

ISSN 1349-2721

人間看護学研究

Journal of Human Nursing Studies

11

2013

March



滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究

No.11

March 2013

滋賀県立大学人間看護学部

巻頭言



人間看護学部 学部長

もり
森

さとる
敏

“大学の教員に求められるものは3つある”とよく言われる。それは、①教育、②研究、③社会貢献である。これらの内いずれが欠けてもだめで、3つをバランスよくこなすことが求められる。

人間看護学部では、とりわけ「教育」のウエイトが大きく、ともすれば、“教員とは教育を行う人—教育が本務であり、他の2つは副—”と捉えられがちである。「研究」に多くの時間を割くことは、本務の「教育」を蔑ろにしているかのような感がある。また、「教育」に専念することが、「研究」を行わないexcuseになっていたりもする。

しかし、大学教員は否応なく“研究業績の評価”を受ける。新たなポジションへの応募、大学院の設置審での資格審査（マル合判定）、身近なところでは研究費の評価配分など、さまざまな場面でそれに遭遇する。大学の教員にとって、研究は教育と同様に本務であり、目を背けることはできない。

研究を実施すれば、その成果を論文として公表する必要がある。もちろん一流誌に投稿することが望ましいが、若手の研究者にとってはハードルが高いかもしれない。そこで、本誌に投稿することから始めていただきたい。本誌を活用することで、“自分の行った研究を論文にまとめる”習慣を身につけ、その上で、研究の檯舞台へとステップアップしてほしい。

論 文

移乗動作におけるボディメカニクス活用の評価 —改良した学習教材を用いた 動作時前傾姿勢・ひねり角度分析から—



伊丹君和¹⁾, 安田寿彦²⁾, 春日照之²⁾, 米田照美¹⁾, 松宮 愛¹⁾, 大久保恵子¹⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

²⁾ 滋賀県立大学工学部

背景 看護師の職業性腰痛は深刻である。前報では、我々が開発したボディメカニクス学習教材の継続活用が、看護動作時の姿勢改善および意識向上に有効であることが示唆された。しかし、上体が前傾している状態でのひねり動作は腰部負担をより増加させることが示されている。また、看護者の腰部負担は、ベッドメイキングのほか、ベッドや車椅子への移乗、体位変換など、さまざまな看護動作に起因する。このような中、ひねり角度計測機能も加えたボディメカニクス学習教材に改良することは、看護・介護者の腰部負担改善により貢献できると考える。

目的 本研究は、移乗動作におけるボディメカニクス活用について、看護学生を対象に、改良した学習教材を用いた動作時前傾姿勢・ひねり角度の分析から検証することを目的とした。

方法 2012年3月、改良した学習教材を用いて、移乗動作におけるボディメカニクス活用について、動作時前傾姿勢・ひねり角度の分析から検証した。対象は、研究の趣旨に賛同が得られた看護学生計28名とした。

評価方法は、対象者に姿勢計測センサを装着した後、2設定（学習教材非活用、学習教材活用）で、ベッドから車椅子への移乗動作を行った。分析は、SPSS16.0 for Windowsを用いてWilcoxonの符号付き順位検定を行い、本学習教材活用の有無による前傾姿勢・ひねり角度から検証した。

また、ボディメカニクス活用への意識調査を実施し、改良した学習教材の機能およびボディメカニクス活用における意識について評価した（5件法）。

結果 移乗動作時の姿勢角度を検証した。その結果、前傾姿勢では、学習教材非活用の動作 $25.78 \pm 6.57^\circ$ 、学習教材活用の動作 $18.37 \pm 4.17^\circ$ と有意に姿勢改善した。同様に、ひねり角度でも $7.05 \pm 4.02^\circ$ から $5.34 \pm 3.04^\circ$ に有意に改善を認めた。

また、学習教材の機能評価では、前傾姿勢・ひねり角度のグラフ表示機能が 4.78 ± 0.51 点と高得点を示し、ボディメカニクス活用意識も本学習後向上した。

結論 改良したボディメカニクス学習教材の活用は、移乗動作において前傾姿勢・ひねり角度を改善させ、ボディメカニクス活用への意識向上に有効であることが示唆された。

キーワード 移乗動作, 前傾姿勢, ひねり角度, 腰痛, ボディメカニクス

Evaluation of the application of body mechanics during patient transfer activities

—Based on an analysis of leaning forward posture and twist angles during activities following the use of improved learning materials—

Kimiwa Itami¹⁾, Toshihiko Yasuda²⁾, Teruyuki Kasuga²⁾, Terumi Yoneda¹⁾, Ai Matsumiya¹⁾, Keiko Okubo¹⁾

¹⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾School of Engineering, The University of Shiga Prefecture

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先：伊丹 君和

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：k-itami@nurse.usp.ac.jp

I. 緒 言

看護師の腰痛は、「職業性腰痛」ともいわれ、他職種業種と比較してその割合は高い¹⁾。また、休業を必要とする重症腰痛症の発生比率も高いことが指摘されており²⁾、離職者防止の観点からも深刻な課題となっている。

このような現状の中、前報では我々が開発したボディメカニクス学習教材の継続活用が、看護動作時の姿勢改

善および意識向上に有効であることが示唆された³⁾。看護師の腰痛は、ベッドメイキングのほか、ベッドや車椅子への患者の移乗・移送、体位変換など、さまざまな看護動作に起因する。看護動作時に腰痛を引き起こす危険因子として、狭い空間での不自然な動作姿勢、前屈や中腰姿勢、重量物の取り扱い、腰のひねりを伴う動作などが指摘されている⁴⁾。特に、上部が前傾している状態でのひねり動作は腰部負担をより増加させることが示されている⁵⁾。これらの危険因子が複合される「移乗動作」は看護師の身体的負担が大きいと考える。一方、工学系や福祉系の研究において、我々も以前紹介したような自立型の移乗機器開発などに関する研究もみられているものの、看護・介護の現場では普及していないのが現状であり⁶⁾⁻⁹⁾、動作を行う者の姿勢改善が重要といえる。

そこで今回、我々は前報で紹介した動作時前傾姿勢角度を自己チェックできるボディメカニクス学習教材に、「前傾姿勢」のみでなく「ひねり」角度計測機能も加えるよう改良を試みた。これによって、腰部に負担がかかる前傾姿勢だけでなく、より腰部に負荷がかかるとされるひねりの度合いも容易に評価可能となる。

本研究の目的は、移乗動作におけるボディメカニクス活用について、看護学生を対象として、改良したボディメカニクス学習教材を用いた動作時前傾姿勢・ひねり角度の分析から検証することである。また、改良した学習教材活用の有効性が確認できれば、この活用によって看護・介護動作における姿勢改善に貢献できると考える。

II. 研究方法

1. 改良したボディメカニクス学習教材の概要

本研究で使用したボディメカニクス学習教材は、前報³⁾で用いたものを改良した。前回のものは動作時の前傾姿勢角度計測が可能であったが、今回はこれにひねり

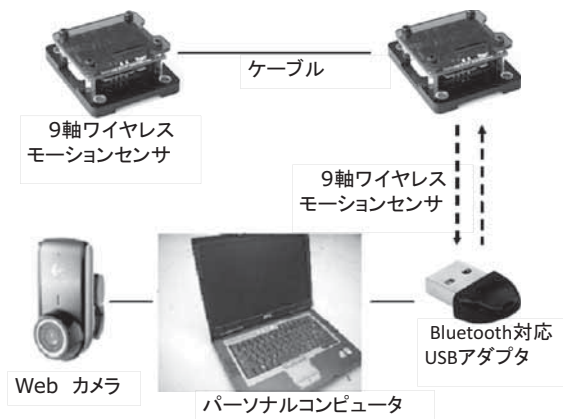


図1. 改良したボディメカニクス学習教材のシステム構成

角度計測機能を追加した。

図1に今回改良したボディメカニクス学習教材のシステム構成を示した(図1)。パーソナルコンピュータは、9軸ワイヤレスモーションセンサからの角度情報や、ファイルに保存された角度情報を取り込み、画面上にグラフとメータ、さらに数値によって計測結果を表示する。

9軸ワイヤレスモーションセンサからは、経過時間と3軸の加速度、角速度、地磁気の情報が無線で送信され、コンピュータに取り付けられたBluetooth対応USBアダプタで受信する。受信後、コンピュータで上部の前傾角度および腰部のひねり角度を算出し、画面へと出力される。

また、今回の学習教材においても算出された前傾姿勢角度は計測中もリアルタイムに表示され、前傾姿勢角度が注意角度を超えると低い音の警告音が鳴り、危険角度を超えると高い警告音が鳴る。このようにすることで、計測中も常に動作姿勢を自己チェックしながら動作を行うことができ、腰に負担がかからない姿勢を体感しながら学習することができる。なお、腰部に負担がかかる危険な前傾姿勢角度は、日本人の平均的体格や適切なベッド高/身長比45%などから男性41.7°、女性42.5°と算出された¹⁰⁾。その値をもとに、本学習教材における危険角度を40°以上、注意角度は30°以上40°未満と設定している。

一方、本研究では前傾姿勢角度およびひねり角度を計測するためのセンサとして、ZMP社製の9軸ワイヤレスモーションセンサ、「IMU-Z」を2つ用いた(図2)。9軸ワイヤレスモーションセンサには、3軸加速度センサ、3軸角速度センサ、3軸地磁気センサおよび無線モジュールが搭載されている。本研究では、これら3つのセンサの情報を利用して、前傾姿勢角度と腰部のひねり角度を算出した。センサの取り付け部位は、図2に示す

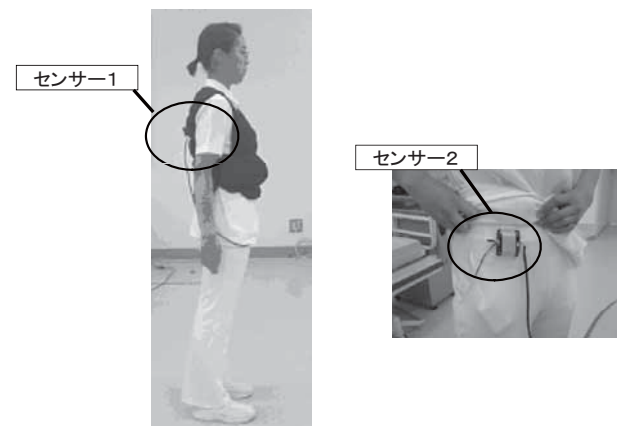


図2. 姿勢角度計測センターの装着
(9軸ワイヤレスモーションセンサ)

ように、センサ1はジャケット背部側の中央部、センサ2をスラックスの腰周りとしてサージカルテープで装着した。

2. 移乗動作における改良した学習教材を用いたボディメカニクス活用の評価

1) 対象

対象は、研究の趣旨に賛同が得られた平均的体格の看護学生（1回生）28名とした。なお、全員4カ月前に実施した基礎看護技術演習において移乗動作技術を習得した者である。移乗動作技術は以下に示す中足法を実践し、技術テストも実施している。

今回評価の対象とした移乗動作は、日常的に医療現場で実施しているものであり看護技術テキスト¹¹⁾にも一般的に掲載されているものである。これは中足法ともいわれ、看護師の肩に患者の両腕をまわしてもらい患者の両足の間に看護師の片足をを入れて移乗する方法である。我々が以前実施した調査結果においても、看護現場で84.4%の者が活用している移乗方法である¹²⁾。本研究ではこの中足法を用いて、看護師役はベッド上に端座位となっている患者役を患者左側に位置する車椅子に移乗するという一連の動作を行った。

なお、センサ装着者である対象者が看護師役となり、患者役は同一の看護学生とした。対象者の服装は、ナース服およびナースシューズである。

2) 動作時前傾姿勢・ひねり角度の分析

評価方法は、対象者に姿勢計測センサを装着した後、2設定（学習教材非活用、学習教材活用）で、ベッドから車椅子への移乗動作を行った。

「学習教材非活用」の動作では、対象者に学習教材機能を活用しない状態で中足法での移乗動作を行ってもらい、動作時の前傾姿勢・ひねり角度データを取得した。その後、本学習教材を用いて自己動作映像を再生して客観的に評価した後、「音発生」機能などリアルタイムに本学習教材機能を活用しながら再度移乗動作を行い、「学習教材活用」動作時の前傾姿勢・ひねり角度データを取得した。

なお、動作時のベッドの高さは、車椅子座面にほぼ等しい50cmに統一して実施した。この高さは、実際の看護現場における平均的なベッド高51.7cmにも近い数値である¹³⁾。

3) 改良した学習教材活用の機能評価および意識調査

動作姿勢の評価とともに、改良した学習教材活用の機能評価およびボディメカニクス活用における意識調査を行った。

学習教材の機能については、「危険な前傾姿勢時の音

発生」「動作時のひねり角度表示」など5項目について、5件法（5点：思う、4点：少し思う、3点：どちらともいえない、2点：あまり思わない、1点：思わない）で評価してもらった。

同様に、ボディメカニクス活用における意識については、「ボディメカニクス活用は腰痛予防に効果がある」など4項目について、機能評価と同様に5件法で回答を得た。

4) 分析方法

移乗動作における学習教材活用の有無による姿勢角度の比較検証は、SPSS16.0 for Windowsを用いてWilcoxonの符号付き順位検定で行った。なお、姿勢角度は、前傾姿勢角度、腰部のひねり角度の分析とした。また、学習教材活用の機能評価およびボディメカニクス活用における意識調査については各5件法での評価を実施した。

5) 倫理的配慮

対象には本研究の目的、方法について説明した後、研究協力を際しては以下の倫理的配慮を行うことを説明し、書面による同意を得た上で実施した。倫理的配慮については、得られたデータは研究目的以外の目的で使用されることはないこと、個人を特定できないよう処理されプライバシーが保護されること、研究途中で拒否しても何ら不利益は被らないこと、協力の有無と成績は一切関係ないこと、守秘義務について保証すること、などを約束した。また、研究の公開についても併せて同意を得た。

なお、本研究は滋賀県立大学倫理審査委員会の承認を得て実施している。

III. 研究結果

対象者28名の平均年齢は18.9±0.5（mean±S.D.）歳であり、平均身長は158.1±6.1cm、体重は51.6±6.4kgであった。

1. 移乗動作におけるボディメカニクス活用の評価

1) 移乗動作の基本姿勢

移乗動作は、図3に示すように移乗しようと看護師および患者の両者が「構え」た状態から、患者をやや前傾させながら互いに重心を近づけ両者ともに立ち上がった後、図4に示すように移乗する左方向へ90度回転して患者を別の椅子に「座らせ」という一連の動作である。

なお、図3と図4は「学習教材非活用」および「学習教材活用」時の移乗動作における典型例であり、それぞれ「構え」「座らせ」動作について比較したものである。動作時のビデオ映像データで視覚的に評価した結果、「学習教材非活用」の動作はいずれも体幹が不安定で重心が高く、上半身が前傾していた。



ボディメカニクス学習教材非活用の場合



ボディメカニクス学習教材活用の場合

図3. 移乗動作における「構え」動作



ボディメカニクス学習教材非活用の場合



ボディメカニクス学習教材活用の場合

図4. 移乗動作における「座らせ」動作

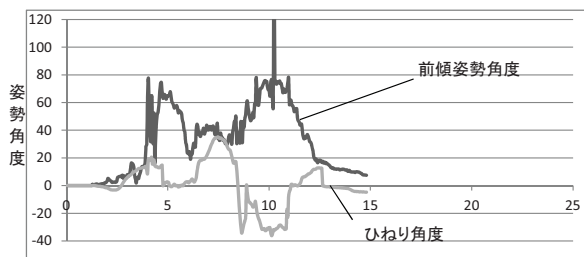


図5. 学習教材非活用における移乗動作時姿勢角度

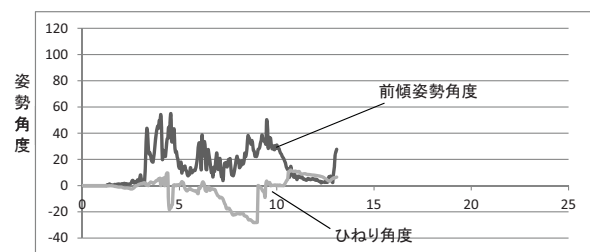


図6. 学習教材活用における移乗動作時姿勢角度

2) 改良した学習教材を用いた移乗動作における前傾姿勢・ひねり角度の分析

移乗動作における学習教材活用の有無による前傾姿勢角度・腰部のひねり角度の比較検証を行った。

今回改良したボディメカニクス学習教材の追加機能として「動作結果のグラフ表示機能」があり、対象者は動作後にこのグラフにおいても視覚的に自己の動作姿勢を評価した。図5と図6に、今回対象者に表示した動作結

果グラフの定型例を掲載した。対象者もこの両者のグラフを上段下段に並べて視覚的に動作姿勢の違いを自己チェックした。

その結果、「学習教材非活用」の移乗動作時前傾姿勢角度は、2つの大きな山を描いていた。一方、「学習教材活用」した前傾姿勢角度は比較的この山が小さいことが認められた。ひねり角度においても同様に、「学習教材非活用」の動作の方が比較的山が大きいことが認められた。なお、この山は「構え」と「座らせ」動作時といえる。

また、「動作時の前傾姿勢角度表示」「動作時のひねり角度表示」機能によって、両者の角度を計測し、数値で表示した。その結果を表1に示す。

表1. 車椅子移乗動作時の姿勢変化 (n=28)

	学習教材非活用		学習教材活用
前傾姿勢角度	25.78±6.57°	***	18.37±4.17°
ひねり角度	7.05±4.02°	*	5.34±3.04°

*:p<0.05, ***:p<0.001

「学習教材非活用」における移乗動作では前傾姿勢角度の平均は25.78±6.57°であったが、「学習教材活用」した移乗動作では18.37±4.17°と有意に減少しており、姿勢改善が認められた (p<0.001)。同様に、ひねり角度においても、「学習教材非活用」では7.05±4.02°であったが、「学習教材活用」時の動作では5.34±3.04°と有意に減少した (p<0.05)。

2. 改良した学習教材活用の機能評価および意識調査

今回改良したボディメカニクス学習教材の機能評価結果を表2に示す。

表2. 改良したボディメカニクス学習教材の機能評価 (n=28)

表示機能	機能評価 (点)
危険な前傾姿勢時の音発生	4.92±0.27
動作時のビデオ映像	4.81±0.62
動作結果のグラフ表示機能	4.78±0.51
動作時の前傾姿勢角度表示	4.48±0.64
動作時のひねり角度表示	4.33±0.78

5件法とした

今回新たに追加した前傾姿勢・ひねり角度の「グラフ表示機能」が4.78±0.51点と高得点を示した。また、機能評価で最も高得点を示したのは「危険な前傾姿勢時の音発生」機能であり、4.92±0.27点と最高点であった。

一方、ボディメカニクス活用における意識調査の結果を表3に示す。

表3. ボディメカニクス活用における意識の変化(n=28)

項目	学習教材活用前(点)	学習教材活用後(点)
ボディメカニクス活用は腰痛予防に効果がある	4.86±0.34	4.93±0.26 ↑
ボディメカニクスを今後活用していきたい	4.82±0.39	4.86±0.36 ↑
ボディメカニクス学習教材の活用によって姿勢改善できる	4.64±0.73	4.71±0.46 ↑
ボディメカニクス学習教材はボディメカニクス学習に効果がある	4.96±0.19	4.93±0.26

5件法とした。↑は学習教材活用前の値と比較して増加した場合に付した。

「ボディメカニクス学習教材はボディメカニクス学習に効果がある」は最も高得点を示しており、学習教材活用前後に関わらず4.9点台であった。なお、有意差は認められないものの、学習教材活用後において以下の質問項目で得点向上を認めた。

まず、「ボディメカニクス活用は腰痛予防に効果がある」では、学習教材活用前は4.86±0.34点であったが、後は4.93±0.34点と向上した。また、「ボディメカニクス学習教材の活用によって姿勢改善できる」の項目においても、学習教材活用前は4.64±0.19点であったが、後は4.71±0.45点と向上した。同様に、「ボディメカニクスを今後活用していきたい」では、学習教材活用前4.82±0.39点が、後は4.86±0.36点と向上した。

IV. 考察

1. 移乗動作におけるボディメカニクス活用の効果

本研究では、移乗動作におけるボディメカニクス活用について、動作時前傾姿勢・ひねり角度データの分析をもとに検証した。しかし、本研究における看護師役、患者役は健康な看護学生であり、車椅子移乗援助を行うことが多い中高年層や機能障害のある患者を対象としたデータとの整合性の検証が必要である。本研究は、その前段階の基礎研究としての位置づけであり、今後は本研究結果をもとに移乗動作の対象を拡大して検証するとともに、ボディメカニクス活用における看護・介護動作姿勢の改

善に貢献していきたいと考える。

車椅子移乗動作は、看護する側の腰背部痛の原因となる確率が高く、我々が以前行った実態調査からも確認されている¹⁴⁾。特に、実際の医療現場では狭い空間での不自然な動作姿勢、前屈や中腰姿勢、重量物の取り扱い、腰のひねりを伴う動作となることが多い⁴⁾。上体が前傾している状態でのひねり動作は腰部負担をより増加させることが示されており⁵⁾、これらの危険因子が複合される「移乗動作」は看護師の身体的負担が大きいと考える。

本研究結果においても、看護学生の「学習教材非活用」の移乗動作を動作時のビデオ映像で視覚的に評価すると、多くの者が患者を移乗しようとする「構え」姿勢、そして、車椅子に患者の腰を下ろそうとする「座らせ」動作において、体幹が不安定で重心が高くなっており、上半身も前傾していることが認められた。

改良したボディメカニクス学習教材を用いて得た動作時の前傾姿勢角度データの平均も「学習教材非活用」の移乗動作では $25.78 \pm 6.57^\circ$ であり、「学習教材活用」した動作の $18.37 \pm 4.17^\circ$ と比較して有意に高値であることが認められた。同様に、ひねり角度においても、「学習教材非活用」の動作では $7.05 \pm 4.02^\circ$ であったが、「学習教材活用」時の動作では $5.34 \pm 3.04^\circ$ に有意に減少した。すなわち、移乗動作においてはボディメカニクス活用を意識的に行わないと、前傾姿勢およびひねり姿勢となる率が高くなり、看護する側の腰部負担が高くなることが示唆された。また、看護学生は日常実施している看護動作においてボディメカニクス活用をふまえた動作が十分に定着しておらず、ボディメカニクス活用への必要性の認識が不十分であることが再確認された。ボディメカニクスは、その効果を十分に理解した上で、実際に自らがその技術を習熟し実践できなければ活かされない。したがって、客観的に自己の動作を評価し、ボディメカニクス活用の知識と技術の習得を行うことが重要である。

車椅子移乗の方法および動作に注目した先行研究もみられるが、熟練した看護師は腰ではなく上手く膝を活用して援助していると報告している¹⁵⁾。膝を活用することは看護師自身の重心を低くして上半身を前傾して腰部にかかる負担を低くしているということである。熟練した看護師は看護動作を行う際に腰部負担がかからないようなボディメカニクス活用動作が定着していると考えられる。看護師が腰痛を起こした姿勢として73.6%の者が「前屈時、中腰」であったとの報告¹⁶⁾にもあるように、看護動作時の前傾姿勢は職業性腰痛の原因といえる。特に、「移乗動作」は、患者を抱えて移動させるという「重量」の腰部への負担も付加される動作であり、ボディメカニクス活用を自然と行えるよう意識の向上と技術の定着が望まれる。

一方、工学系や福祉系の研究においては、我々も以前

紹介したような自立型の移乗機器の開発に関する研究もみられているものの、看護・介護の現場では普及していないのが現状である⁶⁾⁻⁹⁾。今後は、看護する側の身体負担を削減する物理的な環境整備も必須と考える。いずれにしても、看護する側のリスクおよび移乗サポートを受ける患者側のリスクを同時に考えながら、両者にとってよりよい看護が提供できるよう、実態調査、学習機器開発、援助機器開発など幅広い視点からの研究を行っていくことが医療・介護を受ける高齢者が増加する今、最優先課題と考える。

2. 改良したボディメカニクス学習教材活用の効果

ボディメカニクスは、物理学と力学の諸原理を利用した経済効率のよい動作とされ¹⁷⁾、その活用は姿勢改善を促し、腰痛予防が可能となると考える。我々が開発してきたボディメカニクス学習教材は、看護動作時の前傾姿勢角度をボディメカニクス活用の評価指標としてきたが、今回はそれに腰部の「ひねり」角度計測機能を付加した。先行研究では、上体が前傾している状態でのひねり動作は、前傾姿勢角度が増すほど、少しのひねりでも腰部への影響がより大きくなり、腰部付加としては最もリスクが高い状況であることが示されている⁵⁾。看護師の職業性腰痛改善のため、看護学生から早期にボディメカニクス活用の重要性を認識することが必要と考える。また、看護動作時に前傾姿勢とならないように両膝を屈曲して重心を低くする姿勢、および腰部をひねらない姿勢を客観的に評価しながら体感できる、ボディメカニクス活用技術の定着をめざす学習環境を整えていくことが重要である。

また、今回改良したボディメカニクス学習教材の機能評価では、新たに追加した前傾姿勢・ひねり角度の「グラフ表示機能」が高得点を示した。学習前後の自己の動作姿勢を客観的にグラフで比較可能な機能であり、視覚的に安易に評価できたと考える。また、最も高得点を示したのは「危険な前傾姿勢時の音発生」機能であり、5点満点で 4.92 ± 0.27 点と高値であった。看護動作中にリアルタイムに腰部に負担がかかる前傾姿勢角度40度以上または30度以上で警告音が発生するこの機能は、ボディメカニクス活用動作を体感する学習機能として有効であることを再確認した。

一方、ボディメカニクス活用における意識調査では、「ボディメカニクス学習教材はボディメカニクス学習に効果がある」が最も高得点を示しており、学習教材活用前後に関わらず4.9点台であった。「ボディメカニクス学習教材の活用によって姿勢改善できる」の項目においても、学習教材活用後に得点が上がリ、本学習教材活用の効果が認められたと考える。今回、4カ月前に移乗動作技術を習得した看護学生においても、ボディメカニクス

学習教材非活用の場合では体幹が不安定で重心が高く、上半身が前傾しているという現状を認めた。今後は、基礎看護技術演習において本学習教材を効果的に活用し、個々の学生が自己の動作姿勢を客観的に評価した上で、ボディメカニクス活用動作が定着できるような基礎看護技術学習プログラムを取り入れていきたいと考えている。

以上、自己の看護動作を客観的に評価可能な本学習教材は、看護動作において腰部負担がかかる前傾姿勢および腰のひねり姿勢を自己チェックでき、ボディメカニクス活用への意識向上および動作姿勢改善に効果があることが示唆された。今後は、本学習教材の活用による腰痛改善を検証するとともに、対象を看護学生だけでなく医療現場に勤務する看護師および介護者、介護を行う中高年層の方などに拡大し、本学習教材の活用の効果を検証していく必要があると考える。

結 語

移乗動作におけるボディメカニクス活用について、看護学生28名を対象として改良したボディメカニクス学習教材を用いた動作時前傾姿勢・ひねり角度の分析から検証した。

1. 看護学生における「学習教材非活用」の移乗動作を動作時のビデオ映像で視覚的に評価すると、患者を移乗しようとする「構え」、車椅子に患者の腰を下ろそうとする「座らせ」動作において、体幹が不安定で重心が高くなっており、上半身も前傾していた。
2. 「学習教材非活用」の移乗動作では、前傾姿勢角度は $25.78 \pm 6.57^\circ$ であり、「学習教材活用」した動作の $18.37 \pm 4.17^\circ$ と比較して有意に高値であった。
3. 「学習教材非活用」の移乗動作では、腰部のひねり角度は $7.05 \pm 4.02^\circ$ であり、「学習教材活用」した動作の $5.34 \pm 3.04^\circ$ と比較して有意に高値であった。
4. 今回改良したボディメカニクス学習教材の機能評価では、新たに追加した前傾姿勢・ひねり角度の「グラフ表示機能」が高得点を示した。
5. ボディメカニクス活用における意識調査では、「ボディメカニクス学習教材はボディメカニクス学習に効果がある」が最も高得点を示した。

以上の結果から、移乗動作はボディメカニクス活用を意識的に行わないと前傾姿勢およびひねり姿勢となる率が高くなり、看護する側の腰部負担の危険性が高くなることを示唆された。また、改良したボディメカニクス学習教材の活用は、移乗動作において前傾姿勢・ひねり角度を改善させ、ボディメカニクス活用への意識向上に有効であることが示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたりご協力いただきました看護学生の皆様に深謝致します。なお、本研究は、平成23～25年度文部科学省科学研究費基盤研究(C)(課題番号:23593167 伊丹代表)を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) 大原啓志, 青山英康: 職業性腰痛の疫学と課題, 日本災害医学会誌, 42(6), 413-419, 1994.
- 2) 甲田茂樹, 久繁哲徳, 他: 看護婦の腰痛症発症にかかわる職業性要因の疫学的研究, 産業医学, 33, 410-422, 1991.
- 3) 伊丹君和, 安田寿彦, 他: 医療現場に勤務する看護師を対象としたボディメカニクス学習教材の活用と評価(第2報), 人間看護学研究, 10, 1-8, 2012.
- 4) 労働省労働衛生課: 職場における腰痛予防対策マニュアル, 中央労働災害防止協会, 1996.
- 5) 前川泰子, 汐崎 陽, 真嶋田貴恵: 看護業務における表面筋電図からの腰部のひねり動作と筋負荷の関係, 電子情報通信学会論文誌, J93-D(11), 2538-2547, 2010.
- 6) 守安貴彦, 他: 抱き起こし動作に関する研究, 人間工学, 30(特別号), 150-151, 1994.
- 7) 小野寺直樹, 荒井博之, 他: 抱き起こしに関する研究, 人間工学, 32(特別号), 124-125, 1996.
- 8) 井上真帆, 山下久仁子, 岡田 明: 高齢者の住宅内における移乗動作に関する基礎的研究, 日本人間工学関西支部大会講演論文集, 123-124, 1998.
- 9) 井上剛伸, Geoff Fernie and P. L. Santaguida: 介助用リフト使用時の腰部負担, バイオメカニクス15, 243-254, 2000.
- 10) 伊丹君和, 久留島美紀子: 看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を搭載したボディメカニクス学習システム開発とその評価, 日本看護研究学会雑誌, Vol. 33, No2, 95-102, 2010.
- 11) 坪井良子, 松田たみ子: 体位と移動, 考える基礎看護技術II, 295-328, 2005.
- 12) 伊丹君和, 安田寿彦, 豊田久美子, 他: 下肢の支持性が低下した人に対する移乗動作の身体的・心理的負担の評価, 人間看護学研究, 3, 11-21, 2006.
- 13) 藤田きみゑ, 横井一美, 古株ひろみ, 伊丹君和, 他: 看護作業姿勢と腰部への負担に関する研究, 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌, 3, 1-7, 1999.
- 14) 久留島美紀子, 伊丹君和, 他: 看護・介護作業時のボディメカニクス活用状況に関する一考察, 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌, 7, 90-96, 2003.

- 15) 稲田三津子, 増田早苗, 三ッ森栄子: 患者の車椅子移乗動作における看護学生の動作分析—姿勢モニターによる分析—, 日本赤十字看護大学紀要, 13, 43-50, 1999.
- 16) 北西正光, 名島将浩: 看護業務従事者における腰痛の疫学的検討, 日本腰痛会誌, 1(1), 13-16, 1995.
- 17) 小川鑛一, 鈴木玲子, 他: 看護動作のエビデンス, 東京電気大出版局, 2003.
- 18) 伊丹君和, 安田寿彦, 他: ベッドメーカーキング動作における前傾角度に着目したボディメカニクスチェックシステムの開発, 日本教育工学会誌, 第33巻1号, 1-9, 2009.
- 19) 武未希子, 水戸優子, 他: 看護におけるボディメカニクスに関する文献の検討, 東京都立医療技術短期大学紀要, 第11号, 175-181, 1998.

(Summary)

Background Occupational low back pain is a serious issue among nurses. In a previous study, we demonstrated the effectiveness of continued application of our originally developed body mechanics learning materials with regard to postural improvements and increased awareness during nursing activities. However, twisting motions when the upper body is leant forwards increases the burden on the lower back and these motions are often performed during various nursing activities, including bed-making, transferring patients to beds and wheelchairs, and changing the body position of patients. Revision of the body mechanics learning materials to include additional functions to measure twist angle would contribute to reducing the burden on the lower back of nurses and caregivers.

Objective This study analyzed leaning forward posture and twist angles during patient transfer activities in order to verify the efficacy of applying body mechanics based on the revised learning materials.

Methods The study was conducted in March 2012. Posture sensors were fitted to 28 nursing students who consented to participate, and leaning forward posture and twist angles were measured while performing bed-to-wheelchair transfers according to conventional methods and while applying the revised learning materials. Wilcoxon signed rank test was performed using SPSS 16.0 for Windows in order to analyze differences in

leaning forward posture and twist angles based on the application or non-application of the revised learning materials.

An awareness survey was also conducted regarding subjects' awareness of body mechanics application and the functions of the revised learning materials (5-point rating scale).

Results Significant improvements were observed for leaning forward posture and twist angles during the patient transfer activity while applying the revised learning materials compared to conventional methods (leaning forward posture angle: $18.37 \pm 4.17^\circ$ vs. $25.78 \pm 6.57^\circ$, respectively; twist angle: $5.34 \pm 3.04^\circ$ vs. $7.05 \pm 4.02^\circ$, respectively).

Evaluation of the functions of the learning materials revealed that the graph display function for leaning forward posture and twist angles received high scores (4.78 ± 0.51) and that awareness of body mechanics application also increased following introduction of the revised learning materials.

Conclusion Application of the revised body mechanics learning materials improved leaning forward posture and twist angles during patient transfer activities and was effective for increasing awareness of body mechanics application.

Key Words transfer activities, leaning forward posture, twist angle, low back pain, body mechanics

論 文

精神科看護師による急性期にある 精神疾患患者の家族への看護



甘佐 京子¹⁾, 川口 優子²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

²⁾ 甲南女子大学看護リハビリテーション学部

背景 精神科急性期病棟では、激しい精神症状を呈する患者や、初発患者が対象となる。こうした患者の場合、その家族もまた様々な不安を抱えている。実際家族が最も緊張が高いと考えられる入院当初では、看護師により実際どのような介入が行われているのかを知ることは、系統的な家族ケアを構築していく上で重要であると考えられる。

目的 精神科看護師が急性期の患者をもつ家族に実施しているケア内容を明らかにするとともに、急性期における家族への看護介入の構造を検討する。

方法 精神科に5年以上勤務する看護師10名に対し、急性期の患者家族に対して、実践していると認識している「ケア実践」等について半構成面接を実施し、質的な分析を試みた。

結果 インタビューの中で語られた家族ケアに関する内容50フレーズをコード化し、類似した内容をカテゴリー化した。家族機能への看護が介入として「行動領域」への介入8項目「認知領域」への介入7項目、「感情領域」への介入12項目、合計27項目が抽出された。

結論 精神科病棟に勤務する看護師は、急性期という特異な状況にある患者の家族に対し、「認知」「感情」「行動」の各領域に対して、家族システムの再構築に向けて構造的な介入の実践が行われていた。

キーワード 家族ケア, 急性期, 統合失調症

I. 緒 言

2002年度の診療報酬改定等も影響し、精神科病院では急性期病棟(短期入院病棟)が定着しつつあり¹⁾、急性期の看護実践が様々な方向で模索されている。急性期病棟では、医療・看護の主たる対象はもちろん患者本人である。しかし、急性期病棟の本来の目的のひとつは、短期間(おおよそ3か月)で患者を地域に戻すことにあるので、

地域での支援者の核となる家族に対しても、当然看護者による介入が必要である。

急性期病棟では、激しい精神症状を呈する患者や初発患者が対象となる。こうした患者の場合、その家族もまた様々な不安を抱えている²⁾。特に、初発患者の場合、患者が若年であることが多く、家族間の結びつきも強いために³⁾、患者同様に家族も大きな痛手を受けている場合が少なくない⁴⁾。医学中央雑誌の文献検索サイトにおいても、2002年には精神科急性期の家族ケアについての報告が一気に増加しており⁵⁾、その後も報告数が増加している。内容も事例検討⁶⁾から、ケアの実態⁷⁾⁸⁾、看護者の意識調査⁹⁾、家族教育に関するものと多岐にわたる¹⁰⁾。しかし、精神疾患患者の家族に対する系統的なケアに関する報告の中で、急性期に焦点を当てた研究は少ない。

実際、家族の緊張が最も高いと考えられる入院当初では、看護師によりどのような介入が行われているのか、また、個々の介入にどのような関係性が存在するか興味深い課題である。それを知ることは、系統的な家族ケアを構築していく上で重要である。

Care to families of acute psychiatric patients offered by of psychiatric nurses

Kyoko Amasa¹⁾, Yuko Kwaguti²⁾

¹⁾School of Human Nursing The University of Siga Prefecture

²⁾Faculty Nursing & Rehabilitation Konan women's University

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先: 甘佐 京子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

e-mail: amasa.k@nurse.usp.ac.jp

II. 研究方法

1. 研究目的

本研究の目的は、以下の二点である。

- 1) 精神科病棟に勤務する看護師が急性期の患者をもつ家族に対して実施しているケアの内容を明らかにする。
- 2) カルガリー家族介入モデル¹¹⁾に基づいて各介入領域(認知・感情・構造)別に、急性期における家族への看護介入の構造を、検討する。

2. 用語の定義

- 1) 患者の家族：家族とは同一世帯で生活を送る血縁関係を結ぶ小集団である(広辞苑)。本研究では、精神疾患である患者と同居しており、かつ患者の保護的役割を担うものであり主に父母と限定する。
- 2) 精神疾患：本研究において、ICD(国際疾病分類)－10分類でF2に分類される、統合失調症および統合失調型障害、妄想性障害等を精神疾患とする。
- 3) 急性期：妄想・幻聴、させられ体験などの精神科特有の激しい陽性症状を示し、患者が病的世界に支配されている状況で、混乱の時期であり看護上、特別な配慮を要する時期である¹²⁾。
- 4) 家族介入：カルガリー家族介入モデル(Calgary Family Intervention Model:以下CFIMと略す)¹³⁾を基にした、認知領域、感情領域、行動領域といった家族機能の3つの側面への看護介入と定義する。
- 5) 相互作用：複数の事物、現象が相互に作用し合っ、互いが刺激-反応の連鎖を繰り返す関係(G. H. Mead)¹⁴⁾と定義する。

3. 研究デザイン

質的記述的研究

4. 対象およびデータ収集方法

1) 対象

精神科の勤務経験が5年以上であり、急性期病棟での勤務もしくは急性期の患者を看護する経験をもち、研究の趣旨を理解し参加を申し出た看護師10名(表1)。

表1 対象者プロフィール

勤務病院	単科精神病院A	2名
	単科精神病院B	4名
	総合病院精神科病棟	4名
精神科勤務平均年数	12.1±6.2年	
他科勤務経験	有り6名	無し4名
男女比	男性2：女性8	

N=10

2) データ収集

カルガリーの家族介入モデルを基に、インタビューガイドを作成し半構造化面接を実施した。

5. 分析方法

急性期の家族へのケアについて、どのような実践がなされているのか、内容およびその意味や過程を確認するために、インタビューから得られたデータを全て逐語録におこし、意味をなす文節毎に番号を付加した。初期コーディングではデータのコード化と類似したコードのカテゴリ化を行った。さらに、類似したカテゴリーが示す意味を検討し、家族介入の3領域(認知領域・感情領域・行動領域)を軸に分類した。なお、3領域に該当しなかったものは、今回はデータから排除し、あらためてその意味を検討することにした。

逐語録に起こしコード化した時点でメンバーチェックを行うとともに、精神科領域で臨床経験のある看護教員にスーパーバイズを受けながらデータを検討することで信頼性と妥当性の保持に努めた。

6. 倫理的配慮

研究参加者には、事前に研究の趣旨を口頭で説明し、プライバシー保護の権利、参加中断の権利及び特定の質問に対して回答を拒否する権利を保証した。同時に、面接の中で語られた患者情報に関しては匿名性を保つと共に、個人が特定されるような特殊な背景については、内容から削除することも説明した。インタビューは病院内の個室で行い、参加者の許可を得て、録音およびメモに記録した。また、データについては研究者が厳重に保管し、本研究の全過程が終了した後で、すべてを破棄することを確約した。本研究は、神戸大学大学院医学倫理委員会の審査を受け承認されたものである(承認番号第293号)。

III. 研究結果

面接時間は、27分から52分であり、平均時間は33.4(±7.5)分であり、収集したデータを質的に分析した結果、実施しているケア内容に関連した67のフレーズが抽出された。そのうち50フレーズは、コード化後、CFIMで使用されている家族機能の三領域(「行動」「認知」「感情」)のカテゴリーに分類された。なお、各領域の上位カテゴリーは【 】で囲み、下位カテゴリーについては、二重下線を引いた。また、生データは『』で囲み斜め文字とした。

1. 「認知」に対する介入

「認知」に対する介入は【患者の情報を伝える】、【病

気の情報伝える】、【治療環境について説明する】、【情報の抑制】の4つの中位カテゴリーに分類された。4つの中位カテゴリーの内容についてデータを抜粋しながら提示する。

(1) 【患者の情報伝える】

このカテゴリーには、以下の2つの下位カテゴリーが存在する。

①良い兆しとなる情報を伝える

『少しでも良い部分を提示することで、安心感が(家族が)もてるかなってというのが・・・』

②患者の状態について伝える

『面会を禁止した状態だった患者さんだったので。まずはその看護が伝えられる範囲内で、患者さんの状況、近況を家族に説明して・・・』

(2) 【病気の情報伝える】

このカテゴリーには、以下の2つの下位カテゴリーが存在する。

①疾患や治療についての説明をする

『治療は、どういう形で進んでいくのかみたいな感じのことは説明しますね。もちろん疑問点とか、不満とか、ある時は話しますし・・・』

②回復までの経過を説明する

『今どんな病状にあるのかということと、これから、どういった治療とかを受けていかれるかっていう、大体の目安の説明とかですね。』

(3) 【治療環境について説明する】

このカテゴリーには、2つの下位カテゴリーが存在する。

①否定的な印象を与えない

『初発の患者さんは、(治療計画に)のせるよりもまずは、精神科に嫌なイメージを残させない様にして、そういうのに、何かね、重きを置いているみたいなのところがあるって』

②病棟(室)について説明する

『保護室に驚いて、泣いてしまう家族がいるので、(中略)複雑な思いとか、汲み取りながらも、まあ、本人の治療のためってことで、そう長く使わないっていうような事を説明しながら・・・』

③他患者の(症状に伴う)行動を説明する

『他の患者さん自身が、新しい人が入ってきたら、見にきたりするので、(家族は)ちょっといややなど、危機感を感じるんやと。初めて入院して来たので、皆さん見にこられたんだと思いますよって言うて。』

(4) 【情報の抑制】

『必要以上には言いません。向こうがどうなりましたって、聞いてこられると、ちょっとこっちは考えて対応しているんです。』

急性期の認知領域へのケア介入として、【患者の情報を

伝える】ことは、患者の最も身近にいて、その日常を把握している看護師ならではの介入である。わずかな変化であっても家族にとっては、患者の様子を知る重要な機会となる。また、病気や治療、予後について家族が知ることは、病気をもちこれから生きていくことになる患者としっかり向き合うことの第1歩であり、【病気の情報伝える】ことは、家族の漠然とした不安を消失させ、問題の明確化を促すことに繋がる。一方、急性期という、患者の状態が安定しない時期であるからこそ、状況に応じて、【情報の抑制】をおこなうことも必要である。知ることによって不安が減少する場合と、逆に知ることによって不安が増す場合もあることを看護師は理解して介入している。

さらに、精神科病院そのものに対し偏見を持つ家族は少なくない。治療環境そのものに対する不安は、今後の治療関係に影響を及ぼす可能性もあり、入院時に適切な【治療環境について説明する】ことが必要である。特に保護室の使用や抑制帯の装着などは、主治医からの説明が当然とされるが、看護師からも随時丁寧な説明が必要である。

したがって、この領域については【患者の情報伝える】のカテゴリーから、①患者の状態を伝える、②患者の良い兆しとなる情報を伝える、【病気の情報伝える】のカテゴリーから③疾患や治療について説明する、④回復までの経過を説明する、また、入院が初めてであることを考慮して【治療環境を説明する】のカテゴリーから⑤他患者の(症状に伴う)行動を説明する、⑥治療環境を説明する、さらに、状況に応じて必要とされる⑦情報の抑制の7項目をケア項目とした。

2. 「感情」に対する介入

「感情」に対する介入は【話を聞く】【疲労を受けとめよう】【親としての気持ちを支える】の3つの中位カテゴリーに分類された。3つの中位カテゴリーの内容についてデータを抜粋しながら提示する。

(1) 【話を聞く】

このカテゴリーには、以下8つの下位カテゴリーが存在する。

①母親の話しや不安な思いを聞く

『お母さんが、(自分の)思いが話せるところが無くて、だから、「ここでもう、しゃべってもらっていいんですよ」みたいな。来てくださった時は、「時間取りますよ」とか。』

②家族の不安は随時聞く

『家族の人が、お話を聞いてほしいとか、ちょっと不安そうな顔してはったら、ちょっと個室に呼んで、少しお話を聞いたりしています。』

③初発患者の家族には面接の時間を設ける

『やっぱり初発というのは大きいですよ。総合失調

症なり、何なり、初発の患者さんの、家族ってというのが、やっぱりわからないから、ほんとに、患者さんと同時並行ぐらいで、ケアというか、話をしたりとか』

④じっくり話を聞く

『私は、もう言うよりも、聞くほうですね。ちょっと時間はかかりますけど。もう、ひたすら聞いて、その都度ですかね。』

⑤治療に対する不満等を聞く

『家族が言い易いじゃないですか、やっぱり、看護師に。病状に対する不安とか、治療に対する不満とか、ふふ。(笑)先生に言いにくいようなことも言ってもらったりとか・・・』

⑥患者に対する否定的な思いを聞く

『入院前の状況にもよるけれども、非常に怖い思いをしていたりとか、(症状が)激しければ、激しいほど受け入れにくいから、そのことについて、本人の治療のためにも、家族の思いを言ってもらおうとか、はい。』

⑦心配なことは何でも聞くように伝える

『お母さんに、「不安なことがないか？」っていうような話を、荷物を持って、着替えとかを持って来てくれた時に、必ず聞くように』

⑧話ができる時間と場所を提供する

『家族の人も、ま、お話を聞いてほしいとか、ちょっと不安そうな顔してはったら、ちょっと個室に呼んで、少しお話を聞いたり、しています。』

(2) 【疲労を受けとめよう】

『疲れがあるので、やっぱり、その、家族が今まで疲れてきたっていうのも、あの分かるし、そのことも受けとめてあげながら・・・』

(3) 【親としての気持ちを支える】

このカテゴリには、2つの下位カテゴリが存在する。

①回復を保証する

『「必ず良くなるので、まあ、今はこういう状況ですけども、そういうものですから、良くなりますよ」って、繰り返し、繰り返し、説明をする。』

②自責感の軽減を図る：病気は家族の責任ではないことを伝える

『(発病に関して)家族内で責め合うみたいなこと、ほんとに、傷ついている家族もいるので、「育て方云々っていう事では、ないのですよ」みたいな。』

急性期では、家族の感情は様々な不安を抱えていることが予測できる。看護師は、面会など様々な機会を活用して、この家族の感情を受けとめている。【話を聞く】ために積極的に時間や場所をもうけたり、言葉をかけたりすることできっかけを作ろうとしている。また、入院前に、精神症状に伴う問題行動のエピソードがあるケースは、家族がその行動に翻弄され、精神的かつ身体的に

疲弊されていることも少なくない。【疲労を受けとめよう】ことで、看護師は家族の頑張りを認め、さらに家族自身に認識してもらうことで次への段階へのエネルギーを充填しようとしている。なお、家族の疲労にたいしては、精神的な疲労、身体的な疲労両面に介入がある。

上記に加え、子どもが精神病に罹患したことによる親の自責感や絶望感は計り知れないものであり、こうした状況で【親としての気持ちを支える】ことは、病気の受容にも大きく影響してくると考えられる。

この領域では、【話を聞く】のカテゴリから①母親の話しや不安な思いを聞く、②家族の不安は随時聞く、④じっくりと話を聞く、③初発患者の家族には面接の時間を設ける、⑤治療に対する不満等を聞く⑥患者に対する否定的な思いを聞く、⑦心配なことは何でも聞くように伝える、⑧話ができる時間と場所を提供する、【疲労を受けとめよう】のカテゴリから⑨精神的な疲労を労う、⑩身体的な疲労を労う、【親としての気持ちを支える】のカテゴリから⑪回復を保証する、⑫自責感の軽減を図る(病気は家族の責任ではないことを伝える)ことの12項目のケアを抽出した。

3. 「行動」に対する介入

「行動」に対する介入は、【治療への参加・協力を促す】【休息を促す】【新たな行動獲得に向けた方法を伝授する】の3つの中位カテゴリに分類された。3つの中位カテゴリの内容についてデータを抜粋しながら提示する。

(1) 【治療への参加・協力を促す】

①面会や面接を依頼する

『来ない家族ですよねぇ、急性期でも。うん。あのう、来てくださって、この、この日に来て下さってどうか、この日に、先生と面接していきましょうとか・・・。今度はいつ来られますかと聞いたり・・・』

②必要に応じて付き添いを依頼する

『本人の不安が強い時には、来てもらったりしてました。家族の不安もあの、家族の希望があって、本人さんが、非常に不安になったりとかって、ということが、考えられる場合は、その旨を家族に伝えて来てもらって』

③家族を治療に巻き込んでいく

『わりと家族をも巻き込んでいくべきとか、その親との関係とか、そのへんをこう結構細かく、聞きながら、こっちは支援はやってたんで、』

(2) 【休息を促す】

『最初の入院の時には、とりあえず、疲れているので、家族の方がまず休息をされるように、大変だったから、ゆっくり休んで下さってという声かけをしています。』

(3) 【新たな行動獲得に向けた方法を伝授する】

このカテゴリには、2つの下位カテゴリが存在す

る。

①患者との関わり

モデルを見せる：『その都度、(家族には)話していくっていうか、もう少し冷静に、こう患者さんと接してもらわないと、っていう様な感じで、』

指導する：『指導したいなもの、うん、必要な人は、お母さんとか、御両親の指導、あれば、ちょっと関わりますけど、たぶんその人自身では、無理なことを、やっぱり、今まで守らなきゃいけないようなことを』

②悪化の予測を見越した対応ができる

『「悪化のサインは、こういうことじゃないですかね」とか。まあ、「入院前にあったことなんか、問題が大きくなるまでに、何か、早く対応しましょう」ということで。』

③家族教室に誘う

『(急性期の家族教室の参加は)はい。呼びかけて。どうでしょうか。今の時点で、ちょっと、私の感触で、実際の数とかは、わかってないんですけど。まあ、いっては6割、台かな、来るとしたら、6割よりは、もうちょっと来てるけど』

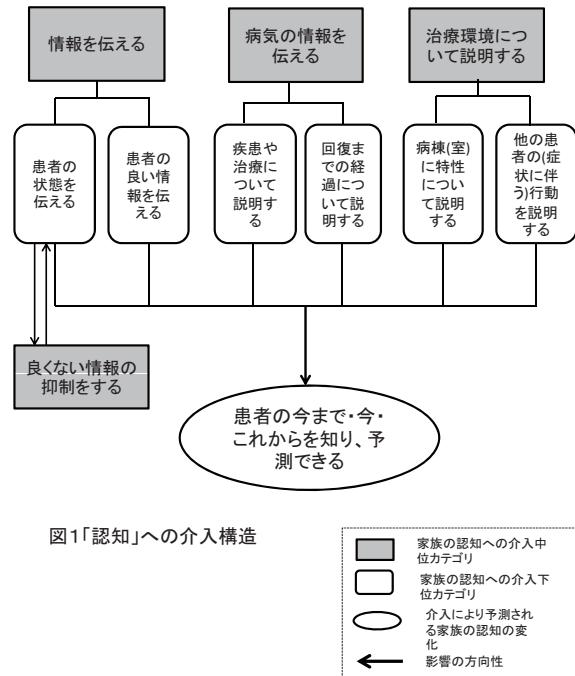
入院という事実は、患者にとっても家族にとっても未知の出来事であり、不安の強さから治療を拒否することも少なくない。入院前のエピソードによっては、家族が患者に会うことに抵抗を示す場合もあるが、家族が患者と共に治療に参加してもらえるよう、家族の負担にならない範囲で【治療への参加・協力を促す】ことも必要である。また、感情面でのねぎらいだけでなく、行動として休息を取れるように【休息を促す】ことは、自責感や不安が強く自ら休息を取ることをためらう家族には有用である。

さらに、【新たな行動獲得に向けた方法の伝授】は退院後の生活を念頭に置いた介入である。統合失調症は慢性疾患でありその病と共に生活を送らなければいけない。症状の再燃を繰り返すことは、患者の予後を悪化させるとともに、生活能力の低下を余儀なくさせる。患者・家族が共に生活を送るためにも重要な介入である。

この領域では、【治療への参加・協力を促す】より、①面会や面接を依頼する、②必要に応じて付き添いを依頼する、③家族を意図的に巻き込んでいく、そして【休息を促す】の 카테고리から④休息を促す、【新たな行動獲得に向けた方法を伝授する】の 카테고리から、患者との関わりかたを獲得するために、⑤関わり方のモデルを見せる、⑥関わり方を指導する、⑦悪化の予測を見越した対応を身に付けてもらう、⑧家族教室に誘う、の8項目のケアが抽出された。

IV. 考 察

(1) 「認知」における介入構造(図1)



「認知」領域における介入技術は認知領域の変化を起こすために、家族に新しい考え方や情報を提示することである¹³⁾。精神病に対して多くの家族は確かな知識を持ってはいない。特に精神症状を伴う急激な発症による入院の場合、家族は「何は何かわからなかった」「回復の見通しを説明してほしかった。」等の思いを持っている²⁾と考えられる。そこで、看護師は、ひとつは精神病の一般的な病状やその経過について、家族のわかる言葉で伝えるようにしていた。特に入院間もない時期では、どのように回復していくかという所にポイントを置いて説明していた。また、一般的な内容に留まらず、入院期間が短くとも、日々の患者の変化、特に良くなった回復したと考えられる部分を意図的に伝えるようにもしていた。これは、急性期であり、不安の強い家族に対して、今後の目途をつけることと、安心感を持ってもらうことを目的としていると考えられる。しかし、家族に情報を伝える一方で、家族にとって不安要素となる情報については伝えることをセーブしようとする意思も働く。これは急性期だからこそその配慮と推測され、家族の受容が進むにつれて、こうしたネガティブな情報も伝えていく必要が出てくると考える。

(2) 「感情」における介入構造(図2)

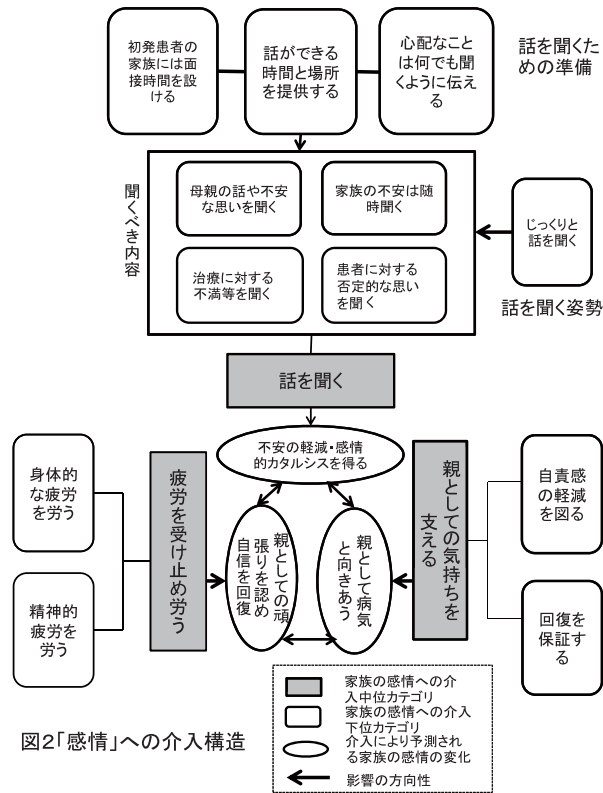


図2「感情」への介入構造

(3) 「行動」における介入構造(図3)

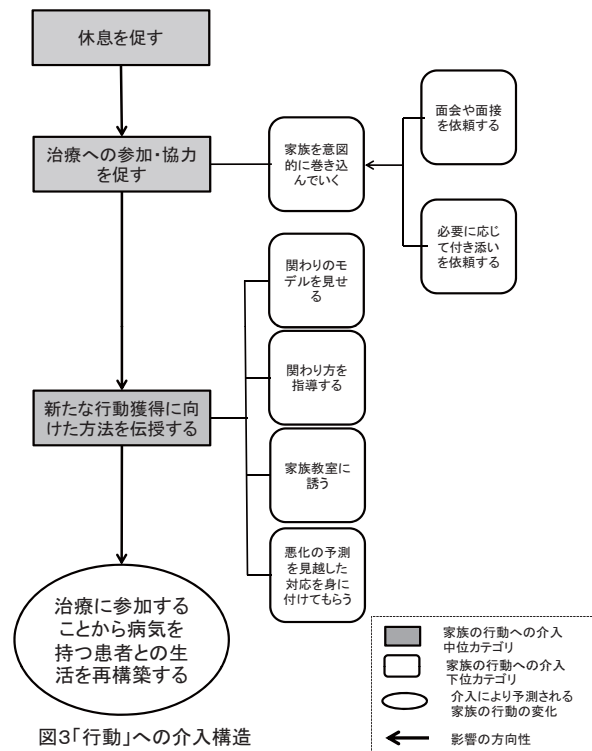


図3「行動」への介入構造

「感情」における介入の目標は、感情的興奮を和らげたり肯定的な感情を増加させたりすることにある¹³⁾。急性期のこの時期、看護師は感情表現を促すためにも、まず家族の話が無条件に聞くことに力を入れていた。中でも、家庭内で患者と関わる事が多い母親の話聞くようにしていた。病気等に関連した不安や、治療等への不満など母親のネガティブな感情を受けとめていた。この、不安や不満な感情を受けとめた上で家族の「認知」に働きかけることが、精神病院や精神疾患に対する不安を軽減することに繋がると考えられる。さらに、看護師は、入院に至るまでに家族が受けた体験等についても、聞くようにしている。入院前に激しい精神症状に伴い暴力等の問題行動が生じることは少なくない。そうした体験は、家族の心理に大きな恐怖として残りやすい。特に、母親は暴力の対象になる確率も高く¹⁵⁾、患者を愛しく思い心配する一方で、恐れを抱くというアンビバレンツな状況におかれることとなる。母親をはじめとする家族がこうした「体験」を言葉にするには、看護師との信頼関係の構築などが重要である。そのため、看護師は聞き出すのではなく、落ち着いた場所で時間をかけて、ただ一心に聞くことを大切にしていると考えられる。

「行動」領域における介入は、家族の行動パターンに気づき有効な行動パターンへ誘導し、どうして良いかわからない家族へ新しい行動パターンを提示することである¹³⁾。今回抽出された介入内容は、入院を契機に、家族が患者との関わり方や病気との向き合い方に関して、新しい有効な行動パターンを得るようになることが最終的な目的となる。しかし、その行動パターンを身に付ける前に、まず、家族が治療への参加・協力の意思を持ち、行動を変化させることが必要となる場合も少なくない。さらに、入院する迄の状況によっては、精神的にも身体的にも疲労を抱えている家族もいる。こうした家族の場合、治療に協力したり参加したりという気力が低下していると推測される。仮に、治療に参加する意思があっても、心身共に余裕のない状況では逆に自らを追い込んでしまうことも考えられる²⁾。そこで、看護師は「行動」領域では、治療への協力を優先せずに状況によっては家族に休息を促すことで、次のステップに移行できる力の補充を図っていると考えられた。

V. 結論

1. 精神科病棟に勤務する看護師が急性期の患者をもつ家族に実施しているケア内容としては、認知領域7項

目、感情領域12項目、行動領域8項目、合計27項目が抽出された。

2. 精神科病棟に勤務する看護師は、急性期という特異な状況にある患者の家族に対して、家族システムの再構築に向けて構造的な介入を行っていた。

V. 結 語

今回、精神感の看護師が急性期において家族に実施している家族ケアを明らかにし、その構造について検討した。家族ケアは、家族システムに何らかの影響により生じた悪循環パターンを、新たな肯定的なパターンに再構築することが介入の大きな目的となっている¹³⁾。3領域の入院時のパターンを考えたとき、認知領域での「知識の不足」が、感情領域での「不安の増大」を引き出し、その「不安な気持ち」が「患者に関わることをさける」といった行動を生み出す非効果的なフィードバックが存在する。例えば、看護師が認知領域に介入することで、家族の「病気の理解」が進み、家族は、先の見通しが立つことで「安心」することができ、病気すなわち患者と向き合い、家族としての「新しい行動パターンを身につけていく」ことが可能となる。3領域で介入が循環的に影響し合っていることということは、看護師が家族ケアの3領域のいずれかに介入していくことが、家族ケアとして有効であることを示唆している。

謝 辞

本研究にご協力いただいた、精神科看護に従事されている看護師の方々に深く感謝いたします。なおこの論文は2008年神戸大学大学院医学系研究科保健学専攻科に提出した博士論文の一部を改編したものである。

文 献

- 1) 吉浜文洋/日本精神科看護技術協会監修：精神看護白書2004-2005(第1版)，精神科医療・看護の現状，13-40，精神看護出版。
- 2) 甘佐京子：新たな家族支援に向けて - 精神分裂病患者家族の訴えを通して - ，滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌，vol 5，53-69，2001。
- 3) 甘佐京子，泊祐子：若い統合失調症患者を持つ父母の生活困難度および家族機能，家族看護学研究，12(1)，11-21，2001。
- 4) 山田えい子：初発統合失調症患者の家族への援助。健生病院医報，29，49-51，2006。
- 5) 甘佐京子，比嘉勇人，牧野耕次：日本における精神科急性期看護の家族ケアに関する文献研究，人間看護学研究，2，53-59，2005。

- 6) 菊池美智子，山田浩雄，佐竹裕美 他：精神科初回入院患者の親への看護援助に関する事例研究，愛知県立看護大学紀要12，23-31，2006。
- 7) 高橋清美：統合失調症障害者家族への看護に関する研究。福岡県立大学看護学部紀要，3(2)，82-88，2006。
- 8) 池邊敏子，片岡三佳，高橋香織他：精神科病棟での家族援助の内容と気付きの検討，岐阜県立看護大学紀要，5(1)，19-25，2005。
- 9) 後藤忠博，江藤伸吾，林秀子：精神科看護師の家族支援に関する研究 看護師の意識調査から，日本看護学会論文集，精神看護，35，136-138，2005。
- 10) 田上美千佳，新村順子，長直子他：統合失調症患者をもつ家族のメンタルヘルス向上に向けた援助ガイドラインの開発，メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集，15，51-56，2004。
- 11) Wright, L. M., Leahey, M. : Nurse and families. A guide to family assessment and intervention. Philadelphia: F. A. Davis, 1984.
- 12) 野嶋佐由美：樋口康子，稲岡文昭 監修，精神看護(第1版)，第5章精神の健康障害の諸側面と看護，72-79，1996，文光堂，東京。
- 13) 森山美和子：家族看護モデル-アセスメントと援助の手引き-(第1版)，第4章カルガリー家族介入モデル，107-134，1995，医学書院，東京。
- 14) 船津衛：シンボリック相互作用論の世界.，宝月誠編，1995，恒星社厚生閣。
- 15) 手島ちづ子：思春期家庭内暴力 精神科外来でみられた症例の検討，臨床精神医学，11(8)，1025-1033，1982。
- 16) 甘佐京子，比嘉勇人，牧野耕次：急性期における統合失調症患者家族アセスメントツールの考案，人間看護学研究，3，23-33，2006。
- 17) C. M. Anderson, D. J. Reiss, G. E. Hogaty(1988)/鈴木浩二，鈴木和子監訳：分裂病と家族(上・下)，第4刷，1999，金剛出版，東京。
- 18) 石川かおり，岩崎弥生，清水邦子：家族のケア提供上の困難と対処の実態，精神科看護，30(5)，53-57，2003。
- 19) Lorraine M : A Systemic Belief Approach to Epileptic Seizures , Contemporary Family Therapy, 13(2), 165-177, 1991.
- 20) 野嶋佐由美：野嶋佐由美監修，精神看護学(第1刷)，第2章第15項家族を支援する技術，234-250，2002，日本看護協会出版会，東京。
- 21) 佐京俊明，豊田和人，衛藤和郎：精神分裂病者の家族からみた入院理由と日常困惑事項の社会心理学的

- 研究, 臨床精神医学, 23(8), 929-938, 1994.
- 22) 山口瑞穂子, 吉岡征子, 藤村龍子監修: 看護診断を
ふまえた経過別看護 1 急性期(初版), 32, 1998, 学
習研究社, 東京.

(Summary)

Background In acute psychiatric wards, patients with severe psychiatric symptoms or those experiencing the first episode of psychiatric disorders are treated. Families of such patients should also feel anxiety, particularly during the early stages of hospitalization. In order to carry out systematic family care, it is important to clarify the contents of interventions actually being performed by nurses.

Objective The present study aimed at both clarifying the type of care that was actually implemented by psychiatric nurses toward families of acute phase patients, and examining the structure of nursing interventions for such families.

Methods Subjects were 10 nurses who had worked at a psychiatric department for 5 or more years. Semi-structured interviews were conducted regarding "care being practiced" which had been offered to families of acute phase patients. Data

were qualitatively analyzed.

Results Contents of family care obtained from the interviews consisted of 50 phrases, which were codified. Similar content was then categorized. According to the interview, nursing interventions directed to family functioning included 8 items for interventions related to the behavior domain, 7 items for related to the knowledge domain, and 12 items related to the emotional domain, culminating in a total of 27 items.

Conclusion Psychiatric ward nurses carried out structured interventions aiming at rebuilding the family system in those three domains of knowledge, emotion, and behavior, to families of patients during the specific context of the acute phase.

Key Words family care, acute phase, schizophrenia

論 文

総合病院勤務の看護師における境界の調整モデルの抽出 —係長および主任看護師対象の グループインタビュー法を用いて—



牧野 耕次¹⁾、比嘉 勇人²⁾、甘佐 京子¹⁾、山下 真裕子¹⁾、松本 行弘¹⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

²⁾ 富山大学大学院医学薬学研究部

背景 精神科看護では、自他の境界が不明確になると言われる統合失調症をもつ患者や、責任を転嫁し、他者への攻撃的言動や過剰な要求がみられる人格障害をもつ患者とのかかわりにより、意識するしないにかかわらず、境界を調整する技術が磨かれている。精神科看護では、境界を調整する技術が抽出されているが、総合病院に勤務する看護師も同様に、患者—看護師関係において、意識するしないにかかわらず境界を調整していることが推察される。

目的 本研究は、総合病院に勤務する看護師の境界の調整に関するモデルを抽出することを目的とする。

方法 関西圏にある精神科病床を除いた一般病床約200床を有する総合病院2施設に勤務する係長および主任14名を対象に、1回1時間半程度の7名1グループのインタビューを実施し、インタビュー内容はICレコーダーに録音し、グループインタビュー法のアプローチにより逐語録を分析した。

結果 【自己決定を促す】【患者や家族の圧力に対処する】【仕事とプライベートを分ける】【患者の話を聴きながらアセスメントする】【できることを行ってもらう】【付き添えず一人で対処することを支える】【境界があいまいになる】からなる看護における境界の調整に関する7モデルが抽出された。

結論 看護における境界の調整に関する7モデルのうち、【仕事とプライベートを分ける】【境界があいまいになる】以外の5つのモデルで看護師が患者やその家族の話を聴き受け止めることが重要な位置を占めていた。傾聴、受容もしくは共感することは、患者と一体化することではないので、境界を調整するということは、相手の思いを傾聴、受容、共感することも含まれていると考えられる。

キーワード 界、看護師、グループインタビュー、モデル、総合病院

I. 緒 言

治療における境界に関する問題は欧米の文化圏で報告され¹⁾²⁾³⁾、次第に看護においても報告されるようになった⁴⁾。看護における境界は、看護師が患者を援助する場合、看護師および所属する施設が提供可能な援助と患者のニーズや家族の希望等の兼ね合いにより、意識するしないにかかわらず、どこまで看護師が援助し、どこから患者自身が行うのかという場面で生じている。他にも看護では境界を意識する多様な場面がみられる。看護師が患者に害を及ぼしたり搾取的であったりする境界の侵害、および侵害にまで至らない境界の越境についての文献⁴⁾以外に、親密さと安全な距離感⁵⁾やアドボカシー⁶⁾、暴行傷害の治療プログラムに参加する司法患者の看護⁷⁾、がん患者へのケアに関する事例⁸⁾、看護専門職の役割と

How Do Nurses in a General Hospital Negotiate the Boundary between a Patient and a Nurse? :

Through the Analysis of Interview Data Collected from Assistant Head Nurses and Charge Nurses in General Hospitals

Koji Makino¹⁾, Hayato Higa²⁾, Kyoko Amasa¹⁾, Mayuko Yamashita¹⁾, Yukihiko Matsumoto¹⁾

¹⁾School of Human Nursing The University of Shiga Prefecture

²⁾Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先：牧野 耕次

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：makino@nurse.usp.ac.jp

個人的な自己との間の境界のバランス⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾などが報告されている。特に精神科の看護では、教科書で境界の侵犯に関する事例¹²⁾が挙げられているなど、境界に関する知識や技術が要求されている。

Bennerら¹³⁾は、境界に関する仕事をかかわりの技能(the skill of involvement)の中で捉えることを提案している。本邦では、牧野ら¹⁴⁾が、看護におけるinvolvementに関する英語文献に焦点を当て、その構成要素として「境界の調整」を抽出した。さらに「境界の調整」を「患者との対応の中で専門的技術を提供して職業的境界の範囲を意識的無意識的に取り決め、その責任を負うこと、それに応じて、患者の家族やチームに対しても専門職性を発揮して、その職業的境界を取り決め、責任を負うこと」と定義した¹⁴⁾。また、精神病院に勤務する看護師を対象に、「境界の調整」について、半構成の面接を行い、質的帰納的に分析し、精神科看護師の境界の調整に関する技術的要素を抽出している¹⁵⁾。これらの研究は、患者－看護師関係におけるかかわりという技術の中で、看護師が境界を調整する重要性を示している。

精神科看護では、自他の境界が不明確になると言われる統合失調症をもつ患者や、責任を転嫁し、他者への攻撃的言動や過剰な要求がみられる人格障害をもつ患者とのかかわりにより、意識するしないにかかわらず、境界を調整する技術が磨かれている¹⁵⁾。精神科看護だけでなく、総合病院に勤務する看護師も患者の全ての責任を請け負うわけではないので患者－看護師関係において、意識するしないにかかわらず境界を調整していることが推察される。例えば、精神障害をもたない患者であっても、身体疾患やそれに関する生活状況の変化による反応として、怒りを看護師に向けたり、抑うつ的になったりすることが考えられる。そのような場合に、患者とどのように向き合い、どこまで踏み込んでかかわるのかには、精神科と同様にかかわりの中で境界を調整する技術が要求されるのではないだろうか。しかし、精神科以外では境界を調整するかかわりを意識することは、難しいと考えられる。そこで、本研究では、総合病院に勤務する看護師の境界の調整に関するモデルを抽出することを目的とする。

総合病院に勤務する看護師の境界の調整に関するモデルを抽出することで、精神科以外の看護においても、意識されにくい「境界を調整することが難しい状況」に気づき、そのような状況において、患者とどのように向き合い、どこまで踏み込んでかかわるのかのモデルとして、本研究結果を活用する可能性につながる。すなわち「境界の調整」を含めたかかわりの技術を発展させる契機になりえると考えられる。

II. 研究方法

1. 研究協力者

関西圏にある精神科病床を除いた一般病床約200床を有する総合病院2施設に勤務する係長および主任14名。看護における境界は、目に見えないものであり、経験によりその知覚の仕方もさまざまであることが推察される。また、役職により立場が違ふことで、患者への看護の責任に対する認知も、異なることが想定される。したがって、本研究では、経験や役職を勘案し、総合病院で病棟管理者とスタッフとの間に属し、それぞれの視点から患者－看護師関係における境界という概念を捉えることが可能な係長および主任を対象とすることで、多層的な視点で境界概念やその調整技術が把握可能であると考へた。

2. 用語の定義

境界：看護師が意識的無意識的に調整している、患者とかかわる際に発生する境。

3. データ収集方法

研究協力者の所属する部局長に研究の概要を説明し、研究協力者の紹介を依頼した。紹介された候補者に事前に依頼文を配布し、文書と口頭により、研究の概要を説明し、同意を得られたものを研究協力者とした。

プライバシーの確保できる部屋を借り、グループインタビュー法¹⁶⁾のアプローチを用いて1回1時間半程度の各施設7名1グループのインタビューを行うことを依頼した。グループインタビュー開始直後に、看護師が患者を援助する場合、看護師および所属する施設が提供可能な援助と患者のニーズや家族の希望等の兼ね合いにより、意識するしないにかかわらず、「どこまで看護師が援助しどこから患者自身が行うのか」という場面で生じている境界の定義と境界に関する概要を説明した。グループメンバーの理解に問題がないことを確認しながら、看護を行う上で患者との境界を調整した場面について、グループインタビューを実施した。インタビュー内容はICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

4. 分析方法

グループインタビュー法¹⁶⁾のアプローチに沿って以下の手順で分析を行い、看護における境界の調整に関するモデルを提示した。

1) 1次分析

研究目的に沿って、看護における境界の調整に関する重要な場面の内容や意味深い内容を重要アイテムとして収集した。インタビューの内容から重要アイテムを背景としてどのようなことが起こっているのかを解釈した。重要アイテムは看護師が境界を調整する具体的な場面で

ある。

2) 2次分析

類似した重要アイテムとその関連から、流れの全体像を作り上げた。さらに、それらの重要アイテムから看護における境界の調整場面に関する重要カテゴリーを抽出した。したがって、抽出された重要アイテムは、看護師個々の具体的な境界を調整する場面ではなく、類似した具体的な個々の場面が抽象化されたモデルである。

3) メンバーチェック

研究協力者に、分析結果を提示し、メンバーチェックを依頼した。

5. 研究期間

平成23年12月下旬～平成24年1月下旬

6. 倫理的配慮

看護管理者から研究実施に関する承諾を得たのち、研究概要とともに、「研究への参加は任意であり参加に同意しないことをもって不利益な対応を受けないこと」、「参加に同意した場合であっても不利益を受けることな

くこれを撤回することができること」、「守秘義務は遵守すること」などを研究協力者候補に説明し、口頭と文書により同意を得られたものを研究協力者とした。本研究は、滋賀県立大学の研究に関する倫理審査委員会の承認(第213号)を得て実施された。

III. 研究結果

1. 研究協力者の特徴

研究協力者は、係長2名、主任12名であった。年齢は、30代が2名、40代が11名、50代が3名であった。

2. 分析結果

1) 看護における境界の調整に関するモデル

グループインタビュー法のアプローチに沿った逐語録の分析の結果、看護における境界の調整に関する7モデルが抽出された(表1)。分析結果に対するメンバーチェックでは肯定的なフィードバック以外の意見や感想はみられなかった。

グループインタビューでは、境界という概念に対して、

表1 総合病院勤務の看護師における境界の調整モデルの抽出過程

重要アイテム	重要カテゴリー
延命処置 透析の開始 輸血(治療の継続)	自己決定を促す
治療不振による看護の確認 患者からの暴言 患者からの暴力 看護師に対する援助拒否 患者の難しい権利の主張	患者や家族の圧力に対処する
プライベートで話しかけられる 電話番号を聞かれる 手紙をもらう 仕事に行くのがつらい	仕事とプライベートを分ける
関係を客観的にみる 誰が考えるべきことなのかわかる	患者の話を聴きながらアセスメントする
食事指導 歩行介助 入浴介助 退院調整	できることを行ってもらう
呼吸器の急性期 痛みのある患者 寂しさや不安	付き添えず一人で対処することを支える
患者の意向を聴かずに決めてしまうことがある 退院の延期を求められる 院外で話しかけられ話を聴き続ける 若いときはのめり込む	境界があいまいになる

初めはイメージ化のむずかしさや言語化のむずかしさに関する発言がみられていた。具体的な場面が語られるまでは、自分たちがイメージする場面が境界を調整する場面として適当なのか自信が持てない様子も見られた。しかし、場面が語られるにつれて、イメージが共有され、言語化が進んでいった。

以下に重要カテゴリーごとに説明し、逐語録を抜粋し、看護における境界の調整に関するモデルを提示する。逐語録からの抜粋は斜体とし、文脈が変わらない範囲で（ ）を用い補足や省略を行った。また、重要カテゴリーには【 】を付した。

(1) 【自己決定を促す】

治療の継続や透析の開始、延命治療など患者や家族がなすべき重要な判断に困った場合に、看護師は頼られ相談されていた。その際、看護師は責任を負えず何をどの程度伝えるのかなど、かかわりに苦慮していた。緊急に判断を迫られる場合や患者や家族との関係がまだ構築されていない場合、看護師が説明することでそれを選択しなければならぬと思込んでしまう場合、患者と家族または家族の中で意見の相違がある場合などは、特に対応に困っていた。しかし、看護師はそれまでのかかわりの程度に応じて得た患者やその家族の価値観や考え方、反応の仕方をたよりに理解度を確かめながら伝え方や回数を工夫し対応していた。また、患者がその後どのような状態になるか、介護の負担の実際、中止できない場合があることなど家族がその時点ではわからない情報を説明し、判断後の「こんなはずではなかったという後悔」に事前に対応したり、主治医の説明を受けることを再度促したりしていた。さらに、患者や家族のやり取りの場に居合わせた場合、共有し話し合いを促したり、関係が構築されている場合には求めに応じて看護師の意見を「患者のその人らしさ」という視点から伝えたり、それまでの患者のことを聴いたり、家族の思いを受け止めたことで自己決定を促していた。

案外と、昔のことを聞いてたりしてね、こうして頑張ってきたって言うてくれはったりすると、それだけ頑張ってきたくれたんやねって、今までも頑張ったんだよねっていうふうなことで、振り返らせてあげると、家族の人にね、そういやここまで頑張ってきたんやねっていうような言葉が聞かれて、決定ができる場面もあったりするね。(中略) そういうふうに頑張ってきた、その頑張ってる姿とかを見てたりするとね、こっちも介助してるときに。うん、いい顔してるよねとかって言ってね。(中略) 今までのことをちょっと家族の人と話す機会があったりすると、その選択肢とかをこっちに委ねられて答えられなかったりすると、今までどうだったんですかねって言って、どういうふうな生活を送ってきたんですかねっていう形で返したら、こういうふうな形で、全然

私たちが娘もどうとかって言ったりしはるじゃないですか。全然面倒見なかったとかって言ったりすると、ああ、そうなん、そのときはお母さん大変だったんかもしれないですねとかっていうふうな話をしていると、案外と、何ていうかな、まあどういうふうに傾くかわからないけど、今までのこととかも話せて、自分の思いがちょっと整理できたりとかもできるんじゃないかなとかって思ってしゃべったりもしますけどね。

(2) 【患者や家族の圧力に対処する】

入院後の病状の悪化や点滴の刺入が難しい場合など患者や家族が不信感を抱いている場合、看護場面を終始観察されたり、その時点でできていないことを指摘されたり、名指して拒否されたり、厳しい口調で言われたりするなど、患者や家族とのかかわりに看護師はストレスを感じていた。その場合、まず謝罪すべきところは謝罪していた。さらに、看護チームで情報を共有したり、交替してかかわったり、地道に頻繁にどの患者にも平等にかかわっているという誠意を言葉ではなく行動や態度で示していた。同時に、解決できることがなく、判断や対処、回答など何かしなければという強い気持ちに駆られることもあるが、患者や家族の同じ話でも繰り返し聴き、「～を怒っておられるのですね」など向き合っただけで気持ちを受け止め、情報を丁寧に説明していた。多くの場合、次第に関係が改善し、その改善も看護チームで共有することにより患者やその家族が心を開き感謝や謝罪の言葉も述べられていた。

結構家の人があると、何言われるやろって思いながら、みんなスタッフは(家族のところ)に行って。で、(戻ってきて)「何言われた?」「これ言われた」ほんでまた病棟の詰め所でこう言い合っ、ナースコールがまた鳴ったりしたら、みんな重いながら足運んで。でも、やっぱりその辺は足を運んで、こっちの誠意というか、患者さんに対しての誠意、しっかり見てますよというところを家の人にも見てもらって、随時、患者さんの状態を報告してっていうあたりが、うちの人の信頼関係を築いていくのかなと思うので、そういうところにも、頑張って、みんな足運ぼうねみたいな、形でスタッフとはしゃべったりはしてますね。で、患者さんの家族の変化していくところも、みんなで、詰め所で、共有し合うことで、知らず知らずのうちに、向こうも心を開いてくれはったりっていうような感じですね。最終的にはいつも。最後まであかんっていう形は、あまり経験にはない気がするんですけどね。いろいろなことを言われるし、こっちも解決策がないことも結構あるんですけど、でも、その都度やっぱり聴いてる、もう常に聴いてるっていうことで、何かこう、向こうも納得していくという反応があるのかなって、よう思います。(中略) まあ結構ね、それありますよね。ほんまに解決策もなく、また同じこ

とを言う、もう堂々巡り、いっぱいあるんですよ。それでもやっぱり同じように聴いて、同じようにこう何か返してってというのがあると、そのうち何か、何となく向こうもすっきりしたとかっていうのもあるんで。

(3) 【仕事とプライベートを分ける】

患者やその家族と院外で出会った時に、患者やその家族から入院後の話やプライベートなどを話しかけられることがあるが、聴ける範囲で聴きいたり、長くなるようなら謝って中断したり、自分も気になっていたときはその後を教えてもらったり、それほど話したくないときもあきらめて最後まで聴いたりしていた。また、その地域で経験を積み積むほど出会うケースは増えるので、先に見つけて回避することについても語られた。電話番号を聞かれたり、結婚話を持ち掛けられたり、スーパーでの買い物を頼まれたりするなど仕事とプライベートの部分での対応を求められた場合に、各自で仕事とプライベートを区別しながら、仕事として許容される範囲と自分のプライベートな時間を使う範囲を見極め、施設によっても許容される範囲は異なるので、所属のルールにも配慮しながらかかわっていた。仕事を継続していくうえで、時に気分や体調が悪く、仕事や責任に向き合うことに苦痛を感じても、職場に来れば切り替えて仕事や責任に向き合っていた。

受け持ち患者さんがヘルニアのオペをしまして、帰るときに、「電話番号を教えてください」って言われて「何で？」って言うたら、「帰ったあとにもし腰痛うなったら電話するから」「えーっ」(笑)それはちょっと違うなって。「ここで私たちの関係は、一応受け持ち看護師やけども、病棟は入院中で、退院したあとは外来通院するから、もし腰痛くなったら外来に来なあかんから、私に電話してもらっても困るし、それは違う」っていうふうに言いましたけど。

何か透析って不思議なところで、前の病院も最初のうちしてはったんやけど、患者さんの会の旅行に看護師が一緒に付いてって一緒に遊ぶとか。看護師として同伴しててやけども、何か一緒に遊んでるから、何かほんとに境が保ちにくいというか。今でも、施設によっては、ゴルフイベントをしたり、バス旅行に一緒に行ったり、そういうところがあるし、それを人間関係として捉えるか、患者さんとして捉えるか、それって職員の心の持ち方だけのことなんかな。相手は同じような人間として、思ってくれはる中にあるのかなって思ったり。何か不思議ですね。今の病院に来てからは、患者会も別っていう感じになってるから、そんなに思っていないけど(中略)前のように親しくしてたらあかんのや、ここで線引かなあかんのやとか、ある程度ありますね。

もう何か切り替えてる部分がある。来たくなくて、仕事に足が向かへん、ほんとは行きたくないんやけどというときには、こんだけのお金をもらってるんやからっていうふうな思いで来てる時がある(中略)責任。で、この白衣着たら違うよね。しゃっきりして、ぱっと着たら、頑張らな、みたいなね。(笑)見られてるとか。朝はすごいしんどくっても。ああ、しんどいなって思っても。白衣着たら、ちょっと仕事せなみたい。スイッチが入る。人の話を聴ける自分になる。

(4) 【患者の話を聴きながらアセスメントする】

経験を積むことで、ただ話を聞くだけではなく、患者やその家族との関係性も把握しながら、感情を受け止めつつ専門的なアセスメントも同時に行っていた。患者や家族の状況に感情を揺さぶられ、流されそうになった場合、すなわち患者に同一化しすぎて専門性を発揮することが難しくなった場合にはそのことに気づき、病棟や病院、地域など枠組みの規則やルールとその意味、かかわっている目的などを自問自答しながら、一人でかかわらなければならないと思わず、時には役割分担しながら、患者の利益を優先的に考え、それぞれの専門性を発揮していた。

やっぱりもうちょっと若いときは、ほんとに家族のように、自分もその同じ立場になって考えてたん違うかなって。だけど、今はそうじゃないっていうふうに、どっかでその線を置かないといけないから、私と患者さんとの関係とかって思って接しているから、そこは客観的に見たりしてるけど、若いときって「いや、私だったらどうするよ」とかって言ってたん違うんかなって気はするけどね。

今は、これは家族に考えてもらうこととか、これは病院で考えないといけないこととか、先生に考えてもらうこととかっていうふうなこと何となくわかるから、そこをお願いしたりとか、もう一回先生に話聞きましょうかとか。もう一回、お話聞きましょうかとかいうふうに持っていけるようになってるのかな。いろんな経験していく中で。(中略)(新人は)傾聴っていう「形」では、できると思うんですけど、決定できるように、例えば大事な場面で、言うてはることはこういうことですよって返してみるとか、そういうテクニックは(難しい)。だから、話を聞いてきはって、看護記録に、どんな話をしはったとか、聞いてきたっていうのは、やっぱり新人さんは1枚が一って、言わはったことを全部書いてあります。だから、看護のアセスメントっていうところ辺では弱い部分が…

(5) 【できることを行ってもらおう】

患者の自律性や主体性の回復、セルフケアの拡大、退院後の生活のために、看護師は患者ができることはでき

るだけ、事故に気を付けながら患者に行ってもらようかかっていた。患者や家族との関係性が確立されてくると看護師に対する依存性も見られるようになるが、どこまでできるのかを見極めて言葉で必要性を伝え、見捨てられたと思われないよう行動や態度で配慮していた。一人の看護師としてだけでなく、夜間帯における他の患者の援助や看護チームなど全体を考慮しながら、身体的な側面だけでなく精神的な側面でもアセスメントを行い、記録や時には患者も参加するカンファレンスなどを用いて患者ができる範囲がどのように変化しどのような援助を行っているかを看護チームだけでなくできる範囲で患者とも共有していた。

移動とか動かはることに限っては、できるだけ自分で動いてもらわなあかん人は動いてもらわなあかんけど、勝手に動かはってね。転倒しはるといふこともあるし、でもやっぱり帰っていくに当たっては、どんどん動いてもらわなあかんし。で、動くことになったら、結局、頼りたいって思ってはって、手を貸さずに行ける人に関しては見守りだけでもいいのかなと思いつつ、何かやっぱし、ちょっと動きにくそうにしてはるのを、ただこう見てるのって、こう冷たい人なんかと思いつつながら。(笑)でもやっぱりできることに関しては。ちょっと手、添える雰囲気、手添えてないみたいなきびしさを感じたりはして、自分でやってもらって。そういうところを記録に残したりして、ほぼ見守りっていうか、自立できるとか言って、うん。でもやっぱり夜間帯とかになると、どうしても、自分の業務とかに追われて、やっぱり時間がかかる人に関しては、こう手を添えたりとかして、っていうところもありますけど。

透析の患者さんの中には、「担当の看護師がいるんやから、その担当の看護師が今回のデータでは何があかんかったさかきに食事をこうしたらいいと全部言ってくれたらいい」とか、「『こういう食べ物を食べたらこういうデータが上がる』とかそういう指導をしてても、それは無理なんやから、看護師さんが僕の食べたものを見て言うてくれればええ」とかって言わはるけど、いや、自立していこうと思ったら、それって自分がしてもらわなあかん、自分で完了しなあかん項目っていうのと、で、私らが見てて、ここは最近はどうやから、この辺を直したらいいっていう項目と、やっぱりこう、踏み込めるところと踏み込めないところ、その食事に関しては一緒に食べてるわけでも何でもなし。そうやのに、ある一定以上のことまで求められると困ることがあって(中略)親しくしてるから、何もかも看護師さんしてよっていうふうなふうが取れるときがあって、そのときに、冷たいっていうんじゃないけど(中略)専門的に言うて、距離を置こうかというところ辺は考えたりするんですけど。

(6) 【付き添えず一人で対処することを支える】

看護師の人員数には限りがあるため病棟の状況により患者の希望があっても付き添えない状況がある。その状況が改善されるまで一人で対処してもらう必要がある場合に、看護師は、患者の身体的および精神的な状態、患者の背景、性格、急性期などの健康の段階、疾患名と罹患器官、治療状況、看護チームの状況、他の患者の状況など多様な事項を考慮しアセスメントした上で、時には指示されている薬剤を与薬したり、自制を促したり、呼吸法など専門的対処方法や知識を伝えたり、訪室できる時間を約束したり、時々顔をのぞかせたり、言葉がけだけ行ったり、ごく短時間だけ付き添ったりするなどさまざまな工夫をしながら、患者との関係性をベースに患者に関心を示し一人で対処できるようかかっていた。

呼吸のことに関してはね、自分(看護師)で知識をつけることもすごく大事なんだというのは、最近すごく思うようになってて。その呼吸の仕方を指導ができると、少し楽になってきはったので。あとはこの呼吸の方法だけきちっとやったらできるから、私、あとまた20分とか30分したらもう一回絶対見に来るしって言って離れることができるんやと思うんです。だからそういう意味では、私たちもそれは知識を身につけながら、その頭的な知識とお互いの関係をつくっていく技術というのは要るのかなというふうには思うようになりました。やりとりではなくって。理論的に言うと、案外理論で落ちる人もいはるので、単に、今、忙しいからいれへんねんって言ってしまったって、余計えらくならはるので、そこは、こう理詰めでいける(納得してもらえ)ぐらいの知識は要るのかなというふうには思います。(中略)忙しいときの対応というのは、確かにそのときは忙しい、来れへんって、でも10分したら絶対来るから、ちょっと頑張らててとかいう言い方やと、ちょっと頑張れはるときもあるし。また10分したら忙しくなくなるかもしれへんしな。行けるかもしれん、で、途中で何回かのぞいてあげるとか、ほんまに忙しいときには、もうほかのことをしながら、途中でちょっとのぞいてあげるぐらいするだけでも、結構違うんやろなと思うし。(中略)ほんとにしんどい人に対してね、その人、あなたにすごく私は関心を持っているんやけれども、今はじっとここにずっといられへんのよっていうところ辺のコミュニケーション技術みたいなものなのかなと思うんですけど。

ナースコールを押してきはって、行ったら「えらい」と言うてはる。何回もナースコール押してきはって、お薬も使ってるし、ちょっと待ってて言っても、またコール押してきはる。忙しいときに。で、先輩の看護師さんがその部屋を受け持ってはって、一番夕方忙しいときで、そのコールがぴたっと鳴りやんだんですよ。で、何

しはったんですかって言ったら、ちょっと体こうやって、その痛いところをさすってあげたら、「あんたも忙しいさかいに、もういいで、いいで」って、言わはったから。何かそれからコールがびたっとしばらく止まって、そういうやり方もあるんやなって。薬とかそういうことだけじゃなくて、何かいつもとちょっと違うことをしてみたり、その数分ですけど…

(7) 【境界があいまいになる】

患者との関係が深まってくると、境界があいまいになり、責任の境界や仕事とプライバシーの境界などを明確にすることができず、かかわりに困ったり、まれに所属先のルールを逸脱してしまうことがある場合についても語られた。「関係が深まりすぎる」ことや「若い」ことで「のめり込む」ことによるものと、患者のほうから積極的にかかわってくることによるといふ理由が挙げられた。

何かそういう看護師いはったわ。自分の携帯（番号）を（患者に）言うてしまわはって。「へえーっ、何で言うたん？」っていうのがあった。（中略）最初はそういうあっちが痛い、こっちが痛いの相談やったのが（中略）今日は何してんのやとか、そういう個人的な話に（なっていた）…

病棟で一生懸命患者さんのことを聞いてて、いい形で（関係が作れた）って思ってて、いったん退院しはったら、道端で会ってもね、ほんとに親しくしゃべってきてくれはって、友達のように。そのときにね、どう反応しようかって。今1人いるんですけどね。もうね、ほんとにどうしようって。運動会に行ってもね、会って、やあーって、手を振ってくれはるんやけど、「お弁当何食べてんの」とかね。（笑）振ってくれはるけど、そのときどう対応しようかなと。患者さんと私は看護師と思って、この場（病院）で、接しているのに、外に出たら患者さんでも何でもないからっていう人の対応をね、向こうはそう思ってはらへんし、看護師さんと思ってくれてはるから。

ものすごい時間のある病棟、そういう関係がじっくりつくれるような病棟にいるんですけど、逆に、かえって自分と患者さんとの境界線がわからなくなったりとかするようなことが、反省としてあるかなというのはいいますね（中略）ほんで、はっと気が付いて、あっ、これって私が決めることじゃないよなとか、自分と患者さんって、人と自分って、何がいろいろ違うもんやなっていうところは、いつも意識してんとあかんし。で、その人の自己決定みたいなのは、大事にしていかなあかんっていうのは、よう思いますけどね。そこはそこで、なかなか、厳しいところあるかなと思います。

IV. 考 察

本邦における看護では、欧米ほど個を重視せず和を重んじるためか共感や受容などを重視し、境界を調整するということに対して、意識しなかったり、抵抗がみられたりする場合がある¹⁵⁾。今回の研究結果においても、インタビュー開始直後、具体的な場面が語られるまでは、自分たちがイメージする場面が境界を調整する場面として適当なのか自信が持てない様子が見られた。境界と言えば、区切ることが最初にイメージされることも看護師が境界という概念に抵抗を示す一因と考えられる。しかし、境界を調整するというのは区切ることだけではなく、本研究結果では、看護師自身の中の境界に関する【仕事とプライベートを分ける】と、困難なモデルとして抽出された【境界があいまいになる】以外のモデルでは、患者やその家族の話を聴くことが重要な位置を占めていた。一旦患者やその家族の思いを受け止めることなく境界を調整することは、患者やその家族、さらには看護師の抵抗を生むことになると考えられる。Bennerら¹³⁾が、境界に関する仕事をかかわりの技能の中で捉えることを提案しているのも、境界だけを強調することの危険性を考えているからであると推察される。傾聴、受容もしくは共感することは、患者と一体化することではないので、境界を調整することが実は前提として含まれていると考えられる。わが国の精神科以外の科における看護では、精神科に比べ、傾聴、受容もしくは共感的なかわりで、患者とラポールを築きやすいためか、もしくは、患者の精神症状に対する影響が少ないためか、境界を調整することがほとんど意識されていない。しかし、精神科以外の病棟においても、患者やその家族の暴力や過剰な要求が問題となっている。また、自殺者数が高止まりしている状況において、自殺未遂の経験や希死念慮のある患者も増加していると考えられるなど、看護師の境界の調整を含めた看護師のかかわりの技術が今後も重要となることが想定される。

看護における境界の調整に関する上記の7つのモデルはどれも患者やその家族とかかわるうえで、問題が生じやすい場面である。しかし、研究協力者はそれらの問題に躓きながらも解決してきた、経験を積んだ係長および主任であるため、問題となりそうな境界に気づき、ほとんどの場合、モデルのように調整を行っていた。【境界があいまいになる】は、境界の調整が困難なモデルであるが、その内容はいずれも継続的にみて境界の調整がうまくいき、他の6つのモデルに移行する可能性をもっている。逆に、境界が調整されている6つのモデルも患者側や援助者側、施設などの要因や状況が少し変化すれば、調整が困難になることが考えられる。したがって、患者および看護師の精神状態、性格、価値観など多様な要因

と境界の関連を考慮し、常に意識し確認し振り返ることで、困難な状況でも患者や家族の主体性を尊重しながら、境界を調整し看護師が機能的専門性を発揮してかかわることが可能となる。境界とそれに関連する要因に気づかず、意識し確認し振り返ることをしなければ、見捨てられたと患者や家族に感じさせたり、患者の自己決定を脅かし、病院や病棟のルールを意識しないままに逸脱したり、患者やその家族の思いの確認や必要な情報を提供しなかったりするなど、大きな問題へと発展する可能性がある。例えば、患者やその家族は自己決定に必要な情報を求めている¹⁷⁾が、自己決定には人権擁護といった視点で重要な課題があるといわれている¹⁸⁾。本研究結果の【自己決定を促す】は、自己決定における人権擁護の課題に対する一つのモデルとして、アプローチの契機となる可能性がある。今後さらに、超高齢化による認知症患者の増加や医療の高度専門化により、境界の調整を内包したかわりには、患者やその家族の主体性や自立性と看護の専門性を両立させていく上で重要な視点となる。すなわち、本研究結果は、境界に関する問題への対処という否定的な側面だけでなく、患者やその家族とかかわる肯定的な技術として位置づけられる。さらに、その技術を発展させる契機として活用可能であると考えられる。

本研究は、関西圏にある精神科病床を除いた一般病床約200床を有する総合病院2施設に関するモデルである。特有の機能を持つ病棟や職階、役割などで、看護における境界の調整も多様に変化すると推察され、今後も継続した研究が必要である。

V. 結 語

関西圏にある総合病院2施設に勤務する係長および主任14名を対象にグループのインタビューを実施した。逐語録をグループインタビュー法のアプローチにより分析した結果、【自己決定を促す】【患者や家族の圧力に対処する】【仕事とプライベートを分ける】【患者の話を聴きながらアセスメントする】【できることを行ってもらおう】【付き添えず一人で対処することを支える】【境界があいまいになる】からなる看護における境界の調整に関する7モデルが抽出された。

謝 辞

本研究にご協力いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は、平成23年度科学研究費補助金基盤研究(C)(課題番号:21592912)を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) Gutheil, T. G., Gabbard, G. O.: The concept of boundaries in clinical practice: the theoretical and risk-management dimensions. *The American Journal of Psychiatry*, 150(2), 188-196, 1993
- 2) Gutheil, T. G., Gabbard, G. O.: Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings. *The American Journal of Psychiatry*, 155(3), 409-414, 1998
- 3) Gabbard G. O.: Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations. *The American Journal of Psychiatry*, 50(3), 311-322, 1996
- 4) Melia P., Moran T., Mason T.: Triumvirate nursing for personality disordered patients: crossing the boundaries safely. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 15-20, 1999
- 5) Allan, H., Barber, D.: Emotional boundary work in advanced fertility nursing roles. *Nursing Ethics*, 12(4), 391-400, 2005
- 6) Rushton, C. H., McEnhill, M., Armstrong, L.: Establishing therapeutic boundaries as patient advocates. *Pediatric Nursing*, 22(3), May-June, 185-205, 1996
- 7) Schafer, P., Peternej-Taylor, C.: Therapeutic relationships and boundary maintenance: the perspective of forensic patients enrolled in a treatment program for violent offenders, *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 605-625, 2003
- 8) Shaffer, L. C.: When the barriers are broken: an oncology perspective that questions the reality of how nurses navigate the nurse-patient relationship boundary. *Home Health Care Management & Practice*, 19(5), 382-384, 2007
- 9) May, C.: Affective neutrality and involvement in nurse-patient relationships: perceptions of appropriate behaviour among nurses in acute medical and surgical wards. *Journal of Advanced Nursing*, 16(5), 552-558, 1991
- 10) Fegran, L., S. Helseth. The parent-nurse relationship in the neonatal intensive care unit context--closeness and emotional involvement. *Scand J Caring Sci*, 23(4), 667-673, 2009
- 11) Turner, M.. Involvement or over-involvement? Using grounded theory to explore the

- complexities of nurse-patient relationships. *European Journal of Oncology Nursing*, 3(3), 153-160, 1999
- 12) Stuart, G. W.: Chapter 2 Therapeutic nurse-patient relationship, Stuart, G. W., Laraia, M. T., *Principle and practice of psychiatric nursing* 8th edition, Mosby, Inc. 2005, 秋山美紀: 第2章 治療的な患者と看護師の関係, 安保寛明, 宮本有紀監訳, 金子亜矢子監修, *精神科看護—原理と実践* 原著第8版, エルゼビア・ジャパン, 東京, 19-70, 2007
 - 13) Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P. L., Stannard, D.: *Clinical Wisdom and Intervention in Crinical Care: a Thinking-in-Action Approach.*, 1999. 井上智子監訳: ベナー 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること. 医学書院, 東京, 21-24, 2005
 - 14) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子: 看護における involvement 概念の構成要素に関する文献研究, *人間看護学研究*, 3, 105-112, 2006
 - 15) 牧野耕次, 比嘉勇人, 甘佐京子, 山下真裕子: 精神科看護師による境界の調整に関する技術的要素, *人間看護学研究*, 9, 117-125, 2011
 - 16) 安梅勅江: ヒューマンサービスにおけるグループインタビュー法 科学的根拠に基づく質的研究法の展開, 医歯薬出版株式会社, 2001
 - 17) 常盤文枝: 慢性病者の医療ケア上における自己決定に関する認識と行動および影響要因の検討, *日本看護科学会誌*, 25(3), 22-30, 2005
 - 18) 水澤久恵, 出貝裕子: 認知症高齢者の自己決定に関する文献の動向, *新潟医学会雑誌*, 125(8), 443-450, 2011

(Summary)

Background In psychiatric nursing nurses consciously and unconsciously cultivate their skills to negotiate the boundary between a patient and a nurse by an involvement with schizophrenic patients who are said to blur the boundary between self and others and patients with a personality disorder who tend to shift the blame to others and make offensive remarks and excessive demands.

The skill to negotiate the boundary between a patient and a nurse has been extracted from the analysis of psychiatric nursing. It is expected that nurses in a general hospital also adjust the boundary between a patient and a nurse, whether consciously or unconsciously.

Purpose The purpose of this research is to extract models of "negotiating boundary" on nursing in general hospitals.

Methods We conducted interviews with 14 managers working for two general hospitals with about 200 beds in a general ward (excluding a psychiatric ward) in the Kansai region. A group interview (7 people) took one and a half hours at a

time, whose contents were recorded in an IC recorder. We then analyzed the transcripts by using group interview methods.

Results Seven models of "negotiating boundaries" on nursing were extracted: promote self-determination, make an assessment while listening to the patient, ask patients to do what they can do for themselves, support a patient's self-coping when a nurse cannot be with him/her, deal with pressure from a patient and his/her family, draw a line between work and private life, and feel that the boundary between a patient and a nurse becomes blurred.

Conclusions It was found out that among seven models of "negotiating boundaries" on nursing it is important for a nurse to listen to and accept what a patient and his/her family talk about seriously in five models excluding "draw a line between work and private life" and "the boundary between a patient and a nurse becomes blurred"

Key Words boundary, nurse, model, group interview, general hospital

研究ノート

子どもの採血場面における親の付き添いに関する国内における看護研究の現状と課題



平田 美紀¹⁾、古株 ひろみ²⁾、奥津 文子²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科 人間看護学専攻修士課程

²⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

背景 1994年に日本が「子どもの権利条約」を批准して以降、小児看護では身体の抑制方法にかわり、子どもが主体的に採血に臨むためにも、親が採血に付き添うことへの関心が高まった。子どもの成長過程において、特に乳児にとって親の存在は日常的にも必要であり、非日常的な採血場面では、より親の存在が重要であるといえる。しかし日本では、採血を受ける乳児に付き添う親を対象とした報告は少ないため、子どもの採血に親が付きそう国内の現状を明確にする必要があると考えた。

目的 国内における、乳児の採血場面の現状と課題を明らかにすることを目的とした。

方法 医学中央雑誌 (Web版 version 5) より「子ども」「採血」をKeywordsとして文献を検索した。新生児が対象である研究と総説、および文献検討を除外して抽出した国内文献89件を分析対象とした。

結果 国内文献の年次推移は、子どもの身体抑制に関する研究が1995年以降、2001年までみられた。その後、子どもの権利を尊重する看護のあり方が示され、2005年以降は、子どもの採血場面での親の付き添いに関する研究が毎年3、4件ずつみられている。子どもの採血に関する研究内容は、親の付き添いに関する文献が30件 (34%)、付き添い以外に関する文献が59件 (66%) であった。採血場面に付き添わなかった親は、子どもの様子がわからないことに対して不安を抱く。一方で、付き添った親は、子どもの様子がわかることで安心していった。しかし付き添い方に対する戸惑いがみられるものの、親の支援方法を明らかにした文献は見当たらなかった。研究対象となった子どもの発達段階は、乳児から思春期までと広い年齢層であり、乳児のみを対象とした研究はみあたらずその必要性が示唆された。

結論 乳児の母親は、親としての役割を獲得していく段階であるため、子どもの危機的な状況において親は戸惑うことが多く、乳児の採血に付き添いたいと思う親の支援方法を確立していく必要がある。

キーワード 乳児, 親, 採血場面, 付き添い

I. 緒言

病気で病院を訪れた子どもの多くが経験する採血は、子どもにとって身体的・精神的苦痛を伴うため不安や恐怖を強く感じる処置である。そのため採血場面では、不安や恐怖から抵抗を強く示すことが多い子どもに対して、安全・安楽を考慮した身体の固定方法についての取り組みが行われていた¹⁾²⁾。医療者の指示により子どもと親は強制的に離され、子どもの採血場面に親が付き添うことができなかった。

日本において、子どもの権利を尊重する看護が目ざれ始めたのは、1994年に国際連合総会において採択された「子どもの権利条約」の批准以降であった。子どもの採血場面において、それまでに行われていた子どもの身体を固定して行う採血方法に変わり、子ども自身が主体的に取り組める方法が取り入れられた。さらに、子ども

Research of Parent Attendance for the Drawing Blood Scene of Children: Current Situation and Issues

Miki Hirata¹⁾、Hiromi Kokabu²⁾、Ayako Okutsu²⁾

¹⁾ Graduate School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾ School of Nursing, University of Shiga Prefecture

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先: 平田 美紀

滋賀県立大学人間看護学部

住 所: 彦根市八坂町2500

e-mail: hirata-m@nurse.usp.ac.jp

の採血場面に親（母親を含めた養育者を示す）がそばに付き添うことにより、子どもは安心を得られることが報告された³⁾。付き添う親自身は、親子の安心のために付き添いたいと考えていることから⁴⁾⁵⁾、子どもの採血場面において親の付き添いは必要であると考えられる。

一方、欧米では1950年頃、入院する子どもにとって母子分離は子どもに弊害を与えることが報告され、その後子どもの入院や検査に親が必ず付き添うことが提起されている。子どもの発達段階において、特に乳児の成長過程では親の存在は大きく、日常的にも親を必要とする場面は多い。まして、非日常的な採血場面においてはより親の存在は重要であるといえる。しかし日本では、採血を受ける乳児に付き添う親を対象とした報告は少ないことから、国内の子どもの採血における親の付き添いの現状を明確にする必要があると考えた。

そこで国内の看護研究を対象として、採血場面での親の付き添いに関する研究から、乳児の採血場面の現状と課題を明らかにし、乳児の採血に付き添う親の支援に向けた示唆を得ることを目的とする。

II. 用語の定義

付き添い：採血を受ける子どもに親または養育者が子どもを抱いて座る、あるいはそばに寄り添うこと

III. 研究方法

1. 研究対象

医学中央雑誌（Web版 version 5）にて、子どもの権利が日本で批准された1994年から2012年までの期間について、「採血」「子ども」をKeywordsとして検索した結果、410件の文献がみられた。これらの文献を看護の研究論文に限定し、さらに本研究の対象を乳児とするため、対象が新生児である研究と総説、および文献検討を除外して抽出された89件を、対象文献とした。

2. 分析方法

対象文献を①国内文献の年次推移、②調査対象者、③子どもの採血に関する研究内容の3点に焦点をあて検討した。さらに文献内容から、「子どもの採血場面における親の付き添い」に関する研究30件を抽出した。これらを子どもの採血場面における親の付き添いが与える影響について、親や看護師の認識や子どもの反応などから分析した。分析過程において小児看護学専門領域の研究者とともに検討した。

IV. 結果

1. 国内文献の年次推移

子どもの採血に関する文献は1995年から見られ始め、これらはすべて採血場面における子どもの身体抑制に関する研究であった。1995年（3件）、1999年（2件）、2001年（3件）は、子どもへの身体抑制方法の検討に関する研究だけであった。子どもの権利を尊重する考え方の広まりから、2002年以降、プレパレーション（子どもの心理的準備による不安の軽減）に関する研究がみられはじめ、その後2002年の5件から、2007年の13件まで急増している。その中でも、親の付き添いに関する研究は2005年以降、毎年3、4件みられ近年は増加傾向にある（図1）。

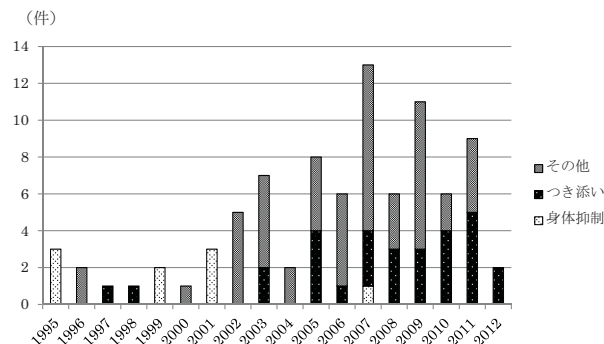
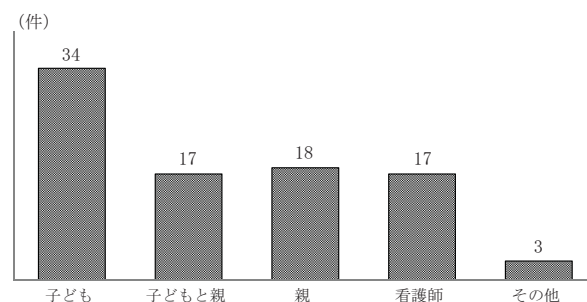


図1 子ども採血に関する国内文献の発表年次推移

2. 調査対象者

調査対象者については、子どもが34件（38.2%）、子どもと親が17件（19.1%）、親が18件（20.2%）、看護師が16件（18.0%）、その他が4件（4.5%）であった（図2）。



取り上げた採血場面の子どもの発達段階は、乳児0件、乳児から幼児4件、幼児16件、幼児から学童2件、幼児から思春期1件、学童0件、乳児から学童1件、乳児から思春期1件、不明3件であった（図3）。

3. 子どもの採血に関する研究内容

子どもの採血に関する研究内容は、親の付き添いに関する文献30件（34%）、付き添い以外のプレパレーション等の文献59件（66%）であった（図4）。

4. 子どもの採血場面における親の付き添いに関する研究

子どもの採血場面における親の付き添いに関する文献

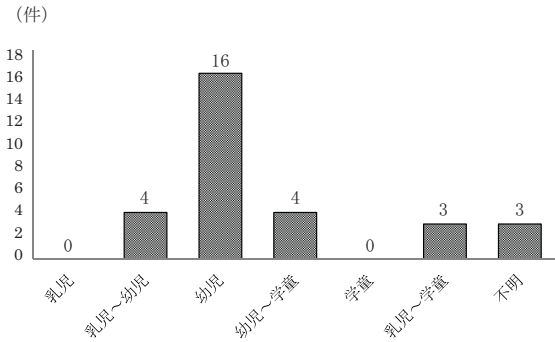


図3 取り上げた採血場面の子どもの発達段階

30件を、内容について類似性に基づき分類した結果、「子どもの採血に付き添った親の思い」、「子どもの採血に付き添わなかった親の思い」、「親が採血に付き添うことに対する看護師の思い」、「親が付き添った場合の子どもの反応」に分類された。それぞれの調査対象者、および子どもの発達段階は0歳から16歳までみられた（表1）。

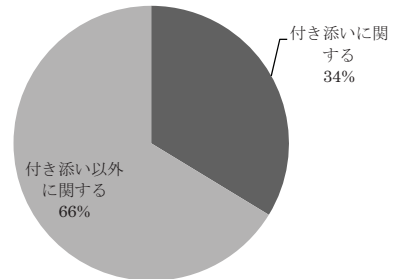


図4 子どもの採血に関する研究の内容

表1 親の付き添いに関する文献内容

分類	No	調査対象	子どもの発達段階	分類	No	調査対象	子どもの発達段階	
付き添った親の思いに関する研究	1	家族	幼児後期～学童 (3歳～12歳)	付き添いに関する親の研究	16	母親	幼児後期～学童 (3歳～7歳)	
	2	母親、祖母	幼児後期 (3歳～6歳)		17	母親	幼児前期～幼児後期 (1歳～6歳)	
	3	母親	幼児後期 (3歳～4歳)		18	母親、父親	乳児～学童 (0歳～7歳)	
	4	母親、父親	乳児～幼児 (0歳～6歳)		19	母親	乳児～学童 (0歳～8歳)	
	5	母親、父親	乳児～幼児 (0歳～6歳)		20	母親	乳児～思春期 (生後17日～13歳)	
	6	母親	幼児前期 (1歳～3歳)		21	母親	乳児～思春期 (生後17日～13歳)	
	7	母親	幼児前期 (1歳～3歳)		親が付き添った場合の子どもの研究	22	子どもと母親	幼児前期～幼児後期 (2歳～6歳)
	8	母親、父親	幼児後期～学童 (3歳～9歳)			23	子どもと母親	幼児前期～幼児後期 (2歳～6歳)
	9	母親	乳児～幼児前期 (0歳～3歳)			24	子どもと母親	幼児後期 (3歳～6歳)
	10	母親、父親	幼児後期～思春期 (3歳～16歳)			25	子ども	幼児前期～幼児後期 (1歳～6歳)
	11	母親、父親	乳児～幼児後期 (0歳～6歳)			26	子どもと母親	幼児後期 (3歳～6歳)
	12	母親	乳児～学童 (3ヶ月～9歳)			27	子どもと母親	幼児後期 (3歳～7歳)
看護する看護師に関する研究	13	看護師	—	28	子ども	幼児前期 (2歳)		
	14	看護師	—	29	子ども	幼児後期 (4歳)		
その他	15	母親、父親、祖母	幼児前期～幼児後期 (1歳～6歳)	30	子どもと母親	幼児後期 (3歳～6歳)		

1) 子どもの採血に付き添った親の思い

子どもの採血場面に付き添った親は、子どもを抱きかかえて椅子に座る、あるいは一人で座れる子どものそばに付き添い玩具を用いたり言葉をかけて励ましていた。付き添ったことに対して、「子どもが小さい、また子どもの不安な様子（から付き添いたい）」⁷⁾⁸⁾「親の声を聞くことで子どもに安心感をもたらすことができる」「子どもに触れるだけで親の思いが伝わる」⁴⁾⁹⁾「抱っこで一緒に椅子に座ることで一体感を感じた」¹⁰⁾¹¹⁾「子どものそばにいてやりたい」⁴⁾「（付き添っていないと）泣き声だけを聞くため不安になった」⁴⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾「馬乗りになって抑えられたと聞き、何をされるのか見ていないと不安」⁴⁾などの思いを感じていた。また、「子どもの様子を見て自分のできることをしたい」⁴⁾「親の励ましによってがんばる子どもを見て親としての役割を実感した」⁹⁾「子どもが泣くことを親は予測していたが、泣く理由がわかったことや、泣いてもがんばる姿を理解することができた」¹⁰⁾¹¹⁾「痛みの体験を共有することで親子の絆が深まった」⁹⁾などを感じていた。一方で、「子どもが甘える、かわいそうなので見ていたくない」¹²⁾「子どもが途中嫌がって立ちあがろうとすると抱っこすることが難しくなった」¹¹⁾「泣いているときはどうすることもできなかった」¹³⁾「そばにいたいけど見るのは可哀そう、処置の邪魔になるのではないか」¹⁴⁾なども感じていた。さらに、子どもの体を抑える立場で付き添った親は、「一緒にいることができたので安心した」「親も手伝ったほうが子どもは安心する」などの思いを感じていた。しかし「可哀そうだがしかたない」「子どもを抑制することに抵抗はあったがしかたがない」¹⁵⁾、「子どもの顔を押しさえる辛さ」「押しさえるのは一緒と違う」¹¹⁾なども感じていた。

調査対象者はほとんどが母親であるが、父親、祖母も含まれていた。取り上げた場面での子どもの発達段階は、生後3か月の乳児から16歳までであった。

2) 子どもの採血に付き添わなかった親の思い

子どもの採血場面に付き添わなかった親は、処置室の外または病室で待っていた。

付き添わなかったことに対して、「医師や看護師の指示で付き添わなかった」「何も言わず子どもだけ連れて行かれた」¹⁶⁾「外で待つよう言われ戸惑った」「なぜ外で待たされるのかわからない」¹⁶⁾¹⁷⁾「親がいると子どもが甘える」⁸⁾¹⁴⁾「親がいるほうが邪魔になる」「親が取り乱すかもしれない」¹⁶⁾¹⁸⁾「見ているとつらそう」「何もできない」⁸⁾¹³⁾¹⁹⁾「見ていないと何をされているのか心配」「失敗しているのではないか」¹⁷⁾などを感じていた。

調査対象者はほとんどが母親であるが、父親も含まれていた。取り上げた場面での子どもの発達段階は、生後

17日の乳児から13歳までであった。

3) 子どもの採血に親が付き添うことに対する看護師の思い

看護師は親が付き添うことについて、「親自身が子どもの姿を見ることで不安になる」「親が子どもに何もしてやれない思いを持つ」「親がいることで医療者にとって負担になる」「看護師が子どもを抑制している姿を見られたくない」「子どもが親に甘えるため処置がスムーズに進まない」などを感じており、付き添いは必要でないという否定的な内容がみられた。一方、「親や子が安心する」「親の言葉を聞いて子どもが頑張れる」「処置がスムーズにいく」「親子の権利などから付き添うことは必要である」²⁰⁾。また子どもの権利について看護師の学習を行うことで、「付き添う親の行動が子どもへ影響することを意識できるようになった」²¹⁾とする肯定的な内容もみられた。

4) 子どもの採血に親が付き添った場合の子どもの反応

採血場面に親が付き添った場合の子どもの反応からは、「親の存在が子どもに安心感を与える役割があり」²²⁾²³⁾、「子どもは自分自身で調整をとりながら主体的に参加することができた」²⁴⁾と述べている。しかし不安が強い親は、「付き添い方や子どもの支援方法がわからないため不安を持ちながら付き添っていた」²³⁾と述べられていた。

調査対象者は子どものみと子どもと母親であった。子どもの発達段階は、1歳から6歳の幼児であった。

V. 考 察

子どもの多くが経験する採血に関する研究は、1995年以降現在に至るまで、年々増加傾向にあることから、子どもの採血に関心が高まっていることがわかる。1995～2001年では、身体抑制に関する研究が多く、子どもの抵抗に対して医療者が、採血を安全に行うには、身体抑制方法が子どものためだと考えていたと推測する。日本が1994年に子どもの権利条約を批准した後、1999年に日本看護協会から出された「小児看護領域の業務基準」の中に「小児看護領域で特に留意すべき子どもの権利と必要な看護行為」が提示され²⁵⁾、子どもを一人の人として尊重する看護のあり方が示された。さらに2000年以降には、認知発達が未熟な子どもに対するプレパレーションという概念が急速に普及した。プレパレーションとは、子どもが病気や入院によって引き起こされる心理的混乱を最小限にし、子どもや親の対処能力を引き出すことである²⁶⁾。これを受けて、子どもに馬乗りになり身体を抑制するという援助方法から、採血の必要性や方法を子どもが理解することで、子どもが主体的に取り組めるための

援助方法へと移行した。これに伴い、研究においても、子どもの権利を尊重した看護に関する研究へと移行してきた。その中でも、子どもの採血場面に親が付き添うことに関する文献は、2005年以降、毎年3、4件ずつみられていることから、子どもと親の不安軽減を図るための看護が注目されてきていると推測する。

子どもの採血に関する研究で研究対象となった子どもの発達段階は、乳児から思春期と幅広い年齢層であった。Mahlerは年齢ごとに、子どもと母親の関係性を示している。生後4～9カ月頃は母親と母親でないものわかり始める。さらに1歳頃には身体的に母親から離れることができるようになるが、母親を安全基地としながら探索行動を繰り返すため情緒的な関わりが重要となる。また、2歳頃にかけて母親との分離を強く意識し始めるため、特に分離不安が強い時期であり、3歳以降になると、母親からの内的な分離を意識することができ、母親と離れていても情緒的に安定することができる時期であることを提示している⁶⁾。3歳以降の幼児の採血場面でも、子どもは親を求める行動がみられ、さらに、親が付き添うことにより安心を得ていることから、採血場面に親が付き添うことは子どもの権利の尊重に加え、子どもの安心のためにも必要であることが示されていた。しかし、子どもにとって危機的場面となる採血において、親との分離不安がより強くなる乳児から幼児前期に焦点をあてた研究は少なく、ましてや乳児のみを対象としたものは見当たらなかった。

本研究において調査対象である親は、付き添った経験がある場合と付き添わなかった場合において様々な思いを抱いていた。子どもの採血に付き添わなかった親は、子どもの泣き声だけを聞きながら処置室の外で待つことや、親がそばにいない場面で看護師が子どもに馬乗りになる身体抑制を受けたことなど、親の知らない子どもの姿に対して不安を抱いていた。また、部屋の外で待つように医療者から指示されたことに対して親は戸惑い、さらに採血場面において、採血を受ける子どもはどのような様子なのか、何が行われているのかわからないという不安を抱いていた。一方で、医療者側から部屋の外へ出るように指示された親は、採血に付き添うと邪魔になるのではないかという思いを抱き、親が付き添えないことは仕方がないと思っていた。

看護師は親の付き添いに対して、親がそばにいることにより医療者に負担がかかることや、子どもが親に甘えるため時間がかかることから付き添いは必要ないと感じており²⁰⁾、医療者主体の判断がみられる。しかし一方では、看護師が子どもの権利を学習することで、親の存在する意味や親の行動が子どもに影響することが理解されていた²¹⁾。看護師や親が付き添うことは必要でないと感じていることは、医療者側からの考え方であり、子ども

の立場からの考え方ではないと推測される。また、採血に付き添った親は、泣きながらも親の励ましにより、子どもが頑張れることで、親が子どもの状況を知ることが親の不安軽減につながっていることから、親が付き添う必要性があると考えられる。親の付き添いによる子どもの反応からは、親は子どもの様子を知ることができ²³⁾、また子どもは親を求めていることから²⁷⁾²⁸⁾²⁹⁾、親が採血に付き添うことは親子ともに安心を得ることができると感じていた。だが、親自身は付き添う意味を理解しているとはいえ、付き添いたいと思う親が、付き添う意味や付き添いのあり方を理解することが必要となる。

子どもを抱いて付き添った親は、付き添い方がわからず戸惑うことや、子どもの行動に対して抱っこし続ける難しさなどを感じていた。また、子どもを抑えながら付き添った親は、一緒にいることで子どもは安心すると感じていたが、子どもを抑えることに対する辛さなども感じていた。さらに、親の支援方法を明らかにした文献はなかったことから、親の付き添い方や支援方法への必要性が示唆された。

子どもの採血場面に付き添いたいと思う親は、子どもが年少であるほど付き添いたいと感じていた¹⁸⁾。乳児の親は、親としての役割を獲得していく段階であるため、子どもの危機的な状況において戸惑うことが多く、親の支援が必要であると考えられる。したがって、親達は、子どもの立場をどのように捉え、親は付き添うことをどのように感じているのか、また子どもに対してどうしたいと思っているのかを、乳児に付き添った親の思いから見出す必要があり、乳児の採血に付き添いたいと思う親の支援方法を確立していく必要がある。

VI. 結 語

1. 子どもの採血に関する研究は、1995年より身体抑制についての研究から始まったが、子どもの権利の尊重により身体抑制に関する研究は減少し、2000年以降はプレパレーションに関する研究が増加した。2005年以降は、付き添いに関する研究が毎年3、4件みられていた。
2. 親は子どもに付き添いたいと思っているが、付き添い方に対する戸惑いがあり、さらに親の支援方法が明らかにされていなかった。
3. 子どもの発達段階は、乳児から思春期と年齢層は幅広く、乳児のみを対象とした文献はみられなかった。
4. 付き添いたいと思う乳児の親が、付き添う意味を理解して付き添える支援方法を見出す必要がある。

文 献

- 1) 田淵タカ子, 鈴木みどり, 今井宏子, 他: 小児の点滴・採血時における安全・安楽な抑制. 抑制帯の一考察, 名古屋市立大学附属病院看護研究集録1994, 121-125, 1995.
- 2) 高山裕子, 石塚美津子, 南三和子, 他: 小児科外来における点滴. 採血時の抑制用具の作成, 日本看護学会集録26回小児看護, 235-237, 1995.
- 3) 細野恵子: 外来で母親の付き添いのもとに座位で採血あるいは点滴を受ける幼児の対処行動. 日本小児看護学会誌19(1), 88-94, 2010.
- 4) 池上寿美, 岸本愛子, 吉谷京子, 他: 母親の付き添い下で子どもの採血・点滴を行う試みの報告. 母親・看護師・医師の実施時と1年半後の意識, 神戸市看護大学紀要11, 57-65, 2007.
- 5) 細野恵子, 市川正人, 上野美代子: 小児科外来で採血・点滴を座位で受ける乳幼児に付き添う家族の認識. 日本小児看護学会誌18(3), 52-56, 2009.
- 6) M. S. Mahler (著), 高橋雅士, 他(訳): 乳幼児の心理的誕生: 母子共生と個体化, 2001, 黎明書房.
- 7) 杉本陽子, 前田貴彦, 蝦名美智子, 他: 子どもが採血・点滴を受ける心の準備をするための関わり. 親が付き添うことについての医師・看護師・家族の考えと実際, 日本看護科学学会学術集会講演集23回, 435, 2003.
- 8) 杉本陽子, 前田貴彦, 蝦名美智子, 他: 子どもが採血・点滴を受けるときに親が付き添うことについての実際の親の考え, 三重看護学誌7, 101-108, 2005.
- 9) 高橋友希, 森本明美, 小林聖子, 他: プレパレーションを取り入れた児の処置に対する母親の意識の変化. 採血検査に参加した母親のアンケート調査を実施して, 日本看護学会論文集: 小児看護38, 316-318, 2007.
- 10) 古株ひろみ, 流郷千幸: 幼児前期の子どもの採血に抱っこで付き添う母親の思い. 日本看護科学学会学術集会講演集30回, 523, 2010.
- 11) 古株ひろみ, 流郷千幸, 松倉とよ美: 幼児前期の子どもの採血に抱っこで付き添う体験をした母親の思い, 人間看護学研究9, 127-133, 2011.
- 12) 細野恵子, 市川正人, 上野美代子: 小児科外来で採血・点滴を座位で受ける乳幼児に付き添う家族の認識. 日本小児看護学会誌18(3), 52-56, 2009.
- 13) 三島小百合, 荒木美奈子, 池田京子, 他: 小児の採血における母親の立会いとその関連因子についての検討. 日本看護学会論文集: 小児看護34, 29-31, 2003.
- 14) 細野恵子, 齊藤唯: 子どもの処置への付き添いに対する親の思い. 乳幼児の採血・注射場面における親の思いの比較, 名寄市立大学紀要6, 31-37, 2012.
- 15) 藪本和美: 患児の点滴・採血処置に対する母親の思い. 日本看護学会論文集: 小児看護36, 113-115, 2005.
- 16) 岡田和美, 蝦名美智子: 採血・点滴を受ける子どもを処置室の外で待つ母親の思いの構造, 日本看護科学学会学術集会講演集23回, 439, 2003.
- 17) 川上あずさ, 尾前佐紀子, 枡野智子: 処置を受ける子どもを部屋の外で待つ親の思い. 子どもの発達段階による違い, 看護・保健科学研究誌6(1), 65-71, 2006.
- 18) 齊藤礼子, 伊丹朋子, 成田智恵子, 他: 入院した子どもが採血・点滴挿入を受ける母親の気持ち, 日本看護学会論文集: 小児看護36, 110-112, 2005.
- 19) 遠藤ゆう子, 渡辺真由美, 根本恵美: 子どもの臨時入院時の処置同席に関する母親の意識. 日本看護学会論文集: 小児看護39, 23-25, 2008.
- 20) 平岩洋美, 福嶋友美, 大西文子: 乳幼児の採血・注射時に親が同席することの現状と看護師の認識. 日本小児看護学会誌17(1), 51-57, 2008.
- 21) 小島明日美, 泊祐子: 子どもの権利を尊重した処置時のケアを促進するための取り組みによる看護師の意識の変化. 日本小児看護学会誌20(2), 57-64, 2011.
- 22) 武田淳子, 松本暁子, 谷洋江, 他: 痛みを伴う医療処置に対する幼児の対処行動. 千葉大学看護学部紀要, 53-60, 1997.
- 23) 武田淳子: 採血に対する幼児の反応・行動に影響を及ぼす要因. 千葉看護学会会誌4(2), 8-14, 1998.
- 24) 吉田美幸, 鈴木敦子: 検査・処置を受ける幼児後期の子どもが"よい体験"をするために必要なもの. 四日市看護医療大学紀要2(1), 1-15, 2009.
- 25) 日本看護協会看護業務基準集. 2007年改定版, 日本看護協会, 2007.
- 26) 及川郁子, 田代弘子(編): プレパレーションはなぜ必要か. 小児看護25(2), 189-192, 2002.
- 27) 細野恵子: 外来で母親の付き添いのもとに座位で採血あるいは点滴を受ける幼児の対処行動. 日本小児看護学会誌19(1), 88-94, 2010.
- 28) 鈴木美佐, 流郷千幸, 古株ひろみ, 他: 母親と共に採血を受ける幼児前期の子どもの対処行動. 日本家族看護学会学術集会プログラム・抄録集18回, 166, 2011.
- 29) 平田美紀, 流郷千幸, 鈴木美佐, 他: 採血場面に家族が付き添う幼児後期の子どもの対処行動. 日本看護研究学会雑誌35(3), 294, 2012.

(Summary)

Key Words Infants, Parent, drawing blood scene, attendance

研究ノート

重症心身障害児者の家族の社会資源の
情報収集に関する看護研究の現状西澤 真澄¹⁾, 米田 照美²⁾, 伊丹 君和²⁾, 清水 房枝²⁾¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学研究科 人間看護学専攻修士課程²⁾ 賀県立大学人間看護学部

背景 日本において、1981年の国際障害者年を契機として、ノーマライゼーションの考え方が浸透し共生社会の実現を目指し障害者施策が進められた。重症心身障害児者の約7割は在宅生活を送っているが、近年の医療の進歩や社会情勢の変化により、医療的ケアの必要な超重症児・準超重症児が在宅にも増え在宅支援体制の充実が求められている¹⁾。その中で、家族への社会支援サービスに関する情報提供の充実がますます重要となっている。

目的 重症心身障害児者の家族の社会資源の情報収集に関する看護研究を文献検索し理解を深め、研究の動向を明らかにすることを目的に文献レビューを行ったので報告する。

方法 医学中央雑誌で(Web版version 5)で「重症心身障害」「家族」をkeywordとし、年代は絞らずに検索すると300件ヒットした(原著論文のみ)。今回はこの、300件を分析対象とした。

結果 年代別文献数の推移は、年々増加傾向にあり、特に2000年以降大幅に増加してきていた。医学中央雑誌から抽出した重症心身障害児者に関する文献300件は、テーマ別に9つのカテゴリー、①「病態生理」に関するもの、②「手術・治療法」に関するもの、③「施策」に関するもの、④「生活・介護実態」に関するもの、⑤「家族の思い」に関するもの、⑥「情報」に関するもの、⑦「ケア」に関するもの、⑧「看護師の思い」に関するもの、⑨「実習生の学び」に関するものに分類できた。この中では、②手術・治療法に関するもの、④生活・介護実態に関するもの、⑤家族の思いに関するもの、⑦ケアに関するもの、の4項目の研究数が多かった。家族のニーズについて述べているものは③～⑦の項目であり、その中で、在宅生活を送っていく上で必要な社会資源の情報収集面でのニーズが数多く述べられていた。

結論 医学中央雑誌から抽出した重症心身障害児者に関する文献300件は、テーマ別に9つのカテゴリー9つ【①「病態生理」②「手術・治療法」③「施策」④「生活・介護実態」⑤「家族の思い」⑥「情報」⑦「ケア」⑧「看護師の思い」⑨「実習生の学び」】に関するものに分類できた。文献数は増加しており、中でも重症心身障害児者の健康や生活に、直接的に大きくかかわる項目の研究はその増加が著しい。

さらに、重症心身障害児者の家族は在宅生活を送っていく上で必要な社会資源の情報収集面でニーズを持っていることが明らかにされていた。今後の社会資源に関する情報提供のあり方を、より家族のニーズに沿ったものにするために、家族の社会資源に関する情報収集における体験やその際の思い、望みを詳しく調査する必要性があると考えられる。

キーワード 重症心身障害児

家族

情報収集

The present condition of the nursing research about information gathering of the severely-retarded-children person's family's social resources

Masumi Nisizawa¹⁾, Terumi Yoneda²⁾, Kimiwa Itami²⁾, Fusae Shimizu²⁾

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先：西澤 真澄

第一びわこ学園

住 所：草津市笠山8丁目3-113

e-mail：nezumi.14.0919@gmail.com

I. 緒言

1981年の国際障害者年を契機として、ノーマライゼーションの考え方が浸透し、我が国においても、共生社会の実現を目指し、障害者施策が進められてきた。

現在、全国に重症心身障害児者は約37,000人いると推測されており、約7割は在宅生活を送っている。しかも近年の医療の進歩や社会情勢の変化により、医療的ケアの必要な超重症児・準超重症児が在宅にも増え、在宅支援体制の充実が求められている¹⁾。その中で、重症心身障害児者の家族への社会支援サービスに関する情報提供の充実が今後ますます重要になると考えられる。

今回、わが国における重症心身障害児者の家族の情報収集に関する看護研究を文献検索し、現在までの研究の動向を明らかにすることを目的に文献レビューを行ったので報告する。

II. 研究方法

1. 研究対象

重症心身障害児者とは、知的にも身体的にも重度の障害を持つ児者で、大島の分類²⁾で1～4に分類される者と定義されている(表1)。医学中央雑誌で(Web版 version 5)で「重症心身障害」「家族」をkeywordとし、年代は絞らずに検索すると300件ヒットした(原著論文のみ)。今回はこの、300件を分析対象とした。

表1 大島の分類IQ

21	22	23	24	25
20	13	14	15	16
19	12	7	8	9
18	11	6	3	4
17	10	5	2	1
走れる	歩ける	歩行障害	座れる	寝たきり

2. 分析方法

対象の文献を、タイトルから内容を推測し、似た内容のもの同士を集めてカテゴリー化し、帰納的に分類した結果、9つにカテゴリー化できた。①「病態生理」に関するもの、②「手術・治療法」に関するもの、③「施策」に関するもの、④「生活・介護実態」に関するもの、⑤「家族の思い」に関するもの、⑥「情報」に関するもの、⑦「ケア」に関するもの、⑧「看護師の思い」に関するもの、⑨「実習生の学び」に関するもの、の9つに分けられた。

また、9つのカテゴリーを、家族のニーズについて述べているもの、そうでないもの、に二分すると、項目③

～⑦の文献が家族のニーズについて述べているものであった。

III. 研究結果

1. 年代別文献数の推移

重症心身障害及び家族に関する文献数は、年々増加傾向にあり、特に2000年以降大幅に増加してきていることが分かる(図1)。看護系大学及び大学院数の増加に伴い、看護研究数全体が増加したことが一因であると考えられるが、その大幅な増加から、重症心身障害児者への医療や看護に対する関心が高まってきているとも言えるのではないか。2011年以降の文献数は、すでに前5年間の文献数の3分の1に及んでおり、今後も研究数の増加が予測される。

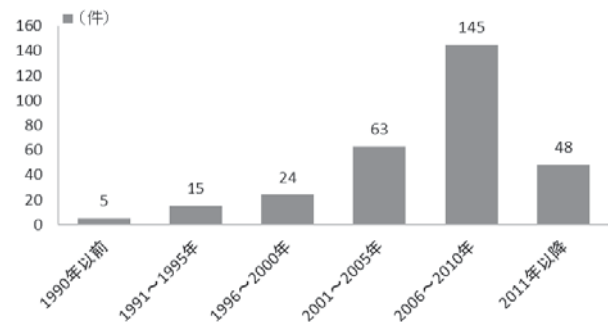


図1 「重症心身障害」「家族」キーワードとする文献数の推移(n=300)

2. カテゴリー化から見える研究の動向

1) 研究内容の分類と文献件数

②手術・治療法に関するもの、④生活・介護実態に関するもの、⑤家族の思いに関するもの、⑦ケアに関するもの、の4項目の研究数が多いことが分かった(図2)。9項目全て、年々研究数が増えてきているが、前記の4項目の増加数は特に著しい(表2)。重症心身障害児者の健康や生活に、直接的に大きくかかわる項目の研究に、特に関心が向けられてきたと言える。

2) 内容別研究の現状

①病態生理に関するものは、医師による研究が多く、看護研究としてのものは見当たらなかった。1988年の報告³⁾を初めとして、比較的古くから、少数ずつではあるが、研究報告がされている。

②手術・治療法に関するものも、看護研究としては見当たらず、医師やリハビリテーションの専門家による研究報告が主である。1996年頃から、研究数は倍増してきている。

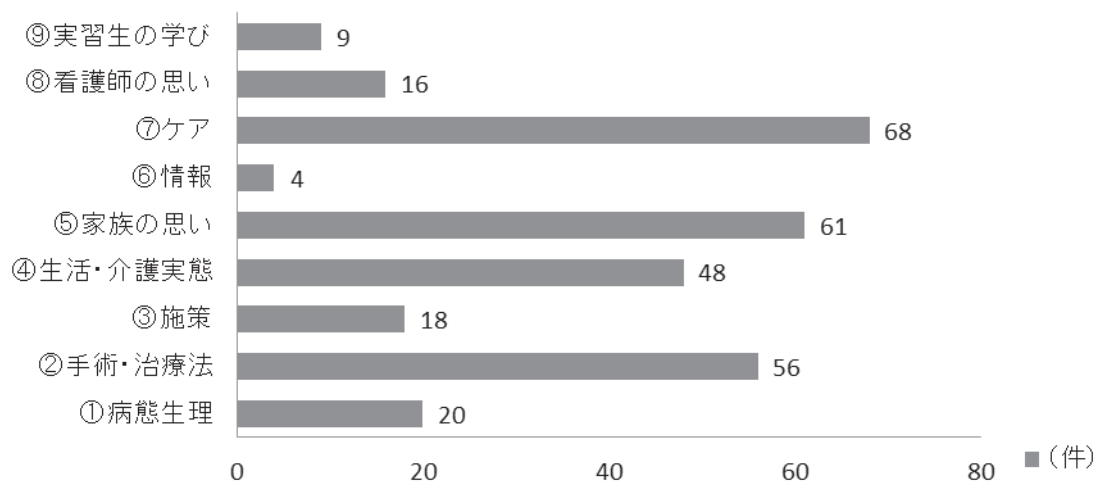


図2 研究内容の分類と文献件数(n=300)

表2 研究内容と年代別文献件数(n=300)

	①病態生理	②治療法・手術	③施策	④生活・介護実態	⑤家族の思い	⑥情報	⑦ケア	⑧看護師の思い	⑨実習生の学び
1990年以前	1	0	0	0	1	0	3	0	0
1991～1995年	2	1	1	2	6	0	3	0	0
1996～2000年	2	9	2	2	4	0	5	0	0
2001～2005年	3	15	7	10	12	2	13	0	1
2006～2010年	9	28	6	25	30	1	31	10	5
2011年以降	3	3	2	9	8	1	13	6	3

③施策に関するものは、研究数は比較的少ないが、2001年以降大きく増えていると言える。医療・福祉サービスに関する実態調査⁴⁾や、ニーズに沿ったサービスの検討⁵⁾などが報告されている。高野ら⁵⁾は、在宅生活を継続するうえで、重症児施設が入所機能だけでなく、外来、通園、短期入所などの機能を併せ持つことの重要性を明らかにしている。

④生活・介護実態に関するものは、家族による介護生活の状況や、その介護負担感を調査したものが主である。善生⁶⁾は、相談窓口の明確化と重症児・者と家族の将来を見越した長期的な視点をもつことが必要であると述べており、また、飯島ら⁷⁾は、家庭内協力者の体力低下などから外部支援の充実が望まれることや、情報の窓口を一本化し、ライフサイクルに応じてアクセスしやすい窓

口を設けることが必要であることを述べている。西垣ら⁸⁾は、サービスの地域格差、サービス供給量の不足、複雑な利用手続き、医療的ケアへの対応困難、小児への対応困難、わが子の個性への対応困難に対する不安が、レスパイトケア利用を阻害していること、また、サービスに関する情報が主介護者に伝わるのがケア提供を促進していることを明らかにし、サービスの情報を必要な主介護者に伝えることが必要と判明した、と述べている。家族介護の現状と課題に焦点を当てた研究数は比較的多く、その増加も著しいと言える。その中で、サービスに関する情報提供の必要性や、情報窓口の明確化、利用しやすさの必要性を述べているものがいくつかあり、家族が情報提供に対してニーズを持っていることが分かる。⑤家族の思いに関するものは、④生活・介護実態に関す

るものと、ニーズ調査という点では共通している面も大きい。面接調査などによって家族の思いや考えを明らかにすることに焦点を当てた研究である。野村ら⁹⁾は、親が何を望んでいるのかを面接調査で明らかにしたうえで、子どもの状況に応じて必要なケアをタイミングよく提供することや、積極的な情報提供によって親の意思決定を支えることなどが援助の方向性である、と述べている。野口ら¹⁰⁾は、養育者は、《兄弟児・健常児と同じ、普通の子育て》《様々な体験を通して社会性を育む子育て》等をしていきたいと考えていること、また子育て支援として《子供の成長発達を促す支援・自律への支援》《質の高い支援ができる人の育成と連携が取れたコーディネート》等が必要だと思っていることを明らかにしている。この項目内容の研究も増加が著しく、研究者の関心の高まりが表れていると考える。項目④と同様に、この項目でも、家族の情報提供に対するニーズの存在が述べられていた。

⑥情報に関するものは、研究数は少なく、沼口ら¹¹⁾が、家族への情報提供の際には信頼関係を築く努力をすることや家族のニーズや知識などを把握しながら情報提供する必要性を示唆しているものなどがある。家族による情報収集または医療従事者による情報提供にテーマを絞った研究は少ないが、前記の④⑤の項目の研究の中で、情報収集および提供に関して述べているものがみられている。

⑦ケアに関するものは、提供した看護ケアの評価や実践報告、または看護の役割について述べているものが主である。山之井¹²⁾は重症心身障害児者の保護者が望む看護師の役割とは、《加齢し、重症化している子供を揺れた思いを持ちながら保護者は介護していることを理解する役割》《経験知を含めた適切な知識と技術、そして肯定的・共感的な態度を持つ役割》などであることを述べている。この項目も増加数は多く、重症心身障害児者への看護の特徴及び専門性とは何か、が徐々に明らかにされてきていると考える。

⑧看護師の思いに関するものは、2006年以降に研究がされており、比較的新しい研究テーマと言える。コミュニケーションを取ることが難しい重症心身障害児者を対象にした看護に携わる看護師の、仕事に対する思いや、感じているやりがいなどが研究されている。坂本ら¹³⁾は、重症心身障害児者に対する看護において、看護師が大切に心がけている思いは、《能力を引き出す》《障害者の立場になる》《発達レベルに合わせる》《希望を支える》の4つにカテゴリー化された、と述べている。非言語でのコミュニケーションが主であることや、疾患に合わせて障害理解も必要とされることなど、重症心身障害児者を対象にした看護は特殊性が高いと考えられる。そのような看護に携わる看護師が、どのようにやりがいや誇

りを持って看護をしていくのか、というテーマは今後もさらに明らかにされていく必要があると言える。

⑨実習生の学びに関するものは、重症心身障害児者施設での実習によって、学生がどのような学びが得られたかを、教員が明らかにしている。2001年以降、少しずつ増えてきている。

3. 家族のニーズから考える社会資源に関する情報について

今回、分析対象とした300件の文献のうち、家族のニーズについて述べている項目③～⑦は計199件あり、その中で家族のニーズが明らかにされていた。そのニーズの中で、在宅生活を送っていく上で必要な社会資源の情報収集面でのニーズが数多く述べられていた。

堀¹⁴⁾は、1950年代から1980年代までの重症心身障害児者への施策の歩みについて述べ、親の運動なくして、施策は充実してこなかったこと、また家族機能を前提にした施策が続いてきたことなどを明らかにしている。家族の介護機能や、家族からの積極的な情報収集を前提とする社会支援サービスでは、家族への介護による負担は大変大きく、家族のニーズに沿っていないと言える。

家族の社会資源に関する情報収集における体験やその際の思い、望みを詳しく聴くことで、今後の社会資源に関する情報提供のあり方を、より家族のニーズに沿ったものにするための示唆が得られるのではないかと考える。

IV. 結 語

1) 医学中央雑誌から抽出した重症心身障害児者に関する文献300件は、テーマ別に9つのカテゴリー、①「病態生理」に関するもの、②「手術・治療法」に関するもの、③「施策」に関するもの、④「生活・介護実態」に関するもの、⑤「家族の思い」に関するもの、⑥「情報」に関するもの、⑦「ケア」に関するもの、⑧「看護師の思い」に関するもの、⑨「実習生の学び」に関するもの、に分類できた。その中で家族のニーズについて述べているものは③～⑦の項目に該当するものであった。

2) 文献数は増加しており、中でも重症心身障害児者の健康や生活に、直接的に大きくかかわる項目の研究は、その増加が著しい。

3) 明らかにされている家族のニーズの中で、在宅生活を送っていく上で必要な社会資源の情報収集面でのニーズが数多く述べられていた。

今後の社会資源に関する情報提供のあり方を、より家族のニーズに沿ったものにするために、家族の社会資源に関する情報収集における体験やその際の思い、望みを詳しく調査する必要があると考える。

文 献

- 1) 諸岡美知子：シンポジウム「よりよく豊かに生きるために」ーライフステージから重症心身障害児(者)の生活の質を考えるー重症心身障害児通園事業の実態と期待される役割について，日本重症心身障害学会誌 第29巻 第1号，31-38，2004.
- 2) 大島一良：重症心身障害の基本的問題，公衆衛生35，648-655，1971より改変.
- 3) 岡島幸代，山田武敏：重症心身障害児の遺伝的背景，重症心身障害研究会誌13-2，95-99，1988.
- 4) 山本雅章：重症心身障害者等の地域での居住施策 東京都内の小規模共同住居における実態調査から，社会福祉士19号，18-25，2012.
- 5) 高野笑子，奈良場美奈子，近藤勉，他：在宅重症心身障害児(者)を家族、地域と共に支える重症心身障害施設としての役割を再確認し、期待される在宅支援のサービスメニューの調査及び方向性を探る，日本重症心身障害学会誌25巻1号，70-76，2000.
- 6) 善生まり子：重症心身障害児(者)と家族介護者の在宅介護ニーズと社会的支援の検討，埼玉県立大学紀要7巻，51-58，2006.
- 7) 飯島久美子，荻野陽子，林信治，他：在宅重症心身障害児のいる家族が地域生活において抱える問題，小児保健研究64巻2号，336-344，2005.
- 8) 西垣佳織，黒木春郎，江川文誠，他：在宅重症心身障害児を対象としたレスパイトケアの利用/提供に関連する要因，外来小児科13巻2号，98-108，2010.
- 9) 野村美千江，豊田ゆかり，西嶋志津江，他：在宅重症心身障害児の親が経験する育児上の難題，愛媛県立医療技術短期大学紀要15号，65-71，2002.
- 10) 野口裕子，上田真由美，鈴木真知子：在宅における超重症児の子育てと子育て支援に関する養育者の意識(第一報)，日本赤十字広島看護大学紀要7巻，11-18，2007.
- 11) 沼口知恵子，前田和子，永濱明子：重症心身障害児と家族に対する情報提供のあり方，茨城県立医療大学紀要10巻，27-36，2005.
- 12) 山之井麻衣：重症化する在宅重症心身障害児・者を介護している保護者に対する看護の役割，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録33号，279-286，2008.
- 13) 坂本喜美，安藤和代，岡野美栄，他：重症心身障害児(者)へのケアリングにおけるエキスパートナースの思い 関わりにおいて大切に心がけていること，国立高知病院医学雑誌16巻，13-20，2008.
- 14) 堀智久：高度経済成長期における重症児の親の陳情運動とその背景，社会福祉学47巻2号，31-44，2006.

(Summary)

Key Words Severely-retarded-children person
Family
Information gathering

研究ノート

看護教育における病院実習に関する
研究の動向分析と今後の課題千田 美紀子¹⁾、米田 照美²⁾、清水 房枝²⁾、伊丹 君和²⁾¹⁾ 滋賀県立大学大学院人間看護学研究科 人間看護学専攻修士課程²⁾ 滋賀県立大学 人間看護学部

背景 看護教育における病院実習は、学生がさまざまな患者と直接触れ合い、多くの看護実践を経験する学びの場となる。医療の高度化・複雑化により、あらゆるニーズを持った人々に対応していくために、看護職にはこれまで以上に高い能力が求められ、看護実践能力の強化が求められている。看護実践能力を培うに実習は極めて重要であるが、実習施設が変わり学生が適応するのに時間を要し十分学習することが困難であること、学生が実践できる技術が限られていることなど、学生にとって充実した実習ができる環境とは言い難い。

目的 看護教育における病院実習に関する研究の中で、学生を指導する立場である「指導者」と「教員」に焦点をあて、先行研究について文献レビューを行い、今後の病院実習に関する研究の方向性を検討する。

方法 医学中央雑誌（web版version 5）で検索可能な1982年～2012年までの文献の中から、「臨床実習」and「病院」and「指導者」and「教員」の組み合わせで検索した。年代別に分類した後、内容別に帰納的に分類・検討し、今後の研究課題を展望した。

結果 1) 抽出された文献は182件であった。文献数は、2001年から徐々に増加していた。
2) 分析対象とした107件の論文について内容別に分類した結果、(1)指導(2)評価(3)技術(4)学び(5)関わり(6)思いの6項目に分類でき、項目別に内容検討を行った。
3) (1)から(6)について内容検討した結果、学生がよりよい環境で病院実習を行うためには、教員と指導者の連携が不可欠であることが示唆された。しかし、連携の具体的内容について研究されている論文は検索できず、長期的視点から実習指導体制ガイドラインを確立するための研究を行っていく必要がある。

結論 教員と指導者との連携の具体的内容について研究されている論文は検索できず、病院実習に関する今後の研究課題は、両者の実習における連携について具体化し、長期的視点から実習指導体制ガイドラインを確立していくことである。

キーワード 看護教育、病院実習、指導者、教員、文献レビュー

I. 緒言

看護教育における病院実習は、学生がさまざまな患者と直接触れ合い、多くの看護実践を経験する学びの場となる。客観的・論理的に説明できないこの「経験」が、人間関係を基盤とする看護では重要な意味を持つことが多い¹⁾。このような病院実習での経験は看護を専門職として確立する上で意義は大きい。また、学生の実習で得られる学びや充実感は大きく、看護への興味・関心につながると考える。

一方、医療の高度化・複雑化により、あらゆるニーズ

Studies on training in hospital of nursing education
-trends and problems-

Mikiko Senda¹⁾, Terumi Yoneda²⁾, Fusae Shimizu²⁾,
Kimiwa Itami²⁾

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先：千田美紀子

滋賀県立大学人間看護学部

住所：彦根市八坂町2500

e-mail : k-itami@nurse.usp.ac.jp

を持った人々が看護の対象となっている。そのニーズに対応していくため、看護職はこれまで以上に高い能力が求められ、卒業時における看護実践能力の強化が求められている。臨地実習は、そのような看護実践能力を培うために、学内で学んだ知識と技術を統合し実践する重要な授業過程といえる。

しかし近年、看護系大学の急増等に伴い実習施設の確保が困難であることや、附属病院を持たない教育機関では領域によって実習施設が変わり学生が適応するのに時間を要し十分学習することが困難であること、患者の権利擁護のため実習中に学生が実践できる技術が限られている²⁾ことなど、学生にとって充実した実習ができる環境とは言い難い。

またその他の課題として、大学側では実習前学習の不確かさ、教員の指導能力・教員数の不足などがあり、病院側においても、患者構成の変容や現場の多忙さ、リスクマネジメント上の課題、実習指導者不足などが挙げられる。

実習の最終責任は教員にあり、教員は学生の行動と学習状況を把握し、教育的配慮に焦点をあてて指導を行う。これに対して、実習指導者は対象者のケアに責任を持ち、対象者に焦点をあてた立場で学生指導にあたる。病院実習における指導体制を確立するためには、両者の実習における指導のあり方が重要と考える。

そこで今回、看護教育における病院実習に関する研究の中で、学生を指導する立場である「指導者」と「教員」に焦点をあて、先行研究の文献レビューを行い、今後の病院実習に関する研究の方向性を検討する。

II. 研究方法

1) 研究対象

医学中央雑誌（web版version 5）で検索可能な1982年～2012年までの文献の中から、「臨床実習」and「病院」and「指導者」and「教員」の組み合わせで検索を行った。

2) 分析方法

抽出された182件の文献を、発行年、論文の種類により分類した。そのうち、論文種類を「原著」、分類を「看護」に限定した107件の文献について、シソーラスやテーマ、目的から内容別に帰納的に分類・検討し、病院実習に関する研究内容からみえる今後の研究課題を展望した。

III. 研究結果および考察

1) 年代別総数と原著論文数の推移

「臨床実習」「病院」「指導者」「教員」に関する研究は、原著論文の有無に関わらず2000年まで殆どみられていない（図1）。1994年には7件の研究が検索されたが、これは看護雑誌による「臨床実習指導者の直面している問題とその支援策」の特集であり、今回の考察からは除外する。

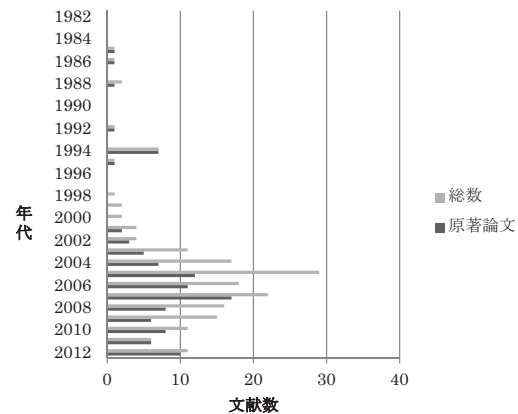


図1 「臨床実習」and「病院」and「指導者」and「教員」の文献件数の推移（n=182）

1985年にみられた原著論文では、指導者と教員との役割について研究が行われていた³⁾が、それ以降2000年までの研究では、学校側や指導者による指導の評価や振り返りが殆どであり⁴⁾、学生を対象とした研究⁵⁾はみられていない。

2001年から病院実習に関する研究総数、原著論文数ともに増加がみられている。特に、学生と指導者など2者以上を対象とする研究⁶⁾や、実習の教育内容を評価・検討する研究⁷⁾などが多くみられていた。学生への指導効果を検討する研究も増加しており、この要因としては、1992年から施行された「ゆとり教育」の影響とも考えられる。増加している学生の多様化に対応するために、指導者と教員が共に学生への関わりを考え、学生個々に対応する必要性が高まっていると考える。また、病院実習の教育内容について評価・検討する研究もみられているが、1997年に施行されたカリキュラム改正により、実践の科学として看護学を確立していくための実習のあり方を検討していく必要性が高まっていることが背景にあると考えられる。

また、今回検索した文献総数182件中に占める原著論文の割合は107件（59%）となっており、半数近くは会議録や解説、報告であることが確認された。病院実習に

おける評価はなされているが、教員側と指導者側の2者間のみで内容を共有するのみに留まり、研究として新たな知見や理論を示す論文に仕上げるというところまで至らなかったのではないかと考えられる。

2) 内容別に分類した研究の動向

今回分析対象とした看護の原著論文107件について、シソーラスやテーマ、目的から、内容別に分類した結果、6項目に分類できた(表1)。以下に、その内容別に分類した研究の動向について示す。

表1 研究の内容と年代別文献数 (n=107)

年代	指導	評価	技術	学び	関わり	思い			その他
						学生	指導者	教員	
2012年	2	1			1	1	2	1	1
2011年	3					1	2	1	
2010年	1	2		1		1		1	2
2009年	2	1	1				2		
2008年	1	2	2	1		1	1		
2007年	3	4	3	1		2	4		
2006年	4	1			1	2	3		
2005年	2	3	2	1	1	1	2		
2004年	2		1		1	1	2		
2003年		1	1	1		1			1
2002年	1	1					1		
2001年	1					1			
2000年									
1999年									
1998年									
1997年									
1996年									
1995年							1		
1994年							7		
1993年									
1992年以前	3								1
合計文献数	25	16	10	5	4	12	27	3	5

(1) 指導

指導に関する研究は25件みられ、「思い」に関する研究に次いで多い文献数であった。2007年の榎元ら⁸⁾の研究では、指導者が学内の模擬患者演習に参加した感想の分析結果として、学生を知る、後輩育成としての役割の自覚、指導方法の再考と改善への意欲、技術習得のプロセスを知る、看護とは何かを考えるというカテゴリーが抽出されている。学内演習は、講義より実践に近く、知識の統合や技術の習得するために重要な授業過程である。その学内演習に指導者が参加することは、学生を知る機会となり、学生のレディネスを共有する上で効果的と考えられる。

また、古谷ら(2011)⁹⁾は、学生の主体性を育成するための直接的な指導は、質問攻めにしない、褒める、ありがとと伝えることであり、間接的な指導は学生のレディネスの把握、指導者の中でレディネスを共有するなどの方法であったと述べている。今後、学生の主体性を可視化し、情報共有により教員・指導者が連携することの重要性が示唆されている。教員は学生の実習目標達成に責任を持ち、指導者は患者の安全に責任を持つという立場の違いから、両者の実習指導における役割は異なるが、

学生に対する効果的な実習指導のあり方や体制について両者の立場から検討していく必要があると考える。

一方、芦刈ら(2004)¹⁰⁾の研究では、実習指導者コース受講者の意識について調査しており、受講後は指導者としての自覚が高まりそれが行動レベルに変化を与えたと述べている。森ら(2005)¹¹⁾の研究では、教育側と臨地側の合同による臨床指導者研修会の意義を検討し、研修後に指導者は学生指導に対する意識が前向きな姿勢へと変化したこと、教員・指導者両者の共通指導方針として学生とともに成長するということが見出された。松木ら(2006)¹²⁾は、教員・臨地実習指導者合同学習会において、参加者は「学生への関わり方」「自己啓発」「連携意識と連帯感」「望ましい指導者像」「実習指導力の向上への意欲」という学びがあり、参加者のその後の行動変容につながったと述べている。石垣ら(2006)¹³⁾は、指導者を対象とした教員側と指導者側の連携のもとに実施した研修会は、実習指導における学生の理解と関心を高めることができたとして述べている。このように、教員と指導者が合同で研修会をすることにより、実習目的・目標の共有、両者の理解、学生の理解につながり、連携意識と連帯感が高まるとともに実習指導への意欲向上にもつながると考えられる。

2012年に松谷ら¹⁴⁾は、1年目の看護師を対象とした新人看護師が必要としている実践能力について調査を行っている。その結果、看護実践能力を強化するためには、学生の主体的な学習を促進する教材の開発、臨地状況に近い工夫を凝らした演習、コンテクストを学ぶ臨地実習の積み重ねが必要であることが示された。同年中山ら¹⁵⁾により、看護基礎教育から新人研修および継続教育によって育成できる実践能力について内容検討が行われている。超高齢社会のなか、益々看護師の実践能力向上が求められる現在、看護基礎教育から、新人教育、継続教育という長期的な視点で、看護実践能力を育成するガイドラインの確立は不可欠である。

また、実習の最終責任は教員にあり、教員は学生の行動と学習状況を把握し、教育的配慮に焦点をあてて指導を行う。これに対して、実習指導者は対象者のケアに責任を持ち、対象者に焦点をあてた立場で学生指導にあたる。病院実習における指導体制を確立するためには、両者の実習における指導のあり方が重要と考える。したがって、教員と指導者の連携、環境条件の整備は極めて重要な課題といえる。

(2) 評価

評価に関する研究は16件みられた。16件のうち、8件は実習目標に対する評価の研究であり、残り8件は指導者や教員の指導に対する評価であった。

実習目標に対する評価の研究では、学生自身の自己評

価を分析したもの^{16,17)}、学生の自己評価と指導者・教員による評価を総合して分析したもの¹⁸⁾がみられた。学生と指導者の評価はほぼ一致するが、有意差が出る項目もあることが認められており、評価方法の見直しが必要であること、指導内容を指導者間、指導者・教員間で統一することの必要性が示唆されている。

また、指導内容について飯室ら¹⁹⁾は、実習初年度と2年目を比較検討し、初年度の結果をもとに、2年目に指導者と教員が連携を図りながら実施した結果、評価の十数項目で有意な上昇がみられたと述べている。学生側のみでなく指導する側も含め、両者の視点から実習や指導を評価することにより、評価の認識や思い・考えの違いの有無を明らかにするとともに、今後の病院実習における指導に対する評価について検討していく必要があると考える。

(3) 技術

技術に関する研究と分類できたものは、10件であった。グレッグら(2005)²⁰⁾は、臨地実習における学生の看護技術の習得状況に対する指導者および教員の評価から、卒業時まで習得すべき技術内容を整理する研究を行っている。2007年に和田ら²¹⁾は、看護学校における技術の教育実施状況にはばらつきがみられ、卒業時到達状況は指導者側が「単独でできる」技術に対する期待度が高かったとしている。これは、文部科学省で開かれた「看護教育の在り方に関する検討会」(2002)において看護技術学習項目が明記され、技術修得を重視した教育になっていることが関係していると考えられる。しかし、高度化する医療技術のなかでの病院実習において、患者の権利擁護の考えのもとに看護学生が実践できる技術は限られている。特に、身体に侵襲のある看護技術は実習ではほぼ実施できないため、病院実習で学べる技術と学内で習得する技術、継続教育において培う技術や実践能力について検討していく必要がある。

一方、病院実習前に学内で行う技術チェックや技術演習に指導者が参加することにより、学生側は学習への動機づけ、指導者側は学生のレディネスを理解する場となり、実習における指導方法を検討する機会になるといわれている^{22, 23, 24)}。しかし、金子ら²⁵⁾は学内で行われる学生の技術演習における指導者と教員の評価の違いを比較検討しており、指導者は、実習に対応できる技術という視点で、教員は基礎的知識・技術・思考の習得度という視点で評価していることが明らかとなった。指導者が学内演習に参加することは、両者にとって利点があるが、看護技術の評価については指導者・教員が共に独自の視点で行っていると考えられる。両者が同じ視点から評価ができるように協議し合い、同じ目標に向かって実習指導できるよう調整していくことが必要であると考えられる。

(4) 学び

学びに関する研究は6件であった。2003年に安藤ら⁶⁾は指導者への介入を行っている。「共に学ぶ」ことの意義やその方法を説明する介入を行った結果、学生が困っていることを確認しながらその方向性を示そうとすることは、学生に安心感与え、主体性が発揮できたと述べている。表ら(2005)²⁶⁾の研究では、カンファレンスは経験できなかったことについても学びが深められるため、そのような場の提供ができるような指導者の役割が必要であることを述べている。また、2007年川上ら²⁷⁾の研究では、レポートによる学びの分析を行い、学生は教員と指導者のサポートによって不安や困難さが軽減され、課題としているレポートを通して経験の意味づけを行い、学びが深化していることを明らかにしている。また、2008年奥田ら²⁸⁾も、学生のレポート分析から、学生が学んだことを指導者や教員が意味づけることが課題であると述べている。

学生が学びを深めていくためには、カンファレンスやレポートなどを活用していくことが重要であるが、教員と指導者の関わりによって実習での経験を意味づけていくことで、より学びが深まると考えられる。そのためには、教員と指導者が学生への関わり方を共に考え、実習指導力を向上させていくことが必要である。

(5) 関わり

関わりに関する研究は4件であった。ここでの関わりは、教員や指導者の学生に対する接し方・指導に焦点をあてている。2004年に宮長ら²⁹⁾は、学生が看護観を育むことができた事例を振り返り、指導者・教員は学生のつまづきや不安に早期に気づき、アドバイスをしていくことが重要であることや、適切な時期での助言、両者の協力は学生の実習での達成感により影響を与え、学生の倫理的感性を育てていく上で重要であることを示している。鈴木ら(2005)³⁰⁾の研究では、指導者は学生のことを考えた言動に努めていたが、優先順位により業務優先の言動もあることが認められた。2012年は、学生の病院実習における経験を成功体験につなげるための指導者の関わりについて研究が行われている。ケア実施中の関わりとして指導者がモデルになる、学生主体、安全の保証、患者と学生の雰囲気づくり、個別性を理解してほしい思いが抽出された³¹⁾。

以上のように、教員と指導者の関わりでは、学生の実習における達成感や看護観の育成に影響することが示唆されている。学生の個別性に配慮し、学生主体の実習ができるよう教員と指導者が共に関わっていくことが重要と考える。

(6) 思い

思いに関する研究は、42件であり最も多い内容であった。そのうち、学生に関するものが12件、指導者に関するものが27件、教員に関するものが3件であった。

①学生への思いに関する研究

2001年石田ら³²⁾により、学生の実習前後の不安・緊張の意識調査が行われている。その後2003年には、痴呆患者の看護における困難感を分析し、それを軽減するためには自己を振り返り、患者をあるがままに受け入れることが重要であり、実習での困難感を軽減するためには、教員と指導者の役割は非常に大きいと述べている³³⁾。また、嶋田ら(2007)³⁴⁾の研究では、認知症特有の症状に学生は困難感を感じており、指導者と教員が学生と共に振り返りを行い、認知症高齢者の行動を意味づけできるような教育的関わりが効果的であったことが示唆されている。核家族が増加しているなか、学生は普段の生活で高齢者と関わるのが少ないという背景の中で、実習で初めて接する認知症患者の症状にどう対応すべきか困難に感じることも多い。しかし、入院患者は年々高齢化しており、その対象を理解した上で看護していく必要がある。実習中に学生が困っている時に、教員と指導者は学生と共に振り返り意味づけを行っていくことによって、学生の理解が深まると考えられ、両者の役割はきわめて重要といえる。

2007年矢野ら³⁵⁾は、実習における新しい経験や気づきからの学びが達成感・満足感に繋がっていると述べている。竹内ら(2010)³⁶⁾は、実習満足感と自己効力感との関連性を分析しており、満足感の高い学生は自己効力感も高いことが明らかとなった。また、「指導者と教員との連携が上手くとれ双方の意見の食い違いがなかった」の項目と自己効力感に強い相関関係がみられたと述べている。実習満足度を上げるためには、自己効力感が効果的に働くよう学生と教員・指導者との関係が重要である。

②指導者の思いに関する研究

指導者の思いに関する研究は、指導上の困難なことに焦点を置き、それを分析している研究が多くみられた。江原ら(2006)³⁷⁾の研究では、指導者には教育側からの役割への期待やそれを果たそうとする重圧・責任感があり、教育側の指導方針の把握が不十分なことを自分の未熟さと捉え問題提起しにくかった可能性が高いことを示している。その結果として、指導者の意見交換の場では、各々の悩みや葛藤が表現できず、自分自身の内に抱え込んでいたことが述べられていた。石崎ら(2008)³⁸⁾は、指導者が抱えている指導上困っていることとその要因を検討している。その結果、指導者が実習において困っていることは指導体制に関することが最も多く、専任でないため指導が不十分、スタッフの協力が得られない、計画やレポートを見る時間が不足していることが挙げられていた。

指導者自身に関することは、指導者として自信がない、学生に合わせた指導方法に困難を感じているなどであり、教員との関係では、連携が不足していることが挙げられている。2012年原田ら³⁹⁾の研究では、指導者のとまどいとして、看護を育み指導することの難しさ、学生を育成する実習環境の整備不足、今時の大学生の気質が抽出されている。指導者が教員と連携がとれるように支援する必要がある、臨地と大学が相互交流を行うことで、指導者と教員・学生が互いを理解し、教育効果を高めることにつながることを示唆されている。同年山根ら⁴⁰⁾は、指導者の学生の実習に対する姿勢への不満と危惧、教育側の教育方針・指導体制への不満、スタッフ間の意識の差がある状況が「多忙な業務の中での学生指導の負担感」と結びつき、満足のいく指導ができない不全感になっている。その結果、「指導者とスタッフの連携の必要性」「教員との連携の必要性」を感じており、それが課題となっていると述べている。2004年に佐藤ら⁴¹⁾は、教員と指導者が連携していくためには、教員は積極的に実習指導に参加し教育観や学習者観を話し合い共有していくこと、指導者の自己評価を高められるようサポートし課題を共に考えることが必要であることが示されている。

以上のように、指導者を実習指導専任としておけない臨地の多忙さ、各教育側の教育方針の違いにより実習内容の把握が困難であることなどが指導者自身の負担となり、困難を感じながら指導を行っている現状が推測できた。その背景には教員との連携不足が挙げられており、今後の課題として指導者のサポート体制を確立し、互いの指導観や教育観を話し合えるよう連携していく必要性があると考えられる。

2005年金子ら⁴²⁾は、日常業務と指導者業務との兼務で負担度が高い指導者は指導に対する関心度が低く、指導に対する学生の変化にやりがいを感じている指導者は関心度に加えて自信度も高いことを明らかにした。また、井上ら(2011)⁴³⁾は、指導者が指導上大切にしていることについて調査しており、学生が主体的に学ぶよう支援する、学生を否定せず意欲を引き出すよう関わる、学生が看護や看護師に誇りや自信をもてるよう関わるなどのカテゴリーが抽出された。指導上課題と感じていることについては十分な指導が行えるような体制の整備、病棟全体での教育の質の確保、学生の実習への準備性に関する教員・教育機関との検討などが抽出されたと述べている。また、箕輪(2009)⁴⁴⁾の研究では、病院実習を受け入れる指導者の「知りたい」情報ニーズを調査している。30～40歳代の指導者は、若者への接し方と自分たちが学んだ頃とは変化した現在の看護学教育についての情報ニーズを持っており、専門学校と大学を受け入れる指導者は、専門学校と大学を比較した学生と教育の特徴についての情報ニーズを持っていた。それぞれの情報ニーズが異なる

るため、個々の指導者のニーズを踏まえた連携が必要である。

③教員の思いに関する研究

山田ら(2010)⁴⁵⁾は、看護教員が期待する臨地実習指導者の役割を明らかにすることを目的にフォーカスグループインタビューを行っている。「実習指導準備」「実習環境の整備」「学生の学習意欲への支援」「病棟スタッフとの連携」「教員との連携」がカテゴリーとして抽出されており、教育側と臨地側とが連携して指導をしていく必要性が示唆されている。2011年には、新人看護教員の困っていることの実態が調査され、実習では指導に対する不安や、指導者と教員との連携に困難を感じていることが明らかとなっている⁴⁶⁾。2012年井ノ上ら⁴⁷⁾により、実習調整者の役割について検討されている。教員は、指導者との連携が不十分であると考えている。しかし、先行研究ではその必要性は示唆されているものの、具体的にどのように連携していくことが望ましいのかという連携の具体的内容を研究している論文は検索できなかった。

3) 病院実習に関する研究の動向分析からみた今後の研究課題の展望

臨地では、病棟業務と兼任ではなく実習指導専任の指導者を置くことが望ましいといわれているが、業務の関係上それが困難なところも多い。また、教員も学内での講義などによって積極的に実習参加することが困難であることが現状での課題である。学生が看護実践能力を培い、学内で学んだ知識と技術を統合し実践するためには、実習環境を調整していくことや、指導体制を確立していくこと、個々の学生に応じた指導を行う必要があると考えられる。今回検索した研究の多くは、学生の主体性を尊重した指導を行えるよう指導者と教員の連携が必要であることが示唆されており、実習前後に合同指導者研修会を行う、指導者が学内演習に参加するなどが連携の一貫として行われている。研修会や学内演習の参加者は、学生の理解や指導への自信につながったと肯定的な意見が多いが、今回検索できた多くの研究では、指導者・教員ともに現在の連携では連携不足であると結論づけているものが多くみられた。連携の具体的内容について研究されている論文は検索できなかった。研究の結果として教員と指導者の連携が不可欠であることが見出され、その具体策については今後の課題であるということが示されたのみである。また、教員と指導者の「知りたい」情報ニーズの違いにより、連携の内容は異なるといわれており、個々の指導者のニーズを踏まえた連携の方法と内容を両者が共に後輩を育成するという長期的な視点から検討していく必要がある。

以上から、今後教育側と臨地側がどのように連携していけば看護学生がよりよい環境で病院実習ができるのか、

両者の実習における連携について具体化し、長期的視点から実習指導体制ガイドラインを確立するための研究を行っていく必要があると考えられる。

IV. 考 察

- 1) 病院実習に関する研究の中で、「指導者」と「教員」に焦点をあてた研究は2001年より増加傾向にある。
- 2) 分析対象とした研究をシソーラスやテーマ等を参考に、内容別に分類したところ、指導、評価、技術、学び、関わり、思いの6項目に分類できた。
- 3) 指導者と教員の実習指導における役割は異なるが、学生にとって効果的な病院実習ができるように両者が連携していく必要がある。しかし、現在の連携では連携不足であると結論づけている研究が多くみられた。
- 4) 教員と指導者との連携の具体的内容について研究されている論文は検索できず、両者の実習における連携について具体化し、長期的視点から実習指導体制ガイドラインを確立していくことが今後の研究課題である。

文 献

- 1) 藤岡完治, 尾宜譜美子: 看護教員と臨地実習指導者, 医学書院, 87, 2004.
- 2) 文部科学省 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会: 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 第一次報告(平成21年8月18日)
- 3) 北川志のぶ: 臨地実習における専任教員と臨床指導者の役割, 看護教育の研究, 3, 27-35, 1985.
- 4) 桐淵リツ子: 新カリキュラム下の臨床実習 臨床実習展開上の諸問題と対応 学校側・臨床側の連携と実習指導要綱づくり 教員と臨床実習指導者の連携・協力体制 臨床実習指導者側から, 看護展望, 17(2), 142-145, 1992.
- 5) 石田清美, 久保木三喜子, 河合節子, 他: 基礎看護学II期実習前, 実習後の不安・緊張への意識調査 アンケートをとおして意識の変化をみる, 旭中央病院医報, 23(1), 1-13, 2001.
- 6) 安藤高子, 森千鶴: 臨地実習において学生と『共に学ぶ』ことを再確認した臨地実習指導者の変化, 日本看護学会論文集 看護教育, 34, 177-179, 2003.
- 7) 清水妙子, 河原田榮子: 周手術期看護実習における看護診断を取り入れた看護過程の評価, 看護教員と実習指導者, 1(5), 116-123, 2005.
- 8) 榎元康世, 富岡由美, 三田村友美, 他: 臨床指導者が学内技術演習に参加することの意味 ユニフィケーション活動をとおして, 日本看護学会論文集 看護

- 教育, 37, 191-193, 2007.
- 9) 古谷剛, 石光美美子, 小澤麻美, 他: 臨床実習指導者が捉える「学生の主体性」に関する基礎的研究, 目白大学健康科学研究, 4, 77-82, 2011.
 - 10) 芦刈智美, 石山ひろみ: 臨地実習指導者の意識の向上をめざして 実習指導振り返り表を利用して, 九州国立看護教育紀要, 7(1), 20-26, 2004.
 - 11) 森麻美, 問可優子, 植田美鈴, 他: 看護専門学校と臨地実習3施設合同による臨床指導者研修会の意義, 日本看護学会論文集 看護教育, 35, 136-138, 2005.
 - 12) 松木和子, 三浦文子, 八木直子, 他: 教員・臨床実習指導者合同学習会の成果 プロセスレコードを用いた事例検討会からの学び, 日本看護学会論文集 看護管理, 36, 424-426, 2006.
 - 13) 石垣富士子, 藪越直美, 公立能登総合病院臨床実習指導者委員会: 臨地実習指導者の教育対策を考える, 公立能登総合病院医療雑誌, 17, 13-15, 2006.
 - 14) 松谷美和子, 佐居由美, 奥裕美, 他: 看護系大学新卒看護師が必要と認識している臨床看護実践能力1年目看護師への面接調査の分析, 聖路加看護学会誌, 16(1), 9-19, 2012.
 - 15) 中山洋子, 横田素美: 看護基礎教育から継続教育における看護実践能力の育成内容, 福島県立医科大学看護学部紀要, 14, 1-11, 2012.
 - 16) 菅谷千恵子, 駒田眞美, 河合節子, 他: 小児看護学実習に対する学生の授業(実習)評価, 旭中央病院医報, 31, 4-6, 2009.
 - 17) 久保園剛, 吉村晶幸, 下野義弘, 他: 精神看護学実習における看護学生の実習過程の評価「授業過程評価スケール 看護学実習用」による分析, 日本看護精神科看護学会誌, 51(2), 101-105, 2008.
 - 18) 片山陽子, 山内香織: 在宅看護実習における指導・評価の検討(第1報), 看護教育の研究, 19, 77-79, 2003.
 - 19) 飯室敦子, 横島啓子, 岡田さとみ, 他: 老年看護学療養病院実習における指導者の自己評価 ECTBによる評価, 初年度と2年目の比較, 日本看護学会論文集 看護教育, 40, 176-178, 2010.
 - 20) グレッグ美鈴, 宮本千津子, 田中克子, 他: 看護技術教育 プログラムの再構築と実践 臨地実習における看護技術の習得に関する研究, 看護展望, 30(6), 720-726, 2005.
 - 21) 和田由紀子, 上田加寿子, 八尋陽子, 他: クリティカルケアに対する看護学校の教育の現状と実習病院の期待, 九州国立看護教育紀要, 9(1), 25-35, 2007.
 - 22) 横井和美, 竹村節子, 沖野良枝, 他: 病院・大学連携における実習指導に対する取組み 実習指導者と連携した成人看護学実習直前の技術チェックに対する学生からの評価, 人間看護学研究, 7, 43-52, 2009.
 - 23) 渡邊江利子, 荒木清美, 坂本淑江, 他: 実習指導者と学校との連携を目指した研究会の成果 指導者が学内で体験する筋肉内注射の技術チェック, 九州国立看護教育紀要, 10(1), 16-23, 2008.
 - 24) 嶋根久美子, 額美保子, 榎本康世, 他: 看護基礎教育における学内技術演習の検討 模擬患者への基礎看護技術演習の効果, 日本看護学会論文集 看護教育, 36, 12-14, 2005.
 - 25) 金子吉美, 鈴木妙, 久保かほる, 他: 成人看護演習における看護師と教員の技術評価の特徴, 日本看護学会論文集 看護教育, 37, 383-385, 2007.
 - 26) 表五月, 谷本恵理, 高島佐代子, 他: 母性看護学実習における実習指導者のかかわり学生カンファレンスと学生の学びから考える, 香川県立保健医療大学紀要, 1, 141-145, 2005.
 - 27) 川上佐代, 古川明美, 大原幸子: 神経筋難病病棟での成人看護学Ⅳ(終末期の看護)における学生の学びの分析, 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 3, 257-260, 2007.
 - 28) 奥田真由美, 橋本笑子, 尾崎洋子: 神経難病・筋ジストロフィー患者看護の指導方法の工夫による学生の学びの関連 実習終了ふりかえりレポートからの分析, 中国四国地区国立病院付属看護学校紀要, 4, 58-77, 2008.
 - 29) 宮長邦枝, 逸見英枝: 倫理的感性を育てる看護学実習 成人看護学実習における一学年の実習内容を振り返って, 臨床看護研究, 11(1), 38-44, 2004.
 - 30) 鈴木朝子, 松山協香, 田崎優子: 臨地実習における実習指導者の学生への関わり 学生の行動計画発表場面から得られた実習指導者の実態, 日本看護学会論文集 看護教育, 36, 221-223, 2005.
 - 31) 伊藤まゆみ: 学生の経験を成功体験につなげるための臨地実習指導者の関わり, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 37, 132-139, 2012.
 - 32) 石田清美, 久保木三喜子, 河合節子, 他: 基礎看護学Ⅱ期実習前, 実習後の不安・緊張への意識調査 アンケートをとおして意識の変化をみる, 旭中央病院医報, 23(1), 11-13, 2001.
 - 33) 杉谷かずみ, 芳田章子: 痴呆患者の看護における看護学生の困難感の検討, 日本看護学会論文集 老年看護, 33, 211-213, 2003.
 - 34) 嶋田美香, 久原佳身, 石橋富貴子, 他: 学生が認知症高齢者と接するときを感じる困難感の内容とその

- 対処行動, 九州国立看護教育紀要, 9(1), 8-14, 2007.
- 35) 矢野順子, 藤本二三代: 基礎看護学実習生の実習満足感調査, 日本看護学会論文集 看護教育, 37, 434-436, 2007.
- 36) 竹内美千代, 山田さか江: 看護学生の臨地実習における実習満足感と自己効力感との関連性, 長野県看護研究学会論文集, 30, 82-84, 2010.
- 37) 江原真紀, 澄川幸恵, 鈴木利枝: 教育理念や方針の違いによる実習指導者の戸惑い・困難, 精神医学研究所業績集, 42, 97-99, 2006.
- 38) 石崎邦代, 池田正子: 臨地実習指導者がかかえている指導上の困難とその支援 実習指導者へのアンケート調査より, 日本看護学会論文集 看護教育, 38, 228-230, 2008.
- 39) 原田恵子, 持田容子, 片山弥生, 他: 看護系大学生の臨地実習に初めて関わった実習指導者のとまどい, 日本看護学会論文集 看護教育, 42, 72-75, 2012.
- 40) 山根美智子, 渡邊カヨ子: 急性期病院における看護学生への実習指導に対する看護師の思い, 獨協医科大学看護学部紀要, 5(2), 61-73, 2012.
- 41) 佐藤好子, 佐川朋美, 後藤文子, 他: 精神看護学実習に対する実習指導者の意識, 茨城県立病院医学雑誌, 22(2), 91-98, 2004.
- 42) 金子美香子, 鈴木のり子, 菅野寿美子: 臨地実習指導者の指導に対する意識 やりがいと関心度, 自信度, 負担度の関係, 日本看護学会論文集 看護教育, 36, 227-229, 2005.
- 43) 井上留実, 三重野英子, 末弘理恵, 他: 実習指導者の実習指導に前向きに取り組むための課題 実習指導の原動力となる思いを通して, 日本看護学会論文集 看護教育, 41, 49-52, 2011.
- 44) 箕輪千佳, : 新規に看護学実習を受け入れる実習指導者の情報ニーズと大学への期待, 佐久大学看護研究雑誌, 1(1), 3-11, 2009.
- 45) 山田聡子, 太田勝正: 看護教員が期待する臨地実習指導者の役割 フォーカスグループインタビューに基づく検討, 日本看護学教育学会誌, 20(2), 1-11, 2010.
- 46) 橋本笑子, 加藤かすみ, 伴藤典子, 他: 新人看護教員の講義、実習、生活指導で困っていることの実態, 中国四国地区国立病院附属看護学校紀要, 7, 105-112, 2011.
- 47) 井ノ上ルミ子, 青崎奈美, 仲尾左木子, 他: 実習調整者の役割検討, 看護実践の科学, 37(2), 62-65, 2012.

研究ノート

ボディメカニクス学習教材を用いる個別学習が看護学生にもたらす効果



川端 愛野¹⁾、大久保恵子¹⁾、米田 照美¹⁾、伊丹 君和¹⁾、安田 寿彦²⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

²⁾ 滋賀県立大学工学部

背景 看護者の腰痛は、離職者防止の観点からも深刻な課題となっている。腰痛予防の方法として看護動作時のボディメカニクス活用が推奨されるが、ボディメカニクスの知識や技術、認識不足のために多くの看護者が日常業務の中で腰部負担の大きい動作を行っているのが現状である。また、看護学生の腰痛発生率の高さも指摘されており、就職前の看護学生に対する早期の腰痛予防対策が求められている。

目的 前報（伊丹ら、2011）では、看護動作におけるボディメカニクス活用技術向上を目指して学習教材を開発し、医療現場に勤務する看護師を対象としてその有効性を検証した。本研究では、本学習教材を用いる個別学習を看護学生に促し、その効果を検討した。

方法 1. 本学習教材の概要：腰部に負担がかかる危険な前傾姿勢角度をリアルタイムまたは再生時に表示する。腰部にかかる関節モーメントの算出などから前傾姿勢における危険角度を40°、注意角度を30°と定め、設定角度に近づくと警告音が発生する。2. 2012年7～8月、本研究の趣旨に賛同が得られた59名の学生を対象とした。最初にベッドメイキング動作について本学習教材を活用した「ボディメカニクス活用」についての一斉演習を実施した。次いで、本学習教材を利用して個別学習ができるような環境を設定した。すなわち、学生が空き時間を利用して自由に個別の学習が行えるようにした。約2週間の個別学習期間を設けた後、技術チェックを行った。また、腰痛自覚率を調査するとともに、本学習教材に対する機能評価、意識調査を実施した。分析にはSPSS16.0 for windowsを用いてWilcoxonの符号付き順位検定を行った。

結果 本学習教材を用いた個別学習を学生に課したところ、個別学習前後で「日常生活における腰痛の自覚」の項目が平均2.4±1.4から2.0±1.2へ有意に減少した（P<0.01）。また、個別学習の回数と技術チェック項目の関係を分析したところ、「膝を屈曲して腰を落とす」「体をひねらない」「しわがない」「中心線がベッドの中心にある」の4項目との間に正の相関がみられた。

結論 本学習教材を用いる個別学習は、看護学生のボディメカニクス習得に貢献し、腰痛の要因である前傾姿勢の改善に有用である可能性が示唆された。

キーワード 看護学生 個別学習 ボディメカニクス 腰痛予防

Application of a body mechanics learning material to nursing students

Yoshino Kawabata¹⁾, Keiko Okubo¹⁾, Terumi Yoneda¹⁾,
Kimiwa Itami¹⁾, Toshihiko Yasuda²⁾

¹⁾School of Human Nursing The University of Shiga

²⁾School of Engineerig The University of Shiga

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先：川端 愛野

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：kitawaki@nurse.usp.ac.jp

I. 緒言

腰痛は、厚生労働省が2010年に行った「国民生活基礎調査」でも有訴者率が男性で1位、女性で2位に挙げられる症状であり、国民病とも言われている。腰痛発症の要因としては、不自然な姿勢や動作によるもの、老化や運動不足、栄養の偏り、肥満などからくる骨密度や筋力の低下、脊柱の不自然な彎曲によるものなど多様である。この様に多様な要因が関与する腰痛であるが、その中でも特に日常的に腰部に負担がかかる仕事、すなわち看護

や介護、養護や保育等の職業に従事する者や、長時間の座位をとる運転手などが多く抱える腰痛は「職業性腰痛」とも呼ばれ、離職者防止の観点からも深刻な課題となっている。中でも看護師の腰痛は他の職種と比較しても割合が高く¹⁾、休業が必要とされる重症腰痛症の発生比率が高いことが指摘されている²⁾。さらに海外では、看護師は他職種と比較して最も腰痛発生率の高い職種であると報告されている³⁾。

このような看護師の腰痛発症の背景として、日常的に行われている上体の前屈や捻転などの不自然な姿勢や重量物を取り扱う動作の頻度が他職種と比較して有意に高いことが挙げられる²⁾。北西ら⁴⁾は、腰痛を発症した看護師に対して調査を行い、腰痛を起こした姿勢として73.6%の者が「前屈」「中腰」を挙げており、看護作業時のこれらの動作を改善することが腰部への負担を軽減させ腰痛予防につながるとしている。これに対して簡便かつ確実に腰痛発症を予防する方法としてボディメカニクス活用が推奨されている⁵⁾。

ボディメカニクスは物理学と力学の諸原理を利用した経済効率の高い動作とされ⁶⁾、その活用によって姿勢改善が促され、腰痛予防が可能になると考えられる。しかしボディメカニクスは実践者自らがその技術を習熟しない限り活かすことはできない。看護職を対象に行った調査でも、忙しさや人員不足、知識不足などが原因で、ボディメカニクスが適切に活用できていないことが報告されている⁷⁾。したがって、実際に医療現場で働く看護師に対して「腰痛予防のためのボディメカニクス活用」に関する教育支援が急務である。具体的な教育支援として、ボディメカニクスにおける教材開発⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾が試みられているが、現在までの研究では簡便かつ客観的に自己の動作を評価して活用する教材の開発には至っていない。そこで伊丹ら¹¹⁾¹²⁾¹³⁾は、看護技術演習の初期の段階で習得する「ベッドメイキング動作」に焦点を当てて、看護動作における腰痛発症要因として最も多い前屈姿勢の改善を図る学習教材の開発を行い、その有用性の検討を重ねてきた。本学習教材は、前屈すなわち「傾斜の大きい前傾姿勢」に着目し、危険角度の発生を音と映像によってリアルタイムにフィードバックするものである。また、前傾姿勢を改善するためには基底面を広くとるように前後に大きく足を開き、膝を屈曲して重心を下げる必要がある。そのために、本学習教材では、前傾姿勢角度と共に両膝の屈曲角度も計測する。以上のように、本学習教材は、姿勢計測センサを装着した学習者が自己の動作時の前傾姿勢角度と両膝屈曲角度を客観的に認知し、ボディメカニクス活用への意識向上と看護動作時の姿勢改善を目指すものである。前報¹³⁾では、医療現場に勤務する看護師を対象として検証を行い、本教材を用いることによってボディメカニクス活用への意識が向上し、看護動

作時の姿勢が改善することを認めた。しかし看護師の腰痛発症時期は就職後2年以内という早期の発症であること¹⁴⁾や、看護学生の腰痛発生率は58.1%と高く¹⁵⁾、病院実習中の腰痛発症率も高い¹⁶⁾ことなどから、看護学生を対象にした早期の腰痛予防対策が求められている¹⁷⁾。

本研究では、に、本学習教材を用いる個別学習が看護学生にもたらす効果を検討した。

II. 研究方法

1. 用語の定義¹³⁾

- 1) 前傾角度：直立時の肩峰角点と大転子最外側点を結んだ直線（肩峰－大転子線）を基線（0°）とし、動作時の肩峰－大転子線と基線のなす角度を前傾角度とした。
- 2) 危険角度：前傾角度が40°。
- 3) 注意角度：前傾角度が30°。

2. 本学習教材の概要¹³⁾

- 1) 姿勢計測センサ装具：（株）日新企画製のプロテクターBEAS PAD VESTを使用して制作したベスト型の装着具であり、対象となる学習者が装着する。傾斜角センサを内蔵したブロックをプロテクターの背部に貼り付けることで前傾角度を計測できる仕組みである。また、膝の屈曲角度の測定は、膝関節の上下各2か所に伸縮性のある帯を巻きつけて装着する型の下肢関節角度検出用センサを用いて計測した。
- 2) 警告音発生機能：動作時にリアルタイムで自己の前傾角度の度合いが認識できるように、前傾角度に応じてスピーカーから危険角度あるいは注意角度に到達したことを学習者に知らせるため、2種類の警告音を発生させる機能。
- 3) 動作映像表示機能：学習者が看護動作姿勢を繰り返し再生して確認することができるように動作映像に記録および再生機能を搭載した。動作映像はCCDカメラを用いて習得し、画像再生時には、実際の動作映像と同時にメータおよびグラフで、前傾角度と両膝の屈曲角度が表示され、その時点での角度平均値も表示される。さらに学習者に対する視覚的フィードバック効果を高めるために前傾角度を示すメータ内の危険角度域を赤色、注意角度域を黄色で表示して、不適切な角度となっていることを認識しやすくした。動作映像データおよび前傾角度と膝関節屈曲角度は学生ごとにコンピュータに保存され、いつでも再生して学習の進捗状況を確認できるようにした。

3. 研究対象者

2012年7～8月、本研究の趣旨に賛同が得られた59名

の看護学生（男性4名、女性55名）を対象とした。

4. 実施方法

1) ベッドメーカーキング動作

今回評価したベッドメーカーキング動作は、2人法とし、臥床患者無しで下シーツのみを実施する基礎的な看護動作である。シーツの四隅はいずれも三角に折り返すように統一した。また、服装はナース服およびナースシューズとした。

2) ボディメカニクスおよび本学習教材活用に対する意識調査

本学習教材の使用方法についての一斉演習を実施した後に、約2週間の個別学習期間を設け、ボディメカニクスおよび本学習教材活用に対する意識調査を行った。内容項目は、腰痛自覚、本学習教材活用の評価、本学習教材システム機能の評価、本学習教材システム操作の評価であり、自記式質問紙とした。

腰痛自覚については①看護動作時に腰痛を自覚しているか、②日常生活において腰痛を自覚しているかについて5件法（5点：自覚している、4点：少し自覚している、3点：どちらともいえない、2点：あまり自覚していない、1点：自覚していない）で回答を得た。

本学習教材活用の評価は、システム活用によって自己の看護動作を客観的にチェックできると思うかなど、6項目について5件法（5点：思う、4点：少し思う、3点：どちらともいえない、2点：あまり思わない、1点：思わない）で回答を得た。

本学習教材システム機能の評価は、注意角度・危険角度の表示はわかりやすいかなど、9項目について5件法（5点：思う、4点：少し思う、3点：どちらともいえない、2点：あまり思わない、1点：思わない）で回答を得た。

本学習教材システム操作の評価は、システムの装着は容易かなど、4項目について5件法（5点：思う、4点：少し思う、3点：どちらともいえない、2点：あまり思わない、1点：思わない）で回答を得た。

3) ベッドメーカーキング動作の技術チェック

約2週間の個別学習期間を設けた後に、ボディメカニクスを活用したベッドメーカーキング動作の技術チェックを行った。評価は、前傾姿勢になっていないかなどボディメカニクス活用技術に関する9項目について2件法（1点：できている、0点：できていない）で教員が評価を行った。またシーツにしわがないかなどベッドメーカーキング技術に関する6項目について2件法（1点：できている、0点：できていない）で教員が評価を行った。

4) 方法

本学習教材を活用した「ボディメカニクス活用」についての一斉演習を実施した後、本学習教材を利用した個別学習が可能な環境を設定した。すなわち学生が空き時間を利用して自由に個別の学習が行えるようにした。約2週間の個別学習期間を設けた後、本学習教材の活用頻度および本学習教材に関する意識調査と、ベッドメーカーキング動作の技術チェックを行った。

図1は、本学習教材を用いてベッドメーカーキング動作を行っている様子である。



図1 本学習教材を用いてベッドメーカーキング動作を行っている様子

5) 分析方法

腰痛自覚および本学習教材活用における意識調査については、各5件法での評価を実施した後、SPSS 16.0 for windowsを用いてWilcoxonの符号付き順位検定を実施した。

倫理的配慮として、対象者に本研究の目的と内容を伝えた後、参加の自由および匿名性の保持、個人評価に不利益がないことを口頭と書面で説明し、同意と協力を得た。なお、本研究の実施にあたり、滋賀県立大学倫理審査委員会の承認を得た。

III. 結果

対象者は男性4名、女性55名の看護学生計59名であり、平均年齢は19.1±1.1歳（平均値±S.D）であった。平均身長は158.6±5.7cmであった。

1. 本学習教材活用の学習効果およびシステム機能評価について

1) 本学習教材活用の評価

本学習教材活用の学習効果に関する調査結果を表1に示す。

本調査結果から、「本学習教材を用いた演習は、ボディ

メカニクス活用のために参考になった」と回答した者が4.9±0.3点と最も高値を示しており、「システム活用によって、自己の看護動作を客観的にチェックできる」「システム活用は看護動作時のボディメカニクス活用への関心を高めると思う」「システムを活用して、今後も自己の看護動作をチェックしたい」と回答した者もそれぞれ4.8±0.3点と高値であった。

表1 本学習教材の学習効果についての評価 (n=59)

調査項目	評価(5件法)*
ボディメカニクス学習システムを用いた演習は、ボディメカニクス活用のために参考になったか	4.9±0.3
システム活用によって、自己の看護動作を客観的にチェックできるか	4.8±0.4
システムを活用して、今後も自己の看護動作をチェックしたいか	4.8±0.4
システム活用は看護動作時のボディメカニクス活用への関心を高めると思うか	4.8±0.4
システムを活用した今回のボディメカニクス学習は楽しかったか	4.7±0.5
システム活用によって、看護動作姿勢が改善できると思うか	4.7±0.5

*「思う」5点、「少し思う」4点、「どちらともいえない」3点、「あまり思わない」2点、「思わない」1点の5件法。

表2 本学習教材のシステム機能についての評価 (n=59)

調査項目	評価(5件法)*
危険角度における音発生	4.9±0.4
リアルタイム機能	4.8±0.4
危険角度における色別表示	4.7±0.5
動作映像	4.7±0.5
再生機能	4.7±0.5
評価の円グラフ	4.7±0.5
総合判定	4.6±0.6
角度メーター・グラフ	4.5±0.7
動作角度平均値表示	4.5±0.7

*「わかりやすかったと思う」5点、「少しわかりやすかったと思う」4点、「どちらともいえない」3点、「あまりわかりやすかったと思わない」2点、「わかりやすかったと思わない」1点の5件法。

2) 本学習教材のシステム機能についての評価

次に、本学習教材のシステム機能および操作・装着の簡便性についての調査結果を表2と表3に示す。

本調査結果から、本学習教材のシステム機能の評価(表2)は高得点が得られており、特に「危険角度による音発生」機能が4.9±0.4点と高い評価を得たことが示された。操作・装着の簡便性(表3)については4項目とも5点満点中4点台であった。

表3 本学習教材の着用と操作についての評価

調査項目	評価(5件法)*
システムの操作は、容易か	4.2±0.7
装着の際、マニュアルはわかりやすいか	4.2±0.7
操作の際、マニュアルはわかりやすいか	4.1±0.7
システムの装着は、容易か	4.1±0.8

*「思う」5点、「少し思う」4点、「どちらともいえない」3点、「あまり思わない」2点、「思わない」1点の5件法。

2. 腰痛の自覚についての評価

本学習教材の活用前後の腰痛に関する項目の変化を表4に示す。

腰痛の自覚については、「日常生活における腰痛の自覚」が本学習教材活用後に2.4±1.4点から2.0±1.2点に有意に減少した。また「看護動作時の腰痛の自覚」に関しては、2.5±1.3点から2.2±1.2点へと、有意差は見られなかったが数値の減少が確認できた。

表4 本学習教材の活用前後の腰痛に関する項目の変化 (n=59)

調査項目	活用前*	活用後*
看護動作時に腰痛を自覚しているか	2.5±1.3	2.2±1.2 n.s
日常生活で腰痛を自覚しているか	2.4±1.4	2.0±1.2 **

** : P<0.01

*「自覚している」5点、「少し自覚している」4点、「どちらともいえない」3点、「あまり自覚していない」2点、「自覚していない」1点の5件法。

3. 本学習教材活用回数とボディメカニクス技術およびベッドメイキング技術向上との関連性について

本学習教材を用いての個別学習の回数は最少2回、最多25回で、平均は11.7±4.3回であった。個別学習の回

数と学習後に行ったベッドメイキングの技術チェックの成績との相関結果を表5表6に示す。

個別学習の回数とボディメカニクス活用技術の関係(表5)では、「頭側のシーツを作る時に膝を屈曲させて腰を落としている」「頭側のシーツを作る時に身体をひねっていない」の2項目で個別学習の回数との間に低い正の相関が認められた。また、個別学習の回数とベッドメイキング技術の関係(表6)では「シーツにしわがない」「中心線がベッドの中央にある」の2項目で低い正の相関が認められた。個別学習の回数と「日常生活における腰痛の自覚」「看護動作時の腰痛の自覚」軽減度の関係では相関は見られなかった。

表5 本学習教材の使用回数とボディメカニクス活用技術との相関係数

調査項目	相関係数
前傾姿勢になっていない(頭側)	0.01
前傾姿勢になっていない(足側)	0.10
膝を屈曲させて腰を落としている(頭側)	0.30 *
膝を屈曲させて腰を落としている(足側)	0.01
両足を前後に大きく開いて基底面を広くしている(頭側)	0.11
両足を前後に大きく開いて基底面を広くしている(足側)	0.00
ひねっていない(頭側)	0.25 *
ひねっていない(足側)	0.06
ベッド高を適切に合わせた	0.01

* : $r > 0.2$ 低い相関あり

表6 本学習教材の使用回数とベッドメイキング技術との相関係数

調査項目	相関係数
シーツにしわがない	0.23 *
中心線がベッドの中央にある	0.28 *
角が三角にきれいにつくれている(頭側)	0.00
角が三角にきれいにつくれている(足側)	0.05
手の甲を上にしてシーツをしっかりと入れ込んでいる	0.05
1分30秒以内にできる	0.07

* : $r > 0.2$ 低い相関あり

IV. 考 察

1. 本学習教材活用による腰部負担軽減の可能性

本研究では、看護学生を対象にして、開発したボディメカニクス学習教材活用の有効性を検討した。本学習教材を活用すると、看護動作時の自己の姿勢を「音」と「映像」からリアルタイムに認知することができ、フィードバックが得られる。したがって、前傾姿勢とならないように両膝を屈曲して重心を低くするというボディメカニクスにかなった姿勢となりやすい。このことは本学習教材の機能評価において、「危険角度による音発生」機能が 4.9 ± 0.4 点、次いで「リアルタイム機能」「危険角度における色別表示」「動作映像」「再生機能」などの視聴覚から自己の姿勢を的確に振り返り改善できる機能が高い評価を得たことから伺える。本学習教材活用後に行ったベッドメイキングの技術チェックで、「膝を屈曲させて腰を落としている」「身体をひねっていない」の2項目で本学習教材の使用回数との間に正の相関が認められたことや、フリーコメントで「図やグラフに表れるので見やすく、分かりやすかった」等の意見があったことから、本学習教材の活用は、看護動作における前傾姿勢への意識を高め、姿勢改善を促すことが可能であると考えられた。また、今回の調査では本学習教材の使用回数と腰痛軽減度の関係では相関が見られなかったが、腰痛の自覚が教材活用後に減少したことから、少ない活用回数でも自己の姿勢を自覚し改善できる効果があったのではないかと考えられた。ボディメカニクスは物理学と力学の諸原理を利用した経済効率の高い動作とされ⁶⁾、その活用は姿勢改善を促し腰痛予防が可能になると考えられる。今回本学習教材を活用した前後で行った腰痛自覚に関する調査で、活用後に腰痛の自覚が有意に減少したことは、学生が本学習教材活用を通して自己の前傾姿勢を自覚し、日常的にも姿勢の改善を意識した結果である可能性が高いと考えられる。これは医療現場に勤務する看護師を対象として本学習教材を活用し検証を行った結果¹⁵⁾とも同様である。

また、本学習教材を用いて演習を行った後、自由に使用できるように環境を整えた結果、学生達は自主的に空き時間を見つけて個別学習を行った。実際に個別学習が行えた期間は約2週間と短期間ではあったが、その間に本学習教材の利用回数は最多の学生で25回にも上り、平均利用回数も 11.7 ± 4.3 回であった。短期間でも学生たちが自主的に練習を重ねることができた原因として、本学習教材の操作の簡便性と、視覚と聴覚によって前傾角度を認識し、フィードバックできるという機能が挙げられる。実際に調査では操作・装着の簡便性についての評価はいずれも5点満点中4点台であった。また、フリーコメントにも「どの場面で危険な角度になっているのか

が音と映像ではっきり分かるので、自分は特にいつ注意すべきかが分かり良かった。」「自分の動作を客観的に見ることができるので、自分の直すべき点がしっかり分かった。」などの記述があり、本学習教材を用いて自己の姿勢を正確に把握することが学習意欲の向上につながった要因の1つではないかと考えられた。さらに、「システムを活用したボディメカニクス学習は楽しかったか」の項目が 4.7 ± 0.5 点と高かったことに加え、評価の円グラフや総合判定が表示されることに対する評価も高く、「練習を重ねることで総合判定が良くなるのが嬉しく頑張ろうという気持ちになった。」とのコメントもあり、その都度評価が確認でき、自己のボディメカニクス技術が向上していることが感じられたことがさらなる励みになっていたと考えられる。下田¹⁸⁾は、学習意欲が安定して持続するためには学習者に喜びや楽しみを多く実感させて有能感や効力感をもつように関わる必要があると述べており、本学習教材を用いた個別学習にそれらの効果があったと考えられる。加えて「システム活用は看護動作時のボディメカニクス活用への関心を高めると思うか」の項目の点数が 4.8 ± 0.4 点と高値であったことや、「機械を使って何度も練習したので、付けていなくても意識的に姿勢を直すことができるようになった。」「システムを使うことで姿勢を意識できるようになった。」とのコメントもあり、本学習教材を用いて意識的に前傾姿勢を改善するよう訓練することにより継続的に前傾姿勢を予防でき、その結果、腰痛予防へつながる可能性が示唆された。

2. 本学習教材活用回数とボディメカニクス技術およびベッドメーカー技術向上との関連性について

本学習教材活用後にベッドメーカーの技術チェックを行い、その技術点と本学習教材活用回数の関係を解析した。個別学習の回数とボディメカニクス活用技術の関係を解析したところ、「頭側のシーツを作る時に膝を屈曲させて腰を落としている」「頭側のシーツを作る時に身体をひねっていない」の2項目で両者の間に低い正の相関が認められた。また、個別学習の回数とベッドメーカー技術の関係では「シーツにしわがない」「中心線がベッドの中央にある」の2項目で両者の間に低い正の相関が認められた。前の2項目に関しては本学習教材を繰り返し活用することによって、適切なボディメカニクス活用が習得できた結果であると考えられる。重心を高く保ったり体をねじったりすることは、腰痛の原因となる前傾姿勢やひねり動作を誘発する危険な動作である¹⁹⁾。本学習教材を活用することでそれらの動作を改善することができたと考える。同様に後の2項目に関しても「練習するうちに姿勢のコツがつかめ、シーツもきれいに作れるようになり、練習の大切さや楽しさが分かった」等

のコメントもあり、本学習教材を活用する中で、ボディメカニクス技術とともにベッドメーカー技術が向上したと思われる。一方、本学習教材には、ひねりの程度を確認できる機能がなく、コメントでもその表示を求めるものがあり、今後本学習教材のさらなる開発が必要である。

ボディメカニクスは、各人自らが技術を習熟し、実践しなければ活かすことはできない。自己の動作を客観的に評価することができる本学習教材の活用は、ボディメカニクス活用への理解と意識向上に有益である。今後も看護動作時の前傾姿勢改善と、腰痛改善に向けて、看護学生のうちから本学習教材による教育を継続していくことが重要である。

V. 結 論

看護学生59名を対象として、ベッドメーカー動作における本学習教材活用の有効性を検討し、以下の結果を得た。

1. 本学習教材の機能評価では、「危険角度における音発生」機能の評価が 4.9 ± 0.4 点と最も高得点であった。
2. 本学習教材の活用前後で、腰痛の自覚が 2.4 ± 1.4 点から 2.0 ± 1.2 点に有意に減少した。
3. 本学習教材活用回数とボディメカニクス技術・ベッドメーカー技術の向上の間に正の相関関係がみられた。

以上の結果から、本学習教材を用いる個別学習は、看護学生ボディメカニクスの習得に貢献し、腰痛改善に有用である可能性が示唆された。

謝 辞

本研究に快く参加協力頂いた皆様方に心より感謝いたしますとともに、論文作成にあたりご指導頂きました諸先生方に深く感謝申し上げます。

文 献

- 1) 1) 大原啓志, 青山英康: 職業性腰痛の疫学と課題, 日本災害医学会誌 42(6), 413-419, 1994.
- 2) 甲田茂樹, 久繁哲徳, 他: 看護婦の腰痛症発症にかかわる職業性要因の疫学的研究, 産業医学33, 410-422, 1991.
- 3) Jensen, R. C.: Disabling back injuries among nursing personal, Research needs and justification. Res. Nurs. Health10, 29, 1987.
- 4) 北西正光, 名島将浩: 看護業務従事者における腰痛の疫学的検討, 日本腰痛会誌 1(1), 13-16, 1995.

- 5) 武未希子, 水戸優子, 他: 看護におけるボディメカニクスに関する文献の検討, 東京都立医療技術短期大学紀要11, 175-181, 1998.
- 6) 小川鑛一, 鈴木玲子, 他: 看護動作のエビデンス, 東京電気大出版局, 2003.
- 7) 久留島美紀子, 伊丹君和, 他: 看護・介護作業時のボディメカニクス活用状況に関する一考察, 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌7, 90-96, 2003.
- 8) 水戸優子, 支自岐康子, 他: 基礎看護教育における「ボディメカニクス」の効果的教材の開発(2), 東京都立保健科学大学学術雑誌2(1), 13-15, 1999.
- 9) 土井英子, 石本傳江, 他: ボディメカニクス習得における視聴覚教育方法に関する検討—動作分析装置を用いたベッドメイキング動作の分析—, 新見公立短期大学紀要21, 75-82, 2000.
- 10) 高橋由紀, 中村恵子: 看護学生のボディメカニクス習得に関する研究(2) VTR視聴による指導前後の姿勢・表面筋電図の変化, 日本看護技術研究学会誌5(1), 21-31, 2006.
- 11) 伊丹君和, 安田寿彦, 他: ベッドメイキング動作における前傾角度に着目したボディメカニクスチェックシステムの開発, 日本教育工学会論文誌33(1), 1-9, 2009.
- 12) 伊丹君和, 久留島美紀子: 看護動作姿勢改善をめざした危険角度での「音」発生機能を搭載したボディメカニクス学習システム開発とその評価, 日本看護研究会雑誌33(2), 95-102, 2010.
- 13) 伊丹君和, 安田寿彦, 他: 医療現場に勤務する看護師を対象としたボディメカニクス学習教材の活用と評価, 人間看護学研究9, 1-10, 2011.
- 14) 宮本雅史: 新人看護職員を対象とした腰痛教室, 整形・災害外科41, 223-230, 1998.
- 15) 土方浩美, 武石浩之, 他: 看護短期大学生におけるアンケートによる腰痛調査, 東京女子医科大学看護短期大学部研究紀要19, 97-99, 1997.
- 16) Klaber, M. J. A: A longitudinal study of low back pain in student nurse. Int. J. Nurs. Stud 30(3), 197-212, 1993.
- 17) 古株ひろみ, 北村隆子, 他: 看護婦の腰痛予防に関する研究(第1報), 看護女子学生の腰痛実態調査, 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌5, 45-51, 2001.
- 18) 下田好行: 学習意欲向上のための総合的戦略に関する研究, 平成18年度 科学研究費補助金基盤研究(C) 研究成果最終報告書, 2007.
- 19) 労働省労働衛生課: 職場における腰痛予防対策マニュアル, 中央労働災害防止協会, 1996.

研究ノート

救命救急センターにおいて看護師が認識する仕事に対する他者からの承認



本田可奈子¹⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

目的 看護師に対する他者からの承認は、職務満足と関連することが示されている。救命救急センターにおける看護師の仕事に対する「承認」の内容から、救命救急センターで看護師が認識する承認の特徴を明らかにする。

方法 救命救急センターの勤務経験が3年以上の看護師で、事前に研究の承諾が得られた20名に半構成的質問紙を用いた面接調査を行った。調査内容は、職場の他者から仕事で認められることで自己を肯定的にとらえることが強化され、仕事に対して動機づけられたこと、及び性別・年齢・看護経験年数・救命救急センターでの看護経験年数・職位の個人的要因とした。分析は、面接内容から逐語録を作成し、看護師が認識する他者からの「承認」の内容を抽出し、コード化・カテゴリー化した。また分析にあたってはスーパーバイズを受けた。研究対象者への倫理的配慮は、研究の参加は任意であること、収集したデータは研究のみに使用し匿名性を保証した。A大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った。

結果 対象者は6カ所の救命救急センターに従事する看護師19名で、男性3名、女性16名であった。年齢は27歳-44歳、看護師経験年数は6年-22年、三次救急医療経験年数は4年-20年、職位は主任が5名、看護師が14名であった。調査より「承認」に関して41個のコードが抽出され、機能的にサブカテゴリー・カテゴリー化した結果14のサブカテゴリー、5つのカテゴリーに分類された。『上司からの信頼と尊重』は【上司が尊重してくれる】などのサブカテゴリーで、『後輩からの信頼』は【後輩が自分を目標にしてくれる】【後輩がこころを開いてくれる】などのサブカテゴリー、『同僚からの承認と受容』は【同僚が受け入れてくれる】などのサブカテゴリー、『先輩からの承認と受容』は【先輩が自分の成長を認めてくれる】のサブカテゴリー、『医師からの信頼』は【医師が仕事でたよりにしてくれる】などのサブカテゴリーで構成された。

考察 他者からの承認のコードの中で上司や同僚、医師からは仕事に対する承認が、後輩からは自分に心を開いてくれること、先輩からは成長を認めてくれることなど職場の人間関係によって特徴的な承認の内容が見られた。また、一番コードが多かったのは上司からの承認と、後輩からの承認のコードであった。これは、看護師の仕事に対する動機づけに上司の承認が重要な因子であるとともに、後輩からの承認は客観性と仲間として情緒的な安定を後輩から求めていると考えられた。

キーワード 救命救急センター, 承認, 看護師

Recognition behavior from the others to the work which a nurse recognizes in a critical care center

Kanako Honda¹⁾

¹⁾The University of Shiga Prefecture

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先：本田可奈子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：honda@nurse.usp.ac.jp

I. 緒言

看護師の全国平均離職率は、2010年で常勤看護職員11.0%、新卒看護職員は8.1%¹⁾と前年比より減少している。しかし、厚生労働省によると2011年の時点で全国で「約56,000人」の看護師が不足しているとされ²⁾、まだまだ看護師は充足しているといい難い。看護師の離職を防止し、職場に定着する（職場継続）意思を促進する

ためには看護師の職場に対する満足度を高めることが重要であることが多くの先行研究によって明らかにされている。

職務満足と強く関連する因子のひとつとして承認はメタ分析で明らかにされている³⁾。Maslow⁴⁾は承認について、人間には二種類の承認の欲求があり、その一つが他者からの承認であり、これには名声、表彰、受容、注目、地位、評判、理解などの概念を含み、この承認が不十分であると劣等感や無力感を抱くとしている。また、Herzberg⁵⁾は、自分が認められ評価を受けるという承認を内発的動機づけ要因の一つにあげている。内的動機づけは、自分自身の内にあるものを行動の源泉として仕事そのものに動機づけられ、働くことそれ自体に生きがいを見出すことを重視する考え方であり、職場を動かし組織を動かす最も大きな要因とされている⁶⁾。さらにAbualrubら⁷⁾は、承認が職務継続意思に影響を及ぼすことを示し、実践の承認は仕事のストレスの低減と職務継続の強化の助けになることを指摘した。看護師の職務定着意志を高めるためには内的動機づけを促進する承認を強化する必要がある。

承認の構成概念としてBlegnら⁸⁾は、職務満足と関連する承認は、管理者や指導者からの際立った実践に対する個人的な承認であることを明らかにし、「成長の機会を与える」、「書面にて伝える」、「公式にフィードバックする」「非公式にフィードバックする」や「スケジュールを調整する」、「給料をあげる」などヘッドナースの6つの承認のカテゴリーを示した。国内では野口⁹⁾が助産師を対象に調査をし、上司からの信頼と権限の委譲、医師からの尊重、同僚からの保証、患者や家族との親しい関係、脅かされない、の5つの概念を明らかにし、とくに上司からの承認が仕事の満足度に対して重要な説明変数であるということ報告した。撫養ら¹⁰⁾は野口の承認の尺度を用いて中堅看護師に対する調査を行ったが、「上司が個々のスタッフを尊重した関わりと支援」という承認が最も職務満足と関連が強かったことを示した。以上のように看護師の実践に対する承認は、看護師の支援につながるとともに、職場定着意思にも直接的、間接的に影響がある因子であることが考えられた。

救急看護では緊張状態の中で高度な技術が求められ、また患者の重篤な状況のなかでは自分の行ったケアがすべてよい結果につながるとは限らない。そのような状況で他者から自分のケアに対する承認を得られることは看護師の内的動機づけを強めるとともに、職場継続意思を高めることにつながると考えられた。しかし国内の救急看護において承認に関する研究はなく、救急看護の中でまずどのような行動が看護師に承認されたかと認識されているのか明らかにする必要がある。従って本研究は救命救急センターにおける看護師の仕事に対する承認の特徴

を明らかにし、内的動機づけを高める承認のあり方について考察することを目的とした。

II. 研究デザイン

質的記述的研究デザインとした。

III. 用語の定義

- ・救命救急センター：重症外傷、脳血管障害、虚血性心疾患など生命の危機に瀕した重症救急患者に対応し、救命のために精力的な治療を行う施設。
- ・承認：看護師が行った仕事を患者家族以外の医師、同僚、指導者（管理者）から認められることで自己を肯定的にとらえることが強化され、仕事に対して動機づけられる。患者や家族は看護師のケアの直接の対象であるため、他者からは省くこととした。
- ・内的動機づけ：自分自身の内にあるものを行動の源泉として仕事そのものに動機づけられ、働くことそれ自体に生きがいを見出すことを重視する考え方。

IV. 方法

1. 研究参加者の選定

救命救急センターでの経験が3年以上の看護師で、事前に研究の承諾が得られた20名である。経験3年以上としたのは、Benner¹¹⁾が提示する看護師の発達段階の1人前の段階をもとにした。3年以上は問題について熟考し抽象的・分析的な企画に基づいて計画を立案し、意識的に自分の行動を行うことができる。同じ部署に3年以上勤務することはその部署の特定の現象について認識し、言語化できると考えられた。

施設は近畿圏内の救命救急センター6か所とした。近畿圏内には独立型救命救急センターと総合病院に併設された救命救急センターがあり、両方の施設の看護部責任者に対して研究の趣旨と方法を説明し、本研究の承諾を得た後、研究参加者の紹介を受けた。

2. データ収集法

研究参加者である看護師の勤務や私事に支障をきたさない時間に、自由回答式のインタビューガイドを用いて30分前後の半構成的面接調査を行った。

3. 調査内容

調査内容は、職場の他者から仕事で認められることで自己を肯定的にとらえることが強化され、仕事に対して動機づけられたこと、及び性別・年齢・看護経験年数・救命救急センターでの看護経験年数・職位の個人的要因

とした。

4. 研究機関

平成20年7月下旬～9月末

5. 分析方法

分析の最終目標を分類・命名におき、以下の手順で分析をおこなった。研究参加者ごとにICレコーダーで記録した面接内容から逐語記録を作成した。逐語記録の記述文は一内容ごとに分け、救命救急センターに従事する看護師が認識する他者からの「承認」を表している状況を過度に抽象化せず抽出した。それを類似性、相違性に従って分類し、コード化した。各コードから、内容の類似性によってまとめてグループに分け、グループに含まれるコードの内容の共通点を忠実に反映した名称をつけ、カテゴリーとした。さらにカテゴリーを内容の共通したものによってまとめ、名称をつけ、最終的に上位カテゴリーとした。面接内容記録、および結果は研究参加者へ面接の逐語録を提示してその内容について意見を求めた。分析は、質的研究の経験をもつ指導者から継続的なスーパーバイズを受け、妥当性を高めるように努めた。

V. 倫理的配慮

研究参加者には、調査目的、方法、参加の自由意志、プライバシー保護、匿名性とデータの機密性は保持されることを口頭と文書で説明し同意を得、遵守した。なお本研究は、A大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

IV. 結果

1. 研究参加者（表1）

研究参加者を表1に示した。研究参加者は救命救急センターに従事する看護師19名で、男性3名、女性16名であった。1名はユニットの責任者であり、内容が他と異なることが多く、除外することとした。年齢は27歳から44歳で、年齢の分布は20代が5名、30代が11名、40代が4名であった。看護師の経験年数は6年-22年、救命救急センターでの経験年数は4年-20年であった。勤務しているセクションはICUが10名、救急外来と手術室兼任が4名、救急外来が3名、救急病棟が2名であった。職位はセクションの責任者の次点、次々点にあたる主任・副主任が5名、チームリーダーの役割であるスタッフナースが14名であった。面接所要時間は平均22分であった。

表1 参加者属性

ID	年代	性別	看護師 経験年数	救命救急 センター 経験年数	役職
A	30	男	10	7	スタッフナース
B	40	女	22	7	主任
C	20	女	6	6	スタッフナース
D	30	男	10	10	スタッフナース
E	40	女	20	20	スタッフナース
F	20	女	8	8	スタッフナース
G	30	女	15	13	主任
H	30	男	14	11	主任
I	30	女	10	9	スタッフナース
J	30	女	12	12	スタッフナース
K	30	女	14	10	スタッフナース
L	30	女	10	6	スタッフナース
M	20	女	8	8	副主任
N	30	女	17	7	スタッフナース
O	30	女	13	6	スタッフナース
P	40	女	18	10	スタッフナース
Q	20	女	7	4	スタッフナース
R	20	女	7	6	スタッフナース
S	30	女	10	10	副主任

※ユニットの長の次点にある管理職を主任、その次点を副主任と呼称を統一した。

2. 救命救急センターにおいて看護師が認識する仕事に対する他者からの承認（表2）

調査より「承認」に関して41個のコードが抽出され、機能的にサブカテゴリー・カテゴリー化した結果14のサブカテゴリー、最終的に『上司からの信頼と尊重』『後輩からの信頼』『同僚からの承認』『先輩からの承認』『医師からの信頼』の5つのカテゴリーに分類された。それらの結果は、上位カテゴリーを『 』、サブカテゴリーを【 】、コードを<<>>で囲んで以下に示すとともに、カテゴリーの内容を表2に示した。また、代表的な研究参加者の語りは斜体で示した。

1) 『上司からの信頼と尊重』

このカテゴリーは以下の2つのサブカテゴリーから構成された。

【上司に仕事を認められる】

ここでは、いい看護をしていると思う、仕事の結果がでたことを肯定的に伝えてくれる、自分を必要としていることを伝えてくれる、上司にたよりにしているといわれると、直接上司が本人に承認の言葉を伝えていた。

師長が、あのはっきりと私に対して辞めてほしくないといってくださったのと、すごく私の頑張っていることをみているというふうに言ってくださって。あの私が辞めたいといったときに辞めてほしくないという言葉じゃなくて、私は〇さんを手放す気はないといっただけだった言

表 2. 救命救急センターにおける看護師が認識する仕事に対する承認

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
『上司からの信頼と尊重』	【上司に仕事を認められる】	≪上司がいい看護をしていると思うと直接いつてくれる≫ ≪上司より仕事の結果がでたことを賞賛してくれる≫ ≪上司が自分を必要としていることを伝えてくれる≫ ≪上司にたよりにしているといわれる≫
	【上司が尊重してくれる】	≪上司が看護実践能力を客観的に評価してくれる≫ ≪上司が定期的に面接の機会をもってくれる≫ ≪上司より1人前の看護師としてそこにいることを認められる≫ ≪上司は自分の仕事を影からみていてフィードバックしてくれる≫
	【上司より仕事をまかされる】	≪上司に自分が希望する仕事をまかされる≫ ≪上司にあらたな仕事をまかされる≫ ≪上司に後輩の指導をまかされる≫
	【他部署の上司に認められる】	≪他部署の上司から救急対応について信頼される≫ ≪他部署の上司から直接ほめられる≫ ≪他部署の上司に意見をもとめられる≫
『後輩からの信頼』	【後輩から仕事でたよりにされる】	≪後輩より仕事について自分に相談してくれる≫ ≪後輩より仕事で認められる≫ ≪後輩に言葉に出して褒められる≫ ≪後輩が仕事で自分をたよりにしてくれる≫ ≪後輩と一緒に勤務をしていて安心すると伝えてくれる≫ ≪後輩が共同研究のメンバーに自分を指名してくれる≫
	【後輩が自分を目標にしてくれる】	≪後輩が仕事の目標にしてくれている≫ ≪後輩より自分の采配のしかたや考えが勉強になったとき≫ ≪後輩が自分に仕事以外で相談してくれる≫
	【後輩が自分に心を開いてくれる】	≪後輩が仕事以外のところで自分を必要としてくれる≫
『同僚からの承認と受容』	【同僚から仕事を認められる】	≪同僚が実践力を評価してくれる≫ ≪同僚からたよりにされていると感じる≫ ≪同僚から仕事の判断について意見を求められる≫
	【同僚が受け入れてくれる】	≪同僚から苦労をわかってがんばってるねと直接いつてくれる≫ ≪同僚から一緒に勤務をして安心するといわれる≫
	【鍵になる人に認められる】	≪ユニットの鍵となる人に信頼されていると感じる≫
『先輩からの承認と受容』	【先輩が自分の成長を認めてくれる】	≪指導してくれた先輩から成長したことを認めてくれる≫ ≪指導してくれた先輩から自分の看護実践を認めてくれる≫
	【先輩が見守ってくれる】	≪先輩より自分の看護について何気なく認めてもらえる≫ ≪先輩が自分の努力をわかってくれている≫
『医師からの信頼』	【医師が仕事でたよりにしてくれる】	≪医師からたよりにされる≫ ≪医師が重要な内容について自分を指定して連絡をくれる≫
	【医師が仕事を認めてくれる】	≪医師に成長を認めてもらえる≫ ≪医師に自分の患者のかかわりを認められる≫ ≪医師から仕事の結果に対して認められる≫ ≪医師になにげなくねぎらいの言葉をかけられる≫

葉がすごくうれしかったので、ああ、あの必要とされているというのをその時すごく感じました。（研究参加者I）

・・・ああそうか、自分がやってきたことはそんなに間違っていないし、ちゃんとできたんかなってというのはあの、あとあと振り返ってみて、気づいてないのかもしれない

けど。その師長さんとかが、そういうときにいつてくれたことばとかを思い出して、ああそうかと、ああいうときに私に仕事をふってきたのかなあと、あんときにこういうことをまかせられたというのは結果が出て、あとあと積み重なったときに、振り返ってはじめてわかるというか。そのときには素直に受け取れないので。上司にいわれた言葉というのはのちに思い出して、認めてく

れてるのかなというのは。(研究参加者S)

【上司が尊重してくれる】

ここでは、看護実践能力を客観的に評価してくれる、定期的に面接の機会をもってくれる、自分の仕事を影からみていてフィードバックしてくれるなど仕事上の支援をし、看護師としての成長を支援していた。

やっぱりその期待されているのが、自分でもひしひしとわかる 때가あって、そういうときに、自分でもなかなかできていないのがわかる 때가あって。あのもっとしなければいけないとか、今の言い方が悪かったとか、いろいろ日々思うことがあったんですけども。なんかそういうときに、あの、私が行った指導をどこからともなくみてはって、で、あの指導したら、だれだれさんがよくなったねとか、こういうことがひびいたんじゃないとかいわれると、またあの明日もちゃんとがんばろうかなとかという気になりますし。(研究参加者P)

さらに、看護師として存在を尊重してくれると、仕事だけを見るのではなく、看護師としてのそのユニットでの存在を尊重されることで承認を感じていた。

・・・存在していることを認識してもらえればよかったのだと思います。・・・とくにあの、何をこうしてほしい、ああしてほしいということではなくて、自分は自分が磨いていければいいと思っているし、別によく頑張ってるねといってくれてもうれしくないし、ちゃんと働いている自分を認識してくれればうれしいのかなと。ちゃんと働いている自分を認識してくれたら満足なのかなと。(研究参加者A)

【上司より仕事をまかされる】

ここでは、自分が希望する仕事をまかされる、あらたな仕事をまかされる、後輩の指導をまかされるなど、上司から今までとは違う新たな役割をまかせられることで動機づけられたことが示された。

たぶん3年たったくらいのときに、科長から呼ばれて、教育委員をしないかといわれたんですね。あらっと思ったんですけど、こんこんと説得を受たんですけど。そのときにいろいろいわれて、どういうことを言われたのか覚えていないんですけど、あ、すごくなんかあのそのときに認められたというか、あの、かわれているのか、ちょっとはかわれているのかと思って。(研究参加者H)

【他部署の上司に認められる】

ここでは、他部署の上司から救急対応について信頼さ

れる、他部署の上司から直接ほめられる、他部署の上司に意見をもとめられるなど、直属の上司より利害関係のない他部署の上司から承認されることが示されていた。

あと自分の直接の上司よりも他部署の病棟の師長さんとかにちょっとこれてつどうてくれへんみたいない感じでいわれたりとか、あんたやったらどう思うとか、そういうのは非常になんていうのか、職場の上下関係はどうしても、どうしてもそろばん勘定みたなところがあったりもしたので、全くその利害関係なしの人にあの、いってもらえることが一番ありがたいですね。(研究参加者B)

2) 『後輩からの信頼』

このカテゴリは以下の3つのサブカテゴリで構成された。

【後輩から仕事でたよりにされる】

ここでは、仕事について自分に相談してくれる、仕事で認められる、褒められる、仕事で自分をたよりにしてくれる、一緒に勤務をしていて安心すると伝えてくれる、共同研究のメンバーに自分を指名してくれるなど、仕事において後輩が自分をたよってくれることが動機づけになっていた。

相談ごとであったり、仕事に対する相談ごとで。一番、このこと、ま、外科のことであったりとかしたら、〇さんに聞くのが一番いいと思うと、あ、その部分をもとめてくれているんだと。じゃあ、より、あのこの子たちがそう思ってくれているのを裏切らないように努力しようとか。あのもっと知ろうというふうには思うので。すごいそういうことをいわれるとパワーになるので(研究協力者L)

【後輩が自分を目標にしてくれる】

仕事の目標にしてくれている、自分の采配のしかたや考えが勉強になったときくことで、自分の能力が後輩に認められたことが動機づけになっていた。

・・・実際口に出してもいってもらわないとわからないところはあるので、その・・・〇さんみたいなリーダーになりたいといわれたときはとてもうれしいですし、認められたと思うんですけども、(研究協力者J)

【後輩が自分に心をひらいてくれる】

仕事以外で相談してくれたり、仕事以外のところで自分を必要としてくれることを示されることで動機づけになっていた。これは、仕事というつながりではなく、後輩との情緒的なつながりがあらわれていた。

ま年も離れてるし、だったんですけど。経験年数も離れているんですけど。離れてても10年から5年の間くらいですけど。7年、8年ぐらいですかね。でも仕事の場面だけじゃなくて、そういうところでも必要としてくれているんだと。自分では最近ではもっとうれしかったことですね。……（研究協力者P）

3) 『同僚からの承認と受容』

このカテゴリーでは以下の3つのサブカテゴリーで構成された。

【同僚から仕事を認められる】

後輩以外の自分と距離が近く、利害関係が少ない立場である同僚から自分の実践力を評価してくれたり、あのケアよかったと直接いってくれたりされることに承認を感じていた。

……きてくれはってよかったとか、あたしが準夜にきたときとかに。で、こう、〇さんやったらどう思いますかとか、こう、意見を求めてもらったり、で、私が聞きにきたときに、あー、きてくれてよかったといってくれたときにうれしく感じますね。……はい。（研究協力者B）

【同僚が受け入れてくれる】

同僚が、自分の苦労を陰ながらわかってがんばってるねとか、一緒に勤務をして安心するといわれることで動機づけになっていた。これは、仕事の同僚の中でも距離が近く、親近間のある仲間として受け入れていた。

……私自身その人に話してたときになんか話とかを、お互い話とかをするので、結局こう……頑張っているねというか、なんやろ、……頑張っているねという言葉ですかね。……そうってくればたっときが、ちょっとこう……やる気というか、もうちょっと一緒に頑張ろうかなと。モチベーションがあがりますか。（研究協力者C）

スタッフ間のあのメンバーの、あの他のスタッフとかはまあこうあうあわないとかあるかもしれませんが、結構、あんたと一緒にやし安心するわとか、人柄とかもあるんですかね。……（研究協力者C）

【鍵になる人に認められる】

ユニットの鍵となる人に認められるとは、看護師の同僚だけでなく、コメディカルチーム員として自分自身が一目おく第三者の人に認められることで動機づけになることを表していた。しかし、今回医師以外のコメディカルがあらわされたのは1件だけであった。

……うちの病棟看護助手さんが1人いまして、あの人がいんかったらなりたへんのですね。なのでその人にナースより気を使っている。その人に認められると。そんだけやっぱり気を使っているところなので……基本的に作業療法、理学療法は入ってこないし。……評価してもらえらってだけでうれしかったのかもしれない。なんかしら、あの。……（略）……で、あのーだって、チョイスできるじゃないですか。評価者を。で、ほしい人にしてくれたってということもあるし。（研究協力者A）

4) 『先輩からの承認と受容』

このカテゴリーでは2つのサブカテゴリーから構成された。

【先輩が自分の成長を認めてくれる】

自分を指導してくれた先輩が自分の看護実践を認めてくれること、また成長したことを認めてくれることに動機づけを感じていた。指導してくれた先輩は、自分の成長の変化を一番理解しているため、自分の成長過程の中で教育者として自分の身近な存在からの承認として示された。

……うーんと、……最近先輩にここに来て、えーと、よくいってもらえるのは、いい看護しているなって、いつもみて思うよって。先輩にいってもらえることがあるので。声のかけ方とか、接し方とか。いつもいいなと思うよといってくれるので、ああ、いいんだって自分が思えて。ちょっとまあがんばろうかなと思っているとこですね。（研究協力者R）

【先輩が見守ってくれる】

自分の看護について何気なく認めてもらえたり、自分の努力をわかってくれるのは、陰ながら気にして見守り、自分の存在を常に気にしてサポートしてくれる存在からの承認として示された。

……たとえば、私がこのケアをしたことがよかったよと言ってくれるような認め方ではなくて、こういう勉強してたんやとか、あのこういうふうと考えられるようになったんやとか、そういうふうなんをちょこちょこ言われてたんやと思うんですけど、だからそういうのが自分をふるいたたせたというか、もっと勉強しようかなと思ったりとか、もっと上をめぎそうとかいうのとはあったと思います。（研究協力者P）

5) 『医師からの信頼』

このカテゴリーでは2つのサブカテゴリーで構成された。

【医師が仕事でたよりにしてくれる】

医師は患者のヘルスケアをサポートするチームとして看護師にとっては一番近い存在である。医師からたよりにされるや、重要な内容について自分を指定して連絡をくれることで承認を感じていた。

あとは、先生が、以前に、海外でOPをしなければならないという話があって、そういうときに、あたしか、一人のスタッフをその主治医がどちらかを同行させたいといわれて。それはなんでなん？ていうと、それはいわゆるでもものがでてくる、あのちゃんとOPについてこれるナースでないといつれていく意味がないからと言われたときは、だからすごくうれしくて。その先生の中で認めている人間の中に少なくともいれてもらえたというのが、じゃあがんばろうと思っかけにはなったので。(研究協力者L)

【医師が仕事を認めてくれる】

医師から仕事の結果に対して認められたり、なにげなくねぎらいの言葉をかけられることで承認を感じていた。

でまあ下のスタッフも増えて、下のスタッフに私が「こうして、こうやで」て私が指導というか、話をしていたときにそれを先生がみてはって、〇くんも何年前前はそんなことゆうて怒っていたのに、いまはそんな、・・・下のこにそういうことを伝えていけて、よく、よくなったもんやねえって、いってもらえて、あ、あのときはその先生もおこってくれてはって、それで私がいまこうしていることを認めてくれてはったんやなど、ちょっとそのときは、しましたね。・・・(研究協力者C)

ものすごく大変でした。いろんな導入を予定からやりますとうのも、突然導入といわれたんですけど。もめたりとか。それをなんとか。みんなの段取りもあったんですけど。緊急でもできるようになって。もともと基礎をつくって、それを今は少しづつかわってはきてるんですけど、土台をつくれたな。あんまり先生からありがとう、やってくれたからといわれることは意外とないというか。直接そういわれてやった！というか。・・・(研究協力者K)

VII. 考 察

先行研究では、承認が仕事における内的動機づけや、看護師の職場定着と関連があることが示されている。本研究では、救命救急センターにおいて看護師が認識する仕事に対する他者からの承認の特徴について明らかにし、救命救急センターにおいて内的動機づけを高める承認の

あり方について考察する。

救命救急センターにおいて看護師が認識する仕事に対する他者からの承認として、本研究では看護師の動機づけが高まる他者として上司、同僚、先輩、医師、後輩の5つのカテゴリーが明らかとなった。上司からの承認は職務満足を高める影響要因としてすでに多くの先行研究で明らかになっており、看護師の職務満足を高める上司の行動として重要な行動とされ、本研究の結果も同様の結果であった。結果からは承認を上司に仕事を認められ、尊重され、仕事をまかされ、他部署の上司から認められることに仕事を前向きにとらえられる動機づけとして認識していた。

押領ら¹²⁾は上司が考える承認とスタッフが認識する承認の行動が異なり、看護師にわかりやすいような承認を行う必要性を報告している。今回も上司からは承認について「直接言われる」「伝える」「言われる」など、認めていることを本人に直接伝えられたことが語られており、本人が認められていると認識できるようにわかりやすく伝えることが第一であると考えられた。他部署の上司からの承認については他部署の上司とは直接の上司より利害関係が少ないことから客観的に承認を受けていると感じられ、承認に信頼性を求めていることが考えられた。上司が行う賞賛や労いの言葉かけによって看護師は安心して仕事に取り組み、仕事意欲を向上させていること¹⁰⁾、また若い看護師には自信を高めるのに役立つ¹²⁾といわれていることから、経験豊かな上司の承認は看護師の自己尊重を高めることにつながり、仕事への動機づけになるとともに看護師の情緒的なサポートとしても効果があると考えた。また、野口⁹⁾は承認の中でも上司からの信頼と権限移譲が仕事の満足度に大きな意味があるとしている。仕事をまかされることは、新たな役割を与えられることで、役割に対する責任がもてることにつながる。これにより看護師は役割にこたえようと、さらにその仕事の目標を達成できることになれば自己効力感が高まり内的動機づけを高めることにつながるものとする。上司は仕事を管理し、看護師の仕事を直接評価する立場にある。上司からの一言が看護師の仕事の内的動機づけに大きく影響することは当然の結果である。

後輩からの承認について、本研究の参加者はこの後輩からの承認をあげることが少なくなく、コードの数は上司について多いものであった。今回の研究参加者はスタッフナースが多く、職位を伴う関係がない。したがって後輩からたよりにされたり、目標にされることは客観性が強い評価として研究参加者に認識されたものとする。また看護は患者の24時間をチームでケアにあたる。技術的な実践能力だけでなく、良好な人間関係が構築できないとチームで仕事を遂行することはできない。仕事以外で相談されたり必要としてくれたりすることからは、心

を許せる仲間として認められたという情緒的な関係を意味するものと考えることができる。先行研究では承認を受ける対象として後輩を明らかにしたものはみられないことから今回の調査の特徴的な結果である。

同僚からの承認と受容では、仕事を認められることや同僚が受け入れてくれるなど、後輩とは異なる関係性が考えられる。苦労をわかってくれることや、一緒に勤務をして安心するといわれることは、人間関係の距離の近さが存在するものであり、後輩のいう実践能力の高さから自分と一緒に働くのが安心するというより、その場に安心して心を許せる関係が考えられた。同僚からの承認は、本人をより関係の近い存在として受け入れられるという意味がある。

先輩からの承認と受容は、成長を認めてくれる、見守ってくれているという自分の未熟な時代を理解している教育者として適切に評価してくれるということと考える。臨床の新人教育の手法にメンタリングがある。メンタリングとは、年長の経験や知識のある人がそれらをもたない人々の個人の成長やキャリア形成を促進するために個人的に援助することと定義され、管理的行動機能、情緒的機能、受容・承認の機能がある。メンタリングのアウトカムは職業生涯において、メンタリングを受けてキャリア発達が促された結果生じるキャリアの結果である。今堀らはこのキャリア結果には仕事自体への満足、内発的モチベーション、業績の3つの要素があり、受容・承認機能はすべてのキャリアの結果と強い関連を示している¹³⁾。この先輩からの承認は、メンタリング機能の中での受容と承認の機能の延長線にあるものと考えられる。

医師からの信頼について、野口⁹⁾は仕事に充実感を与える対象の一人に医師をあげている。救命救急センターは医療問題が中心であり、看護師は医師と仕事の協働関係の対象としての関係が強い。医師が仕事でたよりにしてくれたり、医師から仕事を認められるのに承認を感じるのには、患者の医療に協働してあたるチームのメンバーとして医師を認識し、チームメンバーとして認められていると感じるためと考える。また、医師は他領域の専門職であり、他領域の専門職からの評価は他部署の上司に認められると同様に客観的な評価として研究参加者には受け止められたものと考えた。

以上のことから上司、後輩、同僚、先輩、医師からの承認を受けることが内的動機づけを強めることが明らかとなった。内的動機づけを高める承認には、上司からは仕事や業績に対して本人がわかるように直接伝えることや、看護師としての人間性を尊重することであった。また、職位を介さない後輩や同僚からは自分を信頼してくれたり、仲間と認めてくれたりすることが承認として認識され、先輩からはメンタリングの関係が継続され、見守られていることに承認を感じていた。内的動機づけを

高めるためには仕事を直接評価されることが最も重要であるが、仕事の仲間として職場環境の中で居場所を認められることも必要であると考えられる。承認は共に働く仲間として積極的に互いを認める職場風土づくりの基礎となる。これらが実践されるためには医療チームのメンバーが相互に互いを認めあえる職場環境をつくるための意識形成が重要であり、それには上司の働きかけが重要である。

VIII. 研究の限界と課題

本研究の研究参加者は救命救急センターに従事する看護師19名である。そのため救命救急センターにおける看護師が認識する承認を十分特定できたとはいえない。異なる対象により内的動機づけを高める承認の内容が明らかになる可能性がある。

今回は内的動機づけを高める「承認の特徴」を明らかにしたが、今後は承認される仕事の内容について調査し、救命救急センターにおける看護師が承認される特徴を見出し、実践可能な内的動機づけのサポートにつなげたい。

IX. 結論

本研究は、救命救急センターにおいて看護師が認識する他者からの承認の特徴を明らかにし、内的動機づけを高める承認について考察することを目的とした。救命救急センターにおいて看護師が認識する他者からの承認には、『上司からの信頼と尊重』『後輩からの信頼』『同僚からの承認と受容』『先輩からの承認と受容』『医師からの信頼』が明らかとなり、これらは仕事への内的動機づけになるとともに、安心してよりよい人間関係を構築することにも効果があることが考えられた。これらが実践されるためには医療チームのメンバーが相互に互いを認めあえる職場環境をつくるための意識形成が重要であり、上司の働きかけが重要であると考えられる。

謝辞

ご多忙にも関わらず本調査にご協力いただきました救命救急センターの皆さまに心から感謝申し上げます。また本研究の目的に賛同し、研究参加者をご紹介いただきました各施設の看護部責任者の皆様に深くお礼申し上げます。

文献

- 1) 井部俊子：看護のアジェンダ，週刊医学会新聞，2012. 27号，医学書院，2012. <http://www.igaku-shoin>.

- co.jp/paperDetail.do?id=PA02979_04.2012/09/04
- 2) 厚生労働省医政局看護課：第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/01/dl/tp0119-1_35. 2012/09/04
 - 3) Blegen, M. A . : Nurses' job satisfaction: A meta-analysis of related variables, *Nursing Research*, 42(1), 36-41, 1993.
 - 4) Maslow, A. H. : *Motivation And Personality*, 1976. /小口 忠彦 訳：人間性の心理学モチベーションとパーソナリティ, 産業能率大学出版. 1987.
 - 5) Herzberg F. : *Work and the nature of man*, 1966. / 北野利信訳：仕事と人間性—動機づけ-衛生理論の新展開, 東洋経済新報社, 1999.
 - 6) 田尾雅夫：モチベーション入門, 日本経済新聞社, 83-93, 2005.
 - 7) Abualrub, R.F, AL-ZARU, I. M. : Job stress, recognition, job performance and intention to stay at work among Jordanian hospital nurses, *Journal of Nursing Management*, 227-236, 2008.
 - 8) Blegen, M. A , Goode C. J, et al : Recognizing staff nurse job performance and achievements, *Res Nurs Health*, 15, 57-66, 1992.
 - 9) 野口真弓：助産婦の仕事における承認と仕事の満足度の関係, *日本看護科学会誌*, 16(3), 48-57, 1996.
 - 10) 撫養真紀子, 勝山貴美子, 尾崎フサ子他：一般病棟に勤務する看護師の職務満足を構成する概念, *日本看護管理学会*, 5(1), 57-65, 2010.
 - 11) Benner, P. : *From Novice to Expert ; Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*, Menlo Park, California: Addison-Wesley Publishing Company, 1984. 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳. : ベナー看護論；達人ナースの卓越性とパワー. 医学書院 , 1992.
 - 12) 押領司民, 望月富士穂：看護師が重要であると考えられる看護師長からの承認行為と実際に受けている承認行為, *日本看護学会誌-看護管理*, 237-239. 2009.
 - 13) 今堀陽子, 作田裕美, 坂口桃子：看護師におけるメンタリングとキャリア結果の関連, *日本看護管理学会誌*, 12(1), 49-59, 2008.

活動と資料

ワシントン大学（医学部）エンドオブライフ教育の現状 —慢性期ケア・クラークシップ・カンファレンスに参加して—



糸島 陽子¹⁾, 前川 直美²⁾, 奥津 文子¹⁾, カール・ベッカー³⁾

¹⁾ 滋賀県立大学 人間看護学部

²⁾ 聖泉大学 看護学部

³⁾ 京都大学大学院 人間・環境学研究科

背景 日本では、学部生に対するエンドオブライフ教育はトピックス的で、教員の力量に左右されることが多く、多職種が協働した教育を実践している大学は少ない。

目的 ワシントン大学（医学部）のエンドオブライフ教育の紹介をとおして、日本のエンドオブライフ教育の改善案を検討する。

内容 同大学の慢性期ケア・クラークシップは、老年医学コース、リハビリテーション医学コース、慢性疼痛コース、緩和ケアコースの4コースに分かれ、4週間の実習を行っていた。実習前に、コミュニケーションに関する講義、模擬患者とのコミュニケーション演習、患者との医療面接を取り入れていた。実習後は、学生が体験した感情を大切にしながら語る場を設け、学生自身で体験の意味づけが行えるよう教員が発問を重ねていた。また、いつでもオンライン上に掲載されているエンドオブライフに関する情報を入手して自己学習ができるリソースがあった。

結論 実践的なコミュニケーション演習や、学生が体験した感情を表出することは、学生自身が体験の意味づけ、エンドオブライフケアの概念を整理していく上で重要である。また、オンライン上に実習内容や学習内容を掲載することは、主体的に学習に取り組み、学習効果は高い。

キーワード エンドオブライフ教育 慢性期医学教育 TNEEL

I. 緒言

国民の2人に1人ががんに罹患し3人に1人ががんで死を迎える中、人生最期をどのように生きるか、国民の関心は高まりつつある。しかし、日本の医療現場において、最期の時を本人や家族が望むように迎えられる人は

そう多くはない。

そのひとつの要因として、医療従事者のエンドオブライフに関する理解が十分育まれていないという現状がある。特に日本では、看護学部生に対するエンドオブライフ教育はトピックス的で、教員の力量に左右されることが多く、多職種が協働した教育を実践している大学は少ない¹⁾。エンドオブライフ教育は、学部生の不安を軽減させ²⁾、ケアの質を高める効果がある³⁾⁴⁾。死は誰もがとおる道で、現代の個別的で多様化する死に柔軟に対応するためにも、基礎教育の中でエンドオブライフ教育を行う意義は大きい。

今回、エンドオブライフ教育に力を入れている米国シアトル州にあるワシントン大学（医学部）の慢性期ケア・クラークシップ・カンファレンスに参加した。そこで、同大学のエンドオブライフ教育の取り組みについて紹介したい。

University of Washington EOL Education
—Observations of a Chronic Care Clerkship—

Yoko Itojima¹⁾ Naomi Maegawa²⁾ Ayako Okutsu¹⁾
Carl Becker³⁾

¹⁾School of Human Nursing, The University of Shiga Prefecture

²⁾School of Nursing, Seisen University

³⁾Kokoro Research Center, Kyoto University

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先：糸島 陽子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：itojima.y@nurse.usp.ac.jp

II. ワシントン大学（医学部）慢性期ケア・クラークシップの現状

ワシントン大学は、米国ワシントン州シアトル市にある州立の総合大学で、特に医学部・看護学部の医療分野の評価は高い。また、創立150周年（2011年）を迎えた大学である。その中でも医学部は、医学部入学に際して1年をかけて学生を選出しており、様々な学部を卒業した学生が、20人前後のグループでクラークシップを行っている。

今回参加した慢性期ケア・クラークシップ（Winter B・C）⁵⁾は、老年医学コース、リハビリテーション医学コース、慢性疼痛コース、緩和ケアコースの4コースに分かれている。実習初日と最終日は、合場でグループ学習を行うが、それ以外は各コースの実習場所で4週間の実習を行っている。ここでは、「緩和ケアコース」の教育目標、サンプル・スケジュールを紹介する。

1. 「緩和ケアコース」の教育目標

「緩和ケアコース」は、以下7つの教育目標がある。

- 1) 学生は、患者と家族に予後が悪いことを慎重に、そして効果的に伝え、適切なカウンセリングを提供することができる。
- 2) 学生は、慢性疾患をもつ患者ケアのために、チームで積極的に関わることができる。
- 3) 学生は、慢性疾患、機能障害、病気の末期にある患者に対して、臨床的・機能的なアセスメントを適切に行い、診断することができる。
- 4) 学生は、慢性疾患、機能障害、病気の末期にある患者に対して、ケアシステムがケアの提供にどのように影響するか判断することができる。
- 5) 学生は、慢性疾患、機能障害、病気の末期にある患者に対して、基本的な概念を個々の患者のケアプランの立案に生かすことができる。
- 6) 学生は、病院や医院以外の医療状況下で、患者と家族へのアプローチをとおして、医療の適切な管



理に貢献することができる。

- 7) 学生は、患者と家族が医療問題に対処する視点を理解して、それを引き出すことができる。

2. 「緩和ケアコース」のサンプル・スケジュール

1週目の月曜日は、老年医学・リハビリテーション医学・慢性疼痛・緩和ケアの各コースのオリエンテーションとコミュニケーション演習が行われ、火曜日からは施設での実習となる。ここでは、もう少し詳しく緩和ケアコースのサンプル・スケジュール（表1）について紹介する。

表1 緩和ケアコース・サンプル・スケジュール

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
1週目	スモールグループ学習	緩和ケアチーム	緩和ケアチーム	ホスピスナース	ホスピスSW
2週目	ミーティング自己学習往診	緩和ケアチーム	緩和ケアチーム	ホスピスナース	ホスピスSW
3週目	ミーティング自己学習往診	緩和ケアチーム	緩和ケアチーム	ホスピスナース	ホスピスSW
4週目	ミーティング自己学習往診	緩和ケアチーム	緩和ケアチーム	ホスピスナース	グループ学習

月曜日は学内日として、実習での学びの整理や自己学習、担当教員との打ち合わせ等を行っている。往診の依頼があれば、適時担当医師に同行する。火曜日・水曜日は緩和ケアチームに、木曜日はホスピスナースに、金曜日はホスピスソーシャルワーカーに同行する。

また、4週間の実習で週ごとの課題がある。1週目は、死の概念、緩和ケアの定義、コミュニケーション方法など、2週目は、死へのプロセス、痛みと終末期の診断と治療、バッドニュースの伝え方など、3週目は、終末期の経済的課題、ケアの障壁となるもの、症状管理（食欲

不振、悪液質）など、4週目は、終末期の倫理的・法的課題、チームワーク、医師としての役割と協働などである。

3. 慢性期ケア・クラークシップのエンドオブライフ教育の取り組み

1) 実習前

実習に関する内容はすべてオンライン上に掲載されている。オンライン上に掲載されている内容は、実習目標、実習内容、評価方法など多岐にわたり、学生はかなりの資料を事前に入手し学習している。

オンライン上のページは、一方向的に進むだけではなく、そのページの中でわからないことがあれば、関連したページへリンクができ、繰り返し学習ができるように工夫されている。学習を進める中で、末期の肺がん患者への異なった対応を映像化して、比較検討する演習内容などもある。また、各コースの担当教員にメールで連絡をとりながら、自己学習ができようになっている。

2) 実習初日のオリエンテーション

実習初日に、慢性期ケア・クラークシップの各コース・オリエンテーションが行われる。各コースとも1時間の導入講義があり、基本的には学生の質問に答える形式で行われていた。学生がどうしたらいいのかわからない(uncertainty)と質問したことは、「会話をどう始めていいのか」、「会話につまったらどうしたらいいのか」、「医師と患者の治療方針が違ったらどうしたらいいのか」といった内容であった。これらの学生の質問に対して、会話の主導権が医師である「話すー尋ねるー話す」と、会話の主導権が患者である「尋ねるー話すー尋ねる」との違い、沈黙はどの程度までか、患者と家族からどんな合図がみられるかなど、基本的なコミュニケーションとケアリング的な会話の方法について説明していた。

その後、2グループ（1グループ10人程度）に分かれて、模擬患者とのコミュニケーション演習（2時間）を設けていた。模擬患者には事前にシナリオが渡されており、学生たちには、演習開始時に配布されていた。1人10分程度、模擬患者とのコミュニケーションを全学生が経験して、各セッション終了後、模擬患者・他学生・教員からのフィードバックを受け、学生は自分のコミュニケーションの振り返りを行っていた。午後からは、患者と家族にインタビューをする時間を1時間設けていた。また、各コースのオリエンテーション前に、実習中、学生の精神的な支援をするスタッフの紹介と連絡方法についての確認がされていた。

3) 実習最終日のグループ学習

実習最終日は、各コースの学生が集まり合同で討議が

行われた。はじめに教員が、「どんな体験をしてきたのか」、「医師としてやりがいを感じたこと」、「医師として辛かったこと」などを発問した。学生たちからは、anger（怒り）、denial（否定）、defeat（挫折）、distrust（不信感）、neediness（貧困）、dependence（独立）、fixable（柔軟）、motivated（やる気のある）、open mind（広い心）gratitude（感謝）などのキーワードが出された。このキーワードを、プラス面、マイナス面に整理しながら板書を行い、「どういった状況でやりがいを感じたのか」、「どういった状況で辛いと感じたのか」を確認しながら感情の変化を整理していた。

また、「エンドオブライフケアに何が必要か」と質問すると、学生たちからは、relationship（信頼関係）、affirmation and reconciliation（肯定的な態度と和解）、communication（コミュニケーション）など、体験をとおして感じたことを述べていた。

その後、「Michael's Life」という5分程度の患者からのメッセージDVD「感謝の手紙」を見せ、学生の中には、「支えてくれた人への感謝と、一瞬一瞬を、絆を大事にすることをみんなに伝えたかった」というミシェルメッセージに涙ぐむ者もいた。そこで、早くから緩和ケアチームが関わることで、患者や家族の満足度が上がること、痛みが緩和されること、死亡までの日数が長くなること、患者と家族のQOLが上がりケアの質が高くなること、医療費が削減されることなどの研究結果を伝えていた。そして、エンドオブライフケアのゴールは延命ではなく、医療はすべてを治すことではない、治療ばかりに目を向けると葛藤が多くなることなどを学部生に伝えていた。

次に、慢性疾患の経済的側面についてのグループ討議があった。米国は日本のように皆保険ではなく、各個人が様々な保険に加入している。ここでは、11の医療費に関する質問を、学生たちはインターネットで調べながらコストの算出をしていた。医師として、患者の負担額を知り、患者が払える範囲で実現可能な医療を提供する学習が行われていた。慢性疼痛については、麻薬の使い方、作用と副作用などについて講義を中心に行われていた。

最終プレゼンテーションは、6グループ（1グループ3～4人）に分かれて、1人30分程度の発表が行われた。学生は、患者の病状や治療だけではなく、生活状況（住宅環境を含む）、家族構成、経済面など詳細に情報を得て、実践した内容を発表していた。中には、「みんなに伝えることは何もない」と、実習で体験したことを言語化できない学生もいた。その学生に対して「ベッドサイドに行ってどのようなことをしてきたのか」と尋ねると、学生は、受け持ち患者は重度の脊髄損傷で、自分で動くこともできず、事故で彼女を亡くした地獄のような恐れや、死にたいという思いなどを聞いていたと話した。さ

らに教員は、精神的なバランスをとるためにどのようなことをしてきたのかと学生に質問を重ね、学生のメンタルケアについても触れられていた。

Ⅲ. TNEEL (Toolkit for Nurturing Excellence at End of Life)⁶⁾

イリノイ大学(シカゴ校)とワシントン大学(シアトル校)が協同で開発したカリキュラムで、エンドオブライフに関する教材が多数収録されている。

TNEELの基本概念は、個人と文化の多様性、ライフスパン、家族中心のケア、各専門分野が協働したケア、ケアの場、ケアシステム、価値と態度などで構成されている。収録されているトピックスは、エンドオブライフの適切な目標と選択、痛みなど症状の評価と管理、死の兆候、終末期の意思決定、コミュニケーション、悲嘆、スピリチュアル、終末期の文化的・倫理的・法的側面とQOLに関することなど多岐にわたる。教材には、講義概要、1000枚ものパワーポイント資料、多くの臨床例(音声・映像)が用いられている。学生には、学習目標や自己評価項目などの提示があり、コミュニケーション技術、葛藤に対する解決、看護師と他のチームメンバーとの協働など、討議するための題材が多数含まれている。TNEELは、米国の看護学校や病院に配布されており、CD-ROM教材、オンライン教材としても提供され、個人ユーザも有料で使用でき、エンドオブライフに関して自己学習のできる教材である⁷⁾。TNEEL「コミュニケーション」の項目を、今回、慢性期ケア・クラークシップを担当しているスチュアート・ファーバー先生(ワシントン大学医学部家庭医療学講座 准教授)が作成されている。

また、米国にはエンドオブライフに関する教育プログラムは多数あり、その中でも、ELNEC (End-of-Life Nursing Education Consortium)⁸⁾は、看護師および看護学部生への教育プログラムである。このプログラム内容は、エンドオブライフケア、疼痛コントロール、緩和ケアの倫理的問題、エンドオブライフケアの文化的課題、コミュニケーション、喪失・悲嘆・死別、質の高い緩和ケア、死への準備とケアなどから構成されている。しかし、TNEELのように、自己学習のトレーニング教材ではなく、研修会に参加して習得する教育プログラムであるところが、TNEELと大きく違うところである。

Ⅳ. 考 察

1. 体験をどのように意味づけていくか

今回、ワシントン大学(医学部)の慢性期ケア・クラークシップ・カンファレンスに参加して、実習で体験したことをどのように学生に意味づけていくのが大きな課

題であると感じた。死や死にゆく過程を体験したことの少ない学生にとって、エンドオブライフ期にある人と共にいることの辛さ、難しさがある。学生の実習前の質問の多くは、患者とのコミュニケーションについてであることから、学生は患者とのコミュニケーションについて不安を抱いていることがうかがえた。そのような中で、実習前に基本的なコミュニケーションの学習を行い、その後、模擬患者とのロールプレイや患者との医療面接など実践的な演習は、学生の不安を緩和させ、患者とのコミュニケーション技術の習得にとっても効果的だと考える。また、今回の学生のように、負の感情を抱いた学生や、考えないように自分の感情から目をそらしてしまう学生も少なくない。しかし、「どのようなことをしてきたのか」などの発問を繰り返して学生の体験を語る場を設けることで、医療者として負の感情を抱くことは悪いことではなく、素直に自分の感情と向き合い、自分自身をケアしていくことも必要であることを伝える機会になる。このことは、バーンアウトを避けるためにも重要なことだと考える。今回のように、情報伝達型のカンファレンスではなく、学生の感情の表出と、なぜそう感じたのかをじっくり考えられるように発問を繰り返していくことは、体験したことを学生自身で意味づけていくことにつながる。この時、どのような発問をしていくかが、体験を意味づけて行く上で重要な鍵をにぎり、教員の力量が問われるところである。

2. 主体的な学習方法

今回参加した慢性期ケア・クラークシップでは、実習前にオンライン上に掲載されている実習に関する資料を学生が各自で入手して実習に向けて準備をしていた。オンライン上の質問に取り組むことで、エンドオブライフに関する学習を深めることができ、学生が主体的に学習できる教材であった。また、実習終了後もアクセスすることができ、継続学習が行えることは、エンドオブライフケアを考える上で大きなリソースで学習効果は高い。

V. 結 語

今回、ワシントン大学(医学部)のエンドオブライフ教育の取り組みについて紹介してきた。学生が体験した感情を表出して、その感情の意味づけを行い、実践してきたことをもとにエンドオブライフケアの概念を整理していく方法はとても参考になった。本学でもターミナルケア論、ターミナルケア論演習、ターミナルケア論実習がカリキュラム化されている。この機会を大切に、学生が体験した感情を大切にしながら、エンドオブライフケアが実践できる土台作りができるように取り組んでいきたい。

また、インターネットで実習に関する学習が主体的に取り組めることは、学習効果も高く本学でも取り組んでいきたいところである。

謝 辞

本研究にあたり、スチュアート・ファーバー先生、ワシントン大学 (医学部) 慢性期ケア・クラークシップ (Winter B・C) の学生の皆様に感謝申し上げます。また、ファーバー先生には、本学において「重要患者と家族に関わるための効果的な方法—難しい話をどのようにするか—」の講演をしていただき、重ねてお礼申し上げます。

文 献

- 1) Yoko Itojima. End-of-Life Education for Medical/Nursing Students, *Formosan Journal of Medical Humanities* vol. 12, No.1&2, 17-26, 2011.
- 2) K. Hegedus, A. Zana, G. Szabo. Effect of end of life education on medical students' and health care workers' death attitude, *Palliative Medicine* vol. 22, 264-269, 2008.
- 3) George E. Dickinson, David Clark, Magi Squire. Palliative care and end of life issues in UK pre-registration, undergraduate nursing programmes, *Nurse Education Today*, vol. 10, 1-8, 2007.
- 4) Betty R. Ferrell. Evaluation of the End-of-Life Nursing Education Consortium Undergraduate Faculty Training Program, *Journal of Palliative Medicine* vol. 8, No.1, 107-114, 2005.
- 5) 慢性期ケア・クラークシップ・スケジュール (Winter B)
<http://chroniccare.rehab.washington.edu/didactics/winterb.asp>
- 6) TNEEL (終末期における優秀な対応を育成する実践法集)
<http://www.tneel.uic.edu/tneel.asp>
- 7) カール・ベッカー. 「アメリカの死生観教育—その歴史と意義—」『死生学』[1] 死生学とは何か、75-103、東京大学大学院 人文社会系研究科、東京.
- 8) ELNEC (終末期医療看護教育課程) <http://www.aacn.nche.edu/elneec>

活動と資料

イギリスにおける外国人看護師受け入れと 看護師の国外流出



大橋 順子¹⁾, 飯降 聖子¹⁾, 馬場, 文¹⁾, 松井 陽子¹⁾, 植村小夜子¹⁾

¹⁾ 滋賀県立大学人間看護学部

I. はじめに

英国（イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの連合体、以下イギリス）は1990年代後半から国内の看護師不足を解消するために、海外で教育を受け、臨床経験のある外国人看護師を多く受け入れてきた。本稿では、イギリスにおける外国人看護師の受け入れと看護師の国外流出について検討する。



図1 タワー・ブリッジ

II. イギリスの医療保障制度と看護師不足

イギリスでは、1946年に制定された国民保健サービス法（National Health Service Act）に基づき、1948年からNHS（National Health Service：国民保健サービス）により、全国民に保健医療サービスが提供されている。NHSシステムは、国税により運営されており、基本的に無料で医療サービスを受けることができる。しかし、1980年代以降NHSは低医療費政策によるサービス供給量の不足と質の低下、およびその組織の巨大化・官僚化をきたしていた。また、様々な政権下で繰り返される制度改革による混乱などにより疲弊化し、危機的狀態に陥り、医療サービスの水準は著しく低下していた^{1,2)}。1997年に誕生した労働党ブレア政権は、同年に白書（the New NHS）を発表し、新たなNHS改革に向けて基本原則を打ち出した。その内容は、NHSの真の国民保健サービスとしての刷新化をはかること、具体的には、厳格な実績評価と包括的サービスによる効率性の推進、質を重視したサービスの保証などである。その後、提出された保健法1999、NHSプラン2000においては、保健医療サービスの供給能力の拡大、すなわち施設・設備の拡充と、医療従事者の増員が目標として掲げられた。しかし、イギリスの医療現場においては、長年劣悪な労働条件や就労環境の政策的改善が図られないために、看護職を含む医療従事者の恒常的な不足が問題となっていた。そこで政府は離職者の復職促進および海外からの雇用促進に取り組み、医療従事者の充実を目指した^{2,3)}。

III. 外国人看護師の受け入れ状況について

外国人看護師がイギリスで看護師・助産師として働く際は、看護助産師協会（Nursing and Midwifery Council: NMC）に登録する必要がある。NMCは、イギリス保健省による看護助産規定2001（Nursing and Midwifery Order 2001）に基づき2002年4月に創設された⁴⁾。NMCは法律に基づいて看護師・助産師に関す

Recruiting overseas nurses and UK nurses going abroad in the United Kingdom

2012年9月30日受付、2013年1月9日受理

連絡先：大橋 順子

滋賀県立大学人間看護学部

住 所：彦根市八坂町2500

e-mail：ohashi.j@nurse.usp.ac.jp

る資格審査等を政府から委託された機関である⁵⁾。そこでNMCは、国民により良い保健医療サービスを提供するために、外国人看護師の登録に際しては資格審査を行い、全ての外国人看護師に海外看護師研修プログラム (the Overseas Nurses Programme) の受講を義務付けている。研修は、20日間の必須研修 (the protected learning) と、監視下での臨地実習 (supervised practice) により構成されている⁶⁾。

NMCへの登録は、看護師、助産師、専門地域保健師の3種類があり、2008年3月31日現在のNMCへの登録者総数(看護師と助産師)は、676,547名である(表1)。外国人看護師の受け入れ推移(1999~2008年)は、新規登録看護師に占める外国人看護師の割合から把握することができる(表2)。非EU(欧州連合)からの新規登録外国人看護師割合は1999年の20.2%から増加し続け、2002年のピーク時には49.1%となり、ほぼ半数を占めている。ところが、外国人看護師割合は2005年を境に減少へ転じ、2008年では8.9%まで減少している。それは2002年のピーク時における割合のおおよそ1/6となっ

ている。これは、①政府が目標としていた人員増加が達成された、②海外からの看護師受け入れを続けるとNHSの財政負担が増加し続けることから、徐々に抑制策をとっていったことによる³⁾。

外国人看護師・助産師の出身国の最多割合は、1999~2000年まではオーストラリアであったが(1999年;36.9%、2000年;20.3%)、2001~2004年はフィリピン(最多48.0%、最少31.9%)、2005~2008年はインド(最多50.4%、最少33.6%)となっている(表3、4)。

南アフリカにおいては、国内で養成した看護師の多くがイギリスへ流出した。そこで南アフリカのマンデラ大統領は、イギリスの外国人看護師採用活動に対して厳重な抗議を行った。これを受けて、イギリス保健省は2001年に「NHS雇用主は対象国政府とイギリス保健省の同意がない場合、求人活動をすべきではない」と規約に明示した。その後、イギリス政府はフィリピン、インド、インドネシア、さらにスペインなどと二国間協定を締結した。その結果、フィリピン、インドから多くの看護師を受け入れることになった^{2,6,7)}。

表1 看護職登録者数(看護師・助産師)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
登録者数	634,229	634,529	632,050	644,024	645,580	660,480	672,897	682,220	686,886	676,547

※イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランド、海外等からの出身者を含む。

出典：NMC, Statistical analysis of the register, 2002-2008.

表2 新規登録者に占める非EU国人看護師数と割合

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
新規登録者	17,954	21,418	25,123	30,693	31,775	34,617	33,257	31,402	27,704	25,864
外国人看護師	3,621	5,945	8,403	15,064	12,730	14,122	11,477	8,709	4,830	2,309
割合	20.2%	27.8%	33.4%	49.1%	40.1%	40.8%	34.5%	27.7%	17.4%	8.9%

出典：表1に同じ。

表3 新規登録外国人看護師(EU以外)の主な出身国別数

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
India	30	96	289	994	1,830	3,073	3,690	3,551	2,436	1,020
Australia	1,335	1,209	1,046	1,342	920	1,326	981	751	299	262
Philippines	52	1,052	3,396	7,235	5,593	4,338	2,521	1,541	673	249
Nigeria	179	208	347	432	509	511	466	381	258	154
Nepal	—	—	—	—	21	43	73	75	148	117
New Zealand	527	461	393	443	282	348	289	215	74	62
others	1,498	3,015	2,932	4,618	3,575	3,978	2,965	2,159	942	445

出典：表1に同じ。

IV. イギリス人看護師・助産師の国外流出状況について

イギリスでは外国人看護師を受け入れている一方で、イギリス人看護師が外国（EUを含む）に流失している現状がある。外国に職を求める看護師・助産師数は1999年において3830名、2008年は11178名であり、年次推移は増加傾向を示している（表5）。イギリスからオーストラリア、アメリカへ、あるいはEU内部で移動する看護師は年々増加している。経済協力開発機構（OECD）の2007年報告書において、OECD各国内に就労している外国人看護師を出生国別数に見てみると、フィリピン生まれが最多であり、次いでイギリス生まれが第2位となっている⁸⁾。この背景としては、イギリス人看護師は待遇への不満から海外へ移動するとの論考がある⁹⁾。また、イギリスは英語圏、英連邦、EUという3つの世界と関連が深いため労働移動が容易であることが一因である¹⁰⁾とも指摘されている。

V. まとめ

イギリスでは、看護師不足の解消とNHSの計画に基づく医療サービスの質の向上を実行するために、より多くの看護職が必要となった。そのため国家政策として積極的に外国人看護師を受け入れてきた。その一方で、イギリスから他国への看護師流出は経年的に増加している。NHSの医療サービスの質の向上をはかるには、自国で教育した看護師の流出を防ぐ方が長期的にみればより得策であると考えられる。

本稿で明らかとなったイギリスの外国人看護師の受け入れと自国の看護師の国外流出については、給与や労働時間などの待遇面の観点からの検討が必要である。

文 献

- 1) 曾根志保, 高井純子, 大木秀一, 他: イギリスにおける看護師の教育制度の変遷と看護職の現状, 石川看護雑誌, 3(1), 95-102, 2005.

表4 新規登録外国人看護師（EU以外）の主な出身国別割合（%）

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
India	0.8	1.6	3.4	6.6	14.4	22.6	33.6	40.9	50.4	44.2
Australia	36.9	20.3	12.4	8.9	7.2	9.7	8.9	8.7	6.2	11.3
Philippines	1.4	17.7	40.4	48.0	43.9	31.9	22.9	17.8	13.9	10.8
Nigeria	4.9	3.5	4.1	2.9	4.0	3.8	4.2	4.4	5.3	6.7
Nepal	—	—	—	—	0.2	0.3	0.7	0.9	3.1	5.1
New Zealand	14.6	7.8	4.7	2.9	2.2	2.6	2.6	2.5	1.5	2.7
others	41.4	50.7	30.7	30.7	39.0	29.0	27.0	25.0	20.0	19.0

出典：表1に同じ。

表5 外国に職を求めるイギリス看護師・助産師数

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Austraria	1,504	1,661	1,859	1,973	2,602	2708	3298	3047	4764	5581
USA	288	319	472	1,089	2,224	2082	1729	1338	1613	1701
New Zealand	478	630	655	753	958	980	1097	1423	1336	1237
Ireland	—	—	—	—	1,177	916	847	1009	999	1011
Canada	189	262	474	490	452	376	461	404	739	898
Spain	—	—	—	—	73	103	124	132	142	164
United Arab Emirates	—	—	—	—	—	38	28	18	42	66
France	—	—	—	—	50	74	87	60	56	62
EEA	719	827	600	1,057	—	—	—	—	—	—
Other	652	1,384	596	894	543	333	375	341	384	458
Total	3,830	5,083	4,656	6,256	8,079	7610	8044	7772	10087	11178

出典：表1に同じ。

- 2) 河内優子：グローバル経済時代における看護労働の国際化，九州国際大学経営経済論集，14(1)，95-153，2007.
- 3) 井上淳：看護師の越境移動にかかわる日本の規制枠組みの検討，医療と社会，21(1)，85-96，2011.
- 4) 織田由紀子：英国における外国人看護師受入研修，日本赤十字九州国際看護大学IIR，6，13-22，2008.
- 5) Nursing Midwifery Council：Registering as a nurse or midwife in the United Kingdom, For applicants from countries outside the European Economic Area, <http://www.nmc-uk.org/Documents/Registration/Registration%20information%20trained%20outside%20Europe.pdf>, <2012年7月30日アクセス>.
- 6) 上續宏道，山田亮一：グローバリゼーションと福祉国家戦略 - イギリスの看護政策を踏まえて - ，四天王寺国際仏教大学紀要，大学院第4号，人文社会学部第39号，短期大学部第47号，57-76，2005.
- 7) ブキャン，J (著).，早野真佐子 (訳)：看護師の国際的採用活動が政策上に与える示唆：イギリスからの教訓，インターナショナルナーシングレビュー，28(4)，53-58，2005.
- 8) OECD：International Migration Outlook, Part III, OECD, 2007.
- 9) 近藤克則：「医療費抑制の時代」を超えて - イギリスの医療・福祉改革 - ，医学書院，2004.
- 10) 原田順子，岡野内俊子：公的セクターにおける病院看護師のマネジメント - 日英の外国人看護師に関する事例と考察 - ，放送大学研究年報，25，67-72，2007.

(平成18年5月17日改正)

人間看護学研究投稿規定

1. 趣旨

この規定は、人間看護学研究の発行に必要な事項を定める。

2. 発行

原則として毎年度1回発行する。

3. 投稿者の資格

原則として、滋賀県立大学人間看護学部の教員等が、第一著者あるいは共著者であること。ただし、人間看護学研究編集委員会（以下「編集委員会」という）から依頼された原稿に関してはこの限りではない。また、滋賀県下の関係者については、編集委員会の判断により投稿を認める場合がある。

4. 原稿の種類

(1) 原稿の種類は、下記の通りとする。

原著論文：独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、論文としての形式が整っているもの。

総説：ある主題に関連した研究・調査論文の総括および解説

研究ノート：内容的に原著論文の域に達していないが、研究結果の意義が大きく、発表の価値があるもの。

活動と資料：看護活動に関する実践報告、調査報告、有用な資料など。

フォーラム：人間看護に関わる海外事情、関連学術集会の報告、および掲載論文に対する意見など。

書評と紹介：内外の人間看護学研究に関係する図書、論文および研究動向について批評、紹介をおこなうもの。

学部広報：人間看護学部の動向や記録事項など。

(2) 原稿の種別は著者が行うが、編集委員会が種別変更を求める場合がある。

5. 原稿の制限事項

(1) 投稿原稿は、国内外を問わず未発表のものに限り、重複投稿は禁止する。

(2) 原稿は刷り上がり（原稿1頁は2400字）で、写真・図表を含めて下記の制限枚数内とする。

原著・総説・研究ノート：12頁以内

活動と資料：6頁以内

他の原稿は2頁以内とするが、学部広報は制限を設けない。

6. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的な配慮がさ

れており、必要に応じて倫理審査委員会等の承認を得ていること。また、原稿中にもその旨が明記されていること。

7. 投稿手続

(1) 原稿3部（うち2部は表紙・抄録から著者名・所属名を削除する）を編集委員会に提出する。

(2) 最終修正原稿を提出するときには、本文をワード形式で、図表をワード・エクセル形式で保存したパソコン記憶媒体（CD、USBなど）を添付する。

(3) 提出場所

持ち込みの場合：編集委員会

郵送の場合：封筒の表に「人間看護学研究原稿」と朱書きし、下記に書留郵送する。

〒522-8533 彦根市八坂町2500

滋賀県立大学人間看護学部

人間看護学研究編集委員会

8. 原稿の受付

上記7の投稿手続を経た原稿が、編集委員会に到着した日を受付日とする。なお、受付した原稿等はオリジナルを除いて理由の如何を問わず返却をしない。

9. 原稿の採否

(1) 原稿の採否は査読を経て編集委員会が決定する。

(2) 査読結果により原稿の修正を求めることがあるが、修正を求められた原稿著者は、編集委員会の指定した期日までに内容修正を行い再投稿すること。指定された期日以降に再投稿された場合は、原則として新規受付の取り扱いをする。

10. 著者校正

査読を経て、編集委員会に受理された最終原稿については、著者校正を1回行う。但し、校正時の加筆は原則として認めない。

11. 執筆要領

原稿の執筆要領は別に定める。

12. 著作権

原稿内容についての第一義的責任と権利は著者に帰属するが、原稿の編集・出版および電子情報化など2次的使用に関する権利は、編集委員会が著者から委託されたものとする。

なお、著者が電子情報化を希望しない場合は、投稿時に編集委員会に文書で申し出ることとする。

13. 掲載料・別刷

掲載料は無料とする。但し、特殊な図表等で特別な経費を要した場合には著者負担とする場合がある。別刷は希望者のみとし、費用は著者負担とする。

原稿執筆要領

(平成24年1月25日改正)

1. 原稿構成

- (1) 原稿は、表題頁、要旨、本文、文献、英文抄録、図・表の順とする。和文要旨、英文抄録の各末尾に6個以内のキーワード Key wordsをつける。
- (2) 表題頁には、表題、著者名、所属機関名を記し、その下に間隔をあけて連絡先（氏名、所属、住所、電話、Fax、E-mailアドレス）、原稿の枚数および図・表の数、希望する原稿の種類を明記する。和文の原稿にあっては、表題、著者名、所属名の英文訳を付すこと。
- (3) 原著論文の要旨は、研究の「背景」「目的」「方法」「結果」「結論」にわけて、見出しをつけて記載すること（1,000字以内）。その他の原稿の要旨には見出しをつけない（500字以内）。
- (4) 本文は、I. 緒言、II. 研究方法、III. 研究結果、IV. 考察、V. 結語、の順に記載する。「総説」「活動と資料」の場合はこれに準じなくても良い。
- (5) 文献の記載は、2.(9)に従う。
- (6) 原著論文には英文抄録（500語以内）をつけること。その他の原稿の場合は、英文抄録を省略することができる。英文原稿の場合は、英文抄録と同様の要領で和文抄録をつけること。

2. 執筆要領

- (1) 原稿はパソコンで作成する。
- (2) 原稿はA4版横書きで、1頁1200字（40字×30行）になるように作成する。
- (3) 原稿は、原則として、新仮名づかい、当用漢字を使用する。
- (4) 外国語はカタカナで、外国人や日本語訳が定着していない学術用語などは活字字体の原綴で記載する。
- (5) 数字は算用数字を用い、単位符号は原則としてSI単位（kg、mg、mm、ml、kcal、℃など）を用いる。
- (6) 国際的な共通語を使用し、一般的に認められている略語以外は説明なしでは使用しないようにする。

特定分野でのみ用いられる略号、符号などに関しては、初出時に簡単な説明を加える。

- (7) 図・表は、それぞれ図1、表1などの通し番号をつけ、本文とは別にまとめ、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を朱書きする。
- (8) 文献は、本文の引用箇所の肩に1) 2) のように半角上付き番号で示し、本文の最後に引用した番号順に記載する。雑誌略名は医学中央雑誌、Index Medicus, International Nursing Index に従う。
- (9) 文献の記載方法

著者名は3名までを表記し、それ以上は、“他”または“et al.”を用いる。

記述の順序は以下のとおり。

- ・雑誌の場合：著者名：論文題名、雑誌名、巻（号）：最初頁～最終頁、発行年
- ・単行書の場合：著者名、書名（版）、引用頁、発行年、発行所、発行地名
- ・分担執筆の場合：著者名、章の標題（編者名）、書名（版）、引用頁、発行所、発行地名
- ・訳書の場合：原著者名、訳者名、書名、引用頁、発行年、発行所、発行地名

(例)

滋賀一郎, 琵琶花子, 八坂太郎, 他: 看護の方法. 看護雑誌30, 311-315, 2011.

滋賀一郎: 看護の源流, 第3版, 333-354, 1995, ナーシング出版, 大津.

滋賀一郎, 琵琶花子: 看護研究の方法. (明智太郎 他, 編) 人間看護研究, 第3版, 333-354, 1995, ナーシング出版, 大津.

Biwa AB, Johnson P (著), 滋賀一郎 (訳): 看護研究, 第3版, 333-354, 1995, ナーシング出版, 大津.

人間看護学研究

編集委員長 山田 明
編集委員 森 敏
炭原 加代
大脇万起子
大橋 順子
川端 智子
仲上 恵子

Journal of Human Nursing Studies

Editor-in-Chief Akira Yamada
Editors Satoshi Mori
Kayo Sumihara
Makiko Owaki
Junko Ohashi
Tomoko Kawabata
Keiko Nakagami

人間看護学研究 第11号
発行日 2013年3月31日
発行 滋賀県立大学人間看護学部
〒522-8533 滋賀県彦根市八坂町2500
電話 0749-28-8631
ファックス 0749-28-9501

印刷所 (有) ひ が し 印 刷

ISSN 1349-2721
School of Human Nursing
The University of Shiga Prefecture
2500 Hassaka, Hikone, Shiga, 522-8533 Japan
tel 0749-28-8631, fax 0749-28-9501

Printed by HIGASHI PRINT