

日本赤十字看護学会誌

Journal of the Japanese Red Cross Society of Nursing Science

原著

日本におけるレシピエント移植コーディネーターが行う生体肝移植患者と家族に対する意思決定支援 藤澤和歌子…… 1

研究報告

病棟日替わりリーダー看護師がメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難 木村 美香・富永 明子…… 9

認知症看護における看護師の困難の変化—認知症看護認定看護師教育課程を修了した看護師に焦点を当てて—
江見 香月・坂口 千鶴・清田 明美・比留間絵美・上野 優美・宮本 良子…… 17

急性期病院における看護師の臨床的自律性—看護実践の様相および文脈に焦点を当てて— 井本 寛子…… 26

日常業務の相談場面における看護師長と看護師の相互作用の様相—看護師の学びに焦点を当てて— 鬼頭 幸子…… 35

がん患者への終末期場面で看護のやりがいを感じる認定看護師・専門看護師の経験 福井 里美…… 43

双子を出産した女性の母子健康手帳に対する認識 藤井美穂子・佐藤 朝美…… 52

急性期病院における「高齢者看護コース」を修了した主任看護師の高齢者看護への認識の変化
清田 明美・坂口 千鶴・千葉 京子・江見 香月・渡邊しのぶ・泊瀬川紀子・窪田 裕子・比留間絵美…… 61

なぜ保健師は、福島第1原子力発電所事故の被災地において発災直後から今日まで保健師活動を続けられるのか？
高瀬 佳苗・鈴木 学爾…… 70

がん相談に従事する看護師の就労支援とその困難の実態 新田 純子・下平 唯子・矢野 和美…… 79

基礎看護技術演習におけるパフォーマンス評価と学生のスキルとの関連 児玉 悠希・菖蒲澤幸子・舟越五百子・北林 真美…… 89

資料

認知症高齢者の体験に関する文献検討 岩原 由香…… 95

病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシー 近森 清美・村瀬 智子…… 102

訪問看護ステーションにおける複数名による精神科訪問看護の実施状況 初田 真人・村瀬 智子…… 109

血液透析療法を導入した患者の移行—Meleisの移行理論を分析枠組みとした文献検討— 木村 美香…… 116

民間精神科病院に勤務する看護師の学習の動機と現任教育への期待
—病棟看護師と教育担当看護師のインタビュー調査から— 松本 佳子・出口 禎子…… 122

第20回日本赤十字看護学会学術集会

会長講演

伝統を革新する赤十字看護師の決断とチャレンジ 川嶋みどり…… 131

特別講演

ケアの地下水—臨床の9語を通して— 徳永 進…… 137

特別対談

徳永進氏×谷川俊太郎氏 徳永 進・谷川俊太郎・川嶋みどり…… 140

教育講演

いやしの中にある食事—口腔機能を引き出す食事の形態とスプーンテクニック— 田中 靖代…… 147

テーマセッション

人々の「健康」をいかに支えるか—銭湯と地域住民の健康の関係— 孫 大輔…… 152

地域の看護職ネットワークづくり 平原 優美…… 157

地域に根差した急性期病院としての役割 若林 稲美…… 159

シンポジウム

「人が人らしく生きる」を当たり前実践するには？—清拭のわざが継承される組織のエスノグラフィー— 澁谷 幸…… 161

患者の尊厳を大切に看護を目指して—急性期病院での身体抑制激減へのチャレンジャー 中西 悦子…… 163

産婦の潜在力を最大限に活かす助産ケアの伝統と革新 中根 直子…… 165

学会記事 …… 169

会誌投稿規定 …… 196

編集後記 …… 198

日赤看会誌

J Jpn Red Cross Soc Nurs Sci

日本赤十字看護学会

The Japanese Red Cross Society of Nursing Science

原 著

日本におけるレシピエント移植コーディネーターが行う 生体肝移植患者と家族に対する意思決定支援

藤澤和歌子

Support in Terms of Decision-Making for Living-Donor Liver Transplant Donors and Their Families Provided by Transplant Coordinators in Japan

Wakako Fujisawa

キーワード：意思決定支援, 生体肝移植, ドナー, レシピエント移植コーディネーター

key words : decision-making, living-donor liver transplantation, donor, transplant coordinator

Abstract

Purpose The purpose of the present study was to assess the support provided by transplant coordinators to living-donor liver transplant donors and their families in regard to decision-making.

Method A qualitative descriptive study was conducted. The participants were four nurses with experience as transplant coordinators. Data were collected using semi-structured interviews and analysis was performed with a focus on the actions of the transplant coordinators.

Results The analysis revealed the following four themes: facilitating relatives' involvement in reaching a consensus; allowing each relative to consider the consequences of donation; sensing the candidate donor's unwillingness and advocating the donor's right to refuse; and helping potential donors prepare to become a donor. Subthemes were then identified based on these four themes.

Discussion These findings suggest that the core practice of transplant coordinators is to advocate the rights of the donor based on a consideration of ethical issues regarding the treatment of living-donor liver transplant donors and their families.

要 旨

【目的】本研究は、生体肝移植を受ける患者とその家族に対して、レシピエント移植コーディネーター（以下、RTC）が行う意思決定支援を明らかにすることを目的とした。

【方法】質的記述的研究。研究参加者は、RTCとしての経験を有する看護師4名である。データは、半構成的インタビューを用いて収集し、意思決定支援を行った状況と行為、意図の観点から分析した。

【結果】分析の結果、RTCが行っている意思決定支援として、《親族全体での合意形成を促す》《家族員

受付日：2018年5月1日 受理日：2019年4月11日

日本赤十字看護大学大学院博士後期課程 Japanese Red Cross College of Nursing Graduate School, Doctoral Program

一人ひとりに検討を促す》《気持ちの揺れに気づき、ドナー候補者を擁護する》《手術に向けて準備を促し、後悔を残さないように関わる》の4つのテーマと、そのテーマを構成する16のサブテーマが見出された。

【考察】RTCにとっての実践の核は、生体肝移植という治療のもつ倫理的問題をふまえた上でのドナーの権利擁護であると考えられた。

I. はじめに

日本は臓器移植総数の中で、生体移植の占める割合が9割前後となっており、欧米諸国に比べ、生体移植が非常に多く行われている(棚島・出河, 2014)。日本移植学会倫理指針(日本移植学会, 2015)では、ドナーの条件を、6親等内の血族、配偶者と3親等内の姻族としている。日本肝移植研究会(2014)は、日本で成人間の生体肝移植を検討するとき、ほとんどは子供や配偶者等の近親者からドナー候補者が選定されていることを報告している。

肝不全の患者と家族が生体肝移植を望むとき、その家族はドナーを選定する過程でさまざまな葛藤や苦悩を経験するという(渡邊, 2007)。その移植医療を安全に行うためには調整役が必要であり、日本でも移植コーディネーターという専門職が生まれた(添田, 2011; 萩原・秋田・濱他, 2013)。日本の移植コーディネーターには、ドナー移植コーディネーターとレシピエント移植コーディネーターの2種類があり(添田, 2011)、生体移植の場合は、レシピエント移植コーディネーターがレシピエントとドナーを含む家族を担当している。

レシピエント移植コーディネーター(以下、RTC)は、生体肝移植を検討する患者や家族が移植施設に電話で問い合わせる段階から、移植後まで継続したフォローアップを行う(添田, 2011; 萩原・秋田・濱他, 2013)。資格要件は、日本の医師免許もしくは看護師免許を取得後5年以上の臨床経験を有するか、日本の医療国家資格またはそれと同等の知識を有すると認められるもので5年以上の臨床経験を有する者と日本移植学会のレシピエント移植コーディネーター認定合同委員会が定めており、認定制度については、2011年よりRTC申請の受付がスタートした(添田, 2011)。9割以上が看護職である(清水・石川・志自岐他, 2011)。

RTCを対象とした研究は、RTCの役割や機能に関する研究(志自岐, 2007)や生体肝移植に関わるRTCの倫理的概念に関する研究(習田, 2011)等があり、活動内容や抱えている倫理的葛藤は明らかにされているが、とくに、RTCが生体肝移植を検討している患者やその家族に行っている意思決定支援に焦点を当てた研究は見当たらない。生体肝移植は、健康な人体を傷つけるという意味で倫理的問題を抱えた医療であり、さらに肝移植をしなければ生命自体が危ぶまれる状況の中で、患者や家族のみならず移植医等との関わりを含

め、意思決定を支えるRTCの役割は重要であると考えられる。しかし、RTCの認定制度は2011年から開始されたばかりであり、自律性や専門性がどのように発揮されているのかはまだわからない。そこでRTCが、生体肝移植を検討している患者やその家族にどのような意思決定支援を行っているかを明らかにする必要があると考えた。

II. 研究目的

RTCが生体肝移植の適応となった患者やその家族に対し、どのような意思決定支援を行っているのかを明らかにすることである。

III. 用語の定義

意思決定支援：生体肝移植の適応となった患者やその家族が、移植手術を受けるかどうか、受けるとしたら誰がドナーになるかを決定するプロセスに対するRTCの関わりであり、ここには、移植を受けた結果に基づく患者・家族による決定プロセスの振り返りも含むものとする。

IV. 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

2016年5月～9月。

C. 研究参加者

RTCの資格を取得後、1年以上のRTCの活動経験を有する看護師4名。研究開始当初は、2015年度までの肝移植症例の累計が40件以上の関東圏の病院の看護部へ候補者の紹介を依頼し、病院に勤務するRTCに対し研究参加を募った。その後、予定人数の参加者を確保することは困難となり、対象者を全国に広げ、ネットワークサンプリングに切り替えた。すべての参加者がネットワークサンプリングを通じて得られた参加者である。

D. データ収集方法

半構成的インタビューを用いた。インタビューは、移植に関する意思決定を支援する際の状況や行為、その意図等についてインタビューガイドをもとに尋ねた。インタビュー回数は、一人1回～3回であり、関東圏以外の病院に所属する研究参加者に対しては、1

回のみインタビューを実施した。

E. データ分析方法

データは逐語録に起こし、RTCが生体肝移植を検討している患者や親族に対する意思決定支援に関して語った部分を抽出した。それらを、生体肝移植を受けるか否か検討し、ドナーが選定され、手術を受け、退院後の生活に向けて準備を整えるまでのいくつかの段階に着目し、RTCの支援の行為と意図に焦点を当てて分析を行った。共通の意味のある支援をまとめ、その内容を表す言葉をサブテーマとし、その主題となるものをテーマ化した。分析過程では、研究指導者のスーパーバイズを受け、分析と解釈の信頼性・妥当性を確保した。

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の承認を得た上で実施した（承認番号2015-130）。研究への参加は自発的に選択できるようにし、提供された事例については、家族背景等の個人が特定されないように配慮した。

V. 結果

A. 研究参加者の概要

研究参加者は、病棟での勤務経験を経た後、RTCとして活動を開始した看護師4名であった（表1）。このうち、RTCの認定制度が始まる前に、所属施設における移植コーディネーターとして活動していた者は3名であった。また2名は、海外での就業または留学を通じて、欧米諸国での移植コーディネーターの活動を学んだ経験があった。研究参加者の勤務先は別々であったが、以下のプロセスは共通していた。生体肝移植の適応となった患者や家族は、地域の病院の主治医から、移植施設へ紹介受診していた。移植に関する最初の窓口はRTCであり、患者や家族の外来日を決めるのはRTCの役割であった。患者や家族が来院し、医師から移植に関する説明がされる場に、RTCは同席した。

B. RTCが行う意思決定支援

データ分析の結果、RTCの意思決定支援として、《親族全体での合意形成を促す》《家族員一人ひとりに検討を促す》《気持ちの揺れに気づき、ドナー候補者を擁護する》《手術に向けて準備を促し、後悔を残さないように関わる》の4つのテーマと、そのテーマを

表1. 研究参加者の概要

| 参加者名 | 看護師経験年数 | RTC経験年数 | 認定制度開始以前の活動 | 海外での活動 | インタビュー回数 | インタビュー時間 |
|------|----------------|----------------|-------------|--------|----------|----------|
| Aさん | 15年以上 20年未満 | 3年以上 5年未満 | 無し | 無し | 2回 | 1時間16分 |
| Bさん | 25年以上 30年未満 | 10年以上 15年未満 | 有り | 有り | 1回 | 1時間42分 |
| Cさん | 20年以上 25年未満 | 5年以上 10年未満 | 有り | 有り | 3回 | 2時間12分 |
| Dさん | 20年以上 25年未満 | 5年以上 10年未満 | 有り | 無し | 1回 | 1時間3分 |

表2. RTCが患者や親族に対し行っている意思決定支援

| テーマ(4) | サブテーマ(16) |
|---------------------------|--|
| 親族全体での合意形成を促す | 別世帯の家族も含め、状況を共有し、意思決定に参加してもらう 率直に本心話し合ってもらおう 話し合いの中で、ドナーの自発性を評価する 親族内の関係性に着目し、支援に活かす |
| 家族員一人ひとりに検討を促す | 親族が考慮すべきことを伝える ドナー候補者がリスクや社会的影響を思い浮かべられるように支援する レシピエントのリスクや生活への影響を含めた見通しを伝える |
| 気持ちの揺れに気づき、ドナー候補者を擁護する | ドナーになりたくない意思の表れに気づく 個人としてのドナー候補者の本心を尋ねる 断ることで自責の念を持たないように関わる 迷いに付き合い、共に考える 家族の関係を保持したまま、ドナーを断れるようにする 医師に問題状況を代弁する |
| 手術に向けて準備を促し、後悔を残さないように関わる | ドナーになることの意味づけを支える ドナーになるという意思を支える 健康な人として手術を受けるドナーの特徴を捉える |

構成する16のサブテーマが見出された(表2)。

以下に、研究参加者たちが行っていた意思決定支援を記述する。本文中の《 》はテーマ、【 】はサブテーマを示す。ゴジック体はインタビューデータであり、ひとまとまりの事例として語られた内容については事例として示した。文脈上、研究者が補足した情報は()で示している。

1. 《親族全体での合意形成を促す》

このテーマは、RTCが親族全体での合意形成を促すために、できるだけ多くの親族に意思決定に参加してもらうように働きかける支援をいう。【別世帯の家族も含め、状況を共有し、意思決定に参加してもらう】【率直に本心を話し合ってもらおう】【話し合いの中で、ドナーの自発性を評価する】【親族内の関係性に着目し、支援に活かす】の4つのサブテーマから構成された。以下、2つのサブテーマについて、具体例を挙げて、説明する。

a. 【別世帯の家族も含め、状況を共有し、意思決定に参加してもらう】

レシピエントや親族たちは、移植術を受けることを前提に来院することもあれば、まずは移植がどのようなものかの説明を聞きたいと思って来院することもあった。移植術を受けることを前提に来院する親族でも、ドナー候補者や周囲の家族が十分に検討した上で、移植を受けると意思表示しているとは限らなかった。そこでRTCは、十分な検討の上で移植の決定ができるように、まず親族全員の来院を求めた。その意図はRTCによってさまざまであった。

Aさんは、家族関係が崩れることを回避することをねらいとしていた。

「(レシピエントの受診時) 最大限の人を連れてきてくださいとは言いますね。ドナーさんの家族、レシピエントさんの家族があるし、ドナーとレシピエントだけで移植が成り立つわけではなくて、その周りもかなり巻き込むので、…(中略)…初診の時点で来てくださって言います。そうじゃないとやっぱり聞いた聞かないってあるし。」(Aさん)

また、RTCはとくにドナー候補者にとっての重要人物の来院を重視していた。生体肝移植はほとんどが親子や兄弟、夫婦といった近親の家族内からドナーが選定されるが、成人間の移植となると兄弟間の移植であっても、婚姻等により現在は世帯が別であることもある。そのような場合、現在の家族である配偶者や子どもが家族がドナーになることに対してどのように受け止めているのかを確認する必要がある。Dさんは、以下のように語った。

「成人の生体肝移植で、兄弟間ってなると、20歳以上のお子さんがいらっしゃる人が多いので、いくら奥さんがいいって言ったとしても、お子さんたちに聞いた方がいいってことを必ず言ってい

て、絶対連れてくるようにっていうことはしてまずね。」(Dさん)

b. 【話し合いの中で、ドナーの自発性を評価する】

初回受診の段階だけでなく、移植に関する話が進む中で、移植に反対する親族が出てくる場合もある。その場合もRTCは反対者も含め、再度移植に関わる親族が来院して、顔を合わせる場を作り、親族同士で率直に話し合えるように方向づけていた。また、家族員それぞれが移植に対する自らの考えを伝えることが、ドナー候補者の自発性を評価することにもつながっていた。たとえば、Bさんは次のように語った。

「一回顔を付け合せた方が、もめるならもめた方がいいと私は思ったし、だからその後、家族とか親戚とか、何でこんなしなあかんねんとか色々だったときには、必ず来てもらって。…(中略)…わざとそういう機会を私はつくるんです。雨降って地固まればいいけど、固まらなかつたら仕方がないかなって。ドナーがそれでもやりたいて、貫き通せるだけの強い意志があれば説得できるはずだし、できないってことはそれだけの強い意志がないってことは、覚悟ができてないの。」(Bさん)

Cさんもドナー候補者の重要人物が来院することの大切さを語った。Cさんは移植に関わる親族全員に来院してもらうことを“登場人物を増やす”と表現し、ドナーの自発性を評価するためにこの手法を用いていた。

2. 《家族員一人ひとりに検討を促す》

このテーマは、RTCが患者や家族に対し、ドナーになる際のリスクや周囲への影響およびレシピエントの今後の見通しを伝え、ドナーやレシピエントだけでなく、移植に関わる親族全員が移植について検討できるように促す支援をいう。【親族が考慮すべきことを伝える】【ドナー候補者がリスクや社会的影響を思い浮かべられるように支援する】【レシピエントのリスクや生活への影響を含めた見通しを伝える】の3つのサブテーマから構成された。以下、2つのサブテーマについて述べていく。

a. 【親族が考慮すべきことを伝える】

研究参加者は、親族が集まった場で、レシピエントが移植術を受けるために、親族の中からドナー候補者を選定することに際して、考慮すべきことを伝えた。Bさんは、次のように語った。

「この家族が、患者さんが移植を受けたら、たとえば自己管理の問題とか、病院とかちゃんと通ってたんですとか、薬ちゃんと飲めると思いますがとか、あと、ドナーになるっていったら、たとえば、もう3ヶ月間この後は、職場に仕事をお休みしなきゃならないけど、それが可能なのかとか、…小さい子どもがいるとかだったら、誰が面

倒みるのとか、…（中略）…説明して、それで考えてもらうようにしてるんですよ。」（Bさん）

Bさんは、実際に移植術に臨むのであれば、レシピエントに関しては免疫抑制剤の内服を生涯継続しなければならない、内服薬の管理や感染予防対策ができるのかどうか、ドナーは、3ヶ月以上の休職期間が必要となること等を念頭に置き親族全体に検討を促していた。

b. 【ドナー候補者がリスクや社会的影響を思い浮かべられるように支援する】

前項では親族全体に対しての理解を求めていたが、ドナー候補者自身も身内を助けたいという思いだけでドナーになろうと思ったものの、リスクや社会的影響を十分に検討できていない場合があった。そのため研究参加者は、ドナー候補者がリスクを十分に認識していないまま、手を挙げていると感じたときは、再度医師からの説明を聞く機会を作っていた。たとえば、Aさんは以下のように語った。

「ドナーさん、（移植術が）うまくいけば、絶対問題ないけど、うまくいかなかったときに（問題になるので）、このドナーさんが理解してないなって、…（中略）…（肝臓を）あげれば大丈夫なんでしょみたいな、いやいや、あげるあなたの身体も大事だし、（肝臓を）もらった方も大事だし、（移植が）うまくいかかわかんないってところが理解してないときは、1回外来に呼んで、先生に言ってもらったりとかはしますね。」（Aさん）

3. 《気持ちの揺れに気づき、ドナー候補者を擁護する》

このテーマは、ドナー候補者の気持ちの揺れを察知したり、ドナーになることを断る際、擁護する支援をいう。【ドナーになりたくない意思の表れに気づく】【個人としてのドナー候補者の本心を尋ねる】【断ることで自責の念を持たないように関わる】【迷いに付き合い、共に考える】【家族の関係を保持したまま、ドナーを断れるようにする】【医師に問題状況を代弁する】の6つのサブテーマから構成された。以下、3つのサブテーマについて、具体例を挙げ、説明する。

a. 【断ることで自責の念を持たないように関わる】

研究参加者は、ドナー候補者がドナーにならない決断をしても、自責の念にかられないような配慮をしていた。Dさんは、以下のように語った。

「身内を助けようとするドナーが（ドナーに）ならないって言葉を発するのって、レシピエントが死んでもいいのかっていうことと直結しやすいので、悩む気持ちはよく理解できることと、悩んだ結果なれないと思ったとしても、それは正当化されることなので、決して自分を責めたりしないでくださいねって必ず伝えていきます。」（Dさん）

このようにDさんは、誰にとってもドナーを引き受けるということは重大な決断であることを理解し、ド

ナー候補者が悩む気持ちに共感を示した。そして、ドナー候補者の権利擁護のために、自分がドナーにはならないという決心をしても、それは正当化されるということを伝えた。

b. 【迷いに付き合い、共に考える】

ドナー候補者の迷う気持ちに寄り添うことの大切さを語った研究参加者もいた。Cさんは次のように語った。

「ドナーの意思決定とか、レシピエントの意思決定とかは、〇月〇日は、こうという風に決めましょって、でも明日はわかんないですよって言いながら、意思決定をするようにしてる。じゃないと、お互いつらいじゃないですか。今日は移植受けるって意思決定したけど、明日は揺れてもいいじゃないですか。」（Cさん）

Cさんは、人の決心は揺らぐことを前提に、ドナー候補者だけでなく、レシピエントに対しても、来院日ごとに意思決定を支援するようにしていた。

c. 【家族の関係を保持したまま、ドナーを断れるようにする】

Cさんは、ドナー候補者と二人で面談をする際、本心ではドナーになることを望んでいないドナー候補者を擁護するために、“総合的に”という言葉を使っていた。以下にその事例を紹介する。

事例1：お兄ちゃんだってドナーになれたのではないかという葛藤

「レシピエントは60歳前後の女性で、家族構成はレシピエントの夫、長男、次男でした。その家族は、お互い本音を話し合っているような雰囲気の家で、術前に関わってきた意思決定場面に関しても、スムーズな印象を持っていました。長男の方は、再就職したばかりで、ドナー候補者は次男に決まりました。しかし、ドナーの入院日、次男の方が私に『実は彼女を連れてきたので、移植について説明してもらえませんか。』と話してきたんです。私は彼のその姿をみたときに、もしかしたらドナーになりたくないのではないかという直観が働きました。私は次男に対して「ドナーになるの迷ってるの？」と率直に聞きました。すると彼は、はぁーとため息をつくんです。私は医師に連絡を取り、ドナーが迷っていることを伝えました。診察室でたわいもない話をしながら、私は彼が口を開くのを待ちました。しばらくして、彼はようやく重い口を開き、『母の妹に「ありがとう、ごめんね。ドナーになれるのはあなたしかないんだよね。」と言われてから、急に何か引かかるようになった。自分はHLAタイピングも少し合わなかったし、兄ちゃんだってドナーになろうと思えばなれたんじゃないかという思いが湧いてきてしまった。』と話しました。医師た

ちもドナーの気持ちが揺らいでるなら移植はすぐに中止すべきだと言い、予定されていた移植術は中止になりました。レシピエントには、「総合的に最後の結果で、弟さんはドナーに適しませんでした」と伝えました。」(Cさん)

このように、ドナー候補者がドナーになることを断っても、その後の家族関係に悪影響を及ぼさないような配慮をしていた。

4. 《手術に向けて準備を促し、後悔を残さないように関わる》

これは、ドナーになる家族員に対し、手術に向けて準備を促し、移植後を見据え、できる限り後悔を残さないようにする支援をいう。【ドナーになることの意味づけを支える】【ドナーになるという意思を支える】【健康な人として手術を受けるドナーの特徴を捉える】の3つのサブテーマから構成された。以下、2つのサブテーマについて、述べていく。

a. 【ドナーになることの意味づけを支える】

研究参加者は、移植をしてもレシピエントが助からない場合があることを十分認識した上で、自分の身体を傷つけることになっても、レシピエントが助かる唯一の望みである移植に託せるかどうかの覚悟をドナーに求めた。研究参加者はその厳しい状況でもドナー候補者自身が意義を見出せるかどうか判断を求めている。たとえば、Aさんは次のように語った。

「全部のドナーさんに言ってるんですけど、レシピエントが元気になるからではなくて、自分がドナーになって提供したことで何を得られるのかをちょっと考えてもらう。」(Aさん)

このようにAさんは、ドナー候補者にとってレシピエントが今までどういう存在であったのか、候補者自身が自問自答できるように方向づけていた。そして、臓器提供によって見返りを求めることなく、無償の思いでドナーとなる覚悟を持てるかどうか十分な検討を促していた。

またBさんも、レシピエントの病態に合わせ、移植後とくに厳しい状態が予測される場合には、移植はレシピエントの救命を保証するものではないことをドナー候補者が十分に認識できるような関わりをしていた。

「(ドナー候補者に対して、レシピエントの病状が) すごく悪かったりすると、亡くなることも想定しながら説明して、…(中略)…そういう風になっても受け入れられるかどうかってことをやっぱり(検討)してもらわなきゃいけないから伝える。」(Bさん)

このように、とくにレシピエントの病状が極めて厳しい状態にある場合は、ドナー候補者が自分がレシピエントに臓器を提供することで、レシピエントが助かるであろうという期待感を戒めるような関わりも必要

であった。

b. 【健康な人として手術を受けるドナーの特徴を捉える】

研究参加者は、生体ドナーはレシピエントのため、本来必要としない検査や手術を受けることになるため、疾患を持ち手術を受けた患者に比べ、術後の痛みを感じやすいという特徴を語った。Cさんは次のように語った。

「健康な人が手術を受けることに対しての特徴、麻薬を使って痛くはないんだけど、逆に吐いちゃってそっちのが大変だったりとか、そういう方の配慮っていうのは独特だよな。」(Cさん)

このようにRTCは、ドナー候補者に対して移植術を検討する段階だけでなく、ドナーになる決心を固めたら、検査や手術を受けることの心構えを作れるように関わったり、術後もドナーが後悔を残さないような支援をしていた。

VI. 考察

A. 生体肝移植の意思決定プロセスと家族看護の視点

結果から、生体肝移植の適応となった患者を助けるために、親族たちがドナーを選出し、移植後のドナーやレシピエントへの支援を検討する患者や家族の意思決定プロセスの特徴が示された。

1つは、家族のつながりを大切にする日本の文化が生体肝移植に関する意思決定に及ぼす影響である。すべての研究参加者が、これまでの家族史を通じて形成された家族内の関係性に着目し、家族を視野に入れた関わりをしていた。

野嶋(2005)は、日本では「絆」や「情緒的な親密さ」「情緒的巻き込まれ」等の情緒的な融合があり、これを基盤として、家族員に家族へのコミットメントを求める傾向があると述べている(p.3)。この家族の情緒的な融合は、何もしなければ死を待つ状態の家族員を助けるために、お互いが助け合い家族一丸となって移植術に臨むという力を生む。しかし一方で、情緒的な親密さや巻き込まれから、ドナー候補者が家族関係を崩さないために、ドナーになることを迷っているとは言い難い状況を作り出す危険性がある。

2つ目に、自分の考えをあまり主張しないと言われる日本人の特性が、生体肝移植の意思決定に及ぼす影響である。先行研究でも、日本人の特性として義務感が心理的に作用し、臓器提供の意思がさほど強い場合でも、ドナーになることを余儀なくされることがあると明らかにされている(福西, 1999)。本研究結果においても、ドナー候補者が、入院日に彼女を連れてきて移植に関する説明を求めたことをRTCはドナーになりたくない気持ちの表れとして察知したエピソードがあった。このような特性をふまえると、RTC

はよりドナー候補者の言葉にならない意思の表れに気づく能力が求められる。

本研究においては、日本では家族看護の必要性から一人のRTCがドナーとレシピエントを含む1つの親族を担当した方がいいと考えるRTCもいた。実際、本心ではドナーになることをためらっているドナー候補者を擁護するときに、RTCが自らそれを伝えるよりも、調整役となる家族員を見極め、家族内の力動を通じて解決できるように導いていた。このような関わりは、ドナー候補者がドナーになることを拒否しても、それ以降の家族の関係性を良好に保つことにもつながっていたと考えられる。

いずれにしても、脳死下の臓器提供者が少なく、家族の情緒的なつながりが深い日本では、家族員の誰もがドナーにならない選択をするのは難しく、生体ドナーの権利擁護は、検討し続けなければならない課題と言える。

B. ドナーへの支援

先行研究から、生体臓器移植の意思決定には、“生体で移植を受けること”と“誰がドナーになるか”の2つがあり、移植における意思決定プロセスの中心的な段階は、ドナーを選定する時期であることが明らかにされている（渡邊，2007）。本研究ではあらたに、RTCはドナーやレシピエントの移植後を見据えた意思決定支援をしていることが明らかになった。とくにドナー候補者に対して、レシピエントが助からない場合も考慮した上で、臓器提供に踏み切れるかどうか、後悔しないかという十分な検討を促していた。

健康であったドナーが移植術を受けたことによつて、外見的には健康な人と区別がつかないものの、腹部の創の引きつれや倦怠感を抱えながら、社会復帰していたことが先行研究から明らかにされている（永田・長谷川，2012）。そのためドナーになるには、そういったリスクを十分ふまえた上で引き受けられるかどうか覚悟を促す必要もあった。本研究においても、ドナーになる意思表示をした者に対し、RTCは、あえて親族全体での話し合いの場を設定し、ドナーの気持ちの揺れをみたりする等、さまざまな形で十分な覚悟を求めている。ドナーは“移植をしなければ身内が亡くなってしまう”苦悩と“身内を助けるために自分の体を傷つければならない”不安との葛藤の中で、窮地に立たされている。その中で、移植の成功率や臓器提供後の合併症のリスク等を十分に認識することは容易なことではないことが推測される。そのような危機的な状況の中で、RTCがドナー候補者に対し、断ることで自責の念を持たないように関わったり、迷いに付き合い、共に考える支援は大きな意義があると考えられる。

C. RTCのドナーの権利擁護のための自律的な看護実践

Kuhse(1997/2000)は、看護婦は自律的な医療従事者とも道徳的行為者ともみなされておらず、他者の道徳的判断を実行する従属的な職員とみなされている真実が今も昔もあり、早急に何らかの改革が必要だと述べている。しかし本研究においては、RTCがドナーや家族に対し、倫理的な意思決定を支援することで移植チームの信頼を勝ち取ったり、道徳的行為者として自律的な実践をしているRTCの姿が描き出された。

研究結果では、移植に関わる意思決定を支援する際、移植をするかどうかを決める以前の段階から、医師等の移植に関わる関係職種の指示を受けることなく、自発的に意思決定に関与すべき家族の範囲を見極め、家族の親族が移植に関わる意思決定プロセスに十分関わられるように方向づけていた。とくに、ドナー候補者の重要人物に来院してもらい、親族の中で反対者がいないかどうかの確認を必ずしていた。このように、移植の意思決定に関わる親族をどの範囲で捉えるかというのは、RTCの自律的な判断で行われていたと考えられる。

また、医師はドナー候補者がドナーになることを望んでいると捉えていても、RTCはドナー候補者が本心からドナーになることに同意したのではないと感じとり、RTCが家族で話し合いをするように促すことで、実際に移植医が想定していたドナーと変更になることもあった。これまでのRTCの実績により医師からの信頼を得て、ドナー候補者の意思表示が本心からのものなのかの判断はRTCに委ねられていた。

日本移植学会倫理指針（日本移植学会，2015）では、ドナーに関して、臓器提供は本人の自発的な意思によって行われるべきものであることや、提供意思が他からの強制ではないことを家族以外の第三者が確認することを定めている。しかし、具体的な方法に関しては明記されておらず、何を基準としてドナー候補者の自発的意思を判断するかは難しい問題である。A.で述べたように、家族の情緒的融合の強い日本では、生体肝移植しか患者を助ける方法がないとなったときに、家族員がコミットメントせざるを得ない状況が生まれやすく、あまり自己主張をしない場合は、ドナー候補者の主張は気づかれにくく、権利擁護が難しいものとなっているのは事実である。

VII. 研究の限界と今後の課題

本研究では、主に外来での意思決定場面に焦点が当たっていたために、病棟看護師との連携やRTCが組織に対してどのような働きかけをしていたかに関しては十分に確認できていない。

本研究結果から明らかになったRTCの意思決定支

援は、移植術のみに焦点があるのではなく、対象者それぞれの人生の中で、移植術を受けることをどのように受け止めるのか、また家族として生体肝移植という危機をどう乗り越えるのかを支援していることになると考えられる。人生の意味や価値を求めることは、人間固有のきわめて人間的な問いである（山田，1999，p. 1）。今後は、ドナーが臓器提供したことをその後の人生の中でどのように意味づけていくか、レシピエントが、移植術を受けたことによって与えられた生きる時間をどのように過ごしていくかへの支援を明らかにすることが課題である。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆様に深く感謝申し上げます。本研究は平成28年度日本赤十字看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。また、第37回日本看護科学学会において発表を行った。

利益相反

利益相反なし

文献

福西勇夫 (1999). 生体臓器移植における精神医学的問題点. *Pharma Medica*, 17(3), 17-20.
萩原邦子・秋田裕史・濱直樹・和田浩志・小林省吾・梅下浩司・永野浩昭 (2013). 【肝移植-現状と展望】レシピエント移植コーディネーターの役割. *臨床消化器内科*, 28(9), 1257-1262.
Kuhse, H. (1997) / 竹内徹・村上弥生訳 (2000). ケアリング—看護婦・女性・倫理. 大阪：メディカ出版.
永田明・長谷川雅美 (2012). 日本の一医療機関で生体肝移植ドナーを体験した人々の「口を閉ざす行

動」の背景にある文化. *日本看護研究学会雑誌*, 35(5), 13-24.

日本移植学会 (2015). 日本移植学会倫理指針. <http://www.asas.or.jp/jst/about/ethics.php> (2018/11/20).
日本肝移植研究会 (2014). 肝移植症例登録報告. 移植, 49 (2-3), 261-274.
野嶋佐由美 (2005). 家族看護学と家族看護エンパワメントモデル. 中野綾美編, 家族エンパワメントをもたらす看護実践 (pp. 1-15). 東京：へるす出版.
櫛島次郎・出河雅彦 (2014). 移植医療. 東京：岩波書店.
志自岐康子 (2007). 臓器移植医療における看護職移植コーディネーターの役割・機能に関する研究—生体部分肝移植に焦点をあてて—. 課題番号16390627平成16～18年度科学研究費補助金基盤研究(B)(2)研究成果報告書.
清水準一・石川陽子・志自岐康子・習田明裕・勝野とわ子・内藤明子・三輪聖恵 (2011). 全国移植施設におけるクリニカル移植コーディネーターの配置と看護管理責任者の意向. *日本移植・再生医療看護学会誌*, 7(2), 3-11.
添田英津子 (2011). 【臓器移植の新時代】脳死臓器提供に関する課題 レシピエント移植コーディネーターの役割 臓器移植の新時代. *医学のあゆみ*, 237(5), 447-452.
習田明裕 (2011). 生体肝移植に関わるクリニカル移植コーディネーターの倫理的概念. *日本保健科学学会誌*, 13(4), 177-192.
渡邊朱美 (2007). 生体肝移植のための臓器提供者を決定する家族の意思決定プロセスモデルに関する研究. *お茶の水医学雑誌*, 55 (1-2-3), 27-53.
山田邦男 (1999). 生きる意味への問い—V・E・フランクをめぐって. 東京：佼成出版社.

研 究 報 告

病棟日替わりリーダー看護師が
メンバーへ教育的に関わる際に抱く困難

木村 美香, 富永 明子

Difficulties That a Shift Leader Nurse in a Ward Experiences in
Educational Interactions with Member Nurses

Mika Kimura, Akiko Tominaga

キーワード：日替わりリーダー, 教育的な関わり, 困難

key words : shift leader nurse, educational interaction, difficulties

Abstract

Objective: This study was aimed at identifying the difficulties that a shift leader nurse in a ward experiences in educational interactions with member nurses.

Methods: Open-ended questionnaire forms were distributed to 710 nurses with experience of working as shift leaders, and the responses were analyzed by the content analysis methodology.

Results: The difficulties that the shift leader nurses faced could be classified into 15 categories, as follows: [Finding time to know the degrees of readiness of member nurses, to give timely guidance, to confirm the degrees of understanding, and to explain the reasons for guidance], [Knowing the degrees of readiness of member nurses], [Lack of ability to interact with member nurses for educational purposes, such as coaching or motivating skill].

Discussion: The results indicate that the following support measures may be necessary to improve the difficulties that shift leader nurses face during educational interactions with member nurses: “building a framework that enables a shift leader nurse to secure time to perform his/her tasks as a leader, as well as to interact with member nurses for educational purposes,” “through group training, etc., raising awareness of the difficulties that a shift leader nurse experiences when he/she interacts with ward nurses for educational purposes,” “conducting training focusing on coaching and motivating, and providing instructions that are suitable for each individual member to raise their awareness and sense of responsibility.”

要 旨

目的：病棟日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難を明らかにする。

方法：日替わりリーダー経験を有する710名の看護師に、質問紙を配布し、自由記載の記述があった

199名について内容分析の手法を用いて回答を分析した。

結果：日替わりリーダーの困難は、【レディネスの把握・タイムリーな指導・理解度の確認や根拠の説明を行う時間の確保】【メンバーのレディネスの把握】【コーチングスキルや動機づけなど教育的に関わるための能力の不足】などの15カテゴリに分類された。

考察：困難の改善に向けて，“リーダー業務を遂行しながらメンバーへ教育的に関わる時間を確保することができる体制の構築”，“集合研修などを活用した、病棟看護師への日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難の周知”，“コーチングや動機づけ・個々のメンバーに適した指導・自覚と責任感を育む指導に着目した研修の実施”などの支援を行う必要性が示唆された。

I. 緒言

入院患者への質の高い看護の提供に向け、看護師は日替わりで勤務時間帯のリーダーとなり（以下、日替わりリーダーとする）、日替わりリーダーを中心に看護を展開している。日替わりリーダーの役割のうち、メンバーが実践する看護の確認は、助言や指導など教育的な関わりを用いて行われる。この日替わりリーダーによる教育的な関わりは、メンバーが持つ力を最大限に引き出すために重要である（Stoddart, Bugge, Shepherd, et al., 2014）。しかし、日替わりリーダーは、教育的に関わる十分な時間の不足（Stoddart, Bugge, Shepherd, et al., 2014）、指導が負担で辛い（小西・畝, 2013）など、メンバーへ教育的に関わる際に様々な困難を感じている。そのため、日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難について研究する必要があると考えた。

文献検討の結果、日替わりリーダーはメンバーに、臨床実践への助言（Eggenberger, 2012）、知識や技術のフィードバック（宋・伊藤・木本他, 2010）、仕事を進める上での問題点の指摘（宋・伊藤・木本他, 2010）、ロールモデル（Carlin & Duffy, 2013）、意思決定を導く（Eggenberger, 2012）、個々のメンバーに合わせた教育の提供（合口, 2009）、コーチング・メンタリング（Stoddart, Bugge, Shepherd, et al., 2014）、リスク発生時のマニュアルに沿った指導（宋・伊藤・木本他, 2010）を行っていることが明らかにされていた。教育的な関わりの内容が明らかされている一方、教育的に関わる際に抱く困難を明らかにした研究は見当たらなかった。

そこで、本研究において、日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難を明らかにする。本研究の成果は、日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わるための支援体制の構築に向けて、基礎資料を提供する。また、このことを通して、メンバーによる患者への質の高い看護の提供に貢献できると考える。

II. 研究目的

病棟日替わりリーダー看護師がメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難を明らかにする。

III. 用語の定義

A. 教育的な関わり

メンバーの心身両面に意図的に働きかけて、看護師として働く上で必要な知識と態度の啓発、技能の教授を図り、その人の持つ能力を伸ばそうとする行為。

B. 困難

メンバーへ教育的に関わる際に抱く難しさや悩み、苦勞。

IV. 研究方法

A. 研究期間

2016年3月から2018年3月までであった。

B. 研究対象者

独立行政法人福祉医療機構WAM-NET(2017年5月24日閲覧)に掲載されている全国の8,480病院から、地域を層化変数とする層化無作為抽出法により400病院を抽出した。このうち、看護管理責任者より研究協力について同意を得られた98病院に勤務しており、病棟における日替わりリーダーの経験を有する看護師710名を対象とした。

C. データ収集方法

質問紙法を用いてデータを収集した。質問紙の作成にあたり、日替わりリーダー経験を有する看護師2名を招き専門家会議を行った。次に、日替わりリーダー経験を有する看護師30名を対象に予備調査を行った。質問紙は、自由回答式質問と対象者の特性を問う選択回答式質問で構成された。自由回答式質問は、「病棟の日替わりリーダーとしてメンバー看護師に教育的に関わる時に、難しく感じたり、悩んだり、苦勞したことを、できるだけ具体的に記載してください。」であった。質問紙を研究協力について同意が得られた98病院の看護管理責任者へ郵送した。対象者の選定は看護管理責任者に一任し、添付の返信用封筒を用いて、無記名・個別投函により質問紙を返送するよう依頼した。

D. データ分析方法

内容分析（Berelson, 1954/1957）の手法を用いて分析した。対象者の記述全文を文脈単位、1つの困難を表す記述を記録単位とした。各記録単位を意味内容の類似性に基づいて分類し、その記述を忠実に反映するカ

テゴリネームをつけた。また、各カテゴリに包含された記録単位数をカテゴリごとに集計した。分析の適切性を確認するために、内容分析の手法を用いた研究経験のある看護教員1名にカテゴリ分類を依頼し、Scottの式 (Scott, 1955) に基づいてカテゴリ一致率を算出した。

E. 倫理的配慮

対象者には、研究協力依頼状を用いて、研究の目的と意義、方法、回答に要する時間、参加に伴う利益と不利益、データの取り扱い方法、結果の公開方法を説明した。また、対象者が特定されることのないよう質問紙への回答は無記名とし、研究への参加は自由意思であること、添付した返信用封筒を用いて個別投函することにより研究協力への同意を判断することも記載した。本研究に関する質問がある場合には、調査期間や終了後を問わず、いつでも問い合わせが可能であることを記載し、研究者の連絡先を明記した。本研究は群馬県立県民健康科学大学倫理委員会から承認（承認番号：2017-13）を得て実施した。

V. 研究結果

98病院に勤務する日替わりリーダー看護師710名のうち、366名（回収率：51.5%）より回答を得た。366名のうち、自由回答式質問に回答した199名の記述を

分析対象とした（有効回答率：28.0%）。

A. 対象者の概要

対象者199名の臨床経験年数は平均14.3年（SD 7.8）で、日替わりリーダー経験年数は平均8.7年（SD 7.8）であった（表1）。

B. 病棟日替わりリーダー看護師がメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難

360記録単位より、日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難15カテゴリが形成された。カテゴリへの分類の一致率は、80.0%であった。15カテゴリとは、【レディネスの把握・タイムリーな指導・理解度の確認や根拠の説明を行う時間の確保】【経験や価値観が異なるメンバーとのコミュニケーション】【メンバーのレディネスに適した指導方法の選択】【メンバーが示す指導への拒否的な態度の受容】【メンバーのレディネスの把握】【短い臨床経験年数や知識不足による自信のなさ】【コーチングスキルや動機づけなど教育的に関わるための能力の不足】【リーダー業務と指導の両立】【メンバーの心情や自尊心への配慮】【メンバーとの関係性悪化の懸念】【医療チームの一員としての自覚と責任を促す手法】【他の日替わりリーダー、上司、メンバーの考える・望む指導内容と自分の指導内容の不一致】【患者の情報把握が不十分な状況下での指導】【指導に有効なマニュアルの不足】【実践の機会を提供するタイミングの判断】であった。表2に、カテゴリ、各カ

表1. 対象者の特性

| 項目 | 項目の種類および度数 | | | |
|--------------|------------------------|-------------|---------------------------------|--------------|
| | | | | |
| 性別 | 男性 | 18名 (9.0%) | 女性 | 181名 (91.0%) |
| 年齢 | 平均37.9歳 (SD 8.2) | | | |
| 看護における最終学歴 | 大学 | 13名 (6.5%) | 3年課程短期大学 | 16名 (8.1%) |
| | 2年課程短期大学 | 7名 (3.5%) | 3年課程専門学校 | 116名 (58.3%) |
| | 2年課程専門学校 | 40名 (20.1%) | その他 | 7名 (3.5%) |
| 現在の職位 | 看護師長 | 6名 (3.0%) | スタッフ | 149名 (74.9%) |
| | 副看護師長 | 7名 (3.5%) | 主任 32名 (16.1%) その他 5名 (2.5%) | |
| 臨床経験年数 | 平均14.3年 (SD 7.8) | | | |
| 日替わりリーダー経験年数 | 平均8.7年 (SD 7.8) | | | |
| 所属看護単位 | 単科 | 87名 (43.7%) | 混合 | 111名 (55.8%) |
| | 記載なし | 1名 (0.5%) | | |
| 病院の規模 | 100床未満 | 32名 (16.1%) | 400～599床 | 30名 (15.1%) |
| | 100～199床 | 59名 (29.6%) | 600床以上 | 6名 (3.0%) |
| | 200～399床 | 72名 (36.2%) | | |
| 病院の所在地 | 北海道 | 17名 (8.5%) | 近畿 | 38名 (19.1%) |
| | 東北 | 16名 (8.0%) | 中国・四国 | 17名 (8.5%) |
| | 東京 | 27名 (13.6%) | 九州・沖縄 | 24名 (12.1%) |
| | 関東・甲信越 | 40名 (20.1%) | 記載なし | 1名 (0.5%) |
| | 東北・北陸 | 19名 (9.6%) | | |
| 病院の設置主体 | 国 | 8名 (4.0%) | 都道府県・市町村・広域事務組合等 | 30名 (15.1%) |
| | 日赤・済生会・厚生連・社会保険関係団体 | 28名 (14.1%) | | |
| | 医療法人 | 74名 (37.2%) | | |
| | 公益法人・学校法人・社会福祉法人・その他法人 | 39名 (19.6%) | | |
| | 生活協同組合・会社・個人 | 17名 (8.5%) | 記載なし | 3名 (1.5%) |

n=199

表2. 病棟日替わりリーダー看護師がメンバー看護師へ教育的に関わる際に抱く困難

| カテゴリ | 記録単位数 | サブカテゴリ | 記録単位の例 |
|--|------------|--|---|
| レディネスの把握・タイムリーな指導・理解度の確認や根拠の説明を行う時間の確保 | 80 (22.2%) | <p>リーダー業務に追われる中でのタイムリーな指導と振り返り [49]</p> <p>指導した内容の理解度の確認や根拠の説明をする時間の確保 [28]</p> <p>メンバーのレディネスを把握するための時間の確保 [3]</p> | <ul style="list-style-type: none"> リーダー業務をこなしながら指導を行うため、なかなか時間を確保できない 勤務の最後に指導することが多くなり、リアルタイムに丁寧な指導をできない メンバー一人一人について、動きや理解度、アセスメント能力をその場で確認できればよいと思うが、時間的にもマンパワー的にも難しいため、毎日手探りとなる |
| 経験や価値観が異なるメンバーとのコミュニケーション | 49 (13.6%) | <p>年上や臨床経験が長いメンバーへ助言する際の言葉づかいや伝え方、伝えるタイミング [41]</p> <p>世代や価値観が異なるメンバーとの意思疎通に向けたコミュニケーション [8]</p> | <ul style="list-style-type: none"> 自分よりも臨床経験の多いメンバーに教育的に関わる時には、どのように伝えたらよいか、言わなくてもよいことを言ってしまうかなど気を遣う メンバーと年代的なギャップがあり、指導の際、コミュニケーションを取りにくい・個性の強いメンバーへの対応が難しい |
| メンバーのレディネスに適した指導方法の選択 | 37 (10.3%) | <p>メンバーの経験や能力、理解度に適した指導方法の選択 [22]</p> <p>メンバーに合わせた指導方法の工夫や使い分け [15]</p> | <ul style="list-style-type: none"> メンバー個々の能力、学習の進み具合で、どこまで答え、アセスメントを求めるのかを、瞬時に判断することに苦労する 同じような指導の内容であっても、メンバーによって理解が異なるため、メンバーに合わせて伝え方を工夫しなければならない メンバーの性格などで関わり方が異なるため難しい |
| メンバーが示す指導への拒否的な態度の受容 | 29 (8.1%) | <p>助言した看護を取り入れようとしない姿勢 [17]</p> <p>指導に対するため息や嫌な表情と態度 [12]</p> | <ul style="list-style-type: none"> 臨床経験の長いメンバーに新しい知識・技術を伝えても、昔の常識を通してしまう 人工呼吸器装着中の患者を受け持っているメンバーが、痰が絡んでいないのに、定期的に時間で吸引をしていたため、聴診をして必要時に吸引するよう指導したが、助言が聞き入れられず、対応の難しさを感じた 指導した際、嫌な表情が顔に出る、または態度に出るメンバーは指導しにくい |
| メンバーのレディネスの把握 | 25 (6.9%) | <p>指導内容に関するメンバーの理解度の把握 [17]</p> <p>新人看護師や臨床経験の浅いメンバー・中途採用のメンバーの助言・指導を要する部分の把握 [8]</p> | <ul style="list-style-type: none"> メンバーがよい返事をしたので理解していると思っていたら理解していなかったり、理解していないと思い説明すると理解しているなど、説明したことを理解しているのかいないのかについての反応がわかりにくい メンバーから意思表示がないと、どこまで一人でできて、どこからできないのか判断が難しい 中途採用で入職してくるメンバーが多いため、何がどこまでできているのかわからない |
| 短い臨床経験年数や知識不足による自信のなさ | 22 (6.1%) | <p>知識・技術不足がある中での適切な助言・指導 [17]</p> <p>自身の臨床経験が浅い中での教育的な関わり [5]</p> | <ul style="list-style-type: none"> 部署異動をしたことがないため、自分自身が経験したことのない検査や手術について指導できない 自分自身がリーダーから教育を十分に受けたことがなく、リーダーナース、先輩ナースとの出会いがなかったため、どのような声かけをして指導したらよいかかわからない 自分自身が臨床経験年数が浅く、メンバーに教育的に関わることができない |
| コーチングスキルや動機づけなど教育的に関わるための能力の不足 | 22 (6.1%) | <p>答えを伝えるのではなくメンバー自身のアセスメント・考えを引き出す指導 [20]</p> <p>メンバーの自主性や積極性・モチベーションを高める関わり [2]</p> | <ul style="list-style-type: none"> メンバーから報告を受けた際、何が考えられるのか、どうアセスメントするのかと誘導しながらメンバーの考えを引き出していくことが難しい 今後、リーダーシップをとる看護師に成長してもらうために、メンバーに考える習慣を身につけてもらえるような介入をしていくことを日々、大変に感じる どのように自信を持って仕事をしてもらうかなど、メンバーに対するモチベーションアップの声かけが難しい |

表2. 続き

| カテゴリ | 記録単位数 | サブカテゴリ | 記録単位の例 |
|---|-----------|---|--|
| リーダー業務と指導の両立 | 19 (5.3%) | リーダー業務を円滑に進めながらの考える時間・経験する機会・成長する機会の提供 [16] | <ul style="list-style-type: none"> メンバーから質問された際、メンバーに質問内容についての考え、わからない点、どうしたらよいと考えているのかなどを問いつつ、一緒に考えたいが、リーダー業務が立て込んでいて、自分自身がすぐに答えを出してしまい、メンバーが考える機会をなくしていると感じる |
| | | リーダー業務と教育的な関わりの対等な遂行 [3] | <ul style="list-style-type: none"> ゆっくり時間をかけて自分でやりとげられるようフォローしたいが、業務が多忙だと、こちら側でやってしまい、経験する機会を奪ってしまっているのではないかと悩む 下手に手を出すと、そのメンバーのためにならないと思うが、業務をスムーズにするために、援助は必要であり、どこまで援助するか悩む |
| メンバーの心情や自尊心への配慮 | 18 (5.0%) | メンバー個々の性格や思い・プライド・看護観を尊重した指導 [13] | <ul style="list-style-type: none"> 臨床経験2~3年目のメンバーは、慣れてくる時期でインシデントを起こしやすいが、慣れてきているため、自尊心や自尊心を傷つけないように関わらなければならず、介入が難しい |
| | | メンバーの気分を害さない言葉づかい・伝え方と伝えるタイミング [5] | <ul style="list-style-type: none"> 自分より年齢が高く、臨床経験が長いメンバーに教育的に関わる時は、プライドを傷つけないで理解してもらわなければならないので難しい 上から目線にならない伝え方、言葉づかいに気をつけなければならない |
| メンバーとの関係性悪化の懸念 | 17 (4.7%) | 指導によりメンバーから嫌われるのではないかと不安 [13] | <ul style="list-style-type: none"> メンバー自身に考えさせるように指導したいと思うが、色々質問すると、人間関係が悪くならないかなど考えてしまい悩む |
| | | 年下のメンバーから怖がられるのではないかと心配 [4] | <ul style="list-style-type: none"> 自分より年上のメンバーに助言する場合、年下のくせに偉そうにと思われていたら嫌だななど、相手の反応が気になる 仕事中は、年下のメンバーとの関係性が曖昧にならないよう、オンオフを切り替えているが、メンバーはその様に感じず、怖がられているのではないかと思いい、辛くなる |
| 医療チームの一員としての自覚と責任を促す手法 | 12 (3.3%) | 他人任せや責任転嫁する姿勢を正す助言の仕方 [8] | <ul style="list-style-type: none"> 患者の家族からクレームが生じた時に、クレームが生じた原因をメンバーに問うが、「よくわからない。私は忙しいから対応できない。」などの返答で、問題に向き合う気がない時、どのように指導するか苦労する |
| | | 優先順位、時間管理、協調性、迅速な報告・連絡・相談、接遇に関する指導の仕方 [4] | <ul style="list-style-type: none"> 技術ではなく、態度や言葉使い、対応などを指摘するのが難しい リーダーへの報告が遅れてしまうメンバーに、報告・連絡・相談をいかに迅速に行うかについて指導するのが難しい |
| 他の日替わりリーダー、上司、メンバーの考える・望む指導内容と自分の指導内容の不一致 | 11 (3.1%) | リーダー間での指導内容の統一 [10] | <ul style="list-style-type: none"> メンバーへ指導した時に、他の先輩看護師から教えられたことと違うと言われ、リーダーによる指導に統一性がなく困った |
| | | 師長や主任の考えとメンバーへの気持ちの双方へ配慮した指導 [1] | <ul style="list-style-type: none"> 前日のリーダーが指導したことで、翌日、自分がリーダーとして指導したことが異なると、自分が間違っているのではないかと不安になる 看護長が、メンバー一人一人の業務の進め方やリーダーの采配に一言言ってくるなど、リーダー業務に関わりすぎるため、指導などが看護長よりになる |
| 患者の情報把握が不十分な状況下での指導 | 10 (2.8%) | 連休や長期休暇明けで患者の情報を十分把握できていない中での適切な助言・指導 [8] | <ul style="list-style-type: none"> 自分が連休明けでリーダーをする場合、患者の情報が不足し、メンバーに教育的に関わる際に困る |
| | | 全ての患者とケアを把握できていない中での適切な指導 [2] | <ul style="list-style-type: none"> 長期の休み明けでリーダーになる時、リーダーである自分が患者の情報をあまり把握できていないため、メンバーに適切な助言や指導をできない 患者の全てを把握しきれないため、メンバーから相談を受けた時に、状況を理解して判断するまでに時間がかかったり、正しい判断ができていないのか不安になる |

表2. 続き

| カテゴリ | 記録単位数 | サブカテゴリ | 記録単位の例 |
|--------------------|----------|-----------------------------|---|
| 指導に有効なマニュアルの不足 | 5 (1.4%) | 教育方法に関するマニュアルがない中で的確な指導 [3] | ・メンバーの教育方法に関するマニュアルがなく、メンバーの個性もあり、教育的に関わる際のアプローチの仕方がわからない |
| | | マニュアル化されていない内容についての指導 [2] | ・混合病棟で複数科の医師がいて、それぞれのやり方、特徴があり、マニュアル化されているわけでもないため、メンバーへのアドバイスが大変む ・夜勤など、マニュアルとは少し違う部分などを細かく教える時、メンバーから質問されると悩む |
| 実践の機会を提供するタイミングの判断 | 4 (1.1%) | | ・見て学ぶ技術も多くあると思うが、経験することでの学びや気づきもあるので、メンバーに経験させるタイミングに悩む ・これまでの勤務先と異なり、集合研修で行った業務でないと病棟で実施させてはならないため、せっかく経験できる機会があるのに経験させてあげることができない状況があり、難しさを感じる |

*表中の、サブカテゴリ内の [] は、記録単位数を示す。

カテゴリを形成した記録単位数と、それらが記録単位総数に示す割合、サブカテゴリ、典型的な記録単位を示す。なお、文章中において、【 】はカテゴリ、「 」は記録単位を示す。

VI. 考察

本研究の結果は、日替わりリーダーがリーダー業務に追われメンバーへ教育的に関わるのが難しい状況にありながらも、メンバーの考えを導く関わり方やメンバーに適した指導、リーダー間で統一した指導を模索し、様々な困難を感じていることを明らかにした。考察の結果、日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難を改善するために、“リーダー業務を遂行しながらメンバーへ教育的に関わる時間を確保することができる体制の構築”、“集合研修などを活用した病棟看護師への日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難の周知”、“コーチングや動機づけ・個々のメンバーに適した指導・自覚と責任感を育む指導に着目した研修の実施”、“メンバーへの統一された教育的な関わりに向けた日替わりリーダー間における情報交換の機会の提供”の4つの支援を行う必要性が示唆された。以下に、4つの支援について述べる。

A. リーダー業務を遂行しながらメンバーへ教育的に関わる時間を確保することができる体制の構築

【レディネスの把握・タイムリーな指導・理解度の確認や根拠の説明を行う時間の確保】と【リーダー業務と指導の両立】は、日替わりリーダーが個々のメンバーへ質の高い教育的な関わりをしたいと考えていても、リーダー業務に追われ、教育的な関わりに十分な時間を割くことができない状況を示している。先行研究も、一般病棟の日替わりリーダーの6割以上がメン

バーへ教育的に関わる時間を取ることができないと報告していた (Stoddart, Bugge, Shepherd, et al., 2014)。以上より、リーダー業務を遂行しながらメンバーへ教育的に関わる時間を確保できる体制を構築することは、日替わりリーダーがメンバーへ質の高い教育的な関わりを持つために不可欠な支援であると考えられる。本研究の対象者である日替わりリーダーは、メンバーへの教育的な関わりについて、【短い臨床経験年数や知識不足による自信のなさ】や【患者の情報把握が不十分な状況下の指導】という困難を抱いていた。この2カテゴリは、リーダー業務を遂行しながらメンバーへ教育的に関わるのが難しい状況をさらに難しくさせていると考えられる。【短い臨床経験年数や知識不足による自信のなさ】において対象者は、「臨床経験2年目からリーダー業務を行うため、臨床経験が浅く教育的に関われない」、「臨床経験3年目で知識不足があり、メンバーに指導まですることができない」と記述していた。Benner(1984/1992, p.18)は、類似した状況で2~3年仕事をしている看護師を一人前と称し、この段階の看護師は、長期的目標や計画を立てて意識的に自分の活動を行うようになるころであると述べている。長期的目標や計画を立てて意識的に自分の活動を行うようになる段階で、リーダー業務を遂行しながらメンバーへ教育的に関わることは難しく、リーダー業務のみを遂行することでさえも困難であると推測される。また、【患者の情報把握が不十分な状況下の指導】において対象者は、「全ての患者の情報を把握することが難しい中、連休や長期休暇明けで日替わりリーダー役割を割り当てられたら患者の情報把握にかなりの時間を要し、教育的に関わる時間を取ることが難しい」、「患者の情報を十分把握していないため適切な教育的な関わりを行うことができない」と記述していた。

以上より、日替わりリーダーがメンバーへ教育的に

関わる際に抱く困難の改善に向け看護管理者は、リーダー業務を遂行しながらメンバーへ教育的に関わる時間を確保することができる体制を構築する必要があると考える。具体的には、日替わりリーダーの役割は少なくとも臨床経験4年目以上の看護師に割り当てる、連休や長期休暇明けに日替わりリーダーの役割を割り当てないなどの体制を構築する必要があると考える。

B. 集合研修などを活用した病棟看護師への日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難の周知

【経験や価値観が異なるメンバーとのコミュニケーション】【メンバーが示す指導への拒否的な態度の受容】【メンバーのレディネスの把握】【メンバーとの関係性悪化の懸念】は、日替わりリーダーが、メンバーの指導を要する部分や理解度の把握と同時に、指導そのものへの反応やコミュニケーションに困難を感じながらメンバーへ教育的に関わっている状況や、自らの関わりに対しメンバーが拒否的な態度を示すこともある状況を示している。また、日替わりリーダーは、自らの教育的関わりによりメンバーとの人間関係が悪化することへの不安も示している。この状況から、日替わりリーダーがメンバーとの人間関係に十分な配慮を用いて教育的に関わっている有り様と、この配慮により精神的に疲弊している様子が推察できる。先行研究は、メンバーへの気遣いや遠慮が日替わりリーダーのストレスとなっていると報告していた(小西・畝, 2013)。以上より、リーダーが実際に感じている困難を周囲のスタッフに周知することは、リーダーの精神的な負担を軽減するために不可欠な支援であると考えられる。

Connelly, Yoder, & Miner-Williams(2003) は、日替わりリーダーはメンバーと相互作用しながら、それぞれの勤務帯のケアの質に責任を持っていると述べている。このことは、メンバーの理解と協力を得ることができなければ、メンバーへ効果的に教育的関わりを行い、それぞれの勤務帯のケアの質を向上させることは難しいことを示している。【経験や価値観が異なるメンバーとのコミュニケーション】【メンバーが示す指導への拒否的な態度の受容】【メンバーのレディネスの把握】【メンバーとの関係性悪化の懸念】は、メンバーの理解と協力により十分改善を見込めると考える。これらの困難を改善するために、看護管理者は、これら4つの困難をメンバーに周知し、日替わりリーダーの教育的関わりについての理解と協力が得られるよう支援する必要があると考える。

C. コーチングや動機づけ・個々のメンバーに適した指導・自覚と責任感を育む指導に着目した研修の実施

【メンバーのレディネスに適した指導方法の選択】【コーチングスキルや動機づけなど教育的に関わるための能力の不足】【メンバーの心情や自尊心への配慮】

【医療チームの一員としての自覚と責任感を促す手法】は、日替わりリーダーがメンバーへ提供している種々の教育的関わりのうち、特に、コーチングや動機づけ、個々のメンバーに適した指導、自覚と責任感を育む指導に困難を感じていることを示している。日替わりリーダーが研修でコーチングスキルを獲得することにより、動機づけや個々のメンバーに適した指導、自覚と責任感を育む指導の困難を克服できるのではないかと考える。

先行研究は、“例を使って導く”というコーチングスキルを用いた行動が日替わりリーダーの全行動のうちのわずか3%と最も低いことを報告していた(Agnew & Flin, 2014)。先行研究も本研究と同様、日替わりリーダーにとってコーチングが難しいスキルであることを示している。しかし、Connelly, Yoder, & Miner-Williams(2003) が、看護師はコミュニケーションスキルについて基本的な理解を有しているものの、日替わりリーダー役割を引き受けるにあたっては、コーチングが極めて重要であると述べているように、日替わりリーダーに必要なスキルである。

以上から、看護管理者は、日替わりリーダーが困難であると感じているコーチングや動機づけ、個々のメンバーに適した指導、自覚と責任感を育む指導を支援するために、コーチングスキルの獲得を目指した研修を企画し提供する必要があると考える。

D. メンバーへの統一された教育的関わりに向けた日替わりリーダー間における情報交換の機会の提供

【他の日替わりリーダー、上司、メンバーの考える・望む指導内容と自分の指導内容の不一致】【指導に有効なマニュアルの不足】【実践の機会を提供するタイミングの判断】は、日替わりリーダーが、全ての看護業務やメンバーへの教育的関わりにおいて、マニュアルが存在しない中、自己の指導内容と他者の考えるあるいは望む指導内容が一致しないことや、メンバーに看護技術を経験してもらったタイミングの判断などに困難を感じていることを示している。

看護業務の内容は、より質の高い看護の提供を目指して日々修正されていくため、マニュアル化できるのは看護業務の骨子となる部分のみであろう。また、メンバーへの教育的関わりは、その時の状況や個々のメンバーの背景によって変化するため完全にマニュアル化することが難しい。そのため、日替わりリーダーは、今後もマニュアルに全てを頼らずにメンバーへ教育的関わりをしていく必要があると考える。

このような状況においても、メンバーの混乱を招くことがないように、日替わりリーダー間で教育的関わりをある程度統一していくよう試みる必要があると考える。そのため、看護管理者は、日替わりリーダー間における情報交換の機会を提供していく必要があると考える。

VII. 結論

病棟日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難は、15カテゴリに分類された。日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難の改善に向けて、“リーダー業務を遂行しながらメンバーへ教育的に関わる時間を確保することができる体制の構築”、“集合研修などを活用した病棟看護師への日替わりリーダーがメンバーへ教育的に関わる際に抱く困難の周知”、“コーチングや動機づけ・個々のメンバーに適した指導・自覚と責任感を育む指導に着目した研修の実施”、“メンバーへの統一された教育的な関わりに向けた日替わりリーダー間における情報交換の機会の提供”の4つの支援を提供する必要性が示唆された。

謝辞

本研究にご協力くださいました看護師の皆様にご心より深く感謝申し上げます。なお、本研究の一部を第49回日本看護学会学術集会（看護管理）で発表した。

利益相反

利益相反なし

文献

- Agnew, C., Flin, R. (2014). Senior charge nurses' leadership behaviours in relation to hospital ward safety—A mixed method study. *International Journal of Nursing Studies*, 51(5), 768–780.
- 合口美幸 (2009). 救急病棟リーダーナースの臨床判断. 平成20年度横浜市立市民病院看護部看護研究集録, 13–18.
- Benner, P. (1984) / 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子 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.
- Berelson, B. (1954) / 稲葉三千男, 金圭煥訳 (1957). 社会心理学講座 第7(3). 東京: みすず書房.
- Carlin, A., Duffy, K. (2013). Newly qualified staff's perceptions of senior charge nurse roles. *Nursing Management*, 20(7), 24–30.
- Connelly, L. M., Yoder, L. H., Miner-Williams, D. (2003). A qualitative study of charge nurse competencies. *Med-surg Nursing*, 12(5), 298–306, quiz 306.
- 独立行政法人福祉機構. 「サービス提供機関の情報（医療機能情報）」. <http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pccpub/iryo/service/> (2017年5月24日閲覧).
- Eggenberger, T. (2012). Exploring the charge nurse role: holding the frontline. *The Journal of Nursing Administration*, 42(11), 502–506.
- 小西香理・畝小百合 (2013). リーダー経験2年目以内の看護師のリーダー業務におけるストレス. 日本看護学会論文集: 看護総合, 43, 211–214.
- Scott, W. A. (1955). Reliability of content analysis—The case of normal scale coding. *Public Opinion Quarterly*, 19(3), 321–325.
- 宋典子・伊藤千恵・木本宏美・伊藤恵美 (2010). 日替わりリーダー時のリーダーシップ行動に求められる構成要因—360度評価を導入して. 日本看護学会論文集: 看護管理, 41, 306–308.
- Stoddart, K., Bugge, C., Shepherd, A., Farquharson, B. (2014). The new clinical leadership role of senior charge nurses—A mixed methods study of their views and experience. *Journal of Nursing Management*, 22(1), 49–59.

研 究 報 告

認知症看護における看護師の困難の変化
—認知症看護認定看護師教育課程を修了した看護師に焦点を当てて—

江見 香月¹, 坂口 千鶴², 清田 明美², 比留間絵美¹, 上野 優美³, 宮本 良子⁴

Change of Difficulties Experienced by Nurses in Dementia Nursing:
Focusing on Nurses Who Have Finished the Curriculum of
“Certified Nurses in Dementia Nursing”

Kazuki Emi, Chizuru Sakaguchi, Akemi Kiyota, Emi Hiruma, Yumi Ueno, Yoshiko Miyamoto

キーワード：認知症看護, 認定看護師, 困難

key words : dementia nursing, certified nurse, difficulties

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to clarify how the difficulties experienced by graduates of a course for certified nurses in dementia nursing changed throughout the course while taking the lectures and the practicum and the subsequent clinical training.

Method: Focus group interviews were employed as the study method, with 12 nurses certified in dementia nursing participating.

Results and discussion: Before taking the course, the participants did not have a deep understanding of the rationale for dealing with persons with dementia, thus were unable to explain this to other nurses and had difficulty sharing their thoughts on nursing care that is demented person centric. During the clinical training, while the participants still could not make sufficient multi-faceted assessments of persons with dementia and faced difficulty articulating their assessments to others, they eventually re-examined their nursing care and succeeded in obtaining the perspective of understanding persons with dementia in a holistic manner. After the course, the participants became able to explain to others their perspective for nursing persons with dementia. Difficulties have persisted, however, in terms of verbalizing the demented-person-centric nursing care and sharing it with other staff. Lectures and practicums to enhance such capability of verbalization and sharing should be included in the curriculum in education for certified nurses in dementia nursing.

受付日：2018年6月11日 受理日：2019年4月2日

1. 日本赤十字看護大学大学院 博士後期課程 Doctor program, Japanese Red Cross College of Nursing
2. 日本赤十字看護大学 Japanese Red Cross College of Nursing
3. 横浜市立みなと赤十字病院 Yokohama City Minato Red Cross Hospital
4. 長岡赤十字病院 Nagaoka Red Cross Hospital

要 旨

研究目的：A 認知症看護認定看護師教育課程の修了生を対象に、研修前の認知症看護に関する困難が研修中の講義や演習を経て行う臨地実習を通してどのように変化したのかを明らかにすることである。

研究方法：認知症看護認定看護師12名にフォーカス・グループ・インタビューを行った。

結果及び考察：研修前の参加者は、認知症の人への関わりの根拠がわからないために他者に関わりの根拠を説明できず、認知症の人の思いを中心とした看護を他者と共有できない困難を抱えていた。実習中の参加者も認知症の人を多角的に分析できず、それを言語化する困難に直面したが、自らの看護を問い直し、認知症の人を全体として捉える視点へ変化した。修了後の参加者は、認知症の人を捉える視点を他者に伝え、認知症の人の思いを中心とした看護ができるようになった。しかし、認知症の人の思いを中心とした看護を言語化して他者と共有する困難は継続しているため、その能力を高める講義や演習を認定看護師教育課程に加えていく必要がある。

I. 研究の動機と背景

日本における65歳以上の高齢者人口は、過去最高の3,515万人となり、高齢化率は27.7%に達している（内閣府，2018）。高齢化により認知症の有病率は、2014年では65歳以上の高齢者は15.0%であり、今後2025年には20%に上昇すると推計されている（内閣府，2017）。このような背景から2005年に日本看護協会看護研修学校認定看護師教育課程に認知症看護学科が新設され（日本看護協会，2017）、現在開講する教育機関は8校に達し（日本看護協会，2017）、認知症看護認定看護師数も2006年の10名から2011年は178名、2017年は1,003名と増加している（日本看護協会，2017）。研究者の所属する教育機関は2011年度から4年間、認知症看護認定看護師教育課程を開講していた。本課程は、認知症看護に関する講義、演習、実習で構成されているが、その中で、特に実習で認知症看護の困難を抱える研修生が多く、研修生の中で何が起きているのか、どのような教育的関わりが必要なのかを明らかにする必要性を感じた。

認知症看護に関する先行研究では、多くの看護師が認知症の人の看護に困難を抱えていることが報告されている（松尾，2011；乙村・徳川，2011；谷口，2006；山本・吉永・伊藤，2010）。また、認知症看護認定看護師教育課程の研修生の実習に伴う困難も明らかとなっているが（湯浅・諏訪・辻村他，2016）、研修前に研修生が抱える困難の内容やそれが研修によってどのように変化したのかを明らかにした研究はほとんど見当たらない。そこで、研修生の研修前の困難が研修中、特に実習を通して研修後にどのように変化するのかを見出すことで、認知症看護認定看護師教育課程の質向上に資すると考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、A 認知症看護認定看護師教育課程

の修了生を対象に、研修前の認知症看護についてどのようなことを困難と感じていたのか、その困難は研修中の講義や演習を経て行う臨地実習を通してどのように変化したのかを明らかにすることである。

III. 用語の定義

認知症看護：認知症の経過と予後を理解した上で、生命・生活の質や自己実現に対するケアの質やその病態に与える影響の深刻さを洞察し、認知症の発症から終末期に至る長期間のさまざまな看護上の問題に対して、その家族を含めた統合的な援助を企画し、実践できること（日本看護協会，2017）。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究デザインとする。

B. 研究参加者

A 認知症看護認定看護師教育課程を修了して1年以上経過した認知症看護認定看護師40名に研究参加の依頼文を郵送し、返信にて研究参加の承諾を得た。その後、文書と口頭で研究を説明し、文書で研究参加の同意を得た12名とした。

C. 認知症看護認定看護師教育課程のカリキュラム

教育課程は約6ヶ月間であり、その内訳は講義と演習が4ヶ月、その後臨地実習が約1ヶ月、実習終了後担当した事例の振り返りを行い、事例検討資料を作成し、発表して意見交換し、それをもとにレポートを作成し、自らの看護の課題を見出す。

D. データ収集期間

2013年9月～12月の4ヶ月間であった。

E. データ収集方法

データ収集はVaughn, Schumm, & Sinagub (1996/1999)のフォーカス・グループ・インタビュー（以下、インタビューとする）を参考に行った。同時期に修了した

研究参加者同士で研修前の看護、研修中の実習、研修後の看護を振り返って、自分自身の中で認知症看護への困難に対してどのような変化があったのかを自由に語ってもらった。12名の参加者を各修了時期と参加可能な日時によって1グループ3名ずつに分け、計4グループとした。インタビューは各グループ1回ずつ行い、時間は約70分～120分であった。インタビューは、研究参加者の承諾を得てICレコーダーに録音し、参加者の表情、動作等の非言語的なコミュニケーションはメモを取った。

F. データ分析方法

Vaughn, Schumm, & Sinagub (1996/1999, p. 142) のフォーカス・グループ・インタビューの分析方法を参考に、以下の手順で行った。まず、グループ毎にインタビューを録音したデータから逐語録を作成し、研究参加者の認知症看護における困難と、困難の変化を確認した。次に、グループ毎に得られたデータをもとに認知症看護における参加者の困難とその変化にコードをつけた。そして、得られたコードをグループ毎に類似性・相違性に着目して分類した。さらに、グループ毎にコード化されたデータを比較し、カテゴリーを抽出した。分析過程全体で研究者全員での検討を繰り返し、信頼性と信憑性を確保した。

V. 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を得て行った (No.2013-60)。認知症看護認定看護師に研究参加の依頼文を郵送し、返信にて研究参加への承諾を得た。研究参加候補者に文書と口頭で研究を説明し、研究参加は自由意思とし、研究に同意しない場合でも不利益を被ることはなく、研究参加に同意した場合でも途中辞退や同意の撤回が可能であることを説明し、文書で同意を得た。

VI. 結果

A. 研究参加者の属性

研究参加者（以下、参加者とする）は認知症看護認定看護師12名で、女性11名、男性1名であった。年齢は30歳代から50歳代で、看護師の平均経験年数は18年であった。A認知症看護認定看護師教育課程修了後1～2年が経過しており、認知症看護認定看護師の資格取得後1～2年目であった。

B. 認知症看護における看護師の困難とその変化

認知症看護における参加者の研修前の困難が、認知症看護認定看護師教育課程の臨地実習中（以下、実習とする）と、研修後にどのように変化したのかを表1と図1で示す。なお、カテゴリーを【 】, コードを〈 〉とする。

1. 研修前の看護における困難

研修前の看護における参加者の困難として、【関わりやその根拠がわからない】、【関わりの根拠を周囲に説明しきれず活かしてもらえない】、【認知症の人の思いを中心とした看護を共有できない】、【自らの関わりが報われないことに疲弊する】の4つのカテゴリーが抽出された。

【関わりやその根拠がわからない】とは、参加者が認知症の人とどのように関わればよいのか、またその関わりの根拠が何か見出せないことに困難を感じることであった。研修前、参加者は認知症の人にどのように関わればよいかわからず、〈接し方や対処方法がわからない〉状態であった。H氏は認知症の人に「どうやって対応したらよくなっていくのかっていうことが、もう全然何かわからない」と困惑していたことを語った。また、自らの認知症の人との関わりはわかるとする参加者も、その〈関わりに根拠づけができない〉と感じていた。自分の中で満足する関わりができたG氏は、関わりを提案しようとするが「何かその根拠が言えないというか、わかんないという感じだった」と根拠づけの難しさを語った。さらに、参加者は個々の看護師の関わりで認知症の人の反応に違いがあると感じていたが、〈関わる人によって反応が違う理由がわからない〉と感じていた。C氏は「関わる人によってもその患者さんの反応が違ってくるって、でもそれはどうしてなんだろうって」と理論的背景も含めて疑問に感じていた。

【関わりの根拠を周囲に説明しきれず活かしてもらえない】とは、認知症の人との関わりの根拠がわからないと答えた参加者が、スタッフに関わりの根拠を説明できず、たとえ関わりの中で得られた根拠を説明できても、スタッフの関わりには繋がらないことに困難を感じることであった。参加者は認知症の人への関わりの根拠をスタッフに説明しようとしたが、〈周囲に関わりの根拠を説明できない〉と感じていた。A氏は自らの関わりに「周りの人にそれ（根拠）を説明できないから、何か自分だけ考えている」と感じていた。また、参加者が関わりから得た認知症の人の思いを言葉でスタッフに説明したが、〈自分が理解できたことが伝わらない〉と感じていた。自分が理解した認知症の人の思いをスタッフに説明したJ氏は「暴力のリスクが高まると、スタッフはそこまで関係性が築けなくて怖いって」と、認知症の症状にだけ目が向くスタッフに、そのときの認知症の人の思いを理解して関わりに活かしてもらおう限界を感じていた。

【認知症の人の思いを中心とした看護を共有できない】とは、認知症の人への関わりの根拠が明確ではなく他者に説明できない参加者が、スタッフや家族と、認知症の人の思いを中心とした看護を同じ目的として共有できないと感じることであった。参加者は、自分

表1. 認知症看護における看護師の困難とその変化

| 1. 研修前の看護における困難 | | |
|----------------------------------|---------------------------|--|
| カテゴリー | コード | 語り (抜粋) |
| 関わりやその根拠がわからない | 接し方や対処方法がわからない | どうやって対応したらよくなっていくのかっていうことが、もう全然何かわからない (H氏) |
| | 関わりに根拠づけができない | こうすればいいんじゃないかって思うんだけど、何かその根拠が言えないっていうか (G氏) |
| | 関わる人によって反応が違う理由がわからない | 関わる人によってもその患者さんの反応が違ってくるって、でもそれはどうしてなんだろうって (C氏) |
| 関わりを根拠を周囲に説明しきれず活かしてもらえない | 周囲に関わりの根拠を説明できない | 周りの人にもそれ (根拠) を説明できないから、自分だけ考えているってわけじゃないけど (A氏) |
| | 自分が理解できたことが伝わらない | 自分がゆっくり関わっていく中で、理解できたことをスタッフにも伝えていくんですけど、やっぱり暴力のリスクが高まると、スタッフはなかなかそこまで関係性が築けなくて怖いっていう思いで (J氏) |
| 認知症の人の思いを中心とした看護を共有できない | 認知症の人の思いに沿っていない | 看護師が自分たちの業務を一番の優先にして、自分たちのやりやすいように患者さんを合わせちゃう (B氏) |
| | 家族を優先することで認知症の人の思いを尊重できない | その人は家にいたいし (中略) やっぱり家族が一人暮らしだから、遠く離れている家族だったら心配だから施設に入れて欲しいとか (F氏) |
| | 皆で認知症の人の思いをもとに看護ができない | みんなが (認知症の人の思いを) 考えていないわけじゃないけど、同じようには皆できないとか (G氏) |
| 自らの関わりが報われないことに疲弊する | 認知症の症状への対応に疲弊する | 患者さんも好転しないし、自分の対応も何か自分で満足できないから、ただ、疲れるっていうか疲弊するだけだった (I氏) |
| | 頑張っ関わっても報われない | 知識もなかったんで、ただ本当に否定されているっていうようなことで、頑張っ関わっても報われないみたいなところもあって (H氏) |
| 2. 研修中の臨地実習における困難 | | |
| カテゴリー | コード | 語り (抜粋) |
| 認知症の人を広く捉えて深く分析できない | 認知症の人を広い視点で捉えられない | 本当に一人の患者さんに対して、そんなに全部に領域、アセスメントなんて本当に今の所 (所属している病棟) に関してはなかったし (H氏) |
| | 認知症の人の言動を深く掘り下げられない | 『(認知症の人の) この表現からあなたはどう思ったの? どう感じたの? じゃあそれでどうしようと思ったの?』っていうところがやっぱり足りないんだろうな (D氏) |
| 看護に至るアセスメント内容を言語化できない | 対策の根拠を説明できない | その対策、どうしてこれを選んだのかっていう作業を紐解くことが、非常に私の中では大変な作業でした (E氏) |
| | アセスメント内容を言葉にして伝えられない | きちんと患者さんのアセスメントを伝えられなかったから、きっと看護師さんたちもわからないだろうし (F氏) |
| 認知症の人の思いを中心とした看護を導き出せない | 症状から対策を導き出してしまう自分に向き合えない | この症状があるからこの対策でいいでしょっていうふうな立て方だったんですよ。(中略) ハウツーじゃないって、それはずっと言い続けられて (L氏) |
| | 認知症の人の思いに沿った看護が見出せない | (認知症の人が) 自分でできることを少しでも探してやってもらえるようにしていこうって思ったんですけど、やっぱりなかなか、どう、やってもらえるようにしていこうって (C氏) |
| 違う組織の中で周囲に自らの看護を伝えられない | 違う組織に入っていきることが難しい | 初めて行ったところで関係作りから始めて、私はこういう者ですので、こうしていきませんかっていう風に (看護を) 投げかけるその難しさ (A氏) |
| | 周囲を巻き込んで自分の看護ができない | みんなを巻き込んでやっていくってすごい難しいなって、すごく痛感したというか、自分だけで一人の患者さんを自分だけで見てりゃいいじゃないですか。その辺もちょっと大変だったかな (G氏) |
| | 認知症看護への理解を広げることが難しい | なかなか病棟のスタッフが皆が皆、認知症に理解してくれるっていうわけじゃないから、嫌そうにされたこともありますし、担当のプライマリーの看護師さんにこうした方がか言ったら、何か嫌そうにされたこともありますし (G氏) |
| 目に見えた結果が得られていない | 認知症の人に目に見えた結果が確認できない | 実習は辛かったというのが意見としてあって、…やっぱり目に見えた結果っていうのが出なくてですね、やっぱり失語症もあったりして、うまく患者さんの反応も汲み取れなくて (C氏) |
| | 提案した看護を継続してもらうことが難しい | 自分がないときにずっと (抑制を) されていたら、全く自分がないところでもそれをやってもらえるっていうのは、どうしたらいいんだろうって (A氏) |
| 3. 研修後の看護における困難の変化 | | |
| カテゴリー | コード | 語り (抜粋) |
| 生活歴や認知機能を踏まえて認知症の人を深く理解できるようになる | 生活歴を踏まえて広く認知症の人を捉えようとする | 現時点のその人しか見ていなかったと思うんですけど、学校で講義を聞いたり実習を通して、こういう、この人の出来事があるって、今こういう状態なんだろうっていうのを考えるようになりました (I氏) |
| | 認知症の人の言動から何が起きているのか考える | やっぱり、その (認知症の人の) 言葉に何が隠れているのかということを丁寧に丁寧に分析しなさいって言われたんだ (D氏) 例えば暴行があると、その行動にばかり目がいってたけど (中略)、どうしてこのことが起こっているだろうって考えるようになった (G氏) |
| 認知症の人を捉えるためのアセスメントの視点を伝えられるようになる | 情報収集の視点を提示する | 認知症とか、家族に1年前と今を比べて何が (変化しているか)、ADLが落ちているかみたいな、これで見てもたるとか (F氏) |
| | 認知症の人に意向を確認するのをスタッフに見せる | 今日は怒ってご飯を食べないみたいなの、そこで「なんで?」っていうのが入るだけでだいたい本人の意向もこっちに伝わってくるはずなんだけど、そこが少し足りないのかなって、病棟にいて思うから、そういうときに皆の前でわざと「どうして食べないの?」「これ嫌いなの?」とか、必ず理由があるんだよね (E氏) |
| | 認知症の人の立場に立って看護を考えるよう伝える | 本人が何を困っているのかっていうことをやっぱりわかるように普及するっていうか、やっていくのが認定なんだ (L氏) |

表1. 続き

| 3. 研修後の看護における困難の変化 | カテゴリー | コード | 語り (抜粋) |
|------------------------|------------------------------|---|---|
| 認知症の人の思いを中心とした看護が皆できない | 馴染みのある環境を皆で創ることができない | その人にとっての大事なものとかをね、(スタッフが) (D氏) | これは要らないでしょって、下げられちゃう |
| | 皆の負担を考えると認知症の人の思いに沿った看護ができない | 皆がストレスにならないように患者さんと関わって欲しいなっていうふうにも思って、後はできるだけ患者さんに笑ってほしいなっていうのもあるので (A氏) | |
| | 対策ではなく看護を皆で考えることができない | どうしても薬にいってしまうんですね。じゃあ何を使えばいいのってやっぱり言われるんですね (G氏) 便秘がある、やれ洗腸してくるんですね。だから、違うんじゃない、何で便秘かっていうところから紐解いていかないと、対策が立たないんじゃないっていうことを伝えているんだけど、なかなか伝わらない (L氏) | |
| 看護の結果を示すことができない | 病棟のやり方が優先され自らの看護が伝わらない | 独自の病棟のやり方で対応しているっていうことがあるもんですから、やっぱりなかなか関わってくれないというか、話を聞いてくれない (G氏) | |
| | 結果が数値で表せない | 認知症って数値で表せないし (中略) 良くなったねっていうのが感覚でしかないものを、いかに見えるように言葉で伝えるか (D氏) | |
| | 結果がすぐに出ない | 骨折の方の病状の変化とかは多分目に見えてわかるものですけど、認知症の方に対して例えばいろんなツールだとしても、多分長期間になってしまう (I氏) | |
| | | 答えのない看護を理解されない | (認知症看護の) 知識を提供する場面を設定して勉強会を開いて (中略) それが響いているのか、響いていないのかを見て、響いていないときにすごいへこみます (I氏) |

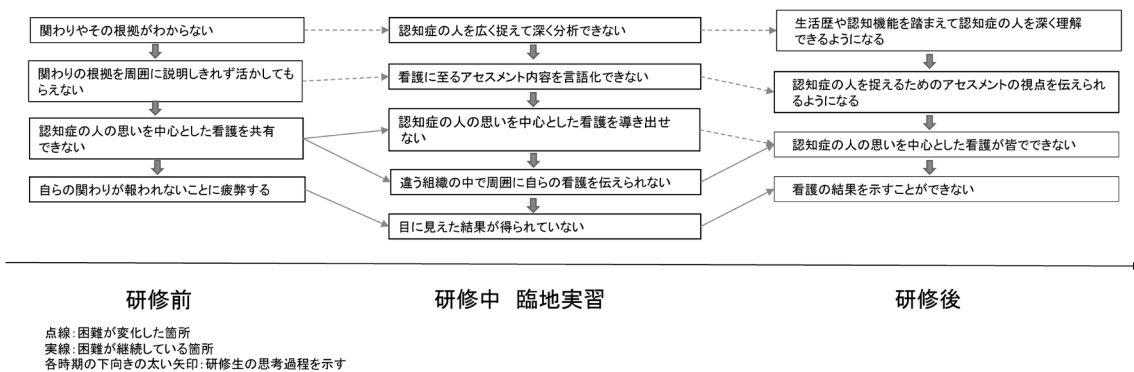


図1. 認知症看護における看護師の困難とその変化

たちが業務を優先して〈認知症の人の思いに沿っていない〉と感じていた。B氏は「看護師が自分たちの業務を一番の優先にして、自分たちのやりやすいように患者さんを合わせちゃう」と語り、認知症の人の思いに寄り添っていないと感じていた。また、参加者は認知症の人の思いを尊重したいと考えていたが、〈家族を優先することで認知症の人の思いを尊重できない〉と感じていた。F氏は、認知症の人は自宅療養を希望していたが「遠く離れた家族が、心配だから施設に入れて欲しい」と家族の思いが優先され、認知症の人の思いが尊重されていないと語った。さらに、参加者は認知症の人の思いを尊重した看護をしたいと思っているが、〈皆で認知症の人の思いをもとに看護ができない〉と感じていた。G氏は「皆が考えてないわけじゃないけど、同じようには皆できない」と、スタッフの思いも汲みながらも、すべてのスタッフが認知症の人の思いを尊重して看護を行うことができないと感じていた。

【自らの関わりが報われないことに疲弊する】とは、認知症の人の思いを尊重したいと考えていた参加者で

あったが、認知症の人と関わっていても認知症の症状は軽減せず、その症状への対応に疲弊していたことであつた。参加者は認知症の症状への対応に精神的に自分自身の限界を感じ、〈認知症の症状への対応に疲弊する〉ようになっていた。I氏は「患者さんも好転しないし、自分の対応も自分で満足できないから、ただ疲れるっていうか疲弊するだけ」と語った。また、認知症の症状への対応に困難を感じていた参加者であったが、〈頑張って関わっても報われない〉と感じていた。H氏は「(認知症の人から)ただ本当に否定されていることで、頑張って報われない」と、自らの存在自体を問われているように感じていた。

2. 研修中の臨地実習における困難

研修前の困難は、研修中の講義や演習を経て臨んだ実習において【認知症の人を広く捉えて深く分析できない】、【看護に至るアセスメント内容を言語化できない】、【認知症の人の思いを中心とした看護を導き出せない】、【違う組織の中で周囲に自らの看護を伝えられない】、【目に見えた結果が得られていない】の5つのカテゴリーへと変化した。

【認知症の人を広く捉えて深く分析できない】とは、研修前に関わりの根拠がわからないと述べていた参加者が、研修中の実習で疾患や症状だけでなく認知症の人を全体として捉えることに困難を感じていることだった。参加者は研修で学んだ認知機能も含めた身体的側面だけでなく、心理的、社会的に〈認知症の人を広い視点で捉えられない〉ことに困難を感じていた。指導者から認知症の人の疾患や認知機能だけでなく生活歴等も踏まえて詳細にアセスメントするよう指導されたH氏は「本当に一人の患者さんに対してそんなに全部の領域、アセスメントなんて本当に今の所（所属している病棟）に関してはなかった」と、これまでの経験から一人の認知症の人を広く捉えることの難しさについて語った。また、参加者はこれまでのアセスメントの内容よりも、さらに深く認知症の人の言動を分析するよう指導され、〈認知症の人の言動を深く掘り下げられない〉と困難を感じていた。D氏は「『（認知症の人の）この表現からあなたがどう思ったの？ どう感じたの？ じゃあそれでどうしようと思ったの？』っていうところがやっぱり足りないだろうな」と、一人の人を深く捉えて分析することが困難である自分に向き合うこととなった。

【看護に至るアセスメント内容を言語化できない】とは、研修前に関わりの根拠を説明できなさと感じていた参加者が、実習中には担当した認知症の人をアセスメントした内容が看護の根拠であると考えられるようになっていったが、その内容を言葉で表現することに困難を感じていた。認知症の症状に合わせて対策を導き出していた参加者は、〈対策の根拠を説明できない〉と感じていた。E氏は「その対策、どうしてこれを選んだのかっていう作業を紐解くことが、非常に私の中では大変な作業でした」と語り、経験をもとに症状に合わせて対策を提案するが、その根拠を言葉で表現することは困難であった。また、参加者は自らの職場とは異なる環境の中で、看護の根拠となるアセスメントの内容を言葉で表現する必要性を感じながらも、〈アセスメント内容を言葉にして伝えられない〉と感じていた。F氏は「きちんと患者さんのアセスメントを伝えられなかったから、きっと看護師さんたちもわからないだろうし」と、認知症の人のアセスメント内容をスタッフが理解できるように言葉で表現できない自分を感じていた。

【認知症の人の思いを中心とした看護を導き出せない】とは、研修前に認知症の人の視点に立った看護を共有できなさと感じていた参加者が、実習中に認知症の症状から画一的な対策を導き出す自らの傾向を指摘され、認知症の人の思いや希望をもとに個別性のある看護を導き出せないと感じていることであった。認知症の症状を瞬時に判断して対策を導き出してきた参加者は、その対策が本当に認知症の人が望んでいること

なのかと指導を受け、〈症状から対策を導き出してしまふ自分に向き合えない〉でいた。L氏は「この症状があるからこの対策でいいでしょっていう立て方だった」と語り、「ハウツーじゃないって、ずっと言い続けられて」と、認知症の症状から個別性を考慮せずに対策を講じてしまう自分に向き合う困難を語った。そのため、参加者は認知症の人の思いを考慮できないまま、〈認知症の人の思いに沿った看護が見出せない〉困難を感じていた。C氏は認知症の人の力を引き出そうとしたが、「やっぱりなかなか、どう、やってもらえるようにしていこう」と、C氏と認知症の人の思いにずれがあり、認知症の人の思いを反映していない対策であることから、もどかしさを感じていた。

【違う組織の中で周囲に自らの看護を伝えられない】とは、参加者が実習先の新たな環境の中で講義や演習をもとに立案した看護をスタッフとともに実践することに困難を感じることであった。参加者は実習施設で慣れない病棟に入り込むことについて〈違う組織に入っていくことが難しい〉と感じていた。A氏は「初めて行ったところで関係作りから始めて、私はこういう者ですので、（中略）自らの看護を投げかけるその難しさっていうか」と語った。また、参加者は実習先の病棟の組織文化がわからない中で自らの看護をスタッフの理解を得て実践することについて、〈周囲を巻き込んで自分の看護ができない〉と感じていた。A氏は「みんなを巻き込んでやっていくってすごい難しいなって、（中略）（今までは）一人の患者さんを自分だけで見てりゃいいじゃないですか、その辺もちょっと大変だったかな」と悩んだことを語った。さらに、参加者は自分が学んだ認知症の人の視点に立った看護を広めようとしていたが、〈認知症看護への理解を広げていくことが難しい〉とも感じていた。G氏は「病棟のスタッフが、皆が皆、認知症を理解してくれるっていうわけじゃないから、嫌そうにされたこともあります」と、スタッフの理解が得られず孤独感を抱いていた。

【目に見えた結果が得られていない】とは、研修前に関わっていても認知症の症状が好転しないことに疲弊していた参加者は、実習中にも自ら立案した看護によって認知症の人の状態や反応に期待した結果を得られず、また提案した看護を継続してもらうことにも困難を感じていた。参加者は自ら立案した看護から〈認知症の人に目に見えた結果が確認できない〉辛さを感じていた。C氏は実習の最後に「目に見えた結果っていうのが出なくて、失語症もあって、うまく患者さんの反応も汲み取れなくて」と語った。また、参加者は自らが提案した看護を継続して欲しいと考えていたが、スタッフに〈提案した看護を継続してもらうことが難しい〉と感じていた。A氏はスタッフに担当の認知症の人の抑制を外す提案をした後「自分がいないと

ころでも、それをやってもらえるにはどうしたらいいんだろう」と看護を継続する困難について語った。

3. 研修後の看護における困難の変化

研修前の困難は、研修を通して認知症の人のアセスメントに関する困難を乗り越え、研修後では【生活歴や認知機能を踏まえて認知症の人を深く理解できるようになる】、【認知症の人を捉えるためのアセスメントの視点を伝えられるようになる】ように変化していた。しかし、【認知症の人の思いを中心とした看護が皆でできない】、【看護の結果を示すことができない】という2つの困難に向き合っていた。

【生活歴や認知機能を踏まえて認知症の人を深く理解できるようになる】とは、研修を通して参加者は、背景や認知機能等を踏まえて、その言動について情報収集しながら、広い視点で認知症の人を捉えようとしていることである。参加者は目の前の一時点の情報で認知症の人を捉えていたことに気づき、それまでの〈生活歴を踏まえて広く認知症の人を捉えようとする〉ことを理解できるようになっていた。I氏は認知症の人を「現時点のその人しか見ていなかったと思うけど、講義や実習を通して、こういう出来事があって、今この状態なんだと考えるようになった」と語った。また、参加者は認知症の人を多角的にアセスメントするために、〈認知症の人の言動から何が起きているのか考える〉ようになっていた。D氏は「その（認知症の人の）言葉に何が隠れているのかということ丁寧分析しなさいって言われたんだな」と、納得できたことを語った。また、G氏は「暴行があると、その行動にばかり目がいってたけど（中略）病態も考えて、どうしてこのことが起きているんだろうって考えるようになった」と、認知症の人の行動の意味について考えられるようになった。

【認知症の人を捉えるためのアセスメントの視点を伝えられるようになる】とは、参加者がスタッフに認知症の人を捉えるための情報収集やアセスメントの視点を具体的に提示して活かせるようにすることである。参加者はスタッフが認知症の人を捉えるために、〈情報収集の視点を提示する〉ようにしていた。F氏はスタッフに「認知症状とか、家族に1年前と今を比べて何が（変化しているか）、ADLが落ちているか、これで見てみたら」と、情報収集の視点を提示してスタッフが捉えやすいよう助言ができるようになった。また、スタッフの認知症の人を捉える視点を考えるために、参加者が〈認知症の人に意向を確認するのをスタッフに見せる〉ことをしていた。E氏は「皆（スタッフ）の前でわざとどうして食べないの？ これ嫌いな？ とか、必ず理由があるんだよね」と、認知症の人の行動の背景にある思いを探ることができるような場面をスタッフに見せていた。さらに、参加者は症状から対策を講じるのではなく〈認知症の人の立場

に立って看護を考えるよう伝える〉ようにしていた。L氏は「本人が何を困っているのかっていうことを、やっぱりわかるように普及するっていうか、やっていくのが認定なんだな」と、看護師側からの視点ではなく、認知症の人の視点から捉えられるよう助言していく認知症看護認定看護師としての役割について語っていた。

【認知症の人の思いを中心とした看護が皆でできない】とは、研修修了後の参加者が、認知症の人の思いを中心とした看護の重要性をスタッフに伝えようとするが、スタッフとともに実践することに困難を感じていた。参加者は研修の中で認知症の人にとって馴染みのある環境が安心して繋がることを学んだが〈馴染みのある環境を皆で創ることができない〉と感じていた。認知症の人の大切な物を傍に置いたD氏であったが「これは要らないでしょって、下げられちゃう」とスタッフに片づけられてしまう様子に、認知症の人の視点で物の意味を考えることができないと感じていた。しかし、認知症の人が安心して過ごせる環境を提供したいと願う参加者ではあったが、〈皆の負担を考えると認知症の人の思いに沿った看護ができない〉とも感じていた。A氏は「できるだけ患者さんには笑ってほしいな」と思う一方で、「皆がストレスにならないように患者さんと関わって欲しい」と認知症の人とスタッフとの間で葛藤していた。さらに、参加者はスタッフから認知症の症状への対策を問われることが多く、〈対策ではなく看護を皆で考えることができない〉と感じていた。せん妄に対して薬を使用せずに、まずは認知症の人に起きていることをアセスメントする必要性をスタッフに説明したG氏は、「どうしても薬にいつてしまうんですね。じゃあ何を使えばいいのって？ やっぱり言われるんですね」と症状への対策を求められ、認知症の人をアセスメントした内容をもとに看護することが理解されないと感じていた。さらに参加者は自らが提案した看護よりも〈病棟のやり方が優先され自らの看護が伝わらない〉と感じていた。G氏は「なかなか関わってくれないというか、（G氏の）話を聞いてくれない」と、他の病棟で認知症の人の思いを中心とした看護が受け入れられず、孤独感を抱いていた。

【看護の結果を示すことができない】とは、実習中から継続して認知症の人の看護は目に見えた結果を見出すことが難しいと感じていた参加者は、修了後も認知症の人の思いを中心とした看護の結果をどのように示すのか困難を感じていた。参加者は、修了後も自分たちが行った看護の〈結果が数値で表せない〉と感じていた。D氏は「認知症って数値で表せないし（中略）いかに見えるように言葉で伝えるか」と看護を理解してもらうことの難しさを語った。また、参加者は掲げている看護目標の〈結果がすぐに出ない〉ことも

感じていた。I氏は、認知症の人への看護は「いろいろなツールだとしても、多分すごい長期間になってしまう」と時間を要する看護の評価の難しさについて語った。さらに、参加者は認知症の人の背景を情報収集し、手探りで個別的な看護をしていくが、スタッフに〈答えのない看護を理解されない〉と感じていた。I氏は試行錯誤して認知症看護の勉強会を開いたが「響いていないときにすごいへこみます」と、認知症看護の面白さがスタッフに理解されないと感じていた。

VII. 考察

本研究の結果より、研修の経過とともに看護師の認知症看護への困難は変化した。考察では、研修後に軽減した困難と継続している困難について考察する。

A. 自らの認知症の人への看護に対する困難の軽減

研修前の参加者は、認知症の人への関わりやその根拠についてわからないと疑問やジレンマを抱えていた。また、参加者は他者にも関わりを表現できない自分を感じ、認知症の人を中心とした看護について学ぶ必要があると考え研修を受けていた。その後、多くの参加者は、講義や演習の中で学んだ認知症看護の知識をもとに実習を行うことで、研修前に悩んでいた関わりや根拠が、情報をもとにアセスメントした結果であることに気づくこととなった。これは講義や演習を踏まえた実習において、幅広い視点から認知症の人をより詳細に観察し、得られた情報を今までの臨床経験以上に掘り下げてアセスメントを行う中で得られた気づきと考えられる。

しかし、実習では多くの参加者が、認知症の人をアセスメントする困難を抱いていた。湯浅・諏訪・辻村他(2016)は、研究参加者のうち約8割が実習中のアセスメントに努力を要していたと報告している。本研究では、認知症の人を多角的に捉え深く掘り下げて分析することやその内容を言語化することが困難であることが明らかとなった。臨床経験のある参加者は多数の患者を同時に受け持ち、それまでの経験をもとに患者の疾患や症状から対策を瞬時に捉えて実践をする思考パターンが身についていた。そのため、参加者は認知症の人の言動を深く分析しないまま、経験的に症状から対策に結びつけていた。実習指導者も研修生の思考について、情報の関連づけや分析が進まず「臨床経験に基づく看護実践にとどまってしまう」と報告している(比留間・坂口・千葉他, 2018)。そのため、参加者の臨床経験から導き出した症状に合わせた対策では認知症の人への看護に結びつかず、また対策の根拠を問われても言語化することは困難であったと考えられる。

高山・水谷(2000)も認知症の人は認知症の進行に伴い、自分の感じたことを言葉で伝えようとする意欲

が低下するため、看護師が認知症の人の主観的な経験を知らうとする必要があると述べている(p.94)。参加者は、指導者からそれまで身につけた認知症の人の捉え方では看護を行うことが難しいと指摘を受けることで、これまでの自分自身の看護に対する信念や価値観を問い直し、認知症の人の視点に立つ重要性に自ら気づくことができた(Bulman & Schutz, 2013/2014, p.38)と考えられる。

実習を通して研修生は、認知症の人の病態も含めた身体的な情報だけでなく、生活歴を踏まえて心理的、社会的側面から一つ一つの情報をもとに多角的にアセスメントして認知症の人を全体として捉え、認知症の人の視点に立った個性のある看護を導き出すプロセスを学んだことで、認知症の人への看護に対する困難が軽減したのではないかと考える。

B. 他者に認知症の人の看護を伝えて実践してもらう困難の継続

参加者の認知症の人の思いを中心とした看護を他者とともに実践する困難は、研修修了後にも継続していた。研修中に自らがこれまでの経験や認知症の人の症状から対策を講じていることに気づいた参加者は、スタッフに対して情報収集の仕方を提示したり、認知症の人の意向を確認する場面を見せたり、試行錯誤しながら、認知症の人を捉える視点を伝え、認知症の人の個性に合わせた看護を広めようとしていた。しかし、多くの患者を受け持つ多忙なスタッフも、研修前の参加者と同様に、経験をもとに認知症の人の疾患や症状から対策を捉えて実践する傾向があるため、認知症の人を全体として捉え、その人の視点に立った看護を伝えていく困難は継続していたと考える。天木・百瀬・松岡(2014)は、看護師と認知症の人の思いにずれが生じることにより起こる認知症の人の苦痛や不快を軽減するために、認知症看護認定看護師が看護師に認知症の知識を充足することにより人的環境を調整していると報告している。しかし、認知症の知識だけではなく、認知症の人を全体として捉える視点について伝える能力の向上も課題となると考える。

また、参加者の看護の結果を示すことができない困難も、研修修了後にも継続していた。それは、認知症の人への看護は目に見えた結果を得ることや数値化することができないことから、看護を評価することが難しいことが挙げられる。そのため、参加者が認知症の人への看護の結果をスタッフに示すことができず、スタッフに認知症の人を中心とした看護を理解して実践に活かしてもらうことも難しいと考えられる。そのため、認知症看護認定看護師は、スタッフに看護の根拠を言語化して説明し、看護による結果としての認知症の人の変化を詳細に伝えることが必要であると考えられる。Benner(2001/2005)は、自らの看護が結果をもたらした状況を説明することにより、実践の知識の一部

が明らかになり、看護の専門的技能が向上すると述べている (p.29)。以上より、認知症看護認定看護師が、意識的に自らの思考過程や看護を言語化し、実践を通して看護の結果としての認知症の人の変化をスタッフに伝えていく能力を高めていくための講義・演習を認知症看護認定看護師教育課程の中に加えていく必要があると考える。

VIII. 本研究の限界と課題

本研究の参加者は12名と少なく、一教育機関における参加者であり一般化するには限界がある。認知症看護認定看護師の教育に関する研究は少ないため、複数の教育機関とともに研究を積み重ねていく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただいた認知症看護認定看護師の皆様へ感謝申し上げます。本研究は2013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、その内容は第16回日本赤十字看護学会、第35回日本看護科学学会学術集会で発表したものを修正した。

利益相反

研究における利益相反はない。

文献

- 天木伸子・百瀬由美子・松岡広子 (2014). 一般病院で入院治療する認知症高齢者への看護実践における認知症看護認定看護師の判断. 日本看護研究学会雑誌, 37(4), 63-72.
- 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.
- Bulman, C. & Schutz, S. (2013) / 田村由美・池西悦子・津田紀子監訳 (2014). 看護における反省的实践 原書第5版. 東京: 看護の科学社.
- 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 (2018). 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—. 日本赤十字看護学会誌, 18(1), 19-27.
- 松尾香奈 (2011). 一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ. 日本赤十字看護大学紀要, 25, 103-110.
- 内閣府 (2017). 平成29年度版高齢社会白書 認知症高齢者数の推計. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/gaiyou/s1_2_3.html (2019.2.25).
- 内閣府 (2018). 平成30年度版高齢社会白書 高齢化の状況. https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/gaiyou/s1_1.html (2019.2.25).
- 日本看護協会 (2017). 認定看護師. <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn> (2018.3.31).
- 乙村優・徳川早知子 (2011). 一般病棟で認知症高齢者とのかかわる看護師の困難. 日本精神科看護学会誌, 54(3), 114-118.
- 高山成子・水谷信子 (2000). 中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究. 老年看護学, 5(1), 88-95.
- 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.
- Vaughn, S., Schumm, J. S., Sinagub, J. M. (1996) / 井下理監訳 (1999). グループ・インタビューの技法. 東京: 慶應義塾大学出版会.
- 山本克英・吉永喜久恵・伊藤由佳 (2010). 救急医療現場で認知症の人をケアする看護師の困難. 神戸市看護大学紀要, 14, 73-80.
- 湯浅美千代・諏訪さゆり・辻村真由子・島村敦子・島田広美・杉山智子 (2016). 認知症看護認定看護師教育課程における実習に伴う学習者の困難とその支援. 千葉看護学会第22回学術集会講演集, 42.

研 究 報 告

急性期病院における看護師の臨床的自律性
—看護実践の様相および文脈に焦点を当てて—

井本 寛子

Aspects and Contexts of Clinical Autonomy of
Nursing Practice at Acute-Care Hospitals

Hiroko Imoto

キーワード：臨床的自律性，急性期病院，看護実践，様相，文脈

key words : clinical autonomy of nurses, acute-care setting, nursing practice, aspect, context

Abstract

The purpose of this study is to clarify aspects and contexts of clinical autonomy of nursing practice at acute-care hospitals. Semi-structured interviews were conducted with four nurses working at an acute-care general hospital regarding situations where these nurses demonstrated clinical autonomy. The data obtained from the interviews were qualitatively analyzed. The results revealed that the nurses participating in this study displayed clinical autonomy in settings where they felt a conventional approach would be difficult. The demonstrating clinical autonomy began from the moment the nurses perceived the true needs of a patient, and the nurses were driven to demonstrate clinical autonomy after gaining empathetic understanding of the patient's experience. Furthermore, the nurses did not only act or make decisions individually, they also adjusted their environment by influencing those around them and overcame difficult situations with support of others, which ultimately led to meeting the patient's needs. This process also included behaviors such as recommending treatment plans to physicians and anticipating instructions. This analysis of characteristics to demonstrating clinical autonomy suggested that the demonstration of autonomy is influenced by the context which nursing teams acknowledge and endeavor to actively engage in nursing approaches and practices identified through tackling difficult situations.

要 旨

本研究の目的は、急性期病院における看護師の臨床的自律性を明らかにすることである。急性期一般病院に勤務する看護師4名に対して、半構成的面接により臨床的自律性を発揮して実践した場面について聞き取りを行い、得られたインタビューデータを実践の様相と文脈に焦点をあてて分析した。結果、研

受付日：2018年4月23日 受理日：2019年5月16日

日本赤十字看護大学大学院看護学研究科博士後期課程 Doctoral Program, Japanese Red Cross College of Nursing Graduate School of Nursing

究参加者となった看護師の臨床的自律性は、通常の対応では難しいと感じられる場面における看護師の優れた実践の中に見出された。看護師は患者の本当のニーズを察知し、患者の体験を共感的に理解することを通じて突き動かされるように自発性を発揮し、行動していた。看護師の自律的な行為には、個人として、そして周囲に働きかけることによって、チームとして環境を調整する、支援を得る、医師に治療方針を提言し、指示を先取りするなどがあり、これらを通じて最終的に困難な状況を打開し、患者のニーズを満たしていた。また看護師が臨床的自律性を十分に発揮するには、困難な状況に取り組む中で見出された看護の方向性や実践を、看護チームが認め、積極的に取り組んでみようとする看護実践の文脈が影響していることが考えられた。

I. 研究の背景

看護職の専門職的自律性は、看護ケアの質向上にとっても、専門職の自立にとっても重要である。米国では早い時期から自律性の獲得に向けて、職能団体の発足や教育の大学化、研究の推進などの努力が重ねられてきた。当初は医師に従属する伝統的立場からの脱却と患者の権利擁護に主眼があったが、現在では看護の裁量権の拡大、独立や自己管理能力向上などの面に焦点が当てられるようになり (Blegen, Goode, Johnson, et al., 1993, p.340)、専門職的自律性についても2つの側面、すなわち組織的自律性と臨床的自律性から捉えられるようになった (Kramer & Schmalenberg, 2003)。組織的自律性とは、看護職および患者ケアに影響する幅広い問題に発言権をもつことを目的とした看護集団の行動特性を指すのに対して、臨床的自律性は患者への直接的なケアにおいて看護職が行う判断や行動における特性を指す。

このように専門職的自律性が2つの側面に分けて捉えられるようになった背景には、1980年代になって米国では看護が専門職として一定の評価を得られたこと、その一方で看護師不足を背景に行われたマグネットホスピタルに関する一連の研究を通じて、看護師にとって自律性を発揮できる環境であるほど仕事満足が高く、離職率が低いことが明らかにされたことがある (Aiken & Patrician, 2000)。その後の研究を通じて、臨床的自律性は看護師の仕事満足だけでなく、患者ケアのアウトカムに直接的な影響を与えることが明らかになった。海外では、1974年に Pankratz & Pankratz が専門職的自律性を測定するために考案した Nursing Attitude Scale (PNAS) や、さらには1987年に Schutzenhofer が臨床的自律性を測定するために開発した Nursing Activity Scale (NAS) などがあり、これらを通じて看護職の自律性の水準が測定されるとともに、それらが医療の効率化や入院日数の短縮などのアウトカムに影響を及ぼしていると示唆されるようになった (Mrayyan, 2004)。

日本においても看護職は、専門職としての自律性を確立するべく、組織的な取り組みを行ってきた。1990年代からは日本の看護職の自律性を評価するため、先にあげた海外の尺度の日本語訳や、日本独自の自律性

尺度 (菊池・原田, 1997; 古賀, 2012) が開発されている。しかし日本と海外では自律的な看護実践の内容が異なっていること、また日本で作成された尺度は組織的自律性と臨床的自立性を区別しておらず、また今日の臨床状況における看護師の自律性を十分に捉えたものとはなっていない。

今日の急性期病院では、国が主導する病院機能の分化、在院日数の短縮化を背景に、看護でもクリティカルパスや標準化のような効率化や安全管理のためのルールマネジメントが強化されるなど、看護師が実践している状況は急激かつ大きく変化しており、これらの急性期病院における変化が、看護師の臨床的自律性の発揮の妨げになっていないかが懸念されている。その一方で、看護師の臨床的自律性は、2014年に古地が質的研究を通じて記述を試みているが、今日の急性期病院の看護師がどのように自律性を発揮して実践しているか、またその実践がどのような背景のもとで可能になっているかを明らかにする研究はまだ少ない。

そこで本研究では、日本において医療の効率化や入院日数の短縮化が図られており看護師の臨床的自律性に影響を及ぼしていると推測される急性期病院における看護師の臨床的自律性を、看護実践の様相および文脈に焦点を当てて明らかにしたいと考えた。

なお本研究において、看護師の自律的な実践のみならず文脈をも明らかにする理由は、Benner & Wrubel (1989/1999) が「状況にある特定の仕方で巻き込まれ関与することこそ人間の熟練実践にとっての必須条件である」(p.5) と述べるように、熟練実践はそれを構成している文脈のもとで成り立つと考えたからである。

II. 研究目的

急性期病院の看護師の臨床的自律性を、看護実践の様相と文脈に焦点を当てて明らかにすることである。

III. 研究の意義

本研究により、変化の著しい今日の日本の急性期病院における看護師の臨床的自律性の実態を明らかにすることができる。またこれを通じて、患者ケアを向上

し、看護の質を保つための臨床的自律性を保持する環境づくりに向けた基礎資料の一つとする。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

半構成的面接法を用いた質的記述的研究。

B. 研究参加者

本研究の参加者は、東京都内の7対1入院基本料を算定する病床数500以上の3医療施設に勤務する臨床3年～5年の看護師1～2名、6年以上の看護師1～2名で、合計6～12名とした。Kramer & Schmalenberg(2003)の自律性に関する研究をふまえ、本研究でも自律性はエキスパートレベルの看護師の実践のみに備わる特性ではなく、経験年数を経る中で各時期に応じて示される自律性があるとの前提をとった。

研究参加者の応募については上記の3医療施設の看護部長の協力を得て、条件に該当する看護師に対する募集用チラシを配布してもらい、チラシを見て研究に関心をもった看護師から研究者に直接メールで連絡を依頼する方法をとった。

C. データ収集方法

2016年3月から2016年7月に研究参加者1名につき、半構成的面接を1回(約1時間程度)実施した。面接では、臨床的自律性を発揮して実践した看護事例とその実践が実現するにいたった状況や背景について聞き、参加者の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

D. データ分析方法

逐語録を繰り返し読み、臨床的自律性を発揮して実践した事例のそれぞれについて、看護師の臨床的自律性が現れていると思われる実践の様相、またその実践が実現するにいたった状況や背景についての語りを抽

出し、意味内容を解釈した上でテーマをつけた。調査の全過程を通して、信頼性を高めるために、スーパーバイザーから指導を受けた。

E. 用語の定義

本研究における臨床的自律性とは、患者への直接的なケアにおいて看護職が他者の影響に支配されことなく判断を行い、行為することと定義した。文脈とは人間の携える意味、習慣、歴史、社会関係、集団への帰属などと定義した(Benner & Wrubel, 1989/1999, p.30)。

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の承認を得て実施した(承認番号2015-114)。

V. 研究結果

A. 研究参加者の概要

最終的に研究参加に同意が得られたのは6名であった。そのうち経験年数は3年以上であるが、就職してから2年目のエピソードを語った1名と、語られた内容が自律性に相当しないと考えられた1名を除き、4名を分析対象とした。

研究参加者の属性は男性2名、女性2名であり、経験年数が3～14年で、3～5年が2名、6～10年が1名、10～15年が1名であった。教育背景は看護師養成所3年課程卒1名、短期大学卒1名、大学卒2名であった。インタビュー所要時間は42～55分であった。

B. 臨床的自律性を発揮した看護実践の様相と文脈

各事例において看護師が臨床的自律性を発揮した実践の様相と文脈のテーマを表1に示した。本文中では臨床的自律性を発揮した実践の様相のテーマを〈 〉内に、それを可能にした文脈のテーマを【 】内に示した。研究参加者の語りをゴシック体で示し、()内

表1. 臨床的自律性を発揮した看護実践の様相と文脈テーマ一覧

| | 研究参加者の実践事例 | 様相 | 文脈 |
|---|--|--|------------------------------|
| A | 昼夜せん妄のあるICU患者の離床をすすめたAナースの実践 | 挿管管理中の患者の訴えから、医師の指示に従い、鎮静剤投与を続けることに疑問を抱く 鎮静剤の投与方法の変更を医師に提案する 生活リズムをつけ症状改善の糸口を探す | 患者のための看護という信念 医師と交渉する能力 |
| B | 化学療法に対する患者の本心を引き出したBナースの実践 | 看護チームの誰もが話を聴くことができない状況が気になる 人生の分岐点に立っているFさんの思いを聞くのは今しかない タイミングよく患者の本心を聴き、関係づくりのきっかけをつくる | 現任教育での学び チームリーダーとしての責任感 |
| C | 術後合併症に戸惑う患者に標準的な術後管理を止めることを提案したCナースの実践 | ストレスを与えるような術後管理を「しない」と決定する 医師とどこまで譲歩できるかを話して妥協点を探る チームで思いを傾聴し、患者が状況に向き合うのを支える | 医師との粘り強い意見交換 看護チームの一貫した支援 |
| D | 高度な医療処置を必要とする患者の自宅退院を実現したDナースの実践 | 本人の自宅退院希望の強さに可能性を見出す リハビリを通じて自宅退院の可能性を高めていく 自宅退院が可能であり、患者の希望であることを医師に伝える 自宅退院後のリスクを最小限にするために環境を調整する | 看護モデルとしての役割の認識 |

に語りを理解する上での補足を筆者が記した。

1. 昼夜せん妄のあるICU患者の離床をすすめたAナースの実践

AナースはICUに勤務している臨床5年目の看護師である。人工呼吸器を使用中、昼夜せん妄を呈し、自己抜管を繰り返していた患者Eさんに行った自律的な看護実践について語った。以下、その実践の様相のテーマ〈挿管管理中の患者の訴えから、医師の指示に従い、鎮静剤投与を続けることに疑問を抱く〉、〈鎮静剤の投与方法の変更を医師に提案する〉、〈生活リズムをつけ症状改善の糸口を探す〉と、それらの実践を可能にした文脈のテーマ【患者のための看護という信念】と【医師に交渉する能力】について述べる。

〈挿管管理中の患者の訴えから、医師の指示に従い、鎮静剤投与を続けている状況に疑問を抱く〉

Aナースの所属するICUでは、以前から医師と看護師の間に、挿管管理中の患者の鎮静について考え方の違いがあった。ICUの医師には鎮静をかけておいたほうが治療が進むという考えがあり、Aナースが担当していたEさんも昼夜なく鎮静剤が投与されていた。Eさんは昼夜せん妄を発症していて、動きも激しく、抜管を繰り返しており、看護師には「起き上がりたい、外に行きたい」と訴えていた。

AナースはEさんの離床への意欲をふまえると、日中だけでも鎮静剤の量を減らし、離床を促して、早くICUの外に出られるほうが、Eさんにとってもよく、せん妄も改善されるのではないかと考えた。そしてこのまま医師の指示に従って、鎮静剤投与を続けている状況に疑問を抱いた。以下は、Aナースの語りである。

ただその人は、起き上がりたい、外に行きたいというのがあって、～(中略)～医師と相談しながら、夜間だけ鎮静剤を使用して日中は目を覚ましてそういう中で離床を図ったり、～(中略)～夜間は眠らせてあげることでリズムづけができてせん妄の予防にも効果的だと考えました。

〈鎮静剤の投与方法の変更を医師に提案する〉

AナースはEさんの希望を叶えるためには、まず医師に提案が必要だと考えた。AナースはEさんの状態をアセスメントした結果に基づいて、医師に意見を伝えた。また「自分も意見しますが他の人にもしてもらいます」と語り、チームの看護師にも医師に意見を伝えるように促した。そのようにしてAナースと看護師は、複数回にわたり医師と協議を行った。これによって昼間の鎮静剤の使用を控えるという方針の変更が行われた。以下は、医師との考え方の違いについてAナースが語ったものである。

自分が思っていることと、先生が思っていることが違うということがありました。～(中略)～ICUという中で患者さんが拘束される時間が長い、～(中略)～挿管されている患者さんであれば鎮静されたり、抑制されている時間が長い～(中略)～先生方してみれば鎮静していれば治療がうまく進むという考えが多い、看護師としては鎮静をして治療が進むことも大切だけど、看護師としては早期離床が重要だと捉えている。その中で、医師と相談しながら、夜間だけ鎮静を使用して日中は目を覚ましてそういう中で離床を図っていきました。

〈生活リズムをつけ症状改善の糸口を探す〉

日中の鎮静剤投与が控えられるようになって、Aナースとチームの看護師は、Eさんが目を覚ましているうちに生活リズムをつけ、症状改善の糸口を探すかわりをしていった。Eさんは看護師の助けを得て、離床に取り組み、夜間は眠ることで生活リズムが整ってきた。また排痰のケアを通じて人工呼吸器からも離脱でき、Eさんの昼夜せん妄は改善していった。Eさんの頑張りとお看護師のケアにより、Eさんは希望の通りICUの外に出ることができた。

夜間は薬を使用して少し休んでもらって、日中に関しては気管切開をすれば呼吸器が外れれば外に出られるということがあったので、それを目指して、排痰もして、離脱できて、患者さんの希望通り外にも出ることができました。

【患者のための看護という信念】と【医師に交渉する能力】

Aナースはこの実践を振り返って、Eさんの起き上がりたいという思いを受けとめたこと、どのようにすればその思いを達成できるかを考えて援助を行ったことを語った。そう思った理由として、「経験年数を重ねて知識や技術が増えていく中で、習った技術も重要だけど、自分の中で積み重ねた『考える看護』、『患者さんのために実践したい看護』をやりたい」と考えるようになったと語った。一方でICUという患者の状態が不安定な場で『患者さんのための看護』を行うには、ときには「自分が思っていることと食い違うことがある」医師とも交渉する能力が必要だと語った。

2. 化学療法に対する患者の本心を引き出したBナースの実践

Bナースは呼吸器内科に勤務する臨床6年目の看護師である。チームリーダーをしているときにかかわった患者Fさんについて語った。Fさんは化学療法を受けていたが治療効果がなかなか得られず、看護師に対する意見も多く、チームの看護師にとっては足を運び

づらいと感じる患者だった。

以下、その実践の様相のテーマ〈看護チームの誰もが話を聴くことができない状況が気になる〉、〈人生の分岐点に立っているFさんの思いを聞くのは今しかない〉、〈タイミングよく患者の本心を聴き、関係づくりのきっかけをつくる〉と、それらの実践を可能にした文脈のテーマ【現任教育での学び】と【チームリーダーとしての責任感】について述べる。

〈看護チームの誰もが話を聴くことができない状況が気になる〉

どの看護師もFさんが化学療法の治療効果が得られていない自身の状況をどのように捉えているかが気になっていたが、聴くことができないでいた。Bナースは、チームの看護師が誰もFさんの本心を聴くことができていないことが気になっていた。あるとき、BナースはFさんに病状説明のための面談があることを知り、自分の受け持ちではなかったが、その場に同席することを決めた。

病状説明があったんです。今回6回目の化学療法で、今どんな思いでいるんだろうと思い、その気持ちを支えられたらと思ひ、気が重いけど、…僕はリーダーをやっているんで受け持ちをしななんです。でも、その人がどんな思いなんだろうと…誰も聴けていなくて、話を聞きに行ったんです。

〈人生の分岐点に立っているFさんの思いを聞くのは今しかない〉

病状説明の場では、Fさんにこれまで行われた複数回の化学療法によって十分な治療効果が得られていないことが説明された。その場に同席していたBナースは「Fさんは人生の分岐点に立っている」と語り、迷い、不安に耐えているFさんの気持ちを推測するとともに、このタイミングで聴かなければ、Fさんの本当の思いは聞けないのではないかと考えた。

患者さんが何も考えてないということはないと思った。今まで5回の化学療法をダメって言われていて、6回目というところで、人生の分岐点のようなところに立っているときに、今聞かなければ、先ではその思いは聞けないのではないかと考えたんです。

〈タイミングよく患者の本心を聴き、関係づくりのきっかけをつくる〉

BナースはFさんのベッドサイドに行き、今どのような思いなのか聞かせて欲しいと切り出した。Fさんは話したいと思っていたようで、率直に、気持ちを吐露してくれた。そして緩和ケアも考えていることを語った。

このようにしてBナースがFさんと話をしたことをきっかけに、Fさんの表情が徐々に柔らかくなり、他の看護師との関係もよくなっていった。Fさんは前向きな気持ちで、次の治療を受けることができた。

今どのような思いなのか聞かせてほしいと切り出して、そうしたら話したいと思っていた様子で、いろいろな思いを話してくれて…「実は緩和ケアも考えている…」という話にもなり、～(中略)～それで患者さんも気が晴れたのか表情が明るくなってきて化学療法を受けることができて…やっぱり、それで信頼されるようになったことが一番よかったんだと思います。

【現任教育での学び】と【チームリーダーとしての責任感】

Bナースはかかわりが難しいと考えられていたFさんに一歩踏み込んでかかわろうとした。そのかかわりを後押しした状況や背景として、【現任教育での学び】と【チームリーダーとしての責任感】を語った。Bナースは、プライマリナースに関する院内研修で、「情報がなければ有益な看護ができない」という先輩看護師の講義を聞き、タイミングよく情報を得なければ患者のニーズをつかめないことや、それから逃げてしまうと有益な看護に結びつかないことを感じた。またBナースは、自分より経験の少ないメンバーがFさんにうまくかかわれていないことに関心を寄せ、リーダーとしてこの状況を改善していく責任も感じていた。Bナースのかかわりがきっかけで、Fさんが変化し、その変化がチームに大きな影響を与えた。このようにしてBさんの自律的な実践は、リーダーを引き受けている責任感にも後押しされていた。

3. 術後合併症に戸惑う患者に標準的な術後管理を止めることを提案したCナースの実践

Cナースは脳神経外科に勤務する臨床10年目の看護師である。脳神経手術後の術後合併症の発症に戸惑う患者Gさんを担当し、Gさんの気持ちに配慮しながら、術後管理と回復に向けた看護を行った事例について語った。以下、その実践の様相のテーマ〈ストレスを与えるような術後管理を「しない」と決定する〉、〈患者の思いに寄り添うという方針を徹底する〉と、それらの実践を可能にした文脈のテーマ【看護チームの存在】と【医師との粘り強い交渉】について述べる。

〈ストレスを与えるような術後管理を「しない」と決定する〉

Gさんは術前に合併症が起こる可能性について説明されていたが、術後、発症してしまった視力障がいGさんにとって今後、仕事を続けていく上で大きな支障となりうるものであり、そのショックは大きく、術

後に必要とされる水分制限を守ることができない状態だった。

Cナースは、術後2日までは水分制限が守れるようにかかわったが、早々にそのかわりが適切ではないと判断した。Gさんは今、治療に取り組めるような前向きな気持ちにはなれないこと、にもかかわらず通常行われるような厳密な水分制限を課すことは、かえってGさんにとってストレスとなり、術後合併症に向き合い、回復をめざすプロセスを阻害してしまう可能性があると考えた。

術後の管理で大切だと話しても「〇〇（視力障がい）が出たんだから意味がない」と言われてしまって、2日間くらいは一緒に指導をやっていたんですけど、もうやめようということを決めて。…とにかく本人の負担を減らさないといけないということで、本人は私の今のつらい気持ちをわかってほしいということですから、そういう状況で（水分制限に協力を求めようとしても本人の）理解は難しいでしょうということで。～（中略）～

〈医師とどこまで譲歩できるかを話して妥協点を探る〉

Cナースは、通常の術後管理で行われるような厳密な水分制限は行わないこと、その代わりに別の症状や検査結果で、補完的に術後経過を看していくことを医師に提案し、妥協点を探った。Gさんに視力障がい以外の合併症の兆候が見られずに経過していることも、水分制限を行わなくてよいという判断の材料になった。

先生とどこまで譲歩できるかということをお話してやりました。（通常の術後管理方法を）…水分管理はある程度、電解質などの結果でも見ていけるし、〇〇〇（他の合併症）が怖いのですが、先生とも相談しながら、「今は（合併症の可能性）ないでしょう」ということで。

〈チームで患者の思いを傾聴し、患者が状況に向き合うのを支える〉

医師との交渉ができてからも、CナースはGさんの負担をなるべく減らし、水分管理についても治療に影響を及ぼさないように調整を行った。またGさんの気持ちを傾聴するという方針を、看護チームと医師で共有した。看護チームでGさんの訴えを根気強く傾聴することを通じて、結果的にGさんは自分の状況に少しずつ向き合えるようになり、退院していった。

以下はその場面の語りである。

最初の5日間は訪室するたびに30分以上お話を聞いて、自分だけというよりは行く人行く人がそ

うでした。～（中略）～2週間くらいで話しているうちに、「帰ってやるしかないと思う」という発言があり、ご自分の中でも受け入れられてきたのかと思いました。

【医師との粘り強い意見交換】と【看護チームの一貫した支援】

Cナースは「先生とは、どこまで譲歩できるかということをお話して」と看護師と医師の判断の妥協点を探るとともに、ときには「ある医師が自分の判断と異なると、他の先生にもこっそり話したりして、1人（の先生）でダメなら行く着くところまで話し、複数の先生がそうだと言って初めて納得するんです」と語り、患者ケアの方針について合意できるまで粘り強く医師と意見を交わしていた。また「Gさんの気持ちを傾聴する」という方針が、看護チーム全体で共有されていたことで、チームが一貫して患者の思いを受けとめることができた。

4. 高度な医療処置を必要とする患者の自宅退院を実現したDナースの実践

Dナースは循環器病棟に勤務する臨床15年目の看護師である。感染性の心臓疾患のためにドレナージが施されていた患者Hさんを担当した。自宅退院は無理と思われていたが、患者の強い希望を知って、その可能性を実現した。

以下、その実践の様相のテーマ〈本人の自宅退院希望の強さに可能性を見出す〉、〈リハビリを通じて退院の可能性を高めていく〉、〈自宅退院が可能であり、患者の希望であることを医師に伝える〉、〈退院後のリスクを最小限にするために環境を調整する〉と、それらの実践を可能にした文脈のテーマ【看護モデルとしての役割認識】について述べる。

〈本人の自宅退院希望の強さに可能性を見出す〉

もともと一人暮らしをしていたHさんは自宅退院を強く希望されていた。しかしドレナージがあり、継続的な医療処置が必要なため、看護師や医師も、急性期の治療を終えたら転院して治療を続けるのもやむを得ないと考えていた。

あるときDナースは、Hさんが「自宅に帰っておいしいものを食べたい」と訴えるのを聞いて、あらためてHさんの自宅退院の希望が強いことを実感し、その希望を叶えたいと考えて、退院調整にむけてチームで検討を始めた。

その訴えを聴くまでは、ドレナージが抜けられないから転院だという医師の方針…自分たちも「まあそうだな」と思っていたのですが、（中略）、何より本人の「帰っておいしいものを食べたい」という希望を聴取しましたので、それに向けて何が必要かということを考えて、医療的なサポートや生活のサ

ポートをチームで検討しました。

〈リハビリを通じて自宅退院の可能性を高めていく〉

Hさんの退院に向けて、Dナースはまず、ADLの拡大のために病棟でも維持期リハビリテーションを始めることにした。看護チームにも働きかけて、休日もリハビリテーションを継続し、それを通じてHさんのADLはどんどん広がっていった。その姿を見て、それまでは転院の方針に納得していたチームの看護師も、退院が可能ではないかという感触を持ち始めた。

ご本人のADLがどんどん上がってきました。私たちは維持的なリハビリで、歩行訓練、立ち上がり院内に散歩という感じで、最初は車いすだったので、ADLがあがってきたので「なんか帰れそうかな」という感覚は看護師発信だったかもしれません。

〈自宅退院が可能であり、患者の希望であることを医師に伝える〉

心臓疾患でドレナージを挿入しての自宅退院は通常行われないため、Hさんの希望を実現するためには、看護管理者や主治医が、Hさんの自宅退院が可能であると判断できるまでのプロセスが必要であった。

Dナースは、これまでのADLの拡大に向けた援助の成果を伝えつつ、医師に「ドレーン以外は入院している意味がない」と伝えるとともに、看護カンファレンスでチームの看護師にHさんの自宅退院への希望を伝え、看護管理者にドレーンを挿入したままで自宅に帰れるような方向で、医師を説得してもらうよう依頼した。

帰れそうな感じという感覚で、(ADLが)元に戻っているので医師に「入院している意味がドレーン以外ないという」報告をしました。

看護カンファレンスの場で意見をあげたので、「このドレーンがあっても帰れないだろうか」と。師長さん係長さんも含めて先生に、入院も長期化しているからという面から師長さんに…(伝えてもらいました)。

ドレーンを挿入したまま自宅には帰れないという医師の判断はなかなか覆らなかったが、Dナースは再度、Hさんが自宅退院したいという意思を自分で医師に伝えられるように、Hさんとともに家族を呼び、面談を行って、意思確認を行った。これによってHさんの自宅退院は決定した。

本人に聴いてみようと思って聞いたら「やっぱり帰りたい」、「帰れそう」というところまで確認

し、医師にも伝え、家族、息子さんも呼んで面談しました。

〈自宅退院後のリスクを最小限にするために環境を調整する〉

Hさんの自宅退院の方針が決定された後も、Dナースはそれまでの経験をふまえて高齢かつ医療介入が必要であり、自宅退院する患者のサポートを行うたのに最適と考える訪問看護ステーションの選択と調整をすすめた。このようにしてHさんは高度な医療処置を必要とする状態ではあったが、希望を叶え、自宅に退院することができた。

あとはドレーンの管理は、抜けないように検討して伝えたのと、また医療に強い訪問も探してというふうには、じわじわとやりました。

【看護モデルとしての役割の認識】

Dナースは自分自身の看護実践を進めると同時に、意識的に看護チームとその結果を共有した。特にHさんのプライマリーナースは臨床経験が5年目の看護師であり、「一緒に計画をたてたり、カンファレンスの開催計画を立てたり、チェックリストを作成したり、カンファレンスの進行を看護モデルとして見てもらいました。」と語っており、看護チーム内で教育的な役割を果たしており、そのことがチームとしての看護実践を成立させていたと考えられた。

VI. 考察

A. 看護師が臨床的自律性を発揮した実践の様相

参加者である看護師が語った自律的な看護実践の特徴の一つは、通常行われているような治療やケアの方法では患者のニーズを満たすことが難しいと感じられるような場面で実践されていた。Aナースが語ったのは、ICUで「起き上がりたい、外に出たい」との訴えに対して、鎮静を続けていたほうが治療が進むという医師の考えに従うよりは、患者の動きたいというニーズを満たすほうがせん妄の改善にもつながるのではないかと考えられた事例であった。Cナースが語ったのも、術後の厳密な水分制限を続けるよりは、別の方法でコントロールしたほうが、合併症を発症してショックを受けている患者の心身の回復には重要だと考えられた事例であった。Dナースが語ったのも、高度医療処置を受けている限りは入院が必要という考えを変えなければ、自宅退院という患者の希望は叶えられなかった。Bナースが語ったのは医療処置に関するものではなかったが、チームの看護師にとっては通常のかかわりでは難しいと感じる患者に、しかも通常はリーダーが関与しない場面で関与することで本音を聞くこ

とができたケースであった。古地（2014）が行った研究でも、看護師の臨床的自律性は、通常の治療や看護ケアとは異なる実践を必要とする場合に発揮されることが明らかにされている。本研究の結果もこれを裏付けるものである。

看護師たちが臨床的自律性を発揮した実践の様相をみると、Wiedenbach(1964/1984)が看護師の行為の原点は患者の存在かつ患者の援助へのニーズの存在である（p.15）と述べたように、一つは患者のニーズを看護師が把握すること、たとえば起き上がりたい、外に出たい、家に帰っておいしい食事を食べたいなどを把握すること、そしてもう一つは患者からは明確に表現されない苦悩や迷いを看護師が察知すること、たとえば化学療法の治療効果があまり得られていない患者の不安や迷い、術後合併症を発症した患者の心的負担を感じるなどが、契機となっていたと考えられる。またTravelbee(1971/1974)は看護師が相手の苦悩を感じ、さらに「心が動かされ、その状態を助けたり、やわらげるような何かを、積極的に行おうと願う」（p.212）ことを同感という言葉で説明したが、本研究の参加者も、ニーズを把握するだけでなく、患者の思いに心を動かされることを通じて、何とかしたいと強く動機づけられていたと考えられる。そのことが困難な状況でも臨床的自律性として、積極的に、かつ粘り強く、実践することにつながったと考えられる。

患者のニーズを実現するための看護実践の中にいくつかの臨床的自律性の特徴が浮かび上がった。その一つは患者の可能性に働きかけることである。たとえば生活リズムをつけ、行動範囲を広げて回復への意欲を高めること、きっかけをつかんで本心を聴き、看護チームとの信頼関係を築くこと、負担となる術後管理をやめ、本人が自らの状況を受けとめるプロセスに寄り添うこと、そしてリハビリを行ってADLを拡大することなどである。それらの優れた実践は、患者のニーズに沿って行われたこともあまって、患者の力を上手に引き出し、結果として患者の困難な状況を打開するような望ましい変化をもたらしたと考えられる。

臨床的自律性として行われた看護実践には、チームの力をも引き出すことも含まれる。参加者はチームの看護師にとってのモデルとなって、看護実践を提案し、チームの看護師ともに実践を行っていた。チームの看護師もそれによる患者の望ましい変化を知ること、患者の希望を叶えたい、不可能と思っていた患者の希望が叶えられるかもしれないと思えるようになったと考えられる。こうしてチーム全体で行われる実践が、患者の望ましい変化に寄与していたと考えられる。

医師に対しては、ケアの方向性の理解を求め、協力を得たりすることも、臨床的自律性として行われた実

践の一つであった。厳密な水分制限をしない代わりに代替案を医師に提案する、患者のADLを拡大し、在宅療養環境を整えることで高度な医療処置が必要なままでも自宅退院ができると理解させる、などである。医師に対して治療方針や治療計画に対して提案を行ったり、指示を先取りしたりするだけでなく、提案が受け入れられない状況下でも、根気強く医師に意見を重ねていたことは、患者にとってよりよい医療となるために重要であったと考えられる。

B. 看護師の臨床的自律性の発揮を可能にした文脈

看護師が臨床的自律性を発揮して実践することを可能にした文脈には、患者のための看護という信念、現任教育での学び、チームリーダーとしての責任感、看護モデルとしての役割の認識、看護チームの存在、医師と調整する能力、医師との粘り強い交渉があった。

患者のための看護という信念は、看護実践の根幹をなすものであり、これまでの専門職的自律性に関する多くの文献で、看護師が従属的な役割を超えて自律性を発揮する際の鍵として描かれていたものである。参加者によっては明確に語られなかったが、患者の人間としてのニーズを尊重し、権利を擁護することが今回の研究で語られたすべての実践で、看護師の自律性の保持に必要なだと考えられた。

現任教育での学び、チームリーダーとしての責任感、看護モデルとしての役割の認識は、困難な状況において主体的に役割を担っていく上での動機づけになっていたものと考えられる。小谷野（2001）は、リーダーとしての役割の有無と自律性の関連を明らかにしている。これらの役割を自覚することから生まれるリーダーシップが、看護チームへの影響力へとつながっていることは本研究の結果からも明らかである。

同僚や看護チームとの関係は、自律性に影響を及ぼす（土門、1997）。看護師が同僚や先輩に相談できる環境があることや、通常の治療やケアを超えて患者のための個別的なケアを行うことについて、看護チームからの承認を受けられること、その試みに積極的に協力が得られることも、看護師の臨床的自律性を後押しすると考えられる。その意味において看護の管理者には、標準的な看護実践を超える場面で、周囲の調整がより困難な場合により強力な発言力と推進力で看護師の臨床的自律性を促進する役割を果たすことが期待される。

これまでも医師との関係が、看護師の自律性に影響を与えることは国内外の研究において明らかにされており、医師との関係性によっては看護師の自律性が発揮されにくいとの報告がある（Kramer, Schmalenberg, & Maguire, 2004）。本研究でも、医師との関係は、医学的治療や処置の変更を必要とする場合、医師にケアの方向性や必要性の理解や協力を得る上で重要であると考えられた。

また、医療の効率化や入院日数の短縮化は看護師の臨床的自律性に影響を及ぼすとの報告から、日本において特にその傾向にある急性期病院では看護師の臨床的自律性が影響を受けていることが推測された。しかし、本研究の結果においては、急性期病院の看護師は、患者のニーズを敏感に察知しながら、通常行われているような治療やケアの方法では患者のニーズを満たすことが難しい場面において、独自の臨床的判断を行っており、臨床的自律性を発揮することを可能にする文脈が存在することも示唆された。

VII. 結論

本研究では看護師が臨床自律性を発揮した振り返る看護実践の様相と文脈を明らかにした。看護師は患者のニーズや権利擁護のため、通常行われている治療やケアを超えて、患者のための個別のケアを展開している。また、その実践を可能にしているのは、看護師個人の看護に対する信念、能力や役割開発、看護チーム・看護管理者・医師との関係であることが明らかになった。

謝辞

本研究にご協力頂きました皆様に深く御礼申し上げます。

利益相反

本研究に関わる利益相反はない。

文献

Aiken, L. H., Patrician, P. A. (2000). Measuring organizational traits of hospitals: The Revised Nursing Work Index. *Nursing Research*, 49(3), 146-153.

Benner, P. (2000)／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.

Benner, P., Wrubel, J. (1989)／難波卓志訳 (1999). 現象学的人間論と看護. 東京：医学書院.

Blegen, M. A., Goode, C., Johnson, M., Maas, M., Chen, L.,

Moorhead, S. (1993). Preferences for decision-making autonomy. *Journal of Nursing Scholarship*, 25(4), 339-344.

土門康子 (1997). 看護婦の専門職的自律性と仕事上の人間関係との関連. *聖路加看護学会誌*, 1(1), 45-51.

菊池昭江・原田唯司 (1997). 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. *静岡大学教育学部研究報告 (人文・社会科学篇)*, 47, 241-254.

古賀節子 (2012). 「看護師の自律性」測定尺度の開発. 首都大学東京博士論文.

古地順子 (2014). スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因 参加観察による記述と解釈. 神戸市看護大学博士論文.

Kramer, M., Schmalenberg, C. E. (2003). Magnet hospital staff nurses describe clinical autonomy. *Nursing Outlook*, 51(1), 13-19.

Kramer, M., Schmalenberg, C. E., Maguire, P. (2004). Essentials of a magnetic work environment: Part 3. *Nursing*, 34(8), 44-47.

Mrayyan, M. T. (2004). Nurses' autonomy: influence of nurse managers' actions. *Journal of Advanced Nursing*, 45(3), 326-336.

小谷野康子 (2001). 看護専門職の自律性に影響を及ぼす要因の分析—急性期病院の看護婦を対象にして—. *聖路加看護大学紀要*, 27, 1-9.

Pankratz, L., Pankratz, D. (1974). Nursing autonomy and patients' rights; Development of a nursing attitude scale. *Journal of Health and Social Behavior*, 15(3), 211-216.

Schutzenhofer, K. K. (1987). The measurement of professional autonomy. *Journal of Professional Nursing*, 3(5), 278-283.

Travelbee, J. (1971)／長谷川浩・藤枝知子訳 (1974). 人間対人間の看護. 東京：医学書院.

Wiedenbach, E. (1964)／外口玉子・池田明子訳 (1984). 臨床看護の本質—患者援助の技術—改訳第2版. 東京：現代社.

研 究 報 告

日常業務の相談場面における看護師長と看護師の相互作用の様相
—看護師の学びに焦点をあてて—

鬼頭 幸子

Interactions between a Head Nurse and Nurses in Workplace Communication:
Focusing on Nurses' Learning

Sachiko Kito

キーワード：看護師長，看護師，相互作用，看護師の学び

key words : head nurse, nurse, interaction, nurses' learning

Abstract

The purpose of this study was to describe the characteristics of the interactions between a head nurse and nurses and to determine the factors necessary for effective workplace communication from the nurses' perspective based on their interactions with the head nurse. The study was conducted through participant observation and semi-structured interviews with 3 head nurses and 24 nurses with more than 4 consecutive years of experience. Based on data analysis, 10 themes emerged from the 22 characteristics of interaction. Nurses acquired knowledge and judgment through interactions with the head nurse, which they reflected on and considered a bases for changing their thoughts and actions. The nurses' learning from observing the behavior of the head nurse indicated that there are many interactions associated with education in workplace communication. However, nurses' learning sometimes ended only with the interactions. Moreover, there were aspects that did not result in the sustained transformation of ideas and actions. It was thought that the main factor was that nurses' learning depended on their interpretation, and assumptions constrained the view of the head nurse and nurses. It was suggested that it is necessary to communicate ideas and appropriate feedback from the head nurse among each other to develop the nurses' learning into transformative learning.

要 旨

本研究の目的は、日常業務の相談場面における看護師長（以下、師長）と看護師の相互作用の様相を明らかにし、師長との相互作用における看護師の学びという視点から師長や看護師に求められるものは何かを検討することである。研究は師長3名と経験年数4年以上の看護師24名に、病棟での参加観察と半構成的面接を実施した。分析の結果、22の事象から10のテーマが相互作用の様相として見出され、看護師は師長との相互作用をとおして知識や判断基準を獲得し、自分の考えや行動をふり返り、変えていった

受付日：2019年4月19日 受理日：2019年7月31日

日本赤十字看護大学大学院 Japanese Red Cross College of Nursing Graduate School

いと志向していることが明らかになった。また、看護師が師長の言動から学ぶ様相から、日常業務の相談の中に教育の意味合いをもつ相互作用が多くあることが示された。

ただ、看護師の学びはその時だけで終わることもあり、考えや行動の持続的な変容に至らない側面もみられた。この看護師の学びを意識変容の学習につなげるためには、互いの考えを伝え合うことや師長からの適切なフィードバックの必要性が示唆された。

I. 研究の背景と動機

看護師と看護師長（以下、師長）は日常業務の様々な場面でやりとりを行いながら働いている。研究者は役職をもたない看護師の立場で、師長とのやりとりを通して看護を学ぶこともあれば、師長の言動から教訓を得ることもあった。荒井らは、師長は「看護職員個々の能力を花開かせるひと、すなわち、ひとを育てる人、としての役割認識をもち、実践することが期待されている（1974, p.18）」と述べている（荒井・古庄・稲田他, 1974）。つまり、日々展開される師長と看護師のやりとりは看護業務の遂行を円滑にするだけでなく、看護師の教育においても重要な意味合いをもつと言える。

先行研究では、看護師の立場から師長とのやりとりをとおして受ける影響や学びに関する研究は見当たらないが、看護師長に焦点をあて、看護師へのかかわりや影響について教育の視点から明らかにした研究はいくつか行われている。例えば、看護師に対する師長の教育の実際について観察法や面接法を用いて明らかにした研究（花田, 2009; 山口・舟島, 2010; 坂元・山田・長戸, 2014）では、師長は看護師への直接的なかわりだけでなく、職場環境に影響を与え、間接的なかわりをとおして教育を行っていた。一方で、坂元らは、師長は看護師に対して教育機能を果たす必要性を認識しながらも、実際の遂行度は低いと報告しており（坂元・山田, 2011）、師長は看護師の教育に確信をもてずにいること、理想と現実のギャップに葛藤を抱えていることも明らかにされている（筒井・井本・村上他, 2002; 花田, 2009; 松崎・松井・谷他, 2010）。他には、師長の承認や助言が看護師のキャリア発達や働く意欲に及ぼす影響に関する研究（水野・三上, 2000; 天下井, 2003; 狩野・山口・松尾他, 2010）が行われている。

このように、師長が行う教育の実際や内面の葛藤などについては明らかにされているが、教育は一方向からの志向だけでなく、教育を受ける側の受け止め方や内面・言動の変化からも捉える必要がある。以上から本研究は、師長と看護師の日常業務に関する相談場面における相互作用の具体的な事象から看護師の学びを明らかにし、師長や看護師に求められるものは何かを検討するための一資料とする。

II. 用語の定義

【日常業務】保健師助産師看護師法に規定されている看護師の業務や、院内の委員会、病棟の係、現任教育、各勤務帯のリーダーなど、職場における役割に関連した業務、【相互作用】看護師長と看護師が展開する言語的・非言語的なやりとりの過程にみられる様相とそこで生じる双方向の影響。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

参加観察法と半構成的面接法を用いた質的記述的研究。

B. 研究協力施設と研究参加者

関東圏内にある病院の一般病棟（2～3病棟）に勤務する看護師長と経験年数4年目以上の役職についていない看護師10名程度。

C. データ収集方法

データ収集は2011年7～9月の期間に行った。研究者は病室以外の看護室内や廊下に身を置きながら研究参加者の業務への参加はごく一部に限り、観察を中心とした「観察者としての参加者」（佐藤, 2002, p.70）の立場で、週1～2日、日勤時間帯に病棟で師長と看護師の相談場面などの参加観察を行った。また、研究参加者の業務やプライバシーの保護に配慮し、観察した場面の聞きとりを行った。さらに観察した場面の確認やその場面で考えたことを明らかにするために1人1～2回、1回30～60分程度、半構成的面接を行った。面接内容は研究参加者の同意を得た上でICレコーダーに録音した。

D. 分析方法

フィールドノーツおよび面接の逐語録をもとに研究者が観察した研究参加者の表情や言動、聞きとりや面接内容をもとに相互作用の側面に注目しながら、場面の再構成を行った。そして、相互作用における看護師の学びという視点から各場面の意味内容と特徴を分析し、特徴の類似性や特異性に注目して分類しテーマを見出した。分析の全過程において複数の研究指導者からスーパーヴィジョンを受け、研究の妥当性の確保に努めた。

E. 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（第2011-8）および研究協力施設の研究倫理審査委員会に

代わる看護部の承諾を得て研究活動を開始した。研究参加者には、研究の趣旨と方法、参加への自由意思、結果の公表について文書を用いて説明し、業務に支障を来さないこと、参加の辞退による不利益は被らないこと、匿名性を保障することを説明し文書への署名をもって約束した。

IV. 結果

A. 研究参加者の概要

研究参加者は、関東圏内にある地域の中核病院1施設の一般病棟（3病棟）に勤務する師長3名と経験年数4年以上の看護師24名であった。そして、実際に師長との相談場面が観察されたのは看護師12名であった。この12名の経験年数は、4～10年が4名、11～15年が4名、16～20年が3名、21～25年が1名であった。

B. 日常業務の相談場面における看護師長と看護師の相互作用の様相

参加観察法と面接法で明らかになった相互作用の事象は22あり、分析の結果10のテーマが見出された。以下、テーマを【 】、テーマを代表する事象を1つ、ゴシック体で示す。また、参加観察で得られた研究参加者の言葉は「 」, インタビューで得られた研究参加者の言葉は『 』で示す。なお、研究参加者、病棟看護師、患者、医師、その他の登場人物はすべて仮名である。

1. 【看護師は根拠を考えて対処する師長の姿に学ぶ】

看護師は師長に相談した際、根拠を問われて思考し、師長の考え方や物事に対処する姿に自分の思考や行動をふり返って反省し、師長の姿に学んでいた。

A病棟では、物品の取り寄せは師長が行っており、真壁看護師は「師長さん、栄養のポンプを取り寄せて欲しいんです。明山さん（患者名）に使いたいんです。20ml/hなので。」と依頼した。すると夏木師長は、「時間20？何で？何で時間20なの？」と根拠を問いかけた。真壁看護師は小さな声で「わかりません、...」と答え、困った様子でうつむいた。そして『何でなんだろう？』と考えた。夏木師長は、近くにいた主治医に聞きに行き、真壁看護師もついて行った。そして、2人は医師の説明で投与速度の根拠を理解した。

この場面について真壁看護師は、『師長さんはなんでこれじゃなきゃダメなんだろう？って言うことが多いんです。』、『スタッフとして働いていると、何でだろうっていうところまではいかないので、普通に、先生に言われるとそれを準備するだけになってしまって』、『そこまで深く考えてないかもしれない』。でも『常に考えられたい

いなくて思う』し、師長のように把握できていれば『きっともっといろんなところに疑問も浮かぶんだろうな』と思う、と話した。

2. 【師長は一方的な態度をとるが看護師は柔軟に対応し、師長の考えに学ぶ】

看護師は、一方的に指示をする師長の態度に初めは納得できなかったが、その後の師長の言動を柔軟に受け止め、見解の相違を自らの学びとしていた。

ある朝、当直の峰平師長から入院依頼の電話を受けた後輩看護師は、食事介助で忙しく入院まで手が回らないと答えたが、師長は『リーダーと相談して。』と言い電話を切った。後輩看護師から相談されたリーダーの成海看護師はやむなく入院を受けることにした。その後、峰平師長は成海看護師に外来の患者を早く安楽な場所に移したかったと話し『ありがとうね。』とお礼を言った。

師長の言葉を受けて成海看護師は、当初は『お互い感情的になっちゃっていた』が、『そうか、そういう考え方もあるのか』と思い、『自分で思ったこととは違うことを言われて、でも納得できるので、そういう面では勉強になるなと思います。』と話した。そして、『そういうことを言って入院の電話をくれれば、こんなお互い嫌な気分はないんだろうな』と思いつつ、『段々時間が経つと、こういう師長さんだから、こう考えてるのかな、とか段々わかってきたところもあって』と話した。

3. 【師長は異なる視点から解決策を提案し、看護師も納得して取り入れる】

師長は看護師の相談に対して、何でも自分が対応するのではなく看護師に取り組みせる機会を作っていた。また、師長はその意図を看護師に伝えていないが看護師は師長の意図を推し量った上で師長の提案を受け入れていた。

成海看護師は、百瀬さんの治療方針について主治医と一向に話が進まないため、本日の診療科部長の回診の時に、師長から部長に相談して欲しいと頼んだ。

峰平師長は「わかった。」と言って少し沈黙すると、思いついたように「それかき、ここでみんなから聞いてみたら？ここに待機してて。」と提案した。この時、峰平師長は、通常は主治医と看護師が話せばよいと思うが、今回の件については回診の機会を利用して相談したほうが良いと思った。そして、患者と直接かかわり、情報もっている看護師達が部長と話しができたほうが良いと

考えた。

成海看護師は、師長は『もちろんスタッフのほうが（患者の状況に）詳しいことも知ってるし』、『それも良い』と思った。そして「そうですね。先生どうしますか？ってみんなで聞いてみますか？カンファレンスみたいに。」と提案に応じた。峰平師長は「うん、そうしようよ。集合しよう。」と言った。

4. 【師長は個人がもつ強みを評価し、看護師も認められたと感じる】

相談を受けた師長は看護師の気持ちを汲み、その看護師の強みを評価したかわりを行っていた。看護師は師長の言葉に救われ、認められたと感じていた。

吉田看護師は後輩の看護師から、ある患者の言動にとっても辛い思いをしていると相談され、これは『師長さんのほうで、（後輩看護師達の）気持ちに目を向けてもらいたい』、『ちゃんと（師長の）耳に入れておいたほうがいい』と考え、師長に相談した。城島師長は、『そうなんだ。わかった。』と言い、『看護師の気持ちっていうのを全部汲み取った上で』その患者とじっくり話し、主治医にも協力を依頼した。吉田看護師は、城島師長は『スタッフが考えてることを気にかけてすくい上げようとしてくれて』、『本当に師長さんしっかりわかってくださったので、話ができる』し『本当に人間的に尊敬できる方』だと思った。

また、吉田看護師は、体調不良で同僚に迷惑をかけていると思っていたため、この件で『やっと（病棟の）役に立てたな』と思い、『すごくほっとした』。城島師長からも『やっぱり年の功』でこのような役に立てたのだと言ってもらえたことで、『救われたと思って。存在意義がちょっとあったな』と思えた。

5. 【能力を見込んで後押しする師長に、看護師も意欲を見せる】

看護師の相談に、師長は看護師の能力を見込んで主体的に取り組むよう促し、困難が予想される点は手伝って後押ししていた。看護師も師長のかかわりに応えるように取り組む姿勢を見せていた。

栄養管理の勉強をしていた成海看護師は、病棟で使用するMS（Magen Sondeの略；胃管）のサイズを細いものに変更したいと考え、峰平師長は『良い感じに変えていくことには賛成してくれる』し、『一生懸命やればわかってくれる』人なので、提案を受け入れてくれるだろうと思い、相談した。

成海看護師が峰平師長に声をかけ、「MSなんですけど、10Fr、12Frを病棟に置いて欲しいんです。」と言うと、峰平師長は物品の棚に近づき、「これは18Frとか20Frなのね？」と質問した。成海看護師は、「そうなんですよ。最近では、10Frとか12Frが主流になってるんです。」と答え、細いサイズは患者にとってメリットが大きく、薬剤の投与にも支障がないことを伝えた。すると峰平師長は大きな声で「それならば、そういう知識があるんだから、あなたが引っ張ってやってよ！」と成海看護師の背中をパンと叩いた。そして、峰平師長は、使用方法を統一する必要があると考え、「そしたら、約束、ルールをちゃんと作らないとね。」と投げかけ、成海看護師は小さくうなずいた。この時、成海看護師は『やっぱりそうきたか』と感じ、医師との交渉に困難を伴うけれど『言われて当然だったなと思った』し、できることからやっっていこうと思った。

峰平師長は、ルール作りにあたって医師に掛け合おうと考え、ちょうど通りかかった岩井医師に事情を説明し、協力の承諾を得た。そして、成海看護師に「岩井先生と一緒に決めてって。病棟のルールを決めていいから。」と言った。

6. 【師長の反応をとおして看護師は自分の判断が適切であるかを確認する】

看護師は、師長が承諾することに確信をもって相談し、師長も看護師の考えに共感して承諾している。看護師にとっては、師長に相談し承諾を得ることが、自分の考えが合っていることを確認する機会になっていた。

赤井看護師は担当していた仁坂さん（患者名）から、毎日訪室する看護師が違ってとてもストレスなので同じチームの看護師に担当してもらいたいと言われた。赤井看護師は『無理ですって言ったらかわいそう』だし、『患者さんのニードを充足させる』ために『私たちがカバーできること』なので、チームの調整を行っている師長に相談することにした。この時、赤井看護師は『絶対師長さんもいって言うと思った』。それは今まで様々な患者の看護を『一緒に体験してきて』、『患者さんの想いを叶えてあげたい』という想いが『師長もすごく強い』し、看護の目的が師長と『一緒かなと思ってるんです』と話した。

相談を受けた城島師長は、以前から仁坂さんが気になっていたこともあり、赤井看護師の考えに共感すると『いいよ。わかった。やっつくから。』と答えた。

7. 【互いの思惑はすれ違いますが、看護師は師長の言葉だからこそ従う】

看護師は期待をもって師長に話しかけるが、師長の返答は看護師の期待とは異なるものであった。師長には看護師の自立を促す狙いがあった。看護師は、期待と異なる返答ではあったが、師長が言うなら間違いのないと思いついて従っていた。

松本看護師は、倉田さん（患者名）の疼痛コントロールについて、指示を出した医師の態度に憤慨し、『師長に報告してもいい』内容だと思い、夏木師長に「ちょっと師長さん聞いて下さいよ！！」と声をかけ、事情を説明した。

この時、松本看護師には、師長に聞けば『そういう場合は先生にこういうふうに通っちゃうといいんだよ』と助言してくれたり、『（師長から）言ってもらえるようなこともありうるかな』という期待があった。

夏木師長は大きく相槌をうちながら話を聞き「倉田さんの指示を誰に聞いたらいいのか分かりませんが、て書いたメモをカルテにビシッと挟んでおいたらいよいよ。」と強い口調で言った。夏木師長は『一応自分で（医師に）報告してもらおうと思って』おり、自分がいない時は看護師達で行うわけだから、師長が『（医師と）スタッフの仲介でしゃべるっていうのはない』と考えていた。

松本看護師としては、メモは医師の心証が良くないだろうから、『医師が来棟した際に聞ければベストかなと思った』が、『師長さんが言ってくれるんだから』そうやっていいんだと思いついて「そうですね。書いておきます！」と言うとメモを書いてカルテに挟んだ。松本看護師は、『素直に助かった』と思った。

8. 【身につけてほしい視点を示唆する師長の言葉に看護師は反省し行動に移す】

師長は看護師に対して、暗に気づきや、自覚を促しながら話しかけていた。看護師も師長の意図を感じ取り、師長の期待に応えようと行動していた。

城島師長は大部屋のベッドが空く予定はないかと考え、その日の業務のリーダーを担うナースならチーム全体のことを把握しているだろうし、把握していて欲しいという期待をもって、リーダー（水谷看護師）に声をかけた。

城島師長の話聞いた水谷看護師は「男性部屋が空かないんですね。」と言いつつ考えながら聞いていた。2人は退院が近そうな野木さん（患者）のカルテを見たが退院の予定はわからなかった。

この場面で水谷看護師は、退院予定の患者や治療方針は『把握してるってことか、師長さんに聞かれたらそこら辺は答えられるべき』ことで、『多分師長さんもそこまでは知ってるはずと思って言ってるってことか、後は、そろそろ聞きなさいよ先生にっていうことなのかな』と考えた。そして『先生とかに聞くのも私達な気がした』ので、野木さんのカルテを手に、主治医に今後の方針を確認し、城島師長に「野木さん、今週中に退院の予定だそうです。」と伝えた。城島師長は「はい、わかった。」と入院患者の一覧を見つめたまま答えた。

9. 【師長のねらいとは異なる意味で看護師なりに解釈する】

教育的な意図をもって看護師にかかわる師長に対して、看護師はその意図には気づかず、看護師なりに師長の言動の意味を解釈していた。ただ、看護師は繰り返し師長の言動に触れるうちに徐々に師長の意図に気づき始めていた。

成海看護師と谷看護師が、看護室内で血圧計の定数管理について話していると、近くにいた峰平師長が「血圧計って今いくつあるの？」と声をかけた。

谷看護師が「今6個です。」と答えると、成海看護師が「でも使えないやつが1個。自動血圧計のやつ。」と付け加えた。峰平師長は「それであといくつあったらいいの？」と聞いた。成海看護師は谷看護師に確認し「あと3つあったらいいみたいです。」と答えた。峰平師長は「あと3つ？もとは10個あったんだけどね。」と言いつつ、少し考えた。そして、物品の紛失にはスタッフも十分困っただろうし、定数管理が始まったところなので、血圧計を補充することに決めた。峰平師長は「わかった、じゃ今回は買う。3つね！」と言いつつ、「今回は谷が物品のことちゃんとやってくれたからね。」と付け加えた。

この場面について峰平師長は、紛失を繰り返す状況から看護師達が大事に物を扱うようになることで他病棟でも通用する看護師を育てたいという思いがあった。一方、成海看護師は『別に師長さん（物品の）管理しなくてもいいでしょう』と思っていた。そして、前任の師長と比べて今の師長は『すごいうるさいとは思ってますけど』、『無くなるのもどうかと思いますね』と話した。

10. 【看護師の意見をもとに解決策を考える師長に、看護師も率直に意見を伝える】

師長は看護師の意見に耳を傾け、看護師も率直に自

分の考えを伝えて問題の解決方法を話し合っていた。そして師長の返答に驚くが、看護師なりに師長の意図を汲み、師長の判断に従うことに決めていた。

水谷看護師と上杉看護師が津和さん（患者名）の話をしていると、近くにいた城島師長が「津和さん？津和さんがどうしたの？」と声をかけた。水谷看護師は、ご家族を含めた多職種合同カンファレンスの実施にあたり、土井さん（他部署の看護師）は主治医から参加を断られたため、病棟の看護師から参加を促して欲しいと頼まれたことを話した。師長が「（今回の主治医は）もともと診てるわけじゃないからよくわからないかもしれないけどね。」と言うと、水谷看護師は「はい。でも土井さん、児玉先生（主治医）が外来で忙しい時に電話しちゃったから（参加しない理由は）それもあると思うんですよね。」と伝えた。

城島師長は、自分が介入したほうが良いと考え「そうか。じゃ、とりあえず児玉先生に聞いてみようか。」と言った。水谷看護師は、自分で対処してから師長に報告しようと考えていたので、師長の発言に驚き、「師長さん、いいんですか？」と聞き返した。師長は「（主治医が）外来終わって夕方病棟に来た時だったら、話せるよね。」と笑顔で答えた。水谷看護師は「はい、そう思います。外来じゃない時に話してみたらいいんだと思います。」と答えた。

この時、水谷看護師は、『私やってもいいですけど』と内心想った。しかし、師長は、私にはできないと思ったのではなく、師長という立場で自分がかかわることが適任だと判断したのだろうと考え、対応をお願いすることにした。

V. 考察

日常業務の相談場面で展開される師長との相互作用における看護師の学びの特徴と、看護師の学びを深めるために師長や看護師に求められるものについて考察し、看護実践への示唆、研究の限界と今後の課題を示す。

A. 学びが生まれる相互作用

本研究結果より、日常業務の相談場面における多様な相互作用の様相には【1. 看護師は根拠を考えて対処する師長の姿に学ぶ】、【2. 師長は一方的な態度をとるが看護師は柔軟に対応し、師長の考えに学ぶ】、【3. 師長は異なる視点から解決策を提案し、看護師も納得して取り入れる】、【4. 師長は個人がもつ強みを評価し、看護師も認められたと感じる】、【5. 能力を見込んで後押しする師長に、看護師も意欲を見せる】、

【6. 師長の反応をとおして看護師は自分の判断が適切であるかを確認する】、【7. 互いの思惑はすれ違うが、看護師は師長の言葉だからこそ従う】、【8. 身につけてほしい視点を示唆する師長の言葉に看護師は反省し行動に移す】、【9. 師長のねらいとは異なる意味で看護師なりに解釈する】、【10. 看護師の意見をもとに解決策を考える師長に、看護師も率直に意見を伝える】があった。看護師は、看護師なりに師長の言葉の意図を様々に推し量り、解釈しながら自身の行為を選択し、時に修正していた。そして師長は、看護師に気づきや自覚を促すために言葉を投げかけ、問題への対処方法を示唆するだけでなく看護師を育てる意図をもって相互作用を展開していることが明らかになった。このような相互作用があるからこそ、看護師は師長との相互作用において様々な学びを得ていたと考えられる。

B. 学びの特徴

特徴は2つある。1つは、看護師は師長の投げかけを契機に気づきを得て、なぜだろうと思考していたことである。例えばテーマ1では、医師の指示で病棟にない物品が必要になった際、指示だから取り寄せるのではなく、その物品が必要な根拠を考える機会になっていた。さらに、テーマ2では、患者への看護の優先順位について自分の見解とは異なる師長の考え方に学んでいたことからわかるように、看護師は師長の意図の有無や内容にかかわらず、看護師なりに師長の言動の意味を解釈し、学びを得ていた。

また、師長が気づきや自覚を促す意図をもって看護師にアプローチをした際、看護師がその意図に気づく程度は様々であり、即座に感じ取ることもあれば、看護師がその意図を推し量ることもあり、本来の意図とは異なる意味合いで解釈していることもあった。つまり、看護師は必ずしも師長が意図するように気づきを得たり、思考したりしているわけではなかった。このことから、看護師の学びは師長の言動をきっかけにしながらも、何をどのように学ぶかは看護師が主体となって決定されており師長に導かれた学びだけではないことがわかる。

2つ目の特徴は、看護師は師長の言動を契機に自己の思考や態度をふり返っていたということである（テーマ1, 8）。そして、看護師はこれまでの実践を反省し、変えていきたいと考え、自分の役割として認識を新たにしていた。

これらの特徴から、看護師は主体的に学び、新たな知識を獲得する学び、自己の思考や実践を反省的にふり返り、考え方や態度を変化させていきたいと思考し始めている学び、それを実際に行動の変容として変化させていた学びがあることがわかる。そして、これらの学びは、生涯学習や成人教育の研究者であり実践家の三輪が述べるおとなの学びに照らすと次のことがわ

かる。

おとなが学ぶということについて三輪は、「おとなが、思考、価値観や態度の持続的な変化をとおして、生きがいや自己実現につながるような能動的な情報や技術の獲得という経験をもつこと」だと述べている(三輪, 2009, p.34)。研究結果では、看護師は師長の反応や対処方法に学んだり(テーマ1, 2, 3, 6, 7)、師長の教育的な意図に繰り返し触れるうちに徐々に気づき始めたり(テーマ9)、師長の意図を感じ取り行動に移したりしており(テーマ8)、思考や価値観、態度の変化のきっかけとなる相互作用が生じていることがわかる。しかし、このきっかけが持続的な変化へと繋がっていない可能性があり、三輪(2009)が述べるおとなの学びとしての深まりが十分ではないことが考えられる。

C. 相互作用における意識変容の学習と課題

看護師は師長の言葉を看護師なりに意味づけ、自己の実践を省みるというプロセスを経て思考や態度の変容を行っている。成人教育の研究者であるCranton(1996/2011)は、意識変容の学習の中心となるプロセスは、批判的なふり返りであると述べている。そして、ふり返った結果、自分の前提や価値観に気づき、縛られ、抑圧されているように思う時、それらを修正することで、人間は学び、変化し、成長する。そして、意識変容の学習において他の人々とのやりとりはきわめて重要な要素である(Cranton, 1996/2011, pp.107-112)。

本研究の結果においても、看護師の学びにとって師長との相互作用が重要な要素となっている。そして看護師は、自分は師長のように深く考えていないけれど師長のように考えられたら、もっと様々なところに疑問が浮かぶのだらうと思ったり(テーマ1)、自分が果たさなくてはならない役割であったと反省したりしており(テーマ8)、日常業務の中で個々人の前提となっていた実践に対する考え方や薄れかけていた役割の認識について捉え方を新たにしていた。

ただ、本研究では師長と看護師の相互作用を断片的にしか捉えられていない点で、看護師のふり返りが、その後どのように展開したかはわからず、Cranton(1996/2011)が述べるような、経験の詳細な吟味や論理的な分析、自分の価値観を修正させるような学習に至っているのはわからない。もし、師長とのやりとりを機に看護師が自己をふり返り、反省し、新たな方向性を展望するものの、意識の変容が持続しない、もしくは本質的な意識の変容が生じていない場合、看護師の学びはその場限りで終わってしまう。

Cranton(1996/2011)は、「ふり返りは必ずしも意識変容につながるわけではない。ときには、自分の信念を確認したり強固にしたりする。新しいことを学ぶこともある。いずれもふり返りの貴重な成果である。」

(p.171)と述べる一方で、「意識変容の学習は成人教育の到達目標」であるとしている。Cranton(1996/2011)の言う意識変容の学習の到達目標、つまり看護師個人の変化や成長に繋がる学びに発展させるための課題として2点考えられる。

1つ目は、看護師のふり返りが師長との相互作用で生じているにもかかわらず、自分なりの解釈だけでその場限りで終わっているということである。例えば、看護師に気づきや自覚を促すために師長が意図的に投げかけを行っている事象(テーマ8)では、看護師長は看護師の行動を見て、投げかけた意図に気づいたことをわかっていながら看護師には何も伝えることなくやりとりが終わっていた。看護師の学びを意識変容の学習の到達目標に導くためには、看護師の言動に対して師長がフィードバックを行うといったコミュニケーションによるふり返りが必要ではないかと考える。

2つ目は、看護師は師長を基準に物事を判断する傾向にあるという前提を活かしながらも超えていく必要があるのではないかとということである。研究結果から、看護師は師長との相互作用をとおして判断基準を獲得し(テーマ2, 6)、承認や評価を受けることで自分の行為に対する自信や仕事への動機づけを高めている(テーマ4, 5)ことが明らかになった。一方で、看護師は自分の意見がありながらも、最終的には師長の言動に合わせる傾向もみられた(テーマ7)。Cranton(1996/2011)は、「私たちの物の見方を束縛しているのは、自分が前提を作っていることや、その前提の問い直しができることに気づいていないことである。気づいていなければ、選択するという行為はありえない。(pp.152-153)」と述べている。看護師の判断は師長の考えを優先したものであるという前提が看護師と師長の間で暗黙の了解になっている場合、前提を問い直すことで新たな選択肢の発見や自己決定的な学びへと発展するのではないだろうか。

D. 看護実践への示唆

師長と看護師の相談場面において、言葉や態度、表情には表れていない内面の動きについて双方の視点から捉えたことで、師長と看護師が様々なことを思い、考えながらやりとりを行っていることが明らかになった。このことは看護師と師長の日常業務の何気ない会話の中に教育の意味合いをもつ相互作用が多くあることを意味しており、師長と看護師の相互の理解に繋がるものである。

また、前述の課題を踏まえて、看護師個人の変化や成長に繋がる学びに発展させるために、看護師と師長が日々のやりとりの中で、もう少しお互いに解釈し合っていることを言葉で伝え、確認し合う作業を行うことでより豊かな学びに繋がると考える。また、師長は看護師を教え導くだけでなく、自分を超えていく看護師を育てるという視点で、看護師の思いや考えを引

き出すようにかかわり、看護師の変化や成長を捉え、時機を逸さないフィードバックを行うことを提案したい。また看護師も、自信をもって考えを伝え、師長との対話をとおして自己をふり返り、学びを自分のものにしていく必要があると考える。

E. 本研究の限界と今後の課題

1施設、3ヶ月間のデータ収集であり、看護師と師長の相互作用から看護師の学びを十分に明らかにできたとは言いがたい。今後は、長期的な視点で様々な場面の相互作用をとおして看護師の学びの過程を明らかにする必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆様、研究施設の皆様、ご指導いただきました指導教授ならびに諸先生方に深く感謝申し上げます。

本論文は、2011年度日本赤十字看護大学大学院看護学研究科修士課程に提出した学位論文の一部に加筆修正したものである。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

天下井深雪 (2003). 中堅看護師が仕事への意欲を高められた看護師長の関わりとその後の仕事への影響. 神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録, 28, 190-197.

荒井蝶子・古庄富美子・稲田美和・杉谷藤子 (1974). 継続教育 第2版. 東京: 日本看護協会出版会.

Cranton, P.A. (1996) / 入江直子・三輪健二監訳 (2011). おとなの学びを創る—専門職の省察的实践をめざして. 東京: 鳳書房.

花田季代子 (2009). 看護師長が日常の実践の中で行っている看護職者への教育的かかわり. 2009年度日本赤十字看護大学大学院修士論文.

狩野京子・山口三重子・松尾英子・曾田美佐子 (2010). 中堅看護師の職業キャリア成熟度と看護師長によるソーシャルサポートの関連. 日本看護学会論文集 看護管理, (41), 37-40.

松崎美紀・松井和世・谷眞澄・松本ゆかり・若林たけ子・藤井洋子・灘波浩子・井上直子・平田育世 (2010). 師長がとらえる臨床現場における人材育成の課題. 日本看護学会論文集看護管理, 40, 243-245.

水野暢子・三上れつ (2000). 臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究. 日本看護管理学会誌, 4(1), 13-22.

三輪健二 (2009). おとなの学びを育む—生涯学習と学びあうコミュニティの創造. 東京: 鳳書房.

坂元綾・山田覚 (2011). スタッフ育成における病棟看護師長のかかわり—病棟看護師長の役割遂行の程度—. 高知女子大学紀要, 60, 11-22.

坂元綾・山田覚・長戸和子 (2014). スタッフ育成における病棟看護師長の役割. 高知県立大学紀要, 63, 39-49.

佐藤郁哉 (2002). フィールドワークの技法 問いを育てる, 仮説をきたえる. 東京: 新曜社.

筒井裕子・井本千鶴子・村上厚子・塚本美智子・太田久佐子・大森寿美・端章恵・日浦美保 (2002). 婦長の管理・教育に対する意識の実態. 日本看護研究学会雑誌, 25(3), 250.

山口智美・舟島なをみ (2010). スタッフ看護師と相互行為を展開する看護師長の行動に関する研究 看護師長が発揮する教育的機能の解明に向けて. 看護教育学研究, 19(1), 46-59.

研 究 報 告

がん患者への終末期場面で看護のやりがいを感じる
認定看護師・専門看護師の経験

福井 里美

Meaningful Experiences of Certified Nurses and Nurse Specialists
Providing End-of-Life Care for Cancer Patients

Satomi Fukui

キーワード：がん，終末期，やりがい，認定看護師，専門看護師

key words : cancer, end-of-life care, meaningful experience, certified nurse specialist, certified nurse

Abstract

Purpose: This study clarifies the meaningful experiences of expert nurses engaged in end-of-life care for cancer patient in Japan.

Method: Semi-structured interviews were conducted with eleven certified nurse specialists and certified nurses in cancer nursing. The interview questions centered on their positive and meaningful experiences while providing meaningful experiences with end-of-life care. Qualitative inductive content analysis was performed on all recorded interviews.

Results: The resulting 96 codes were grouped into nine categories under four themes. The first themes revolved around【The attitude that led to their pursuing nursing in palliative care】, such as the desire to “Challenge of pursuing nursing to its fullest” and “Contribute to reducing pain.” The second theme comprised 【Deep emotion and pride to share important moments of end-of-life】, which including “Expanding one’s view of life by learning about life and attitudes to life from patients” and “Pride in being at patients’ sides during an important time in their lives.” The third themes involved【Developing a cohesive sense of unity among family and medical staff with patient】and the last themes included 【Growth of the health care team members】.

Discussion: This study reveals the rich words to describe meaningful experiences of palliative care include contributing to reducing pain by a nurse and her team, challenging and pride to share the latest time to the patient.

要 旨

〔目的〕がんの終末期場面の看護で、やりがいを感じる経験とは何かを明らかにすることが目的である。

受付日：2018年8月23日 受理日：2019年8月21日

首都大学東京大学院人間健康科学研究科看護科学域 Tokyo Metropolitan University, Graduate School of Health Sciences, Department of Nursing Sciences

〔方法〕がん終末期の場面の患者への看護の実践経験が多くあるまたはそれを専門領域と自認する専門看護師及び認定看護師11名に半構造化面接をし、質的帰納的に分析をした。

〔結果〕96コードから9つのカテゴリ、4つの最終テーマを得た。テーマの1つ目は〔看護の可能性を追求する〕、〔苦痛軽減に貢献する〕などのカテゴリを含む【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求した成果】、2つ目は〔大事な時を共有したことを誇らしく思う〕、〔患者の生き方からの学びで人生観が広がる〕などの【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】、3つ目は【家族・医療スタッフの一体感】と最後は【医療チームメンバーの成長】であった。

〔結論〕やりがい経験として、看護師自身及びチームが症状緩和に貢献したこと、その追求、人生最期をとともにする感動と誇りが明らかとなった。

1. はじめに

A. がん患者への終末期看護をめぐる状況

がん診療連携拠点病院や緩和ケア病棟における終末期の看護では、根治優先の医療から、トータルペインの緩和ケアと残された日々の充実を目指したベストサポータティブケアへ、優先度と比重が増していく。しかしながら、再発転移状態の進行期であるStage IV以降も侵襲の少ない外科・放射線治療、薬物療法の発展により治療期間が延長し、看取りの時間がいつ訪れるかは不確定であり、進行期と終末期の定義も難しくなっている。従って、患者のより希望に沿った終末期ケアに向けて療養環境を整える段取りは、患者、家族と医療者間の認識のずれが生じやすく、予測しがたい。その認識の調整、意思確認、具体的な準備も、限られた時間とマンパワーの状況で行われ、困難が付きまとう(Krikorian, Limonero, & Mate, 2012; 小野寺・熊田・大桐他, 2013)。そして、終末期の看取り状況は、苦痛症状の増加とADLが急速に低下してケア度と緊張感、身体的負荷から看護の難しさが増す側面と、家族の死別の苦悩や悲嘆を支援することはもちろんであるが、医療スタッフもまた長く支援した患者との死別の悲嘆を経験する側面がある。そのため、終末期看護に携わる看護師の3~4割は、暗黙に理想像としている「良い看取り」と実際の実践とに不一致を感じ、そのような場合に無力感、自責の念、自信喪失、自己価値の低下の感情を抱きやすいという(吉田, 1999)。また、緩和ケア病棟の看護師たちは、悲嘆(西田・志自岐・習田, 2011; 広瀬, 2012)や困難感(Krikorian, Limonero, & Mate, 2012; 小野寺・熊田・大桐他, 2013)による精神的疲労を蓄積させ、バーンアウトに陥りやすい(Alacacioglu, Yavuzscn, Dirioz, et al., 2009; Fernández-Sánchez, Pérez-Mármol, Blásquez, et al., 2017)。

これらの終末期看護状況において、タイミングよく緩和ケアを提供し、よりよい実践を可能にするには、症状緩和の知識とスキルが必要とされる(Miyashita, Sanjo, Morita, et al., 2007)。それに対して、緩和ケアの普及と看護の質の向上を目指して開発された、現任者向け教育プログラムELNEC(End-of-Life Nursing Education Consortium)は、世界各国(Coyne, Paice, Ferrell, et

al., 2007)、日本国内(Takenouchi, Miyashita, Tamura, et al., 2011)でも、成果を上げている。また一方で、バーンアウトを予防する取組みも重要とされ、否定感情へのストレス対処を促すメンタルケアの介入も行われている(馬場, 2009; 広瀬, 2012)。

B. 終末期場面のがん患者への看護でやりがいを感じる経験とは

難しさやバーンアウトのリスクを伴いやすい終末期の看護にも、満足感ややりがいを感じる経験もある。しかし、がん看護や終末期ケアの先行研究においてやりがいを定義した研究は見当たらない。やりがいは、広辞苑(新村, 2008)では「するだけの値うち」、明鏡国語辞典(北原, 2011)では「その物事をするだけの価値。それをするときの張り合い。しがい。」とある。終末期看護実践の中でのやりがいを感じる経験に近いと考えられる。肯定的な側面を扱った研究では、岩瀬・森田・笹岡(2002)が、終末期医療に携わる看護師の患者ケアに対する満足度を測定する尺度を作成している。その下位領域の内容には、患者との関係、患者の苦痛、家族ケア、チーム医療、専門職としての能力、があることを明らかにした。さらに大西(2009)は、終末期看護に携わる看護師の肯定的な気づきと態度変容過程を促す3要因を明らかにした質的研究において、その1要因のサブカテゴリに〈よかったと思える経験〉を示していた。その〈よかったと思える経験〉の中には、《患者の人間性に触れた経験》、《努力が報われた経験》、《患者の希望をかなえられた経験》、《患者・家族の関わりから癒された経験》のコードが含まれた。このように、終末期看護の実践から満足やよかったという思いをえる要素は明らかにされていた。しかし各研究の中心テーマではないため、やりがいを感じる経験そのものを、具体的に明らかにした研究はない。例えば、鈴木・国井(1998)が若い乳がん患者を看取った事例研究の終わりに、その実践の経験を「かけがいのない時間を与えてくれた」「宝物をもらった」と述べている。このような、喜びや職務満足とも異なる、従来表現しにくかった経験を、終末期看護のやりがいと言えるのではないか。また、山崎(1999)がmeaningfulnessを「有意味感」「有益性」と訳し、「自己を投じて関わるに値すること」

との説明は、やりがいに近い概念と考えられた。この有意味感は、Antonovsky (1987/2001) が作成した Sense of Coherence (SOC: 首尾一貫感覚) 尺度の下位尺度の1つであった。この有意味感尺度を終末期看護に携わる看護師を対象に用いてバーンアウトとの関連を検討した結果、バーンアウト群は健全群より有意味得点が低く、バーンアウト予防には当事者が意味あると感じる経験に注目する重要性が示された (尹・赤澤・原田, 2009)。

以上より本研究ではやりがいを、する値打ちや価値、しがい、意味があることと定義した。そして、終末期看護に強い関心をもつ看護師たちが経験している、やりがいを感じる実践を言語化し、具体的に提示することで、終末期看護に意味を見出しにくい看護師にモデルを示すことができる。さらにはやりがいを感じる側面に着目することで、ポジティブ心理学的視点 (島井, 2006) からバーンアウト予防のメンタルケア介入も提案しようと考えた。

C. 研究の目的

がん患者への終末期場面で看護師がやりがいを感じる経験とは何かを明らかにする。特に、がん患者への終末期場面での経験が多く、がん終末期看護が自身の専門領域であると自認する専門看護師、認定看護師の経験を明らかにする。

II. 方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン。

B. データ収集期間

2011年1月～3月。

C. 研究協力者

リクルート方法は、がん終末期場面の看護経験が多い、または自身の専門領域と自認する者を対象条件に、スノーボールサンプリングを行うこととした。最初の2名は、筆者の知人である緩和ケア認定看護師とがん看護専門看護師にそれぞれ依頼し、承諾を得た。

以降は、条件に合致する知人の紹介を依頼した。最終的に11名の研究協力者から承諾が得られ、全員が認定看護師、専門看護師資格を有し、地域のがん治療の中核となる急性期病院の病棟経験があった。背景の概要を表1に示した。内訳は、がん看護専門看護師5名、緩和ケア認定看護師4名、がん性疼痛看護認定看護師1名、訪問看護認定看護師1名で、看護師経験年数は平均19.0 (SD=7.2, 9~33) 年であった。

D. データ収集方法

研究協力者の希望に沿う場所の個室で、一人1回ずつ、半構成的面接を行った。質問内容は、1) 研究協力者自身の背景 (性別、年齢、臨床経験年数、主な終末期看護実践の場、資格)、2) がん患者への終末期に関心をもったきっかけとなる経験、3) 終末期場面にあるがん患者への看護に携わっていて、やりがいがあると感じたのはどのようなとき、どのようなことか、4) 他に、やりがいとは、意味がある、価値があると感じる経験で思い当たることはないか、具体的な場面やエピソードをお聞かせください、と尋ねた。平均面接時間74.7 (SD=16.7, 28~90) 分であった。面接は本人の許可を得て録音し、逐語録を作成した。

E. 分析方法

質的帰納的分析をした。具体的には、まず逐語録から、萱間 (2007) を参考に、研究協力者の実践場面のエピソード、実践を振り返った自身の思索などの区切れごとに、文脈がわかるようスライスを抽出した。スライスを抽出する際には、どのような経験にやりがいを感じたのかがわかるよう、経験のストーリーが分断されないまとまりを維持するよう意識し、細切れになりすぎないように注意した。次に各スライスに、研究協力者の用いた言葉からエッセンスとなるキーワードをそのまま用いたコード名をつけた。次に、11名分のコードを1つに集め、各コードの内容の共通性や類似性、異質性に着目してグループ編成していった。グループ編成においては、抽象化しすぎず、発言者の言わんとした要点を尊重してグループをつくり、それらの共通項を表すグループ名をつけた。グループ名には

表1. 研究協力者の背景

| ID | 性別 | 看護師経験年数(年) | 主ながん患者への終末期看護の経験部署 | 専門最終学歴 | 資格 |
|------|----|------------|----------------------|--------|--------------|
| A | 女性 | 18 | 外科系病棟 | 大学院修士 | がん看護専門看護師 |
| B | 女性 | 33 | 内科, 外科系病棟看護, 緩和ケアチーム | 大学院修士 | がん看護専門看護師 |
| C | 女性 | 24 | 外科系病棟, 緩和ケアチーム | 大学院修士 | がん看護専門看護師 |
| D | 女性 | 9 | 外科系病棟, 緩和ケア病棟 | 専門学校 | 緩和ケア認定看護師 |
| E | 女性 | 12 | 外科系病棟, 緩和ケアチーム | 大学院修士 | がん看護専門看護師 |
| F | 女性 | 20 | 外科系, 内科系病棟, 緩和ケアチーム | 専門学校 | がん性疼痛看護認定看護師 |
| G | 女性 | 23 | ICU, 混合病棟, 緩和ケア病棟 | 専門学校 | 緩和ケア認定看護師 |
| H | 女性 | 22 | 混合病棟, 緩和ケアチーム | 大学院修士 | 緩和ケア認定看護師 |
| I | 女性 | 12 | 外科系病棟 | 大学院修士 | がん看護専門看護師 |
| J | 女性 | 12 | 混合病棟, 緩和ケアチーム | 専門学校 | 緩和ケア認定看護師 |
| K | 女性 | 24 | 混合病棟, 在宅ホスピス | 大学院修士 | 訪問看護認定看護師 |
| 平均 | | 19.0 | | | |
| 標準偏差 | | 7.2 | | | |

抽象度の違いがあったため、抽象度を統一するよう調整し、コードからサブカテゴリへ、サブカテゴリからカテゴリ、最終的にカテゴリからテーマへ集約した。

質的帰納的分析のグループ分類とカテゴリ名の妥当性と信頼性を高めるために、ランダムに全体の3分の1のコードを抜き出し、第3者コーダー（終末期看護に関心をもつ修士論文で質的研究を経験）に協力を求め、コードと最終カテゴリの分類の一致率が80%以上となるまで、全体のカテゴリ名の修正と再グループ化の手順を繰り返した。

F. 倫理的配慮

研究協力者のリクルートは紹介によるスノーボールサンプリングであり、被紹介者の意思で容易に拒否できるよう、断っても紹介者・被紹介者とも不利益を被らないよう、紹介者に被紹介者が協力したか否かを伝えられないこと、郵送で辞退できるよう撤回書を予め手渡した。また、被紹介者の意向に沿って、所属施設の看護管理者へ正式な依頼状と同意書を郵送し、同意を得て行った。面接内容を録音し、匿名化して質的記述的に分析すること、関連学会で発表することなどの説明をし、承諾を得て行った。これらの任意協力、個人情報保護を含む本研究計画書は、首都大学東京荒川キャンパス研究安全倫理委員会の承認（承認番号10077）を得て行われた。

III. 結果

研究協力者11名の終末期看護のやりがいを感じた経験の語りの逐語録から、96コードが抽出された。それをまず67のグループにし、さらに類似する内容のグループ化を繰り返し、最終的に9つのカテゴリ、4つのテーマに集約された。表2に、がん患者への終末期看護の場面でやりがいを感じる経験を、テーマ、カテゴリ、サブカテゴリを示し、各グループに含まれるコード数と語った研究協力者の対応を示した。以下に、テーマを【 】, カテゴリを [], サブカテゴリを < >, コードを「 」で示した。テーマごとに結果を述べる。

A. 【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求する姿勢】

まず、このテーマは、〔看護の可能性を追求する〕、〔苦痛軽減に貢献する〕、〔そばに居ることの意味を実感する〕の緩和ケアを実践する姿勢を実感した経験にやりがいを感じたカテゴリからなる。

1. 〔看護の可能性を追求する〕

このカテゴリは〈看護の無限の可能性を感じる〉、〈その人が望んでいるのは何か深く考える〉、〈自分と患者のかかわりを繰り返し振り返って意味を見出す〉の3つのサブカテゴリからなり、実践されているケアがこの患者に適しているのかを繰り返し判断すること、向かう姿勢、工夫そのものであった。

表2. がん患者への終末期看護の場面でやりがいを感じた経験

| テーマ | カテゴリ | サブカテゴリ | コード数 | ID |
|---------------------------------------|-------------------------------|--|------|-------------|
| 【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求する姿勢】 | 〔看護の可能性を追求する〕 | <看護の無限の可能性を感じる> | 3 | B,C,G |
| | | <その人が望んでいるのは何か深く考える> | 4 | A,B,G,H,I |
| | | <自分と患者のかかわりを繰り返し振り返って意味を見出す> | 2 | A |
| | 〔苦痛軽減に貢献する〕 | <苦痛症状を軽減した様子が観られた> | 10 | F,G,I,J,K |
| | | <教育後に患者の対処力があがった> | 1 | I |
| | | <患者と家族の心理的苦痛を軽減できた> | 6 | B,C,F,I,J,K |
| | | <せん妄が改善した> | 1 | J |
| | | <苦しみに穏やかな最期であった> | 3 | A,E,J |
| | 〔そばに居ることの意味を実感する〕 | <会うこと居ることの役割を感じる> | 2 | B,C |
| | | <看護師が聞くことの意味を感じる> | 1 | H |
| 【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】 | 〔大事な時を共有したことを誇らしく思う〕 | <人生の大事な時にそばに居て共有させてもらう> | 3 | C,D,H |
| | | <その人のつらい状況での考え方や教訓、人生観などを学ぶ> | 6 | C,B,D,H,I |
| | 〔患者の生き方からの学びで人生観が広がる〕 | <様々な生き方があることを学ぶ> | 1 | H |
| | | <人の心の中に入った温かさを感じる> | 3 | A,B,G,I |
| | 〔いのちや人の力強さに感動する〕 | <人の最期の命のエネルギーを感じる> | 1 | D |
| <つらさを越えて生きていく人の強さを感じる> | | 1 | G | |
| <家族・遺族がどんなにつらくとも大丈夫で、人は強く自分も頑張れると感じる> | | 1 | G | |
| 【家族・医療スタッフの一体感】 | 〔家族・医療スタッフがともに患者に寄り添った一体感を得る〕 | <患者と家族のかかわりを促し、ともに寄り添ったと感じる> | 12 | A,B,D,E,G |
| | | <同部署・他部署の看護師、医師、他職種者とともに学び、考えて支援した一体感を感じる> | 7 | A,B,C,E,G,I |
| 【医療チームメンバーの成長】 | 〔医療チームメンバーの成長した姿を見る〕 | <同僚看護師が成長や達成感をえている姿をみて嬉しく思う> | 2 | F |
| | | <医療チームメンバーが自身の価値よりも患者の望みを優先した支援を行うようになり成長したと感じた> | 3 | C,E |

1つ目のサブカテゴリ〈看護の無限の可能性を感じる〉には、身体の向きの調整やさすること、語りかけることなど「その人が気持ちいいと思うよう、ちょっとした自分の工夫の積み重ねがケアになっていく」など、「治療にすることがなくなっても、看護は最期までやれることが無限にある」「必ずすることがあって、マインドも技術も看護の基本がある」といった、より苦痛を緩和し、癒しやその人らしさを感じられるような看護を目指していく姿勢を貫く経験そのものから、やりがいを感じていた。

2つ目の〈その人が望んでいるのは何か深く考える〉には、「その人が何を望んでいるのかを考えると深いかかわりができる」、「人の言っていることの言葉の表面だけでなく、なぜそれを言っているのかと思えるようになった」、「比較的元気なうちからその人に関心をよせ、その人が大切にしていることを具合が悪くなくても継続できるようにする」、「患者が何も言えなくても、いつもそばにいて、どうしたいのか、どうしたら気持ちいいのか考えてそこへかかわっていくところ」など、倦怠感の増強などで活動性が低下し、多くを語ることが難しい状況や、言葉では言い表しにくい身体や気分にある患者と向かい合う際にも、その人が本当に求めているものは何かを模索しつつかわり続けること、そのものが、やりがいを感じる経験となっていた。そして3つ目のサブカテゴリ〈自分と患者のかかわりを繰り返し振り返って意味を見出す〉は、対象者が亡くなった看護実践は、後から何度も振り返ること、そして自分が行った看護を繰り返し振り返ることで「ちょっとした表情の変化に意味や喜びを見出す」と、看取った直後には寂しさや無力感、後悔などで見えにくかったかかわりも、振り返ることで「ふとした瞬間に喜びが見出せる」やりがいを感じる経験として報告された。

2. 〔苦痛軽減に貢献する〕

このカテゴリは最も多くの21コードからなり、5つのサブカテゴリが含まれている。5つのサブカテゴリの1つ目〈苦痛症状を軽減した様子が観られた〉は、「患者が気にしている症状を丁寧に聞いてアセスメントし、緩和できたことで、患者が明るく多弁になった」、「痛みで苦しんでいた患者がほっとした表情になる変化が嬉しい」、「知識と技術を総動員して疼痛の閾値を上げるケアで患者が痛くない時間を過ごせたとき」といった、身体症状を緩和できたことを確認できたときの経験であった。そして2つ目の〈教育後に患者の対処力があがった〉は、「関わったことで患者の対処能力が上がってきた変化が少しでもあったなあと思う」と情報提供や教育介入が患者に役立ったと感じた経験であった。3つ目の〈患者と家族の心理的苦痛を軽減できた〉は心理的な実践の効果を実感した経験であり、「孤独な患者が自分とかわること

で患者さん自身が張り合いの出ているのを感じている」、「つらい状況で泣くに泣けなかった患者に泣く場所と機会を提供できたとき」、「患者と家族の不安を取り除くと、穏やかな時間が流れ、一緒に寄り添っているのを感じる」といった情緒的なサポートを実践した経験であった。そして4つ目は終末期に経験しやすい〈せん妄が改善した〉実践であり、「患者の痛みが取れずに人が変わったようなせん妄状態となった様子を改善できないとき申し分けなく無力感になるが、改善するとよかったと思う」経験であった。最後に看取りの場面の〈苦しまずに穏やかな最期であった〉経験であった。「逝去時の穏やかな表情に、いい人生となるようにかかわれた感じがする」など、最期の表情が穏やかであったことをかかわりの評価と感じ、やりがいを感じた場面と報告された。

3. 〔そばに居ることの意味を実感する〕

このカテゴリは2つのサブカテゴリからなる。1つ目の〈会うこと居ることの役割を感じる〉は、「つらい、治せない状況でも、あなたはそばにいていい、また来てねと言ってもらえる」というコードや、「わかってもらえたような気がする」、「ここで最期を迎えられてよかった」などの言葉を患者からもらい、ここで出会い、そばに居ることが肯定され、役割の1つを実感したコードであった。そして2つ目の〈看護師が聞くことの意味を感じる〉では、「主治医に話さないことを看護師に話してくれるとき、看護師冥利に尽きるように思う」、「主治医に話さないことを看護師に話してくれるとき、若い看護師に話さないことを自分に話してくれるとき冥利に尽きるように思う」という、心を開いてもらったと患者と好意的な関係ができていることを実感し、医療チームの中で看護師である自分の役割、存在意義を感じた経験であった。

B. 【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】

このテーマは、「大事な時を共有したことを誇らしく思う」、「患者の生き方から人生観が広がる」、「人の心の中に入った温かさを感じる」、「いのちや人の力強さに感動する」の患者にとって人生最期の貴重な時間を共有し、患者の人生や心に触れた実感や誇らしさが、やりがいとして語られた。

4. 〔大事な時を共有したことを誇らしく思う〕

このカテゴリには、「一緒に居れ、見送って、自然に来る時が来たという穏やかな達成感」、「(患者の)人生最期の大事な時に、傍らに居させてもらえる」、「大事なこの時に、同じ時を過ごしている一体感を感じる」のコードが含まれている。看護者として患者の人生の大事な時をそばでともにし、人生経験などを聞かせてもらった経験は、多くを語れなかったとしても貴重な時間を共有させてもらったと感じ、まさに最期まで生きる姿を傍らで証人のように『居させてもらえる』と表現したくなる誇らしさや、厳かな達成感の経

験であると考えられた。

5. [患者の生き方からの学びで人生観が広がる]

このカテゴリは〈その人のつらい状況での考え方や教訓、人生観などを学ぶ〉と〈様々な生き方があることを学ぶ〉の2つのサブカテゴリからなる。〈その人のつらい状況での考え方や教訓、人生観などを学ぶ〉のコードには、「その人から人生、人生観やつらい状況での考え方を生で学ぶ」、「その人の人生の教訓などを教えてもらう」といった、患者から聞かせてもらう人生物語、考え方、人生観や死生観、人生の哲学的意味、教訓、生き方そのものについての興味深さや学び、刺激を、得たことが語られていた。

そして〈様々な生き方があることを学ぶ〉の「色々な人がいて、それでいいのだということを学ぶ」では、それまでの自分の人生経験では身近になかった一人の生き方や、一般的に称賛されにくい生き方など、出会う患者一人一人の生き様に触れることを通して、自分も含めてそれぞれの生き方を肯定する価値観を学び、自分自身の器の広がりや豊かさを得た自身の成長を実感するやりの経験の語りであった。

6. [人の心の中に入った温かさを感じる]

このカテゴリは、〈人の人生の話聞き、その人の心に深く入った温かさを感じる〉の単一のグループ名の抽象度を他に揃えたカテゴリである。「本人、家族とその人が歩んだ人生と一緒に振り返る機会がケアの中にあり、少し自分が入り込めてよかった」、「ケアをしながら人生の話聞き、人と深く接するっておもしろい」などの経験である。看護を通して、患者とのかかわりから感じた温かさそのもの、人を深く知った、心が通った、一体感を感じたと実感した心理的な感覚の興味深さが表現されていた。

7. [いのちや人の力強さに感動する]

このカテゴリには〈人の最期の命のエネルギーを感じる〉、〈つらさを越えて生きていく人の強さを感じる〉、〈家族・遺族・自分がどんなにつらくとも大丈夫で、人は強く自分も頑張れると感じる〉の3つのサブカテゴリが含まれている。生の残り時間が短いと感じる日々を過ごす患者から「人の最期の強さや灯火の燃え方のすごさを感じる」、看護師として無力感に耐えて見守る状況でも「落ち込み苦しんでも、生きていく人間の強さってすごいと感じる」、悲嘆に暮れるつらい様子の家族、遺族もそれを越えていく姿を見て「どんなにつらくとも何があっても人は強いし、家族は大丈夫、自分も頑張れる」との感動が語られた。

C. 【家族・医療スタッフの一体感】

3つ目のテーマは、患者のために、[家族と看護・医療スタッフがともに患者に寄り添った一体感を得る]凝集性の高まりを感じる経験であった。

8. [家族と看護・医療スタッフがともに患者に寄り添った一体感を得る]

1つ目の〈患者と家族のかかわりを促し、ともに寄り添ったと感じる〉のサブカテゴリに含まれている経験は、家族ケアが実践できたと感じた経験が、達成感とともに語られていた。例えば、「家族に連絡を取る調整と働きかけによって、家族が貴重な時間を共有できた」、「家族と死の準備をしたり、悲しい中でも笑ったり、家族看護をした経験が印象的だった」、さらに「家族とエンゼルケア（死期の処置）を行い、家族と医療者と一緒にその方を看取ったと感じる」など、患者の存在を中心に置き、家族、遺族と思いの共有ができた経験が、心温まる感動の体験として語られていた。2つ目は〈同部署・他部署の看護師、医師、他職種者とともに学び、考えて支援した一体感を感じる〉は、担当看護師、主治医、病棟看護師のディスコミュニケーションを調整し、情報提供や技術の提案など、リーダーやリソースナースの立場からの後方支援のエピソードのコードであった。「患者の外泊準備を医師、病棟看護師と連携、相談し、家族と医療チームの一体感が強まり盛り上がった」経験、「医師など他職種と患者のために一緒に勉強したり考えること」、さらには「仲間や他職種の知恵を借りて、どうするか一緒に考えてチームワークがうまくいって物事が運ぶと感謝したり、いいなと思う」が含まれていた。

D. 【医療チームメンバーの成長】

このテーマは、[医療チームメンバーの成長した姿を見る]のカテゴリであり、自身が直接ケアする立場ではなくリソースナースや管理職として、病棟や部署の若いスタッフの教育的立場や、後方支援の立場から、チームの医師や看護師等のメンバーが、気づきや経験を重ねて成長する姿をみたり、それによって達成感を得たりした経験の語りであった。

9. [医療チームメンバーの成長した姿をみる]

このカテゴリは2つのサブカテゴリが含まれた。1つ目の〈同僚看護師が成長や達成感を得ている姿をみて嬉しく思う〉には、「調整役をした自分ではなく、患者が若い担当ナースがいればよいと患者が言ってくれた」、「病棟看護師と一緒に症状緩和方法を考えたことが、看護師の達成感につながった」といったスタッフの成長や自身の教育効果が形になった際の達成感であった。

また2つめの〈医療チームメンバーが自身の価値より患者の望みを優先した支援を行うようになり成長したと感じた〉には、看護師のみならず「治療や検査にしがみつき、患者が求めていることを見失った若い医師、看護師が、その状況を見つめ直して、患者の求めに応じた支持緩和医療で穏やかな患者を見送った達成感」といった、医師や他職種、看護師を含むチームの成長にかかわった経験が語られた。

IV. 考察

終末期看護の実践に高い関心をもつ看護師たちの語りより、【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求する姿勢】、【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】、【家族・医療スタッフの一体感】、【医療チームメンバーの成長】の4つのテーマからなる豊かなやりがいを感じる経験が明らかとなった。これらのやりがいを感じる経験に意識的に着目することは、がん終末期看護場面での経験をポジティブに捉えるヒントを与えてくれる。【家族・医療スタッフの一体感】、【医療チームメンバーの成長】は終末期医療に携わる看護師の満足感（岩瀬・森田・笹岡，2002）や困難感（小野寺・熊田・大桐他，2013）と共通する内容であった。本稿では、特に新たな知見であった、苦痛の少ないその人らしい在り方を追求し続けること、人生最期の大事な時を共有する感動と誇りについて考察する。

A. 苦痛の少ないその人らしい在り方を追求し続けること

【苦痛の少ないその人らしい在り方を追求する姿勢】のカテゴリである〔苦痛軽減に貢献する〕経験は、最も多くの研究協力者が語り、コード数も多く、岩瀬・森田・笹岡（2002）の終末期看護に携わる看護師の満足度、大西（2009）の〈よかったと思える経験〉、Kitaoka-Higashiguchi & Nakazawa（2003）や小野寺・熊田・大桐他（2013）の困難感尺度にも共通して含まれる下位領域である。終末期ケアを担う専門職者としての使命であり、役割として認識し、それを担うことそのもの、そして役割が果たされたと感じるとき、やりがいを感じる経験となっていた。

本研究の結果で大変興味深かったのは、成果が得られた時にやりがいを感じるばかりでなく、〔看護の可能性を追求する〕のカテゴリに現れていた、追求することそのことにやりがいを感じるという語りである。複雑な病態により軽減しがたい身体的苦痛もあれば、言葉で描写しにくい不快な雰囲気を纏う患者・家族と向き合い、苦渋することがある。例えば、表情や全身の雰囲気に応じて、ベッドの頭側の高さや、半側臥位の肩の傾きの角度、腕や下肢の位置を少しずつ調整したり、身の置き所なく感じる背中や下肢をさすったりすることなどの「…ちょっとした自分の工夫の積み重ねがケアになっていく」と語られていた。鎮痛剤などによる薬物療法の調整はやり尽くし、会話による言語的コミュニケーションが難しいときにも、患者に安らかな表情が戻ることを目指して、それまでのかかわりから知り得た患者・家族の情報と、フィジカルアセスメントの知識と技術の双方を総動員した工夫を続けることが語られた。それらは、かかわり続けることで、患者が本当に求めていることは何か探り、応えようとする努力そのもの、追求することそのことに、価

値を感じていた。一方、〈自分と患者のかかわりを繰り返し振り返って意味を見出す〉のように、看取り経験から時間が経っても、その患者と家族に思いを馳せ、自身の提供した実践を反芻することそのことが、やりがいのある経験であったと感じさせるとも語られた。この何度も振り返って意味を見出す経験は、西村（2016）の事例にも重なる。臨床経験10年以上の看護師が、長期間「引っかけり」のあった実践経験を「私のかかわりって何だったんだろう」「ちゃんと話とか聞いているのか」「この患者さんと一緒に今この場所にいるのか」と自問し続け、そしてやっと涙と微笑みを伴って「何かちょっとは役にたてたのか。良かったよ」と自らの応答を表現して意味を見出した経験であった。自らの実践の意味の探求することそのものに価値があると感じる経験であった。

B. 患者と人生最期の大事な時を共有する感動と誇りの経験

2つ目のやりがいを感じる経験のテーマ【人生最期の大事な時を共有する感動と誇り】は、岩瀬・森田・笹岡（2002）の「患者との関係」、大西（2009）の「患者の人間性に触れた経験」、「患者・家族の関わりから癒された経験」に共通する、患者・家族との関係性からやりがいを感じる経験である。人と向き合うことから始まる看護経験を問い直そうとするとき、Travelbee（1971/1974）が「人間対人間の看護」で、役割以前のベースとして、相互のラポール（信頼関係）を築き、苦難や病をもつ人に希望をもって向き合うのが最も重要であると強調したことが、思い出される。終末期看護を担う看護師たちも、その看護師の役割を担い、その信頼関係から、看護師自身も満足や癒し、やりがいを感じる経験をしていることは先行研究と一致する点であった。しかし、本研究の終末期を意識する〔大事な時を共有したことを誇らしく思う〕で「（患者の）人生最期の大事なときに、傍らに居させてもらえる」の語りのような、『居させてもらう』という表現がふさわしい経験は、先行研究では触れられてこなかった。この「もらう」は、謙虚な、黒子のような看護師の役割遂行の表現とは異なる。むしろ、それまでに重ねた相互のラポールが確かにあったからこそ、その延長線上に看護師自身が最期に『居させてもらう』ことを望み、価値あるものを感じさせたとと言える。

一方、このような患者と向き合う経験が、終末期看護の場面として特徴づけられて語られたのはなぜであろうか。それは、急性期病院の近年の在院日数の動向と無関係ではないと考えられた。全国の一般病床の平均在院日数は、1994年には33日であったが、2015年は16.5日（厚生労働省，2015）という。さらにクリニカルパスと包括医療費支払い制度（DPC）の導入により、短縮化と外来中心の医療がより進んでいる。一方、緩和ケア病棟の2011年の平均在院日数は39.5±15

日(宮下・今井・渡邊, 2013)であり, かかわりの期間が長いと言える。また今まで治療目的の入退院を同じ病棟で繰り返して終末期に至る患者は, 同じ病棟に勤務する看護師にとっても長いつきあいのある患者となる。全体として, よりスピードと安全が求められる傾向の強い急性期病院の医療現場において, 終末期看護の場面は, 人に触れ, その人の生き方やQOLとは何かを考える, 看護らしい看護を追求させてもらえる場面と感じられていた。

C. 今後の課題

本研究の研究協力者は, 終末期看護以外にも多くの経験をもつ看護師であった。また, 本研究が明らかにしたやりがいを感じる経験は終末期看護の経験が多く, 自身の専門領域であると自認する認定看護師およびがん看護専門看護師による結果であった。これらの結果が看護師全体に共通するのか, 実践経験や教育などの先行要因と背景要因との関連を検討することが必要である。終末期看護の病棟在院日数がより短縮し, 在宅や福祉施設での看取りが増えるなど社会状況が変化していく。また地域包括ケアシステムの充実により, 在宅や高齢者福祉施設等での病院以外の場所での終末期看護の実践も増えていくであろう。このような状況の変化により終末期看護の経験及びやりがいを感じる経験も変化していくことであろう。

付記

本研究は第26回日本がん看護学会学術集会, 17th International Conference of Cancer Nursingでの発表を再分析しまとめ直したものである。

謝辞

本研究のインタビューにご協力いただいた認定看護師, 専門看護師の方々に心より感謝申し上げます。また, 分析の妥当性の検討にご協力いただきました田園調布医師会立訪問看護ステーションの米村法子様, 論文作成においてご助言とご支援を賜りました戸田中央総合病院, ナースカウンセラーの広瀬寛子様, 聖心女子大学名誉教授の高橋恵子様には御礼申し上げます。

また2010~2012年度科学研究費助成事業(科学研究費補助金)若手研究(B)「終末期看護の醍醐味—看護師のターミナルケアに携わる困難と魅力」(課題番号: 22792189)の助成を得て行った。

利益相反

利益相反なし

文献

Alacacioglu, A., Yavuzsen, T., Dirioz, M., Oztop, I., Yilmaz, U. (2009). Burnout in nurses and physicians working at an oncology department. *Psycho-oncology*, 18(5),

543-548.

Antonovsky A. (1987) / 山崎喜比古, 吉井清子監訳 (2001). 健康の謎を解く: ストレス対処と健康保持のメカニズム. 東京: 有信堂.

馬場玲子 (2009). がん看護に携わる看護師のストレスマネジメント—看護師のためのサポートグループ活動の実際. *緩和ケア*, 19 (Suppl), 53-57.

馬場玲子・笹原朋代・北岡和代・梅内美保子・木澤義之 (2010). 緩和ケア認定看護師の職務満足度およびバーンアウトの実態と関連要因. *Palliative Care Research*, 5(1), 127-136.

Coyne, P., Paice, J. A., Ferrell, B. R., Malloy, P., Virani, R., Fennimore, L. A. (2007). Oncology end-of-life nursing education consortium training program: Improving palliative care in cancer. *Oncology Nursing Forum*, 34(4), 801-807.

Fernández-Sánchez, J. C., Pérez-Mármol, J. M., Blásquez, A., Santos-Ruiz, A. M., Peralta-Ramírez, M. I. (2017). Association between burnout and cortisol secretion, perceived stress, and psychopathology in palliative care unit health professionals. *Palliative & Supportive Care*, 24, 1-12.

広瀬寛子 (2012). がん医療に携わるスタッフのストレスマネジメント. *プロフェッショナルがんナーシング*, 2, 478-482.

岩瀬紫・森田達也・笹岡郷子 (2002). 終末期医療に携わる看護婦の患者ケアに対する満足度. *死の臨床*, 25, 70-77.

萱間真美 (2007). 質的研究実践ノート. 東京: 医学書院.

川喜田二郎 (1967). 発想法—創造性開発のために. 東京: 中公新書.

北原保雄編 (2011). 明鏡国語辞典第二版. 東京: 大修館書店.

Kitaoka-Higashiguchi, K., Nakazawa, H. (2003). Job strain, coping, and burn out among Japanese nurses. *Journal of Health and Human Ecology*, 69(3), 66-79.

厚生労働省 (2015). 平成27年医療施設(動態)調査・病院報告の概況. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02_02.pdf (2017.1.3).

Krikorian, A., Limonero, J. T., Mate, J. (2012). Suffering and distress at the end of life. *Psycho-Oncology*, 21(8), 799-808.

宮下光令・今井涼生・渡邊奏子 (2013). ホスピス・緩和ケア白書 第Ⅱ部 統計と解説, 事業報告 1. データでみる日本の緩和ケアの現状. http://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2013/2013_2_1.pdf (2017.1.3)

Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., Kizawa, Y., Shima, Y., Shimoyama, N., Tsuneto, S., Hiraga, K.,

- Sato, K., Uchitomi, Y. (2007). Barriers to providing palliative care and priorities for future actions to advance palliative care in Japan: a nationwide expert opinion survey. *Journal of Palliative Medicine*, 10(2), 390–399.
- 西田三十一・志自岐康子・習田明裕 (2011). 患者の死を体験した看護師の成長に関連する要因の検討. *日本看護科学学会誌*, 31(4), 3–13.
- 西村ユミ (2016). 看護実践の語り. 東京: 新曜社, 93–116.
- 大西奈保子 (2009). ターミナルケアに携わる看護師の”肯定的な気づき”と態度変容過程. *日本看護科学学会誌*, 29(3), 34–42.
- 小野寺麻衣・熊田真紀子・大桐規子・浅野玲子・小笠原喜美代・後藤あき子・柴田弘子・庄子由美・仙石美枝子・山内かず子・門間典子・宮下光令 (2013). 看護師のがん看護に関する困難感尺度の作成. *Palliative Care Research*, 8(2), 240–247.
- 島井哲志 (2006) ポジティブ心理学. 京都: ナカニシヤ出版.
- 新村出編 (2008). 広辞苑 第六版. 東京: 岩波書店.
- 鈴木祐子・国井純子 (1998). 乳癌患者のターミナルケアを振り返って. 寺本松野編, ナースの生きがい2 ベッドサイドで立ちつくすとき. 46–57, 東京: 真興交易医学書出版部.
- Takenouchi, S., Miyashita, M., Tamura, K., Kizawa, Y., Kosugi, S. (2011). Evaluation of the end-of-life nursing education Consortium-Japan faculty development program: Validity and reliability of the “end of life nursing education questionnaire.” *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: the Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 13(6), 368–375.
- Travelbee, J. (1971) / 長谷川浩・藤枝知子訳 (1974). 人間対人間の看護. 東京: 医学書院.
- 山崎喜比古 (1999). 健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念SOC. *Quality Nursing*, 5, 825–832.
- 吉田みつ子 (1999). ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究—“良い看とり”をめぐる—.
日本看護科学学会誌, 19, 49–59.
- 尹 敏愛・赤澤千春・原田美穂子 (2009). ターミナルケアにかかわる看護師のバーンアウトとSOCとの関係について. *京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要: 健康科学: health science*, 6, 9–14.

研 究 報 告

双子を出産した女性の母子健康手帳に対する認識

藤井美穂子¹, 佐藤 朝美²

Perception Regarding the Maternal and
Child Health Handbook of Mothers Who Gave Birth to Twins

Mihoko Fujii, Tomomi Sato

キーワード：双子，双胎妊娠，母子健康手帳，認識，生殖補助医療

key words : twins, twin pregnancy, Maternal and Child Health Handbook, perception, assisted reproductive technology (ART)

Abstract

Purpose: This study aimed to clarify how mothers who give birth to twins perceive the Maternal and Child Health Handbook.

Methods: Five mothers who had given birth to twins were interviewed using a semi-structured format. Data was analyzed by qualitative descriptive study.

Results: Results showed that these mothers who had given birth to twins, regarded the handbook as “evidence of their readiness to become mothers of twins,” “hope of becoming a good mother,” “something that should prevent anxiety related to having a high-risk pregnancy,” “a medical record that shows how the child is developing” and “they stopped using the handbook on their own.” Some mothers, the fact that the handbook’s fetal growth chart was for a single child strengthened the perception that their pregnancies were high risk. In addition, early hospitalization for monitoring during late pregnancy led to a lapse in the mothers’ awareness of the handbook as a personal tool.

Conclusion: In a twin pregnancy, it is important to try to reduce the mother’s anxiety by providing her with health-related guidance based on the physical indicators related to her health and to the health of her children. Moreover encourage twins mother to continue to use the handbook during early hospitalization for monitoring.

要 旨

目的：双子を出産した女性の母子健康手帳に対する認識を明らかにする。

方法：双子を出産した初産婦5名を対象に半構成的面接法を用いデータを収集した。質的記述的に分析し、母子健康手帳に対する認識を明らかにした。

受付日：2019年4月19日 受理日：2019年10月3日

1. 和洋女子大学 Wayo Women's University
2. 横浜市立大学 Yokohama City University

結果：母子健康手帳に対する認識について、【双子の母親となる覚悟の証】【母親となることの希望を与える手帳】【ハイリスク妊娠の不安による回避の対象】【子どもの経過を伝えるカルテ】【双子ゆえに躊躇する記録物】のテーマが見出された。双子を出産した女性は、手帳に記載されている単胎児用の発育曲線を見て、ハイリスク妊娠への不安を抱き、妊娠後期の管理入院によって母子健康手帳が私的所有物という認識は途絶えていることが明らかとなった。

結論：双胎妊娠に対応した母子の体重指標を用いた保健指導を実施し、妊娠中の不安軽減を図ることが重要である。また、管理入院中の母子健康手帳の活用を促す必要性が示唆された。

I. 緒言

母子健康手帳は、母子保健法により妊娠の届出をした者に対して交付され、妊娠・出産・育児に関する一貫した健康記録であり、かつ妊娠と乳幼児養育に関する行政情報、保健・育児情報が提供されるため、母子健康管理において重要である。近年では、必要な知識の提供や子育て記録、支援ツールとしての役割も期待されている（厚生労働省、2012）。

一方、児童福祉法では、出産後の養育について出産前から特に支援を要する妊婦を特定妊婦と定義し、児童虐待の観点から養育支援訪問事業を行っている。多胎妊娠は特定妊婦であり、妊娠期から継続的な特別な支援が必要である。母子健康手帳は、当事者や乳幼児の健康管理を促すことを基本的な考えとして配布され、当事者の自発的な健康管理を期待するものである（中島、2011, pp.515-525）。双胎妊娠した女性にとっても妊娠期から継続して母子健康手帳を活用することは、妊娠期より自身の身体に関心を持ち、自己健康管理していく上で重要である。

しかし、母子健康手帳に関する先行研究では、正常でない妊娠・出産の経過を辿る場合に母子健康手帳の記入に抵抗感を示す女性がいること（加藤、2008, pp.133-135）が明らかとなっている。現行の母子健康手帳は、単胎児に対応して作成されており、ハイリスク妊娠である双胎妊娠した女性にとって活用し難い可能性がある。母子健康手帳に関する先行研究のほとんどが実態調査であり（藤井、2017, pp.61-66）、母子健康手帳の通読・記入状況の活用や、行政などが独自に開発した補足版の手帳の評価は明らかとなっているが、双胎妊娠した女性及び双子を出産した女性に特化した支援を示唆する研究はほとんどない。そこで本研究では、双子を出産した女性を対象に妊娠期から今までの経過を振り返り、母子健康手帳に対する認識を明らかにすることを目的とした。

II. 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

2017年9月～2018年2月まで6か月間であった。

C. 研究参加者

研究参加者は、妊娠中及び出産後の経過に大きな異常がないこと、及び子どもに先天性疾患がなく、双子を出産後1～2年で研究協力が得られた女性5名程度であり、生殖補助医療は問わないとした。

D. データ収集方法

都内近郊で開催されている双子の母親たちのサークルにて、代表者に研究の趣旨を口頭と書面にて説明し、研究協力の意向がある人や研究内容に興味のある人に対して、書面に記した連絡先に連絡をいただくように説明した。連絡を受けた時点で研究連絡を取り日程を調整し、研究の目的、方法、倫理的配慮を口頭及び書面にて説明し同意を得た。

データは、半構成的面接によって収集した。インタビューガイドの内容は、外出時の活用頻度や、母子健康手帳に対して満足したこと及び期待することなどであった。インタビューを実施する日時と場所は、研究参加者の希望に合わせて設定した。面接内容は、研究参加者の承諾を得てICレコードとメモに記録した。

E. データ分析方法

本研究は、双子の母親の立場から妊娠期から出産後までの経過と共に変化する認識を捉えながら、母親がどのように母子健康手帳を認識し、活用しているのかを明らかにするためにグラウンデッドセオリーアプローチ（Strauss & Corbin, 1990/1999, pp.94-178；才木、2005, pp.55-148.）を参考に行った。

具体的な分析方法は、次の通りである。

①逐語録をもとに研究参加者ごとにデータを切片化してラベル名をつけた。

②それらをまとめ直し、概念を見出してコード化した。

③カテゴリー同士の関係性について、条件、文脈、行為、帰結を考慮しながら、軸足コーディングを行った。つまり、母子健康手帳の活用という行為に関連する思考や出来事などの現象を捉え、相違点や類似点に着目しながらサブカテゴリーとしてまとめた。

④5名の比較分析で全体像をつかんだ後にカテゴリーを体系的に関係づけて確認する選択的コーディングを行い、妊娠期、分娩期、産褥期の認識を連続的に捉え、双子を出産した女性の母子健康手帳に対する認識を明らかにした。

F. 妥当性の確保

本研究の参加者は、双子の育児に追われる母親達であった。外的妥当性を確認するために、5名のデータ分析終了後、育児が落ち着いた学童期の双子をもつ女性1名に対してもインタビューを実施し、双子の母子健康手帳への認識や活用状況の特徴を確認し、本研究で明らかとなった特徴が妥当であることを確認した。また、分析過程において双子の育児支援に精通している医療者に意見を求め、データの解釈や分析結果の妥当性を高めた。

G. 倫理的配慮

研究計画書は、和洋女子大学内の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した (No.1705)。母親には、研究依頼をする際に研究者の立場、研究目的、方法、研究の任意性、個人情報保護などについて口頭と文書にて説明を行った。双子を育児中の女性に調査することや研究参加者の私的な情報を扱う可能性があることから、研究参加者の体調やインタビュー中の子どもの安全とプライバシー保護に十分配慮した。

III. 結果

A. 研究参加者の概要

研究参加者の概要は表1に示す。年齢は、26～38歳 (平均32歳) のいずれも初産婦であった。分娩週数は妊娠30～37週であり、子どもの出生時体重は900～3,200g (平均2,250g) の初産婦5名であった。生殖補助医療 (Assisted Reproductive Technology; 以下ART) 後に双胎妊娠した女性は2名、一般不妊治療後に双胎妊娠した女性は1名であり、一卵性双生児1組、二卵性双生児4組であった。面接は、1回35～70分 (平均55分) であった。研究参加者の健診及び分娩施設は、5名中4名が周産期母子医療センターであった。最終学歴はほとんどが大学卒業者であり、読解記述力に差異はなかった。

B. 双子を出産した女性の母子健康手帳への認識

母子健康手帳の活用という行為に関連する思考や出来事などの現象を捉え、相違点や類似点に着目しながらコーディングを行い、17のサブカテゴリから5のカテゴリを見出した (表2)。本研究の双子を出産した女性が語った母子健康手帳に対する認識は時系列

で語られ、出産前、管理入院中、出産後の3時点に分類された (表3)。まず、3時点から明らかとなった双子を出産した女性の母子健康手帳への認識の特徴を記述し、その後に各カテゴリを説明する。

記述にあたっては、カテゴリ【 】, サブカテゴリ〈 〉で示した。

1. 双子を出産した女性の母子健康手帳への認識の特徴

双子を出産した女性は、妊娠期間中の管理入院の前まで【双子の母親となる覚悟の証】【母親となることの希望を与える手帳】といった認識を持ち、母子健康手帳を眺めたり母親となるイメージを抱いたりしながら活用していた。その一方で出産前から出産後まで継続して【ハイリスク妊娠の不安による回避の対象】【子どもの経過を伝えるカルテ】【双子ゆえに躊躇する記録物】といった認識もあった。

母子健康手帳の認識は、妊娠期間中の管理入院を機に母子健康手帳が看護師管理となったり、ハイリスク妊娠・出産に対する不安が高まったり、自分の出産に意識が向いたりすることで一時分断していた。出産後は、2人の育児に没頭するために手帳を開く時間がないなどの物理的な理由や、単胎児の発育曲線と双子の体重を比較して正常から逸脱していると思い、子どもの発達がハイリスクであることを自覚して不安を高めることから、【ハイリスク妊娠の不安による回避の対象】【子どもの経過を伝えるカルテ】【双子ゆえに躊躇する記録物】と認識する特徴があった。つまり、母子健康手帳に対する認識は、妊娠期から出産後の期間の中で変化するのではなく、妊娠中の管理入院によって出産への不安が高まったり、母子健康手帳が看護師管理となり手元に母子健康手帳が無かったりすることで手帳に対する認識が一時分断される特徴があった。また、妊娠期から出産後を通して子どもの経過を伝えるカルテである一方で回避の対象となる特徴が明らかとなった。

2. カテゴリの特徴の説明

本研究では、【母親となることの希望を与える手帳】【子どもの経過を伝えるカルテ】【ハイリスク妊娠の不安による回避の対象】【双子の母親となる覚悟の証】【双子ゆえに躊躇する記録物】の5つのカテゴリが見出された (表2)。以下、研究参加者の語りをゴシック

表1. 研究参加者の概要

| 事例 | 年齢 | 最終学歴 | 妊娠の成立 | 入院場所管理入院時期 | 出産週数 | 出生児体重 (第1子/第2子) | 面接時の 子どもの年齢 |
|----|-------|------|--------|------------------------|------|--------------------|----------------|
| A氏 | 20代後半 | 大学 | 自然妊娠 | 総合周産期母子医療センター (関東)/35週 | 36週 | 1,500g/2,300g | 1歳0か月 |
| B氏 | 30代後半 | 大学 | 生殖補助医療 | 総合周産期母子医療センター (九州)/32週 | 37週 | 2,800g/2,500g | 1歳4か月 |
| C氏 | 30代前半 | 専門学校 | 一般不妊治療 | 総合病院 (関東)/32週 | 37週 | 2,800g/2,500g | 1歳5か月 |
| D氏 | 30代後半 | 大学 | 自然妊娠 | 地域周産期母子医療センター (関東)/29週 | 37週 | 3,200g/2,600g | 1歳3か月 |
| E氏 | 30代後半 | 専門学校 | 生殖補助医療 | 総合周産期母子医療センター (関東)/29週 | 30週 | 1,600g/900g | 2歳2か月 |

表2. 双子を出産した女性の母子健康手帳に対する認識

| カテゴリー | サブカテゴリー | コード |
|--------------------|------------------------------------|--|
| 双子の母親となる覚悟の証 | 1. 実母から受け継がれる大事な記録物 | 実母から伝承される大事な手帳 受け継いでいく記念物 母親として保守すべき大切な手帳 |
| | 2. 緊急時の備えとして重要な保障 | 異常を把握するために活用する記録 子どもの成長に必要な情報源 いざとなった時に活用する重要な存在 |
| 母親となることの希望を与える手帳 | 3. 順調な妊娠経過を把握して安心を得る役割 | 妊娠経過が順調であることを確認する手帳 正常な経過を確認して安心を得る手帳 |
| | 4. 不安が漸減し母親となる希望が生起 | 記載によりこみ上げる母親となる喜び 順調な経過に意識を向けて気持ちを高揚させる手帳 |
| | 5. 子どもの成長をイメージ | 記載することで母親となる希望の芽生え 子どもの成長イメージを与える手帳 |
| ハイリスク妊娠の不安による回避の対象 | 6. 2児の体重差を確認して不安を再現させるもの | 気になる記載された双子の体重差 体重の小さい児の成長への気がかり 自分で設定した「増えない方がよい」目標体重 リスクを考えないようにして不安を回避 |
| | 7. 単胎児のようにいかない双子の分娩様式や母子分離を想像させるもの | ハイリスク妊娠に気づき抱いた分娩様式に対する不安 低出生体重で生まれることを意識し高まる母子分離や母乳育児への不安 |
| | 8. 妊婦自身の体重増加に対する不安のきっかけ | 妊婦の体重増加に対する矛盾する指導 双胎妊娠の体重増加基準が分からない不安 自分で行う体重管理への困惑 注意を逸らした妊娠中の体重管理 |
| | 9. 不妊治療時に抱いた不安が甦り記録を躊躇 | 不妊治療中に抱いた不安が持続 流産体験を想起して記録を躊躇 順調な経過に意識を集中 |
| | 10. 双子の成長差への不安のきっかけ | 医師の説明通りに行かない双子の成長差 低出生体重児の発育への不安 |
| 子どもの経過を伝えるカルテ | 11. 健診時に医療者が記載するための手帳 | 妊婦健診時に医療者が記入するツール |
| | 12. 看護師が管理する手帳 | 切迫早産によって奪われた活用チャンス 管理入院によって看護師が管理する手帳 |
| | 13. 医療機関に正確な情報を与えるツール | 妊娠経過を記す重要な手帳 出産状況と子どもの成長記録 子どもに必要な経過を医療者に伝えるために持ち歩く物 低出生体重児の正確な情報を医療機関に伝えるツール 出産後に使用する子どもの保険グッズの一部 |
| 双子ゆえに躊躇する記録物 | 14. 双子の位置が入れ替わり手帳の特定ができず記載を躊躇 | 2児の区別ができず記載への迷い どちらの子どもの手帳か迷い性別が分かってから記載を開始 活用方法が分からず記載を躊躇 |
| | 15. 平等に記録したいが二人分の記録を躊躇 | 平等に記載したいが2人分の記載が面倒 |
| | 16. 低出生体重児の評価を気にして記録を躊躇 | 正常曲線から逸脱した発達への偏見を気にして戸惑う記載 未熟児でネガティブな評価を受けることへの不安から記載を躊躇 |
| | 17. 双子の育児に没頭して記録できなかった後悔 | 2人分の記載する時間が取れない忙しい育児 2児の泣きに振り回され記載や閲覧する時間の無さ 子どもに「ちゃんと残せてあげられなかった」記録物 |

体で示し、発言後の()には語った参加者の符号とサブカテゴリー(表2)の番号を記し、各カテゴリーを説明する。

(a)【双子の母親となる覚悟の証】

【双子の母親となる覚悟の証】は、双胎妊娠というハイリスク妊娠を自覚して緊急事態に備え双子の母親となる覚悟とリスクを乗り越えて実母と同じように二人の母親として母子健康手帳を受け継いでいきたいという願いが込められたカテゴリーであった。【双子の

母親となる覚悟の証】は、〈実母から受け継がれる大事な記録物〉〈緊急時の備えとして重要な保障〉の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

〈実母から受け継がれる大事な記録物〉は、自分が実母にしてもらったように母子健康手帳を大切な「記念」として受け継いで欲しいという願いを込めて大切に扱ったり、Eさんは「つながり」として継承したいという希望であった。

表3. 時期ごとのサブカテゴリ―

| カテゴリ | 出産前； サブカテゴリ | 管理入院； サブカテゴリ | 出産後； サブカテゴリ |
|------------------------|---|-----------------|---|
| 双子の母親となる覚悟の証 | 実母から受け継がれる大事な記録物 緊急時の備えとして重要な保障 | | |
| 母親となることの 希望を与える手帳 | 順調な妊娠経過を把握して安心を得る役割 不安が漸減し母親となる希望が生起 子どもの成長をイメージ | | |
| ハイリスク妊娠の 不安による回避の対象 | 2児の体重差を確認して不安を再現させるもの 単胎児のようにいかない双子の分娩様式や母子 分離を想像させるもの 妊婦自身の体重増加に対する不安のきっかけ 不妊治療時に抱いた不安が甦り記録を躊躇 | | 双子の成長差への不安きっかけ |
| 子どもの経過を伝えるカルテ | 健診時に医療者が記載するための手帳 | 看護師が管理する手帳 | 医療機関に正確な情報を与えるツール |
| 双子ゆえに躊躇する記録物 | 双子の位置が入れ替わり手帳の特定ができず記 載を躊躇 平等に記録したいが二人分の記録を躊躇 | | 低出生体重児の評価を気にして記録を躊躇 双子の育児に没頭して記録できなかった後悔 |

へその緒とかもちゃんと持っててくれたんです…
(中略) …お母さんが(母子健康手帳)持ってて
くれて…(中略) …自分の手帳はつながりみたい
な感じ…(中略) …この子達にはちゃんと残して
あげたいと思って (C1)

〈緊急時の備えとして重要な保障〉とは、双胎妊娠
により何があるか分からないというリスクに備える保
障であった。第1子が胎児発育不全の疑いのあったA
さんは、妊娠中から出産後まで基本的にいつも母子健
康手帳を持ち歩き緊急時に備えていた。

何か子供たちに急変が起こったり、例えば事故と
かそういうことが起こったときに私に意識がある
かどうか分からないので、この子達自体がまあ双
子ってこともあってちょっと小さく生まれている
ので、だからと言って何か健康上に問題があるわ
けではないんですが、医療機関の方に一番正確な
情報が行くのは母子健康手帳だと思っているので
携帯するようにしています。(A2)

(b)【母親となることの希望を与える手帳】

【母親となることの希望を与える手帳】は、流産す
るのではないかという不安を解き放ち母親となるこ
とへの希望を生起させる手帳であり、〈順調な妊娠経過
を把握して安心を得る役割〉〈不安が漸減し母親とな
る希望が生起〉〈子どもの成長をイメージ〉の3つの
サブカテゴリから構成されていた。このカテゴリ
は、不妊治療中に流産した児の母子健康手帳を読み
返し辛かった体験をもつBさんから抽出されたカテ
ゴリーであった。

〈順調な妊娠経過を把握して安心を得る役割〉とは、
母子健康手帳に記載される妊娠経過の欄が増えてい
くことで、流産した時期を過ぎて安定期に入ったこと

を自覚して安心を得ていくことであった。〈不安が漸減
し母親となる希望が生起〉とは、母子健康手帳の記載
欄が増えていくことで徐々に母親になれるという気持
ちが芽生えていくことであった。

(母親になれる) 希望が湧いてきたので、これ
(記録)が残るじゃないですか、子どもが大きくな
っても、あー記録として残せるって、なんて
言ったらいいのかな、順調にいったらいいなっ
ていう気持ちと一緒にこう歩んでいける (B4)

〈子どもの成長をイメージ〉は、母子健康手帳を眺
めることで二人の成長を想像することであった。Bさ
さんは、二人の子どもと遊ぶ姿を想像して双子の母親
となることを実感していった。

ちょっと先をみたときに希望が湧いてくるページ
でもあったなって思って…(中略) …今後の楽し
みですよ、歩けるようになったときに一緒に遊
んでいるっていうイメージですかね。…(中略)
…しかもそれ(手帳)が2つもあるっていう、な
んて言うか嬉しいっていうか誇らしいっていうか
ね (B5)

(c)【ハイリスク妊娠の不安による回避の対象】

【ハイリスク妊娠の不安による回避の対象】は、ハ
イリスクであることを意識させられるために活用を
避ける対象のことであり、出産前の〈2児の体重差を
確認して不安を再現させるもの〉〈単胎児のようにい
かない双子の分娩様式や母子分離を想像させるもの〉
〈妊婦自身の体重増加に対する不安のきっかけ〉〈不妊
治療時に抱いた不安が甦り記録を躊躇〉と、出産後の
〈双子の成長差への不安のきっかけ〉の5つのサブカ
テゴリで構成されていた。

例えば〈2児の体重差を確認して不安を再現させるもの〉とは、母子健康手帳に記入された体重と単胎児用の発育曲線を比較して、小さめの胎児の発育を気にかけ、手帳をみる度にその不安が再現することであった。

ドクターから問題ないですよって言われて安心してても、前と比べて、こっちが小さかったので大丈夫かな、大きくなるかなって、推定体重見て気になりました (D6)

〈単胎児のようにいかない双子の分娩様式や母子分離を想像させるもの〉とは、2児の体重差が自分の分娩様式や母子分離となるかどうか、一緒に退院できるかどうか、希望する母乳育児ができるかどうかなどの今後の育児にも影響するものであり、単胎児のようにいかない不安を想起させることであった。

〈妊婦自身の体重増加に対する不安のきっかけ〉は、子どもの体重増加に関連して母子健康手帳に記載される妊婦自身の体重管理に対して気がかりのことであった。双子を出産した女性は、全員が妊娠期を想起して妊娠中に増えていく自分の体重に対して、医療スタッフから具体的な体重管理指導がないことや、指導内容が矛盾していたことで不安を抱いていた。

一般的な育児書とか本とか1か月に1キロとか、単胎の目安しか書いてないんですけど、双子だとどれくらい分からなくて、体重はどんどん増えちゃうし、これでいいの心配でした… (中略) …双子だからプラス2キロくらいとか勝手に考えて、そうするとプラス10キロなんて途中で簡単にいってしまったので、高血圧になってこの子らに影響してしまうんじゃないかってすごく心配しました (D8)

〈不妊治療時に抱いた不安が甦り記録を躊躇〉とは、双胎妊娠に対して不安を抱く際に不妊治療中に流産した体験が甦り、不安を回避するために母子健康手帳を活用しないことであった。

妊娠中に不安だったので記録してもダメだった (流産) 場合に、振り返った場合になんかそれを読み返してなんか悲しくなったりするの… (中略) … (母子健康手帳に) 付けてたやつを見てちょっと悲しかったから (B9)

〈双子の成長差への不安のきっかけ〉とは、出産後の体重差が不安のきっかけとなることであった。例えば胎児に体重差があったEさんにとって母子健康手帳は、出産後も不安を助長するものであり、注意を逸ら

したくて活用していなかった。

リスクとか考えないようにしてて、自分は大丈夫って… (中略) …結構 (体重差) 気にしてて、全然、見てないです。一卵性はリスクが特に高いって言われてたから (E10)

(d)【子どもの経過を伝えるカルテ】

【子どもの経過を伝えるカルテ】は、双子の経過を医療者に伝えるためのカルテのことであり、出産前の〈健診時に医療者が記載するための手帳〉管理入院時に抱いた〈看護師が管理する手帳〉、出産後の〈医療機関に正確な情報を与えるツール〉の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

例えば〈健診時に医療者が記載するための手帳〉とは、ハイリスク妊娠である双胎の妊婦健診時に医療者が記載するツールのことであった。

付けるだけでもね、(医療者が)付けて渡すだけのツールですよ。母子手帳の使い方を聞く、それもなかったです… (中略) …使い方があるって教えてもらえればね、もっと使おうかって気持ちになるし、もっと書こうかなって思うので、助産師さんたちちゃんと書いてるかチェックされてますよね、パラパラってね。 (B11)

また、〈看護師が管理する手帳〉とは、看護師が管理する手帳のことであった。双子を出産した女性達は、妊娠29週から妊娠35週の間全員が管理入院を体験していた。母子健康手帳は、入院時に診察券と一緒にナースステーションに提出され「ナース管理」となった。入院中の健診後に一旦手元に戻された女性もいたが、ハイリスク出産に意識が向かい母子健康手帳を入院中にどうしていたか「記憶がない」と語り、管理入院によって母子健康手帳を主体的に活用する機会が奪われていた。

〈医療機関に正確な情報を与えるツール〉は、健康な双子を出産した後も低出生体重児として生まれた我が子の発育が気がかりで、何かあったときのために妊娠経過から継続的な情報を正確に医療機関に伝える記録のことであった。

この子達自体がまあ、双子ってこともあってちょっと小さく生まれているので、だからと言って何か健康上に問題があるわけではないんですが、医療機関の方に一番正確な情報が行くのは母子健康手帳だと思っているので携帯するようにしています… (中略) …受診票とか挟んでまとめてこうしてるのでバラバラにならないように私、医療セットみたいに医療機関に通うセットみたいに

なってるんで今、一緒にセットの一部 (A13)

(e)【双子ゆえに躊躇する記録物】

【双子ゆえに躊躇する記録物】は、手帳の対象となる児が不確実であることや記載する時間が無いなどの物理的な理由や、否定的な評価となることを懸念して活用を躊躇する記録物であった。【双子ゆえに躊躇する記録物】は、出産前の〈双子の位置が入れ替わり手帳の特定ができず記載を躊躇〉〈平等に記録したいが二人分の記録を躊躇〉と、出産後の〈低出生体重児の評価を気にして記録を躊躇〉〈双子の育児に没頭して記録できなかった後悔〉の4つのサブカテゴリで構成されていた。

〈双子の位置が入れ替わり手帳の特定ができず記載を躊躇〉とは、母子健康手帳の対象の胎児が不確実であり記録を躊躇することであった。例えばCさんは、妊娠16週以降に性差の違いが判明したことで母子健康手帳の対象の胎児が確実となり、記入しようと思うようになっていた。

双子ならではの、あ、まず、妊娠中はどっちが第1子か分からない。最初のうちは、で、性別が分かったのであのー第1子がこっちだって書くようにはなった (C14)

〈平等に記録したいが二人分の記録を躊躇〉とは、平等に記載したいが2人分の母子健康手帳の記載の仕方が分からずに躊躇うことであった。例えばAさんは、2冊の母子健康手帳に母親としての気持ちをどのように記入したらよいかを躊躇っていた。

例えばお母さんが気持ちを書きましょうっていうところがあるんですけど、二人に対してまだ生まれてないので、同じことを書くべきなのか、それともそれぞれに対する気持ちというか書くべきなのかとか、2冊見比べてこっちはこうこっちはこうっていうのはめんどくさいなって思ったり (A15)

出産後は、〈低出生体重児の評価を気にして記録を躊躇〉、つまり単胎児の基準が示されている母子健康手帳を見て、低出生体重児として生まれた双子に偏見が向かうことを心配したり、自責の念を抱いたりすることで記載を躊躇していた。

一時保育の登録でやはり母子健康手帳の提出を求められて出したんですね。… (中略) …特に小さく生まれて今の正常曲線にはのっていない (入っていない) ので。例えば知らない人から見たら、ちょっとちっちゃいなーこの子って思われるこ

とが多いので、これを見てチェックされるのではないかって、そういうマイナスな気持ちになる… (中略) …どうしても単胎として記録用に作られているので、こう未熟児じゃないですけど、そういう印象になってしまうんじゃないかと、やはり正常な曲線にのらない (入らない) っていうことで自分を責めてしまったりとか、あまり知らない方からすると、ちょっと発育が遅いわじゃないんですけど、そういうイメージになってしまうんじゃないかっていう心配はあります。 (A16)

〈双子の育児に没頭して記録できなかった後悔〉とは、二人の育児に追われ記録できなかった後悔であった。例えば、子どもが低出生体重児だったEさんは、退院後に双子の授乳に没頭して母子健康手帳に全く記入していないことを後悔していた。

ちゃんと残してあげたいと思ってたんですけどできなかった。忙しくて、なんか育児日記とかかけこうつけている人いるじゃないですか。やろうって思ったんですけど無理でした。この子たち、おっぱい全然吸ってくれなかったから (E17)

IV. 考察

母子健康手帳の交付・活用の手引きでは、母子健康手帳が妊娠期から乳幼児まで一貫した健康の記録であり、医療関係者が記載・参照するものである一方で、保護者自らも記載して管理できるよう工夫された母子保健ツールであることが明記されている (厚生労働省, 2012)。しかし本研究では、ハイリスク妊娠・出産の不安によって医療者が記載・参照する手帳という認識が強く、現状の母子健康手帳が主体的に活用されていないことが明らかとなった。母子健康手帳の活用を促し、母親となる過程を支えるために必要な助産師の支援に着目して考察を述べる。

A. 母子健康手帳の活用

双胎妊娠は、子どもの虐待ハイリスクであり、妊娠期から育児期までの切れ目のない支援が求められる。切れ目のない支援を実施するためにも妊娠期からの母子健康手帳の活用は重要である。しかし本研究の参加者は、〈母親から受け継がれる大事な記録物〉〈緊急時の備えとして重要な保障〉として母子健康手帳の重要性は認識しているが、【子どもの経過を伝えるカルテ】であり、積極的に活用していなかった。その理由として、単胎児と双胎児は発育や出生時期の相違があるが、健診時に単胎児の胎児発育曲線や身体体重曲線が指標として掲示された母子健康手帳を用いて指導さ

れることが影響していると考えられる。例えば、単胎妊娠の場合は妊娠40週で正期産となるが、双胎妊娠の場合は妊娠36週～37週で約7割が出産となり、2200g～2300gが平均出生体重である（大木, 2017, p.8）。そのため、双胎児の平均出生体重や成長曲線を活用して指導する必要があるが、単胎児用の成長曲線を用いた指導により、低出生体重児に対する不安が高まり、自らの手帳としての意識が低下して活用されていなかったと考える。双胎妊娠した女性が、これからどのように胎児が発達発育していくのか指標となる胎児及び乳児発育曲線が示されている「ふたご手帖記録ノート」などの副読本の活用と活用方法の指導を行っていくことが必要である。特に本研究では、管理入院によって、母子健康手帳に対する認識が分断されていることが明らかとなった。管理入院中に母親の思いを自由に記載することを促進したり、出産後の活用方法などを紹介したりすることで切れ目のない継続的な母子健康手帳の活用が期待できる。

また、多胎児を出産した女性は、出産前に子育てのイメージがつかないことに悩んでおり、出産後は子育ての実践や解決に悩みを感じていることが明らかになっている（藤原・藤原・須山, 2004, pp.137-139）。本研究の参加者である生殖補助医療後に双子を出産した女性は、妊娠後期になり医療機関での記載が増えることで、母親となり子どもと遊んでいる姿をイメージすることができていた。出産前に親となることをより具体的にイメージできた女性は、イメージできなかった女性より出産後に母親としてよりよく順応していたことが報告されている（Pancer, Pratt, Hunsberger, et al., 2000, pp.253-278）。双胎妊娠した女性が、母親となる自分自身の生活を妊娠期からイメージして、母親となる準備をしていくために、母子健康手帳の交付時や病産院での助産師の保健指導時に母子健康手帳の活用方法を促していく必要がある。

B. 双胎妊娠した母親の体重管理

本研究では、双子を出産した女性にとって母子健康手帳は【双子ゆえに躊躇する記録物】【ハイリスク妊娠の不安による回避の対象】であることが明らかとなった。この不安を軽減させて、保護者が自ら記載管理するという意識に向かうよう支援する必要がある。

双子を出産した女性は、医療者より双胎妊娠のリスクについて説明を受けて、特に胎児の体重増加への不安が高まり、それに関連して母体自身の体重増加に関心を抱いていた。しかし、双胎妊娠した母体の体重増加に対する情報提供が行われず、不確かな状況で自己管理を行っていることでより双胎妊娠の体重に対する不安が高まっていたと考える。

妊婦の体重に関する指標は、日本産婦人科学会周産期委員会、厚生労働省「健やか親子21」、日本肥満学会肥満症診断基準など、異なる妊娠中の体重増加の

推奨値が存在する。それぞれの推奨値は、妊娠中毒症（妊娠高血圧症候群）予防、適正な出生体重、産科的異常を減少させるなどの目的によって指標が異なっている。母子健康手帳に記載されているのは、厚生労働省が提示した「妊産婦のための食生活指針」に則り、若い女性のやせの増加や低出生体重児の増加といった状況を鑑み、適切な出生体重と各種分娩異常との関連を考慮した“至適体重増加チャート”である。妊婦の体重増加に関しては、体格評価の基準や体重増加の推奨値に関して統一した見解がなく、日本産婦人科診療ガイドラインでは目的が異なる複数の妊娠中体重増加量の推奨値の存在を認識する必要性が指摘されている（日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会, 2017, p.53）。

また、助産所開業マニュアルには至適体重増加チャートが記載され、肥満妊婦に関しては5kg程度の増加を目安とする基準が明記されている（日本助産師会, 2013, p.76）。一方、助産師が活用する助産業務ガイドライン2014には、妊婦の体重増加や体重指導に関する記載はない。このように妊婦に体重指導を行う医療職が活用する妊娠中の推奨体重増加量に関する指針は、複数存在し、個別性を考慮した指標が一般的である。双胎妊娠の推奨体重増加に関しては、いくつかの指標があるが（鈴木・大内・松橋, 2007, pp.933-937；正本・伊志嶺・知花他, 2006, pp.337-343）、日本人のデータを用いた推奨値は存在せず、海外の示した推奨値を用いている施設もあり（国立成育医療研究センター, 2018）、医療施設ごとで異なる指導が行われている可能性がある。

母体の体重増加は、妊娠高血圧症候群などの発症と関連することが明らかとなっており（横山・清水, 1999, pp.604-615）、臨床現場ではハイリスク妊婦に対する注意喚起が行われているが、実際の双胎妊娠した女性への推奨体重指標が明確ではなく、指導が十分に行われていない。妊婦の体重増加は、低出生体重児の出生に関連があり（笹田・岩田・河口, 2010, pp.92-98）、低出生体重児は生活習慣病を含めた成人病の発症リスクが高まるため（Barker D., 2003/2005, pp.62-68）、妊娠中の体重が自己管理できるよう指導していくことが重要である。特に早産率の高い双胎妊婦に対しては、体重増加の推奨値を明らかにして、適切な体重管理を行い、妊娠中からセルフケアができるような支援が必要である。

V. 結論

昨今の産科医師不足や産科施設の減少、ハイリスク妊婦や児童虐待の増加に伴い、安心して妊娠から子育てまでの移行期における支援が注目されている。母親となっていく移行期に妊婦自身の健康への意識やセル

フケア能力を高めるために母子健康手帳の活用は重要であり、特定妊婦に対応した母子健康手帳の副読本などの普及と活用が期待される。

本研究では、妊娠初期は母子健康手帳の記載を躊躇すること、妊娠後期は管理入院によって医療者の手帳という認識が高まることが明らかとなった。つまり、妊娠中期以降より母子健康手帳の具体的な活用方法を伝え母親が自己管理できるような支援が必要である。また、出産後は、単胎児用の身体発育曲線で双子の発育が評価されないように、双子用の身体発育曲線の普及が望まれる。

今回の研究では、父親の思いを含めて女性の抱く認識を明らかにできなかった。母子健康手帳は保護者の手帳であり、母親の認識には父親の思いや関わりも影響していることが推測できる。今後は、父親の認識を含めて母子健康手帳の認識を明らかにすることが課題である。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆様、ご助言をいただきました石川県立看護大学の大本秀一教授に心より感謝申し上げます。また、本研究結果の一部は第19回日本赤十字看護学会学術集会にて紙面発表した。尚、本研究は和洋女子大学の研究奨励費(2017年度)の助成を受けて実施した。

利益相反

本論文内容に関連し、開示すべき利益相反の事項はない。

文献

Barker, D. (2003)／福岡秀興 (2005). 胎内で成人病は始まっている—母親の正しい食生活が子どもを未来の病気から守る. 東京：ソニー・マガジンズ.
藤井美穂子 (2017). 母子健康手帳の活用の現状と課題についての文献検討. 日本赤十字看護学会誌, 17(1), 61-66.
藤原由美子・藤原由美・須山由梨子 (2004). 多胎児をもつ母親の育児に関する産前・産後の悩み事—子育て中の母親の意見から—. 日本看護学会論文集：母性看護, 35, 137-139.
加藤千恵子 (2008). 4カ月健診を経過した育児期の母子健康手帳の活用状況と世代間活用. 日本看護学

会論文集：母性看護, 38, 133-135.

国立成育医療研究センター. 多胎妊娠外来妊娠中の体重増加量, <https://www.ncchd.go.jp/hospital/pregnancy/senmon/tatai.html> (2018.5.5).

厚生労働省 (2012). 母子健康手帳の交付・活用の手引き. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/boshi-hoken/kenkou-04.html (2018.5.5).

正本 仁・伊志嶺梢・知花美紀・上原博之・伊是名博之・城間 肇・吉秋 研・佐々本薫・金澤浩二 (2006). 双胎妊娠—母体妊娠前BMI, 妊娠中体重増加率と児出生体重との相関. 臨床婦人科産科, 60(3), 337-343.

中島正夫 (2011). 妊産婦と乳幼児の健康を支援する手帳制度の変遷と公衆衛生行政上の意義について. 日本公衆衛生雑誌, 58(7), 515-525.

日本助産師会 (2013). 助産所開業マニュアル2013. 東京：日本助産師会出版.

日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会 (2017). 産婦人科診療ガイドライン—産科編2017. 東京：日本産婦人科学会.

大木秀一 (2017). ふたご手帖 妊娠・出産・育児サポートガイドブック. ふたご手帖プロジェクト.

Pancer, S. M., Pratt, M., Hunsberger, B., Gallant, M. (2000). Thinking ahead: Complexity of expectations and the transition to parenthood. *Journal of Personality*, 68(2), 253-278.

オ木クレイグヒル滋子 (2005). 質的研究方法ゼミナール グラウンデッドセオリーアプローチを学ぶ. 東京：医学書院.

笹田麻由香・岩田銀子・河口明人 (2010). 胎児発育および新生児出生体重に及ぼす妊婦の体重増加に関する研究. *母性衛生*, 51(1), 92-98.

Strauss, A., Corbin, J. (1990)/南裕子監訳 (1999). 質的研究の基礎 グラウンデッド・セオリーの技法と手順. 東京：医学書院.

鈴木俊治・大内 望・松橋智彦 (2007). 診療 双胎妊婦の至適体重増加量の検討. *産婦人科の実際*, 56(6), 933-937.

横山美江・清水忠彦 (1999). 双胎・品胎妊娠における最適母体体重増加量の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 46, 604-615.

研 究 報 告

急性期病院における「高齢者看護コース」を修了した
主任看護師の高齢者看護への認識の変化

清田 明美¹, 坂口 千鶴¹, 千葉 京子¹, 江見 香月³, 渡邊しのぶ¹,
泊瀬川紀子², 窪田 裕子², 比留間絵美³

Changes in Chief Nurses' Perspectives of Nursing Care for the Elderly
after Taking an Gerontological Nursing Course at an Acute Care Hospital

Akemi Kiyota, Chizuru Sakaguchi, Kyoko Chiba, Kazuki Emi, Shinobu Watanabe,
Noriko Hasegawa, Yuko Kubota, Emi Hiruma

キーワード：高齢者, 急性期病院, 看護師の認識, 教育プログラム

key words : elderly, acute care hospital, nurses' perspectives, educational program

Abstract

Purpose: Targeting chief nurses who had taken the gerontological nursing course, this study was conducted to clarify what changes their participation in the course had brought about in their perspectives of nursing care for the elderly.

Methods: Focus group interviews were carried out with four participants, the results of which were analyzed focusing on how they viewed care for the elderly differently after the course.

Results and discussion: The aspects of care where the chief nurses experienced renewed awareness include: the need to respect elderly persons as individuals living their own lives rather than persuading them to have normality of physical data; the importance of collecting a wide range of information and making multi-faceted assessments to understand the elderly holistically; the importance of judging nursing care from the perspective of the elderly rather than focusing exclusively on treatment and recovery; the importance of making nurses aware that ordinary daily care includes the aspect of respect for each elderly person; the need to foster nurses who can make independent and reasoned decisions rather than just following a routine; and the importance of working together to improve as a team by sharing their nursing experiences. It appears that the chief nurses' perspectives changed from prioritizing effective treatment to stressing comfortable daily living on the part of each elderly person. They also took on board the ideal of an independent nurse who is capable of making rational and autonomous decisions.

受付日：2019年4月8日 受理日：2019年10月17日

1. 日本赤十字看護大学 Japanese Redcross College of Nursing
2. 日本医科大学武蔵小杉病院 Nippon Medical School Musashi Kosugi Hospital
3. 日本赤十字看護大学大学院 Doctor Program, Japanese Redcross College of Nursing

要 旨

目的：「高齢者看護コース」を修了した主任看護師を対象に、コースの参加が高齢者への看護に関する認識にどのような変化を及ぼしたかを明らかにする。

方法：4名によるフォーカス・グループ・インタビューより、高齢者看護における認識の変化に注目して分析した。

結果及び考察：主任看護師は、【正常を重視する医療ではなく、生活者としての高齢者を尊重した看護の必要性】、【高齢者を全体として捉えるための幅広い情報収集と多面的なアセスメントの重要性】、【治療回復だけでなく、高齢者の視点から看護を判断する重要性】、【当たり前の日々のケアに高齢者を尊重する側面があることを意識づける重要性】、【ルーティンではなく、根拠を持って判断できる自律した看護師を育成する必要性】、【一人ではなく、チームで看護を共有し高める重要性】について認識を新たにしていた。主任看護師は、治療効果優先から高齢者の生活重視の視点へと変化し、根拠をもとに判断できる自律した看護師像を得ることにもつながったことが考えられた。

I. はじめに

現在、日本の高齢者人口は3,515万人（27.7%）に達し、そのうち75歳以上の高齢者は1,748万人で高齢者人口の49.7%を占め、今後も急増すると言われている（内閣府，2018）。また、認知症と診断されている高齢者は約462万人とされ、2025年には約675万人に達すると予想されている（内閣府，2017）。さらに、現在、加齢に伴う身体疾患により病院に入院する高齢者の割合も全患者の73.3%を占め、そのうち72.4%が75歳以上の後期高齢者となっている（厚生労働省，2017）。積極的な治療を受ける高齢患者の年齢も上昇していることから、今後認知機能の低下した高齢患者の割合も高くなることが予測され、急性期病院での高齢者看護の質の向上が求められる。

病院機能の専門性や入院日数の短縮化が進む中、高齢者への日々の看護実践における看護師の判断は、合併症の予防、身体的、精神的な機能の向上など高齢患者の状態に直接影響することとなる。しかし、急性期病院での高齢患者の看護における判断は非常に複雑で困難なプロセスである。高齢者は、合併症や入院による二次障害も生じやすく、看護師は高齢者との関わりにおいて困難を感じていることも報告されている（倉岡・井部・松永他，2014；鈴木・桑原・吉村他，2013）。

そこで、研究者らは、急性期病院の看護部との連携により、高齢者の看護に携わる看護師を対象に、身体及び認知機能の低下による複雑な健康問題を抱える高齢者への看護を検討する「高齢者看護コース」を立ち上げることとした。「高齢者看護コース」は、高齢者の特徴やアセスメントの視点などの既存の知の獲得を目指すだけのものではない。看護師の日々の高齢者への看護実践における自らの認識を、他者との対話を通して振り返ることで看護師の経験から知を獲得し、高齢者の視点に立った個別性のある看護を提供できる看

護師の育成を目指す試みである。先行研究では、認知症高齢者へのケアを実践する看護師へのグループインタビューにより、教育ニーズと教育プログラム内容を抽出した研究（下平・伊藤，2012）、専門看護師のアセスメントの視点をもとに看護師のアセスメント力向上を目指す教育プログラムへの示唆を見出した研究（吉村，2016）はあるが、教育プログラムの実践には至っていない。急性期病院における高齢者看護への教育プログラムの実践では、パーソン・センタード・ケアを目指した認知症看護教育プログラムを実践し、検討したものがあ（鈴木・山岸・玉田他，2015）。しかし、これは視聴覚教材を用いてのグループワークによって得られた看護実践の方向性を検討したものであり、看護師自身の抱える事例をもとに行ったグループワークによって得られた、高齢者看護における認識の変化を検討するものではない。

そこで、今回、「高齢者看護コース」を修了した看護師が、コースに参加することによって、高齢者看護における自らの認識にどのような変化があったのかを検討し、コースのプログラム評価の一助としたいと考えた。

II. 研究目的

急性期病院において「高齢者看護コース」を修了した主任看護師を対象に、コースに参加したことによって高齢者への看護における看護師の認識にどのような変化があったのか明らかにする。

III. 用語の定義

- 急性期病院：急性疾患や慢性疾患の急性増悪などで緊急・重篤な状態にある患者に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する300床以上の病院とした。

- ・看護師の認識：この研究では、看護師が高齢者の状態を見わけて理解し、その看護を判断することと定義した。

IV. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究。

B. 研究期間

2016年6月～2017年3月。

C. 研究方法

1. 研究参加者

東京近郊にある急性期病院に勤務する看護師で、2015年度に開講された「高齢者看護コース」（以下、コースと略す）を修了した12名を対象にした。募集については、看護部の許可を得た後、修了者に研究参加依頼書を配布し、メールにて参加の意思を確認した。その後、紙面を用いて口頭で研究目的、研究方法、倫理的配慮について説明し、同意を得た。

2. 高齢者看護コースの目標と内容

コースの目標は、急性期病院における高齢者とその家族の事例を通して、1) 身体的、心理的、社会的側面から高齢者を全体としてアセスメントする、2) 高齢者の価値観や信念に基づいた看護を考える、3) 高齢者への看護を評価することで、自らの看護を振り返り気づいたことも含めて説明できることである。

コースの実施方法は、参加者個々が過去あるいは現在受け持っている高齢者の事例について事前学習を行い、グループでの対話を通して自らの看護実践を振り返ることである。コースは計4回の研修で構成され、1回2時間、2～3か月の間隔で実施された。第1回目の研修は、高齢者の特徴を身体的、心理的、社会的側面から説明する講演である。第2回目は、事前学習で作成した事例の全体像について話し合い、第3回目は、第2回目で話し合われた内容を踏まえて、事例に関する具体的な看護について検討した。第4回目では、事例に関する全体像とその看護、事例検討を通して明らかとなった自己の課題とその対策も含めて発表し、全体で討論を行った。

3. データ収集方法

データ収集は、Vaughn, Schumm & Sinagub(1996/1999) のフォーカス・グループ・インタビューを参考に行った。インタビューは、コース終了6か月後、8か月後、10か月後の3回実施し、1回60分程度とした。インタビュー内容は、インタビューガイドに沿って、高齢者看護コースに参加する前、コース受講中、インタビュー時までの高齢者への看護を振り返ってもらい、高齢者への看護をどのように捉えていたのか、コースへの参加によってその捉え方にどのような変化があったのかを語ってもらった。インタビューの内容

は、参加者の承諾を得てICレコーダーに録音した。

4. データ分析方法

データ分析は、Vaughn, Schumm & Sinagub(1996/1999) のフォーカス・グループ・インタビューの分析を参考に行った。逐語録を何度も丁寧に読み込むことで高齢者への看護における研究参加者の認識の変化に注目し、意味のまとまりを単位として分け、コードをつけた。次に、コードの類似点や相違点を検討しカテゴリー化し、カテゴリー間の関係性を検討した。分析過程全体において、研究者8名で検討を繰り返し、信頼性と信憑性を確保した。

V. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字看護大学の研究倫理審査委員会の承認(No. 2016-57)を得て行った。研究参加について、自由意思であること、途中での辞退も可能であり不参加や辞退によって不利益を被ることはないこと、個人情報保護などについて説明し、同意を得た。

VI. 結果

A. 研究参加者の属性

研究参加者は30歳代後半から40歳代の女性で、臨床経験14～24年の主任看護師4名であった。コース受講時の勤務場所は、それぞれ婦人科病棟、手術室、救命救急センター、外来であった。

B. 研修後の看護師の認識の変化

コースの参加による高齢者看護における認識の変化として、6つのカテゴリーと16のサブカテゴリーが明らかとなった(表1参照。文中ではカテゴリーを【 】、サブカテゴリーを[]で示し、A～Dはそれぞれ参加者を示す)。

1. 【正常を重視する医療だけでなく、生活者としての高齢者を尊重した看護の必要性】

このカテゴリーは、看護師が高齢者に客観的データが正常値であることを求めていたことに気づき、高齢者の生活に添った看護を提供する必要性に気づいたことである。

a. [看護師が問題としていたことは、高齢者にとっての問題ではない]

研究参加者は、研修を受けて「こっちが困っていることと患者さんが困っていることっていうのはすれ違い、ずれがあったり(D)」と、看護師の問題が必ずしも高齢者の問題ではないことに気づいた。看護師が困っていた理由について、「完璧求めてるのは看護師だけなんです。患者は求めてないんですよ。(患者は)別に困ってないんですよ(C)」と、看護師が問題として改善を求めていることに対して、高齢者は問題

表1. 「高齢者看護コース」を修了した主任看護師の高齢者の看護における認識の変化

| | |
|--|---|
| 【正常を重視する医療だけでなく、生活者として的高齢者を尊重した看護の必要性】 | |
| [看護師が問題としていたことは、高齢者にとっての問題ではない] | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者が困っていることと看護師が困っていることにずれがある ・完璧を求めて困っているのは看護師で高齢者ではなかった ・高齢者にとっての問題なのかを考えるようになった |
| [客観的データによる評価だけを重視して高齢者自身や生活を見ていない] | <ul style="list-style-type: none"> ・完璧な数値ばかりを目指して高齢者の生活を見て判断していなかった ・異常なデータを重視し、それで生きてきた高齢者自身を見ていなかった |
| [標準とされる計画がより良いケアを見落とす] | <ul style="list-style-type: none"> ・標準とされるデータに捉われたケアだけが良しとされる ・標準とされる安全面で評価しにくいケアは計画に上がりにくい |
| [医療者のかさず目標は、高齢者の生活とずれがある] | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の背景を踏まえて関わらなければ認識にずれが生じる ・医療者の設定するリハビリの目標は、高齢者の生活とずれている |
| 【高齢者を全体として捉えるための幅広い情報収集と多面的なアセスメントの重要性】 | |
| [情報の理解不足が、高齢者の理解をも不十分に作る] | <ul style="list-style-type: none"> ・情報について、分かっているようで分かていなかった ・取れたと思った情報に、高齢者にとって重要な部分が欠けていた |
| [情報収集やアセスメント方法の理解によって高齢者を全体として見ることが出来る] | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者にとって必要な情報や収集方法が分かった ・高齢者を多面的にアセスメントすることで全体として捉えることができる ・情報やアセスメントについての気づきを新たな高齢者看護に生かせる |
| [高齢者を取り巻く人からの情報収集が高齢者の理解につながる] | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者は長い経過で分かる情報もあるため、病棟との連携が重要である ・高齢者の意思の確認には、家族の情報が活きる |
| [社会資源も含めたより広い知識が高齢者の生活支援を可能にする] | <ul style="list-style-type: none"> ・患者サービスセンターレベルの知識がないとうまくいかない ・高齢者が利用したいと思える説明のためには、社会資源に関する知識がより必要となる |
| 【治療回復だけでなく、高齢者の視点から看護を判断する重要性】 | |
| [身体面だけでなく、高齢者の生き方や思いを理解して関わる] | <ul style="list-style-type: none"> ・身体面だけでなく、高齢者自身の今までのあり方を理解することによって援助の方法も異なる ・ずれを感じていた高齢者の思いに近づいて対応してみる。 |
| [医療優先ではなく、高齢者の立場から看護を捉えて判断する] | <ul style="list-style-type: none"> ・安全な手術のためではなく安全な手術を受ける高齢者のために調整する ・安全を優先することは、その人らしさを失くすことにもつながる ・生命を守るために、抑制ではなく高齢者のプライドを尊重して見守る ・治療方針を進めるのではなく、高齢者の意思に沿うことが大切である |
| 【当たり前な日々のケアに高齢者を尊重する側面があることを意識づける重要性】 | |
| [日々行っているケアの根拠を意識して高齢者に関わっていない] | <ul style="list-style-type: none"> ・情報を取って行っている日々のケアの根拠を言葉にできない ・日々のケアの根拠が意識されず、大事な看護として残らない ・意識して関わっていなかった高齢者を深く掘り下げてみるようになった |
| [当たり前と捉える日々のケアに高齢者を尊重した側面がある] | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の視点に立った看護を当たり前と思い意識しなかった ・当たり前として行っているケアがプランになる ・見守りは大事な看護と確信を持てた |
| 【ルーティンではなく、根拠を持って判断できる自律した看護師を育成する必要性】 | |
| [ルーティンで動くのではなく、根拠を持って判断できる看護師が増えてほしい] | <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者の生活に踏み込んで退院につなげる情報収集をしてほしい ・根拠を持った看護をしてほしい ・話し合いでルーティン業務に対するスタッフの意識改革をしたい ・話し合っってルーティンで動いている今の看護を変えたい |
| [新たな知識とともに根拠に基づいた説明が必要である] | <ul style="list-style-type: none"> ・管理者からの命令ではなく、根拠に基づいた説明が必要である・新たな知識として学ばなければ人には教えられない |
| 【一人ではなく、チームで看護を共有し高める重要性】 | |
| [一人では判断できないケアがある] | <ul style="list-style-type: none"> ・学んだことで視点が広がり判断に迷うことも増えた ・一人では判断が難しいケアがある |
| [学びを共有した仲間が存在が実践での自分の支えとなる] | <ul style="list-style-type: none"> ・同僚と同じ学びをしたことで実践でも考えを共有できる ・他部署の同年代と共有したことで、高齢者を人として見るということに確信が持てた ・考えを共有できる仲間が必要である |

【 】をカテゴリー、[]をサブカテゴリー、・をコードとして示す

としていないことにも気づいていた。その気づきをもとに、参加者は高齢者にとって何が問題なのかを考えている必要性を考えていた。

b. [客観的データによる評価だけを重視して高齢者自身や生活を見ていない]

研究参加者は、「採血データでも何でも完璧というか、いい数値になるっていうのを目指すのかなと思って。食事も100%食べてないから食事が摂れてないって考えたりする…。いやでもこの人そんなにもともと食べてないのにね。(C)」と、血液データなどの正常値や食事の全量摂取を目指す看護師の捉え方が高齢者を問題視することにつながり、高齢者の生活全体を見て判断していなかったことに気づいた。また、「(看護師は)採血データも少しでもlowがあるとlowって思うみたい。でも、長年生きてきて、もうそうやって生きてきたんだよねって(C)」と、異常な客観的データのみを重視するのではなく、その状況で長年生活してきた高齢者自身を認めることの重要性を認識することができていた。

c. [標準とされる計画がより良いケアを見落とす]

研究参加者は、失くし物をしたと思った認知症高齢者がAラインを挿入したままベッドから降りて探し物をするという行動をスタッフが見守ったエピソードとともに、その行為が記録に残らず計画にも活かされないことを語った。「スタンダードでいくと転倒しないとか、(点滴を)抜去されないとか、『データで評価しろ』だから、そういうのに捉われているように多分…(D)」と、病棟で標準とされる安全などに捉われたケアだけが良しとされていることにも気づいていた。そのため、「(高齢者を)1時間見守るとなかなか評価しにくい。でもいい面じゃないですか(A)」と、高齢者を尊重した見守るケアが実践されているにもかかわらず、スタッフには標準的ケアと比較して評価しづらく、より良いケアが見落とされていることを認識していた。

d. [医療者のかざす目標は、高齢者の生活とずれがある]

研究参加者は、医療者が設定した高齢者の目標と高齢者の実生活にずれがあることにも気づき、「(高齢者の)いろいろな背景をちゃんと見て関わんなきゃいけない(D)」と語っていた。また、「ベッドから起きあがって、近くのものを取りに行き、ご飯を食べてっていう生活なのに、リハビリは50メートル(歩け)とか。…それ満足してるのって誰?みたいな感じがちょっとあるのかな(C)」と、リハビリなどの到達目標に高齢者が達しなくても、高齢者は暮らすことができていることに気づいていた。

2. 【高齢者を全体として捉えるための幅広い情報収集と多面的なアセスメントの重要性】

このカテゴリーは、高齢者を身体的な部分だけでなく、心理的、社会的側面も含めた全体として理解するためには、幅広い情報収集と多面的なアセスメントが重要であると気づくことである。

a. [情報の理解不足が、高齢者の理解をも不十分にする]

研究参加者は、情報とは何かを「分かっているように分かっていたところとすごくたくさんあって(A)」と、自身の情報内容の浅さや狭さから理解不足を感じていた。また、他の研究参加者は、短期間でできたと思っていた術前の情報収集も、「実は重要ところが抜けてたりとか…(B)」と、高齢者の一側面の理解であったことを認識し、経過を追うことで見えてくる高齢者の特徴を踏まえる必要性を理解した。

b. [情報収集やアセスメント方法の理解によって高齢者を全体として見ることができる]

研究参加者は、情報などについて分からないと述べていたが、終了後には「そういう取り方をすればいいんだ(B)」と理解を得ることができていた。また、多面的にアセスメントし直すことによって高齢者を一人の人として見ることができたと認識した研究参加者もいた。「患者さんについてみんな(スタッフ)でしゃべってるだけだと(話の焦点が)一点になっちゃうじゃないですか(C)」と話し、コースで「全部アセスメントし直すことで(高齢者の)全体が見えたのかなって思う」とコースの意義を語った。さらに、情報やアセスメントについて理解できたことで、「次に同じような患者さんに活かしていければいいのかな(B)」と述べる参加者もいた。

c. [高齢者を取り巻く人からの情報収集が高齢者の理解につながる]

研究参加者は、「(術前の情報収集で)しっかりお話ができてるから、この人、認知症とかないなって判断してしまったんだけど、経過を長く見ていくとそうではなかった(B)」と、自分一人で得た情報だけでは高齢者を理解するには不足していたことを語った。そして、「…やっぱりそういうところはこう病棟との関わりとかが重要な部署(手術室)ではあったのかな(B)」と、高齢者に関わる他部署の人たちから長い経過の中で分かる情報を得ることの大切さに気づいた。さらに、高齢者の意思の確認のためには「やっぱり家族からの情報ってすごい大事です(C)」と家族の情報が活かせることも認識した。

d. [社会資源も含めたより広い知識が高齢者の生活支援を可能にする]

また、研究参加者は「患者サービスセンターじゃないけど、そのレベルくらいで本当は(情報を)知らないとうまくいかないんだらうなって(B)」と、病院と

地域をつなぐ患者サービスを提供する部署の看護師と同等な知識の必要性を認識していた。さらに、「(サポートの必要な高齢者に)社会資源としてこういうことがあるからっていう具体的な説明ができると(いいが)、『利用してみようかな』って思ってもらえる説明ができないみたいな…(A)」と、社会資源に関する知識不足を感じ、知識を広げることが高齢者の自宅での生活を可能にする適切な情報提供につながると捉えていた。

3. 【治療回復だけでなく、高齢者の視点から看護を判断する重要性】

このカテゴリーは、看護師の高齢者の見方が身体的側面に偏り、治療方針や回復する過程での安全を重視していたことに気づくことで、高齢者の意思や思いに近づき、高齢者に添うケアを行うことの重要性に気づくことである。

a. [身体面だけでなく、高齢者の生き方や思いを理解して関わる]

研究参加者は、身体面に偏った情報のアセスメントを経たプランを振り返り、身体面だけでなく「やっぱり社会的側面とか、その人自身の今までの在り方っていうのを見ないと介入方法とかも違うんだなって(A)」と、高齢者自身の今までの生き方や思いによって援助の方法も異なることに気づいた。また、高齢者の思いと看護師の思いにずれが生じたとき、看護師の思いを優先していたことにも気づき、「患者さんはこうしたいと思っているとか、そういうところは前より気持ちがちょっと患者さん寄りに見ているのかなと…(E)」と、高齢者の思いにもっと近づいて関わることの必要性を認識していた。

b. [医療優先ではなく、高齢者の立場から看護を捉えて判断する]

研究参加者は、独居や介護者のいない高齢者でも「どういうふうにしたらこう安全に手術が受けられるようにもっていきけるのか(A)」と、安全な手術を受けられる高齢者のための調整が必要と考えていた。また、高齢者の抑制について、「できることをやろうとみんな(看護師)でそういう安全(対策)をしてるんだなと思うんだけど、そこまでしなくても…、なんだか悲しいなって(A)」とショックを受け、「抑制をしないでご本人を見守るということが(できれば)…高齢者もプライドとかあるから(C)」と述べる参加者もいた。さらに、「高齢者の勉強(コースの参加)をしなければ、(車いすに)乗せるのが第一、歩かせるのが第一と思って、(スタッフと)一緒にできたかもしれない。だけど、高齢者ってやっぱり意思を考えなきゃいけないっていうのもあるし…(C)」と、高齢者の意思に添うことで今までのケアに疑問が生じていた。

4. 【当たり前な日々のケアに高齢者を尊重する側面があることを意識づける重要性】

このカテゴリーは、根拠を考えずに当たり前のものとして行っていた日々のケアの中に、高齢者を尊重した側面が含まれ、それが高齢者にとって重要なケアだと気づくことである。

a. [日々行っているケアの根拠を意識して高齢者に関わっていない]

研究参加者は、「日々やってることが、ちゃんと情報を取ってやってることなんだなって思ったけど、それを言葉にするのが難しかったみたいな…(A)」と、情報を収集して行っている日々のケアのほずが、そのケアの根拠を言葉にできない自分に気づいた。また、「いつもやってることが、ちゃんと根拠を持ってやってるっていうことを(スタッフが)分かってない。だからプランにも記録にも残らない(C)」と、看護と意識されないで行われているケアがあることを危惧していた。そして、コースへの参加後、「もうちょっと深くこう掘り下げなきゃいけないなっていうのを感じたので(D)」と、高齢者を深く掘り下げてみて高齢者の特徴を捉えた関わり必要性に気づいていた。

b. [当たり前と捉える日々のケアに高齢者を尊重した側面がある]

また、看護師の普段の高齢者への関わりが「実は高齢者の目線でやってるんだけど、それがあまりにも当たり前になりすぎているから…(でも)それがその人の個人に合ったケアをしたのかなっていうのに気づいた(A)」と、当たり前とされるケアの中に高齢者を尊重する個別的な看護があることや、夜眠れるための工夫や音楽を流すこと、見守ることといった当たり前と思って行っていたことがプランになるということに気づいていた。また、見守りも看護と思っていた研究参加者が、「輸血やってとか体位ドレナージをしてとか、そういうの看護っぽい感じがするんですけど、いえいえ見守ってここにいることでも看護だからみたいな…(C)」と、見守りが医療処置や身体機能への直接的な介入に劣らない高齢者の視点に立った重要な看護として確信を持つことができていた。

5. 【ルーティンではなく、根拠を持って判断できる自律した看護師を育成する必要性】

このカテゴリーは、コースの受講で根拠づけられたプランを作成することにより、ルーティン業務で動く現状を問題と捉え、管理者として、根拠を持って看護ができる自律した看護師の育成が必要であると気づくことである。

a. [ルーティンで動くのではなく、根拠を持って判断できる看護師が増えてほしい]

研究参加者は、「このADLで家に帰れるのか、もう少しリハビリするべきなのか(C)」といった高齢者の生活に踏み込んで退院につなげる情報収集や、「根拠

を持った看護をしてほしい(C)」と、それができていないことに気づいていた。研究参加者は、ルーティンで動く業務について「おきてに合わせて動いているところを変えたりして、お互い言えればいいのかなど思ったりして(A)」と、話し合いによって変えていく必要性を認識していた。また、根拠を示すことでルーティン業務に対する「スタッフの意識改革もできるかなと思って(C)」と、自律的なスタッフへと変化させることへの希望も生み出していた。

b. [新たな知識とともに根拠に基づいた説明が必要である]

研究参加者は、「トップダウンでやらせないとかじゃなくて、ちゃんとした根拠を言っていかなきゃいけないから、主任だから(C)」と、スタッフが根拠を持って看護をするためには、管理者も根拠に基づいた説明ができなければならないという責任も認識していた。また、カリキュラム上、管理者が高齢者看護を学んでいない年代であることを踏まえ、「やっぱり自分で学ばない限り、教えられる部分があるのは確かにあるなって(D)」と、新たな知識を獲得するために学習することの必要性も強く認識していた。

6. 【一人ではなく、チームで看護を共有し高める重要性】

このカテゴリーは、コースで学び視点が広がったことにより、一人では判断に迷うケアがあることや、自身の実践での支えが同じ学びを共有した仲間が存在であることに気づき、チームで共有し、互いに高め合う関係を作ることの重要性を得たことである。

a. [一人では判断できないケアがある]

研究参加者は、学んだことで視点が広がった反面、「より一層できなくなっていて、より一層どうしようかになっていうのを、いろんなことを考えちゃう(C)」と判断に迷うことも増えたことを強く感じていた。また、高齢者の生活を整えるためのアプローチが必ずしも高齢者の気持ちに添わないこともあり、「そんなに嫌がっているのにやる必要があるんだっけっていうのを考えちゃうと、じゃあ、放っといていいのかって。看護的にどうなのかっていうのをみんなで考えないと、ちょっと分かんなくなっちゃう。(C)」と、研究参加者はジレンマを感じて判断できないことがあることを語った。

b. [学びを共有した仲間の存在が実践での自分の支えとなる]

研究参加者は、「みんなと共有した中で、他部署もそういうふうを考えているし、それが高齢者の一人の人を見ることなんだなっていうのが分かったから。(C)」と、高齢者の捉え方を共有できている仲間がいることが、確信を持って実践でリーダーシップを発揮できる自信につながると感じていた。また、「今回みたいにみんなでこう同じことを勉強すれば『こういう

のもいいんじゃない?』とかがって言う機会があるから(D)」と、コースで語り合った仲間を、今後の実践でも考えを共有できる大事な仲間として認識するようになっていた。さらに、「次にやっている研修の人たちがまた増えて、同じような気づきをすれば、また仲間が増えるから」と、今後も仲間が増えることへの期待が語られた。

VII. 考察

今回の研究参加者は、各病棟の実践のリーダーとしてスタッフを先導していく役割を担う主任看護師であった。研究参加者は、正常を重視する身体面だけではなく高齢者の立場からの幅広い情報収集と、生活者として高齢者を捉えることによって何を看護の問題とすべきか根拠をもとにした判断の重要性に気づくこととなった。以上の結果をもとに、医療優先から高齢者の生活重視への視点の変化、根拠をもとにした高齢者の問題への自律的な看護について考察する。

A. 医療優先から高齢者の生活重視への視点の変化

研究参加者は、収集された情報のアセスメントから全体像を捉えるまでの事前課題に取り組み、その時点では理解できていると発言した者もいた。しかし、その後のグループワークの中で、全体像から導かれた看護問題が、高齢者の問題ではなく看護師の医療上の問題となっていることに気づいたとき、研究参加者は、自身がいかにか生活している高齢者の立場で情報収集をしていなかったことに気づいた。

急性期病院は、生命の危機を回避するための身体的側面を重視した医療を提供する場である。慢性期では日常生活の援助によって状態を維持あるいは改善を促す判断が優先されるのに対し、急性期では治療によって生命を守り、更なる悪化を予防し、回復に向かうことに重点が置かれている(原口・川村, 2006)。急性期では、微細な身体的な変化に気づく観察力や、様々なデータから異常を判断する力、看護問題の優先順位を考えてケアを実践できることが重要となる。しかし一方で、高齢者の身体的側面の評価が正常か否かだけに看護師の視点が向けられると、正常値や基準値に達していない、また生活動作や食事量などが回復していないことが看護師にとって問題と捉えられていた。つまり、治療の効果や回復を求めらる中で、異常を見逃さないための思考は強化される一方、基準に達することが正しいという見方が生み出されるのではないかと考える。高齢者は、合併症や入院による二次障害も生じやすく、看護師が高齢者の関わりにおいて困難を感じていることが報告されており(倉岡・井部・松永他, 2014; 鈴木・桑原・吉村他, 2013)、基準に達していないことを問題視する看護師の見方が助長されることが考えられた。このような看護師の捉え方は、多様な背

景を持つ生活者としての高齢者を全体として捉えることを阻み、看護師と高齢者との問題にずれを生じさせていたと考える。

コースの参加は、正常値や基準に当てはまらないことを高齢者の問題と判断するのではなく、高齢者にとっての問題は何かを高齢者の立場から考えるという変化を看護師にもたらしたと考える。さらに、客観的データが正常であることを日々高齢者に求め、客観的データで評価できる偏った看護計画を実施していたことへの気づき、生命維持やスムーズな治療という医療を優先した捉え方が、生活者である高齢者のプライドやその人らしさを失わせていたことへの気づきにつながったと考える。このような気づきは、治療効果が優先される急性期病院での高齢者看護の目標や、高齢者の視点に立った看護について考えることを深める大きな機会となっていたと考える。また、生活者として的高齢者を全体として見るため、退院後も視野に入れた様々な方面からの情報収集や社会資源も含めた広い知識の必要性に気づくことにもつながっていた。

B. 根拠をもとにした高齢者の問題への自律的な看護

自身が医療を優先していたことに気づいた研究参加者は、看護師が行う日常生活への援助の中に、実は高齢者を生活者として尊重した重要な側面があったことに気づいた。さらにその援助の根拠を言葉にして記録に残すことを重視していなかったことにも気づいた。

実際に、研究参加者は、高齢者の入院環境への適応が難しいと考え、高齢者を尊重したケアを実施しているが、医療を優先したケアに価値をおくことによって、それを重要なケアと見なせずしていたのではないかと考える。徳原・山村・小西（2017）は、急性期病院で働く看護師の看護専門職としての生活援助を行う意識の希薄さを明らかにし、療養上の世話を看護の独自性と捉え、重要な援助と認識できるための職場でのリフレクションや継続教育のあり方の重要性を示唆した。本研究では、生命維持への医療を優先する中で看護と呼ぶことに躊躇していたケアがあったこと、コースで学ぶことによってそれが輸血やドレナージなどに劣らず重要な看護として確信できたことが明らかとなった。命を守るための身体的ケアや病棟で標準とされるケアが優先されて行われる中で、コースの参加は、看護として意識されにくかったケアの価値を見出すことにつながったと考える。日々当たり前として行っていたケアに高齢者の生活を尊重する重要な看護があると認識することは、曖昧だったケアの根拠を考えるきっかけになり、高齢者を尊重した生活を目指すためのケアの選択やそのための幅広い情報収集につながると考える。

これらの気づきから、研究参加者は、看護師として求められる資質はルーティン業務ができることではなく、根拠を持った自律的な看護が行えることだと気づ

くことができていた。そのためには、知識を得るために学ぶことや根拠を持って他者に説明できる力が必要であるという、自身の課題を見出すことにつながったと考える。さらに、高齢者への看護の現状を変えたいという強い意志を持つことができ、この認識の変化は、具体的な看護師育成の方向性ととも、主任としての役割において今後活用されていくことが考えられた。一方、高齢者は身体機能の回復が難しく、客観的データが正常値に至らないことが少なくないことや、認知機能の低下により意思が見出しにくいこともあるため、生活援助に必要な多様な情報収集や、個々の高齢者に合ったケアを判断することは容易なことではないことにも気づいていた。ときに迷うこともあり一人で判断することの難しさも感じていた。研究参加者が目指す自律的な看護は、一人で結論を出すのではなく、チームでその迷いや看護判断をも共有し高めあうことで成り立つものであるという気づきでもあったと考える。

VIII. 研究の限界と課題

本研究の結果は、急性期病院における専門的知識を日々駆使している看護師が、自身の抱える事例を他者と共有し、振り返ることによって得られた新たな知であり、コースはこのような認識の変化をもたらすものとして意義のあるものであったと考える。しかし、これらは本研究の参加者によって明らかになったものであり、コースの参加者全てに得られた変化とはいえない。今後は、研究参加者の人数を増やして、コースの前後での研究参加者の認識の変化、さらに認識の変化の看護実践への影響について明らかにし、高齢者看護コースの効果の検証とその内容の検討を重ねる必要があると考える。

謝辞

本研究は、平成28年度日本赤十字看護大学奨励研究の助成を受け、第37回日本看護科学学会学術集会にて一部発表した内容に加筆修正を加えたものである。本研究にご参加いただきました皆様に深くお礼申し上げます。

利益相反

利益相反なし

文献

- 原口道子・川村佐和子（2006）. 患者の病態の違いによる看護判断の特徴—慢性モデルと急性モデルの比較—. 日本保健科学学会誌, 9(2), 120-128.
- 厚生労働省（2017）. 患者調査の概要. <https://www.mhlh.gov.jp/toukei/saikin/hw/kanja/17/index.html> (2019/10/09)

- 倉岡有美子・井部俊子・松永佳子・中村綾子・赤沢雪路・川嶋みどり・守田美奈子・阿保順子・上野優美・福榮みか (2014). 急性期病院における高齢患者の不穏状態と看護師の困難感. 日本赤十字看護学会誌, 14(1), 27-32.
- 内閣府 (2017). 平成29年度版高齢社会白書. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/html/zenbun/index.html> (2019/10/09)
- 内閣府 (2018). 平成30年度版高齢社会白書. <https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2018/html/zenbun/index.html> (2019/10/09)
- 下平きみ子・伊藤まゆみ (2012). 身体的治療を受ける認知症高齢者ケアの教育プログラム開発のための基礎的研究. The Kitakanto Medical Journal, 62(1), 31-40.
- 鈴木みずえ・桑原弓枝・吉村浩美・内田達二・菊地慶子・水野裕 (2013). 急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連. 日本早期認知症学会誌, 6(1), 52-57.
- 鈴木みずえ・山岸暁美・玉田田夜子・阿部慈美・村田康子・桑野康一・グレゴリー・オーダド・水野裕 (2015). 急性期医療における認知症高齢者のための看護実践の方向性—パーソン・センタード・ケアを目指した教育プログラムによる検討—. 日本認知症ケア学会誌, 13(4), 749-761.
- 徳原典子・山村文子・小西美和子 (2017). 急性期病院に勤務する中堅看護師の実践と課題—生活援助に焦点をあてて—. 兵庫県立大学看護学部地域ケア開発研究所紀要, 24, 79-91.
- Vaughn, S., Schumm, J. S., Sinagub, J. (1996) / 井下理監訳 (1999). グループインタビューの技法. 東京: 慶應義塾大学出版会.
- 吉村恵美子 (2016). 急性期病院の高齢患者に対する老人看護専門看護師のアセスメントの視点. 日本看護福祉学会誌, 22(2), 171-187.

研 究 報 告

なぜ保健師は、福島第1原子力発電所事故の被災地において
発災直後から今日まで保健師活動を続けられるのか？

高瀬 佳苗, 鈴木 学爾

Why Can the Public Health Nurse Continue Concentrating on Their Jobs
in the Stricken Area of the Fukushima First Nuclear Power Plant Accident
from the Disaster Direct Back to Today?

Kanae Takase, Gakuji Suzuki

キーワード：被災地, 保健師, 活動の継続, 職業人倫理

key words : disaster area, public health nurse, continue, ethics and mission

Abstract

In this study, the authors performed a semi-structural interview for seven public health nurses continuing nursing jobs in the stricken area and analyzed the results qualitatively and inductively, aiming at clarifying if public health nurses for the Fukushima first Nuclear Power Plant accident are able to continue their jobs from the disaster direct back to today. The result revealed that [Support by families and workplace environments are the backing for public health nurses' jobs even in disasters], [Support for evacuees who help health nurses' jobs] and [Public health nurses, other specialists, staff members of the local government are the support of the public health nurses' jobs at the time of the disaster]. In addition, under severe conditions that change every moment, public health nurses in the stricken area continue their jobs by [Flexibility of the public health nurses themselves for managing long-term disaster reconstruction work] considering the [Mission given to local government's public health nurses for the radiation hazard]. Furthermore, it has been revealed that the nurses continue their jobs recognizing [To live in the disaster area together with evacuees is the driving force of public health nurse activities] in the public health nurses' jobs, which seem to be endless.

要 旨

本研究は、なぜ福島第1原子力発電所事故の被災地保健師が、発災から現在まで保健師活動を続けられるのかを明らかにするため、災害看護活動を継続している保健師7名を対象に半構成的面接を行い、質的帰納的に分析を行った。その結果、【災害時の家族の協力や職場環境が保健師活動の下支えにある】【保健

師活動を助けてくれる避難住民の存在がある】【災害時の保健師、他専門職、同じ自治体職員の支えがある】ため保健師活動が続いていた。その上で、刻々と変わる過酷な状況の中でも【長期間の災害復興業務を乗り切れる柔軟さをもっている】ことや、【放射線災害の自治体保健師として与えられている使命を認識している】ことが相互に影響しながら保健師活動の継続につながっていった。さらに、終結が見えない保健師活動の中でも【避難住民と一緒に被災地で生きることが保健師活動の原動力になっている】と思いつながりながら保健師活動を続けていることが明らかになった。

I. はじめに

2011年3月11日14時46分に岩手県、宮城県、福島県を中心とした東北地方太平洋沖地震が発生し（以下、東日本大震災と称する）、死者19,785人という甚大な被害があった（総務省調べ、2018年3月1日現在）。加えて、福島県では、東京電力福島第1原子力発電所（以下、福島第1原発と略す）の事故が発生し、原子力発電所が立地する太平洋側に面した地方自治体（以下、浜通りの自治体と略す）の空間放射線量が高くなり、住民の居住制限が続く地域がある。それによる県内避難者は11,613人、県外避難者が33,791人である（福島県災害対策本部2018年6月発表）。

福島県外への避難は、被災自治体の住民だけではなく、2010年12月末に比べ2012年12月末には、浜通りの自治体内に勤務する医師が108人、看護師が302人減った（福島県保健福祉部、2012年；福島県保健福祉部、2017年）。その一方、被災自治体に働く保健師の数は100人から99人とほとんど変わらず、保健師も被災住民と共に避難場所を複数か所変えながら看護活動をしていると推測される。

発災後の被災地域の保健師活動では、保健所保健師の被災者への直接ケア（花崎、2014）、保健師など職員の被災者支援の負担の現状（古本、2014）、被災自治体保健師の役割意識（Sato, Atogami, Nakamura, et al., 2016）、被災地の保健師活動の現実（酒井・山科、2017）などが報告されている。また、福島県内の自治体保健師の活動については、発災直後からの仮設・借り上げ住宅で生活する被災者支援の時間経過に伴う変化（矢吹、2014）、住民の避難によるコミュニティの崩壊と健康問題の複雑化（大場・安部・吉田他、2014）、住民の健康支援における放射能被ばく基礎知識の重要性（川崎・小野・小西、2014）などが報告されている。このように被災地域の保健師活動に関する先行研究では、地震、津波、そして放射線災害の状況と災害支援に携わった被災地保健師の看護活動がどのような内容であるかの実践報告が多い。

2018年現在、福島県の浜通りの自治体では、帰還困難区域が解除されずに避難が続く自治体がある。研究者らは、発災後より浜通りの被災地において被災者支援を行い、現在まで断続的に交流を続けて浜通りの保健師の姿を見続けてきた。保健師自身も被災者であり、公私共に過酷な環境であるが、東日本大震災の発

災から7年半が経過した今日も保健師活動を続けている。しかし、これまでの災害看護に関する研究では、放射線災害を体験した自治体保健師が、どのような気持ちで仕事に取り組んでいるのか、なぜ保健師活動を続けることができるのかについての研究報告が見当たらない。

以上より、福島第1原発の事故は、これまで日本の災害史上類を見ない人的災害であり、その被災地において、なぜ保健師が活動を続けているのかを明らかにすることは、今後の放射線災害時の看護に有用な示唆を提供すると考えられる。

II. 研究目的

被災地の保健師が、なぜ福島第1原子力発電所事故の被災地において、発災直後から今日まで保健師活動を続けることができるのかを明らかにする。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

この研究では、災害看護活動を継続している保健師の気持ち、感情、思いといった、数字では表すことができない現象を明らかにするため、質的記述的研究デザインとした。

B. 研究参加者

福島県の浜通りの自治体8か所の保健師へ研究について趣旨を説明し、研究参加の同意が得られた4か所の自治体保健師であり、2011年3月11日の東日本大震災の発災から現在まで被災地において保健師活動を継続している7人が対象であった。

C. データ収集方法

2015年9月から2015年12月間に半構成的面接を行い、研究参加者の承諾を得て面接内容をICレコーダーに録音し逐語録を作成した。その面接内容は、「どのような気持ちで災害時保健師活動を行っていたか」で、インタビューガイドを作成して事前に渡した。面接場所は、研究参加者の指定する場所で行い、他者から会話が聞こえない隔たりのある場所を選んだ。

D. 分析方法

この研究では、逐語録を分析の対象とし、発災直後から現在までなぜ保健師活動を続けるのかに着目しな

が熟読した。熟読するうちに繰り返して浮かび上がる現象は抽象度の低い名前をつけてコードとし、類似しているコードとコードを集めてより抽象度の高い名前を付けサブカテゴリーとした。サブカテゴリー化の段階では、コードとの当てはまりの良さ、語りとの当てはまりの良さに注意を払いながら進めた。同様に、サブカテゴリーとサブカテゴリーを集め、類似しているサブカテゴリーからカテゴリーを抽出した。また、データ分析の質を高めるために、複数の研究参加者からサブカテゴリーとカテゴリーが語りを表現しているかチェックを受け、真実性を確保した。

E. 倫理的配慮

本研究の倫理的配慮として、研究について文面での説明を受け、参加することに同意した人のみを対象とした。研究への参加は自由意思によるものであり、参加に同意しない場合または参加を中止した場合でも不利益を受けないことを約束した。その参加者が気持ちを語る中で、過酷な経験を思い出し、語りたくない内容は語らなくてかまわないことを伝え、涙ぐむ場面では参加者の気持ちが十分に落ち着くまで待った。また、研究参加者から、語った場面の削除が申し出された場合は削除することを約束し、語った内容から個人であると特定さないように固有名詞を記号化した。かつ、参加者の個人情報、外部記憶媒体、逐語録は別々のカギのかかる保管庫に保管した。この研究は、福島県立医科大学倫理審査を受けて実施した（倫理審査番号2390）。

IV. 結果

A. 研究参加者の特徴

研究参加者は、7人全員が女性で、研究参加時の年齢が28歳から56歳に分布し、保健師としての職歴は、6年から34年であった。面接時間は、42分から78分で、平均時間が約61分であった（表1）。この7人は、福島県浜通りの自治体保健師であり、全員が一次避難所、仮設住宅、借り上げ住宅に非難している住民への支援を行い、福島第1原発事故の発災から今日まで被災地において保健師活動を続けている。

B. 東日本大震災の被災地における保健師活動の継続

データ分析の結果、被災地の保健師が、福島第1原発事故の発災から現在まで、なぜ保健師活動を続けられるのかについて、6のカテゴリーと14のサブカテゴリーが抽出された（表2）。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリーが〈 〉, 研究参加者の語りをゴジック体で記し、研究参加者以外の他者の言葉は「 」で示した。

表1. 研究参加者の特徴とインタビュー時間

| 参加者 | 性別 | 年齢 (歳) | 保健師経験 (年) | 調査時点 |
|-----|----|-----------|--------------|-----------------|
| | | | | インタビュー時間 (分) |
| A | 女性 | 40歳代 | 15年以上 | 48 |
| B | 女性 | 20歳代 | 7年未満 | 78 |
| C | 女性 | 50歳代 | 30年以上 | 75 |
| D | 女性 | 50歳代 | 30年以上 | 42 |
| E | 女性 | 40歳代 | 20年以上 | 57 |
| F | 女性 | 40歳代 | 20年以上 | 64 |
| G | 女性 | 30歳代 | 15年以上 | 65 |

表2. 放射線災害の被災地において保健師活動を続けられる理由となるカテゴリーとサブカテゴリー

| カテゴリー | サブカテゴリー |
|-----------------------------------|--|
| 災害時の家族の協力や職場環境が保健師活動の下支えにある | 家族の有言・無限の協力が支えになっている 保健師の仕事ができる職場の状況がある |
| 保健師活動を助けてくれる避難住民の存在がある | 避難住民とのつながりに助けられる 保健師を頼りにしてくれる避難住民がいる |
| 災害時の保健師、他専門職、同じ自治体職員の支えがある | 同じ保健師職からの支援が救いになる 他専門職の協力が心強い力になる 一緒に避難行動している自治体職員が支えになる |
| 長期間の災害復興業務を乗り切れる柔軟さをもっている | ゆるやかに物事を捉えて仕事をする 柔軟な考え方で困難に対処する |
| 放射線災害の自治体保健師として与えられている使命を認識している | 今の自分にしかできない仕事を任されている 被災自治体職員として最後まで保健師の役割を果たす 看護の専門職として保健師活動に責任をもつ |
| 避難住民と一緒に被災地で生きることが保健師活動の原動力になっている | 保健師の仕事は自分にとってはかけがえがない 自分が保健師の仕事に支えられ生かされている |

以下に、カテゴリとサブカテゴリについて説明する。

1. 災害時の家族の協力や職場環境が保健師活動の下支えにある

これは、放射線災害の発災後に保健師自身が避難をするか否かの判断に迫られたが、この地で保健師活動をする理由の一つであり、サブカテゴリ〈家族の有言・無言の協力が支えになっている〉と〈保健師の仕事ができる職場の状況がある〉より抽出された。

被災地の保健師は職業人であるが、家族をもつ1人の市民でもあり、生活の基盤があって、そこから離れて仕事ができる。家族も被災者であるが、保健師の仕事に応援するために無言で日頃の家事を肩代わりし、頑張っている姿を誇りに思うと言われるなど〈家族の有言・無言の協力が支えになっている〉が基盤であった。

- ・家族は本当に理解してもらっていて、言葉というよりは行動ですかね。例えば、私の代わりに家の中のことを黙ってやってくれていて。そういうところは、本当にありがたかったです。
- ・自分の子どもたちが頑張っているのを誇りに思うと言ってきて、そんなふうに見てくれているんだと、きちんと自分の働きを見てくれたと思う、家族の理解があったと思う。家族も私の仕事をしていることを認めていたというものもあるし。

また、職場では、保健師が家族の世話をするための休養を勧め、代替りの保健師がその仕事を担うことや、小さな子どもを預かるなど、安心して〈保健師の仕事ができる職場の状況がある〉配慮がなされていた。

- ・「仕事はかわってくれる人がいるけど家族のことは替われないんだからそれを優先してやりな」と言われて本当にそうだなと思って休んで。
- ・子どもを家に置いたまま出勤できないので職場に連れて行ってもいいかと言ったら、子育てしている保健師も多かったので、臨時で子どもをみてくれるスペースを作ってもらいました。

発災直後からこれまで長期間の保健師活動を行う上では、家族の理解や協力、職場の配慮は欠くことができない活動の基盤であり、保健師活動の継続を下支えするものである。

2. 保健師活動を助けてくれる避難住民の存在がある

これは、平常時はサービスの受け手であり、保健師を頼りに思う住民が、発災以降は保健師活動を支援してくれる存在となることを表しており、〈避難住民と

のつながりに助けられる〉、〈保健師を頼りにしてくれる避難住民がいる〉の2つのサブカテゴリより抽出された。

被災地保健師は、発災前からの住民との関わりが、単にサービスの利用者と提供者という関係ではなく、長期避難生活という非常事態でも助け合える関係で、〈避難住民とのつながりに助けられる〉と実感していた。

- ・長く保健師をしていて食生活改善推進員などの顔が分かっていてというところでは助けられたんですね。その人たちが何かやると中心になってくれたり、手伝ってくれたりあったから。その人たちに声を掛けたらわっと動いてくれたり力になってもらって、普通のそれらは大事なのかなと。

また、避難住民は、避難所、親戚や知人の家などを転々として、最終的に自治体と動向を同じにすると決め、その自治体と行動を共にしている保健師を頼りに思い、それを告げられた保健師は〈保健師を頼りにしてくれる避難住民がいる〉ことを支えに保健師活動を続けている。

- ・保健師として住民と接して「頼む」「最後まで面倒見てよ」という言葉を投げかけられたり、「わかった、大丈夫、私も一緒だから、一緒に頑張ろうね」みたいな感じで言ってる自分もいる。…(略)一次避難所でも、出て行った人も2週間経つと戻ってくる人も結構多かったの。

すなわち、平常時は保健サービスの受け手である住民が、長期間の避難過程では保健師活動を支える人になるとともに、保健師を頼りにしてくれる存在でもあり、そういった避難住民が保健師の支えになっている。

3. 災害時の保健師、他専門職、同じ自治体職員の支えがある

これは、被災地の保健師が避難の過程において他の専門職などに対して抱いた感謝の気持ちであり、〈同じ保健師職からの支援が救いになる〉、〈他専門職の協力が心強い力になる〉、〈一緒に避難行動している自治体職員が支えになる〉の3つのサブカテゴリより抽出された。

被災地の保健師は、何をどのように行うのか、何に気をつけるかなど言葉で事細かく説明しなくても通じ合える〈同じ保健師職からの支援が救いになる〉と感じていた。

- ・私は、保健師はすぐ動けるんだとあまり多く説明しなくても一次避難所に来てくれた保健師たちが

すぐ動けてベースが同じだというのはすごく嬉しかった。タイムリーに支援してもらえるとというのは嬉しいです。

また、発災直後の一次避難所では、体調を崩したり、処方薬がない住民への医療相談を担う〈他専門職の協力が心強い力になる〉とした。

- ・でもそれがどうして保てたかと思うと、中では共有はできなかったけど、医師会長や役員の医師の方々が味方になってくれて、市の医師会の先生がカバーしてくれたりして、ずっと続くわけじゃない、どこかで終結は来る、そこまではやらなくちゃという感じでやっていたのかな。

そして、数多くの避難所が設けられ、1か所の避難所に1人の保健師が配置になり、被災地の保健師はたった1人で看護活動を行わなければならない、〈一緒に避難行動している自治体職員が支えになる〉と感じていた。

- ・びっくりしました。どこまで行くんだろう、どこまで逃げる、離れていくんだろう、町がどうなっちゃうんだろう。町とともに、でも仲間がいるからですかね。仲間がいたから私来たんだなと思いました。

浜通りの自治体は、避難所の場所が何回も変わり、同時に複数の避難所を設けており、被災地の保健師は1か所の避難所に配置されるのではなく、1人でその避難所を担当していた。避難所では様々な仕事をしなければならないが、1人の保健師ができる活動には限界があり、そのようなときには、同じ職種の保健師、医療専門職、事務職の存在が支えとなっている。

4. 長期間の災害復興業務を乗り切れる柔軟さをもっている

これは、被災地の保健師が自分自身の特徴についてどのように捉えているかという認識であり、〈ゆるやかに物事を捉えて仕事をする〉と〈柔軟な考えで困難に対処する〉2つのサブカテゴリーより抽出された。

被災地の保健師は、避難状況に応じて、そのときその場所で行わなければならないことを〈ゆるやかに物事を捉えて仕事をする〉ことが自身の活動の特徴であると述べた。

- ・やっぱり頭から離れなかったり、住民のことでうまくいかないケースがあると、頭に残っていているということもあるけれど、なんていうんだろう、100%こなさないというか、このぐらいでいいかなみたいな感覚はもっていると思う。

また、これまでの保健師活動を振り返って、〈柔軟な考えで困難に対処する〉ため、避難状況が変化してもそれに対応した看護を行っていた。

- ・例えば失敗があっても、それでもその後、全てがダメではなくて、何とかなる方法があると、何かを失敗したり、ちょっと困ったなと壁に来たなというときは、きっと何かどうにかなる方法はあるはずだと、すぐにそういうふうには思うんですね。

発災からの時間の経過とともに、住民が避難所、仮設住宅、借り上げ住宅など住まいを移動させており、当初予定していた保健指導や家庭訪問は行えないが、避難住民の状況変化を受け入れて、今ここで目の前の避難住民に必要な看護は何かを判断して柔軟な保健師活動を続けている。

5. 放射線災害の自治体保健師として与えられている使命を認識している

このカテゴリーは、自治体職員としての職業倫理と保健師としての職業倫理が重なりあった概念で、〈今の自分にしかできない仕事を任されている〉、〈被災自治体職員として最後まで保健師の役割を果たす〉、〈看護の専門職として保健師活動に責任をもつ〉3つのサブカテゴリーより抽出された。

被災地の保健師は、この災害は厳しいものだが、一般にどの保健師も経験することではなくて、発災時に浜通りの自治体に勤務している〈今の自分にしかできない仕事を任されている〉と感じていた。

- ・その後もいろいろな休みなしでやっていて本当にしんどかったところを二人三脚でやってきて、そこをやらせてもらえるという達成感も多少はあったんですね。なかなか誰もが経験できないことを任せてもらっている有り難さがあったです。Y保健師がすごく支えてくれて、二人三脚でやってきた、本当に一番大変だったのは最初の一か月、誰も応援に来てくれなかったとき、本当に大変だったです。

また、放射線災害の〈被災自治体職員として最後まで保健師の役割を果たす〉ことが、住民へ奉仕する自治体職員としての自分の使命であると語った。

- ・でも結局私の中でやっぱり住民を置いて自分で優先して戻る選択はやっぱりなかったんだよね、そのとき、なかったんですね。幼児がいたらどうだったかな、ただそのときはやはり原発の避難なので実家に戻るといって探しに行くとか、それはやっぱり考えなかったんですね。

そして、被災地の保健師は自治体職員でもあるが、〈看護の専門職として保健師活動に責任をもつ〉と認識していた。

- ・申し訳なさがあったかな。今まで関わらせてもらったのに中途半端で投げ出していいのかな、その人たちにすごく申し訳ないかなと思いました。きっと辞めたらあの人はどうなっちゃうんだろうかとか思ったりしました。

すなわち、被災地の保健師は、自治体職員としての倫理から奉仕の対象である住民を見放さないと決め、同時に看護の専門職としての倫理から目の前の住民を見捨てないと覚悟を決めて保健師活動を行っている。

6. 避難住民と一緒に被災地で生きることが保健師活動の原動力になっている

これは、保健師の仕事が単なる生活の糧であるというのではなく、保健師活動をすることが生きる原動力になっており、〈保健師の仕事は自分にとってはかけがえがない〉、〈自分が保健師の仕事に支えられ生かされている〉2つのサブカテゴリーより抽出された。

被災地の保健師は、〈保健師の仕事は自分にとってはかけがえがない〉という信念をもっており、発災前からその仕事を大切に思い大事にしてきた。

- ・保健師の仕事ってすごく楽しいんで、今もそうなんですけど本当におもしろいやりがいのある仕事で、私はすごく楽しいなと思ってやっていて、そこがあるからやれているのかも。保健師活動が楽しかったというのが基盤にあって、本当に倒れそうになってもやっぱり保健師が好きだなというところで頑張っただけでこんな感じがします。

また、長期間の保健師活動を途中で投げ出さないのは、〈自分が保健師の仕事に支えられ生かされている〉からで、仕事をすることで保健師としてここに居ることができると感じていた。

- ・住民を一度も放り出そうと思わなかったのは、仕事というよりも、それで私が生かされているみたいな、私のためにもなっているんだよね、自分自身が生きていく中で、逆にそれは私を生かしているのかなと思う。住民を放り出さなかったのは、住民と一緒にいることが原動力でもあるし、自分がそれで支えられているみたいな。

要するに、避難状況がどのように変化しても、避難者がどこに移動しても、被災地の保健師は、被災地で避難住民と一緒に生きることが原動力となり保健師活動を続けている。

C. 放射線災害の被災地において、保健師活動を続けられる理由となるカテゴリー、サブカテゴリーの関連

被災地の保健師は、【災害時の家族の支えや職場環境が保健師活動の下支えにある】と述べ、〈家族の有言・無言の協力が支えになっている〉および〈保健師の仕事ができる職場の状況がある〉から活動を続けることができた。また、〈避難住民とのつながりに助けられる〉、〈保健師を頼りにしてくれる避難住民がいる〉など【保健師活動を助けてくれる避難住民の存在がある】とした。避難の過程においては、〈同じ保健師職からの支援が救いになる〉と実感し、〈他専門職の協力が心強い力になる〉と共に、〈一緒に避難行動している自治体職員が支えになる〉など、【災害時の保健師、他専門職、同じ自治体職員の支えがある】ことにより保健師活動が継続していた。

加えて、被災地の保健師は、〈ゆるやかに物事を捉えて仕事する〉ことや〈柔軟な考えで困難に対処する〉という、【長期間の災害復興業務を乗り切れる柔軟さをもっている】とした。災害は、誰もが経験することはできない稀有なことであり、〈今の自分にしかできない仕事を任されている〉ことに感謝しつつ、〈被災自治体職員として最後まで保健師の役割を果たす〉と同時に〈看護の専門職として保健師活動に責任をもつ〉とし、【放射線災害の自治体保健師として与えられている使命を認識している】ことで活動を続けていた。この【長期間の災害復興業務を乗り切れる柔軟さをもっている】と【放射線災害の自治体保健師として与えられている使命を認識している】は、保健師活動の継続に影響を与えていた。さらに、被災地の保健師は〈保健師の仕事は自分にとってはかけがえがない〉と考え、〈自分が保健師の仕事に支えられ生かされている〉ことを実感しつつ、【避難住民と一緒に被災地で生きることが保健師活動の原動力になっている】と思いながら保健師活動を続けていた(図1)。

V. 考察

A. 被災地の保健師とその活動に対する大勢の人たちの支えが基盤

福島県は、2011年3月11日の東日本大震災で地震、津波、そして放射線の複合災害が発生したが、外部からの支援が得られたのは、発災後18日経過した2011年3月29日以降(鈴木, 2012)であった。

その間に被災地の保健師は、家族からの応援を得て活動を続けていた。その家族は、不平不満を言わず、家事の肩代わりをし、保健師の頑張っている姿を誇りに思っており、このことが保健師の支えであった。職場では、小さな子どもの臨時の保育スペースを作り、病気の家族の世話ができるように代替えをあて、保健師活動ができる工夫をしていた。家庭と職場は、精神

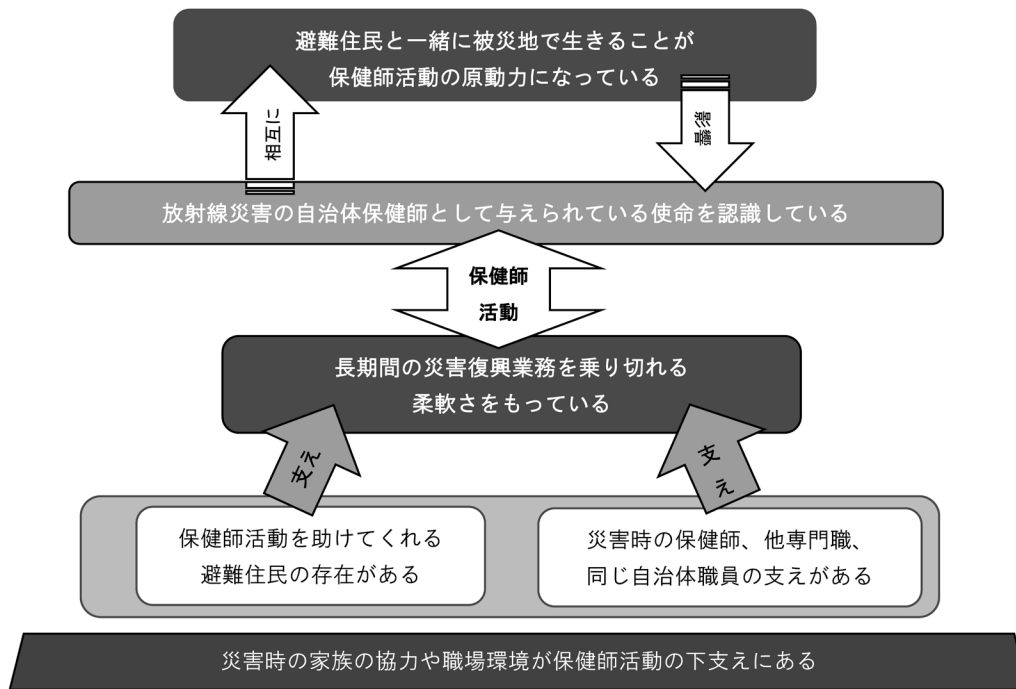


図1. 放射線災害の被災地において保健師活動を続けられる理由

的・肉体的・社会的安定を実現する場所で（西村・遠藤・島村，1992），被災地の保健師にとって休養をとり，保健師活動のエネルギーを補充・蓄積する，いわば，安全基地であると思われる。

また，発災直後から現在まで，同じ職種の保健師，医師など他専門職，同じ自治体職員，そして避難住民からの支えがあった。発災直後は，災害時派遣医療チームや地元の医師らの応援があり，多くを説明しなくても通じ合える同じ職種の保健師が心強い支援者となり，転々とする避難所では同じ自治体職員との交流が心細さを支えている。そして，避難住民は，保健師と住民とが作り上げてきた発災以前からの関係性を反映し，被災自治体が避難住民に提供する健康サービスの協力者になるなど，発災直後から現在までの長期間の避難過程において力強い支援者となり保健師活動を支えている。

B. 長期間の保健師活動を乗り切る保健師自身の柔軟さ

被災地の保健師は，住民や自治体の避難の動きに沿った保健師活動を行ってきた。避難所の住民には，急性疾患の発症や慢性疾患の悪化への対応を行い，仮設住宅の住民に対しては，生活機能が低下することで発症する疾患や障害の予防活動を行い，そして災害復興住宅の住民には，生活の立て直しに伴う健康増進に取り組んでいた。このように，住民や自治体がいづ，どこに移動してもその場所で，平常時とは違う災害後の状況変化に合わせて必要だと考えられる保健師活動を行っている。

また，被災地の保健師は，発災直後には放射線汚染

のため外部からの支援が得られなかったが，なんとかなる，どうにかなる方法があるはずだと考え，その後の保健師活動を続けていた。すなわち，被災地の保健師は，明日が見通せない辛辣な状況に直面したときに孤立を感じるが，家族，職場，他専門職，そして避難住民からの支援を得て，その辛辣な状況に対処している。

その被災地の保健師は，自らも被災者であり，家族への負担を申し訳ないと思いながら，周囲からの支援を受けて避難状況の変化に合わせた柔軟な保健師活動を続けていると考えられる。三野・金光（2006）によれば，これらの状況に応じて使用する対処を変える能力を柔軟性と表現している。被災地の保健師は，この柔軟性をもっているため，避難経過の流れに乗り，目の前のことに順応しながら保健師活動を行っていると考えられる。

C. 自治体職員としての倫理と保健師としての倫理

被災地の保健師は，自治体の職員がいろいろな避難所などに少ない人数で分散しているため，職位としての裁量がなくても判断を含めた避難所運営，避難者支援などの仕事を一手に任されていたが，災害に対峙している自分にしかできない仕事を任されていると認識していた。

その被災地の保健師に共通しているのは，使命感である。本研究参加者は，全員が地方自治体に勤務し，そのほとんどが熟練の保健師であり，地方公務員として服務の基本（橋本・阿部・平口他，1999）を遵守したと思われる。具体的には，すべての職員は全体の奉仕者として公共の利益のために勤務し，職務の遂行に

当たっては全力を挙げて専念しなければならないという規定に職業人として従ったのである。つまり、自治体職員として、自分の町の避難住民のために尽くすという倫理に基づいた行動であると考えられる。

また、住民を置いて離れられない、目の前の住民を放り出せない、自分にできる限りのことを行い、保健師としての責任を果たさなければならないという思いがあった。その責任とは、保健師が看護の対象である住民を放り出せば、看護の対象を失いその責任は果たせない (Jonas, 1979/2000) というものだ。すなわち、住民と離れないということは、看護の専門職としての責任ある行動であり、保健師としての倫理だったのであろう。

D. 災害復興の道のりを避難住民と歩くことが保健師活動の原動力

被災地の保健師は、平常時から保健師の仕事が面白くてやりがいがあり楽しいと思っていた。先が見えない避難の過程では、辛くて保健師の仕事を辞めようと思うことがあっても、人と接することが好きで、その人に励まされ助けられることが多々あり、この仕事が好きなのだと再認識し、保健師の仕事にやりがいを感じていた。

被災地の保健師は、放射線災害から逃れるために仕事を辞めるという選択に向き合う中で仕事の意味を問い直し、長期間の避難であっても保健師の仕事をするのが前に進む力になっている。鷺田 (1999) によれば、仕事にはその場に居ることを肯定するものであるという意味があり、被災地の保健師は、仕事によって自分自身を肯定し、また、他者から認められていると感じることが仕事のやりがいにつながっていると思われる。

つまり、いつ避難指示が解除されるのか、避難指示解除後に取り組む保健師の仕事は何か、さらに、帰還する被災住民や避難を継続する被災住民へ提供する看護サービスは何か、など保健師活動の展開が明確に描けない避難の過程でも、被災地の保健師は放射線災害の被災地における活動の意味を自覚し、その活動にやりがいを感じ、災害復興の道のりを避難住民と一緒に歩くことが原動力となって保健師活動を続けていると推測される。

E. 研究の限界

この研究は、福島第1原発事故により住民が居住地域から避難した浜通りの自治体に勤務している一部の保健師の語りである。

VI. まとめ

福島県の浜通りの被災自治体に勤務している7人の語りから、なぜ福島第1原発事故の被災地において発災直後から今日まで保健師活動を続けられるのかにつ

いて、【災害時の家族の支えや職場環境が保健師活動の下支えにある】、【保健師活動を助けてくれる避難住民の存在がある】、【災害時の保健師、他専門職、同じ自治体職員の支えがある】、【長期間の災害復興業務を乗り切れる柔軟さをもっている】【放射線災害の自治体保健師として与えられている使命を認識している】、【避難住民と一緒に被災地で生きることが保健師活動の原動力になっている】の6つのカテゴリーが抽出された。被災地の保健師は、大勢の人たちの支えを基盤とし、移り変わる困難な状況に対処できる保健師自身の柔軟さを強みとして、長期間におよぶ保健師活動を続けていると思われる。

謝辞

研究にご協力くださいました被災地の保健師の皆さまには、心より感謝申し上げます。現在も被災地において被災者支援を継続し、通常業務と災害業務とご多忙な中、快くインタビューに応じてくださいました。

本研究は、平成27年度日本赤十字看護学会研究助成を受けて実施した。

利益相反

報告すべきものはない。

文献

- 福島県保健福祉部 (2012). 保健統計の概況. 平成23年版, 第60巻.
- 福島県保健福祉部 (2017). 保健統計の概況. 平成28年版, 第65巻.
- 古本尚樹 (2014). 東日本大震災被災自治体における保健・医療・福祉活動について 大槌町役場保健師への聞き取りから. 日本集団災害医学会誌, 19(2), 168-174.
- 花崎洋子 (2014). 列島ランナー: 被災地における保健師活動について管内市町の伴走者として. 公衆衛生, 78(3), 213-216.
- 橋本嘉一・阿部守一・平口愛一郎・小池裕昭 (1999). 地方自治総合講座5 地方公務員制度. 東京: ぎょうせい.
- Jonas, H. (1979) / 加藤尚武監訳 (2000). 責任という原理: 科学技術文明のための倫理学の試み. 東京: 東信堂.
- 川崎千恵・小野若菜子・小西恵美子 (2014). 健康課題として放射線防護保健師による実践的な活動モデルに向けて 自治体保健師が抱える住民支援の困難とそこから見えてきた課題. 保健師ジャーナル, 70(6), 538-541.
- 三野節子・金光義弘 (2006). 異なるストレス状況に対する就労者の対処柔軟性と職務満足感との関連. 16(2), 229-237.

- 西村洋子・遠藤恵子・島村忠義編著 (1992). 教養の家族社会学. 東京：学文社.
- 大場エミ・安部敬子・吉田喜美江・山田祐子 (2014). 【東日本大震災から3年一福島からの報告】被災から3年目を迎える福島の保健師活動避難・移転を経験した市町の保健師から. 保健師ジャーナル, 70(3), 180-186.
- 酒井美緒・山科満 (2017). 東日本大震災被災地における保健師の心理的過程. 保健師ジャーナル, 73(2), 156-161.
- Sato, M., Atogami, F., Nakamura, Y., Yoshizawa, T. (2016). Experiences of public health nurses in remote communities during the Great East Japan Earthquake. Health Emergency and Disaster Nursing, 3(1), 18-27.
- 鈴木ミドリ (2012). 福島県看護協会の東日本大震災災害支援活動. 福島県保健衛生雑誌, 2, 8-10.
- 鷺田清一 (1999). 21世紀問題ブックス9 だれのための仕事—労働vs余暇を超えて. 東京：岩波書店.
- 矢吹敦子 (2014). 原発事故による放射線災害の中長期的な健康影響と保健師活動：災害支援のあり方検討プロジェクト主催教育セミナー報告 東日本大震災・福島原子力発電所事故後のいわき市の保健師活動. 日本地域看護学会誌, 17(1), 49-52.

研 究 報 告

がん相談に従事する看護師の就労支援とその困難の実態

新田 純子¹, 下平 唯子¹, 矢野 和美²

The State of Working Support and Associated Difficulties of Nurses Who Provide Cancer Consultation

Junko Nitta, Yuiko Shimodaira, Kazumi Yano

キーワード：就労がん患者，就労支援上の困難，がん相談

key words : working patients with cancer, difficulties with working support, cancer consultation

Abstract

[Objective] In this study, we surveyed nurses engaged in cancer consultation to clarify the actual working support they provided to cancer patients, when they provided such support, and specific difficulties they experienced while providing such support.

[Methods] A questionnaire survey was conducted in May 2017 among nurses with at least 6 years of clinical experience who were mainly engaged in cancer consultation at 426 designated cancer hospitals, and responses were obtained from 106 nurses (recovery rate: 24.9%; valid response rate: 100%).

[Results] 'Coordination with patient's employer about working ability judgement' and 'information sharing with the place of employment' were found to be difficult by approximately 90% of the nurses, while approximately 90% of the nurses were not practicing these support activities. The level of this difficulty differed significantly depending on the availability of a working support manual. The proportion of nurses experiencing difficulty and the level of their sense of difficulty at the time of 'progression/recurrence/metastasis,' 'transition to palliative care,' or 'changes in physical conditions' were greater than those at the time of any other event. Nurses with CNS/CN certificates experienced a significantly lower level of difficulties at the time of changes in physical conditions.

[Conclusions] The working support manual serves as an information source that nurses can rely on while cooperating with the place of employment. Conviction and confidence of CNS/CN in care results can reduce the expected difficulties in terms of working support when the future course of the patient's physical condition is uncertain.

要 旨

本研究の目的は、がん患者への就労支援の内容と時期について、がん相談に従事する看護師による実践

受付日：2018年11月27日 受理日：2019年11月5日

1. 日本赤十字秋田看護大学 Japanese Red Cross Akita College of Nursing
2. 国際医療福祉大学大学院 International University of Health and Welfare Graduate School

状況およびその困難の実態を明らかにすることである。

がん診療連携拠点病院426施設において、主にがん相談に従事する臨床経験6年以上の看護師を対象として2017年5月に質問紙調査を実施し、106名（回収率24.9%、有効回答率100%）の回答を得た。

「就労先との就労可否の判断の調整」「就労先との情報共有」は、看護師の約9割が実践していないにもかかわらず、困難を感じる割合が約9割と高かった。この困難の程度は就労支援マニュアルの有無と有意差があった。「進行・再発・転移時」「緩和ケア移行時」「身体状況変化時」の時期に、困難を感じる割合、程度ともに他の項目より高かった。身体状況変化時の困難の程度は専門看護師（CNS）・認定看護師（CN）の有資格者で有意に低かった。

就労支援マニュアルは就労先との連携におけるよりどころとなる。CNS・CNのケアの成果に対する確信や自信は、身体的経過の見通しが不確かな時期に先を予測した就労支援の困難感を低減する。

1. 緒言

A. がん患者の就労支援における医療機関の役割

厚生労働省（2016a）の資料では、2012年の調査によると、がん患者の約3人に1人は就労可能年齢で罹患し、仕事を持ちながらがん治療のため通院する者は32.5万人と推計されている。また、2013年の調査によると、がん診断時点で就労していた者の約35%ががん診断後に依願退職・解雇されたが、他の55%はこれまで通りの業務量での勤務継続を希望し、約20%は業務量を減らしての勤務継続を希望していた。つまり診断時点では勤労者の75%は業務量を調整しながらも勤務を継続することを希望しているが、実際には診断後に35%の人が依願退職や解雇に至っているという現状がある。

このようながん就労者の治療と職業生活の両立を支援するために、2016年に、国の取り組みとして医療機関、職業安定所や社会保険労務士（以下、社労士）、企業などの多職種、多職種が連携する包括的な就労支援事業が始まった（厚生労働省、2014a）。ここで、医療機関に期待されているのは、「すぐに仕事を辞める必要はないこと」を患者に伝え、就労に配慮した診療・相談の対応や情報提供する体制を整備するとともに、就労支援に関する知識・スキルの向上に努め、社労士や企業と連携し仕事と治療の両立を支援することである。しかし、がん就労者の就労支援における医療機関側に対するニーズおよび医療機関が持つ課題として以下の点が報告されている。そのニーズ・課題は①就労ニーズを把握する体制、②症状に関する相談・解決方法の提示、③就労ニーズや労働環境を意識した治療方針の説明、④経済的負担の見通しに関する情報提供、⑤就労上の課題の解決を図る支援、⑥就労先との情報共有、⑦就労先との就労可否の判断の調整である（厚生労働省、2016b）。これらの課題に対しては、医療従事者向けの就労支援マニュアルやガイド（がん情報サービス、2014; がん対策情報センター、2017）の整備が提唱されている。

B. がん患者の就労支援における看護師の役割

がん診療連携拠点病院は、がん相談支援センターの

設置とがん相談に従事する者の配置が義務付けられており、その相談員は就労支援において全人的にアセスメントし、連携し得る適切な専門職や部署・機関につなぎ、適切な情報提供をすることが役割として期待されている（がん情報サービス、2014, p.83）。最近の研究においては、がん相談に関する看護介入として、心理的支援、意思決定支援、家族支援、身体症状コントロール、医療費の相談の順に多いことが報告されている（黒木・生山・腰原他、2015, p.58）。また、がん患者の療養相談における意思決定支援は、意思決定の方向性や先に進むための具体的な取り組みの明確化を促進すること（川崎、2015, p.281）、がん就労者に対する看護師の就労相談は、日常生活上の留意点の職場への公表やワークモチベーションを高めることが報告されており（佐藤・吉田・前田他、2013, p.82）、がん相談における看護師による就労支援の有効性が示唆されている。また、がん相談支援センターにおける就労支援の困難としては、がん相談支援センターの認知度が低く、関係する専門部署・職種間の連携に課題があり、がん相談員が包括的な就労支援のシステムの中で就労ニーズを的確に把握する難しさが挙げられている（がん情報サービス、2016）。

がんは多様な症状を発現し進行・再発する疾患特性があることから、治療経過の時期に応じた介入が必要と考える。そこで本研究では、がん相談に従事する看護師の就労支援の内容と時期に関する実践状況およびその困難の実態を明らかにすることを目的とする。がん相談に従事する看護師は、タイムリーに就労ニーズを把握して他部署・他職種につなぐ役割を持つことから（がん情報サービス、2014, p.83）、包括的な就労支援のシステムの中で要となる立ち位置にある。そのため、看護師の就労支援に焦点を当て、実践状況とその困難の実態が明らかになることにより、がん就労者の就労支援におけるより具体的な示唆が得られるのではないかと考える。

II. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究デザインは、実態調査型研究である。

B. 用語の操作的定義

本研究では、がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会報告書（厚生労働省，2014a）を参考に以下の用語を定義する。

がん就労者とは、がんに罹患した就労者（雇用形態にかかわらず、企業や事業場で仕事についている者）とする。

がん患者の就労支援とは、がん患者の治療と職業生活との両立を支援することと定義する。

C. 研究対象者・データ収集方法

研究対象者は、主に施設内でがん相談に従事する臨床経験6年以上の看護師とした。対象者の選定基準は、がん診療連携拠点病院のがん患者指導管理料の算定基準（5年以上がん患者の看護に従事した経験を有し、かつ6月以上の研修を修了した者）を参考に、臨床経験6年以上とした。

「がん診療連携拠点病院等一覧表（平成28年10月1日現在）」として厚生労働省が指定・公表する全国426施設の長に対して、研究対象者としてがん相談に主に従事する臨床経験6年以上の看護師1名の推薦を依頼し、推薦する研究対象者に対して無記名自記式質問紙を配付してもらった。質問紙は、研究対象者の自由意思により個別に郵送法で返送することをもって回収した。2017年5月に依頼し、回収期限は1ヶ月とした。

D. 質問紙の作成

就労支援の内容と時期の項目は、就労支援における医療機関側のニーズ・課題（厚生労働省，2014a）を参考に設定した。プレテストは、がん診療連携拠点病院でがん相談に従事している看護師5名をネットワーク法により選定し、参加の同意が得られた3名から協力を得た。プレテストの結果に基づき、質問紙の設問の項目・方法によって調査目的に適った回答が得られるか研究者間で検討・修正するとともに、回答者から回答に迷う設問や疑問など指摘があった点を修正して質問紙を完成させた。

E. 調査内容

対象者の属性および勤務状況などに関する設問は、性別、年齢、臨床経験年数、がん相談経験年数、専門看護師（以下、CNS）・認定看護師（以下、CN）の資格の有無など基本属性の5問、配属場所、勤務形態、就労支援マニュアルの有無など3問とした。就労支援の実践に関する設問は、実践している割合や実践して感じる困難など15問とした。就労支援の実践に関する細項目の構成は、就労ニーズの把握や就労先との就労可否の判断の調整など就労支援の内容7項目、がん診断前や復職・休職時など就労支援の時期8項目とし

た。15分程度で回答できる全25問とした。なお、困難の程度については、1～4のリッカートスケール（1. 感じない、2. あまり感じない、3. やや感じる、4. とても感じる）を用いて調査した。

F. データ分析方法

統計ソフトIBM SPSS Ver.21を用いて、就労支援の内容と時期について実践している割合、実践して感じる困難の割合については単純集計し、困難の程度についてはリッカートスケールに1～4点の得点を付与して度数分布を算出した。臨床経験年数（6～20年群と21年以上群）、がん相談経験年数（4年以下群と5年以上群）、資格（CNS・CN）の有無、支援マニュアルの有無と、困難を感じる程度の比較についてはMann-WhitneyのU検定を行い、5%有意水準とした。

なお、特定領域のエキスパートナースの特性（石井・藤田，2014，p.33）として、その特定領域で5年以上の臨床経験および対象者へのケアに関わった経験があり、高度な看護ケアを展開していると周囲から認められていることが示されている。これを参考に、がん相談経験年数を4年以下と5年以上の2群に区分した。

G. 倫理的配慮

研究対象者の所属施設長、看護部長に文書で研究協力を依頼し、該当する研究対象者に研究依頼文書を配付してもらった。研究対象者に、研究目的と方法、研究協力への任意性の確保、研究協力の如何により不利益を被らないこと、得られたデータは統計的に処理し研究目的にのみ使用することを文書で説明するとともに、個人のプライバシーに配慮するため質問紙は無記名とした。質問紙の返信をもって、研究参加への同意を得たものとした。本研究は、研究代表者所属施設の研究倫理審査委員会の承認（承認番号28-116）を得て実施した。

III. 結果

A. 研究対象者の属性および勤務状況等（表1）

全国のがん診療連携拠点病院426施設に質問紙調査を依頼した結果、がん相談に従事する臨床経験6年以上の看護師106名から回答があり（回収率24.9%）、有効回答率は100%であった。対象者所属施設の所在地域は、北海道、東北、関東、中部・東海、近畿、中国・四国、九州・沖縄の7地域それぞれ9(8.5%)～23(21.7%)施設の分布であった。がん患者指導管理料の算定ありは97名(91.5%)であった。施設内で活用するがん就労支援マニュアルありは40名(37.7%)であった。施設内で活用する就労支援マニュアルは、がん就労者および事業所に向けて国や行政機関などが作成したものであった。対象者の性別は女性が104名(98.1%)、年齢は40～50歳代が80名(75.5%)であった。臨床経験年数は21年以上が67名(63.2%)、がん

相談経験年数は5年以上が57名（53.8%）であった。有資格（CNS・CN）者は77名（72.6%）、「がん相談」業務を専従・専任とする者は84名（79.2%）であった。

B. がん就労支援の実践と困難の実態

1. 就労支援内容と支援時期別の実践割合（図1）

支援内容では、「症状に関する相談・解決方法の提

表1. 対象者の属性および勤務状況等

| 項目 | 人数 | % |
|------------------|-----|------|
| 性別 | | |
| 男性 | 2 | 1.9 |
| 女性 | 104 | 98.1 |
| 年齢 | | |
| 30歳代 | 22 | 20.8 |
| 40歳代 | 46 | 43.4 |
| 50歳代 | 34 | 32.1 |
| 60歳代 | 4 | 3.8 |
| 臨床経験年数 | | |
| 6～10年 | 2 | 1.9 |
| 11～15年 | 16 | 15.1 |
| 16～20年 | 21 | 19.8 |
| 21～25年 | 36 | 34.0 |
| 26年以上 | 31 | 29.2 |
| がん相談経験年数 | | |
| 4年以下 | 49 | 46.2 |
| 5～9年 | 34 | 32.1 |
| 10～14年 | 14 | 13.2 |
| 15年以上 | 9 | 8.5 |
| 資格（複数回答） | | |
| がん看護：CNS | 25 | 23.6 |
| 緩和ケア看護：CN | 21 | 19.8 |
| がん性疼痛看護：CN | 11 | 10.4 |
| がん化学療法看護：CN | 10 | 9.4 |
| その他：CNS（1）・CN（8） | 9 | 8.5 |
| 資格なし | 29 | 27.4 |
| 無回答 | 3 | 2.8 |
| 配属場所 | | |
| がん相談支援センター | 69 | 65.1 |
| がん化学療法外来 | 11 | 10.4 |
| 緩和ケアセンター（室） | 11 | 10.4 |
| その他 | 10 | 9.4 |
| 無回答 | 5 | 4.7 |
| 「がん相談」の勤務形態 | | |
| 専従（業務の8割以上） | 64 | 60.4 |
| 専任（業務の5割以上） | 20 | 18.9 |
| 兼任（業務の3割以上） | 19 | 17.9 |
| 無回答 | 3 | 2.8 |
| がん就労支援マニュアルの有無 | | |
| あり | 40 | 37.7 |
| なし | 62 | 58.5 |
| 無回答 | 4 | 3.8 |
| 所在地域 | | |
| 北海道 | 9 | 8.5 |
| 東北 | 17 | 16.0 |
| 関東 | 20 | 18.9 |
| 中部 | 10 | 9.4 |
| 近畿 | 16 | 15.1 |
| 中国・四国 | 10 | 9.4 |
| 九州・沖縄 | 23 | 21.7 |
| 無回答 | 1 | 0.9 |

N=106

示]、「就労ニーズの把握」については対象者の9割が実践していたが、「就労先との就労可否の判断の調整」、「就労先との情報共有」については1割未満であった。

支援時期では、受診から確定診断までの「がん診断以前」については約8割の看護師が実践していなかったが、「がん診断以前」を除くすべての時期で、約6～8割の看護師が就労支援を行っていた。

2. 就労支援を実践して困難を感じる割合・程度（図2、表2）

支援内容における困難では、困難をととても感じる・やや感じる者の割合が多かったのは、「就労先との情報共有」が82.1%（87名）、「就労先との就労可否の判断の調整」が79.2%（84名）、「就労上の課題解決支援」が74.5%（79名）の順であった。これら3項目は、困難を感じる程度の順位も上位であり、中央値は「やや感じる」を示す3.0より高値であった。

支援時期における困難では、困難をととても感じる・やや感じる者の割合が多かったのは、「進行・再発・転移時」が80.2%（85名）、「身体状況変化時」が79.2%（84名）、「緩和ケア移行時」が73.6%（78名）の順であった。これら3項目は、困難を感じる程度の順位も上位であり、中央値は「やや感じる」を示す3.0より高値であった。

3. 属性による就労支援を実践して感じる困難の程度の比較（表2）

7項目の支援内容のうち、「就労ニーズの把握」と「症状に関する相談・解決方法の提示」は、CNS・CNの資格有り群の方が無し群より、困難感が有意に低かった（それぞれ $U=694.5, p=.013$ ； $U=691.5, p=.025$ ）。「就労先との情報共有」「就労可否の判断の調整」は、就労支援マニュアルの有り群の方が無し群より、困難感が有意に低かった（それぞれ $U=711.5, p=.014$ ； $U=692.5, p=.035$ ）。

8項目の支援時期のうち、「初期治療開始時」、「退院時」、「復職時」、「身体状況変化時」はCNS・CNの資格有り群の方が無し群より、困難感が有意に低かった（それぞれ $U=499.5, p=.008$ ； $U=476.5, p=.026$ ； $U=485.5, p=.007$ ； $U=610.5, p=.038$ ）。

がん相談経験年数4年以下と5年以上の群により比較した結果、支援内容、支援時期ともに有意差はみられなかった。

IV. 考察

本調査対象者の所属施設は、全国7地域にそれぞれ1～2割の比率で分布しており、対象者の分布には地域の偏りがなかった。また、約9割の所属施設で「がん患者指導管理料」が算定されていたことから、がん看護に関するCNS・CNの資格を持つ看護師が専任で

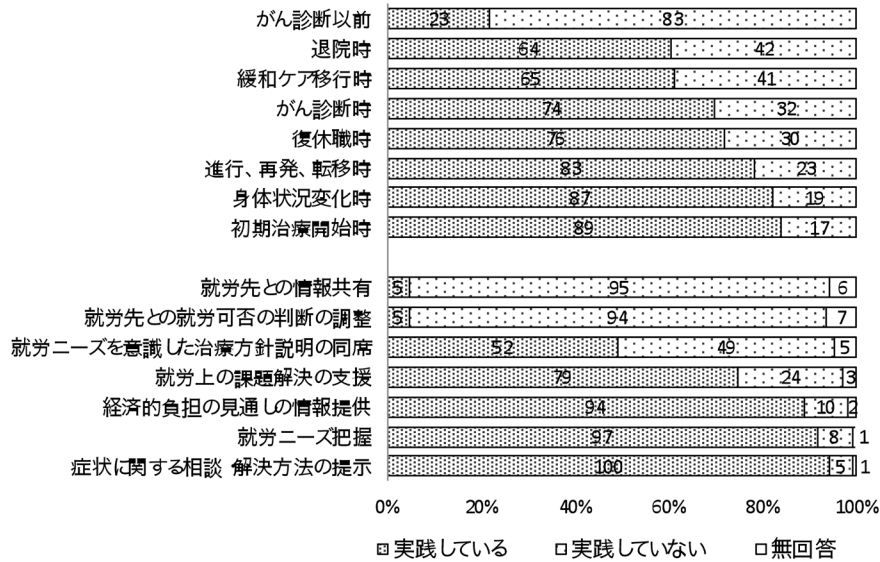


図1. 就労支援を実践している割合

N=106 グラフ内の数値は回答数を示す。

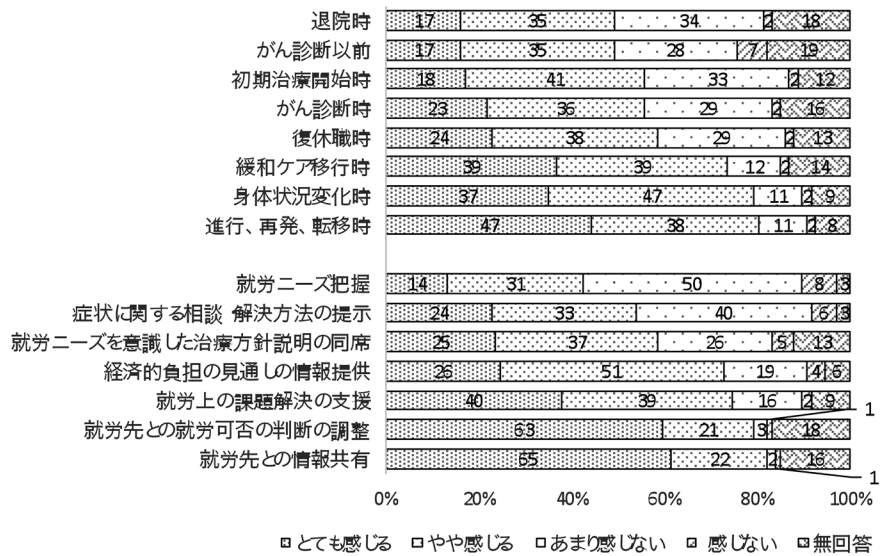


図2. 就労支援を実践して困難を感じる割合

N=106 グラフ内の数値は回答数を示す。

がん相談に従事する体制が整っている施設であった。以下、これらの施設で勤務する看護師の就労支援の実態と支援の際に抱く困難について、がん相談体制の拡充およびがんの疾患・治療の特性の2つの観点から、考察を加える。

A. がん相談体制の拡充

全国のがん相談支援センターでがん相談に専従・専任で従事している者の割合は、2009年度、2015年度ともに約5割であった（厚生労働省、2016b）。今回実施した調査では、がん相談に専従・専任で従事している者の割合は8割に増加しており、約7割の看護師がCNS・CNの有資格者であった。このことから、わが国のがん相談の体制は、がん看護に関する専門的な

知識と経験を有する看護師が、がん相談が必要なときには適切に対応できるよう整備されてきているといえる。このがん相談体制が拡充した要因の1つとして、2014年のがん診療連携拠点病院の施設基準（厚生労働省、2014b）の見直しに併せて、がん患者管理指導料の施設基準（厚生労働省、2014c）としてCNS・CNの資格を持つ専任の看護師の配置が義務付けられたことが考えられる。

B. がん就労者への就労支援の実態と課題

1. 就労支援内容の実態と課題

本調査結果から、がん相談に従事する看護師の就労支援の実態として、支援内容と支援時期により、実践の割合、実践して感じる困難の割合・程度には違いが

表2. 支援内容・支援時期による就労支援を実践して困難を感じる程度の比較

| 項目 | 資格 | | | | 支援マニュアルの有無 | | | | 臨床経験年数 | | | | がん相談経験年数 | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------------|-----|----|-----|-----|------------|-------|--------|-----|--------|-----|-----|------|----------|--------|-----|-------|-----|------|------|---------|--------|-----|------|----|-----|------|--------|-------|
| | n | 人数 | 中央値 | 平均 | ランク | U | P値 | n | 人数 | 中央値 | 平均 | ランク | U | P値 | n | 人数 | 中央値 | 平均 | ランク | U | P値 | | | | | | | |
| 支援内容 | 87 | あり | 65 | 3.7 | 45.1 | 642 | 0.366 | 88 | あり | 36 | 3.6 | 38.3 | 7115.5 | 0.014* | 89 | 6~20年 | 29 | 3.8 | 47.1 | 8085.5 | 0.492 | 90 | 4年以下 | 38 | 3.7 | 46.2 | 961.5 | 0.781 |
| | | なし | 22 | 3.6 | 40.7 | | | | なし | 52 | 3.8 | 48.8 | | | | 21年以上 | 60 | 3.7 | 44.0 | | | | 5年以上 | 52 | 3.7 | 45.0 | | |
| 支援時期 | 85 | あり | 64 | 3.7 | 42.9 | 664.5 | 0.923 | 85 | あり | 35 | 3.6 | 37.8 | 692.5 | 0.035* | 87 | 6~20年 | 28 | 3.8 | 46.8 | 7490.0 | 0.376 | 88 | 4年以下 | 35 | 3.8 | 47.3 | 836.0 | 0.281 |
| | | なし | 21 | 3.7 | 43.4 | | | | なし | 50 | 3.8 | 46.7 | | | | 21年以上 | 59 | 3.7 | 42.7 | | | | 5年以上 | 50 | 3.7 | 42.6 | | |
| 経済的負担の見通しの情報提供 | 94 | あり | 71 | 3.2 | 45.8 | 698.5 | 0.264 | 94 | あり | 39 | 3.1 | 41.8 | 851.5 | 0.066 | 96 | 6~20年 | 30 | 32.0 | 48.3 | 9850.0 | 0.966 | 97 | 4年以下 | 41 | 3.3 | 48.3 | 1118.5 | 0.816 |
| | | なし | 23 | 3.4 | 52.6 | | | | なし | 55 | 3.4 | 51.5 | | | | 21年以上 | 66 | 3.3 | 48.6 | | | | 5年以上 | 56 | 3.3 | 49.5 | | |
| 就労ニーズを意識した治療方針説明の同席 | 90 | あり | 69 | 2.8 | 43.1 | 558 | 0.093 | 91 | あり | 36 | 2.9 | 44.7 | 943 | 0.687 | 92 | 6~20年 | 30 | 2.8 | 43.7 | 8455.5 | 0.458 | 93 | 4年以下 | 40 | 2.8 | 44.4 | 954.5 | 0.387 |
| | | なし | 21 | 3.2 | 53.4 | | | | なし | 55 | 3.0 | 46.9 | | | | 21年以上 | 62 | 3.0 | 47.9 | | | | 5年以上 | 53 | 3.0 | 49.0 | | |
| 症状に関する相談・解決方法の提示 | 100 | あり | 74 | 2.6 | 46.8 | 691.5 | 0.025* | 99 | あり | 39 | 2.7 | 50.0 | 1169 | 0.994 | 102 | 6~20年 | 35 | 2.6 | 48.0 | 10495.5 | 0.360 | 103 | 4年以下 | 46 | 2.7 | 51.3 | 1280.0 | 0.828 |
| | | なし | 26 | 3.1 | 60.9 | | | | なし | 60 | 2.7 | 50.0 | | | | 21年以上 | 67 | 2.7 | 53.3 | | | | 5年以上 | 57 | 2.7 | 52.5 | | |
| 就労ニーズ把握 | 100 | あり | 73 | 2.3 | 46.5 | 694.5 | 0.013* | 100 | あり | 40 | 2.5 | 52.4 | 1124.5 | 0.566 | 102 | 6~20年 | 34 | 2.3 | 46.3 | 9780.0 | 0.173 | 103 | 4年以下 | 46 | 2.4 | 48.6 | 1156.5 | 0.268 |
| | | なし | 27 | 2.8 | 61.3 | | | | なし | 60 | 2.4 | 49.2 | | | | 21年以上 | 68 | 2.5 | 54.1 | | | | 5年以上 | 57 | 2.5 | 54.7 | | |
| がん診断以前 | 85 | あり | 64 | 2.7 | 42.9 | 663 | 0.923 | 83 | あり | 37 | 2.8 | 42.4 | 838.0 | 0.900 | 86 | 6~20年 | 31 | 2.6 | 36.8 | 8230.0 | 0.973 | 103 | 4年以下 | 35 | 2.8 | 46.0 | 840.0 | 0.522 |
| | | なし | 21 | 2.7 | 43.4 | | | | なし | 46 | 2.0 | 41.7 | | | | 21年以上 | 58 | 2.8 | 49.4 | | | | 5年以上 | 52 | 2.7 | 42.7 | | |
| がん診断時 | 88 | あり | 67 | 2.8 | 41.8 | 521 | 0.058 | 86 | あり | 37 | 3.0 | 45.6 | 829.5 | 0.475 | 89 | 6~20年 | 31 | 2.6 | 36.8 | 6435.5 | 0.020* | 87 | 4年以下 | 37 | 3.0 | 47.4 | 910.5 | 0.542 |
| | | なし | 21 | 3.2 | 53.2 | | | | なし | 49 | 2.5 | 41.9 | | | | 21年以上 | 58 | 3.1 | 49.4 | | | | 5年以上 | 53 | 2.8 | 44.2 | | |
| 初期治療開始時 | 92 | あり | 70 | 2.6 | 42.6 | 499.5 | 0.008* | 90 | あり | 37 | 2.8 | 46.9 | 927.5 | 0.640 | 93 | 6~20年 | 33 | 2.6 | 39.9 | 7560.0 | 0.044* | 94 | 4年以下 | 38 | 2.8 | 49.5 | 988.5 | 0.532 |
| | | なし | 22 | 3.2 | 58.8 | | | | なし | 53 | 2.7 | 44.5 | | | | 21年以上 | 60 | 2.9 | 50.9 | | | | 5年以上 | 56 | 2.7 | 46.2 | | |
| 退院時 | 86 | あり | 65 | 2.6 | 40.3 | 476.5 | 0.026* | 89 | あり | 37 | 2.8 | 47.5 | 852.0 | 0.866 | 87 | 6~20年 | 31 | 2.6 | 38.9 | 7110.0 | 0.136 | 88 | 4年以下 | 36 | 2.8 | 45.4 | 904.5 | 0.775 |
| | | なし | 21 | 3.1 | 53.3 | | | | なし | 47 | 2.5 | 43.2 | | | | 21年以上 | 56 | 2.8 | 46.8 | | | | 5年以上 | 52 | 2.7 | 43.9 | | |
| 復休職時 | 91 | あり | 69 | 2.7 | 42.0 | 485.5 | 0.007* | 89 | あり | 37 | 3.0 | 47.5 | 870.5 | 0.418 | 92 | 6~20年 | 33 | 2.7 | 39.5 | 7430.0 | 0.046* | 93 | 4年以下 | 38 | 3.0 | 49.4 | 955.0 | 0.454 |
| | | なし | 22 | 3.4 | 58.4 | | | | なし | 52 | 2.5 | 43.2 | | | | 21年以上 | 59 | 3.0 | 50.4 | | | | 5年以上 | 55 | 2.8 | 45.4 | | |
| 身体状況変化時 | 96 | あり | 72 | 3.2 | 45.0 | 610.5 | 0.038* | 93 | あり | 38 | 3.3 | 46.2 | 1014.5 | 0.792 | 96 | 6~20年 | 34 | 3.3 | 46.3 | 9805.5 | 0.536 | 97 | 4年以下 | 40 | 3.4 | 51.5 | 1041.5 | 0.428 |
| | | なし | 23 | 3.6 | 57.5 | | | | なし | 55 | 2.7 | 47.6 | | | | 21年以上 | 62 | 3.3 | 49.7 | | | | 5年以上 | 57 | 3.2 | 47.3 | | |
| 進行、再発、転移時 | 95 | あり | 72 | 3.3 | 45.8 | 669.5 | 0.131 | 94 | あり | 38 | 3.3 | 44.6 | 953.0 | 0.347 | 97 | 6~20年 | 33 | 3.4 | 48.7 | 1047.5 | 0.943 | 98 | 4年以下 | 41 | 3.5 | 53.8 | 992.5 | 0.164 |
| | | なし | 23 | 3.6 | 54.9 | | | | なし | 56 | 3.0 | 49.5 | | | | 21年以上 | 64 | 3.4 | 49.1 | | | | 5年以上 | 57 | 3.3 | 46.4 | | |
| 緩和ケア移行時 | 94 | あり | 67 | 3.2 | 42.9 | 596.5 | 0.080 | 88 | あり | 36 | 3.2 | 40.9 | 808.0 | 0.237 | 91 | 6~20年 | 33 | 3.3 | 43.5 | 8760.0 | 0.467 | 92 | 4年以下 | 38 | 3.4 | 48.1 | 965.5 | 0.602 |
| | | なし | 23 | 3.6 | 53.1 | | | | なし | 52 | 2.8 | 47.0 | | | | 21年以上 | 58 | 3.3 | 47.4 | | | | 5年以上 | 54 | 3.3 | 45.4 | | |

Mann-WhitneyのU検定 *: p<0.05

あり、その困難の程度には、CNS・CNの資格の有無、就労支援マニュアルの有無による有意差があることが明らかとなった。

就労支援の支援内容では、症状に関する相談や就労ニーズの把握については、看護師の約9割が実践していた。実践の割合が高い理由として、症状に関する相談は、2016年の包括的な就労支援事業がスタートする前から、がん相談に従事する看護師にとっては重要な役割として実施されてきたことが考えられる。がん就労者は、治療中から治療後も多様な身体症状をセルフケアしながら、仕事の内容やペースと折り合いをつけ治療と両立することを余儀なくされる。そのため、就労継続に影響を及ぼす症状により仕事上の責任を十分に果たせない困難さを抱えている（佐藤・吉田・前田, 2013, p.81）。一方で、就労継続の様相として、就労ニーズに適う職場の理解や、疾患・治療による症状をコントロールできている症状安定の自覚が報告されている（和田・稲吉, 2013, p.41）。このように、症状に関する相談は就労を継続するうえで重要な意味を持つことから、症状の相談と就労ニーズの把握は密接に関連する支援内容であることが双方の実践の割合が高い理由の1つといえよう。

また、この2つの支援内容を実践して感じる困難さにはCNS・CNの資格の有無による有意差はあるが、がん相談経験年数4年以下と5年以上の群による有意差はなかった。このことから、症状の相談と就労ニーズの把握に関する困難さには、CNS・CNの症状マネジメントやコンサルテーションなどに関する専門的なあるいは熟練した知識や技術に裏付けられたケアの成果に対する確信や自信が反映していることが考えられる。なお、本調査対象者であるがん相談に従事する看護師およびCNS・CNの有資格者は、5年以上がん看護に従事した経験を有することが要件とされている。今回、がん相談経験年数による差がみられなかった理由として、本調査対象者が特定領域のエキスパートナースの特性（石井・藤田, 2014, p.33）とされる5年以上のがん看護の経験を有していたことが考えられる。

一方、就労先との「就労可否の判断の調整」や「情報共有」については、看護師の約9割が実践していないにもかかわらず、困難を感じる割合が約9割と高かった。つまり、実践していないにもかかわらず定期的に困難を感じている者が多いことがいえる。秘匿性の高い個人情報扱いを就労先と連携する支援内容は実践経験がなく、包括的な就労支援システムに起因する特有な課題であり、これまでのがん相談に関する知識・経験では対応しきれないことが考えられる。また、看護師が就労先と連携する支援内容を実践していない理由として、就労先との連携における看護師の役割の不明確さが考えられる。がん治療スタッフ向けガイドブック（がん対策情報センター, 2017）に示され

た書式例によると、就労先は主治医に就労者の勤務情報を提供して就労可否の判断について意見を求めることを想定している。しかし、就労先にとっては、就労者が症状をマネジメントしながら就労継続するのを支援するうえで、医師による医学的な情報提供・判断に併せて、看護師による身体・心理・社会・生活面からの情報提供・判断は有用であり、就労先との連携における看護師の役割を明確にすることも必要と考える。

この就労先との連携に対して感じる困難には就労支援マニュアルの有無による有意差があった。このことから、判断のよりどころとなる就労支援マニュアルの有効活用は、実践経験がない支援内容に対する予期的困難感を低減することがいえる。しかしながら、就労支援マニュアルが有ると回答した看護師が4割にも満たなかった結果については、がん診療連携拠点病院においても就労支援に関する情報や意識が十分に浸透しておらず、既存の就労支援マニュアルについても施設全体として周知・活用されていない可能性が推察される。その要因として、国の重点目標とする包括的ながん就労支援の取り組み開始から間もないこと、また、医療機関の活用ニーズに合った治療スタッフ向け就労支援マニュアル（がん対策情報センター, 2017）は今回調査直前まで発行されていなかったことも考えられる。それらが有効活用されるよう周知方法の検討が必要と考える。このような中で、平成30年度診療報酬改定（厚生労働省, 2018）に伴い、個別改定項目としてがん患者の治療と就労の両立支援が明示されたことは、医療機関においても組織的な就労支援体制の整備・周知の追い風となることが期待される。

2. 就労支援時期の実態と課題

「がん診断以前」を除くすべての時期で、看護師の6~8割が就労支援を実践していたが、受診から確定診断までの「がん診断以前」では就労支援を実践している看護師は約2割であった。さらに、「がん診断以前」の就労支援については、予期的に困難を感じる者も含めると約5割が困難を感じていた。このことから、がん診断前の就労支援に至らない理由は、看護師がこの時期に患者と関わる機会がなく、さらに、患者自身の確定診断前の就労に対する関心が低いために、就労支援へのニーズを把握できないことであると考えられた。がんの疾患特性から初発症状や確定診断のための検査によっては診断以前から就労に影響することも考えられ、がん診断以前の就労支援の必要性も推測できる。しかし、就労支援の窓口となるがん相談支援センターの認知率は、一般市民で10%未満（2013年調査）、がん診療連携拠点病院のがん体験者で約50%（2014年調査）と低い現状がある（厚生労働省, 2016b）。また、「がん診断以前」の就労支援の実践の割合が低い理由として、就労はがん患者が直面する困りごとの1つではあるが（がん情報サービス, 2014）、

確定診断前の患者の関心の優先順位が診断・治療にあるため、看護師もその関心の優先順位をとらえた結果と推察された。先行研究では、就労支援を実践して困難に感じる理由の1つとして、〈がん診断前後や病状進行時期によっては就労に対する患者の関心が低い〉ことが報告されている（新田・下平・矢野，2018，p. 6）。つまり、がん診断以前は、患者自身の関心は就労よりも診断や治療に寄せられている。しかし、看護師は先を見据えて予期的にこの時期から就労支援を行う必要性を感じているものの、患者が関心を寄せていない事柄に関して支援の手がかりがつかみにくく、実践することに困難を感じている可能性がある。これらのことから、看護師は「がん診断以前」の就労支援が必要と考えているが、そのニーズを十分に把握できないために現実には実践に結びついていない現状が推察された。

これまで公表された就労支援ガイドブックなど（厚生労働省，2016c; がん対策情報センター，2013; がん対策情報センター，2017）は、「がん診断以前」の介入を示していない。しかし、がん診断時点で就労していた者の約2割が退職し、その約4割は治療開始前に離職している（厚生労働省，2016a）。また、がん診断時に就労していた外来化学療法患者の約55%は就労について相談しておらず、28.8%が診断から治療開始前に退職していたとの報告（塩ノ谷・黒部・北澤他，2017，p.62-63）がある。治療と仕事の両立の可能性が考えられるにもかかわらず、治療開始前に離職するのを回避するための方策として、就労に対する患者の関心が低い「がん診断以前」に、がん相談につなげて潜在的な就労支援へのニーズを把握する必要性が考えられる。

就労支援の「身体状況変化時」、「進行・再発・転移時」、「緩和ケア移行時」の時期では、就労支援の実践の割合、困難を感じる割合・程度のいずれも他の時期に比較して高かったことから、身体状況の変化や治療方針の変更の時期に就労支援のニーズは高く、支援が難しいことが推察された。がんの疾患特性として、完治が望めず、侵襲的な治療を繰り返し、進行・再発の経過や症状発現は多様な様相を呈することから、先の見通しが立ちにくい。さらに、進行、再発、転移という転帰をたどるがん就労者は、身体面の変化時には自身の認識とは異なる病状をバッドニュースとして伝えられることも推察される。初めて化学療法を受けるがん就労者は、仕事を両立するうえで病气や治療が体に及ぼす変化や治療効果がわからず仕事上の役割の見通しがつかない困難（田中・田中，2012，p.65）があり、復職するうえで「病气や治療法の見通しを知りたい」という医療者への要望（堀井・小林・鈴木，2009，p.121）がある。しかし、がんの病態や治療に加えて就労環境の多様さは、医療者にとっても今後の見通し

の判断を難しくしていることが考えられる。これらのことから、身体的経過の見通しが不確かな時期に先を予測した就労支援の難しさや、病状の進行・悪化により患者の就労ニーズに身体状況が伴わないと考えられる時期に患者の就労ニーズに沿った課題解決の難しさがあることが推察され、がん就労支援に特有ながんの疾患特性に起因する課題であるといえる。

また、身体状況の変化や治療方針の変更の時期に就労支援をして感じる困難の程度はCNS・CNの資格の有無による有意差がみられた。この困難の程度の差には、CNS・CNの専門的なあるいは熟練した知識や技術に裏付けられたケアの成果に対する確信や自信が反映していることが考えられる。

C. 看護への示唆と課題

本調査により、がん相談に従事する看護師はがん診断時から緩和ケア移行までの時期において、困難を感じながらも就労支援を実践している実態が明らかとなった。また、専門的なあるいは熟練した知識や技術に裏付けられたケアの成果に対する確信や自信が就労支援の困難感を低減していることがいえる。このことから、がん相談に卓越した看護師は診断・治療の経過時期に応じてどのように就労支援しているのか、その実践から帰納的にがん就労支援の構造を明らかにすることにより、就労支援のモデルを構築する必要がある。

また、「がん診断以前」については、今後の治療経過を見通し潜在する就労ニーズを予測して予期的に困難を感じているが、就労支援に至っていないことが推察された。診断のための精査から治療開始までの期間が短いことが予想される患者などの場合、その初期対応がその後の関係専門職とのスムーズな連携につながるのではないだろうか。患者や家族にとって〈衝撃的な患者のがんの診断〉（菊地・神田，2017，p.762）以前に、仕事をすぐ辞めないための制度の活用や一般的な治療の見通しなど予備知識の提供は、診断後の就労継続に関する意思決定への支援となり得る。がん診断以前は早期離職を回避するための重要な就労支援の初期対応時期であると考えられる。そのため、「がん診断以前」の潜在的な就労支援のニーズを調査するとともに、「がん診断以前」の就労支援の有用性について検証する必要がある。

V. 本研究の限界

本調査結果は、全国を代表するがん診療連携拠点病院で、専任でがん相談に従事する体制が整っている施設に限定された就労支援の実態である。今後は、がん診療連携拠点病院でない施設や専任・専従でない施設で勤務する就労支援の実態を明らかにする必要がある。

VI. 結論

がん相談に従事する看護師の就労支援の実践状況とその困難の実態を調査した結果、がん診断時から緩和ケア移行までの時期においては、6～9割の看護師が困難を感じながらも就労支援を実践していることが明らかとなった。

支援内容7項目のうち、「就労先との就労可否の判断の調整」、「就労先との情報共有」については約9割が実践していないにもかかわらず、困難を感じると回答した割合が約9割と高かった。これらの困難の程度は就労支援マニュアルの有無と有意差があったことから、就労支援マニュアルは、就労先との連携におけるよりどころとなるといえる。

支援時期8項目のうち7項目については6～8割が実践し、「進行・再発・転移時」、「身体状況変化時」、「緩和ケア移行時」の順で困難を感じる割合・程度が高かった。身体状況変化時の困難の程度はCNS・CNの有資格者で有意に低かったことから、CNS・CNの専門的なあるいは熟練した知識や技術に裏付けられたケアの成果に対する確信や自信は、身体的経過の見通しが不確かな時期に先を予測した就労支援の困難感を低減するといえる。

「がん診断以前」の就労支援をしている割合は約2割であったにもかかわらず、約5割が困難を感じると回答していた。「がん診断以前」の潜在的な就労支援のニーズを調査するとともに、「がん診断以前」の就労支援の有用性について検証する必要がある。

謝辞

本研究の調査にご協力いただきました研究対象者及び研究施設の関係者の方々に深く御礼申し上げます。本研究は、平成29年度「学校法人 日本赤十字学園教育・研究及び奨学金基金」の助成を得て実施したものであり、その一部を本論文で発表した。

本研究の一部は、第37回日本看護科学学会学術集会において発表した。

JNは研究デザイン、データ収集と分析、草稿の作成、YSは草稿および研究全体の流れへの助言、KYは草稿への助言により研究および論文に貢献した。すべての著者は最終原稿を読み承認した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

文献

がん情報サービス (2014). がん専門相談員のための学習の手引き～実践に役立つエッセンス～第2版. https://ganjoho.jp/data/hospital/consultation/files/gakushu_guide02.pdf (2017.6.1)

がん情報サービス (2016). 都道府県がん診療連携拠点病院連絡協議会第8回情報提供・相談支援部会 (参考資料3-1) がん相談支援センターからみたがん対策上の課題と必要と考えられる対応についてのご報告. https://ganjoho.jp/data/med_pro/liaison_council/bukai/data/shiryo8/20161208_sanko_03-1.pdf (2017.6.1)

がん対策情報センター (2013). がんを持つ労働者と職場へのより良い支援のための12のヒント「治療と就労の両立」支援のための産業看護職向けガイドブック Ver.2. https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/sangyoukangosyoku_v2.pdf (2017.6.1)

がん対策情報センター (2017). がん治療スタッフ向け治療と職業生活の両立支援ガイドブック Ver.1. https://www.ncc.go.jp/jp/cis/divisions/05survivor/pdf/ryoritsushien_vol1.pdf (2018.6.1)

堀井直子・小林美代子・鈴木由子 (2009). 外来化学療法を受けているがん患者の復職に関する体験. 日本職業・災害医学会誌, 57(3), 118-124.

石井歩・藤田佐和 (2014). 若年がんサバイバーの希望を支える看護ケア エキスパートナースの実践より. 高知女子大学看護学会誌, 39(2), 32-41.

川崎優子 (2015). がん患者の意思決定プロセスを支援する共有型看護相談モデルの開発. 日本看護科学学会誌, 35, 277-285.

菊地沙織・神田清子 (2017). 難治性がん患者とともに歩む配偶者が新たな役割を形成するプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 40(5), 759-770.

厚生労働省 (2014a). がん患者・経験者の就労支援のあり方に関する検討会報告書「らしく働く」～仕事と治療の調和に向けて～. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000054911.pdf> (2018.3.17)

厚生労働省 (2014b). 健発0110第7号 平成26年1月10日 がん診療拠点病院等の整備について. 厚生労働省健康局長2014-1-10. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000155799.pdf> (2018.3.17)

厚生労働省 (2014c). 健発0305第2号 平成26年3月5日 特掲診療料の施設基準及びその届出に関する手続きの取り扱いについて. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000203034.pdf> (2018.3.17)

厚生労働省 (2016a). がん患者のおかれている状況と就労支援の現状について. https://ganjoho.jp/data/med_pro/liaisoncouncil/bukai/data/shiryo8/20161208_03-2_1.pdf (2018.3.17)

厚生労働省 (2016b). がん相談支援センターの現状と課題. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai>

- 10901000-Kenkoukyoku-Soumuka/0000132360.pdf (2018.3.17)
- 厚生労働省 (2016c). 事業場における治療と職業生活の両立支援のためのガイドライン. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11200000-Roudoukijunkyouku/0000198758.pdf> (2018.3.17)
- 厚生労働省 (2018). 平成30年度診療報酬改定について個別改定項目について. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000193708.pdf> (2018.6.1)
- 黒木由里子・生山笑・腰原麻衣子・鏡朋子・武見綾子 (2015). 全国がん診療連携拠点病院におけるがん患者カウンセリングの実態と課題. 日本赤十字看護学会誌, 15(1), 55-60.
- 新田純子・下平唯子・矢野和美 (2019). がん相談に従事する看護師の就労支援の困難の内容分析. 日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学紀要, (23), 1-11.
- 佐藤三穂・吉田恵・前田美樹・鷺見尚己 (2013). がん患者が外来化学療法を受けながら仕事を継続するうえでの困難と取り組み, およびそれらの関連要因. 日本がん看護学会誌, 27(3), 77-84.
- 塩ノ谷美津子・黒部綾・北澤里美・駒津陸子・皆川美和・原恵, 岡村由紀・小林あかね・内藤郁子・宮下有理・徳竹加代子・北原啓祐 (2017). 外来化学療法を受けるがん患者の診断後の就労状況の変化に関する実態調査 がん治療と就労の両立における課題. 長野市民病院医学雑誌, 1(1), 59-65.
- 田中登美・田中京子 (2012). 初めて化学療法を受ける就労がん患者の役割遂行上の困難と対処. 日本がん看護学会誌, 26(2), 62-75.
- 和田さくら・稲吉光子 (2013). 外来化学療法を受ける男性消化器がんサバイバーの就労継続の様相. 日本がん看護学会誌, 27(2), 37-46.

研 究 報 告

基礎看護技術演習におけるパフォーマンス評価と
学生のスキルとの関連

児玉 悠希, 菖蒲澤幸子, 舟越五百子, 北林 真美

Relationships between Performance Assessment Scores and Student Skills
in a Training Class for Basic Nursing Techniques

Yuki Kodama, Sachiko Shobuzawa, Ioko Funakoshi, Mami Kitabayashi

キーワード：パフォーマンス評価, 看護教育, 社会的スキル, 批判的思考, コミュニケーションスキル

key words : performance evaluation, nursing education, social skills, critical thinking, communication skills

Abstract

This study's objective was to determine how students' performance assessment scores in a training class for basic nursing techniques related to their skills in three domains: social, critical thinking, and supportive communication. First-year students (n=114) at a university nursing school were graded using the performance assessment and in terms of the three skills listed above. Students were divided into high- and low-scoring groups based on their assessments, and correlations between differences in average skill scores and across all variables were explored. The difference in each skill score was significantly higher in the high group in social skills and supportive communication skills ($p<.05$). There was no significant difference in critical thinking attitudes. In addition, performance assessment score showed a weak positive correlation with social skills and support communication skills ($p<.05$). The results suggest that nursing students who receive high scores on performance assessments also have good mastery of social and supportive communication skills.

要 旨

本研究の目的はA大学看護学部の基礎看護技術演習として導入しているパフォーマンス評価と、学生のスキル（社会的スキル, 批判的思考態度, 援助的コミュニケーションスキル）との関連を明らかにすることである。看護学部1年次生114名を対象者とし、パフォーマンス評価得点と3つのスキル得点を収集した。分析はパフォーマンス評価得点で対象者を高低群のグループに分類し、各スキル得点の差と各変数間の相関関係を分析した。各スキル得点の差は社会的スキルと援助的コミュニケーションスキルにおいて、有意に高群が高かった ($p<.05$)。批判的思考態度では有意な差はみられなかった。また、パフォーマンス評価得点と社会的スキル, 援助的コミュニケーションスキルとの間で弱い正の相関関係を認めた ($p<.05$)。結果からパフォーマンス評価得点が高い学生は社会的スキル, 援助的コミュニケーションスキルも高いことが示唆された。

受付日：2019年7月12日 受理日：2019年11月11日

日本赤十字秋田看護大学 Japanese Red Cross Akita College of Nursing

I. はじめに

看護基礎教育の場では卒業後の臨床への適応を促すため、統合的な能力である看護実践能力を養う方法の検討が行われており、近年はその評価の1つとしてパフォーマンス評価が注目されている。パフォーマンス評価とは、ある特定の文脈のもとで、さまざまな知識や技能等を用いながら行われる、学習者自身の作品や実演（パフォーマンス）を直接に評価する方法である（松下，2012）。看護におけるパフォーマンス評価は、臨床実践に近い状況を設定した課題を提示し、学生の知識や技術、思考、判断等が統合されているかを行動（パフォーマンス）から評価するものである。

看護基礎教育の場で行われているパフォーマンス評価に関する実践報告として、児玉・菖蒲澤・舟越他（2019）は看護学部1年次生を対象に、基礎看護技術の演習への導入を報告している。その実践報告では臨地実習未経験の学生が対象であり、多くの学生のパフォーマンスが未熟である一方で、高い評価のパフォーマンスで課題に取り組む学生もみられていたことが報告されている。そしてこの結果から、児玉・菖蒲澤・舟越他（2019）は高いパフォーマンスの学生がどのような能力に長けているかを明らかにすることが研究課題の1つであることを述べている。実際に看護のパフォーマンス評価に関わる先行研究では、パフォーマンスの高さに関係する要因を明確に示したものは見当たらない。そのため、このような課題への取り組みは、看護実践能力を育むことに重点を置いている看護基礎教育において重要な意味をもつ。

学生の看護パフォーマンスの高さに関係する要因として推測されるものとして、社会的スキルや批判的思考態度、コミュニケーションスキル等の基盤的なスキルがある。増原・内田・樽井他（2007）は、看護師を対象に経験年数別の看護実践能力と社会的スキルの関連を調査し、社会的スキルが看護実践能力の基盤を支える重要なスキルであることを報告している。また、批判的思考に基づく判断やケア、コミュニケーションに関するスキルについても、看護実践能力を構成する概念として複数の研究者によって位置づけられている（Schwirian, 1978; Lenburg, 1999; Liu, Kunaiktikul, Senaratana, et al., 2007）。これらのことから、先にあげた3つのスキルは看護者において重要なスキルであることが示されており、学生の高い看護パフォーマンスに関与していることも推測される。これらの基盤的なスキルと学生のパフォーマンス評価との関連を明らかにすることは、学生の看護パフォーマンスを高めるスキルの特定につながる。そして、看護の教育方法や、カリキュラムを検討するうえでの重要な資料となり、看護基礎教育の発展に寄与することが推察される。

以上のことから、本研究ではA大学看護学部の基礎

看護技術演習として導入しているパフォーマンス評価と、看護基礎教育において重要とされる学生のスキル（社会的スキル、批判的思考態度、援助的コミュニケーションスキル）との関連を明らかにすることを研究目的とする。

II. 方法

A. 対象者

A大学看護学部1年次生114名。

B. 調査時期と学習状況

調査は対象者の第1セメスターにあたる時期（1年次生の6月～9月）に実施した。対象者の学習内容として基礎的なコミュニケーションに関する講義、演習を終了していた。臨地実習は未経験であった。

C. 調査データ

調査で収集したデータは、基礎看護技術演習におけるパフォーマンス評価得点、社会的スキル得点、批判的思考態度得点、援助的コミュニケーションスキル得点の4つをデータとした。パフォーマンス評価得点は「基礎看護学II看護技術1」の技術演習として6月に実施したデータを使用した。3つのスキルに関する調査は自記式の質問紙によりデータを収集した。質問紙調査は研究者による成績評価につながる強制力を排除するために前期成績評価が終わった9月に実施した。質問紙の配布は対象学年の学生全員に一斉に配布し、質問紙に6月の基礎看護技術演習で行ったパフォーマンス評価結果を使用することの同意を得る項目も加えた。回収は教員の目が届かない提出用の鍵付きの箱を大学学務課に1週間設置することで回収した。データに関する詳細は以下のとおりである。

1. パフォーマンス評価得点

A大学「基礎看護学II看護技術1」の技術演習で評価されるパフォーマンス評価得点を用いた。技術演習の内容は、実践的狀況下を想定した血圧測定を設定した。パフォーマンス課題として血圧測定実施の過程に2つの課題を設定し、課題に対する学生のパフォーマンスを評価した。1つ目の課題として、「患者からの質問」を設定した。2つ目の課題として「患者からの訴え」を設定した。「患者からの質問」では、学生が患者に血圧測定を実施するといった説明を行う際に、患者（教員が演示）から「血圧はどのくらいがちょうどいいのか」、「血圧が高いとどうしてダメなのか」といった内容の質問を行った。この質問に対する学生の返答内容や返答態度等をパフォーマンスとして科目担当者が評価した。「患者からの訴え」では、学生がマンシュートを上腕に巻こうとした際に患者がマンシュートを巻こうとしている上腕の疼痛を訴えるといった課題を設定した。この患者の訴えに対し、学生がどのように対応し、どのような測定方法を選択する

か等をパフォーマンスとして科目担当者が評価した。評価は定性的評価に有用なループリック形式の評価表を独自に作成して行った。評価項目は実践的な文脈での看護パフォーマンスを評価することを意図し、対象者からの質問に対する「説明力」と「態度」、対象者からの訴えに対する「判断力」と「観察力」の4つの項目を設定した。それぞれの評価項目の主要な評価内容について、「説明力」では質問に対する正しい情報での返答や専門用語を用いない説明ができるかを評価の視点とした。「態度」では落ち着きがあり、丁寧な言葉遣いができる点等を評価の視点とした。「判断力」では、苦痛の訴えに対し、苦痛を回避する方法の選択ができるか等を評価の視点とした。「観察力」では訴えに対する観察の視点として主観的データ、客観的データの収集を行っているかを評価した。評価基準をAからCの3段階に設定し、3段階の評価を1から3に数値化することで順序尺度の変数とした。4つの評価項目の合計点をパフォーマンス評価得点とした。パフォーマンス評価の詳細な内容は、児玉・菖蒲澤・舟越他（2019）の実践報告の内容に準じて実施しており、評価表の詳細な内容に関しては児玉・菖蒲澤・舟越他（2019）を参照とする。

2. 社会的スキル得点

測定は菊池（2004）が開発した「Kikuchi's Scale of Social Skills（以下Kiss-18とする）」を使用した。尺度は18項目5件法（いつもそうでない：1点～いつもそう：5点）によって回答を得るものである。尺度の構成は、「初歩的スキル」、「高度なスキル」、「感情処理のスキル」、「攻撃処理のスキル」、「ストレス処理のスキル」、「計画のスキル」の6つの因子で構成される。尺度の信頼性と妥当性は検証されている。

3. 批判的思考態度得点

測定は常盤・山口・大場他（2010）が開発した「看護基礎教育用批判的思考態度尺度」を使用した。批判的思考には、態度、知識、技術の3つの主要な要素があり、知識や技術を活用する前提となる態度が特に重要とされる（Zechmeister & Johnson, 1996）。使用する尺度は看護基礎教育用に批判的思考を態度の側面で測定することを目的に開発された尺度である。尺度は15項目で構成され、5件法（全くそうでない：1点～全くそうである：5点）で回答を得るものである。尺度の構成は、「懐疑的態度」、「協同的態度」、「根気強さ」、「探求心」、「論理的思考への自信」の5つの因子で構成される。限られた看護系大学での信頼性と妥当性の検証であり、一般可能性には限界がある尺度ではあるものの、構成概念妥当性、信頼性、基準関連妥当性をおおむね確保していることに加え、初学者の看護学生からも回答を得られやすい内容となっている。

4. 援助的コミュニケーションスキル得点

測定は比嘉・山田・田中（2014）が開発した「援助

的コミュニケーションスキル測定尺度 β （以下TCSS- β ）」を使用した。対象を看護学生として開発された尺度である。11項目で構成され、5件法（全くできない：1点～非常によくできる：5点）で回答を得るものである。尺度の構成は「スピリチュアルスキル」、「メンタルスキル」、「非言語的スキル」の3つの因子で構成され、尺度の信頼性と妥当性は検証されている。

D. 分析方法

分析はパフォーマンス評価得点が中央値以上の学生をパフォーマンス評価高群、中央値未満の学生をパフォーマンス評価低群のグループに分類し、各スキルの平均得点の違いをMann-WhitneyのU検定を用いて分析した。また、パフォーマンス評価得点と各スキル得点との相関関係をSpearmanの順位相関係数を用いて分析した。

E. 倫理的配慮

研究協力は自由意思によるものであり、得られたデータは匿名化し個人が特定されないよう十分に配慮すること、諾否によって不利益が生じないこと等を紙面および口頭で対象者に説明を行った。また、対象者が学生であることを考慮し、当該科目の評価が確定した後に協力依頼を行った。研究に使用する尺度の使用許可は、開発者より書面による承諾を得て使用した。倫理的配慮に関しては日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（通知番号30-112）。

III. 結果

114名に依頼を行い53名より同意が得られた。そのうち質問紙の回答に欠損がみられる回答を除き、50名のデータを分析対象とした（有効回答率43.9%）。

A. パフォーマンス評価得点と各スキル得点（表1）

パフォーマンス評価得点の中央値と四分位範囲（第1四分位数-第3四分位数）は8(7-9)、最大値10、最小値4であった。社会的スキル得点は62(53.8-70)、最大値90、最小値40であった。批判的思考態度得点は56.5(52.8-60.3)、最大値72、最小値46であった。援助的コミュニケーションスキルは41.5(38-44.3)、最大値55、最小値23であった。

B. パフォーマンス評価得点高低群によるスキル得点の違い（表2）

パフォーマンス評価得点の高低群による各スキル得点に関して、高群の社会的スキルの中央値が63(59.8-71.5)、低群が56.5(50-62.8)で高群の得点が有意に高かった（ $p<.01$ ）。批判的思考態度については、高群の中央値が57.5(53-60.8)、低群が56(50.0-57.8)で有意な差はみられなかった。援助的コミュニケーションスキルに関しては高群の中央値が42(38-47.3)、低群が39.5

表1. パフォーマンス評価得点と各スキル得点

n=50

| 項目 | 中央値 | 第1四分位 | 第3四分位 | 最大値 | 最小値 |
|-----------------|------|-------|-------|-----|-----|
| パフォーマンス評価得点 | 8 | 7 | 9 | 10 | 4 |
| 社会的スキル | 62 | 53.8 | 70 | 90 | 40 |
| 批判的思考態度 | 56.5 | 52.8 | 60.3 | 72 | 46 |
| 援助的コミュニケーションスキル | 41.5 | 38 | 44.3 | 55 | 23 |

表2. パフォーマンス評価得点高低群による各スキル得点平均の違い (Mann-Whitney U test)

| 項目 | 社会的スキル | | 批判的思考態度 | | 援助的コミュニケーションスキル | |
|-------|--------|------|---------|------|-----------------|------|
| | 高群 | 低群 | 高群 | 低群 | 高群 | 低群 |
| n | 22 | 28 | 22 | 28 | 22 | 28 |
| 中央値 | 63 | 56.5 | 57.5 | 56 | 42 | 39.5 |
| 平均ランク | 31.2 | 18.2 | 28.7 | 21.4 | 29.5 | 20.4 |
| p値 | .002** | | .078 | | .027* | |

**p<.01 *p<.05

表3. パフォーマンス評価得点, 各スキル得点における相関関係 (Spearman)

| 項目 | パフォーマンス 評価得点 | 社会的スキル | 批判的思考態度 | 援助的 コミュニケーションスキル |
|-----------------|-----------------|--------|---------|---------------------|
| パフォーマンス評価得点 | — | | | |
| 社会的スキル | .388** | — | | |
| 批判的思考態度 | .207 | .614** | — | |
| 援助的コミュニケーションスキル | .330* | .730** | .431** | — |

**p<.01 *p<.05

(35-42) で高群の得点が有意に高かった (p<.05)。

C. パフォーマンス評価得点と各スキル得点の相関関係 (表3)

パフォーマンス評価得点, 各スキル得点との相関関係では, 社会的スキルとの相関係数が $\rho=.388$ (p=.005), 批判的思考態度が $\rho=.207$ (p=.150), 援助的コミュニケーションスキルが $\rho=.330$ (p=.019) であり, パフォーマンス評価得点と社会的スキル, 援助的コミュニケーションスキルとの間に弱い正の相関関係を認めた。各スキル間の相関では, 社会的スキルと援助的コミュニケーションスキルが $\rho=.730$ (p=.000) で強い正の相関関係を認めた。社会的スキルと批判的思考態度が $\rho=.614$ (p=.000) で中等度の正の相関関係を認めた。批判的思考態度と援助的コミュニケーションスキルが $\rho=.431$ (p=.002) で中等度の正の相関関係を認めた。

IV. 考察

A. パフォーマンス評価と社会的スキルの関係

パフォーマンス評価得点の高群と低群では, 高群の社会的スキルが有意に高く, 相関関係においても2つの変数の間に弱い正の相関関係を認めた。このことから, A大学の演習におけるパフォーマンス評価が高い

学生は社会的スキルも高いことが示唆された。

社会的スキル測定尺度 (Kiss-18) の開発者である菊池 (2004) は, 社会的スキルについて対人関係を円滑にするスキルであると述べている。先行研究では対人援助職である看護師においても社会的スキルに焦点が当てられている。高島・樋之津・小池他 (2004) は新人看護師を対象に看護実践能力と社会的スキルとの関係を調査しており, 6か月以降に看護実践能力 (Six-DS) と社会的スキル (Kiss-18) の関連が強くなることを報告している。また, 増原・内田・樽井他 (2007) の先行研究においても臨床看護師を経験年数別に調査し, 看護実践能力と社会的スキルとの間に相関関係が認められることを報告し, 看護実践能力の基盤を支える重要なスキルであることが述べられている。これらのことから, 社会的スキルは看護の実践において重要なスキルの1つであることが推察される。一方, 学生に対して行われたパフォーマンス評価は, 看護実践における「ある特定の文脈」や, 「リアルな場面」を想定した課題 (パフォーマンス課題) に基づく評価であり, 臨床における看護実践能力に近似した能力を反映することが推測される。そのため, 社会的スキルにおいて有意な差がみられたことや, パフォーマンス評価得点と相関関係にあるといった結果は妥当な結果といえる。社会的スキルの向上が学生の看護パフォーマンス

ス向上に寄与する可能性が示唆された。

B. パフォーマンス評価と批判的思考態度の関係

結果よりパフォーマンス評価得点高低群における批判的思考態度得点に有意な差はみられなかった。批判的思考やその主要な要素である態度は看護実践能力を構成する概念として位置づけられている(松谷・三浦・平林他, 2010)。そのため、本来であれば、臨床でのリアルな場面を想定した課題に対するパフォーマンス評価と批判的思考態度は有意な関連を示すことが推測される。しかしながら、今回の結果では有意な差はみられなかった。このような結果となった要因としては、設定した課題内容による要因が推測される。

パフォーマンス評価は「ある特定の文脈」を想定した課題に基づく評価である。課題として提示した特定の文脈において、批判的思考態度のスキルを活用する機会がなければ、パフォーマンス評価得点と批判的思考態度の得点との間に関連がみられないことは容易に見当がつく。今回は対象者が臨地実習未経験の1年次生であり、課題内容も深い思考や判断を伴わない平易なものであった。そのため、設定した課題内容が今回の調査結果に影響を与えた可能性は十分に考えられる。

課題内容の他にも、本研究対象者が1年次生であることを考慮すると、批判的思考態度が未熟なために結果に反映されなかった可能性についても検討する必要がある。先行研究からは本研究対象者の批判的思考態度が未熟であることを示す明確な比較材料は見当たらない。しかし、今回の対象者の中央値、四分位範囲、最小値の値が、5件法において全て「3」を選択した場合の得点値よりも高いため、本研究対象者の批判的思考態度得点は比較的高いことが推測される。そのため、本研究において、対象者全体の批判的思考態度が未熟なことによる結果への影響の可能性は否定的である。

C. パフォーマンス評価と援助的コミュニケーションスキルとの関係

結果よりパフォーマンス評価得点が高い学生は、援助的コミュニケーションスキルも高いということが示唆された。対人援助職である看護職にとって、コミュニケーション能力は看護実践において重要なスキルの1つである。文部科学省(2011)による「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討最終報告」においても「ヒューマンケアの基本に関する実践能力」を構成する1つとして、コミュニケーション能力が位置づけられている。つまり、今回測定した援助的コミュニケーションスキルは実践能力として明確に位置付けられているスキルであるといえる。このことから、パフォーマンス評価得点の高低群による援助的コミュニケーションスキルの有意な差は妥当な結果であり、改めてコミュニケーションスキルが看護のパ

フォーマンスを高めるうえで重要なスキルであることが示された。

D. パフォーマンス評価の有用性

今回の結果では、パフォーマンス評価得点が高い群において、社会的スキルや、援助的コミュニケーションスキルも有意に高いということが明らかとなった。このことは、先の考察にもあるように各スキルを高めることが学生の看護パフォーマンス向上につながる可能性を示唆している。そして同時に、今回の条件で提示したパフォーマンス評価の課題がそれらのスキルを反映する課題であることも意味している。A大学独自に設定した課題ではあるが、パフォーマンス評価が実際に看護の実践能力に関与するスキルを反映したことを示す研究報告は初めてであり、看護実践能力を養うために有用な教育方法であることが示唆された。

本研究におけるパフォーマンス評価の評価項目と、測定した尺度との類似性に関して、同じ性質のものを測るのであれば相関関係が高くなるのは必然である。今回の研究においてもパフォーマンス評価の評価項目と測定したスキルでは類似性の強いものが含まれており、相関関係を認めている。一見して当然の結果と考えられるが、このことから、反映させたいスキルの概念に基づいて課題を作成することで意図的にスキルとの関連をもたせることが可能であることが示されている。つまり、パフォーマンス評価では「特定の文脈」を課題として設定するため、さまざまな課題を作成することができ、多様な実践的な能力を意図的に評価し、育むことが可能であるといえる。そのため、課題設定の柔軟性といった点からも看護実践能力を育む教育方法としてパフォーマンス評価が有用であると考えられる。

V. 結論

A大学における1年次生を対象としたパフォーマンス評価と、看護基礎教育において重要とされるスキル(社会的スキル、批判的思考態度、援助的コミュニケーションスキル)との関連を調査し、パフォーマンス評価得点が高い学生は社会的スキル、援助的コミュニケーションスキルも高いということが示唆された。批判的思考態度においては、A大学が提示するパフォーマンス評価得点の高低群によって有意な差を示さないという結果であり、課題内容による要因が推測された。

研究の限界としては、本研究結果がA大学独自に導入しているパフォーマンス評価に基づく結果であることがあげられる。また、パフォーマンス評価と自記式質問紙による各スキルの測定時期には教育上の理由からタイムラグがあり、この点も研究の限界としてあげられる。

謝辞

本研究にあたり、貴重なデータを提供してくださった学生の皆様に心より感謝申し上げます。本研究は日本赤十字秋田看護大学日本赤十字秋田短期大学平成30年度教育研究活動促進助成を受け実施した。なお、本研究は第20回日本赤十字看護学会学術集会において発表した内容に加筆修正を加えたものである。

利益相反

本研究において、開示すべき企業、組織および団体との利益相反はない。

文献

- 比嘉勇人・山田恵子・田中いずみ (2014). 看護学生を対象とした援助的コミュニケーションスキル測定尺度 β (TCSS- β) の開発および信頼性と妥当性の検討. 富山大学看護学会誌, 14(1), 31-39.
- 菊池章夫 (2004). KiSS-18研究ノート. 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 6(2), 41-51.
- 児玉悠希, 菖蒲澤幸子, 舟越五百子, 北林真美 (2019). 基礎看護技術演習におけるパフォーマンス評価の導入. 岩手看護学会誌, 13(1), 13-18.
- Lenburg, C. B. (1999). The framework, concepts and methods of the competency outcomes and performance assessment (COPA) model. *Online Journal of Issues in Nursing*, 4(2), 1-12.
- Liu, M., Kunaiktikul, W., Senaratana, W., Tonmukayakul, O., Eriksen, L. (2007). Development of competency inventory for registered nurses in the People's Republic of China: scale development. *International Journal of Nursing Studies*, 44(5), 805-813.

- 増原清子・内田宏美・樽井恵美子・津本優子・長田京子・長沢淑子・福岡美紀 (2007). 臨床看護師の看護実践能力と社会的スキルの発達. 島根大学医学部紀要, 30, 51-57.
- 松下佳代 (2012). パフォーマンス評価による学習の質の評価—学習評価の構図の分析にもとづいて—, 京都大学高等教育研究, 18, 75-114.
- 松谷美和子・三浦友理子・平林優子・佐居由美・卯野木健・大隅香・西野理英 (2010). 看護実践能力 概念, 構造, および評価. 聖路加看護学会誌, 14, 2.
- 文部科学省 (2011). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/afiedfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf (2019.2.10)
- Schwirian, P. M. (1978). Evaluating the performance of nurses: A multidimensional approach. *Nursing Research*, 27(6), 347-350.
- 高島尚美・樋之津淳子・小池秀子・箭野育子・鈴木君江・赤沢陽子 (2004). 新人看護師12ヵ月までの看護実践能力と社会的スキルの修得過程—新人看護師の自己評価による—. *日本看護学教育学会誌*, 13(3), 1-17.
- 常盤文枝・山口乃生子・大場良子・鈴木玲子・高橋博美 (2010). 看護基礎教育における批判的思考態度を測定する尺度の信頼性と妥当性の検討. *日本看護学教育学会誌*, 20(1), 63-72.
- Zechmeister, E. B., Johnson, J. E. (1996)／宮元博章・道田泰司・谷口高士・菊池聡訳 (1996). *クリティカルシンキング入門編—あなたの思考をガイドする40の原則*. 京都：北大路書房.

資 料

認知症高齢者の体験に関する文献検討

岩原 由香

Review of Literature on Experience of Older Adults Living with Dementia

Yuka Iwahara

キーワード：認知症，高齢者，体験，文献検討

key words : dementia, older adults, experience, literature review

要 旨

本研究は、国内外の看護学及び関連分野で、65歳以上の認知症高齢者の体験に関する研究の内容を当事者の視点から明らかにすることにより認知症高齢者のケアへの示唆を得ることを目的に、「認知症」「高齢者」「体験」「経験」を検索語として得られた12文献について検討した。

先行研究の結果は、軽度から中等度の参加者に対しては主にインタビューが行われ、重度の参加者が含まれる場合は、参加観察が用いられていた。認知症高齢者の体験は、認知症の症状に対する思い、認知症に伴う生活の変化への対処、個々の生活の場での思いに分類された。認知症高齢者は、認知症の症状を自覚し、発症に伴う変化に対して様々な思いを持ちながら、よりよく生きようと豊かな人生経験を生かして自分で生活を整えようとしていた。認知症高齢者のケアにおいて、認知症高齢者の思いを理解し、安心を与え、尊重するケアが重要であることが示唆された。

1. はじめに

日本の高齢化率は2015年には26.7%となり団塊の世代が後期高齢者となる2025年には30.3%に達すると予測されている（内閣府，2015）。認知症高齢者の割合は2012年で65歳以上の約7人に1人と推計され、今後のさらなる高齢化の進展に伴い、2025年には、約5人に1人となることが予想されている（厚生労働省，2015）。認知症の人に対する対策として、2015年1月に認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）が出され（厚生労働省，2015）、その中で、本人主体の医療・介護などの徹底、本人やその家族の視点の重視

があげられている。認知症高齢者の視点からの支援を考えていくためには、認知症高齢者がどのような体験をしているかを明らかにする必要がある。

先行研究では、福田・上村・安酸（2004）によって認知症高齢者自身の体験や経験の国内外の研究の動向と課題について文献検討が行われている。さらに、von Kutzleben, Schmid, Halek, et al.（2011）によるシステムティックレビューや、Górska, Forsyth, & Maciver（2018）による認知症高齢者の体験についてのmeta-synthesisの文献がある。しかし、福田・上村・安酸（2004）の研究の対象となった文献には65歳未満の研究参加者が含まれているものがあり、選定条件や研究

受付日：2018年8月2日 受理日：2019年5月8日

日本赤十字看護大学大学院博士後期課程 Doctoral Program, Japanese Red Cross College of Nursing

手法に関する記述はなかった。von Kutzleben, Schmid, Halek, et al. (2011) と Górska, Forsyth, & Maciver (2018) の研究は日本語の論文は対象となっていない。

そのため、本研究では、国内外の看護学及び関連分野で、65歳以上の認知症高齢者の体験に関する研究の内容を当事者の視点から明らかにすることで認知症ケアの示唆を得ることを目的に文献検討を行った。

II. 文献検索と検討方法

A. 文献検索の方法

文献検討に際し、看護学及びその関連分野の文献が豊富にある医学中央雑誌WEB版 Ver.5, CHINAHL with full text, MEDLINE with Full Text を用いて2018年9月に検索した。

和文献に関しては、「認知症」「高齢者」と「体験」及び「経験」を検索語として、抄録付き原著論文を検索した。英論文は「dementia or Alzheimer's or cognitive impairment」, 「elderly or aged or older or elder or geriatric」, 「experiences」で検索したところ1,459論文が該当した。そのため、当事者の視点を示す「perspective」と日本語の「体験」の統制語に含まれる語りを意味する「narrated」を検索語としてそれぞれ加えて検索した。英論文検索の条件として、抄録付きの65歳以上を対象年齢とした。和論文、英論文ともに、多くの論文を得るために期間は設定しなかった。

B. 文献検討の方法

文献検討は、発表国、発表年、研究方法、研究参加者の選定条件と認知症状の測定スケールから研究方法を概観し、またそれぞれの研究結果の内容について類似性、関連性のあるものにテーマをつけて分類した(表1, 表2)。

III. 結果

A. 検索結果

検索によって得られた文献のうち重複したものを除いた英文献155編、和文献34編から抄録をもとに、日本語もしくは英語で記述されており、65歳以上の認知症高齢者が研究参加者である査読付き文献を選出し、選出した文献の引用リストの中からさらに文献を選出した。そのうち、65歳以上の認知症高齢者自身の体験が記述されている英文献7編、和文献5編について検討した。

B. 研究方法の概観

1. 発表国

カナダ、スウェーデンが各2編、アメリカ、イギリスが各1編、日本が6編であった。

2. 発表年と研究方法

文献は1998年以降に発表された質的研究であった。

英論文では、解釈学的現象学が2編、現象学、社会主義フェミニスト研究、グラウンデッド・セオリーアプローチ、継続的比較分析法、エスノグラフィがそれぞれ1編ずつであった。和論文はすべて質的記述的研究方法として、インタビューや参加観察を用いてデータ収集がされていた。

3. 研究参加者の選定条件と認知症状測定スケール

研究参加者の選定条件として、英論文ではすべてが認知症の診断を有することを条件としているか、認知症の診断がされていなければ入居できない施設の入居者であることが条件となっていた。和論文では、認知症の診断を選定基準として明記されていなかった。しかし、認知症の診断がなければ入所できない施設の入居者を対象としたものが2編あった(福田, 2005; 高山・水谷, 2000)。

選定条件に使用された認知症状測定スケールは、Global Deterioration Scale (GDS), Mini-Mental State Examination (MMSE), Cambridge Cognitive Examination (CAMCOG), Guidelines for Rating Awareness in Dementia (GRAD), 改訂長谷川式簡易知能評価スケール (HDS-R), 柄澤式老人知能の臨床的判定基準(柄澤式), N式老年者用精神状態尺度 (NMスケール) であった。認知症の診断を選定条件としない論文のうちの1編(服部・安藤・中里他, 2011)は、N式老年者用精神状態尺度 (NMスケール) の評価を選定条件としていた。

C. 研究結果の概観

1. 研究参加者の概要

研究参加者の認知症の重症度は、6論文で使用されていたMMSEの表記で見ると検査不能の重度の高齢者(高山・水谷, 2000)から測定値が28と軽度の高齢者(Wolverson, Clarke, & Moniz-Cook, 2010)までであった。認知症の診断が選定条件となっていなかった久保田・高山の論文(2017)では、参加者の属性にClinical Dementia Rating (CDR) が記載されており測定値が1~2と軽度から中等度の高齢者であった。これらのことから、研究参加者の認知症の重症度は、軽度から重度まで多岐にわたっていた。

2. データ収集方法

英論文で重症度が記載されている6論文はすべて軽度から中等度の高齢者が研究参加者となっていた。用いられているデータ収集方法としては、6論文ともインタビューを行っており、Nygård, & Starkhammar(2003)とPhinney(1998)の論文では参加観察を併用していた。

和論文では、軽度から重度の高齢者が研究参加者になっており、軽度から中等度の参加者に対してはインタビューが行われ(服部・安藤・中里他, 2011; 久保田・高山, 2017), 重度の参加者が含まれる場合は、参加観察が用いられていた(福田, 2005; 高山・水谷,

表1. 英文献

| 著者 (発表年) 発表国 | 目的 | 研究方法 | 参加者の条件 | 参加者 | データ 収集方法 | 主な結果 |
|--|---|----------------------|--|---|---------------------------|---|
| Phinney, A. (1998) アメリカ | 認知症の人の視点をより深く理解し、アルツハイマー病と一緒に暮らす経験やその意味を聞き理解を試みる | 現象学 | 認知症と診断されている | 75~89歳 5名 男性1名, 女性4名 MMSE ^{*1} 17~23 GDS ^{*2} 3~5/7 | 本人と家族への インタビュー 参加観察 | 1) 認知症の症状に対する思い 2) 認知症に伴う生活の変化への対処 3) 個々の生活の場での思い |
| Nygård, L. Starkhammar, S. (2003) スウェーデン | 一人暮らしの、入院していない認知症高齢者の電話利用における困難と対応戦略を描き出し、説明する | 継続的比較分析法 | 65歳以上 DSM-IV ^{*3} の基準に基づいて認知症と診断された自宅でも一人暮らし電話を使用することのできる10名 | 75~84歳 男性3名, 女性7名 MMSE ^{*1} 11~27 | インタビュー 参加観察 | 1) 一人暮らしの認知症高齢者の電話を使用したコミュニケーションでの困難に対して、目で見て、触って確かめるなどの知覚や、習慣や決まった場所の利用、大きな声を出して言葉にする、他人の助けを求めること、そして物理的環境を調整することなど、さまざまな環境に関連した方策を使用し、繰り返し行う、自制する、思索するなど、いくつもの認知的に関連した方策を使用していた。しかし、方策の有効性は疑わしいものだった。 |
| Ward-Griffin, C. Bol, N. Oudshoorn, A. (2006) カナダ | 軽度から中等度の認知症の女性およびその成人の娘のケアの授受における知覚と経験を探索する | 社会主義フェミニニスト、ライフコース研究 | 英語を話す能力がある週に2時間以上の世話を娘から受けている女性 SMMSE ^{*4} 17以上 | 75~98歳 10名 SMMSE ^{*4} 18~28 | 本人と娘への徹底 的な半構造化インタビュー | 2) 娘に負担をかけたくないという思いを持っていて、自分でできることは自分で行っていた。・どのようなケアをどれくらい受けるのかを自分で決めていた。・病状が進行し自分が必要とするか否かにかかわらずケアが提供されるようになる、徐々に自分でケアをコントロールすることを放棄し、娘によってケアがコントロールされるようになっていた |
| Edvardsson, D. Nordvall, K. (2008) スウェーデン | 精神老人病棟に在るという意味を明らかにする | 解釈学的現象学 | 研究の目的と方法が理解でき、口頭によるコミュニケーションができる精神老人病棟に入院中の入居者 | 68~83歳 6名 MMSE ^{*1} 9~27 | 自由回答式インタビュー ビュー | 3) 精神老人病棟に在ることには、見知らぬ人との居住スペースの共有、私的スペースの侵入、新しい知人との関係を築くことを意味する。精神老人病棟で受けるケアの内容は退屈であり、参加者にはケアの意味が評価されていなかった。 |
| Aminzadeh, F. Dalziel, W. B. Molnar, F. J. Garcia, L. J. (2009) カナダ | ケア施設 (RCF) への移転に関連した意味と経験について、認知症を有する人の視点で探究する | グラウンデッド・セオリーアプローチ | 65歳以上 募集時に「自宅」に住み、2ヶ月以内にRCFに移転する計画がある 少なくとも12ヶ月間現在の住居に住んでいる 認知症の診断を有する | 76~93歳 16名 男性5名, 女性11名 MMSE ^{*1} 15~27 CDR ^{*5} 1(11名) 2(5名) | インタビュー | 1) 健康と機能の低下の説明は、主に肉体的能力の喪失に焦点を当てていて、多くの人は、記憶障害を認めていた。2) 大多数は認知障害の程度と生活状況を受け入れに抑えようとした。豊かな人生経験を生かして、おかれた生活状況を受け入れ、ありのままに身をゆだねようとする努力し、彼らは自分の「survive」生き残る」能力を信じていた。3) 個人的な住居における活発で独立した生活から、より構造化された、保護された、支持的で集団的な生活環境における他の高齢者との共生への移行を意味した。住居の変化は、生活の全体的な「衰退」を示し、それは老後の経験と避けられない損失の消滅と密接に結び合っていた。 |
| Wolverson, E. L. Clarke, C. Moniz-Cook, E. (2010) イギリス | 初期の認知症の高齢者における希望の主観的経験を調査する | 解釈学的現象学 | DSM-IV ^{*3} の認知症と診断されていて CAMCOG ^{*6} 80以下 MMSE ^{*1} 18以上 GRAD ^{*7} スコア3もしくは4 診断後2か月経過している 65歳以上 | 72~87歳 10名 男性3名, 女性7名 CAMCOG ^{*6} 59~80 MMSE ^{*1} 19~28 | 半構造化インタビュー | 1) 認知症による現在の困難と限界をよく理解していた。・彼らは状態が改善しない見通しを仕方がないと思っていた。・役割と尊敬の喪失、孤独感、無視さされている感情があった。・身体的な健康と記憶の維持を望んでいた。2) 自分の状況をもっと状態の悪い人と比較することで、希望を持っていた。・現時点での機能維持と日常的な業務の維持の観点から希望の感覚を保つための対処方法を説明した。・希望を維持するために、忙しくしているということが重要であると語った。 |
| Anbäckén, E. M. Minemoto, K. Fujii, M. (2015) 日本 | 認知症高齢者のグループホームにおける住民間のアイデンティティと自己の表現と住民の生活意義とどのように生活を意味づけているのかを明らかにする | エスノグラフィ | 認知症高齢者のグループホーム入居者 | 70代後半~90代初期 インタビュー6名 参加観察19名 女性 | インタビュー 参加観察 | 2) 一部の住民が、「boke : ポケ」という言葉を用いて、「boke : ポケ」で「無力」であった人として、「boke : ポケ」なしで自分で管理できる人とを繰引かして表現していた。3) 自分のアイデンティティと自己を表現することができ、それらが尊重されるという意味で「home enough : 家」である。 |

*1: Mini-Mental State Examination *2: Global Deterioration Scale *3: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition *4: Standardized Mini-Mental State Examination *5: Clinical Dementia Rating *6:

Cambridge Cognitive Examination *7: Guidelines for Rating Awareness in Dementia

表2. 和文献

| 著者 (発表年) | 目的 | 研究方法 | 参加者の条件 | 参加者 | データ 収集方法 | 主な結果 |
|---|--|-----------------|--|--|------------------------------|---|
| 高山成子 水谷信子 (2000) | 中等度から重度の認知症高齢者の言葉を手がかりに、彼らが認知症とともにどのような生きているのかを明らかにする | 質的記述 | 老人性認知症療養病棟に入院後、2か月以上65歳以上中等度・重度のAD*1 MIMSE*2 20点以下、NMスケール*3 30点以下統合失調症疑いの人を除く | 71~88歳 5名 男性3名、女性2名 MMSE*2、検査不能(2名) 4~14(3名) NMスケール*3 13~17(5名) | 参加観察 | 1) 認知症の症状に対する思い 2) 認知症に伴う生活の変化への対処 3) 個々の生活の場での思い |
| 福田珠恵 (2005) | 老年期に認知症という病を生きる体験とはどのようなものかを明らかにする | 記述民俗学を参考にした質的記述 | GH*7入居者：14名 補足データ提供者：家族、援助員 | 73~94歳 女性14名 NIMスケール*3 6~41 | 参加観察 日記、GHの日記 家族、援助員の話 | 1) 認知症の兆候は徐々に現れており、何となくおかしいと感じながらも進行していた。・半信半疑であった病の兆候も、明らかな記憶の喪失や周囲との関係性が、以前の自分とは明らかに異なることを認識していった。2) 何もわからなくなる自分と折り合うための対処として、症状を遠ざける、先を見通すなどの対処をくり返しながら、以前とは違う自分を少しだけ受け入れていた。そして、自己の存在を確信する出来事は生きている支えとなっていた。3) 住み慣れた家を離れ、グループホームで生活することになった。慣れない生活のため、我が家への思いを忘れられないが、気楽に考えようように努力しながら暮らしていた。・職員の付き添いを監視ととらえる、現実とは異なる説明を受けた時、病人扱いされたことに傷つき、心を閉ざす、などの閉ざされた感覚がある。 |
| 服部紀子 安藤昌恵 中里知広 池田沙矢香 青木律子 (2011) | 介護老人施設で暮らす軽度認知症高齢者の日常での経験を明らかにする | 質的記述 | 介護老人施設入居6か月以上NMスケール*3で軽度認知症言語的コミュニケーションが可能である65歳以上5名 | 76~93歳 女性5名 NMスケール*3 35~41 | 半構造化面接 | 1) 思うようにならない自分自身を自覚し、「世話になっただけ生活するしかない」と認識していった。3) 施設の日課に沿った生活支援を受けながら、「出来るだけ世話にならずに出来ることをする」ように心がけていた。また、施設職員、入所者、家族など「人との関わりの中で生きられる」経験をすると同時に、自分の「行動の意味をわかってもらえない」という経験をしていた。 |
| 久保田真美 高山成子 (2017) | 独居生活をしている認知症高齢者への面接によって、彼らの日々の体験と思いを明らかにし、さらに彼らを支援する介護支援専門員の面接によって独居生活における危険の問題を明らかにする | 質的記述 | 独居65歳以上認知症と思われ人と担当介護支援専門員 | 認知症高齢者81~95歳 男性2名、女性4名 CDR*6 1~2 担当介護支援専門員 6名 | 半構造化面接 | 1) もの忘れを自覚していたが、受け止め方はさまざまだった。2) 日々の生活の中でもの忘れを自覚し、しつかりしよう意識していた。・もの忘れや判断力の低下からならぬ生じた苦しい体験をしていた。そのことを、他者に話し、周囲の助言による生活の工夫取り入れしていた。・介護支援専門員の視点からは、本人の危険認識が少なく周囲が対応している生活であった。3) 独居生活は、さびしさや不安を伴うが自由である満足感があった。・自分らしくありたいという独居継続への強い意志」を持っていて、・独居継続の意志は「過去の人生の誇りに支えられた自律意識」と「自分を支えてくれていた人達への感謝の思い」で支えられていた。 |
| 戸田由利亜 谷本真理子 正木治恵 (2017) | 他者と共に在る認知症高齢者の表現する姿を質的に明らかにする | 質的記述 | 以下3点に該当する老健*8の入居者5名 1) HDS-R*4 20点以下、柄澤式*5 中等度(+2)以上 2) 65歳以上 3) 認知症以外の慢性疾患の有無は問わず、急性症状がない。 | 80歳代前半~90歳代後半 女性5名 HDS-R*4 3~18(4名) 柄澤式*5 +3(1名) | 参加観察 | 1) 揺らぐ時間や空間の中で自分自身さえも揺らいでいる。3) 共にいてくれる他者へ感謝を伝える。・相手をたしなめつつ自分を律しきれない。・他者への控えめな言葉と裏腹な行動をとる。・人・物事・音楽が作る場と同調し体で調和していく。・他利用者と共有する生活の中に自分を折り合わせ、保ち、開示する。 |

*1: Alzheimer's disease *2: Mini Mental State Examination *3: N式老年者用精神状態尺度 *4: Hasegawa's Dementia Scale-Revised *5: 柄澤式老人知能臨床的判定基準 *6: Clinical Dementia Rating *7: 認知症性高齢者グループホーム *8: 介護老人保健施設

2000; 戸田・谷本・正木, 2017).

D. 認知症高齢者の体験

認知症高齢者の体験は、認知症の症状に対する思い、認知症に伴う生活の変化への対処、一人暮らしやケア施設への入居など個々の生活の場での思いに分類された。

1. 認知症の症状に対する思い

認知症高齢者は、徐々に表れる認知症の症状や兆候をなんとなくおかしいと感じていた (Aminzadeh, Dalziel, Molnar, et al., 2009; 福田, 2005; 久保田・高山, 2017; 高山・水谷, 2000; Wolverson, Clarke, & Moniz-Cook, 2010). そして、認知症の進行に伴って、「以前の自分とは明らかに異なること」を認識していった (福田, 2005, p.43). 状態が改善しない見通しを仕方がないと思っている一方で、身体的な健康と記憶の維持を望んでいた (Wolverson, Clarke, & Moniz-Cook, 2010). また、失見当のため揺らぐ時間や空間の中で、自分自身さえも揺らいでおり (Phinney, 1998; 戸田・谷本・正木, 2017), 役割と尊敬の喪失、孤独感、無視されているという感覚があった (Wolverson, Clarke, & Moniz-Cook, 2010). このように、認知症高齢者は認知症の症状を自覚し、認知症の症状によって、高齢者は自分の存在を脅かされるような体験にさらされていた。

2. 認知症に伴う生活の変化への対処

認知症高齢者は、認知症の発症に伴う変化に様々な思いを持ちながら、よりよく生きようとしていた。認知症高齢者は、豊かな人生経験を生かして、おかれた生活状況を受け入れ、ありのままに身をゆだねようと努力し、彼らは自分の「survive: 生き残る」能力を信じていた (Aminzadeh, Dalziel, Molnar, et al., 2009, p.492). グループホームで暮らす認知症高齢者は、何もわからなくなる自分と折り合うための対処をくり返ししながら、以前とは違う自分を少しだけ受け入れていっていた (福田, 2005). 娘から援助を受けている高齢者は、娘に負担をかけたくないという思いを持っており、自分でできることは自分で行い、どのようなケアをどれくらい受けるのかを自分で決めていた (Ward-Griffin, Bol, & Oudshoorn, 2006). しかし、病状が進行し自分が必要とするか否かにかかわらずケアが提供されるようになると、徐々に自分でケアをコントロールすることを放棄し、娘によってケアがコントロールされるようになっていた (Ward-Griffin, Bol, & Oudshoorn, 2006). 高山・水谷 (2000, p.91) が「他の人とうまく折り合うために我慢するなど努力している」と述べるように、中等度・重度の認知症の人よりもよりよく生活しようと対処をしていた。

認知症に伴う変化に対する積極的な取り組みとして、認知症高齢者は自分の記憶の状態を評価すること (Phinney, 1998), 活発な心を保つこと (Phinney, 1998), 何かをし続けること (Phinney, 1998; Wol-

verson, Clarke, & Moniz-Cook, 2010), 重度の人と比較をしたりして自分の病気を実際よりも軽いと思うこと (Anbäcken, Minemoto, & Fujii, 2015; 福田, 2005; Phinney, 1998; Wolverson, Clarke, & Moniz-Cook, 2010) などを行っていた。具体的な対処方法としては、もの忘れや判断力の低下などから生じた苦い体験を他者に話し、周囲の助言による生活の工夫を取り入れる (久保田・高山, 2017, p.28), 目で見ても、触って確かめるなどの知覚を利用する、習慣や決まった場所を利用する、大きな声を出して言葉にする、他人の助けを求める、そして物理的環境を調整する、繰り返し行う、自制する、思案するなどの方法を使用していた (Nygård, & Starkhammar, 2003).

このように、認知症高齢者は、様々な対処方法を用いて今の状態を切り抜けていこうとしていた。そして、できるだけ他者の手を借りずに自分で生活を整えようとしていた。その過程の中で、今の自分の状態を受け入れ、認知症が進行してもよりよく生活しようと対処していた。

3. 個々の生活の場での思い

一人暮らしの認知症高齢者は、「さびしさや不安を伴うが自由である満足感」を感じ、「自分らしくありたいという独居継続への強い意志」を持ち、それは、「過去の人生の誇りに支えられた自律意識」と「自分を支えてくれている人達への感謝の思い」で支えられていた (久保田・高山, 2017, pp.29-30).

施設での生活は、住み慣れた自宅を離れた慣れない生活 (Aminzadeh, Dalziel, Molnar, et al., 2009; 福田, 2005) であり、施設の日課に沿った生活支援、集団的な生活環境における他の高齢者との共生 (Aminzadeh, Dalziel, Molnar, et al., 2009; Edvardsson & Nordvall, 2008; 服部・安藤・中里他, 2011) であった。施設は、認知症高齢者が自分のアイデンティティと自己を表現することができ、それらが尊重されると「home enough: 家」 (Anbäcken, Minemoto, & Fujii, 2015, p.64) となり、安心して暮らせる場 (服部・安藤・中里他, 2011) となる。施設での共同生活で認知症高齢者は、新しい知人との関係を築き (Edvardsson & Nordvall, 2008), とともにいてくれる人へ感謝をしている (戸田・谷本・正木, 2017). 認知症高齢者は「世話になって生活するしかない」 (服部・上村・安藤他, 2011, p.67) と認識して、気楽に考えたり (福田, 2005), 生活の中に自分を折り合わせたり (戸田・谷本・正木, 2017) して、施設での生活に馴染むような努力をしていた。さらに、「できるだけ世話にならずにできることをする」ように心がけていた (服部・上村・安藤他, 2011, p.67). その反面、施設で受けるケアの内容に対して退屈であると感じ (Edvardsson, & Nordvall, 2008), 職員の付き添いを監視と捉えたり (Aminzadeh, Dalziel, Molnar, et al.,

2009; 福田, 2005), 職員や他の入居者とのかわり代わりで傷ついたり (Aminzadeh, Dalziel, Molnar, et al., 2009; 福田, 2005), 自分の「行動の意味をわかってもらえない」(服部・上村・安藤他, 2011, p.68) という経験もしていた。

IV. 考察

今回の文献検討を通して、認知症高齢者の体験として、認知症の症状の自覚 (Aminzadeh, Dalziel, Molnar, et al., 2009; 福田, 2005; 久保田・高山, 2017; 高山・水谷, 2000; Wolverson, Clarke, & Moniz-Cook, 2010), 認知症が進行してもよりよく生きようという気持ちの存在 (高山・水谷, 2000; Ward-Griffin, Bol, & Oudshoorn, 2006), 豊かな人生経験を活かして自分で生活を整えようとしている (Anbäcken, Minemoto, & Fujii, 2015; 福田, 2005; 久保田・高山, 2017; Phinney, 1998; Wolverson, Clarke, & Moniz-Cook, 2010) という結果は、国内外ともに明らかとなった。

認知症高齢者は、認知症の発症によって起こる自分の存在を脅かすような体験をし (Phinney, 1998; 戸田・谷本・正木, 2017), 孤独を感じ無視されているという思いを持っていた (Wolverson, Clarke, & Moniz-Cook, 2010). 川島は (2015) 認知症高齢者への尊厳あるケアの実践には、高齢者にしっかり向き合っその人の思いに近づく努力と想像力が求められると述べ (p.20), 認知症高齢者の思いを理解し、誇りや自尊心を守ることが重要であると考える。

また、Anbäcken, Minemoto, & Fujii (2015) と服部・安藤・中里他 (2011) の結果から、認知症高齢者にとって施設が安心して暮らす場となるだけでなく「home enough: 家」となるためには、認知症高齢者自身が尊重される必要があることが示唆される。堀内 (2008) は、認知症の人がいる物理的な場所が、失敗を恐れずにゆっくりと身を置いていられるという意味を持ったとき、その空間は安らげる場所になる (p.18) と述べている。さらに堀内は、認知症の人にとって看護師が自分のことを考えてくれる人、安心できる人という意味付けができるような関係を作ることが重要性であるとも述べている。これらのことから、認知症高齢者に安心を与え、尊重することが重要であると考えられる。

認知症高齢者は、認知症が進行してもよりよく生きようという気持ちを持っており、自分で生活を整えようと対処していた (Aminzadeh, Dalziel, Molnar, et al., 2009). この本文献検討の結果から、認知症高齢者は他者の援助がなければ何もできない人ではなく、自ら考え実践でできる人であるという認識を持つ必要がある。認知症の看護は、その人の可能性を信じて、それを引き出す働きかけである (堀内, 2008, p.17). 認

知症を発症していても今までの経験によって身につけてきた知恵や人々との関係性を高齢者は、高齢者の持つ強みである。認知症高齢者への看護にあたっては、高齢者の持つ強みも含めた当事者の視点から全人的に認知症高齢者の体験を捉え、それを活かしていく必要がある。

認知症高齢者は、改善しない認知症の症状や人に介護され、保護されて生かされることに対して仕方がないと思う一方で、身体の健康と記憶の維持を望み、できることは自分でしようと思っているという相反する思いを持っている。認知症高齢者は、このような相反する思いの中でバランスを保ちながら認知症が進行してもよりよく生きようという気持ちを持っており、豊かな人生経験を活かして自分で生活を整えようとしていた。そのため、身近にいる家族や看護職は、相反する思いの中でバランスを保っている認知症高齢者の思いを理解していく必要がある。

利益相反

本研究に関する利益相反はない。

文献

- Aminzadeh, F., Dalziel, W. B., Molnar, F. J., Garcia, L. J. (2009). Symbolic meaning of relocation to a residential care facility for persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 13(3), 487–496.
- Anbäcken, E. M., Minemoto, K., Fujii, M. (2015). Expressions of identity and self in daily life at a group home for older persons with dementia in Japan. *Care Management Journals*, 16(2), 64–78.
- Edvardsson, D., Nordvall, K. (2008). Lost in the present but confident of the past: experiences of being in a psychiatric unit as narrated by persons with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17(4), 491–498.
- 福田珠恵 (2005). 老年期に痴呆症という病を生きる体験：『自己の存在の確かさを求めて—病の兆候からグループホーム入居後まで』。日本看護科学会誌, 25(3), 41–50.
- 福田珠恵・上村美智留・安酸史子 (2004). 痴呆性高齢者自身の経験や体験に関する研究の概観と今後の課題。福岡県立大学看護学部紀要, 2(1), 29–36.
- Górska, S., Forsyth, K., Maciver, D. (2017). Living with dementia: a meta-synthesis of qualitative research on the lived experience. *The Gerontologist*, 58(3), e180–e196.
- 服部紀子・安藤邑恵・中里知広・池田沙矢香・青木律子 (2011). 介護老人施設で暮らす軽度認知症高齢者の日常での経験。横浜看護学雑誌, 4(1), 63–70.
- 堀内園子 (2008). 認知症看護入門：誠実さと笑いと確かな技術で包む世界。東京：ライフサポート社。

- 厚生労働省 (2015). 「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～(新オレンジプラン)」(概要). https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf (2019.3.3)
- 川嶋みどり (2015). 序章 認知症高齢者ケアの哲学 ワンセットケアへの道筋. 日本赤十字看護学会日本赤十字看護学会臨床看護実践開発事業委員会編, 認知症高齢者の世界 (pp.11-30). 東京: 日本看護協会出版会.
- 久保田真美・高山成子 (2017). 認知症高齢者の独居生活: 認知症高齢者が語る体験や思いと介護支援専門員の語る危険から. 関西国際大学研究紀要, 18, 23-35.
- 内閣府 (2015). 平成27年度版高齢者白書, https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html (2019.3.3)
- Nygård, L., Starkhammar, S. (2003). Telephone use among noninstitutionalized persons with dementia living alone: Mapping out difficulties and response strategies. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17(3), 239-249.
- Phinney, A. (1998). Living with dementia from the patient's perspective. *Journal of Gerontological Nursing*, 24(6), 8-9.
- 高山成子・水谷信子 (2000). 中等度・重度痴呆症高齢者が経験している世界についての研究. *老年看護学*, 5(1), 88-95.
- 戸田由利亜・谷本真理子・正木治恵 (2017). 他者と共に在る認知症高齢者の表現する姿. *千葉看護学会会誌*, 22(2), 1-10.
- von Kutzleben, M., Schmid, W., Halek, M., Holle, B., Bartholomeyczik, S. (2012). Community-dwelling persons with dementia: what do they need? What do they demand? What do they do? A systematic review on the subjective experiences of persons with dementia. *Aging & Mental Health*, 16(3), 378-390.
- Ward-Griffin, C., Bol, N., Oudshoorn, A. (2006). Perspectives of women with dementia receiving care from their adult daughters. *Canadian Journal of Nursing Research*, 38(1), 120-146.
- Wolverson, E. L., Clarke, C., Moniz-Cook, E. (2010). Remaining hopeful in early-stage dementia: A qualitative study. *Aging & Mental Health*, 14(4), 450-460.

資 料

病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシー

近森 清美¹, 村瀬 智子²

The Competency of Nurse Manager on Safety Culture in a Hospital Ward

Kiyomi Chikamori, Tomoko Murase

キーワード：コンピテンシー，安全文化，病棟師長

key words : competency, safety culture, nurse manager

要 旨

本研究の目的は、病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーを明らかにすることである。600～800床以上の病床数を有するT県下の特定機能病院で、看護管理研修に参加経験のある病棟師長4名を対象に、半構成的面接法を用いて質的記述的研究を行った。分析の結果、病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーは、52の 카테고리から6つのコアカテゴリーに集約された。病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーは、【看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援】を中核とし、【人を大切にしたい支援】が全てのコンピテンシーを支える基盤となり、【リスクを予測した労務管理】、【組織内外の能動的な環境整備】、【医療安全管理者としての役割遂行】、【安全管理能力のある看護師育成を目指した支援】が相互に関係し合っていた。病棟師長は、コンピテンシーを駆使し能動的に行動していることが明らかになった。

1. はじめに

日本では、「医療は安全である」という前提に立ち、安全性が脅かされる理由は個人の問題にあると考えられていた(杉山・西, 2003)。しかし、1999年の患者取り違え事故を発端に、次々と医療事故に関する報道が続き、医療における安全文化の醸成が国の大きな課題として問われるようになった(矢野, 2013; 庄子・梅澤・星他, 2003)。日本の医療界においては、安全文化の概念を医療に従事する全ての職員が患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す態度や考え方、

及びそれを可能にする組織の在り方として用いている(種田・奥村・相澤他, 2009)。特に、病棟師長は医療を提供する組織や医療人の安全をも含めた組織全体を対象とする安全文化に着目する必要がある。なぜなら、病院組織の中で看護職員は人的にも経費的にも多くの割合を占めている専門職集団であり、病院の1看護単位である病棟における意思決定を促進する責任と権限を付与されている病棟師長の役割は、病院組織全体に大きな影響力を持つからである(坂梨・安川・戸梶, 2003, p.216)。医療機関においては、医療安全管理体制としてインシデントレポート報告体制や看護の

受付日：2017年8月9日 受理日：2019年5月31日

1. 名古屋第一赤十字病院 Japanese Red Cross Nagoya Daiichi Hospital
2. 日本赤十字豊田看護大学 Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

標準化とマニュアル作成などの整備が進められてきた(庄子・梅澤・星他, 2003). 著者自身にも病棟師長と医療安全管理者を兼務した経験があり, 病棟師長としてインシデントレポート報告の推進やマニュアルの遵守, アクシデント事例の分析を実践してきた. しかし, それだけでは組織の安全文化を醸成することに難しさを感じていた. 一方で, 医療安全管理者として病棟をラウンドする中で, 病棟全体が落ち着いた雰囲気の中でスタッフの表情が穏やかな病棟では, 業務量が非常に多いにも関わらずアクシデントが発生していないという状況に何度も驚かされた経験がある. このような経験から, 病棟の安全文化を醸成することができる病棟師長にはどのような行動やその行動の基盤となっている看護管理観, 臨床実践能力があるのか, どのように病棟組織を管理・運営しているのかという疑問が生じた.

病棟師長が安全文化を醸成するという成果を出すためには, コンピテンシーが関与していることが推察できる. コンピテンシーとは, 高業績者の成果達成をもたらす行動特性であり, コンピテンシーが劣っていると実力と成果が一致しないことがあると指摘されている(斎藤, 2001, p.37). 国内の先行研究では, 看護師のコンピテンシー, 看護管理者のコンピテンシーに着目した研究は報告されているが(青戸・杉本・西村他, 2005; 市川・櫻庭・坂本他, 2005), 安全文化や医療安全に特化した看護管理者のコンピテンシーに関する研究は現段階ではない. また, 海外の研究では, 臨床におけるアセスメントやリーダーシップなどの管理上のスキルを測定した研究が散見されるのみである(近森, 2015).

本研究により病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーを明らかにすることは, 病棟の安全文化の醸成に困難さを感じている病棟師長が組織の管理・運営を行う際の指針になると考える.

II. 研究目的

病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーを明らかにすることである.

III. 研究方法

A. 研究デザイン

質的記述的研究.

B. 用語の定義

安全文化: 相馬(2003)の定義を参考にして, 「医療を目的とした組織において協働する人々が, 共有する諸要素の中で特に安全性の確保に重きを置いた認識と行動様式」とする(相馬, 2003, p.31)

コンピテンシー: 高業績者の成果達成をもたらす行

動特性

病棟師長: 病棟という1看護単位において, 意思決定を促進する責任と権限を付与された看護管理者

C. 研究協力者

T県下の特定機能病院, 大学病院及びその機能に準ずる病院(小児科, 産科, 緩和ケア病棟及び外来を除く)の施設長及び所属上司へ文書にて研究協力を依頼し, 研究協力に同意が得られた施設において, 7対1人員配置を取得した一般急性期病棟を単独で管理し, 施設長及び所属上司から医療安全を積極的に推進している者と推薦された病棟師長を研究協力候補者とした.

D. データ収集期間

平成27年4月~平成27年11月.

E. データ収集方法

研究協力者に, インタビューガイドを用いて半構成的面接を行った. インタビュー時間は1回60分程度とし, 原則一人1回とした. インタビュー内容は, 「病棟の安全文化を醸成するために病棟師長としてどのようなことを行っているか」であり, 研究協力者から許可を得てICレコーダーに録音した. また, インタビュー中の研究協力者の非言語的情報は, 研究協力者の同意を得てフィールドノートに記録した. 基本属性に関するデータ収集は, 研究協力についての同意を得た後, 研究協力者に記入を依頼しインタビュー後に回収した.

F. データ分析方法

本研究では, インタビュー内容を逐語録に起こし, 「病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーは何か」という分析視点から意味のまとまり毎にコード化し質的分析を行った. 全ての分析過程において信頼性を高めるため, 質的研究の経験のある複数の研究者のスーパーバイズを受けた.

G. 倫理的配慮

研究協力施設, 及び研究協力候補者に対し, 研究目的・内容を口頭及び文書で説明し, 研究参加及び研究成果の公表について同意を得た. 尚, 本研究はK大学研究倫理委員会において審査を受け承認を得た後, 研究を開始した(承認番号2613).

IV. 結果

A. 研究協力者の概要

研究協力候補者の内, 研究協力への同意が得られた病棟師長4名を研究協力者とした. 研究協力者が所属する施設の属性及び研究協力者の概要, インタビュー時間, 年間インシデント・アクシデント報告数について表1にまとめた.

表1. 研究協力施設及び協力者概要とインタビュー時間、年間インシデント・アクシデント報告数

| 研究参加者・性別 | A氏・女 | B氏・女 | C氏・女 | D氏・女 |
|-------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| 年齢 | 40歳代後半 | 50歳代前半 | 50歳代後半 | 40歳代後半 |
| 看護管理者研修参加経験 | 有 | 有 | 有 | 有 |
| 医療安全管理者研修参加経験 | 無 | 有 | 無 | 無 |
| 医療安全に関する委員会メンバー経験 | 無 | 有 | 有 | 無 |
| 現配属部署の病床数 | 約20床 | 約40床 | 約40床 | 約60床 |
| 現配属部署の看護師人数 | 約50名 | 約20名 | 約30名 | 約60名 |
| 現配属部署の経験年数 | 1年弱 | 3年 | 5年 | 4年 |
| インタビュー時間 | 26分 | 27分 | 61分 | 59分 |
| 研究参加施設・病床数 | X病院・約600床 | X病院・約600床 | Y病院・約800床 | Z病院・約700床 |
| 医療安全室の設置 | 有 | 有 | 有 | 有 |
| 年間インシデント報告数 | 4件 | 85件 | 62件 | 6件 |
| 年間アクシデント報告数 | 4件 | 4件 | 0件 | 0件 |

表2. 病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーに関する統合分析結果

| コアカテゴリー | カテゴリー | サブカテゴリー | 研究協力者の語り (付番) |
|-----------------------|---------------------------|--|----------------------------|
| 看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援 | 安全は看護師自ら創り出すものと認識するよう支援する | 安全を自ら創り出すという認識で安全安心を模索するスタッフの主体的な安全管理のルール作りを支援する | (A-1) (B-1) (C-1) (D-1) |
| 医療安全管理者としての役割遂行 | セイフティマネジャーとしての役割を遂行する | 安全文化を醸成する代行者を育成する | (D-2) |
| 安全管理能力のある看護師育成を目指した支援 | スタッフの安全管理能力の成長を支援する | アクシデントの発生を受け止め咎めず聴く姿勢を持つ疑問を掘り下げ振り返りで成長を支援する | (B-2) (B-3) |
| | 有資格者のプライドを持つ看護師を育成する | 看護師を育てるという役割認識を持って関わる有資格者としてのプライドを持つ看護師を育成する | (C-2) (C-3) |
| 組織内外の能動的な環境整備 | 組織内外の情報を継続的に共有できる環境を作る | 組織・地域全体の強みを活用するために継続的に情報共有できるオープンな環境を作る イキイキした仕事ぶりがアクシデントを防止する患者からの評価を共有する機会を作る | (A-2) (B-4) (C-4) |
| | アクシデント防止につながる環境整備を推進する | ラウンドからアクシデント防止する環境整備への気づきを促す | (B-5) |
| リスクを予測した労務管理 | 日常的な挨拶や会話からリスクを予測する | 挨拶や他愛もない会話からリスクを予測する | (A-3) (B-6) |
| | スタッフの力量を考慮した労務管理をする | 一日のスケジュールからリスクを予測しスタッフの力量を考慮した労務管理をする | (C-5) (D-3) |
| 人を大切にしたい支援 | 人を大切にしたい支援をする | 大事にされる感覚からの頑張りを引き出す人と向き合う本来の看護を提供する | (A-4) (D-4) |

B. 病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシー

分析を行った結果、52のカテゴリーが抽出され、更に、共通性と差異性に着目して分析を行った結果、6つのコアカテゴリーに集約された(表2)。以下に6つのコアカテゴリーについて記述する。(以下の表記は、【 】はコアカテゴリー、[]はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 」は研究協力者の語りを表し、()内に付番を示す。)

1. 【看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援】

このコアカテゴリーは、[安全は看護師自ら創り出すものと認識するよう支援する]というカテゴリーから抽出された。A氏は「病院にいる以上は、看護師には何らかの責務があることをスタッフに認識させる」

(A-1)と語り、B氏は「私は、アクシデントに直結する部署で重く責任が伴う仕事をしていることを伝え、その上でスタッフ自身が考える看護を展開するように支援する」(B-1)、C氏は「安全というのは自分たちで創り出すものとスタッフに伝えている」(C-1)、D氏は「私は、スタッフに忙しいことを言い訳にしないように喝を入れて気を引き締め、常に自分の行動が良いかと確認してもらおう」(D-1)という語りから、安全は看護師自ら創り出すものであるという認識を持ち、スタッフ自身が安全で安心できる病棟環境を常に模索できるように支援していた。

2. 【医療安全管理者としての役割遂行】

このコアカテゴリーは、[セイフティマネジャーとしての役割を遂行する]のカテゴリーから抽出され

た。D氏は「自分が不在時でも、代行者は問題になる前に患者さんと向き合って問題解決を先頭きってやってくれ、目を光らせてくれることが役割と伝えている」(D-2)という語りから、自分が病棟不在時でも病棟の安全文化を醸成することができるように代行者が医療安全管理者としての役割行動を担えるように育成支援していた。

3. 【安全管理能力のある看護師育成を目指した支援】

このコアカテゴリーは、〔スタッフの安全管理能力の成長を支援する〕、〔有資格者のプライドを持つ看護師を育成する〕の2つのカテゴリーから抽出された。〔スタッフの安全管理能力の成長を支援する〕は、B氏は「アクシデントが起きたとき、どうしてそうなったのとは言わず、とりあえず第一報を聴く」(B-2)、「私は、スタッフの判断や根拠が違う場合、その考えのズレを改めるように念頭に置いている」(B-3)という語りから、インシデントが発生したときでも、そのことをチャンスと捉えて、インシデントに関与したスタッフを咎めずに報告を聴き、生じた出来事を一緒に振り返っており、このことがスタッフの安全管理能力の成長への支援につながっていた。〔有資格者のプライドを持つ看護師を育成する〕は、C氏は「私は、看護師なので看護師を育てる」(C-2)、「直接介助するのは看護師なので最終施行者であるというプライドを持ってスタッフに伝えている」(C-3)という語りから、たとえ業務量が多くても有資格者としてのプライドを持つ看護師を育成するという取り組みを行っていた。

4. 【組織内外の能動的な環境整備】

このコアカテゴリーは、〔組織内外の情報を継続的に共有できる環境を作る〕、〔アクシデント防止につながる環境整備を推進する〕の2つのカテゴリーから抽出された。〔組織内外の情報を継続的に共有できる環境を作る〕は、A氏は「人間関係が良く、意思疎通が良い、風通しが良いことは、カンファレンスも多く、絶えず話をしているので、ミスにつながらず良いと思う」(A-2)、B氏は「私は、コ・メディカルの意見も求めている」(B-4)、C氏は「カンファレンスで内容が変わったとしても良い」(C-4)という語りから、スタッフと情報を共有し、風通しの良いオープンな環境作りを目指していた。〔アクシデント防止につながる環境整備を推進する〕は、B氏は「ラウンドの際、スタッフのケアを見に行き、アクシデントが起きそうな場合はその場で注意している」(B-5)と語っており、ラウンドという機会を通じて能動的にアクシデント発生防止に努めていた。

5. 【リスクを予測した労務管理】

このコアカテゴリーは、〔日常的な挨拶や会話からリスクを予測する〕、〔スタッフの力量を考慮した労

務管理をする〕という2つのカテゴリーから抽出された。〔日常的な挨拶や会話からリスクを予測する〕は、A氏は「私は、挨拶をしたときのスタッフの表情や声のトーンなどから、ミスにつながるかもしれないと注意している」(A-3)、B氏は「私は、スタッフがおはようございますとほそほそ言うときは、大丈夫かなと思う」(B-6)という語りから、インシデントの再発防止のため、自ら声をかけて気になるスタッフを観察し、リスクを予測していた。〔スタッフの力量を考慮した労務管理をする〕は、C氏は「私は、リーダーがスタッフの力量を把握して仕事を分担していると安心して見ていられる」(C-5)、D氏は「入院が多く処置が重なるなど人手がとられるとき、手薄になることを予測して人員配置を手厚くする」(D-3)という語りから、一日の病棟スケジュールからリスク発生の芽を摘んでいた。

6. 【人を大切にしたい支援】

このコアカテゴリーは、〔人を大切にしたい支援をする〕のカテゴリーから抽出された。A氏は「患者の気持ちを理解するため、患者さんの声を聴いてスタッフに言う」(A-4)、D氏は「時代が変わっても頑張ってくれるスタッフはいるが、そうでないスタッフもいる。大事にされている感覚があると人は頑張れる」(D-4)という語りから、患者だけでなくスタッフ自身も他者から大事にされているという感覚を持つことができるよう心遣いをしており、人を大切にしたい看護ができるよう支援していた。

V. 考察

A. 病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーの特徴

本研究で新たに見出した病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーの特徴をコアカテゴリーごとに考察する。

【看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援】は、安全文化というものがすでに形として存在することを前提としたマニュアル遵守の看護管理ではなく、安全文化は自らが創り出すものという捉え方であると考えられる。また、本研究の研究協力者は医療安全を積極的に推進していると推薦された病棟師長を選定条件としたことから、医療安全において他者から優れた成果をあげていると認められた病棟師長である。このような人物は達成志向を持つ (Andersen, 2002) とされ、病棟の安全文化を醸成するため能動的に取り組んでいた。これらは、患者の安全を最優先に考え、病棟師長として病棟の安全文化を醸成するという目標を達成しようとする動機が根底にあると推察され、目標に焦点をあて、それを達成しようと試みる姿勢を維持する能力という目標達成志向 (細田・星・藤原他, 2011, p. 41)

と同様の知見と考えられる。また、従来の達成動機の概念には、社会的・文化的に価値があるとされたものを達成することが大きな要因として存在している（堀野，1987, p.52）と述べており、本研究においても、病棟師長は安全文化を醸成するという社会的・文化的に価値があるものを達成するという達成動機を持っていると推察される。

【医療安全管理者としての役割遂行】は、病棟師長自身が病棟に不在であっても常に病棟の安全文化を醸成することができるように人材の育成支援をすることである。仕事の期待される成果をクリアにし、その仕事の機能、役割、権限といった内容をデザインした上で、その仕事に合った能力を持つ人を採用、育成、開発しつつ配置することが組織力の強化や組織の活性化のために欠くことはできない（松下，1994, p.250）と述べており、本研究においても、病棟の安全文化を醸成するための組織力の強化や組織の継続的な活性化のために医療安全管理を行う代行者を配置していた。

【安全管理能力のある看護師育成を目指した支援】は、病棟師長が、看護師がインシデントやアクシデントに関与したことを逆に成長のチャンスと捉え、主体的に安全管理能力を発揮できる人材育成を目指して成長するよう支援する行動特性である。先行研究からも失敗から学ぶことを阻害する要因には他人からの評価を気にすることにあり、その要因を克服する必要がある（佐々木・菅田，2011, p.29）と述べており、本研究でも、病棟師長はインシデントが発生した際には失

敗から学べるように絶対咎めず、まずは報告を聴いて「自分なりに判断した」という良い点を認めた上で生じた出来事を振り返り、根底にある考え方のズレを修正するようなフィードバックを行っており、同様の知見と考えられる。

【組織内外の能動的な環境整備】は、病棟師長が、アクシデントを防止するために、自らラウンドを通してスタッフの気づきを促す関わりに焦点を当てた行動をとっていたということである。これは、先行研究で病棟師長の持つべきコンピテンシーである患者の満足を第一に考えた目配り、気配り、心配りの行き届いたケア（看護）の実施統括指導、及びスタッフ（人材）の育成（齊藤，2001, p.39）と同義と考えられる。また、組織内外の強みを活用するため、多職種と協働したオープンな環境作りを行うなどの行動が見出されたことは、積極的な安全文化を持った組織には信頼関係の上に成立したコミュニケーションがあるという知見と共通していた（城川・藤田・瀬戸他，2010, p.4）。

人員配置や人材育成、人材活用などの労務管理は、看護管理で求められる行動特性である（種田・奥村・相澤他，2009, p.13；虎ノ門病院看護部編，2013, p.7）。本研究で見出した【リスクを予測した労務管理】は、病棟師長自らスタッフに声をかけ、朝の挨拶や何気ない会話を手掛かりとして、会話の中でのスタッフの反応から体調の変化を把握して一日のスケジュールをイメージし、その中で生じるリスクを予測した上でスタッフの力量を考慮した人員配置するなど、リスクを

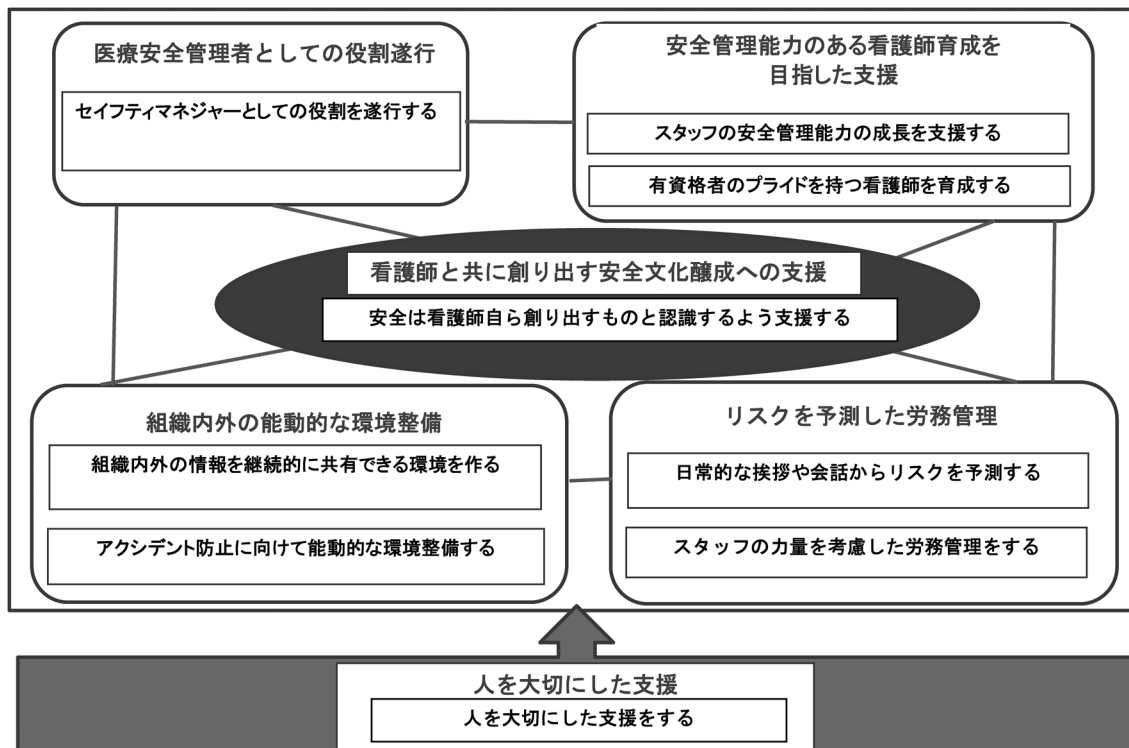


図1. 病院の安全文化を醸成する病棟師長のコンピテンシーの構造

回避するための能動的な行動をとっているという特徴が認められた。すなわち、病棟師長は能動的にスタッフとのコミュニケーションやモニタリングを日常的に行い、その過程で早期にリスクを予測するための手掛かりとなる情報を得ていた。このことは、【看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援】を意識した行動特性と考えられた。

更に、【人を大切にされた支援】は、人と向き合う本来の看護を目指すという患者への支援と共に、スタッフに対しても人として大事にされているという感覚を抱けるよう関わることは、ワトソンの「人を尊重する」ヒューマンケアリング (Watson, 1985/2014, p. 26) と同様の知見であると考えられる。

B. 病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーの構造

抽出された病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーを構造化した結果は、図1の通りである。

【看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援】は、研究協力者4名が共通しているコアカテゴリーであり、患者の安全と全てのスタッフの安全を視野に入れ、病棟師長として病棟の安全文化をスタッフと共に自ら創り出すというコンピテンシーであったため図の中央に配置した。この【看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援】という目標に基づいた【医療安全管理者としての役割遂行】、【安全管理能力のある看護師育成を目指した支援】、【組織内外の能動的な環境整備】、【リスクを予測した労務管理】という4つのコンピテンシーは、【看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援】の周囲に配置した。これらの4つのコンピテンシーは、相互に関係し合い、1つも欠けることなく組織の状況に応じて重心を変化させるような有機的なつながりを持って【看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援】を支えているからである。更に、【人を大切にされた支援】は、看護の本質であり、全てのコンピテンシーを支える基盤でもあるため、図の下部に配置した。病棟師長は、本研究で構造化された6つのコンピテンシーを駆使して病棟の管理・運営を行うことにより、病棟の安全文化の醸成へと導くことができると考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、研究対象者が4名で女性であり、T県という限られた地域の特定の施設であることにより十分なデータが得られたとは考えにくい。今後は、これらを課題として研究協力者の範囲を一般の病棟師長に拡大し、研究を継続していく必要がある。

VII. 結論

病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーとして、6つのコアカテゴリーが抽出され、構造化された。病棟の安全文化を醸成するための病棟師長のコンピテンシーは、【看護師と共に創り出す安全文化醸成への支援】を中核とし、【人を大切にされた支援】が基盤となり、【リスクを予測した労務管理】、【組織内外の能動的な環境整備】、【医療安全管理者としての役割遂行】、【安全管理能力のある看護師育成を目指した支援】が相互に関係し合っていた。病棟師長は6つのコンピテンシーを駆使し能動的に行動していることが明らかになった。

謝辞

本研究を行うにあたりご協力いただきました全ての方々々に心から感謝いたします。また、本研究は、日本赤十字豊田看護大学大学院看護学研究科修士論文の一部を加筆修正したものであり、本研究を行うにあたり平成26年度日本赤十字豊田看護大学学長裁量経費の助成を受けました。尚、本研究の一部は、第17回日本赤十字看護学会学術集会で発表いたしました。

利益相反

利益相反なし。

文献

- Andersen, A. (2002). 図解コンピテンシーマネジメント. 18-37, 東京: 東洋経済新報社.
- 青戸まり子, 杉本美子, 西村容子, 岡田久子 (2005). コンピテンシーから分析した部下が望む看護師長像, 日本看護学会論文集 (看護管理), 36, 347-349.
- 近森清美 (2015). 病棟の安全文化における看護管理者の認識とコンピテンシー. 日本赤十字豊田看護大学大学院 看護学研究科修士論文.
- 堀野緑 (1987). 達成動機の構成因子の分析—達成動機の概念の再検討—. 教育心理学研究, 35(2), 148-154.
- 細田泰子, 星和美, 藤原千恵子, 石井京子 (2011). 施設内教育担当者の視点からみた中堅期の看護師のコンピテンシー. 大阪府立大学看護学部紀要, 17(1), 37-44.
- 市川宮子, 櫻庭眞美, 坂本みよ子, 北川芳子 (2005). 主任看護師のコンピテンシー分析—コンピテンシー測定調査票を使用して—, 日本看護学会論文集 (看護管理), 36, 291-293.
- 松下博宣 (1994). 看護経営学 看護部門改造計画のすすめ. 250-266, 東京: 日本看護協会出版社.
- 斎藤清一 (2001). 特集 管理者がもつべき技術 管

- 理者が持つべきコンピテンシー（高成果実現行動特性）とは. インターナショナルナーシングレビュー, 24(1), 37-40.
- 坂梨薫, 安川文朗, 戸梶重紀彦 (2003). 病棟師長の看護管理の現状と改革課題. 看護管理, 13(3), 216-222.
- 佐々木美奈子, 菅田勝也 (2011). インシデントから学ぶ組織学習を支える態度・行動測定尺度の開発. 日本看護管理学会誌, 15(1), 29-38.
- 城川美佳, 藤田茂, 瀬戸加奈子, 松本邦愛, 平尾智弘, 長谷川敏彦, 長谷川友紀 (2010). 米国AHRQによる医療安全文化評価指標の開発状況と日本への適用可能性について. 日本医療マネジメント学会雑誌, 11(1), 2-14.
- 庄子由美, 梅澤昭子, 星邦彦, 根本建二, 大内憲明 (2003). 私の病院の取り組み 医療の安全文化をいかに醸成するか. 日本医療マネジメント学会雑誌, 4(3), 445-449.
- 相馬孝博 (2003). 医療安全文化の確立へ 医療における安全文化 我々の目指すべきは? インターナショナルナーシングレビュー, 26(4), 30-36.
- 杉山良子, 西三代子 (2003). 武蔵野赤十字病院における医療安全文化確立への方略. インターナショナルナーシングレビュー, 26(4), 51-58.
- 種田憲一郎, 奥村泰之, 相澤裕紀, 長谷川敏彦 (2009). 安全文化を測る—患者安全文化尺度日本語版の作成—. 医療の質・安全学会誌, 4(1), 10-24.
- 虎の門病院看護部編 (2013). 看護管理者のコンピテンシー・モデル—開発から運用まで—. 2-14, 東京: 医学書院.
- Watson, J. (1985) / 稲岡文昭, 稲岡光子, 戸村道子 (2014). ワトソン看護論—ヒューマンケアリングの科学—. 23-65, 東京: 医学書院.
- 矢野真 (2013). 医療安全への組織的な取り組み たどってきた道を振り返って. 看護展望, 38(8), 4-8.

資 料

訪問看護ステーションにおける複数名による 精神科訪問看護の実施状況

初田 真人, 村瀬 智子

Implementation Status of Home Visit Nursing for People with Mental Illness by Multiple Staff

Masato Hatsuda, Tomoko Murase

キーワード：精神科訪問看護，複数名訪問看護，訪問看護ステーション，多職種連携，調査研究

key words : home visit nursing for people with mental illness, home visit nursing by multiple staff, visiting nursing station, multi-occupation collaboration, investigation

要 旨

平成22年度の診療報酬改定により訪問看護ステーションにおける複数名による精神科訪問看護の評価が新設されているが、その後の実施状況は明らかになっていない。本研究は、複数名による精神科訪問看護の実施状況および管理者が認識している実施目的と効果を明らかにすることを目的とした。全国の訪問看護ステーションを対象とした質問紙調査を行い、量的データは記述統計を用いて、複数名による精神科訪問看護の実施目的と効果の自由記載については質的に分析した。その結果、全国の訪問看護ステーション1,721箇所における精神科訪問看護の実施率は41.0%、複数名による精神科訪問看護の実施率は全体の7.3%であった。また、自由記載についての分析の結果、実施目的として8カテゴリー、効果として7カテゴリーが生成された。複数名訪問による濃厚なケアが利用者の地域生活を支え、訪問看護師の安全確保や訪問看護技術の継承につながることを考えられた。

1. 緒言

わが国の精神科医療においては、1990年代以降、入院中心の医療体制から地域生活を中心に据えた医療体制へと変換が推奨されてきた。地域生活を送る精神障害者への支援として精神科訪問看護の有用性が示されており（緒方・三村・今野他，1997；渡辺・河野・西浦他，2000；萱間・松下・船越他，2005；初田・石垣，2013），平成24年度の診療報酬改定では、精神科

訪問看護の対象が「通院による療養が困難な者」から「入院中以外の患者と家族」に拡大され、平成26年度の改定においても、精神科複数回訪問加算が新設されている。精神科訪問看護は、精神科を標榜する保険医療機関、訪問看護ステーションにおいて提供されているものの、訪問看護ステーションにおいて提供されている精神科訪問看護に対する診療報酬上の評価は立ち遅れている。訪問看護ステーションによる訪問看護は、精神症状がある程度安定しており長期間の生活支

受付日：2019年1月22日 受理日：2019年8月26日

日本赤十字豊田看護大学 Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

援の必要なケースが多く（末安・岩下・杉田他，2004；全国訪問看護事業協会，2008），精神障害者の地域生活を支えるうえで有用であることが示されている。しかしながら，現状では精神科訪問看護の実践を担う訪問看護ステーションはいまだに多くはなく，その推進が求められている。

訪問看護ステーションによる訪問看護について，同行訪問の実施率は全国訪問看護事業協会（2008）による調査では，病院の実施率44.9%に対して，訪問看護ステーションは5.7%にとどまっていた（全国訪問看護事業協会，2008，p.73）。精神障害者に対する複数名による訪問看護については，精神科に特化していない一般の訪問看護ステーションにおいて特に診療報酬上の評価の要望が多かった。その理由として，一般の訪問看護ステーションの看護師にとっては，精神障害者への単独訪問を行うことに対する不安や恐怖心があると推察され，そのことが精神科訪問看護実施の妨げとなっていると考えられた。

その後，平成22年度の診療報酬改定において，訪問看護ステーションによる訪問看護においても，利用者の身体的状況や暴力・迷惑行為を理由として複数の看護職員で訪問看護を行っている実態があることを踏まえ，看護の困難事例などに対して保健師または看護師と看護職員などが複数名で行う訪問看護（複数名訪問看護）の評価が新設された。さらに，平成24年度改定においては，同行する職員の対象職種として精神保健福祉士および看護補助者が追加されている。このように複数名訪問看護の対象職種が拡大している背景として，訪問看護のニーズが多様化しており，増加する需要や多様なニーズに対応することが求められていることがあげられる。

精神科訪問看護に関する先行研究のうち，訪問看護の実践内容に関しては，看護職者が統合失調症を対象に実施している訪問によるケアの実践技術（萱間，1999），統合失調症をもつ人への効果的な訪問看護の目的と技術（片倉・山本・石垣，2007），精神科訪問看護で提供されているケア内容（瀬戸屋・萱間・宮本他，2008）など，精神科訪問看護のケア内容と実践技術の全体像を明らかにする研究が行われている。また，訪問看護を実施した精神疾患患者における再発予防効果（緒方・三村・今野他，1997；渡辺・河野・西浦他，2000），訪問看護提供による総入院日数および1回入院あたりの入院日数の減少（萱間・松下・船越他，2005）など，精神科訪問看護による効果が示されている。しかしながら，これらの研究は複数名による精神科訪問看護に着目した研究ではなく，その現状は十分には明らかになっていない。

日本において診療報酬化された後の複数名による精神科訪問看護の実施状況に関しては，厚生労働省による訪問看護療養費実態調査および平成24年度診療報

酬改定結果検証に係る特別調査において一部調査が行われているものの，複数名による精神科訪問看護における実践内容や実施による効果に関して詳細には明らかにされていない。

本研究により，複数名による精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションの管理者が認識している実施目的および効果が明らかになることで，複数名による精神科訪問看護の実施状況の把握および導入の契機になる可能性があり，その拡大や精神科訪問看護の質向上に寄与できると考えられる。

II. 研究目的

訪問看護ステーションにおける複数名による精神科訪問看護の実施状況および管理者が認識している実施目的と実施による効果を明らかにすることである。

III. 研究方法

A. データ収集方法

「精神科訪問看護実施の有無」，「複数名による精神科訪問看護実施の有無」，「複数名による精神科訪問看護の同行職員の職種」，「複数名による精神科訪問看護の実施目的」，「複数名による精神科訪問看護の実施による効果」の5項目を含む記名式の質問紙調査票を独自に作成した。このうち，「複数名による精神科訪問看護の実施目的」，「複数名による精神科訪問看護の実施による効果」の項目は自由記載とした。データ収集開始時に一般社団法人全国訪問看護事業協会のホームページに正会員として掲載されていた全国の訪問看護ステーション4,724箇所を調査票の送付先とした。訪問看護ステーションの管理者1名に，研究参加への同意が得られる場合は，アンケート調査票に回答のうえ，研究者へ郵便にて返送することを依頼した。

B. データ収集期間

平成28年1月～平成28年4月

C. データ分析方法

返送されたアンケート調査票への回答から得られた量的データは，記述統計にて分析を行った。また，複数名による精神科訪問看護の実施目的と効果の自由記載については，テキストデータに変換した後，「実施目的」と「実施による効果」のそれぞれについて，一つのまとまりをもった意味で区切り，コードを作成した。意味内容の類似性に基づいてコードを分類し，サブカテゴリーを生成，さらに同様の方法を繰り返し，カテゴリーを生成した。

D. 研究の厳密性（信頼性，妥当性）の確保

アンケート調査票の作成，データ収集およびデータ分析の各過程において，精神科訪問看護および看護研究に精通する専門家2名に意見を求めた。専門家から

得られた意見に基づいて、量的データおよび自由記載の質的データから得られた結果を精練し、研究の厳密性を高めた。

E. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字豊田看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号2707号）を得て行った。アンケート調査票に研究の趣旨および研究への参加・協力の自由意思の保障を明示し、調査票の返送をもって同意を確認した。

IV. 研究結果

A. 複数名による精神科訪問看護の実施状況

調査票を送付した全国の訪問看護ステーション4,724箇所のうち、1,737箇所のステーションの管理者から回答があった（回収率36.8%）。そのうち、不適切な回答のある調査票を除いた1,721を有効回答とした（有効回答率36.4%）。

データ収集期間における直近3か月の精神科訪問看護および複数名による精神科訪問看護の実施状況は表1の通りであった。

精神科訪問看護を実施している訪問看護ステーションは705箇所（有効回答を得た全国の訪問看護ステーション1,721箇所における実施率41.0%）で、過去に実施したことのあるステーションは98箇所（同5.7%）であった。

複数名による精神科訪問看護は126箇所で開催しており、有効回答を得た全国の訪問看護ステーション1,721箇所のうち7.3%、精神科訪問看護を実施しているステーション705箇所のうち17.9%であった。職種に関しては、看護職者のみ（保健師または看護師2名もしくは保健師または看護師と准看護師）の複数名訪問は71箇所（複数名による精神科訪問看護を実施しているステーションのうち56.3%）であった。看護職者以外の職員との複数名訪問は55箇所（同43.7%）であり、そのうち、看護補助者との同行訪問を実施しているステーションは24箇所（同19.0%）であった。

B. 複数名による精神科訪問看護の実施目的と効果

複数名による精神科訪問看護を実施している126箇所のステーションのうち、回答のあった123箇所の複数名による精神科訪問看護の実施目的と効果の自由記載について分析した結果をそれぞれ表2および表3に示す。（以下、【 】はカテゴリー、[]はカテゴリーに含まれるコード数を示す。）

1. 複数名による精神科訪問看護の実施目的

管理者が認識する複数名による精神科訪問看護の実施目的として、以下の8カテゴリーが生成された。

利用者へのケア内容に関する精神科訪問看護の実施目的として、①利用者の不穏状態や暴力行為、異性の職員へのセクハラ行為、不測の事態が生じ警察や救急の要請が必要となった場合など【利用者の精神症状による言動や病状の急変などの不測の事態への対応】[55]、②家事支援や外出支援、入浴介助や褥瘡処置、家族支援の同時提供など複数の職員でのケアが必要とされる【複数の職員による対応力を活用した利用者への生活支援や家族支援の提供】[39]、③職員での単独訪問では利用者の緊張感が強く、人づきあいが困難で他者との交流が難しい場合や長期間同一の職員が訪問を継続し関係が行きづまった場合など【関係の行きづまりや困難が生じた利用者との対人関係の構築と拡大】[17]、④内服薬のセットや受診の必要性の説明など【利用者の服薬管理や受診援助などの医療継続のための援助】[13]、⑤家事支援や金銭管理、作業療法、地域住民との調整など多職種の専門性を活かした多面的な支援およびサービスの申請手続きなど地域生活の継続を目指した社会資源の活用のための【地域生活の継続を目指した多面的な社会資源への橋渡し】[25]のカテゴリーが生成された。

また、⑥利用者の暴力行為や衝動行為の未然防止や妄想の対象となることを回避するなど職員の不安軽減や安全確保が必要な場合の【利用者の精神症状により生じる突発的行動からの職員のリスク回避】[37]、⑦複数の職員による情報共有や職員間での方向性の検討などを意図的に実施することによる【職員間の情報共有による多面的なアセスメントや看護ケアの質向上】

表1. 訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施状況

| | 複数名による精神科訪問看護の実施の有無 | | 計(率) |
|------------------------------|------------------------|--------------------------|---------------|
| | 実施しているステーション数 (実施率) | 実施していないステーション数 (非実施率) | |
| 精神科訪問看護の実施の有無 | | | |
| 実施している ステーション数(実施率) | 126(7.3%) | 579(33.6%) | 705(41.0%) |
| 過去に実施したことがある ステーション数(実施率) | — | 98(5.7%) | 98(5.7%) |
| 実施していない ステーション数(非実施率) | — | 918(53.3%) | 918(53.3%) |
| 計(率) | 126(7.3%) | 1,595(92.7%) | 1,721(100.0%) |

表2. 複数名による精神科訪問看護の実施目的

| カテゴリー [コード数] | サブカテゴリー [コード数] |
|---|--|
| 利用者の精神症状による言動や病状の急変などの不測の事態への対応 [55] | 利用者の暴力やセクハラ行為への対応 [36] |
| | 不安定な精神状態の利用者への対応 [13] |
| | 利用者の病状が急変し、不測の事態が生じた場合の対応 [6] |
| 複数の職員による対応力を活用した利用者への生活支援や家族支援の提供 [39] | 家事支援や外出支援といった複数での支援が効果的なケアの提供 [13] |
| | 入浴介助などの複数での介助が必要なケアの提供 [11] |
| | 家族の不安やニーズに応じた利用者と家族へのケアの同時提供 [15] |
| 関係の行きづまりや困難が生じた利用者との対人関係の構築と拡大 [17] | 対人恐怖の強さや人づきあいの困難により他者との交流が難しい利用者との対人関係の構築 [11] |
| | 慣れた職員との関係の行きづまりを打開するための対人関係の拡大 [6] |
| 利用者の服薬管理や受診援助などの医療継続のための援助 [13] | 利用者の内服薬のセットや内服確認といった服薬管理 [8] |
| | 精神状態の悪化した利用者への受診援助 [5] |
| 地域生活の継続を目指した多面的な社会資源への橋渡し [25] | 多職種の専門性を活かした多面的な支援のための連携 [17] |
| | 地域生活の継続を目指した社会資源への橋渡し [8] |
| 利用者の精神症状により生じる突発的行動からの職員のリスク回避 [37] | 利用者の暴力行為や衝動行為の未然防止による職員の不安軽減と安全確保 [27] |
| | 被害妄想など妄想のある利用者に対する事実の証明や妄想の対象となることの回避 [10] |
| 職員間の情報共有による多面的なアセスメントや看護ケアの質向上 [14] | 利用者の生活状況や精神症状などの情報共有による対応可能な職員の増加 [4] |
| | 複数の職員による多面的な情報の理解によるアセスメントの質向上 [5] |
| | 利用者への精神的ケアやストレスを活かした支援による看護ケアの質向上 [5] |
| 主治医の指示や退院前の入院形態、法人の方針など一定の方針に応じた訪問 [16] | 利用者の経歴や病歴による主治医からの複数名訪問看護の指示に従った訪問 [10] |
| | 医療観察法による入院や措置入院といった、退院前の入院形態に応じた訪問 [3] |
| | 基本複数名で対応するといった法人の方針に応じた訪問 [3] |

[14], ⑧複数名による精神科訪問看護に対する主治医の指示や退院前の入院形態などによって一律に判断する場合や基本複数名で対応するという法人の方針といった【主治医の指示や退院前の入院形態、法人の方針など一定の方針に応じた訪問】[16]のカテゴリーが生成された。

2. 複数名による精神科訪問看護の実施による効果
管理者が認識する複数名による精神科訪問看護の実施による効果として、以下の7カテゴリーが生成された。

精神科訪問看護の実施による利用者への直接的な効果に関して、①複数の職員の存在そのものにより、職員への暴力行為や衝動行為が抑制され、利用者の精神的安定に至るといった【利用者の暴力行為や衝動行為の抑制と精神的安定】[46], ②複数の職員により役割分担することで利用者の精神的ケアや家事支援、外出支援などケアの幅が広がる、制限のある時間のなかで必要なケアを実施できる、利用者と家族への個別対応ができる、緊急時の対応がスムーズにできる、多職種と

協働してその専門性や能力を活かした支援ができるといった【職員の役割分担と多職種の専門性や能力の活用による多様なケアの提供】[43], ③単独訪問による利用者の対人緊張の緩和や複数の職員との会話が弾むことによる対人関係の構築や拡大、訪問看護への満足感によって訪問看護の継続を受け入れるという【利用者の対人緊張の緩和による対人関係の構築・拡大と訪問看護の受け入れ】[43], ④利用者の服薬管理や受診勧奨により医療の継続につながる【利用者の服薬や通院・入院による医療の継続】[8], ⑤利用者を支える家族の不安が軽減する、利用者のQOLが向上する、入退院を繰り返す利用者の再入院までの期間が長くなる、地域での活動が拡大する、他の社会資源の活用につながるといった【他の社会資源も活用し利用者は入院せずに地域生活を継続】[27]のカテゴリーが生成された。

また、⑥利用者の過去の言動や性別などから生じる職員の単独訪問による不安や恐怖が複数の職員の存在によって軽減される、職員の安全が保たれるといった

表3. 複数名による精神科訪問看護の実施による効果

| カテゴリー [コード数] | サブカテゴリー [コード数] |
|---|---|
| 利用者の暴力行為や衝動行為の抑制と精神的安定 [46] | 複数の職員の対応による利用者の暴力行為や迷惑行為、セクハラ行為の抑制 [28] |
| | 複数の職員の対応による利用者の精神的安定 [12] |
| | 利用者と家族への同時対応による利用者の精神的安定 [6] |
| 職員の役割分担と多職種の専門性や能力の活用による多様なケアの提供 [43] | 複数の職員による役割分担によって利用者の精神的ケアや家事支援などケアの幅が拡大 [19] |
| | 複数の職員による利用者と家族への個別対応 [6] |
| | 複数の職員による緊急時のスムーズな対応 [6] |
| | 多職種の専門性や能力を活かした支援 [12] |
| 利用者の対人緊張の緩和による対人関係の構築・拡大と訪問看護の受け入れ [43] | 複数の職員の訪問による利用者の対人緊張の緩和 [19] |
| | 利用者と複数の職員との会話が弾むことによる対人関係の構築と拡大 [16] |
| | 利用者の複数名訪問看護への希望や意向に沿うことによる利用者の訪問看護の受け入れと満足感 [8] |
| 利用者の服薬や通院・入院による医療の継続 [8] | 利用者の内服薬のセットや内服確認による服薬の継続 [4] |
| | 精神状態悪化時の病院とのスムーズな通院・入院調整 [4] |
| 他の社会資源も活用し利用者は入院せずに地域生活を継続 [27] | 利用者と家族への同時対応による家族の不安軽減と安心感 [7] |
| | 近隣住民との関係も良好で利用者は入院せずに地域生活を継続 [13] |
| | 連携による他の社会資源の活用 [7] |
| 職員の心理的負担の軽減と安心・安全な訪問看護 [45] | 複数の職員の存在による心理的負担の軽減と安心感 [41] |
| | 複数の職員による安全な訪問看護 [4] |
| 職員の冷静な対応と多面的な利用者の理解による看護ケアの質向上 [35] | 複数の職員による冷静な判断と余裕をもった看護ケアの提供 [7] |
| | 複数の職員による多面的な情報収集とアセスメントによる看護ケアの質向上 [22] |
| | 他の職員の考え方や対応からの学び [6] |

【職員の心理的負担の軽減と安心・安全な訪問看護】[45]、⑦複数の職員の存在によって精神的な余裕を持つことで冷静な判断や的確なケアの実施につながる、複数の職員による多面的な情報収集とアセスメントによる看護の質向上につながる、他の職員の考え方や対応から学びを得ることにつながるといった【職員の冷静な対応と多面的な利用者の理解による看護ケアの質向上】[35]のカテゴリーが生成された。

V. 考察

A. 複数名による精神科訪問看護の実施状況

質問紙調査の結果から、訪問看護ステーションにおける精神科訪問看護の実施率は41.0%であった。そのうち、複数名による精神科訪問看護の実施率は全体の7.3%であった。これは、診療報酬化以前に実施された調査結果である5.7%（全国訪問看護事業協会、2008, p.73）の約1.3倍となっており、診療報酬上の評価が実施率の上昇に寄与していることが考えられる。保健師または看護師の訪問に同行した職員の職種に關

しては、複数名による精神科訪問看護を実施しているステーションのうち、看護職者のみで複数名訪問を実施した訪問看護ステーションが半数を超えているものの、看護職者以外の職員との複数名訪問も実施されており、非医療職者との同行訪問も実施されていた。このことから看護職者同士の複数名訪問が中心となる一方、多職種の連携の状況がうかがえた。実施目的として【主治医の指示や退院前の入院形態、法人の方針など一定の方針に応じた訪問】が示されているように、訪問看護ステーションの方針の相違が実施状況に反映されていることも考えられる。

B. 複数名による精神科訪問看護の実施目的と実施による効果

複数名による精神科訪問看護の実施目的は、【利用者の精神症状による言動や病状の急変などの不測の事態への対応】、【複数の職員による対応力を活用した利用者への生活支援や家族支援の提供】、【関係の行きづまりや困難が生じた利用者との対人関係の構築と拡大】、【利用者の服薬管理や受診援助などの医療継続のための援助】、【地域生活の継続を目指した多面的な社

会資源への橋渡し】として示される利用者への訪問看護のケア内容の拡大を目的としたものが多くみられた。そして、【利用者の暴力行為や衝動行為の抑制と精神的安定】、【職員の役割分担と多職種の専門性や能力の活用による多様なケアの提供】、【利用者の対人緊張の緩和による対人関係の構築・拡大と訪問看護の受け入れ】、【利用者の服薬や通院・入院による医療の継続】、【他の社会資源も活用し利用者は入院せずに地域生活を継続】という複数名でケアを実施することによる利用者への直接的な効果が管理者の認識から示された。対人関係に困難を抱える利用者や病状による不測の事態が想定される利用者、医療の継続が難しい利用者への対応といった精神障害者の特徴を踏まえたケアを複数名で実施することにより、同時に濃厚なケアが提供でき、利用者の地域生活を支えていると言える。

また、【利用者の精神症状により生じる突発的の行為からの職員のリスク回避】が実施目的としてあげられており、【職員の心理的負担の軽減と安心・安全な訪問看護】という効果が認識されている。精神科訪問看護を実施する訪問看護ステーションの管理者は、訪問看護師の安全確保は自身の役割であると強く認識しており（船越・宮本・萱間, 2006, p.72）、管理上も複数名による訪問看護を実施する意義があると言える。一方で、複数名による訪問は利用者の対人緊張につながるリスクも考えられ、導入にあたっては慎重な検討が求められる。

訪問看護を提供する職員にとっても【職員間の情報共有による多面的なアセスメントや看護ケアの質向上】を実施目的として、【職員の冷静な対応と多面的な利用者の理解による看護ケアの質向上】が効果として認識されている。複数名での情報共有と多面的なアセスメントが看護ケアの質向上につながると認識されている。同時に、精神科を専門としていない訪問看護師は、対象の捉えにくさによる不安があり、状況に応じた効果的対応方法を知ることがニーズとしてあげられており（渡邊・折山・國方他, 2009, p.88）、複数名訪問によりモデリング効果や訪問看護技術の習得が期待され、技術の継承につながることも考えられる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の成果は、複数名による精神科訪問看護の実施状況を明らかにし、管理者の認識から実施目的と効果を整理できたことである。しかし、質問紙調査の調査項目数が少なく、実施状況の詳細については把握できなかった。今後は、複数名による精神科訪問看護を実施しているステーションへの調査を継続的に実施し、実施状況の推移や実施による効果、職種によるケア内容の相違などをさらに検証し、複数名による精神科訪問看護の有用性について検討を重ねることが必要

である。

VII. 結論

全国の訪問看護ステーション4,724箇所を対象とした質問紙調査を実施した結果、1,721の有効回答を得た。精神科訪問看護の実施率は41.0%、複数名による精神科訪問看護の実施率は全体の7.3%であり、訪問看護ステーションによる複数名による精神科訪問看護の実施状況が明らかとなった。複数名訪問による濃厚なケアが利用者の地域生活を支え、訪問看護師の安全確保や訪問看護技術の継承につながる事が考えられた。

謝辞

調査にご協力いただいた皆様、研究計画への助言をいただいた訪問看護ステーションの皆様へ深く感謝申し上げます。なお、本研究はJSPS科研費JP26861959の助成を受けたものです。

利益相反

本研究における利益相反はない。

文献

- 船越明子・宮本有紀・萱間真美（2006）. 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識. 日本看護科学会誌, 26(3), 67-76.
- 初田真人・石垣和子（2013）. 統合失調症をもつ人のエンパワメントプロセスに関連する外的抑圧と抑圧の軽減につながる要因—訪問によるケアを提供している看護職者の認識から—. 近大姫路大学看護学部紀要, 5, 85-95.
- 片倉直子・山本則子・石垣和子（2007）. 統合失調症をもつ利用者に対する効果的な訪問看護の目的と技術に関する研究. 日本看護科学会誌, 27(2), 80-91.
- 萱間真美（1999）. 精神分裂病者に対する訪問ケアに用いられる熟練看護職の看護技術—保健婦、訪問看護婦のケア実践の分析. 看護研究, 32(1), 53-76.
- 萱間真美・松下太郎・船越明子・栃井亜希子・沢田秋・瀬戸屋希・山口亜紀・伊藤弘人・宮本有紀・福田敬・佐藤美穂子・仲野栄・羽藤邦利・大塚俊男・佐竹良一・天賀谷隆（2005）. 精神科訪問看護の効果に関する実証的研究—精神科入院日数を指標とした分析—. 精神医学, 47(6), 647-653.
- 緒方明・三村孝一・今野えり子・福田美香・山本哲生・藤田英介・平田耕一・樺島智（1997）. 精

精神科訪問看護による精神分裂病の再発予防効果の検討. 精神医学, 39(2), 131-137.

瀬戸屋希・萱間真美・宮本有紀・安保寛明・林亜希子・沢田 秋・船越明子・小市理恵子・木村美枝子・矢内里英・瀬尾智美・瀬尾千晶・高橋恵子・秋山美紀・長澤利枝・立石彩美 (2008). 精神科訪問看護で提供されるケア内容—精神科訪問看護師へのインタビュー調査から—. 日本看護科学会誌, 28(1), 41-51.

末安民生・岩下清子・杉田美佐子・五月女幸子・仲野栄 (2004). 精神科訪問看護の機能と役割—病院の訪問看護と訪問看護ステーションとの比較調査から—. 精神科看護, 31(10), 39-44.

渡邊久美・折山早苗・國方弘子・岡本亜紀・茅原路代・菅崎仁美 (2009). 一般訪問看護師が精神障

害に関連して対応困難と感じる事例の実態と支援へのニーズ. 日本看護研究学会雑誌, 32(2), 85-92.

渡辺美鈴・河野公一・西浦公朗・宮田香織・中屋久長・河村圭子・樋口由美 (2000). 精神科の訪問看護を受けている精神障害者の再入院に影響を与える要因について. 厚生指針, 47(2), 21-27.

全国訪問看護事業協会 (2008). 平成19年度 厚生労働省障害者保健福祉推進事業 (障害者自立支援調査研究プロジェクト) 精神障害者の地域生活支援を推進するための精神科訪問看護ケア技術の標準化と教育およびサービス提供体制のあり方の検討報告書. <https://www.zenhokan.or.jp/wp-content/uploads/h19-4.pdf> (2013.10.1)

資 料

血液透析療法を導入した患者の移行
—Meleisの移行理論を分析枠組みとした文献検討—

木村 美香

Transition of Hemodialysis Patients:
Review of the Literature Using the Transition Theory of Meleis

Mika Kimura

キーワード：血液透析療法，移行，移行理論，文献検討

key words : hemodialysis, transition, transition theory, literature review

要 旨

Meleisの移行理論を分析枠組みとして、日本語文献3件、英語文献8件の文献検討を行い、血液透析療法を導入した高齢患者の移行を捉えた。

当該患者の移行は、血液透析療法を要する状態までの病期の進行、血液透析療法導入に伴う自己イメージとライフスタイルの変化により生じ、これらの移行は、連続して、時には同時に起こり、相互に関係していた。移行は、当事者以外の存在によって促進され、患者が血液透析療法に関して見通しを持っていないことにより妨害されていた。当該患者は移行に対して、適応を示す一方で、自己コントロールの喪失により、よい死を切願するなど、不適応を示すこともあった。当該患者が、血液透析療法に至るまでの病期の進行、血液透析療法導入に伴う自己イメージとライフスタイルの変化について見通しを持てるように、看護師がケアを提供する必要性が推測された。

当事者以外の存在としての看護師がどのようなケアを提供すれば、当該患者が血液透析療法に関して見通しを持つことができるのかを明らかにする必要性が示唆された。

1. 緒言

超高齢多死社会の到来に向けて、国は、病院完結型医療から地域完結型医療への転換を提言した。一方、2017年患者調査によると、65歳以上の高齢者のおよそ8割が家庭から入院して家庭へと退院しているものの、平均在院日数は38.5日とまだまだ長く（厚生労働省、2019、平成29年患者調査）、在宅へ円滑に移行できているとは言い難い状況にある。

高齢患者の入院状況を疾患別に概観すると、在院日数が長く、かつ、入院患者数も多いのは慢性透析療法導入の可能性もある腎尿路生殖器系の疾患であり（厚生労働省、2019、平成29年患者調査）、慢性透析療法導入患者の平均年齢は68.2歳、治療形態は血液透析等が

超高齢多死社会の到来に向けて、国は、病院完結型医療から地域完結型医療への転換を提言した。一方、2017年患者調査によると、65歳以上の高齢者のおよそ8割が家庭から入院して家庭へと退院しているものの、平均在院日数は38.5日とまだまだ長く（厚生労働省、2019、平成29年患者調査）、在宅へ円滑に移行できているとは言い難い状況にある。

97.2%を占めている（政金・谷口・中井他，2018）。血液透析療法を導入した高齢患者の場合，血液透析療法導入に伴いライフスタイルの変更を余儀なくされるため，在宅への移行がより難しいことは容易に想像できる。高齢患者ではないが，2018年8月に，血液透析療法を中止した女性患者が死に至ったことは記憶に新しい。この事例は大きな波紋を広げ，血液透析療法に関する記事が新聞などで多く取りあげられるようになった。そこでは，血液透析療法を導入した高齢患者が，血液透析療法に関する想像と現実の違いに苦しみ，死んでもいいから透析をやめたいと思うに至ったこと（読売新聞，2019）などが報告され，血液透析療法を導入した高齢患者の移行の難しさが示されている。以上より，わが国の高齢患者の在宅への円滑な移行に向けて，第一に，血液透析療法を導入した高齢患者の移行に着目する必要があると考えた。

移行という概念は，様々な分野の研究者により論じられている。そのうちの一人である看護理論家 Meleis(2010) は，移行を看護学の中心概念として捉え，概念分析に基づく移行の枠組みを用いて5つの質的研究を行い，質的研究の結果を用いて概念分析を統合することにより移行理論を開発した。なお，移行理論の源泉は，看護の知識開発は健康・疾病状況の反応にまつわる現象の理解にとどまるのではなく，看護介入の開発に向かうべきであるという Meleisの信念にある。

今回，現存の看護実践に基づいて開発され，看護介入の開発を意図した移行理論を分析枠組みとして文献検討を行うことで，血液透析療法を導入した高齢患者の移行を看護実践の知に根ざして捉えることができ，移行を健康と well-beingへ導く看護についての示唆を得ることができると考えた。そのため，本研究では，血液透析療法を導入した高齢患者の移行がどのようなものであるかを，Meleisの移行理論を分析枠組みとした文献検討により捉える。

II. 方法

A. 文献検索

Meleis(2010)によると，移行とは，個人の環境における危機的な出来事や変化によって誘発される，安定した状態から他の安定した状態へのプロセスであり，人間と環境の複雑な相互作用のプロセスとアウトカムの両方を意味する。以上を参照し，本研究では移行を，血液透析療法の導入と血液透析療法を導入して在宅へ退院することにより誘発される，血液透析療法導入前の状態から導入後に自宅へ退院し血液透析療法のために通院しながら生活する状態へのプロセスであり，当該患者と環境の複雑な相互作用のプロセスとアウトカムであると定義した。そして，この定義より，

血液透析療法を導入した高齢患者の移行は，当該患者の経験や心理に関する質的研究に示されていると考えた。そのため，文献検索では，まずタイトルから，血液透析療法を導入した患者の経験や心理に関する質的研究であるかを確認し，その上で，論文内容から高齢患者を対象とした研究であるかを確認した。

日本語文献については，医学中央雑誌 Webを用いて，1977年から2019年1月18日までの文献を対象に，“血液透析”，“気持ち”，“心理”というキーワードにより，“抄録あり”，“原著論文”，“会議録を除く”という条件で文献を検索した結果，計416件が検索された。タイトルを確認したところ，3件が血液透析療法を導入した患者の経験や心理に関する質的研究であったが，高齢患者を対象としていたのは1件のみであった。そのため，高齢患者を対象とした1件と成人患者を対象とした2件の計3件を，文献検討の対象として選択した。

英語文献については，CINAHLを用いて，1981年から2019年1月18日までの文献を対象に，“hemodialysis”，“experience”，“qualitative”というキーワードにより，“English”という条件で文献を検索した結果，計164件が検索された。タイトルを確認したところ，8件が血液透析療法を導入した患者の経験や心理に関する質的研究であったが，高齢患者を対象としていたのは1件のみであった。そのため，高齢患者を対象とした1件と18歳以上の患者を対象とした7件の計8件を，文献検討の対象として選択した。

B. 分析枠組み

Meleis(2010)によると，患者の日々の生活，環境，相互作用は，移行の経験の性質，状態，意味，プロセスによって形づくられている。そして，移行を経験する患者とその家族の主要なケア提供者である看護師は，移行が患者とその家族にもたらす変化と変化に伴い生じるニーズに対してケアを提供し，患者が健康と病気に関する新しい技術を学習するプロセスを促進する。つまり，相互作用する移行の性質，移行の状態：促進と妨害，反応のパターンで構成される移行は，看護介入により，健康と well-beingの方向へ促進される。このことから，本研究では，分析枠組みとして，「移行の性質」「移行の状態：促進と妨害」「反応のパターン」「看護介入」を設定した。

以下に，移行の性質，移行の状態：促進と妨害，反応のパターン，看護介入について説明する。

1. 移行の性質 (Nature of Transitions)

移行の性質は，タイプ，パターン，属性を含む。移行のタイプには，発達の，状況的，健康／病気，組織的がある。移行のパターンとは，患者が単一の移行を経験しているのか，多様な移行のパターンを経験しているのか，多様な移行が連続して起こるのか・同時に起こるのか・関係しているのか・関係していないのか

ということである。属性は以下の様である。移行は、変化に直面した人が、その変化を認識することで生じる。ここでいう認識とは、何が変化するのか、変化に伴い生じる物事がこれまでと比較してどのように難しいのかに気付くことをいう。人が変化を認識すると、変化が完了するのにどのくらいの期間を要するのか、変化が継続する理由や変化の影響はどのようなものなのかなど、変化の性質を探索するようになる。続いて人は、置かれた状況を認識し、情報や支援を求め、以前の活動を修正したり新しい生活方法を明確にするなど、変化に関わるようになる。つまり、変化の認識のレベルは変化への関わりレベルに影響する。変化の認識が欠如していると、人は変化に関わろうとしない。そのため、変化の認識の欠如は、個人が移行に備えられない可能性を示唆する。

2. 移行の状態：促進と妨害 (Transition Conditions: Facilitators & Inhibitors)

移行の状態：促進と妨害は、健全な移行の達成に向けた進展を促進したり妨害したりする個人的、環境的な状態のことである。看護学において、人間は健康と病気の状況について見通しを持ち、意味づけをする存在と定義されている。これらの見通しと意味づけは、移行が生じる状況に影響される。患者の移行の間の経験を理解するために、健全な移行のプロセスとアウトカムを促進したり妨害する、個人、地域、社会的な状態について理解する必要がある。

3. 反応のパターン (Patterns of Response)

反応のパターンは以下の様である。移行が進行していると、人はつながっている感覚を持ち、状況や他の人々との相互作用を通して、現在、自分が置かれた状況と立場を理解するので、よく考え、相互作用し、変化に適応する自信を発展させる。これらは、移行の進行指標となる。さらに移行が進行すると、人は、生活の新しい技術と方法に習熟し、アイデンティティの統一された感覚を発展させる。これらは、移行のアウトカム指標となる。

4. 看護介入 (Nursing Therapeutics)

看護介入は、不健全な移行の防止、well-beingの促進、移行の経験への対処を目的とする。看護介入は、準備状態のアセスメント、教育、役割の補足を含む。準備状態のアセスメントでは、患者の準備状態と、移行の経験の様々なパターンを明確にする。教育では、新しい役割責任の受容、新しい技術の修得を促進し、移行に備える最良の状態をつくる。役割の補足では、役割遂行に必要な行動パターン、適性を認識させるために、本人と重要他者に情報や経験を伝える。

なお、以上で説明した分析枠組みは、Transitions theory (Meleis, 2010, pp.11-76) を精読してまとめた。

III. Meleisの移行理論を分析枠組みとして捉えた血液透析療法を導入した患者の移行

日本語文献3件、英語文献8件の文献検討の結果を、分析枠組みに沿って整理して述べる。なお、文中の【 】はカテゴリを示す。

A. 血液透析療法を導入した患者の移行の性質

Hassani, Otaghi, Zagheri-Tafreshi, et al. (2017) が、通院して血液透析療法を受けているイランの患者19名とその家族2名、患者に関わった看護師2名と医師1名に半構造化面接を行い、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した結果、血液透析療法を導入した患者の移行のプロセスは以下の様であった。【予期していなかった血液透析療法という状況への直面】による移行は、突然に、あるいは、徐々に出現し、【血液透析療法の受け入れという難問】が続いた。そして、身体的・精神的・社会的変化を含む【広範囲で広がる変化】を生じた。対象者は、血液透析療法による変化に適応するために、【自己管理の努力】を行った。これらの努力は、結果として、【日々の生活への血液透析療法の統合】をもたらした。佐名木・瀧川 (2007) が、通院して血液透析療法を受けている糖尿病性腎症の患者2名と非糖尿病性腎症の患者2名に半構造化面接を行い、KJ法を参考にして分析した結果、糖尿病性腎症から血液透析療法導入となった患者の障害への思いの経過は、【将来に対する予期不安】【透析と疾患に対する受容困難】【透析や生活や自分自身に対する思い】【生きる上での満足感獲得の欲求】【障害に対する否定的な思い】【人生における後悔】、非糖尿病性腎症から血液透析療法導入となった患者の障害への思いの経過は、【透析を時間と共に受容】【透析と生活における葛藤】【透析と生活との均衡】【透析と生活と自分自身との均衡】【第3者の存在】【障害、透析を肯定的に捉える】であった。Yu & Tsai (2012) が、糖尿病性腎症と診断されて初めて血液透析療法を導入した入院中の台湾の18歳以上の患者25名に半構造化面接を行い、内容分析の手法により分析した結果、糖尿病の病の軌道は、【糖尿病がはじまる段階】【安定している段階】【負担の段階】【ショックの段階】【コーピングの段階】であった。以上の研究結果のうち、【予期していなかった血液透析療法という状況への直面】(Hassani, Otaghi, Zagheri-Tafreshi et al., 2017)、【透析と疾患に対する受容困難】(佐名木・瀧川, 2007)、【ショックの段階】(Yu & Tsai, 2012) の3カテゴリより、血液透析療法を導入した患者は、血液透析療法を導入しなければならない状態まで病期が進行するという状況的な移行を経験していると捉えられた。

Kazemi, Nasrabadi, Hasanpour, et al. (2011) が、通院して血液透析療法を受けているイランの21名の患者に半構造化面接を行い、主題分析により分析した結

果、血液透析療法を受けている人々の日々の生活における社会相互作用の経験は、【疲労を伴う生活】【自己イメージの変化】【血液透析療法の装置、場所、時間への依存】【病気を隠す】であった。Lindsay, MacGregor, & Fry (2014) が、通院して血液透析療法を受けているオーストラリアの7名の患者に半構造化面接を行い、Smithの解釈学的現象学的手法により分析した結果、血液透析患者の生活の経験は、【慢性腎不全を持ちながらの生活の問題】【身体的な変化と具現化】【病気の経験と社会的関係】であった。以上の研究結果のうち、【自己イメージの変化】(Kazemi, Nasrabadi, Hasanpour, et al., 2011), 【身体的な変化と具現化】(Lindsay, MacGregor, & Fry, 2014) の2カテゴリより、血液透析療法を導入した患者は、血液透析療法の導入に伴い自己イメージが変化するという状況的な移行を経験していると捉えられた。

Nazly Ahmad, Musil, et al. (2013) が、通院して血液透析療法を受けているヨルダンの18歳以上の患者に半構造化面接を行い、Colaizziの現象学的アプローチを用いて分析した結果、血液透析療法に関する患者の生かれた経験は、【ライフスタイルの変化】【時間の消耗】【症状への脅威】【夫婦と性的な機能】【仕事と家事の制限】【宗教的な献身の崩壊】【強みとしての宗教と家族】であった。Hagren, Petteerse, Severinsson, et al. (2005) が、通院して血液透析療法を受けているスウェーデンの41名の患者に半構造化面接を実施し、内容分析的手法により分析した結果、血液透析療法を受けている人々の生活における経験は、【生活する余地がない】【ケア状況で再現される感情】【制限された生活を管理する試み】であった。Lin, Han, & Pan (2015) が、通院して血液透析療法を受けている台湾の15名の患者に半構造化面接を行い、グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いて分析した結果、血液透析療法を受けている腎不全の人々の心理社会的な適応のプロセスは、【入り込む】【腎臓に関する制限】【自己コントロールの喪失】【終わりのないプロセスにおける辛抱】であった。また、研究概要を先に述べた、血液透析療法を受ける人々の日々の生活における社会相互作用の経験を明らかにしたKazemi, Nasrabadi, Hasanpour, et al. (2011) の研究結果には【疲労を伴う生活】【血液透析療法の装置、場所、時間への依存】が、血液透析患者の生活の経験を明らかにしたLindsay, MacGregor, & Fry (2014) の研究結果には【病気の経験と社会的関係】が、血液透析療法の移行のプロセスを明らかにしたHassani, Ottaghi, Zagheri-Tafreshi, et al. (2017) の研究結果には【広範囲で広がる変化】が含まれていた。以上の研究結果のうち、【血液透析の装置、場所、時間への依存】(抄録(和文) et al., 2011), 【時間の消耗】(Nazly Ahmad, Musil, et al., 2013), 【疲労を伴う生活】(Kazemi, Nas-

rabadi, Hasanpour, et al., 2011), 【生活する余地がない】(Hagren, Petteerse, Severinsson, et al., 2005), 【腎臓に関する制限】(Lin, Han, & Pan, 2015), 【仕事と家事の制限】(Nazly, Ahmad, Musil, et al., 2013), 【夫婦と性的な機能】(Nazly, Ahmad, Musil, et al., 2013), 【病気の経験と社会的関係】(Lindsay, MacGregor, & Fry, 2014), 【宗教的な献身の崩壊】(Nazly, Ahmad, Musil, et al., 2013), 【広範囲で広がる変化】(Hassani, Ottaghi, Zagheri-Tafreshi, et al., 2017), 【ライフスタイルの変化】(Nazly, Ahmad, Musil, et al., 2013) の11カテゴリより、血液透析療法を導入した患者は、血液透析療法により時間と体力が消耗され、仕事や家事、夫婦生活、宗教が制限されるなど、ライフスタイルが広範囲に変化するという状況的な移行を経験していると捉えられた。

属性に関する分析結果は、紙面の都合上、割愛する。

B. 血液透析療法を導入した患者の移行の状態：促進と妨害

森田 (2008) が、通院して血液透析療法を受けている精神疾患を有しない患者19名に半構造化面接を行い、質的記述的に分析した結果、慢性腎不全患者が血液透析療法を受けながら生活している中で抱く気持ちの構造は、【これまでの私が崩れていく気持ち】【私を保ちたい気持ち】【私を立て直そうとする気持ち】【私を取り戻したい気持ち】【新たな私を見いだした気持ち】であった。田中・原田・太田 (2013) が、通院して血液透析療法を受けている認知症ではない65歳以上の高齢者8名に半構造化面接を行い、質的記述的に分析した結果、高齢透析患者の体験の意味づけは、【生ある者として生き抜く姿勢】【円滑に過ごすための努力】【暗澹としてやるせない】【やるせなさとの折り合い】【自己の存在価値の認識】【療養生活における期待】であった。また、研究概要を先に述べた、血液透析療法を受けている人々の生活における経験を明らかにしたHagren, Petteerse, Severinsson, et al. (2005) の研究結果には【制限された生活を管理する試み】が、糖尿病性腎症から血液透析療法導入となった患者の障害への思いを非糖尿病性腎症の血液透析患者の思いと比較した佐名木・瀧川 (2007) の研究結果には【障害、透析を肯定的に捉える】が、糖尿病の病の軌道を明らかにしたYu, & Tsai (2012) の研究結果には【コーピングの段階】が、血液透析療法を導入した患者の移行のプロセスを明らかにしたHassani, Ottaghi, Zagheri-Tafreshi, et al. (2017) の研究結果には【自己管理の努力】【日々の生活への血液透析の統合】が含まれていた。以上の研究結果のうち、【やるせなさとの折り合い】(田中・原田・太田, 2013), 【制限された生活を管理する試み】(Hagren, Petteerse, Severinsson, et al., 2005), 【自己管理の努力】(Hassani, Ottaghi, Zagheri-Tafreshi, et al., 2017), 【コーピングの段階】(Yu,

& Tsai, 2012), 【日々の生活への血液透析療法の統合】(Hassani, Otaghi, Zagheri-Tafreshi, et al., 2017), 【障害, 透析を肯定的に捉える】(佐名木・瀧川, 2007), 【療養生活における期待】(田中・原田・太田, 2013), 【自己の存在価値の認識】(田中・原田・太田, 2013), 【新たな私を見いだした気持ち】(森田, 2008) の9カテゴリは, 患者が血液透析療法導入に伴う移行に適応していることを示している. なお, 移行への適応を示すカテゴリと共に, 移行への適応を促進する要因も明らかにしていたのは佐名木・瀧川(2007)の研究のみであり, 適応を促進する要因は【第三者の存在】であった. そのため, 血液透析療法を導入した患者の移行は当事者以外の存在によって促進されると捉えられた.

一方, 患者の血液透析療法導入に伴う移行への適応を示すカテゴリが含まれていない研究もあった. Sahaf, Ilali, Peyrovi, et al. (2017) が, 通院して血液透析療法を受けている認知障害のない60歳以上のイランの患者9名に半構造化面接を行い, Max van Manenの解釈学的現象学の手法で分析した結果, 高齢者の血液透析療法に伴う生活の経験の一部としての不確かさは, 【見えない将来】【未知への恐れ】【不規則を含む規則性】であった. また, 研究概要を先に述べた, 血液透析療法を受ける人々の日々の生活における社会相互作用の経験を明らかにしたKazemi, Nasrabadi, Hasanpour, et al. (2011)の研究, 血液透析療法に関する患者の生きられた経験を明らかにしたNazly, Ahmad, Musil, et al. (2013)の研究, 血液透析患者の生活の経験を明らかにしたLindsay, MacGregor, & Fry(2014)の研究, 血液透析療法を受けている腎不全の人々の心理社会的な適応プロセスを明らかにしたLin, Han, & Pan(2015)の研究にも, 患者の血液透析療法導入に伴う移行への適応を示すカテゴリは含まれていなかった. 以上の5つの研究のうち3つの研究で共通していたのは, 【症状への脅威】(Nazly, Ahmad, Musil, et al., 2013), 【未知への恐れ】(Sahaf, Ilali, Peyrovi, et al., 2017), 【みえない将来】(Sahaf, Ilali, Peyrovi, et al., 2017), 【終わりのないプロセスにおける辛抱】(Lin, Han, & Pan, 2015)に示されるように, 患者が血液透析療法に関して見通しを持っていないことを示すカテゴリが結果に含まれていることであった. そのため, 血液透析療法を導入した患者の移行は, 患者が血液透析療法に関して見通しを持っていないことにより妨害されると捉えられた.

C. 血液透析療法を導入した患者の移行に関する反応のパターン

前項で記載した9カテゴリ, すなわち, 【やるせなさとの折り合い】(田中・原田・太田, 2013), 【制限された生活を管理する試み】(Hagren, Petterse, Severinsson, et al., 2005), 【自己管理の努力】(Hassani, Otaghi, Zagheri-Tafreshi, 2017), 【コーピングの段階】(Yu, & Tsai, 2012), 【日々の生活への血液透析療法の

統合】(Hassani, Otaghi, Zagheri-Tafreshi, et al., 2017), 【障害, 透析を肯定的に捉える】(佐名木・瀧川, 2007), 【療養生活における期待】(田中・原田・太田, 2013), 【自己の存在価値の認識】(田中・原田・太田, 2013), 【新たな私を見いだした気持ち】(森田, 2008) が示すように, 患者は血液透析療法導入に伴う移行に適応していた. 一方で, 患者が血液透析療法導入に伴う移行に適応を示していない研究もあった. 研究概要を先に述べた, 血液透析療法を受けている腎不全の人々の心理社会的な適応のプロセスを明らかにしたLin, Han, & Pan(2015)の研究結果には【自己コントロールの喪失】【終わりのないプロセスにおける辛抱】が含まれ, 腎移植が行われるまで続けられる終わりのない血液透析療法のプロセスにおいて, 権威と自身による日々の活動のコントロールを喪失することにより, よい死を切願する場合さえあることが示されていた.

D. 血液透析療法を導入した患者の移行を促進する看護介入

11文献より, 当該患者が, 血液透析療法に至るまでの病期の進行, 血液透析療法導入に伴う自己イメージとライフスタイルの変化について見通しを持てるように, 看護師がケアを提供する必要性が推測された.

IV. まとめ

当該患者の移行は, 血液透析療法を要する状態までの病期の進行, 血液透析療法導入に伴う自己イメージとライフスタイルの変化により生じ, これらの移行は, 連続して, 時には同時に起こり, 相互に関係していた. 移行の状態について, 当事者以外の存在によって促進され, 患者が血液透析療法に関して見通しを持っていないことにより妨害されていた. 移行に関する反応のパターンについて, 血液透析療法導入に伴う移行への適応として示されることもあれば, 自己コントロールの喪失により, よい死を切願するなど, 移行への不適応として示されることもあった. 看護介入について, 当該患者が, 血液透析療法に至るまでの病期の進行, 血液透析療法導入に伴う自己イメージとライフスタイルの変化について見通しを持てるように, 看護師がケアを提供する必要性が推測された.

V. 限界と課題

今後, 当事者以外の存在としての看護師が, どのように準備状態のアセスメント, 教育, 役割の補足を行えば, 血液透析療法を導入した患者の移行を促進することができるのか, すなわち, 患者が血液透析療法に関して見通しを持つことができるのかを明らかにする必要があると考える. 同時に, 真に当該患者の移行を促進するために, 看護介入の効果を評価する方法を検

討する必要があると考える。また、今回、分析対象としたほとんどの文献は成人患者を対象としており、本来目的とする高齢患者の移行を捉えることはできなかった。成人患者と高齢患者では、血液透析療法導入に伴う移行は異なると推測される。そのため、今後は、円滑な移行の鍵となることがわかった見通しに着目して、血液透析療法を導入した高齢患者の移行を明らかにする研究に取り組みたい。

謝辞

ご指導いただきました日本赤十字看護大学の安部陽子教授に感謝申し上げます。

利益相反

利益相反なし。

文献

- Hagren, B., Petterse, I.-M., Severinsson, E., Lutzen, K., Clyne, N. (2005). Maintenance hemodialysis: Patients' experiences of their life situation. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 294–300.
- Hassani, P., Otaghi, M., Zagheri-Tafreshi, M., Nikbakht-Nasrabadi, A. (2017). The process of transition to hemodialysis: A grounded theory research. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 22(4), 319–326.
- Kazemi, M., Nasrabadi, A. N., Hasanpour, M., Hassankhani, H., Mills, J. (2011). Experience of iranian persons receiving hemodialysis: A descriptive, exploratory study. *Nursing & Health Sciences*, 13(1), 88–93.
- 厚生労働省 (2019). 平成29年患者調査. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&toukei=00450022&tstat=000001031167> (2019.7.10)
- Lin, C.-C., Han, C.-Y., Pan, I. J. (2015). A qualitative approach of psychosocial adaptation process in patients undergoing long-term hemodialysis. *Asian Nursing Research*, 9(1), 35–41.
- Lindsay, H., MacGregor, C., Fry, M. (2014). The experience of living with chronic illness for the hemodialysis patient: An interpretative phenomenological analysis. *Health Sociology Review*, 23(3), 232–241.
- 政金生人・谷口正智・中井滋・土田健司・和田篤志・尾形聡・長谷川毅・濱野高行・花房規男・星野純一・後藤俊介・水口潤・山本景一・中元秀友 (2018). わが国の慢性透析療法の現状 (2016年12月31日現在). *日本透析医学会雑誌*, 51(1), 1–51.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory. Middle-range and situation. Specific theories in nursing research and practice.* Springer.
- 森田夏実 (2008). 血液透析療法を受けながら生活している慢性腎不全患者の“気持ち”の構造. *聖路加看護学会誌*, 12(2), 1–13.
- Nazly, E. A., Ahmad, M., Musil, C., Nobolsi, M. (2013). Hemodialysis stressors and coping strategies among Jordanian patients on hemodialysis: A qualitative study. *Nephrology Nursing Journal*, 40(4), 321–327, quiz 328.
- Sahaf, R., Ilali, E. S., Peyrovi, H., Kamrani, A. A. A., Spahbodi, F. (2017). Uncertainty, the overbearing lived experience of the elderly people undergoing hemodialysis: A qualitative study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 5(1), 13–21.
- 佐名木宏美・瀧川薫 (2007). 糖尿病性腎症から透析となった患者の障害に対する思い—非糖尿病性腎症の透析患者との比較. *滋賀医科大学看護学ジャーナル*, 5(1), 13–18.
- 田中紀子・原田小夜・太田節子 (2013). 高齢透析患者の療養生活における体験の意味づけ. *聖和泉看護学研究*, 2, 69–81.
- 読売新聞. 医療ルネサンス (No.7070) 透析と生きる. 2019年6月27日. <https://www.yomiuri.co.jp/medical/renaissance/20190626-OYT8T50085/> (2019.7.10)
- Yu, I.-C., Tsai, Y.-F. (2012). From silence to storm-patient illness trajectory from diabetes diagnosis to hemodialysis in Taiwan: A qualitative study of patients' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1943–1952.

資 料

民間精神科病院に勤務する看護師の学習の動機と現任教育への期待
—病棟看護師と教育担当看護師のインタビュー調査から—

松本 佳子¹, 出口 禎子²

Motivation for Learning and Expectations for
Continuing Education of Nurses at Private Psychiatric Hospitals:
Based on the Research Interview on Nurses and Nursing Instructors

Keiko Matsumoto, Sachiko Deguchi

キーワード：民間精神科病院, 現任教育, 看護師

key words : private psychiatric hospital, continuing education, nurse

要 旨

本研究プロジェクトの最終目的は、民間精神科病院に勤務する看護師を対象とした継続学習のためのサポートのあり方の検討と改善である。本調査では、看護師の学習の動機と、教育担当の看護師の現任教育への期待—現任教育によって病棟看護師のどのような変化を期待するのか—を明らかにすることを目的とし、3施設の病棟看護師及び教育担当の看護師を対象に計6回のグループインタビューを行った。病棟看護師の学習の動機は多様であり、その背景には、日々のケアにあたって病棟看護師らが抱える人間関係の葛藤が横たわっていた。つまり、病棟看護師の学習の動機は、ケアの場での人間関係に対する葛藤と密接に関連していた。また、教育担当の看護師たちは、現任教育によって、看護師同士が人間関係の葛藤と向き合いながら、互いに学び合うことを期待していた。精神科での現任教育において、感情を共有する場から生じる対話を学習の基盤とし、経験の長い看護師の経験知を共有する機会を作ることが学びの場となることが示唆された。

1. はじめに

日本では精神科病床数の約90%以上を民間の精神科病院が担う状況が現在まで続いている。また長い間、民間の精神科病院の看護職者のほとんどが看護・介護に関する資格を有していない看護補助者、または

准看護師で担われていたという精神医療事情がある。精神科病院で働く看護師の継続学習のあり方は、こういった精神医療事情の影響を最も大きく受けており、改善の急がれる課題のひとつである。その背景には、民間の精神科病院に勤務する看護師の教育歴や職業経験の違いが多様であり、中途採用者が多く年齢も高い

受付日：2019年4月19日 受理日：2019年10月2日

1. 日本赤十字看護大学看護学部 Japanese Redcross College of Nursing
2. 北里大学看護学部 Kitasato University

傾向にあり、反対に新卒者の就職率が低く、転職経験や離職率が一般病院よりも高い傾向にある（本吉・新野, 2006）ことが考えられる。

近年では、看護系大学及び大学院の急激な増加に伴い、これまで准看護師が圧倒的多数を占めていた民間精神科病院にも、数は少ないものの学士号、修士号といった学位を持つ看護師が就職するようになった。そのため、個々の看護師のキャリアの考え方、看護観もまちまちであるために、現場のニーズに合わせた現任教育プログラムを作成するのは非常に難しいという指摘もある（山根・山本, 2007）。中には、精神科看護においても、一般科看護のクリニカルラダーシステム（臨床看護実践能力習熟段階制）を導入している精神科病院もある。ところがそれも、現場で働く看護師たちの要求と一致しておらず、その成果が現場に還元されているとは必ずしも言えないことが指摘され（平沢・高野・布施田他, 2009）、時間外学習や研究実践など負担が大きい（渡辺・北村・瀬野, 2011）とも言われている。

そこで筆者らは、精神科に勤務する看護師の継続学習に関するサポートのあり方の検討と改善に取り組むことにした。その基礎データを得るために、民間精神科病院の看護部長の現任教育の取り組みについて聞き取り調査を行い、実態を明確にすると共に、看護師の学習支援につなげることのできる方法について報告し、精神科病棟に勤務する看護師の学習に対する動機を把握する必要性について言及してきた（松本・出口, 2017）。

今回は、民間精神科病院の病棟に勤務する病棟看護師、及び教育担当の看護師を対象に、学習に対する動機と現任教育への期待についてインタビュー調査を行ったので、ここでその経緯を振り返り、現状の課題について報告したい。

II. 研究目的

本研究では、民間精神科病院3施設に勤務する立場の異なる看護師（病棟看護師及び教育担当の看護師）へのインタビュー調査を行い、その語りから、病棟看護師の学習の動機と、教育担当の看護師の現任教育への期待—現任教育によって病棟看護師にどのような変化を期待するのか—を明らかにすることを目的とする。

III. 用語の定義

看護師：本論文では、民間精神科病院に勤務する看護師（准看護師を含む）とする。下記の「病棟看護師」、「教育担当の看護師」を含む。

病棟看護師：民間精神科病院の病棟に勤務する管理

職に就いていない看護師。

教育担当の看護師：施設内で、何らかの形で教育に携わっている看護師。

IV. 研究方法

A. データ収集期間

2015年7月～2017年9月。

B. 研究対象者

都市部の民間精神科病院で、研究協力の得られた3施設の看護師（病棟看護師計12名、教育担当の看護師計5名）である。看護師については、看護部長の推薦があった者とした。看護部長には精神科看護の経験年数が偏らないよう依頼した。

C. データ収集方法

研究対象となる3施設の施設長及び看護部長に承諾を得、研究の主旨に同意した対象者にグループインタビューを実施した。研究対象者の希望する日時に、プライバシーが確保できる場所を確保し、3施設ごとに研究者2人が病棟看護師、教育担当の看護師らへのグループインタビューを実施し、許可を得て内容を録音した。データ収集の具体的な手順は以下の通りである。

1. まず、3施設に勤務する病棟看護師に対し、学習への動機と学習したい内容について、施設ごとに各1回のグループインタビューを実施した（計3回）。

2. 次に、同じ3施設に勤務する教育担当の看護師に対し、現任教育を行うことで、病棟看護師に対して、どのような変化を期待するのかをテーマに、施設ごとに各1回のグループインタビューを実施した（計3回）。

D. データ分析方法

インタビューデータから逐語録を作成し、データを熟読した。その後、病棟看護師の学習の動機と、教育担当の看護師の現任教育への期待について焦点を当てながら、類似性のある内容を抽出し、分類した。さらにその共通性から、看護師の学習の動機と教育担当の看護師の現任教育への期待について、それらの特質に注目し、それぞれのテーマを抽出した。

E. 分析結果の厳密性

本研究は、データ収集から分析の全過程を通し、研究者二人がかかわり、研究対象者が語った内容について、的確に捉えられているか相互に確認しながら、解釈に偏りのないよう、分析の厳密性の確保に努めた。

F. 倫理的配慮

研究対象者が勤務する施設の病院長と研究対象者である看護部長に、文書及び口頭で研究について説明し研究の承諾を得た。研究対象者に調査の目的、方法、承諾の任意性、プライバシーの保護、匿名性の保持、不利益はないこと、結果は学会などで公表するが個人

が特定されないことなどを、文書及び口頭で説明した。同意書の署名をもって研究の同意を確認後、面接を行った。本研究は、埼玉県立大学の倫理委員会の承認（承認番号：28015号）を得た。

V. 結果

A. 研究対象者と施設の概要

研究対象者は、3施設において同意の得られた病棟看護師計12名、教育担当の看護師計5名である。それぞれ1回のグループインタビュー時間は1時間30分程度で、計6回行った。研究対象施設及び、研究対象者の内訳は表1、表2、表3の通りである。

B. 民間精神科病院に勤務する病棟看護師の学習の動機（表4）

病棟看護師たちの抱く学習の動機は、一見潜在化しているように見えたが、インタビューの相互作用の中でいずれの施設でも自発的に語られた。対象となった病棟看護師は、表2の通り、精神科経験年数約1年から約20年と幅広く、看護実践の経験年数によって語りの内容は実に多様であったが、その語りから、看護師の感じている「人間関係の難しさ」と「専門的知識の不足についての自覚」が学習の動機につながっていると考えられた。詳細を表と共に、以下に示していく。

1. 人間関係の難しさ

a. 患者との「かかわり」

病棟看護師たちは、患者との日々のかかわりの中で、患者とかかわる難しさを感じており、戸惑った経験について語った。また、一見目立たないように見える患者にかかわることの大切さや自分自身のかかわりの課題についても語られた。こういった経験をこれからのケアにつなげたいという意識が、学習の動機となっていた。

表1. 研究対象施設の概要

| 対象施設 | 精神科病床数 | 施設内 専門看護師の有無 | 施設内 認定看護師の有無 |
|------|--------|-----------------|-----------------|
| A | 約200床 | 無 | 無 |
| B | 約200床 | 無 | 有 |
| C | 約500床 | 有 | 有 |

表2. 各施設における研究対象者（病棟看護師）の概要

| 施設 | 看護師 | 年代 | 精神科経験年数 |
|----|-----|-----|---------|
| A | a | 30代 | 約5年 |
| A | b | 40代 | 約12年 |
| A | c | 30代 | 約3年 |
| A | d | 40代 | 約1年 |
| B | e | 40代 | 約20年 |
| B | f | 20代 | 約7年 |

そして、精神科看護の経験年数が約1年から約2年の複数の病棟看護師から、患者に陰性感情を抱いた際の自身の感情の取り扱い方について語られた。患者とのかかわりから看護師自身に沸き起こった怒りなどのコントロールしがたい感情について、複数の病棟看護師が、その感情処理の難しさを語り、何らかの対処の方策と同時に、その理論的根拠についての学習を求めている。

b. 家族への対応

家族への対応の難しさや、家族から怒りの感情をぶつけられたときの戸惑いも語られ、家族への適切な対応について学びたいという切なる思いが語られた。

また、入院が長期にわたった患者家族に対する対応の難しさや長年傷つきを抱えた家族に対する言葉かけに伴う困難感が語られた。

c. スタッフ同士の関係性

精神科看護の経験年数7年以上の複数の病棟看護師が、他職種連携の難しさを具体的に語った。特に、医師や精神保健福祉士との連携の難しさが語られ、連携に関する学習のニーズがうかがえた。

さらに、上述したような陰性感情を抱きつつもケアにあたるために、同僚である看護師同士の感情的共有の必要性も、精神科経験年数約7年以上の複数の看護師から語られた。そして同時に、同じ病棟で働く看護師同士でも、ケアへの温度差から生じる葛藤により、看護師同士の感情的な共有が困難である現状についても語られた。

2. 専門的知識の不足についての自覚

a. 地域移行に伴う社会制度に関すること

地域移行支援への使命感を感じながら、望ましい支援が提供できず、もっと社会制度について勉強したいという率直な思いが、複数の病棟看護師から話題にあ

表3. 各施設における研究対象者（教育担当の看護師）の概要

| 施設 | 看護師 | 年代 | 精神科経験年数 | 役職/資格 |
|----|-----|-----|---------|-------|
| A | m | 50代 | 約30年 | 看護部長 |
| A | n | 40代 | 約15年 | 師長 |
| B | o | 40代 | 約25年 | 師長 |
| B | p | 40代 | 約20年 | 認定看護師 |
| C | q | 30代 | 約15年 | 専門看護師 |

表4. 民間精神科病院に勤務する病棟看護師の学習の動機

| |
|---|
| <p>【人間関係の難しさ】</p> <p>患者との「関わり」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者さんとのコミュニケーションがすごく難しく、色々なことを聞かれたりしても、答えられなかったりとか… ・全然部屋に閉じこもってご飯も食べない、ないがしろじゃないけど、いてもいなくてもみたいな、何のためなのかな、みたいな人っていうところに光が当たってないような。 ・やってあげるだけじゃ駄目というか、そこが難しいところですよ。[見守る]ってところが、私には課題かなって思います。 ・具合悪くなった患者さんとかって、結構その感情をぶつけてきたりするじゃないですか。そのときの自分の感情の持って行き方が、私はいつもどうしたらいいんだろうと。ぶつけられた私の、じゃあこの怒りは、私はどこに出そうっていうのがいつも分からなくなって。ぶつけられることが毎日続く、みたいなときとかは、今日も嫌だなあ、この部屋入るの嫌だなあとか思いながら、何となく足が遠のいちゃって、でも仕事だからやらなきゃいけないし、葛藤が、いつも上手くそこを自分で処理しきれないなって。 <p>家族への対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ご家族もやはり一筋縄ではいかない人がすごく多い。アナムネを取っているときに、「大変でしたね」って言ったら、家族に「お前に何がわかるんだ」って。初めて会ってそういうふうに言われて傷ついた、というのがあったので。 ・お母さんの妹の子どもとか、多分本人が知らないような人が保護者になっていて、いざ体の具合が悪くなったときに急変時どうしますかとか家族に連絡して、そんな人見たこともないから急に言われても困るみたいな話になっちゃって。家族の方も年を取って見られないというか、やっぱり、退院っていう言葉はなかなか難しく。 <p>スタッフ同士の関係性 (他職種との連携)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主治医が治療していく中で、私達の方が結構普段患者さんと毎日関わる中で、ちょっと悪くなってきてるような、調子がいいとかそれを上手く主治医に伝えるすべと言うか、上手くこう…難しいと言うか。 <p>(看護師同士の関係)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・チーム力を必要としないって思ってる看護師は、カンファレンス中に席立ちちゃって戻ってこない… ・看護師としての感情というか感覚というか、そういう看護観プラス、本当に持っている自分の感情が出てくるので、その辺が(チームとして)難しいですね。 ・この感情って自分だけなのかなって。自分だけなのかな、この感情持っているのは、っていうのは、疑問というか。みんなどう思ってるんだろう、どういうモチベーションであの部屋に向かうのか、分からなくて。だからみんなはどういう気持ちでやっているのかを聞くと、もしかしたら何か解決になるのかもしれない… |
| <p>【専門的知識の不足についての自覚】</p> <p>地域移行に伴う社会制度に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・受け持っている患者さんが特に長期に入院している方が多いので、退院につなげたいなって常に思っているんですけど、やっぱりワーカーさんまで話が行ってもそこで止まっちゃって。何で止まっちゃうのかとか、具体的に自分が分からないから、こういう所もあるよって勤めてあげられなくて、私も知識がなくて。そこを勉強できれば、もうちょっと普通の会話の中で、引っ張ってあげられるかなと思うんですけど。 <p>身体的ケアの知識や薬物療法に関すること</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内科のことが薄くなっちゃう。(急変したときに) ああ、早く気付いてあげられなかった。 ・具体的な技術、吸引だとか、特に多くなってきた。イレウスについての知識は、もうちょっと欲しいなっていうふうには思います。 ・疾患についての知識。病気が絡んでくるっていうのが、この人が飲んでる薬が、この人にどういふふう作用してるとか、そういうところが全然まだ分からなくて。 |

がった。

b. 身体的ケアの知識や精神疾患に関すること

自身の身体的ケアの知識不足に対して、悔いの思いを持つ看護師もおり、具体的な看護技術の必要性や、薬物療法に関する知識の必要性が語られた。

C. 教育に携わる看護師の現任教育への期待 (表5)

表1および表3に示す通り、施設により、教育担当の看護師の資格の有無やポジションは異なっていたが、教育担当の看護師が現任教育に期待することは、以下の3点に集約された。

1. 患者へ関心を持ち患者を理解する視点を持つこと
教育担当の看護師の中には、病棟看護師の患者に対する姿勢や関心の持ち方について疑問を呈する者もいた。また、看護師の患者への理解と患者自身の希望の乖離についての懸念が語られ、ケアの前提である患者理解のあり方が、病棟看護師にとっての課題のひとつと捉えていた。さらにある者は、専門職である病棟看

護師の言動に辛さを感じる場面もあると語り、その辛さを「なかなか裾野だなあ」と表現した。

2. 看護師の背景の多様性を互いに生かすこと—経験の長い看護師の経験知の継承

教育担当の看護師たちは、精神科での経験の長い病棟看護師と若手の病棟看護師の背景や学習動機の多様性を感じ、教育の支援方法に行き詰まりを感じていた。特に、経験の長い病棟看護師らの学習への意識をどう底上げしていけばいいのか、言語化されていない精神科看護経験を、どのように次の世代に活かし、つなげていけばいいのかといった苦悩が、複数の施設のエducation担当の看護師から語られた。

3. 病棟の雰囲気の変容

教育担当の看護師の中には、教育の土台となるのは病棟の雰囲気だとその重要性を強調する者もおり、病棟の雰囲気のありようが、継続学習のあり方に大きく影響していると考えていた。また、病棟ミーティング

表5. 教育担当の看護師の現任教育への期待

| |
|--|
| <p>【患者へ関心を持ち患者を理解する視点を持つこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・関心持って（スタッフが）近づくことがないです。ちょっと暴力振るわれそうになってはたと、その患者さんに、自分は関心を持ってたのかなってことに気付いたりとか。 ・本人が何を希望しているかっていうのも全然違ってきます。退院を目的にしてるばっかりじゃないですからね。看護職は当然退院をするためにって考えてるかもしれないけど、患者さんは全然そう考えてないかもしれない。 ・やっぱり精神科って看護の中で、いっぱい色々持ち味があって、素晴らしいスタッフもいますけど、やっぱりなかなか裾野だなぁって感じで。それはもう申し訳ないけど、辛い気持ちにはなる場面がたくさん。看護師として免許は持っているけれど、何かこう…辛くなる場面がやっぱり…。 |
| <p>【看護師の背景の多様性を互いに生かすこと—経験の長い看護師の経験知の継承—】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・長い人達（看護師）をどうしていくかっていうのが結局いちばんの課題で、でもその人達が病棟のすごく支え手で、私達もいけると安心できるっていう場面がたくさんある。ただし見ていると、倫理的にとか。そのひとつが新人さんにとっては非常に引っかけになるし、やっぱりブラッシュアップしてもらえようような研修の機会とか、そこになるべく出てもらう。ただ負荷を掛けられる人と掛けられない人がいて。 ・昔からいる人達とか、ちょっと年配の人達って、学習意欲っていうのが正直ないかなと。もう今更私は年だからとか、私はパートだからいいです、とか。そういうような風潮が民間病院っていうか、うちの病院でもあるので。そういう人達をどういうふうに乗せていくのかなっていうのが、実を言うと疑問符と言うか、難しいところでは。 ・やっぱり本当に、年配の50代位の人達とかが、ああ私達はいいのよみたいな感じで、そうなっちゃうと、例えば若手が勉強してきたそれを実践として出したいというときに、何かこう出せない雰囲気があったりとかして。そこが今、難しさを感じてる場所ですね。 ・長く職員もいると、緊張感自体もなくなるし。自分はもう経験してきたんだ的な感じで、間違いないんだ的な感じなのがあるかもしれないですね。 ・やっぱりどうしても大変なことは若手にどんどんどんどん回っていくシステムになってしまっているんですよね、どこでもそうなんでしょうけど。(笑)他のことでいっぱいいいのにプラスアルファは無理だよみたいな、ところがあるのかな。 |
| <p>【病棟の雰囲気の変容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・やはりみんなで協調を持って何でも話せる雰囲気（が必要）。(中略)ただそういう勉強っていうのが、プログラムと言うか、学習の中でどういうふうにしたらいいのかなって。 ・病棟文化がすごく（「学習すること」と関係）あると思います。気がして、はい。 ・やっぱりケースカンファレンスみたいなので、学んでもらうのがある意味一番なのかなって。1年目2年目3年目位の人には聞いているだけでも、それで学べばいいのかなって思いながら、でも、うちの病院の悪いところは、そのケースカンファレンスが上手くいってないです。 |

やケースカンファレンスでの話し合いの持ち方についても、課題が山積している現実が語られた。そういった病棟の雰囲気の重要性について理解しつつも、スタッフの学習の意欲を引き出すような雰囲気づくりの現実的難しさが語られ、現任教育によって病棟の雰囲気が変容することを期待していることがうかがえた。

VI. 考察

A. 看護師の学習の動機とケアの場での人間関係の葛藤

病棟看護師へのインタビュー調査では、実に多様な学習の動機に関する語りが聞かれた。その背景には、日々のケアにあたって病棟看護師らが抱える人間関係の葛藤が横たわっていた。つまり、病棟看護師らが抱えているケアの場での人間関係の葛藤と学習の動機は密接に関連していたのである。

例えば、「患者とのかかわり」では、日々の患者とのかかわりから生じる葛藤から学習への動機が生み出されていた。それは、「家族への対応」も同様で、家族から怒りの感情をぶつけられて戸惑った体験が、家族への適切な対応を学びたいという切なる思いにつながっていた。「地域移行に伴う社会制度に関すること」においても、患者の社会復帰への使命感を感じながら、望ましい支援が提供できないというジレンマを病

棟看護師は語った。また、「身体的ケアの知識」に関しても、自身の悔いの思いが学習への動機につながっていた。これらはいずれも、ケアの難しさ、つまり病棟というケアの場における患者との人間関係から生み出される葛藤が伴っていた。

このように、精神科看護師の学習の動機とケアの場での人間関係の葛藤は密接に繋がっているのである。

B. 現任教育への期待とその背景

結果で述べた現任教育への期待のうち、特に、「看護師の背景の多様性を互いに生かすこと」「病棟の雰囲気の変容」の内容から、教育担当の看護師らは、現任教育によって、看護師の背景の多様性が互いに生かされ、病棟の雰囲気が変容することを期待しているといえよう。つまり、教育担当の看護師たちは、現任教育によって、病棟内の看護師同士が人間関係の葛藤と向き合いながら、互いに学びあうことを期待していると考えられる。

以上のことから、看護師たちはその立場にかかわらず、病棟内の人間関係やチームアプローチに課題や難しさを感じ、対人関係にまつわる学習を切に望んでいるといえよう。多田羅（2017）は、精神科での経験年数25年以上の病院に勤務している看護師に対し、精神医療の変化における体験と思いについて聞き取り調査を行っている。その中で、ベテラン看護師らは、若

い看護師に経験した看護を伝えつなげたいと課題と希望を持っていたと結論づけている。蓄積された貴重な看護経験を意味づけし、若い世代の看護師といかに分かち合っていけるか、そのための動機をいかに引き出していくか、さらにそういった場を通し、看護師同士が世代を超えて手を組んで現状に向き合っていけるかが現任教育の課題といえるであろう。

C. 看護への示唆

筆者らの過去の調査（松本・出口，2017）からも、精神科病院における現任教育は、管理者である看護部長とそのブレンが、いわばトップダウン型の形で、現場の看護師たちに学習の機会を提供する形態であった。しかし表3に示したように、同じ民間精神科病院であっても、教育担当の看護師の教育背景、立場などは、施設ごとに実に多様であるのが現実である。このような多様な現状を鑑みると、まさに今、従来のトップダウン型の方法から発想を転換することが求められているのではないだろうか。

具体的には、同じ学習課題への関心を持った看護師らがまずは少人数で集まり、学びの場を共にすることを繰り返すといった方法も一案であろう。医療教育分野においては、PBL（Problem-Based Learning）というカリキュラム—少人数グループに対し、チューターと呼ばれる教員が付いて行われる—が注目され、看護学教育においても導入されている（木村，2010）。民間精神科病院の看護師の現任教育においても、精神科看護を専門とする教員と、同じ学習課題への関心を持った看護師が少人数で共に学びあう、という実践を試みる価値があるのではないだろうか。つまり、看護師同士の直接のかかわり—感情を共有する場から生じる対話—を学習の基盤とするのである。経験の長い看護師の経験知を共有するためにも、こういった試みが現場で根付くことが、必要ではないだろうか。なぜならばこのような試みは、患者とのかかわりや関係構築といったプロセス自体が患者と看護師の互いの回復や成長、そして看護につながるといった特徴をもつ（Peplau, 1952/1973）精神科看護の質の向上に結び付くのではないかと考えられるからである。

VII. 結論

1. 民間精神科病院に勤務する病棟看護師の学習の動機は、ケアの場での人間関係に対する葛藤と密接に関連していた。

2. 教育担当の看護師たちは、現任教育によって、看護師同士が人間関係の葛藤と向き合いながら、互い

に学びあうことを期待していた。

3. 精神科での現任教育において、感情を共有する場から生じる対話を学習の基盤とし、経験の長い看護師の経験知を共有する機会を作ることが学びの場となることが示唆された。

謝辞

研究にご協力いただきました精神科看護師の皆さま、協力機関管理者の皆さまに心より感謝申し上げます。本稿は文部科学省科学研究費補助金（課題番号：15K11796）を受けて実施した研究の一部である。

利益相反

利益相反なし

文献

- 平沢めぐみ・高野和恵・布施田史恵・伊藤文・渡辺恵子（2009）. 精神科看護技術の習得時期に対する調査—精神科クリニカルラダー1をもとに—. 日本精神科看護学会誌, 52(1), 406-407.
- 木村誠子（2010）. わが国の看護基礎教育におけるProblem-Based Learning（PBL）の導入と取り組みの実態. 広島国際大学看護学ジャーナル, 7(1), 57-65.
- 松本佳子・出口禎子（2017）. 民間精神科病院の看護部長が取り組む現任教育の実態—学習支援プログラム構築にむけた聞き取り調査より—. 日本精神保健看護学会誌, 26(1), 40-46.
- 本吉恵子・新野由子（2006）. 精神医療の現状に即した、精神科看護師の臨床看護実践能力の向上を目指して. 日本看護学会論文集：看護管理, 36, 166-168.
- Peplau, H. E. (1952)／稲田八重子・小林富美栄・武山満智子・都留伸子・外間邦江訳（1973）. 人間関係の看護論（第1版）. 東京：医学書院.
- 多田羅光美（2017）. 精神医療の変化における精神科ベテラン看護師の体験—精神保健福祉法制定頃の病院の状況と看護師の思い—. 日本精神保健看護学会第27回学術集会・総会プログラム抄録集, 171.
- 渡辺純一・北村周美・瀬野佳代（2011）. クリニカルラダー5年目の評価—看護師へのアンケート調査から—. 日本精神科看護学会誌, 54(1), 327-325.
- 山根美智子・山本勝則（2007）. 精神科看護継続教育に関する研究の動向. 獨協医科大学看護学部紀要, 1, 1-12.

第20回 日本赤十字看護学会学術集会 関連論文

伝統を革新する赤十字看護師の決断とチャレンジ

Decisions and Challenges of Red Cross Nurses to Innovate Tradition

川嶋みどり Midori Kawashima (日本赤十字看護大学, 健和会臨床看護学研究所)

キーワード：伝統, 革新, 独創性, 優れた看護実践, 決断

key words : tradition, innovation, originality, excellent nursing practice, decision

はじめに

伝統という言葉の受け止め方はさまざまであるが、芸道の奥義、一家相伝など、保守的な印象とともに、その名において守るべき価値観でもある。一方、革新とは、新しく若く進歩的などの反面、失敗や破壊などのイメージもある。だが伝統とはいえ、古い心のありようや手技などが形を変えずに続いてきたわけではなく、折々の社会現象や問題意識によって革新を繰り返しつつ、集団や個人に特有のハビトス(型)を形成してきた。従ってその受け止め方も一様ではない。赤十字看護師らの場合も130年余の歴史の重みを背に、それぞれが抱く伝統の受け止め方は、世代によって異なることは容易に想像できる。伝統とは、守るべき「古きよきもの」として思い浮かべる層、「その呪縛からの解放を旨とするアクションを起こしたいと願った」世代、そして、昨今では、科学技術の進展や高等教育の普及により、「真理探究」「職業的自律」を求める上で、伝統という過去の文化は不要と受け止める向きがあるのではないだろうか。

共有しておきたいことは、看護の伝統を革新することは、時代に相応しい看護を創造する道に通じるということである。そこで、本学術集会のメインテーマを受けて、赤十字看護の核としての伝統を探り、その価値を継承するに当たって求められる革新とは何かを問うなかで、過去において諸先輩らが普通に行っていた優れた看護への回帰こそが、革新にはかならないのではないかと改めて気づいた次第である。とはいえ、現在の医療環境のもとで、そのことを実践するのは容易なことではなく、専門職としての強い決断とチャレン

ジを抜きにはできない。受け手目線を大切にしながら、伝統を軸足にした赤十字看護のオリジナリティに迫りたいと願う。

赤十字看護の起源と伝統

赤十字国際委員会が誕生した当時の理念は、軍の補助機能として無償の奉仕をすることであった。この意を受けて日本では、1886年に博愛社(半年後、日本赤十字社と改名)が病院を創設したが、その目的は、兵士らの救護に当たる看護婦養成のためであった。そのため1890年の養成開始後まもなく始まった日清戦争から太平洋戦争の終結までの50年間のあいだ、赤十字看護婦らは戦時救護に派遣されることになった。その間、濃尾地震、三陸沖津波、関東大震災などの自然災害時の救護にも当たった。戦争、災害のいずれも極限状況下における活動であるから、心身ともに強固な耐える力を必要としたことはいうまでもない。こうして、赤十字看護の伝統の主軸をなすものは、優れて心のありように特化されたが、当時の時代背景の影響も抜きにはできない。

すなわち、明治維新後誕生した新日本政府は、自由民権運動や不平等条約の撤廃など、旧体制からの脱皮を経て政情不安定の時期を迎え、欧米列強とならぶ国家体制を構築する動きに突入する。有事の際の海外派兵を考慮に入れた政策から、富国強兵の名のもとに、軍隊整備、徴兵制が布かれ、皇国史観に基づく「皇室への報恩」を柱に教育勅語による思想形成が広く普及する。こうして、忠君愛国、家父長制による夫唱婦随、孝行、貞節、儉約、友愛などが、当時の日本人の

心根に据えられた。

これらの社会的風潮は、赤十字看護師らの精神的バックボーンにも強く影響し、看護は、国家に身を捧げる義務として位置づけられた。そのルーツは、1891年濃尾地震の救護活動に際しての佐野常民社長の訓示に遡ることになる。これが救護員十訓として、日清戦争から太平洋戦争までの数十年間にわたり赤十字看護師らの使命感、忍耐心、潔癖さを主軸とする奉仕の精神として継承されたに留まらず、赤十字看護師の社会的イメージともなった。

【救護員十訓】—1896年、【看護婦訓戒】—1898年には以下のような記述がある。

- ・ 傷病兵を看護するのは国家に対する義務であり、
- ・ 階級秩序を守り、待遇の善し悪しや勤務繁忙などへの不平不満は厳禁。
- ・ 物資の欠乏、激務の苦しさに耐えるのが救護員の本分である。
- ・ 有事の際に応召する兵士は国家の楯であり、かれらを看護するのは女性の名誉である。

こうして、己を捨てて国家に身を報じ、規律と服従により困難と困窮に耐える力が、赤十字看護婦の精神的支柱として太平洋戦争まで続いたのであった。

2つの調査から迫る赤十字看護

1) 日本赤十字社中央病院救護看護婦養成所卒業生(1925-1939) 20名への面接調査から(国分・内海・村瀬他, 1994)

第二次世界大戦以前の日本赤十字社病院における看護の実践とその技術教育はどのように行われていたかを明らかにするために、傷病兵収容開始以前の一般病院として機能していた時代に勤務していた20名への面接調査からの概要である。

赤十字病院は救護看護婦の養成を目的としていたため、病院そのものが教育機能を果たしていた。彼女らは、「よい看護とは、患者さんを大切に作る心を看護行為や言葉・態度に表現していた」といい、直接的ケアそのものよりも、心地よい結果をもたらす上での種々の心遣いといったことが述べられている。たとえば「①病棟環境の清潔を図るためのお磨き ②失禁布団のつくりかた ③洩れない氷嚢の結び方 ④配膳室の蒸気釜の活用による食事援助 ⑤差し込み便器の包み方 ⑥肺炎時の温湿布材料の作り方 ⑦散剤を与える時の小皿とオプラー利用のしかた」などである。

当時の病棟は、各看護単位に婦長と卒業看護婦1名のみで、その他の看護要員は、勤務と称された実習による生徒の労働力によっていた。1年生は2年生を、2年生は3年生、3年生は卒業生を見習い、その指示を得ながら学んでいた。3年生以外の者は殆ど座ることなく立ち働き、先輩の許可なしには帰寮できなかった

が、いつの間にかその厳しさに耐える訓練ができていたという。理不尽と思われるような厳しさも、それを乗り越えた自信がバックボーンとなったらしく、彼女ら全員が、皇室の庇護と軍の期待のもとで、救護員十訓を信条とした誇りある教育に対する自負と感謝を表出し、厳しい訓練から得た自信を語っていた。また、家族や付き添いのつかない看護体制は、患者からの金品は一切受け取らないしきたりとともに一般市民の信頼の要素になっていた。

2) 赤十字の教育を受け赤十字病院で働いた看護師18名(1950-2000卒)へのフォーカスインタビュー専門学校、短大、大学という教育制度の差異年代別変化を背景にした調査(川島・守田・川原他, 2008, pp.4-17)

1945年から2000年という日本の戦後半世紀にわたって、赤十字の基礎教育を受けた卒業生らの卒業年次はかなりかけ離れているだけではなく、専門学校(旧制)、短期大学、大学卒業生に分かれているにも関わらず、回答した内容は、長年月をかけた戦時救護や国際紛争などの、被災者救援活動の中で精練された赤十字精神の根本理念に合致するものであった。すなわち、どの時代にあっても高く支持されていたのは、「ひとりの人間として相手を尊重すること」「患者の代弁者として常に患者の立場でものをいうこと」「患者の安楽を中心に」「実践を重視する」ということであった。まさに、「人道(ヒューマニティ)」の精神と看護の基本姿勢が息づいていた。「ベッドサイドで自分自身の五感を駆使した観察」「根拠をもった看護実践」は、赤十字の基礎看護教育を受けた卒業生に時代を超えて高く支持されており、「実践重視」の姿勢は理念として受け継がれていることが明らかになった。

しかし、実践能力の自己評価は、「熟達した技術をもって看護を提供していた」と明確に認識している者は、1950年代前後に比べて年代を経るごとに有意に減少傾向であった。技術の反復練習の機会も、1950年代を境に年代を追うごとに有意に減少していた。「ベッドメイキング、イブニングケアやモーニングケア、排泄に関するケアの実施など、基本的なケアに対して自信をもって行えていた」と答えた者も、1950年代を頂点にして年代毎に有意に減少していた。これらから、実際の実践能力の自己評価は、時代とともに低くなる傾向にあることがうかがえた。この点は、高等教育が軌道に乗った昨今の卒業生の自己評価の低さをもたらした要因に関する教育研究の仮説となり得るものである。

また、看護教育や実践の中で「軍隊のような厳しさ」「礼節」「生活規律」を学んだという認識が1940年代後半の卒業生に有意に高く、それ以降激減していた。1970年に入ると、社会に向けて自己主張することや権威主義に対する反発心が育ってきており、1980年

代中期に入ると、「考えて実践すること」や「なぜ」を踏まえた実践」が重視されるようになっていた。1990年代には大学教育が始められ、主体性や自己主張が大切にされた教育が展開され、実践回帰の兆しが見えはじめたことも確かである。

2つの調査から—息づく伝統

赤十字看護の伝統は、戦前、戦中において、規律遵守はもとより、上官への服従第一の環境の中で、自制心、忍耐心、自己犠牲的精神に支えられて救護活動に従事した看護師らの言動と、時代ごとの教育を通じて伝えられた。その後、紆余曲折しながら身体化され、平時の今日に相応しい形で表出されてきたといえよう。

たとえば、私自身が垣間見たある婦長の所作の中に、赤十字看護の象徴の一端がクローズアップされている。その婦長は、末端の看護師らにとっては寄りつきがたい威厳と厳しさがあがり、視線を合わせるのすら恐れたものであった。ところが、患者に対する丁寧な所作と優しい言葉遣いは、まるで別人のようであった。苦痛のある表情を見るなり、「おみあしお擦りいたしましょう」と言うが早いのか、手は掛け物の中の患者の足に触れて、見る間に患者の表情が和らぐのを見た。無言の背中の教えから学んだことは、看護実践の美学的解釈とでも表現できようか。すなわち、行為を反復する過程での目標と所作の秩序（法則性）がそこにはあり、指先から足先まで全身の感覚が響き合っていて、その所作全体が美しい。おそらく、行為者は「できた喜び体感」を味わうことだろう。このような所作を、赤十字看護独自の流れる様な美しさと称したい。

すなわち、生命を左右する局面に対峙し、苦痛や不調にからむ不安へのケアを通して、個々の看護師の心のありように通じてきた赤十字本来の伝統的精神がここにある。それは決して順調とはいえないまでも、近代化と異文化を取り込みながら精練を重ねつつ、独自の人道主義とヒューマン・ケアリング思想を融合して、国際赤十字の源流とも言えるデュナンの提唱した「実践に価値をおく赤十字看護」を文字通り展開してきたと評価できる。問題は、この誇るべき伝統が正しく継承されているかどうかである。

現在の医療機関は、その背景、規模の大小を問わず、市場主義、経済優先、効率化に価値をおいた機械化が進み、能率主義のもと、極論すれば人間不在の状況が常態化している。赤十字病院も例外とはいえず、ともすると看護師らは、その流れの渦に巻込まれかねない実態も見聞する。果たして、専門職の矜持を保った看護の提供ができていだろうか。そこで、いま1度、赤十字看護なるものの伝統の源流と、内外の契機によって革新の波をくぐり抜けてきた過程をたどることにより、今、何が求められているかにアプローチす

ることで、視界が開けるかも知れない。

革新の連続を経て

赤十字看護の伝統の最初の革新は、敗戦による日本国民全体の価値観の大転換が契機になった。連合軍の占領下のもと、あらゆる局面での軍国主義の否定は、明治以来続いた赤十字の伝統なるものの全否定にも通じるものであった。上意下達を当然とした赤十字看護師にとっては、専制主義から民主主義へ、戦時救護から平時看護へのパラダイムの変換を受け入れるということは、如何に大きな葛藤になったことだろう。

続いて、連合軍による一連の諸改革による諸制度の確立は、看護業務内容や看護師自身の意識変革にも及んだ。看護の専門職化に先立つ看護教育のモデルスクール構想のもとに、日本赤十字社中央病院看護婦養成所を専門学校（以下、日赤女専）に昇格させ、戦前から高等教育を行っていた聖路加女子専門学校（以下、聖路加女専）との合同教育を開始することになった。これは新たな赤十字看護への革新の大きな一歩になった（後述）。前後して、保健婦助産婦看護婦法施行、総婦長制施行、職能団体結成などが行われたが、これらすべてが、それまでの赤十字における看護業務内容や看護管理体制をはじめ、医師との関係をも変える動機になった。

第3次ともいえる革新は、看護師の生き方を大きく変えたばかりか、病院のあり方までを変容させた看護師の権利闘争「看護師の人間宣言」行動を挙げないわけにはいかない。旧来の個人的犠牲を伴った奉仕の精神から、ナイチンゲールのいう「犠牲なき献身こそ真の奉仕」を掲げた画期的なもので、労使双方とも意識の変革と旧来の価値観を問われたのであった。その後、高度経済成長、地域医療計画、医療技術の高度化、IT化などを経て現在に至っている。

溶け合った2つの校風から 新たな赤十字看護へ

1946年から1953年までの7年半にわたる日赤女専と聖路加女専との合同教育の評価は必ずしも一様ではない。純粋な赤十字という視点から見て、赤十字思想が薄まったとの考え方があるかも知れない。だが、客観的にみれば、戦前からの頑ななまでの古い伝統に固執せずに、新しい時代に即した一歩を無理なく踏み出すことができたという面から評価できるのではないだろうか。

戦中の救護看護活動により伝えられてきた純粋な赤十字精神と、キリスト教精神を柱に近代的看護教育によって培われた校風がともに溶け合いながら変化せざるを得なかったのは、占領力学の及ぼした影響を無視

できない。同時に、敗戦による国を挙げての価値観の転換に加えて、看護の専門職志向への強い意志が働いたことによると思う。当時聖路加女専の教授であった高橋シュンは、両校の違いを「水と油」と称したが、和と知と友情を加えてうまみのあるドレッシングになり、戦後の新たな看護の道を拓く潤滑油になった。

2つの学校の学生たちは、共通のカリキュラムのもと同じ教室で学び、日赤中央病院を臨床実習の場として、両校混在のメンバーでのグループ編成で喜怒哀楽を共有した。教科書も参考書もなく、筆記用具さえ不自由な中での学習であった。当時の教育内容は省略するが、各領域の一流の外部講師による講義も魅力的であったが、看護教師らのひたむきで情熱的できびきびした態度は、学生らの憧れの存在でもあった。今にして思えば、ほとんどが20歳代後半の若い教師らの醸し出す威厳はどこから来たのかと思われる。「知る」ことよりも、「できる」ことに重きをおいていたことは確かであり、フォームの美しさの底にある真理をからだで覚えることに主眼がおかれていた。赤十字では、養成開始以来、看護法に関しても医師の執筆した教科書で、医師によって教育されるのが当然とされてきたのが、この時以来、看護師による看護教育の実現を見たことも画期的なことであった。

教師も学生も同じ屋根の下で寝食を共にした寮生活体験は、乏しい中でも豊かな友情を育む場となった。朝5時半の起床を告げる鐘の音から9時半の消灯までの大半の時間は授業や実習に割かれていたが、赤十字の学生も聖路加の学生も始業前の朝礼は、全員が講堂に集合して基督教礼拝を行い、夕礼拝は点呼をかねて学年ごとに各階のラウンジに集まって同じく夕べの祈りを捧げた。冷暖房もなく洗濯機もない環境のもとでの生活であったが、空腹をかこちながら、規則をかいぐるスリルを楽しみながらの心豊かな思い出深い学生生活を送った。

この時期の両校の卒業生らは、いずれもそれぞれの母校の卒業証書と「東京看護教育模範学院」の卒業証書を手に卒業し、約40年間にわたって日本の看護界をリードする立場で働いた(大学学長、看護部長、各県看護課長、看護協会各県支部長等、卒業生の比率からも実に多くを占めている)。

つまり、現在の赤十字看護と看護教育の伝統は、明治以来の思想の片鱗を汲みながらも、この戦後の特殊状況下で統合された新たな文化の流れのもとに革新されたといえよう。

教育と臨床とのコラボレーションによる スタンダードの確立

看護の真価は、病気や高齢、障害の如何を問わず、また、どのような病態、病期にあっても、その人が人

間らしくあること、すなわち、ごく普通の営みを自分らしく行うことができていること(尊厳ある生)を専門的に支援することで具現できる。つまり、人間らしさの普遍の上で自分らしく生きることを可能にするのは、ごくありふれた営みを決まりきったやり方で滞りなく行うことができることにほかならない。個体レベルの生活行動援助(療養上の世話)を看護独自のはたらきとして位置づけているのはこのためである。

そして、21世紀の現代では想像のつかないほど貧しく乏しい臨床の環境(冷暖房も湯沸かし設備もない)や諸物品(使用後の体温計は缶詰の空き缶を利用し、使用后ガーゼも綿花も再生するなど)のもとで、1950年代から60年代はじめに病棟看護師らの日々のルーチン業務のスタンダードだったのが、患者の朝の洗面から就寝の準備までの日課の一切であった。その人の健康時の習慣を考慮しながら行う日々のケアは、治療や手術前後の患者にとっても特別なことではなく、学生も受け持ち患者の1日の日課を視野に入れた看護計画のもとで実習するのが常であった。

日常ケアのスタンダードとはいえ、日常性よりも救命を主眼にせざるを得なかった戦時救護看護の場で、医行為の補助が中心となっていた旧制度の看護師らと、新しいカリキュラムのもとで専門職志向の看護教育を進める教師らとの相互理解と譲歩なしには実現できなかったであろう。朝食前のモーニングケアのために、学生の実習は午前7時から始まるのも当然視されていた。

ところが、昨今では、そうした日常のきまりきった日課を遂行することは、看護の専門性の範疇以外といわぬばかりのケアの後退がある。見た目は確かにごくありふれているかも知れないが、そのケアを通して生きる意欲を引き出し、治療効果を高めることになるとの知識は格段に増えているにもかかわらず、次第に省略され続けて看護師の意識からも遠く結果を招いてしまった。時代の変化があっても人間の基本的な営みや、快不快の感情は当時とは変わっていないのに、生活の流れを維持継続する上で有用なスタンダードは陰を潜めてしまったのは何故か。医療の高度化、高度急性期医療の猛進がその一因であると思われるが、理論を実践に先行させ、実際に行うことよりもアセスメントに重点をおく教育のありようとも無関係ではないと思う。

優れた看護実践への回帰

優れた実践こそ、看護の社会的有用性の地歩を築く第1歩である。そのヒントは、現在では、伝説となった感はあるものの、私の初心者時代のルーチンケア内容にその例を見ることができる。

(1) 流水によるベッド上手洗い

食前やトイレを済ませた後に手を洗うことは、日本の普通の家庭では幼い頃から習慣づけられた行為の1つである。1950年代の病棟では、食前、排泄後には、床上安静の場合でも、必ず流水による手洗いが看護師によって行われていた。ところが、昨今の病院に入院中の患者は、ポータブルトイレでの排泄後、自分で始末をした手も、入院時に売店で求めさせられた濡れティッシュで指先を拭く程度で我慢するしかない。流水で洗うよりも、消毒液のスプレーで手指消毒をベターとする考え方もあるようだが、暮らしの中での手を洗う習慣を、入院を理由に捨てることは、果たして進歩といえるだろうか。

(2) 気持ちよく症状緩和する背部ケア

また、バックケア（背部の手当）も、50年代にはルーチンな日常ケアとしてイブニングケアの中にくみ込まれ、就寝の準備の一環として行われていた。熱い湯に浸したタオルをしぼって患者の背部清拭後、乾いたタオルで水分を拭き取った後マッサージをすれば、眠剤の必要なく良眠が得られた。70年代からは日本古来の入浴文化を意図して全身を蒸したタオルで蒸す方法が普及、熱布清拭と命名したが、患者さんらの気持ちよさの反応から、日赤サウナと称された時期もあった。流れるような熟達した手技は、患者に安楽をもたらすことはいままでのない。その結果、コミュニケーションの身体チャンネルを開放し、患者の全人格がケアに応答するばかりか、温熱刺激により腸蠕動を促し排ガス・便の援助にも通じる。文字通り、自然の回復過程を整える優れた支援技術であり、熱湯に浸した地厚なタオルをしぼって背部全体を覆うケアは、まさに、気持ちよく症状を緩和する看護独自の方法として有用である。ところが昨今、その名も廃れた上、実践例も殆どないのが実情である。

プロセスが気持ちよくアウトカムも安心で安全・安楽な看護ケアの復権こそ、看護が看護たり得るのではないだろうか。

好機のいま、何を革新し、 どのような決断をなすべきか

看護が医学の1つの支流としてではなく、看護独自の道へのギャチェンジをすることこそ、看護が看護たり得るといふこと、そして、まさに今がその時であることを共有しようではないか。たとえば、現代の三大健康問題といわれる、がん、糖尿病、認知症のいずれも、生活習慣に起因する。従って、これを克服するための最重要課題としては、生活習慣改善とセルフケアの動機づけにほかならず、いずれも優れて看護独自のアプローチが有用である。また、人口の超高齢化に伴う疾病構造の変化は、高度急性期から高度慢性期への

移行の必然性を示唆している。疾患をかかえつつ生活を継続する人を支える立場からも、これまでの治療の概念からQOLへの発想転換が求められる。さらに、看護独自の生活行動援助による気持ちよいケアを通して自然の回復過程を整えることができれば、検査と薬中心の現代医療の歪みをも是正することが可能である。すなわち機は熟しているのである。

そこで、困難に立ち向かった戦時救護時の諸先輩らの献身性に学び、長年にわたって培い伝えられてきた伝統的技を発掘して復権させることこそ、伝統の革新ではないだろうか。だが、あまりにも至便さに慣れ過ぎた現状のもとで、これを実践するのは、口で述べる程たやすいことではない。臨床に価値をおく赤十字ならではの風土に軸足を定め、独創性と高度実践能力を発揮して、それなりの覚悟のもとでの決断が求められる。何故なら、革新には必ず阻む力が働くので、それに立ち向かうチャレンジ精神が求められるからである。

阻む要因を押し返しチャレンジする力

組織の一員ではあるが、1人の個人として看護師として、理に合わないことに追従する姿勢は、患者中心の思想、いのちの尊厳を守ることとは相容れない。「こうあるべき」「こうしたい」を実現するためには、いくつもの壁を破る勇気と決断が必要である。不条理と正義感との葛藤を恐れず、「受け手にとってそれは?」「看護師にとってそれは?」を評価ツールとして、こだわり、くじけず、達成するまで退かない決意をもって、阻害要因を押し戻すことである。まさに実践こそ、看護の真価発揮の要であり、受け手の信頼の根拠となる。看護と看護でないものをわきまえて、看護師が看護に集中できる職場環境の整備を図り、個々の看護師の能力がフルに発揮できるようにする。全国92に及ぶ赤十字の病院は、伝統を重んじながらも、古く固い殻は脱ぎ捨て、地域の核としての役割を果たすべきである。また、高等教育の立場から大学は、赤十字看護師のマンパワーに貢献するのみでは事足りない。国内外の優れた看護人材の育成により、赤十字看護の普遍化を図るべきであろう。こうして、看護全体の技術水準を向上すれば、国民の看護への期待に応え得る、真の専門職としての1歩がより確かになることは論をまたない。

現代の看護専門職の直面する危機を認識すれば、看護が看護であることの意味と価値を抜きにはできない。古きよきことへのノスタルジーではなく、それへの回帰こそ、次世代に向かっての革新であることを確信すべきである。

「看護の専門職化は、日常繰り返されるベッドサ

イドの看護実践の重要性を希薄にすることではない。『臨床看護』から『高邁な看護』への迂回路はない」シオパン・ネルソン

文献

川嶋みどり・守田美奈子・川原由佳里他（2008）. 赤十字病院における優れた看護実践の発掘と赤十字看護論構築に関する研究. 平成19年度～20年度赤十字と看護・介護に関する研究助成金 研究成

果報告書, 3-17.

国分アイ・内海節子・村瀬千春他（1994）. 戦前の日本赤十字社病院における看護実践とその技術に関する考察. 日本赤十字愛知女子短期大学紀要, 4(2), 123-143.

ネルソン, S. 実践の重要性：看護の歴史からの教訓. エイケン, L., ベナー, P. 他著／早野真佐子訳（2008）. 看護の危機 人間を守るための戦略. 東京：ライフサポート社.

特 別 講 演

ケアの地下水—臨床の9語を通して—

Groundwater in Care

徳永 進 Susumu Tokunaga (野の花診療所)

キーワード：やさしさ, 変わる, 選択

key words : kind, changeable, choice

ケアって、とっても深いこと、のようですが、何でもない毎日のこと、誰もが気を付けている日常なこと。だから深くもないことと言うのではなく、だからこそ大切に深いこと、だと考えている。言葉が生まれる前から気にすること、気に留めること、気遣うこと、拭くこと、さすること、洗うこと、触れること、抱くこと、水を汲んでくること、肉や木の実や草を切ること、煮ること。ケアという言葉が生まれる前から、人間の行動はケアに満ちていた。作物を育てることも、果樹の実を摘むことも、家畜を育てること、チーズを作ること、味噌を作ること、豆腐を作ることも、言葉の生まれる前から存在したと思われ、そのどれもこれもこの行為がケアなしにはなしえなかった。家族のことを心配することも、集落のことを気にすることも、それらなしには生きていけない、その礎となった精神行動のことをケアと呼ぶようになった。

#1. chaos

医者になって臨床で働かせてもらったのが1974年。それから45年も臨床にいる。臨床で働いていて教えられること、感じることはいろいろあるが、本質を表している一語を挙げるとすると、混沌かもしれない。「chaos」。臨床の本質が混沌ということをも承知して、医療人たちは診断基準やガイドラインにマニュアル、そうして看護診断も作り上げ、混沌に立ち向かおうとしたのだろう。そこで医療現場で働く者たちは、小さな誤解をすることになる。例えばマニュアルや看護診断があれば、臨床は手中に納まると錯覚した。あるいは錯覚したくなった。

でも45年を振り返り、現在の臨床を改めて見つめ

てみると、やっぱり臨床は混沌が一番似合っている。臨床の本質って、いつまで経っても変わらないchaosの世界にあると確信する。そして臨床って、マニュアルなんかで捉えられるようなやわなものではない、と教えられる。chaosこそが臨床、と。

#2. help

看護や介護、医療、それらに限らず社会のどの場面でも、もちろん教育の場でも、私たちが耳をすまさねばならないのは、「help me!」という声だと思う。声として出ているかどうかではなく、「助けてー」という心の叫びがそこそこ確かに出ている、と嗅ぎわかることだろう。聞こえても手が出せないこともある。聞こえているけど聞こえない振りをすることもある。自分の耳を両手で塞ぎそうになることもある。聞こえても、逃げてしまうこともきっとある。

でも、看護界の重鎮が看護史の中に残してくれた「help me!」の捉え方は、後世に一片の色褪せもなく残り続けた。「help me!」に「help you!」で答えたバージニア・ヘンダーソンの14項目を改めてここに記す(徳永意識)。

- ① 助けよう 患者さんの 光と風と呼吸
- ② 助けよう 患者さんの 飲食
- ③ 助けよう 患者さんの 排泄
- ④ 助けよう 患者さんの 動作
- ⑤ 助けよう 患者さんの 睡眠と休息
- ⑥ 助けよう 患者さんの 衣服
- ⑦ 助けよう 患者さんの ぬくもり (体温)
- ⑧ 助けよう 患者さんの 皮膚
- ⑨ 助けよう 患者さんの 安全な環境

- ⑩ 助けよう 患者さんの コミュニケーション
- ⑪ 助けよう 患者さんの 祈り
- ⑫ 助けよう 患者さんの 仕事
- ⑬ 助けよう 患者さんの 遊びや旅
- ⑭ 助けよう 患者さんの 学習そして成長

それに自分自身で、⑮番をつけて心に留めている
「助けよう 患者さんの 死」。

#3. kind

鳥取赤十字病院の勤務医のころ、スイス、ジュネーブへの研修があり、イギリスにも寄りました。プログラムにはフリータイムが用意されていて、2階建てのイギリス独特のバスに乗り込み、シシリー・ソング博士のなさっている「セント・クリストファー・ホスピス」へ行ってみることにしました。アボなしの直撃突入です。どこで降りたらいいのか分からず、バスの中で白髪の高齢の婦人に尋ねてみました。「次の次のバス停よ」と教えてくれたので、「セント・クリストファー病院っていい病院ですか?」と聞くと、「すごくいいわよ、母があそこでお世話になったの」と言ったあと、こう続けました。「Nurse is very kind」。「Nurse」も耳に違和感なく入ってきたのですが、「kind」には強い印象が心に残りました。「親切に、やさしく」。一般市民にそう評価してもらっている、って大変なことです。バスの中で「kindかあ」、と思いました。看護の本質の大きな柱の一つを、白髪の婦人から、改めて教えられました。

#4. choice

ワシントンで開かれたホスピスツアーに参加しました。25年くらい前のこと。アメリカホスピス協会の理事のパトリッシュ・ケリーさんが私たちツアーのメンバーを自宅に招いてくれて、モーニングレクチャーをしてくれました。「ホスピスケアに大切なものは、3つのCです」と言い切ります。一つ目は「comfortableのC」。痛みコントロール、症状コントロールのことです。二つ目はcommunicationのC。patient & familyとの間にどんなcommunicationを作れるか、これも大切」と言いました。三つ目は、と言って、「choiceのC」と言いました。新鮮に響きました。がん治療に手術／放射療法／抗がん剤治療／とあって、それぞれの長所と欠点を説明し、どれに決定するかとchoiceするのはあなた、というのでした。療養場所を病院にする?ホスピス?家?ナーシングホーム?、どうする?それぞれの長所と欠点はこれこれ、最後にchoiceするのはあなた。そういう説明だった。「choice」かあ、と思った。「これしかない、こうしなさい」と医者が患者さんに言ってきたやり方とは違う。最終的に決め

て、choiceするのは患者さん自身、という考え方だった。これは勉強になった。大切なことは「choice」なのだと教えられた。

#5. change

看護の場で働いていると、当然そこは臨床という人間の営みの場だから、身体の様子は刻々と変わる、ということを知っている。知っているのに人間って、特に近代という時代を生きていると、何か「正しい」診断、「正しい」治療法、「正しい」看護手法、というようなものに縛らざるをえないところがある。そのことの落とし穴は、心の動きに関することに対応するときに生まれる。

「抗がん剤療法を受ける—もう受けたくない」

「老人施設に入りたくない—入所するしかない」

「在宅療養がいい—入院したい」

「鎮静剤を打って死なせて欲しい—少しでも生きたい」

前出と全く逆。このようにその場面ごとに変化するのが人の気持ち、である。それを「コロコロ変わる!」とか「一貫性がない!」と責めることはケアではない、と言えよう。changeしていくもう、changeableなものこそが心の本質だろう。変わり、変わり、しながらその人を道を作っていく、海の潮道のように。そのことも大切な臨床の知、ケアの知。

#6. open dialog

かつてムンテラ（しゃべり言葉で患者さんを言いくるめるニュアンスを持つドイツ語のMund Therapiaの略語）が医療者と患者さんの間を繋ぐ言葉だった。その後インフォームド・コンセント（I・C）に変わったり、別の言葉としてのカンファレンスが大切にされてきた。そうしてオープン・ダイアログ（open dialog）。モノローグは上から目線の通告のような伝授法。それに対する、双方向性のダイアログ（対語、交語）。さらにオープンがくっついている。

臨床で問題が生まれる。例えばがん末期の鎮静。刻々と状況は変化し患者さんの声は漏れ、転々とされる、というような場面。急いで家族・看護師・医師・そのほかの人々が集まり、意見を述べ合う。当然本人の意見、場面によってはケアマネジャー・老人施設の人の意見を聞き合う。「セデーションの時期でしょ」「待ってください、それって死ぬんでしょ」。オープン・ダイアログは何かの結論を出すことが目標ではなく、自由な語りをしながらおのおのが変わり患者さんにとって一番良い方法は何か、について悩み合うことに意味がある、と言われている。解釈語、強要語、指示命令語が似合わない場面だ。この「open dialog」

も看護の質を支える大きな柱。

#7. negative capability

ネガティブケイパビリティ。答えの出ない事態に耐える力、と言われる。臨床では一方で指導ということが大切だ。リハビリテーションの指導、嚥下の指導、糖尿病患者さんへの食事指導に運動療法指導にインスリンの自己注射の指導。透析患者さんへの指導。他方ががんの末期で、アルコールやギャンブルが原因で離別している患者さんが家族に死の前に再会したい、と言われたりする場面もある。家族は拒否。そんな時、ケアする側はどうするか、と問われる。患者さんはイライラし、怒りをぶつけてくる。「困ったなー」「参ったなー」「どうしてあげたらいいかなー」と否定語でなく、かと言って安請け合いの肯定語でもなく、「うーん」と唸りながら、少し距離を持ちながら、逃げない、という力。看護力って、ほんと、大変な力。その患者さんを「ひとりぼっちにさせない」って、大変なこと。困りながら、迷いながら、何とかならないか、と思い悩んでいるうちに、ひょっとすると道が生まれる。だからこそそのケア、だと思う。

#8. see star

こんなにしんどいケアリングの仕事をしてると、バーンアウトの洗礼を受けそうになる。現場から離れ

ること。この一見卑怯に見える身体忌避行動もケアリングを支持する力になってくれる。各自探すこと、なのだが、誰もがしている深い行為、そしてケアの本質についても示唆しているのが星。その星を見ること。see star、と言ってみる。これって、sisterに通じるか、と思った次第。

#9. Te と Se

講演の中で話したので、ここでは省略。川嶋みどり先輩が提唱する手の「て・あ〜て学」看護の基本は「手」。その深さを心を留めながら臨床の日々を送っていると、手はいろんなところに潜んでいることを教えられる。背中が手と同じように、ケアの本質を示唆してくれた経験も報告した。

#10. まとめ

臨床で教えられたことの中で、ケアにも深く通じていく言葉を今回はシンプルな英単語を通して考えてみた。全てが時代の変化と共に変わる。看護も変わる、変わっていくのに、変わらずに不動のものは例えば看護の臨床の場では何だろう。病む人、障害を抱える人、老いる人、死を前にする人に手を出すことだろう。手助けできることは何だろうと自問し、工夫し、そっと手を出していく誠意ある心だろう。ケアの本質って、そのことだろう。

第20回日本赤十字看護学会学術集会

特 別 対 談

徳永進氏×谷川俊太郎氏

Susumu Tokunaga×Shuntaro Tanikawa

対談者 徳永 進 Susumu Tokunaga (野の花診療所)
谷川俊太郎 Shuntaro Tanikawa (詩人)
司 会 川嶋みどり Midori Kawashima (日本赤十字看護大学, 健和会臨床看護学研究所)

川嶋 徳永先生, お話をありがとうございました。「特別講演1ケアの地下水」に引き続いて, この余韻を持ったまま谷川先生にご登壇いただき, おふたりでのお話を始めて頂きます。

徳永 今日はね, 死のことではなく生きることを話してほしいと言われたんですけども, 俊太郎さんはだいたい朝何時に起きるの?

谷川 6時半ぐらいですかね。

徳永 もう日が昇っていますよね, 今ごろ。

谷川 でしょうね, 明るいね。

徳永 ええ。でしょうねって何ですか(笑)。

谷川 だって特別に天文学が僕は得意じゃないから……。日が昇っているかどうか分かんないもん。

徳永 で, 寝られるときは何時ごろ寝られるんですか。

谷川 12時半ぐらいかな。

徳永 あ, そこは一緒。

谷川 あ, そうですね。12時半まで何しているんですか。

徳永 寝床でね, あさって東京に行くのに何にも準備してないし, 俊太郎さんの詩のどれがいいかなと考えてたんです(笑)。

谷川 やっぱりすごい愛想がいいね。

徳永 愛想がいい。その前に聞くことまだあるのよ, まだ。

谷川 はい。

徳永 食べるのが, 1日1食っておっしゃってた。今はどうなっています?

谷川 今でもそうなんだけど, 1日1食じゃだめだと言う人がいるんですよ。何か基本, 肉や何かは食わなきゃだめだと言われて今は戸惑ってるわけだよ, どっちにしようかと思って。俺は1日1食で十分なんだけど。

徳永 戸惑ってる。さっき私(講演で)話しましたよね。

谷川 そう。それを今……

徳永 聞いたわけですね。

谷川 聞いている。……

徳永 あと入浴問題ですけど, 入浴はどのように。あの, 風呂に入らなくてもいい人でしたっけ。

谷川 まあ。

徳永 2カ月?

谷川 3年ぐらいはいいと思います(笑)。でも3年はないですけど。ほら, 山の中で修行をする人はもう大変ですよ。空海なんてすごい修行したときには, ああいう人たちはお風呂入ってないでしょう。

徳永 そうでしょう。

谷川 ねえ。

徳永 水はどっかでかぶったんじゃないのかな。

谷川 うん。だから水かぶるぐらい, シャワー浴びるぐらいはするけども, 何かみんなすごく風呂に入りたがって, 皮膚もどんどん減らしているわけでしょう。

徳永 もちろん。

谷川 体に悪いんじゃないかと思うんだけど。

徳永 本当? それはあとでみどり先生に聞きますけど, そういう話をされると困っちゃうんですけど。

どね。
 谷川 え、どうして？ 銭湯の人がいるわけ？
 徳永 あ、ケア。看護師さんたち大きな仕事の一つは入浴介助。
 谷川 そうです。そこがよく分かんないの、何で入浴しなきゃいけないのという。
 徳永 患者さんの多くは気持ちいいと言うんですよ。
 谷川 じゃあ、快樂ね、清潔じゃなくて。
 徳永 あ、清潔ですよ、もちろん清潔。陰部なんてすごく汚れるんですよ。
 谷川 そりゃそうですよ。日々ウオッシュレットだからね、そっちは大丈夫ですよ(笑)。
 徳永 そっち、はい。ウオッシュレットと言えば、ある日、もう這うしかできないがんの末期のおばあちゃんがムカムカして、這って水洗トイレまでいき、ふと間違っってウオッシュレットのボタンを押した。すると水が飛び出て来て、おうおうとなった。それでうがいをされ、口の中がきれいになった(笑)。
 谷川 おう、いい話ですね。
 徳永 話がそれましたね、元に戻りましょう。看護って何でしょうね、看護。
 谷川 え、看護？
 徳永 看護。
 谷川 看護、介護どっち。
 徳永 うーんと、それはどう違うの？
 谷川 看護は、だって病気を看護するんでしょう。
 徳永 う、うーん。
 谷川 介護は俺なんか介護をされてるから、普通の人でも介護をできるんですよ、年取れば、あるいは何かそういう……
 徳永 病院でするのが看護で、家でするのが介護みたいな。
 谷川 とも言えないんじゃないですかね。
 徳永 自分で言っておいて、とも言えない(笑)。その、まだまだ本格的に入院はなさったことがないようですが、看護師さんについてとか看護についてはもうこれも専門じゃないから興味がない？
 谷川 いいえ、もうすごい差し迫った問題ですね、私はひとりで今、独居老人しているわけでしょう。
 徳永 だいたい独居老人はひとりなんですけどね(笑)。
 谷川 それで、やっぱり周りが心配するのね、俺は足元が危なくなってるし、息子とか、うちで何か事務を手伝ってる人たちとか。だから、やっぱりこれからは他人に頼らなければいけないというのを私は覚えたんですよ。
 徳永 そういうことってやっぱりあるんですかね、ひとりでずっと最後まで独居で死んでいくというものは無理？

谷川 無理ですよ、そんなの。
 徳永 それじゃあ、その詩をお願いします。
 谷川 え、どの詩？
 徳永 そこに、ここにある。ちらっと見えたもん。
 谷川 私なんかね、80歳を過ぎたらね、何か人生を見切るようになってしまったんですよ。見限るんじゃないのよ、見切るの。
 徳永 見限ると見切ると違うわけね。
 谷川 見切るは、だってよく商店であるじゃない、何かこれは見切り品とかって行ってさ(笑)。だけど、見限るといっちはちょっともう離れちゃうわけでしょう。見切るはね、やっぱり売方なのかな、逆に覚悟してやっているわけでしょう。だから、ちょっと違うんです。じゃあ、『見切る』ね。

この人間社会を見切ったと
 そう君に言いたいと思ったのは本当だ
 見限ったのではない 見切ったのだ
 君をではない 自分をでもない 人間社会をだ
 偉そうに聞こえるだろうか 傲慢だろうか
 見切ったところから始めようと思うのは

君が思い描く未来を否定するつもりはないが
 言葉で描いたものを実現させるには
 抽象から具体への 観念から事実への
 気が遠くなるような難路を歩まねばならない
 どこでその一歩を踏み出せるのか
 言葉を置き去りにしてどんな行動を選ぶか

代わり映えしない日常の暮らしの中で
 未来に目標を立てるのはいい気晴らしになる
 世界がぜんたい幸福にならないうちは云々と
 賢治は書いたが
 世界全体なんてものは言葉の上には存在しない
 「あり得ない個人の幸福」は世界の不幸の只中で
 君のちっぽけなココロのうちで生まれるんじゃないか

(拍手)

谷川 じゃあ、また話に戻る前に詩を読んじゃうね。
 『無知』ね。

私の知らないことに
 私は支配されている
 私が何を知らないのか
 それすら私は知らない

見えない壁がある

何世紀にもわたって
人間が築いてきた壁
真実と虚偽を積み上げて

その壁を越えさえすれば
自由になれる
と 私は考えているが
その先にいったい何があるのか

そこで私は何を知るのが
言語を通さずに知る何か
嘘と本当の区別のない何か
無知の未知の地平？

知らないことで
守ってきたものを
知ること失う
ヒトの知はもろい

(拍手)

谷川 ちょっとびっくりするでしょう？
徳永 あ、この間さ、ブラックホールを写真で何か
見せたようなニュースがあった。
谷川 はい、はい。
徳永 あれを見られて、どう思われたんですか。ブ
ラックホールはここか、みたいな感じだった？
谷川 いや、あの写真は写真とは言えないんじゃない
かと思って、要するに理論的なものを映像化し
ただけなわけでしょう。実際に映ってたとは思
えないんですよ。で、ブラックホールなんかは
すごいやっぱ何か興味があるんですよ。な
どうなるんだろうかと思って。
だから、だいたいブラックホールの何か本質に
近づいていく天文学というのはすごいもんだな
と思っていますけど、でも人間があそこまで考
えるのは、やっぱり傲慢じゃないかと思うね。
人間の頭脳って、ほら、限界があるんですよ。
この大きさの中に入っているわけでしょう、脳
は、だから、どうしても大きさにさ、そんなに
無限のことは考えられないと思うんですよ。
でも、みんな無限とか永遠とかを考えてる
じゃん。
徳永 無限とか永遠って、俊太郎さんが先に言いた
したんじゃないか。
谷川 そう。私は言葉を使う人間だから使っちゃいま
すよ、言葉を。でも、無限や永遠が分かると
か知るとかは言いませんよ。だめ？
徳永 いやいや、いいんですけど。で、ブラックホ
ールのことは、今回のことのずいぶん前から俊太

郎さんの中には、何か特別なもの、特別な言葉
としてあった。あれは何でだったんですか、今
の詩みたいなのが通じる何かがあったような
気がしたんだけど。

谷川 それもありますね。自分では決して知ることが
できない、経験することができない何かがあ
る。でも、その観念としてもね、何かすべてを
吸い込んでしまうものがあるというのは、すご
いと思うんですよ。で、自分が吸い込まれ
たときにどういう感じがするんだろうと思う
んだけど、そんなことは到底できないしね。だ
から本当に、抽象的な観念としてしかブラッ
クホールはとらえられないんだけど、そういう
ところを観念としてとらえようとしてる人間が
面白いとは言えるんですよ。

徳永 ケアって何ですかね。

谷川 ケア？ さっき（講演で）何か、ケアと何だっ
け。

徳永 背と手。

谷川 背と手。ちょっとそれだけでは足りないかもし
れない。ケアって要するに、自分の体を使うこ
とだというふうに思うんですけどね。だから、
何かそこまで一般化するとよくないんだけど、
その相手のことをどこまで認めるか、どこまで
受け入れるか、できれば愛し得るか。

徳永 愛する？

谷川 うん。

徳永 そいつは難しい。

谷川 そう。たぶん無理だけど、でも理想としてね、
こんな嫌なやつをケアしているんだけど、俺は
こいつを愛せるだろうかという疑問は持った方
がいいという気はしますね……

徳永 へえー。

谷川 せめてケアをしなくてもね。すると付き合っ
ている間にね、よくあるんですよ、そういうの。
もしこいつを愛せるんだったら、どうすればい
いだろうみたいなことね。

徳永 俊太郎さんが言う愛するは、どんな感じの愛で
すか、もちろん恋人の愛ではないんだけども。

谷川 愛って本当に何か広く深い世界だから具体的に
何かを考えないとね。まあ、すぐ一般化して何
かいい言葉になっちゃうんですよ。だけど、
何かケアをするときの相手に対する感情とい
うのは、すごいデリケートで何かもう繊細で複雑
怪奇なんじゃないかというふうに思うのね。だ
から、その人との付き合いの長さというものも
問題なんじゃないでしょうかね。

家庭でね、そのケアということになると、お父

さん、お母さんたちともう何十年も付き合っておられるじゃない。そのときに本当にケアというのものが、何か具体的に分かると言えばいいのかな。だから、病院での職務的なケアというのは、それが一種の理想と言えばいいか、そういうイメージがあった方がいいというふうに思うんですね。

徳永 どこまで愛せるかということ、イメージとして持とう。

谷川 だから、愛という言葉を使わなくてもいいんですよ、僕は使っちゃったけど。何か思いやりとか、そういういろいろなこともあるんじゃないですか。

徳永 思いやりなんですって。で、そうそう、私たちには何かいろいろあるんです。患者さんや家族とうまくいけたなとかうまくいけなかったなとか、いろいろあるわけですよ。そこで私が思ったのは、うまくいったなという経験を集めてみるとですね、その一つに、気合があるんですね。

谷川 気合。

徳永 気合。この患者さんほっておけないみたいなことを、看護師さんが思うかどうか。で、そこで思えなかったら、結構やっぱりランクが落ちるんですよ。あともう1つはですね、私もそうですけど、その部屋に何回行ったかという接触点数と自分で呼んでいるんですけど、朝行ったからもういいじゃんでなしに、夕方もう一遍「いかがですか？」と行ってみる。そうして増加した接触点数は気合というか思いやりの深みですね。それを掛けるとひとつの数値が出て、それがうまくいけた症例かどうかという判断となる数式を、おとと思いついたんです。

谷川 そこにスキンシップは入ってないんですか(笑)。

徳永 その思いやりのところの、そのスキンシップですよ。

谷川 思いやりでも何でもいいんだけど、とにかくスキンシップがあるかないか、それが薄いか濃いかというのはすごい大きな問題だと思うんですね。

徳永 スキンシップって何？

谷川 抱きしめてやるんですよ。何日間かあるいは何時間か付き合っている間に、患者さんをハグできるというのがすごく大事なことだと思うよ。

徳永 もちろん人の場合はね、握手をして、じゃあ、また来ますという握手でもそれなりのスキンシップなんですよ。

谷川 そうなんだね。

徳永 頑張ろうねと肩をたたいたり、別にハグにすぐ

走ることはなくて。看護師さんたちのいいのはね、肌に触れるんですよ。

谷川 そうだね。

徳永 体をふきましょうねとか、そこはもうほっとしても肌に触る。

谷川 でも、それ、ほら、医者、看護師として触ると、ひとりの全然そういう役割のない人間として触るのじゃ全然違うじゃん。だから役割として触られてもさ、何かあんまりうれしくないんじゃないかと思うよ。

徳永 今の時代は、感染予防はちゃんとしていますかと、事故はないようにしていますかと、そういうことを看護師さんは求められるので、谷川さんが言うようなことをやっている時間も気持ちもないと、みんなロボットのように働くことになるんですよ。

谷川 そうなっちゃっているの？

徳永 ではないかと、後で詳しくみどり先生に聞いてみようと思っているんですけど。

川嶋 割り込みたい、いいですか。

徳永 はい。

川嶋 いや、おふたりのお話を伺っていて本当にそうだなと思ったんですけども、確かに愛を抜きにはケアは成り立たない。でも、いくら、薄味といっても恋人同士のそれでは困るわけですよ。それからあんまり感情移入しちゃっても困るわけですよ。だから、先ほど、お父さんとかお母さんとか家族が一番のモデルのようにおっしゃったんだけど、実は肉親のケアってとっても難しいんですね。ちょっと一線を画してというか、第三者の私たち看護師がするケアは肉親じゃないケアができるんですよ。肉親はやっぱりのめり込んじゃって、ケアにならないことがある。

谷川 僕が言っているのは肉親のケアのようにということじゃなくて、肉親との関係性の中にあるスキンシップという意味で言ったんですよ。あるいはけんかをしたって、スキンシップをやっているような親子もいるかもしれないけど、何かしらのつながりがもたらすスキンシップってのがあると思うんですよ、それを否定するにしろ肯定するにしろ。だから、そういう深みにね、否定的だろうが肯定的だろうが、何かそれを想像することが患者とそのケアをしている人の間にも、あり得るんじゃないかっていうような気がしているわけなんですけど。

川嶋 そうですね。それで、私はもう1つね、徳永先生は数式とおっしゃったけども、やっぱりケアって時間とすごく関係してると思うんです

ね。
谷川 そうですね。
川嶋 時間の長さじゃなくて、その人に3分間でも2分間でも集中する時間というのは、とっても大事だと思います。今、心ここにあらずで、ほかのことをしながらこの人のことを考えると、全然心がこもってない、愛がこもってないケアになっちゃっうわけ、形はケアかもしれないけど、やっぱり私たちがそばにいて聴いて触れて、そして話すということを同時にいろいろ混ぜこぜにしながらやっているわけなんですけども、そのそばにいる居方にしてもただそこに物理的にいてもいることにならないわけですよ。その人のために今ここにいるという、それが大事じゃないかなと思うんです。それらのトータルがやっぱりケアじゃないかなって思っているんです。
徳永 スキンシップとおっしゃった中で、みどり先生も聴くということ、質問項目を並べられて聞くということじゃなくて、その人を聴くという、看護の中で大きなことになってくるんだけど、聴けない、よう聴けないというような状況もあると思うんです。
谷川 はい。
徳永 こいつはどうでしょうね。
谷川 でも、俺そういう現場にいたことがないから、何か話が抽象的になるんだらうと思うんだけど、あの、僕の詩の中に『みみをすます』という、わりと長めの詩があるんですよ。だから、聴くというよりも耳を澄ますと言った方がいいなと。ただ、それは相当理想主義的な考え方でね、実際に患者さんが何にもしゃべらなかつたり、あるいは何か悪口言ったりなんかしているのに、耳を澄ますってどういうことになるのかという話になるでしょう。だから一番、愛の一番肝心の定義に入りたいんですよ。それは僕の友達の岩田宏ってというのがね、あの、愛というのをどう考えるかといったときに、ただ一言、そばにいてることと言っただけなんです。僕はそれがすごく深い定義だと思うのね、愛の。そばにいてることが大事で、そこで別にコミュニケーションが成立してなくても、あるいは治療とかそういうことがなくても、何かただとにかくそばにいて、存在するということがたぶん一番根本的にはいいんじゃないかなと思うんだけど。
川嶋 そのときね、先生。
谷川 はい。
川嶋 そばにいてほしくない人がいますよね。
谷川 うん。

川嶋 だから、そばにいてほしいと言ってもらえるような人になるにはどうしたらいいですか、これは学生たちには言うんですけれども。
谷川 それはもう具体的な人間関係だから、抽象的にこうこうと言えないじゃないですか。誰だって人の好き嫌いはあるし相性があるからね、そばにいてほしくなければそばにいないでくださいと言うしかないんじゃないの(笑)。時間がたっていくうちに何かこの人はやっぱりいいな、そばにいてほしいなって変化するかもしれないじゃん。どうでしょう。
徳永 そのへんは個別的だから。えっと、看護は「患者さんに寄り添って！」みたいに言うとうその言葉に聞こえる。それから「傾聴して!」「共感して、受容して!」と言う。何かとてもきれいだけどうそ言葉がいっぱい支配してるなあ、と思うんですよ。
谷川 そういう感じね。どこでもそうね。みんな意味を考えちゃうね、この人がここにいる意味は何だろう、私がこれをしてる意味は何だろう。意味というのは何か人間がさ、勝手に作り上げたものでしょう。存在というのは自然が生み出したもので、もう有史以来、存在はあるわけです。それを人間が何か哺乳類から少し進化して言葉を持ちちゃったおかげで、意味が汚れちゃったわけでしょう。今の社会って、全部意味にすごいとらわれていると思うのね。だから、そういう意味を外せるような何か一種の自発性というのかな、生命力というのかしら、そういうものがつまり存在と存在の関係としてあり得るといふうに言えるんじゃないですかね。
徳永 すばらしいけど難しかったですね。もともと言葉がなかったんですって。で、言葉というものを作ってきて、そしてその言葉を極端に言うとか、言葉というものが支配するとか、世界の先に言葉が来てしまっただけのことですね。
谷川 先にというか何かね、言葉もないと人間社会はできなかったわけですよ。だから、人間と人間が動物とは違う社会をつくれたのは、やっぱり言葉というのが生まれたおかげだと思うんだけど、同時に言葉というのは人と人とを隔てるものでもあったわけですよ。というか2つに割るのが好きじゃない、言葉は、愛と憎しみとかさ、何か消極と積極とかというふうに2分割をするのが好きでしょう。2分割できないもので相対立したものを一緒に言おうとするとすごく難しくなって、それを言うときだいたいお前は矛盾をしているよという、こういうふう矛盾としてとらえられてしまう。だけど、世の中も

ほとんど現実には全部矛盾しているはずなんですね。むしろ矛盾していないものは何かいいかげんというか抽象的なものであって、現実の具体的なものはすべて矛盾しているというところから、存在というのは出発しているはずだと思うんですけど。

徳永 あ、時代が変わってですね、病院のロボット手術みたいな感じで、AI看護化もいよいよ進むんですよ。ロボット看護師もロボット介護士ももちろん出てきたりする。そういう時代の流れみたいなのに私なんかはどうしても違和感みたいなのがあって。でも、その前で症状を言ってくださいと言われて3つぐらい言うと、次の病気が考えられますと出てきて、ちょっと押すと治療にはこういうのがありますと、何か医者いらずみたいなことにも早々となり得る。私はそれで食えたけど、これから医者は食えなくなるかもしれないと思うぐらいAI化社会に向かうことを俊太郎さんはどう、とらえておられますか。

谷川 あ、俺はもう死ぬからさ、考えないんだよ(笑)。

徳永 とはいえ、この流れは俊太郎さんがつくったかと思うぐらい。

谷川 え、ちょっと何でだよ。

徳永 見通していたかと思うぐらい。『鉄腕アトム』から始まっていますのでね、「じゃんじゃんじゃじゃーん」って。

谷川 やっぱAIが役に立つ局面というのは人間社会の中でいっぱいあるし、それも今後はもっとさらに広がって深まっていくであろうということは確かなんですよ。だけど、今おっしゃった医療とかの場面での医者代わりにAIというのは、ただ1つ肉体がないのもう全否定しちゃいますね。医療ってやっぱり体が無いとおかしいんですよ。だって、病気になっているのは体でしょう？

徳永 体というのは、あの、病気、病人さんの体と看護師の体……

谷川 そう。

徳永 両方の。

谷川 だから、体同士で向かい合わなければ医療とか介護とかってないはずなのに、それをAIが代用するんだったらそんな社会には生きていたくないっていう感じだね。

徳永 体という詩はなかったっけ。

谷川 ありました。

徳永 なかった？

谷川 持っていません。

徳永 あ、あ、あ、ちょっと待ってね、あの、えっと、そうこうするうちにその時間がきたので。

谷川 私よりたくさん詩集を持っていますね。

徳永 今からお出しするものの中で、看護師さんに読んであげたらいいかなというものを、この中からもしお許し願えれば。

谷川 徳永さんが編集してくださったと思って、『願い』。

いっしょにふるえて下さい
私が熱でふるえているとき
私の熱を数字に変えたりしないで
私の汗びっしょりの肌に
あなたのひんやりと乾いた肌を下さい

分かれようとししないで下さい
私がうわごとを言いつづけるとき
意味なんか探さないで
夜っぴて私のそばにいて下さい
たとえ私があなたを突きとばしても

私の痛みは私だけのもの
あなたにわけてあげることはできません
全世界が一本の鋭い錐でしかないとき
せめて目をつむり耐えて下さい
あなたも私の敵であるということに

あなたをまるごと私に下さい
頭だけではいやです心だけでも
あなたの背中に私を負って
手さぐりでさまよってほしいのです
よみのくにの泉のほとりを

(拍手)

谷川 ちょっと何かね、背中、背というのが出てきましたよね。

徳永 そう。うまい、見事。

谷川 うまく合ってますね。

徳永 よくここで背と手を出してくださいました。

谷川 いや、私の選択がまあ、ですね(笑)。

徳永 時間になったのでこれで終わりです。あ、もう1つ、そうそう、それで私がですね、あの、列車の中で作った、あの、『言葉遊び歌』がさっきできたんですよ。これを読みますので、そのジャッジをお願いします。『看護ってね』。

看護ってね 気遣い 息遣い 召使い
看護ってね 気遣い 息遣い 魔法使い
看護ってね 気遣い 息遣い ちょうつがい

(拍手)

谷川 できるじゃないですか。

徳永 どう，これ。

谷川 禅の言葉でさ，何か，両手でこう手を打つと
ね，ほんというでしょう。片手で打ったらどう
かということがあるんですよ。

徳永 今は片手？

谷川 はい(笑)。だから深いですよ，意味は。

徳永 ええーㇿ，そううㇿㇿ

谷川 はい。

徳永 じゃあ，今日はこれで川嶋先生，終わります。

川嶋 どうもありがとうございました。

(拍手)

教育講演

いやしの中にある食事 —口腔機能を引き出す食事の形態とスプーンテクニック—

Eating is the Main Element of Wellness: Spoon Technique and the Form of Meal that Brings out Oral Function

田中 靖代 Yasuyo Tanaka (ナーシングホーム気の里)

キーワード：口腔機能、噛んで食べる、食事の形態、スプーンテクニック

key words : oral function, munch, form of diet, spoon technique

I. はじめに

私は長年、「食べたいのに食べられない人」と向き合い、患者から多くの学びをいただいた。その過程は模索と工夫の連続であったが、新たな発見と試みへの気づきがあったように思われる。そして、これによって、食べられなかった患者が食べられるようになると別人のように元気になり、他の生活行動もどんどん拡大していくことをよく経験した。これを見ても「口から食べることの意義」は大きい。ここでは私たちの食支援における咀嚼嚥下食とリードスプーンの試みとその効果について述べてみたい。

II. 「私達の食支援」の目指すもの

1. 患者の持てる力を引き出す

私は、入院生活も病気が全てではないと考えており、病棟では「お楽しみのイベント」をたびたび企画した。それは看護師にとっても、全員離床の日をつくることができ、集団だから個がみえるというメリットがあった。

イベントは、患者が声を掛け合い、支え合い、競争し合い、持てる力を引き出すパワーになっていた。例えば、運動会のパン食い競争では、リウマチで痛くて動かないはずの手がパンをつかみ、痛いはずの口が大きく開いた。

また、七夕会では、「笹の葉さらさら～」を歌い、

短冊を書き、スイカを食べるという1時間の企画だった。会に参加したAさんは、遷延性意識障害と摂食嚥下障害をもつ患者である。数年間、寝たきりの日々を過ごし、誰もが活動性のないことを当前のように思っていた。ところが、七夕の歌が流れると足の親指がリズムカルに動くのが観察され、「ああ～分かるね！」と皆が感動した。それからAさんの摂食訓練が始まった。看護師はAさんの拘縮した手にスプーンを握らせ、その手に介助者の手を添えた。そして食物を口へ運ぶと口が開き、摂り込もうとした。私たちはAさんの反応にわくわくした。Aさんは複視のせいかな？ 眩しそうに片側の目で何かを求め、大声をあげる人の手をやさしく握ろうとした。その後も私たちは根気強く摂食訓練を行い2か月ほどで経口摂取へ移行することができた。表情も優しくなった(図1)。

2. 呼吸状態が整うと食べられる

Bさんは多発性脳梗塞に伴う球麻痺患者である。Bさんは常に喘鳴を伴う呼吸状態であった。医師は、「唾液が嚥下できないのでは経口摂取は無理だから」と胃瘻造設を勧めたが、夫の強い希望で、当施設を利用することになった。Bさんは、サルコペニアと思われる低栄養状態で、寝返りも自力ではできなかった。栄養は1,200kcalが鼻腔チューブから供給されていたが、これでは摂食訓練の余力はない。私たちは、まず、Bさんの唾液誤嚥・流入を抑えたいと考え、口腔ケアや半腹臥位によって体位ドレナージを行った。酸素飽和度は85%前後だったが、「口すぼめ呼吸」や



図1. Aさんの経過



図2. Bさんの経過

「咳嗽訓練」を行い、ごく少量の水で摂食訓練を行った。目の離せない状況の中で、徐々に呼吸状態は改善し、ゼリー食などを食べられるようになった。Bさんには、嚥下する度に「えくぼ～息を止めて、うなづくようにして、ごっくん！ ふう～」とリズムをとった。「ふう～」は呼吸状態が整うまで繰り返し行った。そして、次のスプーンでは、ごく少量の水で上唇をこするようにして濡らし、連動する咀嚼運動の誘発を促した。嚥下時の「ごっくん、ふう～」は咽頭周辺のクリアランス効果もあった。酸素飽和度も95%を超えるようになった。Bさんの摂食量が増え、28kgだった体重が、5か月で元の60kgに増加した。Bさんは声が出、自力で少し体を動かすことができるようになった。私たちはBさんの笑顔がQOLの向上を意味しているように理解した(図2)。

3. 生きていれば可能性はある

Cさんは脳幹梗塞で75歳の方である。2年間ゼリー食を食べ、寝たり起きたりの生活であった。Cさんは、胃瘻による栄養供給で、呼吸は浅く嘔声だったが喘鳴はなかった。移動は歩行補助器を用いて3m位の歩行ができていた。Cさんは転院を繰り返し、少し怒りっぽくなっていた。しかし、おいしいものを食べて、生活再構築の希望が強く、当短期入所施設をリハビリ目的で利用することになった。私たちの行う摂食訓練は、病態やメカニズムを理解したうえで、暮らしの中で観察し、異常を補いできるだけ正常に近づく工夫である。Cさんは理解力が良好で、摂食訓練も主体的に行っていた。そして、2年がかりで胃瘻から常食に移行した。その日から約10年が過ぎた。体力の維持は難しいが、毎日1.3kmの歩行とカラオケで呼吸のトレーニングに励んでいる。肺炎は発症しなかった。

III. 「食べる」にはエネルギーが要る

1. 食べられない要因

食べることは単にのど越しの問題だけではない。私たちは食べられない要因を以下の視点からスクリーニングし、課題を絞り込んでいる。

- ①身体的な要因では、原疾患や服薬の弊害、あるいは加齢に伴う筋力低下、サルコペニア、激しい衰弱や脱水、呼吸不全、認知機能の低下、高次脳機能障害、上肢機能不全や体幹保持が困難な場合などが考えられる。
- ②口腔機能による要因では、口内炎や歯の脱落、義歯の咬合不全や舌の運動麻痺、咀嚼機能の低下、口腔内の乾燥などが考えられる。
- ③環境的な要因では、食事しやすいテーブルや椅子の高さ、食器、安楽な体位保持、食事に集中できる環境などが求められる。特に大声が飛び交ったり、騒々しかったり、慌ただしかったりするような摂食環境では食べるどころではない。

しかし、その方法も画一的ではなく、患者の状態によって様々な工夫が求められることになる。

2. ではどうすれば食べられるか？

(1) 全身・栄養状態を良好に保つこと、つまり、食べる余力が要る

「食べる」には、バランスよく座位をとり、食器を持ち、食物を箸で口まで運び、呼吸を止め、時には咳だし、食塊を送り込むなどの活動がある。「食べる」という行為には、いったい、どれだけのエネルギーが要るだろうか？

特に食べられない患者は低栄養状態で衰弱し、筋肉量が減少して低酸素、呼吸不全に陥るなども否めない。このような状態では、さらにエネルギーを要し、

できるだけ省エネで食べられるような工夫や細やかな配慮が求められる。

ところが、一見、手が動き、座位がとれ、話ができれば自力摂取も可能だろうと支援の手が離れることはなかろうか。食べる機能はあっても、不安定な体位や送り込みの困難な食事形態も患者の負担になり、時間の流れとともに疲れやすかったり、摂食量も少なかったりする場合もある。できれば全身状態が安定するまでの期間は、体力づくり、食べる余力づくりと考え、無理をせず、摂食支援によってエネルギーの消費を抑えたいものである。

(2)呼吸状態を整える。つまり、嚥下するには嚥下性無呼吸の確保が必要である。したがって、喘いでいるような呼吸状態で摂食するのは危険である

1) 嚥下パターンは「ごっくん、ふう～」で省エネに

私たちは、嚥下パターン訓練で「ごっくんはあ！」と指導する。これは嚥下できなかった食塊を「はあ～」で咳だし、再嚥下することによって誤嚥を防ぐために行う方法である。しかし、咳だす力もない患者では、それ以前に呼吸を整えることが重要である。このような患者には「ごっくん、ふう～！」のパターンをとり、食塊残留を咳だすというよりも酸素の取り込みを速くできる工夫が優先される。つまり、「はあ」よりも「ふう～」は自然に口が閉じやすいので、鼻からの吸気に素早く繋げることができる。さらに、「ふう～」と呼吸時間が長くなれば、吸気も大きく胸郭が拡がることになる。その省エネ効果は経皮酸素飽和度でも実証でき、私たちは好んでこれを摂食パターンに取り込んでいる。

ちなみに、高齢者の唾液誤嚥は生理的なことと考えられているが、喘鳴があり、明らかに誤嚥が想定される患者には、状態に合わせて半腹臥位で体位ドレナージを行っている。この体位は、生理的にも気道が前傾の位置にあるのでドレナージ効果がある。そして、背部に開く大きな気管支や肩甲骨を使う呼吸運動、さらに胸郭や腹式呼吸の運動も阻害することがないなどが考えられる。萎縮した舌のストレッチや舌根沈下も防止できるなどのメリットがある。私達はこの体位で補助呼吸を加え、呼吸リズムを整えている。この際のドレナージを効果的に行うには、口腔内をよく湿潤させ、痰が出やすいように、また時々、咳嗽を促すのも肺のクリアランスができる。

2) 食塊形成とどの越しをよくする一工夫・「唾液を添えて……」の小わざの力

鼻咽腔の閉鎖不全（鼻水が出る、鼻声）や口呼吸、あるいは呼吸状態が悪い患者の口腔内は、乾燥しており、嚥下できない唾液や口腔内分泌物が咽頭壁にパック状に付着している場合が多い。このような口腔環境にとろみが通過するとさらに嚥下運動が困難になる。

また、呼吸状態の良い患者でも、食べ始めると湿潤して付着したパックが剥がれてのど周りをごろごろしだすこともある。このような場合は、口腔内を潤し、できるだけ付着物を除くことが大切である。これによって嚥下しやすくなる場合が多い。

一方、摂食前に口腔内分泌物などが付着しないように、上唇をスプーンで濡らすように拭くと口唇や舌の発動がおこり、咀嚼運動が誘発される（上唇は捕食に使われ、メカニズムにおける次の咀嚼運動を引き出す）。水は多かったり、舌に丁寧に乗せられなかったりすると誤嚥して咽る場合もある。しかし、多くの場合に水はすぐ吸収され、肺胞換気を良くし、その後の呼吸状態を改善することが多い。

また、食塊のどの越しをよくするために、口へ入れるたびにスプーンの底を水につけ、舌の窪みへスプーンを置く。この時、舌を刺激すると舌下神経が働き発動する。これも食塊をまとめ、嚥下運動を効果的にするスプーンテクニックの技である。

(3)意識状態が良いこと、食べ物を認知できない睡眠中はうまく食べられない。

メカニズムにおける先行期は、食べる構えをつくる過程である。「おいしいもの」を想像しただけで唾液がどっと出る。ところが、眠っている時においしい食べ物がいきなり口へ飛び込んでもうまく食べることができないように、「食べる」には意識の存在が重要である。

意識障害の原因もさまざまであるが、病状によっては治療を優先する場合もある。医師との協働の中で、可能な限り意識回復への働きかけが求められる。

私たちは患者の状態に応じて、一見眠っている人にも、身体を揺さぶり、声をかけて覚醒させ、目を開けて食物を見せ、臭いがかがせ、自分の手に食器をもたせたり（図3）、スプーンで下唇を軽擦したりする（図4）などを行っている。

このように、あらゆる刺激を味方につけて「食べる」環境づくりを創りだしている。

IV. 摂食嚥下のメカニズムを読む

摂食嚥下のメカニズムは、通常、5期モデルに分けて考えられている。先行期は何をどのようにして食べるかを決定する過程である。この過程では、食物がこぼれないように受け口になり、口へ触れる前から口を開け、食べる構えをつくる。図5はパン食い競争の場面であるが、口唇に着目するとまさしく先行期の口唇スタイルである。そこで私たちは「口へ入れる」サインにも下唇を触れるようにしている。また、食事を口へ入れる度に下唇を軽擦することで開口を促す。さらに、お茶の入った湯呑みを下唇にあてると上唇が伸びて尖り、飲む口（口唇はストローの役割を演じる）に



図3



図4



図7



図5



図6

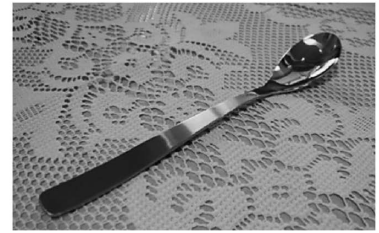


図8

なる。ちなみに図6の患者は認知症を患う患者で、食物を認知できていないので、口唇は反応していない。次に準備期は鼻の下を伸ばし、食物を上唇で捉えて口を閉じ、嚙んで唾液を混入させながらまとめる（食塊形成）過程である。例えば、「お茶を飲む場合」も上唇で1回量を決めて摂り込んでいるが、上唇を刺激すると次に口を閉じ、口唇をすり合わせながら咀嚼運動に連動していくことが認識できる。それは口唇閉鎖を促す場合も、下顎を持ち上げるのではなく鼻の下を伸ばす方がうまくいく。次の口腔期は食塊を咽頭（嚥下反射誘発部位）まで送り込む過程であるが、舌や頬筋、口唇等嚥下筋群の協働運動が主役である。例えば、どんなに立派な歯が入っていても、食塊を咽頭まで移送できないと嚥下反射は惹起せず、栄養物を体内へ取り込むことができない。送り込めない場合は、食物の重力を利用できる体位をとるが、座位で摂食する場合でも頭が垂れた状態では食塊の送り込みが困難となるので体位を工夫する必要がある。咽頭期は送り込まれた食塊の刺激で口腔内圧が高まり、嚥下反射が惹起し、食塊が食道へと送り込まれる。この場合に口を開けていたり、頬を膨らめていたり、呼吸をしながらでは口腔内圧が高まらず、十分な反射は得られない。また、この過程では、食塊と呼吸気の通路が同じなので誤嚥しやすい。したがって、呼吸をしているときは食塊の通過を避け、食塊が通過する場合は呼吸を休むなどの交通整理が必要である。

私たちは先に述べたように、予めスプーンを水にくぐらせ、極少量の水を咀嚼のタイミングで上唇に付けたたりしている。これは「唾液を添えて」という技で、咀嚼運動を助け、連動する食塊の送り込みを導きやすい。食道期では蠕動運動によって食塊を胃へ移送す

る。蠕動運動なので、食べるペースやリラクゼーションが重要である。これは、次々摂りこむ早食いや一口量が多い場合に窒息のリスクが高い傾向にあることから納得できる。

以上のようにメカニズムはさまざまなケアが潜み、そこから気づくことも多い。

V. 咀嚼嚥下食とスプーンテクニック

これまで嚥下障害患者の食事形態は、研究者の示すモデル食に留まっていた。これはまとまりやすさやのど越しの良さを求めた食事形態として重要である。しかし、暮らしを与える看護が行う食支援は単にのど越しの問題だけではない。患者の状態によっては想いを添え、変化も求めたい。そして、できれば、家族や皆と同じものを食べていただきたいと考える。そこで生まれたのが、咀嚼嚥下食で、皆と同じ料理の1部を刻み、残りはペーストにしたものである。これは患者の状態に合わせて段階的に刻み量を増やし、徐々に常食に近づけていくものである。刻み食は、単独では口腔内で拡がり、誤嚥し易いと敬遠されてきたが、ペースト食を合わせればまとまりやすさが生まれ、テクニックによってのど越しの良さも期待できることになる。また、刻み食が少しでも入ると咀嚼運動が誘発され、嚙むことで唾液の分泌や味覚感受、そして、嚥下筋群の活性化、つまり口腔機能の活性化も期待できることになる。ちなみにペーストの作り方は、簡単で粥とスープでミキサーにかけると優しい味になる。図7は当施設の咀嚼嚥下食であるが、詳細は紙面の都合で図でご了解いただきたい。これは魚の煮つけで、30%の刻み食と70%のペースト食できている。魚のはの

ど越しが悪いので、ペースト食はやや緩めになっている。また、図8は当施設で開発したリードスプーンである。匙の部分に凹凸がありこれで舌や口唇を刺激する。偏位する舌にはストレッチやスライディング、

マッサージなどを行っている。雑駁だが咀嚼嚥下食もこのように工夫し、患者にあったおいしい食事を安全に食べていただくためにお薦めしたい。

 テーマセッション

人々の「健康」をいかに支えるか—銭湯と地域住民の健康の関係—

 How to Support People's "Health":
 The Relationship between Public Baths and the Health of Local Residents

孫 大輔 Daisuke Son (東京大学大学院医学系研究科医学教育国際研究センター医学教育学部門)

キーワード：銭湯, 健康, ウェルビーイング, ソーシャルキャピタル, 健康生成論

key words : public baths, health, wellbeing, social capital, salutogenesis

I. はじめに

「銭湯」と人々の健康にはどんな関係があるのだろうか。温泉でもスーパー銭湯でもなく、下町にある昔ながらの公衆浴場が銭湯だ(図1)。銭湯と言えば、マッサージ機にコーヒー牛乳、天井の高い浴場と、富士山の風景画だ。そのような昭和の銭湯も最近ではだいぶ少なくなった。

高度経済成長期(1954~73年頃)の東京は、内風呂がない住宅が多かったため、老若男女がこぞって銭湯に通っていた。しかし時代とともに内風呂が普及したため、最盛期の1968年(昭和43年)に都内に2,660件あった銭湯は、2014年(平成26年)には659件まで減少している。本稿では、地域における銭湯の役割、特に地域住民の健康との関係について考えてみたい。

II. 銭湯の歴史

銭湯の歴史は奈良時代に遡る。6世紀に渡来した仏教では、沐浴の功德を説き、汚れを洗い流すことは仏に仕える者の大切な仕事と考えられた。寺院には「浴室」というところで沐浴が盛んに行われたという。平安時代の末には、京都に銭湯のはしりともいえる「湯屋」が登場した。

江戸時代に入り、銭湯は庶民の生活になくてはならないものになる。当時はもちろん庶民の家には内風呂はなく、銭湯は慶長年間の終わり(17世紀初頭)には「町ごとに風呂あり」と言われるほどに広まった。江

戸時代の銭湯は朝から沸かして、午後六時頃に時刻を知らせる鐘の音で終わる。やがて、銭湯で客に湯茶のサービスもするようになり、湯女(ゆな)が活躍する。湯女は、昼は客の背中を流し、夕方は三味線を手に遊客をもてなした。この「湯女風呂」が大いに流行ったため、全盛期には吉原遊郭がさびれるほどであった。また、江戸の銭湯は「入り込み湯」といわれ、男女混浴だった。これは江戸末期まで続いたのだが、風紀が乱れると何度か禁止令が出された。実際に混浴の銭湯がなくなったのは明治中頃である。

今と違って江戸は砂埃がひどかったようで、終日働いた夕方には体が汚れ、くたびれていたことであろう。体の汚れを落としながら、上下の別なく裸の付き合いができ、湯女などエンターテイメントも楽しめた銭湯は、庶民にとって愛すべき憩いの場であったようだ。

III. 身体性を介したコミュニケーション

銭湯におけるコミュニケーションは、文字通り「裸の付き合い」であり、言葉だけではなく身体を介したユニークなコミュニケーションが起きている。すなわち「背中を流し合い」によるコミュニケーションだ。

「フィールドワークの挑戦」という本に収録されている佐藤せり佳氏の「銭湯の行動学」という興味深い論文がある(佐藤, 2006)。佐藤氏は京都のある銭湯に74日間通いつめ、女湯の中での人々の「行動学」



図1. 荒川区にある「梅の湯」外観。下町の住宅街にあり、地域の人々の生活の一部となっている（著者撮影）

のフィールド調査を行った。その結果、19人の30代から60代の女性たちが、主に2つのグループに分かれてお互いの背中を洗いっこネットワークを作っていた。背中洗いが毎回必ず行われるグループと、日常的ではないが「背中洗うよ」という合図によってお互いの背中洗いが始まるグループとがあり、お互いの背中を洗いながら長時間おしゃべりをしたり、冗談を言い合ったりするというコミュニケーションが起きていたのである。

私たちの研究グループが2016年7月に、東京都文京区の廃業したある銭湯に通っていた常連の女性たちにインタビューをしたとき、ある年配の女性は、「背中流し合いコミュニケーション」の始まりをこう語っていた（孫・密山・松下，2017）。

「あの、まずあいさつね、こんにちは。だからさ、そういうのでね『背中流しましょう』って。でも中には『いや、だって』という人もいます。人をまず雰囲気見ていて、あの、いいですって人を見たら、そういう人には『流しましょう』って声かけません。流してほしそうだなんていうのが分かる、なんとなく。やっぱりお年寄りなんかは特にね、そういうの分かる。なんか待ってるって感じで」(70代女性)

絶妙な距離感でのコミュニケーションである。付かず離れず、相手に寄り添い、声をかける。ベテランの銭湯ユーザーは、こうして背中を見ただけで、相手の気持ちを察するようなコミュニケーションをとっていた。

また、病いを抱えたある女性は、常連の女性に背中を流されることによって、気持ちを癒されるということが起きていたようである。

「…乳がん手術した方がいらっちゃって、ものすごかったんですよ。ここ、手術した人が、で、なんか誰もしてくれる人がいないからさ、『背中洗ってあげましょう』って、私はそれから洗うようになったんだけど、そういう人も結構いらっしやるの。自分でやったら体がそんな洗えないんですよ、背中なんてね。『気持ちいい、気持ちいい、ありがとう、ありがとう』って」(70代女性)

IV. 世代間の助け合いの場

銭湯では多世代の交流が自然に起こる。そのため、若いお母さんが赤ちゃんや子どもと一緒に銭湯に行くと、常連のおばちゃんが子どもの面倒を見てくれたり、子育て相談にのったりしてくれる、というコミュニケーションが起きている。先ほどの銭湯常連のインタビューより引用する。

「でやっぱりね、子ども連れになると、子どもにやっぱり皆声かけるの、全然他人でも。それもすごく必要なこと。子どもにかける、大人が声掛けてあげるってこと。『こんにちは』とかさ、『かわいいね』とかさ。やっぱりそういうふうにして声かける、子どもに。そういうのもいいんですよね」(70代女性)

また、数年間通っていた銭湯が廃業してしまい、今は銭湯に行けていないという子育て中の母親からは、銭湯における世代間交流が大きな助けと癒しになっており、保育園に匹敵するほどの存在であることが語られていた。

「すごくうらやましい。極端かもしれませんが、今保育園つくれ保育園つくれて言ってるけど、もし銭湯のそういうコミュニケーションがあったら多分ね、保育園いらない。3年待ってますようち。もう辛くて辛くて、3年待てない、1人で子育てするのつらいから。もう預けて働きたいっていう人多いと思うんですよ」(40代女性)

このように、世代間の助け合いが自然に起こる場としての銭湯は、地域において大変大きな役割を担っている(図2)。

V. 高齢者の見守り・安否確認の場

その他にも、高齢者の見守り・安否確認の場としても銭湯は機能する。定期的に銭湯に通っている人たちは、いわゆる「常連」のコミュニティを作っており、



図2. 梅の湯のロビースペース。入浴後もこのような場で人々の交流が起こる（撮影：阪本直人）

しばらく銭湯に来ない人がいると「最近あの人どうしたのかしら」と、お互いに安否を気にかけるようなつながりができている。

近年、高齢者の入浴事故が大きな問題になっている。入浴中の高齢者の急死は全国で年間約14,000人にのぼり、その多くが、家族の見守りが機能しにくい夜間から早朝の時間帯に起こっている。2000年の東京都健康長寿医療センターの調査によると、深夜から早朝にかけて（4時から8時）の入浴中死亡リスクが約2倍も高いということが分かっている（高橋，2011）。入浴中死亡リスクを、銭湯と内風呂で比較した研究というのは見当たらないが、銭湯では、もし高齢者が浴槽で沈んでしまったとしても、他の人の目があるので、ある程度発見されやすいと考えられる。これらのデータをふまえ、東京都健康長寿医療センターは、高齢者の入浴事故を防ぐために、夕食前・日没前に入浴すること、また一人での入浴を控え、公衆浴場や日帰り温泉等を活用することを推奨している。

VI. ソーシャルキャピタルとしての銭湯

こうした地域において人々の中の「信頼」を軸にしたネットワークは、「ソーシャルキャピタル（社会関係資本）」とも呼ばれ、昨今注目されている。ソーシャルキャピタルが高い地域は、それが低い地域に比べて、疾病率や自殺率が低かったり、健康寿命が長かったりする（相田・近藤，2014）。公衆浴場＝銭湯での、人々の中でのコミュニケーションは、まさに「裸の付き合い」という、信頼を基礎にしたソーシャルキャピタルを形成しているともいえよう。裸の付き合いだからこそ起こる人々の中の「対話」は、地域の人々の健康とウェルビーイングに対して大きな役割を担っている。

銭湯そのものは地域において減少傾向にあるが、銭湯に代わる「裸の付き合い」ができるようなつながり

の場が、今後求められている。

VII. 地域のつながりを増やすための健康生成論的アプローチ

人々の健康課題に取り組むとき、問題解決型のアプローチではなく、人々の内的資源を強化するアプローチをとることもできる。すなわち「健康生成論的アプローチ」である。「健康生成論」（salutogenesis）は、人の健康は健康要因（salutary factors）に支えられているとする考え方で、問題の原因を取り除くのではなく、健康を支える強みや資源のほうに注目し、それを強化するアプローチである（Antonovsky, 1987/2001）。ここでは、健康生成論的アプローチの例として、筆者が行っている地域のソーシャルキャピタル（信頼を核とした人々のつながり）を活用した、ウェルビーイング向上のためのCBPR（Community-Based Participatory Research）について紹介する。

CBPRは、アクションリサーチの一種であり、研究自体よりもコミュニティの状況改善や社会正義の実現というところに力点が置かれている活動である。また、CBPRは「パートナーシップ」を重視し、「関わるすべての人が平等に協働しあうこと」が強調されている（武田，2015）。

CBPRの源流には、ブラジルの教育学者パウロ・フレイレの活動がある。彼は1950年代から貧困地域の文盲の農夫たちに識字教育を行ったのだが、同時に彼らの社会的状況を改善させる能力と自信をつけさせるようなエンパワメント活動を行った。その後、フレイレの新しい「対話型教育」は世界中に広まり、CBPRの源流となった。CBPRは、米国などで失業、貧困、人種差別などを背景とした健康格差に対するアプローチとして成功を収めている。

2015年から筆者の研究グループは、東京の「下町」である谷根千（谷中・根津・千駄木）地域でCBPRを行っている。台東区の谷中と文京区の根津・千駄木をまたぐこの地域は、古い民家や狭い路地が残り、お寺も多い「下町」である。筆者らは、この地域のソーシャルキャピタルとしての路地、古民家、銭湯などに注目し、そうした場所を活用して、地域の人々の「ゆるいつながり」を増やし、ウェルビーイングを向上させる取り組みを開始した。まずは、2016年10月に、住民主権のイベントである「芸工展」に「モバイル屋台de健康カフェ」という企画を出展した（図3）。

最初に、街の路上で屋台製作ワークショップを行った。その様子に足をとめる地元住民や外国人観光客との偶発的な会話が起り、また地域の子供たちの製作活動への能動的な参加もあり、屋台製作という作業を通じて多世代にわたる関わりが生まれた。屋台完成後は、地域活動に関心をもった医師やコミュニティナー

ス、学生らが、約2週間の開催期間を通して代わる代わる屋台をひき、谷根千の各地を巡り、出会った人々にコーヒーをふるまいながら対話をするという活動を続けた。屋台を起点として発生したコミュニケーションは「健康生成的なダイアログ（対話）」と言える。そこでは、問題に焦点を当てたアプローチではなく、屋台に関心をもった街ゆく人と医療者がゆるくつながり、世間話の延長で生活と健康をめぐる対話が偶発的に発生していた。モバイル屋台をめぐる発生したダイアログの例をいくつか、フィールドノートから抜粋する形で紹介する（表1）（孫・密山・守本，2018）。



図3. 2016年10月の「芸工展」に出展した「モバイル屋台de健康カフェ」

我々のアプローチは、健康課題をターゲットとするのではなく、地域の強みや資源を活用して、人々の多様なつながりを増やし、人々のウェルビーイングを強化する活動である。そうした健康生成論的アプローチは、例えば、健康無関心層にもアプローチできる良い枠組みとなりうる。あるいは、人々の中の「ゆるいつながり」を増やし、健康でレジリエントなコミュニティづくりに貢献できる可能性を持っている（岡，2013）。

VIII. 銭湯に代わる「小規模多機能」な場を

屋台を起点として発生したコミュニケーションは「健康生成的なダイアログ」と言える。そこでは、問題に焦点を当てたアプローチではなく、屋台に関心を持った街ゆく人と医療者がゆるくつながり、世間話の延長で健康をめぐる対話が偶発的に発生していた。また、モバイル屋台による活動では、いわゆる「健康無関心層」の人々とのつながりやすくなったり、多世代が交流しやすくなったりする。こうした多面的な作用を持つモバイル屋台の強みを一言で表すならば、「小規模多機能性」であろう。「屋台」という装置が、コミュニケーションの磁場となり、日常会話が発生するとともに、健康をめぐるダイアログが生まれ、またコーヒーを飲みながらリラックスできる場所ともなる。子供たちにとっては遊び道具となり、大人たちに

表1. モバイル屋台をめぐる発生したダイアログの例（孫・密山・守本，2018）

| 日時 | 場所 | フィールドノートからの抜粋 |
|-------------|-----------------|---|
| 2016年10月10日 | 文京区根津 | 屋台を見て話しかけてきたMさんという男性。「屋台を医療従事者がひいて健康話にのってコンセプトいいですね！」と、賛同してくださる。この辺に住んでいるという。また、カフェに入ろうとしたベビーカーに幼児を乗せた若い夫婦と話を。……やはり、モバイル屋台で、地域の健康づくりをしているという話をすると、大変関心を示してくださった。「面白いことやってますね」と。 |
| 2016年10月12日 | 台東区谷中 | 朝日湯（銭湯）の前に来た。ここで一旦停泊しようということになる。お風呂に入っていきお客さんに「珈琲飲めますよ〜」などと声をかけると、興味を持つ人が少しずつ出てくる。ちょっと立ち止まる人も増えてきた。地元の方という白髪まじりの60〜70代の女性。「これなあに？あ〜、芸工展の企画でやってるの？」と、興味深げな顔で立ち止まってくれる。今日、実質的に最初のお客さんだ。珈琲をまずはさしあげる。「今日はお坊さんと医者です」と説明すると、さらに驚かれる。Yさんと仏教の話で盛り上がってるようだ。そうこうするうちに、他の方もどんどん立ち止まるようになる。 |
| 2016年10月15日 | 台東区谷中〜 文京区根津 | 谷中の通りを歩いていると、オランダ人の女性が話しかけてきた。「これは何をしているの？」と聞くのでコンセプトを説明すると、建築と都市デザインの大学の先生だったらしく、とても興味を持ってもらった。「面白いことしてるね」と。珈琲も飲んでもらい、一緒に記念撮影。さらに、藍染大通りに行くまでに、若い大学生の女子2人、おばあちゃん1人にも珈琲をふるまう。最初に「なんだこの屋台？」と不思議な顔で見ていた人たちも、「珈琲のめますよ」と声をかけると、立ち止まり、中には説明するとモバイル屋台のコンセプトを理解してくれて、共感してくれる人がいるのは嬉しい。 |
| 2016年10月16日 | 台東区谷中 | 谷中に住んでいる地元のIさん夫婦とその子供たちもモバイル屋台に立ち寄ってくれた。Iさんが言う。「やっぱりこれいいですね。特に無料で珈琲をふるまうのがいいよ。これはやっぱり無料でなくっちゃ。こういう風に人が集える場所、居場所を作っているのがすごくいいと思う」との言葉をいただき、本当に感動する。うれしい。 |
| 2016年10月18日 | 文京区根津 | 自転車にのった地元のおっちゃんたちが話しかけてくる。「これ自分たちで作ったの？すごいねえ」と、やたら陽気だ。あとで聞いたところ、根津町会の人たちのようだ。根津生まれで、今回自身も芸工展に出しているMさんが立ち寄ってくれる。さっきのおっちゃんが「おう、Mちゃん」と声をかけている。 |

としては憩いの場となるのである。こうした「小規模多機能」な場は、昔ながらの「銭湯」や「路地」が地域においてそうした機能を果たしてきたが、それらが徐々に失われていく中で、今後、モバイル屋台のような「小規模多機能」な場がいよいよ必要性を増してくるであろう。

文献

Antonovsky, A. (1987)／山崎喜比古・吉井清子監訳 (2001). 健康の謎を解く：ストレス対処と健康保持のメカニズム (第1版). 東京：有信堂高文社.
相田潤・近藤克則 (2014). ソーシャル・キャピタルと健康格差. 医療と社会, 24(1), 57-74.
岡檀 (2013). 生き心地の良い町—この自殺率の低さには理由(わけ)がある. 東京：講談社.
佐藤せり佳 (2006). 第5章 銭湯の行動学. 菅原和孝

編, フィールドワークへの挑戦—〈実践〉人類学入門 (pp.259-282). 京都：世界思想社.

孫大輔・密山要用・松下弓月 (2017). 東京の「下町」におけるソーシャル・キャピタルと人々の健康—谷中・根津・千駄木における Community-Based Participatory Research からの示唆—. 保健医療社会学論集, 28特別, 49.
孫大輔・密山要用・守本陽一 (2018). 家庭医が街で屋台を引いたら：モバイル屋台による地域健康生成プロジェクト. 日本プライマリ・ケア連合学会誌, 41, 136-139.
高橋龍太郎 (2011). 高齢者の入浴事故. 公衆衛生, 75(8), 595-599.
武田丈 (2015). 参加型アクションリサーチ (CBPR) の理論と実践—社会変革のための研究方法論. 京都：世界思想社.

テーマセッション

地域の看護職ネットワークづくり

Creating a Network of Local Nurses

平原 優美 Yumi Hirahara (日本訪問看護財団あすか山訪問看護ステーション)

キーワード：訪問看護師，ネットワーク，地域包括ケアシステム

key words : Visiting nurse, network, community comprehensive care system

I. はじめに

地域では、住民が住み慣れた我が家で最期まで暮らせるように、多職種のネットワークを基盤に地域包括ケアシステム構築を目指している。このシステムは、医療、介護、予防、生活支援サービス等を適切に組み合わせ、高齢者の地域生活を支援することを目指している（筒井，2012，368-381）。この中で、訪問看護は医療と介護、生活支援サービスの統合的支援を行い、また、小児、精神、障がい者などの幅広い対象者を看護職間で連携してケアを実践している。この訪問看護師を含めた多機関に所属する看護職のネットワークは、地域の健康づくりに貢献できるのではないかと考える。

II. 地域の課題を看護の視点で見つめる

1. 高齢者の健康と自宅環境の関連

東京都北区では、認知症高齢者の増加が予想されるため、認知症対策を立てている（北区，2016）。また、北区は東京都内で公共賃貸住宅の空き家が最も多く、都営団地といった公共賃貸住宅には高齢者が多く居住している。その高齢者の中には、ゴミであふれた自宅に単身で暮らしている認知症者も含まれ、個別の衛生管理支援と、空き家を含む住宅全体の衛生管理の両方の支援が健康管理には必要である。つまり、高齢者の健康支援には、公衆衛生的な視点が重要であると考える（Dale & Bredesen, 2017; Kessler, Bonnell, & Chapman, 2018）。

2. 子育てを含めた人のふれあいの場づくり

北区では地域包括支援センターと社会福祉協議会が協力し、住民をリーダーとした街カフェ活動「だんだん東十条」を運営している。この「だんだん東十条」には子育てしている若いお母さんから高齢者、障がい者と幅広く参加している。この場では皆が声を掛け合い、互いの心身の変化に気づくことで心地よいコミュニティづくりとなっている。訪問看護師もこの場に参加し、予防看護や、希望する参加者にマッサージやフットケアなど触れるケアを実施し、心身の安定に貢献している。（Dunber, 2014; Hirahara, Kawahara, & Shuda, 2017）。

III. 地域包括ケアシステムにおける看護職のネットワークの意義

東京都北区では、在宅医療介護連携推進に向けた多職種連携が推進されている。この取り組みの一つに、訪問看護師が行う病院から自宅への移行支援がある。この医療コーディネートの役割を北区では訪問看護認定看護師（CN）が担っており、専任の支援員1名と地区別担当の訪問看護CN 6名が、各地域で最適なケアチームづくりを行い、高齢者の再入院を予防している。

また、北区では2012年に保健師、看護師、助産師を対象に、看護の質の向上と多機関の連携を目的とした「北区ナーシングヘルスケアネット」を立ち上げた。発起人は保健師、在宅看護CNS、老人看護CNS、小児看護CNSであり、現在では、家族看護CNS、在宅療養支援診療所に勤務する緩和ケアCNも運営メン

バーに加わっている。参加者は、行政の保健師や療育センター、地域包括支援センター、診療所、病院の病棟や外来、特別養護老人ホームや有料老人ホーム、サービス付高齢者住宅といった施設、通所サービス、訪問看護ステーションや、ケアマネジャーをしている看護師、助産師、看護大学の教員等である。「北区ナーシングヘルスケアネット」では、講演による学びの後、参加者が自施設のことや催し物を紹介する。そして、その会場で参加者がおいしい料理とお酒等を楽しみながら交流をし信頼関係を構築してきた。6年間継続することで、多機関の看護職の顔が見える関係が構築できた。

この活動を継続する中で、病棟の若いスタッフが地域包括支援センターの看護師と知り合い、退院支援がスムーズになったり、認定看護師、専門看護師が集まったり、重症心身障がい児を訪問看護している訪問看護師と助産師がともに学んだりすることが実現し、看護がかかわるすべての機関との連携が推進された。

IV. おわりに

地域包括ケアシステムと住民の暮らしを支える網の目のような看護職のネットワークは、地域住民の命と暮らしを支え、予防から看取りまでを幅広く支援する地域ケアの質の向上に貢献している。そして、訪問看護師が高齢者、障害者、小児等や住民を含む地域の全ての人々を対象とした看護実践と看護職のネットワークは、医療、看護、介護、福祉といった地域共生社会の実現にむけて貢献できると考える。

文献

Bredesen, D. E (2017)／白澤卓二監修 (2018). アルツ

ハイマー病 真実と終焉“認知症1150万人”時代の革命的治療プログラム. 東京：ソシム.

Dunbar, R. (2014)／鍛原多恵子訳 (2014). 人類進化の謎を解き明かす. 東京：インターシフト.

Hirahara, Y., Kawahara, K., Shuda, A. (2017). The Relationship between Physio-psychological Changes and Characteristics in Visiting Nurses during the Provision of Care in the Patient-Nurse Interaction Process. 7th Hong Kong International Nursing Forum, 49.

平原優美・河原加代子・黒澤泰子・早野貴美子・習田明裕 (2018). 在宅ケアで活用できる『温罨法を併用した手のマッサージ法』の生理的・心理的効果. 日本看護技術学会誌, 17, 71-79.

Kessler, S. E., Bonnell, T. R., Setchell, J. M., Chapman, C. A. (2018). Social Structure Facilitated the Evolution of Care-giving as a Strategy for Disease Control in the Human Lineage. *Natural Resources*, 8(1), 13997.

北区 (2017). 北区中期計画平成29年度～31年度 <https://www.city.kita.tokyo.jp/kikaku/kuse/shisaku/chukikekaku/documents/chuuki29-31.pdf> (2019.6.1)

国立感染研究所. ハンタウイルス肺症候群とは. <https://www.niid.go.jp/niid/ja/diseases/a/psittacosis/392-encyclopedia/467-hps-info.html> (2019.6.1)

筒井孝子 (2012). 日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方：自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかた. *社会保障研究*, 47(4), 368-381.

山極寿一 (2012). 家族進化論. 東京：東京大学出版会.

テーマセッション

地域に根差した急性期病院としての役割

The Role of Community-Based Acute Care Hospitals

若林 稲美 Inami Wakabayashi (武蔵野赤十字病院)

キーワード：地域連携，急性期病院頭，在宅支援研修

key words : regional cooperation, mind in acute care hospital, support training at home

東京都武蔵野市は東京都のちょうど真ん中に位置する人口およそ14万人の街である。緑豊かな住宅都市であり、住んでみたい街としてのイメージが定着している。また、ユニークな施策を全国に先駆けて実践してきたことでも有名な街である。武蔵野赤十字病院はこの武蔵野市の西に位置しており、市内唯一の総合病院である。

武蔵野市では「いつまでもいきいきと健康に、ひとり暮らしでも、認知症になっても、中・重度の要介護状態になっても、住み慣れた地域で生活を継続できる」をコンセプトに事業を展開している。このコンセプトは、高齢者が元気に生活をしている時期から、中・重度の支援が必要になった場合にも、継続して支援し、武蔵野市で生活し続けていくことを表している。

「いつまでもいきいきと健康に」というのは、健康増進と介護予防に関する事業である。高齢者の健康づくりを支える『いきいきサロン』活動や高齢者が街に出やすいようなコミュニティーバスの運行を行っている。

また、一人暮らしの方を対象にして『高齢者安心コール』や『何でも電話相談』を実施している。その後、認知症になった場合に備え、『普及啓発活動』『相談事業』『サービスの実施』を3本柱に、相談事業や認知症サポーター養成講座、キャラバンメイト養成講座を実施している。

中・重度の要介護状態になっても地域で生活するためには、高齢者施設の充実と、医療、介護等の多職種間で連携していくことが求められる。私たちの医療圏は武蔵野、三鷹、小金井、府中、調布、狛江の6市からなる北多摩南部医療圏である。人口約100万人の

医療圏であるが、その中には、回復期を担う医療施設が非常に少ないという現状があった。そこで平成20年に北多摩南部脳卒中ネットワークを発足させた。地域で連携していくことを主目的に、急性期病院から在宅まで、地域で共通のパスを活用して連携していく仕組みづくりを行った。

このような地域にある急性期病院として、私たちは何ができるのか、どうあることが適切なのか考えてみた。

まず一番に思うことは、急性期病院の看護師は『急性期病院頭』であるということだ。平均在院日数10日、全身麻酔手術が年間約8,000件という当院においては、高度な医療器械を使い、多くの薬品を使う医療がごく当たり前の日常である。個々の患者の自宅に帰ってからの生活は、特に若い看護師には想像しにくい。臨床の間では、「こんな大変な患者さん、一人暮らしは無理」「老夫婦での生活は難しいのでは」という声が聞かれ、「転院先を探しましょう」という論調になる。しかし本当にそうだろうか。ゆっくりしたペースで、自身の健康状態や体力と相談しながら、穏やかに生活している方が大勢いることを急性期病院の看護師は知らなければならないと思う。

当院では平成27年から、1年目の看護師を対象に「在宅支援とスクリーニング」の研修を開始し、4年目の看護師に「在宅支援研修」として、訪問看護ステーションの看護師に同行して自宅で生活する方の実際を見る機会を設けている。『1年目の看護師は目の前の医療器械の取り扱いや目まぐるしく変わる病態の変化についていくのが精一杯で、先を見据えたケアまでの余裕が無い』と考えがちだが、学生時代から在宅看

護論を学んでいる新人は、年配者が思うより、受け入れがよい。研修の感想でも、「暮らしの場へ戻れるような意思決定支援をしていきたい」「退院後や在宅のことについても考えて看護したい」という感想が散見される。早い時期から患者の自宅での生活をイメージし、その点を踏まえた、実際に役立つ、現実的な退院指導に繋げていきたいと考えている。『急性期病院頭』を柔らかくし、病気を抱えながらも、地域の中で生活していく人を思い描きかかわっていきたい。

急性期病院である当院の地域住民とのかかわりは、病気になってから、と思いがちだが、当院は東京都からの認知症疾患医療センター事業を受託しており、認知症相談を当院の精神保健福祉士が受け、週に1回の『ものわすれ外来』を実施している。『ものわすれ外来』では、認知症認定看護師も活動し、細かい生活状

況の聞き取り等を行っている。加えて『認知症サポーター養成講座』の講師を務めるなど、普及啓発活動も行っている。

認知症の周辺症状等は、病気として認識され、適切な対応がわかれば、穏やかに協力的に取り組めることがある。専門的な知識と生活者の視点とを兼ね備えた看護師の視点を地域の中に取り入れていくことで、憂慮することが少なくなり、生活の質が上げられるのではないだろうか。

地域に根ざした活動というのは、高齢者ケアに限らない。当院では、災害訓練や小・中学校での健康教育、母子保健領域にも携わっている。日ごろから各部門で顔の見える関係作りをしていることが、地域連携の基礎になっている。

シンポジウム

「人が人らしく生きる」を当たり前実践するには？
—清拭のわざが継承される組織のエスノグラフィー—

How to Practice Taking it for Granted that People Live as Humans?:
An Ethnography of Organizations that Transmit Bedbath Skills

澁谷 幸 Miyuki Shibutani (神戸市立看護大学)

キーワード：清拭、エスノグラフィー、組織文化、学習する組織

key words : bedbath skills, ethnography, organizational culture, learning organization

I. はじめに

医療の高度化、疾病構造の変化、さらには医療法の改正等に伴う在院日数の短縮化などによって医療現場は大きく変化し、看護師が患者の療養生活に関わる機会の減少を招いている。療養生活援助の核となる実践として、看護師は清拭を重視してきた。看護師にとって清拭は、患者に安楽を提供するという専門性の具現とも言える。この「安楽の提供」という看護実践が、看護師の手から離れつつあることが危惧される。

本稿では、このような現状の中、看護師による清拭を大切にし、その技術を後輩に継承している看護師達を紹介したい。彼らの実践から、看護師が「当たり前のこと」を実践し続けるために、今何が必要であるかについて考察する。

II. 清潔ケアの現状から見える看護の危機

看護師と看護補助者の業務分担に関する調査（中岡・富澤・三谷他，2017）では、清拭を看護師から看護補助者の業務へと移譲する傾向が示されている。入浴介助、清拭、足浴の清潔援助3項目について、現在の主な実施者を「看護師のみ」「主に看護師」としている割合は、3割から半分程度である。しかし、今後の実施者を看護師としている割合は1割程度に低下し、「看護師と看護補助者」とする割合、「主に補助者」「補助者のみ」とする割合は共に増加している。特に、

清拭は、「主に補助者」としている割合は、1.7%から、10.1%に増加している。本調査の結果は、清拭が、看護補助者に委ねられつつあることを示唆しており、療養生活の安寧を守るという看護師の役割の希薄化が危惧される。

III. 「清拭しないで看護したとは言えない」という看護師達の実践

この病棟は、ごく一般的な消化器外科と緩和ケアの混合病棟である。この病棟の看護師は、人の当たり前前の日常生活の一部として、清拭を大切にしていた。彼らは、術後3日間は必ず看護師が清拭すること、術後患者や重症患者は看護師2名で清拭することというルールを作り、これを確実に実行するために、「業務調整ボード」による業務調整を毎朝行っていた。この業務調整ボードの活用によって、清拭は、必要な患者に必ず毎日実施されていた。しかし、それだけでなく、看護師達が「毎日清拭するのは当たり前」と考えるようになっていた。そして、患者の普段通りの生活である入浴と同じ効果を生み出す清拭を実践していた。また、看護補助者に協力してもらうことはあっても、それが続くと「最近看護してないなと思う」「自分で清拭したかどうかは、看護専門職としてこんな仕事をしたいと思うように行動したのかどうかだ」と述べていた。つまり、この病棟では「清拭しないで看護したとは言えない」という認識が看護師達で共有され

ていると言えた。

IV. 学び合う組織文化の中で共創される 看護の価値観

本病棟の若手看護師達は、病棟での実践を重ねるうちに清拭が患者にとって意味のあるケアだと考えるようになっていた。それは、「重症患者は看護師2人で清拭する」というルールがあることで、先輩看護師と一緒に清拭する機会が多く、先輩から清拭の技術とともに、患者にとっての意味を学んでいたからである。しかし、清拭以外の場面においても、彼らは、患者に関心を寄せる「心」を育て合っていた。例えば、新人看護師の不適切な実践は、看護師達の休憩室での笑いのネタになる。しかし、ネタになった新人看護師は「当たり前のこと言われているだけで、むしろありがたい。看護を教えてもらっている」と言う。さらに、先輩看護師も「変なことしていたら笑われる風土がある」と言う。つまり、不適切さを上手に指摘し合う関係が築かれ、互いに学び合い成長できる組織が形成されているのだと思われた。

このような学び合う関係性の中で、患者がその人らしく一日を過ごすことを大切にする気持ちや、「患者の安寧を守るのは私達だ」という信念が形成され、人が人らしく生きることを大切にする看護が病棟の価値

観として共創されているものと思われる。このような価値観の存在が、清拭に限らず様々な場面で、患者にとっての当たり前を看護師として当たり前に実践することを可能にしているのだと思われた。

V. おわりに

現在の看護実践現場には、新しいシステムや物品が次々に提案されている。それらをいち早く導入することが、革新と言えるだろうか。社会が変化しても、患者が療養生活で望むことは、今日一日を安寧に過ごすことである。それを保障するのは看護師であり、そのためには、看護師がもつ優れたケアの技術が必要である。それを手放さない、見失わないこと、そして、看護師が『ケアすること』に専念できる組織であることが必要である。このような組織を生み出すアイデアが革新されることを願う。

文献

中岡亜希子・富澤理恵・三谷理恵・澁谷 幸 (2017). 急性期病院における看護師・看護補助者のより良い協働システム構築をめざす基礎的研究—看護師と看護補助者を対象とした実態調査より—, 日本学術振興会科学研究実績報告書.

シンポジウム

患者の尊厳を大切にしたい看護を目指して
—急性期病院での身体抑制激減へのチャレンジ—

Aiming for Nursing That Values Patient Dignity:
Challenge to Drastically Reduce Physical Restraint in Acute Hospital

中西 悦子 Etsuko Nakanishi (金沢大学附属病院)

キーワード：抑制, 尊厳, 倫理, 自己抜去

key words : restraint, dignity, ethics, self-extraction

I. はじめに

入院患者の高齢化に伴う認知機能低下, せん妄発生など, 患者の安全を守るため, 治療上やむを得ないという医師の指示の下, 身体抑制を行う現状がある. 看護師はやむを得ず抑制する過程により, 倫理的ジレンマに陥りやすい. 今回, 患者の尊厳を大切にしたい看護を推進し, 急性期病院で身体抑制激減を目指した取り組みを報告する.

II. 倫理的取り組み

当院は急性期を担う特定機能病院で病床数838床. 看護部理念は, 患者を尊重した看護, 看護の質向上, ホスピタリティを掲げる.

倫理の質向上として, 2008年倫理委員会, せん妄予防委員会を発足. 2009年倫理カンファレンスに関する研修会を開催. 2010年から, 各部署の困難事例を語り合い共有する場として臨床看護検討会を毎月開催. 2012年から石川県内の医療者を対象に, 臨床倫理事例研究会を毎年開催. 2014年から臨床倫理検討シート(臨床倫理検討システム開発プロジェクト)を用いて検討. 2015年10月臨床倫理コンサルティングチームが院内に発足し, 副看護部長がチームの専従となった.

III. 目標管理での看護の質向上の取り組み

2014年度看護部目標に「抑制・束縛・禁止を減少させ, 選べることを増加・支える実践をする」, 2015年度「せん妄予防ケアを増やす」「臨床倫理カンファレンスを実施し, 抑制(身体抑制・監視カメラ・センサーマット)という手段を用いることを激減させる」を掲げ, 取り組んだ. しかし, 2015年10月各部署との中間面接では, 抑制件数に変化はなかった. ルートを抜くかもしれないと予測でミトンを使用, ナースコールの代用としセンサーマットを使用, ガイドラインに沿って検討したやむを得ない抑制と考えているなどの課題が見え, 下半期への活動に示唆を得た.

同時期, 臨床倫理コンサルティングチーム専従副看護部長が, 職員からの相談対応, 院内ラウンドによる情報収集, 各部署のカンファレンスに参加し助言・支援, データ収集・分析などの活動を開始した. 認知症看護, 抑制の有害性, 意思決定支援の研修会開催, 認知症に関するeラーニングとユマニチュードのDVD視聴は看護師全員が行った. 2016年にせん妄予防ケアの対象を全入院患者に変更し, 入院前の生活を知り, 患者個々の快のケア, 日常を整えるケアに取り組んだ.

IV. カンファレンスの変化

看護師の患者の尊厳を大切にしたいという思いは,

抑制をするか抑制をしないかの検討ではなく、患者の身になって考える、抑制以外の方法がないかを考えるカンファレンスに変化していった。患者がルートに触る、ベッドから降りようとするなど行動の理由を知るために、患者の傍らにいる時間が増え、患者が穏やかに療養できるケア、患者の苦痛や欲求を予測した先回りケアを積極的に実践した。その結果、患者の興奮が和らいだ、眠った、笑顔になったなど看護師にとってうれしい体験が増加した。

V. 一般病棟・精神病棟のデータ推移

抑制帯使用人数は、月平均7人から2016年2月に初めてゼロに、ミトンの使用は月平均9人から2016年4月に初めてゼロ、センサーマット、監視カメラは月30人程から徐々に減少した。

インシデントレベル3b以上に該当するルート類自己抜去件数は、2014年度3件であり、それらは抑制中に発生していた。2015年度は抑制しない状況でのルート類自己抜去2件、2016年度1件であった。2017年度においては0件であり、抑制件数が減少してもレベル3b以上のインシデントは増加しなかった。

VI. ICUチームの変化

ICUの看護師たちは、抑制はしたくない、しかしこれ以上抑制を減らすと患者の安全を守れないと感じていた。そこで2016年6月に、看護部委員会に高度急性

期ケア開発委員会を新設し、全部署でケアの開発を目指した。一般病棟の高度なケアの実践事例を委員会で紹介したところ、ICU委員は「ICUでもまだできることはある」と、患者が快・安楽と感じるケア、日常性回復のケア・苦痛軽減のケアの開発に取り組んだ。抑制に至った思考過程と記録の振り返り、抑制状況のデータ分析、抑制事例の振り返りを行った。その後、夜間も医師と検討する体制が整い、抑制が日単位から分単位に短縮した。

委員会発足6か月後に、抑制帯使用が初めてゼロになり、発足8か月後にミトン使用もゼロになった。

抑制が減少しても、ルート類自己抜去のインシデントレベル3b以上は発生しなかった。

VII. 抑制に関する倫理的ジレンマが減少

せん妄発生率も年々減少し、院内全体で抑制用具に頼らない看護の現場が実現した。

ジレンマに関するアンケート調査結果では、抑制に関して、看護師は2015年度3位から2016年度8位に、医師も1位から5位に下がり、抑制に関するジレンマが減少した。

VIII. 終わりに

我々が目指すのは「抑制ゼロ」ではない。看護の当たり前であるケアを大切に、チームで患者の最善を探求し続けていくことである。

シンポジウム

産婦の潜在力を最大限に活かす助産ケアの伝統と革新

Tradition and Innovation of Midwifery Care

中根 直子 Naoko Nakane (日本赤十字社医療センター)

キーワード：助産ケア，助産師外来，分娩介助手順，女性中心のケア

key words : midwifery care, midwifery clinic, midwifery maneuver, women-centered-care

I. 背景

日本赤十字社医療センターは、1922年（大正11年）に日本赤十字社産院（以下、産院）と付属産婆養成所（現・日本赤十字社助産師学校）を併設して以来、我が国の助産をリードする存在として技術やケアを発信、伝承してきた。以来、97年の歴史の中で出産や女性をめぐる社会状況は大きく変化し、同時に周産期医療の発展に合わせて助産ケアも変革を続けている。本稿では、本学術集会のテーマである「看護の本質にこだわり、当たり前を続ける」という視点のもとに、助産ケアの本質を求め、伝統と革新を続けてきた当センター周産期部門の変遷の過程から今後の課題をひもとく。

II. 伝統

産院時代は年間4,000件に迫る分娩数を背景に、豊富な実践力と卓越した技術を持つ助産師集団が存在した。とくに分娩室は、新人助産師の現任教育に加え、毎年40人の付属助産師学校（以下、助学）の学生が実習を行うことを前提とし、技術伝達による助産ケアの質の均一化が徹底されていた。全国から集まった学生は1年後には各地の病産院で「日赤方式」の分娩介助手順を広めることに貢献した。

1972年、産院は日本赤十字中央病院と合併し、日本赤十字社医療センター（以下、当センター）が設立された。初代院長は大学の産婦人科教授だった医師で、正常妊娠や分娩には助産師が専門職として主体的に関わることを推奨し、「助産師（婦）外来」を全国に先駆

けて開設した。院長が助学の学校長も兼任するという組織的特徴もあり、助産師外来の設置目的のひとつは「助産学生の教育」だったとされている。助学の専任教員も、妊婦健康診査や分娩介助に直接関わって実地教育を行っていた。とくに、正常分娩に関しては、その母子を担当助産師が責任持って介助することが求められた。当センターでは、現在でも出産時に産科医師を「お立ち会いです」とコールするのが常であるが、これは文字通り医療処置が不要で、立ち会うだけであった当時の名残である。かつての助産師たちが、いかに高い自律性のもとに業務を行ってきたかが伺える。

III. 革新

理解ある産科医師との協働体制によって、産学協働のシームレスな教育体制が当初から整っていた当センターは、助産教育として稀な環境を持っていた。一方で、分娩介助や助産ケアの内容は、分娩数に比して少ない医師、看護師、助産師の業務を効率よく行うことを目指して「手順」が重視されたものも少なくなかった。また、「努責は大きく吸った息を止めて長く」「出産後は2時間仰臥位で安静の後に導尿」など、医学的根拠というより決められた慣習も多くあった。当センターはラマーズ法に代表される「精神予防性無痛分娩」に70年代から取り組んでいたが、80年代にマタニティ雑誌を中心に広がった結果、目指していた「産婦の主体性」より、「呼吸法パターンの習得」として受け取られた傾向がある。

1980年代後半、妊産婦が自ら主体的に出産に参画す

ることを推奨する潮流が欧米から入ってきた。自由な分娩体位での出産へ対応するには、助産師自身に「フリースタイル」な態度と、独創的な技術が求められた。分娩に関する医学的根拠（EBM）が明らかになるなかで試行錯誤を続けた結果、当センターは母体救命から水中出産までに対応できる稀有な総合周産期母子医療センターとなっている。

一方、女性の社会進出が一般的となり、妊婦の高年齢化、合計特殊出生率の低下、核家族が当たり前となった社会構造の変化で母子を支える仕組みも変化した。この10年で、医療施設として無過失補償を行う産科医療保障制度の整備と、産科診療ガイドラインの遵守で安全性を担保されるという構造へ変化したことは大きい。

IV. 考察

助産ケアは、医療者が提供することが当たり前という価値づけから、当事者が主体であるという発想の転換を機に大きく変化し、医学的根拠に基づいて深化してきたといえる。一方で、インターネットの普及やPC、スマートフォンが一般化し、出産世代は簡単に個人レベルで情報を得て選択する時代となった。妊娠出産という生理的变化に対する受け止めも多様化し、

当事者は目先の快適性に左右されやすくなっている。生命倫理に関する選択も含めて、女性にとって「本当に何が良いのか」を意思決定するには困難性が高い時代となっている。

V. 課題

助産師のコア・コンピテンシーは「生命の尊重」「自然性の尊重」「智の尊重」の3つを基盤としている（日本助産師会）。とくに、産み育てることそのものが難しいものと捉えられがちな現代において「女性が本来持っている力」を尊重するという、助産師ならではのヘルスプロモーションの視点は、古くて新しい個別の発見に繋がる可能性がある。助産師が、女性と胎児・新生児の身体と感覚を代弁できるだけの知識と経験をもって自らの提供する助産ケアを、革新というよりは、どのように再発見・再構築していけるかが求められている。

文献

日本助産師会. 助産師のコア・コンピテンシー.
http://www.midwife.or.jp/midwife/competency_index.html (2019.10.20)



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（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。

附則

この会則の改正は、平成30年9月28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. 歴史研究委員会
 - 八. 将来構想委員会
- 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。
- 附則
この実施細則は、平成30年5月13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：2018年度総会後～2021年度総会)

理事

(五十音順)

| 氏 名 | 所 属 |
|---------|-----------------------|
| 安 藤 広 子 | 日本赤十字秋田看護大学 |
| 江 本 リ ナ | 日本赤十字看護大学 |
| 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 (副理事長) |
| 川 原 由佳里 | 日本赤十字看護大学 |
| 齋 藤 英 子 | 日本赤十字看護大学 |
| 高 田 早 苗 | (一財)日本看護学教育評価機構 (理事長) |
| 田母神 裕 美 | 日本赤十字社 |
| 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 庄 恵 子 | 日本赤十字看護大学 |
| 吉 田 みつ子 | 日本赤十字看護大学 |

監事

(五十音順)

| 氏 名 | 所 属 |
|---------|-------------|
| 小 森 和 子 | 元日本赤十字社 |
| 鶴 田 恵 子 | 聖隷クリストファー大学 |

評議員名簿

(任期：2018年総会～2021年総会)

五十音順 計53名

| 評議員名 | 所属 |
|--------|----------------------|
| 赤塚 あさ子 | 大隅病院 |
| 安部 陽子 | 日本赤十字看護大学 |
| 阿保 順子 | 北海道医療大学 |
| 安藤 広子 | 日本赤十字秋田看護大学 |
| 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 |
| 江尻 昌子 | 日本赤十字幹部看護師研修センター |
| 江田 柳子 | 元福岡赤十字病院 |
| 江藤 節代 | NPO 法人日本看護キャリア開発センター |
| 江本 リナ | 日本赤十字看護大学 |
| 遠藤 公久 | 日本赤十字看護大学 |
| 大西 文子 | 日本赤十字豊田看護大学 |
| 大林 由美子 | 山口赤十字病院 |
| 小田 初美 | 京都第二赤十字看護専門学校 |
| 烏 トキエ | 元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 |
| 川嶋 みどり | 日本赤十字看護大学 |
| 川名 るり | 日本赤十字看護大学 |
| 北 素子 | 東京慈恵会医科大学 |
| 児玉 真利子 | 旭川医科大学 |
| 小林 尚司 | 日本赤十字豊田看護大学 |
| 小林 洋子 | 日本赤十字豊田看護大学 |
| 小森 和子 | 元日本赤十字社 |
| 小山 真理子 | 日本赤十字広島看護大学 |
| 坂口 千鶴 | 日本赤十字看護大学 |

| | |
|--------------|----------------------|
| 佐々木 幾 美 | 日本赤十字看護大学 |
| 志 賀 くに子 | 日本赤十字秋田看護大学 |
| 下 山 節 子 | NPO 法人日本看護キャリア開発センター |
| 杉 浦 美佐子 | 椛山女学園大学 |
| ソルステインソン みさえ | 日本赤十字社医療センター |
| 高 岸 壽 美 | 日本赤十字社和歌山医療センター |
| 高 島 和歌子 | 熊本看護専門学校 |
| 高 田 早 苗 | (一財)日本看護学教育評価機構 |
| 谷 口 理 恵 | 庄原赤十字病院 |
| 田母神 裕 美 | 日本赤十字社 |
| 筒 井 真優美 | 日本赤十字看護大学 |
| 鶴 田 恵 子 | 聖隷クリストファー大学 |
| 内 木 美 恵 | 日本赤十字看護大学 |
| 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 |
| 原 玲 子 | 宮城大学 |
| 東 智 子 | 熊本赤十字病院 |
| 東 野 督 子 | 日本赤十字豊田看護大学 |
| 樋 口 佳 栄 | 日本赤十字看護大学 |
| 本 庄 恵 子 | 日本赤十字看護大学 |
| 前 田 久美子 | 日本赤十字看護大学 |
| 松 尾 文 美 | 医学研究所 北野病院 |
| 村 瀬 智 子 | 日本赤十字豊田看護大学 |
| 柳 めぐみ | 姫路赤十字看護専門学校 |
| 山 田 聡 子 | 日本赤十字豊田看護大学 |
| 吉 田 みつ子 | 日本赤十字看護大学 |

第19回日本赤十字看護学会評議員会議 議事録

日 時：2019年6月14日(金)19時00分～20時18分

場 所：日本赤十字看護大学 301講義室

議 長：高田早苗

出席者：安部陽子，安藤広子，江尻昌子，江藤節代，江本リナ，遠藤公久，大西文子，烏トキエ，河口てる子，川嶋みどり，川名るり，小森和子，小山真理子，坂口千鶴，佐々木幾美，志賀くに子，下山節子，高田早苗，田母神裕美，筒井真優美，鶴田恵子，内木美恵，西片久美子，西村ユミ，根本とよ子，東野督子，樋口佳栄，本庄恵子，前田久美子，村瀬智子，吉田みつ子

欠席者：赤塚あさ子，阿保順子，伊吹はまよ，植田喜久子，江田柳子，大林由美子，小田初美，北素子，児玉真利子，小林尚司，小林洋子，杉浦美佐子，ソルステインソンみさえ，高岸壽美，高島和歌子，谷口理恵，野口眞弓，原玲子，東智子，松尾文美，柳めぐみ，山田聡子

書 記：藤井知美

【資料】

| | |
|-----------------------|-------------|
| 2018年度理事会および評議員会報告 | 報告資料1-1・1-2 |
| 2018年度庶務報告 | 報告資料2 |
| 2018年度編集委員会報告 | 報告資料3 |
| 2018年度広報委員会報告 | 報告資料4 |
| 2018年度研究活動委員会報告 | 報告資料5 |
| 2018年度臨床看護実践開発事業委員会報告 | 報告資料6 |
| 2018年度国際活動委員会報告 | 報告資料7 |
| 2018年度災害看護活動委員会報告 | 報告資料8 |
| 2018年度歴史研究委員会報告 | 報告資料9 |
| 2018年度将来構想委員会 | 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30年度決算報告 | 審議資料1 |
| 平成30年度会計監査 | |
| 2019年度事業活動計画(案) | 審議資料2 |
| 2019年度予算(案) | 審議資料3 |
| 会費値上げについて | 審議資料4差し替え・A3資料 |

高田理事長より，評議員53名中31名の出席，委任状21名，欠席1名であり，規程の過半数を満たしており本評議員会が成立することが宣言された。

【報告事項】

1. 2018年度理事会および評議員会報告（齋藤理事）（報告資料1-1・1-2）
齋藤理事より，報告資料1-1・1-2に基づき2018年度に理事会が計8回，うち3回は書面理事会が開催されたことと，評議員会が計2回，うち1回は書面評議員会が行われたことが報告された。
2. 2018年度庶務報告（齋藤理事）（報告資料2）
齋藤理事より，報告資料2に基づき(1)2018年度の正会員入会者148名，正会員脱会者135名であったこと，(2)2019年3月31日現在正会員数1266名，賛助会員1名，会員総数1267名であることが報告された。
3. 2018年度編集委員会（西村理事）（報告資料3）
西村理事より，報告資料3に基づき(1)学会誌第19巻第1号を発行したこと，(2)学会誌第19巻第1号の発行に向けて査読を行ったこと，(3)オンライン査読システムの微修正を行ったこと，(4)学会誌J-STAGEへの搭載手続

きを行ったこと、(5)内規および学会誌投稿規定の改定を行ったことが報告された。

4. 2018年度広報委員会報告（西片理事）（報告資料4）

西片理事より、報告資料4に基づき(1)2018年4月2日ホームページをリニューアルオープンし、スマホ版を作成したこと（1年間ログ解析を行った結果、スマホとPCの使用は約半数ずつであった）、(2)ニュースレター Vol.16を発行したことが報告された。

5. 2018年度研究活動委員会報告（吉田理事）（報告資料5）

吉田理事より、報告資料5に基づき(1)2019年度の研究助成募集及び選考の結果、応募のあった1件に助成が決定したこと、(2)研究奨励賞の選考を行い、15論文から2論文に決定したこと、(3)看護研究セミナー（2019年3月11日開催、講師：安部陽子氏）が開催されたことが報告された。

6. 2018年度臨床看護実践開発事業委員会報告（本庄理事）（報告資料6）

本庄理事より、報告資料6に基づき(1)「臨床に埋もれている看護の技」発掘を行い、交流セッションを企画していること、(2)「臨床に埋もれている看護の技の発掘」にあたり2019年度に実施予定の調査準備を行ったことが報告された。

7. 2018年度国際活動委員会報告（河口理事）（報告資料7）

河口理事より、報告資料7に基づき(1)「日本の中の国際社会」のテーマで海外からの移民集中地区の情報収集を行う活動について理事会から承認を得たこと、(2)学会英文ホームページの内容検討したこと、(3)世界看護科学学会第6回大会の開催予定が報告された。

8. 2018年度災害看護活動委員会報告（安藤理事）（報告資料8）

安藤理事より、報告資料8に基づき、第7回防災学術連携シンポジウムにてポスター報告を行ったこと、被災地及び被災地病院における受援をテーマに災害看護セミナーを開催し、参加者から高い評価を得たことと結果を第20回学術集会で報告予定であることが報告された。

9. 2018年度歴史研究委員会報告（川原理事）（報告資料9）

川原理事より、報告資料9に基づき(1)2回の会議を開催したこと、(2)会員ホームページ（会員共通ID、パスワード認証による）において、歴史関連の情報公開と更新を行ったこと、(3)第19回学術集会に於ける企画の中止、(4)第20回学術集会における企画内容、(5)軍事研究に関する学会ポリシーについての議論開始予定であることの報告がされた。

10. 2018年度将来構想委員会報告（小山理事）（報告資料10）

小山理事より、報告資料10に基づき(1)会議を2回開催したこと、(2)将来構想委員会の活動計画につき、広く会員の意見を聞きながら進めるべくアンケートを準備していること、(3)学会員の動向及び会費納入率の分析、(4)2019年度活動計画案を検討したことが報告された。

11. 日本看護系学会協議会について（田母神理事）（報告資料11）

田母神理事より、報告資料11に基づき、(1)協議会社員学会が46学会となったこと、(2)社員総会にて組織体制構築等について検討されたこと、(3)ニュースレター速報・ニュースレター第26号が発信されたこと、(4)講演会等の開催がされたことが報告された。

12. 看護系学会等社会保険連合について（田母神理事）（報告資料12）

田母神理事より、報告資料12に基づき社員総会内容と講演会の開催、役員改選に日本赤十字看護学会理事として立候補し当選したことが報告された。

13. 第20回日本赤十字看護学会学術集会状況報告（川嶋学術集会長）

川嶋学術集会長より、準備状況について事前参加登録303名（550名を見込んでいる）、懇親会申し込み55名、一般演題 口頭43題・示説33題：合計=81題、交流セッション12題、特別講演2題など多彩・魅力的な内容で

あることが報告された。

14. 第21回日本赤十字看護学会学術集会準備状況報告（安藤学術集会長）

安藤学術集会長より、第21回学術集会を「不確かな時に“生きる”を支える看護」をメインテーマに、会期：2020年7月4・5日、事務局：日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学、会場：日本赤十字秋田看護大学・短期大学で開催予定であることが報告された。

【審議事項】

1. 平成30年度決算報告（江本理事）（審議資料1）

江本理事より、審議資料1に基づき平成30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。平成30年度は、特別会計の学術集会基金を解き約400万円を一般会計に繰入れていることから、当期収支差額が約300万円で黒字決算に見えるが実質100万円の赤字決算であることが説明された。

2. 平成30年度会計監査（小森監事・鶴田監事）

鶴田監事より、平成30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、また、東日本税理士法人による監査の結果報告書（2019年5月17日）のとおりであることが報告され、異議なく承認された。

3. 2019年度事業活動計画(案)(小山理事)（審議資料2）

小山副理事長より、審議資料2に基づき2019年度事業活動計画の説明がされた。

事業計画10. 20周年記念事業について高田理事長より、リレートークの提案がなされた。学会設立の趣旨をふまえ、学会のあり方を積極的に考えるための仕掛けとしても、良いアイデアであることが説明され、議論のテーマの例も挙げられた。進め方は1,200～2,000文字程度の意見をホームページに掲載し1年間、議論をリレー形式で進めていくものである。次の人を指名する方式と理事会が依頼する方式を考えている。将来構想委員会を設けてはいるが、理事だけではなく幅広く委員からの意見を聞きたい旨が伝えられた。リレートークについては、評議員より興味深い、ホームページの閲覧をすることに繋がる、川嶋先生を皮切りに開始するのはどうかとの賛同する意見が出された。

事業計画6. 1) 日本の中の国際社会の情報収集の目的について評議員から質問があった。河口理事より次の通り応答がなされた。海外移民のコミュニティがすでに国内の様々な地域で形成されてきており、今後も増加するであろう。その状況に「看護」として具体的に対応していく必要がある。そのため、移民者の健康状態等を把握し、課題・問題点を抽出しケアにつなげる必要性があること、生活習慣と健康に焦点を当てること等が説明された。

以上の質疑応答を経て、2019年度事業活動計画について承認された。

4. 2019年度予算(案)(江本理事)（審議資料3）

江本理事より、審議資料3に基づき予算案が説明された。2019年度予算では、約200万円を特別会計から繰り入れており、実質300万円の赤字予算であることも報告された。

評議員から、クレジットカード決済手数料について、カードの種類により必要費用が変わるという発言があり、江本理事より本学会においては手数料が低額なVISA・MASTER使用推奨の表示をする予定であると回答がされた。また、会員管理WEBシステム（マイページ構築）導入について、現在のシステム（ホームページ閲覧と郵送）でも十分ではないかという意見もだされた。高田理事長から、他学会と同等の基盤整備であり、支出は増えるが様々な会員にとって利便性・効率が良くなることを目指した導入であることが伝えられた。齋藤指名理事より、新しいシステム構築後に会員が得られるメリット（ホームページから個別の登録情報や会費納入状況がわかりスマートフォン等からアクセスが可能になる、会費納入がカード支払いで行える、請求書・領収書の取り出しが個人ページから行える、郵送やホームページ閲覧だけでなくメール等でも会員限定且つタイムリーな情報の共有が行える等）が説明された。また、マイページを導入することでニュースレターの郵送は不要となるが、振込票の郵送は年1回引き続き行うことも説明された。会員管理方法の変更についてリーフレットを作成しており、会員へ周知できるよう学術集会にて設置することが説明された。

以上の質疑応答を経て2019年度予算案はすべて承認された。

5. 会費値上げについて（高田理事長・江本理事）（審議資料4差し替え）

高田理事長より、審議資料4差し替えに基づき会費値上げについて次の通り説明された。これまで、比較的低額の年会費を維持してきた（発足時は5000円）。しかしながら、過去5年間の分析結果、収支状況が限界を超えてきているのが実情である。今現在、学会を世情に合わせて運営していくために、予算を超えても必要な経費として挙げざるを得ないものとしては、会員管理業務委託費用、学会誌Web投稿・査読システムの導入、ホームページの改善およびスマートフォン対応版の作成などがある。さらに数年以内に想定される支出には、会員管理Webシステムの構築・運用経費、会員個人ページの開設費、消費税増税、学会法人化に係る費用等が考えられる。

さらには委員会活動の活性化、新委員会の設置、委員数の増員、看保連会費増額なども予想される。

これらは、新しいチャレンジというよりむしろ、遅れていた本学会の基盤整備という側面が強く、そのうえさらに学会の充実を図る必要がある。そのためには会費の値上げが必要不可欠である。

昨年度も収入に特別会計を解いた400万円を一般会計に繰り入れており、一見黒字に見えるが実際は300万円の赤字であり、赤字決算が続いていることも説明された。江本理事から、今後数年間の一般会計予算の見通しと年会費設定によるシミュレーションに基づき、年会費10,000円への値上げの根拠について説明がなされた。高田理事長よりこれらの現状から近い将来において年会費の値上げが必至であることが説明された。重要事案であるため、今年度提案し、2020年度総会で議決し、2022年度からの値上げとする案が述べられ、今後の方針について承認された。

6. 名誉会員の承認について（高田理事長）

高田理事長より、小玉香津子氏を名誉会員に推薦する旨説明され承認を得た。

7. 第22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）

高田理事長より、日本赤十字豊田看護大学 鎌倉やよい学長を推薦していることが説明され、承認された。

議事録署名人

川 名 る り 押印省略

樋 口 佳 栄 押印省略

第20回 日本赤十字看護学会総会 議事録

日 時：2019年6月15日(土)13時00分～13時56分

場 所：日本赤十字看護大学 広尾ホール

出席者：628名（会場出席者25名，委任状603名）

司 会：小山真理子（副理事長）

議 長：川嶋みどり（学術集会長）

書 記：藤井知美

【資料】

| | |
|-----------------------|----------------|
| 2018年度理事会および評議員会報告 | 報告資料1-1・1-2 |
| 2018年度庶務報告 | 報告資料2 |
| 2018年度編集委員会報告 | 報告資料3 |
| 2018年度広報委員会報告 | 報告資料4 |
| 2018年度研究活動委員会報告 | 報告資料5 |
| 2018年度臨床看護実践開発事業委員会報告 | 報告資料6 |
| 2018年度国際活動委員会報告 | 報告資料7 |
| 2018年度災害看護活動委員会報告 | 報告資料8 |
| 2018年度歴史研究委員会報告 | 報告資料9 |
| 2018年度将来構想委員会 | 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30年度決算報告 | 審議資料1 |
| 平成30年度会計監査 | 審議資料1追加 |
| 2019年度事業活動計画(案) | 審議資料2 |
| 2019年度予算(案) | 審議資料3 |
| 会費値上げについて | 審議資料4差し替え・A3資料 |

【開会】

小山副理事より、開会に先立ち会場出席者25名，委任状603名，合計628名であることが確認され，会則第24条第3項に基づき，会員数1267名の1割の総会成立となる定員を満たしており，総会開催宣言がなされた。

【理事長挨拶】

高田理事長より，昨年度は残念ながら総会開催できなかったのが2年ぶりの開催となった。20年を記念する会となっており，それに相応しい提案をしたい旨が述べられた。

【名誉会員について】

高田理事長より，会則第8条に則って名誉会員に小玉香津子氏の推薦があり，理事会および評議員会の議を経たことが説明され，承認された。

【報告事項】

- 2018年度理事会および評議員会報告（齋藤理事）（報告資料1-1・1-2）
齋藤理事より，報告資料1-1・1-2に基づき2018年度に理事会が計8回，うち3回は書面理事会が開催されたことと，評議員会が計2回，うち1回は書面評議員会が2018年9月19日～9月26日にかけて行われたことが報告された。
- 2018年度庶務報告（齋藤理事）（報告資料2）
齋藤理事より，報告資料2に基づき(1)2018年度の正会員入会者148名，正会員脱会者135名であったこと，(2)

2019年3月31日現在正会員数1266名，賛助会員1名，会員総数1267名であることが報告された。

3. 2018年度編集委員会報告（西村理事）（報告資料3）

西村理事より，報告資料3に基づき(1)学会誌第19巻第1号を発行したこと，(2)学会誌第19巻第1号の発行に向けて査読を行ったこと，(3)オンライン査読システムの微修正をおこなったこと，(4)学会誌J-STAGEへの搭載手続きを行ったこと，(5)内規および学会誌投稿規程の改定を行ったことが報告された。

4. 2018年度広報委員会報告（西片理事）（報告資料4）

西片理事より，報告資料4に基づき(1)2018年4月2日ホームページをリニューアルオープンし，スマートフォン版を作成したこと（1年間ログ解析を行った結果，スマートフォンとPCの使用は約半数ずつ），(2)ニュースレター Vol.16を発行したことが報告された。

5. 2018年度研究活動委員会報告（吉田理事）（報告資料5）

吉田理事より，報告資料5に基づき(1)2019年度の研究助成募集及び選考の結果，応募のあった1件に助成が決定したこと，(2)研究奨励賞の選考を行い，15論文から2論文に決定したことが報告された。

6. 2018年度臨床看護実践開発事業委員会報告（本庄理事）（報告資料6）

本庄理事より，報告資料6に基づき(1)「臨床に埋もれている看護の技の発掘」を行い，交流セッションを企画していること，(2)「臨床に埋もれている看護の技の発掘」にあたり2019年度に実施予定の調査準備を行ったことが報告された。

7. 2018年度国際活動委員会報告（河口理事）（報告資料7）

河口理事より，報告資料7に基づき(1)「日本の中の国際社会」のテーマで海外からの移民集中地区の情報収集を行う予定が決定したこと，(2)学会英文ホームページの内容検討をしたこと，(3)世界看護科学学会第6回大会の開催予定が報告された。

8. 2018年度災害看護活動委員会報告（安藤理事）（報告資料8）

安藤理事より，報告資料8に基づき，第7回防災学術連携シンポジウムにてポスター報告を行ったこと，「被災地及び被災地病院における“受援”について考える」をテーマに災害看護セミナーを開催し，参加者から高い評価を得たことと結果を第20回学術集会で報告予定であることが報告された。

9. 2018年度歴史研究委員会報告（川原理事）（報告資料9）

川原理事より，報告資料9に基づき(1)2回の会議を開催したこと，(2)会員ホームページ（会員共通ID，パスワード認証による）へ歴史関連の情報公開と更新を行ったこと，(3)第19回学術集會に於ける企画の中止，(4)第20回学術集會における企画内容，(5)軍事研究に関する学会ポリシーについての議論開始予定であることの報告がされた。

10. 2018年度将来構想委員会報告（小山理事）（報告資料10）

小山理事より，報告資料10に基づき(1)会議を2回開催したこと，(2)将来構想委員会の活動計画につき，広く会員の意見を聞きながら進めるべくアンケートを準備していること，(3)学会員の動向及び会費納入率の分析，(4)2019年度活動計画案を検討したことが報告された。

11. 日本看護系学会協議会について（田母神理事）（報告資料11）

田母神理事より，報告資料11に基づき，(1)協議会社員学会が46学会となったこと，(2)社員総会にて組織体制構築等について検討されたこと，(3)ニュースレター速報・ニュースレター第26号が発信されたこと，(4)講演会等の開催がされたことが報告された。

12. 看護系学会等社会保険連合について（田母神理事）（報告資料12）

田母神理事より，報告資料12に基づき社員総会内容と講演会の開催，役員改選に日本赤十字看護学会理事として立候補し承認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30年度決算報告（江本理事）（審議資料1）

江本理事より、審議資料1に基づき平成30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。平成30年度は、特別会計（学術集会基金を解き約400万円を一般会計に繰入れていることから、当期収支差額が約300万円黒字決算に見えるが実質100万円の赤字決算であることが説明された。

2. 平成30年度会計監査（小森監事・鶴田監事）（審議資料1 追加）

小森監事より、平成30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、また、5月17日に会計士による監査を受け相違ないことを認められたことが報告された。

上記の決算報告に関して、差額を示す△表記方法について質問があり、説明がなされたのち、平成30年度決算は承認された。

3. 2019年度事業活動計画(案)(小山理事)（審議資料2）

小山副理事長より、審議資料2に基づき2019年度事業活動計画の説明がされた。

続けて高田理事長より、総会資料p20に基づいて、20周年記念事業「リレートーク」の提案がされた。学会設立の趣旨をふまえ、学会のありかたを積極的に考える仕掛けをするアイデアであり、議論のテーマ例も挙げられた。進め方は1200～2000文字程度の意見をホームページに掲載し1年間で議論をリレー形式で進めていくものである。次の人を指名する方式と理事会が依頼する方式を考えている。将来構想委員会を設けてはいるが、理事だけではなく幅広く会員からの意見を聞きたいこと、また、資料の案にとらわれず書いてもらいたいこと等が伝えられた。

事業活動計画案に質問はなく、2019年度事業活動計画案は承認された。

4. 2019年度予算(案)(江本理事)（審議資料3）

江本理事より、審議資料3に基づき予算案が説明された（約200万円を特別会計から繰り入れており、実質300万円の赤字予算であること）。特に質問はなく承認された。

5. 会費値上げについて（高田理事長）（審議資料4 差し替え）

高田理事長より、資料（p22）に基づき日本赤十字看護学会会費値上げについての説明がされた。比較的低額の年会費を維持してきた（発足時は5000円）が、過去5年間の分析結果、収支の状況が厳しくなってきたこと、支出増の要因（会員管理業務の業者委託や学会誌のWeb投稿・査読システム導入、ホームページの改善やスマートフォン対応等）と、数年以内に想定される支出増の要因（会員管理Webシステムの構築・運用、会員個人ページの開設、消費税増税、法人化等）が考えられる。委員会活動の活性化、新しい委員会の設置、委員数の増員、看保連の会費増額、消費税増税、法人化の先送りができないというこれらの支出増の要因は遅れていた学会の基盤整備と学会活動の充実を図ることにある。収入に特別会計を解いた400万円を入れたことで一見黒字に見えるが、実際は300万円の赤字である。これらのことから年会費の値上げは必至である。いつからどのように値上げするのかを会計が詳しく検討した結果、年会費10,000円へ値上げの根拠を示し、2020年度の総会で決議し、2022年度開始案が提案され、方針について承認を得た。

6. 第22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、日本赤十字豊田看護大学 鎌倉やよい学長を推薦することが説明され、承認された。

鎌倉やよい氏より、学術集会長を引き受けたことについて挨拶があった。

【研究奨励賞について】

高田理事長より以下の2名に対して研究奨励賞が授与された。

- ・中川典子氏：看護師の患者・家族の怒りへの対応の特徴
- ・谷地和加子氏：乳がん患者のComfort（安楽）の概念分析

【第21回日本赤十字看護学会学術集会長挨拶】

安藤学術集会長より、第21回学術集会を「不確かな時に“生きる”を支える看護」をメインテーマに、会期：2020年7月4・5日、事務局：日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学、会場：日本赤十字秋田看護大学・短期大学で開催予定であることが報告された。

【閉会】

小山副理事長より閉会の挨拶があり、閉会した。

最終総会出席者総数：665名

内訳 会場出席者47名、委任状603名、学術集会長・理事・監事15名

議事録署名人

志 賀 くに子 押印省略

内 山 孝 子 押印省略

2018年度 日本赤十字看護学会理事会報告

第1回（第109回）2018年5月13日（日）午後12時30分～16時

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，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

選挙管理委員長：東野督子

研究活動委員：谷口千絵

欠席者：武井麻子

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
10. 看護系学会等社会保険連合
11. 第19回学術集会準備状況について
12. 第20回学術集会準備状況について
13. 会員の入会・退会・資格喪失について
14. 平成29年度決算及び会計監査について
15. 平成30年度事業計画案について
16. 平成30年度予算案について
17. 研究倫理審査委員会について
18. 選挙管理委員会
19. 会則の変更について
20. 第18回 評議員会について
21. 第19回 総会について
22. 第21回 学術集会長について

第2回（第110回）2018年5月25日（土）書面理事会

審議事項

1. 入会希望者の入会について

第3回（第111回）2018年7月6日（金）

場 所：広島ガーデンパレス鶴亀の間

出席者：理事：河口てる子，小山真理子，西片久美子，守田美奈子，江本リナ，田中孝美

監事：烏トキエ

欠席者：高田早苗，若林稲美，浦田喜久子，西村ユミ，本田多美枝，武井麻子，杉浦美佐子

報告・審議事項

1. 編集委員会
2. 一般社団法人日本看護系学会協議会平成30年度社員総会報告
3. 看護系学会等社会保険連合
4. 第19回日本赤十字看護学会学術集会準備状況

5. 第20回日本赤十字看護学会学術集会準備状況
6. 会員の入会・退会について
7. 研究倫理審査委員会規程(案)について

第4回(第112回)2018年8月1日(水)

場 所：日本赤十字看護大学 第2会議室

出席者：理事：安藤広子，江本リナ，小山真理子，高田早苗，田母神裕子，西村ユミ，本庄恵子，吉田みつ子，小森和子，

旧理事：守田美奈子，田中孝美

欠席者：河口てる子，西片久美子，鶴田恵子，齋藤英子

報告・審議事項

1. 理事長・副理事長・指名理事の選出について
2. 第19回学術集会について
3. 臨時評議員会・総会について
4. 委員会役割について
5. 学術集会 交流セッションの精算について
6. 2019年度理事会日程について

第5回(第113回)2018年8月23日(土) 書面理事会

審議事項

1. 2019年度 補正予算案について

第6回(第114回)2018年10月7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，小山真理子，安藤広子，江本リナ，河口てる子，田母神裕子，西片久美子，西村ユミ，本庄恵子，吉田みつ子，川原由佳里，齋藤英子

監事：小森和子，鶴田恵子

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. 歴史研究委員会
8. 将来構想委員会
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19回学術集会について
12. 第20回学術集会準備状況について
13. 会員の入会・退会・資格喪失について

第7回(第115回)2018年11月13日(火) 書面理事会

審議事項

1. 臨床看護開発事業委員の4名の入会審査について
2. 委員会の追加委員について
3. 研究助成選考委員について
4. 研究奨励賞選考委員について

第8回（第116回）2019年2月11日(月)

場 所：日本赤十字看護大学 共同研究室2

出席者：理事：高田早苗，小山真理子，安藤広子，江本リナ，河口てる子，田母神裕子，西片久美子，西村ユミ，本庄恵子，吉田みつ子，川原由佳里，齋藤英子

監事：小森和子，鶴田恵子

川嶋みどり 第20回学術集会長

報告・審議事項

1. 第20回学術集会準備状況について
2. 会員管理について
3. 編集委員会
4. 広報活動委員会
5. 研究活動委員会
6. 臨床看護実践開発事業委員会
7. 国際活動委員会
8. 災害看護活動委員会
9. 歴史研究委員会
10. 将来構想委員会
11. 日本看護系学会協議会
12. 看護系学会等社会保険連合
13. 第19回学術集会報告
14. 会員の入会・退会・資格喪失について
15. 2019年度事業計画(案)

第18回 日本赤十字看護学評議員会報告

日 時：2018年7月6日(金)17時30分～18時45分

場 所：広島ガーデンパレス 鶴亀の間

〔報告事項〕

1. 平成29年度理事会および評議員会報告
2. 平成29年度庶務報告
3. 平成29年度編集委員会報告
4. 平成29年度広報委員会報告
5. 平成29年度研究活動委員会報告
6. 平成29年度臨床看護実践開発事業委員会報告
7. 平成29年度国際活動委員会報告
8. 平成29年度災害看護活動委員会報告
9. 平成29年度法人化検討委員会報告
10. 平成29年度歴史研究委員会報告
11. 日本看護系学会協議会について
12. 看護系学会等社会保険連合について
13. 第19回日本赤十字看護学会学術集会状況報告
14. 第20回日本赤十字看護学会学術集会準備状況報告

〔審議事項〕

1. 平成29年度決算報告
2. 平成30年度事業活動計画(案)
3. 平成30年度予算(案)
4. 会則の変更について
5. 評議員及び新役員の選挙結果と承認,
理事長・副理事長・氏名理事について
6. 第21回日本赤十字看護学会学術集会長の承認について

日本赤十字看護学書面評議員会報告

日 時：2018年9月19日(水)～9月26日(水)

〔審議事項〕

- 1) 新体制の承認について
- 2) 2018年度 補正予算案について

2018年度 編集委員会活動報告

委員長：西村ユミ

副委員長：吉田みつ子

委員：奥原秀盛，飯村直子，糸井志津乃，濱田真由美，樋口佳栄，福井里美，松本佳子，山田紋子

1. 学会誌第19巻第1号の編集および発行(平成31年3月発行)
原著2編，研究報告3編，資料2編
2. 論文査読
学会誌第19巻第1号の編集に向けて，投稿論文（19編）の査読を行った。
3. オンライン査読システムの安定化
迅速かつ安定して査読が進められるように，システムの微修正を行った。
4. 学会誌のJ-STAGEへの登載
学会誌第19巻第1号より，J-STAGEに搭載できるよう手続きを進めた。
5. 内規，および学会誌投稿規程の改定

2018年度 広報委員会活動報告

委員長：西片久美子

委員：小林尚司，山本美紀，長尾佳世子

1. 2018年4月2日，「利用しやすく，分かりやすく，親しみやすい」をコンセプトに準備を進めていたホームページをリニューアルオープンした。あわせて，利用者の便宜を図るためスマホ版も作成した。また，「会員のページ」の構築も終了し12月21日より閲覧可能となった。
2. ニュースレター Vol.16を12月末に発行した。西日本豪雨の影響で学術集会時の総会開催ができなかったため，例年より1ヵ月遅れの発行となった。西日本豪雨や北海道胆振東部地震における会員の活動，及び改選後の各役員名簿等を掲載した。

2018年度 研究活動委員会活動報告

委員長：吉田みつ子

委員：喜多里己，谷口千絵，井本寛子

1. 2019年度 研究助成の募集及び選考

2018年12月1日から12月22日に申請書受付を行い，1件の応募があった。選考委員4名によって選考，理事会にて下記の通り助成が決定した。

助成者氏名：安島幹子さん

研究課題：「かわりを通して，看護学生が患者をとらえていくこと—患者の苦痛に着目して—」

助成金額：296,000円

2. 研究奨励賞の選考

本学会誌第16巻（2016），第17巻（2017），第18巻（2018）に掲載された15論文（原著，研究報告，実践報告）から研究奨励賞を決定した。選考委員7名による選考，理事会にて審議し，下記2論文に決定した。

1. 谷地和加子(2018). 乳がん患者のComfort（安楽）の概念分析. 18(1), 1-9.

2. 中川典子(2017). 看護師の患者・家族の怒りへの対応の特徴. 17(1), 35-43.

3. 看護研究セミナーの開催

2019年3月11日(月)15:00～16:30 安部陽子氏による「誰でも簡単，文献レビュー」と題して，看護研究セミナーを開催した。参加者25名，わかりやすく参考になったと好評であった。

2018年度 臨床看護実践開発委員会活動報告

委員長：本庄恵子

委員：伊藤麻紀，清田明美，楠見和子，武田美和，中村滋子，村田中

1. 今年度からの新たなメンバーとともに，「臨床に埋もれている看護の技」を発掘することから始めた。2019年度の学術集会の交流セッションとして，「臨床に埋もれている看護の技の発掘」を企画した。

2. 「臨床に埋もれている看護の技の発掘」にあたり，委員会として焦点をあてる課題について吟味した。広く会員のみなさんのご意見を聞く必要があるため，2019年度に質問紙調査とインタビュー調査を実施することとし，その準備を行った。

2018年度 国際活動委員会活動報告

委員長：河口てる子

委員：安部陽子，東智子

1. 2019年2月10日(日)に第1回の委員会を開催し，今年度からの活動について意見交換を行った。その結果，今年度の活動テーマは「日本の中の国際社会」とし理事会の承認を得た。テーマに関して，群馬県大泉市，愛知県豊田市，北海道浦河町など海外からの移民（研修生等）が集中している地区について情報収集を開始し，2019年度まで情報収集を中心に活動する。

2. 本学会英文HPについて，英訳が必要な範囲，英訳に適した人材について検討した。2019年度に改訂版をアップする予定である。

3. 世界看護科学学会（WANS）第6回大会は，2020年2月28・29日に大阪で開催予定。

2018年度 災害看護活動委員会活動報告

委員長：安藤広子

委員：大和田恭子，亀井縁，久保祐子，内木美恵，根岸京子，橋爪朋子，濱谷寿子

第7回防災学術連携シンポジウムに於いて，本委員会委員が「市町村で避難所での要配慮者対応への備え～地域住民に居住する高齢者の安否確認と自施設周辺ハザードへの理解～」について，ポスター報告を行った。

また，「被災地及び被災地病院における“受援”について考える」をテーマとして，本委員会主催の災害看護セミナーを開催した。基調講演およびシンポジウムによるプログラムとし，シンポジウムでは，過去の災害で被災した病院及び看護支援を行った病院の看護管理者に登壇いただいた。当日の参加者49名，内容についてのアンケートでは，全ての回答者から「大変良かった」「良かった」という高い評価を得た。この結果を第20回学術集会で報告の予定である。

2018年度 歴史研究委員会活動報告

委員長：川原由佳里

委員：西村ユミ，関谷由香里，田母神裕美，村瀬智子，城丸瑞恵

1. 委員会開催報告

2回の会議を開催した。

2. 会員ホームページの公開と更新

会員ページを共通PW，IDによる認証ゲートで開設した。その後3回更新を行った。論文ページを企画している。

3. 第19回学術集会における企画

井上忠男先生を発言者として招き，赤十字の看護と戦争を考える交流セッションを企画したが中止となった。

4. 第20回学術集会における企画

小原真理子先生を発言者として招き，交流セッション「日本赤十字救護看護婦であった母から学んだこと(仮)」を企画した。また展示「赤十字の看護の歴史」を企画した。

5. 軍事研究に関する学会ポリシーについて

まずは学習と議論をはじめ。委員会では関係者や専門家を招いて勉強会を開催する。

2018年度 将来構想委員会活動報告

委員長：小山真理子

委員：石原美和，江本リナ，高田早苗，守田美奈子，若林稲美

1. 委員会開催報告 2回の会議（うち1回はweb会議）を開催した。

2. 将来校委員会の活動計画について検討した。

多くの看護系学会が存在する今日，本学会の在り方について，学会員の意見を聞きながら発展に向けた活動を行うことで，合意した。

3. 日本赤十字看護学会の会員の動向および会費納入率の動向について，資料に基づき分析した。

4. 2019年度の活動計画案について検討した。

2018年度 庶務報告

1. 会員の入会・脱会

| | | |
|-------------|---------|---------|
| 2018年度 入会者数 | 正会員148名 | 賛助会員 0名 |
| 2018年度 脱会者数 | 正会員135名 | 賛助会員 0名 |

2. 会員総数 (2019年3月31日現在)

正会員 1,266名 賛助会員 1名
(会員総数 1,267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 | 74名 | 近畿 | 106名 |
| 東北 | 83名 | 中四国 | 155名 |
| 東部 | 451名 | 九州 | 139名 |
| 中部 | 248名 | 住所不明者 | 10名 |

合計1,266名
2019年3月31日現在

平成30年度 日本赤十字看護学会決算

(平成30年4月1日～平成31年3月31日)

| 収入の部 | | | | |
|-------------------|------------|------------|-------------|---------------------------|
| 項目 | 平成30年度決算 | 平成30年度予算 | 差異 | 備考 |
| 正会員会費 | 8,173,500 | 7,774,200 | △ 399,300 | 7,000円×1167件、+4,500円 |
| 賛助会員会費 | 100,000 | 50,000 | △ 50,000 | 一口(インターメディカ×2年分) |
| 学術集会基金 | 4,006,118 | 4,006,093 | △ 25 | 特別会計から繰入 |
| 寄付 | | 0 | 0 | |
| 利子収入 | 17 | 10 | △ 7 | |
| 学会誌販売 | 10,235 | 10,000 | △ 235 | |
| 雑収入 | 7,000 | 20,000 | 13,000 | 共著者 3,500円×2件 |
| 収入小計 (A) | 12,296,870 | 11,860,303 | △ 436,567 | |
| 前年度繰越金 | 14,172,086 | 14,172,086 | 0 | |
| 収入合計 (B) | 26,468,956 | 26,032,389 | △ 436,567 | |
| 支出の部 | | | | |
| 項目 | 平成30年度決算 | 平成30年度予算 | 差異 | 備考 |
| 1. 総会・評議員会 | 68,486 | 150,000 | 81,514 | 会議費 |
| 2. 会議費 | 834,981 | 800,000 | △ 34,981 | 理事会、外部団体との会議 |
| 3. 学会誌関係 | 1,038,062 | 1,252,962 | 214,900 | |
| (1)編集委員会費 | 34,668 | 250,000 | 215,332 | 会議費、交通費、通信費等 |
| (2)学会誌発行費 | 1,003,394 | 1,002,962 | △ 432 | 査読システム、業務委託(平成30年度) |
| 4. 広報事業費 | 501,988 | 683,000 | 181,012 | |
| (1)広報委員会費 | 130,578 | 253,000 | 122,422 | 会議費、交通費、通信費等 |
| (2)ニュースレター | 371,410 | 330,000 | △ 41,410 | 制作・発送費 |
| (3)ホームページ管理費 | 0 | 100,000 | 100,000 | |
| 5. 研究活動事業費 | 33,280 | 92,000 | 58,720 | 会議費、交通費、通信費等 |
| 6. 臨床看護実践開発事業費 | 158,029 | 385,000 | 226,971 | 会議費、交通費、通信費等 |
| 7. 国際活動事業費 | 44,798 | 455,000 | 410,202 | 会議費、交通費、通信費 |
| 8. 災害看護活動事業費 | 386,631 | 500,000 | 113,369 | 会議費、交通費、通信費等 |
| 9. 歴史研究委員会 | 268,277 | 520,000 | 251,723 | |
| 10. 将来構想委員会 | 31,420 | 55,000 | 23,580 | |
| 11. 学術集会助成 | 1,500,000 | 1,500,000 | 0 | 第21回学術集会 |
| 12. 事務局費 | 2,345,924 | 2,424,400 | 78,476 | |
| (1)人件費 | 826,600 | 800,000 | △ 26,600 | 資料整理等 |
| (2)通信運搬費 | 239,280 | 300,000 | 60,720 | はがき・切手・DM便代・振込手数料等 |
| (3)印刷費 | 18,295 | 50,000 | 31,705 | 資料印刷等 |
| (4)業務委託費 | 1,035,128 | 1,050,000 | 14,872 | 会員管理業務委託(平成29年度下期・30年度上期) |
| (5)会計管理費 | 194,400 | 194,400 | 0 | 平成29年度決算に対する税理士による会計監査 |
| (6)消耗品 | 32,221 | 30,000 | △ 2,221 | 文具・トナー等 |
| (7)学術集会プログラム代 | 0 | 0 | 0 | プログラム印刷廃止 |
| (8)諸雑費 | 0 | 0 | 0 | |
| 13. 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 | |
| 14. 評議員・理事選挙積立金 | 200,000 | 200,000 | 0 | 選挙積立基金へ |
| 15. 研究助成基金 | 0 | 0 | 0 | 研究助成基金へ |
| 16. ナーシングサイエンスカフェ | 0 | 0 | 0 | 平成30年度より助成停止 |
| 17. 学術集会補填 | 1,700,000 | 1,886,421 | 186,421 | 平成30年度学術集会中止に伴う補填 |
| 予備費 | 0 | 100,000 | 100,000 | |
| 支出合計 (C) | 9,261,876 | 11,153,783 | 1,891,907 | |
| 当期収支差額 (A)-(C) | 3,034,994 | 706,520 | | |
| 次年度繰越金 (B)-(C) | 17,207,080 | 14,878,606 | △ 2,328,474 | |

平成30年度 日本赤十字看護学会 特別会計

(平成30年4月1日～平成31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 | | 200,000 |
| 利子 | | 6 |
| 利子 | | 6 |
| 前年度繰越金 | | 1,378,049 |
| 総 計 | | 1,578,061 |
| 支 出 | | |
| 会議費 | | 0 |
| 交通費 | | 3,020 |
| 人件費 | | 0 |
| 印刷費 | | 0 |
| 通信運搬費 | | 390 |
| 消耗品費 | | 0 |
| 諸雑費 | | 0 |
| 総 計 | | 3,410 |
| 収支状況 | | |
| 収入 | | 1,578,061 |
| 支出 | | 3,410 |
| 残 額 | | 1,574,651 |

平成30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。

2019年4月14日

監 事 小森 和子 (押印省略)
鶴田 恵子 (押印省略)

平成30年度 日本赤十字看護学会 特別会計

(平成30年4月1日～平成31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 | | 0 |
| 助成金返金 | | 0 |
| 寄付金 | | 0 |
| 利子 | | 8 |
| 利子 | | 8 |
| 前年度繰越金 | | 1,960,872 |
| 総 計 | | 1,960,888 |
| 支 出 | | |
| 助成金 | | 0 |
| 振込手数料 | | 0 |
| 総 計 | | 0 |
| 収支状況 | | |
| 収入 | | 1,960,888 |
| 支出 | | 0 |
| 残 額 | | 1,960,888 |

平成30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。

2019年4月14日

監 事 小森 和子 (押印省略)
鶴田 恵子 (押印省略)

日本赤十字看護学会

平成 30 年度会計監査結果報告書

平成 30 年度に関わる会計を監査したので報告します。

1. 監査実施日

2019 年 5 月 17 日

2. 監査結果

平成 30 年度決算報告（平成 30 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日まで）
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。

2019 年 5 月 17 日

東日本税理士法人
代表社員 長 英一郎



2019年度 日本赤十字看護学会予算

(2019年4月1日～2020年3月31日)

| 2019年6月4日現在(単位:円) | | | | |
|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---------------------|
| 収入の部 | | | | |
| 項 目 | 2019年度予算 | 2018年度決算 | 差異 | 備 考 |
| 1. 会費 | 7,717,100 | 8,266,500 | △ 549,400 | |
| (1)正会員会費 | 7,667,100 | 8,166,500 | △ 499,400 | 7,000円×(1217件×0.9) |
| (2)賛助会員会費 | 50,000 | 100,000 | △ 50,000 | 一口(インターメディカ) |
| 2. 学術集会基金 | 0 | 4,006,118 | △ 4,006,118 | 2018年度に特別会計を解いた |
| 3. 研究助成基金 | 1,960,888 | 0 | 1,960,888 | 2019年度に特別会計から繰入 |
| 4. 寄付 | 0 | 0 | 0 | |
| 5. 雑収入 | 26,010 | 24,252 | 1,758 | |
| (1)利子収入 | 10 | 17 | △ 7 | |
| (2)学会誌販売 | 5,000 | 10,235 | △ 5,235 | |
| (3)投稿料 | 21,000 | 14,000 | 7,000 | 非会員共著者投稿料 ¥3,500×6名 |
| (4)その他 | 0 | 0 | 0 | |
| 収入小計(A) | 9,703,998 | 12,296,870 | △ 2,592,872 | |
| 前年度繰越金 | 17,207,080 | 14,172,086 | 3,034,994 | |
| 収入合計(B) | 26,911,078 | 26,468,956 | 442,122 | |

| 支出の部 | | | | |
|---------------------------|-------------------|-------------------|--------------------|--|
| 項 目 | 2019年度予算 | 2018年度決算 | 差異 | 備 考 |
| 1. 会議費 | 950,000 | 903,467 | 46,533 | |
| (1)総会・評議員会 | 150,000 | 68,486 | 81,514 | 会議費 |
| (2)会議費 | 800,000 | 834,981 | △ 34,981 | 理事会、外部団体との会議 |
| 2. 事業費 | 5,397,764 | 4,162,485 | 1,235,279 | |
| 【学会誌】 | 1,218,964 | 1,038,062 | 180,902 | |
| (1)編集委員会費 | 120,000 | 34,668 | 85,332 | 会議費、交通費、通信費等 |
| (2)学会誌発行費 | 1,098,964 | 1,003,394 | 95,570 | 査読システム、業務委託(平成30年度) |
| 【広報事業】 | 164,800 | 501,988 | △ 337,188 | |
| (1)広報委員会費 | 0 | 130,578 | △ 130,578 | Skype会議 |
| (2)ニュースレター | 64,800 | 371,410 | △ 306,610 | 制作・発送費(HPよりダウンロードへ変更する) |
| (3)ホームページ管理費 | 100,000 | 0 | 100,000 | 2017年度大幅リニューアルに2018年度管理費が含まれていた |
| 【研究活動事業】 | 469,000 | 33,280 | 435,720 | |
| (1)研究活動委員会費 | 69,000 | 33,280 | 35,720 | 会議費、交通費、通信費等 |
| (2)研究助成 | 300,000 | 0 | 300,000 | 研究助成(¥30万/1件×1件) 2018年度まで特別会計支出 |
| (3)研究奨励賞 | 100,000 | 0 | 100,000 | 研究奨励賞(¥5万/1件×2件)(3年に1回選考) |
| 【臨床看護実践開発事業】 | 335,000 | 158,029 | 176,971 | |
| (1)会議費、交通費、通信費等 | | | | |
| 【国際活動事業】 | 450,000 | 44,798 | 405,202 | |
| (1)会議費、交通費、HP英文翻訳、セミナー開催等 | | | | |
| 【災害看護活動事業】 | 580,000 | 386,631 | 193,369 | |
| (1)会議費、交通費、セミナー開催等 | | | | |
| 【歴史研究委員会】 | 425,000 | 268,277 | 156,723 | |
| (1)展示、会議費、HP作成等 | | | | |
| 【将来構想委員会】 | 55,000 | 31,420 | 23,580 | |
| (1) | | | | |
| 【学術集会助成】 | 1,500,000 | 1,500,000 | 0 | 第22回学術集会の助成 |
| 【選挙管理事業】 | 200,000 | 200,000 | 0 | 選挙(評議員・理事)積立基金へ繰入 |
| 3. 事務費 | 4,260,400 | 2,495,924 | 1,764,476 | |
| (1)人件費 | 900,000 | 826,600 | 73,400 | 資料整理、会議補佐等 |
| (2)通信運搬費 | 300,000 | 239,280 | 60,720 | はがき・切手・DM便代・振込手数料等 |
| (3)印刷費 | 25,000 | 18,295 | 6,705 | 資料印刷等 |
| (4)業務委託費 | 1,050,000 | 1,035,128 | 14,872 | 会員管理業務委託(2018年度下期・2019年度上期) |
| (5)会計管理費 | 194,400 | 194,400 | 0 | 2018年度決算に対する税理士による会計監査 |
| (6)消耗品 | 30,000 | 32,221 | △ 2,221 | 文具・トナー等 |
| (7)備品 | 150,000 | 0 | 150,000 | 事務局パソコン バージョン変更含む |
| (8)会員管理WEBシステム | 1,161,000 | 0 | 1,161,000 | 会員管理WEBシステム構築・運用 (初期費用¥640,000 経常費用¥521,000) |
| (9)決済手数料 | 220,000 | 0 | 220,000 | クレジットカード決済手数料 VISA・MASTER 2.60%(¥182)×1,200名=218,400 JCB他 3.32%(¥231)×1,200名=277,200 |
| (10)渉外 | 230,000 | 150,000 | 80,000 | |
| 日本看護系学会協議会会費 | 80,000 | 80,000 | 0 | |
| 看護系学会等社会保険連合会費 | 150,000 | 70,000 | 80,000 | 会費改定により会費増 |
| (11)諸雑費 | 0 | 0 | 0 | |
| 4. 学術集会補填 | 0 | 1,700,000 | △ 1,700,000 | 2018年度学術集会中止に伴う補填 |
| 5. 予備費 | 100,000 | 0 | 100,000 | |
| 支出合計(C) | 10,708,164 | 9,261,876 | 1,446,288 | |
| 当期収支差額(A)-(C) | -1,004,166 | 3,034,994 | △ 4,039,160 | |
| 次年度繰越金(B)-(C) | 16,202,914 | 17,207,080 | △ 1,004,166 | |

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、年会費の半額に相当する金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)、著者全員の会員番号、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) 投稿料 入会せずに本誌への掲載を希望する共著者は、年会費の半額に相当する金額(投稿原稿1編につき3,500円)を負担することとする。

2) 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。

3) 別刷料 別刷はすべて実費を著者負担とする。

4) 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

・本文(正本)

その他

・非会員共著者がいる場合、投稿料の振込領収書(ATMご利用の場合は利用明細書)のデータ

・(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。

この規程の改正は、平成31年2月11日から施行する。

編集後記

日本赤十字看護学会誌第20巻第1号をお届けいたします。今号は、原著論文1編、研究報告10編、資料5編、第20回学術集会の会長講演、特別講演、対談、シンポジウム等々、大変リッチな内容構成となりました。投稿・査読システムが電子化し、学会誌も電子ジャーナルになったことによって、投稿数が急増し、編集委員会一同うれしく思っております。

投稿者にとっては、時には厳しいと思う査読者からのコメントもあるかと思いますが、査読者とのやりとりを経て修正された論文は、確実に洗練されています。査読の過程では、2名の査読者の評価が分かれることもあり、本学会誌の論文の質をどのように考えればよいかと考えさせられることもしばしばです。今年度の編集委員会では、査読プロセスが迅速かつ適切になされるよう運営事務局との連携を図り、論文の種類と字数の検討、非会員の投稿の取り扱い等を協議してきました。引き続き、多くの会員の皆様に論文を投稿していただき、学会誌の質が向上してくように活動してまいりたいと思います。(吉田みつ子)

編集委員長

西村 ユミ

編集副委員長

吉田みつ子

編集委員

飯村 直子

山田 紋子

専任査読委員

安部 陽子

大西 文子

北 素子

佐々木美喜

田中 孝美

中田 康夫

長谷川喜代美

福田 和明

松山 友子

山田 聡子

糸井志津乃

奥原 秀盛

濱田真由美

樋口 佳栄

福井 里美

松本 佳子

石崎 智子

大林由美子

児玉真利子

島井 哲志

谷口 千絵

中村 滋子

林 みよ子

福田美和子

三浦 英恵

山村 美枝

石橋 通江

大和田恭子

小林 尚司

菖蒲澤幸子

田母神裕美

中村 光江

原 玲子

藤井美穂子

村岡 宏子

山本 美紀

内木 美恵

岡本 有子

小林 洋子

杉浦美佐子

千葉 京子

西片久美子

東 智子

本田多美枝

村瀬 智子

渡邊知佳子

内山 孝子

尾山とし子

齋藤 英子

関谷由香里

千葉 邦子

西田 朋子

東野 督子

眞崎 直子

村田 由香

渡邊 智恵

江本 リナ

川名 るり

坂口 千鶴

高岸 壽美

永井眞由美

新田 真弓

平木 民子

松尾 文美

谷地和加子

遠藤 公久

喜多 里巳

佐々木幾美

辰島美佐江

中島佳緒里

野口 眞弓

深谷 基裕

松澤由香里

柳 めぐみ

(令和2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。

2020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

〒162-0801 東京都新宿区山吹町332-6

パブリッシングセンター

電話 03(6824)9363

FAX 03(5206)5332



Journal of The Japanese Red Cross Society of Nursing Science

Original Article

- Support in Terms of Decision-Making for Living-Donor Liver Transplant Donors and Their Families Provided by Transplant Coordinators in Japan Wakako Fujisawa 1

Research Reports

- Difficulties That a Shift Leader Nurse in a Ward Experiences in Educational Interactions with Member Nurses Mika Kimura, Akiko Tominaga 9
- Change of Difficulties Experienced by Nurses in Dementia Nursing: Focusing on Nurses Who Have Finished the Curriculum of "Certified Nurses in Dementia Nursing" Kazuki Emi, Chizuru Sakaguchi, Akemi Kiyota, Emi Hiruma, Yumi Ueno, Yoshiko Miyamoto 17
- Aspects and Contexts of Clinical Autonomy of Nursing Practice at Acute-Care Hospitals Hiroko Imoto 26
- Interactions between a Head Nurse and Nurses in Workplace Communication: Focusing on Nurses' Learning Sachiko Kito 35
- Meaningful Experiences of Certified Nurses and Nurse Specialists Providing End-of-Life Care for Cancer Patients Satomi Fukui 43
- Perception Regarding the Maternal and Child Health Handbook of Mothers Who Gave Birth to Twins Mihoko Fujii, Tomomi Sato 52
- Changes in Chief Nurses' Perspectives of Nursing Care for the Elderly after Taking an Gerontological Nursing Course at an Acute Care Hospital Akemi Kiyota, Chizuru Sakaguchi, Kyoko Chiba, Kazuki Emi, Shinobu Watanabe, Noriko Hasegawa, Yuko Kubota, Emi Hiruma 61
- Why Can the Public Health Nurse Continue Concentrating on Their Jobs in the Stricken Area of the Fukushima First Nuclear Power Plant Accident from the Disaster Direct Back to Today? Kanae Takase, Gakuji Suzuki 70
- The State of Working Support and Associated Difficulties of Nurses Who Provide Cancer Consultation Junko Nitta, Yuiko Shimodaira, Kazumi Yano 79
- Relationships between Performance Assessment Scores and Student Skills in a Training Class for Basic Nursing Techniques Yuki Kodama, Sachiko Shobuzawa, Ioko Funakoshi, Mami Kitabayashi 89

Materials

- Review of Literature on Experience of Older Adults Living with Dementia Yuka Iwahara 95
- The Competency of Nurse Manager on Safety Culture in a Hospital Ward Kiyomi Chikamori, Tomoko Murase 102
- Implementation Status of Home Visit Nursing for People with Mental Illness by Multiple Staff Masato Hatsuda, Tomoko Murase 109
- Transition of Hemodialysis Patients: Review of the Literature Using the Transition Theory of Meleis Mika Kimura 116
- Motivation for Learning and Expectations for Continuing Education of Nurses at Private Psychiatric Hospitals: Based on the Research Interview on Nurses and Nursing Instructors Keiko Matsumoto, Sachiko Deguchi 122

The 20th Annual Congress of The Japanese Red Cross Society of Nursing Science**Chairperson's Address**

- Decisions and Challenges of Red Cross Nurses to Innovate Tradition Midori Kawashima 131

Special Address

- Groundwater in Care Susumu Tokunaga 137

Special Conversation

- Susumu Tokunaga×Shuntaro Tanikawa Susumu Tokunaga, Shuntaro Tanikawa, Midori Kawashima 140

Educational Lecture

- Eating is the Main Element of Wellness: Spoon Technique and the Form of Meal that Brings out Oral Function Yasuyo Tanaka 147

Theme Session

- How to Support People's "Health": The Relationship between Public Baths and the Health of Local Residents Daisuke Son 152
- Creating a Network of Local Nurses Yumi Hirahara 157
- The Role of Community-Based Acute Care Hospitals Inami Wakabayashi 159

Symposium

- How to Practice Taking it for Granted that People Live as Humans?: An Ethnography of Organizations that Transmit Bedbath Skills Miyuki Shibutani 161
- Aiming for Nursing That Values Patient Dignity: Challenge to Drastically Reduce Physical Restraint in Acute Hospital Etsuko Nakanishi 163
- Tradition and Innovation of Midwifery Care Naoko Nakane 165

- Proceeding of the Society 169
- The Rules for Writing Articles 196
- Editorial Notes 198

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