なった要素があった。

6. 埋葬・洗骨の文化と島の背景の違い

座間味村と栗国村の葬法に関する文化と背景を比較すると、

1. 墓の立地環境では、座間味村の墓は海岸沿いにあり、栗国村は断崖絶壁にある。
2. 墓の大きさや建設過程として、座間味村は家族墓であり、埋葬のための棺箱は一体しか安置できないため、先に亡くなった遺体が洗骨できない場合、仮の墓が近くに創られる。棺箱をブロックで固めた仮墓や、火葬された骨壺をブロックで固めた仮墓などがみられます。それに対して、栗国村は寄合墓で大きく、断崖絶壁での墓づくりに参加した者が協同で使います。中も広く棺箱を多数同時に安置できるとのことで、仮墓はみられない。
3. 遺骸のミイラ化に関する内容は、座間味村の村史にのみ記述されている。座間味村の墓は、海岸沿いにあり湿地なのか、また、栗国村は断崖にあるため風化が早く遺骨の白骨化が早いものと考えられる。
4. 洗骨作業における性別役割は、座間味村で聞かれ、女性の役割とされ、男性は箱を取り出し焼却するのが仕事であった。洗骨が女性の苦しい役割であったとの記述は、沖縄本島にも多くみられるが、栗国村では男女の共同作業であった。
5. 地域共同体による伝統行事や葬儀への関与は、特に栗国村で頻繁にみられた。

このように埋葬・洗骨の文化には、多くの背景が関与していると考えられる。

7. 座間味村の葬法の変化と高齢者の終末期

最期に、図5は座間味村で実施した2000年と昨年の調査



を合わせて作成した火葬・埋葬別の死亡推移で、20年間の平均島内死亡割合は約3割で推移していた。

2000年の調査では、島内死亡はすべて埋葬されていたが、2011年の調査では、最近10年間にわたった埋葬は6例のみであり、2007年以降は埋葬が行われていなかった。

このように島内で死亡した者が火葬のために島外に搬送されたきっかけは、2000年であった。村の神事や祭りごとを担っていたノロ（女性）が、生前「自分は火葬にせよ」と意思表示していたため、フェリーを利用し霊柩車で遺体搬送して火葬されていた。そのノロは、埋葬・洗骨の葬儀が十分にできていない現実を嘆き、火葬への転化を数十年前から村長に進言していた。ノロの死後、島内死亡でも火葬されることが多くなり、2007年以降は全例火葬で弔われていた。

以上のように座間味村においては、伝統的な埋葬・洗骨から火葬へと転化することで高齢者が望む島内死亡が可能になっており、終末期医療および介護体制の整備が今後とも課題であるといえる。また、栗国村では地域共同体による伝統文化を維持する取組によって、島内看取りや埋葬は今後も継続すると考えられる。以上のように小離島では、介護基盤整備とともに葬送文化や島の環境が高齢者の終末期と関連していると考えられた。

◆シンポジウムⅡ◆

日本文化におけるドメスティック・バイオレンス

座長 愛知県立大学看護学部 教授 山 口 桂 子
琉球大学医学部保健学科 教授 國 吉 緑

ドメスティック・バイオレンス（以下DVと略す）とは男女間の親密な関係における暴力のことを指し、女性が被害者になる場合に使われる。日本国内でDVが社会的問題として注目されたのは1990年代後半で国連を含め国際社会による女性の地位向上や人権擁護、暴力などに対する取り組みが影響している。このようにDVに関する国内外のさまざまな状況の中、2001年に「配偶者からの暴力の防止及び被害者保護に関する法律（「配偶者暴力防止法」）が制定され、現在に至っている（2004、2007年に一部改正）。

内閣府では1999年から3年ごとに全国20歳以上の男女を対象に、無作為抽出によるアンケート調査（「男女間における暴力に関する調査」）を継続的に実施し、暴力の実態を報告している。実態調査では男性の被害者も少なからず

いるが、被害者の大半は女性が占めている。2011年の調査結果によるとDV被害を経験した女性は32.2%、過去5年以内にDV被害を受けた女性のうち41.4%は誰にも相談していなかった。また、「医療関係者」「配偶者暴力相談支援センター」「男女共同参画センター」など専門的な相談機関に相談したのは数%にすぎない結果であった。これらの実態調査から、DVは特殊な問題ではなく、女性は誰でも被害者になる可能性があり、その多くが潜在化していることが読み取れる。

本シンポジウムでは、日本文化の中でDVについて取り組んでおられる3人のシンポジストに医療者、被害者、加害者がDVをどのようにとらえているのかを発言いただき、会場の皆様と活発な意見・情報交換をしていきたい。

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 友田 尋子

[illegible]

DVは女性が被害者になると同時に子どもにも被害が及んでいる。DV加害者には女性も子どもも自分の所有物と扱うことにより、自分の意に沿わない場合の妻への暴力だけではなく子どもにも暴力をふるい、子どもは虐待の被害者になっている。子どもが暴力を目撃することは暴力の直接体験と同様の被害があることが明らかになり、2004年に改正された「児童虐待の防止等に関する法律」ではDVの環境で暮らし暴力を目撃は心理的虐待と定義づけた。暴力と支配の中で育つ子どもは、安全の感覚を失い、子どもが虐待を受ける危険性が高まり、将来的には暴力を再生する可能性がある。妊娠中の暴力が早産や流産を誘発することや、低出生体重児の出生の増加、暴力の程度は出産時の平

均体重の全般的な低下の原因になっていることも明らかになっている。ただ、わが国においてDVが胎児に及ぼす影響を明らかにした報告は極わずかである。しかし、これまでも妊娠している女性のストレスは胎盤から分泌されるホルモン（corticotropine releasing hormone；CRH）を上昇させ、CRHにより血管収縮が引き起こされ、IUGR（子宮内発育遅延）児の出生を高めることがわかっている。妊娠前に交友関係や電話を細かく監視されたり、大声で怒鳴られるという行為が、妊娠中の精神的ストレスを増大させ、そのストレスによって胎児へ栄養を送る血管が収縮し、栄養が不足し、発育が障害されると考えられている。ストレスは、食欲を減退させ、暴力と摂食障害との間の関連が明らかである。暴力によるストレスが食欲を減退させたり、摂食障害を引き起こしたりすることで、胎児への十分な栄養の提供ができない。

このように、DVは人権問題であると同時に、様々な暴力が被害者や子どもの健康へ及ぼす被害と影響は重大な健康問題である。

2. DVと文化の理解

長い間、優位にあるものからの暴力を容認する社会、男性が女性を支配することを容認する社会の構造が続いてきたために、DV被害に遭っている被害者が逃げないことに對し、被害者はなぜ逃げないのかと平然と問う社会が現在する。逃げるができなくなる被害者への理解がなされず、暴力をふるう加害者への罰をさておき、逃げない被害者を非難してきた。被害者の逃げるができなくなるDVの力学を理解されることがないため、被害者はとどまりたいと望んでいるのだと解釈されてきた。そして、男女間の問題は痴話げんかとされてきたために、原因があつての喧嘩（暴力と喧嘩は違うにも拘らず）と言われてきた。いかなる理由も暴力をふるう理由にならないという常識は男女間には存在しない。現在も、多くの人びとがDVの神話（図2）、つまり存在しないものをあたかも存在しているかのように言われていることに囚われ信じられている。

さらに、暴力は暮らしの中にしみ込むように繰り返されることが理解されないために暴力のサイクル、学習性無力感に陥っていく被害者の精神的影響、虐待的關係にとどまらざるを得ない諸条件、理解されにくい加害者像、被害者像によって、DV文化の理解はされてこなかった。加害者は相手を身体的・精神的に虐待しコントロールし、被害者は洗脳され、恐怖を植え付けられ、孤立にさせられることで加害者への依存を助長していき、自己尊重感が破壊する。これは虐待にもかかわらず相手の言いなりで逃げようとしなのではなく、虐待があるからこそ洗脳状態になり相手の言いなりで逃げられない状態になってしまうのである。

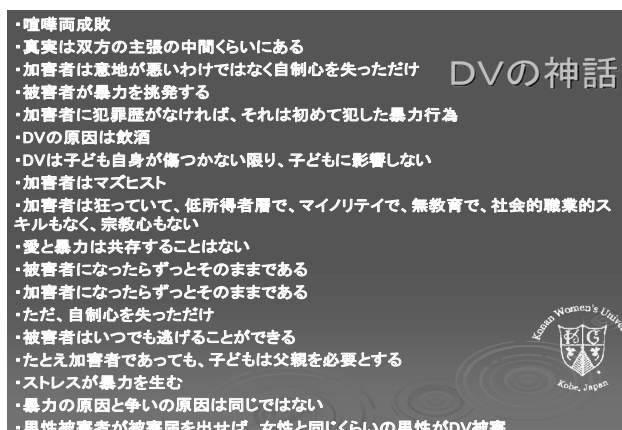


図2 DVの神話

る。まして、暴力を振るうような遺伝や病気が存在するわけではなく、アルコールやドラッグが原因でもなく、その人のストレスや失業や貧困など生活の危機状態によって暴力的になるわけでもなく、まして被害者が加害者を煽動したためでもなく、加害者は暴力を振るってよい相手を冷静に選別しているのである。

3. 医療者のDVのとらえ方

1995年に初の我が国の調査ではDV被害者のうち身体的暴力を受けた人の8割はケガをしており、その半数が病院を受診していると報告され、1998年東京都調査では3人に1人はなんらかの暴力を受け、2000年の内閣府調査では20人に1人が生命の危険を感じるほどの暴力を体験していた。これらの結果からもDV被害者が傷や病気の治療のために医療機関へ多く訪れていると考えられる。しかし、1999年に実施した「暴力を防ぐためのネットワークに関する調査」では、医療機関のDV被害者への関心がどの機関よりも最も低かった。そして具体的な内容は、被害者にも問題があるや痴話げんかに医療がかかわる暇はない、加害者はもともと問題のある人物であるとして捉えている、といった結果であった。役割については、DV問題は医療機関の役割ではないと答えていた。この回答は、WHOではDV被害をうけた女性の医療費を考えるとその費用を削減するためDV予防に投資する方が政策上も有意義であるとし、諸外国の保健医療機関ではDV被予防に取り組んでいる時期に実施した調査による回答であった。

DVが健康に及ぼす影響は、けがなどの身体的影響のほか、うつ、PTSDなどの主に精神症状として現れる精神的影響、さらに長期にわたり人間としての価値を否定され続けてきたことによる性格や対人関係の変化などがあり、日常生活にも影響を及ぼしていく。このような健康に及ぼす複合的な影響について、総合的に理解を深めることが医療機関には求められている。

しかし、DV定義やDVの力学への理解がないどころか、DVの神話を信じているために、DV被害者への支援・予防に取り組む医療機関と医療者は少ない。暴力被害者へのケアや研究には正しい理解と認識、高い倫理をもつことが欠かせないが、それはDVに限ったことではない。そして、「暴力を受けてよい人や場合がある」、「暴力を受ける側にも問題がある」などと考えている限り、暴力の本質はみえないのである。そして、医療者だからおこるDV被害者に関わるときの問題に、「いかにDV被害者を認識するか」、「DV被害者に対する医療現場の認識」、「DV被害者の退院後の責任」の3点のポイントにまとめることができる。これらの研究は我が国において未だなされていないかまたは遅れていることの事実からも、これらの問題に医療者は関心が薄いといえる。

被害者の医療者へ自身の暴力被害を告白するときの障害に、非難されるのではないかとといった告白することの恐怖、社会からの悪い妻・母という烙印、被害者の認識する医療システムへの誤解、言語や文化や宗教など異文化への対応、加害者による脅迫と支配によって洗脳状態のため告白できないがある。そのため、通常暴力を受けて治療を必要とする状況であっても被害者は医療機関を訪れることは希で、医療へ告白することも希である。

しかし、医療機関へ出向かざるを得ないときには暴力被害を見つけ出し予防的に介入することのできる唯一の援助機関かもしれない。その医療機関が様々な要因に阻まれ、暴力被害者を見つけ出し介入することは容易でなくなっている。それらは、必要なケアの提供を妨げる要因であり、Barriers to care（ケアの障害）といわれ、その障害には「教育、意識、スキル」、「個人的偏見や態度」、「異文化への無理解」、「ジェンダーバイアス」、「二次的外傷」、「個人の体験」、「ロールモデルの欠如」があげられる。医療者は、刑法第一三四条第一項により、業務上知り得た他人の秘密を守る権利を課せられているが、この守秘義務はあくまで患者のプライバシーを保護するものであり、患者本人の承諾があれば解除されるものである。そのため、暴力被害者を発見し警察や配偶者相談支援センターへ通報するに際して守秘義務は妨げにならないのだが、このことも周知されて

いない。また、多くの医療機関には、DVや子どもの虐待など家庭内で起こる暴力に対処するロールモデルが存在しない。誰が担当し役割や責任の所在はどこか、危険度や援助の方向性をどのように評価するかというシステムが定かでないという、日本の医療機関のDVなどの家庭で起こる暴力に対するシステムや援助が立ち後れた状況であるために医療者は恐怖や拒否という態度と行動を取らざるを得ないのである。

4. DV被害者支援のための能力

医療機関はDV被害者支援のスタートラインとして極めて重要な役割を持つという自覚が、まず必要である。暴力を受けて治療を必要とする状況であっても、被害者は医療機関を訪れることは希で、それは我慢をしていたり、大丈夫だろうと自分で判断したり、受診料を持っていなかったり、加害者から受診を妨げられているなどがあるということの理解が重要であり、そのことを理解できたときには、患者として訪れた被害者を一人でも多く発見することの重要性に気づく。そのためにも、DVの基礎的な教育、例えば、DVの力学、DV被害者への援助方法、司法看護、ジェンダー、非暴力支援などが盛り込まれた教育が早急に必要である。その基礎があって、医療スタッフあるいは救急隊員による病院前救護の段階からDV被害者を認識すべくスクリーニング方法を含めたトレーニングが必要となる。基礎的な教育なくして対処法の学習やトレーニングは危険である所以である。DVの問題は、小手先の技術で解決できるほど容易なものではなく、援助者の無理解こそが問題を悪化させる危険性を高めてしまうことを肝に銘じた取り組みが必要である。

文 献

- 友田尋子, 暴力被害者と出会うあなたへ DVと看護, 医学書院, 2006年.
- 友田尋子編訳, 保健・医療のためのDV対応トレーニング・マニュアル, 解放出版, 2005年.
- 日本DV防止・情報センター編, ドメスティック・バイオレンスへの視点, 朱鷺書房, 2002年.

◆シンポジウムⅡ◆

日本文化におけるドメスティック・バイオレンス

日本赤十字豊田看護大学精神看護学 長 江 美代子

はじめに

日本文化におけるドメスティック・バイオレンスというテーマに関連し、DV被害女性がどのようにDVを捉えているかという視点でお話する。

「虐待されている子どもはかわいそうだと思うけど、DVはね……。だって大人だし本人の気持ちの問題でしょ。」という本音の印象に共感する人々は少なくない。日本を含めてアジア文化は暴力には甘い文化といわれている。とくに日本は「誰にも言わない、誰にも言えない家族の秘密」という点で被害者が追い詰められ社会に理解されない存在になっている。加害者が用いるDV戦略「tactics」のひとつに社会的暴力と言われるものがある。被害者は加害者の陰湿な暴力を避けるために自ら社会との関係を断ち切っていく。孤立の結果、社会の一般常識に疎くなり、状況判断ができなくなっていることがほとんどである。しかし、社会から孤立した状況で起こっている「秘密」が秘密でなくなると加害者のパワーとコントロール力は一気に弱まり支援の道が開けてくる。このようなDV被害女性の状況を社会に理解してほしいと考え、「日本文化におけるDVの文化的スクリプト」というテーマに取り組みはじめたのが1999年である。

本シンポジウムでは、12名のDV被害女性のインタビューから描いた「DV被害女性がとらえたDV」のスクリプトをもとに、周囲に理解されないDV被害女性の行動と、DV渦中では何が起こっていたのか、あるいは起こっているのか、といった点を考察する（Nagae, 2007, 2010）。

1. 周囲に理解されないDV被害女性の行動

「話が唐突に変わったり飛んだりする」「話を聞いているようで聞いていない」「物事の受け止め方かなり違っている」「何となくいら立ちを感じる」「頼んだことを忘れていることが多いのであてにならない」というような印象をうける女性が周囲にいないだろうか？ DV被害にあった女性には、このような行動がみられることが多い。DV渦中にある時はもちろんのこと、ようやくDV関係から離れて新しい生活に踏み出そうと思っても、このようなことから、「周囲の信頼を失う→人間関係がたもてない→家族関係が壊れる→職を失う」というようなパターンに陥りがちである。また、自分自身のケアができていない段階では、

自分のことに向きあうよりは、職場のパワハラや子どものいじめなど、ハラスメント関連の出来事にとりつかれたように思い悩み、話し込んだり、解決してあげようとしたりするため、体調も生活する環境も何だか具合が悪くなる。

DV被害女性の6割は精神障がいと診断されている（Stewart, 1995）。ここでまず訴えたいのは、精神障がいだからDVに会うのでもなく、DVに会いやすい性格だからでもなく、ほとんどがDVという暴力によってこころを病んだ結果であるということである。複雑性PTSD（Herman, 2007）の視点がなければ、単純に、うつ、不安障害、統合失調症（認知が障害されているので）と診断されて薬を処方されるが、今一つ効果がなく、薬の量だけがむなしく増えて行く。複雑性PTSDというのは、事故や災害のように、死の恐怖を与える一つの大きなトラウマ的経験によるものではなく、ひとつひとつがすべて死につながるほどのイベントではないが、長期間繰り返される日常的な暴力にさらされることによるものである。DV被害女性のほとんどは、何年も、（中には20年、30年以上も）慢性的に恐怖にさらされてきたことによる複雑性PTSDの症状を示している（Herman, 2007）。そして、自殺未遂の女性の約30%はDV被害女性といわれており、その背景には、DV被害女性の半数近くがうつ・不安・PTSDの症状を示し、精神障がいと診断されている現状がある（Stewart, 1995；本田・小西, 2011）。なかでもPTSDの影響は深刻で、女性のPTSD場合、全体の80%に、うつ、アルコール・薬物依存などの合併症がみられ、自殺と深く関連している。男性の場合は、アルコール依存合併が半数（52%）あり、行為障害（43%）が加わる（坂田, 2005）。

医学的な診断名は別として、DV被害女性にもっとも多い精神的反応は、認知の反応である。認知の歪みとPTSDによる記憶の傷つきから、人間関係を損ないやすく、職を失うあるいは就職しても継続できない。このような克服すべき多くの問題をかかえているにもかかわらず、周囲の理解と支援が得られない。

2. DV渦中で何が起こっていたのか、起こっているのか：

DV渦中で何が起こっていたのか、起こっているのか、私が直接インタビューさせていただいた女性たちのDV経

験から、3つのテーマが浮かび上がってきた：1）DVを助長する文化的要素、2）なぜパートナーから離れられないのか：罪悪感と自責の念、3）女性たちがどうしても理解できないパートナーの行動

1）DVを助長する文化的要素

まず、共通して以下のような考え方が見られた。これは、一般的にもよく指摘されているDVを助長する文化的信念でもある。

- (1) 妻は夫に付随する。
- (2) 家庭内の男女の役割（男は外で仕事、女は家にいて家事と子育て）。
- (3) 女性の仕事はすべて男性の仕事より重要ではない（極端に言えば家事は下賤の仕事）。
- (4) 家庭問題のすべての原因は妻（女）にある。

「え～、私はそんなことは思っていない」と思われるかもしれないが、具体的にこれらがどのように作用していたかを12名のDV被害女性のインタビューにそって描写したスクリプトを見ていただきたい。これらの文化的信念が、社会に男性優位の価値観を提供し、カップルの行動を規定していることは否定できないと思われる。

＜DV被害女性が認知した日本文化におけるDVの文化的スクリプト＞

上記4つの文化的信念を共有する男女は出会った時点ですでに平等ではなく、男性が女性の優位にたっている。男性は頼れる存在であろうとし、女性は守られたいと考え弱き存在としての役割を演じる。「僕が守ってあげる。幸せにしてあげるよ」「あなたについていきます」という構図である。妻と子どもは頼りがいのある夫（父親）に愛され護られ末永く幸せに暮らすという、「幸せな結婚」のイメージがある。「幸せな結婚」は女性の能力次第で、“女性としての成功”を意味している。言い換えると、家庭問題は妻がその役割を怠ったためであり、“女性の失敗”という評価になる。

精神的暴力と性的暴力のタクティクス（tactics）は、（文化的に共有されている）女性の役割とその価値、つまり“家事”、“子育て”、“貞操観念”、に関する能力の低さを罵ることである。夫はそうやって妻たちの自尊心を低下させると同時に、自分が妻のためにしていること（例えば家事）を強調し、夫である自分のサポートがあって彼女が存在すると洗脳し、妻の夫に対する依存度を増加させる。夫婦の会話は、“命令”、“叱る”、“説教”の一方通行であり、その内容のほとんどがことばによる精神的・性的暴力である。その他の会話は無い。妻が相互の会話を求めても、優位に立つ夫は妻からの要求を無視することができる。DVは一時的なものではなく日々継続している。精神的暴力と

性的暴力、例えば「男あさりに行きたいのか」というような言葉で、妻が家族や友人との交流を避けるように仕向け、お金も渡さず孤立させ、身体的暴力による恐怖でさらにコントロールする。夫の両親（義父母）による嫁への暴力は間接的DVの様相をとってしばしば報告される。夫は、あるいは義父母（とくに姑）は絶え間なく、妻としての努めに関して取るに足らないミスや失敗を指摘するが、それらは日々矛盾している。たとえば、3個入りのジャガイモを買えば「割高でもったいない」と文句を言い、次に5個入りのお徳用を買えば「食べもしないのにもったいない」とけちをつける。この暴力は、努力する女性を混乱させ、疲労困憊させる。さらに、妻への不貞の追及は脈絡なくはじまり執拗である。「卵の殻の上をあるいているようだ……」と表現されるが、どこに埋まっているかわからない地雷にビクビクする様子がよく伝わってくる。妻は、自分は女性として、妻として、母親として、さらには人間として価値が無いとさえ思うようになっていく。

このようなDVの日常生活により、妻は精神的にも身体的にも追い込まれ、絶望し、閉塞状態となる。ほとんどの女性はうつ状態となり、状況を打開するための思考能力もエネルギーも枯渇し完全に無力な状態となっている。孤立無援の妻の、夫に対する依存度はさらに増していく。

2）なぜDVパートナーから離れられないのか：罪悪感と自責の念

＜家庭内の問題＝女性の失敗＞

ひとつの重要な要素は、“家庭内の問題＝女性の失敗”という刷り込まれた認識であった。妻たちはDVの事実を誰かに相談したいと思いながら結局断念している。誰にも相談することができない。なぜなら、伝統的社会の通念にそって考えれば、女性の役割義務や価値観に反するからである。夫の顔をたてるのが妻の役割であり、DVは役割を怠った妻のせいである。人に話すことは女性としての失敗を恥じると同時に夫の顔をつぶすことになる。夫はしばしば公衆の面前で妻に恥をかかせるが、それでも妻はDVを公表できない。この不平等さがさらにDVを見えにくくしている。たとえ誰かに打ち明けたとしても、妻は夫の顔をつぶすようなことを言えないので、必ず「いつもはとてもやさしくて本当にいい人なんだけど……」と前置きし、矮小化して話す。結果として理解されず「誰にも信用されない」と考えるようになる。

＜なんとしても家を維持するのが妻の役目⇒少しでも希望があるなら努力すべき⇒子どもだましのハネムーンにも反応＞

女性としての成功が幸せな結婚とその家庭の維持であれば、離婚イコール女性としての失敗を意味する。そのた

め、妻はなんとしても離婚しない方向へと努力する。妻は「いつか治る、私がおしてあげられる」と耐えてがんばる。妻を人間扱いしない夫の残酷なDVの恐怖に日々さらされ、みじめな思いをし、逃げ場のない絶望感を味わったにもかかわらず、DVから逃れるため夫の元を去った後には、「夫を見捨ててしまった」「わたしが彼のプライドをつぶすようなことをしたから」「私の根性が足りなかったのでは」「まだ何かできることがあったかもしれない」といった罪悪感や自責の念に苛まれ、その思いは何年たっても意識から消えることがない。“家庭問題は女性が原因”という認識がいかに人々の意識に浸透しているかが伺われる。女性たちは「少しでも変化の可能性があるならば、女として努力すべき」と考えるように刷り込まれている。その考えに逆らえば、女性の役割を怠って家庭を壊したという罪悪感と自責の念にかられるのである。それゆえ、妻が去ろうとすると態度を一変させるという一見単純な夫の行動にも、「変化の可能性」として反応する。「これをきっかけに新しいスタート」「子供が生まれたら」「反省してみたい」「わたしが治せる」「少しは精神的につながっている」などと努力を続ける。周囲で支援する施設職員や家族にとって、出てきては戻っていく彼女たちの行動は不可解であり、最終的には「本人次第」と匙をなげる例も多いようだが、この罪悪感と自責の念の深さを理解することで苛立ちが少なくなることを期待する。夫のDVの恐怖から完全に開放されるまで、彼女たちは夫の言動の多くの矛盾に気がつく余裕はない。シェルターを利用した6人の女性たちは、安全な場所に来てようやく多くを振り返り、自己を少しだけとりもどすことができたと報告している。

3) 女性たちがどうしても理解できないパートナーの行動

“妻は夫に付随する”という文化的信念は妻たちがDV夫の態度から受け取った以下のメッセージにつけたラベルである。そこには女性たちが理解できない行動のいくつかが含まれている。

- 自分の物という感覚
- ものすごい嫉妬
- 束縛
- 自分が稼いだお金は自分のもの、妻の給料も自分のものでもある。
- 自分は働かず女に働かせるが「食わせてもらっている気はない」
- 自分は浮気しても妻は家にて貞操を保つ、
- 売春をさせる
- 妊娠出産後のDVエスカレート
- 家政婦扱い

(1) 所有物扱い：なぜそこまで非人間的な扱いができるのか？

妻たちは、女性として人間として愛されているから結婚したと信じている。そして結婚において自分は妻として愛され大切に護られるはずという期待がある。そんな妻たちには、男性優位のハイエラルキを受け入れても、所有物とみなされるのは予想外のことである。ある日所有物扱いされていると気がついて、それは受け入れがたい。夫に愛されて護られるはずの「幸せな結婚」が、同時に「夫の所有物として支配される結婚」である現実とは矛盾が大きすぎる。夫の愛を期待する妻は、「子どもができれば変わる」と期待しDVに絶えるが、実際には子どもができるとDVはエスカレートし、妻たちはさらに混乱する。妻たちは「私を子どものとられたのかとおもったのか……。」と夫の行動を理解しようとする。ここにも夫婦の認識の食い違いがみられる。夫は子どもが妻を結婚に縛り付けることを知っているから、安心してDVをエスカレートさせるのである。実際女性は子育ての全責任を負ってDV関係からさらに逃れられなくなっていた。「中絶は許されなかった。もちろん、子どもがいたら私が逃げられないことを知っているからよ。それははっきりと感じました」と報告した女性もいた。妻に「売春させる」という行為は、嫉妬深さや独占欲が「子どもにとられたくない」「独占したい」という愛情では説明できないことを裏付けている。浮気は執拗に疑うが、自分の管理下ならば売春もさせるのである。

(2) 金銭に関すること ???

アメリカやヨーロッパで学会発表した際に、「自分が稼いだお金は自分のもの、妻の給料も自分のもの」というところで必ず笑いがもれる。女性たちも理解に苦しむ点である。よく似たところで、以下のような内容も挙げられる。

- 自分は働かず女に働かせるが「食わせてもらっている気はない」と言う
- 妻のお金も妻の母親のお金も浪費し、借金も払わせる
- お金を渡さず、1円たりとも妻や子どものためには使いたくない
- 自分の食いぶちくらい稼いで来いといいながら、職を見つけると邪魔をする

これらの行動の説明を懸命に探した結果、家制度につきあたった。すべてではないが、家制度の考え方を適用することで、ある程度説明が付く。

おどろいたことに、「家」はみんなで一つの家族ではなく、家長である「戸主」とその他のメンバーである「家族」から構成されていた。そして儒教にもとづく明確なハイエラルキーが家に適用される。男性の年長者が家長であり最高権力者である。以下年齢順に地位が低くなっていき、その後に女性が続く。このため女性の地位が男性より

上になることはない。家制度では、家族メンバーが稼いだお金はすべて家長のもので、家長がその分配を決める（申，千葉，2006）。つまり，妻が働いたお金も自分のものである。この理屈で考えれば，自分自身が働かず稼ぎがなくてもプライドは傷つかない。妻も子どももみな働かせて自分の収入にできる。しかしながら，家長には同時に扶養する義務もあるので，家族のために1円も使いたくないというのは矛盾している。また，家長は家存続のため一夫多妻が許されている。浮気や浪費，妻に対する売春強制もこれで説明できる。国立女性教育会館（2006）の調査によれば，日本の離婚者の7割は妻側からであり，その動機は暴力，精神的虐待，浮気（女性関係），生活費を渡さない，浪費する，であり，ここであげた女性の疑問内容と一致している。このような男性の特権意識がどうやって受け継がれているかについてはまだ探求していない。

おわりに

DV被害女性の個人カウンセリングやサポートグループを実施するなかで，これら女性の子どもには適応障害や発達障害などの問題が多く，“いつまでもDVを過去にできない”，“おわらない”状況が，さらに回復を妨げていることを知った。ほとんどのDV被害女性は周産期には加害者と同居している。DV被害女性の「周産期の経験」に関するインタビューからは，パートナーへの性的暴力だけではなく，子どもへの性虐待の問題が浮上してきた。子どもへの影響に悩むこれら被害女性たちの，先の見えない回復への長いプロセスと世代連鎖の問題は社会的健康問題としてのDVの側面を浮き彫りにしている。このような暴力の世代連鎖を断ち切るためには，周産期に介入し母子を守るこ

とが重要である。DV被害女性をはじめとして，さまざまな形の暴力のトラウマのために生きづらくなっている人たちがたくさんいる。これらの人たちは，物事や行動の意味の解釈や問題解決への認知反応にずれが生じているため，自ら支援につながることも継続することもできない状態にあり，緊急にアウトリーチが必要である。

引用文献

- Herman, J. L. (2007). *心的外傷と回復*（中井久夫，訳）．東京：みすず書房．
- 本田りえ・小西聖子（2011）．精神科クリニックにおけるドメスティック・バイオレンス被害者の現状と問題．*トラウマティック・ストレス*, 9(2), 217-225.
- 国立女性教育会館（2006）．「男女共同参画統計データブック2006－日本の女性と男性－」．東京：ぎょうせい．
- Nagae, M., & Dancy, B. L. (2010). Japanese Women's Perceptions of Intimate Partner Violence (IPV). *Journal of Interpersonal Violence*, 25(4), 753-766.
- Nagae, M. (2007). The Cultural Script of Intimate Partner Violence among Japanese. UMI 3294641. Retrieved from www.il.proquest.com, doi: UMI Number/ UMI Microfish: 3294641.
- 浪岡幸歩．(2012)．日本のイエ制度：ジェンダーを超えて「人間」の視点から捉え直す．
<http://www.mgu.ac.jp/~jfmorris/Sotsuron/2008/Namioka.pdf>
- 坂田三充 編集．(2005)．*救急・急性期Ⅱ：気分障害・神経性障害・PTSD・せん妄*．東京：中山書店．
- 申 蓮花，千葉 貢．(2006)．日本の家父長的家制度について：農村における「家」の諸関係を中心に．*地域政策研究（高崎経済大学地域政策学会）* 8(4), 99-104.
- Stewart, H. (1995). The accessibility of domestic violence services by non-English speaking background women in rural and remote areas of Queensland. *The great divide: not just a mountain range... 4th Annual Conference of the Association for Australian Rural Nurses Inc.*

◆交流集会Ⅰ◆

シミュレーション教育を支えるエビデンスの構築

— シミュレーション教育の実践をいかに研究のまな板にのせるか? —

琉球大学医学部附属病院地域医療教育開発講座 阿 部 幸 恵

Massachusetts General Hospital of Institute of Health Profession

Deborah D. Navedo PhD, CPNP, CNE

【はじめに】

日本社会における看護へのニーズは高まりを見せている。社会のニーズに応えるためには、生涯に渡って自身のプロフェッショナルリズムを培うとともに、専門的スキルの質を常に向上させるために主体的に学ぶ人材の育成が必要である。基礎教育、新人教育、生涯教育での教育改革が進む中、シミュレーション教育が効果的な教育方法であると注目されてきた。しかし、日本におけるこの教育の実践および研究は、はじまったばかりである。そのために、実践においては、学習者中心の指導方法を、研究については、教育効果をどのような形でエビデンスとしていくかについて模索している状況である。今後は、指導のスキルアップに加えて、この教育手法が、基礎教育と臨床の実践力の乖離、医療安全、プロフェッショナルリズムや自己肯定感などにどのような影響を及ぼしたのか、多様な視点からの検証を行い、教育効果についてのエビデンスを示していかなければならない。本交流集会では、以下の講師を迎えて、「シミュレーション教育の研究の可能性」をテーマに、ワールドカフェ方式のグループワークを行った。

【講師（敬称略）】

- ・Deborah D. Navedo (Massachusetts General Hospital (MGH) Institute of Health Profession)
- ・谷口 初美 (京都大学大学院医学研究科 人間健康科学系専攻 家族健康看護学)
- ・内藤 知佐子 (京都大学医学部附属病院 総合臨床教育・研修センター)
- ・白井 いづみ (千葉大学大学院医学研究院 医学教育研究室 クリニカル・シミュレーション・ラボ)
- ・高橋 聖子 (医療法人財団姫路聖マリア会 姫路聖マリア病院)
- ・東恩納 美樹 (琉球大学医学部保健学科 成人・老年看護学講座 老年看護学分野)
- ・佐藤 奈緒子 (おきなわクリニカルシミュレーションセンター)
- ・板橋 綾香 (おきなわクリニカルシミュレーションセンター)

【方 法】

5つのテーマでディスカッションするワールドカフェ方式のグループワークを行った。

ワールドカフェとは、1995年に米国のアニータ・ブラウンとデイビット・アイザックスが開発・提唱したグループワークの方法である。カフェのようになりラックスした雰囲気の中で、ディスカッションするものである。本交流集会でのテーマは、「今行っているシミュレーションは?」「今まで行った研究とこれから行いたい研究」「どのようなテーマで研究するのが面白いのか?」「どのようなシミュレーションを計画すれば、研究にすることができるのか?」「シミュレーション教育における研究は、質的アプローチがよいのか? 量的アプローチがよいのか?」の5テーマとした。

会場内にテーマごとの5つのテーブルを設営し、各テーブルには、1人から2人の講師がファシリテータ役をつとめた。参加者は、一つのテーブル5から6人になるように配置され、そのテーブルのテーマで一定時間ディスカッションした。ディスカッションの内容は、テーブルに用意されている模造紙に記入した。制限時間（1ラウンド）が終わると、一つのテーブルにいた仲間は、ばらばらに違うテーマのテーブルに行き、違う仲間と違うテーマで話し合う（一人のファシリテータは、最後まで、同一テーブルにとどまり、進行役をする）。これを3ラウンド繰り返した。

【グループ発表】

3ラウンド目のメンバーは、それまでのディスカッションをまとめ、発表して参加者全員で共有した。以下、要約する。

テーマ：「今行っているシミュレーションは?」

シミュレーション教育の対象は、学生から新人看護師が大多数を占めた。

基礎教育では、基本的な看護技術のトレーニングのみでなく、急性期の患者の看護、看取り、在宅看護など多岐にわたって行われていた。また、OSCEを行っている施設もあった。どの施設でも、教育内容が過密であるために、シ

ミュレーション教育に十分な時間がかけられないことが課題であるとしていた。

卒後教育においては、新人看護師対象として、技術トレーニングに加えて、医療機器の安全使用の訓練、フィジカルアセスメント、多重課題、急変対応などでの実践が多かった。また、中堅看護師からベテラン看護師対象のシミュレーション教育に取り組もうとしている施設もあった。さらに、チーム連携・災害・倫理・ストレス・ジレンマなどに焦点をあてたシミュレーションの実践を考えている施設もあった。

テーマ：「今まで行った研究とこれから行いたい研究」

今までの研究としては、反復するトレーニングの効果を明らかにしたもの、技術の向上への実証など数点が発表された。実践の数に比べて少ないものであった。

これから行いたい研究については、テーマ「どのようなテーマで研究するのが面白いのか？」とほぼ同様なディスカッションがなされたようであった。具体的には、シミュレーション教育の効果を学習者を対象とした調査から実臨床での実践力、技術の定着を評価表や自己評価、看護観の変化、自己肯定観や自信への影響、SPからの評価、別の教育方略との比較などから明らかにしたいという意見があった。また、指導者を調査対象とした意見もあり、シミュレーション教育の指導者としての資質、指導技術を向上させる指導者養成の方法の検討などがあがった。

テーマ：「どのようなシミュレーションを計画すれば、研究にすることができるのか？」

シミュレーションを企画する段階から、明らかにしていきたい目標を定め、測定するもの、尺度などを準備して計画をする必要性が示唆された。具体的には、インシデントの発生率、死亡率、院内感染率、患者満足度、ラダーでの自己評価などを利用して評価することを、シミュレーション実施前の計画の段階から盛り込み、実施してはどうかと

いう意見があった。また、態度面、技術面に焦点をあてたものも統制群と実験群を設けて、シミュレーションを実践する段階から、研究の計画をしていくことの重要性が話題にあがり、共通認識していたようである。

テーマ：「シミュレーション教育における研究は、質的アプローチがよいのか？量的アプローチがよいのか？」

このテーマでは、多くがどちらもあり得るという見解であった。技術は評価表などで量的なデータとしていくことが多いが、学習者個人の内面的な変化を質的に追うことも重要であると発表された。

【まとめ】

本交流集会で行ったワールドカフェ方式のグループワークは、ディスカッションのメンバーを変えながら異なるテーマで話し合いを続けたことで、多くの参加者との意見交換が可能となり、参加者同士の交流が深まったと考える。発表からあたかも参加者全員で話し合っているような効果が得られたと感じた。また、同一のグループメンバーが特定のテーマについてのみでディスカッションしたのではないので、ラウンドを重ねるごとに参加者の意見がつながりあって、新しいアイデアや「気づき」が得られた。

日本におけるシミュレーション教育の実践は緒についたばかりであるが、実践している指導者らが、対象とする学習者は多岐にわたる。また、倫理観や災害などにまで、シミュレーションを応用しなければならないと考えている。日本で行うシミュレーション教育の効果を本交流集会で出会った参加者同士の交流を軸としてエビデンス化する動きを確かなものにしていきたいと考えている。さらに、本交流集会には、アメリカからNaved氏を招いた。Naved氏は日本の実践のすばらしさと国際的な共同研究への実現性を強く感じたと述べられた。日本におけるシミュレーション教育の実践と研究の飛躍を強く意識できる会であった。

◆交流集会Ⅱ◆

「アディクション問題を抱えた当事者と、その家族に対する 看護のあり方を考える」を開催して

横浜市立大学医学研究科・医学部看護学科 松下 年子

獨協医科大学大学院看護学研究科 日下 修一

長崎県立大学看護栄養学部看護学科 河口 朝子

九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科 原 田 美 智

【交流集会を開催するに至った背景】

従来、アディクションといえばアルコール依存症に代表される物質依存症のイメージが強かった。しかし近年は、行為依存や対人依存、身近な例でいえば、ギャンブル依存症のみならず救急外来等に登場する過量内服や自殺未遂、自傷行為、さらに家庭内の暴力沙汰（DVや虐待）などの問題もアディクションという概念で包括されるようになった。また、看護師自身の処方薬依存やニコチン依存、買い物依存、時に盗癖問題などもある。盗癖は間違いなく、アディクションの側面ないし特徴を有する犯罪である。一方、在宅や訪問看護の場面では、本来のケア対象である高齢者よりも、その息子のアルコールや薬物依存症のほうが緊急な対応を要したというケースもある。加えて、実習中の看護学生にアディクション問題が散見されることも少なくない。具体的には、リストカット等の自傷行為、食行動異常（行き過ぎたダイエットや過食）、DVや性依存（デートDVの被害から逃れようとしない）、時にニコチンやアルコール依存、処方薬依存もある。つまり看護師や看護教員にとって、アディクションは日常的に出会う身近な問題、課題であり、しかも看護という仕事を通じて出会うだけでなく、自分自身がアディクションを抱えている場合もあれば、自分の家族がアディクション問題を抱えていることもある。いずれにせよ、看護職者がアディクションについてアンテナを高くもつことは必須であり、その予防や防止に看護ならではのスタンスで、積極的にコミットしていくことが求められている。

われわれは以前より、学術大会等で、「アディクション看護学」という分野を領域横断的に構築していく必要性を機会あるごとにPRしてきた。アディクションは必ずしも精神科のみがテーマとすべき事象ではない。救急、外科、内科はもちろんのこと、産婦人科や小児科、整形外科、外来、地域、在宅と、看護職者のいる全領域にまたがるテーマである。ということは、全看護学領域に通底するテーマといえる。アディクション看護の観点からは、「ちょっと違和感をもつ」現象に対して「ひょっとしてアディクシ

ョンが関係しているのでは？」と気づけること、そして「今、目前に起きていることをどのように解釈したらよいのか？（どのように読めば府に落ちるのか？）」というように、現象の本質を見極められること、最後に、「どうしたらより良い状況になるのか？」を白黒思考的発想ではなく、かつシステム論的観点をもって吟味できることが大切である。看護職者がこのような能力をもつことで、アディクションが蔓延しつつある現場は大きく変わるはずである。

【交流集会の目的】

以上の背景をもって本交流集会では、問題を抱えた当事者と、その家族に対する看護のあり方を、事例を通じて意見交換することを目的とした。看護職者がアディクション問題にどこまで関与できるのか、また、当事者との対等な関係性を維持しながら、解決に向けたアプローチをいかに展開できるのかを一緒に吟味したいと考えた。

【交流集会の内容】

集会には多くの皆様に参加いただいた。最初に開催者の一人である日下修一が、獨協医科大学病院で開設している看護専門外来（「心身の悩み相談」）での相談内容から、依存症問題を中心に支援している事例を紹介した。一つは「父親の過干渉により摂食障害とアルコール依存症を抱えた中年男性」、もう一つは「アルコール依存症の父親をもつ自殺念慮を抱えたAC（アダルトチルドレン）の中年女性」である。以上をもって、両事例に共通した機能不全家族の問題、看護職者と共依存家族の相違、家族へのコントロール欲求と共依存の問題、共依存と看護職者の関係等に焦点をあてて、アディクションの本質、アディクション看護の介入方法について説明した。

その後、フロアの皆様から様々なアディクションに関連した事例を提示いただき、それらについて活発に意見交換を行った。アディクションや共依存問題が他人事ではなく、非常に身近な問題であることを切実に実感し得る、大変有意義なディスカッションであったと考える。なお、前

述の事例で焦点となった「看護職者と共依存家族の相違とは?」「コントロールと共依存の相違とは?」「共依存と看護の関係は?」の詳細は、以下のとおりである。

【依存と共依存】

対象の自立を目指してケアする看護職者と、対象のために自分の全エネルギーを投じて世話する家族、たとえば妻との相違は何であろうか。本人が自覚しているか否かは別として、少なくとも「対象のために」という思いから発した行動である点は共通している。しかし、深層心理レベルの動機となると異なってくる。前者は、対象との「対等な関係性」を基盤として「相手のさらなる自立を支援したい」であり、「支援しないではいけない」という類ではない。一方、後者は一見、愛情や献身の様を呈していても実は、自立や対等とはかけ離れた「支配・被支配」という「関係性」への依存である。「コントロール」という言葉も、この「支配」から「(人が人に対して)絶対的な力をもって圧する」というニュアンスを若干弱めた感はあるが、中身は同じである。むしろ一見ソフトなイメージがあるがために、その本質が見えづらくその分厄介である。

なお、支配する側と支配される側の関係では前者が強者であり、自立している人のようにみえるが、「支配しないではいけない」という心性は、実は「(他者を必要とする)依存心」そのものである。また、後者の支配される側も、支配されることで自己決定を回避しようとするわけであるから、「依存したい心」そのものである。要は両者とも、「依存する」「依存したい」「依存せざるを得ない」人々たちである。このように共依存とは、依存という「関係性」への強迫的なとらわれであり、依存という「関係性」への依存といえる。そして共依存の背後には、共依存症者の自己不全感、自己否定感、罪悪感など、根深い負の感情がある。

ところで、一見、相手に対して養護的、献身的に見える共依存的なかわりが、時に、看護という大義名分をもって何の批判も受けることなく容認されてしまう。このことを看護職者に限らず援助職者は常に意識しておく必要がある。そして看護職者が共依存症者とかわる際は、共依存

の病理を理解しておくことが重要である。共依存症者の多くは、上述した負の感情に揺さぶられ、またはその感情をもてあまし、他者を巻き込むこと(支配すること)でその解消を図ろうとしやすい。しかし、そもそもなぜ人に依存するのか? 支配とは上述したように、支配される人への依存である。どうしてそれが物質でなく人なのだろうか? おそらくは人に依存するほうが、物質に依存するよりも負の感情の解消効果が高いからであろう。物質以上に人をコントロールすることは難しいであろうし、その分投入するエネルギー量も多くなる。それでも敢えて人のコントロールを試みるとなれば、それだけその人自身のエネルギーが高い可能性、また、それだけその人の依存の病理が深い可能性がうかがえる。

次に、「対象をコントロールしたい欲求」について述べたい。依存症者が物質や行動、人や関係性にのめり込むのは、単刀直入に言えば、対象をコントロールしたいからである。依存症はコントロール不全の病気であるとともに、そのコントロール不全を否認する病気である。なぜ否認するのかといえば、コントロールできないことを否認しなければ、コントロールを試みることができないからである。コントロールできない対象を、自分であればコントロール可能と認識(否認)し、コントロールできない対象を、コントロール可能な対象と認識(否認)する。どうしてコントロールできるはずがないものをコントロールしたいのか、しなければならないか、コントロールできると思いたいのか。それは、対象をコントロールすることでしか「律する」感覚が得られないからであり、自分を律することができないから対象を律することにとらわれるのである。この場合の「律する」自律とは、自立していること具体であり、自律という現象を通じてわれわれは、対象の自立を確認できる。対象へののめり込み、対象コントロール、対象依存、いかなる表現をもってそれが意味するのは、自己から限りなく離れようとする心性であり、自分のこと、自分の問題、「自己決定をして、その結果を自ら引き受ける」ことからの逃避といえる。看護職者には、以上を踏まえた上で対象との関係性を構築していく能力が求められよう。

◆交流集会Ⅲ◆

これからの看護 看護に生かす補完代替療法 — 循環型教育への挑戦

明治国際医療大学看護学部 山 田 皓 子
明治国際医療大学看護学部 田 口 豊 恵
明治国際医療大学看護学部 夏 山 洋 子
明治国際医療大学看護学部 中 森 未 季
明治国際医療大学看護学部 永 島 す え み

【目 的】

補完代替療法（Complementary and Alternative Therapies; 以下, CAT）の中でもアロマセラピー, リフレクソロジー, マッサージなどは市中でお金を出して癒しを買っている人がいる一方で, エビデンスが明確に出ていないということで, 安楽や快が評価されても, なかなか臨床の現場に入っていきにくい状況にある。この交流集会では, 西洋医学一辺倒ではなく, 看護師の手の技を用いた心地よさや癒しやリラックス感をクライアントに提供できないものか, CATを看護に導入していくためにどうしたらよいかを共に考えてもらうことを目的とした。

【交流会での実際】

I. 本学看護学部の紹介と交流集会の意図

本学では「和の精神」, 人と人との和, 人と自然の調和, 東洋と西洋の融和を中心に据え, 西洋医学では力のおよばないところにCATを組み合わせ, 全人的な医療を実現しようとする統合医療の考え方を看護学教育に導入している。本学看護学部の教育課程の特徴の1つは, 東洋医学概論, 東洋医学診断・治療学, コンプリメンタリーセラピー援助論・方法論, さらには家庭でできる温灸療法, スウェーデッシュ療法学などを開講していることである。本学教員らが現在取り組んでいるCATを次に紹介する。これらは, 個人または集団で研修を受けたのち, 教育や実践に向けてエビデンスを検証している段階である。現在, 臨床では治療技術が進歩する一方で, 西洋医学では手の施しようがない対象に対峙する機会も少なくない。このような対象のケアにあたっては, 心身のバランスの調和を目指したCATが有用になるのではないかと考える。なぜなら, これらの療法は看護師自身の手の技が介入手段となるものであり, 対象が得る安楽や快の感情は, 相互のポジティブな影響を生み出せる可能性があるからである。本学看護学部では, CATを看護教育・研究・実践に取り入れようと努力を重ねてきた。しかし, CATが臨床で定着するには,

臨床経験が臨床の知になるよう, 循環させていかねばエビデンスは明確にできないと考えるに至った。今回の交流集会では, CATを看護教育・研究・実践で十分に取り入れられ, 定着するために必要な手立てをどうすればいいのか, 参加者の皆様との意見交換から見出していくことを意図とした。

II. 本学看護学部における「CATの取り組み」

A) ヒーリングタッチプログラムを導入して — レベル1 講習会受講後調査報告

ヒーリングタッチは, 健康の促進をサポートするという明確な意図のもとに, 施行者が心を込めて意識的に自らの手を使って実施するエネルギー療法で, CATでは外からの力で行う療法に分類されている（今西, 2010）。「ヒーリングタッチプログラム」は, 米国の看護師Janet Mentgen氏が創設したレベル1～レベル5からなる教育プログラムである。日本語で講習会を開催できるインストラクターは, 現在までのところ, 橋本ルミ氏のみである。そのため, 看護師の手の技として, 即, 日本の臨床で実施できるまでには至っていない。しかし, 講習会後の意識調査では, ヒーリングタッチを受け入れることができるか懐疑的だった参加者が, 効果を体験したことで手応えを得て, 継続して学習レベルを高めたいと考えるまでに至っていた。今後, 教員の研修を継続しつつ, その効果を研究発表し, 看護協会や学術集団の後押しを得ることで, さらなる発展の可能性が見込まれる。

B) アロマセラピーの研究と実際

補完代替療法の一つであるアロマセラピーは, 近年, 香りが脳に及ぼす作用について注目される中, 経口投与の薬剤に比べ内臓や人体への副作用が少ないこと等の理由から, メディカルアロマセラピーとしても活用されている。過去10年間の文献では, 介入方法はアロママッサージ, 芳香浴の順で多く, ストレス緩和の目的が多く, 産婦人科領域での使用頻度の高い精油としては, 鬱傾向や筋疲労には真正ラベンダー, 不定愁訴や更年期障害, 分娩促進などで

ホルモン作用を利用したクラリセージ等があった。今後の研究課題として、香りは効能で選択する部分と個人の嗜好が大きく一般化しにくいこと、妊婦・胎児への研究はエビデンスの確立が不十分であり倫理的配慮が必要とされること、ケア施術者の暴露量への健康問題等が挙げられた。本学では、アロマセラピーを授業等で取り入れているが、今後、新たに認定取得を行うことを予定している。卒後、臨床現場への活用とともに研究者の育成にもつながることを期待している。

C) リンパ浮腫に対するリンパマッサージ

リンパマッサージは、国際リンパ学会においてリンパ浮腫の標準治療とされている複合的理学療法のひとつであり、健康と美容のために行う柔らかいマッサージをリンパ浮腫治療に取り入れ、医療として体系化されたものである。2008年度の診療報酬改定により、リンパ浮腫管理指導料が制定されたが、リンパ浮腫ケアは医療において比較的新しい分野であるため、看護学の基礎教育課程での教育が確立されていない。また、リンパマッサージを実施するには専門的な知識と技術を要する。しかし、看護師の臨床経験やそれぞれが専門的に習得した知識と技術を用いて行われているのが現状である。そして、症状緩和の症例がみられるがエビデンスは十分確立されていない。リンパマッサージは治療的要素が大きいため、CAMのひとつとするのかどうかも議論の余地を残す。今後の課題としては、リンパマッサージによる症状緩和や癒しの効果などのエビデンスの確立とともに、看護基礎教育において、リンパマッサージという看護師の手を用いたケアによる症状緩和の可能性を啓蒙すること、臨床経験を重ねたのちに卒後教育において専門的知識・技術習得の充実を図ることで、リンパ浮腫ケアの発展を目指す必要があると考える。

D) CATの臨床応用 — ブライトケアによるサーカディアンリズムの調整

ブライトケアとは、昼夜のリズムの維持回復や睡眠の質を向上させる光の提供法であり、薬物に依存しない非侵襲的な介入方法である。この光を看護技術の1つとして活用できないかと考え、急性期看護場面で研究してきた成果について発表した。約10年間の研究成果より、ブライトケアは集中治療中の患者や周手術期にある高齢者のせん妄発症率の低下、目覚め感やストレスの緩和に有効である可能性が示唆された。CATの循環型教育を目指すためには、研究者はデザインや計画を精練した上で研究を実施し、慎重に評価した後、公表するという姿勢を持ち続ける必要がある。また、看護職者に対しては、研修会などを通して、日常の疑問を研究疑問に発展でき、看護介入につながるような意図的なかわりが重要である。このことは、循環型教育システム（図1）に示した研究者を巻き込んだ看護実践

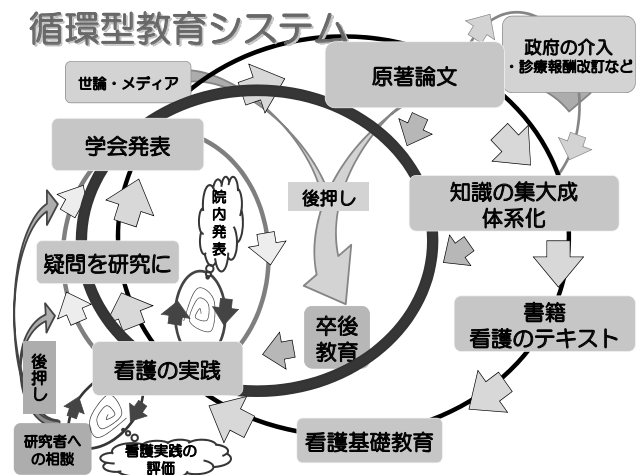


図1 循環型教育システム

から学会発表に至るプロセスを強化・促進することになる。

以上4つの例を報告し、会場の参加者から意見をいただいた。参加者からは、研究に於ける各大学での研究倫理審査のポイントがずれてしまうことに対する今日的課題についての意見。これらからカリキュラム進行に伴いCATを取り入れたいという主旨の感想。CATを大学人でありながら外来で大学院生や臨床家とともに実践している大学教員の実践例とその課題についての報告、さらなる発展に向けた賛同意見などが寄せられた。

【循環型教育への課題と今後への展望】

本看護学部では、開学時からCATに関する講義を1年次から導入し、本学の特徴として教授してきている。3期生までの卒業生からは、大学の看護基礎教育で学んだCATの考え方や技術を臨床で取り入れることの困難さを耳にする。その理由の1つとして、CATの効果の測定が難しいことがあげられる（図2）。経験も知識も浅い中で、卒

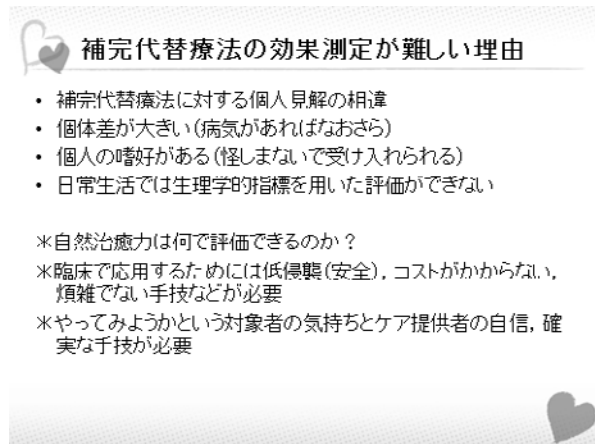


図2 CATの効果測定が難しい理由

業生が実際の患者にCATを導入することが困難な理由として、西洋医学を主体とした医療の現場でエビデンスを求められることや、同僚者の理解を得ることが難しいということがある。では、基礎教育・研究・実践をうまく循環させるために必要な課題はなにか？対象者の安全性、安楽性、個別性への担保、経験数と信頼性の確保は不可欠である。しかしながら、図3に示した補体結合（凹 凸）の組み合わせのようにCATの技が個人の快や安楽や安心に結びつくにはかなりの個体差があるようだ。そこから見てきたことは、CATを看護教育・研究・実践に取り入れるという看護基礎教育をベースにした循環だけではなく、実は卒後教育こそ「臨床経験が臨床の知になるような循環型教育」へ転換進展させることが「CATにエビデンスをもたらす鍵」になる重要な追究課題であることが示された。

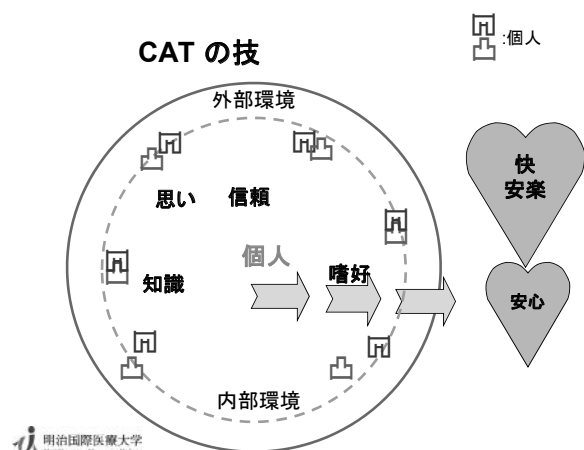


図3 CAM/CATが個人にもたらす効果

新人看護師育成

— 教育・臨床における Empowerment —

世話人 琉球大学医学部保健学科教授 砂 川 洋 子
 琉球大学医学部保健学科助教 照 屋 典 子
 プレゼンター 敬愛会中頭病院看護部長 翁 長 多代子
 仁愛会浦添総合病院副看護部長 安 里 節 子
 琉球大学医学部附属病院副看護師長 原 永 賀 子
 琉球大学医学部保健学科講師 小 笹 美 子

昨今の医療情勢や医療安全に対する国民ニーズの変化を背景に、臨床現場で必要とされる臨床実践能力と看護基礎教育で習得する看護実践能力との間に乖離が生じている。その背景として、看護基礎教育においては、実習で看護技術を経験する機会が限られる傾向にあり、また、臨床現場から離れている教員に対して現場と同等の看護実践能力を一律に求めるには限界があること等が挙げられている。

一方、新人看護職における1年以内の離職率は全国平均9.2%と10人に1人が離職していることが報告されており、離職の主な理由として、「現代の若者の精神的な未熟さや脆弱さ」「基礎教育終了時点の能力と現場で求める能力とのギャップが大きい（リアリティショック）」等が指摘されている。

このような中、臨床における看護師の育成、とくに看護の質向上、医療安全の確保、早期離職防止の観点から、「保助看法」「人権法」が改正され、平成22年4月より新人看護職員の卒後臨床研修が努力義務化となり、各病院・施設においては、研修体制の充実が求められている。同時に、看護系大学においても、さらなる看護基礎教育の充実、すなわち、看護職の役割拡大や専門性の向上に対応しうる人材の養成が求められている。

このような現状を踏まえ、より質の高い看護の提供体制の確立に向け、新人看護師を送り出す側の看護教員及び育てる側の看護職員の資質、能力の向上が急務な課題である。

また、我が国は超高齢化社会を迎え、医療を取り巻く環境が変化する今日、チーム医療における看護職の役割機能の拡大と質向上が問われている。その中で、看護職が専門性を発揮し、社会の期待に応えていくためにも、看護のキャリア発達支援における教育・臨床の連携・協働は必要不可欠である。

そこで、本集会では、新人看護師育成における現状と課題について、臨床と教育、双方の立場から情報提供いただき、今後、看護職個人、及び組織がEmpowerできるような

臨床・教育間の連携の在り方について、意見交換を行った。

はじめに、看護管理者として、新人看護師の卒後教育・キャリア支援に携わっておられる翁長氏、安里氏より、それぞれの施設における実践と課題について情報提供をしていただいた。

沖縄県中部地区の中核病院で看護部長を務めている翁長氏は、施設で行っている新人看護職員、及びプリセプターへの研修プログラムについて紹介し、3年間にわたって就職1年後の看護師へ行った調査結果より明らかとなったプリセプター制度の課題について発表があった。その結果、プリセプターが一对一で新人看護師に関わるのではなく、日々、新人に関わるチームリーダー、メンバーがプリセプターと情報共有し、連携しながら新人教育を進める体制を導入することにより、結果として、新人看護師の「自信」獲得につながったことが報告された。このことから「全員で新人を育てる」という意識を浸透させていく重要性を示唆された。

一方、沖縄県南部地区の中核病院でキャリア開発室室長として新人看護師のキャリア発達支援に携わっている安里氏は、施設で行っている院内看護基礎研修の概要について説明された。院内看護基礎研修は、入職後1年を時期ごとにパートⅠ～Ⅴに分け、具体的な目標設定に沿って、看護基礎技術や多重課題シミュレーション、「心に残った看護体験」発表など様々な研修を組み入れ、新人看護師が段階的に日々の看護業務に適応し、リアリティショックを乗り越えられるよう新人教育を実践している工夫を述べられた。その中で、導入しているプリセプターシップについても触れ、その取り組みには勤務体制による部署間の差があり、それが看護基礎技術の習得の差につながっていることを指摘し、今後、新たな新人看護師支援体制を開発していく必要性を述べられた。

次に、沖縄県唯一の大学附属病院で新人看護師の専従指導者として、臨床現場で、日々、新人看護師の指導、教育

に携わっている原永氏は、現場でのOJT（On the Job Training）強化を目的とした専従看護師（TA: Teaching Assistant）による新人教育体制について説明され、それを導入した経緯、活動内容の実際について述べられた。その取り組みは、日々の看護業務の中での基礎技術の習得、及び集合教育－OJTの連動を促進し、マンツーマンによる指導が新人看護師の業務遂行における不安軽減や自信につながっていることが報告された。今後の課題としては、部署間の基礎技術の習得状況における格差の問題解決や中堅看護師、プリセプターのさらなる教育力向上、新人看護師に対するメンタルサポートの充実等を図る必要性を述べられた。

最後に、新人看護師を送り出す大学側の立場である小笹氏は、卒業生を対象として行った入職後3年間の追跡調査結果より、新人看護職が一人前になるまでの思いについて話題提供をしていただいた。その結果、1年目はわからないことが多く、日常業務にも慣れないため辛く感じていたが、2年目に入り、後輩が入ってくることで、徐々に先輩としての自覚が芽生え、2年目後半には、日常業務における時間配分や優先順位の判断ができるようになった、3年目にはプリセプターやリーダー、研究発表の担当など、様々な役割を通して、患者個々の状況についても判断できるようになり、職場全体の動きが把握できるようになったという過程があることを話された。それを踏まえ、卒業1年目は大学側でもメンタル面を含め、自己学習面のフォローを積極的に行う必要性を述べられた。また、将来の看護専門職として自己成長できる人材を育成するためにも、看護基礎教育では、「一人前になりたいという思いが持続するような支援」と「自分でわからないことが調べられる力が獲得できるような教育」の必要性を示唆された。

以上、4名のプレゼンターの発表後、フロアからいくつか質問があった。

はじめに、新人看護師の看護基礎技術の習得状況に差があるため、部署間でローテーションを行っているということであったが、具体的にどのような仕組みなのかという質問があった。原永氏は、部署間ローテーションではなく、ある種の看護基礎技術、例えば、経管栄養や人工呼吸器の管理などの技術体験が比較的少ない部署の新人看護師が、そのような技術を提供する頻度の多い部署へ向うて体験できるよう部署間の交流を適宜取り入れることで、基礎技術の習得を促す対応を行っているとの説明があった。

次に、入職3年目を迎える頃になると、結婚、出産を機に辞めたいという職員も出てくると思うが、その際、仕事を続けるための支援として、どのような取り組みをされているのかという質問があった。安里氏は、将来、看護職としてどのようにキャリア形成していくのか考えてもらうよう、入職時に新人看護師へキャリアパスの概要を示していると

話された。今、社会においても、長期的視野に立ったキャリア支援が求められていることから、結婚、出産というイベント後も離職せず、仕事と家庭、育児が両立できるような職場環境の調整、すなわち、看護職個々人のワークライフバランスが実現できる多様な勤務形態の導入、部署異動などの体制を整備し、対応しているとの説明がなされた。

他にも、Off-JT、OJTのリンクに関する具体的な取り組みについての質問があった。翁長氏は、OJTでは、日々の業務の中で、新人看護師は先輩看護師やプリセプターとともに、何が出来て、何が出来なかったのかという具体的な振り返りを行っており、それをチームやリーダー、看護師長間で情報を共有している。そうすることで、Off-JTではどのような教育支援を強化していけばよいのか評価につながっているとの回答があった。安里氏も、OJTでは、新人教育ノートを活用した日々の振り返りと定期的な他者評価を行い、到達目標の達成に向けてプリセプターとともにチーム、リーダーが支援していると説明された。また、原永氏は、看護技術に関する研修にあたっては、先輩看護師と事前にその技術に取り組む「事前課題」を設け、研修後も「事後課題」による振り返りを行っており、Off-JTとOJTを効果的に連携させる取り組みについて述べられた。

今回の交流集会で、各施設のプレゼンター、及び参加者の方々と意見交換を行うことにより、次の点をさらに推進させていく必要性が明らかとなった。

- 1) 医療ニーズの高度化や多様化に伴い、看護基礎教育で習得する看護実践能力と現場で求められる臨床実践能力との間に生じている乖離を埋めていくためにも、新人看護師がリアリティショック、職場不適応に陥りやすい時期や状況、その要因について、臨床、教育間で積極的に交流の場を持ち、情報共有を図っていくことがさらに重要である。
- 2) 新人看護師を送り出す教育機関では、卒業生が就職後、どのようなことに悩み、困難を抱えているのか把握し、それを基礎教育へフィードバックすることが重要である。また、新人看護師がチームの一員として、組織の中で効果的な役割が果たせるよう成長していくためには、自己への気づきや実践を振り返る力、他者へ自己の考えや意見をアサーティブに表現できる力が求められていることから、看護基礎教育においても、そのような力を育むような取組みを強化する必要がある。

以上のことより、看護基礎教育を終え臨床実践の場に就いた新人看護師が、より現場に適応し、2年目、3年目と経験を重ねるごとに看護専門職として自らのキャリアアップが図れるよう、今後、さらに教育機関と臨床施設が、看護基礎教育における臨地実習だけではなく、卒後研修プログラムにおいても、継続的な相互交流の必要性が示唆された。

◆交流集会V◆

安楽を提供するマッサージー看護師による実践の報告

札幌市立大学看護学部 大 野 夏 代
群馬大学医学部 小坂橋 喜久代
札幌市立大学看護学部 鶴 木 恭 子
群馬大学医学部附属病院 本 間 由紀子
札幌市立大学看護学部 山 本 勝 則

1. 安楽を提供する看護技術としてのマッサージ

1) 安楽 (comfort) とは

Kolcaba K は、安楽 (comfort) を、単に痛みやその他の身体的不快がないということではなく、ホリスティックで複合的な状態であると述べた。「安楽」には人を強くする性質があり、安楽を高めることは、患者の心身の機能を強化し、ケア全体に対する満足度を高めるなどの望ましい状態を導くとされる¹⁾。Kolcaba Kによると、患者を安楽にする能力は、それによって看護師の力量が判断されるような性質のものであり、看護師は患者の安楽を目指すべきであるとされる。マッサージは、安楽を提供する看護技術として関心がもたれ効果が期待される。

2) 看護技術としてのマッサージ

マッサージとは、「機械や器具を用いなくて、手指で体表に力学的刺激を与えること」である。皮膚刺激は、生体の循環を促進し、筋組織の疲労回復を促すと共に、自律神経に作用し全身の不調を整える。さらには、マッサージによって創出される「気持ちの良い体験」は、Kolcaba Kのcomfort理論で述べられたように、患者を勇気づけ、その力を引き出す。心身の疲労や複雑な苦痛を持つ患者に対し「気持ちの良い時間」を提供することは、患者の苦悩を理解する看護師にこそできることであると考えており、マッサージが患者に心地よさと穏やかなひと時をもたらし、安楽に寄与する技術であることを私たちは実践を通して感じている。

本交流集会で話題提供した二つのグループはいずれも、病院において、患者を対象とし安楽を目的とするマッサージを実施している。活動の実際、患者の反応、実施上の留意点等、実践の蓄積による知見を紹介し、今後の課題を整理して話題提供した。

2. 無償によるマッサージの実践報告

札幌市立大学のマッサージボランティアチームは、2011年7月より総合病院の外来化学療法室で、点滴治療中の時間や診察を待つ時間を利用して週1回活動している。マッ

サージの禁忌（血栓形成が推測される、出血傾向があるなど）に該当しない患者を外来看護師が選定し、希望者を対象としボランティアチームがマッサージを実施する。患者には、看護師が行うマッサージであり安楽を目的としていることを説明し、患者の希望する部位の皮膚の状態などをアセスメントし実施する。マッサージは、弱い力でゆっくりと撫でさする軽擦法を中心とし、1人につき約15分間、呼吸状態や表情など患者の反応を確認しながら行う。

この活動は患者には好評で、リピーターも多い。実施後、患者からは「楽になった」「触るだけのマッサージなのに、あとまですごくいい」「マッサージの間は、抗がん剤の点滴のことを一時忘れる」などの感想が聞かれている。

活動に関わる看護師は、有資格者による技術指導を受けるなどして技術レベルの維持向上に努めている。マッサージの成果をどのように可視化するかについては、今後の課題である。

3. 有償によるマッサージの実践報告

群馬大学医学部附属病院では、病院看護部と群馬大学大学院保健学研究科のコラボレーションにより、2003年より10件の看護専門外来を運営している。その看護専門外来において、リラクゼーションマッサージの名称で自由診療サービスとして看護師によるマッサージを行っている。

対象者は、主治医や病棟看護師から紹介・依頼された外来患者および入院中の患者で、薬物療法においても苦痛が緩和しきれないなどの症状を抱えた患者である。終末期の者も含まれており、安寧のケアとして欠かせないものとなっている。芳香療法の併用を希望する患者が多く、様々なストレスを抱える患者を心身両面から支援している。

担当者は、臨床看護師、大学教員、大学院生などの看護師であり、アロマセラピストの認定資格や、看護における指圧マッサージ研修会の修了者である。初診時は、他科依頼書により診療情報提供を進めるための院内システムを整えている。合併症や副作用などの危険性の高い患者が多い

ことから、総合診療部の医師との連携を確保し、治療の経過や疾患、症状等を正確に把握できるようにしている。

リラクセーションマッサージの対象者で、終末期の複合的な症状を持った患者には、リンパ浮腫外来やリラクセーション外来を紹介し、リンパドレナージ療法やリラクセーション法指導などを行うこともある。看護専門外来間の連携を充実させることにより、心身の安寧を促すようなサービスを受けやすいように工夫している。診療の結果は電子カルテに記録し、患者の経過を共有する。

4. 意見交換より

話題提供者の発表の後、会場の参加者からの質問を受け付けるなどして、看護師が行うマッサージの実践の可能性について意見交換を行なった。実際に、マッサージによる看護介入を試みている看護師の参加が多く、質問や意見交換は具体的であった。そのうち2件を紹介する。

1) 認知症患者を対象とする場合のケアの評価について

ケアの効果（あるいはアウトカム）をどこに設定するかで評価指標が異なる。心理尺度などへの回答が難しい患者の場合、ケア中・直後・その後の変化を、気持ちを現すスケールなどを工夫して評価することや、言葉使い・会話内容・表情・行動の変化を観察し記録するなどの工夫ができる。その患者が夜間に徘徊する傾向があれば、睡眠パターンの変化も評価指標になり得る。

客観的に観察できる人を評価者として選定する必要があるが、家族は患者の細かな変化に気づくことができるため、患者の家族による観察が有効である場合もある。

2) 慢性期にある統合失調症患者のフットケアの実施について

身体接触を伴うケアを行う場合は、ケアの受け手の個性に配慮する必要がある。精神障害者のパーソナルスペースは健常者より広いとする報告があるが、私たちが調べた時にはかなり狭い人もおり、個人差が大きかった。したがって、受け入れの様子を観察しながら実施することが望ましい。また、精神障害者はタッチを用いたケアを希望することが多いが、男性看護師は女性のケアにおいてタッチの利用にかなり慎重であるという報告がある²⁾。いずれにしても、精神看護領域では、身体接触に関わる研究がまだ十分行われていない。（発言した大学院生の）研究の進展に期待したい。

文 献

- 1) Kolcaba K. (2004). Comfort. In S.J. Peterson, *Middle Range Theories-Application to nursing research*. Lippincott Williams & Wilkins, 255-273.
- 2) Gleeson M ; Higgins A. (2009). Touch in mental health nursing: an exploratory study of nurses' views and perceptions. *Journal of Psychiatric & Mental Health Nursing* 16 (4): 382-389.

◆交流集会Ⅵ◆

プログラム開発・評価研究のゴールはどこにあるのか

神戸常盤大学保健科学部看護学科 松田 光 信
 神戸常盤大学保健科学部看護学科 河野 あゆみ
 香川大学医学部看護学科 當目 雅代
 順天堂大学医療看護学部看護学科 西田 みゆき
 神戸常盤大学保健科学部看護学科 川崎 絵里香

はじめに

現代の医療は、技術の高度化と複雑化、在院日数の短縮化、そして医療ニーズの多様化など、看護を取り巻く環境を急速に変化させている。看護職はこうした厳しい環境の中で、患者のQOL向上を目指す質の高い看護の提供と看護学の確立に向けて、Evidence-Based Nursing (EBN) あるいはEvidence-Based Practice (EBP) を志向し、基礎研究の蓄積および新たな看護方法の創出に挑戦している。しかし、実践を変革するにはプログラムが有用であるだけでなく、それを取り入れる組織に受け渡す力も求められる (Kirchhoff, 2004)¹⁾。

交流集会Ⅵでは、世話人らによるプログラム開発・評価に関する活動内容を話題として提供し、プログラム開発および評価研究の組み立て方からそのゴール設定までをどのように考え進めればよいかを模索することをねらい、次の内容で運営した。

I. プログラム開発・評価研究の現状

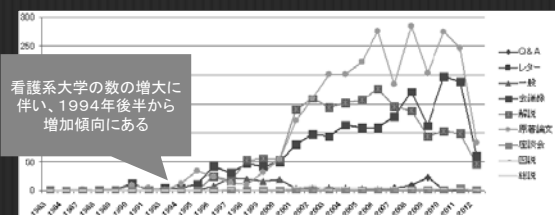
プログラム開発・評価研究の成果は、ほとんどが学会発表にとどまり、学術誌等に公表されているものは非常に少ない。実践の科学である看護における研究は、経験的な実

践への根拠の付与や新たな知識あるいは実践方法の創出により、質の高い看護が提供される現場へと変革をもたらすための活動だとするならば、看護におけるプログラム開発・評価研究の真の価値は、その成果が患者に還元された時にはじめて生まれるといえよう。

そこで、医学中央雑誌Web版 (Ver. 5) を使用して、1983年～2012年5月までの収録論文の中から日本看護学会協議会 (JANA) の加盟学会誌に掲載されている論文に限定し検索した。また、絞り込み条件は、「介入研究」、「評価研究」、「プログラム評価」、「アウトカム評価」「看護」をキーワードとし、ヒットした論文タイトルより概念分析や尺度開発など、明らかにプログラム開発および評価研究そのものではないと判断された論文は除外した。結果、プログラム開発・評価研究は、看護系大学数の増大に伴い1990年代後半より増加傾向にあることがわかった。しかし、原著論文の数が少ないことや、分野別に偏りがあることから、開発・評価されたプログラムが現場で十分に活用されているかどうかについての疑問が生じた (スライド1, 2)。

プログラム開発・評価研究の推移

*「〔介入研究or評価研究orプログラム評価orアウトカム評価〕and 看護」の検索式で検索し、文献種別の年次推移を分析

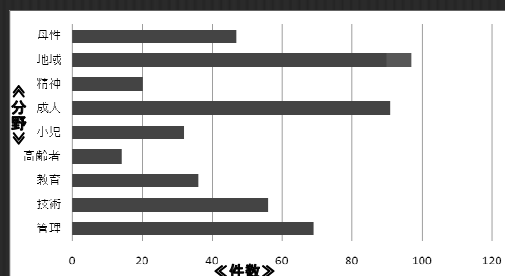


*しかし・・・開発・評価されたプログラムは現場で十分に活用されているのだろうか???

[スライド1]

プログラム開発・評価研究の分野別分布

*前グラフの検索結果から原著論文だけを抽出し、次に論文タイトルから領域を推定し分類。



[スライド2]

Ⅱ. プログラム開発・評価研究についての共通認識

看護領域におけるプログラムは、「問題解決やニーズを充足するという価値をもたらすもの」「特定の社会目標や教育目標を達成するために、人が中心となって介入を行ったり、アクションを行うために作られた事業」を指している。このようなプログラムは、様々な出来事や人と人とのコミュニケーションなどがおりなす交互作用の常在する日常生活の場で実施されることから、プログラムを受ける対象者は、自然発生的な支援や社会経済的な背景などといった外生要因の影響を当然受けるという前提がある。

したがって看護領域におけるプログラムの評価とは、「特定の目的を持って設計・実施されるさまざまなレベルの介入活動およびその機能についての体系的査定であり、その結果が当該介入活動や機能に価値を付与するとともに、後の意思決定に有用な情報を収集・提示することを目的として行われる包括的な探究活動（安田、渡辺（2008）²⁾）」ということができる。

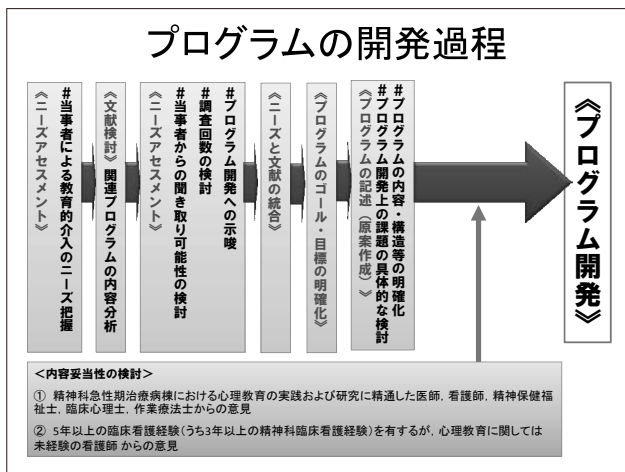
以上を、本交流集会におけるプログラム開発・評価研究の共通認識とした。

Ⅲ. プログラム開発・評価研究の実際

世話人らが取り組んでいる実際の活動内容について、精神看護学分野、小児看護学分野、成人看護学分野から紹介した。

精神看護学を専門とする松田は、「統合失調症患者本人に対する心理教育プログラム」³⁾の開発と評価について紹介した。プログラム開発過程については、ニーズアセスメント（教育的介入に対する患者のニーズ、患者からの聞き取り可能性の検討など）、文献検討（関連プログラムの内容分析）、ニーズアセスメントと文献検討の統合、プログラムのゴール・目標の明確化、プログラムの記述、プログラム理論の明確化（ロジックモデルとしてのアウトカムモデル、サブストラクションの作成）などを、評価については、質的分析（モデル作成）および量的分析（1群事前事後テストデザイン）の結果概要を提示した。そして、エビデンスレベルの高い研究デザインを検討すること、プログラム開発者と臨床看護師との共同による臨床へのプログラム普及などが今後の課題だと述べた（スライド3-8）。

小児看護学を専門とする西田は、「排便障害児の母親の



【スライド3】

<Ⅳ.プログラムの目的・目標の明確化>		<Ⅴ.プログラムの記述>	
【目的】 精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者が、服薬と病気の知識を習得すると共に、自己の入院前の生活を見直し、自己の病気の受け止めを促進する。		◆プログラム開発に向けた課題の具体的な検討	
【目標】 1. 患者が、病気の一般的な症状や他の患者が経験する症状を知ることにより、自己の症状に気づく 2. 患者が、発病あるいは症状が再燃した際の自己を振り返り、その頃に経験したストレスに気づく 3. 患者が、病気のそのものやその治療による苦痛の経験、他の患者と共有し支えあう患者が、入院前の生活スタイルを見直し、自己に合った再発予防方法を見つける		◆プログラムの内容・構造の原案作成 1. セッション回数、参加者の選定条件、看護師用マニュアルの作成（運営者の姿勢の提示） 2. 患者が服薬に対する恐怖感を軽減できるような情報提供（Q&A含む） 2. 服薬・ストレス・リハビリテーションの関係を簡潔に図示 2. 参加者同時に話し合うテーマを設定 2. 服薬と病気に関する疑問や悩みを軽減する情報提供（Q&A含む） 3. 健康的な生活を送るためのポイントを提示 4. 多職種に協力を得る方法を検討	
		・プログラム構造の明確化 ・看護師用マニュアル作成 患者用パンフレット作成 ①心の病気による症状 ②心の病気とストレスとの関係 ③薬の作用と副作用 ④健康的な生活を送るための方法 ・多職種との連携方法	

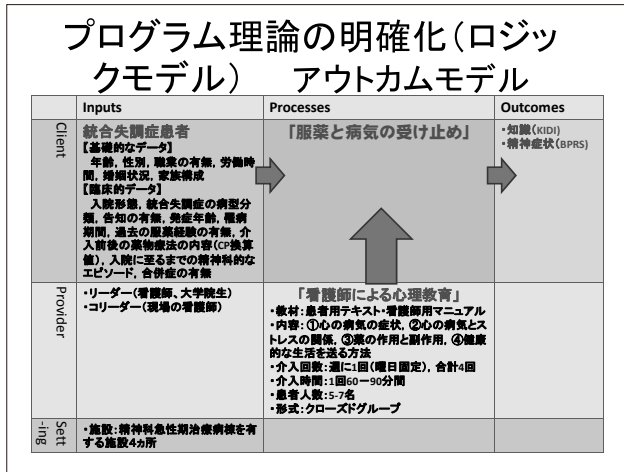
【スライド5】

<Ⅰ. ニーズアセスメント>	<Ⅱ. 文献検討>	<Ⅲ. ニーズアセスメントと文献検討の統合>
◆当事者の主観的経験の記述 1. 患者と医療者との良好な関係を構築すること 2. 服薬に対する患者の価値を高めること 2. 病気の受け止めを促進すること 3. 退院後の生活設計への関心を喚起すること	◆既存プログラムの内容分析 --- 2. 薬物治療 2. 病気と症状 2.3. リハビリテーション 2.3. 対処法 2.3. 再発予防 2.3. Q & A 3. 社会資源 3. 症状管理	◆プログラム開発に向けた課題設定 1. 精神科急性期治療病棟に入院中の統合失調症患者が対象であること 2. 統合失調症患者の服薬と病気の受け止めを支える情報を精選すること 3. 入院中の現在とその延長線上にある退院後の生活を視野に入れること 4. 看護の力が発揮できること

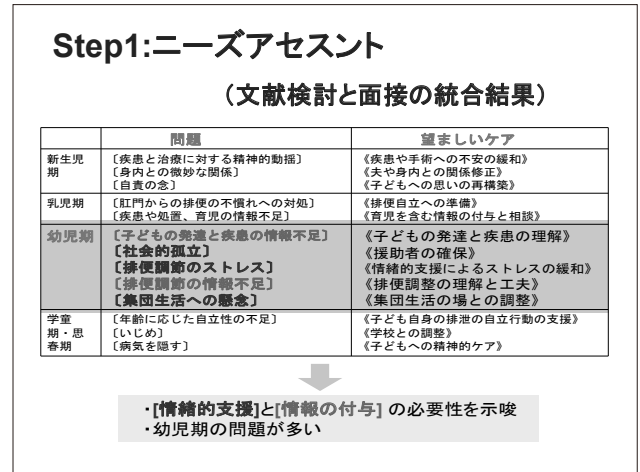
【スライド4】

作成したプログラムの内容と構造	
第1回目：心の病気の症状について <オリエンテーション> 【自己紹介】学習会に参加した動機について 【話し合いのテーマ】「自分に当てはまる症状や気になる症状がありますか？」 第2回目：心の病気とストレスの関係について 【話し合いのテーマ】「自分にとってのストレスはどのようなことですか？」 <課題> 次回までに、自分が飲んでいる薬の名前と種類を確認してください。 第3回目：薬の作用と副作用について 【話し合いのテーマ】「薬を飲むことで調子が良くなったこと、または、薬の作用で気になったことがありますか？」 <課題> 健康チェック表を付けてみてください。 第4回目：健康的な生活を送る方法について 【記入】一日の過ごし方（現在と退院後）について、紙に書いてみましょう。 【話し合いのテーマ】「退院してから上手に暮らすために、どのような工夫をしますか？」	
1. 介入者：研究者自身と研究協力施設に勤務する看護師1名の計2名 2. 介入回数：1週間に1回、合計4回 3. 介入時間：1回あたり60-90分間 4. 教材：作成したグループ学習会パンフレットをテキストとして使用 5. グループの構造：患者5-7名のクロウズセッション	

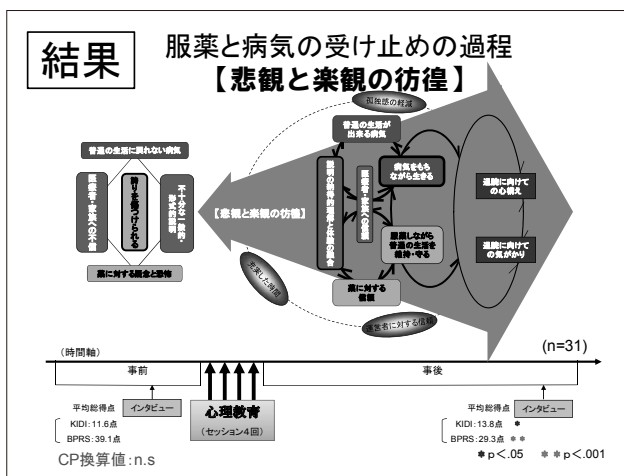
【スライド6】



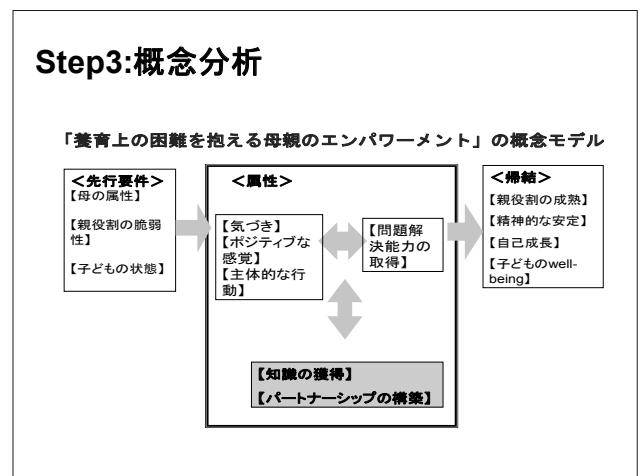
[スライド7]



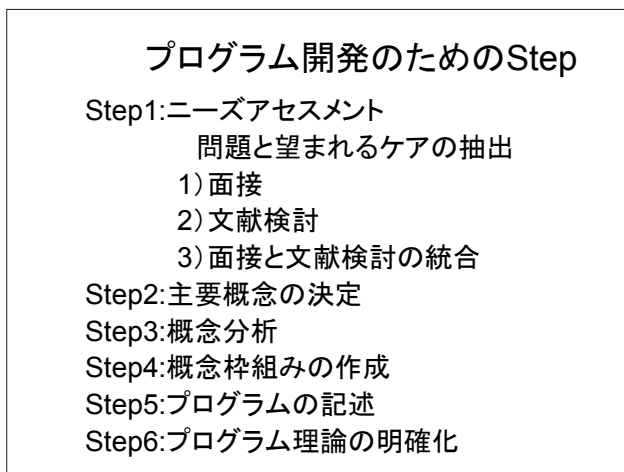
[スライド10]



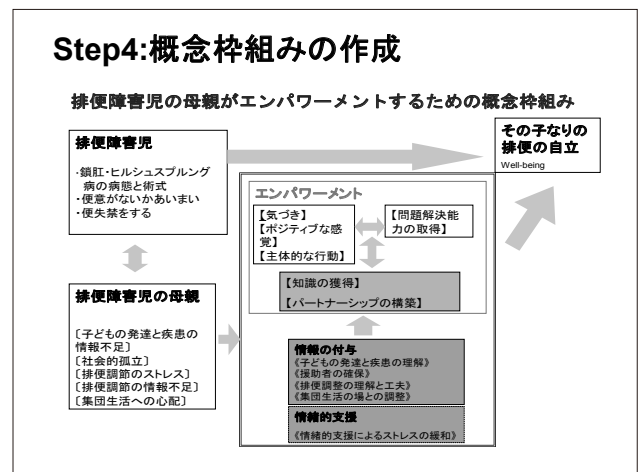
[スライド8]



[スライド11]



[スライド9]



[スライド12]

ためのエンパワメントプログラム」の開発過程について紹介した。具体的には、ニーズアセスメント(母親にとっての問題と望まれるケアを把握するための面接調査)、文献検討、ニーズアセスメントと文献検討の統合、主要概念の決定と概念分析による概念枠組みの作成、プログラムの

記述、プログラム理論の明確化(サブストラクションの作成)などについて段階的に述べた。また、プログラムの開発は、それ自体が目的ではなく、臨床現場で活用されることが目的であるとし、プログラムが活用されるには、学会発表での流布のみならず、看護外来を開設してプログラ

I. ニーズアセスメント フィールド調査

- 質的研究より患者10名に人工股関節置換術を受けた体験をインタビューした結果、行動変容が伴うことを入院前から知っていたら、色々と入院前から準備ができたのに・・・コメントを得た。
- 手術患者への入院前患者教育はわが国では実施されていなかった

[スライド13]

【プログラムのゴールおよび 目標の明確化】

プログラムのゴール

- ・ 初回人工股関節置換術を受ける患者の心理的、身体的、認知的な準備性を高める
- QOLの向上

プログラムの目標

- ・ 入院前情報提供に満足する
- ・ 抑うつ、不安、緊張などの気分が安定する
- ・ 人工股関節との折り合いがうまくつけられる
- ・ 人工股関節についての知識が向上する
- ・ 合併症が減る
- ・ 看護師の教育時間が短縮できる

[スライド16]

【文献検討】

- ・ 入院前患者教育プログラム作成時はわが国での先行文献はなかった
- ・ PubMed CINAHL看護文献データベースより“preadmission”“preoperative”“patient education”“program”で検索し、有効な文献を入手した。
- 入手した文献の文脈を帰納的に分類した

結果

- | | |
|-----------------|----------------|
| ・ 入院前プログラム構成 | ・ 入院前プログラムの目的 |
| ・ 入院前プログラムの効果指標 | ・ 入院前患者教育の介入時期 |
| ・ 患者教育教材 | ・ 患者教育ニーズ |
| ・ 患者教育内容 | ・ 手術患者への介入方法 |

[スライド14]

【プログラムの記述】

1. 場所: 整形外科外来
2. 時間: 評価時間を含めて約90分
3. プログラムの構成
 - ① 研究者自己紹介
 - ② 看護研究の目的と協力依頼の説明
 - ③ 事前評価(質問紙の配布)
 - ④ 人工股関節全置換術用ビデオの視聴とパンフレットの提供
 - ⑤ 質問と相談への回答
 - ⑥ 希望者にはビデオテープ貸与
4. 評価: 入院前, 入院後, 退院前, 退院後

[スライド17]

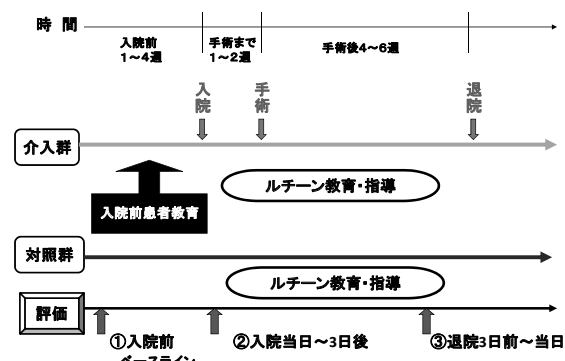
【ニーズアセスメントと文献検討の統合】

- ・ 入院前プログラム効果指標の決定
- ・ 介入方法の決定 → 準実験デザイン
- ・ 教育教材決定 → パンフレット, ビデオ
- ・ 介入時期の決定 → 入院前2~4週間
- ・ 教育ニーズの決定 → 16項目の内容
- ・ 教育内容の決定 → 教育ニーズの基づく

入院前患者教育プログラムの作成

[スライド15]

研究デザイン: 不等価統制群事前事後

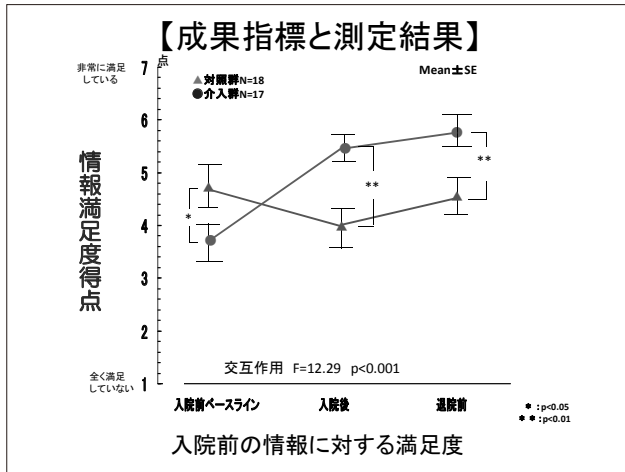


[スライド18]

を実施することや、臨床看護師（CNS、WOC含む）との共同研究を実施することなど、臨床家の理解と協働が必要であり、このような活動がプログラムの存在を広めることにつながると強調した。そして、骨子さえ固定しているプログラムであれば、型にはまり現場で使用できないより

は、現場に合わせた形で活用し更に実用的なプログラムへとバージョンアップすることの方が臨床的に有用だと述べた（スライド9-12）。

成人看護学を専門とする當目は、「人工股関節置換術を受ける患者への入院前患者教育プログラム」の開発から



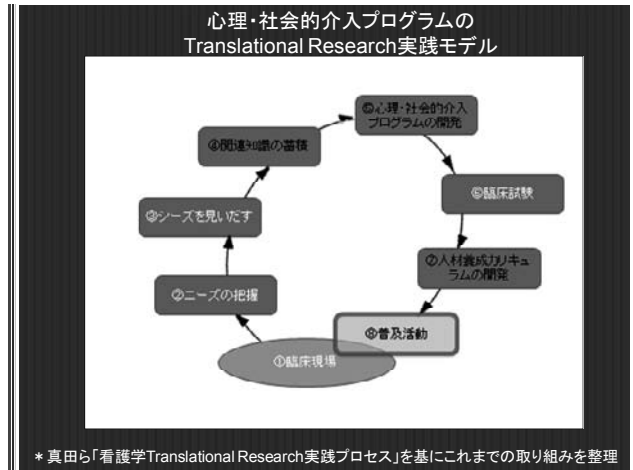
【スライド19】

評価に至る一連の過程を紹介した。開発過程については、ニーズアセスメント（人工股関節置換術を受けた患者へのインタビュー）、文献検討、ニーズアセスメントと文献検討の統合、プログラムのゴールの明確化、プログラムの記述、プログラム理論の明確化など、評価については、研究デザイン（不等価統制群事前事後テストデザイン）、成果指標の決定、測定結果などを具体的に示した。そして、看護研究において準実験研究デザインを設計することの難しさについて述べた（スライド13-19）。

IV. プログラム開発・評価研究のゴールに向けた取り組みと問題提起

開発されたプログラムが現場で活用されるには、どのような工夫あるいは取り組みが必要なのだろうか。河野は、「看護学Translational Research（真田ら，2010）⁴⁾」を基に精神看護学分野において自身らが取り組んできたこれまでの活動を整理し、心理・社会的介入プログラムのTranslational Research実践モデルを示した（スライド20）。そして、プログラムの開発者は、それを現場に届ける役割や現場で活用されるように伝える役割も引き受ける必要があるのではないかと述べた。

最後に、プログラム開発・評価のゴールをどこに定め、どのように取り組んでいくべきかについて問題提起をし、参加者との意見交換を行った。



【スライド20】

おわりに

本交流集会の意見交換では、参加者の方より“開発者の手から離れたプログラムは、それぞれの現場の実情に合わせてアレンジされてしまい、結果的に成果が出なくなるという脆さがある”と、ご自身の経験に基づく貴重なご意見をいただいた。このような危うさは、世話人らが扱う心理・社会的プログラムにおいて、よりいっそうの課題となる。今後はこのような課題についての克服策を検討する必要があるだろう。

本交流集会では、参加者の皆様との意見交換を十分に行う時間があったとはいえないが、世話人らにとっては大きな学びに繋がった。このような機会を提供して下さった第38回日本看護研究学会学術集会運営事務局ならびに参加者の皆様に心より感謝したい。

<引用文献>

- 1) Kirchhoff, KT (2004): State of the science of Translational Research: From demonstration projects to intervention testing, Worldviews on Evidence-Based Nursing, 1, Supplement s1, S6-S12, September.
- 2) 安田節之, 渡辺直登 (2008): プログラム評価研究の方法, 新曜社.
- 3) 松田光信 (2008): 看護師版「統合失調症患者」心理教育プログラムの基礎・実践・理論 — 看護実践研究, 質的・量的研究の成果 —, 金芳堂.
- 4) 真田弘美 他 (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.

胃がん術後患者の症状と家族のQOLおよび不安との関連

The Relationship between Gastric Cancer Patient's Postoperative
Symptoms and Families' QOL and Anxiety

永 田 倫 人¹⁾ 水 野 恵理子²⁾
Tomohito Nagata Eriko Mizuno

キーワード：がん患者、症状、家族、生活の質、不安

Key Words：cancer patients, symptoms, family, quality of life, anxiety

はじめに

平成22年の人口動態統計によると、2010年のがんによる死亡者数は353,499人となっている¹⁾。そのなかで、胃がんの罹患数と死亡数は、医療技術の進歩、早期胃がんの発見・治療などにより1960年代から大きく低下しているものの、依然として高い値である。また、わが国において胃がんの外科的治療の治療成績は高く、化学療法や早期がんに対する内視鏡治療の治療範囲も拡大されてきているが、腹腔鏡下手術の適応拡大とともに、外科的治療は今後も治療を目的とした標準的治療であることが予測される^{2), 3)}。

「がん患者の症状の改善」は最も優先されるべきことであるが、不適切な症状評価を行うことによって、がん患者の効果的な症状管理を妨げる可能性もありうる。医療者はがん患者のさまざまな症状を検知し、その重症度を判断して適切に介入することが求められる。欧米ではがん患者の「症状評価票」を用いた診療や研究が盛んに行われており^{4), 5)}、わが国においても「症状評価票」の日本語版の開発と検証を行い使用し始めたところであるが⁶⁾、臨床活用や研究は欧米ほど広く行われているとは言えないのが実情である。

政府が2007年6月に策定した『がん対策推進基本計画』のなかでは、「すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上」が全体目標に掲げられているが⁷⁾、がん患者のQOLや不安についてはこれまで多く研究されているものの^{8), 9)}、がん患者の家族のQOLや不安などに焦点を当てた研究は少ない。本間らは、がん患者の家族は、日常生活における具体的なケアを家族のみで行うことに不安を感じていることを報告しており¹⁰⁾、二井谷らは、がん患者の家族の思いが患者に通じないことや経済的な負担に対する困難感をもっていることを報告し

ている¹¹⁾。また、守田らの研究では、がん患者の症状の数が多いと家族のQOLは低い、という報告がされている¹²⁾。しかし、国内では尺度を用いたがん患者の家族の不安の調査報告は10編以内とわずかであり^{13), 14)}、がん患者の家族のQOLを言及した研究もわずかに散見されるのみである^{15), 16)}。『がん対策推進基本計画』の方針に含まれているように、家族の苦痛の軽減やQOLの向上は臨床現場において重点的に取り組むべきことであり、先行研究の結果から、がん患者の身体症状と家族の不安やQOLには関連があることが予測される。

本研究では、胃がん術後患者の身体・精神症状、生活への支障と家族のQOLと不安の程度を把握し、これらの関連を明らかにすることによって、がん患者の家族への効果的な看護介入の視点を見出すことを目的とした。

I. 研究方法

1. 研究デザイン

関連探索研究デザイン。

2. 用語の操作的定義

QOL (Quality of Life)：個人が生活する文化や価値観の中で、目標や期待、基準および関心にかかわる自分自身の人生の状況についての認識 (WHOによるQOLの定義)。

不安：安心のできないこと、気がかりなさまであり、状態不安 (脅威的狀況におかれたときに喚起される一過性の不安状態) と特性不安 (個人の性格特性としての不安状態) により表現されるもの¹⁷⁾。

家族：患者が心理的・社会的に最も近い家族と認識している者で、同居・別居は問わない。

1) 山梨大学医学部附属病院 University of Yamanashi Hospital

2) 山梨大学大学院医学工学総合研究部 Interdisciplinary Graduate School of Medicine and Engineering University of Yamanashi

3. 研究対象者

A県内の大学医学部附属病院消化器外科を外来受診している胃がん術後患者およびその家族とし、研究参加に同意を得られた者で、以下①～④の条件を満たす29組とした。

- ① がん告知がすでに行われており、その事実を患者と家族がともに知っている
- ② 術後1年以内であり、がんのステージを問わない
- ③ 再発兆候がなく、転移に関しては問わない
- ④ 家族は患者が心理的・社会的に最も近い家族と認識している者で、同居・別居は問わない

4. 研究期間

2010年6月～9月。

5. データ収集方法

消化器外科外来を受診中の術後1年以内の胃がん患者およびその家族に質問紙を配布し、患者と家族のおのから回答を得た。回答には10分から20分程度を要し、時間的な拘束があるため、時間に余裕がある患者・家族には用意した外来の一室にて回答を得た。患者がとらえる家族の定義として、家族は患者が心理的・社会的に最も近い家族と認識している者で、同居・別居は問わないことを質問紙提示時に説明した。また、外来で回答できない患者・家族や家族同伴のない場合には、切手貼付済みの返信用封筒を渡し、郵送あるいは次回受診時に外科外来受付に設置した回収ボックスへの投函を依頼した。

6. 調査内容

患者と家族の基本属性を把握するための個人的調査票を用い、患者の身体・精神症状、生活への支障、および家族のQOLと不安を評価するため、以下の3つの質問紙を用いた。

- (1) 『日本語版M.D. Anderson Symptom Inventory』(M.D.アンダーソンがんセンター版症状評価票)(以下、MDASI-Jとする)¹⁸⁾

患者が回答し、患者の心身症状を評価する、がん患者を対象とした症状評価票である。疼痛、倦怠感、眠気などの13個の症状項目と、6個の日常生活の支障に関する項目、計19項目からなり、各項目の平均点を算出して、おののを症状得点および支障得点とする。全項目は24時間以内の症状の程度についての質問であり、症状項目は「0：まったくなかった」から「10：これ以上考えられないほど強かった(ひどかった)」の11段階、支障項目には「0：支障なかった」から「10：完全に支障になった」の11段階で評価する。

信頼性は、症状項目と支障項目のCronbach α 係数がそ

れぞれ .92, .93と報告されており、内的一貫性が認められている¹⁸⁾。妥当性は、EORTC QLQ-C 30を外的基準とした併存的妥当性が認められている¹⁸⁾。本研究で得られた回答について信頼性分析を行った結果、症状項目と支障項目のCronbach α 係数はそれぞれ .91, .94であった。

- (2) 『WHO QOL26』(WHO QOL短縮版)¹⁹⁾

家族が回答し、家族のQOLを評価する。質問項目は「身体的領域」「心理的領域」「社会的関係」「環境」の4領域にまとめられ、各領域は3項目から8項目によって構成され、計26項目の構成となっている。調査票は自己評価式で、質問項目は主観的な判断を問うものであり、おのの「過去2週間にどのように感じたか」「過去2週間にどのくらい満足したか」「過去2週間にどのくらいの頻度で経験したか」を、「まったくない(まったく悪い、まったく不満)」を1、「少しだけ(少し悪い、少し不満)」を2、「多少は(ふつう、どちらでもない)」を3、「かなり(かなり良い、かなり満足、かなり頻繁に)」を4、「非常に(非常によい、非常に満足、常に)」を5とする5段階で評価する。

先行研究での信頼性は、「身体的領域」「心理的領域」「社会的関係」「環境」それぞれのCronbach α 係数が .79, .79, .66, .80であり²⁰⁾、内的整合性が認められている。本研究で得られた回答について信頼性分析を行った結果、「身体的領域」「心理的領域」「社会的関係」「環境それぞれ」のCronbach α 係数は .65, .84, .63, .74であった。

- (3) 『新版STAI』(State-Trait Anxiety Inventory-Form JYZ)¹⁷⁾

家族が回答し、家族の不安を評価する。状態不安尺度で評価される本質的な特質は懸念、緊張、悩みなどであり、状態不安得点は身体的危険や心理的ストレスに応じて上昇する。特性不安尺度は内科患者、精神科患者などの臨床的不安を査定するときに広く用いられてきており、精神神経症患者やうつ病患者は一般的に高い得点を示す。ストレス場面では、特性不安の高い人のほうが低い人よりも状態不安が高まる傾向がある。

『新版STAI』(以下、STAIとする)の項目は、『英語版STAI』(Form Y)の項目を翻訳したものと、状態不安と特性不安について、日本の文化に見合う新しい項目を加え、状態不安尺度と特性不安尺度のおのの尺度について不安存在項目(以下P尺度)および不安不在項目(以下A尺度)によって構成されている。状態不安尺度の20項目と特性不安尺度の20項目の計40項目からなる尺度である。採点は、各項目1点から4点までの重み付けが与えられており、4点は高いレベルの不安の存在を示す。各下位尺度(P尺度、A尺度)得点は最低10点から最高40点の間に分布する。状態不安、特性不安それぞれの各下位尺度得点を合計することで各尺度の得点が求められ、20点から80点ま

での間に分布する。

状態不安、特性不安の各尺度をP尺度とA尺度に分けた下位尺度の内的整合性について、Cronbach α 係数は .86 から .92 の間にあり、状態不安と特性不安尺度内のみならず、P尺度、A尺度内においても高い内的整合性が認められる、と報告されている²¹⁾。

本研究で得られた回答について信頼性分析を行った結果、状態不安と特性不安のCronbach α 係数はいずれも .78 であった。

7. データ分析方法

単純集計および統計的分析には、統計ソフト『SPSS Ver.17.0J』を使用した。患者の基本属性の違いによるMDASI-J下位尺度の得点の差を検討するため、それぞれを2群に分け、ノンパラメトリック手法としてのMann-Whitney検定を行った。その際、患者との関係に関しては「親」ないし「婿または嫁」と回答した対象が各1名のみだったため、検定の誤差を招く値となる可能性からこれらのデータを除き、「夫または妻」と「息子または娘」の2群として処理した。ただし、「1か月以内の治療法」のみは3群に分けたので、Kruskal-Wallis検定を用いた。また、家族の基本属性の違いによるWHO QOL26下位尺度得点、およびSTAI下位尺度得点の検討を、患者の場合と同様にMann-Whitney検定を用いて行った。なお、有意水準は5%未満とした。

患者のMDASI-Jの下位尺度得点と家族のWHO QOL26の下位尺度得点との相関、および胃がん患者のMDASI-Jの下位尺度得点と家族のSTAI下位尺度得点との相関にはSpearmanの順位相関係数を用いた。

8. 倫理的配慮

本調査は、研究実施施設倫理委員会での承認が得られた後に実施した。患者の外来受診時に、研究者の身分を明らかにし、内容・目的・方法、患者・家族の自由意志による参加と拒否・中断が可能であること、結果は研究者が責任をもって保管・分析すること、個人データが外部に流出しないよう十分留意すること、結果は本研究の目的以外で使用することは一切ないこと、家族とのペアを明確にし、同意撤回時にデータを破棄できるようにするため、質問紙・同意書・同意撤回書に番号をつけ、対応表を作成することについて、書面および口頭で説明し、同意を得た。

II. 結 果

1. 対象者の背景

(1) がん患者の背景 (表1)

患者の年齢は42～83歳 (平均 61.1 ± 12.2 歳)、男性17名、女性6名であり、7割以上が男性患者であった。術後平均期間は 6.7 ± 3.4 か月であった。

1か月以内の治療法として、手術療法を行っていた者は1名、化学療法を行っていた者は9名、治療を行っていなかった者は13名であった。

(2) がん患者の家族の背景 (表2)

家族の年齢は23～78歳 (平均 52.5 ± 12.9 歳)、男性6名、

表1 患者背景

(N = 23)

		n	(%)
年齢 (歳) (Mean $\pm$ SD)		61.13 $\pm$ 12.20	
性別 (%)	男性	17	(69.6)
	女性	6	(30.4)
職業 (%)	有	16	(60.9)
	無	7	(39.1)
婚姻状況 (%)	未婚	2	(8.7)
	既婚	21	(91.3)
術後期間 (か月) (Mean $\pm$ SD)		6.7 $\pm$ 3.4	
進行度 (%)	早期がん	15	(65.2)
	進行がん	8	(34.8)
1か月以内の治療法 (%)	手術療法	1	(4.3)
	化学療法	9	(39.1)
	無	13	(56.5)
医療用麻薬の使用 (%)	有	1	(4.3)
	無	22	(95.7)

表2 家族背景

(N = 19)

		n	(%)
年齢 (歳) (Mean $\pm$ SD)		52.47 $\pm$ 12.90	
性別 (%)	男性	6	(31.6)
	女性	13	(68.4)
患者との関係 (%)	夫または妻	13	(68.4)
	息子または娘	4	(21.1)
	婿または嫁	1	(5.3)
	親	1	(5.3)
婚姻状況 (%)	既婚	18	(94.7)
	未婚	1	(5.3)
居住関係 (%)	同居	15	(78.9)
	別居	4	(21.1)
職業 (%)	有	12	(63.2)
	無	7	(36.8)

女性13名であった。続柄は、夫または妻が13名、息子または娘が4名、婿または嫁が1名、親が1名であり、「夫または妻」と「息子または娘」をあわせて9割以上を占めていた。また、既婚18名であり、15名の家族が患者と同居し、就労をしている家族は12名であった。

2. がん患者の身体・精神症状の特徴

患者の基本的属性によるMDASI-J得点の違いを表3にまとめた。進行度について、症状得点 ($U=23.0, p=.02$), 支障得点 ($U=27.50, p=.03$) ともに有意差が認められ、「早期がん」のほうが「進行がん」よりも得点が低い結果となった。他の項目においては症状得点、支障得点ともに有意差は認められなかった。

3. がん患者の家族のQOL

家族の基本的属性によるWHO QOL26得点の違いを表4にまとめた。社会的関係において有意差が認められ ($U=13.00, p=.02$), 「女性」のほうが「男性」よりもQOLが高い結果となった。

4. がん患者の家族の不安

家族の基本的属性によるSTAI得点の違いを表5にまとめた。家族の基本的背景とSTAI得点との関連性について、有意差が認められた項目は存在しなかった。

5. がん患者のMDASI-Jと家族のWHO QOL26との相関

患者の症状としての「物忘れ」「食欲不振」「眠気」「口の渇き」は、家族のQOLの「仕事的能力」との間に中程度の負の相関が認められた (表6)。同様に、患者の「睡眠の障害」「ストレス」「眠気」「口の渇き」「悲しい気持ち」と家族の「集中力」との間に中程度の負の相関が認められた (表7)。さらに、患者の「痛み」「睡眠の障害」「食欲不振」「眠気」「悲しい気持ち」「しびれ」と家族の「生活圏の環境」との間に中程度の負の相関が認められた (表8)。

また、患者の日常生活の支障に関する「日常生活の全般的活動」「気持ち、情緒」「仕事」「歩くこと」「生活の楽しみ」は、家族の「集中力」との間に中程度の負の相関が認められた (表9)。

6. がん患者のMDASI-Jと家族のSTAIとの相関

患者の症状である「痛み」「睡眠の障害」「口の渇き」「しびれ」は、家族の「状態不安 (P尺度)」および「状態不安 (A尺度)」と間に中程度の正の相関が認められた。同様に、患者の「痛み」「口の渇き」「しびれ」と家族の「特性不安 (P尺度)」「特性不安 (A尺度)」とも中程度の正の相関が認められた (表10)。

表3 患者背景とMDASI-J得点

($N=23$)

項目		症状得点				支障得点			
		平均値	標準偏差	U値/ χ^2 値	p値	平均値	標準偏差	U値/ χ^2 値	p値
全体	($N=23$)	1.34	± 1.48			2.24	± 2.37		
年齢	平均年齢未満 ($n=12$)	1.57	± 1.57	55.00	.53	2.51	± 2.68	56.50	.55
	平均年齢以上 ($n=11$)	1.10	± 1.53			3.15	± 3.01		
性別	男性 ($n=17$)	1.16	± 1.38	44.00	.66	2.07	± 2.40	42.50	.62
	女性 ($n=6$)	1.82	± 1.67			2.65	± 2.34		
職業の有無	有職 ($n=16$)	1.50	± 1.68	51.50	.77	2.53	± 2.67	47.00	.58
	無職 ($n=7$)	1.01	± 1.19			3.48	± 3.18		
術後期間	7か月未満 ($n=11$)	1.68	± 1.70	43.00	.17	2.86	± 2.81	65.00	.976
	7か月以上 ($n=12$)	1.05	± 1.38			2.78	± 2.90		
婚姻状況	未婚 ($n=2$)	2.81	± 1.03	8.00	.2	4.33	± 2.34	13.00	.43
	既婚 ($n=21$)	1.21	± 1.52			2.68	± 2.34		
進行度	早期 ($n=15$)	0.72	± 0.83	23.00	.016 *	1.82	± 2.04	27.50	.034 *
	進行 ($n=8$)	2.53	± 1.90			4.69	± 3.17		
1か月以内の治療法	手術療法 ($n=1$)	0.31	± 0.00	0.24	.3	0.67	± 0.00	0.10	.62
	化学療法 ($n=9$)	2.17	± 1.87			3.67	± 3.13		
	無 ($n=13$)	0.86	± 1.06			2.34	± 2.58		
医療用麻薬の使用	有 ($n=1$)	3.62	± 0.00	2.00	.261	6.83	± 0.00	2.00	.261
	無 ($n=22$)	1.25	± 1.49			2.64	± 2.72		

[注] Mann-WhitneyのU検定, Kruskal-Wallis検定, *: $p<.05$

表4 家族背景とWHO QOL26得点

(N = 19)

項目		身体的領域				心理的領域			
		平均値	標準偏差	U値	p値	平均値	標準偏差	U値	p値
年齢	全体 (N = 19)	3.53	± 0.53			3.32	± 0.65		
	平均年齢未満 (n = 10)	3.37	± 0.52	29.00	.21	3.07	± 0.69	24.50	.96
	平均年齢以上 (n = 9)	3.70	± 0.51			3.59	± 0.51		
性別	男性 (n = 6)	3.36	± 0.60	27.00	.32	3.14	± 0.88	33.50	.64
	女性 (n = 13)	3.60	± 0.50			3.40	± 0.54		
患者との関係	夫または妻 (n = 13)	3.73	± 0.41	7.76	.05	3.50	± 0.53	7.66	.05
	息子または娘 (n = 4)	3.00	± 0.45			2.58	± 0.55		
婚姻状況	既婚 (n = 18)	3.53	± 0.54	7.50	.84	3.32	± 0.67	7.00	.84
	未婚 (n = 1)	3.43	± 0.00			3.17	± 0.00		
居住関係	同居 (n = 15)	3.57	± 0.56	21.00	.41	3.36	± 0.66	22.50	.47
	別居 (n = 4)	3.36	± 0.41			3.17	± 0.71		
職業の有無	有職 (n = 12)	3.44	± 0.54	31.00	.38	3.26	± 0.74	37.50	.71
	無職 (n = 7)	3.67	± 0.51			3.40	± 0.52		

項目		社会的関係				環境			
		平均値	標準偏差	U値	p値	平均値	標準偏差	U値	p値
年齢	全体 (N = 19)	3.37	± 0.51			3.24	± 0.42		
	平均年齢未満 (n = 10)	3.43	± 0.59	32.50	.32	3.06	± 0.38	21.00	.05
	平均年齢以上 (n = 9)	3.30	± 0.42			3.44	± 0.39		
性別	男性 (n = 6)	2.94	± 0.57	13.00	.02*	3.10	± 0.28	27.50	.32
	女性 (n = 13)	3.56	± 0.34			3.31	± 0.47		
患者との関係	夫または妻 (n = 13)	3.36	± 0.42	2.39	.50	3.33	± 0.48	3.00	.39
	息子または娘 (n = 4)	3.25	± 0.83			3.09	± 0.12		
婚姻状況	既婚 (n = 18)	3.35	± 0.52	5.50	.63	3.24	± 0.43	8.50	.95
	未婚 (n = 1)	3.67	± 0.00			3.25	± 0.00		
居住関係	同居 (n = 15)	3.27	± 0.52	11.50	.06	3.28	± 0.46	19.50	.31
	別居 (n = 4)	3.75	± 0.17			3.09	± 0.12		
職業の有無	有職 (n = 12)	3.28	± 0.55	31.50	.38	3.16	± 0.33	30.50	.30
	無職 (n = 7)	3.52	± 0.42			3.39	± 0.53		

[注] Mann-WhitneyのU検定, * : $p < .05$

表5 家族背景とSTAI得点

(N = 19)

項目		状態不安 (P尺度)				状態不安 (A尺度)			
		平均値	標準偏差	U値	p値	平均値	標準偏差	U値	p値
年齢	全体 (N = 19)	17.74	± 4.98			27.11	± 7.57		
	平均年齢未満 (n = 10)	19.00	± 5.16	26.00	.13	27.90	± 8.27	38.50	.60
	平均年齢以上 (n = 9)	16.33	± 4.64			26.22	± 7.10		
性別	男性 (n = 6)	18.33	± 5.57	34.50	.70	28.33	± 7.12	32.50	.58
	女性 (n = 13)	17.46	± 4.89			26.54	± 7.99		
患者との関係	夫または妻 (n = 13)	16.92	± 4.72	10.50	.08	24.38	± 7.44	8.00	.045*
	息子または娘 (n = 4)	21.25	± 5.68			33.50	± 3.00		
婚姻状況	既婚 (n = 18)	18.00	± 4.98	4.00	.53	26.89	± 7.73	6.50	.74
	未婚 (n = 1)	13.00	± 0.00			31.00	± 0.00		
居住関係	同居 (n = 15)	17.47	± 4.66	24.00	.60	25.87	± 7.93	16.50	.19
	別居 (n = 4)	18.75	± 6.75			31.75	± 3.77		
職業の有無	有職 (n = 12)	18.42	± 4.87	33.50	.48	29.92	± 6.02	20.50	.07
	無職 (n = 7)	16.57	± 5.32			22.29	± 7.91		

項目		特性不安 (P尺度)				特性不安 (A尺度)			
		平均値	標準偏差	U値	p値	平均値	標準偏差	U値	p値
年齢	全体 (N = 19)	17.95	± 4.78			24.21	± 6.80		
	平均年齢未満 (n = 10)	19.60	± 5.08	29.00	.21	24.80	± 7.84	36.50	.50
	平均年齢以上 (n = 9)	16.11	± 3.89			23.56	± 5.81		
性別	男性 (n = 6)	17.00	± 2.76	32.00	.58	25.17	± 6.59	36.00	.83
	女性 (n = 13)	18.38	± 5.52			23.77	± 7.11		
患者との関係	夫または妻 (n = 13)	17.23	± 4.09	21.00	.62	22.69	± 6.14	8.00	.045*
	息子または娘 (n = 4)	21.00	± 6.78			30.25	± 4.65		
婚姻状況	既婚 (n = 18)	17.94	± 4.92	8.00	.95	23.78	± 6.72	3.00	.42
	未婚 (n = 1)	18.00	± 0.00			32.00	± 0.00		
居住関係	同居 (n = 15)	17.33	± 3.87	27.00	.81	23.27	± 5.99	19.50	.31
	別居 (n = 4)	20.25	± 7.63			27.75	± 9.39		
職業の有無	有職 (n = 12)	17.92	± 3.15	39.00	.84	25.92	± 6.39	20.50	.61
	無職 (n = 7)	18.00	± 7.09			27.75	± 9.39		

[注] Mann-WhitneyのU検定, * : $p < .05$

表6 MDASI-J症状項目とWHO QOL26 身体的領域の相関

(N = 18)

MDASI-J 症状項目	WHO QOL26 身体的領域 (p値)						
	痛みと不快	医薬品と 医療への依存	活力と疲労	移動能力	睡眠と休養	日常生活動作	仕事の能力
痛み	.07	-.12	-.27	-.35	-.21	-.02	-.18
だるさ	.25	-.06	.04	-.07	-.22	-.23	-.30
吐き気	.28	-.19	-.03	-.12	-.18	.02	-.04
睡眠の障害	-.13	-.33	-.38	-.20	-.32	-.23	-.31
ストレス	-.29	-.02	-.56 *	-.16	-.27	-.06	-.22
息切れ	.17	-.08	-.11	-.07	-.18	-.10	-.17
ものの忘れ	-.51 *	-.18	-.34	-.37	.04	-.40	-.64 **
食欲不振	.05	-.19	-.51 *	-.48 *	-.37	-.44	-.61 **
眠気	.21	-.03	-.32	-.38	-.30	-.42	-.68 **
口の渇き	-.13	-.22	-.45	-.43	-.30	-.31	-.60 **
悲しい気持ち	-.22	.00	-.46	-.19	-.09	-.09	-.18
嘔吐	-.01	-.35	.00	-.37	-.25	-.22	-.15
しびれ	.08	-.26	-.24	-.37	-.21	-.09	-.22

[注] Spearman の順位相関係数, * : $p < .05$, ** : $p < .01$

表7 MDASI-J症状項目とWHO QOL26 心理的領域の相関

(N = 18)

MDASI-J 症状項目	WHOQOL26 心理的領域 (p値)					
	肯定的感情	精神性	集中力	ボディ・イメージ	自己評価	否定的感情
痛み	-.51 *	-.22	-.45	-.40	-.36	.23
だるさ	.19	.32	-.12	-.15	.01	.26
吐き気	-.13	.18	-.16	-.16	.04	.47 **
睡眠の障害	-.35	-.31	-.58 *	-.15	-.20	-.06
ストレス	-.42	-.19	-.69 **	-.14	-.45	-.14
息切れ	.26	.33	-.07	.04	.04	.15
ものの忘れ	-.26	-.29	-.45	-.19	-.66 **	-.62 **
食欲不振	-.27	-.21	-.58 *	-.32	-.46	-.10
眠気	-.15	-.07	-.42	-.38	-.45	-.02
口の渇き	-.43	-.33	-.65 *	-.50 *	-.61 **	-.17
悲しい気持ち	-.46	-.27	-.67 **	-.22	-.32	-.05
嘔吐	-.10	-.07	-.15	.22	.11	.01
しびれ	-.39	-.21	-.39	-.45	-.25	.12

[注] Spearman の順位相関係数, * : $p < .05$, ** : $p < .01$

表8 MDASI-J症状項目とWHO QOL26 環境の相関

(N = 18)

MDASI-J 症状項目	WHO QOL26 環境 (p値)							
	治安と安全	生活圏の環境	金銭関係	新しい情報	余暇活動	居住環境	健康と 社会的ケア	交通手段
痛み	-.30	-.58 *	-.07	-.05	-.35	-.17	-.15	.03
だるさ	-.01	-.16	.18	.23	-.07	.31	-.19	.02
吐き気	-.10	-.42	.03	.08	-.12	.16	.13	.43
睡眠の障害	-.32	-.59 **	-.07	-.24	-.20	.20	-.25	.22
ストレス	-.21	-.23	.04	-.24	-.16	-.02	.02	.24
息切れ	.05	.03	.01	-.07	-.07	.28	.15	.44
ものの忘れ	-.21	.05	-.11	-.29	-.37	.03	-.07	-.01
食欲不振	-.29	-.53 **	-.31	-.28	-.48 *	.01	-.31	.29
眠気	-.26	-.47 **	-.09	-.12	-.38	-.07	-.42	-.03
口の渇き	-.25	-.42	.01	-.14	-.43	.02	-.26	.01
悲しい気持ち	-.14	-.48 *	-.09	-.29	-.19	.10	.00	.26
嘔吐	-.41	-.35	-.45	-.23	-.37	.33	-.12	.28
しびれ	-.31	-.54 *	-.09	.04	-.37	-.13	-.18	.09

[注] Spearman の順位相関係数, * : $p < .05$, ** : $p < .01$

表9 MDASI-J支障項目とWHO QOL26 心理的領域の相関

(N = 18)

MDASI-J 症状項目	WHO QOL26 心理的領域 (p 値)					
	肯定的感情	精神性	集中力	ボディ・イメージ	自己評価	否定的感情
日常生活の全般的活動	.03	-.27	-.48 *	-.42	-.43	.15
気持ち, 情緒	.04	-.13	-.53 *	-.32	-.23	.21
仕事	-.07	-.27	-.54 *	-.44	-.48 *	.07
対人関係	.09	-.15	-.37	-.04	-.19	.10
歩くこと	.13	-.09	-.50 *	-.28	-.41	.19
生活の楽しみ	.01	-.08	-.54 *	-.22	-.19	.14

[注] Spearman の順位相関係数, * : $p < .05$

表10 MDASI-J症状項目とSTAIの相関

(N = 18)

MDASI-J 症状項目	STAI (p 値)			
	状態不安 (P 尺度)	状態不安 (A 尺度)	特性不安 (P 尺度)	特性不安 (A 尺度)
痛み	.51*	.48*	.60**	.54*
だるさ	.07	.28	.28	.41
吐き気	.19	.32	.13	.20
睡眠の障害	.53*	.56*	.63**	.42
ストレス	.43	.30	.63**	.39
息切れ	-.17	.17	-.17	.07
もの忘れ	.30	.23	.15	.31
食欲不振	.45	.79**	.42	.67**
眠気	.33	.57*	.45	.65**
口の渇き	.62*	.66**	.64**	.69**
悲しい気持ち	.56*	.35	.63**	.35
嘔吐	.16	.30	.11	.03
しびれ	.56*	.64**	.60**	.61**

[注] Spearman の順位相関係数, * : $p < .05$, ** : $p < .01$

の対象者も 8 割を超えた家族ががん患者と同居をしていた。医療者は家族のQOLを低下させないために、家族が友人・知人などとの交流を意識的にはかり、ソーシャル・サポートの構築を支援することが必要である。

2. がん患者の症状

患者背景からみたMDASI-Jにおいて、先行研究¹⁸⁾ではMDASI-Jの「症状得点」「支障得点」の平均はおのおの2.5, 2.9であったが、本研究ではおのおの1.3, 2.2となり、ともに低い結果となった。MDASI-Jの得点が先行研究よりも低値を示した要因として、先行研究では術後1年以内という制限がなく、悪化の経過をたどっている患者も含まれていたこと、再発や転移をしている患者も含まれていたこと、胃がん以外にも血液がん、頭頸部がん、乳がんなども対象であったことが考えられるが、本研究の対象患者は、化学療法を行っていた患者が先行研究より2割程度多かったため、単純比較はできない。

3. がん患者の家族のQOLと不安

4 領域すべてにおいて女性の平均点は男性を上まわり、「社会的関係」において男女で有意差が認められ、女性のほうが高いQOLを示したことは一般人口における結果²⁴⁾を支持するものであった。女性のほうが男性よりも「社会的関係」において有意にQOLが高く、これは女性のほうが、男性よりも人間関係や友人の支えに満足していることを表し、先行研究¹⁹⁾と同様の結果であった。外来看護師は、患者の外來受診時から家族のソーシャルサポートの存在について情報を得ておき、男性家族についてはとくにソーシャルサポートが不足していないか注意する必要がある。家族にソーシャルサポートが不足していると思われた場合には、他の家族員や親類の協力体制、友人との関係について確認し、家族が患者との生活に対しての負担、ストレス軽減がはかれるようにかかわっていく必要がある。

一方、不安について、STAIの標準化標本である大学生との比較²¹⁾では、男性、女性ともに「状態不安」「特性不安」におけるP尺度、A尺度、全尺度のすべてにおいて標

Ⅲ. 考 察

1. がん患者と家族の特徴

今回の対象患者の6割が手術後1年以内に復職をし、平均年齢61.1歳という中年期から老年期にあたる者が多かったことから、がんという病を抱えながらも復職を行う意識の高さと疾患を抱えながらも仕事ができている状態であることがわかる。さらに、1か月以内の治療法では、化学療法を行っていた患者が4割近くおり、胃がん術後補助化学療法が積極的に行われていることが示された。

がん患者の家族では、女性家族と配偶者がおのおの約7割を占めていたのは、消化器がん患者の家族を対象にした先行研究^{16), 22)}とほぼ同様の割合であった。

Josephらは「がん患者の介護者のストレスは親しい他者との関係の欠如やがん患者の介護者としての役割から束縛を受けていることが関係している」²³⁾と報告しており、がん患者と同居することが家族に他者との関係の疎遠を招くことを示唆している。しかし、日本において核家族世帯と三世帯世帯の総数は全世帯数の7割近くを占め⁷⁾、本研究

準化標本よりも平均値が下まわる結果となった。先行研究^{9)~11)}から、がん患者の家族は患者とかわることに對して不安を抱えており、STAIの得点に反映されることが予測されたが、今回は結果としては現れなかった。その要因として、本研究のMDASI-Jの結果が示しているように、対象患者の身体状態は比較的安定しており、生活に支障となるほどの状態を呈しておらず、患者の身体症状は状態不安として現れなかったと推測される。また、本研究の調査対象者は術後1年以内の患者とその家族であり、家族は根治的治療である手術療法を患者とともに経験し、がんという病気を家族全体のことであり前向きに受け止めて支援する行動をとっていたこと²⁵⁾もQOLや不安の程度が低い値を示さなかった要因として考えられる。

4. がん患者のMDASI-Jと家族のQOL、不安の関連について

家族の仕事や家事を行う能力は患者の「もの忘れ」「食欲不振」「眠気」「口渇」と関係しており、これらの症状が強い状態時には家族の仕事や家事を行う能力は低いことを示唆している。また、患者が「痛み」「睡眠障害」「ストレス」「悲しい気持ち」などの心身症状を感じているとき、家族は患者の症状を気にかけるがゆえに行動範囲が制限され、買い物や近所づき合いなどの行動が十分に行うことができていると考えられる。家族の集中力は患者の「睡眠障害」「食欲不振」「口渇」「ストレス」「悲しい気持ち」などの心身症状により妨げられ、患者と家族がともに生活するなかで、家族が物ごとに取り組むことは患者の心身症状に左右されると推察される。これらの結果は、化学療法を受けているがん患者の配偶者が知覚している困難として、「身体症状や体調の変化に戸惑い、対応に苦慮する」といった先行研究^{11), 18)}の報告と関連する。また、患者の「痛み」「睡眠障害」「食欲不振」「眠気」「悲しい気持ち」「しびれ」などの症状が強い場合、家族の生活環境に対する満足度は低いことを示唆しており、患者の症状コントロールを行うことは患者のみならず家族のQOLにも影響を与えられとされる。

がん患者のMDASI-Jと家族の不安との関連では、胃がん患者の「痛み」「睡眠の障害」「食欲不振」「眠気」「口渇」「しびれ」は、家族の「状態不安」「特性不安」と関連が認められ、胃がん患者の症状が強く出現しているとき、家族は患者とのかかわりに不安を感じており、症状が出現している患者にかかわることで家族の不安感受性は高まっていると考えられる。関連が認められた症状は家族が対応に苦慮するために不安となって現われ、疼痛や不眠、食欲不振についての対応方法や手術による患者の器質的変化を家族に説明し、家族の不安を軽減することで患者の症状も

軽減することができると考える。

5. がん患者の家族への看護

がん術後患者と家族への支援として、看護師はがんによる入院・手術、手術により変化した患者と家族の生活を理解したうえで、患者と家族が互いに感じていることを話し合える機会や場所の提供を行う家族関係の役割調整をはかる援助が必要である。医師の診察では治療や症状などの疾患に関する話題が多く、患者や家族の生活について聴くことは少ないため、このような点に医師と看護師の援助の専門性が発揮される場があると考えられる。

患者の心身症状と家族のQOLとの関係では、患者の心身症状が生活に支障なく経過できているほど家族は物ごとに集中することができており、患者の心身症状の程度が弱い家族ほど生活環境に健康感を感じていた。医療者は患者・家族に対して投薬や生活環境の調整により症状コントロールが可能であることを伝え、患者がそれを実践し、がんによる症状を過剰に意識せず生活していくことが家族の生活環境を整えることにつながる、と考える。

また、症状緩和に対する情報提供、家族の不安や悩みの傾聴、家族関係の役割調整も必要であるが、がん患者の家族の身体状態についても情報収集を行い、家族が自身の心身状態を適切に保ちながら、家族介護者として十分な役割が果たせるのかをアセスメントすることが必要である。しかし、実際にはすべてのがん患者の家族が患者の外来受診時に同伴しているわけではなく、家族自身の心身的・社会的な事情により、患者の外来受診に同伴しないことも多い。本研究では、患者とともに家族が外来受診に訪れたのは半数程度であった。それゆえ、がん患者の家族と直接話を行うことができない場合には、患者に家族の様子や家族関係について尋ね、介入が必要であると判断したら、家族に連絡をとることも必要であると考えられる。

IV. 本研究の課題

本研究では、全対象29組における患者・家族の回収率はおおの82.8%、72.4%と高率であったものの、有効回答率は患者79.3%、家族62.0%となり、家族の有効回答率が大幅に低下した。回答を外来受診時に回収できなかった場合は、郵送または回収ボックスによる回収であったために、家族のWHO QOL26とSTAI、この2つの尺度の回答に未記入や重複回答がみられ、これらははずれ値とした。どのような対象者であっても正確に回答が行えるような追加の説明書を添付する工夫、より簡便な尺度の選択が必要であったと考える。対象者数が少なかったことから、結果の一般化には限界があり、今後は対象者数を増やした検討

が必要である。

結 論

胃がん術後患者の家族への効果的な看護介入を見出すことを目的に、胃がん術後患者に対してがん患者の身体・精神症状、生活への支障に関する調査、家族に対してQOLと不安の程度に関する調査を行った。その結果として、胃がん患者の「もの忘れ」「食欲不振」「眠気」「口渇」の症状が強いほど、家族の仕事や家事を行う能力は低下することが明らかになった。また、胃がん患者の「睡眠障害」「食欲不振」「口渇」「ストレス」「悲しい気持ち」の症状が

強いほど、家族の集中力は低下することが明らかになった。看護師は、胃がん患者の家族が患者の心身症状に影響を受けやすいという特徴をとらえ、生活相談・指導、意思決定支援を行っていく必要がある。

謝 辞

本研究にあたり、調査にご協力いただきました対象者の皆さま、調査施設の職員の皆さまに厚くお礼申し上げます。本論文は永田倫人の2010年の山梨大学大学院医学工学総合教育部看護学専攻の修士論文（指導：水野恵理子）の一部に加筆・修正を加えたものであり、本研究の一部は第37回日本看護研究学会学術集会（横浜）で発表を行った。

要 旨

本研究の目的は胃がん術後患者の身体・精神症状、生活への支障と家族のQOLと不安の程度を把握し、これらの関連を明らかにすることである。大学病院消化器外科外来を受診している胃がん術後患者とその家族29組を対象とし、患者には心身症状を評価する質問用紙を、家族にはQOLと不安を評価する質問用紙を用いて回答を得た。その結果、胃がん術後患者の「身体・精神症状」が強く表れているほど家族の「身体的領域」におけるQOLは低下することが明らかになった。胃がん術後患者の「身体・精神症状」が強いほど家族の「特性不安」は高くなることが明らかになった。患者の症状や症状緩和に対する情報提供、不安や悩みの傾聴、家族関係の役割調整をするとともに、がん患者の家族の心身状態に関する情報収集を行い、家族が自身の心身状態を適切に保ちながら、家族介護者として十分な役割が果たせるのかをアセスメントする必要がある、と考えられた。

Abstract

The purpose of this study was to explore the psychosomatic symptoms, the difficulties of daily life, and the degree of QOL and anxiety of family members of patients with postoperative gastric cancers, and clarify the relationships among them. Twenty-nine pairs of patients who received outpatient treatment at a university hospital and their families were recruited and agreed to participate in the study. The patients responded to a questionnaire evaluating psychosomatic symptoms, and the families responded to two questionnaires on quality of life and anxiety. Relationships emerged between the gastric cancer patients' "physical and psychological symptoms" and families' "trait anxiety", and patients' "physical and psychological symptoms" and families' "physical domain" of QOL. Nurses need to offer information on relieving symptoms, listen to patients' anxieties or sufferings, coordinate family relationships, and assess families' physical conditions for family members to maintain health and be able to function as caregivers.

文 献

- 1) 厚生労働省大臣官房統計情報部：平成22年人口動態統計（上巻）。pp.200-201, 東京：厚生労働統計協会, 2012.
- 2) 三浦義正, 山本博徳：消化管癌に対する内視鏡的治療の適応と進歩。In 菅野健太郎 編：消化管癌Update — 研究・診断・治療・予防の進歩。別冊「医学のあゆみ」, pp.57-61, 東京：医歯薬出版, 2010.
- 3) 日本胃癌学会編：胃癌治療ガイドライン（医師用2010年10月改訂）[第3版]。pp.27-35, 東京：金原出版, 2010.
- 4) Portenoy, R.K., Thaler, H.T., et al.: The Memorial Symptom Assessment Scale: an instrument for the evaluation of symptom prevalence, characteristics and distress. *European Journal of Cancer*, 30A(9), 1326-1336, 1994.
[http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/the%20Memorial%20Symptom%20Assessment%20Scale_an%20instrument%20for%20the%20evaluation%20of%20](http://home.uchicago.edu/~tmurray1/research/articles/printed%20and%20read/the%20Memorial%20Symptom%20Assessment%20Scale_an%20instrument%20for%20the%20evaluation%20of%20symptom%20prevalence,%20characteristics%20and%20distress.pdf)
- 5) de Haes, J.C.J.M., van Knippenberg, F.C.E., et al.: Measuring psychological and physical distress in cancer patients: structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *British Journal Cancer*, 62, 1034-1038, 1990.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1971567/pdf/brjcancer00220-0162.pdf>
- 6) 平井和恵, 狩野太郎, ほか：量的評価にみるがん患者の倦怠感の特徴 — 臨床における倦怠感アセスメントへの示唆 —。横浜看護学雑誌, 1(1), 18-25, 2008.
- 7) 厚生労働省：がん対策推進基本計画。p.10, 2007-6-15.
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0615-1a.pdf>
- 8) 久村和穂, 松島英介, ほか：緩和ケアを受ける癌患者とその家族介護者による患者のQOL評価の一致度の検討。総合病院精神医学, 20(2), 139-148, 2008.
- 9) 武井明美, 伊藤民代, ほか：外来で化学療法を受けているが

- ん患者の不安の分析. 北関東医学雑誌, 55, 133-139, 2005.
- 10) 本間ともみ, 鳴井ひろみ, ほか: 外来で化学療法を受ける進行癌患者の家族の心理社会的問題と看護援助. 青森県立保健大学雑誌, 7(2), 271-280, 2006.
- 11) 二井谷真由美, 宮下美香, ほか: 外来で化学療法を受ける進行・再発消化器癌患者の配偶者が知覚している困難と肯定感. 日本がん看護学会誌, 21(2), 62-67, 2007.
- 12) 守田美奈子, 坂井敬介, ほか: がん患者を抱える家族のQOL. がんの臨床, 22(1), 88-94, 1999.
- 13) 中西達郎: がん患者家族の精神的負担の研究. 東京慈恵会医科大学雑誌, 115, 777-785, 2000.
- 14) 塩崎麻里子, 宮野秀市, ほか: がん患者の配偶者の用いる対処法略がストレス状態に及ぼす影響. 心身医学, 42(11), 713-720, 2002.
- 15) 白田久美子, 吉村弥須子, ほか: 食道がん手術患者の退院後の精神健康状態に特徴的に影響する要因 — 胃がん手術患者との比較 —. 大阪市立大学看護学雑誌, 3, 13-23, 2007.
- 16) 小林 愛, 宮下美香: 胃がん術後患者の配偶者のQOLに対するソーシャル・サポートの影響. 日本がん看護学会誌, 23(2), 4-12, 2009.
- 17) 肥野田直, 福原真知子, ほか: 新版STAIマニュアル. p.5, p.26, pp.30-32, 東京: 実務教育出版, 2000.
- 18) Okuyama, T., Wang, X.S., et al.: Japanese version of the MD Anderson Symptom Inventory: a validation study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 26(6), 1093-1104, 2003.
[http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(03\)00419-6/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(03)00419-6/fulltext)
- 19) 田崎美弥子, 中根允文: WHO QOL26手引改訂版. p.3, pp.10-12, pp.22-25, 東京: 金子書房, 1997.
- 20) 横山奈緒美, 折笠秀樹: 日本語版WHO/QOL26質問票の妥当性. 薬理と治療, 31(9), 737-743, 2003.
- 21) Iwata, N., Mishima, N., et al.: Positive and negative affect in the factor structure of the state-trait anxiety inventory for Japanese workers. *Psychological Reports*, 82(2), 651-656, 1998.
- 22) 水野照美, 村上礼子, ほか: 化学療法を続ける通院がん患者の家族員が体験する困難. 自治医科大学看護学部紀要, 3, 33-39, 2005.
- 23) Gaugler, J.E., Hanna, N., et al.: Cancer Caregiving and subjective stress: A multi-site, multi-dimensional analysis. *Psychooncology*, 14(9), 771-785, 2005.
- 24) 石崎裕香, 中根允文, ほか: 日本におけるWHO QOL: WHO QOL-26の一般人口における特徴. In 中根允文監修: 精神疾患とQOL. 277-291, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 2002.
- 25) 浅野美知恵, 佐藤禮子: 手術を受けたがん患者の社会復帰過程における家族員の患者支援行動と家族員への看護援助. 日本がん看護学会誌, 17(1), 25-34, 2003.

〔平成24年4月21日受 付〕
〔平成24年10月31日採用決定〕

「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の知識の概念化

Conceptualization of Nursing Knowledge Required of Newly Graduated Nurses in Intensive Care Units

今 井 多樹子¹⁾

Takiko Imai

宮 腰 由紀子²⁾

Yukiko Miyakoshi

高 瀬 美由紀²⁾

Miyuki Takase

キーワード：新人看護師，ICU，看護知識，構成概念，テキストマイニング

Key Words：newly graduated nurses, intensive care unit, nursing knowledge, conceptualization, text mining

緒 言

わが国では、医療機関の機能分化推進に伴い、高度な医療機能を有する病院では、治療を重要視した急性期病床に重点が置かれている（厚生労働省社会保障審議会医療部会，2005；石田，2007）。そのため、入院患者の重症度が高まるとともに、急性期領域における看護師の裁量権と行為の範囲が着実に拡大している。

とくに、生命危機状態にある重症患者への強力な集中的治療が施される集中治療室（Intensive Care Unit：ICU）では、病態生理学的変化が著しい患者の生命を守ることが最優先であることから、看護師にも緊急事態に即応できる生命科学関連の知識が求められている。それらは、各種モニタリング装置による観察はもとより、生命維持装置や循環作動薬を駆使した医療行為への複合的看護支援の実践と行うことができ、看護師の生命科学関連の知識が患者の治療過程に大きく影響する。

こうしたICUは、看護基礎教育を修めたばかりの新人看護師の配属先の一つとなる。しかしながら、有限の学習時間である看護基礎教育課程では、ICU看護の教育に当てられる時間はきわめて少なく、すべての学生が等しくICU看護を学習しているとは保証され難い。そのため、ICU配属の新人看護師の知識の如何では、安全で適切な看護提供への影響が懸念される。

新人看護師の早期離職理由の一つに「配属部署で必要な専門的な知識・技術の不足に悩んでいる」ことがあげられている（日本看護協会中央ナースセンター事業部，2006）。それゆえ「初心者レベル」の看護師（Benner，1984/2005）が、配属部署で求められる基礎知識を獲得することは重要課題といえ、これを確認評価できるテストは意義深い。

そこで、学生や新人看護師を対象としたICU看護の知識

に関する既存文献を検討したところ、国外ではクリティカルケア看護（Toth，1984；Oermann & Provenzano，1992；Hartshorn，1992；Messmer，Jones，& Taylor，2004）、臨床判断（Grossman，Campbell，& Riley，1996）、疼痛管理（Bourbonnais & Barnett，1992）、拘束管理（Yeh，et al.，2004）、呼吸管理（Whyte，Ward，& Eccles，2009）、症状別看護診断（Reischman & Yarandi，2002）に関する知識の獲得・保有状況が評価されていた。これらの内容は、病態生理学的変化を示す重症患者ケアを担うICU看護に深くかかわるものと考えられる。

なかでも、とくにクリティカルケア看護の知識の獲得・保有状況を評価するためのBasic Knowledge Assessment Tool（BKAT）（Toth，1984；Toth，2008）は、補完式・多肢選択式の筆記試験すなわち客観式試験で、信頼性・妥当性を備え、複数の研究に用いられていた唯一の既存テストといえ、講義・研修プログラム評価に援用されていることから、興味深い。知識・理解の評価方法には、テストが適している（植田，1996）。それゆえ補完式・多肢選択式の筆記試験であるBKATは、短期間に大勢のデータ収集・分析が可能であることから、幅広く活用されたと考えられる。

しかしながら、臓器別の構成区分でなるBKATは、その構成概念の抽出にあたり専門者会議を経ているとはいえ、その抽出過程には疑問が残る。さらにBKATのような補完式・多肢選択式の筆記試験の場合、正答を1点、誤答を0点とする2値データを作成し、当該テストに含まれる問題の正答数に基づく得点（素点）を基本としたテスト得点について、その精度や構造を分析するための、古典的テスト理論や項目応答理論に基づく項目分析が必要である（池田，2008）。にもかかわらず、BKATではこのようなテスト理論に基づく項目分析は未完のようである。

一方、国内では、学生や新人看護師の自己評価に基づく技術経験や到達度などを評価しているが、知識の獲得・保

1) 県立広島大学保健福祉学部看護学科 Prefectural University of Hiroshima Department of Nursing

2) 広島大学大学院医歯薬保健学研究院統合健康科学部門基礎看護開発学

Department of Fundamental Nursing Integrated Health Sciences Institute of Biomedical & Health Sciences Hiroshima University

有状況の評価には至っていない。その一因として、既存テストがないことはもちろん、その前提となる構成概念が帰納的に体系化されていないことが考えられた。そこで本研究では、ICU看護にかかわる専門家への面接内容から、「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の知識の概念化を試み、知識・理解の評価方法に適した補完式・多肢選択式の筆記試験の開発に資する。

I. 用語の操作的定義

- ①ICU看護：ICUで展開する生命危機状態にある患者の看護のこと、とした。
- ②「初心者レベル」の看護師：看護師は、おのおのに備わる技能修得レベルによって、初心者からエキスパートまで幅広く存在し、経験年数などで異なる。そこでBenner（1984/2005）が用いている「novice：初心者」の解釈を考慮し、看護師国家試験後の最終学年生を新卒の新人看護師に相当するものと考え、看護基礎教育課程の卒業時点の最終学年生と就業時の新卒の新人看護師のこと、とした。
- ③知識：職務上必要な能力・資質を測定評価するための人事試験で問題にされる知識とは、「職務を遂行するうえで必要な基礎的な情報の保有状態」である（森田・富田，2004）。これを考慮し、「初心者レベル」の看護師が、看護基礎教育課程の卒業時点、すなわち就業時の新人看護師としてICU看護を遂行するうえで必要な生命科学関連に関する知識のこと、とした。

II. 研究方法

1. 対 象

ICU看護に精通した集中ケア認定看護師、看護管理者、および看護師と協働する医師を対象とした。医師に関しては、新人看護師の現任教育はもちろん、看護師等養成所でICU看護の講義経験を有する者とした。また看護基礎教育課程では、教育時間の制約のなかで教育内容の精選構造化が行われている。このためICU看護の基礎知識については、看護基礎教育課程の教育内容と方法（厚生労働省医政局看護課，2011）を考慮した意見も必要と考え、ICU看護の経験を有する看護教員を対象に加えた。

以上から、本研究では総病床数500床以上を有する特定機能病院もしくは地域医療支援病院の勤務者（看護教員の場合は勤務経験者）で、ICU看護にかかわる専門家（医長、看護師長、看護教員）をあらかじめ1名ずつ選出し、その専門家を通して、ICUでの新人看護師の教育経験が豊富で、本研究の研究課題に関する知識を有する他の専門家

をsnowball式対象選択に模して紹介してもらった。対象者の選出は、分析結果からデータの飽和状況の確認をもって終了した。その結果、医師、集中ケア認定看護師を含む看護師、急性期看護担当の看護教員、あわせて計12名の協力が得られた。

2. データ収集方法

平成21年5～8月に、研究者がインタビュアーとなり、「就業時の新卒の新人看護師に就業段階に必要なICU看護の生命科学関連の知識」について何が必要と考えるか、非構造的面接法により、専門家の意見を求めた。次に、不足の意見を確認するために、現時点で最新のBasic Knowledge Assessment Tool Version 7（BKAT-7）の構成概念「cardiovascular」「monitoring line」「pulmonary」「neurology」「endocrine」「renal」「gastrointestinal」「other-infection control et al.」（Toth, 2008）のおのおのについて、「先ほどの意見の他に、就業時の新卒の新人看護師が備えているべき知識があれば、お答えください」というインタビューガイドを用いて、半構造的面接により、追加データを得るよう努めた。

3. データ分析

面接内容をテキスト化し、その内容分析を“テキストマイニング”（Text Mining：TM）で次のように行った。TMソフトウェアは、SPSS社の『PASW Modeler 13』および『Text Mining for Clementine 2.2J』（TMC）を用いた。

TMを採用した理由は、主成分分析、クラスター分析などの多変量解析を含む統計解析が可能で（李，2005）、インタビューや文章などの自然言語データから有効な情報や発見を取り出すことに大きく貢献できることによる。従来の質的研究の分析は、研究者自身の主観をよりどころとする（瀬島，2001）ため、分析過程の再現性が曖昧で主観的判断に偏る点が指摘されている。TMでは、このような質的研究における研究者の力量によって結果が異なるという信頼性の問題を解決できる（藤井，2005）。さらにTMによる分析結果は、客観的で、分析過程で用いたストリーム（データ分析の流れ）は、明示的で再現性を有することから、質的研究の弱点を補完するという強みがある。

a. データクリーニング

TMでは「概念」が分析対象となり、「概念」は「名詞」にはかならない（喜田，2008）。分析対象となる名詞を抽出するには、テキストデータの原文に戻りながら、品詞情報と分かち書き処理・形態素解析の結果を確認し、出力された名詞が分析に使用できるまでデータを精錬させる必要がある。このため、分析に先立ち、表現が異なる名詞の同義語を一つの主要語に変換し、変換後主要語として出力さ

れるまで形態素解析, 分かち書き処理, データクリーニングを交互に繰り返した。この過程では, 話し言葉特有の表記を書き言葉に改め, 研究目的に関係のない「まあ」「という」などの単語制御を行い, 「レスピレータ」「人工呼吸器」などの同義語は一つの単語に統一する主要語変換(全66語)を行ったうえで, 「致死的不整脈」などの未知語判定単語の登録(全77語)を行った。またTMCで得られた名詞は, 独立した意味をなさない単語も多く含むため, 最後に条件抽出ノードで解釈可能な名詞を抽出した。なお, TMCではデータクリーニング後, 主要語は変換後主要語として出力されるため, 本研究では, 分析に採用した名詞を「変換後主要語」と表記した。

以上のデータクリーニングは, 研究結果に大きく影響するため, 面接により収集したすべての自然言語データは, そのままTMCに投入し, テキストデータの原文に戻りながら, 単語の制御, 置換, 登録などの取捨選択を行い, 原文の内容を忠実に再現するよう尽くした。

b. 変換後主要語の分析

本研究では, TMによる内容分析を行った経営学領域の喜田(2008)の研究を参考に, 言及頻度10回以上の変換後主要語を分析対象として, 次の分析を行った。

- ①変換後主要語の言及頻度(全対象者)をまとめ, 言及頻度上位10位以内の変換後主要語を確認した。さらにTMCでは, 変換後主要語と係り先変換後主要語(共起語)との関連を, その共起頻度から, Webグラフを用いて視覚的にとらえることができる。Webグラフでは, 変換後主要語と共起語がともに起こる頻度の高さ, すなわち変換後主要語と共起語との関連の強さを, これらの語を結ぶ線の太さで示すとともに, その相対度数を求めることができる。そこで本研究では, ICU看護の知識を考えるうえで有用な概念を抽出するために, 言及頻度上位10位以内の変換後主要語のWebグラフを作成し, 共起頻度から関連(強連結)を確認した。
- ②変換後主要語の言及頻度を, 対象者の職種別(医師, 看護師, 看護教員)にまとめ, 職種による変換後主要語の特徴を確認した。
- ③変換後主要語から構成概念を抽出するために, 変換後主要語をフラグ変数化し, 藤井(2003)の研究を参考に, 主成分分析から得られた成分負荷行列に非階層型クラスタリング手法(*K*-Means)を施し(李, 2005; Tajunisha & Saravanan, 2011), クラスタリングモデルの各クラスターを構成する変換後主要語から構成概念を命名した。このフラグ変数化とは, 対象者の発言語句の中に該当する単語(変換後主要語)があれば「1」, なければ「0」, というように2つの値に数値

化することである。

c. 出力結果の信頼性と妥当性

『PASW Modeler13』およびTMCの操作(出力結果)の信頼性を確保するために, 研究者自身がSPSSのトレーニングコースを受講した。さらに出力結果と解釈の妥当性・信憑性を確保するために, データ収集と分析過程では, TMCの指導経験を有する看護教育・研究者のスーパービジョンを受けた。

またTMCでは, 抽出されたクラスタリングモデルの構成区分の適合度をシルエット係数で確認することができ, シルエット係数が.5以上であれば適合度の正当性が判断できる。そこで本研究では, 構成概念の基盤となるクラスタリングモデルの構成区分の正当性を, このシルエット係数で評価した。さらに研究の対象である専門家にもクラスタリングモデルを構成する変換後主要語と構成概念を提示し, 内容的妥当性を確認した。内容的妥当性は, 評定法を「1:非常に妥当ではない」「2:妥当ではない」「3:妥当である」「4:非常に妥当である」とする自記式質問紙で専門家のコンセンサスを確認した。

4. 倫理的配慮

広島大学大学院保健学研究科倫理審査委員会の承認を受け, 対象候補者には個別に文書および口頭で研究の趣旨を説明し, 研究参加に際して自由意志の尊重と匿名性の厳守を保障する旨説明を尽くし, 同意を得た。

Ⅲ. 結 果

1. 対象および形態素解析の概要

表1に示すように, 面接調査では12名の協力を得た。専門家らは, ICUの経験が10~29年間の医師4名(麻酔科医2名, 心臓血管外科医2名), ICUの勤務経験が2~8年間の看護師5名(看護師長2名, 副看護師長/看護師3名〔うち集中ケア認定看護師2名を含む〕), ICUの勤務経験が2~12年間の看護教員3名(うち師長経験者1名を含む)だった。

1名あたりの面接時間は平均32.9分間で, 形態素解析の結果, 全員の総計した文数は707文で, それらは延べ9,346個の形態素に分解された。得られた形態素のうち, 名詞は延べ5189個で, その主要語末尾品詞は23種だったが, 新人看護師に必要なICU看護の知識を考えるうえで解釈可能な名詞を含む主要語末尾品詞は「名詞—一般」「名詞—サ変接続」「名詞—接尾—一般」「名詞—形容動詞語幹」「名詞—副詞可能」「名詞—接尾—形容動詞語幹」「名詞—接尾—サ変接続」の7種だった。これらの名詞は延べ3,882個で, 1,130種類語だった。このうち言及頻度10回以上の

表1 対象者（専門家）および形態素解析の概要

No	職種	性別	年齢	経験年数 ICU/臨床	現在の 専門領域	インタビュー 時間	文字数	文数	形態素数
1	医師 医長	男性	54	29/29	麻酔科	28分32秒	4,435	63	878
2	医師	男性	46	20/20	麻酔科	35分10秒	3,771	83	660
3	医師 医長	男性	52	20/26	心臓血管外科	24分47秒	4,765	49	771
4	医師 医長	男性	50	10/25	心臓血管外科	46分29秒	1,588	28	337
5	看護師 師長	女性	42	4/21	ICU	23分04秒	4,322	49	678
6	看護師 師長	女性	39	2/18	循環器	37分12秒	3,560	54	646
7	看護師 副師長	女性	45	7/23	ICU 認定 ^{†a}	23分06秒	4,692	64	859
8	看護師 副師長	女性	34	4/13	循環器	30分11秒	3,856	58	748
9	看護師	女性	33	8/10	ICU 認定 ^{†a}	30分11秒	7,258	69	1,285
10	看護教員 ^{†b}	女性	47	12/26	急性期	61分00秒	10,099	105	1,285
11	看護教員	女性	48	7/17	急性期	38分49秒	9,135	60	834
12	看護教員	男性	25	4/4	急性期	16分19秒	1,989	25	365
[注] ^{†a} : 集中ケア認定看護師, ^{†b} : 師長経験あり						合 計	59,470	707	9,346

表2 出現頻度10以上の変換後主要語（名詞）54語；全対象者

順位	変換後主要語 (名詞)	出現 頻度	順位	変換後主要語 (名詞)	出現 頻度	順位	変換後主要語 (名詞)	出現 頻度	順位	変換後主要語 (名詞)	出現 頻度
1	患者	122	16	手術	24	31	危険	16	45	輸液管理	11
2	人工呼吸器	56	17	肺	23	32	スワンガンツ	14	45	正常値	11
3	薬剤	51	18	波形	22	32	メカニズム	14	45	臓器	11
4	呼吸	46	18	状態	22	32	治療	14	45	点滴	11
4	基本	46	20	カテコラミン	20	32	術後管理	14	45	アセスメント	11
6	正常	43	20	ドレーン	20	36	脈拍	13	50	出血	10
7	循環	39	22	ME機器	19	36	呼吸循環	13	50	人工呼吸管理	10
8	心臓	35	23	変化	18	38	人間	12	50	モニター	10
9	血圧	32	23	消化器	18	38	国家試験	12	50	頭	10
10	心電図	29	23	感染症	18	38	手術侵襲	12			
10	異常	29	23	疾患	18	38	症状	12			
12	解剖生理学	28	23	アラーム	18	38	観察	12			
12	術後	28	28	不整脈	17	38	影響	12			
14	腎臓	25	28	病態	17	38	脳	12			
14	データ	25	28	音（呼吸音等）	17	44	解剖	11			

名詞は延べ1,213個で、表2に示す54種類語だった。なお面接にあたって、専門家らは「新卒の新人看護師には、多くの知識を求めている」「これくらいの知識があれば十分です」などの意見を述べていた。

2. 変換後主要語の言及頻度（全対象者）

a. 言及頻度の高い変換後主要語

表2に示すように、言及頻度10回以上の変換後主要語（名詞）は54種類語で、これらのうち言及頻度上位10位以内の語は122回の『患者』を筆頭に、以下『人工呼吸器』、『薬剤』、『呼吸』／『基本』、『正常』、『循環』、『心臓』、『血圧』、『心電図』／『異常』、の順だった。

b. 言及頻度の高い変換後主要語の共起語と共起頻度

言及頻度が最多だった『患者』の共起語を求めた場合、図1に示すように他のすべての変換後主要語（53種類語）との共起頻度が100%だった。これは、『患者』が他のすべ

ての53種類語と連結していることを示す。『患者』のように、抽出された他のすべての53種類語と共起し、その共起頻度が100%だった、すなわち連結していた変換後主要語は、『人工呼吸器』『循環』でも確認できた。

次に『薬剤』の共起語を求めた場合、図2に示すように、他の37種類語との共起頻度が60%以上で、うち『点滴』『症状』『脈拍』『観察』『スワンガンツ』『危険』『メカニズム』の7種類語との共起頻度が100%だった。

以下では共起語を省略するが、『呼吸』では他の50種類語との共起頻度が70%以上で、うち16種類語との共起頻度が100%だった。『基本』では他の46種類語との共起頻度が70%以上で、うち24種類語との共起頻度が100%だった。『正常』では他の48種類語との共起頻度が70%以上で、うち15種類語との共起頻度が100%だった。これらの『呼吸』『基本』『正常』は、『患者』『人工呼吸器』『循環』について他の変換後主要語との共起率が多く、なかでも『基本』

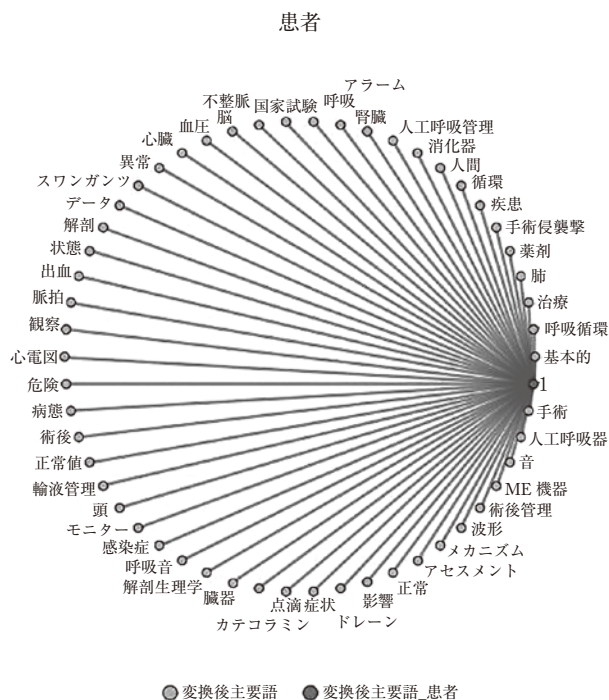


図1 WEBグラフ；患者

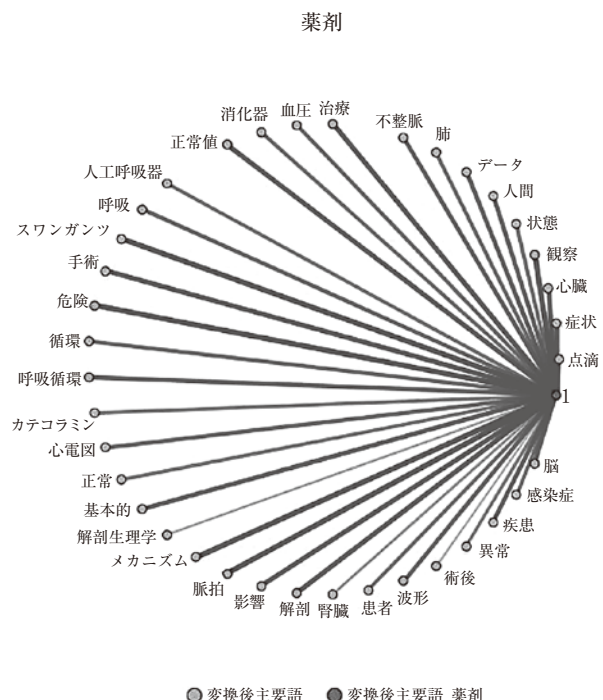


図2 WEBグラフ；薬剤

表3 出現頻度10以上の変換後主要語（名詞）：職種別

医師			看護師			看護教員		
順位	変換後主要語 (名詞)	出現 頻度	順位	変換後主要語 (名詞)	出現 頻度	順位	変換後主要語 (名詞)	出現 頻度
1	薬剤	28	1	患者	52	1	患者	45
2	基本	27	2	人工呼吸器	32	2	呼吸	15
3	心臓	25	3	正常	25	2	変化	15
3	患者	25	4	循環	17	4	循環	13
5	呼吸	19	5	異常	16	4	血圧	13
6	人工呼吸器	17	5	解剖生理学	16	4	データ	13
7	心電図	15	7	音（呼吸音等）	15	7	メカニズム	12
8	危険	12	8	血圧	14	8	解剖生理学	11
8	波形	12	8	アラーム	14	8	薬剤	11
10	肺	11	8	腎臓	14			
10	疾患	11	11	術後	13			
12	正常	10	11	ドレーン	13			
12	手術	10	11	ME機器	13			
12	不整脈	10	14	薬剤	12			
			14	状態	12			
			14	基本	12			
			14	呼吸	12			
			18	肺	11			
			18	スワンガンツ	11			
			20	カテコラミン	10			
			20	手術	10			

は、共起頻度が100%だった他の変換後主要語の数が、『患者』『人工呼吸器』『循環』について最多だった。

3. 職種による変換後主要語の特徴

表3に示すように、変換後主要語の言及頻度は、医師、

看護師、看護教員で異なった。そこで言及頻度が高い変換後主要語に着目すると、医師が14種類語のうち28回の『薬剤』を筆頭に、以下『基本』『心臓』『患者』『呼吸』『人工呼吸器』などの順だった。これに対して、看護師が21種類語のうち52回の『患者』を筆頭に、以下『人工呼吸

器』、『正常』、『循環』、『異常』／『解剖生理学』などの順で、看護教員が9種類語のうち45回の『患者』を筆頭に、以下『呼吸』／『変化』、『循環』／『血圧』／『データ』、『メカニズム』、『解剖生理学』／『薬剤』の順だった。

各職種に共通する変換後主要語は『患者』『呼吸』『薬剤』だった。一方、各職種に限られた独自の変換後主要語は、医師が『心臓』『心電図』『危険』『波形』『疾患』『不整脈』、看護師が『異常』『音』『アラーム』『腎臓』『術後』『ドレーン』『ME機器』『状態』『スワングantz』『カテコラミン』、看護教員が『変化』『データ』『メカニズム』だった。さらに各職種の特徴を見出すために、循環に関連する変換後主要語に着目すると、医師では『心臓』『心電図』『波形』『不整脈』、看護師では『循環』『解剖生理学』『血圧』『スワングantz』、看護教員では『循環』『血圧』『解剖生理学』が該当した。

4. 主成分分析およびK-Meansによる構成概念化

主成分分析は、54種類語の変換後主要語の成分負荷量が合成変数に対して関係の低いものを除外して行った。表4

表4 成分負荷行列

変換後主要語 (名詞)	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分	第5主成分
アセスメント	-.053	.269	.156	.627	-.046
アラーム	.834	.152	.177	.065	-.400
データ	-.222	.812	.089	.042	-.445
ドレーン	.035	.383	.119	.867	.013
メカニズム	.410	-.163	-.825	.123	-.148
モニター	.848	.111	.054	-.049	-.179
不整脈	.573	.170	.317	-.325	-.414
人間	-.535	.564	-.365	.007	-.109
基本的	-.441	.474	.362	.107	.324
影響	-.015	.634	.248	-.079	-.094
正常	-.097	.740	.040	-.016	.246
消化器	.467	.394	-.370	-.300	.039
状態	.650	.412	-.234	.116	.354
異常	.690	-.370	.558	.163	.161
疾患	.480	-.246	.223	-.209	.589
病態	.369	-.139	-.566	.481	.187
脈拍	.651	.087	-.413	.027	-.244
腎臓	.657	.595	-.221	-.154	-.013
臓器	.086	.450	-.251	.263	.741
術後	.666	-.177	.218	.490	.150
術後管理	.408	-.269	.717	.212	.065
観察	.485	.265	-.461	-.401	.178
解剖生理学	-.429	.620	.435	-.118	-.202
輸液管理	-.065	.747	-.067	.432	-.117
音	.091	.498	.256	-.533	.411
頭	.620	.403	.377	-.207	.275
ME機器	.834	.152	.177	.065	-.400
抽出後の負荷量平方和					
合計	6.9	5.1	3.6	2.8	2.4
分散の%	25.6	19.0	13.2	10.3	9.0
累積%	25.6	44.6	57.7	68.0	77.0

[注] 因子抽出法：主成分分析

に示すように、最終的に27種類語の変換後主要語から5個の主成分が抽出され、抽出後の負荷量平方和は全分散の77.0%だった。次に、主成分分析で得た成分負荷行列にK-Meansを施したところ、表5に示すように、5個の構成区分のクラスタリングモデルが生成された。このクラスタリングモデルのシルエット係数は.5で、構成区分の適合度が正当であることが確認できた。

全クラスターの18.5%を占めるクラスター1は、5個の変換後主要語『ME機器』『アラーム』『モニター』『不整脈』『脈拍』からなり、【モニターを介した間接的情報から異常を早期発見するための基礎知識】と命名した。

全クラスターの33.3%を占めるクラスター2は、9個の変換後主要語『アセスメント』『データ』『ドレーン』『影響』『解剖生理学』『基本的』『人間』『正常』『輸液管理』からなり、【患者の治療過程を踏まえて客観的にアセスメントするための基礎知識】と命名した。

全クラスターの14.8%を占めるクラスター3は、4個の変換後主要語『メカニズム』『状態』『臓器』『病態』からなり、【病態のメカニズムに関する基礎知識】と命名した。

全クラスターの18.5%を占めるクラスター4は、5個の変換後主要語『音（呼吸音）』『観察』『消化器』『腎臓』『頭』からなり、【直接的情報から2次的な弊害を予測するための基礎知識】と命名した。

全クラスターの14.8%を占めるクラスター5は、6個の変換後主要語『異常』『疾患』『術後』『術後管理』からなり、【術後管理に関する基礎知識】と命名した。

さらに各クラスターの命名（構成概念）の内容的妥当性を、これを構成する変換後主要語とともに対象（専門家）に確認したところ、表6に示すように、【患者の治療過程を踏まえて客観的にアセスメントするための基礎知識】における医師1名の評定を除き、他はすべて「3：妥当である」「4：非常に妥当である」だった。

表5 クラスタ分析（K-Means）による構成区分

構成区分 ^{†a}				
クラスター1 ^{†b}	クラスター2 ^{†c}	クラスター3 ^{†d}	クラスター4 ^{†e}	クラスター5 ^{†f}
モニター	データ	状態	腎臓	異常
アラーム	輸液管理	メカニズム	頭	術後
ME機器	正常	病態	消化器	疾患
脈拍	影響	臓器	音（呼吸音等）	術後管理
不整脈	解剖生理学			
	人間			
	基本			
	ドレーン			
	アセスメント			

[注] ^{†a}: シルエット係数は.5

^{†b}: モニターを介した間接的情報から異常を早期発見するための基礎知識

^{†c}: 患者の治療過程を踏まえて客観的にアセスメントするための基礎知識

^{†d}: 病態のメカニズムに関する基礎知識

^{†e}: 直接的情報から2次的な弊害を予測するための基礎知識

^{†f}: 術後管理に関する基礎知識

表6 構成概念の内容的妥当性

構成概念	対象者（専門家）の評価 ^{†a}										合計 ^{†b}
	D ^{†c}	D ^{†c}	D ^{†c}	D ^{†c}	N ^{†d}	N ^{†d}	N ^{†d}	T ^{†e}	T ^{†e}	T ^{†e}	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
モニターを介した間接的情報から異常を早期発見するための基礎知識	3	4	3	4	3	3	3	3	3	4	10
患者の治療過程を踏まえて客観的にアセスメントするための基礎知識	2	3	3	4	3	4	4	3	3	4	9
病態のメカニズムに関する基礎知識	3	3	3	4	3	3	4	4	4	4	10
直接的情報から2次的な弊害を予測するための基礎知識	3	4	3	4	3	4	3	4	3	3	10
術後管理に関する基礎知識	4	3	3	4	4	3	4	4	3	4	10

[注] ^{†a}: 評定法は「1:非常に妥当ではない」「2:妥当ではない」「3:妥当である」「4:非常に妥当である」。

^{†b}: 「1:非常に妥当ではない」「2:妥当ではない」を0点, 「3:妥当である」「4:非常に妥当である」を1点として算出。

^{†c}: 医師, ^{†d}: 看護師, ^{†e}: 看護教員

IV. 考 察

本研究テーマに関する研究が少ない状況下で、「初心者レベル」の看護師に必要な知識を正確に表現できる主要語および構成概念を、TMの手法を用いて臨床で活躍する専門家から客観的に抽出することができた。BKATの構成概念はほぼ臓器別であったが、本研究の構成概念には臓器以外の主要語も含まれたことは新たな発見と思われる。また、専門家らは「新卒の新人看護師には、多くの知識を求めている」などの意見を述べており、インタビュー時間の少なさからも、新卒の新人看護師に求める知識が限定かつ集約されていたことから、最低限必要な知識が明確に言語化できたと考える。次の考察では、今後の補完式・多肢選択式の筆記試験の開発に向けて、本研究で得られた変換後主要語と構成概念の信憑性を示し、影響力を有する変換後主要語を明確にしておきたい。これにより、問題作成の手がかりが得られ、とくに影響力を有する変換後主要語は、問題項目における重要なキーワードに相当するものと考えられる。

1. 「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の基礎知識を示す変換後主要語

a. 言及頻度の高い変換後主要語間の共起語と共起頻度

抽出した変換後主要語は54種類語だったが、言及頻度の高い上位10位以内の変換後主要語には『患者』『人工呼吸器』『循環』の強連結が影響していた。このことから、「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の基礎知識が、ICUで遭遇することが多い人工呼吸器が装着される患者の循環に関する内容で、ICU看護に則した内容であると思われる。

しかしながら、看護師養成段階では、すべての学生が等しく、人工呼吸器が装着される患者の循環に関する内容を学習していることは保証され難い。したがって、この結果は、新人看護師の早期離職理由の一つに「配属部署で必要な専門的な知識・技術の不足に悩んでいる」ことがあげられる現状を裏づけるものといえ、「初心者レベル」の看護

師が、配属部署の専門的な知識を備えることの必要性が感じられる。

また『呼吸』『基本』『正常』は、『患者』『人工呼吸器』『循環』について、他の変換後主要語との共起率が高く、なかでも『基本』は、共起頻度が100%だった他の変換後主要語の数が多かった。このことから、看護師養成段階で学べるべきICU看護の基礎知識が、患者の生命にかかわる正常な呼吸の理解など、基本的な内容であることが考えられる。

b. 言及頻度の高い変換後主要語

人工呼吸器が装着される患者の循環に関するICU看護の内容を鑑みると、言及頻度上位10位以内だった変換後主要語は必然と思われる。

上位1位の『患者』は、他のすべての変換後主要語と連結していることから、看護と切り離せない中心的概念といえる。またICUでは、人工呼吸器や薬剤を駆使した酸素化と循環の是正をはかることで、病態生理学的変化が著しい患者の生理的指標を最適状態に維持することが先決である。このため、上位2, 3位の『人工呼吸器』『薬剤』が『患者』について言及頻度が高かったことは、臨床の特性を如実に反映している。さらにICUでは、患者の生理的指標を維持するために各種のモニタリング装置による絶え間ない治療的観察が不可欠で、患者には上位9位の『心電図』が装着されることも特性の一つである。

このようにICU看護では、『人工呼吸器』『薬剤』『心電図』が必要な『患者』の看護を展開することが多く、患者の循環の変調を見逃さぬよう、人間の生理的指標を示す上位4, 6, 7, 8位の『呼吸』『循環』『心臓』『血圧』に関する生命科学関連の予備知識が求められる。それゆえ、これらの変換後主要語に附帯して『基本』『正常』『異常』の言及頻度が高いことは必然といえる。

以上のように、言及頻度の高い上位10位以内の変換後主要語から、「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の基礎知識が、ICU看護の特性を反映した呼吸と循環に関する基礎知識であることが確認できた。天羽(1979)は、

「ICUの看護師は、呼吸不全や循環不全の治療、あるいは救急蘇生などに関する基本的な知識と技術、人工呼吸器などICUで使われる機器の取り扱いなどについて心得ておく必要がある」と述べている。『血圧』『心電図』は患者の治療成果を反映する指標で、看護師の臨床判断上、重要な情報源である。上位9位に『異常』を認めることから、「初心者レベル」の看護師とはいえ、血圧や心電図から得られる数値や波形をある程度解釈し、異常時に報告ができるなど、実践的な予備知識が求められることが考えられた。

c. 各職種の変換後主要語の特徴

各職種に共通する変換後主要語は『患者』『呼吸』『薬剤』だったが、言及頻度が高かったものは、医師が『薬剤』、看護師と看護教員が『患者』と、医師と看護職で異なった。この結果には、治療を目的とする医学と生活支援を目的とする看護学という、学問領域の特性が反映していると考えられる。こうした学問領域の特性は、チーム医療の観点から把握しておく必要がある。

そこで各職種に限られた独自の変換後主要語に着目すると、医師では『心臓』『心電図』『危険』『波形』『疾患』『不整脈』と、疾患に密着した表現が抽出された。これに対して看護職では、看護師から『異常』『音』『アラーム』『腎臓』『術後』『ドレーン』『ME機器』『状態』『スワカンツ』『カテコラミン』と看護業務に密着した表現が、看護教員から『変化』『データ』『メカニズム』と理論的根拠に密着した表現が抽出された。チーム医療の観点から、疾患、看護業務、理論的根拠は、新人看護師に必要な基礎知識を考えるうえで重要なキーワードになると思われる。

さらに循環器系に関連する変換後主要語に着目すると、医師では『心臓』『心電図』『波形』『不整脈』と具体的な表現が抽出されたが、看護師と看護教員では『循環』『血圧』『解剖生理学』などと抽象的な表現が抽出された。渡辺（1998）は、看護学における解剖学教育の課題を指摘するなかで、職業教育的になりうる点を危惧しながら、学生に対してあまり細々としたことを教えずに、臨床看護につながる機能形態学を身につけさせることが基本である旨言及している。各職種の変換後主要語における表現の違いは、学問領域の違いはもとより、渡辺が言及することと関連があるのかもしれない。また、医師では上位7位に『危険』、看護師では上位5、7位に『異常』『アラーム』と、医療安全に密着した表現を認めた。患者の生命に深く関わるICU看護では、医療安全に立脚した看護実践が期待されることはいまでもなからう。新人看護師は、看護師養成段階で表面的な看護技術の遂行に偏ることなく、看護業務に密着した理論的根拠となる基礎知識を獲得し、それを医療安全に立脚した看護実践に活用することが求められる。

2. 「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の基礎知識を示す5つの構成概念

a. 構成概念の内容的妥当性

これまでの言及からもわかるように、本研究ではICU看護の実情を適切に表現できる有用な主要語が得られた。これをもとに抽出した構成概念の内容的妥当性は、基盤となるクラスタリングモデルのシルエット係数と専門家のコンセンサスから確認でき、信憑性が高いと考える。

日本看護協会（2013a/2013b）は、ICU看護にかかわる集中ケア認定看護師の「集中ケア」について、「生命現象の危機状態にある人間の反応に対処する看護」と明示し、その知識と技術の一部として「生命の危機状態にある患者の病態変化を予測した重篤化の予防」と説明している。このように認定看護師に求められるレベルを新人看護師に求めることはできないが、新人看護師とはいえ、ICUでは患者の病態変化を予測し、重篤化を回避するための基礎知識を有する必要はある。ゆえに本研究で得られた構成概念は、この点を反映し、内容的妥当性が高いものと思われる。

b. 影響力を有する成分（変換後主要語）からみた構成概念の特徴

本研究の知見を筆記試験の作成につなげるには、構成概念とこれをなす変換後主要語の重要度を把握しておく必要がある。そこで影響力を有する成分（変換後主要語）からみた構成概念の特徴について、考察を加えたい。

変換後主要語の重要度に関しては、主成分分析の成分負荷行列が参考になる。主成分分析で得られた第1主成分と第2主成分は、全分散の44.6%を占めた。全分散の25.6%を占める第1主成分で0.4以上の負荷量を示す成分（変換後主要語）は、『モニター』『アラーム』『ME機器』『異常』『術後』『腎臓』『脈拍』『状態』『頭』『不整脈』『観察』『疾患』『消化器』『メカニズム』『術後管理』であることから、看護師に必要なICU看護の知識を総合的に示す主成分と解釈できる。なかでもとくに、第1主成分で0.8以上の負荷量を示す『モニター』『アラーム』『ME機器』は、最も影響力をもつ成分（変換後主要語）と考えることができる。これらの『モニター』『アラーム』『ME機器』は、『脈拍』『不整脈』とともに【モニターを介した間接的情報から異常を早期発見するための基礎知識】をなす変換後主要語である。したがって、この構成概念は「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の基礎知識において最も重要度が高いと思われる。

ICU看護師が異常を判断するまでの思考プロセスを調査した研究では、5つの思考パターンが抽出され、それには「自分で判断するより前にモニターのアラームや他のスタッフの気づきにより異常を判断する」「観察とモニター

のアラームを手がかりに異常を判断する」が見出されている（岩田ら，2005）。このことから、『モニター』『アラーム』『ME機器』は、異常の判断すなわち患者の生命を守るうえで最も重要なキーワードといえ、これらの変換後主要語でなる構成概念の重要度が最も高いことは必然と考える。

しかしながら、重症患者ケアを担うICU看護は、基礎教育では講義、演習、実習にあてられる時間はきわめて少ない。このため、『モニター』『アラーム』『ME機器』に関する知識を「初心者レベル」の看護師が備えていないことが考えられる。ゆえに臨床で活躍する専門家が、看護師養成段階で修得し難い教育内容と考えられる『モニター』『アラーム』『ME機器』といった、生命維持観察に寄与する基本的な知識を求めていることが本研究で示されたことは新たな発見といえ、これらの内容を筆記試験に取り入れることは、意義深いと考える。

次に、全分散の19.0%を占める第2主成分で0.4以上の負荷量を示す成分（変換後主要語）は、『データ』『輸液管理』『正常』『影響』『解剖生理学』『腎臓』『人間』『音』『基本』『臓器』『状態』『頭』であることから、看護実践上の理論的根拠を示す主成分と解釈できる。なかでもとくに、第2主成分で0.8以上の負荷量を示す『データ』は、影響力をもつ成分（変換後主要語）になると考えることができる。この『データ』は、『輸液管理』『正常』『影響』『解剖生理学』『人間』『基本』とともに【患者の治療過程を踏まえて客観的にアセスメントするための基礎知識】をなす変換後主要語である。したがって、この構成概念は「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の基礎知識において2番目に重要度が高いと思われる。

クリティカルケア領域の臨床看護師が新人看護師に期待する看護実践能力を調査した研究では、卒直後の新人看護師に期待される看護実践能力が、観察能力と論理的な思考過程に基づく基本技術の遂行であることが示されている（今井・池田，2009）。患者の状態を把握するうえで、『データ』は理論的根拠を示す重要なキーワードといえ、この変換後主要語でなる構成概念の重要度は、看護師の基本技術遂行において必然と考える。

ハイテクノロジー看護の概念分析を行った研究では、看護における5つの先行要件が抽出され、それには「生命機能の治療的監視の必要性」「高度医療機器を熟知する能力」「高度医療機器の精通さ」が見出されている（船山，2003）。ハイテクノロジー看護すなわちICU看護では、重篤な生命状態にあり、強力な集中的治療が施される患者を対象としている。このため看護師は、患者の病態生理学的変化を見逃さぬよう、各種モニタリング装置による絶え間ない観察はもとより、生命維持装置や循環作動薬を駆使し

た医療行為への複合的看護支援の実践が求められる。それゆえ『モニター』『アラーム』『ME機器』『データ』が強い影響力をもつことは必然といえ、新人看護師の場合、高度医療機器を熟知し精通することにつながる基本的な知識が求められることが考えられる。

また、第1主成分で0.4以上の負荷量を示す成分（変換後主要語）のうち『状態』『メカニズム』は【病態のメカニズムに関する基礎知識】、『腎臓』『頭』『消化器』『観察』は【直接的情報から2次的な弊害を予測するための基礎知識】、『異常』『術後』『疾患』『術後管理』は【術後管理に関する基礎知識】をなす変換後主要語だった。これらの成分（変換後主要語）は、おのおのの構成概念において影響力を有すると考えることができる。これらの構成概念の重要度を、第1主成分に含まれる変換後主要語数で考えると、【術後管理に関する基礎知識】【直接的情報から2次的な弊害を予測するための基礎知識】【病態のメカニズムに関する基礎知識】の順に重要度が高いと思われる。

とくにICUでは、開心術や開頭術など、身体侵襲の大きい術後患者が頻繁に入室するため、看護師が術後の生体反応に関する予備知識を有することは重要である。新人看護師の場合、配属当初から心臓血管外科の術後患者を受け持つことはないが、基礎教育で学ぶ範囲で、周手術期の知識を備えておく必要はある。たとえば、術後の身体侵襲に伴う体液変動の機序を知らなければ、術後のアセスメントには至らない。また、手術のように、積極的な治療過程にある患者は、主要疾患に留まらず、2次的な弊害を続発するケースも多い。とくに脳神経、腎臓、消化器は、2次的な弊害を受けやすい臓器であるがゆえに、患者の病態生理学的変化のメカニズムに関する知識は重要である。このように『状態』『メカニズム』『腎臓』『頭』『消化管』『観察』『異常』『術後』『疾患』『術後管理』が影響力を有することは、臨床の特性を反映していることによるものと考えられる。

前述した、ICU看護師が異常を判断するまでの思考プロセスを調査した研究では、他にも「看護アセスメントから異常を判断する」「断片の情報から重要性を察知して異常を判断する」が見出されている（岩田ら，2005）。このことから、【直接的情報から2次的な弊害を予測するための基礎知識】【病態のメカニズムに関する基礎知識】は、ICU看護におけるアセスメント力や察知力を支える基礎知識と考えることができる。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、TMを用いて多肢選択式の筆記試験の開発という研究課題を解決するための学問的な情報を臨床から忠実に探索することができた。TMの研究法の位置づけは仮説探索型の分析であり、定量調査によって仮説を検証し

てゆくための前段階で用いてこそその威力が発揮できる(野村, 2003)。したがって、本研究で得られた変換後主要語と構成概念を用いて筆記試験を開発し、定量調査によって検証することが今後の課題である。

また、筆記試験の作成にあたっては、構成概念をなす変換後主要語は、問題項目の重要な手がかりとなる。とくに、影響力を有すると考えられた成分(変換後主要語)は、今後のテスト開発につながる重要なキーワードになると思われる。「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の基礎知識の内容は、わが国の看護基礎教育では指定規則の教育内容に示される専門基礎分野の「人体の構造と機能」「疾病の成り立ちと回復の促進」に相当する。病態生理学的変化を示す重症患者ケアを担うICU看護において、「初心者レベル」の看護師が、看護実践の理論的根拠をなす専門基礎分野の獲得・保有状況を確認評価することは、安全で適切な看護・医療に資するものと考えられる。

なお、本研究テーマである筆記試験の開発に向けた「知識」の概念化にあたり、当該の研究は十分とはいえず、研究の追試と集積が望まれる。このため文献数が少ないことに起因する研究の限界は必然と考える。今後は、本研究における知見の信憑性を研究方法を含めて検討することが課題と思われる。

V. まとめ

専門家12名から得た926文をTMで分析した結果、得ら

れた知見は以下の変換後主要語と構成概念だった。これらは臨床におけるICU看護の実情を反映し、信憑性が高いと思われた。

1. 言及頻度の高い上位10位以内の変換後主要語は、『患者』を筆頭に、以下『人工呼吸器』『薬剤』『呼吸』『基本』『正常』『循環』『心臓』『血圧』『心電図』の順で、『患者』『人工呼吸器』『循環』の強連結が影響していた。職種別の特徴として、医師が疾患、看護師が看護実践、看護教員が理論的根拠に密着した表現であるように思われた。医師、看護師では医療安全に密着した表現を認めた。
2. 得られた構成概念は、【モニターを介した間接的情報から異常を早期発見するための基礎知識】【患者の治療過程を踏まえて客観的にアセスメントするための基礎知識】【術後管理に関する基礎知識】【直接的情報から2次的な弊害を予測するための基礎知識】【病態のメカニズムに関する基礎知識】で、この順に重要度が高いと考えられた。構成概念をなす変換後主要語のうち『モニター』『アラーム』『ME機器』『データ』を筆頭に、『状態』『メカニズム』『腎臓』『頭』『消化管』『異常』『術後』『疾患』『術後管理』は、影響力をもつ成分(変換後主要語)になると考えられた。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解くださり、調査にご協力いただきました専門家の皆様に心よりお礼申し上げます。

要 旨

新卒の新人看護師に就業段階で必要なICU看護の知識の概念化を目的とし、医師、看護師、看護教員からなる専門家12名を対象に面接調査を行い、テキストマイニングで分析した。その結果、言及頻度が高い変換後主要語は『患者』を筆頭に、以下『人工呼吸器』『薬剤』『呼吸』『基本』『正常』『循環』『心臓』『血圧』、『心電図』・『異常』、『解剖生理学』・『術後』の順で、『患者』『人工呼吸器』『循環』との強連結を認めた。さらに主成分分析とK-Meansによる類型化から、【モニターを介した間接的情報から異常を早期発見するための基礎知識】【患者の治療過程を踏まえて客観的にアセスメントするための基礎知識】【病態のメカニズムに関する基礎知識】【直接的情報から2次的な弊害を予測するための基礎知識】【術後管理に関する基礎知識】が見出され、人工呼吸器装着患者が多いICU看護独自の対象理解に資する構成概念を得た。

Abstract

The present study aimed to clarify nursing knowledge required of newly graduated nurses in intensive care units (ICUs). Data were collected by interviewing 12 specialists comprising doctors, nurses practicing in ICUs, and teachers at nursing schools. The interview transcripts were analyzed by text mining.

The results showed that the most frequently cited word regarding nursing knowledge required in ICUs was “patient”, followed by “respirator”, “drug”, “breath”, “basis”, “somatic normal”, “circulation”, “heart”, “blood pressure”, “electrocardiogram”, “somatic aberration”, “dissection physiology”, and “post-operation”. Furthermore, a strong association was identified between the words “patient”, “respirator”, and “circulation”. Using principal component analysis and cluster analysis (K-Means), these data were classified into the following five categories: “Basic knowledge required to detect early signs of somatic disorders

through monitoring”; “Basic knowledge required to objectively assess patients based on their recovery processes”; “Basic knowledge about the mechanism of disease”; “Basic knowledge required to predict secondary complications from current information”; and “Basic knowledge about postoperative nursing care”.

These categories reflect specific nursing knowledge required to care for patients in ICUs, who often require mechanical ventilation.

文 献

- 天羽敬祐 (1979). ICU重症患者の看護と治療. p.7, 京都: 金芳堂.
- Benner, P. (1984) / 井部俊子 (2005). ベナー看護論 — 初心者から達人へ (新訳版). pp.11-32, 東京: 医学書院.
- Bourbonnais, F.F. and Barnett, J.W. (1992). A comparative study of intensive therapy unit and hospital nurses' knowledge on pain management. *Journal of Advanced Nursing*, 17(3), 362-372.
- 船山美和子 (2003). ハイテクノロジー看護に関する概念分析. 日本看護科学会誌, 23(2), 22-31.
- 藤井美和 (2003). 大学生のもつ「死」のイメージ: テキストマイニングによる分析. 関西学院大学社会学部紀要95号, 145-155.
- 藤井美和 (2005). テキストマイニングの特徴. In 藤井美和, 小杉考司, 李政元 (編): 福祉・心理・看護のテキストマイニング入門. pp.24-26, 東京: 中央法規.
- Grossman, S., Campbell, C., and Riley, B. (1996). Assessment of clinical decision-making ability of critical care nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 15(5), 272-279.
- Hartshorn, J.C. (1992). Evaluation of a critical care nursing internship program. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 23(1), 42-48.
- 池田 央 (2008). 項目に関する情報の記録. In 日本テスト学会 (編): テスト・スタンダード — 日本のテストの将来に向けて. pp.194-197, 東京: 金子書房.
- 石田昌宏 (2007). 病床機能分化の推進と平均在院日数の短縮. In 見藤隆子, 石田昌宏, 大串正樹, 北浦暁子, 伊勢田暁子: 看護職者のための政策過程入門. pp.70-71, 東京: 日本看護協会出版会.
- 今井多樹子, 池田敏子 (2009). クリティカルケア領域における臨床看護師が新人看護師に期待する看護実践能力. 日本看護学会教育学会誌, 19(1), 29-44.
- 岩田幸枝, 國清恭子, 千明政好, 星野悦子, 鶴田晴美, 荒井真紀子, 斎藤やよい (2005). 異常を判断したICU看護師の思考パターンの分析. 群馬保健学紀要, 26, 11-18.
- 喜田昌樹 (2008). テキストマイニング入門 — 経営研究での活用. p.27, 東京: 白桃書房.
- 厚生労働省医政局看護課 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q.html>
- 厚生労働省社会保障審議会医療部会 (2005). 医療提供体制に関する意見. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/12/dl/s1208-3b.pdf>
- Messmer, P.R., Jones, S.G., and Taylor, B.A. (2004). Enhancing Knowledge and self-confidence of novice nurses: the “Shadow-A-Nurse” ICU Program. *Nursing Education Perspectives*, 25(3), 131-136.
- 森田昭次郎, 富田博実 (2004). 地方公務員採用・昇任試験必携. pp.3-12, 東京: 学陽書房.
- 日本看護協会 (2013a). 認定看護師教育>集中ケア学科. Retrieved from <http://www.nurse.or.jp/nursing/education/nintei/gakka02.html>
- 日本看護協会 (2013b). 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者>認定看護師. Retrieved from <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>
- 日本看護協会中央ナースセンター事業部 (2006). 2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書. p.3, 日本看護協会. Retrieved from https://www.nurse-center.net/html1/sm01/SM010801_S1701.html
- 野村義明 (2003). テキストマイニング. ヘルスサイエンス・ヘルスケア, 3(1), 42-43.
- Oermann, M.H. and Provenzano, L.M. (1992). Students' knowledge and perceptions of critical care nursing. *Journal of Critical Care Nurse*, 12(1), 72-77.
- Reischman, R.R. and Yarandi, H.N. (2002). Critical care cardiovascular nurse expert and novice diagnostic cue utilization. *Journal of Advanced Nursing*, 39(1), 24-34.
- 李 政元 (2005). 主成分分析・クラスター分析. In 藤井美和, 小杉考司, 李政元 (編): 福祉・心理・看護のテキストマイニング入門. pp.90-93, 東京: 中央法規.
- 瀬田克之, 杉澤康晴, 大滝純司, 前沢政次 (2001). 質的研究の背景と課題 — 研究手法としての妥当性をめぐって —. 日本公衆誌, 48(5), 339-343.
- Tajunisha, N. and Saravanan, V. (2011). An efficient method to improve the clustering performance for high dimensional data by Principal Component Analysis and Modified K-means. *International Journal of Database management Systems*, 3(1), 196-205.
- Toth, J.C. (1984). Evaluating the use of the Basic Knowledge Assessment Tool (BKAT) in critical care nursing with baccalaureate nursing student. *Journal of nursing scholarship*, 16(3), 67-71.
- Toth, J.C. (2008). OFFICIAL SITE OF THE BKAT. Retrieved from <http://www.bkat-toth.org/index.html>
- 植田 稔 (1996). 評価法の選択. In 東洋, 梅本堯夫, 芝 祐順, 梶田毅一 (編): 現代教育評価事典. pp.522-523, 東京: 金子書房.
- 渡辺 皓 (1998). 看護職に必要な生命科学の視点とは 看護学における人体構造学教育の現状と展望. 看護実践の科学, 4, 53-57.
- Whyte, J.I.V., Ward, P., and Eccles, D.W. (2009). The relationship between knowledge and clinical performance in novice and experienced critical care nurse. *Heart & Lung*, 38(6), 517-525.
- Yeh, S.H., Hsiao, C.Y., Ho, T.H., Chiang, M.C., Lin, L.W., Hsu, C.Y., and Lin, S.Y. (2004). The effects of continuing education in restraint on novice nurses in intensive care unit. *Journal of Nursing Research*, 12(3), 246-256.

〔平成24年5月25日受 付〕
〔平成24年12月25日採用決定〕

中規模病院の看護管理者における コンピテンシー評価尺度の開発

Development of a Nursing Administrator's Competency Assessment Scale (NACAS)
for Nursing Administrator in Mid-Size Hospitals

本 村 美 和¹⁾ 川 口 孝 泰²⁾
Miwa Motomura Takayasu Kawaguchi

キーワード：中規模病院，看護管理者，看護管理者のコンピテンシー，評価尺度

Key Words：mid-size hospitals, nursing administrator, nursing administrator's competency, assessment scale

緒 言

今日の医療の高度化・複雑化，患者の高齢化，患者家族の意識の変化，入院期間の短縮化による看護業務密度の高まりなど，日本における医療環境は急激に変化している。そのなかで抱える問題は多岐にわたり，とくに医療機能の分化・連携，かかりつけ医の役割重視，在宅医療の推進など中規模病院の役割・機能の拡大が求められている。中規模病院は，地域の医療ニーズに対応し，他の医療機関との役割分担も考慮しながら，これまで以上に地域に密着した医療を提供していく必要がある（厚生労働省，2007）。

厚生労働省（2010）によると，病院規模の分類に法的根拠はなく，一般的に中規模病院は200～300床未満としている。日本全国に病院は9,122施設あり，そのうちの1,124施設が中規模病院である（2010年10月1日現在）。病床の種類別では，「一般病床」が病院の全病床数の56.7%を占める。病院の管理体制の特徴として，理事長ないし病院長をトップにして副院長が院長を補佐する役割をとりながら，診療部門，看護部門，事務部門等がおかれている。看護管理組織の指示命令系統は看護部長以下の看護部だけの人間から出されることになるが，他の会社組織と異なる特徴として，診療上の医師の指示と看護管理組織の指示の指揮系統の二元構造があげられる。そのため中規模病院はトップの意向に強く影響され，病院長，事務長等の指揮命令系統も加わり，複雑な階層性の組織構造的特性をもっている（久米・久米・村川，2010）。

中西（2003）は，「組織は大規模になればなるほど，官僚機構の性格を帯び，小規模の場合は，トップ・マネジメントの意向によって看護管理者行動が規定される度合いが

大きい」と述べている。中規模病院の看護管理者の役割としては，地域と密着し住民の健康を支える役割を担うことほかに，複雑な指揮系統の調整をする役割など，看護管理者の役割は多岐にわたり，新人看護師や中堅看護師の離職防止，看護師の看護実践能力の向上，個人特性や看護職員のワークライフバランスに配慮することも含まれている。日本における中規模病院の役割から，中規模病院の看護管理者のあり方は看護の質や医療の質，今後の在宅医療に影響を与える，と言っても過言ではない。

日本における看護管理者の育成は，組織のニーズによる研修参加やOJT（On-the-Job Training）で行われることが多い。資質と能力の担保と向上のため，日本看護協会が「看護管理者」と明記して看護管理者の研修を行うようになったのは1962年からである（南，2003）。看護職の研修参加などに関する研究では，看護管理者9割以上が研修等へ参加の希望と意欲をもっていることが明らかにされている（三浦・平尾・館山，2006）。しかし，研修や教育を受ける機会がある看護管理者は病院規模で格差があり（山内ら，2009），とくに中規模病院に勤務する看護管理者は，費用・時間的負担・研修会参加日の補助要員の確保が困難等の理由から，積極的に参加できない状況である（早川ら，2005）。研修内容についても，中規模病院の看護管理者は，中規模病院向けの研修を受けたいと考えている（菊池・川畑，2010）。これらの問題を考慮した施設規模に応じた継続教育の体制の整備や，看護管理者の育成のシステム構築が求められている。したがって，中規模病院の看護管理者に求められる資質と能力を明らかにし，その人材育成のモデルを検討することは喫緊の課題である。

米国では，次世代の看護管理者はどのような能力をも

1) 筑波大学人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程

Doctoral Program in Nursing Science, Graduate School of Comprehensive Human Science, University of Tsukuba

2) 筑波大学医学医療系 Faculty of Medicine, University of Tsukuba

ち、どのように育成すべきかについて「コンピテンシー」という概念を用いて検討している（勝山，2010）が、看護管理者のコンピテンシーを評価するツールは確立されていない（Bradshaw & Merriman, 2008; Dolan, 2003; Merotoja & Leino-Kilpi, 2001; Watson, Stimpson, Topping, & Porock, 2002）。松下（2010）によれば、日本の看護界においてコンピテンシーは主にMcClelland（1973）の「高業績者の行動特性」という概念を背景に論じられている（作田・坂口，2005；坂口ら，2006；仁木ら，2011）。看護管理者のコンピテンシーについては、松下（2010）がMcClellandの概念を用いて大規模病院の看護師・看護師長・看護部長のコンピテンシーを、真下・小澤・菅田・井上（2009）が看護部長・副看護部長のコンピテンシーをそれぞれ検討しているが、看護管理者のコンピテンシーの評価ツールの作成までには至っていない。ほかにも評価ツールの作成や看護師・看護管理者のコンピテンシーの測定が試みられているが、いずれも調査対象地域が限定的で、かつ調査対象人数が7～25人と小数調査であり、その評価ツールの信頼性・妥当性の検証までには至っていない（市川・櫻庭・坂本・北川，2006；菅田・田中・末田，2009；大場・栗塚・森山，2007）。また、これらのなかに中規模病院の看護管理者のコンピテンシーを検討したものは見あたらない。

管理能力とは、組織のなかで責任ある役割を担うことを望むことであり（Schein・荒尾，2007），看護管理組織は、その成り立ちの根底には理念に基づく目標があり、その目標達成のために組織がつくられ、各職務が設定される。本来は、看護管理組織も理念に直結した目標があり、看護管理者は理念を具現化して充足する役割が期待されている。この職務に期待されている要件は“成果責任”である。コンピテンシーは、高業績者の行動特性としてとらえるのではなく、成果責任を生み出すための必要能力要件としてとらえられることが、組織における人材育成の理念である（Hersey & Blanchard, 1977／山本・成田・水野，1978）。地域医療を担う中規模病院の看護管理者が看護業務を遂行するうえで生み出すべき成果に対する責任を果たすことで、日本の医療が直面している環境の変化に耐えうる看護管理組織の組織化がはかられる（Vecchio, 1995）。日本においては、次世代の地域医療の中核となるための中規模病院の看護管理者がどのような資質、能力をもっているかに関する研究はきわめて少ない（勝原，2000；野本，2008）。病院組織の最大の集団を形成する看護職者の存在は、病院の効果的な運営のためにも必須の事項である。さらに、その管理組織の成果責任を伴う概念としての「コンピテンシー」を兼ね備えた看護管理者の育成は、とくに重要課題である。したがって、今後の地域医療を担うための人材育成の指標となる「看護管理者のコンピテンシー評価尺度」

の開発は、病院機能の発展と向上に大きな役割を果たすものとして期待される。

I. 研究目的

本研究の目的は、これからの地域医療の要となる、中規模病院の『看護管理者のコンピテンシー評価尺度：Nursing Administrator's Competency Assessment Scale』（以下、NACAS）を作成し、その信頼性・妥当性を検証することである。

II. 用語の概念規定

1. 看護管理者

本研究で扱う「看護管理者」とは、その看護職者が所属している施設において、看護部長・副看護部長・看護師長の職位任用を受けている者とする。

2. 看護管理者のコンピテンシー

看護管理者のコンピテンシーとは、「組織を構成している一人ひとりの当該組織の問題解決過程において、成果責任を伴う実践であり、構成員自らが、個と全体を内省しながら、環境との相互交渉ができるような能力」と定義した（McMullan et al., 2003; White, 1959; 1960；武野，2000；本寺，2000）。

3. 中規模病院

厚生労働省において、中規模病院と位置づけられる病床数は「100床以上299床以下」や「300床以上500床以下」等と幅がみられている。本研究においては、厚生労働省が行っている「病床の規模別にみた施設数及び構成割合の年次推移」の調査データを参考に、病床別の施設規模数の割合の変動を概観し、調査開始の1987年から継続して安定した施設数を維持している病床数である「200～299床」を中規模病院と定義した（厚生労働省，2007）。

III. 研究方法

A. 質問項目原案の作成

看護分野におけるコンピテンシーの定義は、2000年以降に構築され始めた（Bradshaw, 1997; 1998; 2000）。そこで、概念を明確にするため2000年以降の文献を用いて文献検索を行った。文献検索の二次資料データベースとして、欧文はCINAHL（Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature）（2000～2010.6）とPubMed（2000～2010.6）の2つ、和文は『医学中央雑誌』（医中誌Web Ver. 4：1983～2009）を

用いた。英語論文検索の結果、[nurse (ing)] and “competence (ies) (y)” and “measure (ment)” or “scale” の検索ワードの組み合わせで該当した125文献中、日本で入手できる112文献をすべて収集した。また、和文では「看護師“コンピテンシー”“コンピテンス”」の検索ワードの組み合わせを用い、検索された原著論文総数19文献をすべて入手し分析した。欧文61文献については、曖昧な総説や論考、研究者の思索などを中心にまとめられたものとして、すべて除外した。また同様に、コンピテンシーの定義が述べられていなかった論文、コンピテンシーの定義が同じで、同一の研究者であった43文献を除外した。最終的に、欧文は7文献について、和文は2文献、看護管理者および管理者に特化したコンピテンシー研究4文献を用いて、看護管理者に求められるコンピテンシー内容を抽出した。これらコンピテンシー内容抽出に用いた文献は、表1に示すとおりである。

入手した論文を独自に作成した分析フォーマットを用いて整理し、看護管理者経験年数が5年から20年の範囲にある看護管理者5名と、看護管理者教育の実績のある研究者1名、共同研究者1名の7名により、質的帰納的内容分析法を用いて行った。なお看護管理者経験年数の設定には、Benner (1996) を参考にした。内容抽出の前提となる分析フォーマットはSchwartz-Barcott & Kim (2000) による分析方法を参考に作成した。

具体的な分析方法としては、入手した論文においてコンピテンシーの概念定義を抽出した。次に、概念定義に含ま

れている鍵言語を整理分類した。さらに論文中文脈のなかで、その鍵言語について説明されており解釈が可能な範囲を抽出し、類似した内容を集合させ、集合させた文脈の用法および範囲の特定を行った。それらを研究者全員で、看護管理者のコンピテンシーに関する質問項目として適しているか否かを検討した。適していると判断されたもののみを参考に、質問項目を作成した。その後、中規模病院看護管理者5名（看護部長2名、副看護部長1名、看護師長2名）にヒアリングを行った。下位尺度および各質問項目は、その内容妥当性、表現の明確性、質問項目配列の適切性、回答のしやすさ等を検討し、質問項目の表現を精選し、尺度構成のための準備項目として90項目の質問紙を作成した。程度を問う選択肢の表現には、程度量用語を用い、「十分に実践している（5点）」「かなり実践している（4点）」「わりに実践している（3点）」「あまり実践していない（2点）」「全く実践していない（1点）」の5段階で回答可能な表現に統一して作成した。これらの研究概要は、図1に示すとおりである。

B. 調査対象と方法

1. 調査対象者と対象者を得る方法

調査対象とした施設は、層化無作為抽出法を用いて2010年度全国病院一覧のなかから、一般病床を有する中規模病院1,124施設より500施設を抽出した。具体的には1,124施設

表1 看護分野におけるコンピテンシーについて内容抽出に用いた文献一覧

著 者	論文名（欧文7文献）
Manley & Garbett (2000)	Paying Peter and Paul: reconciling concepts of expertise with competency for a clinical career structure. <i>Journal of Clinical nursing</i> , 9, 347-359.
Watson, Stimpson, Topping, & Porock (2002)	Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 39(5), 421-431.
Fordham (2005)	Using a competency based approach in nurse education. <i>Nursing Standard</i> , 19(31), 41-48.
Shewchuk, O'Connor, & Fine (2005)	Building an understanding of the competencies needed for health administration practice. <i>Journal of Healthcare Management</i> , 51(32), 32-47.
Rebholz (2006)	A review of methods to assess competency. <i>Journal for Nurses in Staff Development</i> , 22(5), 241-245.
Whelan (2006)	Competency assessment of nursing staff. <i>Orthopedic Nursing</i> , 25, 198-202.
Scott (2008)	Competency in nursing: A concept analysis. <i>Journal of Continuing Education in Nursing</i> , 39(2), 58-64.
著 者	論文名（和文2文献）
細川 (2005)	平成15年度医学・福祉共同研究論文：看護師長（課長）・主任（係長）の昇格・昇任基準の作成および有効性の検証. 済生908, 49-55.
井部ら (2007)	病院管理における看護管理者の位置づけと機能のあり方 — 副院長のコンピテンシーと看護職副院長の評価に関する病院長の認識. 病院管理, 44(3), 313-317.
著 者	論文名（看護管理者および管理者に特化したコンピテンシー4文献）
Boyatzis (1982)	<i>The competent manager: A model for effective performance</i> . 23, New York: Wiley.
Margerison (2001)	Team competencies. <i>Team Performance Management</i> , 7(7/8), 117-122.
Grigoryev (2006)	Hiring by competency models. <i>The Journal for Quality and Participation</i> , 29(4), 16-19.
Montier, Alai, & Kramer (2006)	Measuring and evaluating: Competency models develop top performance. <i>Training and Development</i> , 47-50.

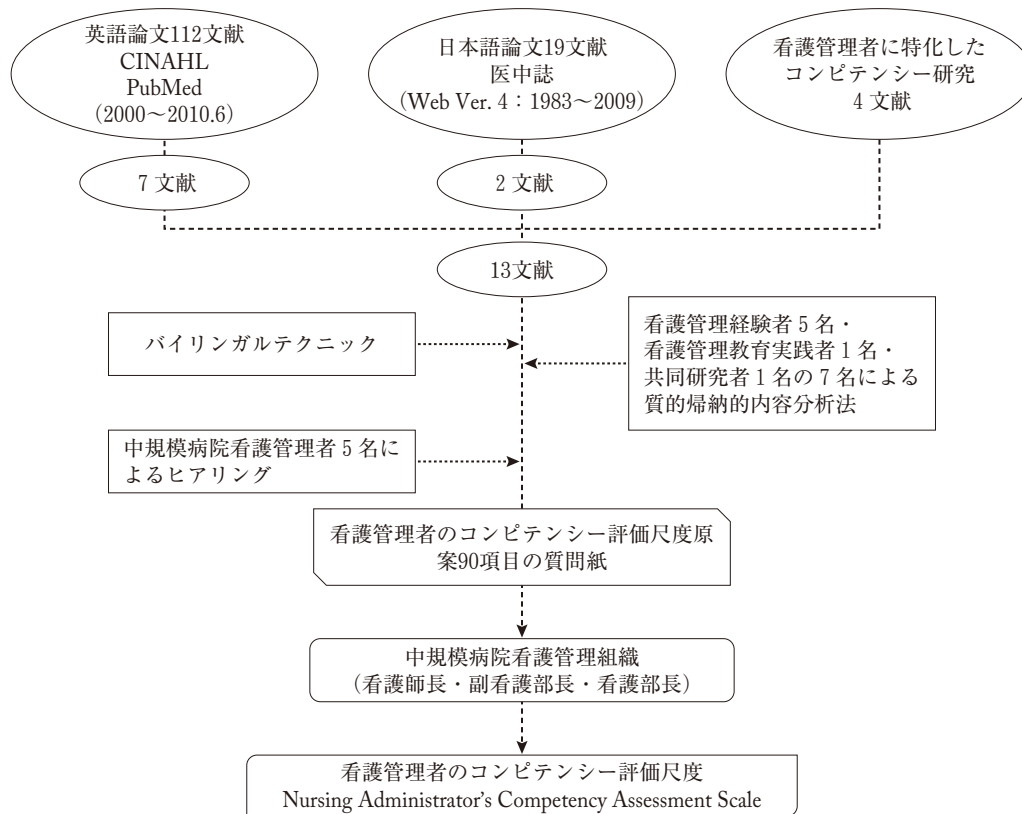


図 1 本研究の概要

の病院名を『Microsoft Excel』に入力しRAND関数機能を使用し乱数を発生させ、半数の562施設を抽出した。その後、所在地を確認する作業において病院が合併や閉院などになっていた62施設を除き500施設を調査対象とした。看護部長または管理責任者に返信用封筒を用いて研究協力を依頼し、回答書により協力の確認と対象者数を確認した。調査対象者として看護管理者2,592名（看護部長330名，副看護部長354名，病棟勤務の看護師長1,908名）を得た。

2. 調査方法・倫理的配慮

データ収集期間は、2010年12月～2011年4月であった。研究協力の得られた330病院の看護部長に、無記名自記式質問紙を郵送し、対象者への配布を依頼した。研究では9週間後に再テスト法による検討を行うため、色分けした2回分の質問紙に同一の調査番号と回答時期をあらかじめ記載し、色分けした別々の封筒に入れ、それらをさらに1つの封筒に封入して配布を依頼した。対象者には、研究の主旨と目的、回答は無記名で、データはコンピュータで統計的に処理するので、個人を特定できないこと、研究の目的以外ではデータ使用しないこと、調査への参加は自由意志であることを説明した文書を質問紙に添付した。個別郵送で回収し、質問紙の返信をもって同意を得られたものとした。研究は筑波大学大学院に設置された「研究倫理委員

会」の承認を2010年9月2日に得て実施した。

3. 分析方法

統計パッケージ『IBM SPSS Statistics ver.18.0 J』を使用し、以下の統計分析を行った。なお、有意水準は5%とした。

- ①項目分析：NACAS原案の質問ごとに平均と標準偏差を算出して天井・床効果について検討し、Item-Total 相関の確認を行った。
- ②因子分析：NACAS原案の質問項目の一貫性を確認し、その構造を明らかにするため、探索的因子分析（主因子法・プロマックス回転）を実施した。
- ③信頼性の検証：安定性の検証のために、9週間の間隔を空けてNACAS原案に対する調査を2度実施した。下位尺度得点ごとにPearsonの積率相関係数を算出し、内的整合性の検証では各尺度のCronbachの α 係数を評価した。
- ④妥当性の検証：構成概念妥当性では、文献を用いた内容分析の結果と因子分析、対象の職位等によるNACAS原案得点の変化を分析し検討した。

IV. 結 果

1. 質問紙の回収率と対象者の概要

研究参加の承認を得た全病院から回答が得られた。質問紙の回収数はNACAS原案1,943票（回収率75%）、9週間後に実施した再検査426票（回収率16.4%）であった。回答に半数以上が欠損のあるもの520票を除外し、さらにNACAS原案の回答項目に1つでも欠損値のあるもの22票を削除し、男性38票を除いた結果、NACAS原案有効回答数は1,414票（回収率54.6%）、再検査有効回答数は375票（回収率14.5%）を分析に用いた。回答者の属性は表2に示すとおりで、平均年齢50.0歳、管理職在職の平均年数は8.8年であった。

表2 対象者の概要

項 目	人 数	(%)
(n = 1,789)		
年代		
30代以下	119	(6.7)
40代	604	(33.8)
50代	997	(55.7)
60代	69	(3.9)
平均値 ± 標準偏差	50.04 ± 6.8	
中央値 (25% - 75%)	51 (46 - 55)	
職位		
看護師長	1,197	(66.9)
副看護部長	300	(16.8)
看護部長	292	(16.3)
性別		
女性	1,789	(100.0)
管理職在職年数		
平均値 ± 標準偏差	8.8 ± 7.0	
中央値 (25% - 75%)	7.0 (3.0 - 13.3)	

[注] 数値は人数。() 内は有効回答数に占める割合。

2. 看護管理者のコンピテンシー評価尺度の開発

a. 質問項目の検討と因子分析

NACAS原案の各項目における天井・床効果の確認を行った。天井効果を示す質問項目が6項目あり、内容を確認し削除した。I-T相関の確認を行ったが削除すべき項目はなく、84項目を使用した。KMOの標本妥当性は.971、データが因子分析に適合していることを確認した。次に、因子分析のスクリープロットや解釈可能性に沿って、4因子構造が妥当であると考えられたため、主因子法・プロマックス回転による因子分析を行った。

84質問項目相互の相関係数は.13から.84の範囲であった。相関係数が.7以上を示した質問項目の組み合わせ52組について質問項目相互の内容を検討し、類似性があると判断した39項目を削除した。最終的に適切な質問項目として45項目を選定した。いずれの因子についても、原則とし

て因子負荷量が.40以上の項目を採用し、複数の因子に対して重複した負荷を示した項目は除外した。利用時に簡便性と看護管理者のコンピテンシーの定義に関連するかどうかについて内容的妥当性と構成概念妥当性の観点から項目選定を行い、最終的に4因子各項目合計25項目を採用した。

表3に該当の25項目に対する因子分析の結果を示す。回転前の4因子25項目の全分散を説明する割合は59.26%であった。第1因子は8項目で構成され、看護管理者の問題に対するコンピテンシーを表わしていることから〈問題対処行動CP〉と命名した。第2因子は8項目で構成され、看護管理者のコミュニケーションや対人関係に関するコンピテンシーを表わしていることから〈対人関係CP〉と命名した。第3因子は5項目で構成され、看護管理者の病院全体の方針や目標などの実現のために取り組むコンピテンシーを表わしていることから〈目標設定CP〉と命名した。第4因子は4項目で構成され、看護管理者が情報を得る対応のコンピテンシーを表わしていることから〈情報収集CP〉と命名した。

b. 下位尺度間の関係性と内的整合性の検討と再検査

NACASの4つの下位尺度に相当する項目の平均値を算出した。信頼性について、尺度の内的一貫性を表わすCronbachの α 係数と時間的安定性を表わす再検査の信頼性の観点から検討した結果、〈問題対処行動CP〉 $\alpha = .92$ 、〈対人関係CP〉 $\alpha = .88$ 、〈目標設定CP〉 $\alpha = .86$ 、〈情報収集CP〉 $\alpha = .78$ と十分な値が得られた。再検査信頼性について確認するために、下位尺度間ごとに相関係数を算出した。その結果を表4に示す。いずれもかなり高い数値を示し、尺度の安定性はほぼ満たされることが確認できた。いずれの下位尺度次元においても、十分な内的一貫性、再検査信頼性をもつことが確認できたことから、これらの尺度は安定した特性を測定していると考えられる。

c. 妥当性の検討

内容的妥当性を検討するため、中規模病院看護管理者3名（看護部長1名、看護師長2名）に対して、NACASの4つの下位尺度および質問項目の25項目に関してヒアリングを行った。その結果、下位尺度の命名および質問項目に関して、全員から適当であるとの回答を得た。

構成概念妥当性を検討するため、職位別にNACASの下位尺度ごとの平均値、SD、を算出し、多重比較によって職位による差が見られるかどうか検討した。その結果を表5に示す。多重比較の結果は、〈問題対処行動CP〉は看護師長、副看護部長、看護部長それぞれで差があり、〈対人関係CP〉は看護師長、副看護部長と看護部長で有意差があり、〈目標設定CP〉は看護師長、副看護部長と看護部長で差があり、〈情報収集CP〉は、看護師長、副看護部長、看護部長それぞれで有意差があった。

表3 看護管理者のコンピテンシー評価尺度の因子分析結果（プロマックス回転後の因子パターン）

(n = 1,789)

					全職位		看護師長		副看護部長		看護部長			
項目内容（パターン行列）					I	II	III	IV	mean	SD	mean	SD	mean	SD
問題対処行動コンピテンシー（α = .92）														
1	手堅く問題を解決している。				.89	-.03	-.03	-.02	3.6	0.75	3.5	0.72	3.6	0.73
2	素早く問題解決をしている。				.88	-.01	-.08	-.02	3.7	0.78	3.6	0.76	3.8	0.69
3	迅速に解決策を策定し、問題を処理している。				.87	-.13	-.03	.06	3.9	0.73	3.8	0.74	3.9	0.69
4	葛藤を恐れず問題から逃げていない。				.79	.04	-.06	.04	3.7	0.79	3.7	0.75	3.7	0.86
5	起こった問題の因果関係を探り、何が真の問題かを明確にしている。				.66	.01	.15	.02	3.9	0.73	3.8	0.74	3.9	0.72
6	過去の事例や情に流されず、安易な解決策を出していない。				.57	.13	.18	-.09	3.7	0.77	3.6	0.76	3.7	0.79
7	怖がらずに信念をもって勇気ある決断をしている。				.49	.07	.17	.09	3.7	0.83	3.6	0.72	3.7	0.87
8	常に達成できると信じて行動している。				.42	.08	.27	-.01	3.8	0.79	3.7	0.77	3.9	0.80
対人関係コンピテンシー（α = .88）														
9	相手が話しやすい雰囲気をつくっている。				-.19	.94	.03	-.03	4.1	0.74	4.0	0.73	4.2	0.69
10	相手の意見を否定せず尊重している。				.04	.85	-.07	-.13	4.1	0.69	4.1	0.68	4.2	0.72
11	相手の話を聞くための場や時間を設けている。				-.12	.68	.04	.18	4.1	0.76	4.0	0.76	4.0	0.76
12	相手の表情の変化、身なり、体調などに関心をもっている。				.04	.59	-.04	.19	4.3	0.62	4.2	0.61	4.2	0.62
13	どの相手に対しても同じ目線で話している。				.05	.58	.13	-.12	4.1	0.77	4.0	0.76	4.0	0.75
14	相手に伝わったかどうか確認している。				.24	.54	-.09	.04	3.9	0.75	3.9	0.70	3.7	0.90
15	スタッフの声を聞き、合意をとっている。				.13	.50	.05	.04	4.1	0.62	4.1	0.61	4.1	0.66
16	新人スタッフが職場になじむように配慮している。				.11	.40	.09	.16	4.2	0.68	4.2	0.66	4.1	0.69
目標設定コンピテンシー（α = .86）														
17	何をやればよいのかよくわかる計画を立てている。				.03	.05	.84	-.10	3.7	0.76	3.6	0.74	3.7	0.70
18	病院全体の方針を反映した計画づくりをしている。				.00	.06	.77	-.07	3.9	0.80	3.8	0.79	3.8	0.73
19	コストなどの予算の裏づけをとっている。				-.08	-.08	.74	.11	3.7	0.91	3.6	0.85	3.6	0.93
20	今後の方向を明確にしている。				.13	.04	.74	-.04	3.8	0.80	3.6	0.75	3.9	0.81
21	目標達成に向けて強い意志をもっている。				.18	.02	.40	.11	4.1	0.69	4.0	0.67	4.1	0.71
情報収集コンピテンシー（α = .78）														
22	積極的に他の部署をまわり、自らあいさつしている。				.02	-.08	-.01	.76	3.8	0.95	3.6	0.95	3.9	0.87
23	よく職場を歩きまわって、スタッフ・患者・家族に声をかけている。				.02	.20	-.18	.65	3.9	0.74	3.9	0.70	3.9	0.90
24	関係業務の情報や人材情報の収集活動を常にしている。				-.01	-.13	.38	.59	3.7	0.84	3.5	0.81	3.7	0.90
25	実際にその場に出かけて、自分の目と耳とで生の情報を収集している。				.03	.03	.02	.55	4.2	0.70	4.1	0.69	4.2	0.72
因子相関行列					I	II	III	IV						
					I	—	.61	.74	.63					
					II		—	.59	.58					
					III			—	.60					
					IV				—					

[注] 因子抽出法：主因子法，回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法。
 回転前の4因子での25項目の全分散を説明する割合は59.26%。因子負荷量が.40以上のものを太字表記した。

表4 看護管理者のコンピテンシー評価尺度の下位尺度間相関と平均、SD、 α 係数、再検査

	問題対処 行動CP	対人関係 CP	目標設定 CP	情報収集 CP	平均	SD	α 係数	再検査（9週間後）		
								平均	SD	α 係数
問題対処行動CP		.63*	.77*	.62*	3.74	0.62	.92	3.71	0.63	.92
対人関係CP	.63*		.60*	.58*	4.09	0.52	.88	4.08	0.53	.89
目標設定CP	.73*	.58*		.58*	3.81	0.64	.86	3.81	0.63	.87
情報収集CP	.59*	.55*	.57*		3.87	0.63	.78	3.88	0.62	.78

[注] 斜線の左下は原案のPearsonの相関係数，右上は再検査のPearsonの相関係数である。*： $p < .01$

表5 看護管理者CP評価下位尺度と職位別における多重比較

	職位別下位尺度得点 (mean ± SD)			p 値		
	①看護師長 (n = 1,194)	②副看護部長 (n = 300)	③看護部長 (n = 292)	① vs ②	① vs ③	② vs ③
問題対処行動CP	3.65 ± 0.60	3.76 ± 0.59	4.06 ± 0.61	.021*	< .001*	< .001*
対人関係CP	4.04 ± 0.51	4.07 ± 0.53	4.34 ± 0.49	1.000	< .001*	< .001*
目標設定CP	3.72 ± 0.60	3.80 ± 0.61	4.20 ± 0.65	.146	< .001*	< .001*
情報収集CP	3.78 ± 0.60	3.90 ± 0.68	4.23 ± 0.56	.007*	< .001*	< .001*
CP総得点	15.21 ± 1.94	15.53 ± 2.02	16.84 ± 1.81	.032*	< .001*	< .001*

[注] 多重比較はBonferroni法による。*: $p < .05$

V. 考 察

1. NACASの信頼性と妥当性

今回作成したNACASは、信頼性と構成概念妥当性が高く、質問も25項目、4下位尺度と少ないことから、汎用性の高い尺度であると考えられる。再テスト法による信頼性については α 係数が.92～.78の範囲であり、再現性にかかわる信頼性は保持されていると考えられた。構成概念妥当性を検討するために、職位別のNACASの得点変化では看護部長→副看護部長→看護師長の順に平均値が有意に高かった。看護管理組織はピラミッド型あるいは階層型組織であり、組織の規模が小さい場合、トップマネージャーは多くの情報を一元的に集約することになり、調整、管理、意思決定、コミュニケーションといった仕事をすべて担うことになる(高木, 1985)。また、看護管理者に求められるコンピテンシーは、その立場に立って役割遂行していく過程において、日々実践を重ねることによって培われていくと考えられる。原井(2005)の調査においても、職位の高さと仕事に関する能力の高さは一致すると報告されていることから、職位の違いから尺度得点に差が生じた、と推測される。このことによっても尺度の有用性が示唆されたと考えられる。

2. 看護管理者コンピテンシー評価尺度の構造

NACASは、〈問題対処行動CP〉〈対人関係CP〉〈目標設定CP〉〈情報収集CP〉とそれぞれ命名した4因子で構成された。

内容から〈問題対処行動CP〉因子は、管理職として有能な者は一連の組織活動の様々な問題の存在を、その活動にかかわる人々の人間関係における相互作用のなかで問題解決に有効な知識や情報や手段を提供するとされており(Gibb, 1954; Gronn, 2002)、この因子は看護管理者の当該組織の問題状況に対する解決や判断力や適応力の認識を示しており、組織から期待されている管理職としての問題解決に関連する役割行動を示している(Delery & Doty, 1996)。

〈対人関係CP〉因子は、組織における人間関係で信頼関

係を形成する重要な要素としてのコミュニケーションの認識を示していた(宮田, 2005)。Schwartz(1992)によれば、この信頼関係を中間管理職は組織における調和と秩序としてとらえ重視するとされており、上司と部下に対して対等なパートナーとしての役割を担おうと考え、個人の独立した思考や行動よりそれらを優先される、としている。このことは、表5に示した下位尺度得点の職位別変化の結果において、看護師長と副看護部長の得点が近似していることから推察できる。

Schein(1983)の組織内における個人のキャリア発達段階によれば、〈目標設定CP〉因子は、職場に適応し組織のなかでキャリアを培ってきた中期キャリアから後期キャリアに位置する人がもつ課題である。この課題は、自分の能力や技術を組織に役立て、他者に対して強い影響力をもち、組織の未来への展望に責任をもつことであり、高い成果責任を伴う、とされている。本研究のコンピテンシーは成果責任を伴う概念であるため、今回の結果は妥当であったことが推察される。

Montalvo(2009)によれば、〈情報収集CP〉因子は看護管理者の組織を展望するために必要な能力として、情報収集につながる積極的なコミュニケーションと、周囲への配慮が必要である、と述べられているが、行動として見出された諸研究はなかった。本尺度において、周囲に対する能動的なコミュニケーションと、新人看護師への配慮が現職の看護管理者行動としてとらえることができたことは、これまでの研究では得られなかった新規性と言える。この尺度は4因子および全項目の信頼性係数も高く、内的妥当性および構成概念妥当性が確認され、十分に使用できる尺度であると考えられる。

3. 看護管理者のコンピテンシーに影響する要因

看護部長のNACAS得点が看護師長や副看護部長より有意に高かったのは、当該組織全体を展望する視野の広さが影響している。中規模病院における看護部長は、病院および看護管理組織の健全な運営を理念や目標とし、将来の見通しと戦略の明確化、成果達成に必要な資源獲得のための

内・外部交渉や活動調整を役割遂行しているためである (Yukl, 2005)。

Clark (2004) によれば、副看護部長は組織として個人の可能性の実現と組織の効率性の追求とのバランスに重点を置く、とされている。副看護部長が対人関係において意見を聞く態度を示したことは、部下や上司の個人の認識を確認することであり、看護部長に次ぐ職位として、組織の効率性を考慮しつつ、看護部長に意見する役割であった、と考えられる。

看護師長は、スタッフ看護師の直属の上司である。直近の部下が多い上司の課題として「個人の目的と組織の目的を同時に達成し統合する」という役割がある (高木, 1985)。しかしながら、今回の調査では特徴的な傾向は確認できなかった。Zaleznik (1997) によれば、職位がいちばん下の管理者が成長するには、経験と感受性豊かな上司との相互交流が必要である、と述べている。今回の調査対象は中規模施設に勤務する看護師長であり、スタッフ看護師が不在の場合は自らがスタッフ業務にかかわる場合もある。中規模病院の看護師長は、看護管理者としてのコンピテンシーを成長させる機会が少ない。成長は環境によって異なり、個人の組織内キャリアは、年齢や勤続年数の増加につれて自然と達成されるものではなく、管理職になるための各人の努力が必要である。それゆえに同一地位・役割でも、人が異なれば違ったように遂行される (若林, 2006)。人的資源管理の視点から、管理者育成として、中規模病院向けの看護管理者継続教育によってコンピテンシーを高めていくことは必須であることが示唆された。

4. 尺度活用可能性と今後の課題

本尺度を縦断的に使用することで、看護管理者の登用から人材育成における評価の指標として活用できると考える。しかし、具体的な教育支援の方法に関しては、今後の課題である。また、自己評価の他に部下と上司と相互評価を実施し、その結果を比較することにより、認識の相違や支援の方向性を把握し介入することも可能になると考える。さらに組織を対象とした場合は、変革への有益な情報を得ることができると考える。本研究は、看護管理者のコンピテンシーという概念に着目し、質問項目の抽出を行った。その際に、文献からの質問項目の抽出の過程にお

いて、中規模病院という病院の規模を限定はしてはいない。今後は、大規模病院および小規模病院、有床診療所等といった施設規模別に看護管理者に求められるコンピテンシーについて調査を行いながら、本研究において開発したNACASが、さらに中規模病院の看護管理者に特化した評価尺度となり得るように、NACASを精練していく必要がある。今後の課題は、今回作成したNACASの25項目において、さらなる信頼性と妥当性の検討を行い、標準化に向け、看護管理者のコンピテンシー評価ツールとしてどのような場面で活用可能かの検討を進めるとともに、今後の医療に求められる中規模病院に適した看護管理者の教育プログラムの開発につなげる必要がある。

VI. 結 論

本研究では、全国の中規模病院の看護管理者1,789名の調査から、中規模病院の看護管理者に求められる『看護管理者のコンピテンシー評価尺度：NACAS』を作成し、その信頼性と妥当性について検討し、以下の結果を得た。

1. NACASは25項目からなり、〈問題対処行動CP〉〈対人関係CP〉〈目標設定CP〉〈情報収集CP〉の4因子で構成されていた。
2. NACASはCronbachの α 係数.7以上、再テスト法による信頼係数は全項目で.5以上であった。妥当性は構成概念妥当性、内容的妥当性により検証し確認した。

以上のことから、『看護管理者のコンピテンシー評価尺度：NACAS』の中規模病院の看護管理者における有用性が示唆された。

謝 辞

本研究にご協力くださった看護管理者の皆さまに深く感謝申し上げます。とくに、再テスト法の実施時期が東日本大震災と重なったにもかかわらず、多くの看護管理者の皆さまより調査にご協力いただいたことは感涙にむせぶ思いです。本当にありがとうございます。

なお、本研究は本村美和の筑波大学大学院人間総合科学研究科看護科学専攻博士後期課程に提出した博士論文（指導：川口孝泰）の一部に加筆・修正したものである。

要 旨

本研究は、中規模病院の看護管理者に求められる『看護管理者のコンピテンシー評価尺度 (NACAS)』を開発することを目的とした。調査は、看護管理者に求められるコンピテンシーの要素を探索するため、熟練看護師による内容妥当性の検討を行った。その後、看護管理者1,789名を対象に、評価尺度を構成する質問項目を作成するための調査を実施し、コンピテンシー評価尺度25項目を抽出した。これらの項目について因子分析を行った

結果、4因子が抽出された。第1因子は〈問題対処行動〉、第2因子は〈対人関係〉、第3因子は〈目標設定〉、第4因子は〈情報収集〉であった。各因子の信頼性は、Cronbach's alpha係数値では.78～.92、再テスト法では.58～.77 ($p < .05$)となり、当該尺度が、内的整合性および安定性を確保していることが示された。また、本調査で得た尺度得点は、上位の職位ほど有意に高い結果となった。

Abstract

The present study aimed to develop a Nursing Administrator's Competency Assessment Scale (NACAS) for nursing administrator in mid-size hospitals. Survey content validity was verified by skilled nurses, in order to confirm the competency elements required of nursing administrators. A further survey was subsequently conducted on 1,789 nursing administrators in order to construct the question items constituting the NACAS. Factor analysis of the resulting 25 items revealed the following 4 factors: 1) coping behavior, 2) human relationships, 3) goal-setting, and 4) information gathering. Cronbach's alpha for the 4 factors was .78-.92 and test-retest reliability was .58-.77 ($p < .05$), demonstrating internal consistency and stability of the scale. Furthermore, a significant positive correlation was observed between the scores obtained in the present study and employment position.

文 献

- Benner, P. (1996). Expertise in Nursing Practice clinical Judgment and Ethics. 142-169, Springier Publishing.
- Boyatzis, R.E. (1982). *The competent manager: A model for effective performance*. 23, New York: Wiley.
- Bradshaw, A. (1997). Defining "competency" in nursing (part I): a policy review. *Journal of Clinical Nursing*, 6(5), 347-354.
- Bradshaw, A. (1998). Defining "competency" in nursing (part II): an analytical review. *Journal of Clinical Nursing*, 7(2), 103-111.
- Bradshaw, A. (2000). Competence and British nursing: a view from history. *Journal of Clinical Nursing*, 9(3), 321-329.
- Bradshaw, A. and Merriman, C. (2008). Nursing competence 10 years on: fit for practice and purpose yet?. *Journal of Clinical Nursing*, 17(10), 1263-1269.
- Clark, M.J. (2004). Learning the organization model for health system analysis for new nurse administrators. *Nursing leadership forum*, 9(1), 28-36.
- Delery, J.E. and Doty, D.H. (1996). Modes of Theorizing in Strategic Human Resource Management: tests of universalistic, contingency and configurationally performance predictions. *Academy of Management Journal*, 39(4), 802-835.
- Dolan, G. (2003). Assessing student competency: will we ever get it right?. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 132-141.
- Fordham, A.J. (2005). Using a competency based approach in nurse education. *Nursing Standard*, 19(31), 41-48.
- Gibb, A.C. (1954). Leadership. In Lindzey, G. (Eds.), *Handbook of Social Psychology*. (2), 877-917.
- Grigoryev, P. (2006). Hiring by competency models. *The Journal for Quality and Participation*, 29(4), 16-19.
- Gronn, P. (2002). Distributed leadership as a unit of analysis. *The Leadership Quarterly*, 13, 423-451.
- 原井新介 (2005). 中高年従業員仕事能力把握ツール開発研報告書. 91-93. 独立行政法人高齢・障害者雇用支援機構.
- 早川ひと美, 上泉和子, 鄭 佳紅, 中村恵子, 石鍋圭子, 平尾明美, 木浪智佳子, 伊藤日出男, 川崎勝枝 (2005). 看護管理者教育ファーストレベル教育の評価 — 修了者の動向から. 青森県立保健大学雑誌, 6(1), 103-105.
- Hersey, P. and Blanchard, K.H. (1977) / 山本成二, 成田 攻, 水野基 訳 (1978). 入門から応用へ: 行動科学の展開 — 人的資源の活用. 77-111, 東京: 日本生産性本部.
- 細川清純美 (2005). 平成15年度医学・福祉共同研究論文: 看護師長(課長)・主任(係長)の昇格・昇任基準の作成および有効性の検証. 済生908, 49-55.
- 井部俊子, 嶋森好子, 畠中智代, 正木義博, 松本はる美, 柴田秀子 (2007). 病院管理における看護管理者の位置づけと機能のあり方 — 副院長のコンピテンシーと看護職副院長の評価に関する病院長の認識 —. 病院管理, 44(3), 313-317.
- 市川官子, 櫻庭真美, 坂本みよ子, 北川芳子 (2006). 主任看護師のコンピテンシー分析 — コンピテンシー測定調査票を使用して. 日本看護学会論文集 (看護管理), (36), 291-293.
- 勝原裕美子 (2000). 米国看護管理者の新たな役割と挑戦課題 AMERICAN NURSE ADMINISTRATORS: NEW ROLES AND CHALLENGE. 病院管理, 37(4), 335-342.
- 勝山貴美子 (2010). 日本における次世代の看護管理者教育とは何か? アメリカのプログラムの学びを通して. 大阪府立大学看護学部紀要, 16(1), 20-32.
- 菊池悦子, 川畑貴美子 (2010). 埼玉県内の中小規模病院の看護管理者の学習と情報交換の場に関するニーズ. 埼玉県立大学紀要, 12, 67-71.
- 厚生労働省 (2007). 第4章 これからの健康づくりと医療～医療構造改革の目指すもの～. 厚生労働白書. Retrieved from <http://www.whakusyo.mhlw.go.jp/wpdocs/hpax200701/b0135.html>
- 厚生労働省 (2010). 平成22年医療施設(動態)調査・病院報告の概況. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/10/dl/shisetsu.pdf>
- 久米和興, 久米龍子, 村川由加里 (2010). 病院看護部の組織構造の特徴に関する一考察. 山形保健医療研究, 13, 95-104.
- Manley, K. and Garbett, B. (2000). Paying Peter and Paul: reconciling concepts of expertise with competency for a clinical career structure. *Journal of Clinical nursing*, 9, 347-359.
- Margerison, C. (2001). Team competencies. *Team Performance Management*, 7(7/8), 117-122.
- 真下綾子, 小澤未緒, 菅田勝也, 井上幸子 (2009). PFI導入による経営環境変化に対応するために発揮された看護管理者のコンピテンシー. 日本看護管理学会誌, 13(2), 31-40.
- 松下博宣 (2010). 病棟経営の要=看護師長を支える仕組みづくりを — 人間力を支えるシステム (総特集=看護師長を育てる, 支える — マネジメントラダー構築を中心に). 看護, 63(7), 12-17.
- McClelland, D.C. (1973). Testing for competence rather than for intelligence. *The American psychologist*, 28(1), 1-14.
- McMullan, M., Endacott, R., Gray, M., Jasper, M., Miller, C. Scholes,

- J., and Webb, C. (2003). Portfolios and assessment of competence: A review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 41 (3), 283-293.
- Merotoja, R. and Leino-Kilpi, H. (2001). Instruments for evaluating nurse competence. *Journal of Nursing Administration*, 31, 346-352.
- 南 裕子 (2003). 第1章 看護管理者と認定看護管理者制度 — 論点1: 認定看護管理者制度の変遷. In 井部俊子, 中西睦子 編: 看護管理概説. 看護管理学習テキスト1, 5-7, 東京: 日本看護協会出版会.
- 三浦博美, 平尾明美, 館山光子 (2006). 介護老人福祉施設に勤務する看護職への応急処置・救命処置研修のあり方に関する検討. *日本救急看護学会誌*, 7(2), 38-47.
- 宮田美紀 (2005). 中高年看護職者のキャリア発達に影響を及ぼす要因の検討. *看護・保健科学研究誌*, 5(1), 113-122.
- Montalvo, I. (2009). Developing a Quality Landscape. *Nursing Management*, 40(10), 16-18.
- Montier, R., Alai, D., and Kramer, D. (2006). Measuring and evaluating: Competency models develop top performance. *Training and Development*, 47-50.
- 本寺大志 (2000). コンピテンシーマネジメント. 58-66, 東京: 日本経団連出版.
- 中西睦子 (2003). 看護管理者に必要な知識体系. In 井部俊子, 中西睦子 編: 看護管理概説. 看護管理学習テキスト1, 71-95, 東京: 日本看護協会出版会.
- 仁木恵美子, 勝見真澄, 高木日登美, 大久保春枝, 野本美津子, 石掛恵子, 近藤ときえ (2011). 中間管理者のマネジメント能力向上への支援のあり方 — マネジメントラダー認定結果からの考察. *市立札幌病院医誌*, 70(2), 69-74.
- 野本百合子 (2008). 看護の専門職性に関する研究の動向と課題 — 2002年から2007年に発表された海外の研究に焦点を当てて —. *愛媛県立医療技術大学紀要*, 5(1), 1-7.
- 大場和子, 栗塚美帆, 森山陽子 (2007). 中規模急性期病院におけるコンピテンシーモデルの評価 — コンピテンシーモデルを目標管理に使用して. *日本看護学会論文集 (看護管理)*, (37), 376-378.
- O'Shea, K. (2002). *Staff development nursing secrets*. 175, Philadelphia: Hanley & Belfus.
- Rebholz, M. (2006). A review of methods to assess competency. *Journal for Nurses in Staff Development*, 22(5), 241-245.
- 坂口桃子, 作田由美, 新井 龍, 中嶋美和子, 田村美恵子, 木川真由美, 村井嘉子 (2006). 看護師のコンピテンシー — 患者・看護師・医師からの情報に基づいて. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 4(1), 12-18.
- 作田裕美, 坂口桃子 (2005). 救急初療に働く看護師のコンピテンシーの特徴. *日本臨床救急医学会雑誌*, 11(3), 14-20.
- Schein, E.H. (1983). The Role of the Founder in Creating Organizational Culture. *Organization Dynamic*, 13-28.
- Schein, E.H., 荒尾貴正 (2007). エドガー.H. シャイン博士講演会レポート「キャリア・アンカー」および「職務・役割プランニング」という考え方. *キャリアガイダンス*, 39(2), 50-53.
- Schwartz, S.H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theatrical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in Experimental Social Psychology*, 25, 1-65.
- Schwartz-Barcott, D. and Kim, S. (2000). An expansion and elaboration of the hybrid model of concept development. In Rodgers, B.L. and Knafl, K.A. (Eds.). *Concept development in nursing: Foundation, techniques and applications*. 2nd Edition, Philadelphia: W.B. Sanders.
- Scott, T.D.D. (2008). Competency in nursing: A concept analysis. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(2), 58-64.
- Shewchuk, R., O'Connor, S., and Fine, D. (2005). Building an understanding of the competencies needed for health administration practice. *Journal of Healthcare Management*, 51(32), 32-47.
- 菅田幸江, 田中菜穂, 末田博子 (2009). リーダー会によるリーダーとしての意識向上の変化. *山口県看護研究学会学術集会プログラム集録*, (8), 79-81.
- 高木春夫 (1985). 個人と組織の統合のための理論的フレームワーク. *慶應義塾経営管理学会*, 6(1), 1-21.
- 武野 昭 (2000). 人と組織を変えるコンピテンシー入門 — 社員の実力を測る新しい人事評価・育成モデル. 32-46, 東京: オーエス出版.
- Vecchio, R.P. (1995). *Organizational Behavior*. 3rd ed., 1-18, The Dryden Press.
- 若林 満 (2006). 組織内キャリア発達とその環境. *経営行動科学*, 19(2), 77-108.
- Watson, R., Stimpson, A., Topping, A., and Porock, D. (2002). Clinical competence assessment in nursing: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 421-431.
- Whelan, L. (2006). Competency assessment of nursing staff. *Orthopedic Nursing*, 25, 198-202.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66(5), 297-333.
- White, R.W. (1960). Competence and the psychosexual stages of development. In Nebraska symposium on motivation. 97-141, Lincoln: University of Nebraska Press.
- 山内加絵, 長畑多代, 白井みどり, 松田千登勢, 榮木教子, 緒方敏子, 白川美保子, 藤井紀久子, 藤本陽子, 矢田みゆき, 山田静子 (2009). 介護保健施設における看護ケアの実施 状況及び研修ニーズに関する実態調査. *大阪府立大学看護学部紀要*, 15(1), 31-42.
- Yukl, G.A. (2005). *Leadership in Organization*. 6th ed, 315-336, Prentice Hall College Div.
- Zaleznik, A. (1997). Managers and ledgers: Are they different? *Harvard Business Review*, 67-78.

〔平成24年3月2日受 付〕
〔平成25年1月10日採用決定〕

精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度の開発

Development of An Intervention Scale Measuring Psychiatric Patient-Nurse Relationship

柴田 裕子¹⁾

Yuko Shibata

杉田 聡²⁾

Satoru Sugita

キーワード：尺度開発，患者・看護師関係，ペプロウ看護論

Key Words：scale development, patient-nurse relationship, Peplau's nursing theory

はじめに

岡谷（1995）は、「看護は患者の生活や時に人生まで深くかかわる仕事であり，患者との良好な関係なしには，効果的なケアを提供することはむずかしい」と述べている。さらに精神看護の草分け的存在であるPeplau（1952/1999）は，看護を「有意義で治療的な対人的プロセス」と定義し，患者・看護師関係の相互作用を通して，患者が主体的に自らの問題に取り組み成長することを明らかにしており，看護師のかかわりの重要性について述べている。

しかし，先行研究において，看護師が「患者の反応が怖い」ことや「無力感」を感じるといった患者に対するかかわりの困難さがあることも明らかにされている（錦織・米山・森山・柳楽・古山，2005）。加えて，牧野（2005）は，患者に対する否定的感情の継続により治療状況や方向性を見失う「意図せぬ巻き込まれ」について，看護師の経験不足や患者の言動による動揺が影響要因であることを明らかにしている。

また，患者・看護師関係は，看護師の自己投入的なかかわりにより曖昧さを伴うことから客観化や自覚的な表現をすることのむずかしさがある，と阿保（1994）は述べている。つまり，看護師の患者に対するかかわりに看護師自身の特性が影響していることにより，自身のかかわりを客観的にとらえることが困難であること，関係性自体を可視化することが困難であり，関係形成の際に患者の疾患や状態といった不確定な要因が影響すること，対人関係を形成するスキルは看護師自身の能力に依拠することなどから，関係形成に向けたかかわりを特定することはむずかしいと考えられる。

そのなかでも，患者・看護師関係に客観性を与えるものとしていくつかの尺度が開発されている。たとえば，岡谷（1995）の患者・看護師の信頼を測る測定用具である「患者信頼スケール」や「対象－看護師関係評価尺度（CNRS）」

（深井・親見・大倉，2000）がある。これらは精神科に限定されたものではなく，基本的に患者が看護師のかかわりを評価するものである。しかし，精神科においては前述のように患者・看護師関係の形成が容易ではなく，とくに看護師の専門的なスキルが必要とされる。

I. 研究の目的と枠組み

本研究では，精神科において患者・看護師関係形成に向けたかかわりができているのかどうか測定する尺度を開発することを目的とした。尺度開発にあたり，患者・看護師関係に焦点を当てた先行研究において，Forchuck & Brown（1989）によって用いられ有用性が検証されている「ペプロウの人間関係論」を尺度開発の理論的基盤とした。

また，研究の意義として，尺度開発により専門職として患者・看護師関係形成に向けた意図的なかかわりの指標になること，自身のかかわりが援助関係を築くものになっているのかを振り返るツールとして用いることが期待できる，とした。

なお，「患者・看護師関係」については，Peplau（1989/2010）の論文から患者・看護師関係について記述している内容を用い，「看護師の探求的なアプローチ（患者のニーズの明確化に向けて話し合い，問題解決に向けて協働すること）により対象者の行動変容を目的とした関係性」と定義した。

II. 研究方法

1. 「精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度」項目の作成

a. 作成手順

文献検討と精神科に勤務する看護師を対象に面接調査の結果を検討し，暫定的に尺度項目を作成した。その後，全

1) 福岡女学院看護大学 Fukuoka Jogakuin Nursing College

2) 大分大学医学部看護学科 Oita University Faculty of Medicine School of Nursing

国の協力が得られた国立大学病院の精神科に勤務する看護師を対象として質問紙調査を実施し、統計的手法により尺度項目を決定する手順をとった。

b. 文献検討

精神看護学領域の専門家1名からスーパービジョンを受け、ペプロウの著書『人間関係の看護論』およびペプロウの論文集を熟読し、「看護婦・患者関係の4局面」において患者・看護師関係形成に必要と考えられる要素を抽出した。文献から抽出したデータは番号（文献No. ～）をつけた。

c. 面接調査

具体的ななかかわりを抽出するために、精神科病棟に勤務する看護師に半構成的面接を行った。

(1) 対象

面接調査の協力が得られたX病院において、看護実践の役割モデルをとることができる人材を5年目以上としていることから、精神科において該当する看護師8名を対象とした。

(2) 実施期間

平成21年6月～平成21年8月。

(3) データ収集方法

研究の対象条件を満たす者をX病院の病棟管理者が選出し、研究協力が得られた者を対象とした。半構成的面接では、本研究で用いる「患者・看護師関係」の定義と「ペプロウの対人的プロセス」について説明を行い、「過去から現在までの精神科経験において、患者に何らかの行動変容があったケースや関係を形成することができたと実感したケース」について自由に話をしてもらった。

また、研究協力者の疲労度や業務に支障がない範囲で1人20分から1時間程度、1人につき1回の面接を実施した。面接場所は研究協力者と相談のうえ個室で行った。面接内容は研究参加者の了解を得たうえでICレコーダに録音し、その後逐語化しデータとした。

(4) 分析方法

患者・看護師関係に必要なかわりと思われる記述は、内容が1文1意味であるようにし、記録単位は1文脈とし、ペプロウの看護理論から抽出した要素は通し番号をつけ、面接調査から得られたデータは研究協力者ごとに記号とデータごとに番号（A001～H010）をつけた。すべての記録単位について類型化を行い、分析の妥当性を高めるために、精神看護学領域の専門家1名からスーパービジョンを受け、質問項目を抽出した。

2. 質問紙調査項目

a. 看護師の属性

看護師の属性として性別、年齢、看護師経験年数、精神科経験年数を設定した。

b. 調査項目数と配点

質問紙調査項目として文献検討と面接調査内容から32項目を抽出した（表1）。また、各項目を1～10に配点し、1を「全くしていない」、10を「必ずしている」と設定した。

c. 基準関連妥当性の検討

伊藤（1999）は「共感という位相を踏んだ患者・看護師関係は、熟練した援助を行うための重要な患者理解を導き、患者の不安・うつ・怒りなどの苦痛を軽減させる」と述べており、共感的態度は関係形成の前提として必要な看護師の姿勢であると考えられる。

また、Stuart（2007）は「患者の自己開示が治療のアウトカムをもたらすうえで必要であり、看護師の自己開示が患者の自己開示を引き出す」と指摘していることから、共感と自己開示に着目し、尺度開発における外的基準として『情動的共感性尺度』と自己開示の受けやすさを測定する『オープナー・スケール』を用いることとした。

(1) 情動的共感性尺度

『情動的共感性尺度』は、加藤と高木（1980）によって情動的側面に関する共感性を測定するために開発された。尺度は、尺度Ⅰ「感情的暖かさ」（10項目）、尺度Ⅱ「感情的冷淡さ」（10項目）、尺度Ⅲ「感情的被影響性」（5項目）から構成され、信頼性および妥当性が検証されている。尺度Ⅰ「感情的暖かさ」は得点が高いほど感情的に暖かく、尺度Ⅱ「感情的冷淡さ」は得点が高いほど感情的に冷淡であり、尺度Ⅲ「感情的被影響性」は得点が高いほど感情的に影響を受けやすいこと、を示している。

(2) オープナー・スケール

『オープナー・スケール』は、自己開示の受けやすさを測定するために開発された（Miller, Berg, & Archer, 1983；小口, 1989）。スケールは相手を打ち解けさせて開示を引き出す「なごませ」因子（5項目）と興味をもって相手の話を聴く「共感」因子（5項目）の2つの下位尺度からなる。尺度の信頼性 α 係数は項目全体では.65、であり、下位尺度の「なごませ」因子が.64、「共感」因子で.62である。また、R-JSDQ（自己開示質問紙）との相関関係において構成概念妥当性が確保されている。

3. 質問紙調査の実施

a. 研究協力施設

日本国内の国立大学病院の看護部長に研究協力を依頼し、協力の同意が得られた39施設を対象とした。

b. 研究対象

研究協力の同意が得られた国立大学病院の精神科病棟に勤務する看護師718名を対象とした。

表1 文献検討、面接調査内容から類型化した質問項目

番号	抽出項目	抽出内容	番号	抽出項目	抽出内容
1	文献№3	患者さんが利用できる、病院のサービスに関する規則や制約について説明している。	17	文献№21	患者さんの満たすべきニーズを段階的に把握し、ニーズが充足できるようにかかわっている。
2	A005 A007 A008	患者さんが元気になる手伝いをすることや、困っていることについて援助していくことを伝えている。	18	A018 B017 文献№23	患者さんができていることやわずかな変化にも気づき、患者さんに肯定的にフィードバックをしている。
3	A016 C011	患者さんが興味をもっていること、などの一般的な会話から関係を築けるようにかかわっている。	19	A029 A030	治療によってできるようになったことをあげて、患者さんが治療の意味に気づけるようにかかわっている。
4	A026 C009 文献№12	一方的に看護師の意見を言うのではなく、患者さんの意見を十分に聴いている。	20	D008 F013	自分の役割を認識し、患者さんとの対人的距離を考えながらかかわっている。
5	D014	患者さんの訴えを傾聴し、その気持ちを理解するよう努めている。	21	D015 E025	患者さんの心理社会的状況を把握するように努めている。
6	D013 D002	患者さんの訴えを否定せずに聴いている。	22	B012 B016 C002 D007 D023 E012 H008	患者さんが今後どうなりたいか、希望や目標について話を聴いている。
7	D001 D005 D025 E003	看護師が心配していることや、気にかけていることを患者さんに伝えている。	23	B004 B014 E029 G005	患者さんと、目標のためにどうしていったらよいのかをいっしょに考えている。
8	C006 D006	患者さんに対して、看護師自身の考えや意見を伝えている。	24	B009 H014	患者さんが困っていることについて、いっしょに解決していきたいと思っていることを伝えている。
9	F017 H010 文献№15	患者さんの体験を理解し、あるがままを受け入れている。	25	G007 G009	患者さんと問題を共有し、実施・評価する際に患者さんの参加を促している。
10	D004 D010 D024 F016	患者さんがどのような状況にあらうとも、諦めずに根気強くかかわっている。	26	A014 E001 E005 E017	患者さんの状態を見ながら、治療の必要性について説明を行っている。
11	F018	患者さんに対して過度の期待をせず、関係が形成されるまでは焦らないようにかかわっている。	27	A009 B018 C007 文献№4	患者さんの抱える不安を理解し、軽減できるようにかかわっている。
12	A010 C018 C019 D009 D019 E010 文献№11	患者さんが、自分の気持ちや困っていることを表出できるようにかかわっている。	28	A012 B006 E018	退院後、調子の悪いときや困ったとき、助けが欲しいときの対処をいっしょに考えている。
13	A003 C005 F022 文献№7	患者さんが、担当看護師であることを認識できるようにかかわっている。	29	C001 C017	状態が落ち着いたときに治療の効果を患者さんが気づけるよう、いっしょに振り返りを行っている。
14	A024 B007 B008 C014	患者さんと話をするときは、ゆっくりと話を聴ける時間や場所を設定している。	30	B012 E004 E005	患者さんの状態に合わせて段階的にアプローチしながら、自己決断ができるようにかかわっている。
15	D019	看護師の患者さんに対する陽性感情や陰性感情を明らかにするように努めている。	31	文献№19	患者さんと看護師がもっている期待を相互に明らかにしている。
16	F001 F004 F005 F019	患者さんの視線や表情、雰囲気や態度からかわり方(踏み込んだ話をするか、一般的な会話にとどめるか)を判断している。	32	文献№27	自分自身の傾向を認識し、自己の行動パターンを把握している。

[注] 各面接対象をA～Hとし、データごとの番号を表記する。

[注] 文献から抽出したデータは文献No. ～と表記する。

c. 実施期間

平成21年10月～平成21年11月。

d. 調査方法

調査方法は、無記名自記式質問紙法とした。研究協力の同意が得られた39施設の看護部長宛に、所属する看護師の人数分の調査票を郵送した。調査票は看護部長より配布し

てもらい、回答後は看護師自身が封印して投函、もしくは封印後看護部へ提出するよう依頼した。

e. 分析方法

暫定版「精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度」の項目を同定するために探索的因子分析を行い、尺度の信頼性を検討するために下位尺度ごとの

Cronbachの α 係数を求めた。

また、基準関連妥当性の検討においてはSpearmanの順位相関係数、研究協力者の属性間で相違があるのか検証するため男女差においてMann-WhitneyのU検定を行った。さらに看護師経験年数、精神科経験年数においてはKruskal-Wallis検定後、Scheffeの検定法にて多重比較を行った。統計解析には『PASW Statistics 18 for Windows』を用いた。

4. 倫理的配慮

面接調査においては、書面を用いて研究への参加は自由意思によるものであり、参加後の撤回が可能であること、面接時間は業務や勤務の疲労度を考慮し、実施中に中断することも可能であること、個人や病院に関する情報は匿名化すること、得られたデータは目的以外に使用しないこと、研究協力者から得られた情報は漏洩しないよう厳重に保管すること、研究終了後は個人が特定できないように、資料やICレコーダーのデータは破棄すること、得られたデータに基づき作成した論文は、学会や学術雑誌で発表する以外には使用をせず、発表する際にも個人および施設が特定できないよう配慮すること、を説明したうえで同意書にサインをもらった。

また、質問紙調査票においては調査票の提出をもって本研究への同意を得たものとする、研究への参加は自由意思によるものであり参加を拒否しても不利益は生じないこと、研究対象者の所属する病院や個人の属性が特定できないよう無記名で実施すること、そして面接調査と同様に得られた情報の処理や個人情報の取り扱いについて書面をもって説明を行った。なお、本研究は研究対象者の人権を守り、事前に大分大学医学部倫理委員会に申請し承認を得て取り組んだ。

Ⅲ. 結 果

1. 分析対象者

看護師718名に調査票を送付し、414名から回答を得た（回収率57.7%）。回収した調査票の質問項目の半数近くが未記載であった4名を除外し、410名を分析対象とした（有効回答率99.0%）。

2. 対象の背景

対象は男性が64名（15.6%）、女性が346名（84.4%）で、平均年齢は35.85±11.34歳であった。年代別では20代が160名（39%）で最も多く、ついで30代が106名（25.9%）、50～60代が71名（17.3%）、40代が68名（16.6%）の順で多かった。看護師経験年数の平均は12.83±0.98年であり、11

年目以上が184名（44.9%）で最も多く、ついで5年目～10年目が97名（23.7%）、2～4年目が96名（23.4%）、1年目が33名（8.0%）であった。精神科勤務年数の平均は、4.93±4.66年で2年目～4年目が203名（49.5%）で最も多く、5年目～10年目が92名（22.4%）、1年目が79名（19.3%）であった。

3. 探索的因子分析

a. 分析除外項目

患者・看護師関係形成に向けた介入尺度32項目に対して、適合性の高い下位尺度を構成するために、以下の方法で不適切な項目を同定し除外した。

(1) 天井効果のため分析から除外した項目（表2）

小塩（2004）は「天井効果（フロア効果）がみられるときには、得点分布が高いほう（低いほう）に歪んでおり、尺度項目としてあまり適切とはいえない」と指摘していることから、32項目の平均値、標準偏差（SD）を算出し、平均値+標準偏差（SD）の値で上限値の10を超えたものを「天井効果のある項目」として除外した。項目番号7は、9.91（8.45+1.46）で上限値10は超えていないものの近似値であることから除外した。その結果、32項目中5項目（項目番号2、3、5、7、13）を除外し、27項目が残った。

表2 天井効果があるものとして分析から除外した項目

番号	質 問 項 目	合計 (平均値+SD)
2	患者さんが元気になるお手伝いをする ことや、困っていることについて援助 していくことを伝えている。	10.39 (9.17+1.22)
3	患者さんが興味をもっていること、な どの一般的な会話から関係を築くこと ができるようにかかわっている。	10.04 (8.64+1.40)
5	患者さんの訴えを傾聴し、その気持ち を理解するように努めている。	10.04 (8.82+1.22)
7	看護師が心配していることや、気にか けていることを患者さんに伝えている。	9.91 (8.45+1.46)
13	患者さんが、担当看護師であることを 認識できるようにかかわっている。	10.08 (8.43+1.65)

(2) 相関係数の値が「.70以上」であった項目（表3）

項目番号5は天井効果により分析から除外したため、項目番号4を残した。項目番号22と23は、目標達成のために看護師がともに考えるかかわりであり、項目番号23の目標達成のために対象者と話をすることは、項目番号22の患者が今後どうになりたいか希望や目標の確認といった内容を包含していると考えられるため、項目番号22を分析対象から除外した。項目番号23と24は、問題解決に向けて協力していくことを伝えるかかわりであり、項目番号23の“目標に向けて話し合う”ことではないため、除外しなかった。項

目番号18と19は、“対象に肯定的フィードバックを行う”ことと“治療の意味に気づくことができるかわり”は同じ内容ではないため、除外しなかった。項目番号29と30においては、“状態を振り返ることで治療の意味づけをしていくこと”と“患者の状態を把握しながら自己決断ができるようにかかわること”は同じ内容ではないため、除外しなかった。その結果、天井効果で除外した1項目に加え1項目（項目番号22）を除外し、26項目を因子分析の対象項目とした。

(3) 1回目の探索的因子分析後の除外項目（表4）

26項目に対し最尤法、プロマックス回転による探索的因子分析を行った。因子数はカイザーガットマン基準に従い第4因子まで有効であることが示された。分析の結果、因子負荷量が「.3以下」の項目番号1（.18）、8（.29）を除外した。

表3 相関係数が「.70以上」の項目

番号	質 問 項 目	相関係数
4	一方的に看護師の意見を言うのではなく、患者さんの意見を十分に聴いている。	.71
5	患者さんの訴えを傾聴し、その気持ちを理解するように努めている。	
(除外) 22	患者さんが今後どうになりたいのか、希望や目標について話を聴いている。	.79
23	患者さんと、目標を達成するためにどうしていったらよいのかをいっしょに考えている。	
23	患者さんと、目標を達成するためにどうしていったらよいのかをいっしょに考えている。	.72
24	患者さんが困っていることについて、いっしょに解決していきたいと思っていることを伝えている。	
18	患者さんができていることやわずかな変化に気づき、患者さんに肯定的にフィードバックしている。	.75
19	治療によってできたことをあげて、患者さんが治療の意味に気づけるようにかかわっている。	
29	状態が落ち着いたときに治療の効果を患者さんが気づけるよう、いっしょに振り返りを行っている。	.75
30	患者さんの状態に合わせて段階的にアプローチしながら、自己決断できるようにかかわっている。	

表4 因子負荷量が「.30以下」の項目で、分析対象から除外した項目

番号	質 問 項 目	因子負荷量
1	患者さんが利用できる、病院のサービスに関した規則や制約について説明している。	.18
8	患者さんに対して、看護師自身の考えや意見を伝えている。	.29

b. 尺度の因子構造（表5）

先の結果から最終的に8項目を除外し、再度因子分析を行った結果、4因子24項目の下位尺度が得られた。

c. 尺度の信頼性

24項目の尺度全体の内的整合性（Cronbachの α 係数）は.95であった。各下位尺度の α 係数は第1因子の項目=.92、第2因子の項目=.92、第3因子の項目=.80、第4因子=.72であった。

4. 尺度の因子解釈

a. 第1因子

第1因子は8項目から構成された。項目内容は24：「患者さんが困っていることについて、いっしょに解決していきたいと思っていることを伝えている」、28：「退院後、調子が悪いときや困ったとき、助けが欲しいときの対処法をいっしょに考えている」といった、目標に向けてともに取り組んでいくために必要なかわりに因子負荷量が高いことから、【協働的・支持的介入】と命名した。

b. 第2因子

第2因子は8項目から構成された。項目番号20：「自分の役割を認識し、患者さんとの対人的距離を考えながらかわっている」、16：「患者さんの視点、表情、雰囲気や態度からかわり方（踏み込んだ話をするのか、一般会話にとどめるのか）を判断している」といった患者の非言語的行動をとらえてかわりを判断する「認知」や、項目番号21：「患者さんの心理社会的状況を把握するように努めている」、17：「患者さんの満たすべきニーズを段階的に把握し、ニーズが充足できるようにかかわっている」といった状況を把握し「分析」する内容であり、18：「患者さんのできていることやわずかな変化にも気づき、患者さんに肯定的にフィードバックをしている」といった自尊感情の向上につながる意図的な言語アプローチであるため、【認知・分析・伝達技能】と命名した。

c. 第3因子

第3因子は4項目から構成された。項目番号6：「患者さんの訴えを否定せずに聴いている」、4：「一方的に看護師の意見を言うのではなく、患者さんの意見を十分に聴いている」では、患者と話をする際の看護師の聴く姿勢を示している。また、9：「患者さんの体験を理解し、あるがままを受け入れている」、10：「患者さんがどのような状況にあらうとも、諦めずに根気強くかわっている」といった看護師の対象を無条件に受け入れかわる姿勢を表す内容で構成されていることから、【受容的態度】と命名した。

d. 第4因子

第4因子は4項目から構成された。項目番号31：「患者さんと、看護師がもっている期待を相互に明らかにしてい

表5 「精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度」の因子分析結果（最尤法－プロマックス回転）

	因子負荷量				共通性
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
24. 患者さんが困っていることについて、いっしょに解決していきたいと思っていることを伝えている。	.788	.093	.100	-.209	.640
28. 退院後、調子が悪いときや困ったとき、助けがほしいときの対処をいっしょに考えている。	.766	.022	.015	.023	.650
26. 患者さんの状態をみながら、治療の必要性について説明を行っている。	.759	-.006	-.047	.067	.596
29. 状態が落ち着いたときに治療的效果を患者さんが気づけるよう、いっしょに振り返りを行っている。	.709	-.093	-.048	.313	.718
27. 患者さんの抱える不安を理解し、軽減できるようにかかわっている。	.652	.136	.174	-.140	.623
23. 患者さんと、目標を達成するためにどうしていったらよいのかをいっしょに考えている。	.650	.254	.007	-.088	.641
25. 患者さんと問題を共有し、実施・評価する際に患者さんの参加を促している。	.621	-.154	-.008	.292	.530
30. 患者さんの状態に合わせて段階的にアプローチしながら、自己決断ができるようにかかわっている。	.524	.045	.006	.373	.725
20. 自分の役割を認識し、患者さんとの対人的距離を考えながらかかわっている。	-.019	.888	-.084	-.007	.663
16. 患者さんの視線や表情、雰囲気や態度からかかわり方（踏み込んだ話をするのか、一般的会話にとどめるのか）を判断している。	-.047	.763	-.119	.159	.565
21. 患者さんの心理社会的状況を把握するように努めている。	.215	.678	-.074	.035	.688
17. 患者さんの満たすべきニーズを段階的に把握し、ニーズが充足できるようにかかわっている。	.070	.650	.007	.091	.586
19. 治療によってできるようになったことをあげて、患者さんが治療の意味に気づけるようにかかわっている。	.321	.627	-.029	-.048	.699
18. 患者さんができていることやわずかな変化にも気づき、患者さんに肯定的にフィードバックをしている。	.273	.523	-.015	.077	.617
11. 患者さんに対して過度の期待をせず、関係が形成されるまでは焦らないようにかかわっている。	-.207	.509	.292	.133	.473
12. 患者さんが、自分の気持ちや困っていることを表出できるようにかかわっている。	.005	.466	.326	.098	.636
6. 患者さんの訴えを否定せずに聴いている。	-.021	-.200	.857	.000	.520
4. 一方的に看護師の意見を言うのではなく、患者さんの意見を十分に聴いている。	.172	.000	.744	-.259	.549
9. 患者さんの体験を理解し、あるがままを受け入れている。	.042	.061	.573	.154	.547
10. 患者さんがどのような状況にあらうとも、諦めずに根気強くかかわっている。	-.066	.182	.504	.233	.565
31. 患者さんと看護師がもっている期待を相互に明らかにしている。	.408	-.078	-.074	.611	.696
15. 看護師の患者さんに対する陽性感情や陰性感情を明らかにするように努めている。	-.105	.208	-.208	.487	.259
32. 自分自身の傾向を分析し、自己の行動パターンを把握している。	.158	.151	.151	.421	.482
14. 患者さんと話をするときは、ゆっくりと話を聴ける場所や時間を設定している。	.014	.134	.251	.383	.407
因子寄与（回転後）：	9.74	9.55	7.24	6.90	
寄与率（％）（回転前）：	47.66	5.10	3.16	2.65	
累積寄与率（％）（回転前）：	47.66	52.76	55.92	58.56	

る」において、患者と協働していく準備として必要なかわりであったり、項目番号15：「看護師の患者さんに対する陽性感情や陰性感情を明らかにするように努めている」といった看護師が自身の感情や行動を分析し、自分自身に

対する洞察を深める内容である。そのため、かかわる際の準備性を示す内容に因子負荷量が高いことから、【介入準備性】と命名した。

5. 基準関連妥当性 (表6)

基準関連妥当性を検討するために各因子の因子得点を算出し、情動的共感性尺度とオープン・スケール間の相関係数を求めた。今回作成した4下位尺度と情動的共感性尺度、オープン・スケールはシャピロ・ウィルク検定にて正規分布に従わないことから、ノンパラメトリック検定であるSpearmanの順位相関係数を用いた。

第1因子【協働的・支持的介入】との関連性では、情動的共感性尺度の下位尺度である「感情的暖かさ尺度」と有意な正の相関 ($r = .16, p < .01$), 「感情的冷淡さ尺度」においては有意な負の相関 ($r = -.16, p < .01$) を示したが、「感情的被影響性尺度」において関連性は認められなかった。また、オープン・スケールである「なごませ因子」「共感因子」とは、ともに有意な正の相関 ($r = .17, p < .01$; $r = .18, p < .01$) を示した。

第2因子【認知・分析・伝達技能】および第3因子【受容的態度】においては、「感情的暖かさ尺度」と有意な正の相関 ($r = .14, p < .01$; $r = .20, p < .01$), 「感情的冷淡さ尺度」とは有意な負の相関 ($r = -.15, p < .01$;

$r = -.20, p < .01$), 「感情的被影響性尺度」とも有意な負の相関 ($r = -.12, p < .05$; $r = -.13, p < .01$) を示した。また、「なごませ因子」とは有意な正の相関 ($r = .11, p < .05$; $r = .15, p < .01$), 「共感因子」とも有意な正の相関 ($r = .15, p < .01$; $r = .30, p < .01$) を示した。

第4因子【介入準備性】においては、「感情的暖かさ尺度」および「感情的冷淡さ尺度」との間に関連性が認められなかったが、「感情的被影響性尺度」との間で有意な負の相関 ($r = -.22, p < .01$) を示した。また、「なごませ因子」とは有意な負の相関 ($r = -.13, p < .05$) を示し、「共感因子」とは関連性が認められなかった。

6. 「精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度」と看護師の属性との関連 (表7)

男女間の比較では、下位尺度【受容的態度】において女性が有意に高い傾向にあった。

また、下位尺度【協働的・支持的介入】においては、「1年目」の看護師と比較して「5年目～10年目」「11年目以上」のより看護師経験年数が長いほうが有意に高い傾向に

表6 「精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度」と情動的共感性尺度、オープン・スケールとの関連性

	協働的・支持的介入	認知・分析・伝達技能	受容的態度	介入準備性
感情的暖かさ尺度	.16 **	.14 **	.20 **	.05
感情的冷淡さ尺度	-.16 **	-.15 **	-.20 **	-.03
感情的被影響性尺度	-.08	-.12 *	-.13 **	-.22 **
なごませ因子	.17 **	.11 *	.15 **	-.13 *
共感因子	.18 **	.15 **	.30 **	.09

[注] Spearmanの順位相関係数, *: $p < .05$, **: $p < .01$

表7 「精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度」と看護師の属性との関連性

	協働的・支持的介入	認知・分析・伝達技能	受容的態度	介入準備性
男	-.10	-.05	-.31	.00
女	.02	.01	.06	.00
有意確率	.31	.49	.00*	.87
看護師経験年数				
1年目	-.71	-.66	-.13	-.38
2年目～4年目	-.11 **	-.24 **	-.28 **	-.22 **
5年目～10年目	.08 **	.07 **	.05 **	-.22 **
11年目以上	.15 **	.22 **	.15 **	.20 **
精神科経験年数				
1年目	-.45 *	-.44 *	-.21	-.39
2年目～4年目	.02 **	-.01 **	-.07 *	-.05 **
5年目～10年目	.24 **	.22 **	.24 *	.22 *
11年目以上	.32 **	.52 **	.29 **	.57 **

[注] 1. 平均値の算出は因子得点を使用。

2. *: $p < .05$, **: $p < .001$

3. 男女の有意差: Mann-WhitneyのU検定

4. 看護師経験年数, 精神科経験年数の有意差: Scheffeの検定法

あった。下位尺度【認知・伝達・分析技能】においては、「1年目」の看護師と比較して「5年目～10年目」「11年目以上」が、「2年目～4年目」と比較して「11年目以上」の看護師経験年数が長いほうが、それぞれ有意に高い傾向にあった。下位尺度【受容的態度】においては、「2年目～4年目」と比較して「11年目以上」の看護師経験年数が長いほうが有意に高い傾向にあった。下位尺度【介入準備性】においては、「2年目～4年目」と比較して「11年目以上」の看護師経験年数が長いほうが有意に高い傾向にあった。

精神科経験年数では、下位尺度【協働的・支持的介入】において「1年目」と比較して「2年目～4年目」「5年目～10年目」「11年目以上」の経験年数が長いほうが有意に高い傾向にあった。下位尺度【認知・分析・伝達技能】においては、「1年目」と比較して「2年目～4年目」「5年目～10年目」「11年目以上」の経験年数が長いほうが有意に高い傾向にあった。下位尺度【受容的態度】においては、「1年目」と比較して「11年以上」の経験年数が長いほうが有意に高い傾向にあった。下位尺度【介入準備性】においては、「1年目」と比較して「5年目～10年目」「11年目以上」の経験年数が長いほうが有意に高い傾向にあった。さらに、「2年目～4年目」と比較して「11年目以上」の経験年数が長いほうが有意に高い傾向にあった。

IV. 考 察

1. 尺度の信頼性

小塩（2004）は「 α 係数がある程度の数値（.70や.80）以上であれば、尺度の内的整合性が高いと判断される」としている。本研究結果において、 α 係数はいずれも「.70以上」であり内的整合性において信頼性が確保されていると考える。

2. 尺度の妥当性

a. 構成概念妥当性

第1因子の【協働的・支持的介入】は、患者にサポートタイプにかかわりながら問題を共有し患者を中心にとらえた参画型看護を表す内容である。これまでのパターンリズムに陥りがちであった精神科医療において、患者の自律性の獲得や向上を目指した協働関係を築いていくことが必要である。さらに、『ペプロウ看護理論』では患者・看護師関係において協働関係を築くことの必要性が主張されている。

また、「治療同盟」とは主に精神療法における概念であり、患者の健康的部分に注目し協働作業が成り立つよう働きかけるクライアントとセラピストにおける関係を示すものである。先行研究では、患者・看護師関係においても治療同盟を築くことで患者の行動変容を起こすことが明

らかにされている（金本・岡本・岸谷，2009）。さらに、Horvath & Greenberg（1989）が開発した治療同盟形成を測定する尺度（Working Alliance Inventory）の下位尺度として「目標の一致」「課題の一致」「情動的絆」が示されており、問題解決に向けて協働関係を築くことが必要であることがわかる。

第2因子【認知・分析・伝達技能】は、看護師が対象者とのかかわる際の現象を認知・分析し、伝達する看護師の技能が示されている。Janzen（1980）は、患者・看護師関係のコミュニケーションにおける相互作用の研究において、コミュニケーションを介してアセスメントする際、受け取ったメッセージを符号化、翻訳、スクリーニングし判断することを基本的技術としてあげている。さらに、第2因子の内容は看護師の面接調査から得られた内容が主であり、関係形成の際に必要な看護師の“実践知”が表れていると考える。

第3因子【受容的態度】は、患者をあるがままに受け入れる看護師の態度が示されている。Rogers（1959/1966）は、治療関係の基本的特性の一つとして「クライアントに対する純粋な関心と、クライアントをひとりの人間として受容すること」をあげており、精神症状によって孤独や恐れを感じている対象者へ関心を寄せ、あるがままを受け入れる看護師の姿勢が必要と考える。

第4因子【介入準備性】は、介入の前提となる互いの期待や看護師自身の感情を洞察する内容となっている。香月（2009）は「暖かい気持ちで患者と接することは看護師として大切な資質であるが、行き過ぎると患者の依存を助長し、自立の可能性を削ぐことになりかねない」と述べている。患者・看護師関係においては、転移や逆転移が生じる可能性があり、解決できない場合は治療に支障をきたすおそれがある。そのため、看護師は自己のかかわりを客観的にとらえ、自分自身についてよく把握しておく必要があることから、【介入準備性】はかかわりのうえで必要と考えられる。

以上のことから、本研究で抽出された4下位尺度は精神科において患者・看護師関係を形成するうえで必要なかかわりの要素の一部を反映した内容であることが示唆された。

b. 基準関連妥当性

作成した介入尺度と情動的共感性尺度との関係の検討において有意な相関が示されたが、一部の項目において相関が認められなかった。共感には大別して「認知的側面」の理解を強調するものと「情動的反応側面」を強調するものに分けられており、援助関係における共感とは、単に「可哀想だ」と同情することではない。Combs（1985/1990）は「共感は援助関係において誰か他の人の認識の仕方が、その人にとってまさに現実であることを、すすんで認めること」としており、援助関係における共感とは「認知的側面」

の理解に“より近い”のではないかと考えられる。“より近い”ということは、全く別のものではないが共感・同情に終結するものではないことから、一部の項目で有意差が出なかった可能性がある。

オープナー・スケールの下位尺度「なごませ因子」「共感因子」と本研究で抽出された因子である【協働的・支持的介入】【認知・分析・伝達技能】【受容的態度】においては、問題の共有や実施を評価する際に相手を打ち解けさせて開示を引き出すことや、興味をもって相手の話を聴くことが必要であることから、関連性が認められたものと考えられる。

c. 交差妥当性

今回抽出された4下位尺度が対象属性によって異なるかどうかを検討した結果、下位尺度ごとに違いのある属性が異なるものの、看護師経験年数、精神科経験年数が長い看護師のほうがより得点が高い傾向にあり、とくに精神科経験年数が「1年目」と「11年目以上」の看護師では、いずれの下位尺度においても相違が認められた。

Forchuk (1995) は、患者・看護師関係の発展における影響要因を研究しており、看護師の年齢、経験年数、精神科経験年数、1か月の話し合いの時間等をあげ、経験のある看護師はそうでない看護師に比べて関係の形成が早いことを明らかにしている。そのため「精神科における患者・看護師関係に向けた介入尺度」は、経験年数によって影響を受けており、普遍性は保障されなかった。

しかし、患者・看護師関係を築くうえでは経験が必要であり、スキルを修得するには時間を要する、ということが改めて示されたのではないかと考える。

d. 「精神科における患者・看護師関係形成に向けた介入尺度」の活用

尺度を構成する因子は、看護師の受け持ち患者に対する患者・看護師関係形成において、どのような介入が不足しているのかを把握したい際に活用することが可能である。ただし、第1因子【協働的・支持的介入】の質問項目28：

「退院後、調子の悪いときや困ったとき、助けが欲しいときの対処をいっしょに考えている」のように回復過程によっては評価できない項目も存在するため、第1因子においては病期を考慮した得点の解釈が必要である。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、尺度の項目内容に目標を共有するかかわりが含まれていることから、ある程度の言語的コミュニケーションがとれる患者にかかわる看護師に限定されることである。また、先行研究で示されている「自己開示」と「共感」に限定して妥当性を検討しているため、その他の関係形成に影響を及ぼす概念との関連性においても検証する必要があると考えられる。

結 論

精神科における患者・看護師関係形成に向けた看護師の介入を測る尺度は【協働的・支持的介入】【認知・分析・伝達技能】【受容的態度】【介入準備性】の4因子24項目で構成されていた。因子ごとにCronbachの α 係数を算出した結果、4因子において内的整合性が得られた。

また、抽出された因子は、先行研究で示されている患者・看護師関係に必要なかかわりの一部を反映しており、構成概念妥当性が確保された。さらに、介入評価尺度は、情動的共感性尺度とオープナー・スケールとの一部の項目において基準関連妥当性が確保された。

謝 辞

本研究において快くご協力くださいました国立大学病院の看護部長様をはじめとする看護師の皆さま方に厚く感謝いたします。本論文は柴田裕子の平成21年度大分大学医学系研究科修士論文（指導：杉田聡）に加筆修正を行ったものであり、第22回日本精神保健看護学会学術集会にて報告しております。

要 旨

精神科における患者・看護師関係形成の指標となる尺度を開発することを目的とし、信頼性と妥当性について検討した。方法として、ペプロウの看護理論に基づく文献検討と精神科経験5年以上を有する看護師8名を対象とした面接調査により尺度を作成した。その後、全国の大学病院精神科病棟に勤務する看護師を対象に質問紙調査を実施し、統計的手法により尺度項目を決定した。

結果、尺度は【協働的・支持的介入】【認知・分析・伝達技能】【受容的態度】【介入準備性】の4下位尺度24項目で構成された。信頼性においてCronbachの α 係数は.70以上であり、内的整合性が高いことが示唆された。また、先行研究で明らかにされている患者・看護師関係に必要なかかわりと比較した結果、構成概念妥当性と「情動的共感性尺度」「オープナー・スケール」の一部の項目において基準関連妥当性が確保されたが、実用化に向けさらなる妥当性の検討が必要である。

Abstract

The purpose of this paper is to develop a scale that measures the formation of a patient-nurse relationship in psychiatry and examine its reliability and validity. The scale was constructed by reviewing literature on Peplau's nursing theory and interviewing 8 nurses who had worked at psychiatric wards for at least 5 years. Then, We conducted a questionnaire survey of nurses who work on psychiatric wards in university hospitals in Japan and developed scale items by statistical methods.

The scale was composed of 24 items and 4 subscales – “cooperative and supportive intervention”, “cognitive, analytical, and communicative skills”, “receptive attitude”, and “readiness for intervention”. Statistical analysis showed that Cronbach's coefficient alpha was above .70, indicating high internal consistency. We also compared these results with results on the earlier study of involvement necessary for establishing the patient-nurse relationship. It showed that construct validity, and the emotional empathy scale and the opener scale on criterion-related validity were adequate, yet we consider that it is still necessary to enhance the validity for its practical application.

文 献

- 阿保順子 (1994). 精神科領域における看護婦の臨床判断能力をどう高めるか. 月刊ナーシング, 14(10), 62-66.
- Combs, A.W. (1985)/大沢 博, 菅原由美子 訳 (1990) 援助関係 — 援助専門職者のための基本的概念. p.156, 東京: プレーン出版.
- Forchuk, C. & Brown, B. (1989). Establishing Nurse-Client Relationship. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27(2), 30-34.
- Forchuk, C. (1995). Development of Nurse-Client Relationships: What Help?. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 1(5), 146-152.
- 深井清子, 親見朋子, 大倉美穂 (2000). 対象 — 看護師関係評価尺度 (CNRS) の開発. 川崎医療福祉学会誌, 10(2), 285-291.
- Horvath, A.O. & Greenberg, L.S. (1989). Development and Validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 36(2), 223-233.
- 伊藤祐紀子 (1999). 「共感」に基づく患者 — 看護師援助関係の検討. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 6, 115-121.
- Janzen, S. (1980). Taxonomy for Development of Perceptual Skills. *Journal of Nursing Education*, 19(1), 33-40.
- 香月富士日 (2009). 精神科における看護師の患者に対する心理的距離の関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 32(1), 105-110.
- 加藤隆勝, 高木秀明 (1980). 青年期における情動的共感性の特質. 筑波大学心理学研究, 3, 51-70.
- 金本純子, 岡本麻里, 岸谷 譲 (2009). 人格障害と全身疼痛による苦痛のためインスリン導入困難であった糖尿病患者の看護で学んだこと. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 13(2), 158-163.
- Miller, L.C., Berg, J.H., & Archer, R.L. (1983). Openers: Individuals who elicit intimate self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 1234-1244.
- 小口孝司 (1989). 自己開示の受け手に関する研究 — オープナー・スケール, R-JSDQ と SMI を用いて —. 応用社会学研究, 31, 49-64.
- 錦織りか, 米山清美, 森山香澄, 柳楽美穂, 古山百合子 (2005). 精神科病棟入院患者への関わりの困難さ — 看護師の面接調査から. 日本精神科看護学会誌, 48(1), 292-293.
- 牧野耕次 (2005). 精神科看護における看護師の「巻き込まれ」体験の構成要素とその関連要因. 人間看護学研究, 41-512.
- 岡谷恵子 (1995). 看護婦 — 患者関係における信頼を測定する質問紙の開発. 看護研究, 28(4), 29.
- 小塩真司 (2004). SPSS と Amos による心理・調査データ解析. p.129, 東京: 東京図書.
- O'Toole, A.W. & Welt, R.S. (1989)/池田明子, 小口 徹, 川口優子, 小林 信, 吉川初江, 尾田葉子 訳 (1996). ペプロウ看護論 — 看護実践における対人関係理論. pp.169-176, 東京: 医学書院.
- Peplau, H.E. (1952)/稲田八重子, 小林富美栄, 武山満智子, 都留伸子, 外間邦江 訳 (1999). 人間関係の看護論. p.15, 東京: 医学書院.
- Rogers, C.B. (1959)/友田不二男 訳 (1966). カウンセリング. p.103, 東京: 岩崎書店.
- Stuart, G.W. (2005)/安保寛明, 宮本有紀 監訳, 金子亜矢子 監修 (2007). 治療的な患者と看護師の関係. In 精神科看護 — 原理と実践. p.55, 東京: エルビゼア・ジャパン.

〔平成22年12月24日受 付〕
〔平成24年11月10日採用決定〕

看護中間管理者のキャリア発達過程とそれに関連する要因

Developmental Stages and Factors Associated with Mid-Level Management Careers in Nursing

水 野 暢 子
Nobuko Mizuno

キーワード：キャリア発達過程，看護中間管理者，関連要因，看護管理，質的研究

Key Words：career development stages, mid-level nurse managers, associated factors, nursing management, qualitative study

はじめに

少子高齢化の進展や疾病構造の変化，国民の医療に対する意識の変化，医療費の増大等を背景に，効率的で質の高い医療の提供を目指して保健医療提供システムの変革が進められている。近年の保健医療提供システムの変革は，看護管理者の役割を多様化・複雑化し，より大きな権限や責任・責務をもつ存在へと移行させている。とくに，病院組織の構造上，看護単位に基づき看護を提供しているわが国では，病棟を管理する看護中間管理者は，トップマネジメントと直接看護ケアを提供するスタッフをつなぐ架け橋として，看護ケアの管理やスタッフの評価・能力開発等に関する重要な役割をもっている。しかしながら，看護中間管理者への昇進は，主として年功序列や看護実践能力の熟達に応じて行われており，また，必ずしも看護管理に関する教育を十分受けているとは限らない。したがって，社会の要求に応え看護の質的向上と変革をはかるためには，看護管理者教育の体系化と充実に加え，看護中間管理者自身の責任に基づくキャリア発達が不可欠である。

米国では，看護中間管理者（米国の場合，病棟を管理する看護職者はFirst-Line Nurse Manager, Nurse Manager, Ward Manager等の呼称が用いられ，第一線監督者とされているが，日本の看護中間管理者に相当する）のキャリア発達を促進する重要性に対する認識は高く，看護中間管理者に要求される能力に関する研究（勝山，2010；Nolan, Owens, & Nolan, 1995；Sherwood, 1996；Wolf, Hayden, & Bradle, 2004）やスタッフから看護中間管理者への移行期の体験（Darling & McGrath, 1983；Dooley & Hauben, 1979）に関する研究が行われているが，看護中間管理者昇進後のキャリア発達行動や関連要因に関する研究報告はきわめて少ない。一方，わが国の看護中間管理者のキャリア発達に

関する研究は，看護管理者研修の評価を通して一部報告されている（伊藤ら，2009；泉名・小野寺・佐藤，2007；早川ら，2005；柴田・井部・小山，2003；柳橋，1999）のみであり，看護中間管理者昇進後のキャリア発達に関する研究はほとんどない。

今後，国の医療制度改革の方向は，高齢社会において増加し続ける医療費の削減に向けて病院の機能分化をさらに進めざるをえなく，看護中間管理者にはより高度な知識と技術をもつことが要求されるであろう。そのため，看護中間管理者には主体的なキャリア発達への取り組みが求められ，組織には看護管理者個人の主体的なキャリア発達を視野に入れた支援体制の整備・充実の重要度がさらに高まることが推察される。したがって，看護中間管理者のキャリア発達の推進や次世代の看護中間管理者育成に向けて，看護中間管理者のキャリア発達の実態やそれに関連する要因を明らかにすることが不可欠である。

I．研究目的

本研究は，看護中間管理者のキャリア発達過程の実態とそれに関連する要因を明らかにし，看護中間管理者のキャリア開発に対する示唆を得ることを目的とする。

II．研究の意義

病棟を管理する看護中間管理者は，組織目標と効果的で質の高い患者ケアをつなぐ架け橋として看護サービスの提供における中核的役割を遂行し，その効果は組織に大きな影響を与える（American Organization of Nurse Executives, 1992；Carroll, 1993；Chase, 1994；Duffield, 1992；Pederson, 1993）。看護中間管理者のキャリア発達を促進す

ることは、個人にとっては効果的な役割の遂行を通して職業生活の充実につながり、組織にとっては人的資源および医療サービスの質的向上を通して組織の活性化を促進し、利用者の満足度を高めることにつながる、と考えられる。

Ⅲ. 用語の定義

- ① 看護中間管理者：病院において、1つあるいはそれ以上の病棟および部署・領域の管理について、24時間責任をもつ看護師であり、一般的に病棟師長、看護師長等の職位にあるもの。
- ② キャリア発達：個人が生涯にわたる職業生活を通じて自己概念の実現を目指す過程。
- ③ キャリア開発：組織目標達成に向けた組織の活動の一つであり、組織を構成する人々のキャリア発達に対する支援。

Ⅳ. 研究方法

1. 対 象

本研究参加者は、公益財団法人日本医療機能評価機構による病院機能評価の認定を受けている関東圏・関西圏の病床数500以上の3つの総合病院に勤務し、研究同意が得られた看護中間管理者14名である。

参加者の選定にあたっては、看護部長に調査の趣旨を説明し、同意を得た後、キャリア発達上の転機に適応し、キャリアを形成している途上にある看護中間管理者の紹介を依頼した。紹介者を通して研究者の身分と本研究の趣旨を伝え、研究参加の同意を得た後、研究者から参加者に連絡し、口頭と文書にて研究参加の承諾を得た。

2. データ収集方法

データ収集方法は、研究者が作成した半構成的質問紙に基づく面接調査で、個室状況下で行った。調査内容は参加者の背景（年齢、経験年数、職位、専門学歴、受講した研修、所属学会等）に加え、看護中間管理者に昇進してから現在に至るまでにどのようにキャリア発達に取り組んできたか、またキャリア発達に関連する要因は何かという視点から、看護中間管理者任命時の受け止め、看護中間管理者としての成長に影響を与えた出来事やそれをどのように受け止め行動したか、その出来事を通してどのような知識や考え方を獲得したか、組織から要求されていることやそれに対する具体的な取り組み、今後の職業への取り組みに対する目標等である。面接内容は、参加者の許可を得てテープに録音した。

3. データ収集期間

2005年4月18日～6月9日。

4. データ分析方法

面接調査で得られた録音内容から逐語記録を作成し、参加者が看護中間管理者に昇進してからどのようにキャリア発達に取り組んできたか、キャリア発達に影響したことは何か、という視点から内容分析を行った。具体的な分析手順は以下のとおりである。

- ① 逐語記録を繰り返し熟読し、看護中間管理者としてのキャリア発達やキャリア発達に関連すると思われる箇所に着目し、データを抜き出した。
- ② 抜き出したデータの意味を要約し、コード化した。
- ③ コード化したデータについて共通性と相違性を比較しながら、カテゴリー化した。
- ④ データ分析においては、分析の妥当性・信頼性を高めるために、看護管理学を専門とし質的研究の経験が豊富な研究者によるスーパーバイズを受け、確認・検討を行い、修正を加えた。

Ⅴ. 倫理的配慮

参加者に対して、研究目的・方法、本研究への参加は自由意思によるものであり、参加者の意思で継続・中止できること、個人の匿名性やプライバシーの保護、研究者の守秘義務について、口頭と文書で説明した。同意が得られた場合には、同意書に署名を得た。なお、本研究は大阪府立看護大学・大阪府立看護大学医療技術短期大学部研究倫理委員会の審査・承認を受け行った。

Ⅵ. 結 果

1. 参加者の属性

本研究参加者は、平均年齢47.0歳（範囲：40～55歳）、看護中間管理者昇進の平均年齢は41.1歳（範囲：35～49歳）、看護中間管理者としての平均経験年数5.3年（2～11年目）であった（表1）。

2. 看護中間管理者のキャリア発達過程

参加者の逐語記録の分析から、参加者のキャリア発達過程として【不安と期待をもって看護中間管理者を引き受ける】【看護中間管理者としての業務を習得する】【取り組むべき課題を考え行動する】【看護中間管理者として成果を上げる】【看護中間管理者としての自信・やりがいを得る】【病院全体を考えた職務が遂行できる】の6カテゴリーが抽出された（表2）。以下に、看護中間管理者のキャリア発達

表1 対象者の概要

対象者	年代	看護師 経験年数	看護中間管理者 昇進年齢	看護中間管理者 経験年数
A	50歳代	30年	43歳	5年
B	50歳代	32年	46歳	6年
C	50歳代	28年	41歳	10年
D	50歳代	28年	49歳	3年
E	40歳代	24年	42歳	3年
F	40歳代	25年	40歳	7年
G	40歳代	25年	44歳	5年
H	40歳代	27年	42歳	5年
I	40歳代	24年	36歳	10年
J	40歳代	23年	38歳	8年
K	40歳代	23年	38歳	6年
L	40歳代	24年	35歳	11年
M	40歳代	19年	39歳	2年
N	40歳代	19年	37歳	5年

表2 看護中間管理者のキャリア発達過程

カテゴリー	サブ・カテゴリー
不安と期待をもって看護中間管理者を引き受ける	組織により与えられた役割
	与えられた機会への挑戦
	目指すことを実践するための権限の獲得
	専門領域での貢献に対する限界
看護中間管理者としての業務を習得する	管理者としての役割の模索
	上司による助言やロールモデルに基づいた行動実践を通しての業務の習得
取り組むべき課題を考え行動する	見通しを持った行動
	病棟における問題解決への取組
看護中間管理者として成果を上げる	目標とする病棟管理の成果が現れる
	自分の管理スタイルの獲得
看護中間管理者としての自信・やりがいを得る	異動した病棟におけるスタッフからの承認
	チームで達成した目指す看護
病院全体を考えた職務が遂行できる	病院組織における自己の役割認識
	組織における病棟の位置づけを考えた業務の遂行

過程について述べる。なお、【 】はカテゴリー、〔 〕はサブ・カテゴリー、〈 〉はコード、“ ”はデータを示す。

(1) 【不安と期待をもって看護中間管理者を引き受ける】

対象となった看護中間管理者は、看護中間管理者への昇進を組織のなかで仕事を続けていくプロセスで〔組織により与えられた役割〕であると感じ、自分自身がその役割を果たせるのかという不安も感じながら、看護中間管理者を引き受ける決心をしていた。また、それまでの職位では“権限がないからできないことがある”と感じており、昇進は〔目指すことを実践するための権限の獲得〕を意味していた。同時に、昇進は自分自身の成長のチャンスであり、看護中間管理者になることは〔与えられた機会への挑戦〕であった。昇進に伴う生活設計と仕事のバランスの保

持の困難さを感じて、看護中間管理者を引き受けることはできないという気持ちをもった参加者もいたが、上司や恩師、夫からの助言をきっかけに看護中間管理者を引き受ける決心をしていた。

“役割なので、自分としてはその役割を果たさなければいけない、ここの病院で仕事を続けていく、その一つのプロセスとして看護長という役割があった。スタッフがあって、主任があって、一定の経験をしているなかで一つの役割が与えられた、そういうふうな感じだったと思います”〔組織により与えられた役割〕

“主任になるとか師長になるというのは、100人就職して100人が言われることではないですよ。自分のキャリアですよ。仕事としてのキャリア・アップが、ある意味、チャンス。そう言われた一つのきっかけで、仕事の内容はきついかもしれないけど、何かまた自分が新しい自分になれるというか、そういうチャンスかなとは思いました”〔与えられた機会への挑戦〕

“主任だとやっぱり権限がないから、声が通らないところ、そういうところは師長になったらやろうかなと思っていて”〔目指すことを実践するための権限の獲得〕

(2) 【看護中間管理者としての業務を習得する】

看護中間管理者に昇進した直後は、管理者として何をしようかわからず〔管理者としての役割の模索〕をするが、〔上司による助言や役割モデルに基づいた行動〕をとりながら、〔実践を通しての業務の習得〕をしていた。また、これまで培った看護師としての技術や能力を維持することに対するこだわりをもちながら、管理者としての役割を模索している参加者もいた。

“最初の1年間は、ほんとうに何がなにやらわからなく過ぎたという感じでした。1年間通して、4月から3月までのいろいろな行事、院内の、新人が入ってくるとか、夏期休暇をどう消化するとか、その1年間にこういうことがあって、年末年始をどういうふう病棟をまわしてとかね、年間を通して、1年間を終わって、ああ、こんなもんかっていうのが、1年たって何となくわかって……”〔実践を通しての業務の習得〕

(3) 【取り組むべき課題を考え行動する】

看護中間管理者として2年目になると、1年目の経験に基づいて先のことを予測しながら、何をすればよいかを考え〔見通しをもった行動〕をするようになったり、管理者としての業務を遂行するだけでなく、管理する病棟の現状から課題を考え〔病棟における問題解決への取組み〕をするようになっていた。一方で、意図的・計画的な行動ができずに、中間管理者として能力を発揮しているとは思えない、と語る参加者もいた。

“2年目はこの時期にはこれがあるから、この準備を

しておかないといけないとか、心の準備というか、それがちょっとできるようになるので、そのなかで、これはもうちょっとこうしようかって改善点が見つけれられるようになってくる”〔見通しをもった行動〕

(4) 【看護中間管理者として成果を上げる】

看護中間管理者として自分が目標とするチームづくりやスタッフの育成が軌道に乗り、看護中間管理者として〔目標とする病棟管理の成果が現れる〕と感じるようになる。この段階に至るまでには、自分自身の看護や看護管理に対する考えに基づいて自分自身の〈管理者としてのあり方を模索〉しているが、その過程を経て〔自分の管理スタイルの獲得〕に至っていた。

“前の病棟では、ちょうど3年たつてうまく動くようになったところで、次の4年目はこの子たちを、糖尿病療養指導士の子も何人かいて、前の年に受けてくれたんですよ。で、次の年代の子たちに、次はあなたたちよって感じでやっていたり。あとは、腎臓のほうの教育もちょっと軌道に乗りかけていたところだったんです。来年度はこの子たちに学会発表させてとか、このことでがんばってもらおうとか、いろんなことを頭の中で考えてたりしてたんです”〔目標とする病棟管理の成果が現れる〕

“3年目になると自分なりにオリジナリティをもてて、今回は、これをこういうふうにやってみようかなっていうのが出てくる気がします”〔自分の管理スタイルの獲得〕

(5) 【看護中間管理者としての自信・やりがいを得る】

今回の研究参加者の多くは、看護中間管理者として3年前後の経験後、病棟異動を体験していた。異動後には一時期、看護中間管理者1年目に戻ってしまったような気持ちになったり、異動した病棟の状況理解の不足からスタッフに対する適切な助言ができない歯がゆさを感じたりし、異動した病棟やスタッフに適応するために時間が必要であった。しかし、スタッフに受け入れられ、〔異動した病棟におけるスタッフからの承認〕を得て、これまでと同様に管理者としての業務を遂行できたことにより、管理者としての面白さややっていけるという気持ちをもち、【看護中間管理者としての自信・やりがいを得る】ことができていた。また、患者からのケアやスタッフに対する肯定的評価を通して、〔チームで達成した目指す看護〕を実感することにより、看護中間管理者としてのやりがいを得ていた。

“全然知らない私を、師長として受け入れる訳じゃないですか。どういう考え方をしてるか、向こうはわからないし、私自身もわからないけれども、20何人いるスタッフが、私が、通用する、通用するって言ったらおかしいけど、私の考え方がわかってもらえるかっていうの

は、すごい心配だったんですよ。それが、割と難なくスムーズに入っていったときに、ああ、師長って面白いな、いろんなスタッフがいて、以前の病棟とはまた違うスタッフが20何人いて、その子たちの個性とか、そういうのを見てて、すごい面白かった”〔異動した病棟におけるスタッフからの承認〕

(6) 【病院全体を考えた職務が遂行できる】

看護中間管理者として病棟管理における成果を上げ、自信ややりがいを感じるようになると、看護部や病院全体にかかわる委員会活動へ参加する機会が増加し、委員会のなかでも中心的な役割を果たすようになる。そのような委員会活動を通して、〔病院組織における自己の役割認識〕をもち、担当部署だけではなく〔組織における病棟の位置づけを考えた業務の遂行〕をするようになっていた。

“委員会とか、その病棟の仕事だけじゃなくて、看護部として病院の仕事に参加する仕事が増えてくるのね。何年かやっていると、そのなかで中心的な役割を果たしていかなければならなくなるのよね。病院全体のなかでの委員会を通しての役割みたいところはね、だんだん、それは増えてきていることだと思う。その委員会のなかでも委員長といっしょに会議を動かすという場面が出てきたっていうのはある。そのあたりは、部署のことだけじゃなくて、病院全体から、そういう意味で自分がどういう役割をとらなきゃならないのかっていうのは、委員会活動を通して得てきているよね”〔病院組織における自己の役割認識〕

3. 看護中間管理者のキャリア発達に関連する要因

看護中間管理者のキャリア発達に関連する要因として、【看護中間管理者としての発達を促す体験】【上司によるメンタリング】【同僚の支え】【他部門との協力】【看護中間管理者として必要な能力に対する認識の深まり】【看護中間管理者の役割の明確化】【自己のキャリア発達に対する主体的態度】【キャリア発達行動の成果の確認】【看護という職業の意味】というカテゴリーが抽出された(表3)。

(1) 【看護中間管理者としての発達を促す体験】

【看護中間管理者としての発達を促す体験】は、看護中間管理者としての成長発達につながったと考えている職業上の体験であり、〔医療事故への対応〕〔理不尽な患者からのクレームへの対応〕〔スタッフの途中退職〕〔新規事業・システムの立ち上げ〕〔多様な職務の積み重ね〕からなる。

〔医療事故への対応〕や〔理不尽な患者からのクレームへの対応〕について語った参加者は、ほとんどが初めてそのような状況に出会い、自分では対応できない状況であった。また、トラブルや事故の規模から、看護部長や病院長、他部門の長も含めて対応しなければならない状況に

表3 看護中間管理者のキャリア発達に関連する要因

カテゴリー	サブ・カテゴリー
看護中間管理者としての発達を促す体験	医療事故への対応
	理不尽な患者からのクレームへの対応
	スタッフの途中退職
	新規事業・システムの立ち上げ 多様な職務遂行の積み重ね
上司によるメンタリング	役割モデル
	職務遂行における助言と指導
	肯定的なフィードバック やりがいのある仕事の提供
同僚の支え	職務遂行におけるよき相談相手
	体験を共有し理解しあえる存在
	職務遂行における協力 競争相手
他部門との協力	異なる立場における考え方の違いの受け入れ
	能力を見極め協力を得る
看護中間管理者として必要な能力に対する認識の深まり	常に課題解決を求められる看護管理者に必要な問題解決能力
	協力関係の形成や職場環境の整備に必要な対人関係能力
	社会や病院状況を考え、意思決定する能力
	将来を予測し、ビジョンを提示する能力
	次世代を担う人材を育成する能力
看護中間管理者の役割の明確化	患者に対する安全と適切な医療・看護ケアの提供
	スタッフが働きやすい職場環境の整備
	医療の質の向上を目指したスタッフの育成
	病棟におけるリーダーシップの発揮
	病床稼働率の維持・向上を目指したベッド管理 看護部門における新規事業やシステム導入・改善の成功
自己のキャリア発達に対する主体的態度	職務遂行に必要な理論的知識・手段を獲得するための学習の必要性
	キャリアの方向性・目標
	教育機会の活用
	日々の職務遂行における意識的取り組み
	看護中間管理者としての役割レベルの評価の難しさ 職務遂行と研修受講との調整の難しさ 仕事と家庭のバランス保持
キャリア発達行動の成果の確認	実践に対する意味づけ
	視点の拡大・対応手段の増加
看護という職業の意味	看護を通して得られる達成感・充実感
	自分自身を成長させる職業
	社会に貢献できるという感謝と喜び
	自分の人生のなかで大切な職業人であること 生計維持のための職業

あった。〔スタッフの途中退職〕は、主として新人看護師のリアリティ・ショック、職場不適応から退職したという内容であり、それが他のスタッフにも影響し、“チームがバラバラになりかけた”という体験を語った参加者もいた。〔新規事業・システムの立ち上げ〕は、病院や看護部のなかで新しい部署や教育システムを立ち上げて軌道に乗せていくという体験であった。

このような体験により学んだことは、〈問題解決能力の重要性〉〈他者との協力体制とそのための調整能力の重要

性〉〈他者を巻き込み、説得・交渉する能力の必要性〉であった。さらに、これらの出来事に対応するためには、〈自分自身の無力感や否定的感情への対応〉も必要であり、そのような感情を解決するまでに1年あまりを要している参加者もいた。そして、このような出来事がほぼ収束するころには、〈管理者としての責任を再確認し、管理者としての覚悟を決める〉ようになっていた。

〔医療事故への対応〕や〔理不尽な患者からのクレームへの対応〕は、突然発生した問題状況であり、組織として対応しなければならない比較的短期間で成果を求められる出来事である。これに対して〔多様な職務の積み重ね〕は、一定期間以上にわたる委員会活動や日々の職務の継続を示している。看護中間管理者は、日々の職務遂行においてさまざまな状況に出会い、それに対応するため判断や決断を繰り返すなかで、自分自身の判断基準や物事に対する考え方、看護中間管理者としての信念を形成していた。

“任命を受けた時点から、師長なんだから始まって、役割を担う、判断をするなかで、自分のなかで築いてきたものがあるんじゃないかなと思って。病棟のなかでもいろいろなことがあって、そのときに自分が決断したり判断していくなかで、これだけは絶対揺るがせないというところで踏ん張るというところで、スタッフが見てくれているというところで、自分の役割を果たしていくので、やっていくなかで実感を得て、自分の物差しができていくんじゃないかなあ”〔多様な職務遂行の積み重ね〕

(2) 【上司によるメンタリング】

【上司によるメンタリング】は、看護中間管理者としての発達に影響した上司からの支援であり、〔役割モデル〕〔職務遂行における助言と指導〕〔肯定的なフィードバック〕〔やりがいのある仕事の提供〕という4つのサブ・カテゴリーからなる。

これまで出会った上司の考え方や態度、行動は、看護中間管理者が見習うモデルであり、看護中間管理者として目指す一つの理想像として看護中間管理者のキャリア発達に影響していた。役割モデルとしての上司からは、肯定的な側面だけでなく反面教師として否定的な側面もあわせて学習していた。

上司は役割モデルとしてだけでなく、看護中間管理者が困難な状況に出会ったり疑問や迷いを感じたりした場合には、〔職務遂行における指導や助言〕をして、看護中間管理者が仕事をやり遂げるために必要な実践的な知識や方略を与えていた。同時に、看護中間管理者の実践を見守り、〔肯定的なフィードバック〕を通して、看護中間管理者が安心して職務を遂行したり、新しい職務に挑戦したりすることを支えており、これが看護中間管理者としての自信や達成感を体験することにつながっていた。また、病院内外

での「やりがいのある仕事の提供」を通して、看護中間管理者が自己の能力を発達させる機会を与えていた。

“自分の管理者としての考え方を育てていくという部分では、いままで自分が出会ってきた師長さんとの関係であるとか、その人の姿勢を見るとか、その人の考え方を見るとか。そういうものをいかに学んでいるかだと思いますね。だから、こんなふうになりたいとか、あんなふうになりたいとか、こんなところは絶対にしたらいけないとか。そういうところの見本になるような人に出会ってきたことが、すごく、自分にとっては大きかったかなと思います”〔役割モデル〕

“私、管理とか、見よう見まねですけど、ここの上にいる副部長たちが、迷ったときに話をすると何か回答が得られるんですよ。そういう、いろんなタイプの副部長がいるから、このときはこの副部長と話をしてみようかなと思って行くんですよ。そうすると回答がかえってくるんで、自分のなかに、そうかそうか、私はこういうふうにしたらよいのかというのが少しずつわかってきて、そういうのでよく勉強させてもらっている”〔職務遂行における指導や助言〕

“いろんな業務の面で、どうしようと思うようなことも、いまだったらどうにかなるかって。やってみて、やったら誰かが言ってくれるというのがあるので、何かやるのが怖いということがあまりないんですね。(中略) 言ってくれる人がいる、見てくれる人がいる、それは大きいかと思いますね”〔肯定的なフィードバック〕

(3) 【同僚の支え】

同僚の支えとは、看護部門の同僚による支援であり、〔職務遂行におけるよき相談相手〕〔体験を共有し理解しあえる存在〕〔職務遂行における協力〕〔競争相手〕の4つのサブ・カテゴリーからなる。

同僚は、組織のなかで同じ役割をもつ〔職務遂行におけるよき相談相手〕であり、異なる視点から意見を述べて問題解決を助けてくれる存在であった。仕事以外でも交友の機会をもち、上司や部下には言えない仕事上の悩みやプレッシャーを率直に話し合い、〔体験を共有し理解しあえる存在〕として精神的な支えになり、看護中間管理者のキャリア発達に影響していた。また、精神的な支援だけでなく、業務量が増大したときには職務を代行し〔職務遂行における協力〕を通して実践面での支援も行っていた。さらに、同僚は〔競争相手〕として、自分の能力を高めていくための動機づけにもなっていた。

“相談、こんなことがあるとか看護長同士で話をしたり、また向こうからも話をされたりして、そのときどうしたんだとか、そういうことで学ぶことも沢山あって、そうやって自然とこういうときにはこうしたらよいと

か、そういうのが身についてくる。”〔職務遂行におけるよき相談相手〕

“言っていることがわかる人たちと話をして、それがいちばん大きいんじゃないかと思いますね。いまのメンバーは3人いっしょに（看護中間管理者に）なったんですよ。（看護中間管理者として）同期が3人いたから、非常に心強かったですよね。置かれた状況も、家庭も持っているメンバーじゃなくて、同じような状況に置かれていて、アフターファイブも家庭があると時間をとられちゃったりするけど。そういう意味では、仕事のうえでも仕事以外でもあうんの呼吸の仲間がいたっていうのが、いちばん心強いですよ”〔体験を共有し理解しあえる存在〕

(4) 【他部門との協力】

【他部門との協力】とは、診療部門の医師、診療支援部門の臨床工学士、薬剤師、事務を担当する事務部門などとの関係である。看護中間管理者が病棟を円滑に管理し、業務を遂行していくためには他者の力を活用することが必要であるが、本研究参加者は、〔異なる立場における考え方の違いの受け入れ〕や他職種の〔能力を見極め協力を得る〕ことによって仕事上の人間関係を形成し、看護中間管理者としての能力の発揮につなげていた。とくに、看護職者にとって最も身近で働く医師の医療に対する考え方や看護職者との関係性に対するとらえ方は、看護中間管理者の役割を遂行するうえで影響が大きかった。

“いちばん近くで働く他部門はドクターでしょう。やっぱりドクターとの関係性、っていうのはありますね。その医師が患者さんに提供する医療を少しでもよいものを、って考えていたり、あとは、看護に対して自分たちの手足と考えているのか、パートナーと考えているのか、そういうことが出てくると思うんですね。どういうドクターと働いているかというのは、他（の部門）とは影響力が全然違いますよ”〔異なる立場における考え方の違いの受け入れ〕

“最終的にドクターの意識を変えるには、ドクターが言わなきゃだめな部分があるんですよ。その人材を誰にしようかって、いま、動かせる人材を探している。（病院全体としての）大きな方向になると動いてもらえるんだけど、日々の実践のなかで、どう動くかっていうのはなかなか引き受けてもらえない。だから、今年は、その道筋を何とかつけたい、人材を確保したいって思っているんです”〔能力を見極め協力を得る〕

(5) 【看護中間管理者として必要な能力に対する認識の深まり】

【看護中間管理者として必要な能力に対する認識の深まり】は、看護中間管理者が職務遂行を通して、看護中間管

理者として必要な能力に対する認識を深めていくことを示し、〔常に課題解決を求められる看護管理者に必要な問題解決能力〕〔協力関係の形成や職場環境の整備に必要な対人関係能力〕〔社会や病院状況を考え、意思決定する能力〕〔将来を予測し、ビジョンを提示する能力〕〔次世代を担う人材を育成する能力〕というサブ・カテゴリーからなる。

“私ね、いちばん思っていたのは、管理者というのは問題解決能力がないとだめかなあ、と非常に感じていたことですね。問題は目についても、それは解決していくこと、そのものを使ったりとか、人を使ったりとか、どうマネジメントしていくのかというのが必要かなって感じているんですけどね”〔常に課題解決を求められる看護中間管理者に必要な問題解決能力〕

〔協力関係の形成や職場環境の整備に必要な対人関係能力〕は、組織の決定事項をスタッフに浸透させるためや他部署との交渉、辞めたいというスタッフへの支援のためのコミュニケーション技術、スタッフが働きやすい環境整備のための患者・医師などとの人間関係調整能力などが含まれていた。問題を解決する、組織を動かす、自分自身の目指す成果を上げるためには、コミュニケーション能力が重要である、ということを語った参加者は多数いた。

“相手が何を考えているのかとか、普通にコミュニケーションをとるのはそんな苦手じゃないし、話を聞けたかなって思う。でも、組織を動かすときには、1人1人の感情じゃなくて集団を動かさなくてはならないわけだから、そういうときって、理論的に話をするだとか、明快に話をするだとか、そういうことができないきゃだめだなと思っていて”〔協力関係の形成や職場環境の整備に必要な対人関係能力〕

〔社会や病院全体の状況を考え、意思決定する能力〕や〔将来を予測し、ビジョンを提示する能力〕は、単に現在の病院だけを考えるのではなく、社会の変化を見据え、病院の将来を予測しながら判断・決断し、病棟の舵取りをしていくことや、スタッフに対する動機づけとして将来のビジョンを提示していくことを示している。

“社会的な情勢とか病院情勢とかをみて、そしてそれを舵取りというのか、判断、決断していく、常にしていくようなところで進んでいかなかったらいけないかな”〔社会や病院全体の状況を考え意思決定する能力〕

(6) 【看護中間管理者の役割の明確化】

【看護中間管理者の役割の明確化】は、看護中間管理者としての経験を通して認識したり確認したりした看護中間管理者としての役割であり、〔患者に対する安全と適切な医療・看護ケアの提供〕〔病棟におけるリーダーシップの発揮〕〔スタッフが働きやすい職場環境の整備〕〔医療の質の向上を目指したスタッフの育成〕〔病床稼働率の維持・

向上を目指したベッド管理〕〔看護部門における新規事業やシステム導入・改善の成功〕からなる。

看護中間管理者は、看護中間管理者としての役割を組織の目標である〔患者に対する安全と適切な医療・看護ケアの提供〕であり、病院や看護部と病棟とのパイプ役として〔病棟におけるリーダーシップの発揮〕によって組織目標を達成することであると認識していた。そのために、直接ケアを提供する〔スタッフが働きやすい職場環境の整備〕や〔医療の質の向上を目指したスタッフの育成〕をすると考えていた。さらに〔病床稼働率の維持・向上を目指したベッド管理〕は、病院の経営状況に直接つながるものであり、看護中間管理者に対する組織からの要求は大きく、看護中間管理者も自分の責任として高い意識づけをもっていた。また、病棟異動をして間もない数名の参加者は、組織から病棟の変革を期待されていると認識し、病棟風土や人間関係を改善し、目標達成できるチームをつくることが自分の役割である、と話していた。

“働きやすい環境をつくってあげたら。働きやすい環境をつくることによって、スタッフが働きやすいということになれば、スタッフはきっと患者さまに対してもよいケアを提供できるんじゃないか。自分は、直接的にケアは提供できないけれども、スタッフがよいケアを提供してくれる。私は、そのスタッフが働きやすい環境と患者さまにとって安全な環境を提供する。それを考えるようにする”〔スタッフが働きやすい職場環境の整備〕

“病院の医療の質を向上させていくためには看護職の力が大きいので、スタッフが動かないと質も上がらないので、スタッフのレベルをアップさせるような動きをしなければいけない。だから、1人1人の力を上げる。私は、そういうことをやっていかなければいけない。それが師長の役割だなと思っているので”〔医療の質の向上を目指したスタッフの育成〕

(7) 【自己のキャリア発達に対する主体的態度】

【自己のキャリア発達に対する主体的態度】は、自分自身の能力の向上や成長発達に向けての積極的な態度や学習意欲、キャリア発達に対する取組みを言う。

看護中間管理者は、現在の状況をふまえて〔職務遂行に必要な理論的知識・手段を獲得するための学習の必要性〕を感じていた。また、これから取り組みたい課題や目標、将来的なキャリアの目標である〔キャリアの方向性・目標〕をもち、管理者としての能力向上や知識獲得のために大学院への進学や研修・セミナー等の〔教育機会の活用〕をしたり、学習したことを活用して〔日々の職務遂行における意識的取組み〕をしたりしていた。

“自分の能力開発のなかで、セカンドの研修に行ってみよう。管理者としての知識をもう少し強化したいなって。自分

のなかにも管理者としての確かな知識を入れたいというのがあるんです。いま、実際にやっていて経験のなかから自分のなかに知識として入れているものを、確かめていきたい。もう一つ上ですよ、ファーストに比べてセカンドは、管理者研修としては絶対に上だから。そこに行ってプラスアルファの知識を、師長としての知識をもって、師長としてのキャリアを積みたいと思う”〔キャリアの方向性・目標〕

一方で、〔職務遂行と研修受講との調整の難しさ〕や〔看護中間管理者としての役割遂行レベルの評価の難しさ〕〔仕事と家庭のバランス保持〕といった、看護中間管理者がキャリア発達に取り組むために克服しなければならない障害や困難さについて言及する参加者もあった。

“自分自身も充電していかないと、もっているものを出していくだけではだめだと思うんですよ。勤務している病院の場合は、スタッフのときから自分のやりたいものを探してやるという姿勢じゃないですか。そうなったときに、セカンドレベルとかも結構出るのは大変じゃないですか。それだけ、部署を空けていくというのが、月の半分以上なくなるとか、代わりがいる訳じゃないから、代理が立つ訳じゃないから、そうなる、それを選択するのは、その部署の状況を見れば今年はちょっと無理じゃないってお互い（師長同士）言ったりしているところもあるから。受けたいときに、それをやれないっていうのはあると思う。修士（課程）にしても、立場によって夕方の会議が入ってくるとなると、行く時間も確保できない。そうなる、置かれている状況としては厳しいなと思うんですよ。探し方が悪いのかもしれないけど、師長になってからのキャリアを伸ばしていくための研修環境というのは、まだ十分ではないなと思いますけどね。ものがない訳じゃないけど、みんながそれを選べる訳じゃないでしょう。いろんなケースというか、そういう点では少ないかなと思いますね”〔職務遂行と研修受講との調整の難しさ〕

（8）【キャリア発達行動の成果の確認】

【キャリア発達行動の成果の確認】は、管理者としての能力向上や知識獲得のための具体的な行動の成果を示す。看護中間管理者は【自己のキャリア発達に対する主体的態度】を通して自己の管理実践を振り返り、自己の管理実践と理論的な知識を結びつけて〔管理者としての実践に対する意味づけ〕をしたり、学習した内容を具体的な管理実践への適用を考え〔管理者としての視点の拡大・対応手段の増加〕をしていた。

“自分が実際に経験してきたなかで学んだことの裏づけがあることが大事だと思うんですよ。自分が、たとえば物ごとをこういうふうに考えてきたときに、これを管

理の本、何冊もありますよね。そういうなかで、実際に書かれていることは少ないんですよ。物の管理、人の管理はこういうふうにしますよとは書かれているんですけども、その考え方を示したものは少ないんですね。だから、自分自身は、意思決定の瞬間であるとか、リーダーシップっていったい何なのとか。自分がリーダーとしてかわっていくにはどういう能力が必要なのかというところを、私は求めている気がします。もちろん物品管理も大事ですけど、それは実践のなかで自分が経験したらできていくことなんだろうと思うんですね。ものの考え方とかが自分のなかでは欲しい知識なので、そういうふうな知識を入れようとしている”〔管理者としての実践に対する意味づけ〕

（9）【看護という職業の意味】

【看護という職業の意味】は、看護という職業が自分自身にとってどのような意味をもつのかを示すもので、〔看護を通して得られる達成感・充実感〕〔自分自身を成長させる職業〕〔社会に貢献できるという感謝と喜び〕〔自分の人生のなかで大切な職業人であること〕〔生計維持のための職業〕という5つのサブ・カテゴリーが抽出された。

多くの参加者が、患者とのかかわりを通して看護という仕事の面白さを体験し、それによってやりがいや満足感を体験していた。また、自分が行った看護ケアにより患者が成長することから、看護師としての達成感や充実感を得ており、それが看護を継続する理由になっていた。看護という職業が自己の成長につながると述べた参加者は多く、看護は人間としての生き方や人生観と深くかかわっている、ととらえられていた。

“患者さんとの経験が面白かったから。患者さんとの対応が楽しかったから。まあ、看護が楽しかったんだよね、患者さんを看護することが楽しかった。自分で考えて患者さんをケアするでしょう。そのときの患者さんの手応え。自分が実感として思っていることが、その楽しさ、その楽しいなという思いがずっとずっとあって、いまもちろんその思いがあるから、スタッフに伝えられる。話をしても、そのディスカッションのなかでも、患者さんとの関係ってこうだねって意見が言えるし、スタッフと話ができる。それがね、がんばれるところ。患者さんとの関係、それがなかったら看護を離れていたよね”〔看護を通して得られる達成感・充実感〕

“私は自分をいちばん支えてくれたのは、患者さまから学ぶこと。自分自身を成長させてくれること。相手に求めることばかりじゃいけないんですけども、やっぱり学べることとか、成長させてもらえること。それがすごくたくさんあった。私には、一つのかかわりのなかで、自分が本当に成長していける、その看護っていうの

はやっぱり大きなものやなあって、自分自身のなかではあるので……。だから、やっぱり実践者に戻りたいというのが、最終的にはありますよね。そういうことを自分のなかで感じているから、この仕事を続けているし、多分、自分のなかではこの仕事をきちっと、自分の職業、専門職としてのプライドをもちながら実践していきたいなというのがあるので”〔自分自身を成長させる看護という職業〕

Ⅶ. 考 察

1. 看護中間管理者のキャリア発達過程

分析の結果から、参加者のキャリア発達過程として、【不安と期待を持って看護中間管理者を引き受ける】【看護中間管理者としての業務を習得する】【取り組むべき課題を考え行動する】【看護中間管理者として成果を上げる】【看護中間管理者としての自信・やりがいを得る】【病院全体を考えた職務が遂行できる】の6つの段階があること明らかになった。

今回、対象となった看護中間管理者のキャリア発達段階はキャリア中期 (Schein, 1978) に相当し、Schein (1978) によれば、キャリア中期の課題はこれまで培ってきた専門領域に磨きをかけて組織に貢献するか、あるいは経営や管理に加わることにより自分の役割を変化させるかを決めて、組織における明確なアイデンティティを確立すること、である。今回の参加者が看護中間管理者へ昇進した背景は不明であるが、管理者として選ばれた人々であり、看護実践者として熟達した技能をもち、明確なアイデンティティを形成していることが推察される。しかし、守島 (2002) が指摘するように、リーダーの育成上、上位のマネジメント能力の獲得は必ずしもその前の段階における高い能力を保証せず、より上位の段階で必要とされるマネジメント能力は下位で育成されたスキルや能力とは質的に異なるため、単に前の段階で有能であることが次の段階での有能さにはつながらない。したがって、新たな管理という領域での技能熟達とともに、アイデンティティ確立は看護管理者としてキャリアを発達させるうえでは重要な課題になると考えられる。今回の結果から、看護中間管理者は【不安と期待をもって看護中間管理者を引き受ける】段階で、管理者という新たな役割を組織から与えられることで自分のキャリアを再評価する機会を得て、看護を直接提供する実践者から、看護を間接的に支える管理者へと自分自身の役割を変えることを〔与えられた機会への挑戦〕として引き受けていた。このことは、昇進というキャリアの転機において自分自身の責任で進むべき方向を決断し、新しいアイデンティティの探索を始めている、と考えられる。そして、

管理者としてのさまざまな経験を積み管理者としての技能を獲得し、【看護中間管理者として成果を上げる】段階で、これまでの管理者としての取組みに対する結果を確認し自分自身の管理スタイルを獲得することで、管理者としてのアイデンティティを確立していることが推察される。

2. 看護中間管理者キャリア発達に関連する要因

分析の結果から、看護中間管理者は【看護中間管理者としての成長発達を促す体験】や【上司によるメンタリング】【同僚の支え】【他部門との協力】を通して、看護中間管理者として重要な能力や自己の能力への再確認し、【看護中間管理者として必要な能力に対する認識の深まり】や【看護中間管理者の役割の明確化】に至っていた。そして、【自己のキャリア発達に対する主体的態度】を通して、自己のキャリア発達に取り組み、自己の実践を意味づけ、視点を拡大するといった【キャリア発達行動の成果の確認】をしていた。これらの過程は【看護という職業の意味】によって支えられている、と考えられた。

リーダー育成における経験の重要性は多くの研究者が指摘している。McCall (1998/2002) は、成功している上級管理者のキャリア発達に影響した経験について、「課題 (初期の仕事経験や最初の管理経験等)」「他の人とのつながり (上司、ロールモデル)」「修羅場 (事業の失敗、部下の業績の問題等)」がある、と述べている。本研究結果においても、看護中間管理者のキャリア発達に関連した要因として【看護中間管理者としての成長発達を促す体験】や【上司によるメンタリング】【同僚の支え】【他部門との協力】があり、McCallの研究を支持する結果であると考えられる。

McCall (1998/2002) は、リーダーの成長を促すような経験は自分の意思ではなく、運命の結果として生じた困難な状況であり、困難な経験から学習する能力がリーダーの成長につながる、と指摘している。同様にBennis & Thomas (2002/2003) は、厳しい試練から知恵を引き出すことがリーダーとして成功する人と打ちのめされる人の差になるとして、リーダーは重要な問題に直面するたびに新たな洞察や技能、新しい心のもち方や資質を得て、より高いレベルで身を処すことができ、次の高みへ飛躍できる、と述べている。本研究結果においても、看護中間管理者の成長を促した体験には〔医療事故への対応〕〔理不尽な患者からのクレームへの対応〕〔スタッフの途中退職〕といった偶発的に発生した困難な状況が抽出された。本研究参加者は、このような困難な状況において看護者としての自己を振り返り、自己の限界に対峙し、無力感や否定的感情へ対応しながら、看護中間管理者として求められる能力や役割について洞察を深め、出来事が収束するころには自

分自身の責任を引き受けて、管理者として覚悟を決めるようになっていた。このことは、本研究参加者が自分自身の実践に対して省察的な態度をもち、体験を意味づけて経験として教訓を得て、管理者としての実践的な知識や技術を獲得し管理者として熟達していつていることを示し、このような熟達を可能にしたのは、McCall (1998/2002) や Bennis & Thomas (2002/2003) が指摘する経験から学ぶ能力をもっていたからだ、と考えられる。

また本研究参加者は、【自己のキャリア発達に対する主体的態度】で示されたように、自分自身の能力の向上や成長発達に向けての積極的な態度や学習意欲、キャリア発達に対する取組みを行っていた。McCall (1998/2002) は、経験から学習する人は学習機会を積極的に追求する、と述べているが、本研究参加者も職務遂行上の経験から学習するだけでなく、〔教育機会の活用〕や〔日々の職務遂行における意識的取組〕をして積極的に学習機会を追求しており、このような態度が管理者として知識や技術の獲得に影響していたと考えられる。

看護中間管理者とのキャリア発達に関連する要因として抽出された【上司によるメンタリング】は、看護中間管理者のキャリア発達に多くの影響を与える重要な因子であった。上司との関係性がキャリア発達に影響する要因であることは多くの研究で実証されている (Dooley & Hauben, 1979; Longenecker & Neubert, 2003; 水野・三上, 2000; Noe, 1996; 坂口, 1999; 若林・南・佐野, 1980; 若林, 1987; 若林・斎藤, 1989) が、本研究結果においても、上司は職務遂行上の支援や情緒的支援を提供しており、先行研究を支持する結果であった。元山・金井・谷口 (2012) は、身近で日常的に頻繁に接している上司は観察学習の絶好の対象であり、管理者の実践知の源泉が管理職になる前の体験にもあることから、管理者の実践知の学習は管理者になる前からすでに始まっている、と指摘している。本研究参加者も、現在の上司だけでなく管理者になる前に出会った上司をモデルとしており、自分自身の過去の経験や上司の経験からも学習し、管理者としてのキャリアを発達させている、と考えられる。

さらにMcCall (1998/2002) は、経験学習を促進する要因には学習機会の追求やフィードバックの活用がある、と指摘しているが、本研究結果から、上司は〔職務遂行における助言と指導〕〔肯定的なフィードバック〕〔やりがいのある仕事の提供〕を通して、看護中間管理者のキャリア発達に影響を与えており、これらはいずれも看護中間管理者の経験学習を促進する要因になっていた、と考えられる。とくに、本研究結果で示された〔肯定的なフィードバック〕は、看護中間管理者が安心して職務を遂行したり、新しい職務に挑戦したりすることを支えていたことから、看

護中間管理者のキャリア発達を促進するためには、新しい学習機会を追求したり、不確かな状況でも勇気をもって行動するための上司の肯定的フィードバックが重要である、と推察される。

本研究結果において、看護中間管理者が職業を継続してきた理由として【看護という職業の意味】が抽出された。このカテゴリーは、看護という職業が自分自身にとってどのような意味をもつのかを示すもので、多くの参加者が患者とのかかわりを通して看護という仕事のおもしろさややりがい、達成感、充実感を体験し、それが看護という職業を継続する動機づけになっていたことが推察される。グレッグら (2003) は、経験10年以上の看護師を対象とした面接調査からキャリア発達の構造モデルを作成しているが、このモデルにおいてはキャリア発達の基礎には「職業継続の明確な意思」が存在し、キャリア発達のコアは「自己実現の手段としての看護師という認識」であったことが報告されており、本研究結果はこれを支持するものであると考えられる。また、Gardner (1992) は、看護という職業に対する動機についてキャリア・コミットメントという概念から検討しており、キャリア・コミットメントには専門職としての一般的なコミットメントやキャリアに留まろうとする意思、キャリア選択の価値、人生における中心的価値などが含まれる、としている。本研究においても、看護という職業が自己の成長につながると述べた参加者は多く、看護が人間としての生き方や人生観と深くかかわっているととらえられていたことから、本研究参加者のキャリア・コミットメントは高く、それがキャリア発達への取組みに影響していたことが考えられる。

3. 看護中間管理者のキャリア発達を促進するための支援

大久保 (2006) は、専門力とは専門的知識と専門的技術からなり、この2つの能力をバランスよく育てることにより専門力が高まる、と述べている。そして、専門力を高めるためには、経験から学んだ知識と学習を通して獲得する理論的知識を統合することが重要である、と述べている。現在の医療を取り巻く環境は急激に変化している。繰り返される診療報酬の改定や医療事故の増加、患者の権利意識の高まりなど、病院が対応しなければならない課題は山積し、それらの課題に対応していくためには実践的な技術だけでなく、さまざまな理論的知識が必要になる。本研究においても、看護中間管理者は主体的に教育機会を活用して理論的知識を獲得しており、教育機会の活用はキャリア発達を促進するうえでは不可欠である。しかし、その一方で本研究参加者が言及したように、組織における看護中間管理者の役割の重要性から代行する職員確保の難しさもあるため、教育機会を活用しやすくするための方策が必要であ

る。現在、さまざまな施設において研修受講を目的とした休職制度や奨学金制度などが導入されているが、組織において中長期的な人材育成計画に基づき、管理者候補となる人材に対して早期に研修受講の機会を与えることが必要になると推察される。また、個人の自己啓発を促進するために、研修や通信教育、eラーニングなどの教育に関する情報提供や、それらを活用するための費用を援助するなどの制度の導入も効果的であると考えられる。

本研究参加者は、日々の職務における意識取り組みや問題状況への対応を通して、看護中間管理者としての自己の能力や役割に対する認識を深めることにより、学習の必要性やキャリア目標をもち、自己のキャリア開発に取り組んでいた。また、管理実践の振り返りを通して、自己の管理実践と理論的な知識を結びつけ管理実践に対する意味づけをし、管理者としての知識や技術を獲得・向上させていた。このことから、キャリア発達に向けた行動や意識を強化していくためには、自己の役割や能力に対する認識を深め、明確化することが必要であり、そのために管理者自身は組織からの役割期待を理解することや日々の実践を通して積極的に経験から学ぶことが重要であると考えられる。一方、組織は、どのような人材をどのように活用していきたいのかというビジョンや個人に対する役割期待を明確に提示することが必要である。さらに、管理者自身の経験学習を促進するために、日々の実践場面や管理者が経験を振り返り概念化する内省の機会を設けることや、管理者自身が新しい学習機会として日々の職務において成長するための経験を創造し、不確かな状況でも挑戦することができるよう、また職務遂行に対する成果を本人が認識できるように、フィードバックをすることが必要になると推察される。

VIII. 結 論

本研究において、看護中間管理者のキャリア発達過程の実態とそれに関連する要因を検討した結果、以下のことが

明らかになった。

1. 看護中間管理者のキャリア発達過程として、【看護中間管理者引き受ける】【看護中間管理者としての業務を習得する】【取り組むべき課題を考え行動する】【成果を達成する】【看護中間管理者としての自信・やりがいを得る】【病院全体を考えた職務が遂行できる】の6カテゴリーが抽出された。
2. 看護中間管理者の主体的なキャリア発達を促した要因として、【看護中間管理者としての発達を促す体験】【看護中間管理者としての役割・能力に対する認識の深まり】【自己のキャリア開発に対する主体的態度】【キャリア開発活動の成果の確認】【他者とのつながり】【看護という職業の意味】というカテゴリーが抽出された。
3. 看護中間管理者のキャリア発達を促進するためには、管理者として必要な知識の獲得とあわせて、自己の役割や能力に対する認識を深め、明確化することが必要であり、そのために管理者自身は組織からの役割期待を理解することや日々の実践を通して積極的に経験から学ぶことが必要であることが推察された。一方、組織は、どのような人材をどのように活用していきたいのかというビジョンや個人に対する役割期待を明確に提示し、管理者自身が経験から学ぶために、管理者が経験を振り返り概念化する内省の機会を設けることや、新しい学習機会として日々の職務において成長するための経験を創造し、不確かな状況でも挑戦することができるよう、また職務遂行に対する成果を認識できるようにフィードバックをすることが必要になる、と示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護中間管理者の皆さまや看護中間管理者の所属施設の看護部長の皆さまに深く感謝いたします。

本研究は、大阪府立看護大学大学院看護学研究科に提出した博士論文の一部に加筆修正したものである。

要 旨

看護中間管理者のキャリア発達過程とその関連要因を明らかにするため、看護中間管理者14名に半構成的面接調査を行った。質的帰納的分析の結果、看護中間管理者のキャリア発達過程として【不安と期待をもって看護中間管理者引き受ける】【看護中間管理者としての業務を習得する】【取り組むべき課題を考え行動する】【看護中間管理者として成果を上げる】【看護中間管理者としての自信・やりがいを得る】【病院全体を考えた職務が遂行できる】の6カテゴリーが抽出された。

キャリア発達過程には9カテゴリーが関連し、【看護中間管理者としての成長発達を促す体験】や【上司によるメンタリング】【同僚の支え】【他部門との協力】により、【看護中間管理者として必要な能力に対する認識の深まり】や【看護中間管理者の役割の明確化】をして、主体的にキャリア発達に取り組んでいた。この過程は【看護という職業の意味】によって支えられていた。

Abstract

A semi-structured questionnaire survey was administered to 14 mid-level nurse managers to elucidate the stages and factors associated with career development in mid-level nursing management. Qualitative inductive analysis extracted six factors as developmental stages: “accepting a mid-level management position with anxiety and anticipation”, “learning business operations as a mid-level manager”, “thinking and acting on issues to be addressed”, “producing work results as a mid-level manager”, “gaining self-confidence and a sense of satisfaction as a mid-level manager”, and “being able to conduct business that affects the entire hospital”.

Nine factors were associated with the career development of mid-level nurse managers. Mid-level nurse managers proactively engaged in their career development with “deeper awareness of the skills associated with the position” and “clarification of the roles of a mid-level nurse manager” through “experiences that promote growth as a mid-level manager”, “mentoring by supervisors”, “supports from colleagues”, and “collaboration with other departments”. These stages were supported by “meaning of nursing as a profession”.

文 献

- American Organization of Nurse Executives (1992). The role and functions of the hospital nurse manager. *Nursing Management*, 23(9), 36-39.
- Bennis, W.G. and Thomas, R.J. (2002) / 斎藤彰悟 監訳・平野和子 訳 (2003). こうしてリーダーはつくられる. pp.132-134, 東京: ダイアモンド社.
- Carroll, T.L. (1993). Building on the past to challenge the future. *Journal of Nursing Administration*, 23(4), 19-20.
- Chase, L.K. (1994). Nurse manager competencies. *Journal of Nursing Administration*, 24(4), 56-64.
- Darling, L.W. and McGrath, L. (1983). The causes and costs of promotion trauma. *The Journal of Nursing Administration*, 13(4), 29-33.
- Dooley, S.L. and Hauben, J. (1979). From staff nurse to head nurse: A trying transition. *The Journal of Nursing Administration*, 9(4), 4-7.
- Duffield, C. (1992). Role competencies of first-line managers. *Nursing Management*, 23(6), 49-52.
- Gardner, D.L. (1992). Career commitment in nursing. *Journal of Professional Nursing*, 8(3), 155-160.
- グレッグ美鈴, 渡邊敏子, 池西悦子, 林由美子, 平山朝子 (2003). 臨床看護師のキャリア発達の構造. 岐阜県立看護大学紀要, 3(1), 1-8.
- 早川ひと美, 上泉和子, 鄭 佳紅, 中村恵子, 石鍋圭子, 平尾明美, 木浪智佳子, 伊藤日出男, 川崎勝枝 (2005). 看護管理者教育ファーストレベル教育の評価: 修了者の動向から. 青森県立保健大学雑誌, 6(1), 103-105.
- 伊藤千鶴, 大西満美子, 梶川絹子, 金野朋子, 黒田優子, 水口照美, 光峰常美, 山下真代, 川本和子, 愛媛県看護協会看護管理者教育企画委員会 (2008). 認定看護管理者ファーストレベル教育受講者のキャリア開発に対する意識. 日本看護学会論文集 (看護管理), 39, 226-228.
- 泉名節子, 小野寺杜紀, 佐藤澄子 (2007). 認定看護管理者教育 (ファーストレベル) 研修後の実態 — 実践報告における取り組みと課題と基本的能力に視点をあてて. 日本看護学会論文集 (看護管理), 37, 294-296.
- 勝山貴美子 (2010). 日本における次世代の看護管理者教育とは何か? . 大阪府立大学看護学部紀要, 16(1), 21-32.
- Longenecker, C.O. and Neubert, M. (2003). The management development needs of front-line managers: voices from the field. *Career Development International*, 8(4), 210-218.
- McCall, M.W. (1998) / 金井壽宏 監訳, リクルートワークス研究所 訳 (2002). ハイ・フライヤー — 次世代リーダーの育成法. pp.102-127, 181-199, 東京: プレジデント社.
- 水野暢子, 三上れつ (2000). 臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究. 日本看護管理学会誌, 4(1), 13-22.
- 守島基博 (2002). ホワイトカラーの人材育成とマネジメント能力. 一橋ビジネスレビュー, 50(2), 34-45.
- 元山年宏, 金井壽宏, 谷口智彦 (2012). 管理職. In 金井壽宏, 楠見 孝 編: 実践知 — エキスパートの知性. pp.121-146, 東京: 有斐閣.
- Noe, R.A. (1996). Is career management related to employee development and performance? . *Journal of Organizational Behavior*, 17(2), 119-133.
- Nolan, M., Owens, R.G., and Nolan, J. (1995). Continuing professional education: Identifying the characteristics of an effective system. *Journal Advanced Nursing*, 21(3), 551-560.
- 大久保幸夫 (2006). キャリアデザイン入門(2) 専門力編. pp.45-49, 東京: 日本経済新聞社.
- Pedersen, A. (1993). Qualities of the excellent head nurse. *Nursing Administration Quarterly*, 18(1), 40-50.
- 坂口桃子 (1999). 看護職のキャリア・ディベロップメントに関する実証的研究 — キャリア志向のタイプと形成時期 — . 日本看護管理学会誌, 3(2), 52-59.
- Schein, E.H. (1978) / 二村敏子・三善勝代 訳 (1991). キャリア・ダイナミクス — キャリアとは, 生涯を通しての人間の生き方・表現である. pp.42-50, 東京: 白桃書房.
- Sherwood, G. (1996). Nurse administrator's perceptions of the impact of continuing nursing education in underserved areas. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 27(3), 124-130.
- 柴田秀子, 井部俊子, 小山田恭子 (2003). 看護管理における継続教育と看護管理者に求められる能力 — 日本看護協会認定看護管理者教育課程サードレベルを修了した看護部長の認識 — . 日本看護管理学会誌, 7(1), 5-16.
- Wolf, G.A., Hayed, M., and Bradle, J.A. (2004). The Transformational Model for Professional Practice: A System Integration Focus. *Journal of Nursing Administration*, 34(4), 180-187.
- 若林 満 (1987). 管理職へのキャリア発達 — 入社13年目のフォローアップ — . 経営行動科学, 2(1), 1-13.
- 若林 満, 南 隆男, 佐野勝男 (1980). わが国産業組織における大卒新入社員のキャリア発達過程: その継時的分析. 組織行動研究, 6, 3-131.
- 若林 満, 斎藤和志 (1989). キャリア・パス分析: パス解析に基づく組織内キャリア発達の規定要因分析. 経営行動科学, 4(1), 9-17.
- 柳橋礼子 (1999). 看護部長による病棟婦長に必要な能力の明確化. 日本看護管理学会誌, 3(1), 52-53.

〔平成24年11月5日受 付〕
〔平成24年11月20日採用決定〕

地域で生活する精神障がい者に対する 『自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム』 実施前後の変化

Changes after “Nurse-Led Group Cognitive Behavioral Therapy Program for the Recovery of
Self-Esteem” among Community-Dwelling Persons with Mental Illnesses

國 方 弘 子
Hiroko Kunikata

キーワード：精神障がい者，自尊心，認知行動看護療法，グループ療法

Key Words：people with mental illnesses, self-esteem, nurse-led cognitive behavioral therapy, group therapy

はじめに

2011年，厚生労働省は，これまで「4大疾病」として重点的に取り組んできた「がん，脳卒中，心臓病，糖尿病」に，新たに「精神疾患」を加え「5大疾病」とした。精神疾患をもつ人（以下，当事者）は年々増え，これまでの「4大疾病」をはるかに超えているのが現状であり，重点的な対策が急がれている。同時に，入院医療から地域生活中心への基本理念に基づき，当事者が地域において安心して自立した生活を送れるような社会にしていこうとの認識のもと，地域生活への移行と定着支援の施策が講じられている（厚生労働省，2012）。

当事者の地域移行と定着を可能にするためには，当事者と彼らを取り巻く社会の負の面ばかりに注目するのではなく，当事者自身が自分に可能性を感じ，支援者が当事者の可能性を信じる必要がある（Rapp & Goscha, 2006）。すなわち，リカバリー志向が当事者の地域移行・定着に必要である。リカバリーとは，症状や障害が続いたとしても自尊心や希望をもち，人生の新しい意味や目的を見出し，充実した人生を生きていくプロセス，のことである（Deegan, 1988）。つまり，自尊心はリカバリーにとって重要な概念である。

当事者の自尊心に関する研究を概観すると，以下のように集約できる。第一に，自尊心は自殺念慮のような自己保存に影響を与えること（Fialko et al., 2006）。第二に，自尊心は生活の質（QOL）の変動の予測変数であること（國方・渡邊，2007）。第三に，鈍麻・減退や抑うつ症状は自尊心に影響を与え，自尊心は幻覚・妄想などの症状に

影響を与えるなど，自尊心は症状と密接な関係があること（Roe, 2003）。第四に，当事者の自尊心の特徴として，彼らの自尊心は低く（國方，2005），過去の入院体験でのトラウマ，他者からの偏見と偏見の内在化，活動の場の喪失，他者の対応に大きく左右されることなど環境の影響を大きく受け，そのような状況は自尊心に多大な影響を与えること（國方・本田，2009），要するに，「ほどよい自尊心」を維持することは，当事者の身体的・精神的健康やQOLの向上をもたらすにとどまらず，当事者の生存にかかわることから，当事者の自尊心を回復することは重要である。

当事者の自尊心が低下したとき，《否定的な自己像》が活性化し，彼らは《否定的な自己像》と《バランスを失った思考》に巻き込まれ，その結果《追い詰められた不快な気分》《不快な身体現象》が現れ，自己内外に対し《攻撃または守りとしての行動》をとる。さらに，思考の影響を受けた《追い詰められた不快な気分》《不快な身体現象》《攻撃または守りとしての行動》は，それ自身が原因となり別のカテゴリーに影響を与え，悪循環を形成する（國方，2010）。この状態は，認知は情動と行動に対し支配的影響力を持ち，活動や行動のしかたが思考パターンや情動に強い影響を及ぼす可能性があると考えられる認知行動療法の基本原則に類似する。《否定的な自己像》は情報の意味づけを行い思考を生み出すスキーマ（中核的信念）として理解でき，自尊心が低下したときの悪循環から脱出するためには，スキーマの修復が必要であると考えた。その一方で，認知行動療法の介入は自尊心を改善することが指摘されており（Barrowclough et al., 2006），自尊心改善を目指した認知行動療法の実践も報告されている（Morton, Roach,

Reid, & Stewart, 2012)。しかし、看護職による自尊心回復を目指した認知行動療法の実践は少なく、知見を蓄積していく必要がある。

以上から、認知行動療法のスキーマの修正方法を援用し、肯定的なスキーマを取り込みスキーマの修復が必要であると考えた。あわせて、行動が思考や気分や身体に対し影響を与えることから、レクリエーション活動や呼吸法、笑いヨガ（ラフターヨガ）などのリラクセーションを得る行動を用い、副交感神経機能の賦活や大脳活動の鎮静化により認知の仕方を安定化させ、自分に対する否定的な強いこだわりからの開放を目指す『自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム』（以下、プログラム）を設計した。本プログラムは「厚生労働省こころの健康科学研究事業」で作成された『うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル』（厚生労働省、2010）を参考にしながら、病名にかかわらず地域で生活する当事者をターゲットに、スキーマの修復に重点を置き、看護師実施用に改変した12回からなるプロトコルである。看護（care）という概念は、「看護る」のとおおり、主体のもつ自立性、修復力に注目する。したがって、当事者は力をもつ人ととらえ、彼らがもつ可能性の発揮を促すことと相互に承認し合うこと、看護ることをプログラムの原則とする。

研究目的は、当事者の自尊心回復のために設計したプログラムが効果的であるかを評価するために、プログラム実施前（以下、実施前）とプログラム終了直後（以下、実施後）における自尊心の変化を量的に明らかにし、プログラムでどのような体験をしたと認識しているかを質的に明らかにすることである。

I. 方 法

1. 研究デザイン

研究デザインは、量的研究と質的研究を用いた方法論的なトライアンギュレーションである。量的研究は1群事前－事後テストデザインである。

2. 研究参加者と手続き

地域で生活を送りながら、研究者らと発足させた研究会（以下、A）に参加している当事者を対象とし、本研究の趣旨と方法を説明したうえで研究協力者を募集した。その際、現在または過去に認知行動療法を受けていないことを募集の選択基準とし、病名や入院歴や在宅期間等は問わなかった。6名が研究協力の意思表示をし、研究参加者となった。Aに参加している当事者は、地域住民に自分たちの体験や思いを話し触れ合う交流を通して、精神保健について正しい認識を拡げる活動（年間45回程度の講演を25人

で分担）を行っている。

3. プログラム実施方法

プログラムは、集団で行う12回からなる基本構造のなかで6名に対し実践した。期間は2010年5月から12月であり、隔週に実施した。1回のプログラムは2時間であった。毎回のプログラムは、呼吸法から始まり、笑いヨガ、宿題の確認、今日のテーマ、要約と宿題の提示と進める。とくに今日のテーマを話し合う際には、参加者相互が承認し合うことと、当事者がもつ可能性の発揮を促すことを基本原則とする。このように毎回、行動療法から入り、自分を解放してから認知療法へと発展させる。12回からなるプログラムは、心理教育、認知再構成、否定的な自己像の再構成、行動療法、と介入の方向性が異なる4つの系列に分けている。認知再構成と否定的な自己像の再構成は、研究参加者のなかから毎回事例提供者を募集し、その事例について全員で検討する。

進行は、看護職である研究者が行い、他の看護職1名はファシリテータを担当した。

4. データ収集方法

量的研究のデータ収集は、2010年5月に実施前の初回調査（以下、T0）を行い、2010年12月に実施後の追跡調査（以下、T1）を行った。T0とT1における量的研究の測定内容は、自尊心、気分、心の健康度と疲労度、精神症状、臨床特性、人口学的要因とした。精神症状以外の測定は研究参加者による自記式質問紙調査とし、客観的に測定する精神症状はT0とT1ともにファシリテータである精神看護を専門とする1名が測定した。このファシリテータは、7年前から研究参加者との交流があり彼らの内面に対する理解は深い。

自尊心の測定には、Rosenberg Self-Esteem Scale（Rosenberg, 1965）の日本語版（星野, 1970）（以下、RSES）を用いた。これは4ポイントリッカートスケールで測定する10項目で構成され、高得点ほど「ほどよい自尊心」をもつことを意味する。統合失調症者を対象に尺度の構成概念と妥当性が確認されており（國方, 2005）、本研究におけるCronbachの α 係数は.84であった。

気分の測定には、McNairらが開発したProfile of Mood Statesの日本語版（横山, 2006）（以下、POMS）を用いた。これは、一時的な気分や感情である「緊張－不安（以下、T－A）」「抑うつ－落ち込み（以下、D）」「怒り－敵意（以下、A－H）」「活気（以下、V）」「疲労（以下、F）」「混乱（以下、C）」の6下位尺度を同時に測定する。5ポイントリッカートスケールで測定する30項目で構成され、高得点ほどその気分が高いことを示す。信頼性係数は高く（横山, 2006）、本研究におけるCronbachの α 係

数は、T-Aが.97、Dが.96、A-Hが.91、Vが.67、Fが.90、Cが.82であった。

心の健康度と疲労度の測定には、Subjective Well-Being Inventoryの日本語版（大野・吉村，2010）（以下、WHO SUBI）を用いた。本尺度は、心理的不健康感と心理的健康感の間には逆相関関係が成立せず、心の疲労だけでなく心の健康にも目を向け心の健康を積極的に高める働きかけが必要であるとの認識のもと、WHOにより開発された。WHO SUBIは40項目からなり、心の健康度の下位尺度（人生に対する前向きな気持ち、達成感、自信、至福感、近親者の支え、社会的な支え、家族との関係）と心の疲労度の下位尺度（家族との関係、精神的なコントロール感、身体的な不健康感、社会的つながりの不足、人生に対する失望感）を有する。心の健康度を測定する19項目と心の疲労度を測定する21項目は、3ポイントリッカートスケールで測定し、心の健康度の合計得点が高いと心の健康度が高く、心の疲労度の合計得点が高いと心の疲労度は低いと判断される。信頼性と妥当性はすでに検証され（大野・吉村，2010）、本研究におけるCronbachの α 係数は、心の健康度が.85、心の疲労度が.69であった。

精神症状の測定には、測定項目ごとに症状と重症度の定義があり包括的な精神症状を測定する18項目からなるOverallらのBrief Psychiatric Rating Scale（Overall & Gorham, 1962）の日本語版（北村，2000）（以下、BPRS）を用いた。評定者は、最低20分間の臨床面接により直接観察して得た症状について、「7点：非常に高度」「6点：高度」「5点：やや高度」「4点：中等度」「3点：軽度」「2点：ごく軽度」「1点：なし」の7段階評定を行う。高得点ほどその精神症状が重度であることを示す。尺度の信頼性は確認されており（北村，2000；北村・島・加藤，1986；住山・北村，1995）、本研究におけるCronbachの α 係数は.67であった。

人口学的要因として年齢、性別、住居、世帯、婚姻、学歴、職業を配置し、臨床特性として発病期間、入院歴、最終退院後の外来通院期間、精神神経病用薬1日服用量、社会資源サービス利用件数を配置した。精神神経病用薬1日服用量は、Chlorpromazineの等価換算、抗うつ薬の等価換算、抗不安薬の等価換算の方法（「臨床精神薬理」編集委員会，2009）に基づいて算出した。抗躁薬は換算せず1日服用量を算出した。社会資源サービス利用件数は、精神障害者が利用可能なサービス14項目について利用している件数を示す。

質的研究のデータ収集は、「プログラムに参加して、自分はどのような体験をしたか」について自由に話すフォーカス・グループインタビューを、T1で30分間行い録音した。加えて、12回のプログラムのなかで話した「気持ちの変化について」「今日の話し合いで、どのようなことが自

分に役立ちそうか」の内容もデータとした。

なお本研究では、体験を「自分が身をもって経験した外的または内的な現実との直接的接触」とであると定義し、認識を「物事を見定めその意味を理解し意味づけること」と定義した。

5. 分析方法

量的研究について、まず、交絡要因としての精神神経病用薬1日服用量と社会資源サービス利用件数について、T0とT1の間に有意差がないことを確認した。その後、すべての変数のT0とT1との間の中央値の差の検定は、対応のあるWilcoxon signed-ranks testを用い検討した。

質的研究について、フォーカス・グループインタビューでは、録音した内容をフィールド記録と照らし合わせながら逐語録に書き起こし、「プログラムに参加して自分はどうのような体験をしたと認識しているか」について語った個所を、対象の言葉を損なわないように文脈に留意しながら1意味単位で抽出し、それをデータとした。データとして抽出したものを1文章1意味単位でコード化を行い、同じ意味を述べているものを類型化し、サブカテゴリーを抽出した。さらにサブカテゴリーを類型化し、カテゴリーとしてネーミングを行った。

6. 倫理的配慮

研究の意義、研究参加・不参加の自由、研究参加の場合でも同意撤回は可能であること、研究参加の場合、12回のプログラムすべてに参加することを奨励するが毎回の参加・不参加は自由であること、プライバシーの保護、話したくないことは無理に話さなくてもよいこと、結果の公表を対象に説明し、同意を得た人が研究参加者となった。研究参加者は、毎回、参加者リストにサインした。データ収集と収集後に研究参加者の表情や言動を観察し、研究者はプログラム実施後に必要に応じ研究参加者をフォローした。グループ・インタビューの録音は、研究参加者の同意を得た。

本研究は、研究者が所属する大学の研究等倫理委員会の承認を得ている。

II. 結 果

1. T0における人口学的要因と臨床特性の分布

T0における研究参加者の人口学的要因と臨床特性について、年齢は20歳代と30歳代が各2名、40歳代と50歳代が各1名、平均年齢は38.3歳（範囲29～51）であった。女性が4名であった。住居について、持ち家が4名、賃貸アパートが2名であった。世帯について、単身は2名で4名は家族との同居であった。婚姻について、未婚は5名、離

婚は1名であった。学歴について、高等学校と大学院が各2名、専門学校と大学が各1名であった。職業について、無職は3名で他の3名は仕事を有していた。発病期間について、10年以上、10年未満、5年未満がそれぞれ2名であった。入院歴について、半数が入院の履歴をもたなかったが、1回、2回、5回以上の入院歴を有する者が各1名であった。最終退院後の外来通院期間について、1年未満、3年以上5年未満、5年以上10年未満が各1名であった。

精神神経病用薬1日服用量について、Chlorpromazineの中央値は、T0が200mg（最小値75，最大値838），T1が175mg（最小値75，最大値835）であり，T0とT1の間には有意差がなかった。抗うつ薬は，等価換算となっている抗うつ薬の記載が必要だと思ひます。T0が20mg（最小値20，最大値20），T1が20mg（最小値20，最大値20）であり，差がなかった。何で換算しているのかの記載が必用だと思ひます。抗不安薬の中央値は，T0が166.5mg（最小値120，最大値347），T1が166.5mg（最小値60，最大値347）であり，差がなかった。抗躁薬の中央値は，T0が250mg（最小値200，最大値300），T1が250mg（最小値200，最大値300）であり，T0とT1の間には差がなかった。社会資源サービス利用件数の中央値は，T0が3，T1が4であり，有意差がなかった。

2. T0, T1の間における各変数の得点の差

RSESについて，4名はT1の得点がT0よりも2～10点上昇し，2名は1～2点低下した。T0の中央値は25点，T1の中央値は27点であり，実施後に「ほどよい自尊心」に変化したものの2時点の間に有意差はなかった（図1）。

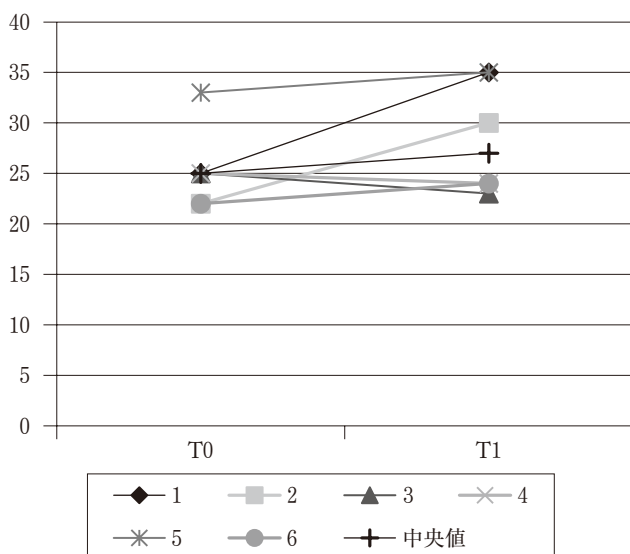


図1 本プログラム実施前後の「自尊心」(RSES) の変化 (n = 6)

(T0：実施前の初回調査，T1：実施後の追跡調査，高得点ほど「ほどよい自尊心」であることを表す)

POMSのT-Aについて，3名はT1の得点がT0よりも2～12点低下し，2名は4点上昇した。2時点の中央値には差がなかった（表1）。Dについて，2名はT1の得点が

表1 本プログラム実施前後の自尊心，気分，心の健康度と疲労度，精神症状の得点 (n = 6)

	尺 度	測定時期	中央値
RSES (Rosenberg Self-Esteem Scale)		T0	25
		T1	27
POMS (Profile of Mood States)	T - A (Tension-Anxiety ; 緊張 - 不安)	T0	11.5
		T1	11.5
	D (Depression-Dejection ; 抑うつ - 落込み)	T0	6
		T1	4
	A - H (Anger-Hostility ; 怒り - 敵意)	T0	9
		T1	6
	V (Vigor ; 活気)	T0	8
		T1	11
	F (Fatigue ; 疲労)	T0	14
		T1	10
BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) *	C (Confusion ; 混乱)	T0	8.5
		T1	8.5
		T0	47.5
		T1	27
	心の健康度 (合計得点)	T0	35
		T1	38.5
	心の疲労度 (合計得点)	T0	43.5
		T1	45
	人生に対する前向きな気持ち	T0	5.5
		T1	7
	達成感	T0	5
		T1	5.5
	自信	T0	4.5
		T1	6
	至福感	T0	5
		T1	6
	近親者の支え	T0	6
		T1	7
	社会的な支え	T0	6
		T1	5.5
	家族との関係	T0	6
		T1	6.5
	精神的なコントロール感*	T0	13
		T1	16
	身体的な不健康感	T0	13
		T1	13.5
	社会的つながりの不足	T0	5.5
		T1	5.5
	人生に対する失望感	T0	7
		T1	6.5

[注] T0：実施前の初回調査，T1：実施後の追跡調査，*： $p < .05$ ，RSESは高得点ほど「ほどよい自尊心」であること，POMSは高得点ほどその気分が高いこと（Vのみがポジティブ項目），BPRSは高得点ほど精神症状が重度であること，WHO SUBIの心の健康度が高得点ほど心の健康度が高く，心の疲労度が高得点ほど心の疲労度は低いことを表す。

5～12点低下し、2名は上昇した。中央値は実施後に低下し、「抑うつ-落込み」が低下したものの有意差はなかった。A-Hについて、4名はT1の得点が1～9点低下し、2名は上昇した。中央値は実施後に低下し、「怒り-敵意」が低下したものの有意差はなかった。Vについて、3名はT1の得点が4～7点上昇し、2名は低下した。中央値は実施後に上昇し、「活気」が上昇したものの有意差はなかった。Fについて、3名はT1の得点が2～13点低下し、3名は上昇した。中央値は実施後に低下し、「疲労」が低下したものの有意差はなかった。Cについて、4名はT1の得点が1～8点低下し、2名は上昇した。中央値は同得点であり、「混乱」は実施前後で変化がなかった。

WHO SUBIの「心の健康度」について、4名はT1の得点がT0よりも3～18点上昇し、1名は低下した。中央値は実施後に上昇し「心の健康度」が上昇したものの、2時点間に有意差はなかった。「心の疲労度」について、3名はT1の得点が1～14点上昇し、低下した者はいなかった。中央値は実施後に上昇し「心の疲労度」が低下したが、有意差はなかった。

下位尺度である「人生に対する前向きな気持ち」について、4名はT1の得点がT0よりも1～4点上昇し、1名は低下した。中央値は実施後に上昇し「人生に対する前向きな気持ち」が上昇したが、2時点間に有意差はなかった。「達成感」について、3名はT1の得点が1～3点上昇し、1名は低下した。低下した1名は、プログラムに1回欠席した研究参加者であった。中央値は実施後に上昇し「達成感」が上昇したものの、有意差はなかった。「自信」につ

いて、4名はT1の得点が1～4点上昇し、1名は低下した。中央値は実施後に上昇し「自信」が上昇したものの、有意差はなかった。「至福感」について、3名はT1の得点が1～3点上昇し、1名は低下した。中央値は実施後に上昇し「至福感」が上昇したが、有意差はなかった。「近親者の支え」について、4名はT1の得点が1～4点上昇し、1名は低下した。中央値は実施後に上昇し「近親者の支え」が上昇したものの、2時点間に有意差はなかった。「社会的な支え」について、1名はT1の得点が2点上昇し、2名は低下した。中央値は実施後に低下したが有意差はなかった。「家族との関係」について、4名はT1の得点が1～3点上昇し、2名は低下した。中央値は実施後に上昇し家族関係がよくなったものの、2時点間に有意差はなかった。「精神的なコントロール感」について、4名はT1の得点が2～6点上昇し、低下した者はいなかった。中央値は実施後に上昇し、「精神的なコントロール感」が有意に上昇した ($p<.05$) (図2)。「身体的な不健康感」について、2名はT1の得点が1～3点低下し、2名は上昇した。中央値は実施後に上昇し「身体的な不健康感」が低下したが、有意差はなかった。「社会的つながりの不足」について、2名はT1の得点が1～2点上昇し、3名は低下した。中央値は実施前後で差がなかった。「人生に対する失望感」について、2名はT1の得点が1～3点上昇し、2名は低下した。中央値は実施後に低下し「人生に対する失望感」が上昇したが、有意差はなかった。

BPRSについて、6名すべてはT1の得点が13～29点低下した。中央値は実施後に有意に低下し、「精神症状」は実

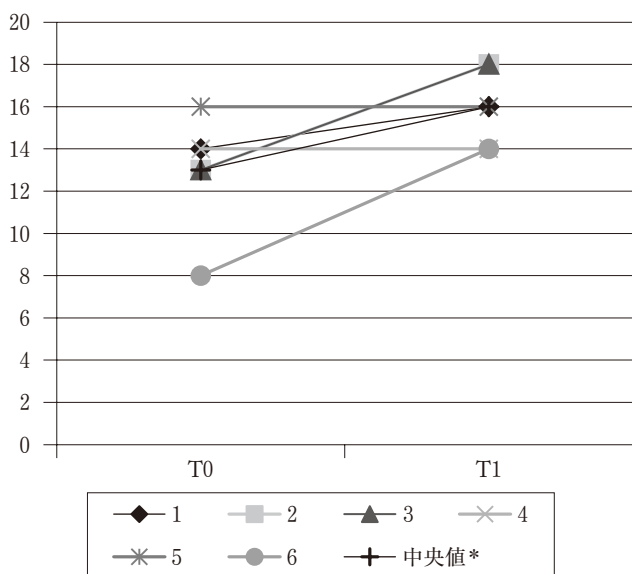


図2 本プログラム実施前後の「精神的なコントロール感」(WHO SUBIの下位尺度)の変化 ($n=6$)

(T0: 実施前の初回調査, T1: 実施後の追跡調査, *: $p<.05$, 高得点ほど「精神的なコントロール感」があることを表す)

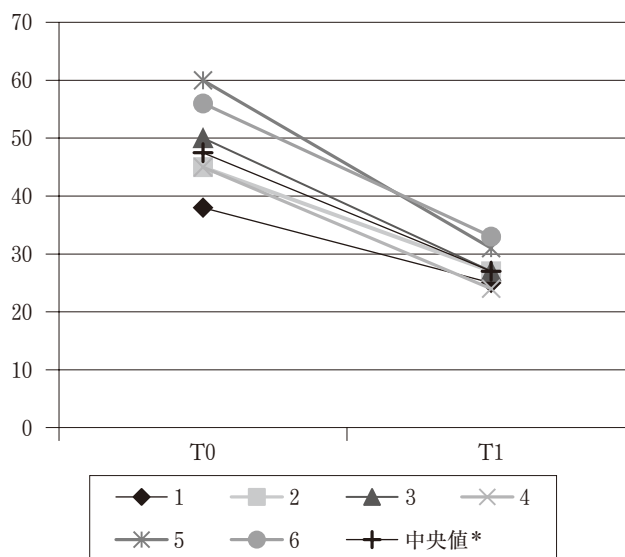


図3 本プログラム実施前後の「精神症状」(BPRS)の変化 ($n=6$)

(T0: 実施前の初回調査, T1: 実施後の追跡調査, *: $p<.05$, 高得点ほど「精神症状」が重度であることを表す)

施後に有意に低下した ($p < .05$) (図 3)。

3. フォーカス・グループインタビューから得たプログラム参加による体験

プログラムに参加して自分はどのような体験をしたと認識しているのかについて語った箇所を抽出し分析した結果、20個のサブカテゴリーに類型化でき、さらに6個のカテゴリーに類型化できた(表2)。以下に、カテゴリーを生データから説明する。カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉で示し、生データはゴシック体の「 」としたうえで、そのなかに何回目のプログラムかを()で表した。

【苦しみ】は、自分をさらけ出し自分の思いをしゃべることは困難であるし、過去の自分を思い出し見つめることは苦しみを伴うという認識、と定義でき、〈自分の思いをしゃべることの困難さ〉と〈過去を思い出すしんどさ〉で構成された。インタビューで、「過去を思い出したらしんどくなった(4回目)」とスキーマを肯定する根拠の検証に伴う苦しみを語った。

【グループ活動の有用性】は、個人ではなくグループでプログラムを実践することから他者と深いつながりがもて、心地よい体験や自分にとって有益なことを体験できるという認識、と定義でき、〈ほめられるうれしさ〉〈楽しい体験〉〈グループメンバーの意見に助けられる〉〈他人に映

表2 自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム参加による体験 ($n = 6$)

カテゴリー	サブカテゴリー
苦しみ	自分の思いをしゃべることの困難さ
	過去を思い出すしんどさ
グループ活動の有用性	ほめられるうれしさ
	楽しい体験
	グループメンバーの意見に助けられる
	他人に映る自分を知る
	仲間意識の獲得
自分に関する理解の促進	他者の意見を参考にできる
	客観的な視点を取り入れた自己理解の促進
	自分の状態の整理ができ理解ができる
手放す	症状の軽減
	こだわりからの自由
	緊張の解放
取り入れる	自信がついた
	自分は自分でよいと思える
	ありのままの自分を出せる場の獲得
	積極性の獲得
日常での活用	可能性をもてる
	他者への支援
	自己のモニタリングと自助

る自分を知る〉〈仲間意識の獲得〉〈他者の意見を参考にできる〉の6個のサブカテゴリーから構成された。

〈ほめられるうれしさ〉の体験では、「参加している他の人に、ほめられるとやっぱりうれしい(T1)」 「参加者に、自分の長所を言ってもらえたことはうれしい(T1)」と語り、〈楽しい体験〉では、「みんなで意見を出しあってやっていくというようなことが、すっごい楽しかったです(T1)」と語った。

〈グループメンバーの意見に助けられる〉では、「1人では抜け出せんけど、みんなのアドバイスで抜け出せるから、やっぱりいいな(T1)」と語り、〈他人に映る自分を知る〉では、「自分を、人がどういうふうに見たのかな、ということを考えるうでもよかった(T1)」 「自分では見えない客観的なものをまわりの人が言ってくれるので、それで自分を、ああこういう人間なのかなと思えた(T1)」と語った。

〈仲間意識の獲得〉では、「仲間意識というか、簡単に12回で深まりましたよ。いままでやっぱり、さびしかったり。プログラムをやったらさびしさが半減した(T1)」と語り、〈他者の意見を参考にできる〉では、「参加者の話を自分に当てはめて考えて、勉強になった(9回目)」と語った。このように、本プログラムが集団で行うプログラムであることから得られた体験を語った。

【自分に関する理解の促進】は、感情、思考、行動、身体反応を分類したうえでアセスメントシートに記述し、事実を記述することで、メタ認知を強化でき、自分自身の理解が深まったという認識、と定義できた。このカテゴリーは、〈客観的な視点を取り入れた自己理解の促進〉〈自分の状態の整理ができ理解ができる〉のサブカテゴリーからなった。

〈客観的な視点を取り入れた自己理解の促進〉では、「思考、感情、行動など分類して書くことで、事実とそうでないことをわけることで、自分を外から振り返ることができたし、自分のことが前よりわかった(4回目)」と語り、〈自分の状態の整理ができ理解ができる〉では、「アセスメントシートに書き出すことで、何がどうなっているかわかる(3回目)」 「認知再構成表に書くだけで、自分の考えがまとまった、考えが整理できた、頭で考えているとまとまらなかった(4回目)」と、自分の状態を書き出すことは理解につながると語った。

【手放す】は、これまでのこだわりを手放し柔軟に考えることができたり、緊張を手放しリラックスできたり、症状の軽減がはかれたり、と執着していたものを手放したという認識、と定義でき、〈症状の軽減〉〈こだわりからの自由〉〈緊張の解放〉のサブカテゴリーから構成された。

〈症状の軽減〉では、「パニックになる回数が少なくなっ

た(T1)」「悩んで、もがいて、ぐるぐる思考から抜け出せず、悔しさや怒り、自己否定に陥っていた昔の自分と離れることができた(T1)」と、症状を手放せたことを語った。

〈こだわりからの自由〉では、「もっと働いて家族を養っていかなければいけないと思わずに、できるときにできるだけのことをすればよい、あとは援助を受けても恥ではない、そう思うようになりました(T1)」「精神的に安定していられるのなら、多少の副作用があろうと構わない(T1)」と、これまで執着していたことを柔軟に考えることができるようになったことを語った。

〈緊張の解放〉では、「笑いヨガで緊張がとれて、けっこうリラックスして過ごせた(9回目)」と、心身の緊張が軽減したことを語った。

【取り入れる】は、自分の能力や価値を確信できたり、自分を受け入れたり、自分の積極性や可能性を認識したり、ありのままの自分を出せる場の獲得、という肯定的な認識と定義でき、〈自信がついた〉〈自分は自分でいいと思える〉〈ありのままの自分を出せる場の獲得〉〈積極性の獲得〉〈可能性をもてる〉の5個のサブカテゴリーで構成された。

〈自信がついた〉では、「自分でいいという観念をもてることができ、さらに自信がついてくるようになりました(T1)」12回、この全部を欠席せずに来られて、自信がついた(T1)」と、自分の能力や価値を確信したり、自分がとった行動から生まれた自分の能力を確信する体験を語った。

〈自分は自分でいいと思える〉では、「自分の長所ですら、裏を返せば短所として目に映り、落ち込みやすかったけれど、短所も長所もどちらもあっていいということがわかったときに、目からうるこが取れたように、私は私らしく生きていていいんだと思いました(T1)」「自分はできていないと思っていたけど、これでいいと思える(10回目)」と、自分に対する肯定的な認識をもつ体験を語った。

〈ありのままの自分を出せる場の獲得〉では、「ここでしか言えないことがある、ここに来てよかった。それが自分に役に立っている、そんな場を得た自分がうれしい(2回目)」居場所とは、人とのかわり、つながりが必要であることに気づけたし、自分はそれをもててよかった(3回目)」「しゃべることによって軽くなる。思いを口に出して言うことも大切(4回目)」と語った。

〈積極性の獲得〉では、「少し消極的になっていたことが、積極的になってきたなと思います(T1)」と語った。〈可能性をもてる〉では、「自分を変えることは可能(1回目)」「この場は、再起動できる(4回目)」など、プログラム初期に語られた。

【日常での活用】は、日常生活で否定的な思考が活性化

したとき、プログラムで学習した手法を用いて、自己を観察し否定的な悪循環への巻き込まれから自分を助けたり、他者への援助を実践しているという認識、と定義でき、〈他者への支援〉〈自己のモニタリングと自助〉から構成された。

〈他者への支援〉では、「プログラムで学んだことが、娘(ストレス性適応障害)に対しての接し方に役立った(10回目)」と語り、〈自己のモニタリングと自助〉では、「やっぱり、悪いほうへ考えちゃうからあれができなんだ、これができなんだと思うから。できたことのほうに目を向けようって、最近はそう思うので、落ち込みそうになったらノート広げて、ときどきは認知再構成の用紙に沿って自分のとった行動とか、バランスのとれた考え方はこうだとかいうのを書き出してみたりしています(T1)」「悪いほうに考え出したときや寝る前に、呼吸法をしている(T1)」と、プログラムで学習し身につけた手法を日常生活で実践している様子を語った。

研究参加者は、プログラムに参加するなかで、自分と向き合う【苦しみ】を体験しながらも【グループ活動の有用性】に支えられながら、【自分に関する理解の促進】を得てメタ認知を強化することで、こだわりや緊張や症状を【手放す】とともに、肯定的な認識を【取り入れる】体験をした。さらに、認知行動看護療法の技術をプログラム実施中だけでなく【日常での活用】も体験していた。

Ⅲ. 考 察

本研究はサンプル数が少ないために、解釈は慎重に行う必要があることを前提に、以下に考察を加える。

精神神経病用薬1日用量と社会資源サービス利用件数がプログラム実施前後の間に有意差がないことを確認したうえで、実施後に尺度の中央値が改善した項目は、「自尊心」「精神症状」「気分(抑うつ-落ち込み、怒り-敵意、活気、疲労)」「心の健康度」「心の疲労度」、そして「心の健康度」の下位尺度(人生に対する前向きな気持ち、達成感、自信、至福感、近親者の支え、家族との関係)、および「心の疲労度」の下位尺度(精神的なコントロール感、身体的な不健康感)であった。実施後に全員が改善した尺度は、「心の疲労度」ならびにその下位尺度である「精神的なコントロール感」、および「BPRS」であった。つまり、研究参加者全員が、実施後に「心の疲労度」が低下し、「精神的なコントロール感」が上昇したと彼ら自身が感じ、客観的に見た「精神症状」も改善したことを意味する。これらの結果から、本プログラムは当事者の心の疲労すなわち陰性感情を低下させ、「精神的なコントロール感」を増加させ、「精神症状」を改善する可能性をもつことが

示唆された。

Barrowcloughら(2006)は、グループ認知行動療法治療群と通常治療群を比較し、認知行動療法治療群は絶望感と低い自尊心において通常治療群と比較して有意な改善が認められ、症状と機能は2群間に有意な差がないが、ベースラインに比較して介入6か月後と12か月後に症状(Positive and Negative Syndrome Scaleの得点)が軽減したことを報告している。本結果も実施後に症状は軽減し、同様な結果であった。

測定結果(下位尺度を含め21尺度)を個人別にみると、実施後にすべての尺度の得点が改善した研究参加者は2名、17尺度の得点が改善した者は1名、16尺度の得点が改善した者は1名、14尺度の得点が改善した者は1名、5尺度の得点が改善した者は1名であった。このように、改善の程度はかなりのバラツキがみられた。この理由として、次のことが考えられる。すなわち、質的に調査したプログラム参加による体験では、プログラムに参加するなかで、自分と向き合う【苦しみ】を体験しながらも【グループ活動の有用性】に支えられながら、【自分に関する理解の促進】を得てメタ認知を強化することで、こだわりや緊張や症状を【手放す】とともに、肯定的な認識を【取り入れる】体験をした。彼らは、スキーマを肯定する根拠の検証を行うとき、過去の自分を思い出し見つめる【苦しみ】を再体験する。その苦しみにとらわれ、うまく前進することができなかった研究参加者は改善の度合いが低くなると考えられる。しかし、過去の自分を思い出し見つめる【苦しみ】を再体験するが、過去にとらわれず、「いま、ここ」に集中する研究参加者は改善の度合いが高くなると考えられる。このことから、認知の修復に力点を置き過ぎずに、「いま、ここ」に集中する呼吸法や笑いヨガ、レクリエーション活動などの感覚ループからの働きかけである行動療法を充実させ、対象に合ったバランスのよい認知療法と行動療法を行うことが、広く自尊心の回復を可能にするのかもしれない。具体的には、呼吸法や笑いヨガを実施後に自分のリラックスした感覚を意識化し、そのように感じている自分を観照する時間を確保するようにプログラムを変更する必要がある。加えて、達成感が1点低下した1名は、プログラムに1回欠席した研究参加者であり、他の研究参加者は全員、達成感が改善していた。当事者は、これまでの人生で挫折の経験が多い。一つのことをやり遂げることで達成感を得て、それが契機で自信となり自尊心回復へとつながる可能性がある。したがって、プログラム運営にあたり、全員が参加できるような日程調整を行い柔軟な企画運営をするとともに、参加者が次の参加も希望するように十分な自己表現の機会を保障することが求められる。さらに、当事者は【グループ活動の有用性】に支えられなが

ら認知の拡大を得ていくために、集団で実践する意義は大きい。集団での実施後に個人をフォローアップする必要があることを前提に、集団のなかに存在する個人の反応を注意深く観察し、集団プログラムを行う必要がある。

【取り入れる】のサブカテゴリーである〈自分は自分でいいと思える〉は、Rosenbergが自尊心の定義とする「自分を、これでよい(good enough)と考える」とことと一致する。〈自分は自分でよいと思える〉、つまり自尊心の回復に向かうためには、【苦しみ】を体験しながらも【グループ活動の有用性】に支えられながら、【自分に関する理解の促進】を得てメタ認知を強化することで、こだわりや緊張や症状を【手放す】といったプロセスが必要なのかもしれない。換言するならば、このプロセスをいかに看護職者と当事者がサポートできるかが重要であると考ええる。当事者同士だから理解しあえる部分は大きく、ピアサポートの果たす役割は大きい。看護職者は当事者とその仲間が歩むプロセスをていねいにサポートする役割をもつのだろう。

さて、自尊心を高めるための認知行動療法プログラムはいくつか見られ(中島, 2010; Fennell, 2006), それを用いた効果も報告されている(中島・稗田・島田・島津, 2009; Morton, Roach, Reid & Stewart, 2012)。それらプログラムと本研究で用いたプログラムを比較したとき、本プログラムは以下の特徴を有する。第一の特徴として、本プログラムは中島が採用する認知を修正するという立場をとらず、当事者がもつ可能性と修復力を基に認知を拡大しスキーマの修復を行う。すなわち、よくないところを直し正しくする(修正)という自分と対決する姿勢をとらず、存在は感覚のデータと思いと言葉によって織りなされた仮の存在であることに気づき、自分がもっているものを認め、受け入れ自分らしさを復活させる立場をとり、とらわれからの自由をめざす。つまり、東洋哲学の一つである唯識思想に基盤を置く。第二の特徴として、呼吸法、笑いヨガ、レクリエーション活動を取り入れた点である。Henderson(1969)は、患者のレクリエーション活動を援助することを基本的看護の構成要素の一つとしている。言い換えれば、本プログラムは看護の視点を重視したプログラムであるという特徴を有する。

以上、本プログラム実施前後の変化を量的研究と質的研究方法を用いて検討した。理由は、量的研究と質的研究が互いに補完し合い、研究の妥当性を高めるためである。結果、量的研究では、あらかじめ設定した変数の数値データを用いて本プログラム実施前後の変化を明確にできた。本プログラム参加における主観的な経験を記述した質的研究は、量的研究で得られた内容を説明できる結果を得たとともに、量的研究で設定しなかったカテゴリー(概念)を生成することができた。すなわち、今後、本プログラムの効

果研究において、【日常での活用】としての〈自己のモニタリングと自助〉の概念を測定する必要があることが示唆された。ただし、今回の量的研究はコントロール群を配置しておらず、無作為割り付けを行っていない。したがって、本プログラムが有効であるとは断言できない。今後、対象を増やすとともに継続的な変化を追っていくこと、無作為化比較臨床試験による検討が課題である。

IV. 結 論

6名の研究参加者を対象に、量的研究と質的研究を用いた方法論的なトライアングレーションを用いて、プログラム実施前後における変化を検討した。量的研究では、「自尊心」「気分」「心の健康度と疲労度」「精神症状」の変化を測定した結果、「心の疲労度」ならびにその下位尺度

である「精神的なコントロール感」、および「精神症状」は全例が改善したこと示していた。「精神症状」と「精神的なコントロール感」は、実施後に有意に改善した。「自尊心」は実施後に改善したが、実施前に比べ有意な差はなかった。質的調査では、プログラムに参加するなかで、自分と向き合う【苦しみ】を体験しながらも【グループ活動の有用性】に支えられながら、【自分に関する理解の促進】を得てメタ認知を強化することで、こだわりや緊張や症状を【手放す】とともに、肯定的な認識を【取り入れる】体験をした。さらに、認知行動看護療法の技術をプログラム実施中だけでなく【日常での活用】も体験したことを明らかにした。本プログラム参加における主観的な経験を記述した質的研究は、量的研究で得られた内容を説明できる結果を得たとともに、量的研究で設定しなかったカテゴリー（概念）を生成することができた。

要 旨

本研究は、精神疾患をもつ研究参加者6名に、『自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム』を実施し、実施前後の変化を調査することを目的にした方法論的トライアングレーションである。量的研究は、「自尊心」「気分」「心の健康度と疲労度」「精神症状」の変化を測定した結果、「心の疲労度」とその下位尺度である「精神的なコントロール感」、および「精神症状」は全例が改善した。「精神症状」と「精神的なコントロール感」は有意に改善し、「自尊心」は改善したが有意差はなかった。質的研究では、プログラム参加で、自分と向き合う【苦しみ】を体験しながらも【グループ活動の有用性】に支えられながら、【自分に関する理解の促進】を得てメタ認知を強化することで、症状等を【手放す】とともに、肯定的な認識を【取り入れる】体験をした。さらに、認知行動看護療法の技術の【日常での活用】も体験したことを明らかにした。質的研究は、量的研究で得られた実施前後の変化を説明できるものであった。

Abstract

We delivered our self-esteem recovery program (named “nurse-led group cognitive behavioral therapy for the recovery of self-esteem”) involving 6 persons with psychiatric illnesses living in the community. A triangulation approach was used to identify changes associated with the program intervention. We quantitatively compared self-esteem, mood, Subjective Well-Being Inventory, and psychiatric symptoms before and after intervention. All study participants showed improvements in mental fatigue and its subscales, i.e., the sense of being in control and psychiatric symptoms. Significant improvements were noted for psychiatric symptoms and the sense of being in control. Self-esteem was also improved, but with no significant differences after intervention. A qualitative analysis showed that they benefited from “the effectiveness of group activities” and enhanced their metacognitive awareness through “facilitated understanding of the self”, while experiencing “distress” facing up to themselves. This, in turn, enabled them to experience not only “the release” of their symptoms, but also “the internalization” of positive perception. Furthermore, the program served as an opportunity for them to learn and “put into practice” techniques used in the therapy. Changes after intervention identified in the quantitative analysis were explainable on the basis of the qualitative analysis.

文 献

Barrowclough, C., Haddock, G., Lobban, F., Jones, S., Siddle, R., Roberts, C., and Gregg, L. (2006). Group cognitive-behavioural therapy for schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 189, 527-532.

Deegan, P.E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19.

Fennell, M.J.V. (2006). Overcoming low self-esteem self-help course. London: Robinson & Constable.

Fialko, L., Freeman, D., Bebbington, P.E., Kuipers, E., Garety, P.A., Dunn, G., and Fowler, D. (2006). Understanding suicidal ideation in psychosis: Findings from the psychological prevention of relapse in psychosis (PRP) trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 177-186.

Henderson, V. (1969)／湯槇ます・小玉香津子 訳 (1974). 看護の基本となるもの. pp.29-72, 東京：日本看護協会出版会.

星野 命 (1970). 感情の心理と教育 (二). 児童心理, 24, 161-193.

- 北村俊則 (2000). 精神症状測定の実論と実際 (第2版). pp.60-69, 東京: 海鳴社.
- 北村俊則, 島 悟, 加藤元一郎 (1986). Wingによる慢性精神分裂病の重症度評価について. 精神科治療学, 1, 395-401.
- 厚生労働省 (2010). うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル. 平成21年度厚生労働省こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」より. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/dl/01.pdf>
- 厚生労働省 (2012). 精神障害者地域移行・地域定着支援事業実施要綱. Retrieved from http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/dl/chiiikiikou_01.pdf
- 國方弘子 (2005). 地域で生活する統合失調症患者の Quality of life に関する研究. 平成16年度大阪府立大学大学院博士学位論文.
- 國方弘子 (2010). 精神に病をもつ人の自尊心が低下した時の心身と行動の構造. 日本看護科学会誌, 30(4), 36-45.
- 國方弘子, 本田圭子 (2009). 病気体験を社会に語る精神障害者当事者グループの自己概念. 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 45-53.
- 國方弘子, 渡邊久美 (2007). 慢性統合失調症患者の Quality of Life を予測する要因 — 領域別 WHO QOL 短縮版への影響 —. 日本看護科学学会, 27(1), 44-53.
- Morton, L., Roach, L., Reid, H., and Stewart, H.S. (2012). An evaluation of a CBT group for women with low self-esteem. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 40(2), 221-225.
- 中島美鈴 (2010). 自信がもてないあなたのための8つの認知行動療法レッスン — 自尊心を高めるために. ひとりのできるワークブック. 東京: 星和書店.
- 中島美鈴, 稗田道成, 島田俊夫, 島津明人 (2009). 集団認知行動療法の比較対照試験による効果検討(1). 精神科治療学, 24(7), 851-858.
- 大野 裕, 吉村公雄 (2010). WHO SUBI 手引き (第2版). pp.13-21, 東京: 金子書房.
- Overall, J.E. and Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Rapp, A.C. and Goscha, J.R. (2006) / 田中英樹 (2008). ストレングスモデル (第2版). pp.21-78, 東京: 金剛出版.
- 「臨床精神薬理」編集委員会 (2009). 精神神経病用薬一覧2009年版. 東京: 星和書店.
- Roe, D. (2003). A prospective study on the relationship between self-esteem and functioning during the first year after being hospitalized for psychosis. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(1), 45-49.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. pp.16-36, New Jersey: Princeton University Press.
- 住山孝寛, 北村俊則 (1995). BPRS改訂版下位尺度信頼性と妥当性. 季刊精神科診断学, 6(2), 203-218.
- 横山和仁 (2006). POMS短縮版 — 手引きと事例解説. pp.1-9, 東京: 金子書房.

〔平成24年7月20日受 付〕
〔平成24年12月25日採用決定〕

ホスピス実習における看護学生の終末期ケアのとらえ方の変化

— 看護師からのOKサインにより寄り添う看護発見 —

The Process of Change in Nursing Students' Perceptions of
Terminal Care during Hospice Nursing Practicum

谷 多江子 安 藤 満 代
Taeko Tani Michiyo Ando

キーワード：ホスピス，看護学生，終末期ケア
Key Words：hospice, nursing students, terminal care

はじめに

Hintonが「若い人たちには、死をそれほど考える理由がない。まだ先が長いのに、なぜそんなことを考える必要があるだろう。これからますます能力を開発し、使っていくとすると、死の思索は関係ないように思われる」¹⁾と述べているように、学生にとって死は遠いものであると考えられる。死は、不可避性や非可逆性、普遍性からマイナスのものとしてとらえられることが多い²⁾うえに、学生は身近に死を経験することも少なく、死について他者と語り合う機会もほとんどない³⁾。しかし、看護師として死や死にゆく患者を回避することはできない。そして、看護のなかでも死にゆく患者のケアは非常に重要で価値がある⁴⁾ことは看護学生にとっても同様である。

死生観に関する教育はさまざまなかたちで行われており、講義⁵⁾や講演^{6), 7)}、読書⁸⁾でも死生観に影響することが明らかになっているが、身近に死を経験する終末期ケアの実習は、患者の苦悩に共感できる感性や患者とともに歩み見守る優しさなど、看護師に求められる資質⁹⁾を育むために最も意義のあるものであると考える。2004年の平川ら¹⁰⁾の調査によると、看護学科の90%以上で終末期医療・看護の教育がカリキュラムに含まれており、40%以上で症例検討や臨地実習が実施されている。

終末期ケアの実習において、死は悲しいだけのものではない、などと死生観が変化^{11), 12)}していることが報告されている。そして、学生は患者や家族の苦痛とケア、人間としての尊厳などを学びながら、自己を振り返っている^{13), 14)}。さらに、終末期ケアのあり方¹⁵⁾や意義¹²⁾、患者とお互いに癒される関係であること¹⁶⁾などの終末期ケアに関する新しい価値観を得て、終末期ケアのとらえ方も深まっている。この終末期ケアのとらえ方の変化は、職業的

なアイデンティティとともに自己のアイデンティティにも影響し、人間的成長にも影響する¹³⁾と考えられる。

では、身近な死の経験をする機会の少ない学生が、さまざまな人との相互作用を経験するなかで、どのように終末期ケアをとらえ、変化していくのだろうか。終末期ケアのとらえ方の変化を明らかにすることは学生を支援する貴重な資料となり意義のあることだ、と考えられる。本研究は、ホスピス実習における看護学生の終末期ケアのとらえ方に焦点をあて、その変化のプロセスを明らかにすることを目的とする。

I. 研究の対象と方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究デザインである。

2. 研究対象者

A短期大学の3年生で、1週間のホスピス実習終了後、インタビューを依頼し、同意が得られた学生が49名。このうち、患者を受け持った45名の学生の逐語録を分析対象とした。

3. データ収集方法

実習後同意を得られた学生に、おおよそ3日以内にインタビューを行った。①身近な人を亡くした経験について、②実習中一番印象に残った場面について、および③実習後に提出された「実習中の日々の気持ち・感情の変化」というテーマのレポートの内容に基づき、そのときの学生の背景と体験を明らかにするような質問を中心に半構造的に行った。1回のインタビュー時間は40分から70分程度で、1～2回実施した。承認の得られた学生は録音し、逐語録に起こした。

4. 分析方法

学生は実習中、①受け持ち患者とその家族、看護師、医師、神父などと相互作用があり、関係を深めていく、②患者の状態の変化に伴いケアも変化し、それを体験する学生の気づきや感情も変化する、③看護師のケアを観察したりともにケアすることで学生のできるケアを見つけ実施しながら、患者の理解や死生観、看護観を深めていく、といったプロセスがある。このような特性から、プロセスとして現象をとらえ、浮かび上がらせることを目的としている『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』(M-GTA)^{17), 18)}の手法を使い分析した。この手法は、対象の言葉や行為と周囲との相互作用の解釈により、対象の体験した世界をとらえる“シンボリック相互作用論”^{19), 20)}を前提としている。

まず、具体性の豊かな1人の逐語録を読み込み、終末期ケアのとらえ方に関連するところに着目し、切片化せずに学生の視点からその意味を解釈した。着目した部分を具体例とし、これに対する定義と概念名を作成し、解釈についてのアイデアは理論的メモに記入した。これらを分析の単位、一つの概念とし、分析ワークシートに記入した。この1例を表1に示した。次に、データの他の部分から類似例を探すと同時に、対極例についても比較検討し、解釈の恣意性を防いだ。

概念生成と併行して、個々の概念間の関連性を検討し、カテゴリーを生成し収束化を行った。

学生は患者の家族からも影響を受け、できる支援を行っていたが、今回は主として患者とのかかわりに焦点を当てた。また、研究者が実習担当者であったため、客観性を保つために、教員のかかわりは除外している。

また、信用可能性を確保するために、分析の過程でM-GTAに精通しているスーパーヴァイザーから7回アドバイスを受けた。

5. 倫理的配慮

研究者の所属する大学の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

実習後に、学生に説明書を用いて、研究の目的、方法、参加は自由意志であること、いつでも参加を中止できること、参加による利益・不利益、研究結果の公表時の匿名性、データの取り扱い、などについての説明を行った。今回は、研究者が実習を担当した教員であったため、参加・不参加および語る内容が成績に影響しないこと、どんな質問に対しても答えなければならないというものではないこと、語ることがつらくなったら他の人（ホスピス病棟の師長など）に相談できることも明記したうえで説明し、自由に語ることができるよう配慮し同意の得られた学生に同意書をとった。インタビューは、学内の静かな個室で、学生の様子を注意深く観察しながら行った。

II. 結 果

1. 実習の概要

A短期大学では、2年次に終末期ケアの授業を30時間（1単位）実施し、3年次のホスピス実習は5日間で受け持ち患者の看護過程を展開する。実習の目標は「終末期の患者が生の意味と生きていることに喜びや希望が見出せるよう、支援するために必要な看護を学ぶ」である。1グループは約10名。2名の学生で1人の患者を受け持つこともある。毎朝、グループ全員で各病室をまわり、歌を歌う。実習3日目に、病棟内のチャペルで神父の話を聴く機会が設けられている。4日目に、多職種でのチームカンファレンスに参加する。最終日には、感謝の意味を込めて受け持ち患者に手紙を渡す。実習中、神父、僧侶やボランティアのかかわりも観察することができる。

臨床経験10年以上の看護師が多く、日常のケアはプライマリナースが行い、学生はこの看護師とともに患者のケア

表1 分析ワークシートの例

概念名	死の話題に狼狽
定義	死を間近にした患者から死に関する話題を投げかけられ、どう答えればよいのかわからず、うろたえる。
具体例	① 患者さんからふとした瞬間に「今日、ここで死ぬことがわかった」って言われたときに、自分で、あー、嫌なことが起きてしまった（しまったー！という感じ）って思ったので、すごい印象に残っていたし、そういうふうにも何も自分で考えてなかったときに言われたので、何て言ってもいいかわからなかった……。 ② 患者さんが突然目を開けられて、「夢見よった」「いま頭の上に風が吹いた」「胸が浮いたような気がした」など、発言された。私は戸惑った。 ③ もうすぐ亡くなるかもしれないけんがねっていうふうに言われると、やっぱり自分に対する死に対してもやっぱ実感が急にわいてきて、“あー怖い”っていうそういう感覚が出て（略）気分が悪くて。
理論的メモ	① 死に関すること、死にゆくつらさや不安や死自体のことを自分はわからない、というより、考えたくない、話したくない、避けたいという気持ち。死について話すことは、目の前にいる患者もそうなるのだ、という怖いイメージに結びつくだけでなく、いつか自分や家族にも訪れる死とも向き合うことであり、自分が怖くて仕方ないからか。この学生が死についてあまりよいイメージをもっていないことも関係する。 ② 患者の死の話題に何か明確に答えなくてはいけない、と思いきこんでいるのではないか。 ③ 患者の死だけでなく、それが自分の死にも直結し現実味を帯びて感じられるため、怖くてたまらない。

を行う。また、毎日グループで決めたテーマについて約1時間のカンファレンスを行い、実習指導者から助言をもらう。

2. 対象者の概要

対象者のうち、実際に分析した29名の概要を表2に示した。

3. 終末期ケアのとらえ方の変化のプロセス

コアカテゴリーを【 】、カテゴリーを《 》、概念を〈 〉で示し、説明する。具体例はゴシック体の「 」で提示し、必要に応じて筆者が（ ）に言葉を補足した。「 」の後に表2の学生の記号を示した。また、これらの関係を図1に表わした。

(1) 全体のプロセス

学生は、実習当初《患者を前に茫然》とするが、患者や

家族と接するなかで《感情急接近》が生じ、またホスピス病棟の看護師を観察し《看護師の技に感動》する。そうしたなかで、患者や家族に対して心から寄り添いたいと思うようになる(《心からの寄り添いへ》)。だが、学生としての限界から《寄り添うしかない悔しさ》も感じる。しかし、寄り添うことに【看護師からのOKサイン】をもらい、【寄り添う看護発見】をする。患者から《生のバトン受取り》や医師、看護師、神父などの《スタッフの「あるがままに観」浸透》により、最終的に患者の《最期を共有したい!》という希望をもつまでに成長する。

次に各カテゴリーについて述べる。

(2) 《患者を前に茫然》

実習前から学生は、死にゆく患者に対して効果的な援助ができる、とは思っていなかった。患者に近づきたくない、と思っていた学生も多い。受け持ち患者を多くの〈も

表2 分析対象者の概要

学 生				受け持ち患者			
記号	性別	喪失体験	特記事項	年代	性別	病 名	特記事項
01	F	なし		60	F	上顎洞がん	実習4日目に死亡
02	F	叔母(高校生時)		80	F	胃がん	
03	F	友人(小・中学生時) 祖父(高校生時)		80	M	食道がん	
04	F	なし		70	F	多発性骨髄腫, 高血圧	a
05	F	曾祖母(小学生時)		40	M	肺がん, 脳転移	b
06	F	なし		80	F	子宮体がん, 糖尿病, 脳梗塞	c
07	F	犬(高校生時)		70	F	多発性骨髄腫, 高血圧	a
08	F	祖父(幼少時), 祖母(数年内)	社会人	40	M	肺がん, 脳転移	b
09	F	母, 姉(数年内)	社会人	80	F	大腸がん, 頸椎転移	実習2日目に死亡
10	F	友人(高校生時)		80	F	胃がん	
11	F	祖父(小学生時)		50	F	食道がん, 肝リンパ転移	d
12	F	祖父(実習2か月前)		70	F	肺がん	
13	F	なし		40	M	肺がん, 脳転移	b
14	F	父(小学生時)		80	F	子宮体がん, 糖尿病, 脳梗塞	c
15	M	姉(幼少時)		80	M	顎下腺がん, 多発骨転移	e
16	F	兄(幼少時), 祖父(高校生時)		80	M	顎下腺がん, 多発骨転移	e
17	F	なし		70	F	肝がん	
18	F	祖父(中学生時)		70	M	胃がん, 脳梗塞	
19	F	祖父(中学生時)		80	F	肝臓がん	
20	F	なし		60	M	直腸がん, 肝肺転移	実習5日目に死亡
21	F	友人の母(数か月内)		80	M	顎下腺がん, 多発骨転移	e
22	F	なし		70	M	前立腺がん, 腎がん, 骨肝転移	
23	F	曾祖父(小学生時) 祖父(高校生時)		80	M	顎下腺がん, 多発骨転移	e
24	F	なし		50	F	食道がん, 肝リンパ転移	d
25	F	なし		80	F	脊椎腫瘍, 脳梗塞	実習3日目に死亡
26	F	祖母(小学生時)		50	M	前立腺がん	
27	F	祖父(数年内)		70	F	膵臓がん術後, 骨転移	
28	F	祖母(数年内)	社会人	80	M	顎下腺がん, 多発骨転移	e, 実習2日目に死亡
29	F	なし		60	M	肝細胞がん	実習1日目(時間外)に死亡
				80	M	顎下腺がん, 多発骨転移	e, 実習3日目から受け持つ

[注] 学生05と08は2名で受け持った。

受け持ち患者のa～eの同じ文字は、同一患者を意味する。

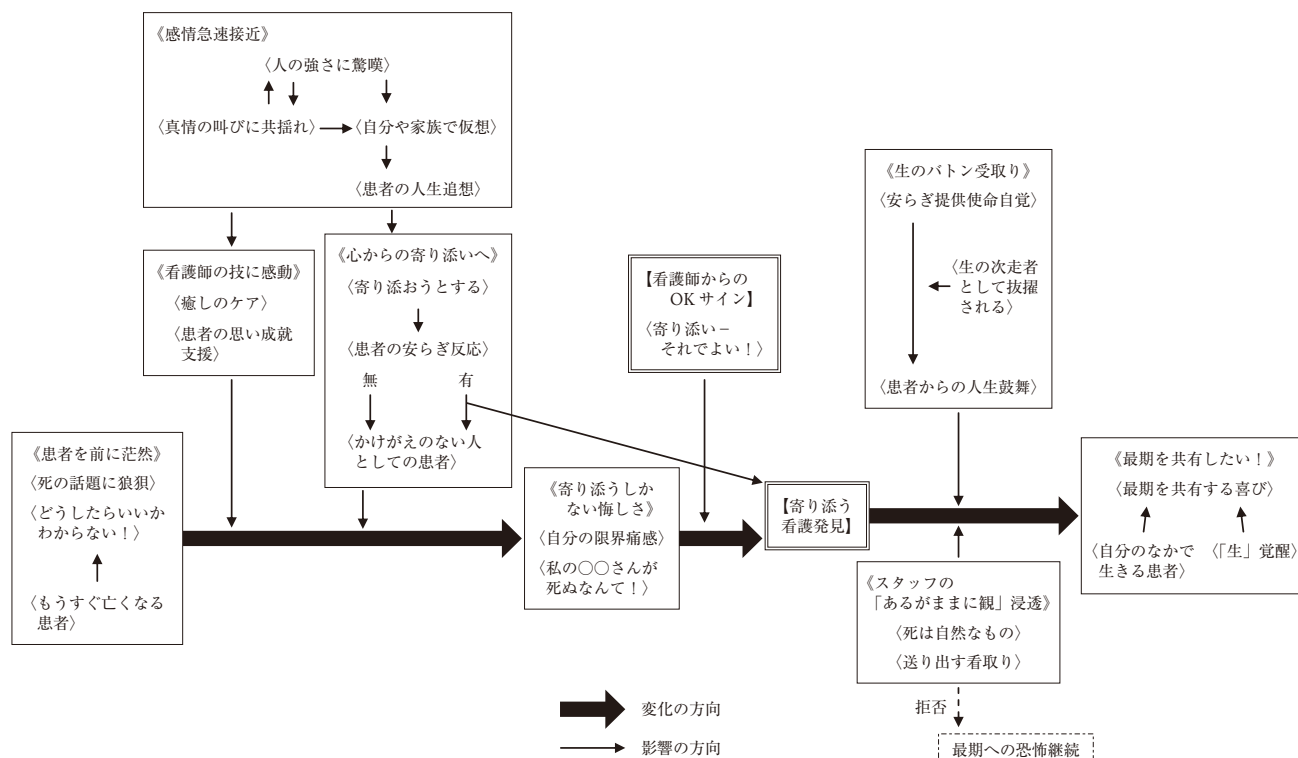


図1 終末期ケアのとらえ方の変化のプロセス

うすぐ亡くなる患者」の1人としかとらえていない。患者からの「死の話題に狼狽」したり、患者を前に「どうしたらいいかわからない！」状況で、恐れていたことが現実となり、全く手が出ず困惑し茫然と立ち尽くす。

(a) 〈もうすぐ亡くなる患者〉

「別の病棟だと、私がいなくなった後も家に帰って元気に過ごされる患者さんで、でもホスピスで受け持った患者さんは、もうホスピス病棟が最後であそこで亡くなる方なので」(22)

(b) 〈死の話題に狼狽〉

「死に対して言葉的に、私こうじゃないかね、もうすぐ亡くなるかもしれないけんがなっていうふうに言われると、やっぱり自分に対する死に対してもやっぱ実感が急にわいてきて“あー怖い”っていうそういう感覚が出てくる(略)気分が悪くて……」(15)

(c) 〈どうしたらいいかわからない！〉

「その空間にすることが緊張してたと思うんですよ。いままで死を待つ人とかかわったこと、正面から向き合ったことがなかったし、何を話していいか、何をしたいかわからないし、まだ21歳だし、死とか自分に関係ない、遠いから、自分自身でも考えたことなかったから」(02)

(3) 《感情急速接近》

このカテゴリには、〈真情の叫びに共揺れ〉〈人の強さに驚嘆〉〈自分や家族で仮想〉〈患者の人生追想〉の4つの概念が含まれている。

なぜ自分が苦しまなければならないのか納得できない理不尽さや怒り、自分だけが周囲の世界から切り離されるような圧倒的な孤独と不安、思うように動かすことのできない身体、やせ細った姿、どうしようもない倦怠感、視力や聴力を奪われていく姿から死を思い知らされる苦しみ、死を目の前にして思いどおりにことが進まない焦燥感、患者を失う深い悲しみにくれる家族の悲涙が含まれ、これらを患者や家族が感じていると学生が感じとっており、患者や家族の〈真情の叫びに共揺れ〉していた。

(a) 〈真情の叫びに共揺れ〉

「Aさんは10年前から、白血病とかで、難聴にもなっていて、で、やっと白血病は治ってるのに、それと同時にがんということで、治った意味がない。まだ若いですし、子どもさんもまだ小さい。何でだろうって、思いました」(08)

「お母さんは話しやすい方で、(略)“千の風になって”が流れたときに、(略)『Bさん(他の患者)思い出さねー』って言ってて、そのときにおかあさんがもう泣きそうになってて、そしたら『この子もそういうふうになるのよねー』ってなって、自分より先に逝く悲しさが、(略)涙だけ思いが伝わるっていうか、うなずくことしかできなくて、またこれも『大丈夫です』とか言えなかった」(05)

死を目の前にしても変わらない患者の人柄や、生き方を貫く姿、なお他者を思う患者の様子から〈人の強さに驚嘆〉していた。

(b) 〈人の強さに驚嘆〉

「数時間だけで自宅に帰って、もう仏壇を自分で準備されてたのでそれを見て過ごされてる。(略) その後に個室に入るかどうかという段階になったときも、奥さんは、嫌だっておっしゃったけど、最後はご本人で、『あ、もう個室がいい、個室に入れて』っておっしゃたらしくて、(略) 自分で決断してその後のことまで、ホスピスにいる間にこうしておこう、ああしておこうっていう指示もご家族に出してらっしゃったみたい」(08)

〈人の強さに驚嘆〉と〈真情の叫びに共揺れ〉は、対極の関係でもあるが、同じ患者や家族でも死にまつわる苦悩といまある生への喜びの間を揺れ動く。また、この2つの概念から、患者の状況を〈自分や家族で仮想〉し〈患者の人生追想〉をすることにより《感情急速接近》が起こる。

(c) 〈自分や家族で仮想〉

「自分の父が死んだら、と思うと、自分も母も兄弟も誰を頼りにしたらいいのかわからない状態で生きていけるか、多分いままで生活してきたようにはできない。生活だけでなく、心理面も」(24)

(d) 〈患者の人生追想〉

「私が患者さんのことをわかってなかったので(患者の夫に)『どういう感じの方なんですかー』など、実際にこの思い出話とかを聞いたときに、出産のこととか、子どものこととか、1人子どもを失ったこととかをいろいろ話してくださって」(12)

(4) 《看護師の技に感動》

《感情急速接近》が起こった学生は、看護師の愛で包むようなていねいなケアや癒しの空間を創出する〈癒しのケア〉、最期まで患者らしく生きるための〈患者の思い成就支援〉を体験し、《看護師の技に感動》している。

(a) 〈癒しのケア〉

「(看護師は)自分がベッドサイドを離れるときに不安の空気のまんま離れるんじゃないくて、雰囲気を変えるっていうか、おっきい冗談じゃないけど、ちょっと冗談とか、笑ったりとか、そういうのでその場を離れられてるよなーと思って」(23)

(b) 〈患者の思い成就支援〉

「Aさんが立ちたい、立って歩きたいっていう気持ちがあったときとかも、いろんな看護師さんがいるなかで、転倒の恐れがあるなかで、家族の方も医師も学生も全員、立とうとしたら止めるのが私たちだったんですけど、話を聞きながらCさん(看護師)は「じゃあ、手伝う」って言って抱えて、何歩か、3、4歩歩いて、また車椅子に乗せたんですけど、多分それだけでAさんは満足したのか興奮は収まって、なんか看護観ていうか、すごいなって」(05)

(5) 《心からの寄り添いへ》

《感情急速接近》により、患者の側にいて患者の感情やニーズを感じとるようになり患者への気づかいが発生することを〈寄り添おうとする〉と表現した。〈患者の安らぎ反応〉を得た学生は、もっといっしょにいたいと感じたり、患者が不安だと自分も同じように不安になるような状態が起こったりして、自分にとって〈かけがえのない人としての患者〉へと患者のとらえ方が変化する。同時に、【寄り添う看護発見】へ移行する。一方、〈患者の安らぎ反応〉に気づくことが困難であった学生も、〈かけがえのない人としての患者〉へと患者のとらえ方が変化する。こうしてどちらも寄り添い方が《心からの寄り添いへ》変化する。

(a) 〈寄り添おうとする〉

「何か見てはいないが、気配を感じているような感じがした。娘が『電話をしてくるので、見ていてください』と言ったとき、呼吸が少し変わって元に戻った。離れられると不安なのか、自分の側に誰がいるんだろうと感じ取っているんじゃないか。(略) 何も動かないけど、何か訴えている気がした。何かこの患者も娘に伝えたいことがあったのだと思う」(09)

(b) 〈患者の安らぎ反応〉

「いつもは娘さんが常に付き添ってる状態なんですけど、その日は、1人になる時間が多くて、手を握って安心したように眠られたので、あ、もしかしたら、さびしかったのかなあって思って」(10)

(c) 〈かけがえのない人としての患者〉

「患者さんが『いっしょにいてくれたらほんとに安心する』って言われてたから、(病棟を離れてからも患者さんが)1人のときは、何を考えてるのかなーとか、何をしてるのかなーってすごい考えて」(11)

(6) 《寄り添うしかない悔しさ》

看護師のケアを観察し《看護師の技に感動》するが、それに対し何もできない学生である〈自分の限界痛感〉やかけがえのない人となった〈私の〇〇さんが死ぬなんて!〉と《寄り添うしかない悔しさ》を感じる。

(a) 〈自分の限界痛感〉

「(自分の)おばあちゃんが亡くなったときに、看護師さんとかがしてるのを見て、(略)(自分が)看護師としていろんな技術とか身につけて、接してあげられたらなあ、というところもあったから、また、思い出したっていうか、患者さんにしてあげれると思ったんですけど、それができなかったから、結局何も変わってないんだな、と思って。まだ学生……看護師さんとかはすごいんですけど、自分は無力だなあって思いました」(19)

(b) 〈私の〇〇さんが死ぬなんて!〉

「あー、この患者さんはいつか、もうすぐ死んでしま

うんだって思ってしまったんですよ。そう思うともうさびしいやら、悲しいやらで、はあー（ため息をつくように）と思ってしまう」（16）

(7) 【看護師からのOKサイン】および【寄り添う看護発見】

終末期ケアのとらえ方の変化において、この2つはコアカテゴリーである。《寄り添うしかない悔しさ》を感じている学生に、〈寄り添い—それでよい!〉と【看護師からのOKサイン】が出される。これにより【寄り添う看護発見】をし、自信をもつことができるようになる。

(a) 〈寄り添い—それでよい!〉

「看護師に『寄り添うことしかできなかったって言ってたけど、それでよかったんです』と言っていただいて、それまでずっと心にあった、『私は何もできなかった』という気持ちが消え、私がしたことは間違っていない、D氏のために必要なことをちゃんとできていたんだ、という気持ちでいっぱいになりました。（略）受け持たせていただいて、無意味ではなかったのかなあと、ちょっとほっとした感じ」（01）

一方、〈患者からの安らぎ反応〉を得た学生も【寄り添う看護発見】をする。

「『（穏やかに）ここにおってくれんかー』（と言われたので）『あー、おったほうがいいですか?』って言ったから、『心強いやろうが』ってにこって笑って。ただ隣に座っているだけでも、E氏にとっては不安を軽減することにつながると感じました」（03）

(8) 《生のバトン受取り》

《寄り添う看護発見》後、〈安らぎ提供使命自覚〉により意図的に患者に寄り添うようになる。この学生の姿勢から患者に〈生の次走者として抜擢される〉。そして、患者から生き方を伝授されたり、患者や家族が人生を回顧・肯定するような〈患者からの人生鼓舞〉があり《生のバトン受取り》がなされる。

(a) 〈安らぎ提供使命自覚〉

「3日目からは、できるだけそばにしようって思って、手を握ってあげたり、そばにいて、なんか見つめるだけとか、主任さんにカンファレンスで言われたように、心地いい沈黙の空間をつくろうと努力したつもりで、できるだけそばにるようにしてました」（14）

(b) 〈生の次走者として抜擢される〉

「歌っているときがいまのFさんにいちばん幸せなときなのかな、皆も協力してくれたから、皆でしたほうがうれしいんじゃないかな、と思った。その後に、Fさんは皆に人生観、生き方を話してくれた。『私はこの子（受け持ち学生）に、いっぱい話したちゃんね』と、私のほうを向いてくれて、私は『いっぱい教わりました』と

言って、皆が『ありがとうございます。お話聞けてよかったです』と言って皆Fさんと握手をしていた」（21）

(c) 〈患者からの人生鼓舞〉

「『人間とは、はかなくて弱い生き物だ』って言われて、『だから一日一日を大切に過ごして、その日に会う人を大切にしていかなきゃいけない』みたいな言葉を言われたのがすごい印象に残ってます。（略）（その患者さんを受け持つ前に）自分の受け持ってた患者さんが亡くなった後だったんで」（29）

(9) 《スタッフの「あるがままに観」浸透》

患者の死後「まだどこかで（患者が）見ているかもしれない」という医師と看護師の会話、「死がすべての終りではない」という神父の話、「いい人生だったと思えるようになる」「死への自然な流れを導く」などの看護師の言葉から、スタッフが〈死は自然なもの〉であり、避けるべき特別なものではないととらえていることを学び、影響を受けていた。また、息を引き取る間際の患者への看護師の穏やかな、ときには明るい声かけから、あの世に〈送り出す看取り〉を体験していた。〈送り出す看取り〉には、看取りの場面での体験と患者のいわゆる「お迎え体験」に相当するものが含まれている。このような、死に向かう流れに抵抗せず患者の状態をそのまま認めあの世に導く、スタッフのケアの根底にある死生観が学生にも浸透していた（《スタッフの「あるがままに観」浸透》）。一方、死に対する恐怖感が強く、スタッフの死生観を受け容れることを拒否した一部の学生は、最期への恐怖継続のまま留まる。

(a) 〈死は自然なもの〉

「看護師さんに、ホスピス病棟にいて、死が近くにあつて、死、亡くなった人とかを目のあたりにたくさん他の人より経験してるんじゃないかな、と思って、で、『死について、慣れっていうかそういうのいいんですか?』って聞いて、そしたら、なんか死んだことを悲しいって思うより、その人の人生がよい人生だったねっていうふうに思ってくるようになるっていうふうに言われてたんで、なんか、あー、亡くなったら悲しいとか、涙を流すとかじゃなくて、そういう送り方もあるんだなっていうふうに学びました」（06）

(b) 〈送り出す看取り〉

「看護師が『また、……天国でお酒飲んでおいで』とか『先生が（天国に）来るの待ってね』とか先生が飲み友だちだったみたいで。そういうのを言ったら、自分だったらそうだね—って安心して旅立てるのかな—って思って。（略）私は一緒に泣いたりすることしかできなかったから、こういう声かけもいいよね—って思って。死のお別れっていうよりも、また会おうね—という感じの別れの言葉だったんですよ、その明るい声か

けが。最後のお別れじゃないんだ一ってすごく思えたから、いいなあって思いました」(01)

「患者さんがそのいつもと様子、表情も態度も違うし、私に『お星さまが迎えに来た?』とか言ったから、私はもうもしかしてって思って、(略) 亡くなる時はそんなのが見えるのかなと思った。昨日、私が担当看護師に、お星さまのことを話しているときに、(略) 看護師に『本当にそういうときは見えたりする方もいるからね』と言われ、『ああ、そうなのかな』と思った」(20)

(10) 《最期を共有したい!》

〈かけがえのない人としての患者〉が死ぬことをマイナスにとらえていたが、患者から《生のバトン受取り》と《スタッフの「あるがままに観」浸透》により、これからも〈自分のなかで生きる患者〉へと患者観が変化している。さらに「生」はあたり前じゃない、という気づきや患者の「生」のインパクトから〈「生」覚醒〉が生じている。これらより、〈最期を共有する喜び〉を感じ、《最期を共有したい!》と希望するようになる。

(a) 〈自分のなかで生きる患者〉

「実習後は肉体は火葬されるからなくなり、触れるってということもないし感じることもできないけど、なんかどこかで、よく心のなかで生きてるとか、あなたとともに生きてるとか、ちょっとその言葉の意味がわかったような感じで、いろいろな思い出とか感情とかを思い出すなかで、ほんとに心のなかにいっしょにいるんだなあっ(実感がこもっている)という感覚。死ぬイコールもういなくなるじゃなくて、どこかで見ている、見守っている、近くにいたんだなあって感じがしました」(07)

(b) 〈「生」覚醒〉

「Gさん(介護福祉士)と、「もみじ」を歌ったときは、衝撃がありました。部屋に行ったら、Gさんが『Hさん、元気ですかー』と、入ってこられて。(略)『Hさんは歌が好きやったねー、歌ば歌おうかねー。(略) あー「もみじ」がよかねー』みたいな感じで言われて、Hさんもらい『うんうん、歌いたい』みたいな感じで、目がぱちぱちされてたんで。(略) いっしょに歌った。そのときに、患者さんがあんなに反応されてるのが、いままで見ただことなかったんで、(略) よう話しかけているつもりだったんですけど、あ、こんなに口を動かすんだって思って。いままではぱっと見、話せなかったりとか、難しいなと思ってたんですけど」(18)

(c) 〈最期を共有する喜び〉

「患者さんと出会って、その家族を見てきて、死ぬことにかかわることも悪くない、と思いました(笑)。患者さんの残された時間を共有できることは悪くない。いままでは嫌とか怖いとか思ってたけど、いっしょにい

れることが、自分にとってうれしくなったから」(02)

Ⅲ. 考 察

全体のプロセスのなかで、重要と思われるカテゴリーや全体のプロセスに影響する変化について考察する。

1. 患者への寄り添いに対する【看護師からのOKサイン】の重要性

死にゆく患者にとって側に寄り添うことは大切なケアである。患者に寄り添うかけがえのない機会を逃さないためにも、看護師としての特権が与えられているということ²¹⁾、すなわち、自分がそこにかかわり何らかの役に立てることを許される存在である、ということを実感しなければならぬ。

しかし、患者の役に立ちたいという気持ちが余計に無力感を増強させ、学生としての自分の能力の限界を痛感しているうちに、看護師が専門的なケアを提供する傍らで、自分が患者に寄り添うことの意味や価値を見出しにくい。目に見えるケアを実施していないと不安を感じる²²⁾や、援助したことに気づくことができないこともある²³⁾。患者の反応が得られれば、学生は自分のケアの意味を理解できる。しかし、患者がはっきりした応答ができず、学生が患者からそれを感じとることが難しい場合、とくに【看護師からのOKサイン】は重要となる。これは、看護師が学生の「苦しみのなかに留まれる力」²⁴⁾とそれが患者にとっての看護であることを認め伝えることである。学生は、自分がしている【寄り添う看護発見】により患者に寄り添うことで自分という存在が人を癒すことができることを実感し、最期まで看護ができるという、終末期ケアの価値を発見している。そして、【寄り添う看護発見】は、そこに自分がいることを許された安心感、医療チームの一員として自分の役割を認識し果たすことができた自信と達成感、そして患者の役に立つことができた充実感となり、看護師というアイデンティティへの誇りと個人のアイデンティティにも大きな影響を与え、人間としての成長につながる。

柏木は「患者の生きざまに参加することができたと看護者が感じる時、患者の死は看護者にとって貴重な、意味深いものになる」²⁵⁾と述べているが、このような実感も、寄り添うケアを認められて初めてもつことができると考えられる。

2. 《生のバトン受取り》の意味するもの

「共苦の感情に裏づけられた関係ができてゆけば、(略) ただわれわれがそこにいるという事実のみで、患者に慰めと安らぎを与えてゆける」²⁶⁾ことは、患者の〈真情の叫びに共揺れ〉した後の寄り添いが、《心からの寄り添いへ》

と変化したことが患者にも伝わることを意味する。それゆえに、学生は患者から〈生の次走者として抜擢される〉のだと考えられる。

患者が言葉や姿勢で生き方を示す〈患者からの人生鼓舞〉は、学生に生き方を示し託すと同時に患者自身が自分の命を励ます意味をもつ²⁷⁾。つまり、患者にとって自分が託したものを学生が受け取ることにより、「生きていた証」²⁸⁾として何かを残したことになると同時に、学生のためになることは患者の「生きる意味」²⁹⁾にもなり得る。一方、学生は患者からもそばに在ることを許されることで存在を認められ、自分の気づきを受け取ってもらうことで癒され、患者の言葉や生きようとする姿でこれから生きていくことを勇気づけられた。このように、死にゆく者は残される者に何かを残し、残される者はそれを受け取る³⁰⁾のであり、「お互いの生を支えあう」³¹⁾ことができたのではないだろうか。大西は、看護師も患者からケアされる存在であることに気づくことができれば、患者と最期を共有する覚悟が生まれるのではないかと³²⁾と考察している。学生もまさにこれを体験したと考える。

また、患者への寄り添いが《心からの寄り添いへ》変化すること、〈患者の安らぎ反応〉や【看護師からのOKサイン】により【寄り添う看護発見】に至ること、そして《生のバトン受取り》は、《最期を共有したい!》という思いに連続するプロセスに不可欠であり、患者が最期まで生きるための支援を学ぶこの実習の目標を達成するために、とくに重要であると考えられる。

3. 患者、家族への感情移入の重要性

Kiger¹¹⁾は学生が、GlaserとStrauss³³⁾は看護師が、死にゆく患者に対して適度な心理的距離をもつのが難しいことをそれぞれ示している。一方で、死にゆく患者への感情移入は自然で重要なことである³⁴⁾という考え方や、適度な感情移入が患者や家族の状況判断に不可欠である³⁵⁾という考え方もある。

学生は自分が体験したことのない死にゆく患者の世界であるが、そばにいて、自分も一緒に悲しみや怒り、理不尽さを感じ、人間の力ではどうしようもない現実を目の前にして、いつの間にか患者の感情や世界に巻き込まれている。これは、学生は患者との親密度が強くなると感情移入が高まり患者と同じような感情を示す、という小松ら³⁶⁾の報告と一致している。患者や家族が苦しみ姿と、それを助ける術がないとき、そしていずれは死を迎える患者に、人のはかなさや死まで生きなければならないつらさを感じざるを得ない。だが、〈人の強さに驚嘆〉させられるような患者の一面にも触れる。患者の生、魂、存在自体のさまざまな葛藤、苦しみ、悲しみ、喜びに触れる時間となる。

〈寄り添おうとする〉ことは、患者を理解しようとかかわり患者の状況（体験している世界）に自ら巻き込まれることであり、これにより患者の世界と自分の世界が無関係ではなくなる。これが患者の生に参加する第一歩であると考え。患者に共感し患者の世界に巻き込まれ、患者の死が「もうすぐ亡くなる患者」という多くの他者の死ではなく、身近な〈かけがえのない人としての患者〉の死としてとらえられるようになる。

このように感情移入することで、学生の感情の揺れも大きいのが、患者の生に参加し支えあうことができたことを実感し、終末期ケアのとらえ方にも影響していた。将来、看護師として経験を積み「客観的共感性」³⁷⁾に発達していくことが期待される。

4. 《スタッフの「あるがままに観」浸透》による死のとらえ方の変化

患者や家族の〈真情の叫びに共揺れ〉した学生は、患者や家族の心の揺れに寄り添い、患者が自分の大切な人の一人となるからこそ、患者に起こっていることは自分にも起こり得るのだ、と考えるに至る。自分自身も死ぬ存在であることを自覚することは、患者と人間として対等な関係の構築と人間の尊厳を守るケアにつながる。

また、看護師の死生観はケアに現れる⁴⁾。学生の体験を支え、自分の死生観を示すことができれば、学生の死生観を育てることができる³⁸⁾。看護師の一つ一つのていねいなケアや会話により、患者の尊厳が守られ最期まで患者らしく生き、穏やかな死を迎えることができる。家族にも悔いが残らないよう配慮される。生前から患者や家族と死について話し、〈送り出す看取り〉ができるような関係を築いているのである。看取りの場面の会話では、死がすべての終わりではないことを、患者だけでなく家族にも暗に伝えており、学生もそう願うよう変化していた。このように学生は、スタッフのケアや言葉から、終末期ケアの重要性とスタッフの死生観を感じ取り影響を受けていた（《スタッフの「あるがままに観」浸透》）。さらに、実習期間中に「お迎え体験」³⁹⁾にあたるような、死はすべての終りではないという体験をしたこと、患者と時間を共有し《生のバトン受取り》をしたことなどから、死後も〈自分のなかで生きる患者〉としてとらえるようになった。石田は「その人の実存的存在はなくても、その人が心のエネルギーとなり、学生の人生の一部に溶け込んでいるようである」⁴⁰⁾と表現している。このように、死は自分と無関係ではなく、意味を見出すことができたことは大きな変化である。学生によっては、スタッフの死生観を拒否したが、死に対する恐怖感を表現できたことは今後の死のとらえ方の発達の第一歩であると考え。

IV. 実践への活用（学生が終末期ケアを肯定的にとらえるための示唆）

看護師がエキスパートの技を見せること、そして、学生のケアの意味を伝えることが大切である。看護師や教員がカンファレンスだけでなく、学生が日々どのような相互作用を体験し、どう感じているのか表現する機会を設けることで、時機に応じた支援ができると考えられる。このとき、学生の心の揺れに寄り添い、成長を見守る姿勢が大切であろう。このような看護師、教員の支援により、一連のプロセスで学生が支持されていると感じること⁴¹⁾、死が意味のある経験となること⁴²⁾が可能になると考える。

や家族に対し行われる《看護師の技に感動》する。また「かけがえのない人としての患者」となり《心からの寄り添いへ》変化する。《寄り添うしかない悔しさ》を感じるが《看護師からのOKサイン》をもらい、自分にもできる《寄り添う看護発見》をする。さらに患者から《生のバトン受取り》と《スタッフの「あるがままに観」浸透》により、「自分のなかで生きる患者」となり、患者の《最期を共有したい！》ととらえるほどに終末期ケアについての認識が大きく変化していた。

今後、患者の家族に焦点を当てた分析、カンファレンスおよび教員のかかわりの影響や終末期ケアの授業と実習との関連性を調査することが課題である。

V. 結 論

ホスピス実習において、学生は当初、患者を「もうすぐ亡くなる患者」と認識しており、《患者を前に茫然》とするが、患者や家族に《感情急速接近》が起こり、その患者

謝 辞

本調査研究にあたり、インタビューを快く承諾してくださった学生の皆さまに心から感謝いたします。また、研究を進めるにあたり、ご指導いただきました信州大学医学部山崎浩司准教授に深く感謝いたします。

要 旨

目的：ホスピス実習における看護学生の終末期ケアのとらえ方の変化を明らかにする。

方法：実習後のレポートをもとにインタビューを行い、『修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ』の手法で分析した。

結果：実習当初、学生は《患者を前に茫然》とするが、患者や家族に《感情急速接近》が起こり、《心からの寄り添いへ》変化すると同時に《看護師の技に感動》する。《寄り添うしかない悔しさ》を感じるが【看護師からのOKサイン】をもらい、【寄り添う看護発見】をする。そして、患者から《生のバトン受取り》と《スタッフの「あるがままに観」浸透》により、患者の《最期を共有したい！》ととらえるほどに変化していた。

結論：学生が【寄り添う看護発見】に至るには、〈患者の安らぎ反応〉を得ることが難しい場合、とくに【看護師からのOKサイン】が重要であり、看護師に寄り添う看護を認められることで自信や達成感、終末期ケアの価値を見出していた。

Abstract

Purpose: This study was to clarify the process of change in nursing students' perceptions of terminal care during hospice nursing practicum.

Methods: The students were interviewed after their practicum and their responses were analyzed by Modified Grounded Theory Approach.

Results: Though students were "at a loss in front of the patients" initially, "their emotions approached those of the patients and/or families rapidly". Then they came to "be present beside the patients from the bottom of their heart" and were "impressed by nurses' skills" at the same time. Since students "could do nothing but be present, they felt regret". Then students were given "OK signs from the nurses" and "discovered that nursing can consist of merely being present". Through "the baton reception of life" from the patients and "permeation of 'an uninfluenced view' of staff", the students' perceptions were transformed, and they realized they could share the patients' last moments.

Conclusion: When it was difficult for students to discover that their presence could obtain "a patient's relieved reaction", "OK signs from the nurses" were especially important. The students acquired confidence, a sense of accomplishment, and the values of terminal care nursing through nurses' affirmations.

文 献

- 1) Hinton, J. (秋山さと子, 定方昭夫 訳): 死とのであい. 13, 三共出版株式会社, 1979.
- 2) 丹下智香子: 死生観の展開. 名古屋大学教育学部紀要, 42, 149-156, 1995.
- 3) 古屋洋子, 小野興子, ほか: 看護学生の死生観. 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 9(1), 115-129, 2003.
- 4) 柏木哲夫: 生と死を支える — ホスピス・ケアの実践. 朝日新聞社, 1987.
- 5) 片山はるみ, 横山ハツミ: 「緩和ケア」授業前後における看護学生の「死生観」の変化. 地域環境保健福祉研究, 11(1), 12-20, 2008.
- 6) Walsh, S.M. and Hogan, N.S.: Oncology nursing education: nursing students' commitment of "presence" with the dying patient and the family. *Nursing Education Perspectives*, 24(2), 86-90, 2003.
- 7) 石原由華, 滝 益栄, ほか: 終末期看護における教育方法の検討. 日本赤十字愛知短期大学紀要, 15, 53-59, 2004.
- 8) 福山幸恵: 看護学生を対象とした読書による「生と死の教育」の基礎的研究 — 「生」と「死」のイメージを中心に —. 日本看護学教育学会誌, 14(3), 9-18, 2005.
- 9) 新見明子: 看護学生の死生観 — Purpose in Life Test分析より —. 川崎医療短期大学紀要, 22, 25-30, 2002.
- 10) 平川仁尚, 益田雄一郎, ほか: 全国の医学科・看護学科における終末期医療・看護教育の実態調査. 日本老年医学会雑誌, 42, 540-545, 2005.
- 11) Kiger, M.A.: Student nurses' involvement with death: the image and the experience. *Journal of Advanced Nursing*, 20, 679-686, 1994.
- 12) 濱口恵子, 児島操子, ほか: 臨死患者の看護実習前後での学生の死生観の変化. 第21回日本看護学論文集 (看護教育), 123-126, 1990.
- 13) 名越恵美, 細川つや子, ほか: 受け持ち患者を看取った看護学生の学び. 日本看護研究学会雑誌, 27(2), 85-91, 2004.
- 14) 安藤恵子, 百々晃代, ほか: 成人看護学終末期実習におけるレポートからみた看護学生の学び. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 3, 224-227, 2007.
- 15) 稲本ゆかり, 樋口美佳, ほか: 終末期看護実習における学び — 実習後レポートの内容分析から —. 神奈川県立病院付属看護専門学校紀要, 9, 32-38, 2004.
- 16) 瀬川睦子, 原 頼子: 終末期看護実習における死生観構築と共感性育成の効果的指導. 川崎医療福祉学会誌, 15(1), 141-147, 2005.
- 17) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 — 質的研究への誘い. 弘文堂, 2003.
- 18) 木下康仁: ライブ講義M-GTA — 実践的質的研究法: 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, 2007.
- 19) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチ — 質的実証研究の再生. 弘文堂, 1999.
- 20) 船津 衛, 宝月 誠 編: シンボリック相互作用論の世界. 恒星社厚生閣, 1995.
- 21) 前掲 6), 90.
- 22) 清水佐智子: 基礎の実習で, 学生が終末期の患者のそばにいて, 話を聞くことができた要因. 第36回日本看護学会論文集 (看護教育), 102-104, 2005.
- 23) Quint, C.J. (武山満智子 訳): 看護婦と患者の死. 医学書院, 1968.
- 24) 橘 尚美: 医療を支える死生観 — 医師へのインタビュー調査を通じて —. 関西学院大学社会学部紀要, 97, 170, 2004.
- 25) 柏木哲夫: 死にゆく人々のケア — 末期患者へのチームアプローチ. p.132, 医学書院, 1978.
- 26) 澤田愛子: 死と孤独 — 末期患者の心理的苦悶をみつめて —. In 樋口和彦, 平山正実編: 生と死の教育 — デス・エデュケーションのすすめ. p.117, 創元社, 1985.
- 27) 柳田邦男: 語ることと生きること. In 生と死を考える会 編: 生と死の意味を求めて. pp.160-178, 一橋出版, 2002.
- 28) 金子仁郎: あなたと私の死生観. In 日本死の臨床研究会 編: 死とむきあうための12章. pp.161-180, 人間と歴史社, 1999.
- 29) 田代志門: 受け継がれていく生. In 清水哲郎 監修: どう生きどう死ぬか — 現場から考える死生学. 227-244, 弓箭書院, 2009.
- 30) 堀江宗正: 死にゆく人が目指すべき「モデル」などない — キューブラー=ロスにおける「受容」と「正直さ」. In 清水哲郎, 島菌 進 編: ケア従事者のための死生学. 317-334, ヌーヴェルヒロカワ, 2010.
- 31) 前掲 4), 147.
- 32) 大西奈保子: ターミナルケアに携わる看護師の態度と悲嘆・癒しとの関連. 東洋英和大学院紀要, 第2号, 89-100, 2006.
- 33) Glaser, G.B. and Strauss, L.A. (木下康仁 訳): 死のアウエアネス理論と看護 — 死の認識と終末期ケア. 92, 医学書院, 1988.
- 34) Shneidman, S.E. (白井徳満, 白井幸子, 本間 修 訳): 死にゆく時 — そして残されるもの. 誠信書房, 1980.
- 35) 大西奈保子: ターミナルケアに携わる看護師の『理想の看取り』. 臨床死生学, 9(1), 25-32, 2004.
- 36) 小松浩子, 小島操子, ほか: 臨死患者とその家族を援助する看護学生に対する実習指導に関する研究 (その1) — 実習中の学生の心理的变化の過程 —. 第15回日本看護学会集録 (看護教育), 251-254, 1984.
- 37) 佐藤葉保子, 濃沼信夫: 看護師の終末期患者への対応意識の変化と共感性との関連について. 東北公衆衛生学会誌, 55, 50, 2006.
- 38) 高橋圭子, 荒木美和: ホスピス・緩和ケア病棟におけるターミナルケア実習での学生の学び — 「看護の原点や本質をつかんだ」と総括された基となる日々の実習記録の分析. 愛知医科大学看護学部紀要, 3, 19-31, 2004.
- 39) 諸岡了介, 桐原健真: “あの世”はどこへ行ったか. In 清水哲郎 監: どう生きどう死ぬか — 現場から考える死生学. 166, 弓箭書院, 2009.
- 40) 石田美知: 看護学生の死生観構築を目指した教育方法及び内容の検討. 日本看護医療学会誌, 10(2), 25, 2008.
- 41) Brien, L.A. and Legault, A., et al: Affective learning in end-of-life care education: the experience of nurse educators and students. *International Journal of Palliative Nursing*, 14, 610-614, 2008.
- 42) Irvine, B.: Teaching palliative nursing to students. *Nursing Standard*, 7(50), 37-39, 1993.

平成24年8月27日受 付
平成24年12月25日採用決定

一般病棟における終末期がん患者の生きがい

Reasons for Living of Terminal Cancer Patients on General Hospital Wards

千 田 操¹⁾
Misao Chida

角 田 真由美²⁾
Mayumi Kakuta

柿 川 房 子³⁾
Fusako Kakikawa

キーワード：生きがい，終末期がん患者，スピリチュアルケア

Key Words：reasons for living, terminal cancer patient, spiritual care

はじめに

がんによる死亡数は、平成22年は前年に比べ9,213人増加し、35万3,318人になっており、死因順位は昭和56年以来第1位である（厚生統計協会，2011）。世界保健機関（WHO）は1989年にがん緩和医療に関する報告書の中で、スピリチュアルケアががん末期の患者にとって重要であると表明している（世界保健機関，1989/1993）。このようにがんの死亡率が増加したことなどから、死にゆく患者の生活の質を視野に入れた医療のあり方が問われるようになってきた。

スピリチュアルケアの実践に関する研究（新藤，2002；三澤ほか，2005；田中・神里，2009）や、緩和ケア病棟入院中の終末期患者のスピリチュアルペインを明らかにした研究（河，2005）では、終末期がん患者がどのような希求や願望をもち入院生活のよりどころとしているのかをアセスメントすることが、スピリチュアルペインを内包する苦痛の理解に役立つ、と述べられている。また、希望に関する研究（濱田・佐藤，2002；射場，2000；久野，2002；中ほか，1998；Okuno & Onishi，2005）では、患者は自分が死にいくことを認識しながらも回復への希望をもち続け、また限りある生をよりよく生きようとしていることや、自分にとって最も重要なものは何かという視点から、患者は苦悩の経験のなかにも新たな目標を見出し、生をよりよいものに行っている姿があった。

さらに、終末期をよりよく生きようとしているがん患者は、実際にはどのような生きがいや生きがい感をもっているのかを検討した。生きる意味では、生きがいの最も基本的な要素である生存充実感をもって生きていること（山口，2003）が明らかにされており、その生存充実感は日常生活の多くの場面のなかに埋もれていると考えられてい

た。実際に「体を拭いてもらってさっぱりした。うれしかった」と心の底からうれしそうに表現されるなど、通常の日常生活のなかにも、喜びや楽しみ、気持ちが楽になると感じられる言動が多く聞かれる。終末期がん患者が喜びや楽しみ、気持ちが楽になると感じることは、実は日常生活のなかに多数埋もれているのではないかと考える。入院生活のなかで感じている患者の生きがいや生きがい感を意識的にとらえていくことは、通常の日常生活のなかに埋もれている多数の生きがいや生きがい感をさらに高めることにつながると考える。

以上のことから、終末期がん患者の生きがいや生きがい感に焦点を当て意識的にとらえることは、苦悩の経験のなかで最期まで自分らしく生を全うしようとしている終末期がん患者のさらなるQOL向上につながると考える。

I. 目 的

一般病棟における終末期がん患者の生きがいや生きがい感を質的研究により明らかにする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究における対象者の生きがいの内容は個人の主観的データであり、そこに存在する現象が何かを探求するため、質的研究デザインを用いた。

2. 用語の定義

- ① 終末期がん患者：がんに対する治療効果が期待できない状態で、医師により余命6か月以内であることが予測された患者

1) 東京慈恵会医科大学附属柏病院看護部 Division of Nursing, The Jikei University Kashiwa Hospital

2) 東京慈恵会医科大学附属病院看護部 Division of Nursing, The Jikei University Hospital

3) 東京慈恵会医科大学大学院医学研究科看護学専攻修士課程 Graduate School of Nursing, The Jikei University

- ② 生きがい：今感じている、生きるはりあい
- ③ 生きがい感：生きていてよかったと思えるようなこと

3. 研究対象

対象者は首都圏にある1施設の大学病院に入院している患者で、研究に対する理解と協力が得られ、以下の条件を満たし、研究の趣旨を説明し同意を得られた患者8名とした。

- ① がんであることの説明を受けている患者
- ② がんに対する治療効果が期待できない状態で、医師により余命6か月以内であることが予測された患者
- ③ 研究への参加に文書での同意が得られた患者
- ④ 言語的コミュニケーションが可能であり、30分から1時間の面接が可能な患者

4. データ収集方法

- ① 主治医、対象者が入院する病棟看護師長、および病院緩和ケアチームに研究目的・方法を説明し、協力を得て研究対象者を選択した。
- ② 研究者が研究対象者に直接研究の趣旨を説明し、研究参加の同意を得た。
- ③ 研究対象者の属性について同意を得たのち、研究者が診療録から以下の情報収集を行った。
 - a. 年齢・性別・病名・病気に対する認識、家族構成
 - b. 身体的苦痛の症状（疼痛・倦怠感・悪心・嘔吐など）
 - c. 研究対象者の言動
 - d. いままでの治療の経過
- ④ 研究対象者が終末期がん患者のため、心理的負担ができるだけ少なく済むように、事前にインタビューのプレテストを行うなどし、コミュニケーションスキルを習得し、研究対象者のストレスを最小限にするようにした。
- ⑤ 研究における用語の定義と、一般病棟に入院している終末期がん患者2名に実施した予備調査をもとに、半構成的質問用紙を作成した。
- ⑥ 半構成的質問調査方法で、「入院生活のなかで気持ちが楽になることはありますか」などを契機に、本研究における生きがいの定義に関連した体験談を尋ねるなど、1人3回程度実施し、1回の所要時間は30分から60分とした。

5. 分析方法

半構成的質問によるインタビュー内容を逐語録に起こし、スーパーバイザーの指導・助言のもとで、以下の手順に従い意味内容を分析した。

- ① 記述から分析対象とする文脈を決定する。

- ② 短文を記録単位にする。同内容の短文が複数見られた場合には、1記録単位とした。
- ③ 文脈を意味内容の類似性に従って分類し、カテゴリー化し、スーパーバイザーの指導・助言のもとで内容を質的に分析する。

6. 研究の倫理的配慮

本研究は、当該大学・大学病院の倫理委員会の許可を得て実施した（承認番号21-218 6096）。対象施設となる大学病院には事前に研究の趣旨を文書と口頭で伝達し、文書による同意を得たのちに実施した。終末期にあるがん患者を研究対象としているが、生命予後については明らかに医師から説明していないケースが多いため、予後を数日から数か月と予期している対象者を選択した。研究対象者については、調査趣旨、データの取り扱い、対象者のプライバシーの保護、診療記録からの情報収集に関して、面接開始前に文書と口頭で説明し、口頭による同意を得たのち、対象者本人の文書による同意を得た。実施中は治療・疾患による身体的・精神的負担に関連した体験を想起してもらうことから、苦痛があるときにはいつでも中止できること、中止しても受ける医療・看護には影響がないことを説明した。面接中の対象者の言動や表情などに注意し、インタビューによる負担が最小限になるように病棟看護師と連携をはかりながら実施した。研究終了後のデータの取り扱いについては、研究終了後速やかに消去・破棄することを約束した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象の概要（表1）

対象者は8名で男性2名と女性6名であった。年齢は30代1名、40代1名、60代4名、70代2名であった。病名は子宮頸がん2名、直腸がん2名、肝門部胆管がん1名、肺がん1名、胆のうがん1名、卵巣がん1名であった。治療については、化学療法2名、放射線療法1名、緩和ケアのみ5名であった。すべての対象者は、インタビューにおいて自分の予後が数日～数か月であることを予期している言動があった。

2. 一般病棟における終末期がん患者の生きがいについて（表2）

一般病棟における終末期がん患者の生きがいにかかわる記述は、全対象より238コードを抽出し、〈 〉に示した14のサブカテゴリー、および最終的に《 》で示す5つのカテゴリーに集約された。以下にカテゴリーの内容を示す。

a. 《日常のなかの楽しみ・気持ちが楽になること》

すべての対象者がいきいきとした表情でいちばん多く

表1 対象者の概要

対象者	性別	年齢	職業	現在の治療	病気や病状に対する思い
A	男	60代前半	会社員 営業	化学療法	いまは熱があるため化学療法を中止しているが、早く化学療法を開始し効果を期待したい。
B	男	60代後半	会社員 営業	放射線療法	手術はできない病期レベルで、放射線で治療するしか方法はない。放射線に期待したい。
C	女	60代後半	主婦	緩和ケア	身体がだるいことがつらい。もう少し楽になりたい。
D	女	40代前半	主婦	緩和ケア	入院したときは身体がつらかったが、いまは身体的にも精神的にも楽になった。これ以上つらいことはしたくない。
E	女	70代前半	主婦	化学療法	放射線をするか手術をするか、今後の方針によって決まる。治療の開始が遅かったから、それなりの覚悟はできている。治療の効果を期待したい。
F	女	30代前半	会社員	緩和ケア	治る可能性がないのからもう化学療法はしたくない。自宅で自分の好きなように生活したい。だんだん悪くなってくることは覚悟している。
G	女	70代後半	主婦	緩和ケア	いままで長い間病氣と付き合ってきた。今回は動けなくなったけれど、それは仕方がない。皆に迷惑がかからないよう生活したい。
H	女	60代後半	主婦	緩和ケア	いままで必死に生きてきた。病氣はわかっていただけがまんしていたから、悪くなっていることも承知している。もうなるようにしからならないので、何も怖くない。

語った内容である。その日にあった出来事でうれしかったことや、思い出したように突然思い出話をされるなど、いま自分が気になっていることであった。

〈気持ちのよい看護ケア〉は、身体に触れてもらうことによって温かさを実感し、心地よさを感じている。また、久しぶりに外へ散歩にいったことで、いままで感じなかった季節感や空気感を味わうことができ、本当にうれしかった、などである。

ある対象者の語り：こうやってさすってもらっているせいかなあ、(目を閉じながら満足そうに) 本当に気持ちがよいのです。血流がこんなふうに流れているっていう感じで、手が温かいからかな、本当に気持ちいいですね。(インタビューのため挨拶に行くと、とたんに) 今日、外にいってきたのだよ。よかったよ、ちょっと大変だと思ったけど大丈夫だった。本当久しぶりで、いっぱい空気を吸ってきておいしかった。なんかすーっとした感じでよかった。緑の匂いがした。

〈楽しかった思い出を語ること〉は、思い出したように突然、入院前に大切に育ててきた植物がいまどうなっているかや、家族と過ごした時間を振り返ること、職場の同僚などとの楽しかった思い出を語ることであった。その思い出話は長い時間にわたり、何度も繰り返し語っていた。

ある対象者の語り：別にこれといっていきたいしたことじゃなかったけど、いま思うと、おじいちゃんと過ごした時間はなんか好きな時間だったな。心が休まる。

〈家族が来ること〉家族が来て話をするだけで満足や安心が得られる、という語りであった。また、なかなか面会に来ることができない孫のことなど、家族のことが気になる、という語りであった。

ある対象者の語り：別にこれといってい何かあるわけでもな

いが、妻が来ることは……まあ楽しみだ。

妹が毎日来てくれるのですよ。男の人はあまり頼りにならないけどさ、女はいやなことでもやってくれるし安心できるよね。毎日来てくれるけど、別にこれといってい何かあるわけでもないけど、まあ楽しみだよな。

〈食べ物が食べられること〉は、病気になってからもう食べ物は食べられないと思ったにもかかわらず、食べ物を食べることができうれしい、などの語りである。

ある対象者の語り：病気になってあらためて食べ物のおいしさを心の底から実感した。いまは食事を食べることができないけど、できるようになったら慣れ親しんだ家のご飯が絶対に食べたい。

お粥がおいしいよ。お粥だって、本当においしいって食べられるものがあるとうれしいです。感謝です。

本当！ 1回目の入院の後には、食事がおいしくってさ。食べ物が食べられるありがたさって言うのは、病気になって改めて感じているよね。

b. 《現状を受け止め前向きに対処すること》

〈常に不安を抱えている〉は、自分の病気を理解し納得してはいるものの、どうなるのか心配や、病気がよくならないといらいらすなど、症状が改善されないことに対しての複雑な思いであった。また、病気を抱えていること自体が心の底につらい気持ちをもっていることであり、よくなっているとわかっていれば喜びはあるが、先が見えないことなどから入院生活での楽しみはない、との語りもあった。

ある対象者の語り：最近は調子いいよー、だけど寝ているほうが楽だな。いままでは熱に怯えていたって感じだったけど、ここのところ熱が落ち着いてきたので、少しは安心している感じもあるかな。

あー調子がいいのだから悪いのだから。だけど本当にまいっ

表2 一般病棟における終末期患者の生きがい

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
日常のなかの楽しみ・気持ちが楽になること	気持ちのよい看護ケア	気持ちよい看護ケア
		外や散歩に行くこと
	楽しかった思い出を語ること	楽しかった思い出を語ること
		家族と話をするだけでいい
	家族が来ること	家族のことが気になる
		食べ物が食べられてありがたい
現状を受け止め前向きに対処すること	常に不安を抱えている	おいしいものが食べられる
		家のご飯が食べたい
		どうなるのか心配
		病気がよくなりたくないという思いがある
		気持ちがまいっちゃう
		入院生活での楽しみはない
		楽しみがあると自分についていけるように思う
		心のそこにつらい気持ちをもっている
		よくなっているとわかっていけば喜びはあるが、見えないから
		支えは見つからない
		つらい話をされるとつらくなる
		患者同士の病気の会話がなくなる
	現状の受け止め	いまより楽になりたい
		悪くなったとしても、自分で決めたから仕方がない
		気持ちが決まらない
		先がわからないことがいや
		病気に負けちゃいけない
		大変だけど病気と付き合っていく
	前向きに対処しようとしている	調子がよいと安心できる
		だいたい自分の体調がわかるようになってきた
		じっとしている
		無理はしない
		いまのことを一つ一つやっていきたい
		がんばって治療を続ける
近親者・医療者に支えられていること	家族・医療者に対する感謝	動くようにしている
		いろいろな人に助けられている
		医療者・家族に対する感謝・ありがとう
		家族・医療者がやさしくしてくれる
	新たに気づくことがある	家族・医療者に支えられている
		家族が自分のために一生懸命になってくれる
		こんなことを考えていたのだと気づくことがあった
		親子の関係が変わった
心配・迷惑をかけずに普通に生活すること	家族に心配・迷惑をかけない	病気になって気づくことがあった
		言葉にしくなくても妻と自分はお互いのことはわかっていると思う
		家族に心配・迷惑をかけない
		家族は何も言わないけど迷惑をかけてしまう
	普通に生活できればよい	このまま入院してれば安心できる
		家族に迷惑をかけるから家には帰りたくない
		家族のために生きる
	現状を維持したい	家で生活していたように生活したい
		いままでと同じ生活ができるよう整えてくれるので実現できる
自分らしさを貫くこと	自分らしくありたい	いまの状態が維持できればそれで満足
		自分でやれることはやる
		自分の信念を大切にしたい
		どんなことにも前向きでいたい
		考えないようにしていた自分を変えたい
		病気に対して本音で話したい
	楽観的に今後のことは考えないようにする	自分でできないことは家族に頼む
		物ごとを楽観的に考える
		今後のことは考えないようにする
		本当の気持ちを隠していきたい

ちゃうよね。いつまた熱が出るかわからないから、いまはじっとしているという感じです。とにかく治療が進まなきゃだめだね、ぜんぜんよくなっているって感じは無いしさー、こう劇的によくなることを期待しているけどね（笑い）。

〈現状の受け止め〉は、病気から逃げてもし方がないので、大変だけど病気と付き合っていくことや、病気に負けちゃいけないなど病気に対する強い気持ちや、自分の身体の様子と対話しコントロールする姿勢であった。また、じっとしているや無理はしないなど、病気と長く自分なりに付き合っていくという覚悟であった。

〈前向きに対処しようとしている〉は、がんばって治療を続けることがいまの自分の支えになっていることや、治療を継続するためには体力を維持できるよう動くようにしているなど、いまの目の前のことを一つ一つやっていくこと、前向きに取り組んでいこうという姿勢であった。

c. 《近親者・医療者に支えられていること》

すべての対象者から語られた内容であり、病気になって家族や医療者の優しさを実感し、自分は誰かに支えられていることや自分のために一生懸命になってくれる人がいることを改めて感じていた。

〈家族医療者に対する感謝〉は、家族・医療者など身近な人から支えられているから落ち着いていられるなど、本当に感謝している語りであった。また、みんなが優しくしてくれ、いままでの生活と同じような生活ができるように、家族が自分のために一生懸命になってくれることから心の底から湧いてくる感謝の気持ちや、誰かが支えてくれているから自分もがんばらなくてはいけない、などの語りであった。

ある対象者の語り：退院したら焼肉やるかなんて言ってくれていて、そんな話を聞いていたら食欲も出てきた感じがするよね。子どもたちも子どもたちで、私を喜ばせるようなこと考えてくれるんですよ。だから、がんばっていこうかなって思えるのかもしれないね。

〈新たに気づくことがある〉は、自分の考えていることを振り返り表現することによって、いま思うと、自分が入院してから母親のかかわりが違ってきたなど、親子の関係が変わった、などであった。また、病気になり知らず知らずにがまんしていたこともあったのかと言葉で表現することで、心の奥底の自分の思いに気づくこともあった。

ある対象者の語り：病気になる前までは気づかなかったけど、母親の私に対するかかわりがずいぶん優しくなったなと思っているんです。病気にならなかつたらこんなこと気づかなかったよね。

外泊から病院に帰るときには、孫たちが行かないで一なんて泣いて車を追いかけてくれているときがあって、あ

んなの見ていると、つらくなるよね（涙）。

d. 《心配・迷惑をかけずに普通に生活すること》

いままで大切にしてきた生き方や信念を守って生活していくために、どのように過ごしたいかが語られている。

〈家族に心配・迷惑をかけないこと〉は、家に帰っても何もできなくては迷惑をかけるばかりだと、家族に迷惑をかけるから家には帰りたくない、という語りであった。

〈普通に生活できればよい〉は、何か特別なことをするのではなく、いままで家で生活していたように普通に自分のペースで生活できればそれでいまは満足である、という語りであった。

ある対象者の語り：がまんしているっていう感じは本当にはないかな。基本は明るくしたい、あまり深く考えないタイプかな。自分では最近本当に調子がいいなって思える日があったりして、雑誌読んだり、本読んだり、テレビ見たりとか、いままでと同じような生活ができるようになったからってちょっとうれしくなっていたんですよ。でも看護師さんたちは、来る人来る人、何かしたいことはない？ とか、いまやりたいことは何ですか？ とか聞かれるから、やっとなんと自分が普通に戻れるようになってきたっていうのに（涙）、みんなに聞かれて、本当につらかった。

〈現状を維持したい〉は、現在の状態は決してよいとはいえないが、いまの状態が維持できればそれで満足である、という語りであった。

e. 《自分らしさを貫くこと》

自分が大切にしてきた生き方や信念を通し、がんそのものや治療に対してどのように向き合おうとしているか、これからも大切にしたいと考える自分のあり方などが語られた。

〈自分らしくありたい〉は、くよくよ考えることは自分らしくないことなど、自分の信念を大切にしたい、自分でやれることはやる、などであった。また、病気に対して本音で話せなかった自分や、あまり考えないようにしていた自分を変えて、病気に対して本音で話したい、や考えないようにしていた自分をこれからは変えたい、などであった。

ある対象者の語り：先週は本当にまいったって感じだったけど、少しずつ這い上がってきたっていう感じです。くよくよしてもしょうがないからな。この病気になってからもう7～8年になるから、その途中でいろいろ考えたりしたけど、なるようにしかならないっていうか、前向きに考えるようにしているのかな。ほんと脳天気なんです。

〈楽観的に今後のことは考えないようにすること〉は、いままで物ごとをあまり深く考えないようにしていたことから、これからもどうにかするっていう考え方を大切に

たいという、物事を楽観的に考えることであった。病気を考えると落ち込んでしまうので、いまはあまり考えないようにしているなど、今後のことは考えないようにする、などであった。

ある対象者の語り：この先のことはね、あまり考えてないですよ。くよくよどうしようなんて考えてもどうしようもないし、自分らしくないし。あんまり考えないで、日々生活しているような感じです。

Ⅳ. 考 察

本研究では、一般病棟における終末期がん患者の生きがいに焦点を当てた面接により、患者自身の生きがいが語られたデータが得られた。一般病棟における終末期がん患者の生きがいを、日常の楽しみ・気持ちが楽になることから感じる生きがい、がんに向き合うことから感じる生きがい、および自分らしく満足のいく生活が送れることで感じる生きがい、という視点で明らかにした。

1. 日常の楽しみ・気持ちが楽になることから感じる生きがい

《日常のなかの楽しみ・気持ちが楽になること》の語りは、すべての対象者から多く語られ、終末期の生きがいそのものである、と感じられた。語りは面接時の意図的な質問ではなく、どの対象者も目を輝かせ生き生きと自ら多く語っていた。神谷は「心のなかを圧倒するような、強い、いきいきとした喜びが『腹の底から』すなわち存在の根底から湧き上がったとしたら、これこそ生きがい感の最も素朴なカタチのものと考えてよかろう」と述べている(1980, p.14)。日常の楽しみ・気持ちが楽になることは、終末期がん患者の生きがい感の最も素朴なカタチであるが、8名すべての対象者から多数語られたことから、入院生活のなかで感じる生きがいの中心的要素と考える。そして、生きがいの最も基本的な要素である生存充実感、まさに終末期がん患者の通常の日常生活そのもののなかに多数あった。

入院生活で楽しみにしていること・気持ちが楽になることの最も多くの語りは、〈気持ちのよい看護ケア〉であり、看護師が身体に触れるという通常行われている行為に対し、全身を集中させとらえることにより、いっそう感じる心地よさを表現していた。清拭や足浴など気持ちのよい看護ケア自体が、患者に心地よさや喜びなどを与え、生きる力につながっているが、一瞬一瞬を大切に過ごしている患者にとっては、その心地よさや喜びをよりいっそう強いものに感じることができ、生きているという喜びがさらにあふれ出ていた、と考える。また散歩に行けたという些細なことでも、久しぶりに外の空気に触れ気分転換できたこ

とに対して、目を輝かせその喜びを「緑の匂いがする」や「すーっとした感じですね」などと普段は感じないように感覚を敏感に表現していた。終末期患者は、病体験により自分・他者・人生への見方が変わり、日ごろ見慣れた風景のなかで埋没していた美しいものをより意識するようになる(片平, 1995), とする。また、「普段気づかない自然の生命に触れることで、人生への新しい理解、洞察を得ることがある」(窪寺, 2003, p.113)とも述べている。普段どおり行われている日常生活の一瞬一瞬を大切な時間としてとらえるからこそ、そのなかで得られた素直な感覚や感情が湧き出ていた。このような些細な日常生活の出来事も、終末期がん患者は敏感に感じとり、価値や意味を見出すことで自身の生きる力になっていた。

さらに、自由にいま思うことを語ってもらうことにより、過去の自分を振り返りながら湧き出るように楽しかった思い出を多く語っていた。〈楽しかった思い出を語ること〉のうれしさにあふれており、家族や重要他者とのかわりのなかで生きていた自分を再確認していた。インタビュー自体が対象者の語りを促進するナラティブアプローチ(野口, 2002)となり、語りのなかで自己の大切な時間を再確認することで、生きがいの発見にもつながっていた、と考える。

また〈家族が来ること〉について、たわいのない会話やただいっしょの時間を共有するなど、入院前に過ごしていたときと同じように家族と過ごす時間を望んでいた。終末期がん患者にとって大切な人とのかわりを維持し強めていくことは、心のより所を強め、希望を支えていくことにつながる(久野, 2002; Okuno & Onishi, 2005), と述べている。明日は今日と同じような生活ができる保証のないなかでがんと向き合っている患者にとって、家族や大切な人とのかわりは、入院前と同じような時間を過ごせているという喜びや安心感となり、自分の生を実感できる生きるより所となる時間であった、と考える。また、〈食べ物が食べられること〉さえも、同じような食生活を送れなくても食べ物が食べられるありがたさを心の底からうれしそうに語っていた。窪寺は「人は生命の危機に直面すると、健康で日常生活が十分営まれるときはまったく異なる心の状態を明らかにする。生命の危機状況では、衣食住の安定という日常的事柄がことのほかありがたく見え、逆に社会的成功や物質的豊かさを追い求めることがばからしく思える」(2003, p.230)と述べている。

以上のように、インタビューしたすべての患者の日常の楽しみ・気持ちが楽になることは、通常の日常生活のなかに多数存在していた。それは、終末期がん患者は残された日々が限られていることから、日常生活の一瞬一瞬を重要視しているからこそ、その体験を大きな喜びやうれしさ

として感じる事ができ、生きがいにつながっている、と考える。Oremはセルフケアについて、「生命、健康、安寧に影響する要因を調整するために、具体的な生活状況でその人自身や環境に向けられる行動である」(1991/1995)と述べている。終末期がん患者が日常生活そのものを重要視しているのは、残された日々を悔いなく過ごすために日常生活の一瞬一瞬を大切に精一杯過ごすことで、迫りくる死への複雑な心境のなかでも自らの心の安寧に向けセルフケアしている行動なのだ、と考える。だからこそ看護者は、見逃してしまいそうなあたり前の言動や一瞬の表情の変化に注意を払う必要がある(黒田・佐藤, 2008), と述べているように、患者が一生懸命生活している日常生活に着目し、患者の一瞬一瞬に目を向けることが重要だと考える。そうすることで、患者の生きがい感を強めることや新たな生きがいを発見することにつながる可能性があると考ええる。

2. がんに向き合うことから感じる生きがい

《現状を受け止め前向きに対処すること》はすべての対象者から多く語られており、終末期がん患者が病気への関心や症状回復への希望が大きい(中ほか, 1998)ことは当然のことである。抽出されたサブカテゴリーは、がんそのものの存在に対しての思いや、治療への向き合い方など病気に対する思いである。がんに対しては常に不確かさを抱え難しい現状を受け止めていても、前向きに対処し自分なりに日々がんに向き合い続けていくこと自体が生きがいを強めていた。また自分なりに納得して病気と向き合っていくことであらたに気づくことも多くあり、がんになったからこそ感じる生きがいがあった。

すべての対象者は、病気に対しての現状を受け止めつつも、日々多くの不安を抱えながら、自分が納得のいく形で前向きに対処しようとする姿勢をもっていた。窪寺は「その人のおかれたとき、場所、状況によって生を支えるものは変化します。自分が納得できるまでいつまでも求め続けていくものです」(2000, p.22)と述べている。このように、病状の少しの変化に対して敏感に反応し、混沌としたなかでも自分なりに納得のいくようがんと向き合っていた。終末期がん患者は、「生き延びる」という希望をもっている(久野, 2002; 濱田・佐藤, 2002; 川崎・金子・福岡・佐々木, 2005; Okuno & Onishi, 2005)ことから自分の体調と日々対話をして、調子が悪ければじっとしているなど、現状を受け止めて、少しでも体調が安定するようコントロールする姿があった。日々の病状の悪化を何とか抑え、リスクからできるだけ身を守りたいという安全の欲求、最期まで自分の療養に関心をもち、積極的に臨む姿勢をもっていること(土居内, 2006)は明らかである。この

ように、がんと自分なりに納得しながら向き合っていくこと自体が生を支えるもの、つまり生きがいになっており、自分なりに納得してうまく付き合いながらがんと向き合うことを続けていた。

次に《近親者・医療者に支えられていること》は、病気になって新たに感じていること、〈家族・医療者に対する感謝〉について、家族が一生懸命支えてくれているということのありがたさと、家族の支えが自分の生きるための原動力となっていることを心の底から表現していた。さらに、〈新たに気づくことがある〉では、普段の何気ない一場面においても、自分は家族から必要とされている存在であることを実感していた。神谷は「自分の存在は何かのため、またはだれかのために必要であるかという問いに肯定的に答えられればそれだけでも十分に生きがいを認める」(1980, p.32)と述べている。がんになって改めて、家族や医療者が自分のために一生懸命になってくれていること、家族に大切にされていること、家族の温かさなどを実感していた。これ程自分とかわかってくれる人が一生懸命になってくれることは、自分は誰かににとって必要な存在であると認識することにつながり、それだけでも十分に生きがい感を強めていると考える。

さらに、神谷は「人間が最も生きがい感を感じるのは、自分がしたいと思うことと義務とが一致したときだと思われる」(1980, p.32)と述べている。家族や重要他者が病気と向き合うことを支えているのだと改めて認識することで、さらに病気と向き合い続ける必要性を強めていた。自分なりに病気に向き合わなければいけないことと、家族や重要他者のために病気と向き合わなければいけないことが一致したときには、終末期がん患者の最も強い生きがいとなっている、と考える。また、残りの時間を家族や周囲の人々のために生きることは、終末期がん患者にとって生の充実感をもたらす基本的な生き方であると考え(黒田・佐藤, 2008)と述べている。家族や重要他者の支えは患者の生の充実をもたらす、家族や重要他者のために生きている自分に気づくことで、生の充実が高まることにつながっている、と考える。一生懸命に生きている患者を支えることにより、家族や重要他者の生の充実までも高めている、とも考える。そのため、患者・家族や重要他者などが互いに病気と向き合い続けていき支え合うことが、それぞれの生きがい感を強め合っている、と考える。

3. 自分らしく満足のいく生活が送れることで感じる生きがいについて

《心配・迷惑をかけずに普通に生活すること》は、特別なことではなく普通にいままでどおりに生活することを求めている、信念や自分が大切にしてきたこととの関係も深

かった。Maslow (1962/1964) は『人間欲求の段階説』のなかで、生理的ニード、安全のニード、所属と愛情のニードに続く上位の欲求として、自己尊重が誰もがもつ人間欲求の一つとして重要なことを明らかにしている。終末期がん患者は、Maslowの言う生理的ニードを日々一つ一つ満たされなくなることを体験することで、病気が確実に進行し日常生活を脅かしている現実を直視せざる得ないなかで生活をしている。がんの進行は免れることはできないというつらい現状を受け止め、自分なりにいまの生活に折り合いをつけて、いまの自分ができることができていると実感することが大きな喜びとなり、満足する生活だと感じていた。基本的な生理的欲求が一つ一つ失っていくなかでも、自分なりに満たされていると実感できる日常生活が送れることにより、より上位の欲求が満たされること、つまり生きがい感につながると考える。また、いまの状態では家族に迷惑をかけることになるため、むしろ病院にいたほうが安心できる、と語っていた患者もいた。生理的ニードを満たすためには他者の援助が必要な場合も多く、自分なりの折り合いをつけた結果、家族に迷惑をかけるよりは病院にとどまることを選択したのではないかと考える。終末期がん患者は、日常生活に自分なりの折り合いをつけて、いまの自分が納得できるよう生活していこうとしていた。患者の満足するような日常生活を送れることが、生きがいを左右する重要なことである、と言える。

さらに、『自分らしさを貫くこと』では、病気についての不安や辛さを熱心に多く語っていた患者も、今後のことは考えないように楽観的に自分らしく病気と向き合おうとしていた。すなわち、病気に対しても自分なりの折り合いをつけて、本来の自分の考え方を大切にしたい、というコーピング行動をとっていた。Caplan (1961/1968) は、情緒的平衡状態は自我機能の一つの側面によって維持されているものとし、精神的健康状態を左右する最も大きな要素がこの自我の状態だ、と述べている。この自我の働きによって、人は絶えず均衡状態を維持しようとし、さまざまな問題を解決しようとしている、と述べている。終末期がん患者は皆、不確かさや、死も覚悟せざる得ない危機的な状況のなかで、日々気持ちが揺れ動きながら混沌とした生活を送っている。不確かさや危機的状況の揺らぎのなか

で、自分らしくいたいという考えを貫いていくことで、揺らいでいる状況から自らの生きていく方向性を切り開いていこうとしていた。自己の心の安寧に向け、よりよい生きを生き抜いていくコーピング行動をとっていた。自分がいまでも大切にしてきた考えを貫くことにより、揺れ動く気持ちを安定させ、自分らしい生き方という方向性を見出し自己の生の充実を高めていこうとしているのだと考える。

V. 結 論

一般病棟に入院している終末期がん患者の生きがいを明らかにした結果、①日常のなかの楽しみ・気持ちが楽になることからくる生きがい、②がんと向き合うことから感じる生きがい、③自分らしく満足のいく生活を送れることで感じる生きがい、以上の3つが明らかとなった。

日常のなかの楽しみ・気持ちが楽になることは、終末期がん患者の生きがいの中心的要素である。がんと向き合い続けていけるよう症状緩和に努めることと、家族や重要他者とのかかわりを深めることが、患者が望む日常生活を整えていく重要性を認識し、生きがいを強める重要なケアであることが示唆された。

VI. 本研究の限界と今後の課題

今回の対象は、面接が比較的安定した状態にあるときに行われていることも含めて、この結果は一般病棟における終末期がん患者の一部の状況に適用できるものである。また、対象数が8名であることと性別の偏り、終末期がん患者の多様な病態のすべてを分析に含めていないこと、病気の受容段階にも個人差がある点などは、研究結果の解釈において留意される必要がある。

今後の課題としては、日常生活のなかにある生きがいを明らかにしていくために、インタビューではとらえきれない患者の思いを抽出するために、参加観察などを通して終末期がん患者の日常生活そのものに焦点を当て多面的に生きがいを抽出し、看護実践につなげていきたい。

なお、本研究は第35回日本看護研究学会学術集会(2011年8月)で発表した。

要 旨

本研究の目的は、一般病棟における終末期がん患者の生きがいを明らかにすることである。終末期がん患者8名を対象に、インタビューによりデータを収集し質的帰納的に分析を行った。一般病棟に入院している終末期がん患者の生きがいを明らかにした結果、①日常のなかの楽しみ・気持ちが楽になることからくる生きがい、②がんと向き合うことから感じる生きがい、③自分らしく満足のいく生活を送れることで感じる生きがい、の3つに集約された。日常のなかの楽しみ・気持ちが楽になることは、終末期がん患者の生きがいの中心的要素であった。

患者が望む日常生活を整えていく重要性を認識し、がんと向き合い続けていけるよう症状緩和に努めることと、家族や重要他者とのかかわりを深めることが、生きがいを強める重要なケアであることが示唆された。

Abstract

This study aimed to investigate the “reasons for living” of terminal cancer patients on general hospital wards. Interviews were conducted with eight terminal cancer patients, and the collected data were analyzed using qualitative and inductive research methods. The patients’ reasons for living were categorized in the following three ways: 1; reasons for living that were obtained from the joys and comforts of everyday life, 2; reasons for living that could not be realized without having the experience of being a cancer patient; and 3; reasons for living that were gained by being able to live one’s own way in a satisfying manner. Reasons for living obtained from the joys and comforts of everyday life were central among the various reasons for living among these terminal cancer patients.

The findings of this study reveal that essential care elements in support of terminal cancer patients’ reasons for living are to understand the importance of helping patients make the best of their everyday lives, to make efforts to alleviate their symptoms so that they can better manage their disease, and to help them deepen their relationships with family members and significant others.

文 献

- Caplan, G. (1961)／山本和郎 訳 (1968). 地域精神衛生の理論と実際. pp.87-137, 東京：医学書院.
- 土居内麻里 (2006). 末期がん患者の療養上の意思決定. 高知女子大学看護学会誌, 31(1), 19-26.
- 濱田由香, 佐藤禮子 (2002). 終末期がん患者の希望に関する研究. 日本がん看護学会誌, 16(2), 15-25.
- 射場典子 (2000). ターミナルステージにあるがん患者の希望とそれに関連する要因の分析. 日本がん看護学会誌, 14(2), 66-77.
- 神谷美恵子 (1980). 生きがいについて (神谷美恵子コレクション). 東京：みすず書房.
- 片平好重 (1995). がん患者が病気の意味を見いだしていくプロセスに関する研究. 死の臨床, 18, 41-47.
- 河 正子 (2005). わが国緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者のスピリチュアルペイン. 死生学研究, 第5号, 48-82.
- 川崎雅子, 金子久美子, 福岡幸子, 佐々木美奈子 (2005). 終末期患者から学んだスピリチュアルペインとケア — 患者との会話場面を通して —. 新潟がんセンター病医誌, 44(1), 27-31.
- 厚生統計協会 (2011). 国民衛生の動向 (2011/2012). 厚生の指標, 58(9), 52.
- 窪寺俊之 (2000). スピリチュアルケア入門. p.22, 東京：三輪書店.
- 窪寺俊之 (2003). スピリチュアルケアとQOL. 緩和医療学, 東京：三輪書店.
- 久野裕子 (2002). 終末期がん患者の希望. 高知大学看護学会誌, 27(1), 59-67.
- 黒田寿美恵, 佐藤禮子 (2008). 終末期がん患者の選択する生き方とその本質. 人間と科学県立広島大学保健福祉学部誌, 8(1), 89-100.
- Maslow, A.H. (1962)／上田吉一 訳 (1964). 完全なる人間 — 魂のめざすもの —. pp.197-200, 東京：誠信書房.
- 三澤知代, 今井由香, 白井由紀, 羽佐田知美, 小澤竹俊, 芦谷知子, 小山千加代, 前山悦子, 河 正子 (2005). 緩和ケアにおける専門職のスピリチュアルケア実践に関する研究. 臨床死生学, 10(1), 8-17.
- 中恵美子, 三輪尚子, 東 美香, 市川明未, 工藤晶子, 田村恵子, 平井 啓, 柏木哲夫 (1998). 末期がん患者の希望に関する研究 — 希望の内容と入院経過に伴う変化に焦点をあてて —. 死の臨床, 21(1), 76-79.
- 野口裕二 (2002). 物語としてのケア — ナラティブアプローチの世界 —. 東京：医学書院.
- Okuno, K. and Onishi, K. (2005). 壮年期終末期がん患者の希望. 三重看護学誌, 7, 123-135.
- Orem, D. E. (1991)／小野寺杜紀 訳 (1995). オレム看護論 — 看護実践における基本概念. pp.224-234, 東京：医学書院.
- 世界保健機関 編 (1989)／武田文和 (1993). がんの痛みからの解放とパリアティブ・ケア — がん患者の生命のよき支援のために. 東京：金原出版.
- 新藤悦子 (2002). 看護師が語るがん末期患者へのスピリチュアルケアの様相. 日本がん看護学会誌, 15(2), 82-90.
- 田中香織, 神里みどり (2007). 終末期がん患者のケアに携わる看護師のスピリチュアリティとスピリチュアルケアの因果関係に関する研究. 日本看護科学学会誌, 29(1), 25-31.
- 山口厚子 (2003). 終末期がん患者の生きる意味の探求 — 底なし沼を泳ぎながら流木を探している — 体験. 看護研究, 36(5), 49-61.

〔平成24年3月19日受 付〕
〔平成24年12月28日採用決定〕

回復期リハビリテーション脳卒中者が語る病い経験に関する研究

— 医療者とのかかわりから“あとから病いがわかっていく”こと —

Illness Experiences of Stroke Survivors during Rehabilitation

— Later, Stroke Survivors Sensed the Significance of Their Illness through Interaction with Medical Personnel —

北 尾 良 太¹⁾

Ryota Kitao

鈴 木 純 恵²⁾

Sumie Suzuki

土 井 香³⁾

Kaori Doi

清 水 安 子⁴⁾

Yasuko Shimizu

キーワード：脳卒中，リハビリテーション，病い経験，現象学，看護

Key Words：stroke, rehabilitation, illness experience, phenomenology, nursing

はじめに

脳卒中を発症した人々（以下、脳卒中者）が、効果的なリハビリテーション（以下リハビリ）を行うためには、彼ら自身の意欲や努力が必要であり¹⁾、またそれを支援する者の存在が重要である、とされている^{2), 3)}。しかし、その支援者のかかわりが、患者に思わぬ動揺を与えることもある。

筆者も臨床看護師だったころ、次のような経験をした。ある日、麻痺のある患者のこぼれた食事を片づけていると、その患者が突然「ごめんな！ すみません。本当に申し訳ない。こんなになって……」と号泣した。このとき筆者は、病気がそうさせているのだから仕方がない、と伝えた。しかし実は、筆者の片づけ方が患者にそう言わせたかもしれないのだ。そのため、「私のほうこそ、あなたの気持ちを考えず、そそくさと何も言わずに片づけてしまっただごめんなさい」という言葉がすぐに出てこなかったことをあとで悔やんだ。こぼした食事を淡々と片づけられてしまうのを見て、自分の手の不甲斐なさに思わず号泣してしまったという、一人の患者のある経験は、麻痺した手の影響で食事がこぼれたという事実だけしか見ていなかった、当時の筆者の目からは見過ごされてしまっていたのだ。

このように医療者は、脳卒中者を医療者側の視点で見えてしまうことがある。たとえば、医療者が臨床診断のときに数値化して患者の状態をみるだけでは、患者にとって日常生活の困難さを克服するには十分でない。まず、患者を理解することが土台にあり、そのうえでツールやスコアを使ってこそ看護が生きてくる⁴⁾。したがって、脳卒中のよ

うな、突然当たり前のことができなくなるような病気の人をケアするとき、医療者は、彼らが経験していることを、当事者の立場に立って知ることが必要なのである。

しかし、そのような脳卒中者の経験は、病いを経験していない（他）者には想像しにくい⁵⁾。脳卒中者に起こる言語障害や意識障害といった症状そのものは、医療者からは容易に見てとれる。しかし、それらの症状が際立つあまり、彼らが経験する苦しさというものは、医療者にはかえって理解されにくい。

“医療者が解釈する”脳卒中者の経験は、多くの先行研究で明らかになっている。それらは、患者－医療者間での認識の相違⁶⁾という現実のなかで脳卒中者は幾度も落ち込み、そこから自分にとってのリハビリの意味を見出し、復活して意欲を取り戻すということを繰り返す、とされている^{7)~10)}。一方で、山内^{4), 11)}の研究は、脳卒中者の病いの経験を“彼ら自身から発せられた身体感覚の言葉から”探求した研究であるといえる。しかし、“彼らの立場に立ちつつ”さまざまな医療者とのかかわりという点で注目した病い経験に関する研究はほとんどない。そこで本研究では、回復期にある脳卒中者に、発症してからの病いの経験を語ってもらい、この期間における医療者とのかかわりが、彼らの経験をいかに成り立たせているのかを探求したい。毎日行われるリハビリでのさまざまな出来事を感じることはもちろん、あとで振り返って過去のリハビリのことを語るのも、患者にとっては病いの経験である。本研究では、そうやってそのつと話される脳卒中者の病い経験の語り、彼らの経験としてどう成り立っていくのか、その成り立ちを記述するものである。

1) 千里金蘭大学看護学部 Senri Kinran University Faculty of Nursing

2) 獨協医科大学看護学部 Dokkyo Medical University Faculty of Nursing

3) 国立循環器病研究センター看護部 National Cerebral and Cardiovascular Center

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

I. 目 的

研究目的は、回復期リハビリテーション病棟入院中の医療者とかかわりを通した、一人ひとりの脳卒中者の経験が、どのように成り立っているのかを、当事者の立場に立って明らかにすることである。

II. 研究方法

1. 一人ひとりの経験を探求することについて

本研究での経験の記述に際し手がかりとしたのは、フランスの哲学者Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) の「現象学的思考」¹²⁾である。Merleau-Pontyによれば、経験の探求においては、“記述することが問題であって、説明したり分析したりすることは問題ではない”¹³⁾。言い換えると、脳卒中者の病いの経験というものは、彼ら自身の経歴とか属性、物理的・社会的環境といった情報をもとに、筆者が解釈し説明したり分析して明らかにするのではない¹⁴⁾。また筆者自身が、“脳卒中者はこうあるべき”とか“看護師はこうするべき”というある枠組みでもって、彼らの病い経験を構築したり構成したりするものではない¹⁵⁾。脳卒中者は、彼ら当事者の目に映るもの、肌で感じることを通して病いを経験する。その経験を筆者は“記述”するのである。それは同時に、脳卒中者一人ひとりの経験は、全体の文脈から切り離してとらえることはできない、ということでもある。田中¹⁶⁾は、人間の経験を理解するには、人がどのような「意味連関」（経験する世界が構成する意味的關係性の全体）の世界をつくり上げているのかということを探求することが課題である、と言っている。言い換えると、苦しいというある患者の経験を理解するには、その経験がどのように苦しい経験として成り立っていくのか、その文脈とともに記述することが、本研究では必要となる。

また、本研究で探求しようとする入院期間中の病いの経験は、医療従事者を中心とした他者とかかわりを含み、またそれが筆者とかかわりを通して語られたものである。したがって、脳卒中者が一般的に経験していることを明らかにするというものでもなく、単なる主観的な個人経験の枠をも超えた、他者にも理解される経験として見出せる、と考えた。ここに“理解可能性”¹⁷⁾を求める現象学的研究の態度として記述した。

2. 研究期間

本研究は2009年9月から10月中旬に行った。

3. 研究参加者

本研究参加者は、回復期リハビリテーション病棟入院中

で、退院予定あるいは退院の方向性が提示されており、かつ脳卒中発症後の入院経験を語ることが可能で、記憶に関する障害を診断されていない者、とした。

研究参加を依頼した11名のうち、9名（男性3名、女性6名）が参加承諾した。疾患は脳出血3名、脳梗塞6名であり、年齢は47歳から82歳まで、平均年齢67.3歳であった。発症からインタビュー日までの入院期間は最少61日最多221日、平均103日であった。

4. インタビュー

本研究では、初めに「あなたの今回発症してからの経過を教えてください」とだけ質問する、非構造化面接を行った。聞き手である筆者は、医療者とかかわりのなかで経た経験に注目しつつ、参加者の話の流れに沿いながらときおり質問をして話が展開するよう心がけた。また参加者の語りは、過去の経験を語っている現在においてとらえなおされたもの¹⁸⁾である。したがって、当事者の経験を“いま聞き手とインタビューしているなかでとらえ直されつつある経験”^{18), 19)}という視点でいねいに聴きとっていった。インタビューは、本人の了解を得てICレコーダにて録音し、逐語記録として文字に起こした。インタビュー回数は1人あたり2～3回で計20回、総インタビュー時間は10時間47分であった。

5. 記 述

逐語録やフィールドノートから、脳卒中者の経験の成り立ちを記述していく過程において、まず“筆者自身が参加者のことをどのような人と見ているのか？”を内省する作業を行った。なぜなら、彼らが自身の経験を筆者に語る時、筆者もまた彼らの語りによって、脳卒中者への認識が変わってきたためである²⁰⁾。そうやって、語りの場において常に変化する筆者の認識を自覚するために、筆者は、参加者に対する自身の見方というものを、常に内省する必要があった。それは、当事者の視点から、彼らの病いの経験を探求するためでもある。

続いて、一人ひとりの参加者の経験を、“どういう文脈で全体が語られているか？”を全文通して熟読した。加えて、語られている経験の内容やその原因・根拠が、“当事者の経験としてインタビューのなかでどのようにして語られ、成り立っているのか？”に注目し記述した。次に、その記述を、嚥下訓練の経験、入浴の経験といったリハビリやケアの内容ごとに整理してわけのではなく、参加者から語られた出来事のまとまりごとに注目し、そのまとまりにおいてどういう経験が語られようとしているのかを、当事者の視点からテーマ化していった。そしてそのテーマを柱とした出来事を意味づけしていくとき、意味の内容その

ものを重視するだけではなく、その意味がどのようにして現れてきたのかという文脈のほうも重視して記述した。

本研究の分析および記述は、患者経験の語りの研究等に精通する専門家と検討し、データの信用可能性を高めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、筆者所属の大学院倫理委員会および実施医療施設内倫理委員会の2箇所から承認を得た。研究参加者は、事前のインフォームド・コンセントを通して、自由意思に基づいて参加承諾された。逐語録や属性情報などのデータは、すべて連結可能匿名化にて処理され、参加者のデータすべてが分析されるまで、安全性の高い場所で保管することとした。

Ⅲ. 結 果

今回の研究では、インタビュー参加者の全逐語録をもとに、とくに医療者とのかかわりが多く語られた3名（A氏、B氏、C氏）の経験を分析し、記述する。

1. A氏の経験

A氏は70代の男性である。右視床部に脳出血を発症し、緊急的に開頭血腫除去術を受け、その2か月後に現在のリハビリ病棟に転院した。発症当初の症状は、左片麻痺、失語、左側半側空間無視、失認等であった。現在、高次的な能力はほぼ回復しているが、左手の運動機能と歩行に関してはリハビリを継続中であった。移動は車椅子で行い、生活行動のほぼすべては全介助で支援を受けていた。1回目のインタビューは、発症後102日目に行った。

a. 緊急処置っていうようなことをしたらしい

A氏は、自宅近所の喫茶店での英会話レッスン中に倒れ、救急病院で処置された、そのときの様子を次のように語った。

A：私はその晩、緊急処置っていうんですかね、なんか、脳出血ということで、えーと、左の脳ですかね、出血しているということで、えーと切開手術して、縫合して、それで、処置を済ませたらしいんです。（原資料番号IW01-01、対象者A、抜粋頁p.1-2、以下同様）

ここでは、「出血しているということで」「処置を済ませたらしいんです」というように、自分の病気について、他人から聞いてきたことであるかのような語り方をしている。このような語り方より、A氏は、自分が脳出血であったり手術をしたということを、そのとき確かに経験したという実感をもっておらず、あとで誰かから聞いたりいろいろな確認をしていくなかで、自分の経験に織り込んでいく、と言える。発症当時のほんやりとした感じは、A氏に

とって、始めはただそのような経験にしかすぎなかったとも言えるが、医療者側にとっては、A氏を救命するための「緊急処置」を実施していた、ということをおとで彼自身も知ることとなる。つまり、緊急処置が行われたあとに、それらに直接・間接的にかかわった人たちと接することを通して、ほんやりしていたことも、出血していたことも、開頭手術をしたことも、すべて自分の身に起こったことだということがA氏にわかってくる。A氏にとって医療者との接点は、そのとき直接には実感できていないが、しかし自分がこうして生還しているその過程をA氏自身が語るとき、「出血しているということで」「処置を済ませたらしい」という言い方で、自分の経験として語られている。

b. 気づいていないことに気づかせてくれた

A氏は、失語から回復してきたときの状況を筆者に語ってくれた。彼は、医療者からの何気ない言葉かけによって、自分が失語であったことに気づいた、と語る。

A：……やっと、入院後言葉が出せるようになって。初めは明瞭には発音できなかったんだけど、あーしゃべったとか言って看護婦さんたちが言ったんですけど、あー口を開いてくれたって言って。それで、しゃべられるようになったんですけど。しかし、言葉がしどろもどろで、自分の言いたいこと、言葉がなかなか出てこない状態だったんです。しかし、7月の、中旬くらいに、下旬にかけて、えー、言葉も出るようになったんです。（IW01-01、A、p.2）

筆者：……で、看護師さんが、こう、口が開いたって言ってくれた。で、言葉がそのときから出せるようになってきた。

A：みんなびっくりしたんです。しゃべりだしたから。……言葉は出たんですけど、しかし、たとえば、えーと、……あっちとかこっちとか言うときに、「あ」という言葉がね、出てもね、音声にならないんですね。空気だけしか伝わらない。だからみんな、もう一度言って、と言われて。しょっちゅう言われていたんですよ。

筆者：……そっか……じゃあ、もうそれまでの、なんかこう、記憶とかありますか？ その、口が開いたって言ってくれたときまでの……

A：ことは自分では気がつかなかったですね。

筆者：で、そのときによく、看護婦さんが口が開いたってことに気づいてくれた。

A：そうですね。ええ……びっくりした。（IW01-01、A、p.4）

A氏は、「口を開いてくれた」「みんなびっくりした」という、日常の会話のなかで看護師や医師が発した、思いがけない言葉や態度から、「言葉がそのときから出せるようになってきた」と語っている。「自分では気がつかなかっ

た」失語状態、つまり「『あ』という言葉も出せない」「空気だけしか伝わらない」状況にあったことは、看護師の「もう一度言って」という声かけが気づかせてくれたのだと言う。A氏にとっての失語からの立ち直り経験は、単に言語訓練のエピソードなのではなく、しゃべられない自分に気づかせてくれた経験の語りから始まっている。言い換えると、「自分では気づかなかった」ことに気づいたとき、そこには医療者の日常的な言葉かけがかかわっていたのである。

c. 退院の期日までに一人でできない

A氏は次の転院先をめぐって、家族とともに医療者チームと何回かの面接を実施していた。自宅に帰って早く自立したいと思うA氏は、できれば次も専門家によるリハビリが充実している施設へ行きたい、と希望していた。しかし、思うように手続きが進まない状況が続いていたなかで、彼は筆者と2回目のインタビューを実施した。彼は筆者との再会を待っていたかの如く、「言いたいことがあるんです」と切り出し、「日本の医療保険制度がつくったこの専門病棟」に入院し経験したことを語りはじめた。

A：私の例から考えてみても、私7月にここへ入院したんですけど、（入院期間が）最大5か月いうと勘定してみると12月なんですね。いま、一生懸命リハビリに励んでるんですけど、要するに、杖を持たずに両足でバランスをとって短距離でも歩くことができるかどうか、想定してみるといまの状況だと不可能だと思うんですね。ほんで、そんな状況で退院を、退院期日を迎えちゃうと、仮に家に帰ってしてもね、何もできないと思うんですよ。これ家族に迷惑かけることになるのではないかと。それを考えると、暗然たる気持ちになっちゃうんです。それについて、いかがでしょうか？

筆者：確かに。あの、本当にこう、完全にもとの状態にね、あの、……戻る可能性っていうのが非常に低い……。

A：低いです。

筆者：なので、もう本当に、どこをもって、その退院とするのかっていうのが非常にこう、……判断が難しい病気でもあると思うんですね。それは私もその……こういった病棟で勤務してたときにね、すごく感じてたことではあったんですけども。

A：……私7月に入院したけれども、もう既に2か月過ぎたんですよ。そうすると指折り数えてもあと10、11で最大で考えても12月にはここを退院しなきゃいかなのですね。……ええ、いまひしひしと退院期日が現実迫ってきているので。（IW01-02, A, p.3-4）

A氏には、日常生活で「できること」が少なく、「できないこと」が多かった。「できないこと」とは「杖を持たずに両足でバランスをとって歩くこと」であり、退院ま

で「最大5か月」と勘定すると「12月までに」なんとかしなくてはいけない。「できないこと」が「できる」ようになってから退院するのではなく、できてもできなくても制度上の時点で退院しないといけない。だからA氏は、「できないこと」が退院日までに「できる」ようにならないといけないと言う。これらの語りよりA氏は、「5か月」という期間を先取りして「勘定」し、そのときの自分の状態を「想定」していることがわかる。そして、その想定に基づく、歩くことは“いつかできる”とは言えず、「不可能」と言わざるをえない。A氏にとっての入院リハビリは、できるようになることを目指すリハビリから、いまかかわっている医療者と離れてしまう「退院期日」の時点で、できていることとできないことを「想定する」ためのリハビリとして語られるようになる。この状況をして、A氏に「暗然たる気持ち」と語らせているのである。医療者のもとで行うリハビリは、彼自身の目線からみてまだ必要なんだという訴えが、この語りに表れている。

d. ていねいに介助してくれるつらさ

A氏にとって「できないこと」の一つである排泄の不自由さは、1回目のインタビューでも語られていたが、2回目ではよりそのつらい思いを切々と語っていた。

A：……おしめも濡らさないでするんですけど、それが尿器を当ててくださってお願いしても、そのときにタイミングが合わないとそのときに出ないしね。あれがもうちょっと。次に出そうになったら連絡して下さって言って帰られるけども、タイミング計ってるうちにもう尿が出そうになって、ほんでそのときにピンポン鳴らしても、来られたときにはもう出てるということになっちゃうんですね。失敗すること多いですね。（IW01-02, A, p.8）

「次に出そうになったら連絡して下さって言って帰られる」看護師の言葉や行動は、A氏にとって「結局タイミングが合わないとそのときに出な」かったり、「ピンポン鳴らしても来られたときにはすでに出ています」ことにつながる。これがA氏にとって「失敗」なのである。

筆者：頼むことに関しての抵抗感ってあるんですか？

A：あ、それは遠慮しないで言ってくれというふうになってるんですけど。でもね、夜中ね、えっと深夜になってね、トイレへつれてってくださいと言うわけにもいかんしね。それずっと言えないんですよ。尿器当ててもらおうくらいしかないんですね。

筆者：尿器を。ああ。当ててもらおうしかない。

A：ほんで、便はがまんするほかないんですよ。朝までね。それ、ちょっととても困るんですよ。……それでお尻をきれいにふき取ってもらうということがつらいですけど、してもらおうんですけど。そのときはとてもつらいで

すね。はい、だいたい以上なんですね。おわかりでしょうか？

筆者：その、排泄もね、つらさ……。

A：つらいです。

筆者：もともとはお一人でね、やる。お一人しかいない場所ね、するべき行為なんだけど。人がね、入ることのつらさ……。

A：それは言葉で語り尽くせないものがあります。(IW01-02, A, p.9-10)

「深夜になってトイレつれてってくださいと言うわけにもいかんしね。それずっと言えないんですよ。」という語りから、A氏は「つれてってください」と言いたいのだが、深夜にそれを言うのを遠慮してしまうため、「言うわけにはいかない」と語っている。看護師にトイレへ連れて行ってもらおうということ自体が、彼にとって「ずっと言えずにいる」状況をもつくらせていると考えられる。

「お尻をきれいにふいてもらうというのが非常につらい」という語りからは、排便後、看護師にA氏のお尻を拭いてもらうという介助を、手荒くではなくていねいにしてくれていること、それ自体も自分にとってとてもつらいと語っており、それが「なるべくではなく極力がまんする」というある行為の語りとしてつながっていくのである。介助が十分されていないと思うと同時に、十分介助されていること、また介助する相手の存在自体が、彼に「言葉で語りつくせない」ほどのつらい気持ちを語らせ、それが退院期日までに自立したくてもできない現実を、いっそう彼に際立たせるのである。

2. B氏の経験

B氏は70歳代の女性である。左延髄外側（小脳付近）梗塞を発症し、その20日後に現在のリハビリ病棟に転院した。発症時の症状は複視、体幹失調であった。1回目のインタビューは、発症後61日目に実施した。

a. 歩いていたのではなく、歩いていたつもりだった

B氏は“その日”の朝から調子が悪かった。歯科医院の看護師にも、通りの魚屋の婦人にも「大丈夫？」と心配された。夕方に同居家族が帰宅するころには、みんなが自分の様子を見て慌てていた。

B：……とそのところへ私が立ち上がったら、フラっとなつたらしいんです。……だからもう私はその時点でもう歩けなかったみたいらしいんですけど、（夫と息子）2人で両手で抱えてトイレで、自分では歩いてたつもりやったけど、初めてやから。それからもどしだして……で、話し声はみんな聞こえるんです。……保険証だけ用意しておいて、っていう話の電話が聞こえててね。(IW02-01, B, p.1-3)

B氏は、ここで症状が進行してきたと思われる発症当日の夕方ごろの様子を語っている。彼女の「フラっとなつたらしい」「歩けなかったみたいらしい」という語り方から、確かに自分はそのときそう経験した、というよりも、後で誰かに聞いて“そうだったのか”とわかってくるかのような、あとにあるかたちで知った自分の経験として語られていることが読み取れる。あのときB氏にとっては「歩いていた」のだが、そうではなく、家族に抱えられていたということを、彼女はあとで知った。しかしB氏は、家族に抱えられていたという、自身にとって確信までにはどうしても至らない事実を、ただそのまま語るだけではなく、このときの彼女自身が感じていた「歩いていたつもりだった」という表現で伝えようとした。

b. 揺れている私／揺れている私を見ている先生

B氏は、症状の一つである「めまい」について、彼女独自の「揺れる」という経験として語り始めた。脳梗塞発症後5日目に、主治医たちがめまいの検査を初めて行ったことがきっかけで、彼女はしばらく、天地が逆転するほどの「揺れる」症状に悩まされるのである。

B：……おトイレ入った瞬間に、……トイレで手すり持って、さあ座ろかなと思ってスッと座った途端に1回転したんです。……そしたらそのまたこう、トイレの床に真っ逆さまに。ほんで普通で考えたらね、あとで冷静になったら、便座の下いうてもしれてますやん。こけても。それが私にしてみたら、真っ逆さま。ナースコール押してられなくて、両手でこうしがみついて、おさまるまでおさまるまで言うて、その2、3分間がすごく……もう息が上がって。

B：……で、（リハビリの）先生がね、もう、左が必死になって、グアーッてつかんでるんですって。だけど、身体は右へ倒れていってるんですって。そう言われてね。（リハビリの先生曰く）「だからBさんな、こう落ち着いて、自分が揺れる程度というのは、人が見てもわからへんし、私はいま、ずっと見てたから、……どうなったのかはわかるけど、これは突発性」。急に立ち上がって、次の動作を急にやると……これ、なんか突発性って言うんですね。(IW02-01, B, p.8)

ここでのB氏は、「私にしてみたら」と言っているように、他から見れば大したことではないと思うが、自分だけはそのときまさに「息が上がるくらい」に感じためまい発作の体験を、それらしく語っている。一方でこのめまい体験は、その場で見えていた理学療法士からは、「左をつかんで身体は右側へ倒れている」という、単にB氏が落ち着いていないと言われた。B氏にとってのめまい体験は、「真っ逆さまになる」くらい大変なことだったのに、目の前にいた理学療法士が彼女に伝えた「これは突発性」という言葉

によって、そのときいっしょにいた者の眼には別のように見えていた、ということが彼女にはわかってくる。この差異をB氏は、どちらが事実でどちらが単なる思い込みとわけてとらえてはいない。B氏にとって、“この私”が感じたことも、理学療法士が見た光景も、両方とも“私の身に起こったこと”である。それを私は経験したんだという意味で「～ですって」「突発性って言うんですよね」と語っているようにみてとれる。

c. 医療者をすごいと思った

自分の「揺れる」ときの見え方に対し、恐怖感をもって1回目のインタビューから2週間後、B氏は、自分にしかわからないめまいのときのある見え方を、医療者とのかわりを通して、それはそれとして徐々に克服できるようになってきた、と語る。彼女は症状改善の経過とともに、過去のさまざまな出来事がわかるようになり、「これ、すごい」と実感していることを、過去の経験の編みなおしというかたちで、このとき筆者の前で語ってくれている。

B：すごいと思う。だから（リハビリの先生が）「めまいどのくらいしますか、どこまでしてますか？」って言うから、いまここまでですって言ったら、「はい、わかりました」って。で、「上向いたり下向いたり訓練、それはいいことですよ」って。先生代わっても、次の先生もそうしてくれた。だからそれがすごいと思った。だからみんな知ってるんですね。なんで知ってんのって感じで、初めわからなかったんです。で、「虎の巻があるんだよ」って。あー、そうなんや、ってそう聞いてからこっちも楽に先生に入っていけるし、よかったです。（IW02-02, B, p.17）

やがてB氏は、医療者とのかわりを「すごいと思う」ようになってきたと語る。それは、医療者がめまい症状について専門的に教えてくれることよりも、彼女がもつ「揺れる」ことについて、「はいわかりました」「いいことですよ」と返答してくれる、そういったやり取りそのものだった、と語っている。またそのやり取りを、医療者全員が同じようにしてくれた、これがB氏にとって「すごいと思った」ことであった。B氏の身体状態を「みんな知っている」ことで、誰もが同じようにして彼女の治療に対応してくれる、このことを「なぜそうしてくれるのか、初めはわからなかった」B氏はわかるようになった。そして、「虎の巻があるから大丈夫、安心して」とまで言ってくれた、このような医療者とのやりとりの経験自体が、B氏に「あーそうなんや」というある理解を示す表現を語らせ、結果として「楽に先生に入っていけて」よかったと彼女は言うのである。

d. 先生たちが何をやっていたのかわかってきた

1回目のインタビューから約1か月後、B氏の3回目の

インタビューは退院前であった。試験外泊を重ねるたびに、彼女はこのめまいの残る身体でも十分に生活できることを経験し、今後への自信を身につけていた。同時に、いままでの療養経験の意味もわかってくるようになり、医療者から言われたことがいまようやくわかった、と筆者に語ってくれた。

筆者：この3か月間はどうでした。

B：だから、ここ来るまではぼーっとしてもうわからなかった、自分の病気、病名もわからなかったし（医療者が）言わなかったから。うん……で、20日、2週間すんで。3週間、2週間すんでから、「病気何？」言うたら、脳梗塞、脳梗塞なんて軽くそういうふうにしてたんで、ここへ来て、先生方があって、みんなびっくりしてて、扱い方こういうふうにくれて、頭の上の話、こういうことで、ちょっと大変なんだ。手術もしていないし、手術ができなかったんですって。……（IW02-03, B, p.5-6）

B氏は、前の病院で「ぼーっとしてもうわからなかった」状態であったと振り返り語っている。「病気何？」と聞かれても、脳梗塞という病気がどれほどのものかという考えまでには至らず、ただ病名として「軽くそう思っていた」と語られている。しかし、やがて周囲の医療者の反応や行動が、なんとなく「頭の上の話」のようなかたちで、彼女の目に映ってくると、彼女は「ちょっと大変なんだ」「手術ができなかったんですって」と言うように、当時自分の身に起こっていた状況がどういう状況だったのか、少しずつわかり始めてくる。そして彼女の患った脳梗塞という病気は、ちょっと大変で手術もできないほど重かったこととして理解された。このような語り方は、過去に「病気何？」と聞いてなんとなく思っていたことが、実は「軽い」理解だったと理解し直した経験として、いまの彼女にそう語らせている。こうやってB氏は、自身の身体状況を、医療者から言われたあることをきっかけに、視点を変えてここでも問い直しているのである。

e. 医療者にありがたいと思う

医療者とのかわりを通して考え抜いた一つの結論と、医療者からのケアの結果が一致してきたとき、初めてB氏は、自分の身に起こった原因が「わかってきた」と語り始める。

B：……娘から何回も言われてても「大丈夫、大丈夫」って。……それに炎天下で何時間も植木触ってやってたんが水分不足で、多分そうだったのを徐々に……だから自分の管理が悪かった。自分の知識がないのがと言われてたら、あんなね、……あんなところによくいましたよ。あんなカンカン照り。……だから自分の責任。でこちらへ来て、この足、……治ったんで、ありがたいと思います。（IW02-03, B, p.7-8）

ここでB氏は、わからなくて行っていたこと、つまり「炎天下で何時間も植木触っていた」ことから、自分の身体が「水分不足」に陥っていたと推測する。実際にはそれがはっきりとした原因かどうかはわからないが、入院医療者や家族とのかかわりを通して自分の病気がわかることによって、おそらくそうであろうと確信できる程度にまでわかってきた。このことが「多分」「徐々に」という表現で彼女に語らせている。この病い経験は誰の何のせいでもなく、「自分の責任」だといまのB氏は言い、それにもかかわらず周囲がかかわってくれ、「自分の足が治った」ことに、彼女は「ありがたいと思う」と語るのである。

3. C氏の経験

C氏は47歳の男性で、アテローム性右中大脳動脈領域の脳梗塞を発症した。症状は左片麻痺、前頭葉症状を含む高次機能障害（注意障害、脱抑制傾向）、抑うつ傾向があった。自宅で発症し、地元の病院へ緊急搬送された3日後、急性期病院へ転院。約半年後に現在の回復期リハビリテーション病棟へ転院している。1回目インタビュー日の時点で発症から221日、転入から63日が経過しており、近々試験外泊を予定していた。

a. ドクターが言うから仕方がないし、それに従おうと思う

C氏は急性期病院で脳血管バイパス手術を勧められた。彼は「自分は素人だから、専門家にお任せする」と言い手術を受けたが、手術後とても痛い経験をしたと語る。

筆者：そこ（手術後の痛みに対して）は何かこう、感情わきませんでしたか？

C：いや、リハビリを早くやらないといけないんやろなと思ひながら、手が動かなかったから早くリハビリがしたかったです。

筆者：はー、そうか。早くリハビリがしたかった。

C：社会復帰するためにはこのままでは絶対いけないのはわかってたんで、少しでも早くもとに戻るために、訓練を早くしなきゃいけないと思ってましたから。

筆者：そっか。もう検査の段階からそういうふうになってたんですね。

C：はい。ドクターのほうは、治るとはみなさんおっしゃらなかったんで、あの、完全にもとに戻ることはなかなか難しいとずっとおっしゃってたんで、だから仕方がないかなと。

筆者：はあ、仕方がないと。その、言われたときはもうそういうのは仕方がないと。

C：思いましたね。もう病気になってしまった以上、なった以上あとはそれに対応するしかないやろなと思ってました。(IW07-01, C, p.4-5)

冒頭で手術後の痛みについて、C氏は筆者の問いかけに「いや」と否定し、「早くリハビリがしたかった」という別の返答をする。また「もう病気になってしまった以上あとはそれに対応するしかないやろな」という言葉からは、C氏自身にとって「病気になってしまったこと」で「それに対応するしかない」、すなわち「それに対応する」ことでしか、社会復帰を果たせない、と言っているようである。「仕方がない」とは、C氏にとって「早くリハビリをすることしか仕方がない」ということである。医療者が「もとに戻ることはなかなか難しい」と言ったことや、逆に「治る」とは言わなかったことが、痛みがあっても彼に「早くリハビリをしないとイケないんだろな」という別の思いを抱かせているのであろう。

そしてこの後のC氏は、いまなお病棟内歩行時にはスタッフの見守りが必要だと言われていることに対しても、「仕方がない」と話す。

筆者：いま、どうなんですか、そのあたりは。やっぱりまだ見守りが必要だって言われてる。

C：言われてます。ここのジャッジは僕ができるものじゃないんで、お願いしようとは思いますが、最終的なジャッジはリハビリの先生か主治医の先生にお願いしようと思ってます。

筆者：そういう状況に対して、Cさん自身は正直なところどう感じますか。

C：僕ですか？ ここにお世話になる以上はあの、仕方がないと思います。

筆者：仕方がない。ふーん。

C：もともと僕がここにお世話になるって決めたのは、家に帰ることを目的としてここにお世話になりましたから、それに対していちばん最短距離、目的にいちばん最短にやってもらえるなら従おうと思いました。(IW07-01, C, p.12)

この語りにおいて、C氏自身ができることとは、「病棟内を一人で歩きたい」ことを「お願いする」だけで、その行動ができるか判断するのは、自分ではなく医療者だと言っている。事前に筆者が情報収集したカルテ、すなわち医療者側から見ると、確かに彼はふらつきがある、転倒の危険性があるので、歩行には監視をつける必要があった。そういう理由からC氏は「ここのジャッジは僕ができるものじゃない」と言う。ここに、ジャッジができないと彼に思わせる、医療者とC氏とのある上下関係が一見みてとれるかもしれない。しかし、その後の「ここにお世話になるって決めた」という語り方からは、「家に帰る」という明確な目的達成のために、C氏自らの意思でお世話になる立場に立つと決めた、と言っているようにとれる。C氏は「従おうと思いました」とも言っているように、家に帰ること

が最短で叶うために必要だから、医療者の言うことにまず自分から「従おうと思う」ことに徹し、そして実際に従っているのだ、というある医療者とのかかわりがみてとれる。

C氏の語りからは、自由に歩けるにはどうしたらよいか医療者と実際に相談するなり、何らかのかたちで折り合いをつけていくというより、彼自らがまず“自分や相手が立つべき役割や立場はどこにあるのか”判断してから、その枠のなかで相手とかかわろうとする状況がうかがえる。それがかえって、彼自身に病棟での不自由さを強いているようにみえてくる。C氏は“医療者に従う患者として”「仕方ない」と思っているが、単に従属するという受け身の姿勢でいるだけでなく、自ら主体的に従うことを選びとっているようでもある。

b. 医療者との関係は変わらないが、不安な気持ちは増える

1回目のインタビューから約2週間後に、C氏は、その1週間前に行った外泊の経験を語り始めた。C氏は、試験外泊として自宅で家族と過ごしたとき、「妻が仕事を辞めた」という事実を知ったことで、自分の介護について、家族が負担を感じているのではないかと思い、自宅へ帰ることへの不安を募らせている、と筆者に語った。

筆者：……前のお話だと試験外泊されて、結構まあ楽しみなのかなと思ってたんで。

C：楽しみやったんですけど。今回は楽しみというよりも現実的にはやっぱり難しいなあという。全員の人間がある、ある程度自分の自由を、あの享受する方法というのは難しいなあとは思いました。ただ、その方法がわからないんです。(IW07-02, C, p.4)

病棟でのC氏は、退院して社会復帰するために、“言われたことを従う患者”になってがんばってきた。そしてその目的へ大きく前進する「外泊」を経験するということは、一方で“患者”という役割から脱することを意味する。しかし帰った自宅では、妻が仕事を辞め、自分の介護に徹するという状況の変化に直面していた。C氏が“患者としての役割”から“社会復帰を目指して自由にリハビリできるC氏”になると、誰かが“その自分を介護する人として不自由”になる。この状況をして彼に「全員が自由を享受できる方法は難しい」と言わしめている。では“C氏にとっての自由”とは何か。C氏が考える妻の自由とは何か。それらが十分語られないまま「ただ、その自由を享受する方法がわからない」という。語れないのか、語らないのかは定かではなかったが、次の語りでC氏は、明らかに混乱していると感じられる様子を筆者に見せる。

C：前は早く家帰りたいなと思ったのが、いまは早く帰ると誰かが迷惑かかるようになるというのを感じてますから。

筆者：ふーん。それによって受けるリハビリとか……の……取り組み方とか変わりました？

C：気持ちですか？

筆者：まあ、気持ちであったり。

C：いや、それはいっしょです。

筆者：それはいっしょ。看護婦さんとかとのやりとりとかもとくに変わらなく。

C：ないですね。ただ、僕自身が気分的に落ち着きがなくなってるような気はします。自分では。

筆者：どういう点で落ち着きがないなって感じるんですか？

C：あの、不安な時間が長いから。あの、ゆっくりものを考えようとする。眠りにくくなるとか、そういうことありますね。

筆者：ああ、ちょっと考えることが増えたってこと？

C：はい。

筆者：うーん。そうなんだ。まあ不安事が増えたから、ちょっと眠れん時間も増えたと。

C：なかなか寝つけないのが増えましたね。はい。

筆者：それも、先生にね、お伝えできればいいですね。

C：そうですね。……そうしてみます。(IW07-02, C, p.7)

外泊後のC氏は、「リハビリに対する気持ち」「医療者に対する気持ち」は変わらないが、「僕自身が気分的に落ち着きがなくなっているような気がします」と言う。とにかく早期復帰を果たしたかったC氏は、“決められたことには従う入院患者として”医療者とかかわり、病院内でのリハビリもこなしていた。したがって、試験外泊後もその立場は彼にとって変わらないはずであったし、本人も「気持ちは変わらなかった」。しかし、その後「僕自身が」と語っているように、外泊時にいったん“退院後のC氏”になったときに困難を感じた、そのC氏が気分的に落ち着かなくなっているのである。C氏は試験外泊を経験し、「不安な時間が長い」「ゆっくりものを考えようとする」「眠りにくくなっている」と語る「僕自身」となり、このとき筆者は、この「僕自身」のことを主治医に伝えてほしいと感じ、そう彼に伝えたのである。そして、C氏自ら主治医に自分の状況を伝え、チームは精神科医のコンサルテーションのもと、彼の背中を後押しするようなかたちで無事に退院した。

IV. 考 察

本研究では、研究参加者に脳卒中で入院中の病いの経験を、自身の言葉で具体的に語ってもらった。経験を語るということは、過去の状況のなかにある自分にそのまま立ち返ることではない。言い換えると、脳卒中発症後の出来事

は、ただ過去の経験のままでいるのではない。それは、時間が進行していくなかで医療者たちとのかかわりという経験を経たいま、彼らが筆者と語りあうことで、結果的に自分たちの経験をとらえ直していたのであった。

脳卒中という病気は、卒中という言葉が示すとおり、突然意識が清明でなくなった状態で発症する。言い換えると、脳卒中者は意識朦朧とした状態で、周囲の他者にいわば助けられるようなかたちで治療を始められる。医療者は、そのとき患者に対して、必ず意識レベルを判定し、現実世界と違う回答が返ってくると、意識障害ありと判断する。一方で当の患者は、意識がおかしいと自覚するのではなく、その朦朧とした意識のなかで見たり感じた世界や、覚醒後に他者から聞いたり示されたりした自分の状況を織り交ぜながら、自身の発症時の経験をかたちづけていた。山内²¹⁾はこのような発症時のことを、“よそ者になる身体”経験と言っているが、本研究における、朦朧としていた彼らのこのときの病い経験は、急性期後の経過とともに想起したり、他者からそれを聞いたりすることを通して、語り方やその意味合いを変えつつ更新させていたという成り立ちが見えてきた。彼らの「……と聞いているんですよ」、「……だったそうです」という語り方からは、突然発症し、しかもそのときは、自分の身に起こったこととしてはっきり自覚することが難しい、脳血管障害患者特有の経験の仕方がなされているといえる。また、発症当時の状態が他者からの伝聞であるためか、その後の自身の状態の理解も、そのつど確かめるように進んでいく。そして、その病い経験の更新には、医療者とのかかわりが深く関係していたのである。

たとえば、B氏は急性期の「めまい」を体験した当初、その揺れる感覚がただ怖かった、安心できなかった、と語っていた。しかし、彼女は徐々にめまいを起こしたときの見え方を語れるようになり、自分を相対化して周囲の他者を意識するようになってくると、医療者とのかかわりの意味がわかってきた、と語った。そして彼女は、自分のリハビリやケアの意味、ひいては病気が起こった原因を自分なりに理解できるようになった、と語った。そのような理解の仕方の変化は、単に障害の受容¹⁾とか障害の引き受け⁹⁾といった結果から出てきた言動とは言いにくい。つまり、彼女は病気そのものの回復経過によって、自分の身に起こっている症状を言語化していき、自分を相対化してみていくなかで医療者等周囲とのかかわりを意識し意味づけしていき、治療やケアやりハビリの意味も語りのなかで言語化できるようになった。言い換えると、“あとから自分の病気がわかってきた”のである。これらが繰り返され、日々の療養経過とともに自分の病いの経験として組み直されていった。

A氏も、発症時から医療者とのかかわりを想起させる場面を、自身の経験として多く語ってくれた。言語訓練を語るよりも、何気ない看護師とのやりとりを失語の回復へのきっかけとして語ってくれたり、ていねいに臀部を拭いてもらったこと自体をつらく受け止めた、と語った。確かにA氏の病いの経験は、B氏ほど医療者に対し肯定的な語り方ではない。しかし、ここでの看護師たちとの何気ないやりとりは、単にそのかかわりの良し悪しの評価という域を超えた、A氏の病いの経験にとって重要な意味をもっていたのかもしれない。失語状態から少しずつ言葉を取り戻していった経験、細部にわたって他者から支援してもらわなかったといけなくなってしまった経験、これらが病気への理解を更新させ、医療制度上の制約も絡んで、のちに「退院期日までに一人でできるように回復したいけど、まだできていない」という、ある種の疾患への理解を彼に語らせたのである。

C氏においては、“自宅へ帰るために医療者の言うことを聞くことに徹する患者”になったC氏と、医療者とのかかわりの経験が語られていた。手術後の痛みがあっても、行動を監視されても、仕方ないと思って「ジャッジできない患者として」入院していたC氏。彼は試験外泊のときに「家族それぞれの自由を享受できない」現実を突きつけられることによって、自分の病いの経験を更新させられる。しかしこれは、A氏やB氏の更新のされ方とは違う。A氏やB氏は、そのときそのときの自分と医療者とのかかわりを経て、医療者が“自分のために”どのようなことを思い考えて行動しているのかを知り、そしてまた自分の病気が“自分にとって”どういうものなのかを知り直す、ということを経験していた。したがって、C氏の言う「専門家にお任せする」ことで、自分が「素人として」医療者の言うとおりにするかかわり方とは違う。「早く社会復帰を目指したい」自分のはずなのに、C氏は「医療者の言うとおりにするしかない」という役割にすべて自分を置き換えてしまった。その結果、外泊したときに本来の自分に戻ったC氏は、「自由」を取り戻すためにどうすればいいのか「わからない」と言わしめるまでに至った。(いや)むしろ、「わからない」とまで言わしめるに至ったことそれ自体が、C氏自身の病いの経験の更新だったのだと考えられる。

以上、彼らのこのような病いの経験は、医療者とのかかわりが常にあることから、単に彼らの主観的体験⁷⁾とも、患者の主体性を尊重した患者・医療者関係²²⁾とも言い難い。医療者は、患者主体のリハビリ目標設定²³⁾などを強調するが、脳卒中者のほうからみれば、医療者とのかかわり方にある決まりごととか目標とかを意識してはいないのである。また、こういった病い経験の組み換えが、い

ま置かれている状況と過去の入院経験に対して新たな意味を彼らに実感させ、それがいわゆる意欲的な（あるいは意欲的でない）リハビリ行動として現れるのではないか。Dolittle²⁴⁾は、脳卒中急性期に恐怖と不確実性を抱えることによって、慢性期にうつを引き起こす、と言っているが、本研究ではむしろ、急性期以降の医療者とののかかわり経験等による経験の更新のされ方こそが、その後の療養経験に脈々と受け継がれていた。急性期での心理状況は、病い経験の語りにおいてその後いかようにも更新され、回復期以降にみられるリハビリ行動をかたちづくることが明らかにになった。

V. 看護への示唆

身体機能の回復のきっかけは、リハビリの時間だけでなく、普段の何気ない会話等雑多な日常生活でも生じている。同時に、臀部をていねいに拭いてくれること自体がつかったりすることも、彼らにとって普段のリハビリと同じ目線で経験している。したがって看護師は、いまある行

為が、患者の目線でどう映っているのか、常に理解しようとする必要がある。相手の気持ちが手にとるように理解できることはそうそうないが、自分たちが当然のように施している行為が患者にとってどう受け止められ、どう経過していくのかと問いつける姿勢はもてる。脳血管障害のような、意思疎通がはかりにくく他者の支援を否応なく必要とする疾患には、とくに重要な姿勢である。そうすれば、患者にとってそのときはつらい出来事であっても、看護師のかかわり方次第で別様の意味に更新され、理解され直す可能性がある。あたり前のようにふるまっている看護を、ただあたり前のようにする奥底には、常に“いま相手は私のケアに対してどう反応しているのか？”と問いつける姿勢を、看護師は改めてもつ必要があるといえる。

謝 辞

インタビューにご協力いただいた方々、および医療機関関係者のみなさまに深謝いたします。また、本研究をご指導くださった西村ユミ先生ほか、多くの方々に深謝いたします。

要 旨

脳卒中者は、医療者の判断とは違う視点で自らの病いを経験している。本研究の目的は、回復期リハビリテーション病棟入院中での脳卒中者一人ひとりの病い経験がどのように成り立っているのかを、当事者の立場に立って記述することである。病いの経験の語りは、現象学的視座を手がかりに、医療者の枠組みでとらえることなく記述された。

3名の経験を本研究で記述（分析）した。彼らは、急性期では自身の意識がおかしいと自覚しない。彼らは、その朦朧としたなかで見たり感じた世界や、覚醒後に他者から聞いた自分の状況を織り交ぜながら、自身の発症時の経験をかたちづくっていた。そして彼らは、医療者とののかかわりを積み重ねていくなかで、あとで自身の病いの意味がわかってきていた。こうして彼らは自身の経験を更新し、回復期での療養行動に反映していた。看護師は、日々の看護実践が患者にどう反応されているのか、常に問いつける姿勢をもつてかかわる必要がある。

Abstract

Individuals who have suffered a stroke experience their illness from a different perspective than that of medical personnel. The current study sought to describe, from the perspective of those involved, how individuals who have suffered a stroke each experience their illness while recovering in a rehabilitation ward. Personal accounts of illness were not viewed in a framework as utilized by medical personnel but were instead described in light of a phenomenological approach.

This study described (analyzed) 3 participants' experiences. Participants were not aware of being confused during the acute stage of the stroke. Participants viewed the outside world as if in a daze and once lucid they heard about what had happened to them from others; participants' experiences during the stroke were shaped by the meshing of these two accounts. Later, participants sensed the significance of their illness through increasing interaction with medical personnel. Participants revised their accounts, which was evident in their actions during recovery. Nurses must be of a mindset to continually ask how patients are reacting to routine nursing practices.

文 献

- 1) 上田 敏：リハビリテーションの思想．東京：医学書院，2000.
- 2) 上田 敏，大川弥生：障害者のQOLとQOL向上のためのリハビリテーションアプローチ．リハビリテーション研究，101, 35-45, 2000.
- 3) 澤 俊二：障害受容と情緒的支援ネットワーク — 支えられていると実感すること —．総合リハビリテーション，31(9), 827-835, 2003.
- 4) 山内典子：看護をとおしてみえる片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体経験．p.20, 埼玉：すびか書房，2007.
- 5) 前掲4)，p.19.
- 6) 上岡裕美子，吉野貴子，ほか：脳卒中後遺症者と担当理学療法士が認識している外来理学療法目標の相違 — 回復期後期，維持期前期，維持期後期別の比較検討 —．理学療法科学，21(3), 239-247, 2006.
- 7) 百田武司，西亀正之：脳卒中患者の回復過程における主観的体験 — 急性期から回復期にかけて —．広島大学保健学ジャーナル，2(1), 41-50, 2002.
- 8) 高山成子：脳疾患患者の障害認識変容過程の研究 — グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて —．日本看護科学会誌，17(1), 1-7, 1997.
- 9) 登喜和江，高田早苗：壮年期脳卒中患者の障害引き受けに向けての歩み，日本看護学会誌，15(2), 2-14, 2006.
- 10) Secrest, J. and Thomas, S.: Continuity and Discontinuity: The Quality of Life Following Stroke. *Rehabilitation Nursing*, 24(6), 240-246, 1999.
- 11) 山内典子：看護を通してみえる片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体経験 — 発症から6週間の期間に焦点を当てて —．日本看護科学学会誌，27(1), 14-22, 2007.
- 12) Merleau-Ponty, M. (竹内芳郎，小木貞孝 訳)：知覚の現象学1．pp.3-8, 東京：みすず書房，1967.
- 13) 前掲12)，p.3.
- 14) 前掲12)，p.4.
- 15) 前掲12)，pp.6-7.
- 16) 田中美恵子：解釈学的現象学がひらく臨床看護研究の地平．In 山内典子：看護をとおしてみえる片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体経験．p.194, 埼玉：すびか書房，2007.
- 17) Merleau-Ponty, M. (竹内芳郎，木田 元 訳)：知覚の現象学2．pp.219-220, 東京：みすず書房，1974.
- 18) 西村ユミ：語りかける身体 — 看護ケアの現象学．pp.46-49, 東京：ゆみる出版，2001.
- 19) 前掲18)，pp.321-324.
- 20) 前掲18)，pp.207-237.
- 21) 前掲4)，pp.142-146.
- 22) 今城博子：回復期リハビリテーションにおける脳卒中患者の主体性の発揮に関する研究．日本リハビリテーション看護学会学術大会集録，19回，140-142, 2007.
- 23) 山内寿恵，山田 孝：クライアント中心の作業療法における叙述データの有用性．日本保健科学学会誌，8(2), 98-104, 2005.
- 24) Doolittle, N.D.: Clinical Ethnography of Lacunar Stroke: Implications for Acute Care. *Journal of Neuroscience Nursing*, 23(4), 235-240, 1991.

〔平成23年6月7日受 付〕
〔平成24年12月28日採用決定〕

妊娠期の体重増加量別における栄養摂取所要量とPFCバランス

The Nutritional Status and PFC Balance in Japanese Pregnant Women:
A Comparison with Weight Gain during Pregnancy

藤 田 愛 山 口 咲奈枝 宇 野 日葉子
Megumi Fujita Sanae Yamaguchi Hinako Uno
佐 藤 志 保 佐 藤 幸 子
Shiho Sato Yukiko Sato

キーワード：栄養，PFCバランス，妊娠，体重増加

Key Words：nutrition, PFC balance, pregnancy, weight gain

緒 言

妊娠中の母体の体重管理は、厚生労働省（2006，pp.61-74）が『妊娠期の至適体重増加チャート』を提示し、医療機関では非妊時の体格区分別での推奨体重増加量が指導されている。同時に、「何をどれだけ食べるか」を具体的に示すものとして『妊産婦のための食事バランスガイド』が提示され、妊娠中の栄養管理に活用されている。一方で、『平成20年国民健康・栄養調査報告』（2009a）では、妊婦に必要な栄養所要量が十分確保されておらず、妊婦の低栄養が問題とされている。この背景には、やせ願望を抱く女性が増加し、BMI 18.5のやせの割合は、20～29歳の女性の22.5%，30～39歳の女性16.8%で、これら妊孕期にある女性が、妊娠期の低栄養と低体重につながっていると考えられている。加えて、相澤（2007）の報告では、妊娠前の体重の多寡にかかわらず、体重増加抑制を中心とした保健指導がなされ、妊婦自身も妊娠中の体重増加を7～8 kgが理想であるとしている。

やせ妊婦の増加とともに、低出生体重児割合は年々増加し、2000年で7.5%であったものが2009年には8.3%となっている（厚生労働省，2010a）。妊娠期の低体重と低栄養は、胎児の低栄養と低出生体重児につながり、さらに出生後の新生児は将来の成人病の予備軍になるといわれ、妊娠期の低栄養は母体の健康のみならず次世代の健康をおびやかすことが知られている（福岡・塚本・山崎，2005；福岡・金・大塚，2008）。そのため、医療機関では体重増加抑制の保健指導から妊娠前の体格に合わせた体重増加量を指導しているが、妊婦の体重増加量は、非妊時体格別でみた“やせ”“ふつう”“肥満”のどの群でも減少しており、厚生労働省の至適体重増加量の理想とする上限には達して

いないとの報告がある（上田・丸尾・足高，2006）。さらに、食事摂取基準2010年版では、妊娠前の体格を検討したことにより、2005年版に比べ、妊娠中のエネルギー付加量が低くなっている（厚生労働省，2009b）。そのため、妊娠中の摂取量が少なくなってもよいとの誤解が生じ、低栄養になっている可能性がある。

近年、わが国の供給熱量の栄養素別比率の構成比をみると、脂質の割合が3割程度まで増加しており、欧米に近いバランスになっている（農林水産省，2006）。『妊産婦のための食事バランスガイド』（厚生労働省，2006，pp.39-42）は、日本型の食生活をめざし、1日に「なにを」「どれだけ」「どのように」食べたらよいかを示しており、妊婦自身が活用可能な指針となっている。しかし、体重増加を心配するあまり、必要な栄養やバランスのよい食事をとれない可能性があることから、妊娠期の体重増加量に応じた栄養所要量の実態を知る必要がある。

そこで本研究では、妊娠期の体重増加量別により、栄養所要量や栄養バランスの実態を調査し、妊娠期の適切な栄養管理指導の示唆を得ることを目的とする。

I. 研究方法

1. 対 象

2009年3月から2009年9月に、東北地方にあるA市内で産褥入院施設をもつ総合病院1施設と個人病院2施設に入院中の産褥3～4日目の褥婦121名を対象とした。調査協力施設は、月分娩件数が平均50件程度であり、妊娠期間中に栄養士による栄養指導や医師ならびに助産師による体重管理指導が行われていた。

2. 調査方法

産褥入院中の褥婦に対し、同一研究者が集団あるいは個別に研究の主旨を説明し、同意が得られた方のみに自己記入式質問紙を配布した。回答期限は入院期間中とし、記入後は個別に配布した封筒に入れ厳封し、留め置き法にて回収した。

3. 調査項目

a. 対象者の属性

年齢、出産経験、身長、非妊時体重、非妊時BMI、妊娠中の体重増加量、在胎週数、児の出生時体重、朝食の欠食の有無、職業の有無、妊娠中の運動習慣の有無について調査した。

b. 妊娠中の食事に関する調査項目

妊娠中の食事摂取に関する調査は、坪野らが作成した『141項目半定量食物調査頻度調査 (Food Frequency Questionnaire: FFQ)』(以下、141FFQ) (Tsubono, Sasaki, Kobayashi, Akabane, & Tsugane, 2001) を使用した。FFQは個人の習慣的な食物・栄養素の摂取頻度や量を把握するために開発された半定量食物摂取頻度調査法であり、141FFQは妥当性と信頼性が確認されている (Tsubono, Ogawa, Watanabe, Nishino, Tsuji, Nakatsuka, Takahashi, Kawamura, & Hisamichi, 2001)。

c. PFCバランス

PFCバランスとは、三大栄養素であるたんぱく質 (Protein)、脂肪 (Fat)、炭水化物 (Carbohydrate) の供給熱量の栄養素別比率の構成比であり、栄養の質を評価する指標の一つである。PFCバランスがよいとされる比率は、たんぱく質9～20%、脂質20～25%、炭水化物50～70%といわれている。計算式は次のとおりである。

$$\text{たんぱく質}(\%) = \frac{\text{たんぱく質}(\text{g}) \times 4 (\text{kcal/g}) / \text{食事全体のエネルギー量}(\text{kcal})}{\text{食事全体のエネルギー量}(\text{kcal})} \times 100$$

$$\text{脂質}(\%) = \frac{\text{脂質}(\text{g}) \times 9 (\text{kcal/g}) / \text{食事全体のエネルギー量}(\text{kcal})}{\text{食事全体のエネルギー量}(\text{kcal})} \times 100$$

$$\text{炭水化物}(\%) = \frac{\text{炭水化物}(\text{g}) \times 4 (\text{kcal/g}) / \text{食事全体のエネルギー量}(\text{kcal})}{\text{食事全体のエネルギー量}(\text{kcal})} \times 100$$

4. 分析方法

妊娠期の体重増加量を三分位で群別し、「8.5kg未満群」「8.5kg以上11.0kg未満群」「11.0kg以上群」に分類した。栄養素等所要量の分析は、国立健康・栄養研究所栄養疫学部食事摂取基準研究室に依頼し、算出された栄養素等所要量からPFCバランスを算出した。統計処理は、統計解析ソフト『SPSS 18.0J for Windows』を使用した。各群の連続変数の比較には一元配置分散分析 (ANOVA) を用い、カテゴリ変数の比較では χ^2 検定を用い、いずれも両側検定で有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、東北福祉大学研究倫理委員会の承認後に実施した (承認番号RS0902031)。研究協力機関の管理者に対し、本研究の主旨について紙面を用いて説明し、同意が得られたのち、研究対象者に研究の目的、方法の説明とともに参加の自由意思と途中棄権に対する不利益を被らないことを保証した。さらに、プライバシーの保護や公的な発表では、個人が特定されないようデータをコード化すること、保存メディアはパスワードをつけることを説明した。同意書への署名により、研究参加への承諾を得た。

II. 結 果

入力欠損やエネルギー量データ $\pm 2.5\%$ の外れ値を含むものを除外した結果、111名を本研究の分析対象とした。

1. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。各群の体重増加量の最小と最大は、「8.5kg未満群」で $[-1\text{ kg}, 8\text{ kg}]$ 、「8.5kg以上11.0kg未満群」で $[9.0\text{ kg}, 10.5\text{ kg}]$ 、「11.0kg以上群」で $[11.0\text{ kg}, 22.0\text{ kg}]$ であった。年齢は「8.5kg未満群」において有意に高かったが ($p = .02$)、出産経験の割合には差がみられなかった。非妊時BMIは、「8.5kg未満群」で 22.3 ± 4.8 (最小16–最大42) と、3群のなかで有意に高かった ($p = .03$)。児の出生体重は、「8.5kg未満群」で有意に体重が低かった ($p = .001$)。朝食の欠食の有無、職業の有無、妊娠中の運動では、3群間に有意な差はみられなかった。

2. 妊娠期の主な栄養素等摂取量

体重増加量別の主な栄養素等摂取量について表2に示す。エネルギー量は3群ともに平均値が推奨量を満たしておらず、とくに「8.5kg未満群」のエネルギー量は有意に低かった ($p = .03$)。また、妊娠期に付加量として示されている鉄、ビタミン類、葉酸はいずれも推奨量を大きく下まわっていた。

3. PFC割合

体重増加量別のPFC割合を表3に示す。対象全体をみると、脂質が理想値 (20～25%) より高く、各群でみると「8.5kg未満群」で $31.12 \pm 13.68\%$ と有意に高い割合を示していた ($p = .044$)。たんぱく質は3群ともに理想値内ではあるが、「8.5kg未満群」で高かった ($p = .009$)。炭水化物は「8.5kg未満群」で $75.41 \pm 18.87\%$ と理想値よりも高くさらに、3群のなかで有意に高かった ($p = .004$)。PFCバランスは「8.5kg以上11.0kg未満群」が理想に近いPFCバランスとなっていた (図1)。

表1 対象の属性

		8.5kg以下 (n = 36) 平均値 ± 標準偏差	8.5 - 11.0kg (n = 25) 平均値 ± 標準偏差	11.0kg以上 (n = 50) 平均値 ± 標準偏差	p 値
年齢 (歳) [†]		32.56 ± 4.21	30.72 ± 3.77	29.96 ± 4.10	.02
出産経験 (人・%) ^{††}	初産	15 (41.7)	10 (40.0)	27 (54.0)	.34
	経産	21 (58.3)	15 (60.0)	23 (46.0)	
BMI (kg/m ²) [†]		22.32 ± 4.77	20.76 ± 2.41	20.45 ± 2.37	.03
体重増加量 (kg) [最小, 最大]		[-1, 8]	[9, 11]	[11, 22]	
妊娠週数 (週) [†]		38.81 ± 1.35	39.00 ± 1.19	39.44 ± 1.11	.05
出生体重 (g) [†]		2,898.61 ± 302.12	3,027.76 ± 312.58	3,194.82 ± 334.237	.001
朝食の欠食 (人・%) ^{††}	あり	6 (16.6)	3 (12.0)	4 (8.0)	.47
	なし	30 (83.3)	22 (88.0)	46 (62.0)	
職業の有無 (人・%) ^{††}	あり	12 (33.3)	11 (44.0)	18 (36.0)	.69
	なし	24 (66.7)	14 (56.0)	32 (64.0)	
妊娠中の運動 (人・%) ^{††}	あり	10 (27.8)	10 (40.0)	19 (38.0)	.52
	なし	26 (72.2)	15 (60.0)	21 (62.0)	

[注] [†]: ANOVA, ^{††}: χ^2 test

表2 妊娠期の体重増加量別からみた栄養素等摂取量の比較 (ANOVA)

	推奨量*	全体 (n = 111)	8.5kg以下 (n = 36)	8.5 - 11.0kg (n = 25)	11.0kg以上 (n = 50)	p 値
エネルギー (kcal)	1,800~2,550	1,524.97 ± 455.85	1,372.05 ± 474.91	1,674.13 ± 514.39	1,560.49 ± 382.07	.03
タンパク質 (g)	60	54.10 ± 7.39	53.89 ± 5.81	52.77 ± 9.18	55.13 ± 7.42	.41
脂肪 (g)		42.28 ± 8.67	41.34 ± 9.76	42.11 ± 7.21	43.04 ± 8.60	.68
炭水化物 (g)		236.11 ± 20.97	238.43 ± 22.64	238.12 ± 21.00	233.43 ± 19.78	.48
ナトリウム (mg)		2,729.80 ± 744.45	2,651.39 ± 743.83	2,819.19 ± 687.97	2,741.57 ± 779.99	.68
カリウム (mg)		2,069.34 ± 423.27	2,025.52 ± 439.62	2,012.81 ± 425.44	2,124.66 ± 412.06	.46
カルシウム (mg)		689.015 ± 172.37	665.49 ± 123.53	641.52 ± 165.93	729.70 ± 197.67	.07
マグネシウム (mg)	310~320	230.72 ± 46.11	229.93 ± 39.59	227.555 ± 48.21	232.87 ± 50.06	.89
リン (mg)		933.46 ± 144.46	909.313 ± 121.67	900.06 ± 167.07	967.55 ± 144.59	.08
鉄 (mg)	19.5	5.75 ± 2.12	5.87 ± 1.76	5.82 ± 1.85	5.62 ± 2.48	.86
亜鉛 (mg)		6.85 ± 1.21	6.74 ± 1.18	6.97 ± 1.19	6.88 ± 1.27	.75
銅 (mg)		0.02 ± 0.04	0.02 ± 0.04	0.02 ± 0.02	0.03 ± 0.04	.45
マンガン (mg)		0.09 ± 0.11	0.10 ± 0.12	0.10 ± 0.14	0.08 ± 0.07	.43
レチノール (μg)	670	294.22 ± 453.05	346.12 ± 725.45	212.21 ± 186.99	297.86 ± 249.60	.53
ビタミンD (μg)		1.91 ± 0.99	1.82 ± 1.08	1.93 ± 0.76	1.96 ± 1.04	.81
ビタミンK (μg)		245.00 ± 158.14	239.30 ± 126.40	265.38 ± 205.30	238.92 ± 154.32	.77
ビタミンB1 (mg)	1.1~1.4	0.012 ± 0.02	0.01 ± 0.01	0.01 ± 0.01	0.02 ± 0.03	.13
ビタミンB2 (mg)	1.2~1.5	0.04 ± 0.09	0.05 ± 0.15	0.02 ± 0.04	0.04 ± 0.05	.45
ナイアシン (mg)		6.33 ± 2.09	6.23 ± 2.16	6.23 ± 1.56	6.45 ± 2.28	.86
ビタミンB6 (mg)	2.0	0.004 ± 0.01	0.004 ± 0.01	0.005 ± 0.01	0.004 ± 0.01	.93
ビタミンB12 (μg)	2.8	3.09 ± 2.06	3.07 ± 2.67	2.880 ± 1.32	3.20 ± 1.88	.82
葉酸 (μg)	440	244.96 ± 84.73	251.46 ± 100.41	242.81 ± 89.84	241.35 ± 70.11	.86
パントテン酸 (mg)		3.93 ± 1.48	3.56 ± 0.98	3.57 ± 1.81	4.37 ± 1.51	.02
ビタミンC (mg)	110	61.52 ± 25.25	59.23 ± 28.41	63.368 ± 26.80	62.21 ± 22.28	.80
飽和脂肪酸 (g)		13.43 ± 3.93	12.78 ± 3.83	13.10 ± 4.03	14.06 ± 3.93	.30
一価不飽和脂肪酸 (g)		13.92 ± 3.17	13.63 ± 3.79	14.04 ± 2.54	14.06 ± 3.02	.81
多価不飽和脂肪酸 (g)		8.71 ± 2.75	8.88 ± 2.56	8.90 ± 2.82	8.50 ± 2.88	.76
コレステロール (g)		217.42 ± 70.91	194.69 ± 58.70	219.442 ± 93.23	232.78 ± 62.82	.05
食物繊維水溶性 (g)		1.39 ± 0.67	1.50 ± 0.47	1.50 ± 0.83	1.25 ± 0.70	.15
食物繊維不溶性 (g)		7.406 ± 2.41	7.80 ± 2.48	7.68 ± 2.50	6.98 ± 2.29	.24
食物繊維総量 (g)		11.01 ± 3.62	11.31 ± 3.25	11.59 ± 3.72	10.51 ± 3.82	.40
食塩 (g)		6.43 ± 2.07	6.23 ± 2.04	6.73 ± 1.93	6.44 ± 2.20	.65

[注] *: 推奨量が算出されている栄養素を示した。

表3 妊娠期の体重増加量別によるPFC割合の比較 (ANOVA)

PFC割合 (%)	理想値 (%)	全体 (n = 111) (平均値 ± SD)	8.5kg以下 (n = 36) (平均値 ± SD)	8.5 - 11.0kg (n = 25) (平均値 ± SD)	11.0kg以上 (n = 50) (平均値 ± SD)	p値
Protein	9 ~ 20	15.54 ± 5.19	17.57 ± 6.34	13.76 ± 4.55	14.96 ± 4.08	.009
Fat	20 ~ 25	27.56 ± 10.78	31.12 ± 13.68	24.78 ± 8.61	26.38 ± 8.72	.044
Carbohydrate	50 ~ 70	67.06 ± 18.76	75.41 ± 18.87	62.89 ± 21.62	63.14 ± 15.20	.004

[注] P : たんぱく質 (%) = たんぱく質 (g) × 4 (kcal/g) / エネルギー量 (kcal) × 100

F : 脂質 (%) = 脂質 (g) × 9 (kcal/g) / エネルギー量 (kcal) × 100

C : 炭水化物 (%) = 炭水化物 (g) × 4 (kcal/g) / エネルギー量 (kcal) × 100

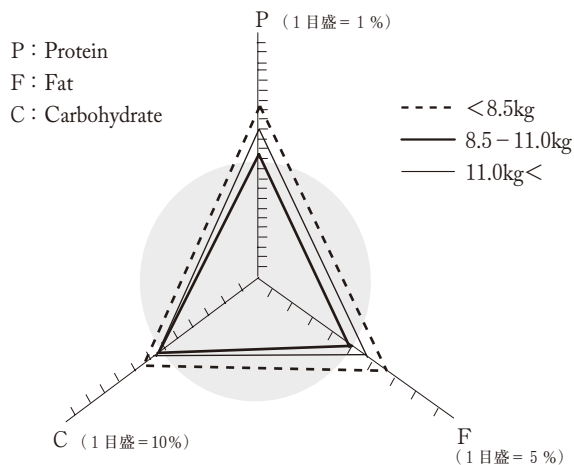


図1 妊娠期の体重増加量別PFCバランス

Ⅲ. 考 察

1. 妊娠中の体重増加量と非妊時BMIについて

体重増加量を三分位にて分類したところ、非妊時BMIは「8.5kg未満群」で有意に高かった。『妊娠期の至適体重増加チャート』に基づく、非妊時BMIが“ふつう”の妊婦は7~12kgであり、“肥満”の妊婦はおおよそ5kgあるいは個別対応である。「8.5kg未満群」では最小の体重増加量に-1kgの妊婦が含まれており、極端な体重制限を行っていたことがうかがわれる。妊娠中の低体重は、児の低体重と相関があることが報告されており(米山・池田・永田, 1992; Takimoto, Yokoyama, Yoshiike, & Fukuoka, 2005; Watanabe, Inoue, Doi, Matsumoto, Ogasawara, Fukuoka, & Nagai, 2010), 本研究では3群の児の出生体重平均値に低出生体重は含まれないが, 「8.5kg未満群」で児の体重が有意に少なかったことが先行研究と一致した。本来『妊娠期の至適体重増加チャート』は、非妊時の体格と妊娠中の体重増加量という2つの要素が考慮された指針である。一般的には, “やせ”や“肥満”の体格の妊婦に適切な体重増加となるよう指導していく(上田・吉田・森川, 2007)。今回“肥満”に近い体格に対し, 下限の体重増加量を目標にし, 非妊時BMIが“ふつう”であっても体重増加抑制に働いていた可能性がある。体重増加を抑制する要因には, エネルギー摂取制限やバランスに欠けた食事内

容, 食に対する低い関心などがあげられる。『平成22年国民健康・栄養調査』における“朝食の欠食率”は, 20~29歳で28.6%, 30~39歳で15.1%と報告しており(厚生労働省, 2010b), 本研究においても「8.5kg未満群」において16.6%と類似した結果を得ている。このことから, 朝食の欠食が妊娠中の低体重と関連することが推測される。妊娠期間の低い体重増加量は, 女性のやせ願望だけでなく, 朝食の欠食など不規則な食事をアセスメントし, さらに医療機関での栄養指導に問題がないかを検討すべきである。

2. 妊娠期の栄養摂取量について

妊娠期の栄養摂取量は, エネルギー量でみると3群すべて推奨量を下まわり, さらに「8.5kg未満群」は他の2群と比較し有意に低かった。鉄や葉酸などの摂取量は推奨量の半分程度であった。先行研究において, 摂取エネルギーが低いほど微量栄養素の摂取量が低いことが指摘されている(坂本・三好, 2003)。本研究では, 摂取エネルギーレベルでの比較は行っていないが, 各栄養素等摂取量の結果から類似した結果が得られた。141FFQは自記式質問紙調査であるため, 過少申告による過小評価が伴う(伊達・徳留・古池, 2008)が, このことを鑑みても妊娠期は低栄養であることがわかり, 先行研究(久保田, 2011; 炭原, 2009)と一致していた。

妊婦に対する葉酸摂取は, 胎児における神経管閉鎖障害の発症リスクを低下させる目的で旧・厚生省(2000)が通知を出し, 少なくとも妊娠1か月以上前から妊娠3か月まで1日400μgの葉酸を摂取するように勧告している。近藤らは, 2002~2007年の妊婦の葉酸認知率や葉酸摂取量について調査し, 認知率の上昇はみられるが食事からの摂取は不十分であることを報告している(近藤・岡井・早川・下須賀, 2009)。本研究においても, 通知以後10年近くたっているが, いまだ推奨量を満たしていなかった。また, 瀧本らは, 妊婦と非妊婦の食事と栄養摂取状況を比較し, 両者のエネルギー摂取や鉄摂取などには差がないという結果を報告している(Takimoto, Yoshiike, Katagiri, Ishida, & Abe, 2003)。このことは, 妊娠を機に食行動が変容するわけではないことを示唆している。そのため, 低栄養となっている妊婦は, 妊娠前から必要な栄養所要量を満たしていない

可能性が考えられる。やせ女性の増加の背景にある低栄養や栄養バランスの悪さを含めて、妊娠前から女性に対する栄養指導が必要である。

3. 妊娠期のPFCバランスについて

わが国のPFCバランスは欧米に近づきつつあるが、今回、体重増加量別でPFCバランスを比較したところ、低体重や過体重に脂質割合が高く、PFCバランスの崩れがみられていた。一方で、「8.5kg以上11.0kg未満群」では理想に近いPFCバランスであることが明らかになった。このことから、適切な体重増加は、バランスのよい食事を摂取していると推察できる。脂質の割合が高い場合、肉類、牛乳・乳製品、油脂類の摂取が多いことが知られている（農林水産省、2006）。『妊産婦のための食事バランスガイド』では、主食を中心にエネルギーを十分にとり、不足しがちな微量栄養素を副菜でたっぷりとることを勧めている。さらに、脂肪の高い食事は適量とし、日本型のPFCバランスをめざしている。林（2010）は、『妊産婦のための食事バランスガイド』を用いることで、妊婦の食生活の変容に貢献している、と報告している。しかし、指導する医療者は、食事指導は動機づけ、意識の変容、実践と習慣化が重要であると認識しているにもかかわらず、「個別に十分な指導ができていない」「指導後の評価が不十分である」といった報告もある（大水・江川・中村・島田、2010）。このことから、妊婦健康診査などを利用して妊娠初期より『妊産婦のための食事バランスガイド』のパンフレットを用いて、食事の量や質について指導し、個別に評価していく必要がある。さらに、妊娠を契機に食事内容を変えることは困難であるため、妊娠以前に食に対する正しい知識や習慣を身につけるような機会を設ける必要があると考える。

4. 本研究の限界と課題

本研究結果は、先行研究と同様に妊婦の低栄養が明らか

になった。さらにPFCバランスにおいても不適切な体重増加は、脂質の高い欧米型であることがわかった。しかし、対象は一地域に限定しており、食事内容は、地域性が大きく影響することから、PFCバランスについては一般化が難しい。また、わが国の女性のやせの割合は、10.4%と、先進国のなかでは高いことが示されており（WHO, 2013）、今後は国内外での妊婦の低体重と低栄養の実態ならびに背景を明らかにしていく必要がある。

IV. 結 論

妊娠期の体重増加量別における栄養所要量とPFCバランスの実態を明らかにするために、『141項目半定量食物摂取頻度調査』を用いて質問紙調査を行い、以下の知見をえた。

1. 妊婦は低栄養状態にあり、葉酸や鉄の摂取量は推奨量の半分に満たなかった。とくに体重増加量が「8.5kg未満群」ではより低栄養の状態であった。
2. PFCバランスでは、体重増加量が「8.5kg以上11.0kg未満群」で理想値に近いPFCバランスを示していた。一方で、低体重や過体重では脂質の割合が高い欧米型のPFCバランスとなっていた。

以上より、妊娠中の適切な体重増加には、食事の量と質を考慮した食事指導が望まれる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象者の皆さま、調査機関の皆さまに心より感謝申し上げます。また、栄養素等摂取量を分析してくださいました国立健康・栄養研究所栄養疫学部食事摂取基準研究室坪野恵先生に深謝申し上げます。本研究は、平成20-23年度科学研究費補助金（20592601）で行われた研究の一部であり、本論文の論旨は、第38回日本看護研究学会学術集会（2012年7月、沖縄）にて発表した。

要 旨

【目的】 妊娠期の体重増加量別により、栄養所要量や栄養バランスの実態を調査する。

【方法】 褥婦111名に対し、『141項目半定量食物摂取頻度調査』を用いて妊娠期の栄養所要量ならびにPFCバランスを調査し、妊娠期の体重増加量別を三分位した群について、ANOVA分析を行った。

【結果】 体重増加量は「8.5kg未満群」「8.5kg以上11.0kg未満群」「11.0kg以上群」の3群に分類した。栄養摂取所要量は3群すべて推奨量を満たしておらず、葉酸や鉄は推奨量の半分で、低栄養状態であった。PFCバランスは「8.5kg以上11.0kg未満群」が理想の栄養バランスをとっており、「8.5kg未満群」と「11.0kg以上群」は脂肪割合が高い欧米型の栄養バランスであった。

【結論】 現在、妊娠期の体重増加量の指導は、非妊時BMIを基準とした至適体重増加チャートを使用している。本研究より、妊婦の低栄養や欧米型の栄養バランスが示されたことから、体重増加だけでなくバランスのとれた食事の栄養指導が望まれる。

Abstract

The purpose of this study was to investigate the nutritional status and PFC balance in Japanese pregnant women, by comparing weight gain during pregnancy.

Data were obtained from 111 postpartum women using a 141-item food-frequency questionnaire.

We categorized weight gain into 3 groups: less than 8.5 kg, 8.5-11.0 kg and more than 11.0 kg. All the groups with weight gain had a shortage of nutrient intake, especially energy intake, and the dietary items iron and folate were present at a lower level than the recommended dietary allowance. The groups with weight gain of less than 8.5 kg and more than 11.0 kg had significantly higher intakes of fat than the group with weight gain of 8.5-11.0 kg. Moreover, the group with weight gain of 8.5-11.0 kg had the ideal PFC balance possible with Japanese food consumption.

The pregnant women were classified according to their BMI prior to pregnancy, and their weight gain was managed during pregnancy. On the basis of our findings, we conclude that medical staff members should conduct not only weight management but also nutritional guidance on maintaining a balanced diet for patients.

文 献

- 相澤志優 (2007). 妊娠中体重増加量と新生児アウトカムとの関係に関する研究. 母性衛生, 48(1), 114-121.
- 伊達ちづさ, 徳留裕子, 古池信男 編, 日本栄養改善学会 監修 (2008). 食事調査マニュアル — はじめの一歩から実践・応用まで —. pp.3-13, 東京: 南山堂.
- 福岡秀興, 塚本浩子, 山崎晋一郎 (2005). 成人病胎児期発症説からみた周産期管理. 周産期医学, 35(増刊号), 78-83.
- 福岡秀興, 金 昌宣, 大塚理津子 (2008). 妊婦低栄養と低出生体重児. 産科と婦人科, 75(8), 936-942.
- 林 扶美 (2010). “妊産婦のための食事バランスガイド”を活用した栄養教育及びセルフモニタリングについて. 栄養学雑誌, 68(6), 359-372.
- 近藤厚生, 岡井いくよ, 早川ちさ, 下須賀洋一 (2009). 神経管閉鎖障害の発生頻度を低減するために: 妊婦の葉酸認知率, 葉酸サプリメント摂取率, 食事からの葉酸摂取量 (2002-2007年). ビタミン, 83(5-6), 250-255.
- 厚生労働省 (2006). 妊産婦のための食生活指針 — 「健やか親子21」推進検討会報告書. 「健やか親子21」推進検討会. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/02/h0201-3a.html>
- 厚生労働省 (2009a). 平成20年国民健康・栄養調査. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyuu/h20-houkoku.html>
- 厚生労働省 (2009b). 妊婦・授乳婦. In 「日本人の食事摂取基準」(2010年版). pp.285-290. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/05/dl/s0529-4as.pdf>
- 厚生労働省 (2010a). 出生動向の多面的分析. In 平成22年度「出生に関する統計」の概況 — 人口動態統計特殊報告. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/tokusyuu/syussyo06/syussyo2.html#05>
- 厚生労働省 (2010b). 平成22年国民健康・栄養調査の概要. p.15. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000020qbb-att/2r98520000021c0o.pdf>
- 厚生省 (2000). 神経管閉鎖障害の発症リスク低減のための妊娠可能な年齢の女性などに対する葉酸の摂取に係る適切な情報提供の推進について. 平成12年12月28日付 厚生省児童家庭局母子保健課長通知. Retrieved from http://www1.mhlw.go.jp/houdou/1212/h1228-1_18.html
- 久保田君枝 (2011). 妊婦の栄養調査からみた妊婦栄養の実情. 臨床栄養, 119(2), 169-173.
- 農林水産省 (2006). (1) 食育の推進: ア 食生活の現状. Retrieved from http://www.maff.go.jp/j/wpaper/w_maff/h18_h/trend/1/tl_1_3_01.html
- 大水由香里, 江川陽子, 中村仁美, 島田友子 (2010). 妊婦の食生活と医療者の食事指導との関連性について. 母性衛生, 50(4), 575-585.
- 坂本裕子, 三好正満 (2003). 妊娠期の食品摂取状況と栄養指導の在り方について. 栄養学雑誌, 61(3), 171-182.
- 炭原加代 (2009). 秤量法による妊娠中期妊婦の栄養摂取量の実態. 母性衛生, 50(1), 155-164.
- Takimoto, H., Yokoyama, T., Yoshiike, N., and Fukuoka, H. (2005). Increase in low-birth-weight infants in Japan and associated risk factors, 1980-2000. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 31(4), 314-322.
- Takimoto, H., Yoshiike, N., Katagiri, A., Ishida, H., and Abe, S. (2003). Nutritional status of pregnant and lactating women in Japan: a comparison with non-pregnant/non-lactating controls in National Nutrition Survey. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 29(2), 96-103.
- Tsubono, Y., Ogawa, K., Watanabe, Y., Nishino, Y., Tsuji, I., Nakatsuka, H., Takahashi, N., Kawamura, M., and Hisamichi, S. (2001). Food frequency questionnaire as a screening test. *Nutrition Cancer*, 39(1), 78-84.
- Tsubono, Y., Sasaki, S., Kobayashi, M., Akabane, M., and Tsugane, S. (2001). Food Composition and Empirical Weight Methods in Predicting Nutrient Intakes from Food Frequency Questionnaire. *Annual Epidemiology*, 11(3), 213-218.
- 上田恵子, 吉田昭三, 森川 肇 (2007). 非妊時の体格別にみた妊娠母体の至適体重増加量に関する研究. 母性衛生, 48(1), 122-131.
- 上田康夫, 丸尾原義, 足高義彦 (2006). 現行母体至適体重増加基準の妥当性に関する研究 — 1988年からの15年間における母児体重の変遷からの再評価. 産婦人科の進歩, 57(2), 121-30.
- Watanabe, H., Inoue, K., Doi, M., Matsumoto, M., Ogasawara, K., Fukuoka, H., and Nagai, Y. (2010). Risk factors for term small for gestational age infants in women with low prepregnancy body mass index. *Journal of Obstetrics and Gynecology Research*, 36(3), 506-512.
- WHO. Global Data Base on Body Mass Index (2013). Country comparison - BMI females % underweight (< 18.5), Most recent. <http://apps.who.int/bmi/index.jsp>
- 米山京子, 池田順子, 永田久紀 (1992). 妊娠中の食生活と出生時体重との関連. 日本周産衛生雑誌, 39(4), 236-244.

〔平成24年8月28日受 付〕
〔平成25年1月8日採用決定〕

新人看護師の職場適応に向けた精神的支援策の検討

— 臨床心理士によるグループカウンセリングを実施して —

Examination of Mental Support Methods to Help Novice Nurse Adopt to Their Work Environments

— Group Counseling by Clinical Psychologists —

中 村 和 代

Kazuyo Nakamura

キーワード：新人看護師，精神的支援，グループカウンセリング，臨床心理士

Key Words：novice nurse, mental support, group counseling, clinical psychologist

はじめに

日本看護協会が実施した「病院における看護職員需給状況調査」結果によると，新卒看護職員の就職後1年以内の離職率は，2003年度は8.8%，2009年度は8.6%と依然，横ばいであり，およそ11人に1人が離職している現状である。一方，医療技術の進歩，患者の高齢化・重症化，平均在院日数の短縮化等により，療養生活支援の専門家としての看護職員の役割は複雑多様化し，その業務密度の高まり（厚生労働省医務局，2004）に伴い，新人看護師にも高い臨床実践能力が求められている。

「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書（厚生労働省医務局，2004）では，研修体制の整備などとともに，新人看護師の多くが経験する「理想や期待と現実とがかけ離れていることによって生じる葛藤」をリアリティショックとし，精神的支援策として専門家が相談に対応するなどの支援体制を整備することを提唱している。

今回は，新人看護師の精神的支援として，専門家である臨床心理士が新人看護師の職場適応の如何にかかわらず新人看護師全員に介入することは，リアリティショックの予防により効果的ではないか，と考えた。『Web版医学中央雑誌』にて1983年から2011年までの「新人看護師」「リアリティショック」「グループカウンセリング」をキーワードに含む原著論文および関連する看護系雑誌の論文を含めて検索した結果，新人看護師全員を対象とした専門家による精神的支援策に関する報告は見当たらなかった。

そこで，新人看護師の精神的支援策として，新人看護師全員を対象として就職後早期の5月と就職後半年が経過したころの9月に臨床心理士がグループカウンセリングを行い，その効果や影響について検討した。

I. 対象と方法

1. 用語の定義

新人看護師：看護師国家試験に合格した後，初めて病院へ就職し看護業務に従事する人。ただし，准看護師として業務に従事した経験がある人は除く。

2. 対象者

2006年5月と9月に病院看護部が企画したグループカウンセリングを受けに来た新人看護師71人に対し，研究の趣旨，調査協力の依頼，倫理的配慮について説明を行った。調査協力に同意が得られた，5月70人，9月67人（70人中3人退職）を調査の対象とした。

3. 倫理的配慮

受付を終えグループカウンセリング待機中の新人看護師一人ひとりに，著者が倫理的配慮について説明し，同意が得られた人と誓約書・同意書を交わした。倫理的配慮としては，プライバシーや匿名性の保護，調査への協力は自由意志であること，協力を拒否しても不利益は生じないこと，得られた結果は論文の公表を含む研究以外では使用しないこと，以上について紙面を用いて説明した。本論文の作成・公表に向けては，聖マリア病院臨床研究審査委員会で承認を受けた。

4. 調査方法

調査は，グループカウンセリングを受ける直前とグループカウンセリングを受けた直後に，各心理室で行った。調査票は無記名とし，記入後，廊下に設置した指定の箱へ提出してもらった。調査票の回収率は，5月・9月ともに100%であった。

5. グループカウンセリングの実施方法と主な内容

グループカウンセリングの実施方法と主な内容は表1に示した。グループ編成は看護部が行い、配属部署が異なるメンバーになるよう編成された。5月・9月のグループメンバーと担当の臨床心理士は同じであった。内容については、文献(野島, 1989)を参考に対象施設の5人の臨床心理士と2回の会議の後、決定した。90分間のグループカウンセリングでは、臨床心理士がファシリテーターとなり、表1の内容について新人看護師のおのおのが語り、それに対してお互いに意見を交換し合う形態で進められた。時間内での進行の調整は、臨床心理士の裁量に委ねられた。

表1 グループカウンセリングの実施方法と主な内容

1. 時期と時間	5月と9月(各1回)／17:30～19:00(90分間)
2. 場所	対象施設内の心理室(1グループにつき1室使用)
3. グループ構成	1グループが6～7人、配属部署が異なるメンバーで編成。5月・9月ともに同じメンバー、担当の臨床心理士も同じ
4. 方法	臨床心理士がファシリテーターとなり、新人看護師のおのおのが語り、お互いに意見を交換し合う形態
5. 主な内容	5月: 自己紹介 現在の仕事上の悩みについて 困ったとき、苦しいときの対処法について 職場の人間関係について 看護師になって感動したこと、うれしかったことについて 特技や趣味について 9月: 5月以降の仕事の状況や近況について 対処法は生かしているかについて 現在の悩みや不安について 職場の人間関係について 看護師になって感動したこと、うれしかったことについて

II. 調査内容

1. 対象者の背景

性、年代、最終看護教育機関、配属部署について該当個所の選択式回答とした。

2. グループカウンセリング前とグループカウンセリング後の気分・感情の状態

気分・感情の状態は、“Profile of Mood States (POMS)”の『日本語版POMS短縮版』(横山, 2005a)を使用した。『日本語版POMS短縮版』は30項目からなり、「緊張－不

安」「抑うつ－落ち込み」「怒り－敵意」「疲労」「混乱」「活気」の6つの気分を同時に評価することができる。信頼性が検証済みの尺度である。被験者は30項目について、「0:全くなかった」～「4:非常に多くあった」の5段階のいずれか1つを選択する。『手引き書』(横山, 2005b)によると、被験者の生活場面における典型的かつ持続的な気分・感情を表すのには「過去1週間」について問い、短時間での評価測定の場合は「現在」「この3分間」などといった問いかけも可能である。本研究では、カウンセリング直前は「過去1週間の気分・感情」を問い、カウンセリング直後には「現在の気分・感情」を問いかけた。

得られた6つの気分尺度の値は標準化得点(横山, 2002)(以下、T得点)に換算し、次のように判定した。健常値は、「活気」尺度については40点以上、「活気」以外の5つの尺度については60点以下。要注意値は、「活気」尺度については39点以下、「活気」以外の5つの尺度については61～74点。受診考慮値は、「活気」以外の5つの尺度については75点以上である。

3. グループカウンセリングに対する主観的評価

グループカウンセリングに対する主観的評価は、“Visual analog scale”(以下、VAS)を用いた自作の調査紙にて調査した。質問内容の妥当性に関しては、大学医学部看護学科教授の指導を受け、また臨床心理士の知見に基づき「類似した悩みなどを抱えていることがわかった」「メンバーと悩みや苦痛が共有できた」など12項目(表4)を抽出した。内的整合性を示すCronbachの α 係数は「.94以上」であった。VASは一般的・包括的評価法として用いられており、被験者の反応を的確に反映しているため主観的評価に適している(漆崎, 2001)。横軸の10cmのスケール上に「全くできなかった」(直線の左端)から「完全にできた」(直線の右端)までをとり、被験者に該当する個所に垂線を記してもらい、0点から100点で評価した。主観的評価項目の内的整合性を示すCronbachの α 係数は「.94以上」であった。

4. 同僚との支援状況

5月カウンセリング後から9月カウンセリング前までの同僚との支援状況について、9月カウンセリング前にVASを用いた自作の調査紙にて調査した。質問内容の妥当性に関しては、大学医学部看護学科教授の指導を受け、また臨床心理士の知見に基づき「同期の同僚やメンバーと励ましあっている」「悩みや苦痛へは自分なりに対処できている」などの4項目(表5)で検討した。内的整合性を示すCronbachの α 係数は.90であった。

5. グループカウンセリングに対する要望

グループカウンセリングに対する要望として、9月カウンセリング直後に「このような機会があってよかったか？」のほか、実施回数、実施時期、所要時間、実施者、実施場所について選択式回答で尋ねた。

Ⅲ. 分析方法

POMS短縮版により調査した6つの気分尺度について、いずれかのT得点に欠損値がある人を除外し、5月は63人、9月は64人を解析対象とし、T得点の判定結果に基づいて5月、9月それぞれについて対象者を次の3群に分けた。健全群は6つの気分尺度のすべてにおいてT得点が健常値である人、受診考慮群はいずれか1尺度でも受診考慮値がある人、要注意群は健全群と受診考慮群以外の人とした。グループカウンセリングに対する主観的評価および同僚との支援状況については、各項目のVAS値の平均値を算出し、3群間で一元配置分散分析を行った。統計解析には『SPSS 13.0 for Windows』を使用し、有意水準は5%未満とした。

Ⅳ. 結 果

1. 対象者の背景

対象者の背景を表2に示す。5月・9月ともに、性別では女性、年代別では20歳代が9割以上を占めていた。最終看護教育機関は、3年課程専門学校卒および短期大学卒が

表2 対象者の背景

要因	人数 (%)	
	5月 (n=63)	9月 (n=64)
性別		
女性	59 (93.7)	59 (92.2)
男性	4 (6.3)	5 (7.8)
年代		
20歳代	61 (96.8)	63 (98.4)
30歳代	2 (3.2)	1 (1.6)
最終看護教育機関		
3年課程専門学校	17 (27.0)	19 (29.7)
短期大学	18 (28.6)	15 (23.4)
2年課程専門学校	12 (19.0)	12 (18.8)
看護系大学	8 (12.7)	9 (14.1)
保・助養成課程	8 (12.8)	9 (14.2)
配属部署		
急性期病棟	25 (39.7)	27 (42.2)
救急・ICU系病棟	16 (25.4)	16 (25.0)
母子系病棟	8 (12.7)	8 (12.5)
長期療養棟	3 (4.8)	4 (6.3)
回復期病棟	2 (3.2)	2 (3.1)
その他	9 (14.3)	7 (10.7)

半数以上であった。配属部署は、急性期病棟と救急・ICU系が7割以上を占めていた。

2. グループカウンセリング前からグループカウンセリング後への気分・感情の状態の変化

グループカウンセリング前からグループカウンセリング後への気分・感情の状態の変化についての詳細は、別に報告した(中村・井上・分島, 2011)。その結果を簡潔に述べると、グループカウンセリング前と後のT得点を比較した結果、5月・9月ともにグループカウンセリング後は有意に改善していた。グループカウンセリング前と後の3群別の人数を比較した結果を表3に示したが、健全群が有意に増えていた。

表3 グループカウンセリング前と後の3群別人数比較

時期	群	人数 (%)	
		前	後
5月 (n=63)	健全	8 (12.6)	27 (42.9)
	要注意	24 (38.0)	26 (41.3) **
	受診考慮	31 (49.2)	10 (15.9)
9月 (n=64)	健全	14 (21.9)	27 (42.2)
	要注意	35 (54.7)	29 (45.3) **
	受診考慮	15 (23.4)	8 (12.5)

[注] χ^2 検定, **: $p < .01$

3. グループカウンセリングに対する主観的評価の3群間の比較

5月・9月のグループカウンセリングに対する主観的評価について、5月・9月のグループカウンセリング後の各健全群、要注意群、受診考慮群の3群間で比較した結果を表4に示した。3群間で有意差があった項目は、5月グループカウンセリング後は「9. 悩みや苦痛などへの対処法のヒントを得た」「10. 悩み・不安感・苦痛などが軽減できた」「11. 仕事上の自己の課題に対するやる気が湧いた」「12. 仕事への意欲が湧いた」の4項目で、健全群が受診考慮群に比べ有意に高値であった。9月グループカウンセリング後は「5. 自己の振り返りができた」「10. 悩み・不安感・苦痛などが軽減できた」「12. 仕事への意欲が湧いた」の3項目で健全群が受診考慮群に比べ有意に高値であり、「11. 仕事上の自己の課題に対するやる気が湧いた」では健全群が要注意群に比べ有意に高値を示していた。また、VAS値が高値であった上位から3項目は、5月・9月ともに同じ項目であった。

4. 5月グループカウンセリング後から9月グループカウンセリング前までの同僚との支援状況

5月グループカウンセリング後からの同僚との支援状況

表4 グループカウンセリングに対する主観的評価の3群間比較

			平均値 ± 標準偏差		
主観的評価項目	群	n	5月グループ カウンセリング後 (n=63)	n	9月グループ カウンセリング後 (n=64)
1 類似した悩みなどを抱えていることがわかった	健全	27	82.6 ± 21.2	27	77.3 ± 16.9
	要注意	26	79.6 ± 25.5	29	76.0 ± 18.2
	受診考慮	10	73.5 ± 23.6	8	66.5 ± 30.2
2 メンバーと悩みや苦痛が共有できた	健全	27	79.1 ± 20.9	27	76.1 ± 17.7
	要注意	26	74.2 ± 26.0	29	74.0 ± 19.9
	受診考慮	10	65.4 ± 23.1	8	68.9 ± 21.3
3 メンバーとの仲間意識を感じることができた	健全	27	79.5 ± 20.3	27	79.1 ± 16.0
	要注意	26	68.9 ± 30.0	29	68.1 ± 21.7
	受診考慮	10	58.0 ± 27.7	8	71.9 ± 13.9
4 臨床心理士に相談できると感じた	健全	27	77.6 ± 20.4	27	72.4 ± 20.2
	要注意	26	64.6 ± 27.8	29	66.6 ± 21.1
	受診考慮	10	60.5 ± 29.4	8	62.5 ± 27.2
5 自己の振り返りができた	健全	27	67.8 ± 22.4	27	76.3 ± 17.9
	要注意	26	67.6 ± 24.9	29	66.1 ± 17.4
	受診考慮	10	64.6 ± 27.2	8	53.6 ± 27.8
6 悩みなど十分に聴いてもらえたと感じた	健全	27	72.6 ± 23.7	27	69.3 ± 19.3
	要注意	26	61.1 ± 22.9	29	62.7 ± 21.9
	受診考慮	10	61.7 ± 28.0	8	64.0 ± 24.4
7 悩み・不安・苦痛などが表出できた	健全	27	69.8 ± 21.9	27	68.4 ± 18.3
	要注意	26	59.5 ± 22.7	29	62.8 ± 20.2
	受診考慮	10	64.8 ± 22.1	8	62.0 ± 22.8
8 メンバーのなかに相談できる人がいると感じた	健全	27	71.5 ± 22.0	27	66.9 ± 19.5
	要注意	26	59.4 ± 28.3	29	65.4 ± 19.6
	受診考慮	10	58.5 ± 29.7	8	63.9 ± 24.4
9 悩みや苦痛などへの対処法のヒントを得た	健全	27	72.2 ± 22.8	27	73.3 ± 20.1
	要注意	26	61.3 ± 27.0	29	60.2 ± 23.3
	受診考慮	10	49.9 ± 23.3	8	60.4 ± 16.8
10 悩み・不安感・苦痛などが軽減できた	健全	27	71.5 ± 24.2	27	69.3 ± 18.2
	要注意	26	55.6 ± 25.9	29	59.3 ± 18.8
	受診考慮	10	49.1 ± 22.8	8	48.5 ± 24.6
11 仕事上の自己の課題に対するやる気がわいた	健全	27	65.4 ± 21.0	27	66.0 ± 16.1
	要注意	26	54.2 ± 23.4	29	52.5 ± 20.5
	受診考慮	10	38.5 ± 23.4	8	47.6 ± 27.2
12 仕事への意欲がわいた	健全	27	60.4 ± 24.0	27	65.3 ± 16.2
	要注意	26	50.9 ± 20.8	29	51.0 ± 22.6
	受診考慮	10	34.5 ± 23.4	8	39.1 ± 27.8

[注] 一元配置分散分析後、Bonferroniの多重比較 * : $p < .05$, ** : $p < .01$
12項目全体のCronbachの α 係数: 5月 .94, 9月 .95

4項目のVAS値は、9月グループカウンセリング前の健全群、要注意群、受診考慮群のおおのの平均値について3群間で一元配置分散分析を行った。有意差が認められた2項目は、等分散性の検定後Bonferroniの多重比較を行った。

表5に示すように3群間で有意差があった項目は、「2. 悩みや苦痛などへは自分なりに対処できている」でVAS値が健全群81.7に対して受診考慮群57.5, 「3. 悩みや苦痛などが共有でき頑張っている」が健全群78.9に対して受診考

慮群59.3と、健全群が受診考慮群に比べ有意に高値であった。また、4項目のなかで最も高値であったのは、「1. 同期の同僚やメンバーと励ましあっている」で全体74.6, ついで「2. 悩みや苦痛などへは自分なりに対処できている」68.7, 「3. 悩みや苦痛などが共有でき頑張っている」67.9, 「4. 悩みや苦痛などへの対処法が生かされた」65.4であった。

5. グループカウンセリングに対する要望

グループカウンセリングに対する要望についての結果で

表5 同僚との支援状況の群別比較

順位	項目	群	n	平均値	標準偏差
1	同期の同僚やメンバーと励ましあっている	全体	64	74.6 ± 22.3	
		健全	14	81.7 ± 18.1	
		要注意	35	75.5 ± 23.3	
		受診考慮	15	66.5 ± 22.1	
2	悩みや苦痛等へは自分なりに対処できている	全体	64	68.7 ± 19.6	
		健全	14	81.7 ± 14.8	**
		要注意	35	68.6 ± 18.3	
		受診考慮	15	57.5 ± 19.9	
3	悩みや苦痛等が共有できがなばれている	全体	64	67.9 ± 21.5	
		健全	14	78.9 ± 14.1	*
		要注意	35	67.4 ± 21.5	
		受診考慮	15	59.3 ± 23.7	
4	悩みや苦痛等への対処法が生かされた	全体	64	65.4 ± 21.8	
		健全	14	77.1 ± 15.5	
		要注意	35	62.8 ± 22.8	
		受診考慮	15	60.9 ± 21.6	

[注] 一元配置分散分析後、Bonferroni 多重比較、

*: $p < .05$, **: $p < .01$ 4 項目全体のクロンバックの α 係数: 0.91

は、群間の差はなかったため、調査対象者全体の結果を表6に示した。「1. カウンセリングの機会があつてよかったか」に対して、「よかった」と回答した人が80%以上を占め、「よくなかった」と回答した人は0であった。「2. 年間の実施回数」では、年間に2回から3回を希望する人が80%以上を占めていた。「3. 実施時期」としては、就職から「3か月後」と「半年後」を希望する人が多く、合わせると80%以上を占めていた。「4. 所要時間」は「90分」が最も多く、約70%を占めていた。「5. 実施者」では「臨床心理士」が大多数であり、このほかに「看護師」が2人、「上司」希望は0であった。「6. 実施場所」では「心理室」を希望していた人が最も多く、90%以上を占めていた。

V. 考 察

1. 新人看護師の5月と9月の気分・感情の状態

先行研究(水田, 2004; 近藤, 2003; 堀百合子, 1999; 糸嶺・鈴木・叶谷・佐藤, 2006; Delaney, 2003)では、新人看護師の就職後3か月ごろはこれまで学習してきた技術では対処できない現象への対応や、実習中は患者対看護学生との1対1であった状況が、看護師になったと同時に複数の患者に対応することなども要求され、質的にも量的にも負担が大きくなり、対処困難な状況からの自己評価の低下やリアリティショックが起りやすいたことが明らかになっている。本研究では、リアリティショックを予防するための精神的支援策として1回目のグループカウンセリング

表6 グループカウンセリングに対する要望

	人数 (%)	
	5 月 (n = 70)	9 月 (n = 67)
1. このような機会があつてよかったか		
よかった	60 (85.7)	54 (80.6)
どちらともいえない	6 (8.6)	12 (17.9)
よくない	0	0
無回答	4 (5.7)	1 (1.5)
2. 年間に何回実施希望か		
年に1回	6 (8.6)	8 (11.9)
年に2回	26 (37.1)	33 (49.3)
年に3回	33 (47.1)	23 (34.3)
その他	4 (5.7)	2 (3.0)
無回答	1 (1.4)	1 (1.5)
3. 実施希望時期 (複数回答可)		
就職時	12 (17.1)	16 (23.9)
3か月後	41 (58.6)	30 (44.8)
半年後	20 (28.6)	37 (55.2)
その他	1 (1.4)	4 (6.0)
無回答	1 (1.4)	1 (1.5)
4. 所要時間		
60分	7 (10.0)	22 (32.8)
90分	49 (70.0)	41 (61.2)
120分	10 (14.3)	3 (4.5)
無回答	4 (5.7)	1 (1.5)
5. 実施者 (複数回答可)		
臨床心理士	66 (94.3)	65 (97.0)
看護師	2 (2.9)	2 (3.0)
上司	0	0
その他	1 (1.4)	0
無回答	1 (1.4)	0
6. 実施場所		
心理室	64 (91.4)	65 (97.0)
カンファレンス室	2 (2.9)	2 (3.0)
その他	1 (1.4)	0
無回答	3 (4.3)	0

グを5月中旬に実施したが、本調査結果(表3)では就職後1か月ごろの新人看護師の気分・感情の状態は、すでに90%近い人が健全な状態から逸脱しており、とくに緊張感や不安感が強く当惑している状況であることが明らかになった。また、先行研究によると、就職後の最初の1年間は心身の疲弊度が高く(平松・村山・滝尾・杉本, 2000; 大下・佐々木・村上・平田, 2001; 大沼・星野・本田・松邑, 1996)、6月と9月時点では新人看護師の半数近くに離職願望(奥村, 2005)があった。本調査結果でも、9月グループカウンセリング前には、要注意群と受診考慮群の人が80%近くを占めていた(表3)。就職後6か月が経過したころの新人看護師は、職場の人間関係も形成されつつある時期かと考えるが、同僚や先輩との支援の関係や肯定的関係が築けない場合は、解決困難な状況が持続している

ことも予想される。就職後6か月ごろにおいても精神的支援を継続して行う必要性を再認識した。

2. グループカウンセリングに対する主観的評価

主観的評価値が高値であった項目は、5月・9月ともに「1. 類似した悩み等を抱えていることがわかった」「2. メンバーと悩みや苦痛が共有できた」「3. メンバーとの仲間意識を感じることができた」であった(表4)。グループカウンセリングの場で類似した悩みや問題を抱えるもの同士で語り合う体験は、安心感を得たり、緊張や不安感、抑うつや落ち込み感、当惑した気分などを軽減させる効果をもたらしたのではないかと考える。山田・小竹・福本・福田・三島・永田(2006)とJennifer, G. (1998)は、新人看護師へのストレス軽減への取組みとして、Reflective Practiceの変法であるリフレクションワークを実施している。同僚のグループによるReflective Practiceによって、自己への洞察を深め、自己への陰性感情を制御できるようになることで、ストレスに対して適切に対処できるようになる。また、自発性や自己評価の高まりも期待できるという。今回の結果でも、9月の「5. 自己の振り返りができた」では、受診考慮群(53.6)に比べ健全群(76.3)が有意に高値であった。梶田(2000)は、『『振り返る』ことは人間的であるために不可欠の働きであり、人間は『対自的な存在』である。自分自身を振り返る機会や場を設定することは、精神性の教育において伝統的に大きな重要性をもってきた』と述べている。グループカウンセリングは、それまでの自分の仕事に対する姿勢や看護体験を回想する機会にもなり、健全群の値が有意に高いのは「自己を振り返る」営みが自分自身を客観視するとともに、感じている問題や気持ちなどを整理するきっかけとなり、精神面へも効果的に働いていることが推察される。一方、受診考慮群では、5月の値(64.6)より9月の値(53.6)が低下しており、自己の振り返りが効果的にできていないことが精神面へも関連していることが予想される。

「10. 悩み・不安感・苦痛などが軽減できた」「11. 仕事上の自己の課題に対するやる気がわいた」「12. 仕事への意欲がわいた」においても健全群が有意に高値であり、仕事への意欲とともに、その後の問題解決力へも発展してることが期待できると考える。

3. 同僚との支援状況

5月グループカウンセリング後から9月グループカウンセリング前までの同僚との支援状況4項目に関し、9月グループカウンセリング前の群間比較(表5)において、「2. 悩みや苦痛などへは自分なりに対処できている」「3. 悩みや苦痛などが共有できがなげられている」では健

全群が受診考慮群より有意に高値であり、「1. 同期の同僚やメンバーと励ましあっている」「4. 悩みや苦痛等への対処法が生かされた」においても健全群が高値であった。健全群は同僚や仲間とも相談しながら自分なりに対処しているが、受診考慮群では同僚との支援力が低い様子がうかがえた。本田・牛久保(2003)は、仕事継続に影響する要因として、「情緒的安定を与える同僚や家族の存在」「役割を自覚させる患者の存在」「未熟さを実感させ支援する先輩の存在」を明らかにし、鈴木・叶谷・北岡・佐藤(2005)は、同僚の相談相手がいないものはリアリティショックに陥りやすいことを示唆していた。本調査結果からも健全群では同僚との支援の関係ができていたことがうかがえ、同僚の情緒的支援力は重要なサポート要因となることが推察された。今回のグループカウンセリングが同僚との支援的関係づくりに有効であったとは言えないが、5月のグループカウンセリングでメンバーと悩みや苦痛を共有できたり、苦痛を表出したり、仲間意識を感じることができた体験は、同僚との支援的関係づくりのきっかけになったのではないかと考える。

一方、受診考慮群に対する同僚との支援力を形成、または強化するようなサポート体制(鈴木, 2007)については、今後検討が必要であると考えられる。さらに、受診考慮群の新人看護師は自分の言いたいことが言えない、気持ちを話せる相手がいないという状況で、職場の人とのコミュニケーションがうまくとれていない可能性がある。現場の先輩や上司が新人看護師とコミュニケーションをはかることは、彼らに発言の機会を与え、互いを理解する助けになると同時にストレスを発散させる場ともなるため、意識的に話す機会と話しやすい環境を整える必要がある(星野, 2000)。今回の調査は無記名で個人が特定されないため、受診考慮群への個別対応はできないが、看護部、臨床心理士の方に結果を報告し、その後の継続支援の必要性についても認識いただいた。

4. グループカウンセリングに対する要望

グループカウンセリングに対する要望(表6)によると、実施者については、臨床心理士の希望者が90%以上を占め、現場の上司よりも専門家による支援を望んでいることが明らかとなった。また、実施回数については、5月・9月ともに、年間に2～3回実施希望者が80%以上であり、実施時期では5月は3か月後を約6割の人が希望し、9月は半年後を6割近くの人が希望していた。本調査結果から、新人看護師は深刻な悩みを抱えていても、現場の先輩や上司に自ら相談に行く可能性は低いことが予想され、専門家による積極的なアプローチが望ましいと考える。この意味からも就職後の最初の1年間は、複数回は設けるこ

とが望ましく、今回、就職1か月後の5月と就職半年後の9月に実施したのは、適切であったと考える。

星野（2000）は、職場適応を有効に支援する職場環境の要因を「新人を快く受け入れる職場の雰囲気、風土」「個人を尊重した指導」「新人教育担当者への支援体制がある」「新人教育やサポート体制についての学習をしている」「モデルとなる先輩の存在」の5つに集約している。今回の対象施設では、看護部と心理室で協力して新人看護師の精神的支援策としての支援体制を構築されていた。今後は、さらに、個別への支援策に関しても充実していかなることを切に願っている。

VI. 結 論

新人看護師の職場適応に向けた精神的支援策としてグループカウンセリングを実施した。グループカウンセリングは、大部分の新人看護師の気分・感情の状態の改善に効果的であることが示唆された。また、健全群には、同僚との支援の関係づくりができていた人が多かった。グループカウンセリングの実施者としては、大部分が臨床心理士を希望していた。

要 旨

目的：新人看護師の精神的支援策として臨床心理士がグループカウンセリング（以下、G.C.）を行い効果や影響について検討した。

方法：2006年5月と9月にG.C.を行い、調査に同意した5月63人、9月64人を解析対象とした。気分・感情状態は日本語版POMS短縮版で調査し、G.C.後に主観的評価12項目、9月は5月G.C.以降の同僚との支援状況4項目を調査した。対象者を健全群、要注意群、受診考慮群に分類し、3群間で比較した。

結果：5月・9月ともに、G.C.後は健全群が有意に増加していた。主観的評価では「自己の振り返りができた」他3項目、同僚との支援状況では「2. 悩みや苦痛などへは自分なりに対処できている」「3. 悩みや苦痛などが共有できがなばれている」で、それぞれ健全群が有意に高値であった。

結論：G.C.は、新人看護師の精神的支援策として効果的であることが示唆されたが、受診考慮群ではさらに個別支援が望まれる。

文 献

- Delaney, C. (2003). Walking a fine line-graduate nurse' transition experiences during orientation. *J Nurse Education*, 42(10), 437-443.
- 平松明子, 村山淑子, 滝尾陽子, 杉本正子 (2000). 入職1年目ナースにみられた6か月後のリアリティショックと対策に関する要因. 第30回日本看護学会論文集 (看護管理), 93-95.
- 本田彰子, 牛久保美津子 (2003). 新卒1年目の臨床現場での体験 — 職場適応の実際と他者の存在 —. 千葉大学看護学部紀要, 26, 39-43.
- 星野恵美子 (2000). 日々のかかわりの中での職場適応支援. 看護展望, 25(5), 21-25.
- 堀百合子 (1999). 新人看護婦の職場適応過程におけるプリセプターシップの効果. 看護展望, 24(7), 814-821.
- 糸嶺一郎, 鈴木英子, 叶谷由佳, 佐藤千史 (2006). 大学病院に勤

VII. 研究の限界と今後の課題

今回の研究では、対象施設が1施設であり対象者数も限られているため、一般化するには限界がある。また、グループカウンセリングは施設内の5人の臨床心理士が実施にあたった。事前の打ち合わせ等は十分に行ったが、実施内容に若干の相違が生じた可能性はあったと推察される。また、今回は質問紙のみによる調査であったため、調査紙の妥当性についてはさらなる検討が必要であり、調査紙による限界もある。今後は面接調査による本研究結果の背景についても解明が必要と考える。

謝 辞

本研究に際し、快くご協力頂きました聖マリア病院の看護部の方々をはじめ、臨床心理士の方々および新人看護師の方々に心より感謝申し上げます。また、本研究にあたり、研究計画の段階より実施に至るまで多大なるご指導を賜りました、佐賀大学医学部看護学科井上範江教授に深謝致します。

務した新卒看護者のリアリティショックに関与する要因. 日本看護研究学会雑誌, 29(4), 63-70.

Jennifer, G. (1998). The role of reflection in single and double loop learning. *J Advanced Nursing*, 27: 1048-1053.

梶田叡一 (2000). 教育評価. pp.119-123, 東京:放送大学教育振興会.

近藤美月 (2003). 新人看護師のリアリティショックに関する縦断的研究 — リアリティショックに陥る時期と要因の関連性について —. 第33回日本看護学会論文集 (看護管理), 257-259.

厚生労働省医務局 (2004). 「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書.

水田真由美 (2004). 新卒看護師の職場適応に関する研究 — リアリティショックと回復に影響する要因 —. 日本看護研究学会雑誌, 27(1), 91-99.

- 中村和代, 井上範江, 分島るり子 (2011). 新人看護師の精神的支援策としてのグループカウンセリングの効果. 看護展望, 36(8), 82-87.
- 野島一彦 (1989). エンカウンターグループ. 心理臨床, 2(4), 295-300.
- 奥村元子 (2005). 新人ナースはなぜ辞める? : 2004「新卒看護職員の早期離職等実態調査」(速報)に見る離職の背景と病院現場での取り組み. 看護, 57(11), 82-86.
- 大沼扶久子, 星野恵美子, 本田良子, 松呂美子 (1996). 卒後1年目看護婦の職場適応の実態(第1報) — POMSとストレス認知の分析から —. 第27回日本看護学会論文集(看護管理) 165-167.
- 大下佳代子, 佐々木とも実, 村上智恵美, 平田佳子 (2001). 新人看護婦を取り巻くストレス — ストレス要因別負荷量とバーンアウトスケールを用いて —. 看護学統合研究, 2(2), 16-24.
- 鈴木英子, 叶谷由佳, 北岡和代, 佐藤千史 (2005). 大学病院に勤務する新卒看護職の職場環境およびアサーティブネスとバーンアウトリスク. 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 89-99.
- 鈴木英子 (2007). 新卒看護師の早期退職に関する文献研究. 看護, 59(12), 89-93.
- 漆崎一郎 (2001). 新QOL調査と評価の手引. pp.25-38, 東京: メディカルレビュー社.
- 横山和仁 (2005). POMS短縮版手引きと事例解説. pp.1-8, p.101, 東京: 金子書房.
- 横山和仁 (2002). 診断・指導に活かすPOMS事例集. pp.1-6, 東京: 金子書房.
- 山田達治, 小竹友子, 福本弘子, 福田直子, 三島徳雄, 永田頌史 (2006). 看護師のストレスとストレス軽減の取組み. 臨牀看護, 32(1), 29-33.

〔平成24年4月12日受 付〕
〔平成24年11月13日採用決定〕

患者とのコミュニケーション困難場面における 看護学生の「解説、問題解決、感情」との関連

The Relationship between “Decoding, Problem Solving, and Affect” among
Nursing Students Facing Communication Problem with Patients

阿 部 智 美
Tomomi Abe

キーワード：コミュニケーション、看護学生、臨地実習、問題解決、感情

Key Words：communication, nursing student, clinical training, problem solving, affect

はじめに

看護において、患者とのコミュニケーションは患者との関係形成や患者のニーズの把握などを目的として行われ、看護者にとって必要不可欠なものである。しかし、看護学生のコミュニケーション能力の不足が指摘され、コミュニケーションの教育内容の強化が明示されている（厚生労働省医政局看護課，2007）。いま、看護学生のコミュニケーション能力の向上のための取り組みが必要とされている。

対人関係を円滑に運ぶための知識や能力、コミュニケーション技術を意味する概念として社会的スキルがある（堀毛，1991）。社会的スキルはソーシャルスキルとも表現される。相川（2009）は『ソーシャルスキル生起過程モデルv.3』として、相手の反応を解説し、対人目標と対人反応を決定し、感情を統制したうえで対人反応を実行する過程、を提唱している。「相手の反応の解説」過程は、相手がこちらに対して実行した対人反応を解説する過程で、相手が示すさまざまな言語反応、非言語反応を知覚し、総合的に意味のある情報として受け入れる。「対人目標と対人反応の決定」過程は、眼前の対人状況にいかに対応すべきか目標を決定し、これを達成するための反応を決定する過程である。この過程では、問題解決のスキルがかかわっている。「問題解決」とは、対人関係に関する葛藤やトラブルを一つの問題ととらえ、その問題を解決するのに効果的な解決策を考え出し、そのなかからもっとも効果的なものを選択するまでの一連の過程のことを示している。「感情の統制」過程は、ここまでの過程で生じたいくつかの感情をコントロールする過程である。この過程では、相手の反応の解説過程で生じる対人情動と対人目標と対人反応の決定過程に伴う感情があり、「喜び」のような肯定的感情、「不安」のような否定的感情がある。これらの情動や感情

は、ソーシャルスキルの実行を妨害することがある。これらの感情をどの程度統制できるかは、ソーシャルスキルの実行に影響する。ソーシャルスキルのトレーニングでは、相手の反応の解説などソーシャルスキルが生起するまでの過程をアセスメントすることによって、トレーニング・プログラムが組まれる、と相川は述べている（2009, p.82-111, p.112-140, p.167-205, p.238-272）。

本研究では、看護学生が患者とのコミュニケーションを難しいと感じた場面において、患者の反応の「解説」、対人目標と対人反応の決定に対応する「問題解決」、学生の「感情」といった過程のどこが課題となっているのかを明らかにすることが必要である、と考えた。また、看護学生のコミュニケーションの特徴として、「解説、問題解決、感情」といった認知過程を明らかにすることで、患者とのコミュニケーション困難場面での指導についてより具体的な示唆が得られる、と考えた。本研究では、患者とのコミュニケーション困難場面として、看護学生が実習で経験した患者とのコミュニケーションを難しいと感じた場面と、相川の『ソーシャルスキル生起過程モデルv.3』をもとに、看護学生のコミュニケーションの特徴として、「解説、問題解決、感情」を把握することとする。

先行研究において、看護学生の患者とのコミュニケーション困難場面での要因として、対象の理解が不足していた、対応方法がわからない、緊張、などが示されている（高橋・鹿村・須藤，2005；岩脇・滝下・松岡，2007；石井，2007）。これらにはソーシャルスキルの生起過程と対応した課題がある、と考えられる。たとえば、対象の理解不足といった「解説」、対応方法がわからないといった「問題解決」、緊張、など学生の「感情」に関する課題がある、と考える。さらに、「解説、問題解決、感情」の課題間に関連があることも推察できる。先行研究では、看護学

生は患者への気づかいや推測から自らの発言を制限し、患者への意思伝達が困難になっていることや、患者にどのように返したらよいのかに躊躇しており、逃避的態度になる、との報告がある（岩崎・有岡・赤星・太田，1999；大池・鬼村・村田，2000）。しかし、このような先行研究において、気持ちについての振り返りが少なく、抽象的表現や曖昧な表現からカテゴリ化せざる得ないことも指摘されている（岩崎ら，1999；高橋ら，2005）。患者とのコミュニケーション困難場面における「解説、問題解決、感情」を把握するためには、学生の記述から明確にできない部分もあるため、定量的な測定が必要であると考えた。そこで、本研究では、より客観的なデータが得られるように尺度を用いた質問紙調査を行うこととした。

また、患者とのコミュニケーション困難場面については、先行研究では、会話中に沈黙がある、援助を断られた、などのさまざまな場面状況や小児などの対象のライフステージ、疾患や障害などの多様な患者状況が示されている（高橋ら，2005；岩脇ら，2007；石井，2007）。看護学生の患者とのコミュニケーション困難場面は、場面状況や患者状況といった複数の視点から把握することが必要であると考ええる。また、さまざまな困難場面によって、看護学生が患者とのコミュニケーションを難しいと感じる程度も異なることが考えられる。そのため、コミュニケーション困難場面の「困難度」も把握することが必要である、と考える。

本研究では、看護学生のコミュニケーション教育に向けた基礎的な資料を得るために、患者とのコミュニケーション困難場面と看護学生のコミュニケーションの特徴を明らかにすることを目的とする。看護学生のコミュニケーションの特徴として、「解説、問題解決、感情」の3つに焦点を当てて把握する。

I. 研究方法

1. 調査対象

看護系大学12校の看護学実習をすべて終了した学生1,091名を対象とした。

2. 調査期間

調査期間は2009年12月から2010年12月にかけて行った。

3. 調査方法

日本看護系大学協議会の会員校名簿から抽出した看護学実習が終了した看護系大学の代表者に研究協力の同意を得て、学生に研究協力の説明書、質問紙等の配布を依頼した。配布方法は、講義終了後等の学生が集合したときに配布を依頼した。学生には質問紙の提出をもって研究協力へ

の同意とした。質問紙の回収は、無記名による個別郵送または回収箱への提出とした。

4. 調査内容

a. 基本的属性

年齢、性別、学年

b. 患者とのコミュニケーション困難場面

(1) 場面状況

困難場面を簡単に記述した後、学年、実習名、担当からの日数を記述させ、その困難場面での患者とのコミュニケーションの目的について「患者との関係形成」「患者ニーズの把握」「日常生活援助の実施」「治療、検査、処置の介助、実施」「苦痛や不安の緩和」「患者への指導、教育」「その他」の7項目の選択で回答を求めた。

(2) 患者状況

患者の性別、年齢を選択し、病期は「急性期」「回復期」「慢性期」「終末期」「その他」の5項目、患者の状況は「意識障害があった」「言語障害があった」「聴力障害があった」などの9項目から、それぞれ選択で回答を求めた。

(3) 「困難度」

患者とのコミュニケーションを難しいと感じた程度を「その困難場面で、患者さんとのコミュニケーションを難しいと感じた程度は、どれくらいですか？」と問い、1～10件法（全く難しくなかった＝1点～かなり難しかった＝10点）で回答を求めた。

c. 「解説、問題解決、感情」の測定

(1) 「解説」

「相手の反応の解説」過程にあたる「解説」は、藤本・大坊（2007）のENDCOREsの下位因子の「解説力」を使用した。「解説力」はコミュニケーション・スキルの基本スキルであり、「相手の考えを発言から正しく読み取る」「相手の気持ちをしぐさから正しく読み取る」「相手の気持ちを表情から正しく読み取る」「相手の感情や心理状態を敏感に感じ取る」の4項目からなる。この尺度は「得意－苦手」からなる7件法で測定しているが、本研究では困難場面でのスキルを尋ねることから、「できる－できない」からなる7件法（かなりできていない＝1点～かなりできていた＝7点）で回答を求めた。ENDCOREsの「解説力」は高いCronbachの α 係数（＝.93）が確認されており、既存のスキル尺度や性格特性との関連、コミュニケーション行動傾向への影響が検討されている。この尺度は全項目の点数を合計し得点化した。本研究でのCronbachの α 係数は.84であった。

(2) 「問題解決」

「対人目標と対人反応の決定」過程にあたる「問題解決」

には、杉浦（2007）の『認知的統制尺度』の下位因子の「論理的分析」を使用した。「論理的分析」は問題状況や自分の認知を客観的に検討しようとするスキルであり、「どうしたらよいか、思考や行動の選択肢をいくつか考えられる」「そうなった理由をいくつか考えられる」「その状況の良い面と悪い面を考え、行動の可能性を探ることができると思う」「そのことが自分にとって何を意味しているか落ち着いて考えられる」「自分の状況の捉え方、ものの見方のくせについて考える」「問題を解決するような想像をする」の6項目からなる。この尺度の評定法に従い、本研究でも4件法（全くできない＝1点～確実にできる＝4点）で回答を求めた。『認知的統制尺度』の「論理的分析」の α 係数は.79で、内的整合性は確認されており、自己効力感との関連から妥当性が検討されている。この尺度は全項目の点数を合計し得点化した。本研究でのCronbachの α 係数は.77であった。

(3) 「感情」

「感情の統制」過程にあたる「感情」には、佐藤・安田（2001）の日本語版PANASを使用した。この尺度は「感情ならびに気分」を測定するものであり、①ポジティブ情動、②ネガティブ情動の2因子から構成され、16項目からなる。ポジティブ情動は「活気のある」「気合いの入った」「きっぱりとした」など8項目、ネガティブ情動は「びくびくした」「おびえた」「うろたえた」など8項目からなる。この尺度の評定法に従い、本研究でもその場面での「感情ならびに気分」を6件法（全く当てはまらない＝1点～非常によく当てはまる＝6点）で回答を求めた。日本語版PANASの2因子構造はきわめて安定しており、また、各因子の内的一貫性も高い（いずれも $\alpha = .80$ 以上であった）。さらに、気分導入下での評定値から、各尺度が目的どおりポジティブ情動とネガティブ情動を測定していることが示されている。この尺度は2因子それぞれで合計し、得点化した。本研究でのCronbachの α 係数は、ネガティブ情動.79、ポジティブ情動.85であった。

5. 分析方法

患者とのコミュニケーション困難場面は、項目ごとに集計を行い、その特徴を把握した。「困難度」「解説」「問題解決」「感情」は、患者とのコミュニケーション困難場面の項目ごとに集計した。「困難度」と「解説、問題解決、感情」の関連については、Pearsonの積率相関係数を算出した。また、「解説」から「問題解決」へ、「問題解決」から「感情」へ、そして「感情」から「困難度」への関連を仮定して、重回帰分析（強制投入法）を繰り返して行い、検討した。分析にあたって、統計解析には『IBM SPSS Statistics 19』を使用した。

6. 倫理的配慮

日本看護系大学協議会の会員校名簿から抽出した看護系大学の代表者に、看護学実習が終了する時期に、研究目的・方法、倫理的配慮について記載した説明書と質問紙を送付し、研究協力を依頼した。研究協力の同意が得られた大学に、学生への説明書と質問紙の配布を依頼した。対象者が研究に協力するか否かについては、説明書、質問紙を読み、選択できるように配慮した。また、対象者の自由意思に基づいて回答が行われるように、質問紙は「個別郵送または回収箱による回収」とした。質問紙は無記名回答とし、質問紙の提出をもって研究協力への同意とした。説明書に記載した倫理的配慮については、研究への協力は自由であること、断った場合でも不利益が生じないこと、研究データおよび結果は研究の目的以外に使用しないこと、などを記載した。なお、本研究は所属研究機関の倫理委員会の承認（承認番号2009009）を得て行った。

Ⅱ. 結 果

回答は221名（回収率20.3%）から得られた。1項目以上の記入漏れがあるものを除いた有効回答者192名（有効回答率86.9%）を分析対象とした。分析対象の平均年齢は21.9歳（SD = 1.72）であった。性別は男性22名（11.5%）、女性170名（88.5%）であった。

1. 患者とのコミュニケーション困難場面と看護学生のコミュニケーションの特徴

a. 場面状況の特徴

コミュニケーション困難場面の学年では、人数では3年生119名（62.0%）、ついで4年生49名（25.5%）の順に多かった（表1）。「困難度」「ネガティブ情動」では1年生の平均値が最も高く、「解説」「問題解決」では1年生の平均値が最も低かった。

実習の内訳では、人数では成人看護学実習62名（32.3%）、ついで老年看護学実習39名（20.3%）、精神看護学実習39名（20.3%）の順に多かった（表1）。その他は総合実習の記載がみられた。「困難度」「ネガティブ情動」では小児看護学実習の平均値が最も高く、「解説」「問題解決」では小児看護学実習の平均値が最も低かった（その他の項目を除く）。

担当してからの日数では、人数では1日目79名（41.1%）、ついで2日目47名（24.5%）の順に多かった（表1）。その他は不明の記載がみられた。「困難度」では13日目が最も高く、「解説」では7日目の平均値が最も低く、「問題解決」では10日目の平均値が最も低く、「ネガティブ情動」では10日目の平均値が最も高かった。

表1 場面状況と困難度、解説、問題解決、感情

(n = 192)

区分	人数 項目	割合 (%)	困難度 平均(点)	SD	解説 平均(点)	SD	問題解決 平均(点)	SD	ネガティブ情動 平均(点)	SD	ポジティブ情動 平均(点)	SD
学年												
1年生	7	3.6	<u>8.7</u>	1.1	<u>11.1</u>	5.6	<u>11.9</u>	3.8	<u>30.4</u>	9.8	15.7	6.6
2年生	17	8.9	7.9	1.8	16.6	4.4	13.3	2.7	28.8	6.6	14.6	6.7
3年生	<u>119</u>	62.0	7.8	1.7	15.6	4.9	14.1	2.7	30.1	7.1	<u>13.7</u>	4.6
4年生	49	25.5	7.7	1.5	14.8	4.6	14.9	2.7	28.1	6.8	16.7	5.7
実習												
基礎看護学実習	29	15.1	7.9	1.7	15.2	5.1	13.5	3.2	28.8	7.5	14.4	6.3
成人看護学実習	<u>62</u>	32.3	7.7	1.7	16.9	4.8	14.5	2.7	28.6	7.5	14.6	5.3
老年看護学実習	39	20.3	7.6	1.4	14.7	4.1	14.4	2.8	29.5	6.3	15.5	5.2
精神看護学実習	39	20.3	8.2	1.6	13.9	4.9	13.8	2.7	30.5	5.9	<u>13.6</u>	5.0
小児看護学実習	9	4.7	<u>8.8</u>	1.2	<u>13.6</u>	4.7	<u>13.4</u>	3.5	<u>35.9</u>	5.5	15.1	4.4
母性看護学実習	5	2.6	7.6	2.3	17.2	4.1	15.8	2.3	27.0	13.7	17.4	6.2
その他	9	4.7	7.1	1.2	14.6	6.0	13.4	2.3	28.9	6.7	14.7	3.7
日数												
1日目	<u>79</u>	41.1	7.7	1.6	14.9	4.8	14.5	2.8	28.1	6.6	16.3	6.1
2日目	47	24.5	8.0	1.5	14.1	4.9	13.8	3.1	31.0	7.1	13.9	4.4
3日目	13	6.8	8.0	2.3	16.8	6.5	13.2	2.3	30.7	6.3	11.2	3.4
4日目	19	9.9	8.1	1.5	17.6	4.4	14.1	2.7	28.5	8.9	12.8	3.7
5日目	13	6.8	7.8	2.2	15.0	4.6	13.8	2.9	28.5	8.2	14.1	6.2
6日目	3	1.6	7.7	1.2	16.0	2.6	13.3	1.5	36.0	8.7	18.3	5.1
7日目	3	1.6	7.3	1.2	<u>13.7</u>	2.9	14.7	3.2	28.0	9.8	<u>11.0</u>	2.6
8日目	4	2.1	7.8	1.0	16.8	2.2	14.0	0.8	33.3	4.0	15.8	3.4
9日目	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
10日目	4	2.1	8.5	1.3	18.3	5.9	<u>12.0</u>	3.8	<u>36.3</u>	4.3	14.3	3.4
11日目	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
12日目	1	0.5	8.0	—	15.0	—	15.0	—	30.0	—	14.0	—
13日目	1	0.5	<u>10.0</u>	—	27.0	—	16.0	—	31.0	—	16.0	—
14日目	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
15日目	1	0.5	9.0	—	16.0	—	15.0	—	36.0	—	<u>11.0</u>	—
その他	4	2.1	7.0	1.4	16.3	2.2	16.0	0.8	27.3	4.8	13.8	2.1
全体	192	100	7.8	1.6	15.3	4.9	14.1	2.8	29.5	7.1	14.7	5.3

〔注〕区分で最も多い人数、困難度、ネガティブ情動は最も高い平均値、解説、問題解決、ポジティブ情動では最も低い平均値に下線を付けている。

困難場面でのコミュニケーションの目的では、患者との関係形成132件、患者ニーズの把握126件の順に多かった(表2)。

b. 患者状況の特徴

コミュニケーション困難場面の患者の性別は、人数では男性89名(46.4%)、女性103名(53.6%)であった(表3)。「困難度」「ネガティブ情動」では女性の平均値が高く、「解説」「問題解決」では女性の平均値が低かった。

年齢は、人数では80歳以上52名(27.1%)、ついで70歳代48名(25.0%)の順に多かった(表3)。「困難度」では10歳代の平均値が最も高く、「解説」では10歳代の平均値が最も低く、「問題解決」では20歳代の平均値が最も低く、「ネガティブ情動」では10歳以下の平均値が最も高かった。

病期は、人数では慢性期91件(47.4%)、ついで急性期

表2 コミュニケーションの目的

(延べ人数: 384)

項目	件数(件)	割合(%)
患者との関係形成	<u>132</u>	68.8
患者ニーズの把握	126	65.6
日常生活援助の実施	65	33.9
不安や苦痛の緩和	37	19.3
患者への指導、教育	14	7.3
治療、検査、処置の介助、実施	9	4.7
その他	1	0.5

〔注〕項目で最も多い件数に下線を付けている。

41件(21.4%)の順に多かった(表3)。その他の記述としては施設入所などがみられた。「困難度」では回復期の平均値が最も高く、「解説」では慢性期の平均値が最も低く、「問題解決」「ポジティブ情動」では終末期の平均値が

表3 患者状況と困難度、解説、問題解決、感情

(n = 192)

区分	人数	割合	困難度		解説		問題解決		ネガティブ情動		ポジティブ情動	
項目	(人)	(%)	平均(点)	SD	平均(点)	SD	平均(点)	SD	平均(点)	SD	平均(点)	SD
性別												
男性	89	46.4	7.7	1.6	15.6	5.2	14.3	2.9	29.4	7.5	<u>14.6</u>	5.6
女性	<u>103</u>	53.6	<u>8.0</u>	1.6	<u>15.1</u>	4.6	<u>14.0</u>	2.8	<u>29.6</u>	6.8	14.8	5.1
年齢												
10歳以下	5	2.6	8.4	1.3	14.2	5.1	15.2	2.6	<u>36.6</u>	6.3	15.6	4.2
10歳代	5	2.6	<u>9.4</u>	0.9	<u>12.4</u>	4.3	13.6	1.1	31.4	4.6	14.8	4.0
20歳代	6	3.1	7.8	1.0	16.3	3.9	<u>12.5</u>	3.6	30.8	11.6	<u>12.2</u>	4.9
30歳代	11	5.7	7.7	1.3	15.9	4.7	15.2	2.9	25.4	7.3	15.9	4.8
40歳代	12	6.3	7.9	1.8	14.5	4.9	14.5	2.4	29.2	9.3	15.7	5.9
50歳代	14	7.3	8.8	1.3	14.1	4.5	13.6	3.0	33.4	5.7	15.4	5.5
60歳代	39	20.3	7.3	2.1	15.9	5.3	13.7	2.9	30.3	6.7	14.3	5.8
70歳代	48	25.0	7.7	1.7	16.5	5.2	14.5	3.0	28.1	7.1	13.0	4.7
80歳以上	<u>52</u>	27.1	7.9	1.2	14.6	4.5	14.0	2.6	29.1	6.2	15.9	5.3
病期												
急性期	41	21.4	7.9	1.5	16.6	3.7	14.9	2.3	28.5	8.9	15.3	5.7
回復期	29	15.1	<u>8.0</u>	1.5	15.4	5.1	14.4	3.0	<u>29.5</u>	6.2	14.0	5.3
慢性期	<u>91</u>	47.4	7.8	1.5	<u>15.0</u>	5.2	13.7	2.9	<u>29.5</u>	6.3	15.0	5.4
終末期	16	8.3	6.8	2.3	16.1	5.2	<u>13.3</u>	3.2	29.4	7.8	<u>12.4</u>	4.9
その他	15	7.8	8.3	1.4	13.2	4.6	14.6	2.6	32.1	7.3	14.7	4.0
全体	192	100	7.8	1.6	15.3	4.9	14.1	2.8	29.5	7.1	14.7	5.3

[注] 区分で最も多い人数、困難度、ネガティブ情動は最も高い平均値、解説、問題解決、ポジティブ情動では最も低い平均値に下線を付けている。

最も低く、「ネガティブ情動」では回復期、慢性期の平均値が最も高かった（その他の項目を除く）。

患者の状況は、認知症45件、精神疾患43件、発声の障害43件の順に多かった（表4）。その他の記述としては呼吸困難、疼痛といった身体的要因、性格や文化・世代的要因などがみられた。

2. 「困難度」と「解説、問題解決、感情」との関連

患者とのコミュニケーション困難場面における「困難度」と「解説、問題解決、感情」との関連を把握するために、「困難度」と「解説」「問題解決」「ポジティブ情動」「ネガティブ情動」とのPearsonの積率相関係数を算出した。「困難度とネガティブ情動」「解説と問題解決」「問題解決とポジティブ情動」に正の相関が得られた。「困難度と解説」「ネガティブ情動と問題解決」「ネガティブ情動と解説」に負の相関が得られた（表5）。

「解説」から「問題解決」へ、「問題解決」から「ネガティブ情動とポジティブ情動」、「ネガティブ情動とポジティブ情動」から「困難度」への関連を仮定して、重回帰分析（強制投入法）を繰り返し行った。その結果、「解説」が「問題解決」に正の関連を示し、「問題解決」が「ネガティブ情動」に負の関連を示し、「問題解決」から「ポジティブ情動」に正の関連が示された。「解説」から「困難

表4 患者の状況

(延べ人数：265)

項目	件数(件)	割合(%)
認知症	<u>45</u>	23.4
精神疾患	43	22.4
発声の障害	43	22.4
言語障害	31	16.1
聴力障害	30	15.6
理解力問題	27	14.0
視覚障害	11	5.7
意識障害	10	5.2
その他	25	13.0

[注] 項目で最も多い件数に下線を付けている。

表5 困難度、解説、問題解決、感情の相関係数

	困難度	解説	問題解決	ネガティブ情動	ポジティブ情動
困難度	—	-.199 **	-.131	.459 **	-.132
解説		—	.245 **	-.146 *	.066
問題解決			—	-.257 **	.314 **
ネガティブ情動				—	-.101
ポジティブ情動					—

* : $p < .05$, ** : $p < .01$

度」に負の関連が示され、「ネガティブ情動」から「困難度」に正の関連が示された（図1）。

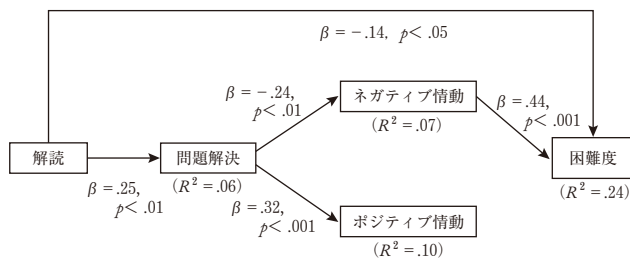


図1 困難度と解説、問題解決、感情との関連

Ⅲ. 考 察

1. 患者とのコミュニケーション困難場面と看護学生のコミュニケーションの特徴

患者とのコミュニケーション困難場面の状況は、学年では3年生が約6割を占めていた。学年の進行に伴い実習も多くなり、患者とのコミュニケーションを難しいと感じる場面を経験する機会も多くなると考える。しかし、「困難度」では1年生が高く、「解説」や「問題解決」が低く、「ネガティブ情動」は高かった。1年生で経験する困難場面では、患者の反応の「解説」ができず、対応に戸惑い、「ネガティブ情動」も強く、「困難度」は高いと考えられる。看護学生は、コミュニケーション技術を学生時代から段階的に習得している、と述べられている（岩脇ら, 2007）。初回の実習においては、学生の学習段階を踏まえて患者の担当を考慮するが、学生が患者とのコミュニケーションを難しいと感じた場面では十分なサポートが必要である、と言える。また、実習では成人看護学実習、老年看護学実習と精神看護学実習の順に多かった。「困難度」では小児看護学実習が高く、「解説」や「問題解決」が低く、「ネガティブ情動」が高かった。小児看護学実習での困難場面は少ないが、患児の反応の「解説」ができず、対応に戸惑い、「ネガティブ情動」も強く、「困難度」は高いと考えられる。小児はコミュニケーションにかかわる能力が発達途上にあるため、小児看護学実習においてもコミュニケーションの困難さが指摘されている。そのため、小児との具体的な遊びの方法を提示した講義や演習、学生の不安の緩和などが必要である、と報告されている（松木・大池・北原, 2003；丸山, 2005）。実習では「解説」や「問題解決」「感情」といった学生の課題に応じたサポートが必要であると考える。担当してからの日数では1日目、2日目の順に多く、両者を合わせると約6割を占めていた。学生は担当して1～2日目に困難場面を経験することが多いと考える。先行研究においても、学生は挫折や葛藤を繰り返しながら人間関係形成の接点をつかむことや、実習の進行に伴って次第に相互関係が深まることが報告されている（水畑・菊井, 2005；岩井ら, 2006）。しかし、「困難度」では担当し

てから13日目が高く、10日目では「問題解決」が低く、「ネガティブ情動」が高い傾向にあった。今回の分析から、担当してからの日数による困難場面でのコミュニケーションの特徴を明確にすることはできなかったが、今後も検討が必要であると考え。コミュニケーションの目的では、患者との関係形成、患者ニーズの把握がそれぞれ全体数の約6割を占めていた。看護学生は、看護援助の基礎であり、実習での中心的な課題となる患者との関係形成、患者ニーズの把握を難しいととらえる傾向にあると考える。

患者とのコミュニケーション困難場面の患者状況は、性別では男女およそ半分かくらいずつであった。年齢では80歳以上、70歳代、60歳代の順に多く、60歳代、70歳代、80歳以上を合わせると約7割を占めていた。それに対して「困難度」では、若年層である10歳代が高く、「解説」ができない傾向にあった。年齢においても、小児看護学実習でのコミュニケーションの特徴を現していると考え。病期では慢性期が約4割を占めていた。慢性期は「解説」が低く、「ネガティブ情動」が高い傾向にあった。患者の状況では認知症、精神疾患などが多かった。看護学生がコミュニケーションを難しいと感じる患者状況は、患者の病期や疾患、障害、年齢など多様な要因があり、1つの場面に複数の要因が重なる傾向もみられた。患者とのコミュニケーション困難場面では、さまざまな要因を理解して、学生をサポートする必要があると考えられる。

場面状況、患者状況の困難場面を概観すると、学生が経験しやすい困難場面と「困難度」が高い場面は異なる場合があると考え。たとえば、困難場面の実習では成人看護学実習が多く、「困難度」は小児看護学実習が高かった。また、困難場面によって看護学生のコミュニケーションの特徴も異なることが考えられる。たとえば、1年生や小児看護学実習では、「解説」や「問題解決」が低い傾向にあった。しかし、終末期や20歳代の患者を担当する場面では、「解説」は区分内の他の項目と比較しても低くはないが、「問題解決」が低い傾向にあった。1年生や小児看護学実習では「解説」ができず、対応方法もわからない状態にあると考えるが、終末期や20歳代の患者を担当する場面では、「解説」はできるが対応方法がわからない状態にある、と推察する。コミュニケーション教育においては、どのような困難場面で、学生は何を難しいと感じているかを把握することが具体的な指導に必要であると考え。

2. 「困難度」と「解説、問題解決、感情」との関連

重回帰分析から、「解説」から「問題解決」「問題解決」から「ネガティブ情動」と「ポジティブ情動」への関連が示された。相川は『ソーシャルスキル生起過程モデルv.3』として、相手の反応を解説し、対人目標と対人反応を決定

し、感情を統制したうえで、対人反応を実行する過程を示している(2009, pp.112-140)。本研究においても「解説、問題解決、感情」の関連が示され、類似する結果が得られたと考える。

また、重回帰分析の結果から、「困難度」に「解説」と「ネガティブ情動」が関連していることが示された。看護学生は、患者の反応の「解説」ができないことや「ネガティブ情動」によって、患者とのコミュニケーションを難しいと感じる程度が高まると考えられる。不安、緊張、あるいは怒りなどが統制できずに、適切にスキルを実行できないことが述べられている(相川, 2009, p.238-272)。患者とのコミュニケーション困難場面でも、「ネガティブ情動」を低減し、「感情」をコントロールすることは重要であると考えられる。また、看護のコミュニケーションは患者のニーズを理解するという特徴がある。患者が何を伝えようとしているのが「解説」できないことは、「困難度」を高めると考えられる。

この結果から、「困難度」を低減するためには「ネガティブ情動」を低減し、「解説力」を高めることが有用ではないかと考える。「ネガティブ情動」を低減するためには、自己教示訓練やリラクセーション法などが紹介されている(相川, 2009, p.238-272)。また、「解説」から「問題解決」、「問題解決」から「ネガティブ情動」の関連が示されたことから、患者の反応の「解説」から患者状況を理解し、患者状況に即した適切な対応を考えて「問題解決」をはかることによって、「ネガティブ情動」の低減に有用なのではないかと考える。「解説力」を高めるためには、相関分析で「解説と問題解決」「解説とネガティブ情動」に関連が示されたことから、患者状況に即した適切なコミュニケーション方法を工夫し、「ネガティブ情動」を抑えて冷静さを保つなど、「感情」をコントロールすることによって、「解説力」を高められるのではないかと考える。

近年、看護者を対象としたソーシャルスキルトレーニングの手法を用いたコミュニケーションスキルトレーニングが紹介されている(千葉, 2001; 本道, 2007)。ソーシャルスキルトレーニングを用いることで、リラックスした雰

囲気で、課題場面から対応方法を考え、具体的に練習できることが報告されている(千葉, 2001; 釜谷, 2002; 山田・櫻井・小山・佐藤・2004; 本道, 2007)。本研究で得られた患者とのコミュニケーション困難場面を取り上げ、「解説」や「問題解決」「感情」などの課題を把握し、課題間の関連も踏まえながら、より効果的なコミュニケーションの教育方法を検討していくことが考えられる。

3. 研究の限界と今後の課題

本研究は、質問紙調査によって対象者の実習経験を振り返り回答を求めた。回答内容は対象者の記憶に影響され、明瞭とは言い切れない可能性もある。質問紙の回収率が低く、対象者に偏りがあることも考えられる。今回、患者とのコミュニケーション困難場面ごとに「解説、問題解決、感情」の関連を検討したが、臨地実習では複数の要因が影響している。全体的な特徴として把握しながら、学生の課題状況に応じた指導が必要であると考えられる。

結 語

本研究は、患者とのコミュニケーション困難場面における看護学生のコミュニケーションの特徴を明らかにすることを目的に、コミュニケーションの特徴として、「解説、問題解決、感情」に焦点を当てて質問紙調査を行った。その結果、患者とのコミュニケーション困難場面と看護学生のコミュニケーションの特徴を把握することができ、「困難度」と「解説、問題解決、感情」との関連が明らかになった。これらの結果は看護学生のコミュニケーション教育をよりよいものにしていくのに役立つと考える。

謝 辞

最後に本研究を行うにあたり、協力してくださいました学生の皆さんに心より感謝いたします。研究の過程で多くのご助言をいただきました皆さまに感謝いたします。なお、本研究は日本行動療法学会第37回大会において発表したものである。

要 旨

目的：本研究の目的は、患者とのコミュニケーション困難場面と看護学生のコミュニケーションの特徴を把握することである。

方法：すべての看護実習を終了した看護学生を対象に質問紙調査を実施した。調査内容は患者とのコミュニケーションを難しいと感じた場面状況と患者状況、コミュニケーションの「困難度」「解説」「問題解決」「感情」とした。

結果：有効回答者192名を分析した(回収率20.3%, 有効回答率86.9%)。患者とのコミュニケーション困難場面は3年生、成人看護学実習が多かった。コミュニケーションの「困難度」は1年生、小児看護学実習が高かった。

重回帰分析から「困難度」と「解説、問題解決、感情」との関連が明らかになった。

結論：患者とのコミュニケーション困難場面と看護学生のコミュニケーションの特徴が明らかになった。これらの結果は、看護学生のコミュニケーション教育をよりよいものにしていくのに役立つと考える。

Abstract

Purpose: This study aims to comprehend difficult situations nursing students face when they communicate with patients and characteristics of their communication.

Method: A questionnaire survey was conducted on nursing students who completed all nursing practices. The survey included the following: situations in which nursing students find it difficult to communicate with patients, patient situations, the level of communication “difficulty”, “decoding”, “problem solving”, and “affect”.

Results: Statistical analysis was performed for a total of 192 valid responses (response rate=20.3% and valid response rate=86.9%). It found that nursing students tended to face difficulty in communicating with patients on the classes of third-year nursing practice and adult nursing clinical practice. The level of communication “difficulty” was also high on the classes of first-year nursing practice and pediatric nursing practice. Multiple regression analysis revealed that the level of communication “difficulty” was associated with “decoding”, “problem solving”, and “affect”.

Conclusion: This study clarified difficult situations nursing students face when they communicate with patients and characteristics of their communication. It suggests that these findings are useful for refining communication education in a nursing school.

文 献

- 相川 充 (2009). 新版 人づきあいの技術 — ソーシャルスキルの心理学. セレクション社会心理学20, 東京:サイエンス社.
- 厚生労働省医政局看護課 (2007). 「看護基礎教育の充実に関する検討会」報告書. Retrieved from <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf>
- 藤本 学, 大坊郁夫 (2007). コミュニケーション・スキルに関する諸因子の階層構造への統合の試み. パーソナリティ研究, 15(3), 347-361.
- 本道和美 (2007). 看護師のコミュニケーション技術向上にSSTを用いて. 日本看護学会論文集 看護管理, 37, 409-411.
- 堀毛一也 (1991). 社会スキルとしての思いやり. 現代のエスプリ, 291, 150-160.
- 石井 香 (2007). 看護学生のコミュニケーションに関する意識 — 日常生活と看護場面におけるコミュニケーションの意識. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 看護教育研究集録, 32, 31-38.
- 岩井浩一, 落合幸子, 本多陽子, 金子昌子, 黒木淳子, 鈴木純恵, 紙野雪香, 大橋ゆかり (2006). 臨地実習における患者 — 看護学生関係の構築に関する研究. 茨城県立医療大学紀要, 11, 123-135.
- 岩崎仁美, 有岡八重子, 赤星誠美, 太田正子 (1999). 初回臨床実習における看護学生のコミュニケーション技術の実態とその指導の方向性 — プロセスレコードの分析より —. 九州国立看護教育紀要, 2(1), 33-39.
- 岩脇陽子, 滝下幸栄, 松岡知子 (2007). 臨地実習における看護学生のコミュニケーション技術の学年ごとの特徴の変化 — 3年課程の看護学生を対象として —. 医学教育, 38(5), 309-319.
- 釜谷咲子 (2002). 実習カンファレンスでも応用できるSSTの利用法. 精神科看護, 29(9), 40-44.
- 丸山浩枝 (2005). 小児看護実習における乳児および幼児前期の子どもを受け持つ学生指導のあり方 — 学生と子どもとのコミュニケーションに焦点をあてて —. 神戸市看護大学短期大学部紀要, 24, 45-53.
- 松木美奈子, 大池美也子, 北原悦子 (2003). 臨地実習における看護学生と小児とのコミュニケーション — 紹介場面の参加観察による分析から —. 九州大学医学部保健学科紀要, 1, 99-104.
- 水畑美穂, 菊井和子 (2005). 臨床実習における学生と患者の人間関係形成におけるプロセス — ベナー及びワトソン理論による分析 —. 川崎医療福祉学会誌, 15(1), 149-159.
- 大池美也子, 鬼村和子, 村田節子 (2000). 初回基礎看護実習におけるプロセスレコードの分析 — コミュニケーションのつまづき場面に焦点をあてて —. 九州大学医療技術短期大学紀要, 27, 9-14.
- 佐藤 徳, 安田朝子 (2001). 日本語版PANASの作成. 性格心理学研究, 9(2), 138-139.
- 杉浦知子 (2007). ストレスを低減する認知的スキルの研究. 24-45, 東京:風間書房.
- 高橋ゆかり, 鹿村真理子, 須藤絹子 (2005). 看護学生の臨地実習におけるコミュニケーションの良否に関わる要因. 群馬パース大学紀要, 1, 19-26.
- 千葉京子 (2001). 看護学基礎教育における社会的スキル訓練. ヘルスカウンセリング, 4(6), 26-31.
- 山田恵己, 櫻井弓子, 小山千秋, 佐藤智子 (2004). 事例検討会がもたらすスタッフへのエンパワメント — SSTの手法を用いて. 日本精神科看護学会誌, 47(1), 492-495.

〔平成24年2月16日受 付〕
〔平成24年12月21日採用決定〕

特長 1 静脈留置針による末梢静脈路確保手技をフルトレーニング
押さえるべきポイントを網羅した実習が可能です。

1. 駆血帯を巻く
2. 刺入部位の確認
3. 刺入部位の消毒
4. 静脈留置針の刺入
5. 刺入時の逆血の確認
6. 静脈圧迫操作と内針の抜去
7. 輸液チューブの接続
8. 輸液の自然滴下確認
9. 静脈留置針刺入部の固定
10. 側注管からの薬液投与

手背静脈
(背側中手静脈)
逆血の確認

特長 2 前腕正中皮静脈と手背静脈(背側中手静脈)の2か所の部位で
実習できます。

特長 3 静脈留置針で行う穿刺手技に適したパッドを実現、耐久性も
向上しました。



皮膚を伸展しながらの刺入が可能



静脈の圧迫操作による内針の抜去



前腕正中皮静脈
静脈留置針刺入部の固定



あらかじめ血管の怒張を表現



取扱いが簡単なパッド構造

MW 2 導尿・浣腸シミュレータ 男性・女性



新開発の導尿用弁で耐久性が向上、
交換も簡単に

MW 8 経管栄養シミュレータ



経管栄養法の手順を総合的にトレ
ーニング

MW 7 血圧測定トレーナ“あつ姫”



習熟度に応じたモード変更で効果的
に学習が可能

US-7 胎児超音波診断ファントム “SPACEFAN-ST”



胎児超音波スクリーニングモデル登場!

実習用アンプル・実習用バイアル **新製品**

KNG-1~KNG-4 12023-100~400 (1セット各100本入り)
注射法の実習に必要な模擬アンプルと模擬バイアルを製品化!



KNG-1 12023-100
実習用アンプル 2mL
(注射液タイプ)
¥25,000 (税込 ¥26,250)

KNG-2 12023-200
実習用アンプル 5mL
(注射用蒸留水タイプ)
¥25,000 (税込 ¥26,250)



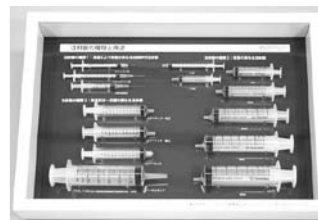
KNG-3 12023-300
実習用バイアル
(注射液タイプ)
¥30,000 (税込 ¥31,500)

KNG-4 12023-400
実習用バイアル
(溶解薬剤タイプ)
¥30,000 (税込 ¥31,500)

注射針 / 注射器の実習用サンプルセット **新製品**

MY-5 12022-500 ¥110,000 (税込 ¥115,500)

注射法の学習用に注射関連器具の実習用サンプルセットを製品化!



● セットの構成

- No. 1 注射器の種類と用途
- No. 2 注射針の種類と用途
- No. 3 輸液ラインの取り扱い
- No. 4 注射針 / 注射器 使用
方法確認セット

2012-13 総合カタログ・単品パンフレットがごございます。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 京都市伏見区北寝小屋町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

看護職の研修や能力開発に最適の書

新刊

看護における実践と研究

——看護科学研究学会の省察的实践

●A5判上製 280頁 定価 3,150円 (本体3,000円+税)

■著者 梶山 委都子

『実践から学ぶ看護職』に続く著者の第二弾。看護職の現場における具体的な実践活動とその省察を通して、専門家としてのあるべき姿に迫る、看護職必携の書。

目次

はじめに

序章

第1章 看護実践能力と学習

第2章 看護科学研究学会の学習活動

第3章 「研修生のレポート」をめぐる会員の学び

第4章 専門家としての看護職の学習、そして実践と研究

終章

好評発売中

成人教育者の能力開発

——P. クラントンの理論と実践

カナダの成人教育者であるクラントンが、自らの教職経験をもとに創りあげた、成人教育者の能力開発の理論と実践をあざやかに描き出した書。

A5判上製 300頁

定価 3,150円 (本体3,000円+税)

著者 渋江 かさね

おとなの学びを育む

——生涯学習と学びあうコミュニティの創造

教え、教わる学びから探求する学びへ、個人の自己実現としての学びから地域や組織の発展につながる学びへ、おとなの学びの新しいパラダイムを示す。

A5判上製 352頁

定価 6,300円 (本体6,000円+税)

著者 三輪 建二

学習する組織とは何か

——ピーター・センゲの学習論

企業の発展の方向性を学習する組織論として説く、P. センゲの理論と実践を見事に描き出した書物。企業内教育担当者をはじめ、学習支援者必携の書。

A5判上製 304頁

定価3,150円 (本体3,000円+税)

著者 中村 香

実践から学ぶ看護職

——科学的看護論と省察的实践論

薄井坦子の『科学的看護論』とD. ショーンの『省察的实践論』をもとに、看護専門家の学習と研究の方向性を示し、実践から学ぶ看護理論の意義を解く画期的な書。

A5判上製 184頁

定価2,415円 (本体2,300円+税)

著者 梶山 委都子

鳳書房

〒157-0072 東京都世田谷区祖師谷 1-25-5 TEL/FAX.03-3483-3723

一般社団法人日本看護研究学会

第18回 九州・沖縄地方会学術集会のご案内

テーマ：看護を科学する力 ― 臨床知と研究知をつなぐ ―

このたび日本看護研究学会第18回九州・沖縄地方会を鹿児島で開催することになりましたので、ご案内申し上げます。

学術集会のメインテーマは「看護を科学する力 ― 臨床知と研究知をつなぐ ―」と致しました。看護における研究は、看護の質の向上を図り、看護に活かすことが求められます。それぞれの立場から看護の価値を見直すとともに、看護を科学するということを一緒に考えたいと思います。多くの皆様のご参加をお待ち致しております。

日本看護研究学会第18回九州・沖縄地方会
学術集会長 小湊 博美

◆日 時：平成25年11月2日（土） 9：00～16：00

◆会 場：鹿児島純心女子大学（薩摩川内市天辰町2365）
アクセス：川内駅から徒歩35分，大学行きバス10分，タクシー7分

◆プログラム

8：30～9：00 受付

9：10～10：10 特別講演Ⅰ「臨床と研究をつなぐ看護研究」（仮）
講師：山勢 博彰（山口大学大学院教授）

10：20～11：20 特別講演Ⅱ「看護を科学する」（仮）
講師：交渉中

11：30～12：00 総 会

12：00～13：00 懇 親 会

13：15～16：00 一般演題（口演・示説）
閉 会

◆一般演題受付期間：平成25年6月17日（月）～8月3日（土）

◆事前参加登録締め切り日：平成25年9月21日（土）

◆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18回九州・沖縄地方会学術集会事務局
〒895-0011 薩摩川内市天辰町2365 鹿児島純心女子大学看護栄養学部看護学科
TEL：0996-23-5311 FAX：0996-23-5030
E-mail：kenkyu18@jundai.k-junshin.ac.jp
※お問い合わせはFAXまたはE-mailでお願いいたします。

日本学術会議の動き

幹事会報告

第164回幹事会（メール会議）

日時 平成24年11月16日（金）

会議の概要

審議事項

- Future Earth アジア太平洋地域ワークショップ出席のため会員を派遣することについて承認されました。
- IAP総会における日本学術会議からの立候補について承認されました。

第165回幹事会（メール会議）

日時 平成24年11月27日（火）

会議の概要

審議事項

- 第20回「ウ・タンと記念講演」の開催について承認されました。

第166回幹事会

日時 平成24年11月30日（金）

会議の概要

審議事項

- 分野別委員会運営要綱の一部改正及び委員、分科会委員、小委員会委員並びに委員の任期延長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設置要綱の一部改正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を設置するとともに、設置要綱及び委員の決定について承認されました。
- 報告「大学教育の分野別質保証のための教育課程

編成上の参照基準 法学分野」を会則第2条4号の報告として取り扱うことについて承認されました。

- 報告「大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準 言語・文学分野」を会則第2条4号の報告として取り扱うことについて承認されました。

- 報告「科学・技術のデュアルユース問題に関する検討報告」を会則第2条4号の報告として取り扱うことについて承認されました。

- 提言「『ひと』と『コミュニティ』の力を生かした復興まちづくりのプラットフォーム形成の緊急提言」を会則第2条3号の提言として取り扱うことについて承認されました。

- 提言「いのちを育む安全な沿岸域形成の早期実現に向けた災害廃棄物施策・多重防御施策・生物多様性施策の統合化の緊急提言」を会則第2条3号の提言として取り扱うことについて承認されました。

- 規則「サイエンスカフェに関する今後の対応について」を改定することについて承認されました。

- 平成24年度代表派遣について、実施計画の一部変更及び実施計画に基づく1-3月期の派遣者の決定について承認されました。

- 地区会議運営協議会委員の追加について承認されました。

- 地区会議構成員の所属地区の変更について承認されました。

- シンポジウム等14件の開催並びに国際会議1件及び国内会議1件の後援について承認されました。

平成25年1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25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。

◆「第3回国際北極研究シンポジウム」

日時 平成25年1月14日(月)～17日(木)

場所 日本科学未来館

次第 14日14時00分～16時15分

今、北極がアツい！

「変わりつつある北極域」大畑哲夫

「極海を航路として使う」山口 一

「グリーンランドの水をとく謎に迫る」

中山由美

◆「物性物理学・一般物理学の未来を語る」

日時 平成25年1月15日(火) 9時45分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「光と物質の科学の展開」五神 真

「プラズマ物理の未来」藤原彰英

「大強度レーザーが拓く基礎科学」疇地 宏

「放射光・中性子線を用いた物質科学の未来」

有馬孝尚

「強磁場コラボラトリで見える新しい物質の

かたち」野尻浩之

「トポロジーと物性物理学」永長直人

「量子情報科学の展望」山本喜久

「非定常現象の統計物理」高安秀樹

◆「持続可能な社会のための科学と技術に関する国際会議—災害復興とリスク対応のための知」

日時 平成25年1月17日(木)～18日(金)

場所 日本学術会議講堂

次第 「基調講演」生源寺眞一／黒川 清／

Mohamed H. A. Hassan

セッション1

巨大自然災害の社会経済的影響

「講演」Ilan Noy／塩路悦朗／岡崎哲二／

森田 朗／Daniel P. Aldrich

セッション2

巨大自然災害におけるフードシステムと

公衆衛生に関する諸問題と解決策

「講演」渡部終五／山下俊一／新山陽子／

Michael W. Hamm Dedi Fardiaz

セッション3

巨大自然災害からの復興と持続可能な

社会に向けた文化的景観の創造

「講演」中井検裕／Peter I. Yanev／

中島正愛／Cristina Castel-Branco／

赤坂憲雄／石川幹子

◆「無機化学の現状と未来：

若い世代が切り開く新しいサイエンス」

日時 平成25年1月17日(木)～19日(土)

場所 分子科学研究所研究棟201号室／岡崎コン

ファレンスセンター

次第 錯体及び有機金属化学の現在と将来

テーマ：無機物性材料／化学機能材料／

多孔性材料／触媒材料／ナノ粒子／

錯体材料

日本学術会議の動き

◆「ヒト生命情報統合研究—国民の健康の礎となる 大規模ゲノムコホート研究」

日時 平成25年1月23日(水)10時30分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「はじめに」 浅島 誠

「次世代シーケンサーの進歩と大規模ゲノムコホート研究」 菅野純夫

「ヒト生命情報統合データベース構築への課題」 高本利久

「最先端質量分析を中心としたコホートへの貢献」 田中耕一

「ビッグデータ：新たな変革の起爆剤」 喜連川 優

「大震災からの創造的復興と東北メディカル・メガバンクプロジェクト」 山本雅之

「医学・医療の新しい動向」 井村裕夫

「ヒト生命情報統合研究に向けた大規模ゲノムコホート事業の推進」 松田文彦

「大規模ゲノムコホート研究への期待」 横田 博

◆「Nagoya Symposium: Frontiers in Structural Physiology」

日時 平成25年1月24日(木) 9時00分～17時40分

場所 名古屋大学豊田講堂

次第 「生体高分子集合体の低温電子顕微鏡らせんイメージを用いた高分解能・ハイスループット解析」 難波啓一

「モーターの構造」 吉川雅英

「チューブリンから泳ぐ細胞まで：微小管の構造と相互作用」 Ken Downing

「2次元結晶から、単粒子解析への低温電子顕微鏡法」 Richard Henderson

「ウイルスの膜融合」 Steve Harrison

「プロスタグランジンと炎症のメディエーターであるロイコトリエンの膜における合成」 Hans Hebert

「構造に指南された創薬開発のための基盤技術」 藤吉好則

「NMRによる膜タンパク質の機能的平衡状態の研究」 嶋田一夫

「インシリコスクリーニングによるGPCRを標的とした創薬開発」 中村春木

「まとめ」 Tom Walz

◆「バイオインフォマティクスのパラダイムシフト —30年後の生命科学の姿を描いて」

日時 平成25年1月25日(金)13時00分～17時30分

場所 名古屋大学ESホール

次第 「生物の学問体系の構築に向けて」 久原 哲

「ビッグデータとしてのゲノム」 宮野 悟

「生物データベースの今後のあり方」 金久 實

「医療現場でのバイオインフォマティクス」

尾崎紀夫

「生命動態におけるバイオイメージング」

渡邊朋信

「国立研究所構想」 美宅成樹

◆「東日本大震災とマイノリティー高齢者・障害者・ 外国人などに関して問わなければならないこと」

日時 平成25年1月27日(日)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「震災と外国にルーツを持つ人びと」

鈴木江理子

「震災と障害を持つ人びと」 立岩真也

「震災と高齢者／子ども」 和気純子

「震災・メディア・情報難民」 遠藤 薫

◆日本学術会議九州・沖縄地区会議学術講演会

「グローバル社会と共生社会」

日時 平成25年1月29日(火)14時00分～16時00分

場所 那覇テンプスホール

次第 「琉球王国時代の手紙―歴史の『場面』を考える」

高良倉吉

「元寇沈船の発見―水中考古学の世界」

池田栄史

◆「第二段階に入ったワークライフバランスの課題」

日時 平成25年1月29日(火)14時00分～16時30分

場所 日本学術会議会議室

次第 「講演」永瀬伸子／久本憲夫／松原光代／

清水谷論

◆「ICT(情報通信技術)の将来展望と課題解決に向けて
―期待される人材とその育成方策」

日時 平成25年1月30日(水)13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「オリジナリティの発現力に富む科学技術人

材の育成について」保立和夫

「工学教育への期待」辻 篤子

「ICT分野の将来展望」宮原秀夫

◆「自然災害国際ネットワークの構築に向けて：

固体地球科学と市民との対話」

日時 平成25年2月1日(金)13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「問題提起」小川勇二郎

「国際統合自然災害研究(IRDR)と政策上の

問題点」竹内邦良

「地震と古地震、津波」佐竹健治

「津波堆積物」後藤和久

「津波工学」佐藤慎司

「活断層」佃 榮吉

「地殻変動」池田安隆

「地すべり」千木良雅弘

「海底地すべり」川村喜一郎

「火山災害」高橋正樹

「火山災害とG-EVER」宝田晋治

◆「震災復興とジェンダー」

日時 平成25年2月23日(土)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「報告」岡田知弘／遠藤智子／山地久美子／

大沢真理

◆「初等・中等教育課程における『ヒトの遺伝学』

日時 平成25年3月1日(金)14時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「基調講演」金澤一郎

「パネルディスカッション」

斎藤成也／大隅典子／高田史男／斎藤加代子／

福嶋義光／町野朔／菱山 豊

日本学術会議の動き

幹事会報告

第167回幹事会

日時 平成24年12月21日（金）

会議の概要

審議事項

- 東日本大震災に係る学術調査検討委員会の委員の決定について承認されました。
- 原子力利用の将来像についての検討委員会の運営要綱の一部改正について承認されました。
- 国際委員会の運営要綱の一部改正について承認されました。
- 分野別委員会の運営要綱の一部改正及び委員、分科会委員の決定について承認されました。
- 第二部ゲノムコホート研究体制検討分科会小委員会の設置について、承認されました。
- 回答「アジアの大都市制度と経済成長に関する検証および日本への示唆」を日本学術会議会則第2条第5号の「回答」として取り扱うことについて承認されました。
- 報告「第22期学術の大型施設計画・大規模研究計画に関するマスタープラン策定の方針」を日本学術会議会則第2条第4号の「報告」として取り扱うことについて承認されました。
- 平成24年度代表派遣について、実施計画の一部変更が承認されました。
- 第25回科学計画・評価委員会（CSPR）に会員を派遣することについて承認されました。
- シンポジウム等16件の開催について承認されました。

○国内会議の後援をすることについて承認されました。

○「テレビ会議の実施について」を決定すること、また関連する規定を改正することについて承認されました。

平成25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25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。

◆「天文・宇宙物理分野の将来計画」

日時 平成25年2月17日・18日9時00分～17時00分

場所 東京大学理学系研究科小柴ホール

次第 「光赤外線天文分野の将来計画」 岩室史英

「宇宙電波天文学分野の将来計画」 百瀬宗武

「宇宙線研究分野の将来計画」 伊藤好孝

「高エネルギー宇宙分野の将来計画」 山内茂雄

「個別プロジェクトに関する報告」

家正則／中川貴雄 他

◆「ユーロ危機とヨーロッパの政治経済」

日時 平成25年2月17日（日）13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

日本学術会議の動き

次第 「ユーロ危機の起源、進行、打開策」 Robert Boyer
「中・東欧の共産党体制後の体制移行とユーロ危機」 Ivan T. Berend
「ヨーロッパとEUにおけるドイツの役割」
Wolf Gruner

◆「責任ある研究活動」の実現に向けて」

日時 平成25年2月19日(火)14時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「我が国における研究活動の不正行為の防止に向けた取組と諸外国の動向」 浅島 誠
「研究者の行動規範と研究活動の不正行為の防止に向けた日本学術会議の取組」 小林良彰
「『研究活動の不正行為への対応のガイドライン』対応状況調査の結果について」 斎藤尚樹
「早稲田大学における責任ある研究活動への取組み」 深澤良彰
「大学教員の能力開発と研究者倫理教育について」 羽田貴史
「研究者育成の為の行動規範教育の標準化と教育システムの全国展開について」 市川家國

◆「震災復興とジェンダー」

日時 平成25年2月23日(土)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「震災からの地域再生と復興事業の課題」
岡田知弘
「震災復興における包括的支援の課題」
遠藤智子
「東日本大震災からの復興と都市政策の課題」
山地久美子

「学術会議の東日本大震災への対応とジェンダーの視点」 大沢真理

◆「日本がリードするビッグデータ新世紀」

日時 平成25年2月27日(水)13時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「ビッグデータが牽引するスマート成長」
古川一夫
「Big Data Project by NSF」 Keith Marzullo
「Health Care Innovation through Watson」
武田浩一

◆「アフリカに暮らす人たちとその環境

—北の大地からアフリカへの貢献—

日時 平成25年3月1日(金)10時00分～17時30分
場所 北海道大学学術交流会館大講堂
次第 第1部「アフリカの環境—緊急の研究課題はなにか?—」
「Environmental Pollution in Africa」
Lawrence IN. Ezemonye
「Challenges of Water Management in Zambia」 Imasiku Nyambe
「Multidisciplinary Approach of African Studies to Understand the African Political System」 鍋島孝子
「Effect of mining activity on wild and domestic animals」 池中良徳
「Children's health and the environment in Africa」 山内太郎
第2部「学術はどのようにアフリカに貢献しようとしているか」

「アフリカの人が求める学術研究とその研究
による成果（仮）」宮道一千代
「社会科学はアフリカにどう向かい合ってきたか」高橋基樹
「アフリカ諸国の環境汚染の現状と共同研究
の取り組み」石塚真由美
「貧困問題への水・衛生からのアプローチ」
船水尚行

◆「初等・中等教育課程における『ヒトの遺伝学』教
育の推進と社会における遺伝リテラシーの定着」

日時 平成 25 年 3 月 1 日(金)14 時 30 分～17 時 00 分
場所 日本学術会議講堂
次第 「基調講演」金澤一郎
「パネルディスカッション」
斎藤成也／大隅典子／高田史男／斎藤加代子
／福岡義光／町野朔／菱山豊

◆「第 62 回理論応用力学講演会」

日時 平成 25 年 3 月 6 日(水)～8 日(金)
場所 東京工業大学大岡山キャンパス

◆「『若手研究者問題』と『情報系』」

日時 平成 25 年 3 月 7 日(木)10 時 00 分～12 時 00 分
場所 東北大学川内キャンパス

◆「情報をライフラインに」

日時 平成 25 年 3 月 7 日(木)13 時 00 分～17 時 15 分
場所 東北大学川内キャンパス
次第 「災害に強い無線通信ネットワークを目指し
て」安達文幸

「地震防災におけるビッグデータ」青井 真

◆「医学研究における利益相反マネジメントの在り
方を考える」

日時 平成 25 年 3 月 7 日(木)14 時 00 分～17 時 30 分
場所 東京医科歯科大学 M&D タワー 鈴木章夫記念
講堂
次第 「研究班と本調査研究について」水谷修紀
「臨床研究 COI の重要性」文部科学省科学技
術・学術政策局
「学会の取組み（日本医学会の活動について）」
曾根三郎
「研究者の立場から臨床研究における COI マ
ネジメントへの対応について」宮坂信之
「医学研究 COI マネジメントガイドライン発
表」飯田香緒里

◆「先端計測 2013」

日時 平成 25 年 3 月 12 日(火)10 時 00 分～17 時 00 分
場所 日本学術会議講堂
次第 「バーチャルリアリティとテレプレゼン
ス」館 暁
「痛みの分かる材料・構造の為に光ファイバ
神経網技術の展開」保立和夫
「MEMS-in-TEM によるナノ接合の破壊、熱
伝達、固相拡散のその場観察」藤田博之
「感性バイオセンサ」都甲 潔
「万物は情報を発信するー安全安心社会実現
のためのセンシング技術」板生 清
「スマート農業と植物 Phenomics のためのセ
ンシング技術」亀岡孝治

日本学術会議の動き

幹事会報告

第168回幹事会

日時 平成25年1月25日(金)

会議の概要

審議事項

- 原子力利用の将来像についての検討委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 国際委員会小分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正並びに委員会委員、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。
- 分野別委員会合同分科会第二部ゲノムコホート研究体制検討分科会小委員会の委員構成の変更について承認されました。
- 提言「地質地盤情報の共有化に向けて一安全・安心な社会構築のための地質地盤情報に関する法整備」を会則第2条第3号の提言として取り扱うことについて承認されました。
- 声明「科学者の行動規範一改定版」を会則第2条第2号の「声明」として取り扱うことについて承認されました。
- 産学官連携功労者表彰要領の一部改正について承認されました。
- Gサイエンス学術会議出席のため会員等を派遣することについて承認されました。
- アジア学術会議第13回会合及び第14回会合に係る打合わせのため会員を派遣することについて承認されました。
- 日本学術会議とブルガリア・アカデミーとの二国

間会議「持続可能性に向けた日本とブルガリアとの共同研究」(仮題)を開催することについて承認されました。

- シンポジウム等9件の開催及び国内会議1件の後援について承認されました。

平成25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25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。

◆「先端計測2013」

日時 平成25年3月12日(火)10時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「バーチャルリアリティとテレプレゼンタンス」
舘 暲

「痛みの分かる材料・構造の為に光ファイバ神経網技術の展開」保立和夫

「MEMS in-TEMによるナノ接合の破壊、熱伝達、固相拡散のその場観察」藤田博之

「感性バイオセンサ」都甲 潔

「万物は情報を発信するー安全安心社会実現のためのセンシング技術」板生 清

「スマート農業と植物 Phenomicsのためのセンシング技術」 亀岡孝治

◆「若手研究者たちと考える、君達の、そして日本の未来」

日時 平成25年3月16日(土) 15時30分～17時00分

場所 京都パルスプラザ

◆「災害と環境教育

ー内発的なESDからの復興の道筋の展望ー」

日時 平成25年3月17日(日) 12時30分～18時00分

場所 日本学会会議講堂

次第 「災害と環境思想」 桑子敏雄

「災害と復興における『ひと』と『コミュニティ』の『力』」 鳥居敏男／畠山 信／千葉正海

「災害と復興における教育の課題」 阿部正人

「失われた自然と地域の人たちの関わりについての聴き取りアーカイブの作成と復興計画への展開」 久村美穂／宮内泰介

「福島現場と災害教育の取り組み」 進士 徹

「災害から学ぶ」 広瀬敏通

◆「世界の食料問題へ期待が高まる太陽光植物工場のイノベーション」

日時 平成25年3月18日(月) 13時30分～16時30分

場所 日本学会会議講堂

次第 「太陽光植物工場における俯瞰的科学技術の流れ」 橋本 康

「太陽光植物工場へのSPA技術の実装に向けて」 高山弘太郎

「商業用太陽光植物工場の更なる普及に向けたロボット化とSPA」 E.J. van Henten

「SPAからSCA利用の可能性と期待」 野並 浩

「システム制御に基づく次世代太陽光植物工場への期待と展望」 野口 伸

◆日本学会会議とブルガリア・アカデミーとの二国間会議

「持続可能性に向けた日本とブルガリアとの共同研究」

日時 平成25年3月19日(火) 10時00分～17時20分

場所 日本学会会議講堂

◆「農林水産業への地球観測・地理空間情報技術の応用」

日時 平成25年3月21日(木) 13時00分～17時30分

場所 日本学会会議講堂

次第 「次世代地球観測衛星および測地衛星の農林水産業への実利用」 福田 徹

「リモートセンシング・GIS技術の精密農業分野への応用」 澁澤 栄

「リモートセンシング・GIS技術の森林保全・管理への応用」 村上拓彦

「準天頂衛星・GIS技術の農業自動化・ロボット化への応用」 野口 伸

「リモートセンシング・GIS技術の沿岸域管理・環境保全への応用」 小松輝久

「リモートセンシング・GIS技術の水産業振興への応用」 和田時夫

◆「東日本大震災後の住民の現状と環境有害物質リスク」

日時 平成25年3月26日(火) 16時30分～18時30分

場所 金沢大学鶴間キャンパス・健康学類1号館

次第 「福島原発事故による放射能汚染と放射線被ばく」 秋葉澄伯

「東日本大震災がもたらした被災地住民への影響」 中西寛子

「東日本大震災被災地における環境モニタリン

日本学会の動き

グ」新田裕史

「東日本大震災後における三陸沿岸部の化学物質汚染の推移」仲井邦彦

「東日本大震災と災害廃棄物処理」滝上英孝

◆第6回情報学シンポジウム

「日本がリードするビッグデータ新世紀」

日時 平成25年3月27日(水) 13時00分～17時30分

場所 日本学会議講堂

次第 「Big Data Project by NSF」 Keith Marzullo

「Health Care Innovation through Watson」

Jeff Eisen

「ビッグデータが牽引するスマート成長」

古川一夫

◆「第7回獣医学教育改革シンポジウム」

日時 平成25年3月30日(土) 9時00分～12時00分

場所 東京大学駒場キャンパス

次第 「産業動物診療分野における全国的臨床実習システムの構築」小森成一／大場恵典／菅澤勝則／杉浦勝明

「感染症等対策分野における全国的実習システムの構築Ⅱ」橋本善春

「首都圏の獣医科大学間における連携教育推進の目指すもの」尾崎 博

◆「震災復興の論理—新自由主義と日本社会」

日時 平成25年3月30日(土) 13時00分～17時00分

場所 日本学会議講堂

次第 「新自由主義的な震災復興とコミュニティ戦略」吉原直樹

「第二の津波に抗する生活戦略」金菱 清

「原発災害からの復興」清水修二

「リスクの再分配問題と生」仁平典宏

「災害ユートピアが消えた後」林 敏彦

◆「ネットワーク社会と知識労働：コモンウェルスの構築を目指して」

日時 平成25年4月6日(土) 13時00分～16時40分

場所 日本学会議講堂

次第 「基調講演」アントニオ・ネグリ

「報告」市田良彦／上野千鶴子／毛利嘉孝

◆「材料工学の人材育成」

日時 平成25年4月13日(土) 13時30分～18時00分

場所 日本学会議講堂

次第 「人材育成—人材確保における選択と集中について」早稲田嘉夫

「21世紀の材料教育の課題」黒田光太郎

「人材育成—米国より何を学ぶべきか」村上正紀

「優れた人材が育つ条件とは」細野秀雄

◆「ミクロ統計の利用と統計教育—国際比較の視点から—」

日時 平成25年4月19日(金) 13時00分～17時00分

場所 日本学会議講堂

次第 「政府ミクロ統計データの公開と利用」廣松 毅

「公的助成によるミクロ調査データの公開と利用」

前田幸男

「初等・中等教育における統計資料の活用」

椿 広計

「高等教育における統計教育」美添泰人

日本学術会議の動き

幹事会報告

第169回幹事会

日時 平成25年2月22日(金)

会議の概要

審議事項

- 日本学術会議の運営に関する内規等の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。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正並びに委員会委員、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。
- 提言「我が国の子どもの成育環境に改善に向けて一成育時間の課題と提言」を日本学術会議会則第2条第3号の提言として取り扱うことについて承認されました。
- 提言「科学・技術を担う将来世代の育成方策～教育と科学・技術イノベーションの一体的振興のすすめ～」を日本学術会議会則第2条第3号の提言として取り扱うことについて承認されました。
- 提言「日本の経済政策の構想と実践を目指して」を日本学術会議会則第2条第3号の提言として取り扱うことについて承認されました。
- Future Asiaに関する会議に会員を派遣することについて承認されました。
- WSF(ワールドサイエンスフォーラム)運営委員会に会員を派遣することについて承認されました。

○地区会議構成員の所属地区の変更を決定することについて承認されました。

○シンポジウム等10件の開催及び国内会議2件・国際会議1件の後援について承認されました。

平成25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。

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25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。

◆「材料工学の人材育成」

日時 平成25年4月13日(土)13時30分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「人材育成—人材確保における選択と集中について」早稲田嘉夫

「21世紀の材料教育の課題」黒田光太郎

「人材育成—米国より何を学ぶべきか」

村上正紀

「優れた人材が育つ条件とは」細野秀雄

◆「第26回環境工学連合講演会」

日時 平成25年4月18日(木)～19日(金)

場所 日本学術会議講堂

次第 18日「技術革新による挑戦／資源は枯渇するか／リサイクルへの期待／脱物質化・物質のリスク」

日本学術会議の動き

19日「水と食糧の充実／安全で安心な暮らし
／技術と社会のイノベーション／持続型の建
築・居住」

◆「マイクロ統計の利用と統計教育 —国際比較の視点から—」

日時 平成25年4月19日(金)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議会議室
次第 「政府マイクロ統計データの公開と利用」
廣松 毅
「公的助成によるマイクロ調査データの公開と
利用」前田幸男
「初等・中等教育における統計資料の活用」
椿 広計
「高等教育における統計教育」美添泰人

◆「第59回構造工学シンポジウム」

日時 平成25年4月20日(土)～21日(日)
場所 東京工業大学大岡山キャンパス西9号館
次第 「構造解析のシミュレーションに期待すること」
依田照彦
パネルディスカッション「シミュレーション
及び実験の大規模化の現状と今後の展開」
他

◆「第3回先端フォトニクスシンポジウム」

日時 平成25年4月26日(金)11時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「レーザと光科学」霜田光一
「光ファイバと光通信」伊澤達夫
「高次高調波とアト秒科学」緑川克美
「New Era of Computing を実現する光技術」
中川 茂

◆「中等教育でまなぶ『人種』『民族』とヒトの多様性」

日時 平成25年4月27日(土)14時00分～18時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「生物教育におけるヒトの多様性」市石 博
「地理教育における『人種』『民族』」浅川俊夫
「骨から見るヒトの多様性」瀬口典子
「遺伝子から見るヒトの多様性」徳永勝士
「『民族』とは何だろう」内堀基光
「創られた『人種』」竹沢泰子

◆「特定健診・特定保健指導：産業保健と地域保健 の連携」

日時 平成25年5月15日(水)13時30分～15時30分
場所 ひめぎんホール(愛媛県民文化会館)
次第 「特定健診・特定保健指導の現状と課題につ
いて」那須民江
「標準的な健診・保健指導プログラムの改訂
について」野田博之
「疫学の視点からみた特定健診・特定保健指
導の科学的エビデンス」齊藤 功
「『健康パナソニック2018』の取り組み」
阪本善邦
「高知県における地域職域連携による高血圧・
喫煙対策」田上豊資

◆「職場のメンタルヘルスのグランドデザインを考える」

日時 平成25年5月16日(木)10時00分～12時00分
場所 ひめぎんホール(愛媛県民文化会館)
次第 「日本学術会議の活動の方向性」那須民江
「近年の社会経済状況と職場のメンタルヘルス」
島津明人
「経営学からみた職場のメンタルヘルス」
北居 明
「産業精神保健法学の狙い」三柴丈典

「産業保健としてのメンタルヘルス対策を再考する」廣 尚典

◆「リスクを科学する」

日時 平成25年5月18日(土)13時30分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「リスクの予知とマネジメント」高安秀樹

「データのリスクマネジメント」岩田修一

「監査のリスクマネジメント」蟹江 章

「建築のリスクマネジメント」野城智也

「法とリスクマネジメント」土生英里

「金融のリスクマネジメント」翁 百合

◆「流動する社会へ向けた生産科学の新展開」

日時 平成25年5月22日(水)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

◆「すこやかな老後を過ごすために

—ロコモティブシンドローム」

日時 平成25年5月26日(日)13時00分～15時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「ロコモティブシンドロームとは」中村耕三

「脊椎疾患とロコモティブシンドローム」

戸山芳昭

「ロコモティブシンドロームにおけるスポーツの役割」衣笠祥雄

◆「リバーストランスレーショナルリサーチ (rTR)」

日時 平成25年5月30日(木)10時00分～17時30分

場所 慶應義塾大学芝共立キャンパス1号館地下1階

次第 「rTRの考え方と研究の進め方」杉山 雄一

「rTRを支える大規模データベースの利用」

望月 眞弓

「カルテ情報と全ゲノムSNP解析に基づく

オーダーメイド投薬の確立」蓮田泰誠

「rTR アプローチによる薬物誘発性肝障害の解析」鈴木洋史

「腎臓病治療におけるmTOR阻害薬の可能性を探るrTR」増田智先

「進行性家族性肝内胆汁うっ滞症の治療を目指したrTR」林 久允

「抗がん剤による末梢神経障害に対する予防・治療法の開発を目指したrTR」江頭伸昭

「ドラッグリポジションの考えに基づく新規アルツハイマー治療薬の開発」水島 徹

「企業の製剤開発におけるrTRの重要性」

金 淳二

「ニーマン・ピック病C型治療の最適化のためのrTR」入江徹美

「臨床知見を基にした脳梗塞治療へのDDSの応用」奥 直人

◆「科学・公益・社会—情報発信のあり方を考える—」

日時 平成25年6月21日(金)10時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「学術会議小委員会の議論を踏まえて：問題提起」今田正俊

「エネルギー・原子力分野からの情報発信」

田中 知

「不確実性を含む予測情報を原子力防災にどのように役立てるか？」岩崎俊樹

「カウントダウン・メルトダウンな日本」

船橋洋一

「大気海洋拡散シミュレーションと情報発信問題—現場科学者からの問題提起」高橋桂子

「科学社会学の観点から構造災を問う—制度化された不作為」松本三和夫

「学術会議の取り組み」大西 隆

日本学術会議の動き

幹事会報告

第170回幹事会

日時 平成25年3月22日（金）

会議の概要

審議事項

- IT環境整備推進委員会運営要綱を廃止することについて承認されました。
- 原子力利用の将来像についての検討委員会分科会委員の決定について承認されました。
- 分野別委員会運営要綱の一部改正並びに委員会委員、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。
- 提言「東日本大震災に係る学術調査一課題と今後について」を日本学術会議会則第2条第3号の「提言」として取り扱うことについて承認されました。
- 平成27年度共同主催国際会議候補の決定及び保留する会議の決定について承認されました。
- 平成25年度代表派遣について代表派遣実施計画及び実施計画に基づく4～6月期の会議派遣者の決定について承認されました。
- 第13回アジア学術会議（13th Science Council of Asia Conference）への会員等の派遣及び外国人の招聘について承認されました。
- STSフォーラム評議員会に会員を派遣することについて承認されました。
- 第15回ICSUアジア・太平洋地域委員会会合に会員を派遣することについて承認されました。
- 第2回ICSU Scientific Committee Programme on Urban Health and Wellbeingに会員を派遣するこ

とについて承認されました。

○外部委員候補者を推薦することについて承認されました。

○シンポジウム等4件の開催及び国内会議3件・国際会議2件の後援について承認されました。

第171回幹事会

日時 平成25年4月2日（火）

会議の概要

審議事項

- 分野別委員会合同分科会の設置及び委員の決定について承認されました。
- 第13回アジア学術会議（13th Science Council of Asia）の開催に向けた関係調整機関との調整のために会員を派遣することについて承認されました。
- 第21回ウ・タント記念講演の開催について承認されました。

平成25年5月中旬以降に開催されます公開講演会・シンポジウム等の詳細につきましては、Information Plaza又は日本学術会議ホームページをご覧ください。

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25年5月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「特定健診・特定保健指導：産業保健と地域保健の連携」

日時 平成25年5月15日(水)13時30分～15時30分

場所 ひめぎんホール（愛媛県県民文化会館）

次第 「特定健診・特定保健指導の現状と課題について」 那須民江

「標準的な健診・保健指導プログラムの改訂について」 野田博之

「疫学の視点からみた特定健診・特定保健指導の科学的エビデンス」 齊藤 功

「健康バナソニック2018」の取り組み

阪本善邦

「高知県における地域職域連携による高血圧・喫煙対策」 田上豊資

◆「職場のメンタルヘルスのグランドデザインを考える」

日時 平成25年5月16日(木)10時00分～12時00分

場所 ひめぎんホール（愛媛県県民文化会館）

次第 「日本学術会議の方向性」 那須民江

「近年の社会経済状況と職場のメンタルヘルス」 島津明人

「経営学からみた職場のメンタルヘルス」

北居 明

「産業精神保健法学の狙い」 三柴丈典

「産業保健としてのメンタルヘルス対策を再考する」 廣 尚典

◆「リスクを科学する」

日時 平成25年5月18日(土)13時30分～17時20分

場所 日本学術会議講堂

次第 「リスクの予知とマネジメント」 高安秀樹

「建築のリスクマネジメント」 野城智也

「監査のリスクマネジメント」 蟹江 章

「データとリスクマネジメント」 岩田修一

「法のリスクマネジメント」 土生英里

「金融のリスクマネジメント」 翁 百合

◆「加齢による耳と目の病気と最新治療」

日時 平成25年5月18日(土)15時00分～17時00分

場所 ロイトン札幌「キャッスル」

次第 「再生医療による難聴の治療」 伊藤壽一

「テレビでも話題となった耳管開放症とは」

小林俊光

「加齢黄斑変性について」 坂本泰二

「遠隔医療システムで実践している高齢者の眼科診療」 吉田晃敏

◆「流動する社会へ向けた生産科学の新展開」

日時 平成25年5月22日(水)13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「流動する社会における生産科学」 桑原輝隆

「ものづくりとコトづくりを進化させる生産システム科学」 森 和男

日本学術会議の動き

「ものづくりとひとづくりのための設計科学」
大富浩一

「ものコトづくり時代を勝ち抜く経営科学の
視点からの考察」圓川隆夫

◆「ロコモティブシンドローム」

日時 平成25年5月26日(日)13時00分～15時00分
場所 中国新聞ホール

次第 「長寿国 日本の課題」戸山芳昭

「高齢社会における運動器の役割」中村耕三

「連続試合を支えた体力作り」衣笠祥雄

◆「原子力発電の社会的普及プロセスの歴史的検討」

日時 平成25年5月26日(日)14時10分～16時40分
場所 日本大学商学部3号館

次第 「戦前から戦後にかけての原子力の社会的受
けとめられ方」佐野正博

「原子力に関わってのこれまでの放射能の生
体への影響」横田陽子

「日本に導入された原子力（原発）システム
の技術的レベルでの考察」田中三彦

「原子力をめぐる科学者の二重性をめぐって」
木本忠昭

◆「リバーストランスレーショナルリサーチ (rTR)」

日時 平成25年5月30日(木)10時00分～17時30分
場所 慶應義塾大学芝共立キャンパス1号館地下1階

次第 「rTRの考え方と研究の進め方」杉山雄一

「rTRを支える大規模データベースの利用」

望月眞弓

「カルテ情報と全ゲノムSNP解析に基づく

オーダーメイド投薬の確立」薮田泰誠

「rTR アプローチによる薬物誘発性肝障害の
解析」鈴木洋史

「腎臓病治療におけるmTOR阻害薬の可能性
を探るrTR」増田智先

「進行性家族性肝内胆汁うっ滞症の治療を目
指したrTR」林久允

「抗がん剤による末梢神経障害に対する予防・
治療法の開発を目指したrTR」江頭伸昭

「ドラッグリポジションの考えに基づく新規
アルツハイマー治療薬の開発」水島 徹

「企業の製剤開発におけるrTRの重要性」

金 淳二

「ニーマン・ピック病C型治療の最適化のた
めのrTR」入江徹美

「臨床知見を基にした脳梗塞治療へのDDSの
応用」奥 直人

◆「科学・公益・社会—情報発信のあり方を考える—」

日時 平成25年6月21日(金)10時00分～18時00分
場所 日本学術会議講堂

次第 「学術会議小委員会の議論を踏まえて：問題
提起」今田正俊

「エネルギー・原子力分野からの情報発信」

田中 知

「不確実性を含む予測情報を原子力防災にど
のように役立てるか？」岩崎俊樹

「カウントダウン・メルトダウンな日本」

船橋洋一

「大気海洋拡散シミュレーションと情報発信
問題—現場科学者からの問題提起」高橋桂子

「科学社会学の観点から構造災を問う—制度化された不作為」松本三和夫
「学会会議の取り組み」大西 隆

◆「リスクマネジメント研究の過去・現在・未来」

日時 平成25年6月28日(金)13時30分～16時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「現代的リスクマネジメント論の視点から」
上田和勇

「経済学の視点から」川本明人

「生活科学の視点から」奈良由美子

「社会福祉学の視点から」菅原好秀

「経営学の視点から」白田佳子

◆「昆虫分類学の新たな挑戦」

日時 平成25年7月20日(土)13時00分～17時45分

場所 九州大学箱崎田工学部本館大講義室

次第 「Revealing Insect Diversity with DNA Barcodes」Paul D. N. Hebert

「捕食・被食系分析ツールとしてのDNAバーコーディングの可能性」前藤 薫

「遺伝子診断法の微小農業害虫同定への利用」
土田 聡

「病害昆虫の侵入と蚊媒介性感染症流行の可能性について」比嘉由紀子

「生物多様性情報の収集、共有と活用」

伊藤元己

「日本の基盤資源としての昆虫標本の収集・
修三とデータベース構築の現状」多田内 修

「博物館標本を基軸とした分類学人材養成」
大原昌宏

「昆虫分類学の出口としてのバイオミメディクス」野村周平

「生物画像から工学的『きづき』を生み出すバイオミメディクス・データ検索」長谷山美紀

◆「モダニティの再規定—ポスト近代を超える時代認識」

日時 平成25年10月12日(土)13時00分～16時30分

場所 慶應義塾大学

次第 「哲学のサブジェクト転換」斎藤直子

「内から観る近代」佐藤俊樹

「ロスト近代の時代認識とその思想資源」

橋本 努

「経済学の視点から」川本明人

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。

産学協同研究など、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・倫理的責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」等にならなければならない。

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ことである。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、編集委員長宛に願ひ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以外のソフトで作表した図表は、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「投稿規程」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

原稿は随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）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は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、掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは、著者がその許可申請手続きを行なう。

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する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以外のソフトで作表した図表は、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、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

- 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)……………：上位の見出しより1字下げる
第7レベル：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより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) 論文の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、そのあと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。本文中での表の説明は要点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、そのあと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 国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。

図や写真は著作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しない。

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。

— 例 —

- 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。

— 例 —

- 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。

— 例 —

- 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。

— 例 —

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、発行年の後ろ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) 雑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 雑誌の場合:

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编者 (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「投稿規程」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。

投稿規程に「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. 学会雑誌CD化に関するお知らせ

昨年12月20日付でお知らせいたしておりますが、平成25年度学会誌36巻1号～5号につきましては、CD化を開始いたします。CD化により印刷代及び通信費の削減、紙媒体減少による環境への配慮などの効果が期待されます。

2. 平成25年度会費納入のご案内について

平成25年度会費をお納めいただいた会員、および平成24年度会費をお納めの上、平成25年3月31日までに、平成25年度からの「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌(CD)36巻1号を送付いたしております。

平成25年度会費未納の方は、お早めに振込用紙または、下記の納入方法でお振込み下さいますようお願いいたします。第39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25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ください。

記	
年会費	8,000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

ラベル見本

260-0015
千葉市中央区富士見2丁目22-6 富士ビル6F
千葉 花子
(3)(ち9999)(2012)
平成25年度会費をお支払い下さい。

- ①：地区番号
②：会員番号
③：会費最終納入年度

① ② ③

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、お振込の際、必ず**会員番号**をご記入下さい。

平成25年度は評議員選挙実施年度にあたり、生年月日のご登録をお願いいたします。

会費振込用紙余白の **西暦 年 月 日** 生まれにご記入よろしくお願い申し上げます。

ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先の記述がない場合があります。

必ずご記入の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、CD送付封筒のラベルに明記してあります。

3. 送付先等ご変更についてお願い

送付先変更の場合、本誌(CD)巻末の「**変更届**」に新しい送付先等を楷書でお書きいただき、難しい読みの場合は、フリガナを付記の上、FAX (043-221-2332) またはメール (info@jsnr.jp) でお知らせ下さい。

4. CD送付について

CD送付にあたり郵便局からの不在票がポストに入った場合には、速やかに郵便局で受取の手続きを行って下さいますようお願いいたします。

5. 送付先不明者のご確認

学会誌35巻5号を送付後に下記の方が送付先不明で戻ってきました。ご存知の方は、ご本人、または事務局までご連絡下さいますようお願いいたします。

い0960 岡野 智子 お1010 大橋 優 か0790 川上 千春 な0599 中森 えり も0260 森本 愛弓 や0711 山口知香枝

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	FAX	043-221-2332

日本看護研究学会雑誌

第36巻 1号

会員無料配布

平成25年4月20日 印刷

平成25年4月20日 発行

編集委員

委員長	中木 高夫 (理事)	天理医療大学
委員	浅野 美礼 (会員)	筑波大学医学医療系
委員	井手知恵子 (会員)	大分大学医学部看護学科
	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
	片岡 純 (会員)	愛知県立大学看護学部
	勝山貴美子 (会員)	横浜市立大学医学部看護学科
	川口 孝泰 (会員)	筑波大学医学医療系
	川本利恵子 (理事)	九州大学大学院医学研究院
	北 素子 (会員)	東京慈恵会医科大学医学部看護学科
	佐藤 政枝 (会員)	埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科
	柴山 健三 (会員)	愛知医科大学看護学部
	杉浦 太一 (会員)	岐阜大学医学部看護学科
	谷津 裕子 (会員)	日本赤十字看護大学

(五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒260-0015 千葉市中央区富士見2-22-6
富士ビル6階

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

ホームページアドレス

http://www.jsnr.jp

E-mail: info@jsnr.jp

発行者 黒田 裕子

印刷所 (株) 正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来ますのでできるだけそらをご利用下さい。)

1. 大学, 短期大学, 専修学校在学中の学生は入会できません。なお, 前述の身分に該当する方で, 学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は, 発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2. 入会を申し込まれる場合は, 評議員の推薦, 署名, 捺印, 入会申込み本人氏名, 捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。

3. 入会申込書の送付先: 〒260-0015 千葉市中央区富士見2丁目22番6号 富士ビル6階
一般社団法人日本看護研究学会

4. 理事会承認後, その旨通知する際に入会金3,000円, 年会費7,000円, 合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について: 専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚, その他の場合は, () 内に専門の研究分野を記入して下さい。

6. 送付先について: 送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

7. 地区の指定について: 勤務先と, 自宅住所の地区が異なる場合, 希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚, 地区の指定がない時は, 勤務先の地区への登録とさせていただきます。

8. 会員番号は, 会費等の納入を確認ののち, お知らせいたします。
- * 個人情報の管理について
一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については, 慎重に取り扱い, 本会運営の目的のみに使用しております。

(切り取り線より切ってお出しく下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は, 必ずご記入下さい。)

フリガナ	氏名	専門区分		看護学・医学・その他 ()
氏名		生 年	西 暦	性 別
所 属	TEL	FAX		男 ・ 女
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)			
E - m a i l				
自 宅	TEL	FAX		
評 議 員			会員番号	
推 薦 者 氏 名			印	
推 薦 者 所 属				
事 務 局	理事会承認年月日			
	受付番号		年度入会会員番号	
	受 付 日	巻	号～	
	通知番号		送 付 日	

地 区 割		都 道 府 県 名
1 北 海 道	北海道	
2 東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	
3 関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	
4 東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	
5 東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重	
6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川	
7 中国・四国	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知	
8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄	

変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 043-221-2332)

下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号

フリガナ

氏 名

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒

電話及びFAX

TEL

FAX

勤務先の変更

所 属 名 :

所属住所

〒

電話及びFAX

TEL

FAX

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いません。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る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ております。

一般社団法人日本看護研究学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 ()		
原稿投稿年月日	____年 ____月 ____日		
和文題目			
英文題目			
キーワード (5語以内, 日本語/英語)			
1. /	2. /	3. /	
4. /	5. /		
原稿枚数			
本文: ____ 枚 図: ____ 枚 表: ____ 枚 写真: ____ 点			
和文抄録文字数		英文抄録使用語数	
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

◆根拠がわかることで技術の応用力と発展力が身につく、画期的なテキスト改訂版!

学ぶ・試す・調べる

看護ケアの根拠と技術

第2版

◆村中陽子(順天堂大学医療看護学部教授)

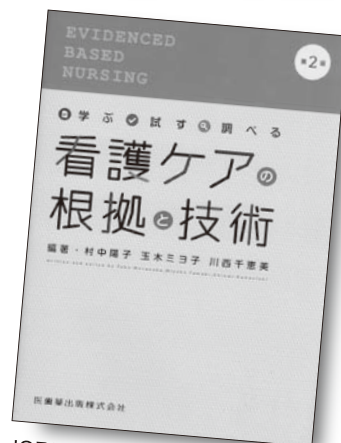
玉木ミヨ子(埼玉医科大学短期大学看護学科教授)

川西千恵美(徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部教授) 編著

◆B5判 240頁 定価2,940円(本体2,800円 税5%)

◆本書の主な内容

- 看護の基本技術について、その根拠と技術の応用や発展のさせ方に重点をおき、臨床への適応の助けとなること、今後の臨床看護実践と看護研究の発展に役立つことを目指してまとめたテキスト。
- ひとつひとつの看護技術の根拠を全面的に見直し詳解した改訂版。
- “学び”“試す”“調べる”という学習が、EBMの実践に必要な根拠を“探し出すこと”、“つくり出すこと”、“使うこと”という態度の習得に繋がるよう、基本技術(安全/安楽/動作経済の面で効果的な方法、臨床における禁忌事項)を根拠を示しながら解説し、実践に役立つ応用技術と臨床でのポイントを加えた。
- 技術を裏づける多くの実証報告を紹介、さらに追加検証が必要なケースの検証点、経験からの知の場合どのような観点で検証するとよいかについても解説した。



ISBN978-4-263-23576-8

◀最新刊▶

◆本書の主要目次

1 環境調整

2 感染予防の技術

手指衛生 個人防護具(PPE)の使用:手袋 個人防護具(PPE)の使用:ガウン 個人防護具(PPE)の使用:マスク・ゴーグル・フェースシールド

3 活動の援助技術

廃用症候群(生活不活発病)の予防 関節可動域(ROM; Range of Motion)訓練 起き上がり・立ち上がり・移乗の介助 歩行介助 移送(ストレッチャー)の介助 体位変換

4 食行動の援助技術

食事介助 経腸栄養法を行っている患者の介助

5 排泄援助技術

排便促進のための援助 排便 浣腸 導尿(一時的導尿 持続的導尿) 失禁への援助

6 清潔・衣生活援助技術

全身清拭 部分浴(足浴 手浴) 陰部洗浄 寝衣交換 洗髪 入浴介助 シャワー浴介助

7 口腔ケア

8 睡眠の援助

入眠の援助 環境を調整する

9 苦痛の緩和・リラクゼーションの技術

氷枕の貼用 電気毛布の使用 ゴム製湯たんぽ リラクゼーション:アロマセラピー リラクゼーション:指圧 リラクゼーション:マッサージ

10 与薬の技術

与薬に関する基本的知識 経口・外用薬の与薬 皮下・皮内・筋肉内注射の方法 静脈内注射 点滴静脈内注射・中心静脈カテーテルの管理 輸血

11 創傷管理技術

ドレッシング 褥瘡のケア

12 症状・生体機能管理技術

体温測定 呼吸測定と診査 パルスオキシメトリ測定 脈拍測定と診査 血圧測定

13 呼吸を整える技術

酸素吸入 気道内加湿法 気管内吸引

14 救命救急処置技術

意識レベルの把握 心肺蘇生法 家族支援

15 死後のケア

●弊社の全出版物の情報はホームページでご覧いただけます。 <http://www.ishiyaku.co.jp/>



医歯薬出版株式会社 / 〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10

TEL.03-5395-7610
FAX.03-5395-7611

