

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 38 Number 1 April 2015 ISSN 2188-3599

日本看護研究学会雑誌

[38巻1号]

会 告 (1)

平成27年 4 月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第41回学術集会
会長 宮 腰 由紀子

記

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会

メインテーマ：日本から世界へ 看護，発信！

— いのちと暮らしを支える 和と輪と環と話 —

【会 場】 広島国際会議場

〒730-0811

広島市中区中島町 1 - 5

URL： <http://www.pcf.city.hiroshima.jp/icch/access.html>

【期 日】 平成27年 8 月22日（土）， 23日（日）

【プログラム】

会 長 講 演：和と輪と環と話

宮腰 由紀子（広島大学 教授）

座長：中木 高夫（天理医療大学 教授）

基 調 講 演：日本から世界へ 看護，発信！

真田 弘美（東京大学 教授）

座長：宮腰 由紀子（広島大学 教授）

特別講演Ⅰ：愛しき哉，生命！（仮）

長沼 毅（広島大学 准教授）

座長：深井 喜代子（岡山大学 教授）

特別講演Ⅱ：ヒロシマに生きて

被爆を語り継ぐ会

座長：市村 久美子（茨城県立医療大学 教授）

特別講演Ⅲ：いにしえびとの生命観

桑原 國雄（御調神社 宮司）

座長：石川 ふみよ（上智大学 教授）

教育講演Ⅰ：欧州看護教育における放射線看護は今

Gerhilde Schüttengruber（Graz大学）

座長：小西 恵美子（長野県看護大学 名誉教授）

教育講演Ⅱ：気がつけば隣は異文化

Allan Sutherland（九州看護福祉大学 准教授）

座長：小山 眞理子（日本赤十字広島看護大学 学長）

教育講演Ⅲ：「語り」が高めるQOL — SEIQoL-DWを用いて —

渡邊 知子（横浜市立大学 准教授）

中村 令子（東北福祉大学 教授）

藤田 あけみ（弘前大学 准教授）

座長：酒井 郁子（千葉大学 教授）

教育講演Ⅳ：放射線医療と看護（仮）

神谷 研二（広島大学 教授）

座長：作田 裕美（大阪市立大学 教授）

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

水流 聡子（東京大学 教授）

高木 廣文（東邦大学 教授）

中澤 港（神戸大学 教授）

進行：梯 正之（広島大学 教授）

特別交流集会：

1 国際活動委員会企画

国際的な視点に立ったsystematic reviewの仕方（仮）

講師：今野 理恵（関西国際大学 准教授）

2 研究倫理委員会企画

看護研究における発表倫理

講師：山崎 茂明（愛知淑徳大学 教授）

3 編集委員会企画

新電子システムの紹介

- 4 リハビリテーション看護グループ企画
リハビリテーション看護の未来を問う
- 5 放射線看護グループ企画
これからの放射線看護と教育の展望

交流集会：

- 「実験研究を行なう上で重視すべき研究プロトコル作成時のポイント」
世話人：掛田 崇寛（静岡県立大学 教授）
- 「医療従事者のアディクション事例を通じて、アディクション看護の課題を考える」
世話人：松下 年子（横浜市立大学 教授）他
- 「インスリン自己注射針着脱補助具の開発」
世話人：渡辺 千枝子（松本短期大学 教授）他
- 「福島第一原子力発電所事故からの再生・復興へ向けた取り組み
— 浪江町における現状と看護職の活動 —」
世話人：西沢 義子（弘前大学 教授）他

シンポジウム（調整中）：生き生き地域を支える看護活動（仮）

パネルディスカッション（調整中）：看護活動へのロボット活用（仮）

Nursing Science Cafe

【懇親会】

日時：平成27年8月22日（土）18：00～20：00
会場：広島リーガロイヤルホテル
会費：5,000円

【参加費】

- | | |
|-------------------------|---------|
| ① 事前参加登録（7月10日（金）まで）会員 | 10,000円 |
| ② 事前参加登録（7月10日（金）まで）非会員 | 12,000円 |
| ③ 当日 会員 | 11,000円 |
| ④ 当日 非会員 | 14,000円 |
| ⑤ 学生 | 3,000円 |

〈事前参加登録方法〉

事前参加申込み期間は、平成27年2月1日（日）～7月10日（金）までです。

一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会ホームページの参加登録フォームよりご登録下さい (<http://jsnr41.jp>)。登録時に表示されます参加登録番号は、参加費払込みの際に必要なになりますので、印刷するか、メモを書き記してお控え下さい。

参加費のお支払い方法は、「郵便局払込み」あるいは「クレジットカード払い」となります。

【一般社団法人日本看護研究学会第41回学術集会 運営事務局】

一般社団法人日本看護研究学会 第41回学術集会運営事務局
株式会社近畿日本ツーリスト中国四国

〒730-0032 広島市中区立町1番24号

Tel : 082-502-0909 Fax : 082-221-7039

E-mail : jsnr41-hiro@or.kntcs.co.jp

目 次

第40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

日本看護研究学会とともに歩んだ30年

— 学会での交流がももになった学術集会の基調 — 1

第40回学術集会会長（天理医療大学） 中 木 高 夫

特別講演

看護の専門性とは何か？

— 医療と介護のはざままで — 9

社会学者，立命館大学 特別招聘教授 上 野 千鶴子

教育講演 I

看護研究を教える 20

徳島文理大学大学院看護学研究科 黒 田 裕 子

教育講演 II

質的研究を教える 24

日本赤十字看護大学 谷 津 裕 子

教育講演 III

量的研究を教える 28

国立看護大学 柏 木 公 一

シンポジウム I

「看護研究」の落とし穴

座長の言葉 29

座長 天理医療大学 末 安 民 生

淑徳大学 茂 野 香おる

「看護研究」の落とし穴 30

筑波大学医学医療系 川 口 孝 泰

質的研究の落とし穴 33

東京慈恵会医科大学医学部看護学科 北 素 子

量的研究の落とし穴	
— 初心者の陥る落とし穴とは —	37
	天理医療大学 林 みよ子
シンポジウムⅡ	
医療権力論	
— 医療者の言説が患者を困らせるとき —	40
	座長 天理医療大学 中 木 高 夫 日本赤十字看護大学 谷 津 裕 子
小児気管支喘息における言説と子どもの体験	42
	名古屋第二赤十字病院 深 谷 基 裕
医療権力論「医療者の言説が患者を困らせるとき」	45
	日本赤十字看護大学 濱 田 真由美
医療権力論 医療者の言説が患者を困らせるとき 生体肝移植ドナーの研究から	47
	天理医療大学 永 田 明
特別交流集会Ⅰ	
グローバル人材って何？	
— 足元のグローバル化を考える —	49
	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 大 橋 一 友
特別交流集会Ⅱ	
看護研究における〈概念相〉への取り組み方	52
	世話人 愛知県立大学看護学部 片 岡 純 埼玉県立大学 佐 藤 政 枝 愛知県立大学看護学部 山 口 桂 子
特別交流集会Ⅲ	
APA方式の何が優れているのか？	55
	東京有明医療大学看護学部 前 田 樹 海

— 原 著 —

プロミン開発以前にハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の原因とその対処	59
国立療養所大島青松園	山 端 美香子
国立療養所大島青松園	近 藤 松 子
国立療養所大島青松園	石 川 和 枝
前国立療養所大島青松園	天 野 芳 子
岡山大学大学院保健学研究科	近 藤 真紀子

「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の開発

— 実習指導者の役割遂行を支援する看護継続教育の実現に向けて —	73
千葉大学	中 山 登志子
千葉大学	舟 島 なをみ

— 研究報告 —

統合失調症患者のセルフスティグマが自尊心に与える影響	85
山梨県立大学看護学部	山 田 光 子
立ち会い出産における夫の満足感と立ち会い体験および妻への親密性との関連	93
宝塚大学助産学専攻科	松 田 佳 子
中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相	101
島根県立大学看護学部看護学科	松 谷 ひろみ
島根大学医学部看護学科	原 祥 子
身体機能障害を抱える脳卒中患者の生活の再構築に向けた看護介入の検討	113
北海道科学大学保健医療学部看護学科	福 良 薫
日本の専門看護師が役割を獲得するまでの内面的成長プロセス	127
神奈川県立がんセンター	田 中 久美子
祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連	139
石川県立看護大学	曾 山 小 織
石川県立看護大学	吉 田 和 枝
石川県立看護大学	米 田 昌 代

CONTENTS

Original Papers

Causes of and Coping Strategies for Repeated Wounds in Patients with Hansen's Disease until Promin Treatment	59
---	----

National Sanatorium Oshima-Seisho-en : Mikako Yamaberi

National Sanatorium Oshima-Seisho-en : Matsuko Kondo

National Sanatorium Oshima-Seisho-en : Kazue Ishikawa

Formerly of the National Sanatorium Oshima Seisho-en : Yoshiko Amano

Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Makiko Kondo

Development of an Educational Needs Assessment Tool for Clinical Instructors: To Offer Continuing Education Programs Supporting Role Performance of Clinical Instructors	73
---	----

Chiba University : Toshiko Nakayama

Chiba University : Naomi Funashima

Research Reports

Impact of Self-stigma on the Self-esteem of Patients with Schizophrenia	85
---	----

Yamanashi Prefectural University Department of Nursing : Mitsuko Yamada

Relationships between the Satisfaction and Experience of Husbands Present during Delivery and Family Intimacy	93
--	----

Graduate Program in Midwifery, Takaraduka University : Yoshiko Matsuda

Aspects of Individual Empowerment of Old-old people Living in Hilly and Mountainous Areas	101
---	-----

School of Nursing, University of Shimane : Hiromi Matsutani

School of Nursing, Faculty of Nursing, Shimane University : Sachiko Hara

Investigation Nursing Intervention for Supporting Re-constructing the Life of Stroke Patients with Physical Dysfunction	113
--	-----

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Hokkaido University of Science : Kaoru Fukura

Emotional and Mental Growth Process of Certified Nurse Specialists in Japan in Acknowledging Their Roles	127
--	-----

Kanagawa Cancer Center : Kumiko Tanaka

Relationship between the Experience of Raising Children among Grandmothers and Attitudes toward Raising their Grandchildren	139
--	-----

Ishikawa Prefectural Nursing University : Saori Soyama

Ishikawa Prefectural Nursing University : Kazue Yoshida

Ishikawa Prefectural Nursing University : Masayo Yoneda

第 40 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事

2014年8月23日（土）、24日（日）

会長 中 木 高 夫

於 奈良県文化会館
奈良県新公会堂

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◆

日本看護研究学会とともに歩んだ30年 — 学会での交流がもとになった学術集会の基調 —

第40回学術集会会長 中 木 高 夫
(天理医療大学)

石井先生、ご紹介、ありがとうございます。

「日本看護研究学会とともに歩んだ30年」と題して、この学会とわたしとの歩みを通して、本学術集会の基調講演をお話しさせていただきます。

I. POS — 看護診断 — 中範囲理論

まずは昔話で、「POS — 看護診断 — 中範囲理論」という三題噺です。三題噺といっても、昨今の若い人たちには意味が通じないかと思いますが、お題を3つもらって、即席に1つの落語をつくりあげることをいいます。

看護との出会いは滋賀医科大学医学部附属病院の立ちあげからはじまります。病院創設にあたって、滋賀医大病院は全病的にPOSを採用することに決まりました。

POSを実践していくなかで、「これだ!」と思ったのは、問題解決過程を土台にして、そこに「プロブレムごとに」というお札を貼りつけることでした(図1)。「プロブレムごとに」問題解決過程を働かせるということがPOSのシークレットだったのです。

滋賀医大での看護師さんたちとの共同作業は、いくつかの本を生みだしました。1981年発行の「看護学雑誌」がマスコミデビューです。滋賀医大のPOS看護実践をまとめたのが、『POSをナースに』(医学書院)です。雑誌連載時には乾成夫さん、書籍化にあたっては七尾清さんのお世

話になりました。看護のためのPOSを学習マンガにするというアイデアをいただいたのは高橋修さんです。ちなみに、『あすかちゃんのPOS』(照林社)の「あすかちゃん」というのは、わたしの一人娘の名前です。

そうした活動が目についたためか、1984年に、熊本市で開催された木場富喜先生が学術集会会長だった日本看護研究学会第10回学術集会のシンポジストとして招かれました。シンポジウムのテーマは「21世紀の看護を考える」で、わたしのほかに東京看護学セミナーの川島みどり先生、産業医科大学医療技術短期大学の花田妙子先生、弘前大学教育学部の川上澄先生、聖路加看護大学の南裕子先生という顔ぶれでした(所属は当時のもの)。

このシンポジウムの抄録は学会ホームページで見ることができですが、驚いたことに、30年前にもかかわらずPOS — 看護診断 — 中範囲理論といった言葉が、普通に飛び交っています。

日本看護研究学会は、看護師でなくとも会員になれる職業差別のない、フリーな学会だったので、このときすぐに入会しました。また、熊本からの帰りに、「地方会をつくりましょう」という構想も生まれました。

II. 弦楽四重奏モデル — フェミニズム — 権力論

次の三題噺は「弦楽四重奏モデル — フェミニズム — 権力論」です。

いまさら言うことではないかと思いますが、わたしは残念ながら医師です。すでに臨床活動は行っていませんが、医師免許証しか持っていないので医師であることには間違いありません。

医師も看護師もジェンダー固有の職業ではないのですが、長い時間をかけて、ほぼジェンダー固有といっても過言ではない特徴を、それぞれの関係性のなかに築きあげてきました。そのなかでいちばん多いのは、医師が上位で、看護師が下位という、上下関係モデルでしょう。

1. 専門職連携としての弦楽四重奏モデル

わたしが医師になるべく教育を受けた時代には、「医師はオーケストラの指揮者である」ということが、何の疑問



図1

もなく語られていました。しかし、「医師はオーケストラの指揮者である」と勝手に言い放つても、肝心の医学校卒業生にその実力はありません。

指揮者は、楽譜が読めて、そこに書かれている音が想像できます。曲の全体構造を頭のなかに、論理的かつ感覚的に再創造できます。またそれを実際の音にするために、具体的に、かつ演奏者たちの個性を踏まえて指示する能力を持っています。

残念ながら医学教育では、病院のなかで働く人たちのこともまったく教えてもらえませんでした。ということは、「医師はオーケストラの指揮者にはなれない」ことを前提として、あるべき医療システムを考えるほうがよいと思いました。

オーケストラの指揮者モデルに代わるものとして考えたことを、1991年に京都で開催された「医学会総会」のシンポジウムで話したことがあります。それが「弦楽四重奏モデル」です。室内楽モデルと言い換えてもかまいません。

ここには指揮者はいません。

ハイドンやモーツァルトのようなウィーン古典派の弦楽四重奏曲では、第1主題を第1ヴァイオリンが颯爽とメロディをかなでていきます。そのとき、第2ヴァイオリン以下は伴奏部にまわっています。第1主題が落ち着くと、今度は優しい第2主題が第2ヴァイオリンやヴィオラで歌われます。さっきまでリーダーシップをとっていた第1ヴァイオリンは伴奏にまわるのです。曲が進行して、最大の盛り上がりを見せるときは、すべての楽器が一致協力して全合奏します。つまり、曲の移行に伴って、奏者が順次換わってリーダーシップをとるということです。

これを医療の世界に導出してみましょう。患者は、体調や病気の状態にしたがって、療養場所を移動します。たとえば、急性期から慢性期へ、自宅から急性期病院を経由してさまざまな医療機関、そして介護機関などへ移行します。

米国看護師協会は、1980年に看護師のオートノミーを確立する看護の定義を発表しました。「看護とは実在または潜在する健康問題に対する人間の反応を診断し治療することである」という定義です。この定義は医師の仕事をも定義しています。

医師は、昔から「病いをみて、人をみず」と言われてきました。そう言われているところに、「人はわたしたちにおまかせください」と看護師が主張したのです。看護師と医師の関係は相補的・補完的となります。

急性期は医師がリーダーシップをとるでしょう。回復慢性期に入ると看護師・理学療法士・退院調整専門看護師などがリーダーシップを代わり合います。このような専門職連携のことを、最近ではinter-professional work: IPWと呼ぶようです。弦楽四重奏モデルよりカッコイイ響きがし

て、ちょっとくやしいです。

弦楽四重奏モデルで大きな役割を演じるのは、同じ経過用紙の紙面に、全医療職が記載する「統合患者記録 Integrated Patient Records」です。患者のベッドサイドに行くときや記録を書くとき、自分以外の医療職の記録が目のなかに自然と飛び込んできます。この方法を採用しないで、診療録と看護記録を分離している理由はなぜなのでしょう？

医師が男性で、看護師が女性という、男女差別なのではないでしょうか？ 看護師よりも医師のほうが上位だという、権力関係なのではないでしょうか？

2. 看護師－医師関係を解くフェミニズム

わたしのような団塊の世代にとって、フェミニズムは強烈な印象を残しています。先の「オーケストラの指揮者」モデルには、戦前の価値観の影が見えます。高所得層出身の医師と低所得層出身の看護師、そこからくる学歴格差、そして男女格差など、問題が複雑に絡み合っています。

米国の精神科医 Leonerd I. Stein は、1967年に、「医師－看護師ごっこ The Doctor – Nurse Game」という論文を書きました (Stein, 1967)。このSteinの「医師－看護師ごっこ」は、患者のためになることを看護師が思いついたとき、看護師はそれを率直に医師に告げるのではなく、その考えを、まるで医師が思いついたかのように演ずるということです。

なぜ率直に医師に告げられないのでしょうか？

それを解くのが「フェミニズム」だと思います。

わたしは1948年生まれで、戦後民主主義の最後の教育を受けました。自由や平等という言葉が、深い意味もわからないのに、日常生活に普通に使われていた時代です。だから、男女平等はあたりまえです。しかし、名簿は男女混合の五十音順ではなく、男子が先で、女子はあとでした。クラスの委員長はなぜか男子生徒で、女子生徒は副委員長です。つまり、その程度の男女平等が身についたのです。

これがまやかしだと気づかせてくれたのが、下村満子(1982)の『アメリカの男たちはいま』という本です。穏健派フェミニストといわれる下村の本ですら、男性優位がすり込まれていたばかりには強烈でした。もちろん、特別講演をお願いした上野千鶴子さんの名前も光り輝いていました。平安女子短大、京都精華大学、東京大学へと登りつめ、なぜかコワイ存在で売っていました。相手の非難を逆手にとって、「そのどこが悪い？」と切り返す問いの鋭さは独特です。

団塊の世代にとって「自己批判」という言葉は、大学闘争と結びついて特別の感慨を生む響きです。わたしの自己批判は、フェミニストたらんとしても、知らぬ間にアン

チ・フェミニストの行動がにじみ出てしまうことです。すり込みというのは恐ろしいものです。上野流に、「いじいじとしたフェミニストで何が悪い！」と開き直るのもどうかと思います。

看護師－医師関係を考えると、看護師にはなぜかフェミニストが少ないようです。

3. 看護師－患者関係をあばく権力論

医師－患者関係、看護師－医師関係、患者－看護師関係などを考えるうえで「権力という装置」に気づかせてくれたのは、名古屋大学在職中に卒論指導をした岩崎登くんです。彼は、看護師でさえ医療の先端で患者さんの抑圧者として機能することがあることから、わたしが創案した「看護のインフォームドコンセント」をテーマに選びました。そして、フーコーの権力論を調べてごらんというお気楽な教員にそそのかされて、四苦八苦して卒業論文を書きあげました。

そこで、文光堂から発刊されていた「Quality Nursing」誌の藤本さおりさんにもちかけて、「看護と権力論」という特集を企画してもらいました。このような特集を企画したのは、医療のなかの権力構造に苦しむ患者の存在にスポットライトをあてたかったことと、看護師が患者さんの擁護者を勝手に名乗っていることへの反発からでした。

たしかに、医療のなかで、医師は権力の最高位に置かれています。だからといって、抑圧者や支配者、制圧者ばかりではありません。これを翻訳したいからこの特集を組んだともいえる Susan Jo Roberts の「被抑圧者集団の行動：看護への示唆」のなかで、Roberts は民族解放闘争や公民権運動、フェミニズムなど、多くの被抑圧者集団の闘いについて論じ、そのひとつとしてパウロ・フレイレの『被抑圧者の教育学』（亜紀書房）をとりあげ、被抑圧者による支配者行動の先取りを指摘しています。

つまり、支配者である医師に抑圧される被抑圧者の看護師は、医師と患者の境目である存在、すなわちマージナルな存在であり、この位置で成功する者は、支配者が好む結果を生むように、先取りして行動するというのです。

第40回学術集会のシンポジウムⅡは「医療権力論：医療者の言説が患者を困らせるとき」です。患者-医療者という権力構造のなかで、情報の一方通行のために患者や家族が医療者の言説に苦しんでいる実態を明らかにできましたと思います。

Ⅲ. 質的研究 — JRC-NQR — 疑わしい研究行動

今回の学術集会はオール研究プログラムです。そう聞くと、わたしのことをさぞかし研究熱心な人だと思ってくれる人も知れません。期待を裏切って悪いのですが、ついこ

のあいだまで日本看護研究学会雑誌に投稿すらしたことがなかったのです。

日本看護研究学会雑誌への唯一の投稿論文は、「質的研究の基礎としての〈体験〉の意味 — Dilthey 解釈学の伝統を継ぐドイツ語圏の哲学者の文献検討とその英語・日本語訳の比較から」というものです（中木・谷津, 2011）。

しかしながら、学会活動を通していくつもの論文を査読したり、大学・大学院で論文の作成指導を行ったりした経験はあります。おかげで、論文を読む目は養われたと思います。

そこで考えました。

1. 看護研究の完成度を高める「論文の概念相」

多くの論文では「論文の概念相」が弱いのです。「論文の概念相」という言葉は、看護研究の教科書で読んだと思っ

ているのですが、もしかしたらわたしの造語かも知れません。一般に、科学論文はIMRADと呼ばれる文章構成で書かれています。IMRADとというのは、Introduction, Methods, Results, and Discussionの頭文字をとっています。この本体部分にTitleとConclusionがついたのが論文です。

ここでわたしが「概念相」と呼んでいるIntroductionとMethodsの部分です。

Introductionでは研究動機からはじまって、研究トピックスを設定します。そして研究するに値する研究疑問を絞り込みます。研究疑問が明確になると、関連する用語をインターネットの検索エンジンや文献検索ソフトにかけて、関連する論文や書籍を選び出し、しっかりと読み込みます。このことによって、研究疑問が現在どこまで明らかになっているかがわかるとともに、どこに知識の欠落があるかも明らかになります。この欠落の部分

を明らかにすることが研究目的になるわけです。そして、Methods。研究目的を明らかにするために、たくさん存在する研究方法のなかで、どの研究方法がもっともマッチするかを考えます。「〇〇法」と名称しか書いていない論文が多いのですが、一般的に、研究を遂行するなかでは、「〇〇法」を一言一句忠実に

行うのは無理でしょう。いくらかは修正を加えるのが普通です。ですから、研究方法では「〇〇法」を土台にしつつも、「こういうところを、こうするために、これこれに書かれていた、これこれを参考に、このような分析を行った」と、実施したことをありのままに記載しなければなりません。

このように研究動機から研究トピックス、研究疑問、研究目的、そして研究方法までの記述があまりに弱いという印象を持ちました。論文の概念相が弱いということは、当然、結果の考察にまで影響を及ぼします。

あらゆる学術論文は新規性、すなわちノイエスが必須です。なかでも「原著」という論文種別は、ノイエスに加えて、論文としての完成度が求められます。「概念相」が弱いと、論文全体を完成度の低いものにしてしまいます。修士論文を「原著」として投稿してくる会員が増えていますが、投稿の前に「概念相」で使用した書籍や内外の論文を振り返り、「論文の完成度」という視点で希望論文種別を選んでほしいと思います。

第40回学術集会では編集委員会企画の特別交流集会が2つありますが、特別交流集会Ⅱ「看護研究における〈概念相〉への取り組み方」ではこの問題を深く掘り下げます。

2. 看護と親和性が高い質的研究

1994年、わたしは滋賀医科大学から名古屋大学へ異動しました。名古屋大学には8年間、基礎看護学の教員として奉職しました。「看護診断学」「看護診断学実習A」そして「看護実習診断学実習B」という、他学にはないユニークな科目を開発し、担当させていただきました。

事情があって、日本赤十字看護大学へ異動したのは2002年のことです。学部では、医系教員として、「解剖生理学」と「疾病の成り立ちと回復の促進」を教えていました。医系教員としては、あまりまじめな大学教員ではありませんでした。むしろ楽しかったのは大学院のほうで、成人看護学領域ながら、成人看護学の基礎である「クロニクイルネス」や「シナジーモデル」という概念を院生とともに学びました。

医系教員としての「失われた10年間」は、「質的看護研究」「語らいの場としての大学」、そして「論文作成と研究倫理」に興味を持った10年間でありました。

質的研究は看護の本質との親和性が強いいためか、最近の投稿論文で大きな割合を占めています。

質的研究がはじめて紹介されたのは、1982年に医学書院の会議室で行われた勉強会だと思います。このときはGrounded Theory Approachを創案したStraussとGlaserの共同研究者であったShizuko Y. Fagerhaughが参加観察法について講義しました。書籍ではChenitz & Swanson著／樋口康子・稲岡文昭訳の『グラウンデッド・セオリー：看護の質的研究のために』（1992, 医学書院）ではないでしょうか。

看護に興味を持ちはじめた80年代のはじめは、Grounded Theory Approachが頭抜けて注目されていました。その他、現象学的研究やエスノグラフィック研究などがありました。どこに違いがあるのかということに興味を持ちました。

わたしが思うところ、質的研究方法の方法論的差異は、学問的な出自が異なるところです。

エスノグラフィック研究は、民俗学や人類学の研究方法をもとにしています。未開の地や秘境を対象にしていま

す。たどりつくのも大変なところに出かけるわけですから、1回の到達チャンスにデータをかき集めるだけかき集め、それを紛失することなく研究室に持ち帰り、じっくり分析します。その地にはまず2度と行くことができます。そういう制約のなかでつくられた研究スタイルがエスノグラフィック研究だと思います。

データを一気にごっそり集めて、あとでゆっくりと分析する方法ともとれますが、こう理解するのは間違っていると思います。エスノグラフィック研究で大切なのは、民族誌、すなわちエスノグラフィを作成し、そこから異文化を理解する態度です。

社会学的な研究は、すぐそこにある、何度もアプローチ可能な社会が対象です。データを集めながら解釈し、思いついた仮説、それもそれがたとえ根拠のないabduction（やまかん）であっても、その仮説を検証するために関連データを再度収集します。そして、これ以上新たな理解は生まれえないという確信ができるまで、すなわちデータの理論的飽和に至るまで解釈を続けながらデータを収集するのです。データを分節し、データの文脈的・空間的・時間的関連を読みとる方法論が緻密に整備されています。対象へ何度も何度もアプローチしようとするのは、さすが社会学だなあと感じます。

哲学に基礎をおく現象学的研究は、まだよくわかりません。インタビューをするときにエポケーでなければならぬのはよくわかります。しかし、それは質的研究全般に共通することです。そこから作成したテキストを解釈して、理解が生まれます。これも質的研究全般に共通していることです。現象学は現象を哲学する学問だと思いますが、そうだとすると看護現象や患者現象を哲学するのが現象学的研究ということになります。

いずれの研究方法も、本来の出自からくる特徴がすっかり骨抜きにされてきているというのも、日本独特の家元制度からくる特徴と思えます。

さらに、学生たちが行う質的看護研究から気づいたことがあります。学生たちは、まず1つ1つのケースについてしっかりと解釈して、ケーススタディを完成させます。次いで、そのケーススタディの結果をメタシンセシスしています。この「ケース志向」であることこそ、質的看護研究で最も重要だと考えます。つまり、1つ1つのケーススタディが「薄い」と、その研究は「薄い」質的研究となります。

3. 「知の母胎としての語らいの場」のモデル「JRC-NQR」

JRC-NQRは「日本赤十字看護大学質的看護研究勉強会」の略称です。この活動は、わたしが日本赤十字看護大学に異動して数年してから始まりましたが、もともとは谷津裕子先生と北素子先生という、大学院博士課程を修了した同

級生2人だけで行っていた研究会でした。その成果として「質的看護研究論文をクリティークするためのサブストラクション・シート」を創案したのを機会に、大学院生たちからそれを教えてほしいという要望があり、この勉強会に発展しました。

この会では、質的研究に関することなら何を話題にしてもかまいません。志願した人がテーマを決めてプレゼンターとなります。毎回、設定した時間内では討論がつきず、アルコールが入るアフターの会でさえ哲学的なものになる傾向があります。JRC-NQRのコアメンバー紹介では、わたしの役割は「縁の下の力持ち」となっています。

先ほど紹介した、わたしが「日本看護研究学会雑誌」に投稿した唯一の論文は、この会での討論が土台になり、「経験Erfahrung」と「体験Erlebnis」について、ディルタイから始まり、フッサール、ハイデガー、ガダマー、シュッツといった、ドイツ解釈学の系譜のなかで、それぞれがどのように説明づけられ、さらにそれらがそれぞれの主著のなかで、どのように英語や日本語に訳されているかを比較検討したものです。

先日も「理解」と「解釈」とが、彼らのなかでどのように位置づけられているかをプレゼンテーションし、それを論文のかたちに整えて「天理医療大学紀要」へ投稿しました。

毎月開催されるJRC-NQRは、現在、わたしの頭脳活動の中心になっています。

JRC-NQRという語らいの場から、大学や学会のあり方へも想いが巡りました。

かつて、ドイツのハイデルベルク大学のKarl Jaspersは、1946年に『大学の理念』という書物を書き、Wilhelm von Humboldtの「いまだ知りえぬことを知ろうとする人」による教育という理念を大学の基礎に置きました。研究者による教育という意味です。大学教員が研究者を兼ねる近代の大学はHumboldtに端を発しているようです。

さて、Jaspersは『大学の理念』のなかで次のようなことを述べています。

「大学は、研究者と学生との共同体のなかで真理を探究するという課題を担っている」「若い人は、ある師匠への服従においてであれ、自己教育においてであれ、同じような努力を重ねている人との戦いながらの、また愛しながらの交わりにおいてであれ、教育されることを欲している」

大学とは「交わりのなかで真実を追究する」場なのです。

ハイデルベルク大学は、創立800年を迎えて、「大学の理念」という連続講演会を開催しました。1988年に出版された同名の書籍のなかで、Hans-Georg Gadamerは次のように述べています。

「官僚化された教授-学習システムが現状を支配しているが、しかし、それぞれ自分の自由空間（自由な活動の余

地）を見いだすことは各自の課題である。自由な空間を見つけ、自由な空間で活動することを学ぶ。これはわたしたち人間の生涯の課題である」。

次は米国の哲学者Richard J. Bernsteinの言葉です。

「人文科学の研究のためには、その長い伝統が明らかにしているように、ある雰囲気が必要である。つまり、会話や対話を育成し、従来の学問上の境界を踏み越えるような論点や問題を自由に追究でき、さまざまな知的関心をもつ同僚や学生たちがしかけてくる挑戦や、思いがけない闘いをじかに経験することができるという、そうした雰囲気がどうしても必要である」

こうしたことから、「知の母胎としての『語らいの場』」という概念が浮かんできました。

「語らいの場」というと、看護学教育でよく用いる「グループワーク」でも同じ目的の教育技法だという方があるかもしれません。「知の母胎としての『語らいの場』」と「グループワーク」を分けるものは何でしょうか？

わたしは参加する個人個人のcommitmentだと思います。commitは、「接触する」「触れる」「かかわる」という意味でよく使う言葉です。しかし、commitmentは単なるかわりではなく、「没頭」や「傾倒」という意味です。プレゼンターだけが没頭して、他の参加者はお客さまでは、「知の母胎としての語らいの場」にはなりません。

質的研究の方法論を学ぶにしたがって、質的研究にしる、量的研究にしる、どちらも質を取り扱っているのではないかと考えるようになりました。質的研究は、データと結果との関係性を質的に導きます。量的研究は、データと結果との関係性の質を数学的に検証します。とくに、量的研究は、統計パックで有意差を示す数値が出たからといって、それがすぐに結果になるわけではありません。この数値の意味を解釈して、文章に起こしてはじめて結果になるわけです。そして、考察ではその結果を考察するのです。

4. 質的看護研究の根本問題としての〈体験 — 表現 — 理解〉の連関

最近、質的研究法の哲学背景について興味が深まってきました。質的研究では、テキストを解釈して、理解にいたります。テキストは、すでに知っていること、すでに理解していることで解釈し、理解するのです。解釈学は、そもそも聖書や古典の解釈に関する哲学ですが、質的研究はインタビューや参与観察、研究者の感情をもとにテキストを作成するところにその特異性があります。テキストの作成という質的研究の特異性について考えてみましょう。

ドイツの哲学者Diltheyは〈体験 — 表現 — 理解〉の連関をとりあげています。この連関は質的研究の対象であるテキストへの、よい示唆を与えてくれます。

まず体験-表現のズレです。研究参加者の体験は意味を含んでいます。ところが、体験したという事実はわかっているにもかかわらず、その体験の意味を研究参加者が自覚していないことがあります。こういう場合には、研究者が研究参加者に体験の意味を自覚させ、表現させなければなりません。

自覚と語りのズレにも注意が必要です。研究参加者は、自覚していること、たとえば「痛い」という感覚でさえ、誰にでもわかる「痛い」という言葉でうまく表現できるとは限りません。このような体験と表現のズレを少なくするには、研究参加者の体験に対する研究者の感受性を高め、インタビューによって導くことが必要です。そうなれば、研究参加者は「分厚い表現」が可能になるのです。

小児、高齢者、精神疾患をもつ人など、いわゆる脆弱な人を研究参加者とする場合、研究参加者が体験を表現してくれるには、どのようなインタビューを行うべきか、十分に方略をたてておく必要があるでしょう。

表現と理解のあいだのズレでは、たとえば方言なども重要な問題です。方言はニュアンスや意味が豊富です。研究者が研究参加者の方言に通じていないと、語りの深いところが理解できないでしょう。さらに、クリシェ、すなわち常套句や決まり文句も難題です。困ったことに、人の語りは、大部分クリシェから成り立っているそうです。型にはまった表現から、生き生きとした意味が読みとれるかどうか研究結果に影響します。

表現と理解のあいだでは、研究者としての先入理解の量と質が問われるのです。これは、哲学用語でいえば「地平」ということになるのでしょうか。地平の意味は「物事を考察していく際の視界や範囲」ということです。質的研究について考えた最後は、論文の執筆者と読者の関係です。執筆者と読者のあいだに〈地平の融合〉が成立するように、誠実で丁寧な記述で論文を作成することが必要です。

5. 馴れ合いのうちに見逃される「疑わしい研究行動」

わたしは今年の5月まで日本看護研究学会の編集委員長の仕事にありました。

学会誌発行30周年記念誌に、前委員長の川口孝泰先生が、次期編集委員会の課題は「オンラインジャーナル」と「オンライン投稿査読システム」であると書かれていました。この2点については、詳細な調整にはまだ数年かかるでしょうが、なんとか責任が果たせたと考えています。

「オンラインジャーナル」と「オンライン投稿査読システム」以外では、引用形式を「米国心理学会 American Psychological Association: APA」方式に変更しました。日本看護研究学会は、発足当初から医師が参加していたためか、引用方式は一般にヴァンクーバー方式と呼ばれる「医学雑誌編集委員会 International Committee of Medical Journal

Editors: ICMJE」の方法に準じていました。一方、看護界では、APA方式が主流でした。そこで、投稿規程と執筆要項を見直す際に、APA方式をとり入れた次第です。

第40回学術集会の特別交流集会Ⅲ「APA方式の何が優れているのか?」では、このAPA方式の優れている点がわかります。

さて、日本看護研究学会雑誌の編集委員長になって気になるのは、もちろん論文の出来と内容ですが、このほかにも研究倫理にかかわる点が気になりました。たとえば、学位論文の著者資格や1つの研究をコマ切れにする投稿方法です。

さて、今年は、研究および学術論文における不正行為に大きな注目が集まりました。世界的に高名な研究者の自殺という不幸な事件もありました。そのためか、論文作成という科学者の重要な営みに焦点があまりあたっていないことには不満があります。残りの時間は、こうした研究不正行為に焦点をあててみたいと思います。

米国保健福祉省の研究公正局 office of research integrity: ORIは、1994年から2012年の間に取り扱った告発と調査の要約を、「研究不正行為の取り扱い Handling Misconduct」というウェブサイトに公表しています。調査が最も多く行われたのは、医学部(68%)、病院(11%)、そして研究機関(10%)です。そして、研究不正行為を告発されたのは、主としてPhDあるいはMDの学位をもつ男性であり、大部分は准教授、教授、博士号取得後の研究員だったということです。医学に関連する研究に不正が多いのは、米国も日本も変わらないようです。

そもそも、科学者コミュニティが期待する論文はどのようなものでしょうか? さきほどのORIは、『研究倫理入門』(Steneck, 2005)という書籍のなかで、「誠実さ honesty」「正確さ accuracy」「効率性 efficiency」「客観性 objectivity」の4つをあげて、これを「責任ある研究活動 responsible conduct of research: RCR」と呼んでいます。この価値観は、正直に情報を伝え、責任をもって行う「誠実さ」、正確に知見を報告し、誤りを避けるよう注意する「正確さ」、資源をうまく利用し、浪費を避ける「効率性」、事実に語らせ、誤った先入観を避ける「客観性」が含まれます。

ORIの『研究倫理入門』を書いたRobert S. Steneckは、別の論文で、「責任ある研究活動」の対立概念として「研究における無責任な行動 irresponsible behavior of research: IBR」をあげ、それを2つに分類しています(Steneck, 2006)。「重篤な不正行為」と「疑わしい研究行為」です。

「重篤な不正行為 severe misconducts」は一般に「科学的不正行為 scientific misconducts」と呼ばれ、これをやってしまったら科学者コミュニティから放逐されてしまうような行為です。研究不正行為には、ねつ造 fabrication、改ざん

falsification, 盗用 plagiarism)があり、頭文字をとってFFPと呼ばれています。これについては2003年に日本学術会議も勧告を出しています。

ところで、編集委員長として悩まされたのは、このような重篤な研究不正行為の論文ではありません。先のSteneckの論文では、責任ある研究行為と研究不正行為とを結ぶ連続体のグレイゾーンで、「疑わしい行動Questionable Research Practice: QRP」と呼んでいます。Steneckは、疑わしい研究行動を、①不当表示、②不正確さ、③偏向の3つのカテゴリーに分けています。ひとつずつ検討しましょう。

(1) 不当表示

研究者たる者は、自分たちの研究の公表に対する貢献を誠実に、そして正確に表現すべきです。ある研究では、研究者の公募に提出された履歴書をチェックしたところ、自分が目立つように著者の順序を変更したり、不採用の宣告を受けた論文を「投稿中」と表現したり、発表していないのに発表したことにしているものがあつたそうです。自分の業績を水増しするための小細工といえるでしょう。

著者資格

不当表示の範疇に入るものとして、著者資格 authorship があります。著者資格に関しては医学雑誌編集者国際委員会 ICMJE のルールがよく紹介されます。2010年の Uniform Requirements が有名ですが、2013年に条件が1つ加えられ、Recommendation (ICMJE, 2013) として改訂されました。

ICMJE の新ルールは著者となる資格を次のように定めています。

まず1つ目。「研究の構想またはデザインに対する十分な貢献。または、データの取得、分析、あるいは解釈に対する十分な貢献」。何十人も共著者に名を連ねる治験論文などによくある診療データを提供するだけで共著者になることは認められません。

2つ目は、「論文作成、または重要な知的内容の批判的な校閲」。修士論文や博士論文の作成を指導しているためか、教員が学生に共著者にするのを強要する傾向がありますが、これはその根拠と思われているのでしょうか。それは誤りです。

3つ目は、「発表される修正版の最終承認」。査読プロセスで対応した最終バージョンを公表することに同意しているということです。全共著者が本当に同意するのはむずかしいですが、全共著者が corresponding author に全面的に委譲するのは簡単なことです。しかし、これも共著者には許されません。

そして、最後の新たに付け加わった項目は、「研究のあらゆる部分の正確さ、または完全さに関連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への同意」。最近の研究倫

理では、論文に対する疑問がもう現れることはないだろうと思われる期間、データをしっかりと保管しておくことが求められます。したがって、「研究の終了とともに責任を持ってデータを破棄する」と書いている研究計画書などはとんでもないということになります。研究データは一生厳密に保管し、棺桶のなかまでというのが本来のあり方でしょう。また、「研究のその部分は担当範囲ではないのでわからない」という弁明は許されません。共著者は、全員その論文に対する責任を同等に負うのです。

この ICMJE の4つのルールで重要なのは、論理式で4つすべてが「AND」で結びつけられているということです。すなわち、4つすべてを満足しなくては共著者を名乗ることができません。共著者であれば、論文のあらゆる部分に説明責任があります。「わたしのチームの実験ではないから、詳細はわからない」という、どこかで聞いたような発言は許されないのである。

論文に箔を付けるために名のある研究者を共著者にする「名誉著者資格 honorary authorship」(多くの権威ある学術誌は二重匿名審査方式をとっているため、著明な研究者を共著者にするだけで査読結果が左右されるとは思えないが、もしそうならそのほうが重大な問題である)、教員評価のための業績を増やすために共著者にするのを強要する「gift authorship」は差し控えるようにしたほうがよい。とくに後者は教員業績評価のためであるが、このような恥知らずな方法をとらざるを得ない業績評価方法は学問を冒涇するものである。教員は博士や修士を輩出することで評価されるべきであろう。

二重投稿とサラム投稿と不合理な投稿の取り下げ

もう1つ、不当表示に入るものとして、二重投稿やサラム投稿があります。

二重公表とは、「読者に断りなく、2回以上同じ情報を公表することによって、発表のオリジナリティを損なうこと」です。日本看護研究学会には「Year Book」という英語翻訳誌がありますが、オリジナルではなく、日本語論文の翻訳であるとうたってあるので、二重公表にはなりません。英語に弱いという日本の看護師の特性を重視するならば、研究成果を活用してほしいのなら日本語の論文で公表し、それを英語に翻訳して「Year Book」で公表するというのは、日本の国情にピッタリの方法だと思います。

サラム投稿 salami slicing submission は、断片投稿とも呼ばれます。「1つの研究成果を、下位構造ごとにくつかの論文に分けて投稿すること」です。もっとも、デザインされた研究の規模が大きく、1つの論文では発表しきれないような場合は、いくつかに分けざるをえません。その場合、誠実な著者なら、論文それぞれの関係を文中にしっかりと説明するでしょう。誠実に説明することが重要なので

す。そういう相互参照が明確でなく、1つ1つがまったく異なった論文であるかのように装って投稿したり、また1つの学術雑誌ではなく、いくつかの学会誌にばらまくように投稿するのは許せません。また、サラム投稿は根拠に基づく実践EBPにも大きな影響を与えます。つまり、同じ研究をする母集団の数を増やすとともに、自分の研究の結果が反映される度合いを強くするからです。その意味で、罪深い研究行為といえます。

さらに、「不合理な投稿の取り下げ」ということもあります。1つの論文をいくつかの学会誌に投稿しておいて、1回目の査読で採用される可能性の高い学会を選び、むずかしい学会への投稿を辞退するというものです。

不当表示はウソの表示というより、ズルイ表示ということのようで、科学論文に誠実さが求められるということからは、ほど遠い態度といえるでしょう。

(2) 不正確さ

「疑わしい研究行動」の2つ目は「不正確さ inaccuracy」です。

人は間違いや誤りをする動物です。「誤るのが人間だ」という言葉があるくらいです。ですから、科学論文でも誤ることに関しては寛大です。したがって、一般的に、誠実な間違いと不注意な誤りは、研究不正行為から除外されています。しかし、不誠実な間違いや故意の誤りは許されません。つまり、故意に不正確な論文は許されないのです。

引用は、引用元の文献が確実に存在していなければなりません。したがって、できるだけ直接引用で、どの本のどのページに書かれているか、克明に記載するよう求められるのです。

研究方法や結論があいまいであるのも許されません。あいまいでは、追試しても同じ結果となるとは限りません。メタシンセシスもできません。研究論文が正確で効率的でなければならないのは、こうした理由からです。

(3) 偏向

「疑わしい研究行動」の3つ目は「偏向 bias」です。「責任ある研究活動」に含まれていた「客観性」につながるものです。研究には客観性が必要です。たとえ質的研究であっても、研究者は個人的で主観的な見方を切り離すべきです。とはいえ、biasをまったく切り離すことも困難なことです。自分の知識が増えれば増えるほど困難になります。そこを切り抜ける方法は自分のbiasを意識することです。biasを意識しながら論文を作成することは不可能ではありません。

biasに関する最も今日的な話題は「利益相反 conflict of interest」でしょう。利益相反とbiasはつながります。

このように、わたしたち看護科学者は誠実で、正確で、効率よく、客観的な態度で「責任ある研究活動」を行い、

その成果を論文として発表することを期待されています。

では、その論文はどのように使用されるのでしょうか？

看護研究に関する教科書には「研究生産者 — 研究消費者連続体」という言葉が書かれています。わたしたちは看護研究ということを考えて、どうしても「研究の生産」ということだけに目が行きがちですが、「研究の消費」も最近注目されています。それは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice: EBP」という言葉が使用されるようになってからです。研究消費者は、研究成果を根拠に、実践を組み立てるようになってきました。そのためには、質の高い、役に立つ論文の生産が必要です。

よい看護ケアを提供するためには、よい根拠となる研究が求められます。そのためには、よい研究者にならなければなりません。よい研究生産者になるためには、ひたすら学問しなければならぬわけです。

* * *

日本看護研究学会とはじめて出会ってから、研究や科学について、この学会からいかに多くのことを学んできたか、確認することができました。そして、年齢を重ねるにつれて、研究初心者にどのようなことを伝えなければならぬか、ということが明確に見えてきたかと思えます。

科学者として「責任ある研究活動」と意識して行動し、同じ志を持つ仲間とソサエティを構成して、その「語らいの場」での学術的な議論を通して、患者に還元できる看護の知識を生みだすことこそ、正統な研究者の態度であると確信できました。

学術大会とはかく業績をつくり出す場としてとらえられがちですが、実はそうではなく、同じ志を持つ人々が学術交流を行う「語らいの場」なのです。本学会の学術集会で、多くの交流の火花が飛び交うことを期待します。

文 献

- International Committee of Medical Journal Editors, ICMJE (2013). Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly Work in Medical Journal. <http://www.icmje.org/icmje-recommendations.pdf>
- Nakaki中木高夫・谷津裕子 (2011). 質的研究の基礎としての〈体験〉の意味, Diltthey解釈学の伝統を継ぐドイツ語圏の哲学者の文献検討とその英語・日本語訳の比較から. 日本看護研究学会雑誌, 34(5). 95-103.
- Stein, L.I. (1967). The Doctor-Nurse Game. Archives of General Psychiatry. 16(6), 699-703.
- Steneck, N.H. (2003). ORI Introduction to the Responsible Conduct of Research. Washington DC: Office of Research Integrity. /山崎茂明訳 (2005). ORI研究倫理入門 — 責任ある研究者になるために. 東京: 丸善出版株式会社.
- Steneck, N.H. (2006). Fostering Integrity in Research: Definition, Current Knowledge, and Future Directions. Science and Engineering Ethics. 12(1), 53-74.

◆特別講演◆

看護の専門性とは何か？

— 医療と介護のはざままで —

社会学者、立命館大学 特別招聘教授 上野 千鶴子

こんにちは。「おひとりさま」の上野千鶴子でございます。看護師さんもおひとりさま率は高そうですが、今日はその話はいたしません。私は看護師さんの業界には浅からぬご縁がございまして、20代の長い失業者時代にお世話になったのは、看護師専門学校と保健師専門学校でした。そこで非常勤講師をしていたときの教え子たちと、その後ずっと生涯にわたるお付き合いを続けてまいりましたので、私自身は看護師の応援団のつもりでおります。

1. 看護の専門性とは？ キュアとケアのあいだ

今日のタイトルは「看護の専門性とは何か？」ということです。こういう機会をいただいたので、私が看護について考えてきたことを皆さん方に聞いていただき、球を投げて反応を見てみたいという誘惑が抑え切れず、出てまいりました。

今どうしてこういう問いを立てるかということ、今の看護職というのは、「前門の虎・後門の狼」に挟まれて、受難を迎えていると思うからです。前門に立ちただかっているのは医者です。それだけかと思ったら、後ろには介護職というもう一つの専門職の人たちが控えています。そしてその間、はざまに立って、「看護職とはいったい何者か。何ができるのか」ということが問われている時代だと思われましたので、こういうタイトルを付けてみました。

どうしてこんなことが問題になるかということ、このところ医療の間で、「キュアからケアへのパラダイム転換」ということが言われています。キュアは治療、ケアは世話とか看護ですから、キュアというと医者の役目で、ケアというと看護職の役目だということになります。

キュアからケアへのパラダイム転換と言われると、いよいよ看護の時代が来たのかということになるのでしょうか。これまで看護師の業界は、長い間、医者に対していかなる専門性を確立するかという課題と格闘してまいりました。何しろ法律で守られていますから、医者の業務独占というのはすごいです。皆さん方との間には絶対的な命令・服従関係があって、医師の指示の下に動くことしか許されていません。法律にある「医師の指示の下に」という1行のしぼりが、大変強いわけです。それに対して、キュアからケアへのパラダイム転換ということになると、「よし、

いよいよ看護師の出番だ。医者にはできないことができるぞ」ということで、医者との専門職同士の対等性が主張できるかという動きが出てきました。

しかし他方でケアというと、ケアにはケアの専門職、つまり介護職がいます。介護職は介護職で、専門性を持って膨大な職業集団をつくっています。では、その医者と介護職の間において、看護師はいったい何をやるのだろうか。ケアの専門性というと、看護職は介護職にはとても勝てないでしょう。キュアの専門性というと、看護職は医者には到底勝てないでしょう。ということ、看護師の立場はどっちつかずだということになってしまいます。そこで、看護師のできることは何かということなのです。

その中で、今のところ看護師業界はどう動いているかというと、どんどんキュアの分野に機能を拡大していくという方向に動いてきているようです。特定看護師などいろいろな形の医療行為が可能な看護職を増やしています。もともと医療の現場には非常に強いヒエラルキーがありました。正看護師がいて、准看護師がいて、さらにその下に無資格看護助手もいました。資格社会なのでこういう縦の関係がありました。そのもう一つ上に新しい資格を加えていくと、医療現場で細分化と階層化がいつそう強まるようになってきたように思えます。

それだけでなく、最近チーム医療の中で、コメディカルとかパラメディカルといわれる人たちの役割が非常に大きくなってきました。理学療法士や言語療法士、医療ソーシャルワーカーなどの役割が大変大きくなりました。そういう中で、医師、看護師以外の人たちとのチームプレイということも、考えなければならなくなってきました。

2. 背景

これには、超高齢化がすごく関係していると思います。最近、死因が変わってきていて、昔のような感染症で亡くなる人は激減しています。病像自体も変わってきました。慢性病、生活習慣病、それから複数疾患を抱えた人たちが増えました。そういう病気になるとキュアはできないので、現状をできるだけ悪化させないようにして病気と共に生きるしかありません。

昔のように40代、50代の人が感染症でかつぎこまれてき

たら、一生懸命助けてあげたい、延命措置もしたいということになるでしょう。私の友人で90代の父親ががんになったので病院に連れていくと、医者から「お幾つですか」と聞かれ、93歳だと答えると、「なら手術はやめておきましょう」と言われたということで、90歳を過ぎると治療してもらえないのかといきり立っていました。こういうのもトリアージというのでしょうか。病気も自己免疫性疾患とか、要するに高齢が原因の病気が増えてきましたから、抵抗しない、戦わない、一緒に病気と共生していこうという考え方になってきました。

現在、病院はどれも大変な経営危機に陥っていると言われていますが、それ以前には怒涛のごとく社会全体の病院化が進みました。医療がぜいたく品であった時代、親をみるとときに、一目でいいから医者に見せてやりたかったと子どもが思った時代は確かにありました。そのころには医療は貴重品でした。病院で死なせるというのが子どもにとって親孝行だった時代がありましたが、今は変わってきました。やっとな変化がおきて、最近では逆流が起きてきています。病院化社会から脱病院化社会へ。これは世界中共通した動きで、日本だけの動きではありません。

3. 制度の変化

今年の6月18日、医療・介護一括法が成立しました。誰が作ったのか、これをすごく簡単に分かりやすく言う標語がありまして、「ほぼ在宅、ときどき病院」というものです。何を決めたかという、医療に関しては、もう病床は増やさない、病院も増やさない。入院日数も抑制する。はっきりその方向を決めました。療養型病床は、政府は撤廃したいと言ったのですが、猛反対にあって今延期しています。しかし、将来的には撤廃する気でいます。

基本的に病院というのは、急性期医療と高度医療だけに限定する。先進国は完全にそうになっていますが、手術後3日です。せいぜいいられてもマックス1週間ぐらいです。日本では手術後の入院期間が2週間から20日間という平均日数のデータが出ていますが、そんなことはもはや許されません。病院は急性期患者専門のものとなり、慢性期の人はどんだん家に帰す、あるいは施設に入れるという形で、コストダウンするわけです。

こういうことをやる動機は、とてもはっきりしています。医療費をこれ以上増やさないと厚労省の役人の不純な動機です。しかし、そもそも介護保険も、考えてみれば医療保険の財政破たんを糊塗したいという不純な動機からできたものです。たとえ不純な動機からであれ、それが結果として患者さんにとってよければいいじゃないか、動機が違って、結果が当事者にとってプラスだったら歓迎しようじゃないかと、私自身は思っています。そこで生ま

れたのが医療と介護の切り分けです。医療はコストが掛かる。それをコストの安い介護に移すというのが介護保険でした。介護保険ができたおかげで、家にいられるという状況が生まれてきたのです。

今、日本人の死に場所は8割が病院です。在宅が13%で、残りは施設みとりが徐々に増えています。これから年間死亡数が増えていきますが、一番増えるのは私たち、団塊の世代です。われわれの世代の死亡数がピークに達するときに、今のままの状況で推移して、病床数・病院数を増やさないとすると、現状のままの病床数だと何万人があふれるかという試算があります。42万人です。42万人が病院に行けないのです。これを行き場のない「看取り難民」と呼んでいます。

先ほど「トリアージ」と言いましたが、トリアージというのは緊急事態に限られた医療資源をいかに効率的に優先順位を付けて分配するか、助かる命と助からない命の選別をするという非常に厳しい選択をいいます。例えば119番に電話をかけて救急車を呼ぼうとしても、「患者さんは何歳ですか」「97歳です」「ではお受けできません」というふうに、トリアージがされてしまうかもしれません。こういうのが「看取り難民」です。

では、施設はどうでしょうか。医療・介護一括法では、施設もこれ以上増やす考えは政府にはありません。これから日本社会では高齢化率は上がりますが、地方と都市部で大きな落差があります。都市部では高齢者数が増えますが、地方では高齢者数は減少に転じています。したがって、地方によっては施設に空きが出ます。地方の施設はこれからしまい方、たたみ方を考えなければいけない時代だとすらいわれています。もはや施設の時代ではないのです。ですから今は脱病院化の時代だけではなく、脱施設化の時代でもあります。

病院にも行けない、施設も増えないとなると、どうするのかということになります。これを介護難民、看取り難民というのですが、最後はおうちがあるではないですか。おうちというのは、自宅のことです。日本は人口減少社会に入りました。人口が減っていますから、住宅も余っています。2014年の統計で、全国平均空き家率は13%に達しています。

それだけでなく、現在の高齢者の持ち家所有率が85%を越えています。自分の家があったら自分の家にいたらいいいじゃないか。自分の家で死んだらいいじゃないか。各種の調査を見ますと、自分の家に死ぬまでいたいという質問に、5割以上の年寄りがイエスと答えています。私は高齢社会の研究を始めてから、「家にいたい、年寄りの悲願」と思うようになりましたが、それができないのは病院にかつぎこんだり、施設に入れてしまう家族・親族がいるから

です。現在厚労省の役人が在宅に誘導しているのは、お年寄りにとってみればもともとの自分の希望をかなえてくれる動きですから、たとえ動機が不純でも、結果よければ歓迎しようということなのです。

ただ、では家にいったい誰がいるかということになります。患者さんはだんだん病院と家を行ったり来たりする「ほぼ在宅、ときどき病院」という状況になるでしょう。そういう中で確かにキュアよりケアの役割は大きくなってきていますが、その中で看護職は何ができるかという問いです。

4. 看護職の戦略

そこで看護職が独自性を発揮しようと思うと、医者とうり差別化するか、介護職とうり差別化するかということが問われます。医者とうり差別化については、医者にはできないことと医者にはできることを比べてみる必要があります。医者にはできないことが、キュアではなくてケアです。ケアとは何かというと、患者さんの気持ちに沿ってあげることです。こういうケアを感情労働という言葉で呼ぶ人もいますが、私は感情労働と聞くたびに、看護職は「ホステスカ」と思ったりします。看護職はホステスカのようなものだと言う人も、いないわけではないのですが、では看護職は感情を売っているのかというと、そうではないだろう。ケアにはちゃんとした専門性があるだろうと思います。もう一方で、医者にはできることを看護職が少しずつ侵食していくという動きもあります。これが特定看護師のような医療行為のできる看護職資格です。新しい資格をつくって、看護職の地位を上げようという動きと結びついているのが、高学歴化です。

なぜ医者があんなに高学歴なのかというと、人的資本形成の費用がかかるからです。ある職能をつくり上げるために何年の教育期間が必要かということでは、医者は6年、看護職はちょっと前までは専門学校3年間でした。つまり学歴の格差、すなわち人的資本金格差があるために、医者よりも看護職の方が下にいて、給料が安いのも受け入れられてきました。「それなら看護職の学歴を上げたらいいじゃないか」というので、専門学校が短大に、そして4大になりました。それから修士課程ができました。修士課程まで修了すれば教育歴は6年間ですから、「目の前にいる医者とは私とは教育歴が同じだ」「私たちは人的資本としては対等で専門性が違うだけだ」と言えるようになります。看護職の高学歴化には、そう言いたい看護職の思いがあったのだと思います。

しかし、高学歴化ばかりが能なのでしょうか。このことについては、後でお話ししたいと思います。こういう形で看護職は学歴を上げ、専門性を高めて社会的な評価を向上

するという方向に動いてきました。それもこれも医者との間で対等な専門性を獲得したいという、看護職の悲願からのことだったでしょう。

もう一つケアの専門性というと介護職があります。介護職にできることで看護職にできないこと、あるいは看護職にできることで介護職にできないことはいったい何でしょうか。介護職は医療的介入の他はほとんど何でもできます。最近は介護職も特定の研修を受けさえすれば、医療行為ができるようになってきました。吸引などがその例です。こういう職域拡大は徐々に進行していきだろうと思います。

そうすると、現在、看護職の介護職との差別化は、看護師国家資格があって、医療的介入は看護師でなければできないことにありますが、やがて介護職の職域が少しずつ拡大していくと、ちょうど特定看護師が医師の職域を侵食していくのと同じようなことが起きるでしょう。看護職の職域拡大に医師たちは反対しています。医師は抵抗勢力です。彼らは業務独占を守りたいからです。同じようなこともがもしかしたら看護職にも起きるかもしれません。そうなれば、医療行為は介護職には渡さないと、看護職が抵抗勢力になりかねません。そういうことも起きてくる可能性はあります。

5. 看護職の自立

今日、看護職が医師から自立する好機が来たと私が思うのは、超高齢社会の中で在宅シフトが増えてくることによって、地域に進出する看護職、訪問看護師さんたちの新しい職場が、大きなマーケットとして登場したからです。これまで看護師さんというと、病院に就職するのが当たり前でしたが、そうではない選択肢が拡大しています。

在宅医療を非常にうまく表現した人がいます。大熊由紀さんという人です。「病院の医療はホームの医療。対するに在宅医療はアウェーの医療」と。ホームとアウェーはサッカー用語から来ています。ホームは自分のホームグラウンドですから、プレーヤーに都合よくできています。私は前からふしぎに思っているのですが、病院のベッドはなぜあんなに高いのでしょうか。値段も高いけど丈が高いです。あんなに高いから降り降りに患者さんは苦労するし、あんなに高いから落ちたらけがをするのです。高さをもっと低くしておけば安全なのに、なぜあんなに高いのかというと、答えはたった一つしかありません。医療職の都合に合わせてあの高さにしてあるのです。つまり医療職が腰を痛めないですむように、処置するときにかがまなくてすむようにあの高さにしてあるわけです。

病院というのは、専門職が働きやすいように、治療目的を最優先としてつくられています。そこに不自由をしの

で患者さんがいるのは、病気を治してもらえという期待があるからこそ。しかも期間限定で、いつかは出られると思うからこそ我慢していられます。病院から死ぬまで出られないと思ったらもっと耐えられないでしょう。

他方、在宅は患者さんの暮らしの場ですから、何から何までその人の暮らしの流儀に合わせてできあがっています。どこに何があるかということは、いちいちご本人に聞かないとわからない。勝手に違います。専門職はハンデのある戦いを強いられます。これをアウェーの医療と、大熊由紀さんが名付けました。うまい命名だなと思いました。

ホームの医療に要求されるスキルと、アウェーの医療に要求されるスキルは、違います。「病棟で力を発揮するナースが必ずしも地域で力量があるとは限りません。逆も真でしょうが」と多くの方がおっしゃいます。これまでの看護職の実習は、主として病棟看護師を中心にできていたために、訪問ナースについては教育訓練がなかなか行き届かない。しかも、いったん現場に入ったらそこでは何が起きるかわからない。何を要求されるかわからない。そうなると、そこで専門職とはいったい何なのか、専門性の定義がないという問題が起きてきます。

在宅医療では、看護職の役割が非常に大きくなってきています。というのは、地域医療では一方に介護があり、一方に医療があり、その両方に目配りが利いて、それをつなぐ司令塔の役割が必要とされるからです。ケアにはケアマネというマネージャーがいます。ケアマネの中でも医療系出身者と、そうではない人との間の力量の差があります。これから終末期医療まで視野に入れるとなると、どうしても医療的介入が必要になるケースが増えてきますので、その両方に目配りするような位置に立つのにふさわしい人材は誰かという、訪問看護師だということになってくるわけです。

これからは「ほぼ在宅、ときどき病院」の方針のもとに、在宅移行率が何パーセントかで診療報酬も評価されるようになってきました。できるだけ患者さんを在宅に移行しなければなりません。退院して在宅移行するときに受け皿になる役割を果たすのが訪問看護師で、これは病棟しか知らない病棟看護師にはできません。こういうことを医療ソーシャルワーカーの人たちはやってきたのですが、同じことを訪問看護師もまたやってきています。

在宅医療のいいところは、医者目が届かないということです。医者目が届かないというのは、看護師にとって有利です。医師法には看護はすべて「医師の指示の下に」と書いてありますが、何といても現場を知っているのは私たちで、医者ではないということで、むしろ訪問看護師のなかで力量のある人たちは、医師に指示書を出すように指示をするという力のある人たちが増えてきています。む

しろ訪問看護師に医者が使われるという関係ができあがっているところのほうが、うまく回っているという傾向があります。

そういう力量のある訪問看護師に対する期待は高まっているわけですが、ただ医療や介護にスキルがあるだけでは十分ではありません。在宅医療に必要な力量の一つは、その人の在宅生活を支えるために、ありとあらゆる社会的資源を動員できる、制度リテラシーがあることです。普通これはソーシャルワーカーの仕事なのですが、日本ではソーシャルワーカーの職能があまり評価されておらず、社会的地位もあまり高くありません。結果として、その役割が訪問看護師に求められているわけです。

介護保険は本当に増改築を重ねて、どこにどういったらどこにたどり着くか分からない古い旅館のように複雑怪奇になっているので、勉強しないと制度リテラシーが身につかないのです。例えば介護保険を使うときに、要介護認定を受けてからその次にケアプランをつくって、そうじゃないと使えないと思われているようですが、がん患者さんなどは急速に状態が変わってあつという間に亡くなってしまいます。要介護認定を受けている暇がありません。要介護認定を受けないまま亡くなってしまったがん患者さんはたくさんいます。あれだって制度リテラシーがあれば、認定を受ける前にケアマネの裁量で先取りしてサービスを使って、後で請求することができるというルートもあることを知っているか知らないかで、患者さんに対する提案の仕方が変わってきます。看護師にもこういう能力が必要になってきます。

6. 制度の制約

そういう現場の意思決定を自分の判断で裁量できる場が、今、地域でナースに与えられたことは、千載一遇の好機だと思います。それなら、訪問看護師がもう少し増えてもよさそうなものですが、訪問看護ステーションの数はずっと横ばいでなかなか増えません。在宅支援診療所というのも、厚労省はどんどん増やそうとしていて診療報酬の点数を手厚くして誘導しているのですが、徐々に増えてはいるものの、そんなに増えていません。高齢者がこれだけ大量に増えてきているのに、高齢者の増え方に見合うようなスピードでは増えていません。同じことが、訪問看護ステーションにも言えます。徐々に増えてはいますがニーズに見合うほどには増えていません。

在宅支援診療所が増えない理由をあるドクターが書いていたので、まねをして訪問看護ステーションが増えない理由を八つばかり考えてみました。幾つか理由があるのですが、(1)まず訪問看護は何をしてくれるのか分からない。(2)それから、利用料金が介護より高いから敬遠される。(3)看

護職の方に教育も研修も受けていないからノウハウがない。(4)夜間対応をしると言われたら足踏みをしてしまう。(5)開設条件の制約が厳しい。常勤換算で2.5人というのは、最低3人は用意しなければいけないということですが、最低3人を何とか用意しても、そのうち1人が夫の転勤や親の介護で抜けたらアウトで、ただちに閉鎖しなければいけないということがあります。それから、(6)採算が悪い。何と訪問看護ステーションの3分の1が赤字経営だそうです。何でやねんと思いますが、小規模なところは赤字で、大規模なところは黒字だということがわかっています。管理コストが高くつくので採算性が悪いのでしょうか。(7)それから、病棟に比べて給料が悪く、半分から高くて8割ぐらいです。病棟看護婦のような夜勤がないということもありますが、訪問看護師に転じると給与が下がります。(8)最後に、病棟看護職の人手不足で、その気になればいつでも職がゲットできる。わざわざ訪問看護のような面倒くさいところに乗り出す動機がない。このように、幾つかの理由があげられます。

そういう理由でな訪問看護ステーションの数がなかなか増えない。数が増えないなら、「私がやるわ」と手を上げた人を、たったひとりでも「じゃあやって」とお願いしたら増えるのではないのと思っていたらこれができない。これを「一人開業」というのですが、どうも看護師の職能団体は、いっこうにこれを進める気がなさそうです。どうしてなのか、よくわかりません。夜間対応もあるからとても1人ではやっていられないという事情があるといいますが、医者は夜間の往診も含めて一人開業ができます。一人開業で夜間の対応が難しければ、彼らは医師会という職能団体で連携しています。当番医制のようなものをつくって、お互いの負担を分散するようにしています。

ですから、一人開業をやりたいという人にはやらせてあげたらいいじゃないかと私は素朴に思いますが、それをある看護師の方に言ったところ、驚くべき答えが返ってきました。「私は反対です」「どうしてですか」「看護師にそこまでの力量はないと思います」と言われたのです。どう思われますか。しーんとしましたが。私は仰天しました。医者だったら口が裂けてもそんなことは言わないでしょう。力量があろうがなかろうが、医者はやぶでも一人開業しています。なぜ看護師にそれができないのか。本人がやるというのを邪魔立てする必要はないではないか。やぶかどうかを見極めるのは、最後は利用者です。やりたいという人にはやらせてあげたらいいじゃないかと思ったのですが、看護師みずから「力量がありません」とおっしゃる。それを聞いたときの私の反応はこうでした。何て女らしいこと！謙虚にもほどがある、と。おやじは決して口にしない言葉です。

訪問看護ステーションの開設条件が2.5人という数字を聞いたとたんに、看護師が2.5人束になって初めて医者1人分なのか。そういう勘定なわけ？ どうしてこれに看護職は黙っているのかと思ったものです。訪問看護師が足りないというので、東日本大震災の被災地に、震災特区で一人開業ができるような制度の特例ができました。ところが3年たって各自治体から、「ニーズがないので特区を返上します」という動きが出たそうです。ニーズがないとは私にはとうてい思えないのですが。

7. 看護師の地位と労働条件の向上のために

私は高齢者の仲間に入りました。65歳になりまして、介護保険の1号被保険者証をもらいました。この前、自治体の民生委員さんからお尋ねしたいという通知が来て、民生委員が私に何の用があるのかと思ったのですが、よく考えたら理由が分かりました。私が独居高齢者だからです。民生委員さんの見守りの対象なのです。

わたしのような独居高齢者が地域で増えていきます。そうすると、地域にいる看護師さんたちがたいへん重要になります。地域には、退職保健師さんとか、退職看護師さんという、休眠看護師さんたちがたくさんいます。65～75歳までの前期高齢者は元気です。あと10年は働いてもらわなくては。こういう方たちに役に立っていただく機会もあるのではないのでしょうか。私は訪問看護師というのが看護職にとって、新たなフィールドであり、看護職の社会的な地位と評価を高める絶好の機会だと思っていますので、その中で看護師の地位と労働条件を上げていくには、どうすればいいかということです。

今では、看護職が結婚までの職業と思う人はいなくなりましたが、これまでは夜勤があるから結婚したら看護師はできないという人たちもいました。労働条件の平等ということで、同じようなローテーションを全ての看護職に回さなければいけないとこれまで思われてきたようなのですが、例えばオーストラリアなどでは、夜勤専門看護師のような人がいます。夜勤の方が給料が高く、拘束時間が少ないので、夜勤専門をやって、昼間は勉強したいという人もいないわけではありません。そういうふうな勤務形態が多様化して、多様な働き方を可能にすれば看護職も働き続けやすくなります。看護職は人手不足と言われながら、実は有資格者の活性化率が低いのです。休眠看護師さんたちがいらっしゃる。その寝た子を起こして役に立っていただく機会が、これから増えると思います。

もう一つ、できるだけ医者と専門職同士の対等な関係をつくりたいというのが、看護職の悲願だったと思います。ただ、医者と対等になるための条件は、人的資本率を高めること、すなわち教育年限を長期化することでしょうか。

どうやら看護業界はその方向への道を歩んできたようです。ここは学会なので高学歴看護師さんたちの集まりなのでしょうが、私はそれが看護師の地位を上げるための適切な戦略だとは、あまり思えないのです。

看護師の高学歴化はアメリカ人が考えたことです。アメリカ化といっは何でしょうが、日本もアメリカの後を追いつけていくように思えます。教育年限を長期化して、有資格化してできあがった人材は、それだけの力量を身につけていると言えるでしょうか。現場の人たちのお話を聞くと、資格と能力が相関することはないと断言なさいます。やはり現場経験の蓄積がもっとも大事です。有資格化、職能の細分化、階層化、高学歴化という動きの中で、教育年限を長くして得するのは誰かと思ったら、自分の職場が増える学校関係者だけです。一番典型的なのが法科大学院というものです。法律の専門家たちの雇用機会を増やしただけで、結果はどうなったかという、司法試験の合格率が低下したせいで、定員を満たすことができなくなって、整理・統廃合の時代を迎えています。

看護職も似たようなことになっているようです。看護師養成課程を増やしています。この資格さえあれば就職に困らない。この不況の中でもいくらでも自由に転職できる。一度辞めてもまたいつでも現場に復帰できる。いい仕事を選ばれました。本当によい選択をなさったと思います。看護師養成機関が増え、教育年限が長期化することで学校は潤うでしょうけれど、今度は、看護師国家資格試験の合格率が下がるところが出てくる可能性があります。これまでは、どんな球を受け取っても、何がなんでも国家資格を取らせてやるという先生方のお力が強かったと思います。そういう方たちのお力でほぼ100%の合格率を達成してきたのですが、それが下がっていく可能性もあります。

私がもう一つ非常に危惧するのは、高学歴化するとはどういうことかということ、4年制大学に入学できる経済階層の子どもたちしか進学できなくなるということです。かつて看護職には、もう一つのリクルートのルートがありました。親にお金がなくとも、自分一人の努力で苦学して頑張って看護職になるというキャリアパスがありました。これが准看護師です。この准看護師資格が看護師の地位の足を引っ張っているのだと思う人たちが、准看護師資格を廃止しようとしています。

このキャリアパスをたどったおかげで自分の今日があるという方たちが、この中にいらっしやらないわけではないでしょう。そういう方たちのキャリアパスがなくなっていくのでしょうか。今、大学進学率と出身家庭の経済階層は、きれいに相関しています。4年制大学に限っていると、男性が5割超していますが、女性はまだ4割台です。ということは、大学に入らないのは別に女の子の頭が悪い

からではないのです。今でも日本の親は、息子より娘に教育投資を多く配分する気がないということの意味します。

もともと医療職の中では、医師の出身家庭の経済階層がいちばん高かったです。次に薬剤師さんも高経済階層の出身でした。薬局のお嬢さんとかだから、もともとお金を持っているご家庭の子どもさんたちが薬学部にいっしやいました。それが6年制になりましたが、教育期間が伸びてもあまり経済的な負担が響かない家庭の子どもたちが進学しています。それが今度は看護職が4年制になると、4年間教育投資の負担ができる経済階層の子どもしか入れないということになっていきます。

私はそんなことでいいのかなと思います。親に頼らなくても自分の努力で資格が取れる、そういう女性の数少ない専門職の一つとして、看護職という価値のある仕事がありました。そういうキャリアパスは残しておくべきではないかと思うのですが、それがどうやら今の動きとしては、全く逆の高学歴化の方向に進んでいるように思えます。学歴信仰がある限り、医療と看護と介護の間に序列ができるというのはやむを得ないことです。

8. 利用者にとって「のぞましい現場」とは？

ただ、私はこういうふうに思います。私は医療職でも看護職でもありません。私は介護の専門家ではありません。その私がこういう場でお話ししたり、この10年ばかり介護の研究に乗り出したりしているのはなぜかということ、私が当事者だからです。どんな介護を受けたいかという、利用者の目線を自分の研究の基礎に置いています。それを当事者主権と呼びたいと思います。

利用者側から見たときの望ましい医療介護現場とはいったい何かを考えてみたい。医療・看護・介護という専門職がありますが、基本の「き」の問いに立ち返ると、何のための、誰のための医療・看護・介護なのかを考えてみるということです。

ある看護師さんたちのお集まりで、医者にできなくて看護職にできることは何ですかと尋ねると、「はい、それは患者さんの暮らしに寄り添うことです。医者よりもずっと患者さんの暮らしに近いところにいるのが看護職の強みです」と胸を張って堂々とおっしゃった方がいました。

私はその方に、ただちに言いました。「あなたよりもっと利用者の暮らしに近い人がいます。その人は介護職です」。看護師は逆立ちしても介護職の近さには及びません。介護職が利用者の暮らしを支えています。暮らしを支えるということが基本の「き」です。暮らしを支えるということは、食べて、出して、清潔を保つということ。これが食事介護、排せつ介護、入浴介護の三大介護と呼ばれるものです。この三大介護を全部介護職に渡して、では看護

師はいったい何をするのかということ、医療的介入をするということになります。

先ほどの専門職のヒエラルキーは医療がトップで、次が看護で最後が介護なのですが、むしろ暮らしを支えるという利用者にとっての重要性から考えると、介護が一番大事です。その次が看護で、医者が脇役です。本当は、医者が医療主導にならずに脇役になるという在宅医療の体制ができるのが一番いいのですが。その中で医療・看護・介護の多職種連携が成り立って、そこで医療職、看護職、介護職それぞれの専門性を生かした専門職同士の対等な関係がチームとしてできあがる中で、医者がそのなかの one of them になってくれたらいい、そうあってほしいのですが、なかなかそうはなりません。

私は在宅医療の現場に行く医者の後にくっついて、往診同行調査というのをやっています。なかなかうまくやっていると思うのは、訪問看護師の使い方が非常にうまく回っています。看護師を主役に立てて自分が脇役になっているドクターのところは、なかなかうまく回っています。ところが、医者には自分が仕切らなければ我慢できないという人がけっこういるようです。

在宅を支えることは、介護だけでも、看護だけでも、医療だけでもできません。多職種連携のチームケアが必要だということがわかっています。その中で誰がキーパーソンになるかということです。

それだけでなく、利用者にとって望ましい現場とは何かを考えたときに、専門職が細分化して、ここはやるけれども、ここから向こうは私の領分ではない。ここから向こうは他の職分がやることだと細分化が起きる現場、しかもその中で上下関係がある現場は、利用者にとっては決してうれしい現場ではありません。

訪問医療に同行したある医者と話していたときに、驚いたことがあります。その医者が患者さんのお宅で、患者さんが「先生、ちょっとあの棚に置いてあるものを取ってくれませんか」と言ったときに医者はどうすべきか。こんな問いを立てて、「ほくは取ってあげます」と言うのです。いちいち言うな、それぐらい黙ってやれんかと思いました。医者は、そのとき患者さんに頼まれたことをやってあげるべきかどうかということを議論していました。それは医者の役割ではないと思っているからです。在宅の現場はそんな現場ではありません。「先生、悪いけどちょっとこの電球が切れたのを変えてくれないかね」と頼まれたら、やったらいじゃないですか、1分もかからないのですから。

職能による分担と細分化は、利用者にとって決してうれしいことではありません。しかも、現場はぎすぎすします。いろいろなところを見て回って、ここはうまく回っているなと思えた現場はどうだったかということ、たとえば専門

職それぞれの専門性があったとしても、お互いの空いているところをさっと回ってカバーし合うような柔軟なジェネラリスト性というのがある現場でした。

施設ケアで言うと、私が一番感心したところはこういうところでした。看護部長さんが介護職と事務職に研修しておられました。介護職にも事務職にも医療的な知識と利用者さんの生活歴についての情報を共有していました。仮に施設の中でその人が徘徊していたり、何かあったりしたときに、事務職でも介護に手を出そうと言っておられました。そこにいる人たちが同じ職場の同じ目的を共有するチームなのだ、お互いに手も足も出そうというチームワークをつくっておられました。そういうところは本当に見ていて、うまく現場が回っているな、しかも利用者さんの顔つきがいいと思えたところでした。

そういう意味で言うと、やはり専門性だけでは十分ではありません。スペシャリストであるだけでなく、ジェネラリストでもある、現場のニーズにいつでも柔軟に対応して、穴があいたところはさっと補い合うような関係があるのが、本当は利用者にとって一番望ましい現場だということを、痛感します。それをますます職能ごとに細分化し、いっそう階層化していくというのは、いかがなものかと思えます。

医療にチーム医療が大切なように、介護でもチームの中でお互い支え合うことが、どんなに大事かがわかります。そのチームのマネジメント役、つまり司令塔が必要です。それを誰がやるか、誰がキーパーソンになるかという問いが出てきます。

最近、在宅医療を実践している小笠原文雄医師と共著で『上野千鶴子が聞く 小笠原先生、ひとりで家で死ぬますか?』という本を出しました。小笠原医師の訪問診療に同行してお訪ねしたのが、90代の認知症のおばあちゃん、独居です。

ドクターの後をくっついて歩くときをお願いする条件が二つありまして、一つは独居のお宅にお連れください。もう一つは、できるだけ死期の近い方のところにお連れくださいとというものです。その後ドクターからご連絡いただきました。「上野さん、ご一緒にお訪ねしたあのおばあちゃん、ご本人のご希望どおり、私たちが在宅でお見送りしましたよ」。この方は、ほろ家だけご自分の持ち家で、「わしゃ、ここを死ぬまで動かん。もし病院や施設に行かんならんのやったら、長良川に身を投げて死ぬ」と言っておられた方です。それを「在宅で見送りをしましたよ」と、こういう実践をやっておられる方です。このときに大事なものは、司令塔役、こちらにいらっしゃる訪問看護師の方です。

これが小笠原クリニックの訪問看護ステーションです。ドクター1人にこれだけナースがいらっしゃいます。やっ

とドクター2人体制になったのだそうです。小笠原さんたちは、現在全国在宅医療協会で「トータル・ヘルス・プランナー」という認定資格をつくっておられます。このドクターは、「開業したとき、いったい現場で何をしたいかわからなかった。往診で何をやるかは、何もかも看護師さんに教えてもらいました」と自分の口からしれっとおっしゃる、大変謙虚で率直な方です。現場に学ぶ姿勢のある方です。

これが小笠原クリニックのトータル・ヘルス・プランニングのシステムのモデル図です。一方に介護、他方に医療があって、患者さんを取り囲んでいます。このチームの全体をマネジメントするのがトータル・ヘルス・プランナーです。この役割を果たすのは訪問看護師が最適任であるとして、こういう人材を育成するために、名古屋大学と提携してカリキュラムを開発しておられます。こういう司令塔の役割が必要だということはよくわかるのですが、次々にこうやって認定資格をつくって現場を細分化するのはいかなるものなのでしょうか。

私は介護職の方たちにお話しすることが多いのですが、「トータル・ヘルス・プランナーが必要だと医療サイドが言い出すということは、現場のケアマネさんは役に立たないと言われているのと同じだ」といいます。そんなことを言われればなしでいいのかと思うのですが、その点でもケアマネがもっと力量を付けていくことが本当は大事です。

在宅医療にはパイオニアがいて、そのひとつが東京の千住地域にある柳原病院です。20年以上前に病院からスタートして、患者さんの生活を支えるためにいろいろな事業を拡大してきました。リハ、老健、薬局をつくり、さらに在宅支援診療所、訪看ステーション、やがて小規模多機能デサービス、訪問介護事業所までつくって、患者さんの暮らしを支えるシステムをつくってこられました。20年間という時間はすごいものですね。何が必要かというニーズに沿って一つ一つ事業所をつくってきたら、いつの間にかこういうシステムができていたのです。私はこのドクターにくっついて、この地域の患者さんのところに往診同行しましたが、患者さんが「ここに住んでいて本当に幸せだった」とおっしゃる。ここにさえいれば在宅で死んでいける、こういう実践をやっておられるところがちゃんとあるということがわかりました。

最近、厚労省は地域包括ケアシステムということを言っています。これが厚労省のホームページから取ってきた地域包括ケアシステムのモデルです。高齢者の暮らしを、医療、介護、生活支援の多職種連携で支えるのが地域包括ケアシステムです。こういうシステムをつくることで「ほぼ在宅、ときどき病院」、つまり病院を出たり入ったりしながら、基本はできるだけ家にいるということを実現しよう

と、厚労省は考えています。もともと民間のパイオニアが積み上げてきた経験と実績が先行して、それを後から行政が追認してモデル化したのがこういうものであって、決して順番は逆ではありません。行政が追認してモデル化し、制度化したときに何やらもとは似て非なるものになってしまうということもままあります。地域包括ケアシステムもともと役人が自分の頭で考えついたものではありません。こういう実践をやってきた人たちが現場にいて、それをモデル化して厚労省は「地域包括ケアシステム」と名付けたのです。そう考えると、システムをつくるということがどんなに意味を持っているかがわかってきます。

私の今の一番新しい研究テーマは、在宅でひとりで死ぬるかということ。ひとりで死んでも「孤独死」とは呼ばれたくないので、すっきりあっさり「在宅ひとり死」と名付けました。もともとひとり暮らしだから同居人はいません。要介護になったら在宅で介護を受け、しだいに衰えていって、ある日死んでいた。それでいいじゃないか。それを孤独死なんて呼ばれたくないというので、「在宅ひとり死は可能か」というのが、私の今の研究課題です。

実際にいろいろなお尋ねをしてみたら、できます。小笠原先生のところではちゃんとやっておられますし、他でもできているところが幾つもあることがわかりました。ただし、今のシステムの下で独居の高齢者や、家族のいない人、家族介護力のない人が在宅でひとり死するためには、特別のコミットメントをしてくれる親族や友人、あるいはカリスマ的な能力を持ったドクターやナース、あるいは自分の職分を超えた強いコミットメントをしてくれるケアマネさんやヘルパーさんといった人が司令塔の役割をしてくれないと、ハードルを越せないということもわかりました。

類は友を呼ぶというとおり、私の周辺にはおひとりさまフレンドが寄ってきます。私はおひとりさまフレンドの中で、自分より年若い友人を末期がんで見送りました。そのとき、彼女の友人たち、30人の女性がメーリングリストをつくってチームをつくりました。そして彼女の闘病生活を支えぬきました。1人が司令塔をやってくれて、そこから指令が飛びます。「あなたは何月何日の入院のお手伝いをしてね」「あなたは退院のお手伝いをしてね」。通院して抗がん剤の治療をしていたときには、「何曜日はあなたが行って玄米菜食を一緒に作って食べてあげてね」「何曜日はあなたが行ってね」。「私、その日はちょっと都合が悪いわ」と言ったら、「じゃあ、私が」と、30人がメーリングリストでつながっているというのすごいことです、誰かが都合が悪いといっても、必ず別の人が私はその日が空いていると言ってくれました。これで支えぬいて送りました。

つくづく思ったことは、この30人が全員女性だったこと

です。これが全部男性だったら何の役に立ったでしょうか。女性だったら誰でも、玄米菜食ぐらい作れます。彼女には親からもらった遺産があり、自分が死んだら財団をつくりたいと言っていました。何とその30人の女性の中に、財団づくりのプロがいました。本人が活着している間に財団をつくって、それを見て亡くなりました。

彼女を見送った後、思い出話をする機会があって、私たちよくやったよね。あんなに頑張ったのは、もちろん彼女のために何かしてあげたいというご本人の人徳もある。司令塔をしてくれた人の尽力もある。でもそれだけじゃなくて、私たち一人一人の心の中に、これさえうまくいけば、私のときにもやってもらえるという下心はなかったらどうか。そう言ったら、「あなたね、彼女は何歳で亡くなったと思う？」。享年57歳でした。「57歳の女の友だちは幾つだと思う？」「50代、60代」「私たちにそういう仕組みが本当に必要になるのは今から何年後だと思う？」「プラス20年」。80代としましょう。「みんな年齢をとっているのよ」と言われました。ですから、金持ちならぬ「人持ち」になるために20歳若い友だちをつくらうというのが、今年の私の目標です。

彼女は人持ちで、それだけの人的資源がありました。しかも、献身的に司令塔をしてくれる友人という非常に貴重な資源があった。そういうケースなら、今、在宅ひとり死のハードルは越せます。そういう場合に、システムをつくるとはいったいどういうことを意味するかというと、特別の能力や資源のない人にもハードルが越せる。あるいは、超人的なコミットメントやカリスマ的能力のない人でもちゃんとその仕組みが回せるということです。柳原病院に行ったときに、最初に走り出して仕組みをつくった創業者世代の人たちがいて、後から入ってきた人たちとの間には、やはり温度差がありました。創業者世代は、「最近入ってきたドクターは、サラリーマン根性で私たちのときのような熱意がないのです」というようなことを言うのですが、特別な熱意や超人的なコミットメントがなくても、普通の人々が普通に働いて、定時にちゃんと帰って、それでも回せるというのが、システムをつくるということの大きな意味だと思います。

こういうシステムがこれからできていくことが必要です。これから「ほぼ在宅、ときどき入院」の仕組みに変えようと政府は完全に舵を切っていますが、こういう受け皿がないところに在宅移行と言われたら、どうしていいかわからない「難民」が生まれます。

厚労省の地域包括ケアシステムのモデル図の中で、私が奇妙だなと思ったのは、年寄りが出て、住まいがあって、そこに孫が描かれていることです。今の時代に孫がいるわけがないでしょう。こんなの嘘っぱちです。今、3世代同

居の世帯は2割を切っています。高齢者世帯には年寄りしかいない、独居か、家族介護力がないことを前提にしたシステムをつくるのが求められているのです。

私はそういう地域医療の現場こそ、看護師さんにとって千載一遇の自立の場、医者と対等な専門性を発揮できる場だと思っています。

もうひとつ、言いたいことがあります。ケアマネさんやトータル・ヘルス・プランナーのような司令塔がいて、医療と看護と介護を組み合わせ、利用者にとって何が最適なケアなのかを考えたときに、現状の介護保険には要介護度認定制度というものがあります。要介護度認定制度とは、利用者の前にゴールキーパーのように立ちはだかって、これ以上はびた一文使わせないぞという社会保障費抑制のためにあるものです。この要介護度認定は本当に意味があるのか、本当に必要なのかと問うてみたい。

最近、日本に紹介されて介護現場を風靡している新しいケアのシステム、オランダの「ビュートゾルフ」というシステムがあります。ビュートゾルフはオランダ語で、英語に直すとたんに「コミュニティ・ケア（地域ケア）」という意味だそうです。

そのビュートゾルフという方式は、主として看護師から成るチームが現場に出かけて、そのチームがそれぞれの利用者にとって最適な介護と医療の組み合わせを決定し、回す。それを行政が後から追認する。考えてみれば、ケアカンファことサービス提供者会議がその現場で決めるようなものです。それが非常にうまく回っているそうです。それで全体の介護費用も抑えられるし、利用者の満足度も上がるし、働いている人たちの離職率も下がったといわれます。それ以前が非常に細分化された専門職のチームだったために、融通が利かなくて、うまく回らなかったのを、チームでお互いに融通を利かせて合意形成をしてやっとうこうとしたとたんに非常にうまく回るようになって、燎原の火のごとくオランダ中に広がっていて、これが今日本に紹介されつつあります。

こういうシステムができれば、実は要介護度認定すら要らなくなります。それを聞いたときにただちに連想したことがあります。関西の人たちは、阪神・淡路大震災の記憶を持っています。東北でも大災害がありましたが、行政機能が麻痺して動かないときに、一番うまくいった現場は、現場の専門職の裁量権が大きかったところでした。いちいち上司にお伺いを立てたり、前例に依拠したりということをしなくて、その場にいる人がその場で物事を決めて、どしどし実行していったところが、一番うまく機能したということです。当たり前のことですが、現場の裁量権が最も大きいところが、現場の人たちの満足度が一番高い。現場の満足度が高いということは、結果としてそのケアの質を

高める。それが利用者の満足につながる。こういう基本の「き」、当たり前のことを私たちにもう一度教えてくれたのが、オランダの経験でした。

そういうことを考えると、もう医者への一人支配、看護師が医師の指示の下に完全な従属者として動く時代は終わったといたいと思います。地域医療の現場では、看護師さんたちがこれから力を発揮できる機会はどんどん拡大するでしょう。それと共に、訪問看護師さんたちへの社会的な認知も評価も上がっていきたくらうと私は期待をしています。

この期待というのは、実は下心からです。なぜかといえば、私の老後が皆さん方にかかっているからです。何のための、誰のための、医療・看護・介護かという、最終的にはやはり利用者の満足のためにこそ、皆さん方のお力が必要な時代が来ていると思います。

わずかですが時間を残しましたので、もしご質問やご意見等ございましたら、お受けしたいと思います。私の話はこれでいったん終わらせていただきたいと思います。お聞きくださってありがとうございました（拍手）。

質 疑

（座長） 上野先生ありがとうございました。先生のご配慮で10分少々お時間を使わせていただけます。皆さま、奥ゆかしく、女性らしく沈黙なさらずに、今、専門性が問われている私ども看護という世界に関わる皆さま方ですので、ぜひフロアからご質問、ご意見等出していただきたいと思っています。いかがでしょうか。

中にはアウェーで、これから主役になろうとするところで日々ご努力されている方もいらっしゃるかと思います。私は長期化する教育機関でおこぼれを預かっている身でございますので、あまり発言は避けて皆さま方のご意見を頂戴したいと思っています。いかがでしょうか。どうぞ。

（Q1） 大変面白く拝聴させていただきました。私は和歌山県立医科大学の大学院でがんのCNSコースを担当しています佐々木榮子と申します。二つあるのですが、まず、専門看護師という名前が出てこなかったのは意図的ですか。特定医というものは出てきましたが。

二つ目は、私はがんのリハビリテーションの全国研修会の委員会に行っているのですが、そこでチーム医療のそれぞれの役割が出ていまして、これは辻哲也先生がメインに書いていらっしゃるのですが、そこで看護師の役割だけがナッシングなのです。それをずっとがんの研修委員会の中で討議しながら、何だろう、何だろうと模索しているところです。

先生のお話も本当にそういう切り口の中から、がんの患者さんの80%は自宅で死にたいというのは、ずっと仲間で

は常識のようになっている部分です。なぜ死ねないのかというところに、どういう切り口を持っていこうかと私も模索しているところです。いろいろと切り口という点で、大変私自身が勉強になりました。ありがとうございました。

（上野） ご質問ありがとうございます。最初に、面白かったとおっしゃっていただけてうれしいです。役に立ったと言われるより、面白いと言われる方がうれしい上野です。

さすが専門家、痛いところをお突きになりました。なぜ特定看護師が出てくるのに、専門看護師が出てこないのかという質問です。実はしろうとで、違いがよくわからないからです。それも含めて専門看護師、特定看護師、何とかというふうにより専門性が細分化され、その中で階層化されていくということ自体がいかげなものかと思っているところがありましたので、あまり詳しく説明しなかったところを、ちゃんと突かれました。

それから、がんのチーム医療の中で看護職の役割が登場しないのはどういうことでしょうか。そこはよくわかりませんが、がん患者さんの在宅死率は非常に高くなってきているのは全くおっしゃるとおりです。在宅死の中でがんの在宅死亡率はどこ在宅支援診療所でも高く、小笠原クリニックはがん死に限れば、在宅死率が9割を超えています。今ではがんは病院に連れていかなくても家で死ぬる病気になるりました。

その際、医療的介入をしながら、患者さんの変化を見極めて介護職の不安を共にし、それを支える役割という意味で、がん死の在宅患者さんのみとりに対する訪問看護師さんの役割が非常に高いということにはよく分かっていると思います。最後の最後ががんの患者さんの容態が急変するときに家に置いておけないというのは、これまでのさまざまな調査の限りでは意思決定者が家族だからです。家族が意思決定をしたばかりに、ぎりぎり土壇場まで在宅でいた患者さんが、病院にかつぎこまれるということが起きています。

家族のいる患者さんだと家族の意思決定が優先する傾向があるので、むしろ独居の方がましではないかと思ったりします。終末期の短期間、支え抜く介護力があるかということ、それから、患者家族との合意形成ができていくということが大変重要で、そのことに関しては介護職よりも医療・看護職の方たちの役割が大きいということは、多くの方たちから伺っております。

（座長） ご質問の佐々木様、いかがでしょうか。

（Q1） また先生のところへお伺いしたときに意見交換をさせていただきたいと思っています。

(上野) ありがとうございます。

(座長) まだお時間があります。いかがでしょうか。

(Q2) 上野先生、貴重なというのはあまりお好きではないようですが、お話をありがとうございました。私は日本看護協会の常任理事をしております川本と申します。非常に示唆のあるお話でした。一人開業の推進のところで、そこに対する私ども看護協会の態度、姿勢をどう受け止めておられるのかが気になったところです。

それから、決して日本看護協会は、看護師の地位向上と労働条件の向上だけのために高学歴化を目指していたわけではなく、他の部分の面もごさいます。その辺をどのように発信していけば、皆さまに分かっていただけるのかと思っています。どのようにすればそこがうまくいくのか、これからぜひ先生のように発信性の高い方にお話とか、ご意見、ご示唆も頂ければと思っております。本日はどうもありがとうございました。

(上野) こちらこそ貴重なご意見をありがとうございます。たぶんおっしゃりたいことは山ほどおありでしょう。看護協会が一人開業にどういう態度を取っていて、それはなぜなのかということ、高学歴化はたんに労働条件の問題だけではないとおっしゃる理由は、後ほどできればとくりと聞かせていただければと思います。

今日は、看護協会が仮想敵のような言い方をしてしまいましたが、それは私が看護協会の方たちに期待とはがゆさの両方を感じているからです。だって、日本最大・最古の女性の職能団体ですよ。それがこんなに医者のおいなりになっていいのかと前々から思っておりました。もう少し政治的に影響力を行使してもいいのではないかと思います。これも私の熱い期待の表れだと思ってください。

(Q2) そうかなと思ひまして、発言させていただきました。今後ともどうぞよろしく願いいたします。

(座長) これまでも看護の教育から女性の立場、当事者の立場からずっと応援をしていただいている上野先生ですので、これからも私たちの後押しをしていただければと思います。最後にどなたか、ご発言はよろしいでしょうか。

(Q3) 質問ではなく意見です。京都光華女子大学の鮫島と申します。とても面白く、とても刺激的に聞かせていただきました。自分は今、在宅でそれこそ独居の方も在宅で

暮らせるようなシステムづくりを、自分が死ぬときにはできるように、京都でやっています。先生の近くなので、ぜひ先生をみとれたらと思うのですが(笑)。すみません。

本当に今、いろいろなことを考えながらやっています。一言先生に言いたいのは、自分自身がずっと悶々と考えてきたことを、今日は先生にすごく整理していただいたということです。利用者が本当に満足できるというか、在宅にいたいという人が在宅にいられるような、「生きる」を支えるような専門家集団がどうやったら連携してできるのかをもう一度整理して、今日あったように、専門性とは何かということやずっと看護は求めてきたのですが、逆に思ったことは、作りながら、やりながら考える専門性があるのもいいのかな、積極的にリマークして専門性は何かを問わなくても、対象者、利用者さんに向き合っていく中で、専門性をつくっていてもいいのかなと思ひました。それをお伝えしたくて。今日は本当にありがとうございます。

(上野) ご発言ありがとうございます。鮫島さんですか。名前を覚えておきますね。おっしゃるとおりです。パイオニアという方たちはみんな走りながら考えてきて、走った後に実績が残った方たちのことです。モデルとシステムは後からできるので、決して先行しているわけではありません。今日の在宅医療をつくってきた方たちは、システムをつくるために20年ぐらいの時間をかけておられます。やはりパイオニアはすごいものです。だから私は、最近、地域の方たちに、「介護・医療・看護の質を考えると何が判定基準になるか」と聞かれたときに、「金にならないときにやってきた人たちは信用できる。金になることがわかってから参入してきた人たちは当たり前外れがある」とお答えしています。鮫島さん、今後ともよろしく願ひします。

閉 会

(座長) どうもありがとうございました。まだまだ先生とお時間を頂戴したいところですが、予定がまいりましたのでこれで特別講演を終えさせていただきます。上野先生にはたくさんのお仕事の中から、90分に圧縮していただき、私どもに力強いメッセージを伝えてくださいました。もう一度、上野先生に拍手でお礼を申し上げたいと思ひます(拍手)。フロアの皆さま方も、ご参加いただきましてありがとうございました。

(司会) 以上をもちまして、特別講演を終了いたします。ありがとうございました。

◆教育講演 I ◆

看護研究を教える

徳島文理大学大学院看護学研究科 黒田裕子

1. はじめに

“看護研究を教える”というテーマに対し5つの柱に即して述べる。第1に看護研究を教える土台となっている筆者自身の体験を述べる。第2に対象別に看護研究を教えるとして、臨床のナースを対象として、第3に学部生を対象として、第4に修士院生を対象として、そして第5に博士院生を対象として看護研究を述べる。

2. “看護研究を教える”土台である筆者自身の体験

脳神経外科病棟の看護師長の勧めで修士課程に進学した。初めて水準をもった看護研究を行った。しかし修士論文を書いたからとはいえ、自分に看護研究能力が備わったとはとても思えなかった。幸い聖路加看護大学大学院の修士課程では看護理論や多様な学術的な文献を読む機会にめぐまれていたので看護の視点の基礎はしっかりと培われた。修士修了後、著明な看護界の先生方と共同研究させていただく機会を得た。そこで研究能力の低さを思い知らされ、自分に失望していたことを思い出す。そんなこともあり博士課程への進学を決めた。独立した看護学の学術研究者が博士のゴールでありそのための理論的、学術的な基盤も十分に学べた。聖路加の博士後期課程はコースワークが充実し、研究の素地とも言える土台はここで十分に培われた。3年で博士を修了することを信念として一生懸命に取り組んだことは今でも自分の糧となっている。一生のなかでこんなに勉強したことはないほど、24時間を惜しんで勉強した記憶がある。博士修了後、2年を経て大学院生の看護研究指導を初めて担当した。このときは日本赤十字看護大学大学院が開学して初の修士課程の院生の看護研究指導であった。当時、大御所の教授2名とともに若輩者の筆者が指導に入り、研究ゼミを継続していった。大御所の教授2名は、「考えていることを自由に言ってくださればいい」と、それは優しく指導者として未熟な筆者の後押しをし、その体験は筆者の指導方針の原点となっている。

このような背景を持つ筆者が改めて“看護研究を教える”というテーマに対して気を付けていることや各対象に合わせた指導のノウハウをできる限り具体的に取り上げることとした。

3. 臨床ナースを対象として看護研究を教える

臨床ナースの特徴は『経験に基づいた体得された知識がある』、長所としては『現場は研究の宝庫であり研究材料に恵まれている』、短所は『科学的探究の仕方には不慣れ』、そして、位置づけは『研究的視点を養って日々の看護実践に生かすこと、研究成果を現場に持ち帰って現場の看護の質向上に貢献すること』だと考える。

個別指導では、看護研究のテーマ絞り込み周辺、つまり、何をなぜ研究したいのかということ、何を目指して研究したいのかについて考えていることをよく聞いて、看護研究の追究の方向性を一緒に考えることが大切である。考えていることを書いてもらったり話してもらったりと、できる限り追究してみたいと考えている特定の看護現象について、なぜ、どこに問題を感じているのか、疑問を持っているのか、とにかく具体的に説明してもらうことが必要である。その途上で、臨床ナースが考えていることが事実ではなく思い込みであったりすることもあるので、そのあたりを紐解いていくことがたいへん重要である。

一方、テーマ絞り込み途上で文献検討の指導は言うまでもない。文献検索が困難な場合が多いと思う。検索するときのキーワードの迷い、ヒットする文献数の適格性、読まなくてはならない文献の見定めなどが不得意なことも多いと思う。適切な検索方法を指導し、効率的な文献獲得のための具体的な指導が必要だと考える。データベースである医学中央雑誌へのアクセスができないような施設もある。臨床ナースの看護研究を推進させていくためには臨床ナースの研究環境を整えることが看護管理者の重要な役割だと思う。

次に集合教育の場合である。ほとんどが講義形式になってしまうが抽象的な講義は効果がないかもしれない。しかし基本的な知識としては、“看護研究とは”“臨床看護研究とは”などの一般論的な知識を講義することは大切である。最近では米国の看護研究の教科書の看護研究の定義には、“エビデンスに基づいた看護実践を作りだすための研究”という意味合いが含まれてきているので、この点を強調し、看護研究は日頃の看護実践と密接に繋がっているという点に気付いてもらうことが重要だと思う。また、『看護研究』の“看護”と“研究”の本質的な意味を知ることでも基礎的な知識としては押さえておきたい。一方、過去か

らの科学的な追究の結果として得られた知見にはどのようなものがあるのかを知ること、そして、看護研究によって今後も知識を確認し洗練し続けること、新しい知識を産み出していく必要であることに気付いていただくことも大切だと思う。そのうえで、いざ研究を始めるとなるとどうやって何から始めて何をするのかということの説明する。これが研究テーマの絞り込みである。

研究は、テーマを選定することが出発点である。テーマを決めるまえに、「アンケート調査をする」といった研究方法が先に来ることはあとさがりが逆である。まずは、どのような看護現象を、なぜ何を目標として研究によって明らかにしていく必要があるのか、ということを考えていくことが重要である。そのために、「疑問を持った看護現象」「問題があると思った看護現象をとにかく書いてみよう」ということを指導する。100人の受講生が居たとしても研究テーマ絞り込み用紙を配布し、一定程度の時間を提供して、「疑問を持った看護現象」「問題だと思った看護現象」ととにかく書くように指示する。受講生の反応をみると瞑想にふけりながら書いている者、行き詰まりながらもとにかく紙に向かっている者もいる。このあと書いた看護現象を何名かに説明してもらおう。講師はそれを聞きながら100人の受講生が理解を共有できるように黒板に内容をかいつまんで書いていく。その内容が看護研究のテーマなり得るのかということに焦点を当てながら受講生と一緒に考えていく。こうすることで具体的な看護現象に即して臨床ナースとともに考えていくことができる。「この看護現象については、研究的な追究をしなくても、既に文献によって明らかになっている内容ではないか」「この看護現象については、その施設だけの問題のようなので話し合っていて業務改善をしたほうが良いのではないだろうか」など、受講生の側から指摘するような場合もある。中には、「これは看護研究のテーマとして面白い」「こう考えていくことで看護研究のテーマとなり得るのではないか」ということもあり、集合教育でもあってもゼミ形式でこのような指導方法を取り入れていくことは受講生の興味を引くことにも繋がっていくと思う。

4. 学部生を対象として看護研究を教える

学部生の特徴としては、『臨床の経験は実習のみであり、研究したい臨床の現象をほとんど知らない。身近な近親者の死や疾患などの経験から研究しようと考えている現象があることが多い』、長所としては『看護研究の授業を履修していることから看護研究の系統的な知識が一定程度ある』、短所としては『研究したいと思っている現象を持ち合わせていないことが多く、結局は関連文献などから現象を追究していくことしかできない』、そして学部生にとっ

ての看護研究の位置づけは、『看護研究のプロセスを一通り体験すること、単位取得すること』である。

筆者は既に100名は超える看護学部生の卒業研究を担当しているが、研究ゼミを系統的に継続して行っていくことで、一部分の特異な理由でギブアップしていく学生以外、ほとんどの学生はつまずかず着実に研究テーマ絞り込みや研究計画書の作成ができるようになる。そのためには、学生自身の興味ある看護現象を追究するために関連する文献を検索することができること、そのために適切なキーワードを選定できること、検索した後、水準の高い研究論文をしっかりと読むこと、そのために、商業誌ではなく学術的な学会誌や紀要を推奨している。関連文献を読み、学生自身の興味ある看護現象を追究し、まとまった知識を獲得すること、研究するのであれば、どのような追究方法で研究していけば良いかを考えることができることを目指していく。少人数制の研究ゼミで、学生の関連文献のプレゼンと質疑応答が効果的な指導方法だと考えている。

5. 修士課程の院生を対象として看護研究を教える

修士院生の特徴としては『臨床経験は豊富であるが、学術的視点で看護現象を追究することは苦手である。学術的視点を育成するための概念的・理論的学習を経験していない』、長所としては『特定分野の看護実践についての最新の豊富な経験的知識を持っている』、短所としては『看護研究能力は訓練されていないために、看護研究の基礎的な知識が必要とされることと、看護研究の方法については段階的に学習することが必要とされる』、そして位置づけは『専門看護師コースの場合、取得の必要がある単位数が多く、実習10単位取得のために看護研究に費やせる時間的制限がある。看護研究のステップを一通り踏むこと、行った看護研究の成果を臨床に還元させること、臨床的意義のある看護研究の実施すること』である。一方、論文コースの場合は、『ある程度水準の高い看護研究を行うことによって、特定領域の看護実践への貢献を成し遂げること、臨床現場や教育機関の研究指導者としての能力を育成すること』である。

修士院生は臨床現場において豊富な臨床経験を積んでいることが多いが、看護研究についての基礎的知識を十分持っているとは言えない。そのために入学後の前期に看護研究の基礎的知識が獲得できる学科目の単位を取得し、基礎的準備をしておかなければならない。加えて概念的知識や理論的知識を得るための学科目の単位も取得し、看護研究を実施する際に必要となる基礎的な概念的知識や理論的知識も得ておく必要もある。看護研究を実施するうえで備えておくべき重要な能力の1つに論理的思考能力がある。臨床経験が豊富にあったとしても論理的思考能力が十分に

育成されているとは言えない。

修士課程の場合は最終年度に修士論文を書くための研究を実施するが多い。それまでの早い時期から研究テーマ絞り込みを開始し、関連文献検索および関連文献検討を蓄積させ時間をかけて着実な研究計画書作成へとたどっていけるように指導する。2週間に1回は3-4名の少人数制で研究ゼミを行い、自らの研究テーマ絞り込みのための関連文献をプレゼンし、文献からの学びをどのように自らの研究テーマ絞り込みに活かしていくのかを考えていけるように討議しながら指導者としてもかかわる。適切とはいえない文献を選択している場合は、検索方法に問題はないのかを一緒に考え、再検索を指導し、有用な関連文献を検討できるよう指導する。ここで重要なことは、文献に振り回されることなく、自分の行おうとする研究テーマへ向けて、自分自身の言葉で「なぜこの現象を追究しなければならないのか」「なぜこの研究を行う必要があるのか」「何を目指してこの研究を行おうと考えているのか」などの研究動機に相当する部分、研究目的に相当する部分、研究の意義に相当する部分を客観的に表現できることである。が、院生にとっても膨大な時間を要する作業である。しかしこの段階が実はこのあとに続いていけるかどうかを決める重要な段階であることも事実である。

修士院生が自分の意見を十分に主張しながら指導内容が理解できること、次はどの方向で修正や追加すればよいかを理解できることは大切である。指導を受けて路頭に迷ってしまって方向性が見えなくなってしまうことのないように、指導者としては院生の気持ちを十分に読み取って研究意欲をなくしてしまわないような配慮も言うまでもなく大切なことである。ようやく研究テーマ絞り込みをクリアでき、研究の動機、目的、意義を客観的に表現できるようになれば次の段階、研究計画書の作成段階へとステップをすすめていく。研究計画書は、データ収集へと進んで良いという承認を得る研究倫理委員会へ申請する重要な資料であり、これをクリアすればあとはデータ収集と分析へと向かい、研究方法に応じて個別に指導していくことになる。

6. 大学院生（博士後期課程）を対象として看護研究を教える

博士院生の特徴としては『修士論文を終え看護研究能力は兼ね備えており、特定分野の研究によって追究しようと考えている興味のある看護現象は持っている』、長所としては『特定分野における最新の知見は持っている』、短所としては『自らが行ってきた研究方法については研究能力はあるが、看護研究についての広範な知識ベースは不十分である』、そして位置づけは『修了後は、特定分野の看護界における独立した研究者としての能力を獲得しているこ

と、博士号を取得すること』である。

博士院生は研究に取り組む前にコースワークを履修する必要がある。コースワークでは、概念的、理論的な方向からと研究方法の方向からさらなる知見を広げることが重要である。修士では経験できず、未だ学習してこなかった看護研究方法の多様なアプローチについて、幅広く、また深く学習する必要がある。看護研究方法の最新の知見を得ることも重要である。さらに、その院生の専門分野における最新の知見も、学術的な視点から十分に押さえておく必要がある。

世界的に見て看護研究は幅広く水準も高い。博士院生は、国際的な研究データベースから関心分野における知見の概念分析、メタ-アナリシス、メタ-シンセシス、システムティックレビューを求められる。十分なコースワークを土台として力を携え、博士学位論文の研究へと繋がる研究をスタートさせていく。そのうえで自らの研究テーマへと焦点を定めていく。この段階で再び統合的文献レビューを行い、博士学位論文へとすすめていくために土台となる副論文作成へとすすめていく。

博士院生の指導ポイントは、既に十分な能力を持ち合わせていることが多いので、院生自身のペースですすめ、指導者は院生が考えている方向性がそれで良いのか、研究計画書内容の一貫性はあるか、研究課題に対して研究目的や研究の意義はそれで一貫しているのか、十分な文献レビューが一定の水準を備えた内容で成されているのかを確認する。大切なことは、その院生が積極的に取り組んでおきたいと考えている研究課題であって、やりたいと考えている研究方法であって、院生自身が挫折することがないほどにコミットできているという点である。指導者が強引に指導者の方向にひっぱることはよくないと考える。その院生の能力に合わせた指導を心掛けているつもりである。

博士院生は、ある程度の研究能力を持ち合わせていなければ前進できない。これは入学試験の際に審査すべき重要な部分だと考える。どんなに優秀な院生であっても博士学位論文の研究をすすめていくことは、かなりハードルの高いアカデミックな作業であり、時間もかかり、研究の独創性も必要とされる。博士学位論文を作成していく道はハードであり、粘り強さ、何があってもやり抜く闘志、提出すると覚悟する強い意思など、たくましい精神力が必要であり、自分自身との闘いであることも事実である。指導者は、院生の精神力が続いていけるように厳しくも思いやりのある指導力が問われる。博士院生にとって指導者は、「看護研究を教える」ではなく、院生自身が最大限の能力を発揮して自らの研究を推進していけるようにあたたかく見守ること、環境を整えることではないかと考える。研究を行うのは院生自身であり、博士学位論文作成へと到達で

きるようエネルギーが枯渇してしまわないような道の案内役を担っていくことではないかと考える。

7. おわりに

以上、筆者の体験談に基づいた内容となってしまった。“看護研究を教える”ということは、対象の特徴・長所・

短所・位置づけなどを見極めて指導者側のスタンスをかえていかななくてはならないと考える。対象のニーズをしっかりと読みとること、そのために対象の考えていることを十分話してもらうこと、考えていることを指導者の側も十分に理解するために、対象者と指導者が密接な相互作用を持つことが重要なことではないかと思う。

◆教育講演Ⅱ◆

質的研究を教える

日本赤十字看護大学 谷津裕子

キーワード：質的研究，研究指導，卒業論文，修士論文，博士論文

はじめに

日本の看護学における質的研究の動向を知るため、最新看護索引Webデータベースを用いてキーワード「質的研究」で調べたところ（平成26年4月30日検索）、1975～1994年の20年間にわずか8件だった質的研究論文件数は次の5年間で39件に伸び、2000～2004年は111件、2005～2009年は419件、2010年以降は434件となっていた。このように、日本の看護学界では学会誌に掲載される質的研究論文の数が増加傾向にあり、特に2000年から2009年の間に急増したことがうかがえる。その一方、教育や臨床の現場では「質的研究の何をどのように教えたらよいかわからない」「どう学ばよいかわからない」といった声をよく耳にする。ある調査では、看護学の修士課程で研究方法論を必須科目で教える大学院は多くはなく、質的研究に関する講義時間や内容も大学院によってまちまちである実態も明らかにされており（大熊・安保，2009，pp.316-317）、質的研究者の学習・教育環境には課題が残されていることがうかがえる。

そうしたなか、今いちど質的研究に対する指導のあり方に光を当て、質的研究をどう教えるべきなのか、何を教わるべきなのかについて深く検討してみることは意義あることだと思われる。本稿では「教育講演Ⅱ」で発表した内容のうち質的研究の論文指導と初学者が抱きがちなQuestions（疑問、質問、躓きがちな問題）について焦点をあてて論じる。

I. 質的研究をどう教えるか — 論文指導を中心に —

論文と一口に言っても、学位論文には、学部生が取り組む卒業論文、修士課程の学生が取り組む修士論文、博士後期課程の学生による博士論文が存在する。それぞれに取り組む目標や時間、看護や研究に対する知識・経験が異なることから、質的研究の教え方はだいぶ異なってくる。

The Concise Oxford Dictionary of English Etymology(1986)によると、「学士」を意味する英語のbachelorは若葉や若い男性を原義とする語で、転じて「学問を行なう者」という意味が付与されたようである。俗にいう「学がある」、つまり知識のある状態にあたるだろうか。また、「修士」を意味するmasterのmasはラテン語で大きい、リーダー、

チーフ、不思議な力といった意味を持ち、そこから転じて「学問を修める者」という意味をもったようだ。さしずめ何かを修得した人、つまり学問・技芸を身につけたリーダーといった意味であろう。さらに「博士」DoctorのDocとは、ラテン語で教えるという意味をもつ。日本語では、いわば「博がある」、つまり広く諸事に通じているといったところだろう。

以上のことから、学士号取得を目指す学部生には質的研究に関する知識を与え、修士号取得を目指す学生には質的研究を身につけさせ、博士号取得を目指す学生には質的研究を人に教えることができる能力を授けることを目指すというふうを考えてみたい。

では、それぞれの学生の背景を踏まえて、どのような指導を行なうとよいか、私なりの考えを述べてみることにする。

A. 卒業論文

卒業論文に取り組む学部生の特徴は、①時間が限られている、②知識が限られている、③表現に慣れていない、の3点に集約されよう。学部生が研究の構想から発表までに費やせる時間はわずか1年間、長くて2年間である。また、研究に初めて取り組むことがほとんどであり、研究に関する先行知識が少ない点も特徴の1つである。しかし、普段からレポート課題を数多くこなし、自らの体験や理解を言葉で表現することには比較的慣れている。

こうした特徴を持つ学部生には、次の4つの指導を心がけている。

1. 常に方向を明確に指示し、研究プロセスを積極的に牽引する

オリエンテーションの際には、研究の仮テーマの作成や研究計画書の発表、研究論文の発表など、研究の年間スケジュールを提示している。そして、研究の内容や進行に関して良いことと良くないことをその理由とともに明確に伝えること、1回1回のゼミで次回に向けた課題の明確化、次回はその遂行状況の確認を繰り返すことによって常に歩みを止めないでいることを大切にしている。

2. ゼミの進行を管理する

私のゼミでは、学部生に与えられる時間は全員で1週間

に1コマ(90分間)である。不平等がないように90分を学生数で割り、均等な時間を各学生に与える。しかし、研究の進行状況によっては特定の学生に時間を割かざるを得ないときがある。そのときは、次のゼミでその学生の順番が最後に来るようにし、前回時間が少なくなった他の学生に十分時間を取るよう目配る。つまり、常に平等と公平の原則に基づき、時間管理を重んじるということである。

3. 手本を積極的に与える

「知識がある人」が目標となる学士課程においては、学生に対して良いものとはどういうものかを知らせ、きっちり真似をさせることが大切だと感じている。例えば、先輩が書いた研究計画書の良いもの、研究倫理審査提出用の資料の良いもの、こうしたものの「良さ」を感じ取る力が学生にはあるようで、1度きっちり真似できると非常に自信が付き、他のゼミ生に的確に教えてあげている頼もしい姿を、私は何度か目にしている。

4. 研究に面白さや手ごたえを感じさせる

前回より上手に言語化できたとき、研究計画書が完成したとき、論文が仕上がったとき、ことあるごとに私は学生に「すごいですね。自分のがんばりで、ここまで書けたんですよ」と言葉をかける。がんばればできる自分をイメージさせ、実感させることが、研究の面白みを感じることにつながるようである。こうした研究への手ごたえは、卒業後に大学院に戻って再び研究をしたいと思わせる大きなきっかけにもなるため重要である。

B. 修士論文

修士論文に取り組む院生は、①先行知識に影響されやすい、②自己表現に不慣れなことがある、の2点が特徴的である。多くの修士生は看護の経験が豊富であり、看護実践に関する知識と自負がある。現場で何らかの形で研究に取り組んだことのある人も少なくないが、研究に関する知識は少なめで自信がないか、手持ちの知識で対処しようと躍起になる傾向がある。また、自分のアイデアや疑問を積極的に表現する環境にいなかった人が少なくなく、「当然のことだから聞くまでもない」「言わなくても伝わるだろう」と言葉を飲み込んでしまいがちである。

こうした修士生への指導には次の3点を心がけ、「質的研究を身につける」ように支援している。

1. 研究の方向を明確に指示し、研究プロセスを伴走する

研究の方向を明確に指示する点は学部生への指導と同じだが、修士生には、オリエンテーション時に教員側から研究スケジュールを提示するのではなく、修士生自身に研究の3年間計画を立てさせている。研究の進行だけでなく、参加予定の学会や研究会、論文投稿の予定もここに示させる。

2. 自分の研究を客観視させる

修士生になると、研究の良し悪しが少しずつ判断できるようになり、自身の研究に対して「もっとこうしてみたい」「こう表現してみたい」というイメージがわいてくる。このように自分の研究に対して“欲”が出てくるようになると、研究が飛躍的に洗練されてくる。そのため、節目ごとに、自分が表現したものを読んでみて興味深いと思える内容かどうかを感じさせ、どうすればもっとよくなるかと考えさせてみることも大切であろう。

3. プレゼンテーションを重視する

修士生には、毎回のゼミで「研究の進捗状況」という資料を提出するように促している。資料には、冒頭に研究課題と研究目的を書くように促し、常に自分の研究の概念相を強く意識させるようにする。続いて、研究の進捗状況と今日のゼミで問題解決したいことが記される。この作業の繰り返しを通して、学生が自身の思考や行動を客観視するとともに、限られた時間内に自分の考えを伝えて問題解決を導く、効果的なプレゼンテーション技術を修練することにつながると感じている。

効果的なプレゼンテーションという点で、もう1点気をつけていることは、ゼミでは学生になるべく自由に語らせ、学生なりの考えや論理を明確にした後、別の考えや論理展開の仕方を提示して、どれが妥当かを学生自身に考えさせるようにしていることである。こうしたディスカッションを重ねることで、学生の「既知の概念」の背景に膨大な「未知の概念」があることを理解させ、学問に対する謙虚さを育てることができると考えている。

C. 博士論文

博士論文に取り組む院生の特徴は、①研究への意気込みが非常に強い、②自分を知っている、の2点にまとめられよう。修士課程とは異なり、研究の開始地点からある程度自立して活動することが求められていることを知っているため、院生は常に孤独と闘い、ゴールの見えないマラソンランナーのように強いやる気と不安を携えて、ひたすら前に向かって走り続けようとする。ランナーの自立には、それを支える強力なコーチが必要である。

指導教員に対する期待や理想が自ずと高くなるため、それが満たされないと不満やストレスになって蓄積されていく。また、博士課程の院生は、自分の強みと弱みを知っており、表現することに臆病ではないが自信はないという人が多い。

こうした博士の院生には、次の3点を心がけ、博士論文の指導をしている。

1. 方向を明確に指示しつつ、研究プロセスを見守る

研究進行の牽引力は学部や修士生に対するものよりもずっと少なく、最小限になるが、すべてを院生任せにする

ことはせず、3年間で論文を仕上げることをゴールと見据え、現在の進捗状況が適切かどうかを見極め、必要なときは牽引力を強めてリードするなど、ペースメーカー的役割はしっかりと行なうようにしている。

2. 研究の理論的前提を徹底的に考え抜かせる

修士課程では、研究の主要概念を先行研究や辞書、事典から定義づけることができれば良しとするが、博士課程ではそれだけでは不十分である。すなわち、主要概念が扱われている原著に積極的にあたり、プロトセオリーにおけるその概念の位置づけを正確に把握するように指導する。可能であれば、研究で追究しようとする主要概念は概念分析を経て定義づけるのが望ましい。

3. 修了後に研究者・教育者として独り立ちするために、研究に関する引き出しを増やさせること

この指導は、「広く諸事に通じている」博士を育てるためには、大変重要なことである。

「引き出しを増やす」とは、すなわち自分の関心とは異なる研究課題や研究方法論、研究方法にも強くなることを意味する。そのためには、コースワークで積極的に学習することや文献を幅広く数多く読むこと、勉強会に積極的に参加したり会の運営に携わったりすることが非常に役に立つため、そうした活動を積極的に促し、できているときにはそれを高く評価している。

II. 学生から多く寄せられる Questions

論文指導するなかで、学生から寄せられる疑問や質問にはハッとさせられることが多い。それは、学生から寄せられる Questions を通して、その背後にある教育者の教え方の問題や偏った情報の流通など、学習者を取り巻く社会的課題が浮き彫りになり、一教育者として反省を促されるからである。

私は「学生からの Questions は対話の窓口」と捉え、学生からの Questions を歓迎することが大切だと考えている。ゼミの最中なるべく話しやすい雰囲気を作るように心掛けたり、直接的に「他に疑問な点、解決しておきたい問題はありますか？」などと促したりすることは、そうした歓迎の意思を学生に伝えるのに役立つ。

学生から Questions が寄せられたときは、次のステップで対応している。まず、①その Question の意図をできる限り正確につかめるまで、確認のための質問をしていく。次に、②その確認作業を通じて Question の背景にある知識や経験を確認したり推量したりする。最後に、③学生が知りたい事柄に対してできるだけ明確に説明する。

以下に、学生から多く寄せられる Questions の 1 つを、このステップに沿って紹介する。

A. 「質的記述的研究とその他の質的なアプローチとの違いが分からないのですが……」

対応①として、なぜ「違い」を知りたいのかを学生に尋ねてみると、「研究参加者の体験をありのままに知りたいので現象学的研究を行おうと考えたが、指導教員から質的記述的研究じゃだめなの？と言われた」という人や、「日本国籍ではない研究参加者の体験を理解するために質的記述的研究を行おうと考えたが、指導教員から国籍が違うのだからエスノグラフィーにしなさいと言われた」という人など、具体的な状況は様々だがおおそこうした経緯で「違い」を知りたがる人が多い。

対応②として、この Question の背景にある知識や経験を確認・推量してみると、質的記述的研究の方法論の特徴に関して解説した文献が極端に少ないという現状や、修士課程の講義・演習では現象学的研究やグラウンデッド・セオリーなどの方法論には多くの時間を割いて解説しているのに対して質的記述的研究の時間がみあたらない（大熊・安保, 2009, pp.316-317）という教育現場の課題があり、さまざまな質的なアプローチの共通性と独自性に対する理解のあいまいさと混乱が生じているという現状があることがうかがえる。

では、このような Question に対してどのような説明ができるだろうか（対応③）。米国の看護学者 M. Sandelowski によれば、質的記述的研究における記述は、ある現象を日常の言葉でまとめることによって、データのより近くにおいて語られた言葉や出来事の表面から離れないものである。その分、質的記述的研究における記述は「推論の少ない解釈」、つまり他の研究者とコンセンサスがより簡単に得られるような解釈を含むものとなる（Sandelowski, 2000/2013, pp.137-139）。これとは対照的に、現象学やグラウンデッド・セオリーやエスノグラフィー、ナラティブによる記述は、いわば推論の多い記述であり、出来事の深層にある本質をつかみ取るために出来事を「別の言葉」で再現する、つまり研究者は、自分が見たり聞いたりすることを自分なりに解釈して表現を大幅に変えていかなければならない、と Sandelowski は指摘する（pp.137-138）。

たとえばグラウンデッド・セオリー法では「条件／帰結マトリクス」のなかで要素を探し、その要素としてのデータを解釈するように研究者を向かわせる（Strauss & Corbin, 1998/2004, p.227）。また、現象学的研究の中には身体性や時間性のような「生活世界の実存（lifeworld existentials）」を見出し、それに関連させてデータを解釈するよう研究者を向かわせるものがある（Van Manen, 1990, p.101）。このように、現象学やグラウンデッド・セオリー、エスノグラフィー、ナラティブ研究など、特定の方法論の枠組みをもつ研究の場合、研究者には、自分たちが見聞きしたこと

関する自身の解釈を、既存の理論や哲学を使ってさらに解釈し、それを言葉にすることが求められている。「別の言葉」による再現とは、このようなことを指す。

「言葉や出来事の表面から離れない」方法が良いのか、「本質をつかみ取るために表現を大幅に変えていく」方法が良いのかは、その研究目的が何であるかによって決まってくる。そのため、質的記述的研究とその他の質的アプローチの違いに関心をもつ学生には、まずは自分の研究目的、すなわち研究を通して明らかにしたいことが何なのかを見極めるように助言している。

紙面の制約上詳述は避けるが、講演では、質的記述的研究とその他の質的アプローチの違いを、山本作兵衛の絵の写實的作風とパウル・クレーによる抽象的な造形方式との違いになぞらえ解説した。自分の研究目的がどのようなものなのかをしっかりと見極め、その目的にあった研究方法論と実際の方法について考えること。これは、研究者が研究目的を果たすのに相応しい精度の高いレンズをかけて世界を眺めてデータを収集し、感度よく分析・解釈し表現するために重要なことである。表現様式が大きく異なる2つの絵を通して、出来事の記述の仕方にはさまざまな方法があることと、目的に即した方法を選び取ることの重要性に思いを馳せていただきたいと考えたが、いかがであったろうか。

おわりに

以上、教育講演Ⅱのテーマ「質的研究を教える」に関して筆者の教育実践に基づき論じた。私が主指導教員となって論文を指導した学生数は、熟練した教員に比べると決して多くはなく、ここに示した考え方や主張が私自身の経験に伴って変化する可能性もあるだろう。そうした限界はありながらも、このお話が質的研究の教育環境について振り返り、今後の教育や学習のあり方を考える1つのきっかけとなれば幸いである。このような貴重な機会を与えてくださった中木高夫集会長に心より感謝申しあげる。

文 献

- Hoad, T.F. (1986). *The Concise Oxford Dictionary of English Etymology*. Oxford: Oxford University Press.
- 大熊恵子・安保寛明 (2009). 修士課程では質的研究に関してどのような教育が行われているか. *看護研究*, 42(5), 315-320.
- Sandelowski, M. (2000) / 谷津裕子・江藤裕之訳 (2013). 質的記述はどうなったのか?. *お質的研究をめぐる10のキークエストション*—サンデロウスキー論文に学ぶ (pp.134-147). 医学書院.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998) / 操華子・森岡崇訳 (2004). *質的研究の基礎 — グラウンデッドセオリー開発の技法と手順* 第2版. 医学書院.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. Albany, NY: State University of New York Press.

量的研究を教える

国立看護大学 柏木 公一

ここでは、量的研究の専門家による研究ではなく、卒業研究や修士・博士論文などで量的研究の指導にあたる教員を対象に、量的研究を教えるポイントについて述べた。あわせて臨床の研究指導にも役立っていただければ幸いである。

論文指導では、やりたいテーマが漠然としている、期限が短い、予算がほとんどない、学習者自身が理解できる内容であるといった制約がある。そのため、小さな研究テーマ、小さなサンプルサイズ、シンプルな統計処理を心がける必要がある。学習者自身が持つ漠然としたテーマを具体的な研究計画に落とし込む際には、指導者自身が幅広い研究計画の選択肢を持っておいた方がよい。それに役立つように以下のような研究計画時のアイデアをいくつか報告した。

研究計画全般

- ・予想される結論、考察を先に書かせてみてから、研究デザインを検討する

- ・調査対象者を変えてみる

介入研究の場合

- ・繰り返し行える介入は評価しやすい

- ・比較群の作り方を工夫する

- ・エンドポイントとサンプルサイズのトレードオフを

検討する

質問紙調査の場合

- ・因果関係の仮説をシンプルにする
- ・既存の尺度を信用しすぎない。むしろ、尺度開発の研究を推奨する

また、高度化する統計解析の落とし穴にはまりこまないように研究計画段階で避けておきたい留意点を統計解析の原理とともに解説した。近年の統計ソフトと解説書の発達のおかげで、誤った統計手法を選択してしまうといった単純な間違いは激減している。一方で、なぜそのような方法が用いられているのかという理解がないまま、形式だけが伝承されていった結果、論文査読時の指摘に答えられないといった問題も生じている。統計手法の根本的な考え方を教えるための試みとして、本学の修士課程における看護統計学の講義で用いている資料を紹介した。

- ・P値の意味、検定の必要性
- ・サンプルサイズの求め方
- ・正規分布の仮定は必要か
- ・理論的構成概念と操作的定義
- ・尺度の信頼性と妥当性（クローンバックの α とは何か、因子分析とは何か）
- ・多変量解析と単変量解析の結果の違い

参考資料

看護統計学の講義資料のサイト <http://stack.sakura.ne.jp/stat/>

◆シンポジウムⅠ◆

「看護研究」の落とし穴

座長の言葉

座長 天理医療大学 末 安 民生
淑徳大学 茂 野 香おる

「看護研究の落とし穴」というテーマで何を思い浮かべるだろうか？ 落とし穴ということからは、看護研究を進めるなかで、知らぬ間に隠れている落とし穴に落ちて、前へ進めなかったり、穴から出られなくなったり、ケガをしてしまうような状況だろう。

まずは、落とし穴に落ちないようにしなければならない。さいわいなことに、看護学教育においては、一般に「看護研究方法論」と呼ばれる科目が組み込まれている。ここでは、看護研究に関する概論にはじまり、研究生産者として知っておかなければならないことや研究生産者として知っておかなければならないことが系統立てて教授され

ている。ここで学んだことを忠実に遂行していれば、落とし穴は回避できると思われる。しかし、落とし穴に落ちてしまう研究者は数多いのが現実であろう。

落とし穴に落ちた場合には、そこから出て、しっかりと歩み出さなければならない。そこにはさまざまな工夫が必要となる。

このシンポジウムでは、看護研究・質的研究・量的研究に造詣が深い演者に集まっていた。研究に対する姿勢における落とし穴、方法論上の落とし穴、論文作成上の落とし穴など、さまざまな落とし穴について論じていただいた。

◆シンポジウムⅠ◆

「看護研究」の落とし穴

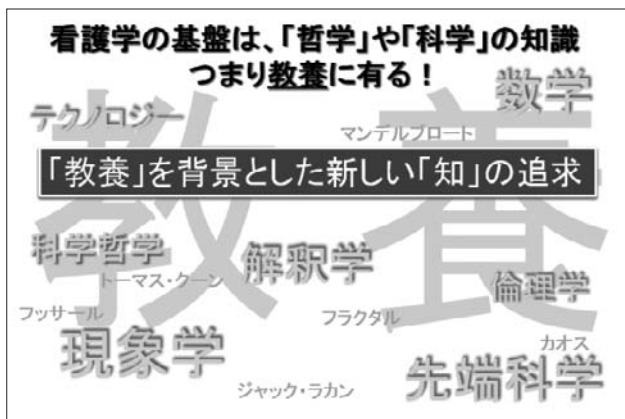
筑波大学医学医療系 川 口 孝 泰

そもそも看護研究は何のためにするのか?? それは「看護」の営みを、より向上させるために必要な、新たな「知」を生み出すことにあるのだろう。少なくとも、私はそのように思って研究に取り組んできた。しかしながら新たな知を生み出すということは、そう簡単にできるものではない。多くの場合、個人の僅かな経験と、未熟な能力から発想できるものは、ほとんどの場合、先人たちによって明らかにされているものが多い。

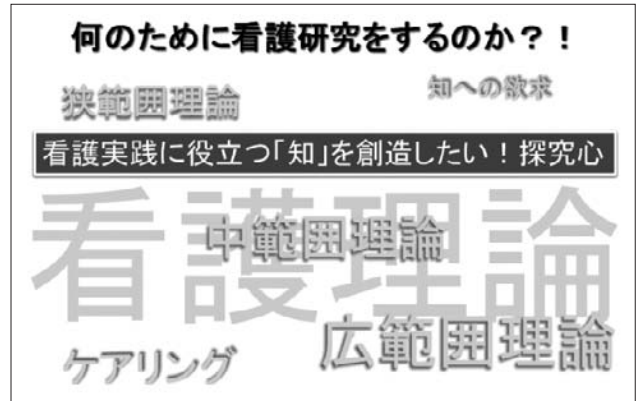
演者はこれまでに100件を超える研究論文を発表してきた。それらから生み出された「知見」が、看護実践の何を変えることができたのか? ほんのわずかなものしか役だっていないかもしれない。それでも看護実践の役に立つ重要な知識に、いつの日かなるに違いないと信じて、今も90%の思い込みの中から、10%ほどの可能性を求めて研究を続けている。このような志で研究を進めることが、まずは「落とし穴」に、はまらない最大の防御なのかもしれない。

I. 研究以前に潜む落とし穴

A. 看護の知は、学問の基盤である「哲学」や「科学」の知識、つまり教養に有る。基盤となる教養を感じられない研究は、学問的な新しさが伝わらない。教養力を身に付けることが看護研究の質を上げることにつながる。



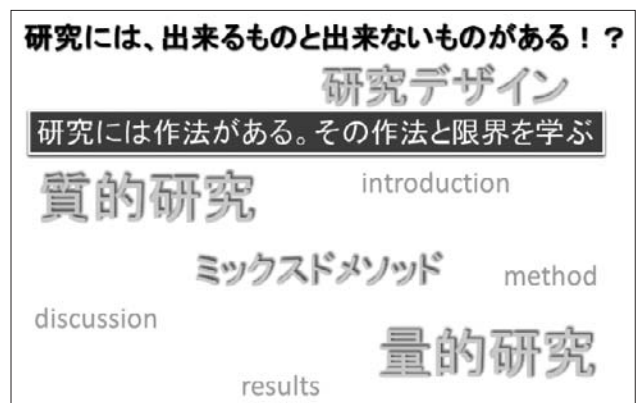
B. 研究とは何のためにするのか。純粋な探究心が必要である。実践に役立つ知を生み出すためには、知への探究心と、基盤とする学問を構成する理論の認識は最も重要なことである。



C. 論理的な思考を行う能力とパフォーマンス力を磨く努力をすることは、新たな知を一般化していくために必要である。専門家が知を共有し、活用できなければ、生み出した知の意味はない。



D. 研究を遂行していくための基本的な作法を身につけることが大事である。看護現象を紐解くために必要な研究の手法を文献から読み解くことがまずは大事であろう。



II. 方法論上の落とし穴

A. 研究の方法論ばかりに固執すると、知識を想像し、探求することを忘れられてしまう。それらを補う方法として、しっかりとした倫理観に裏付けられた研究に向き合う態度と、十分すぎるほどの文献検討が大事である。

方法論ばかりに気を取られた業績主義は禁忌！

研究倫理

研究は「知」の探究が最優先されるべきもの

文献検討

Systematic review
critique

B. 「信頼性」や「妥当性」を保証できるような努力を惜しまないこと。研究においてはデータの信頼性や妥当性は命である。そのことを常に意識した計画やまとめが重要である。

研究目的に見合ったデータ収集となっているか！

内容妥当性

結果の「信頼性」および「妥当性」を保証する方法をとる

同等性
基準関連妥当性

構成概念妥当性

安定性
内的整合性
クロンバックα係数

C. 統計学のマジックや、数字のトリックに陥らないように、基本的な数学の知識を確認する。有効数字や基本統計は研究者としての常識の範囲である。

数値の限界を理解して結果を解釈しているか！

統計のマジックや数字のトリックに陥っていないか

有効数字

母集団特性
サンプリング
因子分析
相関係数

D. 明らかにしたいことを見ることができる適切な研究デザインを選択すること。

明らかにしたいことを適切な作法で行っているか！

研究目的に合った妥当な研究デザインを選択

現象学的手法
事例研究
インタビュー調査

質問紙調査

実験研究
アクションリサーチ

III. 論文作成上の落とし穴

A. 聞いてわかるプレゼン、読んでわかるプレゼンの工夫をする。ただ読むだけの発表でなく、聞いている聴衆と同じ目線でスライドを見ながら発表することの訓練を積むことが大事である。

新しい知見を分かり易く伝えることできているか！

「聞いて」、「見て」、「読んで」わかるプレゼンの工夫

誌上発表
事例発表

OHP
ポスター発表

ビデオ発表
口演発表

B. 投稿規定に沿った表現法や記述のルールをしっかりと熟読して遵守すること。

投稿する論文誌ごとに厳格なルールがある！

投稿する雑誌の投稿規定・要領をしっかりと守る

日本看護研究学会投稿規定

APA
JAMA

C. 研究を理解してもらうために効果的な図表となっていること。

D. 自信と誇りを持って世に出せるような論文づくりへのコダワリを持つ！

説得力のある結果表現の工夫！

分りやすくする手段として、図や表を上手に使用

相関グラフ 柱状グラフ 層グラフ

帯グラフ

折れ線グラフ 円グラフ

レーダーチャートグラフ

辛く、苦しい看護研究を進めていく為には！

看護の研究を行う者として誇りとコダワリを持つ

前向き

正直 誠実

◆シンポジウムⅠ◆

質的研究の落とし穴

東京慈恵会医科大学医学部看護学科 北 素子

今回のシンポジウムで筆者は「質的研究における落とし穴」の講演を担当した。それに先立ち「落とし穴」について司会者の先生方から「看護研究を進めるなかで、知らぬ間に隠れている落とし穴に落ちて、前へ進めなかったり、穴から出られなくなったり、ケガをしてしまうような状況」と説明いただいた。多くの看護系学会誌で、質的研究論文の投稿数が増えている。学会誌によっては、6～7割を質的研究が占めるとも言われる。しかしながら、投稿された質的研究論文がその通りの割合で掲載に至っていないのも現実だろう。筆者は平成22年から4年間、本学会誌の編集委員を担当する機会をいただいた。その経験から、今回「質的研究の落とし穴」を回避する鍵について、Burns & Grove (2005/2007) の著書『看護研究入門 第5版』より第26章看護研究の批判的分析の項に挙げられた「質的研究のクリティークのための基準」(p.681～p.685)を手がかりに考えてみたいと考えた。「質的研究の落とし穴」を回避する鍵、それは質的研究論文が採択されるための「鍵」である。

Ⅰ. 質的研究のクリティークのための基準

Burns & Grove (2005/2007) は、質的研究クリティークの5つの評価基準を提案している。第1の基準は「記述の鮮明さ」である。これは研究報告内容の明晰性、事実に基づいた正確性を問うものである。第2は「方法論的適合性」で、研究者が選択している質的研究方法の一貫性をクリティークする視点である。第3は「分析の精密性」である。質的研究での分析における研究者の意思決定プロセスを論理的に提示できているかどうかを吟味する視点である。第4は「理論的つながり」で、研究によって開発された理論的図式が論理的に一貫性を保って明確に提示されているか、その論理構成はデータを反映するものかを問う視点である。そして第5は「発見的適切性」であり、研究結果が読者にとって価値があるものであるかを問うものである。

今回はこの中から、第2の基準に挙げられる「方法論的適合性」と、第3の基準である「分析の精緻性」および研究成果における「理論的つながり」という第4の基準を取り上げる。

Ⅱ. 方法論的適合性 (methodological congruence)

研究者が自身の研究課題に取り組むために選択している質的研究方法の哲学的アプローチと方法論的アプローチが一貫し、適合しているかを問う「方法論的適合性」という基準には、4つの次元が示されている。「記録の厳格性」、「手順の厳格性」、「倫理的な厳格性」、そして「監査可能性」という4次元である。

詳細は書籍に譲るとして、ここでは質的研究者が陥りやすい「落とし穴」として「手順の厳格性」を挙げたい。「手順の厳格性」とは、当該研究に対して選定されたデータ収集の手順を研究者が適用する際の厳格性と説明される(Burns & Grove, 2005/2007, p.682)。導かれる結果を支えるデータが信頼できるものでありかつ妥当なものであることを保証するために、その収集手順には厳格性が求められる。Burns & Grove (2005/2007) は、この手順の厳格性を脅かす14の「脅威」を挙げている。その中に含まれるのは「十分なデータ量が収集されていなかった」「データ収集の場で、十分な期間が費やされていなかった」「研究者は深みのあるフィールド・ノートを保持していなかった」というような項目である。これらは収集されたデータの質と量に関わる問題であり、筆者の経験上、質的研究の投稿論文に最もよく見受けられた「落とし穴」のひとつである。

この「落とし穴」について架空の極端な例を挙げて考えてみたい。テーマは「認知症高齢者に対する息子介護者の関わりのプロセス」である。「対象者3名に対して1回60分程度の面接を行い、そのデータをもとにプロセスを明らかにした。」というデータ収集を想定してみよう。そこから得られるデータの質と量はどうかであろうか。認知症高齢者といっても重症度は様々であろうし、それによって息子介護者の関わりは変わるだろう。また息子介護者といって同居している者もいればそうでない者もいる。それによっても関わりは異なると容易に推察される。これらの多様性をカバーするのに3名という対象者数は十分であろうか。さらにこのテーマは「関わりのプロセス」を明らかにしようとするものである。そのプロセスの始まりと終わりはいつか。認知症の進行には長い経過が伴う。対象者がすぐに心を開いて語ってくれないこともあるだろう。それらを考えると1回60分の面接によるデータ収集で十分であろうか。意図する結果、すなわち「認知症高齢者に対する息子

介護者の関わりのプロセス」を支えるデータの信頼性と妥当性、質と量という視点から見たとき、先に示したデータ収集手順は不十分と考えざるを得ないことは明らかであろう。これは相当極端な例であるが、このような収集されたデータの質と量に関わる問題を抱えた質的研究論文の投稿は少なくない。

質的研究におけるデータの質と量に関連して、Sandelowski (1995/2013) は質的研究のサンプルサイズは研究参加者の人数だけでなく、実施したインタビューや観察の回数、出来事の数を用いる場合もあるとした上で次のように述べている。「質的研究における適切なサンプルサイズは相対的なものである。つまり、あるサンプルサイズが大きいか小さいかではなく、サンプリングの意図した目的や質的結果に対して大きすぎるか、小さすぎるかという判断の問題である」(p.48)。すなわち質的研究では、どういうことを明らかにしたいのか、何を目的にしたサンプリングかということに照らし合わせて、十分なデータを収集できたか、情報の質と量を吟味することが重要であると考えられる。先の例で目的(意図する結果)に照らして考えるなら、例えば「様々な重症度にある認知症高齢者を介護する息子介護者、同居、別居を含めた10名を対象とする。発症から現時点までの関わりのあるありようとその思いをインタビューする。1回60分程度とし、2回の面接を行う。2回目の面接では、1回目で聞くことができなかった内容についてインタビューを行う」というようなデータ収集が考えられるかもしれない。

Ⅲ. 分析の精緻性 (analytical preciseness) と理論的つながり (theoretical connectedness)

質的研究での分析は、具体的なデータからコードへ、コードからサブカテゴリー、カテゴリーへとというようにいくつかの抽象度にまたがって変容するプロセスを経る。「分析の精緻性」とは、それがどのような意思決定のもとに変容したかを論理的に記述できているかを問う視点である。つまり、データ、コード、サブカテゴリー、カテゴリーの一貫性・整合性が読み手に伝わるように記述的であるかを問うのである。Burns & Grove (2005/2007) は、この分析の精緻性に対する13の脅威を挙げている (pp.683-694) が、ここでは代表的なもの6項目を挙げたい。

- ・解釈された文章が、結果と一貫していない。
- ・カテゴリー、テーマ、あるいは共通の要素が論理的でない。
- ・一連のカテゴリー、テーマ、あるいは共通の要素が全体としての図式と調和していない。
- ・一連のカテゴリー、テーマ、あるいは共通の要素が、データを包括していない。

- ・カテゴリー、テーマ、あるいは共通の要素に、データが不適切にしか割り当てられていない。
- ・作業仮説あるいは命題が識別されていないか、あるいはデータによって検証されえない。

一方、「理論的なつながり」は研究によって明らかになった理論図式が、明確に表現されていること、論理的な一貫性があること、データを反映しているものであることを問う視点である。先の分析の精緻性が理論化のプロセスに焦点が当てられているのに対し、これは質的研究のアウトカムとしての理論図式の明瞭性、論理一貫性に焦点を当てる視点である。これには10の脅威が挙げられている (p.684) が、その代表的な5項目は以下のとおりである。

- ・概念が不適切にしか洗練されていない
- ・概念はデータによって確認されていない
- ・一連の概念に共通性がない
- ・概念間の関係が明確に表現されていない
- ・作業仮説は、データによって確認されていない。

ところで、質的研究では次に示すような形で結果が提示されていることは少なくない。

〈あるカテゴリー〉は「A」「B」「C」「D」「E」というサブカテゴリーから構成された。対象者は××のために「A」し、また「B」した。さらに「C」や「D」「E」するものもあった。

そして、中にはそれに続いて、各サブカテゴリーについて、生データをダイレクトに示されていることもある。

「分析の精緻性」「理論的なつながり」という基準から、こうした結果提示における「落とし穴」には、次のようなものが挙げられよう。すなわち、第一に〈あるカテゴリー〉が「A」～「E」という一連のサブカテゴリーから構成されるという論理的整合性の判断を読み手にゆだねているために、それが保証されていないという点である。第二に、「A」～「E」という一連のサブカテゴリーが一つの同じカテゴリーにまとめられる(共通している)という判断もまた、読者にゆだねているために、保証されていない。第三に、「A」というサブカテゴリー名と生データの繋がりもまた読み手にゆだねており、データが適切に割り当てられ、またそのサブカテゴリーがデータによって確認されたものであるということが保証されていない。以上のことから、先に示した「分析の精緻性」および「理論的なつながり」という基準をクリアする厳密な分析プロセスを踏み、そこから導かれた論理的一貫性を備えた研究成果であるという研究者の主張を支えきれず、読み手によってはその主張が覆されてしまうという危険性が高まると考えられるのである。こうした危険性にさらされた質的研究論文の投稿は決して少なくなく、実際つぎのような査読結果が示されることも少なくない。

《あるカテゴリー》は、どうしてそう名付けたのか説明下さい。下にぶら下がる〈▽▽▽〉〈■/■/■〉〈▲▲▲〉〈◇◇◇〉のサブカテゴリーがどうしてまとめて《○○○○》と命名されたのでしょうか。

拝読したところ、やはり論文中に示されている小カテゴリー、中カテゴリー、大カテゴリー間の整合性を今一度吟味される必要があると考えました。

整合性を担保するためには、「～で構成された」という形で説明されている6つの大カテゴリーの説明に、その大カテゴリー自体の定義を加えて提示されることが肝要かと考えます。また、中カテゴリーは、生データや小カテゴリーの提示に留まるのではなく、その解釈を記されることも必要です。

以上にみた、「分析的精緻性」および「理論的つながり」への脅威、言い換えると分析プロセスと結果の論理的貫性に関する「落とし穴」にどのように対処したらよいのであろうか。もちろん、分析（すなわちカテゴリー化）をもう一度見直す必要があることも多いだろう。その際、概念を定義あるいは説明することが肝要であると思われる。カテゴリー化は、事物や現象を何らかの基準に従って区分することによって整理し体系づけることである。そしてその仕方は、研究者の関心や問いによって異なる、恣意的なものである。

例えば、大根、ジャガイモ、サツマイモ、白菜を分類して、カテゴリー化する場合に、根菜と葉菜で、「大根、ジャガイモ、サツマイモ」と「白菜」という風に分ける人もいるだろうし、お菓子作りに使う野菜とそうでない野菜で、「大根、白菜」と「サツマイモ、ジャガイモ」というようにカテゴリー化する人もいるだろう。読者はこのカテゴリー化に同意するだろうか。たとえば、根菜といってもジャガイモは「根」ではなくは植物学的には「茎」に分類されるため、根菜と葉菜という分類に意を唱える人がいるかもしれない。したがって、カテゴリー名だけを示して、読み手にその意味をくみ取ることをゆだねるのではなく、研究者が明確に概念を定義（あるいは説明）して分類の基準を示す必要がある。例えば、先の例では「根菜（こんさい）とは、野菜のうち、土壌中にある部分を利用するものをいう。食用部分は必ずしも根ではなく、根、地下茎、担根体やこれらと他の器官の複合体である場合も含まれる。これには「大根、ジャガイモ、サツマイモ」が含まれたという風なのである。このようにそのカテゴリーを定義あるいは説明し、分類の基準を示すことで、読み手はその分析の妥当性を確認することが可能となる。

また、生データを提示についても、カテゴリーとのつながりを示す解釈を読み手にゆだねるのではなく、研究者の解釈を記すことが重要である。これについて、筆者の行っ

た研究から示してみよう（北，2008，p.96）。はじめにカテゴリーの後にダイレクトにデータが示されていて、カテゴリーとデータのつながりに関する解釈が示されていない例を示す。

〈しわ寄せの相対化〉「どういう風になってねえ、老いていくかわからないけれども。これからの方がもっと大変なんじゃないかっていうように思っ。今はそんな大変ていうわけじゃない。」

どうだろうか。カテゴリーとデータのつながりをなんとなく推察することはできるが、その妥当性についての判断は分かれるところだろう。これを、カテゴリーについて定義し、さらに次に続くデータとのつながりについての解釈を提示するとどうだろうか。

〈しわ寄せの相対化〉とは、今自分がおかれている大変な状況を、それ以上に大変な状況と比較することにより、小さく捉えなおして耐えることであった。過去・未来の時間軸における状況、他者が置かれている状況が比較の対象であった。Dさんは今後の状況を想定し、現在の大変な状況を小さく捉えなおして介護する気持ちを維持しようと努力していた。

「どういう風になってねえ、老いていくかわからないけれども。これからの方がもっと大変なんじゃないかっていうように思っ。今はそんな大変ていうわけじゃない。」

読者はこの違いをどのように考えられるだろうか。カテゴリー名とのつながりを示す解釈を記すことは、「分析的精緻性」や「理論的つながり」に関する「落とし穴」から免れる上で重要なことであると考えられる。

おわりに

今回のシンポジウムでは、「質的研究の落とし穴」として、Burns & Grove (2005/2007) の質的研究のクリテックのための基準から「方法論的適合性」の手順の厳格性、そして「分析の精緻性」と「理論的つながり」という基準を手掛かりに、質的研究の「落とし穴」とそれへの対処について考えた。「方法論的適合性」では、導かれる結果を支えるデータの正確性を確保するために、目的や明らかにしたいことに照らし合わせて、十分なデータを収集できたかどうかをその質と量で判断することが重要であると考えられる。「分析の精緻性」および「理論的つながり」という基準への脅威については、カテゴリーや理論図式の論理的貫性を保証するために、カテゴリー、サブカテゴリーの概念を定義（あるいは説明）するということが、カテゴリーやサブカテゴリーとデータをつなぐ解釈を提示することが肝要であることを論じた。完成度の高い、原著論文として採択される質的研究が増えることに本論が役立つものである

ことを願っている。

文 献

- Burns, N. & Grove, S.K. 著 (2005) / 黒田裕子・中木高夫・小田正枝・逸見功監訳 (2007). *バーンズ&グローブ 看護研究入門：実施・評価・活用*. エルゼビア・ジャパン.
- Sandelowski, M. (1995) / 谷津裕子・江藤裕之 訳 (2013). 質的研究におけるサンプルサイズ. マーガレット・サンデロウスキー著 / 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：サンデロウスキー論文に学ぶ*. pp.48-57. 東京：医学書院.

量的研究の落とし穴

— 初心者の陥る落とし穴とは —

天理医療大学 林 みよ子

量的研究の落とし穴は、いったいどこにあるのだろうか。Polit & Beckは、量的研究のステップとして、【概念の相 The conceptual phase】、【研究デザインと計画の相 The design and planning phase】、【経験の相 The empirical phase】、【分析の相 The analytic phase】、【普及の相 The dissemination phase】を挙げ、各相で必要なことが細かく示されている (Polit & Beck, 2004/2010; Polit & Beck, 2012) (図1)。また、Burns & Grove (2005/2007) は、量的研究のクリティークのためのガイドラインを挙げ、「研究の枠組みは、関心ある概念の間の関係を明らかにし、定義をし、記述をしているか?」「変数の概念的、操作的定義がなされているか?」「測定用具の信頼性・妥当性は確保されているか? それらを決定するために使用された統計手法は適切か?」「結果に対す

る研究者の解釈は明らかか?」といった研究プロセスに沿ったクリティークの視点を示している。

これらは、量的研究を実施する全過程において必要なことであり、かつ注意すべき点であり、量的研究を実施する者に「ここは危険! 要注意!」と示していると言えよう。つまり、危険な場所は研究全過程に存在する。量的研究者—特に初心者—は、落とし穴が研究を遂行する中の此処彼処に存在することを理解し、その落とし穴1つ1つに陥らないように注意を払う必要があるだろう。

しかしながら、私は、初めて量的研究を行ったとき、落とし穴は理解していたつもりであったが、結局いくつかの穴に落ちた。それはなぜなのだろう。単に経験不足であることは否めない。しかし、落とし穴がどこにあるのかはわかったとしても、その穴がどれほどの大きさなのか、どれほどの深さなのか、詳細は経験がなければ推測しづらいということかもしれない。

今回は、Polit & Beck (2004/2010) の示す量的研究のステップの【概念の相】と【分析の相】、研究の最初の段階と分析に注目して、量的研究の特に初心者が陥りがちな落とし穴とは何か、そこに陥らないためにはどうするか、について考えたい。

1. 【概念の相】の落とし穴

量的研究の第1の相【概念の相】は、「問題状況の明確化とその範囲の限定」「関連文献のレビュー」「臨床のフィールドワークの着手」「枠組みの明確化と概念的定義」「仮説の明確化」である (Polit & Beck, 2004/2010)。初心者に苦手意識を持たせる言葉が並ぶ。しかし、ここで怯んではならない。

研究を行うには、この研究で扱う概念を明確にし、概念を変数化しなければならない。この点について、坂下 (2011) は、変数は研究者によって設定され、その範囲でデータ収集されるため、研究者が設定しなかった変数は永久に顧みられないと説明している。研究者が設定しなければならないために、研究者の経験も問われるところかもしれないが、やはり拠り所となるのは、関連文献のレビューではないだろうか。

Burns & Grove (2005/2007) は、量的研究における文献

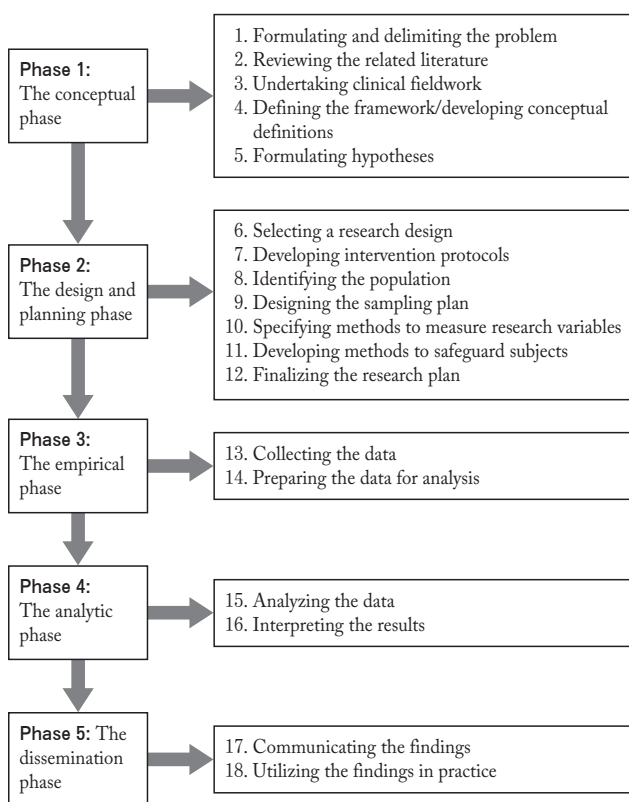


図1 量的研究のステップフロー

Polit D.F. & Beck C.T. (2012). Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (9th Edi) - International Edition. Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins. p.57より抜粋

レビューの目的は、①どのような問題が研究されてきたのか、②今後の研究あるいは繰り返しの研究ではどのようなことが必要であるのか、③研究がなされていないことはどのようなことであるのか、を研究者が明らかにすることで説明している。関連文献のレビューは、研究において不可欠であるが、量的研究の場合、自分の研究テーマの背景を明確にするためには、関連文献のレビューを実施することが重要になる。初心者だからこそ、時間をかけて慎重に丁寧に関連文献を検討することは、その後の研究過程を円滑に進めることになると考える。

「研究者が設定する」という点では、操作的定義も同様である。Polit & Beck (2004/2010) は、操作的定義の例として「不安」を挙げ、生理的機能を強調したい研究者であれば、バルマー・スウェット・インデックスで不安時の発汗の程度を測定しようとするであろうし、心理的側面を強調したい研究者であれば、その人の自分自身の不安の評価をとらえる自記式の不安尺度で測定しようと思うであろう、と説明している。

概念的定義は、研究者の世界観および看護についての見解が決め手となって、それらの概念が定義づけられるもので、研究者が、変数を実際の研究状況でどのように観察し測定するかを示さなければならないということをよく説明する例であろう。簡単に思えるが、自分の研究で扱う変数を何で測定するのかを決定することは、初心者にとっては大きな課題である。しかし、日頃抱いている疑問から始まり、ここまで研究を継続してくるなかでは、研究者の大切にしたいこと、あるいはこだわりは当然あるはずである。これにこだわり続けられるかどうかにかかってくるのかもしれない。

初心者であった当時を振り返ると、筆者は、操作的定義を考えると、「どこかに私の研究の操作的定義に当てはまる内容は書かれていないか」と思いながら文献を読んでいたのかもしれない。ここは、研究者である「私が」どう意味づけるのか、が求められるところであるため、文献を探してもそのまま頂戴できる答はない。何が自分の研究で扱う概念の定義に相応しいのかは、研究目的に照らして研究者が創り出すものである。おそらく、このときの筆者にもこだわりたいことはあったはずだが、初心者であった筆者は、差し迫る研究期間のなかでこだわり続けられず、安易に考えてしまったのかもしれない。基本的なことかもしれないが、安易に文献から何かを引用するのではなく、自身の研究目的に照らして、多くの文献を慎重かつ意図的に検討して定義づけることが重要であると考え。

2. 【分析の相】の落とし穴

量的研究の第4の相【分析の相】は、「データ分析 analyzing

the data」と「結果の解釈 interpreting the results」である (Polit & Beck, 2004/2010)。

量的研究の分析といえば統計だと、統計を苦手とする私は、「さあ分析だ」と緊張して慎重に取り組んだことを思い出す。しかし、分析は統計的なデータ分析だけで終わらない。統計が示す結果は非常に有力であるが情報の1つに過ぎず、研究者と論文の読者が統計結果の最終的な解釈をすべき (坂下, 2012) なのである。

「結果の解釈」について、Burns & Grove (2005/2007) は、「データ収集とデータ分析は、具体的思考が必要とされる行動指向的活動である。しかし、研究の結果が解釈されるときには、内省、推論、そして直観を含む抽象的思考が使われる。ある意味で、この研究プロセスの最終段階は最も難しい」と述べている。Burns & Grove (2005/2007) は、「解釈 interpretation」を「いい換え translation」という言葉を用いて、ある言葉を別の言葉に変えたりより理解しやすい言葉を使ったりすることを意味する「いい換え」と、情報の意味を説明する「解釈」とは同義語ではあるが微妙に違っており、「解釈」は「いい換え」の範囲を超えて、意味を探して与えることであると説明している。そして、研究者は、分析結果 results of analysis を研究成果 findings へといい換え、意味を添えることによって解釈を行うと説明している。つまり、分析とは、統計的に解析した結果だけでも、単に別の言葉に置き換えて述べるのではなく、その解析結果が何を意味すると言えるのか、結果に意味を与えることをしなければならない。

研究初心者の中には、「解釈」や結果に意味を与えるということは、質的研究のデータ分析で行うことであって、量的研究は、収集した数値を統計的に解析することで分析が終了すると思う研究者もいるのではないだろうか。この量的研究イコール統計という思い込みや解釈は質的研究で行うものという思い込みは、特に初心者にとっての大きな落とし穴ではないだろうか。研究のいずれの手法であっても、分析結果を解釈することが不可欠であるということ念頭に分析しなければならない。

ところで、Grove, Burns & Gray (2013) は、研究結果を解釈するという知的活動の1つとして、「推測される結果を看護に向けて熟考すること considering implication for nursing」を挙げ、臨床的に重要な研究は、看護師によって変更された、患者や家族のアウトカムを改善する判断や行為をもたらしべきであると説明している。Burn & Grove の著書 *The Practice of Nursing Research* は2013年に第7版が発刊しているが、副題は、それまでの *Conduct, Critique, and Utilization* から *Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* に変更され、「推測される結果を熟考すること considering implication」に for nursing が追加された。つまり、量的研究の結果を解釈する

には、統計的分析の結果だけに囚われず、その結果が、看護の対象にとってどのような意味があるのか、看護を实践するうえで対象にどのような効果をもたらすか、といった《看護にとっての臨床的な意味》を十分に検討することが重要なのである。研究者には、看護における研究の結果を、臨床実践に活用できるエビデンスとすることがより求められるようになり、実践に活用されない研究結果は無意味とも言えるのかもしれない。

統計的分析の結果を判断するものに、有意性 significance がある。有意性について、Burns & Grove (2013) は、統計的有意性と臨床上有意性が、実践に対して推測されることや今後の研究を方向づける査定がなされる必要があると述べている。一般に有意性 significance とは、統計的有意性を指し、統計解析の結果で示された差が偶然に生じたものか否かを判断するものである。しかし、統計的に有意差があるという結果が、必ずしも看護師や対象にとって重要であることを意味するものとは言えないと、Politらは指摘する (Polit & Beck, 2004/2010)。同様に、Burnsらも、量的研究の結果は、統計的に有意でなければならないが、統計的に有意な結果が全て臨床実践において重要であるわけではなく、統計的に有意性がない結果が実践的意義を持つことはあり得ることであって、臨床的意義は、研究者の専門的知識に基づいて判断され確定されるものである (Burn & Grove, 2005/2007) と述べている。

量的研究では、どうしても統計的に有意であるかどうかに目が向けられる。これは初心者の、もしかしたら誰しもが陥る落とし穴かもしれない。しかし、量的研究の初心者であっても、看護師であるその研究者の臨床看護経験を多に発揮して、患者や家族にとって、そして実践の場においてどのような意味があるのかという視点をもって結果を解釈することは十分可能なことであるのではないだろうか。基本的な統計手法に基づいて分析したことだけで満足せ

ず、それまでの経験や知識を活用して臨床実践と照らしながら分析結果の意味を検討することが重要であると考え。

3. まとめ

今回は、研究の2つの局面における落とし穴と落ちないためのポイントを考えてきた。他にも多くの落とし穴は存在するであろう。だからといって、落とし穴を恐れ、落ちないように慎重になり、量的研究に取り組むことに躊躇するようでは本末転倒である。

落とし穴に落ちないで研究することは大切なことであろう。しかし、実際に落とし穴に落ちてみなければわからないこともあり、落ちたことで新たな発見をすることもあるかもしれない。苦しく遠回りになるかもしれないが、ときには落とし穴に落ち、そこからもがきながら脱出すればよいのではないだろうか。恐れず前向きに量的研究に取り組んでいきたいものである。

参考文献

- Burns N. & Grove S.K. (2005) / 黒田裕子・中木高夫・小田正枝・逸見功監訳 (2007). 看護研究入門 — 実施・評価・活用. エルゼビア・ジャパン.
- Grove S.K., Burns N. & Gray J.R. (2013). The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence. Elsevier.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2004) / 近藤潤子監訳 (2010). 看護研究 — 原理と方法. 医学書院.
- Polit D.F. & Beck C.T. (2012). Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice (9th Edi) - International Edition. Wolters Kluwer/ Lippincott Williams & Wilkins.
- 坂下玲子 (2011). 看護研究の基礎 — 意義ある研究のためのヒント・第4回研究デザイン. 看護研究, 44(5), 538-545.
- 坂下玲子 (2012). 看護研究の基礎 — 意義ある研究のためのヒント・第10回量的研究 — 分析の基礎 (後編). 看護研究, 45(5), 512-521.

医療権力論

— 医療者の言説が患者を困らせるとき —

座長 天理医療大学 中 木 高 夫
日本赤十字看護大学 谷 津 裕 子

医療者は、医療者の理解したことを患者に語りかける。しかし、その語りを通して医療者の理解が患者に伝わるとは限らない。たとえ患者のためを思う言葉であっても、患者が苦しむ原因になることもある。否、良かれと思っているからこそ、その言葉がはらむ無言の圧力の存在に気づきにくく、患者の苦しみに接近しがたくなる。

「患者のために」、「良かれと思って」医療者が発した言葉が、患者を困らせてしまう。この問題は、1970年代初頭にE・フリードマンによって「パターナリズム（家父長的温情主義、医療父権主義）」の問題として告発された。フリードマンは主に医師と患者の権力関係を論じたが、同様の問題は看護職者と患者、医師と看護職者の間にも存在する。医療者－患者間、医療者－医療者間で生じるこのパターナリズムは、医療における権力問題としてより大局的見地から批判的に吟味されるべきと我々は考えた。

そこで、このシンポジウムでは3名の論客を招き、各人が考える医療における権力問題について語って頂くことにした。シンポジストは、いずれも日本赤十字看護大学で毎月開催される質的看護研究の勉強会（JRC-NQR）のコアメンバーである。博士論文（日赤看大とは限らない）のもとになる研究を遂行していく途上で、医療のなかの権力構造に苦しむ患者や医療者、医療権力の再生産過程を目撃し、それを問題視した点でも共通している。

シンポジウムでは、医療における権力問題が三人三様の言葉で検討された。初めに永田氏から、肝移植ドナーが「自発的意思」によって家族を助ける「崇高な存在」として相応しい役割行動を引き受け、身体的苦痛や矛盾する思いを封じ込めて自ら口を閉ざしていく状況が伝えられた。永田氏は、肝移植ドナーの「口を閉ざす」行動に強く影響を及ぼしているのが、他でもない医療者による「ドナーは健康体」という言説であることが指摘するとともに、医療者がドナーとの信頼関係を築きつつ彼らの話を聞き、ドナーの苦悩に寄り添うことから関わり直すことの大切さを自らの研究を通して見出したことを報告した。

濱田氏からは、授乳支援を行なう助産師が、母子にとって良いこととされる母乳育児を推進することが女性たちへの「よい母親」像の刷り込みにつながり、女性たちに身体

的・心理的苦痛を負わせる事実気づきつつも、「母乳育児推進主体としての助産師」を演じなければならないことに矛盾を感じている状況が伝えられた。濱田氏は、母乳育児推進運動が母性イデオロギーの強化につながり女性の健康に負の影響を及ぼし得る危険性と、「母乳育児は最善」という言説の再生産の一翼を担う助産師教育のあり方に警告を発するとともに、現場の助産師たちが母乳育児支援ではタブーとされている「科学的ではない方法」をあえて取り入れながら女性たちの思いに寄り添う授乳支援を「創造」していることを指摘した。

深谷氏は、小児気管支喘息の子どもたちの多くが親や祖父母、医療者から「大人になったら治る」と聞き、喘息は次第に治っていくだろうと未来をつなぎながら治療に取り組む一方、思春期に入っても治癒してきた感覚が得られないために自己判断で服薬を中断することによって治ったかどうかを査定しようとしたり、治るはずのものが治らないことから焦りや挫折感を抱き、成人期までに喘息死を起こすのではないかと不安を強めたりする子どもたちがいることを報告した。深谷氏はまた、運動部で体を鍛えて「体力・耐力」をつけることによって不安を乗り越えようとする中学生の例や、学童後期の子どもたちが「まだ今は治らなくてもいいかも」、「今の状態が続けばそれでもいい」と語り、疾患との共存のあり方について自分なりに納得できる考え方を見つけ出す例を紹介した。近年の疫学調査では、喘息の有症率は思春期でも増加傾向にあると報じられている。それにも拘わらず、喘息は「大人になったら治る」疾患だという言説が小児喘息の子どもたちの体験に及ぼす影響が未だ大きいことと、そうした言説を乗り越え、組み替えていく力が子どもたちにあることが、深谷氏の報告によってつまびらかにされた。

3名のシンポジストが行なった研究は、それぞれに研究目的も参加者もアプローチした方法もすべて異なっている。しかし、そこで見出された結果は、人々が何らかの言説と現実とのギャップに気づいて無力感や矛盾、挫折、不安を感じる状況に陥りつつ、そうした状況に甘んじることなく自分たちなりに受け入れやすい形に変え、より良い位置に移し替えることを行なっていることを明らかにした点

において類似していた。この変形や移し替えの作業は、流行りの言葉でいえば“しなやかな強さ（レジリエンス）”ともいえるのかもしれない。興味深いのは、そのような“強さ”が、肝移植ドナーと協働して研究者が彼らの声を代弁したり、タブー視されている方法を助産師が「創造」したり、子どもたちが喘息と折り合いをつける生き方を編み出していたように、患者や医療者、研究者といったさまざまな社会的カテゴリーにある人々に見出されるのを発見したことである。

言説は、何が語られ、何が語られ得ないのか、誰の実践が妥当で誰のものが妥当でないのかを規定する暗黙の規則として定義される（Kincheloe & McLaren, 2000/2006, p.248）。このようなものとしての言説には、権力という、人々の慣習の抑圧的な性質と生産的な性質を形づくるように作用する基本的な構成要素（Kincheloe & McLaren, p.247）が介在する。言説的实践は、権力の一形態とは言っても身体的暴力のようなかたちで目に見えるものではなく、慣習化されているがゆえに意識にすらのぼりにくいものでもある。そのため、そのような言説的实践と、その背後にあり、私たちの無意識に働きかけ、いつの間にか私たちの考え方や行動を縛り、ある一定の方向へと仕向けていく目に見えない権力の声に真摯に耳を澄ましていく（長谷川, 2004, p.24）には、ある種の工夫が必要なのであろう。

研究活動に即して言えば、他者の世界を、自分自身の世界の枠組みだけで理解するのではなく、可能な限りその世界に近づき、その世界の現前する、まさにその渦中に飛び込んでいき、体当たりで空間を感受し、文脈を理解し、できればそこに生きている人々とも対話してみる。と同時に、もう一度そこから戻ってきて距離をおいて眺める。長谷川（2004）が解釈する、この「フィールドワークによる“参与観察”に相当する作業」（p.23）こそ、3名のシンポジストが行った研究方法に共通するものであり、医療にお

ける権力問題に接近するうえで重要な視点であると考えられる。

シンポジストの発表に続き、参加者とシンポジストとの間で質問や意見が活発に交わされた。そのディスカッションを通して、発表内容で用いられた「権力」の意味や機能、多声的な現実を掘り起こし続けることの意義、研究活動やこのシンポジウム自体が「権力」の再生産であるという自覚など、医療における権力問題を考えるうえで重要な論点が整理されていった。参加者のお一人が「これまで考えてもみなかった観点や新しく聞く言葉も多かったが、言われてみると納得のいく内容ばかりで、3人のお話にたいへん惹きこまれた。医療における権力という視点で日々の医療のあり方を見つめてみることに、大いに意義を感じた」と発言された。この方の感想からもうかがえるように、このシンポジウムには、全体を通してある種の緊張と興奮、熱気に包まれていたことを座長として付け加えたい。その会場の空気は、新しい命の誕生に立ち会うときに我々が体感するものに重なるものがあつた。医療権力論も、いまだ産声を上げたばかりである。この小さく、しかし生命力に満ち溢れた命をつないでいくため、これからもこの視座を大切にしていかなければならない。幸運にも、3名のシンポジストの発表内容は、他にも数名の論考を加えて、特集「医療権力論」として別の冊子で取り上げられることになった。ぜひフォローしていただきたい。

文 献

- 長谷川まゆ帆（2004）. お産椅子への旅 — ものと身体の歴史人類学. 岩波書店.
- Kincheloe, J.L., & McLaren, P. (2000) / 池田 寛 訳 (2006). 批判理論および質的研究再考. N.K Denzin, & Y. S. Lincoln (Eds.) / 平山満義 監訳, 質的研究ハンドブック 1 巻 (pp.243-271). 京都: 北大路書房.

◆シンポジウムⅡ◆

小児気管支喘息における言説と子どもの体験

Folk Beliefs and Illness Experiences of the Children Who Have Bronchial Asthma

名古屋第二赤十字病院 深谷基裕

キーワード：言説、喘息、体験

Key Words：folk beliefs, asthma, experiences

I. はじめに

修士論文で喘息をもつ子どもの「息苦しさ」の体験を明らかにし（深谷，2009），子どもの語りから学ぶ意義を強く感じた。そこで，博士論文では，喘息をもつ学童後期・思春期の子どもがどのような「病い」の体験をしているか明らかにするために，小児科診療所でフィールドワークを開始した。そのフィールドワークのなかで子どもたちにインタビューを行い，「大きくなったら治る」「たいりよくをつけることで良くなる」という2つの言説を知り，これに伴う子どもたちの体験を聞いた。

本シンポジウムでは医療者の言説が患者を困らせることがテーマであり，喘息をもつ子どもにおける言説と体験について研究で明らかになったことを権力という視点で見直してみようと思う。

II. 用語の定義

本シンポジウムの主要概念である，権力について広辞苑では，①他者をおさえつける力，②支配者が被支配者に服従を強要する力と記述されている。近年，権力はpowerとして自分以外の他に対して影響を与えることのできる能力，人を一定方向に誘導する力と定義されることがある。今回の話は後者の定義に基づいて論じることとする。

また，広辞苑において言説についてことばで説くこと，またの説と記述されているため，この定義で以下論ずることとする。

III. 喘息をもつ子どもたちの体験

1. 希望をもたらした言説

「大きくなったら治る」という言説は喘息をもつ子どもが幼児期に聞いて「聞いて嬉しかった」とみんなが語った。この言説は成長とともにつらい発作は消失し，服薬もなくなり，いつか目の前にある苦悩は全て消えてしまうというイメージと希望をもたらした。

この子どもたちに希望をもたらした言説は診療所の医療者から聞かれることはなかったが，保護者へのインタビューをしていくと，母親の同級生や近所の人が喘息を

もっていたが成長過程で良くなったこと，また前医から聞いたことがあることがわかった。

2. 曖昧な部分が多い言説

「大きくなったら治る」という言説は，幼少期の子どもには希望をもたらしたが，徐々に身体的に大きくなると子どもたちに検証とも言える行動をひきおこした。子どもたちは「治る」「大きく」の定義が曖昧なために，服薬を自己判断で中止して治ったかどうか自身の体を試していた。一方，医師はこの行為を「さぼっている」と怠けているとみなしていた。

小学4年生になるAくんの兄は小学校に入った頃から喘息発作を起こさなくなり，母親はそのことを「治った」と話していた。しかし，Aくんは喘息治療薬の服用を続けていたため，自分が治ったかどうかを試すために服用を自己判断で中止していた。中断1ヶ月後に喘息発作が起きて，診療所を受診して服薬を再開することになった，彼はこの服薬をしなかった時期のことを振り返って「治りかけた」と誇らしげに話した。彼は積極的に服薬を中断していたが，「さぼったんだ」という表現をした。Aくんは，この自己中断のエピソードを約1年後にも行っていた。成長とともに治ったかどうか再び自分の体を試していた。

3. 焦燥感と不安を与える言説への変化

「大きくなったら治る」という言説は，思春期に達した子どもには明るい未来ではなく，焦燥感と不安を与えていた。中学1年生のAくんは，重症度分類では間欠型に属しており，喘息のなかでは最も軽症に分類されていたが，中学校に入りまもなく発作を起こして診療所へ受診をしていた。私の研究のなかでは，定期受診と合わせて観察とインタビューをしていたが，彼は受診とは別にインタビューのみを希望して診療所にやって来た。

インタビューの途中から，彼は「喘息は治ったんですか？」と研究者に質問することがあった。彼は中学生以上「大人」と聞かされていた。そのため「大人の喘息は治るのが難しいじゃないですか？だから，もし喘息があった

らへビーだな。ガンとかならしょうがないですけど、子どものうちに治せたのに、喘息のせいで死んじゃうのが嫌なんです」。「すぐに治すためにできることはないの?」と問いかけてきた。

対話の結果、彼にとって「治る」とは薬を使わずに発作が出ないことをさしていることがわかった。服薬をしている間は、ただ薬で抑えこんでいるだけで喘息からの解放、すなわち喘息死からの解放を意味していなかった。彼の話をついじくと聞くと、母親の友人が喘息を患っており、30歳代になってから喘息死をしていることが明らかになった。母親はそのために、彼の喘息を治すようにサッカーや水泳を習わせていた。そして、中学校になると大人に喘息になるから、その前によくしようと何度も彼に話していた。

上記のように、彼は中学校になっても発作が出てしまった自分は「大きく(大人)になったら治る」という言説から外れてしまったと認識し、焦燥感と不安を抱えた。

4. 言説への対処

喘息における言説による焦燥感と不安から、子どもたちの一部は大人の定義を自分のなかで変更し、対処していた。高校生だった男の子は幼少期には20歳くらいを大人だと思っていたが、中学校・高校と自分のなかの大人に近づくに従って、不安が増強していった。そのため、「30歳くらい」と大人の定義を自身のなかで変更することで、不安の軽減に取り組んでいた。

5. 言説が本当か、医師には確かめられない

喘息における言説に対して、子どもたちは「大人」の定義を変更、服薬を自己判断で中断して治ったかどうか、治りつつあるか確認していた。しかし、この言説そのものの信憑性を確認することはなかった。

高校生の男の子は、喘息経験者である研究者に対して「治ったんですか?」と質問してくることがあった。戸惑って研究者は「今は調子がいいよ」と返事をした。この治ったかどうかを医師に直接確認すること、しようと思わないか尋ねると彼は「聞けない、聞かない」と話した。また、医師であっても治るとは分からないことではないかと推測していた。

6. 「治る」ということに触れない医師

フィールドとした診療所の医師は、診察では喘息について治るとも治らないとも言わなかった。学童後期の子どもの「治りますか?」と医師に質問した際も、「ちゃんと薬をすれば、他の子と同じように運動や勉強ができるよ」と話した。この医師に返事に対して、彼ははぐらかされ

たようで、納得しているようには見えなかった。

診療所では慢性疾患として1型糖尿病や夜尿症の子どもも多く通院していた。同じく慢性の経過を辿る疾患であったが、この2つの疾患について医師は前者には明確に治らない、後者には治らないとはっきりと子ども自身に伝えていた。医師は喘息について「一旦治ったように見えても40~50歳になった時に発作がでる人もいるから、治るとは言えない。だけど、普通の生活はできるようになる」と話し、スピードスケートの清水宏保選手のことを例にして話した。

7. 運動を続けることでの身体の内外の鍛錬

もう一つの言説である「たいりよくをつけることでよくなる」に対して、親の勧めで子どもたちは何らかの運動部や体育教室に通っていた。特に男子に関しては、その傾向が強く、中学生になるとバスケットボール部などの運動量の多い部活に所属していた。彼らは喘息を治す、よくするためと始めた運動によって、持久力といえるような体の力を身につけたことを語りました。また、中学以上の子どもでは、「からだのなか」も力がついたと話し、発作を起こしてしんどい状態でも耐え忍び友人と同じように運動をすることで耐える力=耐力を身につけたと語っていた。

8. 行き過ぎた鍛錬

「たいりよくをつけることで良くなる」という言説に対し、子どもたちは持久力、耐力を身につけたと語る一方で、行き過ぎた鍛錬から「死ぬ手前」と思えるような状態まで体を酷使することがあった。

唇が真っ青になっても練習をしており、友人から言われて初めて練習を休んだ中学生の男子はインタビューの時に「今だからこそ」と言い、「まじ本当にやばいと思ったこと、死ぬ手前だった」とその時のことを冷静に振り返って語った。

運動をしてたいりよくをつけること、友人と同じことを同じようにすることが彼らにとって非常に重要なことであり、そのためには身体的危機状態をも顧みないことがあった。

IV. 小児喘息にまつわる言説と権力から見えてきたこと

小児喘息にまつわる言説と子どもたちの体験を権力という切り口から見直してみたいと考えた。ナラティブ、社会学研究者である野口(2002)は、権力について人がもっているように見えるが、それを可能にしているのは実は「言葉」であること、医療者は確かに患者を動かしているが、同時に医療者も医学、看護学の言葉の体系によって動かさ

れていること、つまり権力は何気ない言葉のなかに存在すると述べている。したがって、医療者は何らかの権力関係のなかに存在し、実践が行われていると自覚する必要がある。臨床看護のなかでは、知識と実践が結びついており、権力作用が強力にかつ残酷な形で姿を現すとも言える。

フィールドワークのなかで子どもたちの語りを通して、医療者が支配しようとする意図はないが、良かれと思って伝えられる内容に権力構造があった。「大きくなったら治る」、「たいりよくをつけることで良くなる」という2つの言説は幼少期の子どもには夢と希望を与えたが、学童、思春期となるにつれて不安や焦りを招き、内服を自己中断したり、呼吸困難を悪化させる過剰な運動を引き起こした

りしていた。子ども自身の判断違いや怠業と見られてしまう問題行動も、実は専門家のもつ権力が生み出した産物ともみえた。医療者、両親、祖父母から幼少期に聞いたことは、正当性、専門性の権力をもつ可能性が高い。医療者は専門家として知識をもつ権力作用について敏感になる必要がある。知識の内容だけでなく、その知識がもたらす効果についての専門性が求められていると考える。

文 献

- 深谷基裕 (2009). 気管支喘息をもつ学童の「息苦しさ」の体験. 29(4), 51-59.
- 野口裕二 (2002). 権力へのナラティブ・アプローチ. *Quality Nursing*, 8(12), 1004-1008.

◆シンポジウムⅡ◆

医療権力論「医療者の言説が患者を困らせるとき」

日本赤十字看護大学 濱田 真由美

はじめに

「当たり前」すぎる言説は、つねに私の批判的精神を刺激する。なぜなら、当然視された言説は、ケアをおこなっているまさにそのとき、患者を深く傷つける暴力にもなり得るからだ。『日本国語大辞典』によれば、「言説」とは「意見を言ったり物事を説明したりすること。また、そのことば」（日本大辞典刊行会，1978，p. 327）とされる。特に、一つの出来事についての特定の像や特定の表現の仕方を指す言説（Burr, p. 74）をアイデンティティや個人的および社会的変化、そして権力関係といった問題に結びつけて用いると、きわめて実り豊かな結果を得ることができるといわれている（Burr, p. 72）。つまり、「当たり前」すぎる言説を通して医療のなかに潜む権力を吟味すると、「よい」ケアをしようとするまさにそのときケアが暴力へと変化する一端がみえてくるのである。

看護に潜む権力

面白いエピソードがある。今から20年ほど前のこと、中木（2002）は「ターミナルケアにおける倫理的諸問題」というシンポジウムで「看護のインフォームド・コンセント」を紹介した。フロアを交えたディスカッションになったとき、中木は、ある看護師が発した「ナースは患者さんに有害なことは行わない」、だからインフォームド・コンセントから看護介入の欠点を説明する内容を削除してほしい、との言葉に耳を疑ったという。「実態に基づかない、まさに権威主義的な意見」と中木から一蹴されても返す言葉は見つからない。看護のもつ権力性は今も信じ難いほど見過ごされている。

例えば、UNICEF/WHOを中心として世界的に展開されている母乳育児推進運動は、「母乳育児は最善である（breast is best）」というメッセージを繰り返す。が、この言説は単に母乳のメリットを述べているのではない。子どものために母乳育児をする母親が「良い母親（good mother）」であり、母乳育児をしない母親は「悪い母親（poor mother）」であるというメッセージが暗に含まれている（Badinter, 2010/2011, p. 87；濱田, 2012；Lee, 2007；Murphy, 1999；Stenhouse & Letherby, 2010）。「母乳育児は最善である」という言説によって、女性たちは選択した授乳方法をもとに「悪い母親」であるという不道德なレッテルが貼られてしまうリス

クを負う。なぜなら「母乳育児は最善である」というメッセージには、犠牲と努力を払う母親を「良い母親」と見なす母性イデオロギーや子ども中心主義という社会規範が潜んでいる（濱田, 2012）からである。そのため、母乳育児ができるかできないかによって母親は「母親」としてのアイデンティティを揺るがされるという抜き差しならない状態に置かれるのである。

一方で、医療者もまた当然視された言説のなかで悩み迷っている。それは医療者がおこなうケアもまた、学校教育で学ぶ専門的知識や科学的根拠、社会的規範、所属する施設のシステム、医師や同僚との関係性が織り成す権力への服従なしにはありえないからである。「科学的」とされる方法や所属する施設のルールから逸脱すれば、患者にとっては最善のケアも同僚からは隠れて行わなければならない「不確かなケア」へと変貌する。こうした状況は、新たな知識の積み上げと看護の発展を阻んでいる。

授乳支援をおこなう助産師の経験を探求した研究（濱田, 2013）では、助産師が母乳に価値を感じながらも、母乳育児に取り組む母親の体験を聞くなかで、その大変さを実感し、母乳育児支援のあり方に迷ったり悩んだりしていることが明らかとなった。そして助産師は、母親の大変さに心を寄せ、母乳育児支援ではタブーとされる人工乳やニップルシールドの使用を含めた新たな授乳支援を見出していた（濱田, 2013）。これは、助産師が「母乳育児は最善である」というメッセージや「科学的」とされる授乳支援を知識として内面化していたとしても、目の前にいる母親に対して適切なケアを提供しようとするれば、当然視されたケアからは逸脱せざるを得ない状況に直面するというを示している。こうした状況は、言説がもつ権力に助産師が抵抗し、新たなケアを創造している例だと思われる。つまり医療者は、ケアを通して言説を再生産している場合もあれば、ケアの創造を通して言説を反覆させる場合もある。私たちが考えなければならないのは、看護をおこなう「私たちが作動させる権力諸関係をわれわれがどのように、どの方向に作動させればよいのか、ということ」（Butler, 1997/2012, p. 122）である。したがって医療者には、ケアのあり方や看護者の置かれた立場を前進させるために、流布している言説を批判的に捉え、権力について思考することが求められている。

おわりに

ある一定の医療者や医療を作り出す言説を「当たり前」のこととして受け入れ続けることは、看護の特徴ともいべき患者個々の体験に根ざしたケアの創造性を蝕んでいる。だからこそ、医療者は「当たり前」すぎる言説を批判的に見つめ直し、そこに潜む暴力を敏感にキャッチしなければならない。最後に、貴重な機会を与えてくださった本シンポジウムの座長およびご参加いただいたみなさまに心より感謝申しあげる。

文 献

- 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.
- Burr, V. (1995) / 田中一彦訳 (1997). 社会的構築主義への招待. 東京: 川島書店.
- Butler, J. (1997) / 佐藤嘉幸・清水知子訳 (2012). 権力の心的な生 — 主体化 = 服従化に関する諸理論. 東京: 月曜社.

- Lee, E. (2007). Health, morality, and infant feeding: British mothers' experiences of formula milk use in the early weeks, *Sociology of Health & Illness*, 29 (7), 1075-1090.
- Murphy, E. (1999). 'Breast is best': Infant feeding decisions and maternal deviance, *Sociology of Health & Illness*, 21 (2), 187-208.
- 濱田真由美 (2012). 初妊婦の授乳への意思に影響を与える社会規範, 日本助産学会, 26 (1), 28-39.
- 濱田真由美 (2013). 授乳支援をおこなう助産師の経験 (Unpublished doctoral dissertation). 日本赤十字看護大学大学院, 東京.
- 中木高夫 (2002). 「看護と権力論」に思い至るいくつかのエピソード — 特集 看護と権力論, *Quality Nursing*, 8 (12), 4-6.
- 日本大辞典刊行会編 (1978). 日本国語大辞典. 327, 東京: 小学館.
- Stenhouse, E., & Letherby, G. (2010). Multidisciplinary research in midwifery: reflecting on a collaborative working relationship, *Evidence Based Midwifery*, 8 (1), 17-20.

◆シンポジウムⅡ◆

医療権力論 医療者の言説が患者を困らせるとき
生体肝移植ドナーの研究から

天理医療大学 永 田 明

I. はじめに

わたしの看護師としての実践は、生体肝移植を実施する施設での、手術室と消化器外科病棟とであり、生体肝移植の周術期看護を行った。

わたしが手術室での上司からは、生体肝移植ドナー（以下、ドナーとする）を担当する際に「ドナーは健康体なのだから慎重に看護を行うように」とよく声をかけられていた。また、病棟へ移動し、術前・術後の看護を担当するようになった際にも、上司から「生体肝移植ドナーは健康体なのだから」と声をかけられたことを鮮明に覚えている。しかし、わたしは、これらの言葉になんの疑問も抱かず、移植医療の中でドナーの看護を行っていた。

ドナーを対象とした看護の実践の中で、ドナーとなった人々が見せるいくつかの反応に違和感を感じるがあった。肝がんなど、自らの疾患のために手術を受けた患者とは、ドナーは明らかに術後の回復意欲に違いがあり、関わりに対して難しさを実感していた。しかし、その難しさは、“ドナー”というくくりで一般化できるものではなく、年齢や性別、そして、親子間、夫婦間、きょうだい間というような提供する間柄でも違いがあることを感じていた。

大学院進学後は、臨床時代に感じていたドナーに対しての違和感に接近するための研究に取り組んだ。その結果は、わたし自身が臨床で看護実践を行っていた“ドナーは健康体”という言説のもとに、ドナーと向き合っていたことに原因があることに気づかされ大いに反省させられた。

II. 大学院で取り組んだ研究

修士課程では、生体肝移植ドナーの体験の意味を明らかにするために、父親に対して提供した男性に対して面接調査を行った（永田，2005）。

この研究では、〔移植のために抑えなければならない思い〕〔もつれていく家族の関係〕そして〔変化する自分の役割と価値〕という体験を導き出した。この結果において〔移植のために抑えなければならない思い〕というテーマの中で、研究参加者となった男性が、周囲によって作り上げられた“生体肝移植ドナー”という偶像アイドルに沿わせるために、自らの体験を表出することができず苦悩する姿を浮き

彫りにしたと考えている。

博士後期課程では、修士での研究結果のひとつである〔移植のために抑えなければならない思い〕は、ドナーに対して口を閉ざす行動をもたらしていると考え、それを取り巻く文化に焦点を当てることで、ドナーの体験へ接近できると考えた（永田，2012）。この研究では、10名の生体肝移植ドナーを体験した人々に対してインタビューを行い、〔家族を助ける崇高な存在としてのドナー像の再生産〕と〔移植医療で置き去りにされるドナー〕という2つのテーマを導き出した。医師はドナーになった者に、“自発的意思”に基づき同意した前提を突きつけ、肝臓を提供することで起こるすべてのことを自らで引き受けることを強要していた。さらに、看護師も“健康体である”という前提のもとに、ドナーと向き合うことで、彼らが看護師に対して苦悩を打ち明けにくくしていた。

これらの研究結果を、医療権力論の視点で再考する。

III. 権力を考察する際のパースペクティブ

フーコー（1976/1986）は、『知の意思』の中で、権力を以下のように定義している。権力は、無数の点から出発し、揺れ動く関係の中で機能する。あらゆる社会現象の中に権力は存在する。いうなれば、権力は、たえず、どこでも生産されるのであり、“支配する者－支配される者”という単純な二項図式は否定されることになり、権力関係がどこにでも生み出されることを示している。

さらに、フーコー（1975/1977）は、“生の権力”という概念を唱え、抑圧的であるよりも、むしろ生（生活・生命）を向上させるとしている。生の権力では、“規格化”と“可視化”によって機能するとしている。各自の行動や思考を、当人の外部から制御し、こうしてその権力がおよぶ地域や人びとの間には一定の秩序が生じる。これを実現するには、死の脅迫を用いる必要はないとしている。

そのような状況下でできる唯一のことは、いつ見られても困らないように振る舞うことである。こうやって、自分にとっては好ましくない規則に自ら従うことになる。本人の意に反して、本人の行為を制御する規範が内面化され、自ら従うようになる。その規範に従う方がよりよく生きるこ

とができるのであれば、人びとは進んでそれに従う。

人間は、自由に選択して行為し、誰でも“自分だけが自分の主人”であり、他の誰かが自分の主人であることはあり得ないとかつてはされていたが、とんでもない錯覚だと述べている（フーコー、1976/1986）。自由な主体だと言われていた者は、“生の権力”の規律下の装置によって構築された存在にすぎないとしている。

IV. 生体肝移植ドナーの研究からの再考

わたしの研究（永田、2012）の結果である〔家族を助ける崇高な存在としてのドナー像の再生産〕に含まれるサブテーマである〔家族の“美しい物語”のなかでドナー役割をとり続ける苦悩〕と〔「家族全体を救う存在としてのドナー」になる演出〕は、周囲から生体肝移植は家族の中で生まれた美しい物語としてのイメージによって作り上げられた規範に沿うことを選んでいったことによって、手術によって自分の肝臓の大部分を摘出することへの不安や手術によって死亡する可能性も否定できない状況で逃げ出した気持ちや秘密にしていた。また、手術後にも、腹部に大きく残った手術創の痛み、引き連れ感、そして倦怠感などによって身体的な影響を感じながらも周囲への配慮することで秘密にしていた。これらの秘密は、本来であれば最も身近な存在である家族に対しても、自らのことを秘密にしなければならなかった。このように、周囲からつくりあげられた規範によって、ドナーたちが困るような状況を説明しているものである。

さらに、〔移植医療で置き去りにされるドナー〕に含まれるサブテーマである、〔当事者不在のドナーの安全神話〕と〔「自発的意思」という権力装置〕は、医療が作り上げた言説であり、フーコーが述べる生の権力によって作り上げられた規範そのものである。国内の高度な医療技術によ

りドナーに対する手術の安全性が強調されることや、ドナーの臓器提供は“自発的意思”という前提によって、ドナーとなったのは自分で決めたことであると自覚させ、今後起こりうる全てを自己責任として引き受けさせることを強要することとなっていた。このことによってドナーは、医師や看護師にすら、自らの苦悩を秘密にすることを選択せざる得なくなつたと考える。

V. おわりに

今回のシンポジウムの準備をするに当たり、自らの研究を“権力”という視点で見直した。このことで、医療に関わる我々は、病いに苦しむ人々を医学や看護学の視点で規格化し、その人々を管理していたことに気づかされた。また、そのことは、日常的に行われており、当事者たちにとっては当たり前すぎて気づいていないという危険性を感じた。

特に、看護学は、疾病を対象にするのではなく、病いを持つ人々を対象にするものであると考え、〔糖尿病の患者〕あるいは〔がんの患者〕という視点で研究を行うことは正しいであろうか？ このような視点では、既に病いに苦しむ人々を規格化しており、その人々のもついろいろな側面の理解を妨げる原因になりかねないと考える。

文 献

- Foucault, M. (1975) / 田村 俣訳 (1977). 監獄の誕生. 東京: 新潮社.
 Foucault, M. (1976) / 渡辺守章訳 (1986). 知の意思 性の歴史 1. 東京: 新潮社.
 永田 明 (2005). 生体肝移植ドナーの体験. 日本赤十字看護大学大学院. 修士論文.
 永田 明 (2012). 日本の一医療機関で生体肝移植ドナーを体験した人々の「口を閉ざす行動」の背景にある文化. 日本看護研究学会雑誌, 35(5), 13-24.

◆特別交流集会Ⅰ◆

グローバル人材って何？ — 足元のグローバル化を考える —

大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 大橋 一 友

1. はじめに

2012年6月4日に提出されたグローバル人材育成推進会議審議まとめ「グローバル人材育成戦略」によると、「グローバル人材」は、以下のような能力を持つ人材であると定義されています。

要素Ⅰ：語学力・コミュニケーション能力

要素Ⅱ：主体性・積極性、チャレンジ精神、協調性・柔軟性、責任感・使命感

要素Ⅲ：異文化に対する理解と日本人としてのアイデンティティー

しかし、看護職の中でのグローバル人材が効率よく養成されているのかについては、議論があるところだと思います。私は産婦人科医です。また、保健学専攻の教員や大阪大学グローバルコラボレーションセンター長として教育・研究に携わってきました。さらに国際協力機構（JICA）が実施する途上国の助産師・看護師の研修指導を行ってきました。これらの経験をもとに看護学領域、特に看護研究におけるグローバル人材について考えてみます。

2. 国際看護学の研究

看護学領域においてグローバル化が意識され始めたのは、2008年の保健師助産師看護師学校養成所指定規則の改正された時です。「看護の統合と実践」の説明の中で、看護職に期待される能力として「国際社会において、広い視野に基づき、看護師として諸外国との協力を考えることができること」と記載されました。それまでも日本の看護職の海外での活動は目を見張るものがあったものの、あくまでも一部の優秀な看護職が活動しているというイメージでしたが、この改正の後には教育機関がグローバル人材養成を行うカリキュラムを提供する必要が生じてきました。今回の発表にあたって、2013年度の看護系大学協議会に加入している217校のホームページより、このグローバル化に対応する科目を調査してみました。学部教育課程では151校、大学院教育課程では34校のシラバスから看護のグローバル化を目指す科目が抽出されました。学部教育の中で最も多く用いられている科目名は「国際看護論」であり、「国際看護学」「国際保健学」が続きます。「論」とは「意見」という意味であり、まだ学問体系が未整備であることが推測され

ます。国立看護大学校の田村やよい先生は、「国際看護学」（メジカルフレンド社）の中で、書名を「国際看護」とするか「国際看護学」とするか悩まれたと書かれています。この状態を打破するためには「国際看護学」の学問体系を確立することが必要で、国際看護学領域の研究の発展が必須であると思います。しかし残念ながら、今回の学会でも「国際看護」という独立したセッションはありませんでした。

また、国際看護の研究成果は英語での国際的な発信が重要です。これまで保健医療分野の国際協力で働かれていた専門家の多くが、成果発表を日本語の報告書のみでされていたように思います。最初から研究を組み入れた国際協力を行い、成果発表は英文論文にまとめ、国際的に第三者が評価できる形で国際協力を行うことが重要だと思います。海外で研究を行うためには、日本と対象国の倫理審査を受けることも必須です。これからの国際看護学の研究者は、このような手順をしっかりと踏んでいく必要があります。皆さまもご存知のように、科学研究補助金には海外学術調査という種目があり、多くの研究者が研究の支援を受けています。看護学の細目での採択は科研基盤Bでは平成25年度の（採択数/応募数）は（1/12）、平成24年度は（1/10）、平成23年度は（1/14）と採択数、応募数ともに少ないのが現状です。ちなみに平成25年度的全種目の（採択数/応募数）は（209/914）でした。今後の若手の国際看護研究者の奮闘を期待します。

3. 学生の海外渡航時のリスク管理

先ほどの大学シラバスの調査結果では、12の大学で学部生の海外実習が行われていました。グローバル人材の養成するために、これらの科目の開講はチャレンジングなものだと評価します。しかし一方で、これらの学生のリスク管理は適切に行われているのかが、シラバス上では読み取れませんでした。海外では日本と異なるリスクがあることは周知の事実です。とくに医療機関などでの看護学の実習はさらに危険が伴います。学生の適切なリスク管理は教育機関の責任であり、特に単位化した授業でのリスク管理は、学生の自主的な海外での活動に対する責任と比較して、責任の程度は大きく上昇します。もし、適切なリスク管理が行われない場合には、教育機関のブランドが棄損さ

れることに注意することが必要です。ここで学生海外渡航時のリスク管理体制の基本についてまとめます。①リスク管理の基本は事前学習であり、海外渡航の予定の有無にかかわらず、すべての学生の基礎学習項目である。②学生やその家族との関係性を考えた体制を整えることが重要である。③教職員のリスク管理に対する意識の向上が最優先事項である。

そこで最初に行う必要があるのはリスク管理マニュアルの整備です。テンプレートとなる既存の資料を渡航先に合わせて適宜修正し、事前学習にて配布します。特に治安、衛生、宗教、習俗等について特別な情報があれば必ず知らせておく必要があります。しかし、マニュアルの作成では以下の点を注意しなくてはなりません。ただし、詳しいマニュアルを作成した場合には、①学生の判断能力や教育の機会を奪う可能性がある、②マニュアルはすべてを網羅できるわけではないので、記述していないことから問題が起こった場合にはトラブルになる恐れがある、などの弊害もあります。大阪大学GLOCOLで用いているリスク管理マニュアルの項目を表1に示します。

表1-1 リスク管理マニュアルの内容

渡航前の準備	
I	渡航のための手続き
	<ul style="list-style-type: none"> ・パストート・ビザ（査証） ・海外旅行傷害保険への加入
II	安全と健康を守るために
	<ul style="list-style-type: none"> ・危険・治安情報について <ul style="list-style-type: none"> - 外務省 海外安全ホームページ - 外務省 各国地域情勢 - JICA 国別生活情報 ・健康管理について <ul style="list-style-type: none"> - 厚生労働省検疫所「海外渡航者のための感染情報」 - 労働者健康福祉機構海外勤務健康管理センター編「海外赴任者のための健康管理ガイドブック」 - 大阪大学保健センター海外渡航マニュアル ・予防接種 <ul style="list-style-type: none"> - 予防接種実施医療機関一覧 ・常備薬 ・安全な渡航先の選択について
出発から帰国まで	
I	研修先事情
	<ul style="list-style-type: none"> ・気候 ・服装 ・電気・通信事情 ・通貨・両替 ・現地滞在中の危機管理 <ul style="list-style-type: none"> - 衛生面の注意 - 動物との接触 - 金品の管理 - 犯罪に対する注意 - 交通安全 - キャッシュレス・メディカルサービス対応病院 - 文化・習慣の相違によるトラブルへの注意 - 現地での生活・活動態度について
II	持ち物リスト

マニュアルの詳細をお知りになりたい方は大阪大学GLOCOLまでご連絡いただきましたらGLOCOLブックレット「海外体験型教育プログラム 短期派遣手続きとリスク管理-大学におけるより良い海外派遣プログラムをめざして-」を送らせていただきます。GLOCOLではこのマニュアルに基づき、年に数回、海外派遣プログラム参加者を中心に、全学部の学生を対象としたリスク管理説明会（私は健康管理の部分を担当）を実施しています。

次のステップは緊急連絡体制の構築です。以下にGLOCOLでの体制について示します。一つのプログラムに対して、引率教員：2名（最低1名はGLOCOLの教員）、国内当番教員：2名、担当事務：2名の危機管理体制を作ります。GLOCOLでは複数のプログラムを同時に実施しており、国内担当教職員は週番制で行います。出発前に引率教員が「危機管理情報シート」を作成し、現地にて想定される事件、事故等やその対応について6名が共有します。プログラム実施中は1日1回、メールまたは電話で引率教員が国内当番教職員に連絡を行います。緊急時対応体制は①現地での対応が可能な場合、②自然災害やテロなどの場合、③現地の引率教員と連絡が取れない場合の3種類の緊急連絡体制を作ります。以下に担当者の役割と注意点をまとめます。

ただ、マニュアルや緊急体制の構築だけでは十分ではありません。そこで、これらの運用について教職員によるシミュレーションを行います。平成26年度に行いましたGLOCOL教職員によるシミュレーションの映像がありますので、ご興味のある方はGLOCOLまでご連絡ください。

表2 担当者の役割と注意点

<ul style="list-style-type: none"> ・家族担当（GLOCOLでは副センター長が担当） <ul style="list-style-type: none"> - 家族一組に担当者一人 - 事故発生から収拾まで同一の担当者 - 家族への対応や説明は歩調を合わせる - マスコミに連絡・説明する前に家族に連絡・説明 ・現地担当（大学本部に協力） <ul style="list-style-type: none"> - 先遣隊は少数精鋭で（大学を代表しえる2名程度） - 遅くとも事故発生後2日目までに現地に入る ・マスコミ対応担当 <ul style="list-style-type: none"> - 窓口の一本化（本部で一括対応） - 被災者家族のプライバシーの侵害に留意し、無理な注文に答えない - 家族への連絡・説明を先にすること ・手配・渉外担当 <ul style="list-style-type: none"> - 航空会社、現地組織等に日常的に業務上のつながりを持つもの（GLOCOL事務が担当） - ケースによっては弁護士とも打ち合わせ（大学本部） ・情報収集担当 <ul style="list-style-type: none"> - 事故に関する情報を外務省の情報を中心に的確に集める（対策本部には海外メディアの配信や通信設備が必要） - 情報の整理と提供（大学本部が一括して行う）

4. 最後に

グローバル化という海外での活動というように短絡的に結び付ける傾向にあります。また、グローバル化は決して欧米化（特にアメリカ化）でないことも常に、肝に銘じておかねばならないと思います。海外での活動にはリスクが伴いますので、今後、海外で研究や教育を担当される方々は、リスク管理の基本を学んでいただく必要があります。自己責任の一言で済ましてしまうのは、あまりにも大きな問題を持っています。

また、日本国内にもグローバルな問題は多くあります。グローバルの本質は「包括的、ボーダーレス」であり、インターナショナルとは異なるように思います。我々がこれからグローバル人材を養成していくためには、「日本のなかの国際社会」を意識した「看護教育の国際化」を行うなどの、足もとのグローバル化を行う必要があります。国際看護の実践、研究対象は①途上国の人々、②在留外国人、③在外日本人であり、幅広い教養と視点をもつことが、グローバル人材にとって大切であると考えます。

◆特別交流集会Ⅱ◆

看護研究における〈概念相〉への取り組み方

1. 特別交流集会Ⅱ開催の意図

世話人 片岡 純（愛知県立大学看護学部）
佐藤政枝（埼玉県立大学）

特別交流集会Ⅱは日本看護研究学会編集委員会が企画した。〈概念相〉とは、研究計画に含まれる研究動機、研究背景、研究疑問、研究の意義と研究目的の決定までを意味し、これらが論理的一貫性をもって構築されることが研究の成功のカギとなる。そして、研究計画を立てるときの第一段階として、「概念相」における十分な検討を行うことは、研究の概念的基盤を確固としたものにするために不可欠なプロセスである。日本看護研究学会編集委員会では、質の高い論文が多く投稿されることを目指して、愛知県立大学看護学部（現所属：日本福祉大学看護学部）の山口桂子教授に「看護研究における概念的基盤の明確化」について講演をしていただき、システムティックな文献検討による研究の概念的基盤を明確にするプロセスについてディスカッションを行いたいと考えた。学術集会当日は、予想を超えた多くの方に参加していただき、活発な質疑応答が行われた。交流集会で持ち帰っていただけた気付きや学びが、投稿論文の質向上に活かされることを期待したい。

2. 「看護研究における概念的基盤の明確化」（講演の概要）

愛知県立大学看護学部 教授 山口桂子

1) 看護研究を取り巻く背景

昨今の看護基礎教育カリキュラムの見直しと、看護職養成学校としての看護系大学の急増に伴って、学修の最終段階に位置づけられた看護の統合科目の中に「看護研究」科目が多く設定されるようになり、看護研究の基礎的な学習が浸透しつつある。さらには、本格的に研究を学ぶ場としての看護系大学博士前期課程・博士後期課程の増加、高度実践看護師の機能としての研究の義務付け、臨床現場におけるキャリアアップの“課題”としての研究の位置づけ、看護系学会・研究会における発表機会の増加など、研究を学び、実践し、成果を活用する機会は格段に増加した。

しかし、上述のような研究のためのさまざまな素地が整えられた環境中で行なった学校での研究は、看護研究の一分野の疑問を1つの方法で行なった1回の経験である。実際の臨床現場に散在する疑問は複雑な問題状況を呈しており、必ずしも単純な構造化で研究が進められるわけではない。環境や資源が整わないなか、制約された短期間の研

究活動で結果を求められる例が多く、臨床現場での看護研究は、今の時代もやはり、“やっかいなもの”と捉えられている。

そしてもう1つのハードルは、研究を正しく学ぶ機会が増えたことで、研究としての完成度や目指すべきゴールに対する評価が明確になさるようになったことである。研究を聴く人、読む人の評価力の向上は研究の質向上につながる一方で、それを行う側の大きな壁ともなっている。私自身、自分が研究を始めた時代よりも、さらに難しい時代になってきたことを実感する昨今である。

2) 看護研究は綿密な研究計画の作成から

教員としての仕事から、学部学生や大学院生、臨床現場の方々との研究を”作りあげる”多くの機会に遭遇し、共に学んできたが、結果的には「研究を成し遂げる近道は“研究計画”の確かさ」という当たり前のことに原点回帰し、そして、綿密な研究計画をつくるためには、まず、自分の関心事象を取り巻いている学問領域を探索することで得られる、概念的基盤を明確にすることがやはり先決であることに行きついた。自分自身が着目した事象に関連して、「……何をすれば……何がわかる??/これまでにわかっていることはどんなこと??」への具体的な回答が得られた時点で、研究の半分近くが進んだことになる。学生たちによく話すが、彼らは半信半疑で、この最初のプロセスがそれほど重要だとは気づかないことも多い。しかしながら、やはりこの段階でのこだわりこそが、研究成果を左右してしまうことを少なからず経験してきた。

「看護研究における〈概念相〉への取り組み方」と題した講演の依頼を受けたところで、改めて過去の文献を調べてみたが、〈概念相〉は日本語では一向にヒットしない。中木学術集会長や編集委員会担当委員の企画が、アメリカで一般的に使われている Research Phase のはじめの Phase に焦点をあてたものであることを確認し、改めて、綿密な研究計画に到達するための〈概念相〉における取り組み方について提案することとした。

3) 看護研究における概念的基盤の明確化から導く研究計画の設定

(1) Research Phase における The Conceptual Phase とは

The Conceptual Phase 〈概念相〉とは、表1に示す通り、Research Phase における最初の Phase であり、「臨床における問題を明確にして、文献検討を行い、研究目的を決定すること」とされている。そして、「研究のアイデアを現実

的で適当な研究デザインに発展させるプロセスを含む。このPhaseは時間のかかるものであり、研究者の専門的な知識のレベルに依存する。この間に、関心のあるテーマの文献のクリティーク、簡潔な研究問題に至るまでの継続的な精練と焦点化がなされ、そして研究目的が決定される。」と追記されている。この記述は、研究目的を決定するまでの“悩むこと”の大切さを支持するものであり、悩みながら研究を進めている人々にとっては、自らの”行きつ戻りつ”を安心・納得させてくれる一説であるに違いない。

(2) 関心事象をとりまく全体像の理解のための文献検討

自分が着目した現象について、現実的な研究デザインに発展させるための第一段階はやはり文献の検索・クリティークから始まる。自分が対象にしようとする研究範囲を探索し、自分がいったい何を研究したいのかを、文献の熟読やクリティークを通して自問自答し、十分に対話することが大切である。また、文献と総称しているが、研究の道筋を確実に拓いていくためには、それぞれの段階における適切な文献活用の方法がある。その精度によってその後の研究計画が左右されるため、こだわりを持って進める必要がある。

① 用語の定義：自分が使っている言葉の意味を正しく理解する。

初めに必ず行うべきことは、自分自身が関心を持っている事象を表すために自分が用いているキーワードの正しい意味を確認する作業である。辞書や専門領域の事典、あるいは教科書や先行研究などによって、その言葉の持つ一般的な意味や定義を確認していくが、ある特定の研究者が範囲を限定して使い始めたものが独り歩きして、異なった意味に使われている例もある。この確認作業を十分に行わないまま開始した文献検索では、大きな回り道や方向違いにつながることも多い。同様に、この作業なくして、用語を定義することがあってはならない。

表1 <Research Phase>とConceptual Phaseの定義

<Research Phase> <ul style="list-style-type: none"> ○ The Conceptual Phase 概念相 ○ The Design and Planning Phase ○ The Empirical Phase ○ The Analytic Phase ○ The Dissemination Phase
<Definition> The Conceptual Phase Formulating the clinical problem, reviewing the literature and determining the research purpose.
Whittemore, R. & Melkus, G. (2008) Designing a research study. The Diabetes Educator, 34, 201-216.

② 既存の知識の確認：知識はどのような研究から形成されてきたのか、そしてこれからは。

- ・教科書や参考書：これまでの定説、スタンダードの知識を確認できる。
- ・総説（レビュー論文誌）：その領域やテーマに関するスタンダードな知識がどのように形成されてきたのかを示し、また、今現在は、どのような課題やトピックスの中で研究が集積されているかという最新の研究動向を概観できる。
- ・原著論文：オリジナリティを持った研究論文で、最新の知識が提示されたものであり、学会誌や大学・研究所等の研究誌（紀要等）などに掲載されている。自分が作る論文のオリジナリティを確認するとともに、目指すべき論文のモデルとすることもできる。
- ・そのほか、資料や調査報告書、学術集会の抄録集などが活用できる。学術集会の抄録は自分の研究を進める上でのテーマの焦点化などには役立つが、研究自体の内容確認が十分できないことから、引用・参考文献として用いることは少ない。

③ 個々の文献を正しく理解し、関心領域の学問的全体像を明らかにする。

②に掲げたような各種類の文献を目的に沿って検索し、必要なものを抽出する。若干の無駄を覚悟しながら、広い範囲の文献に目を通していき、自分の研究計画に深く関連しそうな文献については、1つ1つ、丁寧に正しく読んで正しく理解し、分類する。その繰り返しによって、自分の関心事象を取り巻いている領域の学問的な全体像を理解することができる。すなわち、関連文献を抽出し、既存の知識の全体像が見えることで自分の関心事象がどこに位置づいているかを明らかにでき、“概念的基盤の明確化”につながっていく。

4) オリジナリティの発見から研究目的の決定へ

文献検索、文献検討によって、既存の研究や知識の全体像がわかることで、自分の研究の対象や方法をどこに設定することが“オリジナリティ”（研究目的）を主張することになるのかについて記述できるようになる。すなわち、「何をすれば（方法）？／何がわかる（結果）？」の問いへの答えとして、何を対象とするのか、どこで範囲で研究するのか、今ある状態を詳しく知ろうとするのか（記述的研究）、変数と変数の関係を知ろうとするのか（相関関係的研究）、何らかの新しい刺激を加えるのか（介入研究・実験研究）といった、細かい研究のデザインを決めることができるようになってくる。

以上より、既存の知識が少ない場合は“オリジナリティ”を見出しやすいため、多くのことを計画に盛り込む傾向があるが、1つの研究計画ですべてが明らかにできるわけで

はないことをふまえ、急ぎ過ぎることなく、研究目的を限定する決断も必要になる。

今回述べてきたような〈概念相〉への取り組みが十分に

なされた研究を継続的にシリーズ化して行うことは、知識の集積をより確かなものにしていく。1つのテーマに向かうときの初めの段階をより大切にすることがより良い研究成果につながるものと考えている。

◆特別交流集会Ⅲ◆

APA¹⁾方式の何が優れているのか？

東京有明医療大学看護学部 前田 樹海

Making of APA 関連書籍

伝統ある日本看護研究学会の節目にあたる第40回学術集会で、このようなお題の編集委員会特別企画にスピーカーとして指名されたのは、とにもかくにもAPA論文作成マニュアル（アメリカ心理学会，2001/2004，2010/2011）の翻訳を手がけたからにはほかならない。

15年ほど前、前任校である長野県看護大学の図書/紀要委員会のメンバーだったとき、当時基礎看護学教室の教授で現名誉教授のAnne J. Davis先生の原稿がAPA方式で書かれており、米国の看護系大学ではAPAに準拠したライティング教育がなされていることを知った。それがちょうど紀要の執筆要領の見直し時期と重なり、いろいろ調べてみると、全世界でAPA方式は、心理学のみならず看護学、社会学等さまざまな分野で採用されていることが判明した。APA方式の書式例等を整備していた際に、いっそのこと原書を翻訳してしまったほうが早いのでは、という考えに、当時の図書/紀要委員長の田中建彦先生と委員であった江藤裕之先生と前田とで意見が一致した。それが翻訳のきっかけである。

その場のノリでキックオフしたのはいいが、実際には翻訳権の取得、印刷用語や統計用語の訳出、翻訳者間の用語や文体の統一などクリアすべき問題は多く、結局、邦訳初版の出版までに約3年を費やした。

初版の出版当初は、英文執筆のためのマニュアルを邦訳してどーすんの？という問いに「そこに英文があるからだ」と心の中で言い放っていたが、今では、英語論文をより深く理解するための一般教養であり、言語にかかわらず論文執筆の際に考慮すべき事項を押さえるためのマニュアルである、という優等生的な解答を用意している。

それでもやはり、英語論文の執筆マニュアルでは、英語固有の句読法や書式例など、日本語で論文を執筆する際のお手本として役に立たないことは翻訳の最中から認識していたし、実際、邦訳版出版後もそれらの点がまわりからしばしば指摘されてもいた。そこで、APA論文執筆マニュアルのエッセンスを日本語の論文執筆に適用することをねらいとして「APAに学ぶ看護系論文執筆のルール（前田・江藤，2013）」を書き下ろした。

執筆時期は、折しも本学会の学術誌「日本看護研究学会雑誌」が、2013年から全面的にAPA方式を採用するとい

う会告（中木・山口，2011）とともに新しい執筆要領を公表した時期と重なった。すでにAPA方式を採用していた日本看護科学学会誌に加えて、本学会もAPA方式を採用することを決定し、看護系学会の中で最多の会員数を誇る2大学がAPA方式を採用したことで、看護系論文執筆はAPA方式で、という機運が一気に盛り上がったのである。

APA方式とは

APA論文作成マニュアルも、邦訳初版の出版からすでに10年が経過し、あくまで僕のまわりでの話だが、「APA方式」「APAで」と言えば普通に通じるようになった。だが、初版翻訳当時、APAと言えば帽子の社長でおなじみの某ホテルを思い浮かべる人が大多数。看護系の論文においてもまだまだ番号引用方式が主流で、「APA方式」の根幹をなす引用方式（＝著者年号方式）自体、それほど知名度があったとは言い難い。

その理由は明白で、日本における看護学教育はよくも悪くも医学教育の影響を多分に受けてきた。1978年にバンクーバーで開催されたICMJJE（International Committee of Medical Journal Editors，医学雑誌編集者国際委員会）における番号引用方式の採択にみられるとおり、医学論文における引用方式は昔から番号引用方式が主流であり、看護学論文が長年その影響を受けたことは想像に難くない。

もちろん、引用形式は単に書式の問題、決めの問題と割り切ってしまうと、いかなる書式を用いても構わないという考え方は成立するだろう。また、さまざまな論文に接する機会が多い研究者は、場合によってはAPAに限らず複数の方式に精通している必要があるかもしれない。しかし、米国はじめ諸外国の看護学論文においてAPA方式が採用され、さらにはAPA方式を基盤としたライティング教育がなされている実情に鑑み、APA方式の主な特長について述べる。

ちなみに、APA論文作成マニュアルには英語で論文を執筆するための一切が記載されている「全部入り」のマニュアルなので、引用だけがAPA方式ではない。したがって、「APA方式」と言えば、広義にはAPAに準じた論文執筆全般の方式のことを指すわけであるが、本稿で「APA方式」という場合には、とくにことわりのない限り引用方式のことを言う。

引用の意義

研究者の依拠している学問が、先人の構築してきた膨大な知識体系にもとづいて成立していることを考慮すると、凡そ研究は、それまでの研究文脈から切り離されて自由でいることはできない。自分の研究が、大なり小なり別の研究と関連し合っているという前提においては、自分の研究の着想に至った先行研究や、自分が探究すべきことの手前までを明らかにしてくれた研究、自分の出した結果を評価するのに必要な別の研究者が出した結果等々について、自分の論文の中で言及する必要がある。つまり、自分の研究論文には、自分が生産したものだけではなく、先人の仕事もついてまわることになる。

その際に、それらの先人の仕事を自分の仕事と区別する仕組みが「引用」である。番号であれ著者年号であれ、決められた引用表示をきちんと行えば、その部分は先人の仕事として認識されることになる。逆に言えば、適切な引用表示を行うことで、自分の仕事は何なのかを際立たせることができるのだ。

また、本文中で引用した文献については、文末の文献リストで詳細な書誌情報を記述することになる。定型書式に則った書誌情報を記載することで、その論文を読んだ読者がオリジナルの出典にあたるのに役立つが、情報技術が発達した現代において、きちんとした書式に則った文献リストを記載することの効用はそれだけではない。従来、研究者がある研究論文をもとに研究文脈を探ろうとすれば、文献リストによる孫引き的な検索によらざるを得なかった。これではその論文よりも過去の文献しか探り当てることができない。しかし、当該文献がPDF等の電子化された媒体で流通していれば、文献間の引用－被引用関係を電子的、自動的に特定することが可能である。たとえば、Google Scholarでは「引用元」機能が実装されているが、これを使用すれば、当該文献を引用している「未来の」文献を検索できるのだ。

APA方式の特徴とその優位性

看護学論文で使用されている引用方式は、バンクーバースタイルとハーバードスタイルに大別される。バンクーバースタイルは、本文中に番号を振って引用箇所を表示する番号引用方式である。対するハーバードスタイルは、本文中に著者姓と出版年を記載して引用箇所を表示する方式であり、その代表例がAPAである。多くの場合、「APAスタイル」もしくは「APA方式」と言えば、この著者年号による引用方式のことを指す。

いずれのスタイルも、文献リストに記載すべき書誌情報（すなわち、著者名、出版年、論文タイトル、掲載誌名、巻、号、開始ページ、終了ページ）は一致している。これ

らの書誌情報は、読者が出典を探すときに必要不可欠なものである。バンクーバースタイルが本文中の引用箇所と文末の文献リストとの対応づけを番号で行うのに対し、APA方式では、著者姓と出版年の組み合わせで行う。この違いが、APA方式を特徴づけていると言っても過言ではない。本文中の引用箇所と文末の文献リストを突き合わせるためのキーとして著者の名前と出版年を用いるAPA方式においては、本文中の引用箇所に必ず著者姓と出版年が記載されることになる。本文を読みながら、「いつの」「誰の」仕事なのかかわかるということは、論文を読む際にひじょうに都合がいい。数字と違って名前は記憶しやすいので、文献リストでいちいち確認しなくても、通しで読んだあとに文献リストで書誌情報を探すのは容易だ。それが自分の専門領域の研究論文であれば、文献リストで確認しなくても名前と年号を見ただけで、その文献の内容を想起できる場合も多いはずである。

しかし、バンクーバースタイルではそうはいかない。本文中の引用箇所は基本的に数字しか記載されないで、それがどのような文献なのかを知るためには、文末の文献リストを見なければならぬ。本文と文献リストを行ったり来たりするのは面倒だし、そのたびに思考が途切れるのも都合が悪い。もちろん、バンクーバースタイルにおいても、たとえば、「2015年に前田¹⁾は、APA方式の優位性について述べているが……」のように、本文中に著者名等を盛り込む工夫はできる。ただ、このようにしてしまうと、もはやバンクーバースタイルの自己否定のようにも感じられる。

本文中に著者姓と年号が必ず記載されるということは、時系列的な研究文脈の提示を引用方法に内包しているということでもある。読者の理解が深まるとともに、研究者が執筆する際の整理にも役に立つ。また、著者年号方式では、文章を推敲した際に引用箇所が逆転すると、それに伴って番号も変わるため、最終原稿まで文献リストの並び順は確定しない。APA方式ではアルファベット順に並べるだけなので、引用の順序が変わっても文献リストの並び順に変化がないということも、執筆者にとっての利点と言えるだろう。

そうは言っても、APA方式に死角がないわけではない。本文中の引用箇所に必ず著者性と出版年を記載することになるので、本文がそれらの引用表示で分断され、冗長になる。また、文献リストは著者性のアルファベット順に並べるので、本文中の出現順に連番を振る番号引用に比べて、文献リストの文献が本文中のどこで引用されているのかを目視で見つけるのはなかなか困難だ。前者については、本文を読みながらある程度引用文献の素性を知ることができるというメリットとのトレードオフと考えるべきである。

また、後者については、検索可能なPDF論文の台頭によって、やがて問題とはなくなることが予測される。

APA方式の今後

以上、APA方式について身篋的に述べてきたが、看護学研究における執筆要領の主流がAPA方式になりつつある現状においては、従来、看護系学会間で標準的な執筆要領がないこともあってなかなか進まなかった大学等におけるライティング教育を、看護における一般教育として位置づける期が熟したものと捉えることができるかもしれない。APA方式が、看護師の共通言語のひとつとして発展することを願う。

注

1) 本論文中で「APA」と表記されている箇所は、「エイ・ピー・エイ」と発音する。

文 献

- アメリカ心理学会 [American Psychological Association] (2001)／江藤裕之、前田樹海、田中建彦訳 (2004). APA論文作成マニュアル. 東京：医学書院.
- アメリカ心理学会 (2010)／前田樹海、江藤裕之、田中建彦訳 (2011). APA論文作成マニュアル第2版. 東京：医学書院.
- 前田樹海、江藤裕之 (2013). APAに学ぶ看護系論文執筆のルール. 東京：医学書院.
- 中木高夫、山口桂子 (2011). 会告 (1) 投稿規程と原稿執筆要項が変わります!!、日本看護研究学会雑誌, 34(5), i.

プロミン開発以前にハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の原因とその対処

Causes of and Coping Strategies for Repeated Wounds in Patients with Hansen's Disease until Promin Treatment

山 端 美香子¹⁾ 近 藤 松 子¹⁾ 石 川 和 枝¹⁾
Mikako Yamaberi Matsuko Kondo Kazue Ishikawa
天 野 芳 子²⁾ 近 藤 真 紀 子³⁾
Yoshiko Amano Makiko Kondo

キーワード：ハンセン病，後遺症，外傷，医学史，質的研究

Key Words：Hansen's disease, sequelae, trauma, history of medicine, qualitative study

はじめに

ハンセン病¹⁾では、四肢末端に繰り返し外傷が生じる。大谷・斎藤・長尾・牧野・村上（1997, p.160, p.229）によれば、その原因は、第1に知覚脱失により火傷やけがに気づかず重症化しやすい。第2に下垂足，内反足，槌趾変形，長足底靭帯・足底腱膜の損傷による足底アーチの消失（コラップス）により，足底の特定部位に体重負荷がかかることで過剰な角質化が進む。特に骨との隣接する部位では血腫が生じ，その崩壊と軟部組織の挫滅により潰瘍化し，足穿孔症（俗称：うら傷）を起こす。第3に自律神経障害による皮膚の乾燥・皮脂の分泌減少のため，皮膚のバリア機能が低下し，亀裂やひび割れなどが生じやすい。第4に自律神経の障害による血管運動反射の低下により，傷の治癒遅延が生じ難治性となる。創傷部に感染が加わると蜂窩織炎・骨髓炎を生じ，四肢欠損に至る場合がある。第5に，プロミン開発以前は再発増悪率80%（結節型）の大風子油以外に治療法はなく，病勢を抑えられなかった（厚生省医務局，1975, pp.49-54）。プロミン（一般名：グルコシルホナトリウム）は，1943（昭和18）年に米国カーヴィル療養所のFagetによって有効性が確認され，その効能効果の高さから「カーヴィルの奇跡」とよばれ，わが国では，1946（昭和21）年に石館守三が合成に成功，翌年に試用開始，翌々年に患者²⁾による「プロミン獲得運動」が起こった（大谷ほか，1997, p.113；全国ハンセン氏病患者協議会，2002, pp.34-36；大島青松園，1960, pp.127-131）。現在では，WHOの多剤併用療法の推奨により完治する疾患となった（後藤ほか，2013）が，わが国の回復者のほとんどはプロミン開発以前に発病したため，完治はし

たが四肢欠損・失明などの重度重複後遺障害が永久に残った。また，ハンセン病の完治と創傷処置方法の進歩により，四肢欠損に至るほどの重症化はまれとなったが，現在でも，末梢神経麻痺の後遺症を有する回復者は日常的に外傷を繰り返している。

繰り返し生じる外傷を予防し悪化を防ぐことは，ハンセン病回復者看護において重要かつ固有のケアであり，下垂足に対する垂足バンド・踵バンド・補装具の装着による下肢の固定法，義足の装着，下肢の観察方法，胼胝切削による足穿孔症の予防，潰瘍部の創傷処置方法など，看護手順が整備されてきた（国立ハンセン病療養所看護共同研究班，2009；大島青松園，2005）。また，回復者の高齢化により，加齢に伴う転倒やADLの低下を予防するうえでも，そのケアの重要性が増している。他方，創傷治療は，近年の目覚ましいエビデンスの蓄積により，細胞傷害毒をもつ消毒よりも感染源となる異物や壊死組織を除去するための洗浄やデブリードマンが推奨され，また，乾燥よりも細胞成長因子を含む滲出液で湿潤環境をつくるのが創傷治癒を促すとされ，処置方法が大きく変化した（夏井，2003）。最新の創傷ケアの導入は回復者の難治性の傷の回復を早め，QOLの向上に貢献する。

しかし，最新の創傷ケアの導入は，回復者自身の旧来の処置方法への強いこだわりにより実現がむずかしく，療養所の看護師はその対応に苦慮している。変化のステージモデル（松浦，2005）では，旧来の方法に固執する回復者は，前熟考期・熟考期・準備期・行動期・維持期のうちの前熟考期に位置し，価値観や感情への働きかけが有効とされる。回復者のこだわりを知り，彼らの価値や信念を理解し尊重することが，次の熟考期への移行を促し，最新のエ

1) 国立療養所大島青松園 National Sanatorium Oshima-Seisho-en

2) 前国立療養所大島青松園 Formerly of the National Sanatorium Oshima Seisho-en

3) 岡山大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Okayama University

ビデンスに基づく創傷処置を提供する第一歩となる。しかし、なぜ外傷が頻発し重度重複後遺障害に至ったのかは病態学的には解明されているが、患者がそれをどのように体験したのかを記述した研究は見当たらない。また、闘病体験に関する研究（蘭，2004；坂田，2012；桑畑，2013）でも、外傷の発症と対処に焦点を当てた研究は確認できない。

第2に、ハンセン病の流行は社会経済状況との関連が証明され（Saikawa, 1981）、現在の発症はインド、ブラジル、インドネシアなどの発展途上国に限局される（GLOBAL NOTE, 2014）。しかし、どの社会経済因子が流行や病状悪化と関連するのかは明らかになっていない。わが国の患者も、社会経済状況の劣悪であった太平洋戦争前後の混乱期までに発症・増悪しており、当時の情報は社会経済因子を特定する一助となる。これらの情報は、現在の流行地での発症予防および公衆衛生に貢献する。

第3に、ハンセン病は兎眼、口角下垂、眼球摘出、眉毛脱落、獅子様顔貌、四肢の変形や欠損、難治性の感染巣による悪臭や膿など、顔貌・容姿の醜悪な変化のために忌み嫌われ、またハンセン病自体では死に至らないがために、その姿を衆目に晒し続けなければならないことで、古来から天刑病として差別を受けるスティグマを有する疾患であった（大谷，1993）。明治以降、近代化を急ぐ政府は、放浪癪を近代国家の恥と考え、放浪癪の収容を目的とする「癪予防ニ関スル件」（1907〈明治40〉年）を公布し、強制収容を進めた。懲戒検束規定、重監房への送致、財産の所内通用票（園券）への換金、強制断種（ワゼクトミー）などの非人道的行為も行われた（蘭，1996；大谷ほか，1997，pp.283-298）。さらに、プロミンが開発され完治可能となった後も隔離政策は継続され（「らい予防法」の廃止は1996〈平成8〉年）、回復者は社会復帰の機会を逸した。患者の人権を蹂躪したハンセン病医療の歴史は、二度と同じ過ちを繰り返さないために語り継ぐべき教訓である。しかし、後期高齢者となった回復者は2,144名まで減少しており（2013年5月現在）（国立ハンセン病資料館，2013，p.105）、当時の事情を知る最後の語り部による語りの保存は急務である。

I. 研究目的

ハンセン病患者になぜ外傷が繰り返し生じたのか、繰り返し生じた外傷に患者はどのように対処してきたのかを明らかにする。治療法の確立前後で傷の転機が大きく異なるため、本研究では「プロミン開発以前」に限定する。

II. 研究方法

A. 用語の定義

1. 繰り返し生じた外傷：同一個所に、2回以上の外傷を繰り返す状態。
2. 原因：ある状態や変化のもととなる事柄。
3. 対処：個人がストレスに直面したとき、混乱や危機を克服・回避するのにふさわしい行動をとろうと努力すること（田村，2003）。

B. 対象

外傷を繰り返し経験したことのある回復者で、認知力に問題がなく、研究参加に同意を得られた者。

C. 調査方法

半構造化面接法。インタビューガイドに基づき、対象者がありのままの体験を語るができるように、共感的態度で傾聴する。語りを深めるために、適宜、オープンエンドの質問を加え、経験内容を把握する。面接内容は許可を得て録音して逐語録を作成し、分析資料とする。インタビューガイドは、a. 外傷の生じた状況・原因、b. 外傷の生じた部位と症状、c. 外傷への対処方法、d. 現在の処置方法との違い、e. 外傷に対する思い、f. 切断や失明などの障害に対する思い、で構成し、プロミン導入以前の体験について問う。

D. 分析方法

質的帰納的分析。逐語録を熟読し、以下の3段階の分析を行う。

1. 原因の分析

- a. 全ケースの逐語録から、外傷の生じた状況およびその原因について語っている部分を抜き出し、簡潔な一文で表現し、コードとする。類似するものは整理する。
- b. コードに含まれる意味の類似するものを集めてひとまとめにし、含まれる意味を簡潔な一文で表現し《サブカテゴリー》とする。
- c. 《サブカテゴリー》に含まれる意味の類似するものを集めてひとまとめにし、含まれる意味を簡潔な語句で表現し【原因のカテゴリー】とする。

2. 対処の分析

- a. 全ケースの逐語録から、外傷にどのように対処したのかを語っている部分を抜き出し、簡潔な一文で表現し、コードとする。類似するものは整理する。

- b. コードに含まれる意味の類似するものを集めてひとまとめにし、含まれる意味を簡潔な一文で表現し〈サブカテゴリー〉とする。
- c. 〈サブカテゴリー〉に含まれる意味の類似するものを集めてひとまとめにし、含まれる意味を簡潔な語句で表現し〔対処のカテゴリー〕とする。

3. 繰り返し生じた外傷の全容

- a. 原因および対処のカテゴリー・サブカテゴリーを熟読する。
- b. 「患者は、何が原因で外傷が生じ、それに対してどのように対処していたのか」を分析の視点とし、これが説明できるように【原因のカテゴリー】および〔対処のカテゴリー〕を関連づけ、その関連性を図式化する。
- c. カテゴリーの関連性によって説明された現象について、現象に含まれる本質の意味を簡潔に表現し、コアカテゴリーとする。
- d. 逐語録に戻り、全ケースの体験を図とコアカテゴリーで説明できるのか、すなわち、現象を正しく把握できているかを確認する。
- e. 説明できない場合は図を破棄し、全ケースの体験が説明できる図が完成するまで、a～dの作業を繰り返す。
- f. 図およびコアカテゴリーを文章で表現し、ストーリーラインを記述する。外傷の全容の分析過程は、グラウンデッド・セオリー・アプローチの軸足コーディング、選択的コーディングを参考とした（Strauss & Corbin / 操・森岡, 1998/1999；近藤, 2011）。

4. 分析結果の真実性と妥当性の担保

分析過程は質的研究の専門家がスーパービジョンを行う。

E. 倫理的配慮

研究の主旨・方法、研究参加は自由意思に基づくこと、秘密は厳守されること、研究の不参加・途中辞退した場合も不利益を被ることはないこと、語りたくないことを無理に語る必要はないことなどを文書と口頭で説明し、同意を得る。面接中・終了後の対象者の言動に注意し、語りることによる苦痛を伴っていないことを確認する。本研究計画書は、国立療養所大島青松園倫理委員会（番号H23-04）の承認を得た。

Ⅲ. 結果

A. 対象の概要

対象者10名。性別は男性6名・女性4名、平均年齢は81.8±2.7歳、病型はLL型9名・TT型1名であり、切断8名・下垂9名・失明3名、拘縮および神経痛は全員が有していた。詳細を表1に示す。

B. 繰り返し生じた外傷の原因

外傷の原因は、21個の《サブカテゴリー》、9個の【原因のカテゴリー】に集約された。詳細は表2に示す。

1. 【1. 警告としての痛みの消失】

これは、知覚麻痺の進行が警告としての痛みを消失させ、外傷の発見の遅れや傷の重症化を招いたことを示し、《1. 傷があっても痛くないから動き過ぎた》《2. 黒コゲになる程の火傷でも、感覚がないので気づけなかった》が含まれた（以後、サブカテゴリーは表2を参照。また、対象者の語りを「」内にゴシック体で示す）。

表1 対象の概要

ケース	年齢	性別	病型	ADL	四肢切断																				下垂	拘縮	神経痛	失明	兎眼	脱毛
					右上肢					左上肢					右下肢					左下肢										
					I指	II指	III指	IV指	V指	I指	II指	III指	IV指	V指	I趾	II趾	III趾	IV趾	V趾	I趾	II趾	III趾	IV趾	V趾						
A	85	M	LL型	要介助	○	○	○			○	○	○			○	○	○			○	○	○	下肢	○	○	左右	右	眉		
B	85	F	LL型	要介助	○	○				○													下肢	○	○	左右	左右	頭髮		
C	85	F	TT型	介助なし	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○				○	○		四肢	○	○	—	左右	眉		
D	83	M	LL型	要介助	○	○				○						○							下肢	○	○	—	右	眉		
E	82	M	LL型	要介助							○					○							四肢	○	○	—	左右	眉		
F	81	M	LL型	介助なし						○	○	○	○	○						○	○		下肢	○	○	—	—	眉		
G	81	M	LL型	介助なし																			—	○	○	—	—	眉		
H	81	F	LL型	介助なし	○	○	○	○		○				○									下肢	○	○	—	左右	—		
I	79	F	LL型	要介助																			下肢	○	○	左右	—	眉		
J	78	M	LL型	要介助	○					○	○	○	○			膝下切断							○	下肢	○	○	—	左右	眉	

[注] ハンセン病の病型はI型（未分化型）・TT型（類結核型）・B型（境界型）・LL型（らい腫型）に分類され、B型は、BT型・BB型・BL型に細分化される（大谷ほか, 1997, p.57）。

表2 繰り返し生じた外傷の原因

【カテゴリー】		
《サブカテゴリー》	該当ケース	代表的なコード
【1. 警告としての痛みの消失】		
《1. 傷があっても痛くないから、動き過ぎた》	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	<ul style="list-style-type: none"> ・夕方になると廊下の水拭きや便所掃除をしないといけない。筋切れがあっても痛くないので、雑巾絞りも平気である。それが悪かった。 ・いまでも無理をするとダメ、使わなかったら傷はできない。昔は使い過ぎ、無理をするからいつまでたっても傷が治らなかった。 ・痛くないので、無理して仕事をし続けたら、こんなに指が短くなってしまった。痛くないから歩き過ぎると、循環が悪くなって裏傷ができた。
《2. 黒コゲになるほどの火傷でも、感覚がないので気づけなかった》	A,B,C,D,G	<ul style="list-style-type: none"> ・薪をくべたドラム缶に足がくっついて、黒コゲになっていたのに、自分では気づけなかった。人にいわれて初めて気づいた。 ・どんなに気をつけていても、知らない間にどこかに傷ができていく。それが一番悪いと思う。火傷しても扉に詰めても、全く気がつかない。そのときはショックを受けるが、気をつけていても防げないので仕方がない。
【2. 同一部位への荷重】		
《3. 麻痺や変形のある箇所をかばうことで、同一箇所へ荷重がかかり、傷となった》	A,E,H,I	<ul style="list-style-type: none"> ・垂足のため小指側が先に地面に着くので、足をすくい上げるように歩くと親指に力がかかり、親指に血豆ができるようになった。 ・物の当たるところは決まっていた、そこが魚の目のように硬くなって、気がつくとも血豆になって裂けたり膿んだりしていた。 ・悪いほうの足をかばって歩くと、悪くないほうの足まで悪くなった。
【3. 身体内部から崩壊】		
《4. 骨まで腐って指がとれた》	C,E,J	<ul style="list-style-type: none"> ・指先は骨に近いので、火傷をすると必ず骨まで達してジビジビ悪くなった。治ったように見えても、中から腐ってまた悪くなった。 ・無理をし過ぎると、傷が化膿して骨まで腐った。傷口がパンパンに腫れて、傷口から赤線を引き始めると熱が出て、裂けて膿の混ざった悪い血が出てきた。処置が遅れると、腐った骨がほろりととれた。 ・足が垂れて歩きづらいため、治療室まで行くのがおっくうだった。指が化膿しても放置していたら骨まで腐って、指が全部なくなった。
《5. 腫れあがった熱こぶは、自然に潰れた》	A,F,H	<ul style="list-style-type: none"> ・熱こぶは40度の熱が出て、頭や体にこぶができ、こぶがパンパンに腫れて痛くてたまらなかった。薬もないので、頭から袋を被ってがまんしていると、2つ3つのこぶが1つにくっついて裂けて潰れた。
【4. 貧困による労働重視】		
《6. 貧しくて、傷があっても働かないと生きていけないかった》	A,E,H,J	<ul style="list-style-type: none"> ・早起きして薪を焚いて湯を沸かし、焚き木がなくなれば山へ拾いに行くしかなかった。園内の作業はすべて患者がした。傷があってもやらないと生きていけない時代だった。 ・戦中戦後は特に生活が厳しかったので、この時代に苦労した人はみんな死んでしまった。 ・退院するとすぐに働かないとお金がない。実家から送ってくれるわけではないので、自分で稼がないと何も買えなかった。 ・園内作業をしてもわずかな賃金しかもらえず、2つも3つもかけもちをして作業しても、食べるのにも事欠いた。
《7. 仲間の手前、万年傷を口実に、自分だけ休むことはできなかった》	A,D,E,I	<ul style="list-style-type: none"> ・2～3日作業を休んで大事にしておけば良かったところが、仲間の手前無理して作業したら、感染を起こして骨まで腐りこんでしまった。 ・作業は強制ではないといいつつ、ほぼ強制だった。傷を口実に作業を休むとズルをしていると思われるから、休むことができなかった。 ・作業をするから傷があっても当たり前、傷がないと思議なくらい。万年傷があるのはみんな同じだから、休む理由にはならない。
【5. 傷の悪化を助長する劣悪な生活環境】		
《8. 移動手段がなく歩いて帰るしかないで、傷交換をしてもすぐ外れた》	A,D,H,J	<ul style="list-style-type: none"> ・傷交換しても、足を引きずりながら長距離を歩いて帰るので、包帯が外れて膿がでてきた。 ・傷交換を受けるために何百メートルも歩くのだから、傷が小さくなることはない。何のために傷交換しているのかわからなかった。
《9. 未舗装の道で、下駄履きのまま重労働すると容易に傷ができた》	A,C,F,J	<ul style="list-style-type: none"> ・昔は履物もなく下駄履きだった。下駄の鼻緒が切れると、仕方なく裸足で歩いた。 ・舗装していない坂道でリヤカーを引くと、直ぐに傷ができた。傷口に小石が入っても痛くないので気づかず、歩き続けたのが悪かった。 ・ぬかるんだ道路の補修作業も、下駄履きでするしかないで、直ぐに傷ができて化膿した。
【6. 傷の汚染・不潔】		
《10. 水仕事や畑仕事をせざるを得ず、傷口はすぐに汚れた》	B,C,D,H,I,J	<ul style="list-style-type: none"> ・傷交換しても、炊事や洗濯で水を使わないといけないから直ぐ濡れる。水道はなく、泥水のような汚い水で洗濯するしかない。 ・畑仕事をしないといけないので、包帯はすぐはずれ、むき出しの傷口に肥やしや泥がついた。
《11. ガーゼや薬品は高くて買えず、泥仕事で傷が汚れても消毒するすべがなかった》	A,B,E,F,H	<ul style="list-style-type: none"> ・ガーゼや薬は高くて個人では買えなかった。配給もなく、本当に困ったときは、洗濯室からガーゼをこっそりとってくるしかなかった。 ・処置室で傷交換してもらっても患者作業に戻るの、直ぐに傷が泥や水で汚れた。作業が終わって、自分で消毒したくても消毒液もガーゼもないので放置するしかなかった。
《12. 罎子やガーゼは、使いまわした》	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	<ul style="list-style-type: none"> ・包帯やガーゼは他の病院のお下がり、膿の付いたガーゼを、洗って炊いて干して、使いまわしていた。 ・亡くなった患者の布団を小さく裂いて、ガーゼや包帯の代わりにしていたが、それをさらに使いまわしていた。 ・700人もの患者がいるので、1つのピンセットで何人も処置するしかなく、前の人の膿がついていてもそのまま使っていた。 ・消毒液は15日間交換することはなく、なくなるまで使っていた。
《13. 蠅がたかり、傷に蛆がわいた》	C,D,E,F,H	<ul style="list-style-type: none"> ・24畳敷きの部屋が真っ黒になるくらい蠅がいた。ご飯に蛆がたかり、赤飯みたいになっていた。 ・夏場は包帯を外すと傷に蛆がわいていて、気持ち悪かった。軽症の患者がその蛆をとってあげていた。
【7. 医療環境の不備】		
《14. 患者が多すぎて、傷交換したくても待ちきれない》	A,C,E,F,H,J	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が700人もいるのに、処置台が数箇所しかなく、傷交換を受けるだけで半日以上かかった。 ・働かないといけないので、傷交換は諦めて放置するしかなく、そのたびに傷は悪化した。
《15. 熱こぶで悪寒がひどくても、医師は連れてこいといて、一切患者区域には出てこなかった。それがまかりとおるのが癩病療養所だった》	A,B,F,H	<ul style="list-style-type: none"> ・熱こぶで悪寒がひどくても、医師は連れてこいといて、一切患者区域には出てこなかった。それがまかりとおるのが癩病療養所だった。
《16. 専門医がない、かつ園外での医療が受けられないことで、処置が遅れた》	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	<ul style="list-style-type: none"> ・患者700人に医師が2人しかおらず、看護師長が医師の代わりに切断もしていた。 ・眼科の女医が内科も外科も診ていて、足の切断までしていた。 ・悪くなくても園外の病院には連れていってもらえないので、原因不明で亡くなる人もたくさんいた。

プロミン開発以前にハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の原因とその対処

【カテゴリー】		
《サブカテゴリー》	該当ケース	・代表的なコード
《17. 医師から、人間扱いしてもらえなかった》	C,D,E,F,H	<ul style="list-style-type: none"> ・往診に行くときは、医師が歩く通路にゴザを敷き、ゴム長靴のまま土足で上がってきた。医師も看護師も、夏場でも完全防備で、大きなマスクをして帽子をかぶり眼だけ出していた。 ・患者区域と職員区域には鉄錠門があって、職員区域に足を踏み入れることはできなかった。 ・医師は機嫌が悪いとピンセットを投げつけていた。 ・職員に患者が育てた花や野菜や果物を職員にあげると、職員はそれを溝に捨てていた。
《18. 人体実験で痛めめにあい、新薬使用に臆病になった》	A,D,F	<ul style="list-style-type: none"> ・当時の医師は、ハンセン病の薬の開発を盛んにしていて、でき上がると患者に試していた。元気な少年たちに白羽の矢が立ち、嫌でも断れなかった。それが原因で病状が重症になった人が大勢いた。 ・自分が新薬を注射されたときは、40度の熱が出て蕁麻疹がたくさん出て、往生した。 ・プロミンができたときも、前の薬で痛めめにあいこりていたのですぐには飛びつかず、他の人がして効果があるとわかるまで様子見した。
【8. 素人による不適切な処置】		
《19. 医療行為のほとんどを患者（素人）がするので、固定してもすぐ外れた》	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	<ul style="list-style-type: none"> ・手の悪い患者が傷交換を担当するので、包帯を巻いてくれない、すぐにガーゼが外れてしまった。 ・いま看護師がやっていることは、全部患者がしていたので、十分なことができるはずがなかった。
《20. 自分で処置するので、削りすぎて感染した》	B,C,E,G	<ul style="list-style-type: none"> ・魚の目のように硬くなったところを、自分で安全カミソリで削る。ほとんど指の残っていない手で削るので、削りすぎて血が出るが多かった。 ・自分で削りすぎても、わずかな傷だから放っといた。そこから菌が入り治りにくくなった。
【9. 迷信】		
《21. 万年傷を治すと失明するという迷信から、わざと傷をつけた》	A,D,E,H	<ul style="list-style-type: none"> ・万年傷が治ると失明するといわれていた。手足の感覚もなく傷ができてわからないのに、これ以上、眼まで見えなくなったら何にもできなくなる。それが怖くて傷が治ったら、わざと傷をつくりたい。 ・傷が治ると毒素の出るところが塞がってしまい、毒素が眼にまわって眼が見えなくなるといわれていた。踝の上にお灸を据えて火傷をつくり、毒素の出るところをつくらせていた。

「足が黒こげになっているのを知らんかった。暖をとろうとドラム缶に薪をくべていたら、ドラム缶に右足がくっついてた。すごい火傷をしとったのに、全然、わからんかった」

2. 【2. 同一部位への荷重】

これは、下垂足などの運動神経麻痺や四肢の変形のために同じ部位に荷重がかかることが、外傷を容易に発生させたことを示した。

「右足が垂足だから、小指が先に地に着くから当たるところは決まっている。だから傷がしょっちゅうできる訳です。で、治った後も保護して手入れしないと、皮が厚くなって化膿して、結局悪くなる」

3. 【3. 身体内部から崩壊】

これは、感染が骨に及び腐骨と化すことや熱こぶの自壊により、身体内部から崩壊するように形態の変化が生じたことを示した。

「傷口がパンパンに腫れあがって、（傷口から体幹に向けて）赤線を引き始めると熱が出て、真っ赤に腫れていたところがザクロのように裂けて、膿の混ざった悪い血が出てくる。ピンセットで突くと、腐った骨がぼろっととれる」「私たちの傷は、いつも中から腐ってくる。指の先は必ず、骨までいく。治ったように見えても、また中から膿んできて、その繰り返し」

4. 【4. 貧困による労働重視】

これは、貧困のため、働かなければ生きていけなかったこと、傷があるのが当たり前（＝万年傷）なので、傷を

理由に患者作業から逃れることはできなかったことを示した。

「熱が出て入院したけど、退院したらすぐ作業した。お金がないやろ、実家から送ってくれる訳じゃないから。自分が稼がないと何も買えん。作業賃はわずかだから、2つも3つもかけもちで、2人前3人前分の仕事をしとった」

5. 【5. 傷の悪化を助長する劣悪な生活環境】

これは、当時の療養所内の道路事情・交通手段・労働環境が、傷の悪化を助長する劣悪なものであったことを示した。

「下駄の鼻緒が切れて裸足になって、それがよくなかった。舗装してなかったから、傷に小さい石がたくさん入って、でも痛くないから、そのまま歩いて帰ってきてしまった」

6. 【6. 傷の汚染・不潔な衛生環境】

これは、衛生材料の不足・不潔な生活環境により、傷に蛆がわくほど患部が汚染されていたことを示した。

「毎日交換はできんからね。1日しなかったら、暑いときは包帯を解いたら、蛆がわいってね、気持ち悪かったよ、そりゃあもう。虫が出てくるんだから、気色悪いなあ」

7. 【7. 医療環境の不備】

これは、人間扱いしない医師、専門医の不在、倫理的配慮を欠いた治験により、適切な医療を受けられず、傷が悪化したことを示した。

「熱こぶで40度近い熱が出て、フーフー言ってるときでも、どうしても診てほしいのなら連れて来いって言われてね。そんなときでも、医者は、患者区域には一切出て来なかった」

傷があったほうがよい、傷がなくなってしまうと、失明するという言い伝えがあった」

8. 【8. 素人による不適切な処置】

これは、正規の医療行為を患者作業として患者が担い、個人的にも自己流の処置を施していたために、素人の処置がかえって傷を悪化させたことを示した。

「皮が硬くなるのを自分で安全カミソリで削っていて、削り過ぎる。わずかな傷だから放っておいても治ると思っていたら、菌が入って治らなくなった」

9. 【9. 迷信】

これは、失明を極度に恐れるあまり、万年傷がなくなると失明するという迷信を信じて、自ら新たな傷をつくることを示した。

「足にぶち抜きといって、灸をすえてわざと傷をつくる。

C. 繰り返し生じた外傷への対処

外傷への対処は、24個の〈サブカテゴリー〉、6個の〔対処のカテゴリー〕に集約された。詳細を表3に示す。

1. [A. 万年傷に対する自己流処置方法の獲得]

これは、傷があるのが当たり前 (= 万年傷) の日常なかで、自分なりの処置方法を獲得し実践することで傷の悪化を防いでいたことを示し、〈a. 唯一感覚の残った舌で傷の熱感を確認めた〉など13個が含まれた (以後、サブカテゴリーは表3を参照)。

「火傷したときに薬が何もないので、友だちが馬の歯を探してきて焼いて粉にして、菜種油で練って、傷に塗ってくれたら、みるみる肉が盛り上がってきた。火傷には、これが一番いいなあ」

表3 繰り返し生じた外傷への対処

[カテゴリー]		
〈サブカテゴリー〉	該当ケース	代表的なコード
[A. 万年傷に対する自己流処置方法の獲得]		
〈a. 唯一感覚の残った舌で傷の熱感を確認めた〉	B,I	・指にも唇にも感覚がないので、唯一残った舌で舐めて、傷が悪化していないか熱感を確認めた。
〈b. オキシフルの泡立ちの有無で、処置の続行を判断した〉	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	・目に見えないような小さな傷でも、オキシフルで泡が出れば傷があるし、泡が出なければ傷は塞がっている。泡が出るときは、中に菌がいるので、徹底的に処置を続けておかないと後でひどくなる。
〈c. 傷が悪化する前に、自己流で処置を始めた〉	C,D,E,F,G,H	・早めにリパノールを使うと熱感がとれて化膿せずに済む。早めしないと、ひどくなってからでは治らない。指が曲がっているので、軟膏で乾燥を防がないと、すぐに筋切れになる。
〈d. 壊死した部分は、残さず削り取った〉	D,E,F,G	・きれいな血が出ないような傷口は、腐って栄養が届いていないので、残しておいても肉が盛り上がらない。きれいな血が出るまでしっかり削って汚い血を出さないと傷は治らない。
〈e. ロウソクでピンセットを焼いて膿を出した〉	E,G	・ロウソクの火でピンセットを焼いて傷をほじくり膿を出す、腫れや熱感がひいて楽になった。
〈f. 筋切れは裁縫用糸で縫い合わせた〉	I,G	・関節のあかぎれはガーゼを当てただけですぐに裂けるので、裁縫用の糸で自分で縫い合わせていた。
〈g. 傷の熱感をとりつつ、乾燥を防ぐために、薬を調合した〉	A,E,G,I	・熱感のある傷にリパノールはよく効くが、乾燥するのでワセリンを混ぜて乾燥を防いだ。
〈h. 馬の歯から火傷の塗り薬をつくった〉	A	・薬が高くて買えないので、馬殺場で馬の歯を拾ってきて、自分たちで薬をつくって火傷の傷に塗っていた。
〈i. 薬がないので、歩きまわって神経痛を紛らわせた〉	B,C,G,H	・薬も治療もないので、神経痛が痛みだすと、山を歩きまわって気を紛らわすしかなかった。
〈j. 繰り返し傷のできる場所には、傷がなくても保護した〉	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	・しびれているから保護しないと、そこに無理がいて傷になる。布を当てるだけでも違う。力のかかるところは決まっているので、ガーゼを当ておかないと、そこには傷がしょっちゅうできる。
〈k. 傷ができにくい歩き方を工夫した〉	F,G,I	・小指に傷ができるので、親指のほうに力を入れて歩くようにすると傷ができにくくなった。
〈l. 傷口を濡らさない工夫をした〉	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	・手に袋を二重にかぶせて輪ゴムで止め、絶対に濡らさないようにしたら、3日で治ってびっくりした。
〈m. 屈曲した指を1本ずつ伸ばして固定して、血豆ができるのを防いだ〉	E,I	・指が曲がっているので、指を1本ずつ伸ばしてガーゼで巻いておかないと、すぐに血豆ができる。
[B. 手ぬるい処置では治癒不能]		
〈n. 手ぬるい処置では治らない〉	E,F,G	・血が出るくらい擦って、腐肉をそぎ落とさないと治らない。 ・まわりの皮が硬くなっているから大胆に削らないと治らない。 ・医師はちょっと膿を出すくらいで、もっともよくなるので、自分で傷をほじくって自分で治した。
〈o. 自分流の処置方法にこだわり、自分で治した〉	C,D,E,F,G,H	・針の穴くらいの傷だと看護師は大したことないというが、徹底的にしないと、後から、中から膿んでくる。 ・24歳のときから付き合っている古傷なので、どういう傷交換やガーゼの当て方をすればよいか、自分が一番よくわかっている。自分のやり方が一番よい。

プロミン開発以前にハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の原因とその対処

[カテゴリー]		
〈サブカテゴリー〉	該当ケース	代表的なコード
[C. 重症度による治療者のランク分け]		
〈p. 手に負えない重症の傷のみ、医師に診てもらった〉	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	・熱こぶで40度の熱が出たときだけは、薬をもらわないといけなかったので、医師に診てもらった。 ・指の切断は看護師長でもできるが、足首やふくらはぎから切断するときは医師に頼むしかなかった。 ・普段の三流の傷交換で対応しきれない傷のときだけ、医者に診察してもらった。
〈q. 傷慣れして腕が立ち、患者の評判に合わせて、切磋琢磨してくれる看護師を頼りにした〉	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	・一番上手な看護師の前には患者がズラッと並び、傷の手当てが下手な看護師の前はガラガラだった。 ・昔の看護師は、傷慣れして器用で大胆に処置してくれるので、安心して任せられた。皆、鏡い合って、腕を磨いていた。 ・看護師が悪いところを切って縫い合わせてくれた。患者にできないむずかしい処置は看護師が全部してくれた。 ・自分たちを助けてくれた看護師が早く亡くなり、自分たちが長生きしてしまった。亡くなった看護師が気の毒だ。
〈r. 医療行為のほとんどを患者で仕切った〉	A,B,C,D,E,F,G,H,I,J	・包帯巻きも、患者を大八車で運ぶのも、家の周囲の消毒もすべて患者がしていた。 ・皮削りも、消毒も、薬の調合も、鼻洗もすべて患者がしていた。 ・汚れたガーゼの再生など汚い仕事は、すべて患者がしていた。 ・注射器も針も炊いて消毒した。最初は怖くてできなかったが、だんだん慣れっこになって注射も上手になった。 ・ドイツ語は読めないで、患者でもわかるように、記号を使って処置の指示が出ていた。 ・職員が少ないので、たくさんいた寝たきりの重症患者は、軽症患者が面倒をみるしかなかった。
[D. 手足の萎縮・切断による苦しみからの解放]		
〈s. 感染を抑えるためには、萎縮を伴う処置でもいとわなかった〉	A,B,C,E,H	・ピンセットで穴を開けて血を出して処置したので、それで傷は治ったけれど、指が縮んだ。 ・指は短くなるけれど、当時はそれしか方法がなかったから仕方なかった。
〈t. 傷の悩みから解放される究極の手段として、指趾の切断を選んだ〉	B,C,E,F,J	・切断したほうが早く治るから、昔はすぐ切ってもらった。切るたびに、だんだん短くなって、とうとう指がなくなった。 ・看護師が骨鉗子で指の悪い骨をつったら、すぐに治った。切断後は縫い合わせず、切り放しにしていた。 ・切断しないと、身体のシンまで腐ってしまうので、切断は仕方がなかった。 ・切断してしまえば傷ができないので、傷に悩むことはなく楽になった。 ・自分は投げやりになっていたの、右手さえ残れば後はなくなってもよいと思っていた。 ・切断が一番嫌だったが、切って飛ばすのが当たり前の時代だった。 ・再生医療が進歩して、切断した足がはえてくれればいいのと思う。
[E. 手足切断してでも労働優先]		
〈u. 残してきた妻子の生活を支えるためには、切断を決意した〉	C,F,J	・妻と子供を残して、引き離されてきた人は、1円でも稼いで家に送金しなければならないので、わずかな金を稼ぐために、手の指を切断するしかなかった。 ・幼い子供を連れてきたり、置いてきた人は、つらかったと思う。
〈v. 生活するためには、切断してでも働かざるを得なかった〉	D,E,J	・働いて働いて働いて、人の分まで働いた。お金を稼ぐためには、足を切断してでも、働くしかなかった。 ・お金がないから、退院したらすぐに仕事をしないとダメだった。切断直後でも、洗い物くらいはしていた。
[F. 労働不耐・免除による手足残存]		
〈w. 失明や神経痛で動けなくなったことで、結果的に手足が残った〉	I	・眼を患って何も仕事ができなくなった。仕事しないと、手を使わないから、傷ができなくなった。もしも目が見えて、仕事を続けていたら、これだけ指は残らなかったと思う。 ・坐骨神経痛で歩けなくなったら、血豆ができなくなった。
〈x. 実家からの支援で軽作業で済み、切断を免れた〉	G	・実家からの仕送りがあったので、患者作業は最低限の割り当てで済み、それも注射係で、土方をしなくて済んだ。そのお陰で、指が残った。

2. [B. 手ぬるい処置では治癒不能]

これは、手荒であろうとも、徹底的に処置をしないと軽快しない難治性の傷であることを経験的に知っており、愛護的な一般的医療処置には満足しないことを示した。

「先生が傷口を開けたら、膿が出てきた。でも、2～3日しても全然よくなるから、ピンセットをロウソクで焼いて、自分でほじくったらブスツと奥まで入った。腐食してたら、そこまでしないと治らん」

3. [C. 重症度による治療者のランク分け]

これは、重症で手に負えない傷のみ医師に頼り、それ以外は傷慣れた看護師の協力を得て、すべての医療行為を患者が取り仕切ることが示した。

「傷が腫れて熱が出てもうどうにもならん、医者に診てもらおうのはそんなときだけ。三流の包帯交換だけでは対応しきれんときだけです」

「結局、自分たちで交換するんだけど、それが難しい、ドイツ語やろう？ カルテに、○の人は消毒、△の人は包帯交換、×の人は、肉が盛り上がっていたら、肉を削

げ落として悪い血を出すって、誰が見てもわかるようにしていた。そうしないと、ドイツ語なんかわからん」

4. [D. 手足の萎縮・切断による苦しみからの解放]

これは、骨にまで感染が及んだ傷の悪化を抑え、傷の悩みから解放されるために、萎縮を伴う処置や四肢末端の切断を厭わないことを示した。

「やっぱり切断しないと……。だんだん、だんだん、身体の芯のほうまで進行していくときは仕方ないですね。正常なところから切って落してしまったら、後はそこから傷ができないから、楽になるという思いがあった」

5. [E. 手足切断してでも労働優先]

これは、自分自身と、療養所外に残してきた妻子の生活を支えるためには、四肢切断してでも働かざるを得ないことを示した。

「奥さんと子どもを外に残してきた人は、一番気の毒だった。作業をかけもちして、1円でも稼いで、家に送らんといかんから。2～3日休めばよくなるものを、休んで

る暇はないって、指を切り落として、働いて働いて、働いとった」

6. [F. 労働不耐・免除による手足残存]

これは、失明のため労働できなくなった者や、実家の経済支援で重労働を担う必要のなかったごく一部の者では、患者作業から放免されることで、患部の安静と感染の悪化が防げ、四肢欠損を回避できたことを示した。

「手の指がこれだけ残ったのは、眼を患ったから。眼が悪くなると何も仕事できないでしょ。手を使わないと傷ができなくなった。もし眼が見えていたら、もっともっと傷ができて、傷んで短くなっていた。眼を失った代わりに手が残ったということよねえ」

D. 繰り返し生じた外傷の全容

外傷の全容は、原因・対処のカテゴリーの関連性を図式化した図1と3つのコアカテゴリー、すなわち①傷の悪化を誘発する負の連鎖（図1の実線矢印で表示）、②万年傷をもち貧困の中を生きる日常（同、1点鎖線矢印で表示）、③貧困を生き延びる代償としての障碍（同、点線矢印で表示）、で示された。図中の【 】は原因のカテゴリー、[]は対処のカテゴリー、___は著者の補足、×はプロセスの途絶を示す。以下にストーリーラインを記述する。

1. 傷の悪化を誘発する負の連鎖

ハンセン病患者は、知覚運動麻痺に伴う【1. 警告としての痛みの消失】【2. 同一部位への荷重】により外傷のしやすい身体状況にあったが、【4. 貧困による労働重視】せざるを得ないことで、外傷が容易に発生した。さらに、【5. 傷の悪化を助長する劣悪な生活環境】【6. 傷の汚染・不潔な衛生環境】【7. 医療環境の不備】【8. 素人による不適切な処置】により感染が悪化し、患部の安静が妨げられ、新たな傷が生じることで、【3. 身体内部から崩壊】するほど傷が悪化した。しかし、貧困のため[E. 手足切断してでも労働優先]せざる得ず、さらに【1. 警告としての痛みの消失】により、傷があっても労働継続できることがさらなる傷の悪化を導き、負の連鎖に陥った。また、失明を恐れる患者が【9. 迷信】を信じ、自ら外傷をつくったこともさらなる悪化を招いた。患者に外傷が繰り返し生じた原因は、傷の悪化を誘発する負の連鎖に陥ることであった。

2. 万年傷をもち貧困のなかを生きる日常

傷の悪化を誘発する負の連鎖に陥った患者は、傷があるのが当たり前（=万年傷）となった。また、経験的に[B. 手ぬるい処置では治癒不能]と知る患者は、[A. 万年傷に対する自己流処置方法の獲得]により、常日頃から自分で傷の手当てを行い、医療行為の必要な場合には、[C.

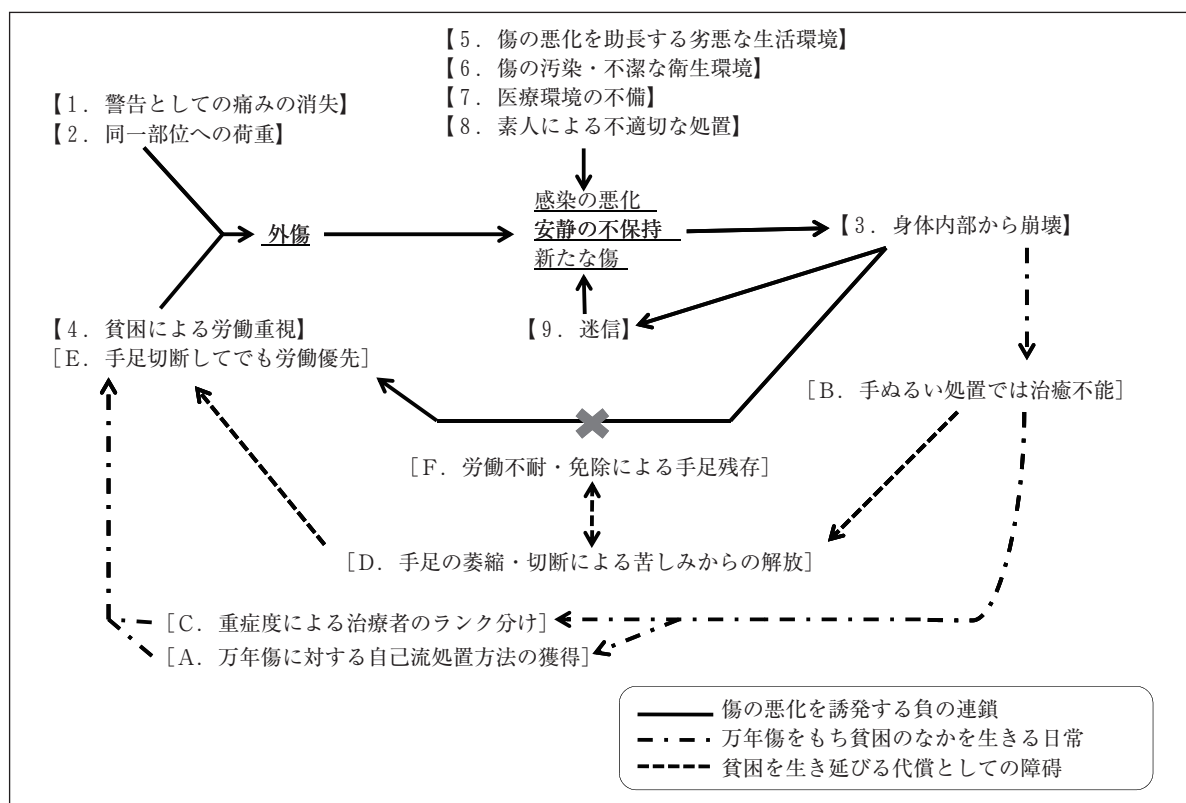


図1 ハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の全容

重症度による治療者のランク分け]により、手に負えない重症の傷を除き、看護師の協力を得てすべての処置を患者で仕切った。これらの対処により、[E. 手足切断してでも労働優先]しなければ生きていけない程の貧困のなかでもかろうじて生活を維持し、万年傷をもち貧困のなかを生きる日常を送った。

3. 貧困を生き延びる代償としての障害

[A. 万年傷に対する自己流処置方法の獲得]により日常的な傷には対処できても、【3. 身体内部から崩壊】する傷は難治性であり、[B. 手ぬるい処置では治癒不能]であった。貧困のなかで自分・療養所外の妻子を養うためには、[E. 手足切断してでも労働優先]せざるを得ず、労働中心の日常に戻るための手段として、また、[D. 手足の萎縮・切断による痛みからの解放]を求めて、安易に切断が選ばれた。一方、失明などで労働できなくなった場合には、傷の悪化を誘発する負の連鎖が断たれ、結果として[F. 労働不耐・免除による手足残存]に至った。手足の切断も失明とともに貧困を生き延びる代償としての障害を意味した。

IV. 考 察

ハンセン病患者の外傷の原因は9個、対処は6個のカテゴリーに集約され、これらの関連性から、繰り返し生じた外傷の全容は3個のコアカテゴリーで図示された。本項では、A. プロミン開発までにハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の特徴と、B. 最新の創傷ケアをハンセン病回復者に導入するための示唆について述べる。

A. プロミン開発までにハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の特徴

1. 外傷の根本的原因

ハンセン病患者に外傷が繰り返し生じた原因は、傷の悪化を誘発する負の連鎖に陥ることであり、【1. 警告としての痛みの喪失】【2. 同一部位への荷重】のある状態で、【4. 貧困による労働重視】しなければならないことが、第1の原因であった。

*M. leprae*は末梢神経に生息し、至適温度が低いことから四肢や顔面に病変を生じる。知覚神経麻痺により外傷・火傷の発症に気づかず重症化することや、運動神経麻痺による四肢の変形拘縮により同一個所に荷重がかかり、特に体重負荷のかかる足底部には足穿孔症が生じることは、ハンセン病医学によって説明されてきたことであり、【1. 警告としての痛みの喪失】【2. 同一部位への荷重】は、これらの病態学的知見と一致する。

他方、「癩予防ニ関スル件」(1970〈明治40〉年制定)では、故郷で生活できず諸国を放浪する患者(放浪癩)の收容を目的に、全国8個所に療養所を設立した。初期の職員は警察関係者が多数を占め、厳しい規律と罰則から逃亡する者も多く、医療の受益者としての尊厳はなく、それは「癩予防法」(1931〈昭和6〉年)へと引き継がれた(蘭, 1996; 大谷ほか, 1997, pp.283-298)。また、当時は太平洋戦争へと続く混乱と貧困の時代で、国辱病とみなされた患者を收容する療養所の運営は最低限の人員配置に留まり、土木・農作業・縫製・洗濯・炊事など98種目の仕事を患者が担い、患者の労働によりかろうじて園内の社会機能が維持された(山本, 1997)。また、物資不足もはなはだしく、特に終戦前後には、栄養失調で死亡率が急増した(全国ハンセン氏病患者協議会, 2002, p.105)。患者自身も、親族に類が及ぶことを恐れて故郷との関係を断った者も多く、唯一の収入源が園内労働で得る労賃のみであった。【4. 貧困による労働重視】は、働かなければ生きていけない時代背景のなかで、わが身を厭う余裕もなく、身を粉にして働いたことを示しており、経済力が外傷発症の重要な要素であったことを示す。

以上、外傷の根本的原因は、*M. leprae*のもたらす病態学的変化、患者を労働力とみなすことで成立した施設管理の不備、日本国および患者の貧困にあったといえる。

2. 外傷の増悪因子

【5. 傷の悪化を助長する劣悪な生活環境】【6. 傷の汚染・不潔な衛生環境】【7. 医療環境の不備】【8. 素人による不適切な処置】および【9. 迷信】は、感染を悪化させ、局所の安静保持を妨げ、新たな傷を生み、【3. 身体内部からの崩壊】するほどの傷の悪化を引き起こした。

まず【5. 傷の悪化を助長する劣悪な生活環境】【6. 傷の汚染・不潔な衛生環境】は、公衆衛生と社会生活基盤の不備が増悪因子であったことを示す。療養所は、逃亡防止のために立地条件の悪い場所に設立され、防空壕掘りを含む土木工事のほとんどを患者作業で担うなど、園内の社会生活基盤の整備には困難を要した。また、南京虫や蚤などに悩まされ療養所が、害虫を入所者から買い上げたところ、蠅432,008匹・蚤373,501匹が捕獲され(1910〈明治43〉年, 九州療養所)(全国ハンセン氏病患者協議会, 2002, p.148)、ガーゼをとると蛆がこぼれ落ちたとの記録が残る(1945〈昭和20〉年)(大島青松園, 1960, p.115)。また、潰瘍化した病巣に止まった蠅やLL型患者の皮膚から吸血した蚊から好酸菌が証明され、害虫による*M. leprae*の媒介は否定できない(大谷ほか, 1997, p.82)。病巣部に蛆が孵化するほどの劣悪な衛生環境は、ハンセン病の発生のみならず、病巣部の悪化を助長した。さらに、患者作業には

糞尿汲取り、汚物焼却、膿で汚染された包帯再生なども含まれ（全国ハンセン氏病患者協議会、2002、p.149）、汚物に触れることで容易に患部が汚染された。当時の主流派（日本癩学会〈当時〉を主導していた光田健輔ら）が、終生隔離と断種によってハンセン病の根絶をはかろうとしたのに対し、感染力と遺伝性の低さから外来診療を提唱し、学会から孤立・異端視された小笠原登は、患者ではなく、ハンセン病を生むわが国の文化の低さを国家の恥辱ととらえるべきと主張した（小笠原、1939；大場、2007）。外傷の増悪因子は療養所内の公衆衛生および社会生活基盤の不備にあり、小笠原の先見性は裏づけられる。

次に、【7. 医療環境の不備】【8. 素人による不適切な処置】は、医療の不備が増悪因子であったことを示す。プロミン開発までは大風子油以外に治療法はなく、患者1人の1日当たりの医療費（1926〈昭和元〉年、全生病院）は5銭7厘で、沢庵1本よりも安価だった（全国ハンセン氏病患者協議会、2002、pp.104-106）。また、全国10施設の入所者数8,318人に対して、医師62名・看護師253名（1949〈昭和24〉年）（全国ハンセン氏病患者協議会、2002、p.70）と少なく、重症患者の看護を軽症患者が担う患者看護態勢がとられ、職員に作業返還されたのは、全国ハンセン氏病患者協議会の闘争を経た1955〈昭和30〉年代後半であった（厚生省医務局、1975、pp.94-100）。患者による医療行為の常態化は、不適切な処置による傷の悪化のみならず、外傷を生じやすい患者に、手指に外傷を被る機会と他の患者の感染巣に接触する機会を与え、混合感染を悪化させたといえる。患者作業は、低賃金で不当な労役を強いたことが非難されてきたが（全国ハンセン氏病患者協議会、2002；日弁連法務研究財団、2005）、重度重複後遺障害に至る外傷の発生・増悪を助長したことも非難されるべきである。

第3に、【9. 迷信】は失明に対する患者の恐怖心が増悪因子であったことを示す。盲人の収入は、他の患者の労賃の一部を徴収して不自由者に分配する互助金のみであり、特に貧困を極めた（全国ハンセン氏病患者協議会、2002、p.150）。収入なく、他の患者の労働に依存して生きる状況は、自律性と自尊感情を損ね、労働可能な四肢切断よりも貧困に直結する失明を、三大受難の1つとして恐れた。踝の上に灸を据える「ぶち抜き」は、敗血症のリスクがある（国立ハンセン病資料館、2013、p.59）が、ワラをもすがる患者にとっては貴重な民間療法であった。

ハンセン病の流行・悪化には社会経済的要因が関与し、栄養・食習慣・占有居住・識字率などがその要因としてあげられるが、特定には至っていない（大谷ほか、1997、pp.86-87）。本研究では、貧困・劣悪な公衆衛生・社会生活基盤の未整備・医療レベルの低さ・患者作業の強制・迷信を生む患者の恐怖心が新たな要因として示唆された。こ

れらの条件がそろう発展途上国で、いまなお類発するのは納得できることである。

3. 負の連鎖

【3. 身体内部から崩壊】するほど悪化した場合でも、貧困のために〔E. 手足切断してでも労働優先〕せざるを得ないことが、さらなる【3. 身体内部から崩壊】を招いた。この負の連鎖を断つものは、失明など、労働に耐えられない他の障害を有すること（〔F. 労働不耐・免除による手足残存〕）であった。

【3. 身体内部から崩壊】は、感染が骨に及び腐骨化することを意味し、自壊し自然排出される場合と、腐骨除去術・四肢切断術により人為的に除去する場合があるが、周囲軟部組織の癒痕形成による萎縮や四肢末端の欠損を生じることが共通する。1934〈昭和9〉年頃の記録には、「皮膚全表は崩壊しやすく混合感染を誘発し、膿汁の分泌著しく1日数回の包帯交換を要する。混合感染により、丹毒・蜂窩織炎・筋炎・腱鞘炎・骨壊疽を惹起し、骨部の炎症を伴う癩性潰瘍・骨部摘出は最も困難を要する」とある（大島療養所、1935）。

ハンセン病が古来から天刑病としてのスティグマを有するのは、顔貌の変容や四肢末端の変形欠損など、醜悪に変形した外見を、終生、世間にさらし続けなければならないことにある（大谷、1993）。スティグマを有する疾患にはその根底に人々の恐怖感があり、それが患者の排斥を招く（大谷ほか、1997、pp.299-305）が、人々の恐怖心をあおったのは、【3. 身体内部からの崩壊】と表現される容貌の変化と患者に対する国の冷遇である。【3. 身体内部からの崩壊】は傷の悪化を誘発する負の連鎖に陥ることによって生じ、その根源は貧困、増悪因子は医療制度・公衆衛生・社会生活基盤の不備と強制労働であり、ハンセン病の重度重複後遺障害は、病態学的原因のみならず社会経済的要素が多分に絡む。さらに、失明により労働から離脱すれば四肢切断を免れた（〔F. 労働不耐・免除による手足残存〕）ことは、プロミン開発以前でも、患部の安静・清潔・保護が十分であれば、重度の容貌の変化は防げた可能性を示し、社会経済的要素の関与を裏づける。

以上から、患者への差別や偏見の元凶は、繰り返し生じた外傷によってもたらされた容貌の変化であり、それを招いた社会経済的原因を放置したことこそ、非人道的であったといわざるを得ない。特に医療制度・公衆衛生の不備が関与することは、医療職としての猛省に値する。これまでハンセン病問題は、強制隔離・断種・重監房など、非人道的処遇に対する指摘がほとんどであり、重度重複後遺障害の原因に社会的要素が絡むことは指摘されてこなかった。これは、本研究で明らかになった新しい知見である。

4. 繰り返し生じる外傷とともに生きた日常

繰り返し生じた外傷への対処は、万年傷をもち貧困のなかを生きる日常、貧困を生き延びる代償としての障害の2つのコアカテゴリーで示された。

ハンセン病の外傷の特徴は、【3. 身体内部から崩壊】し [B. 手ぬるい処置では治癒不能]、すなわち難治性であることと、傷があることが当たり前の万年傷であったことである。難治性の万年傷への対処は日常と非日常でその方法が異なったが、貧困のために [E. 手足切断してでも労働優先] せざるを得ないことは共通していた。まず、日常的な対処は、[A. 万年傷に対する自己流処置方法の獲得] [C. 重症度による治療者のランク分け] により、傷処置のほとんどを患者で仕切ることであった。ロウソクの火で滅菌する、馬の歯から薬をつくる、縫合糸に裁縫用の糸を使うなど、窮乏生活のなかでどのように生活の知恵を活かして処置に工夫を凝らしたかは、本研究ではじめて語られた事柄である。

一方、非日常の処置とは、素人では対処できない重症の傷や熱こぶであり、生きるための労働を優先するために、四肢切断が安易に選択された。ハンセン病の外科的療法は、戦前では四肢切断・気管切開・眼球摘出が多かったが、終戦後は激減し、それでも腐骨摘出や潰瘍への処置は相当数あり、その後、口唇・眼瞼下垂・手指の変形に対する形成術・造鼻術・眉毛の植毛へと移行した（大島青松園，1960，pp.100-103）。大風子油しか治療法がなかった戦前は、感染の及んでいない部位からの切断が感染を抑える唯一の手段であった。さらに、四肢の切断を免れた者も、失明などの重篤な障害を有しており、患者が過酷な貧困のなかで生き延びるために払った代償が重度重複後遺障害であったといえる。

B. 最新の創傷ケアをハンセン病回復者に導入するための示唆

回復者が、旧来の処置方法にこだわりをもち、最新の創傷処置方法を拒む理由は、ハンセン病による外傷が難治性であり、[B. 手ぬるい処置では治癒不能] と考え、自己流の処置方法を確立して長年実施してきたこと、全国ハンセン氏病患者協議会の活動により園内作業を返還するまで、医療処置のほとんどを患者で仕切り、処置について知り尽くしていたこと、治験の過程でつらい体験をし、新薬

や新しい処置方法に警戒感があることがあげられる。

回復者に最新の創傷処置方法を提供するためには、旧来の処置方法に強いこだわりをもつに至った過去の過酷な体験を、十分に受容し尊重する。一方、プロミンの開発がハンセン病を完治させ、患者の生活を激変させたように、最新医学の導入は患者への貢献が大きいことを説明する。関心を示す場合には、糖尿病や閉塞性動脈硬化症など、ハンセン病と同様に下肢潰瘍を伴う疾患に対する最新の創傷処置方法とその効果を提示し、理解を高める。さらに、フットケアの実施は下肢の外傷の早期発見・予防に効果を示しており（三好ほか，2013）、高齢化の進展する現状では、創傷処置のみならず、フットケアおよびADLへの積極的支援が重要である。

おわりに

ハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の原因は、疾患の病態学的特異性のみならず、社会経済要因が多分にあり、貧困・劣悪な公衆衛生・社会生活基盤の未整備・医療レベルの低さ・患者作業の強制・迷信を生む患者の恐怖心が新たな要因として示唆された。わが国のハンセン病患者へ非人道的処遇は、「らい予防法」廃止を目指す運動の過程で検証・糾弾されてきた（日弁連法務研究財団，2005）。しかし、差別や偏見の根源となった顔貌の変容や四肢の変形・欠損の原因が医療・公衆衛生の不備にあったことは、医療者として風化させてはならない負の遺産である。

また、戦争や原爆体験と同様、歴史上重要かつ当事者にしか語れない特殊な体験は、体験者の存命中に語りを保存することが重要であり、急務である。本研究の目的は、史実の検証ではなく、主観的な経験の記述である。語られた内容は、人生の終盤を生きる回復者にとっての真実であるが、月日の経過による記憶の曖昧さや錯覚は否めない。当時の客観的事象のすべてを忠実に再現しているといえないことが、本研究の限界である。

謝 辞

研究にご協力くださいました回復者の皆さまに感謝いたします。本研究は、第39回日本看護研究学会学術集会で発表した。

要 旨

目的：プロミン開発以前に、ハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の原因とその対処を明らかにする。

方法：回復者10名に半構造化面接を行い、質的帰納的に分析した。

結果：外傷の原因は、【警告としての痛みの消失】【身体内部から崩壊】【貧困による労働重視】【傷の汚染・不潔

な衛生環境】【素人による不適切な処置】【迷信】等の9個、対処は「万年傷に対する自己流処置方法の獲得」[「手ぬるい処置では治癒不能」][「重症度による治療者のランク分け」][「四肢の萎縮・切断による痛みからの解放」][「労働不耐・免除による手足残存」]等の6個のカテゴリーで示され、繰り返し生じた外傷の全容は、傷の悪化を誘発する負の連鎖、万年傷をもち貧困のなかを生きる日常、貧困を生き延びる代償としての障害の3コアカテゴリーで図示された。

考察：差別をもたらした重度重複後遺障害には、貧困、医療・公衆衛生・社会生活基盤の不備、強制労働等の社会的要因が関与した。

Abstract

Purpose: To clarify why patients with Hansen's disease have repeated wounds and how they coped with these wounds until Promin treatment.

Method: Narrative data were obtained from 10 survivors of Hansen's disease and were analyzed using a qualitative and inductive method.

Results: The loss of pain sensation that serves as a caution against wounding and having to work owing to poverty were found to easily induce wounds; further, the poor medical system and hygiene, lack of infrastructure, and superstition contributed to deteriorating wounds, thereby creating a negative spiral for worsening wounds, leaving patients feeling that they had a collapsed and disfigured body. Patients thought that non-aggressive treatment could not cure perennial wounds and they tended to obtain primitive care strategies. Owing to poverty, they had to treat most wounds themselves, except for severe wounds. Further, patients opted for amputation easily because they had to work to sustain themselves and their family and they felt that the amputation would cure the disease. Patients who lost their eyesight did not undergo amputation because they were unable to work.

Discussion: The poor medical system and hygiene were among the several causes of overlapping severe disabilities among patients with Hansen's disease.

注

- 1) ハンセン病は、好酸菌の *Mycobacterium leprae* (らい菌) の感染による慢性の肉芽腫性炎症である (大谷ほか, 1997, 以下の臨床症状・病態についても同様)。初発部位は、1932~1948年に光田らが長島愛生園で行った研究では、上肢34.3%・下肢32.4%・顔面18.1%, 初発症状は、知覚障害42.4%・斑紋31.9%・水疱形成9.5%である。*M. leprae*はマクロファージやシュワン細胞内で増殖し、主に神経幹に病変を生じるため、その支配領域の知覚・運動・自律神経のすべてに神経障害を生じる。また、至適温度が30~33℃と低いため、身体末端部の皮膚と末梢神経に病変を生じ、深部体温の高い主要臓器への感染による死亡はまれである。神経障害の多くは寛徐に進行するが、らい反応 (俗称: 熱こぶ)、すなわち宿主と *M. leprae* の宿主寄生体関係の平衡が何らかの誘因で崩れることで生じる急激な炎症性変化では、高熱などの全身症状のみならず、皮膚の水疱形成と潰瘍化、虹彩炎やぶどう膜炎、神経炎などにより、視力障害や末梢神経麻痺が一気に増悪する。さらに、急性神経炎の再燃・遷延により、神経束の腫大・線維化が進行すると、気圧変化に伴う神経痛 (ダル神経痛) が生じる。主たる症状は、眼では虹彩炎・ぶどう膜炎と顔面神経麻痺による兔眼 (角膜損傷) による失明・眼球摘出、耳鼻咽喉領域では上中下甲介および鼻中隔の萎縮消失による鼻変形 (鞍鼻・斜鼻・flat nose)、萎縮性鼻炎が生じ、喉頭に炎症が及んだ場合には、声門浮腫および瘢痕収縮による喉頭狭窄により気道閉塞が生じる。特効薬のない時代には、病気の告知・失明・気管切開 (俗称: のど切り) は三大受難といわれ、「のど切り3年」とは喉頭に炎症が及んだ場合の予後不良を意味した (大島青松園, 1960, p.282)。知覚神経障害では、支配領域の温覚・痛覚・触覚のすべての感覚が消失する。運動神経障害は、上肢では正中神経麻痺による鷲手変形、橈骨

神経麻痺による垂手をきたし、下肢では総腓骨神経浅枝麻痺による内反足、総腓骨神経深枝麻痺による垂足、腓骨神経麻痺による槌趾変形、およびシャルコー関節 (神経病性関節症) をきたす。自律神経障害では、発汗障害によりうつ熱が生じる。

- 2) ハンセン病は完治可能であることから、現在の対象者は「回復者」、プロミン開発前は「患者」と表記する。

文 献

- 蘭由岐子 (1996). ハンセン病療養所に関する予備的考察. 九州女子大学紀要, 32(3), 1-19.
- 蘭由岐子 (2004). 「病いの経験」を聞き取る—ハンセン病者のライフヒストリー. 東京: 皓星社.
- GLOBAL NOTE (2014). ハンセン病発症件数 国別比較統計・推移 (2013年度). <http://www.globalnote.jp/post-3941.html> (検索日2014年3月22日)
- 後藤正道, 野上玲子, 岡野美子, 儀同政一, 四津里英, 石田裕, 北島信一, 甲斐雅規, 石井則久, 尾崎元昭, 畑野研太郎 (2013). ハンセン病治療指針 (第3版). 日本ハンセン病学会雑誌, 82(3), 143-184.
- 国立ハンセン病資料館編 (2013). 国立ハンセン病資料館常設展示図録2012. 東京: 国立ハンセン病資料館.
- 国立ハンセン病療養所看護共同研究班 (2009). ハンセン病療養所看護マニュアル. 全国ハンセン病療養所看護部長・総看護師長会議 (内部資料).
- 近藤真紀子 (2011). 死を看取り続ける看護師の悲嘆過程. 東京: 風間書房.
- 厚生省医務局 (1975). 国立療養所史 (らい編). 東京: 厚生問題研究会.

- 桑畑洋一郎 (2013). ハンセン病者の生活実践に関する研究. 東京：風間書房.
- 松浦和代 (2005). 変化のステージモデル. 佐藤栄子 (編)：中範 困理論入門. 276-284, 名古屋：日総研出版.
- 三好知子, 川井郁代, 藤原満紀, 山下美智子, 前田良子, 近藤真紀子 (2013). ハンセン病後遺症による足病変の早期発見・生活機能低下予防に向けたフットケア (第2報). 第25回コ・メディカル学術集会収録集, 64.
- 夏井 睦 (2003). これからの創傷治療. 2-9, 79, 80-81, 東京：医学書院.
- 日弁連法務研究財団 (2005). ハンセン病問題に関する被害実態調査報告. <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/kenkou/hansen/kanren/4b.html>
- 大場 昇 (2007). やがて私の時代が来る—小笠原登伝—. 99-145, 東京：皓聖社.
- 小笠原登 (1939). 癩と體質. 醫事公論, 1392, 932-933.
- 大島青松園 (1960). 国立療養所大島青松園五十年誌. 香川県：大島青松園.
- 大島青松園 (2005). ハンセン病に関するハンドブック. 大島青松園 (内部資料).
- 大島療養所 (1935). 大島療養所二十五年史. 115, 香川県：大島療養所.
- 大谷藤郎 (1993). 現代のスティグマ. 18-19, 東京：勁草書房.
- 大谷藤郎, 斎藤 肇, 長尾榮治, 牧野正直, 村上國男 (1997). ハンセン病医学. 東京：東海大学出版会.
- Saikawa, K. (1981). The effect of rapid-socio-economic development on the frequency of leprosy in a population. *Lepros Rev*, 52(Suppl 1), 167-175.
- 坂田勝彦 (2012). ハンセン病者の生活史. 東京：青弓社.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1998) / 操 華子・森岡 崇 (1999). 質的研究の基礎—グラウンデッドセオリー開発の技法と手順. 東京：医学書院.
- 田村恵子 (2003). 対処. 見藤隆子 (編), 看護学事典. 430, 東京：日本看護協会出版会.
- 山本俊一 (1997). 増補日本らい史. 245-247, 東京：東京大学出版会.
- 全国ハンセン氏病患者協議会 (2002). 全患協運動史記録—ハンセン氏病患者のたたかひの記録 (復刻版). 東京：一光社.

〔平成26年5月8日受付〕
〔平成26年9月28日採用決定〕

「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の開発 — 実習指導者の役割遂行を支援する看護継続教育の実現に向けて —

Development of an Educational Needs Assessment Tool for Clinical Instructors:
To Offer Continuing Education Programs Supporting Role Performance of Clinical Instructors

中山 登志子 舟 島 なをみ
Toshiko Nakayama Naomi Funashima

キーワード：実習指導者，教育ニード，アセスメントツール，看護継続教育

Key Words：clinical instructors, educational needs, assessment tool, continuing education in nursing

緒 言

近年の医療の高度化や患者意識の高まりに伴い看護学実習中に学生が経験できる援助の範囲は縮小化しており、教員とともに教授活動の一端を担う実習指導者の役割は以前にも増して重要になっている（文部科学省，2007）。一方、実習指導者のなかには、「学生に適切に助言できない」「指導に自信がない」等の困難に直面しており（高橋・松本・池田・本谷，2010）、指導者としての役割を果たせていないと感じている者も少なからず存在する（九津見ら，2012）。これらは、実習指導者が学生の看護実践能力の修得に重要な役割を担っているにもかかわらず、その役割を十分に果たせないまま日々指導に携わっている現状を示す。

わが国の実習指導者の養成は、都道府県が主体になり開催する実習指導者講習会への受講を通して行われている。しかし、実習指導の役割を担う看護職者のすべてがこの講習会を受講しているとは限らず（石崎・池田，2007）、指導者として必要な学習機会を得られないままその役割を担わざるを得ない現状も存在する（宮尾・片山・岡崎，2006）。また、講習会を受講した後もなお、多くの指導者は困難に直面しながら指導を行っており（志田・袖山・望月，2011）、学習の機会を要望している（安永，2012）。このような状況に対して、実習指導者への継続教育の多くは、指導者が就業する施設の院内教育に委ねられており、院内教育の担当者は指導者を対象にした研修を試行錯誤しながら企画・運営している（石垣・藪越，2006）。これらは、実習指導者が自己の役割を適切に果たすために学習の必要性を感じながらも、その機会が十分に提供されていない状況を示す。また、実習指導者が自己の役割遂行に必要な学習を明瞭にし、それらを系統的に提供できる教育プロ

グラムが必要であることを示唆する。

以上を背景とする本研究は、実習指導者が自己の役割遂行に必要な教育ニードを測定できるアセスメントツールの開発を目指す。実習指導者の教育ニードとは、実習指導者の望ましい状態、すなわち指導者としての役割を適切に果たしている状態と現状の乖離であり、望ましい状態に近づくための教育の必要性である。院内教育担当者は、教育ニードアセスメントツールの活用を通して、実習指導者の望ましい状態から現在どの程度乖離しているのか、その乖離を小さくし指導者の望ましい状態、すなわち役割を適切に果たすために必要な教育を明確にできる。

国内外の文献を検討した結果、複数の研究（宮尾ら，2006；亀山・水戸，2005）が実習指導者の学習ニードを解明していたが、いずれも40名から100名程度の指導者を対象としており、研究結果を広く活用することに限界があった。そのため筆者らは、全国調査を通して実習指導者の学習ニードの全容を解明し（中山・舟島，2011a）、これを基盤に学習ニードアセスメントツールを開発した（中山・舟島，2014）。また、効果的な実習指導に向け教授能力（Hsu, Hsieh, Chiu, & Chen, 2014）や指導の質（Winstanley, 2000）を測定する尺度の存在は確認できたが、実習指導者の適切な役割遂行に向け、教育担当者が教育プログラム立案に活用できる尺度は開発されていないことを確認した。

そこで、教育ニードアセスメントツールの開発に向け、第1段階の研究として、実習指導者の望ましい状態を質的帰納的に解明した（中山・舟島，2012）。本研究は、第1段階の研究成果を基盤にアセスメントツールの開発を試みる。本研究が開発を目指すアセスメントツールは、病院や看護継続教育機関の教育担当者が、実習指導者固有の教育ニードを反映した教育プログラムを立案するために活用でき、このことは、実習指導者の適切な役割遂行を促進する

とともに、学生の看護実践能力の修得に貢献する。

I. 研究目的

実習指導者の教育ニードアセスメントツールを作成し、その信頼性・妥当性を検証する。

II. 用語の概念規定

A. 実習指導者 (clinical instructors)

実習指導者とは、医療機関に就業し、教員とともに看護基礎教育課程に在籍する学生の実習指導に携わる看護職者である。

B. 実習指導者の望ましい状態 (desirable situation of clinical instructors)

実習指導者の望ましい状態とは、実習指導者が「あのようになりたい」と共感し同一化を試みる自分以外の実習指導者の行動や態度であり、指導者としての役割を適切に果たしている状態を指す。この行動は、実習指導者としての活動のなかに存在し、指導者としての役割を果たすために必要な行動や態度の修得を促進する。

C. 実習指導者の教育ニード (educational needs of clinical instructors)

教育ニードとは、看護専門職者としての望ましい状態と現状の乖離であり、望ましい状態に近づくための教育の必要性である(舟島, 2007)。これを前提に、実習指導者の教育ニードとは、実習指導者の望ましい状態、すなわち指導者としての役割を適切に果たしている状態と現状の乖離であり、実習指導という役割を適切に果たすために必要な教育の必要性である。

III. 理論的枠組み

信頼性・妥当性を備えたアセスメントツールの開発に向けて、看護教育学における測定用具開発の方法論(舟島, 2009)、およびこれを適用して看護職者の教育ニードアセスメントツールを開発した先行研究(三浦・舟島, 2005; 中山・舟島, 2011b)を参考にし、理論的枠組みを構築した(図1)。

質的帰納的研究成果である実習指導者の望ましい状態を表す7側面(中山・舟島, 2012)は、現実に存在する実習指導者が示した行動に基づき導かれており、指導者個々の努力により実現可能である。7側面とは〈根拠に基づきわ

かりやすく指導する〉〈学生が意欲的に学習に取り組めるよう指導する〉〈学生個々の実習状況に応じて指導する〉〈学生と問題状況を確認し克服に向けて支援する〉〈学生を個人として尊重し指導する〉〈多忙であっても学生に丁寧に対応する〉〈円滑な実習に向け関係者と調整を図る〉である。これら7側面は、実習指導者としての役割を適切に果たしている状態を示しており、7側面を下位尺度とし質問項目を作成できる。

各質問項目が表す実習指導者の望ましい状態と現状の適合度を問う選択肢を用いて尺度化し、望ましい状態と現状の乖離の程度を測定することにより、実習指導者とその役割を適切に果たせる状態に近づくための教育の必要性、すなわち教育ニードを測定できる。専門家会議・パイロットスタディによる内容的妥当性の検討を通し、実習指導者の教育ニードアセスメントツールを作成できる。

作成したアセスメントツールを用いて1次調査を実施し、項目分析を通して適切な質問項目を選定できる。選定した質問項目を用いてアセスメントツールを構成し、Cronbach's α 信頼性係数(以下、 α 係数)の算出により内的整合性を検討できる。また、因子分析および既知グループ技法を用いて構成概念妥当性を検討できる。さらに、2次調査を実施し、再テスト法を用いてアセスメントツールの安定性を検討できる。

以上の過程を経て完成したアセスメントツールは信頼性・妥当性を確保しており、実習指導者の教育ニードの測定を可能にする。病院や看護継続教育機関の教育担当者は、このアセスメントツールを用いて実習指導者の教育ニードを測定し、教育ニードを反映した教育プログラムを立案・提供できる。このことは、実習指導者の適切な役割遂行を促進する。

IV. 研究方法

A. 実習指導者としての望ましい状態の解明

アセスメントツールの第1段階として、実習指導者の望ましい状態を解明するために質的帰納的研究(中山・舟島, 2012)を実施した。この研究の対象は、全国の病院に就業する実習指導者390名であった。「あのようになりたい」と思う実習指導者の存在の有無を問う選択回答式質問に続き、「その実習指導者は、どのような行動や態度で実習指導に携わっていましたか」を問う自由回答式質問からなる質問紙を用いて調査を実施した。収集したデータを質的帰納的に分析し、実習指導者の望ましい行動27側面と望ましい状態を表す7側面を明らかにした。

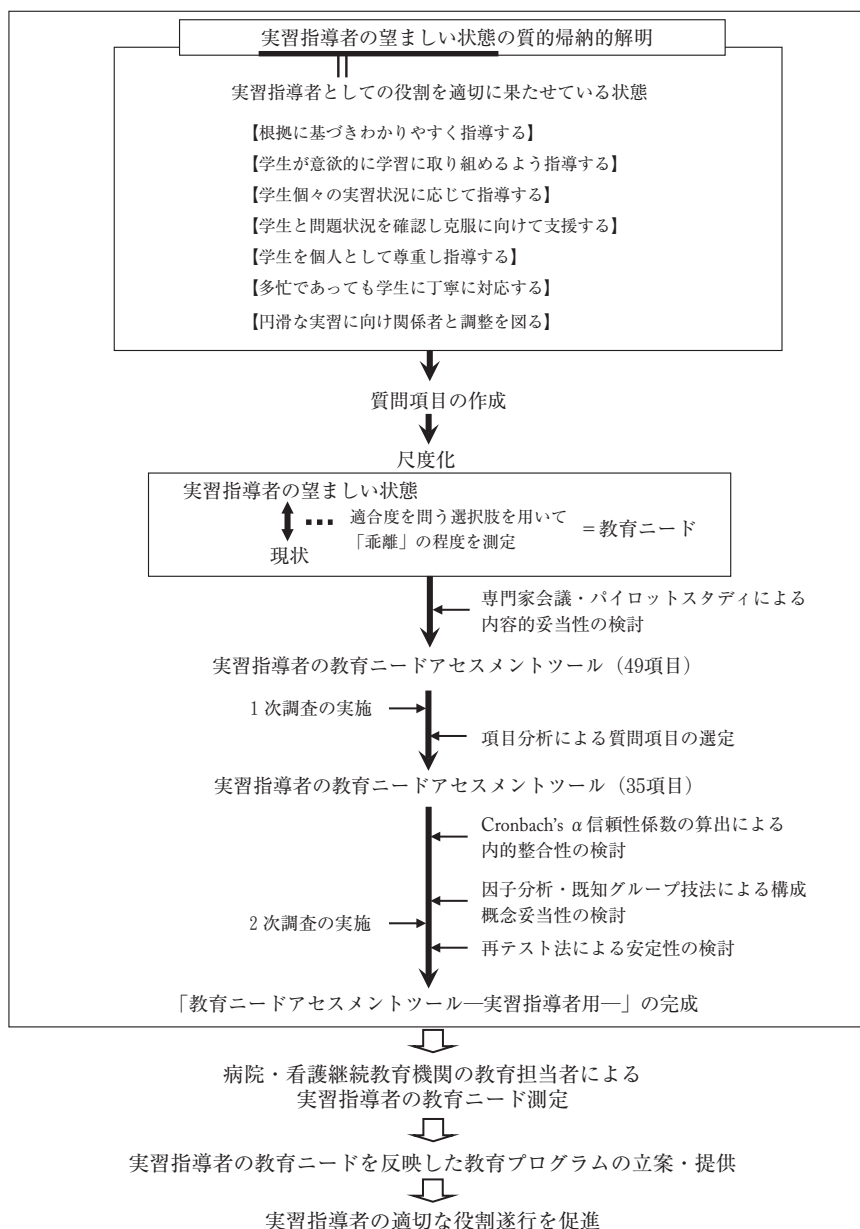


図1 「教育ニーズアセスメントツール—実習指導者用—」開発のための理論的枠組み

B. 質問項目の作成・尺度化とレイアウト

第1に、実習指導者の望ましい状態を表す7側面を下位尺度とし、各下位尺度が7質問項目から構成されるように合計49質問項目を作成した。その際、各質問項目が具体的かつ単一の内容を問い、回答者にとって理解しやすい表現になるよう留意した（石井・多尾，2002）。

第2に、各質問項目を4段階リカート法により尺度化した。本研究は、教育プログラムの立案に向け、病院や看護継続教育機関の教育担当者の意思決定に役立つ尺度の開発を目指す。そのため、実習指導者の教育ニーズの高さを明瞭に識別できる偶数の選択肢数4件法を採用した。選択肢には、実習指導者が、質問項目が表す望ましい状態と現在

の自分の状況の適合の程度を問う表現を用いる必要がある。そこで、現実の程度量表現用語（織田，1970）を用い、「非常にあてはまる（1点）」「かなりあてはまる（2点）」「ややあてはまる（3点）」「ほとんどあてはまらない（4点）」と設定した。アセスメントツールの総得点は、実習指導者の望ましい状態と現状の間の乖離の程度を表しており、総得点の高い実習指導者ほど望ましい状態から遠い、すなわち指導者としての役割を十分果たせておらず、望ましい状態に近づくための教育の必要性が高いことを示す。

第3に、7側面おのおのに対応する質問項目群をまとめて配置し、7下位尺度を構成した。これは、病院や看護継続教育機関の教育担当者が、各下位尺度の得点により実習指導者の教育を要する側面を特定しやすくするためであ

る。7下位尺度の順序性、質問項目の理解のしやすさ、内容の順序性、複雑さに配慮し、35質問項目を配置した。

C. 内容的妥当性および表面妥当性の検討

前項の過程を経て作成した各質問項目の内容の妥当性、表現の適切性を検討するために専門家会議を開催した。本研究は、病院に就業し実習指導という役割を担うあらゆる看護職者が活用可能な尺度の開発を目指す。そこで、現在、指導者としての役割を担い、かつ多様な背景をもつ実習指導者3名を専門家として招いた。3名は、3病院の異なる診療科の病棟の実習指導者であり、指導者としての経験年数は1年から7年、看護師経験年数は5年から10年の範囲であった。また、職位は2名が主任、1名副看護師長であり、3名のうち2名が実習指導者講習会を受講していた。これら3名は、大学および専門学校基礎・成人・老年看護学実習および統合実習の指導を経験していた。会議の結果をもとに、実習指導者の現状に即した内容にするため、一部の質問項目の表現を変更した。また、対象者が実習指導者として日常的に果たしている役割が質問項目によりすべて網羅されていることを確認した。

専門家会議を経て修正したアセスメントツールを用いて、便宜的に抽出した4病院に就業する実習指導者50名を対象にパイロットスタディを実施した。パイロットスタディの対象とした施設および対象者の条件について、現在、看護学実習を受け入れている病院、実習指導の役割を担う看護職者以外に特に指定しなかった。22名(回収率44.0%)から返送があり、このうち20名が全質問項目に回答、2名が2質問項目に無回答であった。無回答の2質問項目のうち1項目は、一部の实習指導者には該当しない項目であることが判明したため、すべての指導者が回答できる内容に変更した。残る1項目は、無回答の原因が内容の曖昧さや不明瞭によるものではないと判断し修正しなかった。回答には4段階すべての選択肢が用いられており、選択肢が適切に設定され、かつ識別力をもつことを確認した。

D. 調査

1. 1次調査

項目分析による質問項目の選定、選定した質問項目により構成した尺度の信頼性、妥当性の検証を目的に郵送法による調査を実施した。

a. データ収集方法

測定用具には、作成した教育ニードアセスメントツールと特性調査紙を用いた。特性調査紙は、年齢、職位、看護師経験年数、実習指導者としての経験年数、病院の所在地等の個人特性と既知グループ技法に用いた2変数を問う質問により構成した。2変数とは「看護実践能力の程度」と

「実習指導者としての役割遂行に対する自信の程度」であり、いずれも5段階の選択回答式質問を用いた。特性調査紙の内容的妥当性は、専門家会議とパイロットスタディを通して確保した。

全国の病院名簿より無作為に抽出した299施設の看護管理責任者に、往復葉書を用いて研究協力を依頼した。また、承諾を得た143施設の実習指導者1,309名に看護管理責任者を通して、研究協力依頼状、質問紙、返信用封筒を配布した。回収には、対象者が個別に投函する方法を用いた。調査期間は2012年7月6日から8月6日であった。

b. 分析方法

統計解析プログラム『SPSS 13.0』を用い、次の分析を行った。

(1) 質問項目の選定

①質問項目おのおの反応分布の確認、②各質問項目を除外した場合の α 係数の変化の検討、③I-T(項目-全体)相関分析、④項目間相関係数の算出、⑤因子分析を実施した。

(2) 信頼性および妥当性の検討

本研究は、尺度の内的整合性の検討に向け α 係数を算出した。また、尺度の構成概念妥当性の検討に向け、因子分析および既知グループ技法を次のとおり実施した。

本研究は、実習指導者の望ましい状態を表す7側面を構成概念の下位概念に位置づけ、これを下位尺度として質問項目を作成し、35項目からなるアセスメントツールの開発を目指す。このように構成概念がいくつかの側面からなることを想定している尺度の場合、因子分析の結果、得られた因子構造と想定していた側面の照合を通して構成概念妥当性を検討できる(菅原, 1996, p.648)。そこで、本研究は、主因子法による因子分析(プロマックス回転)を用い、尺度の構成概念を検討した。

また、既知グループ技法は、既知の特性や理論をもとに差が出ることが予測されるグループに対し、その測定用具により区別できる程度を分析する方法(Polit & Beck, 2012, p.732)である。本研究は、看護学実習中の教授活動に関する先行研究(定廣ら, 2002, Nakayama, Kameoka, Funashima, & Sugimori, 2006)の結果に基づき、次の2仮説を設定し検証した。

仮説1は、「看護実践能力の高い実習指導者は、それが低い指導者よりも教育の必要性が低い」である。「看護実践能力の程度」を問う5段階の選択回答式質問への回答を「非常に高い・わりに高い」「ふつう」「やや低い・低い」の3群に分類し、一元配置分散分析とTukey法による多重比較を行った。仮説2は、「実習指導者としての役割遂行に対して自信のある指導者は、自信のない指導者よりも教育の必要性が低い」である。「実習指導者としての役割遂

行に対する自信の程度」を問う5段階の選択回答式質問への回答を「非常に自信がある・わりに自信がある」「どちらともいえない」「あまり自信がない・全く自信がない」の3群に分類し、一元配置分散分析とTukey法による多重比較を行った。

2. 2次調査

尺度の安定性の検討を目的に再テスト法を実施した。再テスト法は、同一尺度による測定を同一対象に一定期間をおき繰り返し実施し、1回目の得点と2回目の得点の相関係数を求める方法（塩見・千原・岸本, 1991）であり、1回目と2回目の間に対象者の特性が変化していないこと、結果に記憶の影響がないことが前提となる（村上, 2008）。本研究は、2回の測定時に対象者の状況に変化がないことを確認するとともに、記憶の影響を受けにくくするための期間を考慮し、第1回調査と第2回調査の期間を1か月に設定した。

a. データ収集方法

便宜的に抽出した5病院に就業する実習指導者144名を対象に研究協力を依頼し、質問紙、返信用封筒を郵送した。回収には1次調査と同様の方法を用いた。調査期間は、第1回が2012年7月6日から8月6日、第2回が2012年9月5日から10月5日であった。2度の調査への回答者が同一人物であることを確認するため、第1回、第2回調査時にアルファベットと数字の組み合わせによる合計4字の記入を対象者に依頼するとともに、第1回調査の際に記入した4字を書き留めておく保管用の用紙を同封した。また、第1回調査実施後から第2回調査までに、看護単位の異動や役割の変化等、教育ニードに影響を及ぼすような変化があった場合は、それを記載するよう依頼した。

b. 分析方法

2度の調査にわたり、教育ニードアセスメントツールの全質問項目に回答のあったデータを分析対象とし、総得点および各下位尺度に関しPearsonの積率相関係数の算出と検定を行った。有意水準は1%とした。

E. 倫理的配慮

病院の看護管理責任者と実習指導者個々に往復葉書、依頼文を通し、研究目的、調査内容、倫理的配慮について説明し、組織および個人の自己決定の権利を保障した。また、調査に関する問い合わせ先を明記し、対象者の情報を得る権利を保障した。無記名、個別投函による質問紙の回収、コード化等によるデータ分析を通して、対象者の匿名性と任意による参加を保証した。なお、本研究における倫理的配慮は、平成23年10月5日、千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得た。

V. 結果

1次調査の際に送付した質問紙1,309部のうち、返送された質問紙は753部（回収率57.5%）であった。このうち、教育ニードアセスメントツールの全質問項目に回答のあった726部を分析対象とした。

A. 1次調査の対象者の特性

1次調査の対象となった実習指導者の年齢は平均37.7歳（SD = 7.3）、看護師経験年数は平均15.1年（SD = 6.9）、実習指導者としての経験年数は平均4.8年（SD = 4.7）であった。また、職位は看護師長20名（2.8%）、副看護師長・主任223名（30.7%）、スタッフ看護師483名（66.5%）であった。その他、実習指導者講習会受講状況、対象者が就業する病院の所在地、設置主体、規模は多様であった（表1）。

B. 項目分析による質問項目の選定

1. 各質問項目を除外した場合の α 係数の変化の検討

49質問項目が構成する尺度全体の α 係数は.956であり、各質問項目を除外した場合の α 係数は.955～.956であった。各質問項目を除外した場合の値が尺度全体の値を上まわり、尺度の内的整合性を脅かす質問項目は存在しなかった。

2. I-T（項目-全体）相関分析

尺度の総得点と各質問項目の得点の相関係数は.425～.695であり、相関係数が.4（菅原, 1996, p.642）以下となるような、尺度の一貫性を損なう質問項目は存在しなかった。

3. 項目間相関係数の算出

49質問項目について、相互の相関係数を算出した結果.083～.798であった。相関係数の高さは2つの質問項目が類似した内容を測定している可能性を示す（河口, 1997）が、尺度の項目間相関として高すぎるという基準値は存在しない。そこで、便宜的に相関係数.7を基準に検討した結果、質問項目の組み合わせ2組から算出された相関係数がこれに該当した。そこで、これら2組について質問項目相互の内容を照合し、いずれか一方、合計2質問項目を削除した。

4. 因子分析

質問項目の選定に向け、複数の次元を想定した尺度の場合、因子分析の回転後の因子パターンを検討することを通して、仮説どおりの構造か否かを検討できるとともに、関連しない項目を削除することにより尺度を理論的な構造に近づけることができる（菅原, 1996, p.643）。先述したとおり、本研究は7下位尺度を想定した尺度の開発を目指しており、適切な質問項目の選定に向け主因子法による因子

表1 対象者の特性

(n = 726)

項目	結果		
年齢	平均 37.7歳 (SD = 7.3)		
看護師経験年数	平均 15.1年 (SD = 6.9)		
実習指導者としての経験年数	平均 4.8年 (SD = 4.7)		
職位	看護師長	20名	(2.8%)
	副看護師長／主任	223名	(30.7%)
	スタッフ看護師 (副主任等を含む)	483名	(66.5%)
実習指導者講習会 受講状況 (複数回答)	実習指導者講習会 (8週間)	276名	(38.0%)
	院内教育としての研修	229名	(31.5%)
	看護協会主催の研修	159名	(21.9%)
	民間企業主催の研修	20名	(2.8%)
	その他・不明	17名	(2.4%)
	受講なし	162名	(22.3%)
病院の所在地	北海道	50名	(6.9%)
	東北	22名	(3.0%)
	関東・甲信越	226名	(31.1%)
	東海・北陸	168名	(23.1%)
	近畿	117名	(16.1%)
	中国・四国	72名	(9.9%)
	九州・沖縄	71名	(9.8%)
病院の設置主体	国・独立行政法人	103名	(14.2%)
	都道府県	109名	(15.0%)
	市町村	152名	(20.9%)
	国立大学法人・公立大学法人・大学法人	22名	(3.0%)
	日赤・JA厚生連・北海道社会事業協会・済生会	79名	(10.9%)
	厚生団・船員保険会・国保組合・共済組合・健康保険組合・ 全国社会保険協会連合会	76名	(10.5%)
	医療法人	105名	(14.5%)
	その他の法人・会社	53名	(7.3%)
	個人	3名	(0.4%)
	その他・不明	24名	(3.3%)
病院の規模	200床未満	34名	(4.6%)
	200～399床	312名	(42.9%)
	400～599床	214名	(29.4%)
	600～799床	102名	(14.1%)
	800～999床	36名	(5.0%)
	1,000床以上	12名	(1.7%)
	不明	16名	(2.2%)

分析 (プロマックス回転) を行い、固有値 1 以上の因子を抽出した。累積寄与率は 52.0% であった。下位尺度について、因子負荷量 .3 (Polit & Beck, 2004, p.529) 以上を基準に用い、おのおのを構成する質問項目と因子の対応関係に着目した。その結果、各下位尺度を構成する質問項目のうち、当該下位尺度が対応関係をもつ因子に .3 以上の因子負荷量を示さなかった 6 項目に対して想定した尺度の構造と異なると判断し、これらを削除した。

以上、合計 8 項目を削除し、残る 41 質問項目の中から、各下位尺度を構成するより適切な項目を 5 ずつ選定するために、各項目の因子負荷量に着目するとともに質問項目の

内容も加味し、適切な質問項目 35 を選定した。

C. 教育ニードアセスメントツールの得点状況

1. 総得点の分布

実習指導者 726 名が獲得した「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の総得点は 35～123 点の範囲にあり、平均 83.5 点 (SD = 14.5) であった。Kolmogorov-Smirnov の検定結果は、総得点分布が正規分布であることを示した ($z = 1.00$, $p = .27$)。

表2 「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の因子分析結果（プロマックス回転後の因子パターン）

(n = 726)

下位尺度および質問項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	第7因子	
V. 学生を個人として尊重し指導する								
21. 学生の意見を真剣に聴いている	.778	.000	-.005	.014	.015	-.048	.031	
23. うなずくなどして話を聴いていることを伝えている	.758	.011	-.032	-.009	.021	-.090	.122	
22. 学生がなぜそう考えたのか、その理由を確認している	.606	.077	.079	.018	.060	.039	-.063	
25. どの学生にも平等に対応している	.552	-.092	-.014	.014	-.086	.118	.056	
24. 「学生さん」ではなく名前を呼んでいる	.430	.212	-.135	.112	-.111	.053	-.033	
III. 学生個々の実習状況に応じて指導する								
14. 学生の特徴を見極めそれに合わせた指導をしている	.071	.826	.004	.000	-.045	.003	-.019	
12. 学生の行動を注意深く観察し些細な変化に気づいている	.011	.716	.044	-.038	-.064	.096	.002	
11. 学生の良いところや不足部分を把握している	.089	.697	-.005	-.052	.086	.028	-.111	
15. 学生個々の学習課題に基づき指導している	-.033	.633	.054	.024	.087	-.023	.032	
13. 目標達成状況に応じて指導の優先順位を決定している	-.069	.607	.046	.050	.081	-.075	.098	
I. 根拠に基づきわかりやすく指導する								
2. 豊富な知識に基づき助言している	-.096	.040	.787	.034	-.110	.041	-.057	
1. 要点をおさえて助言している	-.078	.020	.736	.022	-.028	.012	-.008	
3. 具体例を示しながら説明している	-.016	-.010	.681	-.015	-.031	-.067	.148	
4. 看護に対する自己の考え方も根拠に指導している	.135	.007	.439	-.068	.051	-.009	.014	
5. 学生が計画を修正できるよう具体的に助言している	-.018	.034	.396	.099	.209	.009	-.028	
VII. 円滑な実習に向け関係者と調整を図る								
32. スタッフ間で実習目標を共有できる工夫をしている	-.104	.075	-.046	.779	-.214	-.049	.193	
35. 問題の再発防止に向けて看護師長や教員と対策を検討している	.060	-.171	.115	.603	.157	-.031	-.060	
33. 問題解決に向けて学生と関係者で話し合っている	.059	.023	-.080	.572	.166	.025	-.038	
34. 教員と指導計画を調整し役割分担している	.084	.021	-.001	.553	.146	.027	-.203	
31. 学生が立案した計画を実施できるようスタッフに働きかけている	.116	.006	.084	.518	-.138	.035	.020	
IV. 学生と問題状況を確認し克服に向けて支援する								
17. 問題解決のための方法を学生と共に考え提案している	.083	.027	-.011	.013	.759	-.010	-.075	
19. 学生が自己評価できる機会をつくっている	-.117	.022	-.076	-.042	.745	.047	.072	
18. 学生が学習の方向性を見出せるように助言している	.022	.075	.064	-.058	.669	.005	.065	
16. 達成・未達成の目標を学生と共有している	-.118	.088	-.080	.112	.561	.002	.196	
20. 学生と共に看護を実践しながら模範を示している	.211	.004	.203	.008	.325	.010	-.031	
VI. 多忙であっても学生に丁寧に対応する								
30. 時間を惜しむことなく学生からの相談に応じている	-.009	.018	-.111	.032	.086	.768	-.001	
29. 学生が理解できるまで根気強く説明している	.025	.106	.067	-.042	.031	.737	-.131	
28. 学生からの質問に確実に答えている	.136	-.045	.256	-.048	-.035	.542	-.013	
27. 学生の発言を遮ることなく最後まで聴いている	.346	-.083	-.064	-.013	-.067	.491	.134	
26. 忙しくても時間をやりくりして学生の話に耳を傾けている	.244	-.022	-.098	.065	-.035	.480	.138	
II. 学生が意欲的に学習に取り組めるよう指導する								
7. 問題を指摘するだけでなく学生のできたところを伝えている	.218	-.037	.023	-.070	.071	-.024	.631	
8. 良いところはほめ悪いところは指摘している	.159	.091	-.025	-.028	.043	-.098	.612	
9. 学習意欲が高まるような言葉かけやコメントの記入をしている	.027	-.089	.102	.051	.015	.045	.601	
10. 自己学習に活用できる資源を提供している	-.291	.129	.034	.055	.169	.189	.313	
6. 学生自身が考えられるよう必要な情報を提供している	.086	.113	.341	.014	-.011	-.028	.272	
因子相関行列	第1因子	—	.420	.458	.438	.489	.635	.519
	第2因子		—	.625	.546	.723	.498	.555
	第3因子			—	.405	.627	.432	.577
	第4因子				—	.582	.504	.448
	第5因子					—	.486	.545
	第6因子						—	.455
	第7因子							—

[注] 因子抽出法：主因子法、回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法
 因子負荷量 .3以上であり、かつ当該項目において最も高い因子負荷量を網掛けで示した。

2. 各質問項目の得点分布

35質問項目の項目平均得点は1.74~2.96点の範囲であり、平均は2.38点 (SD = .41)、標準偏差は .63~ .92の範囲であった。

各質問項目について、選択肢1から4の回答者数とその全対象者に占める割合を算出した。その結果、すべての質問項目が選択肢1から4を用いて回答されていた。また、最も多くの対象者が同一の選択肢を回答した質問項目は、選択肢3に431名 (59.4%) が回答した項目2であった。

これらの結果に基づき、特定の選択肢に著しく回答が集中する弁別力の低い質問項目 (菅原, 1996, p.641) は存在せず、全質問項目が個人差を弁別できていると判断した。

D. 「教育ニーズアセスメントツール—実習指導者用—」の信頼性

1. 内的整合性

実習指導者726名から得た回答を用い、「教育ニーズアセスメントツール—実習指導者用—」の α 係数を算出した結果 .937であった。また、各下位尺度の α 係数は .765~ .858の範囲であった。

2. 安定性

「教育ニーズアセスメントツール—実習指導者用—」の安定性の検討を目的に2次調査を実施した。その結果、第1回調査は72名 (回収率50.0%) から回答を得た。また、第2回調査への回答者は50名 (回収率34.7%) であり、50名全員に第1回調査以降、教育ニーズに影響を及ぼすような変化が生じていないことを確認した。そこで、2度の調

査ともに全質問項目に回答した29名のデータを有効回答とし、分析した。その結果、第1回調査と第2回調査のアセスメントツール総得点のPearsonの積率相関係数は .769 ($p < .001$) であった。

E. 「教育ニーズアセスメントツール—実習指導者用—」の妥当性

1. 構成概念妥当性

主因子法による因子分析 (プロマックス回転) を行い、固有値1以上の因子を抽出した。その結果、7因子が抽出された。これら7因子の因子間相関係数は、.405~ .723の範囲であった (表2)。また、質問項目が因子負荷量 .3以上を示した因子を下位尺度別に検討した。その結果は、次のとおりであった。

全7下位尺度のうち、6下位尺度のおのおのを構成する5質問項目は、同一の因子に .3以上の因子負荷量を示し、しかもそれが他の因子に示す因子負荷量に比べ最も高い値であることを示した。これら6下位尺度と対応する因子を以下に示す。下位尺度Iは第3因子に、下位尺度Ⅲは第2因子に、下位尺度IVは第5因子に、下位尺度Vは第1因子に、下位尺度VIは第6因子に、下位尺度Ⅶは第4因子におのおの対応していた。

また、下位尺度IIを構成する5質問項目のうち4項目は、第7因子に .3以上の最も高い因子負荷量を示した。残る1質問項目は、第3因子に最も高い因子負荷量を示し、第7因子への因子負荷量は .272であった。

次に、既知グループ技法による構成概念妥当性の検討に向け、「看護実践能力の程度」とアセスメントツール総得

表3 看護実践能力の程度と教育ニーズアセスメントツール総得点

(n = 726)

看護実践能力の程度	n (%)	平均	標準偏差
1. 非常に高い・わりに高い	136 (18.7)	76.5	14.8
2. ふつう	535 (73.7)	84.7	13.9
3. やや低い・低い	55 (7.6)	88.6	13.6

一元配置分散分析 級間 df = 2 $F = 22.35, p < .001$
 級内 df = 723
 多重比較: Tukey HSD, ***: $p < .001$

表4 実習指導者としての役割遂行に対する自信の程度と教育ニーズアセスメントツール総得点

(n = 726)

役割遂行に対する自信の程度	n (%)	平均	標準偏差
1. 非常に・わりに自信がある	169 (23.3)	74.2	13.2
2. どちらともいえない	331 (45.6)	83.3	13.8
3. あまり・全く自信がない	226 (31.1)	90.6	12.2

一元配置分散分析 級間 df = 2 $F = 74.77, p < .001$
 級内 df = 723
 多重比較: Tukey HSD, ***: $p < .001$

点の関係を検討した。一元配置分散分析の結果、「看護実践能力の程度」別のアセスメントツール総得点に有意差を認めた ($F = 22.35, p < .001$)。また、Tukey HSD検定を用いた多重比較の結果、看護実践能力の「非常に高い・わりに高い」者が、「やや低い・低い」者よりもアセスメントツール総得点が低かった(表3)。次に、「実習指導者としての役割遂行に対する自信の程度」とアセスメントツール総得点について一元配置分散分析を行った。その結果、「役割遂行に対する自信の程度」別のアセスメントツール総得点に有意差を認めた ($F = 74.77, p < .001$)。また、Tukey HSD検定を用いた多重比較の結果、実習指導者に対して「非常・わりに自信がある」者が、「あまり・全く自信がない」者よりもアセスメントツール総得点が低かった(表4)。

VI. 考 察

A. データの適切性

本研究の結果は、「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」総得点の分布が正規分布に従っていることを示した。これは、対象者の総得点が平均値を中心に低得点から高得点の全範囲にわたっていることを意味し、本研究のデータがアセスメントツールの信頼性および妥当性の検証に用いることのできる偏りのないデータであることを示す。

B. 「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の信頼性および妥当性

1. 信頼性

a. 内的整合性

一般に、測定用具の内的整合性を判定する基準には α 係数.7 (Polit & Beck, 2012, p.334)を用いる。「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の α 係数は.937であり、各下位尺度のそれは.765～.858の範囲であった。これは、アセスメントツールが尺度全体、各下位尺度ともに内的整合性による信頼性を確保していることを示す。

b. 安定性

安定性に関する判定は、同一対象に対する2回の測定結果の相関係数を信頼性係数とし、一般に係数值.7 (Polit & Beck, 2004, p.418)を基準とする場合が多い。第1回調査と第2回調査のアセスメントツール総得点のPearsonの積率相関係数は.769 ($p < .001$)であり、この結果は、アセスメントツールが安定性による信頼性を確保していることを示す。

2. 妥当性

a. 内容的妥当性および表面妥当性

「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」は、実習指導者としての望ましい状態を表す7側面を質的帰納的に解明し、これに基づき質問項目を作成した。また、多様な背景をもつ実習指導者を対象とした専門家会議を通して、質問項目が指導者としての役割をすべて反映しており、かつ現状に即した内容であることを確認した。さらに、パイロットスタディを行い、対象となったすべての実習指導者が全質問項目に回答可能であることを確認した。このような手続きを経て開発されたアセスメントツールは、尺度の構成概念を測定するための質問項目が十分であるか否かを表す内容的妥当性 (菅原, 1996, p.644) および、尺度が適切な構成概念を表面的に測定しているように見えるか否かを表す表面妥当性 (Polit & Beck, 2012, p.458) をおのおの確保している。

b. 構成概念妥当性

構成概念妥当性の検討は、測定していると仮定した構成概念を尺度が実際に測定しているのか判定すること (Burns & Grove, 2005) を指す。因子分析の結果は、7下位尺度のうち下位尺度Ⅱを除く6下位尺度について、おのおのを構成する全質問項目が同一因子に.3以上の因子負荷量を示し、しかもそれが他の因子に示す因子負荷量に比べ最も高い値であることを明らかにした。

また、下位尺度Ⅱ【学生が意欲的に学習に取り組めるよう指導する】は、これを構成する5質問項目のうち4項目が第7因子に.3以上の最も高い因子負荷量を示した。残る1項目「6. 学生自身が考えられるよう必要な情報を提供している」は、第3因子に.341と最も高い因子負荷量を示し、他の4項目と同様の第7因子には.272と2番目に高い因子負荷量を示した。これは、質問項目6が第3因子に対応していることを意味する。そのため、質問項目6の表現を継続的に検討し、アセスメントツールの因子構造を確認していくことは今後の課題である。

また、既知グループ技法の結果は、「看護実践能力の程度」「実習指導者としての役割遂行に対する自信の程度」別のアセスメントツール総得点に有意差があり、看護実践能力の高い者ほど、また指導者としての役割遂行に自信のある者ほど、アセスメントツール総得点が低いことを示した。これらは、仮説1「看護実践能力の高い実習指導者は、それが低い指導者よりも教育の必要性が低い」および仮説2「実習指導者としての役割遂行に対して自信のある指導者は、自信のない指導者よりも教育の必要性が低い」が支持され、アセスメントツールが既知の特性に基づき差が出ることが予測されるグループを区別できることを示す。

以上より、「教育ニードアセスメントツール—実習指導

者用—」は、構成概念妥当性をおおむね確保していると判断した。

C. 「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の独自性および意義

看護学実習の効果的な指導は、わが国のみならず世界各国に共通する課題であり、1970年代より米国において、実習中の教授活動の評価に活用可能な尺度 (Brown & Hayes, 1979) が開発され始めた。この尺度を含み、これまでに開発された尺度 (Zimmerman & Westfall, 1988; Reeve, 1994) の多くは、文献を中心に効果的な教授行動を演繹的に抽出し、それらの行動を主に学生が評価するために開発された。また、実習指導にかかわる教授者を clinical teacher, clinical instructor, clinical faculty 等の用語を用いて表現しており、教育機関に在籍する看護学教員と実習施設である病院に就業する実習指導者を区別していなかった。本研究が開発した教育ニードアセスメントツールは、病院に就業する実習指導者を対象とした教育プログラムの立案を目的としており、本尺度の独自性は、指導者の役割に着眼し、適切な役割遂行に必要な指導者固有の教育ニードを測定するという機能を備えた点にある。また、尺度の基盤となる質問項目は、現実に存在する実習指導者が示した行動に基づき導かれており、このような質問項目からなる尺度は現実適合性が高く、指導者にとっても自己の役割遂行状況を客観的に評価し、必要な学習を明確にすることに役立つ。

次に、本尺度開発の意義である実習指導者の教育ニードを反映した教育プログラムの立案に向け、「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の活用可能性について考察する。

たとえばA病院は、各病棟に実習指導者を3名ずつ配置しており、これら実習指導者への教育の必要性を漠然と感じながらも、これまで指導者を対象にした研修を行ってこ

なかつた。教育担当者は、自施設の実習指導者を対象にアセスメントツールを用いて調査を行い、その結果を教育プログラムの立案に次のように活用できる。調査の結果、下位尺度V【学生を個人として尊重し指導する】の得点が低かった場合、A病院の実習指導者は、学生1人1人を尊重し誠実に対応できており、これは下位尺度Vの側面に関する教育の必要性が低いことを示す。一方、下位尺度III【学生個々の実習状況に応じて指導する】の得点が高かった場合、A病院の実習指導者は、学生の理解状況や知識・技術の修得状況など学生の個別の状況にあわせて指導することが困難であると感じており、このことは下位尺度IIIの側面に関する教育の必要性が高いことを示す。教育担当者は、アセスメントができない学生や意欲の乏しい学生など、個別の問題をもつ学生への対応方法についてグループ討議を通して改善策を検討するといった研修を企画することにより、A病院の実習指導者の教育ニードを反映した教育プログラムを提供できる。

VII. 結 論

1. 「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」は、7下位尺度35質問項目から構成され、内的整合性および安定性による信頼性を確保しているとともに、構成概念妥当性をおおむね確保している。
2. 病院や看護継続教育機関の教育担当者は、「教育ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の活用を通して実習指導者の教育ニードを測定でき、現状に適合し、かつ実習指導者の適切な役割遂行を促進する教育プログラムを立案できる。

本研究は、日本学術振興会科学研究費補助金 (基盤研究 (C) 課題番号22592362) の助成を受け実施した。

要 旨

研究目的は、実習指導者の教育ニードアセスメントツールを開発することである。質的帰納的研究成果である実習指導者の望ましい状態7側面を下位尺度とし、これに基づき質問項目の作成・尺度化とレイアウトを行い、内容的妥当性の検討を経て7下位尺度49質問項目からなる尺度を作成した。この尺度を用いて実習指導者1,309名を対象に調査を実施した。

質問紙回収数は753 (回収率57.5%)、有効回答726を分析した。項目分析の結果に基づき35項目を選定した。Cronbach's α 信頼性係数は .937、再テスト法における相関係数は .769 ($p < .001$) であった。また、因子分析の結果7因子が抽出され、これら7因子は質問項目の基盤とした7側面におおむね対応していた。さらに、既知グループ技法の結果は、「看護実践能力の程度」「実習指導に対する自信の程度」別の尺度総得点に有意差を認めた。これらは、開発した教育ニードアセスメントツールが信頼性・妥当性をおおむね確保していることを示す。

Abstract

The purpose of this study was to develop an Educational Needs Assessment Tool for Clinical Instructors, which had well-established reliability and validity. Forty-nine items for the total were created, based on 7 aspects. These aspects were identified through qualitative and inductive research findings that indicated clinical instructors' desirable behavior as perceived by other clinical instructors. The 49 items were grouped into 7 subscales corresponding to the 7 aspects. Content validity of the assessment tool was established by a panel of experts and a pilot study. The instrument packets, including the assessment tool and a demographic questionnaire, were distributed to a total of 1,309 clinical instructors who worked at hospitals all over Japan.

Seven hundred and fifty three (57.5%) clinical instructors responded, of which 726 valid responses were analyzed. Item analyses were conducted, and the original 49 items were reduced to 35 items. Cronbach's alpha, a reliability coefficient of the assessment tool was .937. Test-retest reliability was .769 ($p < .001$). These results suggested that the assessment tool has high internal consistency and stability. The results of a factor analysis and a known-group method showed that the construct validity of the assessment tool was generally ascertained.

文 献

- Brown, D.L. and Hayes, E.R. (1979). Evaluation Tools: Student's Assessment of Faculty. *Nurs Outlook*, 27 (12), 778-781.
- Burns, N. and Grove, S.K. (2004). *The Practice of Nursing Research: Conduct, Critique and Utilization*. 5th ed., 217, Saunders.
- 舟島なをみ (2007). 院内教育プログラムの立案・実施・評価—「日本型看護職者キャリア・ディベロップメント支援システム」の活用—. 40, 東京: 医学書院.
- 舟島なをみ (2009). 看護実践・教育のための測定用具ファイル—開発過程から活用の実際まで— (第2版). 東京: 医学書院.
- Hsu, L., Hsieh, S., Chiu, H., and Chen, Y. (2014). Clinical Teaching Competence Inventory for Nursing Preceptors: Instrument Development and Testing, *Contemp Nurse*, 46(2), 214-224.
- 石垣富士子, 藪越直美 (2006). 臨地実習指導者の教育対策を考える. 公立能登総合病院医療雑誌, 17, 13-15.
- 石井京子, 多尾清子 (2002). ナースのための質問紙調査とデータ分析 (第2版). 41, 東京: 医学書院.
- 石崎邦代, 池田正子 (2007). 臨地実習における実習指導者の困難とその支援—実習指導者へのアンケート調査より—. 第38回日本看護学会抄録集 (看護教育), 149.
- 亀山直子, 水戸美津子 (2005). 臨地実習指導者の教育活動と学習ニーズ—2003年度東京都実習指導者研修受講者を対象とした調査—. 山梨県立看護大学紀要, 7, 31-41.
- 河口てる子 (1997). 看護調査研究の実際—尺度の信頼性検討—. 看護研究, 30(6), 533.
- 九津見雅美, 富澤理恵, 新井祐恵, 金田みどり, 門 一歳, 福岡富子 (2012). A病院でのB大学看護学臨地実習における実習指導役割実施状況に関する調査—実習指導者・看護学教員の自己評価と看護学生の満足度から—. 千里金襴大学紀要, 9, 119-127.
- 三浦弘恵, 舟島なをみ (2005). 教育ニードアセスメントツール—臨床看護師用—の開発. 千葉看護学会会誌, 11(1), 25-30.
- 宮尾梨絵, 片山由加里, 岡崎美智子 (2006). 臨地実習指導者講習会に参加した臨床看護師の学習ニーズ, 日本看護学教育学会誌, 16, 93.
- 文部科学省 (2007). 指定規則改正への対応を通して追究する大学・短期大学における看護学教育の発展. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/031/toushin/07091402.htm
- 村上宣寛 (2008). 心理尺度のつくり方. 35, 京都: 北大路書房.
- Nakayama, T., Kameoka, T., Funashima, N., and Sugimori, M. (2006): Relationships Between Personal Attributes and Quality of Clinical Teaching Behaviors of Nursing Faculty in Diploma Programs in Japan, 17th International Nursing Research Congress, Sigma Theta Tau International.
- 中山登志子, 舟島なをみ (2011a). 実習指導者の学習ニードに関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 34(3), 253.
- 中山登志子, 舟島なをみ (2011b). 「教育ニードアセスメントツール—助産師用—」の開発. 看護教育学研究, 20(1), 8-18.
- 中山登志子, 舟島なをみ (2012). 実習指導者のロールモデル行動. 第43回日本看護学会抄録集 (看護総合), 222.
- 中山登志子, 舟島なをみ (2014). 「学習ニードアセスメントツール—実習指導者用—」の開発—実習指導者の学習ニードを反映した看護継続教育の提供—. 日本看護管理学会誌, 18(1), 17-26.
- 織田揮準 (1970). 日本語の程度量表現用語に関する研究. 教育心理学研究, 18(3), 166-176.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004). *Nursing Research; Principles and Methods*. 7th ed., 418, 529, Lippincott Williams & Wilkins.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2012). *Nursing Research; Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th ed., 334, 458, 732, Lippincott Williams & Wilkins.
- Reeve, M. M. (1994). Development of an Instrument to Measure Effectiveness of Clinical Instructors. *J Nurs Educ*, 33(1), 15-20.
- 定廣和香子, 舟島なをみ, 廣田登志子, 亀岡智美, 松田安弘, 横山京子 (2002). 看護学実習における教授活動に関する研究—教授活動の質と教員特性の関係—. 第22回日本看護科学学会学術集会講演集, 201.
- 志田久美子, 袖山悦子, 望月紀子 (2011). 実習指導者が指導者として役割を遂行していく過程とその影響要因. 新潟医療福祉学会誌, 10(2), 18-23.
- 塩見邦雄, 千原孝司, 岸本陽一 (1991). 心理検査法. 99, 京都: ナカニシヤ出版.
- 菅原健介 (1996). 心理尺度の作成過程. 堀 洋道, 山本真理子, 松井 豊 (編): 心理尺度ファイル. 641-644, 648, 東京: 垣内出版.
- 高橋悦子, 松本千恵子, 池田光子, 本谷久美子 (2010). 臨地実習指導者が実習指導を通して抱く思い—アンケートの自由記述の分析より—. 日本看護学会論文集 (看護教育), 40, 158-160.
- Winstanley, J. (2000). Manchester Clinical Supervision Scale. *Nurs Stand*, 14, 31-32.
- 安永菜穂子 (2012). 実習指導に対する病棟看護師の問題意識と役割意識. 臨床今治, 24(1), 31-33.
- Zimmerman, L. and Westfall, J. (1988). The Development and Validation of a Scale Measuring Effective Clinical Teaching Behaviors. *J Nurs Educ*, 27(6), 274-277.

[平成26年3月3日受 付]
[平成26年11月21日採用決定]

統合失調症患者のセルフスティグマが自尊感情に与える影響

Impact of Self-stigma on the Self-esteem of Patients with Schizophrenia

山田 光子
Mitsuko Yamada

キーワード：セルフスティグマ，自尊感情，抑うつ状態，統合失調症

Key Words : self-stigma, self-esteem, depressive state, schizophrenias

緒 言

2002年に「障害者基本計画」が見直され、「新障害者プラン」として入院医療中心から退院・社会復帰を可能とするための地域生活基盤の整備を目標に政策が実施されてきている。しかしながら，精神障害者の処遇の歴史から，精神障害者への偏見はいまだ根深くある。

偏見や差別的な態度のことをスティグマ，すなわち社会的烙印という。スティグマは負の烙印ともいわれ，人々から軽視され社会に受け入れられないという特徴をもつ。一般住民の精神障害者への差別や偏見を社会的スティグマ，精神障害者本人がもつ偏見をセルフスティグマと定義される。

Link (1987) は，スティグマを情報の認識という視点で6つの構成要素に分類し，主要なスティグマの測定用具を開発した。そして，クラブハウスのプログラムを受けている統合失調症患者に対して，セルフスティグマと自尊感情の関連を6か月，24か月と追跡調査した結果，24か月時でもセルフスティグマは自尊感情に影響し，両者には負の相関があったと報告している。セルフスティグマが高い人ほど自尊感情が低下する，と述べられていた (Link, Struening, Neese-Todd, Asmussen, & Phelan, 2001)。

Corrigan (2008) は，スティグマには社会的スティグマ，セルフスティグマ，ラベル回避の3つの種類がある，と述べている。セルフスティグマは価値の低下，羞恥心，秘密にすること，引きこもり，固定観念から構成される，と述べた。さらに統合失調症患者のセルフスティグマは，一般的な精神疾患に対するステレオタイプ（固定観念）を正しいと知覚することで悪化し，患者グループの分かち合いによって調整される (Watson, Corrigan, Larson, & Sells, 2007)，といわれる。さらに精神障害者がもつセルフスティグマは，差別待遇への正当性の知覚によって調整される。精神障害者が差別待遇を不当だと知覚すると自尊感情

は高くなり，反対に差別待遇を正当だと知覚すると自尊感情は低くなる。セルフスティグマは自己効力感とうつ状態で説明され，うつ状態のほうがより強く関連していた (Rusch, Lieb, Bohus, & Corrigan, 2006)。

セルフスティグマの経験について，入院中の統合失調症患者の20～30%は高いセルフスティグマをもち，年齢が高い人のほうがセルフスティグマは低いと報告 (Werner, Aviv, & Barak, 2008) されている。人種の違い (Anglin, Link, & Phelan, 2006)，性別 (Rusch, et al., 2006)，疾患名の相違 (Yen, et al., 2006) によっても影響を受ける，と報告されている。統合失調症患者の抑うつ状態は臨床で広く認められている。特に急性期を脱した患者の25～50%に出現する (加藤, 2011) といわれ，病識のある患者はより抑うつののであるが，病識とセルフスティグマの関連性は認められなかった (山本・石垣・猪股, 2010)。下津 (2007) は，セルフスティグマによって自尊感情が低下することで，社会適応や治療行動が阻害される，と述べている。引きこもりや疾患を秘密にすることで社会適応が阻害されるため，セルフスティグマが高い患者ほど治療継続が困難になる (下津, 2007)，とも述べている。日本の長期入院中の統合失調症患者は，入院している自己を「精神科の患者」と存在規定することによって，精神科病院での入院生活そのものが「スティグマ」を付与される過程 (関根, 2010)，だとも述べられている。精神疾患の良好な予後のためには早期治療が重要であるが，精神障害者本人がもつセルフスティグマは，病気を隠し受診行動を躊躇させる。入院およびリハビリテーションの看護において自尊感情を高めるための介入が重要であり，患者にとって一番身近にかかわる看護師の態度が，患者のセルフスティグマに影響を与え，自尊感情に影響を及ぼすのではないかと考えられる。このことより，本研究は患者のセルフスティグマと自尊感情の関係性を明らかにすることで，精神障害者のリハビリテーションの介入におけるセルフスティグマ低減への

示唆を得ることにつながると考えた。

以上より、セルフスティグマが患者の自尊感情に影響を与えるという一連のプロセスについて着目し、入院中の統合失調症患者のセルフスティグマおよびセルフスティグマの自尊感情への影響、抑うつ状態と自尊感情の関係性を明らかにすることを目的とした。

I. 研究枠組み

精神障害者のセルフスティグマは、固定概念の認識、固定概念の同意、固定概念の自己一致で構成され、差別体験や精神障害者の社会的スティグマ、基本的属性によって影響をうける。セルフスティグマは、自尊感情、抑うつ状態のそれぞれと影響を与えあうと考えられる (図1)。

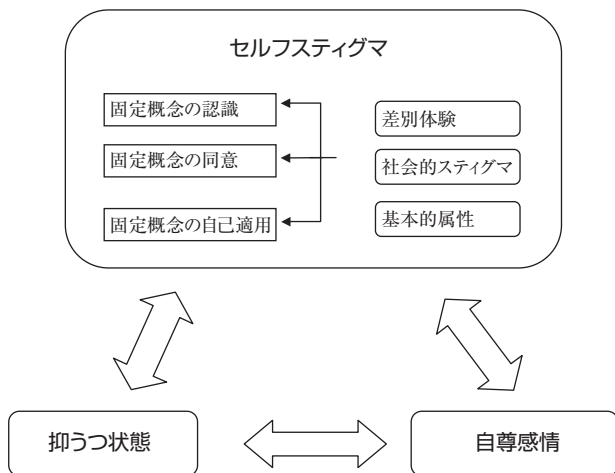


図1 概念枠組み

II. 研究対象および研究方法

1. 対象

Y県内3箇所の精神科病院に入院中の統合失調症患者で、病名告知されており、幻覚を代表とされる陽性症状がない日本語での応答ができる患者とした。研究の同意が得られた104名のうち、同意の撤回1名、調査続行不能で中止2名、データ欠損のため除外4名を除いた97名を分析対象とした (表1)。

2. 研究期間

平成21年12月～平成22年11月。

3. 調査方法

対象者へは、病院内の個室にて調査依頼を行い、研究依頼書を使用して口頭で説明し、研究同意書に署名を得た。調査内容を研究者が読み上げ、対象者が該当する番号を選

表1 基本属性

(N=97)

平均年齢 (SD)	52.9 (13.5)
性別	男性 51 (52.6%) 女性 46 (47.4%)
発症年齢 (SD) 歳	27.5 (11.5)
罹病期間 (SD) 年	25.0 (14.7)
入院回数 (SD) 回	6.3 (7.2)
入院期間 (SD) 年	6.1 (7.2)
退院経験	あり 84 (86.6%) なし 13 (13.4%)
婚姻	未婚 63 (64.9%) 既婚 17 (17.5%) 離婚 11 (11.3%) 不明 6 (6.2%)
最終学歴	中学 20 (20.6%) 高校 45 (46.4%) 大学 (短大含む) 24 (24.8%) その他 7 (7.2%) 不明 1 (1%)
就業経験	あり 91 (93.8%) なし 6 (6.2%)
就業年数 (SD) 年	7.4 (8.2)
差別体験	あり 19 (19.6%) なし 58 (59.8%) 不明 20 (20.6%)
抗精神病薬投薬量 (SD) mg	813.8 (747.5)

択するよう調査を進めた。

4. 調査内容

(1) フェイスシートによる基本属性に関する情報収集

年齢、婚姻状況、性別、最終学歴、就業経験、就業年数、発病年数、罹病期間、入院の回数、退院回数、入院期間、退院後の生活形態、自身が経験した差別体験の有無、現在の服用中の薬剤について聴取した。現在の服用中の薬剤名については、本人が答えられない場合には同意を得て、カルテから情報収集した。

(2) Linkセルフスティグマ尺度

Linkらが作成したセルフスティグマ尺度 (Perceived Devaluation Discrimination; 以下、PDDと略す) を蓮井ら (1999) が邦訳した12項目で構成された自記式尺度で、下津・坂本・堀川・坂野 (2006) によって信頼性と内的整合性は検証されている。各質問項目に対し、「全くそう思わない: 1」「あまりそう思わない: 2」「少しそう思う: 3」「非常にそう思う: 4」の4段階評定で、評点範囲は12~48点で点数が高ければスティグマが高いことを示す。本研究のCronbach α 係数は.84であった。

(3) 自尊感情尺度

ローゼンバーグによって作成され、山本ら (1982) に

よって邦訳された10項目 5段階の自記式尺度（以下、SEと略す）である。「あてはまる：5」「ややあてはまらない：4」「どちらともいえない：3」「ややあてはまらない：2」「あてはまらない：1」として10項目を積算し、評点範囲は1～50点であり、点数が高いと自尊感情が高いことを示す。自尊感情は、自己の認識に関する概念を総称した自己概念の1つで、自分自身の価値と能力に対する感情あるいは評価である。本研究のCronbach α 係数は .74であった。

(4) 抑うつ尺度

米国立精神衛生研究所疫学研究センターで作成され、島・鹿野・北村・浅井（1985）によって邦訳された20項目からなる自己評価尺度（以下、CES-Dと略す）で、20項目それぞれについて、この1週間における頻度について、「ない：0」「1～2日：1」「3～4日：2」「5日以上：3」と評価し、評点範囲は0～60点、区分点は16点とされる。なお欠損値の評価も行い、5項目以上ある場合は「評価せず」とした。本研究のCronbach α 係数は .85であった。

5. データ解析の方法

- ①『SPSS for Windows 16.0 J』および『Amos 16.0J』を使用し、統計的分析を行った。
- ②基本属性による各群間の比較にMann-Whitney U 検定を使用した。基本属性とセルフスティグマとの関連については、スピアマンの相関係数を用いて検討した。
- ③セルフスティグマ、抑うつ状態、自尊感情の関係を明らかにするために、スピアマンの相関係数、パス解析を使用した。

6. 倫理的配慮

研究施設長が選定し、その対象者に対して、研究の目的、主旨、自由意思による研究参加、個人が特定されないこと、研究参加の撤回方法、調査票の管理方法、プライバシーに関する守秘について、口頭および書面で説明した。研究依頼書を用い、口頭でわかりやすく説明し、研究協力の承諾が得られた者から同意書に署名を得た。同意書と調査票は別々に保管し、個人が特定できないようにし分析を進めた。また、本研究を始めるにあたり、所属大学倫理委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の基本属性

対象者の年齢は平均（標準偏差；以下、SDと略す）52.9（ ± 13.5 ）歳で、最少21歳から最高82歳であった。男性51

名（52.6%）、女性46名（47.4%）で、既婚17名（17.5%）、未婚63名（64.9%）、離婚11名（11.3%）、不明6名（6.2%）であった。最終学歴は、中学卒20名（20.6%）、高校卒45名（46.4%）、短大卒5名（5.2%）、大学卒19名（19.6%）、その他7名（7.2%）、不明1名（1%）であった。就業経験ありは91名（93.8%）で、就業経験なしは6名（6.2%）で、平均就業年数（SD）は、7.4（ ± 8.2 ）年で就業経験のある者が多かった（表1）。

対象者の平均発病年齢（SD）は27.5（ ± 11.5 ）歳で、平均罹病期間（SD）は25.0（ ± 14.7 ）年であった。対象者の平均入院期間（SD）は6.1（ ± 7.2 ）年で、平均入院回数（SD）は6.3（ ± 7.2 ）回であった。退院経験のある人は84名（86.6%）、退院経験のない人は13名（13.4%）であった。退院経験のある人のうち退院先は、家族のもとに退院した人が60名（71.4%）、アパートに退院した人が14名（16.6%）、グループホームに退院した人が5名（6.1%）、その他は5名（6.1%）であった。

対象者の服用していた抗精神病薬投薬量について、クロロプロマジン換算を行ったところ、平均投薬量（SD）813.8（ ± 747.5 ）mgで、0 mgから3,563 mgと幅があった。

さらに、差別体験の有無については、体験あり19名（19.6%）、体験なし58名（59.8%）不明20名（20.6%）であった。

2. 対象者のセルフスティグマおよび自尊感情、抑うつ状態

(1) セルフスティグマ

セルフスティグマ尺度の平均合計得点（SD）は30.5（ ± 8.7 ）点であった。PDDの平均値（SD）が高い細項目は、「多くの雇用者は、他の応募者を選んで、以前精神科の患者だった人の応募をけるだろう」3.1（ ± 1.1 ）点、「多くの人は、精神病院への入院歴のある人を軽視している」2.9（ ± 1.3 ）点であった。反対に平均値が低い細項目は、「多くの雇用者は、その人に仕事をやる資格があるならば、以前精神科の患者であった人でも雇うだろう」2.1（ ± 1.3 ）点、「地域の多くの人は、他の誰かを扱うのと全く同じように、以前精神科の患者だった人を扱うだろう」2.3（ ± 1.3 ）点であった。

(2) 自尊感情

SEの平均合計点（SD）は、31.9（ ± 8.9 ）であった。基本属性が自尊感情に影響を与えるかを検討するために、各基本属性で2群に分けて検定を行ったが、有意な差は認められなかった。

(3) 抑うつ状態

CES-Dの平均合計点（SD）は14.3（ ± 10.3 ）であった。対象者のうち、抑うつ状態の範囲にあると推定される16点以上の者は39名（40.2%）であり、抑うつ状態と診断

表2 基本属性別PDD, SE, CES-D得点

	平均値	性別		最終学歴		就業経験		退院経験		差別体験	
		男性	女性	中・高校卒	短大・大卒	あり	なし	あり	なし	あり	なし
PDD* ¹ (SD)	30.5 (8.7)	30.1 (8.9)	30.9 (8.6)	30.6 (8.8)	30.4 (8.8)	30.8 (8.7)	25.3 (4.4)	30.8 (8.6)	27.9 (9.7)	34.2 (7.1)	29.8 (9.4)
SE* ² (SD)	31.9 (8.9)	32.4 (9.4)	31.3 (8.4)	31.8 (8.5)	31.8 (9.2)	32.1 (8.9)	28.2 (9.6)	31.9 (8.6)	31.6 (11.4)	31.2 (8.1)	31.8 (9.7)
CES-D* ³ (SD)	14.3 (10.3)	14.1 (10.2)	14.5 (10.5)	13.8 (10.1)	15.0 (11.0)	14.2 (10.6)	15.7 (5.2)	14.6 (10.5)	12.2 (9.7)	14.7 (8.9)	14.8 (11.8)

[注] PDD*¹, SE*², CES-D*³と基本属性とのMann-Whitney U検定の有意確率はすべてns。

されない16点以下の者は58名(59.8%)であった。基本属性が抑うつ状態に影響するかどうかを検討するために、CES-Dについても検定したが、いずれの基本属性でも有意な差は認められなかった。

3. セルフスティグマ尺度と基本属性の関連

セルフスティグマ尺度の平均値と、年齢、発病年齢、入院期間、入院回数、抗精神病薬投薬量で相関は認められなかった。また、性別、婚姻、学歴、就業経験の有無、差別体験の有無によっても、セルフスティグマ尺度のそれぞれの平均値に有意な差は認められなかった(表2)。基本属性のなかでも雇用時や就業継続中に何らかの差別体験をしているのではないかと考え、検定(Mann-Whitney U検定)を行ったが、基本属性とセルフスティグマ尺度との関連性や有意な差は認められなかった。年齢や直接聞き取った差別体験の有無とも関係性は認められなかった。

4. セルフスティグマと自尊感情および抑うつ状態の相関

統合失調症患者のセルフスティグマと自尊感情および抑うつ状態には相関が認められた(表3)。セルフスティグマと自尊感情には負の相関が認められ($r = -.4, p < .01$)、セルフスティグマが高い人は、自尊感情が低かった。一方、セルフスティグマと抑うつ状態は正の相関が認められ($r = .42, p < .01$)、セルフスティグマが高い人はより抑うつ状態であった。さらに、自尊感情と抑うつ状態では負の相関が認められ($r = -.65, p < .01$)、自尊感情が低い人はCES-Dの値が高かった。また、セルフスティグマと差別体験は相関が認められなかった($r = .21, p = .063$)。

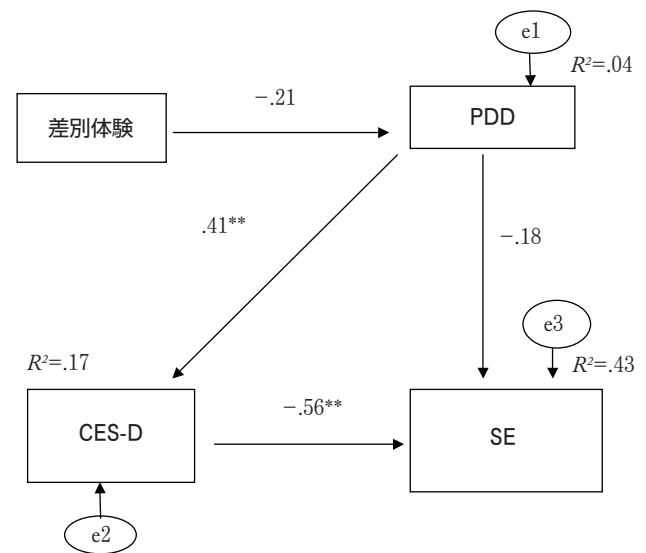
表3 PDD, SE, CES-Dの相関

	SE	CES-D
PDD	-.35**	.40**
SE		-.59**

[注] 相関係数, **: 1%水準

5. セルフスティグマと自尊感情および抑うつ状態の関連

セルフスティグマと自尊感情、および抑うつ状態の関連について明らかにするためにパス解析を行った。その結果、セルフスティグマ、自尊感情、抑うつ状態の関連性で、適合度のよいパス図を作成し検定した(図2)。モデルの適合指標は、Goodness of Fit Index (GFI), Comparative of Fit Index (CFI) を使用し評価した結果、 χ^2 値 = .752, GFI = .995, AGFI = .975, CFI = 1.000, であり、適合度がよく統計的許容水準を満たした(図2)。差別体験は、セルフスティグマに標準化係数.21と弱く影響をあたえ($p = .06$)、差別体験があるとセルフスティグマは高くなる傾向があったが有意差は認められなかった。セルフ



パス解析モデル適合指標

(N=77, **: 1%水準)

χ^2 値=.752	帰無仮説は棄却されず、構成されたパス図は正しいことを表す
GFI=.995 AGFI=.975 CFI=1.000	すべての指標において.9より高いため、説明力の高いパス図である

図2 PDD, SE, CES-Dのパス解析図(標準化係数)

スティグマは、抑うつ状態への標準化係数が.41 ($p < .01$)と高いことからセルフスティグマが抑うつ状態に影響を与え、セルフスティグマが高くなると抑うつ状態も高くなると認められた。さらに、抑うつ状態は、標準化係数 $-.56$ ($p < .01$)で高いことから、抑うつ状態が高くなると自尊感情が低くなることが認められた。セルフスティグマは、自尊感情に対して標準化係数 $-.18$ ($p = .57$)で弱く影響を与えていたが、有意差は認められなかった。セルフスティグマは、直接的に自尊感情に影響を与えずに、抑うつ状態を介して自尊感情に影響を与えていることが認められた。

IV. 考 察

1. 統合失調症患者のセルフスティグマ

対象者のセルフスティグマは、PDDの開発者らによる先行研究 (Link, et al., 2001) に比べてやや低かった。外来通院している統合失調症患者を対象としたセルフスティグマを測定した Vauth, Kleim, & Corrigan (2007) の平均値は $32.6 (\pm 4.7)$ 、精神疾患患者を対象にした山本・佐々木・石垣・下津・猪股 (2006) では $31.5 (\pm 6.4)$ であり、本研究の対象者の平均値は $30.5 (\pm 8.7)$ 点で、これら先行研究よりもやや低値であった。このことは、本研究の対象が入院患者であり、地域で暮らす外来患者よりも社会からの接触が遠ざかりやすいこと、都会と地方では地方のほうがスティグマは低いと指摘されている (深谷, 2004) ことなどがかわると考えられる。また、本研究ではセルフスティグマ尺度の平均値と性別、年齢、退院時の居住状態、教育歴、結婚歴、抗精神病薬投薬量、就業経験などの基本属性には関連が認められなかった。年齢や教育歴、罹病期間とスティグマ尺度の関連を調査した先行研究 (Vauth, et al., 2007) と同様の結果であった。

2. セルフスティグマと自尊感情および抑うつ状態について

入院中の統合失調症患者のCES-Dの平均値は14.8であり、全体の約40%が抑うつ状態にあることが疑われた。セルフスティグマと抑うつ状態で相関が認められ、セルフスティグマが高い人は、CES-Dの値が高く先行研究 (Lysaker, Roe, & Yanos, 2007) を支持した。セルフスティグマを認識することは、より心理的に落ち込みやすいと推測される。入院中の統合失調症患者が抑うつ状態を示すとき、セルフスティグマが関係していないか観察を行い、セルフスティグマが関係している可能性が示唆されるようであれば、抑うつ状態への看護介入が必要であると考えられる。この看護介入とは、患者自身もつセルフスティグマやステレオタイプに関する傾聴を行うことであり、しかも

患者がグループで行うことでさらに効果的 (Macinnes & Lewis, 2008; 下津ら, 2010) であるため、そのような場の提供やコーディネートを行うことが有効だと考える。

SEは平均値31.9であり、これは先行研究 (鎌田・松下, 2007)。と比較するとやや高い値であった入院で十分な positive feedback の経験により自尊感情は高くなったという結果 (松下ら, 2004) よりも本研究の結果は高かった。統合失調症の患者は他の疾患患者よりも高い結果であったという点は支持したが、年齢や性別などで変動するといわれる自尊感情に関しては今後さらに検討する必要がある。セルフスティグマと自尊感情で負の相関が認められ、セルフスティグマが高い人は、自尊感情が低かった。このことから、入院中の統合失調症患者のセルフスティグマは、自己概念の一部である自尊感情を傷つけるものであると示唆され、先行研究 (Vauth, et al., 2007; 山本ら, 2006) を支持できる。

3. セルフスティグマと自尊感情、および抑うつ状態の関連

PDDとSE、PDDとCES-Dで相関が認められ、セルフスティグマが高い人は、自尊感情が低く抑うつ状態であった。これは、セルフスティグマ、自尊感情、抑うつ状態の三者の関連があることを示し、先行研究 (Vauth, et al., 2007) の結果を支持した。

セルフスティグマと自尊感情、および抑うつ状態の三者の関連をパス解析により分析した結果、セルフスティグマと自尊感情は弱く影響する傾向が認められた。しかし、セルフスティグマは、直接自尊感情に影響せず、セルフスティグマが抑うつ状態に、抑うつ状態が自尊感情に影響を与えているとわかった。このことから、抑うつ状態がセルフスティグマと自尊感情を調整していることが推察される (図1)。

本研究では、セルフスティグマは自尊感情に直接的に影響せず、抑うつ状態が仲介し調整するという結果であったが、セルフスティグマが自己効力感に直接影響しエンパワメントに対して調節し、エンパワメントが抑うつ状態に影響するという報告 (Vauth, et al., 2007) やセルフスティグマの影響が24か月経っても自尊感情に影響を与えたとの報告 (Link, et al., 2001) とは異なる結果であった。

一方、セルフスティグマが直接自尊感情と関連しないとの報告 (下津ら, 2010) もある。両者の異なる結果の背景には、日本人の自尊感情に影響する「他人の批評」によって上下する恥の文化 (森口, 1993) があげられる。他人の批評を恐れることによって抑うつ的になり、その結果として自尊感情を低下させるのではないかと考える。Watson, et al. (2007) は、自己のもつステレオタイプつまり固定的な自己概念に同意し、自分自身に一致させて考えるときい

に、あわせて自己に対する否定的な考えと一致し、セルフスティグマを生じさせている、と述べている。否定的な自己に対する考えは、たとえば自分は弱いと認識する。そして、否定的なステレオタイプとは、精神障害者は弱いと認識している。否定的な自己に対する考えと否定的なステレオタイプの一一致する過程が、抑うつ状態に影響すると考えられる。

統合失調症患者の抑うつ状態は臨床で広く認められ(加藤, 2011), 急性期を脱した患者の25~50%は出現するといわれる。病識のある患者はより抑うつ的であるが、病識とセルフスティグマの関連性は認められなかったという報告(山本ら, 2010)もあり、統合失調症の患者が抑うつ状態を示す原因はさまざまであると考えられる。統合失調症患者が抑うつ状態を示したときに、1つの視点としてセルフスティグマを考慮に入れたアセスメントを行い、ステレオタイプや自尊感情を傾聴するという看護介入を行う必要があると示唆された。

本研究において、入院中の統合失調症患者のセルフスティグマと抑うつ状態、自尊感情との関連性が明らかになったことは意義があり、今後の看護に活かしていけるものと考えられる。本研究における限界として、急性期にある入院患者数が少なかったこと、対象者選定の過程に医師や病棟師長の関与があることによって生じる対象者の偏りがあげられる。また、外来患者と入院患者の比較を行っていないため、外的妥当性については一定の限界がある。

今後の課題として、入院患者と外来患者のセルフスティ

グマの比較、直接的な差別体験とステレオタイプの関連に関する研究が望まれる。

V. 結 論

1. PDDと、年齢、発病年齢、罹病期間、入院期間、入院回数、抗精神病薬投薬量、就業年数とは有意差は認められなかった。
2. PDDと、性別、婚姻、学歴、就業経験、就業年数とは有意差は認められなかった。
3. PDDとSE、PDDとCES-Dには相関が認められ、セルフスティグマが高い人は、自尊感情が低く、抑うつ状態であった。
4. セルフスティグマは、抑うつ状態を説明できたが自尊感情は説明できなかった。セルフスティグマと自尊感情は直接的に影響せず、抑うつ状態を介して影響を与えているものと考えられる。

謝 辞

本研究にあたり、調査にご協力いただいた対象者の皆さま、主治医各病棟師長の皆さまに心より感謝申し上げます。また、研究にあたり精神看護学の専門性を探究されているご立場からご指導を頂きました水野恵理子教授に深く感謝申し上げます。なお、本研究は山梨大学大学院医学工学総合教育部ヒューマンヘルスケア学に提出された博士論文の一部を加筆修正したものである。

要 旨

目的: 入院中の統合失調症患者のセルフスティグマと自尊感情の関係性を明らかにする。

対象と方法: Y県3箇所の精神科病院に入院中の統合失調症患者約104名に、セルフスティグマ尺度(PDD)、自尊感情尺度(SE)、抑うつ尺度(CES-D)を用い調査を行った。

結果: 有効回答は97名(93.3%)で、男性51名(52.6%)女性46名(47.4%)、就業経験のある者91名(93.8%)、平均年齢52.9(±13.5)歳、平均発病年齢27.5(±11.5)歳、平均罹病期間25.0(±14.7)年、平均入院期間6.1(±7.2)年だった。各尺度の平均合計得点はPDD 30.5(±8.7)点、SE 31.9(±8.9)点、CES-D 14.3(±10.3)点であった。パス解析の結果、セルフスティグマは抑うつ状態と自尊感情の関連性があることを示した。

結論: セルフスティグマは、自尊感情に直接的に影響を及ぼさず、抑うつ状態を介して自尊感情に影響を及ぼすと示唆された。

Abstract

Aims: The aim of this study was to clarify the relationship between self-stigma and self-esteem of hospitalized schizophrenics.

Method: Personal interviews were conducted with approximately 104 schizophrenics hospitalized in three psychiatric hospitals in Y Prefecture. Assessment was conducted using a Perceived Devaluation and Discrimination Scale (PDD), Self-esteem Scale (SE), and Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D).

Results: there were 97 effective respondents (effective response rate 93.3%); 51 males (52.6%) and 46 females (47.4%); 91 persons with working experience (93.8%); average age (SD) 52.9 (±13.5) years; average age of onset 27.5 (±11.5) years; average disease duration 25.0 (±14.7) years; and average hospitalization 6.1 (±7.2) years. The mean total score was 30.5

(± 8.7) for PDD, 31.9 (± 8.9) for SE, and 14.3 (± 10.3) for CES-D. Path analysis was conducted to clarify the relationship between self-stigma, self-esteem, and depression.

Conclusions: The results suggest that self-stigma does not have a direct effect on self-esteem but has an indirect effect on it through depression.

文 献

- Anglin, D.M., Link, B.G., and Phelan, J.C. (2006). Racial differences in stigmatizing attitudes toward people with mental illness. *Psychiatr Serv*, 57(6), 857-862.
- Corrigan, P.W. and Wasseel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 46(1), 42-48.
- 深谷 裕 (2004). 精神障害者に対する社会的態度と関連要因. 精神障害者リハビリテーション学会誌, 8(2), 167-171.
- 蓮井千恵子, 坂本真士, 杉浦朋子, 友田貴子, 北村總子, 北村俊則 (1999). 精神疾患に対する否定的態度—情報と偏見に関する研究—. 精神科診断学, 10(3), 319-328.
- 加藤 敏 (2011). 統合失調症後抑うつ. 精神科治療学, 25(10), 92-93.
- 鎌田澄子, 松下年子 (2007). 精神障害者小規模作業所利用者の生活満足感とセルフエスティーム. 日本社会精神医学会雑誌, 15, 209-217.
- Link, B.G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An empirical assessment of the effects of expectations of rejections. *Am Sociol Rev*, 52, 96-112.
- Link, B.G., Struening, E.L., Neese-Todd, S., Asmussen, S., and Phelan, J.C. (2001). Stigma as a barrier to recovery: the consequences of stigma for the self-esteem of people with mental illnesses. *Psychiatr Serv*, 52, 1621-1626.
- Lysaker, P.H., Roe, D., and Yanos, P.T. (2007). Toward understanding the insight paradox: Internalized stigma moderates the association between insight and social functioning, hope, and self-esteem among people with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Bull*, 33(1), 192-199.
- MacInnes, D.L. and Lewis, M. (2008). The evaluation of a short group programme to reduce self-stigma in people with serious and enduring mental health problems. *J Psychiatr Mentl Health Nurs*, 15, 59-65.
- 松下年子, 松島英輔, 平野佳奈, 芦野エリ子, 榎 明彦, 新貝憲利 (2004). 急性期病棟に入院した精神障害者の自尊感情と, Health locus of Control. 臨床精神医学, 33, 307-312.
- 森口兼二 (1993) 自尊心の構造. 京都: 松籟社.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton University Press.
- Rusch, N., Lieb, K., Bohus, M., and Corrigan, P.W. (2006). Self-stigma, empowerment, and perceived legitimacy of discrimination among women with mental illness. *Psychiatr Serv*, 57-3, 599-602.
- 関根 正 (2010). 精神障害者にとっての長期入院経験の意味—精神科病院における「スティグマ」付与の過程—. 群馬県民健康科学大学紀要, 5, 29-41.
- 島 悟, 鹿野達夫, 北村俊則, 浅井昌弘 (1985). 新しいうつ病尺度について. 精神医学, 27(6), 717-713.
- 下津咲絵, 坂本真士, 堀川直史, 坂野雄二 (2006). Linkスティグマ尺度日本語版の信頼性・妥当性の検討. 精神科治療学, 21(5), 521-528.
- 下津咲絵 (2007). 精神疾患患者のセルフスティグマが精神疾患の治療や経過に与える影響. 総合病院精神医学, 19(3), 353-357.
- 下津咲絵, 江村里奈, 尾形明子, 長尾文子, 石川信一, 比江島誠人, 細見 潤 (2010). 集団認知行動療法実施によるセルフスティグマの低減効果. 精神科治療学, 25(9), 1241-1248.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 (Amos編). 東京: 東京図書.
- Vauth, R., Kleim, B., and Corrigan, P.W. (2007). Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 150, 71-80.
- Watson, A.C., Corrigan, P.W., Larson, J.E., and Sells, M. (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophr Bull*, 33(6), 1312-1318.
- Werner, P., Aviv, A., and Barak, Y. (2008). Self-stigma self-esteem and age in person with schizophrenia. *Int Psychogeriatr*, 20(1), 174-187.
- 山本貢司, 佐々木淳, 石垣琢磨, 下津咲絵, 猪股丈二 (2006). 統合失調症とその家族におけるスティグマ認知—精神症状および主観的ウェルビーイングとの関連. 精神医学, 48(10), 1071-1076.
- 山本真理子, 松井 豊, 山成由紀子 (1982). 認知された自己の諸側面の構造. 教育心理学研究, 30, 64-68.
- 山本裕美子, 石垣琢磨, 猪股丈二 (2010). 統合失調症の病識と抑うつおよび心理社会的要因との関連. 精神医学, 52(11), 1079-1086.
- Yen, C.F., Chen, C.C., Lee, Y., Tang, T.C., Yen, J.Y., and Ko, C.H. (2005). Self-stigma and its correlates among outpatient with depressive disorders. *Psychiatr Serv*, 56(5), 599-601.

[平成26年4月25日受付]
[平成26年10月18日採用決定]

立ち会い出産における夫の満足感と 立ち会い体験および妻への親密性との関連

Relationships between the Satisfaction and Experience of Husbands Present during Delivery and Family Intimacy

松田佳子
Yoshiko Matsuda

キーワード：夫，体験，立ち会い出産，満足感，親密性

Key Words：husbands, experience, participation in childbirth, satisfaction, intimacy

緒言

わが国において夫が妻の出産に立ち会うこと（以下、「夫立ち会い出産」とする）は、米国式ラマーズ法の普及によって1970年代後半から導入された。そして、女性の社会進出や核家族化を背景に、妊娠、出産、育児に対する夫の役割の重要性が高まり、夫婦で出産に取り組むための1つの方法として存在している。また、夫立ち会い出産は妊娠期から夫婦で互いに協力して出産を乗り越えることで、その後の子育てを一緒に行っていくための基本的出発点にするという意義をもつ。このことから、夫立ち会い出産を奨励し導入している施設は徐々に増加し、出産に占める夫立ち会いの割合は40%を超えるほど普及している（中島・牛之濱，2007）。

また近年では、アクティブバースやソフプロロジーなどといった人間的な出産が着目され、産婦自身が出産方法について考え、その意思を尊重する主体性ある出産へと変化している。そして、主体性ある出産となることが産婦の出産満足感を高め、子どもへの愛情をより深めることにつながる（長谷川・村上，2005）、また心理的健康すなわち産後うつや育児ストレスの発症リスクが低くなること（Highley & Mercer, 1978; Mercer, 1985; 常盤，2003）などの効果が明かにされている。さらに、妻の出産満足感に影響する要因に関してもさまざまな研究が行われ、会陰切開やクリステル児圧出法といった医学的介入がないこと（Green, Coupland, & Kitzinger, 1990; Hodnett, 2002）、分娩所要時間が短いこと（山口・平山，2011）の他に、出産時に夫が頼りになる存在であること、そして夫からの十分なサポートが得られること（中野・森・前原，2003）などが妻の出産満足感に影響するとされており、妻の出産満足感には夫の存在が重要であることがうかがえる。

夫の立ち会い出産に関してもさまざまな研究が行われて

おり、夫立ち会い出産を行うことで父性が早期に高められ、家事や育児に積極的になること（田島・和田，1995）が示されている。しかし、夫の立ち会い満足感は妻よりも低い傾向にあり、立ち会い出産時に感じた不安や戸惑いが次回は立ち会いたくないという思いにつながる（青野ら，2005）、夫が立ち会い出産に不満足であったと評価する要因の1つに、自らの妻へのサポート不足感があること（出口・米村・福井・前田・程，1999）も明らかになっている。つまり、夫は妻へ十分なサポートを行ったと感じ、妻も夫が献身的なサポートしてくれたという思いの相乗効果が、夫婦の満足感に影響するとして重要であるといえる。

さらに近年では、出産で抱いた否定的感情に対する支援の1つとして、バースレビューが導入されている。これは、褥婦が否定的に受け止めていた出産体験や意識化されていなかった体験を自分のものとし、意味ある体験として受け止め、自尊心を回復あるいは高める効果があり（東野・和田・武田・青木，2005）、夫に対してもバースレビューの必要性が示唆されている（大川，1997）。しかし、時間的制約のある夫へ立ち会い出産後にバースレビューを行うことは困難であり、立ち会い出産満足感を高める支援として、両親学級の参加を促すことや立ち会い出産時に心理的・身体的配慮を行うこと、具体的な妻へのサポート内容を提示することの重要性が示唆されている（中野ら，2003；岡・島袋・高橋，2006；植松ら，2006）。しかしこれらはいずれも妻または夫婦を対象とした研究からの示唆であり、夫を対象とした立ち会い満足感に影響を及ぼす要因についての研究は少なかった。

さらに夫婦の親密性に関しては、妊娠から出産という親への移行期において出産を境に親密性は低下する傾向にあり（小野寺，2005）、妻にとって日々の育児に伴う役割拘束感や抑うつ傾向、子どもとの愛着に関連することが報

告（小泉・菅原・前川・北村，2003）されている。つまり，親への移行期から夫婦間の親密性を高めることが，その後の家族成員の精神的健康に重要である。さらに，夫立ち会い出産と夫婦の親密性に関する研究では，夫立ち会い出産をすることで夫婦の親密性は高まり，その親密性は1か月後も持続していること（内藤，1991），妻が産前に夫婦の親密性が高いことを報告している夫は，立ち会い出産を肯定的な体験にすることなどが明らかとされている（Nicholson, Gist, Klein, & Standley, 1983）。しかし，これらもまた妻を対象としたものであり，夫の妻に対する親密性と夫の立ち会い出産満足感との関連は明らかとはされていなかった。そこで今回，妻の出産に立ち会った夫の立ち会い体験と立ち会い満足感との関連を明らかにすること，また，夫の妻に対する親密性と夫の立ち会い満足感との関連を明らかにし，立ち会い出産時における夫への支援の示唆を得ることを目的とした。

I. 用語の定義

夫立ち会い出産とは，妻の分娩室入室時から妻の傍らに付き添い，児の出生の瞬間を夫婦で迎えることとし，夫の立ち会い満足感を妻の出産にかかわったことで得られる夫の満ち足りた思い，妻への親密性を夫が妻に対して抱く愛情や親しみの気持ちとする。また，これまでの立ち会い出産に関する先行研究を参考に，夫の立ち会い体験には以下の6つの領域が含まれる。

1. 妻への支援：立ち会い出産中に夫が妻へ行う支援の内容やその程度
2. 妻の出産に対する姿勢の認知：出産の経過に伴う妻の姿勢や言動
3. 出産中の妻から夫への反応：立ち会い出産中の妻から夫に対する言動
4. 出産後の妻から夫への反応：立ち会い出産後の妻から夫に対する言動
5. 助産師の支援の認知：出産に携わる助産師が夫婦に対して行うケアの内容やその程度
6. 出生児との接触：生まれたときの児と夫とのかかわり

II. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は，無記名自記式質問票による仮説検証型研究である。

B. 概念枠組み

夫の立ち会い出産体験である6つの領域は，夫の立ち会い満足感と関連する。また，出産を迎える夫婦の根底にはある程度の親密性が存在しており，その親密性の程度と夫の立ち会い満足感には関連があることを示している（図1）。

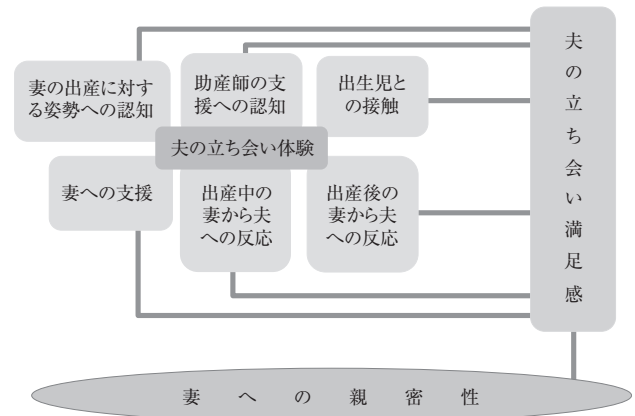


図1 概念図

C. 仮説

1. 出産時に夫が妻に支援を行うことで夫の立ち会い満足感が高まる。
2. 出産時に妻が夫へ肯定的な反応をすることで夫の立ち会い満足感が高まる。
3. 出産時に助産師が夫婦へ支援することで夫の立ち会い満足感が高まる。
4. 夫が出生児と接触をもつことで夫の立ち会い満足感が高まる。
5. 立ち会い出産満足感が高い夫は，妻への親密性が高い。

D. 調査対象

調査対象施設は，立ち会い出産を推奨し，出産経過中は助産師専属で産婦のケアを実施する態勢であること，また，立ち会い出産後は夫へも新生児の早期接触を促していることを条件に選定をした。対象は，総合病院3施設および有床診療所4施設のいずれかで妻の出産に立ち会い，妻の出産から1か月以内の夫659名とした。除外対象は，異常分娩（帝王切開・吸引分娩・妊娠36週未満の早産）で出産したケース，出生時または出生後の児に小児科医師の管理が必要となったケースとした。妻の出産満足感の要因には，分娩時の異常や医学的介入が関連することが明らか（竹原・野口・嶋根・三砂，2009）とされており，夫立ち会い出産においても満足感に影響を及ぼす可能性がある

考え除外した。

E. 調査期間および方法

2012年3月～10月に、病棟看護者から対象者またはその妻へ、妻が退院するまでの間に無記名自記式アンケートを配布した。調査票の回答は、妻の出産後1か月以内に対象者の自由な時間と場所で記載してもらい、返信封筒に入れ、郵送による回収を依頼した。

F. 調査内容

1. 対象の基本属性

年齢、職業、家族形態、結婚期間、立ち会い回数、計画妊娠、立ち会い意思、出産の準備を調査した。

2. 夫の立ち会い体験および夫の立ち会い満足感

立ち会い体験は、これまでの先行研究で(中野ら, 2003; 山口・平山, 2011; 竹原ら, 2009; 佐藤・安達・宮川, 2005; 高橋・井原・堤, 2004; 岡ら, 2006; 寺内・野口・久米, 2010)夫の立ち会い出産の内的経験や夫婦の出産体験を高める要因等を参考に、肯定的・否定的感情で表した内容を抽出し、その体験内容を6領域に分類した。

夫の立ち会い満足感は、これまでの先行研究で(出口他, 1999; 内藤, 1999; 植松・河・佐々木, 2006)夫が立ち会い出産を通して感じた思いや経験、立ち会い体験の自己評価とその関連要因等を参考にし、肯定的・否定的感情で表した内容を抽出した。

それぞれの内容から質問項目を作成し、内容妥当性に関しては、母性看護学を専門とする大学教員3名によって表現の修正と削除を行った。また、立ち会い出産を経験した夫5名にプレテストとしてアンケートを実施し、文言の整理と回答のしにくい内容について修正を加えた。

立ち会い出産体験の質問項目は、「腰のマッサージをした」「呼吸法を一緒にした」など出産中の妻への支援8項目、「前向きに頑張っていた」「弱音を吐いていた」など妻の出産に対する姿勢への認知6項目、「頼っていた」「ともに頑張ろうという感じであった」など出産中の妻から夫への反応8項目、「感謝していた」「気遣ってくれた」など出産後の妻から夫への反応5項目、「内診や診察の結果について説明してくれた」「呼吸法の仕方について説明してくれた」など助産師の支援への認知9項目、「抱いた」「話しかけた」など出生時の児との接触7項目の計43項目である。

夫の満足感「お産の間、妻を十分支えることができた」「お産の間、自分の居場所がなかった」など13項目である。

すべての評定法は4段階評価で「非常にそう思う：4

点」～「全く思わない：1点」とし、逆転項目は得点を反転して合計点を算出した。合計得点の高いほうが立ち会い出産体験に積極性または肯定的であること、そして夫の立ち会い満足感が高いことを示す。

3. 夫の満足感に関するVisual Analog Scale (以下、VASとする)

夫の立ち会い満足感の程度を量的に測定するために、今回の立ち会い体験に「非常に満足：10」から「まったく不満足：0」まで100mmからなるVASを使用した。

4. 妻への親密性 (以下、MLSとする)

夫の妻への親密性は、菅原・詫摩(1997)による夫婦間親密性尺度(Marital Love Scale)を用い、立ち会い出産を体験した後の夫へ調査した。これは夫の妻に対する親密性および妻の夫に対する親密性のいずれの測定にも使用でき、信頼性(夫版Cronbach's $\alpha = .93$, 妻版Cronbach's $\alpha = .94$)、妥当性が検証されている尺度である。質問項目は「妻のためなら何でもしてあげるつもりだ」「妻が幸せになるのが私の最大の関心事だ」他、計10項目である。回答は7段階評価で、「非常にあてはまる：7点」～「全くあてはまらない：1点」とし、合計得点の高いほうが夫の妻への親密性が高いことを示す。

G. 分析方法

1. 対象の基本属性と夫の立ち会い満足感について

夫立ち会い出産は父性の意識や父親役割獲得に影響するが、夫婦関係の良否や出産の準備状況、妊娠の受け入れ状況、夫の年齢や性格的気質などの要因が関連する(柏木, 1993)とされている。そこで、夫の立ち会い出産満足感に影響すると思われる夫の基本属性に関して、おのおの2群に分け(年齢および結婚期間は中央値を基準に2群に分けた)、夫の満足感についてMann-WhitneyのU検定を行った。有意水準は5%とした。

2. 夫の立ち会い満足感、夫の立ち会い体験、MLSについて

a. 夫の立ち会い満足感と夫の立ち会い体験

夫の立ち会い体験である6つの領域と夫の立ち会い満足感との関連に関して、Spearmanの順位相関を行った。また、夫の立ち会い体験の6つの領域を独立変数、夫の立ち会い満足感を従属変数として強制投入法による重回帰分析を行った。

b. 夫の立ち会い満足感とMLS

夫の立ち会い満足感とMLSとの関連に対してSpearmanの順位相関を行った。また夫の立ち会い満足感で25パーセ

ンタイルに位置する対象を不満足群, 75パーセントイルに位置する対象を満足群と分類し, Mann-WhitneyのU検定を行った。有意水準は5%とした。

H. 倫理的配慮

研究対象施設へは, 研究協力依頼書と口頭で研究の主旨を説明し, 承諾書の署名によって同意を得た。その後, 対象者には研究協力依頼書にて研究の主旨を説明し, 調査票の回答と返信によって同意を得たものとした。研究協力依頼書には, 研究への参加は自由意思であり研究協力を辞退しても妻や子どもが不利益を被らないこと, 調査票は無記名とし得られたデータはコード化して処理を行うことでプライバシーの保護および個人情報保護に努めること, また学会発表や論文投稿を予定しているが, その際も匿名性を保証することを記載した。なお本研究は, 大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

研究協力の得られた7施設において659名にアンケートを配布し, 186名(回収率26.6%)から回答が得られたうち, 有効回答数は174名(有効回答率94.0%)であった。また, 本研究における夫の立ち会い満足感のCronbach's α 係数は.774, VASと夫の満足感との相関は $r_s = .521$ ($p < .01$)であり, 中程度の信頼性および妥当性が認められた。

夫版MLSのCronbach's α 係数は.899であり, 本研究においても尺度の信頼性は保証された。

A. 対象の基本情報と夫の立ち会い満足感について

夫の平均年齢は 32.3 ± 5.5 歳, 妻は 30.6 ± 5.2 歳であり, 初めて立ち会った夫は109名(62.6%)であった。基本情報に関する項目において, おのおのの2群間と夫の満足感との間には, いずれも有意差は認められなかった(表1)。

B. 夫の立ち会い体験, MLSと夫の立ち会い満足感について

夫の立ち会い体験である6つの領域と夫の立ち会い満足感, ならびにMLSの合計得点の平均およびその範囲を表2に示す。

1. 夫の立ち会い体験と夫の立ち会い満足感

夫の立ち会い満足感, 妻への支援($r_s = .276$), 出産中の妻から夫への反応($r_s = .391$), 出産後の妻から夫への反応($r_s = .322$), 出生児との接触($r_s = .299$)に弱い相関が認められた($p < .01$)。しかし, 妻の出産に対する姿勢への認知($r_s = .086$)および助産師の支援への認知

表1 基本情報と夫の立ち会い満足感との関連

属性および背景	人数	%	夫の満足感	
			中央値	IQR
年齢				
32歳未満	92	52.9	44.0	(6.7)
32歳以上	81	46.6	42.0	(6.2)
家族形態				
核家族	160	92.0	43.0	(6.2)
核家族以外	13	7.5	42.5	(7.0)
職業				
会社員・公務員	160	92.0	43.0	(7.0)
その他	13	7.5	44.0	(7.0)
結婚期間				
3年未満	85	48.9	43.0	(6.0)
3年以上	88	50.6	42.0	(7.5)
立ち会い回数				
初めて	109	62.6	43.0	(6.0)
2回以上	64	36.8	43.0	(8.0)
計画妊娠				
望んだ妊娠	151	86.8	43.0	(6.0)
望まない妊娠	21	12.1	42.0	(8.0)
立ち会い意思				
夫婦の意思	136	78.1	43.0	(6.0)
妻または他人の勧め	37	17.8	42.0	(9.0)
出産の準備				
何らかの準備を行った	151	86.8	43.0	(6.0)
全く準備を行わなかった	22	12.6	42.0	(9.0)
立ち会い時の仕事状況				
休み希望を取得	59	33.9	43.0	(8.0)
それ以外	114	65.5		

注) 欠損値を分析より除外したため各項目の総数が異なる
Mann-WhitneyのU検定

表2 夫の立ち会い体験と夫の満足感・MLS得点

	平均値 \pm SD	範囲
夫の立ち会い体験		
妻への支援	22.2 \pm 5.2	8~32
妻の出産に対する姿勢	20.0 \pm 3.4	6~24
出産中の妻から夫への反応	24.2 \pm 3.7	8~32
出産後の妻から夫への反応	18.0 \pm 2.5	5~20
助産師の支援	24.7 \pm 6.8	9~36
出生児との接触	22.2 \pm 5.2	7~28
夫の満足感	42.5 \pm 5.3	29~52
MLS	55.7 \pm 9.9	28~70

** $p < .01$

($r_s = .137$)には, ほとんど相関は認められなかった。また, 夫の立ち会い体験である6領域を独立変数として強制投入法による重回帰分析を行った結果, 妻への支援($\beta = .193$, $p < .05$), 出産中の夫への反応($\beta = .183$, $p < .05$), 出生児との接触($\beta = .286$, $p < .01$)の3要因が夫の立ち会い満足感の影響要因として抽出された(表3)。つまり, 夫の立ち会い満足感には, 出産時に夫が妻へ支援を行うこと, 出産時の妻が夫へ肯定的な反応をすること, 夫が新生児と接触をもつことが影響することが明らかとなった。

表3 夫の満足感に関する重回帰分析

	β	γ
夫の立ち会い体験		
妻への支援得点	.193*	.276**
妻の出産に対する姿勢得点	.010	.086
出産中の妻から夫への反応得点	.183*	.391**
出産後の妻から夫への反応得点	.205	.322**
助産師の支援得点	.019	.137
出生児との関わり得点	.286**	.299**
R	.454	
R ²	.176	

R = 重相関係数 R² = 自由度調整済み決定係数 ** $p < .01$ * $p < .05$
 β = 標準偏回帰係数 γ = 相関係数

多重共線性の検討では、VIFの範囲が1.138~1.640であり、その影響は少ないと判断された。

2. MLSと夫の満足感

夫の立ち会い満足感とMLSには弱い相関が認められた ($r_s = .303, p < .01$)。また、夫の立ち会い満足感とMLSとの関連において満足群 ($n = 54$) が不満足群 ($n = 53$) に比べて有意にMLSが高かった ($p < .05$) (表4)。

表4 MLSと夫の立ち会い満足感との関連

	人数	平均値 ± SD	γ
MLS	174	55.3 ± 10.0	.303**
満足群	54	58.3 ± 9.6	**
不満足群	53	51.3 ± 11.6	

Spearmanの順位相関 ** $p < .01$
 Mann-WhitneyのU検定

IV. 考 察

A. 対象基本情報と夫の立ち会い満足感について

本研究の対象は、核家族が9割、妻の年齢30~44歳が半数以上を占めていたことから、核家族化や出産の高年齢化という社会背景が反映された集団であった。また、6割の夫が立ち会い出産時に休暇を取得しており、父親の役割が遂行できる雇用環境へと変化していることがうかがえた。さらに、8割の夫が立ち会い出産をすることを自らの意思で決定していたこと、9割の夫が何らかの立ち会い出産に対する準備を行っていたことは、夫自身も出産に対する役割が重要であるととらえ、立ち会い出産が夫婦の共同作業であるという認識が浸透していることが推測された。これは、甲南大学人間科学研究所が2002年と2010年に父親を対象として実施した「子育て環境と子どもに対する調査」のなかで、両親学級に参加した父親は2002年に29.9%であったが、2010年には50.6%に増加しており、子どもを迎える準備は「夫婦そろって」という認識の比率が増加し、家庭内性別役割分業観が変化してきている兆しである(甲南大

学人間科学研究所 第3期子育て研究会, 2011)と述べていることと一致する。

また本研究では、夫の基本情報と夫の満足感との関係ではいずれも有意差は認められなかった。これは、前述した結果からも立ち会い出産が夫婦の共同作業であるという認識をもつ対象がほとんどであったという偏りが、夫の背景と満足感に直接影響を与えなかったことが考えられた。また、回収率の低さからも何らかの対象者の偏りの存在が推測される。今後は回収率を高める工夫や対象者の拡大をはかることで、信頼性を高めていく必要がある。

B. 夫の立ち会い満足感と夫の立ち会い体験、MLSについて

1. 夫の立ち会い体験と夫の立ち会い満足感

夫の立ち会い体験のなかで、夫の立ち会い満足感に最も影響していた要因は出生児との接触であった。Greenberg & Moris (1974) は、父が子に夢中になる「没入」について、誕生後の父子の接触をより早くより長くすることによって(没入を)促進すること、出生時の父子の接触が誕生後3日間、特に生後1時間の接触が重要である、と述べている。本研究の対象施設は、立ち会い出産後に夫と児との早期接触を促しているという特徴があり、また異常分娩を除外したことから、夫は出生後に十分な児との触れ合いが行われたことが推測された。このような接触が、無事に出産を終えた安堵感とともに、父親としての実感や立ち会い出産満足感を高めることにつながったのではないかと考える。また父性とは、子どもとの接触の頻度が増すごとに、言い換えれば父親として子どもにかかわるなかで発展し強められていく(新道・和田, 1997)とされている。このことから、出生直後から抵抗感なく自然に児との接触を促すためには、妊娠中から妻のお腹に触れ、胎児へ語りかけるなどの行動を夫に勧め、早期から父性を高めていくことが重要であると考えられる。

さらに、立ち会い出産時において、夫は妻へ支援を行うこと、妻から肯定的な反応を受けることが夫の立ち会い満足感に影響していた。これは、夫の妻への支援に対して妻の反応が肯定的であった場合には夫が自分の支援に不安をもち、自分の役割が遂行できた嬉しさの感情をもつこと(植松ら, 2006)、そして妻から感謝の気持ちを伝えられることで、妻のサポート内容や立ち会ったことに対して肯定的にとらえること(寺内ら, 2010)が、夫の立ち会い満足感に影響を与えたと考える。つまり、妻は夫から十分な支援をされたと感じ、夫もまた妻への役割が果たせたという思いの相乗効果が夫婦の満足感に影響するのである。よって助産師は、立ち会い出産時、夫に対して妻への具体的な

支援方法について説明し、夫が妻へ有効な支援が提供できるよう働きかけること、また出産後は、夫婦に対し立ち会い出産時の夫の支援や存在が妻にとって最も重要であったことなどフィードバックしながら、妻から夫へ感謝や労いの言葉を引き出せるようかかわることが、夫の立ち会い満足感を高めるために重要であると考えられる。

最後に本研究では、助産師の支援が直接夫の満足感に関連していないことが明らかとなった。立ち会い出産において、夫の医療者側に対する不満の理由の1つに「配慮不足」が存在する。その配慮不足とは、「休息に対する配慮」のみならず「励まし」や「労い」「気遣い」といった配慮である（半藤ら、2005）。これは立ち会い出産の場において、妻を中心にした支援だけでなく、夫自身に対する配慮も出産満足感に関連していることを意味している。今回作成した「助産師の支援の認知」の質問項目には、これらの内容が含まれていなかったことより、本研究結果に反映されなかったことが考えられた。今後は測定用具の妥当性について再度検討し、調査する必要がある。

2. MLSと夫の立ち会い満足感

親密性とは、相手とのかかわりにおいて相互に満たされ幸せを感じあい、さらにその関係性を維持させようとする気持ちが共有できている状態といえる。つまり夫婦とは、親密性を基盤として形成されるものであり、新しい家族を迎える妊娠・出産という人生のライフイベントの時期において夫婦の親密性は高いことが推測される。実際に本研究では、夫婦の親密性は高いという結果が得られた。このことから、夫は苦しむ妻を目の当たりするなかで、自身のできるサポートを模索しながらその支援を見出し、妻もまた夫を頼りながらともに頑張るという図式が満足感に関連することが推察された。つまり、親密性の高い夫は妻へ積極的に支援を行い、妻もまた夫へ感謝するという相乗効果によって満足感に関連するものと考えられる。また、良好な夫婦関係を維持または促進するためには、夫婦の共感的なコミュニケーションが重要な役割を果たす（中島・常盤、2008）ことから、妊娠中から夫婦間のコミュニケーションを促し、出産に向けてさらに親密性を高めていくことが、立ち会い満足感を高めるうえにおいて重要な支援であると考えられる。しかし本研究では、夫婦の親密性を立ち会い出産後の1時点しか測定しておらず、立ち会い出産体験が夫婦の親密性に影響を与えた可能性は存在する。このことから、夫立ち会い出産の前後において夫婦の親密性を測定し、立ち会い出産体験が夫婦の親密性にどのような影響を与えるかも検討することが必要であったと考えられる。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の回収率は低く、対象者の偏りがあったことから、本研究結果を一般化するには限界がある。今後は、夫への調査協力についての理解が得られるような配布方法を検討するなど、対象者の拡大をはかることが必要であると考える。また、本研究で用いた夫の満足感の尺度は、中程度の内的整合性であったことから、今後は尺度としての信頼性・妥当性が高くなるよう質問紙を精練し、再度調査する必要がある。さらに今回は、異常分娩や分娩時の医学的介入が夫の立ち会い満足感に関連する可能性を考慮し、正常分娩のみを対象とした。その結果、母児とも健在で出産を終えることができたことが、すでに出産満足感に影響を与えている可能性を加味して、本研究を解釈する必要がある。

VI. 結 論

本研究において、夫の立ち会い体験と夫の満足感との関連および夫の妻への親密性と夫の立ち会い満足感との関連について以下の結論を得た。

1. 夫の満足感には、夫が立ち会い出産時に妻への支援を行うこと、出産中に妻から肯定的反応を受けること、出生時に児との接触が影響を及ぼす。よって、仮説1、2、4は支持されたが、仮説3は検証されなかった。
2. 妻への親密性が高い夫は立ち会い満足感が高く、仮説5は支持された。夫の立ち会い出産満足感を高めるために助産師は、妻の妊娠中から夫婦間のコミュニケーションを促し、出産に向けてさらに夫婦の親密性を高めていくこと、また夫へ妻のお腹に触れ、胎児への語りかけるなどの行動を勧め、早期から父性を高めていくよう支援することが重要である。そして、立ち会い出産時は、妻から夫へ労いや感謝の気持ちが表出できるよう引出し、夫自身が妻への役割を果たせたと評価できるような声かけやかかわりをする必要がある。

謝 辞

本研究を行うにあたり、多忙な臨床現場において快く研究への協力を承諾していただきました看護部長をはじめ、看護部の皆さまに厚くお礼申し上げます。特に、調査票を手渡していただきました病棟のスタッフの皆さま、ならびに調査票にご回答のうえ返信していただきました対象者の皆さまには、貴重な時間をつかってご協力くださいましたことに感謝申し上げます。そして、本研究を進めるにあたり、ご指導いただきました新道幸恵教授・鈴木美恵子教授・奥村ゆかり准教授には、心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、夫側から立ち会い出産の満足感に影響を及ぼす要因および夫の妻への親密性との関連を明らかにすることである。対象は、妻の出産に立ち会い有効回答が得られた174名（26.6%）とした。結果、夫の立ち会い満足感には、出産中の妻への支援、出産中の妻から夫への反応、出生児との接触が影響を及ぼす。また夫の立ち会い満足感と妻への親密性には関連があることが明らかとなった。このことより、夫の立ち会い満足感を高めるために助産師は、妻にとってより効果的と感じる支援内容を夫へ説明し、妻へ提供できるようサポートすること、そして妻から夫へ感謝の気持ちを出させるようかかわることが重要であることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to consider the relationships between factors affecting the satisfaction of husbands present during delivery and the level of intimacy with wives.

The subjects were 174 fathers who were present during delivery and responded to a questionnaire (total response rate = 26.6%). The results indicated that satisfaction of husbands present was affected by the support they gave their wives, the wife's attitude towards them and their contact with newborns. The satisfaction of these husbands also related to intimacy levels with their wives. The implications for nurses show the importance of the nurse's guidance about giving wives necessary support and how best to inform wives about giving appreciation for their husband's support.

文 献

- 青野真歩, 高木恭子, 笹川 泉, 松井順子, 田中君子, 藤田久子 (2005). 分娩立ち会いが立ち会う夫の感情に与える影響. 母性衛生, 45(4), 530-538.
- 出口信子, 米村聡美, 福井奈美子, 前田啓子, 程 修司 (1999). 夫の分娩立ち会いの自己評価とその関連要因. 母性衛生, 40(4), 468-472.
- Green, J.M., Coupland, V.A., and Kitinger, J.V. (1990). Expectations, experiences, and psychological outcomes of childbirth a prospective study of 825 women. *Birth*, 17(1), 15-24.
- Greenberg, M. & Moris, N. (1974). Engrossment: the newborn's impact upon the father. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44(4), 520-531.
- 半藤 保, 五十嵐祥子, 新井 繁, 湯沢秀夫, 吉谷徳夫, 長谷川功 (2005). 夫立ち会い分娩に対する分娩者側と医療者側の意識. 新潟青陵大学紀要, 5, 49-55.
- 長谷川文, 村上明美 (2005). 出産する女性が満足できるお産—助産院の出産体験ノートからの分析—. 母性衛生, 45(4), 489-495.
- 東野妙子, 和田サヨ子, 武田とき子, 青木望美 (2005). 出産体験の振り返りによる陣痛体験の分析. 母性衛生, 45(4), 503-511.
- Highley, B.L. & Mercer, R.T. (1978). Safeguarding the laboring woman's sense of control. *MCN Am J Matern Child Nurs*, 3, 39-41.
- Hodnett, E.D. (2002). Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*, 186(5), S160-S172.
- 柏木恵子 (1993). 父親の発達心理学—父親の現在とその周辺. 317-318, 川島書店.
- 小泉智恵, 菅原ますみ, 前川暁子, 北村俊則 (2003). 働く母親における仕事から家庭のネガティブ・スピルオーバーが抑うつ傾向に及ぼす影響. 発達心理学研究, 14(3), 272-283.
- 甲南大学人間科学研究 第3期子育て研究会 (2011). 「[第2回] 子育て環境と子どもに対する意識調査—父親版—」報告書. <http://kihs-konan-univ.org/categories/wp-content/uploads/2012/01/res-fa2010.pdf>
- Mercer, R.T. (1985). Relationship of birth experience to later mothering behaviours. *J Nurse Midwifery*, 30, 204-211.
- 内藤和子 (1991). 夫立ち会い分娩における夫および妻の経験の分析. 助産学会誌, 5(1), 14-20.
- 中島久美子, 常盤洋子 (2008). 妊娠期の妻への関わりと夫婦関係に関する研究の現状と課題. 群馬保健学紀要, 29, 111-119.
- 中島通子, 牛之濱久代 (2007). 立ち会い出産後の夫の意識に関する研究. 母性衛生, 8(1), 82-90.
- 中野美香, 森 恵美, 前原澄子 (2003). 出産体験の満足に関する要因について. 母性衛生, 44(2), 307-314.
- Nicholson, J., Gist, N.F., Klein, R.P., and Standley, K. (1983). Outcome of father involvement in pregnancy and birth. *Birth*, 10(1), 5-9.
- 岡 有美, 島袋香子, 高橋真理 (2006). 立ち会い分娩における夫の心理—分娩経過における場面ごとの振り返りを通しての分析—. 北里看護学誌, 8(1), 18-29.
- 大川貴子 (1997). コミュニケーション理論から捉えなおす患者教育. *インターナショナルナーシングレビュー*, 32-36.
- 小野寺敦子 (2005). 親になることにともなう夫婦関係の変化. 発達心理学研究, 16(1), 15-25.
- 佐藤真由美, 安達万里子, 宮川葉子 (2005). 陣痛室夫立ち会い分娩時の夫婦の感情. 日本看護学会集 (母性看護), 36, 3-5.
- 新道幸恵, 和田サヨ子 (1997). 父性意識と父親役割. 母性の心理社会学側面と看護ケア. 124, 東京: 医学書院.
- 菅原ますみ, 詫摩紀子 (2004). 夫婦間の親密性の評価—自記入式夫婦関係尺度について—. 精神科診断学, 8(2), 155-166.
- 高橋恭子, 井原まどか, 堤 順子 (2004). 初めて「夫立ち会い出産」をした夫の内的経験. 日本看護学会集 (母性看護), 35, 105-106.
- 田島朝信, 和田京子 (1995). 夫立ち会い分娩がもたらす精神的影響. 母性衛生, 36(1), 131-140.
- 竹原健二, 野口真貴子, 嶋根卓也, 三砂ちづる (2009). 出産体験の決定因子—出産体験を高める要因は何か?—. 母性衛生, 50(2), 360-371.
- 寺内友香, 野口真貴子, 久米美代子 (2010). 初産婦の夫が立ち会い出産に対して抱いていたイメージと実際の相違. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 9, 67-78.
- 常盤洋子 (2003). 出産体験の自己評価と産褥早期の産後うつ傾向

立ち会い出産における夫の満足感と立ち会い体験および妻への親密性との関連

の関連. 日本助産学会誌, 17(2), 27-38.
植松紗代, 河 政美, 佐々木裕子, 矢吹奈央, 竹田 緑, 中川敏子
(2006). 立会い分娩をした夫の満足度調査. 京都市立病院紀
要, 26(1), 71-77.

山口さつき, 平山恵美子 (2011). 出産体験の自己評価に影響を及
ぼす要因. 母性衛生, 52(1), 160-167.

[平成26年 4月22日受 付]
[平成26年10月30日採用決定]

中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相

Aspects of Individual Empowerment of Old-old people Living in Hilly and Mountainous Areas

松谷 ひろみ¹⁾ 原 祥子²⁾
Hiromi Matsutani Sachiko Hara

キーワード：後期高齢者，エンパワメント，中山間地域，エスノグラフィ

Key Words：old-old people, empowerment, hilly and mountainous area, ethnography

はじめに

超高齢社会を迎えた日本において、「健やかに生きる」「健やかに老いる」ことが重要とされているが（天野・植村，2011），高齢者は社会的弱者であると認識されやすいとともに，個人的・社会的喪失を体験し，身体的・心理的・社会的にパワーレスに陥りやすい。高齢者がパワーレスに陥ると，自尊心の低下や生きがいの喪失につながりやすく，また，社会からの孤立などによりうつ状態となりやすいことが指摘されている（厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル」研究班，2009）。

しかし，大森（2004）は農村地域の高齢者を対象とした研究において，高齢者の健康は自身の力で主体的に創り出し，獲得していくものである，と述べている。多くの高齢者は，自分なりの目標や生きがいをもちながら暮らしており，自身が目指す健康的な生き方を実現させるために，自分のもつ力を発揮し，生活を自己決定しながら調整していくという「個人エンパワメント」を経ていると考えられる。

エンパワメントは，個人・集団・地域の3つのレベルからなっており，それらは相互に関連しあう多次元な概念である。そのなかでも個人のエンパワメントは，自らの力を自らが引き出す，エンパワメントの最も基本となるかたちである（安梅，2004，p.20）。阪神・淡路大震災や東日本大震災を契機に，日常生活における地域のつながり，住民が主体となり助け合うしくみをつくり上げる地域力の重要性が改めて認識されている。また，「人生90年時代」に対応した超高齢社会の実現が求められている（内閣府，2012）。少子・高齢化や生活様式の変化などにより弱体化する地域社会において，今後増加するとされる後期高齢者も，この地域力の向上に多大な貢献ができる存在として捉えていく必要がある。後期高齢者自身が個人エンパワメン

トを促進していくこと，またそれを看護職者が支えていくことは，今後より重要になってくると考えられる。

高齢者支援をしていく上で，高齢者の健康を包括的に捉えるためには文化的視点をもつことが重要（正木・山本，2008）とされている。麻原（2000）は，エンパワメント・プロセスにかかわる際には，対象の文化の理解が不可欠である，と述べている。後期高齢者の個人エンパワメントを促進していく上で，その土地の文化の理解が必要であるとともに，筆者は，日常生活の営みの中にあるその地域のしきたりや伝統，宗教，自然，その地域に暮らす人々との関わりなど，その土地の文化自体が，後期高齢者の個人エンパワメントの促進に関係しているのではないかと考えている。

個人エンパワメントに関する先行研究（秋山・海老・村山，2004）において，住民自主組織に所属する者の個人エンパワメント構造が明らかにされている。さらに，淵田（2003）は，エンパワメントを意図した高齢者の生活条件を量的に明らかにしている。しかし，個人エンパワメントの促進に，その土地に暮らす人々との関わりという他者との相互作用だけでなく，普段の生活の営みのなかにあるその土地のしきたりや伝統，宗教，自然といった文化との相互作用が関係しているという視点で検討したものは見当たらない。

そこで本研究は，地域のつながりや地域力が強く残り，その土地特有の文化の影響を強く受けていると考えられる，中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相を明らかにすることを目的とする。文化的視点を含めた後期高齢者の個人エンパワメントの様相を明らかにすることは，後期高齢者自身が個人エンパワメントを促進していくことを支援する際の一助となると考える。

1) 鳥根県立大学看護学部看護学科 School of Nursing, University of Shimane

2) 鳥根大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Nursing, Shimane University

I. 用語の定義

a. 個人エンパワメント

「自分が望む健康的な生活を実現させるために、自分のもつ力を発揮し、自分自身や生活環境を自己決定しながら調整していくプロセス」とする。後期高齢者の個人エンパワメントの促進に影響すると考えられる、普段の生活の営みのなかにある地域のしきたりや伝統、宗教、自然などのその地域の文化や、その地域に暮らす人々との相互作用もプロセスの一部として捉える。

b. 中山間地域

2012年に策定された本研究の対象フィールドが属する県の「中山間地域活性化計画」によると、県内中山間地域は、森林や農地は国土の保全機能や環境保全機能等の多面的かつ重要な機能を担い、さらに、豊かな自然、歴史・文化・伝統、温かい人間関係が残る地域であるとされている。本研究では「急速な過疎化および高齢化の進行により、地域社会の維持存続が困難な状況にありながらも、地域のつながりや地域力が強く残り、その土地特有の文化の影響を強く受けている地域」とする。

c. 様 相

「中山間地域に暮らす人々や自然・伝統等のその土地に根づく文化のありのままの様子」とする。

II. 研究目的

本研究は、中山間地域に暮らす後期高齢者の文化的視点を含めた個人エンパワメントの様相を明らかにすることを目的とする。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

ある特定の文化の中で生活する個人や集団の行動パターンを記述するエスノグラフィーの手法を用いた。エスノグラフィーの進め方として、Spradley (1980/2010, pp.47-225) の方法を参考にした。

2. 研究フィールドおよび研究対象者

a. 研究フィールド

A町B地区にある、町の公的施設で行われる老人会、およびゲートボールクラブとした。

中国地方にあるA町は、一級河川が町を貫流し、両岸には中国山地の緑が連なる自然豊かな町であるとともに、古くは銀山街道の一部として栄え、現在も伝統文化を多く継承している町である。町の大半を山林が占め、居住可能地

域はわずかであり、県より中山間地域と指定されている。2012年9月末の人口は約5,500人、高齢化率は40%を超える。そのA町の中央部に位置するB地区は、一級河川のほとり、高い山々に囲まれた地形で、産業として一時期は林業で栄えたが、いまはそのほとんどが農業となり、若者は近くの大きな市町に働きに出ている。世帯数は約100世帯、人口約250人が生活し、そのうち100人が65歳以上、約80人が75歳以上である。主な交通手段として鉄道、町内バスがあるが、本数も少なく、自家用車が主な移動手段となっている。冬季は雪がよく降り、また、昔より水害による損害を受けてきた。B地区にある老人会の会員は61人であり、その7割が75歳以上である。ゲートボールも古くから行われており、地区内には屋外屋根付きゲートボール場が整備されている。

b. 研究対象者

A町B地区の老人会活動およびゲートボールクラブに参加しながら、自力で日常生活を営む75歳以上の後期高齢者で、言語的コミュニケーションが可能な者とした。また、対象地域全体の特性や対象地域に暮らす高齢者について把握するため、A町保健師や後期高齢者が出入りする公的施設職員、地区民生委員も対象とした。

3. データ収集方法

データ収集は半構成的面接を中心とし、その他、参加観察や既存資料による収集を行った。データ収集期間は、平成25年3月～11月であった。

老人会やゲートボール場に月2、3回出向き、まずは研究対象者からありのままの情報を得られるよう、良好な関係形成に努めた。そして、老人会やゲートボール場の全体的な特性や概要を把握するため、研究課題に的を絞らずにその場での参加観察を行った。老人会やゲートボール場での雰囲気や慣習など全体的な特性や概要がみえはじめた段階で、特性を把握する観察を続けるとともに、後期高齢者の個人エンパワメントに関連すると考えられる繰り返し現れる行動や習慣に観察の焦点を絞り、後期高齢者同士や後期高齢者と保健師および各施設職員との会話や反応、振る舞いなどの行動や習慣、その場の雰囲気などについて参加観察を行った。参加観察する中で生じた疑問については、インフォーマルインタビューを行った。参加観察した事柄やインフォーマルインタビューで得た情報はフィールドノートに記録した。また、研究者の解釈に関しては、そのつど対象者に確認するよう心がけた。参加観察の対象者は、老人会やゲートボールに参加する75歳以下の者を含む高齢者23名、および保健師1名、公的施設職員2名であった。

次に、後期高齢者の個人エンパワメントに関連すると考

えられる繰り返し現れる行動や習慣を示していた者に対象を絞り、半構成的面接を行った。なお、半構成的面接の対象者は、町保健師より助言を受けながら選出した。面接内容は、「(対象者の繰り返し現れる行動や習慣について)どのように捉え、考えているか」「生活の中で何を大切にしているか」などとした。面接は1人1～3回実施し、所要時間は1回平均58分であった。面接の際には、研究対象者の了承を得て録音し、面接中の研究対象者の動きや態度、表情についても観察を行い、必要に応じてメモをとった。面接内容を逐語録にしたものをデータとした。平行して、面接対象者を中心とした参加観察の実施により、面接で得られたデータの確認を行った。保健師や公的施設職員、地区民生委員に対しても、後期高齢者の普段の暮らしぶりなどについての半構成的面接を実施した。

また、対象地域全体の特性を把握し、半構成的面接や分析の参考資料とするため、役場や公的施設など各施設を訪問して、A町の人口統計資料、広報誌、町村誌、保健事業計画、保健事業実績などから、町や高齢者に関する情報収集を行った。

4. 分析方法

エスノグラフィは、データ収集したものを記録し分析を行い、新たな質問を見つけ出し、そしてさらなるデータ収集・分析へと進んでいく円環的なパターンに従うとされている。それは、分析結果に一定のパターンが発見されるまで繰り返される (Spradley, 1980/2010, p.45)。そのため、参加観察によるデータ収集と分析を同時進行で行い、後期高齢者の個人エンパワメントに関連すると考えられる繰り返し現れる行動や習慣を見出した。その手順として、参加観察した事柄やインフォーマルインタビューで得られた情報について記載したフィールドノートを、その日もしくは数日中に見返し、その中で生じた新たな疑問をフィールドノートにメモし、次の訪問時にその疑問について明らかにしていった。そして、後期高齢者の個人エンパワメントに関連する行動や習慣と考えられる部分の記述をフィールドノートから抜き出し、そこから繰り返し現れる行動や習慣を導き出し、対象者の選定や半構成的面接の面接内容の参考とした。

参加観察の結果に基づき実施した半構成的面接の内容を記述した逐語録を繰り返し読み、中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントを表していると思われる部分を、意味が読み取れる最小単位で抜き出し、コード化した。コードの類似性と差異性を比較検討し、共通する意味をもつコードを集め、抽象度のレベルを比較検討しながら、サブカテゴリーを生成した。さらに、コードの逐語録の文脈における意味の確認および既存資料、フィールド

ノートや面接の際に観察した事柄との関係性の検討をしながら、サブカテゴリーの再編、移動、融合を繰り返し、カテゴリーの統合を行った。多くのカテゴリーのなかに繰り返し出現する潜在的あるいは顕在的なカテゴリー間の関係性を説明しうる原則、すなわち特定集団の文化を示すのが「テーマ」(Spradley, 1980/2010, pp.182-183)である。テーマは最終的なカテゴリーが生成された段階で明らかになるのではなく、カテゴリーを統合する段階で明らかになっていく (グレッグ・麻原・横山, 2007, p.103) とされている。そのため、カテゴリー統合の過程から、自分が望む健康的な生活を実現させるために、どのように自分のもつ力を発揮し、自分自身や生活環境を自己決定しながら調整しているのかという研究課題を明示するテーマの抽出を試みた。そのテーマに沿って、自分の力を発揮し、自分自身や生活を調整していくプロセスと、そのプロセスの促進に影響するものに着目してストーリーラインを明確にし、図示した。

5. 真実性の確保

データおよび分析結果の真実性を保つため、後日確認が可能であった面接の対象者である後期高齢者5名に分析した結果や言葉の表現に相違がないかを口頭で確認し、訂正や補足を受けた。また、老年看護の実践者や研究者とともに継続的に検討を行った。加えて、老年看護学および質的研究の指導者からスーパーバイズを受けた。

6. 倫理的配慮

本研究は島根大学医学部看護研究倫理委員会の承認を得て実施した。研究協力先へ研究の趣旨や研究への協力内容等について文書を用いて説明し、承諾を得た。対象となる後期高齢者へは、老人会およびゲートボールクラブの会場にて研究に関する説明会を開催した。その際、参加観察の研究対象者として協力を依頼したい旨を文書と口頭にて丁寧に説明し、同意書への署名により承諾を得た。また、半構成的面接の研究対象者へは、説明書を用いて説明し、同意書への署名により研究協力への同意を得た。同意を得る際には研究協力は自由意思であり、研究協力の拒否や途中辞退も可能であること、研究データは本研究以外には使用しないこと、個人情報保護の遵守について説明した。

IV. 結果

1. 研究対象者の概要

参加観察の対象者は、研究への参加同意の得られた75歳以下の高齢者を含めた23名 (男性7名、女性16名、平均年齢79.5±6.4歳)、保健師1名、公的施設職員2名 (女性3

名、平均年齢35.3±6.7歳)の26名であった。

また、そのうち後期高齢者の個人エンパワメントに関連すると考えられる繰り返し現れる行動や習慣を示していたと研究者が判断した半構成的面接の対象者は、研究への参加同意の得られた後期高齢者9名(男性5名、女性4名、平均年齢83.1±4.8歳、B地区の平均居住年数73.2±10.7年)、保健師2名、公的施設職員2名、民生委員1名(女性5名、平均年齢43.6±14.5歳)の14名であった。半構成的面接の対象者の概要を表1に示す。

表1 半構成的面接の対象者の概要

対象者	性別	年齢	居住年数	家族構成
A	男	80代後半	87年	夫婦のみ世帯
B	男	80代前半	82年	夫婦のみ世帯
C	男	80代前半	84年	夫婦のみ世帯
D	男	70代後半	76年	三世帯帯
E	男	70代後半	55年	二世帯帯
F	女	90代前半	82年	単独世帯
G	女	80代前半	65年	三世帯帯
H	女	80代前半	64年	夫婦のみ世帯
I	女	80代前半	64年	夫婦のみ世帯
対象者	性別	年齢	役割または職種	
J	女	40代後半	公的施設職員	
K	女	30代前半	公的施設職員	
L	女	70代前半	地区民生委員	
M	女	20代前半	地区担当保健師	
N	女	30代後半	町保健師	

2. 中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相

中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相は、14のサブカテゴリーが抽出され、5のカテゴリーに集約された。カテゴリー、サブカテゴリー、面接の代表的なコードを表2に示す。

図1は、中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相を表した図である。まず、中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相をわかりやすく説明するために、カテゴリーを用いてストーリーラインを述べる。そして、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーは〈 〉, 半構成的面接の対象者の代表的な言葉は「 】, 繰り返し現れた行動や習慣は[〕を用い、実例を引用しながら各カテゴリーを説明する。「 〕内の()は方言の説明や語彙を補足している。アルファベットは半構成的面接の対象者を表記している。

a. ストーリーライン

中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの中核テーマは、『地域の一員としての自分を示し続ける』であった。中山間地域に暮らす後期高齢者は、日々の暮ら

しを通して、自分の生理的機能の衰えや住み慣れた地域の過疎化などの【老いに伴う自分の変化や地域の変化への気づき】をし、自分の老いや変わりゆく地域に向き合っていた。そして、自分の老いや変わりゆく地域を仕方がないと受け入れながらも、このままではいけないという意識をもち、この地域での暮らしを継続させていくために、【老いと上手に付き合っていくための方法】を見出していた。地域における自分なりの暮らしを続けることが可能となることで、いままで守り続けてきたものを自分のできる範囲で守りながら、寂しくなった地域を元気にしようと、【地域の中での自分の役割の創出】をしていた。それは、『地域の一員としての自分を示し続ける』ことであった。

また、自分に力を与えてくれる【老いていく自分の支えとなるもの】と、地域の中での自分の存在を保持するためのすべである【老いていく自分と変わりゆく地域をなじませる】ことは、相互に影響し合いながら、それぞれが『地域の一員としての自分を示し続ける』ことを推し進めていた。

b. 各カテゴリーの説明

(1) 【老いに伴う自分の変化や地域の変化への気づき】

中山間地域に暮らす後期高齢者は、地域の会合への参加や地域の他者との関わり、ずっと継続してきた農作業、大事な交通手段となっている自家用車の運転などといった、日々の暮らしの中でのありふれた行動や習慣から〈老いに伴う生理的機能の衰えへの気づき〉をしていた。「昔はもうちょっと段取りよお(段取りよく)、やりよったんだがな。段取りよおこの頃まげに(上手に)仕事(田や畑)が進まんようになった。(中略)できんようになる」(Dさん)、「わしはな、ほかじゃあないが、遠くが見えにくいんだ。あの(ゲートボールの)玉狙えいわれても、よう見定められんのんだけ」(Cさん)と語り、この地域、この土地でずっと継続してきた農作業やゲートボールなどが昔のようにできなくなっている自分を実感することで、老いに伴う身体機能や認知機能などの衰えと向き合わざるを得なくなり、不安や自分への情けなさを感じていた。

また、B地区においても少子高齢化が進み、後期高齢者は子どもがだんだんと減っていく様や、同年代である後期高齢者の死去や施設入所を目の当たりにすることで〈地域の元気のなさへの気づき〉をしていた。「ほんに静かなし。そこの店のほうに出ても、いっそ(少しも)子どもの声がせんけえの。昔はわーわー言いよったのに。寂しいよ」(Eさん)と語り、自分の身体の衰えだけでなく、住み続けてきた地域の変化にも目を向け、自分のことのように寂しく感じていた。

(2) 【老いと上手に付き合っていくための方法】

B地区に暮らす多くの後期高齢者は単独世帯や夫婦のみ

表2 中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメント

カテゴリー	サブカテゴリー	代表的なコード
老いに伴う自己の変化や地域の変化への気づき	老いに伴う生理的機能の衰えへの気づき	・会合などで聞こえにくいときは、聞こえたことにし、大事なことしか聞き返さないようにする (A) ・田んぼの仕事を1日の目標を立ててやるが、年齢とともに段取りよく進まなくなってきた (D) ・手先の衰えや注意力が衰え、若いときに比べて畑仕事ができなくなった (E)
	地域の元気のなさへの気づき	・田舎になるほど子供の声がなくなって寂しく思う (E) ・ゲートボールも人がだんだん少なくなったと感じる (A) ・昔に比べ寄ることが少なくなり、大話をしたり、いろいろなことを教え合ったりすることがなくなった (H)
老いと上手に付き合っていくための方法	自分の老いに見合ったほどよい生活をする	・会合があるときにはこまめに参加して、地域の人と交流をもっている (I) ・自分で身体の調子のいいときと悪いときがわかるため、しんどいと思ったら休む (E) ・歳をとってやろうにもできないため、田を少しずつやめていっている (H)
	きちんとしている自分を他者に示す	・人に家を汚くしていると思われないように、家のまわりを掃いてきれいにしておく (F) ・田を放っておくと木が生えてきて不細工なため、人目を気にして百姓を続けている (H)
地域の中で自分の役割の創出	先祖から受け継いできた地域にある“もの”を守る役割	・先祖代々してきたことを自分も続けて、お寺や仏を大事にする (B) ・年寄りの姿を見てきて、小さい頃から毎晩仏さんにお経をあげる習慣が身についている (I) ・先祖代々続けてきた百姓を自分の代でやめるのが先祖に対して申し訳ないと思うため、田を大切に (A)
	年をとったからこそ果たせる役割	・小さい子どもに昔の話をしあげる (B) ・子ども会でそうめん流しをするため、そうめんを準備し世話をする (I) ・いま頼まれてつくっている田を、自分ができなくなったらやってくれる地域の次世代の者がいると考えている (D)
	地域を元気にするため見出した役割	・皆を笑わせようとして、いつも冗談を言うようにしている (E) ・出られるのなら出たほうがいいといつも声をかける (D) ・耳が遠い人、目が悪い人がいても、皆が手助けしている (I)
老いていく自分の支えとなるもの	厳しい時代の中で一生懸命生き抜いてきた経験	・働きながら、自分の家の畑だけでなく人の土地も借り、忙しいなかでも両方の畑をつくり続けてきた (A) ・まわりのみんながやってきたように、嫁としての役割を全うしてきた (A) ・水害のときに周囲の住民に世話になった経験がある (C)
	農業をすることで生まれる活力や喜び	・足が痛い野菜をつくりたいから、畑に行って中を這いずりまわっている (A) ・おいしい野菜がたくさんできると喜んで収穫を待つ (H)
	地域の一員として認められている実感	・活動に行かなかったら地域の人心配してくれる (G) ・いろいろな野菜をつくり地域の人にあげることで喜んでくれる (E) ・集落の人数が少なく、寄れと言えみながすぐ寄ってきて、一家族みたいなものだと思う (A)
老いていく自分と変わりゆく地域をなじませる	信心をもつことで得られる心の穏やかさ	・聴聞を聞くだけで気持ちが穏やかになると思う (H) ・神さん仏さんに頼んだらなんでもよくなると小さい頃から教わってきたため、そう思っている (A)
	地域で生活していくうえで必要な情報を得る	・ゲートボールの場で、種をいつまいたか、いつ収穫したか話すことで、自分の家は遅れているとか、早いということがわかる (B) ・聴聞にはみんなに会い情報交換できるから行く (K) ・近所に病人が多いため、近所の家のことはよく知っている (I)
	地域の人と足並みを合わせて上手に付き合う	・人とひといけんかをしなないように、こころやすく笑顔で付き合う (D) ・皆の前で腹が立つようなことがあっても、顔に出さないように心得ている (E) ・他者を見て気になることがあっても、自分もそうだからと言って口を合わせる (F)

[注] () 内のアルファベットは研究対象者を示す。

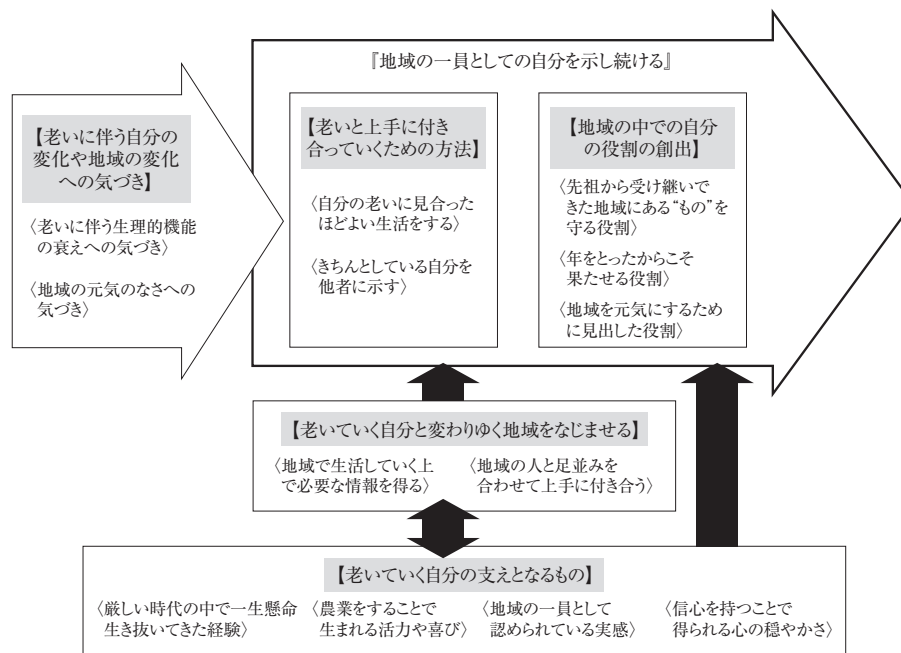


図1 中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相：地域の一員としての自分を示し続ける

世帯であり、子どもが県外に住んでいる場合も多い。そのような場合、後期高齢者は、自分自身の力で日々の暮らし、地域での営みを継続させていかなければならない。老いや病気によって自分の力ではできなくなった生活の一部をどうにか補っていくことや、調整していくことを余儀なくされる中で、〈自分の老いに見合ったほどよい生活をする〉方法を見出していた。「田んぼでもあちこち荒らしとるわの。大事にしたいけどできんけえ。はあ、あきらめとるけえな。どが思ってもどがにもならんのだけ」(Aさん)、「ええときと、悪いときが自分でわかるんよ。(中略)しわいなあ(苦しいなあ)思ったら休むんよ」(Eさん)、「畑打ったり、なにか植えたり蒔いたりするけえな。あのくらいがちょうどいいんで、いまの私の身体には」(Fさん)と語るとともに、「ゲートボールなどにおいて自分の体調を自分で判断し1回休憩する」[会合のお茶の準備などは自分よりも若い者にまかせる]など、自分の老いの程度を見定めながら、できなくなったことは仕方ないと受け入れ自分の身体に合うように途中で休憩する、活動を減らす、人に依頼するといった、いままでとは違う方法を見出し、自分の老いの程度に合った地域での暮らしを継続していた。一方で、「いつも歩くじゃろ、畑行ったり、ゲートボール行ったり、買い物に行ってまわって戻ったり。ああいうようなことがええんだと思うんよ」(Fさん)、「こまめに会合があるときには参加して。みなさんと交流もったり。もたしてもろうとるんよ」(Iさん)と語っている。[ゲートボールの行き帰りが自分の家からは遠まわりになっても他の者に同行する][積極的に会話には参加しないが会合には毎回参加する]などの習慣もみられ、このままではいけない、どうにかしたいという意識をもつことでいまの自分にもできることを見出し、自分なりに身体や認知機能を維持していくために努力し、地域での暮らしを継続していた。

B地区において農家の減少や農家の高齢化により、田植えや稲刈りなどの農業を共同で行っていく生産共同体としての機能は弱体化しているものの、常会や冠婚葬祭など生活共同体としての機能は根強く残っている。生活共同体として近隣の者との関係性が親密であるぶん、世間の目があるという意識も大きい。[杖の使用を勧められても杖を使わず過ごす][腰や膝が痛いといながらも草刈りや畑づくりを続ける]という行動もみられ、自分自身が周囲の迷惑とならないようにするだけでなく、自分が所有している家や畑、田んぼまでも自分の一部と捉え、〈きちんとして自分を他者に示す〉ことを意識しながら生活を送っていた。「人が来てなら嫌なんよ。行儀がわるいわな、(私は)正座ができんけ。お父さんは座っても、私は立つとるような」(Hさん)、「老人になってな、人に迷惑かけんぐ

らいのことよ。人に迷惑かけさせにゃあな(かけさえしなければ)自分のことやってもええだけ。(中略)私は迷惑かけんのよ、迷惑かけまー(かけないようにしよう)と思うとるんよ」(Fさん)、「(田んぼに)草が生えとるや人が見た場合にの、まあ草くらい刈ってなんとかすりゃええのにと外部も考えるわの」(Aさん)と語るように、人から見られている自分を意識しながら、いままで自立して生活してきた自分をできる限り維持しようとしていた。そうすることで、自立できている自分を地域の他者に示し、自分の誇りをもち続けようとしていた。そして、自分なりに老いと上手に付き合っていくながら、地域の他者との関わりを保った暮らしを継続していた。

(3) 【地域の中での自分の役割の創出】

B地区に暮らす後期高齢者の多くは同一仏教の門徒である。B地区がある県西部は仏教が盛んな地域とされ、神楽などの伝統的行事とともに、宗教的な行事も比較的残っている地域である。多くの後期高齢者が、[年数回行われる神事や仏事へは決まったように参列する][毎日仏壇を拝む]という習慣をもっていた。また、先祖に感謝し、家や土地、先祖を守るように祖父母や父母から教えられ育ってきた後期高齢者にとって〈先祖から受け継いできた地域にある“もの”を守る役割〉は、家の一員、地域の一員としての大事な役割であった。「うん。やっぱし、お寺とお宮がね、昔からなけにゃあ(ないと)。(中略)私らもお寺やお宮は大事にするけどね。祭りだの、あれ(聴聞)があたりね」(Gさん)と語るように、後期高齢者にとって、神事への参加やお寺において住職のご法話(説教)を聞くという聴聞に参ることは、自分が幼い頃から自分の祖父母などに連れられて参ってきた昔からの習慣であり、神仏を身近な存在として捉え、それを大切に守っていくことがいまの自分の役割となっていた。そして、「先祖代々続いてきたもの(田)を、わしの代でやめるというのが。早う言やあ先祖に対して申し訳ない」(Aさん)と語るように、先祖代々守られてきた、田や山、家そして先祖を日々守り大切にしていくことが、後期高齢者にとって先祖から受け継がれてきた役割となっていた。しかし、田や山を守っていくことに意味を見出す反面、その土地があるためにやらなければならない現実と老いていく自分との間で葛藤する後期高齢者の以下のような語りが聞かれた。

「いまではこれ(田)がなけりゃええ思うようになったな。いまなら土地がなけりゃええ思うよ。しわい(しんどい)けえ」(Aさん)

多くの後期高齢者が、B地区で長い間暮らしてきており、身近で先代の高齢者達の老いてゆく姿を見てきた。先代の高齢者がしてきたように、老いてきた自分も〈年をとったからこそ果たせる役割〉を果たそうとしていた。

「小さいもん（子ども）に話をすることくらいよ。話をするのは面白いけえな。来たら老人も呼んでくれるけえ。話をしちゃうんよ（してあげるんよ）」（Bさん）、「（まわりの高齢者が）もうやれんようになったけ（田んぼを）つくっちゃんさい言う。で、頼まれて、そいでわしがつくりよる。あれら（若い世代）がまたやるようになるがな。（中略）あれらがやるけ。わしがやれんようになったらやるけ」（Dさん）と語るとともに、「公的施設での子ども会の手伝いに参加する」「しめ縄のつくり方や伝統料理方法について若い世代に教える」ことなどをしながら、地域で暮らす後期高齢者や子どもたちはもちろん、自分たちよりも若い世代に関わり、これからも住み続けていく地域の一員として、年をとったからこそできる自分の役割を果たそうと試みていた。

B地区の後期高齢者は、少子高齢化や過疎化が進み、休耕地や空き家が増えていくB地区の現状を目の当たりにする中で、自分が育ち暮らしてきた地域を元気にしよう、保持していこうと、〈地域を元気にするために見出した役割〉を果たそうとしていた。「笑うようなことみんなに冗談言や、大きな声で腹抱えて笑うよ。笑わしちゃう思うて」（Eさん）、「（地域の高齢者に）出られりゃ出んさい、じっとしとっちゃ健康に悪いいうことはいつも言うよな」（Dさん）と語るとともに、「自分の生活のなかの出来事や失敗話をしてみなを笑わせる」「次も出るよう声をかけたり、最近見かけない人を気にかける」という行動がみられ、自分を含めた地域の後期高齢者が愉快に過ごせるように、また、健康でいつづけられるような雰囲気づくりをしていた。

(4) 【老いていく自分の支えとなるもの】

B地区で暮らし続けてきた後期高齢者は、戦後の著しい経済成長の中の〈厳しい時代の中で一生懸命生き抜いてきた経験〉があるからこそ、今があることに感謝し、いままでのつらく苦しい経験を乗り越え生き抜いてきた自分を誇りに思っていた。中山間地域の農村に嫁ぐ女性は家事をこなし、農作業、山仕事に従事し、舅姑を介護するという多くの役割をこなしてきた。「昔はね、（中略）手をついておはようございます、お休みなさいもせないけんし。ほいだが、いま頃はあんなことはない、友だちみたいな、嫁とね親子みたいなもんだけ」（Gさん）と、現代の嫁と自分を重ねて、決して楽ではない厳しい嫁としての立場を乗り越えてきた経験を語っていた。また、B地区は、今までに度々水害に見舞われてきた。「大水害のときには、皆さんにほんにお世話になったんよ。なんにも流されたんだもん」（Iさん）と語り、水害によって家屋などを失いながらも、周囲の者に支えられこの土地で暮らし続けてこれたことに感謝の思いを抱いていた。

日本の高度経済成長によって、B地区においても農家は減少し兼業農家へ移行していった。耕耘機やトラクターなどの農作業の機械化に伴い、家族親族総出で行っていた稲作作業はその姿を見ることが少なくなり、高齢者のもつ知識や昔ながらの技術を活かす機会を奪ってしまった。また、家や地域での役割も徐々に若い世代へと世代交代をしていくいまの立場にあって、代々守ってきた大切な土地で、昔からやりつけてきた農作業をすることは、後期高齢者にとっての数少なくなった自分に与えられた仕事の1つであった。そして、「作物に大きくなるように声かけをする」「県外に住む家族や近所の者にできた野菜をあげる」ことなどを通して、農作業を通して作物が生長し、他者とともにその恵みをいただきながら、〈農業をすることで生まれる活力や喜び〉を感じていた。「畑も行くんですよ。（中略）ヤッケ（ウインドブレーカー）のズボンはいてね、中這いずりまってね、そいでね、つくりたいんよ」（Gさん）と、農作業を通して生まれた活力や喜びが日々の生きがいとなっていた。

大切に育て収穫した農作物を他者に提供することや近隣の高齢者と助けあうこと、ゲートボールなどにおいてともに生きてきた仲間と楽しい時間を共有することによって、他者からの感謝を得て、自分の存在意義を確認し、〈地域の一員として認められている実感〉を得ていた。「食改（食生活改善推進員）からね、健康クラブからね。まあ、行かんかったら心配してくれてるわ。だけど、こっちが楽しみに行きよるわ。役に立っちゃおらん。役には立たんが、嫌われてもおらん」（Gさん）、「わしらの集落は言うても人数が少ないんだけえ、早う言やあ（早く言えば）、一家族みたいなもんだけえの、皆」（Aさん）と語るように、地域での他者との関わりの中で、生活共同体の中での自分の役割やこの土地で生きる意味を見出し、地域の一員としての自分を実感していた。

幼い頃から聴聞に参ることを通して身につけてきた自分の信心や、昔から身近にあった神仏の存在が、老いていく自分の心の拠り所となり、〈信心をもつことで得られる穏やかさ〉につながっていた。「何ごとあるときには、参るわな。そがすりゃ（そうすれば）、ある程度心が治まるよな。助けてもらうということはないんだけど、ええようにええように解釈する」（Hさん）と語り、「毎日近所の地蔵を拝んだりお供え物をする」「毎回聴聞に参る」など、信心をもつことによって心の穏やかさを得て、老いや地域の変化に伴う不安や寂しさ、他者との関わりの中で感じる感情などを和らげながら、地域での日々の暮らしを継続し、他者と上手に関わり続けることができていた。

(5) 【老いていく自分と変わりゆく地域をなじませる】

ゲートボールや会合などの人が集まる場において同年代

の者と会ったときには、[農業に関する情報や地域の同年代の者の安否などに関する情報の交換]をしながら、〈地域で生活していく上で必要な情報を得る〉ことをしていた。「かぼちゃいつ蒔いたか、馬鈴薯いつ掘ったかいうことやな。そいじゃあ、うちのは遅れとるとか、早いとか」(Bさん)、「聴聞にはみんなに会えるから行くって言うておられたよ。そのとき、●●さんが来てなかったとかの話にもなるし」(Jさん)と語るように、老いた自分の生活を工夫するヒントを得たり、周囲の者との足並みをそろえるために、変わっていくまわりの者や地域の動きを捉えようとしていた。

また、他者とのもめごとを起こさず、地域の慣習から逸脱した行動をとらないように、〈地域の人と足並みをあわせて上手に付き合う〉方法を常に意識して行っていた。「厳しいことを言う人がいても上手く対応してその場を和ませます」[気にいらないことがあってもその場では表情や行動に表さない] [会合には声をかけ合って一緒に参加する]といった行動をしながら、「あんまりごうぎに(ひどく)喧嘩せんように、こころやすく付き合うていったが一番ええよ。誰とでも付き合うには、笑顔で付き合わな」(Dさん)、「(家の)まわりのほう掃いたりするくらいのことよ。綺麗にしとかにゃ、人が来てもな。一人おって(1人暮らしで)きちゃんげな(汚しているような)ことをしてと思う」(Fさん)と、自分の感情を調整し、老いていく自分と変わっていく周囲の者や地域の状況をすり合わせながら、地域の中での自分の存在を保持しようとしていた。次の語りはその努力を象徴している。

「B地区の高齢者は思ったことはあまり言わず、くっとこらえていることが多い。顔で笑って心で泣いてってよいたとえかもしれんね」(Lさん)

V. 考 察

1. 中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの様相：地域の一員としての自分を示し続ける

Erikson & Erikson (1982/2001) は、長寿や長い老年期の時代の到来を見越し、ライフサイクルに第9段階を加え、その段階において発達する人間の強さを老年的超越として提示している。また、第9段階にあるとされる80~90代の後期高齢者は、「深くかかわりをもちつつ、かかわらないこと」というかかわりの様式をもつとされ、家庭や地域での役割の喪失することやいままで行ってきた活動に携わらないということが、生き生きとしたかかわり合いの欠如となるのではない(Erikson & Erikson, 1982/2001, p.184)と論じている。ただし、それは自分で関わりの様式を選択した場合であって、他者によって強制された社会からの撤退

である場合は、その限りではないとされている。すなわち、「深く関わりをもちつつ、関わらないこと」という関わりの様式とは、実際に役割を担ったり、活動に携わったりしなくても、自分にできる何らかの形で地域に関与し続けることであり、後期高齢者がその地域で暮らし、生きていくために、自身の力で自分の老いや変わりゆく地域を調整していく様相そのものであるといえる。そしてそれは、本研究における、中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの中核テーマである『地域の一員としての自分を示し続ける』ことであり、老年期にあっても発達を続ける後期高齢者の個人エンパワメントを捉える重要な視点であると考えられる。

個人のエンパワメントが他者との相互作用の中で生じることは、すでに多くの研究者によって述べられている(野嶋, 1996; 麻原, 2000)が、本研究における後期高齢者の個人エンパワメントを促進させるものとして、その地域に住む他者との相互作用とともに、その土地にある自然や神仏といったその土地に根づく“もの”との相互関係があった。山里において暮らす高齢者とそこにある自然の間に密接な関係性があることや、日本人は神仏をこの世を豊かにし、喜びをもたらし、ときに助けてくれる存在として位置づけていることは、先行文献(吉村・北山, 2013; 坂田・奥宮, 1998)によって述べられている。本研究の結果は、「日常生活の営みの中にあるその地域のしきたりや伝統、宗教、自然、その地域に暮らす人々とのかかわりなど、その土地の文化自体が、後期高齢者の個人エンパワメントの促進に関係しているのではないか」という、筆者の推測を裏づけるものであった。

エンパワメントのプロセスについては、Perkins & Zimmerman (1995)、久木田(1998)などによって示されてきている。また、麻原(2000)は、地域で行われる通所型機能訓練教室活動に通所する対象者が自身の現状の問題を認識し問題解決能力を形成する過程に着目し、主体化のプロセスを明らかにしたうえで、既存概念を融合し麻原独自の個人のエンパワメント・プロセスを推測している。そして、個人のエンパワメント・プロセスの構成要素を「個人のもつ潜在能力、一貫性への希求」「自身の客体視、問題の意識化」「新しい価値観の獲得」「問題解決の方法の習得と実践、問題解決能力の獲得」、エンパワーのプロセスを促進させるための「個人の変化に関連する集団の力(働き)」であると述べている。本研究で明らかとなった、中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの要素である【老いに伴う自分の変化や地域の変化への気づき】【老いと上手に付き合っていくための方法】【地域の中での自分の役割の創出】【老いていく自分の支えとなるもの】は、高齢者が老いに伴う変化に気づき、その老いに向

き合うことで、仕方がないことと受け入れながらも、このままではいけないという問題意識をもち、自分なりの暮らしを継続させていくために、自分のもつ潜在的な力を発揮しながら問題を解決するための方略を実践していく点、また、他者との相互作用のなかで得られる力がプロセスを促進させるという点で麻原のエンパワメント・プロセスと類似していた。しかし、本研究における後期高齢者の個人エンパワメントの要素の1つである【老いていく自分と変わりゆく地域をなじませる】は、今まで示されてきたエンパワメント・プロセスには含まれない、中山間地域に暮らす後期高齢者に特有の個人エンパワメントの要素であると考えられる。田高・金山・古川（2007）は農村部に暮らす一人暮らし高齢者における自立の意味を質的記述的に明らかにし、主要なテーマとして、「自分自身の意思と生活の尊厳を保持すること」「自分が生きてきたむらの自然や人ともにあろうとすること」を掲げている。その後者のテーマは、過疎の進行が著しい状況にある農村でも、一人暮らし高齢者が自立し、共生する重要なコミュニティとして、その存在意義があることを示している、と述べている。中山間地域ならびに農村であるB地区に暮らす後期高齢者にとって、この地区は自分が生まれ育ち、暮らしを営んできた土地やそこにある自然、神仏、そしてともに暮らしてきた他者とかかわり続けることができる、地域の中での自分の存在を保持していくための大切な場所であった。また、B地区の後期高齢者は、他者とのつき合いにおいて“思ったことはあまり言わず、くっとこらえる”という昔からつくり上げられてきた伝統的価値規範を守り、自分を調整させながら暮らし続けていた。B地区において、その規範を守りながら地域になじんでいくことは、この地区で暮らし続けるために必要なすべであり、中山間地域ならではの後期高齢者の努力であった。そして、それは中山間地域に暮らす後期高齢者自身が個人エンパワメントを促進していくための重要な要素であると考えられた。

2. 看護への示唆

エンパワメントは、外部からの働きかけによっておきるのではなく、個人の意志や自己の潜在力への気づき、自信の形成などがあってはじめておきる、きわめて心理的な側面の強いプロセスである（久木田、1998）。そのため、看護者が対象者をエンパワメントさせようとすることはできないが、対象者のエンパワーの過程を支援することはできる（麻原、2000）といわれている。したがって、看護職者には、中山間地域に暮らす後期高齢者が、自分自身の力で自分をエンパワメントすることができる存在であるということを認識して関わっていくことが求められる。また、今まで個人エンパワメントにおいて強調されてこなかった

自然や神仏というその土地に根づく“もの”との相互作用も、後期高齢者にとってはこの地域に暮らし続けていくために必要なことと捉え、その後期高齢者の考えや行為を理解し、尊重して関わっていくことが重要であろう。そのうえで、その地域の伝統行事を通して後期高齢者が他者や自然、神仏との関わりを継続させていくことができるよう、地域の行事等への参加を促したり、守り続けてきた土地での農作業がその人なりに継続できるよう情報提供をしていくことが必要であると考えられる。さらに、B地区におけるゲートボールや寺での聴聞のような、その地域でともに暮らし続けてきた気心知れた同年代の高齢者と顔をあわせる場を存続していくこと、そのような場がない場合には新たな場を提供していくことも求められるだろう。それらを通して、自分の老いや寂しくなる地域に気づき、自己や地域に向き合い、自分を支えるものの力を得ながら、『地域の一員としての自分を示し続ける』ことで、この地域での自分なりの暮らしを継続させることができると考えられる。

ただし、後期高齢者自身が個人エンパワメントを促進していくための支援は、後期高齢者とともに暮らす家族や地域住民、関係職員との協働関係において進められるべきであろう。井出ら（2009）は、地域に住む高齢者は相互扶助的な交流を、親族や別居家族、友人、近隣者、町内会、趣味などの仲間に加え、地域の歴史的な背景の中で定着している交流など多岐にわたる他者との間でもち、豊かな社会的サポートネットワークを構築しており、このようなネットワークは高齢者個々をエンパワーすることに影響している、と述べている。つまり、その土地の自然、神仏とともにありながら、地域の一員として暮らし続けようとする後期高齢者の努力を、後期高齢者とともに暮らす家族や地域住民に伝え、地域全体で後期高齢者自身が個人エンパワメントを促進することができるように支援していくことが必要であると考えられる。中山間地域においても他者や地域とのつながりの希薄化が問題視されているが、その土地に根づいたさまざまな機会や場における他者との関わりといった社会的なサポートネットワークを活かしていくことで、後期高齢者自身が個人エンパワメントを促進しやすい環境を提供できると考える。一方、井出ら（2009）は、他者との交流の中で必要な助けを受けるばかりでなく、助けが必要な他者に対して助力を提供する助力の授受という交流によってエンパワーされた高齢者は、さらに他者との交流のなかで他者をエンパワーする行動をとり、これらの交流によって地域全体のエンパワメントが実現できる、と述べている。弱体化する中山間地域において、後期高齢者は地域力の向上に貢献ができ、地域のエンパワメントを促進することのできる大切な存在であり、後期高齢者が自身の力を発揮しながら地域の一員としての自分を示し続けても

らうことが重要であるといえる。そして、後期高齢者個人のエンパワメントを支援していくことが、コミュニティ・エンパワメントにもつながっていくと期待できる。

3. 研究の限界と今後の課題

中山間地域の本研究の方法論的な性質上、研究者自身が研究の道具となるため、研究者のデータ収集・分析能力が研究結果に影響する。本研究の調査地域は特定の中山間地域という限られた地域であり、対象者は自立して生活する後期高齢者と限定している。また、エスノグラフィーは特定の文化の中で生活する個人や集団の行動パターンを記述するものであり、すべての中山間地域に暮らす後期高齢者に当てはめるには限界がある。今回は、後期高齢者の個人エンパワメントに関連すると考えられる繰り返し現れる行動や習慣を示していた者に対象を絞っているため、それらの行動や習慣を示さなかった者についての検討は行っていない。後期高齢者の個人エンパワメントを促進する支援について検討する上では、行動や習慣を示さなかった者への調査も実施し、さまざまな視点から後期高齢者の個人エンパワメントをとらえていく必要があると考える。そして、過疎化などによって社会的背景や家族背景が変わりつつある中山間地域においても、伝統的な規範や価値観も変化し、多様化しているという現状があるということも踏まえながら、様々な地域で研究を継続して行っていく必要があると考える。

VI. 結 論

本研究において、中山間地域に暮らす後期高齢者の文化的視点を含めた個人エンパワメントの様相を明らかにすることができた。中山間地域に暮らす後期高齢者の個人エンパワメントの中核テーマは、『地域の一員としての自分を示し続ける』であった。中山間地域に暮らす後期高齢者は、日々の暮らしを通して、自分の生理的機能の衰えや住み慣れた地域の過疎化などの【老いに伴う自分の変化や地域の変化への気づき】をし、自分の老いや変わりゆく地域に向き合っていた。自分の老いや変わりゆく地域を仕方がないと受け入れながらも、このままではいけないという意識をもち、この地域での暮らしを継続させていくために、

【老いと上手に付き合っていくための方法】を見出していた。地域における自分なりの暮らしを続けることが可能となることで、いままで守り続けてきたものを自分のできる範囲で守りながら、寂しくなった地域を元気にしようと、【地域の中での自分の役割の創出】をしていた。それは、『地域の一員としての自分を示し続ける』ことであった。また、自分に力を与えてくれる【老いていく自分の支えとなるもの】と、地域の中での自分の存在を保持するためのすべである【老いていく自分と変わりゆく地域をなじませる】ことは、相互に影響し合いながら、それぞれが『地域の一員としての自分を示し続ける』ことを推し進めていた。

中山間地域に暮らす後期高齢者が『地域の一員としての自分を示し続ける』とは、自分にできる何らかの形で地域に関与し続けることであり、その地域で暮らし、生きていくために、自身の力で自分の老いや変わりゆく地域を調整していく様相であるといえる。『地域の一員としての自分を示し続ける』ことを推し進める要素である【老いていく自分と変わりゆく地域をなじませる】は、中山間地域に暮らす後期高齢者に特有の個人エンパワメントの要素であると考えられた。看護職者や後期高齢者ともに暮らす家族や地域住民が、後期高齢者が力をもった存在であると認識した上で、後期高齢者個々にあった形で地域に関与し続けられるような環境づくりをし、後期高齢者自身が力を発揮しながら地域の一員としての自分を示し続けていけるように支援していくことが重要であると考えられる。

謝 辞

本研究への参加に快く承諾いただき、生き生きとした日々の暮らしの様子を語ってくださったA町B地区の後期高齢者の皆さま、フィールドを提供していただき、お忙しいなかご協力いただきました関係者の皆さまに心より感謝申し上げます。

また、論文を作成するにあたり、ご指導ご助言をいただきました島根大学の小野光美先生、沖中由美先生に心より感謝いたします。

本研究は、松谷ひろみが島根大学大学院医学系研究科修士課程に提出した学位論文（指導：原 祥子）の一部に加筆・修正したものである。

要 旨

中山間地域に暮らす後期高齢者の文化的視点を含めた個人エンパワメントの様相を明らかにすることを目的とし、エスノグラフィーを用いて、A町B地区の後期高齢者9名と保健師等へ半構成的面接を中心としたデータ収集、分析を行った。

中山間地域に暮らす後期高齢者は日々の暮らしのなかで【老いに伴う自分の変化や地域の変化への気づき】を

していた。そして【老いと上手に付き合っていくための方法】を見出し、【地域の中での自分の役割の創出】をしており、それは『地域の一員としての自分を示し続ける』ことであった。また【老いていく自分の支えとなるもの】と【老いていく自分と変わりゆく地域をなじませる】ことは、相互に影響し合い、それぞれが『地域の一員としての自分を示し続ける』ことを推し進めていた。看護職者として、後期高齢者が力を発揮し、個々にあった形で地域の一員としての自分を示し続けていけるように支援していく重要性が示唆された。

Abstract

To clarify the aspects of individual empowerment including cultural aspects of old-old people living in hilly and mountainous areas, we conducted a semi-structured interview on nine elderly persons aged 75 or over and a health nurse in District B, Town A. In this survey, we used ethnography to collect data for analysis.

The old-old people living in the hilly and mountainous area 'recognized their age-related changes and the changes in the community' in their daily life. They found 'ways for coping well with aging', and 'created their own roles in the community'. In other words, they made efforts to "continuously present themselves as members of the community". Aspects of 'What support the aging persons' and the 'effort to coordinate aging self with changing community' interacted with each other and promoted "their effort to continuously present themselves as members of the community". The results of the present survey suggested that nursing professionals play an important role in empowering old-old people and helping them continuously present themselves as indispensable members of the community.

文 献

- 秋山さちこ, 海老真由美, 村山正子 (2004). 住民自主組織に所属する個人エンパワメント構造. 日本地域看護学会誌, 7(1), 35-40.
- 天野瑞枝, 植村勝彦 (2011). 高齢者のエンパワメントの構造に関する研究—尺度作成およびその信頼性—. 愛知淑徳大学論集(心理学部篇), 創刊号, 1-9.
- 安梅勅江 (2004). エンパワメントのケアの科学—当事者主体チームワーク・ケアの技法. 20-23, 東京: 医歯薬出版.
- 麻原きよみ (2000). 高齢者のエンパワメント—文化的見地からのアプローチ—. 老年看護学, 5(1), 20-25.
- Erikson, E.H. and Erikson, J.M. (1982) / 村瀬孝雄, 近藤邦雄 (2001). ライフサイクル, その完結【増補版】. 179-190, 東京: みすず書房.
- 測田英津子 (2003). エンパワメントを意図した高齢者の生活条件に関する研究. 日本保健福祉学会誌, 9(2), 19-29.
- グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江 (2007). よくわかる質的研究の進め方・まとめ方—看護研究のエキスパートをめざして. 85-105, 東京: 医歯薬出版.
- 井出成美, 佐藤紀子, 山田洋子, 細谷紀子, 岩瀬靖子, 宮崎美砂子 (2009). 社会的サポートネットワークの構築につながる高齢者のエンパワメント指標の試案. 文化看護学会誌, 1(1), 3-11.
- 厚生労働省「うつ予防・支援マニュアル」研究班 (2009). うつ予防・支援マニュアル. <http://www.mhlw.go.jp/topics/2009/05/dl/tp0501-1i.pdf>
- 久木田純 (1998). エンパワメントとは何か. 久木田純, 渡部文夫 (編), 現代のエスプリ (376): エンパワメント—人間尊重社会の新しいパラダイム—. 10-34, 東京: 至文堂.
- 正木治恵, 山本信子 (2008). 高齢者の健康を捉える文化的視点に関する文献検討. 老年看護学, 13(1), 95-104.
- 内閣府 (2012). 第3節「高齢社会対策の基本的在り方等に関する検討会報告書—尊厳ある自立と支え合いを目指して—」について (1 超高齢社会における課題). 平成24年版高齢社会白書. 61-63. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/pdf/1s3s_1.pdf
- 野嶋佐由美 (1996). エンパワメントに関する研究の動向と課題. 看護研究, 29(6), 3-14.
- 大森純子 (2004). 高齢者にとっての健康『誇りを持ち続けられること』—農村地域におけるエスノグラフィーから—. 日本看護科学会誌, 24(3), 12-20.
- Perkins, D.D. and Zimmerman, M.A. (1995). Empowerment theory, research, and application. *Am J Community Psychol*, 23(5), 569-575.
- 坂田三允, 奥宮暁子 (1998). 日本人にふさわしい看護をめざすために—日本人の特性の理解. 坂田三允 (編), 生活をささえる看護 日本人の生活と看護. 44-61, 東京: 中央法規出版.
- Spradley, J.P. (1980) / 田中恵美子, 麻原きよみ (2010). 参加観察法入門. 3-46, 東京: 医学書院.
- 田高悦子, 金山克子, 古川照美 (2007). 農村部の一人暮らし高齢者における自立の意味に関する記述的研究. 日本地域看護学会誌, 10(1), 78-84.
- 吉村 隆, 北山秋雄 (2013). 里山におけるソーシャルキャピタルの特徴—里山に暮らす高齢者のインタビューを通して—. 日本ルーラルナース学会誌, 8, 1-15.

〔平成26年5月22日受付〕
〔平成26年11月4日採用決定〕

身体機能障害を抱える脳卒中患者の生活の再構築に向けた看護介入の検討

Investigation Nursing Intervention for Supporting
Re-constructing the Life of Stroke Patients with Physical Dysfunction

福 良 薫
Kaoru Fukura

キーワード：脳卒中，生活再構築，看護介入，語り

Key Words：stroke, life re-constitution, nursing intervention, narratives

緒 言

脳卒中は、わが国の三大死亡原因の1つであり、死亡率は昭和55年まで日本人の死因の第1位を占めていた。しかし、生活習慣病対策を中心とした発症予防や急性脳卒中治療の改善により、死亡率は減少している（厚生統計協会、2010）。一方、近年の診断技術の発達や高齢者人口の増加に伴い、入院患者や寝たきり患者が増加している。これは、脳卒中の後遺症として運動機能等の障害をもちながら生活することを余儀なくされた者が増加していることを意味しており、機能回復を目指す総合医療の必要性が指摘されている（厚生統計協会、2005）。脳卒中患者の抱える障害は麻痺等の身体的障害だけにとどまらず、言語障害や嚥下障害、高次脳機能障害などが重複していることもあり、患者・家族が障害を抱えて生きていくには、さまざまな生活の再構築が求められる。在院期間が短くなった近年、入院期間中に機能の回復の見込みを予測しながら障害とともに生きる生き方への支援は重要な課題であり、看護介入の開発は急務であると考えられる。

こうした疾患の特徴をもつ脳卒中患者は「生活の再構築」のプロセスにおいてどのような体験をしているのであろうか？ Mumma (1986) は、脳卒中患者および家族が「活性」「能力」「独立」の3つの喪失体験をしていることを質的記述的研究で報告している。特に自分の身体のコントロールがきかなくなり、その進行がどこで終わるかわからないという体験が、身体の可動性の喪失から発生していることを説明している。Doolittle (1991:1992) は、ラクナ脳梗塞後の患者の経験を民俗学的記述という方法で明らかにしている。この報告においても、同様に身体の経験として麻痺や感覚の低下に気づき、自分が脳卒中患者であることを受け入れていく体験が記述されている。特に退院に向けて、不確実な状況に耐える体験があることが示されて

いる。高山 (1997) の脳疾患患者の障害認識の変容プロセスに関する研究によれば、Doolittleのいう麻痺などの身体的障害を受け入れていくに先立って、1人で立位や歩行を試してみようという一見危険とも見える「障害確かめ体験」を経験しながら自分の身体状態を受け入れていくことを報告している。さらにFolden (1994) によると、グランデッドセオリーにより発症後1か月の患者の体験を分析した結果、「生活がこれまでと異なることを引き受けること」「希望を持ち続けること」「エネルギーを保って個人の回復力を高めること」が対象者の語りに含まれていた。この研究ではさらに、発症1か月後の患者はセラピストの予測以上に高くゴールを見積もっている、と報告している。このように発症から比較的早い時期においては、身体的機能の喪失に伴って障害を自分のこととして受け入れていく体験をしていることがわかる。

百田・西亀 (2002) の脳卒中患者の主観的体験を6か月にわたり縦断的に検討した研究では、多くの患者が自分の障害を実感するという体験に引き続き、日常生活動作がうまくできない、身体機能回復が停滞する、外泊や退院時にうまく生活できないといった経過に伴って「落胆体験」を経験しながら、「新たな価値」を獲得する局面に移行する、と報告している。壮年期の脳卒中患者の5か月間の体験を横断的に明らかにした登喜・高田 (2006) も同様に、「落胆と回復の行き来」という局面を経ながら自分の「病いに意味を与える」局面に至っていることを明らかにしている。このプロセスにおいて、研究対象者は脳卒中というアクシデントによって見失ったかみえた自分自身の身体を取り戻し、退院後の生活のなかで発病からの出来事を振り返っている。そして病いの特性や人生に及ぼす影響から、自分自身についての存在の意味を与える作業を行いながら、障害を引き受けるに至っていることが記述されている。こうした先行研究で共通して描き出されている「病

い」の体験は、脳卒中患者たちがさまざまな問題に直面し、落胆する経験をしながらも自分の存在や罹患したことの意味を考え、新しい観点・価値を見出しながら生活を再構築していく姿である。

しかし、脳卒中患者の体験が明らかにされている一方で、看護介入については、脊椎損傷患者を中心とした研究により提唱されてきた「障害受容モデル」を脳卒中患者の生活の再構築に適用し、その時々患者の思いを傾聴することや、共感的にかかわり障害受容を促すことが重要であるとの示唆にとどまっている。これらは抽象的方針であり、具体的な介入方法に関してはいまだ明らかにはされていない。そこで本研究は、予備調査に基づいて作成したプロトコルを用いて、身体障害を抱えた脳卒中患者の生活の再構築を支援する具体的な看護介入を検討することを目的とした。

I. 看護介入方法の検討

1. 予備調査の結果

介入プロトコルを作成するにあたり、脳卒中により身体機能障害を抱えて生活する患者の体験を、患者の語りを通して探求した(福良, 2010)。その結果、脳卒中に罹患して約1年経過した4名の研究協力者の体験は、多くの先行研究に類似していた。急性期の身体機能の著しい低下の時期には、障害を抱えて人の重荷になることへの困惑や今後の生き方の見通しを喪失する体験をするが、やがてリハビリテーションが順調に進むと前述のFoldenが明らかにしたように身体機能の改善による過大な回復への期待を抱くようになる。しかし、回復が緩徐になるに従い、意にそぐわない身体をもつことへの苦悩や他人が理解し得ない感覚をもつことへの葛藤の体験していた。やがて退院し、自宅での生活をはじめめるにあたって、自己存在に揺らぎを感じながらも今後の軌道修正をしていこうとする姿であった。

さらに、この身体状態の変化に伴う特徴的な体験とともに、どの時期においてもすべての研究協力者に共通した体験は、同病者との比較により自分の現状を了解することと、医療者や同室者あるいは家族と会話を繰り返しながら自分の予後を検討するという体験であった。

2. 身体変化と人間の存在

次に、身体の変化と自分の将来を照らしながら「語る」体験の意味を検討してみたい。協力者全員に共通していた身体変化に伴う喪失や揺らぎの体験は、これまでの自分の生き方あるいは健康管理の仕方と照らし合わせながら自分なりに整理して、その後の生き方を方向づけていると考えられた。なぜ身体機能の変化は、このような心の揺

れを引き起こすのであろうか。Heidegger (1927/1994, 上巻pp.250-284) は、人間の時間的存在意味として現存在の第一義的意味は将来であり、同時に既存性に裏づけられて現存在の意味関連が生成されている、としている。すなわち、人間は将来の見通しに向かって存在するために、これまでの自分の生き方とその生き方から現在の実存の意味を見出している、というのである。予備調査の協力者である脳卒中患者はいずれも、身体に障害をもったとき、これまで当然のように向かってきた将来の見通しを失った体験をしている。発症後の順調な回復期には身体機能障害は一時的なものであり、いずれもとに戻ると考えたり、回復の進みが緩やかであっても完全な回復の期待をしていた。しかし、回復が滞ると逆に協力者達は見通しを喪失し、現在の自分の実存を引き受けるために、過去の自分の生き方を問い直しはじめていた。これは、生活の再構築過程において協力者たちは、過去と現状をつなぎあわせながら自分の実存を確認し、自分の今後の生き方を模索しており、他者に「語る」という共通した体験は、自分の現存と将来の見通しの整理に有効であると考えられる。

3. 他者への「語り」がもつ意味

先述のHeidegger (1927/1994, 下巻pp.209-223) は、人間の実存構造として共同現存在である他者の相互存在の必要性をも説いている。すなわち、他の人々の現存在を自己の世界のなかで出会わせ、自分の関心に基づいて解釈しながら自己を認識するのである。予備調査の協力者たちが、自分の実存を模索する体験として同病者との比較により自分の現状を了解することや、医療者や同室者、家族と会話を繰り返しながら自分の予後を検討するという体験は、まさしく周囲の他者の存在による自己の現存性の確認であったと考えられる。

野口(2002)は、現在の自己を他者に語ろうとすることは過去を組織化して現在の自分のおかれている苦悩を説明する必然がある、と述べている。すなわち、脳卒中患者たちが自己の苦悩を他者に「語る」ことは過去の解釈を促し、現在の自分の実存を確認し、今後予測される生活の変化と折り合いをつけていく道筋を彼ら自身がつけていくことにつながると考えられる。

4. 看護介入プロトコルの概要(資料1)

そこで、予備調査の結果をふまえて「急性期を脱した時期」「身体機能の回復の時期」「退院の時期」の3つの時期をめどに、「語る」場を提供し、患者自身のその時点での「病い」の意味づけを生成する介入プロトコルを作成した。語ってもらう内容に関してはHeideggerの人間の時間的存在意味を基軸として、予備調査にみられる意味づけのター

資料1 介入プロトコル

「語り」を取り入れた看護介入のプロトコル

1. 目的 脳卒中により身体機能障害を抱える患者への支援として患者に「語り」の場を提供し、看護師が「聴く」ことで患者の新たな生きる意味を共同で生成することを目的とする。
2. 方法 脳卒中により身体機能障害を抱える患者に下記の3つの時期を目安に定期的に「語る」場を提供し、生活の再構築に向かう心の準備を促す。しかし、対象者に応じて初めての外泊や医師からの説明など状況が変わり気持ちの変化が生じるような出来事があれば、その機会をとらえて適宜「語る」場を提供する。語る内容として、将来を見通せるために、「回復のとらえ」「現在の思い」「今後の見通し」の3つの内容が含まれるように聴く。
3. 介入の時期判断とする患者の特徴と各回の介入目的 時期と目標、語りの要点は以下の表のとおりである。

時期	介入の目標	語りの要素	問いかけの例
急性期を脱した時期	介入者との関係性を構築できる 【評価基準】 ・発症による身体の障害についての感情の表出が見られる ・その後の介入が継続される	その時点までの回復についてのとらえ	「入院時のときのこと覚えていますか」 「自分の身体が動かないなってわかったのはいつですか？そのときの感覚やお気持ちを教えてください」
		現在の思い	「いま一番大変に思うことは何ですか」
		今後の見通しについて	「リハビリの予定等を聞いてどのように取り組まれますか」
身体機能回復の時期	患者自身が退院後の見通しを語れる 【評価基準】 ・患者の希望や目指すことが現れる（ゴールが医療者側から見て妥当であるか否か、具体性があるかなどは問わない）	その時点までの回復についてのとらえ	「入院したときからみている状態はどうですか」
		現在の思い	「いま、リハビリが始まってどうですか」
		今後の見通しについて	「これまでの自分の回復状態を振り返ってみてどこまで回復できそうに思いますか」 「いつくらいの退院を目指しますか？それはなぜですか」 「仕事復帰についてどう考えているか教えてください」
退院の時期	退院後のゴールとその意味づけを語れる 【評価基準】 ・具体的な生活の見通しを見いだす ・罹患したことについて、自分なりの考えや最終的に考える退院後のゴール設定の理由を自分の言葉で説明できる	その時点までの回復についてのとらえ	「これまでのリハビリを振り返ってどのように思いますか」
		現在の思い	「いまの身体の状況をどのようにお感じになっていますか」 「家族の方にその気持ちを話されていますか？話していれば、ご家族はどのようにいわれていますか？」
		今後の見通しについて	「自宅に帰られてからどのように過ごされますか」 「家族の方は何かいっておられますか」

4. 聴き方

1) 患者への介入の同意

介入の目的を伝え、環境、時間等に制約がないか確認し、同意を得てから実施する。逆に、患者から話したいサインが見られたときは、看護師が時間を調整して面談時間を確保する。

2) 問いかけ方

質問はオープンな聞き方で行う。「これまでのリハビリの進み方はどうですか？」「これまでの状況を振り返ってどう思いますか？」などの問いかけから開始し、自由に話せるような問いからはじめる。2回目以降は、前回の身体の状態や前回の語りの内容を簡潔に伝え、「その後、変化はありましたか？」等という質問からはじめ、変化を語りやすくする。

3) 語りの確認

患者の語りは、感情のおもむくまま感じていることから行きつ戻りつして語られる。また、1回の介入時にさえ矛盾した内容が出現することが予測される。語られた内容を看護師が理解した内容に整理してフィードバックして確認することで、患者の意味づけを正しく理解でき、患者自身の意味づけも促進される。「いま、お話しされたことは〇〇という意味ですか？」など確認する。

4) 身体状況の確認

患者の語りの変化は身体状況に影響されるため、握力や可動域の変化、歩行状態など身体状況を一緒に確認する。確認することで患者は聴き手に体験している困難や不自由さを感じてもらうことになり、看護師は患者が語っている体験を理解しやすくなり、語りの共同作業を促進する。

5) 看護師の判断・評価を押しつけず、情報のみを提供する

患者が発する否定的な表現に対して「そんなことないですよ」と価値を押しつけたり、過度な期待に対して「そこまでの回復は望めません」など修正したりせず、自分の意見を述べるような発言をしないように努める。また、健康管理上誤った知識あるいは誤った理解に関しては修正するのではなく、適切な情報を提供する。たとえば「外来でずっとリハビリに通いたい」などは正しい情報を提供する。

6) 必要な情報は他のリハビリスタッフに情報提供する

「語り」によって得られた情報のなかに、リハビリテーションのチームアプローチにおいて他職種に情報提供したほうがよいと判断されたものは提供する。その際、患者にも他のスタッフにも会話の内容を伝える旨説明し、同意をとっておく。

5. 語る環境

基本的には対象者の希望する場所とするが、個人情報の保護や本音を語ってもらうためには散歩先や外来ロビーなどが望ましい。

ニングポイントである身体機能の変化に伴う「回復についてのとらえ」を中心としながら「現在の思い」「今後の見通し」とした。以下に介入プロトコルの概要を示す。

介入の目的は、脳卒中により身体機能障害をかかえる患者への支援として患者に「語り」の場を提供し、看護師が「聴く」ことで患者の新たな生きる意味を共同で生成することとした。介入の時期の判断基準と介入目標を次に示す。「急性期を脱した時期」は、点滴治療が終了し、本格的なリハビリテーションを開始する時期である。脳の浮腫が改善して意識がはっきりする、自分の身体状況を認識する言葉が聞かれる、持続的点滴治療が終了し本格的理学療法法の指示が出る、などの徴候が介入の判断基準である。この時期の介入目標は、介入者との関係性の確立であり、感情の表出ができることである。「身体機能回復の時期」は、リハビリテーションが順調に進み、急速な身体機能回復の時期である。介入の判断基準は、訓練の段階が順調に進み、患者の希望や目指すことが現れる時期とする。しかし、この期間は個人差があるため、患者に応じて初めての外泊や医師からの説明後など気持ちの変化が生じるような出来事があれば、その機会をとらえて適宜「語る」場を提供する。この時期の介入目標は、患者自身が将来構想を語ることである。「退院の時期」は、具体的な退院の時期や生活の目途がつきはじめる時期である。介入の判断基準は、身体機能の回復が頭打ちにさしかかる、医師より退院後の生活を検討する必要性がいわれるなどである。この時期の介入目標は、患者がゴールを設定し、その理由を自分自身で説明したり、罹患の意味を説明づけることができることである。

「語る」環境は、患者の希望する場所を基本とするが、患者自身が自然に会話しやすく、かつ個人情報保護がしやすいロビーや診察が終了した外来などが好ましい。

介入において、最も重要なのは看護師の態度である。先に引用した野口（2002）は、患者の「語り」を聴くには専門的知識を横におき、先入観をもたず、患者が生きてきた現実をそのまま受けとろうとする姿勢（無知の姿勢）が必要である、としている。これは、新たな生きる意味を見出していくのは患者自身であり、看護師の価値で患者の価値や思いを修正することも強要することもできないからである。したがって、医療の専門職という立場ではなく、患者とともにその後の見通しをとらえ、ともに作り上げていくパートナーとして「聴く」姿勢を徹底し、関係性を構築する必要がある。これらの留意すべき点を臨床で実践しやすいよう、時期・内容・聴き方などを整理したプロトコルを資料1に示す。

II. 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は、初発の脳卒中患者で後遺症として麻痺を併発した者とし、脳卒中の急性期から回復期のケアを行う脳神経外科専門施設より紹介を受けた。なお、加齢による諸問題を混在させないよう70歳以下の者とし、性別は問わなかった。また、病態および身体状況として発症以前に認知症の徴候がなく、発症時点で認知機能に障害がないかまたは軽度で病識があることと、継続する重度の意識障害（意識レベルJCS10～300）を伴わない者とした。さらに、麻痺の程度や部位は問わないが、失語症による言語的コミュニケーションが不可能な者を除いた。

2. データ収集

介入の許可が得られた協力者の面接時の会話内容を主データとし、介入の都度協力者の許可を得てICレコーダーに録音した。副次データとして、その時点での対象者の身体的状態を客観的に記録した診療録や生活の状態を示す看護記録もあわせて収集した。さらに、協力者の許可を得て回復状態を研究者自身の観察により確認し、フィールドノートに記載した。

面接内容は、プロトコルに従いがい3つのテーマにそって聴き取るが、それ以外は自由に語ってもらった。介入面接は全協力者に研究者自身が行った。面接時は、関係性を築くために、メモはとらず協力者に向きあい聴く姿勢に徹した。また、できるだけ対等な立場となるため、誤った健康管理に対しても否定せず肯定的に理解するよう努めた。ただし、協力者が研究者に対し、看護者として意見やアドバイスを求めてきたときには可能な範囲で回答し、病棟看護師にケアの継続を依頼した。

本調査では協力者への介入面接は入院中に行うが、病いの意味づけが退院後どのように変化し、組織化され意味づけられたのか確認するために、退院後3か月をめどに同意の得られた協力者には聴き取りを行った。

3. 分析方法

分析は面接時の会話を逐語録とし、以下の手順で分析を行った。

- ①逐語録を精読し、全体の語りの内容をつかむ。
- ②面接中に同じテーマで語られている内容を1つの固まりとしてテーマをつけ、協力者の語りの意味を変えないように要約する。
- ③「身体機能回復のとらえ」「現在の思い」「今後の見通し」にそれらのフレーズを分類する。
- ④②、③の内容整理し、各回の面接内容の特徴を記述し、

介入目標の達成状況を評価する。

⑤最後に経過に伴って「語り」のストーリーラインがどのように変化したのか概観する。

分析結果は、妥当性を確保するために質的研究のエキスパートにスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

脳神経外科専門施設には研究計画書の提出後、当該施設の倫理委員会の承認を得て、研究協力者の紹介を受けた。研究協力者には研究の目的、匿名性の保持、研究協力は自由意志であり、いつでも辞退できることなどを紙面および口頭で説明し、書面で同意を得た。また、面接内容は許可を得てから録音し、記録物のデータ収集にあたっては本人の許可を得てから閲覧した。

Ⅲ. プロトコルによる介入の結果

1. 協力者の概要 (表1)

研究協力が得られた7事例は全員男性で、年齢は49～69歳であった。看護介入はプロトコルに従って行われ、1人あたり3～6回で、1回の介入時間は5～111分(平均26.5分)であった。

2. 各協力者の語りのテーマの変化 (表2)

以下に、各研究協力者の背景、発症からの身体変化、介入の時期の判断および介入時に語られたテーマを述べる。A氏においては、実際に発せられた言葉を「(ゴシック体)」, 導き出されたテーマを〈 〉で示す。なお、B～G氏に関しては紙面の都合上、出現したテーマのみを示

し、介入の達成状況とストーリーラインを概説する。

a. 協力者A (50歳代後半, 男性)

A氏は、電気機器の販売・管理をする会社で33年間勤務し、1課の部長として部下を束ねる立場にあった。家庭では、妻と大学生の1人息子を養ってきた。その間、心筋梗塞でバイパス術を受けたこともあったが、息子も大学を卒業し、2年後の定年に向けて退職金で妻と2人の老後を迎える準備をしているさなかの発症であった。営業から会社に戻る途中、運転中に意識消失してX市内の脳神経系の救急病院に搬送され、右被殻出血と診断された。抗凝固薬服用中であったため出血巣が拡大し、本格的なりハビリテーションが開始されたのは、発症から約1か月経過していた。

(1) 1回目介入 (発症33日目)

A氏の脳浮腫は改善し意識状態ははっきりしており、自分の身体状況も認識していたが、離床が進んでいなかったために介入開始の時期と判断された。A氏は「もうダメです。要はダメなんです。もうすぐ定年だったんです。33年間一生懸命働いてきてさ、結果がこれだもの。33年間休まないで……最後がこれだったらとってみじめだよ。地獄です。初めて死にたいと思いました」と泣きながら訴え、一貫して〈先の見通しがもてない絶望〉というテーマの感情を表出した。

(2) 2回目介入 (発症69日目)

離床開始が遅れたため身体機能回復は緩慢であったが、装具を付けての歩行訓練が開始となった。身体状況が改善したため退院後のゴール設定を考えはじめる時期と判断された。「この指(左上肢母指)、動くようになった! おまへの親指は、こっちだよって命令したら、ぐーっと曲がってき

表1 研究協力者一覧

事例	年齢・性別 職業	疾患 身体状況	インタビュー (上段:発症からの日数/下段:面接時間)							合計(分)
			初回	2	3	4	5	6	退院後	
A	50歳代後半・男性 会社員(機器販売)	右被殻出血 左半身麻痺・構音障害	33日	69日	83日	171日			3か月目	114
			15	18	22	17			42	
B	60歳代後半・男性 パート(建築)	右側脳出血 左半身麻痺	31日	91日	98日	119日			-	92
			28	42	14	8				
C	60歳代後半・男性 無職	右ラクナ梗塞 左半身麻痺	5日	23日	41日	85日			3か月目	84
			12	14	12	20			26	
D	50歳代前半・男性 会社員(運送業)	脳梗塞(右MCA) 左半身麻痺・構音障害	14日	26日	43日	87日	5か月	6か月	9か月	187
			9	42	5	25	40	44	22	
E	50歳代後半・男性 自営(ラーメン店経営)	右被殻出血 左半身麻痺・右下1/4視野欠損	28日	53日	70日	98日			3か月目	92
			16	11	12	17			36	
F	60歳代後半・男性 自営(置き薬販売)	右脳梗塞 左半身麻痺・構音障害	26日	44日	88日				-	84
			47	8	29					
G	40歳代後半・男性 公務員(道路管理)	右出血性脳梗塞 左片麻痺	21日	81日	112日				3か月目	222
			25	28	58				111	

介入時間合計: 875分 (1回平均26.5分)

表2 各協力者の介入時の出現テーマと介入の成果 (□の囲み)

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	退院後	
A氏	<p>〈先の見通しがもてない絶望〉 □感情を吐露する</p>	<p>〈身体への回復に対する喜び〉 〈意欲の向上を自覚する〉 〈周囲の期待に応えたい自分〉</p>	<p>〈筋力の低下を実感した焦り〉 〈退院後の生活を漠然とイメージ〉 □健康な同僚への怒りの感情 □将来構想をもつ</p>	<p>〈退院後の生活のイメージに向かっている決心〉 □退院後の生活上の留意点を整理</p>	<p>〈発症後からの振り返り〉 □職場復帰を断念〉 □語る場の保障を要望 □病いの意味=第2の人生の充満期間 □罹患の意味づけをする</p>		
B氏	<p>〈日常生活による発症は仕方ない〉 □感情を表出する □整理する</p>	<p>〈見通しの甘さを痛感〉 □将来設計の修正を肯定 □自分の身体の状態と退院までの課題 □今後の健康管理を検討 □認知テストへの不安 □将来構想をもつ</p>	<p>〈家で過ごせた安堵〉 □リハビリでの課題の認識 □退院に向けての準備</p>	<p>〈ささやかな楽しみをよりどころにする生活〉 □罹患したことの意味 □健康的な生活になった □罹患の意味づけをする</p>			
C氏	<p>〈急な入院と症状の悪化への戸惑い〉 □身体状態を受け入れる □入院している事実を受け入れるしかない □感情の揺れを表出する □他患との情報交換による自分の状況認識 □罹患した職場の先輩の経過に照らした今後の見通し □生活上の困難と乗り換え、80%の回復を目指す覚悟</p>	<p>〈意のままにならない身体〉 □発症に対する後悔 □焦る気持ちのコントロール □他患との情報交換による自分の状況認識 □罹患した職場の先輩の経過に照らした今後の見通し □生活上の困難と乗り換え、80%の回復を目指す覚悟</p>	<p>〈自分の回復の認識と医療者の認識の違いを実感〉 □入院の長期化の理由を探す</p>	<p>〈80%の回復状況と退院の目的〉 □現在の身体状況の査定から導き出された課題 □仮の使用に対する抵抗感 □回復の確信と今後の生活イメージをもつ</p>	<p>〈発症からの振り返り〉 □発症の原因を考える □それなりの生活 □再発の不安 □罹患=軽くすんでよとする □罹患の意味づけをする</p>		
D氏	<p>〈突然の利き手・利き足の自由が奪われたことへの戸惑い〉 □感情を吐露する</p>	<p>〈回復への焦り〉 □完全に治して帰る希望 □無理なく、無理なく、現実に向き合う □家族に迷惑をかけた後悔</p>	<p>〈自分でできることが増えた喜び〉 □外出での確認 □収入面での心配</p>	<p>〈初めての長期外出に向けて整った準備〉 □退院後の生活上の整理 □ゴールの修正-半年後の職場復帰を見据えた身体づくり □仕事復帰する？自分の自分- □今後のことを決定できない困惑</p>	<p>〈体力のなさによる職場復帰への不安〉 □回復の実感もてない □変わってしまった生活 □医療者に望むこと □罹患を肯定的に意味づけようとする</p>		
E氏	<p>〈いつ治るかわからない病気にあった初めての体験〉 □不自由な身体での生活がいつまで続くか見通せない □このままなら死んだらほうがよい □感情を吐露する</p>	<p>〈右手の腫れによる回復への不安〉 □退院までのイメージを漠然ともつ □今後の生活イメージと期待をもつ</p>	<p>〈外泊時に味わった麻痺した手の不完全感〉 □雇われの身としての仕事復帰の予定 □わずかな回復を感じて外泊に期待を寄せる</p>	<p>〈仕事には戻れない回復の程度〉 □住宅ローションの返済という問題に直面する □自分が罹患した意味が見出せない</p>	<p>〈思うようにならない身体を実感する〉 □家のローション支払いが不能 □生きることの意味を模索する □空白の将来構想 □退院後気持ちの整理の場のなさを痛感 □罹患の意味づけを模索する</p>		
F氏	<p>〈医師の予後の説明の食い違いにより狂わされた見通し〉 □感情を表出する □入院までのいきさつと入院時の説明 □脳梗塞に罹患した自分の責任を振り返る □入院当初からの身体状態の変化と回復への期待 □自分なりの目標設定</p>	<p>〈外泊を決めかねる〉 □今後の生活イメージと期待をもつ</p>	<p>〈身体の不自由さにけりがついた〉 □家族への気遣い □今後の見通しと自己の課題 □罹患を肯定する □罹患の意味づけをする</p>				
G氏	<p>〈発症の振り返り〉 □発症後の身体変化の振り返り □初回外泊への思い □職場復帰への見通し □整理した感情を表出する</p>	<p>〈わずかながらの身体への回復〉 □予想外に速い回復 □退院に向けての準備 □考えつかなかった退院後の生活 □今後の生活イメージと期待をもつ</p>	<p>〈退院への思い〉 □仕事復帰の見通し □歩行に対する思い □不十分な退院準備と退院への思い □入院生活を振り返る □家族との関係の変化 □回復の希望を枯渇させない</p>				<p>〈人生における予想外の発症〉 □経過の振り返り □何をして過ごすのが恐む生活 □非用性のない身体をもつ □今後の課題〈自己イメージの喪失〉 □家族との関係の変化〈気持ちの発露の場を希望〉 □罹患の意味を模索する</p>

たの。びっくりしちゃった。すぐに女房に電話入れたよ」など、身体の回復を笑顔で報告しながら現在の思いとして〈身体の回復に対する喜び〉について語った。また、自家用車の乗り降りを訓練して家族で近隣の公園や買い物へと外出した後「先はまだ見えないけど、もうやる気にガンガンなってます」と、頑張る気になったと語り〈意欲の向上を自覚する〉〈周囲の期待に応えたい自分〉というテーマを語った。

(3) 3回目介入（発症83日目）

退院に向けて杖歩行の訓練が本格化し、病棟内を自由に歩行してもいいとの許可が出たものの、回復の進み具合がやや緩やかになっていった。退院まではまだ時間がかかるが、今後の生活のイメージを具体化しはじめる時期と考え、気持ちを一度整理する必要があると判断した。A氏は、「焦る……いまも焦ってる。で、スクワット自分なりにやったら痛くてどうにもならない。やっぱり自分流でやってくのは……やらなきゃよかった」と、自分なりに筋力をつけるための運動を試みるが、かえって筋肉の緊張を感じるなどの状況に陥り、〈筋力の低下を実感した焦り〉を語った。また、「あと2年で定年だからさ。うん、自分でいまのやってる仕事を、部下に外まわりさせて、自分は中で。できればね、復職できれば最高なんだけど」と定年までの就業の継続という〈退院後の生活を漠然とイメージ〉したテーマを語り、将来構想を描いていた。

(4) 退院時の介入（発症171日目）

試験外泊の結果、日常生活はほぼ支障がなくなり、健側のみでの車の運転の許可も出た。しかし、退院後の職場復帰の課題や障害者申請の手続きを残しての退院であったため、退院後のゴール修正と現状の意味づけを促進する必要があると判断して介入をした。「まあ、これからはスタートだけだね、退院して。やっぱり歩いて、実績つくるしかないから、うん」など、〈退院後の生活のイメージに向かっていく決心〉という現在の思いを語った。また、自分なりに“転倒に気をつける”、“きちんと服薬する”、“食事に気をつける”、“定期受診をする”など、今後の生活に向けた具体的〈退院後の生活上の留意点を整理〉が語られた。

(5) 退院後インタビュー（退院後3か月目）

退院後3か月経ったA氏は、職場復帰を取りやめ自宅で妻と暮らしていた。「初めての外出の直前までね、ほんとに俺、死ぬるチャンスがあったら死にたいと思っていた。この後遺症がずっと残るんであればみんなが苦勞するんでないかなーと、ね」など、〈発症後からの振り返り〉を語った。また、職場復帰と福祉制度の受給を受けることを秤にかけ、〈経済的理由により職場復帰を断念〉した経緯を語った。そして「俺はね、思ってたんだけどね、第1の人生は好きなことやってきて、がむしゃら走った時期もあればね、こ

こで休憩して、第2の人生の充電期間かなーと……思うようにしてるの」と、〈病いの意味＝第2の人生の充電期間〉と意味づけをしていた。最後に罹患を通して、多くの医療者に困ってることや悩みを聞いてくれたことが支えになったと振り返り、〈語る場の保障を要望〉するテーマが語られた。

b. 協力者B（60歳代後半、男性）

B氏は大工として長年の仕事を終え、工場のパートとして軽作業をして得た収入と年金で妻と暮らしていた。4年前に心筋梗塞を発症し、内服治療を継続しており、コレステロール値が高値であることも指摘されていた。

冬のある日の勤務中、階段を昇ろうとしたが左足が上がらないと感じて間もなく、頭が締めつけられるような感覚に襲われ、意識を消失し病院に緊急搬送された。右側頭葉の脳内出血と診断され、血腫の吸収を待ってリハビリテーションを開始することになった。

(1) 1回目介入（発症31日目）

B氏は、抗凝固薬を内服していたため出血の吸収が遅く、本格的な治療室でのリハビリテーションが開始されたのは、発症後約3週目からであった。年齢相応の認識力の低下はあったが、会話が可能になったと判断されたため介入を開始した。普通に生活していたにもかかわらず発症したと〈日常生活による発症は仕方ない〉と繰り返し感情を整理しようとしていた。また、急速な身体機能の回復により〈職場復帰の見通しをもつ〉、そして自分が早く帰らなければならぬ理由として〈自分を待っている人、猫の存在〉を語った。

(2) 2回目介入（発症91日目）

B氏のリハビリテーションは本格化し、段差の多い自宅に帰るために階段歩行などが取り入れられていたが、加齢もあり訓練に困難を感じはじめていた。退院後の生活設計をどのように修正していこうとしているのか一緒に整理する必要があると考え、介入の時期と判断した。B氏は、これまでの経過を思うようにならない身体に歯がゆい思いをしていると、〈見通しの甘さを痛感〉していることを語った。また、職場に戻ることを断念しこれまで十分働いたと〈将来設計の修正を肯定〉をしていた。さらに退院までにクリアしなければならない点をあげ〈自分の身体の限界と退院までの課題〉を整理していた。そのうえで退院後再発しないようにと〈今後の健康管理を検討〉を語った。

(3) 3回目介入（発症98日目）

B氏は、2回目の介入からほどなく初めての外出を経験した。そのため身体認識や退院後の生活設計を確認するための介入の時期と判断した。なんとか無事に自宅で過ごせたという〈家で過ごせた安堵〉と、さらに自宅で生活するためにできるようにならなければならない動作を自らいく

つかあげ〈リハビリでの課題の確認〉をした。また、自宅の改修など〈退院に向けての準備〉が語られた。

(4) 退院時介入（発症119日目）

B氏は数回の自宅外泊を繰り返し、退院が決定したものの、当初描いていた生活と異なり、仕事復帰もできず車の運転も許可が出なかったため、ゴールの修正と本人の罹患の意味づけを促す必要があると考え、介入を実施した。退院後は妻の運転する車でドライブや釣りに行くなど〈ささやかな楽しみをよりどころにする生活〉を想定していた。そしてこれまでの生活を振り返り、不摂生を改め健康的な生活になったと語り〈罹患したことの意味＝健康的な生活になった〉と意味づけていた。

c. 協力者C（60歳代後半、男性）

C氏は、60歳までクリーニング店のボイラー管理の仕事をしており、定年後もさらにパート職員として勤務していた。昨年その仕事も辞め、妻との老後を迎える準備をしていた。12月半ば、起床時よりふらつきがあり、左側の上下肢の脱力感を感じ、受診したところ脳梗塞と診断され、緊急入院となった。CT上小さな梗塞巣が複数認められ、多発性であった。入院時は左下肢の筋力はMMT 4～5であったが、5日目にはMMT 2～3に低下し、起き上がり動作も困難になった。

(1) 1回目介入（発症5日目）

C氏の意識は清明で、自分の身体状態や状況認識に問題はなかった。入院時より麻痺が進行したものの、点滴治療と同時に理療室での本格的なりハビリテーションが開始されたため、介入の開始時であると判断された。初回介入では、歩いて受診したにもかかわらず入院になり、さらに身体の動きが悪くなってしまった現状を〈急な入院と症状の悪化への戸惑い〉と語りながらも「仕方ない」と〈身体状況を受け入れる〉と〈入院している事実を受け入れるしかない〉と受け入れがたい感情を表出した。さらに、脳卒中を患った職場の知人の回復を思い出しながら、自分の今後について〈罹患した職場の先輩の経過に照らした今後の見通し〉を整理していた。そして〈生活上の困難と乗り越え、80%の回復を目指す覚悟〉をしているという見通しを語った。

(2) 2回目介入（発症23日目）

2週間の血栓溶解剤の投与後、麻痺の進行はそれ以上進むことはなかった。理学療法では歩行訓練がはじまり、急速な回復の時期であったため、2回目の介入時期であると判断された。思いどおりにならない自分の身体に対し〈意のままにならない身体〉と〈発症に対する後悔〉を振り返るなかで〈焦る気持ちのコントロール〉と〈他患との情報交換による自分の状況確認〉が語られ、揺れ動く感情を自分なりにコントロールしていた。

(3) 3回目介入（発症41日目）

車椅子への移動動作は自分でできるようになったが、ADLは看護師の見守りのもと行っていた。この時期、医師から退院の目途について本人の予想よりも長い期間が必要であるとの説明があったため、本人の見通しの修正を確認する必要があると判断し、介入を実施した。医師の説明に対し〈自分の回復の認識と医療者の認識の違いを実感〉することを語り、冬場の入院であり安全な春まで病院で過ごしたほうがいいのかと〈入院の長期化の理由を探す〉テーマで揺れていた。

(4) 退院時介入（発症85日目）

日常生活はほぼ自立し、車の運転の許可も出て、退院が近づいていたため、退院後の生活に対する見通しを検討する時期と考えられた。現状と見通しについて〈80%の回復状況と退院の目途〉とゴールを見定め、近々の状況や当面の努力目標として〈現在の身体状況の査定から導き出された課題〉として、今後の健康管理について整理しており、回復を確信するとともに今後の生活のイメージ形成が語られた。また、〈杖の使用に対する抵抗感〉があることを表出した。

(5) 退院後インタビュー（退院3か月後）

退院後3か月経ったC氏は、妻と2人の暮らしをのんびり送りながらも回復のための歩行に毎日取り組んでいた。さらに〈発症からの振り返り〉をはじめとして〈発症の原因を考える〉〈それなりの生活〉〈再発の不安〉など4つのテーマを語り、最終的に〈罹患＝軽くすんでよしとする〉と意味づけていた。

d. 協力者D（50歳代前半、男性）

D氏は、運送業社で働き、自分の両親と妻、3人の子どもの7人暮らしであった。暑い夏の日トラックへの積み荷作業中に、左半身の麻痺と意識レベルの低下により倒れ、脳神経外科病院に緊急搬送となった。MRIの結果、右大脳動脈の閉塞を認め、血栓除去を試みたが血流が再開せず広範囲の右大脳動脈領域の脳梗塞となり、D氏の利き手である左半身の完全麻痺と中等度の構音障害となった。

(1) 1回目介入（発症14日目）

D氏は血栓を溶解するための点滴治療を終え、理療室で本格的な理学療法を控えていた。すでに脳の浮腫が改善して意識ははっきりしており、自分の身体状況をはっきりと認識していたが、受け入れられない様子であったため介入を開始した。初めての面談で語ったのは〈突然の利き手・利き足の自由が奪われたことへの戸惑い〉という感情の吐露のみであった。

(2) 2回目介入（発症26日目）

点滴治療が終了し、本格的なりハビリテーションがはじまり、急速な身体の回復とともにADLが拡大していたた

め、2回目の介入時期と判断した。D氏は発症について振り返り〈家族に迷惑をかけた後悔〉を涙ながらに語った。そして見通しとして〈完全に治して帰る希望〉と早く家に帰りたいという〈回復への焦り〉を語りながらも、その一方で〈完全によくなって仕事に復帰するのは無理という現実に向き合う〉テーマが繰り返され、葛藤を表出した。

(3) 3回目介入（発症87日目）

発症後、60日目でありハビリテーションを継続するために転院となったが、本人・家族の希望により介入を継続した。転院後初めての外出を控えていたため、気持ちの整理のために面談した。この時期は、回復が進んだことに対する喜びがある一方、今後の生活への不安が強く、これまでの振り返りとして〈自分でできることが増えた喜び〉〈外出による現状の確認〉を語る一方で、将来について〈収入面での心配〉を語り、少しずつ退院後の生活をイメージしていた。

(4) 4回目介入（発症5か月目）

ADLは少しの介助でほぼ自立してきたが、高次脳機能障害も出現しており、記憶力、集中力の低下がみられていた。また、妻より1つの物事に固執するとずっとそのことを繰り返し、特に現時点では職場復帰のことが頭から離れず、外泊に向けてどのように対処してよいか困っていると相談があり介入を実施した。外泊を心待ちにしていたために〈初めての長期外泊に向けて整った準備〉と〈退院に向けての自己の課題〉について語り、職場復帰のゴールを見据えはじめていた。その一方で〈退院後の見通し〉として家で過ごせる自分と仕事復帰する2つの自分を想定して揺れ動いていた。さらに、その判断のつかなさを〈今後のことを決定できない困惑〉として語った。

(5) 退院時介入（発症6か月目）

退院後の生活イメージや心配していた仕事復帰への整理を確認するために介入した。職場復帰に関しては退院後すぐの雇用は会社側が難色を示したものの、1年間の休職扱いになることが決まっていたため気持ちの整理がついたのか〈退院にこぎつけた安堵〉と〈退院後の生活上の整理〉を語った。そのうえで、ゴールの修正として〈半年後の職場復帰を見据えた身体づくり〉という課題と〈予想以上の程度までの回復〉という振り返りのテーマが語られた。

(6) 退院後インタビュー（退院3か月後）

退院後、地域のリハビリセンターに週3回通所しており、それ以外は自宅で過ごしていた。3か月を経て、復職の期日が再び迫ってきて結論が出せないと妻からの連絡があり、退院後の気持ちの整理を目的に面談の機会をつくった。職場では復帰にあたって座ってできる仕事を用意しておくなどの配慮があったが、現在の身体状況では1日仕事をするだけの〈体力のなさによる職場復帰への不安〉と

〈回復の実感がもてない〉ことを語った。しかし、面談中何度も生活がまるで変わってしまったと繰り返し、「いい意味で」と自分に言い聞かせ罹患を肯定的に意味づけようとしていたが、〈変わってしまった生活〉への悔いも吐露していた。

e. 協力者E（50歳代後半、男性）

E氏は、ラーメン店経営の収益で家のローンを払いながら妻と2人の生計を営んでいた。2人の子供はすでに独立していた。ある朝、起きてこない夫の様子に気づいた妻の救急要請で近医に搬送され、左被殻出血と診断された。発症時は右半身麻痺と右下1/4視野欠損が認められたが、血腫の吸収とともに症状は改善した。2週間の点滴治療後、理学療法が開始されたが右上肢の麻痺が残り、回復期病棟に転院した。

(1) 1回目介入（発症28日目）

E氏の回復は緩やかになりつつあったが、意識に問題もなかったため、今後の見通しの支援のために転院早期から介入することとした。初回の介入では、〈いつ治るかわからない病気にかかった初めての体験〉という振り返りと〈不自由な身体での生活がいつまで続くか見通せない〉ことを繰り返し語り、〈このままなら死んだほうがいい〉と感情を吐露した。

(2) 2回目介入（発症53日目）

本格的な理学療法の結果、右下肢の動きは良好で歩行は自立した。しかし、右上肢の動きがやや緩慢であり、大まかな日常生活を送るには可能になっていたが、調理師という仕事に復帰するには困難な状況であった。さらに、右上肢の腫れとしびれ感が出現し、回復が思うように進まない状況であったため介入した。身体状態の変化により〈右手の腫れによる回復への不安〉を訴えながらも、将来構想として〈退院までのイメージを漠然ともつ〉ことが語られた。

(3) 3回目介入（発症70日目）

数回の外泊を経て、退院に向けての見通しを検討するころと考えられたため、3回目の介入を実施した。家で調理したが思うような包丁さばきができなかったことから、現状として〈外泊時に味わった麻痺した手の不完全感〉を訴え、このままでは〈雇われの身としての仕事復帰の予定〉であることを語り、退院後の生活を具体的にイメージしはじめていた。それでも〈わずかな回復を感じて外泊に期待を寄せる〉というテーマを語り、気持ちの揺れを表出した。

(4) 退院時介入（発症98日目）

右上肢の回復が頭打ちになった。退院を目前にして期待どおりの回復ではない状況のなかで、生活のイメージやゴール修正のために介入した。何度も右上肢を眺めな

から回復の状況を〈仕事には戻れない回復の程度〉と訴え、〈住宅ローンの返済という問題に直面〉していることを語った。そして、病いにかかることは人生にとって何らかの意味があるであろうが、〈自分が罹患した意味が見出せない〉と繰り返し述べた。

(5) 退院後インタビュー（退院3か月後）

退院後、E氏は自分で店を経営するほどの自信もなく、知人が市内に開店したラーメン店を週2回手伝っていた。妻の収入と合わせてもローンの支払いができない状況になっていた。そのため〈思うようにならない身体を実感する〉〈家のローン支払いが不能〉という現実のテーマを語りながら、繰り返しそんな「自分が生かされる人生の意味を探求するが見出せない」と〈生きることの意味を模索する〉〈空白の将来構想〉を語り、〈退院後、気持ちの整理の場のなさを痛感〉したと介入による面談を心待ちにしていたことを語った。

f. 協力者F（60歳代後半、男性）

事例Fは、置き薬の訪問販売を営んでいた。ある日、車の乗り降りに際して突然足の上りが思うようにいかないことに気づき、以前心疾患で通院していたX市の病院を受診し、CT検査の結果、右脳梗塞と診断された。その後、脳神経系の専門病院へ搬送され、2週間の点滴治療の後、本格的なリハビリテーションを目的に回復期病棟に転棟した。

(1) 1回目介入（発症26日目）

F氏は入院時、医師から約1か月程度に加療と説明を受けたが、回復期病棟に移ってから、あと2か月程度のリハビリテーションが必要との説明を聞き、入院時の説明との食い違いに怒りを爆発させていた。急速な回復期であることに加え、入院当初の医師の説明により、本人が思い描いていた退院までのスケジュールを修正する必要があった。そのため、本人の思いを受け止め、気持ちを整理する必要があると判断して初回の介入を開始した。〈医師の予後の説明の食い違いにより狂わされた見通し〉という怒りの感情をひとしきり表出し終えると、やがて〈脳梗塞に罹患した自分の責任を振り返る〉テーマを語り、ついには〈入院当初からの身体状態の変化と回復への期待〉〈自分なりの目標設定〉を語りながら自分の進むべき方向性や健康管理について整理していった。

(2) 2回目介入（発症44日目）

F氏は、1回目の介入後、体調を崩し理学療法が思うように進んでいないとの状況であった。また、自宅が遠方であることから送り迎えする家族への遠慮からか、外泊をためらっていたため、2回目の介入の時期と判断した。この時期は〈外泊したいが決めかねる〉テーマについてのみが語られた。

(3) 退院時介入（発症88日目）

2週間後に退院が決まり、今後の生活について整理がついたのでそのことを研究者に話したいと自ら面談を希望してきた。このときの整理で、これまでの振り返りと現在の思いについて〈身体の不自由さにけりがついた〉と語り、〈今後の見通しと自己の課題〉として今後の生活と健康管理についての自分の課題を語り、最終的に「入院したことを『よし』と思う」と〈罹患を肯定する〉意味づけていた。

g. 協力者G（40歳代後半、男性）

G氏は公務員として道路管理の業務に従事していた。自宅から遠く離れた単身赴任先の勤務地での発症であった。デスクワーク中に起こった身体の異変を隣に座っていた同僚に伝えようとしたが、呂律がまわらなくなり、病院に緊急搬送された。右脳に出血と脳梗塞が認められ、積極的な血栓溶解剤が使用できず、広範な梗塞巣を残すこととなった。そのため、完全左片麻痺と構音障害が出現し、3週間後、自宅のあるX市の回復期病棟に転院することになった。

(1) 1回目介入（発症21日目）

G氏が転院してきた時期のADLは、すべて車椅子乗車であった。左下肢には全く力が入らず、移乗動作はすべて介助が必要であった。看護スタッフからどのように受け止めているのかわからないとの情報があり、介入に至った。面接時、自室にて妻に買ってきてもらったリハビリテーションの一般書を見ながら、自分で麻痺側の下肢を挙上する運動を行っていた。面談では、発症の数週間前に前兆らしきことがあったにもかかわらず受診しなかったことへの後悔など〈発症までの振り返り〉と〈発症後の身体変化の振り返り〉など、発症に関する感情を整理していた。また、数日後に控えていた〈初回外泊のイメージ〉について話された。そして、再び赴任先に単身で戻るといった漠然とした〈職場復帰の見通し〉を語った。

(2) 2回目介入（発症81日目）

G氏の梗塞は広範囲であったため麻痺の程度が重く、身体機能の改善は緩やかであった。本人が歩けるようになることを目標としていたこともあり、杖歩行が開始となったので退院後のイメージ化が必要と考え介入を実施した。2回目の介入では〈わずかながらの身体の回復〉〈予想外に遅い回復〉という現状についてのテーマを繰り返し述べていたが、それでも〈退院に向けての準備〉をしなければならぬと退院、その職場復帰のイメージについて語られた。しかし、その一方で〈考えつかない退院後の生活〉のテーマを語り、退院後の期待と漠然とした生活のイメージをもちはじめていた。

(3) 退院時介入（発症112日目）

本人の望むほどの回復ではない状況ではあったが、杖と

装具で歩行が可能になり、ADLもほぼ自立したため退院が決まった。そのため、入院時より描いてきた退院後の職場復帰などをより具体的に検討していく必要があると判断し、介入した。面談開始より、「少しもめでたくない、なんか出される感じ」と退院に対して不満な様子であった。退院時の語りには〈実用的ではない身体と不十分な退院準備〉、単身赴任は無理であるといった〈職場復帰の見通し〉が語られ、おおむねの生活のイメージについて話された。また、〈うまく歩行ができない下肢〉への無念さと〈入院生活の振り返り〉をしながら、今後、家族への気兼ねをしながら生活するのではないかといった〈家族との関係性の変化を予想〉をしていた。さらに〈回復の希望を枯渇させない決意〉のテーマを語った。

(4) 退院後インタビュー（退院3か月後）

退院後3か月を経てG氏は自宅のあるX市内に復職が決まり、翌月の職場復帰を控えて自宅で過ごしていた。退院後のインタビューは自宅での希望であった。家にもこれといってすることもなく、どうやって1日を終えようか考え、仕事をはじめたほうがまだましと考えながらも、麻痺した身体で仕事になるのかという思いに揺れていた。この回の面談は〈人生における予想外の発症〉という発症からの振り返りにはじまり、〈疾患に対する思いの振り返り〉〈何をして過ごせばいいのか悩む毎日〉〈実用性のない身体をもつ〉〈今後の課題〉〈自己イメージの喪失〉〈家族との関係性の変化を実感〉といったテーマが語られた。また、罹患したことの意味を形成するには至らず、気持ちを整理するために〈気持ちの発露の場を希望〉し、罹患の意味を模索していた。

IV. 考 察

1. 脳卒中患者の「語り」の特徴からみた看護介入の効果

7名の協力者の語りは、初回介入時に発症に伴う身体障害に対する〈戸惑い〉〈絶望〉〈見通しの甘さ〉というテーマに代表されるように、発症を悔やみ、「なぜ自分が？」という疑念ともいえる強いネガティブな感情の発露であった。しかし、介入の回が進むにつれ、漠然と退院後の生活についての構想をもちはじめ、退院時にはおおむねの生活課題を明らかにして退院に至っている。そして多くの協力者たちは、〈第2の人生の充填期間〉〈軽くすんでよしとする〉〈健康的な生活になった〉などと罹患したことを意味づけていた。また、E氏、G氏は罹患の意味づけに至ってはいなかったものの、〈生きることの意味が見出せない〉や〈疾患に対する思いの振り返り〉は、罹患した意味を模索している途中であり、D氏は肯定的意味づけをしようとしていたことが確認された。このように、協力者の

語りを概観すると各時期の介入目標としてあげた感情の表出、退院後の将来構想のイメージ形成、最終的な病いの意味づけの段階をたどっており、脳卒中患者が自分らしい生活を再構築していく看護介入として「語り」を取り入れることは一定の成果があったと考えることができる。

予備調査の結果の裏づけとして引用したHeideggerは、人間の実存構造として共同現存在である他者の相互存在を説いている。聴き手である研究者の存在は協力者の現存在として己の存在にかかわりあう存在者であり、一方で言語的にかかわりをする研究者自身も協力者にかかわりあう存在者である。この両者が存在することではじめて「語り」が成立し、相互に実存を確認していたのである。さらに「語る」という行為は、他者に向けて言語化した時点で、その「語り」は客体として協力者自身にも客観視できる産物になる。すなわち、「語り」は言葉として口から出たと同時に、自分のなかにあった思いや考えを語り手自身が客観視できるものとなるため、聴き手に向けて発信したにもかかわらず、語り手自身がその言葉を自分で確認し、引き受けていかなければならない。協力者たちの〈日常生活による発症は仕方ない〉〈入院している事実を受け入れるしかない〉〈入院生活を振り返る〉などのテーマはまさに自分に現状を言い聞かせ、受け入れようとする「語り」である。

以上より、語りを聴く他者の存在を保証したことは、聴き手との相互作用による自己の存在の確認と自己の内面を外在化するという2つの効果であったと考えられる。

感情の表出レベルであった「語り」は、やがて心の整理として機能し、そのつど語る者の体験の意味づけを形成していった。斎藤・岸本(2003)は、「語る」という行為は、行為と出来事を描写する外向的な行動であると同時に自己反省と自己理解を可能にする内省的な行為でもあるとし、それゆえに物語ることは人生に意味を与えうる、と述べている。本研究の協力者たちも、さまざまな表現で自分の身体を表現していた。すなわち、日常生活をこなせない身体や経過に伴う自分の期待とのズレを聴き手に伝わるよう、そのつど表現しながら伝えることにより、自分の生きる意味を書き換えていたと考えられる。

Kleinman(1988/1996)は、医療が診断する「疾患」(disease)とは区別して、患者固有の体験を「病い」(illness)と呼び、文化人類学のプロセスをとりながらその営みのもつ問題点や社会における文脈を研究した。彼は、1個人の「病い」がもつ特有の意味を検討することで、苦悩を増幅させる悪循環を断ち切ることが可能であると指摘し、医療的ケアとして、①患うこと(suffering)の存在論的な経験に共感して立ち会うこと、②その経験を脅威を伴って慢性的に続くようにしている主要な心理的・社会的危機に対してうまく対処すること(coping)として概念をつくり直すこと、を

提唱している。7名の協力者の「語り」は、相手のおかれている状況を丸ごと理解しようとする聴き手の態度により塗り替えられ、意味づけが促進したと考えられる。以上より、脳卒中患者の生活の再構築を支援するには、患者本人が自分で自分の人生を決定していけるような「語り」の場を提供し、患者が新たな人生の価値体系を見出していくプロセスに伴走する看護介入は有効であり、不可欠であるといえる。

2. 看護師が「語り」を聴くことの意義

これまでの脳卒中患者へ支援に関する多くの研究では、傾聴の重要性が繰り返し述べられているが、どんな時期に誰が何を傾聴すればいいのかが、明らかにされてこなかった。本研究が示唆する身体変化やイベントにあわせる介入が有効であったとするなら、看護師は患者の日常生活を支援しながら介入の時期である身体変化や生活上のイベントをとらえやすく、また、家族や他職種とも連携することで、介入のタイミングを判断できる存在であるといえよう。

さらに、今回の介入の結果、A氏の〈退院後の生活上の留意点を整理〉、B氏の〈今後の健康管理を検討〉、C氏の〈現在の身体状況の査定から導き出された課題〉、D氏の〈退院後の生活上の整理〉、F氏の〈今後の見通しと自己の課題〉にみられるように、医療者から促すことなく退院時に自ら生活上の課題を整理して聴き手に伝えていた。このことは、再発を予防してどのように「病い」と向きあっていくべきかを、医療者であり、生活の支援者である看護師に具体的に確認したいという患者の思いから発せられた表出であると考えられる。看護師は健康管理をともに検討できる存在であることから、看護師が聴き手になる意義があると考えられる。

しかし、今回の7名の協力者への介入はすべて研究者自身が実施しており、日常ケアにあたっている臨床看護師が介入することで同様の成果が得られるか検証する必要がある。また、脳卒中患者のケアには多くのリハビリテーションスタッフや家族の支援が影響しているため、看護介入のみで対象者の生活の再構築が促進されたことを明らかにすることはむずかしい。今後、対象を増やすとともに臨床看護師による介入の効果の検討をしていくことが課題である。

結 語

本研究により、「語り」を取り入れた脳卒中患者への介入プロトコルは、以下の3点で有効性が確認された。すなわち、①協力者たちの語りのストーリーラインは、各回の介入目標としていた感情の表出から病いの意味づけ、あるいは罹患した意味の模索に変化していた、②各回の協力者たちの「語り」はプロトコルの介入目標をほぼ達成していた、③介入により生活上の注意点を協力者自らが整理するに至っていた。これらのことから、健康管理と生活を支援する看護師が介入することが有効であることが示唆された。

謝 辞

本研究を遂行するにあたり、ご協力くださった協力者の方々、ならびに病院関係者の皆さまにこの場をお借りして心より感謝申し上げます。本研究は日本看護研究学会奨学会の助成を受けて行い、研究の途中経過は第36回日本看護研究学会学術集会にて報告いたしました。このような機会を与えてくださいました日本看護研究学会に感謝いたします。

要 旨

本研究は、身体障害を抱えた脳卒中患者の生活の再構築を支援する具体的な看護介入を検討することを目的とした。研究対象者は、初発の脳卒中により麻痺をはじめとする身体機能障害をもつ者とした。脳卒中患者の体験を患者の語りを通して探求した予備調査をもとに、看護介入プロトコルを作成した。研究参加の協力が得られ、退院までかかった7事例は全員男性で、年齢は49歳～70歳であった。入院中の面接はプロトコルに従って行われ、1人あたり3～6回で、1回の面接時間は5～111分であった。対象者たちの「語り」は、ネガティブな感情の表出から、介入の回が進むにつれ人生における罹患の意味づけをする内容に変化していた。また、研究者に向けて発せられた「語り」は、聴く者の存在により心の整理をしているとみとれた。これらから作成したプロトコルは、生活の再構築に向けた看護介入として有用であると考えられた。

Abstract

The purpose of this study is to create a nursing intervention protocol that supports the re-construction of the lives of stroke patients with physical disabilities. Study subjects have physical dysfunction including paralysis that was caused by

primary stroke.

The protocol of nursing intervention was made from preliminary study was “experiences” of patients living with physical dysfunction caused by the event of stroke was explored through patients’ narratives. Cooperation for participation in this study up to discharge from hospital was obtained for 7 cases, all of whom were males between the ages of 49-70 years old. Interviews during hospitalization were carried out according to the protocol, and consisted of 3-6 sessions per person for 5-111 minutes per interview. The contents which subjects narrate changed into a meaning of illness from negative feelings. However, as the number of interventions progressed, subjects discovered future prospects with each slight recovery. Moreover, narratives to a researcher could be interpreted as ordering of thoughts because of the presence of a listener. The protocol created by the preliminary investigation is useful because intervention objectives were achieved at each phase.

文 献

- Doolittle, N.D. (1991). Clinical ethnography of lacunar stroke: implication for acute care. *J Neurosci Nurs*, 23(4), 235-240.
- Doolittle, N.D. (1992). The experience of recovery following lacunar stroke. *Rehabil Nurs*, 17(3), 122-125.
- Folden, S.L. (1994). Managing the effects of a stroke: the first months. *Rehabilitation Nursing Research*, Fall, 79-85.
- 福良 薫 (2010). 脳卒中患者における身体機能変化に伴う「病い」の体験の意味. *日本脳神経看護研究会誌*, 32(2), 135-143.
- Heidegger, M. (1927) / 細谷貞雄, 亀井 裕, 船橋 弘 (1994). 存在と時間 (上巻). 250-284, 千葉: 理想社.
- Heidegger, M. (1927) / 細谷貞雄, 亀井 裕, 船橋 弘 (1994). 存在と時間 (下巻). 209-223, 千葉: 理想社.
- 百田武司, 西亀正之 (2002). 脳卒中患者の回復過程における主観的体験—急性期から回復期にかけて—. *広島大学保健学ジャーナル*, 2(1), 41-49.
- Kleinman, A. (1988) / 江口重幸, 五木田紳, 上野豪志 (1996). 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. 東京: 誠信書房.
- 厚生統計協会 (編) (2005). 国民衛生の動向2005. 厚生指標, 52(9), 144.
- 厚生統計協会 (編) (2010). 国民衛生の動向2010/2011. 厚生指標, 58(9), 91-92.
- Mumma, C.M. (1986). Perceived losses following stroke. *Rehabil Nurs*, 11(3), 19-24.
- 野口祐二 (2002). 物語としてのケア—ナラティブ/アプローチの世界へ. 21-68, 東京: 医学書院.
- 斎藤清二, 岸本寛史 (2003). ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践. 15-30, 東京: 金剛出版.
- 高山成子 (1997). 脳疾患患者の障害認識変容過程の研究—グラウンデッドセオリーアプローチを用いて—. *日本看護学会誌*, 17(1), 1-7.
- 登喜和江, 高田早苗 (2006). 壮年期脳卒中患者の障害引き受けに向けての歩み. *日本看護学会誌*, 15(2), 2-14.

[平成25年3月4日受付]
[平成26年11月7日採用決定]

日本の専門看護師が役割を獲得するまでの内面的成長プロセス

Emotional and Mental Growth Process of Certified Nurse Specialists in Japan in Acknowledging Their Roles

田中 久美子
Kumiko Tanaka

キーワード：専門看護師，専門職の役割，成長，看護モデル，成長と発達

Key Words：certified nurse specialist, professional role, growth, nursing models, growth and development

はじめに

高度化・専門分化が進む医療現場における看護ケアの広がりや看護の質の向上を目的に、看護師の専門看護師資格認定制度が発足し、1996年に日本で初めて専門看護師(certified nurse specialist: CNS)が誕生した。CNSは、複雑で解決困難な看護問題をもつ個人、家族および集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するため、特定の専門看護分野で知識および技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し、あわせて看護学の向上をはかることがその役割目的である(日本看護協会, 2014)。CNSとは、1950年代に米国で誕生した「高度な専門知識をもって臨床の専門分野において活躍する看護師」で、米国ではClinical Nurse Specialist(以下、米国CNS)とよばれている。日本の専門看護師制度はこの米国のCNS制度を参考につくられたものである(佐藤, 1999)。

1996年に第1回の専門看護師認定審査が実施され、16年経った2012年12月現在、11専門看護分野、合計1,048名のCNSが誕生している(日本看護協会, 2014)。しかし、これは日本の全看護師就業者数約138万人(日本看護協会, 2010)に対して、CNSの占める割合は約0.076%という状況であり、決して多数とはいえない。このように、認定制度が始まって15年以上経過してもなかなかCNSが増えないという状況については、CNSの役割への周囲の理解の問題が考えられる。2008年に日本看護系大学協議会 高度実践看護師制度推進委員会が、現在のCNSの役割の問題と将来の役割拡大に関する課題を明らかにするために、全国のCNSに対してアンケート調査を行った。この結果、CNS自身は自分たちの役割をよく認識し、実践していることが確認されたが、他方で、中村・阿部・石橋(2010)が他職種(医師、薬剤師、検査技師など)へ行ったCNSの役割理解に関するアンケート調査では、他職種の半数以上が「(CNSについて)聞いたことはあるがよく知らない」

と答えている。

このように、医療現場で思うように役割を理解されないCNSの困難な状況を打開するために、CNS自らが自分たちの仕事を認知してもらおうと、2007年に日本専門看護師協議会が組織された(山田, 2010)。また現在、CNS自身によって、実際にCNSがどのような役割を担っているのか、または担ってきたかについての事例報告が、専門看護分野を問わず多数出されている(船越, 2012; 堀内, 2008; 金子, 2010; 瀧, 2011)。

では、CNSがそのように役割を発揮できるまでに、どのくらいの時間をかけ、どのような内面的成長プロセスをたどっているのだろうか。1989年にCNSの創始国である米国のHamric & Taylerが研究をもとに米国CNSの内面的な成長プロセスを概念化している。Hamric & Taylerは100名の米国CNSに対して実態調査を行い、その結果を分析して、米国CNSの役割成長プロセスを適応→挫折→実行→統合→凍結→再編成→自己満足の7段階に分類した。そして、ほとんどの米国CNSが3～6年の間に第4段階である統合のレベルに達すると分析している。米国でのこのような研究結果は、米国CNS教育課程の学生、米国CNSを雇用する看護管理者、米国CNS教育者、臨床で米国CNSと働く看護師を含む医療者に対して、CNSの役割への理解を深める手がかりとなり、さらには同じ米国CNS自身の指標にもなっている(Baker, 1987; Brown & Olshansky, 1997; Heitz, Steiner, & Burman, 2004)。

しかし日本では、CNS自身の役割認識を調査した研究(日本看護系大学協議会 高度実践看護師制度推進委員会, 2008)や、他職種のCNSの役割に対する認識を調査した研究(中村ら, 2010)はあっても、日本のCNSの内面的な成長プロセスを明らかにした研究は見当たらない。そこで本研究は、日本のCNSの役割獲得までの内面的成長プロセスを明らかにし、CNSの役割に対する理解を深めることを目的とした。

I. 研究方法

1. 研究デザイン

半構造化面接法による質的因子探索型の研究デザイン。

2. 用語の定義

役割獲得：CNSが、自分がCNSとして努めなければならない役目があることを明確に意識できるようになり、不安や苦痛なくそれを遂行できるようになること。ここでいうCNSの役目とは、日本看護協会の規定するCNSの6つの役割（実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究）を指すものではなく、CNS自身が考える役目である。

3. 研究対象者

日本国の専門看護師の資格を有するもので、研究参加への同意が得られた者11名とした。

4. 研究対象者の選定

2010年3月現在、日本看護協会のホームページに掲載されている専門看護師登録者一覧のなかで、名前および勤務先に関する情報が掲載されているCNSに対して郵送にて調査協力を依頼した。そのなかで研究協力を得られると回答のあった方に対し研究説明にうかがい、研究参加への同意が得られた対象者と同意書を取り交わした。

5. データ収集方法

インタビューガイドを用いた半構造化面接法を用い、面接内容は研究対象者の承諾を得てICレコーダに録音し、録音した面接内容から逐語録を作成した。1回の面接時間は約1時間、面接は対象者1名につき1回行った。

6. データ収集期間

2010年7月～2010年10月。

7. データ分析方法

録音した面接内容から逐語録を作成し、十分理解するまで繰り返し読み込み、文脈に沿って対象者が語った内容をコード化した。それらを意味内容の類似性に基づいて類型化し、さらに抽象化を進め、共通した意味を表すよう表現し、これをサブカテゴリー化した。分析する過程で、CNSが役割を獲得する過程を時間軸に沿って整理し、サブカテゴリーのうち意味内容が共通した意味を表すよう表現してカテゴリーとした。カテゴリーを生成すると同時に、カテゴリー同士の関係性についても検討した。

分析の真实性を高めるために、分析の全過程において質的研究方法に精通している指導教員から助言を受けながら

行った。データの意味の解釈やカテゴリーの命名については、常に懐疑的な態度をもち続けるとともに、データを精読し常にデータに立ち返り、確認しながらカテゴリー間の関係性について再度検討し、それらの関係性を包括する図を作成した。

8. 倫理的配慮

本研究は、福島県立医科大学倫理委員会の承認を得て実施した。

II. 結果

A. 対象者の背景

研究対象者11名のCNSとしての専門看護分野は、がん看護、精神看護、慢性疾患看護、小児看護であった。研究対象者のCNSとしての活動経験年数は、4年以下が3名、5～6年が4名、7年以上が4名であった。

B. 分析結果

対象者のCNSが役割を獲得するまでの内面的成長プロセスは、時間軸に沿って①コンフリクトの時期、②精製の時期、③創出の時期、④発展の時期の4つの時期に分類することができた。以下の文章においては、カテゴリーを《 》、サブカテゴリーを〈 〉で表し、研究対象者の語った言葉を[]で例示する。これらの分類を時間軸に沿って図1に示した。

1. コンフリクトの時期

「コンフリクトの時期」とは、対象者であるCNSの内面に、軋轢、摩擦、葛藤、衝突、対立、矛盾などが起こっている時期を示している。これは、研究対象者がCNSという新しい役割をスタートしたときに直面する時期であった。この時期、研究対象者は《内なる焦躁感》と《外への葛藤》という2つの思いを抱いていた。

a. 《内なる焦躁感》

《内なる焦躁感》とは、研究対象者の内面にある混沌とした思いを表していた。この《内なる焦躁感》は、〈CNSって何?〉と〈「べき論」に囚われる〉で構成されていた。

(1) 〈CNSって何?〉

本研究の対象者の多くは、臨床時代に実際のCNSを見ることがなく、[大学院でもCNSをたたく込まれてない]し、[大学院で十分な役割実習ができなかった]し、[院生時代にCNS像を考えてこなかった]ため、具体的なCNS

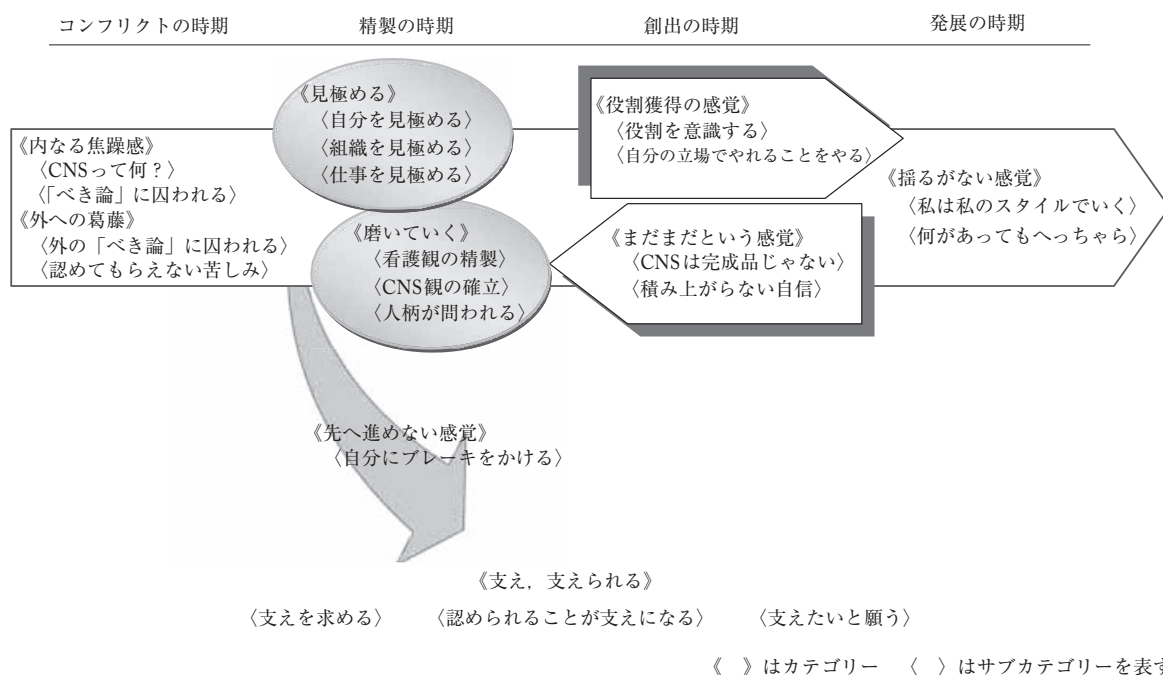


図1 CNSが役割を獲得するまでの内面的成長プロセス

のロールモデルがないままに仕事を開始していた。また、現在の職場でも唯一のCNSとして働いている場合も少なくなく、実際のCNSの活動は知らないという実情があった。そのため、実際はCNSが何をやる人なのか、自分はCNSとして何をやるべきなのか、ベテラン・ナースとCNSは何が違うのかということがわからず、[CNSって何をやる人なんだらう?]と悩み、〈CNSって何?〉という自問を繰り返していた。しかし、その問いに対する答えは容易に得られず、[CNSとして何をどうしたらいいんだらう]と、自分の役割について強い焦躁感を感じていた。

(2) 〈「べき論」に囚われる〉

このようにCNSとは何なのかわからない状態であるにもかかわらず、大学院時代に机上で教えられたCNSの役割や、[資料や雑誌などからCNSをイメージ]したものが、本研究の対象者のなかに理想のCNSのイメージとして存在していた。そのイメージをもとに、CNSはこうある「べき」ではないかと考え、〈「べき論」に囚われる〉状態にあった。この「べき論」には、[院内を横断していかにかに活躍するかに意義がある]のように、CNSの仕事に対するイメージもあれば、[CNSだからそこはやらなきゃと思えることが必要]や[病棟でCNSとして働くことは特別感がない]というように、CNSはスタッフナースと違って特別なものである「べき論」もあった。〈CNSって何?〉という状況にある対象者にとって、その学習したCNSのイメージが自分の役割のより所となっていた。しかし、実際の自分の現状は、その「べき論」からかけ離れている場合も多く、なかなかその理想のイメージに近づけない実情

が、[CNSとして何かみせなきゃいけない]というプレッシャーとなって、対象者にさらにいらだちと焦りをもたらしていた。

このように、CNS自身がCNSはこうある「べき論」に囚われる一方で、この「べき論」は、同僚であるスタッフナースにも向けられていた。本研究の対象者のなかには、看護はこうある「べき論」や、患者に対する最良のケアはこうある「べき論」も存在しており、自分が理想とする看護のかたちに、看護師をあてはめようとする傾向がみられた。同僚看護師を[あれもできてない、これもできてないとあらさがし]するような目で見ることもあった。しかし、それがどんなに理想的な看護であっても、たやすく同僚看護師に受け容れてもらえるわけではなかった。このように自分の「べき論」が理解してもらえないことに対して、CNSは焦躁感を感じていた。こうして対象者は、内面にある混沌とした《内なる焦躁感》を、容易に払拭できない状態にあった。

b. 《外への葛藤》

《外への葛藤》は〈外への「べき論」に囚われる〉と〈認めてもらえない苦しみ〉で構成されていた。

(1) 〈外への「べき論」に囚われる〉

本研究の対象者が自分の内面に、CNSはこうある「べき論」や看護はこうある「べき論」をもっていることは前述したとおりであるが、もう1つ、組織に対しても「べき論」をもっていた。組織にこう活用されたいとか、組織にこのくらい理解されたいと思っているこのCNS側の「べき論」と、組織のCNSの活用法や理解度の間にはギャッ

プがあると研究対象者は感じていた。これは「管理者はCNSがどのように役立つかをよく知らない」「管理者はCNSを管理にちょっと毛が生えたくらいの感覚で使いたい」というコードに表わされていた。つまり、組織のあり方が、CNSの期待にあっていないということだった。そして、そのギャップが埋められないと「管理者とどンドンずれていく」と感じてしまい、その葛藤に苦悩していた。

(2) 〈認めてもらえない苦しみ〉

さらにCNSは、組織のみでなく、まわりのスタッフからも〈認めてもらえない苦しみ〉に苛まれていた。自分では懸命にやっているのにまわりから認めてもらえないことは、対象者にとって大きな苦しみとなり「誰も認めてくれないから、毎日いつ辞めようかと」と考えたり、「まわりが役割を期待してくれない分、もがき苦しむ」状態にあった。さらにその苦悩する自分の現状を誰も理解してくれないことも、〈認めてもらえない苦しみ〉であり、「自分も話を聞いてほしい」と願っていることもあった。そして、この二重の苦しみが《外への葛藤》に拍車をかけていた。

2. 精製の時期

「精製の時期」とは、CNSが能動的に自分を精製していることを表す。この時期、本研究の対象者はまず自分の状況を《見極める》ことを始めていた。そしてさらに自分の内面を《磨いていく》作業も行っていた。この2つの作業は、実際には周囲との相互作用のなかで行われていた。この相互作用が《支え、支えられる》ことであった。

a. 《見極める》

まず始めに《見極める》であるが、この作業は〈自分を見極める〉〈組織を見極める〉〈仕事を見極める〉という3つのサブカテゴリーからなっていた。

(1) 〈自分を見極める〉

〈自分を見極める〉とは自己内省を意味するが、本研究の対象者はこの作業を通して自分のCNSとしてのあり方について自照する作業を行っていた。「外から批判されて自己洞察する機会をもつ」ことから始まり、その作業の過程で「自分のできることでできないことがわかる」ようになったり、「あきらめようとする自分をいましめる」ことをしていた。また、「相手を変えようとしないう、自分が変わる」と気づく場合もあった。つまり、自分のなかの何がどうしてCNSとして及ばないのか、自分はどうあるべきなのか、どうやったら周囲から認めてもらえるかというように、自己を深くかえりみる作業を繰り返し行っていた。

(2) 〈組織を見極める〉

「コンフリクトの時期」には組織と自分の間にギャップを感じ、多くは相手側の理解不足であると考えて葛藤を生

じていたが、「精製の時期」には〈組織を見極める〉という作業のなかで、自分中心の組織の見方から組織そのものを客観視する見方に変わろうとしていた。「CNSを知らないだけで、組織は悪くない」「CNSって組織のニーズとあわなくちゃいけない」と気づき、「相手のニーズを優先させる努力」を始め、結果として「組織の立場を理解し、自分で工夫」しようと考えることが可能になっていった。

(3) 〈仕事を見極める〉

〈自分を見極める〉や〈組織を見極める〉作業は、CNSとして自分はどのように仕事をしていけばいいのかという〈仕事を見極める〉作業に発展していた。〈仕事を見極める〉とは、仕事をするということの本質を考える作業を示している。この作業は、「管理者とCNSを兼任でやってくしかない」「病棟所属のCNSにも意義がある」「頼まれる仕事をひとまず全部やってみた」というコードが示すように、いまの自分に与えられた仕事を、肯定的に受け容れる契機となっていた。また、仕事への取り組み方にも内面的な変化がみられるようになり、コツコツと仕事をやり始めようと決意していた。

以上のような3つの《見極める》作業によって、少しずつ混沌とした状態から脱し、本研究の対象者はその歩を進めていくことになっていった。

b. 《磨いていく》

またこの時期、CNSは《見極める》という作業と同時に、自己の内面を《磨いていく》作業も行っていた。これは、〈看護観の精製〉〈CNS観の確立〉〈人柄が問われる〉という3つのサブカテゴリーから構成されていた。

(1) 〈看護観の精製〉

本研究の対象者は、「コンフリクトの時期」には看護はこうある「べき論」を相手に強いる傾向があったが、この「精製の時期」には、その自分の信じる看護をCNSという仕事を通して、どのように伝えていけばいいのかを模索する作業を営むようになっていた。「患者がこうありたいと思う姿に近づいていけるよう、足りない部分にそっと手を添える」ことが看護と考えたり、「管理という立場でやりながら、質の高い看護を伝える」ことを試みたりしていた。このような、自己の〈看護観の精製〉の作業を通じて、確固たる看護観を築くとともに、それを言語化した、CNSの仕事のなかに取り入れることをしながら、相手に伝えるための地道な努力を始めていた。

(2) 〈CNS観の確立〉

「コンフリクトの時期」に〈CNSって何?〉という自問を繰り返していた研究対象者は、CNSの仕事を手探りで行くなかで、徐々にその答えを自分なりに見つけていった。それが、自分なりのCNSの役割に対する信念となり、〈CNS観の確立〉につながっていった。それらは、「同じ

ことができる人はいない、たくさんいて質が高い、稀少価値] [1 + 1 が 2 以上の相乗効果が出るようにするのが CNS] など概念的な CNS 観もあれば、[自分の看護展開を 1 つ 1 つ説明する] [患者の視点にみんなを寄せていく] など、その具体的な仕事の方法を見出している場合もみられた。それらは、自分の経験や試行錯誤から生まれた、机上で学習した「べき論」とは内容を異にする、独特で具体的、かつ多岐にわたる CNS 観であった。また、それぞれの仕事を通じて、時間をかけて獲得された CNS 観でもあり、堅固なものとして対象者のなかに根づいていた。

(3) 〈人柄が問われる〉

本研究の対象者は、相手から“相談”を受けたり、人と人との間で“調整”したりという役割を担っていた。このような役割を遂行するためには、[知識、技術、能力をもったうえでそれを活かす良好な人間づくり]ができるような人柄が求められることを、対象者は認識し始めていた。前述の「コンフリクトの時期」に〈認めてもらえない苦しみ〉を経験しているが、これは裏を返せば、相手に認めてもらえるものをもっているかどうかという問いでもあった。この問いの答えとして [CNS は謙虚で自分をわきまえていることが大事] [芯はぐらつかず、表面はやわらかく] と CNS としての人柄のあり様を意識していた。本研究の対象者は自分の人柄を知ったうえで、それをコントロールしていくことを求められていた。

c. 《支え、支えられる》

このような自己の内面への働きかけは、実際には周囲との関係性のなかで行われていた。この周囲との関係性を深めていく過程が《支え、支えられる》という行為であった。これは、相手に支えられ、自分も相手を支えていくという、周囲との相互関係を表している。この《支え、支えられる》という行為は、〈支えを求める〉〈認められることが支えになる〉〈支えたいと願う〉というように変化していた。

(1) 〈支えを求める〉

「コンフリクトの時期」には、対象者の精神面、実務面の葛藤や焦躁感を緩和し、サポートしてくれるものはなかなか現れていなかった。これが、〈認めてもらえない苦しみ〉にもなっていた。そのため、本研究の対象者は自助努力によって〈支えを求める〉ことを試みていた。この時期に CNS の支えになっていたものは、[ピア・サポート。なかったら何度へこたれていたことか] や [自信がないので、学校の同期や CNS 仲間に相談] などであった。また、実務上のアドバイスをしあう [ピア・スーパービジョン(が支え)] となっている場合もあった。相手に支えてもらうことによって、初めて自分の仕事のあり方を確認し、自分自身を《見極める》《磨いていく》作業をすることが可

能になっていた。

(2) 〈認められることが支えになる〉

支えを得て、《見極める》ことや《磨いていく》という努力を続けるなかで、CNS 自身にも、またその仕事のあり方にも徐々に変化が表れ、[関係者から認められて、優れた看護をやってる手ごたえ]を感じ始めていた。[ありがたうって評価されたときが、やっぱりうれしい] [患者や家族が頼りにしてくれることが支え] というコードが示すとおり、認めてもらえることは喜びであり、〈認められることが支えになる〉ようになっていった。

本研究の対象者は、[やっぱり末端のスタッフや患者さんに評価されたい] [他職種からのサポートが重要] と、同僚や患者などごく近くの関係者から認められることの喜びを多く語っていた。このように認められて [患者や家族、医者、看護師が私を育ててくれた] ことにより、CNS としての自信も少しずつ育まれていった。

(3) 〈支えたいと願う〉

周囲に支えてもらうことによって徐々に前に進んでいった本研究の対象者は、次には少しずつその役割を支える側に移し、今度は〈支えたいと願う〉ようになっていった。支えてもらったことが、自分も相手を支えたいという思いにつながり、《支え、支えられる》という思いが、表裏一体となって CNS のなかに存在していた。そして、スタッフに対して自分が [いっしょに悩んで支える存在であること] や [現場のスタッフがいいケアをできるための裏方] に徹しようとしていた。

以上のように、「精製の時期」は周囲との関係性のなかで CNS が能動的な努力を重ね、自分の内面を柔軟に変え、前に進んでいく時期であった。

d. 《先へ進めない感覚》

しかし、すべての対象者がこのように歩を進められるわけではなかった。《先へ進めない感覚》をもつ対象者もいた。《先へ進めない感覚》とは、CNS が CNS としての役割を担っていけないと感じることを表している。その感覚には、〈自分にブレーキをかける〉が含まれていた。

(1) 〈自分にブレーキをかける〉

CNS が自分の仕事にブレーキをかける行為は、[組織の底上げは CNS じゃなくてもできる] や [病棟で自分がやり過ぎるのもどうかと思う] のコードが表していた。このコードからは、いまやっている仕事は CNS の仕事ではないと考える CNS 側の先入観がみられた。また、前述のとおり、周囲との関係性のなかで自分を《見極める》作業や《磨いていく》作業をして初めて前へ進んでいくことができるので、[スタッフ・ナースから嫌われる] ことで周囲との関係性が築けなかったりすると、これらの作業は阻まれていた。その結果、CNS としての役割を拡大すること

ができず、対象者のなかに《先へ進めない感覚》が生じていた。

このように、〈自分にブレーキをかける〉ことは、結果的にまわりにもブレーキをかけさせることになっていた。そしてそれが、CNSの役割の広がりやを阻害することになっていた。

3. 創出の時期

CNSとしてその内面を変える「精製の時期」を通り、本研究の対象者は初めて自分なりのCNSの役割を創り出す時期を迎えていた。この時期を「創出の時期」と表す。この時期、研究対象者は、《役割獲得の感覚》と《まだまだという感覚》という、相反する2つの感覚を有していた。これらについて以下に述べる。

a. 《役割獲得の感覚》

《役割獲得の感覚》とは、研究者が用語の定義をしたとおり、対象者のCNSが自分のCNSとしての役割が明確になり、不安や苦痛なくその役割を遂行できるようになったと感じたことを表している。これには、〈役割を意識する〉と〈自分の立場でやれることをやる〉という2つのサブカテゴリーが含まれていた。

(1) 〈役割を意識する〉

6年以上のCNS経験を有する対象者の場合、この時期は第1回目の役割獲得の時期として語られていた。しかし他のCNSには、[自分のなかで一段落する][役割が見えてきた感じがする][自分のなかで仕事が整理されてきた]というように、〈役割を意識する〉感覚として表現される場合が多かった。「コンフリクトの時期」には、CNSの役割が何なのかもわからず〈CNSって何?〉ともがき苦しんでいたが、「精製の時期」での能動的な努力の結果、これが自分のCNSの役割ではないかという手がかりをつかんでいた。

(2) 〈自分の立場でやれることをやる〉

それでは、その研究対象者が意識した役割がどんなものだったかという点、「コンフリクトの時期」に自分が思い描いていた理想のCNSのイメージとは違っている場合が多かった。現実の役割は、病棟所属のCNSであったり、週に1日しかCNSの活動日をとれない立場であったり、管理職を兼任するCNSであったりと、そのスタイルはさまざまであった。しかし、本研究の対象者は、自分に与えられたその役割を肯定的に受容することが可能になってきていた。これは、[CNSの専門性が発揮できる環境はどこにでもある][自分もこれでいいかもしれない]などのコードに表わされていた。そこに、〈自分の立場でやれることをやる〉という決意が示されていた。

b. 《まだまだという感覚》

このように、教科書にはない自分なりのCNSのスタイルを創出したが、一方では、《まだまだという感覚》という相反するものも同時にもっていた。これは、自分がCNSとしてまだまだという思いを表している。しかし、この一見ネガティブな感覚にみえる《まだまだという感覚》は、実はCNSのさらなる努力の原動力となり、対象者の成長を促すパワーになっていた。ここでは、《まだまだという感覚》のなかにあった〈CNSは完成品じゃない〉と〈積み上がらない自信〉の2つのサブカテゴリーについて示す。

(1) 〈CNSは完成品じゃない〉

この時期、本研究の対象者は正式なCNSの資格を取得していた。しかし、CNS自身は、[(自分は)CNSの完成品じゃない][完成したって思ってたらCNSやってちゃいけない]と語り、資格を取ったからといって完全なCNSになれた訳ではないことを自覚しており、〈CNSは完成品じゃない〉と感じていた。この思いには二重の意味が込められていた。1つは、[CNSになって問題解決の道は早まったが質は下がった]や[自分の成長はかなり亀]というように、自分が本当にまだまだ不完全であるという意味であった。そしてもう1つは、CNSは常に成長していかなければならないという意識が込められていた。

この〈CNSは完成品じゃない〉という思いが、CNSのさらなる成長を促すパワーになっていた。

(2) 〈積み上がらない自信〉

この時期、CNSは自分に与えられた役割を遂行していたが、その裏で、本当にこれでいいのだろうかという迷いももっていた。[管理者の仕事は楽しいけど、このままでいいのかと心配]したり、[努力を積み重ねても、自信は積み重ならない]状態であった。しかし、この自信のなさは、「コンフリクトの時期」の《内なる焦躁感》のなかで感じていた、CNSの役割がわからず、やっていることに自信がもてない状況とは異っていた。前記の〈自分の立場でやれることをやる〉という決意が表すとおり、CNSとしての自分の役割はみえてきており、その道をコツコツと進んでいく決意もあった。他方、〈CNSは完成品じゃない〉との自覚もあり、さらにCNSとして成長したいという意志の表れもあった。

本研究の対象者は、この時期にきても〈CNSは完成品じゃない〉と感じてはいたが、この《役割獲得の感覚》を得るまで、おおむね3年の月日を費やしていた。

4. 発展の時期

「発展の時期」とは、CNSが役割的にも内面的にも伸びと広がっていく時期を表している。本研究の対象者は、

前述の創出の時期に〈CNSは完成品じゃない〉と感じ、さらに努力を続けていった。また、周囲に《支え、支えられる》関係も続いており、その相互関係のなかで、やがてCNSとしての《揺るがない感覚》を手に入れていった。

《揺るがない感覚》

これは、CNSとしての確かな自信を獲得したことを表していた。この《揺るがない感覚》には、〈私は私のスタイルでいく〉と〈何があってもへっちゃら〉という2つのサブカテゴリーが含まれていた。

(1) 〈私は私のスタイルでいく〉

CNSとしての経験と努力を重ねていくなかで、研究対象者は自分なりの役割について確固たる自信をもてるようになっていった。それが、〈私は私のスタイルでいく〉という自信であった。このような自信は、[人が何と言おうと、これは私のスタイル]や[どこで何をやっても私はCNSとしてやれる]というコードにも表わされていた。この〈私は私のスタイルでいく〉という思いは、もう自分を[人と比べる必要はない]と達観できることでもあった。自分の限界を謙虚に受け止めたうえで、さらに励もうとする覚悟が示されていた。

(2) 〈何があってもへっちゃら〉

前述したとおり、組織やまわりから認められることはCNSに喜びをもたらしていたが、逆に自分を否定されることは〈認めてもらえない苦しみ〉を与えていた。そのため、本研究の対象者は、絶えず周囲との関係性のなかで、自分がいまやっていることが相手に受け容れてもらえるかどうかを確認していた。しかし、自分なりのスタイルに自信をもち始めたこの時期のCNSは、[言うやつは勝手に言わしておく][もうこれですって開き直る]と考えられるようになり、周囲に〈何があってもへっちゃら〉と言えるようになっていた。こうして周囲が何と言おうと、自分で自分の役割を認められるようになり、それが確固とした自信につながっていった。

このように、CNSとして自分なりの役割を認めることができた本研究の対象者は、ようやく《揺るがない感覚》を獲得していた。6年目以上のCNS経験をもつ対象者は、この発展の時期を2度目の役割獲得をした時期と語っていた。この時期、CNSは初期にもっていたCNSはこうある「べき論」から完全に解放されており、自分なりのスタイルでCNSの役割を果たそうとしていた。

本研究の対象者は、この時期を迎えるまで、おおよそ6～10年の月日がかかったと語っていた。

Ⅲ. 考 察

ここでは、本研究の対象者の内面的成長プロセスについて、①コンフリクトの時期、②精製の時期、③創出の時期、④発展の時期の分類に沿って、時期ごとに考察し、その成長に影響を及ぼす要因について考えていく。

て、①コンフリクトの時期、②精製の時期、③創出の時期、④発展の時期の分類に沿って、時期ごとに考察し、その成長に影響を及ぼす要因について考えていく。

1. コンフリクトの時期

本研究では、CNSにとってこの「コンフリクトの時期」は非常に苦しい時期として語られていた。大学院修了後、仕事をスタートさせた本研究の対象者は、実際のCNSの仕事が何なのかがよくわからず、また、自分が今やっている仕事はCNSの仕事なのかどうかも確信がもてないまま苦悩していた。

このように、CNSとしての仕事をスタートさせながらも、なかなかCNSの役割が明確でない要因は2つ考えられた。1つは、大学院での教育の問題があげられる。そしてもう1つは、CNSになる前の臨床でも現在働く施設においても、具体的なCNSのロールモデルがないということが関係していると考えられた。

まず、大学院教育であるが、「コンフリクトの時期」に〈CNSって何?〉という自問に対しての答えがなかなかみつからなかった本研究のCNSは、「大学院でもCNSをたたきこまれてない」「大学院で十分な役割実習ができなかった」と語り、自分が大学院在学中に十分にCNSの役割を理解する機会をもたなかったことを悔やんでいた。

その対象者が受けてきた現在の日本の大学院のCNS教育課程は、基準単位は26単位で、その内容は共通科目(看護理論、看護管理、看護研究など)、専攻分野専門科目および実践(実習)の3本柱となっている(日本看護系大学協議会, 2013)。その教育内容の詳細は、基準に則ったうえで、各教育機関の特色を生かしたかたちになっている。学生側からみた教育課程の振り返りについての研究は、いま現在、日本では見当たらないため、大学院にどのような教育があったら、実際の仕事をスタートさせたときに[大学院でもCNSをたたき込まれてない]と困惑せずに済んだのかは、本研究では明らかになっていない。

日本のCNS制度のもととなった米国では、米国CNSの教育者であるHamric & Hanson (2003)が、米国CNSが直面する臨床の現実を大学院教育のなかでどのように教えるかについて解説を行っている。これによると、高度で複雑な発展を遂げる米国医療界では、大学院を修了したCNSたちは現場で即戦力になることが求められている。即時に与えられた役割をこなし、組織の求めるかたちで成果を出せないと、CNS個人が職を失うばかりか、その組織が二度とCNSを雇用しなくなる可能性が高いため、将来のCNSたちも職を失うという結果になる。そのような事態を避けるため、大学院教育者は、学生の修了時に明確に米国CNSの役割を理解させ、就職後、すぐに実践でき

るようにしなければならない。Hamric & Hanson (2003) は、そのために大学院教育が米国CNSが将来直面するであろう現実的な役割問題について教育することを強く推奨している。米国のCNSと日本のCNSが、その職場で求められる役割に違いがあることは明白であるにしても、本研究のように、CNSが臨床現場で《内なる焦躁感》を繰り返さないために、大学院教育のなかでCNSの役割を理解できるようになることが必要だと考える。

本来、CNSの役割は多義性があり、わかりにくいものである (Hamric, 1994; 佐藤, 1999; Underwood, 2003)。日本のCNSの役割とされている実践、相談、調整、倫理調整、教育、研究の6つの役割も広義の解釈が可能である。しかし、この多義性のもつ意義は、相手のニーズにあわせて自分の役割を変えることができるという柔軟性であり、その意義を理解し、どのように相手のニーズに応じていくかを学ぶことが必要だと考える。それを学んだうえでも、やはり臨床現場で役割葛藤に直面することは十分起こり得る。その場合にどう対処すべきかという実践的な対処法も、今後、大学院教育のなかで準備されることが望ましいと考える。

一方、ロールモデル不在の問題であるが、他者をモデルにしてその行動を自分のものに取り入れる「観察学習 (モデリング)」を概念化したのは、心理学者のAlbert Bandura である (浅井, 1995)。看護職においても、新人看護師がロールモデルをもつことで看護師としてのアイデンティティを確立したり (山田・齋藤, 2009)、看護学生が看護教員の行動をロールモデルとして、看護職者としての態度や行動を取得していくとされている (中谷ら, 2000)。このように、身近に具体的なロールモデルをもつことは、人間の成長を促す働きがある。特に、認定審査に合格しCNSとしての活動を開始したばかりの新人CNSがロールモデルをもつことには2つの重要な意味がある、とLarsen, Logan, & Pryor (2003) は述べている。1つは、自分のCNSとしてのゴールを可視化していくことによって成長を促すという本来の意味である。そしてもう1つは、ロールモデルを通してCNSとしてのネットワークを広げ、社会的成長を促す効果があると説明している。

しかし、このようなロールモデルをもつ機会がなかった本研究の対象者は、容易にはそのアイデンティティを確立することも、ネットワークを広げることができず、「コンフリクトの時期」を長引かせていたことが推察される。現在でも、日本のCNSの雇用は一定の施設に限局されており、1施設に複数のCNSが存在する組織は限られている (千崎ら, 2010)。そのような現状のなかで、どのように新人CNSがロールモデルを身近に獲得していくかは、今後の課題であると考えられる。

2. 精製の時期

この時期は、「コンフリクトの時期」に混沌と淀んでいくような内面性をみせていた対象者が、〈看護観の精製〉や〈CNS観の確立〉を行い、CNSとして非常に洗練されていく過程が示されていた。また、この〈看護観の精製〉や〈CNS観の確立〉を通して、後のCNSとしての基礎となる堅固な概念が築かれていた。このように、この「精製の時期」はCNSがCNSになるための重要な時期であり、この時期に《見極める》《磨いていく》という作業が何らかの理由で滞ると、《先へ進めない感覚》を味わい、次のステージへ進めないケースもみられた。

本研究の対象者の《見極める》作業のコアになっていたのは、〈自分を見極める〉という行為であった。[外から批判されて自己洞察する機会をもつ] ことを契機に、総じて自発的にこの〈自己を見極める〉作業を行い、[あきらめようとする自分をいましめる] ことをしたり、苦しくても問題と対峙しようと考え始めていた。そして、その自己洞察の学びから、[相手を変えようとし、自分が変わる] ことを試み、柔軟に自分に対応させていった。

この〈自分を見極める〉行為は、自己内省を意味している。自己内省はリフレクション (reflection) として、看護実践のなかで、質の高い実践を確保するためのスキル開発ツールとしてあげられている。看護師の実践に焦点をあて、その実践を振り返って熟考し、そこから学びを得て、より高い実践を生み出すツールである (Burns & Bulman, 2000)。しかし、本研究の対象者は、このリフレクションを自己の実践を生み出すツールとして意図的に使ったわけではなく、自然発生的に自己内省を行っていたと考えられた。

リフレクションのもともとの過程の土台にあるのは、自己の価値感、信念、素養、弱みも含めた自分を意識し、自分を客観視するという行為である。これは実際には、自分の偏見も弱みも憶測も見つめなければならず、自分自身に対する痛みを伴う作業である (Burns & Bulman, 2000)。この精神的な痛みに耐える強靭さと、自分を変えていくことができる柔軟さが、CNSの成長を支えていく重要な要因であると考えられた。これらの作業と切り離しては考えられないのは《支え、支えられる》ことであった。

「コンフリクトの時期」に内面的な苦悩を抱えていたCNSが、次に仕事上はもちろんのこと精神的な支えを求めていったことは自然の経緯であろう。この時期、対象者のCNSが支えとしていたのは、大学院の同級生や同僚からのピア・サポートや、同じ専門職からのピア・スーパービジョンだった。このように仲間と苦しさを共有することによって、仕事の的にも精神的にも支えられていたことがうかがえた。

山田・齋藤 (2009) が行った日本のがん看護CNSの状

況調査報告のなかでも、CNSが専門性向上のために必要だと思っている支援の上位は、CNS仲間や教員からのサポートであった。このように、身近な仲間に仕事上の実務面、精神面の両面を支えてもらうことは、新人看護師のプリセプター制度やメンター制度に似ている。事実、新任のCNSにメンター制度が必要であることは、1989年にすでに米国で検討されている (Caine, 1989)。現在、米国では新任CNSのプリセプター制度やメンター制度は定着しており、その制度をより価値あるものにするための調査が行われ、プリセプターやメンターのためのチェックリストも開発されている (Urden & Stacy, 2011)。

本研究でも、支援を受けることでCNSは初めて自分の仕事のあり方を確認し、内面的な成長を遂げていた。また本研究の対象者は、そのような支えを自助努力で探していたという現状もあった。千崎ら (2010) は、CNSの役割成長を促進し、組織のなかで活用し、CNSの役割を浸透していくことが今後の日本のCNSの課題である、と述べているが、そのCNSの成長を促すために、CNSを組織的に支援していくことも今後必要ではないかと考える。

3. 創出の時期

おおむね3年をかけて、本研究の対象者は《役割獲得の感覚》を得て、「創出の時期」を迎えていた。この時期CNSは、〈自分の立場でやれることをやる〉と自分の仕事を肯定的に受け容れ、遂行し始めている。これは「Hamricの役割開発理論」(Hamric & Taylor, 1989) に照らしあわせると、肯定的なフィードバックによって役割を遂行する「実行 (implementation)」の時期に類似している。米国のCNSがこの「実行」の時期を着任後1～2年以内に迎えていることを考えると、本研究の対象者はやや長い時間をかけてここまで到達していると推察された。

しかもこの時期、本研究の対象者は、認定試験に合格して正式にCNSと認められているのにもかかわらず、[(自分は)CNSの完成品じゃない]と感じ、〈積み上がらない自信〉のなかにいる状況であり、自分がCNSとして《まだまだという感覚》を抱いていた。

Arena & Page (1992) は、米国のCNSが「自分はCNSというスペシャリストにふさわしくないのではないか」という思いを抱くことを、「詐欺師現象 (imposter phenomenon)」と説明している。「詐欺師現象」とは、表面的には何の疑いもなくその職業的アイデンティティを獲得しているかのようにみえる人物が、実は深層では自分はその功績にふさわしくないと感じ、知的に他人をだましていると感じる現象を指す。なぜ米国CNSがそのような感じるかという、自分の能力が足りないと考えていることが1つの要因だという。自分の能力以上の役割を担うことが、CNSに「詐欺師」

を演じているような気持ちを抱かせ、この気持ちが大きくなると、自分の役割を負担に感じて離職することになるという米国の現状も報告されている (Arena & Page, 1992)。

またArena & Page (1992) は、米国CNSが自分の内面にある「詐欺師現象」を克服するには、自分の限界を知り、わからないことを人から教わるという相互関係を築くことが重要だ、と述べている。特に初任者のCNSは、時には“真のスペシャリスト”であるベテラン・ナースたちに実践知の教えを乞う勇気ももたなければいけない、とも説明している。本研究では、自分の限界を謙虚に受け止め、〈CNSは完成品じゃない〉という語りが多く聞かれていた。これは、本研究の対象者たちが「詐欺師現象」に陥ることなく、逆にそれを払拭して前に進んでいることを表していると考えられた。

4. 発展の時期

この「発展の時期」は、本研究の対象者には「2回目の役割獲得の時期」としてとらえられていた。かつて〈認められない苦しみ〉を体験し、〈べき論〉に囚われるなかで葛藤していたCNSは、この時期、それらから完全に解放されていた。〈私は私のスタイルでいく〉ことに対しての迷いはみられず、〈何があってもへっちゃら〉と考えていた。

Maslowの欲求階層説をみると、最終段階である第5段階目にやってくるのは「自己実現の欲求」である。これは、他人に承認される自分になることに重きをおかず、自分のなりたいたいものになりたいたいという欲求である (Maslow, 1970/1987)。[言うやつは勝手に言わせておく]と見え、自分の望むスタイルのCNSになった本研究の対象者は、まさにこの自己実現を果たしたということだろう。

この時期、看護師としての臨床経験も十分にもった本研究の対象者は、管理職になっている場合も少なくなかった。本研究の対象者のなかでも、管理職を経験しているCNSは半数以上にのぼっていた。そのCNSと管理職の兼務については、「管理職とCNS業務の境界線ははっきりしてない」「CNSの仕事のなかに管理の仕事が入ってる感じ」など、CNS業務と管理職業務が決して相反するものではないと肯定的な意見を語る場合と、「管理職ではなく、CNSになりたい」や「管理をやってもCNSやっても中途半端な気持ち」と、その兼務の困難さを語る場合の2つに分かれていた。

自らが米国CNSとして米国で病棟管理職を兼務していたHamric (1994) は、管理職であったときに、CNSの実践役割を維持していくことが困難であったと説明している。しかしこの困難さは、米国の管理職が病棟の予算管理から病棟看護師の求人、配置までの経営管理業務を行う職務であるということ (Kleinman, 2004) が大きく影響して

いると考えられる。このような経営管理業務に重きがおかれると、CNSの役割のコアとなる看護師・患者・家族に対するダイレクト・ケアの機会が減少し、CNSとの兼務が困難になるのは想像に難くない。

しかし、日本の管理職は、病棟でのリーダーシップや看護職への監督、教育などの業務が求められており（佐藤ら、2009）、調整役割や教育役割を担うCNSが、この管理職に長けている場合も多いのではないかと考えられる。この点では、米国より日本のほうがCNSの役割と管理職の親和性が高いと推考される。また、CNSが管理職になることによって、組織のなかでのCNSの活用方法を明確にできるというメリットも期待される（Hodges, 2009）。本研究のCNSも、「CNSが管理職になって初めてCNSの本当の活用ができる」と語っていた。このように考えると、日本において、将来CNSが管理職を兼務することは大きな意義をもっているのではないかと考える。

まとめ

以上のように、本研究の対象者の役割獲得までの内面的成長プロセスが明らかになった。本研究の対象者は、当初、曖昧な役割認識のなかで悩み、周囲に支えられながら、自分自身のCNSとしてのあり方を深くかえりみる作業を繰り返し行っていた。そのなかから、やがて自分なりのCNSのスタイルを見出し、《役割獲得の感覚》を得ることができていた。この感覚を得るまで、おおむね3年の月

日を要している。その後も、経験と努力を積み重ね、6～10年という時間をかけて、自分なりの確固としたCNSの役割を獲得していた。

米国の「Hamricの役割開発理論」(Hamric & Taylor, 1989)で、米国のCNSが3～6年の間に役割に対する自信を獲得して「統合」の時期を迎えていることに鑑みると、本研究のCNSの役割獲得までの成長は、比較的長い時間を費やしていると推察される。また、その成長プロセスも、「Hamricの役割開発理論」(Hamric & Taylor, 1989)にみられる上昇線を描くようなものではなく、険しい道の一進一退を繰り返しながらゆっくりと進んでいくような、非常に緩やかな成長プロセスに感じられた。しかし、その険しい道に耐える強靱な精神力と柔軟さを兼ね備えた本研究の対象者が、これからも成長を続けていくであろうことが予感された。

また、本研究の対象者の成長プロセスを通して、CNSの大学院教育のあり方の検討、初任者のCNSに対するサポートの必要性、組織とCNSの関係の構築の必要性に関して看護への示唆を得ることができた。

謝 辞

本研究へのご協力を快く引き受けくださり、多忙な時間を割いて、大変貴重なお話を聞かせてくださった対象者の専門看護師の皆さまに、深く感謝申し上げます。

本研究は福島県立医科大学大学院の修士論文に加筆、修正したものである。

要 旨

本研究は、日本の専門看護師（certified nurse specialist：CNS）が役割を獲得するまでの内面的成長プロセスを明らかにすることを目的に行った。研究協力を得られた11名のCNSを対象に半構造化面接を行い、その内容を質的に分析した。

その結果、対象者のCNSとしての内面的成長プロセスは、時間軸に沿って、①コンフリクトの時期、②精製の時期、③創出の時期、④発展の時期の4段階に分類することができた。対象者は、当初曖昧な役割認識のなかで悩み、周囲に支えられながら、自分自身のCNSとしてのあり方を深くかえりみる作業を繰り返し、やがて役割獲得の感覚を得ていた。そこまでにおおむね3年の月日を要していた。その後も経験と努力を積み重ね、6～10年という時間をかけて、自分なりの確固としたCNSの役割を獲得していた。

この成長プロセスを通して、CNSの大学院教育のあり方の検討、初任者のCNSに対するサポートの必要性、組織とCNSの関係の構築の必要性に関して看護の示唆を得た。

Abstract

This study was conducted with the purpose to clarify the emotional and mental growth process of Certified Nurse Specialists (CNS) in Japan in acknowledging their roles as CNS. Semi-constitutive interviews were conducted with eleven CNS who cooperated in this study. Contents of the interviews were analyzed qualitatively.

The emotional and mental growth process of the CNS's interviewed, were categorized into the following four time based stages: 1) conflict period, 2) refining period, 3) creation period, 4) development period. The subjects are loaded with their ambiguous acknowledgement of their roles during the initial stage. With support from their colleagues/superiors, they

repeated the process to reflect on their own roles as CNS, and through this process they were gradually able to grasp their own understanding of their roles. Approximately 3 years were necessary for this stage. With 6 to 10 years of experience and continued efforts, they were able to firmly acknowledge their role as CNS.

Through this growth process, following implications in the nursing field was obtained; discussion on the appropriate state of graduate education for CNS, necessity of support for newly appointed CNS, necessity for construction of relationship between the entire organization and CNS.

文 献

- Arena, D.M. and Page, N.E. (1992). The imposter phenomenon in the clinical nurse specialist role. *Image J Nurs Sch*, 24(2), 121-125.
- 浅井 潔 (編) (1995). 人間理解のための心理学. 東京: 日本文化科学社.
- Baker, P.O. (1987). Model activities for clinical nurse specialist role development. *Clin Nurse Spec*, 1(3), 119-123.
- Brown, M.A. and Olshansky, E. (1997). From limbo to legitimacy: a theoretical model of the transition to the primary care nurse practitioner role. *Nurs Res*, 46(1), 46-51.
- Burns, S. and Bulman, C/田村由美, 中田康夫, 津田紀子 (2000). 看護における反省的実践—専門的プラクティショナーの成長—. 東京: ゆみ出版.
- Caine, R.M. (1989). Mentoring the novice clinical nurse specialist. *Clin Nurse Spec*, 3(2), 76-78.
- 船越政江 (2012). 終末期がん患者の“命の輝き”を支えたい—地域専門看護師として挑戦し続けられること. コミュニティケア, 14(1), 36-37.
- Hamric, A.B. (1994). クリニカル・ナース・スペシャリスト (CNS) の役割と歴史的概観. 看護研究, 27(5), 358-368.
- Hamric, A.B. and Taylor J.W. (1989). Role development of the CNS. In: Hamric, A.B. and Spross, J.A., eds., *The clinical nurse specialist in theory and practice*. 2nd ed., pp.41-82, W.B. Saunders.
- Hamric, A.B. and Hanson, C.M. (2003). Educating advanced practice nurses for practice reality. *J Prof Nurs*, 19(5), 262-268.
- Heitz, L.J., Steiner, S.H., and Burman, M.E. (2004). RN to FNP: a qualitative study of role transition. *J Nurs Educ*, 43(9), 416-420.
- Hodges, M.E. (2009). Preserving advanced practice nurse role integrity: One hospital's journey. *Clin Nurse Spec*, 23(3), 156-160.
- 堀内ふき (2008). 老人看護専門看護師の認知症ケアにおける活動と現状と今後の課題. 老年精神医学雑誌, 19(6), 636-641.
- 金子亜矢子 (2010). 精神看護専門看護師の活動評価—アンケート結果より. 共済医報, 59(1), 59-64.
- Kleinman, C.S. (2004). Leadership: a key strategy in staff nurse retention. *J Contin Educ Nurs*, 35(3), 128-132.
- Larsen, L.S., Logan, C.A., and Pryor, S.K. (2003). Redesign of clinical nurse specialist role course for distance education. Development, implementation, and outcomes. *Clin Nurse Spec*, 17(1), 25-33.
- Maslow, A.H. (1970) / 小口忠彦 (1987). 人間性の心理学: モチベーションとパーソナリティ. 東京: 産業能率大学出版部.
- 中村伸枝, 阿部恭子, 石橋みゆき (2010). 短報 専門看護師・認定看護師の役割に対する看護師以外の医療者のニーズ—高度先進医療を提供する大学病院 (一施設) における質問紙調査—. 文部科学省 組織的な大学院教育改革推進プログラム 採択プログラム 千葉大学大学院看護学研究科 専門看護師育成・強化プログラム 成果報告書. pp.84-90.
- 中谷啓子, 松田安弘, 廣田登志子, 三浦弘恵, 横山京子, 杉森みど里, 亀岡智美, 定廣和香子, 舟島なをみ (2000). 学生が知覚している看護学教員のロールモデル行動に関する研. 看護教育学研究, 9(2), 8-9.
- 日本看護系大学協議会 (2013). 平成25年度版 専門看護師教育課程基準 専門看護師教育課程審査要項. <http://www.janpu.or.jp/download/pdf/cns2013.pdf>
- 日本看護系大学協議会 高度実践看護師制度推進委員会 (2008). 高度実践看護師のコア・コンピテンシーについて—現CNSによる現在の役割の認識と今後の課題. 日本看護系大学協議会広報・出版委員会編, 看護教育Ⅲ: 看護実践能力の育成. pp.44-68, 東京: 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会 (2010). 就業者数. 日本看護協会ホームページ. <http://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/pdf/toukei04.pdf> (検索日2015年3月14日)
- 日本看護協会 (2014). 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者. 日本看護協会ホームページ. <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns> (検索日2015年3月14日)
- 佐藤直子 (1999). 専門看護制度: 理論と実践. 東京: 医学書院.
- 佐藤陽子, 松永真里, 和田良香, 才野原照子, 小泉千恵子, 片山真由美, 大崎千津子, 池本かづみ (2009). MaINを活用した看護管理者勉強会の効果—看護マネジメントにおける看護管理者の課題の明確化—. 日本看護学会論文集 (看護管理), 40, 228-230.
- 千崎美登子, 佐藤禮子, 小松浩子, 濱口恵子, 小迫富美恵, 高橋美賀子, 角田直枝, 射場典子, 高山京子, 細矢美紀, 長谷川久巳, 小島操子 (2010). 平成18年がん看護に携わる専門看護師の活動状況調査報. 日本がん看護学会誌, 24(2), 41-48.
- 瀧 真弓 (2011). 母性看護専門看護師の概要と役割機能. 母性衛生, 52(3), 73-73.
- Urden, L.D. and Stacy, K.M. (2011). Clinical nurse specialist orientation: ready, set, go! *Clin Nurse Spec*, 25(1), 18-27.
- Underwood, P.R./南 裕子 (2003). パトリシア・R・アンダーウッド論文集 看護理論の臨床活用. 東京: 日本看護協会出版会.
- 山田 香, 齊藤ひろみ (2009). 新人看護師が臨床現場において一人前の看護師になるまでの学習過程—正統的周辺参加 (LPP) の視点から—. 山形保健医療研究, 12, 75-87.
- 山田雅子 (2010): APNとしての専門看護師: 日本専門看護師協議会の見解と動向. インターナショナル ナーシングレビュー, 33(1), 24-33.

[平成25年5月24日受 付]
[平成26年11月21日採用決定]

祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連

Relationship between the Experience of Raising Children among Grandmothers and Attitudes toward Raising their Grandchildren

曾山小織 吉田和枝 米田昌代
Saori Soyama Kazue Yoshida Masayo Yoneda

キーワード：孫育児，祖父母，母親，子育て支援，世代間ギャップ

Key Words：grandchild care, grandparents, mother, childcare support, intergenerational gap

はじめに

少子化により乳幼児との接触経験が少ない世代が親となり、核家族世帯の増加や近隣関係の希薄化で、母親が地域から孤立して子育てで不安や育児困難を生じている。父親の子育て役割も認識されてきたが、子育て世代の男性は長時間労働で子育ての時間を確保できず（内閣府，2008），母親に子育て役割が集中して負担は軽減していない。母親への子育て支援策として、育児代行、心理的支援、育児知識の提供および経済的支援などの公的サービスが提供されているが、子育てする母親が利用するのは実父母や義父母である祖父母の私的サービスで（国立社会保障・人口問題研究所，2008，pp.5-8），母親の里帰り分娩や子どもの世話の依頼先として祖父母は最もアクセスしやすい支援者である。祖父母は子育て支援の重要な資源として公私ともに期待され、祖父母自身にとっても子育て支援は生きがいとなることから、子育て世代との新たな支えあいとして注目されている（厚生労働省，2003）。

祖父母の子育て参加や孫育ての研究は、母親または祖父母自身の身体面や精神面への影響が調査され、母親を対象とした研究では祖父母との関係が父方か母方か、または家族形態が同居か別居かでその影響が比較されている。天富・土井・木寺（1992）は、母親が育児相談相手として利用するのは母方祖母であり、産後1か月の母親の体調回復は母方祖母の支援や同居が関係した、と述べている。八重樫・江草・李・小河・渡邊（2003）は、母親の相談相手は配偶者に次いで祖父母であり、祖父母の存在は母親の子育て不安を軽減するが、祖父母の子育て参加頻度や居住距離は母親の不安の強さに影響しない、と述べている。祖父母の居住距離は母親の子育て不安に影響しないことは他の調査でも明らかにされている（杉本ら，1995；吉田ら，1996）。祖父母の子育て参加に対する母親の心理について、

白井・井関・久保・高島（2006）は、祖母の支援を肯定的にとらえる母親は子育てを楽しんでいるが、否定的にとらえる母親はストレスと子育ての疲労を強く感じており、母親の意志を尊重しない祖父母のサポートは双方の関係に緊張を引き起こすことを示唆している。

祖父母を対象とした研究では、祖母は孫とのかかわりより母親支援を目的に子育て参加しており、支援内容も孫への直接的な世話より母親の育児相談が多いことが明らかにされている（林ら，2000；松岡・宮中・山口・堀内，1998；宮中・松岡・岩脇・西田，1996）。祖母の子育て参加への思いはほぼすべての祖母が肯定的にとらえているが、母親と子育ての仕方や方針に相違を感じたり、子育て参加で疲労を感じたりする祖母も多く（林ら，2000；松岡ら，1998；宮中ら，1996），これらの否定的感情は抑うつ傾向にも影響する（宮中ら，1995），と述べている。祖父母および母親の双方が子育て方法に相違を感じるの、祖父母自身の過去の子育て経験と、現在の母親の子育て方法との間にギャップがあると子育て支援の現場で言われているが、それを明らかにした文献は見当たらない。

そこで本研究の目的は、母親の子育て支援で中心的役割を担う祖母を対象に、祖父母教室で情報提供されている世代間ギャップが生じやすい内容について、祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連を明らかにすることである。これにより、祖父母に情報提供する基礎資料として活用でき、世代間ギャップによるストレス軽減にも役立つと考える。

I. 研究目的

本研究の目的は、祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連を明らかにすることである。

II. 研究方法

A. 調査期間・調査対象

調査期間は2008年12月から2009年5月までの6か月間である。A県内の産科を標榜する病院2施設と診療所1施設に通院する妊婦の実母および義母（以下、祖母とする）を調査対象とした。

B. 調査方法

調査に先立ち施設に研究の趣旨を文書および口頭で説明し、研究協力の同意を口頭で得た。妊婦教室に参加した妊婦に研究者が調査の趣旨を説明のうえ無記名自記式調査票を手渡し、妊婦から祖母に調査票を手渡しあるいは郵送するよう依頼して配布した。回答は対象者本人より郵送法にて回収した。

C. 調査内容

調査票の内容は、①属性（年齢、健康状態、職業の有無、孫の人数、母親との続柄、母親との居住距離など）、②祖母の子育て経験（粉ミルクや湯冷ましの使用、おしゃぶりの使用、果汁や離乳食の開始時期など）、③祖母の孫育てに対する意識（②の項目、母親像や父親像、しつけに対する考え方）、④孫育てに対する積極的意識または消極的意識、⑤祖父母教室に期待する内容などである。

②の調査項目で、世代間ギャップがあるとされている内容は、祖父母教室の本（山縣・中山、2003）を参考に研究者が作成した。母乳育児に関する調査項目は、WHO／ユニセフの「母乳育児を成功させる10か条」を参考にした。母乳育児を阻害する要因にあげられている「沐浴後の水分の与え方」や「おしゃぶりの使用」については、「母乳に関すること」に分類した（日本ラクテーション・コンサルタント協会、2007、pp.26-35）。また、果汁や離乳食の開始時期について、祖母の子育て期だった1980年代は、旧厚生省の「離乳の基本」に生後2か月から3か月ころに果汁を薄めて与えることが推奨されていた。しかし、WHOは2000年に生後6か月間は母乳だけで児を育てることを推奨して、厚生労働省（2007）も離乳開始前に果汁などをあえて与える必要はないとしたため、これを参考に調査項目を作成した。断乳も、祖母の子育て期は生後9か月から1歳ころに断乳を行うように保健指導されていた。しかし、WHOは断乳の時期について2歳かそれ以上まで母乳育児を続けることや卒乳を勧めており、2002年のわが国の母子健康手帳から断乳という言葉が使われなくなっているため、これを参考に調査項目を作成した。なお、断乳とは母親から母乳を断つという意味合いが強く、ある時期に1回で母乳をやめ

ることを意味することが多い。卒乳とは子ども側から自然に飲まなくなることだけではなく、親の働きかけでやめることも含めて、子どもが母乳を飲まなくなることである（日本ラクテーション・コンサルタント協会、2007、pp.328-329）。各項目は「いつも・よく」「時々」「あまり」「全くない」の4件法で調査した。対象者には、分娩した末子が生後3歳になるまでのことについて回答を求めた。

③の調査項目は②の項目の他に、全国家庭動向調査（国立社会保障・人口問題研究所、2008、pp.26-32）を参考に研究者が作成した。母親像に関して、母親は子どもが三歳までは子どものそばにいて育児に専念すべきという考え方を「三歳児神話」と言い、平成10年版『厚生白書』（厚生省、1998）は「三歳児神話には合理的根拠がない」と断言しているため、これを参考に調査項目を作成した。各項目は「そう思う」「わりとそう思う」「あまりそう思わない」「全くそう思わない」「わからない」の5件法で調査した。

④と⑤の調査項目は先行研究（宮中ら、1996）を参考に作成し、4件法で調査した。

D. 分析方法

祖母の属性、子育て経験、および孫育てに対する意識の調査項目は単純集計を行った。孫の人数は0人を初孫、1人以上を初孫以外に分類した。祖母の子育て経験は4件法で調査を行ったが、祖母の経験の有無を示すため、「いつも・よく」と「時々」を「はい」に分類し、「全くない」と「あまり」を「いいえ」に分類した2件法で集計した。同様に、祖母の孫育てに対する意識も5件法で調査を行ったが、祖母が各項目について「そう思う」あるいは「そう思わない」のどちらを選択したか示すため、「そう思う」と「わりとそう思う」を「思う」に分類し、「あまりそう思わない」と「全くそう思わない」を「思わない」に分類し、「思う」「思わない」「わからない」の3件法で集計した。祖母の子育て経験と孫育てに対する意識の両者の関連をみるために χ^2 検定を行った。また、祖母の孫育てに対する意識と母親との続柄が娘か嫁か、または孫が初孫か初孫以外かで両者の関連をみるために χ^2 検定を行った。有意水準は5%未満とした。すべての検定は『SPSS 19.0 J』を用いて分析を行った。

E. 倫理的配慮

調査協力は任意であり辞退しても不利益を被らないこと、無記名であり個人は特定されないことを文書にて説明した。また、質問紙に返信用封筒をつけ、郵送をもって同意を得る形式とした。石川県立看護大学（承認番号：看大第692号の2）および調査対象施設の研究倫理委員会にて承認を得た。

Ⅲ. 結 果

調査票は651部配布して、242名から回答があった（回収率37.2%）。そのうち、有効回答者180名を分析対象とした（有効回答率27.6%）。

A. 対象者の概要（表1）

祖母の平均年齢は57.1±5.5歳（40～71歳）、母親との続柄は娘が105名（61.0%）、嫁が67名（39.0%）であった。母親との居住距離は同居が20名（12.2%）、そのほかの多数は近距離に別居しており、日帰り往復不可能な遠距離の人が27名（16.5%）であった。

B. 祖母が子育てをしていたときの方法

1. 母乳や食事に関すること（表2）

母乳に関することでは、粉ミルクを使用した人が136名（75.6%）、沐浴や風呂上がりに湯冷ましを飲ませた人が169名（94.4%）と非常に多く、またおしゃぶりを使用した人が57名（31.7%）、離乳食は自分が噛み砕いて子どもに食べさせた人が54名（30.0%）、断乳をした経験のある人が63名（35.0%）であった。

食事に関することでは、果汁開始時期が1～2か月の人は9名（5.0%）、離乳食開始時期が2～3か月の人は3名

表1 祖母の属性

項目	人数（%），年齢（Mean±SD）	
年齢（n=180）	57.1±5.5	
初孫の祖母の年齢（n=85）	55.0±5.6	
初孫以外の祖母の年齢（n=95）	59.0±4.8	
第1子出産時の年齢（n=178）	24.6±2.5	
健康状態（n=178）		
健康	157	(88.2)
多少不自由	21	(11.8)
職業（n=180）		
有職	110	(61.1)
常勤	46	(25.6)
パートタイム	29	(16.1)
内職	4	(2.2)
家業	20	(11.1)
その他	8	(4.4)
無記入	3	(1.7)
専業主婦	70	(38.9)
孫の人数（n=180）		
初孫	85	(47.2)
初孫以外（1～8人）	95	(52.8)
母親との続柄（n=172）		
娘	105	(61.0)
嫁	67	(39.0)
母親との居住距離（n=164）		
同居	20	(12.2)
同一敷地内	2	(1.2)
徒歩圏内	16	(9.8)
車で30分	47	(28.7)
日帰り往復可	52	(31.7)
日帰り往復不可	27	(16.5)

表2 祖母の子育て経験（1）

項目	総数	はい		いいえ	
		人数	(%)	人数	(%)
母乳・食事に関すること					
粉ミルクを使用した	180	136	(75.6)	44	(24.4)
沐浴や風呂上がりに湯冷ましを飲ませた	179	169	(94.4)	10	(5.6)
おしゃぶりを使用した	180	57	(31.7)	123	(68.3)
離乳食は自分が噛み砕いて子どもに食べさせた	180	54	(30.0)	126	(70.0)
断乳（意図的にお乳を止めること）をした	180	63	(35.0)	117	(65.0)
果汁開始時期	180				
1～2か月		9	(5.0)		
3～4か月		82	(45.6)		
5～6か月		52	(28.8)		
7か月以降		37	(20.6)		
離乳食開始時期	180				
2～3か月		3	(1.7)		
4～5か月		50	(27.8)		
6～7か月		95	(52.8)		
8か月以降		32	(17.8)		
おむつ・日光浴・歩行器に関すること					
おむつの素材	177				
紙おむつ		10	(5.6)		
布おむつ		137	(77.4)		
紙おむつと布おむつの併用		30	(16.9)		
日光浴をした	178	171	(96.1)	7	(3.9)
歩行器を使用した	179	137	(76.5)	42	(23.5)

(1.7%) と、果汁や離乳食の開始時期が早期だった人の割合は少数であった。

2. 仕事や支援者に関すること (表 3)

仕事に関することでは、仕事復帰をした経験のある人が122名 (67.8%)、支援者に関することでは、子どもの通園を開始した時期が3歳未満の人は37名 (20.8%)、父親すなわち夫に育児を手伝ってもらった経験のある人は100名 (55.6%) であった。

C. 祖母の「孫育てに対する意識」と「初孫・初孫以外」との関連性

1. 母乳や粉ミルクに関する意識 (表 4, 表 6)

「母乳に関すること」についての祖母の意識は、沐浴後に湯冷ましをあげたほうがよいと思う人が153名 (85.0%) と非常に多く、泣きやまないときはおしゃぶりを与えるとよいと思う人が28名 (15.6%)、母乳を1年以上あげると赤ちゃんが甘えん坊に育つので断乳したほうがよいと思う人が46名 (25.6%) であった。「母乳に関すること」と「初孫・初孫以外」との間で関連性が認められた項目は「母乳を1年以上あげると赤ちゃんが甘えん坊に育つので断乳したほうがよいと思うか否かの意識」であった。

「粉ミルクに関すること」についての祖母の意識は、泣きやまないのは母乳が足りていないと思うので粉ミルクを

あげたほうがよいと思う人が61名 (33.9%)、夜泣きをする赤ちゃんは寝る前に粉ミルクをあげたほうがよいと思う人が36名 (20.0%) であった。「粉ミルクに関すること」と「初孫・初孫以外」との間で関連性が認められた項目は「泣きやまないのは母乳が足りていないと思うので粉ミルクをあげたほうがよいと思うか否かの意識」であった。

2. 食事や食事以外の子育てに関する意識 (表 4)

「食事に関すること」についての祖母の意識は、果汁は赤ちゃんの味覚発達のために生後1か月くらいから始めたほうがよいと思う人が31名 (17.2%)、離乳食を大人が噛み砕いて柔らかくしたものを与えてもよいと思う人が19名 (10.6%) であった。「食事に関すること」と「初孫・初孫以外」との間で関連性は認められなかった。

「食事以外の子育てに関すること」についての祖母の意識は、出生後すぐに沐浴して赤ちゃんをきれいにすることは重要だと思う人が109名 (60.6%)、抱き癖をつけることはよくないと思う人が40名 (22.2%) であった。「食事以外の子育てに関すること」と「初孫・初孫以外」との間で関連性は認められなかった。

3. 母親像や父親像、しつけに関する意識 (表 5)

「母親像に関すること」についての祖母の意識は、子どもが3歳になるまで母親は家にいて仕事に出ないほうがよ

表 3 祖母の子育て経験 (2)

項目	総数	はい		いいえ	
		人数	(%)	人数	(%)
仕事・支援者に関すること					
出産後に里帰りをした	179	111	(62.0)	68	(38.0)
里帰りをした期間	111				
1週間		1	(0.9)		
1か月間		71	(64.0)		
2か月間		19	(17.1)		
3か月間		7	(6.3)		
4か月間以上		5	(4.5)		
無回答		8	(7.2)		
仕事復帰をした	180	122	(67.8)	58	(32.2)
仕事復帰をした時期	122				
産後1年以内		75	(61.5)		
産後1年～2年以内		10	(8.2)		
産後2年～3年以内		9	(7.4)		
産後3年以降		22	(18.0)		
無回答		6	(4.9)		
子どもの通園開始時期	178				
3歳未満		37	(20.8)		
3歳以降		141	(79.2)		
父親に育児を手伝ってもらった	180	100	(55.6)	80	(44.4)
実家の両親に世話になった	179	128	(71.5)	51	(28.5)
義理の両親に世話になった	179	86	(48.0)	93	(52.0)

表4 祖母の孫育てに対する意識(1)

(n = 180)

項目	思う		思わない		わからない		無回答	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
母乳に関すること								
沐浴後に湯冷ましをあげたほうがよいと思う	153	(85.0)	21	(11.7)	5	(2.8)	1	(0.6)
泣きやまないときはおしゃぶりを与えるとよいと思う	28	(15.6)	136	(75.6)	14	(7.8)	2	(1.1)
母乳を1年以上あげると赤ちゃんが甘えん坊に育つので断乳したほうがよいと思う	46	(25.6)	125	(69.4)	9	(5.0)	0	(0.0)
添え乳はしないほうがよいと思う	61	(33.9)	107	(59.4)	10	(5.6)	2	(1.1)
母乳ばかり与えると甘えん坊に育つと思う	8	(4.4)	167	(92.8)	5	(2.8)	0	(0.0)
粉ミルクに関すること								
泣きやまないのは母乳が足りていないと思うので粉ミルクをあげたほうがよいと思う	61	(33.9)	106	(58.9)	13	(7.2)	0	(0.0)
夜泣きをする赤ちゃんは寝る前に粉ミルクをあげたほうがよいと思う	36	(20.0)	101	(56.1)	42	(23.3)	1	(0.6)
健康優良児に育てるには粉ミルクが必要だと思う	15	(8.3)	157	(87.3)	8	(4.4)	0	(0.0)
食事に関すること								
果汁は赤ちゃんの味覚発達のために生後1か月くらいから始めたほうがよいと思う	31	(17.2)	108	(60.0)	41	(22.8)	0	(0.0)
離乳食を大人が噛み砕いて柔らかくしたものを与えてもよいと思う	19	(10.6)	154	(85.6)	7	(3.9)	0	(0.0)
市販のベビーフードは与えないほうがよいと思う	71	(39.4)	105	(58.3)	3	(1.7)	1	(0.6)
消化のよい蜂蜜をお湯に溶かしてときどきあげるのよいと思う	27	(15.0)	111	(61.7)	41	(22.8)	1	(0.6)
食事以外の子育てに関すること								
出生後すぐに沐浴して赤ちゃんをきれいにすることは重要だと思う	109	(60.6)	36	(20.0)	35	(19.4)	0	(0.0)
赤ちゃんは大人より1枚多く着せたほうがよいと思う	13	(7.2)	166	(92.2)	1	(0.6)	0	(0.0)
抱き癖をつけることはよくないと思う	40	(22.2)	137	(76.1)	3	(1.7)	0	(0.0)
日光浴は身体によいので行ったほうがよいと思う	104	(57.8)	57	(31.7)	15	(8.3)	4	(2.2)
おむつは早めにとったほうがよいと思う	25	(13.9)	150	(83.3)	5	(2.8)	0	(0.0)
歩行器による歩行練習は大切だと思う	35	(19.4)	122	(67.8)	23	(12.8)	0	(0.0)

いと思う人が90名(50.0%)、子育てで不安や困難感を抱く母親が増加したのは働く母親が増えたことも原因の1つだと思う人が76名(42.2%)であった。「母親像に関すること」と「初孫・初孫以外」との間で関連性は認められなかった。

「父親像に関すること」についての祖母の意識は、日本の父親は世界的にみても家事や育児に参加協力している割合が高いほうだと思う人が80名(44.4%)、父親は仕事があるので家事や育児をしなくても当然だと思う人が14名(7.8%)であった。母親像と同様に「父親像に関すること」と「初孫・初孫以外」との間で関連性は認められなかった。

「しつけに関すること」についての祖母の意識は、しつけや子育ては子どもの親が中心となり、祖父母は見守るかたちのほうがよいと思う人が139名(77.2%)であった。

「しつけに関すること」と「初孫・初孫以外」との間で関連性は認められなかった。

D. 祖母の「子育て経験」と「孫育てに対する意識」との関連性

1. 母乳や食事に関すること(表7~11)

祖母の「子育て経験」と「孫育てに対する意識」との間で関連性が認められた項目のうち、母乳に関することは「沐浴後に湯冷ましをあげた経験の有無」と「沐浴後に湯冷ましをあげたほうがよいと思うか否かの意識」「おしゃぶりを与えた経験の有無」と「泣きやまないときはおしゃぶりを与えるとよいと思うか否かの意識」および「断乳した経験の有無」と「母乳を1年以上あげると赤ちゃんが甘えん坊に育つので断乳したほうがよいと思うか否かの意

表5 祖母の孫育てに関する意識 (2)

(n = 180)

項目	思う		思わない		わからない	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
母親像に関すること						
母親は精神的に落ち込んだ状況になることがあると思う	117	(65.0)	51	(28.3)	12	(6.7)
母親が育児に悩んでいるときは、励ますことはよいと思う	58	(32.2)	116	(64.4)	6	(3.3)
子どもが3歳になるまで母親は家にいて仕事に出ないほうがよいと思う	90	(50.0)	87	(48.3)	3	(1.7)
子育てで不安や困難感を抱く母親が増加したのは働く母親が増えたことも原因の1つだと思う	76	(42.2)	83	(46.1)	21	(11.7)
人見知りが多いのは母親の育て方のせいだと思う	27	(15.0)	144	(80.0)	9	(5.0)
父親像に関すること						
日本の父親は世界的にみても家事や育児に参加・協力している割合が高いほうだと思う	80	(44.4)	92	(51.1)	8	(4.4)
父親は仕事があるので家事や育児をしなくても当然だと思う	14	(7.8)	166	(92.2)	0	(0.0)
男性の育児休暇は出世昇進の障害になると思う	31	(17.2)	126	(70.0)	23	(12.8)
しつけに関すること						
しつけや子育ては子どもの親が中心となり、祖父母は見守るかたちのほうがよいと思う	139	(77.2)	40	(22.2)	1	(0.6)

表6 孫育てに対する意識と初孫・初孫以外との関連性 (母乳や粉ミルクに関すること)

項目	人数	回答	初孫		初孫以外		χ^2 値	ϕ 係数	p値
			人数	(%)	人数	(%)			
母乳を1年以上あげると赤ちゃんが甘えん坊に育つので断乳したほうがよいと思う	171	思う	29	(36.3)	17	(18.7)	6.68	.198	.010 *
		思わない	51	(63.7)	74	(81.3)			
泣きやまないのは母乳が足りていないと思うので粉ミルクをあげたほうがよいと思う	167	思う	22	(28.2)	39	(43.8)	4.37	.162	.037 *
		思わない	56	(71.8)	50	(56.2)			

***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$

表7 祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連性 (母乳や食事に関すること1)

(n = 173)

項目	回答	沐浴後に湯冷ましをあげたほうがよいと思う				p値
		思う		思わない		
		人数	(%)	人数	(%)	
沐浴後に湯冷ましをあげた経験	あり	148	(89.2)	18	(10.8)	.039 *
	なし	4	(57.1)	3	(42.9)	

Fisher直接法, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$

表8 祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連性 (母乳や食事に関すること2)

(n = 164)

項目	回答	泣きやまないときはおしゃぶりを与えるとよいと思う				χ^2 値	ϕ 係数	p値
		思う		思わない				
		人数	(%)	人数	(%)			
おしゃぶりを与えた経験	あり	19	(37.3)	32	(62.7)	21.29	.36	.000 ***
	なし	9	(8.0)	104	(92.0)			

χ^2 検定, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$

表9 祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連性（母乳や食事に関すること3）

(n = 171)

項目	回答	母乳を1年以上あげると赤ちゃんが甘えん坊に育つので断乳したほうがよいと思う				χ^2 値	ϕ 係数	p 値
		思う		思わない				
		人数	(%)	人数	(%)			
断乳した経験	あり	22	(36.7)	38	(63.3)	4.48	.16	.034 *
	なし	24	(21.6)	87	(78.4)			

χ^2 検定, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$.

表10 祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連性（母乳や食事に関すること4）

(n = 139)

項目	回答	果汁は赤ちゃんの味覚発達のために生後1か月くらいから始めたほうがよいと思う				χ^2 値	ϕ 係数	p 値
		思う		思わない				
		人数	(%)	人数	(%)			
果汁開始時期	5か月未満	24	(34.3)	46	(65.7)	11.69	.29	.001 **
	5か月以降	7	(10.1)	62	(89.9)			

χ^2 検定, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$.

表11 祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連性（母乳や食事に関すること5）

(n = 173)

項目	回答	離乳食を大人が噛み砕いて柔らかくしたものを与えてもよいと思う				p 値
		思う		思わない		
		人数	(%)	人数	(%)	
離乳食を自分が噛み砕いて子どもに食べさせた経験	あり	16	(31.4)	35	(68.6)	.000 ***
	なし	3	(2.5)	119	(97.5)	

Fisher直接法, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$.

識」であった。「粉ミルクを使用した経験の有無」と「泣きやまないのは母乳が足りていないと思うので粉ミルクをあげたほうがよいと思うか否かの意識」や「夜泣きをする赤ちゃんは寝る前に粉ミルクをあげたほうがよいと思うか否かの意識」との間で関連性は認められなかった。

食事に関することで関連性が認められた項目は、「果汁開始時期が生後5か月未満、または5か月以降」と「果汁は赤ちゃんの味覚発達のために生後1か月くらいから始めたほうがよいと思うか否かの意識」および「離乳食を自分が噛み砕いて子どもに食べさせた経験の有無」と「離乳食を大人が噛み砕いて柔らかくしたものを与えてもよいと思うか否かの意識」であった。

2. 母親像や父親像（表12～13）

祖母の「子育て経験」と「孫育てに対する意識」との間で関連性が認められた項目のうち、母親像に関することは「仕事に復帰した経験の有無」と「子どもが3歳になるまで母親は家において仕事に出ないほうがよいと思うか否かの意識」や「子育て不安や困難感を抱く母親が増加したの

は働く母親が増えたことも原因の1つだと思うか否かの意識」であった。

父親像に関することは、「父親が育児を手伝ってくれた経験の有無」と「日本の父親は世界的にみても家事や育児に参加協力している割合が高いほうだと思うか否かの意識」や「父親は仕事があるので家事や育児をしなくても当然だと思うか否かの意識」であった。

E. 祖母の「孫育てに対する積極的意識または消極的意識」と「娘・嫁」や「初孫・初孫以外」との関連性（表14～15）

祖母の「孫育てに対する積極的意識」と「娘・嫁」との間で関連性が認められた項目は「祖父母がかかわることは孫の成長にプラスになると思うか否かの意識」「頼りにされていると思うか否かの意識」「自分の子育ての経験が活かされると思うか否かの意識」および「育児に関することを教えようと思うか否かの意識」であった。「消極的意識」と「娘・嫁」との間で関連性は認められなかった。

「孫育てに対する消極的意識」と「初孫・初孫以外」と

の間で関連性が認められた項目は「体力的に疲れると思うか否かの意識」や「今時の妊娠、出産方法はわからないと思うか否かの意識」であった。「積極的意識」と「初孫・初孫以外」との間で関連性は認められなかった。

孫の救急時の対応について、および孫に危険なことや防止についてなどであり、祖母が行う母親への手助けに関する内容よりも、孫を預かったときの対応に関心が高かった。

ただし、表中にはないが、祖父母教室の必要性は107名(59.4%)が必要としていたが、その程度は「少し必要」が85名(47.2%)と「とても必要」の22名(12.2%)を上まわっていた。

F. 祖父母教室に期待する内容 (表16)

祖父母教室に期待する内容は、孫の病気の対応について、

表12 祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連性 (母親像に関すること)

項目	人数	回答	仕事に復帰した経験				χ^2 値	ϕ 係数	p 値	
			あり		なし					
			人数	(%)	人数	(%)				
子どもが3歳になるまで母親は家 にいて仕事に出ないほうがよいと 思う	177	思う	55	(45.5)	35	(62.5)	4.45	.16	.035	*
		思わない	66	(54.5)	21	(37.5)				
子育てで不安や困難感を抱く母親が 増加したのは働く母親が増えたこ とも原因の1つだと思ふ	159	思う	59	(55.1)	17	(32.7)	7.07	.21	.008	**
		思わない	48	(44.9)	35	(67.3)				

χ^2 検定, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$

表13 祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連性 (父親像に関すること)

項目	人数	回答	父親が育児を手伝ってくれた経験				χ^2 値	ϕ 係数	p 値	
			あり		なし					
			人数	(%)	人数	(%)				
日本の父親は世界的にみても家事 や育児に参加協力している割合が 高いほうだと思ふ	172	思う	55	(55.6)	25	(34.2)	7.67	.21	.006	**
		思わない	44	(44.4)	48	(65.8)				
父親は仕事があるので家事や育児 をしなくても当然だと思ふ	180	思う	4	(4.0)	10	(12.5)			.033	*
		思わない	96	(96.0)	70	(87.5)				

χ^2 検定, Fisher 直接法, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$

表14 祖母の孫育てに対する積極的意識と娘・嫁との関連性

積極的意識の項目	人数	回答	娘		嫁		χ^2 値	ϕ 係数	p 値	
			人数	(%)	人数	(%)				
			祖父母がかかわることは孫の成長 にプラスになると思ふ	171	思う	98				
思わない	6	(5.8)			13	(19.4)				
頼りにされていると思ふ	171	思う	81	(77.1)	38	(57.6)	7.33	.21	.007	**
		思わない	24	(22.9)	28	(42.4)				
自分の子育ての経験が活かされる と思ふ	172	思う	67	(63.8)	29	(43.3)	6.99	.20	.008	**
		思わない	38	(36.2)	38	(56.7)				
育児に関することを教えようと思ふ	171	思う	56	(53.8)	24	(35.8)	5.32	.18	.021	*
		思わない	48	(46.2)	43	(64.2)				
生きがいにつながると思ふ	172	思う	88	(83.8)	50	(74.6)	2.18		.140	
		思わない	17	(16.2)	17	(25.4)				
育児に関する不安などの相談にの ろうと思ふ	171	思う	98	(94.2)	61	(91.0)	.63		.426	
		思わない	6	(5.8)	6	(9.0)				
孫のために少々の犠牲を払っても よいと思ふ	171	思う	88	(83.8)	58	(87.9)	.54		.463	
		思わない	17	(16.2)	8	(12.1)				
生活にはりがでると思ふ	172	思う	89	(84.8)	57	(85.1)	.00		.955	
		思わない	16	(15.2)	10	(14.9)				

χ^2 検定, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$

表15 祖母の孫育てに対する消極的意識と初孫・初孫以外との関連性

消極的意識の項目	人数	回答	初孫		初孫以外		χ^2 値	ϕ 係数	p 値	
			人数	(%)	人数	(%)				
体力的に疲れると思う	176	思う	39	(45.9)	56	(61.5)	4.34	.16	.037	*
		思わない	46	(54.1)	35	(38.5)				
今時の妊娠、出産方法はわからないと思う	178	思う	44	(52.4)	35	(37.2)	4.12	.15	.042	*
		思わない	40	(47.6)	59	(62.8)				
今時の育児の仕方がわからないうと思う	179	思う	42	(49.4)	41	(43.6)	.60		.438	
		思わない	43	(50.6)	53	(56.4)				
精神的にストレスがたまると思う	179	思う	23	(27.4)	32	(33.7)	.83		.362	
		思わない	61	(72.6)	63	(66.3)				
自分の生きがいは他にあると思う	177	思う	39	(45.9)	40	(43.5)	.10		.748	
		思わない	46	(54.1)	52	(56.5)				
孫の世話をあてにされるのは負担だと思う	180	思う	17	(20.0)	19	(20.0)	.00		1.00	
		思わない	68	(80.0)	76	(80.0)				

χ^2 検定, ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$

表16 祖父母教室に期待する内容

(n = 180)

項目	知りたい		知りたくない		無回答	
	人数	(%)	人数	(%)	人数	(%)
孫の病気の対応について	175	(97.2)	5	(2.8)	0	(0.0)
孫の救急時の対応について	174	(96.7)	6	(3.3)	0	(0.0)
孫に危険なことや防止について	167	(92.8)	12	(6.7)	1	(0.6)
孫との遊び方について	162	(90.0)	18	(10.0)	0	(0.0)
祖父母の役割について	161	(89.4)	18	(10.0)	1	(0.6)
乳幼児の心と身体の発達について	159	(88.3)	21	(11.7)	0	(0.0)
出産後に気をつけることについて	159	(88.3)	21	(11.7)	0	(0.0)
孫の親と育児に関するコミュニケーションのとり方について	154	(85.6)	25	(13.9)	1	(0.6)
孫のしつけについて	147	(81.7)	33	(18.3)	0	(0.0)
妊娠中に気をつけることについて	146	(81.1)	34	(18.9)	0	(0.0)
沐浴やお風呂の入れ方について	143	(79.4)	37	(20.6)	0	(0.0)
母乳や粉ミルクについて	141	(78.3)	38	(21.1)	1	(0.6)
離乳食の作り方や与え方について	141	(78.3)	38	(21.1)	1	(0.6)
おやつの作り方や与え方について	139	(77.2)	41	(22.8)	0	(0.0)
孫の衣類について	137	(76.1)	43	(23.9)	0	(0.0)
分娩方法について	127	(70.6)	53	(29.4)	0	(0.0)

IV. 考 察

A. 母乳育児推進に関する祖母の意識

母乳育児が推進されている今日、母親が粉ミルクを使用する理由について、祖父母から勧められたこと（井関・南田・白井, 2006；浦崎, 2005；古仲・武田, 2000）や、祖母が粉ミルクを使用した経験があると母親も粉ミルクを使用する傾向にあること（岩井・川由, 2001）が報告されている。本調査では、祖母が子育て期に「粉ミルクを使

用した経験」と「赤ちゃんが泣きやまないのは母乳が足りていないと思うので粉ミルクをあげたほうがよいと思う」や「夜泣きをする赤ちゃんは寝る前に粉ミルクをあげたほうがよいと思う」という意識との間で関連性は認められなかった。子育て期に粉ミルクを使用した経験のある祖母が母親に粉ミルクを勧める意識をもつわけではないと考える。本調査の対象は孫が誕生前の祖母であり、先行研究は孫が誕生後の祖母であることや、本調査では初孫より初孫以外の祖母の方に「赤ちゃんが泣きやまないのは母乳が足りていないと思うので粉ミルクをあげたほうがよいと思

う」傾向が認められたことから、孫の誕生後に粉ミルク使用に対する祖母の意識が変化すると考える。祖父母が母親に粉ミルクを勧める理由について、渡邊・上別府（2005）は、母乳育児を継続しようと頑張っている母親を楽にしたい、または孫の成長を助けたいという思いがある、と報告している。石井・井出・佐藤・林（2011）は、祖父母が育児に関する新しい情報を即座に取り入れるのではなく、自身の育児経験をもとにして、取得した情報を吟味し取捨選択する、と述べている。これらから、祖母は孫が誕生するまでは自身の子育て経験にかかわらず「赤ちゃんが泣きやまないときは粉ミルクをあげたほうがよい」とは思っていないが、孫が誕生した後は孫と母親の様子や祖母のこれまでの経験を通して粉ミルク使用の可否を判断すると考える。母乳育児推進に関する情報を母親が出産前に祖父母に提供したとしても、祖父母は産後の母親の母乳育児状況を見て粉ミルク使用を判断するため、出産後の母乳育児支援は母親だけを対象にするのではなく、祖父母を含めた双方を対象にすることで、粉ミルク使用に対する意識の相違を軽減できるのではないかと考える。

次に、湯冷ましやおしゃぶりの使用に関して「祖母の子育て期の経験」と「孫育てに対する意識」との間に関連性が認められたことから、自身の子育て期の経験が現在の意識に影響したと考える。右田・梅野・熊谷・和田（2010）は、祖父母教室の受講者と未受講者では沐浴後の水分の与え方やおしゃぶりの使用に関する意識に違いがみられた、と述べていることから、医療者は祖父母が最新情報を知る機会を提供する必要があると考える。

B. 母親の就業や父親の子育て参加に関する祖母の意識

母親の就業について、本調査では子育て期に仕事復帰した経験がない祖母は「三歳児神話」を肯定する傾向がみられ、仕事復帰した経験がある祖母は「母親の子育て不安や育児困難感の増加は就業の影響だと思う」傾向が認められた。祖母は子育て期に仕事復帰した経験の有無にかかわらず、子育て期の母親の就業を肯定的にはとらえていないと示唆される。また、本調査では父親が家事や育児に参加することについて、子育て期に父親に育児を手伝ってもらった経験がない祖母は性別役割分業意識をもつ傾向が認められた。一瀬（2012）は、子育て期の女性の就業選択理由や意識に関する文献レビューを行い、都市在住の女性は「母親が子どもの面倒をみるべき」という性別役割分業観の影響を受けて離職を余儀なくされる。一方、地方在住の女性は経済的理由で就業を継続するケースが多く、セクシズムと性別役割分業観という多層ジェンダー・バイアスの影響を受けながら、経済的補助の役目を果たさなければならぬという規範と、「母親が子どもの面倒をみるべき」とい

う二重の規範の板挟みとなりながら就労している実態がある、と述べている。本調査を実施したA県は、女性の就業率が高く「地方在住の女性」に属するため、子育て期に仕事復帰した経験がない祖母は三歳児神話や性別役割分業意識をもち、仕事復帰した経験がある祖母は就業と三歳児神話や性別役割分業意識の板挟みを感じ、これらのことより、子育て期に仕事復帰した経験の有無にかかわらず祖母は母親の就業を肯定的にとらえていない傾向にあると考える。

C. 祖父母への子育て参加に関する情報提供

祖父母教室への参加は祖母の約6割が希望しており、寺坂ら（2011）の調査とほぼ一致していた。しかし、本調査の祖母は、教室を「とても必要」というより「少し必要」としている程度であった。石井ら（2011）は、祖父母は育児に関する新しい情報を求めているが、他の都合があれば祖父母教室を優先させてまで参加しない、と述べており、本調査の結果からも、祖父母は教室に参加してまで情報収集の必要性を感じていないと考える。一方、角川（2009）は、母親の半数が祖父母教室の開催を希望しており、祖母と同居している母親は同居していない母親に比べて子育てに関する相違でストレスを感じ、実母より義母のほうに祖父母教室への参加を望んでいるものが多かった、と述べている。本調査では、祖母は嫁より娘のほうに「育児に関することを教えようと思う」傾向が認められたことから、祖母と娘との間で世代間相違を生じやすいと考える。世代間相違によるストレス軽減には、祖母と母親の関係が嫁か娘かにかかわらず祖母に最新情報の提供が必要だと考えるが、祖父母は教室に参加してまで情報収集しようと思っていないため、情報提供の方法は今後の検討課題である。祖父母は母親が出産後に施設へ来院することが多いため、その機会を利用するといった工夫も必要であろう。情報提供の内容は、世代間相違の軽減を目的とした現在の子育て方法だけではなく、孫の病気の対応、救急時の対応、および危険防止など、実際に孫を預かるときに活用できる内容にすることで、祖父母のニーズも満たすことができると考える。

祖母が育児を支援することについて、祖母自身が喜びや人生への張り合いを感じていること（久保・刀根・及川、2008）、または祖母のQOL（Quality of Life）は孫の誕生前後で変化せず高いこと（田幡・刀根・鈴木、2012）が報告されている。一方で、本調査では祖母が孫育てに対して「体力的に疲れると思う」という意識をもつことも明らかになっており、石井ら（2011）も祖父母の加齢に伴う身体的または精神的負担について述べている。久保・及川・刀根（2011）も孫の誕生が祖母の今までの社会生活を妨げる可能性を示唆していることから、祖父母にとって孫育てが負担にならないよう母親との話しあいについても情報提供

が必要だと考える。

D. 調査の限界と今後の課題

調査対象者について、孫が誕生予定の祖母や初孫か初孫以外のどちらかの祖母のみを一般人口集団から選出するのは困難である点、対象の祖母は地方在住者に限定された点、調査票の回収率が低率である点で、本調査を一般化するには限界を有する。今後は都市在住の祖母に対する調査や対象者数の増加が必要だと考える。

結 語

祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連について調査を行い、以下のことが明らかになった。

1. 祖母の「子育て期の経験」と「孫育てに対する意識」との間で関連性が認められたのは、「沐浴後に湯冷ましをあげること」「泣きやまないときはおしゃぶりを与えること」「果汁開始や断乳の時期」「離乳食を大人が噛み砕いて食べさせること」「三歳児神話」および「性別役割分業意識」であり、「粉ミルクの使用」は関連性が認められなかった。
2. 「孫育てに対する意識」と「初孫・初孫以外」との間で関連性が認められたのは、「母乳を1年以上あげると赤ちゃんが甘えん坊に育つので断乳したほうがよいと思

うか否かの意識」および「泣きやまないのは母乳が足りていないと思うので粉ミルクをあげたほうがよいと思うか否かの意識」であった。初孫より初孫以外の祖母のほうに「粉ミルクをあげたほうがよいと思う」傾向が認められた。

3. 「孫育てに対する積極的意識」と「娘・嫁」との間で関連性が認められたのは、「自分の子育ての経験が活かされると思うか否かの意識」「育児に関することを教えようと思うか否かの意識」「頼りにされていると思うか否かの意識」および「孫の成長にプラスになると思うか否かの意識」であった。「孫育てに対する消極的意識」と「初孫・初孫以外」との間で関連性が認められたのは、「体力的に疲れると思うか否かの意識」および「今時の妊娠、出産方法はわからないと思うか否かの意識」であった。
4. 祖母が祖父母教室に期待する内容は孫の病気の対応、孫の救急時の対応、および孫に危険なことや防止についてなどで、孫を預かったときに活用できる内容であった。

謝 辞

本研究にご協力いただきました施設に通院する妊婦、そのご家族および施設のスタッフの皆さまに深く感謝いたします。

要 旨

子育てする母親とそれを支援する祖父母の間には、子育て方法に関する世代間相違があると指摘されている。本研究の目的は、祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との関連を明らかにすることである。調査方法は無記名自記式質問紙調査であった。妊婦の母親651名に調査票を配布して、有効回答数は180名であった。分析は単純集計と χ^2 検定を用いた。対象の平均年齢は 57.1 ± 5.5 歳で、祖母の子育て経験と孫育てに対する意識との間に関連が認められたのは、おしゃぶりの使用、沐浴後の湯冷ましの使用、離乳食を大人が噛み砕いて子どもに与えること、果汁開始や断乳の時期、三歳児神話、または性別役割分業意識であった。赤ちゃんが泣きやまないときの粉ミルクの使用に対する意識と祖母の子育て経験との間には関連が認められなかったが、初孫か初孫以外かとの間には関連が認められ、孫の誕生が粉ミルク使用に対する意識を変化すると示唆される。

Abstract

It has been pointed out that there is a generation gap concerning child-raising methods between mothers and their parents who help their daughters with child-raising. The present study, involving females whose daughters were in the perinatal period, was conducted to examine the relationship between their experience of raising children and attitudes toward raising their grandchildren. An anonymous self-completed questionnaire survey was conducted. Survey forms were distributed to 651 mothers of pregnant women, and 180 valid responses were collected. Data were analyzed using a single aggregation method and the chi-square test. The mean age of the subjects was 57.1 ± 5.5 years old. Significant relationships were noted concerning the following between their experience of raising children and attitudes toward raising their grandchildren: the use of pacifiers for babies, cold drinking water provided for babies after taking a bath in a baby bathtub, baby food chewed by adults and broken into pieces in advance, timing of starting to provide fruit juice and termination of breast-feeding, the theory that babies should be raised by their mothers before they reach three, and awareness of the division of the roles played

by males and females. There was no significant correlation between their attitudes toward the use of baby formula when babies did not stop crying and their experience of raising children. However, there was a significant relationship between the use of baby formula and whether or not the baby was their first grandchild, which suggests that the birth of grandchildren causes changes in the attitudes of their grandparents toward the use of powdered milk.

文 献

- 天富美禰子, 土井智美, 木寺克彦 (1992). 1 か月児をもつ母親の育児状況とそれへの支援について. 小児保健研究, 51(4), 528-534.
- 林 志保, 多田政子, 田中恵子, 寺下利美, 近藤静江, 三好紀代美, 名尾純子, 眞鍋佳津子, 安部紀美枝, 池田澄子 (2000). 子育てに期待される祖母の役割—香川県母子愛育会員の実態調査から—. 香川医科大学看護学雑誌, 4(1), 83-89.
- 一瀬貴子 (2012). 有配偶女性の就労選択行動に関する実証的研究の文献レビュー—有配偶女性の就労選択行動と内面的要素の関連を中心に—. 関西福祉大学社会福祉学部紀要, 15(2), 57-64.
- 井関敦子, 南田智子, 白井瑞子 (2006). 授乳に関する母親の価値観に影響を与えた情報源と力. 三重看護学誌, 8, 65-73.
- 石井邦子, 井出成美, 佐藤紀子, 林 ひろみ (2011). 孫育児に参加する祖父母が持つ孫育児支援に対するニーズ. 千葉看護学会誌, 16(2), 27-34.
- 岩井弥生, 川由京子 (2001). 実母の母乳育児意識と褥婦の混合栄養育児移行との関係. 助産婦雑誌, 55(6), 538-544.
- 角川志穂 (2009). 子育て支援に向けた祖父母学級導入の検討. 母性衛生, 50(2), 300-309.
- 国立社会保障・人口問題研究所 (2008). 2008年社会保障・人口問題基本調査「第4回全国家庭動向調査」結果の概要. 国立社会保障・人口問題研究所ホームページ. http://www.ipss.go.jp/ps-katei/j/NSFJ4/NSFJ4_gaiyo.pdf (検索日2013年2月10日)
- 厚生労働省 (2003). 平成15年版 厚生労働白書. 2-4. 厚生労働省ホームページ. <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/03/dl/data.pdf> (検索日2013年2月10日)
- 厚生労働省 (2007). 授乳・離乳の支援ガイド, 41. 厚生労働省ホームページ. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/dl/s0314-17.pdf> (検索日2013年2月10日)
- 厚生省 (1998). 第1編第1部第2章 自立した個人の生き方を尊重し, お互いを支え合える家族. 厚生白書 (平成10年版). 厚生労働省ホームページ. http://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/kousei/1998/dl/04.pdf (検索日2015年3月15日)
- 古仲ひとみ, 武田解子 (2000). 産褥1ヵ月までの母乳哺育の実態と問題点—効果的な指導を行うための母乳哺育パンフレットの作成と母乳相談外来の重要性について—. 母性衛生, 41(1), 415-419.
- 久保恭子, 刀根洋子, 及川裕子 (2008). わが国における祖母の育児支援—祖母性と祖母力—. 母性衛生, 49(2), 303-311.
- 久保恭子, 及川裕子, 刀根洋子 (2011). 祖母性の因子構造. 母性衛生, 51(4), 601-608.
- 松岡知子, 宮中文子, 山口三貴子, 堀内寛子 (1998). 新生児期の孫を持つ祖母の子育て参加に対する気持ち—母方祖母・父方祖母の特徴—. 京都府立医科大学医療技術短期大学部紀要, 7, 109-118.
- 宮中文子, 松岡知子, 西田茂樹, 岩脇陽子, 中谷公子, 中島健二 (1995). 中高年女性 (祖母) の子育て参加の実態と心理的健康との関連について (第1報). 老年社会科学, 17(1), 21-29.
- 宮中文子, 松岡知子, 岩脇陽子, 西田茂樹 (1996). 祖母の子育て参加の実態について (第1報): 子育て参加の内容. 小児保健研究, 55(1), 82-87.
- 内閣府 (2008). 第1部第3章第1節 仕事と生活の調和 (ワーク・ライフ・バランス) の重要性. 平成20年版 少子化社会白書. 59-60. 内閣府ホームページ. http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2008/20pdfhonpen/pdf/h1_3_1.pdf (検索日2015年4月5日)
- 日本ラクテーション・コンサルタント協会 (2007). 母乳育児支援スタンダード. 26-35. 328-329. 東京: 医学書院.
- 佐藤俊人 (1997). 子どもの対人行動特性と母親の育児ストレスとの関連. 仙台白百合女子大学紀要, 2, 87-96.
- 白井瑞子, 井関敦子, 久保素子, 高島明美 (2006). 母のサポートに対する娘 (第1子育児早期) の意識と依存性の関連. 香川母性衛生学会誌, 6(1), 29-36.
- 杉本陽子, 前田郁子, 白井徳子, 上本野唱子, 橋爪永子, 川出富貴子 (1995). 3歳児をもつ母親の育児不安と子どものイメージについて. 三重大学医療技術短期大学部紀要, 4, 215-223.
- 田幡純子, 刀根洋子, 鈴木祐子 (2012). 育児支援をすることによる祖母の生活の質. 日本ウーマンズヘルズ学会誌, 11, 25-32.
- 寺坂多栄子, 斎藤祥乃, 土川 祥, 淵元純子, 正木紀代子, 岡山久代 (2011). 初めて妊娠した娘をもつ実母の孫育て講座に対するニーズ. 滋賀母性衛生学会誌, 11(1), 7-11.
- 右田温美, 梅野貴恵, 熊谷淳二, 和田美智代 (2010). 祖母の母乳育児に対する意識に関する研究—祖父母学級受講の有無による比較—. ペリネイタルケア, 29(8), 808-815.
- 浦崎貞子 (2005). 母乳育児を確立・継続するための社会的要因と今後の課題—母乳育児を継続した母親たちの調査から—. 新潟青陵大学紀要, 5, 115-140.
- 渡邊久美, 上別府圭子 (2005). 母乳哺育を6か月間継続した母親の体験—Baby-Friendly-Hospitalにおけるインタビュー調査から—. 小児保健研究, 64(1), 65-72.
- 八重樫牧子, 江草安彦, 李 永喜, 小河孝則, 渡邊貴子 (2003). 祖父母の子育て参加が母親の子育てに与える影響. 川崎医療福祉学会誌, 13(2), 233-245.
- 山縣威日, 中山真由美 (2003). 孫育ての時間. 16, 92-96, 100, 158-162, 岡山: 吉備人出版.
- 吉田浩二, 佐藤牧人, 小泉信雄, 渋谷いづみ, 山崎紀美, 笹井康典, 峯川章子, 西牧謙吾, 中野 恵 (1996). 市町村における母子保健事業の効率的実施に関する研究. 平成7年度研究報告書, 92-107.

〔平成25年4月18日受 付〕
〔平成26年11月30日採用決定〕

一般社団法人日本看護研究学会 第20回 九州・沖縄地方会学術集会のご案内

メインテーマ：実践知と研究知のHarmony & Empowerment

日本看護研究学会第20回九州・沖縄地方会学術集会のご案内を申し上げます。

今回、第20回の記念すべき学術集会を、青い海と空が限りなく広がる沖縄の地で開催させて頂くことになりました。メインテーマは、「実践知と研究知のHarmony & Empowerment」と致しました。

これまでの学術集会の成果を統合調和（Harmony）させ、看護実践力や看護研究力を将来に向かってさらに発展（Empower）できることを期待したいと考えます。

特別講演は、「看護の経験知と研究知をつなぐリフレクション」のテーマで、安酸史子先生（防衛医科大学校教授）にご講演頂く予定です。

会員の皆様をはじめ、多くの方々にご参加頂きますよう企画委員一同お待ち致しております。

一般社団法人日本看護研究学会第20回九州・沖縄地方会
学術集会長 砂川 洋子

◆日時：平成27年11月21日（土）9：00～16：00

◆場所：琉球大学医学部 臨床講義棟・保健学科棟（沖縄県西原町字上原207）

◆プログラム

8：30～ 受付

9：00 開会

9：05～9：20 学術集会長挨拶

9：30～11：00 特別講演：安酸 史子先生（防衛医科大学校看護学科・教授）

「看護の経験知と研究知をつなぐリフレクション」

11：10～11：40 総会

11：50～12：50 ランチョンセミナー：笹良 剛史先生（友愛会南部病院麻酔科診療部長）

「緩和ケアにおけるエビデンス ーがん患者・家族の痛みを癒すー」

13：00～14：00 交流集会

大学間連携共同教育推進事業

「多価値尊重社会の実現に寄与する学生を養成する教育共同体」

九州・沖縄8大学&ステークホルダーによる“しなやかナース”育成の取組

13：00～16：00 一般演題（口演・示説）

16：00 閉会

◆一般演題募集期間：平成27年6月15日（月）～8月17日（月）

◆事前参加登録期間：平成27年7月20日（月）～9月30日（水）

◆学会ホームページ：<http://www.okinawa-congre.co.jp/jsnr-kyu20>

◆学術集会参加費

	事前参加申し込み	当日参加申し込み
会員	3,500円	4,000円
非会員	4,000円	4,500円
学生	大学院生1,000円（抄録代含）、学部生無料（抄録代別）	

◆学会事務局：琉球大学医学部保健学科 成人・がん看護学

〒903-0215 沖縄県西原町字上原207 Tel：098-895-3331（ex.2633）

◆運営事務局：株式会社 沖縄コングレ内

〒900-0015 沖縄県那覇市久茂地3-1-1 日本生命那覇ビル

Tel：098-869-4220 Fax：098-869-4252

E-mail：jsnr-kyu20@okicongre.jp

一般社団法人日本看護研究学会 第29回 中国・四国地方会学術集会のご案内

テーマ：より良い看護実践への探求 ― 臨床における看護研究 ―

現在、医療の高度複雑化に伴い看護の役割拡大が求められています。その中、より良い看護を実践するためには、明らかになっていない看護上の課題に目を向けて、その課題の謎解きを行うこと。そして、謎解きで明らかになった成果を活用すること、が重要と言えます。

そこで、看護上の課題についての謎解きを行う看護研究、その中でも臨床における看護研究に、今回は焦点をあててみました。臨床における看護研究は、誰しも取り組んだ経験があると思います。その研究的な取り組みがより質の高いものとなるためには、教育者・研究者ならびに実践家の皆様が、どのように持てる力を発揮し、どのように連携・協働すれば良いのでしょうか。臨床における看護研究の多様性をふまえ、より良い研究的な取り組みについて探りたいと考え、第29回の学術集会のメインテーマは、「より良い看護実践への探求 ― 臨床における看護研究 ―」と、致しました。多くの看護職の皆様のご参加を心からお待ちしています。

一般社団法人日本看護研究学会第29回中国・四国地方学術集会
実行委員長 坂本 雅代

◆日 時：平成28年3月6日（日）9：00～15：50（8時30分開場）

◆会 場：高知大学医学部看護学科（高知県南国市岡豊町小蓮）

◆プログラム

◇一般演題（口演・示説）

◇学術講演：臨床ケアを導く看護研究

坂下 玲子氏（兵庫県立大学看護学部・教授）

◇教育講演：看護実践と新たな研究デザイン ― 事例研究法を考える ―

黒江 ゆり子氏（岐阜県立看護大学・学長）

◇中国・四国地方会学術委員会企画による特別セミナー

◆演題募集：平成27年10月1日～10月25日

応募資格 発表者・共同研究者ともに日本看護研究学会の会員であること。

演題申し込み方法 学術集会ホームページから演題登録ができます。

◆参加申し込み：参加費 会員4,000円 非会員5,000円

学術集会専用ホームページで事前参加登録後、郵便振込で参加費を納入下さい。

◆問い合わせ先

一般社団法人日本看護研究学会中国・四国地方会 第29回学術集会事務局

〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮 高知大学医学部看護学科

Tel/Fax：088-880-2532

E-mail：kenkyu29@kochi-u.ac.jp

日本学術会議の動き

日本学術会議ニュース

黒田玲子連携会員が平成26年10月26日(日)オマーンで開かれている第25回発展途上国における科学振興のための世界科学アカデミー(TWAS: the World Academy of Sciences for the advancement of science in developing countries)総会において、フェローに選出されました。

TWASはユネスコのプログラムの一つで、発展途上国の持続的繁栄を目的に、科学・技術の振興のための活動を行っています。

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27年1月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「防災・減災に関する国際研究のための東京会議」

日時 平成27年1月14日(水)～16日(金)

場所 東京大学 伊藤国際学術研究センター
伊藤謝恩ホール

次第 「東日本大震災からの復興に関するセッション」

「グリーン成長と持続可能な開発に向けた環境活動との協調」

「災害に強い社会に向けた災害リスク軽減に関する学際的研究」

「リスクマネジメントに向けた災害リスク軽減に関する学際的研究」

◆「現代の雇用危機を考える」

日時 平成27年1月24日(土)14時00分～17時00分

場所 日本学術会議講堂

次第 「地方圏における若者不安定就業者」

宮本みち子

「転職とネットワーク」渡辺 深

「ネオリベリズム社会におけるマネジメント・イデオロギー」

「若者雇用の変容と政策・制度の機能不全」

今野晴貴

「無業社会の問題系」西田亮介

◆「第8回構造物の安全性・信頼性に関する国内シンポジウム」

日時 平成27年10月14日(水)～10月16日(金)

場所 日本学術会議講堂、外5室

次第 「リスクコミュニケーション」北村正晴

「航空機の信頼性評価」岡田孝雄

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

防災・減災の国際会議、 成功裡に開催

日本学術会議会長 大西 隆

1月14日(水)～16日(金)の三日間、東京大学で、「防災・減災に関する国際研究のための東京会議」が開催されました。この会議は、今年3月14日(土)～18日(水)に仙台で開催される第3回国連防災世界会議に向けて、防災・減災についての科学者の関心を高め、研究成果に基づいた対策やアイデアを取り上げたり、今後の研究の発展につながる提案を議論するために、日本学術会議と国連防災世界戦略 (UNISDR)、国際科学会議 (ICSU-IRDR)、東京大学が主催して、31カ国、約380人の参加で行われたものです。

初日には、皇太子殿下がご臨席になり、熱心に基調講演やパネル討議を御聴講なさいました。また最終日には、山谷えり子防災担当大臣が、「この会議の成果を、仙台会議に生かす」という趣旨の閉会挨拶を述べられました。

開会式に続いて、韓昇洙-国連水と災害リスク軽減特使(大韓民国元国務総理)とゴードン・マックブーンICSU会長が、それぞれ「ポスト兵庫行動枠組における科学技術」、「リスク軽減と持続的な発展のための総合的研究」と題する基調講演を行いました。その後、バングラデシュ水資源担当大臣、ICSU-IRDR、ISSC、WMO、UNESCO、OECD、世界銀行、アジア開発銀行、JICA、JAXAの代表によるパネル討議が行われ、これらの国際機関等による様々な防災・減災の取り組みが紹介されるとともに、今後の取り組みに向けて強化すべきことが提起されました。その後、東日本大震災からの復興に関わるセッションが行われました。

二日目は、「グリーン成長と持続可能な開発に向けた環境および健康活動との協調に関するセッション」、「科学と社会の協働を目指した防災科学技術の社会実装に関するセッション」、「リスクマネジメントに向けた災害リスク軽減に関する学際的研究に

関するセッション」の三つが行われ、専門家による報告と意見交換が行われました。加えて、100以上の参加があったポスターセッションも大変盛り上がりしました。また最終日には、「東京宣言：仙台へ向けて」と題する総括セッションが開催され、実行委員会共同代表である小池俊雄先生と春日文子先生によって、この会議の成果である東京宣言が取りまとめられました。

国連防災世界会議は過去2回、横浜と兵庫・神戸で開催され、今回も仙台というように、様々な自然災害に見舞われるという宿命にある我が国に縁の深い会議です。我が国では、こうした自然災害に対して、気象、地質、地形観測を通じて、発生の可能性を予測したり、早期警報システムによって実際に発生した場合の通知を早く行い、避難などの対策に役立てたり、さらに被災地における救命・救助活動、長期の避難生活の支援、復旧・復興における安全なまちづくりなど、事前・直前・直後・事後の時点における対策に、科学技術の成果を活用してきました。こうした成果が国際的に認められて、10年毎の国連主催の会議が我が国で開催されているのです。その意味では、防災・減災分野で最も科学的研究と技術開発の進んだ国という自負を持って、この領域をリードする必要があるように思います。

東京会議の宣言では、特に、自然災害に見舞われることの多い諸国をはじめとした各国における現場に近いところも取り組みを強化することが強調され、国連諸機関や世界の科学者には、それを支援する役割があるとしています。この分野の科学者の国際組織として、ICSU-IRDRやUNISDR-STAG等があります。日本学術会議はそれらに積極的に関わってきましたが、今後とも、国際的なネットワークを一層強化するために力を尽くしていく必要があります。

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

日本学術会議の継続性と革新性

日本学術会議会長 大西 隆

日本学術会議の活動には継続性が必要であると指摘されています。その通りです。日本学術会議は学術の観点から種々の見解を表明しています。学術は多様な研究者の、研究蓄積によって形づくられているので、研究蓄積とそれを踏まえた議論はそう短期間に内容の変化を起こさないという意味で、日本学術会議の見解は持続的であり、安定的です。例えば、最近、日本学術会議と軍事研究に関して問われることがあります。日本学術会議が1967年に出した声明に

ここにわれわれは、改めて、日本学術会議発足以来の精神を振り返って、真理の探求のために行われる科学研究の成果が又平和のために奉仕すべきことを常に念頭におき、戦争を目的とする科学の研究は絶対にこれを行わないという決意を声明する。

とあるように、かつて、戦争を目的とした科学の研究は絶対に行わないことを明らかにしています。この点は、その後否定されていない以上、現在でも有効な見解であることは言うまでもありません。つまり、学術研究は国際平和のために行い、戦争目的の研究は行わないことを日本学術会議として発表し、それを堅持しています。

このように、その時点で、日本学術会議の衆知を集めてまとめた見解は継続性を持つべきであり、そのことを保証するために、日本学術会議が公表する文書に関する査読において、「過去10年間に行われた勧告等との関連について検討する」ことを課しているのです。十分な理由なく、安易に過去における日本学術会議と異なる見解を出すことは不適切とされています。もちろん、実際、取り上げるテーマに関連して、過去に日本学術会議内で、どのような審議が行われてきたのかを把握することは重要なこととされていて、継続性や持続

性はこうしたプロセスを通じて、確保されています。

しかし、同時に、科学的知識やそれを取り巻く環境は、時間とともに変化するので、対応して、日本学術会議の見解も変わり得ます。日本学術会議が最先端の科学的見解を提示する役割を担うためには、変化を恐れるべきではありません。その結果、過去の見解を変えるほうが適当であると考えた場合には、十分な理由を示して、見解の転換を説明することが必要です。

こうした、見解の継続や変化は、日本学術会議の構成員のそれとも密接に関連します。特に、多くの委員会等に関わることになる会員が、長期の任期を持つ場合には、継続性が強まり、任期制や定年制によって比較的短期に交代していく場合には、変化が生じやすいこととなります。現在の日本学術会議には、6年の任期制（再任不可）と70歳定年制が適用されているので（会員）、再任の制限がなかった時代に比べれば、継続的であるというよりも、変化や革新が生じ易い組織構造であるとい一般的に指摘できるでしょう。この点は、前例主義や、固定観念の墨守を避けることができるという点で、優れていますが、一方で、過去の見解を変える場合には、十分な説明をすることを惜しんではならないという認識が重要となります。いわば、過去の見解と、今考えているそのどちらが正しいかを十分に考察する“歴史との対話”を惜しんではならないと思います。こうした問題は、役員が大幅に変わった第23期でも生ずるでしょう。第23期では新たなメンバーが幹事会に加わったので同時に、前期副会長や若手アカデミーのリーダーを会長アドバイザーに委嘱して、継続性と革新性のバランスを創り出そうと考えています。

日本学術会議ニュース

国際科学会議（ICSU）は、2015年2月13日、フューチャーアース事務局長にPaul Shrivastavaを選任した旨を公表しました。

フューチャーアース事務局は、日本学術会議がリードする日本のコンソーシアムが他の4か国のコンソーシアムとともに担っています。

第23期に新たに発足した若手アカデミー会議の第1回会合が平成27年2月24日に開かれ、初代の代表として上田泰己連携会員（東京大学大学院医学系研究科教授）が選出されました。

広渡清吾・前会長（現連携会員・専修大学法学部教授）は、平成27年2月27日、長年にわたるドイツ法の研究、日独の学術交流、特に若手研究者の育成における顕著な功績により、ドイツ連邦共和国大統領から功労勲章を授与されました。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成27年3月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆「グローバル化する中での国際報道と公共放送の役割」

日時 平成27年3月14日(土)14時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂

◆「ジオハザード軽減に向けた地球科学の人材育成： 防災国際ネットワーク構築」

日時 平成27年3月15日(日)13時00分～20時00分
場所 東北大学 川内北キャンパス

◆「人材育成のための材料工学とは～学士課程教育の 参照基準と科学・夢ロードマップ～」

日時 平成27年3月20日(金)9時20分～11時55分
場所 東京大学 駒場Iキャンパス 21KOMCEE

◆「経済社会の変化に対応した経営学大学院の あり方」

日時 平成27年3月22日(日)13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂

◆「天然物ケミカルバイオロジー研究の新展開」

日時 平成27年3月29日(日)13時30分～16時05分
場所 岡山大学 津島キャンパス教養A棟

◆「ゲノム育種の実践を目指して」

日時 平成27年3月30日(月)9時00分～12時00分
場所 宇都宮大学 大学会館多目的ホール

◆「原子力発電所事故に伴う放射性物質による 環境汚染と家畜、野生動物の実態」

日時 平成27年3月30日(月)13時30分～17時00分
場所 宇都宮大学 大学会館多目的ホール

◆「国際光年記念シンポジウム」

日時 平成27年4月21日(火)14時00分～17時30分
場所 東京大学安田講堂

◆「第28回環境工学連合講演会

『Future earth：工学が果たす役割について』
日時 平成27年5月15日(金)9時15分～18時00分
場所 日本学術会議講堂

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掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲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、以下のものであれば、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) だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

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)等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造^{ねつぞう} (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、編集委員長宛に願出しなければならない。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。著作権に他者に帰属する資料を転載する際は、著者がその転載許可についての申請手続きを行う。

当該論文を所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、その都度、理事長の許諾を必要とする。

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。

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」にかなったものとする。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提出すること
PDF……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（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) 論文中で使用される見出しの階層が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ならない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication Manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 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名以上の場合は、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27年度会費納入のお願い

平成27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。

第41回学術集会で演題発表をなさる方（共同発表者も含む）は、平成27年5月末までに必ず平成27年度会費をお納めください。未納の場合は、発表および抄録へのお名前の掲載ができませんのでご注意ください。

また、平成27年度は評議員選挙実施年となります。選挙人資格は会員歴3年以上、被選任資格は評議員の任期満了時に満70歳未満の会員歴5年以上で、いずれも平成27年度までの年会費を平成27年5月末までに完納の方に付与されますので、こちらもご注意ください。

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・追加をさせていただき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、事務局あてにご連絡ください。

3. E-mailアドレスご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、今後、E-mailによる連絡を活用してまいりますので、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。上記2. の記載方法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ります。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38巻 1号

会員無料配布

平成27年4月20日 印刷

平成27年4月20日 発行

編集委員 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
内田 宏美 (会員) 島根大学医学部看護学科
河原 宣子 (会員) 京都橘大学看護学部
川本利恵子 (理事) 公益社団法人日本看護協会
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) 東京慈恵会医科大学医学部看護学科
高山 成子 (会員) 石川県立看護大学
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
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
印刷所

黒田 裕子

(株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込みまれる際は、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早くご利用下さい。)

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. 入会を申し込みられる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒170-0002 東京都豊島区東郷1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学芸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は：専門区分のいずれかかかに○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. 送付先については：送付先住所の自宅・所属いずれかかかに○印をご記入下さい。
7. 地区の指定については：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。
8. 会員番号は、会費等の納入を確認のち、お知らせいたします。

* 個人情報の管理について

一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいた個人情報については、慎重に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

(切り取り線より切り取ってお出しく下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ	専門区分		看護学・医学・その他 ()	
氏名	生 年 月 日	西 暦	年 月 日	性 別
				男 ・ 女
所 属	TEL	FAX		
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかか○)	〒		
E - m a i l	TEL	FAX		
自 宅 住 所	TEL	FAX		
評 議 員 推 薦 者 氏 名	会員番号			
推 薦 者 所 属	印			
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	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	高松, 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。

