



日本赤十字看護学会誌

Journal of the Japanese Red Cross Society of Nursing Science

原著

乳がん患者のComfort（安楽）の概念分析 谷地和加子……1

研究報告

高齢者の健康度が高い地域における保健師活動の特徴 山下 恵…… 11

認知症看護実践で研修生が抱える困難さに対する実習指導者の認識と教育的かかわり

—認知症看護認定看護師教育課程における臨地実習に焦点を当てて—

比留間絵美・坂口 千鶴・千葉 京子・清田 明美・江見 香月・松本ふきこ…… 19

感染予防において隔離をしている子どもと家族へのケア

—小児病棟の看護師へのアクションリサーチを通して—

橋本 美穂…… 29

冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援

北林 真美…… 39

第18回日本赤十字看護学会学術集会

会長講演

グローバル時代の赤十字の看護と看護教育 浦田喜久子…… 49

基調講演

赤十字から見た人道の世界地図 近衛 忠輝…… 57

特別講演

看護の原点を見つめて—臨床哲学の視点から— 浜渦 辰二…… 63

教育講演

癒しをもたらす関係における医療と看護

—Healing Relationship Modelの臨床における実践—

竹熊カツマタ麻子…… 69

シンポジウム「人権と看護実践」

避難所で生活する被災者

内木 美恵…… 76

小児の医療現場で出会う患児・家族の人権と看護実践

三輪富士代…… 78

実践報告「縛らない看護」

福本 京子…… 80

ハンセン病患者の人権と看護実践について

開田美和子…… 82

研究助成 …………… 85

学会記事 …………… 87

会誌投稿規程…………… 116

編集後記 …………… 118

謹告

本学会誌の著作権は、日本赤十字看護学会が保有します。

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権の侵害となることがありますのでご注意ください。

原 著

乳がん患者のComfort（安楽）の概念分析

谷地和加子

Concept Analysis of “comfort (anraku)” Perceived by Patients with Breast Cancer

Wakako Yachi

キーワード：乳がん, Comfort, 安楽, 概念分析

key words : breast cancer, comfort, anraku, concept analysis

Abstract

The purpose of this study was to conduct a conceptual analysis of comfort (anraku) in breast cancer patients and to obtain guidance for nursing intervention. As a research method, the conceptual analysis was performed using Schwartz-Barcott and Kim's hybrid model. Literature searches identified 24 relevant articles. During the data collection period, four breast cancer patients were interviewed. Data showed that the perception of comfort comprised six elements: “to be relieved of physical suffering caused by breast cancer itself and its treatment,” “to feel calm,” “to find the meaning of self-existence by mutually influencing people close to them,” “to recognize bonding with family through family support and acceptance,” “to restore femininity and confidence in sex identity and realize the restoration of self-identity,” and “to realize the possibility and ability of existing in comfort.” To support the unique element of comfort for breast cancer patients, i.e., “to restore femininity and confidence in sex identity and realize the restoration of self-identity,” it is feasible to suggest the involvement of midwives who are specialized in supporting women's health and sex-based issues for providing the necessary emotional and individualized care in a timely manner.

要 旨

乳がん患者のComfort（安楽）の概念分析を行い、看護介入の視点への示唆を得ることを目的とした。方法は、Schwartz-Barcott & Kimのハイブリッドモデルを用いて概念分析を行った。理論的段階では24文献を対象とした。フィールドワークの段階では、乳がん患者4名にインタビューを行った。結果、Comfort（安楽）の概念は、【乳がんそのものや治療による身体的苦痛の和らぎを感じる】【穏やかな気持ちでいる】【身近な他者と相互に影響し合うことにより自己存在の意味を見いだす】【家族のサポートや受容により家族との絆を認識する】【女性らしさ、女性性に対する自信の回復や自分らしさの回復の実感がある】【安楽に存在しうる自分の可能性や力への気づきを得る】の6つの要素で構成されていた。乳がん患

受付日：2017年9月9日 受理日：2018年1月24日

岩手県立大学大学院看護学研究科 Graduate School of Nursing, Iwate Prefectural University

者のComfort (安楽) の特徴である【女性らしさ, 女性性への自信の回復, 自分らしさの回復の実感がある】への支援は, 情緒的な関わりを通して, 患者に寄り添い, 個別を見極め, タイムリーな関わりが必要となる。それには, 女性の健康支援や性への支援の専門家である助産師の活用も提案できる。

I. はじめに

乳がんは, 他のがんに比べ早期発見されることも多く, 初期の段階で手術を受け, その後の化学療法や放射線療法, ホルモン療法などの補助療法を受ければ高い治癒率を望むことが出来る。しかし, その過程で乳がん患者は, がんの脅威や乳房喪失や変形によるつらさ, 治療選択に関わる困難さ, 治療しながら日常生活を行うことへの不確かさなど様々な困難や苦悩を抱えながらの生活を余儀なくされている。また, 乳がんは, 初発治療後10年以上の長期にわたって, 再発や転移の経過を見ていく必要があり, 先が見えないことで患者の不安も大きい(齋田・森山, 2009, p.58)。特に, 乳がんの女性の心身苦痛体験は, 生活より治療が優先されることから自己疎外を感じ弱者感を抱くとも報告されている(内山, 2011, p.29)。このように乳がん患者は, 長期に渡って全人的な苦痛や苦悩を経験しながらも, 生活者として社会の中で今を生きている。乳がんと共に歩んでいく患者へのケアとして, 看護師は, 患者の苦痛や苦悩を緩和しComfort (安楽) を強化することが必要である。乳がん患者のComfort (安楽) を強化することは, Kolcaba(2003/2008) が述べているように, リハビリテーションや化学療法, 医療上の問題を切り抜けるような健康探索行動をとるように患者を強化することにつながっていく。その人らしいよりよい生活を送ることができるよう, 乳がん患者のComfort (安楽) を強化し健康増進に向けた支援が求められている。

これまでにComfort (安楽) は, 人間の基本的な欲求であり, 看護の基本原則として, 安全・自立とともに重要視される中心的概念として位置付けられている。つまり, 看護では, 患者にComfort (安楽) を提供することは必要不可欠である。Kolcaba(2003/2008, p.15) は, 「Comfortは, 緩和, 安心, 超越に対するニーズが, 経験の4つのコンテクスト(身体的, サイコスピリットの, 社会的, 環境的)において満たされることにより, 自分が強められているという即時的な経験である」という定義を導き出している。佐居(2004) は, 看護における「安楽」を, 「その人らしい生活の中で, 身体的・精神的・社会的な苦痛や, 不安や不満がなく, 楽だと感じている状態」と述べている。このことから, Comfort (安楽) の概念は, ホリスティックな本質があり, その人自身の個別的な経験に内包されているといえる。しかし, いずれも乳がん患者に特化したComfort (安楽) の概念について言及はされておらず, 曖昧なままであった。そこで, 本

研究では, 乳がん患者のComfort (安楽) の概念を明らかにし, 乳がん患者への看護介入への示唆を得ることを目的とする。「Comfort」は, 日本語の「安楽」に置き換えられ使用されていること, 「Comfort」も「安楽」も, 看護においてはほぼ同様の意味を持っている(佐居, 2005, p.5) ことから本研究では同一概念として取り扱うこととした。本研究におけるComfort (安楽) の概念分析は, 乳がん患者のComfort (安楽) に着目した看護実践の解明につながる研究の概念枠組みを明確にし, 看護介入の内容を検討する上での基礎資料になると考える。

II. 研究目的

乳がん患者のComfort (安楽) の概念を明らかにし, 看護介入の視点への示唆を得ることを目的とした。

III. 研究方法

A. 概念分析の研究方法

看護におけるComfort (安楽) の概念は, 臨床的な概念である。そのため, 概念の洗練化を目指し, 臨床実践における洞察が多く記述されるという特徴があるSchwartz-Barcott & Kim(2000) のハイブリッドモデルを参考に概念分析を行う。ハイブリッドモデルは, 理論的段階, フィールドワークの段階, 分析的段階の3つの段階に分かれている。理論的段階では, 文献検討をもとに概念を吟味し, 作業上の定義を作成する。その作業上の定義を基にフィールドワークを行い, 乳がん患者へのインタビューによるデータ収集を行う。最終的には, 文献およびフィールドワークで得られたデータを分析し, 概念の洗練化を行う。

B. データ収集および分析手順

1. 理論的段階

a. 対象文献の選定

1983~2012年の期間で, 医学中央雑誌Webと, 2004~2013年の期間でPubMedおよびCINAHL, MEDLINEを用いた。和文献では, 「安楽」「がん看護」, 英文献では「Comfort Care」「Breast Cancer」「Women's health」をキーワードとし, 原著論文に絞り込み検索を行った。その結果, 医中誌Web 26件, PubMed 22件, CINAHL+MEDLINE 2件であった。その文献でComfort (安楽) の内容に関する記述があるもの, 本研究の目的に合致するもの, 著者が関連文献であると判断したものを選択した結果, 和文献16件と英文献8件であり, それらすべてを分析対象とした。

b. 分析手順

対象文献を熟読し、Comfort（安楽）に言及している記述内容をデータとして抽出した。Comfort（安楽）の記述内容を抽出する際には、Kolcaba(2003)のComfortの定義を参考に抽出した。その記述内容を抽象化した。さらに本概念の作業上の定義を構築した。なお、分析過程において質的研究の専門家よりスーパーバイズを受けた。

2. フィールドワークの段階

a. 研究参加者

乳がんの診断を受け、日常生活を送っている患者とした。また、本研究の趣旨を理解し、研究参加への同意が得られた患者であった。

b. 調査期間

平成25年7月～平成25年8月。

c. 調査場所

A県のがん診療連携拠点病院1施設。

d. データ収集方法

研究参加者に、「日常生活において“安楽”に感じることはなんですか」「安楽をもたらすものはなんですか」「安楽を損なうものはなんですか」「どうしたらより安楽になれますか」とした内容で半構成的に面接を行った。面接時間は平均1時間であった。面接はプライバシーが配慮された場所で行い、面接内容は研究協力者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

e. 倫理的配慮

研究施設の倫理委員会の承認（受付番号：H24-6）を得て実施には文書と口頭により、本研究の主旨、方法、プライバシーの保護などについて説明を行い、同意を得た。また、研究協力は自由であり、研究途中でいつでも中断できること、断っても不利益を被らないことを保証した。

f. 分析手順

ICレコーダーから逐語録を作成した。その逐語録を繰り返し読んだ。Comfort（安楽）について語られた意味を読み取り、Comfort（安楽）の内容の類似性、差異性に配慮しながらカテゴリー化を行った。

3. 分析的段階

理論的段階とフィールドワークの段階の両方の結果から分析および比較し、Comfort（安楽）の概念の構成要素を明らかにした。

IV. 結果

A. 理論的段階の分析結果（表1）

文献検討から、Comfort（安楽）の概念を構成する要素として、6つのカテゴリーが抽出された。また、本概念の作業上の定義を導いた。以下、本文中のカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを『 』で表す。

【身体的苦痛が和らいでいる】には、『身体の痛みや

症状が和らいでいる』『症状の改善により眠れている』が含まれた。【気分が落ち着いている】には、『治療の合間に気分転換が得られている』『不安や悩みが軽減し安心する』などが含まれた。【自己存在の意味を見いだす】には、『人とのつながりを通して自己存在の意味を見いだす』『自己の尊厳が守られている』などが含まれた。【理解し合える家族との絆を認識する】には、『理解し合える家族の存在を認識する』『家族と共有したりリラックスする空間と時間を認識する』が含まれた。【自分らしく生きている実感がある】には、『人生を振り返りありのままの自分を受け入れる』『女性性に対する新たな視点を獲得する』などが含まれた。【安楽に存在する力があると認識する】には、『看護師との関わりの中で自分が感じていることを表現し支援を得る』『自己決定し女性性を回復する』などが含まれた。

以上の文献検討から、乳がん患者のComfort（安楽）の作業上の定義を、「家族や重要他者、看護師や医療従事者と関わることや自分自身の力を発揮することで、身体的苦痛を緩和し、穏やかな気持ちでいられ、自己存在に意味を見いだす女性性・自分らしさの回復過程」とした。

B. フィールドワークの段階の分析結果

通院中で研究の趣旨に同意が得られた乳がん患者4名にインタビューを行った。全員が乳房の外科的手術後であり、外来で術後補助療法を受けていた（表2）。

フィールドワークで得られた面接の逐語録の分析した結果、Comfort（安楽）の概念を構成する要素として、5つのカテゴリーが抽出された。以下、本文中のカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを『 』、Comfort（安楽）の内容を〈 〉、患者の語りの内容を《 》で表す。

【家族との絆を認識する】には、『家事や育児を代行してくれる家族の存在に支えられていると感じる』『家族から自分の身体的変化や体調について理解がある』『家族の前向きな言葉によりがんに対するイメージが肯定的に変化する』『家族の前向きな言葉により身体の変化を肯定的に受け入れられる』『家族から意思決定を支持される』『家族から経済的支援がある』『夫とのコミュニケーションが良好に保たれている』ことが含まれていた。『家族の前向きな言葉により身体の変化を肯定的に受け入れられる』には、『主人も子どももいろいろと協力してくれるし、髪が抜けてきても「大丈夫なの？」とか「全然、かっこいいよ」とか、いい言葉をかけてくれるので。だから逆にがんになって家族がいてくれてよかったなというか、ありがたみが一層感じられて。とても幸せだなんて思います。（D氏）』との語りが聞かれた。『夫とのコミュニケーションが良好に保たれている』には、『何かあれば

表1. 理論的段階の結果

カテゴリー	サブカテゴリー	著者
身体的苦痛が和らいでいる	身体の痛みや症状が和らいでいる	(徳重・浦邊・田辺他, 2011) (Fenlon, Addington-Hall, O'Callaghan, et al., 2013) (木村・小泉, 2004) (市原・生頼, 2000)
	症状の改善により眠れている	(Beck, Wanchai, Stewart, et al., 2012)
気分が落ち着いている	治療の合間に気分転換が得られている	(徳重・浦邊・田辺他, 2011)
	不安や悩みが軽減し安心する	(徳重・浦邊・田辺他, 2011) (木浪, 2007) (鳥谷・矢野・菊池他, 2002) (石川・佐藤, 2001)
	自己の生命が保たれているという安全の感覚がある	(神間・佐藤・増島他, 2008)
	孤独感が軽減している	(神間・佐藤・増島他, 2008)
	家族が安心していると思える	(宗山, 2003)
	医療者によるケアへの満足感がある	(Reed, Simmonds, Haviland, et al., 2012)
自己存在の意味を見いだす	人とのつながりを通して自己存在の意味を見いだす	(伊藤, 2008) (小楠・萩原・狩浦, 2007) (白坂・中島・深津他, 2004)
	自己の尊厳が守られている	(神間・佐藤・増島他, 2008) (Gallagher, Buckmaster, O'Carroll, et al., 2009) (Halkett, Kristjanson, & Lobb, 2008) (江藤・鈴木・上田他, 2007)
	体調に合わせた従来の役割を維持でききる	(木浪, 2007)
理解し合える家族との絆を認識する	理解し合える家族の存在を認識する	(木浪, 2007) (白坂・中島・深津他, 2004) (Crompvoets, 2006) (徳重・浦邊・田辺他, 2011)
	家族と共有したリラックスする空間と時間を認識する	(鳥谷・矢野・菊池他, 2002)
自分らしく生きている実感がある	人生を振り返りありのままの自分を受け入れる	(伊藤, 2008)
	自分の現状を肯定的に意味づける	(前田・後藤・永井他, 2010) (Halkett, Kristjanson, & Lobb, 2008) (徳重・浦邊・田辺他, 2011) (伊藤, 2008) (Gallagher, Buckmaster, O'Carroll, et al., 2009) (木村・小泉, 2004)
	自分らしいやり方でコントロール感覚をつかむ	(近藤, 1998)
	女性性に対する新たな視点を獲得する	(Gallagher, Buckmaster, O'Carroll, et al., 2009) (Crompvoets, 2006)
安楽に存在する力があると認識する	看護師との関わりの中で自分が感じていることを表現し支援を得る	(Halkett, Kristjanson, & Lobb, 2008) (宗山, 2003) (徳重・浦邊・田辺他, 2011)
	現実をみつめありのままの自分を受けとめる	(伊藤, 2008)
	自分の体調の変化を捉え対処する	(江藤・鈴木・上田他, 2007) (小楠・萩原・狩浦, 2007) (木村・小泉, 2004) (木浪, 2007) (近藤, 1998)
	家族や重要他者とつながりをもつ	(木浪, 2007) (徳重・浦邊・田辺他, 2011) (鈴木, 2009) (白坂・中島・深津他, 2004)
	リラックスできる場をつくり自らを解放する	(鳥谷・矢野・菊池他, 2002)
	病気や治療の情報を集める	(Fenlon, Addington-Hall, O'Callaghan, et al., 2013) (Halkett, Arbon, Scutter, et al., 2006) (Hackbarth, Haas, Fotopoulou, et al., 2008)
	自己決定し女性性を回復する	(Crompvoets, 2006)

表2. 対象者の概要

	年代	手術方法	治療内容 (回数)	同居者
A氏	40歳代	乳房温存術	PTX(7回目)	夫, 子 (21歳, 14歳)
B氏	40歳代	乳房全摘出術+リンパ郭清	PTX(2回目)	夫, 子 (22歳, 17歳)
C氏	40歳代	乳房温存術	PTX(11回目)	パートナー, 子 (21歳, 19歳, 18歳)
D氏	40歳代	乳房温存術	PTX(10回目)	夫, 子 (3歳)

* PTX (パクリタキセル)

(主人に) すぐ話をするから、そんなにストレスもたまらないって言うか。(B氏)》との語りが聞かれた。【自分らしい日常を生きる】には、『家事から解放さ

れた時間を好きなことをして自由に過ごすことができる』『自分が落ち着く居場所でほっとする』『体調に合わせて家事や仕事を遂行できる』が含まれてい

た。『体調に合わせて家事や仕事を遂行できる』には、《(抗がん剤の)注射のない週は快適ですね。体の調子はいいです。今週はあれやろう、これやろうと思いながらやりたいことをやる。(A氏)》との語りが聞かれた。【乳がんとなった自分を肯定しているには、『家事や育児を通して家族の役にたつことにより自分の存在価値を感じる』『子どもとの関わりもち母親としての肯定感をもつ』『女性として生きる自信を取り戻す』が含まれていた『女性として生きる自信を取り戻す』には、〈乳房切除後の自分の体形に合った補正下着を着用し女性としての意識をもつ〉〈脱毛後に帽子やかつらを装着しおしゃれをして外出することができる〉〈肌触りのよい脱毛用帽子を着用することでファッションを楽しみ心地よく過ごすことができる〉ことが含まれていた。C氏は、《ブラジャーっていうか、今は普通の下着なんですけど、少しずつ来てくるといいうか、(中略)カップの入ったタンクトップにタオルを入れてるんだけど、やっぱりちょっとずれちゃうといいうか。冬のジャンパーを着れば見えないけど、夏はどうしても薄着になってしまうから、そういうので(外に)出たくないっていうのもあるかもしれない。》と話し、〈乳房切除後の自分の体形に合った補正下着を着用し女性としての意識をもつ〉こともComfort (安楽)の一つであった。【看護師や医療従事者からの具体的な情報や情緒的支援、社会資源の活用によって得られる安心感がある】には、『公的な経済的支援による安心感がある』『看護師から具体的な対処方法についてアドバイスがあると安心する』『看護師との情緒的な関わりから得られる安心感』が含まれていた。C氏は、《(化学療法室の看護師が)いろいろと聞いてくれるからなんか助かるっていうか、不安はないし、安心っていうか。》と看護師との情緒的な関わりから安心感を得ることができていた。【自分を安楽にする力があると認識する】には、『自分自身が前向きであること』『自分が知りたい情報を自ら得て安心する』『自分の体調の変化を捉え対処する』『現状をあるがままに受け止める』『支え合える友人や同病者との関係に心強さを感じる』が含まれていた。A氏は、《私は髪が生えてくると信じているんですけど、治療が終わったら。》と前向きに考えていた。

C. 分析的段階の分析結果

最終的に文献の分析結果とフィールドワークから得られたインタビューデータを比較し、統合分析した結果、乳がん患者のComfort (安楽) の概念の構成要素として、6つのカテゴリーが抽出された。以下、本文中のカテゴリーを【】、サブカテゴリーを『』で表す。

1. 【乳がんそのものや治療による身体的苦痛の和らぎを感じる】

このカテゴリーは、乳がん患者は、治療やがんその

ものの痛みや症状による苦痛があるが、その身体的苦痛が緩和されることで、楽になったり、緊張感が和らいだり、眠れるようになったりと身体的回復を感じることを示している。具体的には、『身体の痛みや症状が和らいている』『症状の改善により眠れている』が含まれた。

2. 【穏やかな気持ちでいる】

このカテゴリーは、自分の気持ちが、安心し、穏やかであると評価した状態である。乳がん患者が、自分を受け入れてくれる家族や看護師などの人との相互関係性のつながりから、不安や悩み、孤独感が軽減し、安心感を認識することが【穏やかな気持ちでいる】ことにつながっていた。看護師から具体的な対処方法のアドバイスや看護師との情緒的な関わりから安心感を心得、ケアへの満足感へとつながっていた。具体的には、『治療の合間に気分転換が得られている』『不安や悩みが軽減し安心する』『自己の生命が保たれているという安全の感覚がある』『孤独感が軽減している』『家族が安心していると思える』『医療者によるケアへの満足感がある』『公的な経済的支援による安心感がある』『看護師から具体的な対処方法についてアドバイスがあると安心する』『看護師との情緒的な関わりから得られる安心感がある』が含まれた。

3. 【身近な他者と相互に影響し合うことにより自己存在の意味を見いだす】

このカテゴリーは、家族や看護師など身近な他者とのつながりや人の役に立つ自分を模索しながらも、他者との相互性により自己存在の意味を見いだすことを意味している。自分の人生を他者に受け入れてもらうこと、側にいる看護師の声を聴くこと、手のぬくもりを感じることで、個としての存在を認められていると感じ、自己存在の意義を見いだしていた。『自分が個として存在していることを重要他者から認められると感じることで自己存在意義が強まる』『家事や育児を通して家族の役にたつことにより自分の存在価値を感じる』が含まれた。

4. 【家族のサポートや受容により家族との絆を認識する】

このカテゴリーは、家族のサポートや受容により、乳がん患者が病気を契機としてさらに家族との絆が強まったと認識することを示している。乳がん患者は、自分を受け入れてくれる家族の存在や、家族の前向きな言葉、家事や育児の代行によって支えられていると実感していた。具体的には、『理解し合える家族の存在を認識する』『家族と共有したリラックスする空間と時間を認識する』『家事や育児を代行してくれる家族の存在に支えられていると感じる』『家族から自分の身体的変化や体調について理解がある』『家族の前向きな言葉によりがんに対するイメージが肯定的に変化する』『家族から意思決定を支持される』『家族から

経済的支援がある』『夫とのコミュニケーションが良好に保たれている』が含まれた。

5. 【女性らしさ、女性性に対する自信の回復や自分らしさの回復の実感がある】

このカテゴリーは、現状をありのままに受け入れることや、自分らしいやり方で自己コントロール感をつかむこと、自分の視点を深めより確かなものにすることで新たな女性性の視点を獲得することを意味している。乳がん患者は、乳がんである自分をありのままに受け入れ、自分らしくいられる時間や空間を見つけていた。そして、患者は、乳房喪失後に変化した外見を整え、女性である自分に対する自信を取り戻していた。具体的には、『人生を振り返りありのままの自分を受け入れる』『自分の現状を肯定的に意味づける』『自分らしいやり方でコントロール感覚をつかむ』『女性性に対する新たな視点を獲得する』『家事から解放された時間を好きなことをして自由に過ごすことができる』『自分が落ち着く居場所ではっとする』『体調に合わせて家事や仕事を遂行できる』が含まれた。

6. 【安楽に存在しうる自分の可能性や力への気づきを得る】

このカテゴリーは、自分自身が内なる力を持ち、その内なる資源で安楽が得られるように行う行動や生きる上での心情をさす。看護師との関わりを積み重ね、自分を理解してくれる看護師の存在を認識していた。看護師との関わりの中で自分が感じていることを表現し支援を得るには、看護師との効果的なコミュニケーションによりレポートを形成し、側に付き添う看護師に対して自らの思いを表出することであった。具体的には、『看護師との関わりの中で自分が感じていることを表現し支援を得る』『現実をみつめありのままの自分を受け止める』『自分の体調の変化を捉え対処する』『家族や重要他者とのつながりをもつ』『リラックスできる場をつくり自らを解放する』『病気や治療の情報を集める』『自己決定し女性性を回復する』『自分自身が前向きでいること』が含まれた。

V. 考察

A. 乳がん患者の Comfort (安楽) の特徴

乳がん患者の Comfort (安楽) の概念は、【乳がんそのものや治療による身体的苦痛の和らぎを感じる】【穏やかな気持ちでいる】【身近な他者と相互に影響し合うことにより自己存在の意味を見いだす】【家族のサポートや受容により家族との絆を認識する】【女性らしさ、女性性に対する自信の回復、自分らしさの回復の実感がある】【安楽に存在しうる自分の可能性や力への気づきを得る】の6つの要素で構成されていることが明らかとなった。本研究で明らかにできた乳がん患者の Comfort (安楽) の特徴として、【女性らしさ、

女性性に対する自信の回復、自分らしさの回復の実感がある】の要素があげられる。乳房喪失や乳房の変化を体験した女性にとって、乳房喪失という状態は、術後数か月経過しても自己の否定的変化の象徴となり、どのように長い時間が経過しても語られる要素をもつ(内田, 2007, p.24)。また、乳がんになったことで女性としての価値が失われ、思い描いていた自己実現が果たせないのではないかという自己概念を抱くとも言われている(砂賀・二渡, 2008, p.381)。今回、乳がん患者の性的関心や性的魅力に対する自信の回復については、理論的段階で抽出された。フィールドワークの段階でも、性的な部分での語りではないが、患者は、女性として美しくありたいという自己の理想持ち、乳房温存術で変化した乳房を補整することでファッションを楽しみ、女性らしさの回復を実感していた。乳がん患者は、女性らしさの喪失という否定的な自己概念を一端は抱き、その否定的であった自己概念を新たな価値観へと変化させたと考える。日本では、性的な側面については、恥と捉える文化があり、あまり表面にはでないことが多い。しかし、性的関心や性的魅力、女性性への自信を乳がん患者が持つことは、本研究において、Comfort (安楽) の大切な1つの要素であることが位置づけられた。

次に、乳がん患者の【安楽に存在しうる自分の可能性や力への気づきを得る】という Comfort (安楽) の要素は、自分自身を力のある存在として自覚し、己を力づける意味が含まれていた。英語の「comfort」の語源は、ラテン語の「confortare」であるといわれ、「大いに力づける」という意味をもつ言葉である。したがって乳がん患者の Comfort (安楽) は、単に、身体的な痛みや苦痛が緩和されることだけでなく、「現実をみつめありのままの自分を受けとめる」などといった Comfort (安楽) に近づくためには方略を駆使しながら己を力づけるということが明らかとなった。

また、本研究の結果から、Comfort (安楽) に関わる要因には、家族、看護師や医師、同病者といった他者の存在が挙げられた。乳がん患者は、家族や重要他者との関わりから勇気づけられ、治療を乗り越えられる自分自身の力を感じるようになっていた。さらに患者は、医療従事者も含めた他者との相互性により自己存在の価値を確信し、援助を得ながら体調に合わせた役割を行い、自分らしく生きていくことがもたらされていた。しかしながら、自分らしさを乳がん患者自身で認識するのは困難である。乳がん患者は、家族、看護師や医師、同病者といった他者との関わりにより力を得て、自分らしさを取り戻していくと考えられた。

今回、概念分析により、乳がん患者の Comfort (安楽) の概念の6つの要素を規定した。しかし、乳がん患者の Comfort (安楽) は患者の経験の一部として捉えられることから、患者個々の経験によって Comfort

(安楽)の意味づけや重みづけが異なると考える。Comfort (安楽)の重要度と方向性を決めるのは乳がん患者自身である。したがって、看護師は、この6つの要素すべてを満たすことを目標とすることではない。看護師は、患者と面談し対話をするにより、患者個々の経験に寄り添いつつ、Comfort (安楽)に対する6つの側面からニーズを捉えてアセスメントでき得る。そして患者自身がComfort (安楽)を知覚することができ、患者が自分らしく生きていくことに向かうよう支えていくことができると考える。

B. 乳がん患者のComfort (安楽)に着目した看護介入への示唆

乳がん患者のComfort (安楽)の概念は、6つの要素で構成されていることが明らかとなったが、Comfort (安楽)の概念は、個々の要素が絡み合い、全人的で多次元な概念として捉える必要がある。乳がん患者のComfort (安楽)の特徴である【女性らしさ、女性性への自信の回復、自分らしさの回復の実感がある】への支援は、情緒的な関わりを通して、患者に寄り添い、個別を見極め、タイムリーな関わりが必要となるだろう。しかし、日本では、乳がん患者の女性性やセクシュアリティサポートの必要性は示唆されているものの、臨床現場ではまだまだ不十分であることが指摘されている(青木・藤田, 2011, p.31)。よって、今後は、チーム医療を担う一員として助産師を活用した乳がん患者の女性性へのサポート支援の構築が必要であると考えられる。

乳がん患者は、乳がんと共生するプロセスの中で、家族や同病者、看護師などの医療従事者と関わりをもち生きている。乳がん患者は、そのプロセスにおいて、患者の個別に対応したComfort (安楽)に着目したケアを受けることにより、患者はComfort (安楽)を知覚する。Comfort (安楽)に焦点を当てたケアには、看護師と患者との相互作用があり、その人にとって何を大事としているのか、なにがその人にとってComfort (安楽)であるのかを気づかうことにより、その人が自己存在の意味を見いだすことに向かい、その人自身が【安楽に存在しうる自分の可能性や力への気づきを得て】、自分らしい生き方を生み出すといえよう。また、看護師は、乳がん患者が自分らしさを認識するための機会を意図的にもつ必要がある。そして看護師は、その意図的な機会の中で、個別的でかけがえのないその人自身である乳がん患者との対話の積み重ね、固有のComfort (安楽)体験に寄り添い、ポジティブなComfort (安楽)体験を意味づけていくことが重要であると考えられる。

Newman(1994/1995)は、どのような状況にいる人であっても、その状況がどのように無秩序で望みがないように見えようとも、拡張する意識の過程であること—もっとその人らしくなる過程であるということ

主張している。Comfort (安楽)ケアの提供を受けた乳がん患者は、Comfort (安楽)を知覚し、自己肯定感が得られ治療や療養生活に対して前向きな取り組みするようになり、患者は自己の成長を認識し、ケアに対しての患者の満足度の向上へとつながると考える。

繩(2006)やKolcaba(2003)の研究によると、Comfort (安楽)ケアの基盤の概念としてケアリングが位置づけられている。また、Benner & Wrubel(1989/1999)は、気づかい(caring)は、人が何らかの出来事や他者、計画、物事を大事に思うということを意味し、看護の本質的な存在としている。さらに、佐藤(2010)は、心は身体によって規定されるとともに身体を規定し、協働的かつ相互的であると、看護においては、人にcaringの姿勢(気づかうこと・関心をもつこと=caringで接すること)から始まり、看護師は、巻き込まれて関与することが基本であるとしている。まさに、Comfort (安楽)に着目したケアは、個々の経験に巻き込まれたケアといえる。乳がん患者のComfort (安楽)は、患者と看護師との相互依存的な対話過程で見いだされていくからこそ、プログラム化された統一ケアではなく、個々のComfort (安楽)に着目したケアが望まれる。今後は、事例を検証していき、乳がん患者へのComfort (安楽)ケアモデルを構築していくことが課題である。

謝辞

本研究に参加およびご協力くださいました皆様に心より感謝申し上げます。また、本研究論文をまとめるにあたりご指導くださいました岩手県立大学看護学部福島裕子教授に心より感謝申し上げます。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

- 青木早苗・藤田倫子(2011). 乳がん治療経験者のセクシュアリティに関する研究の動向と今後の課題. *インターナショナル nursing care research*, 10(4), 23-33.
- Beck, M., Wanchai, A., Stewart, B. R., Cormier, J. N., Armer, J. M. (2012). Palliative Care for Cancer-Related Lymphedema: A Systematic Review. *Journal of Palliative Medicine*, 15(7), 821-827.
- Benner, P., Wrubel, J. (1989) / 難波卓志(1999). ベナー／ルーベル現象学的人間論と看護. 東京: 医学書院.
- Cromptvoets, S. (2006). Comfort, Control, or Conformity: Women Who Choose Breast Reconstruction Following Mastectomy. *Health Care for Women International*, 27(1), 75-93.

- 江藤美和子・鈴木綾子・上田ひろみ・秋宗美紀・豊田久美子・安寺久美子 (2007). 終末期における緩和ケア病棟入院患者の希求の推移—病状進行に伴う希求の変化に関する考察. 日本看護学会論文集：成人看護II, 38, 175–177.
- Fenlon, D., Addington-Hall, J. M., O'Callaghan, A. C., Clough, J., Nicholls, P., Simmonds, P. (2013). A survey of joint and muscle aches, pain, and stiffness comparing women with and without breast cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 46(4), 523–535.
- Gallagher, P., Buckmaster, A., O'Carroll, S., Kiernan, G., Geraghty, J. (2009). Experiences in the provision, fitting and supply of external breast prostheses: Findings from a national survey. *European Journal of Cancer Care*, 18(6), 556–568.
- Hackbarth, M., Haas, N., Fotopoulou, C., Lichtenegger, W., Sehoul, J. (2008). Chemotherapy-induced dermatological toxicity: frequencies and impact on quality of life in women's cancers. Results of a prospective study. *Supportive Care in Cancer*, 16(3), 267–273.
- Halkett, G., Arbon, P., Scutter, S., Borg, M. (2006). The role of the breast care nurse during treatment for early breast cancer: the patient's perspective. *Contemporary Nurse*, 23(1), 46–57.
- Halkett, G. B., Kristjanson, L. J., Lobb, E. A. (2008). 'If we get too close to your bones they'll go brittle': women's initial fears about radiotherapy for early breast cancer. *Psycho-Oncology*, 17(9), 877–884.
- 市原直美・生頼栄子 (2000). レモン水を使用した口内炎予防について—化学療法を受けている患者を対象にして. 兵庫県立尼崎病院年報, 11, 82–86.
- 石川陸弓・佐藤敏子 (2001). 短期入院で化学療法治療を繰り返している慢性期がん患者の苦痛と安寧—その実態と看護援助の方向性. 三重看護学誌, 4(1), 105–114.
- 伊藤美代子 (2008). ターミナル期にある患者の死の受容における援助. 川崎市立川崎病院事例研究集録, 10, 59–61.
- 神間洋子・佐藤まゆみ・増島麻里子・柴田純子・眞嶋朋子 (2008). 危機的状態にあるがん患者が危機を乗り越えて安寧に至る過程を促進する看護援助. 千葉看護学会誌, 14(2), 20–27.
- 木村清美・小泉美佐子 (2004). 緩和ケア病棟の入院患者の希望に関する研究. 死の臨床, 27(1), 94–99.
- 木浪智佳子 (2007). 外来通院で緩和的化学療法を受けるがん患者の社会的側面への影響. 北海道医療大学看護福祉部学会誌, 3(1), 15–20.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A Vision for Holistic Health Care and Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K. (2003) / 太田喜久子 (2008). コルカバコンフォート理論—理論の開発過程と実践への適用. 東京：医学書院.
- 近藤晃代 (1998). 全身に癌性疼痛のある患者の看護—安楽な寝衣・クッションの工夫を試みて. クリニカルスタディ, 19(5), 400–404.
- 熊谷有記・小笠原知枝・長坂育代 (2009). 末期がん患者をもつ家族の看護師に対する期待. 死の臨床, 32(1), 111–116.
- 前田祥子・後藤幸美・永井三千代・橋口周子・藤井収・太田陽介・副島俊典・加藤洋海 (2010). 全身麻酔下の婦人科癌腔内照射時看護介入. 臨床放射線, 55(9), 1140–1146.
- 宗山薫 (2003). 緩和的化学療法を受ける患者の家族への援助. 北海道社会保険病院紀要, 2, 44–45.
- 縄秀志 (2006). 看護実践における“comfort”の概念分析. 聖路加看護学会誌, 10(1), 11–22.
- Newman, M. A. (1994) / 寺島恵 (1995). マーガレット・ニューマン看護論—拡張する意識としての健康. 東京：医学書院.
- 小楠範子・萩原久美子・狩浦美恵子 (2007). 終末期に施設から病院への転院を余儀なくされた高齢者のスピリチュアルペイン. ホスピスケアと在宅ケア, 15(3), 216–224.
- Reed, E., Simmonds, P., Haviland, J., Corner, J. (2012). Quality of life and experience of care in women with metastatic breast cancer: A cross-sectional survey. *Journal of Pain and Symptom Management*, 43(4), 747–758.
- 齋田菜穂子・森山美知子 (2009). 外来で化学療法を受けるがん患者が知覚している苦痛. 日本がん看護学会誌, 23(1), 53–60.
- 佐居由美 (2004). 看護における「安楽」の定義と特性. ヒューマン・ケア研究, 5, 71–82.
- 佐居由美 (2005). 和文献にみる「安楽」と英文献にみる「comfort」の比較—Rodgersの概念分析の方法を用いている日米2つの看護文献レビューから. 聖路加看護大学紀要, 31, 1–7.
- 佐藤聖一 (2010). 看護におけるケアリングとは何か. 新潟青陵学会誌, 3(1), 11–20.
- Schwartz-Barcott, D., Kim, S. (2000). An Expansion and Elaboration of the Hybrid Model of Concept Development. In B. Rodgers, K. Knaf (Eds.), *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications*. 2nd ed. (pp.129–159). Philadelphia: Saunders.
- 白坂篤子・中島悦子・深津智恵子・山崎幸江・安楽澤子・井上範子 (2004). 繰り返し化学療法を受ける卵巣がん患者の思い. 日本看護学会論文集：成人看護II, 34, 30–32.
- 砂賀道子・二渡玉江 (2008). 乳がん体験者の自己概

- 念の変化と乳房再建の意味づけ. 北関東医学, 58(4), 377-386.
- 鈴木亜里 (2009). 終末期の40歳代舌癌患者と家族への看護—気がかりとなっていた家族へのグリーフケアを行って. 全国自治体病院協議会雑誌, 48(3), 31-32.
- 徳重涼子・浦邊真由美・田辺美香・穂本純恵・吉本久美 (2011). 子宮腔内照射治療を受ける患者の思い. 山口県母性衛生学会会誌, 27, 7-11.
- 鳥谷めぐみ・矢野理香・菊池美香・小島悦子・菅原邦子 (2002). 緩和ケア病棟に入院中のがん患者の看護場面におけるタッチの研究. 天使大学紀要, 2, 13-23.
- 内田伸樹 (2007). 乳房喪失者の語りを見る「乳房喪失」の意味—そのライフストーリーに見られる重層的構造. 新潟医療福祉学会誌, 7(1), 20-25.
- 内山美枝子 (2011). 治療過程で生じる乳がん女性の心身苦痛体験の構造モデル. 日本がん看護学会誌, 25(2), 24-34.

研 究 報 告

高齢者の健康度が高い地域における保健師活動の特徴

山下 恵

Characteristics of Public Health Nurse Activities in Areas
with High Health Performance of Elderly Persons

Megumi Yamashita

キーワード：保健師活動，分散配置，高齢者，健康度

key words : public health nurse activities, dispersion assignment, elderly persons, health performance

Abstract

The purpose of this study was to clarify the characteristics of the activities of public health nurses in areas with high health performance of elderly persons. The study method was qualitative descriptive method, I interviewed 3 public health nurses who worked at two municipalities with high health performance of the elderly persons using a semi-structured interview. After developing interview transcripts, I conducted qualitative analysis. As a result, the structure of the activity cycle by public health nurses was identified. The following activities were identified as central of their work: "identifying themselves as dedicated busybodies at the starting point" with "sharpened antenna," "The natural daily relationships are formed from concerning with directly living residents," "only a little help utilizing individuality," "recommending policies in continuing daily tasks and existing data," mutually interaction and "participation of important members of the village and local residents to support the activities of active public health nurses," and "gratitude and sense of responsibility regarding working for the municipality."

要 旨

本研究の目的は、高齢者の健康度が高い自治体の保健師活動の特徴を明らかにすることである。研究方法は、高齢者の健康度が高い地域に勤務する保健師3名に半構成的面接法でインタビューを行い、逐語録作成後、質的帰納的に分析した。その結果、その特徴として【活動の原点はお節介】を中核とする【生活者である住民と直接関わって作る自然な毎日の関係】【研ぎ澄まされたアンテナ】【個別を活かしたほんの少しの手助け】【日々の活動を継続し施策化する努力】が循環する能動的な活動サイクルが構造化された。そして、この活動サイクルを【能動的な保健師の活動に理解のある要人と地域住民の存在】【働かせてもらっていることに対する感謝の気持ちと責任感】が相互に作用しながら支えていることが明らかになった。

1. はじめに

現代社会においては、世界の平均寿命、健康寿命とも過去最高となり（World Health Organization, 2017）、その中で、日本の平均寿命は83.7歳、健康寿命は74.9歳といずれも世界第1位である。今後も日本の高齢化率の上昇は続くことが予測され、2035年には33.4%、2060年には39.9%となる見込みである。そのため高齢化対策の推進は重要な健康政策上の課題であり（内閣府, 2016）、さまざまな対策がとられてきた。

しかし、「健康日本21」の最終評価（2011）では、国が掲げた目標値に達することができなかった。特に、「メタボリックシンドロームの該当者・予備群の割合」、「日常生活における歩数（成人・70歳以上）」、「糖尿病合併症の割合」などの生活習慣病に関係の深い項目の評価が低かった（厚生労働省, 2011）。このことは、健康増進を目指した生活習慣が定着しなかったことを反映している。

この理由として、それぞれの対象に応じた確実に効果があがる展開の仕組みができていなかったことが挙げられている（厚生労働省, 2011）。曾根は、保健師の活動基盤に関する基礎調査報告書（2011）の結果から保健師の能力が十分発揮されない理由として、全国の9割の自治体で実施している分散配置を挙げ、業務の縦割り化により他部門の保健師と健康問題に関する情報共有及び連携がとれないことを指摘している（曾根, 2011）。平野（2012）は、分散配置のメリットとして一領域の業務に専任し深めることができる一方で、デメリットとして現場に出られない状況になることを挙げ、保健師活動の基本である地域に根を張った活動ができず健康問題を的確にとらえられないことを指摘している。

このように、我が国の多くの自治体では、予防政策の目標値に達成することができず苦慮している。このような状況の中で社会資源や医療資源などにおいて乏しい面がありながら高齢化率が全国平均を10%程度上回るX村、Y村、Z村の3つの自治体があった（2013）。しかも、これらの自治体では、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率も全国平均を上回り、医療費は全国平均を下回っていた（2013）。このような背景には、高木らの無医村における保健師活動の研究でも指摘されているように（高木・藤原・宮川他, 2001）、取り組みの主軸である保健師の活動に工夫があると推察された。

平野（2012）は、保健師に求められる能力として、「保健師が行う保健活動は、地域の人々が日々安心して暮らし、健康であり、健康になることを考え暮らす力を高める活動である」（p.32）とし、その活動は、地域の健康に関する統計資料を分析すること、地域に出向き人々の生活を観察すること、これらの情報から地

区を把握し地域特性を理解する地区診断という方法が基本であると述べている。また、佐甲らは、「保健師に必要なコンピテンシーとして、分析から実践までを統合でき、問題解決のプロセスを遂行できる調整力、組織力、資源開発とそのシステム化、施策力及び危機管理能力などの総合的能力が必要」（佐甲・野呂・伊藤, 2007, p.95）と報告している。

しかしながら、保健師らが具体的にどのような能力を発揮し、どのように住民に働きかけているのかという活動内容を明らかにした先行研究は少なく、2001年に住民の健康診査受診率を向上させ医療費減少に結びつけた保健師活動のポイントを報告した高木らの研究のみであった。他の文献においても、ニーズ把握や事務職・他機関との連携強化の必要性（雨宮・細谷・大光他, 2010）や、対象者の生活に即した周囲を巻き込んだ地域特性を活かす方法の有用性を述べた報告（丸谷・大澤・雨宮他, 2011）に留まっている。

そこで、本研究では、高木・藤原・宮川他（2001）の先行研究に基づき「保健師は地域の健康課題をどのように把握しているか」、「保健指導・健康教育の内容はどのようなものか」、「保健師活動を支えるものは何か」の3つの視点から住民の健康度の高い地域の保健師の具体的な活動内容を把握し、その特徴を明らかにすることを目的として取り組んだ。

II. 用語の定義

健康度が高い地域：「健診の受診率」及び「保健指導の実施率」（下田, 2009）、「要介護認定率」及び「1人当たりの医療費」（水嶋, 2009）、「健康的な生活習慣の実践」及び「生活満足度」（志水・早川・山下他, 2009）に関する先行研究をもとに、本研究では以下の①～⑥の6項目すべてを満たす自治体とした。

- ①特定健康診査受診率が国の目標値65%を超えていること
- ②特定保健指導実施率が国の目標値45%を超えていること
- ③要介護認定率が全国平均17.7%より低いこと
- ④1人当たりの後期高齢者医療費が全国平均を下回り、かつ2010年、2011年連続して減少していること
- ⑤住民の生活習慣病予防に関する取り組みを10年以上継続し、自治体の健康増進計画における要介護認定原因疾患調査において、取り組みと関連する原因疾患が50%以上減少していること
- ⑥自治体における住民の意識調査において、「住みやすい」と評価した者が50%以上、かつ継続居住の希望について「ずっと住みたい」と評価した者が75%以上であり、生活満足度が高いと認められること

III. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究.

B. データ収集期間

平成25年7月29日及び8月5日の2日間.

C. 研究参加者の選定条件

研究参加者の選定は、①～⑥の項目を全て満たす健康度の高い地域である3村の自治体に研究協力を依頼し、同意を得られた以下のX村、Y村の2自治体の保健師を研究参加者とした。

X村は、総面積の9割が山林の山間地域で、高齢化率は35%を超え、全国平均より10%以上、上回る。特定健康診査受診率、特定保健指導実施率は、全国平均を上回り、一人あたりの後期高齢者医療費も低額である(2013)。

Y村は、山沿いの溪谷が入り組む山間地域である。高齢化率は30%を超え、全国平均を6%程度上回る。しかし、特定健康診査受診率、特定保健指導実施率は、全国平均を大きく上回り、X村と同じく医療費が低額であり健康度が高い自治体である(2013)。

D. データ収集方法

高齢者の健康度が高い地域の保健師が住民の健康の保持・増進のために行う活動として、「地域の健康課題をどのように把握しているか」「住民ニーズにそった保健指導、健康教育をどのように行っているか」「保健師活動を支えるものは何か」の3つの視点から、工夫していること、大切にしていることについて、インタビューガイドに基づき、半構成的面接を行った。インタビュー内容は、研究参加者の許可を得てICレコーダーに録音した。

E. データ分析方法

インタビュー内容から逐語録を作成し、データ収集時の3つの視点を分析視点として、精読した上でコード化を行い、次に類似性と差異性をもとにカテゴリー化を行い、コアカテゴリーを抽出した。なお、分析にあたっては、質的研究の経験がある複数の指導教員からスーパーバイズを受け、分析過程の真実性を確保するように努めた。

F. 倫理的配慮

研究参加者には、研究目的と方法及びプライバシーの保護について、口頭と文書で説明し研究参加および研究成果の公表について同意を得た。本研究は、日本赤十字豊田看護大学研究倫理委員会の承認を受け実施した(承認番号2408号)。

IV. 結果

A. 研究参加者および研究フィールドの概要

1. 研究参加者：X村及びY村に勤務している3名

の保健師(A氏50歳代、B氏40歳代、C氏50歳代)で、3名とも女性で、保健師学校卒業後、現在の職場に就職している。保健師経験年数は平均約30年。

2. インタビュー：所要時間は平均90分で、研究参加者と相談し、職員や住民などの他者が入らず、プライバシーが確保できる役場庁舎内の会議室でインタビューを行った。

3. X村・Y村の各種資料及びデータを検討し、地区踏査(各自地体の保健事業のまとめや健康診査結果・医療費レセプトなどによる公表データの確認)を行った。両村とも点在集落がみられ、地区から地区への移動は1時間を要する所もあり、生活面でも保健師活動の面でも交通の便が悪い地域であった。また、診療所が数か所あるのみで入院施設はなく、医療資源も乏しい地域であった。

B. 分析結果

3名の研究参加者の語りを3つの分析視点から個別に分析し、その結果、抽出されたカテゴリーを統合しコアカテゴリーを抽出した。以下に、抽出されたコアカテゴリーについて詳細に述べる(表1)。(以下、コアカテゴリーは【 】、上位カテゴリーは〔 〕、下位カテゴリーは《 》、語りは「 」と表記する。)

1. 活動の原点はお節介

このコアカテゴリーは、住民を心配して世話をやきたいという“お節介”が活動の原点にあるという意味である。このコアカテゴリーは、〔活動の原点はお節介をやって心配すること〕〔気になる人には声をかけ眺める〕〔身体を動かして情報を共有する〕の3つの上位カテゴリーから抽出された。お節介に関する語りは3名の保健師に共通していた。

2. 生活者である住民と直接関わって作る自然な毎日の関係

これは、住民の健康課題を的確に把握するには、住民の生活を詳細に知らなければならないという考えから、まず住民との日々の関係性を大切にするという意味である。このコアカテゴリーは、〔住民と直接関わって作る自然な毎日の関係〕〔対象者を点ではないつながりのある生活者として感じ取る〕〔対象外の住民も参加しやすい時間帯や場所を考え話に向く〕〔頑張りを認めたタイミングよい声かけ〕の4つの上位カテゴリーから抽出された。

3. 研ぎ澄まされたアンテナ

これは、住民を生活者として把握するために住民の健康課題について五感を研ぎ澄ませて全体的にとらえる必要があるという意味である。このコアカテゴリーは、〔アンテナを研ぎ澄ませて全体で観る目と問題を観る目の両方で観る〕〔保健師には、対象者が何を思っているか読み取る力が必要である〕〔通りがかりに様子を観て変化を見極める〕〔具体的な食材からその人の暮らしを観る〕の4つの上位カテゴリーから抽出された。

表1. 高齢者の健康度の高い地域における保健師活動の特徴

コアカテゴリー	上位カテゴリー	下位カテゴリー
活動の原点はお節介	活動の原点はお節介をやいて心配すること	原点は、お節介をやいて、心配するといつかは住民が動くことがある (B) 自分のためであることをわかってもらえるよう言い続ける (C)
	気になる人には声をかけ眺める	気になる人には声をかけ、眺める (A) 気になる人には、アポをとらずに声をかける (B)
	身体を動かして情報を共有する	行っ、聞いて、困り事を共有する (A) 集落の店や住民、地区役員から体を動かして情報を得る (A) 高齢者同士のつながりがみえる老人クラブに参加する (B)
生活者である住民と直接関わって作る自然な毎日の関係	住民と直接関わって作る自然な毎日の関係	自然な毎日の関係づくりから関係が生まれる (A) 住民と仲良くなって信頼関係を築く (B) 住民と近い関係をつくる (C) 住民と直接関わることができる体制がある (C) 日々個別に長期戦で働きかけることが、保健師の役割と考える (C)
	対象者を点ではないつながりのある生活者として感じ取る	生活者としての対象者を感じ、本物のやり取りをする (A) 点ではないつながりを感じとる (A)
	対象外の住民も参加しやすい時間帯や場所を考え話に出向く	住民が参加しやすい時期や場所を考え話をしに行く (A) 参加しやすい時間帯や場所に保健師が出向く (B) 対象外の住民も一緒に受けられるよう時間帯や内容を工夫する (C) タイミングよく声をかける (C)
研ぎ澄まされたアンテナ	頑張りをもったタイミングよい声かけ	取り組みの結果を実感している時に、頑張りをもつ声かけをする (C) 効果が出た時は、褒めたり、間を空けず声をかける (B)
	アンテナを研ぎ澄ませて全体で観る目と問題を観る目の両方で観る	アンテナを研ぎ澄ませて、住民を点でなく流れで知る (A) 全体でみる目と問題をみる目の両方でみる (A)
	保健師には、対象者が何を思っているか読み取る力が必要である	保健師には、人による違いを読み取る力が必要である (C) 対象者が何を思っているのかを聞くことに意味がある (A)
個別を活かしたほんの少しの手助け	通りがかりに様子を観て変化を見極める	通りがかりに家の内外の様子をみて変化を見極める (A) 訪問は、目的を決めずに3回くらいの間に会うことを考える (B)
	具体的な食材からその人の暮らしを観る	その人の暮らしをみる (A) 漬物と健診データとのつながりをみる (B) 漬物から健康教育の情報を得る (C) どんなふうに生きているのかを考えると、健診データの意味が分かる (A) 調査結果と具体的な地域生活をつなげて評価する (B)
	個別を大事にして訪問する	個別を大事にして訪問する (C) 過去・現在を知って、見通しを立て、その人を活かす (A) ほんの少し手助けをする (A) たった一言事実を伝えたり、思いのやり取りをするだけで関係が変わる (A)
多様な方法を用いて体験的に指導をする	引き出しを増やして支援する (A) わかりやすい例や道具を使って健康教育を行う (A)	ちょっと頑張れば、できそうなことを具体的に指導する (B) 具体的な生活の仕方と、病気との関係を視覚化することを積み重ねる (C) 体験型の食事指導をやり続けることで、意識を変えていく (B) 種々のデータから村の実態を分かりやすく示す (A)
	高年齢者を現役の地域の一員としてとらえる	独りで気ままに暮らしているように、住民の助けを借りて手立てを考える (A) 偏見をとって、地域の一員について考える機会を設ける (A) 高年齢者を元気で稼ぐ人ととらえる (A)
	住民に投げかけたり具体的な話をもちかける	住民に投げかけて、健康問題の勉強会をする (A) 保健師から勉強会や自主グループの活動をもちかける (A) 要望がないときは、身近なでき事、要望を聞き出して話をする (B) 他地区の紹介をしながら、自主グループの活動を尊重する (A)
住民の反応を逆手にとった受診行動につなげる支援	距離感を調整し自己決定の見極め	関係がうまくいかないときは、離れて生活することをすすめる (B) 負担感が多い家族関係では、ワンクッションをおく調整を図る (A) 自己決定をする時間を確保するために、故意に訪問を休む (C) 一人一人、皆違うという視点に立って、自己決定を大事にする (A) 対象者が納得していることを見極めて次にすすめる (C)
	住民の反応を逆手にとった受診行動につなげる支援	住民の訪問を避けたい思いを逆に受診につなげる (B)
	日々の活動を継続し施策化する努力	バトンタッチをしながら活動を続ける (A) 地域に出て、課題を施策化することをやり続けてきた (A) 高齢者に対しては、予防を軸と考え、見守りや早期発見に努める (A) 種々のデータから住民の健康への願いを推し量り、保健師の仕事の優先度を決める (C) 国や県の将来像と結び付けながら、具体的な対策を考える (A) 出ていく活動を大事にしてくれた村の要人の存在があった (A) 前向きに取り組むことを支持する村の要人の存在がある (A)
能動的な保健師の活動に理解のある要人と地域住民の存在	種々のデータから保健師の仕事の優先度の決定	関係がうまくいかないときは、離れて生活することをすすめる (B) 負担感が多い家族関係では、ワンクッションをおく調整を図る (A) 自己決定をする時間を確保するために、故意に訪問を休む (C) 一人一人、皆違うという視点に立って、自己決定を大事にする (A) 対象者が納得していることを見極めて次にすすめる (C)
	前向きな保健師の活動を支持する要人の存在	関係がうまくいかないときは、離れて生活することをすすめる (B) 負担感が多い家族関係では、ワンクッションをおく調整を図る (A) 自己決定をする時間を確保するために、故意に訪問を休む (C) 一人一人、皆違うという視点に立って、自己決定を大事にする (A) 対象者が納得していることを見極めて次にすすめる (C)
	パートナーとしてアイディアを出してくれる地区役員との存在	関係職種とつながり、本人の能力を共有する (A) 出る幕を決めて連携する (C)
働かせてもらっていることに対する感謝の気持ちと責任感	長期に働ける仕事に対する感謝の気持ち	永遠に働ける仕事だからこそ、日々心して努力する (C)
	この村に雇われていることを意識した責任感	種々のデータから住民への健康教育の評価をする (C) この村で雇われていることを意識して、村のニーズに合わせて、介護保険の使い方を工夫する (C)

注) 下位カテゴリーの(A)(B)(C)は研究参加者を示している。

4. 個別を活かしたほんの少しの手助け

これは、対象住民の個別性を尊重し、住民自身のもてる力を最大限に活用することが最もよい支援の方法であると考え、保健師はほんの少しの手助けをするという意味である。このコアカテゴリーは、〔個別を大事に活かしたほんの少しの手助け〕〔多様な方法を用いて体験的に指導をする〕〔高齢者を現役の地域の一員としてとらえる〕〔住民に投げかけたり具体的な話をもちかける〕〔距離感を調整し自己決定の見極め〕〔住民の反応を逆手にとった受診行動につなげる支援〕の6つの上位カテゴリーから抽出された。

5. 日々の活動を継続し施策化する努力

これは、保健師活動の特徴として、住民の健康課題に対する援助を施策化する役割があるため、努力するという意味である。このコアカテゴリーは、〔活動を継続し地域に出て課題を施策化する努力〕〔種々のデータから保健師の仕事の優先度の決定〕の2つの上位カテゴリーから抽出された。

6. 能動的な保健師の活動に理解のある要人と地域住民の存在

これは、保健師活動を行うには、共に活動をすすめる理解ある要人と地区役員等の住民の協力が必要という意味である。このコアカテゴリーは、〔前向きな保健師の活動を支持する要人の存在〕〔パートナーとしてアイデアを出してくれる地区役員の存在〕〔関係職種とのつながり〕の3つの上位カテゴリーから抽出された。

7. 働かせてもらっていることに対する感謝の気持ちと責任感

これは、保健師活動を行う際には、関わる要人や地域住民の協力で感謝する気持ちと仕事に関する責任感が基盤にあるという意味である。このコアカテゴリーは、〔長期に働ける仕事に対する感謝の気持ち〕〔この村に雇われていることを意識した責任感〕の2つの上位カテゴリーから抽出された。

以上の結果から、保健師の活動を『健康課題の把握』『保健指導・健康教育の実施』『保健師活動の支え』の3つの視点で抽出されたカテゴリーは、最終的に7つのコアカテゴリーに集約できた。それらは、すなわち保健師の活動の特徴といえる。

V. 考察

A. 高齢者の健康度が高い地域における保健師活動の特徴

抽出された7つのコアカテゴリーについて、その関係性に着目し保健師の活動の特徴を構造化した(図1)。保健師活動は、【活動の原点はお節介】を中心に、【生活者である住民と直接関わって作る自然な毎日の関係】【研ぎ澄まされたアンテナ】【個別を活かしたほんの少しの手助け】【日々の活動を継続し施策化する努力】の4つ

のコアカテゴリーが関連しながら繰り返す活動サイクルを形成していた。この繰り返しの活動サイクルを【能動的な保健師の活動に理解のある要人と地域住民の存在】【働かせてもらっていることに対する感謝の気持ちと責任感】が支えていた。これは、保健師が、住民一人ひとりや各地区と関係を持ちやすく、住民や地区の情報を得られやすい基盤となる体制であると考えられた。

B. 活動の原点はお節介

図1の中核に配置したコアカテゴリーの【活動の原点はお節介】は、住民が日々価値を感じる生活ができるよう方法を探るために関わろうとする認識であり、研究参加者全員が住民のためにと強い気持ちがあった。この思いが【お節介】という保健師活動の原点となり【生活者である住民と直接関わって作る自然な毎日の関係】【研ぎ澄まされたアンテナ】【個別を活かしたほんの少しの手助け】【日々の活動を継続し施策化する努力】に働きかける活動を展開していた。これは、ナイチンゲールの『町や村での健康教育—農村の衛生』(1894/1974)に述べられている「助けたいという関心からわきおこる共感をもって愛を与えつくす熱情」と一致する(山下・村瀬, 2017)。また、昭和の時代からの保健師活動の記録集にも、保健師としての心のもち方に関する記述がある(當山, 2013)。これらは、住民の生活を活かしながら支援するお節介の認識の重要性の示唆と一致すると考えられる。

C. 保健師本来の基本となる活動

住民の生活の成り立ちや健康課題を把握する上で必要となる関係性が【生活者である住民と直接関わって作る自然な毎日の関係】である。研究参加者は、〔頑張り認めたタイミングよい声かけ〕をすることや、介護予防実施地区に〔対象外の住民も参加しやすい時間帯や場所を考え話に出向く〕こと、〔距離感を調整し自己決定の見極め〕をするなど関わり方を工夫し、〔対象者を点ではないつながりある生活者として感じ取る〕中で親密な信頼関係を構築していた。この活動は、地域に根を張る活動でなければ不可能であり、保健師本来の基本となる活動である(平野, 2012; 厚生労働省, 2013)。そして、この親密な関係性があることにより、対象者が生活の中で一番大切にしている価値観を把握することができ、A氏のように「一言の助言で住民を保健行動へつなげる支援」ができていた。これは、平敷・今枝・田高他(2015)が、特定保健指導の初回支援に必要なスキルとしている対象者の価値観を尊重し、行動変容に対する意味を見いだしている調査結果と一致した支援であった。

また、研究参加者である保健師らは、住民が毎日の生活に価値を感じながら日々を過ごせる方法を見いだすために【研ぎ澄まされたアンテナ】をもつことを大切にしていた。すなわち〔保健師には、対象者が何を思っているかを読み取る力が必要である〕が、その対

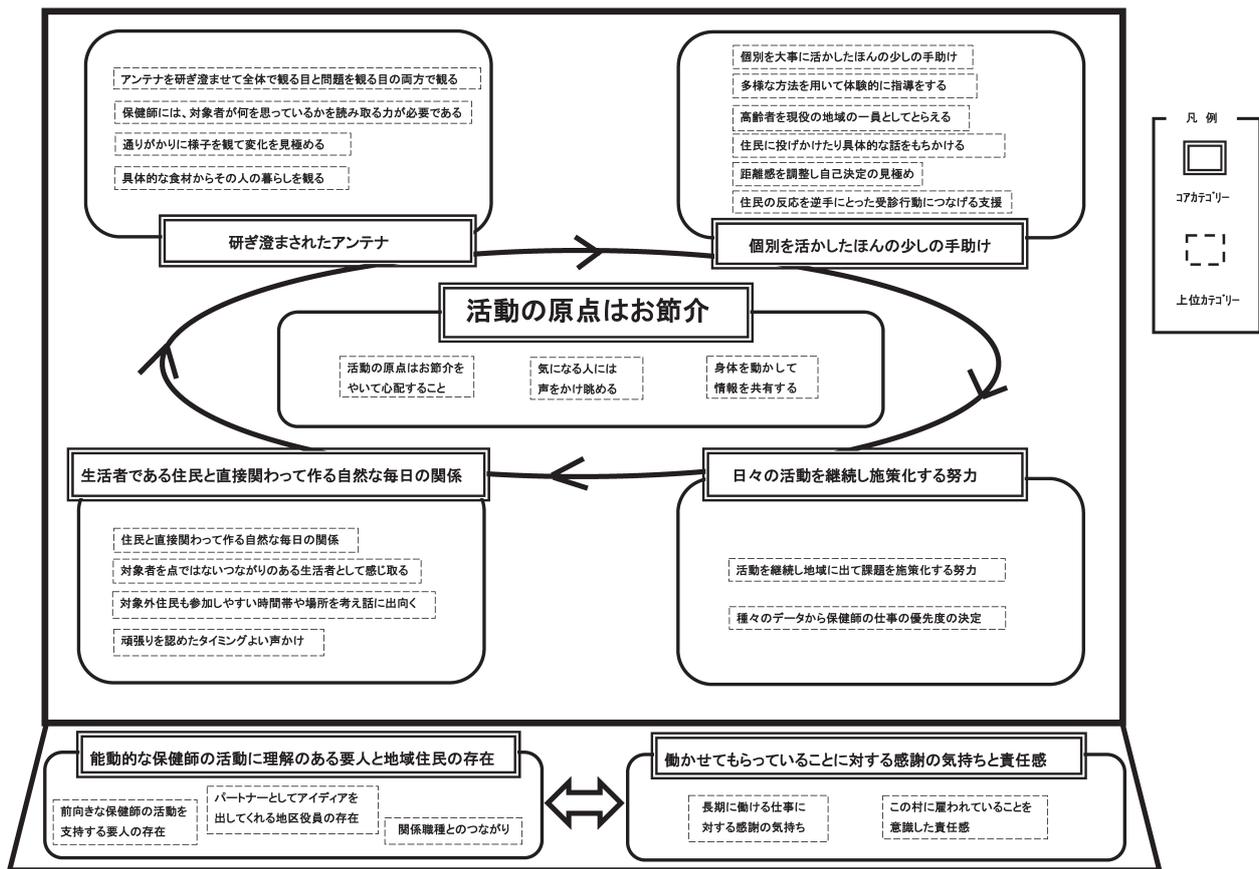


図1. 高齢者の健康度の高い地域における保健師活動の特徴

対象者の行動の意味を理解するために〔身体を動かして情報を共有する〕〔通りがかりに様子を見て変化を見極める〕〔気になる人には声をかけ眺める〕〔アンテナを研ぎ澄ませて全体で観る目と問題を観る目の両方で観る〕という動きを通してキャッチした情報を統合していくような観察をしていた。X村では、高血圧症の住民の多い地区の家庭訪問や健康教育の場で見られた食材を観て、健康診査結果などの統計データを頭に巡らせながら住民の健康課題を統合的に考えていく工夫もみられた。これは、常に保健師は情報を得るために、能動的に動き、一見、無駄と思われる住民からのお茶に呼ばれることや、そこで出された漬物も意図的に口にして、五感をフルに活用して活動していることが特徴的であった。これは、坪内（2009）が、地域の健康問題の解決を図るときは、直面している課題の解決を図るだけでなく、その健康課題を多角的・総合的に分析していくことが、的確な施策化や保健活動につながるといふ報告と一致する。この細やかな観察は、ナイチンゲールが『看護覚え書』で述べている「患者の顔に現れるあらゆる変化、姿勢や態度のあらゆる変化、声の変化すべてについて、その意味を理解『すべき』なのである」（Nightingale, 1860/2015, p.228）という観察と同義である。

また、【個別を活かしたほんの少しの手助け】を基盤とした保健指導・健康教育の認識があった。これ

は、丸谷・宮崎（2009）が有用と述べている対象者の生活に即した独特の生活習慣を活かす保健指導と一致する。たとえば、認知症で独り暮らしをしている高齢者を支える方法についての語りの中で、保健師のみでは到底支えきれない場合は、〔高齢者を現役の地域の一員としてとらえる〕〔住民に投げかけたり具体的な話をもちかける〕活動を行っていた。これは、対象者のもてる力をできるだけ活かすために、自然で変わらぬ生活環境の中で支援していくことを意図した活動の工夫であった。この近隣住民の協力体制は、地域のストレングスとしてとらえることができる。これは、2022年を最終目標とする「健康日本21（第二次）」が目指す方向性でもある（厚生労働省，2012）。

このような支え合う社会を目指して施策化していくためには、自然な毎日の中から健康課題を把握した上で、【日々の活動を継続し施策化する努力】が必要となる。施策化するためには、〔距離感を調整し自己決定の見極め〕をすることが求められる。この支援は、健康課題を解決するための施策化の方法（坪内，2009）として報告されている内容と一致していた。

D. 成人における健康教育

研究参加者である保健師らは共に、住民に生活習慣の改善方法を日常生活に取り入れてもらう手段として〔多様な方法を用いて体験的に指導をする〕という方

法を取り入れていた。アメリカの成人教育理論家マルカム・ノールズの成人教育としていわれる経験的学習であるアンドラゴジーの技術である。この技術は、経験したことを自己の中で整理し習得するとされるもので、教師は媒介者で、実際に教える (teach) ではなく、ただ他の人を援助する (help) ことと述べている (Knowles, 1980/2002)。

研究参加者が活動している自治体では、地域の産業として漬物製造がある。そのため高血圧症の住民が多いことが健康課題として挙がっていた。対策として、研究参加者は、健康診査結果の説明会を行う際に受講者に適切な塩分量の味噌汁の試食を体験するプログラムを数年にかけて繰り返し住民に普及する活動をしてきた。その際には、【個別を活かしたほんの少しの手助け】を基本として、地区の食生活改善推進員に味噌汁などの試食を参加住民にすすめる役を依頼するなど対象者が肯定的な自己決定となるよう促す方法を工夫していた。この方法は、対象者の生活に即した保健指導や地域の独特の生活習慣を活かす活動の展開方法 (丸谷・宮崎, 2009) であり、保健師活動指針 (2013) にある地域特性に応じた活動でもある。

しかしながら、生活を変えることは難しいことである。1つの方法として、「多理論総合モデル (Trans-theoretical model; TTM)」(Prochaska, Norcross, & DiClemente, 1994/2005) が提唱されている。このモデルは、対象者と共感しながら一緒に目標を立案するモデルで、特定保健指導で厚生労働省の標準的ガイドラインにおいて、確実に行動変容につながる指導方法として示され、米国で既に確立されている (松永・小池・樗木, 2012)。しかし、特定保健指導において、指導期間を終了すると体重のリバウンドや生活習慣病に関連する血液データの再悪化が各保険者で散見され、結局、実施した取り組みは、対象者の日常生活の中に取り入れられていない状況であった。これを解決するツールとして経験年数の少ない保健指導者が指導しても、短時間で質の高い保健指導ができるアドバイスシートが開発されている (松永・小池・樗木, 2012)。これは対象者と自然な関わりの関係性ができていなければ、アドバイスシートを急に見せられる対象者には、ただの押し売りとしか感じとれない。しかし、本研究の参加者である保健師は、きめ細やかな観察から対象者の価値観を活かす創意工夫を凝らした保健指導を行い成果を上げていた。

E. 保健師の活動サイクルを支えるネットワーク体制
多くの自治体で、分散配置による業務の縦割り化のため、統計データから挙げられた対象者を期日までに指導をしなければならぬ切迫感があり、地域に出る機会を後回しにしている現状がある。その過程で次第に対象者を読み取る力が鈍りがちとなり、分散配置にともなうニーズ把握システムを新たに見直す必要性が指摘されている (雨宮・細谷・大光他, 2010; 安藤・梅田・

池邊, 2016)。住民のニーズ把握をするシステムは、図1の【活動の原点はお節介】を中心とした4つのコアカテゴリーの活動サイクルが基盤となる。研究参加者の自治体で保健師活動の支えとなったのは【能動的な保健師の活動に理解のある要人と地域住民の存在】、つまり、自治体の長やその周囲の役割を担う重要人物の存在と一緒に保健事業をすすめてくれる地域住民の存在であった。このような強力な理解者の存在が保健師の活動を支え、健康課題の把握に重要な【生活者である住民と直接関わって作る自然な毎日の関係】を築くことができていた。このような体制があったために、能動的に地域に出て保健師活動を展開することができ、住民との親密な関係が成立したのではないかと考えられる。

以上のことから、本研究の研究参加者である保健師活動の特徴として、保健師活動を理解し、心理的にも身体的にも動けるネットワーク体制を整備してくれる同じ職場の要人の存在と配慮、さらに地域住民との関係性から生まれる感謝と責任感が支えとなり、【活動の原点はお節介】を中心としたサイクルで能動的に活動していることが明らかになった。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究は、高齢者の健康度の高い2つの自治体の保健師3名を研究参加者とした。この2つの自治体では、保健師の分散配置をとっておらず、地区担当制を採用していた。そのため、この研究で得られた結果は、分散配置をとっている自治体や、その他の健康度の高い自治体の保健師活動にそのまま適用できない。今後は、地域や対象者を拡大して研究を継続していきたい。

VII. 結論

高齢者の健康度の高い地域における保健師活動について以下のことが明らかになった。

1. 保健師活動の特徴として、【活動の原点はお節介】という認識を中核とした【生活者である住民と直接関わって作る自然な毎日の関係】【研ぎ澄まされたアンテナ】【個別を活かしたほんの少しの手助け】【日々の活動を継続し施策化する努力】という能動的な活動サイクルが明らかになった。

2. 保健師活動には【能動的な保健師の活動に理解のある要人と地域住民の存在】【働かせてもらっていることに対する感謝の気持ちと責任感】の支えが不可欠であることが示唆された。

謝辞

本研究の実施にあたり、インタビューを受けてくださった自治体の皆様、そしてインタビューに御協力していただいた保健師の方々に深謝いたします。

この論文は、日本赤十字豊田看護大学大学院修士論文(2013年)に一部加筆修正したものである。第15回日本赤十字看護学会学術集会(2014年)にて発表を行った。

利益相反

利益相反なし

文献

雨宮有子・細谷紀子・大光房枝・丸谷美紀・石垣和子(2010). 千葉県保健師活動における地域の実態・ニーズ把握および保健事業の外部委託・臨時職員等の活用に関する実態報告—第1報. 千葉県保健医療大学紀要, 1(1), 57-62.

安藤智子・梅田君枝・池邊敏子(2016). 管理職立場にある行政保健師が感じている地域保健活動の課題と取り組み. 千葉科学大学紀要, 9, 223-231.

平野かよ子(2012). 保健師の保健活動. 佐々木峯子・井伊久美子・金川克子・平野かよ子・斉藤恵美子編著, 新版保健師業務要覧第2版(p.32, 38). 東京: 日本看護協会出版会.

平敷小百合・今枝友紀・田高悦子・田口(袴田)理恵・臺有桂・有本梓(2015). 生活習慣病予防における対象者に応じた行動目標設定のための保健師の支援技術の明確化—初回保健指導に焦点化して. 日本地域看護学会, 18(1), 24-25.

Knowles, M. S. (1980) / 堀薫夫・三輪健二訳(2002). 成人教育の現代的実践—ペンタコジーからアンドラゴジーへ. 東京: 鳳書房.

厚生労働省(2011). 「健康日本21」最終評価. 報道発表資料, 1, 34.

厚生労働省(2012). 基本的な方針について, 健康日本21(第2次)の推進に関する参考資料, 20.

厚生労働省(2013). 地域における保健師活動について—地域における保健師活動に関する指針, 7.

厚生労働省(2014). 平成24年度特定健康診査・特定保健指導の実施状況. 報道発表資料.

厚生労働統計協会(2015). 厚生指針. 国民衛生の動向, 62(9), 100.

丸谷美紀・宮崎美砂子(2009). 農村部における地域の文化を考慮した生活習慣病予防の保健指導方法—主体的な行動変容を促すために. 日本地域看護学会誌, 11(2), 38-45.

丸谷美紀・大澤真奈美・雨宮有子・宮崎美砂子(2011). 農村部における地域の文化を考慮した生活習慣病予防の保健指導方法—健康を志向した地域の文化を育むことを意図して. 日本地域看護学会誌, 13(2), 7-15.

松永里香・小池城司・樗木晶子(2012). 特定保健指

導における行動変容ステージ別アプローチ方法. 保健師ジャーナル, 68(1), 51.

水嶋春朔(2009). 地域診断のすすめ方—根拠に基づく生活習慣病予防政策と評価. 東京: 医学書院.

内閣府(2016). 平成28年度版高齢社会白書.

Nightingale, F. (1860) / 湯槇ます・薄井坦子・小玉香津子・田村眞・小南吉彦訳(2015). 看護覚え書—看護であること看護でないこと. 東京: 現代社.

Nightingale, F. (1894) / 小玉香津子・薄井坦子・田村眞編訳(1974). 町や村での健康教育—農村の衛生. 湯槇ます監修, ナイチンゲール著作集第二巻(pp.157-183). 東京: 現代社.

Prochaska, J. O., Norcross, J. C., DiClemente, C. C. (1994) / 中村正和監訳(2005). チェンジング・フォー・グッド—ステージ変容理論で上手に行動を変える. 東京: 法研.

佐甲隆・野呂千鶴子・伊藤薫(2007). WHOグローバルコンピテンシーモデル. 三重県立看護大学紀要, 11, 95-99.

志水幸・早川明・山下匡将・宮本雅央・小関久恵・嘉村藍・山村くみ・大月和彦(2009). 島嶼地域高齢者の精神的健康の関連要因に関する研究. 北海道医療大学看護福祉学部紀要, 15-24.

下田智久(2009). 平成20年度地域保健総合推進事業—ポピュレーションアプローチ推進・評価事業報告書 特定健診・特定保健指導を活用した新時代の健康づくり, (財)日本公衆衛生協会, 26.

曾根智史(2011). 保健師の分散配置の状況 日本看護協会「平成22年度保健師活動基盤に関する基礎調査」結果より. 保健師ジャーナル, 67(10), 844-850.

高木美穂子・藤原由紀・宮川純子・木野貴之(2001). 無医村における保健活動を振り返って—健診と事後指導. 九州農学医科雑誌, 10, 17-23.

當山裕子(2013). 離島勤務で培った保健師マインド. 奥山則子・島田美喜・平野かよ子, ふみしめて70年—老人保健法施行後 約30年間の激動の時代を支えた保健師活動の足跡(pp.292-294). 東京: 日本公衆衛生協会.

坪内美奈(2009). 行政保健師による地域の健康課題の解決を図る方法に関する文献検討. 千葉県看護学会誌, 15(2), 36.

World Health Organization(2017). World Health Statistics 2016: Monitoring health for the SDGs. http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/en/(2017.6.12)

山下恵・村瀬智子(2017). 「町や村での健康教育—農村の衛生」における保健師活動の特徴. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 12(1), 17-29.

研 究 報 告

認知症看護実践で研修生が抱える困難さに対する
実習指導者の認識と教育的かかわり
—認知症看護認定看護師教育課程における
臨地実習に焦点を当てて—

比留間絵美¹, 坂口 千鶴², 千葉 京子²,
清田 明美², 江見 香月², 松本ふきこ³

Clinical Instructors' Understanding and Involvement
with Trainees' Difficulties in Dementia Nursing:
Focusing on Clinical Nursing Practice in the Curriculum
for Certified Nurses in Dementia Nursing

Emi Hiruma, Chizuru Sakaguchi, Kyoko Chiba,
Akemi Kiyota, Kazuki Emi, Fukiko Matsumoto

キーワード：認定看護師，認知症看護，実習指導者，かかわり

key words : certified nurse, dementia nursing, clinical instructor, involvement

Abstract

The aim of this study was to clarify clinical instructors' understanding of and involvement with difficulties encountered by trainees in clinical nursing practice of the curriculum for certified nurses in dementia nursing. The research method was semi-structured interview with five instructors who were certified nurses in dementia nursing. The results were as follows. The difficulties to be addressed included that trainees were unable to plan suitable care, carry it out, and confirm whether it was effective from the viewpoint of the dementia person, and utilize new knowledge in practice, and maintain the confidence they acquired through experience, and face problems that remained unsolved in spite of their efforts. To remedy these difficulties, the clinical instructors interacted with the trainees in an educational manner while prompting the students to put themselves in the shoes of dementia persons, providing teaching that confirmed each step in the process toward clinical practice, advising with consideration for fluctuation of confidence as nurse, and providing an opportunity to face their own challenges. From the above, the clinical instructors main-

受付日：2016年6月1日 受理日：2017年8月12日

1. 日本赤十字看護大学大学院 Japanese Red Cross College of Nursing, Graduate School
2. 日本赤十字看護大学 Japanese Red Cross College of Nursing
3. はなまる在宅クリニック Hanamaru Home Care Clinic

tained their goal of providing nursing care based on the dementia person's viewpoint, and supported the process by which students integrated their experience and knowledge and put them into practice, with sufficient consideration paid to the wavering confidence and shaky self-esteem of the trainees. They also gave educational encouragement that enabled the trainees to face their challenges and learn on their own, building on their experiences and the problems they overcame.

要 旨

本研究の目的は、認知症看護認定看護師教育課程の臨地実習における研修生の困難さに対する実習指導者の認識と教育的かかわりを明らかにすることである。研究方法は、認知症看護認定看護師である実習指導者5名を対象に半構成的面接を実施した。分析の結果、実習指導者は研修生の困難さを【認知症の人の視点から看護を展開することができない】【新たな知識を実践にいかすことができない】【できない自分に直面して自信が揺らぐ】【自分の課題に向き合うことができない】と認識し、【認知症の人の視点に立って考えることを促す】【実践に至る過程を一つひとつ確認しながら進める】【看護師としての自信の揺らぎに配慮して助言する】【自分の課題と向き合う機会を設ける】かかわりを行っていた。以上の結果より、実習指導者は認知症の人の視点に立った看護を目指し、研修生の経験と知識を統合して実践に繋げる過程を支援していた。自信の揺らぎや自尊心に配慮し、研修生が経験や自己の課題を土台として主体的に学ぶことができるような教育的かかわりを行っていた。

I. 研究の動機と背景

日本における認知症の人数は2012年時点で約462万人と推計され、65歳以上の高齢者における認知症の有病率は15%に達している(朝田, 2013)。今後、更なる高齢化率の上昇を考慮すると、国の認知症施策のみならず、地域や病院において認知症高齢者に対する支援のあり方を検討していく必要がある。そのような背景の中で、認知症の人とその家族への看護実践と、スタッフへの指導や相談等の支援を担うのが認知症看護認定看護師である。認知症看護認定看護師の教育課程が2005年より開始され、現在805名が認知症看護認定看護師として登録されている(日本看護協会, 2017)。研究者の所属機関においても2011年より認定看護師教育課程認知症看護コースを設置し、年間30名の修了生を輩出した。教育課程の中で、特に実習において多くの研修生が困難を抱えている現状があり、実習を継続するために実習指導者が研修生の困難さをどのように認識し、どのような教育的かかわりを行っているのかを明らかにする必要性を感じた。

認知症の人へのケアに関する教育は、認知症の中核症状と言動との関係性に関する指導の難しさが指摘されており(諏訪, 2010)、認知症の人への看護については多くの看護師が対応の困難や葛藤を抱えている現状が明らかとなっている(松田・長畑・上野他, 2006; 谷口, 2006)。さらに、認知症看護認定看護師教育課程に関する先行研究では、研修生の困難さ(江見・坂口・宮本他, 2014)や臨地実習における学び(佐々木・根岸, 2015)、授業の評価(高田・尾岸・藤井他, 2015)について明らかとなっているが、研修生の

困難さに対する具体的な支援に関する研究は行われていないのが現状である。

本研究の目的は、認知症看護認定看護師教育課程の臨地実習において、実習指導者が研修生の困難さをどのように認識し、その困難さに対してどのような教育的かかわりを行っているのかを明らかにすることである。この研究により、認知症看護認定看護師教育課程の臨地実習における研修生への指導方法を検討していく一助にしていきたいと考える。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的デザインとする。

B. 研究参加者

認知症看護認定看護師教育課程における臨地実習に、これまで2回以上実習指導者としてかかわった経験のある認知症看護認定看護師とした。参加の募集については、認知症看護認定看護師教育課程に携わった経験のある看護師1名から研究参加者の紹介を受け、承諾を得た5名の認知症看護認定看護師に対して、本研究への参加を依頼した。

C. データ収集期間

2014年8月から2014年12月の5ヶ月間であった。

D. データ収集方法

研究参加者が自らの言葉で自由に語る事が可能となるよう半構造化面接を用いた(Holloway & Wheeler, 2002/2006)。面接は、認知症看護認定看護師教育課程に携わっていない研究メンバー2名が面接ガイドを用いて1人1回行い、面接時間は約50分から80分であっ

た。面接ガイドは、研究参加者の基本情報、研修生の抱える困難さの認識、困難さに対する教育的なかわり、などであった。面接の場所は研究参加者の希望に合わせて設定し、面接に集中できるような静かで落ち着いた場所で、プライバシーが保護されて安心して話することができる環境を選択した。面接内容は研究参加者の承諾を得た上でICレコーダーに録音した。

E. 分析方法

データ分析においてはHolloway & Wheeler(2002/2006)を参考とした。ICレコーダーに録音した内容から逐語録を作成し、データを繰り返し丁寧に読み、研修生の抱える困難さの認識についての語りと、研修生の困難さに対する教育的なかわりについての語りを、個々にコード化した。次に、コードの類似性に注目してサブカテゴリーを付け、サブカテゴリーから類似したものをまとめてカテゴリーとした。すべての分析過程において、研究メンバー全員で妥当性や信憑性について検討した。

F. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会における承認(2014-65)を得て実施した。紹介を受けた研究参加候補者に対して、研究の目的、研究方法、倫理的配慮について説明を行い、同意書への署名にて同意を得た。研究への参加は自由意思で、参加に同意した後も同意撤回が可能であり、研究への不参加や同意撤回の表明により不利益は生じないことを説明した。また、研究で得られたデータは研究以外の目的で使用することはなく、データ収集や分析および公表において個人情報保護とプライバシー保護に努めることを説明した。

III. 結果

A. 研究参加者の概要

研究参加者は男性看護師1名、女性看護師4名の5名で、年齢は30歳代から40歳代であった。認知症看護認定看護師歴は平均7.2年で、全ての研究参加者が認定更新審査を1回受けていた。実習指導者歴は平均3.8年、その中で研修生の臨地実習を受け入れた回数は2回から5回、受け入れた研修生の総数は4名から12名だった。

B. 実習指導者の認識する研修生の困難さと教育的なかわり

今回の研究目的は、研修生の抱える困難への実習指導者の認識とその困難に対する実習指導者の教育的なかわりに焦点を当てているため、結果では実習指導者の困難の認識に関するカテゴリーと、その困難に対する教育的なかわりに関するカテゴリーに分けて説明する。カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは〈 〉、語りは「 」で示している。

1. 実習指導者が認識する研修生の困難さ

認知症看護認定看護師の臨地実習において実習指導者が認識する研修生の困難さとして、4つのカテゴリー、10のサブカテゴリーが導き出された(表1)。

a. 【認知症の人の視点から看護を展開することができない】

実習指導者は、研修生が認知症の人の視点に立って、情報収集からアセスメント、看護問題の抽出、看護計画に至る一連の過程を進めていくことに困難を抱えていると認識していた。実習指導者は、研修生が認知症の人の状況を「自分との置き換えがなかなかできない(E氏)」でいたり、相手を代弁したりすることが難しく、〈認知症の人の立場に立って考えることができない〉でいると捉えていた。また、研修生が「直感でここが問題だっていうのは選べる(C氏)」ものの、根拠となる情報を結び付けることが困難で〈認知症の人の情報を関連付けて現象をアセスメントできない〉状況にあると実習指導者は考えていた。そのため、「問題しか見えない(B氏)」状況から認知症の人を全体として把握することができず〈認知症の人の全体像を捉え問題に結び付けることができない〉でいた。こうした情報の関連付け、分析と解釈に困難さがあることから、実習指導者は研修生が〈認知症の人の個別性のある看護を導き出せない〉でいると認識していた。

b. 【新たな学びを実践にいかすことができない】

実習指導者は、臨床経験が先に立つが故に、研修生が新たな学びを認知症の人の看護の実践につなげていくことが難しくなっていると認識していた。研修生は、自らの臨床経験で培った技術や認定看護師教育課程の講義や演習で得た新たな学びを発揮しようと臨地実習に臨んでいた。しかし、情報の関連付けやその分析や解釈が進まず個別的な看護援助が見出せなくなっていた。実習指導者は「今までこういう風になっていた、というところに戻ってしまう(C氏)」と、研修生がそれまで行ってきた思考や方法のままで認知症の人とかかわろうとして〈臨床経験に基づく看護実践にとどまってしまう〉と認識していた。実習指導者は、臨地実習において臨床経験と認定看護師教育課程で学んだ新たな知識を統合していくことが重要であると考えていたが、研修生は臨床経験に依拠した看護計画の立案や看護実践に踏みとどまって「その統合が難しい(D氏)」と〈臨床経験と新たな学びを統合させて実践に結びつけられない〉困難さがあると捉えていた。

c. 【できない自分に直面して自信が揺らぐ】

実習指導者は、研修生がこれまでの臨床経験と新たな学びを実践にいかせないことによって、自分への自信が揺らいでいると認識していた。研修生は、看護師としての臨床経験に自信を持っていたにもかかわらず、アセスメントや個別的な看護計画の立案等におい

表1. 実習指導者が認識する研修生の困難さ

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	語り (抜粋)
認知症の人の視点から看護を展開することができない	認知症の人の立場に立って考えることができない	認知症の人と自分を置き換えて考えられない	患者さん、っていう見方しかしてなくて、自分自身がなり得るかもしれないとか、自分との置き換えがなかなかできない。
		相手の立場で代弁することができない	代弁者として務まらない人は無理やなーと思ったんです。
	認知症の人の情報を関連付けて現象をアセスメントできない	今ある現象が生じる背景を関連付けてアセスメントできない	直感でここが問題だって言うのは選べるんだと思うんですけど…なぜこの問題が生じているのかの、関連づけが非常に苦労している。
		必要な情報を選択して分析することができない	選別して取って、それを分析するっていうこと自体が、できない。
	認知症の人の全体像を捉え問題に結び付けることができない	情報同士を関連図として結び付けることができない	いわゆる関連図…情報と情報同士のつながりが、うまく結べない。
		全体像をつかむことができない	全体としてこの患者さんはどうなんだろうっていう、全体像として関連させるところで、大体、皆つまづいてる。
認知症の人の個性のある看護を導き出せない	個別性に合った計画が立てられない	原因を関連付けて問題を抽出できない	統合して、この患者さんの取り組むべき課題とか問題を、こう出しているところでは…全員そこつまづきました。
		看護計画に認知症の人が表れていない	もう問題しか見えなくて…看護問題を立てるための、看護過程を展開してしまっ…その患者さんっていうものが出てこない。
		個別性に合った計画が立てられない	計画は立てれるけど、非常に一般的な計画しかたてれない。
新たな学びを実践にいかすことができない	臨床経験に基づく看護実践にとどまってしまう	個別的なケアを導き出すことができない	(電子カルテで) 普段は、パッパッパって選ぶのに慣れていて…この細かいところを導き出すプロセスが、ちょっと大変。
		アセスメントが進まないといままでの臨床経験が前面に出てきてしまう	分析解釈があまりうまく進んでいかないと、「今までこういう風にしていた」、というところに戻ってしまう。
		学習したことがいかせずいままでの臨床での見方を修正できない	色んなことを学習した視点で認知症の人たちとかかわろうとするんだけど、ともすると今までかかわっていた時の見方とか、姿勢のまま、そこがなかなかうまくこう…修正していかない。
臨床経験と新たな学びを統合させて実践に結びつけられない	臨床経験と新たな学びを統合させて実践に結びつけられない	新たな方法を創造できずいままでの臨床での実践に踏みとどまる	いい方法が無いんだろうかっていうところで、スムーズにいかない時「でも今までこうやってきた」っていうところに踏みとどまってしまう。
		新たな学びを実践につなげることが難しい	学内で学んできたことをうまくつなげて、実践につなげていくってところでまずひとつ大変だったんだなって。
		いままでの経験と得た知識を統合させることが難しい	いままでの自分の臨床経験と、あと認知症の知識を統合させないといけないんだと思うんですけど、でもその統合が難しい。
できない自分に直面して自信が揺らぐ	臨床経験があるが故にできない自分を受け入れられない	臨床経験があることでできない自分を受け入れられない	かなり経験をもってきている看護師なので、そこ(臨床経験との違い)を受け入れるところがちょっと、大変なんだろうな。
		臨床経験があることで指摘を受け入れられない	いままでのままでだめなのかな、そこを指摘されるっていうことも、ちょっとこう辛い、というか、こう困難さ、困難が生じるのかなと思います。
		できる自分でなければならぬとプライドが邪魔をする	認知症看護認定看護師というプライドが邪魔しちゃう。だから、こうあらねばならない、って。
		いままでの臨床経験や新たな学びへの自信が揺らぐ	学内でやってきた知識との結び付けとか…経験を積んできたのに、やっぱりできないって…看護過程への自信もなくなってくる。
学んだにもかかわらずできない自分に困惑する	学んだにもかかわらずできない自分に困惑する	学びにより自信のあった看護が実践できず無力感に襲われる	無力感みたいのものに襲われるかたが多いかな…ある程度自信をもってお越しになるんですけど、実際やるとなかなかこう結びつかない困難さっていえばいいんですかね。
		臨床経験や新たな学びがいかせないことで危機感が生じる	勉強してきたことが紙面にいせないと、今までやってきた看護師としての経験が、非常に揺らぐ…危機感が出るみたいで、そこで一回つまづく。
		臨床経験をもとに新たに学んだ自分ができないことで挫折を経験する	できると思って学校に来て、できない自分にぶつかって…勉強したから実習でできると思ったら、また実習でだめ…三回くらい彼達は挫折を経験する。
		学びをいかせない自分に今までのすべてを否定された思いになる	できなさ加減を叩きつけられるような感じがするんだろうなって…今までの自分を全部否定されたような感じがするんだろうなって。
自分の課題に向き合うことができない	学んだにもかかわらずできない自分に困惑する	できない自分を責めて冷静になれない	やっぱり自分ができないってことと、自分をやっぱ責めるんですね。
		学んだにもかかわらず気づいていない自分に驚く	言われると「いや、全然見れてなかった」ってことに気づいて、びっくりして。
		学んで自信があった自分が思うようにできないことに困惑する	勉強を積むので、ある程度はできるようになったかなっていう、不安定な自信がある…それが全然「思うようにできない」っていうのが、一番困難。
		認知症の人の状態を関連付けられない自分に困惑する	思うように進んでいかない自分にちょっとびっくりする…何が関連してこうなっているのかとか…段々どうしていかよくわかんなくなってくる。
できない自分に直面して思考が停止する	学んで自信があった自分が思うようにできないことに困惑する	臨床経験への自信からできないことに直面して立ち止まる	経験があることによる自信もあるので…思いのほかうまくいかないってことに直面したときに、そこで、ちょっとこう、まずは一回止まる。
		学びをいかせないことで次のかかわりが考えられなくなる	授業でやったとおりのことをやっても、その患者さんには通用しなかったりとかする…なんか止まっちゃう感じがしますね。
		認知症の人に理解してもらおう言葉かけができず思考が止まる	「どう説明したら、この方にわかっていただけるんだろうか」って、方法がわからない…言葉が投げかけられないと、そこで止まってますよね。

て思うように臨地実習を進められず、できない自分に直面していた。実習指導者は研修生が「今までのままでだめなのかな、そこを指摘されるっていうことも、ちょっと辛い（C氏）」と、指導を受け入れる難しさや経験からくるプライドが影響することで〈臨床経験があるが故にできない自分を受け入れられない〉困難さがあると捉えていた。さらに、研修によって学びを積み重ねたにもかかわらず、臨地実習でその学びをいかせずにいることで「挫折を経験する（D氏）」状況や、できない自分を突き付けられて今までの全てを否定される思いになるなど〈臨床経験をもとに新たな学びをいかせないことに自信が揺らぐ〉危機的な状況に陥っていると捉えていた。

d. 【自分の課題に向き合うことができない】

実習指導者は、研修生ができない自分に困惑してその現状を受け入れることができず、自分の課題と向き合って実習を進めていくことに困難さを感じていると認識していた。研修生は認知症の人の看護に対してある程度知識を得た感覚を持って臨地実習に臨んでいると実習指導者は考えていた。そのため、研修でさらに学びを深めたにもかかわらず、今までできていた認知症の人の変化への気づきや情報の関連付けができず、臨地実習が「思うように進んでいかない自分にちょっとびっくりする（C氏）」状況や、自分を責めて冷静になれないでいるなど〈学んだにもかかわらずできない自分に困惑する〉と実習指導者は認識していた。そして臨地実習では患者一人を担当して看護を展開しているにもかかわらず、アセスメントやかかわりが進まないことで「止まっちゃう感じ（D氏）」になり、講義や演習で学んだことを実践しようとしても認知症の人に通用しないことで、〈できない自分に直面して思考が停止する〉状態に陥っていると捉えていた。

2. 研修生の困難さに対する実習指導者の教育的かかわり

認知症看護認定看護師の臨地実習における研修生の困難さに対する実習指導者の教育的かかわりとして、4つのカテゴリー、11のサブカテゴリーが導き出された（表2）。

a. 【認知症の人の視点に立って考えることを促す】

実習指導者は、認知症の人の視点から看護を展開することができない研修生に対し、認知症の人の立場に立って場面や現象を見つめてアセスメントし、看護を検討していくことを促す教育的かかわりを行っていた。実習指導者は、「患者さんはどうなの？（D氏）」と認知症の人の立場に立った時に、実践しようとする看護が認知症の人の状態やニーズに合致しているかを常に問いかけていた。そして「ケアする者ばっかの立場で立ったら絶対に見えない（E氏）」と認知症の人の立場に置き換えて看護を検討したり、認知症の人の

立場からアセスメントや目標を考えたりすることを促し、看護師にとって必要な看護計画になっていないか確認するなど〈認知症の人の視点を問う〉かかわりと、その重要性を繰り返し伝えていた。さらに、認知機能の低下だけに注目するのではなく、認知症の人の全体像を捉えて一人の人として向き合い、「認知症だから…（生活行動）ができない（C氏）」という捉え方はしないように意識づけるなど〈認知症という疾患だけで捉えないよう伝える〉かかわりをしていた。こうしたかかわりを通して、自らの希望や意向を相手に伝えることが難しくなっている認知症の人に対し、実習指導者は研修生が常に認知症の人の側に立って看護を考えていくことができるように促していた。

b. 【実践に至る過程の一つひとつ確認しながら進める】

実習指導者は新たな学びを実践にいかすことができない研修生に対し、考える手がかりや道筋を示しながら根拠をもって看護実践へと結びつけていくことができるよう、情報収集から看護実践に至るまでのプロセスの一つひとつ確認して進めていく教育的かかわりを行っていた。実習指導者は、アセスメントに繋がる様々な情報を提示したり、学習方法を具体的に示したりするなど、研修生が自ら分析を進めていくことができるように〈考える手がかりや道筋を提供する〉かかわりをしていた。また実習指導者は、アセスメントから看護計画に至る看護過程の検討や、研修生の振り返りに多くの時間をかけており、〈課題の一つひとつ一緒に検討していく〉ことを重視していた。そして、言葉では伝えづらいかかわりや病棟内やチーム内における情報収集の方法など「経験がないとなかなか実施が難しい部分に関しては、一緒にまずやってみて（B氏）」と、時には自分自身がモデルとなって実践したり、実習指導者の実践から研修生自身の実践との違いについて振り返る機会を提供したりするなど〈自らの看護実践を見せる〉かかわりを織り交ぜながら臨地実習を進めていた。

c. 【看護師としての自信の揺らぎに配慮して助言する】

実習指導者は、看護師としての自信の揺らぎを抱えて危機的な状況に陥っている研修生に対し、それまでの臨床経験を尊重し、揺らいでいる自信に配慮しながら実習を進めていこうとする教育的かかわりを行っていた。実習指導者は、研修生の看護師としての価値観を尊重しながら実習の意味を確認するなど、「傷口を広げることにならんようには気をつけました（E氏）」と精神的側面への影響を慎重に見定めようとしていた。そして、自信を喪失している研修生の〈看護師としての自信の揺らぎや価値観に配慮した声かけをする〉かかわり続けながら実習を進めていた。さらに「実習が…自体ができなくならないように（B氏）」と

表2. 研修生の困難さに対する実習指導者の教育的かかわり

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	語り (抜粋)
認知症の人の視点に立って考えることを促す	認知症の人の視点を問う	認知症の人が望むケアなのか確認する	「いや、患者さんはそれやりたかったの？」って。
		認知症の人の立場からかかわり方を考えるよう伝える	いつも言うのは、「患者さんはどうなの？」って聞くんです。
		認知症の人の立場に置き換えて考えることを促す	ケアする者ばっかの立場で立ったら絶対に見えないので…その言葉を受け取ったらどうなるかとか…置きかえてみて、考えさす方法。
	認知症という疾患だけで捉えないよう伝える	看護計画が認知症の人にとっての目標になっているか確認する	看護計画って、ねえ、患者さんのためのものなので。なんか意外と目標とかも看護師の目標になっちゃってたりとかする。
		看護師から見たアセスメントや計画になっていないか確認する	失認とか、そういう言葉でまとめているところは…逆に、こう、自分で決めつけてかかっているのかなって。
		認知症の患者ではなく人として向き合うことを促す	医療者と患者っていう立場でものを言うってところから抜け出せない…認知症を持っている人と、向き合ってみたら、って。
考える手がかりや道筋を提供する	実践に至る過程を一つひとつ確認しながら進める	認知症のためにできないという捉え方はしないよう指導する	「認知症だから…ができない」って書いてたら必ずチェックして、これはだめでしょ、これしてたら、援助策は絶対に出てこないって。
		アセスメントのための手がかりを示す	いっぱいヒントを与えて、その中で自分がどれなんだろうってことを、患者さんの状況とかそういうものを考えてアセスメントしていく。
		認知症の人にとって良い結果を導き出すための手がかりを提供する	認知症の患者さんが良くならなければ、気持ちが良くならなければ意味が無いので…(答えを導く材料を)提供する。
	自らの看護実践を見せる	学習に関する具体的な方法を伝える	行き詰っている時には、学習の仕方ですとか、カンファレンスの持って行き方ですとか…そういった部分で入っていくにはしてます。
		実習指導者としての自分の考えを提示する	助言とかヒントとか、そういうのもお示ししたりする。
		一緒に情報をアセスメントして考える	助言というかヒントというか、そういうのもお示ししたりする。
看護師としての自信の揺らぎや価値観に配慮して助言する	課題を一つひとつ一緒に検討していく	確認しながら情報を結びつけていく	助言というかヒントというか、そういうのもお示ししたりする。
		情報とアセスメントの違いについて確認を繰り返す	「これはアセスメントではなくて事実の方」とか…繰り返して。
		日々のケアの根拠やその結果の振り返りを一緒に行う	どういう風に考えたらいいんだろうっていうのを…一緒に考えたり。
	看護師としての自信の揺らぎや価値観に配慮した声かけをする	一緒に考えていく姿勢を示す	これとこれじゃあ関連してるね、っていう作業。
		役割モデルとなって実践を見せる	これをやった結果、こういった結果になったよね、みたいなところとか一緒に振り返ったりとか。
		介入を見せて振り返りを行う	今これ乗り越えなきゃいけないから、考えよっか、って言って。
看護師としての自信の揺らぎに配慮して助言する	看護師としての自信の揺らぎや価値観に配慮しながら実習の意味を確認する	経験がないとなかなか実施が難しい部分に関しては、一緒にまよってみて。	経験がないとなかなか実施が難しい部分に関しては、一緒にまよってみて。
		介入を見せて振り返りを行う	介入したのを見せて…「どう違う？自分と」って。
		看護師としての自信の揺らぎに配慮して慎重に助言する	揺らいでいる部分に関しては、言葉で評価して…あまりにもそういう事態になったら、直接的に、もう助言するように。…気を付けてやっています。
	看護師としての自信の揺らぎに配慮して助言する	看護師としての価値観に配慮しながら実習の意味を確認する	何のためにここ来たのかって言って…価値観があつてきた方からしようがないかなと思って、傷口を広げることにはならんようには気を付けましたけど。
		直面する課題を乗り越えるために時期を考慮して助言する	実習が、自分ができなくなるように、という意味でも、まあ半ばで一回、持ち直せるように…という意味で半ば。
		看護師としての自信の揺らぎに配慮して助言する	看護師としての自信に配慮して助言するタイミングを図る
自分自身の課題を客観的に認識できるような機会を作る	研修生の精神的側面や実習経過から時期を判断して助言する	研修生の精神的側面や実習経過から時期を判断して助言する	思考もそんなに止まっているわけではなさそうなのでやってもいいかなって…後半です。前半は絶対にしませんよ。危ないし。
		評価を言葉で伝える	「あなたはこれさえできれば、実習大丈夫だから」とか。
		進む方向が間違えてないことを保証する	ゆっくりだけどこの方向でいいと思うよ、っていうのを言ってあげる。
	研修生同士で悩みを共有してもらう	できていることを見つけて伝える	「これできてるよね、だからこれやったからこうじゃない」って。
		できないところだけではなくできたことも指摘する	全部できないとこだけ指摘しているのではなくて、やれたこととか。
		他者の意見を聞いたり振り返りを行ったことを記述するよう勧める	他の人から見てどうなのかっていうのを、聞いてみて…やっぱり書いてみることが、とりあえずおすすめています。
自分の課題と向き合う機会を設ける	研修生同士のグループダイナミクスをいかして課題を共有する	自分で自分のことを認めて欲しいとか受け入れて欲しいので、もしもうまくできなかったり進まなかった時に、それってやっぱり自分の課題なんだって気付いて欲しい…目標に到達できるように、可能な限り時間はかけますね。	自分で自分のことを認めて欲しいとか受け入れて欲しいので、もしもうまくできなかったり進まなかった時に、それってやっぱり自分の課題なんだって気付いて欲しい…目標に到達できるように、可能な限り時間はかけますね。
		プロセスレコードにより認知症の人と自分のかかわりのパターンを分析してもらう	プロセスレコード…正直な自分なのかどうかっていうので…パターンを知ってもらって、っていう。
		研修生同士で悩みを共有してもらう	実習生さん同士で話し合ってもらって、自分だけじゃないっていうことを共有してもらったりとか。
	実習場所から離れる時間を作る	研修生同士のグループダイナミクスをいかして課題を共有する	まず共有して、お互いの看護過程に反映していくようにする。
		グループダイナミクスを活用して自らの課題に気づくよう促す	(自分の課題に気づいたのは) グループダイナミクスだと思います…話し合いとか、患者さん通してとかもしましたし。
		思考を整理するための時間を作る	半日まとめて、そういう思考を整理させる作業をしたりとか。
実習場所から離れる時間を作る	思考を整理するための時間を作る	半日まとめて、そういう思考を整理させる作業をしたりとか。	
	息抜きのために外出に誘う	土日どっか遊びに連れて行ったりとか。実習の合間に、土日、なんか勉強ばっか詰まっても、ダメでしょ。	

自信の揺らぎによって実習が続けられない事態に陥ることのないよう、研修生の様子や実習日程を考慮して〈実習継続に向けて時期を見極めながら助言する〉ことを意識して支援していた。また実習指導者は、研修生が自らのできない部分にばかり注目してしまうことによって、達成できている部分すら適正に評価できずにいる状態であると認識していた。そのため、「全部できないとこだけ指摘しているのではなくて、やれたこととか（D氏）」と、できていることを見つけ出し、研修生の考える看護の方向性が正しいことを示したりするなど、〈できていることを認識できるよう言葉で伝える〉かかわりを意識的に行っていた。

d. 【自分の課題と向き合う機会を設ける】

実習指導者は、自分の課題に向き合うことができない研修生に対し、自分自身の抱える課題を認識した上で、その課題に向き合って乗り越えていくことができるような教育的かかわりを行っていた。思考が停止するなど看護を展開していくことが困難な状態に陥っている研修生に対し、実習指導者は自らの考えを記述したり他者の意見を聞いたりするを通して現在の状況を理解できるように促したり、自分の傾向を知るためにプロセスレコードを用いていた。実習指導者は、分析や看護実践が進まず、実習目標に到達できずにいることが研修生自身の課題であることを「認めて欲しいというか、受け入れて欲しい（C氏）」と考えており、研修生が経験を振り返り、客観性を持って臨地実習や自分の課題を見出して向き合うことができるように〈自分自身の課題を客観的に認識できるような機会を作る〉支援をしていた。さらに、研修生同士が話し合う機会を設け、困難を抱えているのは「自分だけじゃないっていうことを共有してもらったり（A氏）」することで、悩みや課題を共有できるよう〈研修生同士のグループダイナミクスをいかして課題を共有する〉働きかけも行っていた。また、思考を整理するために半日を記録やまとめの時間としたり、「なんか勉強ばっか詰まっても（E氏）」と行き詰まっている様子が見られた時期に息抜きに誘ったりするなど、時には〈実習場所から離れる時間を作る〉提案をしていた。実習指導者は、研修生が困難を抱えて自信を喪失したまま孤立してしまうことなく、自らの力で課題解決の方策を導き出すことができるように働きかけていた。

IV. 考察

本研究の結果より、認知症看護認定看護師教育課程の臨地実習において実習指導者が認識している研修生の困難と研修生の困難に対する実習指導者の教育的かかわりは、図1のように示すことができると考えられた。研修生は認知症の人の視点に基づく看護を展開で

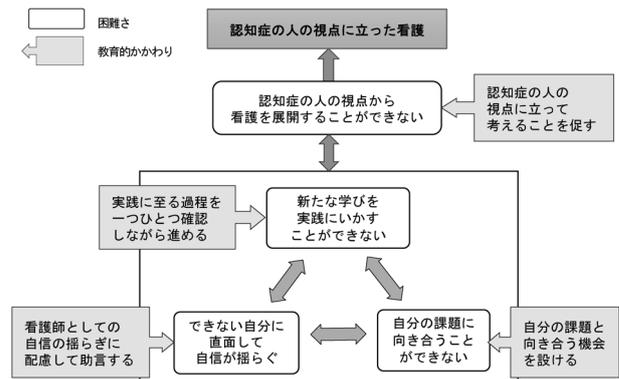


図1. 実習指導者が認識する研修生の困難さと教育的かかわり

きないことから、新たな学びを実践にいかせずにいた。そのため臨床経験をもとに新たに学んだ自分への自信が揺らぎ、できない自分に困惑して課題に向き合えなくなっていた。それらの研修生の困難に対し、実習指導者は認知症の人の視点に立って考えることを促し、実践に至る過程を一緒に確認しながら進めていた。また、自信の揺らぎに配慮して研修生が自分の課題に向き合うことができるようかかわっていたと考えられた。

ここでは、図1の上段と下段の困難に対する教育的かかわりとして、認知症の人の視点に立った看護展開に向けた教育的かかわり、自信の揺らぎを学びへとつなげる教育的かかわりの2点について考察し、それらをもとに、認知症看護認定看護師教育課程における実習指導に対する示唆について述べる。

A. 認知症の人の視点に立った看護展開に向けた教育的かかわり

本研究において、実習指導者は、研修生が認知症の人の直面している状況や現象を今までの臨床経験に基づき直感的に捉えていると考え、十分なアセスメントのないまま看護を行ってしまうことで認知症の人の視点に立った理解が難しくなっていると認識していた。場面を捉えてすぐに看護実践へと繋げることができる研修生たちは、経験に基づいて状況の全体像を捉えて重要なものが何かを認識できると言われる中堅レベル看護師に当たり、意思決定や状況判断に労力を要さなくなってくると言われている（Benner, 2001/2005）。中堅レベル看護師である研修生にとって、現象から看護計画に至る自らの思考過程を言語化することは困難を伴うものであったと考えられる。そのため、実習指導者は、研修生に対してすぐに看護実践を求めることはせず、計画や実施に至る過程を詳細に確認しながら進め、一つひとつの情報やアセスメントを着実に展開していくことによって認知症の人の視点に近づき、意思やニーズに合致した看護展開になることを目指していたと考えられた。

認知症の人は、進行に伴って記憶障害やコミュニケーションに支障が生じて自らの意思や希望を他者に伝えることが難しくなっていくことから、周囲の人たちは自分たちの視点や価値観で判断や評価をすることは避けなければならない(箕岡, 2010)。言葉をそのままの意味で受け取ったり、行動をその場の状況だけで解釈したりすると、認知症の人が本来伝えようとしていた意思やニーズと乖離してしまう可能性があるため、認知症の人の視点に立った看護の実践が重要である(水谷, 2013)。実習指導者が研修生に対して常に行っていた視点のあり方に対する問いかけは、こうした認知症の人の視点に立った実践が最も重要であることを繰り返し意識づけようとしていたからだと考えられる。認知症看護認定看護師の教育では「経験や直感に頼った看護実践を超えて確かな根拠に基づく思考の強化、それを看護にいかす看護過程の展開技術の向上」(唐澤, 2008, p.646)が必要とされている。一事例の分析と解釈を詳細に行い、現象から看護問題や実践に至る関連を確認しながら進めていた実習指導者のかかわりは、研修生の臨床経験や直感に更なる根拠をもって認知症の人の視点に立った看護を展開するための働きかけであると考えられた。

B. 自信の揺らぎを学びへとつなげる教育的かかわり

実習指導者は、認知症の人の視点に立った看護を着実に展開することを求め、それが認知症看護認定看護師を目指す上で基本的な姿勢であると考えていた。しかしその一方で、研修生にとって認知症の人の視点に立った看護を展開するよう求められることは、看護師としての経験や価値観までも否定しかねない重大な危機的状況を招き、看護師としての自信を喪失していくことにもつながると捉えていた。実習指導者は、こうした状態が臨地実習での研修生の学習を妨げ、抱えている困難を更に大きくする要因であると認識していた。実際、臨床経験や直感だけでは立ち行かない状況の中で認知症の人の視点に立てていない姿勢を指摘されることは研修生にとって大きな脅威であり、看護師としてのアイデンティティを揺るがす体験であると言われている(江見・坂口・宮本他, 2014)。そのため、今までの実践に留まって講義や演習で得た学びを発揮することもできなくなってしまい、さらに認定看護師教育課程で学んだ者としての自信も揺らぐ悪循環へとつながってしまったと考えられる。

実習指導者は、研修生がこうした危機的状況から抜け出すためには、直面している困難が臨地実習での課題に限らず、研修生自身が今まで抱えてきた課題そのものであると受け入れ、目を背けることなく向き合っていくことが必要であると考えていた。そのため、研修生の経験や価値観をふまえて困難さを理解することによって個別的なかかわりへとつなげていくと共に、研修生が自らの経験や課題と向き合うことができるよ

う様々な機会を設けていた。勝原(2012)は、経験をそのままにするのではなく、経験の意味を考えて経験が前の経験に積み重ねられることが看護師としての成長に繋がり、そのためには経験から学ぶ省察のプロセスを身につけ、経験をフィードバックする支援体制が必要であると述べている。実習指導者の働きかけは、臨地実習で直面した困難さをもとに、自らの経験にまで立ち返ってその意味や課題を省察すること、そしてそこから認知症の人への看護における自分の傾向や課題を認識して学習することを支援するかかわりであったと言える。

具体的には、実習指導者は研修生の経験を常に尊重し、研修生が経験に留まるのでも、経験を否定するのでもなく、経験から生じる自分自身の課題を認めて向き合い、その経験や課題を土台として主体的に学びを深めることができるような教育的かかわりを行っていると考えられた。そして研修生の揺らぐ自信や感情の変化を理解しながらも、認知症の人への看護にとって最も重要な認知症の人の視点に立った看護を実践するために、根拠を持った確実な思考過程が必要であることを研修生に伝え続けていた。こうした研修生に対する実習指導者のかかわりは、どのような認知症の人へも対応が可能な実践方法を指導するものではなく、どのような時も認知症の人の視点に立つことができ、経験や直感と共に根拠に基づいた看護展開ができる認知症看護認定看護師を教育しようとするかかわりであると考えられた。

緩和ケア認定看護師教育課程において、研修生が自己の課題を振り返って自己の成長について評価するポートフォリオを導入した教育機関では、研修生の主体的な学習意欲につながったことが報告されている(筑後・松村・星野, 2009)。そして研修生自身も、臨地実習が今までの自身の看護を振り返る機会になっていたと評価していた(高田・尾岸・藤井他, 2015)。研修生が経験をふまえて自分自身のことを振り返り、課題と向き合うことを促す実習指導者のかかわりは、研修生の主体性と意欲の向上、そして自らの力で困難や課題を乗り越えていくことができたという自信や成長へと繋がるかかわりであると考えられた。

C. 認知症看護認定看護師教育課程における実習指導に対する示唆

本研究から、研修生は臨地実習でこれまでの臨床経験をいかせない状況に直面して自らの臨床経験に対する自信が揺らぐことによって、本来ある実践能力も発揮できなくなり、認知症の人の視点に立った看護の実践が難しくなることが明らかとなった。そのため実習指導者は、臨地実習の課題を達成する指導とともに、研修生が今までの経験と向き合っていくことも支えていく必要がある。

実習指導では、振り返りや自己の課題に向き合うこ

とができるような機会を持つことが重要である。現在も記録やカンファレンスなど様々な形でこうした機会は設けられているが、今回改めて、その重要性が明らかになったと言える。その際、研修生が経験を否定するのではなく、自らの経験や課題と向き合っただけで経験を新たな学びを統合していくことができるよう、経験を尊重する姿勢が同時に求められていると考えられる。また、自信の揺らぎは一時的には学習を困難にさせることになるが、孤立しないように様子を確認しながら声掛けを行うなど精神的な支援を意識的に行っていくことで、学びにつながる機会となることも考慮すべき重要な点である。実習指導者は研修生の揺れ動く感情と対峙しなければならない状況にあるため、認定看護師教育課程の教員や実習施設のスタッフなどと連携しながら、研修生への様々な働きかけを進めていくことが望ましいと考える。

D. 本研究の限界と課題

本研究における研修生の困難さは実習指導者側からの認識を明らかにしたものであり、研修生自身が認識している困難と必ずしも一致しない可能性が考えられる。そのため、今後は研修生と実習指導者の両者の認識から研修での学びを妨げる要因を検討すると共に、経験が自信の揺らぎへとつながる過程を明らかにすることが教育プログラムを検討していく上で重要である。さらに、本研究における実習指導者は認知症看護認定看護師教育課程の臨地実習の受け入れ回数が平均3.4回と指導経験を重ねた指導者であり、研修生の困難や自信が揺らぐ状況を的確に見定めた上で指導につなげていた。しかし、実習指導に加え、個々の研修生が自ら抱えている課題と向き合うことも支えていかなければならないため、実習指導者にとっても困難な状況が生じることが考えられる。今後は実習指導者の困難を明らかにし、実習指導者への支援のあり方を検討していくことが必要であると考えられる。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の方々に心より感謝致します。

本研究は平成26年度日本赤十字看護大学奨励研究費の助成を受けて実施し、第16回日本赤十字看護学会学術集会および第35回日本看護科学学会学術集会にて発表した内容を修正したものである。

利益相反

本研究は平成26年度日本赤十字看護大学奨励研究費の助成を受けて実施し、研究における利益相反はない。

文献

- 朝田隆 (2013). 都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応. http://www.tsukuba-psychoiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf (2017.7.16)
- Benner, P. (2001) / 井部俊子訳 (2005). ベナー看護論 新訳版 初心者から達人へ. 東京: 医学書院.
- 筑後幸恵・松村ちづか・星野純子 (2009). 緩和ケア認定看護師教育におけるポートフォリオ導入の効果. 埼玉県立大学紀要, 11, 35-39.
- 江見香月・坂口千鶴・宮本良子・上野優美 (2014). 認知症看護実践における看護師の困難さの変化について—認定看護師教育課程修了生の研修前と研修中の実践に焦点を当てて. 第15回日本赤十字看護学会学術集会講演集, 102-103.
- Holloway, L, Wheeler, S. (2002) / 野口美和子監訳 (2006). ナースのための質的研究入門. 東京: 医学書院.
- 唐澤千登勢 (2008). 認知症看護認定看護師の活動状況と今後の課題. 老年精神医学雑誌, 19(6), 642-649.
- 勝原裕美子 (2012). 第II部エキスパートの仕事場から 第5章人を相手とする専門職 看護師. 金井壽宏・楠見孝編, 実践知—エキスパートの知性 (pp.194-221). 東京: 有斐閣.
- 松田千登勢・長畑多代・上野昌江・郷良淳子 (2006). 認知症高齢者をケアする看護師の感情. 大阪府立大学看護学部紀要, 12(1), 85-91.
- 箕岡真子 (2010). 認知症ケアの倫理. 東京: ワールドプランニング.
- 水谷信子 (2013). I認知症と看護. 中島紀恵子編, 新版認知症の人々の看護 (pp.1-13). 東京: 医歯薬出版.
- 日本看護協会 (2017). 分野別都道府県別認定看護師登録者数一覧. <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn> (2017.7.16)
- 佐々木美幸・根岸貴子 (2015). 認知症看護認定看護師研修生の臨地実習の学びの分析. 日本認知症ケア学会誌, 14(1), 288.
- 諏訪さゆり (2010). 認知症のケア提供者に対する教育の現状と課題. 老年精神医学雑誌, 21(1), 60-70.
- 高田由美・尾岸恵三子・藤井博英・高橋ゆかり (2015). 認知症看護認定看護師教育課程における教育と授業評価の分析. 日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学紀要, 20, 41-48.
- 谷口好美 (2006). 医療施設で認知症高齢者に看護を行ううえで生じる看護師の困難の構造. 老年看護学, 11(1), 12-20.

研 究 報 告

感染予防において隔離をしている子どもと家族へのケア
—小児病棟の看護師へのアクションリサーチを通して—

橋本 美穂

Nursing Care of Children Isolated for Infection Control and Their Families:
Action Research on Pediatric Nurses

Miho Hashimoto

キーワード：感染予防, 隔離, 子どもと家族, 小児病棟の看護師, アクションリサーチ

key words : infection control, isolation, children and family, pediatric nurses, action research

Abstract

In the present study, I created opportunities for both nurses and researchers to discuss infection control at a pediatric ward and conducted action research with the aim of clarifying the process that changes the awareness and care in the infection control efforts at pediatric wards. More specifically, I held fifteen discussion meetings. As there were no participants at the sixth session, the meeting was held out of work hours starting the seventh session. From the seventh session, nurses found they began to pay more attention to routine infection control activities at the pediatric ward and reflected on the care they offered. At the pre-admission orientation of the hospital, nurses felt it was difficult to describe the ward rules in easy-to-understand language and to appropriately explain about isolation, and verbalize the anxiety and confusion they experienced when explaining this to the patient and their families. As the discussion sessions proceeded, the nurses improved confidence their care in terms of infection control at a pediatric ward and enabled them to change their care to a more appropriate one from the viewpoint of mothers. Prompted by a remark from an adolescent patient, "I feel I'm treated like a germ," the nurses shifted their care to that based on the prognosis made with doctors regarding the need for isolation while monitoring the condition of the child.

要 旨

本研究は、小児病棟の感染予防について看護師と研究者が共に考える機会を創り、小児病棟の感染予防における意識とケアを変化させるプロセスを明らかにすることを目的としアクションリサーチを行った。具体的なアクションは「話合いの会」の開催であった。「話合いの会」を15回開催した。6回目に看護師が誰も参加しなかったことを受けて、7回目から勤務時間外へ変更した。7回目以降看護師同士が小

受付日：2016年10月28日 受理日：2017年8月23日

順天堂大学医療看護学部 Juntendo University Faculty of Health Care and Nursing

児病棟の感染予防について意識しケアについて振り返った。看護師は入院時オリエンテーションの際、「病棟の決まりを分かりやすい言葉で伝えることが難しい」、「隔離をどのように説明するか難しい」と感じ、子どもや母親に説明することの不安や戸惑いを言語化した。「話合いの会」を繰り返し展開させることによって、看護師は小児病棟の感染予防へのケアについて自信を持ち始め、「お母さん目線に合わせた」ケアへと変化させた。さらに、思春期の子どもから発せられた「ばい菌扱いされている感じ」という言葉から、看護師は子どもの症状を看ながら医師と隔離の必要性について見通しを立てたケアへと変化させた。

I. はじめに

我が国において、入院している1歳から4歳の子どもは呼吸器系の疾患による入院受療率が最も高く、中でも喘息、肺炎、急性気管支炎等が多い（厚生労働省、2014）。特に急性期疾患を対象とする小児病棟では、ウイルス感染症に罹患し合併症を引き起こして入院する子どもが多い。入院する乳幼児の多くは入院当初は元気がないが、治療することによって数日後には回復し子ども同士の玩具のやりとり、カーテンの開閉等の行為から接触、飛沫感染を受けやすい（北上、2010）。そのため小児病棟に入院している子どもの行動の特徴を踏まえた感染予防対策が重要である。一方、研究者が臨床で働いていた際、ウイルス感染症に罹患した子どもが入院すると医療者の説明とカーテン隔離や部屋移動などが突然同時に行われていることがあり、研究者は子どもや家族に閉塞感を抱かせているのではないかと戸惑うことがあった。

研究者は研究対象の小児病棟で、感染予防における短期入院中の子どもと家族への看護師のかかわりについてフィールドワークを行った。看護師は入院時に子どもや家族へ、「咳がでているからカーテン閉めようね」と説明し、子どもはカーテン隔離をされることでベッド上以外に動くことができないままの状況であった。しかし、看護師たちは小児病棟の感染予防について「自信がない」ことや、「本当にこれでいいのか」「成人とは違う」ケアへの戸惑いを感じ、「統一した説明方法を知りたい」と話していたがどのようにしたらいいのかを立ち止まって考える時間がないまま業務が終わっている状況であった。この状況から、看護師は子どもと家族への感染予防におけるケアの中で何が起きているのかを見出し、共有する機会を創り出すことができれば状況を変えられることが示唆された。

子どもと家族を対象とした感染予防に関する先行研究では、血液疾患や小児がんの治療により易感染状態にあり、長期間無菌室に隔離されている子どもや家族は身体的、心理的影響を受けていることから、看護師は隔離している子どもと家族の生活環境を整えることの重要性が明らかになっている（川村・佐々木、2007; McCaffrey, 2006）。一方、ウイルス感染症により隔離をしている短期入院中の子どもは、病院のルールのように

に守らなければいけないという体験をしていることが明らかになっている（西村、2007）。しかし、小児病棟の看護師が感染予防において隔離をしている短期入院中の子どもと家族をどのように捉えケアに取り組んでいるのかについて具体的に明らかにされている研究は見られない。そこで、感染予防における隔離をしている短期入院中の子どもと家族へのケアを行う上で、看護師はどのような不安や戸惑いがあるのか、自信がないとはどのような状況であるのかを明らかにすることが必要であると考えた。小児病棟の感染予防について看護師と研究者が共に考える機会を創り出すことによってこの状況がどのように変化するのか、そのプロセスを明らかにすることを目的に本研究を行った。

II. 研究目的

看護師は感染予防における隔離をしている短期入院中の子どもと家族へのケアを行う上で、どのような不安や戸惑いがあるのかを明確にし、小児病棟の感染予防について看護師と研究者が共に考える機会を創り出すことによって、小児病棟の感染予防に対する意識とケアを変化させるプロセスを明らかにすることを目的とした。

III. 研究の意義

本研究を行うことにより、看護師は感染予防のために隔離をしている短期入院中の子どもと家族の意思を汲み取った具体的なケアについて示唆を得ることができると考える。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

アクションリサーチ。研究者と看護師が、小児病棟で入院中の子どもや家族への感染予防に対するケアの課題を捉え、看護師と研究者が隔離をしている子どもと家族へのケアについて共に考える機会を創ることで、看護師の意識やケアが変化すると考えた。そこで、研究者が現場に入り、現場の人たちも研究に参加し、社会そのものに影響を与え、変化もたらす研究方

法である (Pope & Mays, 1999/2001) アクションリサーチが有用であると考えた。

B. 研究参加者

関東圏内にある一大学病院小児病棟の看護師12名。

C. 研究期間

2010年5月～2010年9月。

D. 研究フィールドの特徴

入院している子どもは乳幼児が多かった。主な疾患は、呼吸器疾患、感染性胃腸炎、神経疾患等が多く、殆どが緊急入院であった。感染源の隔離における患者配置は、医師や病棟管理者の指示の下、感染経路別予防策に準じて、個室隔離、集団隔離、カーテン隔離を行っていた。看護師は、約半数が看護系大学を卒業していた。小児看護を希望して就職又は院内の他病棟から異動してきた看護師が多かった。また、小児看護経験1年目から4年目の看護師も半数を占めていた。

E. アクションの計画

本研究における具体的なアクションは、「話合いの会」の開催であった。以下の5つの段階に沿って、アクションリサーチを進めた。第1段階：「話合いの会」の開催について、看護師の控え室にポスターを貼り、「話合いの会」の参加を募った。開催は週に1回、1回あたり30分実施した。第2段階：「話合いの会」のテーマは、参加者の希望や意向に沿って決め進めた。第3段階：感染予防における不安や戸惑っていたケアを明確にした。第4段階：不安や戸惑うケアを改善するための方策を参加者と研究者が共に考えた。第5段階：研究者は、ファシリテーターとして参加しながら、小児病棟の感染予防におけるケアについて困ったり、悩んだりした体験をもつ一人として参加した。

F. 倫理的配慮

日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（研倫審委第2010-29）と研究施設の研究倫理審査委員会の許可を得た。研究参加者には研究の趣旨、「話合いの会」への参加は自由意思であること、プライバシーの保護、データは研究以外の目的で使用しないこと等を文書と口頭で説明した。看護師の子どもや家族へのケア場面の観察には研究者が障害とならないように配慮した。子どもと家族には研究の趣旨について、研究参加の自由意思、プライバシーの保護、データは研究以外の目的で使用しない等を文書と口頭で説明した。

G. データ収集方法

アクションリサーチの計画に沿って進め、「話合いの会」の内容、参加状況、参加者の表情や仕草、場の雰囲気、研究者の感想を基にデータ逐語録を作成し、フィールドノートに記述した。感染予防における子どもと家族への看護師のかかわりを参加観察しデータとして記録した。

H. 分析方法

「話合いの会」を通して、(1)看護師が体験していた

感染予防において隔離している子どもと家族へのケアにおける不安や戸惑いとは何だったのか(2)看護師が不安や戸惑いを感じるケアを改善するための方策(3)看護師同士の関係性における変化(4)ファシリテーターと看護師との関係性に着目し分析した。妥当性の確保のために、研究指導者のスーパービジョンと小児看護領域の大学院生のピアレビューを受けた。

V. 結果

本研究のアクションである「話合いの会」の開催は、全15回（13週）に渡って実施した。「話合いの会」の内容と変化について表1にまとめた。

A. 小児病棟で働く看護師の感染予防のケアの現状

研究対象病棟では、入院時オリエンテーションの際、看護師は説明項目が記載されたチェックリストを用い、子どもの保護者へ説明した後、看護師自身のサインをしていた。研究者は看護師に、入院時オリエンテーションの感染予防の説明についてどのように行っているのかを尋ねた。

C看護師：オムツ交換の方法や面会について、自分がお母さんに説明したらチェックリストにサイン（看護師の署名）をしています。お母さんが納得したかどうかを確認して、（チェックリストに自分の）サインをするという意識はないですね…感染予防については、あまり自信ないですね。

A看護師：お母さんの理解までは意識していない。やっていないお母さんが多くなって。なんで？って思うけどそのままになっています。

A看護師の「やっていない」とは、オムツ交換を行う際に手袋、ビニールエプロンを着用し、使用したオムツはビニール袋に入れて感染性のごみ箱に捨てるというこの病棟の方法のことであった。この方法を看護師は入院時オリエンテーションで母親へ口頭で説明を行っていた。しかし、看護師は自分の説明方法に「自信がない」と感じ、「母親がやっていないのは、なぜ」と感じていても「そのまま」になっている現状であった。

一方、5月に成人病棟から異動してきたJ看護師は、夜間緊急入院した子どもの保護者への入院時オリエンテーションを実施するために、リーダー看護師と調整を行っていた。リーダー看護師はJ看護師に小児病棟のオムツ交換の方法の説明について、「いつも通りやって」と伝えていた。調整を終えたJ看護師は、研究者に小児病棟のオムツ交換の方法を口頭で説明されただけではどのように行うのか、「想像できない」と不安な様子を語っていた。J看護師は成人病棟で経験してきた感染予防の知識をもとに、小児病棟で感染予

表1. 「話し合いの会」の概要

「話し合いの会」 回数	参加人数	「話し合いの会」 のテーマ	不安や戸惑っていたケア	不安や戸惑っていたケアが 改善されるための方策	ケアの改善や看護師の 変化の視点	看護師の変化の様子
1回目	4	小児病棟の感染予防	・感染予防についてお母さんへどこまで説明をしたらいかがいかわからない	・看護師の控え室に、開催案内のポスターを貼り、参加者を募集	・小児病棟の感染予防に関するケアへの不安や戸惑いを言語化	・小児病棟のオムツ交換について、母親に説明することの難しさは、自分だけではないことを共有
2回目	6	小児病棟の感染予防	・小児病棟の感染予防のためのオムツ交換	・研究者が、成人病棟から異動してきた看護師に、小児病棟の感染予防について気になっていることは何かというテーマを提案	・成人病棟から異動してきた看護師が抱える、子どものオムツ交換のかかわり方の戸惑いを言語化	・成人病棟から異動してきた看護師は、「目に見えない難しさ」、「うつってしまわないように」と感じていた
3回目	5	感染予防のためのオムツ交換	小児病棟のオムツ交換について、母親への説明	・研究者が、オムツ交換におけるスタンダードブリーションや感染経路別予防の説明について、どのような難しさを感じているのかについて話し合うことを提案	・入院時オリエンテーションにおける、感染予防に関する母親への説明について、体験を語れるようになった看護師自身の変化	・「家とは違う方法を伝えることが難しい」と感じていた
4回目	8	オムツ交換を行う際のスタンダードブリーション	感染予防のためのオムツ交換に関する説明	・看護師が、入院時オリエンテーションの際、感染予防について統一した説明方法を検討	入院時オリエンテーションの感染予防における子どもと母親へのかかわりについて言語化	・母親や子どもに「病棟の決まり」を「分かりやすい言葉で伝える」ことができないと感じていた
5回目	5	他施設で行われている感染予防	自分たちのケアがこれだけののを知りたい	・研究者が、看護師に他施設での感染予防対策について資料を紹介	・参加者と研究者の関係性の変化	・看護師は、研究者に自分たちのケアについて評価されているという意識
6回目	0			研究者が看護師に、「話し合いの会」を勤務時間外に開催することを提案	・参加者の人数	誰も看護師が参加しなかった
7回目	4	カーテン隔離	あいまいと感じているカーテン隔離	・「話し合いの会」を勤務時間外へ変更	・「話し合いの会」の内容、雰囲気の変化	・後輩看護師が、自分が行っているケアについて話すと、先輩看護師が後輩看護師を認めた ・初めて看護師が、「話し合いの会」のテーマを挙げた
8回目	4	小児病棟のオムツ交換の説明	・感染予防のためのオムツ交換について、母親への説明	・小児病棟のオムツ交換について、母親が面倒だと感じるのなぜかを考えた ・感染予防のためのオムツ交換のパンフレットを作成	・「お母さん目線」に合わせたケアの変化 ・「お母さんと一緒にやる」方法について入院時オリエンテーションの見直し	・オムツ交換の説明について、「お母さん目線でできていなかった」ケアへの気づき ・オムツ交換のパンフレットを活用して、入院時オリエンテーションの振り返りを共有
9回目	5	小児病棟の面会制限	きょうだいの面会制限についての説明	・成人病棟から異動してきた看護師と初めから小児病棟に配属された看護師との意見交換	・「話し合いの会」への参加に変化	・「目に見えないもの」について「根拠がある」説明が難しい ・成人病棟から異動してきた看護師は、他の看護師の体験を聞き、小児病棟の感染予防のケアを理解
10回目	6	子どもの状況に合わせた感染経路別予防策	カーテン隔離の説明	・子どもの「ばい菌扱われた」という言葉	・体験を語り合うことによる看護師の「カーテン隔離」の説明の変化	・子どもへの隔離の説明方法に問題意識 ・「子どもの症状を見て判断」し「医師と調整する」という子どもと家族へ見通しを立てた説明へと変化
11回目	4	感染予防のための環境整備	自分が行っている環境整備	・看護師同士が、感染予防のための「環境整備」を実践していることを認め合う	・ケアについて、自ら振り返る場へと変化	・自分のケアについて、他の看護師と語り合い、「大丈夫」という自信がもてた
12回目	5	部屋移動を必要としている子ども・家族と医療者との調整	突然に行われる部屋移動について、子どもと家族への説明	・成人病棟から異動してきた看護師が、ケアの中から気になっていることを「話し合いの会」のテーマとして提案	・成人病棟から異動してきた看護師が、ケアについて誰にも聞けないままだったが、他の看護師に聞けるように変化	・成人病棟から異動してきた看護師が、ケアについて積極的に発言し、自分が行っているケアについて、看護師同士で確認 ・看護師は、部屋移動の理由について、医師が説明しているため母親や子どもに説明することがなかったことに対し、母親に「言えない」「聞けない」と思っていたことを共有
13回目	6	プレイルームに行けない子どもへのかかわり	隔離を必要としている子どもへのかかわり	・隔離を必要としている子どもへのかかわりについての意見交換	・子どもがプレイルームで遊べるように、看護師が医師と調整するように変化	・看護師は、子どもの症状を看ながら、医師に安静度の変更の指示を仰ぐようになった
14回目	3	感染予防のための小児病棟の環境整備	・感染予防のための環境整備	・環境整備についての意見交換	・誰にも言えなかったケアについて、言えるようになった看護師自身の変化	・誰にも言えなかった、「自分が伝播させているかもしれない」ケアについて、自分だけではなかったことを共有
15回目	3	小児病棟のオムツ交換についての説明	病棟内でウイルスが伝播したときの対応	・入院時オリエンテーションの際、感染予防に関するパンフレットを用いて説明方法を統一することを継続	・「お母さん目線」に立ったケアへの変化	・感染予防に関する子どもと家族へのかかわりが難しいのは自分だけではないことを共有

防のケアを行うことに戸惑いを感じながら働いている現状であった。そこでまずは、看護師が小児病棟の感染予防における子どもと家族へのケアについて、「自信がない」不安や、「いつも通り」の戸惑いとは、具体的にどのようなことなのかを振り返ることが課題であった。

B. 「話し合いの会」を通じた看護師の意識とケアの変化

1. 小児病棟の感染予防における不安と戸惑い

「目に見えないもの」の難しさ (2回目): 成人病棟から異動してきた看護師たちは、子どものオムツ交換の違いについて責任があることだけに難しいと話した。E看護師は、小児病棟の感染予防について「やっぱりオムツ交換」と語った。成人病棟に比べて看護師がオムツ交換をすることが頻回であり「うつつてしまわないように」という不安や、「目に見えないことだけに難しい」という戸惑いを感じていた。

看護師が母親に「病棟の決まり」を「分かりやすい言葉で伝える」難しさ (4回目): 看護師は小児病棟のオムツ交換について母親に説明するとき戸惑うことがあると語っていた。H看護師が母親に「うちの子は感染症ではない」と言われて、オムツ交換の説明について「病棟の決まりで統一されているんですと伝えました (申し訳なさそうに)」と話し、「家族へ分かりやすい言葉で伝えるっていうのが難しい」と話した。

看護師が誰も参加しない「話し合いの会」(6回目): 開催予定時刻になってもナースステーション内に誰も集まらなかった。研究者は、なぜ看護師が集まらなかったのかを振り返った。「話し合いの会」をカンファレンスの時間に開催することは、看護師は医療機器のアラームや子どもや家族の対応などで緊張状態にあった。また、4回目の「話し合いの会」で、D看護師は研究者に「自分たちのケアはこれで良いのか教えてもらいたい」と語ったように、看護師は研究者との対話から評価される場となり語ることに不安があった。開催当初から沈黙が続く、カンファレンスの延長にあった「話し合いの会」は、看護師が主体的に参加しているとは言えない状況であった。研究者は、環境を変えることで研究者と看護師が話し合えるのではないだろうかと考え、看護師たちに「話し合いの会」開催時間を勤務時間外へ変更することを提案した。看護師たちは「話し合いの会」の開催時間について、「カンファレンスの時間だとバタバタしちゃって、時間外のほうがいい」、「時間外でも参加してみたい」という意見だった。そこで、研究者は7回目から「話し合いの会」開催時間をカンファレンスから勤務時間外へ変更した。

看護師が「あいまい」と感じながら行っているカーテン隔離 (7回目): 看護師はカーテン隔離について、最初は医師の指示で「カーテンを閉める」が、子どもや家族に伝わらず「カーテンを開けたまま」になって「あいまい」になっていることについて話し合った。

初めて勤務時間外に開催した7回目、研究者はナースステーションから離れた部屋で看護師を待った。開催予定時間15分を過ぎて開始となった。A看護師が「カーテン隔離ってあいまいになっちゃう。隔離をどのように言うか難しい」と語り始めた。

G看護師: 子どもが菌をもっていると言うんじゃないくて、マイコという感染症は咳がでていて、その症状の予防としてカーテン閉めさせてもらい、マスクするっていうことを説明しています。

C看護師: その説明、うまいねー! 私も使おう! 誰かに教えてもらったの?

7回目から「話し合いの会」では看護師の会話に変化が起きていた。先輩看護師が「あいまい」と感じながら行っていたケアを話し始めたことをきっかけに、後輩看護師も自らのケアの体験を語り、先輩が「説明うまいね」と後輩のケアについて認め合う場となっていた。

2. 感染予防における入院時オリエンテーションの見直し

「お母さん目線で看れていなかった」オムツ交換の説明 (8回目): 看護師は入院時オリエンテーションでオムツ交換の説明をしても「お母さんに伝わらないのは何故だろう」と感じていた。前回テーマを挙げたA看護師の「オムツ交換について看護師の統一した説明をするにはどうしたらいいか」という話しから始まった。

E看護師: ビニールエプロンとか手袋やビニール袋が別々のところにあって行ったり来たりしながら説明しているのがちょっと面倒。お母さんが面倒くさいなって感じて聞いているのを説明しながら感じます。

C看護師: お母さん目線で看れていなかったってことだね。

初めて看護師同士の対話から母親の立場に立った言葉が聞かれた。看護師が母親の立場に立ったきっかけは、看護師が「面倒くさい」「家とは違う方法で面倒」と気づいたことだった。看護師は「説明方法を統一したい」という思いから「お母さん目線で看れていない」ケアについて振り返った。

説明方法を統一するためのオムツ交換のパンフレットの活用: 「話し合いの会」の開催当初から参加していた病棟の感染係であるA看護師が中心となって、オムツ交換のパンフレットを作成していた。入院時オリエンテーション時のオムツ交換のパンフレットの活用は、8回目の「オムツ交換」について話し合った後だった。E看護師が、成人病棟から転入してきた3カ

月のfくんの母親へ、オムツ交換のパンフレットを用いながら説明している参加観察場面である。

E看護師：お母さん、オムツ交換ですけど、素手でオムツ交換をしていたと思いますが（確認するように）、小児病棟では、感染予防のために手袋とビニールエプロンを着用して交換して下さい。

母親：はい、でも、どうやってですか？

E看護師は、fくんの母親へ、オムツ交換のパンフレットを見ながら、口頭で説明し始めると、fくんの母親は頷いていた。説明が終わると、E看護師は研究者に話しかけてきた。

E看護師：やっぱり口だけでは伝わらないですね（苦笑いしながら）。後で、もう一度お母さんがオムツ交換するときと一緒にやります。

E看護師は、直ぐに自分が行った説明について振り返っていた。その後、E看護師は、母親がfくんのオムツを交換するタイミングを計り、オムツ交換の方法をデモンストレーションしていた。

15回目（最終回）の「話合いの会」では、オムツ交換のパンフレットを活用したケアについて話し合った。看護師たちは、「パンフレットを使うことで、看護師が何を説明するのか分かる。お母さんにも伝わるといった。（前回の）お母さん目線という言葉が大きかった」と語っていた。さらに、「最近、（看護師が説明した小児病棟のオムツ交換の方法を）お母さんたちが協力してくれている」と語っていた。

3. 感染予防における隔離の方法に合わせた入院生活のケア

子どもの「ばい菌扱いされている感じ」という言葉から受けた看護師の衝撃：マイコプラズマ肺炎で入院していたmちゃん（13歳）は、看護師から「菌を持っているかもしれないから、お部屋にしようね。カーテンも閉めるね」と言われ、「私はばい菌扱いされている感じ」と母親に話していた。mちゃんの思いは母親から医師へ、医師から看護師に伝えられた。この状況を聞いた看護師は驚き、「大きな出来事」として捉えていた。10回目「話合いの会」では、mちゃんから発せられた「ばい菌扱い」という言葉を受けて、「思春期の子どもへの説明が難しい」「どのように伝えることが良かったのか」、看護師同士で、隔離についての説明方法に問題意識をもち振り返った。

L看護師：入院時は、咳や熱があっぐたりしているからカーテン閉めます、というとお母さんも納得してくれることが殆どだけど、子どもは2~3日すると直ぐに元気であるから、子ども

の症状を看ながらです。医師と、子どもの安静度を調整しています。

L看護師はカーテン隔離について、「子どもの症状を看ながら判断し」「医師と調整している」と語っていた。

E看護師は、勤務時間外に変更してから初めて参加したD看護師に、「話合いの会」の雰囲気について「ここでなら言えて、談話って感じ」と伝えた。A看護師は「何かを解決するっていうのではなくて、普段何気なく行っていることをここで意識されるっていうか、振り返ることで意識できるようになる。他の人の説明の仕方、私も使おうって気づかされる」と話した。看護師にとっての「話合いの会」の存在は、沈黙の場から「談話」の場へと変化していた。

看護師が子どもの症状を見て判断する：医師は、マイコプラズマ肺炎で入院したsちゃん（5歳）に対して、カーテン隔離の指示を出した。入院時オリエンテーションの際、C看護師は母親へ、「医師から、（sちゃんは）、マイコプラズマに罹っていることを聞きましたか？」と確認した後、C看護師は、「sちゃん、今ぐったりしていて、咳が多いからカーテン閉めさせてくださいね」と説明していた。カーテン隔離について、C看護師は研究者に、「咳がひどいから、周りの患者さんへの影響を考えると、カーテンを閉めたほうがいいかな。sちゃんはぐったりしているから、（カーテン隔離について説明することは）今日はお母さんだけにしました」と語った。

入院7病日目、sちゃんは、担当のG看護師に「あっち（プレイルーム）に行ってもいい？」と小さい声で尋ねた。G看護師は、「マスクをして行ってみよう」と声をかけ、sちゃんは、自らマスクをしてプレイルームで遊んでいた。研究者はG看護師に、sちゃんに対するカーテン隔離について尋ねた。

G看護師：咳も熱もないので、先生に伝えて、ベッドからプレイルームに出て良いという許可を出してもらいました。この間（7回目）、カーテン隔離についてやったのが印象的で、私たちが先生と調整しないと、（退院までカーテン隔離が）そのままになってしまうので。

G看護師は、カーテン隔離の解除について、sちゃんのプレイルームに行きたいという気持ちと咳や熱の症状を看て判断し、医師と調整をしていた。

4. 「話合いの会」終了後の病棟の様子

「話合いの会」を通して、看護師が小児病棟の感染予防における不安や戸惑ったケアについて話し合い、「お母さん目線に合わせた」入院時オリエンテーションを行い始めるなどの変化があり予定通り3カ月で終

了となった。さらに、小児病棟の感染予防についての勉強会が立案されていた。小児病棟の感染予防のケアについて看護師個人の変化だけに留まらず、小児病棟の教育の一つとして立案されるという病棟の変化につながっていた。

VI. 考察

A. 看護師にとっての「話し合いの会」の存在

1. 語ることの不安から安心できるつながりを求める

「話し合いの会」では看護師は研究者の方を見ながら話すことや話し終わると沈黙が続くことが多く、最初から主体的に語っていたわけではなかった。看護師が「話し合いの会」で語ることの不安はどのようにして起きたのだろうか。6回目までの「話し合いの会」は、日勤業務時間内のカンファレンスの後に開催していた。研究対象の病棟のカンファレンスは、リーダー看護師が司会者となり、インシデントに対して解決策を立てるという場であった。さらに、必要に迫られている子どもや家族へのケア以外のことは、カンファレンスで取り上げられることは少なく、起きた出来事に対する看護師の気持ちや思いなどを話す時間がないまま終わっていた。上田・宮崎(2010)は、看護師が感じていた気持ちに近づくためには、看護師が自発的にケアについて振り返り、考え、発言するというリフレクションできる環境や雰囲気を整えることが必要であると述べている。本研究では、研究者が7回目以降の「話し合いの会」を勤務時間外へ変更したことで、看護師はベッドサイドやナースステーション内で子どもや家族の対応から離れ、緊張感が解されたと考える。さらに、「話し合いの会」の場所をナースステーションから離れた場所へ変更したことも、沈黙から、「ここでなら言える」という雰囲気に影響を与えていたと考える。だからこそ看護師はケアの中で感じていることを言えるようになり、看護師同士で振り返ることによって子どもと家族の理解が深まりリフレクションを行うことで自発的に語れるようになったと考える。さらに、「話し合いの会」を重ねることは、看護師同士が小児病棟の感染予防に対するケアについて意識し、お互いのケアについて認め合うというつながりを持ち、信頼感や安心感を高めることができたと考えられる。

2. 「話し合いの会」でのリフレクション

最初から自らのケアについての問題に気づいていくのではなく、小児病棟の感染予防について「自信がない」「難しい」と感じながら参加していた看護師が、「話し合いの会」を通してなぜひフレクションを行うことができたのだろうか。Burns & Bulman(2000/2005)は、看護におけるリフレクションについて「実践したことを記述し、分析し、評価する、そのような実践

からの学びを伝えるために実践経験を振り返る過程」(p.i)と述べている。「話し合いの会」を重ねることで語り合うようになった看護師が、8回目から自発的にテーマを決めたことをきっかけに小児病棟の感染予防について意識し、ケアについて振り返り、ケアの中で起きた「面倒くさい」「あいまい」という感情に素直に向き合うことができていた。看護師が言語化した感情は個人を責めるものではなく、看護師全員の共通の感情として捉えることができていたと考える。また、看護師が「何かを解決するのではなく振り返るって感じ。他の人の説明の仕方、私も使おうって気づかされる」と語ったように、「話し合いの会」は個人の看護師が語ったケアについて看護師同士で振り返り、考えるというリフレクションが自己への気づきを深めていたと考える。さらに、「話し合いの会」という場は看護師が複数人でリフレクションを行う中で、自分の体験を語り、相手の話を聴き、お互いを認め合うというグループダイナミックスが生じていたと考える。

B. 小児病棟の感染予防における看護師の意識とケアの変化

1. 看護師が説明方法を統一することの意味

小児病棟の感染予防の説明について難しさを感じ、「統一した説明方法を知りたい」と思っていた看護師が、どのようにして「お母さん目線に合わせた」ケアへと変化させていったのだろうか。本田(2003a; b)は、「看護実践についての反省 (reflection-on-nursing-on-practice)」は出来事の後に行われる回顧的な思考である。起こった出来事の意味について考えることに加え、自分自身の取り組みについて吟味することによって、行為中には気づかなかった新たな知見を得ようとする営みであると述べている。本研究においても、小児病棟のオムツ交換について、母親にとっては家とは違う方法で行うため、看護師は母親が「面倒くさい」と感じているのではないかと気づいた。看護師は母親へのオムツ交換の説明方法や使用する物品について、「お母さん目線で看れていなかった」ケアの問題に直面した。問題に直面した看護師は、感染予防のためのオムツ交換の説明方法を再び振り返ることでオムツ交換のパンフレットを活用したケアを取り入れることができたと考えられる。母親の立場に立って考えた看護師は、スタンダードプリコーションや感染経路予防策の知識と、「お母さん目線に合わせた」オムツ交換の方法を照らし合わせたケアへと結びつけるという「看護実践についての反省」のプロセスを展開していたと考える。

2. 子どもから発せられた「ばい菌扱い」という言葉への看護師の気づき

子どもの「ばい菌扱い」という言葉を通して、看護師はカーテン隔離について、「あいまい」と感じなが

ら行っているケアの現状と、感染拡大防止という知識を結びつけていた。草柳（2005）は、患者の言葉は看護師の批判ではなく日々の実践を見直す具体的な問題点が含まれていることに気づくようになり、看護師たちは怯える子どもの気持ちや長時間付き添う母親の状況を知り、新たなかかわりを考えて実行するようになった変化を記述している。本研究では子どもが母親に伝え、母親が医師に伝え、医師が看護師に伝えるという三者関係の中で、看護師に伝えられた「ばい菌扱いされている感じ」という患者の言葉は、看護師がカーテン隔離のケアを見直す具体的な問題点に気づき、振り返るきっかけとなっていた。「話合いの会」を通して看護師が「あいまい」と感じていたカーテン隔離について、「子どもの症状を看る」「医師と調整する」というケアの変化をもたらしたと考える。

VII. 実践への示唆

入院中の子どもについて、感染予防の統一した説明方法を考える場合、看護師は家とは違う環境で入院生活を送る子どもや家族の目線に合わせた感染予防とケアと結びつけることが必要であると考え。また、隔離の方法に合わせた短期入院中のケアについて、看護師は子どもと家族、医師、看護師の三者のコーディネートを行う能力が求められると考える。看護師は子どもが退院するまで隔離されたままにならないように、子どもの症状や経過を看ながら隔離の必要性を判断し、病室内の生活からプレイルームに行けるようになるまでの見通しを立てたかかわりについて話し合う必要があると考える。さらに、看護師が現在の実践を振り返りどのようなケアに取り組むことが必要なのかを検討するためには、「話合いの会」を繰り返し展開していく必要があると考える。

VIII. 研究の限界と今後の課題

本研究は、関東圏内にある一施設での研究である。また、本研究は短期入院中のウイルス感染症に罹患した子どもが入院している小児病棟でのアクションリサーチであり、入院している子どもの疾患、入院期間や混合病棟など施設の特徴に影響を受けている可能性がある。本研究は「話合いの会」を中心とした看護師の意識やケアの変化は見出せたが子どもや家族の反応がどのように変化したのかは見出すことができなかった。今後は子どもや家族の様子などを詳細に検討することが課題である。

IX. 結論

1. 看護師は小児病棟の感染予防のケアについて、オムツ交換では「感染源が目に見えないことだけに難しい」、入院時オリエンテーションでは、病棟の決まりを「分かりやすい言葉で伝えることが難しい」、「隔離をどのように説明するのか難しい」という不安や戸惑いを言語化した。2. 「話合いの会」を重ねることによって、小児病棟の感染予防のケアについて看護師同士が認め合い自信を持ち始め、感染予防の知識と「お母さん目線に合わせた」入院時オリエンテーションを結びつけたケアへと変化させた。3. 思春期の子どもの「ばい菌扱いされている感じ」という言葉を通して、看護師は子どもの「症状を看て判断する」「医師と調整する」という子どもと家族へ見通しを立てた説明へと変化させた。

謝辞

本研究にご協力をいただきました皆様とご指導して下さいました筒井真優美教授に心より感謝申し上げます。本論文は、平成22年度日本赤十字看護大学修士課程に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。本研究の一部は、第31回日本看護科学学会（2011年12月）にて発表した。

利益相反

利益相反なし

文献

- Burns, S., Bulman, C. (2000) / 田村由美・中田康夫・津田紀子監訳 (2005). 看護における反省的実践—専門的プラクティショナーの成長所収. 東京：ゆみる出版.
- 本田多美枝 (2003a). Schön理論に依拠した「反省的看護実践」の基礎理論に関する研究—第一部 理論展開. 日本看護学教育学会誌, 13(2), 1-15.
- 本田多美枝 (2003b). Schön理論に依拠した「反省的看護実践」の基礎理論に関する研究—第二部 看護の具体的事象における基礎理論の検討. 日本看護学教育学会誌, 13(2), 17-33.
- 川村明美・佐々木理恵 (2007). 長期入院・隔離を余議なくされた患児・母親のストレス軽減への援助. 小児がん看護, 2, 115-121.
- 北上恵子 (2010). 小児病棟における感染管理. 小児看護, 33(8), 1101.
- 厚生労働省 (2014). 平成26年患者調査「受療率（人口10万対）性・年齢階級×傷病小分類×入院-外来（初診-再来）別」<http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001141598> (2017.3.21)

- 草柳浩子 (2005). 子どもと大人の混合病棟で働く看護師の意識とケアの変化—研究者とのコラボレーション. 2004年度日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士論文.
- McCaffrey, C. N. (2006). Major stressors and their effects on the well-being of children with cancer. *Journal of Pediatric Nursing*, 21(1), 59–66.
- 西村実希子 (2007). 安静を指示された短期入院生活を送る学童期の子どもの体験. 2006年度日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士論文.
- Pope, C., Mays, N. (1999) / 大滝純司訳 (2001). 質的研究実践ガイド. 東京: 医学書院.
- 上田修代・宮崎美砂子 (2010). 看護実践のリフレクションに関する国内文献の検討. *千葉看護学会会誌*, 16(1), 61–68.

研 究 報 告

冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する
中堅看護師の職場復帰支援

北林 真美

Support for Returning to Work for Middle-Aged Patients
after CABG by Senior Clinical Nurses

Mami Kitabayashi

キーワード：循環器, CABG, 職場復帰支援, 中堅看護師

key words : circulatory organ, CABG, support for returning to work, senior clinical nurses

Abstract

The aim of this was to investigate the support for returning to work for middle-aged patients after coronary artery bypass grafting (CABG) by senior clinical nurses working in acute hospital. A qualitative and descriptive design was performed using the content analysis (Krippendorff). Data were collected from ten senior clinical nurses by semi-structured interviews, which were conducted about sixty minutes each time. Results of this analysis revealed that senior clinical nurses approach to the patients [Enhance patient knowledge necessary for returning to work] and [Listen to impatience and conflict to return to work], and the nurses approach to the patient with surrounding environment [Adjustment of the environment surrounding patients] and [Information gathering necessary for returning to work and collaboration between the types of job]. The approach to patient that workplace support and employment restrictions of the request, work and life balance guidance, the work environment tailored to individual response, listen to the feelings of patients to return to work were done. The approach to the patient with surrounding environment that for spouses and bosses, requests for cooperation towards returning to work, coordination after returning to work place, setting up explanatory opportunities for the workplace, requesting planning and follow-up discussion to medical professionals were done.

要 旨

冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援を明らかにすることを目的に、内容分析（Krippendorff）を用いて質的帰納的研究を行った。中堅看護師10名に対し半構造化面接を行い、データを得た。分析の結果、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰

受付日：2017年5月10日 受理日：2018年1月15日

日本赤十字秋田看護大学大学院看護学研究科 Japanese Red Cross Akita College Graduate School of Nursing

支援は、患者への働きかけとして【職場復帰に必要な患者自身の知識の強化】【職場復帰への焦りと葛藤の傾聴】、患者を取り巻く環境への働きかけとして【患者を取り巻く環境の調整】【職場復帰に必要な情報収集と職種間の連携】のカテゴリが導出された。患者に対しては、職場のサポートと就労制限の依頼、就労と生活の両立指導、職場環境に合わせた個別的な対応、職場復帰に向けた気持ちの傾聴を行っていた。患者を取り巻く環境に対しては、配偶者と上司への職場復帰に向けた協力の依頼、職場復帰後の調整や説明機会の設置を行い、医療職種には、話し合いの企画やフォローアップの依頼を行っていた。

1. 研究の背景

平成24年度国民医療費のうち、医科診療医療費は全体の72.2%を占め、主傷病による傷病分類別では、循環器疾患がもっとも多い。また、虚血性心疾患の医療費は、統計開始の昭和29年と比べ2.0倍となっている（厚生労働統計協会，2015，p.244, 248）。とくに北東北は、心筋梗塞の年齢調整死亡率、受療率、在院日数が全国より高く、心疾患に対する介入が必要な地域である。

日本は平成23年以降、少子高齢化と労働人口の減少が進み、平成25年には持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革に関する法律が成立した。医療費の削減および財源の確保のため、労働人口の確保が課題であり、疾患を患っても可能な限り社会の担い手として活躍できる社会支援を行うことで、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会保障制度を確立する必要がある。

労働政策研究・研修機構（2013，p.7, 12）によると、企業規模が小さくなるほど専属の産業医がいない割合が高くなり、社員からの治療と仕事の両立に関する相談受付が不十分になるとされている。北東北の企業割合は中小企業が大半を占めることから（中小企業庁，2016，p.402），北東北県内の中年期患者は、企業からの十分な支援を受けることが難しい。よって、北東北県内の中年期虚血性心疾患患者に対して、入院中から社会的・経済的課題を見据えた社会支援を行う意義は大きい。

Havighurstによると、中年期（30～55歳頃）の発達課題は、大人としての市民的・社会的責任を達成すること、一定の経済的生活水準を築き維持することである。また中年期患者は、生活管理の主体性が高く、主体的な意志判断が自己管理行動にもっとも影響する（直成・泉野・澤田他，2002，p.25）。心筋梗塞発症後の中年期患者の場合は、復職することで心理的安定が得られ（Mirmohammadi, Sadr-Bafghi, Mehrparvar, et al., 2014, p.5），反対に、年収が低いこと、社会資源との結びつきが感じられないことが抑うつと関連していると言われている（千葉・羽田・下村他，2008，p.372）。労働政策研究・研修機構（2013，p.81）によると、心疾患患者の復職率は65.6%で、がん患者の復職率47.5%を約20%上回っている。一方、障害者手帳を取得して休職をしている心疾患患者の割合は約20%と最も

高く、次いで脳血管疾患が約18%、難病が約13%となっている（労働政策研究・研修機構，2013，p.58）。そのため、中年期虚血性心疾患患者は職場復帰を果たすことができても、職場環境が十分に整えられておらず、困難を抱えながら労働をしている可能性がある。また、仕事上の理由で適切な治療を受けることができない場合や疾病に対する患者の不十分な理解は、職場の理解・支援体制不足を招き、離職に至ることが予測される。そのため、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者には、疾患の管理や退院後の職場復帰においても、主体的な意志決定を尊重した具体的な支援が必要である。

退院支援において看護師に求められる役割は、患者の生きがいと感じている動機と何らかの強いつながりを見いだせるような関わりをして、患者が保健行動への動機付けを効果的に行えるようにすること（直成・泉野・澤田他，2002，p.25）である。Benner（2001/2005，pp.23-26）によると、中堅看護師は全体を見ながらもっとも重要な部分に焦点化して関わり、その場の状況を患者にとってよりよい方向へと導く能力がある。また、中堅看護師は患者の状態変化に応じた計画変更の可能性を予測し主治医と調整し、患者から意図的に情報を引き出し判断する能力を有すること（木戸・井上，2015，pp.39-40）が明らかとなっている。そのため、中堅看護師は中年期患者の状況を判断した効果的な職場復帰支援を実践していると考えられ、中堅看護師の実践を明らかにすることは重要である。

しかし、心疾患患者の支援に関する先行研究で、病棟の中堅看護師に焦点をあてた職場復帰支援に関するものはなく、在宅療養に向けた退院支援（横山・亀田・西橋，2015，pp.323-326）や、外来通院中の患者を対象にした再入院予防（藤田，2011，p.55；直成・泉野・澤田他，2002，pp.25-27）に関するものが多い。また、病棟看護師が行う退院支援や患者教育に関しては批判的な論文が多く、退院後の患者情報収集不足や各職種が行う退院指導内容の確認や患者理解の評価不足（菅原・吉田・佐藤他，2010，p.57），退院支援に関する知識不足（玉木・西村・池田他，2014，p.76）が指摘されている。そのため、冠動脈バイパス術を受けた患者に対する中堅看護師の職場復帰支援は十分に明らかになっていない。

よって、中堅看護師が実践する冠動脈バイパス術を受けた中年期患者職場復帰支援を明らかにすること

で、中堅看護師の職場復帰支援における能力を見出すことができると考えられる。

II. 研究目的

冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対して、中堅看護師が行う職場復帰支援の実践について明らかにする。

III. 研究の意義

中堅看護師の職場復帰支援における能力を見出すことができる。

IV. 用語の定義

1. 中年期：Havighurstによる発達段階の中年期にあたる30～55歳頃とする。

2. 中堅看護師：Benner(1984/1992, 2001/2005, p.20)は、中堅レベルの能力を有する看護師を経験年数4～10年の看護師、また、類似の科の患者を3～5年ほどケアしてきた看護師と定義していることから、急性期病院の循環器系病棟での臨床経験が3年以上10年未満の看護師とする。

3. 職場復帰支援：厚生労働省中央労働災害防止協会(2010)は、職場復帰支援について、休業していた労働者が復職するにあたって、就業上の配慮などの個別具体的な支援と定義している。よって、本研究においては、冠動脈バイパス術を受けたことによる生活上の制限と就労を両立するために行う個別的な情報や手段、方法の提供とする。

V. 研究方法

A. 研究デザイン

研究参加者個々の経験から共通する関係を取りだし、一般的性を導き出すため、半構造化面接による質的帰納的研究とする。

B. 研究参加者と選定

選択基準は、北東北にある急性期病院の循環器系病棟での臨床経験が3年以上10年未満の看護師のうち、研究内容を理解し同意が得られた者とした。除外基準は、研究に同意が得られなかった者、および、認定看護師や専門看護師、心臓リハビリテーション指導士といった資格保有者や副師長や師長といった役職者とした。

研究参加者の選定は、2015年版北海道・東北病院情報(医事日報, 2015)から北東北の急性期病院のリストを作成した。リストにあがった病院の病院長と看護部長に対し、研究対象参加者の紹介依頼ならびに本研究の目的・方法・内容・対象者の選定条件を明記した書

類を送付した。同意書の返信が得られた7件の病院の看護部長のもとを訪問し、口頭および文書にて、あらためて本研究の趣旨を説明し、研究の承諾を得た。

研究参加者については、本研究の選択基準に該当する看護師の紹介を受け、選定した。研究参加者から了承が得られた際は、直接、研究参加者のもとを訪れ、口頭および文書で詳細に協力依頼ならびに本研究の計画書および倫理に関する説明と質問への対応を行った。

C. データ収集期間およびデータ収集方法

データ収集期間は、2016年6月から2016年9月末である。データ収集は、中堅看護師に対して、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する職場復帰支援について、これまでの実践経験に基づいた回答を求めるため半構造化面接法を用いた。面接内容は、①研究参加者の基本情報(年齢、看護師経験年数、循環器系病棟経験年数、現在の役割)、②冠動脈バイパス術を受けた中年期患者の職場復帰支援がうまくいったと感じる出来事、③②における時期と実際の看護介入、④②における研究参加者のスタッフと他職種への関わり、⑤冠動脈バイパス術を受けた中年期患者への職場復帰支援でもっと工夫すれば良かったと思う出来事と理由、⑥中年期患者への職場復帰支援で他の年代と比べて気をつけていることである。

D. データ分析方法

本研究は、研究参加者が置かれている状況、研究参加者の感じ方や行為の意味を理解することが中心となる。よって、データをもとにそこから文脈に関して再現可能かつ妥当な推論を行うための内容分析(Krippendorff, 1989/1989)が適当である。面接内容は許可を得て録音し、逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み、全体の文脈を把握した後、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援が語られる部分を、1つの意味を含む単位ですべて抽出し、素データとした。素データは、研究参加者の役割を具体的にイメージできる範囲の抽出度をもち、意味内容を損なわないようにコード化した。コードをもとに、意味内容の類似性に従い、比較検討、統合し『サブカテゴリ』とした。サブカテゴリを比較検討しながら統合し、その意味を適切に表現する名前を【カテゴリ】とした。最後にカテゴリの間の関係性を検討して、職場復帰支援における看護師の実践について示した。

分析過程においては、分析結果が真実であることの信頼性を確保するため、研究参加者によるメンバーチェックを行った。また、指導教員に依頼し、コードやサブカテゴリ、カテゴリの抽象度が一定であるかのスーパーバイズを受けた。くわえて、内容分析を用いた研究経験を持つ看護学研究者2名に分析を依頼し、著者がサブカテゴリとカテゴリの一致率を

Scottの計算式に基づき算出した。この際、研究者2名は著者によって切片化されたデータについて、別々にかつ演繹的に分析を行った。舟島（2007, pp.46-47）は、70%以上の一致率を示した場合、厳密性を確保していると判断している。よって、一致率70%以上であることを厳密性の判断基準とした。

E. 倫理的配慮

本研究は研究者所属機関の倫理委員会（承認番号27-141）および研究施設の承認を受けた実施した。研究参加者に対して、研究目的、方法、プライバシーの保護、研究参加は自由意志であること、拒否や中断があっても不利益は生じないこと、面接内容は研究目的以外に使用しないこと、同意撤回方法、研究に参加することでの利益と不利益を書面にて研究者が説明した。研究参加者から承諾を得られた場合は書面にて同意を得た。また、いつでも研究に関する説明を求めることができるように、研究者の氏名、所属、連絡先を明示した。

1回の面接は約60分とし、面接中に精神的負担が生じた場合は、話題を変えたり、面接を中断または中止するなどの配慮をすることを説明した。データの管理・保護については、録音内容のテープ起こしは研究者が行った。研究参加者の氏名は、データ取得時点では、連結可能匿名化としたが、全データ取得後は、連結不可能匿名化とした。IDとして本人とは関係の無い数字で記載し、IDと氏名は対応表を作成した。対応表とデータは、異なる場所に保管した。研究者が保有する研究全般のデータ管理および同意書については、鍵付きのロッカーに保管した。また、USBメモリはパスワードをつけた。パソコンはインターネットに接続されていないもので、研究者の研究室でのみ使用した。

VI. 結果

A. 研究参加者の属性

研究参加者10名（全員女性）の年齢は平均27.7±2.0

表1. 研究参加者の属性

ID (性別)	年齢	看護師経験年数	循環器・心臓血管外科 病棟経験年数	中堅看護師としての現在の役割
A(女)	30	9	3	委員会業務 (1種類)
B(女)	27	6	3	プリセプター
C(女)	29	8	4	日々リーダー
D(女)	25	4	4	委員会業務 (2種類)
E(女)	30	9	9	委員会業務 (2種類)
F(女)	26	5	5	チームリーダー、プリセプター、夜勤リーダー
G(女)	27	6	6	後輩指導
H(女)	30	9	6	なし
I(女)	28	7	7	委員会業務 (3種類)
J(女)	25	3.4	3.4	プリセプター
平均27.7 (SD±2.0)		平均6.7 (SD±2.2)	平均4.6 (SD±1.9)	

歳、経験年数は平均6.7±2.2年、うち循環器系病棟経験年数は平均4.6±1.9年であった（表1）。

B. 冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援の厳密性

カテゴリの分類の一致率は、研究者Aが79.8%、研究者Bが80.8%であった。サブカテゴリ分類の一致率は、研究者Aが88.7%、研究者Bが88.6%であった。筆者と研究者で一致しなかったカテゴリ、サブカテゴリについては、互いに共通見解が得られるように討議を重ね、いずれも厳密性を確保した。

C. 冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援の導出

冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援において、意味内容の異なる70のコード、19のサブカテゴリ、4つのカテゴリが導出された（表2）。以下に、カテゴリごとに代表的な具体例を示していく。なお、【 】はカテゴリ、『 』はサブカテゴリ、〈 〉はコードとして用いる。

1. 【職場復帰に必要な患者自身の知識の強化】

このカテゴリは、『他職種の協力のもとに行う患者への知識提供』『情報を聞いた患者が抱く疑問の解決』『職場サポートを依頼するための患者への知識提供』『患者自らが就労制限を言語化するための知識提供』『安静遵守と指導内容受け入れの必要性の説明』『職場環境にあわせた個別的な知識提供』『公的資源活用を促す患者への知識提供』の7つのサブカテゴリで構成されている。中堅看護師は、リハビリの専門家や薬剤師、栄養士、医師といった患者に関わる他職種に協力を依頼して看護師の代わりに患者へ知識を提供する『他職種の協力のもとに行う患者への知識提供』、他職種からの情報や検査結果をもとにして、看護師が患者に知識を提供したりと方法に工夫をする『情報を聞いた患者が抱く疑問の解決』を行っていた。また、知識提供の内容は、『職場サポートを依頼するための患者への知識提供』『患者自らが就労制限を言語化するための知識提供』『安静遵守と指導内容受け入れの必要性の説明』『職場環境にあわせた個別的な知識提供』

表2. 冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援

カテゴリ	記録単位数 (%)	サブカテゴリ	記録単位数 (%)	コード		
職場復帰に必要な患者自身の知識の強化	31 (44.2%)	他職種の協力依頼による患者への知識提供	4 (5.7%)	リハビリの専門家への作業環境についての説明依頼 薬剤師、栄養士の協働による職場復帰に関する説明 情報提供のもと行う医師への依頼 職場に対する病状説明の必要性の医師への促し		
		情報を用いた患者が抱く疑問の解決	4 (5.7%)	心負荷や検査結果を見ての運動量に対する解答 医師への確認後に行う運搬可能な重量への解答 外来患者情報の職場復帰支援への工夫 リハビリの専門家への確認後に行う運搬可能な荷物重量への解答		
		職場サポートを依頼するための患者への知識提供	7 (10.0%)	職場復帰困難の予測から行う職場サポートを得る必要性の説明 職場復帰調整に向けた医師からの説明の提案 無理をしがちな患者に行う職場のサポートを求める必要性の説明 職場の誤解がない範囲での病状開示の説明 同僚への協力依頼を勧める指導 自己管理できるような指導の工夫 過重な荷物の運搬回避と同僚への協力依頼に対する指導		
		患者自らが就労制限を言語化するための知識提供	6 (8.6%)	心臓への過重な負担のある業務への復帰困難の説明 就業困難時、部署変更申し出の必要性の説明 心負荷の少ない仕事への変更を申し出る必要性の説明 症状の手遅れを防ぐための就労制限の説明 重労働の制限による部署変更依頼に対する説明 運搬重量制限による部署変更依頼に対する指導		
		安静遵守と指導内容受け入れの必要性の説明	3 (4.3%)	職場復帰の希望を叶えるための指導内容遵守の説明 安静遵守困難への共感を示し行う説明 職場への申し訳なきに対する共感を示し行う安静遵守の説明		
		職場環境にあわせた個別的な知識提供	4 (5.7%)	仕事上運転が多い場合、運転を主とした指導 仕事の特徴やニーズに合うような指導の工夫 手術後、入院加療する余裕がない患者への重大な合併症に対する説明 休職できない患者に行う現職に関わる指導		
		公的資源活用を促す患者への知識提供	3 (4.3%)	診断書利用による心負荷の少ない仕事への変更依頼の説明 職場での不利を防ぐための診断書利用の促し 社会復帰資源活用による円滑な生活を目的とした身体障害者手帳の説明		
		患者を取り巻く環境の調整	18 (25.7%)	患者の希望と職場の現状の調整機会の設置	5 (7.1%)	職場復帰を円滑に行うための上司への説明機会の設定 患者による上司への相談機会の設定 職場の現状と患者の希望が歩み寄るまで行う話し合い機会の設定 職場に病状説明への来院の依頼 職場に話し合いの時間を捻出してもらうための職場への依頼
				他職種を活用した職場の理解に向けた説明機会の設置	7 (10.0%)	就労制限を強いられた患者の上司への医師からの説明機会の調整 患者の希望受け入れに向けた上司と患者を交えた病状説明機会の調整 医師の許可を得て行う医師から上司への説明機会の調整 病状理解が得られるまで行う上司への病状説明機会の調整 疾患理解を深めるための医師から上司への説明機会の調整 重症度理解のための医師から上司への説明機会の調整 上司に向けた医師からの説明機会の調整
				職場復帰に向けた配偶者への協力依頼	3 (4.3%)	妻の協力を強化するために行う職場復帰への説明 患者負担軽減を目的とした妻への協力依頼 妻に協力を得るために行う医師からの説明機会の調整
職場復帰に向けた上司への協力依頼	3 (4.3%)			患者負担軽減を目的とした上司への説明 スムーズな職場復帰に向けた上司への病状説明 職場復帰に向けた上司に理解を求めるための相談		
職場復帰への焦りと葛藤の傾聴	11 (15.7%)	経済状況から見た職場復帰の希望の傾聴	2 (2.9%)	経済的不安からの職場復帰希望の傾聴 養育のための職場復帰希望の傾聴		
		早期職場復帰への希望の傾聴	2 (2.9%)	1日でも早い職場復帰への希望の傾聴 早期職場復帰への希望の傾聴		
		社会的役割を維持するための職場復帰希望の傾聴	4 (5.7%)	経験を活かした仕事への就労希望 50代での再就職の精神的苦痛と職場復帰希望の傾聴 40～50代での再就職の精神的苦痛と職場復帰希望の傾聴 手術を機とした転職を拒否する気持ちの傾聴		
		職場復帰後の役割が縮小する可能性に対する不安の傾聴	3 (4.3%)	退院後、疾患に対する同僚からの誤解への予期不安の傾聴 患者と家族の不安が軽減するまで行う職場復帰に向けた説明 自己判断による退職、転職を防ぐための助言		
職場復帰に必要な情報収集と職種間の連携	10 (14.3%)	職場復帰後の患者の職場環境の把握	4 (5.7%)	他職種との共有に向けた夜勤の有無、体力的な問題、残業についての情報収集 身体状況が落ち着いた頃に行う他職種との共有に向けた職場環境の情報収集 年齢を考慮して行う仕事に関する情報収集 身体状況が落ち着いた頃に行う職場復帰支援に向けた情報収集		
		退院後の職場復帰の希望の確認	2 (2.9%)	職場復帰希望の確認 身体状況が落ち着いた頃に行う職場復帰希望の確認		
		退院後の職場復帰に向けた看護師間の話し合いの企画	2 (2.9%)	職場復帰に向けた看護を統一するための話し合いの企画 職場の協力依頼に向けた看護を統一のために繰り返す話し合いの企画		
		職場復帰後の患者モニタリングに関する外来看護師への依頼 職場復帰後のモニタリングに関する循環器認定看護師への依頼	2 (2.9%)			
4カテゴリ		19サブカテゴリ	70コード			

であった。これらは、いずれも患者自身が職場に就労上の制限や協力を伝えることができるように工夫されていた。くわえて、『公的資源活用を促す患者への知識提供』を行うことで、患者が職場に就労上の制限や協力を伝えやすくし、患者が不利益を被ることを防ぐことを心がけていた。

『他職種の協力のもとに行う患者への知識提供』は、他職種の専門性を活用した知識提供で、〈リハビリの専門家への作業環境についての説明依頼〉や〈医師への職場に対する病状説明の促し〉がある。『情報を用いた患者が抱く疑問の解決』には、〈リハビリの専門家への確認後に行う運搬可能な重量への解答〉や〈外来患者情報を活用した職場復帰支援の工夫〉があり、検査結果や他職種、他部署からの情報を用いた患者が抱く疑問の解決を行っていた。『職場サポートを依頼するための患者への知識提供』は、患者の意思や意見を尊重した職場のサポートを依頼するための知識提供であり、〈職場復帰調整に向けた医師からの説明の提案〉や〈職場の誤解が生じない範囲での病状開示の説明〉があった。『患者自らが就労制限を言語化するための知識提供』は、〈心負荷の少ない仕事への変更を申し出る必要性の説明〉や〈症状の手遅れを防ぐための就労制限の説明〉があり、患者が就労制限の必要性を納得し、かつ、就労制限を言語化できるように知識を提供していた。『安静遵守と指導内容受け入れの必要性の説明』は、〈職場復帰の希望を叶えるための指導内容遵守の説明〉や〈復帰後の安静遵守困難への共感を示し行う説明〉があり、患者が安静遵守を受け入れがたい状況に共感しつつ、安静と指導内容受け入れの必要性を説明していた。『職場環境にあわせた個別的な知識提供』は、〈仕事上運転が多い場合、運転を主とした説明〉や〈休職できない患者に行う現職に関わる説明〉があり、患者が置かれている状況と患者の需要に応じた知識提供が行われていた。『公的資源活用を促す患者への知識提供』は、〈職場での不利を防ぐための診断書利用の促し〉や〈社会復帰資源活用による円滑な生活を目的とした身体障害者手帳の説明〉があり、患者が就労制限をしやすい環境を整えるための知識提供を行っていた。

2. 【患者を取り巻く環境の調整】

このカテゴリは、『患者の希望と職場の現状の調整機会の設置』『他職種を活用した職場の理解に向けた説明機会の設置』『職場復帰に向けた配偶者への協力依頼』『職場復帰に向けた上司への協力依頼』の4つのサブカテゴリで構成されている。看護師は、職場復帰が円滑に行われることを目的に、患者と職場が話し合う機会の設定や職場が医師から説明を聞く機会を設定し、『患者の希望と職場の現状の調整機会の設置』や『他職種を活用した職場の理解に向けた説明機会の設置』を行っていた。また、職場復帰後の患者を取り

巻く環境調整として、直接的に『職場復帰に向けた配偶者への協力依頼』『職場復帰に向けた上司への協力依頼』を行っていた。

『患者の希望と職場の現状の調整機会の設置』は、〈職場復帰を円滑に行うための上司への説明機会の設定〉や〈職場の現状と患者の希望が歩み寄るまで行う話し合い機会の設定〉があり、患者と職場の両方が希望や現状を話し合うことができるような機会を設定していた。『他職種を活用した職場の理解に向けた説明機会の設置』は、〈医師の許可を得て行う医師から上司への説明機会の調整〉や〈重症度理解のための医師から上司への説明機会の調整〉があり、医師を活用して、職場が患者の現状を理解できる機会を設けていた。『職場復帰に向けた配偶者への協力の依頼』は、〈妻の協力を強化するために行う職場復帰への説明〉や〈患者負担軽減を目的とした妻への協力依頼〉があり、職場復帰支援として、患者を取り巻く家庭環境の調整を行っていた。『職場復帰に向けた上司への協力依頼』は、〈患者負担軽減を目的とした上司への説明〉や〈スムーズな職場復帰に向けた上司への病状説明〉があり、職場復帰支援として患者を取り巻く職場環境の調整を行っていた。

3. 【職場復帰への焦りと葛藤の傾聴】

このカテゴリは、『経済状況から見た職場復帰の希望の傾聴』『早期職場復帰への希望の傾聴』『社会的役割を維持するための職場復帰希望の傾聴』『職場復帰後の役割が縮小する可能性に対する不安の傾聴』の4つのサブカテゴリで構成されている。看護師は、患者が抱える社会的背景や発達課題を捉え、『経済状況からみた職場復帰の希望の傾聴』『早期職場復帰への希望の傾聴』『社会的役割を維持するための職場復帰希望の傾聴』『職場復帰後の役割が縮小する可能性に対する不安の傾聴』を行っていた。

『経済状況から見た職場復帰の希望の傾聴』は、〈経済的不安による職場復帰希望の傾聴〉や〈養育のための職場復帰希望の傾聴〉があり、患者の経済状況に対する不安の傾聴を行っていた。『早期職場復帰への希望の傾聴』は、〈1日でも早い職場復帰への希望の傾聴〉や〈早期職場復帰への希望の傾聴〉があり、看護師は中年期患者の特徴として早期の職場復帰希望があることを把握し、患者の気持ちを傾聴していた。『社会的役割を維持するための職場復帰希望の傾聴』は、〈経験を活かした仕事への就労希望〉や〈手術を機とした転職を拒否する気持ち〉があり、看護師は、中年期患者が社会的役割を維持できないのではないかと不安と職場復帰への希望を傾聴していた。『職場復帰後の役割が縮小する可能性に対する不安の傾聴』は、〈疾患に対する同僚の誤解への予期不安の傾聴〉や〈自己判断による退職、転職を防ぐための助言〉があり、職場復帰後に予測される不安に対する傾聴を

行っていた。

4. 【職場復帰に必要な情報収集と職種間の連携】

このカテゴリは、『職場復帰後の患者の職場環境の把握』『退院後の職場復帰の希望の確認』『退院後の職場復帰に向けた看護師間の話し合いの企画』『職場復帰後の患者フォローアップの依頼』の4つのサブカテゴリで構成されている。看護師は、他職種連携や退院後の患者フォローアップを見据えて、『職場復帰後の患者の職場環境の把握』『退院後の職場復帰の希望の確認』を行っていた。また、中堅看護師として、看護師間が共通認識を持って、職場復帰支援に臨めるように『退院後の職場復帰に向けた看護師間の話し合いの企画』の役割を担っていた。

『職場復帰後の患者の職場環境の把握』は、〈他職種との共有に向けた夜勤の有無、体力的な問題、残業についての情報収集〉や〈年齢を考慮して行う仕事に関する情報収集〉があり、早い時期から他職種との連携を見据えた患者の職場環境の把握を行っていた。『退院後の職場復帰の希望の確認』は、〈職場復帰の希望の確認〉や〈身体状況が落ち着いた頃に行く職場復帰希望の確認〉があり、職場復帰の希望の確認を行っていた。『退院後の職場復帰に向けた看護師間の話し合いの企画』は、〈職場復帰に向けた看護を統一するための話し合いの企画〉や〈職場の協力依頼に向けた看護を統一するための話し合いの企画〉があり、看護師は病棟看護師が職場復帰支援に対する共通認識をもつことができるように話し合いを企画していた。『職場復帰後の患者フォローアップの依頼』は、〈職場復帰後の患者モニタリングに関する外来看護師への依頼〉や〈職場復帰後のモニタリングに関する循環器認定看護師への依頼〉があり、退院後の患者に対するフォローアップについて部署を超えた連携を行っていた。

VII. 考察

冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援は、患者への働きかけと患者を取り巻く環境への働きかけがあった。

中堅看護師が患者へ行う働きかけには、【職場復帰に必要な患者自身の知識の強化】【職場復帰への焦りと葛藤の傾聴】があり、患者自身が社会的背景や発達課題を自覚し、復帰後に予測される不安に対処できるように働きかけていた。具体的には、職場のサポートと就労制限の依頼、就労と生活の両立指導、職場環境に合わせた個別的な対応、職場復帰に向けた気持ちの傾聴が行われていた。また、医療職種や方法を選択した知識提供を行っていた。これらは、中堅看護師がもつ発達段階に応じた支援の必要性を見極める能力と職場復帰支援における中心的存在であることを活かした働きかけであった。

中堅看護師が行う患者への知識提供には、看護師に代わって他職種から患者へ知識を提供してもらうことや、他職種からの情報・検査結果、すでに退院した患者から得た体験話を用いるという工夫があった。とくに、患者は医師に対して命に関わる治療をしたという真摯な信頼関係があることから（花田，2010，p.30）、中堅看護師は他職種の中でも医師からの指導や説明を多く活用することで、患者への知識の提供を行っていた。くわえて、退院支援におけるカンファレンスや他職種連携は、職種間でのケア目標を共有するための重要な要素であり（藤澤，2013，p.69）、中堅看護師は、入院中から退院後までの切れ目のない職場復帰支援を進めるために、他職種や外来看護師、循環器認定看護師に働きかけていた。

また、職場での不利を防ぎ円滑な職場復帰をすることを目的とした公的資源活用として診断書の活用が行われていた。診断書は、雇用者にとっては安心して患者を雇うことができ、患者も自分の希望した時期や仕事内容への復帰が可能となる（平良・中村・内海，2010，p.57）。企業が復職を判断する手順として、主治医の診断書のみで復職を判断すると答えた企業は、43.7%である（労働政策研究・研修機構，2013，p.49）。そのため、企業にとって診断書は、患者が職場復帰するための貴重な判断材料であり、患者本人からの職場調整依頼だけでは、希望に応じない可能性がある。よって、中堅看護師は診断書や障害者手帳の活用 of 知識を提供することで、患者が疾患を客観的に理解し、広い視野で職場復帰を捉える機会を与えていた。

中堅看護師が行う患者の気持ちの傾聴は、多様な価値観で職場復帰を捉えることにつながる。患者が抱える心理は、心筋梗塞という診断がつくことだけで精神的不安により離職や転職すること（高原・村山・須藤他，1991，p.147）、家庭や上司・同僚の負担になることを避ける意識をもって働いていること（平良・中村，2012，p.57）から、他疾患を患う中年期患者に比べて職場復帰に対する強い葛藤を抱いている。そのため、患者は身体的に回復しても、心理的回復は不十分であり、手術前後での自分自身を比較し、現状に対する戸惑いや果たせる役割の不足を感じている。つまり、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者には、役割遂行への意志を大切にし、職場復帰に対する意欲や前向きな姿勢を維持できるような関わりが重要である。そのため、中堅看護師は患者が抱える社会的背景や発達課題を捉えて、職場復帰の希望の傾聴と職場復帰後に予測される不安の傾聴を行っていた。

中堅看護師が行う患者を取り巻く環境への働きかけには、【患者を取り巻く環境の調整】【職場復帰に必要な情報収集と職種間の連携】があり、配偶者と上司へ向けたものと医療職種へ向けた働きかけがあった。配偶者と上司に対しては、職場復帰に向けた協力依頼、

職場復帰後の調整や職場に対する説明機会の設置、医療職種へは、話し合いの企画やフォローアップの依頼を行っていた。これらの働きかけは、中堅看護師の職場復帰支援の経験をもとに、患者との間に話し合いを重ね、築いた信頼関係があることで成り立っていた。

中年期患者は、配偶者からの励ましやサポートといった社会的支援を受けることで、職場復帰が可能となる(稲垣・土居・西上, 2009, p.105)。一方、職場内の精神的ストレスは患者の心身に悪影響を与える(藤田, 2011, p.56)。そのため、配偶者や上司からの職場復帰に向けた協力は必須である。職場復帰後の調整や職場に対する説明機会を設けることは、患者にとって、復職に関して前向きな姿勢を維持することができる。また、職場にとっては、主治医に復帰時期や就労可能な活動強度などを相談し、意見を求めることができる。患者は、職場に職場復帰後の自らの活動強度や疾患の状態を正確に伝えることができない可能性が高い(平良・中村, 2012, p.57)。よって、患者と職場の双方が、職場復帰前に同じ場で、正確な情報を得る機会が設けられることは有用である。これらの過程で中堅看護師は、患者の職場復帰への価値観を理解し、医療職者と患者が共通認識をもって職場への説明に臨めるような配慮を行っていた。これは、患者が疾患を周囲へ提示することのメリット・デメリットを価値観と照らし合わせて判断している(平良・中村, 2012, p.47)ことを受けている。そのため、中堅看護師は患者との話し合いを何度も繰り返すことで、職場復帰が困難となる原因や中年期患者の職場復帰に向けた意向を意図的に情報収集していた。その情報は、配偶者や職場に患者の意向を伝え、協力を求める手段として、医療職種間では、他職種連携や退院後の患者フォローアップに活用していた。

以上のように、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援は、患者と患者を取り巻く環境への働きかけがあった。これらの働きかけは中堅看護師がこれまでの職場復帰支援経験や病棟における役割から培われた能力により可能となる働きかけであると考えられた。

VIII. 結論

冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する中堅看護師の職場復帰支援は、患者への働きかけとして【職場復帰に必要な患者自身の知識の強化】【職場復帰への焦りと葛藤の傾聴、患者を取り巻く環境への働きかけとして【患者を取り巻く環境の調整】【職場復帰に必要な情報収集と職種間の連携】のカテゴリが導出された。患者に対しては、職場のサポートと就労制限の依頼、就労と生活の両立指導、職場環境に合わせた個別的な対応、職場復帰に向けた気持ちの傾聴を行っ

ていた。患者を取り巻く環境に対しては、配偶者と上司への職場復帰に向けた協力の依頼、職場復帰後の調整や説明機会の設置を行い、医療職種には、話し合いの企画やフォローアップの依頼を行っていた。

研究の限界と課題

本研究の対象は、限局した地域における10名の中堅看護師の価値観や経験に基づくという限界がある。また、研究を依頼した病院は冠動脈バイパス術が実施できる病院であり、病院の機能や病院組織体制に偏りがある。そのため、一般化には再考の余地が残されている。今後は対象を広げて調査し、看護師の価値観や経験を考慮することで、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対して看護師に求められる職場復帰支援への示唆を得ることにつながる必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆様、看護部長ならびに師長の皆様に心より申し上げます。本研究は、平成28年度学校法人日本赤十字学園教育・研究及び奨学金基金の助成を受けて実施した。また、平成28年度日本赤十字秋田看護大学大学院修士論文(指導:山田典子)の一部内容をもとに、加筆修正したものであり、第18回日本赤十字看護学学会学術集会で発表した。

利益相反

利益相反なし

文献

- Benner, P. (1984) / 井部俊子監訳 (1992). ベナー看護論達人ナースの卓越性とパワー. 東京: 医学書院.
- Benner, P. (2001) / 井部俊子監訳 (2005). ベナー看護論新訳版初心者から達人へ. 東京: 医学書院.
- 千葉真理子・羽田龍彦・下村雅昭・浜崎博 (2008). 心臓リハビリテーション参加者の抑うつと社会経済的状況に関する調査. 日本心臓リハビリテーション学会誌, 13(2), 369-373.
- 藤澤まこと (2013). 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第2部) —退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検討. 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 67-80.
- 藤田三恵 (2011). リハビリテーション維持期にある心疾患患者の自己管理能力を支える指針—自己の看護実践の分析を通して. 石川看護雑誌, 8, 51-60.
- 舟島なをみ (2007). 質的研究への挑戦第2版. 東京: 医学書院.

- 花田妙子 (2010). 支援形成と自己教育力が心筋梗塞患者の自己管理行動に及ぼす影響. 健康心理学研究, 23(2), 22-33.
- 医事日報 (2015). 北海道・東北病院情報2015年版. 東京: 医事日報.
- 稲垣美紀・土居洋子・西上あゆみ (2009). 心疾患患者のクオリティ・オブ・ライフに影響する要因—自己効力感とソーシャル・サポートとの関連. HEART nursing, 22(8), 99-106.
- 木戸倫子・井上智子 (2015). 中堅看護師の看護実践からみた急性期病院における看護の機能. 日本医療マネジメント学会雑誌, 16(1), 34-41.
- 厚生労働省中央労働災害防止協会 (2010). 改訂心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き. 東京: 中央労働災害防止協会.
- 厚生労働統計協会 (2015). 厚生 の 指 標. 国民衛生の動向, 62(9), 244-248.
- Krippendorff, K. (1989) / 三上俊治訳 (1989). メッセージ分析の技法「内容分析」への招待. 東京: 勁草書房.
- Mirmohammadi, S. J., Sadr-Bafghi, S. M., Mehrparvar, A. H., Gharavi, M. M., Davari, M. H., Bahaloo, M., Mostaghaci, M., Sadr-bafghi, S. A., Shokouh, P. (2014). Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction. ARYA Atherosclerosis, 10(3), 137-140.
- 労働政策研究・研修機構 (2013). メンタルヘルス, 私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査. 労働政策研究・研修機構.
- 菅原亜希・吉田俊子・佐藤ゆか・大池真樹 (2010). 本邦の循環器看護における患者教育の現状と課題—循環器疾患患者教育に関する文献検討を通して. 宮城大学看護学部紀要, 13(1), 53-59.
- 直成洋子・泉野潔・澤田愛子・高間静子 (2002). 循環器系疾患患者の自己管理行動および自己効力感に影響する要因. 富山医科薬科大学看護学会, 4(2), 21-31.
- 平良由香利・中村美鈴・内海香子 (2010). 心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応第1報. 自治医科大学看護ジャーナル, 8, 51-60.
- 平良由香利・中村美鈴 (2012). 心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応第2報. 日本クリティカルケア看護学会誌, 8(1), 40-51.
- 高原善治・村山博一・須藤義夫・杉浦敏之・伏島堅二・小沢俊・道場信孝 (1991). A-Cバイパス術患者の社会復帰に影響する因子について. 第13回心臓リハビリテーション研究会, 12(5), 144-149.
- 玉木秀子・西村郁・池田良香・市川喜恵・伊丹久美・岡野美由紀・各務貴江・高鹿智子・小島真奈美・鈴木雅子・堤美蘭・徳永恵土・中村大海・深谷圭秀・粕谷雅代・藤山トキ (2014). 専門診療科に特化した大学病院病棟看護師の退院支援に関する認識調査. 日本看護学会論文集: 地域看護, 44, 75-77.
- 中小企業庁 (2016). 中小企業白書付属統計資料.
- 横山緑・亀田真澄美・西橋富美江 (2015). 退院指導に対する認識の評価—退院後はじめて外来受診する患者への質問し調査結果より. 第45回日本看護学会論文集看護管理, 323-326.

第18回 日本赤十字看護学会学術集会 関連論文

 会 長 講 演

グローバル時代の赤十字の看護と看護教育

Nursing and Nursing Education of Red Cross in the Global Age

浦田喜久子 Kikuko Urata (前日本赤十字九州国際看護大学)

キーワード：赤十字，看護教育，グローバリズム，ユニフィケーション

key words : Red Cross, nursing education, globalism, unification

はじめに

本学会は、「人道」、「看護」、「国際性」をキーワードとしてプログラムを構成した。学会の始まりにあたり、赤十字の歴史を振り返り、私たち赤十字の看護師として、何を大切に受け継ぎながら、未来に向かってどう進んで行くのか、皆様と考えていきたい。

I. 赤十字と日本赤十字社の誕生

アンリー・デュナン（以下デュナン）が、1863年イタリア統一戦争による激戦地ソルフェリーノにて「…人間皆兄弟だ」と救護活動を行ったことから、赤十字の思想が誕生した。1862年、「ソルフェリーノの思い出」を出版し、戦いの現場の惨状を述べ、「①敵味方の差別なく救護する、②国際的な救護団体を創設する、③国際協定を制定する」ことの必要性を国際的に広く訴えた。1863年、デュナンの考えに共感し、国際負傷軍人救護常置委員会（5人委員会：後の赤十字国際委員会ICRC）が発足し赤十字が誕生した。1864年、負傷兵は敵・味方の差別なく救護すること、戦場では救護活動を行う病院や看護人を攻撃せず保護することを条約とした「ジュネーブ条約」が12か国によって調印された（2017年現在196か国加入）。

一方、日本では、佐野常民（以下常民）が、1877年（明治10年）西南戦争における熊本県田原坂の惨状を知り、負傷兵を助けるため、大給恒と共に博愛社（後1887年、日本赤十字社）を設立した。ジュネーブ条約には1886年に加盟した。本年は、博愛社誕生から140年にあたる。

II. デュナンと常民

2017年に発刊された「人道研究ジャーナル」に掲載されたデュナンの「赤十字理念の誕生」について語った回想録には、『私は、イタリアでの戦争が勃発する以前から負傷兵に対する人道的な取扱いの問題に付き、しばしば、考えていた』、『クリミア戦争の折には、フローレンス・ナイチンゲール女史の仕事に特別の関心を寄せた』、『1859年、戦闘が開始されると直ちに知り合いの参謀総長から推薦状を書いてもらいイタリアに行った』と述べている（太田，2017, pp.6-7）。デュナンの赤十字思想の発想は、現場に居合わせた者の偶然の発想ではなく、常日頃から戦場における人道的活動を行いたいと考えていたことが分かる。

デュナンは、孤児保護員や医療関係の行政を担当する国会議員の父親と児童教育や福祉問題に取り組む経験なクリスチャンの母親に育てられている。幼い頃から母親と活動を共にして奉仕する喜びを体得し、青年期には、キリスト教青年会（YMCA）を創設するなど献身的な精神を培い、人道的な問題に高い関心を持っていた。

常民は、旧佐賀藩出身で、医藩である佐野家に養子となり、幼少時より「弘道館」で学問を広く学び、さらに緒方洪庵、花岡青洲、伊東玄朴等の塾で、漢学や蘭学、医学を学び、特に、「医の倫理」を心に焼き付けた。1867年、佐賀藩からパリ万博に派遣され、「赤十字思想」と出会い深い感銘を受けた。1882年、博愛社総会で、「人々は文明化の象徴として法律の完備や器械の発達をあげるが、私は赤十字のような国際組織の発展こそ、文明進歩の証拠と考える」と述べている（榊井・森，2014, p.31）。



図1. 日本赤十字社の看護師養成

さて、デュナンと常民は、救護団体を設立することをどうして発想できたのか、戦場の悲惨さを見て、あるいは耳にして、たまたま思いついたのだろうか。

二人の偉業の発想や創造を生みだし、実践に至った過程には、前述したように、慈善や人道に関心を寄せ、育成するような教育、育った環境、そして、情熱とたゆまぬ努力などの共通点が見いだせる。発想に至る思考を熟成する「種火」を育成することの大切さが理解できる。

III. 日本赤十字社の看護師養成

1877年(明治10年)、敵・味方差別なく負傷兵を救護することを目的に博愛社が設立され、1886年に、救護員養成のため博愛社病院が開設された。1888年に、磐梯山噴火による被災に対して初めて救護員(医師)を派遣したことは、世界的組織である赤十字としても初めてのことであった。1890(明治23年)年、戦時救護員の養成を目的に看護師養成が開始された。看護師養成が博愛社設立よりやや遅れたのは、養成規則の整備や看護教員を探すのに時間を要したためである。1891年の濃尾地震の救護に看護師養成の第1回卒業生が派遣され、その活躍が大変評価を得たことから、養成の目的に災害救護員の養成も追加された。その後、看護師養成は、全国の赤十字支部に拡大され、平成10年には、看護専門学校37校、看護大学(大学院)1校、看護短大3校にて養成された。社会の科学技術高度化や医療技術化の高度化に伴い、看護教育の高等教育化が進み、日本赤十字社において、看護教育の検討がなされ、それに基づき、看護大学の設置が進められた。平成29年度では、看護大学6校、大学院6校、看護短大1校、看護専門学校17校にて教育されている(図1)。



図2. 萩原タケ 姉

IV. 赤十字の看護の発展 —世界から日本へ、日本から世界へ—

赤十字看護師養成所卒業の看護師は、世界の赤十字との繋がりもあり、国内外で活躍した。特に、明治29年卒業の日本赤十字病院の監督を務めた萩原タケの活躍は目覚ましい(図2)。

日本はICNの前身である万国看護婦會にはまだ未加入であったが、萩原は名誉副會長を務めている。その時に日本の加入も進められたが、組織を超えた看護婦の団体で加入することが条件であったため、萩原は、1933年(昭和8年)に日本帝国看護婦協會(後の日本看護協會)を設立し、日本帝国看護婦協會會長となり日本帝国看護婦協會として、同年、看護婦国際協會に加入した。

また、赤十字の看護婦は、赤十字国際会議で決議されたものや、国際的に開催される講習会等に参加し、看護の質を高めた。

1921年（大正10年）の赤十字国際会議で「公衆衛生看護事業」の推進が決議されたことに伴い、日本赤十字社は、1922年（大正11年）東京、大阪にて産婆教育を開始し、社会看護婦（保健師の前身）、養護訓導（学校看護婦）の教育も行った。

また、児童健康相談、衛生講習会、家庭看護法の普及に努め、公衆衛生の向上に貢献した。

V. 戦時救護

敵・味方の差別なく救護することを目的に活動する赤十字は、日清、日露、第一次世界大戦において、他国の負傷兵の救護活動も行った。第一次世界大戦では、初めて、救護看護婦をロシア、フランス、イギリス等へ派遣した。第二次世界大戦では日本赤十字社は、陸軍の招集令状をもって招集し、陸軍の指揮の下に救護活動が行われた。日本赤十字社は、31,450人の看護婦を海外へ派遣したが、その救護活動は惨状を極め、約1,000人の看護婦が殉死した（図3）。

日本赤十字国際人道センター発刊の人道研究ジャーナル（2016年）に掲載された戦後70年インタビューより、下記に2事例抜粋する。

1. 16歳・新人看護婦が見たフィリピン 木村美喜氏（元日本赤十字社第301救護員）（木村，2016, pp.69-76）

- ・ 宿舎に小銃の弾がバンバン、パキパキと飛んでくるようになりました。（中略）軍司令部山下閣下から『救護員も兵員なり。女性といえども最後まで戦い、担送患者の一人でも多く内地護送するこ

と』と伝達があり、救護班の内地引上げはなくなりました。

- ・ 病棟の屋根の上には大きな赤十字のマークがいくつも付いているのですが、爆撃機はその赤十字を目掛けて次々500キロ爆弾を落としていったのです。
- ・ 昨日隣に寝ていた人がどんどんいなくなり、大勢の患者さん、看護婦がこのジャングルの中で亡くなりました。こんな悲惨な戦争は二度としてはいけません。本当に辛いことでした。
- ・ 八月に入ると『いざとなったら、これで自決するように』と手榴弾が渡されました。

2. 赤十字条約に守られてビルマからインドへ 平井越子氏（元日本赤十字和歌山支部第490救護班員）（平井，2016, pp.116-118）

- ・ 昭和20年のある日、突然転身命令があり、（中略）外に出るとイギリス軍のジープがおいてあり…『…私たちは、赤十字の条約により、あなた達を保護します』…頼んだ日用品を早速持ってきてくれて、私たち専用のテントも建ててくれました。その後、日本人が収容されている捕虜収容所でイギリスのナースの助手として看護をする仕事をしました。
- ・ ある日、インドの日本人収容所へ派遣する医療班の看護婦としてデリーまで行き、インドのナースの助手をして日々過ごしました。
- ・ 道北さんが弾に当たって重傷を負ったときに、イギリス軍がヘリコプターを出してくれ、軍の病院に連れて行き手当てをしてくれ、イギリスから良薬や必需品を手配し、輸血までしてくれました。敵味方の差別なく赤十字の博愛の精神を強く感じました。



図3. 戦時救護

この2事例は、赤十字条約が守られているものと、そうでないものが示されている。

このような戦争体験から、私たちは何を学び、何を伝えていくかが重要なことである。戦後70年余経過するが、これまで戦時救護体験は、十分語り伝えられなかったように思う。それは、体験があまりに悲惨で語るができなかったことも影響しているかもしれない。戦争体験のない私たちは、体験者の話を聞き、事実を記録し伝えていくことが重要と考える。そして、木村氏が『こんな戦争は二度としてはいけません』という言葉を深く噛みしめ、平和な社会を作る努力をしていくことが大切である。具体的には、「人道」の普及や「ジュネーブ条約」の普及に努め、赤十字人の人づくりをしていくことが重要と考える。

第二次世界大戦後、日本赤十字社は、戦時救護や戦後処理に社費を使い果たし壊滅状態にあった。また、戦争が終了したので、戦時救護を主とした活動をする赤十字は必要ないとの意見があったが、日本が平和国家として新たに発足するに当たって、「日赤のような国際的・中立的な人道団体を通じて世界各国と親交をはかっていきたい」という国民の願いがあった（榊井・前澤・田島他，2002, p.50）。このような状況から、日本赤十字社は社法の制定に努力し、1952年、第13回国会にお各党議員の共同提案として日本赤十字社法が提出され制定された。社法には、第二次世界大戦中、日本赤十字社も軍隊などによって、その中立が脅かされた事を踏まえ、その自主性を尊重されねばならないことが明記された。

また、1991年、湾岸戦争勃発時、国から医療救護班派遣の要請があったが、第二次世界大戦時の救護員派遣についての経験から、日本赤十字社は、赤十字国際委員会の要請で派遣することを貫いた。さらに、「武力攻撃事態における国民保護のための措置に関する法律（平成16年6月18日法律第112号）：第7条 国及び地方公共団体は、日本赤十字社が実施する国民保護のための措置については、その特性にかんがみ、その自主性を尊重しなければならない」と明示された。この法律の作成時に、日本赤十字社は、赤十字の特性を主張したとのことであった。このように、赤十字は、赤十字の原則の下に行動できるよう努力するとともに、いまだに、赤十字の活動時に、救援者の死傷者が発生する状況において、「人道」の普及に努めることが必要である。

VI. 赤十字の諸原則

赤十字の原則は、1955年、法学士で国際赤十字委員会会長であったジャン・S・ピクテ氏によって研究され、「赤十字の諸原則」として論文として出版された。これは、ジュネーブ条約やこれまでの赤十字の活動に

ついて論考されたものを体系化したものである。赤十字の存在理由や赤十字の機構とその活動方法に関するものを説明している。1965年、第20回赤十字国際会議で「国際赤十字・赤新月社運動の基本原則」が決議され宣言された。第25回赤十字国際会議にて改訂される。それは、「人道」「公平」「中立」「独立」「奉仕」「単一」「世界性」であり、「『あらゆる状況下において神玄の苦痛を予防し軽減する。その目的は、生命と健康を守り、人間の尊厳を確保することにある。』という「人道」こそが赤十字の基本で、他の原則は、人道の原則を実現するために必要となるものである」と示された。

1965年、赤十字の原則が採択され、出版された当時の日本赤十字社社長であった島津忠承氏は、この原則によって、「『赤十字とは何か。どこへ向かって進んでゆくのか。赤十字は何を信じているのか。』をはっきり知っておく必要がある。そして『実践しなければならない』」と述べている（ピクテ，1958）。これは、大変含蓄のある言葉で、原則が赤十字そのものであり、赤十字の理念、行動の原則であることを明確に知らせている。

VII. 赤十字の活動

赤十字の活動は、赤十字国際委員会（ICRC）と国際赤十字・赤新月社連盟、各国赤十字社・赤新月社によって行われる。

1. 赤十字国際委員会（ICRC）の活動

赤十字国際委員会は、

- ・戦時・紛争時下において、中立機関として犠牲者の保護と救援
- ・捕虜や抑留者の訪問、調査
- ・離散家族の安否調査や再会
- ・人道法の普及
- ・新しく創設された赤十字・赤新月社の承認

等で、主に、戦時・紛争に関する支援を行っている（図4）。

2. 国際赤十字・赤新月社連盟（IFRC）の活動

赤十字社連盟（現 国際赤十字・赤新月社連盟）は、第一次世界大戦後1919年（大正8年）に、日本、イギリス、フランス、イタリア、アメリカの赤十字代表会議委員会において決議され設立された。「全世界を通じて、健康の増進、疾病の予防、苦痛の軽減を目的」として平和事業を行うことを強調した。現在190社が加盟している。

主な活動は、

- ・災害現場での救援活動や災害に備えた活動
- ・保健衛生や救急法の普及
- ・社会福祉活動
- ・医療活動や看護師養成、ボランティアの養成



図4. 赤十字国際委員会の活動



図5. 赤十字・赤新月社連盟の活動

- ・ 青少年赤十字活動の促進
- ・ 人道法の普及

等である (図5)。

3. 各国赤十字社・赤新月社の活動

連盟は、10年ごとに戦略 (図6) を立てているが、この戦略に基づき各国赤十字・赤新月社は同方向に向けて活動する。各国赤十字社は、さらに具体的の方策を立て、中間評価や実施報告など行い、実践可能なものとして活動している。

世界のネットワークを持つ赤十字が、「人道」に関する共通の課題に対して同じ目標を持って活動し前進することは、未来の社会の創造の上で有益な事と考える。

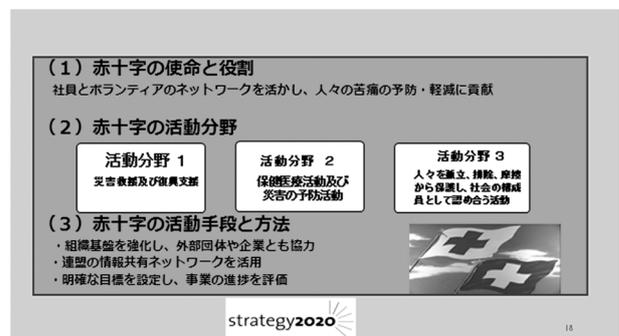


図6. 国際赤十字・赤新月社連盟「2020年に向けての戦略」

4. 世界災害報告から

災害は、気候変動等の影響もあり、年々、大規模化している。国際赤十字・赤新月社連盟は、1993年より毎年「世界災害報告」を出版しているが、その内容は、自然災害、紛争、大事故などの事例の検証、蓄積した過去のデータと比較・分析し、今日的課題と教訓を導いたものである（表1）。

災害による被害は、多くの要素を含んでおり、それぞれの被害は異なっているが、検証や分析によって、災害の傾向や時々の特徴が理解でき、次なる防災・減災のために非常に重要な内容となっている。

2007年の報告は、「差別に焦点を当てる：災害が人を差別するのではない、人が差別するのだ」がテーマとなっている。世界中で共通している事象や提言がまとめてあるが（表2）、差別は、緊急時により激化し、そもそも、高齢者、マイノリティ、障害者等の人数の公式データが欠如し、これらの人々のニーズそのものが表面化せず、深刻な事態を生じている。災害の発生前・時・後の計画からもこのような人々を除外されていることが多いと述べ、そのための提言（表参照）をしている（国際赤十字・赤新月社連盟、2007, pp.3-7）。「人道」は助けをより必要とされる人に注目し、手を差し伸べる。しかし、現実には、そうでないことを示している。災害時こそ、注意を払うべき課題として常日頃から対策をしておくことの重要性が理解できる。

国際赤十字・赤新月社は、非政府組織（NGO）と「国際赤十字・赤新月運動および災害救援を行う非政府組織（NGO）のための行動規範を作成した（表3）。

救援者は、この行動規範に基づき、救援活動による受益者の人権を守り、ニーズに合った支援となるよう行動する。現在500以上の組織が加入している。

VIII. これからの赤十字

筆者は、日本赤十字社長・国際赤十字・赤新月社連盟会長である近衛忠輝氏とICRC東京事務所駐日代表リン・シュレーダー氏に、「これからの赤十字」についてインタビューした。インタビューの抜粋を以下に

表1. 世界災害報告

年	テーマ	年	テーマ
2000	公衆衛生	2005	災害における情報
2001	復興	2006	忘れられた危機
2002	リスクの軽減	2007	差別
2003	援助における倫理	2008	HIV/AIDS
2004	コミュニティの回復力	2009	早期警戒と早期行動

表2. 世界災害報告2007年「差別に焦点を当てる」

災害が人を差別するのではない、人が差別するのだ。	
<p>(世界中で共通している事象)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・災害発生前にも差別は発生するが、災害後の緊急時に激化する。 ・高齢者やマイノリティ、障害者の人数を記録した公式データの欠如で表面化しにくいことが多い。 ・表面化しない事例では、援助機関が緊急調査において弱者やそのニーズを分析しない限りより深刻な事態となる。 ・弱者グループは緊急事態の発生前、発生時、また発生後も災害計画のプロセスから除外されることが多い。 	<p>提言 (要約)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・各国は、脆弱性または社会的規範によって緊急時に差別リスクを負う可能性のある人すべてに特定が出来るよう支援を受け、実現を後押しされる。 ・マイノリティの脆弱性に対する共通理解を確立するために、明確な定義について合意する必要がある。 ・援助機関は、情報の共有、経験による学習、差別の影響を示す共通指標を整備し、初期ニーズ調査の改善が必要がある。 ・マイノリティの為の地域に根ざした能力の育成。 ・マイノリティと社会的弱者は、緊急時/非緊急時の事業計画立案や実施に参加する支援を受け、参加を可能にする。 ・援助機関は、地域社会の中でマイノリティと社会的弱者への否定的な態度を改めるよう擁護しなければならぬ。

表3. 国際赤十字・赤新月運動および災害救援を行う非政府組織（NGO）のための行動規範

スフィア・プロジェクト：人道憲章と災害援助に関する最低基準（2004）			
1	人道的見地からなすべきことを第一に考える。	6	我々は地域の対応能力に基づいて災害救援活動を行うように努める。
2	援助はそれを受ける人々の人種、信条あるいは国籍に関係なく、またいかなる差別もなしに行われる。援助の優先度はその必要度に基づいてのみ決定される。	7	援助活動による受益者が緊急援助の運営に参加できるような方策を立てることが必要である。
3	援助は、特定の政治的あるいは宗教的立場の拡大手段として利用されてはならない。	8	救援は、基本ニーズを充たすと同時に、将来の災害に対する脆弱性をも軽減させることに向けられなければならない。
4	我々は政府による外交政策の手段として行動することがないように努める。	9	我々は、援助の対象となる人々と、我々に寄付をしていただく人々の双方に対して責任を有する。
5	我々は文化と慣習を尊重する。	10	我々の行う情報、広報、宣伝活動においては、災害による被災者を希望を失った存在としてではなく、尊厳ある人間として取り扱うものとする。

記す。

《近衛忠輝氏：2017年3月22日》

- ・世界では、亀裂が広がっており、赤十字の人道のニーズが高まっている。この時こそ、7原則に立ち返る必要がある。原点に帰らなければならない。それほど、世界の情勢は厳しくなっている。
- ・7原則は赤十字の最後の拠り所となるが、その使命を果たしているか、応えているか考えなければならない。「人道」は原則であるが、現実的な問題もあり、バランスの問題もある。原則をお題目として唱えていても説得力がない。活動を通して示していくことが必要である。

《リン・シュレーダー氏2017年4月4日》

- ・世界の情勢は、厳しい状況にあるが、大戦中から考えるとよくなってきている。ポジティブなことも考えていかななくてはならない。
- ・人権を守る活動について、今まで実施してきた積み重ねがあって今がある。人道法を理解しない人達にも最善を尽くし、原則に基づいて人道活動を行うことが重要。赤十字は、原則に基づいて長期にわたって行動していることを示す。積み重ねしかない。原則を曲げずに行動していることに意味がある。

二人とも、世界の人道上の危機的状況下にあって、これまでの赤十字の行動の積み重ねによる信頼を壊さず、今また、赤十字の7原則に立ち返り、原則に基づいて行動することの重要性を述べている。

赤十字が誕生して150年余経過するが、今も、紛争、テロ、差別、貧困、大災害など、人道的危機状況にある。改めて、島津(元)社長が述べた「赤十字とは何か、どこへ向かって進んでゆくのか、赤十字は何を信じているのか。」「実践されねばならない」という発信を深く胸に留め、前に進んで行くことが大切である。

IX. 赤十字の看護と看護教育の発展

1. 人材育成

世界的な人道の危機状況にある現代、人類が求めていることは、生命と健康の保持、人権の尊重、苦しみの予防や低減、差別のない世界、安全安心な環境であろう。このような社会を創造していく次代を担う若者の育成が重要である。

赤十字と日本赤十字社を創設したデュナンと常民は、前述したように、幼い時からの環境や教育、関心や体験等が新しい考えの発想へと大きく影響していた。

「人道」に深い関心を持ち、実践できる人材を育成するには、発想への「種火」をともし、体験からの深い学びによる思考の熟成を図り、信念を確固たる意思

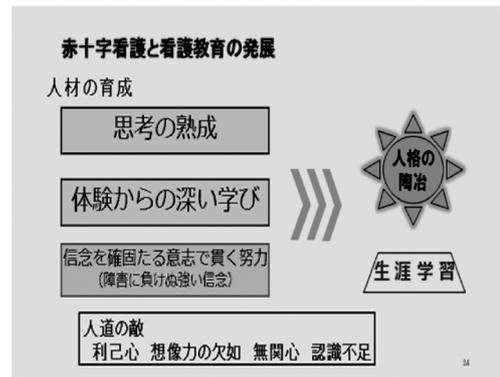


図7. 人材育成

で貫く意思を持つことができる人材へと育つよう働きかける事が重要と考える。学べる環境を整え体験の場を作り、熟慮の機会の提供、そして、共に人間としての触れ合いを大切にしながら関わっていくことが必要だろう(図7)。

2. 赤十字機関のネットワークを生かして

赤十字は、赤十字国際委員会(ICRC)、国際赤十字・赤新月社連盟(IFRC)の世界的ネットワークを持ち、国内においても、医療福祉施設、支部、血液センター、教育・研究機関を多数持っている大きな組織である。教育に、このネットワークを生かすことができればより大きな成果を得ることができる。

1) 大学と医療福祉施設のユニフィケーション

- ・臨床の課題を共同研究し、改善を図り臨床の質を向上する
- ・EBNに基づいた看護実践のために研究成果の活用を図る
- ・教育(臨床での教育、卒後教育)の場を提供する

2) 研究機関としての役割

- ・看護を探究し、成果を臨床へ提供する
- ・赤十字活動の研究を深める
- ・赤十字の歴史・原則等の研究を深める

3) ICRC, ICFR, 日本赤十字社、支部等との連携

- ・各機関が実践している救援活動に参加し、実践力・研究力を高め、教育に生かす(学生は研修体験)
- ・研修会等に参加する

等、連携を強化して相互に生かす余地はまだ十分にある。世界的組織であることを生かして、連携のシステムを作り運用することによって、赤十字のそれぞれの機関が強化されるとともに、赤十字全体のネットワークが強靱なものとなると考える。

「人道」は、人道の活動によって、『…すべての国民間の相互理解、友情、協力、及び堅固な平和を助長する』。しかし、世界はまだ、紛争やテロが多発し、世界的に内向きな傾向にある。このような混沌としている世界状況は、一気に解決出来るような特効薬や手術

療法は望めない。地球に暮らす一人一人がお互いに支援しながら、平和な世界に向かって努力していくことが求められる。一人一人の意識や行動、また、これからの平和な社会に向けての人作りが問われている。

文献

平井越子 (2016). 赤十字条約に守られてビルマからインドへ. 人道研究ジャーナル, 5, 116-118.

木村美喜 (2016). 十六歳・新人看護婦が見たフィリピン. 人道研究ジャーナル, 5, 69-76.

国際赤十字・赤新月社連盟 (2007). 世界災害報告.

3-7.

榊井孝・前澤長治・田島弘・三根武・下地恵二・小林潔 (2002). 日本赤十字社法制定50周年記念. 東京：日本赤十字社.

榊井孝・森正尚 (2014). 世界と日本の赤十字—世界最大の人道支援機関の活動. 東京：東信堂.

太田成美訳 (2017). 赤十字理念の誕生—人類への愛国心. 人道研究ジャーナル, 6, 6-7.

ピクテ・ジャン (1958). 推薦の辞. 東京：日本赤十字社.

基 調 講 演

赤十字から見た人道の世界地図

A World Map of Humanity Seen from the Red Cross

近衛 忠輝 Tadateru Konoe

(日本赤十字社 社長, 国際赤十字・赤新月社連盟 会長, 前日本赤十字学園 理事長)

キーワード：複合危機, 不測の事態, 赤十字の原則

key words : compound crisis, unforeseen circumstances, principles of the Red Cross

1. 赤十字との出会い

半世紀も赤十字で働いているという希少価値を生かして、今日は思い出話も含め、今後の活動の参考になる話をしたいと思う。

1962年、世界に衝撃が走った。アメリカのすぐ目と鼻の先にあるキューバに、当時のソ連がミサイルを持ち込んだ。それに反発するアメリカとの間で、第3次大戦が始まりかねないような一触即発の事態に世界は追い込まれた。当時のアメリカの大統領はジョン・F・ケネディ。大統領になって数年しかたっていないアメリカ史上で最も若い大統領だった。かたや、ソ連はフルシチョフという大変老練な人が書記長をやっていた。ケネディをなめていたか試していたのか分からないが、とにかくミサイルを持ち込んだ。

アメリカは、第3次大戦も辞さない覚悟で撤去を求める。ソ連が結局折れて撤去を決めたが、本当に撤去されたかどうかを検証する方法がない。冷戦時代の国連は東西の陣営に分かれていて、ことごとく対立をする。全ての国がそのどちらかに属しているので、中立の立場で活動できる機関や信頼できる国は存在しなかった。そこでお鉢が回ってきたのが赤十字国際委員会だった。幸い、その出番が来る前にソ連がミサイルを引き揚げたために事なきを得たが、赤十字にはこのような役割もあるのかと学生時代の私は興味を持った。

そして、その年に私はロンドンに留学した。行った先はロンドン・スクール・オブ・エコノミクス。ロンドン大学の1つのカレッジで、実はケネディ大統領

のお父様が駐英大使をされていた関係で大統領も何年間かそこで学ばれた。当時、学生の3分の2は海外からの留学生で、ゼミなどはまるでミニ国際会議のようだった。

この留学中の1963年に、大陸側のヨーロッパの各国を回り、その途中にジュネーブに立ち寄った。そのときの国際機関代表部の日本大使が青木さんだった。初代の外務卿の青木周蔵の孫で、奥様は確かドイツ人だったから、ハーフか4分の1は西洋人の血が入っており、ものすごいダンディーな方だった。その息子さんか例のペルーの日本大使公邸人質事件の主演となった青木さんで、私の中学、高校の1年先輩で同じ新聞部に属し大変親しくしていた。お宅にもたびたび伺ったことがあり、お父様も存じ上げていた。

そこで、貧乏学生なので屋根裏でもいいから泊めてくださいと大使公邸を訪れた。大使は、喜んで泊めてやるけど一つ条件がある。明日、赤十字の創設100周年を祝う行事があり、各国赤十字の代表がナショナルコスチュームを着て国旗を担いでジュネーブの街をパレードする。大使館の若い書記官が出ることになっているけれども代わってやれ、俺の羽織はかまを貸してやるからと。一宿一飯のお世話になるのだから、その役を引き受けなければいけなかった。参加する予定だった苅田書記官は、青少年赤十字のOBだったご縁で、その役割を引受けたと思うが、日赤の社史稿には日赤の代表として苅田さんの名前が出ている。知らないうちに役者がすりかわって影武者の私が出たわけで、大使の羽織はかまを着て日の丸を担いでジュネーブの石畳を歩いたのは痛快な経験であり、これが私と

赤十字の最初の出会いとなった。

そして、間もなく、ジュネーブからロンドンに帰ったところで、ケネディ大統領が暗殺された。ロンドンの町は悲しみに包まれ、アメリカ大使館周辺には大変な人が集まっていて、みな涙を流していた。

この1年数か月後、ロンドンの帰りに、せっかくだから寄り道をして世界をできるだけ広く見ようと3か月近く、あまり人の行かない共産圏の国々や、中東の独立したばかりだったり独立しようとしている国々、アジアの発展から取り残された国々など18か国を見て回った。復帰前の沖縄もそのときに立ち寄った。そして東京オリンピックの始まる直前、聖火とほぼ時を同じくして東京に帰り着いた。

II. ベトナム

立ち寄った国の中にはベトナムもあった。アメリカがベトナム戦争を始めたのはケネディ大統領のときだが、ジョンソン大統領になってからアメリカの攻勢は一段と強まり、北ベトナムへの空爆も始まっていた。当時のサイゴン、今のホーチミンに至るところに鉄条網が張られ、バリケードがあり、戦車が街角に潜んでいた。その一方、アメリカ兵のためにあちこちにバーがあって、昼間から女性の嬌声が絶えることはなかった。重い緊張感と、やけの放埒が同居していた。

さて、いろいろな経験をして帰国したものの、当面することはない。赤十字とご縁ができたこともあるし、島津日赤社長を父親が存じ上げていたので、しばらく赤十字で働かせてくださいとお願いしたところ、給料が払えないからボランティアでどうかと言われた。結局、数か月後に職員に採用はされたが、当時の日赤は貧乏で、安月給はともかく、配属された外事部の国際活動の予算はほとんどゼロに近いのには驚いた。仕方がないから勝手に自分で金や物を集めて出歩き、そのときに築いた人脈は今日に至るまで役立っている。

入社数年後の1967年に、再び南ベトナムを訪れる機会があった。そこにさっきの青木大使がおられた。ベトナム戦争の解決に向けて日本がイニシアチブを取るべきというのが大使の持論で、その手足として赤十字を使いたいと考えておられた。それでジュネーブ大使という外交官のトップクラスの高いポストを捨て、敢えて南ベトナムの大使になっておられた。奥様がとてもついていけないと、ついには離婚してしまわれた。

青木大使のジュネーブ時代からの信奉者であった毎日新聞の記者も、特派員としてサイゴンに来ていた。彼は、私がサイゴンに来て、いよいよ日本政府が赤十字を動かして和平に向かって動き出すと感じたらしくて、翌日の毎日新聞の1面にそのような記事が出たこ

とを帰国して知った。私は入社数年のぺいぺい、そんな奴が勝手なことをやりやがってと冷やかな視線に晒されただけで全く社内的な反応はなかった。ベトナム情勢は日一日と悪化の一途をたどり、1968年に入って解放戦線によるテト攻勢があり、それをきっかけに和平交渉が始まる。だが、それがまとまるまでにはそれから5年もかかっている。

1975年、和平の合意を破って、今度は北ベトナムが南ベトナムに侵入した。アメリカ軍はついに耐えられなくなり、4月下旬から撤退作戦が始まる。何万人というアメリカ軍兵士を始め、アメリカ寄りだった南ベトナムの軍人、政府関係者、民間人たちが、一斉に逃げ出さざるを得なくなった。アメリカ軍は沖合に空母をとめて、そこにヘリでピストン輸送するが、とても追いつかない。

当時、南ベトナムの赤十字の社長はトゥルンさんという薬剤師で私は親しくしていた。非常に献身的な人で、トラックに乗って解放地域にも入り、上半身裸になって自ら救援物資を配るような人だった。そのため、政府からも解放戦線の側からも一目置かれ信頼を得ていた。家族は皆フランスへすでに移っていただけども、自分は最後まで残って赤十字の使命を果たすと頑張っていた。アメリカと交渉して、最後のヘリコプターで自分は避難をするつもりだったようだが、その当日、連絡の行き違いから取り残されてしまった。彼の活躍を知っていた統一ベトナムの赤十字は彼をボランティアとして残した。数年後にはフランスに移ることを許されて家族と一緒に、フランス赤十字のスタッフとしてしばらく働いていた。

その後の消息を私は知らないが、彼の活躍を通じてこうした状況の中で赤十字が中立、政府からの独立、支援の公平性を保つことがいかに難しいかを目の当たりにしたような気がした。そうした現実の中でも頑張っている赤十字人がいるということは大きな励みであり誇りにもなった。

ベトナム南北が統一した結果、ボートピープルが大量に発生し、日本にもその年にすでに126人、その後毎年増えて一時は1年間に1,000人ぐらい来るようになった。当初はもっぱらカリタスジャパンがその受け入れに当たっていたけれども、だんだん余力がなくなってきた。そのとき、ジュネーブで親しくしていたUNHCRの友人が日赤でも受け入れてくれないかと電話をしてきた。社内ではそれまで全く議論されてこなかった。経験もなく日赤だけでは対応しきれないので、私は立正佼成会、天理教、救世軍にもお願いをして、一緒に受け入れることにした。日赤は5か所の受入施設を開設した。1989年までに、日本全体では1万人を超える難民の受け入れが行われ、うち3,500人弱が日本に定住した。

ボートピープルの多くは、ベトナムの周辺国にも命

からがらたどり着いた。マレーシアは彼らを絶海の孤島に隔離したが、連盟はマレーシア赤新月と協力してその支援に当たり、日赤からも代表が派遣された。私も、その受け入れ状況の視察でこの島を訪れたことがある。

III. カンボジア

カンボジアもフランスの旧植民地。1954年にディエンビエンフーの戦いで、フランス軍が大敗し、和平交渉がまとまってフランスは撤退をした。それまでカンボジアもベトナムも、ベトミンが強い影響力を行使していたが、それを機会にベトミンもカンボジアから去った。1955年にはシアヌーク国王が退位をし、自ら政党を立ち上げたが、政治的対立がだんだん激化し、1963年には、ポル・ポトが中国の支援を受けてクメール・ルージュという解放戦線を立ち上げた。私は1966年、入社2年後に総理府が派遣をする日本青年海外派遣団の一員としてカンボジアを訪問した。カンボジアは当時全くの貧乏国で、商社マンもここでは売るのがなく、将来の発展性はないと言っていた。

政治の不安定が続いていた1968年に、私は再びカンボジアを訪ねた。エアフランスの飛行機は下からゲリラに対空砲火で撃たれるかもしれないと、ものすごい勢いで急降下をし、エンジンも止めないまま乗客は乗り降りをして、そのまま飛び去っていった。

その後もカンボジア情勢の不安定が続き、やがてアメリカと南ベトナムはカンボジアにも直接介入するようになった。それに対抗して、1975年にはポル・ポトの率いるクメール・ルージュがプノンペンを制圧して、民主カンプチアを立ち上げる。ポル・ポトは徹底した鎖国をし、外国人はことごとく追放されるが、そのときフランス大使館に集められた彼らを外国に送る役割を担ったのが赤十字国際委員会だった。国際委員会の代表も外国人と一緒に引き揚げたが、なぜ留まってその後の展開を見守らなかったのかと国際的に批判をされた。実際には、それは不可能だったのだが。

ポル・ポトが嫌いだったのは外国人だけではなくて、知識人、資本家、技術者、芸術家もそうだった。彼らは強制移住させられ、集団農場で働かされ、都市の住民は農村に移され苛酷な肉体労働の日々を送った。宗教はもちろん禁止、私有財産は没収、プライバシーは無視である。残っていた日本人女性7名のうち5名の方もこの間に亡くなっている。

カンボジアの赤十字は、ポル・ポトがプノンペンを制圧したときに理事会をやっていたが、14人の理事のうち13人は虐殺されてしまった。1人生き残ったのは社長のビルン女史だった。彼女はポル・ポトがインテリ大嫌い、外国かぶれ大嫌いということを知ってい

たので、とっさに眼鏡やペンを捨て、かわりに雑巾を拾って掃除婦だと偽って命拾いをした。それで命は助かったが、農村に下放され、素性がバレないかを毎日心配しながら数年を過ごした。

クメール・ルージュの下で苛酷な政策がとられ、多くの人々が殺されているというニュースはおぼろげに伝わってはいたが、当時、ASEAN諸国、日本、西側のほとんどの国がクメール・ルージュを支持していたので何も言わなかった。ベトナムが最後はポル・ポトを追放したけれども、今度はベトナムがさらに支配地域を広める挙に出ることが心配された。ドミノ現象で次にはタイが共産化するのではないかと言われていたので、私がタイで偉い軍人の方に出会った際に、どう思いか聞いたところ、確かに国境からタイのバンコクまではわずか200キロ、ベトナムの戦車だったら数時間あれば来られるでしょう。しかし、郊外から中心街までは簡単じゃない。このトラフィックジャムを見てくださいと笑っていた。そんなのきなことを言っただけけれども、ベトナムは大変恐れられていた。

カンボジアの赤十字は、ポル・ポトから解放されてから生き残ったビルンさんが社長に復帰し、事務総長にはミー・サムディという、日本に2年ぐらい留学をしていたドクターが就いた。彼の話では、ポル・ポトはインテリである医師のほとんどを肅清の対象とした。しかし、全部いなくなってしまうと困るので、500人いた医師の中から専門分野ごとに数人ずつ残したので約1割となった。薬剤師は54人いたのが15人に、歯科医は33人がゼロに、看護師は425人から50人に減ってしまった。かろうじて生き残ったミー・サムディさんが、ベトナムとの国境に近い寒村に送られた。夜な夜な幹部が集まって奴をそろそろ始末しようか話しているのが聞こえてくる。そのような折、たまたま幹部が病気になり、手の施しようがないので、洪々ミー・サムディさんに診てもらったら治ってしまった。それでそのときは命拾いをしたが、それでもいつ殺されるか分からない。そして、いよいよだめかと思われた矢先にベトナム軍が入ってきて救われたそうだ。彼にベトナムのことをどう思うか聞いたら、好きとか嫌いとかいう以前に、ベトナムが来てくれなかったら自分を含め、さらに多くのカンボジア人が亡くなったのではないかと答えた。解放後、彼はフランスにいる家族からフランスに来るように度々言われたが、カンボジアに留まることを決めた。自分は年寄りだ。カンボジアの伝統を継ぐ知識層、文化人はほとんど殺されてしまった。そこに、自分のようなわずかな生き残りまでが母国を捨てて海外へ移ってしまったら、クメール民族の将来はなくなってしまう。子供たちはみんなすでに落ちついているのだから、自分はここで生涯を終えるといっただけで残られた。数年前に亡くなったのは惜しまれる。

実は、ポル・ポトが追放された直後、私はある新聞記者の手引きでカンボジアに入った。首都プノンペンには全くのゴーストタウンで、広いメインストリートには車とか、テレビとか、冷蔵庫とか、いわゆる文明の利器が破壊されて山のようにうず高く積まれていた。ホテルのエレベーターも壊されて動かない。宿泊した8階ぐらいのホテルの上階には階段で上り下りしないといけなし、鍵はことごとく壊されていて閉まらない、電気もつかない。貨幣経済は否定され、物々交換で経済は成り立っていた。私の同行者が、よき時代のクメール音楽を録音したカセットテープを持っていたのでロビーで流したら、人々が寄ってきて涙を流し、自然に踊り出し、その踊りは朝まで続いていた。彼らは5年近いポル・ポトの暗黒時代にはクメール音楽を一度も聴くことがなかったそうだ。

日本に帰国して大変な状況を伝え、カンボジアを支援しようと提案をしたが反応は芳しくなかった。情報がなかったせいで、当時は日本政府も含めてまだクメール・ルージュをサポートしている人たちが圧倒的に多かった。リベラルで知られた政治家までもがそうだった。私がカンボジアから帰って、カンボジアへの支援を訴えているのを知り、ベトナムの傀儡の手助けをするのかと聞いて、その方が日赤本社にどなり込んでこられたこともあった。

やっとのことで、救援物資を送ることが決まったが、今度は輸送手段がない。丁度ある商社がポル・ポト以前にユニセフのために買った車数十台を、送る方法がなくて持て余していた。そこで、一緒に方法を考えていたところ、リベリア籍、フィリピンの乗組員、台湾の船長と、何とも怪しげな3,000トンぐらいのおんぼろ船が1隻カンボジアに行ってもいいと言っているというので、この船にユニセフの車数十台と日赤の物資を積んで送り出した。これがおそらくポル・ポト追放後、最初の日本からの援助になったと思う。商社にも非常に喜ばれ、その担当者は社長表彰まで受けたそうだ。私はその支援の成果を見るためにしばらくしてカンボジアを再度訪れた。今度は地方のあちこちを回った。そこでは、キリング・フィールドと言われたポル・ポトの残虐行為の現場をあちこち歩かされた。ごろごろ転がっている白骨死体は考古学の発掘現場みたいで大して気持ち悪くなかったけれど、井戸から引っ張り出して並べてあった遺体は洋服を着たまま黒髪が付いたままの骸骨は何とも薄気味悪かった。そういう現場を何か所も見てから、夜はフランス時代からの知事の公邸だったという瀟洒な建物で休むことになったが、荒れ果てていて電気はつかない。ろうそく1本に蚊帳がつってあって、お休みくださいと言って案内の人は消えてしまった。廢墟の中の漆黒の夜に亡霊がいつ出てきてもおかしくなく、一睡もできなかった。亡霊では赤十字のマークも通用しない。

私は残虐行為の行われた刑務所を訪ね、拷問の跡、地のりがべったりついた床、そこで殺された人の無数の写真、壁一面に積んである骸骨、そんな現場も見せられた。時を経てポル・ポトの起こした色々な人道的な問題についての検証も行われた。ところが、150万人の人が殺害され、ほとんどの人が苦痛を強いられたというのに、それから数年後に行ってみると、カンボジアの人は全くそんなことがなかったかのようにのんびりと暮らしていた。国際社会は特別の刑事法廷を設けてポル・ポトの犯罪を裁こうとしてきたが、その成果はほとんどこれまで上がっていない。カンボジアの人たちは、その暗い時代の出来事をひたすら忘れたいために一切封印してしまったのだろうか。

IV. バングラデシュ

色々で厳しい時代の話をしているうちに時間がなくなってきたが、もう一つバングラデシュの話をしてしようと思う。1970年に大きなサイクロンがあって、30万人の死者が出たからだ。当時、バングラデシュはまだ東パキスタンと言われていた。東西のパキスタンは1,800キロぐらい離れていて、人種も言語も異なるが自治権拡大の運動がずっと続いていた。そんな中で大きなサイクロンが発生し、西パキスタンの対応が悪かったために、自治権拡大の運動は独立運動に変わり、やがて国内紛争に発展する。マイノリティーのヒンズー教徒の多くは避難民となってインドに逃げ、その支援も赤十字の大きな活動になった。

赤十字の役割は、インド、東パキスタン双方の難民や避難民の救援、貧国の上、紛争によって一段と悪化した食料や医療事情の改善、捕虜のジュネーブ条約に基づく保護等があったが、赤十字国際委員会が救援活動の中心となった。それに加えて、サイクロンの後始末も大変で、それには国際赤十字・赤新月社連盟が窓口となった。日赤は1972年からサイクロンの後始末と、国内紛争の後始末の両方を兼ねて、医療社会栄養補給班を派遣した。私もその一員としてベンガル湾の小さな島に3か月ほど滞在した。最貧国の中の最貧地域というところで、病院はない、医師はいない、医師がいたとしても薬がない、そういう状況であった。

もともと無医村地帯なので、どんな病気もあるが、持っている薬は限られているし、検査しようにも道具がないから、医師であっても看護師であっても我々素人でもやれることはほとんど同じだった。多いときには1日800人ぐらいの外來患者が来て長蛇の列ができたが、カースト制度の強い国なので、偉い人が割り込んできて、早く診察しろとって騒ぎ出す。そういう中で公平性を保つのがいかに難しいかを痛感した。

救援物資を配るついでに衛生教育もし、健康の敵、蚊、ハエ、ゴキブリをやっつけて赤十字から賞品をも

らおうというキャンペーンを行った。最初は何で蚊やハエが悪いのか、彼らには分からない。子供たちがまず納得をして、瓶にいっぱいハエや蚊を詰めて持ってくるようになった。それにご褒美を渡すわけだが、あつという間に賞品がなくなってしまったので、キャンペーンは間もなく中止した。それでもこれを行うために、それまでなかった青少年赤十字の組織をつくれたのは収穫だった。

サイクロンについては、防災にもっと力を入れるべく、連盟と協力してサイクロン対策計画を始めた。気象レーダーがバングラデシュに当時1つしかなく、警報が出てても住民に伝える方法がなかった。そこで、日本でまだ出たばかりで高価だったソニーのトランジスターラジオを2,000台ほど送り、さらに末端の住民に伝えるためにサイレン付のメガフォンも送った。そしてボランティアを募ったが、トランジスターラジオとメガフォンを持って住民の防災教育に当たるボランティアは格好良く、若者の憧れとなった。問題は、ほとんどが海拔数メートルの低地なので、警報を流したところで避難のしようがない。高波が来たらひとたまりもないので、土を盛って高台を作りシェルターにした。我々のチームが作ったシェルターに政府が関心を持ち、すぐに238個の同様のシェルターを作ることが決まった。最初のシェルター作りには、多いときには1日3,000人ぐらいの労働者が関わった。頭の上に土を盛ったざるを乗せて運び、掘ったところの容積をはかって賃金のかわりに救援物資を配った。救援物資をただ配るのでなく、何かの見返りに救援物資を配るフード・フォー・ワークで、今では普通に行われている。

丁度その時期、天然痘撲滅をWHOが一生懸命やっていて、責任者の蟻田医師がバングラデシュにやって

こられた。天然痘は撲滅寸前まで行っていたけれども、アフリカの数か所とバングラデシュだけが最後に残っていた。そこにある日、よりもよって我々が活動しているハチャ島で天然痘の発生が報告され、500人ぐらい感染者がいるという。蟻田先生がジュネーブから飛んでこられ、我々のチームも呼び出されて天然痘の診断の仕方、天然痘とチキンポックスの違いの説明を受けた。ところが、我々のチームのドクターもナースも天然痘を見たことがないし、治療のしようもないという。それならと、私ともう一人の素人の同僚がジープで島中を巡って調査した。患者を遠くに隔離して住民は怖がって近寄らない。我々は怖いもの知らずだから、写真と見比べて、これはチキンポックスなのでこれを飲んで元気になりなさいとビタミン剤を渡して帰ってもらう。幸い一件も天然痘はなかった。

V. 終わりに

紛争の犠牲者の救護、難民・避難民の救援、医療・食料支援、それに災害対策と、包括的に対応しなければならなかった。そこでの幅広い経験はその後色々と役立った。おそらく第2次大戦後、大規模な複合危機に赤十字が深く関わったのはこれが最初であり、そのときの経験をもとに、その後、私を含め赤十字運動を担ういろいろなリーダーが育っていった。

お話ししたいことはまだたくさんあるが、それは次の機会に譲るとして、こういう不測の事態であっても赤十字の持っている「中立」「独立」「公平」といった原則を大切にしながらいかに対応するかを、職員一人ひとりが日ごろから考えておかなければいけない。そんなメッセージをお伝えして話を締め括らせていただく。

特 別 講 演

看護の原点を見つめて
—臨床哲学の視点から—Examining the Starting Point of Nursing:
From the Perspective of Clinical Philosophy

浜渦 辰二 Shinji Hamauzu (大阪大学大学院文学研究科倫理学・臨床哲学教室)

キーワード：看護の原点，臨床哲学，ケア学

key words : starting point of nursing, clinical philosophy, caring science

I. はじめに

筆者は、もともと九州大学大学院で哲学・倫理学を学び、10年前に、それまで17年間教壇に立っていた静岡大学から、大阪大学の現職に着任した。前任校では人文学部で「人間学」講座に所属しつつ、いくつかの看護専門学校で非常勤として「哲学」や「倫理学」の講義を担当してきた。現職に着任してからは、大阪大学医学部保健学科看護学専攻の学生たちに「哲学概論」、同大学院医学系研究科保健学専攻の院生たちに「生命倫理学・看護倫理学」を不定期で担当してきたが、いまは、同医学系研究科「医の倫理と公共政策学」講座（兼任教授）で、「生命倫理・医療文化論」「看護倫理」の講義を担当している。また、3年前からは、上智大学グリーンケア研究所（大阪サテライトキャンパス）人材養成講座で非常勤として「臨床哲学」を担当している。本稿では、そういう背景から、第18回となる日本赤十字看護学会の歴史と、筆者の大阪大学臨床哲学10年の歴史を重ね合わせながら、「看護の原点を見つめる」ことにする。

II. 「ケア」への関心

もともと、哲学における筆者の関心は、現代哲学の源流の一つとなっている現象学（創始者はフッサール）で、なかでも「間主観性（intersubjectivity）」という問題だった（浜渦，1995）。それは「主観と主観

の間の関係」を問うものだが、そこから「人と人の関係」のあり方の一つの具体的で重要な場面として「ケア（care）」という問題に関心をもつようになった。きっかけになったのは、2001年に義父を膀胱がんで亡くしたことだった。余命6か月という告知を受けた義父を、家族としてどう支えることができるのか、ということを考えるなかから、「ターミナル・ケア」のことを自分なりに勉強し始めることになった。その後、実母・義母がともに認知症となり、「高齢者ケア」の問題に関心が広がっていった。その頃、看護専門学校の先生方と一緒に、「ケアの人間学」合同研究会を立ち上げ、大阪にやって来る2008年まで企画・運営を行った。

それとともに、「いのちとこころに関わる現代の諸問題の現場に臨む臨床人間学の方法論的構築」（2000～2001年度）という共同研究に携わった。現代日本社会では、「いのちの問題」と「こころの問題」が、あたかも別々の問題であるかのように、別々の研究者により別々の文脈で論じられているが、両者は根底で繋がっているのではないか、という関心から始まったものだった。そこで、「いのちのケア」と「こころのケア」とを繋げるような関心をもつようになった。そのなかで、前述の義父のことで考えたことを書いたのが、「ケア」について論じた筆者の最初の論文となった（浜渦，2002）。大学でも「ケアの人間学」というオムニバスの講義を始め、それをもとに、教科書を刊行した。哲学、倫理学、宗教学、心理学、社会学、文

学、看護学という専門分野を異にする同僚達がそれぞれの分野から「ケア」の問題を考えた論考を編集したものだ(浜渦, 2005)。

「ケア」という語は、いま、医療・看護・介護・福祉・心理・教育関係のみならず、日常生活をおおうさまざまな場面で使われている。さまざまな人間の行為を覆い尽くすように、世間には「ケア」という語が溢れている。因みに、「ケア」という語を英和辞典で調べると、名詞としては、「気がかり、気苦労、気づかい、心配、不安／注意、用心／関心事、務め／世話、監督、保護／保管」などの日本語が当てられ、動詞としては、「気にかかる、気をもむ、心配する／気にする、関心をもつ、かまう、頓着する」といった日本語が当てられている。「ケア」の対象は、「もの(事物)」「植物」「動物」から「ひと(人間)」にまで広がり、「ひと」についても、「いのち」から「からだ」「こころ」にまで広がっている。「ひと」の一生について見ても、妊娠・出産のケアから、育児・子どものケア、思春期・若者のケア、高齢者のケア、そして終末期のケア、死後のケアまで、その全体に関わっていることが分かる(浜渦, 2012)。

その意味では、「看護ケア」というのは、そういう広がりのある「ケア」のなかの一部に関わるものとも言える。「看護」というのは、人間の一生、つまり、妊娠・出産から、病気・けが、老い・高齢化に伴う症状、そして死に至る終末期の場面まで、要するに、「生老病死」のあらゆる場面に関わる活動である。広い意味での医療全体のなかでは、医師・看護師・薬剤師・理学／作業療法士、等々の医療チームのなかで、特に看護師に求められるケアが、「看護ケア」と呼ばれるものと言えよう。

このように、看護ケアも含む広い意味での「ケア」の問題を、人間の一つの重要な活動として捉え、それがもつ意味を考えるというのが、筆者の「ケア」への関心となっていった。そこで、前述の「ケアの人間学」合同研究会を看護専門学校の先生達と立ち上げたときも、狭い意味での「看護ケア」ではなく、広い意味での「ケア」全体の文脈のなかで「看護」の問題を考えたいということで、あえて、「ケア」という語を使った。そうすることによって、医療・看護・介護・福祉・教育・心理といったそれぞれ異なる分野で「ケア」に関心をもち携わっている方たちが、間にある壁を乗り越えて、一緒に「ケア」の問題を論じ合う場が作れるのではないかと考えたからだった。

2008年に大阪大学の「臨床哲学」講座に着任し、関西地区でも同様の研究会を継承したいと考え、2009年に「ケアの臨床哲学」研究会を立ち上げた。京都の「〈ケア〉を考える会」(高齢者ケアに関心をもつ人たちの集まり)と神戸の「患者のウェルリビングを考える会」(医療と看護のケアに関心をもつ人たちの集ま

り)を繋ぎ、橋を架ける集まりを大阪でと、二つの会との共催で、2017年の11月開催の第22回まで、「超高齢社会のなかで〇〇を考える」という連続シンポジウムを行ってきた。

III. 臨床哲学という視点

ここで、筆者が10年前から着任している「臨床哲学」という講座について、少しだけ触れておきたい。「臨床哲学 (clinical philosophy)」は、1998年に、鷺田清一・中岡成文の二人によって、大学院のみ「倫理学」から「臨床哲学」へと看板をつけかえることで生まれた講座である(学部は「倫理学」のまま)。「哲学を社会に向けて開く」(鷺田)、そして、「自力で考え、それを権威から取ってきたのではない言葉で表現する」(中岡)ところから始まり、「ひとびとが苦しみ、横たわっているその場所(臨床:klinikos)で哲学になにが可能か、それをまさにその現場で問うていく思考の試み」(鷺田)、として始まった(大阪大学文学部倫理学研究室, 1997)。期せずして二人の継承者となった私は、「臨床の現場について／において(のなかで)／から／との関わりをなかで哲学すること」、これらすべてを「臨床哲学」と呼んでよいと考えている(浜渦, 2009)。10年前に着任してから、大学では「ケアの臨床哲学～生老病死とそのケア」という連続講義をしているが、それもそのような「臨床哲学」の一環と考えている。シラバスでは、「具体的な場面に即しながらも、原理的に考察するという往復運動」を「臨床哲学」と呼んでいる。

1998年の設立以来、臨床哲学はさまざまな形で活動を展開してきている。その一つが、「哲学カフェ」という活動で、いまでは全国的に広がって、有名になっている(カフェフィロ, 2014)。しかし、筆者は、この「哲学カフェ」の活動とは少し性格が異なる活動として、前述のように、「ケアの臨床哲学」研究会による公開市民シンポジウムという形で続けてきた。それは、高齢者のケアに関心を持つ人たちと医療と看護のケアに関心を持つ人たちとともに、両者の関心が交差するような問題について、毎回、現場でケアに携わっているいろいろな分野の方たち、他方ではケアを受けている当事者の方たち、異なる立場の三人にお話をいただき、そのうえで、専門職の方々、非専門職の方々、患者・利用者・その家族、一般市民も交えて、それぞれの関心から意見交換をするというものである。それにより、現場の問題を、現場に携わる方々とともに、現場の具体的な問題をてがかりにしながら、より根本的な問題に掘り下げながら、実践と理論との往復運動のなかから、ともに考える、というスタイルのものである。

そのシンポジウムにおいて高齢者ケアと医療的ケア

の橋を架けようとするなかで何度も問題になったのが、「看護と介護の壁を越えて」というテーマだった。特に、2000年度に介護保険が導入されて、介護福祉士（ケアワーカー）の仕事が定着していく一方で、看護師にはさまざまな専門分野の認定看護師（CN）・専門看護師の制度ができてどんどん専門職へと分化していくなかで、両者の壁はますます高くなってきているように感じる。両者の壁をなくす必要があることは、2011年の東日本大震災のあとの復興のなかでも、また、2012年に「在宅医療・介護あんしん2012」で「地域包括ケアシステム」が謳われた時にも主張されたことだった。

IV. 看護と介護の壁を越えて

「看護と介護の壁を越えて」というテーマを考えるために、そもそも看護とは何だったかを振り返って、近代看護論の創始者とされるナイチンゲールの『看護覚え書（Notes on Nursing）』（ナイチンゲール、2011）を読んでみると、そのなかで「care」という語は名詞で32回、動詞で6回使われている。それは看護をケアと同一視するものでも、ケアとは何かを論じるものでもないが、看護とは何かを論じるためにケアという語が大きな役割を果たしているということが分かり、看護という行為の中で大切なものがケアだということを示している。ただし、日本語の翻訳のなかでは、それに対する訳語として、「世話」「気配り」「注意」「大切」「気をつける」といったさまざまな訳語が使われていて、それらが「ケア」という同じ英語であることが翻訳では見えてこず、逆に、日本語として一つの語で訳すのが難しいということが分かる。

ナイチンゲールの研究者であり、『看護覚え書』の訳者の一人でもある金井一薫（徳島文理大学大学院看護学研究科・教授）によると、ナイチンゲールは「看護（看護的ケア）と介護（福祉的ケア）」を区別せずに、両者が重なり、両者にまたがるところで、「ケアの原形」を考えていた。現代日本の状況のなかで、その原形に立ち返るべきだとして、“KOMI”（Kanai Original Modern Instrument）理論を唱えて、いまでも、「ナイチンゲールKOMIケア学会」として活動が続いているようだ（金井、2004）。

ナイチンゲールは、「病人の看護と健康を守る看護」という論文（ナイチンゲール、2003）のなかで、「病気の看護ではなく、病人の看護であるところに注意してほしい」と述べていた。ナイチンゲールは、看護におけるケアの重要性を強調するとともに、このように患者中心の看護の重要性を最初に主張した人でもあった。「患者中心の看護ケア」とは、患者が一人の人間として生きていること全体に対するケアだと言ってもよい。その後、科学としての医学と医療技術の発達

とともに医療が細分化・専門化していくなかで、ケア（治療）とケア（看護）という対比が語られるようになった。さらに、20世紀後半になり、医療によって治療できない疾患が増え、緩和医療が普及するなかで、「ケアからケアへ」の重心の移動が求められるようになり、ナイチンゲールの考えが「トータル・ケア」として見直されるようになってきた。

そんななか、2011年3月11日、東日本大震災とそれに続く津波と福島原発事故によって東日本は深刻な打撃を受けた。同4月、故・日野原重明（元聖路加国際病院理事長）は、3つの雑誌『看護』『ナーシングトゥデイ』『コミュニティケア』に同時に、メッセージを発表した（日野原・川島・石飛、2012）。それは「いまこそ「看護」の出番です」という趣旨のものだった。「震災からひと月以上を経たいま、被災地に必要とされているのは、もはや救急を旨とする医療ではない」、「これからの看護は医療をも包含するケアという大きな傘のもとで、ケア全体をその最前線で牽引していくことを求められている」と述べ、「医療中心から看護主体のケアへ変わるべきとき」というメッセージだった。それから5年経ち、2016年4月14日夜、16日未明、熊本県益城町を震央とする震度7の地震が襲ったが、それからさらに1年2か月が過ぎたいま（講演当時）、熊本ではちょうど同じような状況になっているのではないかと思われる。

日野原のこのメッセージを真摯に受け止めた川島みどり（日本赤十字看護大学名誉教授）は、「看護と介護が一体となったケアを、現地完結で実現する」という構想を描いて応答した。「あの日を境に、私のなかに『やはり、いまこそ看護を』という思いが再び息を吹き返した」、「看護も介護もその発生の歴史に差はあっても、ともに『生活』『暮らし』から生まれたものであり、その根をおなじくするものでありながら、いまだに互いの専門性を融合させるような有機的な連携がとれていない」、「看護師は『生きている』への補助的なかかわりから、『生きていく』への深い支援まで、人の生の営み全体にかかわっている」と声を挙げたのだった。

保健婦産婦看護婦法（1948年）から、改正（2001年）により名称が改められた（「婦」から「師」へ）。看護師とは、「傷病者若しくはじよく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者」を言う。この「二大業務、すなわち『療養上の世話』と『診療の補助』のうち、後者の診療面の仕事に割かれる時間があまりにも多くて、もう一つの重要な仕事、どちらかと言えばこちらの方がより主体的に行うことができるはずの『療養上の世話』ができない葛藤を常に抱えてきた」、「『看護の力』は、注射や薬のような外部からの力ではなく、その人に本来備わっている治る力を上手に引き出すことにあります」、「これまでの

V. おわりに—ケア学—

医療は『医術で病気を治すこと』であるとされてきましたが、これからの医療は、本来その人の持っている力に働きかける『治る医療』をめざすべきではないでしょうか。その際、最も力を発揮できるのが看護だと思います」(川島, 2012)と川島は主張した。

因みに、「看護」という語は古くからあったが、1963年の老人福祉法制定の際に、「看護」と区別して、「介助」の「介」と「看護」の「護」を組み合わせて、「介護」という語が作られた。「介護」という語が広まることで、看護と介護が重なるところがありながら、文脈によって区別されて使われるようになった。「ケア」という語も、看護の文脈で使われる一方で、介護の文脈でも使われるという事態が生じた。「ケア」という語が例えば『広辞苑』に初めて掲載されたのは、第4版(1991年)からで、そこでは「病人などの介護、または客の接待」と書かれていた。いまの第6版(2008年)では、「①介護、世話(例:ケアワーカー、高齢者をケアする)、②手入れ(例:ヘアケア)」と書かれている。看護よりも介護に比重が移ってきているようだ。

もう一度、川島の論述に戻ると、「急テンポで訪れた高齢社会への対応として生まれた新たな職種である介護職との協働のあり方」、「“ケア”という共通語で結ばれた看護と介護が協働する必要がある」、「そのシステムを構築できれば、被災地だけではなく日本全体のモデルにもなる」、「これからの地域医療は、住民の暮らしに根ざした看護独自のアプローチが求められる」、「高齢化が進み施設から在宅へとケアがシフトされつつある今、大切なことは、看護の受け手の目線、患者の立場からこの問題をしっかり見ていくことではないでしょうか」というのが、川島の主張だった。そこでは、同年に厚生労働省が発表した「在宅医療・介護あんしん2012」に言及してはいないが、すでにそれを見据えていると言ってよい。

赤十字看護学の出発点は、戦争や天災など緊急時の救護にあったのは確かだが、今ではむしろ平時の看護が重要になってきている。特に、第二次大戦後の日本は、今のところ平和な時代が続き、阪神淡路大震災、東日本大震災、熊本地震などの緊急時が時にはあるとはいえ、戦前・戦中の急性期医療よりも慢性期医療が中心になってきているなか、平時の生活のなかでの看護が大切になってきている。東日本大震災から1年あまり過ぎたなかで、故・日野原が「看護の時代」とアピールをしたのを受け止めた川島の「“ケア”という共通語で結ばれた看護と介護が協働する必要がある」という声が、ますます真剣に考えられなければならない、その意味で、「看護の原点」を見直す必要に迫られている、と言えよう。

さて、川島がそのように論じていた頃、筆者は、共同研究「北欧ケアの実地調査に基づく理論的基礎と哲学的背景の研究」(2010~2012年度)を行っていた。北欧というのは、スウェーデン、デンマーク、フィンランド、ノルウェー、アイスランド、という5か国のことで、福祉先進国と呼ばれるこれら北欧諸国には、「ケア」についての独自の考え方があるのではないかと考え、それを「北欧ケア」と名づけた。そして、それはどこから来ているのかを探るために行った国際的・学際的な共同研究だった。さらにその継承として、共同研究「北欧の在宅・地域ケアに繋がる生活世界アプローチの思想的基盤の解明」(2013~2015年度)を行い、共同研究者による論文集が近刊予定である(浜渦, 2018 予定)。

そこで学んだことの一つは、「患者中心のケア(person-centered-care)」を超える現象学的アプローチとしての「生活世界ケア(lifeworld-led-care)」という考え(フッサールの「生活世界」という考えに導かれたケア)だったが、それについて詳しく紹介する時間はもはやないので、最後に、そこでもう一つ学んだことを紹介するにとどめる。北欧諸国では、「ケア学(caring science)」という学問分野ができていて、いくつかの大学では、「看護学(nursing science)」の基礎になる分野として、教えられる状況が生まれている。スカンディナヴィア・ケア学誌(Scandinavian Journal of Caring Sciences)が1987年から刊行され、ヨーロッパ・ケア学会(European Academy of Caring Science)が2011年に設立され、スウェーデンの高等学校で看護や介護を行う職員を養成する課程用の教科書が翻訳された(カンガスフィール&ウィルヘルムソン, 2006/2012)。日本でも、看護と介護を繋ぎ、両者の共通の基礎となる「ケア学」という学問分野が生まれ教えられるようになる日が来ることを期待している。

文献

- アニータ・カンガスフィール&オルガ・ウィルヘルムソン(2006)/古橋エツ子他監訳(2012)。スウェーデンにおけるケア概念と実践。東京:ノルディック出版。
- カフェフィロ(CAFÉ PHILO)編(2014)。哲学カフェのつくりかた。大阪:大阪大学出版会。
- フローレンス・ナイチンゲール(2003)。看護小論集—健康とは看護とは。東京:現代社。
- フローレンス・ナイチンゲール(2011)。看護覚え書—看護であること看護でないこと。東京:現代社。
- 浜渦辰二(1995)。フッサール問主観性の現象学。東京:創文社。

- 浜渦辰二 (2002). 末期がん患者の精神医療のあり方をめぐって—ケアの人間学へむけて (平成12・13年度科学研究費補助金・基盤研究(C)(2)研究成果報告書「いのちとこころに関わる現代の諸問題の現場に臨む臨床人間学の方法論的構築」所収).
- 浜渦辰二編著 (2005). 〈ケアの人間学〉入門. 東京: 知泉書館.
- 浜渦辰二 (2009). 私の考える臨床哲学—私はどこから来て, どこへ行くのか. 臨床哲学, 10, 3-20.
- 浜渦辰二共編著 (2012). シリーズ生命倫理学第14巻—看護倫理. 東京: 丸善出版.
- 浜渦辰二共編著 (2018予定). 北欧ケアの思想的基盤を掘り起こす. 大阪: 大阪大学出版会.
- 日野原重明・川島みどり・石飛幸三 (2012). 看護の時代—看護が変わる医療が変わる. 東京: 日本看護協会出版会.
- 金井一薫 (2004). ケアの原形論—看護と福祉の接点とその本質.
- 川島みどり (2012). 看護の力. 東京: 岩波書店.
- 大阪大学文学部倫理学研究室編 (1997). 臨床哲学ニューズレター創刊号.

教 育 講 演

癒しをもたらす関係における医療と看護
—Healing Relationship Modelの臨床における実践—

Facilitate Caring and Healing at the Bedside:
Healthcare Services and Nursing Practice through
Healing Relationship Model

竹熊カツマタ麻子 Asako T. Katsumata (筑波大学医学医療系国際看護学)

キーワード：看護の知識，ケアリング，組織，ミッションマネジメント，日本赤十字社

key words : nursing knowledge, caring, organization, mission management, Japanese Red Cross Society

看護は大きな岐路に立たされている。急速にテクノロジーがますます発展してゆく世界がある一方で、多くの国や地域では紛争が絶えず、多くの人々が生命の危機にさらされ、安全で健康に生活することが困難な状況が長く続いている。また、世界各地で起きている自然災害は穏やかな暮らしが存在していたコミュニティに深刻な影響を与えている。多くの人々が慣れ親しんだ土地や家、家族や友人との離別を体験し、悲しみを抱えながら必死に生きている。技術やテクノロジーの発展は世の中に利便性をもたらし、人々の生活に豊かさをもたらしたかもしれないが、テクノロジーの発展は一方で先進国と発展途上国の経済格差を更に広げ、人々の間にも更なる貧富の差を生んでいる。このような世界において、人々の命を守り、健康な生活ができるように支援をしていく医療と看護の役割と責任は計り知れないほど重い。本講演のテーマは「癒しをもたらす関係における医療と看護—Healing Relationship Modelの臨床における実践」とあるが、この講演を通じて私達看護者や医療従事者が考えたいことは、先に述べたような世界の状況や社会の中にあり「癒し」というものをクライアントの間にもたらしることができるかということである。

第18回日本赤十字看護学会学術集会の
テーマから考えること

第18回日本赤十字看護学会学術集会のテーマは「一人を看る目、その目を世界へ」である。会期中の熱気あるセッションを通じて発表された研究や講演などの中で繰り返し取り上げられ、語られた幾つかのテーマがある。それらを以下に示す。

「一人を看る目、その目を世界へ」

「人道：人間の尊厳を守る」

「看護の原点を見つめて」

「看護と看護教育」

「今こそ看護の時代」

「赤十字とはなにか？ 赤十字はどこへゆくのか？

赤十字は何を信じるのか？」

これらのテーマを考えた時、読者の多くがこれらのテーマに貫かれた一本の縦糸の存在を感じられるのではないだろうか。「一人を看る目、その目を世界へ」という学会の総合テーマは、看護の本質である「一人の人間の尊厳を大切に守り、支え、寄り添う」という視点から赤十字の国内外における災害時の援助、国際社会で起こる紛争解決への支援などのグローバルなレベルでの働きにおいても「一人の人間を看る目」と同じ視点を一貫して持ち続けるという、日本赤十字の決

意と願いが込められている。「人道：人間の尊厳を守る」ことは、「看護者の倫理綱領」の第一条に謳われている看護実践における倫理規範である。（日本看護協会，2003）「看護の原点を見つめて」というテーマは、先に述べた2つのテーマに繋がる要素があり、「人を見る、ケアする、共感する、擁護する、寄り添う、支える、傾聴する」という看護実践の本質的な要素に焦点を当てて考えようという試みである。「看護と看護教育」は、これから看護師として看護を担っていく学生たちをどのように育成するかという課題と、看護学生に看護の本質をどのように教育し、看護のアートを継承させるかという看護教育の課題を共に考える取り組みである。「今こそ看護の時代」というテーマについては、まさに今、高齢少子化が急激に加速している日本において、看護が今まで以上に社会に必要とされている時代はないということ、看護が医療保健サービスの領域において積極的にソリューションを提供していくことへの期待、「社会のニーズと看護への期待と責任」が語られていた。また、本学術集会の基調講演を通じて「赤十字とはなにか？ 赤十字はどこへゆくのか？ 赤十字は何を信じるのか？」という問い掛けもなされ、赤十字の使命と役割について、赤十字の将来と展望、そして赤十字の信じるものについて、これまでの赤十字の歩みと働きについての語りを通じてメッセージが伝えられていた。これらの第18回日本赤十字看護学会学術集会で取り上げられたテーマを統合して考えた時、今学会が私達に問いていることは「看護とはなにか？ 看護はどこへゆくのか？ 看護は何を信じるのか？」というものに集約されるのではないかと思う。

本講演のタイトルは、「癒しをもたらす関係における医療と看護」というものであるが、この学術集会を通じて問われている「看護とはなにか？ 看護はどこへゆくのか？ 看護は何を信じるのか？」というテーマも含めながら「看護とは何か？」ということを考え、「癒しをもたらす関係における医療と看護」について、看護理論、また看護実践の例や、医療組織における取り組み、自らの経験なども紹介しながら読者の皆様とともに考える機会にしたい。

「看護とはなにか？ 看護はどこへゆくのか？ 看護は何を信じるのか？」という問い

「看護とは何か？」という問いを発展させて少し学術的に「看護科学とは何か？」というものにするとその答えは見出し易くなるかもしれない。“What is Nursing Science?” 「看護科学とは何か？」という問いは、今でも洋の東西を問わず白熱したディスカッションが大学院レベルに於いてもよく行われるテーマである。自らも大学院時代に、博士課程のクラスで「看護

科学とは何か？」という問いをクラスメイトと長時間に渡り議論したものである。現在でも大学院生とこのテーマについてよく語り合うのだが、「看護科学とは何か？」という「看護学の存在論」でもあるような、シンプルかつ深いこの問いに対して、看護者である私たちの多くが答えを出すことに苦悩するのである。その理由には、「看護科学」というものが自然科学のように、何か一貫した法則性のある答えを見出すための実証的な要素だけで構成されている学問ではないということに由来する。

バーバラ A. カーパーは「看護という職能においてどのような知識がもっとも価値があり、知ることとがどのような意味を持つのか」という問いに最も注意を払わなければならない。「私たちはそれらの知識を実践のためにどのように構築していったらよいか？」と1978年に *Fundamental Patterns of Knowing in Nursing* という論文の中で問い掛けている (Carper, 1978)。その論文の中でカーパーは、「知識 (knowledge)」と「知る・気づくプロセス (knowing)」を異なるコンセプトとして記述している。知る・気づくプロセスである“knowing”を経て、表現されたものや記述されたものを“knowledge”であると述べている (Carper, 1978)。彼女は看護には知識を構築するために大きく分けて4つの知る、気づくプロセス (knowing) のパターンがあると説明している。以下のその4つのパターンを示す。

Empirics: Science of Nursing (科学的な知)

Ethics: Moral Components of Nursing (倫理的な知)

Aesthetics: The Art of Nursing (審美的・アートの知)

Personal: The self and others in Nursing (個人の経験や他者を通じて得る知)

カーパーは看護という「実践する職能」として大切な知識は、このような4つの「知る・気づきのプロセス (knowing)」を通じて、表現され、記述されることを通じて、看護の知識として集積されてゆくと述べている (Carper, 1978)。その後、チンとクレイマーによってカーパーの提唱した看護における4つの「知る・気づきのプロセス (knowing)」はさらに発展を遂げる。チンとクレイマーは実践の職能である看護にとって、知識を発展させるための方法としての実証的な科学 (科学的な知) に加え、知識の発展が個人の経験や他者を通じて得る知、倫理的な知、そして審美的・アートの知にリンクされることにより起こると述べ、「看護の実践はプロセス、ダイナミクス、そして対象との相互のインターアクションに関わるものであり、その現象をよく理解するためには、科学、倫理、審美的なアート、そして個人的な経験や他者を通じて得る知が統合されなければならない」と提唱し、「知

のプロセス (knowing)」の一つ一つが看護実践にとって重要であるが、その4つの知のプロセスが統合されひとつになる時に、実践は最も良いものになると説明している (Chinn & Kramer, 2008, p.7).

この看護における知識についての見解は、実践を大切にすることを看護という職能の知識体系にとって非常に重要である。何故ならば、それは日々臨床の現場や地域社会の中で奉職する多くの看護者たちの経験知や感性、患者や家族を擁護・代弁する働き、地域の健康を守るためにシステム構築のために行動してゆくバイタリティや戦略、そして実践を通じて養われた看護のアート、それらを評価し、その実践の積み重ねを記述や記録などを通じて表現し残すことに努めることで、看護の知識として統合し看護職能の知識を構築することを可能にするからである。日本において看護教育が高等教育に急速に移行を遂げている。大学において教員は研究を行うことも役割の一つであると位置づけられるため、多くの看護教員が大学で看護に関係した研究を行っているが、その方向性が実証科学の方向に偏重している傾向があることを禁じ得ない。看護実践と研究の間に距離が生まれているのはそのためなのかもしれない。その距離を埋めるためにも、今後の課題として、研究の質、方法論、研究に関する教育の内容もさらに向上させる必要がある。これらの課題に真摯に取り組むことは、将来における看護の在り方、すなわち、「看護は何を信じるのか」ということと、「看護はどこにゆくのか」という看護職能の未来を大きく左右することになるだろう。近い将来、看護者たちが「看護の知識体系とはこのようなものだ。」とはっきりと述べられるようになった時、「看護科学とは何か？」という問いに看護が迷わず答えることができるようになることを期待する。

看護管理者としての苦悩、そして 臨床の現場における問い

私は過去20年程、米国で生活し、看護者として臨床で働く傍ら、教育と研究に従事した経験がある。看護管理者としては看護サービスの質の改善や医療安全などの領域で病院の多くの職員と関わりながら、病院の医療とサービスの向上にも務めた。その時の看護管理者としての私の苦悩と、それに伴って生まれた問いについて分かち合いたい。

米国は医療保険制度の改革によって、従来の医療機関がサービスを提供しそれに対しての医療費の償還を受けるという方法から、医療機関がサービスを提供し、回復過程において患者が合併症などを起こさずに、診断名により決められた日数以内でスムーズに退院した場合に医療費の償還を受けられるというパフォーマンスベースの医療保険の償還システムにパラ

ダイムシフトを遂げた。病院評価においては、治療の成果だけでなく、医療・看護サービスに対する患者の主観的な評価が第三者機関により調査され、その評価が病院の患者満足度として提示される。病院は全国の他の病院のパフォーマンスに対してベンチマークされ、全国平均や、同じような機能や種類の病院と比較し、自らの病院がどれくらいのランキングに位置しているかを客観的に評価するのである。これらの評価やランキングは情報として一般に公開されており、医療の消費者である患者や家族はその評価をみて受診する病院を選択する。これまで病院は治療を提供し、患者の不満などにあまり耳を傾けることなく、医業に専念していれば経営が成り立ったという時代であったが、今は医療サービスの質は患者の主観的評価を含めトータルで評価される時代になった。速やかな疾病の治療や回復という事はもちろん期待されている事で、それは当たり前。その上で、患者が良いケアを受けたと感じることにより得られる「患者満足度」が病院の経営に強い影響を及ぼすようになった。

私が勤務していた病院は働いている看護師たちも、医師も、他の医療専門職者も、事務員も、みんな勤勉に働いていて、地域の良い病院だと感じる事が多い病院だった。しかしながら、患者の主観的評価である「患者満足度」は私たちが願っていた高い評価が出ずに病院のリーダーたちは患者満足度が芳しくないことに悩んでいた。そこで、患者やご家族がどのようなことに満足しているか、どのようなことを不満に思っているかということ、病院の全部署の管理職者たちが直接病室に患者を訪問する「リーダーラウンド」を導入し、毎朝10時から30分から1時間程度ラウンドを実施していた。その経験から私が確信した事は、患者が「良いケア」だと実感する経験はケアを提供するスタッフと患者の間にケアリングを実感する関わりがあった時に生まれているということだった。大切にされたと感じ、人として尊重されていると感じる時、誠実さをスタッフから感じる時、患者の満足度は満たされていた。寄り添い、傾聴、優しい言葉、丁寧な言葉、時間を割いて向き合う事などを通じて、患者やその家族たちは「癒された」と感じていた。病院に「癒しをもたらす関係における医療と看護」が存在しなければ、たとえ外傷や病気が治せても、傷ついた心を癒すことはできないのである。

癒しをもたらすケアリングと それを育てる組織創り

リーダーラウンドを通じて患者やその家族がどのような医療者・看護者の関わりを高く評価していることを下記に列挙してみた。

- ・ Compassion (共感)
- ・ Caring (ケアリング)
- ・ 相互に対する尊敬
- ・ 傾聴
- ・ 丁寧さ
- ・ 親切
- ・ 傍らに居ること
- ・ 質が高く速やかなケア
- ・ 情報を提供すること
- ・ 純粋で誠実であること

これらの項目は、あまり複雑なことでもなければ、難しいことでもない。しかし現実の医療の現場では、時間を割いて、患者の訴えに耳を傾け、共感を持って傍らに居ることがますます難しい現状があることも否定できない。このような状況にあって、いま米国の医療機関は様々な取り組みを行っている。看護サービスの部門では、ジーン・ワトソンのケアリング理論を統合した「看護のケア提供モデル」を導入し、看護部の看護実践の枠組みとして、看護師の日々の実践に身近に、かつ具体的に取り入れることができるように工夫をしていた。ワトソンの提唱しているカリタス・プロセスの10項目(下記参照)を用いて、毎月「今月のカリタス」として1項目のカリタス・プロセスを取り上げ、看護部の委員会の会議や、病棟会議などで、そのカリタスの実践の模範となるような看護師の関わりや事例を会議の始めに5分間程参加者から分かち合ってもらう時間をとり、看護の実践の振り返りを看護者一人一人ができる機会を創るようにしていた。それにより、看護部の管理者、病棟の看護師、そして看護助手が同僚の素晴らしいケアリングの実践を知り、自らもケアリングに溢れる看護実践を実践することを自発的に望むようになる組織の環境づくりに努めた。

私が勤務していた病院はキリスト教のカトリックの修道女会が母体になっている病院であったので、公立の病院や宗教色のない病院に比べると、キリスト教的な価値観が病院のミッション(使命)や価値観、または倫理観などが反映されていた。ジーン・ワトソンは「看護師の日々の実践にはその規範となるヒューマニスティックな信条が要求される。そのヒューマニスティックな信条は科学的な知識と融合されて看護師の行動に現れなければならない。」と述べている(Watson, 1985, p.7)。ヒューマニスティックな信条とは、例えば「倫理綱領」など、専門職としての倫理規範になるものもその一つであるし、個人の信条や、宗教などによって表される価値観などもヒューマニスティックな信条として理解することもできる。ワトソンは、看護ケアを“a deeply human activity”, 「人間らしさに満ちた行為」と呼び、ケアリングは看護の核となるものであると説いている(Watson, 1985, p.9)。

カリタス・プロセスの10項目

- ・ カリタス・プロセス1: 人間性と利他主義に価値を置き、自己と他者に対しての愛情、親切、平静さをもって実践をする
- ・ カリタス・プロセス2: 全身全霊をこめてそこに存在すること、自己とケアするものと、ケアを受ける者の主観的世界と、深い信念を支え可能にすること
- ・ カリタス・プロセス3: 自己と他者に対する感受性を高め、スピリチュアルに発展し続ける
- ・ カリタス・プロセス4: 真の意味で信頼に基づく関係を築く
- ・ カリタス・プロセス5: 相手の話にじっくりと耳を傾け、肯定的な感情のみでなく、否定的な感情も自由に表出することを助け、それを受容する
- ・ カリタス・プロセス6: 創造的に問題解決の方法を作り出す
- ・ カリタス・プロセス7: 関係性の中で教育—学習を行う
- ・ カリタス・プロセス8: ヒーリングの環境を創造していく
- ・ カリタス・プロセス9: 基本的なニーズを援助する
- ・ カリタス・プロセス10: 神秘的な出来事や不可解な事にも目を向ける

(Watson, 2010)

組織の心を一つにする ミッションマネジメント

ケアリングのある看護実践が病院の中でできるよう看護師たちが看護部をあげて努力を続けたからといってそれだけで病院全体がケアリングのある組織に育ってゆくとは限らない。病院全体がケアリングのある組織に成長するためには、病院の全ての職員、理事、院長などの管理職者から食堂やメンテナンスで働くパートも含む職員まで、その病院の存在の意味: 組織のミッションを職員一人一人に理解させ、目標を共有することが不可欠である。組織のミッションの共有をしなければ、職員たちは同じ方向に向かって努力をすることができない。先に紹介した病院では、一年に一回、全ての職員が「ミッションインテグレーション」という約1時間半から4時間のスタッフ教育プログラムに参加し、職種、職域、職位を超えて組織のミッションと新年度の組織のテーマと目標を共有していた。

ミッションインテグレーションは組織のすべての部署、場所に仕事をするスタッフ全員が同じ目標に向かって、一貫して、意識的に質の高いサービスを提供

するためにゴールを共有するためにとっても有効な機会であった。ただ単に事務的にミッションや目標を提示するのではなく、その研修では中間管理職者がイニシアティブを発揮し、組織の使命、社会における役割と責任を深く哲学的なレベルまで会話を深めながら、同僚として分け隔てなく、様々な職域、職位のスタッフとコミュニケーションをとっていた。カジュアルはコミュニケーションの中に、自分に与えられた職場で誇りを持って組織のミッションを生きている同僚の姿を見ることで、組織の一員として「大切なミッションをもつこの病院に貢献したい」という気持ちが私の中にも湧いてきたことを覚えている。私が最も驚いたことは、この研修を受講することは必須で、もし受講をしなかったら「出勤停止」になる、全ての職員が参加しなければならない教育であったことだ。それほど病院は全ての職員が心をつ一つにして、同じ方向に向かって医療・看護サービスを提供することを最優先課題としていたのである。

ミッションを生きるということ —赤十字のミッションを生きるということ—

これまで「癒しをもたらす関係における医療と看護」というテーマを考えてきた。まとめとして最後に考えたいことは「ミッションを生きるということ：赤十字のミッションを生きるということ」と「ミッションと実践の一貫性」という問題である。日本赤十字社の使命は「苦しんでいる人を救いたいという思いを結集し、いかなる状況下でも、人間のいのちと健康、尊厳を守ります。」(日本赤十字社, 2014) とある。このミッションは、日本赤十字の災害救援や紛争解決

のための海外支援の働きを通じて日本国内外でもよく知られているものである。加えて、日本赤十字の働きの多くは、地域社会の医療を支える多くの病院で提供される医療と看護であるとも言えよう。もし、赤十字のミッションが「いかなる状況下でも、人間のいのちと健康、尊厳を守る。」ものであるならば、そのミッションが一貫性を持って日本の各地に広がる赤十字の医療機関において、安全で質の高い医療サービスと看護実践を通じて具現化されなければならない。日本に90以上の病院を通じて地域住民の命を守り続ける赤十字病院において、ケアリングに溢れ、人間の尊厳を守る「癒しをもたらす関係における医療と看護」が弛まなく実践されること期待するものである。

文献

- Carper, B. A. (1978). Fundamental patterns of knowing in nursing. *Advances in Nursing Science*, 1(1), 13–22.
- Chinn, P. L., Kramer, M. K. (2008). *Integrated theory and knowledge development in nursing* (6th ed.). St. Louis: Mosby.
- 日本看護協会 (2003). 看護者の倫理綱領. <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf> (2018.1.30)
- 日本赤十字社 (2014). 日本赤十字社の使命. <http://www.jrc.or.jp> (2018.1.30)
- Watson, J. (1985). *Nursing The Philosophy and Science of Caring*. Colorado: University Press of Colorado. 7–9.
- Watson, J. (2010). *Theory of human caring: Core of the theory and caritas processes*. Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing, 10, 77–80.

シンポジウム

人権と看護実践

座 長 高田 早苗（日本赤十字看護大学）

シンポジスト 内木 美恵（日本赤十字看護大学）
三輪富士代（福岡市立こども病院）
福本 京子（有吉病院）
開田美和子（国立療養所恵楓園）

シンポジウム

避難所で生活する被災者

The Disaster Victims Who Live in Evacuation Shelters

内木 美恵 Mie Naiki (日本赤十字看護大学)

キーワード：人権，看護実践，避難所，被災者

key words : human rights, nursing practice, evacuation shelters, disaster victim

人権は，“人間の尊厳”に基づく権利であって，尊重されるべきものであり，人々の相互関係において，人権の意義が正しく認識され，その根底にある“人間の尊厳”が守られることを期待されている。人権の尊重は世界共通の目的であり，国際連合憲章の第一条にある人権及び基本的自由の尊重を具現化するため，1948年に世界人権宣言が国連総会にて採択された。しかし人権を尊重することは容易でなく日本でも多くの課題を抱えており，女性，子ども，高齢者の人権，障がい者やHIV感染者への偏見，そして“東日本大震災に起因する偏見や差別”など17項目があげられている（人権擁護局，2016, pp.5-6）。災害時の人権課題を具体的にみると，「避難生活でプライバシーが守られないこと」，「要支援者（障害者・高齢者・乳幼児・妊産婦等）に対して，十分な配慮が行き届かないこと」があり（東京都生活文化局広報広聴部，2014），避難所で生活する被災者，中でも社会的に弱い立場にある人々の人権が護られ難いと言える。

筆者は，2011年の東日本大震災における日本赤十字社（以後，日赤とする）こころのケア班での支援活動，福島原発災害における日赤の避難住民健康支援事業の企画運営，2016年の熊本地震における日赤避難所健康支援事業の企画運営を行った。これらの経験による事例から，避難所における人権と看護実践について考えてみたい。なお，各事例は意味を変えない範囲で内容を変更している。

【事例1】 発災2週後のことである。高齢女性Aさんが避難所の外にあるお風呂から，下着姿で出てきた。私は「どうしたんですか？大丈夫です

か？」と声をかけた。Aさんは「着の身着のまま逃げてきたから洋服がないのよ。着替えがないから仕方ないの。」と話し，持っていたバスタオルで胸の辺りを隠し恥ずかしそうにAさんの生活スペース方向に歩いて行った。

この状況から，Aさんは羞恥心が薄れ，自尊心が低下していると見受けられた。災害後，被災者は生活基盤を奪われても命さえあれば何とかかなると思ったり，茫然自失となったりする状況があり（宮地，2011, p.15），Aさんは災害により人間の尊厳への意識が低くなっていったと考えられる。また，世界人権宣言の第25条に衣食住，医療及び必要な社会的施設等により自己及び家族の健康と福祉に十分な生活水準を保持する権利があるとされているが，Aさんはこの権利が満たされていないと言える。よって看護師は，災害時，人間が平時に持っている自尊心等が薄らぐという心理を理解し，策を図らなくてはならない。

【事例2】 発災1ヶ月半後のことである。夫が軽度の痴呆症のBさん夫婦が，度々夜中に大声で喧嘩をし，隣で寝ている高齢男性のCさんやDさんは「うるさくて眠れない」と周囲の避難住民に話していた。村の保健師によると災害前は，Bさん夫婦が喧嘩しても近所の人達が怪我をしないように見守っており，諍いがおきたことがないと話した。

この状況から，Bさん夫婦が周囲の人からのけ者にされるように見受けられた。被災者の避難所生活は，

滞在が長引き、いつまで続くか分からない時に、混乱、不便、設備の共有、プライバシーの欠如、心配や苦勞がすべて一緒になって、同居の困難性を助長されることから (Raphael, 1986/1989, pp.200-201), Bさん夫婦の行動が災害前にはいつものことであってもC, Dさんにとっては受け入れがたい状況であったと考える。人権擁護局 (2016, pp.66-67) によると避難生活の長期化に伴うトラブルや放射線被爆についての風評等に基づく差別的取扱い等の人権問題が発生すると言われており、避難所ではこのような状況が起きやすいと言える。よって看護師はこのような被災者間の心理を理解し、トラブル発生前に対処を講ずる必要がある。

【事例3】 発災3ヶ月後のことである。杖を使って一人で日常行動ができる高齢女性Eさんは、個人的に2日間の支援に来たF看護師に動く時には転ぶと危ないから呼ぶようにと指示を受けた。数日後、Eさんは依存的になり自分で杖を使って行動しなくなった。

この状況から、F看護師がEさんのセルフケア能力を取り上げたように考えられた。支援者、特に短期でやってくる者は効率よく有効な支援を行いたいと思ひ、つい急かしたりハイテンションになりがちで

あり、被災者が一見無気力に見えることから (宮地, 2011, p.31), F看護師はEさんを支援したいと行動しながらも結果的にはEさんの力を奪うような状況となった。また、世界人権宣言の第25条から見て、Eさんはこの権利が無視されているとも言える。よって看護師は、被災者と支援者との間にある心理を理解し、災害前のように自宅で暮らせるよう、セルフケアを高める看護を図ることが重要である。

これらの事例は人権の課題の一部ではあるが、避難所で生活する被災者特有の心理状況があることを十分理解して、人権が犯されることがないように、看護の専門性を発揮し、自宅での生活が持続できるようケアを行う必要がある。

文献

- 人権擁護局 (2016). 平成28年度人権教育及び人権啓発施策 第193回国会 (常会) 提出。
- 宮地尚子 (2011). 震災トラウマと復興ストレス. 東京: 岩波書店。
- Raphael, B. (1986) / 石丸正訳 (1989). 災害の襲う時—カタストロフィの精神医学. 東京: みすず書房。
- 東京都生活文化局広報広聴部 (2014). 人権に関する世論調査. 71-72.

シンポジウム

小児の医療現場で出会う患児・家族の人権と看護実践

How to Protect the Rights of Children and Their Families in Clinical Practice:
From the Standpoint of Pediatric Nursing

三輪富士代 Fujiyo Miwa (地方独立行政法人福岡市立病院機構 福岡市立こども病院)

キーワード：小児，家族，権利，倫理的ジレンマ

key words : child, family, right, ethical dilemmas

I. はじめに

小児医療の現場では、高度医療の進歩に伴って疾病構造の変化、複雑化・重篤化に加え、在宅支援や救急体制など取り組むべき課題が山積している。私たちの対象は、胎生期から成人までと幅広く、出生する前の生命の始まりから最期の時までの様々な場面に对应していかなければならない。“こどもたちのためにより良い医療を提供しよう”と誰もが医療現場で努力しているが、果たして本当に権利を尊重した医療・看護が提供できているだろうか。ここでは、現場におけるこどもの権利に関わる倫理的課題と看護実践について考えたい。

II. こどもの権利

「児童憲章」(1951年)、「こどもの権利宣言」(1959年)、「児童(こども)の権利に関する条約」(1989年国連採択)、「ヘルスケアに対するこどもの権利に関するオタワ宣言」(1988年、世界医師会総会；WMA)などを経て、こどもは人権を持つ主体であるという認識が普及してきた。また日本看護協会では、「小児看護領域で特に留意すべきこどもの権利と必要な看護行為」(1999年)において、“説明と同意”、“最小限の侵襲”、“プライバシーの保護”、“抑制と拘束”、“家族からの分離の禁止”、“教育・遊びの機会の保証”など9項目を示している。今後はこれらの指針に基づき、医療の現場でこどもの人権をどのように守っていくかが重要となる。

III. 小児医療の現場における
こどもの権利に関わる倫理的課題

臨床現場では、こどもの権利を尊重する上で倫理的ジレンマを抱える事象が数多く存在する。表1にこれまで筆者が経験してきた事象の一部を示す。表から明らかのように、家族が一緒にいる権利、最小限の抑制や侵襲の問題、こどもへの説明など、現場では権利に関わる多くの問題が様々な形で発生する。また、治療の意思決定など生命倫理に関わる事象も存在する。これらの事象では、対象がこどもであるという特性から、次のような課題がある。

1. 認知，理解，意思決定などに関わる能力

こどもの認知，理解，意思決定や表示に関する能力は、各々の成長・発達段階によって大きく異なり、疾患や障がいの特性によっても大きく変わってくる。これらの能力を正確に把握することは対象の年齢や発達によっては非常に難しい。自分で意思表示ができない段階のこどもの場合には、判断がさらに難しくなる。表にあげた事象には、いずれも対象となるこどもの理解度や意思表示などが関わっているが、明らかに意思表示のできないこどもが対象の場合には、そのこどもの“最善の利益”を周囲の関係者が推量していくしかない。

2. 法的能力

こどもは“権利を持った主体”である一方、民法においては“こどもは親権に服する”と規定されている。Informed Consentは法的効力を含めた「説明を受けた上での同意」という概念であるが、小児では、In-

表1. 小児医療の現場で倫理的ジレンマを抱える事例の例

場面	状況
こどもの採血	こどもの処置の際、母親は付添いたいと思っていたが付き添えなかった。意向についても医療者から聞かれなかった。
乳幼児の処置の際の抑制	苦痛を最小限にして処置を早く終えるため、乳幼児期のこどもの採血ではたいてい抑制帯で全身を抑制された。
幼児期のこどもの手術の説明	保護者はこどもへの説明の仕方がわからず、「手術する」ことは伝えていなかった。入院後、医師や看護師も主に保護者に向けてのみ説明した。
思春期患児への治療や病状の本人への説明	悪性腫瘍の治療効果が認められず、苦痛の方が増大した。本人は「全て知りたい」と希望しており医療者は、本人に真実を説明して治療を中止することを提案したが、保護者は「希望を持たせるため本人に治療中止を言わず偽薬での治療を続けてほしい」と希望された。
脳症患児の呼吸器管理の中止	幼児期のこどもの脳症発症後、意識レベルは回復せず、その見込みもなかった。保護者は、「自分で息をすることもできずに生かされているのは、生きていと言えない。呼吸器をはずしてほしい、本人も同じ気持ちである」と呼吸器管理の停止を希望された。
胎児の出生前診断	妊娠22週を過ぎ胎児胸水の治療目的で入院し、胎児の染色体異常が判明した。保護者は「赤ちゃんの治療をしないでほしい」と希望された。治療中止は母体にも影響することが予測された。

formed Assent, つまり、法的効力はないが、そのこどもからの同意（納得）を得ることが重要であるとされる。ここで問題となるのは、こどもと親権者との意見が相違している場合や、相違が明確となっていないものの、親権者の意思決定や医療者の提案が、こどもの“最善の利益”と思えない場合などである。

IV. 小児医療におけるこどもの権利を守るための看護実践

看護者がこどもの権利を守っていくために、実践の中で「看護倫理」について考えていく必要がある。看護倫理の“より良い看護のあり方を常に考える”上で重要な4項目を以下にあげる。第1は、“子どもにとって、これでいいのか？”と、その事象に《気づく》ことである。倫理的問題を考えるプロセスには、事実から倫理的問題を同定、分析、解決策を考え対応していくことがあるが、そこでは、《気づく》という意

識への顕在化が重要である。第2に倫理について《学ぶ》ことの重要性である。倫理に関する認識は、学びや臨床経験の積み重ねによって高められ、倫理原則や分析法は、考える根拠を自分自身に与える。第3は、そのこどもと取り巻く状況を十分に《知る》ことである。臨床での倫理的ジレンマに対して、「医学的適応（善行と無危害の原則）」、「患者の意向（自律性尊重の原則）」、「QOL（善行と無危害と自律性尊重の原則）」、「周囲の状況（忠実義務と公正の原則）」の4点から検討する分析方法（Jonsen, Siegler, & Winslade, 1982/2006）がある。小児の場合、「患者の意向」について情報がなく、それは、本人の意思がわからないという理由による。その場合、私たちはこどものこれまでの経過や周囲の状況、考えなどを通し、“その子”を《知る》ことで、“最善”を模索するしかない。第4は、十分に《話し合う》ことである。本人や親権者、その他の家族を含め、医療に関わる者それぞれが、置かれている立場で意見を交換し合い、意思決定していくことが重要である。重篤な疾患を持つこどもの医療について、日本小児科学会が話し合いのガイドラインを示している（日本小児科学会, 2012）。これは、生命維持に必要な治療の差し控えや中止の基準を定めるものでも答えを導き出すものでもなく、こどもに関わる人がその“最善の利益”について真摯に向き合い話し合うためのガイドである。様々な価値判断が存在する中で、必要に応じてツールを利用し、臨床での事象に十分に《話し合う》ことが重要だと考える。

V. おわりに

臨床では、急変などが常に起こりうる。そのような中でも可能な限り、私たちは日ごろから倫理的事象に関してセンシティブになり、また倫理原則やその分析を含め知識を深めていく努力が必要ではないかと考える。小児医療における看護実践の場では、療養生活の日常全ての過程で関わるべきこどもの権利が存在することを忘れてはならない。

文献

- Jonsen, A. R., Siegler, M., Winslade, W. J. (1982)／赤林朗他監訳 (2006). 臨床倫理学—臨床医学における倫理的決定のための実践的なアプローチ. 東京: 新興医学出版社.
- 日本小児科学会 (2012). 重篤な疾患を持つこどもの医療をめぐる話し合いのガイドライン. <https://www.jpeds.or.jp/uploads/files/saisin> (2017.6.2)

シンポジウム

実践報告「縛らない看護」

Nursing not to Restrict

福本 京子 Kyoko Fukumoto (医療法人笠松会有吉病院)

キーワード：身体拘束，ユニットケア

key words : medical restraint, unit care

1. はじめに

医療法人笠松会有吉病院は福岡県宮若市で地域医療を支える慢性期療養型医療施設である。1998年「抑制廃止福岡宣言」を宣言し、5つの基本的ケアの充実を図りながら身体拘束廃止に取り組み、2002年には医療施設では全国発となるユニットケアを導入し、環境も看護（ケア）の味方にしながら、現在も縛らない看護を実践している。

19年に及ぶ実践の中から、縛らない看護実現のためのキーワードについて報告する。

II. 縛らない看護（ケア）実現のキーワード

身体拘束廃止が目指したものは、『高齢者の尊厳の保持』である。問題行動の原因を探り、個別のリズムに合わせたこちよいケアと環境を調整することで、問題となる原因を取り除き、縛らない看護は継続できる。

縛らない看護（ケア）を実現するためのキーワードは以下の通り。

1. 五つの基本的ケアを徹底する

“起きる・食事・排泄・清潔・アクティビティ”の持っている力を探し、できない原因を探り、できるケアに変えること。

五つの基本的ケア（図1）とは、起きる・食事・排泄・清潔・アクティビティである。要介護状態の高齢者を車イス等で可能な限り起きてもらい、よい姿勢で食事を摂り、よい姿勢で排泄する。起きるという行為は、食事ケアや排泄ケアを提供する前の重要な準備で、嚥下や排泄の一連のメカニズムを考えると、重要

な姿勢であることはいうまでもないが、単にADLだけではない。五感を刺激することで意欲をひきだし、高齢者の心が起きると身体も動くのである。

1) “起きて、食べる”を支える

しっかりとよい姿勢で起きること。よい姿勢で高齢者個々のペースに合わせて食事を摂ることで脱水は改善される。食のアセスメントは多職種で実施し、姿勢保持のための用具（テーブルやイス、車イスなど）や自助具、食形態等を検討する。食べる意欲をこちよく刺激するには、嗜好や習慣を継続するケア方法であること、そしてまるで自宅のキッチンと思えるような食堂、気の合った高齢者同士のグルーピングなどの環境調整も重要である。

2) 排泄を支える

排泄も個別のリズムに合わせたトイレ誘導やオムツ交換を促すことにより、汚染やろう便といった不潔行為も予防できる。居室内のトイレを活用すれば、失敗を人の目にさらすことなくプライバシーも尊厳も守ることができる。排泄の問題は高齢者自身が何を問題と

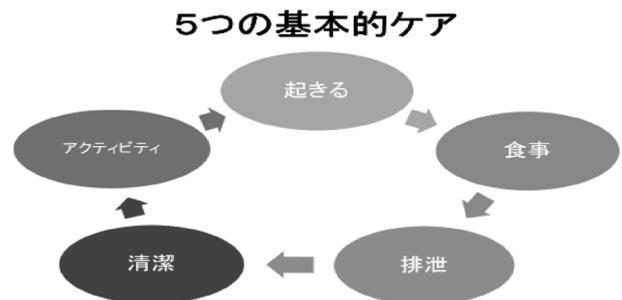


図1

し、どのような排泄ケアを望んでいるのか、潤いのある生活を支えるための排泄ケアであることを念頭に置いている。

3) 入浴を支える

入浴により保清で清潔は保持され、皮膚トラブルや褥瘡予防となるのはもちろんだが、個浴で時間や湯の温度は意向に合わせ、音楽を流すなど、入浴が楽しみになる配慮も忘れない。ユニット病棟において昨年は30名が老衰による死亡退院であったが、褥瘡発生は死亡日より2週間以内の発生が3名のみに留まり、他は褥瘡のないきれいな身体のままでの退院が実現できた。

2. 家族と環境をケアの味方にする

落ち着いた環境・居場所を作り、家族もパートナーにすること。

図2,3のように、単に一人部屋があればいいのではなく、写真や思い出の品々などの私物で身の置き所=居場所へと設えていく。輝いていた頃の写真は、これまでの生き様を想像させ『その人なり』に考えるのである。処遇の場から生活の場となり、個人としての生活環境を再構築することで生命力は萎むことなく、自己再生の場となる。生きる力を引き出す環境の持つ力は大きい。

3. ケアを検証すること

ケアをふりかえり、チームの成果と課題を確認すること。

時に実践は、高齢者には押し付けとなっていることもあり、実践を検証することで気づきを得ることがある。

- ①高齢者のこれまでの生き様を知り、“その人なり”を想像できたか
- ②人の手を借りながら、生きるということを理解できたか
- ③私たちのケアが生きる力を引き出し、尊厳を守ることができたか
- ④よい結果であってもそうでない場合でも、真摯に向き合えたか
- ⑤実践を通じて得た喜び・やりがい・葛藤をすべて価値にしているか



図2



図3

III. まとめ

施設に入所することについて、外山義氏は「第一の苦難は施設入る原因そのものによる苦しみ、第二の苦難は、みずからがコントロールしてきた居住環境システムの喪失、第三の苦難は施設という非日常空間に移ることにより味わうさまざまな『落差』に直面し、さらに苦しむことになる。地域で暮らしてきた高齢者が、生活の場を施設に移したとき経験させられる生活の『落差』—『空間』の落差、『時間』の落差、『規則』の落差、『言葉』の落差があり、最大の落差は『役割の喪失』である。」と述べている。

基本的ケアを整え、これまでの生活環境を継続することは最も重要と考える。

文献

外山義 (2013). 自宅でない在宅—高齢者の生活空間. 東京：医学書院.

シンポジウム

ハンセン病患者の人権と看護実践について

About the Human Rights Nursing Practice of the Reper

開田美和子 Miwako Hirakida (国立療養所菊池恵楓園)

キーワード：ハンセン病後遺症, 看護実践, 人権, 偏見・差別

key words : hansens disease aftereffects, nursing practice, human rights, prejudice discrimination

ハンセン病については、新聞、テレビ等、メディアを通し知られつつあるが、まだまだ一般的ではない部分も多く、入所者に携わっている看護師として、ハンセン病患者の人権と看護実践について紹介する。

I. ハンセン病の歴史について

明治6年にノルウェーのハンセン医師によって「らい菌」が発見された。感染力は非常に弱く遺伝病でもない。昭和18年には、アメリカでプロミンという治療薬が発表され、治療法が確立されたが、外見上の変化が後遺症として残る入所者が多く、「怖い病気」として定着していった。平成20年には、「ハンセン病問題の解決の促進に関する法律」が制定された。療養所施設を地域に開放し、地域住民の診察を認めるなど入所者の社会復帰を後押しする内容が盛り込まれ、今では療養所の周辺住民とも広く交流が図られている。

II. 全国ハンセン施設について

全国のハンセン病療養所は13施設ある(図1)。平成29年2月現在、13の施設内に1492名、平均年齢は84歳と、超高齢化がすすんでいる。

III. 当園について

当園は恵まれた自然環境の中、60ヘクタールという広大な敷地は、東京ドーム13個分で、108年の歴史がある。園内は、ひとつの町のように形成され、病院、住居、文化施設、郵便局、商店などがあり、暮ら

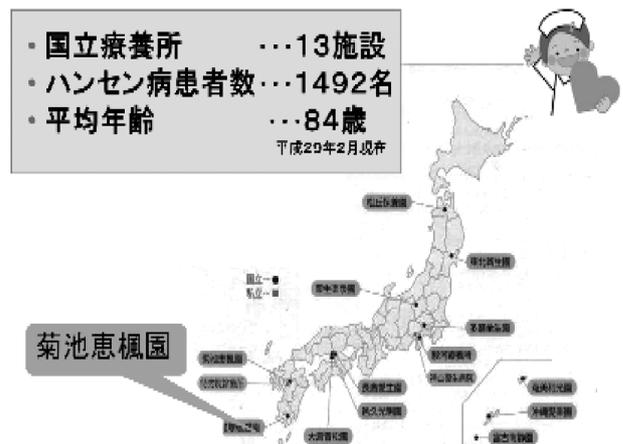


図1. 全国のハンセン病施設について

しに必要な場となっている。そして医療の場として、治療する所であると共に、収容隔離された背景から、入所者の終焉の場でもある。

IV. ハンセン病の看護・介護について

看護部の理念は「入所者のその人らしさを尊重し、安心して心豊かに生活できるような看護(介護)を提供します」とある。そこには、ハンセン病歴史の中で隔離・偏見・差別の中を生き、一人一人の入所者の考えや、信念・価値観・行動を受け入れ、その人らしく、穏やかな心の状態で幸福や満足を感じられるように、確実な知識・技術に基づいた援助を行うことが責務だと考える。

当園の現在の入所者の数は平成29年5月1日で244名、平均年齢も84歳と後期高齢者が9割の200名程度

を占めている。ハンセン病後遺症には特有の末梢神経障害がある。これにはハンセン病後遺症特有の運動障害、知覚麻痺、自律神経障害の不自由に加え生活習慣病などの様々な合併症や、老年期の特徴が加わり、要介護度が高くなっている。特に熱傷予防、転倒予防、怪我防止等に努め、日常生活の援助工夫が求められている。また、ハンセン病後遺症特有の点眼、睫毛除去、皮切りなどの確実な看護技術の伝承と習得が必要である。身体的側面だけでなく、メンタル面では、これまで偏見差別という厳しい状況の中で人生を送ってこられたからこそ、真摯に対応する事が必要である。看護実践として、高齢者看護と合併症予防を行いながら、他部門と連携したチーム医療や、エンド・オブ・ライフケアの実践が重要であり、一人ひとりに寄り添う看護の原点が、ハンセン病療養所にはある。本人がどのような生活を送りたいかを傾聴し、障害があれば一緒に考え、ハンセン病を経験されたことで受けた心の痛みをも和らげることのできる、人生に寄り添える存在であることを目指している。「やさしく流れる時のなかで一人ひとりの人生に寄り添う存在として」(厚生労働省, 2017)

V. 最後に人権について

元ハンセン病患者は、治療薬が使用されるようになるまでは、患者を隔離政策によって、人権を侵害する事が行われた。代表的なのが平成15年ホテル宿泊拒否事件である。熊本県が実施する「ふるさと訪問事業」においてホテルが参加する入所者18人の宿泊を拒否された。このことは、ハンセン病に対する差別事件に関係者の衝撃は大きく全国的なニュースになったり、ホテル側の「他の宿泊客に迷惑がかかる」との釈明には社会の多くの反発をかい、抗議の電話と手紙

がホテルに殺到した。一方で、ホテル側の形式的な謝罪を入所者自治会が拒否したことで、全国から匿名で大量の誹謗・中傷の電話や手紙が園に殺到した。これは、何よりもハンセン病に対する認識不足と偏見差別が根強く残っていることを見せつけられた、悲しむべき事件であった。今こそ、私たちは看護師として、様々な辛い人生を生き抜いてこられた入所者の、生涯を過ごす終の棲家として、一人ひとりとじっくりと向き合い、「その人らしく生きる」ことができるように援助することが重要であると感じている。入所者には「辛いこともあったけれど、生きていて良かった」と思える看護・介護を提供していきたいと考える。そして人生の最期の時まで、その人らしく、安心して生活ができるように、そして満足度向上には、身近な私たち職員が正しい倫理観を持ち、入所者本意の人権を尊重した健全な信頼関係をつくり寄り添っていくことを第一に考え、看護に従事していきたい。

ここで、最後に自治会機関誌発行の中からの投稿を紹介する。

Fさんの投稿……小さな望み

押し鮎のように狭っ苦しい箱の中に閉じ込められて、消えかけていた命を、今日もまた引き摺ってゆく…ああ…わずかな空気でもいい、腹の底から「馬鹿野郎」と大きな声が出せるところが欲しい。(菊池野編集委員会, 1959)

文献

- 菊池野編集委員会 (1959). 小さな望み. 菊池野自治会機関誌, 9(3), 19.
- 厚生労働省 医政局医療経営支援課 (2017). 看護職員募集案内.



日本赤十字看護学会 研究助成に関する規程

1. 研究助成の目的

日本赤十字看護学会（以下、「本学会」という）の事業の一環として、学会員の看護に関する研究を支援するために、研究費の一部を助成し、看護研究の推進と看護学の発展に寄与することを目的とする。

2. 資金

本学会の研究助成は、特別会計の資金の一部を基金として行う。

会計年度は4月1日より翌年の3月31日までとする。

3. 助成の金額

金額は年間60万円を総額としてこれにあて、研究1題について30万円を限度として交付する。助成額は対象研究課題の2年間（1年も可）の研究費用に充当するものである。

4. 助成の対象

個人または共同の看護学に関する研究を対象とする。

5. 応募資格

研究代表者は、申請時において本学会会員である期間が2年以上あり、かつ看護教育または看護実践に携わる者であること。

共同研究者は、申請時に本学会会員であること。

6. 助成の決定

別に定める研究助成選考基準により、選考委員会で審査し、理事会で決定する。

選考委員会の委員は、研究活動委員会の議を経て本学会理事長が委嘱する。

7. 義務

助成を受けた者は、以下の義務を負う。

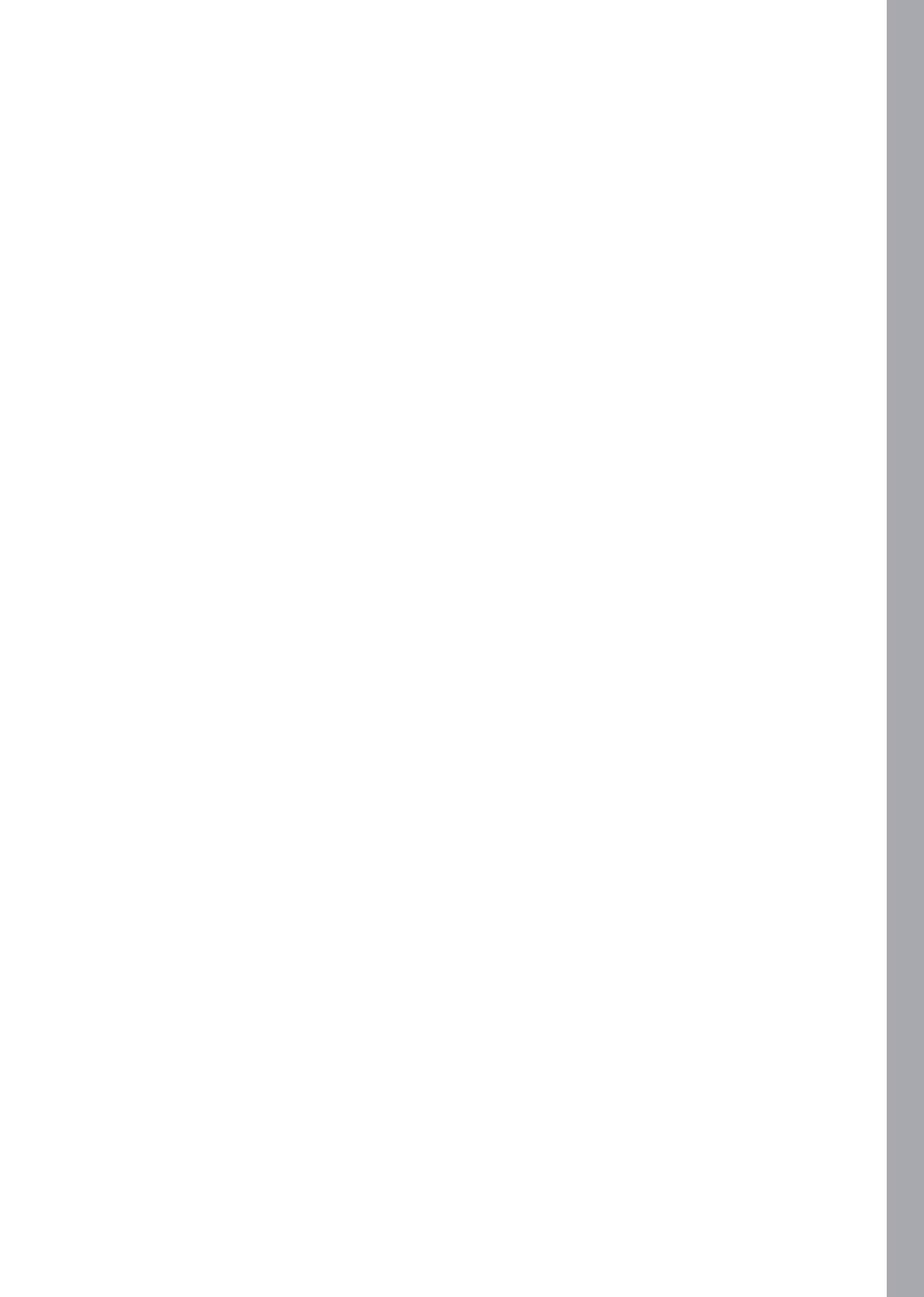
- i. 研究成果を助成期間内もしくは助成終了後6カ月以内に本学会学術集会に発表し、さらに1年以内に本学会誌に投稿すること。
- ii. 学会発表等の際には「本助成を受けた研究」である旨、記載すること。
- iii. 助成期間終了時に「成果報告書」と「決算報告書」を別紙様式により学会事務局に提出すること。研究成果報告書は理事会で報告ののち、本学会誌に掲載される。

附則

この規程は、2004年6月4日から施行する。

この規程の改正は、2006年4月22日から施行する。

この規程の改正は、2017年4月1日から施行する。



日本赤十字看護学会会則

第一章 総 則

- 第1条 本会は、日本赤十字看護学会（The Japanese Red Cross Society of Nursing Science）と称す。
- 第2条 本会の事務局は、理事会の承認を受け、別に定める。
- 第3条 本会は、赤十字の理念に基づき会員相互の研鑽と交流を図り、看護学の発展をめざすことを目的とする。
- 第4条 本会は第3条の目的を達成するため次の事業を行う。
- 一. 学術集会の開催
 - 二. 総会の開催
 - 三. 会誌等の発行
 - 四. その他本会の目的達成に必要な事業

第二章 会 員

- 第5条 本会の会員は次の通りとする。
- 一. 正会員
 - 二. 賛助会員
 - 三. 名誉会員
- 第6条 正会員とは、本会の目的に賛同し、看護研究、看護教育、看護実践に携わる者で、理事会の承認を得た者をいう。
- 第7条 賛助会員とは、本会の目的に賛同する個人、または団体で理事会の承認を得た者をいう。
- 第8条 名誉会員とは、本学会及び看護学の発展に多大な寄与をした者の中から理事長が推薦し、理事会及び評議員会の議を経て、総会で承認を得た者をいう。
2. 名誉会員は総会に出席し、意見を述べることができる。
 3. 名誉会員は、会費の納入を必要としない。
- 第9条 本会に入会を認められた者は、所定の年会費を納入しなければならない。
2. 既納の会費は、いかなる理由があってもこれを返還しない。
- 第10条 会員は、次の理由によりその資格を喪失する。
- 一. 退会
 - 二. 会費の滞納（2年間）

三. 死亡又は失踪宣告

四. 除名

2. 退会を希望する会員は、理事会へ退会届を提出しなければならない。
3. 本会の名誉を傷つけ、または本会の目的に反する行為のあった会員は、理事会の議を経て理事長が除名することが出来る。

第三章 役員・評議員および学術集会会長

- 第11条 本会に次の役員を置き、その任期は3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。
- 一. 理事長 1名
 - 二. 副理事長 1名
 - 三. 理事 10名（理事長、副理事長を含む）
 - 四. 監事 2名
 - 五. その他 理事長が指名した理事2名以内

第12条 役員を選出は次のとおりとする。

- 一. 理事長は、理事の互選により選出し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
- 二. 副理事長は、理事の中から理事長が指名し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
- 三. 理事長は、本会の運営の円滑を図るため、正会員の中から理事を指名し、総会の承認を得る。
- 四. 理事および監事は、評議員会で評議員の中から選出し、総会の承認を得る。

第13条 役員は次の職務を行う。

- 一. 理事長は、本会を代表し会務を統括する。
- 二. 副理事長は、理事長を補佐し、理事長に事故あるときはこれを代行する。
- 三. 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
- 四. 監事は、本会の事業および会計を監査する。

第14条 本会に評議員を置く。評議員の定数及び選出方法は別に定める。

第15条 評議員の任期は、3年とし再選を妨げない。但し、引き続き6年を越えて在任することはできない。

2. 評議員が辞任したときは、評議員選挙における次点者が、残任期間その任に当たるものとする。

第16条 評議員は評議員会を組織し、この会則に定める事項のほかに理事長の諮問に応じ、本会の運営に関する重要事項を審議する。

第17条 本会に学術集会会長を置く。

第18条 学術集会会長は、評議員会で正会員の中から選出し、総会の承認を得る。

第19条 学術集会会長の任期は、1年とし、原則として再任は認めない。

第20条 学術集会会長は、学術集会を主宰する。

第四章 会議

第21条 本会に次の会議を置く。

- 一. 理事会
- 二. 評議員会
- 三. 総会

第22条 理事会は、理事長が招集しその議長となる。

2. 理事会は、毎年3回以上開催する。但し、理事の3分の1以上から請求があったときは、理事長は、臨時に理事会を開催しなければならない。
3. 理事会は、理事の過半数の出席をもって成立とする。

第23条 評議員会は、理事長が招集し、その議長となる。

2. 評議員会は、毎年1回開催する。但し、評議員の3分の1以上から請求があったとき及び理事会が必要と認めるとき、理事長は臨時に評議員会を開催しなければならない。
3. 評議員会は、評議員の過半数の出席をもって成立とする。

第24条 総会は、理事長が招集し、学術集会会長が議長となる。

2. 総会は、毎年1回開催する。但し、正会員の5分の1以上から請求があったとき及び理事会が必要と認めるとき、理事長は臨時に総会を開催しなければならない。
3. 総会は、正会員の10分の1以上の出席または委任状をもって成立とする。

第25条 総会は、この会則に定める事項のほか次の事項を議決する。

- 一. 事業計画および収支予算
- 二. 事業報告および収支決算
- 三. その他理事会が必要と認めた事項

第26条 総会における議事は、出席正会員の過半数を持って決し、可否同数の時は議長の決するところによる。

第五章 学術集会

第27条 学術集会は、毎年1回開催する。

第28条 学術集会会長は、学術集会の企画運営について審議するため、学術集会企画委員を委嘱し、委員会を組織する。

第六章 会誌等

第29条 本会は、会誌等の発行を行うため編集委員会を置く。

第七章 会計

第30条 本会の会計年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日で終わる。

第八章 会則の変更

第31条 本会の会則を変更する場合は、理事会及び評議員会の議を経て総会の承認を必要とする。

2. 前項の承認は、第26条の規定に関わらず出席者の3分の2以上の賛成を必要とする。

第九章 雑則

第32条 この会則に定めるもののほか、本会の運営に必要な事項は、別に定める。

附則

この会則は、平成12年5月27日から施行する。

附則

この会則の改正は、平成17年6月10日から施行する。

附則

この会則の改正は、平成19年6月16日から施行する。

附則

この会則の改正は、平成20年6月14日から施行する。

日本赤十字看護学会会則実施細則

- 第1条 この実施細則は、日本赤十字看護学会会則第32条に基づき、日本赤十字看護学会の運営に必要な事項を定める。
- 第2条 本会の正会員の会費は、年額7,000円とする。
2. 本会の賛助会員の会費は、年額一口50,000円とし、一口以上とする。
- 第3条 学術集会企画委員会は、次の事項を審議する。
- 一. 学術集会の形式
 - 二. 演題の選定および座長の選出
 - 三. その他学術集会の運営に関すること
2. 学術集会企画委員会は次の委員をもって組織する。
- 一. 学術集会会長
 - 二. 理事 1名
 - 三. 評議員 1名
 - 四. 学術集会会長が必要と認めた正会員
3. 委員長は、学術集会会長とする。
- 第4条 理事会に下記の委員会を置く。
- 一. 編集委員会
 - 二. 広報委員会
 - 三. 研究活動委員会
 - 四. 臨床看護実践開発委員会
 - 五. 国際活動委員会
 - 六. 災害看護活動委員会
 - 七. 法人化検討委員会
 - 八. 歴史研究委員会
- 第5条 理事会は、必要に応じ委員会を設けることができる。
2. 委員長には、理事会で選出された理事をもってあてる。
- 第6条 実施細則を変更する場合は、理事会で協議し決定する。

附則

この実施細則は、平成12年5月27日施行する。

附則

この実施細則は、平成17年6月10日改正、平成18年4月1日から施行する。

附則

この実施細則は、平成18年11月11日から改正、同日より施行する。

附則

この実施細則は、平成19年6月16日から改正、同日より施行する。

附則

この実施細則は、平成21年2月14日から改正、同日より施行する。

附則

この実施細則は、平成27年6月27日から改正、同日より施行する。

附則

この実施細則は、平成28年9月18日から改正、同日より施行する。

日本赤十字看護学会評議員選出に関する規程

- 第1条 この規程は、日本赤十字看護学会会則第32条に基づき、日本赤十字看護学会会則第14条による評議員選出に関して必要な事項を定める。
- 第2条 理事会は、正会員の中から5名の選挙管理委員を委嘱する。
2. 選挙管理委員は、選挙管理委員会（以下「委員会」とする）を組織する。
 3. 選挙管理委員は選挙権および被選挙権を有する。
 4. 委員会運営に必要な事項は、別に定める。
- 第3条 評議員の定数は50名程度とする。
2. 全国を7ブロック（北海道・東北・東部・中部・近畿・中四国・九州）に分け、各ブロックの選挙年5月31日時点の正会員数の比率に基づき、評議員総数を50名とした場合のブロック毎の評議員数を算出する。
 3. 2によって算定された評議員数の端数（小数点以下）は繰り上げとする。
- 第4条 選挙人名簿作成時（選挙年5月31日）までに、その年度の会費を納入した正会員は選挙権を有する。
- 第5条 入会年度を含めて2年以上を経過し、第4条に該当する会員は、被選挙権を有する。
- 第6条 選挙人名簿および被選挙人名簿は、委員会で作成し理事会の承認を得て被選挙人名簿を選挙人に配布する。
- 第7条 選挙期日は、理事会で決定し、正会員に告示しなければならない。
- 第8条 選挙は、無記名投票により行う。
- 第9条 開票は、委員会が行う。
- 第10条 次の投票は無効とする。
- 一. 正規の投票用紙及び封筒を用いていないもの。
 - 二. 外封筒に住所、氏名のないもの。
 - 三. 投票締切り翌日以降の消印のもの。
 - 四. 投票用紙に他事記入のあるもの。
 - 五. 定数を越えて記入をしたもの。
 - 六. そのほか、選挙の規程に反するもの。
- 第11条 選挙において有効投票数を多数得た者から順に当選人とする。
2. 同数の有効投票数を得た者が2人以上のときは、年齢の若い方から当選人とする。
- 第12条 当選人が定まった時は、委員会は当選人に当選の旨を通知し、その承諾を得る。
2. 当選人が辞退した時は、時点の者から順に繰り上げて当選することとする。
- 第13条 委員会は得票数を記載した得票者全員の名簿を作成し、理事会に提出する。
- 第14条 この規程の改正は、理事会の議を経て評議員会の承認を必要とする。

附則

この規程は、平成12年5月27日から施行する。

附則

この規程の改正は、平成15年6月6日から施行する。

附則

この規程の改正は、平成27年6月26日から施行する。

日本赤十字看護学会理事・監事名簿

(任期：平成27年度総会后～平成30年度総会)

理事

(五十音順)

氏名	所属
浦田 喜久子	日本赤十字看護大学
江本 リナ	日本赤十字看護大学 (指名理事)
河口 てる子	日本赤十字北海道看護大学
小山 真理子	日本赤十字広島看護大学
高田 早苗	日本赤十字看護大学 (理事長)
武井 麻子	オフィス・アサコ
田中 孝美	日本赤十字看護大学 (指名理事)
西片 久美子	日本赤十字北海道看護大学
西村 ユミ	首都大学東京
本田 多美枝	日本赤十字九州国際看護大学
守田 美奈子	日本赤十字看護大学
若林 稲美	武蔵野赤十字病院 (副理事長)

監事

(五十音順)

氏名	所属
烏 トキエ	日本赤十字秋田看護大学
杉浦 美佐子	椋山女学園大学

評議員名簿

(任期：平成27年総会～平成30年総会)

(五十音順)

氏 名	所 属
青 木 由美子	長野赤十字病院
飯 村 直 子	秀明大学 看護学部
伊 藤 ヒロコ	大阪府看護協会
伊富貴 初 美	日本赤十字社
伊 吹 はまよ	大津赤十字看護専門学校
植 田 喜久子	日本赤十字広島看護大学
浦 田 喜久子	日本赤十字看護大学
江 田 柳 子	福岡県看護協会
江 本 リ ナ	日本赤十字看護大学
大 島 弓 子	豊橋創造大学
大 西 文 子	日本赤十字豊田看護大学
大和田 恭 子	日本赤十字社幹部看護師研修センター
奥 村 潤 子	日本赤十字豊田看護大学
尾 山 とし子	日本赤十字北海道看護大学
唐 澤 由美子	中京学院大学
烏 トキエ	日本赤十字秋田看護大学
河 口 てる子	日本赤十字北海道看護大学
喜 多 里 己	日本赤十字看護大学
小 宮 敬 子	日本赤十字看護大学
小 山 眞理子	日本赤十字広島看護大学
坂 口 直 子	長野看護専門学校
島 井 哲 志	関西福祉科学大学
庄 野 泰 乃	徳島赤十字病院
菖蒲澤 幸 子	日本赤十字秋田看護大学
杉 浦 美佐子	椋山女学園大学
澄 川 美 智	浜松赤十字病院

氏 名	所 属
ソルステインソン みさえ	日本赤十字社医療センター
高 田 早 苗	日本赤十字看護大学
武 井 麻 子	オフィス・アサコ
竹 内 貴 子	日本赤十字豊田看護大学
田 中 孝 美	日本赤十字看護大学
田母神 裕 美	日本赤十字社
千 葉 京 子	日本赤十字看護大学
鶴 田 恵 子	聖隷クリストファー大学
中 島 佳緒里	日本赤十字豊田看護大学
中 田 康 夫	神戸常盤大学
西 片 久美子	日本赤十字北海道看護大学
西 村 ユ ミ	首都大学東京
根 本 とよ子	大森赤十字病院
野 口 眞 弓	日本赤十字豊田看護大学
ニッ森 栄 子	元旭川大学
細 越 幸 子	日本赤十字秋田看護大学
本 庄 恵 子	日本赤十字看護大学
本 田 多美枝	日本赤十字九州国際看護大学
松 井 和 世	高槻赤十字病院
松 尾 文 美	北野病院
松 澤 由香里	北見赤十字病院
宮 坂 佐和子	諏訪赤十字病院
宮 堀 真 澄	日本赤十字秋田看護大学
村 田 由 香	日本赤十字広島看護大学
守 田 美奈子	日本赤十字看護大学
若 林 稲 美	武蔵野赤十字病院
渡 邊 智 恵	日本赤十字広島看護大学

第17回 日本赤十字看護学会評議員会議 議事録

日時：平成29年6月23日(金) 18時00分～19時30分
場所：北九州国際会議場 11会議室

議長：高田早苗 理事長

出席者：青木由美子, 伊富貴初美, 浦田喜久子, 江田柳子, 江本リナ, 大西文子, 烏トキエ, 河口てる子, 小山眞理子, 菖蒲澤幸子, 杉浦美佐子, 澄川美智, 竹内貴子, 田中孝美, 田母神裕美, 中島佳緒里, 西片久美子, 西村ユミ, 本田多美枝, 宮堀真澄, 守田美奈子, 若林稲美 (計23名)

欠席者：飯村直子, 伊藤ヒロコ, 伊吹はまよ, 植田喜久子, 大島弓子, 大和田恭子, 奥村潤子, 尾山とし子, 唐澤由美子, 喜多里己, 小宮敬子, 坂口直子, 島井哲志, 庄野泰乃, ソルステインソンみさえ, 武井麻子, 千葉京子, 鶴田恵子, 中田康夫, 根本とよ子, 野口眞弓, ニッ森栄子, 細越幸子, 本庄恵子, 松井和世, 松尾文美, 松澤由香里, 宮坂佐和子, 村田由香, 渡邊智恵

書記：伊富貴初美, 中島佳緒里

【資料】

平成28年度理事会および評議員会報告	報告資料1-1・1-2
平成28年度庶務報告	報告資料2
平成28年度編集委員会報告	報告資料3
平成28年度広報委員会報告	報告資料4
平成28年度研究活動委員会報告	報告資料5
平成28年度臨床看護実践開発事業委員会報告	報告資料6
平成28年度国際活動委員会報告	報告資料7
平成28年度災害看護活動委員会報告	報告資料8
平成28年度法人化検討委員会報告	報告資料9
平成28年度歴史研究委員会報告	報告資料10
日本看護系学会協議会について	報告資料11
看護系学会等社会保険連合について	報告資料12
平成28年度決算報告	審議資料1
平成29年度事業活動計画(案)	審議資料2
平成29年度予算(案)	審議資料3
選挙管理委員の承認について	審議資料4

高田理事長より, 出席者23名・委任状29名, 評議委員53名中52名の出席があり, 過半数のため本評議員会が成立することが報告された。

【報告事項】

1. 平成28年度理事会および評議員会報告(田中指名理事)(報告資料1-1・1-2)

田中指名理事より, 報告資料1-1・1-2に基づき平成28年度に理事会が計6回開催されたことと, 評議員会が第17回学術集会前日に開催されたことが報告された。

2. 平成28年度庶務報告(田中指名理事)(報告資料2)

田中指名理事より, 報告資料2に基づき(1)平成28年度の正会員入会者数153名, 退会者数119名であったこと, (2)平成29年3月31日現在の正会員数1,241名, 賛助会員1名, 会員総数1,242名であることが報告された。

3. 平成28年度編集委員会報告(本田理事)(報告資料3)

本田理事より, 報告資料3に基づき(1)第17巻第1号を発行したこと, (2)第18巻第1号の発行に向けて査読が行われていること, 著者が希望する枠での査読とした(3)査読ガイドラインの改変を行ったこと, (4)学会誌投稿規定について英語での投稿を可能にするための検討を行ったこと, (5)オンライン査読・電子ジャーナル化に向け

て複数（4社）の業者の検討を行ったことが報告された。

4. 平成28年広報委員会報告（西片理事）（報告資料4）

西片理事より報告資料4に基づき、ニュースレター Vol.14を発行したこと、ホームページの管理運営、利益相反指針の提示を行ったこと、ホームページのリニューアル化の準備として平成29年3月末までログ解析を行っていることが報告された。総会で承認されたらリニューアルしていく。

5. 平成28年度研究活動委員会報告（田中指名理事）（報告資料5）

武井理事が欠席のため、田中指名理事より報告資料5に基づき、委員会活動はすべてメール会議で行い交通費の削減をしたことともに、研究助成に関すること、第16回看護セミナーを開催したこと、第17回日本赤十字看護学会で表彰したこと、研究奨励賞の内規から規定への変更、優秀演題の表彰制度の検討をしていることが報告された。研究助成については、(1)締め切りを延長したが応募がなかったこと、(2)規定の見直しと改訂を行いホームページに記載したこと、(3)平成30年度研究助成募集要項を作成しホームページと学会誌に掲載したことが報告された。

また、第16回看護研修セミナー（平成28年7月3日開催）については、参加者14名、内容の濃いセミナーであった。研究助成の応募が少ない現状であり、活用の仕方などをテーマにセミナーを秋にでも開催する予定であることが報告された。

6. 平成17年度臨床看護実践開発事業委員会報告（守田理事）（報告資料6）

守田理事より報告資料6に基づき、第17回学術集会で開催された交流集会（テーマ「急性期病棟で認知症高齢者にどのようなケアを行うか」）の内容を冊子にまとめ18回学術集会で配布予定のこと、認知症ケア加算1・2を取得している3か所の赤十字病院における活動について意見交換を行い、ケア加算を活かしたケアの仕組みなど現状と課題について意見交換が行われたこと、平成29年度の交流集会企画案を作成したことが報告された。

7. 平成28年度国際活動委員会報告（小山理事）（報告資料7）

小山理事より報告資料7に基づき、第17回交流セッションを開催したこと、第2回赤十字・赤新月国際看護学会が平成31年スイスのローザンヌで開催予定（第1回タイ開催、第2回開催候補であったスウェーデン赤十字大学は学部長変更のため開催が困難となった）であること、ICN国際学会が6～7月にあるため重ならないように時期の変更があることが報告された。また、明日の交流セッションにおいて、ラ・ソース大学のマドレーヌ・パウマン教授を講師に招くことが報告された。

第3回以降の国際学術集会のあり方について、理事会の方針としては赤十字の教育機関と国際学会と連携して進めていけないかと提案があった。

8. 平成28年度災害看護活動委員会報告（浦田理事）（報告資料8）

浦田理事より、報告資料8に基づき、6回の委員会を開催したこと、第17回学術集会で交流セッションを開催したこと、熊本地震被災地で5月12日から16日までに調査・支援した内容をホームページで発信したこと、3月に災害看護セミナーを開催したことが報告された。

9. 平成28年度法人化検討委員会報告（河口理事）（報告資料9）

河口理事より、報告資料9に基づき、法人化の具体的検討に向けての確認事項、法人化の初期費用および運用費用、会員管理に関する費用を検討し、資料を作成したこと、理事会審議では会員管理を優先していく決定がなされたこと、法人化に関しては、提示された費用が高すぎるので、費用削減ができるかどうかを検討していく方針であることが報告された。そのため、1～2年内の法人化はなくなったが、その先には法人化していく必要があり、会費UPも検討していかなければならないだろう。

10. 平成28年度歴史研究委員会報告（西村理事）（報告資料10）

西村理事より、報告資料10に基づき、新事業を立ち上げ常設委員会としての活動を開始し第1回委員会を開催したこと、委員会活動の目的及び活動内容を検討し規定を作成したこと、学会ホームページに歴史研究委員会に関する情報を掲載したこと、平成29年度の計画及び予算を提案したことが報告された。また、18回学術集会上において「戦争と赤十字の看護」をテーマに交流集会を予定していること、歴史の調査をするにあたって日本赤

十字社に関する歴史資料の所在調査をすることが報告された。評議員から、熊本県や佐賀県は赤十字関連の資料が多くこのこっているにも関わらず熊本地震で建物が崩壊している可能性があり、熊本は十分に情報収集をしてほしいとの意見がでた。今回の学会中に各地にどのような赤十字の資料が存在するかを参加者に配布して情報提供いただく。

11. 一般社団法人日本看護系学会協議会について（守田理事）（報告資料11）

守田理事より、役員選挙が行われ新役員が選出されたこと、2学会の新規介入があり現在44学会により構成されていること、看護科学学会学術集会で「医療事故制度を知ろう」のテーマでシンポジウムを主催したこと、ニュースレターや速報を発信したことが報告された。また、日本学術会議と日本看護系大学協議会との共同で、安全保障と学術に関する討論会を開催し、看護系学会でもガイドラインを作成することが推奨され、作成指針の提示がなされていく予定であることが報告された。

12. 一般社団法人看護系学会等社会保険連合について（若林理事）（報告資料12）

若林理事より、報告資料12に基づき、社員総会内容と平成28年度研究助成報告会について報告された。

13. 第18回日本赤十字看護学会学術集会状況報告（浦田理事）

浦田学術大会長より、交流集会10題と一般演題100題が発表予定であること、事前登録が140名であることが報告された。

14. 第19回日本赤十字看護学会学術集会準備状況報告（小山理事）

小山学術大会長より、第19回学術集会を「育つ力と育てる力がクロスする共育文化の醸成」をメインテーマに、会期：平成30年7月7日(土)・8日(日)、事務局：日本赤十字広島看護大学、会場：日本赤十字広島看護大学で開催予定であることが報告された。

15. その他（田中指名理事）

田中指名理事より、入会しやすい学会を目指して、外国の会員を増やすために英語版を作成したこと、会員推薦2名あるいは業績という枠を推薦者1名に改定したことが報告された。

【審議事項】

1. 平成28年度決算報告（江本指名理事）、会計監査（杉浦監事・鳥監事）（審議資料1）

江本指名理事より、審議資料1に基づき、平成28年度日本赤十字看護学会の一般会計決算と特別会計について報告された。

杉浦監事・鳥監事より、平成28年度一般会計および特別会計の決算報告に相違がないことが報告され、異議なく承認された。

2. 平成29年度事業活動計画（若林理事）（審議資料2）

若林理事より、審議資料2に基づき、平成29年度の事業計画の説明がなされた。

事業活動計画2. 1)と2)は対. PDFで掲載し、3月第18号より実施していく。J-STAGEにも連携を検討しており、平成30年度以降に随時申請していく予定。平成30年度から数年前より検討しており理事会で承認され、平成29年度9月に導入予定。システムになれるために1か月前から試行開始する。

また、プログラムを紙媒体から電子媒体に変更することを考慮。財政的にも厳しくなっているので、次年度より変更を考慮。紙媒体を希望される方は事務局へ連絡いただく。請求の仕方は検討していく。追加議題の「評議員・選挙役員の実施」については、高田議長より、選挙年に行っていた5月末日会費納入の注意喚起ができなかったため、選挙管理委員会から選挙の告示をする際に納入期限を明示し選挙権を維持できるようにしたことが説明された。すべての事業計画について、異議なく承認された。

3. 平成29年度予算（江本指名理事）（審議資料3）

江本指名理事より、審議資料3に基づき説明がされた。支出の部で「1. 総会」の備考に「第19回（広島）総会」と記載されていた箇所が、「第18回（北九州）総会」に訂正された。

質疑においては、事務局人件費が減額している理由についての質問を受け、会員管理業務を委託するため平

成28年度決算額まで人件費がかからないとの予想で算出していることが説明された。また、正会員会費の算出を9割にしている理由についての質問を受け、会員数1,200名前後で推移していること、会員の入退会が激しく会費が年度内に納められない会員を予測して納入を1,200名×9割にしていることが説明された。さらに、評議員・理事選挙積立金が30万から20万に減額になっている理由について質問を受け、28年度特別会計が191万あり、毎回の選挙費が100万程度かかるが本年度の選挙費用としては特別会計から算出するために予算を減額したことが説明された。

以上の質疑応答を経て、平成29年度予算案はすべて承認された。

4. 平成29年度選挙管理委員の承認について（田中指名理事）（審議資料4）

田中指名理事より、審議資料4に基づき、選挙管理委員候補者について5名の推薦があり、異議なく承認された。

5. 第20回日本赤十字看護学会学術集会の承認について

高田議長より、第20回日本赤十字看護学会における学術大会長に川島みどり先生を推薦していることが説明され、全員一致で承認された。

第18回 日本赤十字看護学会総会 議事録

日 時：平成29年6月24日(土) 12時10分～13時00分

場 所：北九州国際会議場 メインホール

出席者：701名(会場出席者44名, 委任状657名)

司 会：若林稲美副理事長

議 長：浦田喜久子(学術集会長)

議事録書記：内山孝子(日本赤十字看護大学), 渡邊美香(日本赤十字社医療センター)

【配布資料】

- ①平成28年度日本赤十字看護学会理事会報告(報告資料1-1)
- ②第16回日本赤十字看護学会評議員会報告(報告資料1-2)
- ③平成28年度庶務報告(報告資料2)
- ④平成28年度編集委員会活動報告(報告資料3)
- ⑤平成28年度広報委員会活動報告(報告資料4)
- ⑥平成28年度研究活動委員会活動報告(報告資料5)
- ⑦平成28年度臨床看護実践開発事業委員会活動報告(報告資料6)
- ⑧平成28年度国際活動委員会活動報告(報告資料7)
- ⑨平成28年度災害看護活動委員会活動報告(報告資料8)
- ⑩平成28年度法人化検討委員会活動報告(報告資料9)
- ⑪平成28年度歴史研究委員会報告(報告資料10)
- ⑫一般社団法人 日本看護系学会協議会について(報告資料11)
- ⑬一般社団法人 看護系学会等社会保険連合(看保連)について(報告資料12)
- ⑭平成28年度日本赤十字看護学会一般会計決算, 特別会計決算(審議資料1)
- ⑮平成28年度事業活動計画(案)(審議資料2)
- ⑯平成29年度日本赤十字看護学会予算(案)(審議資料3)
- ⑰平成29年度選挙管理委員候補者(審議資料4)

【開会】

若林副理事長より, 会場出席者44名, 委任状657名, 合計701名で, 会則の第24条に基づき, 会員数1,220名で総会成立となる出席者122名以上であることが確認され, 開会宣言がなされた。

【理事長挨拶】

高田早苗理事長より, 委任状が多く提出されており, 総会として成立しているが, できる限り総会に直接出席して会員が意見を交換できることが今後大切になってくると考えていることから, 周囲に周知してほしいと意向が伝えられた。学会として歴史を重ね, 学会としての活動を活発なものにしていきたい。昨年から発足した歴史研究委員会, 赤十字ならではの歴史の発掘する活動に本格的に着手する予定となっている。さらに, 広報委員会がホームページを学会員が使いやすく, 魅力的なものをめざしリニューアルの計画がある。会員管理を専門業者に委ねる等, 学会の基盤整備を進めていきたい。浦田喜久子学術集会長に感謝の意を述べられた。

【報告事項】

1. 平成28年度理事会および評議員会報告(報告資料1-1・1-2)

田中指名理事より, 平成28年度理事会及び, 第16回評議員会について, 資料の通り報告された。

2. 平成28年度庶務報告(報告資料2)

田中指名理事より, 資料の通り, 平成28年度入会者数153名, 脱会者数119名, 平成29年3月31日会員総数1,242名(正会員1,241名, 賛助会員1名)と報告がなされた。

入会申込書の改定, 入会審査の見直しによりこれまで業績と評議員の推薦としていたが, 業績あるいは会員2名からの推薦に改定したと報告がなされた。

3. 平成28年度編集委員会報告（報告資料3）

本田理事より、平成28年度の活動として次の5点が報告された。まず、学会誌第17巻第1号の編集および発行について報告された。また、学会誌第18巻第1号の査読および編集について報告がなされた。続いて、査読ガイドライン改変、学会誌投稿規程の検討、オンライン査読・電子ジャーナル化に向け4社の業者から情報収集を行い、比較検討を行ったことが報告された。
4. 平成28年度広報委員会報告（報告資料4）

西片理事より、ニュースレター14巻の発行したこと、ホームページの利用実態と課題を明確にするため、平成28年の所を平成29年に修正3月末までログ解析を実施し、この結果を基に予算案の承認が得られたホームページのリニューアルを検討していくことが報告された。
5. 平成28年度研究活動委員会報告（報告資料5）

武井委員長欠席の為、代理で田中指名理事より、第16回看護研究セミナーの開催について報告された。
6. 平成28年度臨床看護実践開発事業委員会報告（報告資料6）

守田理事より、平成28年の学術集会にて「急性期病棟で認知症高齢者にどのようなケアを行うか」をテーマに交流集会を開催した。その内容を冊子にまとめホームページに掲載した。冊子は学術集会で配布予定である。また、平成28年度から実施された認知症ケア加算を取得している病院の実態調査と課題について意見交換を行い、平成29年度の交流集会企画につなげていることが報告された。
7. 平成28年度国際活動委員会報告（報告資料7）

小山理事より、「日本とフィリピンとの赤十字国際協力開始にあたって～両国の災害看護教育の現状と課題」というテーマでフィリピン大学、フィリピン赤十字、日本赤十字国際部より講師を招き、国際交流セッションを開催した。また、第2回赤十字・赤新月国際看護学会を平成31年にスイスにあるラ・ソース大学で開催予定、詳細が決定次第ホームページに掲載すること、国際学術集会のあり方について検討したことが報告された。
8. 平成28年度災害看護活動委員会報告（報告資料8）

浦田理事より、平成28年度第17回学術集会に実施した交流セッション「支援活動からとらえた避難所、仮設住宅に居住する被災者への支援～常総市と白馬村の支援活動を通して、熊本地震災害への支援にむけて～」を開始した。平成28年5月12日から5月16日まで、熊本地震発災1か月後における被災地の災害対策本部、病院、避難所の実態を訪問調査しホームページを通して、実態を報告がなされた。また、平成29年2月25日に開催された災害看護セミナーについて報告された。
9. 平成28年度法人化検討委員会報告（報告資料9）

河口理事より、一般社団法人化について具体的な検討に向けての確認事項、法人化の初期費用、運用費用および会員管理に関する費用を検討し資料を作成した。一般社団法人設立までの費用、設立後の運用費用、会員管理費用について4業者に見積もりを依頼したところ、法人設立までの初期の費用は問題ないことが明らかとなった。会員管理については、法人化の可否に関わらず必要な経費である。問題は、これらを継続的に運用していくための費用が非常に高額になることであった。現在年会費は7,000円であるが、10,000円程度に値上げをさせていただくことになる。本学会の法人化は必要であるが、設立することは簡単であっても、運用していく費用という面において非常に難しいということが明らかになった。平成28年9月19日の理事会において審議の結果、設立後の運用費用が高額になることから、会員管理を優先し、引き続き時間をかけて検討を続け法人化する方向に持っていくが、1～2年での法人化はしない方向であることが報告された。
10. 平成28年度歴史研究委員会活動報告
西村委員長欠席の為、代理で田中指名理事より、新事業としての提案を受けて、委員及び顧問を定め、常設委員会となったこと、委員会活動の目的及び活動内容を検討し、規定を作成したことについて報告された。また、本学術集会参加者に向け、日本赤十字社に関する歴史資料の所在調査の協力が求められた。

11. 日本看護系学会協議会について（報告資料11）

守田理事より、平成27年度より一般社団法人として組織変更があり、平成29年度から新役員による組織編成となる。第35回日本看護科学学会学術集会において、日本看護系学会協議会主催セミナー「医療事故制度を知ろう—運用開始から1年をふりかえって」をテーマにシンポジウムを開催した。また、平成29年3月に日本学術会議、日本看護系大学協議会共同で討論会「安全保障と学術の問題に看護はどう取り組むか」、公開シンポジウム「分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準」を開催した。学術会議で軍事研究に加担しない方針に基づき平成29年6月28日に開催される総会にて、看護系各学会が研究に関してガイドラインを作成する上での指針(案)が出される予定である。これを受けて日本赤十字看護学会が今後検討していくことになること、2学会が新たな会員として加入し合計44学会となったことについて報告された。

12. 看護系学会等社会保険連合について（報告資料12）

若林副理事長より、資料に基づき、平成30年度診療報酬改定に向けて検討なされていること、平成28年度研究助成報告会が開催されたことが報告された。

以上の報告事項について、会場からの質疑はなく終了した。

【審議事項】

1. 平成28年度決算報告（審議資料1）

江本指名理事より、平成27年度の一般会計報告、特別会計（評議員・理事選挙積立決算、学術集会基金決算、研究助成基金）決算について、資料の通り報告がなされた。

2. 平成28年度会計監査

烏監事より、平成28年度一般会計の決算報告について、平成29年4月23日に監査を行い、会計帳簿・証書等を照合調査した結果、記述の通り相違ないことの報告がなされた。また、特別会計の評議員・理事選挙積立決算、学術集会基金決算、研究助成基金決算について、平成29年4月23日に監査を行い、会計帳簿・証書等を照合調査した結果、記述の通り相違ないことの報告がなされた。質疑はなく、会計監査報告の後、平成28年度決算は承認・議決された。

3. 平成29年度事業活動計画案（審議資料2）

高田理事長より、平成30年度から学術集会プログラムをオンライン化し紙媒体プログラムの発行・配布を中止する。その理由、予算がかかること、他学会でもオンライン化で不都合がないことが提案された。

本田理事より、平成29年度からオンライン査読・電子ジャーナルを導入することが理事会で決定されたことが報告された。これを受けて検討を重ね、平成29年9月にオンライン査読システムをオープンする。これに先立ち8月から査読委員に試行環境を提供する。オンライン査読を開始することに伴い、これまで委員長が所属する大学に編集委員会事務局を置いていたが、9月より事務局を国際文献社に業務委託する。電子ジャーナルについては、これまで学会誌を紙媒体で送付していたが平成29年度からホームページに電子ジャーナルとして公表することが提案された。ただし、紙媒体を希望する会員には販売をする。金額や申し込みについては検討中であるため、今後提案をすることが報告された。将来的にはJ-STAGE・科学技術振興機構に論文を順次アップできるように平成30年度以降に申請を行う予定である。

若林副理事長より、研究活動事業、臨床看護実践開発事業、広報活動事業、国際活動事業、災害活動事業、一般社団法人化の検討、歴史研究事業（資料の訂正2）歴史的にかわる⇒歴史に関わる）では、従来の活動を継続すること、会員管理業務委託の導入、評議員・理事選挙の実施について提案された。

高田理事長より、平成29年度は選挙の年度である。5月末日までに年会費納入を済ませた会員が選挙権を持つことができることとなっている。例年では、選挙権に関する注意喚起の文章をニュースレターに入れることができていなかった。注意喚起がないために選挙権を持つことができないことは会員にとって不利益になることから、選挙公示がなされる際に、注意喚起の文章を付け加えて進めていく旨の説明がなされた。

事業活動計画(案)に質問はなく、平成29年度事業活動計画案は承認された。

4. 平成29年度予算(案)（審議資料3）

江本指名理事より、平成29年度日本赤十字看護学会予算(案)について、資料の通り、提案がなされた。資料

の訂正、支出の部2. 会議費備考欄第19回（広島）総会⇒第18回（北九州）が報告された。ホームページを大幅リニューアルするための予算を計上、会員管理の一部を業務委託するため新規に計上、人件費は業務委託の引継ぎ等があるため、平成28年度と同等に計上、学術集会プログラムを平成30年度から発行しないことが決定されたが第18回学術集会プログラムの印刷などがあるための計上、評議員・理事選挙積立金現在191万円、このうち100万円の使用を見込んでいるが3年後の選挙まで余裕があることから、来年度は20万円の計上、研究助成基金0円となっているのは、昨年度の応募がなく、基金は196万円あり余裕があるため計上なしとした。

収入予算小計と支出小計では約260万円支出金がオーバーしている。しかし、優先度の高い会員管理の業務委託、ホームページのリニューアルを行うことになったことが影響している。オーバーしている額は繰越金を充填することとなった旨の説明がなされた。

平成29年度予算(案)について、特に質問はなく、承認された。

5. 平成29年度選挙管理委員の承認について（審議資料4）

田中指名理事より、平成29年度選挙管理印候補者について、資料の通り提案がなされた。

平成29年度選挙管理印候補者について、質問なく承認された。

6. 第20回日本赤十字看護学会学術集会長の承認について

高田理事長より、第20回日本赤十字看護学会学術集会長として、川嶋みどり氏を推薦することの説明があり、承認された。

川嶋みどり氏より、大会長を引き受けたことについて挨拶があった。

【挨拶】

第19回日本赤十字看護学会学術集会長挨拶

第19回学術集会長 小山真理子氏（広島赤十字看護大学学長）より、「育つ力と育てる力がクロスする 教育文化の醸成」をテーマに、平成30年7月7日(土)・8日(日)、広島赤十字看護大学にて、学術集会開催の準備を進めている旨の案内があった。

【閉会】

若林副理事長より閉会の挨拶があり、閉会した。

平成28年度 日本赤十字看護学会理事会報告

第1回（第98回）平成28年4月17日（日）

場 所：日本赤十字看護大学 第2会議室

出席者：理事：高田早苗，若林稲美，浦田喜久子，河口てる子，小山真理子，
武井麻子，西片久美子，西村ユミ，本田多美枝，守田美奈子，
江本リナ，田中孝美

監事：烏トキエ，杉浦美佐子

『報告・審議事項』

1. 編集委員会
2. 広報活動委員会
3. 研究活動委員会
4. 臨床看護実践開発事業委員会
5. 国際活動委員会
6. 災害看護活動委員会
7. 法人化検討委員会
8. 日本看護系学会協議会
9. 看護系学会等社会保険連合
10. 第17回学術集会準備状況
11. 第18回学術集会準備状況
12. 会員の入会・退会・資格喪失について
13. 評議員の辞任に伴う新評議員について
14. 平成27年度決算および会計監査について
15. 平成28年度事業計画案について
16. 平成28年度予算案について
17. 第16回評議員会について 議事・進行の確認
18. 第17回総会について 議事・進行の確認
19. 第19回学術集会会長について
20. 理事会日程について

第2回（第99回）平成28年7月1日（金）

場 所：北見ピアソンホテル 2F みかしわ

出席者：理事：高田早苗，若林稲美，浦田喜久子，河口てる子，小山真理子，
西片久美子，西村ユミ，本田多美枝，守田美奈子，江本リナ，
田中孝美

監事：烏トキエ

欠席者：武井麻子，杉浦美佐子

『報告・審議事項』

1. 編集委員会
2. 広報活動委員会
3. 研究活動委員会
4. 臨床看護実践開発事業委員会
5. 国際活動委員会
6. 災害看護活動委員会
7. 法人化検討委員会
8. 利益相反に関する指針について
9. 日本看護系学会協議会
10. 看護系学会等社会保険連合

11. 第17回学術集会準備状況
12. 第18回学術集会準備状況
13. 会員の入会・退会について
14. 平成28年度事業計画案について
15. 平成28年度予算案について
16. 第16回評議員会について 議事・進行の確認
17. 第17回総会について 議事・進行の確認
18. 第19回学術集会会長について

第3回（第100回）平成28年9月18日（日）

場 所：日本赤十字看護大学 第2会議室

出席者：理事：高田早苗，若林稲美，浦田喜久子，小山真理子，武井麻子，
西片久美子，西村ユミ，本田多美枝，守田美奈子，江本リナ，田中孝美

監事：烏トキエ，杉浦美佐子

欠席者：河口てる子

『報告・審議事項』

1. 編集委員会
2. 広報活動委員会
3. 研究活動委員会
4. 臨床看護実践開発事業委員会
5. 国際活動委員会
6. 災害看護活動委員会
7. 法人化検討委員会
8. 新事業について
9. 日本看護系学会協議会について
10. 看護系学会等社会保険連合について
11. 会員の入会・退会について

第4回（第101回）平成29年11月10日（木） 書面理事会

『審議事項』

日本看護系学会協議会 役員推薦について

第5回（第102回）平成29年1月12日（木） 書面理事会

『審議事項』

日本看護系学会協議会（JANA） 役員選挙について

第6回（第103回）平成29年2月19日（日）

場 所：日本赤十字看護大学 第2会議室

出席者：理事：高田早苗，若林稲美，浦田喜久子，河口てる子，小山真理子，
武井麻子，西片久美子，西村ユミ，本田多美枝，守田美奈子，
江本リナ，田中孝美

監事：烏トキエ，杉浦美佐子

『報告・審議事項』

1. 編集委員会
2. 広報活動委員会
3. 研究活動委員会
4. 臨床看護実践開発事業委員会
5. 国際活動委員会

6. 災害看護活動委員会
7. 法人化検討委員会
8. 歴史研究委員会
9. 日本看護系学会協議会について
 - 1) JANA 災害連携メンバーについて
 - 2) 安全保障と学術に関する検討委員会
 - 3) 大学教育の分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準
10. 看護系学会等社会保険連合について
11. 第17回学術集会報告
12. 第18回学術集会準備状況について
13. 第19回学術集会準備状況について
14. 会員の入会・退会について
15. 会員管理について
 - 1) 業務委託について
 - 2) 入会申込書について
16. 平成29年度の予算について
17. 選挙管理委員について

平成28年度 編集委員会活動報告

委員長：本田多美枝，副委員長：西村ユミ

委員：安部陽子，植田喜久子，唐澤由美子，本庄恵子，
松本佳子，村瀬智子，阿部オリエ

1. 学会誌第17巻第1号の編集および発行（平成29年3月発行）
研究報告：5件，資料：3件
第17回日本赤十字看護学会学術集会報告：7件
（会長講演，教育講演2件，テーマセッション2件，シンポジウム2件）
2. 論文査読
学会誌第18巻第1号の編集に向けて，投稿論文の査読を行った。
3. 査読ガイドライン改変
4. 学会誌投稿規程の検討
英文での投稿を可能にするために投稿規程の検討を行った。
5. オンライン査読・電子ジャーナル化に向けた検討
複数の業者から情報収集を行い，システムの仕様や機能，費用等の比較検討を行った。

平成28年度 広報委員会活動報告

委員長：西片久美子

委員：大西文子，小林尚司，中野実代子

1. ニュースレター Vol.14を11月末に発行した。平成28年4月14日に発災した熊本地震における本学会災害看護活動委員会の支援報告を第1面に掲載し，第17回日本赤十字看護学会学術集会の様子等を報告した。また，前年度に引き続き，全国の赤十字病院，赤十字看護専門学校にニュースレターを送付した。
2. ホームページの管理・運営を行った。本学会における利益相反指針について，学会員が利用しやすいようにタグをトップページに提示した。
3. ホームページの利用実態と課題を明確にするため，平成28年3月末までログ解析を実施した。この結果をもとにホームページのリニューアルを検討していく予定である。

平成28年度 研究活動委員会活動報告

委員長：武井麻子

委員：谷口千絵, 三浦英恵, 喜多里己, 古城門靖子

1. 研究活動委員会の開催

研究活動委員会は、すべてメールにて開催した。

2. 研究助成について

(1)平成29年度研究助成

8月の募集（研究期間：平成28年10月より）では、締め切りを延長したにもかかわらず、応募者がおらず、助成期間の変更計画を前倒しして、12月に再募集（研究期間：平成29年4月より）した。しかし、平成29年1月10日まで締め切りを延長したが、同じく応募者はゼロであった。

(2)研究助成に関する規程の見直しと改訂

研究助成に関する規程と募集要項を改訂し、ホームページに登載した。主な変更点は以下の通りである。

- ・研究助成を受けた者に対する義務規定を緩和し、学会発表を助成終了後、半年以内を3年以内とした。
- ・共同研究者を学会員とする縛りをなくす。

学会誌の投稿資格についても編集委員会に検討を依頼。

(3)平成30年度研究助成募集要項の作成

研究助成に関する規程の改訂に沿って、新たな募集要項を作成し、ホームページ及び学会誌に掲載した。

3. 第16回看護研究セミナーの開催

平成28年7月3日、日本赤十字北海道看護大学で開催された第17回学術集会交流セッションにて、第16回看護研究セミナーを開催した。

講師：本庄恵子 日本赤十字看護大学 教授

テーマ：「研究助成制度の活用のしかた—はじめて助成金の申請をする研究者のために—」

参加者：14名

なお、研究助成の応募者が少ないという状況を改善するために、秋にも看護研究セミナーを開催する方向で検討することとなった。

4. 研究奨励賞の選考および表彰

(1)平成28年度研究奨励賞の表彰

平成28年7月2日、第17回日本赤十字看護学会総会にて表彰した。なお、受賞者への連絡ミスにより、当日本人出席されなかったため、後日賞状及び副賞を送付した。

受賞者	受賞論文タイトル	掲載誌
木村美香 (群馬県立県民健康科学大学)	一般病棟において終末期肺がん患者に 関与する看護師の戸惑い	第15巻, 1号, 34-51頁 2015年

(2)研究奨励賞内規から規程への変更

- ・原則として3年に1回の表彰とし、副賞は2万円とする。
- ・次回の研究奨励賞は、平成28年度～30年度に発行された学会誌の掲載論文より選考する。

(3)学術集会での優秀演題の表彰制度の検討

平成28年7月に北海道赤十字看護大学において開催された第17回学術集会にて優秀演題を表彰する制度の試行を検討したが、実現できなかった。

今後改めて学術集会の運営委員会が優秀演題を表彰する制度を検討していくこととなった。

平成28年度 臨床看護実践開発事業委員会活動報告

委員長：守田美奈子

委員：赤沢雪路，井部俊子，上野優美，川嶋みどり，清田明美，倉岡有美子，
殿城友紀，中村綾子，原田かおる

1. 平成28年の学術集会で「急性期病棟で認知症高齢者にどのようにケアを行うか」というテーマで交流集会を開催した。その内容を冊子にまとめると同時にHPに掲載した。冊子は平成29年の学術集会で配布予定である。
2. 平成28年度から実施された認知症ケア加算の改定に伴い，加算1，加算2を取得している病院3か所の活動について委員会で報告してもらい，現状と課題について意見交換を行った。
3. 2の内容を土台に，H29年度の交流集会企画案を立案した。

平成28年度 国際活動委員会活動報告

委員長：小山真理子

委員：井村真澄，東浦洋，藤井知美，Herrera C., Lourdes R.

1. 第17回日本赤十字看護学会学術集会において「日本とフィリピンの赤十字国際協力開始にあたって—両国の災害看護教育の現状と課題」というテーマでフィリピン大学，フィリピン赤十字，日本赤十字国際部より講師を招き，国際交流セッションを開催した。
2. 赤十字・赤新月国際学術集会について
 - 1) 第2回赤十字・赤新月国際看護学会の開催地予定であったスウェーデン赤十字看護大学での開催は難しいことが判明したため，第2回の学術集会の開催地について検討や交渉を重ねた。その結果，スイスのローザンヌにあるラ・ソース大学で平成31年6月中旬～7月中旬頃に開催予定である。
 - 2) スイスでの国際学術集会後の国際学術集会のあり方について検討した。
3. 第18回日本赤十字看護学会学術集会での国際交流セッションを企画した。
平成29年6月25日(日) 14時10分～15時40分(予定)
テーマ：国際交流と看護学教育—目標と課題
講師：ラ・ソース大学(スイス)国際交流センター長 マドレーヌ・バウマン教授

平成28年度 災害看護活動委員会活動報告

委員長：浦田喜久子

委員：小原真理子，前田久美子，小林洋子，村木京子，池田由美子，根岸京子

1. 平成28年度は6回の委員会を開催した。
2. 平成28年7月2日第17回日本赤十字看護学会学術集会にて交流セッションを開催した。テーマは「支援活動からとらえた避難所，仮設住宅に居住する被災者への支援～常総市と白馬村の支援活動を通して，熊本地震災害への支援に向けて～」と題し，避難所や仮設住宅での支援活動報告や，熊本地震災害の被災者支援のあり方について情報交換を実施した。
3. 熊本地震被災地にて，本委員会メンバー3人が平成28年5月12日から5月16日まで熊本地震発災1か月後における被災地の災害対策本部，病院，避難所を訪問し，被災者の健康や生活状況の把握と看護ニーズや支援活動の実際を調査した。活動を通して得た情報を，日本赤十字看護学会ホームページを通して，学会会員等へ実態を発信した。
4. 平成29年2月25日日本赤十字看護大学を会場とし，災害看護セミナーを開催した。テーマは「住民と共に考える避難所生活における支援」であった。看護職だけでなく一般住民の方々も参加をし，これまでの災害で避難所生活を支援してきた看護職の経験知を参考に住民の方と共に避難所生活の経過に応じた支援を考えることをねらいとした。

平成28年度 法人化検討委員会活動報告

委員長：河口てる子

委員：鶴田恵子，唐澤由美子，松澤由香里

法人化検討委員会および総務は，一般社団法人化について理事会での検討のため，具体的な検討に向けての確認事項，法人化の初期費用および運用費用，および会員管理に関する費用を検討し，資料を作成した。

一般社団法人化の具体的な検討に向けての確認事項では，一般社団法人の設立までに①定款案の作成，②機関設計（社員総会・理事・理事会・監事・会計監査人）代議員制，③一般社団法人の設立手続き 定款の作成，公証人の認証，設立時評議員，設立時理事，設立時監事の選任（選挙規約の改正）設立時理事・監事の設立時手続き，主たる事務所の所在地を管轄する法務局または地方法務局への設立の登記申請，④学会財産の目録作成，⑤会計規程，委員会規定の整備，⑥一般社団法人化までのスケジュール作成，①～⑥までを依頼した場合の経費。設立後の運用に関しては，①登記変更の手続き，②会計（四半期決算，法人税，住民税，学術集会会計，講師・事務員への謝金，マイナンバー対応）①②を依頼した場合の経費を検討した。

平成28年9月19日の理事会において，上記確認事項と4業者に見積もりを出させた一般社団法人設立までの費用，設立後の運用費用，会員管理費用の資料を提示し説明した。理事会審議の結果，会員管理に関しては優先順位が高いが，法人化に関しては提示された費用が高すぎると判断された。法人化に関して引き続き情報収集し，メリット・デメリットを具体化して検討を続けることになった。

平成28年度 歴史研究委員会活動報告

委員長：西村ユミ

委員：川原由佳里（副委員長）、田母神裕美、村瀬智子、城丸瑞恵、関谷由香里

顧問：川嶋みどり、小森和子

1. 新事業としての提案を受けて、委員及び顧問を定め、常設委員会となった。
2. 委員会設立後、第1回委員会を開催した。
3. 委員会活動の目的及び活動内容を検討し、規程を作成した。目的においては、「日本赤十字看護学会の学術的活動の一つ」であることを明記し、「歴史に関する研究の基盤を作ること」、「学会員が赤十字の看護に関する歴史を学び親しむことで、歴史への関心を高めること」等を挙げた。
4. 学会のHPに歴史研究委員会にかかわる情報を掲載した。
5. 平成29年度の計画及び予算を提案した。
6. 第18回学術集会のテーマセッションを提案した。



平成28年度 庶務報告

1. 会員の入会・脱会

平成28年度 入会者数	正会員 153名	賛助会員 0名
平成28年度 脱会者数	正会員 119名	賛助会員 0名

2. 会員総数（平成29年3月31日現在）

正会員 1,241名 賛助会員 1名
（会員総数 1,242名）

3. 日本赤十字看護学会 地区別正会員数

地区	会員数	地区	会員数
北海道	80名	近畿	111名
東北	90名	中四国	97名
東部	481名	九州	79名
中部	292名	住所不明者	11名

合計1,241名
平成29年3月31日現在

平成28年度 日本赤十字看護学会決算

(平成28年4月1日～平成29年3月31日)

収入の部

(単位：円)

項 目	平成28年度決算	平成28年度予算	差異 (H28予算－H28決算)	備 考
正会員会費	7,993,000	7,700,000	293,000	7,000円×1136件, 10,000円×2件, 5,000円×3件, 6,000円×1件
賛助会員会費	50,000	50,000	0	一口 (株)インターメディカ
寄付	42,352	0	42,352	第17回学術集会から
利子収入	11	200	-189	
学会誌販売	37,344	30,000	7,344	医中誌許諾抄録利用料金等
雑収入	6,000	20,000	-14,000	セミナー参加費
小計	8,128,707	7,800,200	328,507	
前年度繰越金	12,098,197	12,098,197	0	
収入合計	20,226,904	19,898,397	328,507	

支出の部

項 目	平成28年度決算	平成28年度予算	差異 (H28予算－H28決算)	備 考
1. 総会	200,000	200,000	0	第17回総会, 吊り看板, 垂れ幕等
2. 会議費	702,872	900,000	-197,128	理事会, 評議員会, 外部団体との会議
3. 学会誌関係	1,601,933	1,579,500	22,433	
(1)編集委員会費	349,737	419,500	-69,763	会議費, 交通費, 通信費等
(2)学会誌発行費	1,075,680	980,000	95,680	学会誌 (Vol.17)
(3)学会誌発送費	176,516	180,000	-3,484	学会誌 (Vol.17)
4. 広報活動事業費	512,893	850,000	-337,107	
(1)広報活動委員会費	99,778	300,000	-200,222	会議費, 交通費, 通信費等
(2)ニュースレター制作費	172,314	200,000	-27,686	
(3)ニュースレター発送費	128,049	150,000	-21,951	
(4)ホームページ管理費	112,752	200,000	-87,248	
5. 研究活動事業費	105,636	170,000	-64,364	会議費, 交通費, 通信費, 研究表彰に伴う費用等
6. 臨床看護実践開発事業費	544,919	560,000	-15,081	会議費, 交通費, 通信費, 小冊子作成費等
7. 国際活動事業費	205,930	531,000	-325,070	会議費, 交通費, 通信費, 国際会議参加費等
8. 災害看護事業費	418,482	500,000	-81,518	会議費, 交通費, 通信費等
9. 法人化検討委員会	0	300,000	-300,000	
10. 新事業に係る費用	56,942	100,000	-43,058	会議費, 交通費
11. 事務局費	1,758,768	1,799,400	-40,632	
(1)人件費	873,200	850,000	23,200	資料整理, 会計等
(2)通信運搬費	317,642	370,000	-52,358	切手・DM便代・振込手数料等
(3)印刷費	50,670	50,000	670	資料印刷等
(4)備品	0	0	0	
(5)会計管理費	194,400	194,400	0	平成27年度決算に対する税理士による会計監査
(6)消耗品	22,247	25,000	-2,753	文具等
(7)学術集会プログラム代	300,000	300,000	0	プログラム印刷, 送料等
(8)諸雑費	609	10,000	-9,391	災害看護事業返金分
12. その他	150,000	150,000	0	
(1)日本看護系学会協議会会費	80,000	80,000	0	
(2)看護系学会等社会保険連合会費	70,000	70,000	0	
13. 評議員・理事選挙積立金	300,000	300,000	0	選挙積立基金へ
14. 学術集会基金特別会計繰入	300,000	300,000	0	学術集会基金へ
15. 研究助成基金	600,000	600,000	0	研究助成基金へ
16. ナーシングサイエンスカフェ	263,963	300,000	-36,037	第17回学術集会時
予備費	100,000	200,000	-100,000	JANAへの寄付金
支出計	7,822,338	9,339,900	-1,517,562	
次年度繰越金	12,404,566	10,558,497	1,846,069	
合計	20,226,904	19,898,397	328,507	

平成28年度決算報告について監査を行い、会計帳簿・記書等を照合調査の結果上記の通り相違ないことを認めます。
平成29年4月23日

監 事

鳥 卜キエ (押印省略)

杉浦美佐子 (押印省略)

平成28年度 日本赤十字看護学会 特別会計

(平成28年4月1日～平成29年3月31日)

評議員・理事選挙積立決算

収 入		(単位：円)
一般会計より繰入		300,000
利子		7
利子		8
前年度繰越金		1,610,270
総 計		1,910,285
支 出		
会議費		0
交通費		0
人件費		0
印刷費		0
通信運搬費		0
消耗品費		0
諸雑費		0
総 計		0
収支状況		
収入		1,910,285
支出		0
残 額		1,910,285

平成28年度決算報告について監査を行い、会計帳簿・証書等を照合調査の結果上記の通り相違ないことを認めます。

平成29年4月23日

監 事 烏 トキエ (押印省略)
杉浦美佐子 (押印省略)

平成28年度 日本赤十字看護学会 特別会計

(平成28年4月1日～平成29年3月31日)

研究助成基金決算

収 入		(単位：円)
一般会計より繰入		600,000
助成金返金		0
寄付金		0
利子		6
利子		8
前年度繰越金		1,360,842
総 計		1,960,856
支 出		
助成金		—
振込手数料		—
総 計		0
収支状況		
収入		1,960,856
支出		0
残 額		1,960,856

平成28年度決算報告について監査を行い、会計帳簿・証書等を照合調査の結果上記の通り相違ないことを認めます。

平成29年4月23日

監 事 烏 トキエ (押印省略)
杉浦美佐子 (押印省略)

平成28年度 日本赤十字看護学会 特別会計

(平成28年4月1日～平成29年3月31日)

学術集会基金決算

収 入		(単位：円)
一般会計より繰入	300,000	
第17回学術集会から返金	1,000,000	
利子	23	
利子	28	
前年度繰越金	5,406,860	
総 計	6,706,911	
支 出		
第19回学術集会助成金	500,000	
第19回学術集会貸付金	1,000,000	
振込手数料	432	
総 計	1,500,432	
収支状況		
収入	6,706,911	
支出	1,500,432	
残 額	5,206,479	

平成28年度決算報告について監査を行い、会計帳簿・証書等を照合調査の結果上記の通り相違ないことを認めます。

平成29年4月23日

監 事 烏 トキエ (押印省略)
杉浦美佐子 (押印省略)

平成29年度 日本赤十字看護学会予算

(平成29年4月1日～平成30年3月31日)

収入の部

(単位：円)

項 目	平成29年度予算	平成28年度決算	差異 (H29予算－H28決算)	備 考
正会員会費	7,560,000	7,993,000	－433,000	7,000円×(1200件×0.9)
賛助会員会費	50,000	50,000	0	一口
寄付	0	42,352	－42,352	
利子収入	20	11	9	
学会誌販売	30,000	37,344	－7,344	医中誌許諾抄録利用料金等
雑収入	20,000	6,000	14,000	セミナー参加費
小計	7,660,020	8,128,707	－468,687	
前年度繰越金	12,404,566	12,098,197	306,369	
収入合計	20,064,586	20,226,904	－162,318	

支出の部

項 目	平成29年度予算	平成28年度決算	差異 (H29予算－H28決算)	備 考
1. 総会	200,000	200,000	0	第19回(広島)総会、吊り看板、垂れ幕等
2. 会議費	900,000	702,872	197,128	理事会、評議員会、外部団体との会議
3. 学会誌関係	1,304,000	1,601,933	－297,933	
(1)編集委員会費	266,000	349,737	－83,737	会議費、交通費、通信費等
(2)学会誌発行費	1,038,000	1,075,680	－37,680	査読システム、業務委託
(3)学会誌発送費	0	176,516	－176,516	
4. 広報活動事業費	2,100,000	512,893	1,587,107	
(1)広報活動委員会費	150,000	99,778	50,222	会議費、交通費、通信費等
(2)ニュースレター制作費	200,000	172,314	27,686	
(3)ニュースレター発送費	150,000	128,049	21,951	
(4)ホームページ管理費・リニューアル	1,600,000	112,752	1,487,248	
5. 研究活動事業費	132,000	105,636	26,364	会議費、交通費、通信費等
6. 臨床看護実践開発事業費	385,000	544,919	－159,919	会議費、交通費、通信費等
7. 国際活動事業費	350,000	205,930	144,070	会議費、交通費、通信費、国際会議参加費等
8. 災害看護事業費	570,000	418,482	151,518	会議費、交通費、通信費等
9. 法人化検討委員会	50,000	0	50,000	
10. 歴史研究委員会	480,000	56,942	423,058	
11. 事務局費	2,689,400	1,758,768	930,632	
(1)人件費	850,000	873,200	－23,200	資料整理等
(2)通信運搬費	350,000	317,642	32,358	はがき・切手・DM便代・振込手数料等
(3)印刷費	40,000	50,670	－10,670	資料印刷等
(4)業務委託費	900,000	0	900,000	会員管理業務委託
(5)会計管理費	194,400	194,400	0	平成28年度決算に対する税理士による会計監査
(6)消耗品	45,000	22,247	22,753	文具・トナー等
(7)学術集会プログラム代	300,000	300,000	0	プログラム印刷、送料等
(8)諸雑費	10,000	609	9,391	
12. その他	150,000	150,000	0	
(1)日本看護系学会協議会会費	80,000	80,000	0	
(2)看護系学会等社会保険連合会費	70,000	70,000	0	
13. 評議員・理事選挙積立金	200,000	300,000	－100,000	選挙積立基金へ
14. 学術集会基金特別会計繰入	300,000	300,000	0	学術集会基金へ
15. 研究助成基金	0	600,000	－600,000	研究助成基金へ
16. ナーシングサイエンスカフェ	250,000	263,963	－13,963	第18回学術集会時(九州)
予備費	200,000	100,000	100,000	
小計	10,260,400	7,822,338	2,438,062	
次年度繰越金	9,804,186	12,404,566	－2,600,380	
支出合計	20,064,586	20,226,904	－162,318	

日本赤十字看護学会誌投稿規程

1. 投稿者の資格

投稿者は本学会員（賛助会員を除く）に限る。入会せずに本誌への掲載を希望する共著者は、年会費の半額を納入することとする。ただし、編集委員会から依頼された原稿についてはこの限りではない。

2. 投稿論文の内容は、他の出版物（国の内外を問わず）にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。重複投稿は禁止する。

3. 投稿論文の種類

投稿論文は和文及び英文とし、論文の種類は、看護・看護学、あるいは赤十字の活動に関わるもので以下の6分類とする。

- 1) 総説：主題に関連した、国内外の情報を網羅的に収集・分析し、考察したもの。
- 2) 論説：主題に関する独自の考えの構築、展望、提言。
- 3) 原著：主題にそって行われた実験や調査のオリジナルなデータ、資料に基づき新たな知見、発見が系統的に論述された独創的な論文であり、看護学の知識として意義が明らかなもの。
- 4) 研究報告：主題にそって行われた実験や調査に基づき論述されているもの。
- 5) 実践報告：主題にそって行われた実践に基づき論述されているもの。
- 6) 資料：上記の分類に該当しない重要な記録。

4. 倫理的配慮

- 1) 人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。
- 2) 投稿者が所属する施設の倫理委員会の承認を得ていることを、承認番号とともに本文中に明記すること。

5. 謝辞（あるいは助成等）

当該研究の遂行に関して受けた研究助成がある場合には、論文の末尾（文献の前）に「謝辞」の欄を設け、助成機関名とその旨を記載する。著者以外で当該研究の遂行や論文作成に貢献した者がいる場合は、「謝辞」の欄に貢献内容を記して謝意を述べる。

6. 利益相反

「謝辞」の欄の次に「利益相反」の欄を設け、当該研究の遂行や論文作成における利益相反の有無を記載する（利益相反となるような経済的支援を受けた場合には、その旨を記載する。利益相反がない場合には、「利益相反なし」と記載する）。

7. 投稿論文の受付および採否

- 1) 下記11の投稿手続きを経た投稿論文が、投稿規程に準じているのかどうかを編集委員会事務局で確認し、受理した日を受付日とし、投稿者に通知する。

2) 投稿論文の採否は査読を経て編集委員会が決定する。また、採用の条件として、投稿論文の種類の変更を投稿者に求めることがある。

3) 編集委員会の決定によって修正を求められた投稿論文は所定の日時まで再投稿すること。再投稿を辞退する場合は、その旨を編集委員会事務局宛てにメールで申し出ること。

4) 「不採用」と通知された場合で、その「不採用」の結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長宛てに異議申し立てをすることができる。

8. 執筆要領

- 1) 原則として、ワードプロセッサで作成する。
- 2) 書式は、和文原稿の場合はA4判横書きで、1行の文字数を35字、1ページの行数を28行（約1,000字）とし、適切な行間をあける。英文原稿の場合には、ダブルスペースで四方に25mmの余白を設ける。

3) 投稿論文の1編は本文、文献、図・表・写真を含めて下記の枚数以内とする。これを超えるものについては受理しない。なお、図・表・写真は1点につき600字換算とし、図・表・写真込みで下記字数制限を厳守すること。ただし、1頁全体を使用する図表については1,600字換算とする。

総説	12枚以内
(12,000字以内、英文の場合)	7,500語程度
論説	12枚以内
(12,000字以内、英文の場合)	7,500語程度
原著論文	16枚以内
(16,000字以内、英文の場合)	10,000語程度
研究報告	16枚以内
(16,000字以内、英文の場合)	10,000語程度
実践報告	12枚以内
(12,000字以内、英文の場合)	7,500語程度
資料	12枚以内
(12,000字以内、英文の場合)	7,500語程度

4) 和文の場合、外来語はカタカナで、外国人名、日本語訳が定着していない学術用語などは原則として活字体の原語で書く。

5) 見出しは、

- I. II...
- A. B...
1. 2...
- a. b...
- 1) 2)..

を用いて明確に区分する。

6) 図・表・写真は、通し番号をつけ、本文とは別に一括し、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望

位置を朱書により指定する。

7) 文献記載の様式

- (1) 引用文献は、本文中の引用部分の後に()を付し、そのなかに著者の姓(3名まで)および発行年次(西暦)、頁数を記載する。
- (2) 文献は最後にアルファベット順に一括して引用文献のみを記載する。
- (3) 記載方法は下記の例示の通りとする。
 - a. 雑誌掲載論文…著者名(発行年次)、論文表題、雑誌名、号もしくは巻(号)、頁。
 - b. 単行書…著者名(発行年次)、本の表題、発行地:発行所。
編著書の場合:論文著者名(発行年次)、論文表題、編者名、所収の単行本の表題(pp.最初の頁-最後の頁)、発行地:発行所。
 - c. 翻訳書…著者名(原語のまま)(原書発行年次)/訳者名(翻訳書の発行年次)、翻訳書表題、発行地:発行所。

8) 本文は、2種類のファイルを用意する。

- ① 正本:表紙(投稿論文の種類、論文表題(和英)、著者名(和英)、所属機関(和英)、キーワード(和英それぞれ3~5語程度))、英文要旨、和文要旨、本文、文献の順に作成する。
 - ② 副本:①から投稿者の氏名および所属等、投稿者が特定される可能性のある内容をすべて削除したもの。
- 9) すべての投稿論文に、400字程度の和文要旨をつけること。総説、論説、原著、研究報告の場合には、250語前後の英文要旨をつけること。英文要旨は原則としてネイティブ・チェックを受けている必要がある。

10) 英文については、要旨および本文ともにネイティブ・チェックを受けること。

9. 著者が負担すべき費用

- 1) 掲載料 規定枚数を超過した分については、所要経費を著者負担とする。
- 2) 別刷料 別刷はすべて実費を著者負担とする。
- 3) その他 図・表・写真等、印刷上特別な費用を必要とする場合は著者負担とする。

10. 著作権

著作権は本学会に帰属する。掲載後は本学会の承

諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。

11. 投稿手続き

- 1) 投稿は、本学会の「電子投稿システム」より行うこと。

(<https://iap-jp.org/jrcsns/journal>)

- 2) 投稿の際に必要なもの

論文原稿

・本文(副本)

・図・表・写真データ

参考資料

・本文(正本)

・(英文ネイティブ・チェックを受けた場合、その領収書や証明書のデータ)

- 3) アップロード可能なファイルの拡張子は以下のとおりである。

.pdf, .doc, .docx, .xls, .xlsx, .ppt, .pptx, .txt, .jpeg, .jpg, .gif, .png, .bmp, .tif

- 4) 投稿完了までの流れ

アカウント作成(初回のみ) → 電子投稿システムにログイン → 論文情報入力 → 著者情報入力 → 論文・資料のアップロード※ → 投稿内容確認 → 投稿完了
※必ず該当するファイル名を選択してアップロードすること。

- 5) 掲載決定後の最終原稿提出時には、正本と図表ファイル(MS-Word, MS-Excelなど)、ならびに著者全員が自筆署名した著作権譲渡同意書のPDFファイルを編集委員会事務局宛てにメール添付で提出する。

12. 著者校正

著者校正を1回行う。但し、校正の際の加筆は原則として認めない。

付則

この規程は、平成12年5月27日から施行する。

この規程の改正は、平成14年6月13日から施行する。

この規程の改正は、平成15年6月6日から施行する。

この規程の改正は、平成16年6月4日から施行する。

この規程の改正は、平成18年8月10日から施行する。

この規程の改正は、平成22年2月6日から施行する。

この規程の改正は、平成27年11月23日から施行する。

この規程の改正は、平成29年9月1日から施行する。

編集後記

現編集委員会体制は3年間の任期を終えようとしております。この間、会員の皆様の論文がより迅速に、そしてより多くの方々に閲覧していただけるよう、論文の投稿・査読・公表のシステムについて多くの検討を重ねてまいりました。中でも、平成29年9月より論文投稿および査読を電子システム (<https://iap-jp.org/jrcsns/journal/>) で行う方法に変更できたことは、投稿に関わる手続きの簡略化や査読に要する時間の短縮につながるものと考えております。査読委員の先生方には、短い期間での査読にご協力いただき大変感謝しております。新しい電子システムでの査読が軌道に乗るまではご不便をおかけすることがあるかもしれませんが、査読過程が迅速に進み、多くの論文が掲載できますよう引き続きご協力をよろしくお願いいたします。もう1点、論文の公開方法について大きな変更をしております。これまで会員の皆様に郵送していた学会誌(冊子)は希望者への有料販売とし、本巻より学会ホームページで閲覧できる電子ジャーナルへ移行しております。今後は、より多くの皆様に研究成果を迅速に発信できるようJ-STAGEへの掲載も予定しております。どうぞ、ホームページをご覧ください。その他にも、学際的な研究が増えてきている状況を鑑み、共著者が会員でない場合にも、年会費の半額を納入することで本会誌への投稿・掲載が可能になりました。英文での投稿も可能になりましたので、詳細は投稿規程をご確認ください。

今回は、第18回学術集会の関連記事のほか、論文5篇の掲載となりましたが、今後も教育・研究の成果、学位論文の公表、日ごろの実践活動を報告する場として、本会誌を積極的に活用していただきますようよろしくお願いいたします。(本田多美枝)

編集委員長

本田多美枝

編集副委員長

西村 ユミ

編集委員

阿部オリエ 安部 陽子 植田喜久子 唐澤由美子 本庄 恵子 松本 佳子 村瀬 智子

専任査読委員

石崎 智子 石橋 通江 伊富貴初美 上野 富衣 江本 リナ 大西 文子 大和田恭子
岡田 実 尾山とし子 川名 るり 喜多 里巳 北 素子 児玉真利子 小林 洋子
小松 智子 齋藤 英子 坂口 千鶴 佐々木幾美 笹本 美佐 島井 哲志 菖蒲澤幸子
杉浦美佐子 関谷由香里 田中 孝美 谷口 千絵 田母神裕美 千葉 京子 千葉 邦子
出口 禎子 永井真由美 中島佳緒里 中田 康夫 中村 光江 西田 朋子 新田 真弓
野口 眞弓 長谷川喜代美 林 みよ子 平木 民子 深谷 基裕 福田 和明 藤井美穂子
眞崎 直子 松尾 文美 松澤由香里 三浦 英恵 宮堀 真澄 村田 由香 山村 美枝
山本 美紀 若林 稲美 渡邊知佳子 渡邊 智恵

(平成30年3月31日現在／五十音順)

日本赤十字看護学会誌に掲載された論文等の著作権は日本赤十字看護学会に帰属する。

2018年3月31日発行

発行所 日本赤十字看護学会

〒150-0012 東京都渋谷区広尾4-1-3

日本赤十字看護大学内

電話 03(5485)5777

FAX 03(5485)5777

URL <http://jrcsns.umin.ne.jp>

理事長 高田 早苗

製作・印刷 (株)国際文献社

〒169-0075 東京都新宿区高田馬場4-4-19

電話 03(5389)6492

FAX 03(3368)2830



Journal of The Japanese Red Cross Society of Nursing Science

Original Article

Concept Analysis of “comfort (anraku)” Perceived by Patients with Breast Cancer Wakako Yachi 1

Research Reports

Characteristics of Public Health Nurse Activities in Areas
with High Health Performance of Elderly Persons Megumi Yamashita 11

Clinical Instructors' Understanding and Involvement with Trainees' Difficulties in Dementia Nursing:
Focusing on Clinical Nursing Practice in the Curriculum for Certified Nurses in Dementia Nursing
Emi Hiruma, Chizuru Sakaguchi, Kyoko Chiba, Akemi Kiyota, Kazuki Emi, Fukiko Matsumoto 19

Nursing Care of Children Isolated for Infection Control and Their Families:
Action Research on Pediatric Nurses Miho Hashimoto 29

Support for Returning to Work for Middle-Aged Patients after CABG by Senior Clinical Nurses
Mami Kitabayashi 39

The 18th Annual Congress of The Japanese Red Cross Society of Nursing Science Chairperson's Address

Nursing and Nursing Education of Red Cross in the Global Age Kikuko Urata 49

Keynote Address

A World Map of Humanity Seen from the Red Cross Tadateru Konoe 57

Special Address

Examining the Starting Point of Nursing: From the Perspective of Clinical Philosophy Shinji Hamauzu 63

Educational Lecture

Facilitate Caring and Healing at the Bedside:
Healthcare Services and Nursing Practice through Healing Relationship Model Asako T. Katsumata 69

Symposium

The Disaster Victims Who Live in Evacuation Shelters Mie Naiki 76

How to Protect the Rights of Children and Their Families in Clinical Practice:
From the Standpoint of Pediatric Nursing Fujiyo Miwa 78

Nursing not to Restrict Kyoko Fukumoto 80

About the Human Rights Nursing Practice of the Reper Miwako Hirakida 82

Research Grant 85

Proceeding of the Society 87

The Rules for Writing Articles 116

Editorial Notes 118

The Japanese Red Cross Society of Nursing Science

The Japanese Red Cross College of Nursing
4-1-3, Hiroo, Shibuya-ku,
Tokyo, 150-0012, Japan