

JOURNAL OF JAPANESE SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 30 Number 1 April 2007 ISSN 0285-9262

日本看護研究学会雑誌

[30巻 1号]

健康教育・健康行動変容についての最新知見を盛り込んだ、研究者の必携書

健康行動と健康教育

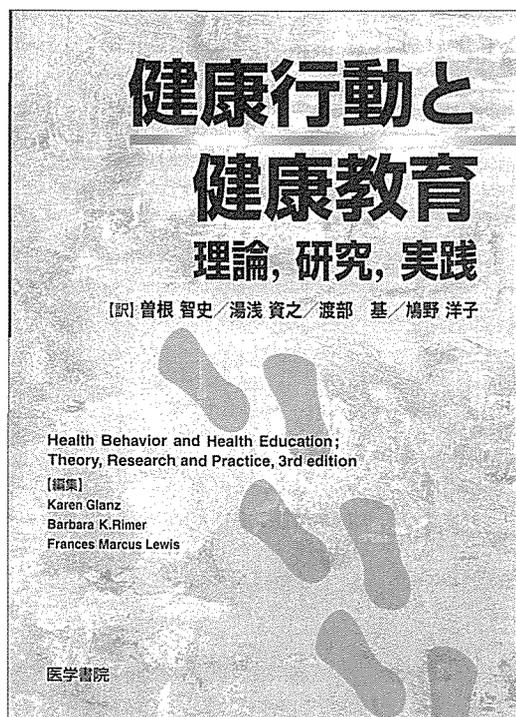
理論, 研究, 実践

新刊

編集 Karen Glanz / Barbara K. Rimer /
Frances Marcus Lewis

訳 曾根智史 国立保健医療科学院 公衆衛生政策部長
湯浅資之 国立国際医療センター国際医療協力局
渡部 基 北海道教育大学 教育学部助教授
鳩野洋子 国立保健医療科学院 公衆衛生看護部 ケアシステム開発室長

本書は、欧米の公衆衛生大学院で健康教育・行動変容理論の教科書として長年用いられている書籍の第3版翻訳。健康教育・健康行動変容についての最新知見を盛り込んだ、地域看護・公衆衛生分野の研究者の必携書である。初学者にもわかりやすく記載されている上、各章末の参考文献も充実した本書で、読者は各理論・モデルのエッセンスを味わいつつさらにつっこんだ学習に取り組みよう。



目次

- 第1章 健康行動と健康教育の範囲
- 第2章 健康行動と健康教育における理論, 研究, 実践
- 第3章 保健信念モデル
- 第4章 合理的行為理論と計画的行動理論
- 第5章 トランスセオレティカルモデルと変容のステージ
- 第6章 社会的認知理論
—個人, 環境と健康行動はどのように相互に作用しているか
- 第7章 ストレス, コーピングと健康行動
- 第8章 プリシード・プロシードモデル
—健康行動理論を使って企画するために
- 第9章 ソーシャル・マーケティング

●A5 頁320 2006年 定価4,410円
(本体4,200円+税5%) [ISBN978-4-260-00350-6]

消費税率変更の場合、上記定価は税率の差額分変更になります。



医学書院

〒113-8719 東京都文京区本郷5-24-3 (販売部) TEL 03-3817-5657 FAX 03-3815-7804
E-mail sd@igaku-shoin.co.jp http://www.igaku-shoin.co.jp 振替 00170-9-96693

会 告 (1)

平成18年度事業 評議員・理事選挙の結果を受けて、下記の方々に日本看護研究学会評議員・理事を委嘱致しました。

任期は、平成19年4月1日より平成22年3月31日までです。

平成19年3月31日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

選挙会告時の地区登録による所属です。但し、それ以降本人より所属変更の申出があった場合、所属は変更しております。

評 議 員 地 区 別 名 簿

(敬称略)

北海道地区 (10名)

| 氏 名 | 所 属 | 氏 名 | 所 属 |
|-------|---------------|-------|-------------------|
| 上田 順子 | 旭川医科大学医学部附属病院 | 佐藤 昇子 | 天使大学 |
| 影山セツ子 | 天使大学 | 平 典子 | 北海道医療大学看護福祉学部 |
| 川畑いづみ | 北海道大学医学部附属病院 | 松木 光子 | |
| 北村久美子 | 旭川医科大学看護学科 | 山田 律子 | 北海道医療大学看護福祉学部 |
| 佐藤 洋子 | 北海道大学医学部保健学科 | 良村 貞子 | 北海道大学医学部保健学科看護学専攻 |

東北地区 (13名)

| 氏 名 | 所 属 | 氏 名 | 所 属 |
|-------|-------------|-------|--------------------------------|
| 阿部テル子 | 弘前大学医学部保健学科 | 木村 紀美 | 弘前学院大学看護学部看護学科 |
| 石井 範子 | 秋田大学医学部保健学科 | 小林 淳子 | 山形大学医学部看護学科 |
| 一戸とも子 | 弘前大学医学部保健学科 | 塩飽 仁 | 東北大学医学部保健学科看護学専攻臨床看護学講座小児看護学分野 |
| 石井 トク | 岩手県立大学看護学部 | 武田 利明 | 岩手県立大学看護学部 |
| 石鍋 圭子 | 青森県立保健大学 | 高橋みや子 | 京都橘大学 |
| 大串 靖子 | 青森県立保健大学 | 平元 泉 | 秋田大学医学部保健学科 |
| 川村佐和子 | 青森県立保健大学 | | |

関東地区 (15名)

| 氏 名 | 所 属 | 氏 名 | 所 属 |
|-------|----------------|-------|------------------------|
| 青木きよ子 | 順天堂大学医療看護学部 | 田中 裕二 | 千葉大学看護学部 |
| 石川ふみよ | 茨城キリスト教大学 看護学部 | 中島紀恵子 | 新潟県立看護大学 |
| 市村久美子 | 茨城県立医療大学 | 永野みどり | 千葉大学大学院看護学研究科看護システム管理学 |
| 大谷真千子 | 千葉県立衛生短期大学看護学科 | 野地 有子 | 新潟県立看護大学 |
| 加納佳代子 | ナースサポートKK | 野本百合子 | 千葉大学看護学部 |
| 川口 孝泰 | 筑波大学人間総合科学研究科 | 堀内 ふき | 茨城県立医療大学保健医療学部 |
| 紙屋 克子 | 筑波大学人間総合科学研究科 | 森 淑江 | 群馬大学医学部保健学科 |
| 北川 公子 | 新潟県立看護大学 | | |

東京地区 (28名)

| 氏 名 | 所 属 | 氏 名 | 所 属 |
|-------|---------------------|-------|------------------------|
| 麻原きよみ | 聖路加看護大学 | 渋谷 優子 | 新潟医療福祉大学 (看護学科設置準備室) |
| 飯田澄美子 | 聖隷クリストファー大学看護学部 | 坪倉 繁美 | 守山市福祉保健センター (すこやかセンター) |
| 飯村 直子 | 日本赤十字看護大学 | 筒井真優美 | 日本赤十字看護大学 |
| 大石 杉乃 | 東京慈恵会医科大学医学部看護学科 | 中木 高夫 | 日本赤十字看護大学 |
| 尾岸恵三子 | 東京女子医科大学看護学部 | 長江 弘子 | 聖路加看護大学 |
| 岡部 恵子 | 山梨県立看護大学 | 中山 和弘 | 聖路加看護大学 |
| 奥野 茂代 | 京都橘大学 | 南野知恵子 | 参議院議員 |
| 川野 雅資 | | 松田たみ子 | 群馬大学医学部保健学科 |
| 川嶋みどり | 日本赤十字看護大学看護学部 | 松下由美子 | 山梨県立看護大学 |
| 柿川 房子 | 新潟県立看護大学 | 村嶋 幸代 | 東京大学大学院医学系研究科 |
| 菊地登喜子 | 日本看護協会看護教育研究センター | 森 千鶴 | 国立看護大学校 |
| 小松 浩子 | 聖路加看護大学 | 楊箸 隆哉 | 長野県看護大学 |
| 斉藤やよい | 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 | 横井 郁子 | 首都大学東京健康福祉学部 |
| 柴田 秀子 | 厚生労働省 | 李 節子 | 東京女子医科大学看護学部 |

東海地区 (34名)

| 氏 名 | 所 属 | 氏 名 | 所 属 |
|-------|-------------------|-------|-------------------|
| 安藤 詳子 | 名古屋大学医学部保健学科看護学内 | 小山真理子 | 神奈川県立保健福祉大学 |
| 足立 久子 | 岐阜大学医学部看護学科 | 佐藤 栄子 | 藤田保健衛生大学衛生学部 |
| 足立はるゑ | 中部大学生命健康科学部保健看護学科 | 柴山 健三 | 藤田保健衛生大学大学院保健学研究科 |
| 浅野みどり | 名古屋大学医学部保健学科 | 白尾久美子 | 静岡県立大学看護学部 |
| 池田 明子 | 北里大学看護学部 | 鈴木 初子 | 愛知医科大学看護学部 |
| 伊藤 孝治 | 日本赤十字豊田看護大学 | 鈴木みづえ | 三重県立看護大学 |
| 稲吉 光子 | 北里大学看護学部 | 杉浦 太一 | 岐阜大学医学部看護学科 |
| 市江 和子 | 日本赤十字豊田看護大学 | 高橋 真理 | 北里大学看護学部 |
| 石黒 彩子 | 中部大学生命健康科学保健看護学科 | 竹田千佐子 | 聖隷クリストファー大学 |
| 岩瀬 信夫 | 愛知県立看護大学 | 竹谷 英子 | 名古屋市立大学看護学部 |
| 太田 勝正 | 名古屋大学医学部保健学科 | 泊 祐子 | 岐阜県立看護大学 |
| 太田喜久子 | 慶應義塾大学看護医療学部 | 土井まつ子 | 愛知医科大学看護学部 |
| 鎌倉やよい | 愛知県立看護大学 | 平井さよ子 | 愛知県立看護大学 |
| 片岡 純 | 愛知県立看護大学 | 藤井 徹也 | 名古屋大学医学部保健学科 |
| 黒田 裕子 | 北里大学看護学部 | 山口 桂子 | 愛知県立看護大学 |
| 小山 幸代 | 東海大学健康科学部看護学科 | 山田 静子 | 藤田保健衛生大学衛生学部 |
| 小松万喜子 | 愛知県立看護大学 | 三河内憲子 | 日本赤十字豊田看護大学 |

近畿・北陸地区 (41名)

| 氏名 | 所属 | 氏名 | 所属 |
|-------|--------------------|-------|--------------------|
| 青山ヒフミ | 大阪府立看護大学看護学部 | 道重 文子 | 京都橘大学看護学部 |
| 阿曾 洋子 | 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 | 光木 幸子 | 京都府立医科大学医学部看護学科 |
| 泉 キヨ子 | 金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻 | 宮島 朝子 | 京都大学医学部保健学科 |
| 藤崎 郁 | 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 | 宮内 環 | 神戸市看護大学看護学科 |
| 藤本 悦子 | 石川県立看護大学 | 水田真由美 | 和歌山県立医科大学保健看護学部 |
| 藤田きみゑ | 滋賀県立大学人間看護学部 | 森 美春 | 明治鍼灸大学看護学部 |
| 藤原千恵子 | 大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻 | 森 一恵 | 大阪府立看護大学大学院博士後期課程 |
| 藤本由美子 | 神戸市立中央市民病院看護部 | 森下 妙子 | 公立大学法人滋賀県立大学人間看護学部 |
| 堀井たづ子 | 京都府立医科大学医療技術短期大学部 | 山田 一朗 | KRCC 臨床研究支援センター |
| 細見 明代 | 神戸市看護大学 | 山本 恭子 | 園田学園女子大学人間健康学部 |
| 星 和美 | 大阪府立大学看護学部 | 矢野 正子 | 藍野大学医療保健学部 |
| 細田 泰子 | 大阪府立大学看護学部 | 八塚 美樹 | 富山大学医学部看護学科 |
| 細川 淳子 | 石川県立看護大学 | 山田 京子 | 京都府立医科大学医学部看護学科 |
| 前原 澄子 | 京都橘大学 | 安田 智美 | 富山大学医学部看護学科 |
| 榊本 妙子 | 明治鍼灸大学看護学部 | 吉永喜久恵 | 神戸市看護大学 |
| 丸岡 直子 | 石川県立看護大学 | 米田 昌代 | 石川県立看護大学 |
| 牧本 清子 | 大阪大学医学部保健学科 | 吉田久美子 | 石川県看護協会 |
| 眞鍋えみ子 | 京都府立医科大学医学部看護学科 | 若村 智子 | 京都大学医学部保健学科看護学専攻 |
| 松田 宣子 | 神戸大学医学部保健学科看護学専攻 | 和歌恵美子 | 大阪府立成人病センター |
| 松田 光信 | 福井大学医学部看護学科 | 和田恵美子 | 大阪府立看護大学 |
| 真嶋由貴恵 | 大阪府立大学看護学部 | | |

中国・四国地区 (27名)

| 氏名 | 所属 | 氏名 | 所属 |
|-------|----------------------|-------|------------------|
| 網島ひづる | 県立広島大学保健福祉学部看護学科 | 關戸 啓子 | 徳島大学医学部保健学科看護学専攻 |
| 猪下 光 | 岡山大学大学院保健学研究科 | 千田 好子 | 岡山大学医学部保健学科看護学専攻 |
| 上岡 澄子 | 島根大学医学部看護学科 | 中西 純子 | 愛媛県立医療技術大学 |
| 内田 宏美 | 島根大学医学部看護学科 | 野島 良子 | |
| 小野ツル子 | 関西福祉大学 | 橋本 和子 | 福山平成大学看護学部 |
| 小野 ミツ | 広島大学大学院保健学研究科 | 人見 裕江 | 島根大学 |
| 片岡 万里 | 高知大学医学部看護学科 | 藤田 倫子 | 高知大学医学部看護学科 |
| 河野 保子 | 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科 | 宮腰由紀子 | 広島大学大学院保健学研究科 |
| 川西千恵美 | 徳島大学医学部保健学科 | 村上 生美 | 岡山県立大学保健福祉学部 |
| 掛橋千賀子 | 岡山県立大学 | 森下 利子 | 高知女子大学看護学部 |
| 國方 弘子 | 岡山大学医学部保健学科看護学専攻 | 山勢 博彰 | 山口大学医学部保健学科 |
| 小林 敏生 | 広島大学医学部保健学科 | 淘江七海子 | 香川県立保健医療大学 |
| 近藤 裕子 | 徳島大学医学部保健学科 | 横手 芳恵 | 岡山県立大学保健福祉学部 |
| 阪本 恵子 | 長崎大学医学部保健学科 | | |

九州地区 (24名)

| 氏名 | 所属 | 氏名 | 所属 |
|-------|-------------------|-------|-------------------|
| 井上 範江 | 佐賀大学医学部看護学科 | 田中 洋子 | 佐賀大学医学部附属病院看護部 |
| 井上 悦子 | 熊本保健科学大学看護学科 | 土屋八千代 | 宮崎大学医学部看護学科 |
| 浦田 秀子 | 長崎大学医学部保健学科 | 野村志保子 | 久留米大学医学部看護学科 |
| 大池美也子 | 九州大学医学部保健学科 | 萩澤さつえ | 熊本保健科学大学 |
| 小幡 光子 | 大分大学医学部看護学科 | 東 サトエ | 鹿児島大学医学部保健学科看護学専攻 |
| 川本利恵子 | 産業医科大学産業保健学部第1看護学 | 前田ひとみ | 宮崎大学医学部看護学科 |
| 河合千恵子 | | 松岡 緑 | 福岡女学院看護大学 (設置準備室) |
| 国武 和子 | 長崎県立シーボルト大学 | 三重野英子 | 大分大学医学部看護学科 |
| 佐藤 和子 | 佐賀大学医学部看護学科 | 森田 敏子 | 熊本大学医学部保健学科 |
| 斉藤ひさ子 | 佐賀大学医学部看護学科 | 安酸 史子 | 福岡県立大学看護学科 |
| 田島 桂子 | | 山勢 善江 | 日本赤十字九州国際看護大学 |
| 田中美智子 | 宮崎県立看護大学 | 山本富士江 | 国際医療福祉大学大学院 |

(合計 192名)

理事地区別名簿

(敬称略)

| 地 区 | 氏 名 |
|-------|-------------------|
| 北 海 道 | 影山セツ子 山田 律子 |
| 東 北 | 石井 トク 川村佐和子 |
| 関 東 | 川口 孝泰 紙屋 克子 |
| 東 京 | 川嶋みどり 小松 浩子 松田たみ子 |
| 東 海 | 黒田 裕子 小山真理子 山口 桂子 |
| 近畿・北陸 | 阿曾 洋子 泉 キヨ子 前原 澄子 |
| 中国・四国 | 川西千恵美 宮腰由紀子 山勢 博彰 |
| 九 州 | 田島 桂子 松岡 緑 |

会 告 (2)

日本看護研究学会 学会賞・奨励賞の規程・細則に基づいた選考の結果、平成18年度奨励賞の受賞者が下記の通り、決定しました。

平成19年3月31日

日本看護研究学会

理事長 山 口 桂 子

記

受賞者氏名：佐藤 好恵氏

対 象 論 文：殿部への筋肉注射部位の選択方法に関する検討

A Study on the Method of Choosing Intramuscular Injection Site in the Buttocks

28(1), 45-52, 2005

共同著者名：成田 伸, 中野 隆

受賞者所属：関西福祉大学看護学部

職 名：助手

会 告 (3)

第33回日本看護研究学会学術集会を下記の要領で開催いたします。(第3回公告)

なお、最新の情報は学術集会ホームページ (<http://www-nurs.iwate-pu.ac.jp/jsnr33/index.html>) をご覧ください。

平成19年4月20日

第33回日本看護研究学会学術集会

会長 石 井 ト ク

記

第33回日本看護研究学会学術集会

メインテーマ：「生命科学時代における知と技とところ」

会 場：盛岡市民文化ホール (マリオス)

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通2丁目9-1

TEL：019-621-5000 ホームページ：<http://www.malios.co.jp/>

いわて県民情報交流センター (アイーナ)

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通1丁目7-1

TEL：019-606-1717 ホームページ：<http://www.aiina.jp/>

期 日：平成19年7月28日 (土), 29日 (日)

プレカンファレンスセミナー・市民公開講座 7月27日 (金)

第1日目 7月28日 (土) 9：30～16：15

9：30～10：10 会長講演：「生命科学時代における看護の機能拡大」

石井 トク (岩手県立大学看護学部教授)

座長：松岡 緑 (大分大学医学部看護学科教授)

10：15～12：00 招聘講演：「看護研究の倫理 ～国際的な動向から～」

Samantha Mei-che Pang (香港理工大学健康社会科学部看護学科長)

座長：手島 恵 (千葉大学大学院看護学研究科教授)

12：30～13：30 総 会

13：30～16：00 一般演題 (口演・示説)

13：30～16：00 ワークショップ1：「フェルデンクライス ～人の動きを知る～」(実技演習・一般公開)

かさみ康子 (フェルデンクライス・ジャパン)

座長：吉田千鶴子 (岩手県立大学看護学部助教授)

<非会員の参加申し込み>

非会員の方は、参加費9,000円と学術集会誌代2,000円を、お振込みください。

通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

① 参加希望内容

例) 事前申し込み, 学術集会誌, 懇親会

② 氏名, 所属, 学会加入の有無

例) 宮沢賢子, 岩手県立大学, 非会員

【懇親会】

日 時: 平成19年7月28日(土) 18:00~19:30

会 場: ホテルメトロポリタン ニューウィング

会 費: 6,000円

【プレカンファレンスセミナー参加募集のご案内】

学会前日(7月27日)にプレカンファレンスセミナーを開催いたします。

学会参加費とは別の参加申し込みが必要です。

詳細は以下の通りです。皆さまのご参加をお待ちしております。

「看護研究の原点にもどる ～人を対象とした研究の魅力と難しさ～」

1. 量的研究……川口 孝泰(筑波大学大学院人間総合科学研究科教授)
2. 質的研究……田垣 正晋(大阪府立大学人間社会学部講師)
3. 研究倫理……川嶋みどり(日本赤十字看護大学看護学部長)

日 時: 平成19年7月27日(金) 14:00~17:45

場 所: いわて県民情報交流センター(アイーナ)

募集人数: 各コースとも120名(先着順)

会 費: 学術集会参加費とは別に5,000円

<申し込み方法>

1) 申し込みは、①氏名、②施設名、③連絡先(電話番号、FAX番号またはE-mail)、④希望セミナーを明記の上、第33回日本看護研究学会学術集会プレカンファレンスセミナー係まで、E-mail (jsnr33pcon@ml.iwate-pu.ac.jp) またはFAX (019-694-3232) にてお申し込みください。

2) 申し込み受理後、E-mailまたはFAXにて、申し込み受理の返信をいたします。定員になり次第、締め切らせていただきますので、必ず申し込み受理の返信の確認をお願いいたします。受信の到着後、1週間以内に会費5,000円の事前振込みをお願いいたします。この事前振込みがない場合は、申し込みは取り消しになりますので、ご注意ください。

*なお、プレカンファレンスセミナーは1人1セミナーの申し込みしかできません。ご了承ください。

*定員になり次第、締め切らせていただきます。お早めにお申し込みください。

<振込先>

郵便振替 「第33回日本看護研究学会学術集会 02200-1-43342」

振込金額 5,000円

通信欄に下記の内容を必ずご記入ください。

① 希望セミナー

例) プレカンファレンスセミナー 1. 量的研究

② 氏名, 所属, 学会加入の有無

例) 宮沢賢子, 岩手県立大学, 非会員

【第33回学術集会事務局】

〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字巣子152-52

岩手県立大学看護学部内

第33回日本看護研究学会学術集会 事務局

TEL : 019-694-2280, 019-694-2290

FAX : 019-694-2281, 019-694-2291

E-mail : jsnr33@ml.iwate-pu.ac.jp

ホームページ : <http://www-nurs.iwate-pu.ac.jp/jsnr33/index.html>

目 次

第32回日本看護研究学会講演記事

会長講演

社会資源としての看護

－激動の時代、看護に求められているもの－ 19

大分大学医学部看護学科 松 岡 緑

招聘講演

Learning to See and Think Like a Nurse: Clinical Reasoning and Caring Practices 23

Patricia Benner, R.N., Ph.D., FAAN

Molly Sutphen, Ph.D.,

Lisa Day, R.N., Ph.D.,

Victoria W. Leonard, R.N., F.N.P., Ph.D.

University of California, San Francisco School of Nursing

学会賞記念講演

日本看護研究学会員としての責務

－エビデンスを創る、伝える、使うこと－ 29

青森県立保健大学 大 申 靖 子

特別講演

精神障害者の地域生活支援に必要なもの 33

大分県精神保健福祉センター 大 隈 絃 子

シンポジウムⅠ 利用者と共に歩む看護

テーマ「利用者と共に歩む看護」 37

金沢大学大学院医学系研究科 泉 キヨ子

大分大学医学部看護学科 小 幡 光 子

利用者の立場から望むこと 38

元西日本新聞論説委員・元九州保健福祉大学教授 峰 尾 一 路

在宅看護の道へ足を踏み入れて23年、今、私が思うこと 40

在宅看護研究センター代表 村 松 静 子

地域包括ケアと権利擁護

～福祉職・看護職との協働を目指して～ 43

日本社会福祉士会 小 幡 秀 夫

私の闘病体験から 46

日本ALS協会大分支部 森 尾 久海子

—原 著—

| | |
|------------------------------------------------------|-----------------------------|
| 心筋症患者の日常生活上の困難に対するコーピング | 49 |
| | 神戸市看護大学 森 下 晶 代 |
| 血液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討 | 59 |
| | 浜松医科大学医学部看護学科 野 澤 明 子 |
| | 浜松医科大学医学部看護学科 佐 藤 直 美 |
| | 聖隷浜松病院 岩 田 真智子 |
| | 静岡県立大学看護学部 白 尾 久美子 |
| | 静岡県立大学短期第学部 稲 勝 理 恵 |
| コントロール感覚からみた産褥早期の母親の出産体験の分析 | 67 |
| | 群馬大学医学部保健学科 國 清 恭 子 |
| | 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科 齋 藤 やよい |
| 看護師を対象としたRathus Assertiveness Schedule 日本語版の作成 | 79 |
| | 独立行政法人国立病院機構東尾張病院 渋谷 菜穂子 |
| | 岐阜大学医学部看護学科 奥 村 太 志 |
| | 名古屋市立大学看護学部 小笠原 昭 彦 |

—研究報告—

| | |
|--------------------------------------------------------------|-------------------------|
| 看護系大学学生の卒業研究における課題探求プロセス | 89 |
| | 山形大学医学部附属病院 中 村 郷 子 |
| | 山形大学医学部看護学科 古 瀬 みどり |
| 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討 | 97 |
| | 山形大学医学部看護学科 平 賀 愛 美 |
| | 山形大学医学部看護学科 布 施 淳 子 |
| 新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた新卒看護師の リアリティショックに関する認識の相違 | 109 |
| | 山形大学医学部看護学科 平 賀 愛 美 |
| | 山形大学医学部看護学科 布 施 淳 子 |
| 機能訓練（A型）に通所する脳卒中後高齢在宅片麻痺者の自分らしさ獲得のプロセス | 119 |
| | 富山大学医学薬学研究部看護学科 倉 石 真 理 |

—技術・実践報告—

| | |
|-------------------------------------|------------------------|
| 退院準備連絡票を活用した在宅療養支援システムの試み | 129 |
| | 東邦大学医学部看護学科 美ノ谷 新 子 |
| | 東邦大学医学部看護学科 福 嶋 龍 子 |
| | 東邦大学医療センター大森病院 杉 宮 伸 子 |
| 精神看護学実習における「学び」の内容分析と看護過程の有効性 | 137 |
| | 広島市立看護専門学校 折 山 早 苗 |

CONTENTS

Original Papers

- Coping for Difficulty in Daily Life on Patients with Cardiomyopathy..... 49
Kobe City College of Nursing : Akiyo Morishita
- Development of the Self-Management Behavioral Scale of Hemodialysis Patient to
Evaluate its Reliability and Validity 59
Hamamatsu University School of Medicine, Faculty of Nursing : Akiko Nozawa
Hamamatsu University School of Medicine, Faculty of Nursing : Naomi Sato
Seirei Hamamatsu General Hospital : Machiko Iwata
University of Shizuoka, School of Nursing : Kumiko Shirao
University of Shizuoka, Junior College1 : Rie Inakatsu
- Analysis of Childbirth Experience Based on Early Puerperal Locus of Control 67
School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Gunma University : Kyoko Kunikiyo
Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University : Yayoi Saito
- Development of the Japanese Version of the Rathus Assertiveness Schedule for Nurses 79
Higashi-Owari Hospital : Naoko Shibuya
Nursing Course, School of Medicine, Gifu University : Futoshi Okumura
School of Nursing, Nagoya City University : Akihiko Ogasawara
- ## Research Reports
- The Searching Process for the Subject of Graduation Research in Nursing College Students 89
Yamagata University Hospital : Satoko Nakamura
School of Nursing Yamagata University : Midori Furuse
- Constituent and Related Factors of Reality Shock Extracted by New Graduate Nurses
After Three Months' Practice 97
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Manami Hiraka
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Junko Fuse
- Differences Between Recognition of Reality Shocks by New Graduate Nurses and
those Perceived by their Preceptors 109
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Manami Hiraka
School of Nursing, Yamagata University Faculty of Medicine : Junko Fuse
- Process of Acquisition Quality of Oneself, a Person of Advanced Age At-home Single Paralysis
After a Cerebrovascular Accident Who Commute to Function Training (A type) 119
Nursing Course, Medical Pharmacy Research Department, Toyama University : Mari Kuraishi

Technical Reports

- The Development of a New Home-care Support System Utilizing a Liaison Form
for Hospital Discharge Preparation 129
School of Nursing, Faculty of Medicine, Toho University : Shinko Minotani
School of Nursing, Faculty of Medicine, Toho University : Ryuuko Fukushima
Toho University Ohmori Medical Center : Nobuko Sugimiya
- An Analysis of What Students in Psychiatric Nursing Practice and
Effectiveness of Nursing Process 137
Hiroshima Municipal School of Nursing : Sanae Oriyama

第 32 回

日本看護研究学会学術集会

講演記事 (1)

2006年8月24日 (木)・8月25日 (金)

会長 松岡 緑

於 別府市ビーコンプラザ

社会資源としての看護

— 激動の時代、看護に求められているもの —

大分大学医学部看護学科 松 岡 緑

現在、わが国の保健・医療・看護を取り巻く社会・経済ならびに文化環境は、歴史的変動期に差しかかっている。少子高齢化、疾病構造の変化といった課題に加えて、医療技術の進歩に伴う負の諸問題、高度情報化がもたらす社会変化、経済の二極化等は国民の価値観や生き方に影響を及ぼし、まさに激動の時代にある。

看護に視点を移すと、わが国における看護職者（保健師・助産師・看護師・准看護師）養成は、次のような養成機関で行われている。①高等学校（衛生看護学部）、②准看護師養成所、③看護師養成所、④保健士養成所、⑤助産師養成所、⑥短期大学（2年課程・3年課程）、⑦大学（看護大学・大学看護学科・看護学科など）、⑧大学院（修士課程・博士課程）。

しかし、1990年代になって医療の高度化、高齢化社会の進行や疾病構造の変化など様々な医療ニーズが高まり、それに伴って派生する複雑な問題に対応できる専門職への要請が高まってきた。看護学教育を実践する4年制大学への社会的要請のもと、平成4年の看護師等の人材確保の促進に関する法律に基づく施策の実行を見る段階になってから、看護系大学の数は急増した。

このように、4年制看護大学は増加したが、果たして看護は社会資源として、国民のニーズに込えているのだろうか。このことについて考えてみたい。

まず最初に「社会資源としての看護」とは看護の社会化を一層強めることである。それは、

- ① 社会的広がりの中での看護の位置づけ
- ② 社会変化に対応する
- ③ 社会的意義に呼応する
- ④ 社会的要請を先取りする

ことである。

その内容として

- ① 異分野と協働する専門職（閉鎖性からの脱却）
- ② 情報を広く発信する
- ③ 国民に親しまれる存在に
- ④ 社会変革の提案者となる

ことである。

現在のわが国の保健・医療・看護を取り巻く社会環境は

- ① 少子高齢化社会
- ② 生活習慣病をはじめとする慢性疾患の増加
- ③ 経済情勢の不確実性
- ④ 医療費の増大
- ⑤ ストレス社会
- ⑥ 家族関係の変化
- ⑦ 地球温暖化
- ⑧ 不安定な世界情勢

など複雑な変動にさらされている。

21世紀の保健・医療・福祉の枠組み（パラダイム・シフト）を考えると、次のようになる。

- ① 病気治療から疾病予防・健康増進へ
20世紀の医療は、「いかにして病気を治すか」に重点が置かれていたが、21世紀の医療は、疾病予防さらに健康増進に向けて「どう支援するか」に重点が置かれるようになった。
- ② 救命中心の医療からQOL（クオリティ・オブ・ライフ）向上へ
20世紀の医療は、患者の「救命」に力点が置かれていた。21世紀は救命医療とともに、患者のQOL向上が大きな位置を占めるだろう。生活習慣病などの患者には、治療と並行して生活の質を高めることが重要となる。
- ③ 医療提供者中心から利用者中心へ
医療の主体は、提供者ではない。医療はサービス利用者である市民のために存在する。市民を主体とした医療システムの改革と構築に務める。
- ④ 自立に向けての福祉と保健の融合へ
高齢者福祉、障害者福祉など、福祉領域の大きなテーマは「自立支援」である。これまで福祉と保健は、歴史的にも専門的にも、あるいは法的にもそれぞれが極めた独自性によって「境界」が存在していた。手段は異なっても目的（対象者・患者）は同じである。これからは相互の補完・連携とネットワークによって「融合」への努力を惜しんではならない。
- ⑤ 在宅・看護の変容に即応する
在宅・看護（介護）は、多くの人が望む姿であるが、核家族化で家族構成員の意識などが変化し、現在は困

難な状況にある。また家族のみの介護は特定の家族（女性）への心身負担や疲労が多くなる。介護保険制度は、これを社会化し「措置から契約へ」と仕組みを画的に変えたものである。この制度の中で専門職（看護職者・介護士・ヘルパーなど）が、家族を支援しながら自宅看護を維持させる。需要はますます高まるだろう

そこで看護が社会資源としての役割を果たすためには、国民の期待やニーズを積極的に掘り出し、果敢にアプローチする必要がある。その要請に応えるために、どのような支援が必要かを列挙した。

国民の期待に応える看護

① 少子化と子育て支援

平成16年厚生労働省の「人口動態統計」によれば、一人の女性が一生の間に生む子どもの数は1.29である¹⁾。納税者も減少、年金も破綻しかねない状況さえ予想される。厚生労働省によれば、2055年の日本の人口は8,993万人と推計され、特殊合計出生率も1.26人、高齢者も倍増すると予測されている。当然、女性が子どもを産まない理由は種々あり、対策も多方面から練らなければならないと考える。看護職者が出来ることは、若いお母さん達に、子育ての相談、子育ての指導、小児の発達段階に応じたしつけの重要性を認識させ、過保護と過干渉は子どもをダメにする等を説明する。また子育ての悩みを聞くなどして子育て支援の役割を担うべきである。

② 思春期の心と体の健康相談

思春期は成長発達段階で二次性徴が著しく、多感で情緒的に不安定な時で、悩みも多く問題行動も起きやすい。思春期の子どもに対して、学校においては養護教員が、地域では保健師が、病院では看護師が健康相談や健康教育にあたり、健全な性の発達と心身の健康増進につとめる。

③ 国民の主体的な健康づくり支援（健康相談・患者教育の推進）

1988年に施行された「アクティブ80ヘルスプラン（第2次国民健康づくり対策）」では病気になって治療・看護するのみではなく疾病を予防し、健康増進するアクティブプランが推進されてきた。21世紀になってからは厚生労働省は数値目標を掲げ、積極的に国民の主体的健康づくりが推進されている。看護職者は病院のみでなく、地域においての積極的な健康づくりの支援が求められている。

④ 在宅ケアの充実

健康保険制度が「出来高払い方式」から「包括的定額支払い方式」に改正され、在院日数が短縮された。また、人生の最後を自宅で迎えたいと希望する人が多いことから在宅ケアの充実が望まれる。

⑤ 慢性疾患を持ちながら社会生活を続ける人への対応

生活習慣病をはじめとする慢性疾患は増加している。平成14年の生活習慣病で医療機関を受診している総患者数は²⁾

| | |
|--------|-------|
| 高血圧性疾患 | 699万人 |
| 糖尿病 | 228万人 |
| 脳血管疾患 | 137万人 |
| 悪性新生物 | 128万人 |
| 虚血性心疾患 | 91万人 |

である。これら多くは就労していて、働きながら通院している人達である。今より疾患が悪化しないよう、また合併症を併発しないよう病気と仲よく付き合いながら社会生活を営むことが大切である。それには先ず、職場での健康管理と生活適応、さらに受診・治療を中断させない継続支援が必要である。

⑥ 勤労者の健康問題と解決への支援

これは、「社会資源としての看護」とも重なるが、特にこの頃では企業で働く保健師が関与している定期健康診断と健康診断後のフォローアップ、健康相談などがある。

⑦ 救急・急性期医療の強化

緊急時の救命には救急医療が重要であることは言うまでもない。急性期医療はその人の予後を左右する。救急・急性期の医療は医師をはじめとして、正確なフィジカルアセスメント能力、迅速で的確な救急処置等を医療チームで実施しなければならない。従って、これらの訓練を日頃よりしておかねばならない。

⑧ 高度医療技術に対応したケア技術の強化

高度先進医療を行っている医療施設は、それに対して看護職者のケア技術の強化をはかるための院内教育・研修プログラムを作成。日常的訓練を怠らず、安心、安全な医療を提供しなければならない。

⑨ 災害等・不測の事態に対応する看護

日本国内のみでなく、諸外国に於いても風水害、地震、津波の災害がおこっている。この時率先して駆けつけるのが、災害医療チームである。災害時、看護職者は何をなすべきかを日頃の訓練によって、身に付けておくことが求められる。

米国のバーニス・ブレッシュ、スザンヌ・ゴードン著『沈黙から発言へ』の著書の中で、「健康と医療に関する報

道では、ナース以外のどの職種もナースより多く扱われていた。……ナースはリストの最下位で、……健康・医療に関する重要な報道に、看護の影すらも映らないようなら、誰が看護に資金を提供すると言うのだろうか。また、誰が看護の価値を認め理解すると言うのだろうか。……」と述べている。

米国のナースですら、このように書かれている。日本のナースは看護職者がどのような仕事をし、社会貢献をしているかなどは、まだ十分に国民に知らせてはいない。これからは、積極的に看護職者が実施している仕事、研究等を

国民に知らせる努力が不可欠である。これには様々な媒体、マスメディアの活用も重要かと思われる。

文 献

- 1) 厚生統計協会, 編: 国民衛生の動向, 第52巻第9号, P39, 2005.
- 2) 厚生統計協会, 編: 図説 国民衛生の動向, P41, 2005.
- 3) 南 裕子: 「最新の『看護と保健医療政策』における老年看護の課題」, 第8回日本老年看護学会学術集会における講演資料, 2003年11月.
- 4) バーニス・ブレッシュ/スザンヌ・ゴードン著, 早野真佐子訳: 沈黙から発言へ, P3, 日本看護協会出版会, 2002.

Learning to See and Think Like a Nurse : Clinical Reasoning and Caring Practices

Patricia Benner, R.N., Ph.D., FAAN

Molly Sutphen, Ph.D.,

Lisa Day, R.N., Ph.D.,

Victoria W. Leonard, R.N., F.N.P., Ph.D.

University of California, San Francisco School of Nursing

Nursing understood as a practice discipline presents a set of challenges for both teaching and learning. To become an expert practitioner the student must understand many specific clinical situations with patients. The challenge to nursing educators is how to equip students with the necessary cognitive skills and to teach them to act on their judgments about patient's needs in situations that are under-determined, contingent, and changing over time. To do this successfully, teachers and students must integrate what we call the "three apprenticeships" involving 1) learning to think like a nurse, 2) learning to perceive, judge and perform like a nurse and finally, the most integrative apprenticeship, 3) learning to behave ethically and compassionately on behalf of the patient. The third apprenticeship is integrative because it requires excellence in the first two apprenticeships before the third apprenticeship can be effectively practiced.

The transformation from an outsider's lay perspective of nursing to that of acting and thinking like a nurse, being a nurse, requires actual experiences that change capacities to act in complex situations, but also character formation to respond and relate to people who are vulnerable and in need. How does the masterful teacher set up the conditions of possibility for the student's experiential learning, moving from novice to expert? How does the expert practitioner teacher in nursing invite the student into the practice in a way that fosters an appreciation for the integration of the knowledge, practical know-how, ethical comportment, and artistry of that practice?

While we have a growing body of educational research literature on what kinds of teaching strategies and learner experiences improve test scores, we have much less of an understanding of how transformative learning is prompted by excellent teaching. How does the masterful teacher give the novice student access to excellent or exemplary nursing practice? How does the expert practitioner teacher in nursing, medicine, law, engineering, or clergy invite the student in to see and practice the knowledge, practical know-how, ethical comportment, and artistry of a

practice?

This paper will present a paradigm case of an expert teacher who embodies teaching practices that invite students to appreciate and take part in the knowledge, practical know-how, ethical comportment, and artistry of nursing as a practice, as well as from students' narratives of learning from the expert teacher.

Pedagogical strategies for teaching and learning a practice will also be described. They include:

- 1) Learning to recognize and characterize the nature of the clinical situation, complete with needed actions "for the sake of", and "in order to" accomplish specific ends;
- 2) Reasoning across transitions in the patient's condition/ and/or in the clinician's understanding; recognizing trends and trajectories;
- 3) Articulation (making intelligible and accessible) experiential learning;
- 4) Teaching-learning practice specific skills of involvement and engagement with patients/clients;
- 5) Teaching and learning perceptual grasp and moral perception in specific clinical situations.
- 6) Integration of knowledge, skilled know-how and ethical comportment.

Most clinical nursing practice requires a flexible and nuanced ability to interpret a not-yet-defined practice situation as an instance of something salient that should call forth an appropriate practitioner response. Once a clinical situation is understood or grasped by the student, how can the teacher then guide the student further toward recognizing the relevant research, possible interventions, and other inherent possibilities available in the particular situation? How does the student nurse come to recognize possible good and less than optimal ends in actual clinical situations? The teacher must help the student nurse see both the medical and nursing implications of a situation, since the nursing implications always require an understanding of the patho-physiological and diagnostic aspects of the patient's

clinical presentation and disease, and also an understanding of how best to strengthen the patient's own physical, social and spiritual recovery resources. For nurses, assessing and soliciting the patient's physiological, social and spiritual resources available for weathering the demands of recovering from an illness or injury and/or coming to terms with loss are all central to the ends of good nursing practice. Thus, good clinical judgment can never be reduced to the technical aspects of the situation, but must consider the patient/family human concerns as well.

Dr. Lisa Day, one of the masterful teachers we studied in The Carnegie National Education Study demonstrates that teaching that integrates all three apprenticeships and that attends to the human and clinical concerns of the patient is possible. We describe Dr. Day's teaching from our observations of her teaching, interviews with Dr. Day on her teaching, and finally interviews with students who have experienced Dr. Day's teaching. Dr. Day uses the metaphor of "bird watching" to characterize how she teaches for nuance and understanding of the patient's particular situation. She is a mid-career clinician who has been teaching for about seven years, and she continues to try to make time to volunteer for clinical shifts in the ICU to keep up her clinical skills. She sees parallels in the practice of nursing where the goal is to understand the patient as a person but also the physiological characteristics and evolution of common diseases that particular patients experience.

Professor Lisa Day, Her Students, and Their School

Students identify Professor Day as an outstanding teacher:

And I don't know what other people think but I think that most of our other professors aren't in the same universe as her. As far as teaching skill, the capacity to teach, how well versed she is with her subject matter, someone who comes from the teaching profession before this, I'm very impressed by her capacity to summarize and get her point across. Student of Lisa Day

Other students appraise Dr. Day's teaching and the centrality of her role in the program similarly. One student stated, "Her lectures are amazing. She hardly ever has a dud." Dr. Day teaches at the University of California, San Francisco where her students have entered school with a Baccalaureate in another field. They embark on a twelve month course of study before they take the examinations for licensing. They may then start a Master's degree in nursing or take a leave from school to practice.

Dr. Lisa Day connects with the students and their backgrounds. She is eager to share with them her past expertise and to show how it bears on their current clinical experience. She also intentionally draws bridges from clinical learning to

the classroom lectures as illustrated in the following interview excerpt from an interview with her:

I bring in a patient into the discussion so that I try to make everything that we do in class related to this particular patient. And in making it related to that particular patient, it opens the discussion for other particular patients that they've seen and taken care of. If that doesn't happen naturally...like oftentimes students will...I'll mention something about our case study patient and this is how she responded to that intervention and a student will say : "Well, the patient I had who had this didn't respond in that way." And then we can open a discussion of, well, how did that patient differ from this one and what sort of differences you might see. So it adds a richness or variety to the discussion.

Developing a Pedagogy of Formation

Dr. Day sees character development in her students as the growing edge of her teaching. She understands the need to integrate the ethical and clinical demands of a clinical situation in order to solicit from students the appropriate responses to that situation:

Int.: And how does this class assist the students in their professional role and character development?

Lisa Day: Character development, wow. That's another thing that I'm shifting my focus toward. I think that for me, learning a practice is all about values and I've said this from when I first started teaching. We can teach content but what I prefer to teach, is to teach appropriate approach to a person, to a patient. And the way I differentiate that is that we can talk about the specific technical skills that we need and what we need to look for and watch out for but I'm trying to show the students is what's at stake and then ask them : What do you think we should be paying attention to? And I think that gets at the character development. These are the questions that you should be asking and these are the concerns that you should have, and this is the response those concerns should generate. I am trying to develop a habit of thinking in them that's patient focused and focused on what's at stake. I'm still trying to figure this out myself : How do I speak to character development? I'm trying to achieve another stage in my own development. How can I better promote character development and the type of nurse that I would want to be, and for my students to be.

Dr. Day makes it clear that she understands that clinical judgments and human responses to patients are developed through habits of thought and practice, rather than through the mastery of information or technical skills alone. Appropriate responses are learned in clinical situations with, and classroom discussions of, particular patients. This is why she chooses "particular patients" rather than abstracted or composite cases as the structural spine of her lectures. Each patient has a story that

is about both the patient's clinical course and the patient's and family's personal experience of the clinical story in the context of their lifeworld. Dr. Day's very style of describing clinical situations and encounters illustrates for her students the values and character attributes she wants them to adopt as nurses. For example, when asked how she would describe her course, she responds:

Lisa Day: How do I describe the course to students? Well, I tell them that it's a really heavy and difficult course and not because of the academic, not because of the setting and the procedures that they're going to do but because of what they're confronted with in the clinical setting and because of what's at stake in terms of taking care of patients and doing the right thing for patients. And I think that's where they find the most challenges, not in the academics, although they are focusing on this group of patients.... I think the way I describe the class is that you're going to evolve from being a sort of tentative practitioner of some skills that are very unfamiliar into someone who looks at what the patient is confronted with and makes a plan and can carry that through for the shifts that we're with the patient. They find it hard to believe that they're going to accomplish that but they have, for the past years that I've taught this course. I really think that the students have accomplished that.

So I don't focus a lot on practicing skills or getting a lot of experience with a lot of different patients.

Dr. Day's goal to have her students respond appropriately to a patient's specific needs and concerns is illustrated in the following story in which the student learns to focus on the patient instead of "the procedure" of the day. In the following account, Dr. Day's concern is not the student's concern about learning the technical skill of nasogastric (NG) tube placement but, rather it is about the formation of the student's appropriate responses to the patient. Dr. Day initially told this student's story in an interview with us, which spurred her thinking about teaching for character development. She then worked with the student to use it as an example in her ethics column "Current Controversies" for the *American Journal of Critical Care*. The excerpted story was written in collaboration with the student and includes commentary from Lisa Day. It illustrates the shift in formation or character development that Lisa seeks for all her students. Lisa writes in her column:

The move from focus on the technical skills to responding to the patient's needs was demonstrated for me recently by a beginning nursing student, Minnie Wood, who was in a clinical rotation associated with her advanced acute care class. She was responsible for the care of patients on a general surgical unit and tells the following story about placing a NG tube.

Student Minnie Wood's Story in her own words:

I was assigned to Mrs. R. She was diagnosed with a small bowel obstruction secondary to pancreatic cancer. During report they said that Mrs. R had been overwhelmed by nausea throughout the previous night and that she needed to have an NG tube placed but that she was refusing it. My first thought was, "Thank God she's refusing it," because I knew that it would be my responsibility to insert it.

Since I started nursing school, I've been completely terrified of NG tubes and the whole idea of inserting them. I remember looking through our nursing skills book my first quarter and thinking that having such a big tube put through your nose down to your stomach seemed like one of the most terrible things I could possibly imagine, never mind actually doing it to another human being.

I sat in report that morning hoping that I was off the hook because Mrs. R didn't want an NG tube anyway. As soon as report was over, I checked in with the staff nurse I was working with that day. I said, "So it sounds like Mrs. R is pretty nauseous and miserable but she's refusing the NG tube." "That's right," my nurse said, "So you better get in there and convince her that she really needs it." I knew she was right but I was completely dreading the whole experience.

I was already pretty familiar with Mrs. R's history and condition because I did lots of research the night before. When I walked in the room, Mrs. R could barely open her eyes. She was completely overcome with nausea and was hesitant to even move. Her abdomen was really distended. Suddenly, here was this woman that I was taking care of who really needed some relief from this tremendous discomfort. I sat down and talked to Mrs. R about the NG tube and why she didn't want it. She was scared, of course, and wondered if it was necessary. I explained how the procedure would work, that I would do it myself with the supervision of the staff nurse and that once we began to suction out all the fluid that was building up in her stomach that she would start to feel some relief from the nausea. She agreed to go ahead with the procedure.

Putting the NG tube in wasn't even that remarkable. It happened just like in the nursing skills books. We connected the NG tube to suction and in the first hour drained 700 ml. from Mrs. R's stomach. About 1450 ml. total after 8 hours.

That whole day was a real turning point for me. Before that, I was completely focused on myself - my own fears, anxieties, incompetence, and disgust. But when I met Mrs. R and really understood her suffering, the NG tube was transformed from this thing I was terrified of to this thing that could alleviate Mrs. R's misery. A couple of hours later, after a lot of suction, Mrs. R wasn't feeling nauseated anymore. When I went into her room to check on her she said, "Thank you so much for convincing me to get this tube put in. I feel so much better."

[Lisa Day continues her commentary in her column.] This student's story illustrates the transition from a focus on technical skills - what Minnie Wood describes as focusing on herself - to responding to what the patient needs. When she met the patient, who was suffering the pain of a distended abdomen, continuous nausea and frequent episodes of vomiting, the student realized the patient needed the NG tube. She then participated with the nurse in convincing the patient of the tube's necessity and went on to place the NG tube, a procedure

that, despite her fears, was not "...even that remarkable."

I do not mean this example to suggest that mastery of technical skill is not important, only that it is not sufficient. The reason completing the procedure itself was not remarkable to Minnie Wood was because she had practiced and achieved facility with the technical skills involved in placing NG tubes. The story points to the power of knowing and taking seriously what is at stake in any patient care situation. Had the student taken up the opportunity to place the NG tube as simply a chance to practice and perfect her own skills, given her aversion to the idea of placing the tube, she might have continued to avoid the procedure by deferring to a thin notion of patient autonomy. Instead, the student's confrontation with the patient's suffering, and realization of the patient's need for the tube went beyond her technical knowledge of the tube's purpose, beyond her technical knowledge of the procedure, and beyond familiarity with the patient's condition gained from the medical record. The student's response to what she experienced first hand and rightly perceived as the patient's need helped to avert the clinical emergency of a perforated bowel or trauma associated with vomiting. The response also averted the ethical dilemma that arises when a patient refuses a simple, ultimately comforting and potentially life-prolonging intervention. (Day, L., *AJCC* 2005;14(5):434-7)

Integrating the Three Apprenticeships and Teaching for a Sense of Salience

Integration of the three apprenticeships was evident in the best teaching we observed clinically and in the classroom. For Dr. Day, teaching critical care and medical surgical nursing in the hospital setting cannot be broken down into technical mastery plus clinical judgment and ethical comportment; rather the three are intertwined. Technical mastery and knowledge are necessary, but not sufficient for becoming a good nurse. The nurse's therapeutic responses must be generated by the patient's concerns and by what kinds of responses are called for by the patient's clinical situation, as well as by the demands of the patient's clinical condition and its treatment. Separating means and ends can be dangerous when timing, clinical judgment, and clinical know-how are not oriented. In Dr. Day's class the student nurse is not taught to develop a detached, objective gaze, which must be "unlearned" in order to create a good and appropriate ethical response. Students are coached on relational and communication skills: it is about the patient, not the nurse, and skills of engagement with the patient's concerns and clinical care needs are essential. It is learning to take the patient's needs and concerns into account that helps the student to learn the most appropriate knowledge and skills to bear in particular situations. Engagement as an integrated part of a practice community promotes experiential learning by giving the student a sense of identification with good practice. In these situations,

student practitioners necessarily feel remorse and regret when they perceive that they fall short of good practice. This leads to a focus on improvement in the next clinical situation.

For Lisa, clinical learning is fluid, flowing from the hospital clinical situations to the classroom, and she has a detailed knowledge of the patients that at least 16 of the students have cared for. She makes use of critical comparisons between particular patients and makes the clinical experience come alive in the classroom. Lisa Day views her classroom as a source of learning and knowledge, and not just a place where theory and science are "applied." The classroom learning serves the clinical learning, and the students' clinical experiences are brought into her lectures. Her style of clinical instruction is dialogical. She extends the students' reach through her questioning: "I think critical thinking skills need to be there, being able to evaluate your patient and how they present physically and anticipating the next step in their care. I think that's very important."

Students credit Dr. Day with stretching their thinking:

Int.: What is it about what she [Dr. Day] does that helps you with your critical thinking?

First student: She presents us - the nice thing is, she presents us with a case study, she kind of mimics what you would see in an acute care setting and then she'll question you. You know, what do you see here, what's concerning, what steps would you do, how would you address, you know, those things that are critical to you at the moment?

Second student: And we have to draw upon what we learned in the first quarter in order to answer those questions, in addition to what we're learning now, so...and our own clinical experiences as well, so...

Third student Lisa is also my clinical instructor and I find it very useful that she comes to the floor and asks those questions. I find it that it engages me in a way that, okay, I'm going to think about...because she kind of leads...not tells you but gives you like enough of a guide and say, okay, are you thinking about this? And then she gives you a little bit and then that will get your mind going. At least it gets my mind going in that sense and I find that very helpful.

Dr. Day uses coaching in her clinical instruction as do most of the nursing faculty we studied. In clinical nursing, coaching is a means of literally training the student to see the most salient aspects of a clinical situation that for the novice may be quite undefined and inchoate. Dr. Day's expert clinical coaching enlarges the students' clinical vision and experiential learning.

Dr. Day manages to do this in a supportive way that is appreciated by the students. She empowers students rather than making them dependent effect rather creating dependency. In the end she is teaching them to both see and think like a nurse.

In this regard, we are confident in calling coaching a signature pedagogy for nurse educators.

In our study we are encouraged to find that student nurses place the needs and concerns of the patient as their first and central ethical concerns. They talked about these concerns in different ways, including the following:

Meeting the patient as a person: Students described learning to meet the patient as a person rather than a disease, or someone with specific problems. We wonder if part of this discovery comes when the student gains confidence and improved communication skills so that they meet the patient not just as a patient, but as a person. Nurse educators noted that they encourage this humanizing move on the part of students.

Preserving the dignity and personhood of patients: Students described their efforts to preserve their patients' identity and dignity, often under circumstances that deny both.

Responding to sub-standard practice: One of the major problems that students have is confronting poor nursing or medical practice in their clinical learning situations. Some students had the courage to confront sub-standard nursing practice for the sake of the patient, but this is extremely difficult for the students. Teachers need to be able to help students continue to do good practice, but also sometimes, must act in the clinical setting to improve practice.

Patient advocacy: We have many examples where students advocated for patients. In one dramatic example, a student nurse returned to her clinical placement to find that her patient had been placed on a ventilator, when the patient had clearly written and requested that she not be placed back on

the ventilator. The student called for an ethics consult with the family and health care team, and the patient was granted her wish to be removed from the respirator. This is a strong ethic of good nursing practice that is alive and well in the student nurses we studied.

Learning how to be present with patient and family suffering: Many students described learning experiences where they learned how to be *with* patients, how to attend, how to stay with the patient and family during difficult times. This does not just come naturally, much coping, and growth in understanding on the part of the student must be learned before "being present" and available to patients and families during times of loss and suffering.

Students and faculty are seriously engaged in learning and teaching "good" nursing practice. As researchers and nurses we were inspired by the dedication of student nurses and nursing educators to do good nursing practice. We found little cynicism or disengagement. Instead we found highly committed and motivated nursing students.

Worlds, practices and traditions need to continue to evolve and improve, or else they become fragments and vestiges of earlier practices. They can deteriorate and fall into past traditions, no longer actively being practiced and improved upon. We are grateful for what these excellent nursing professors teach us about the discipline as well as the specific demands of teaching nursing (Shulman, 2004), and for the insights they provide into effective teaching for any professional.

References:

- Day, L. (2005) Nursing practice and civic professionalism. *Am J Crit Care* 14(5) : 434-7.
- Shulman, L.S. (2004) *The wisdom of practice: Essays on teaching, learning, and learning to teach*. San Francisco: Jossey-Bass.

日本看護研究学会員としての責務

— エビデンスを創る，伝える，使うこと —

青森県立保健大学 大串靖子

はじめに

わが国では看護学の学会が多く設立されるようになり、各学会のアイデンティティが明確でない中で、法人化の問題を契機として、日本看護研究学会の独自性についても論議されるようになってきた。筆者は、この学会が四大学看護学研究会と称していた頃に入会していながら、この学会の名称の由来については寡聞にしてよくわからないまま今日に至っており、不明を恥じるばかりである。自分なりに考えた結果、この学会は、看護研究を通して看護学を追求し、その発展に寄与する学会であるという風に、この頃では落ち着いている。これでは他の看護学系の学会との違いが明確とはいえないが、どなたか、看護学系学会における成立・発展過程の特質と将来展望について研究して下さることを期待するばかりである。

学会員としての役割

ともあれ、本学会の目的は、会則第3条に「本会は、広く看護学の研究者を組織し、看護学の教育、研究及び進歩発展に寄与すること」と規定してある。また、学会員とは、会則第6条において「看護学を研究する者」とされている。これらのことから、筆者は、学会員であることの意味を、①看護学の発展に寄与する学術的研究を行い、研究成果を公に発表する立場が与えられること、②学会員としての看護学研究を通して社会に貢献する立場が与えられること、の2点に集約されると考えた。学会活動は社会的公的な活動であり、学会員になることは社会的公的な研究者としての立場を得ることであろう。

本学会員としての最も重要な役割は看護研究を行い、その成果を学会誌や学術集会を通じて公に発表し、学問・学術としての価値について評価を受けることである。すなわち、研究によって、今日あらためて重視されている看護のエビデンスを創り出し、伝え、使うことである。学術的に価値の高い看護研究成果を創出し、その成果を集めて体系化するとともに、その成果を教育によって伝え、広め、また、その成果を看護実践の質的向上のために活用するということである。このことを社会的公的な学会員としての使命感をもって進めること、これが学会員としての責務であると考えられる。

日本看護研究学会員としての足跡

学会員としての責務を果たしてきたか、と自分に問いたですために、これまでの、本学会における学会員としての足跡を振り返ってみる。このたび、このような機会が与えられ、こうして学会誌のスペースを与えていただけたことにあらためて感謝する次第である。

本学会における過去の足跡をまとめてみると、以下のようになる。

- ・学術集会演題発表 29題（共同研究を含む）
- ・学術集会シンポジウム講演 4題（共同研究を含む）
- ・学会誌への論文発表 6編（共同研究を含む 他に1編不採択）
- ・学術集会長としての学術集会開催 1回（第24回 於：弘前市）
- ・学会理事、評議員、査読委員などとして学会運営に参画
学会賞に選考されたことは、規定では、①本学会誌に優れた論文を発表し、その領域の発展に貢献したこと、および、②本学会の学術活動に貢献した者（今回の選考の後、規定改正によりこのいずれかの条件となった）とされており、学会への貢献の内容と受賞の該当論文を総ての会員に示す義務があると考え、あえて過去のつたない足跡を記し、主な、自著論文・講演内容の略式なクリティークを行ってみた。

1. 褥瘡発現に関連する因子と体圧の関係に関する研究

研究デザインは因果仮説検証型準実験的研究。このテーマの研究は本学会に7-8題発表した。被験者は、一方は健康な青年男女であり、他方は施設入所の高齢者であった。対象数はいずれも100名前後。測定器具は簡易体圧計であり、データは体圧測定値であるが、データの精度は高くなかった。他にデータとして、皮膚の変化、苦痛の訴えなどを観察や聴取で収集した。実験条件は体位・肢位、寝具、体格の違いで変化を加えた。

成果としては、褥瘡好発部位における高い体圧値の検証、特に体格と体圧値との関連、体位や肢位による体圧の変化、時間経過による体圧と訴え・知覚鈍麻の観察、寝具条件による体圧の変化や比較などについての知見が得られた。

この一連の研究の難点は、データ収集方法である体圧計

の精度が低いことであった。本来、この体圧計は臨床における簡易体圧測定のために製作・販売されているものであるため、実験研究のために精密なデータを得ることは無理なものである。それからもうひとつの研究手法上の難点は、被験者、対象者の無作為化による比較が行われていない点である。

体格による違いで比較したり、寝具や体位の条件を変えて比較したりはしているが、その無作為割り付けの方法が不十分であった。

2. 注射針刺入深度に関する研究

これは研究デザインとしては実証的關係探索型研究といえよう。健康診断受診者である成人男女1193名を対象として、上腕部の皮下脂肪厚をSkinfold Caliperで測定。あわせて身長、体重を測定。データとしては、それらの測定値、すなわち、上腕部皮下脂肪厚の値と身長・体重測定値である。その後、体格指数を算出し、皮下脂肪厚との相関関係を調べ、最も相関関係の認められた比体重との関連で、皮下脂肪厚の簡便な推測方法を回帰方程式で提示した。また、皮下脂肪厚の男女の違い、体格による違いなどから、皮下注射部位における注射針の刺入の深さを算出した結果、従来、注射部位とされてきた部位でも実際は不適切な部位があること、注意を要する体格の範囲（男女別）などを提案した。

この研究ではもう1点、臀部の筋肉内注射部位における皮下脂肪厚の測定を、解剖実習死体29例を用いて行った。

本研究はデータ収集方法としては単純なものであるが、データ分析の方法に統計学的分析を加え、一般化、応用化へ向けた、実証的な提案をおこなったものと自己評価している。

この研究は、本学会ではシンポジウムにおいて成果の一部を講演しただけであったが、雑誌「看護研究」に投稿・掲載された。この論文はその後、他の注射技術の研究に引用文献として用いられたり、技術学習書に採用されたりして、小さいものではあるが一つのエビデンスとなったと考えている。25年程を経て、雑誌、「看護研究」のアーカイブ版に再度採択されていることもそれを示すものである。

更に、この研究は20年以上を経て他の研究者により、単純な測定方法（手で皮下脂肪の厚さをつまみあげCaliperではさんで目で目盛を読み取る）から生じるデータの誤差や20年という経過による成人体格の変化などから注射針刺入深度の見直しの必要が指摘され、あらためて超音波診断装置による皮下組織の厚さの測定や皮下脂肪計による皮下脂肪測定などで一層精密な測定が行われ、追試的に実証研究が行われた。このようなことは、研究による看護学の体系化にとって非常にありがたいことと考えている。なにより、エビデンス自体がより精密なものとなり、臨床応用へ

向けて一歩進化したと考えられる。

3. PGCモラルスケールによる高齢者の主観的幸福感に関する研究

アメリカ、フィラデルフィア老人研究センター、M.P. Lawton (1975) による開発の、高齢者モラルスケールの日本語版を用いて、日本の高齢者の主観的幸福感を測定した研究である。対象には、施設入所者や地域の在宅高齢者、病弱な高齢者やスポーツや趣味のサークル活動などに参加している高齢者などをお願いしてさまざまなシチュエーションで研究を行った。主観的幸福感に関連する因子の關係探索研究であったり、歩数計をつけて数日間の運動量を調べ、運動量と主観的幸福感の關係を探ったり、ADLやFADLなどとの關係を探る研究であった。成果としては、主観的幸福感に有意に関連する因子の検証、健康状態や運動の状態などとの関連などが把握された。

PGCモラルスケール日本語版そのものは妥当性や信頼性が検証されており、ツールとしての問題はないが、この研究における難点は、実際に地域や施設に居住する高齢者が対象であることから、関連因子の評価方法（たとえば、居住状態や家族構成などの聴き取り）やモラルスケールによる測定の過程ならびに条件設定など（たとえば、測定の環境、また、インフォームド・コンセントの方法など）が厳密に統制できていない点である。対象の無作為化比較も不十分であった。

4. 高齢者の食事への援助に関する帰納的研究

老人福祉施設2カ所の入所高齢者を対象として、参加観察法を主なデータ収集方法とした調査研究であり、データ分析は質的帰納的研究であったといえる。このように記すのは、この調査研究を行ったときには、方法論としてこのようには明確に意識していなかったからである。2施設、各80名ほどの高齢者の食事援助に関する状況を全体的に把握するためにはどのような方法を用いればよいのか、その知識が乏しいままに着手したものである。ともかく、高齢者の中に入り、観察を行った。何という着眼点を定めることなく、目に映ったり、また、お話できたり、触れることができたりしたこと一切を記述した。食事の場面では、その場面の観察・記述に加えて、3日間の食事摂取量を職員の協力を得て、全員分記録した。その後、栄養士からその3日間の献立内容を提供してもらい、自分で手計算でひとりひとりのカロリーと栄養素別の摂取量を算出した。身体状態については、看護師の協力を得て、記録物からデータを収集した。認知症の診断の有無や認知機能検査のデータなども調べた。それに自分の観察結果であるうつ状態などのデータを加えた。

データ分析は、心身の状態（介護の程度も含む）と栄養摂取量との関連を分析した。無作為化比較試験ではないた

め、量的に分析することはできなかったが、ひとつひとつの心身の状態別に栄養摂取量を比較してみた。

成果として、心身の状態別の栄養摂取量のちがいが認められた。結論として強調したことは、高齢者の食事摂取には、身体機能の低下の問題より、心理的な状態やうつ傾向などの問題が大きな影響を与えるという点であった。麻痺などのため手足の機能が不自由なお年寄りは、食欲があれば食べる姿勢や動作は不恰好でも自分で何とかして食事を摂取する姿が印象的であった。反面、寝たきりで、精神的に落ち込んでいる高齢者は、いくら熟練した技術の食事介助を行っても、食事を摂ってくださらないのである。口に入れられた食べ物を絶対飲み込まないのである。いくら調理に工夫がされていても、栄養のバランスがとれていても、食べる人がそれを口に入れて、咀嚼し、嚥下し、消化し、吸収されなければ食事の意味はゼロになる。そういう成果を得た研究であった。今日、施設入所者の食事困難な人には胃ろうが造設され経管栄養法により食事のニード充足が図られる実態があるが、筆者は調査時の観察から、施設入所者に対する生活の援助のあり方に関して、いろいろな意味での、看護の力不足を感じている。

研究方法として、また、そのデータとしての価値などを評価するには、あまりに、未組織な方法であり、一般化するには限界の多いデータであった。しかし、これが単著の原著であったことから、このたびの受賞の選考対象となったのはこの論文であったとされ、まことに不本意なことであった。

自己評価から得た研究の課題

つたない足跡を披露し、学会員の皆様のためには何のお役にも立たないと思われるが、自己評価の結果をまとめてみたい。

1) 研究の発表時期について

筆者の研究は、初期が1980年～1990年頃であった。今から25年以上前のことである。看護系大学がまだ少なかった時代のことであり、筆者自身も看護専門学校が教育背景である。その頃は研究能力も研究基盤も乏しい中で、看護学の体系化のため研究すること自体が目指されていた。研究方法論において難点が多かった。他分野の研究者から看護研究には方法論が無いとの指摘を耳にしたこともある。

2) 研究テーマについて

研究者としての専門性が未確立であるため、研究テーマに一貫性がなかった。偶然の出会いでテーマが決まるといったことが多かった。仮に偶然の出会いだったとしても、そのテーマを発展させる研究の着眼や才覚が乏しかったといえる。これには、物事を深く考える思考力、物事を発展させて考える想像力、論理的に考える力などが関連し

ていたと思われ、その基盤はやはり、一般教養教育の深さ、主体的学習力といった専門外の教育だと考えている。

3) 研究の概念枠組みについて

概念枠組みや研究の仮説が立たないまま、目先の疑問から研究を推進していた。研究のデザインを描くこと、用語の操作的定義をすることなども十分に知っていたとはいえない。

4) 研究対象の決め方について

無作為化など対象選定、抽出の妥当性を欠いていたと思われる。その妥当性の検討が不十分であり、比較が不十分であった。また、多少は無作為化を意識していたとしても、無作為抽出の方法や無作為割り付けの方法について無知であったといえる。

5) 研究の方法やツールについて

方法の妥当性検討や精度管理が不十分であった。経費の点で、研究方法に使える研究費用が乏しかったとはいえ、研究目的に合った妥当な研究方法や機器、ツールの必要性に対する認識自体が不足であった。

6) データ分析や判定方法について

統計学的分析は記述統計どまりであり、質的研究は見よう見まねの域を出ない、方法論が未習熟な段階であった。統計学的検定をするのにも統計ソフトが普及する前は、計算式と首っ引きで手入力する計算機で行っていた。それでも計算機は夢のようなものであった。

7) 研究倫理について

倫理的配慮は不文律のようなものであった。その必要性は理解していても、実施する方法がわからないまま、あいまいに研究対象者の協力を求めていた。また、査読などでも倫理的配慮を厳しくチェックするようになったのは近年のことである。

8) その他

文献検討についてもその検索方法の無知、批判的吟味の力がないなど問題であった。学会参加については、その意味を理解できるようになったのはだいぶ経ってからのことであった。論文の種類についても見よう見真似の理解であって、投稿するようになり、査読結果が返され、悔しい思いをすることによって論文というものはじめて理解するという有様であった。

以上、振り返ると恥ずかしい限りの思いが募るだけであるが、時代の背景もあるとはいえ、研究についての自己教育不足を痛感する。この思いを、後進の研究者には味わわないで済むようにしてほしいと願うばかりである。その意味でもう一言、今後の研究者に望むことを記したい。

今後の研究に望むこと

1) 研究テーマの選定について

研究テーマは、研究者の動機、関心だけでなく、看護学体系全体の視点で何が必要なテーマであるかという思索から決めてほしい。

個々の研究者は自分の専門分野を確定し、その専門的見地から一貫したテーマをもち、研究を発展進化させることが必要である。

また、ある研究の、追試的研究も重要である。一つの研究成果が実践に応用できることは少ない。基礎研究があれば、その上に応用研究を積み重ねてほしい。追試研究ができるということは、初めの研究がその方法論において再現性があるしっかりした研究である必要がある。研究テーマはオリジナリティが命とされるが、追試研究の中でもオリジナリティは出すことができる。先行研究にない視点、対象選定の方法、データ収集の方法、考察のしかたなどに先行研究になかったオリジナリティが出せる、そういう創造性の考え方もできると思う。

2) 研究方法論について

研究方法の精密さ、精度を厳密に管理して研究を進めることである。また、方法の妥当性、信頼性の検討にこだわってほしい。学会参加を通じて、研究者同士が、お互いに他の研究方法に対して厳しい批判の力をもってほしい。

看護研究は、看護実践における状況の複雑さがあるから難しいという理由で、研究方法について言い訳的な論理を見聞きすることがあるが、それを言っている間は他の研究分野の研究者から相手にされないと思う。今の筆者にして、よい方法論を提案することはできないが、今後の研究者には期待したい。

3) 文献検討について

学術的に方法論の確実な、そして、概念構成のしっかり

できた研究論文が必要である。近年になり、そのような信頼できる文献が多く見られるようになったが、その背景要因にはやはり看護系大学院の増加があると考えられる。大学院の修士課程・博士前期課程の指導を通して感じることは、修士論文を書いて、やっと研究方法論の大切さや意味がわかるということである。したがって、大学院の増加といっても、優れた研究論文が多数読める時代になるには大学院博士後期課程の増加が待たれるのである。

4) 研究倫理について

今日では看護系学会において、研究対象者・協力者に対する倫理的配慮を厳しく査定する傾向があり、これは当然のことであるが、研究者個々においても確固とした倫理的価値観を持つことが必要である。また、そのような倫理的価値観を育てる意味でも、第三者による倫理審査ということが重要である。

結びにかえて

学会員の責務といえば、おおげさなテーマであるが、自戒をこめていうならば、看護研究を行うには、しっかりした学会員としての役割意識を持つ必要がある。

なぜ、学会員としての社会的公的な立場で研究を行うのか、という基本に返ることが必要である。

そして、なぜ優れた研究を行う必要があるのか、なぜ優れた論文を出す必要があるのかと問われれば、それは、看護学の発展のために、そして看護実践の向上のために、エビデンスとなり得る研究成果を創出すること、エビデンスのある教育をして確かな看護の知を次代へ伝えること、エビデンスに基づく看護実践を提供すること、その究極の目的は、看護の営みを通じて、人々に、人それぞれの幸福をもたらすことである、と応えることができるだろう。

精神障害者の地域生活支援に必要なもの

大分県精神保健福祉センター 大隈 紘子

はじめに

本学術集会で特別講演の機会を与えていただいた本学術集會会長松岡 緑先生に感謝する。

さて、今日の午前中におこなわれた松岡学術集會会長講演の演題は、「社会資源としての看護－激動の時代、看護に求められるもの－」でした。激動の時代とはどんな時代なのであろうか？本学術集會の皆さんは、眼前の日々の仕事に忙殺される日常ではないかと推察する。激動の時代の変化を理解するには、眼前の仕事から少し離れて、俯瞰（パードアイ）的に、少し高所から全体を見わたす方法が必要だと思う。ここでは、わが国の精神保健福祉の構造改革について述べる。

わが国の医療・保健・福祉の改革の動向

さて、わが国の医療・保健・福祉の改革の動向はどんなになっていくのであろうか？様々な産業で産業構造の変革を迫られる時がいつかは到来する。以前、私は正確な時期は覚えていないが、わが国の新聞や雑誌の見出しに「銀行が倒産する日」、「生き残れる都市銀行の条件」などが出ていたことがあった。このような見出しが出ていた頃は、新聞や雑誌に書いてあるようなことが本当に起こるのだろうか、と、全くの門外漢の私は思っていた。ところが、この10数年間のわが国の銀行業界の動きは、「銀行の倒産」、「銀行の合併・吸収」が現実のものになった。このことは皆さんの記憶にも新しいことと思う。

ところで、今から10年以上前、正確には何時頃だったかは覚えていないが、厚生省（当時）から1996年に「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針」の改定が出ているので、その後位だったかも知れない。その当時の大蔵省から国立病院・療養所が「経営改善」を強く求められて「経営改善計画」の取り組みが開始された。各地のブロックごとに、各職域別の「経営改善研修会」が始まった。その九州ブロックの研修会で、某医学部の医療システム学の教授が、銀行業界のつぎに倒産するようになる産業界は、医療業界と建設業界であると講義した。また、講義のなかで今後進むであろう医療業界の改革の方向は、医療システム学的には、政府が政策誘導をおこない、わが国の全部の病院間での競争を余儀なくし、その結果7割の病院が生き残るまで競争を続けるとも話していた。その競争の結果、

3割の病院が病院として生き残れなくなるであろう。その生き残れなかった3割の病院と病院従事者は構造改革して、在宅医療の仕事に従事できるようにならなければやって行けないだろう。このような医療変革がまもなくわが国の医療業界で出現するのは確実であるとその当時から明言していた。

高齢者の社会的入院（認知症を中心とした）の解消は、2000年4月1日施行の介護保険で受け皿ができ、その結果、社会的入院の解消が可能になった。介護保険の種々の介護保険サービスの出現により、施設サービス、在宅支援サービスがおこなわれるようになった。

ところで、精神障害者の社会的入院は、2002年度の厚生労働省の患者調査で、「社会的条件が整えば退院可能な、社会的入院患者は全国で約72,000人」である。ちなみに、全国の精神科病院の入院患者は、約320,000人である。厚生労働省は、「精神障害者の退院促進10年戦略」を策定し、2003年度から2012年度の10年間で、精神障害者の社会的入院の解消をするための計画をたて、現在その施策が進行中である。

改革の気分－改革を担当する者一人ひとりには皆「損をした感じ」になる

さて、改革や構造改革の進行している時の人々の気持ちはどんなものであろうか？

この件に関して、司馬遼太郎が何かの本で、要約すると「改革とは一人一人の感覚としては、皆損をした感じになる」と書いてあった。司馬遼太郎は、例示として、現在の構造（体制）のままではやっていけなくなった明治維新前後をあげていた。徳川幕府の内外からの行き詰まり、その原因は黒船来航に代表される外国からの開国圧力、国内の佐幕派と倒幕派（徳川幕府の変わりに天皇を担ぎ出す勤王派）の抗争、薩長土肥の連合などの結果、明治という新しい時代になった。その明治維新という改革によって、明治になると、江戸時代の士農工商の全ての身分において個人的には損なことが生じた。つまり、（武）士の全ては失業し、士以外の身分の者（農・工・商）は皆兵制で徴兵義務という新しい負担を負わされた。繰り返すが、明治になって、どの身分の人々も「個人的には損をした感じ」を持ったのである。しかし、この明治維新という改革は、諸

外国の植民地にならないためにはどうしても必要な改革であったのである。

現在、わが国の医療業界の改革は、医療の各分野（病院や看護、医療保険等）、さらには介護保険等で進行中である。その医療業界の改革に直面させられた者は、個人的な感覚では「改革とは改革に関係する全ての人々にとって割に合わない、損なものである」ということを承知して、前向きに建設的に対処して、この改革の時期を元気で乗り越えたいものである。

精神保健福祉の歴史と現況

精神保健の歴史は、精神病に対する長い偏見の歴史とともに歩いてきた。その理由としては、精神病に対する有効な治療法がなかったことがある。ハンセン氏病や結核なども、有効な治療法がない時代は、人々の感染への恐れが強く、病気に対する長い偏見の時代があった。精神科治療については、1952年に精神病に有効な抗精神病薬が発見され、「精神の夜明け」がやっと到来した。わが国では、1955年にクロールプロマジンが保険薬として初めて登場した。

加えて、精神病患者は疾患の特徴として「精神病症状に変動があり、症状が固定しない」ために、精神障害者としての福祉的な法整備が遅れた。しかし、1993年に障害者基本法が制定され、精神障害者も「障害者」として法的に初めて認められた。1995年に、厚生労働省が「障害者プラン（ノーマライゼーション7か年戦略）」を策定し、1996年度から2002年度まで目標数値を盛り込んだ「障害者プラン」を重点施策として実施した。その後、2002年に新しい「障害者基本計画」及び「障害者プラン」を策定することが決定した。2003年度から2012年度までの「障害者基本計画」が発表され、基本計画の前期5年間の「重点施策実施5か年計画」が策定された。2005年に全ての障害者を一元化した障害者自立支援法が成立し、2006年度から障害者福祉の構造改革がスタートし、障害者福祉政策が大きく変わろうとしている。精神障害者も他の2障害（身体障害者、知的障害者）と対等の福祉的法整備ができた。しかし、他の2障害の福祉政策と較べて、実質的な平等はまだまだ程遠い現状である。

ところで、障害福祉手帳は3種類あり、それらは身体障害（者）手帳、知的障害（者）手帳及び精神保健福祉手帳である。精神保健福祉手帳は2006年10月1日より、希望する者には写真を貼付するように、精神保健福祉法が改正された。精神保健福祉手帳はほしいけれども、写真を貼るのには心理的抵抗があったために、これまでは写真貼付がなかった。精神保健福祉手帳への写真貼付により、3障害の手帳が平等になり、他の2障害と同等の福祉施策を受けら

れるようになる日が一日も早く来ることを期待している。

精神障害者の地域生活に必用なこと—衣（医）・食（職）・住・友—

精神障害者の地域での生活を考える時には、衣（医）・食（職）・住・友が必要である。「衣」とともに平行して、「医」として精神障害者は継続して精神科医療をおこなう必要がある。精神科通院、精神科薬物療法、精神科デイケア等の保証が必要である。最近では精神科在宅医療への政策誘導があり、医療保険で訪問看護の回数の緩和や、複数人での訪問看護には複数訪問加算がつくようになっている。

在宅の精神障害者では毎日の「食事」が衣食住の中では一番の問題である。食事も、自炊や外食、出来合いの総菜の購入、あるいはホームヘルパーの利用などで、問題を解決することができる。「職」は、正規就労（障害者雇用を含む）ばかりでなく、福祉的就労による授産施設や小規模作業所、共同作業所などが必用である。「職」は、「友」とも重なる部分もあり、就労の場は第一に働く場の保証であるが、そこは友人を得る場所でもある。

「住」については、精神科病院に長期入院している患者では、家族から見ても患者から見ても家族のもとに帰るのは現実的に困難なことが多い。精神科病院を退院して住む場所は、家族のもと、あるいは、単身アパー生活、共同アパート（ケアホーム）、グループホーム、福祉ホーム等がある。退院した患者の住居アンケート調査から、入居者のグループホームの満足度は高いことが明らかになっている。今後、精神障害者の退院促進を実効あるものにするには、グループホームをさらに作ることが切望される。

「友」については、職場として出かけていける場所は、友人ができる「居場所」としての機能も持っている。「友」には、精神障害者の自助グループもある。ピア（仲間）の会として活動をしている当事者もいる。精神科の病気のことを隠さないでよい安心できる友達と、病気のこと、自分の主治医や看護師や病院のこと、生活のこと、困ったこと、スポーツなどの遊びのこと等、何でも安心して気軽に話し合えることはとても大切である。ピアカウンセリングをおこなっている自助グループもある。また、精神障害者のスポーツ会やアート展などの社会活動への参加も大切である。それらの活動を通していろいろの分野の友人ができるよい機会にもなる。

精神障害者のスポーツに関しては、全国障害者スポーツ大会で、精神障害者のスポーツ大会も数年前からおこなわれるようになってきている。2008年度に開催される第8回全国障害者スポーツ大会（大分大会）から、精神障害者のスポーツが正式競技になる。精神障害者のスポーツが広く知られることは、精神障害者の実像を知ってもらうよい機会

であり、精神障害者の偏見を少なくすることにも役立つ。

精神障害者への偏見を解消する戦略－正しい報道と実際に接触する機会の増加を－

精神障害に対する世の中の正しい理解が得られるためには、マスコミなどの協力を今後ますます得ることが大切である。精神障害の正しい知識や精神障害者の生活を正確に報道してほしい。精神障害者の事件の報道ばかりに偏らないで、地域で元気に暮らしている精神障害者も報道してほしい。そのためには、そのようなマスコミの取材に応じてくれる精神障害の当事者や、当事者サポートをしている家族や関係者が増えることが必要である。精神障害に関わる全ての人々の精神障害に関する偏見解消への努力ももちろん必要である。繰り返すが、精神障害に対する偏見の解消には、マスコミとの共同戦略による精神疾患に対する正しい知識の広報や普及を長期的に、戦略的におこなうこと

が必要である。また、一方で、精神障害者と実際に触れあう機会を作ることが必要である。そのためには、精神障害者の参加するフェスティバル（お祭り）や、障害者の作品を販売をする店、あるいは店員としての障害者に直接に会ってもらうこと、あるいは、精神障害者の様々な活動のボランティアをして頂く、精神障害者の施設での行事を地域に開放する、等の試みを現在以上に盛んにする必要がある。

文 献

- 影山隆之：大分県における精神障害者グループホームの実態－利用者から聴き取った“入居までの経緯・現在の満足度・将来の展望（口答発表）”，第49回大分県公衆衛生学会，2004.
- 影山隆之，小泉典明，大隈絃子，山村 礎：精神障害者グループホーム及びショートステイの有効性に関する研究（精神障害者等社会復帰促進調査研究等分担研究報告書），平成15年度版大分県精神保健福祉センター所報，27-47，2004.

テーマ「利用者と共に歩む看護」

金沢大学大学院医学系研究科 泉 キヨ子
大分大学医学部看護学科 小 幡 光 子

現在、「自己決定」とあわせて「当事者主権」ということが言われるようになってきている。上野¹⁾によれば「当事者主権」とは、「私の現在の状態を、こうあってほしい状態に対する不足ととらえて、そうではない新しい現実をつくりだそうとする構想力を持ったときに、はじめて自分のニーズとは何かがわかり、人は当事者になる。ニーズはあるのではなく、つくられるのであり、-中略-『当事者本位』という言い方では、あなたが本当に必要なものをわたしたちが提供してあげましょうというパターンリズムにからめとられてしまう危険があり、-中略-たとえだれかの助けを受けたからといって、『私が私の人生の主人公である。』ことを侵されないという、専門家主義への対抗として成立した」権利主張である。看護では「患者中心、患者本位」を掲げて久しいが、あらためて、この主張と比べて考えた時、看護の中にも、狭い専門家主義が存在していることに気づかされる。そこで、本シンポジウムでは、「利用者と共に歩む看護」をテーマに「共にある・歩むことの真の意味」を問うこととした。

まず、利用者の立場から峰尾氏は自らの患者体験を通して、医療現場での非常に多忙な状況、さらには、皮肉なことに専門性が高くなるにつれて知識においても、同じレベルではなくなり、患者にとってナースは身近な存在になりにくくなっていることを指摘され、このような中では、深い人間理解へのより一層の努力を期待すると発言された。また、患者自身のエンパワーメントとしての「患者学」の必要性を主張された。

小幡氏はソーシャルワーカーとして成年後見制度を中心に、権利擁護者としてのあり方について、特に、利用者の力をどう強め支えるかを、自らの後見人としての経験を踏まえて話され、さらに、地域ケアにおいて看護職との協働の必要性を強調された。

森尾氏はALS患者として、まさに「当事者主権」を貫き、多くの人に支えられながら、在宅で自立生活をおくっている様子や思いを生き生きと語った。また、県難病支援員・看護師・森尾氏の後見人でもある上原みな子氏と担当訪問看護師で本稿の代読もされた安藤恵子氏は、両氏ともケアを支えるメンバーというより、客体ではない「人間として」の深い信頼に基いた、森尾氏との厳しくも暖かい関係について話された。

村松氏は時代の先端を切り開き、利用者に寄り添い、何よりも「当事者性」を大切に、その時代に求められる看護を追求しつづけた23年間の豊富な事例をもとに、在宅看護の道のりを、具体的に語られた。そして、利用者と共に歩むということは、「互いに時間と空間を共有し、生身の人間として共感し理解し合う関係を築いていく」ことに尽きるとまとめられた。

以上を通して、それぞれのシンポジストの真摯でこころに響く発言は、利用者と共に歩むことへの必要性和意味について会場全体が考えさせられた充実した内容となった。

参考文献

- 1) 上野千鶴子：当事者主権，岩波新書，2004。

◆シンポジウム I◆

利用者と共に歩む看護

利用者の立場から望むこと

元西日本新聞論説委員・元九州保健福祉大学教授 峰 尾 一 路

【私の患者歴】

37歳の時、急性膵炎にかかり、それをきっかけに高脂血症、境界型糖尿、そして糖尿病へと移行した典型的な生活習慣病患者であります。1971年に1ヶ月、2003年に3週間、いずれも九州大学医学部付属病院に入院いたしました。あとは外来受診で、ずっと九大病院にお世話になっております。患者として、30数年の大学病院との付き合いのなかで、さまざまな経験や観察をさせていただきました。

個人的な印象論になりますが、この30数年間、社会は大きく変化しました。もともと人間が生きている以上、その心や行動は変化するのが常であります。それにしても現代社会の変化のスピードは、めまぐるしいものがあります。個人のレベルからみると、適応できない現象も多々あります。人間に幸せや良い結果をもたらす変化は、もちろん歓迎ですが、逆の場合は、さまざまな禍根を招きます。病院は本来、忙しい職場であります。しかし昔と比べて、看護師さんの忙しさは比較できないくらい超多忙な環境になっていることを実感しています。たとえ高い能力をもっておられても人間である以上、限界があります。医療が高度に進展する医療現場で、極度の緊張感を強いられ、僅かな過誤すら許されない完全性を要求される看護師さんには、本当に頭が下がります。

【医療をめぐる社会環境の変化】は、次のような内容に分けられます。

- (1) 医療技術の目覚ましい進歩・発展。
- (2) 医療・健康に関する情報の過多。
- (3) 高齢社会に対応する制度の見直し。
- (4) 国民の意識変化（情報公開、権利意識の拡大）。
patientsからclientへ。
- (5) スタッフの専門化とコミュニケーション阻害。

あまり適切な表現ではありませんが、昔は多少「間の抜けた」側面もありました。それがかえって人間らしさや温かみを、かもし出していました。患者と医療スタッフの信頼感や、心の通い合いが存在し、お互いが前向きに善意で問題を解決しようという雰囲気がありました。とくに看護師さんが、facilitator（引き出し役）を果たしていました。それに引き換え昨今は、システムが余りにも高度に精

緻に組み上げられ、スタッフも忙しすぎて、心のゆとりが失われたかにもえます。それが、かえって非人間的な対応や過誤を生み出しているのではないのでしょうか。「病気は見えるが人間が見えない」。人間が技術を制御するのではなく、逆に高度技術から人間がコントロールされているようにも思えます。とくにコミュニケーションの不足・欠如は致命的な結果を招きます。いまさら国語の勉強を、なんて申せませんが、医療を行う側としての説明責任をはたすためにも、言語表現への細心の注意と訓練は不可欠ではないのでしょうか。患者を「さま」づけて呼ぶような形式だけではなく、中身のある交流を私たち患者は願っています。

【患者と共に歩むことの難しさ】について、触れてみましょう。

- (1) 専門家と素人は同じレベルに立てるのか。
- (2) 医師のpaternalism脱却は可能か。
- (3) 医療は「サービス業」か。（患者を「さま」と呼んでも…）
- (4) 病院イメージ・チェンジへの提案（食事、生活空間の演出）

はっきり申し上げて、専門家と素人が、同じ目線で立つことは、大変難しいのです。専門知識や情報量に歴然とした格差があります。当然、強者の論理が、まかり通ります。とくに医療の頂点にある医師は優越意識に支配されがちです。家父長的態度（パターンリズム）が、折につけ顔をのぞかせます。もちろん医師の意識変革が根強く続けられていることは認めます。しかし古いシステムは厳然として残っています。良心的な看護師さん、医療スタッフは、きっと悩み続けながら、日常の実践に取り組んでおられることでしょう。専門家と素人のかかわりについて提案があります。「大事なことは素人が選択し、それを具体化する難しい過程は専門家が担う」というプリンシプル（原則）です。役割分担とは、ややニュアンスが異なりますが、医師や治療法（終末医療ではリビングウィル）を、クライアント（患者）が選択し、これを受けて専門家が体制を整える。つまりオーダーメイドの医療が求められているのではないのでしょうか。

大学病院のような組織は、研究・教育を行うのが主な目

的で、医療サービスとか患者の健康支援、生活指導といった側面は、かなり手薄ではなかったのではないかと、思います。

ひらたく言って「本音を訴えやすく」「細かい生活指導が行き届き」「いざという時に頼りになる」看護師さんを期待します。

入院生活で、気になったことの一つは食事です。はっきり申し上げて、病院食は美味しくありません。栄養価とかカロリーなど、食事療法的には理想のメニューでしょうが、楽しみとしての食事としては、いかがなものでしょう。「治療生活してるくせに、贅沢を言うな」と言われそうですが、治療しているからこそ、せめて食事くらい美味しくいただきたいのです。もちろんコストや採算面、さまざまな壁があることは理解しています。余談ですが、東京の某大学で、学食（安価だがまずい。雰囲気も悪い）に一流レストランのシェフを招き、美味しいメニューを提供したところ、入学者が増えた？という話があります。病院食にも改革の余地はあると思います。QOLの向上は、いまや「合言葉」になっています。医療本体のレベルアップは、当然ですが、それを取り巻く支援環境そのものを質の高いものにする必要があります。病室のデザインやインテリアなども、ひと工夫願いたいものです。

[身近な存在・看護師さんへの期待]

- (1) 患者の目線に立つ。
- (2) 医療過誤のチェック・パーソンに。
- (3) 人間と医療をつなぐ架け橋に。
- (4) 患者教育の先頭に立つ。

どんなに優れた治療でも、受ける側にとっては不安や、ときには恐怖感さえ覚えることがあります。注射一本でも、される側と、する側では、まったく違う世界です。痛みや恐れ、次はどんなことをされるのか、いつ終わるのか、この検査の意味は、治療計画の中の患者の位置づけは、など、きめ細かい情報を患者に伝えてほしいのです。一見、患者の取るに足らない情報（生活上の不満や愚痴など）から重要な発見があるかもしれません。

看護師さんが存在しなければ医療は非人間的なブラック・ボックスになりかねません。スキル・アップは当然ですが、同時に深い人間理解への努力が求められます。その過程で幅広い人間性も磨かれていくでしょう。医師や医療技術者の説明は、ある種の冷たさがあります。先ほど指摘したように専門家との距離が遠すぎるのです。看護師さんには、素人でも理解できる分かり易い言葉で、患者に即した「教育」をしていただきたいのです。同じ医療スタッフ

のなかでも、看護師さんの位置づけは、まるで千手観音さまのように、さまざまな立場を結び合わせる役割を担っておられます。クライアントの声を聞き、また患者のバイタルサインを観察しながら、それを医師やスタッフに専門情報として伝えていく。とても重要な存在です。

[患者学のすすめ]

- (1) 利用者自身も努力が必要
- (2) 自分の病気を正しく把握
治療や薬について、きちんと説明できる。
よく質問し、自分のカルテを作る
- (3) 高い医療技術は必ずしも質の高い医療を保障しない
- (4) 良い病院は、患者が育てる
- (5) コミュニケーションの質を高める

これまで、どちらかと言えば、クライアント・患者の立場から、かなり身勝手なことを申し上げました。最後は、患者自身も大いに自己変革しなければならないことについて述べさせていただきます。長い患者生活を続けていると、さまざまな関わりがマンネリ化してしまいます。薬のコンプライアンスも乱れたり、自覚症状がないと、つい「まあ、いいか」と低いレベルに妥協しがちです。やはり患者学といった自らを変える学習、治療計画への参加意識を高める必要があるのではないのでしょうか。10数年前でしょうか、ある医学関係のシンポジウムで、私が患者学の提案をした覚えがあります。最近、MDアンダーソン（テキサス州立）がんセンター準教授・上野直人先生の「最高の医療をうけるための患者学」（講談社）という新書を読みました。さすがに患者の意識が高いアメリカの医療環境を背景に、歯切れのよい患者学が展開されていました。ここに示した5の項目は、その要約です。「患者の声が医療を変える」という言葉に勇気づけられました。単なるわがままや自己中心的な声ではなく、真に良い医療を築きあげるためのコラボレーション（協働作業）を目指すべきです。標準療法と最新治療の違いも明記されています。これだけ医療に関する情報が溢れているなかで、一般の人には、あまり知られていません。エビデンス（信頼性・確実性）の高い治療を求めるのは当然です。しかし肝心の判断材料の信頼性は、どうやって確かめたらいいのでしょうか。患者として、もっと冷静に、もっと謙虚に、もっと熱心に質問しなければなりません。素人の立場といっても、お客さん意識のままでは病状も環境も改善されないでしょう。デパートやスーパーで買い物をするのとは、わけが違います。患者として「前向き」の緊張感を高める必要があります。患者として「前向き」の緊張感を高める必要があります。

◆シンポジウムⅠ◆

利用者と共に歩む看護

在宅看護の道へ足を踏み入れて23年、今、私が思うこと

在宅看護研究センター 代表 村松 静子

Ⅰ. はじめに

看護サービスとは、双方の信頼と感情交流のもとに、共に歩むという姿勢から成り立つものである。すでに、医療の消費者であるサービス利用者も主体的に治療に参加する時代が到来している。利用者は私たち看護職に当たり前のこと、すべきことを望み、求めている。看護職は自らの健康を守りながら、地域社会のさまざまな健康ニーズにも支えとして応えていくべきであろう。十年一昔といわれるが、確かに社会情勢は大きく変化し、この4月には、医療保険・介護保険制度が見直され、施設から在宅へと確実にシフトされつつある。

Ⅱ. 「助けてください!」の一言から始まった在宅看護

“在宅看護”という言葉すらなかった時代に、それまで3年間続いた課外でのボランティアに区切りをつけ、大学への移行を目前に控えた昭和63年3月、私は看護短大を離れた。看護師3人で在宅看護研究センターを設立した。この3月、20周年を迎えた。その間、平成4年4月1日には、老人訪問看護ステーションが始動し、7年後、やっと私たち民間にも医療保険が適用されるようになった。その1年後の平成11年には介護保険も導入され、サービス利用者という言葉が生まれた。

当時、在宅看護の道は、正にいばらの道であった。

“言うは安く、行うは難し”ということわざがあるが、これほどまでも苦悩しなければならないのか。自問自答しながらの取り組みだった。今はそれが整備され、何事もなかったかのように当たり前の動きになっている。これも時代の流れというものなのだろう。私の中で明らかに変わった点は、自分が歳を重ねたこと、唯一の応援者だった父が昨年暮れに亡くなったことなどである。“医療と福祉の狭間で苦しむ人々に看護の手を差し伸べたい”“買っただけだけの看護に挑戦したい”“看護の原点を模索したい”この3つの思いを軸に、“必要な時に、必要な看護を、必要なだけ、年齢問わず、どんなに重症な方に対して、在宅での看護を望む人がいるのなら”という願いは今でも変わらない。

在宅看護研究センター創設の原点は、自分たちのやりた

い看護があって、患者・家族もそれを求めているとしたら、なぜそれができないのかという私なりの素朴な疑問であった。その疑問へのこだわりが無手勝流で新しい事業を興すエネルギーになっていた。もし私がもう少し器用な人間だったらこのような道は選ばなかっただろうし、また、途中で事業自体も変質、あるいは挫折していたのではないかと思う。初心を貫きながらこれまでやってこれたのは、加わったメンバーの頑張りはもちろんだが、やはり、私の看護を受けてくださった患者・家族の心温まる応援、「看護師さん、もう、あなたたちの出番ですよ」という後押しの声があったからである。

今年は、「多くの方があなたたちの活動を望んでいます」と私の活動を強く後押ししてくださった遠藤周作氏の10周年忌でもあり、センター設立20周年でもある。この記念を祝し、「遠藤周作 心あたかな医療を考える～患者・家族のささやかな願い～」の集いを催した。その終了にあたって舞台の上にいる私の前に、十数名の方が寄り集まり、握手を求められた。それらの顔は、20年近く経ってはいるものの、紛れもなく、私の看護を買ってくださった今は亡き療養者のご家族たちであった。「村松さん、お久しぶりです」「20年もよく続けましたね。心配していたのですよ」「いつも応援しております。今日はとても素敵な会でした」口々に発せられるそれらの言葉、固く交わす握手、「続けてきて良かったのだ。この方たちが居たから今の私があるのだ」と、その時、改めて実感した。

Ⅲ. 利用者と家族は看護職に何を求めているのか

1992年、在宅療養・在宅医療への方向性が現実視されることを予測して実施した「在宅での看護的危機介入と終末期看護の実証的研究」でのアンケート調査の結果、次の点が明らかになっている。

- 1) 療養者に不安や苦痛が伴えば、傍らにいる家族も同様に不安や苦痛が増し、容体の急変や悪化を目のあたりにした時は、家族介護者であれば皆一種の危機状況におかれる。
- 2) 最期の看とりの場が適切だったと答えている家族介護者の満足を引き起こした看護師の対応は次の3点が重なった時である。

- ・救いを求めたいと思っていることを、看護師はその場で取りあげてくれた。
- ・救いを求めたいと思っていること、看護師はその場で取りあげてくれた。
- ・救いを求めたいと思っていることを、看護師は本人が解決できるように手助けしてくれた。

中でも、「救いを求めたいと思っている時、看護師がすぐ助けてくれた」ことは、家族介護者の「満足」に加え、「支えられた」「役立った」という3つの方向で安心を保障することがわかっている。利用者とその家族は、私たち看護職に、「安心」を求め、自分の中で「納得」できるよう支えてほしいのである。

私が20年前に訪問し出会った70歳代の家族はすでに90歳代になっており、親を介護した自分が介護を受ける立場に立たされている。「声が聞きたくになりました」と、当時24時間つなげていた電話番号の留守電に入っている声に、電話をかけ直し、しばし語り合うことがある。

利用者と家族が私たち看護師に求めていることは、看護にとって基本中の基本、つまり、必要な時に理論を述べるのではなく、出されたサインを見逃さず、即座に五感を駆使して対応することなのである。

IV. 家族の心と絆に目を向けて

在宅看護の対象は、年齢問わずゼロ歳から何歳でも、看護を求める人であれば、重症度に関係なく、誰でもがその対象となる。しかし、病をもつ子どもたちの在宅療養は進んでいるとはいえない今がある。

臓器等に7箇所もの奇形を抱えて誕生し、数ヶ月の命といわれたわが子を、退院させた若い夫婦がいる。彼らは、再入院を最小限にしながら、さまざまな難問をくぐり抜け、家族全員で、お宮参りをしたり、海を見せに行ったりしながら、最期まで最愛の家族として生きていることの幸せをかみ締め抜いた。彼らの言葉には実感がこもっていた。母として「病院では一日3時間の面会時間しか会えなかった。家に帰ってきて、ずっと一緒に居られるのが嬉しい。こうして帰ってこられたことが嬉しい」。父として「仕事はしばらく休めるように調整した。ゼロにはできないが、今のひとときの意味を会社にも伝えている。私たち3人は、息子の命がある限りいつも一緒」。わが子が亡くなった後もこのご夫婦は、障害を抱える子をもった同世代の親たちにメッセージを残している。「なるべく早く在宅に切りかえて、親子の時間を過ごすことを考えてほしい」と。

在宅看護の道に入って、改めて家族の大切さを考えさせられている。

V. 今の時代に求められる看護

看護は施設・在宅と「場」が違って、その本質は変わらない。看護の本質を見極められる実践教育の必要性を強く感じる私である。社会が看護に求める機能はますます特化していくことが予測される中、それに応えるには、場を切り離しての教育ではなく、実践と理論を融合した人間教育、裏づけのある質の獲得が不可欠である。

看護師に何ができるか、何が求められるか。そこには、「信頼」と「感情交流」が欠かせない。今、一人暮らしであっても、その人がその人らしく生活でき、その人らしい最期を迎えられるようなさまざまな場が(図-1)、模索されている。

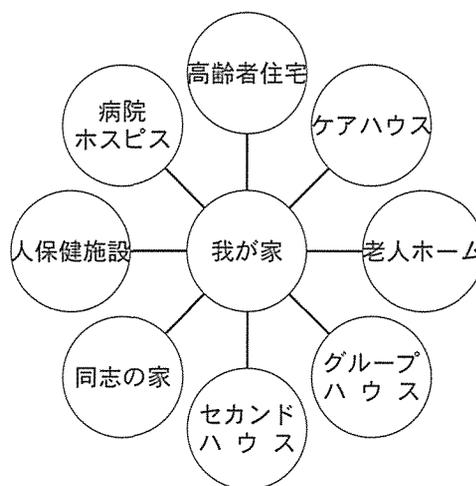


図-1

1953年、人類学者のラルフ・ソレッキ博士は、北イラクのシャニダール洞窟で、複数のネアンデルタール人の骨を見つけた。そこには花の種が多数見られ、死者に対して花を手向けていたのではないかと推測された。また、2001年には、フランス南部で、20年前から高齢者の介護が行われていたことがわかったといわれている。

ケアの核であるはずの看護師が医療行為に走り、“心”を置き去りにしてはいけない。改めて重視しながら取り組まなければいけないキーワードは、インフォームド・コンセント、自己決定、利用者中心、判断能力、提案すること等である。

VI. おわりに

現在、全国に5千箇所を超える訪問看護ステーションが存在する。わが組織が家族らとともに在宅で死を看とった数は230件を越え、今では、保険適用の看護はもちろんのこと、設立当初から取り組んできた自費で行う付添看護などの種々の看護形態に、24時間365日一丸となって取り組んでいる。その人がその人らしく生活し生き抜くことへ、共にエネルギーを注いでいる。

“看護とは、限りなく厳しく、限りなく奥深く、限りなく愛に満ちたものである”。

私も私らしく生き、私らしく死にたいと思い、そのことを口に出して言えるようになった。「あなたたちの看護を受けて良かった」と心から思っていただけの看護の提供をめざして、これからも歩んでいこうと思っている。87歳で逝った父が残した言葉「過去に感謝、今に誠実、未来に夢

を！」をモットーに、周囲の人々そして何より家族に感謝しつつ、経営の壁を乗り越え、明るく、楽しく、前向きに歩んでいくことが、私にできる唯一のこのような気がする。利用者そしてそのご家族に支えられながら、また、私自身の家族にも支えられて歩んできた看護の道である。私も、いずれ介護・看護を受けることになるでしょう。気負うことなく歩んでいこうと思っている。

地域包括ケアと権利擁護 ～福祉職・看護職との協働を目指して～

日本社会福祉士会 小幡秀夫

1 はじめに

高齢者・障害者の生活をサポートする地域ケアシステムを考える上で、介護保険制度が導入された2000年度を第一幕とするなら、2006年度は第2幕の幕開けとでもいうべき年である。本年4月から「介護保険法の一部を改正する法律」（以下、「改正介護保険法」という）が施行され、高齢者の尊厳ある生活を保持するための地域包括ケアの中核機関として「地域包括支援センター」が市町村を責任主体として設置された。また、同じく本年4月から「高齢者虐待の防止、高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」（以下、「高齢者虐待防止法」という。）も施行されているが、そこでは、家庭内虐待と施設内虐待、親族以外のものによる経済的虐待の防止のための市町村の対応が責務として明記されている。

このように、地域におけるケアシステムをめぐる法整備が進む中で、その中心に権利擁護の課題があることが明確になってきている。本稿では、地域の権利擁護システムを考える上で、判断能力の不十分な者に対するアドボカシー制度としての成年後見制度の意味合いと、地域ケアに従事する専門職の協働について考えたい。

2 二つの事件

権利擁護は幅の広い概念であるが、その根幹に、自らでは権利の行使をしづらい人びとへのアドボケート機能がある。虐待をめぐる二つの事例から、権利擁護の機能について考えたい。

やや旧聞に服するが2004年10月に、群馬県の特別養護老人ホームにおいて、認知症高齢者に対する虐待的拘束や、本人の意思に基づかない高額な寄付がなされていたことが報道された。報道によれば、この特別養護老人ホームが行っていた身体拘束は、徘徊のある認知症高齢者を車いすにベルトで固定し、さらにベッドや廊下の手すりに縛るなどしていたというもので、幾重もの拘束が行われている点でまさに虐待と言うべき内容である。また、認知症高齢者の財産から200万円という多額の寄付が、寄付申込書を妻の妹が代筆し、預貯金通帳と印鑑を管理していた施設職員が口座から引き出すという方法で行われていた。本人は

当時の判断能力の状況から寄付の申し出をできる状態になかったにもかかわらず、施設が自ら行っている入所者の財産管理の延長線上で、親族の申し出により寄付を完結させている経過をみれば、それはまさに「財産搾取」以外の何ものでもない。

この事件は、地域における権利擁護システムの実効性を考える上で大きな問題を提起している。介護保険を端緒とする契約福祉化の流れの中で、福祉サービスの利用者の保護を図るため、各種の利用者保護の仕組み（「福祉サービス利用援助」「第三者評価」「苦情解決」「情報開示」等）が整備された。また、身体拘束廃止に向けて国は、「身体拘束廃止に関する相談体制の整備」「身体拘束ゼロ作戦推進会議の設置」「身体拘束廃止に関する相談員の養成研修事業」「家族向けの講習会や住民向け説明会」等の事業をおこなっていた。しかし、この事件に関しては、拘束に関する相談センター、第三者評価、苦情解決制度などの既存の利用者保護の仕組みがうまく機能しなかったことが伺われる。その原因はどこにあるのであろうか。

この事件もそうであるように、虐待や権利侵害を受けている者の多くは、判断能力の不十分な人であり、自分が受けている虐待や権利侵害に対して、抗議したり、行動したりすることが難しい人たちである。制度的な利用者保護の仕組みが整備されることはもちろん重要なことであるが、福祉サービスの利用者がそれらの利用者保護の仕組みを活用しその利益を得ることができるようにするためには、本人の立場に立って意見を言い、本人の利益のために行動する代弁者の仕組みが必要である。この代弁者を付ける仕組みがうまく機能しなければ、既存の制度はまさに利用者個々にとって「絵に描いた餅」になってしまうことをこの事件は示している。

もう一つの事件は、2005年の5月に報道されたもので、埼玉県富士見市で、認知症の80才と78才の姉妹が、16におよぶ業者から総額4600万円にもものぼる家屋のリフォームを繰り返され、財産を失い自宅を競売にかけられたというものである。報道によれば、姉の相談を受けた近所の人の通報で、富士見市長が成年後見人の選任申立てと競売中止の申立てを行い、家裁により直ちに調査が始められた。

(2005/5/10毎日新聞)

この事件においては、隣人が権利侵害を発見し市役所に相談し、市役所は対応を検討し後見人の選任申立てを行った。その後、弁護士が後見人に選任され、被害の回復と今後の予防のための措置を取った。ここには、いろいろな機関が関与する一つの流れがあり、この流れの中に、権利侵害に対する成年後見制度活用システムが浮かび上がっている。この事件は、権利侵害に対する事後的な対応としての成年後見制度の活用を図ったものであるが、事前に成年後見制度が手当されていればこのような事件は防止できたと思われる。

制度施策は、得てして不幸な事件とそれがもたらす犠牲によってその不備と改善の必要性が浮き彫りにされることがある。この二つの事件は、高齢者虐待の断面を浮かび上がらせ、社会の関心を喚起し、その後の国による身体拘束の実態調査、議員立法による高齢者虐待防止法の制定につながり、成年後見制度の活用にはずみをつけることになった。

3 アドボカシーシステムとしての成年後見制度

成年後見制度は、判断能力があるうちに自ら後見人を選び契約する任意後見制度と既に判断能力の不十分な状況下で家庭裁判所が審判により「成年後見人」「保佐人」「補助人」(以下、「成年後見人等」という)を選任する法定後見制度がある(以下は法定後見制度を前提に記述する)。成年後見人等は、家庭裁判所により付与された代理権、同意権・取消権を使って、本人の判断能力の不十分な点を補い、本人の生活、療養看護及び財産の管理にあたることになるが、その事務の遂行にあたって成年後見人等には、本人の意思を尊重しその心身の状態と生活状況に配慮することが義務づけられている(民法858条)。家庭裁判所は成年後見人等の選任にあたっては、本人の心身の状態、生活状況、財産状況等の個々の事情に照応する適任者を選任することとされており、本人と利益相反関係にある者は排除されることになっている(民法843条、876条の2、7)。また、専門的知識や専門的対応が必要な場合は第三者の専門職の後見人が選任されることになり、この第三者の成年後見人等の受け皿として社会福祉士、弁護士、司法書士等の専門職団体が受任体制を整えている。

この成年後見制度、とりわけ第三者の成年後見人等を活用することで、虐待や権利侵害からの予防や救済する仕組みとすることができる。成年後見人等は、同意権・取消権が付与されている場合は、消費被害等本人に不利な契約は取り消すことができる。また、福祉サービスの利用契約に関する代理権が付与されている場合は契約締結の当事者となり、契約内容の履行監視も当然の業務範囲に含まれる。

具体的には、成年後見人等は、訪問により本人の状況を確認したり本人の希望を引き出ししたりしながら、ケアプランやサービス内容の確認、変更が必要な場合の要請、ケア会議への参加等を通じて本人を代弁していくことになる。さらに成年後見人等が、虐待や権利侵害を発見した場合は、与えられている代理権に基づき、苦情解決の仕組みを使ったり、司法システムや権利救済機関につなげたりすることもできる。多様な生活課題に対応し本人の利益を守っていくためには、成年後見人等が単独で行動するよりは、他の権利擁護制度と連携し、その発動を促すことで、より効果を上げることができるとであろう。

ここで重要なことは、成年後見人等には、法定代理人としての権限が明確なことである。群馬の事件のような施設内の虐待や権利侵害に対して、家族が本人の利益のために異議を申し立てることも可能であるが、実際には家族はやはり施設に対して異議申し立てを行いにくい弱い立場にある。また、消費被害等においては、家族という立場だけでは契約の取り消しをおこなう権限を持ち得ない。成年後見制度の活用、とりわけ第三者の専門職が成年後見人等に就任するならば、この弱点をカバーし、法定代理人としての権限の行使と関係機関との連携で必要な対応をとることができるのである。

4 権利擁護の新しい局面

～地域包括支援センターと高齢者虐待防止法～

① 介護保険法の改正と成年後見制度

2005年6月に改正介護保険法が成立し、2006年4月から施行されている。高齢者・障害者の権利擁護に関連して注目されるのは、改正介護保険法が、住み慣れた地域で尊厳あるその人らしい生活の継続を目指す「地域包括ケア」の考え方とそれを実現するための「地域支援事業」、その実施機関である「地域包括支援センター」を新たにつくりだしたことである(改正介護保険法115条の38、39)。

地域支援事業は、介護予防事業と包括的支援事業(i 介護予防事業のマネジメント、ii 総合的相談支援、iii 虐待の防止、早期発見等の権利擁護、iv 支援困難ケースへの対応などケアマネジャーへの支援)からなっている。地域包括支援センターは、上記の包括的支援事業を、地域において一体的に実施する役割を担う中核拠点として市町村を責任主体として設置される。地域包括支援センターには、専門職員として、i 総合相談・権利擁護に専門知識を有する社会福祉士、ii 包括的・継続的ケアマネジメント業務に専門知識を有する主任介護支援専門員、iii 介護予防マネジメントに専門知識を有する保健師等が配置され、3職種がチームアプローチで4つの事業を担うとされている。

地域包括支援センターの権利擁護業務の主なもの、次

のとおりである（「地域包括支援センター業務マニュアル」厚生労働省老健局）。i）成年後見制度を活用するために、高齢者に親族がいる場合の親族申立ての支援と市町村長申立てが必要な場合の市町村長申立てへのつなぎ、地域で成年後見人となるべき者を推薦する団体等の紹介等をおこなうこと。ii）虐待等の場合で、高齢者を老人福祉施設等へ措置入所させることが必要と判断した場合は、市町村の担当部局に当該高齢者の状況等を報告し、措置入所の実施を求めると。iii）虐待の事例を把握した場合には、高齢者虐待防止法等に基づき、当該高齢者を訪問して状況を確認し、事例に即した適切な対応をとること。

② 高齢者虐待防止法と成年後見制度

高齢者虐待防止法は、2005年11月1日に成立し、2006年4月1日から施行されている。高齢者虐待防止法は、養護者や養介護施設従事者による虐待を発見した場合の市町村への通報を定めるとともに、市町村が取らなければならない虐待防止のための対応について「高齢者や養護者に対する相談、指導及び助言（6条）」「通報を受けた場合の、高齢者の安全の確認と事実確認、高齢者虐待対応協力者との協議（9条第1項）」「老人福祉法に規定する措置及びそのための居室の確保、成年後見制度の利用開始に関する審判の請求（9条2項、10条）」「立入調査の実施（11条）」等を定めている。また、養護者、親族又は養介護施設従事者以外の者による財産上の不当取引による高齢者の被害に関

する相談の受付、関係部局・機関の紹介、財産上の不当取引の被害を受けている（または恐れのある）高齢者にかかわる成年後見制度の利用開始に関する審判の請求（27条）についても定めている。

これらの虐待対応に関する上記の市町村の事務のうち、「相談、指導及び助言」「通報又は届出の受理」「事実確認」「養護者の負担軽減のための措置」は、地域包括支援センター等の高齢者虐待対応協力者に委託することができる（17条）。

5 おわりに～権利擁護のための専門職の協働～

地域包括支援センターが身近な地域に設置され、総合相談とともに虐待対応を含む権利擁護業務を必須事業として位置づけられたことは、地域の権利擁護システムの構築にとって非常に大きな意義を有するものである。しかし、地域包括支援センターについては、介護予防事業への傾斜や市町村の虐待対応の体制整備の遅れが指摘されている。今後は、設置主体の市町村の責任において、総合相談・権利擁護業務の体制整備が強く望まれるところである。

地域包括支援センターという新しい地域ケアのフィールドでは、保健師を含む看護職と社会福祉士はチームケアのパートナーである。地域ケアの中心的担い手であるこの二つの専門職には、その共通価値としての「権利擁護」を実践の中で内実化する努力が求められているといえる。

◆シンポジウム I ◆

利用者と共に歩む看護

私の闘病体験から

日本ALS協会大分支部 森 尾 久海子

わたくしは筋萎縮性側索硬化症という難病（通称ALS）を患い21年になります。

ALSは主に40歳代以降に発症し、病状の進行により自力での行動は不可能になり、食事や会話、呼吸することさえ難しくなりますが、思考や感覚は保たれ頭脳は正常なのです。それゆえに精神的、肉体的苦痛を感じながらも、それぞれに与えられた環境で懸命に生きているのだと思います。難病を患う者として、一人でも多くの方の心が癒され、その人がその人らしく全うできる人生であれるよう願ってやみません。

私がALSを発症したのは（1985年、昭和60年）43歳の時、福岡から大分に越して来たばかりで、これからという矢先の発病でしたが、かえりみればALSを患っていたからこそ素晴らしい出逢いや支えがありました。哀しくて辛い出来事も多々ありましたが、それも今は素敵な思い出になり、そして64歳の現在、日常生活全般に介護・看護が必要である私ですが、大勢の方々に支えて頂き、見守って頂きながら、アパートでの一人暮らしも瞬く間に三年の時が流れました。

支えさえあれば自分なりに生きてゆけることの可能性を体験し、この可能性を、一人でも多くの方々に知って頂きたいと願い、テーマである「利用者と共に歩む看護」とは、ちょっと異なるかも知れませんが、私が歩んできたこれまでの21年を、少し振り返りながら書き留めてみました。

発病当初、聞き慣れない長い長い病名と、それも余命3年だと知らされた時は（歩けているのに！）と、まるで他人事のように受け止めていた私でしたが、月日が経つにつれ、指に力が入らなくなり、情けなさにふさぎ込んで、精神的に落ち込み、現実を避け、お酒に逃げ、体のバランスを崩し転んでは骨折をして、3年経った頃には腕が上がりなくなり自分の髪さえ梳かすことが出来なくなっていました。

そしてやっと治療もないという現実をさと、長かった髪を切り、衣服の着脱に奮闘しながら、自分で出来ることは何とかひとりで！と思う気持ちで入退院を繰り返していました。

信頼をよせる主治医の勤務先が変わる度に、私も転院をして、様々な方々と出会い、色々なことを体験し、恵まれて過ごせた大切な時期だったと、今も忘れ難き思い出ですが、頼りにしていた主治医の辞職とクリニック開院を知らされた頃には、既に歩行も困難になり、一人での行動（入浴等）も難しくなっていました。

支えてくれていた入院仲間も一人また一人と退院し、私の入浴は病棟に隣接した特別養護老人施設の介助浴を、と看護師長さんに勧められ、連れて行っては貰ったのですが、エレベーターを下りた所から浴室に続く長い廊下の端一列に並べられた車椅子、裸同然の姿で老齢の男女が座っています。それは入浴の順番を待っているのだとすぐに解りましたが異様な光景です。目の当たりにした現実から逃げ出したいと思う気持ちでいっぱいでしたが私も車椅子。流れに身を委ねるしかありません。惨めで辛くて哀しくて胸が痛みました。

そして、これから先の生き様に一抹の不安を抱きながらも、私が在宅を決心した時には、発病から、もう10年が過ぎていました。

平成7年11月26日、患者会の日本ALS協会大分県支部が設立されました。嬉しいことに私にも在宅の病友ができ、ロレツの回らなくなっていた私の言葉は今も亡き夫が通訳してくれていました。

この頃から清拭や着替え洗濯や掃除など、私の身の回りのことはヘルパーさんのお世話になるようになっていて、食事やトイレ、入浴などの日常的な介助は、全て夫が頼りの暮らしでしたから、夫も私も、ヘルパーさん達に救われていました。

それから1年が過ぎた頃には訪問看護師さんや、PTの訪問リハビリもして頂けるようになり、介護・看護共に恵まれた生活でした。

私が難病の告知を受けた時、ヘビースモーカーだった夫は禁煙に願を掛け、仏門に入りました。在宅を決めた日からは、介護は体力と忍耐だと豪傑も返上し、私を介護するために筋トレに通い、健康だけが取り柄だと豪語し（NPO法人）を取得したいとパソコンを習い始めていました。そんな夫が、平成13年の春、吐血を繰り返して、貧血で倒れ、

胃潰瘍で点滴が必要と診断され、でも、私を一人残して入院はできないと通院で点滴もうけていましたが、食事ができなくなり、体力もなくなって「側に居てやれんでゴメンな！」と私を気遣いながら夫は入院しました。途方に暮れる間もなく、介助が必要な私も、主治医の図らいと訪問看護師さんの付き添いで入院です。

不安でした。会話も一人での行動も困難になってからの入院は不安でしたが、幸運にも夫とは同じ病棟でした。食事やトイレの介助は、24時間の点滴を下げた夫が、カラカラと点滴棒をならしながら来てくれましたので、余り不自由を感じる事はありませんでした。

しかし、食事の摂れない夫は痩せるばかりです。私の一番の理解者であり、発病から17年もの間、手となり足となって励まし続けてくれていた夫から、突然に、スキルス性の胃癌で手術をするのだと聞かされた時には愕然としました。ぼう然とした頭の中で（夫を病気にしてしまったのは私、私に天罰が下った！）と反省し、後悔しつつも、夫の姿を目にすると、やっぱり夫の介助に頼ってしまう私でした。

そして夫の手術が決まった日（これからのトイレ介助は看護師さん達に頼むんよ、余り迷惑かけんようにな）と心配気に私の肩を叩きます。でもその時はまだ、このまま退院できなくなるとは想像もしていませんでしたから（立たせてもらって、座らせてもらえば座れるのだから大丈夫）と笑って応えたものの、看護師さんに「車椅子用のトイレは遠いから、少し狭いけど病棟のトイレを使って下さい！」と、便座も低く、車椅子が入るとドアも閉まらないトイレに座らせられた時、股関節に強烈な痛みが走り「トイレが低すぎて無理」と言う「じゃ紙おむつをする？」と何気に聞く看護師さんの言葉が、まだまだ座位は保てるのに！と思う私の心に、深く哀しく刺さりました。

少しでも歩けているときには気にもならなかったことでしたが、立ち上がり方が困難になり、在宅で使用していたポータブルトイレも7cmは高くしていましたから、便座が低すぎれば介助する看護師さん達の腰にも負担が掛かり、それは大変な事だったと思いました。

そんな私も、夫が快復するまでは弱音は禁物！と身も心もピンピンに張り詰めていたのですが、梅雨がきて、個々の専門病院に転院すると決まった時、張り詰めていた気持ちは動揺に変わりました。

また不安からの始まりです。心は疲れていましたが、抗癌剤に苦しむ夫から「病院は変わるけど一緒に頑張ろうな」と強く励まされて、心配して下さるALSの遺族の方に付き添って頂いての転院です。

夫の足手まといにはなりたくない、トイレの時間を身

体に刻み、転院はしたのですが、哀しいかなロレツの回らない言葉と、身体障害のある体では、やっぱりトイレは難題でした。

ALSを理解して下さる温かい師長さんと、若くて優しい看護師さん達に恵まれ、気遣いある看護で支えられていること百も承知なのに、いつも心の中で、夫の介助と比べてしまう、哀しい私がありました。

そして淋しいと思う秋になり、私は夫がいる病院から、また少し遠い別府の病院に転院しました。

（2002）平成14年を迎える年末年始は、抗癌剤と闘い瘦せてしまった夫と、車椅子の私は、無茶だと思える3泊4日を二人で過ごすことができました。生と死を語り、命の尊さを論ずように語る夫は「支えてくれる素晴らしい仲間」に恵まれて、今が病気で良かった！と瘦せて、落ち窪んだ眼に、微笑みを浮かべて言います。

何にもしてあげられないこの身の辛さは、言葉で言い表すことができませんが、痩せ細った身体を私の車椅子で支えながらも、懸命に介助をしてくれる夫の姿に、己の愚かさを恥じていました。

それから数日後、何にもしてあげられないと嘆く私のために、夫は私が入院している別府へ転院して来てくれました。病棟は違いましたが、嬉しかった。何にもしてあげることではできないけど、夫が近くに居てくれると思うだけで、沈没してしまいそうな暗い心は救われていました。しかし、日に日に痩せ細り、歩くことも困難になり、車椅子に座っている事が多くなって（こんな姿だけは見せたくなかった）とかすれた声で呟く夫に、私はただただ黙って寄り添うだけの辛い日々、何をどうしたらよいか、辛く哀しい刻でしたけど、夫に寄り添い、尊厳を祈る事が、車椅子の私にできる唯一のご恩返しでした。

そして梅の香る候、夫は、一人残る私の生活の場には、身体障害者施設を望み、辛かったろう身体でしたためた遺言書を弁護士さんに託して、NPO法人エイエルエス大分の理事で、難病相談員の上原さんに私の後見人を依頼し、安心したように自らホスピス病院へ移り、それから4日後の夢枕でした。さようならを告げる夫は、10ヶ月の闘病生活の末、天国へと召されてしまいました。

悲劇です。私がALSでさえなかったら！と我が身を恨みました。

介護の要と頼り、33年間、苦楽を共に生き、私を見送ると言ってくれていた夫が、先に旅立ち、何の役にも立たない私が、何故？どうして残されたのか？何の為に生きているのか？等々、考えると胸が痛み、もう帰る場所がないという現実に戸惑うばかりです。

それから2ヶ月後でした。夫が望み、二人で決めた新しい生活の場「身体障害者療護施設」への入居です。

初めて暮らす障害者施設、ALS患者専用の居室、未知の生活、不安であったトイレ介助も入浴も、それぞれに配慮がされ、介護・看護・施設職員の皆様の、素朴で温かい励ましの言葉には、有り難いと感謝でしたが、何時も独りぼっち、寂しさでポツカリと空いた心の隙間は埋まることなく、一年が経ち、平成15年4月、支援費制度が開始になり、私は一人で暮らしたい、1日でも2日でもいい、せめて夫の眠るお寺の近くで、住み慣れた場所で暮らしたいと思うようになり、後見人のリスクの重さも考えず「一人で暮らしたい、今なら一人でも暮らせると思う、アパートを探して欲しい」とお願いしました。夫との約束は破ってしまいますけど、生きられるのなら、夫が迎えに来てくれるまでの人生、悔いのないよう、自分らしく生きてみたい、例えそれが苦難な道であろうともいとわないと思いました。

それから3ヶ月後、施設と話し合い、まずは「長期外泊」という名目で私の願いは叶えられました。アパート暮らしの始まりです。

私の身の回りの事はケア会議で話し合い（7時30分起床、トイレ、洗面整髪、食事、歯磨き、着替え、洗濯、掃除、買い物など、21時30分の臥床時まで）全て3社のヘルパーさん達に頼り、入院前からお世話になっていた訪問看護師さんには、週3日（バイタル、手浴足浴、吸入&吸引器の確認、Drとの連携等や、時には思い出を語り、諸々に癒され、緊急通報）も訪問看護ステーションに繋がるようになっていきます。

入浴とPTのリハビリは週2日のデイサービスで叶えられました。

アパートで暮らすようになるまでは夏も冬もシャワー浴でしたから、湯舟につかるのもリハビリも2年振りです。有り難くて感謝でした。

毎週月曜日には口腔ケアの訪問歯科さん、隔週には診療所のDrが往診して下さり、必要な検査等は近くになった大分医大の主治医の下に受診をして、定期的にもリルテックも頂いています。

上原さんが大分大学医学部看護学科の小幡先生に相談し実現した学生ボランティアさん達がいます。一人暮らしを始めるときから私の部屋には学生さん達が、かわるがわ

るに楽しい話しを運んで来てくれます。

ショッピングやプリクラに興じ、水族館に出掛け、クリスマス会や誕生日には集い、意思伝達装置のオペレートナビでポチン！ポチン！と一文字ずつ打つ私のパソコンに驚いていた学生さん達も、昨年（うみの会）とサークル名を改め、ボランティア活動も少し幅を広げ、福岡県の支部総会や、大分の総会にと積極的に参加をしてくれて、ALSに関心を示してくれる学生さん達の素敵なお笑顔と優しさに心癒され、1日を大切に暮らしています。

会話も困難になり、苛ついてしまう私を、温かく見守り、関わって下さっている皆様方の介護・看護なしでは少しの動作も叶いませんが、以前にも増して環境に恵まれ、周囲の方々にも恵まれて、アパートでの一人暮らしにも不思議と寂しさや不安もなく、人として生活させて頂いている今に、心の中で手を合わせ、感謝しています。

介護保険サービスだけで暮らせません。足りない分と、移動に欠かせない福祉タクシーには支援費を利用して頂きながらの生活ですが、一人暮らしもなかなか忙しく、これぞ人生！と感じております。

考え方や価値観は10人10色、千差万別、人それぞれなのです。

（生老病死）その中で、生かされた命を大切に、大勢の方々のお貴重なお時間に支えられ助けて頂きながら、私は今、お陰様で、恵まれた人生、まっしぐらに歩いているところです。

【原因不明】の病気ということは、誰にもその危険性や可能性があると思うのです。これからも後を絶たないであろう難病を患う患者家族には、皆様方からのご支援とご協力が必要です。

人間としての尊厳を全うできる社会の実現の為に、皆様の問題として考えて頂ければ幸いに存じます。

最後になりましたが、この場を与えて下さいました関係各位の皆様方に、心よりお礼申し上げます、わたくしの「共に歩む看護」のお話しを終わります。

ご清聴ありがとうございました。

（代読）安東恵子訪問看護師

心筋症患者の日常生活上の困難に対するコーピング

Coping for Difficulty in Daily Life on Patients with Cardiomyopathy

森 下 晶 代

Akiyo Morishita

キーワード：コーピング，心筋症，困難，内容分析

Key Words : Coping, Cardiomyopathy, Difficulty, Content Analysis

I. 緒 言

近年，脳死患者からの移植医療が発展し，その医療により命を永らえる患者も増えつつある。重度の心筋症等の心疾患患者もそのうちに含まれ，現時点では，わが国で行われた心臓移植によって社会復帰した人が16名もいるという¹⁾。しかしながら，臓器移植がわが国で施行されるようになってから現在までの約8年の間で，心臓移植を希望し，心臓移植候補として登録された人が204名で¹⁾，実際に国内で心臓移植が行われたのはわずか27例であり，待機中に亡くなる人も70名と少なくない。残念ながら，わが国の心臓移植は未だ心筋症患者の需要に追いついていないと言わざるを得ない。すなわち心臓移植を希望してもわが国ではそのチャンスに恵まれない患者も多く，また心臓移植の実績の少なさや限られた情報が理由となって，心臓移植の決意をするに至らない患者が存在することが予測される。そのような状況においても患者にとっての時間は止まることなく進んでゆき，個々人の患者は，自身の気持ちをコントロールし，様々な感情に対処しながら生活しているといえる。

海外では，心筋症患者の心理に関する研究が多くあり，中でも心臓移植を受ける，あるいは受けた患者の心理的状态が概観されている^{2~4)}。しかし，心臓移植患者の社会心理学的な適応や生活の質に関する調査の少なさが指摘され，個々人のコーピングについての詳しい内容や，コーピングプロセスを無視した研究が多いということが批判されている⁵⁾。コーピングとは，「人の資源に負担をかけたり，過重であると判断される特定の外的または内的欲望を管理するために，常に変化している認知的・行動的努力」とする Lazarus らの定義^{6,7)} が広く一般的に知られており，わが国でもがん患者や糖尿病患者のコーピングに関する研究が多く行われている^{8~11)}。しかし，心筋症患者のコーピングに関する研究はきわめて少なく，その概観が十分に明らかになっていないのが現状である。

2006年度，厚生労働省が心臓移植に対して公的医療保険を提供する方針を打ち出し，今後，心臓移植が発展していくことが予測される中で，当然のことながら，心臓移植患者の大半を占めると言われる心筋症患者に対する看護に関する研究の発展も期待されている。心筋症という病気は原因不明，予後不良で，その上特効となる治療方法がない。心筋症患者が病気を完治するためには，年間に数例しか行われない心臓移植に頼らざるを得ず，一方，心臓移植を選択しない患者は病気の完治をあきらめ，対症療法で経過観察をするしかない。このような状況にある心筋症患者が日常生活の中で遭遇する困難に対してどのようなコーピングを行っているのかを理解することは，わが国における心筋症患者の看護についての手がかりを得，この領域の看護を進展させる一助になると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は，わが国で未だ明らかにされていない，心筋症患者の心筋症という病気まつわる日常生活上の困難に対するコーピングに焦点を当て，その様相を明らかにすることである。

III. 用語の定義

本稿で用いるコーピングとは「人の資源に負担をかけたり，過重であると判断される特定の外的または内的欲望を管理するために，常に変化している認知的・行動的努力」^{6,7)} すなわち心理的ストレスを処理しようとする努力のこと⁶⁾ である。この定義では，コーピングを安定したスタイルや特性ではなく状況によって変化する動的なプロセスとして捉えている点に特徴がある。

IV. 研究方法

〈研究デザイン〉

本研究では未知の現象に関する概念の生成ではなく，

コーピングという既存の概念を用い、その様相を明らかにすることを目的としているため、研究デザインを質的・帰納的研究デザインとし、Krippendorffの内容分析¹²⁾の方法を参考にして分析を行った。

〈研究対象〉

本研究の参加者は、市街地にある総合病院に入院または外来通院中で、研究参加に同意の得られた拡張型心筋症患者30名（男性26名、女性4名）とした。参加者の選定においては、診断名を告知されている患者、および約1時間の面接調査に耐えうると医師が判断した患者を前提とした。患者への同意を得た上で心筋症を専門とする医師の外来診察に同席し、研究者が医師と共に、日常生活に困難を抱えていると思われる患者、すなわちNYHA（New York Heart Association）の心機能分類Ⅱ度程度の患者を選択した。研究の概要や研究参加の依頼については、外来診察終了後あるいは患者の都合のよい時間に、プライバシーが守れる個室で研究者から説明を行った。

〈面接調査期間〉

2002年11月～2003年3月。

〈データ収集・分析方法〉

心筋症という病気にまつわる日常生活上の困難や不安、希望や対処の言動等について半構成的にインタビューを行い、インタビュー内容は参加者の許可を得てテープ録音し逐語録とした。逐語録を作成する際には、個人の名前や場所などの固有名詞をイニシャルに変えた。数名のインタビュー内容を整理した時点でデータを大まかに解釈・分析し、その結果を以降の参加者へのインタビューで確認しながら解釈・分析内容の確定に役立てた。Krippendorffの内容分析⁷⁾の方法を参考にして行った具体的な分析方法は、①逐語録を繰り返し読み、参加者のコーピングと思われるインタビュー内容をひとつの記録単位とし、その単位に関する意味的特性を推論し、文脈上同義的とみなせるものを集めて文脈的表象を付した。②類似した文脈的表象を整理して妥当な説明概念を作成した。③類縁性を有する説明概念をカテゴリーとしてまとめ、各カテゴリー間の関連性を検討した上で参加者のコーピングを説明できるものとした。逐語録は参加者が一読して内容を確認したものであり、分析の際には研究者が意味論的な妥当性を熟慮しながら記録単位を分類し、質的研究に精通した大学院の看護学系教員2名と、心疾患を専門とする大学院の医学系教員1名のスーパービジョンを受けながら説明概念およびカテゴリー名を検討した。なお、参加者の治療に対する意欲低下等の影響や、すでに他界している参加者がいることを考慮し、分析結果については参加者自身に確認してもらうことを避けた。

〈倫理的配慮〉

研究者は参加者の都合に合わせたインタビュー時間の調節、参加者のプライバシーを守れる個室の確保、参加者の自由意思による研究参加、拒否する権利、不利益の回避、匿名性や安全性等を保障するよう努めた。倫理的配慮事項を依頼書に記し、研究者は口頭および依頼書をもって参加者に研究の内容および参加依頼について説明し、参加者から書面による同意を得た。なお、本研究は研究者が所属していた大学の医学部倫理委員会の承認を受けたものである。

V. 結 果

研究参加者は総計30名（男性26名、女性4名）であり、平均年齢±SE（標準誤差）は55.4±2.06歳であった（表1）。

表1. 参加者と面接の概要

| No. | 性別 | 年齢 | 主病名 | 心機能 (NYHA) | 罹病歴 | 面接時間 (単位: 分) |
|-----|----|-----|-----------|------------|-------|--------------|
| 1 | M | 60代 | DCM・CHF | 不明 | 不明 | 50 |
| 2 | M | 50代 | DCM・CHF | Ⅱ～Ⅲ | 0～1年 | 55 |
| 3 | M | 40代 | DCM・CCM | Ⅳ | 0～1年 | 75 |
| 4 | F | 60代 | DCM・CCM | Ⅳ | 1～5年 | 62 |
| 5 | M | 50代 | DCM | 不明 | 不明 | 58 |
| 6 | M | 20代 | 心筋障害 | 不明 | 0～1年 | 72 |
| 7 | M | 50代 | DCM | Ⅱ | 0～1年 | 60 |
| 8 | F | 70代 | DCM | Ⅲ | 0～1年 | 53 |
| 9 | M | 60代 | DCM・CCM | Ⅰ～Ⅱ | 0～1年 | 75 |
| 10 | M | 60代 | DCM・CCM | Ⅱ | 5～10年 | 56 |
| 11 | M | 30代 | DCM・CCM | Ⅱ | 5～10年 | 65 |
| 12 | M | 50代 | DCM・CCM | Ⅱ | 0～1年 | 80 |
| 13 | M | 60代 | DCM | Ⅱ | 10年以上 | 47 |
| 14 | F | 60代 | DCM・CCM | Ⅱ | 1～5年 | 50 |
| 15 | M | 50代 | DCM | Ⅱ | 1～5年 | 58 |
| 16 | M | 40代 | DCM | Ⅱ | 1～5年 | 68 |
| 17 | M | 40代 | DCM | 不明 | 0～1年 | 47 |
| 18 | M | 40代 | 心アミロイドーシス | Ⅱ | 0～1年 | 50 |
| 19 | M | 40代 | DCM・CCM | Ⅱ | 10年以上 | 82 |
| 20 | M | 50代 | DCM・CHF | 不明 | 5～10年 | 52 |
| 21 | M | 50代 | DCM・CCM | Ⅰ～Ⅱs | 1～5年 | 175 |
| 22 | M | 50代 | DCM・CCM | フォレストーⅡ | 1～5年 | 57 |
| 23 | M | 50代 | DCM・CCM | Ⅱ | 1～5年 | 50 |
| 24 | M | 40代 | DCM | Ⅱ | 1～5年 | 55 |
| 25 | M | 60代 | DCM | Ⅱ | 5～10年 | 48 |
| 26 | M | 60代 | DCM・CCM | Ⅱ | 1～5年 | 52 |
| 27 | M | 70代 | DCM・CCM | Ⅱ | 1～5年 | 75 |
| 28 | F | 60代 | DCM | 不明 | 5～10年 | 55 |
| 29 | M | 60代 | DCM・CCM | 不明 | 不明 | 65 |
| 30 | M | 60代 | DCM・CCM | 不明 | 10年以上 | 95 |

DCM：拡張型心筋症 CCM：うっ血性心筋症 CHF：心不全
 参加者：30名（男性26名 女性4名）
 平均年齢：55.4±2.06（SE）歳
 面接期間：2002年11月～2003年3月
 面接総時間：1942分
 平均面接時間：64.7±4.38（SE）分

また参加者のうち25名は外来通院中、5名が入院中であった。

参加者のコーピングについての分析から抽出された162個の記録を類型化した説明概念は14概念であり、それらは【おのれをしのぐ努力をする】【人に頼り、頼られる】【一縷の望みに賭ける】【気持ちに折り合いをつける】の4つ

表2. 心筋症患者のコーピングに関するカテゴリー-カテゴリー

| カテゴリー | 説明概念 | 文脈的表象 |
|--------------|------------|-----------------|
| おのれをしのぐ努力をする | とにかく頑張ってみる | 体を若返らせようと思う |
| | | 弱気な自分に鞭打つ |
| | | 自分らしく精一杯生きる |
| | | 絶対自分でなおしてやる |
| | 自分を取り締まる | 自分の食生活を管理する |
| | | 酒の量を管理する |
| | | 弱い自分との戦い |
| | プライドを捨てる | 職位を下げてもらおう |
| | | 隅っこのほうで仕事をする |
| 人に頼り、頼られる | 人を頼る | 医師に頼る |
| | | 医師を信頼する |
| | | 同じ病気を持つ人と連帯感を持つ |
| | | 兄弟に相談する |
| | | 配偶者に愚痴を聞いてもらう |
| | 人の役に立つ | 近所の人の面倒をみる |
| | | 孫の面倒を見る |
| | | |
| 一縷の望みに賭ける | 希望をもって生きる | 現状維持を期待する |
| | | 移植以外の手術に期待する |
| | | 元気になった自分を想像する |
| | | 発展する医学に期待する |
| | 代替療法に賭けてみる | 自分はまだまだこれからだと思ふ |
| | | 医薬部外品に賭ける |
| 気持ちに折り合いをつける | 流れに身をまかせ | 健康補助食品に賭ける |
| | | 自然治癒力に賭ける |
| | | なりゆきにまかせ |
| | あきらめる | なるようにしかならないと思ふ |
| | | あがいても仕方がない |
| | | いつ死んでもいい |
| | | 薬と仲良くするしかない |
| | | 仕事をあきらめる |
| | | 治療をあきらめる |
| | 病気を意味づける | 万事休す |
| | | 病気に意味を見出す |
| | | 腹をくくる |
| | 病気とうまく付き合う | 治療に対して腹をくくる |
| | | 行動を加減する |
| | | 楽観的に病気をとらえる |
| | | マイペースでいく |
| | | 悪くならないように気をつける |
| | | 軌道修正をする |
| 気を紛らす | 遊びに行く | 遊びに行く |
| | | 音楽を聴く |
| | | 外出する |
| | 気をつくる | カラオケに行く |
| | | 作曲する |
| | | 仕事をする |
| | | 好きなことをする |
| | | 好きなテレビを見る |
| | | 友達とドライブする |
| ビデオを見る | | |
| だましだまし生きる | だましだまし生きる | |

のカテゴリーに分類された(表2)。以下にそれぞれのカテゴリー、およびカテゴリーを構成する特徴的な説明概念とインタビュー内容、各カテゴリーの関連性について述べる。なお、【】はカテゴリー、『』は説明概念、〈〉はインタビュー内容を説明する文脈的表象、()は内容を補足するための加筆、No.は参加者番号である。

1. 【おのれをしのぐ努力をする】

このカテゴリーは『とにかく頑張ってみる』『自分を取り締まる』『プライドを捨てる』という3つの説明概念で構成される。

■でもがんばってる人いるから、やっぱりそういうの(がんばっている姿)見たら、何でこんなとこで弱気になってんねん、とかいうふうになるから。(中略)長生きというか、何かしたいとかいう具体的なことは(自分は持って)ないけど、まだ、今、くたばるわけにはいかん、っていう感じ。(No.6)

■(お酒の量を調節するのは)難しいな。どうしても(飲む量)余分になる傾向があるな、ちょっとぐらい(飲んでも)ええやろって。でも、それやったらきりがないからなあ。だから晩に自分で(調整して)買うてくるんよ。ようさん(たくさん)買ってきたらようさん(たくさん)飲んでしまうから、その日の分だけな。(No.15)

と、参加者は〈弱気な自分に鞭打つ〉といういわば孤軍奮闘の中で〈弱い自分との戦い〉にいとみ、つつい自分甘くなりがちな食生活や嗜好品の質や量に関して、〈自分の食生活を管理する〉〈酒の量を管理する〉等の行為で、なんとか自分で管理しようとしていた。仕事上では

■働いていればいろんなことがありますけどねえ。(中略)(職場では)座る席(ポジション)をちょっと下のほうにしたり……。我々職階制がありますのでね。ここでも講師、助教授、教授とかありますでしょ。(自分は)それをちょっと落としていただいて、座る席をね。まあ、私、上の方じゃないですから、下のほうでちょこちょこっと(仕事するとかして)ね。(No.7)

と、〈職位を下げてもらおう〉〈隅っこのほうで仕事をする〉など、『プライドを捨てる』という自己実現のニーズに蓋をしている様子がうかがえた。

2. 【人に頼り、頼られる】

このカテゴリーは『人を頼る』『人の役に立つ』という2つの説明概念で構成される。

■自治会でね、ゲートボール嫌いな人がおるんです。だからグランドボールいうて、パターゴルフみたいなん使うんですな。それを教えてくれと言われて、教えとっで…。今はみんな私より上手ですわ。教える必要ないんですけど、一応その面倒を見とったんですけども。(No.2)

■娘は子供が二人で、今忙しいときやからね、ときどき(娘のところに)留守番に行ったりしてるんですけど。(No.14)

このように参加者は〈近所の人の面倒をみる〉〈孫の面倒をみる〉など、誰かの役に立つという事で自分の存在価値を見出していることが分かる。また、参加者は〈医師に頼る〉〈医師を信頼する〉など、医師を信じて頼ったり、〈配偶者に愚痴を聞いてもらう〉〈同じ病気を持つ人と連帯感を持つ〉などの行為をしたりすることにより、人から心身両面からのサポートを得ていることが以下の内容から分かる。

■(今、生きているのは)先生のおかげやね。女房や娘や息子が(自分に何かを)言うたかて聞かないけど、この先生の一言一言がね、ドッドと胸に(響)きますわね。(No.26)

■(同じ病気を持つ人とは)連帯感いうんか、何かそう……不思議な感じやね。(連帯感みたいなものが)できるんですわね(中略)何か……戦友みたいな感じがするんですわ。(No.21)

■家の事(についての相談)に関しては、姉がおりますわね。姉に相談するしか手がないですわね。何からなにまで一人でやっていかなあかんとすると、しんどいと思いますよ。相談しなかったら、ええ(良い)こと、悪いこと、判断ができませんからね。いろいろなことで情報源が少なくなりますね。(No.12)

3. 【一縷の望みに賭ける】

このカテゴリーは『希望をもって生きる』『代替療法に賭けてみる』という2つの説明概念で構成される。

■薬以外のやつでね、健康補助食品で、(中略)それを服用してやってるんです。(中略)先生たちが医学的に考えて一番いいもの(薬)を出してくれてるんで。(自分は)それ以外で(がんばろうと)……。自分で考えても(医学的な治療は)絶対に無理やからね。だからその他で、自分で何かちょっと安心できるような、不安を解消できるような感じ(のもの)で(やっています)。(No.3)

このように〈健康補助食品に賭ける〉という行為により、自分の症状の〈現状維持を期待する〉参加者がわずかながらいた。また、

■今、バイオ……バイオ細胞かな?……研究してるやないですか。K医大のほうかねえ、今年から本格的にやるという……。ほな、失われた臓器……細胞いうんか、ああいうん(臓器)が、なんぼか復活するとかね。まあ、どこまでというのは自分らちょっと素人やから分かりませんけどね。まあ、できたら早くやってもらいたい。それに期待したいなあ、とかね。まあそう思ったら一時

的に気が楽になつたりとかね。(No.3)

■テレビなんですけど、手術して治るあれ(治療)見たことがある。心臓切り抜くんですね、筋肉をちょっと。(中略)日本で(その手術ができるのは)その先生一人とか言っていましたね。ここの医者(の)外科の先生も、優秀なんでしょ?外科のね、その、心臓のね、そんなん(治療が自分には)できないかなあ?(No.21)

などと、〈発展する医学に期待する〉参加者もあり、そこにはある種の希望が存在することが分かる。また、以下の〈自然治癒力に賭ける〉という行為により、希望を膨らませる参加者もいた。

■自分の中にある、自然治癒力いうんですか?自然治癒力というのが、こう、出てくる……いうんかねえ。(自然治癒力が)強く表れて、で、そういった(不治の)病気も治る、不思議とね。だから僕はそれ(テレビ)見とてね、そのテレビ見とて、そやなあ、こないになるんやったら、自分もそうなりたい(治りたい)なあと思つて。(No.21)

4. 【気持ちに折り合いをつける】

このカテゴリーは『流れに身をまかせる』『あきらめる』『病気を意味づける』『腹をくくる』『病気とうまく付き合う』『気を紛らす』『だましだまし生きる』という7つの説明概念で構成される。

■悪くなったら悪くなった時のことで、今のとこで最大のことやとつたらそれでいいんちゃうか、と思う意識の方が強いから。将来的なことそこまで色々全然考えてない(No.22)

■まあ所詮なるようにしかならないわけですから。(中略)割り切ってしまうば、それなりに……深刻に考えることもないし。(No.30)

このように、自分の人生は〈なるようにしかならないと思う〉と考え、自分の身を事の〈なりゆきにまかせる〉、そのようにして生きることが参加者の対処の方法になっていることが分かる。参加者が流れに身をまかせられるようになる背景には

■もう(病気のごとは)あきらめましたねえ。もうやむを得ないって……。どうあがいても、元の体に戻らないと思いますから。(No.13)

■自分が不摂生をしたから、過去に。だからこういう病気になったんやから、これはもう、しょうがない、自分自身で蒔いた種やから、って思ってます。(No.5)

■ここの先生に、あと何年ぐらい持つか?という聞きましてんけど、もう持てへんいうて言われたんで、あきらめとんですわ。いつ(心臓が)止まってコロっと思ってもええわと思つて、あきらめとんですわ。それを言われた時(中略)ガクッときて一時悩みましたけど、だけど

今はもう、あきらめとるから。(No.5)

■先生に聞いたら、(この病気で)もう一生通院してもらわなあかんと言われたんです。まあ、あきらめが早いほうやから、もうしゃあない(しかたがない)なと思って。(病気に)なってしもたもんは、もうしゃあない(しかたがない)ですから。(No.19)

などという、〈あがいても仕方がない〉とか、〈万事休す〉という『あきらめる』気持ちが根底にあることも注目すべき点である。また参加者は、

■今、逆にあの……健康やと思っ(てい)た時よりも調子がいいから。そやから逆に……かえって、先に(病気が)分かった方、軽い状態で分かった方が良かったんちゃうかな。(中略)何か(自分が)無理(なことを)しよったら、ちょっとコントロールして、抑えることもできるし。せやから……(病気だと)分かってないときやったら、無理してしんどいな思っても、そのまま、もう、やりましたけど、それがちょっとセーブできるようになっただけで、ちょっと(病気が)分かったと思うええ(良い)利面の方(があるの)とちがうかなと思うんです。(No.22)

と、『病気を意味づける』行為も行っている。参加者の中には早く病気が見つかったことを、むしろよかったと感じている者がいたことを鑑みると、参加者は『病気を意味づける』ことで気持ちに折り合いをつけ、心筋症に適応しようとしていたのかもしれない。

また、ここでは参加者が自分にとって快をもたらす行動をすることにより、わずらわしい気持ちから気分をそらすコーピングも確認できた。

■何かしてないと気が滅入りますから。仕事してるほうが息抜きになってるし。昔から仕事ばっかりしてたもんですから、何か仕事してなんたらしんどいんです、逆にね。(No.12)

■もう(気分的に)しんどいときは、ワーツと、何も考えんと仕事するんです。動き回ってね。そしたらあとはスカッとするからね。あんまり考えても神経がまいてしまうでしょ。(No.19)

■知り合いの人と一緒に気晴らしにどこか行ったりとか、調子いい時は車で、夏なんかは海に行ったりとか、そんなんしてました。(中略)ちょっと具合が悪いなと思って一日家におったら、それ(病気のこと、将来のこと)ばっかり考えてしまいましたもん。(No.20)

このように、気がかりな事柄を考えるという行為を避け、〈仕事をする〉〈好きなことをする〉〈外出する〉等の行為で自分の気持ちを紛らわし、〈だましまし生きる〉ことで参加者は平常心を保っていることが理解できる。

VI. 考 察

Lazarusらによると、人のコーピング行動には2つの種類があるという。ひとつは苦痛をもたらす厄介な問題を巧みに処理し変化させていくものであり、問題の所在を明らかにしていくことに努力し、いくつかの解決策を当てはめたり試みてみたりする問題中心のコーピングである。もうひとつは厄介な問題に対する情動反応を調節していくことであり、情動的な苦痛を低減させるためになされる回避、最小化、遠ざかる、注意をそらす、肯定的な対比、積極的な価値を見出す、などの情動中心のコーピングである⁶⁾。【おのれをしのぐ努力をする】というカテゴリーに表されるコーピングは、参加者が生きるため、そして心筋症とともに生活していくために食生活や職生活など、あらゆる行為を努力して変化させる行為であり、まさしくLazarusらのいう“問題の所在を明らかにして解決策を試す”という問題中心のコーピングであるといえる。また、わが国では職業的なヒエラルキーである職位によるパワーを意識する傾向が強く、より上位の職位に位置することが価値高いとされている。そのような社会的な感覚を理解しながらも、参加者は自らの病気を理由に職位を下げてもらわざるを得ないと語る。自らの生命を維持するためには、参加者は社会の評価を気にしている場合ではなく、この行為は自分のプライドと引き換えに当面の命を手に入れるという問題解決の行為にほかならない。さらに、参加者の〈弱気な自分に鞭打つ〉〈弱い自分との戦い〉、すなわち自分を鼓舞するという行為は、参加者が自分の気持ちの持ち方自体を“問題である”ととらえ、その問題を処理するために自分を鞭打つという、参加者自身の問題解決の方法なのであろう。

【人に頼り、頼られる】というカテゴリーでは、Lazarusらの言う問題中心型や情動中心型などの解決策を見出した回避したりするコーピングというよりむしろ、他人によって生かされているという実感が生きていく活力になっているということが注目すべき点であろう。このカテゴリーの特徴は、自分を取り巻く人との関係性の中に見出されるコーピングであるということである。Blumerによると、人間は出来事や現在の自分を過去や未来の出来事に結び付けて理解するとともに、自分自身を他の人間とのかかわりにおいて形作り、自己と相互作用しながら将来の行為などをイメージするという¹³⁾。参加者は身体の状態を自己のものとし、医療者や仲間、家族などとの相互作用を通して漠然と対処をしているのかもしれない。また梶原らは脳卒中患者の障害受容は、本人の自覚的で積極的なかたちの障害受容というよりは、むしろ周囲の温かな人間関係の中で傷がゆっくりと癒えていくように障害に対するこだわりが消え、日常生活の中で自己自身を受容していく状態をさすものだとする¹⁴⁾。生命に直結する病気や障害にこだわる

ことなく、通常の社会の中で普通の人間として人に頼ったり頼られたりする、つまり人から生かされていると感じることの重要性がこれらのコーピングから理解できる。

さて、わが国では唯一の治療方法である心臓移植の症例が少なく、移植のチャンスに恵まれる心筋症患者はほんの一握りである。医学の発展が目覚ましい昨今、それゆえ参加者は心臓移植に対する期待以上に“別の治療方法”に対して希望を持ち、その成果を切望するのは当然のことであろう。現時点で自身の治療に対する西洋医学に明るい未来が見込めない参加者にとって、心臓移植以外の治療や、健康補助食品、ツボ押し等の効果を期待し、〈元気になった自分を想像する〉行為は、参加者の薬をも掴む心情の結果生まれてくる問題解決のコーピング行為でもあるのだろう。海外では複数の研究者が、“希望”がコーピングの方法として用いられ得ること、そして希望にはコーピング能力を高める力があることを述べており^{15~17)}、【一縷の望みに賭ける】というカテゴリーに表される行為が参加者の大きなコーピングになっていることが理解できる。

さらに、Martenssonらは男性心不全患者の生活状況の6概念に「あきらめの感覚」を含めており、患者が心不全に適応し、将来の自分の価値を高めるためにはこの感覚に患者自身が気づくことが重要であると述べている¹⁸⁾。また、Johnsonらは心筋梗塞患者の適応プロセスの4段階には「譲歩する」という段階があり、その中には「病気を意味づける」というカテゴリーが含まれていると述べている¹⁹⁾。【気持ちに折り合いをつける】というカテゴリーに表される、参加者の『あきらめる』『流れに身をまかせる』『病気を意味づける』等の行為は、参加者自身が心筋症という病気に適応し、将来の自分の価値を高めるためのコーピング行動であるのかもしれない。これらのコーピングは、前述の【おのれをしのぐ努力をする】【人に頼り、頼られる】【一縷の望みに賭ける】に表される問題解決的・希望的なコーピングとは明らかに異なり、回避的・隔離的なコーピングの方法であるといえる。このようなコーピングは、場合によってはコーピングの行動を困難にする要因ともなりうるとLazarusらは述べている⁶⁾。

心疾患という病気は心臓に対する破壊的な作用があり、生命と存在への破壊作用という象徴的意味合いがある。心臓発作はその人がその人であり続けることを危うくし、その人の生活状況全体を脅かしかねないとWengerは言う²⁰⁾。また、Wiklundによると心臓の発作は命を脅かす事件であり、病状が安定しても情緒不安定や悲観に陥りやすくなったり、難題にぶつかるとうまく避けてしまうようになっていたりする患者も多いという²¹⁾。心筋症患者の場合もまた、心不全の悪化により息をすることや動くことすらできなくなるという生命の危機に瀕する。心筋症患者にとって、将来

的に治癒する見込みもなく悪化の一途をたどる病気の存在は、当然のことながら、その人の生活状況全体を脅かすことになり、情緒的な不安定や悲観に陥る要因となる。

しかし患者はそれでも生活を送っていかなくてはならず、本研究の参加者は独自のコーピングによってそれらの状況を解決していたことが理解できた。参加者は、とにかく今の自分にできることをする、それが感情のコントロールであったり、何らかの行動をおこすことであったり様々な行為ではあるが、そこには参加者の“どうにかして病気と共に生きていこう”とする姿がまざまざと表れている。この“どうにかしよう、なんとかしよう”とする行為がLazarusらの言う「人の資源に負担をかけたり、過重であると判断される特定の外的または内的欲望を管理するために、常に変化している認知的・行動的努力」、つまりコーピングであると言える。

Pearlinらは、Lazarusらのコーピングについて次のように述べている。「コントロールが可能と評価された場合は問題解決型のコーピングが促され、問題解決がはかれないストレスには回避的・情緒的なコーピングのみが、残された唯一のコーピングスタイルとして維持される²²⁾。」しかしながら、本研究の対象者の語りから抽出されたコーピングの中には、問題中心型と情動中心型を明確に区別できないものも少なくなかった。これはすなわち、問題中心型のコーピングをすることによって、その結果がどうあれ、“やるだけのことはやったんだ”と気持ちを納得させることができる、つまり最初は問題中心型のコーピングであったとしても、次第に情動中心型のコーピングへ移行していく、という解釈に基づく。したがって目の前の問題が解決するにせよ、しないにせよ、問題中心型のコーピングの中にも情動中心型と解釈されるコーピングが混在することがわかる。さらに言えば、ひとつのコーピングが成功したとしてもまた新たな問題が生まれ、別の方法でコーピングを行うこともあるし、ひとつの問題に対して同時に複数の方法でコーピングを行っている場合もある。ある事柄におけるひとつのコーピングのみに注目することは、患者の一側面だけしか見ることができないという意味で、きわめて危険であるということが理解できる。

〈本研究の意義と看護実践への示唆〉

本研究の結果は、必衰の病体験をしている心筋症患者のコーピングについて質的帰納的に検討を行ったものである。本研究で明らかになった心筋症患者のコーピングは、看護師が臨床において心筋症患者の体験や言動を深く理解する一助となるであろう。看護者は心筋症患者が感じているネガティブな感覚に対するコーピングに目を向け、患者の苦痛を理解し、心筋症と共に生きることを支える援助の手がかりを見出すことができる立場にある。患者の背景に

は人生の歴史や身体の状態、個人や社会の価値観、周囲の人間、心筋症に対する社会のイメージなどがあり、それは患者によって異なり非常に複雑である。まずはそのことを理解するために、看護師が意図的に患者が自身の感覚とそのことに対するコーピングについて語るができる機会を作るようにすることが必要であろう。そして、患者がネガティブな感覚を抱いているとき、看護においては患者がコーピングの方向に向かうことができるように援助することが非常に重要である。その中で看護者に求められることは、看護者自身が心筋症に対する十分な知識を持ち、患者に対して最大限の努力を払う準備性を備えておくということである。医療者に対する気兼ねなどから、患者に“相談できない”という気持ちを持たせてしまえば、患者の思いや希望が表出できない状況を作り出してしまふ。本研究で明らかになった参加者のコーピングの категорияにもあるように、「人を頼り、頼られる」という人間的なかかわりの中で看護者は、十分な知識に裏打ちされた根拠を元に、時には患者を見守り、一緒に考え、そして時には支えの手を差し伸べることで、患者のコーピングを促すことができるようになる。朝倉は、患者に対して言語的、視覚的情報を与えることは患者が自分の身体に注意を向けることにつながるとし、慢性期患者の援助として重要であると述べている²³⁾。“馴染みのない病気に罹ってしまった”と語る心筋症患者にも同様のことが言える。看護者が十分な知識を持ち、それを言語的、視覚的情報として患者に伝えることが、患者自身の身体理解を助けることになるであろう。しかしここで注意しなくてはならないのが、患者のネガティブな感覚を助長しないようにすることである。“自分を責める”という、いわば自虐的な行為でさえ患者のコーピングになりうる心筋症患者においては、看護者の情報提供のしかた如何によっては患者の自己コントロール感を喪失させてしまう恐れもある。一方的な情報提供ではなく、患者自身が自分でコーピングの方法を見出すことができるように援助することが必要となる。簇持によると、心筋梗塞後の患者が自己と社会に折り合いをつけて生きていこうとするプロセスには、病を克服して自己コントロール感を取り戻していくというよりも、病との調和を指向し、病と共生するという態度が深く関わっていると述べている²⁴⁾。治癒を見込めない心筋症患者にとっては、病気を克服するというよりむしろ、病気との共生を目指していかなければならないということは言うまでもない。自己コントロール感を高めてもらおう、自己コントロール感を獲得してもらおうと、看護者が躍起になるのではなく、じっくりと患者の話の聞き、個々の患者がどのように生活を送っているの

か、そしてどのような対処を行う傾向にあるのかを把握した上で、優れた鑑識眼をもって患者と共に歩いていく姿勢に徹することが看護者には求められる。

〈本研究の限界と今後の課題〉

本研究では心筋症患者の中でも日常生活に困難を抱えていると思われる患者、すなわちNYHA (New York Heart Association) の心機能分類Ⅱ度程度の患者を対象としてコーピングの様相を検討しているため、その結果を心筋症患者全般に当てはめるには限界がある。また、対象となった患者は圧倒的に男性が多かったため、結果に性差による偏りが生じている可能性もある。さらに分析の段階では、データが飽和に達したかどうかについて確認作業が続いたが、既述の限界を鑑みると、現データのみで飽和に達したと判断するよりむしろ、更に対象を増やして分析を進め、心筋症患者のコーピングについての一般化に向けて検討していく必要があると考える。

また、本研究では病気や症状の進行、時期などの因子や、心筋症患者に唯一残された治療法である心臓移植の決断等に関連させた分析が十分にできていない。今後は心筋症という診断を受けてからの患者の経過を追う等、プロスペクティブな方法で分析を進め、心筋症患者の看護を検討していく必要があると考える。

Ⅶ. 結 語

本研究の参加者が用いていたコーピングは【おのれをしのご努力をする】【人に頼り、頼られる】【一縷の望みに賭ける】【気持ちに折り合いをつける】の4つカテゴリーで表すことができた。参加者は直面する困難や問題に対して孤軍奮闘し、人的・物理的な期待を通して問題解決を図る努力をし、解決に至らない困難や問題に対しては、考えることを避けたりあきらめたりすることで気持ちを処理していた。これらの行為は、参加者の“どうにかして病気（心筋症）と共に生きていく”ための方略であることが理解できた。

謝 辞

本研究にご協力くださいました参加者の皆様に深謝の意を表します。また、本研究は神戸大学大学院医学系研究科博士後期課程で遂行した研究の一部であり、当研究科の川合宏哉先生、石川雄一先生、矢田真美子先生には医学・看護学的な示唆を数多く賜りました。また、宮崎大学医学部看護学科の津田紀子先生には、本研究について一貫したご指導を賜りました。深く御礼を申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、心筋症患者の日常生活上の困難に対するコーピングの様相を検討することである。研究は質的帰納的研究デザインであり、研究参加者は男性26名、女性4名の計30名、平均年齢 54.4 ± 2.06 (SE) 歳であった。参加者には半構成的面接を行い、面接内容はKrippendorffの内容分析の方法を参考にして分析を行った。分析の結果、心筋症患者のコーピングは【おのれをしのぐ努力をする】【人に頼り、頼られる】【一縷の望みに賭ける】【気持ちに折り合いをつける】の4つカテゴリーで表された。参加者は直面する困難や問題に対して孤軍奮闘し、人的・物理的な期待を通して問題解決を図る努力をし、解決に至らない困難や問題に対しては、考えることを避けたりあきらめたりすることで気持ちを処理していた。これらの結果から、看護者が個々の患者のコーピングに注目することにより、患者が心筋症と共に生きるための援助の手がかりを見出せることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to examine the aspects of coping for difficulty in daily life of patients with cardiomyopathy. The research was performed in a qualitative and inductive design. Participants in this study were 30 patients with cardiomyopathy, 26 men and 4 women. The average age was 54.4 ± 2.06 (SE). The interview to the participants was semi-structured, and the content of the interview was analyzed according to the Content Analysis advocated by Krippendorff. Four categories, [making efforts to surpass oneself], [making a mutual rapport], [believing in a slight hope], and [compromising on one's mind] were extracted from analysis of participants' coping attitudes. The participants indicated they fought alone against the difficulties and problems they confronted, and were aiming to solve the problems with humane and physical expectation. Moreover, the participants were coping with their feelings by avoiding and/or giving up thinking about difficulties and problems that did not reach to a solution. These results suggest that the nurses should find clues to help and support patients who live with cardiomyopathy by recognizing their coping.

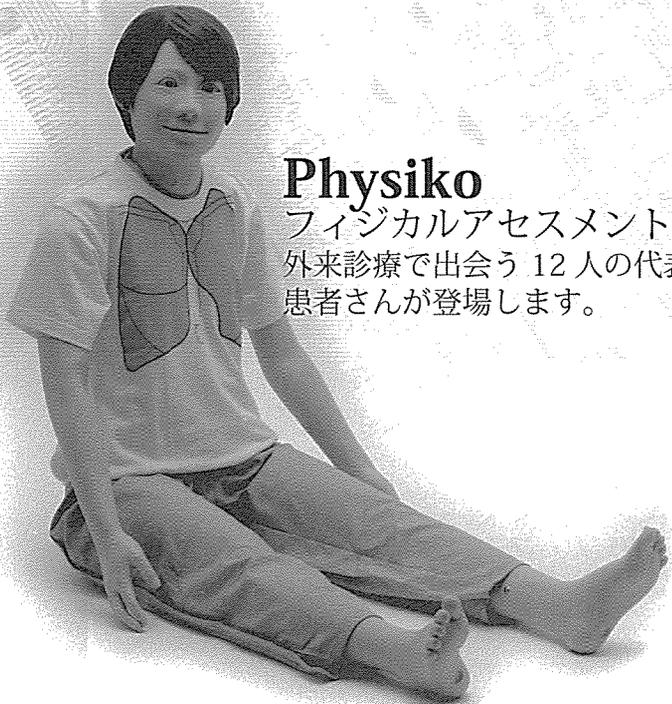
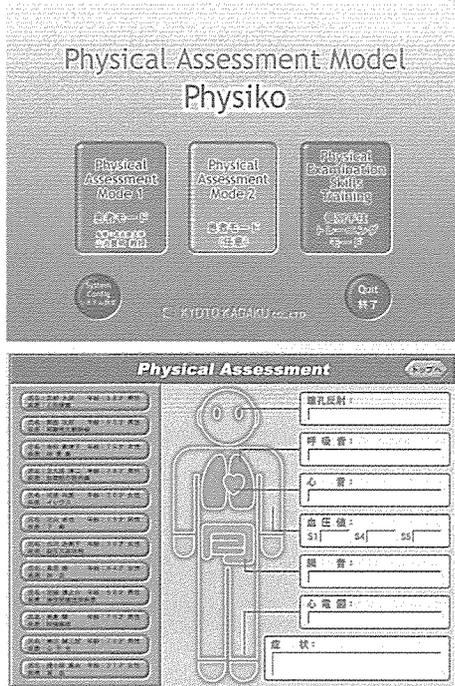
文 献

- 臓器移植ファクトブック2005: http://www.medi-net.or.jp/tcnet/JST/fact_05/index.html, 2005.
- Bunzel B., Wollenek G., et al.: Living with a donor heart: feeling and attitudes of patients toward the donor and the donor organ, *Journal of Heart and Lung Transplantation*, 11 (6), 1151-1155, 1992.
- Rauch J.B., Kneen K.K.: Accepting the gift of life: heart transplant recipients' postoperative adaptive tasks, *Social Work Health Care*, 14 (1), 47-59, 1989.
- Kuhn W.F., Brennan A.F., et al.: Psychiatric distress during stages of heart transplant protocol, *Journal of Heart Transplantation*, 9 (1), 25-29, 1990.
- Kaba E, Thompson DR, et al.: Coping after heart transplantation: a descriptive study of heart transplant recipients' methods of coping, *Journal of Advanced Nursing*, 32 (4), 930-936, 2000.
- Lazarus RS, Folkman S: Stress, appraisal, and coping (1984)/本間寛, 春木 豊, ほか監訳: ストレスの心理学-認知的評価と対処の研究 (第1版), 実務教育出版, 東京, 1991.
- Lazarus RS: Stress and Emotion - A New Synthesis - (1999)/本間寛監訳: ストレスと情動の心理学-ナラティブ研究の視点から-, 実務教育出版, 東京, 2004.
- 赤石三佐代, 布施裕子, 神田清子: 初めて放射線治療を受けるがん患者の気持ちとストレス対処行動に関する質的研究, *群馬保健学紀要* 25, 77-84, 2004.
- 林田裕美, 岡光京子, 三牧好子: 外来で化学療法を受けながら生活するがん患者の困難と対処, *広島県立保健福祉大学誌, 人間と化学*, 5 (1), 67-76, 2005.
- 安田加代子, 松岡 緑, 藤田君支, ほか: 糖尿病の自己管理における対人関係の困難性-困難な気持ちから肯定的な気持ちへと変化した対処行動-, *日本看護科学会誌*, 25 (2), 28-36, 2005.
- 漆坂真弓, 野並葉子, 森 菊子, ほか: 外来に通院しているII型糖尿病患者の病気への対処, *兵庫県立大学紀要*, 11, 67-83, 2004.
- Krippendorff K. 著, 三上俊治, ほか訳: メッセージ分析の技法-「内容分析」への招待-, 勁草書房, 東京, 1999.
- Blumer H. 著, 後藤将之訳 (1991): シンボリック相互作用論-パースペクティブと方法-勁草書房, 東京, 1969.
- 梶原敏夫, 高橋玖美子: 脳卒中患者の障害受容, *総合リハビリテーション*, 22 (10), 825-831, 1994.
- Kylma J., Vehvilainen-Julkunen K.: Hope in nursing research: a meta-analysis of the ontological and epistemological foundations of research on hope, *Journal of Advanced Nursing*, 25 (2), 364-371, 1997.
- Rustoen T.: Hope and quality of life, two central issues for cancer patients: a theoretical analysis, *Cancer Nursing*, 18 (5), 355-361, 1995.
- Benzein E., Saveman B.I.: One step towards the understanding of hope: a concept analysis, *International Journal of Nursing Studies*, 35 (6), 322-329, 1998.
- Martensson J, Karlsson JE, et al.: Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation, *Journal of Advanced Nursing*, 25, 579-586, 1997.
- Johnson J.L., Moese J.M.: Regaining control : The process of adjustment after myocardial infarction, *Heart & Lung*, 19 (2), 126-135, 1990.
- Wenger N.K.: Coronary Care: Rehabilitation after Myocardial Infarction, New York American Heart Association, 1973.
- Wiklund I, Sanne H, et al.: Coping with myocardial infarction:

- A model with clinical applications, a literature review, *Int. Rehab. Med.*, 7(4), 167, 1985.
- 22) Pearlin LI, Schooler C: The structure of coping, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21, 1978.
- 23) 朝倉京子：心筋梗塞を発症した病者の生きられた身体体験, *日本看護科学会誌*18(3), 10-20, 1998.
- 24) 旗持知恵子：心筋梗塞を発症した病者の入院時心臓リハビリテーション期間における病の受け入れのプロセス, *山梨県立看護大学短期大学部紀要*, 7(1), 1-12, 2001.

〔平成18年4月17日受 付〕
〔平成18年10月2日採用決定〕

看護実践能力育成のために—教育カリキュラムがめざす「臨地実習」をサポート



Physiko

フィジカルアセスメントモデル—
外来診療で出会う 12 人の代表的な
患者さんが登場します。



まあちゃん

小児看護実習モデル（医療的ケアモデル）
「痰」の吸引や経管栄養注入などの「医療的ケア」
をトレーニングすることができます。



これからの看護教育に不可欠な
教育用シミュレータ&
トレーニングモデル

詳細なパンフレットがございます。お問合せください。



E-mail: rw-kyoto@kyotokagaku.co.jp <http://www.kyotokagaku.co.jp>
Tel: 京都 075-605-2510 fax:075-605-2519 Tel: 東京 03-3817-8071 fax:03-3817-8075

血液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討

Development of the Self-Management Behavioral Scale of Hemodialysis Patient to Evaluate its Reliability and Validity

野澤明子¹⁾ 岩田真智子²⁾ 白尾久美子³⁾
Akiko Nozawa Machiko Iwata Kumiko Shirao
佐藤直美¹⁾ 稲勝理恵⁴⁾
Naomi Sato Rie Inakatsu

キーワード：血液透析療法，自己管理行動，尺度
Key Words：hemodialysis, self-management behavior, scale

I. はじめに

日本の透析療法患者のうち、およそ95%が血液透析療法を受け、その患者数は毎年増加している¹⁾。血液透析療法を受ける患者は、日常生活において水分や食事の制限や、透析療法を受けるといった時間的な拘束を半永久的に継続することが必要であり、そのことによる患者の苦痛は大変大きいと考えられる。患者が長期にわたり継続する慢性状況を適切に管理することは、合併症を予防し、生存率を改善するために重要である。患者が食事や日常生活における自己管理を確立できるよう援助していくことは、看護者の重要な役割である。

血液透析療法患者に限らず、慢性疾患を抱える個人の生活をサポートする看護の重要な概念として、自己管理、セルフケア、コンプライアンス、アドヒアランスなどの用語が使われている。保坂²⁾は、「自己管理行動は、病気とともに社会生活を営んでいく慢性疾患患者が自分の病気の回復、あるいは悪化予防、合併症の予防と早期発見のために、どのような行動が望ましいかを理解した上で、悪影響を及ぼすと思われる行動を改善し、かつ個々にとって充実した創造的な生活を送れるように主体的に行う行動である」と定義している。GrumanとVon Korff³⁾は400以上の原著の包括的文献検討をもとに、「慢性疾患を抱える人の自己管理 (self-management) とは、予防行動と健康増進行動に従事すること、病気の症状や徴候をモニターし管理すること、役割機能、感情、および対人関係における病気の影響を管理すること、そして治療法を遵守すること」と定義している。しかしながら、自己管理は、セルフケアとほぼ同義語として使われている場合も多い⁴⁾。

血液透析患者の自己管理行動の評価は、これまで臨床的データにより評価される場合が多く^{5,6)}、血液透析患者の自己管理行動を評価する尺度の開発は十分ではなかった。患者の自己管理状況の評価は、看護介入の効果を評価する方法としても重要であり、臨床的データのみでなく、患者の行動評価、総合的な健康状態の評価など多角的に評価することが必要である。

この研究では、血液透析患者の自己管理行動尺度の作成とその信頼性・妥当性について検討することを目的とする。

II. 対象と方法

1) 用語の定義

GrumanとVon Korff³⁾による慢性疾患を抱える人のself-managementの定義を基に、血液透析患者の自己管理行動を、合併症の予防と健康増進行動に従事すること、腎不全および合併症の症状や徴候をモニターし管理すること、病気や治療による心理への対処、病気や治療による役割機能および対人関係における影響の調整、そして食事療法、薬物療法、運動療法、透析療法を遵守することと定義した。さらに①食事行動：食事療法の遵守、水分制限の遵守、②身体活動：運動療法の遵守、休養、③心理社会生活：対人関係の調整、役割機能の調整、心理的問題への対処、④受療行動：透析の受療、薬物療法の遵守、腎不全・合併症の症状と徴候の管理をその構成要素とした。

2) 血液透析自己管理行動項目の作成

看護学研究者5人で、慢性腎不全で血液透析療法を受け、維持期にある患者の自己管理行動尺度として、これ

1) 浜松医科大学医学部看護学科 Hamamatsu University School of Medicine, Faculty of Nursing

2) 聖隷浜松病院 Seirei Hamamatsu General Hospital

3) 静岡県立大学看護学部 University of Shizuoka, School of Nursing

4) 静岡県立大学短期大学部 University of Shizuoka, Junior College

までに報告されている類似概念を扱った文献を参考に⁷⁻¹²⁾、血液透析患者自己管理行動を定義し、構成要素と下位項目48項目を作成した。

次に作成した尺度の定義、構成要素、下位項目について透析室勤務の看護師6人(平均透析室勤務年数18.1年、平均看護師勤務年数22.2年)による内容の検討を行った。透析室勤務看護師による検討結果に基づいて、看護学研究者5人で再度検討した。各項目については「いつも実施している」「だいたい実施している」「あまり実施していない」「まったく実施していない」の4件法とし、それぞれに4-1点の得点を付した。

さらに作成した原案を用いて、維持期の透析患者10人(男性3人、女性7人、平均年齢61.6歳、平均透析年数21.4年)に自己管理行動について面接法による調査を実施し、実際に患者が実施している自己管理行動の内容と質問項目の表現と内容とが適切かどうかについて検討した。その結果、血液透析患者自己管理行動の項目として、食事行動30項目、身体活動5項目、心理社会生活7項目、受療行動20項目の合計62項目を作成した。

3) 調査の実施

平成15年8月に、静岡県内にある透析専門病院に通院する血液透析療法を受けている患者138人に調査を依頼した。対象者の選択には、①20歳以上であること、②日本語の読解が可能であること、③視力障害により文字が読めない場合には、家族による記載が可能である者、④血液透析を開始してから、3ヶ月以上経過し、通院により血液透析療法を受けていること、⑤精神障害および認知症症状がないことを条件とした。

調査は、年齢、性別、職業、同居家族、透析年数、自己管理行動、宗像による予防的保健行動¹³⁾について自記式質問紙により実施し、原因疾患、血液検査結果、および透析治療に関する情報については対象者および施設より許可を得て診療録より収集した。質問紙調査は、施設において対象者の透析日に配布し、次回透析日に回収する留置法により行った。

4) 倫理的配慮

対象者には、研究の目的・意義・方法、調査は記名式であるが統計的に処理をおこない個人名などプライバシーがもれないよう配慮すること、調査への協力は自由意志であること、調査への協力を拒否しても診療上の不利益を被らないこと、調査内容は本研究以外では使用しないことを書面にて説明し、書面による同意を得た上で実施した。原因疾患、血液検査結果、および透析治療に関する情報を施設より許可を得た上で診療録より収集することを、書面により説明し、同意を得ている。

5) 血液透析自己管理行動尺度の信頼性・妥当性の検討

血液透析自己管理行動尺度の信頼性・妥当性の検討は、以下のように行った。

(1) 因子分析を行う前の手順として、反応分布、回答欠損状況、項目間相関による項目選定を行った。

(2) 上記(1)による選定の結果残された項目に関して因子分析を行い、因子構造を明らかにした。

(3) 上記(2)により導き出された結果に対し、Cronbach α 係数により信頼性を検討した。また基準関連妥当性は、予防的保健行動、透析間体重増加、タンパク異化率(PCR)、血清カリウム値、血清リン値との相関により検討した。PCRは計算式: $PCR(g/日) = (Gu + 1.2) \times 9.35$ とし、 $Gu = [透析前BUNデータ \times \{(DW \times A/100) + (透析前体重 - DW)\} - 前回透析後BUNデータ \times \{(DW \times A/100) + (前回透析後体重 - DW)\}] / (透析間時間 \times 6)$ により算出した¹⁴⁾。

III. 結 果

1) 対象者の特性

調査を依頼した138人のうち、同意の得られた133人に調査を実施した。そのうち、自己管理行動に関する回答欠損が62項目中10項目以上あるいは回答欠損頁がみられた4人については分析から除外した。分析対象者とする有効回答は、97.0% (129人)であった。対象者は男性87人(67.4%)、女性42人(32.6%)で、平均年齢は59.0±10.6歳であった。パートタイムやアルバイトなども含めて職業を持っている

表1. 対象の背景

| | | |
|---------|-----------------|-----------|
| 人数(人) | | 129 |
| 男性/女性 | | 87 / 42 |
| 年齢 | 平均年齢 (M±SD) (歳) | 59.0±10.6 |
| | 30歳代 (人) | 3 |
| | 40歳代 | 24 |
| | 50歳代 | 37 |
| | 60歳代 | 41 |
| | 70歳代 | 21 |
| | 80歳代 | 2 |
| 職業(人) | 常勤 | 42 |
| | パート・アルバイト | 8 |
| | 専業主婦 | 18 |
| | 退職 | 14 |
| | 無職 | 26 |
| | その他 | 17 |
| | 不明 | 4 |
| 同居家族(人) | 有 | 107 |
| | 無 | 21 |
| | 不明 | 1 |
| 原因疾患(人) | 慢性糸球体腎炎 | 83 |
| | 糖尿病性腎症 | 18 |
| | その他 | 28 |
| 透析年数(年) | 平均 (M±SD) | 12.6±9.9 |
| | 幅 | 0.4~32 |

人が38.8% (50人)であった。同居家族がいる人が82.9% (107人)であった。原因疾患では、64.3% (83人)が慢性糸球体腎炎であり、糖尿病性腎症は14.0% (18人)であった (表1)。

2) 回答分布・回答状況による自己管理行動項目の選定

自己管理行動の平均値により、反応偏向項目として平均値が3.8以上あるいは1.2以下の3項目を削除した。回答欠損状況により6項目を削除し、合計9項目を削除した。なお、項目間相関において $r \geq |0.7|$ の相関関係を示す項目はなかった。

3) 自己管理行動の因子構造

項目選定の後、残った53項目について主因子法、回転なしの因子分析を行い、スクリープロットにより3因子を決定した。その後、主因子法、バリマックス回転を行い、因子負荷量4.0以下、2因子にまたがって因子負荷量が4.0以上であった20項目を削除した。その結果、第1因子22項目、第2因子5項目、第3因子6項目の3因子が抽出された。3因子の累積寄与率は43.21%であった (表2)。

第1因子は、「適切な量のたんぱく質を食べている」や「1日の適正な飲水量を守っている」などの適正な食事療

表2. 血液透析自己管理行動尺度の因子構造

| No. | 尺度項目 | 平均値 | 標準偏差 | 第1因子 | 第2因子 | 第3因子 | 共通性 |
|---------------------------|-----------------------------------------------|------|------|--------|--------|--------|--------|
| n = 129 | | | | | | | |
| 第1因子：食事療法と水分制限の遵守 | | | | | | | |
| 21 | 適切な量のたんぱく質を食べている | 2.62 | 0.90 | 0.746 | 0.192 | 0.156 | 0.617 |
| 1 | 1日の適正な飲水量を守っている | 2.82 | 0.84 | 0.675 | 0.059 | 0.088 | 0.467 |
| 50 | 水分は食事や内服の時など決まったときに飲むようにしている | 2.63 | 0.94 | 0.672 | 0.039 | 0.127 | 0.469 |
| 20 | お茶や水などの水分は量がわかる器で飲むようにしている | 2.54 | 1.11 | 0.653 | 0.197 | 0.238 | 0.523 |
| 15 | 肉、魚、卵、大豆・大豆製品、牛乳などの食品は1日に食べる量を決めている | 2.33 | 0.92 | 0.648 | 0.249 | 0.068 | 0.486 |
| 12 | 1日の体重増加が適正範囲を超えないように飲水量を調節している | 3.02 | 0.86 | 0.646 | 0.052 | 0.119 | 0.435 |
| 61 | 酢・レモン汁・ポン酢しょうゆ・天然だしなどを使って、塩分制限の工夫をしている | 2.50 | 0.96 | 0.638 | 0.127 | 0.283 | 0.503 |
| 62 | 食品を計量している | 1.73 | 0.93 | 0.631 | 0.098 | 0.042 | 0.409 |
| 34 | 塩漬けの魚、漬け物、ハムやかまぼこなど食塩を多く含む食品を控えている | 3.02 | 0.75 | 0.603 | 0.236 | 0.012 | 0.420 |
| 57 | マーガリン、揚げ物、炒め物などで植物性脂肪を取り入れている | 3.23 | 0.89 | 0.586 | 0.305 | 0.165 | 0.463 |
| 55 | 適正なカロリー量に加減して食べている | 2.45 | 0.88 | 0.578 | 0.255 | 0.078 | 0.405 |
| 2 | ご飯やパンなどの主食は量を決めて食べている | 3.01 | 0.84 | 0.564 | 0.260 | 0.264 | 0.455 |
| 25 | いろいろな食品を組み合わせてバランスよく食べている | 2.80 | 0.81 | 0.551 | 0.124 | 0.225 | 0.369 |
| 5 | 麺類、鍋物、おでんなど水分の多い料理は控えている | 2.70 | 0.86 | 0.548 | 0.180 | 0.146 | 0.354 |
| 54 | インスタント顆粒だしを使わずに、かつお節などの天然だしを使っている | 2.38 | 0.99 | 0.534 | 0.039 | -0.052 | 0.290 |
| 53 | 野菜は茹でこぼす又は水にさらして食べている | 2.60 | 1.07 | 0.512 | 0.191 | 0.029 | 0.299 |
| 52 | 食べる量を加減して、塩分制限をしている | 2.92 | 0.87 | 0.492 | 0.322 | 0.103 | 0.356 |
| 11 | 小魚、チーズ、牛乳、ヨーグルト、加工食品などリンを多く含む食品をとりすぎないようにしている | 3.02 | 0.78 | 0.453 | 0.271 | 0.023 | 0.279 |
| 44 | 肉、魚、卵、大豆・大豆製品、牛乳などの良質のたんぱく質を食べている | 3.15 | 0.78 | 0.442 | 0.167 | 0.137 | 0.242 |
| 58 | 外食では、天ぷらやフライなど自分で味付けできるメニューを選択している | 2.45 | 0.95 | 0.436 | 0.250 | 0.301 | 0.343 |
| 41 | 毎日の食事に減塩しょうゆや減塩みそなどの減塩調味料を使っている | 2.55 | 1.17 | 0.428 | 0.232 | -0.007 | 0.237 |
| 28 | のどが渇いたときにはうがいや氷片などで対処している | 2.75 | 1.05 | 0.402 | 0.075 | 0.209 | 0.211 |
| 第2因子：治療法の管理と合併症の予防 | | | | | | | |
| 22 | シャント部に物をぶつけないようにしている | 3.73 | 0.60 | 0.071 | 0.633 | 0.064 | 0.410 |
| 18 | 検査データに気をつけている | 3.25 | 0.75 | 0.181 | 0.558 | 0.080 | 0.351 |
| 46 | シャント部を圧迫するような衣服を着ないようにしている | 3.61 | 0.60 | 0.188 | 0.535 | 0.011 | 0.321 |
| 6 | シャント部は日焼けや火傷をしないように気をつけている | 3.20 | 0.96 | 0.230 | 0.525 | 0.055 | 0.331 |
| 13 | 処方されている薬の内容を理解して内服している | 3.52 | 0.66 | 0.147 | 0.513 | 0.093 | 0.294 |
| 第3因子：身体と心理社会生活の調整 | | | | | | | |
| 8 | 体操、歩行、自転車こぎなどの適度の運動をしている | 2.44 | 0.95 | -0.023 | 0.046 | 0.726 | 0.530 |
| 19 | 日常生活の中でよく体を動かすようにしている | 2.88 | 0.85 | 0.106 | 0.120 | 0.691 | 0.503 |
| 26 | 自分なりに気分転換をはかっている | 3.07 | 0.71 | 0.052 | 0.037 | 0.494 | 0.248 |
| 35 | 掃除や洗濯などの家事や草むしりなどの庭仕事を行っている | 2.64 | 1.07 | 0.044 | 0.100 | 0.468 | 0.231 |
| 39 | 同じように透析を受けている他の人と情報交換をしたり、相談しあったりしている | 2.37 | 1.01 | 0.263 | -0.045 | 0.450 | 0.273 |
| 14 | 血圧、体重、検査データ、身体症状などをノートに記録している | 1.63 | 0.87 | 0.332 | 0.023 | 0.431 | 0.297 |
| 固有値 | | | | 9.337 | 1.758 | 1.327 | 12.422 |
| 寄与率 (%) | | | | 30.086 | 7.167 | 5.954 | 43.207 |
| 累積寄与率 (%) | | | | 30.086 | 37.253 | 43.207 | |

法や水分制限に関する内容であることから、「食事療法と水分制限の遵守」と名付けた。第2因子は、「シャント部に物をおつけないようにしている」や「検査データに気をつけている」および「処方されている薬の内容を理解して内服している」などシャント管理、検査結果のモニタリング、薬の内服といった内容であることから「治療法の管理と合併症の予防」と名付けた。第3因子は、「体操、歩行、自転車こぎなどの適度の運動をしている」や「自分なりに気分転換をはかっている」など身体や心理社会的側面の調整といった内容であることから、「身体と心理社会生活の調整」と名付けた。

4) 尺度の信頼性の検討

Cronbach α 係数による内的整合性を検討したところ、33項目全体において $\alpha = 0.919$ であった。3つの下位尺度において、第1因子 $\alpha = 0.922$ 、第2因子 $\alpha = 0.687$ 、第3因子 $\alpha = 0.708$ であった (表3)。

5) 基準関連妥当性の検討

基準関連妥当性を検討するために、予防的保健行動、透析間体重増加量、血清カリウム値、血清リン値との相関係数を求めた。また蛋白異化率 (PCR) については、正常範囲を0.8~1.4とし¹⁵⁾、正常範囲内か否かで2群に分け、自己管理行動得点を比較した。

予防的保健行動と第1因子、第2因子、第3因子および全項目は、それぞれ $r = 0.547$ 、 $r = 0.320$ 、 $r = 0.310$ 、 $r = 0.564$ で有意な相関関係が認められた ($p < 0.01$)。

表3. 内的整合性の検討

| 因子名 | Cronbach's α |
|--------------------|---------------------|
| 第1因子 食事療法と水分制限の遵守 | 0.922 |
| 第2因子 治療法の管理と合併症の予防 | 0.687 |
| 第3因子 身体と心理社会生活の調整 | 0.706 |
| 全体 血液透析患者自己管理行動尺度 | 0.919 |

表4. 自己管理行動と予防的保健行動、透析間体重増加、カリウム値、リン値との関係

| | 予防的保健行動 | 透析間体重増加 | 透析前カリウム値 | 透析前リン値 |
|----------------|---------|---------|----------|--------|
| 第1因子 | 0.547** | -0.216* | -0.056 | -0.172 |
| 第2因子 | 0.320** | -0.130 | 0.056 | -0.153 |
| 第3因子 | 0.310** | -0.031 | 0.028 | -0.040 |
| 血液透析患者自己管理行動尺度 | 0.564** | -0.202* | -0.022 | -0.168 |

* $p < 0.05$ ** $p < 0.01$

表5. 自己管理行動と蛋白異化率

| | n | 血液透析患者自己管理行動尺度 M \pm SD | 第1因子 M \pm SD | 第2因子 M \pm SD | 第3因子 M \pm SD | |
|----------------|--------------|------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|----------------|
| 蛋白異化率 (g/kg/日) | 0.8~1.4 | 89 | 91.1 \pm 15.2 | 58.8 \pm 12.2 | 17.3 \pm 2.5 | 15.1 \pm 3.4 |
| | <0.8 or 1.4< | 21 | 91.6 \pm 17.4 | 59.3 \pm 14.5 | 18.1 \pm 2.1 | 14.1 \pm 4.2 |

透析間体重増加量については、第1因子と全項目で有意な相関関係が認められた ($p < 0.05$)。透析前カリウム値と透析前リン値については、自己管理行動の項目と有意な関係は認められなかった (表4)。

蛋白異化率が正常範囲内とそうでない群で、自己管理行動得点に有意な差はみられなかった (表5)。

6) 自己管理行動尺度の特性

血液透析患者自己管理行動項目の第1因子の得点平均値は59.1 \pm 12.8点 (最小22-最大88)、第2因子は17.4 \pm 2.4点 (最小7-最大20)、第3因子は15.0 \pm 3.8点 (最小7-最大24) であった。項目全体としては、91.5 \pm 15.7点 (最小38-最大121) であった。得点平均値が3.0以上であった項目は、第1因子では、「1日の体重増加が適正範囲を超えないように飲水量を調節している」3.02、「塩漬けの魚、漬け物、ハムやかまぼこなど食塩を多く含む食品を控えている」3.02、「マーガリン、揚げ物、炒め物などで植物性脂肪を取り入れる」3.23、「ご飯やパンなどの主食は量を決めて食べている」3.01、「小魚、チーズ、牛乳、ヨーグルト、加工食品などリンを多く含む食品をとりすぎないようにしている」3.02、「肉、魚、卵、大豆・大豆製品、牛乳などの良質のたんぱく質を食べている」3.15であった。第2因子では、「シャント部に物をおつけないようにしている」3.73、「検査データに気をつけている」3.25、「シャント部を圧迫するような衣服を着ないようにしている」3.61、「シャント部は日焼けや火傷をしないように気をつけている」3.20、「処方されている薬の内容を理解して内服している」3.52であった。第3因子では、「自分なりに気分転換をはかっている」3.07であった。また、平均値が2.0以下の項目は、第1因子の「食品を計量している」1.73と第3因子の「血圧、体重、検査データ、身体症状などをノートに記録している」1.63であった。第1因子の全項目の平均値は2.69、第2因子の平均値は3.46、第3因子の平均値は2.50であった (表2)。

血液自己管理行動尺度を従属変数とし、年齢、性別 (男)、職業有り、同居家族有り、糖尿病性腎症、透析年数、症状の数、合併症の数を独立変数として強制投入法による重回帰分析をおこなったところ、年齢 (標準化 $\beta = 0.436$, $p < 0.01$)、透析年数 (標準化 $\beta = -0.213$, $p < 0.05$) が血液透析療法患者自己管理行動の有意な影響要因であることが明らかとなった。各因子に関しては、第1因子には、年齢 (標準化 $\beta = 0.502$, $p < 0.01$)、透析年数 (標準化 $\beta = -0.230$, $p < 0.05$)、および糖尿病性腎症であること (標準化 $\beta = 0.178$, $p < 0.05$) が自己管理行動の影響要因であることが明らかになった。第2因子には、男性であること (標準化 $\beta = -0.265$, $p < 0.01$)、合併症の数 (標準化 $\beta = 0.200$, $p < 0.05$) が有意な影響要因であることが

表6. 血液透析患者自己管理行動への影響要因

n=111

| | 血液透析 自己管理 行動尺度 | | 第1因子 | | 第2因子 | | 第3因子 | |
|--------|-------------------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|
| | β | p | β | p | β | p | β | p |
| 年齢 | 0.436 | <0.01 | 0.502 | <0.01 | 0.014 | 0.888 | 0.138 | 0.169 |
| 性別 (男) | -0.159 | 0.081 | -0.076 | 0.382 | -0.265 | <0.01 | -0.248 | <0.05 |
| 職業有 | -0.077 | 0.434 | -0.479 | 0.633 | -0.018 | 0.865 | -0.055 | 0.609 |
| 同居家族有 | -0.031 | 0.702 | -0.445 | 0.657 | -0.140 | 0.114 | 0.101 | 0.252 |
| 糖尿病性腎症 | 0.108 | 0.239 | 0.178 | <0.05 | -0.021 | 0.828 | -0.131 | 0.190 |
| 透析年数 | -0.213 | <0.05 | -0.230 | <0.05 | -0.126 | 0.197 | -0.029 | 0.766 |
| 症状の数 | -0.008 | 0.928 | 0.018 | 0.838 | -0.067 | 0.486 | -0.082 | 0.397 |
| 合併症の数 | 0.115 | 0.200 | 0.144 | 0.092 | 0.200 | <0.05 | -0.071 | 0.460 |

重回帰分析による標準化係数 (β)とその有意水準 (p) を記載した。

明らかになった。第3因子には、男性であること(標準化 $\beta = -0.248$, $p < 0.05$)が有意な影響要因であることが明らかになった(表6)。さらに項目ごとでは、男女別の平均値の比較において、第2因子の「シャント部に物をぶつけないようにしている」が男性3.64、女性3.90と「シャント部は日焼けや火傷をしないように気をつけている」が男性3.02、女性3.59、および第3因子の「掃除や洗濯などの家事や草むしりなどの庭仕事を行っている」が男性2.31、女性3.33で男性が女性に比して有意に低値であった($p < 0.01$)。糖尿病性腎症かその他の腎症かによっては平均値に有意な差はみられなかった。

IV. 考 察

1. 血液透析患者自己管理行動尺度の因子構造と特性

GrumanとVon Korffは、慢性疾患を抱える人のself-managementを数多くの文献から包括的にその範囲や行動内容を明確に定義している。本研究では、この定義を基に血液透析患者の自己管理行動を定義し、自己管理行動を評価する尺度を作成した。その結果、血液透析患者自己管理行動尺度は、33項目3因子から構成される尺度を作成した。第1因子は、22項目と全体の3分の2の項目数からなる構成となった。因子名は、「食事療法と水分制限の遵守」と名付けた。項目の内容としては、たんぱく質、脂質、カロリー摂取に関する7項目、塩分、カリウム、リンの摂取に関する8項目、水分制限に関する6項目、栄養バランスに関する1項目である。透析療法を受ける患者にとって、栄養状態を適正に保ちながら、次回透析療法までの間の体内貯留水分が過剰にならないように管理し、不整脈、高リン血症、高脂血症などの合併症を予防していくために食事療法や水分制限は血液透析患者に必要とされる自己管理行動のなかでも重要な行動である。

第2因子は、5項目の構成となった。因子名は、「治療法の管理と合併症の予防」と名付けた。シャント管理に関する3項目と検査データの管理1項目、薬の内服管理1項

目である。シャントの管理や検査・薬の内服といった治療法の管理と合併症の予防に関する項目は、全体の平均値も高く、自己管理行動が比較的良好に行えている項目である。

第3因子は、6項目の構成とした。因子名は、「身体と心理社会生活の調整」と名付けた。運動や日常生活における身体活動に関する3項目、心理・社会的な問題への対処に関する2項目、および身体状況のモニタリングに関する1項目の6項目である。身体活動については、透析患者に必要な運動療法に関連する項目であり、持久力の改善と関節運動の指導は必要である。しかしながら、糖尿病性腎症の患者を対象とした認識に関する岡本らの報告では、運動処方を受けたと認識している者は約3割程度で、その内容についても運動の強度、量、種類、頻度について指導を受けたという認識を持ってはいなかった¹⁶⁾。この報告のように透析患者への運動療法の指導については、十分に行われていない現状が多いと考えられ、項目内容としては、具体的な運動処方内容ではなく、日常生活や一般的な運動内容に関する表現とした。

尺度全体では、年齢が高いほど、また透析年数が短いほど自己管理行動を行えていることがわかった。第1因子である食事療法や水分制限に関する項目は、年齢や透析年数に加えて原因疾患が糖尿病による場合に自己管理行動が行えていることが明らかになった。第2因子と第3因子については、男性の方が自己管理行動を行えていないことが明らかになった。男性では、第2因子のシャントの保護、第3因子の家事や庭仕事などの活動で低値であり、特に家事や庭仕事などの活動では、2.31と低値であったことから、自己管理行動促進の必要性が考えられる。第2因子では、合併症の数が多い人で自己管理行動を行っていたことから、糖尿病やその他の合併症がある場合に特に注意して自己管理行動を行っているのではないかと考えられる。また、全体では年齢の高い人の方が自己管理行動を行うことができていることから、仕事を退職し日常生活において時

間的なゆとりのある方が自己管理行動を行いやすいと考えられる。しかし、項目作成時のインタビューでは、「体が覚えているから」などの言葉が複数から聞かれた。インタビューを行った患者の透析年数は対象患者の透析年数よりも長かったことから、透析年数が長くなると自己管理行動が低下するのがあるいは意識的でなくても自然に自己管理が行えているのかについては今回明らかになっていない。透析年数によって、自己管理状況を自己評価による方法と臨床的データとともに評価していく必要があると考える。

2. 尺度の信頼性、妥当性について

第1～第3因子の各因子の信頼性は、Cronbach α 係数で0.687～0.922であり、第2因子が若干低値であった。一般的に測定用具の内的整合性としては、信頼性係数0.7以上が求められる¹⁷⁾。下位尺度において若干低い因子があるものの、尺度全体で0.919と高く、内的整合性はほぼ確保されている。

自己管理行動の項目は、慢性疾患を抱える人の自己管理の定義を基に、食事や水分制限だけに限定せず、慢性疾患を抱える人が自己管理を行う範囲から透析患者の自己管理を捉え、血液透析患者の自己管理を定義した。その定義の構成要素ならびに下位項目については、透析患者の生活指導に関するテキスト^{7, 8)} やこれまでの自己管理やセルフケア、および自己効力に関する研究報告^{9～12)} を検討し原

案を作成し、看護学研究者と透析看護に従事している看護師により内容の検討を行った。また、各項目について血液透析患者10人に面接法により構成要素における自己管理行動の内容の聞き取りと項目案の表現の適切性についての検討を行った後62項目を作成している。血液透析患者にとって行うことが望ましいと考えられる内容と、実際に透析患者が行っている内容を加味したこれらの作成プロセスにより、内容妥当性については確保されていると考える。

基準関連妥当性については、予防的保健行動、透析間体重増加量、タンパク摂取量の指標であるタンパク異化率、透析前カリウム値、透析前リン値との関係より検討した。予防的保健行動尺度は、宗像により紹介されている尺度であり、21項目から成る(信頼性係数 $\alpha = 0.7387$)¹³⁾。予防的保健行動とは、一般的に自覚症状がなく、病気を意識していない段階で、病気につながる行動を避けたり、予防的措置をとったり、病気の早期発見を行おうとするあらゆる行動を意味している¹⁸⁾。予防的保健行動の健康段階としては、健康状態にあり、病気への脆弱性の気付きを持っている段階として分類される。そのため血液透析患者の健康段階とは異なるものの、類似の尺度として、十分基準となると考えた。また、他には基準となるような類似した尺度がみられないことより、この予防的保健行動尺度を基準として選択した。透析間体重増加量は、水分制限や塩分制限の自己管理行動状況を反映する。蛋白異化率(PCR)は、

表7. 血液透析患者自己管理行動類似尺度の比較

| 尺度の名称 | 透析自己管理行動尺度 ¹⁰⁾ | 人工透析患者のセルフケア度 ¹¹⁾ | The renal adherence behaviour questionnaire (RABQ) ¹²⁾ | 血液透析患者自己管理行動尺度(本研究における尺度) |
|---------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 作成者 | 川端京子他 | 新谷恵子他 | Helena Rushe 他 | 野澤明子他 |
| 定義 | 食事・水分の摂取量を制限し、薬は確実に服用するなどの行動の実施状況の主観的評価を測定する尺度 | Oremの定義を元に作成 | カリウム、ナトリウム、および水分の制限と薬の内服のアドヒアランスのレベルを患者自身の報告により測定する | 血液透析患者の自己管理行動とは、合併症の予防と健康増進行動に従事すること、腎不全および合併症の症状や徴候をモニターし管理すること、病気や治療による心理への対処、病気や治療による役割機能および対人関係における影響の調整、そして食事療法、薬物療法、運動療法、透析療法を遵守することである |
| 構成概念 | | 普遍的セルフケア5因子 「食行動調整」 「ストレス予防」 「食物安全確認」 「運動調整」 「習慣調整」 健康逸脱時のセルフケア3因子 「シャント保全」 「治療食遂行」 「指示励行」 | F 1 : adherence to fluid restrictions F 2 : adherence to potassium / phosphate medication F 3 : Self-care F 4 : Adherence in times of particular difficulty F 5 : Adherence to sodium restriction | 第1因子(22項目): 食事療法と水分制限の遵守 第2因子(5項目): 治療法の管理と合併症予防 第3因子(6因子): 身体と心理社会生活の調整 |
| 項目数 | 10項目 | 普遍的セルフケア35項目 健康逸脱時のセルフケア25項目 | 25項目 | 33項目 |
| 信頼性・妥当性 | 内的整合性(Cronbach's α) 0.7853 基準関連妥当性 血清リン値と有意な負の相関関係($r = -0.241, p < 0.05$) 血清カリウム値と負の相関関係($r = -0.186, p < 0.1$) | 内的整合性(Cronbach's α) 全体: 0.800 因子: 0.596～0.831 基準関連妥当性 予防的保健行動尺度との有意な相関($r = 0.543, p < 0.01$) | 内的整合性(Cronbach's α) 因子: 0.56～0.80 安定性(test-retest) 因子: 0.69～0.91 収束的妥当性 Self-care因子は、透析間体重増加および血清リン値と高い相関関係($r = 0.43, r = 0.34$) | 内的整合性(Cronbach's α) 全体: 0.919 因子: 0.687～0.922 内容妥当性 看護専門家による検討、透析患者へのインタビューにより作成 基準関連妥当性 予防的保健行動尺度と有意な相関関係($r = 0.564, p < 0.01$) |

栄養状態が安定している場合において、蛋白摂取量と同等量であると考えられることから蛋白摂取量の指標として用いられる。また、透析前カリウム値および透析前リン値は、カリウム、リンの摂取制限を反映する。血液透析患者自己管理行動尺度は、PCR、透析前カリウム値、および透析前リン値とは関連性が見られなかった。しかしながら、予防的保健行動とは全体および下位尺度において有意な正の相関関係が、また透析間体重増加量とは、第1因子と尺度全体において有意な負の相関関係が認められたことより、基準関連妥当性が確保されたと考える。

3. 血液透析患者の自己管理行動評価尺度の比較

これまでに報告されている血液透析患者自己管理行動の類似の評価尺度を表7に示す。

川端ら¹⁰⁾の尺度は、透析自己管理行動尺度を岡らが開発した食事管理行動尺度をもとに水分・服薬に関する行動を含めて作成したものである。川端らは、「透析自己管理行動とは、食事・水分の摂取量を制限し、薬は確実に服用するなどの行動である」と定義し、食事・水分に関する6項目と薬に関する4項目の計10項目の尺度を報告している。この尺度は、血清リン値、血清カリウム値との有意な相関関係から基準関連妥当性が認められ、Cronbach α 係数は0.7853と信頼性も認められている。

新谷ら¹¹⁾は、Oremのセルフケアの定義に基づき、透析専門看護師への調査をもとに尺度項目原案を作成している。人工透析患者のセルフケア尺度は、普遍的セルフケア5因子、健康逸脱時のセルフケア3因子の計8因子からなる。Cronbach α 係数は、0.596～0.831で、尺度全体で0.800であるとされているが、下位尺度において低い値の因子もみられた。具体的な項目については、記載がないことから検討に至らなかった。

RABQ (the renal adherence behaviour questionnaire) は、Rusheら¹²⁾によりアイルランドで作成された尺度である。RABQは、文献および専門家と患者へのインタビューにより、経験的視点により構築した尺度である。RABQは、リン、ナトリウム、および水分の制限と薬の内服に関するアドヒアランスに関する尺度であり、25項目5因子で構成される。Cronbach α 係数による内的整合性は、0.56～0.80で、test-retestによる安定性は、0.69から0.91である。妥当性については、カリウム、リン、および水分摂取について、血清データ値、体重、および栄養士による評価との相関関係から収束的妥当性について検討している。セルフケア因子のみが、透析間体重増加と有意な相関関係を示したが、他の因子は明らかな関係性は認められていない。生化学的な指標と自己報告によるアドヒアランスの評価は、疾病の自然経過や治療法の効果が不確かであることなどにより必ずしも一致しない可能性について述べている。

これらの尺度の範囲や内容は、食事や水分の制限や薬物療法の内服に関する内容にとどまっているが、本尺度については、さらに症状の管理や合併症予防、運動療法の遵守、心理社会的問題への対処についても含んだ包括的尺度である。信頼性についても、他の尺度因子のCronbach α 係数との比較において、下位尺度においても0.687～0.922と比較的高い値を得ることができた。内容妥当性については、作成過程において他の尺度と同様に看護専門家による意見を基に作成しただけではなく、透析患者にインタビューするプロセスをとることにより、患者の視点に立って自己管理行動を捉えることができたと考える。

基準関連妥当性は、血清カリウム値や血清リン値は、カリウムやリンの制限というように自己管理を部分的に評価する方法であり、総合的な評価指標とはなりにくいことや、Rusheら¹²⁾が述べているように、自己報告による評価と血液データのような臨床的データとは一致しないことなどから考えて、本尺度では予防的保健行動とは高い相関関係が認められたことから、妥当性が得られたと考えられる。

4. 血液透析患者の自己管理行動尺度の課題と今後の活用方法

今回作成した血液透析患者の自己管理行動尺度は、第1因子である「食事療法と水分制限の遵守」については、高い信頼性が得られているが、第2因子の「治療法の管理と合併症予防」については若干低い値であったため、使用するには十分注意することが必要である。また、対象者は1施設からの抽出であり、平均年齢は全国平均の62.2歳よりやや低く、性別では男性が全国比率の60.2%に比べやや多いこと、および糖尿病性腎症が原因疾患である割合が全国の28.1%に比べ低いことなどからも¹⁾、研究結果の一般化の点で問題が残されているため、さらに対象者を広げて検討していくことも必要であると考えられる。

この自己管理行動尺度は、患者自身の報告による評価方法であることから臨床的なデータとも併せて評価していく必要があると考えられる。しかしながら、各項目は自己管理行動を包括的に捉えた範囲と内容であり、血液透析患者の自己管理行動を包括的に評価することができる尺度であると言える。今後は、患者の食事や日常生活における自己管理行動を促進する看護援助の効果の評価方法として本尺度を活用することができると考える。

謝 辞

この研究にあたり、調査にご協力いただきました患者様および透析室看護師の方々に感謝申し上げます。

なお、この研究は慢性疾患・リハビリテーション財団による助成を受けて行った。

要 旨

本研究の目的は、血液透析患者自己管理行動尺度を作成し、信頼性と妥当性を検討することである。平成15年に透析専門病院に通院する維持期血液透析患者133人に調査を実施した。

有効回答者数は129人で、年齢は59±11歳（平均±SD）であった。反応偏向項目、回答欠損状況による項目選定の後、因子分析を実施し、第1因子「食事療法と水分制限の遵守」22項目、第2因子「治療法の管理と合併症の予防」5項目、第3因子「身体と心理社会生活の調整」6項目の3因子が抽出された。各因子のCronbach α 係数は、0.687～0.922で、尺度全体で0.919であった。また各因子および尺度全体は、予防的保健行動尺度と有意な相関関係が認められた。

本尺度は、信頼性と妥当性がほぼ認められた。今後は、患者の食事や日常生活における自己管理行動を促進する看護援助の効果の評価指標として本尺度を活用することができると思われる。

Abstract

The objective of this study was to develop the self-management behavioral scale of hemodialysis patient and to study its reliability and validity. In August 2003, we investigated in 133 patients that consent was obtained, among hemodialysis patients in maintenance phase who go to a dialysis hospital in A city.

The number of valid response was 129 patients (87 male and 42 female), and age was 59±11 years (mean ± SD). After item selection was performed depending on response bias and answer deficiency, a factor analysis performed in these items extracted three factors which are 22 items of first factor "compliance of diet therapy and water restriction", 5 items of second factor "management of therapeutic measure and prevention of complication", and 6 items of third factor "adjustment of physical and psychosocial life". Cronbach's α for each factors was from 0.687 to 0.922, and scale in general was 0.919. In addition, each factors and scale in general was significantly correlated with preventive health behavior scale.

The self-management behavioral scale of hemodialysis patient was almost recognized about reliability and validity. Hereafter the scale will be utilized for assessment index of nursing care to promote patient self-management in diet and daily life.

文 献

- 1) 日本透析医学統計調査委員会：わが国の慢性透析療法の現況（2002年12月31日現在）、透析会誌, 37(1)：1-24, 2004.
- 2) 保坂ゆり子, 喜多裕子：慢性疾患患者の自己管理行動（食事療法）に関与する要因についての一考察, 食事療法を必要とする慢性疾患患者で再入院した症例の看護を通して, 聖路加看護大学紀要, 5(7)：38-57, 1978.
- 3) Gruman, J., Von Korff, M.: Indexed bibliography on self-management for people chronic disease. Washington DC: Center for Advancement of Health, 1996.
- 4) 黒江ゆり子, 藤澤まこと他：病いの慢性性Chronicityと個人史, わが国におけるセルフケアから個人史までの軌跡, 看護研究, 35(4)：303-314, 2002.
- 5) 安藤詳子, 田中美由紀他：腎機能障害と患者の食事自己管理行動の促進に関する検討, Quality Nursing, 8(1)：67-72, 2002.
- 6) 原谷珠美, 山本良子：人工透析患者の自己管理行動の分析, 日本看護研究学会雑誌, 11(3)：34-40, 1988.
- 7) 藤井正満：透析患者の栄養障害, 飯田善俊：透析患者の生活指導ガイド, 南江堂, 東京, 1998.
- 8) 小川洋史, 小野正孝：透析ハンドブックよりよいセルフケアのために第3版, 医学書院, 東京, 2002.
- 9) 岡美智代, 戸村成男他：透析患者の食事管理の自己効力尺度の開発, 日本看護学会誌, 5(1), 40-48, 1996.
- 10) 川端京子, 石田宜子他：血液透析患者の自己管理行動および自己効力感に影響を及ぼす因子, 日本生理人類学会誌, 3(3)：1-8, 1998.
- 11) 新谷恵子, 高間静子：人工透析患者のセルフケア度測定尺度の試み, 第20回日本看護科学学会学術集会講演集, 20, 2000.
- 12) Helena Rushe, Hannah M. McGee: Assessing adherence to dietary recommendations for hemodialysis patients: the renal adherence attitudes questionnaire (RAAQ) and the renal adherence behaviour questionnaire (RABQ), Journal of Psychosomatic Research, 45(2): 149-157, 1998.
- 13) 宗像恒次：行動科学からみた健康と病気, 125, メヂカルフレンド社, 東京, 1996.
- 14) 前掲7), 159.
- 15) 木村玄次郎：ワンポイントノートで学ぶ透析療法の基本, 63, 東京医学社, 1993.
- 16) 岡本ゆう, 安達理恵, 青木主税：糖尿病性腎不全血液透析患者におけるQOL, 北里理学療法学, 第4号：31-34, 2001.
- 17) Denise F. Polit, Bernadette P. Hungler (近藤潤子監訳)：看護研究, 原理と方法, 246, 医学書院, 東京, 1998.
- 18) 前掲13), 86.

〔平成18年5月1日受 付〕
〔平成18年10月5日採用決定〕

コントロール感覚からみた産褥早期の母親の出産体験の分析

Analysis of Childbirth Experience Based on Early Puerperal Locus of Control

國 清 恭 子¹⁾ 齋 藤 やよい²⁾

Kyoko Kunikiyo Yayoi Saito

キーワード：出産体験，産褥早期，コントロール感覚

Key Words：childbirth experience, early puerperal, Locus of Control

I. 緒 言

出産後の母親の精神状態や母親意識の形成には、出産がどのような経過であったかという事実ではなく、母親がその経過を出産体験としてどのようにとらえたかが影響することが明らかにされており⁽¹⁻³⁾、出産体験の意味づけの重要性が認識されている。母親が、出産中に自己コントロールを維持できなかつたと認識すると、出産体験に対する満足感が得られないという報告⁴⁾や、自己努力や自己コントロールは褥婦の出産体験に対する重要度に最も影響力の大きい因子であるという報告⁵⁾がある。さらに、フラマー⁶⁾は、コントロールの信念は、自己概念の一部であり、またそれは、広い範囲の自己評価感情を決定し、自尊心、恥、抑うつなどの感情的状況を引き起こすと述べている。これらの知見は、母親が自分自身の力によって出産を成し遂げられたととらえられるように、母親のコントロール感覚を支え、出産体験の意味づけを援助することの重要性を示唆している。

しかし、出産体験を否定的に自己評価している母親に対して、いくら母親の能力や努力を認めても、自己評価は必ずしも肯定的に転じないというケースもある。その場合には、出産は人の手が届かない自然のなりゆきであり、母親がコントロールしきれないのは当然というとらえ方を示すと、気持ちに余裕ができ、改めて自分を前向きに評価する母親もいる。このような反応は、母親が出産を自分自身でコントロールできるととらえているか否か、という考え方によっても異なると推測され、看護者が母親のコントロール感覚を支える援助を提供するためには、母親がどのようなコントロール感覚を保持しているかを知る必要がある。Rotter⁷⁾のLocus of Control (以下LOCと略す)は、このようなコントロール感覚の認知様式について、行動と強化(成功あるいは満足)の随伴性の認知をパーソナリティの側面からとらえたものである。人は自分の行動がある結果

に結びついているか、またその結果を統制することができるかについて比較的一貫した信念傾向を持っており、強化のコントロールが行動する人の能力や努力によってなされるという信念を持つ人と、運や偶然、あるいは他者の力によってなされるという信念を持つ人があるとしている。

Health Locus of Control (以下、HLCと略す)は、健康や病気について個人がもつ信念体系として、このLOCを保健行動領域に適用したものである。活用法の一つとして、LOCの個人差が健康行動とどのような関係があるかをみようとするものがあり、歯科衛生、喫煙節制、体重調整、検診受診、健康関連情報探索、食事療法などの自己管理行動などとの関係が分析されている⁸⁾。それらの研究によれば、内的統制の者では、積極的・自主的な保健行動がみられ、保健知識・行動と内的統制には正の相関が認められている⁸⁾。渡辺⁹⁾は、内的統制傾向の者はセルフケア行動に適していると述べており、セルフケア教育や健康教育への適用が注目されている¹⁰⁻¹²⁾。母性の領域でも、思春期を対象とした女性性・母性性とLOCとの関連を調査した研究¹³⁾や、妊娠期の健康教育や保健指導に役立てるために日本版Fetal Health Locus of Control測定尺度の作成を試みた研究¹⁴⁾、出産時の痛みの認知とLOCに関する研究^{15,16)}があり、出産準備教育など内的統制をのばす働きかけが励行されている。また、妊娠中のセルフケア行動が出産体験の自己評価に及ぼす影響についての調査¹⁷⁾では、セルフケア行動の実践が出産時のセルフコントロール感の維持や母親役割の受容の促進につながるということが明らかにされている。

しかし、出産は自分がどう努力しても、または他者の力を借りたとしても、人の意志や力を超えた作用によって支配されているという側面も有しており、母親の期待通りの結果とならないこともある。そのため、出産は良くも悪くも母親自身の力によるという側面のみで出産体験をとらえ

1) 群馬大学医学部保健学科 School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Gunma University

2) 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所 Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

ることは、場合によっては、母親の自己コントロールに対する自信の喪失や、自尊心の低下につながる可能性もある。自分以外の力に委ねるといふとらえ方をすることも、母親のコントロール感覚を保持し、出産体験を前向きに受け止めることに役立つであろう。

そこで、本研究では、LOCの概念を参考にすることで、母親の出産体験のとらえ方をアセスメントする視点や、出産体験の意味づけを援助する手がかりを得られると考え、産褥早期の母親が自分をどのように統制したととらえたか、もしくは自分以外の外的な力によって自分がどのように統制されたととらえたかを、コントロール感覚からみた出産体験の内容から明らかにすることを目的とした。

II. 用語の操作的定義

コントロール感覚;行動のコントロールにかかわる基礎的な概念とされており、望む結果を達成するために行動する能力をもっていると信じること、その確信に基づいた行動や行動の結果を予測することと考えられている¹⁸⁾。本研究においては、自分の行動に対する結果が自分の力、すなわち能力や努力で統制することができるという信念である内的統制 (Internal Locus of Control) と、運や偶然、強力な他者や神など自分以外の外的な力によって統制されるという信念である外的統制 (External Locus of Control) からなる、統制の所在Locus of Controlの概念を用いた。

出産体験: 母親が想起した出産に関連する情緒を伴った体験のうち、主に出産開始から出産後2時間までの経過を中心とする体験とした。

産褥早期: 病院で出産する多くの母親の入院期間である産褥6日以内とした。

III. 研究方法

研究対象者は、A大学病院にて、妊娠中に個別に研究目的および内容、研究に参加した場合の利益と不利益、自由意志による参加、同意撤回の自由、個人のプライバシーの保護と成果の発表等倫理的配慮に関する説明を口頭および書面にて行い、研究参加の同意を得て、①経膈分娩をした、②重症な精神疾患の既往がない、または治療中でない、③死産でない、の3条件を満たした産褥早期の母親26名とした。このうち分析対象者は、実際に面接、データ収集、分析を行った10名とした。

データ収集は、産褥2日目～5日目に出産体験についての半構造的面接により行った。はじめに、「ご自分の出産を振り返ってみて、出産はいかがでしたか」と問いかけ、出産の経過を追いながらその時々のお気持ちや感情を中心に自由に話してもらった。面接は、プライバシーを保護できる個室で、55分から90分で実施し、対象者の許可を得て

テープに録音した。

データ分析は、Berelsonの内容分析¹⁹⁾で行った。まず、録音テープから逐語録を作成し、母親が語った出産体験のうち、「出産を自分でコントロールした」、または「出産を自分以外の誰か、もしくは何かにコントロールしてもらった、またはコントロールされた」といったコントロール感覚にかかわる体験が表現された文脈を抽出し、それを記録単位とした。1つの文脈の中で、異なるコントロール感覚を表す言動が複数あった場合には、その種類ごとに分割し複数の記録単位に整理した。次に、記録単位を意味内容を変えないように注意しながら一文に表現するという抽象化の作業を行い、内容の類似性に従って分類し、コード化した。コードは、コントロール感覚を示すLOCの内的統制、外的統制を参考に類似性に従って分類し、意味内容を比較しながらカテゴリー化した。この分析過程において、サブカテゴリーは9名のデータで飽和化した。

分析過程においては、質的研究法を熟知した研究者のスーパービジョンを受け、データに忠実に解釈が行われるよう努めた。また、分析結果の信頼性を確認するために、母性看護学の研究者1名と質的研究法に長けた研究者2名、いずれも博士の学位を持つ看護学研究者3名に分析を依頼し、Scottの式²⁰⁾に基づく一致率を算出した。

なお、本研究はデータ収集開始に先立ち、調査施設の倫理審査委員会の審査を受け、研究実施の承認を得た。

IV. 結果

1. 対象者の背景

対象者10名の年齢は26歳～38歳で、平均年齢は31.8歳だった。10名のうち6名が初産婦、4名が経産婦だった。また、1名が不妊治療による妊娠であり、他は自然妊娠だった。8名は合併症等の何らかのリスク因子があった。分娩様式は、陣痛誘発を行った2名を含む9名が自然分娩であり、1名は吸引分娩だった。新生児の健康状態はいずれも良好だったが、1名の新生児に母斑があった。夫立ち会い分娩は8名が行った(表1)。

2. コントロール感覚からみた出産体験を構成する6つのカテゴリー

対象者10名のデータから、コントロール感覚にかかわる体験内容を含む出産体験を907記録単位抽出した。これらの記録単位を分析対象として82コード、26サブカテゴリーを抽出し、最終的に【自分の力によって出産したという体験】、【子どもと力を合わせて出産したという体験】、【家族や重要他者の力を借りて出産したという体験】、【専門家の力を借りて出産したという体験】、【運や自然の力によって出産が支配されたという体験】、【霊的なものによって自分の出産が守られたという体験】の6カテゴリーを抽出し

表1. 対象者の背景

| 事例 | A | B | C | D | E | F | G | H | I | J |
|-------------|-------------|------------|---------|-----------------|----------|-----------------|----------------|------------------|-------------|--------------|
| 初・経 | 初 | 初 | 経 | 初 | 初 | 経 | 経 | 初 | 経 | 初 |
| 年齢(歳) | 35 | 29 | 34 | 27 | 26 | 31 | 38 | 30 | 36 | 32 |
| 妊娠成立方法 | 不妊治療 | 自然 | 自然 | 自然 | 自然 | 自然 | 自然 | 自然 | 自然 | 自然 |
| 母親学級受講 | 有 | 有 | 無 | 有 | 有 | 無 | 無 | 有 | 無 | 無 |
| ハイリスク要因 | 重症筋無力症 | 妊娠中毒症、羊水過少 | 無 | 羊水過少 | 無 | 血小板減少性紫斑病 | 子宮筋腫 | 卵巣のう腫手術後 | 心房中核欠損症既往 | 双胎妊娠 I 児胎内死亡 |
| 入院時の状況 | 前駆陣痛にて入院潜伏期 | 陣発入院加速期～極期 | 陣発入院潜伏期 | 羊水過少のため38週0日に入院 | 陣発入院潜伏期 | 誘発予定のため38週1日に入院 | 陣発入院来院時すでに分娩切迫 | 陣発入院潜伏期 | 陣発後4時間で入院極期 | 陣発入院加速期 |
| 在胎週数 | 39週6日 | 41週1日 | 41週2日 | 38週3日 | 41週0日 | 39週1日 | 39週2日 | 42週0日 | 41週2日 | 39週3日 |
| 分娩様式 | 自然 | 自然 | 自然 | 自然(誘発) | 自然 | 自然(誘発) | 自然 | 吸引(誘発、クリステレル圧出法) | 自然 | 自然 |
| 分娩所要時間 | 8時間3分 | 3時間38分 | 7時間20分 | 2時間34分 | 22時間37分 | 4時間49分 | 1時間37分 | 10時間38分 | 5時間33分 | 15時間14分 |
| 出血量(ml) | 351 | 404 | 300 | 335 | 500 | 1,180 | 150 | 211 | 50 | 836 |
| 児体重(g) | 3,188 | 2,802 | 3,006 | 3,172 | 4,006 | 3,518 | 3,038 | 3,338 | 2,710 | 2,818 |
| アプガースコア(1分) | 9 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 | 8 | 8 | 9 | 10 |
| 夫立ち会い | 有 | 有 | 無 | 有 | 有 | 有 | 無 | 有 | 有 | 有 |
| 夫以外の立ち会い | 無 | 無 | 無 | 実母 | 無 | 無 | 無 | 無 | 無 | 無 |
| 特記事項 | | | | 児に母斑あり | 弛緩出血、巨大児 | 回旋異常、弛緩出血 | | 分娩第Ⅱ期遷延、過期産 | | 弛緩出血 |
| 面接時期(産褥日数) | 5日目 | 4日目 | 3日目 | 2日目 | 4日目 | 4日目 | 3日目 | 2日目 | 2日目 | 4日目 |
| 面接時間 | 60分 | 60分 | 60分 | 90分 | 70分 | 70分 | 55分 | 60分 | 65分 | 60分 |

た。このうち、【自分の力によって出産したという体験】は内的統制に、他5つは外的統制に該当した(表2)。

カテゴリー分類は一致率92.6%となり、信頼性が確保された。

以下、サブカテゴリー(《 》で示す)と、そこに含まれた記録単位(「 」で示す)を用いてカテゴリー(【 】で示す)ごとの内容と特徴を示す。

1) 【自分の力によって出産したという体験】

このカテゴリーは、満足感のある出産を成し遂げるために、母親が自らを統制し自分の産み出す力を発揮する内的統制に基づく体験であった。8サブカテゴリー、28コードに統合された352記録単位で構成された。全記録単位の38.8%を占め、最も割合が多かった。

《自分自身を活用して分娩経過や子どもの状態を把握した体験》は、「二人目のお産でだいたいの想像はつので緊張した」、「教科書的な長さのお産をイメージしていた」と表現され、過去の経験や学んだ知識に基づいて自分の出産を予想したり、自分なりに分娩経過や子どもの健康状態の把握および予測をした体験であった。

《主体性をもって出産に取り組んだ体験》は、「楽なうちに産んでおきたい」、「週数もいいし体重も3,000gを超していたので、いつでも産めるだろう」と、自分の思い通りに出産をしたいという意志や期待をもち、自分が産むという

自覚をもって出産に取り組んだ体験であった。また、医療介入の選択について自分で意思決定をした体験であった。

《自分で冷静になって逆境に対処した体験》は、「今日産まなくてもいいと開き直って、考えるのをやめようと思った」と表現され、出産が順調に進まない状況にあつて、危機的な精神状態にあることを自覚し、気持ちを落ち着けて思うように進まない状況を冷静に受け止める努力をしたり、安易に医療介入に頼らなかったという体験であった。

《自分の力を発揮して自分で出産を乗り越えた体験》は、自分の力を信じ全力を尽くして出産の苦痛に耐え、「自分でいきんで出した」、「痛みを乗り越えた」と、自分の力で産み出したという達成感や、「やっとの思いで陣痛や出産までの長い経過から解放された」と、生まれたときの解放感を味わった体験であった。

《理性を保つことによって自己概念の保持に努めた体験》は、「お産のときに弱音は言いたくないと思っていた」と、出産の苦痛の中にあつても理性を失うことなく自分を保持しようと努力し、その結果理性を失った場合には、「自分をコントロールできずに泣き叫んでしまい、恥ずかしい、情けないと思った」と、自分自身に恥ずかしさや情けなさを感じ、そのような自分を他人に知られることを気にしたという自己概念にかかわる体験であった。

《自分をコントロールして思い通りに出産することがで

表2. コントロール感覚からみた出産体験を構成するカテゴリー

| サブカテゴリー | 記録単位数 (%) | カテゴリー | 記録単位数 (%) |
|-------------------------------------|------------|---------------------------|------------|
| 自分自身を活用して分娩経過や子どもの状態を把握した体験 | 69 (7.6) | 自分の力によって 出産したという 体験 | 352 (38.8) |
| 主体性をもって出産に取り組んだ体験 | 29 (3.2) | | |
| 自分で冷静になって逆境に対処した体験 | 17 (1.9) | | |
| 自分の力を発揮して自分で出産を乗り越えた体験 | 55 (6.0) | | |
| 理性を保つことによって自己概念の保持に努めた体験 | 17 (1.9) | | |
| 自分をコントロールして思い通りに出産することができなかつたと感じた体験 | 115 (12.7) | | |
| 自分で産み出した子どもに触れて母親としての自覚を持った体験 | 6 (0.7) | | |
| 自分にとっての出産を自ら振り返った体験 | 44 (4.8) | | |
| 生まれてくる子どもの意志と力に任せようと思った体験 | 5 (0.5) | 子どもと力を合わせて 出産したと いう体験 | 22 (2.4) |
| 子どもが子どもの意志と力で生まれてきたと感じた体験 | 17 (1.9) | | |
| 家族の力を借りて安心して産み出す力を発揮した体験 | 21 (2.3) | 家族や重要他者の力を借りて出産 したという体験 | 82 (9.1) |
| 夫と共に出産を乗り越えて絆を深めた体験 | 38 (4.2) | | |
| 察してもらうことの難しさを感じて家族関係の調整が課題となった体験 | 10 (1.1) | | |
| 夫の理解によって出産の満足感を高めた体験 | 5 (0.6) | | |
| 他の母親との比較によって自分の状況を客観視した体験 | 8 (0.9) | | |
| 専門家の力を借りて分娩経過の状況を把握した体験 | 56 (6.2) | | |
| 母子の健康と安全な出産のために専門家にすべてを任せたい体験 | 14 (1.5) | 専門家の力を借りて出産をしたと いう体験 | 174 (19.2) |
| 専門家の援助によって落ち着いて産み出す力を発揮した体験 | 26 (2.8) | | |
| 自分の期待に応える専門家の医療介入を必要とした体験 | 17 (1.9) | | |
| 医療介入や処置によって出産の満足感が損失した体験 | 56 (6.2) | | |
| 専門家の意味づけの援助によって出産の満足感を高めた体験 | 5 (0.6) | | |
| 自分の力だけでは出産は為し得ないと感じて望みを運に託した体験 | 14 (1.5) | | |
| 人力の及ばない出産の性質によって運が自分の願いに味方してくれた体験 | 74 (8.2) | | |
| 人力の及ばない出産の性質によって運に翻弄された体験 | 111 (12.2) | | |
| 自分の無力を感じて自然の流れにすべてを任せたい体験 | 74 (8.2) | | |
| 霊的なものを信じて亡くなった子に守ってもらったと感じた体験 | 4 (0.4) | 霊的なものによって自分の出産が 守られたという体験 | 4 (0.4) |

きなかつたと感じた体験」は、「冷静にならなくてはと思いつつも痛くて騒いだ」、「出産は誰でもくぐり抜けるものなので大丈夫だろうと思っていたら、甘かつた」と表現され、自分のイメージ通りの呼吸法やいきみができず、痛みうまく対処できないために理性を失い、自分の力不足を痛感した体験であった。また、分娩経過があまりに速く進んだため、自分の力で産み出した達成感を実感できなかった体験もあった。このサブカテゴリーは、できなかったという否定的感情を伴う体験であったが、自分の力によって思い通りの出産をしたい、または、自分は自分が望む出産を達成するために行動する能力をもっているという信念に基づいた体験であり、LOCが自分自身に置かれ、実際の結果はどうであれ、良くも悪くも自分自身に原因帰属させていた。【自分の力によって出産した体験】の中で最も頻度が高いサブカテゴリーであった。

《自分で産み出した子どもに触れて母親としての自覚をもった体験》は、「やっとならなかつたと思いつつも、赤ちゃんを抱っこすると安心した」と表現され、自分で産み出した我が子に直面し、母になった幸せや感動を味わい、自分で子どもを産んだという実感をかみしめた体験であった。

《自分にとっての出産を自ら振り返った体験》は、「安産

か難産かは自分が決めるもので、自分のお産は安産だったと思う」、「自分は本当によくがんばった、よくやった」と表現され、事実上の分娩所要時間の長短や産科的リスク、医療介入の有無にかかわらず、自分にとっての出産の難易や分娩所要時間の長さを振り返り、人が何と評価しようと自分で自分のがんばりを認めた体験であった。

2) 【子どもと力を合わせて出産したという体験】

出産を母親自身の産み出す力だけでなく、子どもの生まれ出る力を合わせて乗り越える共同作業ととらえて、生まれようとする子どもの意志や力を信じ、感じ取ることによって、自分の統制感を預け、子どもに任せるといった外的統制に基づく体験を示し、子どもを自分に帰属する存在ではなく、自分とは別の主体性をもった人格としてとらえた母親のみから抽出された。この体験は、内的統制感の変化にかかわらず、外的統制を固有の存在として認め、独自に機能するのを任せておくという感覚であった。2サブカテゴリー、6コードに統合された22記録単位で構成され、全記録単位の2.4%を占めた。

《生まれてくる子どもの意志と力に任せようと思った体験》は、「子どもが出たいときに合わせて自然に任せようと思った」と表現され、母親が自分の力だけでなんとか出産しようと思わず、生まれようとする子どもの意志を尊重

し、子どもの力を信じて任せようと思った体験であった。

《子どもが子どもの意志と力で生まれたと感じた体験》は、「自分の力というよりも、子どもが出たいと思ったときに、有無も言わず自然に出てきちゃう」、「生まれて欲しいときにちゃんと生まれてきてくれた」と表現され、子どもが主体的に生まれてきてくれた、子どもが出たいと思ったときに、子どもが力を発揮して生まれてきたと感じた体験であった。

3) 【家族や重要他者の力を借りて出産したという体験】

母親が安心感をもって自分の力を発揮するために、夫またはその他の家族や、医療従事者以外の重要他者に自分の統制感を預け、その力を活用し、支援を求め、自分が望むようにかかわってくれることを期待する外的統制に基づく体験を示した。重要他者とは、家族や専門家以外で母親の統制感に影響を与える他者として、同室の妊産褥婦が該当した。なお、ここでの妊婦とは、妊娠後期にあり分娩を控えた時期の入院中の妊婦であった。この体験は外的統制を表す体験であったが、内的統制を失ったり、放棄するという感覚ではなく、統制感を自分以外の力に一度預け、いずれは自分自身に引き戻して内的統制感を強化させたいという感覚に基づく体験であった。5サブカテゴリー、15コードに統合された82記録単位で構成され、全記録単位の9.1%を占めた。

《家族の力を借りて安心して産み出す力を発揮した体験》は、「夫がいて気分的にリラックスできた」、「夫がそばにいただけで全然違って、頼りになった」と表現され、夫やその他の家族の存在が頼りになり、母親が安心して産み出す力を発揮し、家族の助けなしには出産できなかったと立ち会う家族の必要性を感じた体験であった。

《夫と共に出産を乗り越えて絆を深めた体験》は、「夫と一緒にがんばった」、「出産の喜びを共有できた」と表現され、夫と一緒に出産の苦しみを乗り越えて、出産の体験を分かち合った体験であった。

《察してもらうことの難しさを感じて家族関係の調整が課題となった体験》は、母親が出産に集中できるような家族の対応が必要となった体験や、出産を成し遂げた自分より子どもへ関心が移ってしまった夫に対して、「私を一番にしなきゃいけないんじゃないのと思った」と、家族に対して当然のように期待していたかわりが得られず不満を抱いた体験であった。

《夫の理解によって出産の満足感を高めた体験》は、「(叫び声が)すごかったかと聞いたら、そうでもなかったと言っていたので、そうだったのかなと思った」と表現され、自分の出産の労を理解してくれた夫に満足感を高め、夫の評価を受け入れることによって出産の自己評価を高めた体験であった。

《他の母親との比較によって自分の状況を客観視した体験》は、同じ苦しみを体験する他の母親や自分よりも大変な状況にある母親と自分を比較することによって、「苦しい思いをしているのは自分だけではないのだ」と安心感を得たり、「自分も次はああなるのだと覚悟があって、目標にもなった」と、他の産婦の出産場面を通して自分の出産を思い描いた体験であった。

4) 【専門家の力を借りて出産したという体験】

母子の健康を保ち、安全な出産をするために医師や助産師など専門家に統制感を預け、その力を活用し、援助を求め、任せて従う外的統制に基づく体験を示した。この体験には、内的統制を失ったり、脅かされて外的統制に全面的に依存した、または従ったという感覚に基づく体験と、内的統制を失ったり放棄するのではなく、統制感を自分以外の力に一度預け、いずれは自分自身に引き戻して内的統制感を強化させたいという感覚に基づく体験の、2つの体験が含まれた。6サブカテゴリー、17コードに統合された174記録単位で構成され、全記録単位の19.2%を占めた。

《専門家の力を借りて分娩経過の状況を把握した体験》は、医師や助産師の分娩進行予測や進行中の内診結果、陣痛の強さの判断など、専門家の情報を活用したり、自分では判断ができない経過について自分から専門家に情報提供を求めて、分娩経過の状況把握や予測をした体験であった。

《母子の健康と安全な出産のために専門家にすべてを任せた体験》は、「指示に従えば自分は安心だと思って出産に臨めた」と表現され、異常や合併症に対する医療介入や産科的リスクを伴う分娩の管理を専門家に任せたり、安全な出産を実現するために自分の統制感を全面的に専門家に預けた体験であった。

《専門家の援助によって落ち着いて産み出す力を発揮した体験》は、「言われた通りにすればいいんだなと思ひ、とても安心感があった」と助産師の誘導を頼りに呼吸法やいきみをしようとした体験や、助産師に身体的・精神的ケアをしてもらったり、医師から安全を保証してもらったことによって、「緊張感がほぐれてがんばろうという気持ちになった」と、心身共にリラックスして出産に取り組んだ体験であった。

《自分の期待に応える専門家の医療介入を必要とした体験》は、「終わりにしたい、帝王切開にして欲しい」、「早く引っ張り出してくれればいいのに」と、耐え難い出産の苦痛から逃れるために医療介入に頼ったり、自分が満足できる出産の遂行のために自分の期待に応える専門家の医療介入やケアを期待した体験であった。

《医療介入や処置によって出産の満足感が損失した体験》は、医療介入や産後の傷を縫う処置などによって耐え難い

心身の苦痛を味わったり、子どもとの早期接触が制限されたという体験や、分娩誘発を受け「全部自分の力ではなく、薬の力でコントロールされて無理に生ませた」と産み出す力を操られて自分で産むことができなかったという無念を抱くなど、自分の統制感を操られた体験であった。

《専門家の意味づけの援助によって出産の満足感を高めた体験》は、助産師に自分のがんばりを評価してもらい、母親が否定的にとらえていた出産体験についてフォローしてもらったことによって、その体験を前向きに受け止めた体験であった。吸引分娩を願い出て、最後までがんばれなかったと否定的な自己評価をしていた母親は、「助産師さんが『頭が大きかったから、あんなに一生懸命いきんでも出なかったんだよね』って言ってくれたんですけど、それは本当なのかはわからないけれど、私はそうに違うんじゃないか」と、吸引分娩になったことは自分の努力不足が原因ではなく仕方のないこととして、吸引分娩に頼った自分を前向きに受け止めた。

5) 【運や自然の力によって出産が支配されたという体験】

出産は人の力で統制できないものとして自分の統制感を放棄し、運に託し、運や自然の力の支配を受ける外的統制に基づく体験を示した。4サブカテゴリー、14コードに統合された273記録単位で構成された。全記録単位の30.1%

を占め、2番目に多く抽出された。

《自分の力だけでは出産は為し得ないと感じて望みを運に託した体験》は、「低気圧が来るし大安だし、生まれるのはこしかない」と表現され、出産が期待通り自然に滞りなく進行することや、子どもが五体満足で無事に生まれることを運に託した体験であった。

《人力の及ばない出産の性質によって運が自分の願いに味方してくれた体験》は、「陣痛が自然に来て嬉しかった」、「心音が下がったら帝王切開になるかもしれないと言われて心配したが、ずっと心音は下がらなかった」、「今日生まれなくてもいいやと聞き直ったら、どんどん痛みが強くなって進んできた」と表現され、自分の努力ではどうすることもできず自然の経過に願いをかけるしかできない性質をもつ出産であるが、運良く自分の期待に添う分娩経過が訪れたと感じた体験や、何はともあれ子どもが無事生まれて安心した体験であった。

《人力の及ばない出産の性質によって運に翻弄された体験》は、「早送りされたような分娩経過についていけなかった」、「慌てないように計画分娩することになったけど、うまくいかないなあと思った」と表現され、運悪く順調に進まない自然の分娩経過に振り回され、出産は思い通りにはいかないなあと振り返った体験であった。

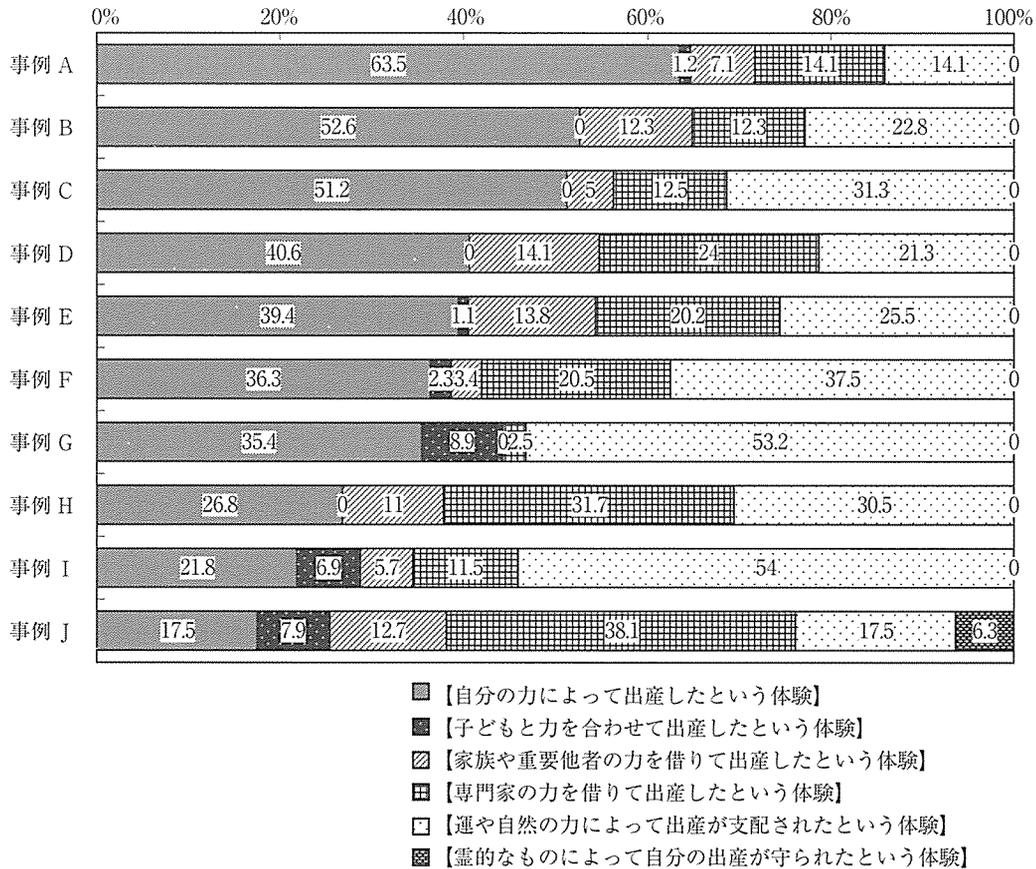


図1. 事例別カテゴリー構成割合

《自分の無力を感じて自然の流れにすべてを任せた体験》は、分娩経過に伴う心身の変化を自分ではどうしようもないと感じて自然に任せたり、「自分の中で考える間もなく、もうお産の方だけが進んでいっちゃった」と、自分が意識的にいきみや呼吸法をコントロールしたり心の準備をする間もなく分娩が進行し、自然の力を前に自分の無力を感じ委ねた体験であった。

6) 【霊的なものによって自分の出産が守られたという体験】

霊的な存在によって自分の出産を守ってもらおうと、自分の統制感を全面的に預ける外的統制に基づく体験を示した。1 サブカテゴリー、2 コードに統合された4 記録単位で構成され、全記録単位の0.4%を占めた。

《霊的なものを信じて亡くなった子に守ってもらったと感じた体験》は、双子のうち先に胎内死亡した子が、きっと守ってくれるから出産は大丈夫だと思って出産に臨み、無事出産を終えて、「最後まで何事も起こらなかったのは、この子が守ってくれたんだと思う」と霊的なものによって自分の出産を守ってもらったと感じた体験であった。

3. カテゴリーの量的比較

各事例におけるカテゴリーの構成割合を図1に示した。カテゴリー毎に頻度を比較すると、【自分の力によって出産したという体験】は、17.5%～63.5%という割合で頻度の差があったが、すべての事例において分類された。【子どもと力を合わせて出産したという体験】の頻度は1.1%～8.9%であり、10例中6例に該当した。【家族や重要他者の力を借りて出産したという体験】は、3.4%～14.1%の頻度で分類され、9例に該当し、分類されなかった1例は出産の際に家族の立ち会いがなかった。【専門家の力を借りて出産したという体験】は2.5%～38.1%、【運や自然の力によって出産が支配されたという体験】は14.1%～54.0%と、ともに頻度の差があったが、すべての事例において分類された。【霊的なものによって自分の出産が守られたという体験】の頻度は6.3%であり、1例のみに該当した。

次に、事例別にみると、事例A、B、Cでは、内的統制に基づく【自分の力によって出産したという体験】がそれぞれ63.5%、52.6%、51.2%と半分以上を占めていた。逆に、事例G、Iにおいては、外的統制のうち【運や自然の力によって出産が支配されたという体験】がそれぞれ53.2%、54.0%を占めていた。

事例H、I、Jは内的統制の割合が、それぞれ26.8%、21.8%、17.5%であり、7割以上が外的統制にあたるカテゴリーで構成されていた。そのうち、事例Jは、【専門家の力を借りて出産したという体験】の占める割合が38.1%と、構成割合が最も多かった。

IV. 考 察

1. 出産体験におけるコントロール感覚の構成と活用の可能性

本研究では、出産体験の意味づけの援助への活用の可能性を探るために、母親が出産体験をどのようにとらえたかをアセスメントするひとつの視点としてLOCを用い、産褥早期の母親の出産体験の内容を分析した。

LOCを保健行動領域に適用したのものとして、Wallstonら²¹⁾が開発したMultidimensional Health Locus of Control尺度(以下、MHLCと略す)がある。MHLCは、健康を自分自身の努力で得られると信じる「内的統制」Internal、自分以外の医療従事者などによって得られると信じる「他者依存的統制」Powerful others、偶然や運によって得られると信じる「偶然・運命的統制」Chanceの3次元から構成されている。そして堀毛²²⁾は、日本人の健康観や病気観を反映させた日本版Health Locus of Control尺度(以下、JHLCと略す)を開発した。JHLCは、家族や周りの人々の影響と、神仏やたたりなどの自分を越えたより大きな存在の影響を加え、「自分自身」Internal、「家族」Family、「専門職」Professional、「偶然」Chance、「超自然」Supernaturalの5次元で構成されている。本研究の6カテゴリーのうち、【子どもと力を合わせて出産したという体験】を除く5カテゴリーは、JHLCを構成する5因子と一致した。

本研究の【子どもと力を合わせて出産したという体験】は、子どもを自分に帰属しない別の人格ととらえた母親から抽出された。堀田²³⁾は胎児娩出感を抱いた褥婦の体験を聴取し、「胎児を自分とは別の違う個であると認識しており、分娩という事象は、自らの身体の中で起こったことでありながら、自分と胎児との間で起こる出来事であると理解していた」と報告している。また、眞鍋¹⁴⁾は、妊娠中の母親の胎児健康統制感は、胎児の健康を胎児の生命力や運や神仏に帰属させ、母親が直接働きかけることは不可能なものにとらえている外的統制型と、胎児の健康は母親自身の努力によって維持できるものと考えている内的統制型の2つのタイプに分類できたと報告している。これらの知見から、【子どもと力を合わせて出産したという体験】は、子どもを母親の統制下にある内的なものにとらえるか否か、という母親の信念次第で変化し、内的統制、外的統制のいずれにも明確に分離できないコントロール感覚と考えられ、妊娠・出産という事象を扱ったことに関連した特徴的な因子である。

以上より、この6つのカテゴリーは、出産体験におけるコントロール感覚をとらえる上で妥当なカテゴリーであると考えられる。

LOCは過去の経験を未来への期待に反映させるかどうかを規定する変数²⁴⁾であり、前の行動での強化が次の行

動に及ぼす効果の大小は、行動の主体者がその強化を自分自身の行動による結果と考えるか、あるいは自分自身の行動とは独立した偶然や他者の力による結果と考えるかによって異なってくる¹³⁾。すなわち、出産においては、母親が出産体験の良し悪しを自分自身の行動の結果として、自分の統制下にあるものとして知覚するか、あるいは自分自身の行動と無関係なものとして、自分の統制を超えているものとして知覚するか²⁵⁾によって、次の出産時の行動や、出産に引き続く育児行動が促進されたり、抑制されたりする。具体的には、母親が出産体験を価値あるものとして肯定的に評価すると、自己の成長を感じて積極的に母親役割に適応していくが、出産体験を否定的にとらえた場合は、産後うつ傾向が高くなり、自分自身の価値をも低く受け止め、母親意識の形成が阻害される可能性が高くなる^{26,27)}。このことから、母親の出産体験におけるコントロール感覚を知ることは、母親の出産体験のとらえ方をアセスメントする一助となり、母親のコントロール感覚の傾向に沿って、個別性のある出産体験の意味づけの援助につなげていくことができる。

以上より、母親の出産体験のとらえ方をアセスメントする視点として、また出産体験の意味づけを援助する手がかりとして本研究で抽出したカテゴリー活用の有用性が確認された。

2. 出産体験におけるコントロール感覚の特徴

10事例における各カテゴリーの構成割合では、内的統制に基づく体験が5割以上を占めた者が3名であり、逆に外的統制に基づく体験が5割以上を占めた者が7名だった。すなわち、どちらかと言えば、自分の出産は外的統制が優勢で進行したととらえた者が多かった(図1)。

本研究の対象者は大学病院で出産し、なんらかのハイリスク要因があったり、分娩経過において産科合併症が生じるなど、医療介入を必要とする可能性があった、もしくは実際に必要とした者がほとんどであったことから、ノースクで正常な経過をたどった母親よりも、内的統制を発揮しにくい状況があった可能性は否定できない。しかし、個々の事例をみていくと、例え分娩前からハイリスク要因を有していたり、実際になんらかの異常が発生したとしても、自分のがんばりを認めて内的統制感を保持していた母親もいれば、逆に、産科学的には正常に経過しても、自分の思い描いたように自己コントロールできなかったと内的統制感を失っていた母親もいた。新道ら²⁸⁾は、産婦の多くは分娩中どのようにふるまいたい、どのような自分でありたい、という「自己」に対する期待感を有し、また自分でコントロールできている自分であることへの期待感の強い人もいと述べており、経過の正異にかかわらず、もともと内的統制への自信や期待の強い傾向であるかどうか

によっても、出産体験におけるLOC傾向は異なると推測する。

吉田ら²⁹⁾、小林ら³⁰⁾、眞鍋ら¹⁴⁾の、一般女性、女性看護職者、妊婦を対象としてJHLCを用いた調査結果を比較すると、いずれも自分の健康は自分次第とする内的統制傾向であったが、妊婦では一般女性や看護職者よりもProfessional, Chance, Supernaturalへの帰属が強かった。そして、一般女性と看護職者の調査結果が近似していたことも考え合わせると、妊娠中のLOC傾向は変化し得る可能性がある。本研究の10事例における妊娠中のLOC傾向は不明であるが、おそらく内的統制傾向は最も強いものの、妊娠前よりもProfessional, Chance, Supernaturalという外的統制へ帰属する傾向が強くなっていったと推測する。この変化には、人間の意図を超えた妊娠という神秘的な体験をリアルタイムで実感し、何が起こるか分からない出産を控えて、出産の無事を支えるProfessionalへの期待感や信頼感が増し、念を押すようにSupernaturalに向かって手を合わせて安産祈願をしたくなるという妊婦の心理が反映されているのであろう。

そして、【自分の力によって出産したという体験】に次いで、【運や自然の力によって出産が支配されたという体験】が多く抽出された結果に現れているように、出産は自然の摂理によるところが大きいという実体験が、出産を終えて振り返ったときには内的統制よりも外的統制に基づく出産体験が大半を占める、という結果につながったと推測する。出産前に保持していた内的統制感は、分娩経過中の不可抗力的に生じる出来事を通して、他者に依存したり、運に委ねたり、または自分の意志を働かせる余地もなく運や偶然に支配されることによって、徐々に外的統制にすり替わっていく場合もあるであろう。

しかし、外的に統制された体験とはいえ、【家族や重要他者の力を借りて出産したという体験】や【専門家の力を借りて出産したという体験】におけるコントロール感覚には、内的統制を失ったり放棄して消極的に外的統制に依存したのではなく、統制感を自分以外のものに預け、いずれ自分自身に引き戻したい、内的統制を保持したり、増大、強化させたいという感覚があった。子ども、運や自然の力、自分を超越する霊的な存在は、自分の意向に沿って変化させることは不可能であるが、家族や専門家は自分が働きかけて状況を変化させることも可能である。つまり、家族や専門家を自分が出産を成し遂げるために自分を支えてくれる力、活用できる力と認めて、自分の判断で内的統制から外的統制へシフトしたということであり、失ったり放棄した内的統制を外的統制に埋めてもらうという、まったくの「お任せ」的な外的統制ではない。

吉田³¹⁾は、「健康の問題は、突然予期せぬ病気になったり、事故にあったりするし、運や確率の問題や保健医療従

事者にどうしてもやってもらわねばならない事柄などがあり、外的統制の考えが適度に備わることにより、健康の維持、回復がすみやかになされる」と述べている。病気のときは内的統制を働かせる余地もなく、最低限の健康を保証するために医療者に任せるしかないことがあるが、出産は自然の摂理であるため、病気のときの切実な「お任せ」とは異なる。出産における他者による外的統制の使い方は、敵になるか味方になるか、ふたを開けてみなければわからない運や自然の力に対する備えや強化、すなわち、母親にとって“よりよい出産”を達成するための戦略的なものなのであろう。

鎌原²⁴⁾が、「他者の統制下にあるとしても、その他者に何らかの形で働きかけることができるのであれば、ある程度の統制感を持ち得るであろう」と述べているように、母親が自分自身についてコントロールするために、家族や専門家などの他者の力を有効に活用することでできた、他者の力は借りたけれど結局は自分がやったのだと意識づけることができれば、自分の力を発揮した出産として意味づけられていくであろう。したがって、外的統制の中でも家族や医療者に預けた統制感とは、場合によっては母親自身の内的統制に戻していくことが可能と考えられ、出産体験の意味づけを促す援助として有効な視点であろう。

反対に、必ずしも内的統制を保護し強化する援助ばかりでなく、運や偶然という外的統制を意識づける援助の有効性も示唆された。結果で示したように、吸引分娩になったことに対して否定的な自己評価をしていた母親は、助産師の意味づけの援助によって、自分の努力不足が原因ではなく運や偶然という仕方のない状況があったと、内的統制から外的統制へ意図的にシフトすることにより、自尊心を回復させることができていた。

出産は女性がつま身体的機能で、基本的には女性自らがコントロール感覚を維持しながら、その能力を発揮して成し遂げるものである。「産婦が出産過程で自分自身について制御（コントロール）していると感じているなら、自尊心を保持でき、その人の自己尊厳の程度を安定させたり、強めたりする」³³⁾と指摘され、内的統制感に働きかける看護援助の重要性が強調されている。

しかし、「コントロールの所在が内的であることが、ストレスに対処する上で必ずしも良い面ばかりであるとは限らず、コントロール感とは状況によっては逆効果になることもある」³³⁾という指摘がある。また、眞鍋ら¹⁴⁾も、低出生体重児や先天的な障害をもって生まれた児を出産した母親が自責の念を表現することが多いという研究報告に関して、「このような場合には、胎児の健康は自分の統制下であって制御できなかったと後悔するより、外的統制を機能させ、この事態は自分自身の力が及ばない状況であると考

えることも母親のメンタルヘルスを保つうえで有効であろう」と述べている。自分のコントロール感覚を失って他に依存せざるを得なかったのではなく、自分の判断で運や偶然という自分以外の大きな力に委ねたのだという感覚を意識づけることも、母親が自尊心を維持する援助になるであろう。

本研究で見出した外的統制にあたる5つの因子は、母親の内的統制感が揺らぎ、維持しがたくなったときに、統制感を移し替えていく候補にあたる。しかし、以上みてきたように、出産体験におけるコントロール感覚は、一見内的統制が弱くなっているが、一度外的統制に預けて内的統制を保護したり、自分を保持しながら外的統制という新たな力を加えたり、出産が終了すれば外的統制で保護されていた内的統制が再び発揮・強化されるというものであった。このような特徴は、母親にとって出産を成し遂げることが最終的なゴールではなく、出産に引き続いて育児が始まり、母親としての新たな役割遂行や成長が必要となることに関連すると考えられる。出産期の成長体験は、母親の自尊心を高め、母親意識の発達を促進すると指摘されている³⁴⁾。出産体験におけるコントロール感覚の特徴をふまえ、最終的には、母親が自己を肯定的に評価し自己成長につながるように出産体験の意味づけを援助することが重要であろう。

3. 本研究の限界と今後の課題

本調査は、関東にある大学病院1施設のみで行われ、産科的ハイリスクを有する対象が多かったことから、下位カテゴリーの内容には偏りがある可能性がある。出産の多様性を考慮した事例により比較検討していくことが必要である。

また、本結果は産褥早期の一時点のデータによるものであるため、今後は事例による質的な分析および尺度を用いた量的な分析を加え、出産前後や産褥早期と産後一定期間経った時点を縦断的に調査することで、より詳細に出産体験におけるコントロール感覚を明らかにし、出産体験の意味づけを促す援助方法を検討していきたい。

V. 結 論

産褥早期の母親10名を対象に、出産体験において母親が自分をどのように統制したととらえたか、もしくは自分がどのように統制されたととらえたかを、コントロール感覚からみた出産体験の内容から明らかにすることを目的とし、半構成的面接法により得られたデータをBerelsonの内容分析を用いて質的に分析した。コントロール感覚からみた出産体験は、【自分の力によって出産したという体験】、【子どもと力を合わせて出産したという体験】、【家族や重要他者の力を借りて出産したという体験】、【専門家の力を借りて出産したという体験】、【運や自然の力によって出産

が支配されたという体験】、【霊的なものによって自分の出産が守られたという体験】の6つのカテゴリーに分類された。また、出産体験の意味づけを促す援助としては、外的統制を意識づける援助の方法や、外的統制感の内的統制感への回復や強化を促す方法の有用性が示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、ご協力下さいました対象者の皆

様、対象施設の皆様に心から感謝致します。

付 記

本研究は、平成15～17年度科学研究費補助金若手研究(B) 課題番号15791290の一部により行った。また、本論文は、平成16年度群馬大学大学院医学系研究科保健学専攻修士論文に加筆修正を行ったものであり、その一部は、第31回日本看護研究学会学術集会において発表した。

要 旨

本研究は、産褥早期の母親の出産体験におけるコントロール感覚を明らかにすることを目的とした。産褥早期の母親10名を対象に出産体験についての半構成的面接を行い、Berelsonの内容分析を用いて質的に分析した。その結果、コントロール感覚からみた出産体験には、【自分の力によって出産したという体験】、【子どもと力を合わせて出産したという体験】、【家族や重要他者の力を借りて出産したという体験】、【専門家の力を借りて出産したという体験】、【運や自然の力によって出産が支配されたという体験】、【霊的なものによって自分の出産が守られたという体験】があり、前者ひとつが内的統制に基づく体験で、それ以外は外的統制に基づく体験であった。出産体験の意味づけを促す援助として、外的統制を意識づける方法や、外的統制感の内的統制感への回復や強化を促す方法の有用性が示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to identify sense of control among early puerperal mothers. We conducted semi-constitutive interviews on 10 mothers who recently had babies. Qualitative analysis was then performed using Berelson's content analysis method. There are six types of childbirth experience related to sense of control: "births on their own", "births collaborated with babies", "births with the help of families and significant others", "births with the help of professionals", "births controlled by destiny and power of nature" and "births protected by spiritual existence". The first one is the only experience based on internal control, while the others are on external control. It is indicated that to make mothers aware of external control and to recover or reinforce internal control by regaining sense of control once transferred to external control are effective in helping mothers to find meaning of their childbirth experience.

引用文献

- 1) Mercer, R., : Theoretical frame work for studing factors that impact on the maternal role, Nurs Res, 30, 73-77, 1981.
- 2) 大久保功子, 新道幸恵, 他: 出産後における女性の心の健康とその関連要因, 日看科会誌, 19(2), 42-50, 1999.
- 3) 常盤洋子, 矢野恵子, 他: 双胎児を出産した母親の出産体験の自己評価と母親意識の形成・変容に関する研究, KITAKANTO MED J, 52, 43-52, 2002.
- 4) DiMateo, M. R., Kahn KL, et al : Narrative of birth and the Postpartum Analysis of the focus group responses of new mothers, Birth, 20, 204-211, 1993.
- 5) 佐藤恵美子: 出産体験に対する褥婦の重要度・満足度に関する研究, 日看会論集(母性看護), 35, 24-26, 2004.
- 6) A. フラマー: コントロールの信念の発達の分析, 激動社会の中の自己効力: アルバート・バンデュラ(編)本明寛他(監訳), 65-98, 金子書房, 東京, 1997.
- 7) Rotter, J. B. : Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, Psychological Monograph, 80(1), 1-28, 1966.
- 8) 田邊恵子: Health Locus of Control尺度の開発と研究の動向, 川崎医療福祉会誌, 5(2), 33-41, 1995.
- 9) 渡辺正樹: Health Locus of Controlによる保健行動予測の試み, 東京大学教育学部紀要, 25, 229-306, 1985.
- 10) 中川朋子, 矢田真美子, 他: 糖尿病患者のHealth Locus of Control 非糖尿病患者との比較および自己管理行動との関連, 糖尿病, 44(3), 247-251, 2001.
- 11) 吉川ゆき子, 齊藤和恵, 他: 喘息児のセルフケア教育に関する心理学的検討 Health Locus of ControlとAN-EGOGRAMを用いて, 小児保健研, 58(3), 367-372, 1999.
- 12) 奥野英美, 勝岡憲生, 他: 成人アトピー性皮膚炎患者の心理・社会的要因の研究(第2報)セルフケア行動の遂行に関連する要因の検討, 日皮会誌, 110(5), 845-851, 2000.
- 13) 中山和美, 皆川恵美子: Locus of Controlと女性性・母性性の一側面との関連「自分の身体」ならびに「出産・育児」に対する関心の側面から, 思春期学, 20(4), 475-479, 2002.
- 14) 眞鍋えみ子, 林恵美, 他: 日本版Fetal Health Locus of Control測定尺度作成の試み, Quality Nursing, 7(5), 45-53, 2001.
- 15) Willmuth, L., Weaver L, et al : Satisfaction with prepared childbirth and locus of control, Journal of Obstetrical and Gynaecological Nursing, 7, 33-37, 1978.
- 16) Brewin, C., Bradley C : Perceived control and the experience of childbirth, Br J Clin Psychol, 21, 263-269, 1982.
- 17) 眞鍋えみ子, 清水尚子, 他: 妊娠中のセルフケア行動が出産体験の自己評価に及ぼす影響, 京都府医大看紀, 14, 37-42,

- 2005.
- 18) 安岡宣容：現代看護ことば考 コントロール感覚（解説）、臨
 看，25(5)，693，1999.
- 19) Berelson B：稲葉三千男ら（訳）：内容分析，みすず書房，東
 京，1957.
- 20) 舟島なをみ：質的研究への挑戦42-49，医学書院，東京，1999.
- 21) Wallston, K. A., Wallston BS, et al：Development of the
 Multidimensional Health Locus of Control(MHLC) Scales,
 Health Education Monographs, 6, 160-170, 1978.
- 22) 堀毛裕子：日本版Health Locus of Control尺度の作成，健康心
 理学研究，4(1)，1-7，1991.
- 23) 堀田久美：胎児娩出感をもった女性の分娩体験，日助学会誌，
 17(1)，15-24，2003.
- 24) 鎌原雅彦，Locus of Control：上里一郎監修，心理アセスメン
 トハンドブック：458-466，西村書店，東京，1993.
- 25) 樋口一辰，清水直治，他：Locus of Controlに関する文献的研
 究，東京工業大学人文論叢，5，95-132，1979.
- 26) 三枝清美，前原澄子：出産経験のとらえ方がMaternal Identity
 に及ぼす影響について，日助学会誌，13(3)，182-183，1993.
- 27) 常盤洋子：出産体験の自己評価と産褥早期の産後うつ傾向の
 関連，日助学会誌，17(2)，27-38，2003.
- 28) 新道幸恵，和田サヨ子：周産期の母子の看護 心理社会的
 アプローチ 産婦のストレスとその援助，助産婦誌，40(6)，
 60-65，1986.
- 29) 吉田由美，高木廣文，他：健康情報の収集行動とHealth Locus
 of Controlとの関連，日公衛誌，42(2)，69-77，1995.
- 30) 小林淳子，板垣恵子，他：看護者のHealth Locus of Controlと
 保健指導との関連，東北大医療技短大紀，5(1)，31-40，1996.
- 31) 吉田由美：Health Locus of Control尺度開発の歴史，千葉衛短
 大紀，13(1)，85-97，1994.
- 32) 新道幸恵，和田サヨ子：母性の心理社会的側面と看護ケア，
 58，医学書院，東京，1994.
- 33) Wallston KA 津田茂子（訳）：看護場面でのコントロール評
 価，A. ステプター，A. アベル（編）津田彰（監訳）：ストレス，
 健康とパーソナル・コントロール，223，二瓶社，大阪，1995.
- 34) 常盤洋子，杉原一昭，他：出産期における母親意識の発達に
 関する研究－出産体験の内容分析－，カウンセリング研，33
 (2)，181-188，2000.

〔平成18年4月10日受 付〕
 〔平成18年11月16日採用決定〕

●女性の医療者・女性自身の健康を考えるために、ライフステージ各段階を通しての女性のヘルスケア情報を、生理学から体系立てて活用しやすくまとめた新しい視点のテキスト！

ウーマンズヘルス

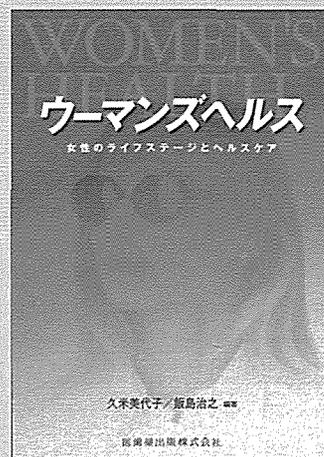
女性のライフステージとヘルスケア

最新刊!

◆久米美代子 (東京女子医科大学教授)

飯島 治之 (東京女子医科大学准教授) 編著

◆B5判 240頁 定価3,360円(本体3,200円 税5%)



ISBN978-4-263-23489-1

本書の主な内容

- 女性の平均寿命が伸び続け、最期までQOLの高い健康な生活の維持が重要な課題となっている。本書は女性の健康を生涯を通じて考えるために、ライフステージ各段階を通じたヘルスケア、また一連の発達過程の中での変化、その対処について解説。
- 女性の健康情報を生理学から体系立てて、出生前の発生・生理の状態から、出生後はライフステージ各段階ごとに、ヘルスケアデータに基づき解説。女性の身体の変化・精神的変化と、その対応策・なりやすい病気の予防などを活用しやすくまとめた、生涯を通じた健康を学ぶための母性看護学テキストとしても好適な1冊。

本書の主な目次

第1章 女性の特性—性的二形における女性
機能形態学的な視点からみた女性の特徴 健康
科学的視点からみた女性の特徴

第2章 女性の誕生

受胎から出生まで 出生から成人女性まで

第3章 女性のライフステージとその特徴

思春期 成熟期 更年期・老年期

第4章 各ライフステージにおけることと問題
わが国の女性のライフサイクルのとらえ方—生殖期を中心に 女性の生き方とストレス 女性と精神障害

第5章 女性のライフステージと自然医療

自然医療の基礎 女性のライフステージと自然医療的アプローチ 冷え症とその対策

●弊社の全出版物の情報はホームページでご覧いただけます。 <http://www.ishiyaku.co.jp/>



医歯薬出版株式会社 / ☎113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10 / TEL.03-5395-7610 FAX.03-5395-7611

2007年3月作成 TP

看護師を対象としたRathus Assertiveness Schedule 日本語版の作成

Development of the Japanese Version of the Rathus Assertiveness Schedule for Nurses

渋谷 菜穂子¹⁾

奥村 太志²⁾

小笠原 昭彦³⁾

Naoko Shibuya

Futoshi Okumura

Akihiko Ogasawara

キーワード：4つのアサーションタイプ, RAS, 看護師, 信頼性, 妥当性

Key Words : four types of assertion, RAS (Rathus Assertiveness Schedule), nurses, reliability, validity

I. 問題と本研究の目的

アサーションは1970年代にアメリカで始まった自己表現の方法であり、看護師や教師などの対人関係の職種を中心に、近年、日本でも注目を集め、アサーション・トレーニング (Assertion Training, AT) として実践・研究が進んできている。Alberti & Emmons¹⁾ は、「自己表現は人間の普遍的な欲求であり、自己表現の形は人によって様々であり、(思考、聞くこと、しゃべる内容、など) 行動の構成要素から成る」と述べている。さらに、アサーティブに伝えるには、「どんな言葉で言うか」よりも「どう伝えるか」が重要であるとし、言語行動の一種としてのアサーティブネスよりも、非言語的行動の重要性を指摘している。近年、アメリカでは、DeGiovanniが2次元モデル²⁾を提唱し、Del Greco⁸⁾も第4のタイプ(間接的攻撃的)の存在を認めている (Alberti & Emmons¹⁾ は、間接的攻撃的タイプの存在を認めながらも攻撃的タイプの一種であるとしている) ように、アサーションを4つのタイプに分類することが多い。

これに対して、日本では、平木をはじめとして、アサーションには3つのタイプ(アサーティブ、攻撃的、非主張的)があるとされていることが多い^{2~6)}。しかしながら、これらの主張は、必ずしも看護師のアサーションの特徴についての実証的研究に基づいたものではない。平木らは、看護師は全般的にアサーティブに自己表現するのが苦手な職種であると指摘している⁵⁾。またその背景として、「人の役に立ちたいという思いが強いこと、患者の権利を重視するという意識が高いこと、共感的なやさしいナースであらねばならないという気持ちが強いこと」等を挙げている。そのため、患者に怒りや許せなさのようなネガティブな感情を持つことはよくないと考え、看護師自身のそうした感情を認めることなく抑圧してしまうということが起こるとしている。

看護師を対象としたアサーション・スケールは、現在日本国内でも2つ開発されつつある^{3,9,10)}。しかし、いずれのスケールとも、対象者はアサーション・トレーニング(AT)のプログラムに参加を希望しているか、もしくは実際に参加している者であり、その対象はアサーションに特に高い関心を持っている看護師に偏っていると考えられる。また、いずれの研究もアサーションのタイプを平木らの述べる3型を前提としている。したがって、一般的な現職看護師のアサーティブネスについて、日本では真に実証的な研究は、これまでのところみられなかったと言ってよい。

以上のことから、看護師のアサーションについて検討するには、まず既存の標準化されたアサーション・スケールを使用することによって、理論的かつ実証的に看護師のアサーティブネスを測定し、その上で他の職業の人たちとの結果とを比較しながら、その後必要に応じて看護師を対象にしたアサーション・スケールを開発することが必要である。

そこで本研究では、看護師の日常生活における自己表現タイプを測定できる尺度としてRAS-Jを作成することを究極的な目的とし、①Rathusが作成したアサーティブネスの自己表現度を測定するRathus Assertiveness Schedule (以下、RASと表記する)¹¹⁾を使用し、その日本語訳を作成し、信頼性を検討する。次に、②RASの妥当性については、因子分析を行うことで構成概念妥当性を、また、各項目間の順位相関係数(ρ)で算出することで弁別妥当性(項目内容の類似性)を確認することにした。また、基準関連妥当性(併存的妥当性)として、アサーションの表現は引用文献5)にも記述されていることから、「怒り」の表出と関係があるのではないかと考えられたため、調査対象者の「怒りの外向性(Anger Out)/内向性(Anger In)」を測定できるAXスケール(Anger Expression Scale, 以下、

1) 独立行政法人国立病院機構東尾張病院 Higashi-Owari Hospital

2) 岐阜大学医学部看護学科 Nursing Course, School of Medicine, Gifu University

3) 名古屋市立大学看護学部 School of Nursing, Nagoya City University

AXスケール)を使用して検討することにした。

なお、既に日本語版RAS開発に関する報告^{12,13)}はあるものの、それらは単にRASの日本語翻訳版作成を目的としているのに対し、本研究は、RAS日本語版の尺度作成やその信頼性・妥当性の確認のみを目的としているのではなく、アメリカ型4タイプ¹⁾の存在を確認できたという、アサーションに関する理論的な視点からも研究の意義は大きいものである。

II. 概念の定義

本研究で使用する4つの概念(アサーティブ、非主張的、攻撃的、間接的(消極的)攻撃的)について、以下のように定義する。

1) アサーティブな自己表現(assertive, 以下ASと表記): <適切な自己表現>

自分の意見や考え、気持ちを素直に、率直に、その場に相応しい方法で言うことができる表現方法である。良い意味合いで用いられ、このタイプの人には、他に振り回されることなく、自分をしっかり持ち、自分の考えや気持ちをわかってもらおうとし、自分の言動に責任を持つとする態度を持っているが、自分の意見を押し通そうとするネガティブな意味合いはない。自分自身を大切にすることが、同時に相手のことも配慮する(大切にしようとする)ため、相手が表現することを待つ態度も伴っている^{1~6)}(自己肯定/他者肯定)。

2) 非主張的な自己表現(non-assertive, 以下NAと表記): <不十分な自己表現>

自分の意見や考え、気持ちを表現しなかったり、相手にわからないような言い方をする表現方法である。自分の考えや気持ちを伝えられないことで、後味の悪い思いや不愉快な体験をすることにもなり、ネガティブな意味合いが大いにある。このタイプの人には、自分自身を抑え、一見相手を優先して相手を立てているように見えるが、実は自分で自分を否定していたり、自分に対して不正直であったり、相手に率直でない表現をしている可能性がある。いわゆる引っ込み思案で、依存的、相手任せ、服従的な言動である^{1~6)}(自己否定/他者肯定)。

3) 攻撃的な自己表現(aggressive, 以下AGと表記): <過剰な自己表現>

自分の考えや気持ちをはっきり主張するが、その仕方が激しく、他者の存在や言動に無頓着で自分の意見を押し通す、自分を前面に押し出す、という表現方法である。相手を怒鳴ったり責めたり、無視したり、自分勝手な行動を取ったり、巧妙に自分の要求を相手に押しつけたりするだけでなく、言いたいことが言えなかったあげくに当の相手ではなく別の人が八つ当たりをするような場合も含まれ

る。このタイプの人には、自分を大切にすることが相手は尊重せず、操作的、支配的、一方的である^{1~6)}(自己肯定/他者否定)。

4) 間接的(消極的)攻撃的な自己表現(passive aggressive, 以下PAと表記): <不適切な自己表現>

消極的かつ攻撃的、すなわち直接的またはストレートには攻撃してこないが、間接的あるいは遠回しな方法で攻撃するといった、悪い意味合いを持った表現方法である。Albertiらは、このタイプの人には「受動的で非対決的行動となりがち」であり、「その行動は、陰険でずる賢いかたちをとる場合もあれば二枚舌の場合もある。微笑みや愛想のよい態度の背後に闇討ちや陰口のような行動を隠す」と述べている¹⁾(自己否定/他者否定)。彼らは、PAを攻撃的行動(AG)の一種とし独立した自己表現とは考えていない。しかし、筆者の知る複数の米国人や、20年以上暮らして生活基盤が既に米国にある日本人3人によると、現在の米国社会においてPAは「卑怯な態度」という受け止め方をされ、PAとAGとを別物として扱っているという情報を得たため、本研究においてはこの2つを別々の自己表現方法として扱うことにする。

なお、Del Grecoは、アサーティブ(AS)、攻撃的(AG)、非主張的(NA)の3つについて、「Alberti & Emmonsは、ASは1次の連続体の中点とみなしており、その両端の一方がNA、他方がAGとして定義しているが、この単一の連続体をAS、AG、NAの行動要素に関して詳しく調べる

表1 アサーションの4タイプの対人反応の比較

| | 自分を | 相手を |
|-----------------|-----|-----|
| アサーティブな自己表現(AS) | ○ | ○ |
| 攻撃的な自己表現(AG) | ○ | × |
| 非主張的な自己表現(NA) | × | ○ |
| 間接的攻撃的な自己表現(PA) | × | × |

(参考: 内山・坂野, 1989²⁾)

○: 立てる, 認める, 尊重する, 肯定する
 ×: 立てない, 認めない, 軽蔑する, 否定する

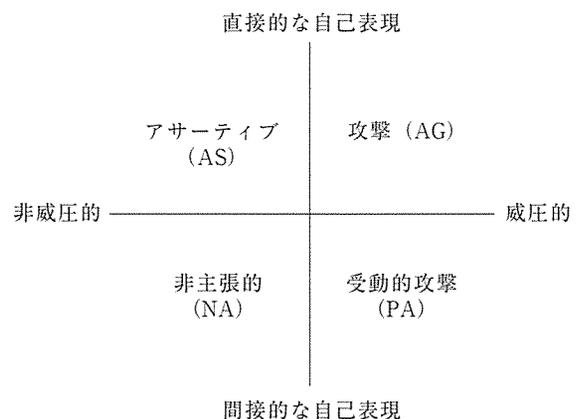


図1 アサーティブネスの2次元モデル (DeGiovanni⁷⁾による)

と、目標達成や感情表現によってさまざまな行動のその連続体上での位置を決めるとすると、ASがAGまたはNAのどちらに近づくかで異なる」としている⁸⁾。また、自分自身の擁護だけでなく他者の権利の侵害についても客観的に正確に定義するために、DeGiovanniは2次元モデルを考案した⁷⁾。

本研究ではアサーションについて4タイプとして扱うので、4タイプの対人反応の比較を記した表(表1)とアサーティブネスの2次元モデルを図示しておく(図1)。

5) 怒り外向性 (Anger Out) / 怒り内向性 (Anger In)

Anger Out / Anger In という概念はSpielbergerらが用い始め、怒りをどの程度表出したり抑制したりしているのかという、その程度を測定することが重要であり、Anger In とは「怒り感情を内に抑え込む、その個人差である」とし、Anger Outとは「怒りの情動的状态を他者または物に向けた攻撃的行動として表す、その個人差」であるとしている^{14,15)}。また、AXスケールの「怒り外向性」と「怒り内向性」の次元については、因子分析の結果から2つの相互に独立した因子であると定義されている。大淵²³⁾は、AXスケールの「怒り外向尺度」と「怒り内向尺度」によって、表2に示した4つのタイプに人々を分類することができるとしている。

表2 怒り外向性 (Anger Out) / 怒り内向性 (Anger In) によるタイプ分け

| 怒り外向性 | 怒り内向性 | 特 徴 |
|-------|-------|------------------------------|
| 高 | 高 ……… | 不平・不満を抱きやすく、また、それを表に出すことも多い。 |
| | 低 ……… | カッとなりやすいが、根に持つことはない。 |
| 低 | 高 ……… | 表には出さないが、内心不満が多い。 |
| | 低 ……… | 不満や怒りを感じる事が少ない。 |

(大淵憲一²³⁾による)

III. 研究方法

今回の研究において使用したスケールは、RASとAXスケールの2つである。RASの詳細については以下に述べるが、AXスケールはSpielbergerら^{14~19)}によって開発されたものであるが、現在では改版されSTAXIとして既に標準化されているため、ここでは説明を省く。

1. RAS

RAS(原版)は30項目から成り、各質問項目に対する自己評価として「全くそう思わない」(-3点)から「まさにそのとおりである」(+3点)までの、0点なしの6段階のリッカート尺度(間隔尺度)で回答を求めるものであるが、本研究では、得点が相殺されないように1点から6点までのスケールとした。また、逆転項目(17項目)については、集計の際に補正して得点化した。

アサーティブネスを測定する尺度としては、RASと同様の尺度が多数開発されている。本研究でRASを利用した理由は、日本国内では標準化された尺度がなく、さまざまな職種(例えば看護師限定や一般社会人、学生)を対象にした尺度が開発中または試案が出されている^{3,5,9,10)}程度であるのに対して、1973年に発表されたRASが現在アメリカにおいて既に標準化^{20,21)}されており、また、引用文献¹³⁾より、RASは既に標準化されている評価尺度の中で現在世界で最も多く使用されていることである。

2. 分析方法

本研究の本調査において、統計的分析はすべてSPSS10.0J for Windowsを利用し、以下の分析を行った。

- 1) 記述統計
- 2) 因子分析による構成概念妥当性の検討
- 3) 相関係数の算出(項目間の順位相関を算出し、弁別妥当性とその等質性を検討。また、因子間の相関より弁別妥当性を検討)
- 4) 信頼性係数(Cronbach's α)の算出
- 5) 相関係数の算出(尺度間の相関より併存的妥当性を検討)

3. 倫理的配慮

研究対象者の権利保護について、研究参加は任意であり、研究参加に同意(調査用紙を受け取ることを同意と位置づけた)した場合でも、たとえ調査期間途中で参加をとりやめることができること、その場合、参加をやめても仕事上の不利益を被ることはまったくないことを保障した。また、プライバシー保護の観点からだけでなく分析上でも不要と思われたため、調査協力依頼の段階から一貫して無記名調査とした。得られた個人データや分析結果は本研究以外には使用しないこと、また、本研究結果の学術雑誌へ投稿することについても同段階でその意義を説明し了解を得ている。

IV. 結 果

1. 日本語版RASの作成(翻訳プロセス)

日本語版RASの作成にあたって、まず以下の手順で翻訳を行った。

- 1) 本研究の研究者1名と職業翻訳家(日本人)2名の計3名が別々にできるだけ原版に忠実に日本語に翻訳した後、意味がくい違った部分や表現方法について話し合いの上で調整し、日本語訳を作成した。
- 2) 上記1)で作成した日本語訳に対して、1)とは別の職業翻訳家(1名)によってバックトランスレーションを行った。
- 3) 上記2)のバックトランスレーションの結果をふまえて、上記2名の職業翻訳家とは別の3名の在米日本人バ

イリングル（共に米国在住歴は20年1名と30年以上2名であり、現在、日米語の翻訳・通訳を職業としているか、もしくは大学教授をしている）に日本語訳のチェックと、特に文化的背景から意味が取りにくい（理解しにくい）数項目に関して意見を聞いたり、また、1名の在日米国人翻訳家（米国の大学・大学院で心理学と教育学修士号を取得）の意見を聞き、意味に誤りのないことを確認した上で質問紙として採用した。

4) さらに、臨床心理学を専攻する大学院生8名（修士課程6名、博士課程2名）にも確認を依頼した。具体的には、各質問項目について全員でチェックし、採用する文章を合議の上で決定した。その結果、本質問紙を実際に使用するにあたって、表現方法について最終的に意味の取り方に相違がないことを確認し、日本語訳のアサーティブネス尺度とした。

なお、最終的に作成された日本語版RAS（以下RAS-Jとする）は、原版と同様に30項目からなり、質問項目の配列順序も同様である。

2. 予備調査

(1) 調査対象と調査期間

上記の過程を経て作成されたRAS-Jが、実際の看護師にとって表現方法が著しく理解困難なものとなっていないかどうかを確認するために、本調査を実施する前に予備調査を行うことにした。具体的には、愛知県下1カ所の総合病院に勤務する現職の看護師29名（配布数30、回収率96.7%）を対象として質問紙調査を実施した。調査期間は2000年6月の1ヶ月間であった。

(2) 調査実施方法

予備調査の実施にあたり、事前に看護部長および2カ所の病棟の看護師長に研究の趣旨を説明した後、調査実施の了解を得た。次に、看護師には無記名・厳封で実施すること、強制ではないこと等を口頭にて説明した後、同意が得られた対象者に質問紙（RAS-J）を配布した。約2週間留置した後、看護部長が各病棟より集められた回答用紙を、

第1著者が直接受け取ることで回収した。

(3) 予備調査結果

有効回答29名のRAS-J（30項目）に対して信頼性係数を算出した。その結果、信頼性係数（Cronbach's α ）は0.879であった。

3. 本調査

(1) 調査対象者とその属性

対象は愛知県内にある総合病院（4病院）、単科精神病院（1病院）の計5病院に勤務する現職の看護師である。その結果、質問紙は345名に配布され、213名から回答が得られた。そのうち欠損項目の多い1名を除く212名の回答を分析対象とした（最終有効回答率：61.4%）。

なお、調査対象者は全員女性であった。対象者の属性は表3に示した。

(2) 調査期間

調査期間は2000年7月～10月であった。

(3) 調査実施方法

第1著者が各病院に直接出向き、看護部長および病棟師長（もしくは教育担当師長）に研究の趣旨を説明した後、調査を依頼した。なお、対象者のリストアップは看護部長と病棟師長ほぼ全員（もしくは教育担当師長）に一任した。看護部を通じて調査用紙を配布し、各自無記名・厳封にて回答を依頼し約1ヶ月間留置した後、看護部長が各病棟より集められた回答用紙を第1著者が受け取った。

(4) RASのアサーティブネス尺度の構成概念妥当性の検討と質問項目の洗練

30項目全体について、SMCによる共通性推定後、バリマックス回転を用いた主因子法にて、因子抽出打切基準を固有値1として因子抽出を試みたところ、8因子が抽出され、その累積寄与率は44.468%であった。

この因子分析の結果から、因子負荷量が0.4未満の質問項目6項目（問1、10、13、15、16、17）と、寄与率が5%未満の因子で、かつ、1または2項目だけで因子を構成していた質問項目4項目（問2、4、11、29）の計10項目を

表3 対象者の属性

| | | | | | | | | | | |
|----------------|------------------------|------------------|--------------------|-------------------|--------------------|------------------------|-------------------|---------------------|------------------|--|
| 年 齢 区 分 | 20歳代 94 (44.3%) | | 30歳代 68 (32.1%) | | 40歳代 33 (15.6%) | | 50歳代 16 (7.5%) | | 60歳代 1 (0.5%) | |
| 職 位 | スタッフ 165 (77.8%) | | | 副師長 25 (11.8%) | | 師長 21 (9.9%) | | 部長（総師長） 1 (0.5%) | | |
| 資 格 | 正看護師 181 (85.4%) | | | | 准看護師 17 (8.0%) | | | 不明 14 (6.6%) | | |
| 勤 務 場 所 | 内科 65 (30.7%) | 外科 55 (25.9%) | 精神科 29 (13.7%) | 産科 17 (8.0%) | 手術室 10 (4.7%) | その他 32 (15.1%) | 不明 4 (1.9%) | | | |
| 経 験 年 数 | 10.14 ± 7.69 | | | | | | | | | |
| 未 婚 o r 既 婚 | 未婚 120 (56.6%) | | | | | 既婚 92 (43.4%) | | | | |
| 自己主張できる か否か | 自己主張できる 119 (56.1%) | | | | | 自己主張できない 93 (43.9%) | | | | |

〔属性〕の数字は人数、()内は%を表す。ただし経験年数は平均±SDを表す

2回目の因子分析から除外した。最終的に、20項目について、プロマックス回転を用いた主因子法にて、固有値1以上の因子抽出基準によって2回目の因子分析を行った。

なお、この再因子分析で斜交解を用いた理由は、先行研究³⁾からも考えられることであるが、得られる因子の間には何らかの相関関係があることが予測されたためである。

その結果、表4に示したように4因子が抽出された。累積寄与率は40.490%となり、30項目の場合と大きくは異ならなかった。しかし、この寄与率の値では、一般に、項目内容に対する対象者の反応分散に対しては十分な説明力を持つとはいえず、それらで第1因子から第4因子までのすべての因子を説明できるほど代表的な次元ではない。したがって、この4因子に関する項目は各々独自性を強く持っていることを念頭において分析を行う必要がある。ただし、表4に示した因子行列と、20項目の因子抽出後の共通性が3項目(問6, 18, 22)を除いてすべて0.3以上²⁴⁾であっ

たことから、今回の研究においては、この4因子を有意味な共通因子として解釈することができると判断した。

各因子を構成する質問項目の内容から、第1因子(I)は「非主張的な自己表現(non-assertive: NA)」因子と名付けた。同様に、第2因子(II)は「攻撃的な自己表現(aggresive: AG)」, 第3因子(III)は「アサーティブな自己表現(assertive: AS)」因子, 第4因子(IV)は「間接的攻撃的な自己表現(passive aggresive: PA)」因子と名づけた。

なお、KMO値は、30項目の場合0.817、20項目の場合でも0.814であり、いずれも標本妥当性として十分であった。

(5) 質問項目間の弁別妥当性と等質性

各質問項目の内容の類似性として、各項目間の順位相関をSpearman's ρ にて算出し検討した(表5~8)。その結果、全4因子において、各質問項目間に、弱い相関~中程度の相関ながらも、すべての質問項目間に1%水準で有意

表4 RASの各項目(20項目)の因子負荷量(プロマックス回転後)

| 項目番号 | 質問内容 | 因子 | | | | |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|---------|-------|
| | | I | II | III | IV | 共通性 |
| 5 | 私はその商品を買いたいと思っていないのに、セールスマンに「いりません」と言えなくて困ることがある。 | 0.555 | 0.319 | - 0.031 | 0.015 | 0.407 |
| 9 | 正直なところ、私はよく他人に利用されていると思う。 | 0.464 | 0.068 | - 0.259 | 0.248 | 0.333 |
| 12 | 私は、必要時に仕事先に電話をかける時でさえ、ためらいを感じる。 | 0.618 | 0.039 | 0.128 | 0.221 | 0.421 |
| 23 | 私は、しばしば“No”と言えなくて困ることがある。 | 0.651 | 0.187 | 0.063 | 0.324 | 0.550 |
| 26 | 苦情を言ってきた人に対して、どう言ったらよいかわからなくなることがしばしばある。 | 0.6015 | 0.087 | - 0.031 | 0.093 | 0.387 |
| 30 | 時々、何も言えなくなることがある。 | 0.714 | 0.076 | 0.111 | 0.221 | 0.551 |
| 3 | レストランで出された料理が満足いく物ではなかった場合、ウェイター/ウェイトレスに苦情を申し出る。 | - 0.048 | 0.657 | 0.140 | 0.083 | 0.457 |
| 14 | 私は、買った商品を店に返品することは恥ずかしいことだと思う。 | 0.338 | 0.483 | - 0.079 | 0.135 | 0.369 |
| 19 | 値段のことで店員やセールスマンと交渉することは避けたいと思う。 | 0.214 | 0.516 | - 0.035 | 0.112 | 0.322 |
| 25 | サービスが悪い時には、それがどこであろうと苦情を申し出る。 | 0.139 | 0.714 | 0.199 | 0.104 | 0.579 |
| 27 | 劇場や講演会の会場で、自分の近くに座っているカップルが大声で会話している時には、その人たちに静かにしてもらうように注意するか、どこか他の場所で話をしてもらうように伝える。 | 0.164 | 0.551 | 0.318 | 0.077 | 0.441 |
| 28 | 行列に並んでいる時に、もしも誰かが私の前に割り込もうとしたら、割り込ませないように口論や喧嘩をしてでも注意する。 | 0.044 | 0.590 | 0.332 | 0.171 | 0.495 |
| 6 | 誰かが私に何かしてほしいと頼んできた時には、必ず頼まれた理由を知ろうとする。 | - 0.106 | 0.132 | 0.510 | 0.047 | 0.290 |
| 7 | 時々、意見が激しく飛び交うような活気のある議論をしたいと思うことがある。 | 0.144 | 0.166 | 0.663 | - 0.092 | 0.481 |
| 8 | 私は、自分と同じ役職に就いている多くの同僚と同じように、他人に勝って昇進しようと努力している。 | 0.237 | 0.044 | 0.503 | 0.084 | 0.321 |
| 18 | 有名かつ尊敬されている講演者が間違っていると思われる発言した時には、その講演者の話だけではなく、私の意見も聴衆に聞かせたいと思う。 | - 0.018 | 0.141 | 0.476 | 0.082 | 0.250 |
| 20 | 何か重要なこと、または価値のあることをした時には、私の功績を他人にも知ってもらいたいと思う。 | - 0.097 | - 0.062 | 0.477 | 0.137 | 0.301 |
| 21 | 私は自分の気持ちを隠したりしないし、自分の気持ちに率直である。 | 0.190 | 0.136 | 0.193 | 0.553 | 0.380 |
| 22 | もしも誰かが私の悪い噂を流した時には、私は噂を流した張本人にできるだけ早く会い、その噂について話をつける。 | 0.010 | 0.118 | 0.289 | 0.472 | 0.295 |
| 24 | 私は、自分の感情を表出するというよりも、むしろ自分の感情を抑える方である。 | 0.346 | 0.117 | 0.029 | 0.545 | 0.470 |
| | 寄与率 | 13.667 | 11.791 | 9.137 | 5.896 | |
| | 累積寄与率 | 13.667 | 25.457 | 34.594 | 40.490 | |

KMO値: 0.814 (N = 212)

表5 第1因子：非主張的 (NA) に含まれる項目間相関

| | 問5 | 問9 | 問12 | 問23 | 問26 | 問30 |
|-----|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 問5 | 1.000 | 0.265** | 0.321** | 0.468** | 0.375** | 0.383** |
| 問9 | | 1.000 | 0.259** | 0.517** | 0.281** | 0.335** |
| 問12 | | | 1.000 | 0.419** | 0.392** | 0.435** |
| 問23 | | | | 1.000 | 0.349** | 0.539** |
| 問26 | | | | | 1.000 | 0.461** |
| 問30 | | | | | | 1.000 |

(** : p < 0.01)

表6 第2因子：アサーティブ (AS) に含まれる項目間相関

| | 問3 | 問14 | 問19 | 問25 | 問27 | 問28 |
|-----|-------|---------|---------|---------|---------|---------|
| 問3 | 1.000 | 0.296** | 0.365** | 0.542** | 0.362** | 0.363** |
| 問14 | | 1.000 | 0.295** | 0.422** | 0.312** | 0.242** |
| 問19 | | | 1.000 | 0.405** | 0.266** | 0.341** |
| 問25 | | | | 1.000 | 0.427** | 0.427** |
| 問27 | | | | | 1.000 | 0.593** |
| 問28 | | | | | | 1.000 |

(** : p < 0.01)

表7 第3因子：攻撃的 (AG) に含まれる項目間相関

| | 問6 | 問7 | 問8 | 問18 | 問20 |
|-----|-------|---------|---------|---------|---------|
| 問6 | 1.000 | 0.314** | 0.217** | 0.261** | 0.302** |
| 問7 | | 1.000 | 0.367** | 0.331** | 0.255** |
| 問8 | | | 1.000 | 0.245** | 0.235** |
| 問18 | | | | 1.000 | 0.215** |
| 問20 | | | | | 1.000 |

(** : p < 0.01)

表8 第4因子：間接的 (消極的) 攻撃的 (PA) に含まれる項目間相関

| | 問21 | 問22 | 問24 |
|-----|-------|---------|---------|
| 問21 | 1.000 | 0.334** | 0.435** |
| 問22 | | 1.000 | 0.245** |
| 問24 | | | 1.000 |

(** : p < 0.01)

な正の相関関係が認められた。

(6) 因子間の弁別妥当性 (自己表現4タイプ間の相関関係)

RAS-Jの4因子ごとに、それぞれに含まれる項目の評定値を合計して因子別の得点を求め、さらにそれらにもとづいて因子別得点相互の間で相関係数を求めた。その結果は、図2に示すように、第1因子「非主張的 (NA)」と第3因子「攻撃的 (AG)」の間に有意な相関関係がみられなかった以外は、すべての因子間に有意な正の相関関係が認められた。また、その相関関係は、「アサーティブ (AS) - 攻撃的 (AG)」間と「攻撃的 (AG) - 間接的攻撃的 (PA)」間の2つで中程度の相関関係であった以外は、残りの3つは強い相関関係が認められた。

(7) RASのアサーティブネス尺度における項目の選択と信頼性 (内的整合性) の検討

30項目全体の内的整合性をCronbach's α によってみた結果、0.858と高い整合性が得られた。また、因子分析の過程で最終的に得られた20項目全体の内的整合性も0.825

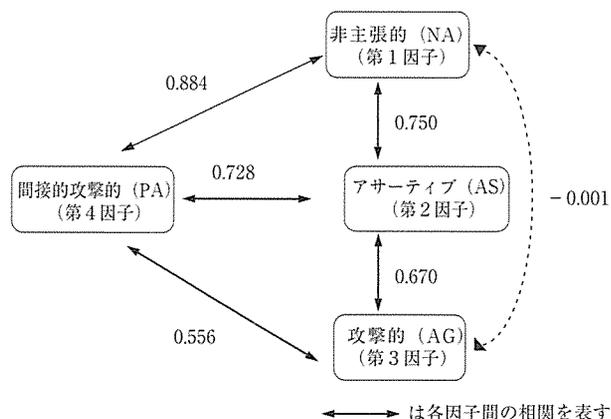


図2 自己表現4タイプ間の相関関係

と高く、得られた4因子も因子ごとにみた場合、第1因子 (NA) 6項目は0.793、第2因子 (AS) 6項目は0.791、第3因子 (AG) 5項目は0.673、第4因子 (PA) 3項目は0.609であった。

念のため、項目全体相関係数 (item-total correlation) を算出したところ0.349 ~ 0.649となった。弱い相関を示した1項目 (問22) 以外はすべて0.4 ~ 0.7の中程度の相関を示し、除外対象となる0に近いか、あるいは負の相関を示すような不適切な項目²⁵⁾ はみあたらなかった。

(8) RAS-JとAXスケールとの相関 (併存的妥当性)

アサーションの表現と怒りの表出との間には関連性があるのではないかと考え、AXスケール (20項目) を使用してRAS-JとAXスケールとの相関を調べた。このAXスケールは調査対象者の「怒りの外向性/内向性」のタイプを測定するものである。

RAS-J得点の因子構成やその概念から考えると、RAS-Jの第II因子 (AS) および第III因子 (AG) とAXスケールのAnger Out得点との間に正の相関関係があり、またRAS-Jの第I因子 (NA) とAXスケールのAnger In得点との間にも正の相関関係があるものと予測された。また、RAS-Jの第IV因子 (PA) とAnger Out得点およびAnger In得点とは正または負の相関関係があるのではないかと予測された。そこで、これらの相関関係をみたところ、表9の結果が得られた。

表9より、RAS-Jの第II因子 (AS) および第III因子 (AG) とAnger Out得点との間には、予測どおり正の相関関係がみられたが、RAS-Jの第I因子 (NA) とAnger In得点との間には負の相関関係がみられた。また、RAS-Jの第IV因子 (PA) とAnger Out得点およびAnger In得点との間には、それぞれ相関係数はほぼ同じ値でありながら、Anger Out得点では正の相関関係が、Anger In得点では負の相関関係がみられた。

表9 RAS-J 各因子と Anger Out および Anger In との相関

| RAS-J AXスケール | 第I因子 (NA) | 第II因子 (AS) | 第III因子 (AG) | 第IV因子 (PA) |
|-----------------|--------------|---------------|----------------|---------------|
| Anger Out | 0.096 | 0.276 ** | 0.242 ** | 0.346 ** |
| Anger In | - 0.427 ** | - 0.177 ** | - 0.056 | - 0.339 ** |

(** : p < 0.01)

V. 考 察

1. 対象者の属性

調査対象者は全員が女性であった。男女別の因子構造をみる²⁶⁾ことも意義深いと思われるが、今回の研究目的が現在の日本の看護師全般の傾向をみることにあったことと、元来、女性がほとんどを占める職業である（就業看護師の女性の割合は95.3%）²⁷⁾ため、今回の調査ではとくに性別構成にはこだわらなかった。

表3より、属性とRAS-Jとの間においては、「自分は自己主張できる方だと思うか否か」という、対象者が自分自身についてどう認識しているかを尋ねた項目のみ有意差（5%水準）がみられた。そして、この項目で有意差がみられたということは、対象者自身の認識（主観）とRAS-J得点（客観）とがほぼ合致しているということであり、納得できるものであった。

2. RAS-Jの信頼性と妥当性

1) 信頼性

信頼性をみる方法として、本研究においては先行研究^{12,13)}とは異なり、内的整合性の観点から信頼性係数 α (Cronbach's α) による方法を採用した。信頼性係数の絶対的基準は存在しないが、グループレベルの比較を目的とする測定用具ならば、信頼性係数は0.70以上あればよく、個人の重要な決定資料に用いるのであれば0.90以上は必要であるといわれている。しかし、いずれの場合も0.6以下であれば、その測定道具を使用することは危険であるといえる²⁸⁾が、本研究の分析結果は、得られた4因子すべてが0.6以上であり、この基準によればRAS-Jの内的整合性は確認された。

ここで、問22は α 係数が最も低い第4因子（ α 係数0.609）に属するものの、第4因子を構成する項目数が3個であり、これ以上削除することは適切ではなく、また、項目全体相関係数の値（0.349）から削除しなければならないほど小さい相関係数ではないと判断し、問22を削除しなくても本質問紙は20項目のままで十分な信頼性をもち、今後の分析に支障はないと考えた。

なお、信頼性の低い因子に関しては、今後、日本語訳の再検討および内的整合性をさらに検討していく必要がある。

2) 構成概念妥当性

2回にわたる因子分析の結果、RAS-Jにおいて最終的に

4因子が抽出でき、しかもその4因子がNA, AS, AG, PAと命名できたことから、RAS-Jの構成概念妥当性はほぼ証明された。また、この結果はDeGiovanniの2次元モデル⁷⁾をも裏付けるものとなったといえる。

3) 弁別妥当性

因子間の弁別妥当性については、因子間相関によって検討した。図2に示したように、非主張的 (NA), アサーティブ (AS), 攻撃的 (AG) の基本3タイプに対して、間接的攻撃的 (PA) がやや強い～強い相関 (0.556～0.884) の値をとりながらそれぞれに関連していることから、PAが他の3つのタイプと因子的に独立しているとは考え難いこと、またPAは決して無視できる（もしくは攻撃的タイプに含有できる）タイプではなく、むしろASと同様に (ASも他の3つのタイプとは強い相関関係を持っている)、看護師のアサーションの中心的タイプ（認められるべきタイプ）なのではないかと推測された。

また、今回の結果では第1因子 (NA) と第3因子 (AG) との間に有意な相関関係は認められなかった。これに関連して、Alberti & Emmons¹⁾は「ASは1次の連続体の中点とみなしており、その両端の一方をNA, 他方をAGとして定義する」と述べている。すなわち「NAとAGとが直線上（1次の連続体上）の両端を成し、ASはその直線上の中点 (NAに近くなるかAGに近くなるかは目標達成や感情表現によって異なってくる) に位置する」としていることから、NAとAGの2つは対極的な、異なる概念の因子と解釈できる。

最終的に得られた20項目について、それらの項目すべての間の相関係数の平均は0.1905であった。これはBriggsら²⁹⁾がいう最適な同質水準とされる0.2～0.4にほぼ近い値であるため、この点からもRAS-Jはアサーション調査票としてほぼ妥当な尺度になっているといえる。

4) 基準関連妥当性（併存的妥当性）

RASとAX (Anger OutおよびAnger In) との関連性を述べた先行研究は見あたらない。RAS-Jの合計得点とAXスケール (合計, Anger Out, Anger In) 各得点との相関を調べるにあたり、RAS-J得点の因子別構成・概念から考えると、RAS-Jの第II因子 (AS) および第III因子 (AG) とAXスケールのAnger Out得点と正の相関関係があり、またRAS-Jの第I因子 (NA) とAXスケールのAnger In得点と正の相関関係があるのではないかと予測された。

分析を行ったところ、RAS-Jの第II因子 (AS) および第III因子 (AG) とAXスケールのAnger Out得点との間には正の相関関係（1%水準）が、また、RAS-Jの第I因子 (NA) とAXスケールのAnger In得点との間には負の相関関係（1%水準）がみられ、当初の予測と一致する部分とそうではない部分がみられた。また、表9より、RAS-Jと

Anger Outとの相関においては全ての値が正の相関係数であり、RAS-JとAnger Inとの相関においては全ての値が負の相関係数であった。

ところで、本研究実施当時、怒りの表出 (Anger Out / Anger In) について標準化された、もしくは信頼性・妥当性を確認したスケールはなかった。そこで今回は、便宜上、米国では既に標準化されていたAXスケールを利用して分析を行ったところ (AXスケールの日本語訳については、引用文献16) ~ 19) を参考にしながら、本研究の翻訳プロセスと同様に行った)、上記の結果が得られた。この結果から、本研究における併存的妥当性が確認されたとはいえない。しかし、使用したAXスケールが日本語版として確立された尺度ではなかったことに鑑みれば、負の相関関係が得られたという仮説に合わなかった部分はあるものの、1%水準で相関関係がみられたことの意味は大きいと思われる。

以上のことから、RAS-JとAXスケール (Anger OutおよびAnger In) との間に相関関係はみられたものの、予想どおりの結果ではなかったことから、併存的妥当性が証明されたとはいえない。今後は、適切な尺度を用いて併存的妥当性を確認していきたいと思っている。

5) 看護師のアサーション・タイプ、RAS-Jの有用性について

一般に、看護師の自己表現の特徴傾向は、著者らの経験と合わせて考えてみても、自分の感情を表出することに多少ならずとも躊躇いや罪の意識を感じ、結果的に自分の言いたいことを言えず、相手に合わせてしまいがちである。しかし、精神科においては治療的コミュニケーションの意味を考えてもわかるように、筆者自身、コミュニケーションの65%を占めるといわれる非言語的コミュニケーションの大切さだけでなく、自分の気持ちを言葉で表出できること、すなわち言語的コミュニケーションの重要性をも再認識するに至っている。

これまでみてきた分析結果より、看護師の自己表現のタイプとしては、アサーティブな部分、非主張的な部分、攻撃的な部分に加えて、間接的攻撃的な部分もあることが明らかになった。これは、日本の看護師の特徴について検討するとき、従来の日本型3タイプの自己表現で説明するだけでは十分ではなく、アメリカ型4タイプで説明する方が適切であることを示しているであろう。また、RAS原版は、欧米では看護師という特定の職業に限定せず、幅広くさまざまな対象のアサーティブネスを測定するために利用され

ている。わが国においても、RAS-Jを標準化することで、様々な対象のアサーティブネスの特徴と比較した、看護師のアサーティブなコミュニケーションの特性を明らかにすることが可能となる。そして、この特徴を明らかにし、それに基づいてより適切なアサーティブ・コミュニケーションを看護師が展開できるようにすることで、専門職として仕事をしていく上での職場の人間関係の改善や、よりよい医療サービスの展開、個人のメンタルヘルスの向上といった点で非常に重要なこと⁵⁾である。そのための第一段階としてまず、看護師の自己表現の特徴を知ることができるRAS-Jを利用できるようにすることが重要である。

RASの日本語版としての役割から考えると、RAS-Jは、看護師だけではなく他の職種にも実施して信頼性・妥当性を確認する必要があることや日本語訳を再検討することなど、今後さらに研究を深めていかななくてはならない。

VI. 結 論

欧米で既に標準化され利用されているRASの日本語版を作成し、その信頼性・妥当性を検討した。その結果、本研究における信頼性係数 α は、予備調査で0.879、本調査でも30項目で0.858、20項目でも0.825となり、また、20項目4因子すべての α 係数が0.60以上であり、内的整合性が確認された。また、プロマックス回転を用いた主因子法による因子分析の結果、4因子が得られた。構成概念妥当性も高く、日本語版RAS (RAS-J) は20項目でその目的としているアサーションを適切に測定していることが明らかになった。因子分析で得られた4因子の検討からは、アサーションは従来考えられていたような3タイプ (アサーティブ、非主張的、攻撃的) だけではなく、「間接的攻撃的」タイプをも加えた4タイプであると考えられた。

今回の研究においては、看護師のアサーションについて、DeGiovanniが理論的に提唱したように、2次元モデルに適合する結果が得られた。しかしこれは、あくまでも看護師という1つの職種から得られた結果に過ぎず、看護師という職種の特殊性による影響を強く受けていることも考えられる。RAS-Jを一般的に使用できる尺度として標準化するためには、他の職種も対象としてさらに検討することが必要である。

また、質問項目に関しても、理論的な観点から想定していたように分類されなかった項目もあるため、日本語訳の再検討を含め、対象者を増やしてその内容についても再検討する必要がある。

要 旨

自己表現のタイプを、2次元モデルを想定して測定することを目的に、欧米で既に標準化されているRAS (Rathus Assertiveness Schedule) 30項目の日本語版を作成し、その信頼性・妥当性を検討した。対象はA県下5病院に勤務する看護師213名である。有効回答は212名から得られ、すべてが女性であった。主因子法・Promax回転による因子分析の結果、次の4因子が得られ、それらは概念的枠組みに一致していた:「アサーティブ」「非主張的」「攻撃的」「消極的かつ攻撃的」の各自己表現因子である。因子負荷量などをもとに項目の整理を行った結果、20項目からなる日本語版RAS (RAS-J) を作成した。RAS-Jは、構成概念妥当性も高く、Cronbach's α による信頼性も高いことが確認できた。

本研究では、看護師の自己表現について、2次元モデルに適合する結果が得られたが、今後、男性も含めるなど対象者を増加し、また、日本語訳も再検討し、RAS-Jの標準化を進めたい。

Abstract

In the present study, we tried to standardize Japanese version of *RAS*(Rathus Assertiveness Schedule, RAS-J) that has 30 items and had already been standardized in Europe and America to measure the types of the self-expression in Japanese people, focused on the two-dimensional model of assertion.

The questionnaire was administered to 213 nurses in five hospitals in A prefecture. We got 212 valid responses in total, and the subjects were all female. The exploratory factor analysis with Promax rotation found the following four factors: *Assertive*, *Non-assertive*, *Aggressive*, and *Passive aggressive* factors which were the same as the conceptual framework. As a result of investigation of items based on the values of factor loadings and so on, *RAS-J* with 20 items was confirmed. We could certify high construct validity, and reliability by means of Cronbach's α of RAS-J.

These results agreed to the two-dimensional model of assertion in Japanese nurses. Further study is necessary for the establishment of RAS-J by increasing the numbers of subjects, including male subjects and the reexamining a Japanese translation of the *RAS*.

文 献

- 1) R. E. Alberti & M. L. Emmons 著, 菅沼憲治・M.ハーシャル 訳: 自己主張 (アサーティブネス) トレーニング-人に操られず人を操らず, 東京図書, 1994.
- 2) 平木典子: アサーショントレーニング-さわやかな (自己表現) のために, 日本・精神技術研究所, 1993.
- 3) 野末武義, 野末聖香: ナースのアサーション (自己表現) に関する研究 (1) - ナースのアサーション (自己表現) の特徴と関連要因 -, 精神保健看護学会誌, 10(1), 86-94 2001.
- 4) 平木典子: アサーションを生きる, 交流分析研究, 26(2), 112-118, 2001.
- 5) 平木典子, 沢崎達夫, 他: ナースのためのアサーション, 金子書房, 2002.
- 6) 平木典子: 自己カウンセリングとアサーションのすすめ, 金子書房, 2000.
- 7) DeGiovanni, I.S.: Development and validation of an assertiveness scale for couples (Doctoral dissertation, State University of New York at Buffalo, 1978) Dissertation Abstracts International, Vol.39 (9-B), Mar. 1979, 4573.
- 8) L. Del Greco: The Del Greco Assertive Behavior Inventory, Journal of Behavioral Assessment, 5(1), 49-63, 1983.
- 9) 勝原裕美子, 増野園恵: 日本の看護職のためのアサーティブネス・トレーニングプログラムの開発-試案の作成と有効性の評価-, 兵庫県立看護大学紀要, 第8巻, 71-85, 2001.
- 10) 増野園恵, 勝原裕美子: 「日本の看護職のアサーティブネス傾向測定ツール」の開発-内容妥当性の検討-, 日本看護管理学会誌, 4(2), 2-30, 2001.
- 11) Spencer A. Rathus: A 30-Item Schedule for Assessing Assertive Behavior, Behavior Therapy, 4, 398-406, 1973.
- 12) 清水隆司, 森田汐生, 他: 日本語版Rathus Assertiveness Schedule (RAS) の作成と信頼性・妥当性の検討, 産業医科大学雑誌, 25(1), 35-42, 2003.
- 13) 鈴木英子, 叶谷由佳, 他: 日本語版 Rathus assertiveness schedule 開発に関する研究, 日本保健福祉学会誌, 10(2), 19-29, 2004.
- 14) C.D.Spielberger, Johnson, Russel, Crane, Jacobs & Worden: The experience and expression of anger: Construction and validation of an anger expression scale. In Chesney & Rosenman (Eds.), Anger and hostility in cardiovascular behavioral disorder. 5-30, N. Y. Hemisphere. 1985.
- 15) C.D.Spielberger, Jacobs, Russel, Crane: Assessment of anger: The State-Trait Anger Expression Scale. In Butcher & Spielberger (Eds.), Advances in Personality Assessment. Vol.3, 112-134, NJ: Lawrence Erlbaum Associates. 1983.
- 16) 中川伸子, 祐宗省三, 他: 日本語版 STAS に関する研究 (1) ~ (3), 日本教育心理学会第29回総会発表論文集, 446-451, 1989.
- 17) 石渡博幸, 新田 茂, 他: State-Trait Anger Scale についての Pilot Study IV -A ~ B, 日本教育心理学会 第29回総会発表論文集, 452-455, 1989.
- 18) 三根 浩, 浜 治世, 他: 怒り行動尺度日本語版への標準化への試み, 感情心理学研究, 4(1), 14-21, 1997.
- 19) 鈴木 平, 根建金男, 春木豊: 怒り尺度の標準化 日本健康心理学会第11回大会発表論文集, 154-155, 1998.
- 20) Rathus assertiveness schedule [RAS] (1973). Rathus SA. IN: Schuttle NS and Malouff JM. (1995). Sourcebook of adult assessment. (Applied clinical psychology). NY: Plenum Press. Pg.

- 401-404.
- 21) Rathus assertiveness schedule[RAS] (1973). Rathus SA.IN : Corcoran K & Fischer J (2000). Measures for clinical practice: A sourcebook.3rd Ed.(2 vols.)NY : Free Pr. V.2, Pg.618-620.
- 22) 内山喜久雄, 坂野雄二: 異常心理学講座IX 行動療法, みすず書房, 1989.
- 23) 大淵憲一: 人を傷つける心-攻撃性の社会心理学, サイエンス社, 1993.
- 24) 古谷野亘著: 数学が苦手な人のための多変量解析ガイド 調査データのまとめかた, 137, 川島書店, 1988.
- 25) 下仲順子, 中里克治, 他: E.エリクソンの発達課題達成尺度の検討 成人期以降の発達課題を中心として, 心理臨床学研究, 17(6), 525-537, 2000.
- 26) J.S.Neid, S.A.Rathus : Factor Analysis of The Rathus Assertiveness Schedule with ACollege Population, J. Behav. Ther., 10, 25-28, 1979.
- 27) 平成16年 保健・衛生行政業務報告(衛生行政報告例)結果(就業医療関係者)の概況: 厚生労働省大臣官房統計情報部担当係, 人口動態・保健統計課保健統計室, 衛生行政業務統計第一係.
- 28) D. F.ポーリット, B. P.ハングレー著, 近藤潤子監訳: 看護研究 原理と方法, 医学書院, 2001.
- 29) Briggs, S. R. & Cheek, J. M. : The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. Journal of Personality, 54, 10-148, 1986.
- 30) 伊藤弥生: アサーティブ・マインド・スケール (Assertive Mind Scale) 作成の試み, 人間性心理学研究, 16, 212-219.
- 31) 村山正治, 山田裕章, 他: 精神的健康に関する研究-アサーション尺度作成を中心として-, 健康科学 (J Health Sci.), 11, 121-128, 1989.
- 32) 内藤みちよ: 自己主張性とエゴグラムに関する一調査研究, 立命館大学, 525, 52-66, 1992.
- 33) 嶋 信宏: 予防指向的観点から見たアサーショントレーニングの意義, 中京大学社会学部紀要, 15(2), 46-28, 2001.
- 34) 伊藤弥生: 日本におけるアサーション像の探索的研究 アサーション・トレーニング参加者の個別面接を土台に, 心理臨床学研究, 19(4), 410-420, 2001.
- 35) メロディ・シェネバート著, 藤田敬一郎, 杉野元子訳: ナースのためのアサーティブ・トレーニング, 医学書院, 1994.
- 36) S.フェルプス, N.オースティン著, 園田雅代, 中釜洋子訳: アサーティブ・ウーマン自分も相手も大切に自己表現, 誠信書房, 1995.
- 37) 神村栄一: 主張訓練法 (As. T), 現代のエスプリ別冊(内山喜久雄他編), エビデンス・ベースト・カウンセリング, 133-143, 至文堂, 2004.

[平成18年3月24日受付]
[平成18年12月11日採用決定]

看護系大学学生の卒業研究における課題探求プロセス

The Searching Process for the Subject of Graduation Research in Nursing College Students

中村 郷子¹⁾

古瀬 みどり²⁾

Satoko Nakamura

Midori Furuse

キーワード：看護系大学学生，研究課題，修正版グラウンデッドセオリー，卒業研究

Key Words : nursing college students, research subject, the modified grounded theory approach, graduation research

I. はじめに

看護教育において研究的態度を身につけることの重要性が説かれたのは、1967年度のカリキュラム改正に始まる。その後、平成元年に保健師助産師看護師学校養成所指定規則の一部を改正する省令の公布¹⁾を受けたカリキュラム改正を契機に、看護教育の中に看護研究の科目を設け、卒業研究が取り入れられるようになった。そして、看護教育の高度化と充実化に伴い、卒業研究の数は年々増加し続け、各大学においては独自の個性ある卒業研究の指導の取り組みがなされている²⁾。

卒業研究を行う主な目的は、看護研究の意義を理解することや文献活用方法、論文の書き方などの看護研究の方法を実際に学ぶことにある。そして、そればかりではなく、卒業研究を通して問題解決思考の基礎能力を培っていくこと、基礎教育過程の集大成としての学習をすること、専門職として学び続ける基盤を培うことをも視野に入れて取り組まれている²⁾。特に看護系大学は、大学教育として課題探求能力の育成が求められており、自ら学び、自ら考える力の育成が重視されている^{2,9,10)}。また、看護実践者や研究者を育てる土台として大学が位置づけられていることから、広く知識を授け、深く専門の学術を教授し、道徳及び応用能力を展開させる能力の育成が求められているため、大学における卒業研究の占める意義は大きい¹⁰⁾。

このような背景の中、卒業研究の指導に関して、課題探求能力など学生自身の能力が引き出せる指導の必要性²⁾や、学生の主体性を尊重することの重要性⁴⁾など多くの提言が指導者によってなされている^{3,5-9)}。倉ヶ市¹¹⁾や佐藤ら¹²⁾は、卒業研究を困難にしている要因の1つとして、テーマ決定、つまり研究課題の決定があることを明らかにした。寺崎²⁾は、学生は研究課題について漠然とした問題意識はあるが、その問題が一体どのようなものなのかを理解していない場合が多く、焦点を絞り込む必要があると

指摘した。また、Politら¹³⁾も、研究課題を決定することが研究の初学者にとって最も難しい作業であるとしている。このことから、研究課題の決定、つまり探求すべき課題を見出す課題探求能力の育成が卒業研究時において重要であることが考えられる。

学生がどのように研究課題を見出すか、つまり研究として取り組むことのできる課題の決定に至るまでの学生の認識と行動を明らかにすることは、学生の課題探求能力の育成のための基礎資料となり得る。そこで本研究は、看護系大学学生の卒業研究時における課題探求プロセスを明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

学生は、学校という社会的な環境に位置し、指導者や学友などとの様々な社会的相互作用を通じて学習していく。したがって、本研究は修正版グラウンデッド・セオリー¹⁵⁾の使用が適切であると考えた。

この研究方法は、GlaserとStraussが提唱したデータに密着した分析から独自の理論を作り出すグラウンデッド・セオリーを、木下が修正したものである。得られたデータを細かく切片化せず、その文脈が意図することを重要視し、分析ワークシートを用いてデータに密着した概念の生成をしていく。また、概念間及びカテゴリー間の関係を図示することで、分析結果を活用する者が具体的な示唆を得ることができ、より実践的に活用できる理論生成の方法である。

1. 対象者

対象者は、看護系大学の出身者であること、卒業後1年以内の者であること、卒業研究以外に論文作成までの一連の研究経験がない者であることなどの条件を全て含む11名とした。看護系大学については、卒業研究を「卒業研究」あるいは「卒業論文」とし、カリキュラムの1つとして位置づ

1) 山形大学医学部附属病院 Yamagata University Hospital

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

けて取り組んでいる大学とした。さらに、卒業研究の指導方法はいずれの大学も、学生全員に対して卒業研究についての授業あるいは説明がされた後に、研究室あるいは講座に分かれ、指導者毎に指導が実施された大学とした。

対象者の選択にあたっては、ネットワーク抽出法¹³⁾を用いた。ネットワーク抽出法とは、すでにデータ提供者となっている対象者から新たな対象者の紹介を受けるという方法である。最初の対象者は、研究者の知人からの紹介である。その対象者が他の対象者に研究を紹介し、その紹介を受けた対象者が研究参加に同意した場合に対象者の連絡先を教えてもらい、研究者が連絡を取り正式に研究を依頼するという方法により対象者を募った。

2. データ収集法

データ収集は、「どのような卒業研究を行ったのですか」、「その研究テーマに着目した理由はなんですか」、「その研究テーマで卒業研究を行うために、どのようなことを考えましたか。また、どのように行動しましたか」などの質問を、半構造化面接法を用いて行った。

面接の実施にあたり、面接者の訓練および質問の妥当性を確認する目的に対象者1名に事前調査を行った。

本調査は、対象者のプライバシーを保てるように配慮し、研究者と対象者が1対1で、1人に1回ずつ、1時間程度面接を行った。面接開始時、研究の趣旨と倫理的配慮について再度、口頭と書面で説明し、同意の再確認を行った。対象者に質問の流れを説明し、面接内容は対象者の承諾を得てテープレコーダーに録音し、逐語録を作成しデータとして使用した。

3. 調査期間

平成16年5月から10月

4. 倫理的配慮

対象者には、研究者が個別に研究の目的ならびに倫理上の配慮について口頭と書面で説明した。得られた情報に関して、研究以外には使用しないこと、個人を特定されないよう、プライバシーの保護を厳守する事、研究への参加は自由でありいつでも拒否できること、同意できない場合でも不利益が生じないことを説明した。そして同意書に署名をもらい、研究参加の同意を得た。

5. 分析方法

まず、分析テーマ「課題探求」に関する箇所に着目し、対象者の行為や認識に照らして解釈し、その定義をし、概念の命名を行った。概念生成後、概念名や定義、ヴァリエーション、理論的メモで構成されたワークシートを用いて、個々の概念毎にワークシートに記入した。概念の定義は定義欄へ、テーマ決定に関して着目した箇所を具体例としてヴァリエーション欄へ、データの解釈について考えたことは理論的メモとして記録した。データ収集と分析は同

時並行で行った。データの解釈が恣意的に偏るのを防ぐために継続的比較分析を行いながら、類似例だけでなく、対極例についての比較も行い概念を生成する作業を続けた。生成した概念と他の概念との関係を個々の概念毎に検討し、関係図にした。複数の概念の関係からなるカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、その概念間の関係を簡潔に文章化(ストーリーライン)し、さらに結果図を作成した。

6. 信頼性の確保

分析の信頼性を確保するために、1例目の分析から論文作成までの過程を、修正版グラウンデッド・セオリーに精通した指導教員の指導を受けた。

III. 結 果

1. 対象者の属性

対象者は全員が女性であり、6校の大学の出身者11名であった(表1)。

表1 対象者の属性

| 対象者 | 年齢 | 性別 | 卒業大学 | 現在の職業 | 研究種類 |
|-----|-----|----|-------|----------|------|
| A | 22歳 | 女性 | 県立A大学 | 看護師 | 量的研究 |
| B | 23歳 | 女性 | 県立A大学 | 看護師 | 量的研究 |
| C | 22歳 | 女性 | 県立B大学 | 保健師 | 質的研究 |
| D | 23歳 | 女性 | 県立B大学 | 看護師 | 事例研究 |
| E | 22歳 | 女性 | 国立C大学 | 養護教諭課程進学 | 量的研究 |
| F | 22歳 | 女性 | 国立D大学 | 進学 | 質的研究 |
| G | 22歳 | 女性 | 国立C大学 | 大学院進学 | 量的研究 |
| H | 23歳 | 女性 | 国立C大学 | 養護教諭課程進学 | 質的研究 |
| I | 22歳 | 女性 | 国立E大学 | 看護師 | 質的研究 |
| J | 23歳 | 女性 | 私立F大学 | 看護師 | 質的研究 |
| K | 22歳 | 女性 | 国立C大学 | 看護師 | 質的研究 |

2. 看護系大学学生の卒業研究における課題探求プロセスについて

看護系大学学生の卒業研究における課題探求プロセスについて分析したところ、12個の概念が生成され、3つのカテゴリーに収束した。ストーリーラインと課題探求の動機カテゴリー、課題探求行動カテゴリー、指導者の存在意味カテゴリーについて以下に説明する。

以下、説明の中の〈 〉は概念名、「 」は具体例を示す。

1) ストーリーライン

学生の課題探求の動機には、積極的な〈望みどおりの研究課題の希求〉と消極的である〈受動的な研究課題の希求〉、〈指導者への関心〉、〈他の学業との両立〉がある。〈望みどおりの研究課題の希求〉をする学生は、自分に関心を抱く研究課題に取り組もうという意志を持ち、課題探求行動に突き進む。一方、〈受動的な研究課題の希求〉、〈指導者への関心〉、〈他の学業との両立〉を動機とする学生は、

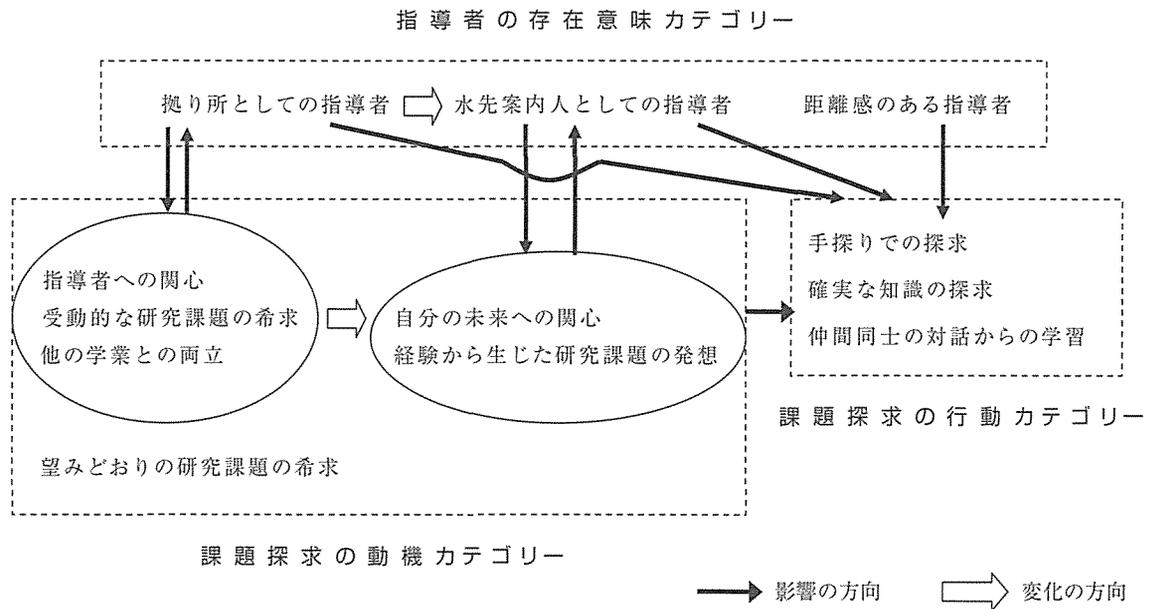


図1. 看護系大学学生の卒業研究における課題探求プロセス

「的確な答え」をくれる〈投げ所としての指導者〉への依存的傾向がある。しかし、そのような学生も〈投げ所としての指導者〉とのやり取りを繰り返しているうちに、課題探求の動機が〈自分の未来への関心〉、〈経験から生じた研究課題の発想〉へと変化させることができるようになる。その時の学生にとっての指導者の存在は、〈水先案内人としての指導者〉へと変化する。これらの課題探求の動機や学生にとっての指導者の存在意味が、学生の課題探求行動に影響を及ぼす。学生の課題探求行動には、〈仲間同士の対話からの学習〉、〈確実な知識の探求〉、〈手探りでの探求〉があった。課題探求行動における指導者の存在は、主体的な行動がとれるようになった学生にとっては〈水先案内人としての指導者〉であり、相変わらず依存性が残り、課題探求行動が取れない学生にとっては〈投げ所としての指導者〉のままである。また、〈距離感のある指導者〉は、〈手探りでの探求〉にとどまる学生の指導者に対する捉え方であり、課題探求を停滞させるものと学生はとらえていた。

2) 課題探求の動機カテゴリー

課題探求の動機カテゴリーとは、学生が課題探求する際になぜそのような課題に取り組もうと考えたかに関する6個の概念からなる。概念については以下のとおりである。

(1) 〈望みどおりの研究課題の希求〉

この概念は、どのような研究課題を扱うか、その具体を決めてはいないが、学生が自分の関心のあることを研究課題として研究しようという意志や考えを強く抱くことである。具体例としては「自分がやりたいって思うテーマじゃないと絶対出来ないと思ったんですね。(研究を) やったことがないので。なのでやっぱ絶対自分が興味があることをやろうって」、「なんか他の所ではすごく進んで、アン

ケート作ってる人とかもいてすごい焦ったりしたんですよ。でも、焦って自分の腑に落ちない研究テーマじゃなくて、調べたいなっていうのを調べようよ」となどが語られた。

(2) 〈受動的な研究課題の希求〉

この概念は、卒業研究は学生にとってカリキュラムの一環であることから、必要に迫られて研究に臨むため、学生の課題探求への取り組みが主体的ではないことである。具体例として「研究とかそういうことも初めてだし、(中略)先生に助けてもらいながらやりたいと思ったんで」などが語られた。

(3) 〈他の学業との両立〉

この概念は、学生は実習や国家試験の勉強などと並行して研究を行うため、どちらも励めるよう、学生が自分の学習方法に合わせた研究課題を扱おうとすることである。具体例として「研究が早い段階で終わるっていうのがやっぱり1番なんかそうなんだって思って。で、早く終われば勉強ができるからっていうのもちょっと甘い考えであって」などが語られた。

(4) 〈指導者への関心〉

この概念は、学生が卒業研究をする上で指導者が行っている研究分野や指導方法、また指導者との関係を重視し、希望する指導者に指導してもらうために研究課題を発見することを研究の出発地点とすることである。具体例として「その地域の中にいる先生っていうか教授がやっぱりなんか自分と一番合うっていうか、研究を一緒に。やっていけそうっていうのもあったので」、「(研究について) わからなかったの。とにかく先生を考えて」などが語られた。

(5) 〈経験から生じた研究課題の発想〉

この概念は、学生が看護実習や講義、実生活などで疑問を抱いたことを研究課題として扱い、卒業研究を通じて理解を深めたり、解明しようとするものである。具体例として「地域看護学の実習で1番被害が大きかった街へ行ったんですけど、そこの保健所で説明を受けて、実際に被災高齢者の方とかのお家とかにも行って、話を聞いて、興味を持ってテーマにしたいなと思ったんです」、「自分が今まで家族や親戚の死に幼い頃から関わることが多かったのので、家族を亡くした人の、残された家族の方の話を聞いて、面接みたいなので、受容過程をたどってみたいと思っていました」などが語られた。

(6) 〈自分の未来への関心〉

この概念は、学生が将来、経験する事柄に関する研究課題を取り上げ、前もって知識を得るための方法の1つとして研究を活用しようとするものである。具体例として「保健師だったら地域のことを何か経験したいっていうのも1つありました」などが語られた。

3) 課題探求行動カテゴリー

課題探求行動カテゴリーとは、学生が研究課題を決定するためにどのような行動をとったかに関する3個の概念からなる。概念については以下のとおりである。

(1) 〈手探りで探求〉

この概念は、学生が失敗を重ねながらも、研究課題を決定するために適切な方法を見出していくことである。具体例として「最初はわからなくて。プリセプターシップっていうと膨大な量が出てきちゃって。やっぱり看護系で、看護教育とかでやるとすごく多くて。学校にあるやつでとりあえず調べて。最後に、参考文献ってあるじゃないですか。あれでやると結構たどりつくんだなっていうことを覚え、最終的には医中誌で調べるよりはそっち見て」などが語られた。

(2) 〈仲間同士の対話からの学習〉

この概念は、学生同士で情報を交換したり、自分以外の学生に指導者が指導しているのを見聞きすることを通して、自分にとって有益なものを学び取り、自分の研究に活かそうとすることである。意図的なことから、学生が意図せず学びを得たことも含む。具体例として「自分とは直接関係ない研究もあったんですけど、でもあんなかこの研究は自分のと似てるから参考になるなっていう部分もあったりとかして、先生と1対1よりは全員でやってたほうが分かり合えてよかったかなって感じでした」などが語られた。

(3) 〈確実な知識の探求〉

この概念は、学生が研究課題について十分に理解するために、文献検索をしたり、その分野の専門家に意見や助言

を求めるなど、正確な知識を求めて行動することである。具体例として「探した文献をちゃんと読んで、自分が理解してから。調べてみようかなって。何もわかんなくせにプリセプターシップとはみたいな感じで調べようと思ってたから」などが語られた。

4) 指導者の存在意味カテゴリー

指導者の存在意味カテゴリーとは、学生が課題探求をする上で、指導者の存在をどのように捉えていたかに関する3個の概念からなる。概念については以下のとおりである。

(1) 〈水先案内人としての指導者〉

この概念は、課題探求する学生の視野を指導者が広げてくれたり、学生が見逃していることを指導者が気づかせてくれたり、どのように研究すべきかについてヒントを学生に与えて正しい方向に自分を導いてくれる存在であると学生が認識していることである。また、自分の主体的で前向きな行動を促し、後押ししてくれる存在であると認識していることである。具体例として「先生から紹介された本とか、あと、こういうセミナーとかあるから行ってみたらとか(指導者に)言われたり」などが語られた。

(2) 〈抛り所としての指導者〉

この概念は、学生が課題探求する上で困った場面に遭遇した時に、自分が望んだ通りの答えを指導者が出してくれる依存できる存在として指導者を認識していることである。具体例として「1回私は自分で悩むんですけど、結構悩んで解決できないので、結局先生のところに行って、相談するとすぐに解決するので、」などが語られた。

(3) 〈距離感のある指導者〉

この概念は、学生が指導者を頼りたくても指導者の存在を十分に活用できずに、必要な時に適切な指導を請うことができないことである。具体例として、「テーマが見つかるまで行っちゃいけないのかなと思って。で、本当にどうしようもない時は行ったんですけど」、「先生とコンタクトが取れなかったことと協力が得られなかったことで不安と焦りがあって。(研究課題を変更することで)先生から協力を得られるようになったら自分でもできるようになってきたら少しずつ進められるようになって」などが語られた。

IV. 考 察

1. 課題探求プロセスにおける学生の課題探求の動機と指導者との関わり

秋元¹⁶⁾ が行動には動機付けが必要であると述べているように、本研究では学生が卒業研究において課題探求する際に動機を持つことが明らかとなった。Perrot¹⁷⁾ は、学生の学習にとって必要な動機は知的好奇心が引き起こす内発的動機付けであるとしている。つまり学生自身が目的を持

ち、興味や関心を持つことが課題探求をする上で重要である。また、看護実践に必要とされる課題探求能力を卒業研究を通して習得するには、学生の動機付け¹⁸⁾や意欲に対する指導者の関わりが重要である¹⁹⁾ことから、卒業研究においても、学生が能動的に課題探求できるように指導者が関わる必要があると思われる。そして本研究の結果から、学生は課題探求する際に、どのような研究課題を扱うかを模索する段階からの指導者の関わりを学生が求めていることが明らかになった。

また、〈指導者への関心〉や〈自分の未来への関心〉、〈他の学業との両立〉を動機として研究課題を見出すという動機が明らかになった。〈指導者への関心〉を動機として研究課題を探る学生もいることから、卒業研究という一時期の関わりだけでなく、講義や実習、大学生生活などを通じた指導者との関わりが課題探求に影響を与えると考えられる。

しかし対象者の中には、研究課題への関心を動機として研究に取り組んだわけではなかったために、指導者が決定してから研究課題を変更した対象者がいた。この対象者は、文献検索などをしたり、学友の研究課題などを見聞きするうちに、関心が移行し、指導者の専門分野ではない研究課題へと変更したため、指導者からの十分な指導が受けられずに課題探求が停滞した。この対象者の場合は、指導者からの指導が受けられる研究課題へと変更したことで課題探求を継続することが可能となった。

このように、学生は研究への意欲を持っていたとしても、指導者からの指導が十分に受けられなくなると模索するばかりで、課題探求するための次の行動へ進めなくなる場合がある。富重ら²⁰⁾は研究課題への自由な発想が研究には重要であると述べているが、林²¹⁾は学生の課題探求能力は、情緒に影響される割合が大きく、課題探求能力を育成するためには、まず、学生が現状認識を確実にに行えるような指導をする必要があると述べている。そのため、学生が現状認識を行うためには、指導者が大きな役割を果たしていると言える。これは、本研究結果から明らかになった〈水先案内人としての指導者〉の役割と一致しており、課題探求の動機の段階からの指導者の関わりが学生の課題探求能力の育成のためには重要であると考えられる。

2. 課題探求プロセスにおける学生の課題探求行動と指導者との関わり

学生は、課題を認識していても、その根拠や理由を捉えられず、具体的な対応方法がわからない傾向にある²²⁾。しかし、本研究では、学生は指導者の介入を受けながら課題探求する一方で、〈確実な知識の探求〉や〈仲間同士の対話からの学習〉をするという、学生なりの主体的な課題探求行動を行っていたことが明らかになった。

主体性とは、自分自身の意思や判断に基づいて行動を決定することであり²³⁾、学習における主体性は、教材の精選や学習者間による共同学習などによって形成される²⁴⁾。島田²⁵⁾は主体的に学ぶ意志・態度・能力を育成するために要請される学生の姿勢について、習得した知識・技能を基にして、自ら学習計画を立て、それにしたがって必要な資料や情報を収集すること、自ら問題解決の方法を見出し解決すること、学生同士で磨き合い高め合って自己の発展・進化を図ることの重要性について述べている。これは、本研究の〈確実な知識の探求〉や〈仲間同士の対話からの学習〉をする学生の主体的な行動と同様であり、このことから学生は卒業研究において主体的に課題探求していると言える。

武藤ら^{26,27)}は、学生が様々な捉え方を検討することにより、思考の拡大と、深化が図られるとしており、研究課題を明確にするための学生の〈仲間同士の対話からの学習〉や〈確実な知識の探求〉の行動は、課題探求する上で重要なプロセスであると考えられる。しかし、知識を獲得するだけでは課題探求能力の育成にはつながらない。塩飽ら²²⁾は、既存の知識と獲得した知識との関係を明確にすることが重要であるとしている。本研究からは、研究課題の決定のために獲得した知識をどのように活用して課題探求したかまでは明らかにできなかった。しかし、獲得した知識や技術を基礎的な土台とすることは、課題探求が行われるために重要なプロセスであることから²⁸⁾、学生が意図的、非意図的に関わらずに獲得して得た知識を適切に処理し行動できるよう、学生が持つ力を引き出す指導者の関わりが重要であると考えられる。

医療の現場では最新の知識と技術の習得が求められ、看護教育において主体的に学習していける人材の育成が必要となる。課題探求能力とは看護専門職として成長していくためには不可欠な能力である。そのため、卒業研究を通して、学生が持つ主体性をより伸ばし、学生の課題探求プロセスに合わせた関わりをすることが指導者には求められると言える。

本研究の限界

修正版グラウンデッド・セオリーの特性上、本研究は看護系大学学生の課題探求プロセスという限定した範囲でのみ説明力を持つ、方法論的限定性がある。今回は看護系大学学生の課題探求プロセスに関する認識であり、指導者側から見た課題探求プロセスの認識とは異なる。

また、本研究結果から、学生の認識と行動における指導者の関わりが明らかになったが、具体的な関わりの在り方に関して分析するにはデータとして不十分な点があることから、今後の課題としたい。

V. 結 論

1. 看護系大学学生の卒業研究における課題探求プロセスとして、課題探求の動機、課題探求行動、指導者の存在意味の3カテゴリーが生成された。

2. 課題探求の動機カテゴリーは、学生がなぜその課題に取り組もうとしたかに関する〈望みどおりの研究課題の希求〉〈受動的な研究課題の希求〉〈他の学業との両立〉〈指導者への関心〉〈経験から生じた研究課題の発想〉〈自分の未来への関心〉の6個の概念からなる。

3. 課題探求行動カテゴリーは、学生が研究課題を決定するためにどのような行動をとったかに関する〈手探りでの探求〉〈仲間同士の対話からの学習〉〈確実な知識の探求〉の3個の概念からなる。

4. 指導者の存在意味カテゴリーは、学生が課題探求をする上で指導者の存在をどのように捉えていたかに関する〈水先案内人としての指導者〉〈拠り所としての指導者〉〈距離感のある指導者〉の3個の概念からなる。

5. 学生は課題探求プロセスに合わせた指導者の関わりを必要としていることが示唆された。学生が課題探求する上で、課題探求の動機と行動のそれぞれに指導者の存在が影響を及ぼしており、課題探求の初期の段階からの指導者の関わりを必要としていた。

謝 辞

本研究にあたり、快く調査にご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

要 旨

本研究の目的は、看護系大学学生の卒業研究における課題探求プロセスを明らかにすることである。対象者は平成15年度に看護系大学を卒業した11名で、半構造化面接を行い、修正版グラウンデッド・セオリーを用いて分析した。

その結果、卒業研究における課題探求プロセスとして、学生がなぜその課題に取り組もうとしたかに関する課題探求の動機カテゴリー、学生が研究課題を決定するためにどのような行動をとったかに関する課題探求行動カテゴリー、学生が課題探求をする上で指導者の存在をどのように捉えていたかに関する指導者の存在意味カテゴリーの3カテゴリーが生成された。学生が課題探求する上で、課題探求の動機と行動のそれぞれに指導者の存在が影響を及ぼしており、課題探求の初期の段階からの指導者の関わりを必要としていた。また、〈水先案内人としての指導者〉の関わりは学生の達成感を高め、より主体的な課題探求を促すことが示唆された。

Abstract

The purpose of this study is to examine the searching process for the subject of graduation research in nursing college students. Eleven persons who graduated from the nursing college in 2003, the candidate performed the semi-structured interview. The Modified Grounded Theory Approach was chosen for this research design and analysis.

Results showed as 3 categories which consist of 13 concepts were generated as a result of this study; "Motive category of searching for the research subject" about why the students tried to address the research subject, "Action category of searching for the research subject" about how the students acted for deciding on the subject, "Meaning category of the teacher's existence" about how the teacher's existence was recognized when the students searched the research subject. When the students searched for the research subject, existence of teacher affected each of the students' motive and action to search for the research subject. The students needed the involvement of the teacher in the early stage of the searching process for the research subject. It was suggested that 〈guide to graduation research〉 led to a students' sense of accomplishment and urged a more active search for the research subject.

文 献

- 1) 厚生省健康政策局看護課編集：看護教育カリキュラム－21世紀に期待される看護職者のために－，第1法規出版，東京，1989.
- 2) 寺崎明美：卒業論文指導の留意点，Quality Nursing, 5(1), 4-18, 1999.
- 3) 岡田由香：学生の希望を尊重した研究テーマの設定，Quality Nursing, 5(1), 34-39, 1999.
- 4) 香春知永：学生の課題探求能力と態度の基礎を育む指導，Quality Nursing, 5(1), 9-14, 1999.
- 5) 濱中喜代：学生の主体性を尊重した研究プロセスの指導，Quality Nursing, 5(1), 15-19, 1999.
- 6) 川口孝泰：主体的思考力を養う卒業研究の指導，Quality Nursing, 5(1), 20-24, 1999.
- 7) Makhathini, J. T : An evaluation of the problem-solving ability of diplomats from a comprehensive nursing programme, Nurse Education Today, 16, 340-349, 1996.
- 8) 田村由美，中田康夫 他：実践的思考能力としてリフレクション能力育成のための指導の実践リフレクティブジャーナルを活用して，看護教育, 44(6), 452-456, 2003.
- 9) 遠藤英子，大沼幸子 他：看護基礎教育における看護学生の問題解決の態度に関する評価－問題解決的態度尺度とパーソ

- ナリティ特性の分析から－, 日本看護学論文集 看護教育, 29, 21-23, 1998.
- 10) 菱沼典子: 教育, 研究, 実践のバランス, 看護, 12, 72-76, 1998.
 - 11) 倉ヶ市絵美佳, 雀部蘭美, 西田直子: 看護学生の看護研究活動の現状－環境・個人的要件を中心に－, 京都府立医科大学医療短期大学部看護学科紀要, 12, 73-81, 2002.
 - 12) 佐藤まゆみ, 小澤桂子 他: 看護学生の研究上の問題の解決を妨げている原因と問題解決への援助, 日本看護協会学会誌, 5(2), 52-53, 1995.
 - 13) Denise. F P, Bernadette. P. H: 近藤潤子 (監訳): 看護研究原理と方法, 医学書院, 東京, 1994.
 - 14) 望月美知代, 舟島なをみ, 杉森みどり: 大学院看護学研究科修士課程における学生の学習経験に関する研究－修士論文作成過程に焦点を当てて－, 看護教育学研究, 8(1), 1-14, 1999.
 - 15) 木下康仁: グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践質的研究への誘い, 弘文堂, 東京, 2003.
 - 16) 秋元典子, 森本美智子, 森恵子: 看護への動機づけを促進する臨床実習指導の方法, Quality Nursing, 10(8), 783-794, 2004.
 - 17) Perrot. L. J, Deloney. L et.al: Measuring Student Motivation in Health Professions' Colleges, Advanced Health Science Education, 6, 193-203, 2001.
 - 18) 塩飽邦法, 山根洋右, 福島哲仁: スチューデント・レクチャーによる問題解決型予防医学教育の展開, 医学教育, 23, 358-362, 1992.
 - 19) 祖父江育子: 院内での臨床看護研究につながる卒業研究指導, Quality Nursing : 5(2), 25-29, 1999.
 - 20) 富重佐智子, 富重健一: 看護研究への船出 研究テーマの決定と明確化, 臨床看護, 28(8), 1263-1271, 2002.
 - 21) 林 潔: 問題解決についての学生の態度と訓練, 相談学研究, 17(2), 22-28, 1985.
 - 22) 塩飽邦憲, 岩永俊博 他: 概念地図を用いた問題解決能力の教育評価, 医学教育, 34(6), 385-390, 2003.
 - 23) 廣松 渉: 哲学・思想辞典, 廣松渉 (編): 岩波書店, 東京, 1998.
 - 24) 広岡亮蔵: 授業研究大辞典, 広岡亮蔵 (編): 明治図書, 東京, 1977.
 - 25) 島田俊秀, 北尾倫彦編: 自己教育力と自己評価, 自己教育力を考える, 図書文化, 東京, 1993.
 - 26) 武藤眞佐子, 高橋貴子 他: リフレクティブシンキングとグループ学習を用いた統合学習効果－成人看護学臨地実習後に連動する学内演習－, 看護総合科学研究会誌, 6(1), 3-11, 2003.
 - 27) 武藤眞佐子, 高橋貴子: 成人看護学実習における統合学習－Reflective Thinkingと小集団学習を用いて (その1. ねらい・学習法と展開)－. 看護総合科学研究会誌, 4(1), 30-41, 2001.
 - 28) 松崎英士, 沿道英子: 看護学生のリスクテイキング行動の分析－クリティカルシンキング志向性, リスクに対する傾向性との関連－, 日本看護研究学会雑誌, 26(3), 38, 2003.

〔平成18年1月6日受 付〕
〔平成18年9月25日採用決定〕

看護理論—理論と実践のリンケージ

—看護研究の成果に基づく理論を実践しよう—

日本赤十字北海道看護大学学長
大阪大学 名誉教授

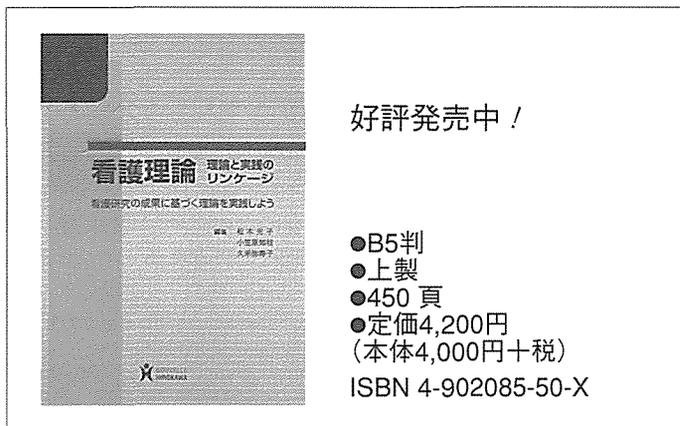
松木 光子

大阪大学大学院医学系
研究科保健学専攻教授

小笠原知枝 編集

大阪大学大学院医学系
研究科保健学専攻助教

久米弥寿子



臨床の場に立つ看護師の方々が、さまざまな看護理論や看護研究で明らかにされた科学的根拠を基にして、必要な諸理論を状況に応じて活用し、効果的な看護実践（EBN）を目指すことができるように解説しています。

★看護対象の身体的・心理的・社会的状況や健康レベルや生活環境などを、さまざまな基礎理論や看護理論にリンクさせて、適切に看護診断と看護ケアができるように、わかりやすく理論を解説しています。

●実践編では、臨床のさまざまな看護状況に応じて、対象を理解し、看護診断、看護ケアを実際に展開するときに、どのような理論が、どのように応用されるのかを、事例を用いて具体的に解説しています。

主要目次

理論編

第1章 理論と実践

第2章 看護の枠組みと方向性を導く主な看護理論

1. 人間関係論に基づく看護理論
 - 1) ペブロウの看護理論
 - 2) トラベルビーの看護理論
2. ヘンダーソンのニード論
3. システム論に基づく看護理論
 - 1) オレムの看護理論
 - 2) ロイ適応看護モデル
4. ワトソンのケアリング理論

第3章 患者理解のための基礎理論

1. 発達理論とその活用法
2. ニード論（欲求理論）とその活用法
3. サポートシステム論とその活用法
4. 不安理論とその活用法
5. 危機理論とその活用法
6. ストレス・コーピング理論とその活用法
7. 役割理論とその活用法
8. 環境
9. 健康

第4章 ケアの方法に関連した理論

1. 看護過程
2. 看護実践用語分類
3. コミュニケーション理論
4. 生活援助技術
5. アセスメント技術
6. 教育指導技術
7. 看護における治療・介入
8. ケアリング理論と臨床への応用

実践編

第5章 看護状況に応じた看護理論の活用

1. 急性期患者の看護ケアと看護理論
2. 慢性期の患者の看護ケアと看護理論
3. ターミナル期がん患者の看護ケアと看護理論
4. 小児患者の看護ケアと看護理論
5. 高齢者患者の看護ケアと看護理論
6. 在宅患者の看護ケアと看護理論
7. 精神科患者の看護ケアと看護理論
8. 母性看護領域における看護ケアと看護理論

第6章 看護診断と理論

1. 理論構築の必要性
2. セルフケア不足
3. 不安
4. 感染リスク状態
5. ボディイメージ混乱
6. 疼痛
7. 皮膚統合性障害
8. 自己尊重慢性的低下
9. 知識不足
10. 思考過程混乱
11. 活動耐性低下

第7章 これからの看護理論

1. 概念的モデルから理論構築へ
2. 看護実践を支援する中範囲理論のさらなる構築
3. 理論や研究成果を実践に
4. 理論構築・理論検証と研究

就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子と その関連要因の検討

Constituent and Related Factors of Reality Shock Extracted by New Graduate Nurses
After Three Months' Practice

平 賀 愛 美 布 施 淳 子
Manami Hiraka Junko Fuse

キーワード：新卒看護師，リアリティショック，離職願望，看護実践能力

Key Words : new graduate nurses, reality shock, wish to leave the job, practical nursing abilities

I. はじめに

現在、看護業務の高度化、複雑化のために臨床現場は多忙を極めている¹⁾。その中で、臨床は新卒看護師に対して専門職としての能力を高め、病院看護の質の向上に貢献してほしいという期待を持っている²⁾。しかし、2002年の調査では、新採用者の存続率が84.1%で約8,600人(約16%)が1年未満で離職している現状が明らかにされている³⁾。このように、新卒看護師が早期離職する引き金となる要因の一つとして、リアリティショックがあげられる⁴⁾。リアリティショックは、身体的・心理的・社会的な症状を呈し、深刻化すると早期離職の引き金となるとされ⁴⁾、以前から問題視されている。その原因は、看護基礎教育と臨床との間に、求める実践能力レベルの差があることがあげられる^{5,6)}。また、高度化、複雑化する医療環境の変化⁷⁾や、社会人としての環境の変化⁸⁾、新卒看護師の気質^{9,10)}などが影響しているといわれている。現在の新卒看護師は、精神力や忍耐力に乏しい、自分で考え行動することができない、仕事より私生活を重視する、積極性や意思表示が乏しい、相談相手が少ないなどの傾向をもつ場合もある⁹⁾。このように、現在の新卒看護師はリアリティショックに陥りやすいと考えられる。

新卒看護師のリアリティショックについては、1970年代前半からKramerが研究を行っており、1975年に「reality shock - Why nurses leave nursing -」⁵⁾という著書が発行された。リアリティショックとは、「数年間の専門教育と訓練を受け、卒業後の実社会での実践準備ができたと考えていたにもかかわらず、実際に職場で仕事をした時に、まだ準備ができていないと感じる新卒専門職者の現象や特定のショック反応を表す言葉である^{5,11)}」と定義されている。日本においては、Kramerの著書⁵⁾によりリアリティショックという概念が導入され、1980年代前半からリアリ

ティショックに関する研究が行われている。リアリティショックの先行研究は、リアリティショックを主に看護実践能力に関する困難の予想と現実に経験した困難との変化で測定しているもの^{12~15)}、心理的要因、社会的要因、対人的要因、技術的要因、身体的要因として捉えているもの^{16~19)}、看護技術、職場の人間関係、教育面、事務的業務、患者及び家族への対応、勤務形態に関する苦痛として捉えているもの^{20,21)}、リアリティショックをバーンアウトスケールを用いて測定しているもの^{17,18,22)}、文献からリアリティショックの概念を明確化しようとしているもの²³⁾、精神科領域への就業に関するリアリティショックを調査しているもの²⁴⁾、リアリティショックを新卒看護師の自己のイメージ変化や看護師に関するイメージ変化を測定し明らかにしようとしているもの²⁵⁾があげられる。このように、リアリティショックに関する研究は、臨床において注目されており、内容の複雑さと多様さが垣間見られる。

前述したように、リアリティショックは新卒看護師の離職の引き金となりうる要因の一つである⁴⁾といわれているが、先行研究^{4,12~14,16~18,20,22~34)}を概観するとこれらを網羅したリアリティショックの因子構造を統合的に捉えた研究は認められない。したがって、先行研究にあげられているリアリティショックの構成因子を網羅しその構造を明らかにすることによって、新卒看護師のリアリティショックに関する基礎的資料が得られると考えられ、新卒看護師への指導の充実を図ることができると考えられる。

そこで本研究は、新卒看護師のリアリティショックの構成因子を明らかにし、さらにその関連要因を検討することを目的とする。

II. 用語の操作的定義

新卒看護師：病院に就職した1年以内の看護師で、他施

設での勤務経験が無い者²¹⁾(准看護師のみの資格所有者を除く)。

リアリティショック：日本におけるリアリティショックに関する先行研究では、身体的、精神的、社会的な内容について、リアリティショックの要因として捉えている研究^{16~19)}と既存の尺度を用いてリアリティショックの症状として捉えている研究^{20~22)}に大別できる。本研究ではKramerの定義^{5,11)}を基本とした上で、日本におけるリアリティショックという現象そのものを網羅的に明らかにするという立場に立ち、リアリティショックの操作的定義を、「就職後に看護基礎教育で形成された看護の理想と現実との間にギャップを感じることによって生じる身体的、精神的、社会的なものを含む総合的な事象」とした。

Ⅲ. 研究方法

1. 一次調査

1) リアリティショックの質問紙の作成

作成方法は、新卒看護師のリアリティショックに関連する22の先行研究^{4,12~14,16~18,20,22~34)}から、リアリティショックの項目として捉えた699項目を抽出した。その後、研究者3名でKJ法³⁵⁾に準じて第4段階まで分類した。その結果、KJ法の第4段階において、「看護実践能力や問題解決能力」、「職場の人間関係・雰囲気」、「先輩看護師の態度、関わりやすさ」、「業務の多忙さ、労働条件」、「看護師を取り巻く病院、患者環境」、「責任の重さ」、「私生活と仕事のバランス、相談相手」、「卒後教育・オリエンテーション」、「身体的・精神的・社会的症状」、「仕事の楽しさ、やりがい、達成感、満足感」の10グループに分類された。

KJ法の第4段階、第3段階は、1グループの中の項目が複数含まれていたことが確認されたため、段階を下げ第2段階の項目を質問項目として採用した。その結果、88項目が抽出され、ギャップがある、ギャップがややある、どちらともいえない、ギャップはあまりない、ギャップはないの5段階評定とした。また、KJ法の第4段階において「身体的・精神的・社会的症状」のグループに分類された第2段階の項目は、感じる、やや感じる、どちらともいえない、あまり感じない、感じないの5段階評定とした。

2) 期間

平成16年3月19日から4月6日までとした。

3) 対象

東北地方の病床数1000床以上の一般病院1施設に勤務する准看護師を除く平成15年度新卒看護師42名を対象とした。

4) 方法

質問紙は、対象施設の看護部長に質問紙の内容を検討し

てもらい、同意を得た上で配布を行った。回答後の用紙は、無記名で添付した封筒を厳封し、回収用の袋に入れ、その袋を研究者が回収した。

対象者には、実際に質問項目に回答してもらった上で、質問項目の理解、回答のしやすさ、不足項目の追加の3点について自由記載を求めた。

5) リアリティショックの質問紙の修正

予備調査の結果に基づき、研究者3名で測定用紙の再検討を行った。検討過程において、身体的な症状(頭痛、肩こり、腰痛、高血圧など)があるなどの複数の内容を含む項目は、頭痛がある、肩こりがある、腰痛がある、高血圧があるのように質問項目の内容を分けるなどを修正した。その結果、最終的に95項目の質問紙を作成した。

2. 二次調査

1) 期間

平成16年6月14日から7月20日までとした。

2) 対象

対象は、病院要覧2003 - 2004年版³⁶⁾に記載されている東北地方の病床数500床以上の一般病院(精神病院、結核療養所を除く)24施設に勤務する平成16年度新卒看護師584名を対象に調査を行った。

3) 調査内容

(1) 属性

属性は、性別、年齢、看護基礎教育、所有免許、病棟の種類、病棟の診療科数、勤務体制、実習経験などの項目とした。

(2) リアリティショックの質問紙

リアリティショックの質問紙は95項目で構成されており、回答は、ギャップがあるからギャップはないの5段階評定とし、ギャップがあるを5点からギャップはないを1点、または感じるから感じないの5段階評定とし、感じるを5点から感じないを1点として採点を行った。

(3) 精神健康調査票(The General Health Questionnaire-GHQ)³⁷⁾

GHQは、英国のMaudsley精神医学研究所のGoldberg, D. P.によって開発された質問紙法で、主として神経症者の病状把握、評価、及び発見に有効であるとされている³⁷⁾。その質問紙を中川と大坊が日本語版として翻訳したものが日本語版GHQ³⁷⁾で、短縮版として28項目版(以下GHQ28とする)があり、その信頼性、妥当性は検証されている。GHQ28は、①身体症状、②不安と不眠、③社会的活動障害、④うつ傾向に関する要因が28項目で構成されている。リアリティショックとは、身体的、心理的、社会的ショック症状を呈するとされていることから、GHQ28はリアリティショックにおけるショック症状を測定する尺度として妥当であると考え、本研究においては、作成したリアリ

ティショックの質問紙との関係性を検討するために使用することとした。GHQ28の採点方法は、GHQ法を採用し、採点は0点又は1点として算出した。

4) 調査方法

調査方法は、郵送自己記述式質問紙調査を行った。

対象者には、リアリティショックに陥る時期とされている就職後3ヶ月時点¹⁷⁾の状態についての回答を求めた。調査は、属性、リアリティショックの質問紙、GHQ28の3内容について尋ねた。

5) 配布、回収方法

質問紙の冒頭には、倫理的配慮として、研究の方法、目的、所要時間、研究への参加は自由意志であることなどを記載した。また、同意の確認をし、同意者のみに回答してもらった。

質問紙は、対象施設の看護部に研究者が直接持参、または電話と文書での説明の後一括で郵送し配布を行った。回答後は、質問紙に添付した封筒に入れ厳封したものを看護部で一括回収し、研究者宛にまとめて返送してもらった。

6) 分析

分析には、統計解析ソフトSPSS Ver.10.1 for Windowsを用いた。

分析内容について、以下に述べる。

(1) 基本属性のそれぞれの項目について度数、パーセント、平均値、標準偏差を算出した。

(2) 新卒看護師のリアリティショックの質問紙の95項目について因子分析(主因子法、バリマックス回転)を行った。さらに、因子分析結果から、新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点、標準偏差を算出した。

また、リアリティショックの質問紙とGHQ28の関係性を見るために、新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点とGHQ28総合得点についてPearsonの積率相関係数を算出した。

(3) 新卒看護師の属性とリアリティショックの各因子平均得点の差についてt検定または一元配置分散分析及びTukeyの多重比較を行った。

3. 倫理的配慮

本研究は、山形大学医学部倫理委員会において審査を受け研究を行った。調査は、文書にて、研究の方法、目的、所要時間、研究への参加は対象者の自由意志によるものであること、調査の同意や回答が勤務評定に影響することはないことなどについて説明を行った。さらに、説明文の最後に同意の確認をする項目を作成し、同意者のみに回答してもらった。調査には無記名で回答してもらい、厳封にて返送してもらうことでプライバシーの保護に努めた。

IV. 結果

質問紙の回収数は483名(82.71%)であった。その中からデータの欠損が著しく見られるものを除いた408名(69.86%)を分析対象とした。

1. 新卒看護師の属性

新卒看護師の属性について表1に示す。新卒看護師の平均年齢は22.19±2.19歳であった。看護基礎教育は、専門学校卒が最も多く249名(61.03%)、次いで大学卒が88名(21.57%)、短期大学卒が71名(17.40%)であった。病棟の種類は、内科系病棟(精神科を含む)が142名(34.80%)、次いで外科系病棟(産婦人科を含む)が133名(32.60%)となっていた。また、勤務病院での実習経験は、ありと答えた者が181名(44.36%)であった。

表1 新卒看護師の属性

| | | 新卒看護師 n=408 | |
|------------|--------------------|----------------|---------|
| | | 人数 | (%) |
| 性別 | 女性 | 386 | (94.61) |
| | 男性 | 22 | (5.39) |
| 年齢 | (平均値±標準偏差) | 22.2 ± 2.19 | |
| | 大学卒 | 88 | (21.57) |
| 看護基礎教育 | 短期大学卒 | 71 | (17.40) |
| | 専門学校卒 | 249 | (61.03) |
| | 看護師 | 309 | (75.74) |
| 所有免許 | 保健師 | 82 | (20.10) |
| | 助産師 | 17 | (4.16) |
| | 内科系病棟(精神科含む) | 142 | (34.80) |
| 病棟の種類 | 外科系病棟(産婦人科含む) | 133 | (32.60) |
| | 内科・外科混合病棟(小児科含む) | 88 | (21.57) |
| | 特殊部門(救急科、ICU、外来など) | 45 | (11.03) |
| | 単科病棟 | 153 | (37.50) |
| | 2科の混合病棟 | 113 | (27.70) |
| 病棟の診療科数 | 3科以上の混合病棟 | 108 | (26.47) |
| | その他(外来など) | 34 | (8.33) |
| | 2交代制 | 17 | (4.17) |
| 勤務体制 | 3交代制 | 383 | (93.87) |
| | その他 | 8 | (1.96) |
| 夜勤回数 | (平均値±標準偏差) | 5.91 ± 2.61 | |
| 通勤時間 | (平均値±標準偏差) | 16.7 ± 13.97 | |
| 勤務病院での実習経験 | あり | 181 | (44.36) |
| | なし | 227 | (55.64) |

2. 新卒看護師のリアリティショックの構成因子

リアリティショックの質問紙の95項目について因子分析(主因子法、バリマックス回転)を行った。因子分析の結果は表2に示す。因子負荷量が低い(0.4未満)14項目を除外し、さらに初期の固有値の減衰状況から判断して因子寄与1.7以上、因子数を8にし、再度解を求めた。その結果、最終的に62項目からなる8因子が抽出された。KMO標本妥当性は0.92であり、累積因子寄与率は42.52%、信頼性係数(Cronbachのα係数)は、第1因子:0.92、第2因子:0.90、第3因子:0.81、第4因子:0.85、第5因子:0.77、第6因子:0.81、第7因子:0.72、第8因子:0.67であった。

第1因子は、先輩看護師は学ばせようとする努力や必要な援助をしてくれない、先輩看護師に対して不信感があるなどの17項目から「職場の人間関係」と命名した。第2因

表2 新卒看護師のリアリティショックの構成因子

n = 408

| | 1因子 | 2因子 | 3因子 | 4因子 | 5因子 | 6因子 | 7因子 | 8因子 | 共通性 |
|-----------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|------|
| 第1因子：職場の人間関係 | | | | | | | | | |
| 先輩看護師は学ばせようとする努力や必要な援助をしてくれない | 0.72 | -0.12 | 0.08 | -0.05 | -0.03 | 0.02 | -0.14 | -0.01 | 0.56 |
| 先輩看護師に対して不信感がある | 0.69 | -0.05 | 0.22 | 0.14 | 0.11 | 0.05 | 0.07 | -0.01 | 0.56 |
| プリセプターとの関係の薄さからプリセプターに聞きにくい | 0.69 | -0.03 | 0.1 | 0.06 | 0.00 | 0.01 | 0.11 | -0.08 | 0.51 |
| 良い新人教育をしてもらえない | 0.65 | 0.04 | 0.19 | 0.06 | 0.16 | 0.02 | -0.07 | -0.06 | 0.51 |
| 上司との人間関係がうまくいかない | 0.65 | 0.07 | 0.18 | 0.12 | 0.11 | 0.02 | 0.07 | 0.00 | 0.49 |
| 良い病棟オリエンテーションをしてもらえない | 0.64 | 0.07 | 0.08 | -0.09 | 0.21 | 0.06 | -0.19 | 0.15 | 0.54 |
| 先輩看護師と関わりにくい | 0.62 | 0.24 | 0.07 | 0.25 | 0.04 | 0.07 | 0.19 | -0.16 | 0.58 |
| 先輩看護師に処置やケアについて聞きにくい | 0.61 | 0.29 | 0.23 | 0.07 | 0.01 | 0.09 | 0.18 | -0.11 | 0.56 |
| 先輩看護師との関係の悪化が気になり、意見が言いえない | 0.56 | 0.19 | 0.11 | 0.22 | 0.11 | 0.03 | 0.19 | 0.05 | 0.47 |
| 職場集団・チームの一員として認められない | 0.54 | 0.20 | 0.04 | 0.09 | 0.11 | 0.23 | 0.16 | 0.14 | 0.46 |
| 人事管理に不満がある | 0.54 | 0.04 | 0.26 | -0.04 | 0.22 | 0.11 | 0.11 | 0.21 | 0.47 |
| 身近に相談相手や支持してくれる人がいない | 0.53 | 0.04 | 0.16 | 0.22 | -0.07 | 0.16 | 0.21 | 0.09 | 0.45 |
| 先輩看護師に指摘されることに不慣れである | 0.51 | 0.20 | 0.17 | 0.18 | 0.02 | 0.13 | 0.11 | -0.01 | 0.39 |
| 自分の行った看護が同僚や先輩看護師から認められない | 0.51 | 0.25 | 0.11 | 0.24 | 0.15 | 0.16 | 0.24 | 0.04 | 0.5 |
| 同僚看護師の患者に対する態度が良くない | 0.48 | 0.02 | -0.01 | 0.06 | 0.12 | 0.08 | -0.1 | 0.08 | 0.27 |
| 学習への意欲がない | 0.47 | 0.34 | 0.14 | -0.01 | 0.11 | 0.24 | -0.1 | -0.08 | 0.43 |
| 同期の看護師との人間関係がうまくいかない | 0.42 | -0.12 | -0.09 | -0.01 | 0.02 | 0.10 | -0.01 | 0.12 | 0.22 |
| 第2因子：看護実践能力 | | | | | | | | | |
| 看護実践能力や問題解決能力が不足している | -0.01 | 0.70 | 0.08 | 0.19 | 0.19 | -0.03 | 0.17 | 0.04 | 0.60 |
| 重症患者や患者急変時に対応できない | -0.09 | 0.69 | 0.10 | 0.05 | 0.15 | -0.04 | 0.15 | 0.06 | 0.55 |
| 一人で業務を行うことに自信がない | 0.04 | 0.69 | 0.15 | 0.15 | 0.04 | 0.06 | 0.20 | -0.01 | 0.57 |
| 専門用語・略語がわからない | -0.03 | 0.65 | 0.09 | 0.07 | 0.19 | -0.09 | 0.06 | -0.07 | 0.49 |
| 予定外のことへの対応などで仕事の流れにうまく乗れない | 0.07 | 0.63 | 0.07 | 0.24 | 0.09 | 0.02 | -0.01 | 0.07 | 0.48 |
| 事務処理・伝票書きができない | 0.10 | 0.60 | 0.11 | -0.05 | 0.02 | 0.14 | 0.06 | 0.01 | 0.40 |
| 患者の全体像やニーズの把握ができず、アセスメント能力が不足している | -0.05 | 0.59 | 0.02 | 0.18 | 0.10 | 0.15 | 0.13 | 0.13 | 0.45 |
| 与えられた業務が遂行できない | 0.15 | 0.55 | -0.01 | 0.12 | 0.04 | 0.24 | 0.24 | 0.12 | 0.47 |
| 看護理論に基づいて行動できない | 0.22 | 0.53 | 0.09 | 0.07 | 0.11 | 0.10 | -0.06 | 0.17 | 0.40 |
| 病棟から期待されていることは何なのか自分で判断できない | 0.33 | 0.52 | 0.16 | 0.06 | 0.05 | 0.06 | 0.09 | 0.11 | 0.44 |
| 学習する量が多く、勉強が追いつかない | 0.03 | 0.52 | 0.12 | 0.25 | 0.20 | -0.03 | 0.17 | 0.04 | 0.42 |
| 基本的な技術（療養上の世話）が一人でできない | 0.24 | 0.52 | 0.00 | 0.04 | -0.11 | 0.27 | 0.03 | 0.09 | 0.42 |
| 行ったことのないケアや処置がある | -0.10 | 0.48 | 0.04 | 0.11 | 0.21 | -0.04 | 0.35 | 0.10 | 0.43 |
| 看護師として自己成長できない | 0.30 | 0.45 | 0.09 | 0.16 | 0.08 | 0.26 | 0.01 | 0.11 | 0.41 |
| 第3因子：身体的要因 | | | | | | | | | |
| 胃部症状がある | 0.07 | 0.07 | 0.60 | 0.03 | -0.01 | 0.02 | 0.02 | -0.01 | 0.37 |
| 不眠、または時間に起きられないなど睡眠状態が良くない | 0.03 | 0.10 | 0.55 | 0.14 | 0.09 | 0.11 | 0.06 | 0.02 | 0.35 |
| 体力が続かない | 0.11 | 0.16 | 0.53 | 0.09 | 0.27 | 0.08 | 0.04 | -0.06 | 0.42 |
| 頭痛がある | 0.03 | 0.04 | 0.53 | 0.13 | 0.01 | 0.08 | 0.10 | 0.06 | 0.32 |
| 体調を崩す | 0.17 | 0.04 | 0.51 | 0.07 | 0.12 | 0.11 | 0.02 | 0.11 | 0.34 |
| ストレス解消ができない | 0.11 | 0.12 | 0.51 | 0.32 | 0.15 | 0.26 | -0.02 | 0.10 | 0.49 |
| 疲労感がある | 0.00 | 0.21 | 0.50 | 0.28 | 0.22 | 0.10 | -0.02 | -0.13 | 0.45 |
| 食欲不振がある | 0.09 | 0.03 | 0.49 | 0.02 | 0.00 | 0.03 | 0.11 | 0.04 | 0.26 |
| 腰痛がある | 0.11 | -0.07 | 0.49 | 0.03 | -0.01 | -0.06 | 0.00 | -0.01 | 0.26 |
| 便秘または下痢がある | 0.10 | 0.15 | 0.48 | 0.09 | 0.01 | -0.06 | -0.05 | 0.00 | 0.28 |
| 肩こりがある | 0.06 | 0.05 | 0.43 | 0.11 | 0.02 | 0.01 | 0.02 | -0.06 | 0.21 |
| 第4因子：精神的要因 | | | | | | | | | |
| 精神的な落ち込みを感じる | 0.12 | 0.16 | 0.37 | 0.72 | 0.04 | 0.12 | 0.07 | 0.02 | 0.72 |
| 自己否定の気持ちがある | 0.21 | 0.30 | 0.16 | 0.65 | 0.02 | 0.05 | -0.01 | 0.07 | 0.58 |
| 孤独感を感じたり、自分の殻に閉じこもりたくなる | 0.26 | 0.20 | 0.36 | 0.61 | 0.00 | 0.06 | 0.07 | 0.04 | 0.62 |
| 不安を感じる | 0.03 | 0.28 | 0.21 | 0.56 | 0.01 | 0.09 | 0.02 | 0.06 | 0.45 |
| 焦りを感じる | 0.14 | 0.32 | 0.08 | 0.49 | 0.09 | 0.04 | 0.00 | 0.14 | 0.40 |
| 第5因子：業務の多忙さと待遇 | | | | | | | | | |
| 業務量が多く仕事が忙しい | 0.09 | 0.25 | 0.05 | 0.08 | 0.59 | 0.02 | 0.39 | -0.08 | 0.58 |
| 休暇が少ない | 0.22 | 0.04 | 0.19 | 0.00 | 0.58 | 0.12 | 0.25 | 0.02 | 0.50 |
| 患者数に対する看護師の数が少ない | 0.10 | 0.21 | 0.20 | 0.00 | 0.55 | -0.03 | 0.16 | 0.01 | 0.42 |
| 患者とじっくり話したり、時間をかけて関われない | 0.02 | 0.21 | -0.05 | 0.07 | 0.49 | 0.08 | 0.14 | 0.05 | 0.32 |
| 給与が少ない | 0.20 | 0.05 | 0.18 | -0.05 | 0.48 | 0.01 | -0.05 | -0.01 | 0.31 |
| 自分のやりたい看護・納得のいく看護ができない | 0.16 | 0.22 | 0.06 | 0.20 | 0.48 | 0.15 | 0.04 | 0.21 | 0.04 |
| 第6因子：仕事のやりがい、楽しさ | | | | | | | | | |
| 仕事に対して楽しさを感じない | 0.37 | 0.10 | 0.15 | 0.24 | 0.14 | 0.63 | 0.14 | -0.11 | 0.67 |
| 仕事に対してやりがいを感じない | 0.36 | 0.12 | 0.21 | 0.10 | 0.13 | 0.62 | 0.06 | -0.07 | 0.62 |
| 第7因子：業務への責任感 | | | | | | | | | |
| 仕事へのスムーズさが要求される | 0.00 | 0.34 | -0.02 | 0.20 | 0.22 | 0.02 | 0.53 | 0.17 | 0.51 |
| 職場に緊張感がある | 0.18 | 0.19 | 0.21 | 0.01 | 0.21 | 0.07 | 0.49 | 0.13 | 0.41 |
| 自分の行った看護に対して責任の重さを感じる | 0.02 | 0.25 | 0.07 | 0.00 | 0.15 | 0.04 | 0.48 | 0.09 | 0.33 |
| 医療事故防止に努めなければならない | 0.02 | 0.18 | 0.11 | -0.06 | 0.15 | 0.01 | 0.44 | 0.16 | 0.29 |
| 第8因子：患者の死に関する対応 | | | | | | | | | |
| 死にゆく患者への対応ができない | -0.05 | 0.36 | 0.00 | 0.20 | 0.03 | -0.07 | 0.08 | 0.49 | 0.42 |
| 患者死亡時の家族への対応ができない | -0.01 | 0.34 | 0.00 | 0.07 | 0.04 | -0.10 | 0.16 | 0.47 | 0.04 |
| 患者の死後の処置ができない | 0.06 | 0.12 | 0.05 | 0.05 | -0.01 | 0.00 | 0.14 | 0.45 | 0.24 |
| 因子寄与 | 8.44 | 7.57 | 4.70 | 3.75 | 3.27 | 2.63 | 2.38 | 1.71 | |
| 因子寄与率 (%) | 10.42 | 9.35 | 5.81 | 4.62 | 4.04 | 3.25 | 2.94 | 2.11 | |
| 累積因子寄与率 (%) | 10.42 | 19.77 | 25.57 | 30.20 | 34.23 | 37.48 | 40.41 | 42.52 | |
| 信頼性係数 (α係数) | 0.92 | 0.90 | 0.81 | 0.85 | 0.77 | 0.81 | 0.72 | 0.67 | |

主因子法 バリマックス回転

表3 新卒看護師のリアリティショックとGHQ28との関係

| | 1因子 | 2因子 | 3因子 | 4因子 | 5因子 | 6因子 | 7因子 | 8因子 |
|---------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|---------|
| GHQ_28の得点相関係数 | 0.481*** | 0.402*** | 0.717*** | 0.702*** | 0.369*** | 0.479*** | 0.258*** | 0.118** |

Pearsonの積率相関係数 *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$

子は、看護実践能力や問題解決能力が不足している、重症患者や患者急変時に対応ができないなどの14項目から「看護実践能力」と命名した。第3因子は、胃部症状がある、不眠、または時間に起きられないなど睡眠状態が良くないなどの11項目から「身体的要因」と命名した。第4因子は、精神的な落ち込みがある、自己否定の気持ちがあるなどの5項目から「精神的要因」と命名した。第5因子は、業務量が多く仕事が忙しい、休暇が少ないなどの6項目から「業務の多忙さと待遇」と命名した。第6因子は、仕事に対して楽しさを感じないなどの2項目から「仕事のやり

表4 新卒看護師のリアリティショック

| | | M ± SD |
|------|---------------|-------------|
| 第1因子 | (職場の人間関係) | 2.28 ± 0.73 |
| 第2因子 | (看護実践能力) | 3.55 ± 0.71 |
| 第3因子 | (身体的要因) | 2.85 ± 0.83 |
| 第4因子 | (精神的要因) | 3.77 ± 0.93 |
| 第5因子 | (業務の多忙さと待遇) | 3.36 ± 0.82 |
| 第6因子 | (仕事のやりがい、楽しさ) | 2.63 ± 1.09 |
| 第7因子 | (業務への責任感) | 2.97 ± 1.00 |
| 第8因子 | (患者の死に関する対応) | 3.25 ± 0.85 |

表5 新卒看護師の病棟の種類とリアリティショックとの比較

| 病棟 | | n | M ± SD | F 値 | p 値 | | p 値 |
|-----------------------|-----------|-----|-------------|------|------|-------------------|------|
| 第1因子 (職場の人間関係) | 内科系病棟 | 142 | 2.26 ± 0.72 | 0.11 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 2.28 ± 0.72 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 2.27 ± 0.70 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 2.33 ± 0.84 | | | | |
| 第2因子 (看護実践能力) | 内科系病棟 | 142 | 3.56 ± 0.68 | 0.08 | | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 3.53 ± 0.72 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 3.54 ± 0.73 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | | | | | |
| 第3因子 (身体的要因) | 内科系病棟 | 142 | 2.79 ± 0.77 | 1.18 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 2.98 ± 0.81 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 2.75 ± 0.87 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 2.83 ± 0.97 | | | | |
| 第4因子 (精神的要因) | 内科系病棟 | 142 | 3.71 ± 0.86 | 0.83 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 3.85 ± 0.91 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 3.81 ± 0.98 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 3.65 ± 1.14 | | | | |
| 第5因子 (業務の多忙さと待遇) | 内科系病棟 | 142 | 3.44 ± 0.81 | 3.38 | * | 内科系病棟 - 外科系病棟 | n.s. |
| | 外科系病棟 | 133 | 3.28 ± 0.83 | | | 内科系病棟 - 内科・外科混合病棟 | n.s. |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 3.48 ± 0.72 | | | 内科系病棟 - 特殊部門 | * |
| | 特殊部門 | 45 | 3.08 ± 0.89 | | | 外科系病棟 - 内科・外科混合病棟 | n.s. |
| | | | | | | 外科系病棟 - 特殊部門 | n.s. |
| | | | | | | 内科・外科混合病棟 - 特殊部門 | * |
| 第6因子 (仕事のやりがい、楽しさ) | 内科系病棟 | 142 | 2.63 ± 1.05 | 0.47 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 2.57 ± 1.06 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 2.62 ± 1.12 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 2.79 ± 1.25 | | | | |
| 第7因子 (業務への責任感) | 内科系病棟 | 142 | 2.91 ± 1.01 | 1.35 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 2.90 ± 0.93 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 3.14 ± 0.98 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 3.02 ± 1.18 | | | | |
| 第8因子 (患者の死に関する対応) | 内科系病棟 | 142 | 3.18 ± 0.88 | 1.36 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 3.21 ± 0.87 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 3.40 ± 0.79 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 3.28 ± 0.78 | | | | |

一元配置分散分析及びTukeyを用いた多重比較 * $p < 0.05$, n.s.: not significant

表6 新卒看護師の病棟の診療科数とリアリティショックとの比較

| | | | | | | | n = 408 |
|------------------------|-----------|-----|-------------|------|------|---------------------|---------|
| | | n | M ± SD | F 値 | p 値 | p 値 | |
| 第1因子 (職場の人間関係) | 単科病棟 | 153 | 2.21 ± 0.70 | 1.94 | n.s. | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 2.23 ± 0.72 | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 2.36 ± 0.71 | | | | |
| | その他 | 34 | 2.48 ± 0.88 | | | | |
| 第2因子 (看護実践能力) | 単科病棟 | 153 | 3.49 ± 0.75 | 0.82 | n.s. | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 3.55 ± 0.66 | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 3.62 ± 0.69 | | | | |
| | その他 | 34 | 3.61 ± 0.72 | | | | |
| 第3因子 (身体的要因) | 単科病棟 | 153 | 2.85 ± 0.84 | 0.48 | n.s. | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 2.79 ± 0.78 | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 2.86 ± 0.86 | | | | |
| | その他 | 34 | 2.98 ± 0.91 | | | | |
| 第4因子 (精神的要因) | 単科病棟 | 153 | 3.69 ± 0.93 | 1.32 | n.s. | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 3.73 ± 0.90 | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 3.91 ± 0.94 | | | | |
| | その他 | 34 | 3.84 ± 1.07 | | | | |
| 第5因子 (業務の多忙さと待遇) | 単科病棟 | 153 | 3.26 ± 0.86 | 1.44 | n.s. | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 3.43 ± 0.76 | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 3.44 ± 0.81 | | | | |
| | その他 | 34 | 3.33 ± 0.75 | | | | |
| 第6因子 (仕事のやりがい, 楽しさ) | 単科病棟 | 153 | 2.61 ± 1.10 | 4.77 | ** | 単科病棟 - 2科の混合病棟 | n.s. |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 2.36 ± 0.92 | | | 単科病棟 - 3科以上の混合病棟 | n.s. |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 2.80 ± 1.14 | | | 単科病棟 - その他 | n.s. |
| | その他 | 34 | 3.01 ± 1.18 | | | 2科の混合病棟 - 3科以上の混合病棟 | * |
| | | | | | | 2科の混合病棟 - その他 | * |
| 3科以上の混合病棟 - その他 | n.s. | | | | | | |
| 第7因子 (業務への責任感) | 単科病棟 | 153 | 2.86 ± 0.98 | 1.35 | n.s. | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 3.00 ± 0.95 | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 3.04 ± 1.01 | | | | |
| | その他 | 34 | 3.17 ± 1.14 | | | | |
| 第8因子 (患者の死に関する対応) | 単科病棟 | 153 | 3.21 ± 0.80 | 1.36 | n.s. | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 3.27 ± 0.86 | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 3.30 ± 0.93 | | | | |
| | その他 | 34 | 3.23 ± 0.78 | | | | |

一元配置分散分析及びTukeyを用いた多重比較 ** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, n.s.: not significant

がい, 楽しさ」と命名した。第7因子は、職場に緊張感がある、自分の行った看護に対して責任の重さを感じるなどの4項目から「業務への責任感」と命名した。第8因子は、死にゆく患者への対応ができない、患者死亡時の家族への対応ができないなどの3項目から「患者の死に関する対応」と命名した。

また、新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点とGHQ28の総合得点についてPearsonの積率相関係数を求めた(表3)。その結果、新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点とGHQ28の総合得点との間に正の相関が認められ(第1因子: $r = 0.481$, $p < 0.001$, 第2因子: $r = 0.402$, $p < 0.001$, 第3因子: $r = 0.717$, $p < 0.001$, 第4因子: $r = 0.702$, $p < 0.001$, 第5因子: $r = 0.369$, $p < 0.001$, 第6因子: $r = 0.479$, $p < 0.001$, 第7因子: $r = 0.258$, $p < 0.001$, 第8因子: $r = 0.118$, $p < 0.01$)、リアリ

ティショックの各因子得点が高くなるほど、GHQ28の総合得点も高かった。

3. 新卒看護師のリアリティショック

新卒看護師におけるリアリティショックの各因子の平均得点は表4に示す。新卒看護師の各因子平均得点は、「第4因子:精神的要因」が 3.77 ± 0.93 点と最も高く、次いで「第2因子:看護実践能力」が 3.55 ± 0.71 点であった。

次に、新卒看護師におけるリアリティショックの各因子平均得点と属性について平均値の差の検定を行った結果について述べる。病棟の種類(表5)は、「第5因子:業務の多忙さと待遇」において有意な差が認められ($F(3,404) = 3.38$, $p < 0.05$)、Tukeyの多重比較において、内科系病棟が特殊部門より平均得点が有意に高く($p < 0.05$)、内科・外科混合病棟が特殊部門よりも平均得点が有意に高いという結果が得られた($p < 0.05$)。病棟の診療科数(表

表7 新卒看護師の離職願望とリアリティショックとの比較

| | | 病棟 | n | M ± SD | F 値 | p 値 | | p 値 |
|------------------------|-----------|----|-----|-------------|-------|------|------------------|------|
| 第1因子 (職場の人間関係) | 離職願望なし | | 167 | 1.90 ± 0.58 | 63.31 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * |
| | どちらともいえない | | 85 | 2.25 ± 0.65 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * |
| | 離職願望あり | | 156 | 2.69 ± 0.68 | | | どちらともいえない-離職願望あり | * |
| 第2因子 (看護実践能力) | 離職願望なし | | 167 | 3.28 ± 0.67 | 29.76 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * |
| | どちらともいえない | | 85 | 3.51 ± 0.65 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * |
| | 離職願望あり | | 156 | 3.85 ± 0.66 | | | どちらともいえない-離職願望あり | * |
| 第3因子 (身体的要因) | 離職願望なし | | 167 | 2.45 ± 0.72 | 46.54 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * |
| | どちらともいえない | | 85 | 2.88 ± 0.66 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * |
| | 離職願望あり | | 156 | 3.26 ± 0.82 | | | どちらともいえない-離職願望あり | * |
| 第4因子 (精神的要因) | 離職願望なし | | 167 | 3.22 ± 0.91 | 76.47 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * |
| | どちらともいえない | | 85 | 3.82 ± 0.76 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * |
| | 離職願望あり | | 156 | 4.33 ± 0.67 | | | どちらともいえない-離職願望あり | * |
| 第5因子 (業務の多忙さと待遇) | 離職願望なし | | 167 | 3.08 ± 0.77 | 20.98 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * |
| | どちらともいえない | | 85 | 3.38 ± 0.76 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * |
| | 離職願望あり | | 156 | 3.65 ± 0.80 | | | どちらともいえない-離職願望あり | * |
| 第6因子 (仕事のやりがい, 楽しさ) | 離職願望なし | | 167 | 1.98 ± 0.84 | 85.4 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * |
| | どちらともいえない | | 85 | 2.64 ± 0.81 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * |
| | 離職願望あり | | 156 | 3.31 ± 1.04 | | | どちらともいえない-離職願望あり | * |
| 第7因子 (業務への責任感) | 離職願望なし | | 167 | 2.71 ± 0.99 | 10.5 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * |
| | どちらともいえない | | 85 | 3.04 ± 0.95 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * |
| | 離職願望あり | | 156 | 3.20 ± 0.97 | | | どちらともいえない-離職願望あり | n.s. |
| 第8因子 (患者の死に関する対応) | 離職願望なし | | 167 | 3.16 ± 0.80 | 1.92 | n.s. | 離職願望なし-どちらともいえない | n.s. |
| | どちらともいえない | | 85 | 3.25 ± 0.89 | | | 離職願望なし-離職願望あり | n.s. |
| | 離職願望あり | | 156 | 3.34 ± 0.87 | | | どちらともいえない-離職願望あり | n.s. |

一元配置分散分析及びTukeyを用いた多重比較 *** $p < 0.01$, * $p < 0.05$, n.s.: not significant

6) は、「第6因子：仕事のやりがい, 楽しさ」において有意な差が認められ ($F(3,404) = 4.77, p < 0.01$)。Tukeyの多重比較において、その他(外来など)が2科の混合病棟よりも有意に平均得点が高く ($p < 0.05$)、3科以上の混合病棟が2科の混合病棟よりも有意に平均得点が高いという結果が得られた ($p < 0.05$)。離職願望(表7)は、第1因子から第7因子において有意な差が認められ(第1因子： $F(2,405) = 63.31, p < 0.001$ 、第2因子： $F(2,405) = 29.76, p < 0.001$ 、第3因子： $F(2,405) = 46.54, p < 0.001$ 、第4因子： $F(2,405) = 76.47, p < 0.001$ 、第5因子： $F(2,405) = 20.98, p < 0.001$ 、第6因子： $F(2,405) = 85.40, p < 0.001$ 、第7因子： $F(2,405) = 10.50, p < 0.001$)、Tukeyの多重比較において、第1因子から第6因子は、どちらともいえないが離職願望なしよりも有意に得点が高く ($p < 0.05$)、離職願望ありが離職願望なしよりも有意に平均得点が高く ($p < 0.05$)、離職願望ありがどちらともいえないよりも有意に平均得点が高かった ($p < 0.05$)。第7因子はどちらともいえないが離職願望なしよりも有意に平均得点が高く ($p < 0.05$)、離職願望ありが離職願望なしよりも有意に平均得点が高かった ($p < 0.05$)。勤務病棟での実習経験、基礎教育、性別に関しては、有意な差は認められなかった。

V. 考 察

1. 新卒看護師の属性

本研究対象の新卒看護師の平均年齢は22.19±2.19歳であり、看護基礎教育終了年齢とほぼ一致していた。また、新卒看護師の看護基礎教育は、専門学校卒が最も多く約60%を占めており、次いで大学卒が約22%、短期大学卒が約18%であった。日本看護協会の2001年の調査³⁸⁾において、最終学歴をみると専門学校卒は64.3%であり、本研究結果とほぼ同様の結果であった。

2. 新卒看護師のリアリティショックの構成因子

1) 信頼性の検討

リアリティショックの因子構造は、「職場の人間関係」、「看護実践能力」、「身体的要因」、「精神的要因」、「業務の多忙さと待遇」、「仕事のやりがい, 楽しさ」、「業務への責任感」、「患者の死に関する対応」の8因子から構成されていた。これらの8因子の α 係数は、第8因子の「患者の死に関する対応」が0.67であり、その他の7因子は0.70以上と信頼性は確保されたと考えられる。

2) 内容妥当性の検討

作成したリアリティショックの測定用紙の内容妥当性については、先行研究との比較を行い検討する。

(1) 職場の人間関係

「職場の人間関係」の内容は、先輩看護師は学ばせよう

とする努力や必要な援助をしてくれない、先輩看護師に対して不信感があるなどの項目であった。

先行研究において水田^{20,21)}は、同僚看護師、上司との人間関係の難しさと職場の雰囲気に馴染めないことをあげている。太田・難波^{12~14)}は、よいオリエンテーションをしてもらえないことや職場の雰囲気に馴染めないこと、自分の行った看護が認められないといった項目をあげており、堀¹⁹⁾は、対人関係要因として上司、先輩、同輩との関係、社会的要因として職場の雰囲気、チームの一員として認められるという項目をあげている。さらに、その他の先行研究^{5, 16~19, 23, 29~32)}においても、職場の人間関係について述べている研究が多数認められた。したがって、「職場の人間関係」はリアリティショックの構成因子として妥当であると考えられる。

(2) 看護実践能力

「看護実践能力」の内容は、看護実践能力や問題解決能力が不足している、重症患者や患者急変時に対応できないなどの項目であった。

先行研究において水田^{20,21)}は、注射や検査介助などの診療の補助、技術の応用、記録・報告の難しさ、専門用語・略語がわからない、治療や検査がわからない、仕事で失敗してしまうこと、基本的な技術がうまくできないことをあげている。太田・難波^{12~15)}は、事務処理・伝票書き、他部門との連絡、看護計画の立案、記録・報告、患者のニード、患者の全体像、専門用語・略語、技術の応用、治療、検査・処置、注射や検査介助、重症患者への対応、基本的な技術についての項目をあげている。その他の先行研究においても^{5, 16~19, 23, 28~30, 32)}、看護実践能力をリアリティショックの構成因子としてあげている研究が多数認められた。よって、看護実践能力は、新卒看護師が臨床看護師として適応するための大きな要因であると考えられ、「看護実践能力」はリアリティショックの構成因子として妥当であると考えられる。

(3) 身体的要因

「身体的要因」についての内容は、胃部症状がある、不眠、または時間に起きられないなど睡眠状態が良くないなどの項目であった。

先行研究において堀¹⁹⁾は、最近不眠がちである、便秘あるいは下痢になりやすい、胃が時々痛む、最近疲れやすいと感じるという項目をあげている。また、西上²⁸⁾は、夜勤等で起きることができないという項目をあげている。その他の先行研究^{17,18)}においても、身体的な要因についての項目があげられており、既存の尺度を併用して身体的な要因を測定している研究^{20,21)}も認められた。また、近藤の研究¹⁹⁾では、就職後3ヶ月時には疲労感と胃痛に関する得点が高いという結果が得られている。よって、「身体的

要因」はリアリティショックの構成因子として妥当であると考えられる。

(4) 精神的要因

「精神的要因」についての内容は、精神的な落ち込みを感じる、自己否定の気持ちがあるなどの項目であった。

先行研究において武藤²³⁾は、情緒的的症状として幻滅、失望、孤独、焦り、不安、自己卑下、苛立ち、挫折感をあげており、石塚¹⁶⁾は、人と比較し落ち込む、自信のなさ、できないことへの不安をあげている。さらに、精神的要因を身体的要因と同様に既存の尺度を用いて測定しているもの¹⁷⁻²¹⁾が認められた。また、宗像⁴⁾は、臨床経験5年未満の看護師は日頃の仕事への上司や仲間の支援や期待が少なく、仕事や人間関係の悩みに対する相談者や支援者も少なく、抱えた問題に対して何の対応もできないという無力感を持っていると述べている。つまり、新卒看護師は、相談相手が少なく孤独感を感じ、精神的な落ち込みや不安、焦りを感じるのではないかと考えられる。これらから、「精神的要因」はリアリティショックの構成因子として妥当であると考えられる。

(5) 業務の多忙さと待遇

「業務の多忙さと待遇」についての内容は、業務量が多く仕事が忙しい、休暇が少ないなどの項目であった。

先行研究において水田^{20,21)}や太田^{12~15)}は、業務量の多さ、自分のやりたい看護ができない、夜勤の多さの項目を、堀¹⁹⁾はその他に、受け持ち患者数が多いことを項目としてあげている。その他の先行研究^{16~18)}、²³⁾においても、業務の多忙さと待遇についてリアリティショックの要因としてあげている。2001年の日本看護協会の調査³⁸⁾によると、夜勤回数は3交替の場合8.3回、超過勤務時間が病棟で約15時間であり、また、収入に対する考え方も不満と答えている者が約37%という結果が得られている。これらから、看護師は不規則な生活形態をとり超過勤務もある環境であることから業務の多忙さと待遇の不十分さを感じていると考えられる。したがって、「業務の多忙さと待遇」はリアリティショックの構成因子として妥当であると考えられる。

(6) 仕事のやりがい、楽しさ

「仕事のやりがい、楽しさ」の内容は、仕事に対して楽しさを感じない、仕事に対してやりがいを感じないという項目であった。

先行研究において堀¹⁹⁾は、新しい知識・技術の習得は楽しい、仕事が楽しいと感じるという項目をあげている。仕事のやりがいや楽しさは、看護職のみならず、職業を継続していく上で重要であると考えられる。板倉³⁰⁾は、仕事のやりがい小さくなる要因として、新卒看護師が能力の未熟さによる取り組みの困難さを実感し、病棟スタッ

フへの否定的な受け止めをすることをあげている。「仕事のやりがい、楽しさ」は職業の継続上で重要な要因であると考えられるため、リアリティショックの構成因子として妥当であると考えられる。

(7) 業務への責任感

「業務への責任感」の内容は、職場に緊張感がある、自分の行った看護に対して責任の重さを感じるなどの項目であった。

先行研究において太田と難波^{12~15)}や武藤²³⁾、堀¹⁹⁾は、責任が重く負担に感じること、石塚¹⁸⁾が医療事故の怖さについての項目をあげていた。また、太田¹⁴⁾は、責任の重さに関して新卒看護師は困難を強く感じており、時間が経過しても困難が持続すると述べている。看護師は、患者が安全・安楽に療養できるように環境を整える必要があり、医療現場において生命に直結するような様々な処置に関わるため、行動の迅速さと正確さを求められると考えられる。これらから、「業務への責任感」はリアリティショックの構成因子として妥当であると考えられる。

(8) 患者の死に関する対応

「患者の死に関する対応」についての内容は、死にゆく患者への対応ができない、患者死亡時の家族への対応ができないなどの項目であった。

先行研究において水田^{20,21)}や武藤²³⁾は、患者の死への対応の難しさや患者の死へ遭遇することについての項目をあげていた。また、太田¹⁵⁾は仕事をやめたいと思った理由の中に、患者の死があげられたと述べている。したがって、新卒看護師は、学生時代には経験の少ない患者の死への対応についてリアリティショックを感じると考えられる。よって、「患者の死に関する対応」はリアリティショックの構成因子として妥当であると考えられる。

以上の内容から、作成したリアリティショックの質問紙が、リアリティショックの構成因子を網羅したものであることが示唆され、内容妥当性は確保されたと考えられる。

3) 基準関連妥当性の検討

リアリティショックとは、身体的、心理的、社会的ショック症状を呈する⁴⁾とされている。そこで、作成したリアリティショックの質問紙とGHQ28との相関について検討した。その結果、新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点とGHQ28の総合得点との間に正の相関が認められ、リアリティショックの質問紙とGHQ28との関連が示唆された。これは、先行研究結果²¹⁾とも一致していた。これらから、作成したリアリティショックの測定用紙の基準関連妥当性は確保されたと考えられる。

以上のことから、作成したリアリティショックの測定用紙は、先行研究を網羅したもので、その信頼性、妥当性が示唆された。

3. 新卒看護師のリアリティショック

新卒看護師におけるリアリティショックの各因子の平均得点を四捨五入し5段階評定で4点以上を示した因子は、「精神的要因」と「看護実践能力」であった。そこで、これらの2因子について述べる。

新卒看護師は、約3ヶ月で夜勤業務や患者の受け持ちなど自立を求められる時期であり、看護実践能力の習得が新卒看護師にとって重要な課題であると考えられる。その中で、新卒看護師は周囲の環境に適應できず、看護実践能力の不足を周囲と比較をする中で不安や焦りを感じ、精神的な疲労が蓄積されると考えられる。大下²²⁾は、新卒看護師を取り巻くストレス要因として慣れない仕事や知らない仕事を任される、ミスによって患者に悪影響を与える、ナースコールが頻繁にある、仕事以外の時間に必要な勉強をしなければならないことをあげている。また、近藤¹⁷⁾は、リアリティショックは就職後3ヶ月から6ヶ月ぐらいまで持続し、その後は回復する者とさらに持続する者に分けられると述べている。檀浦³⁹⁾と松浦⁴⁰⁾の研究においては、就職時の実践能力に対する自己評価が就職後3ヶ月において低下したと述べている。したがって、3ヶ月時の新卒看護師は自立を求められ、実践能力の向上が必要であるにもかかわらず、能力はまだ十分でないと感じていることが推察される。以上のことから、3ヶ月時の新卒看護師は看護実践能力と精神的要因についてリアリティショックを認識していると考えられる。

次に、新卒看護師の属性とリアリティショックの各因子平均得点の比較においては、病棟の種類、病棟の診療科数、離職願望に差が認められた。病棟の種類は、「業務の多忙さと待遇」で内科系病棟や内科・外科系混合病棟が特殊部門よりもリアリティショックを認識し、さらに、病棟の診療科数において「仕事のやりがい、楽しさ」で3科以上の混合病棟やその他（外来など）のほうが2科の混合病棟よりもリアリティショックを認識していた。芳賀¹⁸⁾は、病棟の特殊性によるリアリティショックの程度と要因について、診療科ごとのショック群の占める割合は産科、整形外科、精神科が多いが、要因ごとの差は認められなかったと述べている。しかし、本研究の結果では、リアリティショックが就職病棟の診療科の種類や診療科の複雑さに影響されることが示唆された。

また、離職願望では、第8因子を除く「職場の人間関係」、「看護実践能力」、「身体的要因」、「精神的要因」、「業務の多忙さと待遇」、「仕事のやりがい、楽しさ」、「業務への責任感」の全ての項目において、離職願望がある者ほどリアリティショックの各因子の平均得点が高かった。水田²⁰⁾は、離職願望を持っている者は約7割存在し、離職願望がある者はGHQ28の総合得点が高いという結果を示

している。また、難波ら¹³⁾も、仕事をやめたいと思ったことがある者は、リアリティショックに関連する内容について困難度が高いという結果を示しており、本研究の結果を支持するものであった。したがって、リアリティショックは離職願望と関連し、リアリティショックが深刻化すると職場適応を阻害し離職への引き金になることが考えられる。

以上のことから、新卒看護師は特に看護実践能力と精神的要因についてリアリティショックを認識し、新卒看護師のリアリティショックは就職病棟の種類や病棟に含まれる診療科の複雑さ及び離職願望に影響を受けることが示唆された。したがって、新卒看護師のリアリティショックを指導者が詳細に把握し、特に実践能力を考慮した上で精神的フォローをともなった指導を行う必要があると考えられる。今後は、新卒看護師の離職防止に向けて、臨床における指導者が新卒看護師のリアリティショックをどのように捉えているかについても検討することが課題であると考えられる。

VI. 結 論

以上のことから、次のような結論を得た。

1. 新卒看護師のリアリティショックの測定項目は62項目で、その構成因子として「職場の人間関係」、「看護実践能

力」、「身体的要因」、「精神的要因」、「業務の多忙さと待遇」、「仕事のやりがい、楽しさ」、「業務への責任感」、「患者の死に関する対応」を抽出が抽出された。これらの因子は、KMO標本妥当性が0.92であり、累積因子寄与率は42.52%、Cronbachの α 係数は0.67から0.92であり信頼性は確保されたと考えられる。さらに、これらの8因子は、先行研究の結果を網羅的に示しており、リアリティショックを測定する構成因子として妥当であることが示唆された。

2. 新卒看護師は特に「精神的要因」、「看護実践能力」についてリアリティショックを感じていた。

3. リアリティショックは、新卒看護師の配属された病棟の種類や診療科の複雑さ及び離職願望に影響を受けることが示唆された。

謝 辞

本研究に際し、研究の趣旨をご理解いただき、協力くださいました各病院の看護部長をはじめ看護副部長、看護師長の皆様、そして研究協力を貴重な時間をさいていただきました対象者の皆様方に心より御礼申し上げます。本稿は、平成16年度日本看護協会出版会及び平成16年度北日本看護学会研究奨励会の研究助成を受けて行った研究の一部です。

要 旨

本研究は、新卒看護師のリアリティショックの構成因子を明らかにし、その関連要因を検討した。対象は、東北地方の病床数500床以上の一般病院24施設に勤務する平成16年度新卒看護師408名とした。その結果、新卒看護師のリアリティショックの測定項目は62項目で、その構成因子として「職場の人間関係」、「看護実践能力」、「身体的要因」、「精神的要因」、「業務の多忙さと待遇」、「仕事のやりがい、楽しさ」、「業務への責任感」、「患者の死に関する対応」が抽出された。これらの因子は、KMO標本妥当性が0.92であり、累積因子寄与率は42.52%、Cronbachの α 係数は0.67から0.92であり信頼性は確保された。また、新卒看護師は特に「精神的要因」、「看護実践能力」についてリアリティショックを感じていた。リアリティショックは、配属された病棟の種類、診療科の複雑さと離職願望とに影響を受けることが示唆された。

Abstract

In this study, constituent factors of reality shock among new graduate nurses are elucidated and other related factors are examined. The subjects were 408 new nurses who graduated from nursing school in 2004 and were working for 24 general hospitals with 500 beds or more in the Tohoku region. We surveyed 62 items to measure reality shock, extracted a relevant factors such as "human relations in the work place," "practical nursing abilities," "physical factors," "psychological factors," "business and condition in the work place," "challenges and enjoyment in the job," "sense of responsibility for the occupation," and "responses to patient deaths." The sampling adequacy of these factors by the Kaiser-Meyer-Olkin measure, the cumulative contribution, and the Cronbach Coefficient Alpha were 0.92, 42.52%, and between 0.67 and 0.92, respectively, which are highly reliable. In addition, it turned out that noticeable reality shock was experienced with "psychological factors" and "practical nursing abilities." The results suggest that their reality shocks are affected by the kind of hospital wards to which they are assigned, the complexity of the specialty they deal with, and how much they wish to leave their jobs.

文 献

- 1) 野地金子：新人看護職員の到達目標と研究指針の提示－「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書より－，看護展望，29(8)，17-24，2004.
- 2) 鶴田早苗：新卒者の不応問題および教育を考える，看護展望，27(4)，23-28，2002.
- 3) 日本看護協会調査・研究管理部調査研究課：2002年病院看護職員の需給状況調査，31-32，社団法人日本看護協会，東京，2003.
- 4) 宗像恒次，及川尚美：リアリティショック－精神衛生学の視点から－，看護展望，11(6)，562-567，1986.
- 5) Kramer. M：reality shock -Why nurses leave nursing-，Mosby，1974.
- 6) 阿曾洋子：新卒者の臨床実践能力－教育側からの問題認識と対策についての考え方，看護展望，26(5)，24-28，2001.
- 7) 村上睦子：今，新卒者教育が抱える問題とは，看護展望，27(4)，17-22，2002.
- 8) 井部俊子：看護婦の卒後臨床研修はなぜ必要か，看護展望，26(5)，17-23，2001.
- 9) 石橋寿枝：組織人・専門職としての意識の涵養を促すために，看護，56(3)，45-49，2004.
- 10) 中川雅子，明石恵子：新卒看護師に対する教育の実態と課題－「看護職新規採用者の臨床能力の評価と能力開発に関する研究」より教育担当者の課題を中心に－，看護，56(3)，40-44，2004.
- 11) アメリカ看護アカデミー編，前田マスヨ監訳：マグネットホスピタル－魅力ある病院づくりと看護管理－，資料編，129，メジカルフレンド社，1985.
- 12) 太田にわ，難波純，他：新卒看護婦のリアリティショックに関する研究，看護教育，168-173，1995.
- 13) 難波 純，太田にわ，他：短期大学看護学科卒業生のリアリティショックの要因分析，日本看護学会論文集23回看護教育，15-18，1992.
- 14) 太田にわ，近藤益子，他：新卒看護婦のリアリティショックに関する研究－大学病院に就職後の1年4ヵ月間について－，日本看護学会論文集24回看護教育，218-220，1993.
- 15) 太田にわ，難波 純：大学病院に就職した看護婦の職場上の困難についての追跡調査，看護展望，24(13)，1494-1500，1999.
- 16) 石塚博子，藤村博之，他：新人看護師とプリセプター間のリアリティショックについての認識の比較分析，看護展望，27(11)，99-103，2002.
- 17) 近藤美月：新人看護師のリアリティショックに関する縦断的研究－リアリティショックに陥る時期と要因の関連性について－，日本看護学会論文集33回看護管理，257-259，2002.
- 18) 芳賀久美代，鈴木幸子，他：新卒看護婦のリアリティショック－病棟の特殊性によるショックの程度と要因の違い－，日本看護学会論文集30回看護総合，106-108，1999.
- 19) 堀百合子，西川ひとみ，他：新カリキュラム卒業生の職場への適応過程－リアリティショックの程度とそれを左右する要因の経時的変化－，日本看護学会論文集27回看護教育，52-55，1996.
- 20) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究－リアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因－，日本看護学会誌，23(4)，41-50，2004.
- 21) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究－リアリティショックと回復に影響する要因－，日本看護研究学会雑誌，27(1)，91-99，2004.
- 22) 大下佳代子，佐々木とも実，他：新人看護婦を取り巻くストレス－ストレス要因別負荷量とバーンアウトスケールを用いて－，看護学統合研究，2(2)，16-24，2001.
- 23) 武藤協子：日本における「リアリティショック」の概念の明確化－過去20年間の看護文献を対象として－，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，24，64-71，1999.
- 24) 藤田和夫，川野雅資：精神化領域における看護学生の就業選択に関する研究，看護，40(4)，121-144，1998.
- 25) 縄 秀志，上泉和子，他：新規採用看護婦の自己イメージ，ナースへのイメージ，及び仕事への期待の変化について，日本看護学会論文集24回看護管理，146-148，1993.
- 26) 樋之津淳子，高島尚美，他：新人看護師6ヶ月までの看護実践能力の習得過程の分析，筑波大学医療技術短期大学部研究報告，23，27-32，2002.
- 27) 加納川栄子，前田マスヨ，他：教育課程における学業成績と就職後の看護実践能力評価との関連性，東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設年報，1，16-30，1991.
- 28) 西上あゆみ，土居洋子，他：本学卒業生の病院就職後早期の体験と意思，大阪府立看護大学紀要，8(1)，53-60，2002.
- 29) 反町祐子：先輩看護師とのかかわりにおける新人看護師の沈黙の意味，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，28，237-244，2003.
- 30) 板倉祐子：一年目看護婦の仕事のやりがいに影響する要因，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，26，31-38，2001.
- 31) 永松さゆり：手術室に配置転換になった看護婦・士の職場への適応過程，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，27，305-312，2002.
- 32) 金井淳：臨床における新人看護婦の体験世界と先輩看護婦の指導意識，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，25，210-217，2000.
- 33) 井部俊子，上泉和子：新卒看護婦のリアリティショック，看護展望，11(6)，568-574，1986.
- 34) 川野雅資：新卒看護婦のストレスマネジメント，ナースプラスワン，11，192-197，1992.
- 35) 川喜田二郎：続・発想法 KJ法の展開と応用，中公新書，東京，1999.
- 36) 医療施設政策研究会編：病院要覧2003－2004年版，医学書院，東京，2003.
- 37) 中川泰彬，大坊郁夫：日本版GHQ精神健康調査票手引，日本文化科学社，東京，1985.
- 38) 日本看護協会調査・研究管理部調査研究課：2001年病院看護職員実態調査，社団法人日本看護協会，東京，2003.
- 39) 檀浦妙子，中野智津子，他：職場適応に関する縦断的研究（第1報）－自己評価でみる新卒看護師の6か月の変化と職場のサポート－，日本看護学会論文集24回看護管理，158-161，1993.
- 40) 松浦佳子，中野智津子，他：職場適応に関する縦断的研究（第2報）－自己評価でみる新卒看護師の一年後の変化と職場のサポート－，日本看護学会論文集25回看護管理，169-171，1994.

〔平成17年4月8日受付〕
〔平成18年11月2日採用決定〕

新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた 新卒看護師のリアリティショックに関する認識の相違

Differences Between Recognition of Reality Shocks by New Graduate Nurses and
those Perceived by their Preceptors

平賀 愛美
Manami Hiraka

布施 淳子
Junko Fuse

キーワード：新卒看護師，リアリティショック，プリセプター，認識の相違

Key Words：new graduate nurses, reality shock, preceptors, difference in recognition

I. はじめに

臨床では、近年の医療技術の発達、高齢化に伴う医療需要の増加、医療経済問題を背景に、在院日数短縮や高度専門医療の提供が求められている¹⁾。このような高度化・複雑化する医療の現状において、臨床では新卒看護師の実践能力の不足が問題となっており、「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」が行われるなど、新卒看護師教育の在り方が問われている²⁾。現在、新卒看護師の教育体制は様々なものが認められるが、その1つとしてプリセプター制度があげられる³⁾。プリセプター制度は、1980年代後半に日本に紹介され、新卒看護師のリアリティショックの緩和やプリセプター自身の成長、新卒看護師の指導の一貫性を図ること、実践力の強化、新卒看護師の思考力や判断力の強化と技術力の統合を図ることなどが導入目的とされている⁴⁾。平成12年度には、全国で3286施設中1763施設(53.6%)がプリセプター制度を導入しているという報告がある⁵⁾。しかし、プリセプター制度においては、プリセプターと新卒看護師双方の期待と価値観にずれがあること⁴⁾や、就職後まもなくの時期に、新卒看護師は必ずしもプリセプターをリアリティショック軽減のためのサポーターとして十分に活用しているとは限らないなどの問題が生じている⁶⁾。このように、プリセプター制度は、新卒看護師のリアリティショックの緩和を目的の一つとして導入されているが、その効果は十分に得られていないことが考えられる。

リアリティショックに関する研究は、日本において1980年代前半から研究が行われており、それらの先行研究⁷⁻²⁸⁾は内容の複雑さと多様さが認められるように、関心の高さが示されている。しかし、リアリティショックを構成する因子は先行研究を踏まえ網羅的に明らかにしているものは認められなかった。そのため筆者らは、リアリティショッ

クの構成因子について研究を行った²⁹⁾。その結果、新卒看護師のリアリティショックの構成因子は「職場の人間関係」、「看護実践能力」、「身体的要因」、「精神的要因」、「業務の多忙さと待遇」、「仕事のやりがい、楽しさ」、「業務への責任感」、「患者の死に関する対応」の62項目8因子を抽出した。

また、近年のプリセプター制度に関する研究を概観すると、プリセプターのストレスに関する研究^{30) 31)}や、新卒看護師の職場適応におけるプリセプター制度の効果に関する研究³²⁾、プリセプターへの支援に関する研究³³⁾、プリセプター制度についての意識調査³⁴⁾などがあげられた。

これらのリアリティショックとプリセプター制度に関する研究を踏まえると、プリセプター制度は新卒看護師とマンツーマンで固定ペアを組んで指導を行う³⁾体制であり、その指導体制から考えると、プリセプターは新卒看護師と密接な関わりを持つ中で新卒看護師のリアリティショックを察知しやすい立場にあると考えられる。よって、新卒看護師のリアリティショックの緩和には、新卒看護師と密接な関わりを持つプリセプターが、新卒看護師のリアリティショックを正確に把握し対処することが重要であると考えられる。そこで、プリセプターが捉える新卒看護師のリアリティショックに関しては、プリセプターと新卒看護師には双方の期待と価値観にずれがある⁴⁾という問題があり、双方の認識の相違を明らかにすることが課題であると考えられる。しかし、新卒看護師とプリセプター双方のリアリティショックに関する認識の相違に関する研究は、一施設に限定された質的研究がみられるのみであり、複数施設における量的な研究は行われていない。

以上のことから、新卒看護師とプリセプターとのリアリティショックに関する認識の相違が明らかになれば、プリセプターが新卒看護師のリアリティショックを正確に捉え

て新卒看護師の求める指導やサポートを行うことへの示唆が得られ、新卒看護師のリアリティショックの緩和に貢献できると考えられる。

そこで本研究は、新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックに関する認識の相違について検討することを目的とする。

II. 用語の操作的定義

新卒看護師：病院に就職した1年以内の看護師で他施設での勤務経験が無い者（准看護師のみの所有資格者を除く）³⁵⁾。

リアリティショック：日本におけるリアリティショックに関する先行研究では、身体的、精神的、社会的な内容について、リアリティショックの要因として捉えている研究¹¹⁻¹⁴⁾と既存の尺度を用いてリアリティショックの症状として捉えている研究^{15) 16) 35)}に大別できる。本研究ではKramerの定義^{36) 37)}を基本とした上で、日本におけるリアリティショックという現象そのものを網羅的に明らかにするという立場に立ち、リアリティショックの操作的定義を「就職後に看護基礎教育で形成された看護の理想と現実との間にギャップを感じるによって生じる身体的、精神的、社会的なものを含む総合的な事象」とした。

プリセプター制度：先輩看護師（プリセプター）が新人看護師と固定ペアを組み、一定の期間内に指導目標が達成できるように、段階的な育成計画を作成し、日常業務を通じてマンツーマン指導を行う制度³⁾である。

プリセプター：プリセプター制度において、新卒看護師を指導する先輩看護師³⁾を示す。

III. 研究方法

1. 期間

平成16年6月14日から7月20日とした。

2. 対象

対象者の選択は、「病院要覧2003-2004年版」³⁸⁾に記載されている東北地方の病床数500床以上の一般病院（精神病院、結核療養所を除く）24施設に勤務する平成16年度新卒看護師584名と新卒看護師を指導するプリセプター584名を対象に調査を行った。

3. 調査内容

1) 属性

新卒看護師は、性別、年齢、勤務年数、看護基礎教育、所有免許、病棟の種類、病棟の診療科数、実習経験、生活

環境などの項目とした。プリセプターは、新卒看護師の項目の実習経験、生活環境を除いた項目と、プリセプター経験、プリセプター研修経験の項目を追加した。

2) リアリティショックの質問紙

リアリティショックの質問紙は「職場の人間関係」、「看護実践能力」、「身体的要因」、「精神的要因」、「業務の多忙さと待遇」、「仕事のやりがい、楽しさ」、「業務への責任感」、「患者の死に関する対応」の8因子62項目で構成されており、その信頼性、妥当性は確保されているものである²⁹⁾。回答は、ギャップがあるからギャップはないの5段階評定とし、ギャップがあるを5点からギャップはないを1点、または、感じるから感じないの5段階評定とし、感じるを5点から感じないを1点として採点を行った。

4. 調査方法

調査方法は、郵送自己記述式質問紙調査を行った。

新卒看護師には、リアリティショックに陥る時期とされている就職後3ヶ月時点¹²⁾の状態についての回答を求めた。調査内容は、属性、リアリティショックの質問紙とした。

プリセプターには、指導している新卒看護師が3ヶ月時点でどの程度ギャップを感じているかを想定して回答してもらった。調査内容は、属性、リアリティショックの質問紙とした。プリセプターのリアリティショックの質問紙は、新卒看護師の認識との比較を行うために同一の項目としたが、設問に関する説明の中に新卒看護師のギャップを想定することを明記した。

5. 配布、回収方法

質問紙には、新卒看護師とプリセプターの認識の比較を行うために対応した形でのデータの収集が必要であったため、配布前に対の数字を印字した。質問紙の冒頭には、倫理的配慮として、研究の方法、目的、所要時間、研究への参加は自由意志であることなどを記載した。また、同意の確認をし、同意者のみに回答してもらった。

質問紙は、対象施設の看護部に新卒看護師の人数分を研究者が直接持参、または電話と文書での説明の後一括で郵送し配布を依頼し、新卒看護師とプリセプターに対応した形で配布を行った。回答後は、質問紙に添付した封筒に入れ厳封したものを用いた。回答用紙は、看護部で一括回収し研究者宛にまとめて返送してもらった。

6. 分析

分析には、統計解析ソフトSPSS Ver.10.1 for Windowsを用いた。

分析内容について、以下に述べる。

- 1) 基本属性のそれぞれの項目について度数、パーセント、平均値、標準偏差を算出した。
- 2) リアリティショック質問紙の62項目についてプリセプ

ターのリアリティショックの各因子平均得点、標準偏差を算出した。

- 3) プリセプターの属性とリアリティショックの各因子平均得点の差についてt検定または一元配置分散分析及びTukeyの多重比較を行った。
- 4) 新卒看護師とプリセプターの認識の比較を行うために、新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点とプリセプターの各因子平均得点についてPearsonの積率相関係数を算出した。さらに、新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点とプリセプターの各因子平均得点について対応のあるt検定を行った。

7. 倫理的配慮

本研究は、山形大学医学部倫理委員会において審査を受け研究を行った。調査は、文書にて、研究の方法、目的、所要時間、研究への参加は対象者の自由意志によるものであること、調査の同意や回答が勤務評定に影響することはないこと、印字した数字は個人を特定するものではないことなどについて説明を行った。さらに、説明文の最後に同

意の確認をする項目を作成し、同意者のみに回答してもらった。そして、調査には無記名で回答してもらい、厳密封にて返送してもらうことでプライバシーの保護に努めた。

IV. 結 果

質問紙の回収数は、新卒看護師483名(82.71%)、プリセプター474名(81.16%)であった。その中からデータの欠損が著しく見られるものを除き、また、認識の比較を行うために、新卒看護師とプリセプター双方の回答が得られた各408名(69.86%)を分析対象とした。

1. 新卒看護師とプリセプターの属性

新卒看護師とプリセプターの属性について表1に示す。新卒看護師の平均年齢は22.19±2.19歳であった。看護基礎教育は、専門学校卒が最も多く249名(61.03%)、次いで大学卒が88名(21.57%)、短期大学卒が71名(17.40%)であった。病棟の種類は、内科系病棟(精神科を含む)が142名(34.80%)、外科系病棟(産婦人科を含む)が133名(32.60%)、内科・外科混合病棟(小児科を含む)が88名

表1 新卒看護師とプリセプターの属性

| | | n = 408 | |
|------------|----------------------|-----------------|------------------|
| | | 新卒看護師 人数 (%) | プリセプター 人数 (%) |
| 性別 | 女性 | 386 (94.61) | 391 (95.83) |
| | 男性 | 22 (5.39) | 17 (4.17) |
| 年齢 | (平均値±標準偏差) | 22.19± 2.19 | 28.02± 5.60 |
| 勤務年数 | (平均値±標準偏差) | | 6.67± 5.02 |
| 看護基礎教育 | 大学卒 | 88 (21.57) | 24 (5.88) |
| | 短期大学卒 | 71 (17.40) | 75 (18.38) |
| | 専門学校卒 | 249 (61.03) | 308 (75.74) |
| 所有免許 | 看護師 | 309 (75.74) | 358 (87.75) |
| | 保健師 | 82 (20.10) | 31 (7.60) |
| | 助産師 | 17 (4.16) | 19 (4.65) |
| 病棟の種類 | 内科系病棟(精神科含む) | 142 (34.80) | |
| | 外科系病棟(産婦人科含む) | 133 (32.60) | |
| | 内科・外科混合病棟(小児科含む) | 88 (21.57) | |
| | 特殊部門(救急科, ICU, 外来など) | 45 (11.03) | |
| 病棟の診療科数 | 単科病棟 | 153 (37.50) | |
| | 2科の混合病棟 | 113 (27.7) | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 (26.47) | |
| | その他(外来など) | 34 (8.33) | |
| 夜勤回数 | (平均値±標準偏差) | 5.91± 2.61 | 7.85± 1.88 |
| 通勤時間 | (平均値±標準偏差) | 16.74±13.97 | 18.39±12.11 |
| 勤務病院での実習経験 | あり | 181 (44.36) | |
| | なし | 227 (55.64) | |
| 生活環境 | 家族と同居 | 168 (41.18) | |
| | 寮で一人暮らし | 67 (16.42) | |
| | アパートで一人暮らし | 164 (40.19) | |
| | その他 | 9 (2.21) | |
| プリセプター経験 | (平均値±標準偏差) | | 1.57± 0.87 |
| プリセプター研修経験 | あり | | 266 (65.20) |
| | なし | | 142 (34.80) |

(21.57%)、特殊部門（救急科、ICU、外来など）が45名（11.03%）の順となっていた。また、勤務病院での実習経験は、ありと答えた者が181名（44.36%）であった。

また、プリセプターの平均年齢は28.02±5.60歳であり、勤務年数は6.67±5.02年であった。さらに、プリセプターの平均経験回数は1.57±0.87回であり、プリセプター研修経験があると答えた者は266名（65.20%）であった。

2. プリセプターからみた新卒看護師のリアリティショック

プリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点は表2に示す。プリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点は、「第8因子：患者の死に関する対応」が3.51±0.88点と最も高く、次いで「第5因子：業務の多忙さと待遇」が3.49±0.69点であった。

次に、プリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点と属性について平均値の差の検定を行った結果について述べる。病棟の種類（表3）は、「第2因子：看護実践能力」において有意な差が認められ

表2 プリセプターからみた新卒看護師のリアリティショック n = 408

| | M | ± | SD |
|-------------------|------|---|------|
| 第1因子（職場の人間関係） | 2.73 | ± | 0.60 |
| 第2因子（看護実践能力） | 3.36 | ± | 0.70 |
| 第3因子（身体的要因） | 2.47 | ± | 0.74 |
| 第4因子（精神的要因） | 2.98 | ± | 0.85 |
| 第5因子（業務の多忙さと待遇） | 3.49 | ± | 0.69 |
| 第6因子（仕事のやりがい、楽しさ） | 2.90 | ± | 0.83 |
| 第7因子（業務への責任感） | 3.34 | ± | 0.79 |
| 第8因子（患者の死に関する対応） | 3.51 | ± | 0.88 |

表3 プリセプターからみたリアリティショックと病棟の種類との比較 n = 408

| 因子 | 病棟 | n | M ± SD | F値 | p値 | 比較 | p値 |
|-----------------------|-----------|-----|-------------|------|------|-----------------|------|
| 第1因子 (職場の人間関係) | 内科系病棟 | 142 | 2.76 ± 0.62 | 0.78 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 2.67 ± 0.61 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 2.73 ± 0.57 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 2.79 ± 0.52 | | | | |
| 第2因子 (看護実践能力) | 内科系病棟 | 142 | 3.34 ± 0.69 | 2.96 | * | 内科系病棟－外科系病棟 | n.s. |
| | 外科系病棟 | 133 | 3.35 ± 0.74 | | | 内科系病棟－内科・外科混合病棟 | n.s. |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 3.28 ± 0.69 | | | 内科系病棟－特殊部門 | * |
| | 特殊部門 | 45 | 3.65 ± 0.61 | | | 外科系病棟－内科・外科混合病棟 | n.s. |
| | | | | | | 外科系病棟－特殊部門 | n.s. |
| | | | | | | 内科・外科混合病棟－特殊部門 | * |
| 第3因子 (身体的要因) | 内科系病棟 | 142 | 2.47 ± 0.76 | 0.91 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 2.40 ± 0.72 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 2.56 ± 0.74 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 2.49 ± 0.76 | | | | |
| 第4因子 (精神的要因) | 内科系病棟 | 142 | 2.98 ± 0.85 | 1.78 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 2.93 ± 0.88 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 2.92 ± 0.81 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 3.24 ± 0.87 | | | | |
| 第5因子 (業務の多忙さと待遇) | 内科系病棟 | 142 | 3.48 ± 0.70 | 0.15 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 3.49 ± 0.70 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 3.52 ± 0.68 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 3.44 ± 0.62 | | | | |
| 第6因子 (仕事のやりがい、楽しさ) | 内科系病棟 | 142 | 2.95 ± 0.77 | 2.70 | * | 内科系病棟－外科系病棟 | n.s. |
| | 外科系病棟 | 133 | 2.84 ± 0.92 | | | 内科系病棟－内科・外科混合病棟 | n.s. |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 2.78 ± 0.79 | | | 内科系病棟－特殊部門 | n.s. |
| | 特殊部門 | 45 | 3.18 ± 0.74 | | | 外科系病棟－内科・外科混合病棟 | n.s. |
| | | | | | | 外科系病棟－特殊部門 | n.s. |
| | | | | | | 内科・外科混合病棟－特殊部門 | * |
| 第7因子 (業務への責任感) | 内科系病棟 | 142 | 3.27 ± 0.81 | 1.16 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 3.36 ± 0.82 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 3.32 ± 0.75 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 3.52 ± 0.67 | | | | |
| 第8因子 (患者の死に関する対応) | 内科系病棟 | 142 | 3.51 ± 0.94 | 0.61 | n.s. | | |
| | 外科系病棟 | 133 | 3.49 ± 0.90 | | | | |
| | 内科・外科混合病棟 | 88 | 3.47 ± 0.74 | | | | |
| | 特殊部門 | 45 | 3.67 ± 0.91 | | | | |

一元配置分散分析及びTukeyを用いた多重比較 * p < 0.05, n.s. : not significant

($F(3,404) = 2.96, p < 0.05$), Tukeyの多重比較において特殊部門(救急科, ICU, 外来など)が内科系病棟よりも有意に平均得点が高く($p < 0.05$), 特殊部門が内科・外科混合病棟よりも有意に平均得点が高いという結果が得られた($p < 0.05$)。また, 「第6因子: 仕事のやりがい, 楽しさ」において有意な差が認められ($F(3,404) = 2.70, p < 0.05$), 特殊部門が内科・外科混合病棟よりも有意に得点が高いという結果が得られた($p < 0.05$)。病棟の診療科数(表4)は, 「第2因子: 看護実践能力」において有意な差が認められ($F(3,404) = 2.95, p < 0.05$), Tukeyの多重比較においてその他(外来など)が単科病棟よりも有意に平均得点が高く($p < 0.05$), その他(外来など)が2科の混合病棟よりも有意に平均得点が高く($p < 0.05$), その他(外来など)が3科以上の混合病棟よりも有意に平均得点が高いという結果が得られた($p < 0.05$)。離職願望(表5)は, 第

1因子から第7因子において有意な差が認められ(第1因子: $F(2,405) = 36.98, p < 0.001$, 第2因子: $F(2,405) = 23.13, p < 0.001$, 第3因子: $F(2,405) = 27.94, p < 0.001$, 第4因子: $F(2,405) = 64.48, p < 0.001$, 第5因子: $F(2,405) = 13.80, p < 0.001$, 第6因子: $F(2,405) = 24.84, p < 0.001$, 第7因子: $F(2,405) = 18.73, p < 0.001$), Tukeyの多重比較において第1・2・3・5・6・7因子はどちらもいえないが離職願望なしよりも有意に平均得点が高く($p < 0.05$), 離職願望ありが離職願望なしよりも有意に平均得点が高かった($p < 0.05$)。また, 第4因子は, どちらもいえないが離職願望なしよりも有意に平均得点が高く($p < 0.05$), 離職願望ありが離職願望なしよりも有意に平均得点が高く($p < 0.05$), 離職願望ありがどちらもいえないよりも有意に平均得点が高かった($p < 0.05$)。

表4 プリセプターからみたリアリティショックと病棟の診療科数との比較

| | | | | | | | n = 408 | |
|------------------------|-----------|-----|-------------|------|------|---------------------|---------|--|
| | 病棟 | n | M ± SD | F値 | p値 | | p値 | |
| 第1因子 (職場の人間関係) | 単科病棟 | 153 | 2.73 ± 0.60 | 0.11 | n.s. | | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 2.70 ± 0.61 | | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 2.74 ± 0.61 | | | | | |
| | その他 | 34 | 2.75 ± 0.44 | | | | | |
| 第2因子 (看護実践能力) | 単科病棟 | 153 | 3.35 ± 0.67 | 2.95 | * | 単科病棟 - 2科の混合病棟 | n.s. | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 3.32 ± 0.76 | | | 単科病棟 - 3科以上の混合病棟 | n.s. | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 3.33 ± 0.72 | | | 単科病棟 - その他 | * | |
| | その他 | 34 | 3.70 ± 0.50 | | | 2科の混合病棟 - 3科以上の混合病棟 | n.s. | |
| | | | | | | 2科の混合病棟 - その他 | * | |
| | | | | | | 3科以上の混合病棟 - その他 | * | |
| 第3因子 (身体的要因) | 単科病棟 | 153 | 2.49 ± 0.74 | 0.14 | n.s. | | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 2.43 ± 0.69 | | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 2.48 ± 0.77 | | | | | |
| | その他 | 34 | 2.49 ± 0.80 | | | | | |
| 第4因子 (精神的要因) | 単科病棟 | 153 | 2.92 ± 0.82 | 1.74 | n.s. | | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 2.94 ± 0.82 | | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 2.99 ± 0.94 | | | | | |
| | その他 | 34 | 3.28 ± 0.82 | | | | | |
| 第5因子 (業務の多忙さと待遇) | 単科病棟 | 153 | 3.48 ± 0.64 | 0.17 | n.s. | | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 3.49 ± 0.77 | | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 3.47 ± 0.70 | | | | | |
| | その他 | 34 | 3.56 ± 0.53 | | | | | |
| 第6因子 (仕事のやりがい, 楽しさ) | 単科病棟 | 153 | 2.91 ± 0.77 | 1.94 | n.s. | | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 2.77 ± 0.88 | | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 2.97 ± 0.88 | | | | | |
| | その他 | 34 | 3.12 ± 0.72 | | | | | |
| 第7因子 (業務への責任感) | 単科病棟 | 153 | 3.35 ± 0.80 | 1.11 | n.s. | | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 3.25 ± 0.79 | | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 3.35 ± 0.81 | | | | | |
| | その他 | 34 | 3.51 ± 0.62 | | | | | |
| 第8因子 (患者の死に関する対応) | 単科病棟 | 153 | 3.61 ± 0.92 | 2.20 | n.s. | | | |
| | 2科の混合病棟 | 113 | 3.38 ± 0.82 | | | | | |
| | 3科以上の混合病棟 | 108 | 3.45 ± 0.86 | | | | | |
| | その他 | 34 | 3.70 ± 0.93 | | | | | |

一元配置分散分析及びTukeyを用いた多重比較 * $p < 0.05$, n.s.: not significant

表5 プリセプターからみたリアリティショックと離職願望との比較

| | | | | | | | n = 408 | |
|------------------------|-----------|-----|-------------|-------|------|------------------|---------|--|
| 新卒看護師の離職願望 | | n | M ± SD | F 値 | p 値 | p 値 | | |
| 第1因子 (職場の人間関係) | 離職願望なし | 244 | 2.25 ± 0.57 | 36.98 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * | |
| | どちらともいえない | 122 | 2.95 ± 0.51 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * | |
| | 離職願望あり | 42 | 3.15 ± 0.54 | | | どちらともいえない-離職願望あり | n.s. | |
| 第2因子 (看護実践能力) | 離職願望なし | 244 | 3.19 ± 0.71 | 23.13 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * | |
| | どちらともいえない | 122 | 3.55 ± 0.61 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * | |
| | 離職願望あり | 42 | 3.83 ± 0.60 | | | どちらともいえない-離職願望あり | n.s. | |
| 第3因子 (身体的要因) | 離職願望なし | 244 | 2.26 ± 0.72 | 27.94 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * | |
| | どちらともいえない | 122 | 2.73 ± 0.60 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * | |
| | 離職願望あり | 42 | 2.89 ± 0.81 | | | どちらともいえない-離職願望あり | n.s. | |
| 第4因子 (精神的要因) | 離職願望なし | 244 | 2.64 ± 0.76 | 64.48 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * | |
| | どちらともいえない | 122 | 3.37 ± 0.67 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * | |
| | 離職願望あり | 42 | 3.73 ± 0.87 | | | どちらともいえない-離職願望あり | * | |
| 第5因子 (業務の多忙さと待遇) | 離職願望なし | 244 | 3.34 ± 0.70 | 13.80 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * | |
| | どちらともいえない | 122 | 3.67 ± 0.62 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * | |
| | 離職願望あり | 42 | 3.74 ± 0.58 | | | どちらともいえない-離職願望あり | n.s. | |
| 第6因子 (仕事のやりがい, 楽しさ) | 離職願望なし | 244 | 2.68 ± 0.84 | 24.84 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * | |
| | どちらともいえない | 122 | 3.19 ± 0.66 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * | |
| | 離職願望あり | 42 | 3.34 ± 0.78 | | | どちらともいえない-離職願望あり | n.s. | |
| 第7因子 (業務への責任感) | 離職願望なし | 244 | 3.16 ± 0.83 | 18.73 | *** | 離職願望なし-どちらともいえない | * | |
| | どちらともいえない | 122 | 3.55 ± 0.62 | | | 離職願望なし-離職願望あり | * | |
| | 離職願望あり | 42 | 3.76 ± 0.65 | | | どちらともいえない-離職願望あり | n.s. | |
| 第8因子 (患者の死に関する対応) | 離職願望なし | 244 | 3.45 ± 0.92 | 1.93 | n.s. | 離職願望なし-どちらともいえない | n.s. | |
| | どちらともいえない | 122 | 3.63 ± 0.78 | | | 離職願望なし-離職願望あり | n.s. | |
| | 離職願望あり | 42 | 3.58 ± 0.89 | | | どちらともいえない-離職願望あり | n.s. | |

一元配置分散分析及びTukeyを用いた多重比較 *** $p < 0.001$, * $p < 0.05$, n.s.: not significant

表6 新卒看護師とプリセプターとのリアリティショックの関係

| | | プリセプター | | | | | | | |
|-------|------|----------|----------|---------|----------|---------|---------|-------|----------|
| | | 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 | 第8因子 |
| 新卒看護師 | 相関係数 | 0.213*** | 0.187*** | 0.131** | 0.292*** | 0.170** | 0.162** | 0.072 | 0.182*** |

Pearsonの積率相関係数 *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$

表7 新人看護師とプリセプターとのリアリティショックの比較

| | | n = 408 | | |
|------------------------|--------|-------------|--------|-----------|
| | | M ± SD | t 値 | 有意確率 (両側) |
| 第1因子 (職場の人間関係) | 新卒看護師 | 2.28 ± 0.73 | -10.88 | *** |
| | プリセプター | 2.73 ± 0.60 | | |
| 第2因子 (看護実践能力) | 新卒看護師 | 3.55 ± 0.71 | 4.11 | *** |
| | プリセプター | 3.36 ± 0.70 | | |
| 第3因子 (身体的要因) | 新卒看護師 | 2.85 ± 0.83 | 7.42 | *** |
| | プリセプター | 2.47 ± 0.74 | | |
| 第4因子 (精神的要因) | 新卒看護師 | 3.77 ± 0.93 | 15.03 | *** |
| | プリセプター | 2.98 ± 0.85 | | |
| 第5因子 (業務の多忙さと待遇) | 新卒看護師 | 3.36 ± 0.82 | -2.62 | ** |
| | プリセプター | 3.49 ± 0.69 | | |
| 第6因子 (仕事のやりがい, 楽しさ) | 新卒看護師 | 2.63 ± 1.09 | -4.47 | *** |
| | プリセプター | 2.90 ± 0.83 | | |
| 第7因子 (業務への責任感) | 新卒看護師 | 2.97 ± 1.00 | -6.05 | *** |
| | プリセプター | 3.34 ± 0.79 | | |
| 第8因子 (患者の死に関する対応) | 新卒看護師 | 3.25 ± 0.85 | -4.78 | *** |
| | プリセプター | 3.51 ± 0.88 | | |

対応のあるt検定 *** $p < 0.001$, ** $p < 0.01$

3. 新卒看護師とプリセプターとのリアリティショックに関する認識の差異

新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点とプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点についてPearsonの積率相関係数を求めた(表6)。その結果、第1・2・3・4・5・6・8因子において、新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点とプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点との間に正の相関が認められた(第1因子: $r=0.213, p<0.001$, 第2因子: $r=0.187, p<0.001$, 第3因子: $r=0.131, p<0.01$, 第4因子: $r=0.292, p<0.001$, 第5因子: $r=0.170, p<0.01$, 第6因子: $r=0.162, p<0.01$, 第8因子: $r=0.182, p<0.001$)。第7因子のみ相関が認められなかった。

新卒看護師とプリセプターとのリアリティショックの各因子平均得点の比較については表7に示す。新卒看護師とプリセプターとのリアリティショックの各因子平均得点を対応のあるt検定によって比較した。その結果、各因子間に有意な差が認められ、新卒看護師はプリセプターより「第2因子:看護実践能力($t=4.11, p<0.001$)」,「第3因子:身体的要因($t=7.42, p<0.001$)」,「第4因子:精神的要因($t=15.03, p<0.001$)」において平均得点が有意に高いという結果が得られた。また、プリセプターは新卒看護師より「第1因子:職場の人間関係($t=-10.88, p<0.001$)」,「第5因子:業務の多忙さと待遇($t=-2.62, p<0.01$)」,「第6因子:仕事のやりがい, 楽しさ($t=-4.47, p<0.001$)」,「第7因子:業務への責任感($t=-6.05, p<0.001$)」,「第8因子:患者の死に関する対応($t=-4.78, p<0.001$)」において平均得点が有意に高いという結果が得られた。

V. 考 察

1. 新卒看護師とプリセプターの属性

本研究対象の新卒看護師の平均年齢は 22.19 ± 2.19 歳であり、看護基礎教育終了年齢とはほぼ一致していた。また、新卒看護師の看護基礎教育は、専門学校卒が最も多く約60%を占めており、次いで大学卒が約22%、短期大学卒が約18%であった。日本看護協会の2001年の調査³⁹⁾において、最終学歴をみると専門学校卒は64.3%であり、本研究結果とほぼ同様の結果であった。

プリセプターの勤務年数は 6.67 ± 5.02 年であった。プリセプターの選考基準について中根ら³⁹⁾は卒後2年から4年、木内ら⁴⁾は2年から5年という結果を示している。本研究の調査対象もほぼこれらの先行研究対象と一致していたといえる。また、プリセプター経験回数 1.57 ± 0.87 回、プリセプター研修経験があると答えた者は約65%であった。先行研究⁴⁾⁴⁰⁾では、プリセプター制度を導入してい

る施設の多くが、プリセプターへの教育体制を導入しているという結果が得られており、本研究結果においても、臨床におけるプリセプター教育の導入結果が反映されたと考えられる。

2. プリセプターからみた新卒看護師のリアリティショック

プリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点を四捨五入し5段階評定で4点以上を示した因子は「患者の死に関する対応」,「業務の多忙さと待遇」であった。そこでこれらの2因子について述べる。

看護学生は、臨床実習の際に患者を1名受け持ち学習するが、学生が患者の把握をするのが困難であると予測される患者は避けられる傾向にある⁴¹⁾。さらに、受け持ち患者は、看護上の問題が捉えやすく心理的・精神的援助をより多く必要とする患者が選定される⁴¹⁾ため、終末期の患者を受け持つ機会は少ないと考えられる。プリセプターが「患者の死に関する対応」を新卒看護師のリアリティショックとして捉えているのは、新卒看護師が学生時代において患者の死に接する機会が少ないことから、リアリティショックを感じやすいと想定しているからであると推測される。また、2001年度の看護協会の調査³⁹⁾によると、平均超過勤務時間は約15時間、労働時間は長いと答えた者が約40%という結果が明らかになっている。プリセプターが「業務の多忙さと待遇」を新卒看護師のリアリティショックとして捉えているのは、ある程度業務を行えるプリセプターも日々の業務に多忙さを感じており、このようなプリセプター自身の体験による認識が反映されたと考えられる。

次に、プリセプターの属性とプリセプターから見た新卒看護師のリアリティショックの各因子平均得点の比較では、病棟の種類、病棟の診療科数、離職願望において差が認められた。病棟の種類では、「看護実践能力」において特殊部門が内科系病棟よりも新卒看護師がリアリティショックを感じており、「仕事のやりがい, 楽しさ」で特殊部門が内科・外科混合病棟よりも新卒看護師がリアリティショックを感じていると捉えていた。さらに、病棟の診療科数では、「看護実践能力」において、その他(外来など)が単科病棟、2科の混合病棟、3科以上の混合病棟よりも新卒看護師がリアリティショックを感じていると捉えていた。これらの結果は、特殊部門には複数の診療科が含まれ、処置や治療内容などが多岐にわたっているため、新卒看護師が困難を感じるのではないかとというプリセプター側の認識が反映されたと考えられる。

また、離職願望においては、第8因子を除く「職場の人間関係」,「看護実践能力」,「身体的要因」,「精神的要因」,「業務の多忙さと待遇」,「仕事のやりがい, 楽しさ」,「業務への責任感」の全ての項目において、新卒看護師に離職

願望があると想定しているプリセプターほどリアリティショックの各因子の平均得点が高かった。水田¹⁵⁾は、新卒看護師で離職願望を持っている者が約7割存在していると述べている。さらに、筆者らが行った新卒看護師のリアリティショックに関する研究²⁹⁾においても、新卒看護師のリアリティショックと離職願望との関連が明らかになっている。このことから、新卒看護師とプリセプター双方が、リアリティショックと離職願望とが関連しているという一致した見解を持っていることが示唆された。したがって、プリセプターが新卒看護師のリアリティショックを適切に察知することができれば、新卒看護師のリアリティショックの軽減への働きかけにつながり、早期の離職防止への歯止めにつながる事が考えられる。

3. 新卒看護師とプリセプターとのリアリティショックに関する認識の差異

新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックの間には、第1・2・3・4・5・6・8因子で正の相関が認められ、新卒看護師とプリセプター双方の認識に関係性が認められた。しかし、第1・2・3・4・5・6・8因子の相関係数は0.131から0.292を示しており、相関係数の値から、新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックの認識の関連は弱いものであると考えられる。また、第7因子では相関が認められなかったことから、新卒看護師とプリセプターとのリアリティショックに関する認識は、関係性は認められるものの、双方の認識には相違があるのではないかと推察される。

そこで、新卒看護師とプリセプターとのリアリティショックにおける各因子平均得点を因子ごとに比較したことについて述べる。新卒看護師のリアリティショックは、「看護実践能力」、「精神的要因」、「身体的要因」がプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックより平均得点が高かった。野地²⁾は、新卒看護師の問題として、基礎教育での実地訓練が減少する傾向にあり、実践能力が臨床現場で求められているレベルに達していないこと、社会人・医療人としての成熟や自覚が低く患者・家族に対する常識的な接遇やマナーなどコミュニケーションがうまく取れない傾向があることをあげている。3ヶ月時の新卒看護師は、医療人としての自覚や成熟が不十分で、特に看護実践能力が不足している時期であり、実践能力の不足が原因で生じる問題に対して多くの悩みを抱えることが考えられる。さらに、新卒看護師は学生時代と異なり、社会人として生活をする中での様々な環境の変化によって、就職後の疲労が慢性的に蓄積している状態であり、「精神的要因」や「身体的要因」がプリセプターの想定した新卒看護師のリアリティショックよりも高くなったと考えられる。ま

た、プリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックは、「職場の人間関係」、「業務の多忙さと待遇」、「仕事のやりがい、楽しさ」、「業務への責任感」、「患者の死に関する対応」が新卒看護師より平均得点が高かった。永井³⁾は、プリセプターの役割として、1) フォロー機能(上司の代行者としての役割)、2) メンバー機能(同僚への協力依頼者としての役割)、3) リーダー機能(新人ナースへの指導者としての役割)をあげている。また、プリセプターの役割について木内ら⁴⁾や中根ら⁴⁰⁾は、1) 患者ケアや技術指導、2) 相談、精神的フォロー、3) 教育、指導的役割、4) 人間関係の調整、5) 症例研究サポートであると述べている。多くの臨床の施設において、プリセプターは新卒看護師を受け入れる前に、プリセプターの役割に関する事前の教育を受けており⁴⁾⁴⁰⁾、このような教育を受けることによって、プリセプターの役割として人間関係や業務環境など、周囲の環境を整えることへ重要性を認識していると推察される。したがって、プリセプターは、職場の人間関係の調整への配慮や、業務への責任感、臨床で初めて実感する業務の多忙さや患者の死への対応に関して、新卒看護師のリアリティショックを捉えていると考えられる。

以上のことから、新卒看護師はプリセプターよりも「看護実践能力」、「精神的要因」、「身体的要因」についてリアリティショックを認識していた。一方、プリセプターは新卒看護師よりも「職場の人間関係」、「業務の多忙さと待遇」、「仕事のやりがい、楽しさ」、「業務への責任感」、「患者の死に関する対応」に関して、新卒看護師のリアリティショックを高く認識していたという点に相違が認められた。プリセプターは、新卒看護師の人間関係や業務環境などの周囲の環境に配慮した上で指導を行っているが、就職後3ヶ月の新卒看護師は、看護実践能力の不足や身体的・精神的要因などの個人的な内的要因にリアリティショックを感じており、双方の認識にズレが大きい場合には新卒看護師のニーズにあったサポート体制が作られず、リアリティショックの緩和に支障をきたす可能性があると考えられる。

今後の課題として、プリセプターは、新卒看護師の実践能力の不足を把握し日々の成長を認めることが重要であり、リアリティショックの軽減に向けて個別性のある指導方法や精神的サポートを検討することが必要であると考えられる。

VI. 結 論

以上のことから、次のような結論を得た。

1. プリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックは、配属された病棟の種類、診療科数、及び離職願望

との間に関連が認められた。

2. 新卒看護師のリアリティショックは「看護実践能力」, 「身体的要因」, 「精神的要因」をプリセプターより高く認識していた。
3. プリセプターは新卒看護師のリアリティショックに関して「職場の人間関係」, 「業務の多忙さと待遇」, 「仕事のやりがい, 楽しさ」, 「業務に対する責任感」, 「患者の死に関する対応」を新卒看護師より高く認識していた。

謝 辞

本研究に際し、研究の趣旨をご理解いただき、協力くださいました各病院の看護部長をはじめ看護副部長、看護師長の皆様、そして研究協力に貴重な時間をさいていただきました対象者の皆様方に心より御礼申し上げます。本稿は平成16年度日本看護協会出版会及び平成16年度北日本看護学会研究奨励会の研究助成を受けて行った研究の一部です。

要 旨

本研究は、新卒看護師とプリセプターのリアリティショックに関する認識の相違について検討した。対象は、東北地方の病床数500床以上の一般病院24施設に勤務する平成16年度新卒看護師とプリセプター各408名とした。その結果、プリセプターは、新卒看護師のリアリティショックについて配属された病棟の種類、診療科の複雑さと離職願望とに影響を受けると捉えていた。また、新卒看護師のリアリティショックとプリセプターからみた新卒看護師のリアリティショックを比較した結果、新卒看護師はリアリティショックについて「看護実践能力」, 「身体的要因」, 「精神的要因」をプリセプターより高く認識していた。しかし、プリセプターは新卒看護師のリアリティショックについて「職場の人間関係」, 「業務の多忙さと待遇」, 「仕事のやりがい, 楽しさ」, 「業務に対する責任感」, 「患者の死に関する対応」を新卒看護師より高く認識していた。

Abstract

In this study, the difference between recognition of reality shocks experienced by new graduate nurses and that perceived by their preceptors are examined. The subjects were 408 preceptors and 408 new graduate nurses who graduated from nursing school in 2004 and were working for 24 general hospitals with 500 beds or more in the Tohoku region. The result shows that they also perceived that the new graduate nurses' reality shocks are affected by the kind of hospital wards to which they are assigned, the complexity of the specialty they deal with, and how much they wish to leave their job. The new graduate nurses perceived their reality shocks about "practical nursing abilities," "physical factors" and "psychological factors" higher than their preceptors did. On the other hand, the preceptors perceived the new graduate nurses' reality shocks about "human relations in the work place," "business and condition in the work place," "challenges and enjoyment in the job," "sense of responsibility for the occupation," and "responses to patient deaths" higher than the new graduate nurses did.

文 献

- 1) 中川雅子, 明石恵子: 新卒看護師に対する教育の実態と課題-「看護職新規採用者の臨床能力の評価と能力開発に関する研究」より教育担当者の課題を中心に-, 看護, 56(3), 40-44, 2004.
- 2) 野地金子: 新人看護職員の到達目標と研究指針の提示-「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書より-, 看護展望, 29(8), 17-24, 2004.
- 3) 永井則子: プリセプターシップの理解と実践-新人ナースの教育法-, 日本看護協会出版会, 東京, 2001.
- 4) 木内妙子, 関根早苗: 我が国におけるプリセプター制度の普及動向と今後の課題-1986年から1996年の報告研究論文を対象に-, 東京都立医療技術短期大学紀要, 10, 205-212, 1997.
- 5) 國井治子: 「卒後臨床研修」必修化に向けた検討, 看護, 54(5), 36-39, 2002.
- 6) 海老澤陸: プリセプター制度はその目的を達成しているか-「リアリティショックの緩和」「役割モデルとして」「自己成長」の観点から文献レビュー-, 看護管理, 15(3), 2005.
- 7) 宗像恒次, 及川尚美: リアリティショック-精神衛生学の視点から-, 看護展望, 11(6), 562-567, 1986.
- 8) 太田にわ, 難波 純, 他: 新卒看護婦のリアリティショックに関する研究, 看護教育, 168-173, 1995.
- 9) 難波 純, 太田にわ, 他: 短期大学看護学科卒業生のリアリティショックの要因分析, 日本看護学会論文集23回看護教育, 15-18, 1992.
- 10) 太田にわ, 近藤益子, 他: 新卒看護婦のリアリティショックに関する研究-大学病院に就職後の1年4ヵ月間について-, 日本看護学会論文集24回看護教育, 218-220, 1993.
- 11) 石塚博子, 藤村博之, 他: 新人看護師とプリセプター間のリアリティショックについての認識の比較分析, 看護展望, 27(11), 99-103, 2002.
- 12) 近藤美月: 新人看護師のリアリティショックに関する縦断的研究-リアリティショックに陥る時期と要因の関連性について-, 日本看護学会論文集33回看護管理, 257-259, 2002.
- 13) 芳賀久美代, 鈴木幸子, 他: 新卒看護婦のリアリティショック-病棟の特殊性によるショックの程度と要因の違い-, 日本看護学会論文集30回看護総合, 106-108, 199.
- 14) 堀百合子, 西川ひとみ, 他: 新カリキュラム卒業生の職場への適応過程-リアリティショックの程度とそれを左右する要因の経時的変化-, 日本看護学会論文集27回看護教育, 52-55,

- 1996.
- 15) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究－リアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因－，日本看護科学会誌，23(4)，41-50，2004.
 - 16) 大下佳代子，佐々木とも実，他：新人看護婦を取り巻くストレス－ストレス要因別負荷量とバーンアウトスケールを用いて－，看護学統合研究，2(2)，16-24，2001.
 - 17) 武藤協子：日本における「リアリティショック」の概念の明確化－過去20年間の看護文献を対象として－，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，24，64-71，1999.
 - 18) 藤田和夫，川野雅資：精神化領域における看護学生の就業選択に関する研究，看護，40(4)，121-144，1998.
 - 19) 縄 秀志，上泉和子，他：新規採用看護婦の自己イメージ，ナースへのイメージ，及び仕事への期待の変化について，日本看護学会論文集24回看護管理，146-148，1993.
 - 20) 樋之津淳子，高島尚美，他：新人看護師6ヶ月までの看護実践能力の習得過程の分析，筑波大学医療技術短期大学部研究報告，23，27-32，2002.
 - 21) 加納川栄子，前田マスヨ，他：教育課程における学業成績と就職後の看護実践能力評価との関連性，東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設年報，1，16-30，1991.
 - 22) 西上あゆみ，土居洋子，他：本学卒業生の病院就職後早期の体験と思い，大阪府立看護大学紀要，8(1)，53-60，2002.
 - 23) 反町祐子：先輩看護師とのかかわりにおける新人看護師の沈黙の意味，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，28，237-244，2003.
 - 24) 板倉祐子：一年目看護婦の仕事のやりがいに影響する要因，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，26，31-38，2001.
 - 25) 永松さゆり：手術室に配置転換になった看護婦・士の職場への適応過程，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，27，305-312，2002.
 - 26) 金井 淳：臨床における新人看護婦の体験世界と先輩看護婦の指導意識，神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録，25，210-217，2000.
 - 27) 井部俊子，上泉和子：新卒看護婦のリアリティショック，看護展望，11(6)，568-574，1986.
 - 28) 川野雅資：新卒看護婦のストレスマネジメント，ナースプラズワン，11，192-197，1992.
 - 29) 平賀愛美，布施淳子：就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討，日本看護研究学会雑誌投稿中，2005.
 - 30) 山本英子：プリセプターのストレスとサポートシステム－影響因子の分析－，看護展望，28(7)，102-110，2003.
 - 31) 中川茂美，田牧余史子，他：プリセプターの不安・悩み・心身の疲弊，日本看護学会論文集32回看護教育，68-70，2001.
 - 32) 堀百合子：新人看護婦の職場適応過程におけるプリセプターシップの効果，看護展望，24(7)，78-85，1999.
 - 33) 鈴木奈緒子，渡邊理香，他：プリセプターとプリセプター支援者との意識のずれからみたプリセプターシップにおける課題，日本看護学会論文集32回看護教育，176-178，2001.
 - 34) 神崎恭子，石本傳江：プリセプターシップにおける新人とプリセプターの意識の差，看護展望，24(10)，80-89，1999.
 - 35) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関する研究－リアリティショックと回復に影響する要因－，日本看護研究学会雑誌，27(1)，91-99，2004.
 - 36) Kramer. M：reality shock -Why nurses leave nursing-，Mosby，1974.
 - 37) アメリカ看護アカデミー編，前田マスヨ監訳：マグネットホスピタル－魅力ある病院づくりと看護管理－，資料編，129，メジカルフレンド社，1985.
 - 38) 医療施設政策研究会編：病院要覧2003-2004年版，医学書院，東京，2003.
 - 39) 日本看護協会調査・研究管理部調査研究課：2001年病院看護職員実態調査，社団法人日本看護協会，東京，2003.
 - 40) 中根薫，出羽澤由美子，他：プリセプターシッププログラムの現状分析－プリセプターへの支援体制に焦点を当てて－，日本看護管理学会誌，4(2)，46-53，2001.
 - 41) 波多野梗子：看護教育論－基礎教育の理念と展開－，99-101，医学書院，東京，1992.

〔平成17年4月8日受付〕
〔平成18年11月2日採用決定〕

機能訓練（A型）に通所する脳卒中後高齢在宅片麻痺者の 自分らしさ獲得のプロセス

Process of Acquisition Quality of Oneself, a Person of Advanced Age At-home
Single Paralysis After a Cerebrovascular Accident Who Commute to Function Training (A type)

倉石 真理
Mari Kuraishi

キーワード：脳卒中、片麻痺、自分らしさ、在宅、機能訓練

Key Words : stroke, single paralysis, quality of oneself, at-home, function training

I はじめに

日本における脳卒中死亡率は1960年代後半から低下したものの、平成17年においても悪性新生物、心疾患に次いで死因の第3位であり、年間約13万人が脳卒中で亡くなっている¹⁾。また平成14年度の統計によれば、137万人の患者が存在している¹⁾。さらに、脳卒中は高齢者の寝たきり原因の約40%を占めている²⁾。このことは、寝たきり予防の観点からも、脳卒中後のリハビリテーションが重要であることを示唆している。

脳卒中後のリハビリテーションには、病院で行われるものの他に、各自治体で機能訓練（A型）などが行われており、継続的なリハビリとしての役割を担っている³⁾。また機能訓練（A型）は、同じ病気や障害をもつ者が集まることで、機能訓練としての役割のみでなく、人との交流の場としての側面も担っている。しかし、平成12年の介護保険制度開始に伴い、機能訓練（A型）の位置づけは不明確となり、曖昧なものとなってしまっている⁴⁾。また、虚弱高齢者の閉じこもり予防等が重要視されるようになり、そのような高齢者を対象とした地域参加型の機能訓練（B型）が推進されてきている。その一方で機能訓練（A型）は年々減少傾向にあり、廃止方向へ向かっている。

著しい高齢化に伴い、脳卒中は避けては通れない問題となっており、日本においても脳卒中に関する研究は数多くなされている^{5~12)}。また、治療の場やリハビリテーションの目標の変遷に伴い、脳卒中患者を対象とした研究の関心も広がりをみせている。しかし、脳卒中患者の回復過程に関する従来の研究は医療や介護負担、そして障害受容に焦点を当てたものが多く^{5~8)}、患者自身の心理面に焦点を当てている研究は少なかった^{9~11)}。また、心理面に焦点を当てて行われている研究の多くは、ある一時点について行われているもの⁹⁾、¹⁰⁾であり、時間的な心理変化やその過程

についてはほとんど述べられていない¹¹⁾。

脳卒中により麻痺を生じるということは、ときには自分を見失ってしまうことにもつながりうると考えられる。発症直後は特に、心理的なショックも大きく、入院中に様々な心境の変化が生じる可能性もある。また、回復期リハビリテーションでは、自分の障害を強く自覚させられ、大きな打撃を受けることもある¹³⁾。脳卒中治療ガイドライン¹⁴⁾によると、一般に脳卒中では18~62%にうつ合併が認められる。また、河野ら¹⁵⁾や山口ら¹²⁾により、在宅障害者と閉じこもりやうつとの関連についても報告されている。このことから、病気による打撃が大きいということは、閉じこもりにつながりうる危険性をも秘めていると考えられる。

さらに、高齢者は自分の老いを自覚する時期にあり、老年期ではいかに老いを自覚し、受け止めるかが重要になる。その重要性については、エリクソンら¹⁶⁾や川端ら¹⁷⁾によっても述べられている。また、老年期は、今までの発達過程で確立した自分らしさを確認していく時期でもある。様々な経験を通してその都度「今現在の自己」を組み替えていくことで常に変化する環境に適応していくと考えられる。では、このような時期に障害をもつことで、彼らの自分らしさの意識はどうなるのだろうか。障害をもった時、人は、ときには外見上の変化を引き起こすこととなり、今までの「自己」と大きく変化してしまうと考えられる。それは外面だけでなく、内面においても大きな変化を引き起こし、それまで築いてきた自分らしさを見失ってしまう可能性も考えられる。また、老いの自覚により、ただでさえ「自己」というものを見失いやすい時期である老年期に障害を負うことは、さらに自己を喪失してしまうことにもつながりうる。

老年期の絶望について、遠藤¹⁸⁾が「個人の人生周期の

移り変わりについての絶望である」と述べているように、老年期には様々な絶望を経験しうる。障害を負うということも大きな絶望の一つとなりうると考えられる。そのため、ここでどのように自分らしさを獲得し、絶望を乗り越えていくかが、生活していく上でとても重要となる。これらのことから、今の自分にあった新たな生活を見つけていくためにも、彼らがどのように自分らしさを獲得していくのかを知ることが重要であると考えられる。また、自分らしさ獲得のプロセスを明らかにし、脳卒中者の回復過程を予測・理解していくことで、看護職者がどう介入していくかの一助になると考える。そこで、本研究では、社会参加により継続的にリハビリを行っている者として、脳卒中後、機能訓練（A型）に通所している在宅片麻痺者に焦点を当て、彼らが退院後地域で生活しながらどのような思いを経て自分らしさを再獲得していくのか、そのプロセスを明らかにすることを目的とする。

II 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、機能訓練（A型）に通所している脳卒中後高齢在宅片麻痺者にインタビューを実施し、そのインタビュー内容から、対象者の自分自身に対する思いの変化を抽出する質的帰納的研究である。

2. 研究対象

対象は脳卒中後、在宅で生活しながら機能訓練（A型）に通所している高齢者のうち、片麻痺をもつ者とした。

脳卒中後、在宅で生活しながら継続的に機能訓練（A型）に通所している高齢者は、県内各施設30～40名であった。本研究では、特に片麻痺者に注目し、失語症、構音障害、認知症の人達は除いた。しかし、麻痺の程度に関しては基準を設定せず、在宅で生活しながら、何らかの方法で機能訓練（A型）に通所している人とした。その中で研究参加の同意を得られた者を分析焦点者とし、最終的に5名にインタビューを実施した。

3. データの収集方法

半構成的面接法により、2004年10月～2004年11月の1ヶ月間で、分析焦点者にインタビューを行った。インタビューは障害をもったことやリハビリをしていく上での気持ちの変化を中心に、脳卒中後の思いや生活についてできるだけ自由に語ってもらった。インタビュー内容は許可を得て全てICレコーダーで録音し、逐語的に記録してデータとした。

インタビュー時間は1人約30分～51分（平均40分）で行った。インタビューは、機能訓練（A型）に通所してきた時の開始前の待ち時間に、同室の一角に椅子・テーブルを準備し、実施した。

4. 分析方法

～修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法を用いて～

本研究では、木下¹⁹⁾の提示する修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（以下、M-GTAとする）を用いて分析を行った。

この分析方法は、限定されたデータを厳密な解釈で積み上げ、説明力のある理論を提示するという特徴がある。そして、データの解釈を基に、分析の最小単位としての概念を生成し、最終的に複数の概念間の関係を説明できるものとしてのカテゴリーを生成していく方法である。また、M-GTAは社会的相互作用に関係し、人間行動の予測と説明に優れた理論を提示できることに加え、プロセス的性格をもつ。これらのことから、M-GTAは本研究で得られたデータの分析に適していると考えた。

分析テーマは、当初研究テーマと同様に設定していたが、データ収集後に「自分らしさを獲得するまで、彼らが障害をもつ自分自身に対してどのように感じていたのかという視点から、彼らの思いの変化を明らかにする」と確定した。分析は次の手順で行った。①分析テーマと分析焦点者に照らして、データの関連箇所に着目し、それを1つの具体例（ヴァリエーション）とし、かつ、他の類似具体例をも説明できると考えられる、説明概念を生成する。②概念を創る際に、分析ワークシートを作成し、概念名、定義、最初の具体例などを記入する。③データ分析を進める中で、新たな概念を生成し、分析ワークシートを個々の概念ごとに作成する。④同時並行で、他の具体例をデータから探し、ワークシートのヴァリエーション欄に追加記入していく。⑤生成した概念の完成度は類似例の確認だけでなく、対極例についての比較の観点からデータをみていくことにより、解釈が恣意的に偏る危険を防ぐ。その結果をワークシートの理論的メモ欄に記入していく。⑥次に生成した概念と他の概念との関係を個々の概念ごとに検討し、関係図を作る。⑦複数の概念間の関係からカテゴリーを生成し、カテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、その概要を簡潔に文章化し、さらに結果図を作成する。

5. 用語の定義

自分らしさの獲得：本研究での「自分らしさ」とは、「障害をもつ自分自身に対する自分なりの考え方・捉え方」を示している。つまり、「自分らしさの獲得」とは「自分自身を見つめなおし、自分がどうありたいのかを考えた上で、自分なりに自分自身に対して納得している状態」と定義した。

6. 分析の妥当性・信頼性の確保

データから概念を生成する過程において、研究者から定期的にスーパーバイズを受けた。データ分析結果の妥当

性・信頼性の確保のために、生データを何度も読み、期間をおいて再度分析を行った。

7. 倫理的配慮

研究の目的、インタビュー内容は本研究以外には利用しないこと、参加は個人の自由意志とすることを説明し、文書・口頭によるインフォームド・コンセントを得た。そして、研究にあたり、個人の経過や思いなどが記載されるため、プライバシーが極力保たれるよう、特に個人が特定できないようにするなど配慮した。また、本大学倫理審査委員会において審査を受け、承認を得た。

III 結 果

1. 対象者の概要

表1に対象者の概要を示した。60歳代後半が2名、70歳代前半が3名の計5名であり、病名は4名が脳梗塞、1名が脳内出血であった。発症後年数は最短7年から最長15年であった。また、機能訓練（A型）への通所年数は最短2

表1 対象者の概要

| 対象者 | 性別 | 年齢 | 病名 | 麻痺 | 発症後年数 | 通所期間 |
|-----|----|-----|------|----|-------|------|
| A | 男 | 60代 | 脳梗塞 | 右 | 15 | 約5年半 |
| B | 男 | 70代 | 脳内出血 | 右 | 14 | 約2年 |
| C | 女 | 70代 | 脳梗塞 | 右 | 8 | 約5年 |
| D | 男 | 70代 | 脳梗塞 | 右 | 7 | 約2年 |
| E | 男 | 60代 | 脳梗塞 | 左 | 15 | 約2年 |

年から最長5年半であった。

2. 分析結果

～修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ法により見出されたカテゴリーとその概念～

分析の結果、【悪化への困惑】をコアカテゴリーとした、【可能性への挑戦】【病気自体の回復を期待】【社会参加による楽しみの獲得】【自信からくる心のゆとり】【ピアな関係づくり】の前向きな思いに関するカテゴリーと【受け入れざるを得ない自分】【もどかしさと苛立ち】【自己への失望】【死への意識】という後ろ向きな思いに関するカテゴリーの計10のカテゴリーが見出された。カテゴリー間の関係を図1に示した。

本研究の対象者は【悪化への困惑】の思いを抱きながら、前向きな思いと後ろ向きな思いの中で行き来を繰り返している。【悪化への困惑】から、もっと悪くなっていくかもしれないという思いが生じると、後ろ向きな思いへと移行していく。何をやってもうまくいかないと【もどかしさと苛立ち】を感じるようになり、さらには【自己への失望】にもつながってくる。また、【自己への失望】が激しい場合には、【死への意識】が生じ、後ろ向きな思いから抜け出すことが困難になる。【もどかしさと苛立ち】を感じている中で、社会参加により外部からも、できない自分を痛感させられると、消極性を【受け入れざるを得ない自分】へと移行する。

一方【悪化への困惑】から、これ以上悪くなりたくないという思いが生じると、前向きな思いへと移行し、〈生活

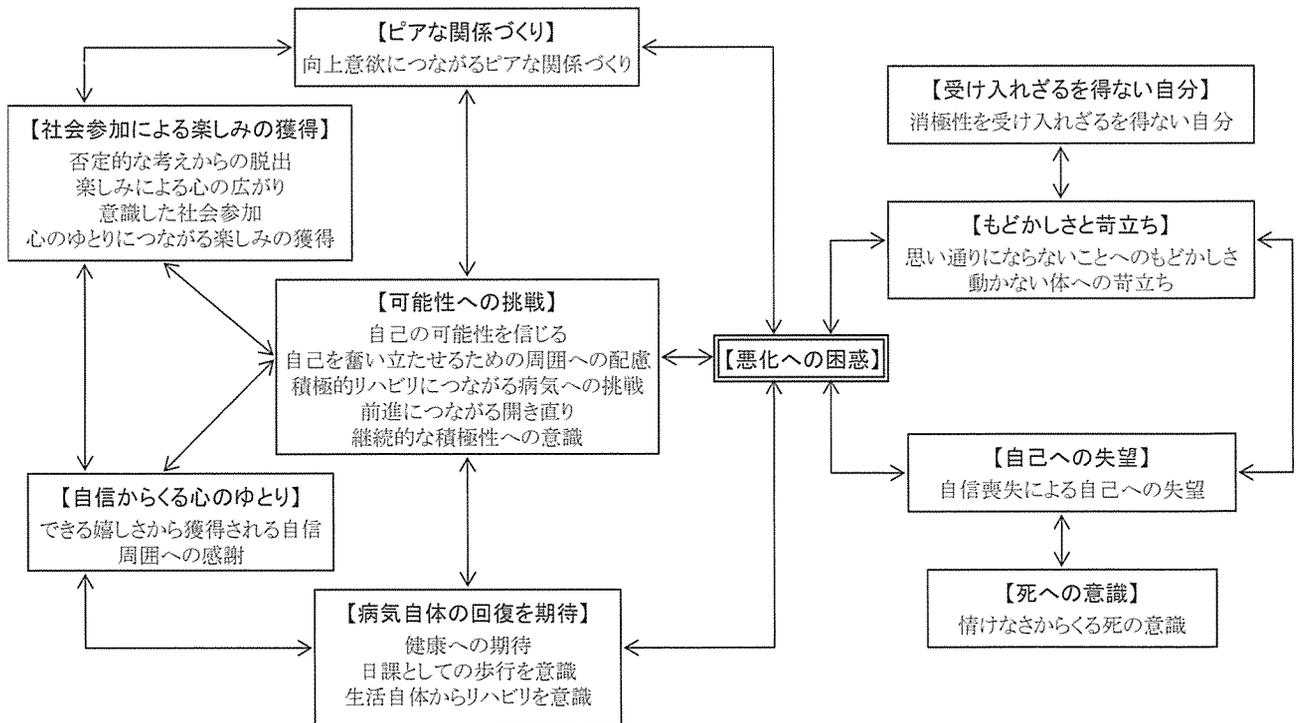


図1 機能訓練（A型）に通所する脳卒中後高齢在宅片麻痺者の自分らしさ獲得のプロセス

自体からリハビリを意識し始める。そして徐々に【病気自体の回復を期待】するようになる。意識したリハビリの中で何かをやり遂げることができると大きな自信へとつながり、【自信からくる心のゆとり】を感じるようになる。この心のゆとりが周囲への関心につながり、〈意識した社会参加〉へのきっかけとなることで、【社会参加による楽しみの獲得】にもつながっていく。そして社会参加により、【ピアな関係づくり】への思いを高めていくことで、悪くならないという思いをさらに強めていくことになる。

逆向きに、【悪化への困惑】が【ピアな関係づくり】からの意欲向上へとつながっていくことでも、前向きな思いを抱くことができる。また、この前向きな思いの移行には【可能性への挑戦】が影響し、各々の思いを高めている。

以下に10のカテゴリー（【 】により示す）と各々のカテゴリーを構成する概念（〈 〉により示す）、概念を指し示す典型的な言動について記す。

【悪化への困惑】

前向きにも後ろ向きにもつながりうる患者の思いであり、コアカテゴリーとしてとらえることができる。「今以上には悪くならない」というように、病気が悪化していくことに対して嫌悪感を抱くことで、前向きな考えに移行する。しかし、もうこれ以上どうすることもできないと否定的にとらえてしまうことで、後ろ向きな思いへもつながりうる状態である。

〈悪化への困惑〉

状態が悪化していくことに対しての困惑・嫌悪感を抱いている状態である。

この概念は、悪化していくことへの恐怖にとどまる思いではなく、さらにその先を見つめることで生じてくる思いである。困惑しながらも、先を見つめることで、自分自身に意識的にリハビリを課すことにもつながってくる。

例：「体がだんだんね、萎縮していってしまうがやちゃ。体を動かすだけで体の機能も回復するがだけど、下がっていかれると、そう思って出ていないと、ズックはいて出ていなきゃだめだ。」

【可能性への挑戦】

様々な不安を抱えながらも、自分を信じて積極的に前へ進もうとする前向きな意識状態である。更なる前進につながってくる可能性がある一方で、この意識が空回りすると自信喪失等へとつながってくることもある。

〈自己の可能性を信じる〉

日常生活の中で不便を感じたり、できないと感じたりすることもあるが、「自分でできる」という気持ちをもって生活している状態である。

この概念では、「やりたい」という願望としてではなく、「できる」という自信に近い感情が表れている。自己の現状を理解しつつも、更なる自分の可能性を信じて様々なことに意欲的に取り組んでいこうという言動がみられる。

例：「そういうね、やらんならんとか、受けんにゃならんということは、やっぱ集中してやるとできるもんだ。できるもんだちゃ。あかんていうことじゃないちゃ。今までやったことは時間かかってでもできると。」

〈自己を奮い立たせるための周囲への配慮〉

家族や周りの人に迷惑をかけないようにと考えることで、「自分でやる」「よくなないと」と自分を奮い立たせようとする状態である。

この概念では、「迷惑をかけたらだめ」という思いと、「自分でやらない」という思いが表現されている。周囲への迷惑を恐れ、消極的になってしまうのではなく、「迷惑をかけまい」と思うことで、自分を奮い立たせて、積極的に物事に取り組んでいこうとする思いが表出されている。

例：「うーん、家内のためにということは、まあ、家内のためには一番わしがやっぱり迷惑をかけたらいかん。人手のかかるようなね、家内に手を貸してもらわんなんようでちゃ、やっぱり迷惑だろう。せめて日常生活は自分でやらなきゃならん。」

〈積極的リハビリにつながる病気への挑戦〉

病気に負けず、乗り越えて頑張っていきたいという意識をもち、リハビリ等に励んでいる状態である。

この概念では、病気や麻痺に対して「こんなこと」「こっだけぐらいの障害」といった言動がみられた。このように考えることで、病気に負けてたまるかという思いを抱き、リハビリにも積極的に取り組んでいる様子が思いとして現れている。この概念には、過去の経験や考え方からくる言葉も表出されている。

例：「そういうことを思ったら、兵隊行って訓練したことを思ったら、リハビリのことはたいした苦労にならんだ。兵隊のときを思い出して、自分で努力した。ええい、こんなことぐらいで負けてたまるかっていう気持ちになったんですよ。」

〈前進につながる開き直り〉

病気に対する焦りがある一方で、開き直って「絶対に落ち込まない」という思いで病気に対して向き合っている状態である。

この概念では、病気からの逃避として、自分に落ち込まないように言い聞かせているのではなく、開き直ることで次へつなげていこうとする思いが表出されている。

例：「それよりもやっぱり、体が言うことをきかんようになったらいかんで。そういう思いというか、信念とい

うかね、精神力やちゃ。落ち込まない。落ち込んで
ちやいかん。」

〈継続的な積極性への意識〉

できないことに対して諦めてしまうのではなく、それでもなお何でも自分でやりたいという思いを抱いている状態である。

この概念では、「諦めない」「続けよう」という言動がみられる。何かに挑戦する、できるようになるという思いを自己の中にもち続けていたいという意欲が継続的に自己の内面に生じている状態である。

例：「いや、まだ諦めとらん。いつか挑戦したいがやけどね。あこに自転車あるでしょ、あれもやっとならね。バランスとって乗れるようになりたいと思ってね、まだ諦めとらんがやちゃ。しつこいけどね。」

【病気自体の回復を期待】

病気自体の回復を期待して、毎日の生活の中でも意識的に自分にリハビリを課すようにと考えている状態である。

〈健康への期待〉

健康な人・健康な頃の自分に近づきたい、元気になりたい、そして長生きしたいという思いを抱いている状態である。

この概念では、「こうなりたい」という強い願望が表出されている。「元気」「健康」の捉え方は人それぞれで異なるが、ここでは対象者各々の考える状態として捉えた。

例：「毎日とにかくもう、治そう治そうというかね、元のように早く早くなろうという日々が続いとったらうね。」

〈日課としての歩行を意識〉

普段から屋内外を問わず、散歩をする等歩くことを心がけている状態である。

この概念では、脳卒中後在宅片麻痺者にとって、「歩行」が重要な意味をもっていることが言動に表れている。歩行は、日常生活において最低限必要な基本動作として認識されている。そのため、歩行は体操やストレッチ等、体を動かすということとは異なる、独立した一つの意識的なリハビリとして位置づけられている。また、毎日の習慣として歩行を意識している思いが表出されている。

例：「やっぱ、歩くことはしてるね。なん、家の中だけ、こんな狭い部屋だけ、2、3回歩いてみたりとることがたまにあるがや、トイレ行った帰りに。」

〈生活自体からリハビリを意識〉

歩く以外に、普段から体を動かしたり、苦手なことを練習したりするように心がけ、生活の中でリハビリを意識している状態である。

対象者によってどのように体を動かすかは異なるが、こ

の概念では、生活の中にリハビリを取り入れるという意識が表れている。苦手なことを意識して細かく動作に取り入れている場合、とにかく何か体を動かすようにしているという場合など様々である。しかし、体を動かそうという思いは同様の思いとして表れている。

例：「まあ、体嫌がっても、疲れとってても、なるべくなら体を動かすように努力しとる。疲れたとか痛むとか、これはだめだという弱音を吐かずに努力することを。」

【社会参加による楽しみの獲得】

意識的に社会参加を行っていくことで、人との関わりをもち、少しずつ心のゆとりにつながってくる楽しみを獲得していく状態である。家の中にとどまらず、社会の中へと出て行くことで、自分が心から楽しいと思えることを見つける。そうしていくことが自分を見つめなおしていくための大きな一歩としての意味を担っていると受け止めることができる。

〈否定的な考えからの脱出〉

外に出て人と関わる機会を設けて、普段からなるべく話をするように心がけることで、否定的な考えから抜け出すきっかけにもつながってくる状態である。

この概念では、人と関わることを対象者本人が意識して心がけているという言動がみられる。言語障害に対するリハビリを意識しているだけでなく、人との関わりを重要視することで、自己の固執した否定的な考えを見なおしていくことにもつながっている。

例：「努めて、どこへでも出るようにしとる。それで、人と話をするようにはしとるが。それは努めてやるようにしとる。だまっとれば、つついしゃべれんがなってしまう。もともとね、ようしゃべるほうだから、しゃべること好きなんや。」

〈楽しみによる心の広がり〉

機能訓練 (A型) に通所するようになり、自己の内面において前向きな変化が生じてきている状態である。

この概念では、他者との関わりをもつことにより「明るくなった」「心が広がってくる」という内面における変化が生じていることが言動として現れている。また、今後の状態に関して前向きに考えることにもつながっている。

例：「やっぱ、人間が比較的明るくなったというかね、うん、人と付き合うというかね、冗談でも言いながら、やっぱりしゃべることによって、えー、人間の気持ちとか、心が何かね広がってくるような気がするね。」

〈意識した社会参加〉

機能訓練 (A型) に行くことが、外出するきっかけとなっている状態である。

この概念では、自己の決定により、機能訓練（A型）に通うことが、対象者にとって、外出する機会の一つとなっているという思いが表れている。意識的に社会参加を行っていくことで、外出としての意味だけでなく、人との交流としての意味ももつ。

例：「うちにおいてこういうリハビリ教室がなかったら全然外に出る機会がないから、何にも、もう定年になってしまつとるし、うちにおつたらもう、庭いじったり、盆栽いじったりとること、そのほかに何にもない。」

〈心のゆとりにつながる楽しみの獲得〉

毎日の生活の中で、常にではないにしても、楽しいと感じることのできるものを自分で持っている状態である。

この概念では、趣味となりうる自分独自の楽しみを獲得している様子が見受けられる。物事を楽しめることで、心のゆとりにもつながり、自分を見つめていくための契機となりうる状態である。

例：「趣味もだから幅広いちゃ。例えば（中略）あとはね、盆栽。盆栽をいじっているんだね。あとまた小さな花。ね、いろんな花やね。花作つたり、庭に花植えたり、盆栽植えたり、菊植えたり。」

【自信からくる心のゆとり】

何かをできるようになるという体験が自分の自信へとつながり、さらにその自信が周囲に目を向けることのできるような心のゆとりへとつながってくる状態である。

〈できる嬉しさから獲得される自信〉

できなくなってしまったことができるようになることで、喜びや満足感を得て、それがさらに自信へとつながっている状態である。

この概念では、できるようになったという達成感が強く言葉の中に表れている。できるようになるまでの自分の努力を認めている言動がみられ、その努力があるからこそ、その後の自信へとつながってきている状態である。

例：「ものすごい、人に語られんくらい努力した。こうやったりね、ボタンのあるシャツを脱いだり着たりして、初めできなかつたんだけど、だんだんだんだんやってくるうちにできるようになったんですよ。そのときの嬉しさってのは語られん、人には語れんくらい嬉しかった。」

〈周囲への感謝〉

家族のさりげない心配りや心遣いにありがたいと感じており、心にゆとりをもっている状態である。

この概念では、「ありがたい」という直接的な表現での感謝の表れだけでなく、さりげない言葉による、周囲への感謝の気持ちも表出されている。自分のことで精一杯になってしまうのではなく、周りにも目を向けることができ

るような、ある程度の心の余裕がある状況である。

例：「娘に旅行に連れていってもらったり、かわつた所へ。子どもによつ連れて行ってもらうわ。それがひとつの楽しみになつとる。」

【ピアな関係づくり】

同じ障害をもつ人々と関わりをもつことで、自分の状況を様々な側面から客観的に見つめることへとつながっている状態である。そして、今の自分を見つめなおすことで、今後の自分を考えることにもつながっている。

〈向上意欲につながるピアな関係づくり〉

多くの人に関わることで、今の状態に満足してしまうのではなく、今よりもっと良くなりたいという気持ちになり、自分を見つめていくことへとつながっている状態である。

この概念では、ピアな関係を築き、自分だけでなく、周りの状況を冷静に見つめることで、今後について改めて考えていく機会となっている。一度自分を見つめなおすことで完了してしまうのではなく、常に思いとして抱いている。

例：「ここに来てまた頑張ってみようと思う、まあ皆さん頑張つとるし。（中略）だからそういうがでちょっとね、自分の努力なんてまだ子ども並みだなんて思つてね。」

【受け入れざるを得ない自分】

自分の状況に否定的になり、控えめになってしまうだけでなく、社会に出たときに周りの環境からも障害があるということを感じさせられることにより、消極的にならざるを得なくなってしまう状態である。

〈消極性を受け入れざるを得ない自分〉

麻痺があることで、自分はもうまともではないと考えたり、またそうならざるを得ない状況に立たされたりすることで控えめになってしまう状態である。

この概念では、「消極性」「控えめになる」という言動がみられる。また、麻痺以外にも、高齢であることなど様々な要因が複雑に影響し合い、消極的になってしまう自分を受け入れざるを得ない状況に立たされているという思いが表れている。

例：「精神的に、やっぱり積極性から消極性に変つた。

これは言えるやろうね。病気になったときは、何でも進んで、みんなができん言うことでもやつた。ところが病気になったらこりゃあかんと思つて、消極性になって、こういうことになるべく速がるようになった。」

【もどかしさと苛立ち】

自分がしたいことができない、思い通りにならないという体験をし、自分の状況に対して、もどかしさと苛立ちを覚えるようになる状態である。

〈思い通りにならないことへのもどかしさ〉

うまく話すことができない、なかなか以前のようにならない等、自分が思うようにできないということにもどかしさを感じている状態である。

この概念では、「悔しい」「悲しい」という言動により、思いが表現されている。周囲からはできていると思われているにも関わらず、自分では納得がいけないと感じていることもある。

例：「あの一、しゃべることが、昔会社におったとき、朝、朝礼に若い衆集めて話したこと、しゃべることができたのに、今そういうことができないのが悔しくてならん。それでカラオケ行こうってやっとなんか、なかなかうまくならんで。」

〈動かない体への苛立ち〉

家事や仕事など、体を動かすという面において、うまくいかないことを実感し、苛立ちを覚えている状態である。

この概念では、生活の中での不便さを実感し、「できない」ということに対する怒りにも近い感情を覚えている。そして、自分に対してイライラしている思いが表出されている。

例：「田んぼの稲刈りとか田植えをしたいなと思う、きんもんね。先生から田んぼは絶対だめって言われた。畑もだめや、なんならんもん。田がこうやってうてんもん。なかなかね、あんな硬いとこ機械でなげんにやどうして起こせる。」

【自己への失望】

病気後、様々な体験をしていく中で、「できない」という思いが大きくなり、自分自身に対して失望してしまっている状態である。何事に対しても自信を失いかけている状況であるが、さらに自信を喪失してしまうことで、死を意識することにもつながりうる。

〈自信喪失による自己への失望〉

「自分は何もできない」という後ろ向きな思いを抱き、「自分はだめだ」と自分に対して否定的になってしまっている状態である。

この概念では、自信のない言動が多く見受けられた。今後への後ろ向きな思いと自分に対する否定的な思いがお互いに助長し合うことで、悪循環となる危険性もある。

例：「できることないがや、何にもない。情けないね。家事は父ちゃんがやるとるがや。なん、わしせんもん。だまって食べとる。できることは草むしり、そう、そ

れしかないもん。何にもできんもん、畑も田んぼもあれど。田んぼもいっぺんやって終わっとる。」

【死への意識】

自分の状態や生活など、様々なことに対しての自信を喪失し、自己に対して失望してしまう状況がひどくなることで、死を意識するようになる状態である。

〈情けなさからくる死の意識〉

病気になる、「自分は情けない」と感じることで、「死んでしまったほうがまだ」「死んでしまいたい」と考えてしまう状態である。

この概念では、病気になる自分・麻痺のある自分に対して完全に後ろ向きになってしまっているという思いが表出されている。死んだほうがいいという思いが表れている一方で、でも死ねないという思いも表出されている。

例：「最初の頃はまって、ほとんどできん、ほとんど歩くことも人の手を借りなきゃいかんし、食べることも自分の思うようにならなんだら、情けなくて情けなくて、ほんとに初めのうちは、あーこんなもん生きとったらあかんと、こんなもん死んでしまったほうがええと思ったこと何べんもあるから。」

IV 考 察

日本では従来、障害受容^{20~25)}において段階理論が多く用いられてきた。しかし、南雲²⁵⁾や梶原ら⁶⁾は段階理論というよりはプロセス（過程）としてとらえるほうがいいのではないかと述べている。本研究では、自分らしさ獲得という側面から脳卒中後片麻痺のある高齢者を対象に、彼らの自分自身に対する思いに注目した。その結果、脳卒中後片麻痺者の自分自身に対する思いも段階的な変化をたどるのではなく、プロセスであると推察された。

脳卒中後高齢在宅片麻痺者の中で、機能訓練（A型）に通所している者の自分らしさ獲得のプロセスは【悪化への困惑】をコアカテゴリーとして、【可能性への挑戦】【病気自体の回復を期待】【社会参加による楽しみの獲得】【自信からくる心のゆとり】【ピアな関係づくり】の前向きなカテゴリーと【受け入れざるを得ない自分】【もどかしさと苛立ち】【自己への失望】【死への意識】という後ろ向きなカテゴリーで構成された。

自分らしさ獲得のプロセスと特徴

本研究の結果（図1）では、【悪化への困惑】が中央に位置し、病気悪化をどのように捉えるかで、今後の彼らの思いが前向きな思いと後ろ向きな思いのどちらに移行していくかが左右されることを示している。彼らは、たとえ現在の状態に満足していたとしても、体を動かさないとまた悪くなってしまう、今以上に悪くなるのは嫌だと感じてい

る。このような疾患や麻痺が悪化していくことに対する不安や嫌悪感には誰にでも容易に生じてくる思いである。彼らは【悪化への困惑】を抱きつつ、前向きに思いを対処したり、状況によっては後ろ向きな思いで落ち込んだりする。つまりこの【悪化への困惑】の捉え方によって、彼らの自分自身に対する思いは変化していくと考えられる。

彼らは前向きな思いを抱くことで、心にゆとりが生じ、自分がどうありたいのかを考えることができるようになる。こうして自分がありたい姿を意識することで彼らは自分の新たな可能性を信じ、挑戦していこうとする。脳梗塞により右半身麻痺を負った森山²⁶⁾も、新たな自分の可能性を見出したことを述べている。このように自分の新たな可能性を見出し、その可能性を信じて挑戦していくことで、自分がどうありたいのかを模索し、「自分らしさ」の獲得へとつながっていくと考えられる。

後ろ向きな思いを経験した後、前向きな思いに移行した場合には、「病気になるて負けない」といったような前向きな思いがより強く表れていた。百田ら¹¹⁾は、脳卒中患者の主観的体験において落胆体験を認め、その落胆体験について、「回復を妨げるものでなく、逆に促進する契機となっているものと考えられた」と述べている。本研究で抽出された、後ろ向きな思いに関するカテゴリも、その思いのみに注目すると悪いイメージに捉えられる。しかし、その後ろ向きな思いから立ち上がり、抜け出すことで、より強く自分を見つめなおすことにつながってきていると考えられる。岡本ら¹⁰⁾や鈴木ら⁷⁾の報告から、【死への意識】の思いが大きすぎる場合には、回復や自分らしさ獲得を妨げる危険性もあると考えられる。しかし、自分のできないことを認めたり、何かを諦めたりすることで、より「今の自分」を意識することになる。そうして今の自分を見つめなおすことで、自分がどうありたいのかを考えていく。これが障害後の新たな自分らしさを見出すことにつながってくると考えられる。

自分らしさを獲得していく上で、彼らはその時々のみでなく、過去に築いてきた自分らしさの影響をも受け、様々な思いを抱きながら揺れ動いている。この彼らの様々な思いは一定方向のみに向かうものではなく、抽出されたカテゴリ間を互に行き来すると考えられる。前向きな思いや後ろ向きな思いのみにとどまっていることもあれば、他方へと移行していくこともある。そして、多くの経験を通して彼らはこのような思いの変化を繰り返していくと考えられる。また、自分らしさを獲得するということは一度で完了してしまうのではなく、常にカテゴリ間を流動的に移行し、様々な経験をしていくことで、その都度新たな「自分らしさ」を得ていくことになることが示唆された。

V 結 論

機能訓練（A型）に通所している脳卒中後高齢在宅片麻痺者へのインタビューを基に、どのように自分らしさを獲得していくのか、彼らの障害をもつ自分自身に対する思いの変化を修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチにより分析し、以下の結果を得た。

1. 脳卒中後自分らしさを獲得していく上での彼らの障害・自分自身に対する思いは、【悪化への困惑】をコアカテゴリとした【可能性への挑戦】【病気自体の回復を期待】【社会参加による楽しみの獲得】【自信からくる心のゆとり】【ピアな関係づくり】【受け入れざるを得ない自分】【もどかしさと苛立ち】【自己への失望】【死への意識】の10のカテゴリとして抽出された。
2. 10のカテゴリは、計21の概念で説明され、それぞれ前向きな思い、後ろ向きな思いという両極性の言動が含まれていた。
3. 機能訓練（A型）に通所する脳卒中後高齢在宅片麻痺者の自分らしさ獲得の特徴として、彼らの思いは一定方向のみに向かうものではなく、【悪化への困惑】を軸として、様々な経験を通して抽出されたカテゴリ間を行き来するものであることが示唆された。そしてこれらの思いを繰り返していくことで、より深く自分を見つめなおし、自分らしさを獲得していくことにつながると考えられる。

研究の限界

本研究では、グラウンデッド・セオリーの特性上、機能訓練（A型）に通所する脳卒中後高齢在宅片麻痺者についてのみ説明力をもつという方法的限定性をもつ。さらにデータ収集の都合上、対象者5事例からのデータであり、飽和状態に達したとは言いがたい。機能訓練（A型）に通所する脳卒中後高齢在宅片麻痺者の自分らしさ獲得のプロセスとして一般化していくには、さらなるデータの追加も必要であると考えられる。

謝 辞

本研究を行うにあたり、快くインタビュー調査にご協力下さいました対象者の5名の方々、また、最後まで御指導と御支援を下さいました塚原節子助教授、木下康仁教授（立教大学社会学部）に心から感謝いたします。

なお、本稿は富山大学大学院医学系研究科の修士論文の一部に加筆修正を加えたものであり、本論文の一部は第32回日本看護研究学会学術集会において報告した。

要 旨

本研究では、脳卒中後機能訓練（A型）に通所している高齢在宅片麻痺者が、退院後どのような思いを経て自分らしさを獲得していくのか、そのプロセスを明らかにすることを目的とした。対象者5名にインタビューを実施し、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析を行った。その結果、彼らの自分自身に対する思いは【悪化への困惑】を軸として、前向きな思いと後ろ向きな思いの中で揺れ動いていた。つまり彼らの今後の思いは、病気悪化の捉え方により左右される。自分らしさの獲得は【死への意識】により妨げられる危険性もある。しかし、様々な経験を通して、その思いを前向きに対処しようとするすることで、より深く自分を見つめなおすこととなり、さらには自分らしさを再獲得していくことにつながることを示唆された。また、自分らしさを一度獲得することで完了してしまうのではなく、常にカテゴリー間を流動的に移行していると考えられた。

Abstract

This study was aimed at clarifying the process how a person of advanced age with single paralysis after a cerebrovascular accident and commute to function training (A type) pass through any kind of thought and acquired a quality of oneself after a discharge. The data were collected from interviews of 5 individuals, and analyzed using the Modified Grounded Theory Approach. As a result, their feelings about oneself of them swung in the prospective feelings and backward feelings mainly on [perplexity to aggravation]. In other words, future feelings is controlled by how to catch their disease aggravation. It was suggested as follows that there is the danger that getting a quality of oneself is disturbed by [consciousness to death], but they will stare at oneself again, and besides, get a quality of oneself by being going to deal in the feelings forward through various experiences. In addition, it was thought that it's process was not completed by getting a quality of oneself once, and it always shifted between categories fluidly.

文 献

- 1) 厚生統計協会：厚生指標 国民衛生の動向, 53(9), 2004.
- 2) 棚橋紀夫：臨床家のための医学知識 脳血管障害, 作業療法ジャーナル, 39(1), 47, 2005.
- 3) 大野絢子：在宅看護に関わる現状, 杉本正子, 眞船拓子(編)：在宅看護論-実践をこぼに- [第2版], 廣川書店, 15-28, 東京, 2001.
- 4) 竹内孝仁：通所ケア学, 医歯薬出版株式会社, 175-196, 東京, 1996.
- 5) 岡本五十雄, 菅沼宏之, 他：脳卒中患者の障害受容(克服), 作業療法ジャーナル, 36(2), 169-173, 2002.
- 6) 梶原敏夫, 高橋玖美子：脳卒中患者の障害受容, 総合リハビリテーション, 22(10), 825-831, 1994.
- 7) 鈴木孝治：脳卒中患者の「障害受容」 その捉え方と支援方法, 作業療法ジャーナル, 38(1), 27-32, 2004.
- 8) 池添志乃：脳血管障害をもつ病者の家族の生活の再構築における家族の知恵, 日本看護学会誌, 22(4), 44-54, 2002.
- 9) 篠原純子, 児玉和紀, 他：脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因, 日本看護研究学会雑誌, 26(1), 111-122, 2003.
- 10) 岡本五十雄, 菅沼宏之, 他：脳卒中後の「希死念慮」-機能障害, 能力障害, 社会的不利, QOLなどとの関係, 作業療法ジャーナル, 36(3), 221-227, 2002.
- 11) 百田武司, 西亀正之：脳卒中患者の回復過程における主観的体験-急性期から回復期にかけて-, 広島大学保健学ジャーナル, 2(1), 41-50, 2002.
- 12) 山口悦子, 浅田美紀, 他：自宅退院脳卒中患者の外出にかかわる要因の検討, 北陸公衆衛生学会誌, 29(2), 76-81, 2003.
- 13) 宇佐美千恵子：障害別リハビリテーション看護の展開 VI. 脳血管障害患者, 大森武子, 泉キヨ子(編)：成人看護学 D. リハビリテーション患者の看護 第2版, 廣川書店, 185-202, 東京, 2003.
- 14) 脳卒中合同ガイドライン委員会：脳卒中治療ガイドライン 2004, 財団法人国際医学情報センター.
- 15) 河野あゆみ, 金川克子：在宅障害老人における閉じこもり現象の構造に関する質的研究, 日本看護学会誌, 19(1), 23-30, 1999.
- 16) Erik H. Erikson, Joan M. Erikson, et al. 著, 朝長正徳, 朝長梨枝子(訳)：老年期 生き生きしたかわりあい, みすず書房, 東京, 1990.
- 17) 川端啓之, 杉野欽吾, 他：ライフサイクルからみた発達臨床心理学, 190-191, ナカニシヤ出版, 京都, 1995.
- 18) 遠藤辰雄：アイデンティティの心理学, ナカニシヤ出版, 26, 京都, 1988.
- 19) 木下康仁：グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践【質的研究への誘い】, 弘文堂, 東京, 2003.
- 20) 江端広樹：障害受容のチームアプローチ 疾患における障害受容 I. 脳卒中, J Rehabil, 11(6), 498-501, 2002.
- 21) 南雲直二：障害受容再訪 社会受容の意義とコミュニティに基づく援助, 作業療法ジャーナル, 38(1), 12-16, 2004.
- 22) Cohn N : Understanding the process of adjustment to disability, J Rehabil, 27, 16-18, 1961.
- 23) Fink SL : Crisis and motivation ; A theoretical model, Arch Phys Med Rehabil, 48, 592-597, 1967.
- 24) 上田 敏：障害の受容, 総合リハビリテーション, 8, 515-521, 1980.
- 25) 南雲直二：障害受容の相互作用論-自己受容を促進する方法としての社会受容-, 総合リハビリテーション, 31(9), 811-814, 2003.
- 26) 森山志郎：心が動く, 壮道社, 東京, 2001.

〔平成18年6月6日受 付〕
〔平成18年11月22日採用決定〕

退院準備連絡票を活用した在宅療養支援システムの試み

The Development of a New Home-care Support System Utilizing
a Liaison Form for Hospital Discharge Preparation

美ノ谷 新子¹⁾
Shinko Minotani

福嶋 龍子¹⁾
Ryuuko Fukushima

杉宮 伸子²⁾
Nobuko Sugimiya

キーワード：在宅療養支援システム，在宅療養アセスメントシート，退院準備連絡票，在宅介護支援センター，患者自身の情報提供

Key Words : home-care support system, assessment sheet for home-care, liaison form for hospital discharge preparation, home-care support center, clientsent his own information

はじめに

医療機関での早期退院がすすめられている昨今，患者が退院後の在宅生活開始にあたっての困りごとを少なくし，安心して療養できるような退院準備システムを作ることが急務である。看護職の行う退院指導または退院準備教育は，入院中に行う退院後の療養生活のための準備であり，病院全体が目指す退院計画の重要な部分を担うものである。

患者が入院を機に人工呼吸器など医療機器を装着した場合や，身体活動の著しい低下をきたす場合には，退院準備教育なしで在宅療養へ移行することは困難を極めるであろう。しかし高齢者の場合には，たとえ医療依存度が高くなくても入院をきっかけに起こる心身の機能低下から，本人が自信を喪失し在宅生活へ戻ること躊躇することは充分考えられる。そのため，よりスムーズに在宅療養生活へ移行するには，早期の在宅療養準備が必要と考えられる。

在宅療養の継続性を図るための研究には，看護要約の検討¹⁾⁻⁵⁾や退院調整専門職の配置^{6) 7)}のほか病院内体制や関連施設との連携⁸⁾⁻¹⁰⁾についてなどがあり，病院における看護と訪問看護ステーションにおける看護の継続性や連携についての多くの取り組み¹¹⁾⁻¹⁴⁾がなされてきた。しかし在宅療養の継続を要するのは，医療依存度が高く訪問看護に連携の必要な患者ばかりではない。介護保険制度の中で介護予防活動が重要視されるようになって今まで以上に，在宅療養は地域においてその人の生活を支えるためのチーム活動¹⁵⁾としてとらえるようになった。さらに介護保険が施行されて以来，患者の退院後の療養生活を支えるのは，看護だけの連携・継続・システム化だけではほとんど何もできないということ¹⁶⁾が自明となっている。

入院中に患者自らが退院後の在宅療養生活の課題や要望を明らかにし，地域の援護機関に支援を求めるシステムを

つくることは，患者と家族の在宅療養開始にあたっての困りごとに対応し，ニーズに沿った生活を実現するものであると考えた。

そこで自作の退院準備連絡票（以下，連絡票と略す）を使用し，療養継続のツールとして活用できるのではないかと考えた。連絡票は，入院中に患者が退院後の生活の困りごとを明らかにするアセスメントシートの中で，看護師とともに記入し，客観的な判断も加わった情報となる。このシートの特徴は患者の意志で自ら在宅介護支援センターに送付するところにある。連絡票をうけた在宅介護支援センターでは，記載された要望に沿って相談に乗り，支援を行うことで在宅療養支援システムが始動することになる。連絡票の在宅療養支援システムのツールとしての有用性を検証する目的で研究をおこなった。

I. 研究目的

退院患者をスムーズに在宅療養生活へ移行するため，自作の連絡票を用いて，在宅療養支援システムを試行した。連絡票の評価を患者，看護師，在宅介護支援センター職員立場から行い，有効性，実用性を検証することを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究対象：A大学病院の入院患者で，在宅へ退院する者の受け持ち看護師および東京都B区在宅介護支援センター職員である。A大学病院の看護師長会で研究の趣旨説明をした後，研究に協力の得られた9つの病棟196人の看護師とB区の20カ所の在宅介護支援センターの看護職職員20人を対象とした。

退院患者のうちA大学病院の所在するB区内に住所を有

1) 東邦大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Toho University

2) 東邦大学医療センター大森病院 Toho University Ohmori Medical Center

する65歳以上の者で、在宅へ退院する者でかつ介護保険の未受給者を対象とした。既に介護保険を受給している者は介護支援専門員が退院後の在宅支援を行う可能性が高いが、介護保険を受給していない者には退院後の在宅支援を開始する手がかりはない。退院後に在宅支援をうける可能性が極めて低い介護保険未受給者を対象とした。連絡票を使用した2003年3月から5月の3か月間に退院した者のうち、B区内に住所を有する65歳以上の者は817人である。A大学病院は特定機能病院のため他病院への転院を経て在宅へもどることが日常的であることと、介護保険受給データがデータベースに入力されていないことから確実な事例対象者数を示すことは困難である。

2. データ収集期間：2003年6月～7月

3. 研究方法：入院中に、連絡票の記載に同意を得た対象患者と共に、看護師は退院後の生活の課題と要望を連絡票に記載した。患者と共に連絡票を記載した看護師の対応と連絡票に対する感想を聴取した。連絡票を受け取った在宅介護支援センター職員には連絡票の情報に基づく退院患者への対応を聴き取った。連絡票に記載した患者ごとに看護師の対応と感想、在宅介護支援センター職員の対応の内容から連絡票に関する発言を抽出した。

4. 退院準備連絡票を試用するまでの準備：2002年10月、病院看護師に対し介護保険および在宅療養支援についての勉強会を開催し、入院中から始まる在宅療養支援の意義を伝え関心を喚起した。その後、協力病棟ごとに看護師を対象とした研究説明会を実施した。説明会では研究目的、研究方法と具体的な研究要領や連絡票の使用法、対象患者へお願い文を添えてインフォームドコンセントを行う方法について説明した。

連絡票の記載内容は以下のとおりである。

- 「患者属性」：性別、年齢、住所、電話番号、入院年月日、退院予定年月日
- 「疾病管理に関して」：現在の病気・治療の状況、病名、特別な医療処置
- 「本人の状況」：身体状況の支援の要否、生活動作（Activity of Daily Living ; ADL）の支援の要否、日常生活動作（Instrumental Activity of Daily Living ; IADL）の支援の要否
- 「療養生活の状況」：介護者状況、介護上の問題の有無、家事支援の要否、環境の障害の有無
- 「退院準備」：本人・家族が習得した介護・医療処置技術、導入すべき医療の必要性
- 「介護保険手続き等」：手続きの状況、その他の制度利用の有無
- 「本人・家族の要望」：療養の場所の要望、具体的な希望内容

「在宅介護支援センターとの希望相談時期および方法・手段」の項目と「自由記載欄」と「記載者欄」からなっている。

各病棟ナースステーションには、クリアファイルに入れた「退院準備連絡票記載マニュアル」をおき、看護師がベッドサイドで患者と一緒に記載マニュアルを見ながら連絡票を記入できるよう準備した。記載後、患者が自ら送付できるように管轄の在宅介護支援センター一覧表を各ナースステーションにおいた。一方、B区の協力在宅介護支援センターの長と看護職を個別に訪問し説明した。または区の在宅介護支援センター職員連絡会に同席し、研究目的、研究方法を説明し、在宅療養支援システムの必要性と連絡票が届いた事例対象者への対応を依頼した。

5. 倫理的配慮：患者に対する研究協力の依頼は、原則として受け持ち看護師が行った。(i)研究の協力の有無によってケアに不利益を受けることが無いこと、(ii)研究途中で協力をとりやめることができ、その場合も理由を説明する必要もなく不利益をこうむることも無いこと、(iii)研究調査内容の公表は無記名で行い、個人情報保護されること、(iv)本人の意思に基づいて在宅介護支援センターへ連絡票を送付すること、(v)連絡票の有効性を確認するため複写することの了解について書面をもって説明した。また、対象患者と聴き取り調査した病院看護師と在宅介護支援センターとその職員は特定できないようコード化し、個人情報保護に努めた。

Ⅲ. 研究結果

連絡票を使用した退院患者対象者（以下、事例と略す）は7例であった。事例ごとに「現在の病気・治療の状況」「本人の状況」「療養生活の状況」「退院準備」と「本人・家族の要望」および「在宅介護支援センターへの希望内容」の概略を提示した。さらに連絡票を使用した看護師の対応と連絡票に対する感想、連絡票を受け取った在宅介護支援センター職員の事例への対応を表1に示した。

1. 事例の状況と対応

A氏は76歳の女性で、卵巣腫瘍手術後の患者である。手術後の経過は良好で、特別な医療処置はなかった。しかし、A氏は独居であることから、看護師は今後何らかの支援を必要とするのではないかと考えた。そして看護師は患者にとって連絡票が退院後役立つと判断し、患者と一緒に記入した。本人は身体状況・生活動作・日常生活動作・家事支援のすべてにおいて支援を必要としないと応えた。特に具体的な要望を示したわけではなかったが、在宅介護支援センターからの連絡を希望していた。連絡表を受理した在宅介護支援センターでは、A氏が独居ではあるが緊急に解決すべき課題のない対象であることから、在宅介護支援セン

表1 事例の困りごとや要望, 連絡票を使用した看護師および在宅介護支援センター職員の反応と対応

| 事例 | 連絡票に記した困りごとや要望 | 看護師の対応・反応 | 在宅介護支援センター 職員の対応 |
|----------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| A 76歳 女 | 卵巣腫瘍, 手術後良好 特別な医療処置なし 身体状況・生活動作・日常活動動作・家事支援等支援不要, (1) 独居で支援要, 環境障害なし, 医療の定期的要観察, 具体的な希望特になし, 連絡を希望する | A看護師 (1) <u>患者にとって必要なもので役立つと思う。</u> | Aセンター 対応: 本人へ手紙にパンフレットと名刺を添え送付した。独居ながら緊急に解決すべき課題のない方なので, 本人からの要望を待つ。 |
| B 67歳 女 | 溶血性貧血, プレドニゾロン30mg内服中 身体状況・生活動作・日常活動動作・家事支援等支援不要, (2) 家族介護方に不安, 環境障害なし, 介護保険: 自立, 家族構成の関係で在宅療養望めないと思う。 (3) <u>薬の副作用が不安</u> | B看護師 (2) <u>退院後もどこかにつながっていただける安心</u> | Bセンター 対応: 本人へ電話 本人「電話していただいたんですね, 元気なので大丈夫, 必要あれば連絡します」 その後, パンフレットをポストに入れる。 |
| C 80歳 男 | 右頰骨髄炎, 皮膚欠損, 骨欠損 今後必要なら, 骨移植術を行う予定 同居家族いるが, 介護者はいない。自宅で (4) <u>入院前と同様に家族と過ごしたい</u> , 両松葉杖を使用した歩行, 現在は相談希望なし。 | C看護師 近い将来すぐ援助が必要な人ではなかったが, (a) <u>スムーズに連絡が取れるのであれば</u> , と協力してくれた。 | Cセンター 特に何もしていない。今後の相談時のため, 台帳作成し管理した。 |
| D 年齢不明 男 | 膵臓癌, 化学療法2クール施行, インシュリン自己注射 日常活動動作: (5) <u>外出・買い物に少し介護必要</u> , 娘が近住なので大丈夫でしょう。環境: 浴室に多少障害あり。 介護保険: 本人申請不要, (6) <u>家族は申請希望あり</u> 。 退院後の訪問を希望, 娘と共に話を聞きたいので事前連絡欲しい。 | D看護師 すぐに在宅療養支援システムが必要な方ではなかったので(5) <u>趣旨説明が大変であった(所要時間30~40分)</u> | Dセンター 対応: 本人と娘同席のところへ訪問 介護保険の説明, 娘は心配, 本人は拒否のため, 家族で相談後, 連絡いただくことにした。 |
| E 69歳 男 | 膵臓癌, 肺腫瘍, 化学療法2クール施行, 息子と二人暮らしのため, (要介護状態の) (7) <u>そのときにならないと, 介護上の問題は考えられない</u> 。 退院後の訪問を希望する。 | E看護師 本人から (b) <u>「退院前に情報が伝達され何かあったときに対応してくれるシステムはいいね」</u> といわれた。 (6) <u>連絡票の質問項目多い。</u> (7) <u>説明などに手間暇がかかった。</u> | Eセンター 対応: 本人へ訪問 パンフレットで介護保険の説明をするが, 「今は大丈夫です」と。 親族が集まる話し合いの機会に相談する約束 |
| F 68歳 女 | 糖尿病 (自己注射・血糖測定), 喘息 同居家族, 介護者いない。 退院後の電話連絡を希望する | F看護師 退院する間に記入, (3) <u>連絡票で新たな情報が得られた。</u> もっと早期の情報把握で違うかわりができたかと思う。 | Fセンター 家族が区へ対応の不满などを言ってきた事例 情報をもらっても状況が変わると変化するし, 本人と家族で問題の把握が相違することがあり, 双方の立場の違いを聞いてじっくり対応が必要。 |
| G 76歳 女 | 膵臓癌, 膵臓瘍, 前腕血管炎の処置 身体: (8) <u>危険の認知に要支援, 生活動作: 身支度: 入浴・歩行・排泄に要支援, 日常活動動作: 服薬・外出・買い物に要支援</u> , 家族: 同マンションに息子夫婦が居住し面倒見てくれる。 環境: 屋外から家屋内移動に障害あり, 浴室に障害あり 在宅か施設かは思案中 (9) <u>退院後の介護が入院中と同様にはできないと思われ不安である。</u> | G看護師 患者にとって (4) <u>身体情報を継続して見る事はすごく良い。</u> <u>医療上必要な方以外にも継続対応があると良い, 簡略化した情報で負担感はなかった。</u> <u>用紙があるとすぐ地域に対応してもらえる手段となる。</u> | Gセンター 電話・住所などの連絡先の記入がなく, 特に何もしていない。 連絡票を在宅介護支援センターに持参であればつながったかも。 相談につながればよかった。 |

注) 表中の は本人の困りごと, () 数字は看護師が述べた長所, < > アルファベットは看護師が受けた患者から発せられた言葉, < > 数字は看護師が述べた欠点を示す。
なお, 表中の用語は退院準備連絡票の記載内容に準じ使用した。

ターのパンフレットに手紙と名刺を添えて送付し、本人からの要望を待った。

B氏は67歳の女性で、溶血性貧血のため副腎皮質ホルモンを内服中の患者であった。看護師は退院後も何らかの見守りがあることや見守りのシステムに組み込まれていることが本人の安心感につながると考え、患者と共に連絡票を記入した。本人は身体状況・生活動作・日常活動動作・家事支援のすべてに支援を要しない状況であったが、家族介護力があるかどうか分からないことに不安を感じていた。殊に家族構成の関係で在宅療養の希望が実現するかを心配していた。また、具体的に薬の副作用を心配していた。連絡表を受理した在宅介護支援センターでは本人に電話をしたが、本人が「必要ならば連絡します」との返事であったので、在宅介護支援センターのパンフレットを投函した。

C氏は80歳の男性で、右頰骨髄炎、皮膚欠損、骨欠損の患者である。今後必要ならば骨移植術を行う予定である。すぐ援助が必要な人ではないと看護師は判断し、患者が「スムーズに連絡が取れるのであれば」と言って協力してくれた事例である。本人は入院前と同様に家族とすごしたい希望をもっており、歩行は両松葉杖を使用していたが、本人から在宅介護支援センターへ相談の希望はなかった。連絡表を受理した在宅介護支援センターでは今回特に本人に何もしておらず、今後相談があったときのために台帳を作成し、連絡票はそこに管理した。

D氏は年齢不明の男性で膵臓がんのため化学療法を2クール受け、インシュリン自己注射を行っている患者である。退院後すぐに支援が必要な人でなかったため、看護師が本人へ説明し同意を得るのに時間を要した。本人は外出・買い物に介護を要するが、娘が近くに住んでいるので大丈夫だろうと考えていた。本人は介護保険の申請を不要と言っていたが、家族は申請を希望していた。退院後、娘と一緒に話をききたいと在宅介護支援センター職員の訪問を希望した。連絡表を受理した在宅介護支援センターは訪問し、本人と娘が同席している場で介護保険の説明をした。娘は父親を一人にしておくことを心配していたが、本人が申請を拒否したため、家族で相談後在宅介護支援センターへ連絡することとなった。

E氏は69歳の男性で、膵臓がんと肺気腫のため化学療法を2クール受けた患者である。本人は息子と二人暮らしであり、調査現在では介護上の問題は考えられないと言い、退院後の訪問を希望した。本人は連絡票について「退院前に情報が伝達され何かあったときに対応してくれるシステムはいいね」と看護師に言っていた。在宅介護支援センターは訪問し、介護保険の説明をしたが、その時は「今は大丈夫です」という反応であった。親族の集まる話し合いの機会に介護保険の相談をしてもらう約束を本人とした。

F氏は68歳の女性で、インシュリンの自己注射をしており喘息の患者である。同居家族も介護者もおらず、本人は退院後に在宅介護支援センターからの電話連絡を希望した。退院間際にプライマリーナースでない同じチームの看護師が患者と共に連絡票を記入したが、入院記録では知り得なかった新しい情報が得られた。F氏の連絡票が在宅介護支援センターに届いた前日、F氏の家族が同在宅介護支援センターへ区の不満を言って来ており、本人と家族で問題の捉え方に相違があった。在宅介護支援センターでは双方の立場の話をきいてじっくり対応する必要があると判断し、早急には対応していない。

G氏は76歳の女性で、膵臓がん、膵膿瘍の患者であり前腕血管炎の処置を要した。医療上必要のない患者にも身体情報などの継続対応があると良い、連絡票のような書類があると地域で対応してもらえる手段となる、と看護師は考え連絡票の記入を患者と共にやった。連絡票の質問項目のうち、「危険の認知」「生活動作」「日常活動動作」に支援を要し、「環境上の障害」があった。本人は療養の場を在宅にするか施設にするかの思案中であった。同じマンションに息子夫婦が住み面倒をみているが、退院後の介護がどうなるのか、入院中と同じ様にはできないのではないかと心配していた。連絡票を受け取った在宅介護支援センターでは電話、住所などの連絡先の記入がなく対応できなかった。

2. 事例の困りごとの内容と在宅介護支援センターへの相談希望

表1の(1)~(9)に示すようにF氏以外の6事例に各々違った困りごとや心配があった。そのうち、介護、支援に関する困りごとや心配が「独居で要支援」「家族介護力の心配」「外出・買い物に少し介護必要」「危険の認知・生活動作・日常活動動作に要支援」「退院後の介護が入院中と同様にはできないと予測でき心配」で、のべ5事例であった。また将来の介護、支援に関する困りごとや心配が「家族は(介護保険の)申請を希望」「そのときにならないと介護上の問題は考えられない」の、のべ2事例であった。

在宅介護支援センターから退院後の連絡希望を申し出た者が4事例であった。F氏は具体的な困りごとは無かったが、退院後の電話連絡を希望していた一人である。残る3事例は、相談希望がない者、連絡先を明記しなかった者、在宅療養が出来るかどうか心配しながら相談希望を明確にしなかった者であった。

3. 看護師が受け止めた連絡票の長所と欠点

看護師の連絡票を活用した感想・意見のうち、看護師が述べた長所は表1の〈1)~〈4)に示すように「必要なもので役立つ」「退院後もどこかにつながっていただける安心」「連絡票で新たな情報が得られた」「身体情報を継続して見

る事はすごく良い」であった。また表1の〈a〉〈b〉に示す「スムーズに連絡が取れるのであれば」「退院前に情報が伝達され何かあったときに対応してくれるシステムはいいね」といった患者からの反応を看護師は受け止めていた。

欠点として看護師は「趣旨説明が大変であった（所要時間30～40分）」「連絡票の質問項目が多い」「説明などに手間隙がかかった」など、表1の《5》～《7》の意見を挙げていた。

4. 連絡票を受理した在宅介護支援センターの対応

在宅介護支援センターでは連絡票を受け取ってすぐ対応していた。対応方法は訪問2事例、手紙1事例、電話1事例であった。相談希望がない、相談希望を明確にしない2事例には何も対応しなかった。連絡先を明記しない1事例には対応出来なかった。

IV. 考 察

連絡票使用前の準備期間に、退院患者を送り出す病院と退院患者を受け入れる地域の両者に在宅療養支援システムの説明をし、協力を求めた。病院、在宅介護支援センターのどちらも在宅療養支援システムは必要であるとの認識をもっていた。その結果、連絡票の記入と送付、受理と対応について病院看護職と在宅介護支援センターの双方の理解が得られ、双方の協力体制のもとに連絡票を試用することができた。今回の試用により得た患者および看護師、在宅介護支援センター職員の反応・対応から連絡票の意義と今後の課題について考察する。

1. 連絡票の意義

1) 患者・家族にとっての意義

研究対象は介護保険を受給していないものに限定した。年齢不明の1事例を除き65歳以上であり、入院中に介護保険受給申請を行わなければならないほどの重症ではなかった。しかし1事例を除くそれぞれが困りごとを持ち、4事例が退院後の相談を希望していた。患者は退院に向けて医療上のことだけでなく様々な困りごとの相談や対応を希望することがあるが、連絡票には医療以外の困りごとや要望を記すことができた。また、連絡票の質問項目は、身体面からの介護の要否や環境面での良否を患者・家族に思い起こさせ、退院後の生活を具体的にイメージする材料となったと思われる。患者・家族は連絡票の記載により、退院後の生活の課題や準備の内容を確認することができたのではないかと考える。

連絡票の記載について、患者は「(退院後) スムーズに連絡が取れるのであれば」と協力し、他の患者は「退院前に情報が伝達され何かあったときに対応してくれるシステムはいいね」と看護師に語っていた。患者・家族は連絡票

のようなツールがあると地域の支援機関に対応してもらえると理解していた。7事例は医療的に地域連携の必要性は少なく、介護保険制度上のつながりのない対象であった。このような事例では退院した療養者を地域で把握することはできない。たとえ困りごとや要望を持っていても、その情報の伝達がなかったので退院患者へ働きかけることは不可能であった。しかし患者は連絡票を自ら送付して情報提供し、支援を申し出た。連絡票は、困りごとや要望をもつ患者の退院を地域に知らしめるツールとなったと言える。

2) 看護師にとっての意義

看護師は、退院患者を地域へ申し送るの必要性を感じながらも、困難を感じていた。困難の具体的内容は、誰が、いつ、どのように患者情報を地域へ提供するかという、申し送り方法であった。連絡票の場合、申し送りは記載した本人の判断と意思で、本人の手によって行われた。このことから看護師は、退院患者の個人情報保護しながらも、本人の意思を尊重して、地域へ退院患者情報を申し送ることができた。看護師は退院前に把握できる確実な情報の収集に専念することができ、情報提供の時期と方法は本人に任せることができた。

連絡票を患者・家族と共に記載することで、看護師は把握していなかった患者の背景や状況の新たな情報を得た(F看護師)。連絡票は在宅療養情報の最低限の内容を確認する手段となった。

看護師は、「何かあったときに対応してくれるシステムはいいね」や「スムーズに連絡が取れるのであれば」といった患者の発言を受け止めた。連絡票によって困ったときの対応や連絡のきっかけとなることを期待する患者の気持ちを、看護師は理解した。そして、患者が退院後の継続した対応やスムーズな連絡体制を希望していることを知ることができた。

看護師自身は、退院後もどこかに繋がる安心感を得るツールとしての連絡票を、退院患者にとって必要で有効であると認識していた。

3) 在宅介護支援センターにとっての位置づけ

全ての連絡票は在宅介護支援センターの下へ郵送された。在宅介護支援センターのかかわりは訪問希望のD氏、E氏には訪問を、連絡希望のA氏には郵便で、家族介護力を心配していたB氏には電話による連絡を実施していた。電話連絡を希望したF氏は、家族と本人の問題の把握が相違することもあり、時間をかけて経過を追うことにした。F氏を含めすぐに対応しなかったのは3事例であった。そのうちC氏は相談を希望しておらず、G氏は連絡先が全く記入していなかったため対応できなかった。7事例とも連絡票情報からすぐに具体的な支援が開始されたわけではないが、その場合でも連絡票を個人ファイルにし、次回相談

等のあったときのため資料として保存された。

以上のように、送付された連絡票は在宅療養開始する退院患者の所在を示すことができ、要望や課題を地域の相談窓口である在宅介護支援センターに提示することとなった。在宅介護支援センターは退院患者の要望への対応はすぐに個々の希望に応じて行った。すぐに支援を要しない場合もパンフレットの送付など介護予防の対応が行われた。そして今後のフォローの具体的な資料としてファイル保存されたといえる。

4) 連絡票を患者自身が送付する意義

患者自らが看護師の助言を得て一緒に連絡票を記入し送付した。このプロセスは、患者自らの責任において自分の状況を伝え、困りごとへの支援の希望を発信するところに特徴がある。従来の医療関係者間の連携とは異なり、患者自らの責任と意思で自己決定し行動していく過程を、病棟看護師と在宅介護支援センター職員が寄り添って支援することで成り立っている。患者が入院中に、在宅療養に向けての困りごとや課題と要望を連絡票を用いて看護師と共に明らかにした。この連絡票は退院の事実を伝える情報伝達書であり、退院後の支援を求める依頼書であり、希望を示した要望書である。看護師は連絡票を送付する手段は伝えたが、情報提供の決定は患者自身の判断と選択に任された。以上のように看護師は患者の起こす行動のすべてのプロセスに深く関わっていた。看護師は連絡票活用の全過程を通じて、患者の自己選択・自己決定を尊重した働きかけを行い、セルフケア能力を引き出す教育的支援をしたと考える。

在宅療養支援システムは、連絡票というツールを用い、患者自ら主体的に地域へ情報提供するところに意義があり、従来の本人以外の専門職による連携や情報提供にはない特徴があると考えられる。

2. 今後の課題

1) 運用面の見直し

連絡票は最低限の情報量にとどめたこともあり、看護師の意見は様々であった。「簡略化した情報で(協働記載に)負担感はなかった」という意見がある一方で、「連絡票の質問項目が多い、説明などに手間暇がかかった」という意見があった。また、連絡票の「趣旨説明が大変であった(所要時間30~40分)」という看護師の反応もみられた。インフォームドコンセントに始まり、患者への説得とアセスメントの協働作業に看護師は多くの時間を要したであろう。患者と看護師の最小の負担で的確な情報を得られるような連絡票の修正とその運用の見直しを行う必要がある。

2) 限界と課題

各事例にすべて別の看護師が連絡票を試用したが、時間を要する作業であったことから、退院準備や指導に関心の

ある意欲的な看護師に限られたのではないかと推測される。退院準備の一環としてどの担当看護師にも連絡票が活用されるようにすることが今後の課題である。

今回は連絡票の受理と患者情報に対応できる在宅介護支援センターを活用するため、65歳以上の、ある一定地域の対象に限定した。65歳未満の場合には、在宅介護支援センターを活用することはできない。病院所在地以外の住所地の対象に連絡票を適応する場合、どのようなシステムを活用できるかは今後の課題である。

患者・家族、看護師、在宅介護支援センターのそれぞれにとって連絡票の意義がみとめられたが7事例と少なかった。今後上述の運用面の見直しをはかり、活用事例数を増やして連絡票の有用性をさらに確かなものにしていきたい。

V. 結 論

入院中に患者自身が看護師と共に連絡票を記載して在宅介護支援センターへ送付した。連絡票を受けた在宅介護支援センターでは連絡票の要望に沿って対応した。これら一連の在宅療養支援システムが7事例に試行できた。

連絡票は患者・家族の困りごとや要望を明らかにし、患者自ら発信する情報伝達手段となった。看護師は連絡票を退院患者を地域へ繋げる有効な手段と認識し、患者と共に実施した。連絡票を受理した在宅介護支援センターでは、連絡票に基づいた退院患者情報により、本人の要望に対応することができた。連絡票は、これを試用した患者・家族、看護師、在宅介護支援センターのそれぞれにその意義が認められた。

看護師は連絡票活用の全過程を通じて、患者の自己選択、自己決定を尊重した働きかけを行い、セルフケア能力を引き出す教育的支援を果たした。

今後は連絡票の修正とその運用面の見直しをはかり、患者・看護師に取り組みやすいものに改善する必要がある。そして事例数を増やし、連絡票の退院後の療養生活支援への有用性をさらに確かなものにしていきたい。

謝 辞

本研究は平成14年度木村看護教育振興財団の研究助成を受けて実施しました。研究をお引き受け下さいました患者様、看護師の皆様および在宅介護支援センターの職員の皆様にご心より深謝申し上げます。元大田区役所介護保険課の木津初美保健師、元大田南地域行政センター地域福祉課の金高加代子保健師はじめ保健師の皆様、東邦大学医学部付属大森病院(現在東邦大学医療センター大森病院)の平沢永子元看護部長に深く感謝いたします。

要 旨

退院患者がスムーズに在宅療養生活に移行することを目的に、退院準備連絡票（以下連絡票とする）を用いた在宅療養支援システムを試行した。患者が入院中に看護師と共に退院後の療養生活をアセスメントして連絡票に記載し、自ら在宅介護支援センターへ送付する。連絡票に記載された要望・課題に沿って在宅介護支援センターは対応する。この一連のルートを実例7事例に試行した。看護師は退院患者を地域へ繋げる有効な手段と認識して患者と連絡票に記載した。患者は困った時の対応を得るためのツールと考え、自ら判断し情報提供した。在宅介護支援センターは本人からの情報である連絡票の要望に基づき対応した。看護師は連絡票活用の全過程を通じて、患者の自己選択、自己決定を尊重した働きかけを行い、セルフケア能力を引き出す教育的支援を果たした。今後、連絡票の修正と運用面の見直しをはかり、事例数を増やし、連絡票の有用性を確実なものにしていきたい。

Abstract

This study developed and evaluated a home-care support system utilizing a liaison form for hospital discharge preparation to facilitate the transition of clients from hospital to home care. In this system, the client is helped by nurses to assess probable life under care after discharge from hospital. Client lifestyle and needs are described in an assessment sheet for home-care, sent by the client to a home-care support center while still in hospital. The home-care support center acts according to requests and tasks described in the form. This series of steps was applied to 7 cases. Nurses completed liaison forms after recognizing the system as useful for developing connections between clients discharged from hospital and the community. Clients considered the system as a tool for addressing problems, and provided information at their discretion. The home-care support center acted according to requests in liaison forms, which represented information provided by clients. Throughout the process of utilizing liaison forms, nurses achieved educational support to improve self-care abilities in patients, acting with respect for the self-selection and self-determination of clients. Future improvements in usability of the liaison form will be achieved by modifying and reviewing the operating system with increased numbers of cases.

文 献

- 1) 加藤ハマ子：「連絡票」を活用し、各施設間での看護職のネットワーク化を図る－先駆的保健活動交流推進事業からの成果。看護，49(12)，80-91，1997。
- 2) 田邊郁子，尾崎美智子他：地域医療との連携の中で継続看護の充実を目指す。看護の研究，31：172-175，1999。
- 3) 永光訓子，福嶋雅子：継続看護に生かせる看護の視点。看護実践の科学，21(2)，75-78，1996。
- 4) 柏木聖代：訪問看護ステーションと病院間で求められる情報とは。訪問看護と介護，8(3)，186-190，2003。
- 5) 石垣恭子，高見美樹他：「病院から訪問看護ステーションに送る看護サマリーデータベースの構築」に向けての基礎的看護サマリー情報の整理。日本在宅ケア学会誌，4(3)，40-47，2001。
- 6) 倉田和枝：「退院調整専門看護婦」設置に伴う波及効果。看護，49(12)，92-103，1997。
- 7) 藤井寿恵，江藤京子他：地域へつなげるクリティカルパスの作成。看護展望，25(10)，28-33，2000。
- 8) 野沢りかこ，奥田希世子他：病院とケアプランセンターとの協働。看護展望，25(10)，34-38，2000。
- 9) 大内宏子：総合相談・地域連携室を窓口で退院後の生活を支援する。看護展望，25(10)，45-51，2000。
- 10) 長岐裕子：院内と院外の介護支援専門員の連携。看護展望，25(10)，39-43，2000。
- 11) 隅倉芳子：訪問看護ステーションの立場からみた連携の実際。訪問介護と看護，8(3)，196-199，2003。
- 12) 藤原泰子：病院とステーションの連携。訪問介護と看護，8(3)，174-180，2003。
- 13) 鬼海博美：ケアマネジャーとして病院・訪問看護ステーションをつなぐ。訪問介護と看護，8(3)，191-195，2003。
- 14) 櫻井順子：病院リーダーナース研修報告 病院ナースがステーション理解を深めるための試み。訪問介護と看護，8(3)，200-203，2003。
- 15) 酒井郁子：看護の連携・継続の現状と課題。Quality Nursing，9(6)，4-10，2003。
- 16) 石垣和子：地域における看護の連携・継続・システム化について－介護予防を中心として－。Quality Nursing，9(6)，16-23，2003。
- 17) 吉本照子：看護のシステム化を推進するための教育支援。Quality Nursing，9(6)，24-29，2003。
- 18) 河野順子，永岡明子：病院・地域のケアシステムの変革をめざした退院計画のありかた。看護実践の科学，25(9)，25-31，2000。
- 19) 本田佳津子：社会福祉系ケアマネジャーの立場から一般病院に望むこと。看護展望，25(10)，24-27，2000。
- 20) 篠田道子：連携をスムーズにする退院計画 診療報酬・介護報酬に着目した連携を。訪問介護と看護，8(3)，181-185，2003。

〔平成17年10月6日受 付〕
〔平成18年10月23日採用決定〕

精神看護学実習における「学び」の内容分析と看護過程の有効性

An Analysis of What Students in Psychiatric Nursing Practice and Effectiveness of Nursing Process

折山 早苗

Sanae Oriyama

キーワード：看護学生，精神看護学実習，看護教育，看護過程

Key Words：nursing students, psychiatric nursing practice, nursing education, nursing process

I. 緒言

看護教育における臨床実習は、対象個々に応じたケアの実際を学び、看護体験をとおして自己理解を深め、専門職の価値観を育むという意義がある¹⁾。特に精神障害者の場合、対人関係障害があり人的環境の変化を敏感に感じ取り、関わる者として自己の関わりの結果を受け止めざるを得ない状況となる。精神看護学実習は、看護学生（以下、学生とする）にとって自己理解の機会として有効とされ²⁾、精神障害者観の変化とともに自己変化をもたらすといわれている³⁻⁵⁾。しかし、学生にとって対象となる精神疾患患者（以下、患者とする）は外見からでは分からない精神面の障害ゆえに、状態の把握は難しく、学習活動もこれに影響を受けやすい状況におかれる⁶⁾。また、看護者の行っている看護実践やその意図も見えにくい為、学生は精神看護学実習の期間中に学習効果を実感しにくい⁷⁾といわれている。

精神看護学実習における学生の「学び」に関する先行研究では、患者-看護者関係におけるコミュニケーションスキルや、学生が直面した事例を通しての検討などが多く認められた^{8)・9)}。しかし、精神看護学実習で患者と看護者間の相互行為における学生の「学び」を明らかにした研究¹⁰⁾は少なかった。また、看護過程演習の効果についての研究¹¹⁾は認められたが、精神看護学実習から得た「学び」の内容を明らかにし、「学び」の内容に沿って看護過程の有効性を分析した研究は見出せなかった。

本研究の目的は、精神看護学実習における学生の学びの意識を高める教育方法を検討するための基礎資料を得るために、

- 1) 精神看護学実習での学生の「学び」の項目を抽出する。
 - 2) 「学び」の内容に沿って、看護過程の有効性を学生の認識面から分析する。
- の2点とした。

II. 対象と方法

1. 対象

3年課程某看護専門学校3年生80名の内、看護過程演習が終了していない学生9人の実習終了後の記録、および看護過程演習終了後、実習中に看護過程を展開しなかった（以下、実施前とする）学生29人と、翌年同時期の実習中に看護過程を展開した（以下、実施後とする）学生25人とした。

2. データ収集期間

実習終了後の記録は2004年4月、実施前のデータは同年9月から12月までとし、実施後のデータは2005年9月から12月とした。

3. データ収集方法

9人の学生は、精神看護学実習の終了後に実習記録とともに「学び」を記載した。記録は実習終了時に提出され、このうち、「学び」の自由記述式の項目をデータとした。

次に各項目について学べたと実感できたのかを確認するために、実施前と実施後に質問紙調査を実施した。

4. データの分析方法

学習成果確認のための学生9人は、全学生の11.3%を占め、学習内容をほぼ抽出可能と考えた。学生9人の記録の分析はBerelson¹²⁾の手法を用いた。記録単位は、精神疾患患者を受け持った実習で「学んだこと、感じたこと」が記述されている主語と述語からなる1文章とした。文脈単位は、記述内容の全体の文脈が理解しやすい学生1人分の記録全体とした。

次いで、分析対象とする記述を意味内容の類似性に従い分類し、その分類を忠実に反映したカテゴリネームをつけ、分類された記録単位数を算出した。分類とカテゴリネームについては、看護師経験5年以上、看護教育経験3年以上でいずれも精神科の勤務経験のある研究者3名で繰り返し検討した。カテゴリの信頼性は、Kaplan-Goldsenの全体信頼性係数¹³⁾に基づき一致率を算出し検討した。

更に、カテゴリーネームの項目が学べたかどうか自記式質問紙調査を行い、回答の選択肢については「学べた」から「学べなかった」の4段階で自己評価を促した。この際、実習中の学びを全て表現できていない場合を考え、カテゴリーネームの項目に「その他」を加えた調査票とした。学生「学べた」を4点とし、以下1点ずつ減じて「学べなかった」に1点を付与して得点を算出した。従って、点数の多いものが「学べた」ものとなる。質問紙の信頼性の確認には、Cronbachの α 係数を算出した。また、最も学べた項目上位5位までを選択し順位づけを指示し、「上位1位」を1点とし、以下1点ずつ加えて「上位5位」を5点として「その他」には6点を付与して得点を算出した。この場合、点数の低いものが「最も学べた」ものとなる。また、KendallのW検定を行い順位づけの一致性を確認した。実施前、実施後の学びについては、t検定を用いた。有意水準は $p < 0.05$ とし、統計処理には統計パッケージSPSS11.0J (for Windows) を使用した。

5. 倫理的配慮

学生には、研究の趣旨説明とともに協力を依頼し、研究の同意を得た。なお、データとした「学び」のレポートは実習課題のために記名式であるが、1) 研究目的以外には使用しないこと、2) 研究過程においては個人が特定されないよう配慮を行うことの2点を説明し、プライバシーの保護に努めることを約束した。また、質問紙調査は、無記名で行い、回答をもって本調査の同意を得たものとした。

III. 実習の概要

実習目的・目標、実習方法、実習日程、受け持ち患者の特徴については、表1、表2に示した。

IV. 結果

1. 学習成果

1) 精神看護学実習での学びの構成

記述内容は、104の記録単位に分割された。これらのう

表1 実習概要

| | |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 実習目的 | 精神看護の対象を理解し、心の健康を維持するための援助及び、心のバランスを崩している人々や精神障害者及び家族に対する援助について学ぶ。 |
| 実習目標 | <ol style="list-style-type: none"> 1) 精神看護の対象および精神看護の場を理解する。 2) 治療的環境の意味を知り、その中での看護師の役割を理解する。 3) 「心を病む人」の内的世界を理解し、対象を尊重し接することができる。 4) 対象の「その人らしさ」を尊重しながら日常生活の援助を行い、対象との治療的なコミュニケーションを促進する。 5) 精神症状に応じた治療内容と患者への対応を理解する。 6) 対象とのかかわりを振り返り自己理解・自己活用の重要性を理解する。 |
| 実習方法 | <ol style="list-style-type: none"> 1) 実習施設の概要 精神疾患専門病院（病床数325床）で、デイケア施設、訪問看護ステーションも併設されていた。病棟数は6病棟で、そのうち閉鎖病棟〔急性期病棟（男性のみ）・精神科一般病棟（男性のみ）・精神科一般病棟（女性のみ）〕の3病棟で、4週間（月～水曜）90時間を実習した。 2) 実習状況 学生は各病棟に4～5人が配置となり、患者1人を受け持った。2週目からは訪問看護1日とデイケア2日を経験した。指導は、病棟毎の専任臨床指導者1～2人と教員1人で担当し、教員は各病棟をラウンドして指導者との調整を図りながら学生指導にあたった。 3) 患者の選定 <ol style="list-style-type: none"> ① コミュニケーションが可能な患者 ② 精神障害の特徴が理解できるような患者 ③ 症状が捉えやすい患者 |

表2 実習の日程

| | 1週目 | 2週目 | 3週目 | 4週目 |
|-------------------|-----------|------------------------|------------------------|-----------|
| 急性期病棟 (男性病棟) | 病棟実習 (3日) | 訪問看護 (1日) デイケア (2日) | 病棟実習 (3日) | 病棟実習 (3日) |
| 精神科一般病棟 (男性病棟) | 病棟実習 (3日) | 病棟実習 (1日) デイケア (2日) | 訪問看護 (1日) 病棟実習 (2日) | 病棟実習 (3日) |
| 精神科一般病棟 (女性病棟) | 病棟実習 (3日) | 病棟実習 (1日) デイケア (2日) | 病棟実習 (2日) 訪問看護 (1日) | 病棟実習 (3日) |

各病棟：実習学生4～5人、専任臨床指導者1～2人
教員1人が3病棟の調整と学生指導を行う

ち「精神看護学実習で学んだこと」に関して記述内容が明確な87記録単位を分析した。この結果、14カテゴリの分類を通じて、以下の6コアカテゴリが形成された(表3)。

コアカテゴリは、【患者理解】、【患者との関わり方】、【患者に合わせた看護技術】、【コミュニケーションスキルの活用方法】、【精神疾患患者の生活環境】、【自己理解】と内容の主題を命名した。

カテゴリへの分類の一致率は93.7%であった。抽出された記録単位数の多いカテゴリから順に、その内容を以下に述べる。

(1) 【患者理解】のコアカテゴリは31記録単位から構成され、記録総数の35.6%であった。カテゴリは、患者の人物像(障害されている部分と健康な部分・生育歴・性格)の理解、薬物療法の理解、病識・病感の理解とその影響、患者を支える家族の支援、レクリエーション療法の理解、他職種との連携の6点で成り立っていた。

具体的記述内容は、患者のどこが問題なのか理解し考えることが大切である、患者は服薬の重要性、継続服薬の必要性が理解できていない場合が多く、服薬指導の重要性と難しさを実感した。患者は病識が持ちにくく、服薬拒否など治療がうまく進まない場合がある。家族のサポートがあれば、在宅で生活できそうな人もサポートがないために退院を困難にしていた。レクリエーションの場合は、他人と協力して何かを行ったり、決められたルールを守ったり、自己表現の場となっていた。申し送りの時もケースワーカーや作業療法士もいて、これが、他職

種との連携であり情報の共有であることが分かったなどであった。

(2) 【患者との関わり方】のコアカテゴリは19記録単位から構成され、記録総数の21.8%であった。カテゴリは、患者の気分や調子を考慮した距離のとり方、患者を尊重し、患者の立場に立った対応の理解、自らが患者の影響因子となることへの不安、患者のペースを尊重した関わり方の4点で成り立っていた。具体的記述内容は、患者の気分や調子も1日のうちで変化があり、その時々の様子をみながら、関わり方を考えることが大切であった。看護師は、身体面、生活面、心のこと、治療のことを理解し、必要な時には情報を共有したりしていくことが役割と感じた。自己の接し方が原因で、ストレスとなり、患者の負担となってしまうのではないかと不安を感じた。患者のペースを考え、患者の反応をみたり、話始めるのを待ったりすることで、徐々にコミュニケーションがとれるようになったなどであった。

(3) 【患者に合わせた看護技術】のコアカテゴリは18記録単位から構成され、記録総数の20.7%であった。カテゴリは、セルフケア能力獲得に向けた援助方法の理解であった。具体的記述内容は、精神科は自立と社会復帰を目標としているので、セルフケアの部分も自立できるように、その人のセルフケアを障害している部分に合わせた援助の必要性が分かったなどであった。

(4) 【コミュニケーションスキルの活用方法】のコアカテゴリは10記録単位から構成され、11.5%であった。具体的記述内容は、話を聞こうとする姿勢、伝えようとする思いがとても大切だと感じたなどであった。

(5) 【精神疾患患者の生活環境】のコアカテゴリは5記録単位から構成され、記録総数の5.7%であった。具体的記述内容は、鍵がかけてあることは、患者の安全を確保するために行われていることだが、患者にとって辛いことだと思ったなどであった。

(6) 【自己理解】のコアカテゴリは4記録単位から構成され、記録総数の4.6%であった。具体的記述内容は、実習では自分の言動を振り返ることが多く、自己の傾向が分かったなどであった。

以上より、看護過程演習を終えていない状況ではあったが、患者理解や患者との関わり方、精神看護の特有の援助技術についても学んでいた。また、カテゴリ化した学びは、学生に精神看護学実習目標として提示した内容に共通するものであった。

2. 質問紙調査

実施前の調査では学生29人に配布し、そのうち協力の得られた26人(有効回収率89.7%)、実施後の調査では学生25人に配布し、25人(有効回収率100%)から回答を得た。

表3 精神看護学実習における学生の学習成果

| コアカテゴリ | カテゴリー | 記録単位数 | % |
|-------------------|-----------------------------------|-------|------|
| 患者理解 | 患者の人物像(障害されている部分と健康な部分・生育歴・性格)の理解 | 13 | 35.6 |
| | 病識・病感の理解とその影響 | 8 | |
| | 薬物療法の理解 | 5 | |
| | 患者を支える家族の支援 | 3 | |
| | レクリエーション療法の理解 | 1 | |
| | 他職種との連携 | 1 | |
| 患者との関わり方 | 患者の気分や調子を考慮した距離のとり方 | 9 | 21.8 |
| | 患者を尊重し、患者の立場に立った対応の理解 | 4 | |
| | 自らも患者の影響因子であることへの理解 | 3 | |
| | 患者のペースを尊重した関わり方 | 3 | |
| 患者に合わせた看護技術 | セルフケア能力獲得に向けた援助方法の理解 | 18 | 20.7 |
| コミュニケーションスキルの活用方法 | | 10 | 11.5 |
| 精神疾患患者の生活環境 | | 5 | 5.7 |
| 自己理解 | | 4 | 4.6 |

当該学生に精神看護学実習後、内容分析によって得られた14カテゴリに【その他】の項目を加えて、15項目とした、自記式質問紙調査を実施した。

質問紙の15項目についてCronbachの α 係数を求めた結果、実施前は $\alpha = 0.73$ 、実施後は $\alpha = 0.75$ を得た。

1) 精神看護学実習の学びの実感

学習成果の実感の平均得点は、実施前は2.90 (SD=0.77)、実施後は3.12 (SD=0.67) であり、t検定を行った結果、実施後が有意に高得点となっていた ($t = -4.20$, $p < 0.001$)。項目別では、【レクリエーション療法】は実施前が2.86 (SD=0.83)、実施後が3.36 (SD=0.57) であり、実施後が有意に高得点となっていた ($t = -2.59$, $p < 0.05$)。【セルフケア能力獲得に向けた援助方法】は実施前が2.48 (SD=0.69) 実施後が2.88 (SD=0.44) であり、実施後が有意に高得点となっていた ($t = -2.56$, $p < 0.05$)。【自己理解】は実施前が2.59 (SD=0.63)、実施後が2.92 (SD=0.40) であり、実施後が有意に高得点となっていた ($t = -2.36$, $p < 0.05$)。また、【患者の気分や調子を考慮した距離のとり方】は実施前が2.90 (SD=0.72)、実施後が3.28 (SD=0.46) であり、実施後が有意に高得点となっていた ($t = -2.28$, $p < 0.05$) (表4)。なお、【その他】の項目には記載を認めなかったため、内容分析によって抽出されたカテゴリが学生の学びの項目の全てであったと判断した。

順位づけでは、実施前に最も学べたと実感できていたのが、【患者のペースを尊重した関わり方】であったが、

実施後は【自らが患者の影響因子となること】であった。KendallのW検定を行い実施前 ($p < 0.05$)、実施後 ($p < 0.05$) であり、順位づけの一致性を確認した。また、実施前と実施後の最も学べた項目をt検定した結果、【自らが患者の影響因子となること】の順位が有意に上昇していた ($t = 2.20$, $p < 0.05$)。

V. 考 察

1. 精神看護学実習での学生の学びの項目

精神看護学実習終了時の学生の「学び」の記述を分析した結果、6コアカテゴリの形成が明らかになった。これは、学生が精神看護学実習において各カテゴリが示す学びを認識していたことを示している。また、カテゴリ化した学びは、学生に精神看護学実習目標として提示した内容に共通するものであった。

1) 患者理解

「患者の人物像（障害されている部分と健康な部分・生育歴・性格）の理解」「病識・病感の理解とその影響」「薬物療法の理解」「患者を支える家族の支援」「レクリエーション療法の理解」「他職種の連携」の6項目を抽出した。

身体的な疾患は見えやすく分かりやすい病気であるが、精神的な疾患は見えにくい病気である¹⁴⁾。また、人の気持ちを理解することは、学生にとって日常生活で体験される悩み、苦しみ、喜びなどを基にしてイメージできるであろう。しかしながら、精神疾患患者の場合、健康な人が体験

表4 2004年と2005年の精神看護学実習での学びの比較

| | 2004年（看護過程実施前） | | 2005年（看護過程実施後） | | | |
|--------------------------|----------------|---------------|----------------|---------------|---------------|-------|
| | 学び 平均 | 最も学べたもの SD | 学び 平均 | 最も学べたもの SD | 最も学べたもの 平均 | |
| 患者理解 | | | | | | |
| 患者の人物像の理解 | 2.79 | 0.73 | 5.21 | 3.04 | 0.68 | 5.71 |
| 病識・病感の理解とその影響 | 2.90 | 0.72 | 4.72 | 2.96 | 0.79 | 5.42 |
| 薬物療法の理解 | 3.24 | 0.69 | 4.62 | 3.04 | 0.79 | 5.04 |
| 患者を支える家族の支援 | 2.83 | 0.80 | 5.10 | 2.72 | 0.89 | 5.58 |
| レクリエーション療法 | 2.86 | 0.83 | 5.45 | 3.36* | 0.57 | 4.71 |
| 他職種の連携 | 3.14 | 0.58 | 4.62 | 3.04 | 0.68 | 5.17 |
| 患者との関わり方 | | | | | | |
| 患者の気分や調子を考慮した距離のとり方 | 2.90 | 0.72 | 4.45 | 3.28* | 0.46 | 4.42 |
| 対応の理解 | 2.86 | 0.74 | 5.34 | 3.20 | 0.71 | 4.75 |
| 自らが患者の影響因子であることの理解 | 2.90 | 0.82 | 5.07 | 3.28 | 0.68 | 3.92* |
| 患者のペースを尊重した関わり方 | 3.10 | 0.77 | 4.28 | 3.44 | 0.51 | 4.04 |
| 患者に合わせた看護技術 | | | | | | |
| セルフケア能力獲得に向けた援助方法の理解 | 2.48 | 0.69 | 5.17 | 2.88* | 0.44 | 5.71 |
| コミュニケーションスキル活用の方法 | | | | | | |
| 精神疾患患者の生活環境 | 2.93 | 0.96 | 4.45 | 3.12 | 0.73 | 4.04 |
| 自己理解 | | | | | | |
| 自己理解 | 3.00 | 0.74 | 5.86 | 3.32 | 0.63 | 5.54 |
| | 2.59 | 0.63 | 5.45 | 2.92* | 0.40 | 5.63 |

2004年 N = 26 2005年 N = 25 * $p < .05$

し得ないような世界を体験していることが多いだけに、精神障害を持つ人の主観的世界を理解することはきわめて難しい¹⁵⁾。学生は実習をとおして、患者を一人の人間として理解し、病的な部分にとらわれない看護の対応に気づき、知識としての患者理解のレベルから、実践をとおした患者理解へと深化したことが示唆された。一般に患者は、障害されている部分の1つに病識を持ち難い面があり、病識の欠如により患者自身による正確な判断が困難であるとされてきた¹⁶⁾。学生は、患者の病識の欠如が服薬を困難にしていることが多いことや、服薬拒否など治療がうまく進まない状況の理解もできていたと考える。また、家族のサポートがあれば、在宅で生活できる患者も家族がないために退院が難しい、そうした家族のサポートの重要性も理解できていた。学生は、レクリエーション活動を通して、対人関係を築くことが困難である患者が、他人と協力して何かを行ったり、決められたルールを守ったりすることを、治療の1つとして捉え、患者にとって自己表現の場となっていたと学んでいた。精神科病棟でのレクリエーション活動とは、患者の退院後の生活全般にわたって考慮しながら実践することが前提になっている¹⁷⁾が、そのような精神科病棟でのレクリエーションの意義について学んでいた。また、看護師はケースワーカーや作業療法士など他職種との情報交換を密にとり、共に連携しながら患者を支えていることが理解できていた。

患者を理解することで、患者の障害の理解、障害に対する治療（服薬、レクリエーション）、在宅療養時に重要となるサポートの必要性が理解できていた。

2) 患者との関わり方

「患者の気分や調子を考慮した距離のとり方」「患者を尊重し、患者の立場に立った対応の理解」「自らも患者の影響因子であることの理解」「患者のペースを尊重した関わり方」の4項目を抽出した。

学生は患者と接することで、患者の気分や調子も1日のうちで変化があり、その時々で関わり方が異なり、考えて対応することの重要性を理解していた。また、患者の身体面、生活面、精神面、治療を理解し必要な時には情報を他職種と共有することも看護師の役割と感じていた。しかし、学生は自己の接し方により、患者にストレスを与え、患者に負担となってしまうのではないかと不安を感じながら実習をしている一方で、患者にストレスを与えないために患者のペースを考え、患者の反応をみたり、話始めるのを待ったりしながら、徐々に関わりを深める中で患者理解も深めることができていた。看護師と患者の関わりから、看護師の役割を学び、看護師を模倣しながら関わりを持つとしていた。

3) 患者に合わせた看護技術

「セルフケア能力獲得に向けた援助方法の理解」の1項目を抽出した。

現在、ノーマライゼーションの理念に基づき「精神障害者福祉法」が制定され、精神医療は精神障害者を病院から地域で支援するという方向に向かっている。しかし、今だに在院日数は長く、経過の長い患者が多いのも現実である。入澤¹⁰⁾は学生が受け持つ患者も例外でなく、社会復帰が難しい患者を受け持つことも多く、看護の方向性も見えにくいと述べている。また、精神科は一般科と異なり目に見える技術的な場面を意図的に見せたり、体験させることは困難な場合が多い。そのため、4週間の実習では精神看護の実際を理解することは困難である。しかし、学生は障害があっても自立できるように、セルフケアの視点を持ち、どのように看護師として援助していくのかを看護師と患者の関わりから、学べていたと考える。

4) コミュニケーションスキルの活用する方法

基本となるコミュニケーションの段階で、学生は話を聞こうとする姿勢、伝えようとする思いがとても大切だと感じていた。坂田¹⁸⁾は、精神障害者は、一般に周囲に関心を向け、自分の世界を他人に語り、救いを求めようとはしない。そればかりか、過去の経験や病的体験から、他人に対して警戒的でさえあると述べている。一方、亀田¹⁹⁾は、看護学生は隣地実習中のコミュニケーションを特殊なものとして認識し日常生活でのコミュニケーションよりも不得意としていることを指摘している。そうした患者とのコミュニケーションをとおして、コミュニケーションスキルを活用し、患者と向き合うことで、学生はコミュニケーションを治療と捉え、コミュニケーションを図ろうとしていたと考える。

5) 精神疾患患者の生活環境

学生にとって実習前の不安の一つに病院の雰囲気や鉄格子などが挙げられる²⁰⁾が、当該学生の実習病院では、鉄格子もなく、病室も広くて明るい。しかし、閉鎖病棟では常に出入り口には鍵がかけられてあり自由に行動できない。そうした環境は、患者の安全を確保するために行われていると肯定的に受けとめながらも、患者にとって不自由であろうと素直な気持ちも述べていた。

6) 自己理解

精神障害は対人関係の障害ともいわれ、学生はどう接していいのか困惑する。そうした状況の中で、学生は患者の率直な感情表現に悩まされたり、支えられながら患者との相互作用から自己の行動パターンを知り、自分自身をありのまま受け止め、そこから自己の成長を育てていける²¹⁾。安藤²²⁾も学生が看護関係を構築する上では、否応なしに自己を客観視、あるいは振り返り・内省に迫られると述べ

ている。精神看護学実習において、患者との関わりの中で自己を振り返り、今まで気づかなかった自己の傾向を知り、患者との関係作りを促進していたことが示唆された。

2. 看護過程を展開したことでの学びの実感の変化

実施前の実習では対象理解に主眼をおき、「患者の人物像（障害されている部分と健康な部分・生育歴・性格）の理解」「病識・病感の理解とその影響」「薬物療法の理解」「患者を支える家族の支援」「レクリエーション療法の理解」「他職種の連携」「患者の気分や調子を考慮した距離のとり方」「患者を尊重し、患者の立場に立った対応の理解」「自らも患者の影響因子であることの理解」「患者のペースを尊重した関わり方」「セルフケア能力獲得に向けた援助方法の理解」「コミュニケーションスキルの活用する方法」「精神疾患患者の生活環境」「自己理解」の14項目のうち、「薬物療法の理解」「他職種の連携」「患者のペースを尊重した関わり方」の学びの実感が高かったが、「援助方法の理解」「自己理解」が低い結果となった。これは学生の理解が対象理解にとどまり、援助方法の理解まで及ばなかったと推察される。森⁷⁾は学生の実習期間中には対象の変化が学生には見えにくいばかりでなく、学生が看護者の行っている看護実践やその意図を理解しにくい傾向があると述べている。また、援助方法の理解が困難であったため、どう患者と関わればよいのか分からず、患者との少ない関わりの中から自己を振り返る機会も限られていたため、自己を客観的に見る機会が少なかったと考える。精神看護学実習の目的は、様々なライフサイクルにある人間の精神活動に関わるプロセスを通じて、自己洞察できることにある²³⁾。しかし、実際には自己洞察の学びが低い傾向にあることも指摘されている²⁴⁾。

一方、最も学べたと実感できていたのが「患者のペースを尊重した関わり方」であった。精神疾患患者にはペースがあり、これを乱されたくないという思いが強く、ペースも一様ではない。実習を通し、患者理解を深めることで、患者にはペースがあり、それを尊重しないと、患者のペースを崩してしまうと理解できていたと考える。

実施後の実習では、患者理解から看護援助まで考えることに主眼をおいたため、実施前より平均点の上昇を認めたものは14項目中11項目の「患者の人物像（障害されている部分と健康な部分・生育歴・性格）の理解」「病識・病感の理解とその影響」「レクリエーション療法の理解」「他職種の連携」「患者の気分や調子を考慮した距離のとり方」「患者を尊重し、患者の立場に立った対応の理解」「自らも患者の影響因子であることの理解」「患者のペースを尊重した関わり方」「セルフケア能力獲得に向けた援助方法の理解」「コミュニケーションスキルの活用する方法」「精神疾患患者の生活環境」「自己理解」であった。特に「レクリ

エーション療法の理解」「患者の気分や調子を考慮した距離のとり方」「セルフケア能力獲得に向けた援助方法の理解」「自己理解」の4項目については有意な上昇を認めた。これは、看護に必要な情報収集、解釈、問題の予測・確認・明確化、計画立案、実施、評価を構造とした看護過程を展開したことで、患者との接し方を考えながら、レクリエーション療法を理解しつつセルフケア能力獲得に向けて援助を展開したと推察された。

また、患者との援助をとおして自己理解も実感できていた。14項目で最も学べたと実感できたのが「自らも患者の影響因子であることの理解」であった。看護過程の展開をとおして患者理解や援助を容易にしたことで、患者と接する機会も増え、その中で自らも患者に影響を与える因子の1つであることが理解できていたと推察された。

以上より、看護過程を展開することで知識としての患者理解から実践を通した患者理解へと深まり、援助方法についても学生が学べたと実感できていたと考える。看護により解決できる問題を効果的に取り上げ、解決していくために、系統的、組織的に行う活動である看護過程は、実習で学べたと実感できる手段の1つと考えてもよいだろう。学べたと実感することで、精神看護の専門性の認識へと繋がり、学習の焦点化を容易にすると思われる。しかし、看護過程を展開しても「患者を支える家族の支援」は、低い値であった。これは、実習中にほとんど家族の面会もなく、学生が家族の支援を実感できる場面がなかったことが考えられる。現在、精神看護の役割やニーズも病院から地域へと拡大し、患者の社会復帰特に向けた看護が必要とされる。また、それに伴い家族の支援は患者の社会復帰には必要である。現在の実習では、学生に学べたという実感はなかったが、今後、訪問看護実習などで家族の支援への理解が深まるように意図的に関わる必要がある。

一方、「援助方法の理解」に関しては学べたと実感する学生は増えたものの、他の項目と比べて依然低い状況であった。看護過程を展開するなかで、臨床判断を身につけ、援助方法の選択も可能となると考えていたが、学生の学べたと実感するにはなお困難であったと考える。これは、精神疾患患者の場合、援助によって目に見える状態の変化は期待できない、今後、根気よく患者の状況を知りながら、働きかけていくことの重要性が認識できるよう教授することが必要であろう。

以上より、看護過程を行なうことにより、学生の学びの実感は上昇した。そもそも、看護過程とは看護の方法論であり同時に看護観そのものといわれている。ともすると情報収集や診断名をつけることが目的になってしまうという落とし穴に陥ることがある。本来の目的を忘れることなく、患者中心に考え、患者とともに歩むことのできる看護

過程を目指し、精神看護学実習で活用していきたいと考える。

最後に本研究の限界と課題であるが、本研究では、内容分析では対象者が9人であり、収集したデータ数は十分とはいえない。また、1看護学校での学生の学びであり、カリキュラムや実習施設の違いによっても学びが異なる可能性があり、一般化はできない。今後は、対象者を増やし結果の確認を重ねていく必要があり、今回の研究で得られた学生の学びの実態から精神看護学実習が効果的に行われるよう教育方法を検討する必要があると考える。

VI. 結 論

精神看護学実習での学生の学びを内容分析によって、「患者の人物像（障害されている部分と健康な部分・生育歴・性格）の理解」「病識・病感の理解とその影響」「薬物療法の理解」「患者を支える家族の支援」「レクリエーション療法の理解」「他職種の連携」「患者の気分や調子を考慮した距離のとり方」「患者を尊重し、患者の立場に立った対応の理解」「自らも患者の影響因子であることの理解」「患者のペースを尊重した関わり方」「セルフケア能力獲得

に向けた援助方法の理解」「コミュニケーションスキルの活用の方法」「精神疾患患者の生活環境」「自己理解」の14項目を抽出した。実施前の対象理解に主眼をおいた実習では、「薬物療法の理解」「他職種の連携」「患者のペースを尊重した関わり方」の学びの実感が高く、逆に「援助方法の理解」「自己理解」が低かった。また、最も学べたと感じたものは「患者のペースを尊重した関わり方」であった。看護過程を展開したことで、「レクリエーション療法」「患者との距離のとり方」「援助方法の理解」「自己理解」が学べたと実感した学生が有意に増加した。ほとんどの項目で学べたと実感した学生が増加したものの、「患者を支える家族の支援」は依然として低いままであり変化を認めなかった。

本研究により、精神看護学実習での学生の学びの構造が明らかとなり、看護過程の展開をとおして、実習の学びの実感が高まったことが示唆された。

VII. 謝 辞

本研究にあたり、データの提供に協力して下さった学生の皆様に心よりお礼申し上げます。

要 旨

精神看護学実習での学生の学びの構造を明らかにし、効果的な教育方法の資料を得る目的で、実習を終えた学生9人の「学び」のレポートの内容分析を実施した。次に、内容分析によって得られたカテゴリを項目として、看護過程を採用する前26人と採用した後25人で質問紙調査を実施した。その結果、精神看護学実習では6コアカテゴリを抽出した。形成されたコアカテゴリは「患者理解」「患者との関わり方」「患者に合わせた看護技術」「コミュニケーションスキルの活用の方法」「精神疾患患者の生活環境」「自己理解」であった。

精神看護学実習における看護過程の効果として、ほとんどのカテゴリ得点の上昇を認めた。特に、「レクリエーション療法の理解」「援助方法の理解」「自己理解」「患者との距離のとり方」に差を認めた。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the structure of students' learning in the psychiatric nursing practice, and to obtain the material of an effective education method. First, the analyses are carried out by the remarks from 9 nursing students who finished nursing practice. Next, based on these categories, a questionnaire was prepared and was disseminated to 26 nursing students who did not use the nursing process and 25 nursing students who used the nursing process. As a result, analysis identified the following 6 core categories. "understanding patients", "How to relate to patients", "The nursing skills necessary for caring for mental disease patients", "Method of using communication skills", "Life environment for mental disease patients" and "Self-understanding".

In addition, most of the categories arose as an effect of the nursing process in psychiatric nursing practice. Especially, the score of "Understanding of recreational therapy", "Understanding of nursing method", "Self-understanding" and "Psychological distance from patients" were significantly higher in those using the nursing processes than in those not the using it.

文 献

- 1) 延近久子編著：臨床実習指導のプロモーション，ユリシス・出版部，東京，1992.
- 2) 滝下幸栄，山田京子：精神看護実習における学習内容の評価，日本看護学教育学会誌，10(2)，158，2000.
- 3) 金山正子：精神科実習における看護学生の意識構造の変化と不安との関係：STAI・CASとの関係，日本看護研究学会雑誌，18(2)，7-16，1995.
- 4) 水溪雅子：精神科看護実習への不安の測定と実習経過，日本看護医療学会雑誌，3(1)，49-53，2001.
- 5) 松尾律子：精神科実習における不安の分析と指導効果，第29回日本看護学会集録集，看護教育，74-75，1998.
- 6) 神郡 博：伝えたい精神科看護に不可欠な要素，看護教育，30(9)，531-535，1989.
- 7) 森 千鶴：看護学実習指導シリーズ2，1，教育メディア，東京，1997.
- 8) 川原亜矢巳，多喜田恵子：精神看護学実習での困った場面とその対応，日本看護学教育学会誌，10(2)，159，2000.
- 9) 坂江千寿子，西岡和代，他：精神看護学実習におけるプロセスレコードの教育効果，第28回日本看護学会集録集，看護教育，50-53，1997.
- 10) 入澤友紀，田村文子：精神看護学実習における学生の「学び」の内容分析，群馬県立医療短期大学紀要，10，71-79，2003.
- 11) 樋渡明美，江藤和子：精神看護学における看護過程演習の効果，神奈川県立平塚看護専門学校紀要，9，40-45，2003.
- 12) Berelson. B，稲葉三千男，金圭煥 訳：内容分析，みすず書房，東京，1957.
- 13) Klaus Krippendorff，三上俊治，椎野信雄，橋元良明 訳：メッセージ分析の技法，勁草書房，東京，2003.
- 14) 宮崎和子監修：看護観察のキーポイントシリーズ精神科 I，13，中央法規，東京，1992.
- 15) 松田光信：精神看護学の理解を助ける授業方法に対する学生による授業評価，看護教育，44(2)，162-166，2003.
- 16) 田崎美弥子，中根允文：生活の質（QOL），臨床精神医学増刊号，369-373，1999.
- 17) 江崎修造：各種治療法，江畑敬介，浅井邦彦（編）：分裂病の病院リハビリテーション，69，医学書院，東京，1995.
- 18) 坂田三允：精神科看護教育の特性と学生の意識，看護教育，30(9)，526-530，1989.
- 19) 亀田和恵：基礎看護学実習における看護学生の意識，日本看護研究学会雑誌，21(3)，371，1998.
- 20) 國方弘子，神宝貴子：精神看護学実習に対する不安測定尺度の検討，看護展望，5，98-103，2004.
- 21) 福田由紀子，小林純子：精神看護学実習における学生の学習課題達成と自尊感情との関連，第31回日本看護学会集録集，看護教育，24-26，2000.
- 22) 安藤一博：精神看護学実習における実習指導者の役割，聖母女子短期大学紀要，13，69-76，2000.
- 23) 土屋八千代：精神看護学，金子道子（編）：看護学臨地実習ガイダンス3，264，医学芸術社，東京，1998.
- 24) 戸田由美子：精神看護学実習Ⅱの学び，香川医科大学看護学雑誌，5(1)，185-197，2001.

〔平成18年6月10日受 付〕
〔平成18年11月20日採用決定〕

日本看護 研究学会 会報

第 71 号

(平成19年4月20日発行)

日本看護研究学会事務局

目 次

| | |
|-------------------|---|
| 評議員選挙の開票を終えて..... | 1 |
|-------------------|---|

評議員選挙の開票を終えて

日本看護研究学会評議員選挙管理委員会

委員長 加 納 佳代子

委員 川 畑 安 正

委員 宮 脇 美保子

平成17年12月20日付けの会告（1）により公示されました。本会評議員選出のため、上記3名が選挙管理委員を委嘱され、選挙管理委員会を組織しました。

3年前の選挙管理委員会からの提案をうけ、今回の評議員選挙ではマークシート方式による投票を導入することにし、平成18年6月20日付けの会告（3）のとおり、評議員選出規定を改正しました。同日会告（4）のとおり評議員選挙の投票締め切りを平成18年10月1日と定め、地区定数を北海道10名、東北13名、関東15名、東京28名、東海34名、近畿・北陸41名、中国・四国27名、九州24名合計192名の評議員選出の準備を行いました。

10月12日選挙管理委員と山口理事長立会いのもと、事務局員の協力を得て開票し、集計業者に電算処理を依頼しました。有権者総数3876票に対して投票数1,335票、有効投票1,320票、無効投票15票で、投票率は34.4%でした。投票率は残念ながら、前回の38.6%、前々回の36.6%を下回る結果でした。

電算処理による地区開票結果は表の通りで、選挙規程に基づき、各地区別定数枠内の評議員該当者、及び次点者を明示して名簿を作成し理事長に提出いたしました。

理事会承認を経て新評議員へ委嘱状が発送され、評議員辞退申し込み締め切り後に理事選挙投票用紙を作成し、理事選挙投票を平成19年1月10日とし新評議員の互選によりおこなわれました。1月16日選挙管理委員会の立会いのもと開票し、規定に基づき各地区理事名簿を作成し理事長に提出しました。理

事選挙の開票は例年通り手作業でおこないました。

前回3年前の選挙管理委員会からの提案によるマークシート方式を導入するに当たり、会員が投票しやすく、効率的な作業ができるよう検討いたしましたが、投票用紙が2枚になった地区もあり、会員の方々にはお手数をおかけしたことと思います。しかし、前回のアルバイト8名事務局3名を含めて9時間におよぶ作業から比べますと、作業は大変効率化しました。

今回の有権者数3876は、9年前の平成9年度評議員選挙の有権者数1957の約2倍の人数です。次回3年後の評議員選挙はさらに有権者数の増加が考えられます。今回は、初めての試みで会員の皆様の多大な協力をいただきましたが、さらに今後も、マークシート方式の投票に会員の皆さんにも慣れていただいて、投票率が上昇していくことを願っております。

次回の課題といたしましては、記入方法とデータ処理の効率化についてさらに検討いただくことを提案いたします。

平成18年度評議員選挙状況

(平成18年10月1日施行)

| | 選挙人数 | 被選挙人 | 住所不明 | 退会 | 投票総数 | 投票率 | 有効 | 無効 | 評議員定数 |
|------|-------|-------|------|----|-------|-------|-------|----|-------|
| 北海道 | 200 | 175 | | | 100 | 50.0% | 99 | 1 | 10 |
| 東北 | 258 | 231 | 1 | 1 | 121 | 46.9% | 120 | 1 | 13 |
| 関東 | 304 | 255 | 1 | | 107 | 35.2% | 104 | 3 | 15 |
| 東京 | 574 | 453 | 2 | 1 | 181 | 31.5% | 177 | 4 | 28 |
| 東海 | 679 | 540 | | | 185 | 27.2% | 183 | 2 | 34 |
| 近畿北陸 | 820 | 629 | 1 | | 261 | 31.8% | 261 | 0 | 41 |
| 中国四国 | 553 | 444 | 2 | | 207 | 37.4% | 205 | 2 | 27 |
| 九州 | 488 | 360 | 2 | | 173 | 35.5% | 171 | 2 | 24 |
| 合計 | 3,876 | 3,087 | 9 | 2 | 1,335 | 34.4% | 1,320 | 15 | 192 |

日本看護研究学会

第17回 北海道地方会学術集会のご案内

近年、看護職者は多くのストレスを抱えながら仕事を行っており、さらに受けるストレスは拡大する傾向にあります。自分があるいは周りのスタッフが、いつストレスフルな状態に陥るかわかりません。

そこで、北海道において第1号の精神看護専門看護師とられました八木こずえ先生に、職場に即したメンタルヘルスについて、特別講演を行って頂けることになりました。心元気に働き続けられるよう、皆様に役立つことが出来れば幸いです。

また、日々の看護や教育についての研究発表を通し、実りある意見交換ができますことを願い、ご案内申し上げます。

多くの方々の御参加をお待ちしています。

| | |
|----|--------------------------------------|
| 日時 | ： 2007年6月30日(土) 12:30~16:50 |
| 会場 | ： 札幌医科大学 記念ホール 大ホール (札幌市中央区南1条西18丁目) |
| 会費 | ： 会員 2,000円 非会員 3,000円 学生 1,000円 |

《プログラム》

総会 12:30~13:10

学術集会 13:20~16:50

特別講演 13:20~14:50

テーマ：「心元気に働き続けるために」 - 職場で役立つメンタルヘルス -

講師：八木こずえ先生

五陵会病院 精神看護専門看護師 病棟師長

座長：佐藤みはる

第17回日本看護研究学会地方会 学術集会長

一般演題 15:00~16:50

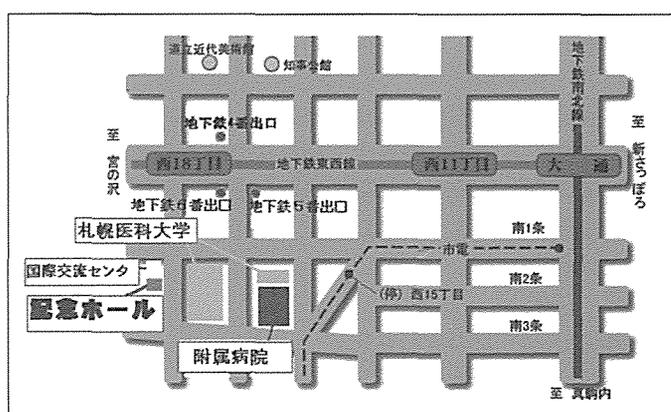
《交通手段》

地下鉄：東西線「西18丁目」駅6番出口から徒歩5分

市電：西15丁目停留所から徒歩5分

*会場は附属病院から少し離れており、札幌医科大学の西側にございます。

*駐車場がございませんので、お車でのご来場はご遠慮下さい。



《受付》

当日の受付も行っております。当日、直接会場までお越し下さい。

問い合わせ先

日本看護研究学会北海道地方会事務局 佐藤みはる

電話：011-611-2111 (内線3384) メールアドレス：misatoh@sapmed.ac.jp

日本健康科学学会第23回学術大会「一般演題募集」

日本健康科学学会第23回学術大会（学術大会長 東京医科歯科大学大学院・若松秀俊教授）は、11月10日（土）～11日（日）、東京医科歯科大学（東京都文京区）で開催されます。

- メインテーマ：健康を支える情報通信技術
- 主な内容（予定）
学術大会長講演、基調講演、特別講演、シンポジウム、一般演題発表、展示、大島賞・学術大会賞表彰
- 参加費（事前登録：10月19日締切）
会員 6,000 円、協賛団体会員・一般 7,000 円、学生 1,000 円
（10月20日以降は、各 1,000 円増）

一般演題を次の要領で募集します。

- 対象者：企業・団体・行政・研究機関・教育機関の関係者、医療・福祉関係者、学生など。
- 演題募集の資格：演者（発表者）は、日本健康科学学会会員（入会手続きは、日本健康科学学会ホームページ <http://www.jshs.gr.jp>/参照）に限る。共同演者は資格を問わない。
- 申込方法
 - ① 一般演題申込は、演者（発表者）が行う。
 - ② 一般演題申込者は、参加費を5月18日（支払期日）までに振込む。
 - ③ 第23回学術大会ホームページ（<http://www.jshs.info/>）より、「一般演題申込書及び抄録原稿ひな形」をダウンロードし、作成後、第23回学術大会事務局メールアドレス（hommttec@tmd.ac.jp）に送信して申し込む。
- 演題発表時間：1演題10分（発表7分、質疑応答3分）を予定。
- 演題締切日：5月20日（必着）
- 発表分野（詳細は第23回学術大会ホームページ参照）
 - ① ヘルスプロモーション：健康意識、健康に関する統計、健康増進、スポーツ医学、運動、生活習慣病、精神保健対策、健康と環境、健康と災害・事故、健康と芸術・旅行
 - ② 健康産業：健康食品、アンチエイジング医療、リラクゼーション、健康機器、セルフケア機器、生活ヘルス機器、環境ヘルス機器、体力ヘルス機器、ビューティーヘルス機器、メンタルヘルス機器、リハビリ機器、在宅ケア機器、ヘルス情報機器、ヘルスチェックサービス、医療機器、福祉機器、水・酸素関連、美容
 - ③ 栄養：教育、子供、高齢者、管理、食事療法、NST、管理栄養士、食物アレルギー、食育
 - ④ 保健：地域、乳幼児、母子、高齢者、学校、産業、環境、保健師の役割、予防接種、国際
 - ⑤ 医療：医療科学、地域医療、高齢者医療、在宅医療、医療情報、遠隔医療、代替医療、再生医療
 - ⑥ 福祉：地域、遠隔、高齢者、母子、児童、生活保護、障害者、老人福祉施設、ケア・マネジメント、理学療法、作業療法
 - ⑦ 歯科医療：矯正、虫歯、歯周病、義歯、インプラント、歯科麻酔、歯科放射線、歯科アレルギー、口腔外科、小児、高齢者、障害者、歯科医学教育、歯科医療管理、歯科技工、歯科衛生、歯科材料、歯科医療機器
 - ⑧ 看護学：地域、高齢者、母性、成人、小児、精神、家族、感染、救急、看護管理、看護教育
 - ⑨ 薬学：医療薬学、高齢者、プライマリケア、臨床薬学、服薬指導、OTC、緩和ケア、ペインクリニック、薬学教育
 - ⑩ その他
- 申し込み・問い合わせ先
第23回学術大会事務局
東京医科歯科大学大学院 保健衛生学研究科 生体機能支援システム学内（事務局責任者：本間達）
〒113-8519 東京都文京区湯島 1-5-45
TEL：03-5803-5367、FAX：03-5803-0162、E-mail：hommttec@tmd.ac.jp
第23回学術大会ホームページ <http://www.jshs.info/>
学会ホームページ <http://www.jshs.gr.jp/>

第15回

日本ホスピス・在宅ケア研究会 全国大会

2007年

6月30日(土) 7月1日(日)

6月29日(金) 教育セミナー開催

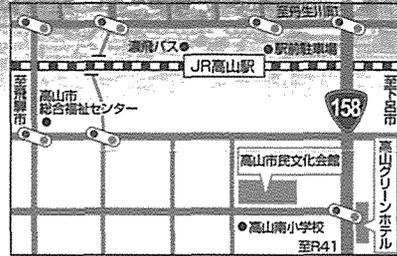
in 飛騨高山

Thema

「ひびきあい、こだまする生命」～自然、人、まち～

6月30日(土)

- ◆「岐阜県のホスピスケアの現状」
西村幸祐氏(岐阜中央病院緩和ケア病棟医師)
- ◆「在宅ホスピスの現状～訪問看護師として関わって～」
野崎加世子氏(社)岐阜県看護協会立高山訪問看護ステーション統轄所長)
- ◆「ホスピス市民活動の最前線から」
藤田敦子氏(千葉NPOピュア代表)
- ◆「歌とお話で綴るケア日誌」
高木宏明氏(諏訪中央病院医師)
- ◆シンポジウム「日本人の生き方・死に方とスピリチュアリティ」
カール・ベッカー氏(京都大学 総合人間学部教授)
上田紀行氏(文化人類学者・東京工業大学 助教授)
内藤いづみ氏(ふじ内科クリニック院長)
高木慶子氏(英知大学 教授)
コメンテーター 谷田憲俊氏(山口大学 医学部教授)
ファシリテーター 大下大圓氏(飛騨千光寺住職・高野山大学スピリチュアルケア学科 客員教授)



会場 高山市民文化会館／高山グリーンホテル

事前申込
2日間参加

会員／5,000円
一般／6,000円
学生／1,000円

当日申込
2日間参加

会員／6,000円
一般／6,000円
学生／1,500円

7月1日(日)
講演会のみ参加

一般／2,000円
学生／1,000円

懇親会 6月30日(土) 高山グリーンホテルにて

7月1日(日)

- ◆記念講演「平和への祈り、アジアから」
シロガマ・ヴィマラ長老(スリランカ国ネセック福祉教育財団理事長)
- ◆基調講演「ののほな死、ののほがり」
徳永進氏(野の花診療所院長)
- ◆特別講演「生と死の統合」
帯津良一氏(帯津三敬病院名譽院長)
- ◆集まれ代替療法フォーラム
全体コーディネーター 船戸崇史氏(船戸クリニック院長)
●代替療法
【実践講座】催眠療法/断食療法/リフレクソロジー/氣功/笑気療法/
オイルマッサージ/オイルユトミー/音楽療法/サイモントン療法ほか
●癒しのコンサート
渡辺一成・イネセイミ(ピアノ&フルート)
- ◆オプション「飛騨のこころ探訪ツアー」
(半日・終日コース/高山市内、白川郷、奥飛騨温泉郷などをバスで)

部会発表

スピリチュアルケア部会/看護部会/子ども共育部会/市民部会/
コミュニティ部会/グリーフケア部会/自死遺族ケア部会/患者会部会

一般演題

疼痛コントロール/在宅ケア/スピリチュアルケア/グリーフケア/
ホスピス教育/音楽療法/代替療法ほか

参加申込

株式会社日本旅行 高山支店

〒506-0053 岐阜県高山市昭和町1丁目1番地
FAX 0577-34-2155 E-mail takayama_office@nta.co.jp
※電話による参加申込は受付けておりません。



第15回 日本ホスピス・在宅ケア研究会 全国大会 in 飛騨高山

NPO法人日本ホスピス・在宅ケア研究会
岐阜県訪問看護ステーション連絡会

飛騨高山大会実行委員会事務局

大会長:大下大圓 実行委員長:土川権三郎

〒506-2135 岐阜県高山市丹生川町下保1553「飛騨にホスピスを作る会」内 TEL 090-8868-7786/FAX 0577-57-7891(飛騨高山大会事務局・都竹)

協賛 | 日本財団
The Nippon Foundation

後援 | 高山市、岐阜県医師会、高山市医師会、岐阜県看護協会、岐阜県看護協会高山支部、NHK岐阜放送局、朝日新聞社、中日新聞社、岐阜新聞社、岐阜放送、高山市民時報社、高山市社会福祉協議会、飛騨緩和ケア研究会 ひだまりの会

■「学協会の機能強化方策検討等分科会（科学者委員会）」の開催（お知らせ）とアンケート調査への協力をお願い

日本学術会議では、科学者委員会の下に「学協会の機能強化方策検討等分科会」を設置し、11月10日（金）に第1回分科会を開催しました。

この分科会においては、検討における基礎資料を得るため、学協会の現状把握及び問題点の把握等を目的としたアンケート調査やヒアリング調査を来年1月から2月ごろにかけて実施する予定です。

学協会及び学協会連合の皆様には、お手数をお掛けしますがご協力の程よろしく申し上げます。

合わせて、会員、連携会員の皆様にも、御承知おきくださるよう御願いたします。

◆開催の趣旨◆

学協会は、研究成果の発表、知識の交換、研究者相互の国内外の学協会の連携の場として、我が国の研究活動を支える存在です。このことから、平成18年3月28日に閣議決定された「第3期科学技術基本計画」においても、学協会の自己改革を促し、機能を強化する必要性が指摘されるとともに、学協会に対し、社会への貢献など広がりのある活動を行うことが期待されています。

しかしながら、一部には、活動体制や学協会間の連携が十分でないところもあることなど指摘されており、研究情報の発信・流通が急速にグローバル化し、研究成果の発表における国内学協会離れなども懸念されています。また、公益法人制度も大きく改革されようとしています。

以上のような背景から、今回設置した分科会では、こうした学協会の自己改革に向けた検討に資する方策を示すことを目的として、審議を開始したものです。

（参考）

第3期科学技術基本計画については、内閣府科学技術政策のホームページに全文が掲載されています。

<http://www8.cao.go.jp/cstp/s&tmain.html>

公益法人改革については、以下のホームページに詳しく紹介されています。

- ・(財)公益法人協会のホームページ <http://www.kohokyo.or.jp/index.html>
- ・行政改革推進本部事務局のホームページ <http://www.gyokaku.go.jp/>

◆委員構成◆

- 浅島 誠 (東京大学大学院総合文化研究科教授、委員長、第二部会員)
- 河野 長 (東京工業大学・岡山大学名誉教授、副委員長、第三部会員)
- 直井 優 ((株)原子力安全システム研究所社会システム研究所長、大阪大学名誉教授、幹事、第一部会員)
- 瀬戸 皖一 (鶴見大学歯学部教授、幹事、第二部会員)
- 今西裕一郎 (九州大学人文科学研究院教授、第一部会員)
- 町野 朔 (上智大学法学研究科教授、第一部会員)
- 加賀谷淳子 (日本女子体育大学 客員教授、第二部会員)
- 池田 駿介 (東京工業大学理工学研究科教授、第三部会員)
- 小林 敏雄 ((財)日本自動車研究所副理事長・研究所長、東京大学名誉教授、第三部会員)
- 玉尾 皓平 (独立行政法人理化学研究所フロンティア研究システムシステム長、第三部会員)
- 黒川 清 (東京大学先端科学技術研究センター客員教授、東海大学科学技術研究所教授、連携会員)

【問い合わせ先】

日本学術会議事務局企画課 TEL:03-3403-1081 FAX:03-3403-6224 E-mail: as258@scj.go.jp

- ホームページの「日本学術会議ニュース」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel: 03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。責任団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

■ 平成19年日本学術会議総会の開催（お知らせ）

平成19年の総会等日程が下記のとおりとなっておりますので、お知らせいたします。
会員の皆様におかれましては御出席方よろしくお願いいたします。

- ・ 連合部会／各部会 2月13日(火)
- ・ 春の総会 4月 9日(月)～11日(水)
- ・ 秋の総会 10月10日(水)～12日(金)

■ イノベーション25戦略会議における説明について

日本学術会議イノベーション推進検討委員会においては、イノベーションについての提案募集を、会員、連携会員、日本学術会議協力学術研究団体各位に対して11月から12月にかけて実施し、約270件の御提案をいただきました。

いただいた御提案を、取り急ぎ取りまとめ（下記URLから御覧ください）、内閣府のイノベーション25戦略会議（第4回、平成18年12月21日）において、金澤会長から日本学術会議における現時点の検討状況として説明しました。戦略会議では、高市大臣及び同会議の委員から高い評価を得ました。

いただいた御提案については、今後、日本学術会議イノベーション推進検討委員会における最終報告に向けた取りまとめに活用してまいります。

イノベーション25戦略会議に提出した資料は、以下のURLから御覧ください。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/iinkai/innovate/inosiryo1221.pdf>

■ 「生殖補助医療の在り方検討委員会」設置のお知らせ

日本学術会議は、平成18年11月30日付で法務大臣及び厚生労働大臣から、代理懐胎を中心に生殖補助医療をめぐる諸問題について各般の観点から審議するよう依頼を受けました。これを検討するため、日本学術会議は、課題別委員会として「生殖補助医療の在り方検討委員会」を設置することを平成18年12月21日の第30回幹事会において決定しました。

委員会の詳細は、以下のURLから御覧ください。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/iinkai/seishoku/index.html>

■ 対外報告「提言：ジェンダー視点が拓く学術と社会の未来」の公表（報告）

第29回幹事会（11月22日開催）において、以下の対外報告が承認され、同日公表しました。

○ 「提言：ジェンダー視点が拓く学術と社会の未来」

（平成18年11月22日、学術とジェンダー委員会）

報告全文は、以下のURLから御覧ください。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-t29.pdf>

■2006 IAPアレクサンドリア会合への参加（報告）

会議名称：「2006 IAP（インターアカデミーパネル）総会」

会 期：12月1日（金）～6日（水）

場 所：アレクサンドリア（エジプト）

IAP（インターアカデミーパネル）は、世界の科学アカデミーのフォーラムとして設立され、現在92カ国・地域等の科学アカデミー等が加盟しています。

総会は3年毎に開催され、今回は総会に合わせて執行委員会と「サイエンスの統合（The Unity of Science）」と題する国際会議も開催されました。

日本学術会議からは、金澤一郎会長、土居範久副会長、高橋桂子連携会員のほか、事務局から西ヶ廣事務局長等が参加しました。

総会ではIAPの活動報告、共同議長及び執行委員会メンバーの改選、戦略計画（2007～2009）の決定、国際的地域ネットワーク等の活動状況の紹介が行われました。日本学術会議は、総会において、執行委員会メンバーとして再任され、執行委員会メンバーは先進国5カ国（イギリス、オーストラリア、ドイツ、オランダ及び日本）及び途上国6カ国（ブラジル、マレーシア、バングラデシュ、キューバ、セネガル、エジプト）となりました。また、共同議長にはフランスに代わりカナダが選出され、共同議長を継続する中国と共同議長を務めることになりました。

総会においては、「IAPプログラムの審査」の中で、金澤会長がIAPの活動の一つである「女性の保健教育」プログラムについて評価グループ長として評価報告を行い、「オブザーヴァーと地域ネットワークによる報告」の中で、西ヶ廣局長がSCA（アジア学術会議）の活動を紹介しました。

また、国際会議においては、「地球科学」のセッションにおいて土居副会長がチェアを務め、高橋連携会員が「Earth Simulation on the Earth Simulator」と題する講演を行いました。

当フォーラムの詳細については、以下のURLから御覧ください。

<http://www.interacademies.net/>

■和文広報用パンフレット掲載（お知らせ）

日本学術会議広報用の和文パンフレットが完成いたしました。今後、順次いろいろな機会に関係の皆様のお手元に届けられると思いますが、その内容は、以下のURLから御覧ください。

<http://www.scj.go.jp/ja/print/pdf/panf20.pdf>

- ホームページの「日本学術会議ニュース」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel：03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

■ イノベーション報告書「科学者コミュニティが描く未来の社会」の公表

日本学術会議は、対外報告「科学者コミュニティが描く未来の社会」を1月25日に公表しました。また、同日、金澤一郎日本学術会議会長から高市早苗イノベーション担当大臣へ報告書を手渡しました（写真）。



対外報告は、日本学術会議ホームページに全文掲載されています。

<http://www.scj.go.jp/ja/info/iinkai/innovate/index.html>

（ファイルは、容量が多いため、本文、参考資料、概要に分かれています。）

政府の「イノベーション25」のとりまとめに資するため、日本学術会議は、「イノベーション推進検討委員会」を平成18年10月20日に設置し、審議を重ねてきました。検討においては、会員、連携会員、日本学術会議協力学術研究団体に対してイノベーションの意見募集をアンケートにより行い、270件を超えるイノベーションの提案をお寄せいただきました。御協力いただきました会員、連携会員、日本学術会議協力学術研究団体の皆様には、厚くお礼申し上げます。御提案は、報告書のとりまとめに活用するとともに、御了解いただきました御提案につきましては、報告書の参考資料として広く公開いたしております。

また、報告書の提出に当たり、高市大臣からのメッセージをいただきました。

（以下、メッセージの全文掲載）<http://www.scj.go.jp/ja/info/iinkai/innovate/message.html>

【高市大臣からのメッセージ】

日本学術会議の皆様、イノベーション担当大臣を務めております高市早苗です。

本日、金澤会長と北澤イノベーション推進委員会副委員長から、報告書「科学者コミュニティが描く未来の社会」を拝受致しました。

昨年10月に、イノベーション推進委員会第1回会合にお邪魔し、「どのようなイノベーションが必要なのか、日本学術会議の皆様方の英知を集めて検討していただきたい。」とお願い申し上げます。

以来、3ヶ月弱の短期間でございましたのに、このように立派な報告書をまとめていただき、本当に有難うございました。

2,200名に及ぶ科学者の方々へのアンケートで得られたご提案は、日本のイノベーション戦略を考える上で、まさに「宝の山」であり、興味深く拝読させていただきました。

本日賜りました「科学者コミュニティが描く未来の社会」の内容につきましては、次回の「イノベーション25戦略会議」で配布させていただきます、今後取りまとめます「イノベーション25」に反映させていきたいと考えています。

先生方の益々のご活躍をお祈り申し上げます、この度のお力添えに対し、取り急ぎ御礼まで、失礼致します。

平成19年1月25日

イノベーション担当大臣 高市早苗

■ テレビ番組等における「科学的」実験についての会長談話

1月26日、標記談話を以下のとおり発表しましたので、お知らせします。

なお、日本学術会議ホームページにも掲載しましたので、ご参照ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-d4.pdf>)

テレビ番組等における「科学的」実験についての会長談話

食品の影響を取り扱うテレビ番組等において、体重、血圧、脳波、血液成分、各種の生理学的因子等に対する食品の影響を測定する実験が行われることが多くなった。このような傾向は、科学的事実に基づいた情報発信を行うという点では望ましいものである。

しかし、その実験計画の中には、適切な対照群の設定、統計的な有意差を得るために必要な実験例数の設定、実験データの検証と解釈などの点で、科学研究の基礎的な要件を必ずしも満たしていないものが見受けられる。このような不十分な実験計画からは、誤った結論が導かれることが多い。したがって、科学に精通した人材による実験計画の策定と実施を心がけることが極めて重要である。

これに加えて、最近、実験データの捏造などの、科学の倫理に反する行為が行われたことが報道された。いうまでもなく、テレビ番組は国民に与える影響が極めて大きく、そこに捏造等の不正行為があれば、テレビなどによる情報発信、ひいては科学そのものに対する信頼を著しく傷つけかねない。

残念ながら、科学者の研究活動にも、間違いや不正行為が起りうる。日本学術会議は、わが国の科学者コミュニティを代表する立場から、科学者の不正行為の防止に向けて検討を重ね、平成18年10月には「科学者の行動規範について」(声明)を発表した。この声明の内容は、テレビ番組等における科学実験の計画・実施に関わる者も、当然、守るべきものであると考える。

関係者におかれては、この声明を参照して、不正行為の防止を自らの課題ととらえて十分な対応を行い、社会の信頼を得られる番組の制作などに心がけていただきたい。

平成19年1月26日

日本学術会議会長

金澤 一郎

●ホームページの「日本学術会議ニュース」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel: 03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

■ 日本学術会議総会（春の総会）開催（お知らせ）

春の総会（第150回）は4月9日（月）から11日（水）までの3日間開催されます。

会員の皆様におかれましては御出席方よろしくお願いたします。また、初日9日には野中郁次郎連携会員（一橋大学名誉教授）による特別講演が予定されています。

■ 2007 IAC（インターアカデミーカOUNシル）理事会（報告）

会議名称：「第7回IAC（InterAcademy Council）理事会」

会 期：1月29日（月）～31日（水）

場 所：アムステルダム（オランダ）

IAC（インターアカデミーカOUNシル）は、地球的な政策案件について科学的な助言や勧告を提供する機能を実現するために、国際問題に関するインターアカデミーパネル（IAP）が2005年5月に設立した機関です。

理事会は、毎年1回、現在理事会を構成する15のアカデミー等及びオブザーバーが、IAC事務局が置かれているオランダ芸術科学王立アカデミーに集まって開催されます。

日本学術会議からは、金澤一郎会長、唐木英明第二部部長のほか、須江事務局次長等が出席しました。

会議初日は、今年のG8サミットのホスト国であるドイツより、ドイツ学術会議LepoldinaのMeulen会長が出席し、3月15日～16日に行われるG8学術会議ドイツ会合の準備状況の説明を行いました。また、二日目及び三日目は、ICSU、IAP等関係機関の活動報告、IACの新規プロジェクトの提案に対する議論及びG8学術会議の提言についての議論が行われました。

なお、G8学術会議ドイツ会合に向けた議論において、2008年に日本で開催されるG8学術会議で取り上げるテーマとの関連について質疑があり、金澤会長よりテーマの一つには京都プロトコル後に向けての取り組みを考えているとの意見表明を行いました。

なお、詳細については、ホームページをご参照ください。

URL：<http://www.scj.go.jp/ja/int/haken/index.html>

■ 日本学術会議地域振興／九州・沖縄地区フォーラム

「若手研究者の今日、明日、そして将来の夢」の開催（報告）

期 日：2月8日（木）13：00～17：40

場 所：博多サンヒルズホテル（福岡県福岡市博多区）

青少年研究所による日米中韓の高校生の意識調査によると、日本の若者は他国に比べて、「悩みもないが、将来の希望もない」という傾向にあることが示されています。

将来を担う若者に、本当に将来に向けての夢はないのだろうか？

今回のフォーラムでは、九州・沖縄地区で活躍している21世紀COEプログラムの若手研究者から、

現状と将来の夢を語って頂くとともに、日本学術会議会員や地元の研究者との対談を通じて、次世代若手を大いに刺激し、その育成に資することを目的に開催され、約160名の参加を得ることができました。

冒頭、九州・沖縄地区会議構成員の新海征治第三部会員から趣旨説明が行われ、「若い世代が夢を持つ社会とはどのような構造であるべきか?」「時代、世代を超えた普遍的な夢とは何か?」「それを日本、アジア、世界の近未来に当てはめれば、何が見えてくるのか?」といったフォーラムの課題が説明されました。

その後、第1部では「若手研究者からのメッセージ」として8名の研究者から発表が行われました。

第2部では「若手研究者へのメッセージ」として、金澤一郎会長をはじめ4名の方から講演が行われました。

第3部のパネルディスカッションでは、若手研究者8名と招待講演者4名に九州大学の梶山千里総長（連携会員）をパネリストに加え、「若手研究者の今日、明日、そして将来の夢」と題して活発なパネル討議がなされました。

最後に梶山総長から、「夢は自分が努力して実現するもので、棚ぼたで出てくるものではない。よくエジソンの言葉で“99%の努力と1%のインスピレーション”というのが引用されるが、あれは99%努力して基礎があるから1%が生きてくるわけで、努力しただけでもダメで、インスピレーションだけでもダメ。私たちはそういうことを気にかけておかなければならない。先輩の成功の裏には必ず死に物狂いの努力があり、それは実際に楽しいものではなく、苦しいからこそ、一つのものが得られたら楽しいと感じられる。今の若い方も、いずれ次の研究者を育てる立場になる。それを考えてこれからもがんばっていただきたい。」と総括し、フォーラムは閉会しました。



●ホームページの「日本学術会議ニュース」欄にも掲載しておりますので、ご覧ください。

(<http://www.scj.go.jp/ja/info/news/index.html>)

なお、ご意見等がありましたら、下記問い合わせ先まで、お寄せください。

〔日本学術会議事務局企画課〕〒106-8555 東京都港区六本木7-22-34 (Tel : 03-3403-1906、p227@scj.go.jp)

「日本学術会議ニュース」欄の記事のみ転載は自由です。貴団体の学術誌等に転載等をしていただき、より多くの方にお読みいただけるようにお取り計らいください。

日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

本誌投稿者は、著者及び共著者すべて本学会員とする。ただし編集委員会により依頼したものはこの限りではない。

2. 投稿の種類と内容

投稿内容は、看護に関する学術・技術・実践についての論文とする。投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。投稿論文は未発表のものに限る。また、人および動物が対象の研究は、倫理的配慮がされていること、およびそのことが本文中に明記されなくてはならない。

■原著論文（カテゴリーⅠ：量的研究、カテゴリーⅡ：質的研究、カテゴリーⅢ：その他）

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述した論文。

投稿時にカテゴリーⅠ、Ⅱ、Ⅲ、のいずれかを選択する。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」ほどまとまった形ではないが、これだけでも早く発表する価値のある論文。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できる記事。

■総説

特定の問題に関する文献を集めて分析検討した論文。

3. 原稿の送付

投稿原稿は、所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれている）に必要事項を記入の上、本文、図表、写真等、を綴じたオリジナル原稿、およびオリジナル原稿のコピー3部（査読用なので、著者が特定できる部分（謝辞などを削除したもの））を添えて下記に送付する。

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

日本看護研究学会 編集委員会 委員長 川口 孝泰 宛

（封筒の表には、「日看研誌原稿」と朱書きし、書留郵便で郵送すること。）

事務局に到着した日を原稿受付日として誌上に明記する。なお著しく執筆要項を逸脱したものは事務的に返却し、形式が整った時点を受付日とする。

4. 原稿の受付

原稿の受付は、随時行っている。投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は、受理できない。

5. 投稿の採否

投稿の採否は、規程の査読を経たうえで本誌編集委員会が決定する。場合により著者に内容の追加あるいは短縮を求めることがある。また著者に承認を求めたうえで投稿の種類を変更することがある。

査読の結果、「再査読」の場合には修正された原稿について改めて査読を行う。査読の結果が「不採用」の場合で、その「不採用」の理由に対して論文提出者が明らかに不当と考えた場合には、不当とする理由を明記して本会編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお原稿は原則として返却しない。

なお原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

| | 原著論文 | 研究報告 | 技術・実践報告 | 総 説 | 資料・その他 |
|-------------|------|------|---------|-----|--------|
| 独 創 性 | ○ | ○ | ○ | | |
| 萌 芽 性 | | ○ | ○ | | |
| 発 展 性 | | ○ | ○ | ○ | |
| 技 術 的 有 用 性 | | | ○ | ○ | |
| 学術的価値性・有用性 | ○ | ○ | | ○ | |
| 信 頼 性 | ○ | | | ○ | |
| 完 成 度 | ○ | | | | |

〔凡例〕 ○：評価の対象とする，空欄：評価するが過度に重視しない。

6. 原稿の校正

校正にあたり，初校は著者が，2校以後は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

なお校正の際の加筆は一切認めない。

7. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで，10頁以下（800字詰原稿用紙30枚（図表含む））の場合は，掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は，所定の料金を徴収する。超過料金は，刷り上がり超過分1頁につき実費とする。

図表は，A4判用紙にトレースした原図を添える事。印刷業者でトレースが必要になった時はその実費を徴収する。

別刷については，印刷ファイル（pdf）の形で無料で配布する。刷紙媒体に必要な著者は，直接印刷業者に依頼すること。刷紙体は有料で，料金は，30円×刷り上がり頁数×部数（50部を単位とする）。ただし本会より執筆を依頼したものについてはこの限りではない。

8. 著作権

会員の権利保護のために，掲載された原稿の著作権は本会に属するものとする。他者の著作権に帰属する資料を引用するときは，著者がその許可申請手続きを行なう。

9. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は，昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

1. 原稿の書き方

原稿は簡潔でわかりやすいように重点を強調して記述すること。書籍・雑誌などの図、表を引用するときには必ず出典を明記すること。

- 1) 所定の表紙（学会誌最終頁に綴じ込まれているものをA4判に拡大コピーして使用）に、原稿の種類、和・英（JAMAの書式）の論文題名、およびキーワード（5語以内）、著者氏名、所属団体・部署とその英訳、原稿枚数、和文抄録文字数、英文抄録使用語数、別刷部数を明記する。
- 2) 原則としてワードプロセッサなどによる機械仕上げとし、英文抄録、和文抄録はそれぞれ別の用紙に印刷する。本文の書式はA4判の用紙に文字数800字（40字詰め20行）、左右余白30mm、上下余白50mmとする。本文には必ず中央下にページ数（本文のみ）を記すこと。本文（題名とはじめにの間などに）には著者名、所属を記入しない。
- 3) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に、原則としてTimes New Romanの12フォントを用いて、ダブルスペースで印字する（原著論文、研究報告のみ）。
- 4) 和文抄録は400字以内とする。
- 5) 図表は一つずつA4用紙に配置し、それぞれに通し番号を付して図1、表1などとする。
- 6) 図表は、白紙または青色の方眼紙に、黒インクで仕上り寸法の約1.5倍の大きさに描く。提出された原図はそのままオフセット印刷する。
- 7) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える事。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。
- 8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1)、2)のように番号で示し、本文原稿の最後一括して引用番号順に整理して記載し、書式は本文と同じとする。文献著者が3名以上の場合は筆頭者2名のみをあげ、○○他とする。文献の記載方法は以下の通りである。

①雑誌の場合：

番号) 著者名：表題、雑誌名、巻(号)、始ページ-終ページ、発行年(西暦)

- 例 -

- 1) 日本太郎, 看護花子, 他: 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴, 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38, 1998
- 2) Nihon, T., Kango, H. et al.: Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, J. Nursing, 2(1), 32-38, 1998

②書籍の場合：

番号) 著者名：書名、引用箇所の始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年(西暦)

- 例 -

- 3) 研究太郎：看護基礎科学入門, 23-52, 研究学会出版, 大阪, 1995

③編集者の場合：

番号) 著者名：表題、編集者名(編)：書名、始ページ-終ページ、出版社、出版地、発行年(西暦)

- 例 -

- 4) 研究花子：不眠の看護, 日本太郎, 看護花子(編)：臨床看護学Ⅱ, 123-146, 研究学会出版, 東京, 1998
- 5) Kimura, H.: An approach to the study of pressure sore, In: Suzuki, H., et al. (Eds): Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York, 1996

④電子文献の場合：

番号) 著者：タイトル、入手日、アドレス

- 例 -

- 6) ABC看護学会：ABC看護学会投稿マニュアル, 2003-01-23,
<http://www.abc.org/journal/manual.html>

なお、雑誌略名は邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXに従うものとする。

9) 用字・用語は、現代かなづかいとする。アラビア数字を使い、SI単位系（m, kg, S, Aなど）を用いる。

2. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰め原稿用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する。刷り上がりが下記のページ数を超過しないように配慮すること。ただし、表題、図表等の一切を含むものとする。図表を仕上がり寸法（原版の2/3で大まかに見積る）で、A4サイズ用の紙に配置した場合に必要なページ数を下記のページ数から差し引いたページ数に、2400文字を乗じた数が本文及び引用文献に使用できる文字数になる。

- | | |
|-------------|-------|
| (1) 原著論文 | 10ページ |
| (2) 研究報告 | 10ページ |
| (3) 技術・実践報告 | 7ページ |
| (4) 総説 | 7ページ |

3. 原稿の電子媒体での提出

原則として、原稿の内容を電子媒体（フロッピーディスク、MO、CDの、いずれか）で提出する。ラベルには著者、表題、使用機種、使用ソフトウェアを明記すること。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。

理事会承認の上、24巻5号会報57号でお知らせしましたように、任期終了に伴い査読者のご氏名については、本号で以下のように公表させていただきます。

日本看護研究学会査読委員

(アイウエオ順)

(平成16年4月1日～平成19年3月31日)

| | | | | | | |
|--------|---------|--------|-------|-------|--------|-------------|
| 阿部テル子 | 天津 栄子 | 東 玲子 | 天野 瑞枝 | 東 ますみ | 阿蘇品スミ子 | 麻原きよみ |
| 石井 範子 | 飯田澄美子 | 池田 明子 | 猪下 光 | 石塚百合子 | 稲吉 光子 | 市江 和子 |
| 池田 敏子 | 井上 悦子 | 上野 範子 | 江守 陽子 | 大島 弓子 | 大津 廣子 | 小笠原知枝 |
| 尾岸恵三子 | 奥宮 暁子 | 大西 文子 | 岡崎寿美子 | 大池美也子 | 太田 にわ | 太田 勝正 |
| 大平 政子 | 茅島 江子 | 川島 和代 | 川本利恵子 | 河合千恵子 | 桂 敏樹 | 鎌倉やよい |
| 勝田 仁美 | 金井Pak雅子 | 川田智恵子 | 神郡 博 | 金井 一薫 | 川出富貴子 | 木村 紀美 |
| 北原 悦子 | 工藤せい子 | 小板橋喜久代 | 近藤 裕子 | 小西恵美子 | 齋藤やよい | 佐伯 由香 |
| 真田 弘美 | 佐藤みつ子 | 斉藤ひさ子 | 新道 幸恵 | 塩飽 仁 | 白尾久美子 | 関根 龍子 |
| 關戸 啓子 | 高橋 真理 | 高橋みや子 | 高間 静子 | 高橋 弘子 | 竹内登美子 | 高見沢恵美子 |
| 田中マキ子 | 瀧川 薫 | 筒井 裕子 | 土屋八千代 | 筒井真優美 | 泊 祐子 | 西沢 義子 |
| 西村真実子 | 西田 直子 | 任 和子 | 野島 良子 | 野村志保子 | 野川 道子 | 花田 妙子 |
| 林 優子 | 平 典子 | 平田 雅子 | 平河 勝美 | 太湯 好子 | 道重 文子 | 宮脇美保子 |
| 深山 智代 | 三上 れつ | 宮島 朝子 | 山本富士江 | 山田 一朗 | 矢野 正子 | 淘江七海子 |
| 米内山千賀子 | 吉田喜久代 | 柳 修平 | 渡邊 順子 | 和賀 徳子 | | (敬称略) (96名) |

(平成18年4月10日～平成19年3月31日)

| | | | | | | |
|-------|--------|-------|--------|-------|-------|-------------|
| 赤澤 千春 | 荒木田美香子 | 岩瀬 信夫 | 宇佐美しおり | 宇都由美子 | 奥津 文子 | 小幡 光子 |
| 岡村 仁 | 川原由佳里 | 金山 正子 | 片岡 健 | 北島 謙吾 | 久保 五月 | 小柴 順子 |
| 國生 拓子 | 斎藤 真 | 杉田 久子 | 鈴木 啓子 | 福田 和明 | 福田美和子 | 藤井 徹也 |
| 藤崎 郁 | 藤田比左子 | 嶺岸 秀子 | 村岡 宏子 | 山勢 博彰 | 結城美智子 | 與古田孝夫 |
| 横山 美江 | | | | | | (敬称略) (29名) |

(平成18年4月16日～平成19年3月31日)

| | | | | | | |
|-------|-------|--|--|--|--|------------|
| 角濱 春美 | 浅野 美礼 | | | | | (敬称略) (2名) |
|-------|-------|--|--|--|--|------------|

編集委員会からの委嘱による査読委員

(アイウエオ順)

(平成16年4月1日～平成19年3月31日)

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------------|
| 石垣 恭子 | 石黒 彩子 | 石村佳代子 | 泉 キヨ子 | 逸見 功 | 稲本 俊 | 内田 雅子 |
| 大脇万起子 | 荻野 雅 | 小田 正枝 | 勝原裕美子 | 嘉手苺英子 | 上泉 和子 | 上澤 悦子 |
| 萱間 真美 | 唐澤由美子 | 河野 由理 | 北 素子 | 城戸 滋里 | 木下 千鶴 | 坂口 千鶴 |
| 佐々木幾美 | 佐藤富美子 | 柴田 真志 | 鈴木真知子 | 田中美恵子 | 田辺 恵子 | 友田 尋子 |
| 長江美代子 | 中込さと子 | 西川 浩昭 | 西村 ユミ | 野村 直樹 | 林 みよこ | 本庄 啓子 |
| 前田ひとみ | 三木 明子 | 村井 文江 | 村上 明美 | 森山美知子 | 谷津 裕子 | 山内 一史 |
| 山崎 浩司 | 山下美根子 | 山本 昇 | 楊箸 隆哉 | 若村 智子 | | (敬称略) (47名) |

事務局便り

1 平成19年度会費納入のご案内について

平成18年度会費をお納めの上、平成19年度から「退会」のお申し出のない会員の皆様に学会誌30巻1号を送付いたしております。

平成19年度会費未納の方は、お早めに同封の振り込み用紙または、下記の納入方法でお振込下さいますようお願いいたします。

| 記 | |
|------|--------------------|
| 会費 | 7,000円 |
| 郵便振込 | 口座番号 00100-6-37136 |
| 加入者名 | 日本看護研究学会事務局 |

会員の中に同姓・同名の方がおります。お振込の際、会員番号は、必ずご記入下さい。

ATMによるお振込の場合、氏名、ご連絡先の記述がない場合があります。必ずご確認の上、お振込下さいますようお願いいたします。

会員番号は、学会誌をお送りした封筒宛名ラベルに明記してありますので、ご確認下さい。

3 送付先等ご変更の場合は、変更届に新しい送付先を楷書でお書きいただき、難しい読みの場合、フリガナを付記し、FAX (043-221-2332) 又はメール (info@jsnr.jp) で事務局までお知らせ下さい。

尚、変更届は、本誌の入会申込書の次の頁にごございますのでご利用下さい。

4 下記の方が、住所不明です。ご存知の方は、ご本人または、事務局までご連絡をお願いいたします。

い0821 井手 千佳 (2005) え0094 榎田めぐみ (2005) お0770 小笠原知美 (2005)

そ0037 惣田阿佐美 (2005) た0488 武田 晴美 (2005) む0090 武藤 教志 (2005)

わ0011 若松 順子 (2006)

事務所の開所曜日と開所時間

| | | | |
|------|------------|-----|--------------|
| 開所曜日 | 月・火・木・金 | 電話 | 043-221-2331 |
| 開所時間 | 9:00～15:00 | FAX | 043-221-2332 |

日本看護研究学会雑誌

第30巻 1号

会員無料配布

平成19年4月20日 印刷

平成19年4月20日 発行

編集委員

委員長 川口 孝泰 (理事) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

委員 黒田 裕子 (理事) 北里大学看護学部

中木 高夫 (理事) 日本赤十字看護大学

浅野みどり (評議員) 名古屋大学医学部保健学科

金城 祥教 (会員) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

櫻井 利江 (会員) 筑波大学大学院人間総合科学研究科

星野 明子 (会員) 京都大学医学部保健学科

(アイウエオ順)

発行所 日本看護研究学会

〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10

☎ 043-221-2331

FAX 043-221-2332

新ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

E-mail: info@jsnr.jp

発行者 山口 桂子

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
 2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
 3. 入会申込書の送付先：〒260-0856 千葉市中央区亥鼻1-2-10
日本看護研究学会
 4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費7,000円、合計10,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
 5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。
 6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。
 7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。
 8. 会員番号は、会費等の納入を確認ののち、お知らせいたします。
- *個人情報の管理について
日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については、慎重に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

(切り取り線より切ってお出してください)

入 会 申 込 書

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 | (印) | | 生年 | 西暦 | 年 | 月 性別 男・女 | |
| 所 属 | TEL FAX | | 地区割 | | | | |
| 送付先住所 | 自宅・所属 (いずれかに○) | 〒 | | | | | |
| E-mail | | | | | | 地区名 | 都道府県名 |
| 自 宅 | TEL FAX | | 1 | 北海道 | 北海道 | | |
| 評議員 推薦者氏名 | (印) | | 2 | 東北 | 青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島 | | |
| 推薦者所属 | 会員番号 | | 3 | 関東 | 千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟 | | |
| 事務局 記入欄 | 理事会承認年月日 | | | 4 | 東京 | 東京, 埼玉, 山梨, 長野 | |
| | 受付番号 | 年度入会会員番号 | | 5 | 東海 | 神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重 | |
| | 受付日 | 巻 号～ | | 6 | 近畿・北陸 | 滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川 | |
| | 通知番号 | 送付日 | | 7 | 中国・四国 | 鳥根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知 | |
| | | | 8 | 九州 | 福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄 | | |

変 更 届

日本看護研究学会事務局 宛 (FAX 043-221-2332)

下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

_____年 月 日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

勤務先の変更

所属名：

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____

氏名の変更

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 () 自宅 ()

個人情報の管理について：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。

日本看護研究学会 投稿原稿表紙

| | | | |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------|
| 原稿種別 (番号に○) | 1. 原著 (a. カテゴリーⅠ, b. カテゴリーⅡ, c. カテゴリーⅢ) 2. 研究報告 3. 技術・実践報告 4. 総説 5. 資料・その他 () | | |
| 原稿投稿年月日 | _____年 _____月 _____日 | | |
| 和文題目 | | | |
| | | | |
| 英文題目 | | | |
| | | | |
| キーワード (5語以内, 日本語/英語) | | | |
| 1. / | 2. / | 3. / | |
| 4. / | 5. / | | |
| 原稿枚数 | | | |
| 本文: _____ 枚 | 図: _____ 枚 | 表: _____ 枚 | 写真: _____ 点 |
| 著者 | | | |
| 会員番号 | 氏名 (日本語/ローマ字) | 所属 (日本語/英語) | |
| | | | |
| 連絡先住所・氏名 | | | |
| 住所: 〒 _____ | | | |
| 氏名: _____ | | | |
| Tel: _____ Fax: _____ E-mail: _____ | | | |
| 別刷希望部数 (※投稿規定7.参照) | 和文抄録文字数 | 英文抄録使用語数 | |
| 部 | 字 | 語 | |

*受付年月日: _____年 _____月 _____日

●臨床現場で看護診断を有効活用するために役立つ成書!

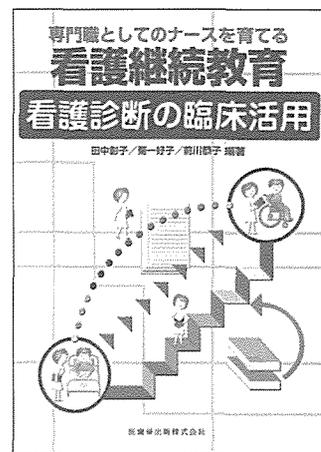
専門職としてのナースを育てる

看護継続教育 看護診断の臨床活用

◆田中彰子 (北里大学東病院看護部看護部長)
菊一好子 (北里大学東病院看護部看護科長)
前川恭子 (北里大学東病院看護部) 編著

最新刊

◆B5判 184頁 2色刷り 定価3,570円(本体3,400円 税5%)



ISBN978-4-263-23487-7

◆本書の主要内容

- 北里大学東病院の執筆者が「患者中心の看護」を理念とし、10年の歳月をかけ、創り出してきた看護診断の臨床応用の過程とその成果をまとめた書。
- 看護診断のコンピュータシステムへの導入と再構築の経験を踏まえ、継続教育の蓄積を通じた看護診断および看護理論の活用の広がりを紹介。
- NANDA13領域の枠組みで事例を整理して看護診断を行い、臨床で使われることの多い「ロイ」「オレム」「ベティ・ニューマン」「ペプロウ」「トラベルビー」などの理論による全体像の描写をはじめ、看護理論や看護診断の活用について具体的な事例を紹介すると同時に、中範囲理論についても解説。
- これらの基盤となっているクリニカルラダーシステムによる継続教育として、どのような教育プログラムがあり、教育専任スタッフや看護師長、主任がどのように後輩育成に関わっているのかについて、豊富な資料を提示し具体的に紹介。

◆本書の主要目次

Prologue 北里大学東病院看護部の歩み

1 臨床における看護計画の構造

「看護過程システム」の特徴 新看護支援システムの概要

2 北里大学東病院におけるNANDA看護診断の活用

北里大学東病院での流れ 消化器外科病棟での流れ 今後の課題

3 看護診断を支える継続教育システム

継続教育プログラム 看護診断研究会の活動
各セクションにおける取り組み(消化器外科混合病棟における看護診断への取り組み 精神科開放病棟における看護診断への取り組み)モジュール型継続受け待ち方式における担当看護師のアセスメントとケアプランの教育的支援

4 看護診断を具体的な事例展開で考える

—総合的なアセスメントから看護診断を導き出した事例

幻覚妄想に支配され正常な思考過程をたどることができない事例 S状結腸がんで手術後再発を繰り返した事例

5 看護診断への理論の活用

「看護実践と看護理論」研修に取り組んだ看護師の学び 理論を活用して看護診断を深める 看護診断のより深い理解に向けて中範囲理論について知る

6 専門看護師、認定看護師のかかわった患者事例

がん看護専門看護師のかかわった患者事例 がん性疼痛緩和認定看護師がかかわった事例 ホスピスケアの質の向上を目指して 北里神経難病看護専門看護師がかかわった事例 資料

●弊社の全出版物の情報はホームページでご覧いただけます。 <http://www.ishiyaku.co.jp/>



医歯薬出版株式会社 / 〒113-8612 東京都文京区本駒込1-7-10

TEL. 03-5395-7610
FAX. 03-5395-7611

2007年1月作成.1S

