

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 39 Number 4 September 2016 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[39巻 4号]

会 告（１）

一般社団法人日本看護研究学会研究倫理委員会規程第３条４．に基づいて、研究倫理委員会委員に以下の
１名が選任されましたのでお知らせいたします。

勝山貴美子氏（横浜市立大学）

平成28年 8 月19日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

会 告（2）

一般社団法人日本看護研究学会平成28年度会員総会において、次の事項1.～2.について提案のとおり決定されましたのでお知らせいたします。

平成28年 8 月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

1. 第45回（平成31年度）学術集会会長は、大阪医科大学 泊祐子氏に決定した。
2. 一般社団法人日本看護研究学会定款第3章第6条3）により、以下の1名が名誉会員として承認され、会員総会終了後、名誉会員の証、および記念品の授与が行われた。
第二十号 泉キヨ子氏

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、平成29年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請してください。

平成28年 9 月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

一般社団法人日本看護研究学会奨学会委員会規程

第1条（名 称）

本会は一般社団法人日本看護研究学会奨学会委員会（以下、研究奨学会委員会）とする。

第2条（目 的）

本会は、一般社団法人日本看護研究学会定款（以下、定款）第4条1号の4による事業として、優秀な看護学研究者の育成の為に、研究費用の一部を授与する者を選考・推薦することを目的とする。

第3条（委員会）

定款第33条に基づいて、本会をおく。

2. 本会の運営は、一般社団法人日本看護研究学会理事の中から若干名の委員を選出して行う。委員の任期は役員任期期間とし、再任を妨げない。
3. 委員長は委員の中からの互選とする。委員長は本会を総務する。

第4条（活動事項）

本会は、前条の目的を達成するために、次に掲げる活動を行う。

- 1) 奨学金授与者の募集、選考し理事会に推薦する。
- 2) 授与者の義務履行の確認、及び不履行の査問等につき結果を理事長に報告を行う。
- 3) その他、必要な事業を行う。

第5条（施行細則）

本会規定についての具体的な活動、運営に関する必要な事項は細則として別に定める。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より施行する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会 平成29年度奨学研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー 6 部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。または、申請用紙は返信用切手82円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者。研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において少なくとも1回以上の発表をしている者。
- 3) 単独研究もしくは共同研究者の責任者であること。

3. 応募期間

平成28年9月26日から平成28年12月16日の間に必着のこと。

4. 選考方法

日本看護研究学会奨学会委員会（以下奨学会委員会と略す）は、応募締切後、規程に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

- | | | | |
|-----|---------|----|------------------------------|
| 委員長 | 石 井 範 子 | 理事 | （秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻） |
| 委 員 | 荒木田 美香子 | 理事 | （国際医療福祉大学小田原保健医療学部公衆衛生看護学領域） |
| | 村 嶋 幸 代 | 理事 | （大分県立看護科学大学） |
| | 神 田 清 子 | 理事 | （群馬大学大学院保健学研究科） |
| | 良 村 貞 子 | 理事 | （北海道大学大学院保健科学研究院） |

6. 奨学金の交付

選考された者には、年間50万円を上限とし、適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨 1-24-1 第2ユニオンビル 4 階
(株)ガリレオ学会業務情報化センター内
一般社団法人 日本看護研究学会
奨学会委員会 委員長 石 井 範 子

（注1）審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は、この研究に関する全ての発表に際して、本奨学会研究によるものであることを明らかにすること。

会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会第43回学術集会を、下記のとおり東海市で開催しますのでお知らせいたします。

一般社団法人日本看護研究学会
第43回学術集会

会 長 山 口 桂 子
(日本福祉大学看護学部 教授)

記

メインテーマ：「— 原点回帰 — 求められる看護研究の成果と教育への還元」

会 期：2017年（平成29年）8月29日（火）・30日（水）

会 場：東海市芸術劇場

〒477-0031 愛知県東海市大田町下浜田137（ユウナル東海内）

日本福祉大学 東海キャンパス

〒477-0031 愛知県東海市大田町川南新田229

◆学術集会事務局（座長・演者・講演内容に関するお問合せ先）

一般社団法人日本看護研究学会第43回学術集会事務局

日本福祉大学看護学部〈事務局長〉白尾 久美子

E-mail：jsnr43nf@ml.n-fukushi.ac.jp

◆運営事務局

一般社団法人日本看護研究学会第43回学術集会運営事務局

名鉄観光サービス株式会社 名古屋中央支店

〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅4丁目2番28号

（名古屋第2埼玉ビル1階）

TEL：052-586-4545 FAX：052-586-4050

E-mail：kyosan-jsnr43@mwt.co.jp

◆演題事務局

一般社団法人日本看護研究学会第43回学術集会演題事務局

(株)オフィス・テイクワン

〒451-0075 愛知県名古屋市西区康生通2-26

TEL：052-508-8510 FAX：052-508-8540

E-mail：jsnr43_endai@cs-oto.com

目 次

第41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

和と輪と環と話	1
---------------	---

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 基礎看護開発学研究室 宮 腰 由紀子

基調講演

日本から世界へ，看護，発信	
---------------	--

— 褥瘡看護を例に —	3
-------------------	---

東京大学大学院医学系研究科 老年看護学・創傷看護学 真 田 弘 美

特別講演Ⅰ

愛しき哉，極限生物の命！	5
--------------------	---

広島大学大学院 生物圏科学研究科・准教授 長 沼 毅

特別講演Ⅱ

ヒロシマに生きて	6
----------------	---

被爆を語り継ぐ会 浅 野 智恵子

聞き手 茨城県立医療大学保健医療学部 教授 市 村 久美子

特別講演Ⅲ

いにしえびとの生命観	7
------------------	---

御調八幡宮 宮司 桑 原 國 雄

教育講演Ⅰ

欧州看護教育における放射線看護は今	8
-------------------------	---

グラーツ医科大学 准教授 Gerhilde Schuttengruber

教育講演Ⅱ

気がつけば隣は異文化	9
------------------	---

九州看護福祉大学 准教授 Allan Sutherland

教育講演Ⅲ

日本から世界へ、看護、発信

— SEIQoL-DWを用いて —

1. 主観的QOLを明らかにする意義と半構造化面接を用いたSEIQoL-DWの評価方法 10

横浜市立大学医学部看護学科 渡 邊 知 子

2. 対象者の語りを引き出す面接

— 生活の中で大切にしている5つの領域を聴く — 11

東北福祉大学健康科学部保健看護学科 中 村 令 子

3. SEIQoL-DWによる主観的QOLの評価事例と看護介入の提案 12

弘前大学大学院保健学研究科 藤 田 あけみ

教育講演Ⅳ

放射線医療と看護 13

広島大学 原爆放射線医科学研究所

福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター 神 谷 研 二

鼎 談

保健医療そして看護におけるビッグデータの活用と課題 15

(話題提供) 東京大学大学院工学系研究科 特任教授 水 流 聡 子

東邦大学看護学部 教授 高 木 廣 文

神戸大学大学院保健学研究科 教授 中 澤 港

(進行) 広島大学大学院医歯薬保健学研究院 教授 梯 正 之

話題提供

保健医療そして看護におけるビッグデータの活用と課題 16

東京大学大学院工学系研究科 医療社会システム工学寄付講座 特任教授 水 流 聡 子

シンポジウム

「生き生き地域を支える看護活動」 17

司会 広島大学病院 看護部長 山 本 雅 子

NPO法人 看護アカデミア 幸 新 道 幸 恵

ど・ストライク 看護の役割は生活を支えること

— 看護の原点とも言える活動に専門職としての喜びを覚えつつ — 18

秋田大学大学院医学系研究科 保健学専攻 教授 中 村 順 子

「人と自然が健やかに輝くまち」を支えるために — 大学と連携して取り組む保健活動 —	21
広島県世羅郡世羅町 健康保険課 夏 見 昭 子	
在宅療養の患者を地域で支える病院看護活動のいまとこれから	23
公益財団法人東京都保健医療公社 多摩南部地域病院 看護部長 認定看護管理者 三 浦 紀 子	
生き活き地域を支える看護活動	25
指定発言者 光部内科循環器科病院看護部 健診主任 横 山 純 子	
急性期から生活期をつなぐリハビリテーション看護活動	27
指定発言者 医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 岩 川 彰 子	
パネルディスカッション 看護とロボットのやさしい関係	29
パネリスト 豊橋技術科学大学 特任准教授 三 枝 亮 パラマウントベッド株式会社 大和ハウス工業株式会社 富士ソフト株式会社 座長 山口大学大学院医学系研究科 教授 山 勢 博 彰	
見守り支援型ロボット「眠りSCAN（スキャン）」	30
パラマウントベッド株式会社 パラマウントベッド睡眠研究所 木 暮 貴 政	
特別交流集会Ⅰ トランスレーショナル・ヘルス・サイエンスとシステムティックレビューの国際的動向	32
関西国際大学保健医療学部看護学科 Japan Centre for Evidence Based Practice（大阪大学） 今 野 理 恵	
特別交流集会Ⅱ 看護研究における発表倫理を考える	35
愛知淑徳大学人間情報学部 教授 山 崎 茂 明	
特別交流集会Ⅲ 新電子投稿システムの紹介 — 投稿者に向けて —	36
編集委員会企画担当 中 西 純 子, 若 村 智 子, 市 江 和 子	

特別交流集会Ⅳ

リハビリテーション看護の未来を問う

～「いのち」と「くらし」を支えるリハビリテーション看護～ 37

NPO法人 日本リハビリテーション看護学会

国際リハビリテーション看護研究会

特別交流集会Ⅴ

これからの放射線看護と教育の展望 40

放射線看護企画グループ

弘前大学大学院保健学研究科 西 沢 義 子

名古屋大学大学院医学系研究科 太 田 勝 正

弘前大学大学院保健学研究科 野 戸 結 花

長崎大学原爆後障害医療研究所 浦 田 秀 子

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 新 川 哲 子

福島県立医科大学災害医療総合学習センター 吉 田 浩 二

鹿児島大学医学部保健学科 松 成 裕 子

鹿児島大学医学部保健学科 八 代 利 香

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 漆 坂 真 弓

弘前大学大学院保健学研究科 島 麻 衣 子

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 藤 井 宝 恵

一 原 著

成人期にある脊髄損傷者の職業人としての自己に対する意味づけ 43

目白大学看護学部看護学科

(元 茨城県立医療大学大学院保健医療科学研究科博士後期課程) 堀 田 涼 子

茨城県立医療大学保健医療学部看護学科 市 村 久美子

一般病棟でセデーションを受ける終末期がん患者にかかわる看護師の思い 55

元 山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科 鈴 木 みわの

元 山形県立保健医療大学保健医療学部看護学科 豊 嶋 三枝子

First-Line Nurse Manager Competency Inventory の日本語版開発 65

佐賀大学医学部看護学科 坂 本 貴 子

佐賀大学医学部看護学科 田 淵 康 子

佐賀大学医学部看護学科 熊 谷 有 記

授乳支援を行う助産師の経験 75

日本赤十字看護大学 母性看護学領域 濱 田 真由美

－研究報告－

施設で過ごす認知症高齢者への「改訂版おだやかスケール（18項目版DEOS）」の適用	89
---	----

群馬大学大学院保健学研究科 辻 村 弘 美

新潟県立看護大学 小 泉 美佐子

軽度と高度認知機能低下のある若年認知症者の就労継続に関する体験と思い

－ 再就職後の就労場面に焦点を当てて －	97
----------------------------	----

光ヶ丘病院地域医療連携室 林 浩 靖

富山大学大学院医学薬学研究部 竹 内 登美子

富山大学大学院医学薬学研究部 新 鞍 真理子

富山大学大学院医学薬学研究部 青 木 頼 子

富山大学大学院医学薬学研究部 牧 野 真 弓

－総 説－

日本におけるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題	105
----------------------------------	-----

広島大学病院看護部 中 川 早紀子

安田女子大学看護部看護学科 高 瀬 美由紀

－資料・その他－

看護学生が抱く手術直後患者の観察における困難感と対処	115
----------------------------------	-----

長崎県立大学看護栄養学部看護学科 高比良 祥 子

長崎県立大学看護栄養学部看護学科 吉 田 恵理子

長崎県立大学看護栄養学部看護学科 片穂野 邦 子

長崎県立大学看護栄養学部看護学科 松 本 幸 子

大分県立看護科学大学看護学部 山 田 貴 子

CONTENTS

Original Papers

The Meaning of Self in Adult Professionals with Spinal Cord Injuries	43
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Mejiro University : Ryoko Hotta	
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences : Kumiko Ichimura	
Feelings of Nurses Who Cared for Terminal Cancer Patients under Palliative Sedation in General Wards	55
Formerly Yamagata Prefectural University of Health Sciences : Miwano Suzuki	
Formerly Yamagata Prefectural University of Health Sciences : Mieko Toyoshima	
Development of a Japanese Version of First-Line Nurse Manager Competency Inventory	65
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Takako Sakamoto	
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Yasuko Tabuchi	
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Yuki Kumagai	
Experiences of Midwives who Support Breastfeeding Mothers	75
Japanese Red Cross College of Nursing : Mayumi Hamada	

Research Reports

Application of the Revision of the ODAYAKA (Well-being) Scale for Dementia Elderly Peoples Using Caring Facilities	89
Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Hiromi Tsujimura	
Niigata College of Nursing : Misako Koizumi	
Experiences and Thoughts Regarding Work Continuation of Individuals with Early-onset Dementia and Mild or Severe Cognitive Decline: Focus on the Work Setting Following Re-employment	97
Hikarigaoka Hospital Community Health Care Cooperation Room : Hiroyasu Hayashi	
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical for Research, University of Toyama : Tomiko Takeuchi	
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical for Research, University of Toyama : Mariko Niikura	
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical for Research, University of Toyama : Yoriko Aoki	
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical for Research, University of Toyama : Mayumi Makino	

General Remark

Problem of Nurses in Remote Places	105
Nursing Department, Hiroshima University Hospital : Sakiko Nakagawa	
Faculty of Nursing, Department of Nursing, Yasuda Women's University : Miyuki Takase	

Preliminary Session

Concerns of and Coping by Nursing Students during

Observation of Immediate Postoperative Patients 113

Department of Nursing Science, Faculty of Nursing and

Nutrition, University of Nagasaki, Siebold : Sachiko Takahira

Department of Nursing Science, Faculty of Nursing and

Nutrition, University of Nagasaki, Siebold : Eriko Yoshida

Department of Nursing Science, Faculty of Nursing and

Nutrition, University of Nagasaki, Siebold : Kuniko Katahono

Department of Nursing Science, Faculty of Nursing and

Nutrition, University of Nagasaki, Siebold : Sachiko Matsumoto

School of Nursing, Oita University of Nursing and Health Sciences : Takako Yamada

第 41 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事

2015年8月22日（土），23日（日）

会長 宮 腰 由紀子

於 広島国際会議場

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◆

和と輪と環と話

広島大学大学院医歯薬保健学研究院 基礎看護開発学研究室 宮 腰 由紀子

日本の看護実践の現場で展開されている和やかで丁寧でしなやかで適切な活動には、世界の看護に貢献できるものが沢山ある。しかし優れた技や活動は、他へ伝えないことには評価もされず広まらない。伝わり広まらなければ、看護職者にも看護の対象者にも損失である。そこで、日本の看護を世界へ今まで以上に示そうとの思いを込め、第41回学術集会のテーマを「日本から世界へ 看護、発信！ ーいのちと暮らしを支える 和と輪と環と話ー」とさせて頂いた。

主題の「日本から世界へ 看護、発信！」を題とする基調講演を、研究成果を世界に発信し続けていらっしゃる真田弘美先生に懇願したところ、ご多忙の中をお引き受け頂けた。先生には心から感謝申し上げる。

副題の「和と輪と環と話」は会長講演の題とした。プログラムの都合で短い講演時間ではあるが、真田先生に世界への発信をお話頂く前に、研究と活動に大切だと考えていることを「わとわとわとわ」のリズミカルな4文字に擬える試みをお許し願いたい。

最初の「わ」は「和」である。「和」の字には、日本を示す〈やまと〉の意があるので、当集会主題の一部の「日本から」を表したように感じられるかもしれないが、それは本人が意図していない幸いな副産物である。

この字の主意は〈やわらぐ〉とか〈なごむ〉であり、この字から想起することに『憲法十七条』の第1条「以和為貴」を挙げる人が多い。そしてその意味を多くの人は〈人々が仲良く、調和することが最も大切だ〉と理解されている。しかし、この文言の原典とされる『礼記』の「礼之用和為貴」の後には「知和而和、不以礼節之、亦不可行也」と続くので、そう単純ではなさそうである。

では、「和」とは何か。「和」の字の「禾」は、〈粟の穂が丸く垂れている様子〉を示すが、〈軍門〉の意も備える。そのため、「禾」に「口」を加えて成立する「和」は、〈講和〉の意味も纏う。口を用いて戦い、口を用いて講和する。すなわち、戦う手段も講和する手段も〈言葉〉である。つまり、「和」とは、体裁を取り繕った仲良し状態を奨めているのではなく、自分にも人にも正直に、不満があれば言葉にして相互にぶつけ、言葉を用いて議論し、間違いは間違い、正しいものは正しいと素直に認め、相互に理解しあうこと、の意になる。

こうした意の下に、憲法十七条は最初の第1条に〈和が

基本だ〉と掲げ、最後の第17条に至るまでの間に、表現を変えて何度も繰り返し記したのである。要は、党派や派閥の見方に囚われると対立を深め道理に到達できないが、偏った見方に拘泥せず、互いに和〈やわらぎ〉をもってお互いを認め合い存分に話し合えば、自然に道理に叶う良い結論や合意を得られるから、そうしようではないか、というものである。つまりは、冷静で十分な討論や議論を重ねて意見が統一されることを良しとすることに他ならない。

改めて言うまでもないが、このように冷静に十分に討論し意見を纏めていくことは、研究や実践においても、とても大切なことである。特に、課題に出会い、状況を考え、結果を吟味し分析し考察する時には、自分自身との討論、関係者間の討論、適切な既存研究との討論を、充分に行なうことを疎かにしてはならない。そのための1歩目は、適切で重要な文献を得る検索をしっかりと行なうことである。現代は、オンライン・システムの発達のお陰で、手軽に文献を検索できる。それでも科学の急速な発展がもたらしている幅広い学問領域の有益な成果を見落とさないように、国内外の検索用データベースと検索語の選択を注意して行なうことが大切であり、かつ、最新のもののみならず、過去の研究の探索を疎かにしてはならない。2歩目は、こうして確保した文献の内容や意見を正しく十分に読みとることである。時々、十分に読み取らずに仕上げられた論文に出会うと、研究結果も十分な吟味がされていないことになるので、残念に思う。「和」が表す充実した討論のためにも、他者の研究成果と知見を正しく読みとれる力を鍛える努力は欠かせない。3歩目は、読み取り理解した上で得た自己の意見を、相互にかつ論文の読み手や発表の聞き手に、正しく判り易く伝えて、討論を発展させることになる。

例えば、これまでに関係した研究の一つである新人看護師の技能習得や離職防止に関連した研究では、要は〈人〉の理解が根底に必要であると考えて、脳科学はもとより、心理学、行動科学、社会学、教育学、経済学、経営学などの研究成果も参考に展開した。中でも優良企業における人材教育等の考え方とシステムには学ぶことが多く、また、看護の常識は必ずしも世間の常識ではないことを感じた。

このように関連領域と関わり伝え伝えることの大切さは、「和」のみならず「輪」「環」「話」でも表されている。

さて、「輪」は、大きく円形に開いた花冠を曲げて得ら

れる円い輪郭であるが、人のつながりを円形にみたてて人間同士の関係性をも表している。関係性の1つ目は、様々な関連領域の研究成果の活用の際に生じる。研究成果の勝手解釈は許されないで、その領域の研究者に相談する。もし身近に相談できる研究者がいなければ、しかるべき人を紹介して貰うなどして、できれば実際にお会いして御意見を伺う。関係性の2つ目は、研究と実践の遂行に大きく関わるもので、研究主題や実践目的に適切な対象者を得るための相談や協力である。それは研究や実践について理解していただくことから始まり、信頼関係が鍵になる。関係性の3つ目は、研究や実践を行なう上で必要な資金確保の相談や助成申請支援の相談や協力であり、とても大事な「輪」である。この他にも、研究や実践の遂行は、多様な領域の人々の理解の下での適切な協力関係に支えられている。

例えば、これまでに行なってきた生理学検査法・生化学検査法・微生物学検査法などを用いた実験では、実験条件設定や計測機器の使用適正に関して各科学と検査学の専門家からの意見と確認は無論のこと、実験に影響する生体反応については心理学や脳科学と解剖学に動作解析からの意見と確認も得て行なってきた。各領域の専門家の参加により、被験者に安全で、求める課題を明らかにする適切な方法を選択できてきた。被験者には実験を十分に理解して参加して頂くことで、事故無く経過してきた。こうして得た成果は次の研究助成申請などに活かしている。

3番目の「環」は、「わ」としては「輪」と同じ〈輪〉であり〈人の繋がり〉を示すが、字そのものは輪の幅と同じ幅の穴が中心に空いた円形の玉を表すことから〈とりかこむ〉〈めぐる〉〈一巡する〉などの意味も備え、途切れの無い大きな人の繋がりを表す。つまり、研究や実践そのもの

のを、他の領域の専門家たちとの共同、自分の施設のみならず地域や国内さらには国外の研究者や実践者をも含めた共同とすることで、成果がより広く深く得られ伝えられていくことになる。

最後の「わ」である「話」には、〈情報伝達〉〈言葉を交わす〉他に、〈筋を立てて述べる／筋立てた語り〉〈話し合うこと〉〈物事の道理〉という意味がある。「お話し」となると、〈主張する〉〈理解させる為に説明する〉という他に、〈双方の考えを述べてお互いに考察して、意見を述べ合う〉という意がある。

筋立てた主張により双方の考えを相互に理解するというからには、自分の意見や考えをそれぞれが有していなければ始まらない。自分の意見や考えは、「輪」を形成する多くの人々との意見や考えとの比較や議論から生じるのであれば、なおのこと人の意見を読み取る力が大事になる。そして、読み取るにはそれを保証する多くの知識が必要で、知識を表す言葉を理解する力が必要だ、というように巡る「環」がそこにはある。こうして自分の意見や考えを得た次には、「輪」や「環」の人々に誤解せずに理解していただけるように、言葉を選び判り易く文章を組み立てて筋立った説明を行なう、他者が理解しやすいように伝える力、情報伝達の力が求められる。これもまた、言葉を理解していないと使いこなせない。

そして、自分を伝えるだけでなく、相手の人々の意見をきちんと理解して受け止めて、双方の考えを述べてお互いに考察して意見を述べ合う「話」を存分に重ねて議論を深め、意見が纏まることで初めて「和」に至る。

こうした積み重ねの上で至る「和」は、確かに貴い。

◆基調講演◆

日本から世界へ、看護、発信

— 褥瘡看護を例に —

東京大学大学院医学系研究科 老年看護学・創傷看護学 真 田 弘 美

日本は今、人跡未踏の超高齢少子国家である。医療においては「治す医療」から「支える医療の転換」といわれるように、在宅療養のためには看護がキーパーソンとなることが強く望まれている。このことは取りも直さず、その対策は世界標準としてのモデルを提唱することに他ならない。看護学が世界に向けて、看護のイノベーションを発信するには、現場主体型の研究が不可欠であり、若手研究者や実践家への期待は非常に大きい。ここでは、世界標準となった褥瘡看護技術を例に、自身の経験を踏まえ、そのプロセスと成果、そして残された問題点について言及したい。

日本の看護は素晴らしいと実感

1989年から1年間米国のイリノイ大学シカゴ校看護学部でInternational Studentとして留学した。大学院で研究方法論と統計学を学び、褥瘡研究に造詣の深いラッシュ大学のケンブ准教授の基でインディペンデントスタディーを経験した。既に褥瘡の研究をしていた私にとって、そこでブレデンスケールに出会ったことは何よりも収穫であった。臨床現場では毎週、シカゴ大学病院で組織横断的に活動するWOCナースから、最先端のストーマケアを学んだ。同時に新しい創傷被覆材の評価研究としてRCTを主体的に行っている姿勢に感動した。短い期間であったが、その後の私の研究者人生にとってかけがえのない経験を積みかせていただいた。休職にして留学の機会をつくってくださった当時の上司である金川克子先生には心から感謝している。一方、米国の看護を経験して、日本の看護の質の高さに気づいたことも大きな収穫であった。誠実で、的確で、そして繊細であり調和のとれた日本の看護は世界の至宝だと実感した。また、医療費を第一に考える米国とは異なり、コストはかかるが日本の医療機器のレベルの高さを知り、Made in Japanの医療技術が世界を変えることも予想できた。

その感動の傍ら、大きなフラストレーションを感じたことも事実である。日本から発信すべき看護研究の成果があり、それは世界の看護をかえるに違いないが、何も貢献できていない。もちろんそれは語学のハンディがあったことは歪めないが、それ以上に内に留まりやすい日本の看護の

習性であるように感じた。また、褥瘡看護の領域から学んだことは、看護体制の違いによる褥瘡対策の取り組み方はもちろんのこと、褥瘡発生要因となる患者特性が異なること、また、創部の清潔方法に関する意識の違いも明白だった。最も先駆的といわれる米国の褥瘡管理をそのまま輸入しても日本では普及しないことを目の当たりにした。

Made in Japanの技術を世界へ発信

最終的に至った結論は、「米国の褥瘡管理技術を批判的吟味するプロセスを経た後に、日本人に真に必要な技術を開発する。そして英語で論文を書き、標準化する」であり、強いモチベーションに繋がった。最初に取り掛かったのは、ブレデンスケールの信頼性と妥当性の検証から、米国と比してその妥当性の低さを指摘した。そして、日本人特有の褥瘡発生要因を抽出し、その過度の骨突出を臨床でアセスメントするための体圧測定器を産学連携開発し、その後、エアマットレスの開発に繋がった。劇的に減少した褥瘡発生率を英語論文で発信することで、強固なエビデンスとした。創傷ケアに関しては、米国では創部は洗浄するが、創周囲はガーゼで拭くだけであり、日本の愛護的な創周囲のクレンジングと大きく異なっていた。創周囲を石鹸で洗浄するだけで、褥瘡治癒期間を半減できるエビデンスは、インターナショナルガイドラインにエビデンスレベルBで掲載された。念願だった世界の褥瘡患者に貢献できたことに安堵した。しかし、米国での発表時、案の定、この方法は機器を購入し、手間を増やし、医療費を上げるだけではないかという批判に遭遇した。しかし、患者の視線で考え、痛みがなく、早期に治癒することを優先すべき看護師としての倫理観に支えられ、開発研究を継続した。

ワールドワイドの共通言語をつくる — DESIGN

臨床現場に還元するためのエビデンス研究を継続する中で、気づいたことはチーム医療の必要性と、そのための共通言語であった。従来、褥瘡の重症度評価は看護師と医師とは異なる分類を使い、さらに褥瘡が治癒に向かっているのか否かを評価する、いわゆる褥瘡治癒過程評価ツールは存在しなかった。その理由は、看護師は行ったケアを評価するためにはモニタリングツールが必要だったが、医師は褥

瘡治療のためには、がんの重症度評価のようなTNM分類のようなツールが必要となり、互いのニーズが異なっていたことであった。

そこで日本褥瘡学会の学術委員会の中で、看護師と医師が共通して使う、褥瘡分類と治癒過程アセスメントを同時に行えるツールの開発に取り組んだ。コンセンサスメソッドであるノミナルグループテクニックを用いてDESIGNツールを開発した。この論文をイギリスのWound Careという雑誌に投稿したところ、表紙をかざる論文となった。看護師と医師が共通して創傷治癒を評価するツールの完成として評価された。現在日本では診療報酬が対象となる在宅から急性期病院全ての場で、褥瘡はこのDESIGNツールにて評価されている。さらに、このツールは、英語はもとより、スペイン語、ポルトガル語など世界8カ国語に翻訳されている。このことにより、世界共通の褥瘡のガイドラインを作成する礎を開発できたと自負している。

明日の日本を創る若手研究者へのメッセージ

前述したように、褥瘡の看護技術とチーム医療の発展に寄与する研究を行い、それを世界に発信する仕事を継続す

る過程で、何度か挫折感も味わった。挫折のひとつの例を挙げると、最も大きかったのはやはり英語で論文を書くときの言語の壁であった。我々研究者に求められるミッションは論文にして、エビデンスを重ねて現場に還元することに他ならない。確かに褥瘡は創部が容易に可視化できるために、言語の壁は他の質的研究に比べて高くはない。しかし大学院生の論文が何度もリジェクトされると、学生のモチベーションが下がるばかりでなく、指導教員自身の研究に対するアイデンティティも脅かされる。

一方、冒頭で述べたように日本の看護の質は高く、必ず世界の療養者を救う研究になることを確信している。そのためには発信する努力を続けることが最も重要であり、これが次世代の看護研究者へのメッセージともなる。

日本は今、国際化のうねりの中にある。日本学術会議が「ケア時代を先導する若手看護研究者の育成」の提言の中で、グローバルな研究者養成を最優先事項の一つに掲げているように、看護の国際化は国家的プロジェクトである。世界一質の高い看護にプライドを持ち、今まさに世界が日本の看護を求めている息吹を感じてほしい。

◆特別講演Ⅰ◆

愛しき哉、極限生物の命！

広島大学大学院 生物圏科学研究科 長 沼 毅

極限生物とは、ふつうの生きものなら死んでしまうような極限環境あるいは極限条件でも生きていける生物です。英語ではextremophileといい、極限(extremo-)を好む(-phile)という意味にですが、“好む”のではなく“耐える”ものも含めて、極限生物といいます。極限生物たちの“生育限界”の一例を下の表で眺めてみましょう。生物名は学名で表わしているので分かりにくいでしょうが、それらはいずれも微生物(専門的には原核生物)です。1,000分の1ミリほどの小さな体なのに、とても強い“生きる力”が秘められているのです。

その極限環境ですが、具体的には高熱の火山や極寒の南極、ものすごい水圧で暗黒の深海、からからに乾燥した砂漠、手を入れると皮膚が溶けてぬるぬるするようなアルカリ性の湖など、人間から見たら酷いところですよ。中には、酸が強すぎて卵の殻が溶けてしまうので温泉玉子がつくれないという、まるで冗談のような酸性温泉もあります。ちなみに日本一の酸性温泉は秋田県の新玉川温泉(pH1.2)とされていますが、私は大分県の塚原温泉でpH1.0を測ったことがあります。そこでは温泉玉子をお湯で作れないので、高温の噴気で作っていました。

そんな苛酷な環境でも「住めば都」で、そこで生きている生物には苛酷どころか天国のようかもしれません。苛酷とか極限とか言うのは人間中心の発想で、自然界を広く見わたすと、人間が生きていける環境や条件なんてすごく狭いということがわかります。極限生物の命を知ることによって、自然界における人間の位置を客観的・相対的に眺めることができるようになるのです。

極限環境のことを私はよく「いきにくい場所」と言っています。実はこれ、「生きにくい場所」と「行きにくい場所」の掛け言葉です。前者の「生きにくい」は生きるのが

大変なところを指します。後者の「行きにくい」は深海や南極、砂漠、火山など、アクセスしにくいところで、私は「辺境」と呼ぶこともあります。

辺境は英語でfrontier、フロンティア精神(開拓精神)のフロンティアであるとともに、仕事や研究の“最前線”でもあります。したがって、私が「辺境生物学」というとき、「極限環境における生物研究の最前線」という気持ちを込めています。

極限生物は、そのほとんどが目に見えないほど小さな生物、すなわち微生物です。サイズの大小はありますが、大腸菌や乳酸菌など、代表的な微生物の大きさは1,000分の1ミリくらい。われわれ人間の細胞(一人あたり約60兆個、ただし、そのうち20兆個は細胞がない赤血球)と比べると、体積にして1,000分の1から1万分の1以下しかありません。それほどに小さな微生物は、ほとんどが単細胞。ふつう、単細胞というと“物事を深く考えない単純な人”を指します。ところが、微生物の単細胞は単純どころか、われわれの常識を超えたすごい能力を秘めているのです。

たとえば、ダイオキシンなどの環境汚染物質や環境ホルモンは人工的なもので、自然界にもとまなかったのですから、自然界の微生物にもそれを分解する能力はなかったはずですよ。ところが、分解菌がいつの間にか出てくるのです。人間が汚染物質をまき散らかしてから急に進化したのでしょ。

進化といえど、地球で最初に生まれた命はたぶん微生物だったことでしょう。生まれたばかりの弱々しい微生物が、高温で酸性で無酸素の苛酷な原始環境を生き延びてくれました。今いる地球上の生きものはすべて、そんなすごい微生物から進化してきたのです。そして、これからも。

環境条件		値	生物
温度	最高	122℃	<i>Methanopyrus kandleri</i>
	最低	-20℃ くらい	いろいろな微生物
pH	最低	-0.06 (超酸性)	<i>Picrophilus_torridus_torridus</i>
	最高	12.5 (強アルカリ性)	<i>Alkaliphilus transvaalensis</i>
塩分		約36% (飽和)	いろいろな微生物
圧力 (水圧)		2 万気圧 (水深20万 m 相当)	<i>Escherichia coli</i> (大腸菌)
重力		40万 G (地上の重力は 1 G)	<i>Paracoccus denitrificans</i>
放射線 (ガンマ線)		15,000 グレイ (シーベルト)	<i>Deinococcus radiodurans</i>

◆特別講演Ⅱ◆

ヒロシマに生きて

被爆を語り継ぐ会 浅野 智恵子
聞き手 城県立医療大学保健医療学部 市村 久美子

遡ること70年前の昭和20年8月6日、月曜日の午前8時15分。広島市に、世界最初の原子爆弾が投下されました。約1ヶ月後の9月2日に日本が降伏文書に調印し、第二次世界大戦が終結した年の夏でした。

あの時から今日まで、世界各地で多くの紛争や自然災害などの大事故が起りました。幸いに広島と長崎のほかに、戦争で原爆は使われておりません。しかし、70年もの時が過ぎた今、当時の体験を記憶し語ることができる人々が少なくなっている現実が、私たちに突きつけられています。それは原爆炸裂時の初期放射線を大量被爆した人々のみならず、残留放射線などの影響を受けた人々の体験と思いをも、直接伺える機会はこれから困難になる、ということです。そこで広島市では、被爆体験を語り継ぐ「被爆体験伝承者」の養成を進めています。一方で、高齢になられた被爆者の皆さまも、伝えなければ、との思いや願いから、閉ざしていた記憶を語り始めくださっています。

今回の学術集会は広島市での開催です。この機会に、被爆被害を受けられた方の思いを伺い、改めてこれからの看護のありようを共に考えたいと企画されました。

本講演は、このような思いを受け止めて下さいました、被爆を語り継ぐ会の皆さまのご協力を得て実現致しました。改めて感謝申し上げます。そして、語ることの大変さを私どもは理解しておりますので、講演者さまに深甚なる敬意を表すと共に、語りやすい座談式としました。

なお、聞き手は、東海村JCO核燃料加工施設内における臨界事故（レベル4、1999年9月30日発生）および福島第一原子力発電所における炉心溶融事故（レベル7、2011年3月11日発生）を、現勤務地で遭遇しました。

今回講演をしていただいた方は、広島県世羅町にお住まいの現在87歳でいらっしゃる浅野智恵子先生です。

原爆投下の時に先生は16歳。広島市内にある日本赤十字社広島支部甲種救護看護婦養成部、後の広島赤十字看護専門学校の前身で学ぶ、看護学生1年生でしたが、学徒動員では呉市の軍事工場まで働きに出ていらっしゃいました。

原爆投下時（8月6日）から8月25日まで、日赤看護学生として傷病者の救護に当たられます。被爆者の傷はパクリ開くのが特徴で、傷からの感染症を防ぐために傷口を洗うなどの処置に明け暮れていました。また、投下時に仲間の女学生に声をかけたら返事がなく、既に亡くなっていたなどの悲しい体験もされています。当時聴いた「自分のできることを一生懸命に下さい！」という教員のことばと声が情景とともに忘れられないとのこと。そのような大変な混乱時であっても、そっと乾パンをポケットに入れてくれた人がいるなど、他人から受けた思いやりがなによりも元気を与えてもらえたと語っておられました。

1時間の講演時間でしたが、休憩も取らず、当時の様子をとつとつと話される浅野先生の言葉ひとつひとつに重みを感じました。

看護を学び始めたばかりの看護学生が傷病者の奉仕活動に専念、それも自分ができることを探して、精一杯することを基本的姿勢として指導されていたことに深い感銘を受けました。さらに講演全体を通して、どんな非常時でも人への思いやりを忘れてはいけないという先生からの強いメッセージが伝わってきました。

最後におっしゃった「戦争で原爆で亡くなられた人々の骨の上を歩いている私たちであることを意識すべき」という言葉に、先人が作った歴史の中で生かされている存在である私たちに気づかされるとともに、いのちの時を生きる尊さ有難さを身に沁みて感じました。

（文責 市村久美子）

◆特別講演Ⅲ◆

いにしえびとの生命観

御調八幡宮 宮司 桑 原 國 雄

美しい四季の移りかわりに敏感に反応しながら生活を重ねてきた日本列島に住む人々は、太陽や雨などの自然の恵みを大切に考え、そこに神性を見出しては感謝を捧げてきました。一方で、自然界に起こる様々な現象や天変地異についても、神意を観て畏れを抱き、生活全てに関わるものであるが故に敬い崇めてきました。日本列島の位置的構造的要因が引き起こす地震などは、「陸奥国地震動 流光如昼隠映 頃之 …」（『日本三大実録』の「貞観11年5月26日条」）と西暦869年の時の人々の状況や行動を記録し、和歌や石碑に残し、伝えようとしてきました。人々が不条理に感じた出来事には、人々が引き起こす事件などもあります。人々は、どのような思いでこのような環境下の生命を受け止めて、今日に至っているのでしょうか。本講演では、その生命観を、日本文化の底流にある人々の信仰に視点をおいて捉えました。

日本の歴史には、外来文化登用の時代と国風文化と呼ばれる日本独自の文化育成の時代があります。このことを神社の信仰で表現すると、八幡信仰の神仏習合文化と国学の研究に見られる伊勢信仰に当てられます。とすれば、神仏分離・廃仏毀釈は、仏教伝来前の古来の日本文化の復権とすることができるといえます。根源的には、品種改良・遺伝子組換えは八幡信仰であり、ウイルス対策として農業分野で重要視している原種の保存が伊勢信仰といえます。

日本人は、この二つの信仰・思考を、バランスよく意識し、または無意識に育成してきた民族として、特色があると考えられます。天皇家におかれましても国民の繁栄を願い、この両信仰を大切にされていらっしゃると思います。

恩師の神道学者である西田長男先生は、神道（日本民族の伝統信仰）が世界四大宗教に伍する素晴らしい宗教であることを世に示した論文を多数発表され、世に西田神道と呼ばれました。神道は日本独自の宗教であり、国民道徳とも位置づけられてきたこと、普遍性を求めた神道論は必ずしも理解されていないこと、とは言え折口信夫先生が発見された日本人のものの見方・考え方が神社の諸相にも見られる現象として補強される論文も著されました。日本民族の思考にはこの人類普遍の信仰・思考と民族独自の信仰・思考がバランスよく展開してきたのではないのでしょうか。

1. 日本の純文化を伝え醸成する神宮一鎖国

ア. 国風文化 イ. 江戸文化 ウ. 昭和前期

2. 外来文化を受容する八幡信仰一開国

ア. 原始時代 イ. 飛鳥時代（遣隋使）

ウ. 白鳳時代（律令時代）

エ. 奈良時代・平安時代前中期（遣唐使）

オ. 平安後期・鎌倉時代（日宋貿易）

カ. 室町時代（日明貿易）

キ. 開国・明治期・大正期

ク. 太平洋戦争後（米国文化）

3. 日本人の生命観

ア. 人間の特性…感性と理性、日本人の特色

→感性豊かな民族＝日本語（大和言葉）の特色⇒例

イ. 生と死

ムスビスビの二神（高御産巢日神：高天原系、

神産巢日神：出雲系）⇒意味することは…

古事記・日本書紀の「伊弉冉尊」の死と「伊弉諾尊」のミソギ⇒死穢は穢れか…

オオゲツヒメ（大気都比売神）の死→五穀他の発生⇒命（イノチ）の継承…

・日本語の原義の変化

ケガレ→気+枯れ＝死に出会うことで神（人）の気力が衰える⇒ハライ・キヨメ…

ミコトモチ（命以）＝御＋言（事）＋以→神の命によって仕事をする⇒天職…

4. 御調八幡宮と和氣広虫（法均尼）

備後國総鎮護の御調八幡宮は、阿部内親王時代から孝謙・称徳天皇に仕え日本初の孤児院を開設した岡山豪族和氣氏の広虫が、769年の宇佐八幡宮神託事件に連座し備後へ配流された折に、弟の清麻呂の雪冤祈願目的で宇佐八幡大神を勧請したことに始まります。777年の参議藤原百川による社殿造営と社領寄進後、1158年の石清水八幡宮別宮の官宣旨を経て源頼朝や土肥重平（小早川家祖）に足利尊氏らが社殿再建を重ね、国重要文化財や県指定文化財を多数保有しています。文化遺産管理目的で、境内は八幡川中心に「やはた川自然公園」が、八幡宮周辺一帯は県立自然公園が整備され、三原市北方の八幡山東斜面の社叢は遷移最終段階（極相）のシイ天然林で県天然記念物です。宮に伝承されている「花の踊り」は県指定無形民俗文化財です。

◆教育講演 I ◆

欧州看護教育における放射線看護は今

Nursing Education in Europe/Austria
— the role of radiation —

グラーツ医科大学 准教授 Gerhilde Schuttengruber

The harmonization of higher education is a major objective of the European Union. The Bologna Declaration, first signed in 1999, obliges participating countries to commit to comparable and high-quality education systems, to fostering international mobility of students and scholars and promoting a European dimension of their education systems. To meet these objectives, the European Union developed an instrument in 2010—the European Qualifications Framework Recommendation (EQF-R). The EQF-R is an 8-level framework intended to guide member states when developing their national qualifications frameworks. Accordingly, some EU-countries, e.g. Austria, have to transform their nursing education from “hospital-trained” to “university-based” and thus integrate it into the general education system. Based on the ICN Nursing Care Continuum Framework and Competencies recommendations, the Austrian Nursing Association developed a skill and grade mix model for nurses that, however, can only be implemented

when the Austrian nursing education has been transferred to the university-level and corresponds to the Bologna Declaration and the EQF-R.

Secondly, the lecture addresses the development, education and occupational profiles of health professions responsible for radiation therapy and examination procedures. In Austria, there are no radiation nurses. However, there are two professions—the Radiological technologists and the medical-technical assistant—that are responsible for various kinds of radiation therapy treatments and examination procedures. The university-based education for the radiological technologist focuses on diagnostic radiology, radiotherapy, nuclear medicine and radiation protection. Medical-technical assistants, with their broad but not specific education, provide supporting work.

通訳 岩本 由美 (広島文化学園大学 准教授)

気がつけば隣は異文化

Globalisation, and the Changing Patterns of Mortality and Morbidity Associated with Social Inequality — Social Interaction Network Cultures —

九州看護福祉大学 准教授 Allan Sutherland

Keywords: Social inequality, CAMSIS, social network analysis, health promotion

Abstract

Globalisation, and risk have become prominent themes in social and health science research and the popular media, contending that global integration has rendered nations relatively powerless, while homogenising national and local cultures. Numerous and expanding risks are seen to present existential threats caused by advanced technologies, human activities (e.g., global warming), and new, emerging threats of global pandemics due to infectious diseases (e.g., HIV, H1N1) and chronic modern life-styles diseases. Increasingly individualisation is seen as both a consequence of, and necessary response to, globalisation, with demands for individuals to adapt and change, also with public health interventions targeted on modifying individual behaviours. However, I will suggest, this leads to displacement of social responsibilities for health and wellbeing onto individuals, and to the neglect of structural causes of ill health. Comparative analysis of national inequalities has shown that nations with higher levels of inequality have lower

life expectancies, than poorer, less unequal nations at all levels of socio-economic status (Wilkinson). As differential morbidity and mortality patterns can be seen to correspond with variations in socio-economic status, it is fruitful to compare and evaluate dissimilar methods of modelling social stratification structures, and gender differences to improve research on health risks and outcomes. I will highlight the usefulness in these respects of social distance analysis in the form of the Cambridge Social Interaction and Stratification scale (CAMSIS). Simultaneously, it will be suggested that social network analysis shows how overlapping patterns of interaction, based on homophony and social relations, both reinforce desirable and undesirable lifestyle behaviours, and reveal social linkages whereby infectious diseases transmit and ideas for their prevention can be distributed through populations.

通訳 岩本 由美 (広島文化学園大学 准教授)

◆教育講演Ⅲ◆

「語り」が高めるQOL — SEIQoL-DWを用いて —

1. 主観的QOLを明らかにする意義と半構造化面接を用いたSEIQoL-DWの評価方法

横浜市立大学医学部看護学科 渡 邊 知 子

1) 生活の質の評価と主観的QOLの評価

現在、医療者が実施しているQOL評価は、SF36のような健康関連QOLの評価が中心であり、被験者が第三者の評価した身体機能や運動機能を中心とする項目により自立度の高さに沿って評定されている。そのため、これらの方法を用いて、進行性の疾患や運動機能に後遺症を伴う疾患を有する患者を評価しても、高いQOLが期待できない。しかし、進行性の疾患や運動機能に後遺症を伴う疾患であっても、日々の生活の中で被験者自身が希望する、あるいは、価値をおいている領域に対して満足が得られる場合、高いQOLを得ることが可能である。例えば、被験者自身がQOLを評価する主観的QOLの場合には、評価項目を被験者自身が決定することにより、健康面以外の生活に関係する被験者自身が大切だと捉えている様々な要因が含まれることになる。即ち、被験者が挙げた項目に対する評価とは、被験者による自分自身の生活に対する評価を得ることが可能である。そのため、疾患の性質や症状、あるいは、健康状態に影響を受ける項目と評価とともに、疾患や重症度、症状には左右されない人生の信念や価値観、日々の生活で重視する領域とその満足度を評価することが可能といえる。

2) 主観的QOLの評価

SEIQoL-DW (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life-Direct Weighting) は、アイルランド王立外科大学医学部心理学科C.A.オーボイル氏によって開発された主観的QOL評価方法であり、「WHOが推奨し世界各国で使われている生活に関する代表的なPRO (Patient reported outcome: 患者の報告するアウトカム) であり包括的なQOL (生活の質) 評価法の一つ」(SEIQoL-DW日本語版事務局 2013) である。

以下、秋山ら (2007) による日本語版SEIQoL-DWマニュアルに沿って測定方法の概略を説明する。まず、被験者に対して半構造化面接法を行い、被験者自身が生活

で重視する5つの領域 (キュー) を決定する。次に、VAS (Visual Analogue Scale) を用いて各領域の満足度 (レベル) を数値化する。その後、カラーのパイチャートに似せたディスクを使用し、総和を100として各領域の相対的な重要度 (重み) を明らかにする。各領域のレベルと重みの積算値の総和 (0~100) により、index値を算出し、これを被験者の生活の質の包括的な評価スコアとする。

3) 看護介入への活用

SEIQoL-DWにより患者が重要視している5つの領域を明らかにすることは、看護介入を行うために重要な情報となる。第1に、半構造化面接で被験者である患者自身が決定した【生活で重視する5つの領域】を知ることにより、優先的に介入する必要がある領域を明らかにすることができ、領域への介入によって患者の主観的QOLを向上することが可能となる。第2に、index値により、患者の主観的QOLを把握することが可能になると同時に、継続的な評価により、その状態に対する患者自身評価となる主観的QOLの経時的評価が可能となる。また、index値を構成する各領域のレベル、あるいは、重みの変化を把握することで看護介入の優先順位について検討する情報となり得る。しかし、index値は、経時的な比較や他患者との比較に活用することが可能であるが、構成する数値を慎重に理解すべき必要がある。すなわち、各領域のレベルと重みの積算値は、レベルと重みが入れ替わった場合、あるいは、同じ積算値であってもレベルと重みの数値が異なる組み合わせの場合がある。また、index値が5つの領域のレベルと重みの積算値の総和であり、各領域のレベルと重みの積算値が異なっている場合でも総和は同じ値を示す。このため、index値による比較を行う場合には、レベルと重みの構成も慎重に検討することで患者の個別性に対応した介入が可能となる。

文 献

秋山美紀 訳、大生定義・中島孝 監：日本語版SEIQoL-DW, 2007.

日本語版SEIQoL-DW <http://seiqol.jp/> (閲覧 2015.12.27).

2. 対象者の語りを引き出す面接

— 生活の中で大切にしている5つの領域を聴く —
東北福祉大学健康科学部保健看護学科 中村 令子

1) SEIQoL-DWとNarrative Based Medicine

SEIQoL-DWを用いたQOL評価では、対象者に生活の中で大切にしていることを語ってもらい、それを聴き取ることが前提となる。

患者の主観的側面を重要視する医療は、Narrative Based Medicine (NBM) として、Evidence-based Medicine (EBM) と両輪をなすといわれている(杉本, 2008)。語りに基づく医療は、病を人生という大きな物語の中で展開するひとつの物語としてとらえ、患者を物語の語り手として、つまり主体として尊重する。同時に、われわれの提供する医学的な観点、診断、治療なども医療者側のひとつの物語としてとらえて、相対化し、両者の物語を刷り合わせる中から、新たな物語を生み出すことを治療と考える。「糖尿病」「脳卒中」「癌」など、言葉がイメージすることは、社会的な意味や個人の経験により一人ひとり異なる。患者の行動の背後にある感情や考えを知ることが重要である。一人ひとりの物語を聴くことで、つらさを共有し、患者との新しい関係を築こうとする姿勢で患者に向き合う。語り手が病人であること、聴き手が医療者であることにとらわれずに、対象者が自身の生活をどのように捉えているのかを知ろうとする姿勢が求められ、重要である。

2) SEIQoL-DWの面接法

半構造化面接を用いるSEIQoL-DWは、「ナラティブ・アプローチ」の要素を含む。人生や生活を振り返って大切にしていることを見つけ出すためには、聴き手が重要である。SEIQoL-DWの測定では、「現在あなたの生活の中で最も重要な5つの領域は何ですか。現時点であなたの人生や生活をより楽しくしたり、あるいは悲しくすると考えられる事柄、つまりあなたの生活の質を決定していると感じている領域を5つ挙げてください。」(秋山, 大生, 中島,

2007)と、生活や人生の中で大切にしているもの、できることを教えてもらう。悩んでいることを質問するのではなく、医療者の正しい概念を患者に伝えよう、教えようとするものでもない。そのためには、「相手の話に強い好奇心と深い関心を持ち、事実を確定するためではなく、ストーリーを展開させるような質問を行う。相手が語るストーリーの流れを乗っ取ってしまうような質問をしない。あれこれと類推するのではなく相手の言葉を正確に追いかける。語り手が病気であること、聴き手が医療者であることにとらわれずに、相手の物語を尊重し、こちらの物語(解釈)を押しつけない。エンパワメントを心掛ける。」という姿勢で語りを促すことが必要である。

3) 語ることによる変化

人は、「あの経験は自分にとって悪夢だったが、それがあったからこそ、支えてくれる人たちとの出会いもあった。」というように、あたかも物語をつくるように過去を意味づける(宮坂, 2005)。語ることは、相手の理解を促進するだけでなく、語る人の変化も促進する。対話の中で事実を改めて語ることによって意味づけが変わる。意味づけができると出来事を了解できるようになって、受け入れることにつながる。患者にとっては、人生や病いの体験を振り返り、自分自身で今後の方向性を見出すことを助ける機会となり、看護師は、物語を共有することによって、患者をより深く知ることができ、支援の方向性を見出す機会となる。したがって、QOLの測定に留まらず、語り手と聴き手の両方が力を得ることができると考える。

文 献

- 秋山美紀 訳, 大生定義・中島孝 監: 日本語版SEIQoL-DW, 2007.
宮坂道夫: 医療倫理学の方法 — 原則・手順・ナラティブ, p67, 医学書院, 2005.
杉本正毅: 糖尿病患者に対するナラティブ・アプローチ 理論と実践, 第3回ナラティブ・アプローチにおけるストーリーの意義, 肥満と糖尿, 7(5): 757, 2008.

3. SEIQoL-DWによる主観的QOLの評価事例と看護介入の提案

弘前大学大学院保健学研究科 藤田 あけみ

私達が、SEIQoL-DWを用いて主観的QOLを評価した脳血管障害患者と直腸がん手術後患者を対象とした研究から、主観的QOLの向上をめざした具体的な看護介入の提案について紹介する。

脳血管障害患者を対象とした研究は、脳血管障害患者の回復期リハビリテーション病棟入院時と退院時にナラティブ・アプローチを実施し、SEIQoL-DWによるQOLの変化からナラティブ・アプローチがQOL向上の看護支援として有効であるか検討することを目的とした研究である。直腸がん手術後患者を対象とした研究は、直腸がんに対する内肛門括約筋切除術後の排便障害を改善し、主観的QOLを向上させるために有効な看護介入を検討することを目的とした研究である。これらの研究について、方法の中で主観的QOLを評価するために、脳血管障害患者を対象とした研究では、ナラティブ・アプローチを実施する前後、すなわち回復期リハビリテーション病棟入院時と退院時にSEIQoL-DWを測定した。また、直腸がん患者を対象とした研究では、排便障害への介入前後でSEIQoL-DWを測定した。

介入前に比べ、介入後にSEIQoL-DWが上昇した事例では、主観的QOL向上のための看護支援として、キューの重みが高いにもかかわらず、レベルが低かったキューについて、レベルが上がるように介入する必要があると考えられた。そこで入院生活により制約がある場合は、その時点で介入可能なキューに優先的に介入を行い、さらに、主観的QOL向上のために最も重みが高いキューのレベルを上げる方策として、退院後や今後の生活における目標を一緒に話し合い、具体化させることが重要と考えられた。

介入前に比べ介入後にSEIQoL-DWが低下した事例では、主観的QOL向上のための看護支援として、対象者自身が語った内容に気づき、現状を受け入れられるように介入する必要があると考えられた。重みが最も大きいキュー

への介入が最も有効であるが、疾患や治療、身体面の問題などは介入が困難な内容もある。一方で、キューが介入前よりも介入後にポジティブに変化したキューがあれば、そのキューのレベルが上昇し、よい方向に向かっていることを実感でき現状を受け入れられるように、患者自身ができていることを認めるような言葉をかける、新たなキューが語られた場合は、そのキューへの自身の期待に気づけるような言葉をかける、などの具体的な看護介入が考えられた。

SEIQoL-DWを活用した研究から、看護介入への提案として3つの方策が考えられた。①介入が可能なキューについて、キューの関連性も含めた介入を考える。②重みが高いにもかかわらず、レベルが低いキューのレベルが上昇するように介入する。③健康状態が回復していることが実感できるように、できていること、良くなっていることを具体的に示し、認めるような言葉をかける。ことが重要であると考えられた。

最後に、「語り」によってQOLを高めるためのSEIQoL-DWの可能性について、以下のようにまとめられる。

- 1) SEIQoL-DWは、定性的評価と定量的評価を行うことができる。
- 2) SEIQoL-DWを用いた主観的QOLの評価は、語り手が病気であること、聴き手が医療者であることにとらわれず、聴き手は語り手が自身の生活をどのように捉えているのかを知ろうとする姿勢が求められる。
- 3) SEIQoL-DWで自身の生活を「語る」ことにより、語り手自身が生活で重視している「キュー」に気がつき、生活の中での満足感を得られる可能性がある。

私達はSEIQoL-DWを用いた研究を通して、SEIQoL-DWの評価プロセスで行う「語り」が評価ステップである以外に、QOLを高めるための様々な要素が含まれていることを認識し、今後、具体的な看護介入方策に反映することが可能であることに着目している。

◆教育講演Ⅳ◆

放射線医療と看護

広島大学 原爆放射線医科学研究所

福島県立医科大学 放射線医学県民健康管理センター 神 谷 研 二

はじめに

福島原子力発電所事故の発生後5年目を迎えようとしている。福島では県民や関係者の懸命な努力により、復興に向けた取り組みが本格化している。原発事故が健康や生活、社会や農業、産業等に及ぼす影響の大きさが改めて認識される中で、復興に於ける大きな役割が医療関係者に求められている。ここでは、放射線教育で期待される医療関係者の役割と、原発事故による健康影響の焦点でもある放射線発がんリスクの概要、及び身近な被ばくである医療被ばくについて述べる。

1. 放射線教育における医療関係者の役割

原子力発電所事故からの復興における、放射線教育の重要性が改めて認識されている。未だ収まらない風評被害を防止し、福島の復興を支援するためにも、国民が広く放射線の知識を持つことが求められている。文科省は小学校からの放射線教育に着手した。放射線教育の担い手をどの様に確保するか等、困難な課題もあるが、国民が幅広く放射線知識を身に付けるためには義務教育からの取り組みは不可欠である。

もう一方の放射線教育の担い手は、医療関係者である。医療関係者にとって、放射線は日常的に馴染みのあるものであると同時に、国民が放射線の健康リスクに関する疑問を持った時に、最初に尋ねる相手も医療関係者である。実際、福島原発事故においても、住人が抱える放射線被ばくに関する健康不安や放射線情報の質問を最初にぶつけたのは、医療関係者だった。しかし、現実には医療関係者は、必ずしも放射線健康リスクに関する知識を十分持っていない場合があり、住人の質問や不安に十分答えられなかった。放射線リスクを伝えるリスクコミュニケーションで最も重要な要素は、伝える側と受けとる側の信頼関係である。医療関係者は、日常的な医療保険活動の中で、住民の中に溶け込んだ活動を行っており、住民からの信頼も厚く、住民と医療関係者の間に信頼関係が成り立っている。そのため、リスクコミュニケーターとしては高いポテンシャルを有する。従って、医療関係者が放射線の知識を身に付けることは、医療のみならず国民的にも大きな意義がある。

しかし、現在の看護学や医学教育の中では、放射線健康リスクに関する教育は十分ではない。日本学術会議は、最

近、大学レベルでの放射線教育と人材育成の必要性を議論し、「医学教育における必修化をはじめとする放射線の健康リスク科学教育の充実」を提言した。医学部長会議は此を取り上げ、現在ワーキンググループが立ち上がって検討が進んでいる。具体的には、地域毎に放射線健康リスク教育に関するコンソーシアムを設立し、地域毎に教育を担当する拠点校を指定する。この拠点校を中心に、例えば1)放射線の健康影響と防護、2)医療放射線と人体影響、3)放射線リスクコミュニケーション、4)原子力災害医療などの放射線教育などを行うことが検討されている。現時点で検討が進んでいるのは、医学教育においてのみであるが、看護学教育においても同様な取り組みが必要である。今後この様な取り組みを粘り強く進めて行く必要がある。

2. 放射線の発がんリスク

放射線の健康影響に関しては、放射線影響研究所が実施している原爆被爆者の長期疫学調査が世界で最も精度の高い情報を提供している。それによると、被ばく線量の増加に相関してがんのリスクが直線的に増加する^{1, 2)}。30歳(男女平均)の時に被爆した人が、70歳に達した時の1 Gy 当たりに各臓器に発生する固形がんの発生率の相対リスクは、がん毎に異なるが、全体としては約1.5である^{1, 2)}。国際放射線防護委員会(ICRP)は、この様なデータを基に「直線しきい値無しモデル(LNTモデル)」を提唱し、放射線防護の基本的な考え方として、その防護に用いている³⁾。しかし、100mSv以下の健康リスクについては、科学的には十分解明されていないのが現状である。

放射線による発がん感受性は、臓器によって異なり、大人では骨髄、結腸、乳腺、肺、胃などは、被ばくでがんを発症しやすい臓器である^{1, 2)}。子どもでは、甲状腺や皮膚も発がん感受性が高い。

一方、放射線被ばくによる発がんリスクは、被ばく時年齢の影響を受ける。子供の方が大人より被ばくによる発がんの感受性が高い^{1, 2, 3)}。この傾向はがんの種類によっても異なり、甲状腺がん、乳がん、皮膚がん等は、被ばく時年齢の影響を強く受ける。また、この傾向は、被ばく線量が高いとより顕著になる。低線量域では、影響そのものが小さいため、年齢の影響も明確でない点もあるが、データ

自体も不足しており、今後も科学的な解明が必要なところである。しかし、放射線防護の観点からも子どもは、大人より約3倍ほど発がんリスクが高いと想定して放射線防護が行われている^{3, 4)}。

今後、低線量・低線量率被ばく健康リスクを解明するためには、疫学的な研究に加え、放射線によるDNA損傷に対するDNA修復、細胞周期の停止、アポトーシス、老化等の細胞応答現象や、低線量放射線被ばくが組織や細胞に及ぼす影響、さらには被ばくした幹細胞の動態や分化・増殖に関する研究等も不可欠になってくる。また、網羅的なゲノム解析による新しいアプローチも必要になってくるだろう。

3. 医療被ばくと放射線防護

我々の身近な被ばくとして医療被ばくがある。医療では、放射線の利用により患者が受ける便益の方が不利益を上回るとの大原則の下に、高線量から低線量域の幅広い放射線が用いられている。ICRP2007年勧告では、医療被ばくにおいては、一般の防護で用いられる線量限度や線量拘束値を用いることは適切でないとされているが、正当化と最適化の原則は適用される必要があることが述べられている³⁾。正当化の原則では、放射線の利用による患者の便益が放射線の害（リスク）を上回る必要があり、最適化の原則では、被ばく線量を合理的に達成できる限り低減化する必要がある。医療被ばくで線量限度や線量拘束値を用いないのは、これらを用いることで診断や治療の効果を減少される可能性があり、その結果、放射線の便益より害が強くなる可能性があるためである。実際の医療では、同一の放射線検査を行っても、患者の病態、体重、年齢、性などによって用いる放射線線量は異なる。このため、国際原子力機関や日本診療放射線技師会は、独自に放射線検査における目安となる線量として「診断参考レベル」を定めている⁴⁾。この参考レベルを目安として実際に放射線検査で用いる放射線量を比較検討することで、被ばく線量の合理的な軽減化を目指している。

4. 日本の医療被ばく

日本は、医療被ばくの線量が諸外国に比べ高く、より一層の被ばく線量低減化への取り組みが必要である。特に、日本ではCT検査の普及が目覚ましく、これに伴い従来よりも低線量の放射線に被ばくする機会が増えている。日常生活における具体的な被ばく実効線量の世界平均は、自然放射線2.4mSv、医療被ばく0.6mSvであるのに対し、日本平均は、自然放射線は2.1mSvと余り変わらないが、医療被ばくは3.87mSvと非常に高い^{4, 5)}。国民の医療被ばくに伴う発がんリスクが、LNTモデルを用いて計算され、Lancet誌に報告された⁶⁾。それによると、日本人の

がんの3%以上が医療被ばくに由来するとされた。医療被ばくにLNTモデルを適用し、そのリスクを推定することは適切でないため、この数値で議論することは妥当ではないが、日本で医療被ばくの線量が高いことも事実である。因みに、我々に馴染みの深い放射線診断に用いるおおよその線量は、胸部単純X線検査（1回）0.006mSv、上部消化管検査（バリウム検査）3 mSv、CT検査（1回）5～30mSv、マンモグラフィ（乳房撮影）2 mGy、PET検査2～10mSv、歯科撮影0.002～0.01mSvなどである⁴⁾。

一方、医療被ばくで特に注意を要するのは、子どもと妊婦の被ばくである。子どもの方が大人より被ばくによる発がんの感受性が高いことは、前述した通りである。

妊婦が被ばくした場合の胎児への影響は、妊娠時期により異なる⁴⁾。一般的には、着床前期（受胎0～2週）の被ばくでは流産する傾向があり、器官形成期（受胎2～8週）では奇形が生じる可能性がある。胎児期（受胎8週以後）の被ばくでは、奇形が生じる可能性は無くなるが、脳の発達を障害される可能性があり、精神発達遅滞を生じることがある。これらの影響は、全て被ばく線量に依存しており、線量が低い場合はこのような影響は見られないが、線量が増加するに伴いその影響も顕著になる。チェルノブイリ原発事故では、多くの妊婦が低い被ばく線量にも拘わらず、人口中絶を行ったと報告されている。ICRPは、「胚／胎児への100mGy未満の吸収線量は、妊娠中絶の理由と考えるべきではない」としている³⁾。

この様に日本では、国民は高度な放射線医療を受けることができる恩恵に浴している一方で、医療被ばくの機会も増えている。今後、国民の健康管理や線量管理の上からも、このような医療に用いる個人の被ばく線量を長期的な観点で記録し、管理することができる制度設計も必要になっている。

文 献

1. Preston DL, Ron E, Tokuoka S, Nishi N, Soda M, Mabuchi K, and Kodama K. (2007). Solid cancer incidence in atomic bomb survivors: 1958-1998. *Radiation Research*, 168(1), 1-64.
2. Kamiya K, Ozasa K, Akiba S, Niwa O, Kodama K, Takamura N, Zaharieva EK, Kimura Y, and Wakeford R. (2015). From Hiroshima and Nagasaki to Fukushima 1: Long-term effects of radiation exposure on health. *The Lancet*. 386(9992), 469-478.
3. ICRP Publication 103, 国際放射線防護委員会の2007年勧告.
4. 第I篇 放射線の基礎知識と健康影響 [平成26年度版 (改訂版)] — 放射線による健康影響等に関する統一的な基礎資料 —, 環境省放射線健康管理担当参事官室, 国立研究開発法人 放射線医学総合研究所.
5. 平成23年12月 新版 生活環境放射線 (国民線量の算定). 108-113, 原子力安全研究協会.
6. Berrington de González A, Darby S. (2004). Risk of cancer from diagnostic X-rays: estimates for the UK and 14 other countries. *The Lancet*, 363, 345-351.

◆鼎 談◆

保健医療そして看護におけるビッグデータの活用と課題

東京大学大学院工学系研究科	水 流 聡 子 (話題提供)
東邦大学看護学部	高 木 廣 文
神戸大学大学院保健学研究科	中 澤 港
広島大学大学院医歯薬保健学研究院	梯 正 之 (進行)

ビッグデータ

ー リサーチの時代の新しいチャレンジ ー

2015年8月22日に広島で開催されました日本看護研究学会学術集会における鼎談、『保健医療そして看護におけるビッグデータの活用と課題』の進行をつとめさせていただきました。鼎談では、水流聡子先生に最初に話題提供をいただき、高木廣文先生ならびに中澤港先生よりコメント・追加の話題提供をいただく形でスタートしました。続いて関連する様々なトピックについて意見を交わしながら、保健医療あるいは看護におけるビッグデータ分析の可能性や問題点について理解を深めることができましたと思います。簡単に振り返って、今後の糧としたいと思います。

通常ビッグデータの話としては、電子カルテシステムの普及などにより医療機関で蓄積される大量の診療情報からいかにして医療の質や効率を高める有用な知見を探し出すか、といった話がイメージされるのではないかと思います。分析を目的としてデータを精選して収集するのではなく、別の目的のためにどんどん蓄積する、従来の手法では分析しきれない新規な特性を持ったデータは、新しいアプローチにより数々の成功例がもたらされ、ビッグデータは宝の山とみられるようになりました。今回の鼎談では、そのような事例の紹介に加えて、ビッグデータを蓄積する部分も含めたオリジナルな研究も紹介していただいたのが大きな特色の一つではないかと思います。

水流先生には、広く社会全般での応用例を紹介していただいた上で、医療現場で装置により収集されるモニタリングデータや自然言語で記述される医療や介護の中で発生する様々な記録などの新しい活用事例も示していただきました。高木先生は、個人情報保護の観点から、データをオープンにして広く解析に供する場合の課題、悪意を持ってビッグデータを利用する人をどう排除すればよいか、など研究利用のためのシステムのあり方などについて問題提起いただきました。このような研究が、大学という比較的公的な組織よりは企業といった私的組織を中心に行われている現実があります。中澤先生には、ポイントカードに

よって個人の購買行動がリンクづけられセールスの効率化や販売促進に活用されるようになっている例などを交えて、私たちがどこまでこのような取り組みを容認できるか、身近なところとからめてご発言いただきました。また、実際のデータの分析においては、データ解析の専門知識と個別領域の専門知識の両方が必要とされることから、このような人材育成の問題にも触れていただきました。ビッグデータの解析には新しいアプローチが要求されることに関しては、様々な議論がありましたが、私の方からも、データサイエンスでいわれるデータの可視化がそれは一種のモデル作りであるということをお話させていただきました。以上、私の主観的な判断で一部だけをまとめさせていただきましたが、他にもっと重要な論点について理解を深められた方もおられるものと思います。

昨今、時代の変化は著しく、医療や看護の世界はもちろん、様々な社会の領域で新しい取り組みにチャレンジが要求される時代となっています。何らかの教科書を勉強して対応法を探しそれで済むという問題ではなく、一つ一つの問題に、その固有の特性を丁寧に分析し新しい見方でとらえる、いわばモデル作りの作業が不可欠となっています。勉強というより研究(リサーチ)というべき仕事でしょう。ビッグデータの活用というのは、情報を収集し、分析し、うまい解決策につなげることを目指すという意味で、何も新しいことではないといえます。戦国時代のような時代の転換期には特にこのことが重要となるものと思います。それに長けたものが目的を達成してきた(天下を取ってきた)といえるでしょう。いままさにそういうリサーチの時代が到来しているのではないかと思います。

使い方を知らなければお金でさえ財産ではない、といいます。ビッグデータを宝の山として生かせるかどうかはまさに使い方、すなわちリサーチ、にかかっているといえるのではないのでしょうか。看護研究学会はまさにリサーチの学会。今後皆様ますます研究を発展させられますよう祈りいたします！

(文責 梯 正之)

◆話題提供◆

保健医療そして看護におけるビッグデータの活用と課題

東京大学大学院工学系研究科

医療社会システム工学寄付講座 水 流 聡 子

1. ビッグデータとは

ビッグデータ (big data) とは、市販されているデータベース管理ツールや従来のデータ処理アプリケーションで処理することが困難なほど巨大で複雑なデータ集合の集積物を表す用語である。その技術的な課題には収集、取捨選択、保管、検索、共有、転送、解析、可視化が含まれる。ヘルスケア領域における大規模データ集合の傾向をつかむことで、医療そして看護はこれまでに困難であった課題のうち何に対峙できるようになるのだろうか。

2. 保健医療・看護では、何を観測するのか

ビッグデータで得られるものは一般的には「観測データ」である。保健医療そして看護で重視される観測データは、患者状態に関するデータと、実施した介入とそのタイミングのデータである。患者状態に関するデータには、原因・結果に影響を与える患者プロフィールデータと、今の患者の状態を示す検査値・観察結果・アセスメントがある。医師は当該疾患の臨床指標となる検査値と看護観察結果・自分で得た症状所見をもとに、患者状態をアセスメントする。看護観察は患者に負荷を与えずに取得でき、連続性を担保できるが、現実的にはヒトによるばらつきがあり、医師が活用したくなるレベルの価値を有していると言いはし難い。医師も看護師も信頼できる看護師の観察結果しか参考にできず、交代制勤務によって観察結果のばらつきはより強化される点もあり、看護観察のデータ精度には大きな問題があるといえる。結果として、医師は検査値と自分の所見のみを活用することになる。

3. 看護は観測のための基盤を構築しているか

看護が保健医療に貢献できることのひとつとして、患者状態に関する情報・データの生成が考えられる。医師が患者状態をアセスメントする際に活用可能なレベルのデータ精度で、時系列の看護観察データを提供できれば、医療への貢献性は高まる。そのためには、看護観察の項目名称と結果表記を標準化する必要がある。

看護観察項目名称と結果表記の標準化とメンテナンスのPDCAサイクルを回す仕組みが基盤として必要である。e-Japan プロジェクトから医療のグランドデザインが提示

され、厚生労働省・文部科学省・総務省の共同課題として「医療情報の標準化」があげられ、いくつかの重要なマスターが開発された。病名・薬剤・臨床検査など厚生労働省標準として承認されたものもある。看護マスターも開発され、MEDIS-DCで管理・メンテナンスが行われ、電子カルテで用いることができる看護実践用語として公開されている。

4. 新たな臨床看護知識の蓄積と活用による診療・看護の質改善

電子化社会に対応できる看護実践用語標準マスター（観察・ケア）が構築できたからといってすぐにその活用がすすむわけではない。このマスターの理解・使い方の理解・使い方の方法論開発が必要である。またそれを業務システムの中にうまく組み込まない限り、医師が活用できる看護観察データを、能力のばらつきが存在する集団から、一定の精度で生産し続けることは困難である。

ある目的を達成する看護観察群をモジュール化（部品化）することが解決策のひとつといえる。当該モジュールを活用した看護観察計画と、確実な看護観察の実施、看護観察値を用いた患者状態の推移のみまもりと、問題となる患者状態発生時の即時介入の実施、介入効果の確認、という一連のプロセスを支援するアプリケーションと効率的に設計された業務プロセスからなるシステムを構築することで、看護が果たすべきビッグデータの生成と活用が可能となる。その目的は、保健医療そして看護の質改善である。

本来提供されるべき看護観察とケアが選択され、質保証された計画が作成され、当該計画の確実な実施によって、ビッグデータが蓄積される。蓄積されたデータの匿名化処理を行い集約データとし、大学院生を含む研究者がこれらのビッグデータにアクセスできる状況を作り出すことで、丁寧なオリジナリティのある研究が遂行され、新たな臨床看護知識の獲得を実現することができるしくみを構築する。あらたな臨床看護知識コンテンツが整備されることで、当該知識を現場が質改善のために活用する、このような大きなPDCAサイクルを回すシステムの構築が求められる。

◆シンポジウム◆

「生き活き地域を支える看護活動」

司会

広島大学病院 看護部

山 本 雅 子

NPO 法人 看護アカデメイア 幸 新 道 幸 恵

少子高齢者社会、疾病構造の変化、医療経済の悪化などの課題を抱えるわが国において、高齢者が生き生きと人間らしく、クオリティ・オブ・ライフを全うする社会創りが喫緊の施策になってきた。それを背景に医療機関も機能分化や在宅医療、在宅療養の推進が図られ、病院完結型から地域完結型へと移行してきた。そのことは必然的に、在宅療養者が地域で安心して療養できる環境作りとして地域包括ケアシステムが構築されることになった。即ち、「地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じて自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」である地域包括ケアシステム（地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律）の整備が全国で推進されることとなった。

少子高齢社会における在宅療養の推進は、疾病構造の変化とともに、高齢者の独居、老老介護、認知症患者の増加、がん患者など終末期の人々の在宅療養者の増加などの課題を地域にもたらしている。それらの人々が住み慣れた地域で安心して療養生活を送ることが出来るようになるためには、地域包括ケアシステムに組み込まれた医療従事者の点や線ではなく面でのつながりによって支え合う仕組みを作ることが大切である。

本シンポジウムにおいては、地域包括ケアシステムを機能させるためには不可欠な存在である看護職が地域で生き活きと活動をすることで、地域の人々を生き活きと支えている実績について報告された。中村順子氏は、地域包括システムのコーディネータ的な役割を果たしている保健師の

活動を、夏美昭子氏は健康寿命を延ばすために他機関連携によって成果を上げている保健師の活動を、三浦紀子氏は地域支援病院において、病院から地域に看護師を派遣して地域の看護職や医療関係者と面でのつながりを模索して目標を達成した看護部長としての活動、岩川彰子氏は地域の回復期リハビリテーション病棟の認定看護師としての専門性を駆使しながら地域の訪問看護ステーションとの連携によって地域の人々を支える活動を、横山純子氏は離島（壱岐市）の病院の外来において、自らの博士の学位を取得してきた過程における人脈と知見を活用して他機関・多職種連携を機能させて離島の人々の健康を守っている活動を生き生きと語ってくださった。

シンポジストの皆様の活動は現在、国の施策として推進されている地域包括ケアシステムの編み目を面でつなぐパイオニアとしての活動であり、現在国の施策として推進されている包括ケアシステムを実質的に機能させる役割を看護がしっかりと果たしていること、また、看護の役割はそのシステムに不可欠であることを改めて認識させられた。その意味において、このシンポジウムは座長を役を担った者として充実した時間であり貴重な経験であった。

文 献

秋山正子（2015），訪問看護エキスパートから看護教育に望むこと，日本市立看護系大学協会会報，N034，p4-6大学，一般社団法人日本私立看護系大学協会．

福井トシ子（2014），看護がリードする病床機能分化と地域包括ケアシステム，平成26年版看護白書p23-47，日本看護協会出版会．

◆シンポジウム◆

ど・ストライク 看護の役割は生活を支えること — 看護の原点とも言える活動に専門職としての喜びを覚えつつ —

秋田大学大学院医学系研究科 保健学専攻 中 村 順 子

猪飼周平はその著書「病院の世紀の理論」の中で「20世紀は病院の世紀」であったと言う（2010, p1-13）。確かに20世紀は高度な医療の発展と国民皆保険制度などの医療制度の充実により病院医療への期待が大きく高まった時代であった。更に彼は「21世紀は包括ケアの世紀」であるとした。病院や高度な医療への期待は変わるところはない。しかし、生活習慣病の蔓延などの疾病構造の変化や、人生の中で脆弱な期間を持つことを余儀なくされる超高齢社会という社会の変化に対応するには、治すだけではなくQOLの向上を目指すことが必要で、そのためには医療だけではなく介護・予防・福祉といった多様なケアが包括的、一体的・継続的に丸ごと提供される必要があるというものだ。

たとえ完治できない病気になっても、その人らしくQOLの向上を目指すことは「暮らし」の中でこそできることであり、生活の場である地域においてこそ可能となる。一方病院は治療がその主たる目的であるのだから、その機能を果せるようにしなければならない。医療従事者も住民も、医療の役割や病院の機能を理解し、かつてのように病院にすべてを（治療のみならず介護まで）期待する病院完結型ではなく、地域完結型として自分らしく暮らすを考えるときが来ている。

国は全ての団塊の世代が後期高齢者となる2025年までに、市町村の実情に応じた地域包括ケアシステムを構築するという方針を立てている。これは「自分が望む場で最後まで自分らしく暮らす」ための体制作りである。しかし人口減少が進む中、今まで体験したことのない量の医療ニーズ・介護ニーズに対応するためには、社会資源を増やすという視点だけでは社会保障制度改革上も困難であることは明白で、医療・介護の再編成や住民の意識改革・街づくりまでを視野に入れた壮大なプロジェクトとも言えるであろう。

地域包括ケア研究会が作成した通称植木鉢モデルでは、それまでの「医療」「介護」「予防」「住まい」「生活支援」という5つの枠組みを細分化し、「すまいとすまい方」という植木鉢に、栄養分となる「生活支援・福祉サービス」という土があり、そこから「医療・看護」「介護・リハビリテーション」「保健・予防」の3枚の葉が生えるという形

で地域包括ケアシステムを表現している（2014）。3枚の葉は根をひとつにして一体的な提供を表す。また植木鉢の皿の部分を「本人・家族の選択と心構え」として、何よりも「本人家族の選択と心がまえ」が基盤であることを強調している。

ここにおいて看護は、保健・予防・介護・医療に横串を刺す領域であり、本人・家族の選択に必要な意思決定支援も重要な役割であることから、地域包括ケアシステム推進のためには、病院等施設看護、在宅看護、保健活動などその領域を問わず看護本来の持つその働きが非常に重要であることが改めて示された形となっている。

ここで包括ケアの世紀である21世紀の看護を考えるに当たり、近代看護の母であるナイティンゲールは看護をどのように捉えていたのか振り返ってみたい。

病気を回復過程であると捉えるナイティンゲールは、病気とは毒されること（poisoning）や衰えること（decay）の過程を癒そうとする自然の努力のあらわれであるとした。生命力を妨げるものを取り除こうとする自然の力が働きかけていることから、生命力の消耗を最小にするようにすべて（生活過程・生活はいろいろな過程の複合体）を整えることが看護である（1860/1975, p149）。看護はその自然力が活かされるように日常生活がどのように過ごされているかという見つめ方をする。看護とは自然の回復過程をうまく進めることができるように日常生活を調整する働きであり、自然力を助ける過ごし方なのか妨害する過ごし方なのか、という視点が重要なのである。

彼女はまた病人に対する看護だけでなく公衆衛生看護の母でもある。看護覚書（1860/1975 p152）の中では「健康の法則すなわち看護の法則が — 両者は実のところ同一なのである — 病人の中にも健康人の中にも共通に働いている」と述べ、例としてロンドンの乳児死亡率と乳児の健康を守る衛生環境の改善、そのための知識の必要性について説く。健康の法則として忘れてならないのは、環境に代表される人間とこの世界の関係に関する法則と共に、身体は我々の心の器であり、心を入れたこの身体を健康な器にするのか不健康な器にするのかという法則もまた健康の法則であると指摘している点であろう。このように人の生活の過程とそれに影響を及ぼすもの全てに視点を置いて整え

ることが看護であり、健康増進、疾病予防から病人の看護に至るまで、一貫して「健康の法則は看護の法則」であり、看護は健康を守ること全般に関わっているということがナイティンゲールにおける看護、と言えるであろう。

看護覚書から30年以上たって出版された「病人の看護と健康を守る看護」(Sick-Nursing and Health-Nursing, 1893/1974 p128) ではさらに「健康とは良い状態をさすだけでなく、我々が持っている力を十分に活用できている状態をさす」と、現在のICFの考え方の先取りとなるような健康観を示しており、改めて彼女の本質を見抜く力の偉大さに気づくのである。

ナイティンゲールの看護観について更に我々の理解を促す文章がある。これはナイティンゲール研究家である小南吉彦が、現代社出版のナイティンゲール著作集の付録で述べているものである(1974, p6-8)。氏は、彼女と同時代を生きたウィルヒョウ(1821-1902)の考え方と比較して、それぞれの生命観の捉え方の特徴を示す。氏によればウィルヒョウは生物の生命現象を「細胞」という単位で捉え、最も的確に疾病の病理を捉えようとした結果、病気への働きかけは病変のある細胞であるとした。このように19世紀の医学は器官→組織→細胞→分子、とより小さい単位へと志向していった(ウィルヒョウは「細胞病理学」により西洋近代医学の行き方を決定的に方向付け、現代西洋医学においても重要な古典であると認識されている)。

一方ナイティンゲールは生命の単位をあくまでも個体(ひと)として捉える。ある一部の細胞ではなく個人そのものが全体として病んでおり、しかも疾病そのものが生命力の証であるのだから、彼女の働きかけは病気そのものではなく病人と病人を取り巻く環境へと向かう。彼女の生命の捉え方は更に広がる。病人は決して一人で病んでいるのではなく、その人が病んでいるために病んでいる家があり、病んでいる家があるために病んでいる病人がいる。健康を左右するような人間の実相はそのほとんどすべてが家庭で営まれる。家庭は最も重要な生命の単位であって、この生命を守り育てることこそ健康を守る手段である。更に大きな単位として邑(むら・この場合は主として自然の条件が作り出した家の集落)、民族、国家へと生命の捉え方は広がり、彼女の最後の著作は町や村での健康教育に関するものであった(1894/1974)。

小南氏によれば、このような生命の捉え方をしていたナイティンゲールであるが、決して細胞中心の医学に基づく判断を軽視はしなかった。むしろナイティンゲールの生命観の独自性は、現実のありのままの病気の姿の諸相に応じて生命の単位の捉え方を速やかに変化させ、そこからくる判断を現実の病気の姿に無理なく調和させていくことであり、病気の姿の中に、その傷ついた細胞も家も同時に何重

にも重複させて見透かしながら、その時点で押さえることの必要な生命単位の諸レベルの間を行き来したことにあると言う。

以上のようなナイティンゲールの生命観・健康観・看護観の理解を基にすると、看護においては、良く言われる医学モデル、生活モデルというカテゴリーで区別して考えるのは無意味のような気さえしてくる。病院の世紀は医学モデル、包括ケアの世紀は生活モデルと言い切ることは看護とは何かを置き去りにした議論とも言えるのではないだろうか。近代看護の母であるナイティンゲールが100年以上前に看護のありようをこんなにもはっきりと示している。包括ケアの世紀における看護の役割も、既にナイティンゲールが“生活過程をすべて整える”というキーワードのもとに100年以上前に教えてくれていた。

地域における看護(保健活動、在宅看護など)は、病院の世紀であった20世紀においても、多様な健康のレベル、個人・家・地域への視点の広がり、関わりの広がりの中で、細胞レベルから地域レベルまで自由な行き来をしながらその役割をはたしてきた。生命力を自然力と社会力の統合されたものとみる、ナイティンゲールの生命観(薄井1974, p29)を現実の現象として実感し、「場」のもつ力「人」の持つ力(自分力)を実感し、生活そのものに関わり健康のレベル(狭い意味ではなくナイティンゲールが言うところの)を上げようとしてきた。このような看護活動は、看護者をナイティンゲールが言うところの看護(これが看護の本質であるならば看護の本質)に関わる活動と認識させてきたのではないだろうか。

筆者は1985年に訪問看護を始めた。時はまだまだ病院の世紀。療養者の受診同行にボロシャツ、綿パンのいでたちの“訪問看護師”は“看護師”には見えず、外来看護師から「あなたは誰ですか? 何でここにいるのですか?」と面と向かって聞かれたものである。この何とも言えない心細さ、言いたいことも言えず引いてしまいそうになる思いは全ての患者、家族が感じていたことなのだと、その立場に立って初めて知った。しかし、社会的認知度も低く世間ではこの人は何をしているんだろうと思われつつも、療養者家族を深く知り、彼らが何を望んでいるかを共有し、看護師としての専門性を用いて、支援しつつも彼らから学ぶという訪問看護は筆者を虜にした。これぞ看護という思いがあったのかもしれない。

地域で看護活動をしている看護職が元気である。行政保健師の保健活動、訪問看護師の在宅看護活動に留まらず、地域住民がその人らしく暮らす・逝くを支援したいと考える看護職の活動の領域は留まることを知らず広がりを見せている。東日本大震災後の被災地における保健師活動、「暮らしの保健室」という新しい相談支援の形、「ホームホ

スビス」という民家を借りた小規模ホスピス、看護小規模多機能etc……。看護の専門性を活かす方法として、文字通り生活そのものに入り込み整える活動が彼らを元気にしているように筆者は思う。

地域包括ケアシステムにあつての看護の役割は大きい。地域包括ケアは高齢者のためだけのものではない。看護がその対象とするように妊婦、子供、母親、障がい者、引きこもりの若者など、この構築によって多様なケアニーズに応えて行けるに違いない。

地域包括ケアの時代に在って、看護が本来の看護の働きをそれぞれの活動の場で自覚し、つながって行くならば、こんなに地域住民にとって心強いことはない。今こそ看護とは何かを再度看護職自身が考え直し、協働していくときではないだろうか。

引用文献

- Florence Nightingale(1860)Notes on Nursing／湯槇ますら訳 (1975). ナイティンゲール著作集第1巻第2版. 149-151. 東京：現代社.
- Florence Nightingale(1893/1974)Sick-Nursing and Health-Nursing／湯槇ますら訳 (1974). ナイティンゲール著作集第2巻第1版. 128. 東京：現代社.
- Florence Nightingale(1894/1974)Health Teaching in Town and Village. Rural Hygiene／湯槇ますら訳 (1974). ナイティンゲール著作集第2巻第1版. 東京：現代社.
- 猪飼周平 (2010). 病院の世紀の理論. 1-13. 東京：有斐閣.
- 小南吉彦 (1974). ナイティンゲール著作集月報ナイティンゲール著作集第2巻付録. 6-8. 東京：現代社.
- 地域包括ケア研究会植木鉢モデル. 厚生労働省ホームページ. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-3.pdf(参照2015年12月28日)

◆シンポジウム◆

「人と自然が健やかに輝くまち」を支えるために

— 大学と連携して取り組む保健活動 —

世羅町の紹介

世羅町は、人口17,000人余りの小さな町だが、『花』と『フルーツ』と『駅伝』の町として有名である。

縄文、弥生時代の出土品、遺跡も多い世羅町は、今も残る「今高野山」を中心に稲作で繁栄してきた。広島県のほぼ中央に位置しており、夏と冬の気温差が比較的大きく、農業に適した気候である。大変豊かな自然の中で、これまで水稲と野菜中心の農業が発展してきた。農業法人は県内一多く、現在37法人ある。

「健康法人プログラム」事業の紹介

農業を基幹産業とする町として、農業をできるだけ長く続け、健康を保持するための世羅町独自の方法を検討するため、広島大学と共同で、農業法人を中心とした健康づくり事業に、3年前から取り組んでいる。

初年度の平成24年には、農業法人構成員995人を対象に、「健康づくりに関する調査」を実施した。この調査結果から、「具体的に健康を維持する行動を実践している人は少ない」、「腰痛が圧倒的に多い反面、体操の方法を知らない人が多い」という実態など、取り組むべき課題が見えてきた。

そこで平成24年～25年度は、モデル法人7法人・120名の方に参加協力いただき、「健康法人プログラム」として、農閑期に「腰と膝の痛みの調査・農業に関係する運動機能測定・ストレッチの指導・講話」等を実施した。農閑期とはいえ、農地の管理作業等忙しくされている農業法人の構成員に対し参加意欲を高めるフォロー体制として、広島大学スタッフは、通信や体操カードによる動機づけや賞賛、一方、世羅町は、電話による本プログラム参加勧奨、依頼のあった法人への出前講座、法人だよりへの原稿提供などの取り組みを行った。

2年間の事業を通して分析した結果、「農閑期の終わりには筋力などの体の状態が改善する反面、農繁期の終わりには筋力などが低下する」ということがわかった。そのため、「農閑期には適性体重の維持と筋力のための運動、また、農繁期にはストレッチが適している」と考察した。参加された方は、体の使い方を日々意識されるようになったことにより、農繁期が終わっても体の機能が維持されるな

広島県世羅郡世羅町 健康保険課 夏見 昭子

ど、一定の成果があった。

平成26年度は、町内全ての農業法人へ呼びかけ11月に2日間、1日2コースで、前年度までの内容に加え、酒の飲み方やつまみについての栄養相談、食生活改善推進員によるおすすめ1品の試食等、お楽しみコーナーを増やして実施した。平成24年度からの継続参加者が少ないため、経年変化を統計的に評価することは今のところ困難だが、個別の変化を見ていくことにより、今後急激な低下が見られた個人を特定し、支援することが可能である。また、アンケート調査から健康行動に対する認識や考えの変化を知ることができる。さらに、経年データの蓄積による分析をし、世羅町独自の健康づくりプログラムの作成をするため、できるだけ継続参加を促していく。

この事業の中で独自に開発した「楽なの～ストレッチ」は、農作業前後に実践する意義や効果を伝えながら少しずつ普及を図っている。「楽ですねえ」を広島弁で言う、「楽なの～」となる。そこで、ストレッチをすると体が楽になることと、農業の「農」をかけて、「楽なの～ストレッチ」とネーミングした。「楽なの～ストレッチ」は、「体の横回し運動」や「体のひねりの運動」など10種類から構成されている。食生活改善推進員や、いくつかの農業法人の方にモデルをお願いして収録し、朝晩、ケーブルテレビで放送しているほか、健康イベントや地域での健康講座等で、動きを解説しながら実施している。

4年目となる今年度の「健康法人プログラム」は、11月に町内3地区で実施した。当日の運営は世羅町のスタッフのみで担当し、広島大学には、運動機能測定器具の貸出や測定結果の分析をお願いした。参加者は、農業法人加入を条件とせず、町内農業従事者とした。本事業の継続により、これまで、保健事業の対象とすることが困難であった「働き盛りから高齢期に向かう男性へのアプローチ」が今、ようやく展開できつつある。

第二次健康増進計画（健康日本21）においては、地域のソーシャルキャピタルを健康づくりに活用することが提案されている。本事業では、地域のソーシャルキャピタルと考えられる農業法人に焦点を当ててスタートし、世羅町の特徴を活かした独自の「健康づくりプログラム」の開発に取り組んでいる。さらに今後は、「定年退職者等が10年後

もいきいきと健康的に生活を楽しむためのコミュニティ（居住地域）回帰を促進する基盤をつくること」を目的に、事業展開していく。そのため今年度は各農業法人等に働きかけ、概ね55～74歳の男性を対象に、会員が「健康づくりとともに、認知症理解の大切さ」を学び、家族、法人内、地域へひろげることを目標に、新規事業を広島大学と共同で企画し、次年度に向けて新たな組織育成をめざす。

今後も、すべての年齢層の方々の健やかな生活に貢献できるよう、大学とともにアイデアを膨らませていきたい。

このように広島大学と連携して共同研究事業が展開できることは、町にとって大変ありがたいことである。大学との人材交流が深まり、このことは、双方の人材育成にも有効と思われる。

世羅町で、健康を保持しながら農業を長期にわたり継続する町民が増え、いつまでも「人と自然が健やかに輝くまち」であってほしいと願いながら、今後も保健活動に取り組んでいきたい。

◆シンポジウム◆

在宅療養の患者を地域で支える病院看護活動のいまとこれから

公益財団法人東京都保健医療公社 多摩南部地域病院 看護部

認定看護管理者 三 浦 紀 子

多摩南部地域病院は、東京都西部の多摩市に1993年に開設され、多摩南部の八王子市・町田市・日野市・多摩市・稲城市を対象範囲とする二次医療圏における地域医療支援病院である。1971年から段階的にまちづくりが進められてきた多摩ニュータウンは、既に事業開始から40年以上が経過し、建物等の老朽化とともに、社会状況や人口動態、人々のライフスタイルも大きく変化してきている。住民の高齢化と急激な人口減少は、人口変化として想定範囲内であり、超高齢化多死社会に向けて在宅ケアの一層の充実が急務であるといえる。

これらの地域事情から、当院における看護活動も、病院完結型から地域連携型への体制強化が求められている。「医療で地域を支える。」という公社病院の理念の基に、従来から病院として地域連携に力を入れていたが、更に地域住民の健康と生活を守っていくためには、当院の立ち位置としては、地域との連携強化が必須であることが言える。今回のシンポジウムでは、当院で取り組んでいる二つの地域連携システムについてご紹介して、病院看護部門が担う地域医療支援の在り方を考えていきたい。

1. 皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問

これは、病院の認定看護師が訪問看護師と共に患者の自宅へ訪問し、専門的な処置・アドバイスを行い、看護計画を作成し、訪問看護師による継続的なケアを実施するシステムである。

当院で、二次医療圏内の訪問看護ステーションに協力を得て調査をした結果から、同行訪問への期待が大きいことが判明した。さらに、地域包括ケアシステムの時代を迎え、2012年の診療報酬改定により訪問看護師への皮膚・排泄ケア認定看護師の同行訪問が評価された。こうした背景のもとに、皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問システム構築を行った。看護部内でのシステム案作成、病院内の諸部門との調整、地域医師会および訪問看護ステーションとの調整などを計画的に進めていった。その結果、2012年9月より、病院の皮膚・排泄ケア認定看護師による同行訪問システムの運用を開始できた。この取り組みにより、難治性褥瘡の治癒促進ができたことは勿論であるが、地域の看護職との信頼関係が構築され、地域と病院との連携が

進んだことも大きな効果であった。更に、地域看護職と病院看護師の連携が取れていることを目の当たりにすることで、患者家族の安心感にも繋がった。

2. 多摩緩和ケアカンファレンス

これは、終末期がん患者が住み慣れた自宅で可能な限り過ごせるために、地域連携・病診連携・看看連携を強化することを目的として、病院内で地域の医療者および関係者とともにカンファレンスを実施する試みである。

「がん医療」は当院の重点医療であり、地域に圧倒的に少ない緩和ケアの充実強化のために、2013年7月に、ホスピスではなく「在宅療養のバックベツト」として緩和ケア病棟を開設した。「住み慣れた地域・慣れ親しんだ人たちのいる地域、家族と共に暮らす自宅で最期を迎えたい」また、「家族の最期を看取りたい」という地域住民を支える機能を有する病棟である。当院の緩和ケア病棟が在宅療養のバックベツトとして機能するためには、地域との密接な連携が不可欠であることから、2014年5月より大学病院と連携し、2014年は「顔の見える連携」、2015年は「みんなの声を聴こう」をコンセプトに、地域のクリニックや地域包括支援センター職員等と合同の「多摩緩和ケアカンファレンス」を立ち上げ、毎月主宰している。緩和ケア領域は、「cureからcareへ」「治療から療養へ」がポイントとなり、看護の力がより発揮される分野でもあるため、カンファレンスによる地域の看護職員との交流が、在宅療養の質を左右する大きな鍵となっている。在宅であっても病院であっても、常に患者・家族を中心に据えて、関わっている医療職や関係者が同じ土俵で話ができることで、信頼関係ができていくと考える。互いの立場や考え方を理解し共有することで、互いを尊重し合うことができ、その結果、患者家族が安心して在宅療養ができる環境を作っていくことができる。

カンファレンスの参加施設は、病院・診療所・クリニック・訪問看護（介護）ステーション・包括支援センター・介護老健施設・調剤薬局・行政で、41施設の登録がある。参加者の職種は、医師・看護師・薬剤師・栄養士・介護福祉士・社会福祉士・理学療法士・ケアマネジャー・臨床心理士・事務職で、毎回40名から60名程度の参加がある。昨

年度は多職種による講義が主であったが、今年度より事例を通して互いの立場でディスカッションをする形式にした。在宅調整困難事例や在宅での看取りなどの事例を通して、それぞれの立場で知りたいことや共有したい情報等を議論している。

この取り組みの効果として、地域の医療職や関係職種の方々との信頼関係が構築できてきたことは言うまでもないが、実際に互いのフィールドを知り知見の共有ができたことで、地域の医療・看護の質が維持されて、その結果、在宅療養の充実（期間・QOL）が図られてきた。

互いの活動を体感することでより理解が深まるため、今後は地域の看護職と病院看護師が互いの活動エリアを行き来できるような、フリーアクセスの仕組みを構築することが必要であると考え。また、病院および在宅で提供される看護の質が標準化できるような取り組みも必要である

う。更に、看護部門だけでなく在宅医との連携強化も、今以上に必要となってくると考える。終末期患者の在宅での看取りは、careが主となるとはいえ、医療依存度の高い状態であることから、ある程度のcureも必要とされる。中心静脈栄養・血糖コントロール・酸素投与や痰吸引・悪液質による腹水貯留に対する処置等、家族を始めとして在宅医や訪問看護師への負担も重くのしかかっていることは想像に難くない。

病院看護師は、患者を生活者としてとらえ、地域に帰ってからの姿を具体的にイメージして、地域の適切な方々に確実に引き渡し、また時には協働することが必要である。地域と病院看護部門が密接に繋がることで、在宅療養に向かう患者・家族の安寧が図られて「時々入院、ほぼ在宅」の実現に向かうことが期待できると考える。

◆シンポジウム◆

生き活き地域を支える看護活動

指定発言者

光武内科循環器科病院看護部（健診担当） 横 山 純 子

はじめに

私は結婚後長崎県壱岐市へ行き、壱岐行き（生き活き）地域を支える看護活動をしている。そこで、今回、壱岐市の概要と離島壱岐で看護師として働いて感じたことについて述べる。

1. 長崎県壱岐市の概要

長崎県壱岐市は、福岡と対馬の中間地点で玄界灘に面し、福岡県の博多港から76km佐賀県の唐津東港から42kmの位置にある。総面積は135.56 km²で、日本で20番目に大きい島である。人口は多いときには5万人ほどいたが、年々減少傾向で現在は約2万8千人となっている。高齢者世帯が非常に多く増えており、高齢化率は2010年31.8%、2020年には37.4%になると予測されている。壱岐市へのアクセスは、福岡から高速艇で1時間、フェリーで2時間、佐賀からフェリーで1時間半、長崎から飛行機で30分、船は1日4～5便、飛行機は2便である。盆時期や夏には船が若干増便される。料金は片道高速艇が4千円、フェリーが2千円、飛行機が7千円ほどかかる。

2. 特定医療法人玄州会光武内科循環器科病院

特定医療法人玄州会は、光武内科循環器科病院、在宅ケア総合支援センター、特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、三島診療所と原島診療所からなる。施設間で連携を取り合い、在宅・施設・病院とトータルで住民の健康を支援する体制をとっている。光武内科循環器科病院は、一般病床40床、療養病床48床からなる（平成27年8月現在）。外来診療は内科外来と専門外来があり、往診も行っている。内科の往診は月～木にあり、往診件数は一日平均7件である。在宅での看取りも行っている。皮膚科の往診は週に1回、主に島内の施設を中心に行っている。

3. 離島壱岐で看護師として働いて感じたこと、限られた医療・スタッフについて

壱岐市は郷ノ浦町、芦辺町、勝本町、石田町の4つの町から成る。壱岐市内に病院は6つある。郷ノ浦町に4つ、芦辺町に1つ、勝本町に1つであり、石田町には一般診療所はあるが、病院はない。精神の入院は1つの病院、小児

の入院は1つの病院、産科と外科は2つの病院、透析は3つの病院で対応している。

救急指定病院は島内に2つである。2つの病院が受け入れを拒否したら、患者さんは行く病院がない。当院では「救急患者は断らない」方針をかかげている。救急出場件数は年々増加傾向にあり平成25年は1601件であった。そのうち、急病は1030件で、うち437件が光武内科循環器科病院へ搬送された。ところが、島内でできる治療には限りがある。島内で対応できない緊急治療を要する場合、ドクターヘリで長崎県へ搬送する。治療上の理由等で福岡への搬送が望ましい場合には、福岡へ搬送することもある。これまでに心筋梗塞や脳卒中などで患者さんを搬送した。また、当院で治療ができない場合には他院を紹介している。外科の治療は島内の他病院へ、島内でできない心臓カテーテル治療・透析導入・脊椎の手術・放射線治療などが必要な場合は福岡の病院を紹介し、船で移送している。

専門外来の医師は福岡から来島する。また、常勤の医師も大半は週末福岡で過ごす。そのため、海が時化、船が欠航になると、医師が来島できずに休診となる。台風シーズンと冬場の寒気団、春一番などがくる頃になると天気図や波予測とにらめっこをしてひやひやする状況である。また、島内にいる44人の医師は10年後約半数が70歳以上になる。一方、看護師も10年後150名減少すると予測されている。医師も看護師も不足している。今後、それらの対策が今必要となってくる。若い看護師・医師が島の医療・看護に興味を持ち、来島するように努めていきたい。

4. 壱岐の魅力について

特産品としては焼酎（壱岐は麦焼酎発祥の地と云われている）・いか・牛・うに・アスパラ・アムスメロン・いちごなどがある。壱岐の魅力はなんといっても、人がいい。治安がいい。海が美しく、緑もたくさんあり、自然が豊富である。島内でたいいていのものは生産され地産地消できる。島内の移動は車で30分以内であり、島での生活は時間にゆとりがある。

そして、壱岐での看護の魅力は、なんといっても顔なじみの関係とプライマリケアである。外来で看護師として働き、初めに驚いたのは、スタッフが患者さんのことをよく

知っているということである。名前だけでなく、職業、家族、親戚までよく知っている。住所を言えば「ああ、あのへんね」とわかる。壱岐では転居が少なく、生まれも育ちも壱岐の方が多く、どこかで誰かとつながっている。また、かかりつけの病院に長い期間通院する。そのため、顔なじみの関係となり、患者情報を把握しやすく、患者を時間軸で把握していくことができる。患者さんは身体の不調を訴え来院し、当院で対処できる場合は当院で治療を行う。当院で治療できない場合は責任をもって適切な医療機関を紹介している。そして、治ったら患者さんはまた当院へ通院する。また、病院での治療が終われば多職種の人と連携して患者さんが安心して家や施設で暮らせるよう準備する。そして具合が悪くなればいつでも対応する。地域で人々が安心して生き生き暮らすために、「病気のことは、この病院に行けば大丈夫」そう思える病院の存在がとても重要で

ある。そして、それを支えるべく、多職種と協力しながら、日々看護活動を行っている。

おわりに

壱岐はとても自然豊かなところである。観光に看護に医療に是非壱岐へいらしてください。

参考資料

厚生労働省 第2回へき地保健医療対策検討会（議事録） http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi_2/0000064749.html

壱岐市役所統計データ

http://www.city.iki.nagasaki.jp/modules/policy/index.php?content_id=1499

特定医療法人玄州会光武内科循環器科病院ホームページ

<http://www.gensyukai.or.jp/>

◆シンポジウム◆

急性期から生活期をつなぐリハビリテーション看護活動

指定発言者

医療法人社団三喜会 鶴巻温泉病院

脳卒中リハビリテーション看護認定看護師 岩川 彰子

Ⅰ. 病院・秦野市の概要

神奈川県西部の丹沢山系に囲まれた緑豊かな秦野市にある591床の慢性期病院である。その構成は、回復期リハビリテーション病棟（以下回復期病棟）206床、医療療養病棟240床、緩和ケア病棟24床、障がい者・難病等一般病棟60床、特殊疾患病棟60床である。

神奈川県行政地区は湘南で、秦野市の人口動態は、168,168人（男性85,795・女性82,373人）、世帯数は71,752世帯で、1世帯当たり人員2.34人で、高齢化比率は26%（男性23.9%女性28.3%）となっている。

当院の2014年度総入院数は、1,063人となっており、回復期病棟は641名、医療療養病棟は131名、障がい者・難病病棟は68名、緩和ケア病棟は116名、レスパイト（短期）入院107名であった。10年前と比較すると、紹介元病院の地域割合に変化を認めている。東京・川崎・横浜など遠方からの紹介が31%から11%と減少している一方、湘南西部地区の紹介は41%から51%と増加している。さらに、回復期病棟のみで比較すると、湘南西部地区は23%から48%に増加し、県央・湘南東部を含めた湘南地区全体で60%を占めるようになった。

平成26年度診療報酬改定では、基本方針として、入院医療・外来医療を含めた医療機関の機能分化・強化と連携、在宅医療の充実等に取り組み、医療提供体制の再構築、地域包括ケアシステムの構築を図るとされた。そこで、当院も医療提供体制の再構築に向け病棟変革に取り組み、2014年8月までに4病棟を順次回復期入院基本料Ⅰへ移行した。また、2014年10月には、介護保険病棟120床を医療療養病棟2へ、さらに2015年4月より医療療養病棟1の一部（24床）を在宅復帰機能強化型加算を取得し体制を整備した。

Ⅱ. 活動報告

1. 摂食・嚥下チームの発足

2014年4月より、回復期病棟に入院した摂食・嚥下障害のある患者に対し、できる限り早期の経口摂取を可能とし、さらに栄養状態を含む身体機能・精神機能の改善を通して、日常生活の質の向上を図ることを支援できる摂食・嚥下チーム回診（以下回診）の運用を目的に、摂食・嚥下

チームを発足した。構成メンバーは、回復期病棟に勤務する医師・看護師・言語聴覚療法士（以下ST）・理学療法士（以下PT）・作業療法士（以下OT）・管理栄養士・薬剤師・歯科医師・歯科衛生士である。

2014年度は、回診準備期として規定やマニュアルの作成と、入院時に摂食・嚥下障害を有し、経口摂取が困難な患者を対象に、回診の試行による評価を行った。2015年4月から4病棟を2グループに分け、隔週で回診を開催している。

個々の専門性を発揮し、看護師とSTによる摂食嚥下に関する初期評価や、看護師と歯科衛生士による食べる準備としての口腔ケア方法や義歯の評価を行っている。また、PT・OTによる車椅子の選定とポジショニングの検討を行い、病棟での実践につなげるチームプランを立案し、指導介入している。

2. 多職種との協働活動

PT・OTの早出・遅出勤務の導入により、起居から歩行、トイレ動作、食事動作、整容、更衣など、集中的な訓練を実施している。訓練と生活がつながり、継続的なリハビリテーションケア（以下リハケア）が提供される様に、看護師と協働している。24時間365日継続的な観察とケアを提供する看護師は、生活の中での変化をセラピストに情報提供する重要な役割がある。情報シートの作成や日々の実践と評価をチームプランに反映するとともに、常に目標を共有しカンファレンスを開催している。PT・OTによる集中的な訓練を、看護師が生活の中に取り入れ、身体的な変化だけでなく、精神的な変化にも着目し、自立を促進するリハケアの提供につなげている。さらに、病前の生活習慣やスケジュールを把握し、少しでも自宅に近い環境で、生活の再構築ができるように取り組んでいる。

3. 地域との顔の見える関係性の構築

医療法人内には、病院が2施設、在宅医療を支えるホームクリニックが4施設、介護老人保健施設が2施設、訪問看護・介護が9施設、その他グループホームやデイサービスセンター、高齢者複合施設など27の関連施設がある。そ

の中で、西湘地区には9施設の事業所があり、2014年度より各施設の管理者による定期的な会合を開催するようになった。また、在宅や施設からの緊急入院、緩和ケアの受け入れと看取り、回復期病棟からの自宅退院支援などに関する事例の共有・検討を始めた。少しずつではあるが、相互の立場でより良い連携に向けて議論する場となっている。会合を重ねる中で、顔の見える関係性が構築され、「病院変わってきたね。相談しやすくなった。安心して任せられるようになった。」などの言葉も聞かれている。

また、紹介元病院との連携に関しては、地域連携室の社会福祉士や退院調整看護師と顔の見える関係性を構築している。入院相談の電話や紹介状だけでは不明確な場合に、患者を訪問し、病棟看護師や医師と直接対話する入院前訪問審査を開始した。院内の審査医からの要請や、紹介元病院の医師や家族からの要請により、回復期病棟やリハビリテーション、療養環境などに関しての相談に対応している。特に、突然発症する脳卒中は、患者だけでなく家族の生活も一変し、不安と混乱の中で転院される。病状と障害の程度や回復過程を予測し、回復期から医療療養まで、その人の最善の生活の場を提案し、少しでも不安を和らげ安心して転院できるように取り組んでいる。

さらに、緊急相談事例の合同カンファレンス開催や、初回レスパイト入院時の事前訪問に関して、少しでも自宅や施設に近い環境で継続ケアが提供できるように、家族や訪問看護師、ケアマネージャーとの調整・連携も促進している。

Ⅲ. 今後の展望

地域包括ケアシステムの構築に向けて、病院完結型から地域完結型への保健医療福祉事業が推進される中、看護師に期待される役割とは、患者を生活者として捉えたトータルマネジメントであると考ええる。入退院調整担当として、急性期病院から地域保健福祉事業所とを、患者（生活者）を中心につないでいけるように、更に病棟・病院内の多職種連携を推進し、住み慣れた地域での生活再構築支援に貢献していきたいと考える。そのためには、多職種連携のキーパーソンとして、生活をマネジメントできる幅広い知識と、課題や問題に対して判断できる能力を向上していく必要がある。患者・家族のより質の高い療養生活を目指して、今後もリハビリテーション看護の立場から、生き活きとした地域づくりに尽力していきたい。

◆パネルディスカッション◆

看護とロボットのやさしい関係

パネリスト

豊橋技術科学大学 特任准教授 三 枝 亮

パラマウントベッド株式会社

大和ハウス工業株式会社

富士ソフト株式会社

座長

山口大学大学院医学系研究科 山 勢 博 彰

1920年にチェコスロバキア（当時）の作家カレル・チャペックが戯曲『R. U. R.』（*Rossum's Universal Robots*）でデビューした「ロボット robot」という言葉は、チェコ語で隷属や強制労働を表す *robot* を語源として、〈人間が行なう作業〉を行なえる〈人間の姿と自律的行動を真似て作られた〉バイオノイドに付けられた名前である。

ロボット大国の日本では、〈人の代わりに何等かの作業を自律的に行う装置や機械〉が、産業用のみならず災害支援はもとより、日常生活でも大活躍している。医療も例外ではなく、手術ロボットやロボットカートなどが貢献している。近年では、〈人の姿に近い形と機能を持つ機械〉の進展が著しく、様々な人型や動物型のロボットが普及し始めている。

躍進しているロボットテクノロジーには、特に超高齢社会において懸念される医療職者の負担軽減や、患者や高齢者が快適に過ごせることへのサポートが期待されており、国は機器開発と導入促進を支援している。看護分野での活躍が期待されるロボットは、移乗支援「装着型」、移乗支援「非装着型」、排泄支援、見守り、などが重視されており、安全面などの審査を受けて、2013年には42社が開発補助企業として選ばれている。

今回のパネルディスカッションでは、看護活動における多種多様なロボットと看護職者との更なる良質な関係を構築し、より効果的で質の高い展開を強化することを目指して、活躍中またはこれから活躍するロボットたちの開発者または販売者のパネリストの皆さまから、開発の視点や過程、看護活動との関わり方を、実際に動かしていただきな

がら伺うことで、理解を深めていった。

三枝氏（豊橋技術科学大学）は、人間協調型ロボット開発に長年取り組まれている。今回のパネルディスカッションのトップを勤めていただくことから、最初にロボット開発概論をお話いただいた。その上で、成果である回診支援ロボットを動かしながら、開発過程の大変さを説明いただいた。

パラマウントベッド株式会社さまからは、現代社会で課題と意になっている睡眠支援について、長年の開発過程と、成果の一つである見守り支援型ロボットの睡眠管理システムを御紹介いただくとともに、その使用評価について東京大学特任教授の水流聡子氏より膨大な実態調査結果をもとに説明いただいた。

動作支援型ロボットは、装着した者の動作アシストを行なうことで、介助者の負担軽減と被介助者の自立動作を支援するもので、初動機からの改良に伴い、現在、急速に普及し始めている。こうした事情も踏まえて、大和ハウス工業株式会社さまから御紹介いただくとともに、使用されている施設の御意見伺えた。

自立型コミュニケーションロボットは、会話力のみならず、心理的效果の研究結果が大きいことが知られている。富士ソフト株式会社さまから、実際に相手に応じた動きを見せていただくことで、実感を得ることができた。

会場では、実際に動かしたり触ったり話かけたりすることを許可していただいたことから、参加者の皆さまが抱いていた好奇心は随分と満足された様子であった。

今回のロボットとの出会いが、これからの看護職とロボットのやさしい関係を共創する機会となれば幸いであった。

◆パネルディスカッション◆

見守り支援型ロボット「眠りSCAN（スキャン）」

パラマウントベッド株式会社 パラマウントベッド睡眠研究所

木 暮 貴 政

ロボットという語感からイメージする機器とは少し違うかもしれないが、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホームなどの高齢者住宅を中心に眠りSCAN®（パラマウントベッド株式会社製、以下NS）という見守り支援型のロボットが普及し始めている。NSはマットレスの下に設置した状態で体の動き（体動）を測定するシート型体振動計（図1）であり、心臓の鼓動（心弾動）や呼吸運動も測定できるため、体振動がなければ離床していると判別でき、体動の経過から睡眠と覚醒、心弾動から心拍数、呼吸運動から呼吸数などもリアルタイムにモニターすることができる。

高齢者住宅では入居者の全ベッドにNSを設置し、入居者の状態（睡眠、覚醒、起き上がり、離床）と呼吸数および心拍数を施設職員が見やすい位置に設置されたモニター、iPadやiPhoneなどのiOS端末に表示させている（図2）。入居者の自室での状況が可視化できると、施設職員と入居者の双方にメリットがあ

る。状況に応じた訪室ができれば、施設職員は無駄な訪室を減らすことができ負担が減り、入居者はプライバシーや睡眠を妨げられることが減る。どのように過ごされているか分からない状況で入居者のお部屋を訪問する場合、施設職員は気を遣い、多少の勇気がいると推察される。また、自分だけでなくNSも入居者の状態を見守ってしてくれることは、施設職員の安心感にもつながると推察される。グループホームにおいてNSによるリアルタイムモニターを使った結果、施設職員の精神的負担が減ったと報告されている。入居時に「施設職員による定期的な見守り」を希望するか「NSによる見守り」を希望するかを入居者に聞くとほとんど全員が「NSによる見守り」を希望し「NSによる見守り」に同意するようで、このことから入居者側から見たニーズの高さが伺える。特に夜間眠っているところに訪室されたら気分を害されることは容易に想像がつく。また、入居者の状態を記録しレポートとして印刷する機能を有しているので、このレポートを定期的に家族に送付することで、家族も安心するという効果が得られている。高齢者住宅では入居者と施設職員の確保が経営にも影響する重要な課題となっている。NSはこの2つの問題解決に役立つということで高齢者住宅において普及し始めたのだと考えている。

様々に報道されているように介護現場の人手不足は深刻であり、将来的にさらに深刻化する可能性が高く、人手不足を補うために介護ロボットが脚光を浴びている。人手不足は看護現場にもあり、特に夜勤の職員確保は今後ますます難しくなるのではないかと考える。また、夜勤はヒト本来の昼間に活動し夜は休息するという生体リズムに反しており、脂質代謝異常、高血圧、がん、うつ病など健康に様々な悪影響を及ぼすことが報告されている。睡眠不足は腰痛の原因にもなる。ロボットを導入することにより夜勤従事者の負担を減らすことは健康維持の観点からも推奨される。

さて、NSには見守り機能のほか、睡眠習慣を可視化し看護・介護方法の改善に役立てるといふ活用方法もある。この点については、看護・介護研究における活用にとどまっておらず、残念ながら日常の看護・介護現場では十分に活用されていないのが現状と認識している。睡眠状態は患者・



図1



図2

入居者の生活の質や健康状態を反映するので、睡眠習慣の見直しによる睡眠改善のほか、看護・介護方法の工夫による効果を客観的に示すツールとしてNSを使うことができる。効果を客観的に示すことが看護・介護職のやりがいにつながることが先進的な取り組み事例から示唆されている。NSを使えば研究でも使えるレベルの信頼性の高い客観的なデータを日常的に得ることができる。このデータを上手に活用し意義のある成果を得た事例がいくつか報告されている。良眠は夜間のナースコール回数の低減などにより看護・介護の負担を減らすだけでなく、転倒転落のリスク低減、免疫力向上、日中の活動性向上など患者・入居者にも多くの利益をもたらすと考えられるため、患者・入居者の

睡眠改善は多くの看護・介護職の方々が取り組むべき課題だと考えている。NSは睡眠状態、心拍数、呼吸数を判断し表示・通知・記録するだけのロボットであり、人がいかに道具として上手に活用できるか否かが重要である。測定データから看護・介護方法を見直し実行するのは人であり、看護・介護に携わる人々の研究活動や現場での日常的な取り組み、その結果として得られた知識の蓄積が長く将来にわたって必要不可欠であると考ええる。まさに、本パネルディスカッションのタイトルにあるような「看護師とロボットの優しい関係」を築くことが、将来的に更に深刻化すると考えられる人手不足問題の解決だけでなく、より良い看護を提供する一助となることを期待したい。

◆特別交流集会Ⅰ◆

トランスレーショナル・ヘルス・サイエンスと
システマティックレビューの国際的動向

関西国際大学保健医療学部看護学科

Japan Centre for Evidence Based Practice (大阪大学) 今 野 理 恵

トランスレーショナルサイエンスとEBP

THSとは研究活動により導き出された知識を、エビデンスとしてヘルスケア実践で活用するための橋渡しに焦点を置く研究・実践領域である。海外での動向としては、米国でNational Center for Advancing Translational Sciences、さらにオーストラリアのアデレード大学ヘルスサイエンス学部でSchool of Translational Health Scienceが開設されるなど、確実な広がりを見せてきている。こうした動きの背景として、世界的に共通した問題である逼迫したヘルスケア財政、複雑化するヘルスケア現場、さらには膨大なヘルスケア関連の研究予算と膨大な数の研究論文（多くの場合、活用されずに終わる）などがあげられる。THSとはつまり、限られたヘルスケア実践や研究に必要なリソース（財源や人的・物理的リソース）を効果的に配分し、ヘルスケアの利用者や政府、医療者といったステークホルダーにとってベストなアウトカムに到達することをゴールとした、一連の活動である。

THSはおおまかに、ヘルスケア実践で求められる研究活動の促進、一次研究の結果からベストエビデンスの検証・確立を目的とする活動、及び、ヘルスケア実践へのエビデンス導入に関する活動の大きく3つの柱から成る。これまでのエビデンスに基づいたヘルスケア実践の流れに加え、必要とされる研究エビデンスの迅速で効果的な生成を促進するための、各種規制緩和といった政府レベルでの関わりも含んでいるのが新しい動きと思われる。

システマティックレビューとエビデンスに基づいた実践

THSの一連の流れの中で、一次研究の知見をヘルスケア現場で活用するにあたり、複数の論文結果を総括する役割を担っているのが、SR研究である。SRはあるテーマに関する入手可能な全ての研究論文を検証・分析し、総合的に何が言えるのかの判断（ベストエビデンス）を導き出すことを目的とした研究方法論である（Joanna Briggs Institute, 2014）。国際的に開発された厳密な方法論をもつため、扱うのは研究論文から抽出された2次のデータではあるが、方法論の見地からは1次研究により近いものと捉

えたほうが理解しやすいように思われる。

これまで「エビデンスに基づいた実践」と「研究結果に基づいた実践」と混同して語られることが多かった印象があるが、「エビデンスに基づいた実践」であるためには、単独の研究結果ではなく、SRによって導き出された結果をエビデンスとして取り上げることが求められる。SRが最も必要とされるのが、ヘルスケア領域でのガイドライン作成場面である。近年、英語圏で発表されるガイドラインのほとんどがSRの結果に基づいている。研究に基づいたガイドラインから、真の意味でのエビデンスに基づいたガイドラインへと進化するには、SRが不可欠である。

システマティックレビューと他のレビューとの比較

この10数年でSRを取り巻く環境は大きく変化した。自分がJBIで初めてSRに取り組んだ時期には、SR論文の投稿先はごく限られていたが、今ではすっかり様変わりし多くの専門誌でSRが求められている。レビュー論文はSRのみとする専門誌も出てきている。学位論文の文献レビューにもSRを取り入れる動きが世界的に広まってきている。その反面、急激なSR論文の増加により、SR自体がよい意味でも悪い意味でも多様化してきており、コクラン共同やSR専門団体が提示する基本的なSR方法論に則していないものも目にするようになった。○○レビューと呼ばれる論文がSRであるのか、広義のナラティブレビューの範疇に入るのか、判断が困難なケースも見受けられる。SR研究に関わったことのある査読者の不足といった問題もあるかと思われるが、最近のナラティブレビューではSRの影響を反映したものも増加しており、混迷に拍車をかけている。

SRとそれ以外の広義のナラティブレビューを分ける最大のポイントは、明確でシステマティックな方法によるバイアスの最小化（Higgins & Green, 2011）ができていないか否かという点であろう。SRにおけるバイアスの検証には2つの側面からのアプローチが必要である。第1に、研究デザインによるエビデンスのレベル分けである。各種の専門団体からエビデンスレベルの判定基準が出されているが、共通しているのは一次研究エビデンスでは、ランダム

化比較試験のレベルが高く、続いて非ランダム化比較試験、準実験研究といった介入検証型デザインによるエビデンスのレベルが高く、観察研究エビデンスはより下位レベルとされている。第2の側面は、具体的な研究のリガー、信頼性と妥当性の判定である（例えば、ランダム化比較試験と述べられているが、実際に使われたランダム化のメソッドに問題はなかったのか、サンプルサイズは適切か、観察研究であれば、交絡因子への配慮はどのようになされたのか等々）。こうしたリガーのアセスメント基準は、各種専門団体が研究方法別に検証ツールを開発しており、個々のSRプロジェクトにとって最適なツールを選択し使用することが可能である。

一般的なナラティブレビューや最近みられる integrated literature review といった形態では、エビデンスのレベルや質という観点が重要視されないため、導き出される結果も必然的にバイアスのリスクが高くなる。

SRの種類

介入効果（Effectiveness）に関するSR研究の基本であり主流だが、複雑化するヘルスケア実践への対応を図るため、JBI（Joanna Briggs Institute）やEPPI-Centre（The Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre）といった団体や、その他の研究者たちにより、介入効果以外の多様なエビデンスを検証するSR方法論が開発されてきている。量的研究では、コクラン共同でも進めている診断研究（Diagnostic）のSRの他にも、予後に関するSR（Prognosis）、コスト効果研究のSR（Cost-effectiveness）、心理測定尺度のSR（Psychometric Properties and usability）などがある。また、すでに複数のSRが発表されている場合では、SR論文をレビューするSR（Umbrella）、特定のテーマにおける研究トレンドの概要を検証するSR（Scoping Review）といった種類があげられる。

質的SRでも多様なアプローチが開発されてきている。解釈学をベースにした新しい中範囲理論の構築を目的としたメタエスノグラフィー（Noblit & Hare, 1988）と、より実利的なメタアグリゲーションのアプローチ（JBI, 2014）を両極とし、多様な哲学的・方法論的視点に立脚したアプローチが開発され、活用されてきている。質的SR方法論の開発と実践にあたっては、質的研究における質の検証やメタ統合の是非といった部分で質的パラダイムの根幹を揺るがす議論が続いており、混迷を深めながら進化を続けている。

看護学領域においては、量的エビデンスと質的エビデンスを統合するミックスメソッドのSRや、研究がなされていない、研究されにくいテーマでのエビデンスソースとして、エキスパートのオピニオンといった非研究論文

（Non-research papers）を取り上げるSRなども将来的には重要性を増していくものと思われる。

主な専門団体

世界的にはEBPの世界的なリーダーでありSRのパイオニア団体であるコクラン共同（Cochrane Collaboration）、社会科学・教育福祉学・開発支援系のキャンベル共同（Campbell Collaboration）、社会科学と公共政策分野のEPPI-Centreといった団体がSRの開発と実践に取り組んでいる。看護研究にSRを取り入れたのは、豪州アデレード大学のJBIが始まりである。JBIは積極的に世界の看護系大学や研究所、政府機関と連携を図り、現在までに世界の70を超える大学・機関がJBIセンターとしてTHS関連の活動、特にSRの実践に取り組んでいる。

日本では大阪大学のThe Japan Centre for Evidence Based Practiceが正式なJBIセンターとして承認されており、加えて兵庫医療大学もJBIネットワークの一員として活動を開始している。今後、日本の看護研究と看護実践においても、THSの考えやその中でのSRの重要性は認知され広がっていくことが期待される。

最後に

アデレード大学のJBIで博士課程の院生、ポスドク研究員としてさまざまなSR（システムティックレビュー）研究や関連した院生指導に携わってきた。日本の友人たちの勧めもあり帰国を決めた時点では、まさかこうした権威ある学会の学術集会にスピーカーとしてお招きを受けるようなことがあろうとは、想像もしていなかった。博士課程の担当教官だったAlan Pearson教授は、看護界のコクランと呼ばれるJBIのマスターマインドだった。JBIで博士課程に続いて研究スタッフとして残ることができたのも、ひとえにPearson教授のお力あってのことだったと思う。アジア圏の国が続々とJBIと提携しSRに取り組んでいくなか、日本ではなかなか賛同してくださる大学がみつからずにいた。大阪大学が名乗り出てくださったときには、JBIみなで喜んだ。こうした機会をいただき、SRへの理解を広める活動に携わっていくことが、教授への間接的な恩返しになればと思うと同時に、日本のアカデミアでもSR研究に取り組む仲間がますます増えていけばと願っている。

文 献

- Higgins JPT, Green S (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.1.0 [updated March 2011]. The Cochrane Collaboration, 2011. Available from www.cochrane-handbook.org.
Joanna Briggs Institute. (2014). Reviewer's Manual. Joanna Briggs Institute: Adelaide Australia.

Noblit GW & Hare RD. (1988). Meta-Ethnography: Synthesizing Qualitative Studies. London. Sage.
The Campbell Collaboration: Who helps What harms? Based on what evidence? http://www.campbellcollaboration.org/about_us/index.php

企画：国際活動推進委員会
(委員長：前田ひとみ，委員：小山真理子，高瀬美由紀，成瀬和子)

◆特別交流集会Ⅱ◆

看護研究における発表倫理を考える

愛知淑徳大学人間情報学部 山 崎 茂 明

昨年（2014年）、STAP細胞論文に関する調査結果が公表された同日、東京大学でも生命科学分野のある研究室が、10年以上にわたって33報の不正な論文を発表していたことが公表された。これらを背景に、国は「研究不正防止のガイドライン（2014年）」を改定し、研究者の倫理教育プログラムの受講や、研究の生データの保存義務などの新たな対策を打ち出した。

日本における看護系学会は、42学会（日本看護学会協議会会員数、2015年1月）を数え、活発な研究活動が行われている。また看護研究が行われる大学等研究機関・医療機関においては研究倫理委員会が設置され、研究実施時の倫理指針や研究上の不正に関する規定等に基づき、一定の倫理的配慮が維持できる体制が整ってきた。

研究成果の発表に関しては、さまざまな領域において不適切な行為が次々と指摘されているが、看護においても倫理的に十分とはいえない状況が続いている。昨年の日本看護研究学会第40回学術集会において中木高夫学術集会長が会長講演時に指摘されたように、看護研究の発表における二重投稿や、不適切なオーサーシップ、サラム発表といわれる研究を必要以上に分割し複数論文として発表するなどが散見されている。しかしながら、その不正行為といわれるものも悪意があって意図的に行われたというよりも、不正行為にあたることに気付かなかつたり、認識がなかったり、不注意などによって生じているケースも多く含まれて

いるのが実情である。

今回、講師に迎えた山崎茂明氏は、「論文発表を通して、研究成果は専門領域の進歩に寄与し、信頼される知識として社会へ応用されていく。発表なくして、研究活動は完結しないだけに、発表倫理（publication ethics）に焦点をあてることで、研究プロセス全体の公正さをチェックできる」とその著書で述べている。

日本看護研究学会研究倫理委員会では、公正で責任ある論文発表を実践するために、まず発表倫理に関する基本を今、改めてともに学ぶところから始めたいと考える。研究指導を担うベテラン研究者から若手研究者まで、看護研究における発表倫理を学び、再考する機会となれば幸いである。

【講師紹介】

山崎茂明（ヤマザキ シゲアキ）

専門は、科学情報メディア論と科学コミュニケーション、特にレフリーシステム、研究業績評価、科学発表倫理など著書は「パブリッシュ・オア・ペリッシュ」みすず書房（2000年）、「科学者の不正行為」（丸善、2002年）、「科学者の発表倫理」丸善出版（2013年）など多数

企画：研究倫理委員会（委員長：江守陽子、委員：小西恵美子、高田早苗、青山ヒフミ）

◆特別交流集会Ⅲ◆

新電子投稿システムの紹介

— 投稿者に向けて —

編集委員会企画担当 中西純子, 若村智子, 市江和子

日本看護研究学会は、平成26年6月10日より、学会誌への論文投稿を電子投稿システム（ScholarOne Manuscripts）に移行しました。

電子投稿システムはすでに多くの学会や学術集会でも採用されており、投稿・査読の作業を素早く効率的に処理でき、より短期間で論文の公表を可能にします。

今日、日常生活でもSNS（Social Network System）が身近なものとなっていることから、本学会でもスムーズな移行ができるものと考えておりましたが、投稿システムを変更後、論文投稿数が減少しました。そこで、編集委員会では、この新しい投稿システムに対する戸惑いがあるのではないかと考え、特別交流会を通して会員の皆様にシステムをよりわかりやすくご紹介する機会を設けることと致しました。

交流会では、操作マニュアルについて実際の画面操作を

紹介しつつ、よくある質問や留意点について説明しました。また、参加者の方から投稿した経験を踏まえた助言などもいただき、参加者数は20人前後と少なかったものの、参加された方たちのニーズには応えられたのではないかと思います。

その後、投稿数は漸次増えており、電子投稿システムはフル稼働しております。近日中には、新たに投稿者向けの動画マニュアルも完成する予定ですので、より多くの会員の皆様にScholarOne Manuscriptsに馴染んでいただき、論文投稿につながることを期待しております。

企画：編集委員会（委員長：法橋尚宏，委員：中西純子，川本利恵子，若村智子，小西美和子，内田宏美，高山成子，秋山 智，高島尚美，荒木孝治，河原宣子，猪下 光，市江和子，定方美恵子）

◆特別交流集会Ⅳ◆

リハビリテーション看護の未来を問う ～「いのち」と「暮らし」を支えるリハビリテーション看護～

NPO法人 日本リハビリテーション看護学会
国際リハビリテーション看護研究会

司 会

松田百合子 (NPO法人日本リハビリテーション看護学会
理事長)

奥宮 暁子 (国際リハビリテーション看護研究会 副理事表)
シンポジスト

石鍋 圭子 (国際リハビリテーション看護研究会 理事長)

下村 晃子 (横浜市脳卒中・神経脊椎センター看護部 慢
性疾患専門看護師)

粟生田友子 (国立障害者リハビリテーションセンター病院
看護部長)

この交流集会は、NPO法人日本リハビリテーション看護学会と国際リハビリテーション看護研究会の合同企画で行われた。参加者は約70名であった。最初に松田百合子さんから趣旨説明があった。

趣旨説明

我が国は高齢化の進展により人口構造の変化や、医療の進歩による疾病構造の変化に伴って、医療や看護のあり方は、疾病や障害中心から生活中心へ、施設内から在宅方向へと変化している。元々、リハビリテーション看護は対象者を「生活者」としてとらえ、その人らしく生きることを支援し、疾病や障害を持ちながらあるいは共存しながら、生活の質を高めていくことを目指している。つまり、QOLの視点から個人・集団のセルフケア能力を高め、生きる力をエンパワーメントし、その人らしい人生の創造に寄り添う看護がリハビリテーション看護である。現状における短期的な生活支援はもとより、障害がその人の活動・参加や心理に及ぼす影響を考慮しつつ、将来の生活を見据えた長期的な視点からの最善の生活を実現することを目指し、きめ細やかな個別的援助が求められている。

疾病や障害を持つ人の「いのち」と「暮らし」を支える看護の役割は、医療やリハビリテーションの中で、最も基本的なことである一方、様々な障害を持つ人へのトータルケアとしての高度な専門性も要求されている。もはや救急医療がいのちを救うだけの医療でないことも、リハビリテーションが運動機能回復を中心とする後遺症に対する援

助だけでないことも共通認識されている。また、多職種によるチームアプローチが最も重要視されるリハビリテーション医療の中では、一人一人がリハビリテーションマインドを持ち、各職種の専門的視点やアイデンティティを反映して関わっており、その如何によって提供されるサービスの質が左右される。超高齢多死社会の到来によって、医療・看護、福祉・介護、学校・施設と地域社会との連携を含めた地域包括ケアシステムの構築が、全国的にかつ急速に進められている。このような状況下で看護への役割期待はますます大きくなっている。これまで以上に多職種連携の必要性も増し、あらゆる場で、「いのち」と「暮らし」をよりよく支える続けるためには、何をどのように取り組んでいくか、そしてリハビリテーション看護の発展的未来に向けた変革・開拓を期して、私たちはどのように力を備えたらよいか、また何ができるかを共に考え探究する場としたい。

各シンポジストの発表

1) リハビリテーション看護のアイデンティティ～看護における共通性と専門性～

石 鍋 圭 子

(国際リハビリテーション看護研究会 理事長)

上田敏先生が示したリハビリテーション看護に関する概念は、倫理綱領であり、医療者としての行動の根拠となりうる哲学であり、目標である。診療報酬上のリハ専門職は、俗にPOSといわれるPT・OT・STといった療法(士)が中心となっている現状がある。したがって、いまだにリハビリテーション＝機能訓練という誤解も生じている。しかし、療法と看護、医師と看護師は別物であり、他の医療分野とは異なる対処法、アプローチの仕方が看護にはある。この実践にはリハビリテーションマインドがとても大事になる。人の活動とその活動障害を焦点としたアプローチであることを見失ってはならない。

早期離床、心身の状態を整え、活動・参加を推進し、地域での生活を支援するといったリハビリテーション看護は看護の基本である。したがって、リハビリテーション看護の専門性はないのではないかと問われるが、これまで行っ

てきた実践にエビデンスと専門性を加えることが重要である。例えば早期離床についてもエビデンスが十分でなかった現状に対して、今後リハビリテーション看護として、患者の可能性への取り組みを顕在化していき、活動性の向上やよいケアといわれている援助活動がコストにきちんと反映されるよう、専門性を高めていく。つまりエビデンスを明確にし、アウトプットをしっかりと出していくことが求められているのではないか。そして地域包括ケアの中での役割として、施設から地域へ、医療から介護への働きかけが必要である。

2) 脳卒中専門病院におけるCNS活動を通してみたリハビリテーション看護

下村 晃子

(脳卒中・神経脊髄センター 慢性疾患専門看護師)

実践の立場から話をすると、リハビリテーション看護は生活の再構築を支援することに他ならない。頸椎損傷の60代男性の事例では、医師からは治らないと告知されているが、本人は早く家に帰りたいと願っている。頼みの妻も自宅での生活には消極的で後ろ向きである。そこで患者の立場に立ってチームアプローチを行っていった。それぞれの立場でできることを分担し、患者を決して見捨てない姿勢を貫き、妻とも本音で患者と話す機会を設けた。その結果、患者家族ともに現状を確認し、将来のビジョンも明確となり、医療者としても支援の糸口もつかめた。

家族を含めたチーム医療における複数の主体と、それぞれの役割・責任の相互理解により、患者の障害受容をチームで支える仕組みが構築できる。生活の再構築は、病院だけでは完結しない。そこで対象患者の抱える看護問題を看護外来につなぎ、退院後の生活についても詳しく聴取し、生活指導・相談、再発予防、介護相談等様々な視点から生活を支援している。

看護は患者の中に潜んでいる力を信じて持てる力を引き出し、可能性を見つけあきらめないことが大切である。その人らしい生活を取り戻せるよう支えること、長い経過の中で先を見据えて、病気や障害と折り合いをつけられるよう、患者と共に考え、共に歩むことが看護である。

3) 患者の生きる力を引き出す看護の技

栗生田 友子

(国立障害者リハビリテーションセンター病院看護部長)

看護部長という立場から日常の出来事の中で感じていること、大切にしたいメンタルケアについて話したい。リハビリテーション看護の中では、看護師は患者の障害受容にこだわりがちだが、患者のその時、その場、その人の状況を大きな流れの中でどのような状態にあるのかキャッチす

ることが重要である。その中から、患者の“生きる力”を引き出していくことはとても大切である。一見、障害を持つ患者は、とても不平不満が多いと認識される。しかし、それは器官劣等感の表れであり、患者の心の中では感情の落ち込み、意欲低下、不適応等様々なことが起こっており、それが感情の爆発となって現れることがある。障害を負うことで自己像は変容する。しかし、患者はリカバリーする力、レジリエンスを持っている。そのため「今日この人が発した言葉」が最も重要であり、生きる力を紐解いていくリカバリーに必要な要素である。

リハビリテーション看護の技術には、対象の心理をありのままに理解する技としてケアの意味を明確にしておく必要があり、気持ちの理解、行動に含まれる防衛規制・打消しに注意、注目する。そして、患者のありように適切な関わりあいとコミュニケーションの技を持つ必要がある。人と人、急性期から地域、暮らしまでをつなぐ技も重要である。療養生活の中で身体機能を向上させていくような様々な技を駆使する中で、患者の日常性が戻ってきた感覚が持てるよう支援することが大切である。

各シンポジストの発表の後で会場からの質問や発言があった

横山：(七沢リハビリテーションセンター)：入院期間が短縮される中で、私たちはどのように患者の思いに寄り添い、支援していったらよいのか。患者に寄り添い、支援したいと持っても、時間的に限られている中では難しい現状がある。

石鍋：看護師だけで解決しようとせず、他職種につなぐ技術が大切であると考え。ケアマネジメント、多職種協働の推進で乗り越えられるのではないかな。

下村：在院日数が短縮化される中では、信頼関係を築くことすらままならない現状もある。しかし、すべてを看護がやろうとすると難しい。そこでチームアプローチが推進されている。多職種間での連携、協働した支援が求められているのではないかな。看護職は『自分たちで何とかしなければならぬ』『入院期間中に解決しなければ』と視野狭窄になりがちになっていることに気づく必要がある。地域連携を強化していったらどうかと考える。

山本：(九州看護福祉大学) 看護教育の場にいるが、学生や卒業生からは生活支援をどのようにしてよいかわからないとの声が聞こえる。生活が世代ごとに違っており、相手のニーズが見えない、わからないという現状があり、生活支援を教えることが難しいと感じている。

下村：生活体験が少なく、イメージ化できないことは多い

とを感じる。しかし、イメージはつかなくとも何とかしてあげたいという思いはある。自分の中で分からないことは、患者に聞いてみることも大切かと思う。患者に直接聞く中で、視野を広げられるような関わりも大切かもしれない。

最後にシンポジウムを次のようにまとめて終了した

石鍋さんからは、現在までの障害の変遷・流れの中でのリハビリテーション看護の再考からリハビリテーション看護のアイデンティティについてお話しいただいた。いのちと暮らしを守るリハビリテーション看護の原点を示してもらえた。いのちと暮らしを守るという視点から自助、互助、共助、公助のなかで我々看護職の活動の拡大について再確認できた。

下村さんからは、専門看護師の実践家として脳卒中専門病院での活動の実際をお話しいただく中でチーム医療の重要性を再確認し、私たちは患者と共にいてあきらめないこ

と、共に歩む姿勢の大切さについて確認した。

栗生田さんからは、現場の声として発言いただき、生の患者の心からのことばに向き合う看護の大変さと大切さ、患者の生きる力を引き出す支援が看護だと教えていただいた。患者の感情を受け止め、将来を見通し、患者や家族、他職種とつながりを持つケアの視点を示してもらえた。そして共に生きる力をどのように見つけていくのかについて考える中で、看護者として患者のありのままを見つめる感性を磨き、日常生活を守ることの大切さについて確認をした。リハビリテーション看護に限らず、看護全体の役割として、いのち・QOL・その人らしく生活していくことに向き合うことが大切であると再確認できた。リハビリテーションマインドとは、先を見つつ患者と共に歩み、悩みながら実践していくという心意気であることが明らかになった。看護のどのような場でもリハビリテーションマインドを持って患者を支援していくことの重要性を再確認した。

(文責 奥宮暁子)

◆特別交流集会V◆

これからの放射線看護と教育の展望

放射線看護企画グループ

西 沢 義 子¹, 太 田 勝 正², 野 戸 結 花¹
浦 田 秀 子³, 新 川 哲 子⁴, 吉 田 浩 二⁵
松 成 裕 子⁶, 八 代 利 香⁶, 井 瀧 千 恵 子¹
漆 坂 真 弓¹, 島 麻 衣 子¹, 藤 井 宝 恵⁷

¹ 弘前大学大学院保健学研究科 ² 名古屋大学大学院医学系研究科 ³ 長崎大学原爆後障害医療研究所

⁴ 長崎大学大学院医歯薬学総合研究科 ⁵ 福島県立医科大学災害医療総合学習センター

⁶ 鹿児島大学医学部保健学科 ⁷ 広島大学大学院医歯薬保健学研究院

日本看護研究学会第41回学術集会（学術集会長：宮腰由紀子氏・広島大学）において、日本放射線看護学会会員が「放射線看護企画グループ」として特別交流集会を開催しました。

看護職が放射線と関わる機会は医療の場だけではなく、地域や産業分野、ならびに有事の際の被ばく医療へと広がっています。これらを全て包含するのが、「放射線看護」であり、看護における重要な専門領域の一つです。

本交流集会では「放射線看護」の枠組について、太田勝正氏（名古屋大学大学院医学系研究科）からご発表いただきました。太田氏には放射線看護を看護の専門領域とするための要件を現在進めている「看護情報学」に例えてご説明いただきました。要件としては①区別された（異なる）看護実践があること、②その分野に特定された研究が行われていること、③その分野を代表する組織、機構があること、④その分野の教育プログラムが構築されていること、⑤資格認定の制度があることをあげ、④以外は着実に実績を積んでいるが、④については学部レベルの教育プログラム、資格等の認定のしくみができていないことが課題であることを指摘していました。放射線看護の確立と普及のためには看護基礎教育における教育プログラムの構築と指定規則への組み込み、放射線を恐がらない看護職を育成するための研修、高度実践看護師（CNS）の育成、放射線看護研究の促進、日本放射線看護学会の発展が必要であり、日本放射線看護学会への期待が大きいことを再確認しました。

また、長崎大学、鹿児島大学、弘前大学では放射線看護に関する高度な教育が必要であると認識し、福島第一原子力発電所事故の前から大学院修士レベルでの教育を開始しました。平成22年度には長崎大学大学院医歯薬学総合研究科大学院修士課程放射線看護専門看護師養成コースに2

名、弘前大学大学院保健学研究科博士前期課程被ばく医療コースに2名の大学院生を受け入れました。その後平成24年度には鹿児島大学大学院保健学研究科博士前期課程放射線看護専門コースに2名が入学しました。その後も継続的に入学し、平成27年3月時点で修了生は15名となり多方面で活動しています。三大学の修了生を代表し、長崎大学大学院修了生である吉田浩二氏（福島県立医科大学災害医療総合学習センター）から福島第一原子力発電所事故の急性期における活動を紹介していただきました。この度の東日本大震災は自然災害と、放射線災害による複合災害であり、医療従事者の放射線知識不足、被ばくによる子どもへの健康影響、住民の不安、環境汚染が課題として挙げられました。吉田氏は震災直後の3月14日以降から長崎大学緊急被ばく医療チームの一員として原発構内の救急室、福島県立医科大学病院、避難地域で活動しました。緊急被ばく医療機関での活動は初期診療や緊急被ばく医療の構築、スタッフの訓練、福島第一原子力発電所から福島県立医科大学病院へのヘリコプターによる傷病者搬送等、事故直後の混乱した状態で、さらに少ない情報の中で、医師や診療放射線技師をはじめとした放射線の専門家と看護職の連携活動の報告がありました。また、個人線量計と空間線量計の測定値から自身の被ばく量を確認しながらの活動であり、エビデンスに基づいた判断をすることが可能でした。大学院での教育成果が即座に活用・展開された放射線に関する専門的な知識を有する看護職の活動内容でした。平成24年からは福島県立医科大学での住民健康相談事業を継続的に実施していますが、未だ住民の健康不安が存在します。現在は看護職をはじめとした保健医療従事者の放射線に関する知識を深めるために教育的関わりを担い、今後の放射線看護教育の実現に向けて、看護基礎教育に放射線看護教育の導入（知識）、講義—実習・演習を通した一連の教育

(活用)、放射線看護教育を担う人材の育成(評価)の重要性と、その役割を担う放射線看護専門看護師(仮)の誕生が早急に望まれることが強調されました。

また、平成27年度から放射線看護専門看護師を視野に入れた大学院教育(CNS38単位)が三大学で開始されました。三大学とも放射線看護の枠組みとして以下のように考えています。その対象者は、放射線に晒される(被ばく)あるいは被ばくを懸念する人々であり、胎児から高齢者まで、地域、在宅から医療施設まで、病者から一般住民さらに医療従事者まで、あらゆる発達段階及び生活の場を含む広範な概念として捉えています。また、放射線事故や原子力災害時の対応のみならず、放射線診療の場においても医療用放射線を受ける対象者や付き添う家族の医療被ばくや公衆被ばく、放射線診療に携わる医療者の職業被ばく、放射線を扱う産業の場に従事する者の職業被ばくなど、多くの課題が山積しています。したがって、「放射線看護」の専門性を①被ばく医療における看護と②医用放射線利用に伴う看護の2つとし、ともに「被ばく」のケアや低減、防止が共通点であることから、「放射線防護」を学術基盤とします。

野戸結花氏(弘前大学大学院保健学研究科)からは三大学の教育の現状について紹介するとともに、弘前大学の「放射線看護高度看護実践コース」の紹介がありました。前述したように、長崎大学では平成22年度から、鹿児島大学では平成24年度から専門看護師26単位教育課程に相当する教育を実施しています。また、弘前大学では平成22年度から被ばく医療に特化した専門的知識を有する人材の育成を行ってきました。平成27年度からは三大学がそろって、専門看護師38単位教育課程に相当する放射線看護を学ぶコースを開設し、教育を開始しています。弘前大学大学院保健学研究科博士前期課程放射線看護高度看護実践コースの教育目標は、「放射線被ばくや放射線防護に関する高度な専門知識・技術を基盤とし、施設や地域における個人や集団の放射線被ばく防護対策に従事すると共に、放射線被ばくに関連した複雑な健康問題を持つ個人、家族および集団に対して高度看護実践を行うことのできる人材の育成を目指す。」としています。また、放射線看護の考え方として、医療施設において放射線診療を受ける患者様への看護に留まらず、家族を含む医療被ばくや、診療に従事する医療者の職業被ばくの低減、さらには放射線事故や原子力災害における被ばく医療もまた放射線看護の活動領域であると考え、サブスペシャリティとして「被ばく医療における看護支援」と「医用放射線利用に伴う看護支援」を2つの柱としていることの報告がありました。さらにこのような教育を行っている大学が少ないことから鹿児島大学との単位互換、社会人の就学者のための制度として講義は平日の

夜間及び土曜日の集中講義としている他、インターネットを活用した遠隔授業により来学しなくてもリアルタイムで講義が受講可能であること、一部の授業ではe-learningを採用し、受講者の都合に合わせて受講が可能であること、さらに最大4年間の長期履修制度を行っていることなどが紹介されました。

最後に浦田秀子氏(長崎大学原爆後障害医療研究所)からは、長崎大学・福島県立医科大学が平成28年度から共同で開設する「災害・被ばく医療科学共同専攻(修士課程)」についての紹介がありました。被ばく医療や災害医療分野の実績をもつ両大学がそれぞれの実績を活かし、各専門家との協働に基づく適切な判断と対応能力をもつ人材の育成をねらいとしています。すなわち、放射線被ばくを伴う発災から復興支援までの過程で、専門的知識を持った保健看護・医療・救助のプロフェッショナルを養成します。このコースは医科学コースと保健看護学コースの2つがあり、保健看護学コースは「放射線防護及び放射線リスクコミュニケーションの専門知識を基盤に臨床放射線科業務に精通するのみならず、放射線災害発災期から事故収束期、復興期一連の流れの中で、対象に寄り添いながら不安や疑問に対応できる看護師・保健師の育成」を目的としています。それぞれのコースにおいて各大学5名程度を養成し、専門科目として看護倫理、放射線ヘルスプロモーション看護学、放射線看護学があります。国内外において放射線災害を含む災害時の医療対応とクライシスコミュニケーション等を担う医科学コースとの共通科目として、基礎放射線医科学、災害医学概論、リスクコミュニケーション学、リスクアセスメント概論、被ばく影響学、緊急被ばく医療概論、疫学を設定しています。また、相手側の大学から10単位以上履修することが修了要件となっており、テレビ会議システムを用いた集合型対面授業が展開されます。実習は福島県立医科大学や福島県川内村などで行われます。

発表後は参加者(約60名)とともに、放射線看護の専門性を確立するために(1)放射線看護とは(2)放射線看護のために必要な看護教育について、主に看護基礎教育、卒後教育の視点から意見交換が行われました。

日本の看護領域の中で放射線看護を浸透させる戦略としては、指定規則に「放射線看護」を盛り込むことにより看護基礎教育での教育が可能となること、さらに演習を取り入れ知識を確かなものとすることも重要な戦略であるとの提言がありました。一方、大学教育における過去のシラバスを調査した結果では、開講年次が1～2年次であり、学んだ知識を看護と統合できていないのではないかという懸念が示され、看護基礎教育で教育する場合には、より理解が進むように看護と直結して考えることができるように開講年次等の検討も必要であるとの意見が出されました。し

かし、看護学生は看護を基盤として学習しているので、放射線に関する知識のみの教育であっても、自ずと看護と関連させて理解しているケース（保健師教育）も紹介され、放射線看護を定着させるためには、最低2コマ程度の時間を確保したいとの意見が出されました。

放射線看護の教育は必要であるが、専門性が高いため教育担当者が少ないという現状があることも事実です。また、カリキュラムが過密であることから、少ない時間数で効果的な教育を行うためには「標準テキスト」の作成も必要であることが提案されました。さらに、近い将来においては大学院レベルで専門的な教育を受けた「放射線看護高

度看護実践コース」修了生が、看護実践に止まらず、教育スタッフとしての役割を担うことの必要性と重要性も確認されました。この専門性を強化するためにはすでに誕生しているがん放射線療法看護認定看護師との協働、さらには他専門分野の専門看護師や医療職者との協働が求められます。

また、海外においても放射線看護は確立されていない現状を考えれば、日本から世界に向けて情報発信していく必要性があり、そのためにはこれまでの活動を継続することの重要性と多くの方々のご支援・ご協力が必要であり、今後の展開が期待されます。このような専門的な教育が三大学に止まらず、全国各地で増加することを期待しています。

成人期にある脊髄損傷者の職業人としての自己に対する意味づけ

The Meaning of Self in Adult Professionals with Spinal Cord Injuries

堀 田 涼 子¹⁾ 市 村 久美子²⁾
Ryoko Hotta Kumiko Ichimura

キーワード：脊髄損傷，成人，職業，意味づけ

Key Words：spinal cord injury, adult, profession, meaning

はじめに

脊髄損傷は、突発的な受傷である場合が多く、突然に健常者から障害者への移行を迫られることとなる。そして、損傷高位に応じた永続的な身体機能の障害のみならず、心理・精神、社会・経済など、人生や生活のさまざまな側面に影響を及ぼす。こうした点については、運動機能不全と慢性的な健康管理の必要性という身体的困難が、健常を至上とする社会規範やその内在化と一緒にあって、心理的困難や社会経済的困難の発生に寄与し、個人誌の混乱をもたらすことが明らかとされている（井出・山崎・藤村・楠永，2013）。このように脊髄損傷者は、自己の存在価値や生きる意味の問い直しを余儀なくされるため、適応に至るプロセスを支える看護を提供することが、看護師の重要な役割であると考えられる。

脊髄損傷者の適応に焦点を当てた研究を概観すると、障害されていない自己と肯定的な意味を継続的に発見し続けるプロセスであること（Ide-Okochi, Yamazaki, Tadaka, Fujimura & Kasunaga, 2013）、意味の発見が心的外傷後の成長や適応に関連していること（Davis & Novoa, 2013）が明らかにされている。このように適応のプロセスには、自己や人生に新たな意味を見出すことが重要な要因であると考えられる。こうした点について Park & Folkman（1997）は、ストレス・コーピング理論と意味の機能を統合したモデルを提唱している。この理論によれば、意味には出来事に対する評価に関連した状況的意味づけと、恒久的な信念と価値のある目標を包含する全体的意味づけという2つの概念が包含されており、この2つの意味づけの調和がはかられ、意味を見出すことで適応を果たすと論じている。つまり、脊髄を損傷したことによって、身体、精神、対人関

係、社会的側面などにもたらされた影響に対する状況的意味づけがなされるとともに、受傷前に抱いていた信念や価値観といった全体的意味づけを修正し変容させ、双方の意味づけの調和がはかれることで意味を見出し、適応に至ると解釈できる。

特に成人期にある者は、職業に就く、大人としての市民的・社会的責任の達成、経済的生活水準の構築と維持といった発達課題（Havighurst, 1972/1995）に直面している。そのため、自己の一側面である職業人としての役割を有する自己の意味を模索するプロセスをたどる可能性が推察される。障害者の雇用者数は、雇用義務制度や職業リハビリテーションなどの充実に伴い、11年連続で過去最高を更新している（厚生労働省，2014）。こうした現状のなかでも、脊髄損傷者の退院時の職業復帰率は10%（徳弘，2008，p.3）、平均5年の経過においても24.9%（内田・住田・富永・徳弘，2003，p.190）であり、脊髄損傷者は障害と社会情勢の悪化が就職を厳しくしている現実を実感していることが明らかにされている（下仮屋・八代，2011）。そのため脊髄損傷者は、就労所得がないことによる家族への負債感や、他者評価を受ける機会がないことによる喪失感を抱いたり（井出ら，2013）、自身を価値的に低くみなす（田垣，2000）一方で、身体障害を有するからこそ、新たな価値観を社会に伝えたり（Ide-Okochi, et al., 2013）、自助団体や障害者権利活動などの社会参加を通して、自己の価値を高めている（Chun & Lee, 2013）ことが明らかとされている。つまり、職業人としての役割の遂行や社会参加を果たすことが、自己の存在価値を再認識することにつながると解釈できるものの、意味を見出すまでの変化や、その過程を支える看護師の役割についてはほとんど提言されていない。

1) 目白大学看護学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Mejiro University
(元 茨城県立医療大学大学院保健医療科学研究科博士後期課程)

2) 茨城県立医療大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Ibaraki Prefectural University of Health Sciences

意味を見出すまでの変化については、身体的苦痛や危機状態による精神的動揺の強い時期には、自己を洞察したり、状況を冷静に肯定化することは困難であること（雲・太湯，2002；中村，2002）や、同じ病気の患者と比較することで新たな価値観を獲得したり、自分が抱える問題に直接的に寄与した意味づけをもたらすこと（田垣，2004）が明らかにされている。つまり、受傷直後、脊髄損傷者とのかわりが広がる回復期リハビリテーション病院への転院後、そして職業復帰が厳しい現実直面する退院後といった、脊髄損傷者のおかれている時期や環境の変化が意味づけに影響を及ぼす可能性が推察される。そのため、脊髄損傷者は職業人としての役割と責任を有する自己に及ぼされた影響をどのように評価、解釈しているのかについて、受傷からの経時的な視点で検討することが必要である。これによって看護師は、脊髄損傷者の主観的な評価や解釈のありようを理解し、意味を見出すプロセスを支える看護の方向性を検討していくことにつながると考えられる。

I. 研究目的

成人期にある脊髄損傷者は、受傷から退院後の生活に至るまで、職業人としての自己をどのように意味づけているのかを明らかにする。

II. 用語の定義

自己の意味づけ：自らの身体・心理状態や人生にもたらされた影響に対する気づきと、それに対する評価・解釈。

III. 研究方法

A. 研究参加者

脊髄損傷者団体の代表者等に研究内容を説明し、研究依頼時点において、①成人期にある者、②自宅で生活している、③言語的コミュニケーションが可能である、④現職の有無を問わず就労経験があること、の条件を満たす脊髄損傷者の選定を依頼し、研究協力の承諾を得られた者を対象とした。

B. データ収集方法

データ収集期間は、2011年10月から2012年3月であった。データ収集方法には半構成的面接法を用い、面接の日時と場所は研究参加者の希望に応じて実施した。面接内容は、職業人としての価値観・信念や目標、担っていた役割と責任の果たし方に及ぼされた影響とそれに対する想い、および今後の展望についてである。具体的には、「職場で

の役割や責任の果たし方に変化はありましたか」「そうした変化に対して、どのようにお感じになりましたか」「将来に向けての見通しや目標はありますか」などの質問をし、受傷からインタビュー時のどの時点での思いであるのかを確認しながら、自由に語ってもらった。その際、研究参加者の承諾を得て、ICレコーダによる録音を行った。

C. 分析方法

研究デザインは内容分析に基づいた質的記述的研究である。記録単位を、職業人としての自己に対する意味づけを表現している文章とし、内容がひとつ一つの意味を示すよう、文脈に留意しながら記述を区切った。次に個々の記録単位について、共通性を検討しながら類型化を繰り返し、サブカテゴリー、カテゴリーを導き出した。また、記録単位を分類する際に、受傷後のどの時期についての語りであるのかを、受傷から急性期病院に入院中、回復期リハビリテーション病院に入院中、退院後の3つの時間的な区分で整理した。なお、文脈単位の抽出からカテゴリー作成の一連の過程において、研究指導者からのスーパーバイズを受けながら、研究者および共同研究者の計3名の意見が一致するまで検討を繰り返し行い、データ解釈と分析の妥当性と真実性の確保に努めた。カテゴリーの信頼性は、15の記録単位について、臨床現場にて脊髄損傷者に日々かわっている看護師3名が再分析を行い、Scottの式により一致率を算出した。これは、分類され得る偶然性と結果の共起を統制する信頼係数（Scott, 1955；有馬，2007）であり、信頼性の判断基準は70%とした（舟島，2007）。

D. 倫理的配慮

研究参加者に文書と口頭にて、研究目的、研究内容、研究への参加は自由意思に基づく旨、参加拒否・途中辞退の権利の保障、データの管理方法、論文作成時のプライバシーの保護について、文書および口頭で説明し、署名で同意を得た。なお、本研究は茨城県立医療大学倫理委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

A. 研究参加者の属性

研究参加者は脊髄損傷者11名で、概要は表1に示すとおりである。性別は男性9名、女性2名、損傷高位は頸髄4名、胸・腰髄7名、年齢は20～60代であった。職業に関しては原職に復帰している者は6名であるものの、業務内容の縮小もしくは部署の異動、職位の降格などの影響を受けており、反対に受傷を契機に業務内容が拡大していたのは

経営者である1名（A）のみであった。また、受傷前の職場に在籍中も復帰の目途が立っていない者は3名、現在無職である者が2名であった。面接回数は1回、時間は1時間から1時間16分であった。

B. 各時期における職業人としての自己に対する意味づけ

職業人としての自己の意味づけを検討した結果、全120の記録単位として抽出され、類似する内容ごとにまとめると、18のサブカテゴリー、8つのカテゴリーが導き出された。内容は表2のとおりであり、受傷から急性期病院に入院中の時期（急性期）、回復期リハビリテーション病院に入院中の時期（回復期）、および退院から自宅での生活を送っている時期（退院後）の3つの時間的区分ごとに示した。また、各カテゴリーの記録単位数と全記録単位数における割合、および言及した研究参加者とその人数を付記した。なお、算出した3名の一致率はそれぞれ85.6%、83.1%、77.4%であり、信頼性が確保された。

以下に、カテゴリーごとに代表的な具体例を示していく。なお、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを〈 〉, 研究参加者の発言を「 」, 研究参加者名はアルファベット記号で表す。

1. 受傷から急性期病院に入院中の時期：急性期

a. 【職場への復帰不可能】

身体機能を喪失した現実に基づき、職場に復帰することは不可能であると評価・解釈していたことを示す。記録単位数は2（1.7%）であり、言及したのは2名（C, G）であった。

(1) 〈職場に復帰できなくなった〉

受傷によって身体機能を喪失した現在の体では、受傷前

の仕事の遂行や職場への復帰は不可能であると予期したり、退職するという決断を下している者もいた。

「会社を休まなくてはならないとか、変にそういうことばかり気にして、結局、続けられるわけがないので、会社の人に事情を話して、辞めますっていう事を伝えてもらって」（G）

「社会復帰できるのが無理なのかなっていう、社会復帰できないしね」（C）

b. 【障害を負ったからこそ芽生えた使命感】

いまの身体機能でできることや、受傷前に担っていた役割の果たし方の具体までは描けないものの、受傷を契機に、脊髄を損傷した現在の自分だからこそ果たすべき役割があるという使命感が芽生えたと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は4（3.3%）であり、言及したのは経営者であるA氏のみであった。

(1) 〈障害を負ったからこそ、やるべき使命がある〉

命を失うことなく生かされたからには、障害を負った現在の自分だからこそ、やるべき何らかの使命があるという使命感が生まれていた。

「命があればあとはかすり傷っていわれたように、生かされたんで、やるべきことが多分あるんだろうっていう使命……何かまだつかめてないんですけど、使命感が生まれてきて」（A）

(2) 〈会社をつぶさないという使命感にかられた〉

身体機能の一部が障害されようとも、自分の会社をつぶすわけにはいかないという使命感にかられたからこそ、気持ちを前に向けられたと感じていた。

「会社をつぶさないっていう使命感にかられたことで、マイナスの部分……足が動かないとか、排泄機能がなくなったとかを気にせず、プラスの部分だけを考えられた」（A）

表1 研究参加者属性

研究参加者	年齢	性別	損傷高位	受傷後期間	同居者	職業		
						受傷前	受傷後	職務内容および職位の変更
A	30代	男性	Th10	2年4か月	独居	経営者	原職復帰	車椅子対応住宅に關しての業務拡大
B	20代	男性	Th10	11か月	両親	会社員	原職に在籍中	在籍中も復帰の目途なし
C	50代	男性	C4, 5	3年7か月	母親、妻、子ども	会社員	原職に在籍中	在籍中も復帰の目途なし
D	20代	男性	C3	5年10か月	妻	アルバイト	無職	退職
E	30代	男性	C4, 5, 6	8年	両親	会社員	原職に在籍中	在籍中も復帰の目途なし
F	40代	男性	Th10	3年	妻、子ども	会社員	原職復帰	大幅な変更はないものの、現場に出る職務の遂行が不可となり昇格は困難
G	40代	女性	Th10	4年	夫、子ども	会社員	無職	退職
H	50代	男性	L1	5年6か月	独居	経営者	原職復帰	本業の仕事内容に大幅な変更はないが、副業（運送業）は退職
I	40代	男性	C6, 7	5年	両親、兄夫婦、弟	経営陣（両親が経営）	原職復帰（従業員として）	経営から離脱し、事務と営業へと仕事内容が縮小
J	60代	女性	Th12	4年	息子夫婦、孫	会社員	経営陣（息子が経営）	原職は退職し、息子が経営する会社の経理へ転向
K	40代	男性	Th12	3年	妻、子ども、母親	会社員	原職復帰	現場から事務への異動、および長の職位の降格

表2 成人期にある脊髄損傷者の職業人としての自己に対する意味づけ

時期	カテゴリー	サブカテゴリー	記録単位数 (%)	言及した研究参加者 (人数)	
急性期*	職場への復帰不可能	職場に復帰できなくなった	2 (1.7)	C, G (2)	
		障害を負ったからこそ芽生えた使命感	4 (3.3)	A (1)	
回復期**	職場復帰に向けた意識の転換	職場復帰することに目が向いた	7 (5.8)	A, F, K (3)	
		職を失わずにいられた			
退院後***	職業人として築き上げてきた 生き方の途絶	いまの体では、職業人としての役割をこなせなくなった	34 (28.3)	A以外 (10)	
		職業人として築き上げてきた責任と理想が果たせなくなった			
		いまの体では会社側に受け入れてもらえない			
	職場の理解と承認が得られている 自己の発見	同僚が障害を理解しフォローしてくれた	8 (6.7)	F, I, K (3)	
		会社がハンディはないものとしてみてくれた			
	社会復帰に向けた行動の表出	職場に戻るという一歩を果たせた	11 (9.2)	B, C, D, I, K (5)	
		社会復帰に向けて、できることを取り組み始めた			
	自分ならではの働き方の発見	かたちは変わろうとも、いまの自分にできる役割の果たし方を見出した	24 (20.0)	A, F, I, J (4)	
		仕事は体調に合わせて調整すればいいと割り切った			
		障害を負った自分ならではのビジネスが実現できている			
	担うべき仕事・役割の目的と 意義の転換	仕事に対する価値観が180度変わった	30 (25.0)	A, B, C, D, E, F, I, J (8)	
		仕事に対する気持ちのウエイトが軽くなった			
		障害者のために役立つ活動をしたい			
	合計			120 (100.0)	

[注] 急性期*は、受傷から急性期病院に入院中の時期：急性期を示す。

回復期**は、回復期リハビリテーション病院に入院中の時期：回復期を示す。

退院後***は、退院から自宅での生活を送っている時期：退院後を示す。

2. 回復期リハビリテーション病院に入院中の時期：回復期

a. 【職場復帰に向けた意識の転換】

職場復帰が困難になったまわりの脊髄損傷者に比べ、まずは職を失わずにいられたという点で、自分は恵まれた境遇にあることに気づき、いまの自分にできることを思考するなど、職場復帰という目標に向けて意識が転換したと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は7 (5.8%)であり、言及したのは原職に復帰している3名 (A, F, K) であった。

(1) 〈職場復帰することに目が向いた〉

職場に復帰するまでの具体的な道筋や働き方は漠然としているものの、死ぬぐらいなら仕事をして稼ごうと開き直ったり、いまの自分にできることを思い描くなど、職場復帰を果たすという目標へと視点が転換していた。

「死ぬぐらいだったら、いちおう稼いでおかなきゃいかんなど。仕事もあるし、年金とか、そういう保障制度もあるんで、何とか食っていけるんだったら……生きてたほうがいいのかなんて」(F)

「何をやろうって考えながらずっと入院生活を過ごしてき

て、自分で思ったこと、思い描いたこととかをノートに書きまくってみたんですよ、事業計画みたいなもの、バーっと書いてみて」(A)

(2) 〈職を失わずにいられた〉

まわりの脊髄損傷者が職を失うなかで、受傷前に担っていた仕事をこなすための身体機能や能力が保持され、なおかつもとの職場に戻る保障が得られるなど、職を失わずにいられた自分は恵まれた境遇にあると評価していた。

「みんな……まず職を失って、それどころじゃないっていうのがあったんで。会社で自分のやってる仕事ってあまり代わりがないんで、とりあえずは戻ってこい。そういう点では、いろんな意味で恵まれていたかなと」(F)

3. 退院から自宅での生活を送っている時期：退院後

a. 【職業人として築き上げてきた生き方の途絶】

身体機能や能力の変容、麻痺や痺れなどの症状を伴ういまの体では、職場で担っていた役割や責任が果たせなくなったことに気づき、将来に向かって続いていくと信じていた、受傷前に築き上げてきた職業人としての生き方が途

絶えたと評価・解釈していたことを示す。記録単位は34 (28.3%)と最も多く、A氏以外の10名が言及していた。

(1) 〈いまの体では、職業人としての役割をこなせなくなった〉

身体機能や能力の変容、麻痺や痺れなどの症状を有するため、車の運転や長時間の座位の保持が困難となったり、他者の介助が必要となったいまの体では、働きたいと思っても、職業人としての役割は果たせず、描いていた人生が途切れたと感じていた。

「働きたいって思っても、その間のジレンマだね。痺れがあって、これで働けるんだろうかっていうのがあるし」(G)
「異所性骨化が股関節にできちゃって、トランスファーがどうしてもできなくなっちゃったんで、自立できたら仕事も復帰しようと思ってたんですけど、ちょっとそれも厳しい状況で」(E)

(2) 〈職業人として築き上げてきた責任と理想が果たせなくなった〉

第一線である現場に出て行く、スポーツを教える仕事ができなくなったり、管理者、経営者としての役職を外れざるを得ない、昇進が困難になるなど、受傷前に職業人として築き上げ、価値をおいてきた役割や責任、理想として描いていた将来像、仕事上での目標が実現できなくなったと知覚していた。

「管理職になれる見込みもないし、やっぱり自分の管理職の理想像っていうのが、こうあるべきだっていうのがあるから、それに合わないのよ、いまの自分の体は」(F)

「事務所の仕事と現場の仕事の貢献度じゃないですけどね、事務職っていうのはやっぱり、そういう生産、お金にかかわらない部署っていうラインを引いてるみたいなのところがあるんで、それは諦めるしかない」(K)

(3) 〈いまの体では会社側に受け入れてもらえない〉

たとえ会社側が在籍を認めてくれたとしても、いまの体では任せられる仕事がなく、戻ってきてほしくないのではないかという会社側の雰囲気を感じとっていた。そして、特に頸髄損傷者の場合、資格でもない限り、就職は困難な現状を実感していた。

「会社はあんまり戻ってきてもらいたくなさそうな感じは……こんな景気ですしね」(C)

b. 【職場の理解と承認が得られている自己の発見】

職場や同僚が、体調の変調や身体機能の障害を理解したうえで、受傷前と変わらずに、いまの自分の働き方を承認してくれていると評価・解釈していたことを示す。記録単位数は8 (6.7%)であり、言及したのは3名(F, I, K)であった。

(1) 〈同僚が障害を理解しフォローしてくれた〉

体調の変動によって仕事を調整せざるを得なかったり、

排泄動作に時間を要するなど、障害を有するいまの体での働き方を職場の同僚が理解し、仕事のフォローをしてくれたからこそ、気負うことなく楽でいられたと感じていた。

「管を通しておしっこしているんで、トイレに入ったらやっぱり1時間とか2時間は入ってるんで、なかなか出てこないっていう話もしているし、調子いいときは出るけど、ダメなときは休むっていう状況を把握してもらって、まわりも認識してもらっているんで、楽なのかなと」(I)

(2) 〈会社がハンディはないものとしてみてくれた〉

会社が、ハンディキャップを有する障害者としてみるのではなく、受傷前と変わらない自分を認め、普通通りに接してくれていると感じていた。

「会社としてはハンディはあまりないものとして、いまみてくれてる」(F)

c. 【社会復帰に向けた行動の表出】

受傷前と職務内容が変わろうとも、職業人としての自分にとって大切なのは、職場復帰という一歩を踏み出せたことにある、もしくは復帰の目的が立っていなくとも、いまの自分にできることに取り組み始めたことにあると気づくなど、まずは社会復帰に向けた意識を行動として表出できたと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は11 (9.2%)であり、言及したのは5名(B, C, D, I, K)であった。

(1) 〈職場に戻るという一歩を果たせた〉

雇用を継続してもらえないのではないかという不安、仕事内容や部署の変更、職位が降格してしまったつらさを抱き続けるなかで、職業人としての自分にとって大切なのは、まずは職場に戻り、仕事が継続できるという一歩を踏み出せたことであるととらえていた。

「(仕事の内容が変わったことは) やっぱりつらいのはつらいんですけど、とりあえず戻れて、仕事を与えてくれた、そのほうが大きかったですね」(K)

(2) 〈社会復帰に向けて、できることを取り組み始めた〉

受傷前に担っていた職務の遂行は困難であると判断し、趣味を仕事に活かすための方法を探したり、事務作業をするうえで必要となるパソコンの勉強に取り組むなど、社会復帰に向けた意識をいまの自分にできる実際的な行動へと移し始めていた。

「サッカーのコーチとか監督は級があるんですね。どうせ家にいて、仕事復帰するまで暇だから、講習受けて、大学生ぐらいまで教えられる資格をとるかなって」(C)

d. 【自分ならではの働き方の発見】

身体機能や能力の変容によって職務内容や責任の果たし方が変わったり、体調の変化によってスケジュールが影響されるようになった現実気づくものの、障害を負ったいまの自分ならではの役割とその果たし方を見出すことが

できたと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は24 (20.0%) であり、言及したのは4名 (A, F, I, J) であった。

(1) 〈かたちは変わろうとも、いまの自分にできる役割の果たし方を見出した〉

担っていた仕事の内容が縮小したり、役割の果たし方が変わろうとも、仕事に一生懸命に取り組むという信念は揺るがずにいられたこと、いままでに培い、獲得してきた知識や技術を他者にアドバイスするという方法で役割を果たせることに気づくなど、いまの自分に担える役割とその果たし方を見出していた。

「もう現場は出れないんで。アドバイスのことしかフォローはできないですけど、そういうかたちで、新しく来た人間には教育してるし」(I)

「ささやかでも小さい会社を起こしてるのよ、主人が。いまも息子が引き継いでるんだけど、金銭的にダメなのよ。だから、あんたらに任せておけないって言って、私の目の黒いうちは、私が一手に引き受けるって」(J)

(2) 〈仕事は体調に合わせて調整すればいいと割り切った〉

普段から体調管理をしているものの、体調の良し悪しや失禁などによって、欠勤や予定を変更せざるを得ない事態を経験していた。こうした状況については、無理をしてみわりに迷惑をかけるよりも、仕事をキャンセルしたほうが良い、相手に誠意をもって謝れば良いと考えるなど、体調に合わせて仕事を調整すればいいと割り切っていた。

「体調が悪いときは休みますって会社にもいってあるし、それでも電話での連絡とかは全然できますから、割り切ってる」(I)

(3) 〈障害を負った自分ならではのビジネスが実現できている〉

車椅子ユーザーという目線を有するからこそ、家の改装やバリアフリーについてアドバイスができると考えるなど、他の人には真似のできない、障害を負った自分ならではのビジネスを実現していた。

「やはり車椅子の人ならではの、障害者ならではの目線っていうのがあるんで、それがいままでと違うというか、他に絶対に真似できないことだと思いますね」(A)

e. 【担うべき仕事・役割の目的と意義の転換】

収入を得るために働かなくてはならないというのは受傷前の価値観であることに気づき、就労だけに留まらない、障害を負ったいまの自分が担うべき役割や、人生における働く意味を再考するなど、受傷を契機に働く目的と意義が転換したと評価・解釈していたことを示す。記録単位数は30 (25.0%) と最も多く、言及したのは8名 (A, B, C, D, E, F, I, J) であった。

(1) 〈仕事に対する価値観が180度変わった〉

受傷を契機に、仕事イコール金儲けという志向から、同じ障害を抱える人を救うために仕事をするという志向へと、仕事に対する価値観が180度転換したことを実感していた。

「金儲けをしてやろうっていう気持ちは100%なくなっちゃったんですよ。だから、企業家としては失格なんですけど、ただ……同じつらさを味わった人たちのつらさを軽減してあげたい」(A)

(2) 〈仕事に対する気持ちのウエイトが軽くなった〉

経済的な保障が得られ、働かなくても生活できている自分にとって、仕事をしなくてはならないという気持ちのウエイトが軽くなったと感じるなど、受傷前に比べて、人生における仕事をするものの重要度や優先順位が変化したことを実感していた。

「受傷する前はやっぱり仕事しないと生活できないんで、あれですけど、障害者になって、国から補助金が出るじゃないですか。だから自分のなかで、やっぱりウエイトは軽くなりますよね、仕事に対する気持ちのウエイトは」(E)

(3) 〈障害者のために役立つ活動をしたい〉

収入を得ることを目的とした職業に留まらず、障害者の相談に応じたり、日常生活やリハビリテーション上のアドバイス、車の運転や就労、住宅への支援、健常者の意識改革のための働きかけなど、いまの自分にできる方法で障害者のために役立つ活動をしたいと考えていた。

「組織立ってやってるから、障害者の車の運転の支援。練習場所ってないんで、いきなり路上に出るしかないんで、結構それって不安だったのね。普通の人だって、そう思うはずだっていうところから、われわれが率先して支援ができたっていう」(F)

「職業とかじゃないんですけど、やっぱり話すことだけはできるんで、話したり、相談受けたりとか、それで相手が少しでも楽になったりするのは嬉しいと思いますし」(D)

V. 考 察

各時期における意味づけを検討した結果、受傷後に【職場への復帰不可能】を予期する一方で、【障害を負ったからこそ芽生えた使命感】【職場復帰に向けた意識の転換】を遂げていた。しかし退院後に、【職業人として築き上げてきた生き方の途絶】した自己に対峙するものの、【職場の理解と承認が得られている自己の発見】【社会復帰に向けた行動の表出】へと踏み出したり、【自分ならではの働き方の発見】することに加え、【担うべき仕事・役割の目的と意義の転換】した自己を見出していたことが導き出された。

以下に、受傷から退院後の生活に至るまでの職業人とし

ての自己の意味づけの変容の様相と意味づけの特徴、および意味づけを支える看護の方向性について考察する。

A. 成人期にある脊髄損傷者の職業人としての自己の意味づけの変容の様相と特徴

1. 受傷から退院後の生活に至るまでの意味づけの変容の様相

受傷後、就労するための能力の喪失を実感し、【職場への復帰不可能】を予期していた一方で、【障害を負ったからこそ芽生えた使命感】を認識したり、転院後に【職場復帰に向けた意識の転換】がなされていた。このように、研究参加者は受傷直後から仕事が継続できる可能性を考え始めており、復帰が不可能になったことに落胆する一方で、仕事内容の具体までは描けなくとも、自分が果たすべき使命感を抱き始めるといったアンビバレントな意味づけがなされていた。人は仕事役割の遂行を通して社会的存在としての価値、人生の意義や生きがいを知るなど、生涯にわたる職業生活の維持発展を通して成長、成熟すると論じられている（菊池，2009；古澤，2012）。つまり、まずは職業人として存続できる可能性があるのか否かが、自らの存在価値や生きる意義を維持するうえでの重要な問題となる。そのため、受傷直後より、成人期にある者が担うべき役割として、当然のように続いていくと信じていた職業人としての自己および職業生活に及ぼされた影響を予期することにつながったと考えられる。

しかし退院後、10名が【職業人として築き上げてきた生き方の途絶】に直面するなかで、まずは途絶えていた人生が再開する、もしくは復職に必要な勉強に取り組み始めるなど、【社会復帰に向けた行動の表出】に価値を見出していた。加えて、障害や健康管理の必要性を有する体での働き方に対して【職場の理解と承認が得られている自己の発見】をするとともに、仕事への揺るぎない信念、身体機能や体調に応じた働き方を見出したり、車椅子ユーザーの視点でのビジネスを実現させるなど、【自分ならではの働き方の発見】へと変化していた。研究参加者は、退院後の実生活を通して、生活もしくは家族を養うために就労することをあたり前のこととする規範、職位や職務内容への自負、仕事を通して得ていた自信や有能感、昇進を見越した職業生活の展望といった、受傷前に築き上げてきた価値体系では、自己に対するネガティブな評価しかできないほどの危機的状況に直面したと考えられる。そうしたなかで、遂行可能な職務や新たな役割の獲得に向けて取り組むべき目標や課題、将来像を描けたことが、職業生活の継続に向けた意識を具体的な行動へと転換する原動力になったと考えられる。また三川（1988）は、役割に満足感や達成感、有能感を得ているのかという役割受容は、どの程度の時間

やエネルギーを投入し（参加）、思い入れをし（関与）、価値を見出すか（価値期待）によって規定されると論じている。つまり、身体機能や能力の変容、体調の変調による影響はあるものの、いまの自分なりの役割を受傷前と変わらずに一生懸命に遂行することに加え、職場からの承認や肯定的な評価を通して、自己の価値を再確認できたことが、自信や満足感、有能感を取り戻すことにつながったと推察される。さらに、たとえ復帰の目途が立たなくとも、障害者年金や保険などによる保障が得られたことで、仕事に対する気持ちのウエイトが軽くなったと評価したり、障害を有するからこそ見出せた障害者支援のビジネスや、障害者が生活しやすい社会や環境づくりのための取り組みを志向するなど、8名が【担うべき仕事・役割の目的と意義の転換】した自己を見出していた。このように、人生における優先順位が働くことから人生を楽しむことへ、仕事の目的が金儲けから職業人としての成長へと転換したり、収入を得ることを目的とした職業には留まらない役割を志向するなど、いまの自分ならではの役割や、新たな働く目的と意義の発見に至ったと推察される。

危機的人生移行モデルによれば、均衡のとれていた生活世界を破綻させるような人生の危機的状況に直面した者が、混乱を乗り越え、新しい生活世界の再構築へと移行することが、人間的成長や体験に対する意味の豊富化につながると論じられている（Minami, 1987；内田，2010；山本，1992）。本研究においても、受傷前に築き上げてきた生き方が途絶するほどの危機に直面するなかで、仕事に対する規範、役割や責任の果たし方、職場での関係性といった価値体系を再構築し、障害者としての経験と視点を有する自分が職業人として生きていく意義や目的の発見につながったと解釈できる。

2. 脊髄損傷者の意味づけの特徴

分析の結果、職業人として生きる意義を維持するためには、職業生活が継続できること、身体機能や能力の変容、体調の変調に応じた役割の果たし方を見出すことに加え、そうした働き方について【職場の理解と承認が得られている自己の発見】が重要な要因として語られていた。こうした点については、がん患者は職場への再適応に関する不安と葛藤を抱きながらも、主体的に労働負荷の調整や身体状況の説明などに取り組んでおり、職場の理解は就労の継続や就労意欲に不可欠であることが明らかにされている（堀井・小林・鈴木，2009；岡本・佐藤，2008；和田・稲吉，2013；山脇・藤田，2006）。つまり、病いや障害を有する者が就労を継続していくためには、職場への主体的な働きかけと、それに対する職場の理解が不可欠であると解釈できる。しかし、研究参加者のなかには（いまの体では会社

側に受け入れてもらえない」と評価し、職場への説明や労働負荷の調整といった、復職に向けた主体的な行動に踏み出せずにいる者も存在した。こうした背景には、脊髄損傷は受傷原因が自責である場合も多く、努力だけでは職務を全うできない不全感に加え、会社への貢献度が低下した無能感や後ろめたさが存在している可能性が推察される。

また、職場復帰率は退院後半年から2年半が高い(内田ら, 2003, p.192)と指摘されているものの、5年以上が経過しても、復職に向けた一步を踏み出せずにいる研究参加者が存在した。復職していない5名のうちの3名が頸髄損傷者であり、これについては、麻痺レベルが重度になるほど復帰率が低く(中村・田島, 2012, p.798)、特に若年の頸髄損傷者では就労の困難さが家族への負債感や無力感という心理的困難に影響を与え、受傷後数年が経過しても、「個人誌の混乱」は収束しないことが明らかとされている(井出ら, 2013)。損傷が高位である場合、入院中は自宅復帰に向けたADLの拡大や生活手段の習得が目前の目標となる。そのため、退院後に生活が安定するに伴い、職業人としての生き方を問い直すものの、現実的かつ具体的な目標や将来像を描いたり、それを実現するための手段や道筋を自力では見出せず、苦悩が遷延化する可能性が高いと推察される。

このように、5名は復職していないものの、記録単位数は【担うべき仕事・役割の目的と意義の転換】が2番目に多く、復職の可否を問わず、受傷前の趣味や特技、障害者として社会で生活してきた経験、車椅子ユーザーであるからこそ得た視点を活かした活動を見出すなど、収入を得ることを目的とした職業に留まらない役割を志向していたことが示された。反対に、6名が復職を果たしているものの、記録単位数は【職業人として築き上げてきた生き方の途絶】が最も多かった。つまり、復職が必ずしも職業人としての存在価値を再認識することにつながるとは限らず、たとえ復職の目途が立たなくても、脊髄を損傷したいまの自分だからこそ果たすべき役割の多様性や、働く多義性へと思考が及んでいたことが、本研究の特徴的な意味づけであったと考えられる。こうした背景の一つには、〈仕事に対する気持ちのウエイトが軽くなった〉が示すように、障害者年金などによる経済的保障が、収入を得るための職業に留まらない役割や、人生における仕事の重要性の問い直しにつながったと推察される。しかし、人の生涯は子ども、学生、余暇人、市民、労働者、家庭人等の多様な役割から成り立っており、年齢に応じて役割やその重要性が変化するとともに、役割の遂行を通して自己の価値観や個人のニーズを満たすとされている(松為, 2006)。つまり、現段階で人生における働く意義を減じて評価していようと、結婚や子どもの成長など、将来的に個人および家族が

発達段階をたどっていくに伴い、配偶者や親としての役割に対する価値体系の問い直しを余儀なくされる可能性に注意を払う必要がある。

B. 意味づけを支える看護の方向性の検討

研究参加者は受傷直後より、職業人としての自己に視点が向き、職業生活が継続できる可能性を予期していたことが示された。こうした役割の側面について、脊髄損傷者にかかわる看護師は、家族内での役割に気づくというプラス思考への転換を障害受容の側面の一つとしてとらえているものの(堀田, 2011)、職業人としての役割については言及していない。そのため、成人期にある者は職業に就く、大人としての社会的責任の達成、経済的生活水準の維持といった発達課題(Havighurst, 1972/1953)を抱えているということに、看護師が常に目を向けておくことが大切であると考えられる。そして、就労の意志や希望を確認するとともに、身体機能や能力、職業人としての信念に及ぼされた影響に対する脊髄損傷者の評価に注意を払い、受傷前に築き上げてきた職業生活が断絶した苦悩を抱えている可能性を念頭においてかかわることが重要となる。さらに、入院中より雇用側との連携をはかり、障害の特性、能力を発揮できる職務内容や就労形態の選択、環境づくりへの支援を担っている医師や理学・作業療法士、MSWなど(古澤, 2012; 豊永, 2008; 吉野・清水・今西・松下, 2008)の多職種につなげていくことが、受傷後の早期の段階からの就労支援をさらに活性化させると考えられる。また分析の結果、受傷直後より【障害を負ったからこそ芽生えた使命感】を抱いていたことが示され、これは、脊髄損傷に伴うさまざまな喪失に直面するなかで、命を失わずにいられた意味を探索した結果、職業人としての役割に使命を見出すに至ったと推察される。こうした使命感は、生きる原動力につながる意味づけとなり得るものの、言及していた参加者は1名であったように、受傷直後より職業の側面に使命を見出すことは困難な可能性が高い。そのため脊髄損傷者が、成人期にある者が担うすべての役割を喪失したわけではないことに気づき、多様な役割のなかで果たすことのできる役割に自らの使命を見出せるように働きかけることが、看護師の重要な役割であると考えられる。

また、看護師が提供している日常生活動作の拡大、起こり得る合併症や悪化の要因などの知識と、その予防や早期発見の手技の習得に向けた支援は、就労するうえでの資本となる健康の維持・増進につながっている。そのため、復職後は〈仕事は体調に合わせて調整すればいいと割り切った〉りしながら、自分なりの働き方を見出していたことが示された。しかし、入院中に職場復帰に向けた意識の転換がなされていたのは3名であり、さらに退院後は仕事の優先、

再発原因に対する誤った認識、職場の理解の低さ、休息や作業環境の不整備によって、褥瘡や尿路感染の発生率が高いことが明らかとなっている（池田・古澤，2011；貝谷ら，2012；中村・田島，2012）。そのため看護師は、対象が職業人であるという観点を重視し、入院中から可能な限り職場の人も含めて、業務内容や仕事のスタイル、職場環境に応じた健康管理の方法を検討するなどの支援を提供していくことが、脊髄損傷者が意識的かつ永続的に健康を維持しなからの職業生活を継続させる資源になると考えられる。

退院後、たとえ復職を果たしても、理想として描いていた職業人としての自己像と、現実の自己との間に生じたずれとの対峙は避けられず、不全感や無能感を抱き続ける一方で、復職の目途が立たなくても、新たな役割の目的や意義へ転換する可能性が示唆された。そのため看護師は、外来や訪問時に本人の就労に対する意志を確認するとともに、復職の可否にとらわれず、職業人としての規範や信念、仕事に対する自負心、展望などに及ぼされた影響をどのように評価・解釈し、乗り越えようとしているのかに注意を払う必要がある。そして、職業人としての生き方を見出せず、苦悩が遷延化している可能性を念頭においてかわるとともに、遂行可能な職務や新たな役割の獲得など、思い描く将来像を実現する道筋を見出せるよう、多職種や関連機関につなげていくことが大切であると考えられる。また先行研究において、重症脊髄損傷者の生きがいや楽しみといったニーズを引き出したことで、機器開発や障害者のために役立ちたいという前向きな姿勢に変化するなどのQOLの向上をもたらしたことが明らかにされている（田場・當山，2003）。このように、受傷前に担ってきた役割に何を期待し、どのような価値や満足、生きがいを見出していたのか、今後どのような役割を担うことを望んでいるのかを思考するきっかけを提供することが重要となる。そのためには、まずは看護師自身が役割の多様性や多義性、個人や家族の発達段階に伴う役割の流動性を理解したうえで、脊髄損傷者が職業人として生きていく意義や目的を見出していくプロセスを、長期的な視点で見守る必要があると考えられる。

VI. 結 語

成人期にある脊髄損傷者の職業人としての自己の意味づけを検討した結果、入院中は【職場への復帰不可能】【障

害を負ったからこそ芽生えた使命感】【職場復帰に向けた意識の転換】、退院後は【職業人として築き上げてきた生き方の途絶】【職場の理解と承認が得られている自己の発見】【社会復帰に向けた行動の表出】【自分ならではの働き方の発見】【担うべき仕事・役割の目的と意義の転換】の8のカテゴリーが導き出された。研究参加者は受傷直後より、生きる意義を維持するうえで重要となる職業人としての自己の存続の可能性を予期しており、退院を契機に職業生活の途絶という危機との直面によって、職業人としての価値体系の問い直しを余儀なくされていた。そうしたなかで、社会復帰に向けた行動に踏み出したり、身体機能や能力の変容、体調の変調に応じた役割の果たし方を模索しながら、障害者としての経験と視点を有する自分なりの働き方、新たな役割の目的や意義の発見に至っていたことが示唆された。しかし、復職の可否を問わず、人生が途絶した苦悩が遷延化する可能性も推察されたため、看護師は対象が職業人であるという観点を重視するとともに、役割の多様性や多義性、流動性を理解したうえで、脊髄損傷者が職業人として生きていく意義や目的を見出していくプロセスを、長期的な視点で支援する必要があると考えられる。

VII. 限界と今後の課題

本研究は、個々の体験の想起による検討であったため、今後は意味づけのプロセスを縦断的に探求していくとともに、脊髄損傷者に対する会社や同僚の態度が影響を及ぼしている可能性が推察されたため、両者が協働するなかでの意味づけの相互作用についても明らかにしていく必要があると考えられる。また分析の結果、収入を得ることを目的とした職業に留まらない役割の多様性や多義性へと視点が拡大していたことが示唆されたため、広義な社会的役割に焦点を当て、役割の重要性が変容していくプロセスを探索していくことが今後の課題である。

謝 辞

本研究を進めるにあたり快くご協力いただきました研究参加者の皆さまに深く感謝いたします。本研究は、平成28年度茨城県立医療大学大学院保健医療科学研究科保健医療科学専攻博士論文の一部内容をもとに、加筆修正したものである。なお、本論文は日本看護研究学会第41回学術集会で報告した。

要 旨

目的：成人期にある脊髄損傷者が職業人としての自己をどのように意味づけているのかを明らかにする。

方法：脊髄損傷者11名に半構成的面接を実施し、質的記述的に分析した。

結果：入院中は【職場への復帰不可能】【障害を負ったからこそ芽生えた使命感】【職場復帰に向けた意識の転換】，退院後は【職業人として築き上げてきた生き方の途絶】【職場の理解と承認が得られている自己の発見】【社会復帰に向けた行動の表出】【自分ならではの働き方の発見】【担うべき仕事・役割の目的と意義の転換】の8つのカテゴリーが導き出された。

結論：研究参加者は，入院中より職業人としての存続の可能性を予期しており，職業生活が途絶した現実との直面を契機に，復帰に向けた行動に踏み出したり，役割の果たし方を模索しながら，障害者としての経験と視点を有する自分が，職業人として生きていく意義や目的を見出していたことが示された。

Abstract

Aim: To clarify the meaning of self in professionals who sustained spinal cord injuries in adulthood.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 11 adults with spinal cord injuries and their narratives were analyzed in a qualitative descriptive method.

Results: Eight categories were derived. Categories during hospitalization comprised the following: “impossible return to workplace”; “the sense of mission arise precisely because of sustaining a disability”, and “change of one’s attitude to return to work”. Categories after discharge from hospital comprised the following: “end of way of life that has been built up as a professional”; “discovery of self that is obtained understanding/acknowledgement from workplace”; “behavior aiming for social rehabilitation”; “discovery of how to work one’s unique”, and “changes in purpose and significance of jobs/roles”.

Conclusion : Results suggested that although participants expected that they might be able to continue as a professional while they were hospitalized, they followed a process whereby they faced the reality of the end of their life as a professional. While engaging in behavior to help them continue as a professional and searching for ways to fulfill their role, they discovered the significance of and objectives for living as a professional from the experience and standpoint of being a disabled person.

文 献

- 有馬明恵 (2007). 内容分析の方法. 31-36, 京都: ナカニシヤ出版.
- Chun, S. and Lee, Y. (2013). “I am just thankful”: the experience of gratitude following traumatic spinal cord injury. *Disabil Rehabil*, 35(1), 11-19.
- Davis, C.G. and Novoa, D.C. (2013). Meaning-making following spinal cord injury: Individual differences and within-person change. *Rehabil Psychol*, 58(2), 166-177.
- 舟島なをみ (2007). 質的研究への挑戦 (第2版). 40-79. 東京: 医学書院.
- 古澤一成 (2012). 脊髄損傷. メディカルリハビリテーション, 152, 56-61.
- Havighurst, R.J. (1972) / 荏苒雅子監訳 (1995). 人間の発達課題と教育. 260-277. 東京: 玉川大学出版部.
- 堀井直子, 小林美代子, 鈴木由子 (2009). 外来化学療法を受けているがん患者の復職に関する体験. 日本職業・災害医学会会誌, 57(3), 118-124.
- 堀田涼子, 市村久美子 (2011). 回復期にある脊髄損傷者の障害受容についての看護師の捉え方に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 21-30.
- 井出 (大河内) 彩子, 山崎喜比古, 藤村一美, 楠永敏恵 (2013). 外傷性在宅頸髄損傷者の個人誌の混乱にみる困難の特徴と概念構造の検討. 民族衛生, 79(2), 26-46.
- Ide-Okochi, A., Yamazaki, Y., Tadaka, E., Fujimura, K., and Kasunaga, T. (2013). Illness experience of adults with cervical spinal cord injury in Japan: A qualitative investigation. *BMC Public Health*, 13, 2-10.
- 池田篤志, 古澤一成 (2011). 職業生活. 総合リハビリテーション, 39(7), 651-655.
- 貝谷敏子, 西澤知江, 大江真琴, 玉井奈緒, 岡部勝行, 真田弘美 (2012). 脊髄損傷者の褥瘡再発に対する認識と再発のプロセス—12症例のインタビューからの検討—. 日本褥瘡学会誌, 14(1), 49-57.
- 菊池恵美子 (2009). 人と仕事. 作業療法ジャーナル, 43(7), 650-657.
- 厚生労働省 (2014). 平成26年 障害者雇用状況の集計結果. 2014. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000066516.html>
- 雲かおり, 太湯好子 (2002). 肝臓がん患者の苦難の体験とその意味づけに関する研究. 川崎医療福祉学会誌, 12(1), 91-101.
- 松為信雄 (2006). キャリア発達の理論. 松為信雄, 菊池恵美子 (編). 職業リハビリテーション—キャリア発達と社会参加に向けた就労支援体系. 29-60, 東京: 協同医書出版社.
- 三川俊樹 (1988). 成人期における役割特徴と役割受容. 追手門学院大学文学部紀要, 22, 1-22.
- Minami, H. (1987). A conceptual model of critical life transition: Disruption and reconstruction of life-world. *Hiroshima Forum for Psychology*, 12, 33-56.
- 中村 健, 田島文博 (2012). 脊髄損傷者の就労と健康管理. 地域リハビリテーション, 7(10), 798-802.
- 中村陽子 (2002). 高齢患者のがん体験の意味づけの理解. 日本看護医療学会雑誌, 4(2), 27-35.
- 岡本明美, 佐藤禮子 (2008). 胃がん術後患者の職場復帰における主体的取り組み. 千葉看護学会会誌, 14(2), 28-36.
- Park, C.L. and Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of General Psychology*, 1(2), 115-144.
- 下仮屋道子, 八代利香 (2011). 退院後10年が経過した脊髄損傷者の在宅生活での困りごと. 日本職業・災害医学会会誌, 59(3), 137-142.
- Scott, W.A. (1955). Reliability of content analysis: The case of nominal scale coding. *Public Opin Q*, 19, 321-325.
- 田場真由美, 富山富士子 (2003). 重症脊髄損傷者の在宅療養におけるケアマネジメントニーズに合わせることの重要性. 沖縄県立看護大学紀要, 4, 66-73.
- 田垣正晋 (2000). 中途障害者が語る障害の意味: 「元健常者」と

- としてのライフストーリーより．京都大学大学院教育学研究科紀要, 46, 412-424.
- 田垣正晋 (2004)：中途重度障害者は障害をどのように意味づけるか：脊髄損傷者のライフストーリーより．社会心理学研究, 19(3), 159-174.
- 徳弘昭博 (2008)．脊髄損傷者の社会復帰〈総論1〉．住田幹男, 徳弘昭博, 真柄 彰, 古澤一成 (編)．脊髄損傷者の社会参加マニュアル, 2-16, 東京：日本せきずい基金．
- 豊永敏宏 (2008)．職場復帰のためのリハビリテーション—脳血管障害者の退院時における職場復帰可否の要因—．日本職業・災害医学会会誌, 56(4), 135-145.
- 内田雅子 (2010)．危機的人生移行モデル．野川道子 (編)．看護実践に活かす中範囲理論, 160-184, 東京：メヂカルフレンド社．
- 内田竜生, 住田幹男, 富永俊克, 徳永昭博 (2003)．脊髄損傷患者の復職状況と就労支援．日本職業・災害医学会会誌, 51(3), 188-196.
- 和田さくら, 稲吉光子 (2013)．外来化学療法を受ける男性消化器がんサバイバーの就労継続の様相．日本がん看護学会誌, 27(2), 37-46.
- 山本多喜司 (1992)．人生移行とは何か．山本多喜司, ワップナー・S(編)．人生移行の発達心理学, 2-24, 京都：北大路書房．
- 山脇京子, 藤田倫子 (2006)．胃がん手術体験者の職場復帰に伴うストレスとコーピング．日本がん看護学会誌, 20(1), 11-18.
- 吉野 修, 清水 明, 今西理恵子, 松下 功 (2008)．完全頸髄損傷者の就労．*CLINICAL REHABILITATION*, 17(1), 98-101.

〔平成27年3月17日受付〕
〔平成28年2月23日採用決定〕

一般病棟でセデーションを受ける 終末期がん患者にかかわる看護師の思い

Feelings of Nurses Who Cared for Terminal Cancer Patients under Palliative Sedation in General Wards

鈴木 みわの 豊 嶋 三枝子
Miwano Suzuki Mieko Toyoshima

キーワード：終末期，がん患者，看護師
Key Words：terminal, cancer patient, nurse

はじめに

わが国では1981年以来、死因順位の第1位はがんである（厚生労働統計協会，2013）。がん患者の死亡場所をみると、86.6%が病院（総務省統計局，2011）であり、終末期にあるがん患者のケアの中心は病院であるといえる。病院におけるケアの充実をはかるべく、近年、緩和ケア病棟が増加しているが、その数は非常に少ない。すなわち、多くのがん患者は一般病棟で終末期を過ごしている状況にあると考えられる。

一般病棟の目的は検査や診断、治療が中心であり、患者の治療を行い回復を促し、自宅に帰すことが基本である（平山，2012）。近年の医療技術の高度化・複雑化に加えて在院日数短縮の問題もあって、一般病棟の看護師の業務は多忙を極めていると考えられる。これらの多忙な業務に加えて、緩和ケアを提供していくという「時間的なゆとり」のなさが一般病棟の課題である（千崎，2011）。このようななかで看護師は、医師・看護師間での情報共有やケア方針の決定を行うことができずに困惑していることや、患者・家族の希望を聞くことに関して悩んでいるという報告もある（殿城，2009）。

また、がんの終末期における患者側の問題として、全人的苦痛があげられる。緩和困難な苦痛をもつ終末期がん患者に対する治療の一つとして、鎮静、すなわちセデーションが行われるようになってきている。セデーションには患者の苦痛を緩和できるというメリットがある一方で、意識の低下が生じコミュニケーションが困難になるというデメリットもある。そのため、セデーションを行う際にはそのメリットとデメリットを慎重に考慮し、倫理的な妥当性を検討することが必要である（佐藤，2013）といわれている。

このようにセデーションは倫理的問題をはらみやすいこ

とから、セデーションを受ける患者のケアにかかわる看護師の精神的負担が大きいことが指摘されている（Morita, Miyashita, Kimura, Adachi, & Shima, 2004）。セデーションにおける看護師の役割としては、生活状況から患者の状態をキャッチし、病状変化のアセスメントや予後予測を医療従事者間で行えるように調整することや、患者家族に対して細かく説明することなどがあり（森住，2008）、その役割は非常に重要であると考えられる。また、セデーションを行う判断基準や根拠が曖昧であるため、セデーションの実施にかかわる看護師の負担は大きく、そこに問題やストレスが発生している（伊藤ら，2008）ともいわれている。このように、セデーションを受ける終末期がん患者にかかわる看護師は、医師との意見調整や患者・家族の意思確認がむずかしいことから、負担が大きく離職したいと考える者もいることが明らかになっている（Morita, et al., 2004）。

しかし、セデーションに関する先行研究は緩和ケア病棟やホスピスに関するものが中心であり、がん患者の多くが終末期を過ごしている一般病棟に焦点を当てたものはほとんどない。

以上のことから本研究においては、がん患者の多くが終末期を過ごしている一般病棟に着目し、一般病棟の看護師がセデーションを受ける終末期がん患者にかかわる際、どのような思いを抱いているのかを明らかにすることを目的とした。このことによって、一般病棟におけるセデーションの現状を把握することにつながり、質の高い緩和ケアを提供するための一助となると考える。

I. 用語の操作的定義

1. 終末期

原疾患の増悪のために数日から2～3週間以内に死亡が生じると予測される時期。

2. セデーション

『苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版』（日本緩和医療学会，2010）（以下，ガイドラインとする）を参考に，「苦痛緩和を目的として，中止する時期をあらかじめ定めずに，言語的・非言語的コミュニケーションができないような深い意識の低下をもたらす薬剤を投与する治療方法」とする。

3. 思　　い

セデーションを受ける終末期がん患者の看護を経験することによってもたらされた，感情的な心の働き。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

半構成的面接による質的記述的研究。

2. 研究参加者

東北圏内にある緩和ケア病棟をもたない総合病院に勤務する看護師で，下記の①～③の基準を満たす者とした。①看護師としての経験年数が3年以上で，過去1年以内にセデーションを受ける終末期がん患者の看護を行った経験のある者，②成人・老年の終末期がん患者が比較的多く入院している一般病棟での勤務経験を1年以上有する者，③セデーションを受ける終末期がん患者にかかわる看護師の多くが認定看護師等の資格をもたない者であると考えられたため，管理職，専門看護師および認定看護師の資格をもたない者とした。

3. 調査期間

2012年7月～10月。

4. データ収集方法

研究参加者1名につき1時間程度の半構成的面接を実施した。研究参加者のうち，面接内容の録音の同意が得られた12名についてはICレコーダによる録音およびメモによる書き取りを行った。録音の同意を得られなかった1名については，研究者が面接内容をメモし，面接終了後，研究参加者にメモの内容と発言内容に相違がないか確認してもらった。

面接は「セデーションを受ける終末期がん患者にかかわった経験のなかで，印象に残っている方を思い浮かべながら話してください」という言葉から始め，インタビューガイドに沿って行った。インタビューガイドの内容は，①どんな場面がかかわったのか，そのときどんなことを思ったか，②その患者に行ったセデーションに関してよかった

と思ったこと，③その患者に行ったセデーションに関して嫌だ，困ったと思ったこと，④セデーションに対するイメージについてなどである。また，ガイドライン（日本緩和医療学会，2010）の存在を知っているか，実際に見たことがあるかについても聴取した。

5. データ分析方法

許可を得て録音した面接内容の逐語録を作成した。録音の許可を得られなかった1名に関しては，面接時のメモを逐語録とした。逐語録を繰り返し読み，全体の文脈を把握した後，セデーションを受ける終末期がん患者にかかわる際に思っていることについて語られた部分を，研究参加者の表現を保ったまま取り出した。取り出した言葉の意味・内容を保ったまま簡潔な表現に変換したものを「コード」とした。「コード」の意味内容の共通性を解釈してまとめたものに名前をつけ，それらを比較検討しながら，類似したものを統合し〈サブカテゴリ〉とした。さらに，〈サブカテゴリ〉を比較検討しながら類似したものを統合し，その意味を適切に表現する名前をつけ，【カテゴリ】とした。最後に【カテゴリ】間の関係性を検討して，看護師の思いの構造を図式化した。「コード」化，〈サブカテゴリ〉化，【カテゴリ】化においては徐々に表現の抽象度が上がるように留意し，また何度も逐語録に戻って，研究参加者の発言内容と相違がないか確認しながら行った。分析の厳密性を確保するために，すべてのプロセスは熟練した質的研究者のスーパーバイズを受けながら行った。

6. 倫理的配慮

本研究は，山形県立保健医療大学倫理委員会の承認（平成24年2月10日承認）を得たうえで実施した。面接はプライバシーを確保できる場所で行い，研究参加者に対しては研究の主旨を文書と口頭で説明し，研究への参加・協力に関する拒否や途中辞退の自由，個人情報保護の保護，得られたデータは研究目的以外には使用しないことについて明記し，文書にて同意を得た。

Ⅲ. 結　　果

1. 研究参加者の概要（表1）

研究参加者は，8施設に勤務する13名の看護師であった。性別は，女性11名，男性2名であった。平均年齢は 31.4 ± 4.9 歳，平均臨床経験年数は 10.0 ± 4.9 年であった。所属している病棟の診療科は内科・外科さまざまであったが，全員がセデーションを受ける終末期がん患者にかかわった経験を数回以上もつ者であった。ガイドライン（日本緩和医療学会，2010）の存在を知っている者は13名中4

表1 研究参加者の概要

	性別	年代	臨床経験 年数	現在の所属病棟の診療科
A	女	20代	5	乳腺・消化器外科
B	女	30代	11	消化器内科, 小児科 (感染症)
C	女	30代	10	乳腺・消化器外科
D	女	20代	6	消化器内科
E	女	30代	9	ICU ※半年前までは消化器内科に勤務
F	女	30代	9	消化器内科, 小児科 (感染症)
G	女	30代	13	外科, 耳鼻科
H	男	20代	7	消化器外科, 心臓外科
I	男	20代	3	外科, 泌尿器科, 脳外科
J	女	30代	17	消化器外科
K	女	40代	21	消化器外科, 呼吸器外科
L	女	30代	12	総合内科 (血液, 呼吸器, 腎臓, 糖尿病, 放射線)
M	女	20代	7	循環器内科, 呼吸器内科, 整形外科, 小児科 (感染症)

名いたが、実際にガイドラインを見たことがある者はいなかった。

2. 各カテゴリの説明 (表2)

看護師の思いとして【患者・家族の望みを叶えてあげたいという思い】【苦痛のない穏やかな最期を迎えさせてあげたいという願い】【患者と意思疎通をはかれなくなることにに対する葛藤】【医師に対する不満と諦め】【セデーションに対する困惑】【セデーションが奏効したと確認できたことによる安堵感】という6個のカテゴリが抽出された。これらは24個のサブカテゴリで構成された。カテゴリは【 】, サブカテゴリは〈 〉, 逐語録から抜粋した研究参加者の語りは『斜体』を用いて表した。

(1) 【患者・家族の望みを叶えてあげたいという思い】

このカテゴリは〈患者の意思を尊重したい〉〈家族の意向を尊重したい〉〈家族の気持ちを考えるとかわりはずかしい〉〈家族を安心してあげたい〉という4個のサブカテゴリで構成された。このカテゴリは終末期がん患者にかかわるうえで、看護師が最も重要ととらえているものであり、耐え難い苦痛の出現から死までの患者の経過全体にわたって存在していた。

看護師は〈患者の意思を尊重したい〉という思いを抱き、患者の意思を尊重して行うセデーションはよいととらえていた。患者の意思尊重を重視しているため、『本人の意思確認ができないところがむずかしいなって思いました』というように、患者の意思確認ができないままセデーションを行うことにとまどい、〈患者の意思を尊重したい〉が現実的にはむずかしいと感じていた。一方で看護師は、患者の意思と同様に〈家族の意向を尊重したい〉と考えていた。

『家族も「もういいんです」って言ってたんですけど、実際にセデーションを行って呼吸止まったりしても、本当に大丈夫かなって。(家族に理解してもらえるように)何回も説明した気がします』と語り、家族が十分納得してセデーションを受け入れられるよう心がけていた。また、『眠らせてくださいって自分の希望がある人にセデーション行うのは問題ないのかなって思うんですけど、せん妄で暴れちゃうような人とかターミナルの人の場合はもう家族の了解で行うしかない』というように、終末期にある患者の意思が確認できない場合には、家族の代理意思を尊重するしかないと考えていた。このような状況のなか、家族の意向が不明瞭であったり、セデーションに対する理解が不十分な場合もあり、〈家族の気持ちを考えるとかわりはずかしい〉と感じながらも、〈家族を安心してあげたい〉と思っていた。

(2) 【苦痛のない穏やかな最期を迎えさせてあげたいという願い】

このカテゴリは〈経過をよく知っている患者が苦痛の強い状況にあるのをみているのは切ない〉〈苦痛の強い患者にはセデーションを行ってあげたほうがよい〉〈苦痛を緩和してあげたい〉〈穏やかな最期を迎えさせてあげたい〉という4個のサブカテゴリで構成された。このカテゴリは、前述した【患者・家族の望みを叶えてあげたいという思い】と並んで看護師が重視しているものであり、患者の経過全体にわたって存在していた。

看護師は、『セデーションを行うまで時間がかかって、苦しそうな患者さんを見ているとつらそうだなって思う』と語り、〈苦痛が強い状況にある患者をみているのは切ない〉と感じ、〈苦痛の強い患者にはセデーションを行ってあげたほうがよい〉と考えていた。また『他人事ではないような感じで切ないというか、その人の元気なときを知っていて話もすぐできる人だったので、そういう痛くも何ともないときのことを知っているので余計切なくなってしまう』というように、患者の経過を知っているからこそその切なさも感じていた。このような状況のなかで看護師は、『苦しいところをみているとセデーションを行って楽にさせてあげたい』というように、セデーションを行うことで患者の苦痛を緩和してあげたいと願っていた。そして『(家族に) 苦しい姿を見せずにそのままスウ〜っと亡くなる……みたいな穏やかな死のほうがいいのかなあと思う』というように、患者・家族双方のことを考え、〈穏やかな最期を迎えさせてあげたい〉と切望していた。

(3) 【患者と意思疎通をはかれなくなることにに対する葛藤】

このカテゴリは〈意識低下してしまう患者がかわいそう〉〈患者と家族が意思疎通を図れなくなるのは本当にいいのかなと思う〉〈セデーションを行う前に患者とずっと話したかった〉という3個のサブカテゴリで構成され、看護師

表2 一般病棟でセデーションにかかわる看護師の思い

カテゴリ	サブカテゴリ	主なコード
患者・家族の望みを叶えてあげたいという思い	患者の意思を尊重したい	患者の意思は大事 患者の意思確認ができないときのセデーションはむずかしい
	家族の意向を尊重したい	家族が十分納得してセデーションを受入れることが大切だ セデーションに関する医師からの説明を、家族がちゃんと受けとめられているか気にかけている
	家族の気持ちを考えるとかわりはむずかしい	セデーションをなかなか受入れられない家族とのかかわりによく悩む 医師から家族への説明内容や家族の希望がわからない場合は、対応がむずかしい
	家族を安心させてあげたい	家族には、患者の苦痛が緩和されている姿を見せてあげたい (セデーションを行うことによって) 穏やかな最期を迎えることで家族が安心できることが本当に大切だと思う
苦痛のない穏やかな最期を迎えさせてあげたいという願い	経過をよく知っている患者が苦痛の強い状況にあるのをみているのは切ない	セデーションを行うまで時間がかかった患者はつらそう 一般病棟では患者の治療経過や人柄を知っているだけに、つらい姿をみるのが余計切ない
	苦痛の強い患者にはセデーションを行ってあげたほうがよい	苦痛が強いときはセデーションを行うほうが患者のためになる 苦痛を忘れて眠らせてあげたい
	苦痛を緩和してあげたい	患者の苦痛をどうにかしてあげたい 痛みを忘れて眠らせてあげたい
	穏やかな最期を迎えさせてあげたい	なるべく患者の苦痛が少ない最期を迎えさせてあげたい セデーションを行うことによって苦しまずに亡くなるのが、患者にとってはいいことだと思う
患者と意思疎通を図れなくなることに に対する葛藤	意識低下してしまう患者がかわいそう	セデーションによって一生目が覚めないのはかわいそう セデーションを行うことによって患者の意識が低下することへの切なさがある
	患者と家族が意思疎通をはかれなくなるのは、本当にいいのかなと思う	セデーションによって意識低下するので、本当にそれでいいのかなと思う 苦痛緩和してあげたいが、家族とコミュニケーションがとれなくなることに 対して葛藤がある
	セデーションを行う前に患者ともっと話したかった	セデーションを行う前に患者の気持ちを十分聞けたらどうかという後悔があった 患者と喋れなくなったことが悲しい
医師に対する不満 と諦め	医師の指示内容に対する疑問を感じる	医師はなぜもっと早くセデーションの指示を出してくれないのだろう 医師によってセデーションに対する考え方・方法が異なるが、何がいいかわからない
	納得のいかない指示に従うことへの諦めを感じる	医師のセデーション指示内容に疑問を感じても、従うしかない 医師の指示に疑問を感じても、従わざるを得ないことへの葛藤がある
	医師には最新の知識をもっていてほしい	医師にセデーションについてもっと勉強してほしい 患者のために医師には最新の知識を持っていてほしい
	医師が看護師の意見を取り入れないことへの不満がある	医師に自分の意見を何度も言っても聞いてもらえないので、どうしたらいいのだろうと思う セデーションに関する意見を医師に伝えるのは負担だ
	患者・家族への医師の説明は不十分だ	セデーションについて医師以上に詳しい説明ができないことが難しい 医師から患者にセデーションの説明をもっときちんとしてほしい
セデーションに対する 困惑	セデーションに関する知識が不足しているため悩む	セデーションに関する経験や知識が少ないため、医師への報告内容について悩む セデーションのレベルを決定する根拠について、何を優先したらよいか悩む
	セデーションを行うタイミングはむずかしい	セデーションを行うタイミングが大事 セデーションを行う適切なタイミングがわからない
	セデーションによる急変に対する不安・恐怖・緊張感がある	セデーションによって患者が急変してしまうかもしれない セデーションを行うことで呼吸抑制が出現するのではないかと セデーションを自分の責任で行うときはすごく緊張する
	他の看護師の同意がないと不安に思う	自分だけの意見だと不安に思う セデーションを行うことに対して、他のスタッフの同意があると安心する
	セデーションの効果に対して疑問を感じる	セデーションを行ったことが、患者にとってよかったのかかわからないと思う セデーションを行ったことによって死期が早まったのではないかと悩む
セデーションが奏効したと確認できたことによる安堵感	患者の苦痛を緩和できてよかった	患者の苦痛が緩和されたとき、よかったと思った セデーションを行って患者が眠っている姿を見るとホッとする
	家族から感謝されて安心した	苦痛が緩和され、家族から感謝された時はよかったと思った 患者の死後、家族から感謝の言葉があると安心する
	セデーションが奏効したことを看護師同士で確認できると安心する	デスカンファレンスで、セデーションに対する自分の判断の適正さについて、他のスタッフから支持・共感を得られると安心する セデーションを行ったことに対して、他のスタッフから共感を得られると気持ちになるので、デスカンファレンスは必要だ

がセデーションの必要性を感じ始めた頃から生じていた。

セデーションを行うことは患者の意識低下を伴い、また多くの場合、そのまま患者は死亡する。看護師は『苦しめないようにさせてあげたいというのもあるし、でもセデーションを行うともう意識が戻らないのかなっていう切なさもある』と語り、〈意識低下してしまう患者がかわいそう〉と感じていた。さらに『家族のことを思うと、痛みがとれるのはいいけど、意識が落ちてしまうのは、コミュニケーションがとれなくなるのはやっぱり嫌だなというか、本当にいいのかなって』というように、患者と家族が意思疎通をはかれなくなることに対して葛藤を感じていた。そしてセデーションを行うことで患者の意思がわからなくなってしまった後、『つい昨日まであんなに普通にしゃべれていたのに、(セデーションを行うことによって) たった数時間でこんなふうに(しゃべれなく) なっちゃって、個人的にはちょっと寂しい思いもありました』という後悔の念を抱き、家族だけでなく看護師自身も患者と意思疎通をはかれなくなること葛藤を抱いていた。

(4) 【医師に対する不満と諦め】

このカテゴリは〈医師の指示内容に対する疑問を感じる〉〈納得のいかない指示に従うことへの諦めを感じる〉〈医師には最新の知識をもってほしい〉〈医師が看護師の意見を取り入れないことへの不満がある〉〈患者・家族への医師の説明は不十分だ〉という5個のサブカテゴリで構成された。このカテゴリは、患者の苦痛が増強しているにもかかわらず、効果的な苦痛緩和がなされていない、患者・家族の意思が尊重されていないと看護師が認識した頃から生じ、セデーション開始後も続いていた。

看護師は、医師の指示内容に対する疑問を抱き、『もっと早く、どうせするならこんなに苦しめないうちに(セデーションを) 行ってあげればいいんじゃないかな』と語っていた。さらに『先生によってもやっぱり考え方が違ったり、やり方が違ったりっていうのもあって。……中略……考え方もやり方も病気の種類にもよるとも思うんですけど、何がいかってというのはわかんないですけど』と語り、医師によってセデーションに対する考え方にバラつきがあるため混乱している者もいた。また『先生の指示に「それでいいの？」って思っても言ったことはない。指示で言われたら「はい」って準備してしまうのが現実』とも語り、その指示に従うしかない現状に諦めを感じていた。そのため、〈医師には最新の知識をもってほしい〉と思っていた。また、『(医師に患者の状況を伝えるのは) 負担ですよ。……中略……どうせまた(セデーションを) 始めてもらえないっていうか。……中略……痛いときを見てないからわかんないんじゃない？ とか思いますよね』というように、医師が看護師の意見を取り入れないことに対して不満を感じて

いた。さらに、『先生が(患者・家族に) 言っていないところを(看護師は) そんなに詳しく言えないし。……中略……やってあげたいことはあっても、なかなか叶わない。先生のGOがなければ勝手なことではできない』というもどかしさを感じていた。

(5) 【セデーションに対する困惑】

このカテゴリは〈セデーションに関する知識が不足しているため悩む〉〈セデーションを行うタイミングはむずかしい〉〈セデーションによる急変に対する不安・恐怖・緊張感がある〉〈他の看護師の同意がないと不安に思う〉〈セデーションの効果に対して疑問を感じる〉という5個のサブカテゴリで構成され、患者・家族が意思決定し、医師の指示のもとセデーションを開始する時期が近づいた頃から生じていた。特に開始直前はタイミングについて悩むと同時に、急変に対する不安や恐怖を感じ、他の看護師の同意がないと不安であると思っていた。

看護師は『患者さん本人が「これくらいがいい」とか言えればいいんですけど、わからないので、薬の量の調節とか、薬が本当にこれでいいのか、はっきりしたものがないのでむずかしいなって思います』と語り、自分自身の経験・知識不足を感じていた。さらに『こうなったら(セデーションを) 始めるとかっていうのがあるのかなって。(現状では) 看護師の「始めたほうがいいんじゃないかな」とか、先生の「始めよう」みたいな感じ(で行っている)』というように、タイミングのむずかしさも感じていた。また、死期が近い患者にセデーションを行って急変が起こることに対して、『肺がん(の患者) はもともと肺が弱ってるってことを考えると、(セデーションを行うことで) 呼吸抑制とかきて死んじゃうんじゃないかと……』というように恐怖や緊張感を抱いていた。そのため、『いま、セデーションを行ったほうがいいよねとか、自分だけの意見だとあんまり自信がもてないけど、(看護師) みんなでやっぱりそうだよねってなると、みんなそう思ってるんだよなって思います』というように、他の看護師の同意がないと不安であると感じていた。さらに、セデーションは生死にかかわるだけでなく、患者にとって有益であったのかを判断しにくいいため、その効果に対して疑問を抱いていた。このように看護師は何がよいのか判断がつかず困惑しながら、セデーションを受ける患者にかかわっていることがわかった。

(6) 【セデーションが奏効したと確認できたことによる安堵感】

このカテゴリは〈患者の苦痛を緩和できてよかった〉〈家族から感謝されて安心した〉〈セデーションが奏効したことを看護師同士で確認できると安心する〉という3個のサブカテゴリで構成され、セデーション開始後、患者の苦痛が緩和されたと客観的に判断できた頃から生じていた。

看護師は『セデーションを開始して（患者が）眠っている姿を見ると、自分がほっとするような。患者が痛がっているかはわからないんですけど、ほっとしている自分がいきました』と語り、患者の表情が穏やかになるなど、患者の苦痛が緩和されたと客観的に判断できたときによかったと感じていた。また患者の反応だけではなく、『（患者の死後、）家族からお礼を言われたり、苦しまなくてよかったと言われると、（セデーションを行って）よかったんだなって思う』というように、患者の表情や家族の反応からセデーションが奏効したと判断し、安堵感を感じていた。また、『デスクンファレンスで（自分の判断に対して）「そうだね」って言ってくれる人もいて、「じゃあ、自分の考えは間違ってたんだな」って安心できる。「あのタイミングでセデーションを行ってよかったんだ」って』とも語り、セデーションを行うタイミングの妥当性や効果について、他の看護師の共感を得られると安心すると語っていた。看護師は、患者、家族、他の看護師の反応からセデーションが奏効したことを確認し、そのことによって安堵感を抱くことがわかった。

3. 看護師の思いの構造（図1）

各カテゴリ間の関係性を検討して明らかになった看護師の思いの構造は、下記のとおりである。

患者に耐えがたい苦痛が出現し、セデーションを開始し、患者が死を迎えるという経過とともに、看護師の思いは折り重なるようにして変化していた。看護師は【患者・家族の望みを叶えてあげたいという思い】と【苦痛のない穏やかな最期を迎えさせてあげたいという願い】をもち、その双方を実現したいと思っていた。そのためにはセデーションは必要であるととらえつつも、患者の意識低下を伴

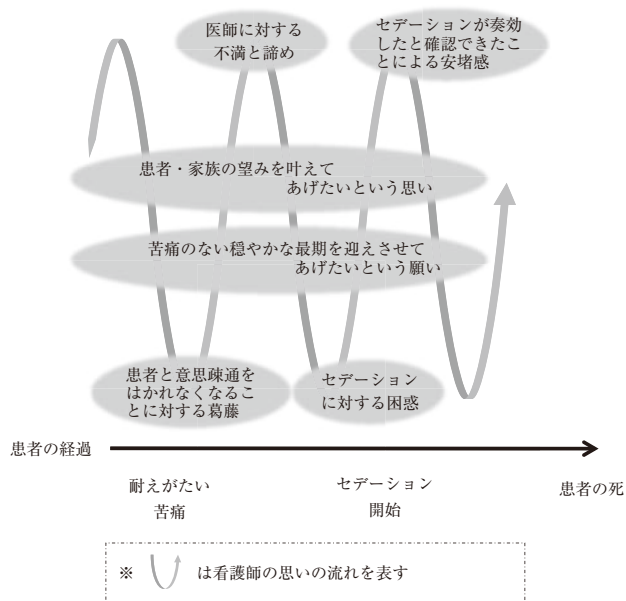


図1 看護師の思いの構造

うことから【患者と意思疎通をはかれなくなることに對する葛藤】を感じていた。患者の苦痛が増強してくると、効果的な苦痛緩和や、患者・家族の意思を尊重しようとしないう【医師に対する不満と諦め】を感じるようになっていた。さらにセデーションを開始する際には、急変への不安・恐怖や、効果に対する疑問からくる【セデーションに対する困惑】を感じながら看護を行っていた。患者の穏やかな姿、家族の好意的な反応や、他の看護師とセデーションの妥当性について話し合うことで【セデーションが奏効したと確認できたことによる安堵感】を感じていた。

IV. 考 察

本研究の最も重要な点は、がん患者の多くが終末期を過ごしている一般病棟において、セデーションにかかわる看護師の思いと、その思いが患者の経過に沿って変化することを明らかにした点である。看護師の思いを明らかにすることによって、一般病棟におけるセデーションの現状を把握することにつながり、より質の高い緩和ケアを提供するための看護のあり方を検討することができると考える。

1. 一般病棟でセデーションを受ける終末期がん患者にかかわる看護師の思いの特徴

(1) 緩和ケア病棟の看護師との共通点

セデーションには、患者の苦痛を緩和できるというメリットがある一方で、意識の低下が生じコミュニケーションをはじめとする人間的な生活を送れなくなるというデメリットがある（佐藤，2013）。看護師はこのデメリットを重視し、患者の意思を尊重することを第一に考え、意思確認ができないままセデーションを行うことにとまどいや困難感を感じていた。また同時に看護師は、家族の意向を尊重することも重要であるととらえていた。セデーションが必要となる状況では、意識障害や認知機能の低下などにより、患者の意思決定能力が阻害されている場合もある（佐藤，2013）といわれている。さらに、セデーションを行うと患者の意識は低下し、その意思を確認することは難しくなる。本研究においても看護師は、家族が十分納得したうえでセデーションを行うことも重要視し、患者の意思と同様に家族の意向も尊重したいと考えていた。緩和ケア病棟に関する先行研究（豊島・式守，2010）においても、患者と家族の意思の不一致や、意思決定した上でセデーションを開始しても家族の意思が揺らぐ場面に遭遇するなかで、看護師は患者の意思を尊重し、家族が納得することに重点をおいていることが報告されている。また、看護師は患者の苦痛を緩和することだけでなく、患者の苦痛を緩和してほしいという家族の希望を叶えることも重視して

いるという報告 (Rietjens, Hauser, van der Heide, & Emanuel, 2007) もある。これらのことから、患者とその家族、両者の望みを叶えたいというのは一般病棟、緩和ケア病棟の看護師に共通した思いであり、その根幹をなしているものであると考えられる。

さらに看護師は、セデーションに対する知識・経験不足を感じ、悩んでいた。特にタイミングについて悩むのは、看護師の意見とセデーションを開始するタイミングが密接にかかわっていることが影響していると考えられた。また看護師は、セデーションを行うことに対して不安や恐怖心、緊張感があると語っており、患者の予後を短縮する可能性を感じ、責任の重さを自覚していることがうかがわれた。この点については、伊藤ら (2008) の指摘する、セデーションが生死にかかわることによるストレスと同様の思いを抱いていると思われる。つまり、セデーションによる急変に対する不安・恐怖・緊張感といった思いを抱くことも、一般病棟、緩和ケア病棟の看護師に共通したものであると考えられた。

(2) 一般病棟の看護師の思いの特徴

本研究において看護師は、苦痛が強い状況にある患者を間近で見ていることにつらさ、切なさを感じ、その苦痛を緩和したいと切望していた。患者・家族の望みを叶えることを第一に考える一方で、苦痛のない穏やかな最期が理想的であるとしていた。上山 (2007) は、終末期にある患者の看護を行う看護師のとらえる「よい最期」の像の一つに、症状のコントロールができており苦しみがなくある、と述べている。このことから、【苦痛のない穏やかな最期を迎えさせてあげたいという願い】というのは、看護師自身が追い求めるよい最期の実現に向けた願いであると考えられた。また、これまでの治療経過や患者の人柄を知っているだけに余計切ない、という語りが聞かれた。一般病棟の特徴として、がんの「診断期」「治療期」「再発期」に、患者の病状に応じて治療と看護ケアが途切れることなく継続的に行われること (松本, 2011) があげられる。つまり、一般病棟においては、化学療法や放射線治療を受けるために入退院を繰り返す患者と看護師が、顔なじみとなり親しくなることも多いと考えられる。このような患者にセデーションを行うことに対して、看護師は治療経過や人柄を知っているため、余計切ないと感じていた。このような思いは、緩和ケア病棟の看護師を対象とした先行研究 (豊島・式守, 2010; 伊藤ら, 2008) では抽出されておらず、一般病棟の看護師ならではの思いであると考えられた。

豊島・式守 (2010) は、苦痛緩和に努めることと患者との意思疎通によるつながりを求めることは、現実的には表裏の関係にあり、その双方を追及していくことに、看護師は葛藤や困難を感じやすいと報告している。本研究の結果

からも同様に、看護師は【患者・家族の望みを叶えてあげたいという思い】と【苦痛のない穏やかな最期を迎えさせてあげたいという願い】をもち、その双方を実現しようとするなかで【患者と意思疎通をはかれなくなることに對する葛藤】を感じていると考えられた。また、看護師がセデーションを行う前に患者ともっと話したかったという思いを抱くことには、一般病棟における看護師と患者の関係性が影響していると考えられる。前述したように、一般病棟においては、看護師と患者が顔なじみの関係となることも多いと思われる。セデーションを行うことで患者の意識が低下することに対して、看護師が感じる寂しさや倫理的な葛藤は、患者のことをよく知っていることでより強くなるのではないかと考えられた。

終末期看護にあたる看護師は、自身がとらえた患者の希望を医師に伝え、医師の判断や指示を仰ぎ、患者の希望をできるだけ実現することに関心をもっている (和泉, 2007) といわれている。セデーションに関しても同様であり、患者・家族の希望を尊重し、苦痛を緩和してあげたいという願いがあるからこそ、看護師は医師に対して疑問や不満を抱くと考えられた。

一般病棟における緩和ケアに関しては、専門の医療チームなどの体制が整っていないことやさまざまな健康レベルの患者がいること、面会時間などの環境面に制限があるという問題点が指摘されている (松本, 2011)。専任の医師が不在であり、十分な緩和ケアを提供する体制が整っていない一般病棟でセデーションにかかわる看護師は、自分の知識や技術に自信がもてず、負担を感じやすいと思われる。本研究の結果からも、一般病棟では医師主導のもと独自の基準や方法でセデーションが行われる場合が多く、そのような環境で看護にあたる看護師の負担は大きいと考えられた。看護師は、医師の出すセデーション指示のタイミングやその内容に疑問を抱きながらも、その指示に従うしかない現状に諦めを感じていた。このことには、一般病棟においては医師の治療方針や、セデーションに対する考え方に疑問・不満を感じても、看護師が折り合いをつけて看護にあたるしかないという現状が影響していると考えられる。このような思いは、緩和ケア病棟の看護師に関する報告 (伊藤ら, 2008) にはみられず、一般病棟の特徴の一つであると考えられた。

また看護師は、セデーションを行ったことの妥当性を確認できないことによる疑問を抱いていた。一般病棟では緩和ケア病棟と比較して、セデーションを受ける患者は少ないと思われる。つまり、セデーションに関する経験不足が、看護師の「これでよかったのか」という感情や、自分1人の判断では不安という思いを抱くことに影響していると考えられた。

セデーションを開始した後、看護師は穏やかになった患者の様子を見て苦痛を緩和できたと判断し、安堵感を感じていた。つまり、セデーション開始前に抱いていた急変に対する不安や、効果に対する疑問などの否定的な思いが、セデーションが奏効したと確認することによって、肯定的な思いに変化したと考えられた。また患者の死後、家族からの感謝があることで安堵感を感じるという語りも聞かれた。大西（2009）は、終末期の患者・家族が充実した最期を迎えることで看護師も満足でき、そのような経験が看護師の不安も和らげると報告している。このことから、セデーションを受ける終末期がん患者にかかわる看護師にとって、患者・家族の反応は重要な意味をもつと考えられた。緩和ケア病棟および一般病棟の看護師に関する先行研究（Morita, et al., 2004；豊島・式守, 2010；伊藤ら, 2008）では、困難感や葛藤といった思いを抱くことは指摘されているが、このように肯定的な反応を確認しようとしていることに関する報告は見当たらない。緩和ケアの体制が整っていない一般病棟で患者のケアにあたることに看護師は不安や葛藤を感じているが、セデーションが奏効したと確認することでそれらを解消しようとしている部分もあると考えられた。

2. 一般病棟におけるセデーションに関する課題

セデーションにかかわる看護師は、患者・家族の望みと苦痛の緩和を最優先に考えながら、患者と意思疎通をはかれないことに対して葛藤を抱いており、これは一般病棟、緩和ケア病棟の両方に共通するものであると考えられた。また一般病棟の看護師の特徴として、自分1人の判断では不安という思い、納得のいかない指示に従うことへの諦め、医師が看護師の意見を取り入れないという不満が強いことが明らかになった。看護師には、患者・家族の代弁者として、セデーションの相応性について、倫理的判断を行う役割が求められると考える。特に、緩和ケア専任の医師などの専門家のいない一般病棟においては、看護師に求められる役割は大きく、このことが葛藤を抱くことにも影響していると考えられた。看護師の体験する葛藤の緩和のためには、看護師自身が倫理的感性を磨き、問題解決能力を身につけることや、チームのなかでお互いが意見交換し解決をはかるよう努めることなど、組織的な取り組みが有効である（岡崎, 2007）といわれている。これらのことから、患者に耐えがたい苦痛が出現し、セデーションを行うという意思決定をする時期に、医師・看護師を含めたカンファレンスを行い十分な意見交換をすることが重要であると考えられる。

また、セデーションが奏効したと確認することで看護師が安堵感を抱くという点も、一般病棟の看護師の特徴の一

つである。内海（2011）は、死亡した患者へのかかわりを振り返ることを目的としたデスカンファレンスの開催は、看護の評価と看護師自身へのケアという意味において有効であると述べている。また、セデーションを行うという判断の妥当性について、他の看護師の共感が得られると安心するという語りも聞かれた。これらのことから、一般病棟においては、デスカンファレンス等の場で患者・家族の反応や安堵感をチームで共有し、判断について意識的に言語化し、看護の妥当性を確認し合うことが特に重要であると考えられた。

佐藤（2013）は、セデーションの意思決定は家族にとって大きな負担となるため、医療従事者が責任を共有するという点を明確に伝えることが必要であると述べている。すなわち看護師には、ふだんのかかわりのなかで患者の価値観や終末期に対する希望を確認しておくことや、セデーションも含めた終末期医療に関する話し合いの場を設けること、家族の意思決定を支える姿勢を明確に示すことが求められると考える。セデーションを行うという意思決定は、患者・家族にとって負担の大きいものであるが、それまでの経過を知っている一般病棟の看護師が支えることで、その負担の軽減につなげることができるのではないだろうか。

一方で看護師はセデーションに関する知識不足を感じ、そのために困惑していた。ガイドライン（日本緩和医療学会, 2010）を実際に見て活用している者はいなかったことから、ガイドラインが十分認知されていないことがうかがわれた。岡田・山元（2012）は、終末期に関する研修会などに参加して自分の看護を振り返ることで、看護師はとまどいを乗り越えていると報告している。このことから、看護師は、セデーションに関する学習機会をもち、その判断基準や効果に関する知識を積極的に取り入れるとともに、倫理的感性を磨くことや、自分の看護を振り返るなど、自己研鑽することが必要であると考えられた。また、緩和ケアにおけるチームアプローチの看護師の役割として、患者・家族の気持ちの代弁と、チーム内の調整がある（笹原, 2013）といわれている。つまり、看護師にはセデーションに関する深い知識とともに、患者・家族の代弁者であるという意識をもち、自信をもって医師に意見を伝えられるようになることが求められると考える。本研究の結果から、一般病棟でセデーションにかかわる看護師は、医師に対する不満を抱く一方で、看護師自身も正しい知識を取り入れようとする姿勢が不足している面もあると思われる。医師に歩み寄る姿勢をもってもらうだけでなく、看護師が正しい知識をもって積極的に患者・家族の意思を代弁し、お互いが寄り添いながら解決策を導き出していくことで、一般病棟におけるセデーションに関する課題の解決に近づけることができると考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の研究参加者は、東北圏内にある緩和ケア病棟をもたない総合病院に勤務する者であった。東北地方は緩和ケア病棟をもつ施設が比較的少ない地域であることから、看護師がセデーションの動向などに触れる機会が少ない可能性がある。また患者・家族側からしても専門の施設で緩和ケアを受けたいと思っても受けられない状況や、専門の施設があることすら知らない場合もあると考える。このような状況のなかで看護師は、緩和ケア病棟ではなく一般病棟で終末期を過ごさざるを得ない患者・家族に対して、より苦痛の多い状況をつくってしまっているかもしれないというような思いを抱いている可能性もある。今回の研究参加者は緩和ケア専門の施設が少ない地域に限定されたことから、身近に専門の施設がある地域の看護師が抱く思いとは異なる可能性がある。

今後は他地域の看護師についても調査し、結果の厳密性を確保していく必要があると考える。

VI. 結 論

1. セデーションを受ける終末期がん患者の看護を行う一般病棟の看護師の思いとして、【患者・家族の望みを叶えてあげたいという思い】【苦痛のない穏やかな最期を

迎えさせてあげたいという願い】【患者と意思疎通をはかれなくなることにに対する葛藤】【医師に対する不満と諦め】【セデーションに対する困惑】【セデーションが奏効したと確認できたことによる安堵感】が明らかとなった。これらの思いは、患者に耐えがたい苦痛が出現し、セデーションを行い、患者が死を迎えるという経過とともに、折り重なるようにして変化していた。

2. 一般病棟の看護師は、治療経過や人柄を知っているため苦痛が強い状況にある患者をみるのが余計切ないという思いや、【セデーションが奏効したと確認できたことによる安堵感】を抱いていた。また、自分1人の判断では不安という思い、納得のいかない指示に従うことへの諦め、医師が看護師の意見を取り入れないという不満が強い点も、一般病棟の看護師の思いの特徴の1つであることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆さまに心よりお礼申し上げます。なお、本研究は平成25年度修士論文として、鈴木みわのが山形県立保健医療大学保健医療学研究科看護学専攻に提出した論文（指導：豊嶋三枝子）に加筆修正を加えたものであり、第34回日本看護科学学会学術集会（名古屋）で発表した。

要 旨

目的：一般病棟でセデーションを受ける終末期がん患者にかかわる看護師の思いを明らかにする。

方法：一般病棟の看護師13名に半構成的面接を行い、質的記述的に分析した。

結果：看護師は【患者・家族の望みを叶えてあげたいという思い】【苦痛のない穏やかな最期を迎えさせてあげたいという願い】【患者と意思疎通をはかれなくなることにに対する葛藤】【医師に対する不満と諦め】【セデーションに対する困惑】【セデーションが奏効したと確認できたことによる安堵感】を抱いていることがわかった。この思いは、患者に耐えがたい苦痛が出現しセデーションを行い、患者が死を迎える経過とともに折り重なるように変化していた。

結論：セデーションが奏効すると安堵感を抱くことや、治療経過や人柄を知っているため耐えがたい苦痛がある患者をみるのが余計切ないと思うこと、医師への不満とセデーションへの不安が強いことが、一般病棟の看護師の特徴であると示唆された。

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to clarify the feelings of nurses who looked after terminal cancer patients under palliative sedation in general wards.

Method: Semi-structured interviews were conducted with thirteen nurses in the general ward and the data obtained from the interviews were analyzed qualitatively and descriptively.

Results: It was known that the nurses [desired to fulfill the patients' and their families' wish] and [to let them die comfortably without pain], [feared not being able to communicate with them], [felt dissatisfied with the physicians and hopeless for them], [conflicted with palliative sedation] and were [relieved because it was confirmed that palliative sedation produced the desired effect]. These thoughts successively changed while patients suffered from intolerable pain, were then provided

with palliative sedation and finally breathed their last.

Conclusion: These results suggested that the characteristics of the nurses in the general ward are as follows. They felt relieved when palliative sedation achieved a successful outcome, distressed at seeing the patients suffering from unbearable pain because they knew their treatment progress as well as their personalities, dissatisfied with the physicians and very anxious about palliative sedation.

文 献

- 平山正実 (2012). 生と死の看護論 (第2版). 170-171, 新体系看護学全書別巻, メヂカルフレンド社.
- 伊藤美由紀, 高橋隆恵, 佐藤しのぶ, 中野弘枝, 早川陽子, 石上節子, 中保利通 (2008). ホスピス緩和ケア病棟の看護師が鎮静に関わる現状と抱える問題やストレス. 東北大学医学部保健学科紀要, 17(1), 59-70.
- 和泉成子 (2007). ターミナルケアにおける看護師の倫理的関心—解釈学的現象学アプローチを用いた研究: 解釈学的現象学アプローチを用いた探求. 日本看護科学会誌, 27(4), 72-80.
- 上山千恵子 (2007). 終末期ケアに携わる看護師が捉える「よい最期」. 日本看護科学会誌, 27(3), 75-83.
- 厚生労働統計協会 (2013). 国民衛生の動向2013/2014. 厚生指標, 60(9), 58.
- 松本俊子 (2011). 一般病棟での緩和ケア—一般病棟のメリットとデメリット. ナーシングトゥデイ編集部 (編): 一般病棟でもできる! 終末期がん患者の緩和ケア—あなたの疑問に認定看護師が答えます— (第2版). 17-19, 日本看護協会出版会.
- Morita, T., Miyashita, M., Kimura, R., Adachi, I., and Shima, Y. (2004). Emotional burden of nurses in palliative sedation therapy. *Palliat Med*, 18(6), 550-557.
- 森住美幸 (2008). 一般病棟におけるセデーションの実際. 月刊ナーシング, 28(11), 116-121.
- 日本緩和医療学会 (2010). 苦痛緩和のための鎮静に関するガイドライン2010年版. 16, 金原出版.
- 岡田 (北村) 奈津子, 山元由美子 (2012). ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のともだちの乗り越え方. 日本看護研究学会誌, 35(2), 34-42.
- 岡崎寿美子 (2007). 病院勤務看護師が体験するジレンマの状態と今後の方向性. 千里金蘭大学紀要, 生活科学部・人間社会学部 4, 95-100.
- 大西奈保子 (2009). ターミナルケアに携わる看護師の“肯定的な気づき”と態度変容過程. 日本看護科学会誌, 29(3), 34-42.
- Rietjens, J.A., Hauser, J., van der Heide, A., and Emanuel, L. (2007). Having a difficult time leaving: experiences and attitudes of nurses with palliative sedation. *Palliat Med*, 21(7), 643-649.
- 佐藤一樹 (2013). 症状緩和のための鎮静. 宮下光令 (編): 緩和ケア. 217-220, ナーシンググラフィカー成人看護学 (6), 大阪: メディカ出版.
- 笹原朋代 (2013). チームアプローチ. 宮下光令 (編): 緩和ケア. 38-41, ナーシンググラフィカー成人看護学 (6), 大阪: メディカ出版.
- 千崎美登子 (2011). 一般病棟での看取り. 濱口恵子, 小迫富美恵, 千崎美登子, 高橋美賀子, 大谷木靖子 (編): 一般病棟でもできる! がん患者の看取りのケア—あなたの疑問にがん看護専門看護師が答えます— (第1版). 8-12, 日本看護協会出版会.
- 総務省統計局 (2011). 5-21死亡の場所別にみた主な死因の性・年次別死亡数及び百分率. 平成24年人口動態統計. <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001108739>
- 殿城友紀 (2009). 一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思い. 日本赤十字看護大学紀要, 23, 66-75.
- 豊島由樹子, 式守晴子 (2010). 緩和ケア病棟看護師の鎮静にかかわる認識. せいいい看護学会誌, 1(1), 17-25.
- 内海明美 (2011). 人を看取るうえでの心構え—一般病棟でも知っておきたいこと—. ナーシングトゥデイ編集部 (編): 一般病棟でもできる! 終末期がん患者の緩和ケア—あなたの疑問に認定看護師が答えます— (第2版). 8-10, 日本看護協会出版会.

〔平成27年4月2日受 付〕
〔平成28年2月23日採用決定〕

First-Line Nurse Manager Competency Inventoryの日本語版開発

Development of a Japanese Version of First-Line Nurse Manager Competency Inventory

坂 本 貴 子 田 渕 康 子 熊 谷 有 記
Takako Sakamoto Yasuko Tabuchi Yuki Kumagai

キーワード：看護師長，能力，看護師定着

Key Words：First-line Nurse Manager, Competency, Nurse retention

緒 言

わが国では、急速な高齢化や医療技術の進歩や疾患の多様化や受療者の意識の変化などにより、看護に求められるヘルスニーズは複雑性を増している。さらに、医療政策における看護師の配置基準の見直しから看護師の需要は供給を越えており、今後も看護職員の需要は増加することが予測されている（厚生労働省，2010）。2013年の常勤看護職員の離職率は11.0%と前年度と変わりはないが、新卒看護職員は7.5%と前年度と比較し0.4%減少しており、看護職員の過去5年間における離職率は減少傾向にある（日本看護協会，2013）。しかし、就業している看護師の約8割に離職の意向があることや、看護師の平均勤続年数が10.7年と短縮傾向にあること（日本医療労働組合連合会，2014）、離職の大きな要因は労働環境でありその改善には時間を要すること（日本看護協会，2013）、少子化に伴い労働力の供給が減少する可能性などから、今後も慢性的な看護師の不足が予測されている（厚生労働省，2010）。看護師数の不足は、量的な問題だけでなく熟練の看護師の育成につながらないなど、看護の質の低下を招くことが懸念されており、安全で質の高い医療サービスを提供するうえでも深刻な課題である（韓，2012）。厚生労働省は看護師の確保対策として看護師の定着や養成の促進や再就業支援の推進を急務としているが、養成の促進や再就業支援は看護師の定着を前提とした看護師不足への対策であることから、現在就業している看護師の定着の促進に重点をおき取り組むことが極めて重大な課題である（厚生労働省，2010）。

米国でも慢性的な看護師の不足は課題であり（Murray, 2002）、看護師が定着できる環境が模索されている。そのなかで、看護師の定着には看護管理者の能力が影響することが示唆されている（Taunton, Boyle, Woods, Hansen, & Bott, 1997）。能力に関する概念のなかでも成果主義の視点に立つ概念であるコンピテンシーが着目されており、看護

管理者のコンピテンシーが看護師の定着に影響を及ぼすことや（Anthony, et al., 2005）、看護管理者のなかでも看護師の身近な存在で実践的な役割を担う看護師長のコンピテンシーが、看護師の定着に大きく影響することを示唆している（American Hospital Association, 2002）。また、看護管理者に求められるコンピテンシーのなかでも、特に看護師の定着に関するコンピテンシーが重要であることを報告している（Chase, 2010）。

わが国でも、看護師長のマネジメント能力やスタッフへの配慮や支援が看護師の離職や定着に影響を及ぼすことが明らかにされていることから（中島・森山，2009；山口，2012）、米国と同様に看護師長に求められる能力の一つに、看護師の定着に関連したコンピテンシーがあるといえる。

看護管理者のコンピテンシー評価尺度は米国でいくつか開発されており（Donaher, Russell, Scoble, & Chen, 2007；AONE, 2006）、国内でも看護管理者のコンピテンシー評価尺度（本村・川口，2013）や、看護管理者のコンピテンシーモデル（宗村，2007）が開発されている。わが国の研究では、看護管理者の求められるコンピテンシーは看護部長や看護師長、看護師長補佐など看護管理者の職位によって異なることを示唆しており、その内容が明らかにされている（宗村，2007；本村・川口，2013）。しかし看護師の定着支援に関するコンピテンシーの識別はなされておらず、定着支援に関するコンピテンシーを職位別に測定できる尺度の報告はない。以上のことから、看護師長に限定し看護師の定着に特化したコンピテンシーを識別して評価できる尺度は、国内外においてFirst-Line Nurse Manager Competency Inventory（DeOnna, 2006）しか見当たらない。

First-Line Nurse Manager Competency Inventory（以下、NMCIと表す）とは、看護師を惹き付けて定着させている病院の総称である「マグネットホスピタル」に勤務する看護管理者の職務分析を反映し、看護師の定着のために求められるコンピテンシーを識別した自己アセスメントツール

である。NMCIのCronbachの α 係数は.96で、下位尺度の α 係数は.66～.89を保持している（表1）。

わが国では看護師長に対し、認定看護管理者の教育課程や院内外の研修等において看護師の定着に関する教育が行われているが、看護師長の看護師定着に求められるコンピテンシーに関する教育内容が含まれているか定かではない。NMCIの日本語版の開発により、日本の文化や社会背景を踏まえた看護師長の看護師の定着に関するコンピテンシーの内容や実際の程度備えているかを把握し、看護師定着の促進という点から看護師長のコンピテンシーを評価することが可能となり、看護師定着のためのより具体的な教育内容について示唆を得ることができると考えた。

I. 研究目的

本研究の目的は、信頼性・妥当性のあるFirst-Line Nurse Manager Competency Inventoryの日本版（以下、JNMCIと表す）を開発することである。

II. 用語の定義

1. First-Line Nurse Manager

本研究におけるFirst-Line Nurse Managerとは、日本看護協会が定めた認定看護管理者教育課程ファーストレベル研修を修了し、看護師長の職につくものとする。

2. 定着に関連したコンピテンシー

定着に関連したコンピテンシーとは、看護師定着における効果的かつすぐれた業績という結果を生む人の根源的な特性（Boyatzis, 1982）と定義する。

III. 研究方法

1. JNMCI原案の作成

NMCIの原作者から日本語版作成の許可を得たのちに、順翻訳を行った。具体的には看護学に精通した翻訳業者2社の翻訳をもとに、著者と看護大学の教員1名にて日本語の翻訳を行った。次に、看護書籍の翻訳経験をもち日米で教育経験をもつ看護大学教員の助言を得て、日本になじみのない言葉にはわが国の背景を考慮した言葉を補足した。次に、日本の看護師長の職務にはない給料の管理や、看護師の人事に関する11項目を削除した（表2）。その後、順翻訳時とは別の看護学に精通した翻訳業者2社にて逆翻訳を行い、著者と看護大学の教員1名でNMCIとの等価性を検討したのち、現職の認定看護管理者1名に日本語の表現について確認した。さらに現職のFirst-Line Nurse Manager 4名にプレテストを行い、文章表現の適切性や調査の回答に要する時間を確認し、82項目からなるJNMCI原案を作成した。

表1 First-Line Nurse Manager Competency Inventory（原版）

下位尺度	項目数	α 係数
1. Promote Staff Retention 「スタッフ定着の促進」	12	.89
2. Recruit Staff 「スタッフの募集」	10	.85
3. Facilitate Staff Development 「スタッフの能力開発の促進」	11	.81
4. Perform Supervisor Responsibilities 「監督責任の遂行」	14	.83
5. Ensure Patient Safety & Quality Care 「患者の安全性と良質な看護の確保」	5	.66
6. Conduct Daily Unit Operations 「日常病棟業務の運営」	8	.76
7. Manage Fiscal Planning 「財政計画の管理」	6	.76
8. Facilitate Interpersonal Group & Organizational Communication 「日常の病棟業務の運営」	7	.68
9. Lead Quality Improvement Initiatives 「質の向上に向けた取り組み」	7	.80
10. Promote Professional Practice Model 「専門的実践規範の促進」	5	.74
11. Develop Self 「自己啓発」	8	.72

表2 日本との背景の相違にてFirst-Line Nurse Manager Competency Inventoryから削除した11項目

- ・チームによる面接を導入する
- ・応募者に対して実務体験を推奨する
- ・看護学生を看護助手に採用する
- ・新卒学生にインターシップ制度を提供する
- ・行動調査を活用して応募者の適正を査定する
- ・スタッフを採用する
- ・採用候補者の面接を行う
- ・採用戦略を計画する
- ・従業員を解雇する
- ・給料を管理する
- ・財務の責任を管理するためのテクノロジー（科学技術）を活用する

2. 調査対象と方法

(1) 調査対象者と対象者を得る方法

2014年度日本病院会に加盟している病院を、病床規模別看護職員離職率（日本看護協会，2013）の区分を参考に、99床以下，100～199床，200～299床，300～399床，400～499床，500床以上に層別化した。その後，30床で師長1人の割合を目安に対象者数を満たすよう施設数を決め，各層において層化無作為抽出法を用い施設を抽出した。抽出した219施設の看護部長宛に研究協力依頼文書を郵送し，145施設から協力を得た。そして，本調査対象者としてFirst-Line Nurse Manager 1,045名を得た。

(2) 本調査

本調査は，2014年8月から12月に実施した。研究協力が得られた施設に対し，個別の依頼文書と調査票ならびに返信用封筒を一括して看護部長宛に郵送し，看護部長を通して対象者への配布を依頼した。無記名自記式調査票を用い，個別に郵送法で回収した。再テストも本調査と同様に，看護部長を通して対象者への配布を依頼した。

(3) 再テスト

600～800床規模の病院2施設の看護部長に，文書および口頭で再テストへの協力を依頼し，両施設から同意を得た。そして調査対象者として36名を確認した。再テスト法の初回から2回目の調査までの間隔は2週間とした。

3. 調査項目

(1) 対象者の属性

年齢，最終学歴，管理の対象となる看護師数，看護師長としての経験年数，所属病院の病床数，看護体制，設置主体を尋ねた。

(2) JNMCI原案

評価方法はNMCIと同様，各項目の実践の程度を「全くない（5点）」「まれに（4点）」「ときどき（3点）」「頻繁に（2点）」「常に（1点）」の5段階のリッカート法とした。点数が高いほど，看護師定着に関連したコンピテン

シーが高いことを示す。

(3) 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

Nursing Administrator's Competency Assessment Scale (NACAS) は，中規模病院（200～299床）の看護部長・副看護部長・看護師長に求められるコンピテンシーを測定する自己評価アセスメントツールである。4下位尺度（問題対処行動コンピテンシー，対人関係コンピテンシー，目標設定コンピテンシー，情報収集コンピテンシー）25項目から構成されている。評価方法は，「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）」「まったく実践していない（1点）」の5段階のリッカート法で，点数が高いほどコンピテンシーが高いことを示す。尺度の信頼性と妥当性は確認されており，下位尺度の信頼係数は.78～.92である。

IV. 倫理的配慮

研究対象者には，研究の主旨と研究参加の任意性，匿名性，研究参加を拒否しても不利益を得ないことについて文章で説明した。本研究への参加は自由意思によるものとし，調査票は無記名で回収をもって同意が得られたとみなした。また，本研究結果を学術雑誌へ投稿することについても同様に書面で説明した。なお再テスト法の対象者には，初回調査と2回目の調査の回答を照合するために，対象者自身が決めた任意の8桁の数値をID情報として記入を依頼した。本研究は，佐賀大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号26－23）。

V. 分析方法

統計処理には『IBM SPSS Statistics ver.20J』を使用し，有意水準は5%とした。

1. 項目分析と因子分析

JNMCI原案の質問ごとに平均と標準偏差を算出し、天井・床効果がみられた項目を除外した。次にItem-Total (I-T) 相関分析による確認を行い、項目間の相関行列を求めた。Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 値を算出し因子分析に適しているかを確認した後、NMCIの因子数と同様の11に固有値を設定し、探索的因子分析（最尤法・プロマックス回転）を実施した。

2. 尺度の信頼性の検討

内的整合性と時間的安定性について検討した。内的整合性の検討では、JNMCI全体と各下位尺度のCronbachの α 係数を算出し評価した。時間的安定性の検討では、2週間間隔で実施したテスト前後の全体、下位尺度の得点ごとにSpearmanの順位相関係数を算出した。

3. 尺度の妥当性の検討

NACASとの併存的妥当性を検討した。全対象のJNMCI全体とNACAS全体で、Pearson積率相関係数を算出した。またNACASは、200～299床の中規模病院の看護管理者を対象に開発されているため、得られたデータからNACASと同規模の病床数の中規模病院で働く対象を抽出し、JNMCIとNACASの全体、およびJNMCI全体とNACASの各下位尺度得点でSpearmanの順位相関係数を算出した。

VI. 結 果

1. 調査票の回収率と対象者の概要

調査票の回収数は617部（回収率58.8%）であった。全体の回答に半数以上の欠損がある17部と、JNMCI原案に1項目以上の欠損がある50部を除外した、550部（有効回答率52.0%）を分析対象とした。再テスト法については、19部すべてを分析対象とした（有効回答率52.7%）。対象者の属性を表3に示す。平均年齢50.0（ ± 5.6 ）歳、師長経験年数は9.4（ ± 8.9 ）年であった。

2. JNMCIの質問項目の検討と因子分析

JNMCI原案のなかで、天井効果を示した12項目、および床効果を示した1項目を除外した（表4）。IT相関は.32～.69の範囲で、削除すべき項目はなかった。標本妥当性を示すKMO値は.95であり、データが因子分析に適していることを確認した。正規性の確認を行ったうえで、最尤法、プロマックス回転による因子分析を行った。因子負荷量.38以上の項目を採用し、二重負荷項目を除外し最終的に9因子各項目合計40項目を採用した（表5）。回転後のJNMCIの9因子40項目で示す分散は51.5%であった。

表3 対象の概要

(N = 550)

	人数	%
年齢		
30代以下	17	3.1
40代	223	40.8
50代以上	306	56
平均値 $\pm$ 標準偏差（範囲）	50.0 $\pm$ 5.6（46 - 54）	
師長経験年数		
1年以下	59	10.8
2～5年	177	32.4
6年以上	309	56.6
平均値 $\pm$ 標準偏差（範囲）	9.4 $\pm$ 8.9（3 - 13）	
病床数		
199以下	188	34.1
200～399以下	135	24.5
400～599以下	121	22
600以上	106	19.2
学歴		
専門学校	438	79.6
短大	58	10.5
大学／大学院	54	9.8
設置主体		
大学附属	39	30.4
国公立	189	16.3
私立	117	34.6
その他	200	
7対1看護体制の導入		
有	385	7.1
無	165	34.4

表4 JNMCI原案から天井・床効果にて削除した13項目

効果	項目
天井効果	・日頃から看護スタッフとの協力を意識する
	・上司や主任（副師長）と協働する
	・他の管理者と情報交換する
	・病棟の看護方針を決める
	・病棟の目標を設定する
	・スタッフが気軽に上司に相談できるような職場環境を維持する
	・職能団体・関連団体の会員を継続する
	・各種規制への遵守の強化する
	・スタッフの出勤態度を管理する
	・日常の患者ケアにかかるラウンドを毎日実施する
床効果	・医療スタッフと協働する
	・物的資源を管理する
	・職能団体・関連学会等において、主導的任務をこなす

因子の命名は著者と看護大学の教員1名で検討した後、現職のFirst-Line Nurse Manager 3名に表面的妥当性を確認した。

第1因子は10項目で構成され、スタッフの相談にのるこ

表5 JNMCIの因子分析結果

N = 550

因子名	項目内容	因子負荷量								
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
I. スタッフの 定着促進	1 スタッフの相談にのる	.747	.002	-.108	.024	.166	.041	-.114	.001	-.041
	2 スタッフ間の争いを仲介する	.680	-.003	-.058	.084	-.039	.077	-.125	-.032	.018
	3 スタッフの不満につながる要因を特定する	.586	.104	.038	.163	-.053	-.140	.105	-.032	.011
	4 スタッフのよい仕事ぶりを認め、評価する	.548	.070	.292	-.106	.115	.110	.011	-.204	-.070
	5 コンフリクト（衝突・対立）に対処するスキルの模範を自ら示す	.545	-.176	-.030	.002	-.109	.062	.107	.071	-.026
	6 民主的な（スタッフ参加型）管理スタイルの規範を自ら示す	.534	-.036	.016	-.006	.011	-.059	-.068	.101	-.003
	7 スタッフの代弁者となる	.491	-.060	.203	.040	.149	.069	.002	-.135	-.027
	8 スタッフの満足度を測定する	.454	.317	.044	-.036	-.101	-.009	-.123	.109	.086
	9 サービスに不備があった場合、その回復活動を率先して行う	.446	-.008	.362	-.003	-.086	-.044	.090	.109	.007
	10 スタッフの強みを特定し、その強みを十分に活かす	.384	.143	.007	.016	.029	.018	.220	-.037	.054
II. スタッフの 能力開発	11 業務向上活動を評価する	-.138	.908	-.040	.048	-.022	.021	-.002	.002	-.084
	12 スタッフの業務評価を行う	.224	.776	-.108	-.129	.069	.036	.029	-.009	-.027
	13 患者の満足度を査定する	.046	.759	.087	.071	-.143	.011	-.110	-.110	-.016
	14 スタッフの教育・研修の必要性を評価する	-.119	.452	.015	.069	.255	.027	.107	.149	-.003
III. 監督責任の 遂行	15 各種規制（※）への遵守を監督する	.088	-.029	.550	-.096	-.027	-.097	.030	.204	.015
	16 肯定的なフィードバックと、向上改善すべき点についてのフィードバックを提供する	.227	.094	.528	-.046	-.099	.092	.124	-.224	-.073
	17 物的資源を確保する	.171	-.077	.439	.035	.118	.070	.039	.021	.050
	18 多職種チームと情報交換する	.033	-.005	.430	-.160	-.018	.182	.137	.034	.000
IV. 看護実践環 境の整備	19 業務改善プロジェクトを立ち上げる	.002	-.008	-.024	.856	.045	.068	-.018	.026	-.115
	20 スタッフの満足度を高めるための行動計画を立案する	.165	.056	-.076	.620	-.056	-.025	.033	-.054	-.031
	21 患者ケアにかかる人員配置を決定する	.046	.051	-.077	.589	-.019	.060	.081	-.101	.012
	22 効果的なチームワークのあり方を開発する	.170	-.039	-.092	.443	.178	-.054	.063	-.190	-.006
	23 強制的な時間外労働の削減に向けてのプログラムを立案する	.081	-.081	.042	.432	-.034	.108	-.102	.151	.146
V. 教育の支援	24 院外での研修の機会を支援する	.106	-.076	-.055	.027	.775	.011	-.001	.074	.016
	25 スタッフの教育機会への参加をサポートを行う	-.015	.079	.118	.026	.661	-.031	-.042	.063	.091
	26 スタッフの柔軟かつ自主的なスケジュール管理を支持する	.239	.011	-.049	-.059	.541	-.019	-.040	.077	.043
VI. 自己啓発	27 専門資格等を取得する	.068	.036	.126	.019	.034	.626	-.086	.076	.020
	28 専門領域でのプレゼンテーションを行う	-.100	.035	-.075	.240	-.096	.529	.028	.078	.034
	29 看護管理研究に参加する	.126	.088	.050	-.038	-.040	.492	-.073	.121	.025
VII. 日常病棟業 務の運営	30 専門的な看護実践活動を促進する	-.114	.065	.082	.084	.026	.007	.771	.021	-.001
	31 意思決定過程の共有を促進する	.058	-.062	-.026	-.025	-.093	-.086	.765	-.024	.007
	32 患者の安全確保に向けた取り組みを促進させる	.000	-.007	.259	-.042	.023	-.009	.548	.119	.003
	33 管理プロセスの共有を図る	.045	.117	-.066	-.066	-.053	-.058	.486	.056	.101
	34 日常の患者のケアに関する問題のフォローアップを行う	.045	.122	.154	-.013	-.009	-.096	.439	-.028	.109
VIII. 良質な看護 の確保	35 科学的根拠（研究による裏付け）に基づいた実践を看護基準に取り入れる	-.078	-.058	.177	-.020	.071	.102	.010	.667	-.101
	36 科学的根拠（研究による裏付けを基礎とした）プロトコル（手順）を実施する	.011	-.006	-.062	-.108	.101	.145	.101	.578	.040
	37 業務向上活動を実施する	-.073	.172	.147	.171	.045	-.009	.009	.482	-.215
IX. 財政計画の 管理	38 予算を立てる	-.008	-.058	-.111	-.031	.097	.021	-.012	-.003	.814
	39 予算を監督する	.015	-.004	.170	-.029	.013	-.023	.085	-.140	.740
	40 様々な財政報告書を分析する	-.153	-.058	.108	.115	-.057	.165	.011	-.044	.412
因子間相関行列		I	1							
	II	.63	1							
	III	.55	.56	1						
	IV	.66	.69	.63	1					
	V	.59	.45	.38	.49	1				
	VI	.47	.53	.53	.62	.47	1			
	VII	.29	.33	.45	.35	.19	.47	1		
	VIII	.35	.35	.51	.39	.23	.35	.44	1	
	IX	.57	.51	.38	.55	.55	.44	.21	.15	1

※各種規制とは「保助看法に加え、入院基本料の算定要件に必要な必要度記入など、保険診療に関わる部分や、厚生労働省が示している麻薬の管理等」を指す。

注) 因子抽出法：最尤法、回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法
回転後9因子40項目の全分散を説明する寄与率は51.52%

とやスタッフの満足の充足に関連した項目で構成されており、他の項目もスタッフに困難が生じないよう支援する内容であったため【スタッフの定着促進】と命名した。

第2因子は4項目で構成され、スタッフの業務評価や患者の満足度の査定など、評価や査定を行うことでスタッフの能力開発につながる内容であったため【スタッフの能力

開発の促進」と命名した。

第3因子は4項目で構成され、保助看法や麻薬の管理などの各種規制の遵守や物的資源の確保など監督すべき内容であり、他の項目も指導や管理に関する内容で構成されていたため【監督責任の遂行」と命名した。

第4因子は5項目で構成され、業務の改善や看護ケアにかかる人員配置の調整、超過勤務の削減など、看護実践環境の整備に関連した内容であったため【看護実践環境の整備」とし、JNMCI独自の命名とした。

第5因子は3項目で構成され、NMCIの下位尺度「スタッフの定着促進」「スタッフの能力開発の促進」の項目であった。しかし、継続教育支援に関連する内容であったため【教育の支援」とし、JNMCI独自の命名とした。

第6因子は3項目で構成され、NMCIの下位尺度「自己啓発」の項目で構成されたため【自己啓発」と命名した。

第7因子は5項目で構成され、患者ケアに関する問題のフォローなど、わが国において看護師長の日常の業務に関連する項目も含まれていたため【日常病棟業務の運営」と命名した。

第8因子は3項目で構成され、科学的根拠に基づく看護の提供に関連した内容であったため【良質な看護の確保」とし、JNMCI独自の命名とした。

第9因子は3項目で構成され、3項目すべてNMCIの下位尺度「財政計画の管理」の項目で構成されていたため【財政計画の管理」と命名した。

3. 信頼性の検討

尺度の内的整合性を表すCronbachの α 係数から検討した結果、JNMCI尺度全体の α 係数は.94、下位尺度の α 係数は.69～.86であった。また、時間的安定性の検討である再テスト法においては、尺度全体で有意な正の相関がみられた($r = .07, p < .01$)。【財政計画の管理】以外の

8因子においては有意な正の相関($r = .45 \sim .74, p < .05$)を認められた(表6)。

4. 併存的妥当性の検討

分析対象者($n = 550$)のJNMCIとNACASとの尺度全体において、有意な正の相関を示し($r = .62, p < .01$)、JNMCI全体とNACASの各下位尺度においても有意な正の相関を示した($r = .49 \sim .58, p < .01$)。また、本研究対象者の中から対象者と同様の200～299床の病院に所属する60名を抽出しJNMCIとの関連を検討した結果、各尺度全体($r = .65, p < .01$)、およびJNMCI全体とNACASの各下位尺度において、有意な正の相関が認められた($r = .50 \sim .63, p < .01$)(表7)。

VII. 考 察

1. JNMCIの信頼性と妥当性

JNMCIの信頼性においては、JNMCIの尺度全体および下位尺度のCronbachの α 係数がそれぞれ.94と.69～.86であったことから、JNMCIが内的整合性を確保した尺度であることが示唆された。また、再テストで尺度全体($r = .07, p < .01$)および8つの下位尺度において有意な正の相関($r = .45 \sim .74, p < .05$)が確認でき、JNMCIは時間的安定性がある尺度であるといえる。最も平均値が低かった下位尺度【財政計画の管理】では、時間的安定性が確認できなかったため、今後の検討が必要である。

NACASとの併存的妥当性においては、JNMCIとNACASは有意な正の相関を示しており($r = .62, p < .01$)、JNMCIの全体とNACASの下位尺度においても有意な正の相関であったため($r = .49 \sim .58, p < .01$)、両尺度における併存的妥当性が確認できた。また、NACASの対象とされている200～299床規模の施設に勤務する対象におい

表6 JNMCIの平均、SD、 α 係数と再テスト

	JNMCI尺度 ($N = 550$)			再テスト法 ($n = 19$)			
	平均	SD	α	平均	SD	α	相関
尺度全体	3.32	.52	.94	3.32	.44	.88	.70**
スタッフの定着促進	3.65	.62	.85	3.64	.53	.90	.70**
スタッフの能力開発の促進	3.75	.73	.81	3.59	.51	.81	.59**
監督責任の遂行	3.81	.64	.71	3.75	.39	.50	.48*
看護実践環境の整備	3.06	.74	.76	3.18	.76	.85	.74**
教育の支援	3.73	.77	.86	3.5	.69	.89	.51*
自己啓発	2.62	.86	.69	2.71	.78	.74	.73**
日常病棟業務の運営	3.66	.67	.84	3.63	.58	.90	.74**
良質な看護の確保	3.3	.75	.76	3.12	.61	.83	.45*
財政計画の管理	2.42	.81	.71	2.78	.51	.55	.36

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

表7 JNMCIとNACASの相関

		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	JNMCI (N = 550)	JNMCI (n = 60)
JNMCI	I. スタッフの定着促進	1									.87 **	
	II. スタッフの能力開発の促進	.61 **	1								.75 **	
	III. 監督責任の遂行	.67 **		1							.74 **	
	IV. 看護実践環境の整備	.55 **	.50 **	.40 **	1						.74 **	
	V. 教育の支援	.60 **	.44 **	.52 **	.40 **	1					.67 **	
	VI. 自己啓発	.35 **	.36 **	.34 **	.40 **	.25 **	1				.57 **	
	VII. 日常病棟業務の運営	.68 **	.63 **	.61 **	.54 **	.51 **	.36 **	1			.82 **	
	VIII. 良質な看護の確保	.48 **	.48 **	.49 **	.44 **	.45 **	.43 **	.57 **	1		.69 **	
	IX. 財政計画の管理	.31 **	.29 **	.25 **	.47 **	.24 **	.38 **	.33 **	.30 **	1	.52 **	
NACAS	総計	.55 **	.40 **	.48 **	.42 **	.40 **	.31 **	.51 **	.42 **	.31 **	.62 **	.65 **
	問題対処行動CP	.46 **	.34 **	.39 **	.35 **	.38 **	.35 **	.43 **	.36 **	.28 **	.52 **	.63 **
	対人関係CP	.53 **	.37 **	.43 **	.33 **	.42 **	.24 **	.42 **	.29 **	.16 **	.52 **	.50 **
	目標設定CP	.46 **	.40 **	.40 **	.44 **	.40 **	.38 **	.48 **	.43 **	.39 **	.58 **	.56 **
	情報収集CP	.43 **	.29 **	.37 **	.28 **	.38 **	.40 **	.40 **	.36 **	.26 **	.49 **	.52 **

[注] N = 550については、Pearsonの積率相関係数, ** : $p < .01$, * : $p < .05$
n = 60については、Spearmanの積率相関係数, ** : $p < .01$, * : $p < .05$

て、NACASとJNMCIの得点を検討した結果、有意な正の相関を示し ($r = .65$, $p < .01$)、下位尺度においても有意な正の相関を認めた ($r = .50 \sim .63$, $p < .01$)。NACASの対象は看護師長を含む看護管理者であり、測定内容は、看護管理者の問題対処への行動や対人関係のあり方に関するコンピテンシーなど、看護師の定着に関連する内容を含んでいる。NACASとの併存的妥当性が確認できたことにより、JNMCIが看護師長の看護師の定着に特化したコンピテンシーを測定できる可能性をもつと判断できる。

2. JNMCIの尺度の構造

NMCIは11下位尺度93項目での構成であったが、JNMCIは9下位尺度40項目での構成となった。

JNMCI原案の項目分析において天井効果を示した項目は、病棟の目標や方針の決定、コミュニケーションの促進や出勤や規則の管理、学会や看護協会等への会員の継続に関する内容であった。これらの項目は米国では測定項目として有用とされているが、わが国では対象者の多くができており測定できる項目にはなり得なかった。

床効果を示した項目は、学会発表や役員活動等の学会等での主導的な活動に関する内容であった。看護師長の継続教育を行うには、休暇や勤務時間の調整が課題であるとされており (大鳥・福島, 2014)、学会での活動にそれらの要因が影響した可能性がある。学会で主導的な活動は、情報交換やピアレビューなど看護管理実践の発展に貢献する機会になる。本研究ではコンピテンシーの程度を識別する項目にはなり得なかったが、今後、看護師長の定着に関するコンピテンシーとして向上すべき課題であると考ええる。

次に、JNMCI独自の下位尺度【教育の支援】【看護実践環境の整備】【良質な看護の確保】について考察する。

【教育の支援】については、看護師の定着促進対策には教育の支援が効果的であることが示唆されている (Aiken & Patrician, 2000; 高橋, 2008)。看護師自身の努力や成長は、自己の存在価値の実感につながり組織へのコミットメントに有効であることから (グレッグ, 2005)、わが国でも臨床研修等の努力義務化の推進や (日本看護協会, 2012)、個々の施設内外で継続教育やキャリア開発等の支援がなされている。しかし、その支援のあり方は施設規模や施設間で差があることや (青山ら, 2005; 東野ら, 2012)、わが国の看護師長の役割認識において、教育の支援は教育的役割行動として認識されており、看護師の定着に関連する人材確保活動とは結びついていないことが示唆されている (平田・戸梶, 2013)。このような背景から、スタッフの定着促進に含まれていた教育の支援が、JNMCIにおいて抽出されたと考える。

今後は、教育的役割だけでなく看護師の定着の観点からも【教育の支援】はわが国の看護師長に必要とされるコンピテンシーの一つである。

【看護実践環境の整備】については、看護職員の看護実践環境が、結婚、出産、子育てをしながら働き続けられない過重な労働環境であることが示唆されており、その要因として人員不足による慢性疲労や休暇がとれないこと、夜勤のつらさなどが指摘されている (日本医療労働組合連合会, 2014)。厚生労働省は、この状況に対し労働時間管理への取り組みを促進するほか、看護業務についてもその効率化を推進していく必要性を示唆しており (厚生労働省,

2010), 実際, 「労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL) 事業」(岩澤, 2014) や, 看護労働環境に関する尺度を用いて検討された看護労働環境(中島・森山, 2009) 等, 看護師の看護実践環境に関して積極的な検討がなされている。看護師定着において看護師を顧客としてとらえて, 継続して働けるような環境を整備することはわが国において緊喫の課題であり, 【看護実践環境の整備】を支援することは, わが国の看護師長に必要とされるコンピテンシーの一つであるといえる。

【良質な看護の確保】については, 科学的な根拠をもって仕事をする事が定着を促進することや(檜原・長谷川, 2011), 質の高いケアを実践する看護師を育成することが離職の防止につながる事が示唆されている(石井・上野・金子・菅田, 2011)。これらは, 看護師が科学的根拠に基づく質の高いケアを実践することで, 専門職として満足を得ることができることと関連している(増野, 2013)。看護師が【良質な看護の確保】ができるよう支援し, その活動を向上させることは本邦の看護師長に必要とされるコンピテンシーの一つであるといえる。

VIII. 尺度の活用可能性と今後の課題

本研究では, 認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了した看護師長を対象に調査を行った。今後, JNMCIを用いて, 認定看護管理者教育課程ファーストレベルを修了していない看護師長や, 認定看護管理者教育課程セカンドレベル等を履修しさらなる能力の向上が期待できる看護師長, 看護師長の職位以外の看護管理者を対象に調査することで, 教育背景や役割の異なる対象者の看護師

定着に関連したコンピテンシーをすることができる。その結果は, 看護管理教育に貢献する可能性をもっている。

本研究では, JNMCIのスコアと実際の定着率との関連検証は行っていないため, 実証することが課題である。

IX. 結 論

本研究では, 認定看護管理者教育課程ファーストレベル研修を修了した看護師長550名を対象に, 米国で開発されたNMCIの日本語版であるJapan First-Line Nurse Manager Competency Inventory (JNMCI) の開発を行い, その信頼性と妥当性を検証し以下の結果を得た。

1. NMCIの日本語版であるJNMCIは, 内的整合性, 時間的安定性, 内容的妥当性, 表面的妥当性, 併存的妥当性を確認することができ, 信頼性妥当性のあるJNMCIの開発ができた。
2. JNMCIは9下位尺度40項目から構成され【スタッフの定着促進】【スタッフの能力開発の促進】【監督責任の遂行】【看護実践環境の整備】【教育の支援】【自己啓発】【日常病棟業務の運営】【良質な看護の確保】【財政計画の管理】での構成となった。
3. JNMCIは, 看護管理教育に貢献できる可能性がある。

謝 辞

本研究を行うにあたり日本語翻訳についてご教示をくださったOregon Health & Science Universityの和泉成子先生をはじめ, 調査にご協力いただいた全国の看護部長と, 看護師長の皆さまに深く感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的はFirst-Line Nurse Manager Competency Inventoryの日本語版であるJNMCIを開発し信頼性と妥当性を検証することである。方法は, 看護師長を対象にJNMCI 原案82項目と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(NACAS)を調査した。550名(再テスト法19名)を分析対象とし因子分析を行った結果, JNMCIは9下位尺度40項目の構成となった。JNMCIの α 係数は.94, 下位尺度は.69～.86であり内的整合性が示唆された。再テストでの α 係数は.88, 下位尺度は.50～.90であり, 前後で有意な相関が認められ($r = .70, p < .05$), 時間的安定性を確認した。NACASとも有意な相関が認められ($r = .62, p < .01$) 併存的妥当性を確認した。以上のことより, 信頼性妥当性のあるJNMCIを開発することができた。

Abstract

This study aimed to develop the Japanese First-Line Nurse Manager Competency Inventory (JNMCI), and determine its reliability and validity. We investigated 82 items of the draft version of the JNMCI and the Nursing Administrator's Competency Assessment Scale (NACAS) for nursing administrators in medium-size hospitals to chief nurses. We conducted a factor analysis for 550 subjects (including 19 subjects whose data were analyzed using the retest method) as the analysis population. The results of the analysis were as follows: the JNMCI consisted of 40 items under 9 subscales. The α

coefficient was .94 for the JNMCI and .69 - .86 for the subscales, suggesting internal consistency. The α coefficient was .88 for the retest and .50 - .90 for the subscales, and the retest results were significantly correlated to the test ($r = .70, p < .05$), confirming temporal stability. A significant correlation was observed between the JNMCI and the NACAS scores ($r = .62, p < .01$), confirming concurrent validity. According to results of the analysis, JNMCI was found to be reliable and valid.

文 献

- Aiken, L.H. and Patrician, P.A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nurs Res*, 49(3), 146-153.
- American Hospital Association (2002). IN OUR HSNDs: How Hospital Leaders Can Build A Thriving Workforce. AHA Commission on Workforce for Hospital and Health Systems. <http://www.aha.org/advocacy-issues/workforce/inourhands2001.shtml>
- American Organization of Nurse Executives (2005). Nurse executive competencies. *Nurse Leader*, 3(1), 15-22.
- Anthony, M.K., Standing, T.S., Glick, J., Duffy, M., Paschall, F., Sauer, M.R., Sweeney, D.K., Modic, M.B., and Dumpe, M.L. (2005). Leadership and nurse retention, the pivotal role of nurse managers. *J Nurs Adm*, 35(3), 146-155.
- 青山ヒフミ, 森迫京子, 米谷光代, 岡田美千代, 草岡清子, 田中睦子, 鳥井元純子, 原田和子, 村田瑞穂 (2005). 中規模病院で勤務する看護師の継続教育に関するニーズ. 大阪府立看護大学看護学部紀要, 11(1), 1-5.
- Boyatzis, R.E. (1982). The competent manager: A model for effective performance. New York: John Wiley & Sons.
- Chase, L.K. (2010). Nurse manager competencies. University of Iowa Research Online. A thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the Doctor of Philosophy degree in Nursing in the Graduate College of The University of Iowa. <http://ir.uiowa.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2762&context=etd>
- DeOnna, J. (2006). Developing and validating an instrument to measure the perceived job competencies linked to performance and staff retention of first-line nurse managers employed in a hospital setting. Electronic Theses and Dissertations for Graduate School. https://etda.libraries.psu.edu/files/final_submissions/3150
- Donaher, K., Russell, G., Scoble, K.B., and Chen, J. (2007). The human capital competencies inventory for developing nurse managers. *J Contin Educ Nurs*, 38(6), 277-283.
- グレッグ美鈴 (2005). 臨床看護師の組織コミットメントを促す経験. 岐阜県立看護大学紀要, 6(1), 11-18.
- 韓 慧 (2012). 日本における看護師不足の実態. 東アジア研究, (10), 1-24.
- 東野督子, 水谷聖子, 大野晶子, 柿原加代子, 沼田葉子, 小笹由里江, 三河内憲子 (2012). 赤十字病院のキャリア開発ラダーにおける継続教育・研究環境に関する調査研究. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7(1), 161-166.
- 平田明美, 戸梶重紀彦 (2013). 病棟看護師長の役割認識に関する研究. 日本医療・病院管理学会誌, 50(4), 15-24.
- 石井敦子, 上野早苗, 金子八重子, 菅田勝也 (2011). 病棟単位の集団としてみた看護師の仕事実感と離職率の関係. 日本看護評価学会誌, 1(1), 11-18.
- 岩澤由子 (2014). 労働と看護の質向上のためのデータベース (DiNQL) 事業について. 看護, 66(8), 43-47.
- 檜原理恵, 長谷川智子 (2011). 看護師の組織文化に対する認識と離職行動への影響に関する分析. 日本看護管理学会誌, 15(2), 126-134.
- 厚生労働省 (2010). 第七次看護職員需給見通しに関する検討報告会. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000z68f-img/2r9852000000z6df.pdf>
- 増野園恵 (2013). 看護におけるマグネティズムの概念分析. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 20, 1-14.
- 本村美和, 川口孝泰 (2013). 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. 日本看護研究学会雑誌, 36(1), 61-69.
- Murray, M.K. (2002). The nursing shortage. Past, present, and future. *J Nurs Adm*, 32(2), 79-84.
- 中島美津子, 森山美和子 (2009). Nursing Work Index-R の因子分析からみえる看護師が望む看護労働環境. The Journal of the Japan academy of Nursing Administration and Policies, 12(2), 22-31.
- 日本医療労働組合連合会 (2014). 看護職員労働実態調査. 医療労働, 臨時増刊, 28-73.
- 日本看護協会 (2012). 継続教育の基準 ver.2. <https://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf>
- 日本看護協会 (2013). 「2012年 病院における看護職員需給状況調査」速報. *News Release*. https://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf
- 大鳥和子, 福島和代 (2014). 熊本県内の中小規模病院における看護管理者教育の実態調査. 九州看護福祉大学紀要, 15(1), 57-65.
- 宗村美江子 (2007). チーフナースのコンピテンシー: 虎の門病院におけるコンピテンシーモデルの開発とその活用. 看護管理, 17(10), 843-850.
- 高橋優子 (2008). 地方における看護師不足と地域連携型新人教育研修システム構築の課題. 社会教育研究, 26, 25-42.
- Taunton, R.L., Boyle, D.K., Woods, C.Q., Hansen, H.E., and Bott, M.J. (1997). Manager leadership and retention of hospital staff nurses. *West J Nurs Res*, 19(2), 205-226.
- 山口久美子 (2012). 病院に勤務する看護師の離職に影響を与える職場環境と職務満足度に関する研究. 国際医療福祉大学院医療福祉学研究科博士論文. https://iuhw.repo.nii.ac.jp/index.php?action=pages_view_main&active_action=repository_action_common_download&item_id=371&item_no=1&attribute_id=20&file_no=2&page_id=13&block_id=17

〔平成28年1月28日受 付〕
〔平成28年3月17日採用決定〕

授乳支援を行う助産師の経験

Experiences of Midwives who Support Breastfeeding Mothers

濱 田 真由美
Mayumi Hamada

キーワード：授乳支援，助産師，経験，母乳育児

Key Words：infant feeding support, midwife, experience, breastfeeding

はじめに

現在、母乳育児は母親にとっても児にとっても、最もよい栄養方法であると世界的に位置づけられ、「母乳育児成功のための10カ条」(WHO, 1998)をもとに母乳育児促進運動が行われている。2002年の第55回世界保健総会では「乳幼児の栄養に関する世界的な運動戦略」が承認され、母乳だけで育てる期間は生後6か月間であること、その後も適切な栄養を補いながら生後2年以上母乳育児を続けることが明確に打ち出された(瀬尾, 2008)。

しかし、母乳分泌が不十分であったり、吸着困難や乳頭痛などが生じたりすることで母乳育児が困難な場合には人工乳を選択せざるを得ず、また職場復帰や児を預けたりする場合に備えて計画的に人工乳を選択する女性もいる。そのような女性たちは、母乳育児を行わない母親に向けられる「poor mother」という社会からの道徳的非難を論破するような理由によって自らの授乳方法を正当化しなければならない(Murphy, 1999)。つまり女性にとって授乳とは、無視することのできない道徳的な重荷であり(Murphy, 1999, p.205)、「母親」としてのアイデンティティが揺るがされる抜き差しならない行為でもある。

一方、授乳を支援する側の助産師には、妊娠期から母乳育児に関する正しい知識や情報を提供し(宇津野, 2008, p.10)、母乳で育てる意義とその方法を女性や家族に教えること(厚生労働省, 2007, p.18)が期待されている。が、先進国において母乳育児のメリットは認識しづらく、母乳育児を推進することが要求される状況のなかで助産師もまた問題や葛藤を抱えていることが示されている(Battersby, 2000)。

以上のことから、母乳育児推進を前提とする授乳支援は、母親となる女性と支援を行う助産師のそれぞれに影を落とし、両者の間に緊張を引き起こしていることが伺える。実際、母乳育児を推進する助産師と母親との間に緊張が走る場合があることは、助産師側からも母親側からも報告さ

れている(Battersby, 2000; 千葉, 2008; 石井・島袋・緒方, 2008; 野口, 1999; Stenhouse & Letherby, 2010)。しかし、日本における先行研究は、母乳育児推進を目的に行われているものがほとんどであり、授乳支援に携わる助産師の主観的な認識に焦点を当てた研究は提出されていなかった。そこで本研究では、授乳支援に携わっている助産師がどのようなことを経験しているのかを明らかにしたいと考えた。授乳支援に関する助産師の多様な経験が語られることによって、助産師と女性との間に潜在する問題への具体的に現実的な解決策が見出される可能性があると思われる。また、助産師の経験から授乳支援を行うための新たな知識や方途、取り組むべき課題が提案される可能性があると考えられた。これらを通じて、本研究は今後の授乳支援が母子にとってよりよく発展するための足がかりになることが期待されるものと思われる。

I. 研究目的

本研究は、授乳支援に携わる助産師がどのような経験をしているのかについて明らかにする。

II. 用語の定義

1. 授乳支援

「授乳支援」とは、助産師が妊娠期から産後の時期において、対象の安楽や方向づけを目的として、主に母親に対して行う母乳栄養・混合栄養・人工栄養に関するケアであり、情報提供や技術的・情緒的・身体的サポートを行うことを指す。

2. 経験

「経験」とは、授乳支援に携わる助産師が知覚した事柄を通じて獲得する思考や内面的変化、出来事に関する主観

的な認識であり、助産師を取り巻く文化、すなわち施設や社会の特徴、慣習、また時代性から影響を受け、かつそうした社会的習慣や社会構造を維持したり新たにつくり出したりする知識や関心、問題への対峙、確信や習得、熟達や成長、再構築といった現象として見出される。

Ⅲ. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、質的記述的研究を用いた。これは、現象の率直な記述が求められるときに選択すべき方法であり (Sandelowski, 2000/2013, p.145), 研究参加者のものの見方に没頭し、濃厚な記述によって現象の理解を伝えるもの (北・谷津, 2009, pp.31-32) で、本研究の方向性と一致すると考えられた。

2. データ収集期間

データ収集は、平成23年11月から平成25年5月の間に行い、期間は合計約8か月間であった。

3. 研究参加者

関東圏内の地域周産期母子医療センター2施設 (Y施設とZ施設) に勤務し、産科病棟や乳房外来で正常な経過をたどる母子への授乳支援にかかわり、研究への参加に同意が得られた助産師6名であった。ただし、管理職者と助産師経験が1年未満の新人助産師は研究参加者に含めないこととした。

4. データ収集方法

本研究では、参加観察法と面接法によってデータを収集した。まず、Y施設で研究参加の同意が得られた助産師5名 (A, B, C, D, E) からデータを収集した。そのうち1名が示した経験は、他の4名とは異なっていた。そのため、この1名から得たデータへの深い理解と解釈の妥当性を可能とする助産師を合目的的にサンプリングした。その結果、Y施設と類似した規模、特徴を有するZ施設に勤務する助産師1名 (F) からデータを得た。この助産師に2回のインタビューを実施することにより、十分な量と質のデータを得ることができたと考えられたため、サンプリングを終了した。

(1) 参加観察法

面接に先立ち助産師5名 (A, B, C, D, E) に対し、1名につき1～2回の参加観察を行った。研究者は日勤帯に産科病棟や産科外来、乳児健診、乳房外来でフィールドワークを行い、研究参加者である助産師による授乳支援と勤務する施設の環境や状況について把握した。参加観

察は、「経験」という助産師の意味づけや内面的世界を探究する本研究において、インタビューの内容を方向づけたり、研究参加者の語りを掘り下げたり、妥当な解釈を導くための補助的な役割を果たした。フィールドノーツの総枚数はA4用紙68枚 (46字×40行) であった。

(2) 面接法

参加観察を行った助産師5名 (A, B, C, D, E) に対して、参加観察した内容をもとに、実践している授乳支援について半構成的インタビューを1名につき2回行った。この面接では、研究者が参加観察した助産師の授乳支援の様子についてまとめたフィールドノーツの要約を読み、そのときの授乳支援に関する助産師の意見や判断、理解の仕方、価値観や感情、そのように授乳支援を考えたり感じたりする理由やこれまでの経験について質問を投げかけ、自由に語ってもらった。また助産師1名 (F) に対しては、普段の授乳支援の内容や授乳支援について思っていること、考えていることを伺い、その理由などについて自由に語ってもらう半構成的インタビューを2回行った。インタビュー1名当たりの総時間は、平均2時間 (103～146分) であった。

5. データ分析方法

フィールドノーツおよび逐語録のすべての記述を読み、授乳支援を行う助産師の感情や価値観などの内面的変化、知識や技術、態度に関する認識に着目し、参加者1人1人の逐語録についてコード化、カテゴリー化を行った。各ケースに見出されたカテゴリー間の相違点や共通点を比較し、授乳支援を行う助産師の経験を明確に表すテーマを見出した。最終的には、見出されたテーマを軸に、授乳支援に携わっている助産師がどのような経験をしていたのかについて記述した。研究の信用性 (trustworthiness) を確保するために、母性看護学・助産学および質的研究の専門家である指導教員からスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

研究者は、母乳育児に対して推進でも反対でもなく、授乳支援に関する研究参加者のいかなる語りも非難したり評価したりすることはないという立場から研究を行った。また、本研究では勤務助産師を対象としたことから、研究への参加が助産師にとって最小限の負担となるよう十分に配慮した。母親に対しては、病棟にポスターを掲示し、研究と研究者について事前にお知らせし、参加観察の際は母親から了承が得られた場合に授乳支援場面に同席した。本研究は、研究者が所属する機関の研究倫理審査委員会 (承認番号: 2012-73) および研究協力施設1施設における倫理委員会の承認 (承認番号: 1301) を得て活動を開始した。

IV. 結 果

1. 研究参加者の概要

(1) 研究参加者が所属する施設の特徴

研究協力施設は、ともに地域の拠点病院として新生児医療を含めた周産期医療を提供しており、周囲には住宅地が広がっている。Y、Z施設に勤務する助産師は、2交代制で産婦人科または新生児科での病棟業務に従事するほか、助産師外来や乳房外来、乳児健診、出産前クラスなどを担っていた。また両施設ともに、産後の授乳支援は、母子双方に問題がみられない場合、分娩当日から開始される母子同室の説明とともに始まった。

(2) 研究参加者の特徴（表1）

研究参加者は、年齢が20代後半から40代前半の助産師6名（A、B、C、D、E、F）であった。A、B、C、D、E助産師はY施設に、F助産師はZ施設に勤務していた。臨床経験年数は平均 9.0 ± 6.0 年であり、そのうち助産師経験年数は平均 5.3 ± 3.1 年であった。A・F助産師が助産師歴3年未満、B・C・D助産師は5年以上、E助産師は10年以上であった。全員が、WHO/UNICEFの「母乳育児成功のための10カ条」などを順守する「赤ちゃんにやさしい病院」（Baby Friendly Hospital：BFH）における授乳支援方法、またはそれに準じる授乳支援方法を実習施設や勤務する施設のなかで学んでいた。

2. 授乳支援を行う助産師の経験（表2）

データ分析の結果、授乳支援を行う助産師の経験として【授乳支援に対する信念が揺れ動く】【授乳支援に不確かさや迷いがつきまとう】【母親の実情に沿い、かつ母子の利益が最大になる授乳支援を開拓する】【授乳支援のむずかしさのなかから母親との隔たりを埋める手がかりを感じとる】【組織の円滑な運営のために個人的な不満や見解は差し控える】という5つのテーマが見出された。以下に、各テーマを象徴しているコアカテゴリーを用いて、授乳支援を行う助産師の経験を記述する。記述中の【 】はテ

マ、《 》はコアカテゴリー、“ ”はインビボコードを示す。語りの文末の（ ）内には、該当する研究参加者とサブカテゴリー番号を示す。インタビュー中に、研究者が発した言葉は〈 〉で示した。

(1) 授乳支援に対する信念が揺れ動く

すべての参加者はそれぞれに信念をもって授乳支援に携わっていたが、信じていたこととは異なる状況に戸惑い、自らの信念を見つめ直していた。研究参加者は、母乳育児と母子同室を推奨する助産師教育やBFHの影響を受け、母乳育児を支援する重要性を強く信じていた。が、母乳育児を推進する言説の裏に女性だけに育児の責任を押し付ける母性至上主義や母乳育児をしなければ子どもがリスクを被るという母親の罪悪感に訴える装置が隠されていること、母乳育児をする母親の大変さに目が向くことで、それまでの信念が揺れ動かされていた。また、子どもの健やかな成長発達を支えることも授乳支援を行う助産師に課せられたことであるため、母親の意思を尊重することとの両立に悩む研究参加者もいた。一方で、母乳育児の大変さを乗り越えた母親がみせる自信や喜びは、母乳育児を支援することの意義を研究参加者にもたらしめるものであった。が、その反面、母親の大変さを軽減するために人工乳を用いたり児を預かったりすることは、助産師が後ろめたさや未熟さを感じることもあった。

たとえば、《人工乳を用いる施設に就職したことで、それまで強く信じていた信念が混沌としたものになる》では、研究参加者（D助産師）は、助産師教育やBFHでの勤務を通して母乳育児がいかに大切であるかを学び、母子により影響をもたらす母乳育児や母子同室を推進することは助産師の役目であると考えていた。その一方で、授乳する母親の大変さを増大させないためには、人工乳を用いることも必要だと感じていた。この相反する考えのために、Y施設に就職し3年未満であるD助産師は、自らの授乳支援に対する信念に揺らぎを感じていた。

D助産師は、研究者との面接の際に、Y施設の人工乳を用いる授乳支援に“まだ戸惑いがあるのかもしれない”と

表1 研究参加者の概要

研究参加者	年齢	キャリア			現在の施設 勤務年数	主な勤務経験内容	勤務施設
		助産師	看護師	臨床経験			
A助産師	30代後半	3年未満	5年以上	5年以上	3年未満	分娩・産後	Y施設
B助産師	30代前半	5年以上	5年以上	10年以上	10年以上	NICU・分娩・産後・乳児健診・母乳外来	Y施設
C助産師	20代後半	5年以上	—	5年以上	5年以上	分娩・産後・乳児健診	Y施設
D助産師	30代前半	5年以上	—	5年以上	3年未満	NICU・分娩・産後	Y施設
E助産師	40代前半	10年以上	10年以上	20年以上	5年以上	NICU・分娩・産後・乳児健診・母乳外来	Y施設
F助産師	20代後半	3年未満	3年未満	5年未満	3年未満	分娩・産後	Z施設

表2 カテゴリー一覧表

テーマ	コアカテゴリー	該当参加者
1. 授乳支援に対する信念が揺れ動く	a. 人工乳を用いる授乳支援が行われている施設に就職したことで、それまで強く信じていた信念が混沌としたものになる	D
	b. 母子に介入し過ぎる母乳育児支援に疑問を抱く一方で助産師としての未熟さを感じる	A
	c. 大変さに心を痛めながらも、自信や喜びを得る母親の姿に母乳育児推進の意義を感じる	B, C, D, E
	d. 子どもの成長発達を守るため母親の意思ばかりを尊重することはできないという思いを抱く	B, D
	e. 就職した施設の授乳支援に感じた違和感やジェンダーについて考える勉強会への参加を通して母乳育児や授乳支援の意味を見つめ直す	F
2. 授乳支援に不確かさや迷いがつきまとう	a. 授乳支援を裏づける科学的根拠の曖昧さや不確かさを感じる	A, B, E, F
	b. 授乳支援を展開するための明確な基準や解決法を求めても入手することはむずかしい	A, B, C, D, E
	c. 助産師の職能という観点から助産師の役割を見出そうとするもののかえって迷いが生じる	F
	d. 新生児科医の考えや施設の特徴に即してやりくりしなければならない現実が立ちはだかる	A, B, D
3. 母親の実情に沿い、かつ母子の利益が最大になる授乳支援を開拓する	a. 母親を精神的に追い詰めてしまう危機感から母乳育児を推進することにブレーキをかける	A, B
	b. 母親の身体的・精神的ストレスを増大させてしまう推奨どおりの母乳育児支援を再考する	A, B, C, D, E, F
	c. 助産師の発言を自重し、母親の主体的な行動や意思決定を支える支援を心がける	C, F
	d. 母親よりも児の状態を重視する新生児科の授乳方針や支援を是正したいと思う	A, B, C
4. 授乳支援のむずかしさのなかから母親との隔たりを埋める手がかかりを感じとる	a. 助産師教育を通じて理想の母親を期待するようになる助産師と一般の母親との間にある大きな隔たりが授乳支援をむずかしくさせていることに思い至る	A
	b. 曖昧で変わりやすく、とらえどころのない母親の希望から本心を読みとり、授乳支援に反映することに苦心する	A, C, D, F
	c. 育児や授乳に自負をもつ経産婦の心を開き、通じる授乳支援となるようかわり方を工夫する	D
	d. 母親になったことのない助産師が「母親」という存在を理解することの限界を感じる	E
5. 組織の円滑な運営のために個人的な不満や見解は差し控える	a. 産後の母親に費やす限られた時間のなかで理想とするかわりが実現できない厳しさを飲み込む	A, B, D, E
	b. 円滑な業務や人間関係を保つために他の助産師の授乳支援に対する疑問や異なる見解を述べることは見合わせる	A, C, D, F
	c. 小児科医の意向にあえて沿うように振る舞うことによって医師との関係性を保つとともに母子の利益を守る	B, E
	d. 看護職者を支える職場環境がないことは「あたり前のこと」として不満を飲み込む	A

振り返った。Y施設では、出生体重が3,500g以上の児に母乳育児する母親には、人工乳が必要ない場合であっても、母親の“逃げ道”として、児が泣いて困ったときには人工乳を与えてもよいというメッセージを伝えることが助産師の間で了解されていた。D助産師は、このようなY施設の授乳支援を“母親には優しい”と感じながらも、“本当は”人工乳を用いず母乳だけで授乳したほうがよいのではないかと思っていた。D助産師は、自身が助産師学生だった頃に“母乳が大切”という教育を受けたこと、また、BFHに勤務するベテラン助産師から“出ないおっぱいはいないし、吸えないおっぱいもない”という話を直接聞く機会があったことが、母乳育児を大切にすの自らの価値観を形成

したと認識していた。そして、いまもなお、BFHで母乳育児を“一生懸命”推進している友人たちから“母乳が出るようなケア”の感化を受けるD助産師は、人工乳を用いる“安易”な授乳支援に後ろめたさを感じていた。そして、いまは“迷いの中”にいとD助産師は研究者にこぼし、人工乳を用いる授乳支援への是非についても“言葉では言い表せないこと”だと返答した。

(人工乳は母親が) 疲れたときに、ま、ちょっと逃げ道みたいなのもあるんだよーっていうメッセージみたいな？ (語尾を上げ、問いかけるように) ところかな。(中略) ま、安易だけだね。安易、安易なんだろうけどー。んー。ま、そこは、迷う、迷うところですよ、私も正直。(中略) 正直、

迷いの中にいるから、これが自分の考えかどうか、自分ではわからない。(D33)

(2) 授乳支援に不確かさや迷いがつきまとう

すべての参加者は、助産師教育や母乳育児関連の講習会、先輩助産師やインターネットの情報などから知識を得ようとしていたが、授乳支援の後ろ盾となる明確な知識や基準を得ることはむずかしく、不確かさや迷いを抱えていた。研究参加者はそれぞれに、よりよい授乳支援を目指し、裏づけとなる知識や助産師の役割を模索したりしていたが、それはかえって授乳支援を裏づける科学的根拠や明確な基準、助産師の役割に関する規定の欠如を浮き彫りにした。授乳支援を裏づける科学的根拠の乏しさに加え、実践に役立つ確かな知識が入手しがたいことは、ほとんどの研究参加者にとって授乳支援がむずかしく感じられる要因であった。また、助産師の職務範囲が幅広く曖昧であることが、授乳支援を行う助産師としてとるべき行動に迷いを生じさせる要因となることもあった。加えて、研究参加者にとって授乳支援は科学的根拠や明確な基準に支えられているというよりも、新生児科医が定めたルールや施設の特徴によって方向性が規定されていると感じられる場合もあった。

たとえば、『授乳支援を裏づける科学的根拠の曖昧さや不確かさを感じる』では、助産師歴や勤務している施設の違いかかわらず、すべての研究参加者が授乳支援を展開するための知識や判断をもつ一方で、その根拠に曖昧さや不確かさを感じていた。その要因の1つとして、授乳支援を裏づける科学的根拠の乏しさをあげた研究参加者(A/B/E/F助産師)も少なくなかった。

面接の数日前に母乳育児を推進する立場から書かれた書籍を読んだというF助産師は、母乳育児で育てられなかった子どものリスクを強調し、“哺乳類はみんな普通に母乳で育つものだ”という文章で母乳育児を推進している言説に、“暴力的”で“嫌な”印象を受けたと語った。F助産師は、母親が母乳育児をしなかったために疾患に罹る子どものリスクが上がるという言説は、子どもが可哀想という感情を湧き起こし、母親の罪悪感に訴えるロジックによって、母親に母乳育児を勧めていると指摘した。そして、“哺乳類”や“普通”という言葉で母乳育児を勧めることは、自己実現の欲求をもつ人間と基本的欲求が満たされればよい哺乳類を同列に扱っており、さらに根拠の乏しさを“普通”という言葉にすり替えることによって、母乳育児の価値を医療者に“すんなり”浸透させる力がある、とF助産師は感じとっていた。

(母乳育児)しないことが子どもにとってリスクを高めるとか、不利益を被らせているみたいな、すごい言い方をしている。私はそれを見て嫌な思いをして。なんか暴力的だなって

(中略)。あとはその、哺乳類はみんな普通に、母乳で、育つものみたいな書き方をしている。……哺乳類っていう人間以外のものを指してる動物たちは、(中略)母乳が出ない母親の子どもは(自然)淘汰されてって亡くなって死んでいく。吸う力とか、生命力がない子どもたちは、死んでいくじゃないですか。でも人間はそうじゃないし。(中略)「普通」って何? っていう。(中略)「普通」ってすごく、(中略)根拠がないのに……なんか……すんなり入ってきちゃう。(F12, F15)

(3) 母親の実情に沿い、かつ母子の利益が最大になる授乳支援を開拓する

すべての参加者は信念や後ろ盾に揺らぎや不確かさを感じていたが、授乳支援が母親の生活に適したものであり、かつ母子にとって利益が最大となるような方法であることを心がけていた。研究参加者は、母乳育児を行う母親にかかる負担や育児破綻を招く危険性に危機感をもち、母親にストレスを与えない授乳支援に変更したり、母乳育児を勧めたい気持ちに歯止めをかけたりしていた。また、母親を方向づける発言を自重することによって、母親自身が心の奥底でどうしたいと思っているのかという本音や主体的な意思を引き出すかわりをしたり、産科と新生児科との食い違いをなくそうとしたりすることによって、母子にもたらされる利益を高めようと努めていた研究参加者も少なくなかった。

たとえば、すべての研究参加者にとって支援方法の明確な基準や科学的根拠の欠如に加え、授乳そのものが母親に大きな負担をかけることも見過ごせない課題となっていた。『母親を精神的に追い詰めてしまう危機感から母乳育児を推進することにプレキをかける』では、研究参加者(A/B助産師)は、特に母親が高齢初産であったり、精神疾患合併や吸着困難を抱えたりしている場合、母乳育児の大変さは母親を産後うつや育児破綻に陥らせると危機感を募らせていた。

B助産師によれば、Y施設が存在する地域は精神疾患を合併している母親や里帰り出産のために帰省している高齢初産の母親が多い。1か月健診では“うつっぽい”母親と出会う機会が多いと言うB助産師は、完全母乳育児のために育児を破綻させかねない状況に陥っている母親と、研究者との面接の数日前にも遭遇したところだった。その母親は、1日に10回以上授乳していたが、児の体重が1日当たり30g増えていることから、完全母乳育児を順調に行っていると思われていた。が、話を聞いてみると、母親は“丸二日”も寝ておらず、外出する気もしないという精神状態にあった。このまま母親を完全母乳育児に取り組ませることは、いずれ“本当のうつ”にさせてしまい、育児を破綻させてしまうことになる、とB助産師は危機感を募らせた。そこで、母親の休息を最優先に考え、サポートを得た

り人工乳を使用したりするよう母親に勧めたという。Y施設に長年勤務するなかで、産後うつや精神疾患を抱える母親が母乳育児に固執し、精神状態を悪化させていく姿を見てきたB助産師は、母乳育児でなくとも母親が楽しく育児を行え、無事に児が育つようにする授乳支援の必要性を実感し、母乳育児を勧めたいと強く思う自分自身の気持ちに歯止めをかけていた。

うつとか、ここ（Y施設）でお産する人って結構、精神疾患とか抱えた人とかも結構いて。それで、育児をしてて落ち込んだりとかっていう人（母親）を見てみると、なんか、（完全）母乳じゃなくて、（人工乳を用いた）授乳だけでもうまくいってほしいな、とかっていう思いも結構あるので。（中略）〈それはミルクも与えながらとか〉でも育児が楽しくできればいいかな、とか。私自身も、こう母乳ー！！（語彙を強めて言う）（を強く勧める支援）にはならな過ぎないようにして。（B18）

また、《母親の身体的・精神的ストレスを増大させてしまう推奨どおりの母乳育児を再考する》では、すべての研究参加者が母子に利益をもたらそうと母乳育児を推進することが、かえって母親に負担をかけてしまうという矛盾に直面し、推奨されているとおりに母乳育児支援を実施することの是非を自問する必要性に迫られていた。

研究者との面接の際、E助産師は、BFHに勤務していた頃は人工乳や哺乳瓶を使わない授乳支援やニップル・シールドを安易に“使ってはいけない”という教育を受けていたと振り返った。E助産師自身も、BFHに勤務するなかで先輩助産師の技を見、多くの母親とかかわってきたなかで、ニップル・シールドを用いなくとも吸着困難を解決する“コツ”を次第に身につけ、そのことにやりがいを感じていた。しかし、E助産師が以前介助した母親のなかには、ニップル・シールドを用いなければ吸着困難を解決できなかったケースが、たった1例であるが存在した。ニップル・シールドを用いることで、ようやく直接授乳できた母親の満ち足りた様子を見たE助産師は、助産師ではなく授乳する母親が満足感や達成感を感じられるようにするためには“器械や器具を使っていけなくはないんだ”と、このとき思ったという。

また現在は、母親がストレスなく母乳育児を楽しく続けられることに重きをおき支援しているE助産師に考えが変わったきっかけを研究者が尋ねると、E助産師はこれまで授乳支援を行ってきたなかで見聞きした母親の反応1つ1つを思い起こした。そして授乳支援を行うにつれ、頻回な授乳に疲れ切った母親が一時的に人工乳を使うことで不眠や沈んだ気持ちから解放されるのであれば、母親にがまんを強いるよりも人工乳を使ったほうが良いと思うようになったと語った。同じ母親として母親たちの“本音”を真

摯に受け止めるE助産師は、母親の身体的・精神的ストレスを軽減するためには、母乳育児支援でタブーとされるニップル・シールドや人工乳の一時的な使用を授乳支援の選択肢として許容する必要性を感じていた。

（人工乳を）1回使うことで、お母さんの気持ちがちょっと違うんだってらって、思ったのかもしれないですね。（中略）たとえば、その人が疲れ切っちゃって疲れ切っちゃって、で、ちょっとこう一時的に、寝たいのに、そこをがまんするかってときに、やっぱり（人工乳を）使ったほうが良いと思うし。（中略）ほんとに（直接授乳が）無理だったら、保護器（ニップル・シールドのこと）っていう手段も、ま、選択肢にあってもいいのかなとも。（中略）お母さんが何が満足するかっていうところがあると思うので、うん。吸えない吸えない吸えないで終わっちゃうよりは、そこ（ニップル・シールドの使用）も含めて考えてもいいんだしーっていうところ。（E9）

（4）授乳支援のむずかしさのなかから母親との隔たりを埋める手がかりを感じとる

ほとんどの参加者（A/C/D/E/F/E助産師）にとって、母親を支援することは必ずしも容易なことではなく、実のところ非常にむずかしい場合もあることが告白された。と同時に、助産師はそのむずかしさのなかに、母親との隔たりを埋める手がかりがあることを暗に感じとっていた。研究参加者の多くは、助産師教育が示す理想の母親どおりの態度を示さなかったり、とらえどころがなかったりする母親、育児や授乳経験があるぶん助産師に容易に心を開かない経産婦、そして周囲との関係のなかで生活し児への特別な眼差しをもつ「母親」という存在を理解し支援することのむずかしさを感じていた。そして研究参加者は、母親自身の感覚や思いを尊重したかわりか、授乳支援する側の助産師と授乳する側の母親との間にある隔たりを埋める手がかりであると感じとっていた。

たとえば、《助産師教育を通じて理想の母親を期待するようになる助産師と一般の母親の間にある大きな隔たりが授乳支援をむずかしくさせていることに思い至る》では、母乳育児を希望しながらも乳頭痛や不眠のために頻回授乳を頑張ることができない母親への対応に困っていたA助産師が、その根底には助産師教育の弊害があると推察していた。

あるとき、“理想とする褥婦さん像”をもつ助産師と母親との関係について論じた記事を読んだA助産師は、その記事に深く納得し、自分を含め助産師には“母乳を頑張りたい人はたとえ（母乳が）出なくても頑張ってくれる”という期待があることに思いあたった。そして、母親への期待があるからこそ、助産師の期待と食い違う態度を示す母親を支援することに助産師はむずかしさを感じてしまうのだ、とA助産師は推察していた。A助産師は、助産師教育

を通じて母乳育児の価値が叩き込まれ、“母乳信者”のようになり、母乳育児を頑張るよう母親に期待を抱くようになる助産師と、一般的な情報を得て母乳育児を希望している母親との間には、大きな違いがあると語った。

助産師の私たちって、学校でも（母乳育児について）学び、結構、母乳信者じゃないですか。学校でも、あんだけ母乳がいいって言われて。（中略）そういう私たちと、たぶん一般の情報を得ているお母さんと、すごい違うんだと思うんですよね。（中略）（助産師には）母乳（育児）を頑張りたい人（母親のこと）は、たとえ（母乳が）出なくても頑張ってくれるみたいな（期待がある）。（反対に母乳育児を）やりたくない人がやらないのは全然いいんですけど。やりたいけど、そんなに（母親が）頑張れないと（助産師としては）困る。（A9）

（5）組織の円滑な運営のために個人的な不満や見解は差し控える

すべての参加者は母子にとって利益となる授乳支援を志向していたが、その過程で生じる不満や疑問、異なる意見を表出することは、組織において医師や同僚との円滑な人間関係や業務の遂行を阻害するおそれがあるため、個人的な見解として差し控えていた。研究参加者は、時間的余裕がないことや異なる意見を交わす場の不在、小児科医との摩擦、そして看護職者が大切にされない環境といった不満や疑問を、組織の円滑な人間関係や業務遂行のために飲み込みながら、授乳支援に携わっていた。

たとえば、『小児科医の意向にあえて沿うように振る舞うことによって医師との関係性を保つとともに母子の利益を守る』では、研究参加者（B/E助産師）は、助産師が小児科医の意向や指示に沿うように振る舞い、良好な関係を保つほうが、母子にとってメリットがある状態をつくり出せることができると認識していた。

乳房外来を担当するE助産師は、児の成長発達を1日体重増加量やカウプ指数、成長曲線から評価し、授乳の方向性を決める判断材料としていた。乳房外来で参加観察を行っていたとき、E助産師はNICU退院後から乳房外来で継続的に受け持っている母子を担当した。これまでの経過に比べ、児が1回に哺乳できる母乳の量が今回大幅に増えていたことから、E助産師は完全母乳育児でも大丈夫だろうと判断し、そのことを母親に伝えた。しかし、来週にはNICUで児を担当していた小児科医によるフォロー健診が予定されていることを思い出したE助産師は、母親と顔を見合わせ互いに苦笑いした。E助産師は、“この体重増加じゃだめだろうな”と自分自身に問いかけるようにつぶやき、授乳方針を決めかねている様子であったが、小児科医による健診までは人工乳を補足する授乳を続け、その後は母乳だけの授乳でもよいと母親に説明した。

このときの様子を面接で尋ねると、E助産師は“基本的

には”成長曲線が示す正常範囲の下限のラインに沿って児の体重が増えていれば“問題ない”と判断する小児科医の基準を取り入れていると語った。しかし、成長曲線から児の成長発達を評価する判断は施設内外の小児科医のなかでも意見が分かれており、小さく生まれた児の体重を成長曲線の正常範囲内にまで増やそうと、人工乳の補足を勧める小児科医もいることをE助産師は把握していた。そこでE助産師は、“否定するわけにもいかない”小児科医の人工乳の指示にあえて合わせた対応をとったり、逆に“ここまでは許せる”という別の基準で判断する小児科医もいることを母親に情報提供したりすることで、人工乳で児の体重を増やそうとする小児科医の判断を取り入れつつ、母乳だけでは体重増加が十分でないことにショックを受ける母親の思いを受け止める対処行動をとっていた。

ここでも先生によっては、（中略）（成長曲線の正常範囲から）外れたままこうやって（下限のラインに沿って児の体重が）増えてるとかっていうので、いいんだって（中略）。だけど一方で、許さない先生もいますよね。（中略）やっぱりお母さんっていうのは、その（子どもを大きくするために人工乳の補足が必要であるという）話を（小児科医から）聞くと、すごいショックを受けてるっていう現状もあるじゃないですか。（中略）ちょっとかわいそうなので、ここまでは許せるって言うてる先生もいますよっていう情報をたぶん（母親に）伝えてるんだと思うんですよね。（E17, E20）

V. 考 察

以上の結果から、母乳中心の授乳支援が抱える問題状況が本研究の参加者の世界にも見出され、助産師も迷い、悩みながら授乳支援に携わっていることが明らかになった。特に、母乳育児を行うことで生じ得る母親の負担は、研究参加者にとってより切実な問題であり、すべての研究参加者が母乳育児を推進する授乳支援のあり方を問い直す状況となっていた。

1. 母親の現実に寄り添う授乳支援の再構築

（1）揺れ動く信念から拓かれる新たな局面

1990年代初めにWHOとUNICEFによってはじめられた「赤ちゃんにやさしい病院運動（Baby Friendly Hospital Initiative: BFHI）」は、日本においても運動の拡大を目標としている。そして、助産師には母子にさまざまなメリットをもたらす母乳育児を推進する役割が求められている。本研究においてもすべての参加者がBFHにおける授乳支援、またはそれに準じる授乳支援方法を実習施設や勤務する施設のなかで学んでいた。しかし、実際に授乳支援に携わる過程ですべての研究参加者は、母乳育児を推進する授

乳支援のあり方を問い直す状況となり、それまで抱いていた【授乳支援に対する信念が揺れ動】かされる経験をしていった。

助産師が、利益があるといわれている母乳育児と人工乳との間で揺れ動いている様子は、Battersby (2000) にもみられる。Battersbyは、母乳育児を行うよう母親を支援するイギリスの助産師は、人工栄養を希望する女性と母乳育児の健康に関する利益や人工栄養に関する潜在的な問題について議論することを、女性の感情を害したくないという理由で回避したり、母乳育児のメリットを強調することにためらいを感じたりしていたことを明らかにしている (p.37)。が、本研究の参加者にとってより切実な問題となっていたのは、母乳育児を熱心に推進することで生じ得る母親の負担であり、その負担を軽減したいという思いが助産師の信念を揺り動かしていた。

本研究の参加者の信念の揺れは、過去の体験やそれまで抱いていた信念が否定され、新たな信念を形成しようとしていたことを意味していると推察される。つまりこれは、矛盾に直面することが契機となり、ものの見方が変わるという経験としてとらえることができる。藤田 (1998) は、経験が単なる知識の量的な拡大ではなく、事柄の出会い方がそれまでと変わるという否定的でありかつ創造的な質的な変化・深まりという側面をもつととらえていたが (p.127)、本研究においてもこの側面が助産師の経験に生じていたと考えられた。

上田 (2007) は、見える世界だけが世界となり (p.189)、世界という枠組みが往々にして「限らない開け」から閉ざす枠になってしまうことを指摘する (p.24)。そして、そのような枠組みの存在に囚われていることにわれわれが気づくのは、別の枠組みのなかで試行する新たな知に出会ったとき、あるいは、そのような知から光が当てられたとき以外にない (藤田, 2007, p.192)。藤田 (2007) は、「外」を確保し、そこから「内」を相対化し、外からの光によって、暗黙のうちに前提としていた思考の枠組みを浮かび上がらせ、問題を新たな仕方ととらえ直すことによって新たな創造の可能性を開くことができると述べている (pp.190-191)。つまり、本研究の参加者にとって、授乳支援を問い直す契機となっていた母乳育児を行う母親の大変さや負担は、藤田のいう「外」の視点であったと考えられた。すなわち、研究参加者は授乳する母親という「外」の視点をすることで、助産師であることや授乳支援を相対化することができ、大切なことは何かということを根本的な立場に戻って見つめ直そうとしていたと考えられた。

以上のように、本研究では、授乳支援を行う助産師は、過去の体験と現実との矛盾によって信念が揺れ動き、それにより新たな信念を形成していくことが確認された。特

に、母乳育児によって生じ得る母親の負担は、助産師にとって授乳支援を根本的に問い直していく内発的な学習の契機となり、以前とは異なった仕方と物事を見ることができるといふ知的地平の拡張を促すことが示唆された。

(2) 授乳する母親の現実に沿い、母子の利益を最大にする授乳支援への修正

母乳育児を熱心に推進することで生じ得る母親の負担が、本研究の参加者にとって切実な問題となっていたように、母乳育児を行う母親の体験は肯定的なもののばかりではなく否定的な体験を含み、個別的で多様性があるということは国内外において報告されている。なかでも、母親が自己の喪失までも体験するという困難を母乳育児することによって抱える状況は、母乳育児推進の是非を問う議論の中心となる問題でもある (Fahlquist & Roeser, 2011; Palmér, Carlsson, Mollberg, & Nyström, 2012; Schmied & Lupton, 2001)。

本研究の参加者も、こうした母親たちの抜き差しならない大変さを母親から敏感に感じとっていた。たとえばB助産師は、産後うつや精神疾患を抱える母親が母乳育児に固執し、精神状態を悪化させ育児を破綻させかねない姿を見るなかで、母乳育児の価値を強調しすぎることが母親にとって非常に危険であるという認識をもっていた。そしてB助産師は、母親が楽しく育児でき、児が無事に育つためには、助産師の母乳育児を勧めたい思いは抑制する必要があると語った。

西田 (1911/1998) は、知覚には「過去の経験の力」 (p.109) が働いていると指摘し、この「過去の経験の力」を経験の「理想的要素」ともよんでいる (藤田, 1998, p.64)。この「理想的要素」が豊富で深遠となるところに「知的直観」があり、事柄が一挙に直覚されるようになる (藤田, 1998, p.65)。つまり、B助産師の例では、これまで多くの精神疾患を抱える母親と接してきた豊富な経験から、母乳育児が順調に行われていたと思われた母親が“本当のうつ”になってしまうかもしれないという危機的状況にあることを理屈ではなくほとんど無意識的に読みとっていることが伺えた。つまりB助産師は、過去の経験の積み重ねから出された認識と直観を働かせることによって、母親にとって母乳育児が危険なものとなっていることを鋭く察知していたと考えられた。

このように、母乳育児推進の是非を問う議論の中心的問題でもある授乳する母親に生じ得る負担に率直に向き合っていた本研究の参加者は、【母親の実情に沿い、かつ母子の利益が最大となる授乳支援を開拓する】という経験をしていたことが示された。そして研究参加者の語りからは、過去に積み重ねた経験やそれによって養われた直観を通して鋭敏に感じとった認識を知識として授乳支援に反映させ

ることが、母親の現実に取り添う授乳支援を再構築するために必要な助産師の能力であることが示唆された。

2. 授乳支援の創造に必要な組織のあり方

本研究においては、すべての研究参加者が、母子にとって利益となる授乳支援を志向していたものの、【組織の円滑な運営のために個人的な不満や見解は差し控え】ていた。

たとえば、E助産師は、成長曲線から児の成長発達を評価する判断が施設内外の小児科医のなかでも意見が分かれていることを把握し、児の体重を成長曲線内にまで増やそうと人工乳の補足を勧める小児科医にあえて合わせた対応をとったり、逆に別の判断基準をもつ小児科医もいることを母親に情報提供したりすることで、母乳だけでは児の体重増加が十分でないことにショックを受ける母親の思いを受け止める対処行動をとっていた。このE助産師の行動は、Benner, Hooper-Kyriakidis, & Stannard (1999/2005) が指摘する卓越した臨床判断ともよべるもので、時間経過に伴って徐々に展開する特定の患者や家族の推移を見通すこと、つまり状況の変化について推察する (pp.15-17) E助産師の臨床的推論の高さを物語っている。しかしながら、「臨床知」を示すと思われるE助産師の例は、助産師が医師に従う関係を維持するなかで授乳支援を行っている状況が存在することを物語っていると考えられた。なぜなら、翌週予定されているフォロー健診を担当する小児科医の判断を予測することができたE助産師が、人工乳の補足を指示するであろう医師の判断を先取りし、フォロー健診までは人工乳を補足した授乳を続けるよう母親に説明したとき、E助産師自身は継続して見てきた母子の状態から完全母乳育児でも大丈夫だと判断していたからである。

このことは、E助産師のように長年授乳支援に携わり、母乳育児支援に自負をもつ助産師であっても、医師の判断を“否定するわけにもいかない”と引き受ける代わりに、助産師の判断は差し控え、母乳だけで授乳できる母親の代弁者となることなく、場を丸く収める役割を引き受けている現状を映し出していた。こうした例は、チーム医療における看護者の自己犠牲（吾妻・神谷・岡崎・遠藤, 2013, p.32）を表すばかりでなく、中木（2002）が指摘している「医師－看護師関係」が「看護師－患者関係」をつくるという権力構造の存在を裏打ちするものであり、支配者集団である医師の考えに看護者が追従することで患者を抑圧しているというケアの隠された側面を示しているにとらえられた。つまり、よりよい授乳支援を提供するためには、授乳支援に携わる医療者が実践を通じて得た学びや気づきを自由に表出し、互いの意見を認め合うことによって、変化し続けられる労働環境を創り出すことが必要であると示唆

された。加えて、医師や助産師、母親の間に繰り広げられる従属関係に目を向け、授乳支援をめぐる組織全体の関係性についての具体的なありようを探究することによって、授乳支援の発展を阻害する問題に現実的な解決策を見出すことが必要であると考ええる。

3. 授乳支援の新たな展開を拓く助産師を支える体制

(1) 母親との隔たりから見える助産師教育に必要な転回

これまで母乳育児を推進する助産師と母親との間に緊張が走る場合があることは、助産師側からも母親側からも報告されている (Battersby, 2000; 千葉, 2008; 石井・島袋・緒方, 2008; 野口, 1999; Stenhouse & Letherby, 2010)。が、本研究では【授乳支援のむずかしさのなかから母親との隔たりを埋める手がかりを感じと】っていたことが示された。

たとえばA助産師は、助産師教育を通じて“母乳信者”のようになり、母乳育児を頑張るよう母親に期待を抱くようになる助産師と、一般的な情報を得て母乳育児を希望している母親の間には、大きな違いがあると語った。A助産師によれば、母乳育児の価値を強調する助産師教育は、母親の頑張りや過度な期待を寄せる助産師をつくり上げ、助産師は大変な母乳育児を頑張ることができない母親を受け止めることができず、どのように支援すればよいのかわからなくなるという。つまり、母乳育児確立を目指す専門的な知識の批判的吟味が十分なされないまま教授されることは、母乳育児を行うために母親の多くが困難に直面し、母親や女性個人として自己の喪失までを体験している現実 (Fahlquist & Roeser, 2011; Palmér, Carlsson, Mollberg, & Nyström, 2012; Schmied, Sheehan, & Barclay, 2001) に助産師が対峙することを困難にし、母親の苦しみに寄り添いきい状況を生み出している可能性がある」と推察された。

この点について、Schmied, Sheehan, & Barclay (2001) や Fahlquist & Roeser (2011) は、不運にも医療者は統計的な効果を示す研究によって公衆衛生の視点、すなわち健康増進モデル (model of health promotion) のなかで教育を受けているため、母乳育児の体験や授乳方法の決定が社会的、感情的、個人的であることを認めることに失敗していると指摘している。一方Chambliss (1996/2002) は、医療者が科学的な意見を患者へ押しつけるという問題は、科学的客観性自体に問題があるのではなく、医療者側の見方を患者に押しつけるという一方的な権力行使が原因であり、医療者と患者どちらの見解を優先させるかをめぐる権力争いだと指摘する (p.247)。これらの指摘は、授乳支援を行う医療者を育てる教育が、実際に授乳する母親個々人の体験よりも健康増進に寄与するといわれる母乳育児推進を優先することで、母親と衝突する医療者をつくり出す可能性を示唆している。

したがって、A助産師の指摘は、母乳育児推進を強調する助産師教育が、母親を理解し支援する助産師を後押しするものではなかったという訴えであると考えられる。助産師には、さまざまなメリットがあるといわれている母乳育児を推進するために、母乳で育てる意義と方法を教えることが役目であると強調され続けている。が、本研究では、母乳育児を強調する情報提供が、現実には助産師と母親との溝を深くしていることが示唆された。したがって助産師教育は、授乳する母親の多様な体験を知識として受け入れるとともに、母乳育児が最善であるという思い込みを検証し、母乳育児推進がはらむ問題について敏感になるとともに、それに対して助産師はどのようなアプローチができるのかについて議論し学ぶ場となることが求められていると考えられた。

(2) 助産師の経験に基づく科学的知識の構築

本研究の参加者はまた、母親を支援するむずかしさに加え、授乳支援を展開するための根拠や基準といった後ろ盾の不確かさに直面し、【授乳支援に不確かさや迷いがつきまとう】という経験をしていた。研究参加者は、授乳支援を裏づける科学的根拠に曖昧さや不確かさを感じ（A／B／E／F助産師）、実践に役立つ知識の入手しがたい状況に直面したり（A／B／C／D／E助産師）、授乳支援における助産師の役割が不明確であったりする（F助産師）ため、明確な答えが得られにくい現状にむずかしさや迷いを感じていた。先行文献では、母乳育児を母子にメリットがあることとして推進するに足る根拠の乏しさが報告されていた（Badinter, 2010/2011；Kukla, 2006；Walf, 2007；Wall, 2001）が、これらの指摘を裏づけるがごとく本研究では、授乳支援を展開するために必要な科学的根拠や基準、助産師の役割についても吟味する必要性が十分に残されているということが明らかになった。すなわち、助産師が感じていたむずかしさや迷いは、科学的根拠のある授乳支援として推奨されている「母乳育児成功のための10カ条」が、臨床での現実的な授乳支援に適応していなかったり反駁されたりしている状態を意味していると推察された。

こうした状況を裏づけるようにSchmied, Sheehan, & Barclay (2001) は、医療者の教育に用いられている母乳育児に関する文献は母乳の産生を強調することに向けられており、特に「実践的な」ガイドでは母乳育児を行う母親の体験は著しく欠け、ページの多くを母乳の質や十分に機能する乳房の能力に割いていると指摘する（p.50）。またBadinter (2010/2011) やBlum (1993) は、身体に埋め込まれた体験（embodied experience）として母乳育児を説明するまねな専門的報告書には、児との温かさや親密さというポジティブな体験が強調される傾向があり、その他の体

験は無視されやすいと述べている。この指摘は、専門家のためにある授乳支援の教材が、乳房の母乳産生機能や母乳育児が母子にもたらす情緒的メリットに偏っており、母乳の重要性を説くに留まっているために真の意味で「実践的な」ガイドであるとはいいがたいことを示唆している。

本研究で授乳支援に不確かさや迷いを感じていたすべての研究参加者は、母乳育児を推進するために推奨されている「母乳育児成功のための10カ条」が示す科学的根拠に基づいた授乳支援が、かえって母親に負担をかけてしまう場合があるという矛盾に気づき、推奨どおりに母乳育児支援を実施することの是非を自問する必要性に迫られていた。そして、母乳育児成功のためには避けるべきだとされている支援を行っていた。たとえば、長年授乳支援に携わるE助産師は、母乳育児推進から母親にとっての満足感や達成感に視点を移したとき、ニップル・シールドや人工乳の使用を許容する必要性を認識するようになっていた。こうした医学的に必要のないとされる人工乳の補足やニップル・シールドの使用は、母親に精神的余裕や満足感、達成感をもたらす支援でもあったことが本研究の参加者の語りから示され、助産師の授乳支援にはWHO/UNICEFの提唱する「母乳育児成功のための10カ条」とらわれないものも含まれていた。

助産師の授乳支援を「ルール破り（breaking the rules）」という観点から探究したFurber & Thomson (2006) によると、助産師がみせた「ルール破り」の行動のいくつかは、ほめるに足る助産ケアであったが、助産師が働く労働環境で認められている実践とは反対の行動であったことから、母親や同僚から「隠された（hid）」行動として表出された（p.373）。本研究においても、研究参加者が示す授乳支援は、推奨された母乳育児支援にとらわれないものも含まれ、授乳する母親を支援するためには重要な知見を提供し、新たな授乳支援の局面を拓く可能性を秘めていた。にもかかわらず、すべての研究参加者が授乳支援の後ろ盾に不確かさや迷いを感じていたことは、助産師自身によっても正当な知識として認められてはいなかったということを示唆していると考えられる。それは、特に日本の授乳支援に関する先行研究のほとんどが、母乳育児を推進する観点から論じたものであり、WHOやUNICEFも認める科学的根拠に基づくとされる母乳育児支援の知識に反することは正当な知識として認められてこなかったことが関係しているのではないかと推察された。

しかしCarper (1978) によれば、看護の知のパターンの1つである経験知は、看護の科学（The science of nursing）にあたり（p.14）、経験的で事実に基づく記述によって得られた知であり、最終的には理論を含めた一般化された科学的知識へと発展する（Carper, p.15；Chinn & Kramer,

pp.16-17) とされている。女性の多様性を考慮した授乳支援に関する豊かな知識を構築するためには、WHOやUNICEFに代表される客観的で合理的な知と同様に、経験や直観(intuition)を通して助産師が獲得した知識(Fleming, 1998, p.11)も、正当な看護の科学的知識として認め構築していく必要があると考える。

以上のことから、本研究では参加者が後ろ盾に不確かさがある授乳支援にむずかしさや迷いを感じていることが明らかとなり、それは推奨されている母乳育児支援の方法が現実に対応していない状態を示していると推察された。またそれは、母乳育児支援の知識が母乳育児を推進することに偏り過ぎ、一部の母親にしか見合わない科学的知識を重視し過ぎている状況を指し示していることが伺えた。本研究では、看護にとって重要であるといわれ続けている柔軟な思考による授乳支援が助産師によって展開されながらも、こうした実践の知識は「科学的」な視点から軽視・排除されがちであり、正当な知識として認められていない様子が示唆された。そのため、「科学的」な知として認められている客観的で一般化された知だけでなく、母親とのかかわりを通して助産師が経験し獲得する知識を、個々の母親に応じた多様なケアを可能にする科学的な知識として蓄積していくことが重要であると考えられた。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、BFHまたはそれに準じる授乳支援の教育を受け、NICUを併設し、母乳中心の授乳支援を行っている施設に勤務する助産師を対象とした。それにより、母乳育児推進を前提とした授乳支援に携わり、小児科医との関係性のなかで母子にかかわる助産師の経験をみる事ができた。今後は教育内容、所属する施設の理念や規模、施設内における職種の構成や施設を管理する権限をもつ職種の違いが、助産師にどのような影響を及ぼし、実践へとつながっているのかを探究することで、授乳支援の問題を解決するための具体的な方策を見出す必要があると考える。

結 論

本研究は、6名の研究参加者への面接と参加観察を通して、授乳支援を行う助産師の経験を明らかにした。

1. 母乳を中心とした授乳支援の問題状況が、本研究に参加した助産師の世界にも内在していることが見出された。特に、母乳育児を行うことで生じ得る母親の負担は、研究参加者にとってより切実な問題であり、すべての研究参加者が母乳育児を推進する授乳支援のあり方を問い直していた。
2. 本研究のほとんどの参加者は、母親を支援することにむずかしさを感じるなかで、母親との隔たりを埋める手がかりがあることを暗に感じとっていた。そして、母親との隔たりを埋める鍵の1つとして、母乳育児推進を偏重する助産師教育の変革が示唆された。
3. 本研究のすべての参加者は、母親の実情に沿うよう授乳支援を是正しており、それはWHOやUNICEFが提唱する母乳育児支援にとらわれないものでもあった。しかしこうした助産師の柔軟な思考は、科学的知識からは軽視・排除されやすく、また助産師自身にも正当な支援方法として承認されがたいことが示唆された。母親の多様性を考慮した豊かな知識を構築するためには、授乳する母親とのかかわりを通して得た助産師の経験を、個々の母親に応じたバリエーション豊かな授乳支援を展開するための正当な知識として認め、蓄積していくことが求められていると考えられる。

謝 辞

本研究に参加して下さった助産師の方々に心より感謝申し上げます。また研究協力施設として快く本研究をお引き受けくださいました看護部長さま、副看護部長さま、病棟師長さま、病棟スタッフの皆さまに厚くお礼申し上げます。そして本研究全般にわたりご指導くださいました元日本赤十字看護大学教授谷津裕子先生に深く感謝いたします。本研究は日本赤十字看護大学大学院2013年度博士論文を一部加筆、修正したものである。

要 旨

目的：授乳支援を行う助産師の経験を明らかにすることである。

方法：助産師6名に参加観察および半構成的面接法を行い、得られたデータを質的帰納的に分析した。

結果：助産師は授乳支援を行うなかで【授乳支援に対する信念が揺れ動く】【授乳支援に不確かさや迷いがつきまとう】【母親の実情に沿い、かつ母子の利益が最大限になる授乳支援を開拓する】【授乳支援のむずかしさのなかから母親との隔たりを埋める手がかりを感じとる】【組織の円滑な運営のために個人的な不満や見解は差し控える】という経験をしていた。

結論：本研究の結果から、先行研究で浮かび上がった母乳育児推進を前提とした授乳支援の問題状況が研究参加

者の世界にも内在することが見出された。母親の多様性を考慮した豊かな知識を構築するためには、助産師の経験を正当な知識として認め、蓄積していく必要が示唆された。

Abstract

Purpose: To clarify the experiences of midwives who support breastfeeding mothers.

Method: Participant observation and semi-constructive interviews were carried out with six midwives. The data obtained was analyzed qualitatively and inductively.

Results: In their support for breastfeeding mothers, midwives had had experiences that could be categorized into: 'beliefs toward support for breastfeeding are shaken', 'nagging uncertainty and doubt concerning support for breastfeeding', 'developing support for breastfeeding in line with the realities of the mother and maximizing the benefits of both the mother and the child', 'finding clues for bridging the distance with the mother while experiencing the difficulties of providing support for breastfeeding', and 'withholding one's personal displeasure or their professional opinions for the sake of the smooth running of the organization'.

Discussion: The results of this study revealed that the research participants had perceived the same problematic situations concerning breastfeeding support as had been noted by mothers in preceding studies. Supporting mothers based on a pre-determined policy of breastfeeding promotion had caused these problems, of which the participants had been aware but not brought to light. It was suggested that to build a rich knowledge base that takes a variety of maternal types into consideration, it is necessary to recognize and record midwives' experience as legitimate expertise.

文 献

- 吾妻知美, 神谷美紀子, 岡崎美晴, 遠藤圭子 (2013). チーム医療を実践している看護師が感じる連携・協働の困難. 甲南女子大学研究紀要 (看護学・リハビリテーション学編), 7, 23-33.
- Badinter, E. (2010) / 松永りえ訳 (2011). 母性のゆくえ—「よき母」はどう語られるか. 東京: 春秋社.
- Battersby, S. (2000). Breastfeeding and bullying. *Pract Midwife*, 3(8), 36-38.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., and Stannard, D. (1999) / 井上智子監訳 (2005). ベナー看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること. 15-17, 東京: 医学書院.
- Blum, L.M. (1993). Mothers, babies and breastfeeding in late capitalist America: The shifting contexts of feminist theory. *Feminist Studies*, 19(2), 291-311.
- Carper, B.A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *ANS Adv Nurs Sci*, 1(1), 13-23.
- Chambliss, D.F. (1996) / 浅野祐子訳 (2002). ケアの向こう側—看護職が直面する道徳的・倫理的矛盾. 247, 東京: 日本看護協会出版会.
- 千葉邦子 (2008). 褥婦へのネガティブサポートに対する助産師の認識. 日本赤十字看護学会誌, 8(1), 81-89.
- Chinn, P.L. and Kramer, M.K. (2004) / 川原由佳里監訳 (2007). チン&クレイマー看護学の総合的な知の構築に向けて. 16-57, 東京: エルゼビア・ジャパン.
- Fahlquist, J.N., and Roeser, S. (2011). Ethical problems with information on infant feeding in developed countries. *Public Health Ethics*, 4(2), 192-202.
- Fleming, V.E.M. (1998). Women and midwives in partnership: a problematic relationship? *J Adv Nurs*, 27, 8-14.
- 藤田正勝 (1998). 現代思想としての西田幾多郎. 64-127, 東京: 講談社.
- 藤田正勝 (2007). 西田幾多郎—生きることと哲学. 190-192, 東京: 岩波書店.
- Furber, C.M. and Thomson, A.M. (2006). 'Breaking the rules' in baby-feeding practice in the UK: Deviance and good practice? *Midwifery*, 22(4), 365-376.
- 石井ともみ, 島袋香子, 緒方真由子 (2008). 母乳育児を行う母親に対する授乳指導の検討—母親と助産師の相互作用に影響する要因の分析から—. 北里看護学誌, 10(1), 1-8.
- 北 素子, 谷津裕子 (2009). 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション. 31-32, 東京: 医学書院.
- 厚生労働省 (2007). 授乳・離乳の支援ガイド. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0314-17.pdf>
- Kukla, R. (2006). Ethics and ideology in breastfeeding advocacy campaigns. *Hypatia*, 21(1), 157-180.
- Murphy, E. (1999). 'Breast is best': Infant feeding decisions and maternal deviance. *Sociology of Health & Illness*, 21(2), 187-208.
- 中木高夫 (2002). 「看護と権力論」に思いついたいくつかのエピソード—巻頭言に代えて. *Quality Nursing*, 8(12), 4-6.
- 西田幾多郎 (1911). 善の研究. 大橋良介 (編) (1998): 西田幾多郎による西田哲学入門. 80-253, 西田哲学選集 第1巻, 京都: 燈影舎.
- 野口真弓 (1999). 母親の気持ちを支える母乳ケア. 日本助産学会誌, 13(1), 13-21.
- Palmér, L., Carlsson, G., Mollberg, M., and Nyström, M. (2012). Severe breast feeding difficulties: Existential lostness as a mother-women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *Int J Qual Stud Health Well-being*, 7, 1-10.
- Sandelowski, M. (2000) / 谷津裕子, 江藤裕之訳 (2013). 質的研究をめぐる10のキークエスチョン: サンドロウスキー論文に学ぶ. 134-147, 東京: 医学書院.
- Schmied, V., and Lupton, D. (2001). Blurring the boundaries: Breastfeeding and maternal subjectivity. *Sociology of Health & Illness*, 23(2), 234-250.
- Schmied, V., Sheehan, A., and Barclay, L. (2001). Contemporary breastfeeding policy and practice: Implications for midwives. *Midwifery*, 17(1), 44-54.
- 瀬尾智子 (2008). 新しくなった「赤ちゃんにやさしい病院運動」. 助産雑誌, 62(6), 488-492.
- Stenhouse, E., and Letherby, G. (2010). Multidisciplinary research in midwifery: Reflecting on a collaborative working relationship. *Evidence Based Midwifery*, 8(1), 17-20.

上田閑照 (2007). 経験と場所. 東京: 岩波書店.

宇津野博 (2008). 妊娠中の母乳育児支援. *ペリネイタルケア*, 27(2), 10-15.

Wall, G. (2001). Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse. *Gender & Society*, 15(4), 592-610.

WHO (1998). Evidence for the ten steps to successful breastfeeding.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43633/1/9241591544_eng.pdf

Wolf, J.B. (2007). Is breast really best? Risk and total motherhood in the National Breastfeeding Awareness Campaign. *J Health Polit Policy Law*, 32(4), 595-636.

〔平成27年 6 月22日受 付〕
〔平成28年 4 月11日採用決定〕

施設で過ごす認知症高齢者への 「改訂版おだやかスケール（18項目版DEOS）」の適用

Application of the Revision of the ODAYAKA (Well-being) Scale for
Dementia Elderly Peoples Using Caring Facilities

辻 村 弘 美¹⁾ 小 泉 美佐子²⁾
Hiromi Tsujimura Misako Koizumi

キーワード：認知症，高齢者，因子分析，生活の質
Key Words：dementia, elderly person, factor analysis, quality of life

I. 研究背景

認知症高齢者数は年々増加の一途をたどり，認知症高齢者の推定有病者数は，2010年時点で約439万人，2012年時点では462万人と算出されている（朝田，2013）。65歳以上の15%が認知症を患っている状況で，近年，QOLが治療やケアの全般においてアウトカム評価の指標の1つとして用いられることが多くなり，さまざまな尺度が開発されている。高齢者のQOLの概念については，①活動能力，②環境，③主観的QOL，④心理的well-beingの4つに整理されている（Lawton，1983）。このうち，活動能力と環境は客観的評価が可能であるが，重要性の高い主観的QOLと心理的well-beingの尺度開発については，認知症高齢者の場合はまだ課題が多い。

Brod, Stewart, Sands, & Walton（1999）は，認知症高齢者の主観的QOLを量的に測定する面接形式の尺度であるDementia Quality of Life instrument（DQoL）を開発し，鈴木・内田・金森・大城（2005）は日本語版DQoLの作成と信頼性・妥当性の検証をしている。しかし，これらは主観的評価の質問に正確に回答できる軽度認知症高齢者のみが対象で，認知症がある程度進行してしまった場合には適応できないという限界を有する。一方，認知症当事者による主観的QOL評価に対して，認知症高齢者に日常的に接している介護者による他者評価尺度が従来からいくつか開発されている。そのなかで，認知症高齢者の生活の質尺度として，Rabins & Kasper（1997）はAlzheimer's Disease Health Related Quality of Life（AD-HRQL）を開発し，これの日本人向けに項目を追加修正して作成された日本語版（阿部，1998；Yamamoto-Mitani, et al., 2002）も開発されている。これは，認知症の健康に関連するQOL尺度であ

り，認知症の肯定的な面を包括的に評価し，看護介入の効果を評価するものである。

認知症に関する看護学からの研究は数多いが，鳥居・倉田（2011）はその結論において，“専門家による〈まだある能力への手応え〉への後押し”の重要性を述べている。これは認知症患者のポジティブな面を評価するという本研究の目標と通ずるものである。QOLは，各個人に認知された主観的な満足度や幸福感に基づいて評価されるべきであるが，認知症患者の場合は中核症状として認知機能の障害があるため，本人による評価がむずかしい。しかしながら著者らは，認知症高齢者を対象者と考えるとき，人間の行動はおのの心理状態を反映するという事実に基づき，日常的に対象者に身近に接している介護者の視点からの観察・評価が重要と考える。表情や行動を通して，対象者の日常的な姿や心理状態を，近接した立場から把握できると考えるからである。本研究では以上の考えを前提としている。

本研究に先行する著者らの研究（辻村・小泉，2010）では，日常生活や臨床の経験から，認知症になっても，おだやかにかつ豊かな感性を有して，自分らしさを生かしながら生活をする人や状態がある（後藤，2011）ことに注目して，他者からみてよい状態を表す「おだやか」をキーワードとして48項目をリストアップし，そこから妥当性・信頼性に基づき25項目を選び，「おだやかスケール」（以下，Dementia Elderly ODAYAKA Scale：DEOS）の尺度開発（辻村・小泉，2010）を行った。既存の認知症の行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia：BPSD）の評価尺度が妄想，幻覚，興奮などネガティブな状態を評価するのに対して，DEOSは本来その人に備わっているその人らしさや，精神的健康度，コミュ

1) 群馬大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Gunma University

2) 新潟県立看護大学 Niigata College of Nursing

ニケーション力といったポジティブな心理社会的側面を評価する意図で開発された尺度である。

その後、著者らは25項目版DEOSを用いて評価した方から意見や感想等を得ている。重要なものとして、「項目数が多過ぎて調査の負担が大きい」、それに関連して「類似の質問の整理」や「評価しにくい内容の質問項目の削除や文章表現の検討」があった。また、25項目版DEOSで行えなかった課題として「調査者間の評価の差を検証すべき」があった。これらの課題を踏まえた改善を行うために、「調査者間の評価の差」を検証すること、臨床現場でより使いやすいスケールへと18項目版に改訂し有効性を確認することが本研究の目的である。

Ⅱ. 用語の操作的定義

「おだやか」は一般的な用語として、「心が安らかであり、物静か」などの意味に使われるが、本研究における「おだやかさ」はそれらの状態に加えて、認知症高齢者が認知機能の低下にもかかわらず、周囲との交流をはかり、自分らしく生き活きと生活できることをいう。「おだやかスケール」はおだやかさの度合いを測る尺度を指す。

Ⅲ. 方 法

1. 対 象

A県の認知症高齢者ケア施設（介護老人福祉施設、介護老人保健施設、認知症対応型共同生活介護、通所介護・通所リハビリテーション）を利用している65歳以上の認知症高齢者とした。対象者の選定にあたっては、失外套症状の人および、寝たきりでほとんど反応のない状態の人を除くことを条件とし、調査責任者には認知機能や要介護度のレベルに関係なく、軽症から重症まで多様な状態の対象者を選定するように依頼した。

2. 尺度項目の選択

改訂した18項目版DEOSの有効性の確認が本研究の主目的であるが、その第一段階としての25項目版DEOSから18項目への選択について述べる。25項目版DEOS作成時のデータを用いて、各項目についてその得点が、QOL尺度（AD-HRQL-J）の下位尺度の合計点との相関係数（.31～.71）と行動感情評価尺度（BMD尺度）の下位尺度の合計点との相関係数（-.36～-.64）がともに有意（ $p < .01$ ）な18項目を選択し、25項目版DEOSで確認された妥当性が改訂版DEOSに継続されるよう配慮した。さらに、質問項目における文章表現の検討を加えた。

3. 調査方法

2010年7月から2011年2月にかけて18項目版DEOSを用いて、対象者の調査を実施した。調査者は対象者の日常生活の様子を把握している施設の介護職、看護職（以下、評価者）とした。評価者内一致率と評価者間一致率を検討するために、1名の対象者に対して、2名の評価者が2週間程度のインターバルをおいて2回、同時期に行動観察調査を行った。

18項目版DEOSで使用する調査用紙の各質問項目について、「あてはまる（4点）」「ややあてはまる（3点）」「あまりあてはまらない（2点）」「あてはまらない（1点）」の4段階のリッカート式尺度で、72点満点とする。なお、質問項目「小さな子どもやペットを愛しめる」に関して、「調査では子どもとペットを一緒にしない」という一般的慣習はあるが、本スケールでは項目数を押さえることと、家族形態が急速に変化する現代で、ペットが家族の一員と同様な環境で暮らす家族像を踏まえ、「愛しめる」対象の象徴として、あえて「子どもとペットを一緒にする」判断をしたものである。

また、対象者と評価者の属性を調査するための基本情報シートを使用した。基本情報シートの質問項目は、対象者の属性に関しては、施設種類、性別、年齢、診断名、要介護度、認知症高齢者自立度、Clinical Dementia Rating（CDR）、評価者の属性に関しては、職種および性別、経験年数とした。

4. 分析方法

1名の対象者に対して2名の評価者が2回ずつ18項目版DEOSを実施したので、考察するデータ数は対象者数×4回×18項目となるが、因子分析と信頼性分析を適用するデータの選択肢としては、Kaiser-Meyer-Olkinの標本妥当性測度が.92と一番高かった2回目の2評価者得点の平均を採用した。分析においては、統計パッケージ『IBM SPSS Statistics 19.0J』を使用し、以下の手順で解析した。

まず、項目分析で天井効果とフロア効果の有無を確認した後、観測変数間に内在する潜在的な要因を探るために、探索的因子分析を行った。その結果、潜在因子が3個得られた。それに応じて、各項目の内容と因子負荷量の考察から、18個の項目が3領域に分けられることを把握した後、全体・各領域間の信頼性分析によるI-T相関やCronbachの α 係数を算出してスケールとしての内的整合性を検討した。同一評価者によるテスト再テスト法では、1回目と2回目の合計点数の相関係数を算出した。

他者評価による2評価者の得点の一致度について述べる。対象者1名あたり2名の評価者が必要であり、対象者によって評価者が変化することから、2得点の1番目と2

番目という順序は意味をもたない。よって、通常の相関係数や一致率等の統計手法は適合しない。本研究のデータの場合は、2者の評価の距離、すなわち2評価者得点の差の絶対値（0～3の値）に意味があり、これに関する度数分布や平均・標準偏差（以下、平均±SD）などを求め、これに基づき2評価者得点の一致の度合いについて考察を行う。

Ⅳ. 倫理的配慮

対象者や評価者の氏名はコード化して施設責任者が台帳に記載・管理することで、研究者に対象者の情報が直接的にわからないように配慮した。施設長の同意と署名を得た後、研究の目的、方法、研究協力の同意ならびにその撤回について、問い合わせ・苦情等の窓口となる連絡先などを、対象者や家族が集まるロビーや食堂、玄関などの掲示板等で、情報公開した。これらについて対象者には評価者を通じて口頭で説明し同意を得た。対象者の家族には研究説明文書を送付し、口頭もしくは署名にて同意を得た。評価者に対しては、研究説明書を渡し、調査用紙の記入をもって同意とすることを説明した。

群馬大学医学部疫学研究倫理審査委員会（受付番号22-5）にて承認を得た。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の属性（表1）

男性13名、女性72名の計85名（年齢85.1±7.0歳）であった。施設別では介護老人福祉施設12名、介護老人保健施設19名、認知症対応型共同生活介護19名、通所介護施設20名、通所リハビリテーション15名であった。診断名は、アルツハイマー型認知症が57.6%、脳血管性認知症が12.9%、レビー小体型認知症が2.4%であった。要介護度は要介護3が最も多く約3割を占めた。認知症高齢者自立度はⅢaが最も多く約3割を占めた。CDRは中等度であるレベル2が約4割を占めた。

2. 評価者の属性

男性16名、女性26名の計42名であった。職種別では、看護師1名、介護士41名で、介護士が全体の97.6%を占めた。認知症にかかわる看護・介護経験年数は7.2±4.2年であった。

3. 項目分析

18項目版DEOSにおいて項目分析を行った。各質問項目の取り得る最大値は4、最小値は1であるが、天井効果

表1 対象者の属性

		n = 85	
		n	%
性別	男性	13	15.3
	女性	72	84.7
年齢（85.1±7.0）			
施設			
	介護老人保健施設（認知症専門棟等）	19	22.4
	介護老人福祉施設	12	14.1
	認知症対応型共同生活介護	19	22.4
	通所介護	20	23.5
	通所リハビリテーション	15	17.6
診断名			
	アルツハイマー型認知症	49	57.6
	脳血管性認知症	11	12.9
	レビー小体型認知症	2	2.4
	その他	23	27.1
要介護度			
	要介護1	18	21.2
	要介護2	18	21.2
	要介護3	23	27.1
	要介護4	12	14.1
	要介護5	14	16.5
認知症高齢者自立度			
	I	1	1.2
	Ⅱ a	11	12.9
	Ⅱ b	18	21.2
	Ⅲ a	26	30.6
	Ⅲ b	14	16.5
	Ⅳ	12	14.1
	M	3	3.5
CDR（Clinical Dementia Rating）			
	0.5	9	10.6
	1	27	31.8
	2	34	40.0
	3	15	17.6

とフロア効果の有無については、両者ともに認められなかった。

4. 因子分析（表2）

以下、18項目版OSにおける項目を「☐」、因子分析における因子名を【☐】を用いて示す。

18項目の因子分析においては、因子の選択につき固有値1以上の基準を設けた。さらに因子の解釈を考慮して最尤法とプロマックス回転に基づく探索的因子分析を行った。その結果、3因子を抽出し、因子負荷量が.35以上の項目を主に採用して各因子の解釈を行った。第Ⅰ因子は、「感情（喜びや苦しみなど）を表現できる」「笑顔で喜びを示せる」「人間としての誇りをもっている」「自分の意思や願

表2 18項目改訂版DEOSの因子分析

n = 85

項目	因子 I	因子 II	因子 III
感情（喜びと苦しみなど）を表現できる	.98	-.16	.04
笑顔で喜びを示せる	.76	-.10	.15
人間としての誇りを持っている	.75	.12	-.07
自分の意思や願いを主張できる	.60	.36	-.05
ユーモアを楽しめる	.60	-.10	.37
昔話を楽しめる	.47	.33	-.03
好きなことに打ち込める	-.05	.90	-.01
悲観的でなく前向きに過ごせる	.04	.68	.07
他人のために何かができる	-.17	.65	.32
自分のペースで日課を過ごせる	.28	.65	-.15
ゆっくりくつろげる	-.13	.48	.24
好きなおしゃれ（化粧、髪型、服装、持ち物）ができる	.34	.39	.06
他者に優しくできる	-.07	-.01	.96
人のことを気遣える	.10	.04	.80
人の話を落ち着いて聞ける	.14	.07	.63
周囲の人と交流がはかれる	.13	.23	.55
気のあう人と一緒に過ごせる	.08	.30	.52
小さな子供やペットを愛しめる	.31	.01	.45
固有値	10.21	1.28	1.05
寄与率	54.72	4.97	4.24
累積寄与率	54.72	59.68	63.92
因子間相関 I	—	.68	.70
II	—	—	.70
III	—	—	—

最尤法, Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

いを主張できる」「ユーモアを楽しめる」などの項目の因子負荷量が高く、【自分らしさの発揮】と命名した。第Ⅱ因子は、「好きなことに打ち込める」「悲観的でなく前向きに過ごせる」「他人のために何かができる」「自分のペースで日課を過ごせる」などの項目の因子負荷量が高く、【充実した暮らしぶり】と命名した。第Ⅲ因子は、「他者に優しくできる」「人のことを気遣える」「人の話を落ち着いて聞ける」「周囲の人と交流がはかれる」「気のあう人と一緒に過ごせる」などの項目の因子負荷量が高く、【周囲との交流】と命名した。「ユーモアを楽しめる」「自分の意思や願いを主張できる」の2項目は2因子において因子負荷量が.35を超えていたが、2項目ともに第Ⅰ因子の因子負荷量が.60と高かった。

因子間の相関係数については、第Ⅰ因子と第Ⅱ因子が.68、第Ⅰ因子と第Ⅲ因子が.70、第Ⅱ因子と第Ⅲ因子が.70であり、有意な中程度の相関があった。

5. 信頼性の分析（表3）

(1) Cronbachの α 係数と項目尺度得点相関（I-T相関）

18項目版DEOS全体のCronbachの α 係数は.95、各領域の α 係数は、【自分らしさの発揮】が.91、【充実した暮

らしぶり】が.87、【周囲との交流】が.92であった。項目尺度得点相関（I-T相関）では、【自分らしさの発揮】は.64～.83、【充実した暮らしぶり】は.52～.78、【周囲との交流】は.61～.87であり、中程度から高い相関を示した。

(2) 同一評価者内相関について

18項目版DEOSの総合得点は18項目×4点で72点満点である。同一評価者による再テスト法の調査における平均総合得点は、1回目は53.1点で、2回目は53.4点であった。また、1回目と2回目の再テスト法による相関係数は.91（ $p < .01$ ）で、有意な強い相関が確認できた。

(3) 2評価者間の得点差について（表4）

18項目すべてにおいて、2評価者の得点差の絶対値（0以上3以下）の平均は0.3～0.6で、得点差1以下（即ち、一致か得点差1のもの）の比率が89%以上であり、2評価者間の一致度は極めて高かった。

6. 妥当性の分析

(1) 内容妥当性について

認知症を研究する専門家にスーパーバイズを受け、18項目版DEOSを構成する質問項目の内容が「おだやかスケール」の特性を測定するものとして適切であるか検討し、内

表3 各領域間の信頼性分析（18項目）

Cronbachの α 係数 = .95	Cronbachの α 係数	M	$\pm$ SD	Correlation Item Total Corrected	Alpha if Item Deleted
自分らしさの発揮（6項目）					
	.91				
ユーモアを楽しめる		3.08	0.74	.73	.88
昔話を楽しめる		2.81	0.88	.64	.90
感情（喜びや苦しみなど）を表現できる		3.28	0.61	.83	.87
自分の意思や願いを主張できる		3.01	0.79	.77	.88
人間としての誇りを持っている		3.10	0.71	.75	.88
笑顔で喜びを示せる		3.44	0.63	.73	.88
充実した暮らしぶり（6項目）					
	.87				
自分のペースで日課を過ごせる		2.97	0.74	.69	.84
好きなおしゃれ（化粧、髪型、服装、持ち物）ができる		2.38	0.85	.61	.85
他人のために何かができる		2.37	0.87	.72	.83
悲観的でなく前向きに過ごせる		2.81	0.67	.71	.84
ゆっくりくつろげる		2.89	0.67	.52	.87
好きなことに打ち込める		2.34	0.93	.78	.82
周囲との交流（6項目）					
	.92				
周囲の人と交流がはかれる		2.80	0.72	.80	.89
人の話を落ち着いて聞ける		2.82	0.75	.74	.90
気のあう人と一緒に過ごせる		2.60	0.86	.76	.90
人のことを気遣える		2.71	0.79	.87	.88
小さな子供やペットを愛しめる		3.00	0.91	.61	.92
他者に優しくできる		2.80	0.71	.83	.89

表4 各質問項目の2評価者間得点差の度数分布表

18項目版OSの質問項目	2 評価者間得点差（1回目と2回目の合計）						
	0	1	2	3	平均 得点差	$\pm$ SD	得点差1以下の 比率
周囲の人と交流がはかれる	114	46	9	1	0.39	0.35	.94
人の話を落ち着いて聞ける	109	51	10	0	0.41	0.36	.94
気のあう人と一緒に過ごせる	113	46	7	4	0.42	0.37	.93
人のことを気遣える	100	59	9	2	0.48	0.38	.93
ユーモアを楽しめる	110	52	6	2	0.41	0.33	.95
小さな子供やペットを愛しめる	109	51	6	4	0.44	0.36	.94
他者に優しくできる	112	48	6	4	0.42	0.36	.94
昔話を楽しめる	104	50	8	8	0.52	0.45	.90
自分のペースで日課を過ごせる	96	65	7	2	0.49	0.35	.94
感情（喜びや苦しみなど）を表現できる	94	62	11	3	0.54	0.41	.91
好きなおしゃれ（化粧、髪型、服装、持ち物）ができる	108	51	7	4	0.45	0.37	.93
自分の意思や願いを主張できる	93	60	15	2	0.56	0.45	.89
人間としての誇りを持っている	110	50	9	1	0.41	0.36	.94
他人のために何かができる	105	55	6	4	0.46	0.36	.94
悲観的でなく前向きに過ごせる	91	72	5	2	0.51	0.33	.95
笑顔で喜びを示す	117	45	3	5	0.38	0.32	.95
ゆっくりくつろげる	105	48	16	1	0.48	0.45	.89
好きなことに打ち込める	103	52	10	5	0.51	0.43	.91

妥当性を確認した。

(2) 構成概念妥当性について

各項目について本研究で抽出された3因子の因子負荷量

を考察し、内容が類似した項目は、同一因子に対応しており、その結果として18項目を3領域に分類し、因子的妥当性を確認した。

VI. 考 察

1. 信頼性について

18項目版DEOS全体のCronbachの α 係数は.95、3領域の α 係数は.87～.92と高い信頼性が得られた。各項目について、それが削除された場合の α 係数は各領域の α 係数以下であり、よって、すべての項目について下位尺度としてその必要性が確認できた。

I-T相関では、「ゆっくりくつろげる」が.52であるが、その他は.6以上となり高い相関が得られ、これらの値はすべて有意（ $p < .01$ ）であった。同一評価者内相関で行った再テスト法では高い相関関係がみられ、2評価者間の得点差では、その平均が0.3～0.6で得点差が極めて小さいことを確認した。以上を踏まえ、18項目版DEOSの評価尺度としての信頼性が確認できた。

2. 妥当性について

因子分析では3因子が抽出され、各項目に対応する変数の因子負荷量の考察から、第Ⅰ因子は【自分らしさの発揮】、第Ⅱ因子は【充実した暮らしぶり】、第Ⅲ因子は【周囲との交流】として解釈できた。この結果は、用語の操作的定義で述べた「おだやかさ」の定義である「心が落ち着いて安らかというだけでなく、周囲との交流をはかり、自分らしく生き活きと生活できること」との整合性を示すものである。

「ユーモアを楽しめる」「自分の意思や願いを主張できる」の2項目は、因子負荷量が.35を超える項目が2因子にまたがっているが、これは因子間の相関の高さの現れともいえ、3領域の特性は互いに無関係に独立なものでなく、相互にある程度の関連・共通性をもつものと考えられる。ただし、本研究では、因子負荷量に明確な差があることから、【自分らしさの発揮】に含まれるのが妥当と判断した。

先行研究の25項目版DEOS（辻村・小泉，2010）における因子分析結果では4因子が抽出され、第Ⅰ因子の【自分らしさの発揮】、第Ⅲ因子の【周囲との交流】は本研究と同一であったが、それ以外に【満足・活気】【活動の楽しみ】の因子が存在した。若干の項目の移動はあったものの、おおむね18項目版DEOSの第Ⅱ因子【充実した暮らしぶり】は、25項目版DEOSの研究における【満足・活気】【活動の楽しみ】の因子が一体化して得られたものと解釈でき、先行研究との整合性をみてとれる。18項目版DEOSの調査から得られた因子構造と、25項目版DEOSの因子分析で得られた因子構造との整合性が確認でき、一定の構成概念妥当性が確認された。

さらに、抽出した因子のうち、第Ⅰ因子の固有値が目

立って高いことがみてとれる。第Ⅰ因子に対応する領域「自分らしさの発揮」に属す項目は、喜怒哀楽等の感情の表出や、人間的な誇りなどの精神的活性度等を表すものであるが、因子得点の分散が他の因子に比較し非常に高く、第Ⅰ因子は性格などの個人差（すなわち各自の個性）に大きく影響されやすい因子と考えられる。

内容妥当性は結果で述べたとおりである。18項目版DEOSの基準連関妥当性の成立については、QOL尺度やBMD尺度を用いた確認を検討したが、評価者である施設スタッフの過重負担から、今回は実施できなかった。しかし、25項目版DEOSでの因子分析で得られた4因子の、おのおのの因子得点とQOL尺度の下位尺度との間にはすべて有意な正の相関が得られている。さらに、BMD尺度との負の相関もすべて有意であり、これらから25項目版おだやかスケールの尺度としての基準連関妥当性は確認されている。18項目版DEOSでは、そのなかから有意な相関が得られたものを選択しており、25項目版DEOSで確認された基準連関妥当性は継承されていると考えられる。

以上より、18項目版DEOSにおいても一定の妥当性の成立を検証できたと考える。しかし、厳密には今後の課題として18項目版DEOSの使用時に、機会をとらえてQOL尺度やBMD尺度との並行調査を行い、基準連関妥当性のさらなる確認作業を加えるべきと考えている。

3. パーソン・センタード・ケアの理念から見た18項目版DEOSについて

パーソン・センタード・ケアの考えを導入したKitwood（1997/2005）は、ケアの古い文化と新しい文化を比較しているが、新しい文化でもっとも重要なこととして、「人の能力、好み、関心、価値観、スピリチュアリティをはっきり理解すること」と述べ、「認知症の現れ方は千差万別である」と述べている。

25項目版DEOSの開発では、これらがパーソン・センタード・ケアの視点にかなったものであることをすでに確認している（辻村・小泉，2010，pp.130-131）。本研究で提案している18項目版DEOSでは、25項目版DEOSと同様な視点に沿って項目を精選したことに加え、対象者の状況を観察・評価しやすいように表現を変更した。たとえば25項目版DEOSでは「できることに達成感、満足感をもっている」とした項目を、18項目版DEOSではよりシンプルに「笑顔で喜びを示せる」に変更した。この項目は、well-being（よい状態）のサインとして重要な要素であり、評価者からみてより受け止めやすい表現が必要と考えたためである。well-beingとは、身体的にも不快がなく、心理的にも気持ちがくつろいでいるだけでなく、周囲の人とかかわる姿勢がみられる状態を指す（水野，2008）。

さらに、18項目版の因子分析では、3因子【自分らしさの発揮】【充実した暮らしぶり】【周囲との交流】が抽出され、各項目の内容と、この3因子における因子負荷量の考察から、18項目は3領域に分割されることが明らかになった。この結果から、認知症高齢者のおだやかさとは、「認知症という疾患を抱えながらも、単に静かで落ち着いているということだけでなく、周囲との交流があり、自分らしさを発揮でき、前向きに満足した生活を送っている状態である」といえる。本研究でいう「おだやかさ」は、パーソン・センタード・ケアで重視されるwell-beingの考えと調和し、整合性のとれたものであるといえる。以上から、18項目版DEOSは25項目版と同様にパーソン・センタード・ケアの理念を包含するとともに、より評価しやすい精選された項目からなる改訂版スケールであり、今後はメジャースケールとして活用できる。

おだやかスケール（DEOS）は、ケアのアウトカム評価だけでなく、アセスメントツールとして、その人らしさ、強み、よさといったポジティブな側面を評価できる。対象者の資質を引き出すにはどのようなかわりをしていったらよいかを検討するツールとして使え、また、それをケアプランに反映できるなど、臨床現場での活用性が高いと考える。

VII. 本研究の限界と今後の課題

1. 基準関連妥当性の検証のためには、QOL等の外的基準の調査の必要がある。しかし、本調査では評価者の過重負担から、これ以上の調査は並行して行えなかったという限界があり、外的基準の調査は課題として残った。

2. 18項目版DEOSの具体的な特徴を明らかにするために、どの程度の認知機能レベルで使用するのが効果的なのか、また、グループホームや通所施設、在宅などの生活の場の違いで活用方法に違いがあるかを検討していく。
3. 本研究の対象は女性が約8割と多く、性別による偏りがデータに反映されている可能性があるため、今後は男性を増やして調査・検討していく必要がある。
4. アセスメントツールとして活用することの意義や臨床での有用性について、いくつかの事例で検討を重ねていく必要がある。
5. 英語版を作成し、わが国だけでなく諸外国においても本スケールが使用可能であるか検討していき、その有用性や認知症高齢者のおだやか像についても探っていく。
6. 18項目版DEOSを認知症高齢者のおだやかさの向上に活かせるよう、さまざまにPRしていくことも課題である。

謝 辞

本研究にご協力くださいました対象者、評価者の皆さまに心より感謝申し上げます。とくに、次の高齢者ケア施設のスタッフの皆さまには本研究の調査において多大な尽力をいただきました。厚くお礼申し上げます。増田明美様、東山しのお様、葦山智子様、加藤綾子様、大河真理様、大澤誠様、井草謙様、廣瀬学様、伊藤慎一様（順不同）。

また、統計等でご指導いただきました群馬大学大学院保健学研究科の都丸正教授に心より感謝申し上げます。

本研究は、平成22-23年度の科学研究費補助金（若手B）（課題番号：22792251）の助成を受けて実施したものである。

要 旨

高齢者ケア施設を利用する認知症高齢者を対象に、臨床での利便性を考慮した改訂版のおだやかスケール（18項目版DEOS）を作成し、その有効性を確認する。対象者は85名で施設のスタッフが2名1組となり各対象者の日常生活の様子について18項目版DEOSを用い2回調査し、そのデータ解析に基づき考察を行った。各項目における2名の評価者の得点差の平均が0.3～0.6、同一評価者内の再テスト法による相関係数は.9 ($p < .01$)となった。18項目版DEOSを上記85名に実施した結果を因子分析したところ3因子が抽出された。それらの因子負荷量と各項目の内容等の検討により、18項目は「自分らしさの発揮」「充実した暮らしぶり」「周囲との交流」の3領域に類別された。因子分析やCronbachの α 係数などの統計解析を用いて、18項目版DEOSの尺度としての妥当性と信頼性を確認し、18項目版DEOSの有効性を検証した。

Abstract

In present study, we made the revision of the ODAYAKA (well-being) Scale for dementia elderly peoples (DEOS) using caring facilities. The scale is called “the scale 18-item Version of the DEOS for Dementia (18-items DEOS)”. The purpose of this study is to confirm the reliability and validity of the scale. We targeted 85 dementia elderly peoples over 65-years-old using caring facilities. The situation of their daily life was evaluated twice by 2 staffs belonging to those facilities through 18-items DEOS. About 40 % of them were CDR 2. With respect to the inter-rater reliability, the average of differences of

two scores was between .3 and .6 for each item. The correlation coefficient by the test-retest method was .9 ($p < .01$). Based on the result of the factor analysis, 18 items were classified into 3 domains: 6 items related to “expression of their own individuality”; 6 items related to “a substantial life” and 6 items related to “interaction with people around them”. By additional statistical analysis (Cronbach alpha coefficient and others), we verified the reliability and validity for 18-items DEOS for elderly peoples using caring facilities. Then the scale is applicable effectively for those peoples.

文 献

- 阿部俊子, 山本則子, 鎌田ケイ子, 山田ゆかり (1998). 痴呆性老人の生活の質尺度 (AD-HRQL-J) の開発. 老年精神医学雑誌, 9(12), 1489-1499.
- 朝田 隆, 他 (2013). 厚生労働科学研究費補助金 認知症対策総合研究事業「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応」平成23年度～平成24年度総合研究報告書. 1-49.
- Brod, M., Stewart, A.L., Sands, L., and Walton, P. (1999). Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The dementia quality of life instrument (DQoL). *Gerontologist*, 39(1), 25-35.
- 後藤文夫 (2011). 超高齢者医療の現場から: 「終の住処」診療記. 137-166, 中央公論新社.
- Kitwood, T. (1997) / 高橋誠一訳 (2005). 認知症のパーソンセンタードケア—新しいケアの文化へ. 234-238, 筒井書房.
- Lawton, M.P. (1983). Environment and other determinants of well-being in older people. *Gerontologist*, 23(4), 349-357.
- 水野 裕 (2008). 実践パーソン・センタード・ケア—認知症をもつ人たちの支援のために. 47-69, ワールドプランニング.
- Rabins, P.V. and Kasper, J.D. (1997). Measuring quality of life in dementia: conceptual and practical issues. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 11 (Suppl 6), 100-104.
- 鈴木みずえ, 内田敦子, 金森雅夫, 大城 一 (2005). 日本語版 Dementia Quality of Life Instrument の作成と信頼性・妥当性の検討. 日本老年医学会雑誌, 42(4), 423-431.
- 鳥居千恵, 倉田貞美 (2011). 認知症の患者本人が主たる家族介護者との新たな関係性を構築していくプロセス: 新たな関係性を育む循環と関係性構築を困難にする循環. 老年看護学, 16(1), 57-65.
- 辻村弘美, 小泉美佐子 (2010). 認知症高齢者のおだやかスケールの開発. 北関東医学, 60(2), 119-134.
- Yamamoto-Mitani, N., Abe, T., Okita, Y., Hayashi, K., Sugishita, C., and Kamata, K. (2002). Development of a Japanese quality of life instrument for older adults experiencing dementia (QLDJ). *International Journal of Aging & Human Development*, 55(1), 71-95.

〔平成27年8月26日受付〕
〔平成28年2月19日採用決定〕

軽度と高度認知機能低下のある若年認知症者の 就労継続に関する体験と思い

— 再就職後の就労場面に焦点を当てて —

Experiences and Thoughts Regarding Work Continuation of Individuals with
Early-onset Dementia and Mild or Severe Cognitive Decline:
Focus on the Work Setting Following Re-employment

林 浩 靖¹⁾ 竹 内 登美子²⁾ 新 鞍 真理子²⁾
Hiroyasu Hayashi Tomiko Takeuchi Mariko Niikura
青 木 頼 子²⁾ 牧 野 真 弓²⁾
Yoriko Aoki Mayumi Makino

キーワード：若年認知症，就労，体験，思い

Key Words：early-onset dementia, employment, experiences, thought

はじめに

全国の若年認知症者の数は、厚生労働省の発表（2009）に掲載された朝田の調査では37,800人であると推計され、10年前の一ノ渡（1997）の調査より48%も増えている。社会的にも家庭内でも現役の役割を期待される世代における認知症の発症は老年期とは違った問題を抱えており（島橋，2009，p.6），とくに定年前の早期退職が経済的に大きな問題となっている。また，認知機能障害の進行は，若年性アルツハイマー型認知症のほうが老年期アルツハイマー型認知症より早く進行することが報告されており（新井，2011，p.563），「まだ働けるという自信はあるが，雇うほうでこの病気を理解してくれるかどうか。働きたいが仕事がないというのは，精神的に結構つらい」（中村，2011，p.113）という若年認知症者本人の声や，若年認知症者は「対応がむずかしい，個別対応で手がかかる」（宮永，2010，p.1345）などといった雇用者側の困難が報告されている。

認知症介護研究・研修大府センター（2015）の調査によると，就労経験がある1,411人のうち定年前に自ら退職したのは996人，解雇されたのは119人であり，全体で79%の者が定年前に職業を失っていた。失業後は，再度就労を希望するものの一部の者のみ就労支援施設にて再就職しており，多くの者は就労継続が困難であるという実態があるが，その詳細を報告したものは見当たらなかった。

一方，退職した軽度認知機能低下者に対して，宮永

（2009，pp.859-861）と戸田（2013，p.71）は，仕事を継続することで生活リズムが安定し，刺激も受け，病状の進行予防につながるので，軽度の認知症者には退職しても再度の就労継続を勧めている。軽度の認知機能低下者は，加齢とともに中等度～高度認知機能低下者へと移行していくが，どの程度までの認知機能低下者に就労継続を推奨しているかといった報告等は見出せなかった。さらに，若年認知症者が診断を受けてから退職するまで，および再就職後の就労体験や思いをテーマとした先行研究は見当たらなかった。このようななか，妻の顔を認識することが困難になるほど高度な見当識障害がある者が，若年認知症サポートセンターへ週2回行き，草とりや洗車の仕事をしていること，そして張り合いが出てきたという就労に対するやりがいについて述べている書籍があり（藤本，2010，p.45），高度の認知症機能低下者であっても，サポートの仕方によっては就労継続できるのではないかと考えられた。

以上のことから，就労時に認知症と診断され，失業という体験をして再度就労に至った若年認知症者の体験と思いを，軽度認知機能低下者だけでなく，高度認知機能低下者にも問いかけて明らかにすることができれば，若年認知症という病をもちながら就労する人の理解が深まり，加齢とともに軽度から高度へと進行する認知機能低下の状況に適した支援方法を検討するための一助となるという意義があると考えた。

1) 光ヶ丘病院地域医療連携室 Hikarigaoka Hospital Community Health Care Cooperation Room

2) 富山大学大学院医学薬学研究部 Graduate School of Medicine and Pharmaceutical for Research, University of Toyama

I. 目 的

本研究の目的は、若年認知症という病をもちながら就労する人の理解を深め、看護への示唆を得るために、軽度と高度認知機能低下のあるアルツハイマー型若年認知症である2事例の就労継続に関する体験と思いを記述することである。

II. 用語の定義

- ①就労：労働により賃金を受け取る、または契約が決まっており、今後賃金を受け取る予定の仕事につくこと。
- ②体験：直接自分自身が経験すること。また、その経験とする（山田、柴田、酒井、倉持、山田、2004）。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

若年認知症者2事例を対象として、就労に関する体験と思いという事象を明らかにするという特性から質的記述的研究（事例）とした。

2. 研究参加者

北陸地方の障害者就労支援施設長宛（274か所）に、若年認知症との確定診断を受けて就労継続している者の有無について、往復葉書で回答を求めたところ183件（回収率67%）から返答があり、就労者は5名という結果であった。このうち、軽度認知機能低下者、または高度認知機能低下者であり、本人、主家族介護者、障害者就労支援施設長のすべてから研究参加の同意を得ることができた1組（本人と主家族介護者）を研究参加者とした。この北陸地方の認知症本人は高度認知機能低下者であったが、現役の就労者であり言語的コミュニケーションが可能な方であった。この特徴を踏まえて、もう1組は軽度認知機能低下者とその主家族介護者を選択することとし、関東地方の若年認知症家族会に紹介を依頼した。そして、本人、主家族介護者、障害者就労支援施設長のすべてから研究参加の同意を得ることができた1組（本人と主家族介護者）を研究参加者とした。なお、若年認知症者は病気による記憶障害や混乱が予想されるので、若年認知症者のみのインタビューではなく、若年認知症者の現在までの病気と仕事に関するこの実際を補うという目的で、主家族介護者も研究参加者としたが、あくまでも認知症本人の語り（記憶）を補足するためであることから、本研究においては本人と主家族介護者で1事例として扱った。

3. データ収集方法および調査期間

2013年8月～2013年12月の期間に、データ収集を行った。

(1) 記録からの情報収集

障害者就労施設に保管されている「利用者の活動記録」より基礎情報として性別、診断名、発症年齢、現年齢、退職年齢、職業、現在の就労状況、その他特記事項を収集した。

(2) 参加観察法

若年認知症者の普段どおりの様子を把握するために、研究者が観察のみに徹する非参加観察法とした。研究参加者各1名が、各施設の職員から就労支援を受けながら就労している場面の表情、言動等を非構造的に観察し、フィールドノートに記録した。若年認知症者はその日の身体的・心理的状況により大きく就労に影響を及ぼすことが予測されたので、より客観的なデータを得るために回数は各2～3回とし、1回の時間は若年認知症者に負担が大きくなりえない程度の各60～120分とした。

(3) 半構造化面接法

若年認知症者、主家族介護者が希望する時間帯で、プライバシーの守られた静かな場所にて半構造化面接を行った。面接内容は伊藤・田谷（2009, pp.204-207）、松下（2010, p.1354）、大石・山口・岡本（2010, p.7）から導き出した若年認知症者の就労に影響を与えと考えられた3因子（①病気による仕事への影響をどのように受け止めているか、②どのようなサポートがあるかと思っているか、③働く意味・やりがい感）を参考に、インタビューガイドを作成した（表1）。これらに焦点を当てながら、研究参加者の回答に応じて随時質問を追加・修正していった。

また面接は本人各2～3回とし、1回の面接時間は約60分、主家族介護者の面接回数は1～2回とし、1回の面接時間は約90分とした。若年認知症者と主家族介護者、施設の代表者の許可を得て、ICレコーダにて会話内容を録音した。

表1 インタビュー項目

a) 病気による仕事への影響に関する項目
①あなたは認知症という病気をどのように受け止めていますか？
②ご家族の皆さまはあなたの認知症という病気のことをどのように思っていると思いますか？
b) 必要なサポートに関する項目
①生活していくうえでどのようなお手伝いが必要ですか？
②就労していくうえでどのようなお手伝いが必要ですか？
c) 就労の意味に関する項目
①あなたにとって働く意味とは何ですか？
②あなたにとって「〇〇〇（就労施設名）」はどのような場所ですか？
③お仕事をされて、よいことはどのようなことでしょうか？
④お仕事をされて、悪いことはどのようなことでしょうか？
⑤お仕事をされることで、何か得られたと思われますか？

4. 分析方法

分析は北・谷津（2009）の方法に準じて、1事例ごとの個別分析を行った。分析時には随時、老年看護学および質的研究の専門家からスーパービジョンを受けた。

(1) 個別分析

研究参加者ごとに逐語録、およびフィールドノートを何度もよく読み返し、「若年認知症者は、認知症という病をもちながら就労の場でどのような体験をしているのか」「若年認知症者は、就労に対してどのような思いがあるのか」という主題に沿ってデータを抽出した。抽出されたデータの背後にある意味に注意し、再度逐語録、およびフィールドノート全体を読み直しながら研究参加者の反応に含まれる中心の意味を抽出した。抽出された中心の意味の類似するものを研究参加者ごとにまとめ、表題をつけた。

5. 倫理的配慮

若年認知症者と家族介護者に対して、研究目的、期間、方法、参加者にもたらされる利益および不利益、参加は自由意思であること、参加に同意しない場合でも不利益を受けないこと、参加に同意した後でも随時これを撤回できることを説明した。若年認知症者の研究参加同意書には、若年認知症者および主家族介護者の2人から署名を得た。個人が特定されないよう住所・氏名を削除して、データ分析・管理を行い、および目的外には使用しないことを説明した。また、インタビュー中に過度な緊張、身体状態が悪化したりした場合は、すぐにデータ収集を中止することにした。本研究は当該大学の倫理審査委員会で承認を得てから行った。

IV. 結 果

1. 研究参加者の概要（表2）

(1) 1事例目（A氏と母親）

A氏は男性でインタビュー時は55歳であった。80歳代の母親との2人家族である。初回の受診でアルツハイマー型認知症と診断され、数か月後、他病院にてアルコール性認知症の疑いも指摘された。インタビュー時の認知症の進行度がFunctional Assessment Staging 3（FAST 3）、すなわち軽度認知機能低下であった。

A氏は大学を卒業後、大手製菓会社にて商品開発、営業の仕事をし、日本国内を忙しく駆けまわっていた。53歳のときに転勤となり、A氏の異変に気づいた兄と上司の助言によって受診し、認知症と診断された。その後、1年間の休職となったが、A氏はいままでも頑張って仕事に励んでいたのに職場から不当な扱いを受けていると感じ、54歳のときに自主退職した。

退職後、A氏は区の再就職支援に参加していたが、自分には支援内容が合わないと感じていた。そのようななか、A氏と母は若年認知症家族会に参加するようになり、そこで現在の障害者就労支援施設を紹介されて再就職となった。

(2) 2事例目（B氏と妻）

B氏も男性で、インタビュー時は65歳であった。60歳代の妻との2人家族である。アルツハイマー型認知症の診断を受けており、インタビュー時の認知症進行度がFAST 6、すなわち高度認知機能低下であった。

B氏は高校卒業後繊維会社に就職し、染色作業の仕事をしていた。58歳のときに妻が物忘れに気づき、その数か月後に上司が物忘れに気づいて受診となった。アルツハイ

表2 研究参加者の概要

項目	A氏	B氏
インタビュー時の年齢	55歳	65歳
診断年齢（退職年齢）	53歳（54歳）	58歳（60歳）
認知症の種類	アルツハイマー型認知症 アルコール性認知症の疑い	アルツハイマー型認知症
認知症のレベル	FAST 3（軽度認知機能低下）	FAST 6（高度認知機能低下）
前職種	製菓会社での開発・営業	繊維会社にて染色作業（3交代）
再就職後の仕事	菓子の商品開発	タオル・成人服たたみ 積み込み作業
作業日	火、水、木の各4時間	月、水、金は2時間 火、木は4時間
インタビュー回数（時間）	本人2回（74分） 母2回（68分）	本人3回（72分） 妻1回（114分）
参加観察回数（時間）	2回（140分）	3回（204分）
家族の状況	同居家族は母親で、アパート経営をしている。同地区内に兄夫婦が住んでおり、定期的に顔を合わせている。	同居家族は妻で、他の就労支援施設にてスタッフとして働く。子どもはすべて別居してそれぞれ家族をもつ。

マー型認知症と診断を受けたが、診断後も上司の理解を得ながら、60歳まで就労継続することができていた。B氏はその後も就労継続を希望したが、妻が「仕事におけるミス」や「車での移動」に対する不安を抱いており、退職に至った。

B氏は退職後、パチンコ店でパートとして働いたが、記憶障害、実行機能障害などのため、本人の意思に反して半年で解雇となった。数年後、精神保健福祉士の紹介にて障害者就労支援施設での就労が始まった。

2. 個別分析

本研究における表題は【 】, 中心的意味は《 》, 抽出されたデータは〈 〉で示した。また、逐語録、フィールドノート、利用者の活動記録の内容は「 」を用いて示し、おのおの {母} {妻} {観察} {活動記録} を明記した。

(1) A氏の分析結果

若年認知症者A氏とその母親へのインタビューにより得られた逐語録、およびA氏の就労中の様子を参加観察したフィールドノートの記録を分析した。その結果、認知症という病をもちながら就労継続する体験と思いに関して〈抽出されたデータ〉は145個、《中心的意味》は22個、【表題】は5個であった。

A氏は家族や職場の人以外には【病名を告げたくないという思い】をもちながら、いままで経験してきた【得意分野を活かす】仕事をし、上司や職員の【さりげないサポートを得ながら働く】様子が観察された。そのようななかで【病をもちながらも努力して働ける喜び】を得ることができたという思いが述べられた。就労を継続しながら、日常生活を送るうえで、【社会制度の充実を望む】んでいた。以下に代表的な具体例を示す。

【病名を告げたくないという思い】は《職場で聞かれたらアルツハイマーと応える》《職場以外には病気のことを言いたくない》の2つの中心的意味から成り立っていた。「親戚にも言っていないです。あの、兄、うん、兄夫婦に言ってますけどね」{母}, 「本当はD(地区)だとかE(地区)とかに通えば近いんですけどね、『(近所の方から)あー、あの何してるのちょっと、からだおかしくなっちゃった』みたいなね。……言われるともう、なんだか行きたくないですね」など、病気のことを言いたくないという思いをA氏本人と母親から述べられた。

【得意分野を活かす】は《参加者の様子を判断しながら笑顔でグループワークを進行する》《集中して資料を作成する》の2つの中心的意味から成り立っていた。「朝コンビニで買ってきたお菓子を広げ『ゴミ(お菓子の袋)ではないですよ、みなさん元気でしょうか』と発言し和やかな雰囲気をつくる。前回参加していない利用者もいるた

め、前回までのことを細かく説明する」{観察} ことから始まって、「グループワーク中、意見の絞り込み方について具体的に説明する」{観察} など、認知症と診断されても自主的に働けるA氏の様子が観察できた。

【さりげないサポートを得ながら働く】は《認知症特有の症状がある》《病気を理解してくれるところで働きたい》《グループワーク開始前後にリーダーからサポートを得る》《参加者と助け合って就労している》《通院継続することで状態が安定し、安心できる》《体調に応じて無理なく仕事をしたい》《家族がサポートしてくれてありがたい》の7つの中心的意味から成り立っていた。「週3日(の労働)であればちょうどいいっていうか、逆にありがたい」「向こう(職場)が要望しているものに対して、その、全部応えられないっていうのをわかって、まあ、使ってもらえるとかですね」と職場に対して病状の理解や就労日数の検討などの希望を述べたり、「先生(担当医)の顔見たりとか、話聞くだけでも、とりあえずホッとする」「食事の面でやっぱりこう、母親がいてもらってですね」という職場以外のサポートに対する思いが述べられた。

【病をもちながらも努力して働ける喜び】は《家族のために貢献したい》《上司から評価されると嬉しい》《いまの就労に楽しみがある》《まわりから刺激を受けて自分を高めたい》《いまの職場のみんなと商品を開発したい》《脳を活性化させるために仕事する》《仕事をする和生活リズムが整う》《物忘れがあるので常にメモをする》の8つの中心的意味から成り立っていた。「(仕事をすることによって母親は)喜んでいるじゃないんですかね、(仕事をしていなかったときは)不規則になっていたの」と仕事することで規則的な生活になり、家族が喜んでいて感じること、「(仕事をするということは)刺激し合うっちゃうかですね、そういうことはやっぱり社会生活のなかで一番大事なのかな」と参加者と仕事することで刺激を受けていること、「(リーダーから)講座をつくるからそれやってくれ、って……ただそれだけなんですけどね、嬉しくってね」という喜びや、「どんどん次から次へ商品開発する商品開発部長か何かになりたいんです」という仕事に対する目標が述べられた。

【社会制度の充実を望む】は《障害年金のみでは不足》《国を頼るより現場の努力が大切だと思う》の2つの中心的意味から成り立っていた。「(障害年金の額は以前働いていた金額の)もう、3分の1ほどですよ」{母} であるため、「足りない場合はね、……何かどっかアルバイトに行こうかな、なんて言ってました」{母} とアルバイトの雑誌を見ながら話す場面があったことが述べられた。

また、「(区の再就職支援は)時間にこう制限があって、……もうなんか全然発想がわからないし、……嫌なもの

を無理やり、ただ行って……」と再就職支援方法に対する改善を希望していた。

(2) B氏の分析結果

若年認知症者B氏と妻へのインタビューにより得られた逐語録、およびB氏の就労中の様子を参加観察したフィールドノートの記録、就労施設に保管される活動記録を分析した。その結果、認知症という病をもちながら就労する体験と思いに関して〈抽出されたデータ〉は155個、《中心的意味》は27個、【表題】は8個が抽出された。

B氏はもともと口数の少ない人であったが、再就職後はさらに【夫婦間での会話の少なさ】が目立った。就労支援施設では【認知機能低下による混乱】があるため、【つきっきりのサポートを得ながら働く】ことが多かったが、【黙々と自ら作業する】姿もみられた。B氏は【仕事に対するひたむきさ】をもちながら仕事を継続しており、【仲間とともに働く】喜びを語ったり【仕事の待遇の受け入れ】を語ったりしていた。しかし、高度認知機能低下の状態であるB氏には【記憶障害による誤認】がみられた。以下に代表的な具体例を示す。

【夫婦間での会話の少なさ】は《妻からの声かけに返事をしたり無言だったりする》《妻と仕事についての話はあまりしない》の2つの中心的意味から成り立っていた。もともとB氏は口数が少ないほうだったが、〈夫に仕事の日だねという「うん」と言う〉や〈「いってらっしゃい」というが夫は無言で仕事に出かける〉のように病気の発症、進行とともにますます口数が減っていったことが妻から述べられた。

【認知機能低下による混乱】は《物忘れや思い違いがある》《いまの仕事の詳細はわからない》《仕事をする利点はわからない》の3つの中心的意味から成り立っていた。『何歳から仕事をしているか』という質問に対して、「30くらいからやわ」と事実とは異なる（実際は18歳から）ことを述べたり、『今日、どんな仕事をしたか』という質問に対して、「うーん、そんなこと言われても……（困った表情）。わからんけど。今日は……、ちょっとわからんわ」と記憶障害のため答えることが困難な様子が見られた。

【つきっきりのサポートを得ながら働く】は《介助がないと衣服の着脱ができない》《水分補給や排尿感覚等の判断ができない》《指示を受けるも返事をする余裕がないほど集中して作業する》《1人で作業することが困難になる》《職員から1対1で指導を受ける》《指示や指摘を受けながら作業を進める》《困ったり確認したいときにきょろきょろする》《ボランティアについてもらい見習いをした》の8つの中心的意味から成り立っていた。B氏が就労中、与えられた仕事をこなすことに精一杯であり、「職員からタオルたたみのミスについて指摘され、返事をしないで直

す」【観察】など、職員やほかの利用者の声かけに返事をする余裕がない状況であった。また、認知症症状進行のため1人で作業を行うことが困難である場合が多いB氏に対して、「目の前にある1枚のタオルを二つ折りでたたんだり、三つ折りでたたんだり悩んでいる様子。その様子を見たスタッフが隣に座り、三つ折りでたたむよう指導する」【観察】や「タオルたたみ終了後どうしてよいかわからずキョロキョロしている。その様子を見たスタッフがタオルの箱詰め作業をしてもらうため箱の組み立て方を説明する」【観察】など1対1で指導を受けている様子が多く観察された。

【黙々と自ら作業する】は《黙々と作業をする》《自ら作業を進めることができる》の2つの中心的意味から成り立っていた。「箱詰め作業が終了後、自主的にテーブルに向かい、タオルたたみを始める」【観察】など自主的に仕事をする様子がみられた。

【仕事に対するひたむきさ】は《仕事をするのは困難ではない》《仕事を続けたい》《きちんと仕事をしたい》《仕事はしなければならない》《仕事することに意味がある》の5つの中心的意味から成り立っていた。『なぜ仕事をするのか』という質問に対して「やっぱ仕事はしてかんなんさかいに、いままでずっと続けてきたもんで……」「仕事をするのがいいなと思って、それぞれずっとしてきたもんで……」と話され、これからも仕事を続けていきたいという思いが述べられた。

【仲間とともに働く】は《仲間と仕事するとよい点が多い》《仲間と仕事をしたり遊んだりしている》の2つの中心的意味から成り立っていた。「（仕事は）友だちおればいいさかいに」「まあ、一応、全部の人と、勉強（就労）しながら。あれしたり、これしたりして。まあ、遊びもあるけどさ」と仲間と仕事したり遊んだりしている様子について述べられた。

【仕事の待遇の受け入れ】は《仕事時間や体制はどうにもできない》《給料はどうにもならない》の2つの中心的意味から成り立っていた。B氏に対して、『大勢と1人でどちらが仕事しやすいか』『お給料は満足いく金額か』という質問に対し、「うーん、ま、そういわれてもどうもならんし」と仕事の体制や給料について自分ではどうにもならないと思っていることが述べられた。

【記憶障害による誤認】は《身体に問題はなく通院していない》《今日の調子はよい》の2つの中心的意味から成り立っていた。B氏に『通院について』質問したところ「（病院に通院して）ないです」という発言があり、精神科病院を定期的に通院していることを記憶障害のため忘れており、自分は通院をしていないと思っていることが述べられた。また、調子はよいという発言があっても「B氏は就

労中に脱水のため身体状態が悪化しているにもかかわらず、スタッフに言葉で表現することができなかった」『活動記録』という記載があり、少し前の状態を忘れてしまっていた。

V. 考 察

1. 軽度認知機能低下状態である若年認知症者の就労継続に関する体験と思い

「はじめに」で宮永（2009, pp.859-861）、戸田（2013, p.71）が述べたように、本研究の軽度認知機能低下であるA氏は、就労継続することで《仕事をすると生活リズムが整う》ことや、《まわりから刺激を受けて自分を高めた（い）》り、《脳を活性化させるために仕事する》《物忘れがあるので常にメモをする》という生活リズムの安定や刺激を受ける体験、および物忘れへの対処をしており、病状の進行予防を意識していることが読み取れた。それに加えて注目したいのは、自己を高めたいという思いである。《上司から評価されると嬉しい》《いまの就労に楽しみがある》という中心的意味も得られており、認知症と診断されても就労することで人としての成長を願い、誇りをもって働くという思いが表現されていた。このような率直な思いを受け止め、本人の立場からの理解を深めることの重要性が改めて示されたと考える。また、《障害年金のみでは不足》であるという、若年認知症者が自律した生活をしていくための賃金の必要性は切実な訴えであり、誇りにもつながる重要な要素だといえる。さらに、就労継続するうえでA氏は、《家族がサポートしてくれてありがたい》と感謝の言葉を述べるとともに、《家族のために貢献したい》と家族の存在が就労への意欲につながっていた。このような気持ちを直接・間接的に家族に伝えることで、家族のメンタルヘルスも向上し、さらなる就労継続の促進につながると考えられた。

また、A氏も母親も家族や職場の人以外には【病名を告げたくない】という思いをもっており、近所の目を避けて遠くの職場を選んでいた。認知症のイメージに対するアンケート結果（三重県, 2008）（小松・上城・青山, 2010, p.22）では、もの忘れがひどく頑固になる、被害妄想が激しい、徘徊をする、自己中心的になる、攻撃的・暴力的になる等のマイナスイメージが多く報告されている。A氏と母が【病名を告げたくない】という背景には、上記のような認知症イメージが潜んでいる可能性も考えられ、地域で認知症者の就労を支える際に考慮すべき事の一つであろう。

また、A氏と母は【社会制度の充実を望（む）】んでおり、再就職支援への対応の改善を希望していた。沖田・岡本（2006, p.486）の研究では、若年認知症の家族が必要

としている支援内容として若年認知症本人に合わせたサービスづくりなどをあげている。若年認知症者は、認知機能低下により決まった時間に決まったことを行うことが困難になってくる。そのため、本人の認知機能や体調に合わせて自由に再就職支援を受けることができる体制が必要であることが示唆された。

2. 高度認知機能低下状態である若年認知症者の就労継続に関する体験と思い

本研究では軽度認知機能低下であるA氏のみでなく、高度認知機能低下であるB氏も就労継続していた。伊藤・田谷（2009, pp.206-207）は、就労を継続するためには、疾患により能力低下が進行すること、新規の学習が困難であること等を踏まえ、簡潔で部分的な業務を検討する必要がある。記憶障害はあるが、本人は就労への意欲を示しており、上司、同僚等の業務内容の吟味が就労継続を可能とさせていると述べている。また、干場（2011, p.25）は、若年認知症の一人ひとりの状況に応じた支援をはかる体制を構築することが緊急の課題であると述べている。高度認知機能低下であるB氏からは《自ら作業を進めることができる》様子が観察され、簡潔で部分的な業務を担うという業務内容の配慮をすること、《1人で作業を進めることが困難になる》ような場面では《指示や指摘を受けながら作業を進める》という本人の認知機能や状況に応じたサポート体制を整えるなどの就労環境、さらに《仕事を続けたい》《仕事をすることに意味がある》などずっと持ち続けている「働き続けたい」という思いが就労継続への大きな力になったと示唆された。よって、本人が就労継続への思いがあるならば、必ずしも再就職を勧めるのは軽度のみではないと考えられた。ただし、高度認知機能障害者においては【記憶障害による誤認】のリスクが高まるので、言葉による表現と身体表現、観察記録等をあわせて状態を判断していく必要がある。たとえば、B氏の「調子はいい」という発言を鵜呑みにすることなく、「就労中に脱水のため身体状態が悪化」という記録を踏まえた観察の必要性が示唆された。

また、B氏は【仲間とともに働く】喜びを述べていた。中村（2011, pp.159-160）は、高齢者ばかりのデイサービスでは話し相手がいなかったが、若年認知症社会参加支援センターでは利用者同士すぐに仲よくなり、こうした仲間との交流もいい刺激になったと述べており、沖田（2013, p.1222）は仲間と出会い自分だけではないと知ることが、自らの可能性を再認識することや気力にもつながっていくと述べている。B氏を含む若年認知症者は就労することで仲間と出会うことができ、さらにそれが刺激になり、気力にもつながっていることが推測できた。

3. 若年認知症者が就労継続するうえでの看護への示唆

認知機能低下による物忘れや思い違いなどが少なからず認められる若年認知症者が、就労を継続していく際には、どのようなことが関与しているのでしょうか。各1事例という限界はあるが、軽度の認知機能低下であるA氏と、高度の認知機能低下であるB氏に共通していた主なことは、次のようなことであった。

- ①仕事をすることに意味があるという就労継続への意欲があること
- ②自らの体調に応じた就労日数で勤務していること
- ③認知症になる前からの得意分野を活かしていること
- ④助言や指示を受けながら作業するというサポート体制があること
- ⑤就労することで仲間と出会い刺激や気力につながっていること

これらのことよりまず、認知症という病をもちながら働くという思いを受け止めること、そして傾聴をとおしてどのような内容の就労を望んでいるのか、以前どのような内容の就労を行っていたのかを把握し、認知症の進行や症状に過度にとらわれることなく、現在の就労能力と就労意欲を判断することの重要性が示唆された。さらに、認知症の進行に伴って出現することが予想される【記憶障害による誤認】等に対応するため、就労施設の職員への認知症に対する知識や対応法に関する教育・指導の必要性も示唆された。このような教育によって、認知症者の特徴を施設の職員も理解することができるようになり、サポート体制が整っていくと考えるからである。

また、高度の認知機能障害のあるB氏に起こったような、仕事に没頭するあまりに判断力の低下が顕著となり、自らの身体管理ができなくなって異変（脱水）を生じる等といった事態に対応できるよう、施設職員と看護職員との連携の必要性も示唆された。就労を継続するための心身状

態管理を日常化しておくことが求められる。

最後に、軽度認知機能低下であるA氏を含めた誰しもが、数年後には認知機能低下が進みB氏のように高度認知機能低下になることは、現在の医療において疑う余地がない。そのときに、『高度認知機能低下者＝就労不可能者ではない』ということ、および『仲間とともに働く喜びは高度認知機能低下の人も、普通の人も同じ』ということをも本研究のB氏は示してくれた。このような認識が世間に広がっていくことによって、認知症の人々に付されることの多いマイナスのレッテルが変わっていくことであろう。若年認知症者の就労に関する体験と思いを広め、一般の人々の理解を深めていくという看護者の役割も示唆された。

VI. 本研究の限界と今後の課題

研究参加者に研究結果を提示し、データの解釈が妥当であるかを確認してもらうためのメンバーチェック（member checking）については、認知症による認知機能低下の進行のために実施できないという限界がある。

本研究では、軽度と高度の認知機能低下状態である研究参加者からデータを得て分析を行った。高度の認知機能低下状態であっても自らの意思で就労継続したいという思いがあるという事実を確認できたいま、中等度認知機能低下状態にある研究参加者を含め、ケース数を積み重ねて調査を継続していくことが必要である。

謝 辞

本研究対象者の皆様、および本研究にご協力くださいました施設関係者の皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は平成26年度富山大学大学院医学薬学教育部看護学専攻の修士論文に加筆修正したものである。

要 旨

本研究の目的は、軽度と高度の認知機能低下のある若年認知症者2事例の就労継続に関する体験と思いを記述することである。就労支援施設で働く若年認知症者と家族に半構造化面接を行い、参加観察と記録簿からの情報収集も行った。その結果、A氏から【病名を告げたくないという思い】【得意分野を活かす】【さりげないサポートを得ながら働く】【病をもちながらも努力して働ける喜び】【社会制度の充実を望む】の5つの表題が得られ、B氏からは、【夫婦間での会話の少なさ】【認知機能低下による混乱】【つきっきりのサポートを得ながら働く】【黙々と自ら作業する】【仕事に対するひたむきさ】【仲間とともに働く】【仕事の待遇の受け入れ】【記憶障害による誤認】の8つの【表題】が得られた。

以上から、軽度の認知症者だけでなく高度認知機能低下状態の者も就労への思いを持ち続け、適切なサポートがあれば就労継続できるという現象を見出すことができた。

Abstract

The objective of the present study was to describe the experiences and thoughts regarding work continuation of two individuals with early-onset dementia, specifically one with mild and one with severe cognitive decline. Semi-structured interviews were conducted on the individuals with early-onset dementia, who were working at an employment support facility, and their families, and information was also collected from participant observation and records. Based on the results, the following five headings were obtained for Mr. A: “reluctance to inform others of the disease name”, “make use of specialty”, “work while receiving subtle support”, “the joy of being able to put effort into work despite having a disease”, and “desire enhancement of social system”. For Mr. B. the following eight headings were obtained: “lack of conversations with wife”, “confusion caused by cognitive decline”, “work while receiving constant support”, “work silently and independently”, “earnestness toward work”, “work together with others”, “acceptance of treatment at work”, and “misunderstanding resulting from memory impairment”.

These findings indicate a phenomenon in which individuals with severe cognitive decline, as well as those with mild dementia, continue to have a desire to work, and are able to continue work given the appropriate support.

文 献

- 新井平伊 (2011). 若年性認知症の臨床的諸問題—日本老年精神医学学会から—. 精神神経学雑誌, 113(6), 562-567.
- 朝田 隆, 他 (2009). 厚生労働科学研究費補助金長寿科学総合研究事業「若年性認知症の実態と対応の基盤整備に関する研究」. 平成20年度総合・分担研究報告書.
- 藤本美郷 (2010). あなたならどうする—ドキュメント若年認知症—. 45, 東京: 三省堂.
- 干場 功 (2011). 家族会が望む就労支援について. 職リハネットワーク, 68, 23-26.
- 一ノ渡尚道, 他 (1997). 厚生省科学研究費補助金精神保健医療研究事業「若年痴呆の実態に関する研究」. 平成8年度研究報告書.
- 伊藤信子, 田谷勝夫 (2009). 若年認知症者の就労の実態. 第17回職業リハビリテーション研究発表会発表論文集, 204-207.
- 北 素子, 谷津裕子 (2009). 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション. 27-49, 東京: 医学書院.
- 小松洋平, 上城憲司, 青山 宏 (2010). 地域住民が持つ認知症に対するイメージの実態と構造—自由回答アンケートの分析—. 柳川リハビリテーション学院・福岡国際医療福祉学院紀要, 6, 21-26.
- 松下 太 (2010). 若年性認知症の家族への支援. 精神科治療学, 25(10), 1353-1358.
- 三重県健康福祉部長寿介護課 (2008). 高齢者のイメージ及び認知症に対する理解について. 三重県IT広聴事業 e - モニター (電子アンケート) 結果. <http://www.e-kocho.pref.mie.jp/monitor/index.html?a=top;result&id=44>
- 宮永和夫 (2009). 若年認知症の治療とケア. 老年精神医学雑誌, 20(8), 855-864.
- 宮永和夫 (2010). 若年認知症に対する社会資源・制度の積極利用. 精神科治療学, 25(10), 1343-1352.
- 中村成信 (2011). ほかへ前を向いて歩く理由—事件, ピック病をこえて, いまを生きる—. 113, 東京: 中央法規出版.
- 認知症介護研究・研修大府センター (2015). 若年性認知症者の生活実態及び効果的な支援方法に関する調査研究事業「平成26年度認知症介護研究報告書」. 平成26年度老人保健健康増進等事業による研究報告書.
- 沖田裕子 (2013). 地域の立場から: 若年性認知症の本人や家族に必要な社会資源と現状. 作業療法ジャーナル, 47(11), 1219-1224.
- 沖田裕子, 岡本玲子 (2006). 若年認知症の家族が必要としている支援内容とその時期. 日本認知症ケア学会誌, 5(3), 480-491.
- 大石真理子, 山口美弥, 岡本隆寛 (2010). 地域生活をおくる精神障害者の社会適応過程に関する要因分析—就労支援B型施設における参加観察を通して—. 第41回日本看護学会論文集 (地域看護), 41, 7-10.
- 島橋 誠 (2009). 若年認知症の理解と看護の視点. *Nursing Today*, 24(9), 6-8.
- 戸田愛子 (2013). 就労継続をするということ. おはよう21, 24(9), 70-71.
- 山田忠雄, 柴田 武, 酒井憲二, 倉持保男, 山田明雄 (編) (2004). 新明解国語辞典 (第六版). 895, 東京: 三省堂.

〔平成27年9月21日受付〕
〔平成28年4月20日採用決定〕

日本におけるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題

Problem of Nurses in Remote Places

中 川 早紀子¹⁾ 高 瀬 美由紀²⁾
Sakiko Nakagawa Miyuki Takase

キーワード：へき地医療，看護師，看護実践，地域医療連携，地域看護

Key Words：medical care in a remote place, nurse, nursing practice, local medical cooperation, community nursing

緒 言

医療分野においてへき地とは、「交通条件および自然的・経済的・社会的条件に恵まれない山間地、離島その他の地域のうち、医療の確保が困難である地域をいう。これには、無医地区、無医地区に準じる地区、へき地診療所が開設されている地区等が含まれる」と定義されている（厚生労働省，2005）。また、無医地区は「医療機関のない地域で当該地区の中心的な場所を起点としておおむね半径4 kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を受診することのできない地区」をいう。日本において無医地区は、平成26年は633地区で、平成21年の705地区に比べ減少している（厚生労働省，2010）。しかしその理由は、人口が50人以下となり無医地区に当てはまらなくなったというものも多く、へき地ではいまだに医療従事者不足や医療設備不足などの医療の確保に課題を抱えていることが指摘されている。

また近年、日本では少子高齢化が深刻な問題となっている。総務省の調べによると、平成26年9月15日現在、65歳以上の高齢者人口は3,296万人で、総人口に占める割合は25.9%となり、人口、割合ともに過去最高である（総務省，2014）。このような社会の傾向はへき地においてより深刻なものであり、高齢化率もより一層高くなることから、医療・看護を必要とする人々も多くなると考えられる。へき地で暮らす人々に焦点を当てた研究からは、へき地で暮らす人々の生きがい感が都市部に比べて高いことが報告されている（岩本・田中・兼安，1998，p.46）。さらに、へき地の高齢者は都市部の高齢者よりも住み慣れた地域で最後まで住み続けたいというニーズをもっていることも明らかにされている（松井・川崎・新田・松本，2009，p.20）。一方で、医療体制の不十分さ、さらに公共交通機関の不備や社会資源の少なさなどから、医療依存度が高くなると住み

慣れた地域で継続して生活できなくなる人もいる。また、へき地では専門的人材が乏しい一方で、対象者は幅広く、医療職者にはプライマリ・ケアや、地域社会の特性を活かし、地域に根付いた医療・看護の展開など幅広い活動が求められている（鈴木・田中・岸・春山・篠澤，2004，p.15）。このような環境で働く医療職者は、都市部に勤務する医療職者とは異なった問題を抱えていると考えられる。とくに医療職の不足した地域で看護師が唯一の医療職であることもあり、看護師の存在意義は大きいと思われる。

したがって、へき地で働く看護師が直面する看護上の問題についての文献を検討し、へき地で働く看護師の役割や支援について明らかにすることはへき地での医療や看護の充実やより質の高い看護活動の実践へとつながり、人々が住み慣れた地域でより安心して生活を続けられるための糸口となると考えられる。

そこで本研究は、文献検討を通してへき地で働く看護師が直面する看護上の問題を明らかにし、そのうえでへき地で働く看護師の役割を検討することを目的とした。

I. 用語の定義

本研究における主要用語を以下のように定義する。

へき地で働く看護師：へき地の病院、診療所、訪問看護ステーションでの医療実践に携わる看護師。

II. 方 法

1. 文献検索の概要と対象の選定

へき地で働く看護師が直面する看護上の問題を明らかにするために、文献レビューを行った。文献検索に使用したデータベースは『医中誌Web』である。検索対象期間は2000年から2014年までとし、「看護and僻地or山間部or離

1) 広島大学病院看護部 Nursing Department, Hiroshima University Hospital

2) 安田女子大学看護部看護学科 Faculty of Nursing, Department of Nursing, Yasuda Women's University

島or島嶼or過疎地域orへき地or島しょor過疎地or山間」というキーワードで、原著論文に限定し検索を行った。その結果、重複する文献を除き、計276件が抽出された。これらの文献の文献名や抄録を読み、下記の選定基準および除外基準に基づいて文献を選択した。結果、16件の文献が分析の対象となった。文献名での選定では、たとえば文献名に「保健師の」が入っているなど明らかに対象から外れるものを削除した。その理由は、保健師や助産師は立場上、看護師とは違う役割も含まれると考え、今回は医療の一端を担っている看護師の立場からその役割を明確にすることを目的としたためである。対象文献を日本に限定した理由は、一つ目に、オーストラリアなどの特定の国ではへき地医療＝先住民への看護である場合があり日本には当てはまらないこと、二つ目に、国によって看護師の教育背景やへき地での役割や責務が異なることが考えられたためである。このことから、海外文献から学ぶべきことはあるが今回はまず国内の文献を対象にした。

〈選定基準〉

- ・日本のへき地で働く看護師を対象にしている論文
- ・へき地での看護活動の経験がある看護師を対象にしている論文
- ・へき地の看護師が直面している問題、課題を述べている論文

〈除外基準〉

- ・特定分野の看護（精神看護・小児看護など）に限定している論文
- ・特定の患者の事例に関する看護活動について述べている論文
- ・保健師の活動について述べている論文

2. 分析方法とその過程

まず、文献の発行年、調査方法、対象地域、対象施設に関するデータを抽出、分類し、その特徴を明らかにした。次に、対象文献から、へき地で働く看護師が直面する看護上の問題を文章のまま抽出し、コード化した。そして、類似しているコードを著者の意図する意味を損なわないよう要約し、類型化したものをサブカテゴリー化した。さらに、共通性がある問題ととらえられるサブカテゴリーを集約し、カテゴリー化した。そして、へき地で働く看護師が直面する看護上の問題について分析し、へき地で働く看護師の役割について考察した。

Ⅲ. 結 果

1. 文献の特徴

まず、対象文献16件に関して、著者、発行年、調査方

法、研究対象地域・施設、指摘された看護上の問題の要点を表1にまとめた。研究対象とされている地域では、へき地が5件、山間部が4件、離島が3件、複数の地域を対象にしている文献が3件、過疎地域が1件であった。医療分野においてへき地は幅広い条件を含むため、へき地という表現では明確に対象地域を分類することはできない。一方で離島や山間部などの地理的な条件で特定している文献や過疎地域といった社会的な条件で対象にしている文献もあった。どの文献にも共通することは医療の確保に課題をもつ地域を対象としていることである。研究対象施設では診療所が12件、病院が2件、病院・診療所の両方が1件、訪問看護ステーションが1件であった。へき地において診療所は住民にとって最も身近な医療施設であり、へき地で働く看護師の実状をとらえやすいのではないかと考えられた。

2. 日本におけるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題

対象文献より、152件のコード、25件のサブカテゴリー、7件のカテゴリーからなる、日本におけるへき地で働く看護師が直面する問題が抽出された。そのうち、サブカテゴリー、カテゴリーのみを表2に表す。

以下、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを[]で表す。

(1) 地域特性に沿った看護実践への困難

【地域特性に沿った看護実践への困難】は、その地域がもつ地理的・社会的な特性、または、地域特有の特性が看護実践の支障を招くことを表している。このカテゴリーは、[交通の不便さに伴う対応の遅れ][高齢者が多いために生じる健康課題への戸惑い][医療・看護に関する住民の理解不足][地域の習慣や土地柄に対する戸惑い]の4件のサブカテゴリーから構成された。[交通の不便さに伴う対応の遅れ]は、雪や山といった厳しい地理的条件や交通手段が船であることなどから、患者の移送がむずかしく、緊急時の対応が遅れること（下地・神里, 2013, p.46; 鈴木ら, 2004, p.12; 戸田ら, 2012, p.25; 春山ら, 2011, p.41; 普照・松山・森・松下, 2006, p.48; 三箇山, 2008, pp.38-40）、また、対象者の家が遠い、場所が特定しにくい、体力的に厳しい、遠方の利用者の期待に十分にこたえられないといった点で訪問看護師への負担が大きいことであった（戸田ら, 2012, p.25; 普照ら, 2006, p.48; 安田ら, 2012, p.20）。[高齢者が多いために生じる健康課題への戸惑い]は、高齢者が多く、介護者や見守り者がいない、入院の長期化、医療費の増加、老老介護、孤独死や自殺の防止といった高齢者の多さに伴う問題への対応に対する戸惑いがあることであった（戸田ら, 2012, p.23; 三箇

表1 文献の研究対象と指摘された看護上の問題

著者, 題名, 発行年, 調査方法	研究対象	看護上の問題の要点
大平, 他「日本におけるルーラルナースングの役割モデルについての研究」2002, 面接	離島, 山村の診療所	時間外の対応へのストレス等
吉岡, 他「ルーラルナースングにおける専門家役割モデルの検証—M県内におけるへき地診療所と都市部病院に勤務する看護専門職への調査結果から—」2002, 質問紙	へき地診療所	学習機会の不足, 多様な業務内容等
鈴木, 他「へき地診療所において発展させるべき看護活動」2004, 面接	へき地診療所	看護師のプライバシーの欠如, 学習機会の不足等
普照, 他「A県下過疎地域における病院・診療所からの訪問看護の役割と課題」2006, 質問紙	過疎地の病院・診療所	交通の便が悪く訪問看護に支障等
三箇山「大学病院勤務看護師の看護に対する考え方の変化—へき地の病院へ派遣に出て体験したことから—」2008, 面接	山間の病院	業務量の多さ, 人や資源が不十分等
安田, 他「山間地域の診療所における看護師の役割——診療所の外来受診者と看護師に対する調査から——」2008, 質問紙・面接	山間の診療所	多忙で丁寧な対応が困難等
亀井, 他「診療所看護職の看護活動と自律性—東北地方A県における都市部とへき地の比較—」2010, 質問紙	へき地・都市部診療所	研修への参加が少ない
加藤, 他「離島へき地診療所で働く看護師に求められるアセスメント・応急処置」2010, 質問紙	離島診療所, 都市部病院	緊急時の対応への困難感等
塚本, 他「へき地診療所看護職の学習ニーズ」2010, 質問紙	へき地診療所	学習不足, 他職種との連携への困難感等
春山, 他「へき地診療所における医師と看護師との連携に関する研究」2011, 面接	山村, 離島の診療所	医師が常駐しておらず連携に困難感等
坂本, 他「へき地の診療所における看護者の看護実践力を高めるための学習活動の実態調査」2011, 面接	へき地診療所	多様な役割の遂行, 学習機会の不足等
森, 他「小規模島嶼における看護実践モデルの開発—理論的枠組みの構築と妥当性の検証—」2012, 質問紙	離島診療所	医師不在時の対応への困難感等
茂呂, 他「へき地における急性・重症患者看護専門看護師の活動の可能性と今後の課題—CNSの実習を通して—」2012, 質的研究	山間の中核病院	緊急時の体制が不十分, プライバシーの欠如等
戸田, 他「へき地診療所における看護実践上の戸惑い」2012, 面接	へき地診療所	少人数で多様な業務の同時実践等
安田, 他「山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策」2012, 面接	山間の訪問看護ステーション	訪問看護への理解不足, 他機関との連携不足等
下地, 他「離島診療所に赴任する看護師に対する教育プログラムと支援体制」2013, 面接・質問紙	離島診療所	マンパワーの不足, 時間外の対応等

山, 2008, p.40; 茂呂・平良・鈴木・中村, 2012, p.90)。さらにこのサブカテゴリーでは, 看護師が高齢者や認知症患者に対する情報収集や服薬管理においてベッドサイドで多くの時間を費やす, 高齢の患者は家族の代理意思決定が多く患者のプライバシーの保護・尊厳へ配慮が必要であるといった看護師への負担があることがあげられた(戸田ら, 2012, p.23; 茂呂ら, 2012, p.90)。「医療・看護に関する住民の理解不足」は, 住民が他者の介入により生活を乱されるのを嫌がる, 自分でなんとかするという意識が強く, 本人の意思でない入院, 訪問看護や必要なサービスの否定などがあること(戸田ら, 2012, p.26; 三箇山, 2008, p.40; 茂呂ら, 2012, p.90; 安田ら, 2012, p.20), 訪問看護への理解が不足しており, 往診は受け入れるが訪問看護なら拒否されることがあるということであった(普照ら, 2006, p.48; 安田ら, 2012, p.22)。「地域の習慣や土地柄に対する戸惑い」は, 農繁期, 行事の時期には患者が受診したがらない, または, 農繁期には家族が介護に手がまわらなくなるため施設利用が増えること(下地・神

里, 2013, p.46; 戸田ら, 2012, p.26), 患者が受診日時を守らなかったり, 診察料を後払いにしたりと自分に合わせた要求が多いこと, さらに, 方言の理解がむずかしく, 看護活動に支障をきたすといったことであった(下地・神里, 2013, p.46)。

(2) プライバシー確保の困難

【プライバシー確保の困難】は, 住民同士や地域で暮らす医療職者との距離感や関係性が密接であることがプライバシー確保の困難さを招いていることを表している。このカテゴリーは「勤務時間外の対応」[看護師が公私の区別がつけにくいこと][住民のプライバシーを守れないこと]の3件のサブカテゴリーから構成された。「勤務時間外の対応」は, 看護師の自宅に電話がかかり相談や対応が求められたり, 休日に看護師の自宅へ薬の要求に來たりするなど時間外の対応が多いことであった(大平ら, 2002, p.81; 下地・神里, 2013, p.46; 戸田ら, 2012, p.26; 春山ら, 2011, p.41; 森・兒玉・波多野, 2012, pp.8-9; 吉岡ら, 2002, p.87)。「看護師が公私の区別がつけにくいこと」は,

表2 日本におけるへき地で働く看護師が直面している問題

カテゴリー	サブカテゴリー
地域特性に沿った看護実践への困難	交通の不便に伴う対応の遅れ
	高齢者が多いために生じる健康課題への戸惑い
	医療・看護に関する住民の理解不足
	地域の習慣や土地柄に対する戸惑い
プライバシー確保の困難	勤務時間外の対応
	看護師が公私の区別がつけにくいこと
	住民のプライバシーを守れないこと
高い質の医療確保が困難	保健医療福祉資源の不足
	専門的な治療や処置の限界
	多忙で丁寧な対応が困難
	経営状態による医療環境の不備
マンパワーの不足	十分な休みの不足
	多様な業務の同時実践
	庶務的な業務の兼任
	薬剤師業務の兼任
	保健師業務の兼任
	医師不足によるストレス
緊急時の対応へのストレス	緊急時の判断や処置への困難感やストレス
	緊急時の連絡体制の不備
他職種との連携における困難	特定の医師が長期的に駐在しないことへのストレス
	行政や支援機関との連携や理解不足
	在宅看護との連携不足
学習活動の不足	技術の実践機会が少ないことによる実践能力の低下
	幅広い知識の不足
	新しい医療・看護に関する知識獲得機会の少なさ

看護師の生活が住民の目に触れる、公私の区別がつけにくい（鈴木ら, 2004, p.13）、地域住民との距離が近すぎて遠慮があり、必要な指導が中途半端になったり、処置をしにくかったりすることであった（戸田ら, 2012, p.25）。[住民のプライバシーを守れないこと]は、救急車やヘリの出動時に住民が集まり対象者に関する詮索をすること、それにより家族が搬送を嫌がること、住民同士や職員が顔見知りでありプライバシーの保護・尊厳に対していっそうの配慮が必要となることであった（大平ら, 2002, p.82；下地・神里, 2013, p.46；茂呂ら, 2012, p.90）。

(3) 高い質の医療確保が困難

【高い質の医療確保が困難】は、資源や設備などの限界から、患者にとって満足のいく質の高い医療を提供できていないことを表す。このカテゴリーは「保健医療福祉資源の不足」「専門的な治療や処置の限界」「多忙で丁寧な対応が困難」「経営状態による医療環境の不備」の4件のサブカテゴリーから構成された。[保健医療福祉資源の不足]は、地域の保健医療福祉資源が少なく、三次救急を担う病院がないため搬送に時間がかかること、地域での入院先や退院後の受け皿の確保が困難であることであった（鈴木ら, 2004, p.13；戸田ら, 2012, p.25；三箇山, 2008,

p.40；茂呂ら, 2012, p.90；安田ら, 2012, p.20）。[専門的な治療や処置の限界]は、人材や医療機器に制約があり専門的な治療や処置への対応率が低い、対応できる範囲に限界があるということであった（加藤・横内, 2010, p.18；春山ら, 2011, p.41；三箇山, 2008, p.41）。[多忙で丁寧な対応が困難]は、受診者数の増加や外来の回転の速さにより、全員への丁寧な傾聴や説明、個室での問診、気遣いなどが十分にできないことであった（普照ら, 2006, p.47；安田ら, 2008, p.94）。[経営状態による医療環境の不備]は、赤字経営で物品購入への切り詰めをせざるを得ないこと（戸田ら, 2012, p.27）、施設が古くバリアフリーでない、プライバシーを守れないといったことであった（塚本ら, 2010, p.8）。

(4) マンパワーの不足

【マンパワーの不足】は、看護師または他職種の人員の不足が医療体制や看護業務に影響して看護師のストレスとなっていることを表す。このカテゴリーは、[十分な休みの不足][多様な業務の同時実践][庶務的な業務の兼任][薬剤師業務の兼任][保健師業務の兼任][医師不足によるストレス]の6件のサブカテゴリーから構成された。[十分な休みの不足]は、看護師が少人数のため、長

時間勤務が日常的である、代わりとなる人材が不足し交代できない状況である、また、休日などで不在とすることに後ろめたさを感じるといったことであった（鈴木ら、2004, p.14；戸田ら、2012, p.26）。[多様な業務の同時実践]は、看護師が少人数であることから、通常の看護業務において1人が多様な看護業務や役割を担い、それらの同時実践を強いられることへ戸惑いを感じているということであった（坂本ら、2011, p.55；戸田ら、2012, p.25）。一方で、次のサブカテゴリーはマンパワーの不足により看護師の業務以外の役割も兼任せざるをえないことを表す。たとえば「庶務的な業務の兼任」は、窓口業務、事務、清掃など、看護業務以外の庶務的な業務の実践を強いられることであった（大平ら、2002, p.81；下地・神里、2013, p.47；春山ら、2011, p.41；三箇山、2008, p.41；吉岡ら、2002, p.87）。[薬剤師業務の兼任]は、不在の薬剤師に代わって調剤、薬剤管理、患者への薬剤指導を実施しなければいけないことへのストレスであった（下地・神里、2013, p.47；戸田ら、2012, pp.23-25）。[保健師業務の兼任]は、行政との連絡調整、健診、介護に関する情報提供など保健師の業務を強いられることであった（下地・神里、2013, p.47；茂呂ら、2012, p.90；吉岡ら、2002, p.87）。[医師不足によるストレス]は、医師が不在であるため本来医師が行う判断を看護師が行うなど、医師不在によるストレスがあること（大平ら、2002, p.81；亀井ら、2010, p.61；下地・神里、2013, p.47；森ら、2012, p.8）、医師が少ないため、医師に連絡がつかないことがあったり、すぐに医師が診察するのが困難であったりすることや、在宅療養を支える医師や風邪が流行する時期の医療力が不足していることであった（下地・神里、2013, p.46；春山ら、2011, p.41；三箇山、2008, p.40；茂呂ら、2012, p.90；安田ら、2012, p.20）。

(5) 緊急時の対応へのストレス

【緊急時の対応へのストレス】は、緊急時における看護師の責任や役割が大きいことや体制に不備があることに困難感やストレスを感じていることを表す。このカテゴリーは、[緊急時の判断や処置への困難感やストレス][緊急時の連絡体制の不備]の2件のサブカテゴリーから構成された。[緊急時の判断や処置への困難感やストレス]は、緊急時のアセスメントや応急処置、搬送の判断を迫られることへのストレス、判断に自信がもてず判断ミスが申し訳ないこと、緊急時は1人で何役もこなさなければならず、経験が未熟で対応に焦るといったことであった（加藤・横内、2010, p.18；戸田ら、2012, p.25；三箇山、2008, p.39）。[緊急時の連絡体制の不備]は、緊急搬送のホットラインや、家族への連絡体制が整備されていないことであった（戸田ら、2012, p.25；茂呂ら、2012, p.90）。

(6) 他職種との連携における困難

【他職種との連携における困難】は、医師や他職種とかわる際に理解が得られず、連携に困難感を感じたり、混乱が生じたりすることを表している。このカテゴリーは、[特定の医師が長期的に駐在しないことへのストレス][行政や支援機関との連携や理解不足][在宅看護との連携不足]の3件のサブカテゴリーから構成された。[特定の医師が長期的に駐在しないことへのストレス]は、派遣医師が1～2年で交代するため、新しい医師への患者情報の伝達に手間がかかること、医師によって治療方針、薬剤、搬送先等が変わり混乱が起こることであった（戸田ら、2012, p.26；春山ら、2011, p.41；安田ら、2012, p.20）。[行政や支援機関との連携や理解不足]は、行政や市町村が訪問看護活動や看護師の継続的な学習活動の必要性を理解していないこと（塚本ら、2010, p.6；安田ら、2012, p.23）、看護師が行政との連携の仕方やマンパワーの活用方法がわからないことであった（下地・神里、2013, p.47；塚本ら、2010, p.8）。[在宅看護との連携不足]は、訪問看護師や保健師との連携がうまくいかず、退院後の支援や家族の支援が不十分であること（塚本ら、2010, p.10；安田ら、2012, pp.22-23）、繰り返しの入院や自宅への退院ができないといった状況が多いことであった（三箇山、2008, p.40）。

(7) 学習活動の不足

【学習活動の不足】は、看護師が幅広い知識が必要な一方で、新しい知識を得にくい状況であること、頻度が少ない技術の実践力が低下してしまうことを表している。このカテゴリーは、[技術の実践機会が少ないことによる実践能力の低下][幅広い知識の不足][新しい医療・看護に関する知識獲得機会の少なさ]の3件のサブカテゴリーから構成された。[技術の実践機会が少ないことによる実践能力の低下]は、緊急時の技術や特殊な技術などは頻度が少なく、技術の向上ができないことや実践力の低下を危惧すること、十分な経験ができない業務に困難感を感じていること（坂本ら、2011, p.56；戸田ら、2012, p.23；安田ら、2008, p.94）、新しい機器を導入しても使用頻度が少ないと使用方法や管理方法を忘れ、うまく対応できていないことであった（戸田ら、2012, p.23；普照ら、2006, pp.47-48）。[幅広い知識の不足]は、対象が幅広いため、看護師には広く浅い知識が必要であるが、生活指導、介護の工夫、介護保険の知識、健康教育や保健指導などの学習が不足していることであった（塚本ら、2010, pp.6-10；戸田ら、2012, p.25；普照ら、2006, pp.47-48；三箇山、2008, p.41）。[新しい医療・看護に関する知識獲得機会の少なさ]は、新しい医療や看護技術・知識についての情報を得ることがむずかしいこと、研修などの自己研鑽の機会がなく、

機会があっても休みや代替者の確保がむずかしい、開催地が遠い、資金不足などの状況から参加しにくいといったことであった（亀井ら、2010, p.67；坂本ら、2011, p.56；鈴木ら、2004, p.13；塚本ら、2010, p.10；戸田ら、2012, p.26；吉岡ら、2002, p.90）。

IV. 考 察

1. 日本におけるへき地で働く看護師の役割

上記に示された特徴を踏まえ、日本におけるへき地で働く看護師の役割について以下に考察する。

(1) 地域住民の生活様式や価値観への理解に根差した看護の応用

〔交通の不便さに伴う対応の遅れ〕にあるように、へき地の特徴である交通の不便さは患者の搬送や訪問看護に支障をきたす。緊急時に搬送できるかどうかを判断するために交通アクセスや天候の特徴を理解しておくことは大切である。そして、地理的な特徴の理解は訪問看護時の移動距離の短縮にもつながる。交通のアクセス以外でも〔地域の習慣や土地柄に対する戸惑い〕を感じている看護師もいる。地域特有の制度や習慣は、その地域で生き抜き、幸福を追求するために長い年月をかけて地域住民が獲得した合理的な戦略であることが多い（萱場、2007）。つまり、住民にとって地域特有の行事や農業などへの参加はQOLを高めるものである。看護師がそのような住民の生活を配慮して受診の予約調整を行ったりできるように、地域特有の習慣やその土地に住む人々の土地柄の理解が必要であると考えられる。

また、看護師が地域住民との関係性をうまく保つことも必要である。〔医療・看護に関する住民の理解不足〕では、住民の自助意識の強さで必要なサービスの利用につながらないことがあるということが明らかになった。このことから、看護師は地域に積極的に溶け込み、地域住民と信頼関係を築く必要があると考えられる。さらに、住民同士の距離の近さで〔住民のプライバシーを守れないこと〕もある。顔見知りだからこそ周囲に病気やけがを知られることを不快に思う患者や家族もいる。患者の搬送時はとくに人々の目につきやすいため、看護師は患者が周辺住民に見られないような配慮や周辺住民が患者の事情について聞きたがっても答えないといった姿勢を一貫し、住民が安心して暮らすようプライバシーの保護に努める必要がある。

(2) 個人生活を守りながらも看護師として地域に溶け込む工夫

前述したように住民との信頼関係の構築が必要な一方で、〔勤務時間外の対応〕〔看護師が公私の区別がつけにくいこと〕といった地域住民との距離が近すぎて起こる問題

もある。へき地で働くうえで明確に公私の区別をつけることはむずかしいため、有給休暇などの利用で物理的に住民とのかかわりから離れられるよう、看護師が休暇を取得できる体制を整えることが大切である。また、看護師としてのかかわりを理解してもらうために、住民同士が集まり顔を合わせることや祭りや集会など地域の活動、または、回覧板のような地域の人が目を通ししやすい広報等を利用して、看護師としてどのようにかかわっていきたいかや看護師がどのような活動を行っているのかを発信するとよいのではないかと考えられる。また、病院や診療所でイベントを開催し看護師として住民の相談にのる機会を設けるなどの工夫も取り入れ、住民の理解を得ていく必要があると考えられる。

(3) 他職種との連携や意見交換の機会をもつこと

〔行政や支援機関との連携や理解不足〕にあるように、行政や市町村といった医療職以外の職種が看護師の活動や学習の必要性について理解を得ていないことは、勤務地での看護師の学習機会の少なさや活動費用、スタッフの増員や定着に影響を及ぼしうる。看護師は他職種への働きかけや連携の仕方、マンパワーの活用方法を習得できるように管理的手法を学ぶだけでなく、実際に他職種と話し合ってみるなど、かかわりを深め、現実の問題解決に向けて協働する活動を通して学ぶ必要があるとされている（塚本ら、2010, p.12）。つまり、他職種との連携に関しては、実際のかかわりのなかで意見を交わし理解や協力を得ていくことが必要であると考えられる。このことは〔保健医療福祉資源の不足〕の問題解決にも共通すると考えられる。保健医療福祉施設の設置、人材確保など費用がかかり整備が困難であると思われる事業については、住民や医療者、行政の意見を取り入れ、調和するような案を提示していくために、実際にそれぞれの意見を交わす機会を設けて理解や協力を得ていくことが必要であると考えられる。

医師との連携について〔特定の医師が長期的に駐在しないことへのストレス〕がへき地の看護師の問題としてあがっていた。へき地に派遣された医師の交代ごとに看護師は患者の情報を毎回説明しなければならずストレスを感じる。また、医師が替わると治療方針等も変更されてしまうため、看護師が戸惑いを感じることもしばしばである。しかし、経験の長い医師および看護師のもつ情報は双方の業務に不可欠であり、業務の状況や患者・家族の状況に応じて、医師・看護師が相互の役割認識と遂行能力を推しはかって、時に柔軟に相互の役割と責任範囲を決めていけることが、へき地診療所における医師と看護師との連携による活動を促進するとされている（春山ら、2011, p.46）。すなわち、医師と看護師がコミュニケーションをとり、連携がとりやすい関係性を築いていくことが大切である。

看護師から他職種に情報提供をしていき、意見交換が行えることはへき地で必要とされる重要な看護実践の一つであると考えられる。

(4) 緊急体制の整備

医師不足が深刻なへき地では、医師に代わって看護師に基本的な処置や搬送の判断が迫られることがある。そのため、看護師の「医師不足によるストレス」があり、「緊急時の判断や処置への困難感やストレス」も大きい。自分が経験したことのない状況が生じた場合は搬送することを原則とするなど、緊急時の搬送基準を決めている看護師もいる（大平ら、2002, p.81）。そのためには、普段から対応の在り方を確認し、緊急時にどう対応したらよいのか、どこに搬送すればよいかわからないといった「緊急時の連絡体制の不備」がないようにしておく必要がある。具体的には、救急体制に関する住民への働きかけや、役場職員との救急搬送の役割確認などを行い、搬送体制につなげていくことが看護師には必要であるとされている（下地・神里、2013, p.52）。また、看護師は緊急時の役割を明確にするなかで、いつ誰が家族に連絡をとるのかなどもあらかじめ確認しておく必要がある。

近年のICT（情報通信技術）の普及により、医師が不在でも支援病院がテレビ電話で患者を診察し看護師に指示をしたり、看護師が画像情報を送り医師に診断をしてもらえたりするような遠隔医療システムの導入を行っている地域もある。これらを活用して医師不足を補う工夫を取り入れていくことも必要である。

(5) 学習機会の獲得

へき地の診療所には、一次医療機関として診療所科目は多岐にわたり、さまざまな症状を呈する多様な年齢の人が受診する（安田ら、2008, p.97）。そのうえ、【マンパワーの不足】のカテゴリーからもわかるように、へき地で働く看護師にはさまざまな患者に効率よく対応でき、不足する職種の兼任もできる幅広い知識や経験があることが求められる。しかし、へき地の看護師は「幅広い知識の不足」を感じている。医療分野だけでなく、保健師が不在時には看護師が「保健師業務の兼任」をすることもあり、介護保険の利用、保健指導、介護の工夫などの保健・福祉分野についても、看護師は知識不足を感じている。また、薬剤師も不足し、看護師が「薬剤師業務の兼任」をして、住民に対する医療サービスの提供に努めなければならない。下地・神里の研究によると、診療所看護師を派遣する中核病院では他部署における看護師の研修が最重要課題となっており、実際に薬剤部で研修をした看護師は薬剤業務が理解でき、診療所でも薬剤依頼をするときの工夫点などがわかったと話している（下地・神里、2013, p.48）。このことから、へき地での看護活動を行うにあたっては、薬剤部等の

他部署の業務や保健・福祉分野について理解できる機会を設けることが看護師のストレスの軽減に効果的であると考えられる。

また、「専門的な治療や処置の限界」にあるように専門的な治療を可能とする人材や機器が不足していることにより、看護師が十分に対応できないことへ無力感を感じている。しかし、へき地では使用頻度の少ない機器を取り入れたり、専門看護師を確保したりすることはむずかしい状態である。へき地で働く看護師は基本的な応急処置や搬送が確実にでき、専門的な医療につなげられることが大切である。このことから、へき地で働く看護師には、基本的な応急処置も含めて「技術の実践機会が少ないことによる実践能力の低下」がないように、手技や知識などを繰り返し復習し、実践能力の向上をはかることや、必要時にすぐに対応できるように手順などをわかりやすくマニュアル化するという備えが必要であると考えられる。

へき地の看護師には、学びたくても「新しい医療・看護に関する知識獲得機会の少なさ」がある。研修等に出られないことは実践能力の低下や知識の不足などを助長すると考えられる。これは看護師にとって深刻な問題である。この現状に対しては、勤務地であり看護職が暮らすその地域での学習機会の提供や、インターネットなどを利用した学習活動のサポートシステムなどが提案されている（塚本ら、2010, p.14）。看護師自身が近くの病院へ出向いて施設や看護の見学を通して看護の方法を学ぶ、福祉施設で介護の仕方を学ぶ、消防主催による生命救助の勉強会に参加するといった工夫を行っている看護師もいる（坂本ら、2011, p.56）。看護師の継続した学習の必要性を訴え、身近にある施設等を積極的に利用し、学びの機会を得ていく姿勢がへき地の看護師にとって必要であると考えられる。

また、看護系大学がへき地で働く看護職への研修を実施し、自己の活動を振り返るなど自己研鑽の機会をつくり、看護職の資質の向上に寄与している例もある。看護職の専門性を高めていくためには一方的な知識や情報の入手だけではなく、看護活動の成果や課題を確認し合うといった相互的なコミュニケーションによる研鑽が必要であるとされている（宮崎・北山・春山・田村、2010, p.155）。へき地で働く看護師、さらに後方病院や都道府県で看護職を指導する教育的立場にいる看護師に対する研修事業の整備も考えられており、今後そのような機会を活用し自己研鑽に努めていくことが可能となると考えられる。

(6) へき地で働こうとする看護師への研修

へき地で働く看護師の役割について考察したが、それに加えて、これからへき地で働こうとする看護師に対して、へき地の勤務で直面し得るさまざまな問題に対応できる能力を事前に身につけられる研修を提供することも必要であ

と考えられる。研修内容としてまず、住民との関係性の構築の仕方に関する研修が必要である。それには、緊急搬送時の連携のとり方（救急体制に関する住民への働きかけ、役場職員との救急搬送の役割確認、搬送体制の構築の仕方）、地域住民に看護師としてのかかわりを受け入れてもらえるための教育・宣伝活動の仕方、過疎農村地域特有の考え方や価値観、風習などに関する知識があげられる。次に、へき地での看護に必要な知識と技術を身につける研修である。それには、基本的な応急処置や搬送手段に関する知識と技術、遠隔医療システムに関する知識と技術、患者の退院後の生活を支えるための知識と技術（介護保険の仕組みや保健指導方法などの保健・福祉分野に関する知識と技術）、医師および他職種への働きかけや連携の仕方、マンパワーの活用方法、さまざまな年齢や健康状態、疾患などに対応できる幅広い知識や経験があげられる。

また上記の事前の研修に加え、医療の確保が困難であるへき地に従事する看護師に対して、全国標準の看護対応マニュアルの構築、看護師に対する学習活動サポートシステムの構築（通信教育の活用）といった支援も必要である。

2. 本研究の限界と今後の展望

本研究では、文献検討を通して日本におけるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題を抽出し、へき地で働く看護師の役割を考察した。しかし、へき地といってもその地理的条件や社会的条件などはさまざまであり、すべて同じようにとらえることはできない。今回の文献検討では、それらのような条件を絞っておらず、へき地全般に共通する問題、あるいは一部のへき地にのみあてはまる問題が混合している。離島や山間部等、条件を限定して研究報告している文献の数が少ないため、地域のもつ特性ごとに分類して問題点を明らかにできないことが本研究の限界であるとする。今後、研究対象の条件をより限定しそれぞれの

地域の研究が増加していくことで、より地域の特性に即した看護師に必要とされる取り組みや支援が明らかになると考える。

V. 結 論

へき地で働く看護師が直面する看護上の問題を文献検討した結果、【地域特性に沿った看護実践への困難】【プライバシー確保の困難】【高い質の医療確保が困難】【マンパワーの不足】【緊急時の対応へのストレス】【他職種との連携における困難】【学習活動の不足】が明らかになった。これらのことより、へき地で働く看護師の役割として、以下のことが考察された。

へき地で働く看護師は、地域特性の理解と、看護師としての住民とのかかわり方を工夫し、看護師・住民それぞれのプライバシーの確保に努めることが必要である。

また、他職種との連携や意見交換の機会を得て問題解決をはかったり、緊急時の体制整備においても他職種と役割の明確化をはかったりする必要がある。また、ICTの利用を取り入れるなどの工夫も必要である。

へき地で働く看護師には幅広い知識や経験が求められ、そのための支援として他部署での研修の機会の提供が必要である。看護師自身は積極的に学習の機会を確保し、手技や知識の復習や手順のマニュアル化など看護実践能力を維持していかなければならない。

さらに、これからへき地で働く看護師に対して住民との関係性の構築の仕方に関する研修、へき地での看護に必要な知識と技術を身につける研修が必要である。それに加え、医療の確保が困難であるへき地に従事する看護師に対して、全国標準の看護対応マニュアルの構築、看護師に対する学習活動サポートシステムの構築（通信教育の活用）といった支援も必要である。

要 旨

本研究の目的は、日本におけるへき地で働く看護師が直面する看護上の問題について文献検討し、へき地で働く看護師の役割を明らかにすることである。『医中誌Web』を用いて抽出された16件の文献を分析した結果、【地域特性に沿った看護実践への困難】【プライバシー確保の困難】【高い質の医療確保が困難】【マンパワーの不足】【緊急時の対応へのストレス】【他職種との連携における困難】【学習活動の不足】が得られた。これより、へき地で働く看護師には、地域特性を理解し、住民との関係性を工夫すること、他職種との連携の機会をもち緊急体制の整備等に取り組むこと、看護実践能力の維持・向上のため学習機会を獲得していくことが必要であると示唆された。また、支援としてマニュアルの構築、情報通信技術を活用した教育、研修機会の提供、また、これからへき地で働く看護師に対する研修の必要性が示唆された。

文 献

- 普照早苗, 松山洋子, 森 仁実, 松下光子 (2006). A県下過疎地域における病院・診療所からの訪問看護の役割と課題. 岐阜県立看護大学紀要, 6(2), 43-50.
- 春山早苗, 田村須賀子, 鈴木久美子, 須永恭子, 関山友子, 波多野浩道, 兒玉慎平 (2011). へき地診療所における医師と看護師との連携に関する研究. 日本ルーラルナース学会, 6, 35-49.
- 岩本テルヨ, 田中愛子, 兼安久恵 (1998). 在宅老人の生きがい感—離島と都市部の比較—. *Quality Nursing*, 4(1), 43-49.
- 亀井彩加, 大竹まり子, 赤間明子, 細谷たき子, 小林淳子, 叶谷由佳 (2010). 診療所看護職の看護活動と自律性—東北地方A県における都市部とへき地の比較—. 北日本看護学会誌, 13(1), 61-68.
- 加藤美佐代, 横内光子 (2010). 離島へき地診療所で働く看護師に求められるアセスメント・応急処置. 日本救急看護学会雑誌, 12(2), 11-20.
- 萱場一則 (2007). へき地医療における看護師とその他の人々—医師から見たへき地の看護師—. 日本ルーラルナース学会誌, 2, 23-25.
- 厚生労働省 (2005). 第9次へき地保健医療計画の取り組み等. へき地保健医療対策検討会第1回資料—2—. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/01/s0124-11b.html> (検索日2014年9月23日)
- 厚生労働省 (2010). 平成21年度無医地区等調査・無歯科医地区等調査の概況について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000000ulrk.html> (検索日2015年6月19日)
- 松井美帆, 川崎涼子, 新田章子, 松本雅子 (2009). 離島高齢者における終末期ケアの意向に関する調査. 厚生指標, 56(3), 18-23.
- 三箇山恵 (2008). 大学病院勤務看護師の看護に対する考え方の変化: へき地の病院へ派遣に出て体験したことから. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター教員養成課程看護教員養成コース看護教育研究集録, 33, 37-44.
- 宮崎美砂子, 北山三津子, 春山早苗, 田村須賀子 (編) (2010). 最新地域看護学各論2 (第2版). 155, 日本看護協会出版会.
- 森 隆子, 兒玉慎平, 波多野浩道 (2012). 小規模島嶼における看護実践モデルの開発—理論的枠組みの構築と妥当性の検証—. 日本ルーラルナース学会誌, 7, 1-15.
- 茂呂悦子, 平良由香里, 鈴木典子, 中村美鈴 (2012). へき地における急性・重症患者看護専門看護師の活動の可能性と今後の課題—CNSの実習を通して—. 自治医科大学看護学ジャーナル, 10, 87-92.
- 大平肇子, 小林文子, 吉岡多美子, 八田勘司, 奥野正孝, 坂本和子, 小坂みち代, 村本淳子 (2002). 日本におけるルーラルナースの役割モデルについての研究. 三重県立看護大学紀要, 6(6), 75-84.
- 坂本雅代, 戸田由美子, 平瀬節子, 齋藤美和, 岡田久子, 阿波谷敏英 (2011). へき地の診療所における看護者の看護実践力を高めるための学習活動の実態調査. 高知大学看護学会誌, 5(1), 53-58.
- 下地千里, 神里みどり (2013). 離島診療所に赴任する看護師に対する教育プログラムと支援体制. 沖縄県立看護大学紀要, 14, 43-55.
- 総務省 (2014). 統計からみた我が国の高齢者 (65歳以上) —「敬老の日」にちなんで—. 統計トビックス, 84. <http://www.stat.go.jp/data/topics/pdf/topics84.pdf> (検索日2014年9月23日)
- 鈴木久美子, 田中幸子, 岸恵美子, 春山早苗, 篠澤倪子 (2004). へき地診療所において発展させるべき看護活動. 自治医科大学看護学部紀要, 2, 5-16.
- 戸田由美子, 坂本雅代, 齋藤美和, 岡田久子, 平瀬節子, 阿波谷敏英 (2012). へき地診療所における看護実践上の戸惑い. 高知大学看護学会誌, 6(1), 21-31.
- 塚本友栄, 小川貴子, 工藤奈織美, 鈴木久美子, 春山早苗, 関山友子, 小谷妙子, 工藤祝子, 福田順子, 佐藤里美 (2010). へき地診療所看護職の学習ニーズ. 日本ルーラルナース学会誌, 5, 1-15.
- 安田貴恵子, 御子柴裕子, 小林理恵子, 酒井久美子, 嶋澤順子, 和光由起, 手島聖子 (2008). 山間地域の診療所における看護師の役割——診療所の外来受診者と看護師に対する調査から—. 長野県看護大学紀要, 10, 89-100.
- 安田貴恵子, 柄澤邦江, 御子柴裕子, 酒井久美子, 下村聡子, 北山秋雄 (2012). 山間地域の訪問看護ステーションの活動上の課題と現任教育の方策. 日本ルーラルナース学会誌, 7, 17-29.
- 吉岡多美子, 小林文子, 大平肇子, 八田勘司, 奥野正孝, 坂本和子, 小坂みち代, 村本淳子 (2002). ルーラルナースにおける専門家役割モデルの検証—M県内におけるへき地診療所と都市部病院に勤務する看護専門職への調査結果から—. 三重県立看護大学紀要, 6(6), 85-94.

〔平成27年4月4日受 付〕
〔平成28年3月2日採用決定〕

看護学生が抱く手術直後患者の観察における困難感と対処

Concerns of and Coping by Nursing Students during Observation of Immediate Postoperative Patients

高比良 祥子¹⁾ 吉田 恵理子¹⁾ 片穂野 邦子¹⁾
Sachiko Takahira Eriko Yoshida Kuniko Katahono
松本 幸子¹⁾ 山田 貴子²⁾
Sachiko Matsumoto Takako Yamada

キーワード：看護学生，困難感，対処，観察，術後患者

Key Words：nursing students, concerns, coping, observation, postoperative patients

はじめに

手術直後の患者の観察は，単にバイタルサインの測定のみならず，覚醒状態，呼吸循環状態，創部・ドレーン類，疼痛といった複数の観察が組み合わさり展開される看護技術である。また，患者の状態は変化しやすく，即時の状況判断が求められる。看護学生（以下，学生と略）は，単独の観察技術は学習していても，手術直後患者の観察のように複数の観察技術を同時に組み合わせて展開することは未経験である。臨地実習では，学生は手術患者を受け持ち，看護師と共に観察を実施するが，実際の患者を前に緊張し，認知的ストレスは高く（沖野・山口・岸・那須・長澤，2005），躊躇する場面が見られる。

看護基礎教育においては，看護実践能力の育成が課題であり，学生の学修準備状況に合わせた効果的なカリキュラムや教授方法を開発・実施することが求められている（文部科学省，2011，p.14）。手術患者の看護における教授方法の工夫として，学内では，シミュレータの活用（原田・田中・張替，2009；矢野・土屋・野末，2011；小西ほか，2012；高比良・片穂野・吉田・松本，2014），ロールプレイ（泉ほか，2014），客観的臨床能力試験（原田・小澤・田中・濱田，2012；榎本ほか，2013）等が行われてきた。これらの教授方法により，学生は手術患者をイメージし，基本的な看護技術を修得して実習への準備性を高めることができる。一方で，これらの教授方法は，対象がシミュレータや模擬患者であるという特性に基づく限界があり，学生は患者の反応や状態をふまえて看護技術を応用することがむずかしいとの指摘がある。

臨地実習は学内で学んだ看護技術を適用して看護実践の基礎を学ぶ過程であり，看護学教育のなかで最も重要な教

授一学修過程である（田島，2009，p.14）。その一形態である成人看護学実習に関する研究では，実習の学び（梶子，2003；工藤ほか，2008），手術室での学生の学習経験（板東・雄西・今井・森・市原，2012），援助関係形成（廣松，2013），シャドーイング（長田，2013）等の報告がある。

臨地実習は，人間を対象に展開される授業である（杉森・舟島，2014，p.258）。一方，学生は看護実践に必要な基礎的能力の修得の途上にあり，学生の看護実践能力は必然的に未熟である（山下・定廣・舟島，2003，p.23）。観察は看護の基本的技術であるが，学生は，人間を対象とするむずかしさに加え，知識・技術の未熟さがあり，患者の状況が複雑に変化する手術直後の観察における困難感は顕著であると考えられる。しかし，手術直後の場の緊張を伴うなかでの複合的な観察の実施について，学生の視点からの困難感や対処についての探求は，ほとんどなされていない。学生自身が，手術直後の患者の観察においてどのような体験をしているかに焦点を当て，困難感と対処の実態を知ることにより，学生の体験を見据えた教育方法を検討することが可能になると考える。

そこで本研究の目的は，成人看護学実習において，学生が手術直後の患者の観察を行うときに，どのような困難感を抱き，どのように対処しているかを明らかにし，周手術期看護実習に関連した教育方法への示唆を得ることとする。

I. 用語の定義

- ①**困難感**：手術直後の患者の観察を実施するにあたり，学生自身が感じる困ったこと，戸惑ったこと，気がかり
- ②**対処**：学生が手術直後の患者の観察において困難感に直面したとき，混乱や危機を回避・克服するのにふさわし

1) 長崎県立大学看護栄養学部看護学科 Department of Nursing Science, Faculty of Nursing and Nutrition, University of Nagasaki, Siebold

2) 大分県立看護科学大学看護学部 School of Nursing, Oita University of Nursing and Health Sciences

い行動をとろうと努力すること（田村，2011，p.619）

③手術直後：受け持ち患者の手術が終了し，病棟・集中治療室へ帰室後20分以内

④観察：観察者の五感を通して，あるいは測定器具を通して行われる，ある特定の対象・事柄に対する意図的な情報収集（横山，2011，p.175）

Ⅱ．研究方法

1. 研究デザイン

半構造化面接法を用いた質的記述的研究デザイン。

2. 対象者

対象者は，成人看護学実習において受け持ち患者の手術を見学し，受け持ち患者の帰室後20分以内に，看護師とともに術後観察を行ったA大学看護学科3年次生で，調査の同意の得られた者とした。学生の受け持ち患者の術式，集中治療室への入室有無は問わないが，術後に人工呼吸器装着等，特殊な状況の患者を受け持った学生は除外した。また，他看護領域の実習経験による困難感と対処への影響を除くために，3年次に他看護領域の実習経験がなく，最初に成人看護学実習を行った学生を対象とした。

3. A大学看護学科における成人看護学実習の進め方

本研究は1大学で実施した。A大学看護学科の成人看護学実習は，急性期・回復期実習（3週間），慢性期・終末期実習（3週間）で構成される。急性期・回復期実習は，「周手術期または急激な健康危機状態にある対象の看護実践に必要な知識や技術を習得する」ことを目的とし，外科系病棟で受け持ち患者の看護展開を中心に行う。成人看護学実習における手術直後患者の観察の範囲は，意識状態，体温，脈拍，血圧，呼吸数，冷感，チアノーゼ，疼痛，呼吸音，腸音，吐きけ，腹部膨満，創部，輸液，ドレーン・カテーテル類の観察を含む。なお，実習前準備教育として，学内演習で術後観察，創傷処置，ドレーン管理等，周手術期の臨床場面を想定したシミュレーション教育を実施している。

4. データ収集方法

データ収集期間は，2013年10月から11月であった。対象者が，手術直後患者に対する術後初回の観察場面において，「手術直後の患者を見たときにどのように感じたか」「観察の実施において困難と感じたことや戸惑ったことはどのようなことか」「困難と感じたことや戸惑ったことに対してどのように対処したか」等の内容について，面接ガイドを用いた半構造化面接を実施した。面接は，臨地実習

時間外に個室で実施した。面接は，本人の了解を得て録音を行い，逐語録をデータとした。

5. 分析方法

本研究では，データの文脈と意味を重視し妥当な推論を行う Krippendorff（1980/1989）の内容分析の手法を用いて，以下の手順で分析した。個別分析では，作成した逐語録を丁寧に何度も読み，手術直後患者の観察における困難感と対処に関連する記述部分を対象者の言葉のまま抽出し分析単位とした。抽出した分析単位を，できるだけ対象者の言葉を用いて簡潔に本質的な意味を表わすように表現し，コード化を行った。全体分析では，全対象者のすべてのコードについて，意味内容が類似したものを集め，共通する意味を表わすようにサブカテゴリとした。さらに意味内容が類似したサブカテゴリを集め，本質的な意味を表わすように表現し，カテゴリにまとめた。分析の過程では常に生データを確認しながら行うとともに，質的研究の経験のある共同研究者5名でデータとカテゴリの確認・修正を行い，内容の信頼性を確保した。

6. 倫理的配慮

本研究は，以下のことに配慮して行った。授業時間外に，3年次生に研究主旨，概要について書面と口頭で説明し，研究参加の募集を行った。また応募者に対し，面接実施前に再度，研究参加の有無は成績評価に影響しないこと，参加は本人の自由意思であり，途中中断や参加の取り下げが可能であること，答えたくない質問には答えなくてよいこと，個人情報保護されること，データは研究目的以外には使用しないこと，データは鍵のかかる保管庫で管理し，研究終了後にはデータの機密性を確保したうえで破棄すること，結果は論文等で公表することを，書面と口頭で説明し，書面による同意を得た。面接は，実習指導教員以外の教員が，臨地実習時間外に，プライバシーの守られる個室で実施した。本研究は，長崎県立大学一般研究倫理委員会の審査を受け，承認を得て実施した（承認番号196）。

Ⅲ．結 果

1. 対象者の概要

対象者は，男性3名，女性9名の計12名，平均年齢21.5歳であった。受け持ち患者は，男性8名，女性4名，平均年齢63.8歳，術式は腎泌尿器手術3名，胃切除術3名，肺切除術3名，大腸切除術2名，乳房部分切除術1名であった。受け持ち患者の帰室から対象者の初回観察開始までの時間は，平均13.4分（5～20分）であった。面接時間は平均27.5分（17～36分）であった。

2. 学生が抱く手術直後患者の観察における困難感(表1)

分析の結果、232のコードから、42のサブカテゴリが抽出され、【手術前後の変化に混乱する】【重症感のある患者に対応できない】【どう行動してよいかわからない】【観察技術に自信がもてない】【患者に悪影響を与える不安がある】【つながりの理解と判断がむずかしい】【看護師や教員の指導に戸惑う】の7個のカテゴリが導き出された。学生

が抱く手術直後患者の観察における困難感について、以下に内容を記述した。なお、カテゴリは【 】、サブカテゴリは《 》、対象者A～Lの語りは斜体文字を用いて「 」で示し、必要に応じ()で補った。

(1) 【手術前後の変化に混乱する】

【手術前後の変化に混乱する】は、学生が、事前学習と実際の術後患者との違いや、手術前後の患者の外見の変

表1 学生が抱く手術直後患者の観察における困難感

カテゴリ	サブカテゴリ
手術前後の変化に混乱する	事前学習と実際の術後患者はイメージの差がある 術前と術後の患者の変化にギャップを感じる 麻酔や手術の侵襲の大きさに驚く 手術侵襲を受けた患者を見て怖いと思う 手術後の患者を見て混乱する
重症感のある患者に対応できない	術後の悪寒戦慄への対応に戸惑う 患者の痛みによく対応できない 多くのルートやドレーンが挿入された患者への対応がわからない もし異常や急変が起こったら自分には対応できない 麻酔直後で返答がなく観察の協力が得られない
どう行動してよいかわからない	手術見学直後で緊張や疲労が強く放心状態で観察についていけない 看護師のスピードについていけず場の邪魔になる 観察項目が多く状況の変化に焦り準備しても漏れがある 自分では判断がつかずどう行動してよいかわからない
観察技術に自信がもてない	シミュレータと生身の患者との観察技術の違いに戸惑う 医療機器やドレーン類の観察技術がわからない 覚醒状態の確認の方法がわからない 創部のある患者の心電図電極装着に戸惑う 学内と病棟の使用物品の違いに戸惑う 血圧測定がいつもどおり行えず焦る
患者に悪影響を与える不安がある	患者の安全が第一であるのに、学生が患者に苦痛を与えて観察してよいか戸惑う 患者に触れることで状態が変化しないか不安に思う 自分がルートの扱いを誤ると患者に悪影響を与える 観察の間違いや見逃しにより異常の発見が遅れる不安がある 手術創部周囲の聴診や触診で痛みを誘発する不安がある プライバシーや保温の配慮が不足する 学生の観察技術により感染リスクが高まる不安がある
つながりの理解と判断がむずかしい	合併症と観察項目のつながりの理解不足がある 呼吸音・腸音の正常・異常の判断と専門用語を用いた表現がむずかしい 創部、ドレーン排液の色や状態の判断に悩む 覚醒状態をどう判断してよいかわからない 末梢冷感の判断基準がわからない 患者の状態の判断がつかないので説明できない
看護師や教員の指導に戸惑う	看護師や教員から学生の学修準備状況と合わないことを指導され戸惑う 看護師に指導されても患者への悪影響を考えると観察させてほしいと言えない 疑問に対し明確な答えが得られないことへの不全感 看護師に観察項目が確認できないままの術後観察に対する不安 看護師や教員に質問しづらい 看護師の質問の意図がわからない 看護師や教員からの質問に答えられない焦り 看護師からの問いかけにわからないと言えない 慣れない環境で看護師に見られながらの観察に緊張する

化、麻酔や手術侵襲の大きさを目前にして怖さを感じ、術前の患者と全然違う人に見え、何がなんだかわからなくなるという困難感を示す。このカテゴリは、《事前学習と実際の術後患者はイメージの差がある》《術前と術後の患者の変化にギャップを感じる》《麻酔や手術の侵襲の大きさに驚く》《手術侵襲を受けた患者を見て怖いと思う》《手術後の患者を見て混乱する》の5個のサブカテゴリで構成された。

E「もともとが健康ですごい元気だったので、そのイメージが強くて、術後の患者さんが全然違う人に見えて、声かけとかが何と声をかけていいのかわかんない感じになって」

H「(術後の)状態が初めてだったから、どうしよう、どうしよう、どうしようっていうふうに焦りっていうか。結構、自分の頭の中でパニックになって」

(2) 【重症感のある患者に対応できない】

【重症感のある患者に対応できない】は、麻酔覚醒直後で痛みや悪寒戦慄があり、多くのルートが挿入された患者を、学生が目当たりすることで、危険な状態ととらえてどう接してよいか困惑するという困難感を示す。このカテゴリは、《術後の悪寒戦慄への対応に戸惑う》《患者の痛みうまく対応できない》《多くのルートやドレーンが挿入された患者への対応がわからない》《もし異常や急変が起こったら自分には対応できない》《麻酔直後で返答がなく観察の協力が得られない》の5個のサブカテゴリで構成された。

D「(患者が)震えだしたのを見て、何かちょっと怖いなという気持ちもあったし、どうすればいいんだろうという焦りがいっぱい出てきた」

K「(患者が)痛みとか出血とかで、ドレーンとかもつながれてて、すごい何か苦しそうな表情とかされたので、どのように接していいのかというのがわからなかった」

(3) 【どう行動してよいかわからない】

【どう行動してよいかわからない】は、学生が、手術直後という緊張感が高い状況のなかで、複数の看護師が行う処置や観察のスピードについていけず、観察項目の多さと患者の状態の変化に混乱し、何から観察してよいか判断できないという困難感を示す。このカテゴリは、《手術見学直後で緊張や疲労が強く放心状態で観察についていけない》《看護師のスピードについていけず場の邪魔になる》《観察項目が多く状況の変化に焦り準備しても漏れがある》《自分では判断がつかずどう行動してよいかわからない》の4個のサブカテゴリで構成された。

F「看護師さん2人がかりで速いスピードでいろいろ(ルート類を)セットとかしてて、私もそれに参加しようと思ったんですけど、なかなか、どう触っていいとかか取扱いとかがよくわからず(むずかしかった)」

K「やっぱり緊張してたので、事前には術後の観察項目とか勉強してたんですけど、その場になってみると、どこを観察すればいいんだっけという感じで、結構、項目を忘れてたりして、抜けているところがいくつかあった」

(4) 【観察技術に自信がもてない】

【観察技術に自信がもてない】は、学生が、シミュレータとは違う生身の術後患者の観察に予想以上に手間どり、現場の器具や医療機器に戸惑い、学内で練習した観察技術を頼りに行うことができなくなるという困難感を示す。このカテゴリは、《シミュレータと生身の患者との観察技術の違いに戸惑う》《医療機器やドレーン類の観察技術がわからない》《覚醒状態の確認の方法がわからない》《創部のある患者の心電図電極装着に戸惑う》《学内と病棟の使用物品の違いに戸惑う》《血圧測定がいつもどおり行えず焦る》の6個のサブカテゴリで構成された。

B「初めて術直後の観察を、実際の手術を受けた患者さんに行ったら、やっぱりモデル人形でしたときよりも、スムーズにできなかった」

C「(看護師が)血圧計を巻こうかと自分に血圧計をポンと渡されたんですけど、もう、ほんとにもう、患者さん脱力しているから、もう巻くのも大変で、もたもたした」

(5) 【患者に悪影響を与える不安がある】

【患者に悪影響を与える不安がある】は、学生が、自分の観察行為により患者の痛みや感染を誘発したり、観察の見逃しやルートの扱いの誤りにより、患者に悪い変化を生じさせるのではないかと思悩むという困難感を示す。このカテゴリは、《患者の安全が第一であるのに、学生が患者に苦痛を与えて観察してよいか戸惑う》《患者に触れることで状態が変化しないか不安に思う》《自分がルートの扱いを誤ると患者に悪影響を与える》《観察の間違いや見逃しにより異常の発見が遅れる不安がある》《手術創部周囲の聴診や触診で痛みを誘発する不安がある》《プライバシーや保温の配慮が不足する》《学生の観察技術により感染リスクが高まる不安がある》の7個のサブカテゴリで構成された。

I「自分が触ったせいで血栓が飛んだりとかしたら、どうしようとか(思う)」

B「もしもその術直後に生じる合併症が、本当は発見できていたのが、自分の観察が間違っちゃって発見が遅れて、この患者さんの今後に影響が出たらどうしようというのが、ちょっとやっぱり(あった)」

(6) 【つながりの理解と判断がむずかしい】

【つながりの理解と判断がむずかしい】は、学生が、手術後の患者について、麻酔の影響や合併症と観察項目を関連づけて理解することがむずかしく、覚醒状態、呼吸音、創部やドレーン排液などの正常・異常の判断と説明ができ

ず戸惑うという困難感を示す。このカテゴリは、《合併症と観察項目のつながりの理解不足がある》《呼吸音・腸音の正常・異常の判断と専門用語を用いた表現がむずかしい》《創部、ドレーン排液の色や状態の判断に悩む》《覚醒状態をどう判断してよいかわからない》《末梢冷感の判断基準がわからない》《患者の状態の判断がつかないので説明できない》の6個のサブカテゴリで構成された。

G「全身麻酔、筋弛緩薬とかの影響もまだ把握できてなくて。それが呼吸器だったり循環器にどのような影響があるかっていうのがわかってなくて」

E「写真とかでしかドレーン排液の状態とか見たことがなくて、これでいいのかなって判断に戸惑った」

(7) 【看護師や教員の指導に戸惑う】

【看護師や教員の指導に戸惑う】は、学生が、学修準備状況と合わない指導に戸惑い、満足・納得できない思いをもつ一方、指導に対する焦りや緊張など、看護師や教員から受ける指導に対してどうすべきかわからなくなるという困難感を示す。このカテゴリは、《看護師や教員から学生の学修準備状況と合わないことを指導され戸惑う》《看護師に指導されても患者への悪影響を考えると観察させては

しいと言えない》《疑問に対し明確な答えが得られないことへの不全感》《看護師に観察項目が確認できないままの術後観察に対する不安》《看護師や教員に質問しづらい》《看護師の質問の意図がわからない》《看護師や教員からの質問に答えられない焦り》《看護師からの問いかけにわからないと言えない》《慣れない環境で看護師に見られながらの観察に緊張する》の9個のサブカテゴリで構成された。

K「(看護師が)自分で考えを見つけ出ささいって感じのときはちょっと戸惑って。その後の確実な答えがないっていうか、勉強してもこれが正しいのかなというのが(ある)」

A「指導者さんから見られているっていうのもあるし、緊張して飛んでしまう」

3. 学生の手術直後患者の観察における困難感への対処 (表2)

分析の結果、127のコードから、27のサブカテゴリが抽出され、【看護師をまねて一緒に観察する】【試行錯誤しながら観察する】【邪魔をしないよう行動する】【とりあえず

表2 学生の手術直後患者の観察における困難感への対処

カテゴリ	サブカテゴリ
看護師をまねて一緒に観察する	看護師の誘導で観察する
	看護師と一緒に観察する
	看護師の動きを追って観察する
	看護師の観察技術を手本にしてまねる
試行錯誤しながら観察する	緊張は仕方がないと思い気持ちを落ち着かせて観察する
	事前学習の知識を総動員して観察する
	メモを確認しながら観察漏れを防ぐ
	優先順位を決めて観察する
	異常時は自分で判断せず看護師に助けを求める前提で観察する
邪魔をしないよう行動する	観察漏れ項目をやり直す
	看護師の観察を優先し邪魔をしないよう自分の観察を差し控える
とりあえずできる観察をする	場の状況が落ち着いたところで自分ができる観察をする
	迷ったことはそのままにして観察する
	自信のない項目には触れず自分が確実にできる観察を行う
看護師や教員へ報告・質問し、助言・指導を受ける	理解しないままとりあえずできる観察をする
	自分の言葉で色、音、反応を報告し、看護師に指導を受ける
	看護師や教員の質問に、自分の考えと自信がないことを正直に伝える
	疑問や判断に迷うことを看護師に直接聞く
	看護師の場の状況に応じた質問や助言により知識や技術の不足を補う
経験を整理し判断の適切さを確認する	看護師の指導を前向きにとらえて学習する
	経験と照らし合わせる
	カルテを見て自分の判断の適切さを確認する
	記録を書くなかで患者の状態を判断する
	自分の経験した疑問を先に学習した学生に聞く
	事後に自分で調べて理解する
	観察できなかった所を振り返り次に備える
	患者を優先した自分の行動は間違っていないと思う

できる観察をする】【看護師や教員へ報告・質問し、助言・指導を受ける】【経験を整理し判断の適切さを確認する】の6個のカテゴリが導き出された。学生が手術直後の患者の観察における困難感に対して、どのように対処しているかについて、以下に内容を記述した。

(1) 【看護師をまねて一緒に観察する】

【看護師をまねて一緒に観察する】は、学生が、混乱や緊張、自信のなさ、患者へ悪影響を与える不安により躊躇するなかで、看護師に誘導され手本を見せてもらい、一緒に観察することを通して、看護師の方法をまねて観察するという対処を示す。このカテゴリは、《看護師の誘導で観察する》《看護師と一緒に観察する》《看護師の動きを追って観察する》《看護師の観察技術を手本にしてまねる》の4個のサブカテゴリで構成された。

K「術後だから確実にしないといけないと思ったので、不安なことは看護師さんに一緒にしてもらいました」

G「看護師さんの動きを見て、看護師さんが触ったら自分も触って」

(2) 【試行錯誤しながら観察する】

【試行錯誤しながら観察する】は、学生が、緊張する気持ちを落ち着かせ、知識とメモを活用し、優先順位を決め、観察が漏れた項目はやり直すなど、自分なりに考えてうまくいく方法を模索しながら観察するという対処を示す。このカテゴリは、《緊張は仕方がないと思い気持ちを落ち着かせて観察する》《事前学習の知識を総動員して観察する》《メモを確認しながら観察漏れを防ぐ》《優先順位を決めて観察する》《異常時は自分で判断せず看護師に助けを求める前提で観察する》《観察漏れ項目をやり直す》の6個のサブカテゴリで構成された。

H「ノートに一応観察項目を書いてきていたので、それを見てから落ち着こうと思って。落ち着いて、その患者さんの全身状態を観察はしていききました」

B「この患者さんの事前にもっていた情報を思い出しながら、絶対これだけは見ようというのを自分なりに決めて、そこを重点的に見ていった」

(3) 【邪魔をしないよう行動する】

【邪魔をしないよう行動する】は、学生が、看護師の観察を優先し自分の観察を差し控えることや、場の状況が落ち着いたところで自分ができる観察をするなど、看護師や患者に悪影響を及ぼさないよう行動するという対処を示す。このカテゴリは、《看護師の観察を優先し邪魔しないよう自分の観察を差し控える》《場の状況が落ち着いたところで自分ができる観察をする》の2個のサブカテゴリで構成された。

L「(自分は) 実習させていただいている身だし。まずはちゃんと対処できる看護師が見るのが優先かなってというのが

あって、ここは任せたほうがいいのかなんて思う部分もあった」

E「患者さんの保温ができたところで、いったん落ち着いたので、看護師さんも患者さんも。そこで自分が見れるドレーンとか点滴とか、患者さんの表情とかを観察したりしました」

(4) 【とりあえずできる観察をする】

【とりあえずできる観察をする】は、学生が、手術直後の観察において、わからない、自信がない、判断がつかないなど、迷ったことを保留にして、間に合わせかもしれないが、自分がある場でできる観察を何かしらしようとするという対処を示す。このカテゴリは、《迷ったことはそのままにして観察する》《自信のない項目には触れず自分が確実にできる観察を行う》《理解しないままとりあえずできる観察をする》の3個のサブカテゴリで構成された。

D「半覚醒の状態で(患者に) 聞いていいのかなってというのは、そのまま放置してしまった部分もあった」

G「機序だったり、影響を見るための、知るための観察項目だったりがつながってなくて、とりあえず見たって感じてした」

(5) 【看護師や教員へ報告・質問し、助言・指導を受ける】

【看護師や教員へ報告・質問し、助言・指導を受ける】は、学生が、看護師や教員に自分の言葉で報告し、わからないことを質問する一方、看護師や教員から場の状況に応じた助言や指導を受ける双方向の行為により、知識や技術の不足を補うという対処を示す。このカテゴリは、《自分の言葉で色、音、反応を報告し、看護師に指導を受ける》《看護師や教員の質問に、自分の考えと自信がないことを正直に伝える》《疑問や判断に迷うことを看護師に直接聞く》《看護師の場の状況に応じた質問や助言により知識や技術の不足を補う》《看護師の指導を前向きにとらえて学習する》の5個のサブカテゴリで構成された。

K「(ドレーン排液の色は) 血性とか、とりあえず自分がわかっている範囲で伝えたんですけど。看護師さんに見てもらって、これは淡血性だよとか、修正してもらいながら」

L「(観察項目も多く忘れがちなため) そういうところで看護師に助言をしてもらえると、あっ、そうか、こういうのも見ておかなきゃいけないかなって気づいたりする」

(6) 【経験を整理し判断の適切さを確認する】

【経験を整理し判断の適切さを確認する】は、学生が、理解や判断に迷うことに対して、これまでの経験と照らし合わせる、カルテを見る、記録を書く、調べる、行動を振り返る等の方法を用いながら、自分の理解や判断が状況にうまく合っているかを確かめて次に備えるという対処を示す。このカテゴリは、《経験と照らし合わせる》《カルテを見て自分の判断の適切さを確認する》《記録を書くなかで

患者の状態を判断する》《自分の経験した疑問を先に学習した学生に聞く》《事後に自分で調べて理解する》《観察でできなかった所を振り返り次に備える》《患者を優先した自分の行動は間違っていないと思う》の7個のサブカテゴリで構成された。

A「(ドレーン排液は)カルテを見て、あれはあの色だったんだなっていう感じで、後から確認する感じでした」

F「後から記録とか書くなかで、こういう状態だからこの患者さんは術後順調に経過しているなというのわかりました」

IV. 考 察

1. 学生が抱く手術直後の患者の観察における困難感と対処の特徴

本研究の結果より、学生にとって手術直後の患者の観察は、手術前後の変化に混乱し、重症感のある患者に対応できず、どう行動してよいかわからない体験であることが明らかになった。学生は、手術期の時間の流れの速さと騒然とした空間への恐怖をもつ報告(坊垣, 2006, p.448)があり、本結果も同様であった。学生は、講義や演習ですでに学習していても、手術患者とかかわったことが少ないため、患者の【手術前後の変化に混乱する】体験をしたと考える。しかし学生にとって、これらの体験は、問題現象への専心による看護への関心喚起(山下ほか, 2003, p.20)となると考える。つまり学生は、患者の手術侵襲、疼痛、悪寒戦慄など、予想を超える問題現象に引き付けられ、患者が知覚する苦痛を具体的に理解し、その心情に共感することを通して、看護への関心を高めると考えられる。一方で学生は、患者の帰室直後、速いスピードで処置や観察を行う看護師についていけず、【どう行動してよいかわからない】と感じていた。医療現場での学習進行による病棟業務優先に伴う問題への直面(山下ほか, 2003, p.19)に報告されるように、この困難感、手術直後の患者を観察する実習計画の推進への戸惑いや、計画実施の差し控えにつながると考える。

学生は、【患者に悪影響を与える不安がある】と感じていた。学生は自己の技術の未熟さによりクライアントの苦痛を引き起こすのではないかと心配することが明らかにされており(阿部・舟島・山下, 2009, p.25)、本結果も同様であった。

本研究は、シミュレーション教育後に実習を行った学生を対象とした。シミュレーション教育は、学生の実践能力を向上させる有用な方策である(厚生労働省, 2007)。とくに侵襲性の高い技術は、対象者の安全確保のためにも臨地実習の前にモデル人形等を用いてシミュレーションを行う演習が効果的(厚生労働省, 2011, p.6)と報告されて

いる。一方、実習は、講義や演習を通して修得した知識や技術を実際のクライアントに提供するところまでを学生に求める特徴をもつ(舟島, 2001, p.202)。学生は、シミュレータとは違う生身の患者の観察に予想以上に手間どり、【観察技術に自信がもてない】ことや、【患者に悪影響を与える不安がある】と感じていた。このことから、シミュレーション教育は実践能力の向上に効果や利点がある一方、学内の講義・演習と、実習との隔たりを埋めるには限界があり、払拭できない困難感があると考えられる。

【看護師や教員の指導に戸惑う】は、指導者が学生の困難感に関係することを示す。これは、指導者と学生との関係性に関する事柄と、指導そのものに関する事柄が含まれた。看護学実習における学生の経験に、他者との関係崩壊回避のための模範学生の装い(山下・舟島, 2006, p.24)が報告されている。学生は、看護師や教員との関係を壊したくない思いから、質問に答えられず焦ることや、わからないと言えない、質問しづらい等の戸惑いがあると考えられる。指導に関する事項について、学生は、《看護師や教員から学生の学修準備状況と合わないことを指導され戸惑う》ことや、《看護師に指導されても患者への悪影響を考えると観察させてほしいと言えない》ことを体験していた。この困難感、学生の役割遂行能力や学修準備状況と指導者の想定との差異、そして【患者に悪影響を与える不安がある】という学生の思考過程に影響されると考える。患者・学生・指導者の3者が相互作用を行う手術直後の観察において、学生と患者の間だけでなく、学生と指導者との間に困難感が見出されたことは、新たな視点といえる。

対処について、学生は、【看護師をまねて一緒に観察する】ことを行っていた。学生の行動について、模範の発見と同一化(山下ほか, 2003, p.19)が報告されており、本研究でも、学生は、観察技術の修得に向けて看護師の技術を観察・模倣し、自分のなかに取り入れようとする行動、すなわちロールモデリング現象が生じていたと考える。また学生は、看護師の観察を優先し、【邪魔をしないよう行動する】ことを行っていた。手術直後の緊迫感のなかで、看護師や患者に悪影響を及ぼさないように自分の観察を差し控えることや、場の状況が落ち着いたところで自分ができる観察を実施していた。この対処は状況に応じた行為である反面、過剰に行うと観察実施の機会を喪失し、実習目標達成に支障をきたすと考えられる。

一方で、学生は【試行錯誤しながら観察する】ことや、迷ったことを保留にして【とりあえずできる観察をする】ことを行っていた。つまり学生は、自分のできる範囲で、十分ではないかもしれないがとにかく何かを観察していたといえる。それらの行為をもとに、自分は何ができて何ができなかったのか経験を整理して、その後の学習につなげ

ることが、実習目標の達成につながると考える。看護実践能力の要素の一つに「認知・思考力」があり、批判的思考力や問題解決能力、省察力が含まれる（高瀬・寺岡・宮腰・川田, 2011, p.105）。【経験を整理し判断の適切さを確認する】について、学生は、自分の観察の行為や得られた情報の判断を振り返り、カルテや教科書との照合による理解といった批判的思考を行いながら、実習に臨んでいたと考える。そして、自分の経験を通じた学びは、経験知として整理され、次への備えにつながっていたと考える。

さらに学生は、【看護師や教員へ報告・質問し、助言・指導を受ける】ことを行っていた。学生は、自力では解決できない問題に直面したとき、他者に支援を要請する（山下・舟島, 2006, p.24）と報告されている。本研究においても、学生は、知識や経験の不足により判断に迷うときや、未熟な看護技術を補完するために、看護師や教員へ報告や質問を行い、助言や指導を受けていたと考える。

2. 学習の観点からの周手術期看護実習に関連した教育方法への示唆

学生は、手術直後の患者の観察において、多様な困難感を体験していた。杉森・舟島（2014）は、「看護学実習は、看護学を学ぶ青年期の学生にとって、避けることのできない困難を伴う授業となる」と述べている（p.262）。学生は、自己の内部を鋭くみつめ、「自分とは何か」を発見するという痛みを伴う発達課題の達成に挑戦している。同時に、看護の対象として自分とは異なる発達段階の人々を深く理解し、これまで経験したことのない人間の生病死にかかわる問題に直面し、その人の生活に深くかわる側面を援助する学習課題を持つ（杉森・舟島, 2014, pp.261-262）。このように、実習は学生にとって困難を伴う授業であり、実習における学習の成立においても必然的な困難があるといえる。学生が抱いた手術直後の患者の観察における困難感は、看護への関心喚起や注意力の高まりとなり、内発的な学習の動機づけにつながるため、学習の成立において必要と考える。

学習とは、行動主義の立場から「経験による行動の変容」、あるいは認知主義の立場から「知識構造の変化」と定義される（市川, 1995, p.36）。Bandura（1977/1979）は社会的学習理論の立場から、「人間の思考と感情と行動は、直接経験と同様に観察によっても著しく影響される」として、モデリングを提唱した。モデリングとは、他者の行動をモデルとして観察者の行動に変化が生じることを指し、観察学習ともいわれる（福島, 1979, p.744）。緊迫した臨地実習場面で、学生が直接観察を経験することはむずかしい。手術直後患者の観察における困難感を踏まえ、学生が看護師をモデルとした観察学習を行ったうえで、それ以降

の実践に生かす指導の工夫が必要と考える。そのため、看護師が看護実践のロールモデルとなるよう、教員は看護師との学習環境を調整する必要がある。

一方、学習を阻害する困難感や対処が見出された。【どう行動してよいかわからない】は、学生が緊張や焦りのために、何から観察してよいか判断できなくなることを示し、計画実施の差し控えにつながる。学習における現場の認知を重視する状況的認知アプローチ（波多野, 1996）によると、学習には、社会的実践の現場でよりうまく行為することのできる他者の支えが必要である。そのため、看護師から場の状況に応じた助言があると、学生はどう行動すればよいのか気づくことができ、状況的認知が促進されると考える。

また、【邪魔をしないよう行動する】は、学生が、看護師や患者に悪影響を及ぼさないよう状況に応じた行為をしていたことを示すが、一方で観察の差し控えにつながり、学習を阻害する要因になりうる。Lave & Wenger（1991/1993）は、学習を「実践のコミュニティに周辺的なものから十全に参加するプロセス」とし、正統的周辺参加を提唱した。緊迫する状況のなかで、学生が自ら参加することはむずかしい。しかし、看護師が学生に声をかけ誘導することで、学生が手術直後患者の観察の場の正式メンバーとして周辺から参加し、徐々に自らの行為を変化させ、現場の理解を深めることができると考える。

そして、【看護師や教員の指導に戸惑う】における、《看護師からの問いかけにわからないと言えない》《看護師や教員からの質問に答えられない焦り》《慣れない環境で看護師に見られながらの観察に緊張する》は、学生と指導者の関係性に関する事柄であり、学習を阻害する要因になりうる。そのため、学生が安心して看護師や教員へ報告・質問し、助言・指導を受けることができる教育的関係を築く必要がある。また、《看護師や教員から学生の学修準備状況と合わないことを指導され戸惑う》に対しては、教員は看護師に、学生の学修準備状況と到達目標を伝え、指導内容の調整が必要である。

さらに、【とりあえずできる観察をする】は、学生が、わからないこと、迷ったことを保留にして、間に合わせかもしれないが、自分がある場でできる観察を何かしらしようとする対処を示す。学習を成立させるためには、リフレクション、つまり経験によって引き起こされた気にかかる問題に対する内的な吟味および探究の過程（野口・森本・谷村・大庭, 2012, p.14）が必要である。学生の観察実施後は、看護師や教員がリフレクションを促し、行為の意味づけを行う支援が必要である。そして、学生が気づきを次の実践に活用できるよう、実習を組み立てる必要がある。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、看護師とともに手術直後の患者の観察を行った学生のうち、研究協力の得られた学生のみを対象としたため、学生の学修準備状況や患者や看護師との関係性が、困難感や対処に影響していた可能性があることは否めない。また本研究は、学生が手術直後の患者の観察を行うときの困難感と対処を抽出することができたが、困難感と対処の関連とその意味づけを明らかにすることが課題となった。本研究の結果を踏まえ、今後は臨地実習の学習環境調整に重点をおき、学生と教員および看護師の教育的関係の促進、実習施設と教員による人的・物的な学習環境調整、ロールモデル行動の教材化に向けた看護師と教員の協働が必要である。

結 論

学生が抱く手術直後の患者の観察における困難感は、【手術前後の変化に混乱する】【重症感のある患者に対応できない】【どう行動してよいかわからない】【観察技術に自信がもてない】【患者に悪影響を与える不安がある】【つながりの理解と判断がむずかしい】【看護師や教員の指導に戸惑う】の7カテゴリが明らかになった。学生の手術直後

患者の観察における困難感への対処は、【看護師をまねて一緒に観察する】【試行錯誤しながら観察する】【邪魔をしないよう行動する】【とりあえずできる観察をする】【看護師や教員へ報告・質問し、助言・指導を受ける】【経験を整理し判断の適切さを確認する】の6カテゴリが明らかになった。

教育方法として、看護師がロールモデルとなるよう学習環境を調整することや、学生が看護師をモデルとした観察学習を行ったうえで実践を行う指導の工夫が必要である。また、看護師は場の状況に応じた助言や誘導を行い、学生の正統的周辺参加を促す必要がある。さらに、教員は看護師に学生の学修準備状況と到達目標を伝え指導内容を調整することや、学生が安心して指導を受けることのできる教育的関係を構築すること、学生にリフレクションを促し行為の意味づけを行う支援が必要である。

謝 辞

本研究にご協力いただきました学生の皆さまに感謝申し上げます。なお本研究は、長崎県立大学学長裁量教育研究費の助成を受けて実施し、第24回日本看護学教育学会学術集会、第19回日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会において発表した。

要 旨

【目的】看護学生が手術直後の患者の観察を行うときにどのような困難感を抱き、どのように対処しているかを明らかにし、教育方法への示唆を得る。

【方法】対象者は、成人看護学実習において、看護師とともに手術直後の患者の観察を行った学生12名であり、半構造化面接法を用いてデータを収集し、内容分析を行った。

【結果】学生の手術直後患者の観察における困難感【手術前後の変化に混乱する】【観察技術に自信がもてない】【患者に悪影響を与える不安がある】【看護師や教員の指導に戸惑う】等の7カテゴリ、対処は【看護師をまねて一緒に観察する】【試行錯誤しながら観察する】【邪魔をしないよう行動する】等の6カテゴリが抽出された。

【結論】教育方法として、学生が看護師のロールモデルから学び実践する工夫、学習環境と指導内容の調整、リフレクションを促すかわりの必要性が示唆された。

Abstract

【Objectives】To determine what kind of concerns nursing students have and how they coped with those concerns while observing immediate postoperative patients. Information gained will be used to explore educational methods.

【Methods】Data were collected using a semi-structured interview from 12 nursing students who observed immediate postoperative patients under the supervision of a nursing instructor during clinical training in adult nursing. Data were analyzed using the content analysis method.

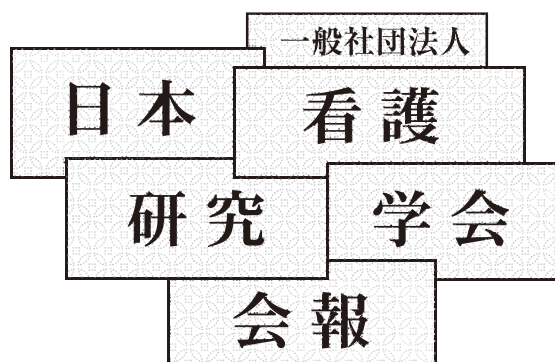
【Results】Seven categories of concerns of the nursing students were determined, which included “confusion about differences in patients’ conditions between before and after the operation”, “lack of self-confidence in observation skills”, “uneasiness that had a bad influence on patients”, and “confusion about instructions from faculty members and the nursing instructor”. Six categories of coping were identified, including “imitate nurses’ observation practices”, “learn observation through trial and error”, and “avoid interfering with activities of other nurses”.

[Conclusions] Our results suggest that introduction of the following into nursing education is needed: educational design to facilitate students' learning from role models and putting what is learned into practice; accommodation between teaching environment and content; and encouragement of students' opinions.

文 献

- 阿部ケエ子, 舟島なをみ, 山下暢子 (2009). 看護学実習における学生とクライアントの相互行為に関する研究: 学生の行動に焦点を当てて. 看護教育学研究, 18(1), 21-34.
- 板東孝枝, 雄西智恵美, 今井芳枝, 森 恵子, 市原多香子 (2012). 手術患者を対象とした成人看護学実習における手術室での学生の学習経験. 日本看護学教育学会誌, 22(2), 13-25.
- Bandura A. (1977) / 原野広太郎 訳 (1979). 社会的学習理論: 人間理解と教育の基礎. (pp.25-63). 東京: 金子書房.
- 坊垣友美 (2006). 手術期看護実習が学生にとって「大変」な意味の構造. 日本看護学会論文集 (看護教育), 37, 446-448.
- 榎本麻里, 浅井美千代, 白鳥孝子, 三枝香代子, 堀之内若名, 中井裕子 (2013). 看護実践能力の育成を意図した看護技術の評価方法: ビデオを用いた学生の自己評価 (self-evaluation) を取り入れたプログラムの検討. 日本看護学教育学会誌, 22(3), 33-45.
- 福島脩美 (1979). モデリング. 依田 新 (監), 新・教育心理学辞典. 744, 東京: 金子書房.
- 舟島なをみ (2001). 看護学教育研究の成果に見る看護学実習の現状と課題. *Quality Nursing*, 7(3), 202-210.
- 原田秀子, 田中周平, 張替直美 (2009). 成人看護学における看護実践能力の育成に関する研究—成人看護学実習前の効果的な学内演習プログラムの作成—. 山口県立大学学術情報, 2, 32-39.
- 原田竜三, 小澤知子, 田中由香里, 濱田麻由美 (2012). フィジカルアセスメントの客観的臨床能力試験の導入による臨床実習での効果と今後の課題. 東京医療保健大学紀要, 6(1), 51-56.
- 波多野諄久夫 編 (1996). 認知心理学 5—学習と発達. 37-58, 東京: 東京大学出版会.
- 廣松美和 (2013). 周手術期実習における看護学生と患者の援助関係の形成要因. 日本看護研究学会雑誌, 36(4), 75-85.
- 市川伸一 (1995). 現代心理学入門 3—学習と教育の心理学. 36, 東京: 岩波書店.
- 泉 貴子, 山本伊都子, 住谷ゆかり, 餘目千史, 下村裕子, 三浦英恵, 丹波淳子, 本庄恵子 (2014). 術後ケアに関する複合的な看護技術演習の開発. 日本赤十字看護学会誌, 14(1), 11-17.
- 小西美和子, 永島美香, 藤原史博, 堀 理江, 岡谷恵子, 増野園恵 (2012). 看護基礎教育における卒業前学生を対象としたフルスケールシミュレーション学習プログラムの開発. 近大姫路大学看護学部紀要, 5, 41-48.
- 厚生労働省 (2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (参照2015-6-26)
- 厚生労働省 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf> (参照2015-6-26)
- Krippendorff, K. (1980) / 三上俊治・椎野信雄・橋元良明 訳 (1989). メッセージ分析の技法: 「内容分析」への招待. (pp.21-265). 東京: 勁草書房.
- 工藤うみ, 野戸結花, 川崎くみ子, 北島麻衣子, 井瀧千恵子, 富澤登志子 (2008). 成人看護学実習における学生の周手術期看護の学び. 弘前大学大学院保健学研究科紀要, 7, 37-43.
- 桑子嘉美 (2003). 学生の課題レポートを用いた成人周手術期実習の教授活動に関する検討. 順天堂医療短期大学紀要, 14, 180-186.
- Lave J. and Wenger E. (1991) / 佐伯 胖 訳 (1993). 状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加. (pp.1-110). 東京: 産業図書.
- 文部科学省 (2011). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/1302921.htm (参照2013-4-9)
- 長田艶子 (2013). 周手術期実習におけるシャドーイングの実態調査: 学生アンケートによる検討. 日本看護学教育学会誌, 23(1), 53-61.
- 野口佳美, 森本美智子, 谷村千華, 大庭桂子 (2012). 看護学実習におけるリフレクション導入の効果: 学生の関心事象の変化による検討. 日本看護学教育学会誌, 22(1), 13-24.
- 沖野良枝, 山口曜子, 岸 友里, 那須光章, 長澤晋吾 (2005). 周手術期実習中の看護援助における学生のストレス認知と生理的反応との関連: 唾液中クロモグラニン A (CgA), コルチゾールによる検討. 人間看護学研究, 2, 79-87.
- 杉森みどり, 舟島なをみ (2014). 看護学教育 (第5版増補版). 258-270, 東京: 医学書院.
- 田島桂子 (2009). 看護学教育評価の基礎と実際—看護実践能力育成の充実に向けて (第2版). 14, 東京: 医学書院.
- 高比良祥子, 片穂野邦子, 吉田恵理子, 松本幸子 (2014). 実習前準備教育としてのシミュレーション学習における学生の学び. 長崎県立大学看護栄養学部紀要, 12, 41-52.
- 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子, 川田綾子 (2011). 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して. 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 103-109.
- 田村恵子 (2011). 対処. 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子 (編), 看護学事典 (第2版). 619, 東京: 日本看護協会出版会.
- 山下暢子, 舟島なをみ (2006). 看護学実習における学生の「行動」と「経験」の関連: 行動概念と経験概念のメタ統合を通して. 看護教育学研究, 15(1), 20-33.
- 山下暢子, 定廣和香子, 舟島なをみ (2003). 看護学実習における学生行動の概念化. 看護教育学研究, 12(1), 15-28.
- 矢野朋実, 土屋八千代, 野末明希 (2011). 手術直後の患者の観察演習における学生の傾向と演習方法の検討. 南九州看護研究誌, 9(1), 47-54.
- 横山美樹 (2011). 観察. 見藤隆子, 小玉香津子, 菱沼典子 (編), 看護学事典 (第2版). 175, 東京: 日本看護協会出版会.

〔平成27年4月22日受付〕
〔平成28年4月5日採用決定〕



第 102 号

(平成28年 9 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第1回臨時理事会	議事録	1
一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第2回臨時理事会	議事録	2
一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第3回臨時理事会	議事録	3
一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第2回理事会	議事録	4
一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度新・旧理事会	議事録	9
一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度定時社員総会	議事録	11

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第1回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数23名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成28年 5 月11日（水） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】黒田裕子理事長、中村恵子副理事長、川口孝泰副理事長、

工藤せい子理事、江守陽子理事、小西恵美子理事、高田早苗理事、小山真理子理事、
鈴木みずえ理事、泊 祐子理事、祖父江育子理事、川本利恵子理事、岩本幹子理事、
石井範子理事、本田彰子理事、荒木田美香子理事、青山ヒフミ理事、法橋尚宏理事、
中西純子理事、村嶋幸代理事、前田ひとみ理事、塩飽 仁理事、叶谷由佳理事

【監事】道重文子監事、松田たみ子監事

議 案：

第1号 平成28年度予算案について

別添の平成28年度予算案について承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：中村恵子

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第2回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数23名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成28年5月13日（金） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】黒田裕子理事長，中村恵子副理事長，川口孝泰副理事長，

工藤せい子理事，江守陽子理事，小西恵美子理事，高田早苗理事，小山真理子理事，
鈴木みずえ理事，泊 祐子理事，祖父江育子理事，川本利恵子理事，岩本幹子理事，
石井範子理事，本田彰子理事，荒木田美香子理事，青山ヒフミ理事，法橋尚宏理事，
中西純子理事，村嶋幸代理事，前田ひとみ理事，塩飽 仁理事，叶谷由佳理事

【監事】道重文子監事，松田たみ子監事

議 案：

第1号 名誉会員の推薦について

泉キヨ子氏を名誉会員として推薦することに同意する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：中村恵子

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第3回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数23名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成28年5月13日（金） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】黒田裕子理事長，中村恵子副理事長，川口孝泰副理事長，

工藤せい子理事，江守陽子理事，小西恵美子理事，高田早苗理事，小山真理子理事，
鈴木みずえ理事，泊 祐子理事，祖父江育子理事，川本利恵子理事，岩本幹子理事，
石井範子理事，本田彰子理事，荒木田美香子理事，青山ヒフミ理事，法橋尚宏理事，
中西純子理事，村嶋幸代理事，前田ひとみ理事，塩飽 仁理事，叶谷由佳理事

【監事】道重文子監事，松田たみ子監事

議 案：

第1号 学会賞・奨励賞規程の改正について

添付資料のとおり，学会賞・奨励賞規程を改正することに同意する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：中村恵子

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度第2回理事会 議事録

日 時：平成28年5月22日（日） 10：35～11：45

会 場：東京医科歯科大学 3号館18階 保健衛生学科講義室1

出席：黒田裕子，中村恵子，川口孝泰，工藤せい子，江守陽子，鈴木みずえ，泊 祐子，
祖父江育子，本田彰子，法橋尚宏，前田ひとみ，塩飽 仁，小山真理子，岩本幹子，
石井範子，荒木田美香子，青山ヒフミ，中西純子，叶谷由佳（以上，理事19名）
道重文子，松田たみ子（以上，監事2名）
山口桂子（第43回学術集会長）

欠 席：小西恵美子，高田早苗，川本利恵子，村嶋幸代（以上，理事4名）

陪 席：海老根潤，竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 黒田裕子

陪席・書記：佐藤政枝（横浜市立大学）

配付資料：

1. 平成28年度 第1回理事会議事録（稿）
2. 平成28年度 第1回～第3回臨時理事会議事録
3. 会員動向報告
4. 編集委員会資料（2016年5月22日）
5. 入会申込理事会承認一覧（回収資料）
6. 番号なし 平成28年度 定時社員総会（資料）
7. 番号なし 日本看護研究学会第43回学術集会チラシ（当日配布資料）

理事長挨拶：

1. 定時社員総会に向けて

定款第22条（理事会の定足数）の条件を満たし，議事の開催および議決が可能であることが確認され，黒田理事長を議長として会議が開始された。理事長より，本日の定時社員総会には全評議員（176名）のうち71名の出席（委任状94名）が予定されており，定款第27条（社員総会の定足数）にしたがって，議事の開催・決議が成立する見込みであることが説明された。

理事長より，本会議後の新旧理事会にて新役員体制が提案され，定時社員総会にて承認を得ること，また，本日の議事進行はすべて旧役員が担当することが説明された。

2. 地方会について（定時社員総会（資料）：p.80, 97～98）

理事長より，資料に基づき，定款上での地方会の位置づけについて，公認会計士から助言を受け，野村弁護士に相談した結果が報告された。実情として，地方会は各々が独立して活動しているが，定款第9章第32条（地方会）では，日本看護研究学会の下部組織として位置づけられており齟齬が生じていることから，定款および地方会施行細則を改正する必要があることが説明された。また，定款および地方

会施行細則の改正については、継続審議として次期理事会に引き継ぐことが確認された。

報告事項：

1. 学会賞・奨励賞規定の改正について（定時社員総会（資料）：p.35, 87）

黒田理事長より、資料に基づき、学会賞・奨励賞規定の改正案が報告された。第5条（受賞の資格）について、「表彰を受けることができる者（学会賞は筆頭著者、奨励賞は著者の全員）は、当該年度の10月末日時点で日本看護研究学会への入会日より満3年以上の会員または名誉会員でなければならない。」とし、改正案として下線部分が加筆されたことが説明された。

2. 定款の改正について（定時社員総会（資料）：p.78～79）

黒田理事長より、定款第6章（第18条～第20条）の理事会に関する規定に、議事録署名人に関する記載がなく、定款の改正を次期理事会にて審議する必要があるとの説明があった。

3. 会員数の動向（資料3）

総務担当・中村副理事長より、資料に基づき、会員総数は6,259名（平成28年4月1日現在）であり、5月21日までに87名の増員（総数6,346名）があったこと、また、5月14日までに平成28年度会費を納入した者は3,752名（会費納入率60.1%）であることが報告された。

4. 委員会報告

1) 編集委員会（資料4）

委員長・法橋理事より、資料に基づいて、38巻5号が5月11日に発行されたこと、39巻1号は現在著者校正中であり、2ヶ月以内には発行予定であることが報告された。また、利益相反については、論文投稿、学会発表に対応できる規程や書式が必要であり、投稿規定の4. 研究倫理の項目で明記できるよう、委員会で検討することが確認された。

2) 学会賞・奨励賞委員会（定時社員総会（資料）：p.63）

委員長・工藤理事より、資料に基づいて、学会賞は該当者なし、奨励賞は、山田隆子氏、熊谷理恵氏、日比野友子氏が、それぞれ筆頭の論文3編を推薦することが報告された。

3) 奨学会委員会（定時社員総会（資料）：p.73）

委員長・祖父江理事より、資料に基づいて、平成28年度の奨学研究授与候補者として、西田千夏氏「発達支援を要する子どもとその家族に対する看護師等支援者の内省・洞察体験の構造」が決定し、奨学金額は50万円であることが報告された。

4) 将来構想委員会（資料なし）

黒田理事長より、地方会、理事会および社員総会の議事録署名人に関する定款の改定については、次期委員会の継続審議として引き継ぐことが報告された。

5) 研究倫理委員会（定時社員総会（資料）：p.36）

委員長・江守理事より、資料に基づいて、研究倫理に関する啓発事業として、第41回学術集会にて交流集会（山崎茂明氏：愛知淑徳大学）を開催し、100名が参加し盛況であったとの報告があった。また、研究倫理審査の申請はない旨が報告された。

6) 国際活動推進委員会 (資料なし)

委員長・前田理事より、学会HPの英語版の作成について見積もり依頼中であり、次期委員会に引き継ぐことが説明された。

7) 大規模災害支援委員会 (資料なし)

黒田理事長より、平成27年度の申請はゼロであったことが報告された。熊本地方の震災について現時点では寄付等の支援はしておらず、次期理事会での検討を希望するとの説明があった。

8) 渉外・広報担当 (資料なし)

渉外・広報担当・塩飽理事より、ホームページのセキュリティ対策の強化を進めていることが報告された。

9) 看保連 (看護系学会等社会保険連合) ワーキング (資料なし)

委員長・泊理事より、将来構想に関する組織・整備事業である、平成30年の診療報酬・介護保険の同時改定に向けたプロジェクト活動について、現在、研究助成金を得るために申請中であり、6月に審査結果がでることが報告された。

5. 関連会議報告

1) 日本学術会議・日本看護系学会協議会 (資料なし)

渉外担当・川口理事より、「科研費審査システム改革2018」に関するパブリックコメントを日本看護系学会協議会より提出するにあたり、各学会へも意見を求められたことが報告された。

6. 第42回学術集会について (資料なし)

第42回学術集会・川口集会長より、一般演題数は368題であり、座長依頼を進めていることが報告された。また、つくば市から100万円の寄付が得られたこと、参加者を集めるために引き続き広報活動を行っていくと説明があった。

7. 第43回学術集会について (当日配布チラシ)

第43回学術集会・山口集会長より、平成29年8月29日(火)・30日(水)に、愛知県東海市芸術劇場・日本福祉大学東海キャンパスにて開催予定であることが報告された。テーマは「—原点回帰— 求められる看護研究の成果と教育への還元(仮)」であり、愛知県で初めての学術集会を平日に開催すること、参加費等は例年通りで企画を進めていると説明された。

8. 地方会の活動報告について (定時社員総会 (資料): p.11~34)

各地方会(北海道、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州・沖縄)より、資料に基づき、平成27年度事業報告、決算報告、監査報告、平成28年度事業計画、予算案、について報告がなされた。

9. その他 (資料なし)

黒田理事長より、熊本地震の支援に関する意見について、九州地区の評議員からメールで届いたものを集約した資料を本会議で回覧するとの説明があった。

審議事項：

1. 平成27年度事業報告について（定時社員総会（資料）：p.36）

総務担当・中村理事より、資料に基づいて、平成27年度事業活動が報告された。これに対して、異議なく承認された。

2. 平成27年度決算報告について（定時社員総会（資料）：p.37～60）

会計担当・鈴木理事より、資料に基づいて、平成27年度収支が報告された。当年度の経常費用として、事業費の学会誌編集事業が前年度の780万円増となっている点については、電子化への移行に伴う初期投資が含まれていること、また、他会計への繰越額の学術集会事業繰出金が前年度の200万円増となっている点については、第41回学術集会への赤字補填であることが説明された。これらに対して、異議なく承認された。

3. 平成27年度監査報告について（定時社員総会（資料）：p.61～62）

松田監事より、資料に基づいて、監査の実施結果が報告された。監査意見として、一般会計において約970万円の黒字であり、一般正味財産期末残高も5,370万円に達していることから、本学会の将来構想として学会資産の有効活用を期待することが説明された。さらに、道重監事より、金子税理士の会計調査報告が代読された。これらに対して、異議なく承認された。

4. 平成28年度事業案について（定時社員総会（資料）：p.65）

総務担当・中村理事より、資料に基づいて、平成28年度事業案が説明された。これに対して、異議なく承認された。

5. 編集委員会（資料4）

1) 投稿規程の改正について（資料4，定時社員総会（資料）：p.102）

委員長・法橋理事より、資料に基づいて、雑誌投稿規程の12. 著作権の項目に、論文の引用・転載に関する詳細を追記することが提案された。主な事項として、「論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る」ことが追記されることが説明された。これに対して、異議なく承認された。

2) 編集委員の追加について（資料4）

委員長・法橋理事より、資料に基づいて、投稿論文数の増加に伴い、とくに基礎看護学、在宅看護学を専門分野とする委員の増員希望があり、新評議員から、木立るり子氏、川西千恵美氏、上野栄一氏の3名を推薦する提案があった。3名からは内諾を得ており、任期は平成30年定時社員総会終結までとすることが補足説明された。これらに対して、異議なく承認された。

3) 査読委員の追加依頼について（資料4）

委員長・法橋理事より、資料に基づいて、現在、査読委員でない新評議員43名に委員を依頼すること、また、本日で評議員の任期を終える査読委員258名に対して委員の継続を依頼すること、任期はいずれも平成30年定時社員総会終結までとすること、の3点が提案された。これらに対して、異議なく承認された。

会場より質問があり、名誉会員でも本人の了承があれば査読委員を継続できること、一方、編集委員に関しては査読委員のリストから削除することが確認された。

6. 名誉会員の推薦について（資料なし）

黒田理事長より、名誉会員として、泉キヨ子氏（帝京科学大学）を推薦したいとの説明があり、異議なく承認された。

7. その他

1) 入会申込理事会承認について（回収資料：入会申込理事会承認一覧）

入会申込者35名について、異議なく全員の入会が承認された。

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度新・旧理事会 議事録

日 時：平成28年5月22日（日） 11：50～12：30

会 場：東京医科歯科大学 3号館18階 保健衛生学科講義室1

出席：黒田裕子，中村恵子，川口孝泰，工藤せい子，江守陽子，鈴木みずえ，泊 祐子，祖父江育子，
本田彰子，法橋尚宏，前田ひとみ，塩飽 仁，小山真理子，岩本幹子，石井範子，荒木田美香子，
青山ヒフミ，中西純子，叶谷由佳，安藤詳子，神田清子，宮腰由紀子，山口桂子，山勢博彰，
吉沢豊予子，吉田澄恵，良村貞子（以上，理事および新理事候補27名）
道重文子，松田たみ子（以上，監事2名）

欠席：小西恵美子，高田早苗，川本利恵子，村嶋幸代，宇佐美しおり，任 和子
（以上，理事および新理事候補6名）

陪席：海老根潤，竹下清日（ガリレオ社）

議事進行：理事長 黒田裕子

陪席・書記：佐藤政枝（横浜市立大学）

配付資料：

1. 2016～2018年役員候補者
2. 一般社団法人日本看護研究学会 理事・監事 担当名簿

理事長挨拶：

黒田理事長を議長として会議が開始された。

1. 新理事候補者の紹介（資料1）

新理事候補者の自己紹介があった。

2. 理事長候補者の選出（資料2）

山口桂子新理事候補より，理事長候補者として川口孝泰理事が推薦され，これに対して，異議なく承認された。任期は2年間であることが確認された。

3. 理事長推薦理事の承認

川口孝泰新理事長候補より，新理事体制における指名理事として，塩飽仁現理事，佐藤政枝会員を指名したいとの説明があった。これに対して，異議なく承認された。

4. 監事候補者の選出

川口新理事長候補より，新理事体制における監事として，渡邊順子評議員を指名したいとの説明があり，異議なく承認された。

5. 新理事役割分担の決定（副理事長候補者・常任理事候補者の選出を含む）

川口新理事長候補からの提案をもとに、副理事長および常任理事の候補者が選出された。さらに、新理事の役割分担について検討し、下記のように決定された。

理 事 長：川口孝泰*

副理事長・総務担当理事（長）：本田彰子*

副理事長・渉外担当理事（長）：宮腰由紀子*

総務担当理事：佐藤政枝*

渉外担当理事：山口桂子*

渉外・広報（ホームページ）担当理事：塩飽 仁*

会計担当理事：岩本幹子*（長），宇佐美しおり，任 和子

編集委員会：法橋尚宏*（長），中西純子*，吉田澄恵

奨学会委員会：石井範子*（長），荒木田美香子*，村嶋幸代，良村貞子，神田清子

学会賞・奨励賞委員会：荒木田美香子*（長），石井範子*，村嶋幸代，良村貞子，神田清子

将来構想検討委員会：川口孝泰*（長），本田彰子*，宮腰由紀子*，佐藤政枝*，山口桂子*，塩飽 仁*，
岩本幹子*

研究倫理委員会：青山ヒフミ*（長），山勢博彰，安藤詳子

国際活動推進委員会：前田ひとみ*（長），吉沢豊予子

看保連ワーキング：山口桂子*（長）（委員：泊祐子，叶谷由佳）

大規模災害支援事業委員会：中西純子*（長），川口孝泰*，岩本幹子*

監 事：松田たみ子，渡邊順子

* 常任理事

6. その他

特記すべき事項なし

一般社団法人日本看護研究学会 平成28年度定時社員総会 議事録

日 時：平成28年 5 月22日（日） 13：30～15：30

会 場：東京医科歯科大学 3 号館18階

保健衛生学科講義室 1

社員（評議員）176名のうち、出席 63名、欠席委任状94名、合計157名で、定款第27条の評議員の過半数（89名）以上の出席により、本会は成立することが確認された。

理事長挨拶

議 長：黒田裕子理事長

書記の任命：会議開始に伴い、理事会から推薦された書記が拍手で認められた。

書 記：桑原ゆみ（札幌医科大学）、細田泰子（大阪府立大学）

報告事項：

1. 会員数の動向について（中村恵子副理事長） 資料pp.3-4

社員総会資料に沿って、平成28年 4 月 1 日現在、会員総数6,259名（名誉会員14名・評議員159名・一般会員6,086名）であること、平成27年度新入会員数500名、退会者数477名、平成28年度新入会員数165名であること、平成27年度会費納入率が96.1%であったことが報告された。また、会員数の推移は、資料p.4に記載のとおりである。

2. 第 4 回評議員・役員選挙（2015年）について（黒田裕子理事長） 資料pp.5-8

選挙の結果、2016～2020年任期の評議員73名が選出されたことが報告された。任期2014～2018年の現在の評議員と合わせ、資料pp.5-8が、評議員となる。

3. 各委員会 平成27年度活動実績報告および平成28年度活動計画について

・編集委員会（法橋尚宏理事） 資料pp.9-10

平成27年度は、38巻 1 - 5 号を発行し、掲載論文数28編であった。5号は 5 月11日に発行した。平成26年度に電子化して投稿数が減少していたが、投稿のビデオを作成、投稿の仕方を学術集会で説明する等の対応の結果、平成27年度は過去最高の投稿数となったことが報告された。英論文の投稿も受け付けている。

平成28年度の39巻の発行予定については資料p.10に記載のとおりである。

・奨学会委員会（祖父江育子理事） 資料p.73

平成28年度の奨学研究授与候補者の審査を行った。資料p.73に記載の通り、平成27年 9 月28～12月28日に公募し、4名の応募があった。審査及び選考の結果、西田千夏氏に50万円の奨学金を授与することが理事会で承認されたことが報告された。

・学会賞・奨励賞委員会（工藤せい子理事） 資料p.63

平成27年度学会賞・奨励賞の推薦について、平成28年1月9日の学会賞・奨励賞委員会で、学会誌第35巻4号から第38巻2号掲載の原著論文を対象とし、規定第4条に則り審査した結果、平成27年度の学会賞の推薦は、該当者なしとなったことが報告された。また、奨励賞対象論文として3編を推薦することとしたことが報告された。

・将来構想検討委員会（中村恵子副理事長）

現在、5つの地方会が活動しており定款9章に地方会の位置づけが記載されている。本会からの補助を受け、地方会独自で活動しており、これに即して定款を変更する必要があることが明らかとなった。平成28年度の役員に具体的な検討を依頼する。

・研究倫理委員会（江守陽子理事）

研究倫理審査の受付を行っているが、平成27年度は1例も審査の申し込みがなかった。研究倫理に関する啓発事業として、第41回学術集会において特別交流集会「看護研究における発表倫理を考える」（愛知淑徳大学 山崎茂明氏）を開催し、100名の出席が得られた。

・大規模災害支援事業委員会（黒田裕子理事長）

平成27年度から事業対象を看護学研究者にも拡大して申請を受けつけた。申請者はなかったが、会員からの寄付が105件、595,000円であったことが報告された。平成28年度以降の委員会に熊本地震も含めた検討を依頼する。

・渉外広報（ホームページ）（塩飽 仁理事）

学会のホームページのソフトウェアにセキュリティの脆弱性がみつき、対応した。WEBへの記事の投稿、学術集会、Jステージ、選挙、大規模災害支援事業等のバナーやリンクの作成、地方会のWEB更新のサポートを受け付けたことが報告された。外部団体との相互リンクの交渉を行った。

・看保連ワーキング・活動（泊 祐子理事） 資料p.36

診療報酬のあり方委員会への出席、将来構想委員会で検討していた診療報酬・介護報酬同時改訂に向けての2プロジェクト活動を実施していることが報告された。平成28年度も、活動を継続していく予定である。看保連の研究助成金に「障がい児と家族の生活世界を広げる支援事業」を申請している。

・国際活動推進委員会（前田ひとみ理事） 資料p.36

第41回学術集会において、特別交流集会「トランスレーショナル・ヘルス・サイエンスとシステムティックレビューの国際的動向」（関西国際大学 今野理恵氏）の開催、イヤーブックを発行し、平成27年度は4編の投稿があったことが報告された。

4. 第42回学術集会について（川口孝泰学術集会会長）

平成28年8月20～21日、つくば国際会議場において開催される旨が報告された。

協賛9社、広告5社、つくば市からの寄付（100万円）を受ける等、収入を上げる努力をしていることが報告された。

5. 第43回学術集会について（山口桂子学術集会会長）

平成29年8月29～30日、東海市芸術劇場・日本福祉大学東海キャンパスにて開催される旨が報告された。

6. その他

・日本学術会議について（川口孝泰副理事長）

看護学教育課程編成上の参照基準，ケアサイエンス，地方創生に関する看護の役割について検討していることが報告された。7月23日に広井良典氏，上野千鶴子氏，西村ユミ氏によるケアサイエンスと看護についての講演とシンポジウムが予定されている。

・日本看護系学会協議会の活動について（川口孝泰副理事長）

科学研究費の審査体制の変更について，看護ジャンルの研究費獲得が難しくなる可能性があるため，パブリックコメントを求めている。パブリックコメントに関して，各学会の主要メンバーの意見を求めるメールが送信されている旨が報告された。

熊本地震に対する対応について検討していることも報告された。

・地方会の活動について

平成27年度事業報告・会計報告・会計監査報告，平成28年度事業計画・予算・補助金使用予定計画が報告された。

北海道（桑原ゆみ評議員）	資料pp.11-15
東海（藤井徹也評議員）	資料pp.16-20
近畿・北陸（若村智子評議員）	資料pp.21-25
中国・四国（内田宏美評議員）	資料pp.26-30
九州・沖縄（前田ひとみ理事）	資料pp.31-34

審議事項：

1. 学会賞・奨励賞規程の改正案について（黒田裕子理事長） 資料p.35

社員総会資料に沿って改正案が説明され，拍手により賛成多数で承認された。

2. 平成27年度事業報告について（中村恵子副理事長） 資料p.36

社員総会資料に沿って，平成27年度の事業報告がなされた。拍手により賛成多数で承認された。

3. 平成27年度一般会計・特別会計決算報告について（鈴木みずえ理事） 資料pp.37-60

社員総会資料に沿って，一般会計・特別会計決算報告について説明された。

第41回学術集会の参加者が少なく収入が得られなかったことについて理事会で審議を重ねた結果，他会計からの繰入額を支出した。第41回学術集会会長から寄付金が思ったように集まらなかったこと，通信費や会場費がかさみ，予算がかかってしまった旨が説明された。

法人税の発生に関する質疑応答の後，拍手により賛成多数で承認された。

4. 監査報告について（松田たみ子理事） 資料p.61

社員総会資料に沿って，平成27年度の会計監査報告がされ，いずれも適正であることを認めることが報告された。納入率が改善され，過年度の未納会費の回収も進んでおり，災害支援，社会貢献など将来構想として学会資産の有効活用の検討を期待する旨が説明された。

また，資料p.62の会計調査報告書について，代読し，報告された。

監査で業務の監査も実施していることについて質疑応答された後、拍手により賛成多数で承認された。

5. 奨励賞 推薦について（工藤せい子理事） 資料p.63

社員総会資料に沿って、平成27年度の学会賞・奨励賞の推薦が説明された。

・学会賞候補 該当者なし

・奨励賞候補 ①山田孝子氏 第35巻 5号掲載論文

②熊谷理恵氏 第36巻 2号掲載論文

③日比野友子氏 第37巻 5号掲載論文

上記について異議なく、拍手により賛成多数で承認された。

6. 役員の選任について（中村恵子副理事） 資料p.64および別紙

新理事候補者、理事長・副理事長、理事長推薦理事、常任理事、新監事の候補者とし

て別紙のとおりであることが説明され、承認された。また、再任理事・監事について信任決議が行われ、承認された。2016～2020年の幹事に、渡邊順子氏が推薦され、本人の了解を得た後、承認された。

新理事長（川口孝泰氏）、副理事長（本田彰子氏、宮腰由紀子氏）からご挨拶を頂いた。

7. 名誉会員の推薦について（中村恵子副理事） 別紙 1

泉キヨ子先生（帝京科学大学）が定款第3章 会員3）に則り、推薦され、拍手により承認された。会員総会での承認の後、名誉会員となる。

理事会報告：

1. 平成28年度事業案について（中村恵子副理事長） 資料p.65

社員総会資料に基づいて報告された。

2. 平成28年度予算案について（鈴木みずえ理事） 資料pp.66-72

社員総会資料に沿って、平成28年度予算案が報告された。監査の結果を受け、奨学金および災害支援事業に関する予算を増額し、予算案を作成したことが説明された。

3. 奨学研究授与について（祖父江育子理事） 資料p.73

西田千夏氏に授与が決定したことが報告された。第42回学術集会で表彰が予定されている。

4. 第45回（平成31年）学術集会会長推薦について（黒田裕子理事長）

泊祐子氏（大阪医科大学）が理事会にて推薦されたことが報告された。定款第8章 学術集会会長第31条に則り、会員総会で選出する。泊祐子氏からご挨拶をいただいた。

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

科学技術関係費増額に向けた 要請活動

日本学術会議会長 大西 隆

今年の4月から5月にかけて、「科学技術予算の抜本的拡充に関する要請」の活動が行われました。その経過については、会員・連携会員の皆様には、ニュースメールで配信している幹事会の報告でもお伝えしました。簡単に整理しておく、第5期科学技術基本計画が今年4月から5年間の計画期間でスタートしました。基本計画の特色の一つは、第1期から一貫して科学技術関係の政府の投資目標が明記されていることです。しかし、第1期で目標を上回る実績が達成されたのを除いて、目標を達成できていません。この3月で終了した第4期では、目標が25兆円であったのに対して、実績は22.9兆円で91.6%の達成率にとどまりました。また、2016年度の予算では、3.5兆円程度にとどまっております。5年間で26兆円を達成するために必要な今年度の当初予算額を少なくとも5千億円下回っています。

政府の科学技術関係投資が停滞してきたために、その成果である日本の研究者全体の論文発表等も低迷して、国際的な順位を低下させています。こうしたことから、科学技術立国を標榜する日本の将来を心配して、尾身幸次氏らが中心となって、科学技術関係予算の拡充を訴える要請活動を首相、与党幹部、科学技術政策担当大臣と総合科学技術イノベーション会議等に対して行ったというものです。特に、今年度については、補正予算で5千億円を確保し、来年度以降はこの5千億円を継続して確保するとともに、さらに毎年3千億円ほどを上乗せすることが必要としています。

要請行動にはノーベル賞受賞者や科学技術関係の諸機関の代表も参加し、私も日本学術会議会長

として加わりました。中心となっている尾身幸次氏は、STSフォーラムの主宰者として著名ですが、科学技術基本法が議員立法として提案された際の提案者であり、基本計画はこの法律で位置づけられているのですから、まさに近年の日本の科学技術政策を創出して、牽引してきた方です。

この要請行動を少し掘り下げて考えてみると、日本学術会議の関係者にとって重要な意味を持つことが分かります。政府の科学技術関係費には、国立大学や科学技術関係の独立行政の運営費交付金、科研費などの競争的研究費等も含まれるからです。このための要請行動には、国立大学協会会長他の大学関係者、科学技術関係の独立行政法人の長等も参加しました。

国立大学の運営費交付金を例にとると、法人化以降1,470億円減額されてきました。他の機関も同様の基盤的経費の減額がなされてきました。私は、こうした機械的な減額が、機械的な経費削減につながり、研究活動を低迷させてきたと考えるべきだと思っています。その意味では、国立大学法人化や研究開発分野の国の機関の独立行政法人化の負の側面が顕在化してきていると見なければなりません。

大学や国の研究機関など、科学技術の研究開発に当たる機関の運営は、目標を定めて、それを達成するために何が必要かを基本として行われる必要があります。あらかじめ経費の削減を決めておいて、それへの対処を運営というならば、よい成果を上げることは次第に不可能になることを知るべきでしょう。日本の科学技術は、発展か、衰退かの分岐点に差し掛かっている気がします。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成28年7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。

◆「権利」を解剖する：基礎法学の新地平

日時 平成28年7月9日(土) 13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「日本近世における『裁判』制度の確立とその限界」

坂本忠久

「『権利』について考えるためのさまざまな視座」

海老原明夫

「資源配分システムとしての『権利』の形成」

飯田 高

「権利は存在するか」大屋雄裕

◆融合を問う：学問の消滅と生成の系譜学から

日時 平成28年7月10日(日) 13時00分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「学問の生成と消滅の系譜：融合する学問としての農業経済学」藤原辰史

「『社会数学』の生成、消滅と部分的再生」

隠岐さや香

「技術と学問のあいだ：実学化と純化に揺れた革命期の学問」中村征樹

「融合の先にあるものとは何か：環境学の現在と百年の計」福永真弓

「生成と消滅のダイナミズムからみる学問の未来」

平田 聡／藤原辰史／隠岐さや香／中村征樹／

福永真弓／生田ちさと

「科研費の新体制は学問の場をどう変えるか」

前澤綾子

◆スマート・メガスケール植物工場ネットワークによる国際競争力のある農作物生産

日時 平成28年7月15日(金) 13時30分～16時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「ICTが切り拓く新たな農業情報の利活用」

神成淳司

「大規模施設園芸における知農化の意義」

澁澤 栄

「ロボット化された植物診断技術が可能にする大規模生産管理」高山弘太郎

「施設生産の大規模化の現状と展望」伊藤 保

「スマート・メガスケール植物工場研究会について」久枝和昇

「関連産業界が求める各種基盤整備」

石黒 功／福田晴久／安井一郎

「農産物マーケットの変化と生産・加工・流通」

藤井滋生

◆熊本地震・三ヶ月報告会

日時 平成28年7月16日(土) 9時00分～17時45分

場所 日本学術会議講堂

次第 「熊本地震について」

「地震に関する情報について」

「被災状況と対策について」

「土砂災害・風水害と対策について」

「避難・救助・救援について」

「復旧・復興について」

◆総合工学シンポジウム2016「知の統合を如何に達成するか—総合工学の方向性を探る」

日時 平成28年7月20日(水) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂外5室

次第 「構成科学としての工学(設計科学)」吉川弘之

「『知の統合』と『知の統合学』をめざして」

館 暉

「情報学から見た工学分野の融合について」

喜連川 優

「東日本大震災後の被災地支援研究」

似田貝香門

「パネル討論」吉村 忍／奥村次徳／大倉典子／狩野光伸／瀬山倫子

◆九州・沖縄地区会議主催「いのちを守る見事な仕組み（仮）」

日時 平成28年7月22日（金）14時00分～16時10分
場所 ニューウェルシティ宮崎
次第 「講演」古谷野 潔／池ノ上 克／鮫島 浩／
村上 昇

◆高等学校新設科目「公共」にむけて一政治学の立場から

日時 平成28年7月23日（土）14時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「報告」荻部直／古城佳子／佐々木信夫／
西川伸一／羽場久美子

◆ケアサイエンスとは何か、その必要性を議論する

日時 平成28年7月23日（土）15時00分～18時00分
場所 お茶の水女子大学共通講義棟2号館102室
次第 「公共政策、科学哲学の視点からみたケアサイエンス」広井良典
「当事者学の視点からみたケアサイエンス」
上野千鶴子
「看護学、現象学の視点からみたケアサイエンス」
西村ユミ

◆生命科学研究の総合的推進：日本医療研究開発機構（AMED）に期待する

日時 平成28年7月26日（火）13時00分～17:00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「AMEDのミッション：データシェアリングによる研究開発の加速と課題」末松 誠
「オールジャパンでのバイオ医薬品開発」
宮田敏男
「オールジャパンでの医療機器開発」菊地 眞
「医療開発研究予算の一本化・基礎から実用化までの研究支援体制の成果」本間さと／
宮坂信之／神ノ田昌博／菱山 豊／宮田敏男／
菊地 眞／福島雅典／辻 省次
「研究シーズの連続的創出のための基礎生命科学研究支援のあり方」原 克彦／菱山 豊／

甲斐知恵子／小原雄治／須田年生／永井良三

◆世代の知をつなぐ地方創生とイノベーション

日時 平成28年7月26日（火）13時30分～16時30分
場所 愛媛大学南加記念ホール
次第 「地域産業イノベーションの創出」仁科弘重
「地域産業における産学連携—紙産業の事例から」
内村浩美
「産学官連携による機能性食品開発」菅原卓也
「愛媛県の取り組み」関口訓央
「産学官連携で実現する『地域創生』のまちづくり」
大久保 武
「地方における農業ICTによる起業」
遠藤 忍
「産学連携による植物生育診断装置の開発」
岡田英博

◆気候変動と森林生態系の持続性（仮）

日時 平成28年7月27日（水）13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「気候変動の森林生態系への影響」中静 透
「気候変動と気象害・土砂災害リスク」坪山良夫
「気候変動と樹木の物質生産」伊豆田 猛
「気候変動に対応した森林資源管理の適応技術開発」重永英年
「気候変動と森林生態系の持続性」
竹中千里／田中和博

◆科学技術の光と影—市民との対話から考える科学技術と自動運転システムの未来

日時 平成28年8月2日（火）13時30分～17時00分
場所 ホテルアソシア豊橋5階
次第 「基礎科学研究を支えるテクノロジー」
梶田隆章
「自動運転技術による新たなモビリティ社会の実現」加藤光久
「機械に責任を持たせられるか？」下條信輔
「科学技術の光と影」土井美和子／梶田隆章／
加藤光久／下條信輔／大西 隆

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

日独の大学観

——日本学術会議会長 大西 隆

日独の大学長会議でベルリンを訪れました。続けてパリでも同様の会議があったので、参加した日本の国公私大の学長にとっては、2都市を回る会議の旅となりました。ちょうど英国がEUからの離脱を決めた直後だったので、その関連の話題も出ましたが、ドイツでは、産学連携やイノベーションにおける役割が求められている中での大学の役割がテーマでした。ほとんどの大学が国立大学で、学費がなく、その連合組織であるドイツ学長会議の幹部が学長OBであり、日本側よりもややシニアということもあって、少しオーソドックスな議論が交わされた感があります。

少なくともドイツの学長会議の幹部は、共通してドイツの大学の役割は「人格の形成 (Bildung)」と述べていました。この場合、主に学部課程を対象としていたわけですが、それでも日本側の学長は、専門教育を受ける機会の提供が大学の役割に含まれると考えており、位置づけの違いが明確になったように思います。

ドイツ側の意見では、戦後、アメリカ流の大学教育が流行り、社会で有用な実践的な教育が重視され、伝統的な教養教育が低く評価されがちなことになり強い反発を持っているようでした。

日本側の出席者も、近年の国立大学における人文社会科学の位置づけをめぐる議論を通じてその役割が改めて評価されたことに示されるように人文社会科学を含めた教養教育が大事であると考えていることは共通しているものの、大学教育としては、さらに、それぞれの専門分野を学び、専門性を持った人材として社会に送り出すことを使命としているという認識が強いという違いが感じられました。

議論に参加しながら、ふと、人文社会科学系を

めぐる論争の中で、日本の経済界（経団連）が、大学に期待するものは、社会人、国際人としての資質であって、専門性にはそう重きを置いていないという趣旨の主張を展開していたことを思い出しました。幅広い分野の知識をベースに多角的に思考できる教養人の育成を大学の使命と考えるドイツ側大学の主張と似たところがあると思ったのです。日本での論争の折にも、人文社会科学も重要という経団連の主張には、無論、援軍を得た思いを抱きながらも、もう少し大学が行っている専門教育の成果を重視してくれてもいいのと思ったのですが、ドイツ学長会議の主張にも同様の感想を持ちました。

一方で、私が勤務する大学のように工学系の単科大学では、人文社会科学や理学などの専門家を十分に揃えることは容易ではなく、専門教育に特化したカリキュラムになりがちであることも事実です。特に、英語でのコミュニケーション能力が重視される近年では、人文社会科学系の教員の多くを、英語教育を担当できる人に向けざるを得ず、他の分野が手薄になりがちです。

したがって、人格の形成か専門科目の学習かは、大学にとっては教員というもっとも重要な人材の配置上とても重要な分岐点になります。

もちろん、ベルリンの会議で、双方が納得する結論が出たわけではなりません。しかし、特に、日本の学長は、ドイツ流の考え方に触れて、ともすれば近年の日本の大学教育の中で軽視される傾向にあった点を再認識させられた思いを持った方も多かったようです。大学生が持つべき教養とは何か、その中で専門的知識はどのような位置を占めるべきか、日独大学長会議で交わされた議論は、引き続き深められるべきでしょう。

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28年8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。

◆複合材料における複雑・階層構造形成のDynamics

日時 平成28年8月17日(水) 10時00分～17時50分
場所 日本学術会議会議室

次第 「アモルファス積層構造が切り拓く高性能有機エレクトロニクス」安達千波矢
「単分子磁石を用いた量子分子スピントロニクスの最前線」山下正廣
「Liイオン電池におけるLi⁺の挿入脱離に伴うバルクの変化」小久見善八
「高密度水素化物の材料科学」折茂慎一
「我が国で開発されたLPSO型マグネシウム合金の研究開発動向」河村能人
「最近の粉末、アモルファス材料の回折構造研究の進展」西堀英治
「液晶物質の光配向と新たな方向性」関 隆広

◆ゲノム編集技術の現状と将来展望

日時 平成28年8月19日(金) 16時00分～16時40分
場所 東京大学医学部教育研究棟14階鉄門記念講堂

次第 「ゲノム編集の基本原理と最近の研究動向」山本 卓
「立体構造に基づくゲノム編集ツールの開発と医療応用への展望」瀧木 理
「ゲノム編集のiPS細胞および遺伝子治療応用」堀田秋津
「ゲノム編集技術の社会統合を考える」石井哲也

◆ユネスコの新「体育・身体活動・スポーツ国際憲章」と日本の現状・課題と展望

日時 平成28年8月25日(木) 14時15分～17時30分
場所 大阪体育大学

次第 「『体育・身体活動・スポーツ国際憲章』制定の背景と意義」アンジェラ・メロ

「ユネスコの新『体育・身体活動・スポーツ国際憲章』と日本の展望」森 敏生／宮地元彦／菊 幸一／今泉柔剛

◆歯学研究における基礎と臨床のシグナル伝達

日時 平成28年8月26日(金) 9時00分～11時00分
場所 札幌コベンションセンター

次第 「歯学研究における基礎と臨床のシグナル伝達」山口 朗
「脳由来神経栄養因子による歯周組織再生」栗原英見
「共刺激分子研究」東 みゆき
「口腔顔面痛疾患に対する治療の将来に向けた方向性」矢谷博文
「口腔顔面痛発症機構解明と臨床応用への可能性」岩田幸一

◆市民と科学者で考えるこれからのエネルギー

日時 平成28年9月2日(金) 13時00分～17時45分
場所 日本学術会議講堂外3室

次第 「日本の技術・知見によるアジア・アフリカの無電化地帯の解消」坂田一郎
「Wishing for CO₂-free Hydrogen」辰巳 敬
「次世代自動車技術」大聖泰弘
「種子島の事例に見るエネルギーと地方創生と技術導入の試み」菊池康紀
「エネルギーシステムと社会実装」梶川裕矢

◆自己を知る脳・他者を理解する脳～融合的アプローチによる社会脳研究の魅力

日時 平成28年9月10日(土) 13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂

次第 「融合社会脳科学の展望」菅阪直行
「乳幼児の自己と他者の心の発見」長井志江
「霊長類動物を用いた社会脳研究」磯田昌岐
「手綱核による社会的上下関係を巡る闘争の制御」岡本 仁
「発達障害の早期発見と早期支援」神尾陽子
「自己制御理解にもとづくうつ病の治療支援」岡本泰昌

◆若手生命科学研究者のキャリアパスについて考える：

卓越研究員制度の現状と未来、そしてさらなる可能性

日時 平成28年9月12日(月) 13時00分～17時00分

場所 東京大学本郷キャンパス 小柴ホール

- 次第 「ポストク問題の何が問題か」小林武彦
 「卓越研究員制度の現状と今後(仮)」柿田恭良
 「生命科学の知恵の流通を最適化するには」
 八代裕一郎
 「製薬企業における生命科学研究者のキャリアパス」増田 典之
 「我が国の生命科学研究の未来を見据えて」
 福田裕穂

吉原直樹

「『二重の地位』保障にかかわる法的検討(仮)」

岡田正則

◆脱タバコ社会実現をめざしタバコ対策の再構築を

日時 平成28年9月19日(月) 13時15分～15時15分

場所 帝京大学板橋キャンパス

- 次第 「受動喫煙防止法制定に向けて」下光輝一
 「電子タバコ等、新しいタバコについて」
 樺田尚樹
 「喫煙と口腔病変との関連」福田仁一
 「消費者保護と財務省財政審議会タバコ部会」
 松本恒雄
 「タバコ企業の研究費補助・『社会貢献(CSR)』活動について」望月友美子

◆ウシ超音波誘導経膈採卵技術の展開：

基礎研究から応用まで

日時 平成28年9月15日(木) 9時30分～12時30分

場所 麻布大学 大教室

- 次第 「ウシ超音波誘導経膈採卵技術」今井 敬
 「ウシにおける卵胞発育」金子浩之
 「ウシ超音波誘導経膈採取卵からの体外胚生産」宮村元晴
 「ウシ超音波誘導経膈採卵技術の応用」橋谷田 豊

◆昆虫の社会と行動

日時 平成28年9月25日(日) 13時30分～17時50分

場所 日本学術会議講堂

- 次第 「閉じて開く意識を生物集団に見出す」
 郡司幸夫
 「ミツバチの分業社会を支える脳内遺伝子発現の調節」佐々木哲彦
 「昆虫から学ぶ『進化のデザイン』(仮)」
 長尾隆司
 「アリの社会性行動を制御する神経メカニズム」
 古藤日子
 「Sociobiology of Ants (仮)」Jae Chun Choe

◆国内畜産物生産現場から消費者への情報発信

日時 平成28年9月17日(土) 13時15分～16時05分

場所 日本獣医生命科学大学第一校舎E棟111講義室

- 次第 「わかりやすい畜産と繁殖技術」高橋芳幸
 「品種改良と系統造成とは？」坂田ひとみ
 「遺伝資源のリサイクル畜産繁殖技術の現在」
 濱野晴三
 「バター不足が教えてくれたこと」小澤壯行

◆政治思想における「アジア」問題

—西洋と東洋の相互参照

日時 平成28年10月1日(土) 13時20分～15時20分

場所 立命館大学大槻いばらきキャンパス

- 次第 「古代ギリシア人の『アジア』観と同胞意識の深化」名和賢美
 「18世紀フランスにおける統治改革と中国モデル(仮)」安藤裕介
 「日本の近世・近代における『アジア』」
 松田宏一郎

◆原発事故被災長期避難住民の暮らしをどう再建するか

日時 平成28年9月19日(月) 13時00分～16時00分

場所 帝京大学板橋キャンパス医学部大講堂

- 次第 「原発事故後5年半の福島復興と被災者避難者の暮らしの現実(仮)」山川充夫
 「被災者・避難者の健康と生活の現実(仮)」
 坪倉正治
 「避難者・帰還者とコミュニティ再建(仮)」

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

夏季部会に参加して

日本学術会議会長 大西 隆

今年も、8月に各部の夏季部会が開催されました。第一週から第三週にかけて、日を置いて開催されたので、すべての部会に参加することができました。部会では、それぞれの部の活動経過報告などに加えて、安全保障と学術、会員・連携会員の選考方針等、共通のテーマについても意見交換が行われました。公開で議論された安全保障と学術については、社会的関心も高く、すべての部会で複数のメディアの方が傍聴し、写真撮影も行われました。また、今年の夏季部会は、二つが東京で、一つが豊橋で開催と、昨年の財政難問題を反映して東京開催が増え、旅費の節約にも協力していたことで、今年度は、初めて各部に部会及び分野別委員会・分科会の開催経費を均等に割り当てて管理する方式を取りました。例えば、夏季部会で節約していただいた分、委員会・分科会の活動に回せる予算が増えることになります。

本稿では、夏季部会に合わせて開催された市民公開講演会を取り上げることにします。最初に開催された第三部は、地元の豊橋技術科学大学との共同主催で、「科学技術の光と影—市民との対話から考える科学技術と自動運転の未来」が行われました。人が運転に関わらないで走る自動車という将来像を目指して開発が進む自動運転を素材に、科学技術の発展の功罪を議論しました。会場には、360人ほどの参加者が集まって講演を聞き入り、特に80名ほどの地元高校生の参加者から活発に質問が出されるなど、学術会議と若い世代との交流という点で、とてもいい試みになったのではないかと思います。

第一部は、日本学術会議講堂で、「続人文・社会科学と大学のゆくえ」と題する公開シンポジウム

を開催し、講堂がほぼ埋まる盛況ぶりでした。タイトルに「続」とあるように、昨年の7月31日に開催した同名の公開シンポジウムの続編でした。昨年6月に出された、文部科学大臣の各国立大学学長等宛の通知で、「・・人文社会科学系学部・大学院については・・組織の廃止や社会的要請の高い分野への転換」に積極的に取り組むよう求めたことを巡る議論が続いてきました。この議論自体は、人文社会科学系の学部・大学院の廃止を求めることとはないと文部科学大臣が表明して一段落ついたので、しかし、これを契機に、人文社会科学系の価値やあり方へと議論が発展しており、タイムリーな催しでした。

第二部は、「ゲノム編集技術の現状と将来展望」と題する公開学術講演会を東京大学の講堂で開催しました。最新のゲノム編集技術の紹介を含む、かなり専門性の高い講演会となりましたが、熱心に質問する参加者も多かったのが印象的でした。また、メディア関係者も多数来場しており、ゲノム編集への関心の高さを窺わせました。遺伝子組み換え (GM) から、ゲノム編集 (GE) へと発展している遺伝子関連技術は、疾病治療や食糧増産等への期待がある一方で、GEの結果、生命体に与えかねる影響が表れる問題や、ゲノムを操作することの倫理的な問題等、考察するべき多くの問題を新たに生み出しています。研究の推進と倫理問題への合意形成を同時に進めていかざるを得ない中で、学術会議としても学術研究のあり方の提示が求められるテーマです。

それぞれ、暑いさなかに行われた公開講演会でしたが、私も多くのことを学びました。講師の皆様、ご支援いただいた皆様に感謝します。

日本学術会議ニュース

春日文子連携会員(フューチャー・アース国際本部事務局・日本ハブ事務局長)は、7月20日、国連のハイレベル政治フォーラム(High Level Political Forum: HLPF)に出席し、持続可能な開発目標の達成を論じるセッションにおいて、科学者の代表の一人として、政策過程における科学の役割やフューチャー・アースによる貢献の可能性に関するスピーチを行いました。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成28年9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。

◆若手生命科学研究者のキャリアパスについて考える： 卓越研究員制度の現状と未来、そしてさらなる可能性

日時 平成28年9月12日(月) 13時00分～17時00分

場所 東京大学本郷キャンパス 小柴ホール

次第 「ポストク問題の何が問題か」小林武彦

「産学を超えた博士人材の活躍促進に向けて」

塩崎正晴

「生命科学の知恵の流通を最適化するには」

八代裕一郎

「製薬企業における生命科学研究者のキャリアパス」増田 典之

「我が国の生命科学の未来を見据えて」

福田裕穂

◆ウシ超音波誘導経腔採卵技術の展開：

基礎研究から応用まで

日時 平成28年9月15日(木) 9時30分～12時30分

場所 麻布大学 大教室

次第 「ウシ超音波誘導経腔採卵技術」今井 敬

「ウシにおける卵胞発育」金子浩之

「ウシ超音波誘導経腔採取卵からの体外胚生産」

宮村元晴

「ウシ超音波誘導経腔採卵技術の応用」

橋谷田 豊

◆肉用牛生産における国際化の対応と地域の活動

日時 平成28年9月15日(木) 13時30分～16時30分

場所 佐賀県立男女共同参画センター

次第 「TPPと日本の肉用牛生産の課題」福田 晋

「和牛をめぐる国内外の情勢と課題」入江正和

「佐賀牛の振興(輸出)について」内田武巳

「畜産農家に対する飼養管理技術向上支援活動について」早田文博

◆国内畜産物生産現場から消費者への情報発信

日時 平成28年9月17日(土) 13時15分～16時05分

場所 日本獣医生命科学大学第一校舎E棟111講義室

次第 「わかりやすい畜産と繁殖技術」高橋芳幸

「品種改良と系統造成とは？」坂田ひとみ

「遺伝資源のリサイクル畜産繁殖技術の現在」

濱野晴三

「バター不足が教えてくれたこと」小澤壮行

◆原発事故被災長期避難住民の暮らしを どう再建するか

日時 平成28年9月19日(月) 13時00分～16時00分

場所 帝京大学板橋キャンパス本部棟2F 臨床大講堂

次第 「原子力災害被災地の復興計画と帰還問題」

山川充夫

「原発事故後における福島県相双地区住民の健康について」坪倉正治

「帰還と移住の中での原発事故被災者コミュニティ」吉原直樹

「原発災害避難住民の『二重の地位』の保障」

岡田正則

◆脱タバコ社会実現をめざしタバコ対策の再構築を

日時 平成28年9月19日(月) 13時15分～15時15分

場所 帝京大学板橋キャンパス

次第 「受動喫煙防止法制定に向けて」下光輝一

「電子タバコ等、新しいタバコについて」

樺田尚樹

「喫煙と口腔病変との関連」福田仁一

「タバコの安全性と表示・広告」松本恒雄
「タバコ企業の研究費補助・『社会貢献(CSR)』活動について」望月友美子

◆事故から5年

—農業環境・農作物・農業経済の変遷と課題

日時 平成28年9月22日(木) 13時30分～16時40分
場所 佐賀大学教養教育大講義室
次第 「5年間に於ける放射能汚染対策の概要と成果」
信濃卓郎
「果樹に於ける放射性セシウムの動態」
佐藤 守
「水田に於ける放射性セシウムの動態とモデル化」
江口定夫
「農耕地土壌に於ける放射性セシウムの動態にかかわる有機物の役割」山口紀子
「森林環境に於ける放射性セシウムの分布と挙動」
金子真司
「福島県に於ける農作物中放射性セシウムとストロンチウム-90濃度および作物摂取による被ばく線量評価」塚田祥文
「原発事故がもたらした農村農業への影響と5年間の総括」小山良太

◆昆虫の社会と行動

日時 平成28年9月25日(日) 13時30分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「閉じて開く意識を生物集団に見出す」
郡司幸夫
「ミツバチの分業社会を支える脳内遺伝子発現の調節」佐々木哲彦
「昆虫から学ぶ『進化のデザイン』」
長尾隆司
「アリの社会性行動を制御する神経メカニズム」
古藤日子
「Sociobiology of Ants」Jae Chun Choe

◆薬学分野の参照基準と4年制薬学教育に 求められる人材育成

日時 平成28年9月28日(水) 13時30分～16時30分

場所 日本学術会議講堂
次第 「大学教育に於ける分野別質保障と参照基準」
広田照幸
「薬学分野の参照基準概要」奥 直人
「薬学(4年制)が身に付ける基本的素養：取りまとめの経緯」赤池昭紀
「薬学(4年制)が身に付ける基本的素養」
川崎郁勇
「4年制薬学教育への期待と将来像Ⅰ」細谷健一
「4年制薬学教育への期待と将来像Ⅱ」杉林堅次

◆政治思想に於ける「アジア」問題

—西洋と東洋の相互参照

日時 平成28年10月1日(土) 13時20分～15時20分
場所 立命館大学大阪いばらきキャンパス
次第 「古代ギリシア人の『アジア』観と同胞意識の深化」名和賢美
「18世紀フランスに於ける統治改革と中国情報」安藤裕介
「日本の近世・近代に於ける『アジア』」
松田宏一郎

◆「18歳選挙」の政治学

日時 平成28年10月2日(日) 9時30分～11時30分
場所 立命館大学茨木キャンパス
次第 「『市民』と『公民』をめぐって」荻部 直
「欧州のネット選挙と若者の右傾化傾向」
羽場久美子
「18歳参政権移行で地方自治に変化が起きるか」佐々木信夫
「討論」古城佳子／西川伸一

◆ICTの将来展望と人材育成(仮)

場所 平成28年10月3日(月) 13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂 外2室
次第 「世界のICTの将来方向と日本の課題(仮)」
関口和一
「通信事業者が目指す今後の方向(仮)」
篠原弘道
「日本社会に於けるICTに対する認識とICT

若年教育(仮) 原島 博

◆地域研究の意義を考える

日時 平成28年10月8日(土) 13時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「日本の地域研究」武内進一

「地域を語る」桜井啓子

「地域研究者は戦争にどう向き合うか」

酒井啓子

「文化遺産の修復作業を通じた平和構築と文化復興」石澤良昭

「地域研究の視点から見る労働」吉村真子

「アフリカ自然保護の現場が要請する地域研究アプローチ」山越 言

「地域研究と理論形成」佐藤 仁

◆農学的視点からの地方創生・活性化への挑戦

日時 平成28年10月8日(土) 13時00分～17時10分

場所 岡山大学創立50周年記念館 金光ホール

次第 「地方創生における農林水産業活性化の意義」

あべ俊子

「地域おこし協力隊『ビオーネ女子』の活躍」

田井奈津美

「赤磐市における地方創生について」

中村昌孝／中野龍平

「笠岡諸島に魅せられて」石井洋平

「岡山県における森林活用と地域創生への挑戦」

河崎弥生

「農食資源が支える持続的地域の創成」

眞山滋志

◆世界の食料の今そして未来

―食料の生産性と質の向上に日本の植物バイオテクノロジーはどう貢献できるか

日時 平成28年10月9日(日) 13時00分～17時30分

場所 日本学術会議講堂

次第 「食料安全保障のためのバイオテクノロジー」

武内真佐美

「産業界の取り組みと課題」今井康史

「国の遺伝子組換え作物の安全性確保の取組等」

高島 賢

「学術界の取り組みと課題」佐藤文彦

「消費者の遺伝子組換え食品への感覚と意思決定」

小島正美

◆コミュニティを問い直す―社会関係資本の光と影

日時 2016年10月9日(日) 14時00分～17時30分

場所 九州大学伊都キャンパス

次第 「個人化のもとで共同体はいかにして可能か」

今田高俊

「合理的選択理論から見た社会関係資本とコミュニティの関係」佐藤嘉倫

「ネオリベラリズム、脱政治化とコミュニティの危機」堤 かなめ

「寛容から問うコミュニティ」三隅一人

「合意に至らないコミュニティの可能性」

矢澤修次郎

◆アフリカの進化と文化

―われわれがアフリカから学ぶこと

日時 平成28年10月15日(土) 13時00分～17時00分

場所 京都大学国際科学イノベーション棟

シンポジウムホール

次第 「ゴリラから学んだ人類の進化」山極壽一

「アフリカ大地溝帯の巨大湖に暮らす魚たち」

幸田正典

「20世紀アフリカ文学の伝統」宮本正興

「『伝統衣装』のいま」中村香子

◆若者の生活保障のために何が必要か

―ナショナルミニマムとローカルオブティマムの観点から

日時 平成28年10月15日(土) 13時30分～18時00分

場所 日本学術会議講堂

日時 「若者の貧困と政策課題」藤田孝典

「自治体の結婚支援に見る問題点」板本洋子

「地方における若年生活困窮者に対する支援」

稲月 正

「現下の若者政策の課題」宮本みち子

◆202030は可能か

—「女性活躍推進法」の実効性を問う

日時 平成28年10月22日(土) 13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂

◆歴史総合をめぐって

日時 平成28年10月22日(土) 13時30分～17時30分
場所 駒澤大学駒沢キャンパス1-204教場
次第 「報告」油井大三四郎／近藤孝弘／西村嘉高

◆専門・認定薬剤師制度の現状と課題

平成28年10月26日(水) 13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「薬学教育の視点から見た生涯教育の課題」
佐々木昌弘
「『患者のための薬局ビジョン』から導かれる薬剤師の将来像について」森 和彦
「専門医制度改革と日本専門医機構の設立」
池田康夫
「薬剤師に求められるプロフェッショナルスタンダードと生涯学習支援システム」山本信夫
「日本病院薬剤師会の生涯研修と専門・認定薬剤師制度について」木平健治
「日本医療薬学会の専門・認定薬剤師制度と今後の展望」佐々木 均
「薬剤師研修センターの各種認定制度と今後の展望」豊島 聡
「薬剤師認定制度認証機構の事業と今後の展望」
吉田武美

◆惑星科学の長期展望と将来の探査計画

日時 平成28年10月29日(土) 10時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「惑星科学の到達点と長期展望」永原裕子
「日本の惑星探査ミッションの動向と狙い・将来構想・課題」藤本正樹
「世界の惑星探査の動向における日本の立ち位置と戦略」常田佐久
「MMXのサイエンス・惑星科学における位置づけ」倉本 圭

「MMX計画の内容と進捗状況」今村 剛

◆地域学のこれまでとこれから

日時 平成28年11月3日(木・祝) 13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「社会実装としての地域学(仮)」岩瀬公一
「地域学のあり方について(仮)」岡田知弘
「岐阜大学地域科学部における教育・研究・地域連携の20年(仮)」富樫幸一
「地域学のフレームワークについて(仮)」
宮町良広
「地域協働学について(仮)」上田健作
「東日本大震災復興と地域学(仮)」小山良太
「地域学について(仮)」曾我 亨
「地域関係学部調査から見えてきたことと期待されること(仮)」三浦健太郎

◆サイエンスアゴラ2016

高校理科教育のありかたについて

日時 平成28年11月5日(土) 14時00分～15時30分
場所 日本科学未来館
次第 「高校現場における理科教育の現状と課題(仮)」宮嶋 敏
「大学初年次における科学力と高大接続(仮)」
真貝寿明
「現代社会を生き抜くために必要な科学(仮)」
青野由利
「文科系にとっての科学の意味(仮)」
戸田山和久

◆感染症へのチャレンジ

日時 平成28年11月5日(土) 10時30～12時00分
場所 日本科学未来館
次第 「感染症基礎研究の進展と防御における取り組み(仮)」甲斐知恵子
「レギュラトリーサイエンスとしての感染症報道(仮)」小田光康
「人畜共通感染症の現状と課題(仮)」水谷哲也

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. 著者および研究貢献者

1) 著者

「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①から④の四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*。

- ① 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
- ② 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
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

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かかわっていた場合、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記することを推奨する。

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、看護にかかわる教育・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理しない場合がある。

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。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

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、したがって、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。

* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のようであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

** 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。

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、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

■原著論文

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。

原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■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。

■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内外の文献を網羅的に集めて分析・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、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、厚生労働省の「臨床研究に関する倫理指針」(2008)、文部科学省・厚生労働省の「疫学研究に関する倫理指針」(2008)等になくなっていないなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造^{ねつそう} (Fabrication)、改竄^{かいざん} (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」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿（こま切れ投稿）は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文に明確に示さなければならない。

■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. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel、PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

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

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「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理できない。

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、著者による論文内容に関す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枚が目安〔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1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

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。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。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。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する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、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・ 本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・ 本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

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。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22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、看護にかかわる教育・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」になかったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

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.』（2010）／『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、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excel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作成すること
PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で作成すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 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、入稿とし、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、たとえば、相関係数 r やCronbach's α では「.68」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階層化する。

- 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) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、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階層から第7階層までの6つの階層から構成する。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階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(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階層ではあるが、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) 論文で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

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、そのあとに全角スペース分空けてから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. 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、そのあとに全角スペース分空けてから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, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき（本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など）はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は, ……は……である, と主張している (2011,p.3)。

- 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の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は, ……は……である, と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文献では, 2名の姓を「&」でつなぐ。

- 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姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(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姓を列記する。

— 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・宮崎ほか, 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)。

※欧文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。
- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。
- 6) 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。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

* 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。

— 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)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 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。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 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。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名全員 (西暦発行年)．表題．雑誌名，巻 (号)，開始ページ-終了ページ．

— 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，出版地：出版社名．

— 例 —

研究太郎 (1995)．看護基礎科学入門．23-52，大阪：研究学会出版．

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

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)．(pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数)．出版地：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．(pp.77-79)．東京：医学書院．

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合：

必要な書誌情報とその順序：著者名 (西暦発行年)．表題．編集者名 (編)，書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ)．出版地：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 (pp.123-146)．東京：研究学会出版．

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

- ・DOIがある学術論文
 - －著者名（出版年）．論文名．誌名．巻（号），頁．doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない学術論文
 - －著者名（出版年）．論文名．誌名．巻（号），頁．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

- ・DOIがある書籍
 - －著者名（出版年）．書籍名．doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない書籍
 - －著者名（出版年）．書籍名．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

- ・DOIがある書籍
 - －著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)
- ・DOIのない書籍
 - －著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
 - － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト，Webページ

- －著者名（投稿・掲載の年月日）．Webページの題名．Webサイトの名称．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 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。
- 2) 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）を入力する。

9. 抄録について

- 1) 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。

- 2) 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概ね以下のとおりである。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 |

11. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文も受理する。原則、「論文投稿規程」と上記の「原稿執筆要項」にしたがって原稿を作成する。本文が英語になることにより、下記のように対応する。

- 1) 本文の文字の大きさは、Times New Romanの12ポイントを使用する。書式は左右余白30mm、上下余白50mmとし、20行となるように設定する。
- 2) 原稿が刷り上がりで、1頁は5,700 wordsに相当する。
- 3) 英文抄録と本文は、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。なお、英文抄録に加えて、和文抄録も必要である。

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。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成28年度会費納入のお願い

平成28年度会費納入のお願いをお送りしております。未納の方はお早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。

また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

	記
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先やご所属先等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<http://www.jsnr.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレスで登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会雑誌について

平成27年度発行の38巻より会員向けのCDによる配布を廃止し、オンラインジャーナルのみでの提供となっています。学会のホームページで学会誌を公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3944-8236 FAX: 03-5981-9852

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

開所曜日: (平日) 月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第39巻 4号

会員無料配布

平成28年9月20日 印刷

平成28年9月20日 発行

編集委員長

法橋 尚宏 (理事)	神戸大学大学院保健学研究科
秋山 智 (会 員)	広島国際大学看護学部
荒木 孝治 (会 員)	大阪医科大学看護学部
市江 和子 (会 員)	聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部
猪下 光 (会 員)	岡山大学大学院保健学研究科
上野 栄一 (会 員)	福井大学医学部看護学科
内田 宏美 (会 員)	島根大学医学部看護学科
川西千恵美 (会 員)	国立看護大学校看護学部
河原 宣子 (会 員)	京都橘大学看護学部
木立るり子 (会 員)	弘前大学大学院保健学研究科
小西美和子 (会 員)	兵庫県立大学看護学部
定方美恵子 (会 員)	新潟大学大学院保健学研究科
高島 尚美 (会 員)	関東学院大学看護学部
竹田 恵子 (会 員)	川崎医療福祉大学医療福祉部保健看護学科
中西 純子 (理事)	愛媛県立医療技術大学保健科学部看護学科
吉田 澄恵 (理事)	千葉大学大学院看護学研究科
若村 智子 (会 員)	京都大学大学院医学研究科

(五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-24-1
第2ユニオンビル4階

株式会社ガリレオ

学会業務情報化センター内

☎ 03-3944-8236 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者 川口孝泰

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉県中央区都町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、仮登録を迅速に処理することができ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：〒170-0002 東京都豊島区東横1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学会業務情報化センター内
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8,000円、合計11,000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。

(切り取り線より切り出してください)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ	専門区分	看護学・医学・その他 ()
氏名	生 年 月 日	性別 男 ・ 女
所 属	TEL	FAX
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒
E - m a i l	TEL	FAX
自 宅 評 議 推 薦 者 氏 名	TEL	FAX
推 薦 者 所 属	TEL	FAX
事 務 局	理事会承認年月日	
記 入 欄	受付番号	年度入会会員番号
	受 付 日	巻 号～
	通知番号	送 付 日

地 区 割	地 区 名	都 道 府 県 名
1	北 海 道	北海道
2	東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
3	関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
4	東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
7	中国・四国	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 03-5981-9852）
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 _____

Eメール： _____

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。

