

平成22年(2010年)3月 第6卷1号

ISSN 1349 - 8630

医療看護研究

Journal of Health Care and Nursing

 順天堂大学医療看護学部

Juntendo University School of Health Care and Nursing

目次

原 著

- 看護援助実習の受けとめ方とresilience(精神的回復力)及び自尊心との関連
山岸 明子・寺岡三左子・吉武 幸恵 … 1

研究報告

- Yale大学 Harvey Cushing 医学図書館 Fry Collectionに収蔵されている江戸期日本の医療版画資料について
渡部 幹夫 … 11

- 入院中に癌告知を受けた認知症高齢者の家族の負担感
杉山 智子・渡邊 啓子・正田 弘
佐藤 典子・湯浅美千代 … 22

- 在宅看護実習の学習成果と在宅看護教育の方向性
—訪問看護実習の学びから—
樋口キエ子・川西 恭子・浜詰 幸子
小田切美紀 … 29

- 先天性横隔膜ヘルニア患児の周術期看護の検討
江藤 千里・萩本理恵子・栗原亜希子
西田みゆき … 37

実践報告

- ICU入室した過大侵襲に伴う低栄養状態患者の褥瘡治癒促進に向けた看護実践事例の検討
野澤 陽子・白井 敬・渡邊 和信 … 44

活動報告

- 複数施設の合同開催による救急外来看護事例検討会の運営と実績
吉田 澄恵・野澤 陽子・米山 ふみ
堀内 奈美・山本 育子・加藤 清美
矢田 麻夏・遠藤 直美・島尻 史子
鈴木 梢・斎藤伊都子・堀江みどり
山下 篤美 … 50

報 告

- 乳癌手術療法の変遷から見るチーム医療の必要性
杉山 和義 … 57

論 考

- 罪悪感再考
—4つの罪悪感をめぐって—
山岸 明子 … 64
-

学内活動報告

臨地実習指導のための指導者と教員の連携

—医療看護学部が主催する臨床実習指導者研修会報告—

青木きよ子・工藤 綾子・岡本 隆寛
高谷真由美・服部 恵子・樋口キエ子
山口 忍・西田みゆき・青柳 裕子
岡田 隆夫 …………… 73

国際交流講演会報告 …………… 81

第18回公開講座報告 …………… 89

第34回 医学教育セミナーとワークショップ in 札幌 WS「看護学教育におけるOSCEの取り組みと模擬患者養成」【札幌市立大学教育GP共催】参加報告

村中 陽子 … 94

文部科学省 がんプロフェッショナル養成プラン採択事業 がん看護専門看護師養成に係わる海外研修報告

浅野美知恵 … 99

第5回医療看護研究会発表要旨 …………… 103

学位論文要旨

平成20年度順天堂大学大学院医療看護学研究科看護学専攻修士課程学位論文要旨 …………… 119

投稿規定 …………… 128

 原 著

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.1-10 (2010)

看護援助実習の受けとめ方と resilience (精神的回復力) 及び自尊心との関連

The Relationship between a Student's Cognition of Nursing Practice and Resilience, and Self-Esteem

山 岸 明 子*
YAMAGISHI Akiko

寺 岡 三 左 子*
TERAOKA Misako

吉 武 幸 恵*
YOSHITAKE Yukie

要 旨

実習前後の2回にわたって同一の者66名にresilienceと自尊心の質問紙調査を行い、1)実習を経てそれらがどう変わるか、2)両者の関連はどのようなものであるか、3)それらは実習の受けとめ方とどう関連するかの検討を行った。その結果、1)自尊心は実習前後で変化は見られなかったが、resilienceの新奇性追求、メタ認知的志向性、関係志向性は実習後の方が得点が上昇していた。2)resilienceの下位尺度には、自尊心と関連が見られるものと、関連しないものが見られた。3)-1 全体的に自尊心の方が実習と関連が見られ、特に否定的受けとめ方は自尊心と負の相関が見られる一方、肯定的受けとめ方はresilienceとの相関の方が高かった。3)-2 実習の受けとめ方は実習前よりも実習後の方が自尊心やresilienceとの相関が高かった。3)-3 否定的受けとめ方と肯定的受けとめ方の高低群の組み合わせから、4群に分けて分析を行ったところ、自尊心は実習適応群で高かったが、resilienceに関しては実習適応群だけでなく「大変だったが学びは多いと感じている」実習学び群も高いことが示された。

索引用語：精神的回復力，自尊心，看護実習，実習の受けとめ方

Key Words：resilience, self-esteem, nursing practice, cognition of nursing practice

I. はじめに

近年、困難な状況でもそれにめげずに乗り越える力がresilience(精神的回復力)として概念化され、実証的な研究がなされるようになってきている。人生には様々なネガティブイベントがあるが、脅威的な状況に曝された時にそれにどう対処するか、できるかに個人差があり、不適応に陥ってしまう者もあれば、一時的に心理的不適応状態に陥っても、それを乗り越えて、精神的病理を示さず適応できる者もあることが指摘され、そのような能力や特性がresilienceという概念によって検討されるようになってきている¹⁾²⁾³⁾。

従来、心理学や精神医学では不適応への危険因子や脆弱性の解明を中心に研究が行われてきたが⁴⁾⁵⁾、脅威

的な状況に対して適切に対処する力やそれを可能にする個人のポジティブな特性として、「ストレス・コーピング」や「自尊心」が取り上げられてきた。resilienceも適応に関連するポジティブな特性であり、それらと共通する面もあるが、「ストレス・コーピング」がストレス反応を抑制する力・方略をもっていることであるのに対し、resilienceはストレス状況下で一時的に傷つきながらもそこから立ち直る過程や結果を指している点で異なっている³⁾。また「自尊心」(「自分自身を価値ある優れた存在とみなす態度、あるいはその態度に伴う感情」⁶⁾)をもつ者は、困難な物事に対しても自信をもって臨み、大きな困難を感じることなく達成することが可能と考えられるが、resilienceは大きな困難を感じ失敗をしてもなんとかそこから立ち直る力とされている点で異なっている。

Masten(2001)は、resilienceの構成要因とそれに促進

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Sep. 28, 2009 原稿受領)

的に働く要因を、本人の個人要因と環境要因(家族、共同体、文化)に分けて整理している。個人の心理的特性としては、1) 社会的・適応的気質 2) 認知能力と問題解決能力 3) 自己統制 4) 肯定的自己感 5) 人生への希望 6) 人生の意味の感覚と信念 7) 魅力的な特徴 があげられている²⁾。日本でもresilienceの尺度を構成する試みがなされるようになり、肯定的な未来志向性・感情調整・新奇性追求・自己志向性・関係志向性・楽観性・人生の肯定⁴⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾等の尺度を使って、幼児⁸⁾、中学生⁷⁾、大学生⁴⁾⁹⁾等で検討されている。山岸¹⁰⁾¹¹⁾は、小説やドキュメンタリーの事例を用いて、何が困難な状況から立ち直らせたのか、その要因についての分析を行ってきたが、その結果個人要因として、心理的強さ(自己統制能力、適切な自我発達、知的能力、首尾一貫性感覚¹²⁾等)や肯定的志向、身体的強さ、外的要因としてまわりからのサポートや適切な状況要因を抽出している。

resilienceの定義はまだまちまちだが、本研究では上記の研究をふまえ、resilienceを「脅威的な状況に曝れて一時的に心理的不適応状態に陥っても、それを乗り越える精神的回復力」と定義する。resilienceは自分を肯定的にとらえる肯定的自己感や自尊心、自信をその要因として含むが、それだけでなくものとのとらえ方や自己統制能力、うまくいかない自分を冷静に見つめる能力等も含むと考えられる。本研究では、そのようなresilienceの程度によって困難な状況の受けとめ方がどのように異なるのかを自尊心と対比させて検討する。

resilience研究では、「困難で脅威的な状況」として戦争や慢性的な病気、親の離婚、児童虐待というような特殊な状況から、親の失業や低収入という社会人口統計学的要因、日常生活におけるネガティブイベントと様々な状況があげられているが、本研究では「日常生活におけるネガティブイベント」として、看護教育における看護援助実習を取り上げる。大学内での学習とは異なり、現実場面での一人の患者を受け持つ、実際にケアする看護援助実習は、看護学生にとって「困難で脅威的な状況」になる可能性をもつ出来事の一つと考えられる。2年次の看護援助実習は、1年次に3日間の経験があるとはいえ、多くの者にとって大きな緊張と不安を抱かせる大変な2週間であり、実習を続ける中で、時に心理的に不安定になったり実習継続がむずかしくなったりする者も見られる一方、困難を感じつつもそれを乗り越え、多くのことを学ぶ者もいると思われる。

学生の実習満足度や達成感に影響している要因については多くの研究がなされ、1) それまでの学習の程度—知識やスキルを十分習得しているか¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾ 2) 看護の適性—パーソナリティ特性や意欲¹⁶⁾ 3) 自尊感情や自己効力感¹⁷⁾¹⁸⁾ 4) ストレス・コーピングの方略¹⁹⁾ 5) 適切な指導—教える側の力量・効果的な働きかけ¹⁵⁾²⁰⁾ 6) グループ学生との関係¹⁵⁾²⁰⁾等、様々なものが指摘されている。自尊心やストレス・コーピングとの関連は検討されているが、看護実習をresilienceという観点から検討した研究はまだほとんど見られない(心理学領域で実習前のresilienceと実習後の自己成長力との関連を示す研究が見られる²¹⁾)。

自尊感情をもち自信をもつ者の方が困難な物事であってもうまく成し遂げられることが示されているが²²⁾²³⁾、うまくできなくてもそのことをプラスの経験として受けとめることが、学習を進めていく上で必要であり、そのためには自尊心や自信だけでなく、ものとのとらえ方や自己統制能力も含めたresilienceを考えていくことが必要と考えられる。resilienceの程度によって実習の受けとめ方は異なるのか、どのような経験をする中でresilienceは育っていくのかを明らかにすることは、看護基礎教育を意義あるものにするための基礎資料になると考える。

本研究ではその研究の一つとして、適応と関連すると考えられるresilienceと自尊心をとりあげて、1) 実習という困難さをもつ状況を経ることでresilienceや自尊心はどのように変化するのか、2) resilienceと自尊心の関連はどのようなものであるのか、3) resilienceや自尊心の程度によって実習の受けとめ方がどのように異なるのかを、resilienceと自尊心と対比させて検討することを目的とする。

Ⅱ. 方 法

1. 研究対象

A 大学医療看護学部2年生200名の内、2回の調査に回答し、同一人物と同定できた者66名。

2. 実施方法

・質問紙調査1回目 2009年6月下旬。看護援助実習の約半月前に行った。

講義終了後に集団試行。自分だけに分かる記号をつけてもらい、離れた教卓で回収。135名が回答した。

・質問紙調査2回目 2009年7月下旬。看護援助実習終了日に行った。

2週間の看護援助実習終了時に集団試行。前回と同じ記号をつけてもらい、離れた教卓で回収。75名が回答したが、2回の記号が一致した者66名を対象とする。

3. 質問項目

「resilience」の項目は小塩他⁴⁾、石毛・無藤⁷⁾、Antonovsky¹²⁾を参考にして7つの下位尺度(肯定的な未来志向性・感情調整・新奇性追求⁴⁾・メタ認知的志向性・関係志向性・楽観性⁷⁾・有意味感¹²⁾)31項目を構成した。メタ認知的志向性は自分の言動について客観的に考えようとする志向性²⁴⁾で、自己志向性⁷⁾の中に自分の感情を調整する項目と共にみられるが、独立した1つの下位尺度として設定した。「とてもあてはまる」から「全くあてはまらない」まで5件法で評定してもらった。

「自尊心」はRosenberg (1965)の日本語版である山本・松井・山成 (1982)²⁵⁾の自尊感情尺度の10項目を使用した。例えば「物事を人並みには、うまくやれると思う」「自分は全くだめな人間だと思ふことがある(逆転項目)」というような項目である(5件法)。

「実習の受けとめ方」は、学生からよく聞かれる受けとめ方を整理する形で筆頭者が作成し、その後3名の合議で決定した。実習の大変さやつらさ、難しさ、自分は合わないのではないかという否定的な受けとめ方と、学びが多かった、プラスの経験だったという肯定的な受けとめ方を合わせて10項目にまとめた(5件法)。なお「実習の受けとめ方」は実習後のみ実施した。

所要時間は10分～15分程度であった。

4. 倫理的配慮

質問紙調査について説明し、協力の依頼を行った。提出は自由意思であり、提出しないことで不利益はないこと、実習終了後にも再度行って変化を見たいので記名は不要だが、自分だけに分かる記号をつけてほしいことを伝えた。また研究以外の目的で使用しないが、学会誌等で公刊する可能性を伝えた。本学部の研究等倫理委員会の承認を得た。

5. 解析方法

解析にはSPSS Ver 13.0を用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 各尺度の得点化

1) resilience

尺度構成のために、resilienceの31項目の因子分析を

行った(主因子法、バリマックス回転)。31項目は7因子に分かれ、ほぼ前提通りにまとまったが、有意味感が2つに分かれてしまったため、4つの有意味感を除外し、また不適切だった3項目を除いて、再度24項目で因子分析を行った。固有値1以上で5因子解が得られた(累積寄与率は55.81%)。その結果は表1の通り。肯定的な未来志向性と楽観性の全てが第1因子で負荷が高く、第2因子は新奇性追求、第3因子は関係志向性、第4因子は感情調整、第5因子はメタ認知的志向性の項目で因子負荷が高かった。一部他の項目でも負荷が高いものがあり(2項目)、また肯定的な未来志向性と楽観性は1つにまとまってしまったが、24項目全てが予想された因子で因子負荷が高いという結果であった。前提通りに6つの下位尺度とし、それぞれ4項目の合計得点(得点が高い程resilienceが高い)を算出した。更に6つの得点の合計点をresilience総点とした。信頼性係数(α 係数)は、新奇性追求 .860、肯定的な未来志向性 .853、楽観性 .800、感情調整 .691、メタ認知的志向性 .748、関係志向性 .837、resilience総点は.850であった。

2) 自尊心

Rosenberg/山本他の自尊感情尺度は信頼性と妥当性が認められ広く使われているため、逆転項目を逆転させて、そのまま合計得点を算出した。信頼性係数は.857であった。

3) 実習の受けとめ方

実習の受けとめ方10項目の因子分析(主因子法、バリマックス回転)を行ったところ、固有値1以上で3因子に分かれ(累積寄与率は55.49%)、第1因子はうまくできなかったというような否定的項目、第2因子は大変でつらかったという項目、第3因子は学びが多かったという肯定的項目で因子負荷が高かった(cf. 表2)。第1と2は共に実習の否定的受けとめ方であり、2因子解にするとそれらの全てがまとまるので、第1と2で負荷が高かった7項目を否定的受けとめ方、第3因子で負荷が高かった3項目を実習の意義を感じている肯定的受けとめ方として、それぞれ合計点を算出した。信頼性係数は否定的受けとめ方 .851、肯定的受けとめ方 .754であった。2つを肯定的なものに転換して合計した実習の受けとめ方総点の信頼性係数は.831であった。

2. 実習前後2時期の得点間の相関と変化

resilienceの6尺度得点と自尊心得点の2時期間の相関係数と平均値の変化は表3の通りである。相関係数は.4台から.6台であり、楽観性、関係志向性、自尊心は

表1 Resilienceの24項目の因子分析結果

	I	II	III	IV	V	共通性
肯定的未来志向・楽観性						
将来の見通しは明るいと思う (F)	<u>.788</u>	.287	.044	-.109	-.013	.717
困ったことがおきてもよい方向にもっていけると思う (O)	<u>.784</u>	.236	-.090	.258	.034	.747
自分の未来にはきっといいことがあると思う (F)	<u>.746</u>	.199	.016	-.059	.127	.615
何事もよい方に考える (O)	<u>.718</u>	.072	-.105	.160	.021	.559
自分の将来に希望をもっている (F)	<u>.699</u>	.258	.251	-.025	-.048	.621
困った時、考えるだけ考えたらもう悩まない (O)	<u>.510</u>	.011	-.028	.192	-.079	.304
困った時、ふさぎこまないで次の手を考える (O)	<u>.489</u>	.119	.062	<u>.465</u>	.093	.482
将来の目標をもって生きている (F)	<u>.488</u>	<u>.416</u>	.182	.131	.141	.481
新奇性追求						
ものごとに対する興味や関心が強い方だ (N)	.180	<u>.862</u>	.061	.045	.123	.795
新しいことや珍しいことが好きだ (N)	.288	<u>.719</u>	.031	-.137	.038	.621
色々なことにチャレンジするのが好きだ (N)	.277	<u>.681</u>	.154	.126	.095	.589
私は色々なことを知りたいと思う (N)	.174	<u>.645</u>	.212	.180	.205	.566
関係志向性						
寂しい時や悲しい時は、自分の気持ちを人に聞いてもらいたいと思う (R)	-.016	.064	<u>.862</u>	-.025	.142	.768
つらい時や悩んでいる時は、自分の気持ちを人に話したいと思う (R)	.046	-.037	<u>.850</u>	-.031	.176	.759
自分の考えを人に聞いてもらおうとする (R)	.017	.181	<u>.703</u>	.080	-.009	.534
迷っている時は人の意見を聞きたいと思う (R)	.072	.345	<u>.514</u>	.005	.077	.394
感情調整						
自分の感情をコントロールできる方だ (C)	.096	.065	-.117	<u>.702</u>	.032	.520
いつも冷静でいられるようにこころがけている (C)	-.052	-.130	.233	<u>.570</u>	.206	.441
動揺しても、自分を落ち着かせることができる (C)	.136	-.013	-.135	<u>.552</u>	.217	.389
ねばり強い人間だと思う (C)	.192	.222	.158	<u>.506</u>	.151	.390
メタ認知的志向性						
なぜそうしたのか行動を見直すことがある (M)	.044	.014	.180	.137	<u>.699</u>	.542
失敗した時自分のどこが悪かったか考える (M)	-.042	.233	.075	.163	<u>.674</u>	.543
難しいことでも解決するために色々な方法を考える (M)	.199	.267	.041	.372	<u>.541</u>	.544
自分の判断は適切かをよく考える (M)	-.211	.102	.352	.351	<u>.410</u>	.470
寄与率 (%)	16.33	12.25	11.23	8.92	7.07	
累積寄与率 (%)	16.33	28.59	39.81	48.73	55.81	

下線 .4以上

項目の最後の記号は、N：新奇性追求、C：感情調整、M：メタ認知的志向性、F：肯定的未来志向、O：楽観性、R：関係性志向

比較的高いが、他は1ヶ月後の相関としてはあまり高いものではなかった。

2時期の得点間の変化は、全体的に実習後の方が得点が上昇しており、対応のあるt検定の結果、新奇性追求、メタ認知的志向性、関係志向性は5%水準で有意差が見られ(感情調整は10%水準で有意)、実習後の方が有意に得点が上がっていた。resilienceの合計得点も1%水準で上昇していた。実習を経てresilienceは上昇する一方で、自尊心は有意差は見られず、実習による変化は見られなかった。

3. resilienceの下位尺度間の関連、及び自尊心との関連

resilienceの6つの下位尺度間の相関は表4の通りである。肯定的な未来志向性と楽観性の関連が強く($r=.608$)、新奇性追求とも有意な相関が見られた(各.519 .380)。一方メタ認知的志向性と感情調整間に.464の相関が見られた。なお6つの下位尺度得点を因子分析すると、第1因子－未来志向性、楽観性、新奇性追求、第2因子－メタ認知的志向性、感情調整、第3因子－関係志向性と3つにまとまった(累積寄与率76.30%)。

表4の右側にresilienceの6つの下位尺度と自尊心と

表2 実習の受けとめ方10項目の因子分析結果

	I	II	III	共通性
否定的1 (うまくできなかった)				
できると思っていることもできず、自信をなくした	<u>.728</u>	.327	.003	.637
考えていたような看護ができなかった	<u>.714</u>	.027	-.117	.524
看護に向いていないのではないかと不安になった	<u>.572</u>	<u>.440</u>	-.220	.569
どうしたらいいかわからないことが多くてつらかった	<u>.565</u>	.395	-.184	.509
否定的2 (大変でつらかった)				
一日一日がつらかった	<u>.435</u>	<u>.759</u>	-.216	.811
毎日大変だった	.058	<u>.654</u>	.049	.434
思っていたよりも大変ではなかった	-.391	<u>-.547</u>	.137	.471
肯定的 (学びが多かった)				
学びが多く更に学びたいと思った	-.024	-.101	<u>.789</u>	.634
学ぶことが多くて楽しかった	-.082	.013	<u>.726</u>	.534
自分にとってプラスの経験だったと思う	-.190	-.097	<u>.618</u>	.428
寄与率 (%)	20.74	17.79	16.96	
累積寄与率 (%)	20.74	38.54	55.49	

下線 .4以上

表3 実習前後の2時期の得点間の相関と変化の様相

	range	相関係数	平均値(標準偏差)		t検定
			実習前	実習後	
resilience					
新奇性追求	4~20	.540***	14.88(3.30)	15.80(2.84)	<*
感情調整	4~20	.489***	13.45(2.56)	14.06(2.65)	<+
メタ認知的志向性	4~20	.431***	14.41(3.03)	15.11(2.08)	<*
肯定的未来志向	4~20	.493***	14.32(2.84)	14.74(2.92)	
楽観性	4~20	.635***	12.41(3.09)	12.61(3.06)	
関係性志向	4~20	.658***	15.05(3.51)	15.86(2.99)	<*
resilience総点	24~120	.531***	84.52(11.67)	88.18(10.16)	<***
自尊心総点	10~50	.663***	28.93(6.07)	29.77(6.32)	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001 (+p<.10)

表4 resilienceの下位尺度間の相関、及び自尊心との関連(相関係数)

	感情調整	メタ認知	未来肯定	楽観性	関係性	自尊心
新奇性追求	.145	.223	.519***	.380**	.122	.373**
感情調整		.466***	.173	.431***	.038	.187
メタ認知的志向性			.182	.193	.188	-.037
肯定的未来志向				.608***	.091	.761***
楽観性					.011	.624***
関係性志向						.010
resilience総点						.556***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

表5 実習前後のresilience・自尊心と実習の受けとめ方との関連(相関係数)

	実習前				実習後			
	resilience		自尊心		resilience		自尊心	
	相関	偏相関	相関	偏相関	相関	偏相関	相関	偏相関
否定的受けとめ方	-.146	-.054	-.360**	-.336**	-.355**	-.086	-.605***	-.506***
肯定的受けとめ方	.247*	.242+	.054	-.014	.464**	.378**	.314*	.070
実習の受けとめ方総点	.192	.112	.339**	.304*	.435**	.185	.613***	.483***

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

の相関を示した。第1因子としてまとまった未来志向性、楽観性、新奇性追求は自尊心との相関が有意で、特に肯定的な未来志向性と楽観性は .761, .624とかなり高い相関である。メタ認知的志向性と感情調整、関係志向性は自尊心との間に相関関係は見られなかった。resilienceの下位尺度には自尊心と関連するものと、しないものがあることが示された。

4. 実習前後のresilience・自尊心と実習の受けとめ方との関連

実習前後のresilience総点・自尊心と、実習の否定的受けとめ方、肯定的受けとめ方、それらを合わせた総点との相関係数を表5に示した。resilience総点と自尊心に相関が見られるので(実習前 .269, 実習後 .556), 各々resilienceは自尊心, 自尊心はresilienceをpartial outした偏相関係数も算出した。図1に否定的うけとめ方, 肯定的うけとめ方との関連を図示した。全体的に実習との関連は自尊心の方が有意なものが多く、特に否定的うけとめ方は自尊心と負の関連が見られ(実習前.360, 後.605), resilienceをpartial outしても相関の値はあまり変化せず, 実習後との相関は偏相関でも-.506であった。一方肯定的うけとめ方はresilienceと正の関連が見られ(実習前.247, 後.464), こちらも偏相関係数での減少は大きくなかった(各.242, .378)。なお肯定的うけとめ方は実習後の自尊心と正の関連が見られたが(r=.314), 偏相関では無相関になっている。また

実習前後に関しては、全て実習後の方が相関係数の値が高くなっている。1ヶ月前の傾向よりも同時期の傾向と関連することが示された。

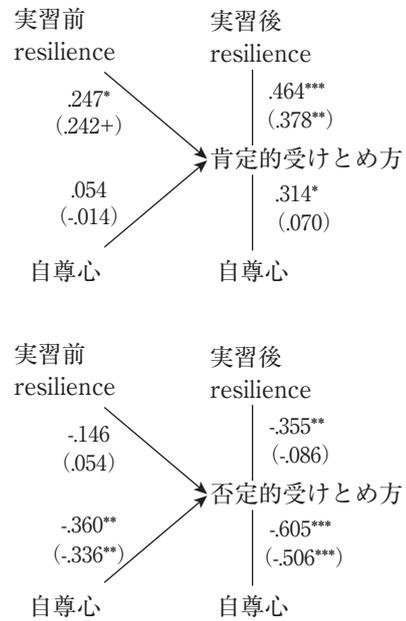


図1 実習前後のresilience, 自尊心と実習の受けとめ方との関連(カッコ内はresilienceと自尊心を各々partial outした偏相関)

<注>実習前の得点と実習の受けとめ方は因果関係があるので矢印, 実習後は関連性を示すために直線で表記した。

表6 実習の受けとめ方4群別のresilience, 自尊心得点とその違い (4群を因子, resilienceと自尊心を従属変数とする一元配置の分散分析)

変数	実習群	平均値(標準偏差)	F値	多重比較
実習前 resilience	学び小群 (LL)	81.21(10.96)	2.30	
	実習適応群(LH)	89.38(12.43)		
	ストレス群(HL)	80.94(7.11)		
	実習学び群(HH)	85.15(14.30)		
実習後 resilience	学び小群 (LL)	84.93(5.48)	7.49***	LH>HL** HH>HL* LH>LL+
	実習適応群(LH)	93.95(9.09)		
	ストレス群(HL)	81.56(10.48)		
	実習学び群(HH)	91.54(9.18)		
実習前 自尊心	学び小群 (LL)	29.64(4.38)	1.16	
	実習適応群(LH)	30.86(5.94)		
	ストレス群(HL)	28.22(7.71)		
	実習学び群(HH)	27.31(4.46)		
実習後 自尊心	学び小群 (LL)	28.83(5.27)	6.73***	LH>HL** LH>HH**
	実習適応群(LH)	34.25(5.24)		
	ストレス群(HL)	27.28(6.43)		
	実習学び群(HH)	26.72(4.86)		

* p<.05, **p<.01, ***p<.001(+p<.10)

5. 実習の受けとめ方の4類型への分類

実習に対する否定的うけとめ方と肯定的うけとめ方の両方を同時に考慮するために、2変量を高群-低群に分け、その組み合わせから4つの類型に分類した。否定的・肯定的受けとめ方を中央値近くの値で分け(否定的うけとめ方は21以下を低群、22以上を高群-各33名ずつ、肯定的うけとめ方は13以下を低群、14以上を高群-各32、34名)、LL群、LH群、HL群、HH群に分類した。

LL群は否定的も肯定的も低く、大変ではなかったが学びも多くない群(学び小群)、LH群は大変ではなかったが学びは多いと感じている群(実習適応群)、HL群は大変と感じ学びは多くない群(ストレス群)、HH群は大変だったが学びは多いと感じている群(実習学び群)である。各群への該当者数は、14名、21名、18名、13名であった。

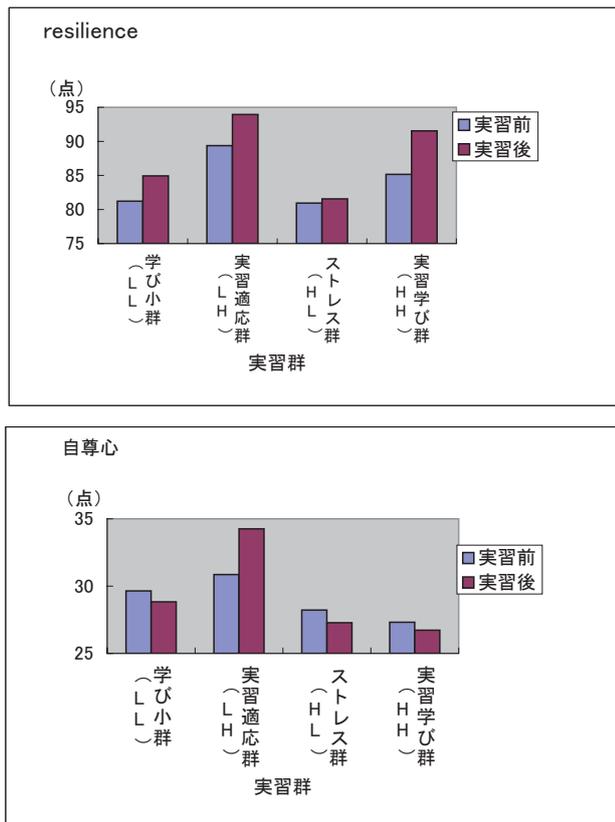


図2 実習の受けとめ方4群別のresilience得点と自尊心得点

6. 実習の受けとめ方4群とresilience・自尊心との関連

実習の受けとめ方4群により、実習前後のresilience・自尊心に違いがあるかどうかを検討するために、4群を因子、resilience・自尊心を従属変数と

する一元配置の分散分析を行った。表6は4群別の平均値(標準偏差)と分散分析の結果である。実習後のresilience・自尊心において共に0.1%水準で有意差が見られた。Bronferroni法で多重比較した結果、自尊心は実習適応群(LH群)が高いことが示されたが(ストレス群(HL群)、実習学び群(HH群))に対して、共に1%水準で有意、resilienceに関しては実習適応群だけでなく実習学び群も高く、ストレス群との差は5%水準で有意であることが示された(cf. 図2)。

IV. 考 察

実習前後の2回にわたって同一の者66名にresilienceと自尊心の質問紙調査を行い、1)実習という困難な状況を経ることでresilienceや自尊心はどのように変化するのか、2)resilienceと自尊心の関連はどのようにあるのか、3)resilienceや自尊心の程度によって実習の受けとめ方がどのように異なるのかを、resilienceと自尊心を対比させる形で検討した。

1. 実習前後の変化

実習前後の得点を比較したところ、自尊心は有意差は見られなかったが、resilienceの新奇性追求、メタ認知的志向性、関係志向性は実習後の方が有意に得点が上昇していた。自尊心は実習経験によって大きく変わることはないが、resilienceは実習によって変わる場合があり、実習を経ることによって、多様な物事に興味や関心をもち、自分の内的過程をモニターし、他者との関係によって気持を立て直そうとする傾向が上昇することが示された。なおそのような者の方が回答に応じる気持になりやすいという可能性もあるが、実習経験がresilienceを高める可能性が示唆されたといえよう。なお実習をはさんで約1ヶ月の間隔をおいて得られた下位尺度間の相関は.4台から.6台と中程度であり高くなかったが、心理的に負荷がかかる実習をはさみ、2回目は実習をやり終えた当日に調査したことの影響があると考えられる。

2. resilienceと自尊心との関連

resilienceの下位尺度の中には、自尊心との関連があるもの(肯定的な未来志向性、楽観性、新奇性追求)と、相関が見られないもの(メタ認知的志向性、感情調整、関係性)があることが示された。特に肯定的な未来志向は自尊心と.761の相関が見られる一方、メタ認知的志向性や関係性は全く無相関であった。resilienceの中でも肯定的な未来志向性や楽観性は、うまくいかなくても肯定的・楽観性に考えることにより自尊心を

保てるが、メタ認知により自分の言動をふり返ることは時に「うまくいかなさ」を更に意識化させるかもしれない²⁴⁾、感情調整ができて自分ができなかったことの認識が変わるわけではない。resilienceは様々な要因から成っていると考えられるが、研究者によって定義や構成要因のとらえ方がいくらか異なっており、その構造についてはまだ十分明らかになっていない³⁾⁴⁾。resilienceがどのような要因から成っていて、それらがどのように関連しているのか、その構造について更に詳しく検討していくことが必要であり、そのことによりresilienceと自尊心の概念もより明確になると考えられる。

3. resilience及び自尊心と実習の受けとめ方との関連

全体的に自尊心の方が実習との関連が見られ、特に否定的うけとめ方は自尊心と負の相関が見られる一方、肯定的うけとめ方はresilienceとの相関の方が値が高いことが示された。中谷他²¹⁾はresilienceと自己成長力の関連を報告しているが、肯定的受けとめ方は自己成長力と似ており、同様の結果といえる。自尊心・resilienceと実習の受けとめ方との関連は、他方の要因をpartial outした偏相関係数でもほとんど減少しなかった。resilienceと自尊心は相関がかなりある($r=.556$)にもかかわらず、実習の受けとめ方との関連の仕方は大きく異なっており、「うまくできたか」や「大変だったか」の受けとめ方は自尊心と関連する一方、「実習によって学びがあったと感じるか」はresilienceと関連するという結果であった。

実習前後に関しては、全て実習後の方が相関係数の値が大きく、1ヶ月前の傾向よりも同時期の傾向との関連が大きいことが示された。このことは、実習前のresilienceや自尊心のあり方が実習の受けとめ方を規定するという方向よりも、実習の受けとめ方によりresilienceや自尊心が変わるという方向の可能性を示している。

実習の受けとめ方との関連をより詳しく検討するために、否定的受けとめ方と肯定的受けとめ方の高低群の組み合わせから、4群に分けて分析を行った。大変ではなかったが学びも多くない群(学び小群：LL群)、大変ではなく学びが多かったと感じている群(実習適応群：LH群)、大変だったし学びも多くない群(ストレス群：HL群)、大変だったが学びは多いと感じている群(実習学び群：HH群)の4群で比較をすると、自尊心は実習適応群で高かったが、resilienceに関しては実習適応群だけでなく実習学び群も高いことが示された。

自尊感情が高いの方が適応的であることは多くの研究によって示されており²²⁾²³⁾、前者はそれと一致する結果であるが、それだけでなく実習学び群のresilience得点が高いことが示された。実習学び群＝「大変だったが学びは多いと感じている」者は自尊心は高くないが、resilience得点は高く、困難な状況でもそこに意義を感じることで、大変さにめげずに乗り越える力とつながっていると考えられる。

本研究では、resilienceと自尊心を分けて実習の受けとめ方との関連を検討することにより、自尊心が高い者は実習を否定的にとらえないが、肯定的にとらえることとは特に関連しないのに対し、resilienceが高い者は実習を否定的にとらえつつ肯定的にとらえ方もすることを示すことができた。うまくいかななくてもそこに何らかの意義を見つけることは適応や発達にとって重要だが、それが自尊心ではなくresilienceと関連していることが示され、resilienceの重要性を実証的に示すことができたといえる。

4. 今後の課題

本研究では2年生の実習前後に調査を行ったが、今後引き続き調査を行い、困難な状況に出会った時にそれをどうとらえ、resilienceや自尊心がどう変わるかに関する縦断的データを収集していくことにより、変化の様相や変化を規定する要因についてより明確にしていくことができると考える。また自尊心がその時の適応と関連するのに対し、resilienceはより長期の適応、将来の適応を規定する可能性が考えられるが、縦断的検討によりそのことに関する知見を得ることも可能であろう。今回は質問紙法による検討であったが、resilienceや自尊心の高低と実習のとらえ方との関連について、面接法等によってより詳細に検討していくことも必要と考える。

文 献

- 1) Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work, *Child Development*, 71-3, 543-562, 2000.
- 2) Masten, A. S. : Ordinary magic: Resilience processes in development, *American Psychologist*, 56-3, 227-238, 2001.
- 3) 石井京子：レジリエンスの定義と研究動向，*看護研究*，42-1，3-14，2009.
- 4) 小塩真司・中谷素之・金子一史・長峰伸治：ネガ

- タイプな出来事からの立ち直りを導く心理的特性
-精神的回復力尺度の作成-, カウンセリング研
究, 35, 57-65, 2002.
- 5) 田亮介・八木剛平・田辺英・渡邊衡一郎: 精神疾
患におけるレジリエンス研究—PTSDからの発展
臨床精神医学, 37-4, 349-355, 2008.
 - 6) 三宅和夫他: 教育心理学小辞典, 有斐閣, 1991.
 - 7) 石毛みどり・無藤隆: 中学生における精神的健康
とレジリエンスおよびソーシャル・サポートとの
関連—受験期の学習場面に着目して—, 教育心理
学研究, 53, 356-367, 2005.
 - 8) 荒木剛: いじめ被害体験の長期的影響とレジリ
エンシー(resiliency), 性格心理学研究, 10-2,
108-109, 2002.
 - 9) 高辻千恵: 幼児の園生活におけるレジリエンス—
尺度の作成と対人葛藤場面への反応による妥当
性の検討—, 教育心理学研究, 50-4, 427-435,
2002.
 - 10) 山岸明子: 発達心理学から見た「海辺のカフカ」—
なぜ主人公は危機を乗り越えることができたの
か, 医療看護研究, 1, 8-15, 2005.
 - 11) 山岸明子: なぜDave Pelzerは立ち直ったのか—
被虐待児の生育史の分析, 医療看護研究, 4,
95-101, 2008.
 - 12) アントノフスキー, A.: 健康の謎を解く—ストレ
ス対処と健康保持のメカニズム, 山崎喜比古・吉
井清子訳, 有信堂, 1987/2001
 - 13) 曾田陽子・小松万喜子・水野美香他: 基礎看護実
習において実施した看護技術に対する学生の達
成感とその理由, 愛知県立看護大学紀要, 12,
67-74, 2006.
 - 14) 鶴田晴美・小笠原映子: 基礎看護学実習における
看護学生の経験とその意味づけ, 高崎健康福祉大
学紀要, 4, 65-76, 2005.
 - 15) 加藤亜由美・樋口マキエ: 臨地実習における看護
学生のストレスとその対処法, 九州看護福祉
大学紀要, 7-1, 5-13, 2005.
 - 16) 岩崎陽子・滝下幸栄・今西美津恵他: 早期体験学
習としての基礎看護学実習の学習効果と実習満
足度に関する要因, 京都府医大看護紀要, 17,
31-39, 2008.
 - 17) 原田真澄・木村美智子: 看護短期大学における学
生の自尊感情の変化に関する縦断的研究—臨地実
習各期の自尊感情測定を通して, 日本赤十字看護
学会誌, 8-1, 11-19, 2008.
 - 18) 水木暢子・木村千代子・佐藤純子: 臨地実習にお
ける看護学生の看護実践活動に対する自己効力感
の検討, 秋田看護福祉大学地域総合研究所研究
所報, 3, 15-22, 2008.
 - 19) 高橋ゆかり・柴田和恵・鹿村真理子: 看護学生の
実習適応感に関する研究(第3報)—実習適応感に影
響を与える要因の分析, 群馬パース大学紀要, 2,
255-262, 2006.
 - 20) 宮脇美保子・藤尾麻衣子・島田千恵子・小元まき
子・寺岡三左子: 4年制大学における看護学生の職
業的社会化—2年生を対象として(第2報), 医療看
護研究, 3, 64-68, 2007.
 - 21) 中谷素之・小塩真司・金子一史・丹羽智美: 看護
実習における精神的回復力—精神的回復力・愛着
と実習後の抑うつ, 自己成長力との関連—, 日本
心理学会第68回大会発表論文集, 29, 2004.
 - 22) 遠藤辰雄・蘭千寿・井上祥治: セルフ・エス
ティームの心理学—自己価値の探究—, ナカニシ
ヤ出版, 1992.
 - 23) 田中道弘: 自尊感情における社会性—自尊感情形
成に際しての基準—自己肯定感尺度の新たな可
能性, 榎本博明他編, 自己心理学6, 金子書房,
27-45, 2008.
 - 24) 三宮真智子: メタ認知—学習を支える高次認知機
能, 北大路書房, 2008.
 - 25) 山本真理子・松井豊・山成由紀子: 認知された自
己の諸側面の構造, 教育心理学研究, 30, 64-68,
1982.

Original Article

Summary

The Relationship between a Student's Cognition of Nursing Practice and Resilience, and Self-Esteem

This article was analyzed based on longitudinal data of 66 nursing students which were gathered in two time points, before and after nursing practice, through questionnaire about resilience and self-esteem. The purpose was to examine 1) change of resilience and self-esteem in two time points, 2) the relationship between scores of these two variables, 3) the relationship between these two variables and cognition of nursing practice which was asked after nursing practice.

The results were as follows ; 1) There were no significant change in self-esteem, and regarding pursuit for novelty, orientation to meta-cognition, and orientation to relatedness which are subordinate scales of resilience, scores increased, 2) Some subordinate scales of resilience showed correlation with self-esteem, and some did not, 3)-1 Self-esteem showed higher correlation with cognition of nursing practice than resilience, and negative cognition showed higher correlation with self-esteem, but positive cognition showed higher correlation with resilience, 3)-2 Correlation with cognition of nursing practice and two variables after nursing practice were higher than before, 3)-3 Analysis where we divided four combination groups of positive and negative cognition of nursing practice and high and low scores, showed scores of self-esteem were high in adaptation group (high in positive and low in negative) and scores of resilience were high not only in adaptation group but also in learning group (low in both positive and negative) where one considered nursing practice as hard but learning much.

Key Words : resilience, self-esteem, nursing practice, cognition of nursing practice

YAMAGISHI Akiko TERAOKA Misako YOSHITAKE Yukie

 研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.11-21 (2010)

Yale大学 Harvey Cushing 医学図書館 Fry Collectionに収蔵されている 江戸期日本の医療版画資料について

Edo Period Medical Prints in the Fry Collection at Yale University Harvey Cushing Medical Library

渡部 幹夫*
WATANABE Mikio

要 旨

江戸時代の鎖国体制から日米通商条約による開国が始まるまで日米の文化交流は欧州諸国やアジア諸国に比較して少ないものであった。開国後の日米関係は政治経済文化の全ての面で、もっとも影響を及ぼしあった二国といえる。Yale(イエール)大学の日本語図書は朝河貫一(1873-1948)が日本古典籍をワシントンの議会図書館とイエール大学に将来したことに始まり、それらは現在イエール大学Beinecke稀覯書図書館に収蔵されている。古医書は少ないが、『養生訓』『解体新書銅版全図』が含まれる。同大学の医学図書館Harvey Cushing John Whitney Medical LibraryにClements C. Fry Collectionがある。その中に江戸時代の日本の医療資料として錦絵『飲食養生鑿』と平野重誠著『病家須知』の挿絵10葉が収録されている。500年間の医学に関する絵画と印刷物、約2000点よりなるFry Collectionのなかに、日本からのものはこの二種類の版画に限られる。Fry Collectionの紹介と、日本医療に対する蒐集家Fryの理解と蒐集の意味するところを考察した。

11点の作品は順天堂大学山崎文庫にも保存されている。

索引用語：イエール大学クッシング医学図書館, フライコレクション, 飲食養生鑿, 病家須知,
順天堂大学山崎文庫

Key Words：Yale University Harvey Cushing Medical Library, Fry Collection, Inshoku Youjou
Kagami, Byoka Suchi, Juntendo University Yamazaki Bunko

I. 緒 言

日米の交流は現在では密接なものであるが、両国の歴史的成り立ちの相違から近代以前については乏しいものであったということが出来る。しかしペリーが江戸の鎖国政策を破棄させて以降、アメリカ合衆国の太平洋を隔てた隣国である日本に対する興味は政治・経済・文化のすべてについて日本が米国に対して示したものよりも大きかったように思われる。他民族移民国家である米国の知的な興味は多面的でありかつ根源的なものであることが多く、世界の文化の蒐集者

としての米国の存在は大きく、日本の歴史的資料も日本には無く、米国が保存しているものがある。特に日本の敗戦で終了した太平洋戦争及びその後の被占領下の日本についての文典が米国に保存され、鋭い歴史学的な研究が在外の歴史家によりなされている状況もある¹⁾²⁾³⁾。アメリカの公文書公開や古文書保存の価値は大きい。

日本の医学的な研究は、江戸の鎖国下で独自の発展をしていた漢方医学と、蘭学にて細々とつないできた洋学の系譜から、明治維新後はドイツ医学を主とするものに転じた。米国との医学的交流は近代になってからのものであり、必ずしも大きなものではなかった。しかし現代では、第二次世界大戦以後の米国が世界の

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Sep. 17, 2009 原稿受領)

医学の新しい領域を開拓し実現してゆくに従い日米の医学交流はかつてなかったほど大きなものとなっている。

2008年にアメリカに保存される日本古医書の調査を目的にYale(イエール)大学を訪問して医学史の絵画コレクションに触れることができた。米国を代表する大学のひとつであるイエール大学の図書館群の充実とその有する各種のコレクション類は世界的に有名である。日本の資料はイエール大学の歴史学者朝河貫一(1873-1948)が日本古典籍をワシントンの議会図書館とイエール大学に将来したことに始まる。それらはイエール大学Beinecke稀覯書図書館に3578巻が収蔵されている。この中に日本の古医書は少ないが、『養生訓』『解体新書銅版全図』が収蔵されていた⁴⁾。イエール大学の医学図書館であるHarvey Cushing John Hay Whitney図書館にはClements C. Fry Collectionがある⁵⁾。イエール大学精神保健部の主任精神科医Clements C. Fry(1892-1955)の蒐集によるものである。Fry Collectionの最近出版された目録には作者不明として日本の版画作品が11点ある。これらは日本の医学史の中では重要な位置を占める作品であり、江戸時代の錦絵『飲食養生鑿』と漢方医・平野重誠の家庭医学看護書『病家須知』の中の挿絵10葉である。

II. 方 法

FryおよびFry Collectionの成り立ち、そこに含まれる日本版画の日本の医学史における位置づけ、Fry Collectionに対する世界的な評価と、このコレクションがおかれる環境とその意味について文献学的に調べた。世界中の医療に関わる絵画、プリント約2000点よりなるコレクションの中に、2種類11点の日本の作品が蒐集されていることの意味することに考察を加えた。

III. 結 果

1. FryとFry Collectionについて

1) Clements C. Fry

Yale University Library Manuscripts and Archives⁶⁾及びSusan Wheelerにより著された目録の解説文によると⁷⁾、Clements Collard Fryはニュージャージー州で1892年に生まれ、ミシガン州立大学を1917年に獣医学を修めて卒業、小児期にわずらったポリオの後遺症にて軍役に就くことをあきらめ、1923年にノースウエスタン大学にて医学を修め、その3年後からイエール大

学にて勤務を開始、1937年にイエール大学の大学精神保健部門の長となり、第二次世界大戦中は軍隊の精神保健のコンサルタントを兼ねたという。1955年11月24日に亡くなるまでイエール大学・大学精神保健部の長の職にあった。Fryは医学史、特にSilass Weir Mitchell(1829-1914)についての記録の蒐集家であったという。Silass Weir Mitchellは医師であり、フィラデルフィア協会の主要な会員であると共に有名な作家でもあった。Fryの蒐集はイエール大学に赴任直後から始まっており、没後イエール大学医学史図書館が管理することになった。

Fryには2冊の精神保健の著書がある。一つは1936年にHoward W. Haggardと共著した*The Anatomy of Personality*であり⁸⁾、もう一つは1942年にEdna G. Rostowと共著した*Mental Health in College*である⁹⁾。前著はイエール大学の精神医学教授のEugene KahnのPsychopathic Personalityに多くを負った著書と自ら述べている。後著はイエール大学の学生の精神保健との取り組みの経験の中から大学という環境における全ての精神保健の問題について述べたものとなっている。

2) Fry Collectionについて

Fry Collectionの全貌はキュレーターのSusan Wheelerが2001年に目録として著した*Five Hundred Years of Medicine in Art*により全貌がわかるようになった⁷⁾。この目録は蒐集作品を撮影したものを白黒の切手サイズにして、それぞれの掲載作品の作者・作品名・出版社・主題・制作時期が対比できる左右ページ構成になっている。目録ではDoctor and Patient, The Professions and Trades, Anatomy, Human Anomalies, Diseases and Injuries, Diagnosis, Therapeutics, Faith and Medicine, Mental Illness, Hospital, Physiology and Hygiene, Childbirth and Children, Life Cycle, Miscellanyの14に分類されている。目録から番号を指定したリクエストにより掲載作品に正確にたどり着き電子素材として得ることができるようになっている。

Fryはイエール大学の医学史研究者の集まりであるBeaumont Medical Clubに参加して蒐集を始めたが、次第に「精神障害・発狂・そして狂気の治療(mental disorders, insanity, and treatment of the insane)」「骨相学・催眠術・催眠術師・いんちき療法(phrenology, hypnotism, mesmerism, and quackery)」「精神異常と神経衰弱(insanity and nervousness)」等に関するものを集めるようになったといわれている。しかし本人は、医学に関する印刷物と精神医学書が好きだっただけであ

ると述べていたという。このコレクションは約2000点の500年を超える画家たちの作品よりなり、ブリューゲルやレンブラントの作品も含まれる。その蒐集作品が正統な教条的な医学ではなく、医療に対する風刺や医学のおかしさを描いたものであるところに特徴がある。それが描かれた時代背景や社会を後世から見ると、Fry Collectionは、それぞれの時代における医学のかくれた一面を描いたものの蒐集となっている。本人は “In general... what I try to do is to get the things that I can have fun with” と述べていたという。ほとんどの蒐集はロンドンとパリにおいて行なわれたという。ロンドンのMaggs Brothers, Charles C. Stonehill, Walter T. Spencer, Kennedy and Company, E. WeilやパリのEmile Offenbacher, ニューヨークのKennedy and Staak and Schuman's, ヴァーモントのTuttleから蒐集がされたようである。

そのほかにベルリンの医師であり、作家であり蒐集家でもあったEugen Holländer(1867-1932)のコレクションの一部を、遺族からFryが1936年に買い取ったものも含まれる。Eugen Holländer Collectionの残りの部分の所在は不明のようである。またFry本人は自分のコレクションの分類や目録を作成しておらず、それぞれの作品がコレクションに加わった経緯は不明である。

Fry CollectionはワシントンDCのNational Galleryにて1946年に展示が行われその後ニューヨーク大学医学部をはじめとしてクリーブランド、ミルウォーキー その他の美術館にて公開され高評をえた。1955年Fryの亡くなった後にイェール大学に寄贈され医学図書館の管理下に置かれることとなったものである。

この目録に記載された1852点の中に日本由来のものとして11点を見つけ出すことが出来た。Anatomyの中の小分類Anatomical Illustrationの中に『飲食養生鑿』があり、Therapeuticsの中の小分類Surgeryの中に脱臼の整復図が二葉と包帯法が二葉、Childbirth and Childrenの中の小分類Deliveryに六葉の『病家須知』の挿絵が収録されている。目録では日本の全作品を作者不明(Anonymous)としている。

Fryには日本を訪れた記録がなく、日本の刷り物がFry Collectionに蒐集された経緯は不明である。ヨーロッパにて蒐集されたものに含まれていた可能性と、第二次世界大戦後に、日米の書籍・文典を取り扱ったヴァーモントのTuttle(商会)を経由しての蒐集の可能性の二つが考えられるが、何故この二種類だけであるのかにも興味を持たれる。この11点の図版は順天堂大

学の山崎文庫にも収蔵されている。

2. Fry Collectionに含まれる日本の版画作品について

1) 『飲食養生鑿』

Anatomyについては6つのグループに分けられている。(表1)

表1 Anatomy部の分類(和訳は著者による)

Anatomy in Art
Dissection
Anatomical Illustration
Comparative Anatomy
Physiognomy(人相学)
Phrenology(骨相学)

その中のAnatomical Illustrationの中にA Model for Dietary Care, ca. 1855, としてとりあげられている作品は『飲食養生鑿』である。この錦絵は酒井シヅの解題によれば歌川國貞(三代目豊国1786-1865)の作といわれ、『房事養生鑑』と対を成す養生をといた浮世絵である¹⁰⁾。「飯尾恕一著・塞翁舎馬磨画・點磨堂」の署名は偽名といわれる。何度も版を重ねるほど大当たりした錦絵といわれている。蘭学の解剖書は、重訂解体新書が1826年に発刊されているが、養生書として飲食と内臓の働きの解釈を漢方の理解にしたがって、ひろく社会に広げるためにつくられたものであろう。「悪病はみな飲食不養生よりおこるところなり」として五臓六腑の解説をするとともに、その働きを社会に見立てて、絵の中で会話をさせているという。日本に現存するものも多いと思われる。東京大学図書館の鶯軒文庫、国際日本文化研究センター宗田文庫、順天堂大学山崎文庫の収蔵作品をFry Collectionの作品と比較すると、鶯軒文庫のものは着衣をしており版木が異なる。他の3点の版木は同じものかもしれないが背景の彩色の高さが異なり、別の刷りであった可能性が高い。本稿では掲載図として山崎文庫収蔵の図版を提示する(図1)。

2) 『病家須知』

Therapeuticsは24のグループに分けられている。(表2)

ここにとりあげられている10葉の版画はカタログにはAnonymous Japanese, 19th century Woodblock printとされているが全て『病家須知』の挿絵である。その中のSurgery・Reduction, Surgery・Banding, にそれぞれ



A Model for Dietary Care , ca . 1855

図1 飲食養生鑿「Anonymous Japanese, 19th century Polychrome Woodblock 505X370(sheet)」とされ掲載されている。

2葉が掲載されている。Surgery・Reductionに収録されているのは昏睡している者の気つけ図と、肩関節脱臼の治療が載っている。前図は巻六の十丁もう一方は巻

六の五十丁の図であり前図がReductionの分類に適しているものかどうかは疑問である(図2)。

Surgery. Bandingに収録されているものは首の傷の包帯法と頭部の包帯法がとりあげられており、これはそれぞれ巻六の四十四丁及び四十二丁にある(図3)。

Childbirth and Childrenは6のグループに分けられている。(表3)

表3 Childbirth and Children部の分類

Pregnancy	
Delivery	
Anecdotes	(奇談)
Breastfeeding	
Childcare	
Sick Children	

その小分類Deliveryに6葉が収録されている。Deliveryに収録されている6葉を目録の順に提示する。妊婦の排尿改善法(巻四の十四丁)産後のめまいの治療法(巻四の二十六丁)分娩(坐婆必研下巻三十丁)骨盤位分娩とその進行(坐婆必研下巻三十丁)産後の排尿障害の治療法(巻四の十六丁)の順であり、目録の編集は必ずしも『病家須知』の順番とは一致していない(図4)。またHarvey Cushing 図書館の電子図版、及びSusan Wheeler の目録でも妊婦の排尿改善法(図4の左上)は裏表が逆

であった。この図のみには山崎文庫版ではFry版にはついていない地の文が一部加わっている。これらの図は挿絵だけが図版として流通してFry Collectionに加わった可能性も否定できない。

『病家須知』は江戸末期の漢方医平野重誠(1790-1867)が残した代表的な家庭医学書として1832年に書かれたものである。江戸時代の家庭での医療のための教養書として価値が高かったと考えられる。小曾戸洋の解説からその内容を紹介する¹¹⁾。平野重誠は、奥医師であり医学館の教師でもあった多紀元簡の門人とされる。多紀元簡は漢方古典を基本とする考証学派に学風を置いたとされ、松平定信の信任厚かったという。平野重誠は多紀元簡の弟子とされるが、その学風は『傷寒論』を主体に、そのほかのあらゆる法方をもって補用とした折衷派に属するといわれる。その編著は31あり、養生・薬物学・古医法・後世方・獣医・馬術・国史などの広い分野に通暁したものであるという。

『病家須知』は1831年から刊行され始め1935年に全版木が成立したと考えられている。全八巻(前編四巻、後編四巻、八冊)よりなり、別名『病家心得草』とも言われる。もともと六巻六冊であったものに、同著者の助産専門書である、『坐婆必研』(別名『ことぶき草』『とりあげば心得草』)二巻二冊を加えて全八巻八冊となったものである。明治以降出版されてい



How to Bandage a Throat Wound

How to Bandage the Head

図3 病家須知「Anonymous Japanese, 19th century Woodblock print 205x150(Image) 210x150(Image)」とされ掲載されている。



Pregnant Woman Supporting Her Belly to Reduce Problem With Urination

Post Partum Treatment for Dizziness

Delivery

Breech Delivery

Progress of Breech Delivery

Post Partum Problem With Urine Retention

図4 病家須知「Anonymous Japanese, 19th century Woodblock print (Image)」とされ掲載されている。大きさは順に「205x145, 207x153, 207x146, 207x147, 207x153, 208x146」と記載されている。

なかったものを、2006年に看護史研究会が現代語訳をして翻刻出版しており、現在では、容易にその内容に触れることが出来る¹²⁾。内容は産科・小児科・外科を中心に家庭医学の集大成となっている。

3. 目録に対する書評とクッシング医学図書館について

1) *Five Hundred Years of Medicine in Art* についての書評

キュレーターのSusan Wheelerが2002年に目録として著した*Five Hundred Years of Medicine in Art*によりFry Collectionの全貌がほぼ明らかとなったことに対して、3つの書評が書かれているので紹介する。

*British Journal of History of Science*でWellcome LibraryのWilliam Schupbachは次のように述べてい

る。同様な医学絵画のコレクションがアメリカ合衆国メリーランド州ベセスダの米国国立医学図書館(NLM)と英国ロンドンのウェルカム図書館(Wellcome Library)にあるが、Fry Collectionは非常に珍しいものを多く含むことと、蒐集者の興味の焦点が定まっていることに特徴がある。また、現在主流となっており、NLMやウェルカム図書館が行ないつつあるような電子媒体によるWebによる目録公開ではなく、写真図版により作成した目録を出版したことを高く評価している。特に正統と考えられてきた医学を補完する医学領域における良き目録が出来たとして偉大な業績としている¹³⁾。

Bernadine Z. Paulshockは*JAMA*に紹介するに当たり、本目録の序文にRichard S. Fieldが述べている「医師と芸術家の活動が、人間の存在の真実と現実に迫って

いる(著者訳)』を引用してFry Collectionを世界の医学絵画の偉大なコレクションの一つであるとしている¹⁴⁾。

またDaniela Bleichmarは**Medical History**に、この豊かな内容をもつコレクションの作品がそれぞれに撮影され、それが目録として編まれたことにより、医学と芸術の交点に興味を持つ者と、自分の研究や教育のために心をうつ物を探している研究者にとって非常に価値のあるものになったと紹介している¹⁵⁾。

2) Harvey Cushing John Hay Whitney Medical Library について

多彩な図書館群を持つイェール大学の医学図書館としてのHarvey Cushing John Hay Whitney図書館について少し説明する。医学図書館は1925年に創設されていたが新たになったのは1941年ということである。Harvey CushingとJohn Hay Whitneyの名前を冠した図書館の由来は興味深いものがある。アメリカの脳神経外科学の父といわれるHarvey (Williams) Cushing (1869-1939)はイェール大学卒業、ハーバード大学で医学を専攻、マサチューセッツ・ゼネラル・ホスピタルを経てジョンズ・ホプキンス大学のWilliam Stewart Halstedの元で外科医となりハーバード大学の外科教授を経て、イェール大学の外科教授として活躍した。現在の脳外科学の祖的存在である。John Hay Whitney (1904-1982)はイェール大学卒業生の資産家、実業家であり、Harvey Cushingの娘婿であり岳父の名を冠した図書館を寄付したものである。アメリカの大学の成り立ちと成長の仕組みの歴史を体現している医学図書館のように思われる。その中に医学史図書館があり、世界の貴重な資料が残されているところに人間のよき歴史の一部を感じるとともに、科学における伝承と新しい発展は近い距離と場所で行なわれことが多いのではなかろうかと考える。

IV. 考 察

人間存在の複雑性を医療に関わる絵画やプリントにて表したものを集めたFry Collectionからはそのようなものを残してきた人間とその社会の不思議さを感じられる。Fryの興味から蒐集された作品のカタログを見ると医療の歴史におけるそのような貌がよくわかる。それでは、Fry Collectionの近世以降500年の約2000点の蒐集作品のなかに日本漢方が11点存在することの意味するところは何であろうか。江戸期日本の医療と日本漢方に対するFryの驚きであったと考えて考察を加える。

鎖国封建制度のもとでの江戸時代の平和は日本の地

理的特殊性に加えて、政治的な幕藩体制の中で独自の日本文化の成熟を可能にしたとされている。しかし西洋のルネッサンス以降の自然科学的発展の成果は細々と長崎出島のオランダ商館経由でしか入ってくるものがなかった。知識と技術による業を行なう医家がオランダ語を通じて西洋医学に興味を示し、その効用を認識してゆくことになる。弾圧を恐れながらの長い間の蘭学による知識の蓄積が、開国前後には洋学の全面的な受容につながる。それだけ日本は遅れて近代国家への道をとったこととなった。

江戸時代の人口に対する医者数は相当多かったといわれる。医者の名乗ることは、むずかしい事ではなく、修行をして自信があれば医者としての開業ができた。その修行にはいろいろな形がありえたわけであり、免許制度の無い専門職業集団としての質の担保は必ずしも充分でなかったと考えてよい。大きな流れは、古くに中国から入ってきた知識から発展した日本の漢方が学ばれ、紅毛流外科としてのオランダ医学が一部合流して日本の医療の現場になっていたと考えられる¹⁶⁾¹⁷⁾。後世に名前や書物の残る医家は、時代の権力者、富貴階級を対象にしていた集団であり、一般的な庶民にとっては医者が必ずしも近い存在ではなかった可能性が高い。これらのことについては白杉悦男が『庸医—江戸時代の民間医師—』のなかでよく論じている¹⁸⁾。またこのような形で医療を担っていた漢方の習得を基にした日本の医者が、明治後の維新政府の方針として西洋医学のみを教育され、その履修を免許要件とされたことによりいくつかの社会的問題が発生したこともよく知られている¹⁹⁾。その医療の受けてである人びとにとっては、病や怪我が直り、子供の誕生成長が健やかであればよいことであり医学の学統は必ずしも、それほど大きな意味を持っていなかったかもしれない²⁰⁾。

現代になり、日本における東洋医学の再評価はむしろ西洋医学の欠落部分を補完するという西洋医学界からの再輸入的な面がある。しかし学統としての日本漢方は明治以後も絶えることなく続き現在にいたっている。西洋医学も東洋医学も医学としての共通目的を持つものであろうが、その基礎となる学問体系は大きく異なる。その両方をそれぞれが理解することは、これからの世界と日本の医学の教育・医療の現場においても容易ならざる大きな課題であろう。西洋医学の知識により教育を受け、全ての生命に関わる現象が生物科学的に説明できるものと考えてきたものにも、次第に

その限界があることを感じることが多い。伝統医学や補完代替医療を見直す大きな世界的な潮流もある。

Fry Collectionには日本以外のアジアの作品やイスラム世界の作品も含まれている。Fry Collectionに含まれる日本の作品は単なる偶然の蒐集品と結論することも出来る。しかしFryの蒐集の方針は前述したように医学に対する全般的な興味であり、精神保健に携わる精神医学者の興味は広範であったであろうが、日本の養生図と家庭医学書の挿絵は、西洋医学を学んだものにとって新鮮な驚きをひきおこした作品であった可能性が高い。蒐集されている日本の版画は、独特の医療文化に基づくものではあるが、わかりやすいものでもある。これらがどのようなかたちでコレクションに入ったのかは不明であるが、日本の医療史の中では比較的良好に知られた作品である。『飲食養生鑿』は西洋医学が入り、解剖図が流布するようになって、養生を説く錦絵として江戸末期に広く使われたものとして日本の医療史の中では必ず取り上げられるものである。『病家須知』は家庭医学書として漢方医家の社会啓蒙に対する志向を現したものとして評価されている。幕末明治初期の浮世絵、錦絵、版画を含む和画は膨大なものが海外に渡っている。それらの中に含まれたものの中で上記の2資料からの11作品がFryにより蒐集されたことは必ずしも偶然なものではなく、選ばれたものであった可能性が高いと考える。

順天堂大学には明治・大正・昭和を法曹界にて活躍し医事法制史の研究者でもあり、日本医史学会理事長も務めた故・山崎佐(1888-1967)の残した一万二千点を超える蔵書・資料が所蔵されている²¹⁾。山崎文庫にはこの11点がすべて存在した²²⁾。日米の医学資料の蒐集家が同じものを収集していることに興味もたれる。また『病家須知』が看護史研究会により2006年に上・下・研究資料篇の3巻として出版され、翻刻・訳注がつけられ現代語により読むことが出来るようになった。これは、日本の医療の歴史を研究する者にとってだけでなく、文化として医療を考えるものにとっても感謝すべきことである。

V. 結 論

医学医療に関わる資料の蒐集が蒐集家の手を離れたのちに、広くその作品に触れることのできる仕組みを作っておくことには大きな価値がある。蒐集家のまなざしと後世の者の思考が共鳴できる楽しみは人間だけのものとする。Fry Collectionでは作者不明となっ

ている日本の版画作品の作者は日本では明らかとなっているものであるが、世界の医学資料のコレクションに加えられていることには大きな意味があると考えられる。

注：Fry Collectionから得た図板の論文への掲載は許可を取ることが困難なので、今回本論文に掲載したものは順天堂大学所蔵の図版である。板行の時期の違いと思われる差異とFry Collectionの目録掲載時の間違いと思われる点が存在するが同じ木版画と考えてよいものである。掲載について順天堂大学医学部医史学研究室の許可をえた。

謝 辞

2008年8月のイエール大学訪問に当たり、イエール大学図書館にてFry Collectionを紹介していただいたYale University Library Subject SpecialistであるAsia Studies-JapanのMs. Haruko Nakamura, History of MedicineのMs. Toby Appelの両氏に深く感謝いたします。

本研究は平成20年度科学研究費補助研究(米国国立医学図書館等の所蔵の日本古医書の調査データベース作成：代表者 酒井シヅ)平成21年度科学研究費補助研究(日本の医療史における社会の転換と医療技術の連続性の研究：代表者 渡部幹夫)の研究の一部として行なったものです。

引用・参考文献：

- 1) Gavan McCormack: *The Emptiness of Japanese Affluence*, 1996, 松居弘道・松村博訳. 空虚な楽園 初版, 351-411, みすず書房, 1998.
- 2) John W. Dower: *Embracing Defeat. Japan in the Wake of World War II*, 1999, 三浦陽一, 高杉忠明, 田代泰子訳. 敗北を抱きしめて 初版, 下巻369-429, 岩波書店, 2001.
- 3) Andrew Gordon: *Postwar Japan As History*, 1993, 中村政則監訳, 歴史としての戦後日本 初版, 上巻1-39, みすず書房, 2001.
- 4) 金子英生: イエール大学図書館と朝河貫一, 調査研究報告(国文学研究資料館), 11号, 35-93, 1990.
- 5) Yale University (2009.9.5), Medical historical Library: Prints and Photographs Fry Print Collection <http://info.med.yale.edu/library/historical/prints_main.html>
- 6) Yale University Library (2009.9.9), Manuscripts and Archives, Clements C. Fry <<http://hdl.handle.net/10079/fa/mssa.ms.1290>>

- 7) Susan Wheeler : *Five Hundred Years of Medicine in Art*, Ashgate, Hants England and Burlington Vermont, 2001.
- 8) Howard W. Haggard, Clements C. Fry: *The Anatomy of Personality*, Happer & Brothers, New York and London, 1936.
- 9) Clements C. Fry, Edna G. Rostow: *Mental Health in College*, The Commonwealth Fund, New York, 1942.
- 10) 酒井シヅ：錦絵「飲食養生鑿」, クリニシアン, 46 (477), 4-7, 1999.
- 11) 平野重誠原著・小曾戸洋監修・中村篤彦監訳・看護史研究会翻刻・訳注, 病家須知研究資料篇, 3-35, 農山漁村文化協会, 2006.
- 12) 平野重誠原著・小曾戸洋監修・中村篤彦監訳・看護史研究会翻刻・訳注, 病家須知研究篇・上篇・下篇, 農山漁村文化協会, 2006.
- 13) William Schupbach : Book Reviews; Five Hundred Years of Medicine in Art, *British Journal of History of Science*, 35, 347-379, 2002.
- 14) Bernadine Z. Paulshock: Art; Five Hundred Years of Medicine in Art, *JAMA*, 288(16), 2051-2052, 2002.
- 15) Daniela Bleichmar: Book Review; Five Hundred Years of Medicine in Art, *Med Hist.*, 49(4), 544-545, 2005.
- 16) 小川鼎三：医学の歴史 39版 中公新書, 中央公論社, 96-162, 1994.
- 17) 大塚恭男：東洋医学 初版 岩波新書, 岩波書店, 19-40, 1996.
- 18) 白杉悦雄：「庸医—江戸時代の民間医師—」, 東と西の医療文化(吉田忠・深瀬泰旦編), 思文閣出版, 京都, 95-114, 2001.
- 19) 酒井シヅ：日本の医療史 初版, 東京書籍, 417-441, 1982.
- 20) 新村拓：健康の社会史・養生, 衛生から健康増進へ 初版, 法政大学出版局, 1-29, 2006.
- 21) 小川鼎三：序及びあとがき, 順天堂大学図書館・山崎文庫目録, 千代田書房, 東京, 1969.
- 22) 小川鼎三：順天堂大学図書館・山崎文庫目録, 千代田書房, 東京, 目録番号9610番及び7788-7793番, 1969.

Research Report

Summary

Edo Period Medical Prints in the Fry Collection at Yale University Harvey Cushing Medical Library

During the isolation period in the Edo era, cultural exchange between Japan and U.S.A. is considered to have been less than that with other European and Asia countries. After Japan opened diplomatic relations, those two countries became the most influential countries in politics, economics and culture. The history of Japanese books kept at Yale University Beinecke Rare Book Library was started by Kan'ichi Asakawa (1873-1948), who brought Japanese old books to the Library of Congress and Yale University. There are few old medical books in these libraries, but they have "Youjoukun" and "Kaitaishinsho-doubanzenzu" .

Harvey Cushing John Whitney Medical Library, which is Medical Library of Yale University, has the Clements C. Fry Collection. That collection contains "Inshoku Youjou Kagami" , a Nishikie style Ukiyoe print, and ten printings from "Byoka Suchi" by Jyumei Hirano as Japanese medical reference. These are the only Japanese prints in the Fry Collection, which is composed of about 2000 prints and drawings focused on the last 500 years medical history of the world.

Herein I discuss the Fry Collection, focusing on understanding of old Japanese Medicine.

Similar 11 prints are kept in Juntendo University Yamazaki Bunko.

Key Words : Yale University Harvey Cushing Medical Library, Fry Collection, Inshoku Youjou Kagami, Byoka Suchi, Juntendo University Yamazaki Bunko

WATANABE Mikio

 研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.22-28 (2010)

入院中に癌告知を受けた認知症高齢者の家族の負担感

The Burden on the Family of Having a Hospitalized Elderly Relative with Dementia Be Informed of Cancer

杉山智子*¹

SUGIYAMA Tomoko

佐藤典子*²

SATO Noriko

渡邊啓子*²

WATANABE Keiko

湯浅美千代*¹

YUASA Michiyo

正田弘*²

SYODA Hiroshi

要約

本研究は、入院後に癌告知を受けた認知症高齢者をもつ介護家族1事例の抱える負担感の特徴と変化を明らかにし、援助への示唆を得ることを目的とした。対象者は関東地区にある高齢者専門病院の高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院中の高齢者の介護家族1名。方法は面接ガイドを用いた半構造化面接を行い、入院前、現在、退院後の不安を中心にインタビューを行った。分析対象は入院時ならびに退院決定時の対象者の語りとし、2時点を経過として捉えて、入院時と退院決定時それぞれを質的に分析した。結果として、入院後と退院決定時では、認知症をもつ夫への負担感は軽減していったが、癌を持つ夫への負担感は軽減することはなかった。今後、身体合併症をもつ認知症高齢者の家族に対しては、介護負担と癌告知に伴う負担の両方についての援助に加え、退院支援を含めた援助を継続的に検討する必要があると考えられた。

索引用語：認知症高齢者、癌、介護家族、病院、負担感

Key Words：elderly with dementia, cancer, family caregiver, hospital, burden

I. はじめに

近年、我が国においては高齢化が進行しており、認知症高齢者数も2015年には約250万人を超すと推計されている¹⁾。そのため、認知症高齢者の入院先は、数少ない認知症専門病棟と限らず、一般病棟である事も多いと考えられる。認知症専門病棟への入院目的としては、BPSD(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)に対する精神科治療が必要な場合、身体合併症に対する治療、そして家族の疲弊による社会的に入院が挙がる²⁾。また、認知症患者の対応を行っていた医療機関のうち身体合併症の治療をしている施設

は81.1%を占めている現状がある³⁾。そのため、家族による介護の内容も、認知症に関するだけでなく身体合併症に関しても必要になると考えられる。

入院している認知症高齢者の介護家族の負担感については、先行研究で入院前と入院2週間後の比較が行われ、入院後も介護家族の負担は継続していることが明らかになっている⁴⁾。しかし、入院前の介護状況や患者が持つ身体合併症の内容によっても介護家族の負担感はそれぞれで異なるため、事例ごとの検討が必要と考え、本研究に取り組んだ。

II. 目的

本研究は、入院後に癌告知を受けた認知症高齢者をもつ介護家族1事例の抱える負担感の特徴と変化を明らかにし、援助への示唆を得ることを目的とした。

*1 順天堂大学医療看護学部

*2 順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター

*1 School of Health Care and Nursing, Juntendo University

*2 Juntendo Tokyo Koto Geriatric Medical Center

(Sep. 30, 2009 原稿受領)

Ⅲ. 用語の定義⁴⁾

介護家族：入院前に認知症患者の介護をしており、入院後も面会をしている家族員。

負担感：心境や不安などを含む実際的な負担。身体的、精神的、社会的、経済的、心理的な不安・不満などネガティブな気持ち。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者

関東地区高齢者専門病院の高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院中の高齢者の介護家族1名。

2. 調査期間：平成19年10月から12月。

3. 調査方法：面接ガイドを用いた半構造化面接とした。面接は入院時と退院決定時の2回、同じ面接ガイドを用いて行った。面接の実施環境は、当該病棟に設置している面談室とした。対象者には事前に病棟管理者より研究依頼書とともに面接ガイドを提示しておいた。また、録音機器は説明後に同意を得て使用した。面接時間は30分と設定した。

4. 面接ガイド：面接ガイドは以下の通りである。

- 1) 患者様が入院して、どのような気持ちになりましたか。
- 2) 入院前、現在、退院後と不安なことはありますか。それはどのような内容ですか。

5. 分析方法

分析対象は入院時ならびに退院決定時の対象者の語りとした(図1)。語りは2時点を経過として捉えて、入院時と退院決定時それぞれを質的に分析した。結果は共同研究者である認知症看護の実践者と高齢者看護学の研究者と検討し、表現の妥当性を点検した。

6. 倫理的配慮

倫理的配慮として、対象者には入院から2週間以内に病棟管理者より、研究の趣旨を口頭と文書にて説明して研究協力を依頼し、同意が得られた後に面接日を対象者の都合のよい日に設定した。また、面接開始時に面接を実施する研究者より、面接は途中退席・発言拒否も可能であること、いつでも撤回は可能であることを再度、口頭と文書で伝え、本人から口頭にて研究協力の承諾と同意文書への署名を得た上で実施した。なお、録音データについては研究終了後に消去を行うことを伝えている。なお、本研究は順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会にて承認を受けている。

Ⅴ. 結 果

1. 対象者の情報

70歳代前半の女性。自営業。3年前に息子が死去し、介護が必要な夫(70歳代後半、アルツハイマー型認知症(Alzheimer Disease：以下ADとする)、肝臓、肺気腫)と2人暮らしであった。10年前より自宅で介護を行っていた。自営業であったため、夫がADを発症した後は妻が一人で仕事をしており、夫を連れて営業にまわる日々であった。入院する約1年前より夫の暴言、拒否が悪化しており、今回は夫の精査と妻のレスパイト(介護疲労緩和)の目的で入院となった。

夫は、入院後すぐに行われた検査結果から肝臓癌と肺気腫の診断を受けた。診断を受けて対象者と医師が話し合った結果、治療方針としては経過観察とし、積極的な治療を行わない、夫の症状が安定すれば自宅への退院が予定された。夫の症状は主に暴言、食欲不振であり、病院の食事をほとんど摂取せず、拒否も強

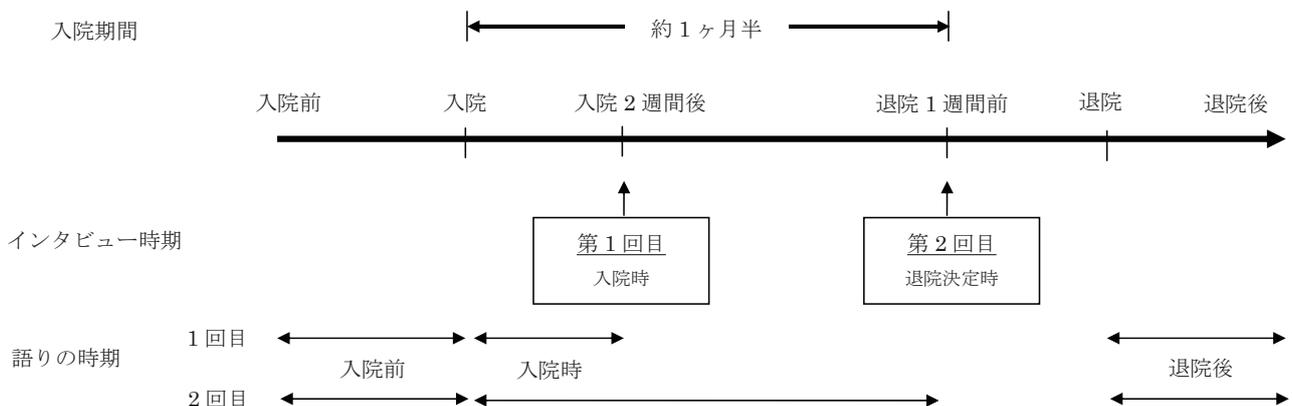


図1 インタビューと語りの時期

かった。そのため、妻である対象者は毎日面会をし、夫の好きな食べ物を作って差し入れ、食事介助をして帰った。

なお、第一回目のインタビューは入院後2週間目に実施、入院後1か月半経過し、自宅への退院が決定した頃に第二回目のインタビューを行った。

2. 第一回目のインタビューの語り

1) 入院前

入院前を振り返り、在宅での介護生活について対象者の介護状況やその時の心理についての語りが見られ、①夫の症状変化への戸惑いと対応困難、②介護の限界、③在宅介護継続への対処という3つのテーマが挙がった。

① 夫への症状変化への戸惑いと対応困難

長年、在宅で介護を継続してきたが、夫の急激な症状の変化へ対応ができない様子を語った。

「ちょうど入院する前、今までと全然違った症状が出ました。すごい、人を責めるような、本当にこんなひどいことを言えるのかっていうような言葉を発したんです。」

② 介護の限界

介護への精神的な限界を自覚したことについて語った。

「(風邪をひいている時に暴言を吐かれ)屋上で泣いてみたり、他のところで泣いてみたり。だんだんこちらの方がうつになってきちゃうんですね、その言葉で。それで、思い切って先生に相談に伺いまして、1週間か2週間ほど預かっていただければ私もまた精神を元に戻して元気でもう一度面倒を見られると思いますので、っていったんです。」

③ 在宅介護継続への対処

在宅介護を何とかして継続できるよう、自身で周囲への協力を得ることや夫の気持ちを理解しようとする様子を語った。

「嫁にちょっと1日来てもらったり、夜、来てもらったりしてました。」

「お医者さんにも行かず、自分は病気じゃないって言い張ってたんだと思います。」

2) 入院時

入院時に関しては、夫の新たな病気、つまり癌と慢性疾患の告知を受けて思うことについての語りが多く、テーマとして、①夫の新たな病気告知、②夫の治療選択への思いという2つのテーマがあがった。

① 夫の病気告知

レスパイト目的の入院であったものの、入院後に夫に肝臓癌と肺気腫が見つかったことを医師から説明され、その時の予想外の思いと夫の体の変化に気づくことができなかつた自責の思いを語った。

「その前には年1回の体の精密検査を受けていたんですけど、去年は断固として嫌だと降りないんです、私の車から。いつもかかりつけの先生のところに伺うんですけど、ありったけの悪口をいって、どうしても降りないもんですから去年は受け損ないまして。」

「想像もつかなかった癌と肺気腫が見つかり・・・」

② 夫の治療選択

ADの夫の癌告知を受け、今後の治療選択に関して語った。

「ただもう本来癌だけでしたらどんなことしてでもと思いましたが、アルツハイマーがあるし先生にすべてお任せするっていう形で」

「その前にももう親せきにいろいろ相談してみたりして、それで、どういうふうになれば本人が一番苦まずにすむか、やっぱりそれが一番私に頑張れば本人が一番苦まずに済むか、やっぱりそれが一番私には……。」

3) 入院後

入院後に関しては、入院生活を送る夫への思いと自身の身体的、精神的状況について語っていた。テーマとして、①精神的解放感が得られない、②介護の継続、③スタッフへの遠慮と気遣い、④身体的負担の自覚という4つのテーマがあがった。

① 精神的解放感が得られない

夫の新たな疾患、入院生活、症状変化から精神的解放感が得られない状況を語った。

「最初のうちはやっぱりこちらのこと(病院の様子)が気になったり。(中略)私が居ないとられない人でしたからすごく気になりまして、なかなか(気持ちが)解

放されませんでした。その後では病気のことでは解放されませんでした。」

「(入院したことで)自分の自由が利かないのでありっただけのこと、大声出したりしますので、強いお薬を飲ませていただくと今度は食事が取れなくなる、全然食事、手もつかないんです。それで、お水も足りなくなるで、肺炎になりましたので。それ以来私はちょっとでも何となく、まだ半分解放されない気持ちは残ってるもんですから・・・(略)、」

② 介護の継続

夫への申し訳なさから面会というかたちで介護を継続する様子について語った。

「家で栄養になるような水気のあるものを一生懸命作って毎日夕方、こちらにお邪魔して、できる限りこちらに付いてるように7時から8時頃までいつも一緒に過ごしています。」

「ただ自分自身で何ていうんでしょう、心の内でふっと本人が帰りたいなんていうとふっと連れて帰ってあげたいなんて弱くなってみたり。」

③ 病院スタッフへの遠慮や気遣い

夫の症状から病院へ迷惑をかけているという思いが強く、遠慮や気遣いがあることについて語った。

「かえって家で心配したり、気になってるよりも、何ってそばに居て少しでも皆さんの役に立つようだったらと思ひまして。」

④ 身体的負担の自覚

日中に仕事、夕方から面会するという生活による身体的負担について語った。

「じっとして居る時間が長いと肩が張ったり、ですから帰ってお風呂に入った後は、こう薬だらけにしていますけど。」

3. 退院決定時の語り(1か月半後)

1週間後の自宅への退院が決定した時点で第二回目のインタビューを行った。退院が決定し、入院時について振り返る様子と自宅への介護に対する今後に向けての思いを語った。

1) 入院時

退院決定時へのインタビューにおいて、入院時の状況について振り返るように思いを語った。テーマは①認知症病棟への入院の抵抗感、②精神的負担、③告知に伴うショックや不安の3つがあがった。

① 認知症病棟への入院の抵抗感

このテーマは入院時の語りには見られなかったテーマであり、認知症病棟という場所への偏見やそこへ入院させることへの抵抗感についてであった。

「今までは認知症の人たちが入る病院というのに対するイメージがすごく暗かったんでございます。自分が疲れ切っているでも預けることにすごい抵抗を感じてたんです。」

② 精神的負担

入院時のインタビュー同様に精神的に解放されなかった様子を語った。

「精神的に自由になれなかった。やっぱりどんなに自分はこの時間は自由になったと思ひましても、根本的にやっぱり預けている、主人は1人であれ(入院)しているっていう感じで、なかなか解放感っていうのがなかったんでございます。自分で1人でどこかへ行ってのんびりしようなんて気持ちにどうしてもなれなくて。」

③ 癌告知に伴うショックや不安

癌告知を受け、それに伴うショックや不安感について語った。

「もう本当に入ったときは癌っていうのと色々な事でちょっとショックが大きかった。」

「急に物を食べなくなったのがすごい不安だったりして、何かいろんな意味で葛藤しておりましたけど。」

2) 退院決定現在と今後への語り

退院決定が決定した現在、自宅での介護についての思いを語った。テーマは①症状が改善していない状態への不安、②サポートへの安心感、③自宅介護への決意の3つがあがった。

① 症状が改善していない状態への不安感

夫は癌を抱えた上、食事摂取量が安定しない状態であることから介護への大変さが見通せることへの不安

を語った。

「ただ一番ちょっと気になることが、食事がなかなか取れなくて、もう戦いみたいに毎日(食事介助を)やっています。」

② サポートへの安心感

退院に向けての話し合いの中でサポートを得られた安心感を語った。

「アフターケアがというのか、今まではこういう経験がなかったんですけどもうあれ(準備)してるんですけど、(中略)、ケアマネさんやソーシャルワーカーさんとか、先生とかが後のことを一生懸命相談して下さったのがすごく私にとっては励みになりました。」

「あとはただ主人も癌を持っていますので、それが悪化したときの対応なんかが、介護士さんが入ってくださるので、(中略)指導もきくと受けられると思います」

「もし疲れたら預かっていただけるんですかねって(私が)という言葉に対して、先生が、部屋が空いていれば預かってあげますよというようなことをおっしゃってくださって、私はもうできる限り自分でやるつもりで、お預けする気持ちが今はないんですけど、将来がふっと約束されているというんでしょうか、すごくホッといたしました。」

③ 自宅介護への決意

再度、自宅での介護をすることになり、その決意について語った。

「その都度、その都度、やっぱり戦いだと思えますけど、いろんな方(患者と家族)のあれ(かわり)を見せていただいたりしてましたので、またその都度、その都度、それが参考になると思いますので。」

Ⅵ. 考 察

1. 介護家族の負担感の変化

本研究の対象者は、入院時と退院決定時の間に身体的ならびに精神的負担を抱えており、入院後と退院決定時の負担感の性質は異なっていた。入院前、夫の急激な症状の変化についていけず、周囲への援助を受けながらも精神的負担を軽減できず、その上で入院を判断していた。これは、先行研究⁴⁾において認知症高齢者の入院に伴う介護家族の負担感である〔精神症状へ

の対応困難〕と〔一人で介護を担う状況に伴う負担感〕に相当する。この負担感が大きくなることにより、自宅介護継続が困難になっていたと考えられた。

入院後については、入院を嫌がっている夫の様子や性格から、対象者は精神的に解放されない様子を語っていた。これは、先行研究⁴⁾において認知症高齢者の入院後に伴う介護家族の負担感である〔患者の身体症状の悪化を予測した不安〕に相当する。その対処として、毎日の面会や差し入れといった行動をとることで気持ちをコントロールしていたと考えられ、これは、〔面会に関する負担感⁴⁾〕や〔入院に伴う縛られ感⁴⁾〕につながるものと考えられた。退院決定時には、入院時には語られなかった【認知症病棟への入院に抵抗感】も語られた。これは、介護する家族には〔入院させることへの罪悪感や葛藤⁴⁾〕が生じていたことを示す。認知症高齢者の入院に伴い介護家族に生じる様々な負担感やそれらが出現する時期は個人によって異なるものの、本研究の対象者には多くの負担感が伴っていたことは明らかであり、入院時と退院決定時では質的な変化があった。今後の研究においては、その負担感の大きさ、量的変化について検討する必要があると考えられた。

2. 癌告知を受けた認知症高齢者の家族の負担感

認知症をもたない癌患者をもつ家族の場合の癌告知の場面において、配偶者も老年期であることから新しい情報を短時間に処理できることが難しく、変化への対応がスムーズでないことが挙げられている⁵⁾。本研究の対象者も老年期に該当しており、入院後も精神的解放が得られない中、更に癌という疾病についての新たな情報を受け、更なる介護や不確定な要素が加わったという点からの負担が生じたといえる。これは、認知症をもたない高齢者の家族とは異なる点である。また、咽頭癌をもつ高齢者の家族が退院前後にもつ思いとして、「自分が支えていく決意」と「自分が元気でいなければ」という思いがあるといわれている⁶⁾。本研究の対象者も退院決定時に夫の【症状が改善していない状態への不安感】を抱えつつも【自宅介護への決意】を持っている。これは強い意思の表れであるが同時に負担感を強める可能性があると考えられた。

3. 癌告知を受けた認知症高齢者の家族への援助

本研究の対象者は、介護に伴う負担感だけではなく、癌告知を受けたことに伴う負担感も多くみられていた。この両者への援助について考察する。

1) 介護に伴う負担感に対する援助について

介護家族には入院後も継続して介護したい思いがある。そのことを医療スタッフが受けとめた上で、負担感から生じる自身の心身への影響および虐待など介護している認知症高齢者に及ぼす影響をふまえ²⁾、休息をとることも必要であることを伝え、介護家族が自ら休息をとる健康行動がとれるようにサポートする必要がある。

2) 癌告知に伴う負担感に対しての援助について

対象者は、夫の精神症状の変化が身体疾患、つまり癌や肺気腫が原因であったと考えており、それに気づかなかったことへの自責的な様子がみられた。その上、入院後は、癌の治療方針について、医師から説明された上で親戚に相談しながら自分なりに結論を出していく様子がみられ、ソーシャルサポートの存在が大きいことが明らかであった。しかし、核家族化が進む現在、簡単にはソーシャルサポートが得られないことが考えられる。このことから、告知の時点からの医師の持続的なサポート⁷⁾のみならず、看護師も面会時の時間をうまく使いながら継続的なかわりを持ち、ソーシャルサポートを代行することが重要である。また、本研究の対象者は退院決定時のインタビューで面会時に医療スタッフの看護場面をみることや同じように面会に来ている他の家族の患者とのかかわり方を目の当たりにすることで負担感の軽減や前向きな気持ちを獲得できていた。これもひとつのソーシャルサポートである。家族会への参加は、機能として、仲間と出会うこと⁸⁾があり、癒しの効果やピアカウンセリングの効果⁹⁾があるといわれている。対象者はこのような共感を得た上で、自身の適応に向けていったとも考えられる。また、負担感、レスパイトなどのサービス等にあたる実践的サポートよりも情緒的サポートに緩衝効果を持っているともいわれている¹⁰⁾。したがって、看護師自身による情緒的サポートのほか、家族同士が会話できる場をつくるなどの支援も可能である。

認知症高齢者の場合、患者の意思表示が困難となるため、ほとんどの場合、家族が代理人として治療方針の決定に参加する¹¹⁾。特に今回の事例のように寝たきりや経口摂取不良からくる終末期ではなく、癌という身体的治療や苦痛を伴う疾患の治療に関する意思決定は介護家族にとって大きな負担を生じるとされる¹²⁾。また、介護疲れが意思決定を左右することは少なくない¹³⁾との報告がある。そのため、介護家族の心身が安定した状態で決定ができるように調整を図るこ

とが看護師の役割となる。治療方針にかかわる決定については、家族が後悔しないよう、そして本人の安寧につながるよう、医療者が十分にサポートし、家族が決定していけるように援助する必要がある。

3) 退院に向けての援助について

退院を控えた時点で食事摂取困難な夫の状況から対象者は不安を表出していた。退院後、認知症だけではなく未治療の癌を抱えて生活する点で、今後の症状変化や生じた場合や緊急時を想定した対応策を提示しておくことが重要である。認知症高齢者の退院時にサポートの柱となるのはケアマネジャーであるが、福祉を専門とする者も多く、医療的な援助を必要とする認知症高齢者の退院時にはより一層病院の看護師との連携が重要となる。

VII. 結 論

本研究は、入院後に癌告知を受けた認知症高齢者の介護家族の負担感の変化について1事例を用いて検討した。入院後と退院決定時では、認知症をもつ夫への負担感は軽減していったが、癌を持つ夫への負担感は軽減することはなかった。今回の研究で新たに、身体合併症をもつ認知症高齢者の家族に対しては、介護負担と癌告知に伴う負担の両方についての援助に加え、退院支援を含めた援助を継続的に検討する必要がある事が明らかになった。

おわりに

認知症をもつ夫への負担感は軽減されたと思われるが、癌を持つ夫への負担感は消えることがなかった。身体疾患を抱える認知症高齢者や家族への治療や看護について今後も継続して多くの事例を蓄積し、検討していく必要がある。

謝 辞

本研究は、平成19、20年度順天堂大学医療看護学部共同研究費によって実施した。本研究の実施にあたり、ご協力いただきました対象者、病院関係者に感謝申し上げます。

文 献

- 1) 老人保健福祉法制研究会編：高齢者の尊厳を支える介護，法研，119，2003.
- 2) 鬼頭恆，村田志保，天野直二：認知症で入院となるケース，精神科治療学，24(4)，483-486，2009.

- 3) 東京都福祉保健局：東京都認知症専門医療機関実態調査報告, 46, 2008.
- 4) 杉山智子, 湯浅美千代, 高橋典代：認知症高齢者の入院に伴う介護家族の負担感の変化, 医療看護研究, 5(1), 45-52, 2009.
- 5) 角田直枝, 萩原正子：老年期の患者と家族ケア, 緩和ケア, 17, suppl. 75-79, 2007.
- 6) 坂本春菜, 原祥子：咽頭全摘出した高齢者の家族が退院前後に持つ思い, 日本看護学会論文集第39回老年看護, 44-46, 2009.
- 7) 宮永和夫：家族療法と家族支援, 老年精神医学雑誌, 17, 728-735, 2006.
- 8) 中田智恵美：セルフヘルプ・グループ－自己再生の援助形態, 47-77, 八千代出版, 2000.
- 9) 朝田隆：老年期痴呆と家族：過去と現在, 精神科治療学, 18(5), 557-562, 2003.
- 10) 新名理恵, 矢富直美, 本間昭:痴呆性老人の在宅介護者の負担感に対するソーシャル・サポートの緩衝効果, 老年精神医学雑誌, 2, 655-663, 1991.
- 11) 山下真理子, 小林敏子, 松本一生, 他：介護家族の視点からみた認知症高齢者の終末期治療－その現状と課題－, 日本認知症ケア学会誌, 6(1), 69-77, 2007.
- 12) 箕岡真子, 稲葉一人：介護と生命倫理, 食事・内服拒否の事例, 月刊総合ケア, 17(6), 72-78, 2007.
- 13) 三宅貴夫：終末期痴呆の医療に関する意思決定－患者と家族の関係, 老年精神医学雑誌, 10(10), 1225-1229, 1999.

 研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.29-36 (2010)

在宅看護実習の学習成果と在宅看護教育の方向性 －訪問看護実習の学びから－

Learning Outcomes of At-Home Nursing Training and Directions for At-Home Nursing Education: Based on Visiting Nursing Training

樋口 キエ子*
HIGUCHI Kieko

川西 恭子*
KAWANISHI Kyouko

浜詰 幸子*
HAMADUME Sachiko

小田切 美紀*
ODAGIRI Miki

要旨

研究目的：地域看護実習Ⅲ（訪問看護実習）における学生の学びを明らかにし、在宅看護学のカリキュラム構築の資料とすることである。

研究方法：訪問看護実習最終日の報告会の記述をデータとして、質的研究法を用いて学びの内容の分析を行った。

研究結果：学生の記述から最終的に形成された『学び』のコアカテゴリは、【療養環境の多様性・個別性】【家族の存在と介護バランス】【療養者家族の尊重と自己効力を育む】【生活状況のアセスメントと調整】【支持的関わりがもたらす信頼関係】【ケアの統一に向けた他職種との連携】【訪問場面に応じたケア】の7つの在宅看護の特有さが形成された。

考察：学生の学びは、家庭を訪問することで実感する多様で個別的な対象への訪問看護活動の特有さの理解と共に、看護とは何かを考える機会となっていた。また学びの内容は、学部教育の特徴が反映された学びとなっていることが示唆された。

索引用語：在宅看護実習・訪問看護活動・療養者と家族・学び

Key Words：at-home nursing training, visiting nursing, the convalescent and family, learning

I. はじめに

1997年(平成8年)看護基礎教育に在宅看護論が設置され11年が経過した。在宅看護をとりまく医療社会情勢の変化により多様なニーズが高まり、在宅看護教育に求められる教育内容が変化してきた。「看護学教育のあり方に関する検討会報告(文部科学省2004)」では、看護系大学卒業者の『看護実践能力』の向上の必要性和看護師としての社会的責任、ならびに国民の要望に対応した看護の質の向上が強調¹⁾された。

在宅看護論を設置して11年を経た現在、在宅看護論に関する研究は、訪問看護実習の学びと教育の方向性の検証²⁾⁻³⁾、実習の学習効果と実習形態の相違による比較⁴⁾、本研究のテーマの関連では、学習内容が、療養者の生活支援のあり方に焦点化していることを明らかにした学びの構造⁵⁾⁻⁶⁾に関する報告、また学ぶ場である臨床実習における学習過程を分析し実習における体験過程こそ看護教育において絶好の学びの構築過程であると述べる学びの様相⁷⁾⁻⁸⁾の報告がある。柳原は、在宅看護教育は、核となるものが対象者の生活支援であることを指摘し、教育内容の精選による学生の学びの成果⁶⁾を報告している。

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Sep. 30, 2009 原稿受領)

筆者らは、先行研究⁹⁾として医療短期大学学生の『訪問看護実習における学びの意味』を分析し、学びの意味と在宅看護実習目標の関連性を検討し、在宅看護実習における学生の学びに、在宅看護の目的、在宅看護の対象、在宅看護の方法が網羅されていることを明らかにした。

2009年、看護教育の改正カリキュラム、看護教育の大学化傾向と社会の看護教育へのニーズに伴い4年制看護大学(以下学部)教育における看護実践能力の育成は急務と考える。

学士課程における看護実践能力の育成について、石井¹⁰⁾は、臨地実習はきわめて重要であるとしており、その理由に臨地実習が「人間関係形成過程を伴う体験学習が中核となる課程である」ことを指摘する。杉山⁷⁾は、在宅看護における看護実践能力は、対象者と訪問看護師の看護活動から創出されるといっても過言ではないと報告する。しかし、基礎教育における在宅看護実践能力を看護学生の在宅看護実習の学びから検討した文献は希少である。

本研究の目的は、訪問看護実習における学生の学びの意味を明らかにすることである。

実習における学びの意味を明らかにすることは、学習者が訪問看護の体験をどのように認識するかを把握する、実習の学びと基礎教育における在宅看護実践能力の関連を把握する資料になり、在宅看護学の教育内容検討の一助となる。

II. 言葉の定義

- 訪問看護実習の学び：在宅(訪問)看護実習において学生が既習の知識・技術を基に対象者との相互行為を通じての理解や認識の記述¹¹⁾。
- 訪問看護：在宅看護論の学習方法として、訪問看護実習を位置づける。訪問看護は、在宅看護の方法・手段である。ただ、前後の文脈から在宅看護とする場合がある。
- 訪問看護活動：対象の生活の場で行われる看護活動、その活動は、対象の生活スタイルを尊重し本人の出来ない部分の日常生活の補完、生きることを支援する過程。
- 在宅看護実践能力：在宅看護活動を遂行できる能力、および看護の過程を通じて培われる生涯成長し続けるために必要な基盤となる能力¹⁰⁾。

III. 訪問看護実習の概要

本研究で取り上げる訪問看護実習の概要は次の通りである。

訪問看護実習は、地域看護実習Ⅲ(訪問看護実習1週間・1単位)として位置づける。

実習目的は「健康上の問題を持ちながら家庭で生活する対象を理解し、その状況に応じた看護の実践を学ぶ」とする。実習方法は、3年次に訪問看護ステーションで4日間の同行訪問を行い、一人の学生が期間中6～8名前後の療養者の訪問看護活動の見学(一部実施)を行う。5日目の最終日は、学内で合同報告会を実施する。

IV. 研究方法

1. 対象学生

S看護大学3年次生の地域看護実習Ⅲを履修し、同意書の得られた学生のうち、標準的な学びを収集するため、前期7週間の中間にあたる4週目のグループと後期6週間の中間にあたる3週目に履修したグループの実習生21名を選定した。

2. 研究で用いたデータ

報告会の記述とは、実習最終日の学内合同報告会の資料であり、内容は、①施設の概要、②実習目標の達成度や学習内容について具体的な事例・場面を根拠として挙げ記述する、③今後の在宅看護のありかたについて考えをまとめる、である。

本研究では、②を研究データとした。

3. データ収集期間

平成20年5月～11月。

4. データ分析方法

Berelson, B.の内容分析とその技法¹²⁾を参考にした。理由は、本研究は学生の率直な記述が研究対象であり、行間を読むといった複雑な要素は持たずそこに何が書いてあるか、を知ることを目的としたためである。

分析手順は、

- 1) 訪問看護実習の学びの記述内容である訪問看護の目的の理解や認識について表現されている1文章を最小文脈単位として抽出し、この文脈単位をデーターとした。
- 2) つぎにこれらを精読して学生の学びに関する記述を抽出「コード化」し、記述内容の類似性により分類し、その内容を忠実に反映した「サブカテゴリネーム」を命名した。

なお、意味内容が把握しにくい文脈については前後の文脈から解釈をした。

- 3) 「サブカテゴリ」を在宅看護の視点からとらえなおし、その内容を類似の意味をもつもの毎で分類し、その意味を反映した命名をつけ「カテゴリ」とした。つぎに「カテゴリ」の本質となる意味を解釈し、抽象度をあげながら分類整理し、最終的に「コアカテゴリ」として内容の主題の命名をし、「コアカテゴリ」間のつながりをみた。

5. 倫理的配慮

研究対象者には研究の意図、研究への同意は自由であること、同意しても途中でいつでも撤回ができること、結果は研究以外には使用しないこと、実習評価と無関係であること及び個人の特定はしないことを文章と口頭で説明し、協力を求め承諾書に記入して頂いた。合わせて同意書の回収方法は、学生の自由意志で入れられるように回収袋を置き配慮した。なお、学生が同意書と撤回書の両方を記入したものについては、不採用とした。データ処理時は、個人名や実習機関を削除して行った。第1研究者所属大学学部の倫理審査で承認を得た。

6. 分析の信頼性・妥当性を高めるために、学生2名のデータを分析手順に沿ったフォーマット(①学生の体験した場面(学生が何をみて、何を聞いてどうしたか)②学生は体験から何を学んだか・感じたか)を用いて分析、研究者間の分析視点の統一を図った上で、全対象者の分析にとりかかった。分析は、共同研究者であり、訪問看護実習に関わった教員4人でデータを繰り返し熟読した上で行った。なお、研究者間で相違が生じた場合は、できるだけ一致するまで分析を繰り返し行った。

V. 結 果

1. 得られたデータ数

学生21名の「訪問看護実習の学び」の記述は文脈の最小単位を1記録単位として抜き出した結果、5-10記録単位(平均7)総数125を得た。この記述内容の分析をした結果、90コード、43サブカテゴリ、22カテゴリ、7コアカテゴリが形成できた(表1)。

以下、コアカテゴリを【 】, カテゴリを〔 〕, サブカテゴリを { }, コードを<>とし具体例を「」で示す。

2. 在宅看護実習での「学び」の概念とコアカテゴリ

報告資料から最終的に形成された『学び』は、【I療

養環境の多様性・個性性】、【II家族の存在と介護バランス】、【III療養者家族の尊重と自己効力を育む】、【IV生活状況のアセスメントと調整】、【V支持的関わりがもたらす信頼関係】、【VIケアの統一に向けた他職種との連携】、【VII訪問場面に応じたケア】の7つのコアカテゴリが形成された。このカテゴリは、在宅看護の類似する概念から在宅看護の目的(カテゴリI)、在宅看護の対象(カテゴリII)、在宅看護の方法(カテゴリIII・IV・V・VI・VII)に分類された。

1) 【I療養環境の多様性・個性性】

学生は、家庭という生活の場を訪問することで、疾病や障害を抱えながら生活する人々の多様な背景や個性性の大きさを実感すると共にその対応が求められる訪問看護の特有さを学んでいた。

このカテゴリは「療養者を取り巻く環境・価値観の多様性」, 「療養者の多様な状態・ライフスタイル」, 「生活の意向と病状管理の難しさ」の3カテゴリとその内容から形成された。

学生は、訪問時|在宅で療養することの意義|を感じると同時に|在宅を取り巻く状況は複雑|で|生活の裏には様々な価値観|があること|同じ要介護度でもケアが違う|, |サービスを活用しても生活に制約|があるなどの在宅における療養環境の多様性と個性性が大きいことを学ぶ一方で、訪問看護師が、生活の場であるゆえに表出する利用者との価値観のずれに戸惑いを抱きながら対応する訪問看護のあり方を認識する様子が示された。

2) 【II家族の存在と介護バランス】

学生は、訪問看護師が在宅療養における家族の存在・介護協力が療養の継続、また家族の生活全体に及ぼす影響が大きいことを認識しながら、本人、家族のニーズを見極め、家族自身の生活と介護が両立可能な関わりをする過程から訪問看護の特有さを学んでいた。

このカテゴリは「療養者と家族をひとつの単位としてサポート」, 「家族介護の多様性と介護が家族に及ぼす影響」, 「療養継続における家族の協力と介護バランスの大切さ」, 「家族関係の理解・家族に伝わる指導の必要性」の4カテゴリとその内容から形成された。

学生は、訪問看護師が家族介護の多様性を踏まえ、|家族は生活者でありケアの対象|である、|在宅介護は療養者が中心|になりがちで、|家族は療養者に影響を及ぼす|ことから、|お嫁さん・夫婦の関係を考える|, 看護師不在時にも介護継続可能なように|わかりやすい

表1 在宅看護実習の学びの意味

n=21

コード	サブカテゴリー	カテゴリー	コアカテゴリー
・在宅に戻るとは療養者にとって心身ともに良い刺激になる	在宅で療養することの意義	療養者を取り巻く環境・価値観の多様性	I 療養環境の多様性・個別性
・療養者が生活する家全体が療養者のプライベートスペース	在宅を取り巻く状況は複雑		
・在宅を取り巻く状況というのは非常に複雑である	生活の裏には様々な価値観		
・一人一人の家庭環境や住宅環境など全てが異なる			
・望む生活の裏には様々な価値観がある			
・家庭によっての相違がある	同じ要介護度でもケアが違う		
・要介護度や症状が似ていても使用物品やケアの方法が違う			
・在宅療養者は日中家に居て、何もせず寝ているだけの方が多い			
・訪問看護やデイサービスなどを利用し家の負担を軽減している	何もせず寝ている方が多い	療養者の多様な状態・ライフスタイル	
・在宅継続のため、妥協しなければならず、すべてを望むことは難しい	在宅継続は妥協が必要		
・療養者のニーズ・価値観と医療者の認識の違い	意志の尊重と病状管理の折り合い		
・独居の方の生き方、意志の尊重をすることと、病状管理の難しさ			
・サービスを活用しても、利用者の求める生活には制約がある			
・もっている疾病や障害の理解と療養生活スタイルの調整の難しさ	サービス活用しても生活に制約	生活の意向と病状管理の難しさ	
・療養者の状態だけでなく家族への配慮を行っている	家族は生活者であり、ケアの対象		療養者と家族をひとつの単位としてサポート
・介護者の健康状態にも留意する			
・家族は生活者であり、ケアの対象である			
・介護力の高い家族と全くサポートのない家もある	介護力の高い家族とサポートなしの家	家族介護の多様性と介護が家族に及ぼす影響	II 家族の存在と介護バランス
・介護が家族全体に影響を及ぼしている	急変しかねない療養者をかかえ不安		
・急変しかねない療養者をかかえ不安も大きい。			
・老老介護も多くあり、医療行為や介護が難しい方もいた			
・在宅で介護をすることは、生活が療養者中心になる	在宅介護は療養者が中心	療養継続における家族の協力と介護バランスの大切さ	
・老老介護による頻回医療処置行為の実施			
・仕事がなく介護に関われる方人もいた。			
・家族の介護力は重要で療養継続に欠かせない	家族は療養者に影響を及ぼす	家族関係の理解・家族に伝わる指導の必要性	
・家族の状況や生活環境は療養者に影響を及ぼす	お嫁さん・夫婦の関係を考える		
・夫と別居状態で介護しているお嫁さんの生活を支える			
・一人一人のことにのみ目を向けるのではなく、夫婦の関係を考える		わかりやすいことばで説明をする	
・思っている以上に家族は医療の知識もなくで困ることも多い。			
・退院後も訪問時にわかりやすい言葉で説明する			
・様々な選択肢のなかで本人、家族が決める	選択肢のなかでどう生きたいかを自己決定	療養者・家族の生活の選択・自己決定を見守る	III 療養者家族の尊重と自己効力を育む
・どの方も在宅希望の気持ち強い			
・患者が人生をどう生きたいか自己決定させる			
・本人、家族の意向に沿って援助をしていく	本人、家族の意向に沿った援助	療養者・家族の意向・生活のペースを尊重した関わり	
・本人、家族のニーズをキャッチし、バランスのとれたケアをする。			
・その人らしく安心した生活は、本人、家族を尊重した関わりをする			
・療養者を生活者としてとらえ人生や生活のペースを大切ににする	尊重することでその人らしく安心した生活		
・意志表示を変えることができる可能性の提案をする		意志表示変更可能性の提案	
・在宅看護は療養者の自主性を尊重し、信頼で成り立たせている			
・望みを叶えられるよう資源提供、他職種連携や必要な看護を提供	望みを叶えられるような資源提供		
・療養者と家族が主体で、看護師は不足分を補っている			

表1 在宅看護実習の学びの意味(つづき)

コード	サブカテゴリー	カテゴリー	コアカテゴリー	
・地域の社会福祉資源情報の提供は家族にとって心強い	社会資源情報の提供による心強さ	療養者と家族のもてる力が発揮できるサービス調整	IV 生活状況のアセスメントと調整	
・介護者の仕事の継続を可能にする社会資源の活用がある				
・家族の力を引き出すために他職種との連携が必要である	他職種との連携で家族の力を引き出す			
・他職種が関わり合うのは、地域医療の特有さであり				
・看護師は生活を観察することで、看護介入方法を見出す	観察により看護介入方法を見出す	在宅生活保持に向け療養者と家族を総合的にアセスメント		
・生活を保つために療養者と家族を総合的にアセスメント				
・自立度に応じた生活継続へのサポートをする	自立度に応じた生活継続へのサポート			
・現状をアセスメントし、マネージメントする看護職の役割の重要性		知識・経験からの予測的予防的働きかけ		
・看護師は予測的、予防的に働きかけることが大切	予測的、予防的働きかけの重要性			
・看護師の医学的知識や情報、経験からの予測				
・介護者の心身への早期支援は介護負担の軽減につながる	介護者への早期支援の重要性			
・よいケアを提供するために、制度の知識を持つ		自然に関わり、各々のペース生き方を尊重したアプローチ		
・療養者の昼夜逆転是正にデイサービス・ショートステイの利用を勧める	介護者への早期支援の重要性			
・生活に自然な形で関わり各々のペース生き方を尊重したアプローチ	自然な形で関わりアプローチ			
・療養者・家族と緊張感をつくらない関わり方				
・介護者ができていることを認め、意欲を落とさないようにする		在宅での看取りに寄り添い家族へ心のケアを提供	V 支持的関わりがもたらす信頼関係	
・在宅ではゆっくり時間をかけての看取りが可能である。	時間をかけての看取りが可能			
・家族を労い思い出を共有する心の整理につながるケア				
・家族に後悔が残らないよう心のこもったケアを提供する	後悔が残らない心のこもったケア			
・人それぞれの死生観を大切に、思いをありのまま受け入れる		支持的、不安を与えない関わりが信頼関係構築に繋がる		
・ニーズが満たされていることが信頼の形成に重要	ニーズ満足が信頼形成に重要			
・信頼関係づくりにコミュニケーションが重要				
・安心して鍵を預けられるよう普段から信頼関係を築いている	信頼関係による療養者・家族の安心			
・信頼関係により、療養者や家族が安心してケアを任せられる		他職種との連携やチームカンファレンスで質の高い看護を提供		VI ケアの統一に向けた他職種との連携
・わかりやすい言葉、不安を与えない声かけの看護技術	信頼関係による療養者・家族の安心			
・他職種との連携やチームカンファレンスで質の高い看護を提供	連携やカンファレンスで質の高い看護を提供			
・関係機関同士で頻繁に情報を支援していくことが大切である				
・施設間でケアマネージャーを通して行われる担当者会議は重要		訪問看護師は様々な職種を調整する		
・電話やファックス、連絡ノートで他職種と情報共有する	電話・連絡ノート・カンファレンスで情報共有			
・看護師同士、医師、ヘルパーと同じ場面で情報共有する				
・訪問看護師の役割は、様々な職種を調整し、支援を提供する	訪問看護師は様々な職種を調整する			
・必要な事業の連携の中心となるのが看護師である		利用者に関わる他職への尊重が大切		
・看護師とヘルパー間の尊重が利用者の援助につながる	利用者に関わる他職への尊重が大切			
・PTのケア・指導・助言はケアの質を高め介護負担を軽減する				
・退院時カンファレンスは他職種と調整しあうことが必要である	退院時カンファレンスで他職種と調整			
・退院指導を受けられずに在宅へ戻ってくる人が多い		退院後をイメージした退院調整		
・退院後の療養生活を予測した退院調整を行う必要がある	療養生活を予測した退院調整			
・家族や地域の社会資源を巻き込んだ退院時支援が重要				
・在宅では、その家庭で可能な方法を考え看護を行う	家庭で可能な看護の方法を考える			
・HOTやPEGの管理、褥創処置、リハビリなど在宅での看護技術がある		ケアに一人で入るため、オールラウンドな技術が必要	VII 訪問場面に応じたケア	
・訪問時1人の看護師でケアを行わなくてはならない	1人でケアを行うための資質の習得			

表1 在宅看護実習の学びの意味(つづき)

コード	サブカテゴリー	カテゴリー	コアカテゴリー
・利用者のアセスメント, 他職種との連携, サービス提供などオールラウンドにこなす技術が必要	1人でケアを行うための資質の習得	ケアに一人で入るため, オールラウンドな技術が必要	Ⅶ 訪問場面に応じたケア
・家庭を訪問することでケアや物品の工夫が具体化される	訪問でケアが具体化される	日常用品をうまく使うことが在宅での看護技術	
・勝洗ボトルの工夫, 医療用テープはビニールテープを使用している			
・日常用品を使うことが在宅に必要な技術	日常用品を使うことが在宅に必要な技術	コストに応じた看護提供と責任	
・在宅に病棟のような物品はそろっていない			
・経済面や介護状況も考え工夫する	経済面や介護状況を考えた工夫		
・医学的に見て良いことが必ずしも在宅において最良とは限らない	コストに応じた看護提供と責任の重さ		
・コストに応じた看護提供と責任の重さ			

ことばで説明}をする一方, {急変しかねない療養者をかかえ不安}に応じた介護補完をする訪問看護のあり方を認識する様子が示された。

具体例として「介護者の腰痛に対し, 労いの言葉かけ, 受診状況, 介護方法を確認し負担とならない方法の提示や不安や愚痴を傾聴し精神的支援も行っていった。」があった。

3) 【Ⅲ療養者家族の尊重と自己効力を育む】

学生は, 生活の場に向く訪問看護が, 看護の主体である療養者の意向・自主性を尊重しながら, 療養者の望む生活の実現に向け, 他職種との連携やサービスの調整と共に, 生活の主体は, 療養者自身であることを本人が自覚できる関わりをする訪問看護の特有さを学んでいた。

このカテゴリーは「療養者家族の選択・自己決定を見守る」, 「療養者家族の意向・生活のペースを尊重した関わり」, 「意志表示の変更・選択が出来る提案」の3カテゴリーとその内容から形成された。

学生は, 訪問看護師が療養者家族の{選択肢のなかでどう生きたいかを自己決定}に沿い{尊重することでその人らしく安心した生活}を目指し{望みを叶えられる資源の提供}の支援をしながら最後まで{意志表示の変更, 可能性の提案}をする在宅看護のあり方を認識する様子が示された。

4) 【Ⅳ生活状況のアセスメントと調整】

学生は, 訪問看護師が療養者の生活維持, 安心した生活に向け, 訪問場面やこれまでの体験を踏まえた生活状況のアセスメントに基づいた看護介入, サポート体制に向け早期に支援をする看護活動から訪問看護の特有さを学んでいた。

このカテゴリーは「療養者と家族のもてる力が発揮で

きるサービス調整」, 「在宅生活保持に向け療養者と家族を総合的にアセスメント」, 「知識・経験からの予測的予防的働きかけ」の3カテゴリーとその内容から形成された。

学生は, 訪問看護師の{観察により看護介入方法を見出す}ことにより{自立度に応じた生活継続へのサポート}をし, {予測的, 予防的働きかけの重要性}, {他職種との連携で家族の力を引き出す}マネジメント力が必要である様子が示された。

5) 【Ⅴ支持的関わりがもたらす信頼関係】

学生は, 訪問看護師が対象の生活全体に自然に関わり, 意向を傾聴する場面やターミナルケアで家族と関わる場面で, 家族に寄り添い意向を尊重しながら看取りへの準備を整えるという, 在宅看護における看護師と対象者との関係を構築する訪問看護の特有さを学んでいた。

このカテゴリーは「自然に関わり生き方を尊重したアプローチ」, 「在宅での看取りに寄り添い家族へ心のケアを提供」, 「支持的不安を与えない関わりが信頼関係構築に繋がる」の3カテゴリーとその内容から形成された。

学生は, 訪問看護師の対象者が緊張しないよう{自然な形で関わりアプローチ}をすることで, {信頼関係による療養者・家族の安心}をもたすこと, 一方, ターミナル期においては{後悔が残らない心のこもったケア}をすること, 対象者が気持ちを表出し, 次の準備に向かえるようにサポートをする訪問看護におけるコミュニケーション技術の大切さを認識していた。

6) 【Ⅵケアの統一に向けた他職種との連携】

学生は, ケアの質を維持するための関連職種や多様な連携方法に精通する, またチームでケアを行うとき

に相手を尊重し協働することが対象者にとっての援助につながるという訪問看護の特有さを学んでいた。

このカテゴリは「他職種との連携やカンファレンスによるケアの統一」, 「訪問看護師は連携の窓口」, 「退院後をイメージした退院調整」の3カテゴリとその内容から形成された。

学生は、訪問看護師が「利用者に関わる他職への尊重が大切」を基本に「連携やカンファレンスで質の高い看護を提供」をしながら連携窓口として「訪問看護師は様々な職種を調整する」役割を担っている一方、在院日数短縮化の背景から「退院時カンファレンスで他職種と調整」の役割期待が高まっているなど、継続ケアの統一が療養者に影響することや事業の連携の中心となるのが看護師であることを認識する様子が示された。

7) 【Ⅶ訪問場面に応じたケア】

学生は、訪問場面では限られた時間の中で多様な利用者の個別性に応じた対応や看護師が一人でケアに入るため看護師自身の判断力や応用力も臨機応変に求められるなど、次回訪問まで安心できる療養体制を整える訪問看護の特有さを学んでいた。

このカテゴリは「ケアに一人で入るためオールラウンドな技術が必要」, 「日常用品をうまく使うことが在宅での看護技術」, 「コストに応じた看護提供と責任」の3カテゴリとその内容から形成された。

訪問看護は「一人でケアを行うための資質の習得」が必要となること、家庭の「訪問でケアが具体化される」, 「日常用品を使うことが在宅で必要な技術」という生活の場での看護の工夫や、利用者との契約というサービス提供の特徴から「コストに応じた看護提供と責任の重さ」が生じるという生活の場に向いて行うゆえに求められる在宅看護の役割を認識した様子が示されていた。

具体例として「在宅看護では病棟と異なり生活を充分理解しそれに合わせた工夫を行い生活に根ざした看護が必要であることを学んだ。」があった。

Ⅵ. 考 察

看護学生の在宅看護実習の学びと在宅看護実践能力の関連について述べる。

1. 在宅看護実習の学びと基礎教育における在宅看護実践能力

学生が、対象者の家庭を訪問することで「訪問でケアが具体化される」ことを実感する意味⁶⁾は大きい。訪問看護師の看護活動は対象者の【療養環境の多様性・個性】を尊重する¹³⁾ことから始まり、【生活状況のアセスメ

ントと調整】など限られた時間で医療者不在でも安心できる生活の過程を整える訪問看護師の役割を⁷⁾を学んでいる。また、【支持的関わりがもたらす信頼関係】など訪問看護活動に反映する対象者との関わり¹³⁾¹⁴⁾を実践的に学んでいる。

学生は、訪問看護師が対象者に関わる場面から対象者、看護師の反応を感じ、考え、看護とは何かを深めている。これらのことから、在宅看護実習の学びは基礎教育における在宅看護実践能力を培う一助になると考える。

本研究の結果は、「在宅看護における看護実践能力は、対象者と訪問看護師の看護活動から創出されるといっても過言ではない。」という報告⁷⁾, また「学士課程における看護実践能力の育成は、臨地実習がきわめて重要である。」¹⁰⁾という報告と類似する。

2. 学びの特徴と在宅看護教育について

在宅看護教育の特徴は、在宅看護を取り巻く社会背景への対応が求められることである。

本研究では、在院日数短縮化に伴う「退院時カンファレンスで他職種と調整」, ターミナル期の「時間をかけての看取りが可能」な関わりをする訪問看護活動の学びが形成された。これは、医療社会動向の変化による①療養者の多様な疾病や病状、介護環境の多様化②保健医療福祉制度の変化とそれに伴う多職種との連携が反映された結果と考える。

本研究で形成されたカテゴリは、在宅看護の類似する概念から在宅看護の目的、在宅看護の対象、在宅看護の方法に分類され、先行研究⁹⁾と類似する結果であった。しかし、抽出されたカテゴリ【療養環境の多様性・個性】【支持的関わりがもたらす信頼関係】【ケアの統一に向けた他職種との連携】は、先行研究⁹⁾でのカテゴリ形成はなかった。本結果は、学部発足5年目を迎え、在宅看護の社会背景に伴うニーズの変化、訪問看護師の看護活動の多様性¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾, 訪問看護実習目標の変更などによるものと考えられる。

本研究における学びを明らかにする過程から、在宅看護は、学生が既習の知識・技術を基に対象者との相互行為を展開し、そこに生じた現象を教材として、看護実践能力を習得するという学習目標達成を旨とする授業である¹⁷⁾ことが実感できたため、講義・演習・実習を通じて在宅看護の学びを深め、在宅看護実践能力につながる教育内容を検討したい。

本研究の限界として、訪問事例の偏りは否めない。今後は、訪問事例の条件を設定するなどをし、学びを

深めることが課題である。

Ⅶ. 結 論

1. 訪問看護実習のまとめの記述から形成された『学び』のコアカテゴリは、【Ⅰ 療養環境の多様性・個別性】、【Ⅱ 家族の存在と介護バランス】、【Ⅲ 療養者家族の尊重と自己効力を育む】、【Ⅳ 生活状況のアセスメントと調整】、【Ⅴ 支持的関わりがもたらす信頼関係】、【Ⅵ ケアの統一に向けた他職種との連携】、【Ⅶ 訪問場面に応じたケア】とその内容が形成された。

2. 7つのカテゴリは、類似する在宅看護の概念から在宅看護の目的カテゴリⅠ、在宅看護の対象カテゴリⅡ、在宅看護の方法カテゴリⅢ・Ⅳ・Ⅴ・Ⅵ・Ⅶに分類された。

3. 学部教育の在宅看護実習の学びの特徴としてカテゴリ【療養環境の多様性・個別性と支援】【支持的関わりがもたらす信頼関係】【ケアの統一に向けた他職種との連携】などの概要を把握した。

Ⅷ. おわりに

本研究は、平成20年度順天堂大学医療看護学部共同研究費により実施し、第14回日本在宅ケア学会で報告したものに追加修正をした。本研究実施にあたりご協力を頂いた学生の皆様に感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 小山真理子：新カリキュラムが目指すこと『看護基礎教育の充実に関する検討会』を終えて、看護教育, 48(7), 555-562, 2007.
- 2) 波止千恵：在宅看護実習の指導内容方法の再検討, 第9回日本看護学教育学会誌, 157, 1999.
- 3) 八束育子・岩本里織・野村美千代：地域看護実習の学びの要素, 日本看護研究学会雑誌, 22(3), 368, 1999.
- 4) 谷垣静子：訪問看護実習における学習効果の検討, 日本看護学教育学会第8回学術集会講演集, 9(2), 183, 1998.
- 5) 臺有桂, 若佐柳子, 松村ちづか：訪問看護活動が利用者にもたらす意味, 第33回日本看護学会抄録集－地域看護－, 184, 2002.
- 6) 柳原清子：在宅看護論実習での核となる学習内容. 訪問看護と介護, 6(8), 635-645, 2001.
- 7) 杉山喜代子, 鈴木治代, 田中悦子他：臨床実習における学びの様相－現象学的アプローチによる体験世界の記述－, 看護研究, 31(3), 39-52, 1998.
- 8) 吉野純子, 永井真由美, 飯村富子他：日本赤十字広島看護大学のプログラムから－看護実践力を高めるための学内演習の実際－, Quality Nursing, 8(10), 46-51, 2002.
- 9) 樋口キエ子, 臺有桂, 若佐柳子：在宅看護実習における学び, 順天堂医療短期大学紀要, 14, 85-84, 2003.
- 10) 石井邦子：看護学教育の在り方に関する検討会(第二次)を終えて, 看護教育, 45(6), 346-439, 2004.
- 11) 舟島なをみ：看護教育学研究－発見・創造・証明の過程－, 医学書院, 116-117, 2002.
- 12) 舟島なをみ：質的研究への挑戦, 第1版, 医学書院, 42-53, 2001.
- 13) 樋口キエ子：家族介護者が医療処置に慣れる過程で体験する出来事の意味, 日本在宅医学会誌, 7(1), 93-99, 2005.
- 14) 鈴木和子, 渡辺裕子：家族看護学, 第1版, 広川書店, 34, 1998.
- 15) 樋口キエ子, 赤沼智子, 内田明子：実用性を目指した在宅移行時アセスメントシートの開発過程, 臨床看護, 34(13), 2059-2067, 2008.
- 16) 樋口キエ子, 原田静香, 大木正隆：訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状, 看護実践の科学, 34(10), 61-69, 2009.
- 17) 中山登志子, 舟島なをみ, 山下暢子：看護学生のための学習活動自己評価尺度－看護学実習用－の開発, 日本看護学教育学会誌, 18(1), 1-9, 2008.

 研究報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.37-43 (2010)

先天性横隔膜ヘルニア患児の周術期看護の検討

The Study of Perioperative Nursing in Patients with Congenital Diaphragmatic Hernia

江 藤 千 里 *¹
ETO Chisato

萩 本 理 恵 子 *¹
HAGIMOTO Rieko

栗 原 亜 希 子 *¹
KURIHARA Akiko

西 田 み ゆ き *²
NISHIDA Miyuki

要 旨

本研究は、先天性横隔膜ヘルニアの看護実践内容を明らかにすることを目的とし、4つの視点(呼吸循環管理、環境調整、ファミリーケア、皮膚ケア)別に看護師へのインタビューと看護記録内容を分析した。結果として以下のことが看護実践内容として抽出された。呼吸循環管理：モニター数値の微細な変化の観察と対応、人工呼吸器・点滴の確実な管理、気管閉塞の防止、胃・腸管内への空気流入の防止、ケアによる呼吸循環変調の防止、体温変動の防止、気管内挿管チューブ計画外抜管の防止。環境調整：日周リズムをつけ観察の見落としがない光環境調整、児への刺激となる騒音を減らした音環境調整、児の様子・モニターの監視とプライバシーの保護の確保。ファミリーケア：出生前からの看護介入、家族の気持ちに配慮し親子の愛着形成を意識した関わり。皮膚ケア：褥創予防、皮膚の観察・体位変換による呼吸循環変調の把握、皮膚・シーツの汚染の程度と児の状態変化に合わせた清潔保持。そして、看護師が患児の状態変化を感じ取り、不要な刺激を避けるケアを行い、児と家族の発達をサポートしていくことが大切であることが明確になった。

索引用語：先天性横隔膜ヘルニア、新生児看護、小児外科看護

Key Words：congenital diaphragmatic hernia, neonatal nursing, pediatric surgical nursing

I. はじめに

先天性横隔膜ヘルニア(以下CDH)は、胎生8週ごろに形成される横隔膜の形成不全により欠損部分が生じ、腹腔内臓器が胸腔内に脱出し肺が圧迫され肺低形成をきたすことで生後重篤な呼吸障害を呈する疾患である。CDHは予後不良の代表的な新生児外科疾患であるが、ここ20年、一定の治療成績の改善をみせ、2003年度の日本小児外科学会における全国統計によるCDHの生存率は74.6%¹⁾である。胎児CDHの出生前診断を

受けた場合は、予定帝王切開を行い、分娩直後から患児への治療を開始している。CDHの治療の主体は、出生直後の呼吸管理、新生児遷延性肺高血圧(以下PPHN)の治療であり、看護においては患児への不要な刺激を避け、処置などは最小限の刺激としPPHNの予防と早期発見が大切である²⁾とされている。

当院では、CDHの中でも予後不良とされる出生前に診断された重症の患児や出生直後に発症の患児を受け入れ、加療をした症例も含め、生存率80%(2004年以降)となっている。当院での治療は、プロトコール化され治療成績の向上を得ているが、看護に関して具体的な看護実践内容を明文化することはしていない現状があった。また、CDHの複雑な病態生理と治療に対応して具体的な看護ケア内容について明確になっている

*1 順天堂大学医学部附属順天堂医院

*2 順天堂大学医療看護学部

*1 Juntendo University Hospital

*2 School of Health Care and Nursing Juntendo, University
(Sep. 30, 2009 原稿受領)

研究は見当たらない。そこで、CDH患児の看護経験のある看護師を対象としたインタビューとCDH患児の看護記録の分析からCDH周術期に焦点を絞り、看護の実践内容を明らかにしたいと考え本研究を計画した。

Ⅱ. 目 的

本研究の目的は、J大学病院新生児・乳児病棟におけるCDH患児の周術期看護の実践内容を明らかにすることである。

Ⅲ. 研究方法

1. 対象

1) フォーカスグループインタビュー

J大学病院新生児・乳児病棟においてCDH患児看護経験がある看護師7名

2) 看護記録

2008年3月～2009年3月に手術を受けたCDH患児15名の看護記録

2. データ収集期間 2009年5月～9月

3. データ収集方法

フォーカスグループインタビューは1グループ(3名と4名)につき1回、2時間以内で行った。インタビューは研究参加者の所属病棟の一室で行い、研究者がインタビューの司会役を受け持った。フォーカスグループインタビューの内容は、対象者の承諾を得て録音した。インタビューにおいては、河井³⁾の示すCDH看護の視点、〔呼吸循環管理〕〔環境調整〕〔ファミリーケア〕に、西原⁴⁾の〔薬物療法による体動制限は皮膚損傷の可能性〕があることから、〔皮膚ケア〕として項目を加えた4つの視点から構成されたインタビューガイドを用いて、半構成的インタビューを実施した。そして、周術期である入院から手術を施行し気管内挿管チューブ抜管までの期間に、各自の実践した看護内容を想起しながら自由に語ってもらった。

看護記録は、インタビューに現れていない看護実践内容の抽出とインタビュー内容を明確にするために用い、CDH患児の入院経過把握シートを独自に作成した。入院経過把握シートは、患児に対する治療経過に沿った看護処置内容をCDH看護の4つの視点別に整理して記載した。

4. 分析方法

フォーカスグループインタビューの内容は、逐語録を作成しデータとした。そして、対象者の語りの内容を、CDH看護の4つの視点別に抽出し、類似・重複し

ているものに関しては整理してまとめた。また看護記録は、入院経過把握シートのデータからCDH看護の4つの視点別に看護ケアに関する記載内容を抽出した。その後、4つの視点に整理されたインタビュー結果と看護記録記載内容を照らし合わせて内容を検討し看護実践内容を抽出した。

5. 倫理的配慮

研究依頼文には、研究目的・方法、研究への参加は自由意志によるものであること、看護師のクリニカルラダー評価に影響が及ぶなど不利益は一切ないこと、データは個人が特定されないように処理し、データおよび録音したテープは厳重に保管しプライバシーの保護を厳守すると共に分析後は破棄し、学会や学術誌発表は、個人が特定されないよう配慮する旨を明記した。そして、研究対象者に対し、文書と口頭で説明し、同意を得た上で行った。看護記録閲覧は、当該診療科長の許可を得た。本研究は、順天堂大学医学部附属順天堂医院病院倫理委員会にて審議され承認を得ている。

Ⅳ. 結 果

1. 研究対象者の概要

1) フォーカスグループインタビューの対象者の概略

当院において新生児看護経験5年目以上でCDH患児の看護経験があり、研究協力の承諾を得られた看護師7名を対象者とした。看護師経験年数は5年目2名、6年目1名、7年目2名、8年目2名であった。

2) 看護記録調査対象者の概略

男児8名、女児7名、平均出生体重2839g、平均在胎週数38週であった。手術後軽快退院した患児11名の平均手術実施時期は日齢2.2日であり、術式は経腹的胸腹裂孔閉鎖術9名、胸腔鏡下胸腹裂孔閉鎖術2名、平均入院期間は39日であった。

2. 入院から気管内挿管チューブ抜管までの看護実践

CDH看護の4つの視点別に整理したインタビュー結果と看護記録記載内容のデータから抽出した具体的な看護実践内容の視点別に記述した(表1)。

1) 呼吸循環管理

- (1) モニター数値の微細な変化の観察と対応：「バイタルサインのちょっとした変化がPPHNにつながる」と語られ、看護師はモニターアラーム音が鳴る前にバイタルサインの変化に気付くように観

表1 入院から気管内挿管チューブ抜管までの看護実践

	看護実践内容	インタビュー結果	看護記録記載内容
呼吸循環管理	(1)モニター数値の微細な変化の観察と対応	バイタルサインのちょっとした変化がPPHNにつながる。 おかしいと思ったらすぐに医師に報告する。	1時間毎のモニター数値 アラーム設定外のモニター低下値 医師への報告状況 モニター数値低下時の見の状況と対応
	(2)人工呼吸器・点滴の確実な管理	なし	呼吸器設定チェック 人工呼吸器設定・点滴指示変更理由 3時間毎の輸液量・各ルートトラブルの有無
	(3)気管閉塞の防止	吸引処置は児にとって1番の刺激になる。 トラックケアの吸引時、Spo2が改善しにくいことがあった。それからは、トラックケアを使わなくなった。 医師と洗浄吸引をしっかりとすようになった。 バイタルサイン測定・胃内の減圧・おむつ交換などの処置をまとめて行い、モニター数値が安定したところで最後に気管内吸引・口鼻腔吸引を実施していた。 HFO管理中は呼吸器回路の接続をはずす機会を減らすことに努め、吸引のタイミングで呼吸器回路内の水滴を除去していた。	気管内吸引実施時間・分泌物の量と性状 医師と吸引・水抜き実施
	(4)胃・腸管内への空気流入の防止	なし	3時間毎の胃内吸引物の性状と量 腹部症状の有無
	(5)ケアによる呼吸循環変動の防止	バイタルサインの変動の可能性が高い状態の場合は医師の協力を得て行っていた。 超低出生体重児のケアと同じで、短時間で処置をする。	ミニマルハンドリング
	(6)体温変動の防止	体温は室内の空調の影響を受けていた。 末梢冷感のある児が多かった。ラップ等を使用し保温をしていた。 体温測定は基本3時間毎だが、不安定時は1時間～30分毎に測定し体温調整をしていた。	ヒータ設定・設定変更状況 体温36.8度±0.2とし、ラップ使用
	(7)気管内挿管チューブ計画外抜管の防止	鎮静剤の減量後の患児の活発な体動に対してはチューブ類の計画外抜管を防ぐため、行動制限を覚醒状況に応じて実施していた。	挿管チューブ固定確認・行動制限方法
環境調整	(1)日周リズムをつけ観察の見落としがない光環境調整	夜間は暗くしているがモニター監視に影響はなかった。 電気をつけると患児は、児は目をぎゅっとしていたため、電気をつけるときは目隠しをして行っていた。	記載なし
	(2)児への刺激となる騒音を減らした音環境調整	近寄りたり、ちょっとした物音にも気を付けていた。 HFOでは24時間器械の音が騒がしいので、騒音を減らすために人の出入りの音に気を付けていた。	記載なし
	(3)児の様子・モニターの監視とプライバシーの確保	病棟がオープンフロアである為、面会時間は患児のプライバシーの保持や家族で過ごす環境を整える為にスクリーンを使用する場合もあった。 面会時間以外はスクリーンを無くし、患児のモニター観察では受け持ち看護師以外のスタッフも数値を気にかけていた。	記載なし
ファミリーケア	(1)出生前からの看護介入	出生前訪問と病棟見学を行うことでベッドや医療機器の雰囲気や書類手続きを事前に伝えることができ、初回面会時の入室はスムーズに行えた。	出生前訪問記録
	(2)家族の気持ちに配慮し親子の愛着形成を意識した関わり	患児の入院直後の医師から両親への説明は、手術や生命維持に関する話がされていた為、両親の様子は患児の姿を見るのが怖いという雰囲気があり、患児との距離を置いた見方をしていた。 患児に対して刺激をすることはよくないが、タッチングが患児の状態を悪くするといった経験はなく、両親が患児の手を握れるように「これくらいなら大丈夫ですよ」という声掛けをしていた。 両親に対して、沈静されている状態の患児が頑張っていると感じてもらう為に、手のわずかな動きや顔の表情の変化があると、その様子を言葉にして両親に伝えるようにしていた。 両親に対して、少しの患児の反応でも言葉にして伝えていた。 家族写真や兄弟からのメッセージをベットに飾っていた。	家族の不安に対する看護計画立案 家族の面会時間・面会時の様子 病状説明内容と家族の反応 育児ノートの活用
皮膚ケア	(1)褥創予防	HFO管理中は安静保持に重点を置き、入院時からテンピュールマットを敷き仰臥位管理としていたが、除圧の意識はすごくあった。 HFOからIMVになると、鎮静剤も減量され患児の体動が見られていた為、仰臥位だけでなく児の落ち着く側臥位の体位保持をすることで皮膚の観察や除圧も容易に行っていた。 安静による皮膚トラブルの危険性を減らす為、体位変換の開始時期を医師に相談し、ドレーン挿入中においては、どの程度体位変換が可能か評価していた。 体位によっては患児が嫌がる場合があるが、患児を落ち着かせて同一体位にならないようにしていた。	体位変換した時間と体位 除圧方法・皮膚トラブルの有無 皮膚トラブルの有無
	(2)皮膚の観察・体位変換による呼吸循環変動の把握	各勤務看護師2人で体位を動かし、頭部や仙骨部など褥創好発部位の皮膚トラブルの有無をチェックしていた。 皮膚の観察・体位変換時は、気管内挿管チューブの位置や角度のずれが生じないようにし、呼吸循環変動に注意していた。	記載なし
	(3)皮膚・シーツの汚染の程度と児の状態変化に合わせた清潔保持	清拭は、部分的に汚染のある場所・テープ固定をする場所は行っていた。 医師から体位変換の許可が出る時期になると、看護サイドで患児を動かしていい状況と判断し全身清拭・洗髪を行っていた。 シーツ交換についても、体位変換の許可が出ていない時期は呼吸循環変動の可能性があるので医師の協力を得て一緒に実施していた。	清拭の実施状況

察し、異常の早期発見に努め医師に報告できるようにしていた内容が述べられていた。看護記録には、心電図・経皮酸素飽和度(以下SpO₂)・動脈ラインモニターの1時間毎の数値が記載されていた。また、モニター数値の変化に関しては、モニター数値がアラーム設定値以下に低下した場合の医師への報告と対応内容について記載がされていた。

- (2) 人工呼吸器・点滴の確実な管理：看護記録には、人工呼吸器・一酸化窒素(NO)吸入の設定・接続・作動状況を確認する1時間毎のチェックリストが記載されていた。そして、輸液管理に関しては3時間毎の各輸液注入量の記載がされていた。
- (3) 気管閉塞の防止：「吸引処置は児にとって一番の刺激になる」と語られていたが、気管閉塞を防止する上で必要な処置であり、各モニター数値の変動がどのような状況であるのかを把握し、医師の協力を得て行われていた内容が述べられていた。そして、「トラックケア(閉鎖式気管内吸引)で吸引処置時、SpO₂低下が改善しにくい状況があった。その事例以降は、開放式気管内吸引で患児の顔の向きを左右・正面に向けた位置で気管内洗浄吸引を実施するようになった」「高頻度振動喚起(以下HFO)管理においては、吸引終了後に他の看護処置をした場合、その刺激により児の体動・咳漱が生じ、挿管チューブ内に気管内分泌物が貯留し再度吸引が必要な状況や、自発呼吸の出現によりモニター数値が安定するまでに時間がかかる場合があった。そのため、ケアパターンの調整としてバイタルサイン測定・胃内の減圧・おむつ交換などの処置をまとめて行い、モニター数値が安定したところで最後に気管内吸引・口鼻腔吸引を実施していた」「HFO管理中は呼吸器回路の接続をはずす機会を減らすことに努め、吸引のタイミングで呼吸器回路内の水滴を除去していた」と語られていた。看護計画には、呼吸器内の水滴を除去するのは医師と実施するよう記載がされていた。気管内吸引については、吸引実施時間・分泌物の性状と量の記載、看護計画に医師との吸引を実施することの記載がされていた。
- (4) 胃・腸管内への空気流入の防止：看護記録には、3時間毎の胃内吸引物の性状と量や腹部症状の有無が記載されていた。
- (5) ケアによる呼吸循環変動の防止：「バイタルサインの変動の可能性が高い状態の場合は医師の協力

を得て行っていた」「超低出生体重児のケアと同様に、短時間で処置をする」と語られていた。看護計画には、ミニマルハンドリングの実施が記載されていた。

- (6) 体温変動の防止：「体温は室内の空調の影響を受けていた」「ラップ等を使用した保温と、体温測定を3時間毎に行い、体温が不安定だと1時間から30分毎に測定し体温調整をする」と語られ、開放型保育器の使用で患児が空調の影響を受けて低体温になることでの悪影響を防止する内容が述べられていた。看護計画には、体温36.6~37.2℃での管理と保温の記載、3時間毎のヒーター設定の確認と変更状況の記載があった。入院時はカテーテル挿入など治療的処置が続くことで低体温になっていた経過が記載され、開放型保育器のヒーター設定が定まらず体温安定(36.6~37.2℃)までに7~12時間がかかる事例があった。そして、入院日の平均ヒーター出力の設定を50%に管理されていた場合、体温の安定が早期に出来ていたことが記録から読み取れた。
 - (7) 気管内挿管チューブ計画外抜管の防止：「鎮静剤の減量後の患児の活発な体動に対してはチューブ類の計画外抜管を防ぐため、覚醒状況に応じて行動制限を実施していた」と語られていた。術後、人工呼吸器のウィーニング開始による鎮静剤の減量後は、児の啼泣や活発な体動が見られ、行動制限に関しては実施前に必要性について文書と口頭で家族に説明し同意を得て行われていた。そして、挿管チューブの固定確認と行動制限方法については看護記録に記載されていた。
- 2) 環境調整
 - (1) 日周リズムをつけ観察の見落としがない光環境調整：「夜間は照明を暗くしていたがモニター監視に影響はなかった」「電気をつけると患児は目をきつく閉眼する動きがあり光が刺激になっていたため、電気をつけるときは目隠しをして行っていた」と語られていた。
 - (2) 児への刺激となる騒音を減らした音環境調整：患児が薬剤により鎮静されている状況においても、「看護師が近寄った気配や物音で児に刺激を与えないように気をつけていた」「HFO管理では、常時医療機器の音がする環境であり、更に騒音を増やさない為に人の足音や台車の音に気をつけていた」と語られていた。

(3) 児の様子・モニターの監視とプライバシーの確保：「病棟がオープンフロアである為、面会時間は患児のプライバシーの保持や家族で過ごす環境を整える為にスクリーンを使用する場合もあった」と語られていたが、病棟の設備上の問題で看護師は環境調整の限界を感じていた内容が述べられていた。一方、「面会時間以外はスクリーンを無くし、患児のモニター観察では受け持ち看護師以外のスタッフも数値を気にかけていた」と語っていた。

3) ファミリーケア

(1) 出生前からの看護介入：出生前に診断された症例はほとんどの場合予定帝王切開となるため、「出生前訪問と病棟見学を行うことでベッドや医療機器の雰囲気や書類手続きを事前に伝えることができ、初回面会時の入室はスムーズに行えた」と語られていた。そして、出生前訪問と病棟見学の様子は、記録されていた。

(2) 家族の気持ちに配慮し親子の愛着形成を意識した関わり：「患児の入院直後の医師から両親への説明は、手術や生命維持に関する話がされていた為、両親の様子は患児の姿を見るのが怖いという雰囲気があり、患児との距離を置いた見方をしていた」と語っていた。そして、看護師は患児への刺激を最小限にすることを考えていた内容が述べられていたが、「患児へのタッチングや声かけが、患児の状態に悪い影響を及ぼした経験はなく、両親が患児の手を握れるように『これくらいなら大丈夫ですよ』という声掛けをしていた」と語っていた。また、「両親に対して、鎮静されている状態の患児が頑張っていることを感じとってもらう為に、看護ケアを行ったときの患児の様子や手のわずかな動きや顔の表情の変化があると、その様子を言葉にして両親に伝えるようにしていた」と語っていた。看護記録には、家族の不安に対する看護計画の立案がされ、受け持ち看護師は面会時間・面会時の様子・病状説明内容と家族の反応・育児ノート活用の記載をしていた。

4) 皮膚ケア

(1) 褥創予防：「HFO管理中は安静保持に重点を置き、入院時からテンビュールマット®を敷き仰臥位管理としていた」「HFOから間欠的強制換気(以下IMV)になると、鎮静剤も減量され患児の体動が見られていた為、仰臥位だけでなく児の落ち着く側

臥位の体位保持をすることで皮膚の観察や除圧も容易に行っていた」「安静による皮膚トラブルの危険性を減らす為、体位変換の開始時期を医師に相談し、ドレーン挿入中においては、どの程度体位変換が可能か評価していた」「体位によっては患児が嫌がる場合があるが、患児を落ち着かせて同一体位が長時間継続しないようにしていた」と語られていた。看護記録には、除圧方法・体位変換・全身の皮膚トラブルの有無の記載がされていた。

(2) 皮膚の観察・体位変換による呼吸循環変調の把握：看護師は褥創予防の除圧と皮膚トラブルの有無を観察する為、「各勤務看護師2人で患児の体位を動かし、頭部や仙骨部など褥創好発部位や各チューブ類の固定部位や接触による皮膚異常がないかを確認していた」「皮膚の観察・体位変換時は、気管内挿管チューブの位置や角度のずれが生じないようにし、呼吸循環変調に注意していた」と語られていた。

(3) 皮膚・シーツの汚染の程度と児の状態変化に合わせた清潔保持：「清拭は、部分的に汚染のある場所・テープ固定をする場所に行っていた」「医師から体位変換の許可が出ると、患児の体位を看護師の判断で動かすことができる為、全身清拭・洗髪を行っていた」「シーツ交換についても、呼吸循環変調の可能性がある場合は、医師の協力を得て一緒に実施していた」と語られていた。看護記録には清拭の実施の記載がされていた。

V. 考 察

今回の結果から、CDH看護の4つの視点について具体的に示すことができた。そして、出生直後から計画的な治療により管理されたCDH患児の周術期に対して、どのような看護ケアをトータル的に行うことが必要かについて考察していく。

1. 不要な刺激を避ける為の看護実践

呼吸循環管理については、吸引処置が肺血管抵抗を上昇させ、患児にとって一番の刺激になることが意識されていた。一方で、鎮静に伴う無気肺と肺障害を予防し呼吸循環を安定化するためには、必要最小限の吸引処置を安全に実施していく必要がある。また、吸引処置だけでなく体位変換・シーツ交換の実施においても呼吸循環状態の変動を招く可能性が高いと考えられていた。看護師が刻々と微妙に変化していく患児の安定した状態を知っておくことは、吸引操作に限らず、

看護師が何かをすべきとき、そうでないときを判断するうえで、とくに必要なこと⁵⁾とされ、看護処置の適切なタイミングを判断していく必要があると考える。そして、吸引処置や体位変換における看護判断に不安や迷いがある場合や、呼吸循環変調の可能性が高いと看護師が判断した処置に関しては、患児の状態が急変した場合も迅速な対応ができるように医師の協力を得ていた。また、バイタルサインの変動値と生命危機の関連についてのエビデンスは明らかにされていないが、バイタルサインの微細な変動が生命危機につながる可能性がある為、患児の側にいる看護師が個々の患児の状態変化を敏感に感じ取り、患児ができるだけ安楽に過ごせるように努めなければならない。よって、周術期は医師が常在していることで報告や看護ケアの協力を得ることができ、看護師は医師との連携を図りながらケアパターンの調整をすることが大切であると考える。

皮膚ケアについては、人工呼吸器設定がHFOからIMVに変更するまでは患児は鎮静され安静臥床が指示され体位変換ができず皮膚トラブル発生のリスクが高い状態の為、褥創予防のマットの使用と皮膚の観察をしていかなければならない。また、体位変換開始後は、呼吸循環変調の把握をし、児の状態に合わせた清潔ケアをしていく必要がある。

2. 児と家族の発達のサポート

環境調整における光環境については、看護師個々では注意を払っていたが、患児の視覚が完成している出生週数であり、昼夜のリズムをつける時期である為に統一したケアを行う必要がある。一方で、暗い環境での悪影響として観察の見落としやルートトラブルがないよう照明の工夫が必要である。また、患児にとって騒音となる音環境は、スタッフの音を意識した行動により調整することが可能であると考えられる。そして、オープンフロアでのスペースの確保は、モニター監視をしながらの看護ケアの必要性和プライバシーの保護など状況に応じて対応していかなければならないと考える。

ファミリーケアについては、鎮静され刺激を避けることが必要な患児に対して親子の愛着形成を促進させるための援助は限られている。しかし、インタビューの結果から看護師は、初回面会時に両親の不安や戸惑いを感じ取り、児の触れても良い部分を示し早期接触を促していた。母親の子どもに対する愛着形成は、出産を機に始まるのではなく、妊娠中から始まってお

り、父親も妊娠後期くらいから親になることへの意識を高めている。しかし、出生直後の児の入院は母子分離が余儀なくされ、胎児期から始まった愛着形成が阻害されている家族も少なくない。そのため、両親は「面会者」ではなく子どもを育てるチームの最も主体となる一員であることを実感できるような関わりが求められている⁶⁾。よって周術期においても両親にしかできないことを看護師はサポートしていくことが大切であると考える。そして、児が出生直後に入院するという家族にとっての不安や恐怖心に対しては、出産前に病棟全体の雰囲気や家族が知ることができた出生前訪問や病棟見学は有効であった。今後も、出生前からの看護介入により新生児集中治療が必要な家族の気持ちに配慮した面会時の対応をしなければならないと考える。そして、本研究ではCDHだけでなく他の奇形があり死亡退院となった事例があり、予後不良の児をもつ家族への気持ちの配慮と患児・家族にとって最善のケアの方向性を考えていく必要がある。

VI. 結 論

1. 呼吸循環管理は、モニター数値の微細な変化の観察と対応、人工呼吸器・点滴の確実な管理、気管閉塞の防止、胃・腸管内への空気流入の防止、ケアによる呼吸循環変調の防止、体温変動の防止、気管内挿管チューブ計画外抜管の防止をする。
2. 環境調整は、日周リズムをつけ観察の見落としがない光環境調整、児への刺激となる騒音を減らした音環境調整、児の様子・モニター監視とプライバシーの保護の確保をする。
3. ファミリーケアは、出生前からの看護介入、家族の気持ちに配慮し親子の愛着形成を意識した関わりをする。
4. 皮膚ケアは、褥創予防、皮膚の観察・体位変換による呼吸循環変調の把握、皮膚・シーツの汚染の程度と児の状態変化に合わせた清潔保持をする。
5. CDH患児に対しては、看護師が患児の状態変化を感じ取り、不要な刺激を避けるケアを行い、児と家族の発達をサポートしていくことが大切であることが明確になった。

VII. おわりに

本研究でのインタビュー結果と看護記録を分析したことで、これまで統一できないまま実施されていた看護ケアが、新たにCDH看護の視点として統一すること

ができた。今後は、CDHの周術期看護だけでなく、出生前から退院までの期間の看護実践内容の検討を重ねていくことで、CDH看護ケアプロトコール作成をしていきたいと考えている。

引用文献

- 1) 伊藤智朗, 田村正徳: 先天性横隔膜ヘルニアの管理と治療, 周産期医学, 39(10), 1414-1418, 2009.
- 2) 井上裕美, 岡崎任晴, 山高篤行: 横隔膜ヘルニアの基礎理解と患児のケア・管理, こどもケア, 3(6), 37-41, 2009.
- 3) 河井昌彦: 代表的な新生児疾患 先天性横隔膜ヘルニア, Neonatal Care, 21(3), 73-80, 2008.
- 4) 西原淑恵: 実践ポイントがわかるNICU疾患別看護計画 先天性横隔膜ヘルニア, Neonatal Care, 2004秋季増刊, 180-187, 2004.
- 5) 八角恵子, 海老原みさほ: 先天性横隔膜ヘルニア患児の呼吸管理中の看護, 小児看護, 11(12), 1549-1555, 1988.
- 6) 荒木淳子: 親役割獲得への不安, Neonatal Care, 23(2), 138-145, 2010.

 実践報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.44-49 (2010)

ICU入室した過大侵襲に伴う低栄養状態患者の褥瘡治癒促進 に向けた看護実践事例の検討

Study of Nursing Case for the Promotion of Bedsore Recovery in the Undernourished Critical Patient in ICU

野澤陽子*
NOZAWA Yoko

臼井敬*
USUI Kei

渡邊和信*
WATANABE Kazunobu

要旨

【はじめに】重症患者は代謝変動が著しく、栄養障害を引き起こすとされ、創傷治癒の遅延や重症感染症、褥瘡などを併発し予後不良となることがある。今回壊死性筋膜炎の患者の仙骨部に褥瘡が発生した。栄養サポートチーム(以下、NST: Nutrition Support Team)の介入を依頼したところ病態に応じた栄養投与がなされ、褥瘡治癒促進効果が得られた。これらの看護援助を振り返り考察する。【事例・経過】壊死性筋膜炎と診断され、洗浄デブリードマンの緊急手術施行された事例である。ICU入室時はショック、全身性炎症性反応症候群の状態であった。耐圧分散寝具ウレタンマット使用し、除圧目的で体位変換を行ったが7病日に仙骨部に褥瘡が発生した。その為エアマットレスを使用し除圧に努めた。NSTの介入、栄養状態の評価とアルギニン飲料の投与を開始し、約7日後に褥瘡治癒促進効果が得られた。【考察】褥瘡の治癒には、内的要因の改善が重要である。この事例はNSTと連携し最適な栄養投与がなされ症状の改善につながった。過大侵襲を負った患者は代謝変動が著しいため、病態に応じた栄養管理が求められる。看護師の役割は代謝変動を理解したアセスメント、栄養治療による合併症予防であると考えられる。

索引用語：栄養サポートチーム、褥瘡、クリティカルケア、多職種連携

Key Words：Nutrition Support Team (NST), bedsore, critical care, multidisciplinary team

I. はじめに

重症患者の急性期は代謝変動が著しく、容易に栄養障害をひき起こすとされており、栄養管理を軽視すると、創傷治癒の遅延やときに免疫障害による重症感染症を併発し、予後不良となることがある¹⁾。そこで症例個々の病態や代謝変動に応じた栄養管理を行うことが患者の予後やQOLの向上につながる。クリティカルな領域において患者は、人工呼吸器などの生命維持装置の装着、鎮静剤の投与などから自力体位変換不能、循環不全による筋肉・皮膚の血流低下が起こるため褥

瘡発生リスクが高い状態にある²⁾。看護師は褥瘡のリスクアセスメントを適宜行いながら、患者へ褥瘡を予防するケアの実践が求められ栄養管理も重要な役割と考える。

2000年以降、全国的な栄養サポートチーム(以下、NST: Nutrition Support Team)の設立や2006年4月医療保険における栄養管理実施加算の算定設定³⁾から、チーム医療の必要性が重視され、医師、看護師だけでなく、薬剤師や栄養士など多職種が一堂に会し、患者の栄養状態管理を専門的かつ統括的に実施することが見直されている⁴⁾。当院においても2006年よりNST活動を開始し、週1回の多職種によるNST回診が行われている。しかし、当院のICUではNST介入事例は過

* 順天堂大学医学部附属静岡病院

* Juntendo University Shizuoka Hospital
(Sep. 28, 2009 原稿受領)

去になかった。文献検索の結果ICUにおけるNST介入は、活動報告にとどまっておき、栄養療法が治療の一部となってきてはいるものの、確立までには至っていない⁴⁾。重症患者が多く入室するICUでは、合併症予防の観点から早期に栄養管理を行うため、今後の有効活用が課題となっている。

今回、当院ICUにおいて筆者らは、壊死性筋膜炎により敗血症ショックに陥った患者の看護を経験した。患者は過大侵襲下に置かれ、低栄養状態に陥り、除圧などの継続した体位管理を行うものの仙骨部に褥瘡が発生した。そこで、栄養状態の改善を目的としてNSTが介入した結果、適した栄養投与がなされ褥瘡が治癒促進効果を得ることができた。この過程で行った看護援助を振り返り考察する。

II. 目的

過大侵襲に伴う低栄養状態患者の褥瘡治癒促進に向け行った看護援助、看護実践の効果を考察する。

III. 方法

看護記録、診療記録、体温表、NST回診記録をもとに、患者の経過を振り返り、皮膚統合性のリスク状態を中心に行った看護援助と治療、NST介入による援助を記述する。記述をもとに、低栄養状態患者の褥瘡治癒促進に向けた看護実践の効果を考察する。

倫理的配慮として、患者の全身状態がおちつき退院し、自由意思で応答できる状態になったかどうかを担当医師に確認の上、本人へ口頭で主旨と目的、個人のプライバシーの遵守、今後の診療・看護における不利益がないこと、自由意思であること等を説明の上、書面での同意を得た。

IV. 事例紹介

1. 患者A氏 60歳代 男性

2. 現病歴：農作業中に、左上肢の熱感および腫脹を認め近医受診、蜂窩織炎の診断にて救急車で来院した。整形外科医の診察にて、壊死性筋膜炎の診断で同日洗浄デブリードマン、左上肢広範囲皮下組織切除の緊急手術を行い手術後ICUへ入室した。入室時、鎮静剤、筋弛緩剤投与下にて人工呼吸管理がなされた。鎮静レベル、ラムゼイスコア6点、バイタルサインは収縮期血圧80mmHg、心拍数140回/分、白血球数3700/mm³、全身性炎症反応症候群(以下：SIRS)の診断基準に2項目以上該当

し、SIRSの状態であった。

3. 既往歴：糖尿病を指摘されたが未治療。

4. 治療経過

手術後から、ミダゾラムによる鎮静と臭化ベクロニウムを使用し筋弛緩薬投与下にて人工呼吸器管理を行っていた。左上肢の洗浄デブリードマンおよび皮下組織の広範囲切除により、熱傷面積に換算し約9%のⅡ度深達性及びⅢ度の皮膚損傷を伴い、創部からの出血と浸出液が多く、術後3日間で赤血球濃厚液60単位 新鮮凍結血漿78単位を投与した。収縮期血圧70～80mmHg、心拍数140回/分とショック状態にて循環動態を維持するためにカテコールアミン2剤が投与された。

SIRSの診断基準2項目以上満たし、C反応性タンパク(以下CRP)13.6mg/dlと上昇しており、SIRSから敗血症を来す可能性が高かった。そのためエンドトキシン吸着法(PMX)を2日間行い、抗生剤が投与されていた。血糖値は入院時246mg/dlであった。これは既往歴の糖尿病および侵襲が加わったことによるインスリン耐性が生じていたと考えられる高血糖の状態であった。そこで血糖値は200mg/dl以下を目標に速効型のインシュリンを使用しながらコントロールしていった。

栄養経過はICU入室後から外液・維持液を中心とした等張液が投与され、7病日より経鼻栄養チューブ栄養法(以後経管栄養)として白湯の投与を開始、並行して8病日目から静脈栄養PN (Parenteral Nutrition)約1200カロリー開始した。11病日より経管栄養は、高血糖に配慮し、糖含有量を抑えたグルセルナ[®]300ml/日(300kcal)の投与を開始した。14病日に、NSTの介入によって創傷治癒効果促進目的でアルギニン飲料375mlが追加され、グルセルナ[®]1500ml/日も増量していった。左上肢の処置は毎日洗浄後ゲーベンクリーム軟膏[®]を塗布していた(図1)。

V. 看護の実際

1. 皮膚統合性障害のリスクに関する看護援助の実際

全身状態はWBC4000/mm³以下、心拍数90回/分以上、39℃体温にてSIRSの状態であった。入院時は、SIRSから敗血症をひきおこしたことによるショック状態が考えられた。加えて創傷部位は熱傷範囲に換算すると9%程度のⅡ度からⅢ度の損傷であり、損傷部位からの滲出液の漏出と高い炎症反応から血管透過性の亢進により血管内から組織間液の移動を認め、循環血液量の減少性のショック状態も推察された。また血小

病日	0	1	2	3~6	7	8~10	11~13	14~22	23	29	
呼吸	人工呼吸管理										
循環	カテコールアミン投与										
	RCC-LR60単位										
	FFP78単位										
鎮静	ミダゾラム										
	臭化ベクロニウム										
その他治療	PMX2回										
栄養	抗生剤投与・血糖コントロール										
	細胞外液・維持液					PN1200kcal					
	5%アルブミン製剤										
	経腸										
	白湯100ml×3回/day			ゲルセルナ® 300ml/day			ゲルセルナ®1500ml/day アルジネート®375ml/day				
	NST介入										
創処置	洗浄・ゲーベンクリーム®塗布										
検査データ	TP g/dl			4.8		4.5		4.5		5.3	5.0
	Alb g/dl		3	2.9	2.9	2.4	2.3	2.3	2.2	2.3	2.1
	WBC/mm ³	3.7	3.5	3.2	5.6	16.5	17.1	10	7.8	13	7.4
	Hb g/dl	12.9	8.1	12.4	13.7	11.5	10.1	10.8	8.7	7.8	8.4
	CRP mg/dl	13.6	14	10.1	13.3	1.3	1.1	8.6	11.9	13.7	7.9
	Che IU/L					253					
	トランスフェリンmg/dl								110		96
	プレアルブミンmg/dl								7.8		7.0
	レチノール結合蛋白 mg/dl								1.4		1.3
褥瘡	D 深さ		0			2		2		1	1
	E 滲出液		0			1		1		0	0
	S 大きさ		0			3		3		3	3
	I 炎症		0			0		0		0	0
	G 肉芽形成		0			0		0		0	0
	N 壊死組織		0			0		0		0	0
	P ポケット		0			0		0		0	0
	計		0点			6点			6点		4点
看護ケア	褥瘡処置					ハイドロコロイドドレッシング剤				開放	
	体圧分散マットレス	ウレタンマットレス				エアマットレス					
	体位変換	左右30度、処置の際仰臥位				左右30度、処置以外は側臥位 体位変換は4人で行う					
	栄養管理	水分出納・輸液の確実投与				経管栄養管理 投与時は右側臥位 滴下速度、下痢がなければ、200/Hまでアップ					
	モニタリング	循環動態、水分出納				腹部フィジカルアセスメント、嘔吐の有無、排便状態					

図1 患者の状態と治療経過

板が $5.7\text{万}/\text{mm}^3$ と減少していることから播種性血管内凝固症候群(以下DIC)を併発する可能性もあった。

術後より鎮静剤投与下において人工呼吸管理を行っ

た。ブレイデンスケール6点であり、褥瘡発生のリスク状態にあった。血圧保持のためカテコールアミンを使用し、末梢血管の収縮により局所の循環障害や血管

透過性の亢進によるサードスペースへの体液貯留により浮腫が起き、皮膚統合性障害をきたす可能性があった。

壊死創については洗浄デブリードマンを行い、左上肢の皮下組織を広範囲に切除したことで開放創を認め大量の滲出液があり、外界との生態バリアを介していることや高血糖状態の持続によって感染を引き起こす可能性があると考えられた。

以上のアセスメントから以下の看護問題が挙げられた。

1) 看護問題

- #1 ショック状態により生命の危機状態(共同問題)
- #2 皮膚統合性の障害：左上肢 デブリードマン後
- #3 皮膚統合性リスク状態：褥瘡
- #4 創感染リスク状態

このうち#3の皮膚統合性のリスク状態を中心に行った看護援助について記述する。

2) 看護目標

体位管理により効果的な除圧が受けられ皮膚の統合性が維持される。

3) 看護援助及び経過

バイタルサイン、水分出納などの循環動態の観察を綿密に行うことを中心とし 体圧分散寝具ウレタンマットレス(ソフィア[®])を使用し、除圧目的で2時間ごとの体位変換のプランを立案した。しかし、循環動態が不安定な状態で有効な体位変換が得られず、また仰臥位にて処置を行うため、徹底して体位変換を2時間ごとに実施することはできなかった。全身浮腫が増強し著しい皮膚の脆弱化が進み、7病日に仙骨部に褥瘡アセスメントスコアDESIGN6点の褥瘡が発生した。

2. 皮膚統合性障害発症からNSTを考慮するまでの看護援助

循環動態は安定し、カテコールアミン中止、降圧のため、ニカルジピンを投与しながら収縮期血圧130mmHg代に維持していった。創処置は一部壊死組織を認めるため適宜デブリードマンを行いながら継続した。筋弛緩剤の投与は中止となったが人工呼吸器管理のため、ミダゾラムによる鎮静は継続され、患者の自動運動はなく、ラムゼイスコア5~6で経過した。全身浮腫および皮膚の脆弱化は持続していた。TP4.5g/dl, ALB2.4g/dl, WBC11500/mm³, Hgb11.5g/dl, CRP1.3mg/dl。

1) 看護問題の修正

#3 皮膚統合性障害 仙骨部褥瘡

2) 看護目標

ズレカや局所の圧迫がのぞかれ、褥瘡が進行しない。

3) 看護援助及び経過

耐圧分散寝具による除圧を強化する目的で、マットレスをウレタンマットレスからエアマットレスに変更した。また体位変換時ずれによる摩擦が発生しないようにスタッフ4人で体位変換を行った。包帯交換などの処置以外は仰臥位を避けるように徹底した。褥瘡の処置はハイドロコロイドドレッシング材(アブソキュアサージカル[®])を使用し適宜交換していった。仙骨部の褥瘡の悪化はみとめないもののDESIGN 6点のまま改善は認めなかった。皮膚の状態は著しい全身浮腫を認め皮膚の脆弱化は進んでいた。これは高炎症反応により、血管透過性が亢進しサードスペースに非機能的な外液の貯留したことに加え、創より多量の滲出液の漏出を認め低栄養状態が進行していたことが原因と考えられた。栄養状態を示すデータはTP4.5g/dl, Alb2.4g/dlであった。すでに半消化態栄養剤(以下グルセルナ[®])による経管栄養や中心静脈栄養も開始していたが、看護師間のカンファレンスを行い栄養状態の改善を強化しなければ創傷治癒遅延及び、新たな皮膚トラブルが発生する可能性があると判断した。専門的な視点での栄養管理が必要と考え、医師へNSTの介入を進言した。

3. NST介入から皮膚統合性障害改善までの看護援助

1) 看護問題の再修正

#3 皮膚統合性障害 仙骨部褥瘡

#6 低栄養状態に関連した体液過剰浮腫, 追加

2) 看護目標

ズレカや局所の圧迫がのぞかれ、褥瘡が進行しない。(継続)

効果的に経管栄養からの栄養が吸収され褥瘡が改善する。(追加)

3) 看護援助及び経過

NSTの指示によってアルギニン飲料300kcalが投与開始となった。これは創傷治癒目的であり細胞増殖、侵襲下における必須アミノ酸の摂取、窒素バランスの改善、免疫反応の活性化が期待された。またハリスベネディクトの公式を基に安静時エネルギーを算出しグルセルナ[®]を徐々に増量し1500kcalとなった。さらにRTP(Rapid turnover Protein)の測定によるタイムリー

な栄養状態の評価指標を得ることができた。NST介入当初で、トランスフェリン110mg/dl, プレアルブミン7.8mg/dl, レチノール結合蛋白1.4mg/dl, TP4.5g/dl, Alb2.3g/dlを栄養状態は著しく低下していた。

経管栄養の増量に伴い看護師は、嘔吐の有無や排便の間隔性状の観察、投与直後に下痢の有無など消化器症状を綿密にモニタリングした。血液データ上の栄養状態を評価し、指示された必要量の確実投与を行った。経管栄養剤の注入速度は200ml/時間程度を目安とした。投与時の体位に関しては仰臥位による仙骨部の圧迫を避けるため、吸収を促進しやすい右側臥位を中心とした。経管栄養の量の増加に伴う排便のトラブルはなく、嘔吐も認めなかった。全身浮腫は継続しているものの褥瘡は22病日、NST介入後7日で褥瘡アセスメントスコアDESIGN 6点からDESIGN 4点と改善し治癒促進効果を得た。

しかし栄養状態の短期指標であるRTPは、トランスフェリン96mg/dl, プレアルブミン7.0mg/dl, レチノール結合蛋白1.3mg/dl, と低下し、TP5.0g/dlは上昇Alb2.3g/dlは変化しなかった。

NSTスタッフとの関わりは患者の病態に見合った栄養剤の投与指示と、検査オーダー指示を実施するにとどまっていた。看護師からNSTに患者の状態報告はするものの、NSTとICUスタッフとでのカンファレンスを設けるところには至らなかった。

VI. 考 察

褥瘡発生の要因は、皮膚の湿潤、摩擦、ずれ力などの外的要因、内的要因には低栄養、全身機能低下⁶⁾、ショック状態、重度の末梢循環不全⁷⁾があげられる。A氏はICU入室時にはショック状態、褥瘡の発生予測ツール「ブレイデンスケール」は6点であり、褥瘡発生のリスクが非常に高い状態であった。そこで循環動態の安定を優先しながら、主に外的要因(外力)を除くためのプランを実践していった。しかしA氏は循環血液量減少性ショックのため大量の輸血・輸液が投与され、水分出納はプラスに傾き、体重の増加を認めた。加えてサードスペースへの体液移動から浮腫による、皮膚の脆弱化も伴っていた。そのために臥床に伴う圧力に加え、除圧目的で行っていた体位変換の際に、仙骨部にずれや摩擦をきたし褥瘡が発生したと考えられる。褥瘡発生後より、自力での体位変換は不能であったことや皮膚の脆弱化を考慮し、高機能のエアマットレスへの変更や、体位変換時のずれで生じる摩擦を防

止する目的で、体位変換を4人で行ったことは有効であったと考える。しかし入室後にA氏へ提供したケアは、病態から生じる代謝の変動に伴う皮膚の耐久性の低下、栄養状態の悪化などを予測した個別的ケアであったとは言い難い。

さらに創傷治癒過程において低栄養状態は、創傷治癒遅延や憎悪を招くとされている。A氏は重症感染症のため代謝が亢進しエネルギー消費量が増大していたと推察できる。さらに創からの滲出液の漏出もあり、その結果TP4.5g/dl, Alb2.4g/dlと低栄養状態に陥っていた。A氏に一度発生した褥瘡は、内的要因の改善なくして治癒することは非常に難しい状況であったといえる。重症患者への栄養管理は、早期からの栄養アセスメントと栄養療法の適切な実施により、組織の修復、障害臓器機能回復、さらに侵襲に対する自己免疫防御機能の維持、賦活という面から原疾患の治療をサポートすることが可能⁸⁾とされ、ICUにおいて、早期から症例個々の病態に適した栄養管理が求められる。一方東口らが「侵襲時の代謝変化として、循環動態が安定するまでの侵襲期には十分な栄養素の投与は行えず、リンゲル液か維持液で管理すべきである⁹⁾。」と述べているように、病態に応じ栄養投与の時期を見極める必要がある。A氏への経管栄養を開始した時期は、循環動態が安定した時期であり適切であったと思われる。

この事例では、7日間の絶食期間ののち経管栄養を開始していた。長期の絶食は腸管絨毛上皮の委縮を招き、腸管の有する免疫能を低下させる⁹⁾ため、経管栄養投与開始に伴い消化管の合併症(主に下痢)を念頭に置いたモニタリングと管理が必要である。ここでは腹部のフィジカルアセスメントにより身体情報を得、経管栄養の増量や製剤の追加に伴い嘔吐や下痢の有無を確認しながら投与速度を考慮していった。消化器の症状が見られない患者の経管栄養注入速度の目安は、胃内容排出速度実験により200ml~250ml/時¹⁰⁾とされており、根拠に基づいた注入速度の目安を決定することで、統一したケアが提供でき、合併症予防につながったと思われる。

NST介入によりA氏へ創傷治癒促進を考慮した栄養療法が開始された。データ上栄養状態の改善は認めなかったが、褥瘡は治癒促進へと向かった。これは栄養投与に加え、A氏はショック状態から脱し、身体的条件が改善していったこと、皮膚の脆弱化を考慮しながら、患者に適した耐圧分散寝具を選択し、体位変換時

に摩擦が生じないように徹底して行ったことが関係している。これらの内的・外的要因の改善による相互作用が良い結果を導き出したと考える。

重症患者に関する看護ケアについて亀井は、患者の病態の急激な変化を予測し、的確な方法で重症化を回避しつつ、日常生活の援助を行い、可能な限りにおいて障害の程度を最小限な状態で回復すべく早期回復への援助を実践・評価できる¹¹⁾。と述べている。この事例を通し看護師は患者の代謝変化を理解し、病態の変化を常にアセスメントしながら適切なケアを選択していく必要があり、その判断を誤ると提供しているケアが患者に侵襲を与え、苦痛を増大する結果につながるということを考えさせられた。また、医師や他職種と連携することで、専門的知識にもとづいて、患者に適した治療が提供できる。これが早期回復への足がかりとなっている。そこでベッドサイドにいる看護師は治療やケアの効果が最大限生かされているか観察し、多職種を交えたカンファレンスで情報提供していくことが、重要な役割であると考ええる。

今回の事例では、NST介入の進言にとどまり、その後の経過を意見交換し評価していくことができなかった。しかしICUでは重症患者が多く入室し、免疫力の低下や低栄養状態に陥る患者が多い、QOLの向上のために予防的なケアに加え、全身管理の観点からもNSTを有効活用していくことが課題である。

VII. おわりに

壊死性筋膜炎により過大侵襲下にあった患者に発生した褥瘡への援助を振り返った。褥瘡は、内的・外的要因から発生するが、さらにリスクファクターが加わり容易に発生する。重症患者に発生した褥瘡は、除圧だけでは改善をみとめなかったがNSTの介入により、患者の状態に適した栄養が投与され全身状態の改善とともに褥瘡は改善へと向かった。

看護師は重症患者にリアルタイムに必要なケアを選択実践し、早期回復へと導くためには侵襲下における代謝変化を理解したアセスメントが求められる。そして多職種間での連携により、患者にとって最善の方法を導き出す方向性を見出すことにつながると考える。

謝 辞

この実践報告をまとめるにあたり、同意してくだ

さった患者様およびご家族の方々、ケアに参加し、一緒に取り組んだ3A病棟のスタッフ並びに病棟師長、論文作成にご助言頂いた順天堂医療看護学部准教授吉田先生に深く感謝します。

引用文献

- 1) 児玉佳之, 東口高志, 伊藤彰博, 他: 褥瘡ケアとNST, 臨床栄養, 112(6), 721-725, 2008.
- 2) 宇野光子: 急性期病院の褥瘡はどこが違う?, Modern Physician, 28(4), 541-543, 2008.
- 3) 祖父江和哉: 集中治療における栄養療法と代謝管理, 現代医学, 55(3), 435-443, 2008.
- 4) 奥本真史: 栄養療法の重要性, 難病と在宅ケア, 14(1), 53-56, 2008.
- 5) 祖父江和哉: 集中治療における栄養療法と代謝管理, 現代医学, 55(3), 435-443, 2008.
- 6) 溝上祐子編著: 創傷管理 第1版, 株式会社メディカ出版, 大阪, 74-75, 2007.
- 7) 宇野光子: 急性期病院の褥瘡はどこが違う?, Modern Physician, 28(4), 541-543, 2008.
- 8) 東口高志, 梶谷伸顕: 外傷患者の栄養管理指針, 救急・集中治療, 18(5), 621-623, 2006.
- 9) 児玉佳之, 東口高志, 伊藤彰博, 他: NSTにおける栄養管理の有用性について, ICUとCCU, 32(2), 145-151, 2008.
- 10) 村中陽子, 玉木ミヨ子, 川西千恵美編著: 看護ケアの根拠と技術, 医歯薬出版株式会社, 東京, 37-42, 2005.
- 11) 亀井有子, 道又元裕: 重症患者の栄養管理における看護師の役割, ICUとCCU, 32(2), 153-159, 2008.

参考文献

- 1) 工藤孝子, 井上富士子, 相原恒一郎: 体外補助循環装着中の体位管理の重要性 - 褥瘡予防の視点から - ICUとCCU, 31(11), 977-981, 2007.
- 2) 知花陽子, 洲鎌恵美, 玉城香, 他: 褥瘡形成患者への看護介入 - 多職種との連携により治癒促進効果を得た一事例を通して, 成人看護II (37), 532-534, 2006.
- 3) 東口高志編集: NST完全ガイド第2版, 照林社, 東京, 2006.

 活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.50-56 (2010)

複数施設の合同開催による救急外来看護事例検討会の運営と実績

Management and Evaluation of a Four-Hospital Case Study Committee on Emergency Outpatient Nursing

吉田澄恵 ^{*1} YOSHIDA Sumie	野澤陽子 ^{*2} NOZAWA Yoko	米山ふみ ^{*3} YONEYAMA Fumi
堀内奈美 ^{*3} HORIUCHI Nami	山本育子 ^{*3} YAMAMOTO Ikuko	加藤清美 ^{*2} KATO Kiyomi
矢田麻夏 ^{*2} YATA Asaka	遠藤直美 ^{*4} ENDO Naomi	島尻史子 ^{*3} SHIMAJIRI Fumiko
鈴木梢 ^{*5} SUZUKI Kozue	斎藤伊都子 ^{*3} SAITOU Itsuko	堀江みどり ^{*2} HORIE Midori
山下篤美 ^{*2} YAMASHITA Atsumi		

要 旨

初療看護における看護実践の質向上を目指し、複数の施設で合同開催している救急外来看護事例検討会の運営とその実績について報告した。

大学教員の自主的なFaculty Developmentを目的とした活動と、順天堂大学関連の各病院の救急初療に携わる看護師の自主的なキャリア発達のための活動が結びついて発足し、4施設の運営メンバーが中心となって、2年間で、計5回の実績を重ねている。毎回2事例ずつ検討し、電話相談、待合室の家族対応、外傷の初期対応、飲酒・外傷患者対応、救急外来での看取り、言動の不可解な母親への対応、下血直接来院患者と家族への対応、来院時CPA患者家族への対応、怒りをかけた窓口対応、熱性痙攣患児と母親対応について多様な意見交換を行った。

参加者への調査から、おおむね高い評価を得ており、事例検討から多様な気づきがえられていた。ただし、気づきの内容と程度をみると、倫理的配慮に関する気づきを参加者が共有する工夫や、日常的な実践について焦点をあてる事例を取り扱う工夫が必要と考えられた。

索引用語：初療看護、事例検討会、救急外来、看護実践の質、キャリア支援

Key Words：emergency outpatient nursing, case study committee, emergency room, quality of nursing activities, career support

*1 順天堂大学医療看護学部
*2 順天堂大学医学部附属静岡病院
*3 順天堂大学医学部附属浦安病院
*4 順天堂大学医学部附属順天堂医院
*5 順天堂大学医学部附属練馬病院
*1 *School of Health Care and Nursing, Juntendo University*
*2 *Juntendo University Shizuoka Hospital*
*3 *Juntendo University Urayasu Hospital*
*4 *Juntendo Hospital*
*5 *Juntendo University Nerima Hospital*
(Sep. 30, 2009 原稿受領)

I. はじめに

事例検討は、看護実践に有用な記憶をつくり、実践の原動力を生み出す¹⁾。また、専門家は、行為の省察を通して、行為の中にある知に気づくといわれる²⁾。一方、救急外来における看護実践は、患者と看護師の一時的な時間の中で展開され、病棟看護のように、一人の患者について中長期にわたる継続的な看護計画を

立案することや、複数の看護師で、特定の患者に応じた看護方法を引き継ぐことが必ずしも必要とならない。このため、看護師同士が、特定の患者への看護について検討し、互いの気づきを共有する場がづくられにくい。

そこで、筆者らは、救急外来における看護実践上の課題を検討することを目的に、施設を超えた救急外来事例検討会を開催している。本稿では、その運営と実績について報告し、今後の課題を検討する。

II. 開催までの経緯

本稿で報告する救急外来看護事例検討会は、順天堂大学における教員のFaculty Development (以下:FD)を目的とした自主的な活動と、順天堂大学関連の各病院の救急初療に携わる看護師によるキャリア発達(Career Development:以下CD)を志向した自主的な活動が結びついて、自然発生的に発足した。

まず、平成17年度8月、医療看護学部において、「救命救急看護」を担当する教員(以下:教員)が、教育上の基礎資料を得る目的と看護実践力の維持を目的とした自主的なFDとして、順天堂大学医学部附属静岡病院(以下:静岡病院)の救急外来において、4日間の研修を行った。

ついで、同年度1月に、医療看護学部成人看護学分野が主催しているクリニカルケア研究会(代表:青木きよ子教授)の場で、教員がその成果を発表した³⁾。また、その時、同時に、静岡病院のフライトナースがドクターヘリ運航に伴う救急外来での看護活動について報告した⁴⁾。このとき、順天堂大学医学部附属浦安病院(以下:浦安病院)の救急外来看護師が、自主的なCDとして、二つの報告を聞くために、この研究会に参加した。これを契機に、3名が救急初療看護について考える何らかの活動をしていきたいと話合った。

そして、平成18年度4月から、大学教員、静岡病院、浦安病院の有志による救急外来看護に関する事例研究が開始された。この事例研究⁵⁾⁶⁾は、2年間継続され、順天堂大学医療看護学部主催の医療看護研究会の場で、経過報告がなされた。このとき、順天堂大学医学部附属練馬病院(以下:練馬病院)の救急外来看護師が、自主的なCDとして、この場に参加し、交流することになった。同時に、2年間の活動に参加したメンバーは、事例研究として知見を見出す以上に、複数の施設の看護師が交流しながら、看護実践について事例検討することが、日々の実践の省察の場となり、実践

知の確認の場となることや、日常抱えている葛藤を分かち合うことによって、モチベーションが高められたりする効果があることを実感するようになった。

そこで、翌平成20年度より、施設を超えて、より参加者を広く募り、事例検討会を開催することとした。

III. 事例検討会の運営

事例検討会の運営は、初年度は、静岡病院、浦安病院のメンバーがコアとなって開始したが、練馬病院と順天堂医院の参加が定例化したため、平成21年度には、4病院でコアメンバーを組織して運営している。メンバーは、主に、検討する事例を選定し事例提供者を募りプレゼンテーション準備をとりまとめる事例準備提供係、各回の参加者の継続参加希望や新たな参加者を募る連絡調整係、当日の会場設営や司会を含めた当日運営係、事例検討会の議事録を作成する記録係を分担している。参加者の要件は、救急外来看護経験のある看護師としているが、施設は限定せず、コアメンバーの信頼関係のあるネットワークで広く募っている。その他、事例提供者の負担が過剰にならず、参加者が集まりやすく、自由な雰囲気で見意見交換できるように、日程や会場、司会進行などを工夫している。また、順天堂大学医療看護学部共同研究費助成を受け、資金的援助としている(表1)。

IV. 事例検討会の内容

事例検討会は、平成21年度9月現在まで、開催回数は5回となり、4~5施設の20名前後の参加者を得て実施している(表2)。

1回目の事例は、自殺をほのめかし、名前をなめられず、長時間にわたり電話対応することになったケースと、救急搬送された外傷患者で、複数診療科で対応し、主科が決まらない状況で、あとから来院した家族に気づけず、家族から説明の要求があってから対応することになったケースであった。このときは、電話相談患者の不安だけでなく、苦情や不満をもうけとめながら、限られた人員で他の患者に対応する状況を作り出すための工夫や、医師から家族への説明ができないときに、待合室にいる家族に看護師から接していく工夫などを検討した。

2回目は、事件性のない転落外傷患者の初期対応について、外傷初期診療ガイドライン(JATECTM)と外傷初期看護ガイドライン(JNTECTM)で振り返ってみたケースと、アルコール依存症患者が飲酒し転倒により額の

表1 事例検討会の運営方法

目的	・ 救急外来における看護実践上の課題を検討すること
運営メンバー	・ 看護師に限定 ・ 多角的な検討を行うため、実践者だけでなく、救急外来に関わる管理者、同教育担当者、救急初療に関する研究者で構成
参加者の募集	・ 救急外来看護経験のある看護師に限定 ・ ネットワークで募集(信頼関係を重視) ・ 自由意思の参加 ・ 継続希望者の連絡登録
事例検討内容	・ 1回に2事例 ・ 事例提供者が検討したいと考える内容とし、テーマ限定なし
資料・議事録	・ スライドまたは配付資料適宜準備 ・ 終了後回収裁断処理 ・ 議事録(翌開催時配付・メーリングリスト添付)
日程・会場	・ 参加者が集まりやすい日程とし、施設持回りで開催。 ・ ロ型を基本に意見交換しやすい会場設営
司会進行・討論の工夫	・ 毎回の守秘義務の徹底 ・ 司会の工夫：自己紹介、事例の焦点の整理、フランクな発言 ・ 発言内容の工夫：自由な雰囲気、批判的思考、肯定的評価、他施設の情報交換、立場の異なる視点
資金的補助	・ 運営の評価に関する調査研究費として、順天堂大学医療看護学部共同研究助成を受けている

表2 施設を超えた救急外来看護事例検討会の開催実績

回	開催日／時間	開催地	施設数 人数	事例検討の焦点
1	20年9月(土) 午前2時間半	静岡	3病院 12名	<長時間となった電話相談> 自殺企図あり名前を言わず攻撃的発言続く患者の理解・周囲との連携の工夫 <待合室の救急搬送患者家族対応> 主科が決まらない時の家族説明の工夫・患者処置前中後に家族と接点をもつ工夫
2	20年12月(土) 午前2時間半	浦安	5病院 19名	<外傷の初期対応> 事件性のない転落外傷へのJNTECによる振り返り・未到着家族への電話の工夫 <飲酒・外傷患者への対応> 代諾の遅れの要因の振り返り・アルコール依存症患者への飲酒来院時の対応
3	21年1月(土) 午前2時間半	浦安	3病院 13名	<救外での看取り> 旅行先でCPA・蘇生の場合への誘導のタイミング・一人で同行した高齢の妻への対応 <言動の不可解な母親への対応> 母親への付き添い依頼・看護師の思いとずれる母親の言動
4	21年7月(土) 午前2時間半	浦安	4病院 19名	<下血直接来院患者と家族への対応> 緊急度の判断変化に伴う患者対応・心配する家族への関わり <来院時CPA患者の家族対応> CNS-FACEでの振り返り・蘇生中の家族への関わり
5	21年9月(土) 午前2時間半	静岡	4病院 24名	<怒りをかった窓口対応> 患者の訴えを逃さない対応の工夫・多数同時来院時のファーストコンタクトの工夫 <熱性痙攣患児と母親への対応> 重症度判断に合わせた救外内ベッドコントロール・医師との判断相違時の調整

外傷の縫合が必要となった際に、家族が入院と思いきみ、患者のところに荷物を届けて、担当看護師に会うことなく帰宅し、代諾の遅れから対応が遅れたケースであった。このときは、ガイドラインを用いた観察の意義や医師との役割分担のあり方、救急外来受診を繰り返す患者の家族の特徴や看護師間の連携の方法などについて検討した。

3回目は、高齢の夫婦の旅行中に、夫が心肺停止状態となり救急搬送され、蘇生困難で救急外来で看取りが必要になったケースと、お風呂でおぼれた幼児がしばらくして発熱したと来院した際の母親の言動が不可解で虐待や養育行動について検討したケースであった。このときは、蘇生中の他の患者への配慮や急死を受け止める家族を一人にしない工夫、蘇生の場合への家族の立ち会い、患児の保護者として母親につきそってもらうことの適切さや救急外来受診時にできる養育行動の獲得支援などを検討した。

4回目は、下血で直接来院した60代の男性について緊急度の判断の変化に合わせた対応を時系列で振り返るとともに、同行した家族への関わりを検討したケースと、救急車到着時に急に心肺停止状態となり蘇生した高齢の患者に同行した妻への関わりを重症・救急患者家族アセスメントのためのニード&コーピングスケール(CNS-FACEスケール)を用いて検討したケースであった。このときは、看護師による家族への関わりは、患者の緊急度で変化しやすく、患者が落ち着いたときに家族との接点を意識して増やすことの重要性や、CNS-FACEスケールの項目を念頭において家族に関わることの有効性などが話し合われた。

5回目は、窓口での対応について謝罪要請の手紙のあった直接来院患者への対応をプロセスレコードで振り返り、混雑時も患者の訴えを逃さないための工夫について検討したケースと、混雑時に発熱で来院した患児が、医師の単純性痙攣との判断に基づき待合室で待機中に再発作を繰り返した状況について振り返り、リーダー看護師のベッドコントロールを検討したケースであった。このときは、患者の外見や攻撃的な言動の背景にある慢性疾患患者の特徴や患者が通院している一般外来との連携の工夫、医師の判断に依存せず、多数患者来院時にも、診察室やベッドの配置を工夫して患者の観察を適切に継続していく方法などが話し合われた。

特にテーマを決めず、事例提供者の検討したい内容で実施した結果、5回の事例検討会で取り扱った10

事例のうち、5事例が家族への対応を含んでいた。また、4回目には、3回目の意見交換で話題に上った『来院したときにまず、家族にも看護師から声をかける』という工夫を実施してみたという発言があったり、5回目には、1回目の意見交換で担当制で患者対応している看護方式が紹介されたことを受けて、チーム制から担当制に変更してみたとの発言があるなど、意見交換の成果を応用している状況が語られるようになった。

V. 運営に関する評価

これらの運営について評価するため、毎回、事例検討会の開催時に、参加者に調査用紙を配付し、後日個別投函回収で、任意で実施している。参加者延べ87名に対し、50名(57.5%)から回答があった。各回の参加者中の回答数(回答率)は、1回目12名中7名(58.3%)、2回目19名中12名(63.2%)、3回目13名中8名(61.5%)、4回目19名中9名(47.4%)、5回目24名中14名(58.3%)であった。

回答者の全臨床経験は、10年以上が50%、6~10年が28.0%と臨床経験の長いものが大半で、救急外来における勤務経験は、6~10年が38.8%、3~5年が26.5%であった。参加動機(表3)は、「複数の施設の参加者がいる事例検討会だから」が54.0%、「救急外来に絞った事例検討会だから」が50.0%、「身近な人が主催していたから」が44.0%であった。

表3 複数施設合同の救急外来事例検討会の参加動機

	n=50	
	人	%
以前から事例検討会を求めているから	13	26.0
救急外来に絞った事例検討会だから	25	50.0
身近な人が主催していたから	22	44.0
複数の施設の参加者がいる事例検討会だから	27	54.0
少人数の事例検討会だから	10	20.0
その他の動機	8	16.0

運営に対する評価(表4)は、事例に関する興味、臨床実践に応用できる気付き、自己学習への気付き、事例検討会の参加人数、資料・スライド、発表時間、意見交換時間、全所要時間、司会、会場の適切さの10項目について、「1.ほとんどそうではない」~「5.とてもそうである」で5段階評価してもらったところ、全項目、平均4.0以上であった。ただし、資料・スライド

表4 事例検討会の運営に関する評価(5段階評価)

	1回目	2回目	3回目	4回目	5回目	平均
検討事例への興味の程度	4.71	4.73	4.88	4.67	4.57	4.71
臨床実践に応用できる気づきの程度	4.57	4.36	4.50	4.78	4.57	4.56
自己学習内容への気づきの程度	4.33	4.20	4.57	4.89	4.50	4.50
参加人数の適切さ	4.43	4.08	4.50	4.56	4.21	4.36
資料・スライドの適切さ	3.71	4.08	4.13	4.56	4.36	4.17
発表時間の適切さ	4.29	4.17	4.00	4.33	4.21	4.20
意見交換時間の適切さ	4.29	4.08	4.00	3.89	3.79	4.01
全所要時間の適切さ	4.14	4.25	4.00	4.44	3.86	4.14
司会の適切さ	4.57	4.42	4.63	4.33	4.43	4.48
会場の適切さ	4.43	4.67	4.63	4.78	4.00	4.50

の適切さは、スライド資料のなかった1回目が3.71と低く、意見交換時間の適切さは、4回目(3.89)と5回目(3.79)がやや低めであり、5回目は、全所要時間も3.86と低い評価であった。4回目、5回目については、自由記載に「もっと意見交換時間が長いとよかった」「事例数を増やし、一日かけてゆっくりやっても良いと思う」という意見がある。5回目は、参加人数も24名と多く、活発な意見交換があり、討論を深めるための時間が求められていたと考えられた。

また、事例検討からどのような種類の気づきがあったかを調査した結果(表5)、全10事例で気づきがあった項目は、「自分のストレス」であった。毎回、回答者から「他の施設でも似たようなストレスを抱えているとわかって安心した」というような自由記載も寄せられており、事例検討会が看護師同士の慰安の場として機能していると考えられた。

9事例にみられたのは、「患者の心理状態への配慮」「家族や同行者への対応」「救急外来看護師同士での協力方法」「医師との協力方法」「患者の意思決定を支える行動」で、8事例にみられたのは、「患者理解」「患者の観察」「診察・処置中の関わり」「患者の最善の利益になる行動」「医療安全上の課題」であった。家族対応を苦慮しつつ念頭においていることが表れているとともに、複数の施設の参加者による意見交換から、医療チームでの協力方法や、医療安全上の対策についての発見があったと考えられた。ただし、気づきがあったとする回答者の割合は、9.1%~100%と幅がみられ、特に、「患者の意思決定を支える行動」や「患者の最善の利益になる行動」といった倫理的配慮に関する項目は、気づきがあったとする回答率が20%未満にとどまるものも多い。参加者の気づきに多様性があることは当然であるが、倫理的配慮に関する気づきは倫理的感

受性を高めるため、気づきを共有できるような工夫が必要と考えられる。

救急外来において、受診患者の苦痛緩和や、症状悪化の発見や予防、検査結果待ち患者への関わりや帰宅する場合の療養指導は、日常的であり、継続する部署との連携も重要な実践である。しかし、「苦痛緩和」「症状悪化発見・予防」に関する気づきは5事例、「検査結果待ち時の関わり」「継続部署との連携方法」については4事例、「療養指導」に関する気づきは3事例と事例によって全く気づきのない場合もあった。今回は、経験豊かな看護師による事例提供であり、これらに焦点を当てた事例がなかったことも一因と考えられる。それゆえ、日常的な患者への看護実践を検討するためには、何らかのテーマを定めた事例提供の工夫も必要であると考えられる。

VI. おわりに

今回報告した取り組みは、まだ2年目であり、共同研究費による資金的補助があることや、コアメンバーの強い結びつきがあって継続している。全参加者が、休日を利用した自主的なFD、CDとして実施しており、公的な活動にはなっていない。自主的な活動であるからこそ、自由があり、積極的な参加者が得られるというメリットもある。しかし、資金的補助がなくなり、休日を利用した活動になれば継続は困難を伴う。より充実した事例検討会の場を求める声もあり、一日かけた研修として企画し、自由裁量の研修日としてのバックアップを得るなど看護管理的な工夫も必要であろう。今後も、臨床家である看護師が施設を超えて集まり、臨床知を共有していく活動を継続できるように、実績を積み重ねながら取り組んでいきたいと思う。

表5 各事例検討から気づきがあったとする割合 (%)

事例	気づきの種類													
	患者理解	治療・処置の理解	患者の観察	苦痛緩和	症状悪化発見・予防	心理状態への配慮	診察・処置中の関わり	検査結果待ち時の関わり	療養指導	家族・同行者への対応	同時受診患者への対応	救外看護師同士の協力方法	事務・助手等との協力方法	
長時間の電話相談	42.9	14.3	28.6	42.9	14.3	100	-	-	14.3	-	14.3	85.7	-	
待合室の家族対応	14.3	14.3	28.6	14.3	-	28.6	28.6	57.1	-	100	14.3	100	28.6	
外傷の初期対応	25.0	50.0	100	-	62.5	-	25.0	-	-	50.0	-	75.0	-	
飲酒・外傷患者対応	9.1	-	36.4	-	9.1	9.1	36.4	9.1	18.2	72.7	18.2	90.9	-	
救急外来での看取り	12.5	-	-	12.5	-	37.5	-	-	-	87.5	80.0	87.5	62.5	
言動の不可解な母親	50.0	25.0	37.5	-	12.5	12.5	25.0	-	-	100	12.5	87.5	-	
下血直接来院患者と家族	-	-	11.1	33.3	-	22.2	33.3	44.4	-	100	-	-	66.7	
来院時CPA患者家族	-	-	-	11.1	-	11.1	11.1	-	-	100	-	44.4	11.1	
怒りをかった窓口対応	100	7.1	21.4	-	-	85.7	14.3	-	14.3	42.9	7.1	21.4	-	
熱性痙攣患児と母親対応	21.4	21.4	64.3	-	71.4	14.3	14.3	14.3	-	50.0	21.4	35.7	-	

事例	気づきの種類									
	医師との協力方法	救急隊との協力方法	検査・警備等との協力方法	継続部署との連携方法	自分のストレス	意思決定を支える行動	患者の最善の利益になる行動	患者への有害事象の予防行動	公平な医療・看護の保障	医療安全上の課題
長時間の電話相談	28.6	-	14.3	14.3	100	14.3	28.6	28.6	57.1	85.7
待合室の家族対応	57.1	-	-	14.3	14.3	14.3	28.6	28.6	-	28.6
外傷の初期対応	100	25.0	-	-	12.5	-	25.0	-	-	12.5
飲酒・外傷患者対応	45.5	9.1	-	-	18.2	18.2	-	9.1	9.1	27.3
救急外来での看取り	62.5	50.0	-	-	25.0	75.0	12.5	-	-	12.5
言動の不可解な母親	50.0	50.0	-	50.0	37.5	37.5	62.5	75.0	-	87.5
下血直接来院患者と家族	-	22.2	-	-	11.1	11.1	-	-	-	-
来院時CPA患者家族	22.2	33.3	-	-	22.2	22.2	11.1	-	-	-
怒りをかった窓口対応	35.7	-	-	14.3	28.6	21.4	14.3	21.4	7.1	7.1
熱性痙攣患児と母親対応	71.4	-	-	-	7.1	7.1	14.3	28.6	-	21.4

謝 辞

この報告は、平成20年度、21年度医療看護学部共同研究助成をうけた。活動の資金的補助として欠かせないものであり、深く感謝を述べる。

引用文献

1) 平松則子：事例検討はなぜ必要か、実践から学ぶ

ことの大切さ、看護実践の科学, 34(3), 6-12, 2009.

2) Donald A.Schön: The Reflective Practitioner. 1983
ドナルド・ショーン：佐藤学・秋田喜代美訳：
専門家の知恵、反省的実践家は行為しながら考える、ゆみる出版, 2001.

3) 吉田澄恵：救急外来における看護活動の特徴(研

- 修報告をかねて), クリニカルケア研究会誌, 2, 47-52, 2006.
- 4) 野澤陽子: ドクターヘリ運航に伴う救急外来の活動と課題, クリニカルケア研究会誌, 2, 39-46, 2006.
- 5) 吉田澄恵, 米山ふみ, 野澤陽子他: 救急外来における看護師の対応の円滑化に関わる要因-2施設の急性冠疾患患者への対応事例の比較分析から, 医療看護研究, 4, 34-41, 2008.
- 6) 吉田澄恵, 野澤陽子, 山本育子他: 全次救急医療施設の救急受診患者対応を円滑にする看護活動と影響要因, 日本救急看護学会雑誌, 11(1), 23-32, 2009.

報 告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.57-63 (2010)

乳癌手術療法の変遷から見るチーム医療の必要性 The Need for a Team Approach to Medical Care in Light of Trends in Breast Cancer Surgery

杉 山 和 義*
SUGIYAMA Kazuyoshi

要 旨

乳癌は日本人女性が最も多く罹患し、30-60歳までの死因の第1位である。未だ増加傾向にあり、その生涯有病率は20人に1人とも試算され、働き盛りの女性には脅威的な疾患となっている。手術療法はHalsted が乳癌根治術を報告し、標準根治術式として定着した。しかし、手術の縮小化が試みられ1950年頃から胸筋温存乳房切除術が、さらに1970年には乳房温存療法が導入された。本邦においても同様に2003年には乳房温存療法が胸筋温存乳房切除術を逆転し、最も多い術式となった。さらに、リンパ節郭清もセンチネルリンパ節を同定、郭清を省略する方法や、術前に化学療法で癌を縮小化させ、乳房温存療法を行う検討もなされている。これらは乳癌を集学的に治療する手段が得られたため、手術は縮小化が可能となった。しかし、術式の縮小化はリスクを伴うことも正しく伝える必要がある。このことは選択肢が広がる利点もあるが、乳癌告知直後に更なる不安をもたらす要因にもなっている。今後の展望は、いままで置き去りにされていた手術に際する心理面にも「不安の縮小化」を図る必要があり、満足する治療を求め早期からのチーム医療の介入が重要と思われる。

索引用語：乳癌，手術，乳房温存療法，集学的治療，チーム医療

Key Words：breast cancer, surgery, breast conserving surgery, multidisciplinary therapy, team approach to health care

I. はじめに

最近の統計によると、日本女性に最も多い癌は乳癌であった。マスコミなどの報道もあり、女性が最も興味を持ち、かつ恐れている疾患の1つとなった。しかし、この20数年でEvidence Based Medicine (EBM)や新薬の登場により治療方針が外科の手術療法中心から集学的治療へと変遷してきた。その結果、縮小化する乳癌手術の変遷やリンパ節郭清の省略手技が出現した。これら外科手術療法が変化した経緯を紹介する。しかし、手術手技が多数提示されることは患者自らの選択肢が増える一方で、治療に対する不安を増長させる原因にもなっている。今まで置き去りにされていた心理面に対する不安感に対しても低侵襲化を図るため

に、乳癌告知よりの臨床心理士などの介入を含むチーム医療が今後の課題と考えられ論説する。

II. 乳癌の統計

最近の乳癌統計では2009年に公表された日本乳癌学会の疾患統計がある¹⁾。その結果では、乳癌は年間4万人程度が罹患し、生涯で乳癌になる頻度は20人に1人の頻度で発生すると報告されている¹⁾。また、がん統計白書では、乳癌は1970年代頃より増加に転じ、今後とも傾向は変わらないと推計されている²⁾³⁾(図1)。我々が在住している千葉県でも、女性の悪性腫瘍罹患率で22%と最も多い疾患であった³⁾(図2)。

年齢分布は、45～49歳で13.1%、50～54歳で12.8%、55～59歳で15.5%、60～64歳で12.5%の頻度であった。従って、他臓器の癌より若い45歳より増加し、約20年間高い罹患率で推移する重要な疾患である

* 順天堂大学医学部附属浦安病院

* Juntendo University Urayasu Hospital
(Sep. 17, 2009 原稿受領)

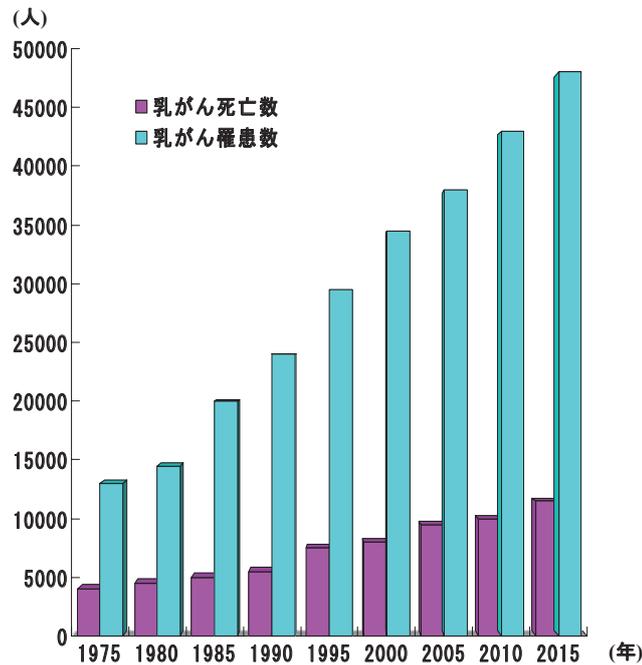
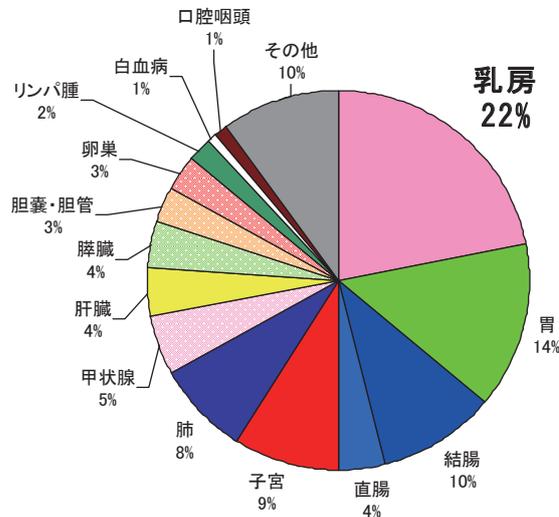


図1 乳癌罹患数・死亡数²⁾³⁾



千葉県健康福祉部(平成16年3月)

図2 千葉県がん罹患構成比(女性)³⁾

(図3)。また、乳癌死亡率の年齢別年次推移も、全年齢層で経年的に上昇していることから、極めて恐ろしい疾患である。

Ⅲ. 診 断

2009年の日本乳癌学会の統計によると、乳癌の発

見状況では68.8%が自分で発見しており、また腫瘍径2cmまでの割合が48.5%の結果であった²⁾。従って、多くの女性は乳房に腫瘤を触知して初めて病院を訪れることとなる。婦人科を受診することもあるが、診断・治療は外科が専門で啓発不足を痛感する。その診断は「乳房超音波検査」と「マンモグラフィー」、「細胞診」の

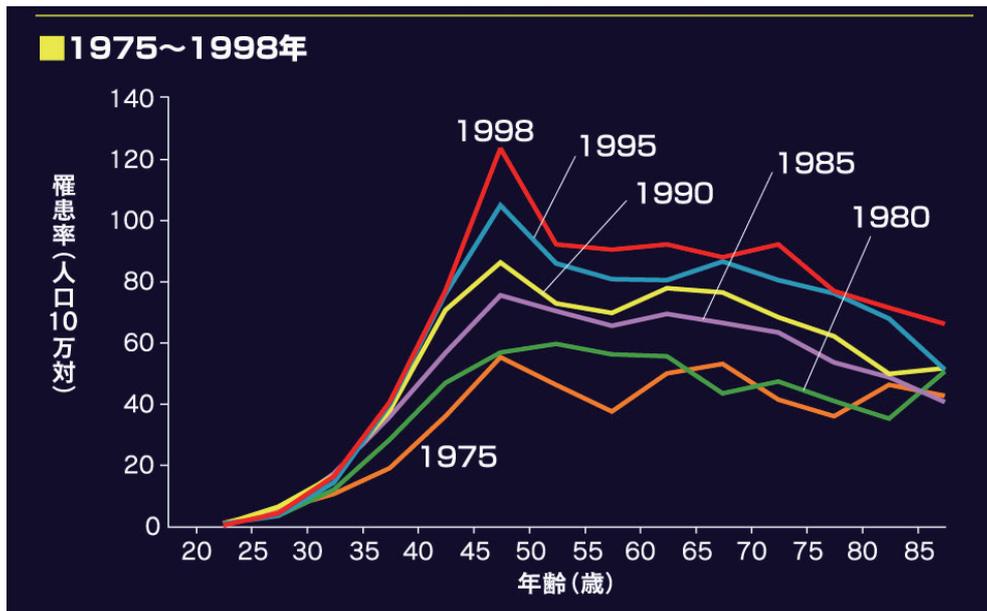


図3 日本における乳癌罹患率の年齢別年次推移¹⁶⁾
—1950-2000年、厚生労働省大臣官房統計情報部編、2003—

3つの検査でおよそ90%が判定可能である。

超音波検査は体内の実質臓器に対して音響反射を画像化する機械で、乳房検査に対しても臨床応用され内部構造が描出される。特徴はX線を使わず、安全で容易、病巣内部の質的診断も可能、ドップラー効果による血行状態の把握、閉経前女性の乳腺にも有用と利点がある。最近、圧迫することで周辺組織と硬度の差異を計測し腫瘍の診断に応用する研究がある。

マンモグラフィーは乳房を圧迫し平坦化せしめ、レントゲンを撮る方法である。乳房を挟むときに疼痛がある。この検査により管状影・孤立性乳管拡張、非対称乳房組織、局所的非対称陰影、構築の乱れ、梁柱の肥厚、微小石灰化等を読影する。特に微小石灰化の出現状況により非触知性の早期癌が診断可能である。

細胞診は対象病変に対して直に針を穿刺し細胞を取得、構成する細胞の良悪を顕微鏡で確認する方法である。特に腫瘍を触知しない微小石灰化も画像で認識できれば、穿刺可能である(マンモトーム[®])。局所麻酔を用いるが、針の刺入時に痛みを感じる。

乳房の腫瘍が画像診断および細胞組織診断が揃って悪性であった場合、乳癌の診断が確定する。さらに、治療方針の決定のためには、他臓器転移の有無、癌の質的診断や拡がり診断も要求される。特に、乳房内における癌の分布を確認することで、癌を切除し正常組織を残すことを図る。乳癌取り扱い規約のTNM分類を

目安に、手術の術式を決定する。しかし、腫瘍径が小さくても癌細胞が乳房全体に乳管内を進展する型や小葉癌、乳頭近傍の大きな癌などは乳房温存手術に適さない。

IV. 手術療法

乳癌の歴史は古く、紀元前2500年前のエジプトや紀元前2000年前のインドに治療の記載がある。これは乳癌が体表の腫瘍で先人たちが悪性の腫瘍との認識可能であったと推測される。その後、腐食や焼灼、切断などの記載が散見されるが、特筆すべきは本邦の華岡青洲で、1804年に世界に先駆けて全身麻酔下での乳癌手術に成功した。

一方、近代になると1890年ごろにHalstedやMeyerが乳房および、大小胸筋と腋窩を一塊として切除する方法を発表した(Bt+Ax+Mj+Mn：以下、乳癌取扱い規約の記載法に基づき併記)。この方法は局所制御率に優れ、当時の外科医の局所再発率が60%程度に比べ6%に低下させることに成功した⁴⁾。この画期的成果により、世界中に標準根治術式として定着するようになった。その後、1950年前後には拡大手術の報告が見られる。標準根治手術に加え鎖骨上リンパ節(Bt+Ax+Mj+Mn+Sc)や胸骨傍リンパ節(Bt+Ax+Mj+Mn+Ps)を加えて切除する術式である⁵⁾。しかし、これら拡大手術を行っても標準根治手術を超える成績は

得られず、侵襲が強いため施行されなくなった。さらに、1967年にPatey⁶⁾が大胸筋を1970年にAuchincloss⁷⁾が大胸筋・小胸筋を温存する縮小手術を報告した。胸筋温存乳房切除術(Bt+Ax)は標準根治術と比べ同等の手術成績であったため、米国では1975年ごろより胸筋温存乳房切除術が多く施行される結果となった。ところが同時期より、腫瘍径の小さい乳癌に対してCrile⁸⁾らが乳房部分切除(partial mastectomy)・腫瘍切除術(lumpectomy)を試みるようになった。一方では、臨床試験や統計解析の考え方が医療現場に導入され1981年のVeronesi (Bq+Ax)⁹⁾や1983年のFisher (Bp+Ax)¹⁰⁾らは従来の術式と比較しても乳腺部分切除術が健存率や生存率に差がないと報告した。この結果により、乳房温存療法が世界的に普及することとなり、本邦でも、日本乳癌学会の調査報告から乳房温存療法が最も多く57.9%、次いで胸筋温存乳房切除術の32.9%の結果であった²⁾。経年的なグラフを見ると縮小化する術式の変遷が見て取れる(図4)。

V. 術前化学療法

手術の施行前に行う薬物療法を術前化学療法と呼ぶ。その目的は進行乳癌の局所制御と微小転移の制御にある。これには、手術後に行う化学療法と比較して健存率や生存率の成績が劣らない結果が必要である。一方、癌腫の大きさが縮小すれば、手術不能な進行乳癌を手術可能にすることや、乳房温存手術に移行することが期待される。これは米国で大規模無作為比較臨床試験によって示され、79%の縮小率と手術後化学療法群と変わらない健存率と生存率が得られた¹¹⁾¹²⁾。

本邦でも、日本癌治療学会アンケートにも手術不能乳癌を手術可能にする(69%)、温存療法を期待する(69%)、病理学的な腫瘍の消失を目指して(36%)、薬剤のin vivo感受性試験として(46%)、その他(Primary Systemic Therapy)等がその目的とされた²⁾。しかし、本来必要としない乳癌にも投与される可能性は否定できない。最近ではホルモン陽性乳癌に対する術前ホルモン療法を行う試みがなされ、結果が注目されている。

VI. センチネルリンパ節

乳癌は乳腺周囲のリンパ流に乗じて拡がることもある。センチネルリンパ節は癌細胞がリンパ網の流れにより初めに到着するリンパ節を指す。かつては手術前にリンパ節転移の有無が判定不能のため、手術の際に腋窩のリンパ節を全て切除していた。近年、ラジオアイソトープや着色コロイド、色素等を用いて、センチネルリンパ節が同定可能となった。手術中にこのリンパ節を術中迅速組織診断へ供出し転移の有無を確認する。その結果、センチネルリンパ節転移が無ければ更に深部のリンパ節に転移があることは極めて稀で、郭清手術は省略することが可能である。この方法は、あらかじめ手術の前に局所麻酔下で同様の手技により検索することも可能である。今後、術前化学療法の適応拡大や基本全身療法(primary systemic therapy: PST)の観点から興味ある方法である。

VII. 考 察

乳房温存療法が全てにおいて福音と言う訳ではな

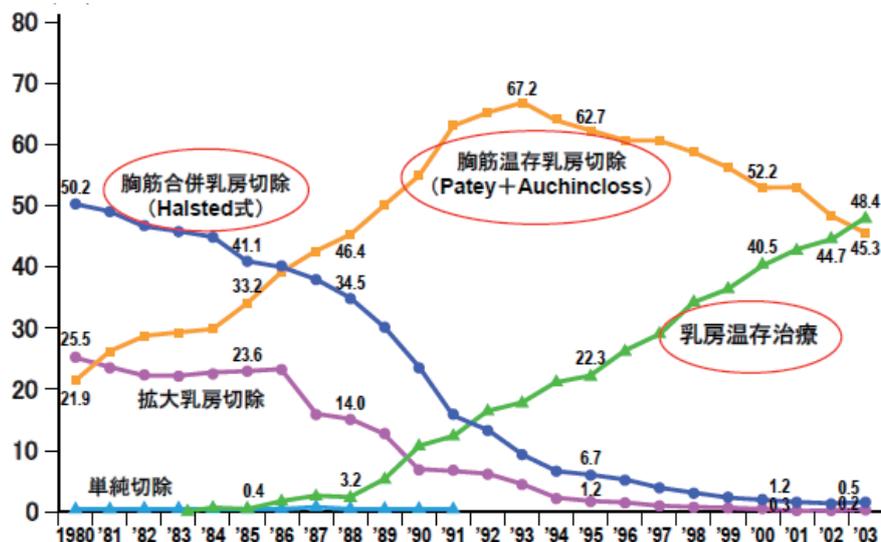


図4 乳癌手術術式の年次推移¹⁷⁾

い。NSABP, Fisherらの報告⁹⁾では、乳房内局所再発のデータが含まれていない。その後の報告では、温存後に乳房内に局所再発を起こすと遠隔転移の相対的リスクはFisherらが3.4倍¹³⁾, Veronesiらが4.6倍¹⁴⁾あったと報告した。また、Kempermanらは局所再発した患者の5年生存率は34%と報告している¹⁵⁾。このことは葉状腫瘍のように治療や経時的に腫瘍細胞が悪性度を増す事象を現している可能性もある。何れにしても、これらリスクを含めた温存療法であることも伝えなくてはならない。

一方、先の乳癌学会のアンケートでは、乳癌の発見状況は68.8%が自分で発見しており、また腫瘍径2cmを超える割合が51.5%の結果であった。別に腫瘍径2cm以下での発見状況を分析すると、自己触知が41.9%と低下するが、検診が67.7%を占める様になった。検診では自覚症状のない期間に2cm以下の小さな癌を見つけている結果と推察される²⁾。

ところが、乳癌の検診率は、日本と北米において受診率が大きく異なり日本のマンモグラフィー検診受診率は3%に対し、米国は60%、ヨーロッパ・カナダ・オーストラリアは45%である³⁾。ステージも北米は1期が多いが、マンモグラフィーで微小な石灰化を同定して1cm程度の乳癌を発見している米国と乳腺にしこりができたからとようやく検診する日本の現状とでは、相手にする乳癌の病態が異なる。米国の論文をそのまま日本にあてはめることには無理があり、やはり日本での結果を集積する必要がある。

これらの状況の中で、乳癌告知後混乱している患者

に全て正しく伝えることは、非常に困難である。さらに術前化学療法を含めた治療方針の拡散は患者にとって選択肢が増加した一方、不安を助長している場合も多い。乳癌治療の低侵襲化は手術手技やリンパ節郭清だけではない。手術に際しての心理面に対しても低侵襲化が図られるべきである。さらには、術後に関してもその配慮は継続される必要がある。当院の臨床心理士の月あたりの相談件数においても開設1年で約10倍の増加を認め、必要性が反映されたと考えられる(図5)。特に乳癌は人の癌の中でも多くの特徴を有している。まず、乳癌の患者数は著明に増加している。ホルモン療法が期待できる。術後も経過観察の期間が長い。再発しても通院治療が可能なが多い。しかし、早期癌でも油断出来ないなどがあげられる。また、身体的変化のみならず、精神的にも繊細な問題を抱える疾患である。ある乳癌の癌細胞数の推移を模式化してみた(図6)。外来診療の乳癌告知から、手術に際して、あるいは再発時から緩和治療の導入など、如何なるタイミングでも各々思慮深い配慮が求められる。そこで、順天堂大学の系列病院では乳腺センター・がん治療センターを設置している。これは、多方面の協力によりチームで問題を解決するもので、構成は外科医の他、腫瘍内科医、心療内科医、腫瘍精神科医、放射線治療医、看護師、薬剤師、臨床心理士、理学療法士、ボランティア(ピアカウンセラー)が参加している。この様な癌に対する常設施設を活用し、乳癌治療で受けた心の傷に対しても継続的に「低侵襲化」を目指し活動している。

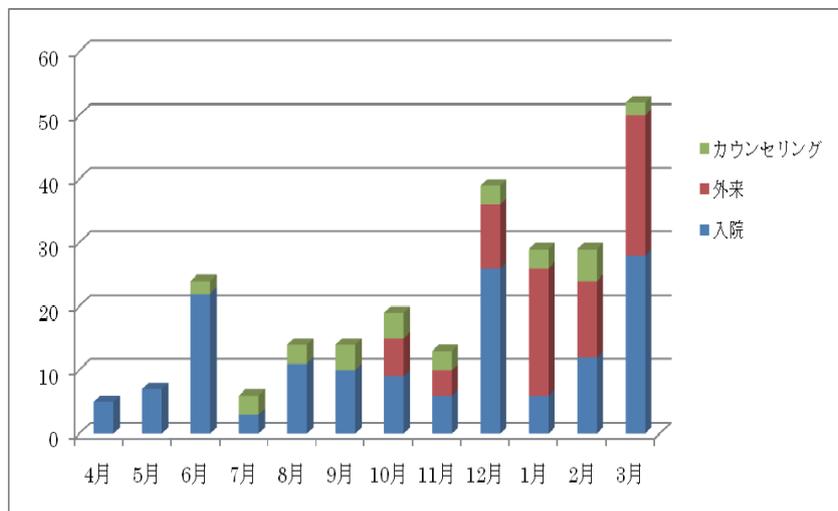


図5 順天堂大学浦安病院における臨床心理士の相談件数(件)

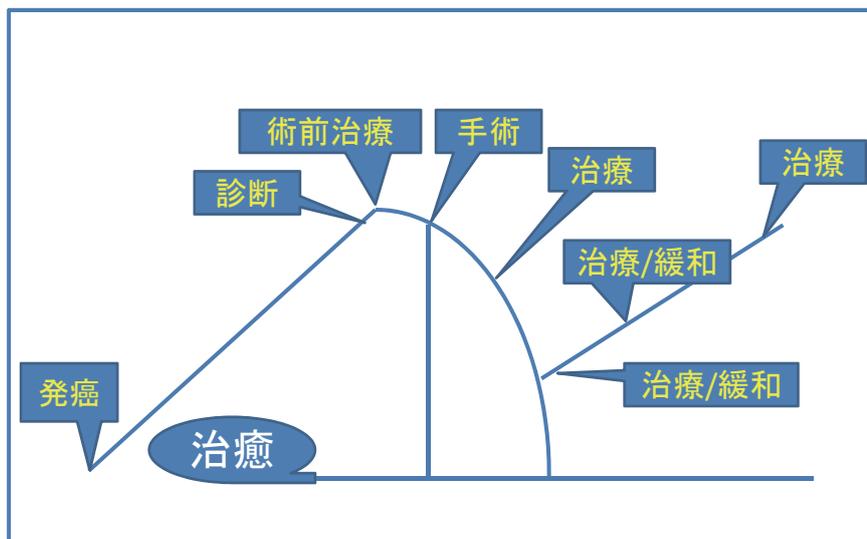


図6 ある乳癌の細胞数の推移

VIII. 終わりに

Evidence Based Medicine (EBM) や有効な新薬、放射線療法など集学的治療が登場し、外科的な乳癌手術の縮小化が図られてきた。本稿では、これら外科手術療法が変化した経緯を紹介した。しかし、手術手技が多数提示されることは患者自らの選択肢が増える一方で、治療に対する不安を増長させる原因にもなっている。今後は、今まで置き去りにされていた心理面に対する不安感に対しても低侵襲化を図るために、乳癌告知より継続したチーム医療が重要と考え活動していることを報告した。

文 献

- 1) 大島明, 他編: がん・統計白書－罹患, 死亡, 予後－2004, 篠原出版, 2004.
- 2) 岩瀬拓士 他登録委員会: 全国乳がん患者登録調査報告, 2006年次症例, 日本乳癌学会, 2009.
- 3) 橋本秀行 (2010.1.7): <<http://www.kenko-chiba.or.jp/05kouhou/k-chiba/vol20/p09-p10.pdf>>
- 4) Halsted WS: The results of operation for the cure of the breast performed at the Johns Hopkins Hospital from June, 1889, to January, 1894. *Ann Surg Phila* 10: 497-555, 1894.
- 5) Urban JA: Selecting Variations in extent of surgical procedures for operable breast cancer. *Breast Cancer, conservative and reconstructive surgery* (ed by Bohmert HH, Leis HP, Jackson IT), Georg Thieme Verlag, Stuttgart, New York, 71-76, 1989.
- 6) Patey DH, Dyson WH: The prognosis of carcinoma of the breast in relation to the type of operation performed, *Br J Cancer*, 2: 7-13, 1948.
- 7) Auchincloss H: Significance for location and number of axillary metastases in carcinoma of the breast; a justification for a conservative operation, *Ann Surg*, 165, 37-46, 1962.
- 8) Crile G Jr: Treatment of breast cancer by local excision, *Am J Surg*, 109, 400-403, 1965.
- 9) Veronesi U, Banfi A, et al: Breast conserving is the treatment of choice in small breast cancer: long-term results of a randomized trial, *Eur J Cancer*, 26, 668-670, 1990.
- 10) Fisher B, Redmond C, Poisson R, et al: Eight-year of a randomized clinical trial comparing total mastectomy and lumpectomy with or without irradiation in the treatment of breast cancer, *N Engl J Med*, 320, 822-828, 1989.
- 11) Fisher B, Brown A, Mamounas E et al: Effect of preoperative chemotherapy on local-regional disease in women with operable breast cancer: findings from National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project B-18, *J Clin Oncol*, 15, 2483-2493, 1997.
- 12) Fisher B, Bryant J, Wolmark N et al: Effect of preoperative chemotherapy on the outcome of women with operable breast cancer, *J Clin Oncol*,

- 16, 2672-2685, 1998.
- 13) Fisher B, Anderson S, Fisher ER et al: Breast-conserving therapy vs mastectomy in early-stage breast cancer: a meta-analysis of 10-year survival, *Cancer J Sci Am*, 3, 6-12, 1997.
- 14) Veronesi U, Marubini E, Del Vecchio M et al: Local recurrences and distant metastases after conservative breast cancer treatments: partly independent events, *J Natl Cancer Inst*, 87, 19-27, 1995.
- 15) Kemperman H, Borger J, Hart A et al: Prognostic factors for survival after breast conservative therapy for stage I and II breast cancer. The role of local recurrence, *Eur J Cancer*, 31A, 690-698, 199.
- 16) 杉森裕樹, 吉田勝美: 乳がんの疫学産科と婦人科, 72(1), 1-5, 2005.
- 17) 岩田広治: 乳がんの手術療法, 産科と婦人科, 72(1), 54-61, 2005.

 論 考

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.64-71 (2010)

罪悪感再考－4つの罪悪感をめぐって－

Guilt Reconsidered : A Study of Four Types of Guilt

山 岸 明 子 *
YAMAGISHI Akiko

要 旨

本稿では、心理学における罪悪感についての主要理論のレビューを行った上で、2つの軸を設定し、4つの罪悪感に分類した。分類の第1の軸は「何に対して罪悪感を感じるのか」、第2の軸は「自分の行為だけを問題にして一方向的であるのか、自分の行為と他者の行為を比較してもたれるのか」である。2つの軸で分類された第1の罪悪感「自分がしたこと」に焦点があり、自分や神の観点から見て「正しくない」時に感じられる自責感であり、従来の心理学で取り上げられてきたものである。第2の罪悪感「自分が傷つけた相手」や自分の行為が影響を及ぼした対象に焦点があり、関係性の中でもたれる罪悪感で、最近研究が盛んになっている。第3の罪悪感「自分と他者の相互作用が不均衡である時」、第4は特に関係をもたない他者と自分との間にある不均衡に由来する罪悪感である。第3と第4の罪悪感「は従来取り上げられることは少なかったが、第4は生存者の罪悪感として取り上げられるようになり、第3の罪悪感「阿闍世コンプレックスや内観法、また西欧とは異なったイエス像を描いた遠藤周作の文学作品にも描かれていて、日本人にもたれやすいものである可能性が指摘された。

索引用語：罪悪感、関係性、遠藤周作、阿闍世コンプレックス、生存者の罪悪感

Key Words : guilt, relatedness, Shuusaku Endo, Ajase complex, survivor's guilt

I. はじめに

いじめ、無差別殺人、自己確認型の犯行がメディアを賑わし、自分の欲求満足しか考えず、他者への共感的な想像力が欠けている者、他人を傷つけても罪悪感（良心の痛み）を感じないような者がいることが危惧されている。また青少年の規範意識が稀薄化し、規範によっては逸脱を悪いと思わない傾向が指摘されている¹⁾。

社会の成員が規範を守り、それを逸脱した時には「悪いことをした」という罪悪感をもつことは、社会を成立させ維持する上で重要である。我々は罪悪感をもつことによって社会的に望ましくない行動を抑制するし、また悪いことをしてしまった場合も行動を修正する気持をもつからである。罪悪感「は危害をもたらした

た人との間に生じた対人的亀裂を修復する行動や賠償的行動を動機づけるという意味で適応的機能をもち、更に向社会的行動を動機づけることも指摘されている²⁾³⁾⁴⁾。一方強い罪悪感をもつことが常に望ましいわけではなく、強い罪悪感をもつことが自己否定的な感情を引き起こし、抑うつなどの精神病理につながることも指摘されてきた²⁾³⁾。

キリスト教社会である西欧では、罪悪感「は神との間の問題で、個人の中に内面化された道徳規範を逸脱する時に生じるとする考えが強く、罪悪感「を道徳規範を内面化した超自我に由来するとしたフロイト、S.の精神分析理論を中心に検討されてきた。その後も様々な精神分析学者によってフロイトの罪悪感「といくらか異なる罪悪感「について論じられたりしている⁵⁾。

一方実証的な心理学では、罪悪感「は他者とのかわりに関する重要な感情であるにもかかわらず、ほとんど取り上げられてこなかった。1960年代から道徳性の

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Sep. 28, 2009 原稿受領)

研究が盛んになったが、道徳的認知や行動に焦点があり、罪悪感という形で取り上げられることはほとんどなかった。

近年感情面の研究が盛んになると共に、1990年代からネガティブな感情の問題としてパーソナリティ心理学や発達心理学、社会心理学領域で罪悪感が取り上げられるようになり、対人的な文脈を重視した観点からの罪悪感の研究が増えている⁶⁾⁷⁾。日本でも精神分析の観点からだけでなく、心理学者によって様々な尺度が構成されて実証的研究もなされるようになってきている⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾。

本稿では、心理学でこれまで言及されてきた罪悪感が何に対するものであるのか等の観点から分類し、伝統的なフロイト流の「道徳的基準から逸脱したことから感じられる自分を責める感情」とは異なった罪悪感について、文学作品等も引用しながら論じようと思う。

Ⅱ. 罪悪感についての主要理論

心理学関連領域で罪悪感を中心的に取り上げたのはフロイトの精神分析理論である¹¹⁾。フロイトは、罪悪感エディプス期(3~4歳頃)に形成されるとする。子どもはエディプス期になると、母親へリビドーを向け、母親を性的に独占している父親に攻撃衝動を抱き、それらのことにより父親から罰を受けるのではないかという不安(去勢不安)から成る観念複合体(エディプス・コンプレックス)を形成し、その危険な状態を解消するために、父親に同一視するとされている。そして父親への同一視により、倫理規範や社会常識を内面化した『超自我(superego)』が形成され、規範を逸脱しようとする『罪悪感』を感じるようになる。フロイトの罪悪感とは規範を守らなかったことに対して父親から与えられる罰に対する恐れ、情緒的不安であり、子どもはそれをもつことにより父親がいなくても規範に従う社会化された存在になる。一方罪悪感が強すぎると神経症的になり、精神病理の原因にもなるとされる。

フロイトの罪悪感には父親から与えられる罰、自分に向けられる攻撃性が内面化されたものだが、クライン、M.やウィニコット、D. W.は乳児が母親に向けた攻撃性に由来する罪悪感の理論を展開した⁵⁾。乳児は発達と共に「抑うつポジション」や「思いやりの段階」になり、充足を与えてくれるよい対象と欲求不満を引き起こす悪い対象が同一であることに気づいて、よい対

象を攻撃したということで、フロイト理論よりも早期-乳児期-から罪悪感をもつとした。古澤も子どもが母親に攻撃性を向ける中で経験される罪悪感を提唱し、阿闍世コンプレックスとした¹²⁾¹³⁾。その他現実には他者を傷つけていないにもかかわらず、もたされてしまう、あるいは自ら持ってしまう罪悪感についても論じられている¹⁰⁾。

社会的学習理論も基本的にはフロイトと同様罰に対する恐れが逸脱行動を抑制すると考え、道徳的行動は条件づけによる内面化とモデリングによって説明し、罪悪感「条件づけられた不安」だとされる。その後のBandura等の社会的認知理論では、状況をどう認知し行動の結果をどう予期するかという認知が重視され、自己観察と判断過程と自己反応が関係しあって道徳的行動がおこると考えられるようになっている¹⁴⁾。罪悪感はこの過程の自己反応に関与していると考えられるが、それがどのようなものかという論議は見られない。

一方「道徳性の発達」を「罰に対する恐れの内面化が進み、罰がなくても従うようになること」とする考えとは異なる理論が、認知発達理論の観点から唱えられるようになる。

認知発達理論は道徳性を合理的な認知の側面からとらえ、道徳や規範のとらえられ方に関する発達段階論が提唱された。Piaget¹⁵⁾の他律的道徳性では権威者から罰を与えられることが悪いことであるのに対し、自律的道徳性は相互の信頼を破ることが悪いことであるとされる。Piagetはこれを罪悪感としては取り上げていないが、他律的道徳性では罰を受けるようなことをした時、自律的道徳性では相互の信頼を破るようなことをした時に罪悪感を感じると考えられる。KohlbergはPiaget理論をより洗練化し、道徳性の6段階説を唱えた¹⁶⁾。

Kohlberg¹⁶⁾によれば、罪悪感のような道徳的感情の発達も認知の問題であり、どの位強く感じられるかではなく、認知発達に応じてどのような時にどのように感じられるかが異なるとされる。「罪悪感」は判断や行動に際して、何を避けるかの問題であり、各発達段階の定義は以下のようなものである。ステージ1では権威者に従わず罰を受けることが避けられており、これはフロイトの罪悪感と同様のものといえる。ステージ2では道徳的・快楽主義的な損失を避けようとする(損をしないことが目指され、罪悪感はない)。ステージ3では罪悪感には身近な他者の期待に従わず、よい関

係を失うことへの不安であり、ステージ4は義務や責任を果たさない時に、また原則的水準(ステージ5, 6)は自分の原則を守らない時に感じられ、それを避ける形で判断がなされる¹⁷⁾。どのステージでも自分なりの正しさに合った行動をしようとし、それにもかかわらずそれに反する時に感じられる感情が罪悪感であるといえる。発達レベルにより何を正しいと考えるかが異なるため、具体的に感じられる状況は異なるが、自分のもつ正しさ、自分なりの原則を守らなかったゆえにもたれる負の感情、自責の感情という点では同じである。

Kohlbergの発達理論では、自分の視点だけの狭い視点から正しさをとらえるあり方から、様々な視点を考えられるようになり、個々の視点や状況を統合した抽象的・形式的な見方へと発達は進んでいく。この理論では具体的な他者への共感や配慮から問題をとらえようとするあり方は低レベル－ステージ3とされてしまうということをGilligan(1982)は批判した¹⁸⁾。そしてKohlbergの発達とは異なった発達の筋道があるとして、配慮の道德性(morality of care & responsibility)を提唱した。この道德性では抽象的・形式的な判断ではなく、具体的な他者に配慮し、その要求に応じることが正しいことであると考えられる。他者の要求に応じること、他者を傷つけないことが志向され、そうしないことに対して罪悪感が感じられる。またHoffman⁴⁾も共感の発達について研究を行い、罰への恐怖や不安に基づく罪悪感(fear anxiety-based guilt)とは異なる、共感に基づく罪悪感(empathy-based guilt—自分が相手の苦痛の原因になっている時等に感じられる罪悪感)の理論化を進めた。そして他者に危害を加えた場合だけでなく、本人は悪いことをしていないのに感じられる傍観者(innocent bystander)や生存者の罪悪感(survivor's guilt)も取り上げられている。

1990年代から盛んになった対人的アプローチでは、罪悪感是对人関係の結果であること、人の内部ではなく人々の間でおこる対人的現象としてとらえるようになり、関係性の中でもたれ共感に基づく罪悪感がしばしば取り上げられるようになっている。特に共にネガティブな感情である罪悪感と恥について、それぞれの下位尺度と精神病理的傾向やパーソナリティ特性との関連を検討する等、それらの類似性と異質性を検討する研究が盛んに行われており⁷⁾⁸⁾¹⁹⁾、また罪悪感や良心の発達に関する研究等も行われている⁴⁾⁶⁾²⁰⁾。

Ⅲ. 4つの罪悪感

以上のレビューでまず見えてくる罪悪感の対比は、
 1) 超自我に基づく罪悪感 対 関係性に基づく罪悪感
 2) 自分の枠からずれたことによる罪悪感 対 他者を傷つけたことによる罪悪感 3) 他者からの罰や批判を恐れる罪悪感fear-anxiety oriented 対 苦痛を被った者への共感に基づく罪悪感empathy orientedの区別である。これらの対比には、何に注目することによって罪悪感を感じるのか—自分に注目して感じるのか、それとも他者に注目するのかという認知の問題が関与していると思われる。本論では「何に対して罪悪感を感じるのか—「行為の相手」か「行為の相手以外」か—を罪悪感を分類する第1の軸とする。更に第1の軸とは異なった第2の軸として、「自分の行為だけを問題にするのか、自分の行為と他者の行為を比較してもたれるのか」—「一方方向で自分の行為だけの問題」か「相互的で他者の行為との比較が関与」するの—を設定して、図1のような4つの罪悪感に分類した。

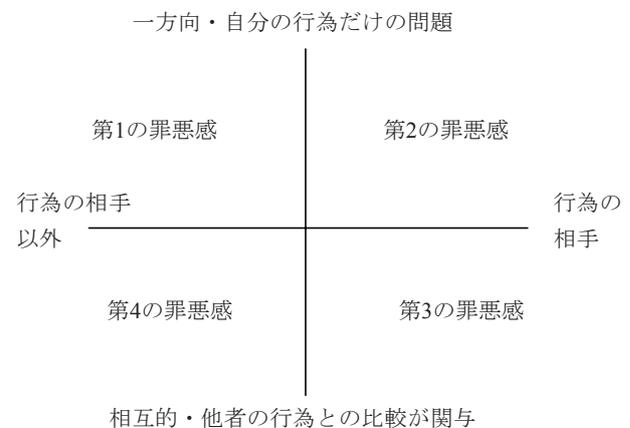


図1 4つの罪悪感

<注> 横軸：何に対して罪悪感を感じるのか
 縦軸：自分の行為だけを問題にするのか、自他の行為を比較してもたれるのか

第1, 第2については、従来の研究でもしばしば取り上げられ、Ⅱのレビューでも触れてきたので簡単に述べるにとどめ、罪悪感として論じられることがまだ少なく、「自分の行為と他者の行為の比較」に基づく第3, 第4の罪悪感について、文学作品等にも言及しながら論じる。

IV. 第1と第2の罪悪感

第1の罪悪感「自分がしたこと」に焦点がある罪悪感で、「規範に照らして自分の行動は合っているか」を問う。フロイトの超自我は、自分が内面化した規範に照らし合わせて罰を与えられないかを考えるものだし、Kohlbergの罪悪感もステージにより何を「悪いこと」と考えるかは異なり、発達と共により抽象的・客観的なものの見方が可能になるが、「自分が考える正しさから見て悪いことをした」ことに伴う自責感である。その自責感「自分がしたことが他者や社会に対して何をもたらしたかを考えて持たれ、より広い視点から考えられるようになっていくが、焦点は「自分が考える正しさ」からずれてしまったことである。発達の低いレベルのfear-anxiety orientedとは異なるが、「自分が考える正しさからずれること」への不安や恐れであるといえる。

それに対して第2の罪悪感「自分がした」ことよりも、その結果「傷つけてしまった相手」に焦点が向けられている。Gilliganの配慮の道徳性やHoffmanの共感に基づく罪悪感「相手に与えた影響」に焦点があり、自分が相手を傷つけたこと、相手の期待や気持ちに応じられなかったことに対して感じられる。そこには相手への共感、相手の気持ちが介在している。精神分析理論における関係性に基づく罪悪感も、乳児期の原初的な罪悪感であり、相手の期待や気持ちを現実的に考えているわけではないが、自分の攻撃が相手に及ぼす被害に注目しているといえる。

第2の罪悪感「対人的なもの」であるが、他者との関係においてもたれることとイコールではない。神との関係において罪悪感「もたれる」西欧とは違って、日本では他者との関係においてもたれやすいことが指摘されてきたが(古くはベネディクト²¹⁾、実証的には山岸¹⁷⁾、例えば他者の目や世間体、「義理と人情」に反するということは「自分が考える正しさ」(自分のもつ原則)からのズレであり、必ずしも自分の行為が影響を及ぼした対象に対してもたれる第2の罪悪感とはいえない。

Gilliganの配慮の道徳性をもつ人は、KohlbergのHeinzの仮想的葛藤場面でも、何が正しいか考え公正な解決を目指すのではなく、当事者それぞれの事情や一人一人の必要を気遣い、相手の期待や気持ちに応じることに志向するし、現実的な場面では更に自分が関係をもっている他者に配慮し傷つけないことを判断の基準にする。彼らは自分の行動が相手を傷ついたり、自

分が応ずる責任をもっているのに応じないために相手を傷つけてしまうことを避けるのである。

遠藤周作の「沈黙」²²⁾には、「自分が考える正しさ」に則った行動をするか、「他者を苦しめること」を避けるかの葛藤が描かれている(cf. 山岸²³⁾)。自分のもつ原則(この場合は神への信仰)に則った行動をして、何があっても信仰を守り、踏絵を踏まなかった司祭たちが、やがて自分が転ばないために拷問を受け続ける農民を救うために踏絵を踏んでしまうというストーリーだが、信仰を守って踏まなかった司祭は第1の罪悪感、農民を救うために踏絵を踏んだ司祭は第2の罪悪感と関連した行動をしたといえる。

V. 第3の罪悪感

罪悪感をもった場合、我々は償いの行為をすることにより、罪悪感を解消しようとする。危害を与えた相手に謝ったり償いの行為をしたりし、対神の場合は懺悔や告白をすることによって許しを得ようとし、あるいは向社会的行動をすることが指摘されている。これは、自分が悪いことをしたという不均衡を何とか修正しようとする試みといえる。

そのような不均衡が相手との相互作用において生じたままになっている時に感じられる罪悪感が第3の罪悪感である。これは相手を傷つけたというようなことだけでなく、お互いのやりとりにおいて、相手はよきものを得ていないのに私は得ているというようにバランスがとれていないことの居心地の悪さや、相手がやってくれたのに、こちらはやっていない、交換性や相互性が損なわれているという不均衡に際して感じられる。そのような心理的負債感がある時にも、我々は負い目を感じて、謝ったり償い行動をしたりする。

有光⁹⁾の尺度の一つである「他者への負い目」、例えば「相手の好意を無駄にした時」「自分のわがままを相手が受け入れてくれた時」に生じる罪悪感もこれにあたる考えられる。相川・吉森²⁴⁾の心理的負債感尺度も似たところがあるが、この尺度は返す義務を感じるかどうかであり罪悪感とは少しニュアンスが異なっている。

自他の相互作用に不均衡がある時にもたれる罪悪感の典型が阿闍世コンプレックス¹²⁾¹³⁾である。父性原理の思想から発案されたエディプス・コンプレックスに代わる日本人固有のものとして古澤により提唱されたが、当時フロイトからは全く顧みられず、後に小此木¹²⁾や小此木・北山¹³⁾により取り上げられた。阿闍世

コンプレックスは、エディプスコンプレックスが父・子間の葛藤であったのに対し、母・子の二者関係における葛藤が引き起こす罪悪感であり、その機制は全く異なっている。阿闍世は自分を産む前の母親の利己的な行動に対して憎悪をもち、父王を殺し母も殺そうとするが、大臣の制止により母を殺すことは思いとどまる。その罪悪感からひどい病気になるが、母親の献身により回復し、懺悔し救いを得るという仏教の説話である。そのテーマは母親を憎悪し、殺そうとしたにもかかわらず、母親はそれを許し献身的に尽くしてくれた、自分の憎悪と母親の献身という不均衡、自分は許されないような悪い行為(優しい母親への憎悪と攻撃)をしたのに、それが許されてしまう。その事によって子どもの内面に“母親に申し訳ない”という気持が生じ、以後そのようなことはしまいという抑制も働き、エディプス・コンプレックスとは異なった形で規範の内面化につながると考えられている。

このような自他の相互作用の不均衡に基づく罪悪感、内観療法²⁵⁾²⁶⁾にも見られる。内観療法は日本で独自に発展した心理療法で、母親等の特定の他者に対して過去自分はどうかであったかを次の3つの観点-1)していただいたこと 2)して返したこと 3)迷惑をかけたこと-から内省させるものである。その結果多くの者は自分が多くのことをしてもらい迷惑をかけてきたのに、何も返していないことに気づくという。そして多くのことをしてもらってきたことに感謝の念をいただき、そのことに気づかず、またそれに対して返していない(こんなに世話をしてもらったのに、恩を仇で返していた)ことに気づいて自責感をもつとされる。内観を通して自覚した自他の相互作用の不均衡からもたれる罪悪感や他者から受けた愛に気づくことが、その人のものの見方や行動を変えると考えられる。

遠藤周作は、西欧と日本の宗教風土の異質性を主要なテーマとした作家であるが、「死海のほとり」²⁷⁾や「イエスの生涯」²⁸⁾には第3の罪悪感に相当するものが描かれているように思われる。これらの作品で彼は独特のイエス像を描いている。群衆は奇跡を求めるが、イエスは何もできず、苦しむ者のそばにいて共に苦しむだけであった。イエスは言う「私はあなたの病気を治すことはできない。でも私は、その苦しみを一緒に背負いたい。今夜も、明日の夜も、その次の夜も…。あなたが辛い時、私はあなたのつらさを背負いたい」

そのようにイエスは人々の苦しみに寄り添うが、群衆は救世主であるはずのイエスが現実に無力であるこ

とに失望し、怒り、彼を見捨てて十字架に架けることに加担してしまう。人々の苦しみに寄り添ってきたイエスは十字架上で人々への愛のために苦しい惨めな死を遂げる。自分たちを愛してくれたのに自分たちは裏切ってしまった、自分たちのためにイエスはつらい死を遂げた、その罪悪感から人々はイエスを忘れられなくなる。臆病で卑怯だった弟子たちは、イエスの教えを伝える強き伝道師になり、群衆もイエスに帰依するようになったというのが、遠藤周作の解釈である。

イエスとのやりとりの不均衡が罪悪感を引き起こしている例を2箇所あげてみる。病気で苦しんでいた時、昼も夜もそばから立ち去らず世話をし「そばにいる。あなたは一人ではない」と言ってくれたイエスに対して、アルバヨは自責の念にかられて思う。「あの人は、お前を一度も棄てなかった。だがおまえは、あの人を棄てようとしている」(P.314)²⁷⁾

「私はおまえを忘れることができるぞ」と言ったピラトにイエスは答える。「あなたは忘れないでしょう。私が一度、その人の人生を横切ったならば、その人は忘れないでしょう」「なぜ」「私が、その人をいつまでも愛するからです」(P.211)²⁷⁾ピラトがそのように言うその背後には、出世のために母を見捨てた思いがある。女中をして苦勞して育ててくれた母なのだが、ピラトは出世のために育ちを隠す。そのピラトを哀しそうに見つめていた母の目を彼は忘れられない。自分が棄てようとしていることを責めず、ただ哀しく見ている母の姿がイエスと重なっている。

西欧の神が父性的であるのに対し、遠藤周作の信仰は母性的とされるが、父性が子どもの行動に応じた対処をするのに対して、母性は子どもが何をして受容し子どもを包み込む²⁹⁾。一人の自律した個として相応のフィードバックを返すのではなく、子どもの行動がどうであろうと常に受容し与え続ける「母なるもの」は、相互作用において均衡を求めないが、その不均衡が子どもに罪悪感を感じさせると考えられる。山村は日本人の母性の機能の一つとして罪悪感としての母性をあげている³⁰⁾。第3の罪悪感としてあげた例は、阿闍世コンプレックス、内観法とも日本で提唱されたものであり、遠藤周作の文学作品も西欧とは異なったイエス像を描いたものであり、日本人にもたれやすい罪悪感である可能性が考えられる。

以上のように第3の罪悪感、自分と他者との間でやりとりがあり、自分は相手を傷つけたのに何も言わずに許される、自分は愛さないが相手は愛し続ける、自

分は相手を棄てたのに相手は私を棄てないというような不均衡—返報性の不均衡があり、それによってもたらされるものといえる。

VI. 第4の罪悪感

以上の罪悪感は、何らかの逸脱行為や相手を傷つける行為をし、そのことで自分に非を感じているのだが、そのような行為がないにもかかわらず罪悪感をもつことが指摘されている。Baumeister他はレビューで、アウシュビッツやヒロシマの生存者がもつ罪悪感に言及し、positive inequalityが罪悪感を引き起こしている²⁾。人は行為の結果を公平に扱われることを好み、自分の得るものが少ない場合は怒りや妬みを感じ、多い場合に罪悪感を感じるがあるとする。リフトン³¹⁾は広島や、ベトナム戦争の退役軍人に関する研究で、「自分の生命は別の人の生命を犠牲にして得られた、他の人が死んだが故に自分は生き残ったという考え方」について述べている。

岡野はModellを参照しつつ、罪悪感を次のように定義している³²⁾。「罪悪感とは、自分が存在していることや自分が行った行為のために、自分が他人よりも多くの満足体験をもったり、他人が自分よりも多くの苦痛体験を持つことにより引き起こされる苦痛の感覚である。」O'connor他¹⁹⁾の他者を傷つけてしまったのではないかという罪悪感の一部にも、他者の満足との比較からもたれる罪悪感が見られる。

Hoffman⁴⁾も、自然災害や戦争、事故等で生き残った場合に、「なぜ彼は死んだのに、自分は生きていたのか」と感じる「生存者の罪悪感」(Survivor guilt)^{<註>}や、「豊かさについての罪悪感」「相対的に有利な立場についての罪悪感」—自分たちの恵まれた生活と他者の豊かでない生活との違いに気づいてもたれる罪悪感—を挙げている。後者の例として1960年代の公民権運動の活動家たちがあげられている。

本稿ではこれらの罪悪感は第4の罪悪感に該当すると考える。第4の罪悪感は第3の罪悪感と同様、自他の行為に不均衡を感じる時に感じられるもので、自分の行為(あるいはそれが及ぼす相手への影響)だけでなく、自分の行為と他者の行為との比較が関与しており、自他の行為を第3の観点から客観的に比べた上でもたれる感覚である。自他の行為に不均衡を感じるのは、1)自分と他者が相互作用をもっていて、そこに不均衡がある場合、及び2)自分と他者が第3のものと同様、それらの関係が不均衡がある場合、が考

えられるが、1)が第3の罪悪感、2)が第4の罪悪感である。第4の罪悪感とは「自他双方が他の何かと関係をもつが、その関係が不均衡で自分の方が不当に有利である時」に感じられる。自他は相互作用をもっている必要はなく、身近な人から関係をもたない人、抽象的な人まで含まれる。

大西¹⁰⁾の「利益過剰」やO'connor他¹⁹⁾の「生存の罪悪感」の質問項目で測られるものはこの罪悪感に近いと考えられる(例えば「自分ばかりよくしてもらっているようで、他の人に対して申し訳なく思う」「貧しい人を見ると動揺する」但し「自分の方が得をしているようで、相手に申し訳なく思う」は第3の可能性もある)。

日本の実例としては、神谷美恵子の有名な詩「なぜ私たちがなくてあなたが? あなたは代わって下さったのだ、代わって人としてあらゆるものを奪われ、地獄の責苦を悩みぬいて下さったのだ。許して下さい、らい者よ。……」(P.138)³³⁾がある。また裕福な地主の家に生まれた太宰治や有島武郎が、青年期になって貧しい暮らしをしている者たちがいることを知って罪悪感をもったと言われているし、学生運動の活動家たちの動機の一つは、貧しい者、弱い者に比べて自分が特権的な立場にあることからくる罪悪感であり、左翼党派は学生のプチブル・インテリの罪悪感(第4の罪悪感)を巧みに衝いて、学生運動に引き込んだという指摘がなされている³⁴⁾³⁵⁾。

VII. まとめ

本稿では、心理学における罪悪感についての主要理論のレビューを行い、これまで言及されてきた罪悪感が、何に対するものであるかの観点から大きく2つに分類されること、更に新たな第2の観点を導入することにより第3、第4の罪悪感が見えてくることを示した。

分類の第1の軸は「何(誰)に対して罪悪感を感じるのか」、第2の軸は「自分の行為だけを問題にするのか、自分の行為と他者の行為を比較してもたれるのか」である。第1の軸により分類された第1の罪悪感は「自分がしたこと」に焦点があり、自分の行為が向かう対象ではなく、その行為をしたことに関して神や規範、原則との関係においてもたれる罪悪感である。それに対し第2の罪悪感は「自分が傷つけた相手」に焦点があり、自分の行為が影響を及ぼした対象に対してもたれる。これらは基本的に一方向的なものであるのに対して、第3、第4は自分と他者の行為の比較が関与する。

第3の罪悪感とは自分と他者の相互作用で両者が得るものを比較してもたれる罪悪感、第4は自分と他者をあつる事柄との関係において比較した時にもたれる罪悪感である。

罪悪感の心理学的研究は第1を中心に行われてきたが、最近の発達心理学や社会心理学は対人的側面を重視するようになってきている。2から4は対人関係の中でもたれる罪悪感であるといえるが、レビューで示したように罪悪感として取り上げられることが多いのは第2である。本稿では、まだ罪悪感として取り上げられることが少ない第3や4の罪悪感について、それらが心理学の中でどのようにとらえられ、文学作品の中でどのように描かれているのかを示してきた。そして第3の罪悪感とは、阿蘭世コンプレックス、内観法とも日本で提唱されたものであり、遠藤周作の文学作品も西欧とは異なつたイエス像を描いたものであり、日本人にもたれやすいものである可能性が指摘された。第3、第4の罪悪感についての心理学的な実証研究はまだほとんど見られないが、それらがいつ頃からもたれるようになり、どのようにして発達していくのか、どのような経験がそれをもたらすのか、他の罪悪感との関連はどうであるか等、文化の問題を含めて考えていくことが必要と考える。

<注>日本でも阪神大震災やJR福知山線脱線事故を契機に「生存者の罪悪感」が一般的に言われるようになってきているが、自然災害や戦争、事故等で生き残つてもたれる生存者の罪悪感とは、PTSD(心的外傷後ストレス症候群)の一種であり、何もできなかった無力感を回復させようとしてもたれるという見解もあり³⁶⁾、ここでいう不均衡からの罪悪感とは異なる可能性もある。

なお生存者の罪悪感とは、危害を与えたと思われる人が亡くなつてしまった場合にもたれるものをいう場合も多いのだが(例えば夏目漱石の「こころ」の先生)、これは「危害を与えた人」に償えなくなつてしまった故に解消されない自責感であり、本論では罪悪感の3にあたりと考へられる。

文 献

- 1) 山岸明子：現代青年の規範意識の稀薄性の発達の意味、順天堂医療短期大学紀要、13、49-58、2002。
- 2) Baumeister, R. F., Stillwell, A. M., & Heatherton, T. F. Guilt : An interpersonal approach. Psychological Bulletin, 115, 243-267, 1994.
- 3) タングネー, J. P. & サロベイ, P. : 恥・罪悪感・嫉妬・妬み : 問題をはらむ社会的感情, コワルスキ, R. M., & リアリー, M. R. 安藤清志訳, 臨床社会心理学の進歩, 北大路書房, 191-221, 1999/2001.
- 4) ホフマン, M. : 共感と道徳性の発達心理学, 菊池章夫・二宮克美訳. 川島書店, 2000/2001.
- 5) 高森淳一 : 罪悪感再考 : 対象関係と愛他性を視点として, 天理大学年報, 205, 79-121, 2004.
- 6) Bybee, J. : Guilt and children. Academic Press: London, 1998.
- 7) Tangney, J. P. & Dearing, R. L. : Shame and guilt. The Guilford Press: New York, 2002.
- 8) 石川隆行・内山伊知郎 : 5才児の罪悪感に共感性と役割取得能力が及ぼす影響について, 教育心理学研究, 49, 60-68, 2001.
- 9) 有光興記 : 日本人青年の罪悪感喚起状況の構造心理学研究, 73-2, 148-156, 2002.
- 10) 大西将史 : 日本人青年の特性罪悪感の構造に関する研究, 博士論文, 2007.
大西将史 : 青年期における特性罪悪感の構造 - 罪悪感の概念整理と精神分析理論に依拠した新たな特性罪悪感尺度の作成 -, パーソナリティ研究, 16-2, 171-184, 2008.
- 11) フロイト, S. : 自我とエス, 小此木圭吾訳. 人文書院, 1923/1970.
- 12) 小此木啓吾 : 日本人の阿蘭世コンプレックス, 中央公論社, 1982.
- 13) 小此木啓吾・北山修 : 阿蘭世コンプレックス, 創元社, 2001.
- 14) 明田芳久 : 社会的認知理論 - バンデューラ 日本道徳性心理学研究会編 道徳性心理学, 北大路書房, 221-236, 1992.
- 15) ピアジェ, J. : 児童道徳判断の発達, 大伴茂訳. 同文書院, 1930/1957.
- 16) Kohlberg, L. : Essays on moral development vol.2 : The psychology of moral development, Harper & Row, 1984.
- 17) 山岸明子 : 道徳性の発達に関する実証的・理論的研究, 風間書房, 1995.
- 18) Gilligan, C. : In a different voice. 岩男寿美子監訳. もうひとつの声 - 男女の道徳観のちがいと女性の発達, 川島書店, 1982/1986.
- 19) O'connor, L. E., Berry, J. W. & Weiss, J. : Interpersonal guilt, shame, and psychological problems, Journal of Social and Clinical Psychology, 18-2, 181-203,

- 1999.
- 20) Kochanska, G., Gross, J. N., Lin, M. H., & Nichols, K. E.: Guilt in young children; Development, determinants, and relations with a broader system of standards, *Child Development*, 73, 461-482, 2002.
- 21) ベネディクト, R.: 菊と刀 - 日本文化の型, 長谷川松治訳. 講談社, 1946/2005.
- 22) 遠藤周作: 沈黙, 新潮文庫, 1966/1981.
- 23) 山岸明子: 罪悪感をめぐる考察(2) - 遠藤周作の小説をめぐって -, 日本教育心理会第51回総会論文集, 5, 2009.
- 24) 相川充・吉森護: 心理的負債尺度の作成の試み, *社会心理学研究*, 11-1, 63-72, 1995.
- 25) 村瀬孝雄: 自己の臨床心理学3 - 内観 - 理論と文化関連性, 誠信書房, 1996.
- 26) 三木善彦: 内観療法入門 - 日本の自己探究の世界, 創元社, 1976.
- 27) 遠藤周作: 死海のほとり, 新潮文庫, 1973/1983.
- 28) 遠藤周作: イエスの生涯, 新潮文庫, 1973/1982.
- 29) 河合隼雄: 母性社会日本の病理, 中央公論社, 1976.
- 30) 山村賢明: 日本人と母, 東洋館, 1971.
- 31) リフトン, R. J.: 現代, 死にふれて生きる - 精神分析から自己形成パラダイムへ, 有信堂高文社, 1976/1989.
- 32) 岡野憲一郎: 恥と自己愛の精神分析 - 対人恐怖から差別論まで, 岩崎学術出版社, 1998.
- 33) 神谷美恵子: 人間を見つめて, みすず書房, 2004.
- 34) 土居健郎: 甘えの構造, 弘文堂, 1971.
- 35) 鹿島茂: 吉本隆明1968, 平凡社, 2009.
- 36) ハーマン, J. L.: 心的外傷と回復, 中井久夫訳. みすず書房, 1997/1999.

Issue

Summary

Guilt Reconsidered : A Study of Four Types of Guilt

The purpose of this study was to review the main psychological theories about guilt and to classify different types of guilt according to certain criteria. We identified four groups by using two criteria as follows: The first criterion is based on the person for whom one feels guilt, and the second criterion is based on whether one considers only his own act and basically mono-directive, or compares his act with the acts of others.

The first type of guilt arises from a focus on what one has done and is self-reproach of doing wrong from the viewpoint of an authority like God or his own. Many earlier psychological studies have documented this type of guilt. The second type of guilt is that which centers on the other whom one has injured or has influenced, in relation with others, and that in recent years has been studied vigorously. The third type is the guilt which results from a disequilibrium in an interaction between one person and the other. The fourth is the guilt which results from a disequilibrium between one person and another who has no particular relationship to him. Even though there have been few studies of the third and the fourth types, the fourth type has come to be referred to as survivor's guilt, and the third type is expressed in the Ajase complex and Naikan therapy, both of which developed originally in Japan. The third type is also described in Shuusaku Endo's literary works, which depict the figure of Christ as different from the Christ of Western interpretation. These examples support the notion that Japanese are apt to feel the third type of guilt.

Key Words : guilt, relatedness, Shuusaku Endo, Ajase complex, survivor's guilt

YAMAGISHI Akiko

学内活動報告

 学内活動報告

 順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
 P.73-80 (2010)

 臨地実習指導のための指導者と教員の連携
 —医療看護学部が主催する臨床実習指導者研修会報告—

青 木 きよ子*

AOKI Kiyoko

高 谷 眞由美*

TAKAYA Mayumi

山 口 忍*

YAMAGUCHI Shinobu

岡 田 隆 夫*

OKADA Takao

工 藤 綾 子*

KUDO Ayako

服 部 恵 子*

HATTORI Keiko

西 田 みゆき*

NISHIDA Miyuki

岡 本 隆 寛*

OKAMOTO Takahiro

樋 口 キエ子*

HIGUCHI Kieko

青 柳 裕 子*

AOYAGI Yuko

索引用語：看護実習，実習指導，連携

Key Words：nursing practice, practical guidance, collaboration

I. はじめに

本学部では、看護実践能力の習得を目指して全学年において臨地実習を行っている。臨地実習ではきめ細やかな指導が必要であるが、平成18年から1学年の定員が100名から200名へ増員になったことにより、臨地実習における実習指導者の役割が大きくなることが予測された。そこで、実習病院からの要請もあり、臨床と学部との連携を図る目的で、平成18年度から実習委員会主催の実習指導者研修会を開催することとなった。4年間の実習指導者研修会の概要を資料1に示す。過去3年間の研修対象者は、病院実習指導者と教員であったが、今回は訪問看護ステーションの指導者の参加も得て実施することができた。臨床の指導者と教員が学生指導に関する問題を共有し、指導方法を検討することは、相互の立場を理解する機会となり連携意識を高めるとともに、それぞれの役割が明確になり学生への指導効果をあげている。ここでは平成21年度第4回の実習指導者研修会の概要を紹介し、実習指導者研修会の今後の方向性を検討することができたので報告する。

II. 平成21年度(第4回)実習指導者研修会概要(資料2参照)

1. 研修会プログラム作成までの経過

1) 開催までの概要

実習指導者研修会を開催するに当たり、実習委員会より4名の担当教員が選出され、当日までの5回の企画会議、2回の事前準備を行った。

企画会議では、研修会の方向性、目標、テーマ、具体的な研修方法・内容について討議した。また、当研修会は、これまで順天堂大学附属6病院の実習指導者を対象としてきたが、今回、在宅看護担当教員より、「地域の訪問看護ステーション実習指導者にも参加を呼びかけ理解と協力を得ていきたい」との要望があり、研修対象の枠を広げての開催とした。

2) 研修会の方向性

6病院の研修参加者に対して行った昨年度のアンケート結果では、学部より依頼した事前準備について、準備不足との回答が多く見られた。しかし、実際のグループワークでは多岐に渡る問題提起がなされ、有意義な討議の場となっていたことがわかった。具体的には、Aコース(初回参加者)では、「学生の悩みに的確に対応できているか。」という戸惑いに関する意見が多くだされていた。またBコース(複数回参加者)においても、実際に対応困難なケースに関する提示が多くな

* 順天堂大学医療看護学部

* School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Sep. 30, 2009 原稿受領)

され、これらに対する活発な討議がされた。実習指導者は、実習期間中に学生の対応や指導方法、体制の問題などを感じながら対処に苦慮し改善策を模索してことから、研修会の開催時期は前期実習の終了後とし、後期につなげていくことが効果的であることを確認した。

3) 研修テーマと目的

これまでの研修を踏まえ今年度は、「看護学実習を通しての学生・指導者・教員の変容；Change!」というテーマで、実習指導者と学部教員が連携を取りながら学生の実習目的達成の役割を担えるよう実習に必要なとされる指導内容と方法について理解を深めることにした。

4) 研修内容と方法

研修時間の前半は、学部教員による講義とし、初回参加者を対象に「看護学実習の授業としての位置づけと方法を理解する」、複数回参加者を対象に「基礎から臨床につながる技術教育(技術教育の関わりについて)」の2つのコースに分けて実施した。

後半は、テーマごとにグループワークを行いその成果を発表した。グループワークでは、①効果的な技術教育のためのかかわり方、②指導効果を高めるための教員-指導者間の連携、③学習意欲を高めるかかわり方、④訪問看護実習の指導方法の検討(在宅看護実習施設)の4コースを設定した。

2. 研修会の講義内容

<Aコースの講義内容：看護学実習の授業としての位置づけと方法>

Aコースの講義は、研修会初回参加者を対象に看護学実習の授業としての位置づけと特徴の理解を目的とした。その主な内容は以下のとおりである。

1) 現在の看護学教育の動向と学生を取り巻く環境について

平成21年度、看護系4年制大学は178大学となり、定員数14,192人で、看護師養成の1/3占めるまでに急増した。現代の学生の特徴としては、ゆとり教育・少人数教育を受け、核家族の中で成長することから多様な社会生活の経験が少なく、結果として自主的・主体的な学習がされにくい環境の中で育っていることがあげられる。また、将来看護職を選択して入学してきても、職業選択に悩むなど職業的アイデンティティが拡散し発達の危機に直面している学生も見受けられる。

そのような状況の中、看護基礎教育には、安心と安

全の医療を提供できる看護実践能力を身につけた看護職者の育成がもとめられている。そのため、看護職の質を保証するためには、看護基礎教育は4年制大学がのぞましいとの基本法方針が打ち出された。また、18歳人口が減少していく中、臨床で求められる看護基準7:1配置を満たす新卒就職者数の確保、新人の早期離職を防止を念頭に置いた看護職者の育成が期待されている。

2) 看護学実習の成立要件と期待する学習成果

看護学実習は、学生が既習の知識・技術を基に患者との相互行為を展開し、看護目標に向いつつ、そこに生じた現象を教材として看護実践能力を習得することをめざす看護教育の中で最も重要な授業である。看護学実習における教材とは、①患者の提示する現象、②看護職者が患者に提供する看護実践、③学生が遭遇する現象があげられ、このような多種多様な現象の中から、実習目標にマッチした現象を選択し、再構成したものである。

看護学実習に必要な要素としては、①看護職者が行う実践の本質を反映するものであること、②さまざまな授業の中でも最も重要な授業であること、③実践の場にいる看護学生は、学習者であって看護職者ではないこと、④実践力の修得には、十分な学習時間と機会を提供すること、⑤教員・指導者の学生との信頼関係と、尊重し合う関係が築ける環境の中で支えられること、⑥この実習で学ぶべき知識や・技術、態度に注目すること、⑦量より質を重視することがあげられる。

看護学実習の学習成果(アウトカム)としては、まず、特定の事実や情報を知る、理論を実践にいかに対応するかを知るなどの知識の習得があげられる。ここでは、問題解決能力、クリティカル・シンキング、意志決定ができることが求められる。次に、技術習得があげられる。通常、技術をアウトカムと考える場合は、行動の要素に焦点をあて、精神運動性、人間関係、組織を理解し動く技術等があげられる。最後に、態度と価値観の育成があげられ、看護学実習は、これらの資質を育てる貴重な機会となる。また、予想外のアウトカムとしては、プラスのアウトカムとしてキャリア選択への動機づけなどが得られるが、マイナスのアウトカムとして技術の省略、不正や失敗をごまかすなどを身につけることもある。

3) 医療看護学部の看護学実習のねらいと指導方法

本学部の看護学実習のねらいは、順天堂の長い歴史をもつ看護教育の中で培われた全人教育に基づき、

「仁」を大切に育み、「心身を癒す看護」を実践する看護職者の育成であり、以下の7つの目標をあげている。

- ① 保健師、助産師、看護師の3職種に必要な看護実践能力を習得する。
- ② 「心身を癒す」看護を実践する能力を習得する。
- ③ 講義や演習で得た理論や方法を実践と統合し→「知る」「わかる」段階から「使う」「実践できる」段階に進化させる。
- ④ 人間関係を形成する能力を培い、専門職者としての役割や責務を理解する。
- ⑤ 看護する喜び、難しさの実感、自己の新たな発見、看護の特質を理解する。
- ⑥ 看護職者、関連職者、患者・家族・住民との協力や連携を通して、看護の場と役割の多様性を理解する。
- ⑦ 主体的な自己課題の発見と自律的な学習姿勢を修得する。

実習指導に当たっては、まず、カリキュラムにそった実習要綱、実習指導計画、各種実習記録類、技術経験リスト、施設利用手引き、教員と実習指導者の役割分担などを準備する。臨床側の準備としては、指導体制(施設・病棟)、指導計画(施設・病棟)、患者選択と説明・同意、使用する看護用品、記録類等を入れる場所、学生指導に利用できる場所の確保などがある。指導においては、全体、週毎、日々の目標を明らかにし、いつ、誰が、どのような内容をどのような方法で、どんな順序性で行うのかなどの指導方法を考える。実際の指導場面では、計画的に実施し、理解しやすくする方法を工夫し、学生・患者・家族の反応をみながら指導する。実施した指導は、評価基準、評価方法を明確にし、目標をどのくらい達成できたか、達成できなければ原因は何かを評価し、必要に応じて目標や計画を修正する。本学の実習は原則として全出席を前提とする。出席時間の不足および追実習および成績不良による再実習に関しては、個別の事情により担当教員が判断する。

4) 看護学実習指導に利用できる概念

(1) セルフエフィカシー(self-efficacy自己効力)

自己効力とは「このことなら自分でもできるという自信」のことをいい、自己効力を認知した状態を自己効力感という。自己効力は、主体的な態度変容、行動変容を遂げ支えるために必要な概念となる。「自分が努力して行動しても、何も変わらないだろう」との予測をもつと無力感をもたらすことになる。自分の力

ではどうにもならないという経験、失敗経験が無力感につながる。学生の実習に対する効力感をたかめるには、ステップ・バイ・ステップ法、モデリング法、褒める、自己モニタリング、ピアラーニングなどを活用する。

(2) 認知発達理論をもとにした指導者役割

人間は本来環境とのかかわりを通して自ら成長して行ける存在であるが、指導者として「豊かな環境」「応答的環境」を提供する、自ら働きかけ、自ら考えようとすることを励ます。自ら働きかけ、自ら考えようしない場合は、モデルを示し、学習していることの意味・意義・見通しを示すことが重要となる。

5) まとめ

エリクソンは、成人期の発達課題を生殖性(次世代を育てること)、そこで培われる活力を「ケア(care, 世話, 配慮)」としている。看護学実習において指導者・教員も学生とかかわることで共に学び発達していくが重要となる。

<Bコースの講義内容：基礎から臨床につなげる技術教育(技術教育の関わりについて)>

1) 学士課程における看護学実習の検討

看護基礎教育における技術教育のあり方に関する検討会(第二次)では、看護実践能力が議題となり、学士課程における卒業時の到達目標が明示されている。看護師に求められる看護実践能力について、芥川らは対象者の健康問題に対して広い視野から柔軟に対応し、主体的に行動できる能力、そして、保健・医療・福祉分野などの他専門職などと協働し、かつリーダーシップがとれる能力と述べている。従来、このような能力を身につけさせる方法としては、学生に看護理論を活用させ、対象者に健康問題に関する情報を整理・分析、看護実践の計画と実施、評価という看護過程の展開を経て健康問題に関する理解と解決に向けた教育がある。しかし、前述した方法は、対象者の看護過程のみを分析的に追及する思考への偏向が、時には人間の特定の部分だけが過度に強調され、主体と客体の分断を招くなど、看護の全体性、関係性を見失うという問題も指摘されている。この改善方法として、安酸¹⁾は「経験から学ぶ」看護実習教育を提唱している。安酸は中村が述べている<科学の知>と<臨床の知>を引用し、経験による知のあり方の重要性を述べている。安酸²⁾のいう経験型実習教育とは、従来おこなわれてきた「理論→演習→実習」ではなく、早い時期に実習を体

験させ「実習→演習→理論」の形態をとり、複雑な中で
の経験を学習者が自ら意味づけしていく学習形態をと
る実習である。この学習方法は実習の中で問題解決を
迫られた経験を教材化し、その解決のために学生が自
ら探求する学習過程である。援助的人間関係の中で看
護学実習は進んでいくことから、学生の経験と主体性
を重視した実習方法の検討は今後の検討課題である。

2) 学士課程における技術教育について

本学において、卒業時までには学生が経験する技術は
97項目である。

看護基礎教育における技術の実施は、患者の権利の
保証と安全性の確保を最優先に考えて臨ませることが
主眼となっている。

患者へのケアに対する責任と学生の学びを保証する
ためには実習指導における実習指導者・教師の連携は
無くてはならない。また、学生の学びを深めさせるた
めにも、教員・実習指導者は模範となる技術力をもっ
ていることが求められる。教員・実習指導者は、患者
が満足する技術を10とした時、学生に2の技術力しか
ない場合には8の支援を、学生が6の能力を発揮でき
ると判断したときには4の支援を行い、患者へのケアの
質を保証することが求められる。また、看護の初学者
にとって、技術修得は模倣から始まることも多い。学
生が教員・実習指導者の模倣で技術を患者に提供した
としても、指導者と同じ質のケアを提供できるとはか
ぎらない。学生が「何故違うのか」と考える場面にこそ
技術力をアップさせる鍵が潜んでいる。この思考過程
は、経験者がもっている‘こつ’といわれるものを習得
できる場面とも言える。技術教育においては教員・実
習指導者の技術の場면을共有することこそ、学生の技
術力につながっていくと考える。

3) 技術教育場面における事例紹介と分析

(1) 事例1：3年生学生Aの場合

担当患者は70歳代女性。学生が担当する3～4日前か
らふさがちでほとんど食事をとらない状態で臥床が
続いていた。データの的にも大きな問題はみられなかつ
た。地方にいる息子の面会はほとんどなく、師長から
は生きる意欲を失いかけているという情報を得た。学
生の挨拶時も「体調が悪い」と背を向けた患者のもとを
教員と学生は訪床し、教員が患者の足をマッサージす
る。拒否的態度がないことを確認し学生にも促す。学
生はマッサージしながら「つらいですよ」と共感的
の言葉をかける。その翌日も、常に患者のそばにいる学
生の姿が見受けられた。学生が担当して3日目ごろよ

り、食事を少しずつ摂取するようになり、2週目には
車椅子でトイレ、ロビーに学生と移動する姿がみられ
るようになった。実習最終日の反省会で師長より「対
象の変化に驚いている。どのようなかわりをしたの
」と確認される。学生は「2年次の援助実習で指導者
から『あなたは対象に対し壁をつくっている』といわ
れたことがずっと残っていた。今回の実習では患者
さんから絶対逃げない、壁をつくらないと心に決めて
実習にのぞんだ」と話す。

(2) 事例2：3年生学生Bの場合

担当患者は90歳男性。慢性腎不全のため腹膜灌流と
白内障の手術予定の入院である。介護者は80代の妻一
人である。患者は毎日面会にくる妻を気に入らないこ
とがあるとどなる、学生へきつい言葉をかけるなど短
気な一面もあるが、看護師にはニコニコ笑顔を見せて
いる。両膝関節拘縮と尖足のため歩行不可能、下半身
浮腫、皮膚の汚染が著明にみられていた。初回の清
拭終了後の学生の反応は「まったくだめでした。拭き
方も、支え方も・・・。」と泣きながら後始末をし
た。患者の曲がらない下肢、浮腫のある下腿の重さは
体験して見なければわからないものであった。また、
タオルの操作の未熟さや高齢者の皮膚のたるみでス
ムーズにいかないふき取り、併せて患者からの負の反
応など多くの課題が残された。できなかった自分に対
する悔しさを表現する学生に対し、学生自身の腕を使
い、タオルの使い方、拭き方、温度を確認した。そし
て、どのようにしたら安全、安楽に効率よく清拭がで
きるのか考える、B氏にとって清拭をうけることの意
味は何なのか、さらに、今回の実習で患者が満足でき
る清拭ができるようになることを学生の課題とした。
実習終了2日前に、学生から「座位で足浴したいとい
う〇さんの希望をかなえたい。車椅子にのせればでき
ると思う。リラックスしているときは少し曲がるん
です」と申し出があった。膝が曲がらない状態での足
浴の困難さを考慮し熱布清拭をすすめたが、①患者の希
望をかなえたいという対象者のニーズに共感できてい
る、②「車椅子にのせればできると思う」という達成に
むけての方略が検討できている、③リラックスしてい
るときは少し曲がるという日々のケアの中で対象者の
もっている能力の評価ができていて、これらを確認で
きたことから、臨床側にも理解を求め、理学療法士が
同席することで足浴を実施した。そのケア後、患者の
学生への反応は、学生に信頼をよせる姿に変化した。

(3) 2事例の分析

この2事例を4つの視点から分析する。

①学生は指導者・教員の言動に強い影響をうける。

指導者から言われた「あなたは患者さんに対し壁をつくっている」という言葉に対し、学生はその言葉を自分の課題として受け止めている。しかし、このように捉える学生だけとは限らない。自分の欠点として捉える学生もいる。そのため、教員・実習指導者には「壁をつくっている。……」の後に続く言葉をもつことが重要となる。

②体験してみてもわかることがある。

事例2のように、拘縮した浮腫のある足の重さ、患者が抱える孤独など直接患者と関わらなければ実感できないことが多く、学生にとって臨床の場は実感として確認する場でもある。また、学生は自分の行ったケアについて、学生自身が評価できることが多い。学生が駄目と感じたところをどうすればよくなるのか一緒に考えると共に、良かったところを認める。成長を促すためには、認められ体験を多く経験できるように関わるのが重要である。

③逃げたい気持ちを支える。

事例1, 2ともに学生は援助場面において強い緊張を感じている。学生が患者の前に踏みとどまれるよう教員・実習指導者が一緒になってケア場面に参加し、体験の場を提供し、ケアの質の保証、自己効力感もてるように関わるのが重要となる。

④学生が実施するケアの場面は単に手技・手順の学びの場ではなく、ケアを受ける対象を理解するための支援の場である。

事例1の下肢のマッサージ場面、事例2の清拭・足浴の技術場面も、ケアを受ける患者にとってその行為がどのような意味をもつのかを考えられる場になることが大切である。つまり、マッサージを通して患者の孤独を支える支援の重要性や健康であるなら自分でできる清潔行為を他者にゆだねなければならない患者心理の理解など、常に対象者の意識(ニーズ)に働きかける技術提供の場であることが求められる。

4) まとめ

どのような場面においても、主体は学生であり、学習場面においては、「わからせる」「考えさせる」「予習させる」ではなく「わかる」「考える」「予習する」という学生が主語になる関わりが求められる。

3. グループの討議内容と発表

1) グループミーティングの概要

グループミーティングは、①効果的な技術教育のためのかかわり方、②指導効果を高める教員—指導者間の連携、③学習意欲を高めるかかわり方、④訪問看護実習の指導方法の検討(在宅看護実習施設の参加者対象)の4つのテーマを設定した。事前の参加申し込み時に希望のテーマを選択してもらい、所属施設に偏りがないように6~8名のグループ編成を行った。各グループには実習指導を担当している学部教員2~3名が加わって話し合いを進めた。司会・書記・発表者の設定、話し合いの内容と進行も各グループごとに決めて行われた。ミーティング時間は11時10分から昼休憩、コーヒープレイクタイムをはさんで15時30分まで行われた。

2) グループ討議と発表の内容

<テーマ1「効果的な技術教育のためのかかわり方」グループNo.1-6>

共通して挙げられていたのは、学年や学生の個性に合わせて技術に関する学生の到達目標を把握しておくことの重要性である。そのためには、教員と実習指導者の密な情報交換、病棟スタッフとも学生の情報を共有しておくこと、朝の計画調整、ミーティングでの指導でしっかり学生の進捗を把握しておくこと、などが必要であることが再認識されていた。その他には、学生の積極性や自主性を高めること、技術経験録の有効な活用、成功体験のフィードバックにより技術の自信を高めること、より多くの技術が経験できるような環境を整えることの重要性などが発表された。

<テーマ2「指導効果を高める教員—指導者間の連携」グループNo.7-10>

限られた条件の下で、学生についての情報をいかに共有できるかということが話題の中心であった。実習指導者が特に把握したい情報としては、学生のこれまでの実習経験、経験してきた技術、コミュニケーション能力、精神的に脆い学生、個別の学習目標と到達度などであった。情報共有の具体的な方法としては、学生カンファレンスへの参加、実習初期の学生による自己紹介の場を作る、病棟スタッフからの情報提供、ポートフォリオの作成と活用、実習指導者と教員の情報共有ファイルなどの作成、が挙げられていた。学生の写真付きプロフィールなどの提案も複数グループから挙げられ、学生個々をよく理解して実習指導に臨みたいという臨床側の姿勢が伝わっていた。

＜テーマ3「学習意欲を高めるかかわり方」グループ No.11-16＞

指導に対する学生の反応が年々変化し、難しさを感じている中でも、学生の特性を踏まえた学習意欲の高め方についての前向きな内容が話し合われていた。具体的には、小さくてもほめる点を見つける、できていること・できていないことは明確に伝える、愛情を持ってしかるなどの学生に真剣に向き合いポジティブフィードバックを行うこと、緊張を解くような雰囲気を作れるように、指導者が安心感を与える、学生を受け入れているムードを作る、患者選択の工夫などの実習環境からのアプローチ、看護の面白さを伝えるような指導をする、あこがれの看護師のロールモデルが示せるようにする、などの看護そのものを伝えることの重要性などがあげられた。

＜テーマ4「訪問看護実習の指導方法の検討」グループ No.17-18＞

各施設間の現状や実習状況、実習目標の捉え方、実習の成果、実習指導者と教員の役割分担などが話し合われた。各施設によって指導体制等に違いはあるが、それぞれの特徴や利点などがわかり、指導方法は違っても共通の認識を持って学生の教育にあたっていることが確認できていた。また、実習成果があらためて教員からフィードバックされることで、各施設の実習指導者の自信につながっていた。他施設の状況を直接知る機会はほとんどなく、教員と合同の研修会は本学だけの試みであることも明らかになり、貴重な情報交換の場になったことが伝えられた。

Ⅲ. 全体評価

平成21年度(第4回)実習指導者研修会への実習指導者の参加者113名であり、6割以上が初回参加者であった。医療看護学部の看護系教員は50名全員が参加した。

臨床側からの参加者113名への研修会終了後アンケート結果では、講義・グループ討議、発表のいずれも9割以上が「とてもよい」「よい」「参考になった」「理解できた」というプラスの回答であった。研修会の時間、時期についても「このままでよい」という意見が多かった。複数回参加者と初回参加者別に集計して違いを分析したが、大きく差のある項目はみられず、参加回数にかかわらず概ね好評であったといえる。

自由記載では、他施設の状況や指導者の意見がわかってよかった、他施設の指導者と悩みが共有でき

た、参考になる意見が多く現場に持ち帰って反映させたい、教員と学生の関係、教員からみた学生の状況がわかってよかった、学生の教育カリキュラムや学生の背景などがわかった、など有意義であったという内容の記述が多かった。その他、開始時間や空調の不備等研修会の運営についての意見、グループ討議のテーマやメンバー構成、発表時間や発表方法への提言などがいくつか挙げられており、次年度への課題となった。

Ⅳ. 今後の展望

社会情勢の変動や社会のニーズにも応えられるためには看護実践力を備えた学生の育成の検討が求められる。医療看護学部の学生定員が200名へ増加し、学生指導は、多くの臨床実習指導者の協力が無くてはなりたたないことは明白である。学生の実習目的の達成とともに、学生の実施するケア場面においては、患者への質の保証を確固たるものにしていく必要がある。そのため、看護技術教育のあり方を検討することは実習委員会の継続課題でもある。今後、実習指導者研修会では、教員と臨床指導者のさらなる連携の強化をはかりながら、実習に関係するテーマの選定、参加対象者の検討をしつつ、現存する課題を克服し発展させていきたいと考えている。

文 献

- 1) 芥川清香, 勝山吉章: 看護学実習における経験型実習教育の検討—学生の安全意識を高めるための教育実践報告から—福岡大学人文論叢, 39(2), 309-325.
- 2) 秋山智, 佐藤一美: 学生の経験からみた臨床指導者の様相—「情意」という側面からの考察, 看護教育, 46(2), 110-115, 2005.
- 3) アルバート・バンデューラ編, 本明寛/野口京子監訳: 激動社会の中の自己効力, 金子書房, 1997.
- 4) 石井邦子: 「看護学教育の有り方に関する検討会(第二次)」を終えて, 看護教育, 45(6), 435-462, 2004.
- 5) 伊藤良子, 大町弥生: 看護系大学の新人教員が看護学実習において感じた困難の要因, 看護教育, 50(5), 414-422, 2009.
- 6) 上田礼子: 人間生涯発達学, 三輪書店, 1996.
キャスリーンB.ゲイマン他著, 勝原裕美子監訳: 臨地実習のストラテジー, 医学書院, 2002.
- 7) 杉森みど里, 舟島なをみ: 看護教育学, 第4版,

第5章・Ⅳ. 看護学実習展開論, 249-259, 医学書院, 2004.

代的実践 ペタゴジーからアンドラゴジー, 鳳書房, 2002.

8) マルカム・ノールズ, 堀薫夫監訳: 成人教育の現

資料1 4年間の実習指導者研修会の概要

目的: 実習指導者と学部教員が連携をとりながら, 学生の実習目的達成の役割を担えるよう, 実習指導に必要とされる指導内容と方法について共通認識する。

研修対象者: 実習病院の臨床講師, 臨床助手, および臨地実習にかかわる看護職員

実施年度	内容	実施日時	参加者数
平成18年度	1. 講義: 「実習の授業としての特徴」 「学生のレディネス」 2. グループワーク: 学生の事例検討	平成19年 1月27日 2月3日 (同内容)	81名
平成19年度	1. 講義: 「学部カリキュラムにおける実習の位置づけ」 「看護学実習の授業としての特徴」 「分野別実習の目的と方法」 2. グループワーク: 分野別実習における実習指導者の役割の検討	平成20年 1月19日 2月2日 13:30~17:00 (同内容)	134名
平成20年度	1. 講義: 初回参加者「看護学実習の授業としての位置づけと特徴」 既参加者「看護学実習における教育活動方法論」 2. グループミーティング: 実習指導の中で問題や困難, 疑問を感じた場面と, その時の自分の行動に関する事例をもとに, 実習指導について意見交換する	平成20年 8月30日 10:00~17:00	105名
平成21年度	テーマ:「看護学実習を通しての学生・指導者・教員の変容; Change!」 1. 講義: 初回参加者「看護学実習の授業としての位置づけ」 既参加者「基礎から臨床につなげる技術教育(技術教育のかかわりについて)」 2. テーマ別グループミーティング ① 効果的な技術教育のためのかかわり方 ② 指導効果を高めるための教員—指導者間の連携 ③ 学習意欲を高めるかかわり方 ④ 訪問看護実習の指導方法の検討(在宅看護実習施設)	平成21年 8月29日 10:00~17:00	113名

資料2 平成21年度 実習指導者研修会プログラム

1. テーマ：「看護学実習を通しての学生・指導者・教員の変容；Change！」
2. 目的：実習指導者と学部教員が連携を取りながら学生の実習目的達成の役割を担えるよう、実習に必要とされる指導内容と方法について理解を深める。
3. 主催：医療看護学部 実習委員会
4. 日時：平成21年8月29日(土)10：00～17：00(17：00より懇親会)
5. 場所：順天堂大学医療看護学部浦安キャンパス
6. 研修対象者：看護臨床講師，看護臨床助手，臨床指導担当者，在宅看護指導担当者
7. 研修内容とタイムスケジュール

時 間	進 行	
9：00～10：00 10：00～10：05 10：05～10：15 10：15～10：20	受付・資料配布 12教室 オリエンテーション 学部長挨拶 教室移動	
10：20～11：10	Aコース(初回参加者対象)12教室	Bコース(既参加者対象)24教室
	看護学実習の授業としての位置づけと方法	基礎から臨床につなげる技術教育 (技術教育の関わりについて)
	会 場 移 動	
11:10～12：00	グループミーティング1(テーマ別) ① 効果的な技術教育のためのかかわり方 ② 指導効果を高めるための教員－指導者間の連携 ③ 学習意欲を高めるかかわり方 ④ 訪問看護実習の指導方法の検討(在宅看護実習施設)	
12：00～13：00	昼 食	
13：00～14：00 14：00～14：30 14：30～15：30	グループミーティング2(テーマ別) —ブレイクタイム— グループミーティング	
15：30～16：30 16：30～16：40 16：40～17：00 17：00～	グループ発表・まとめ 順天堂大学大学院医療看護学研究科 案内 アンケート記入 懇親会(自由参加)	

学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.81-88 (2010)

国際交流講演会報告

医療看護学部 第5回国際交流講演会 November 15, 2009

順天堂医院看護学部 第1回国際看護セミナー

Mayo's CNS & CNP's Activities and Challenges of Advanced Nursing

Advanced Practice Nursing : The Role of the Nurse Practitioner

Randi Hoffmann, RN, CNP, PhD[®]

Mayo Clinic, Rochester, Minnesota

In Nursing's Social Policy statement, the ANA (American Nursing Association) defined in the year 2000, advanced practice registered nurses as "having the knowledge base and practice experience to prepare them for specialization, expansion, and advancement in practice." Specialization is concentrating or delineating one's focus to part of the whole field of nursing. Expansion refers to the acquisition of skills, new practice knowledge, including knowledge and skills legitimizing role autonomy within the areas of practice that overlap traditional boundaries of medical practice.

Advancement involves both specialization and expansion and is characterized by the integration of theoretical, research-based and practical knowledge that occurs as a part of postgraduate education in nursing. This definition refers to nurses engaged in clinical practice and not nurses with advanced preparation for administration, education or research. The expectation now is for all advanced practice nurses to have a Masters Degree or a doctoral in nursing. At a minimum to practice as a Nurse Practitioner, one must have master's Degree and there is now a movement to require a DNP or a doctorate in nurse practice which would be advanced clinical training at the doctoral level and not the traditional PhD which is thought of as a research degree. The ANA has issued a mandate that by the year 2015, all entry level NP will be required to have the DNP degree.

There are four types of advanced practice nursing in

the US; they include nurse practitioners (NP), clinical nurse specialists (CNS), nurse midwives (CNM) and nurse anesthetists (CRNA). All require a master's degree and national certification which involves a certification exam with required continuing education to maintain this license. The NP, the most modern of the four advanced practice roles, arose against the backdrop of the 1960's and in response to needed changes in the health-care environment and in the education of graduate nurses. NP movement began at The University of Colorado. The purpose of the first NP project was to implement a new role for nurses to evaluate this role for its effectiveness in improving the safety, efficacy, and quality of health care for children and families. Although, the initial program was aimed at children and families, they were confident that nurse could be educated to meet the needs of those living in the community across the life span. Recently, NP practice in a variety of settings including hospitals, emergency rooms, urgent care centers, private physician offices, their own practices, nursing homes, colleges and health departments to name a few. As of 2009, there are approximately 125,000 practicing NP in the United States. The Mayo Clinic has over 350 NP.

From treating illness to advising patients on maintaining a healthy lifestyle, NP's provide a full range of services. Patients see NP's typically report an extremely high level of satisfaction in the care they receive. Among the many services that NP's provide are

ordering, performing and interpreting diagnostic tests such as lab work and x-rays, and diagnosing and treating acute and chronic conditions such as high blood pressure, diabetes, infections and injuries. Prescribe medications and other treatments, manage patient's overall care, and spend time counseling and helping patient's understand how their actions affect their health and well-being.

While the NP has made great strides in advanced practice nursing along with CNS, CNM and CRNA, we still live in a society that is fragmented on the benefits of their contribution. NP have made great progress in the legislature and in public policy to gain prescriptive authority, third party reimbursement, clinical privileges, adequate professional liability insurance, nurse practice acts and credentialing systems. All this lends to increased clinical prominence in our health care system. There remains discrepancy in how we are allowed to practice from state to state, how and for what we are reimbursed, not only by the governmental bodies but

third party insurers as well. We continue to struggle for continued autonomy and recognition as a profession. As an example, there is now a mandate to require a doctoral in clinical practice for NP. This is called the DNP and would be doctoral level curriculum to advance clinical skills. This would not be the PhD research degree. Many of our universities have geared their curriculums to include this and have graduated several thousand country-wide. How this will impact care remains to be seen. Since many other professions in the US are moving towards the doctorate as the entry level or terminal degree (such as pharmacy), nursing felt this would be a good trend and add to NP credibility. On the other hand, there is the worry that this will diminish the numbers of nurses going on for the PhD. This is considered a research degree and we all understand how important viable research is to the field of nursing. We anticipate a shortage of PhD nurses in the near future. So the debate continues.

Working as a Clinical Nurse Specialist

Anne G. Miers, RN, MSN, CNRN, ACNS-BC

Clinical Nurse Specialist-Neuroscience, Mayo Clinic, Rochester, MN

The objectives of this report will be to review the role expectations of the Clinical Nurse Specialist (CNS), to describe how the expectations are incorporated into the CNS job description at Mayo and provide an example in my CNS practice of actualizing the role.

First of all, this is a definition that is accepted as the national standard in the US: CNS are licensed registered nurses who have graduate preparation (Master's or Doctorate) in nursing as a CNS. It is further noted that CNS are expert clinicians in a specialized area of nursing practice. The specialty may be identified in terms of: population (e.g. pediatrics, geriatrics, women's health), Setting (e.g. critical care, emergency room), Disease or Medical Subspecialty (e.g. diabetes, oncology), Type of Care (e.g. psychiatric, rehabilitation) and Type of Problem (e.g. pain, wounds, stress). In addition to providing direct patient care, CNS influence care outcomes by providing expert consultation for nursing

staffs and by implementing improvements in health care delivery systems. CNS practice integrates nursing practice, which focuses on assisting patients in the prevention or resolution of illness, with medical diagnosis and treatment of disease, injury and disability.

Because the role of the CNS is just over 50 years old in the US, it has been studied extensively to assure that it is contributing to the health care system. If we look at U.S. statistics, an estimated 72,521 RNs have the education and credentials to practice as a CNS. Approximately 14,689 are qualified to work as both NP and CNS and more than 200 colleges and universities have CNS programs.

The role of the CNS is very difficult to explain to people in a few words because it is so varied. CNS practice occurs in settings across the health care delivery continuum. Many CNS's base their job descriptions on the description of CNS practice available in the National

Association of Clinical Nurse Specialist (NACNS) Statement on CNS practice and education (2004), adapting it to the particular facility or setting where they practice. In the Statement, the characteristics felt to be essential for the CNS are also outlined. These skills; leadership skills, collaboration skills, consultation skills, professional attribute and ethical conduct include clinical expertise in a specialty. It is important to remember, and the document stresses, that these characteristics are skills or attributes that are needed to practice in all three of the sphere of influence.

Currently, there are 59 positions for CNS's at Mayo. These are the specialties they are working in. Each one of us will practice related to our specialty, but we are all held to practice within the spheres of influence. One of our outcomes was the changing of the cervical

collars, the establishment of the guideline, education for the staff, and the proposal to collect prospective data to assure that outcomes improve. I think you could see us demonstrating clinical expertise in our specialty, our leadership skills by the changes related to skin and collar care; collaboration and consultation with other disciplines.

I hope that this report has shown some of the outcomes that can be achieved in the role of the CNS. I find the role challenging on a daily basis and it is the most professionally challenging role that I have had in nursing. I thank you for the opportunity to share with you about the role of the CNS as we are seeing it actualized in the US today and specifically at the institution where I work, the Mayo Clinic.

第6回国際交流講演会 December 7, 2009

Experiences of Transition in Families Facing Terminal Illness and Palliative Care Helping Families of Children with Life-limiting Conditions

Betty Davies, RN, PhD, CT, FAAN

Professor and Senior Scholar, School of Nursing, University of Victoria, Canada and

Professor Emerita, Department of Family Health Care Nursing, University of California San Francisco.

※CT in my title means: Certification in Thanatology. This certification is given through the Association for Death Education and Counseling in the US.

In the same way, that the birds are protected, fed, and nurtured in their nests, so are we. Our families teach us who we are, what we are, how to behave and to respond in various situations, how to manage stress and crisis. They form the foundation for the journey of our lives. But, in health care, we are often taught to focus on the individual patient's symptoms, treatments, and procedures. Instead, we need to think of each person as part of a **family system** and make a concerted effort to care for all members of the family, especially in pediatrics because children's survival depends on their family. We aim for **family-centered care** where we honor the strengths, cultures, traditions and expertise of

everyone in the family, especially the parents who have the most responsibility for caring for a child with a life-limiting condition. We address parents' opinions and concerns and help them to feel they have someone to ask for help as they face transitions of illness, of location, and of normal growth and development.

Transitions of Illness

A family's experience is strongly affected by what happens early in the course of the child's illness, before the diagnosis is made. Many parents, particularly mothers, see something unusual in their child long before others notice. The time of diagnosis is a critical time

of transition when families go from uncertainty and fear their child has a terrible disease to the certainty of knowing that their child has a life-limiting condition. Parents always clearly remember this significant event; it is critical to deliver such news with kindness, patience and gentle guidance.

During the course of the illness, families face transitions of location from home to community or children's hospitals and back home, or to hospices if they are available. Where they exist, children's hospices allow respite for children and their families, offer medical attention and support, and bereavement care. Palliative care programs in hospitals are improving the quality of care provided to children at the end of life.

As the child's condition worsens, parents do not want to dwell on their child's dying, but they do not want others to avoid discussion of the eventual outcome. Speak with the parents to assess their need to talk. Observing the child's gradual demise is difficult for all family members, including siblings who must be involved and prepared for what will happen to their brother or sister.

At the time of death, nurses play a critical role because, typically, they are the health professional most likely present. It's important to stay with the family, explain what is happening, and permit them to stay with the

child's body for as long as they wish. Accompany the family as they leave the hospital and do not let them travel home alone. By what nurses say and do, they make a traumatic experience a little better or make it even worse. At this time, families most value professional competence accompanied by even small acts of human kindness. After their child's death, families appreciate cards from the staff who cared for the child.

As families deal with the transitions of the illness and of location of care, they also must face the transitions of normal growth and development in their ill child, their healthy children, and themselves. During these transitions, health care providers can help families by creating a supportive environment (anticipating their needs for information and offering information, while paying attention to cultural and religious beliefs and practices, and including all family members). Providing consistency among staff allows the family and staff to know each other, adding to the family's comfort. Fostering quality relationships involves interacting with compassion, not just with clinical aloofness. Finally, health care professionals appreciate support from their administrators and from each other and value opportunities to learn more about death, dying and bereavement.

医療看護学部 第7回国際交流講演会 January 18, 2010

順天堂大学がん生涯教育センター 第1回国際がん看護学講演会

Development of Clinical Practice Competence in Advanced Oncology Nursing

Cancer Genetics Nurses' Activities and Challenges in Advanced Oncology Nursing

Susan Tinley, PhD, RN, CGC

Associate Professor, School of Nursing, Creighton University

In the very recent past, genetics was considered a highly specialized area in oncology. However, now understanding of genetics is no longer an option in oncology nursing due to the changes in genetic science and technology resulting in a better understanding of hereditary cancers, new insights into the genetic

contributions to common sporadic cancers, and increasing application of pharmacogenomics for selection of the best chemotherapy. All of our roles related to the area of genetics will be in flux and it is essential that we all be prepared for the changes. The focus of my talk today is on the role of the Cancer Genetics Nurse Specialist in

USA as it exists today followed by a glimpse at what the future may bring.

Typically, when assessing a patient or family for the presence of hereditary cancer, the nurse specialist begins by obtaining the family medical history and constructing a pedigree using standardized symbols. This is an ideal opportunity to assess psychosocial issues and family functioning as impacted by the cancer history. The nurse then begins the process of educating the patient about the cardinal features of hereditary cancers, inheritance patterns and how they may or may not be seen in the pedigree, and the process and issues related to genetic testing. After testing, the nurse discusses the appropriate cancer screening and or prophylactic options available based on the testing results, and assists the patient with decision-making about risk management. Throughout the process the nurse provides counseling as needed to deal with the psychosocial and family issues that are identified. Summary letters are provided to patients as a reminder of the information discussed and a record of the service provided which the patients may choose to share with their primary care providers. These letters can also be helpful to patients when trying to share information with other family members. Finally, with the patient's permission, the nurse makes referrals to other health care professionals, support groups, etc. Three case studies are utilized to demonstrate aspects of the cancer genetic nurse's role

Marie's Family History & Pedigree

Marie was seen for evaluation of possible hereditary breast ovarian cancer. The focus of this example is on the frequent necessity of the nurse extending the pedigree beyond the usual 1st and 2nd degree relatives especially when the syndrome cancers occur primarily in only one sex such as in HBOC. In Marie's family the only other cancers were ovarian in her paternal first cousins, third degree relatives. Based on the pedigree, the oncologist made a diagnosis of hereditary breast/ovarian cancer (HBOC) and Marie was offered genetic testing. When a mutation was identified, Marie was encouraged by the nurse to share the information with other family members. As a result, Marie learned of another branch

of her father's family previously unknown to her. The nurse extended the family history and pedigree further to include these additional family members. This resulted in new family bonds being formed and the offer of counseling and testing to additional family members.

Education and Counseling for HNPCC

Karen was seen because of suspected HNPCC or Lynch syndrome in her family. Multiple relatives were affected with cancers of the colon, endometrium, stomach, ovary and kidney. Karen's pedigree was used to educate her about the syndrome cancers and the autosomal dominant pattern of inheritance. The pedigree was also helpful in explaining the cancer screening recommendations and prophylactic options based on the age of onset and multiple primary cancers among her relatives. The recommendations included annual to semi-annual colonoscopy, endometrial aspiration curettage, CA-125 and transvaginal ultrasound beginning around age 25. The colonoscopies not only serve to screen for early identification of cancer, they are also preventative when polypectomy is performed to remove adenomas prior to the development of a cancer. The women with mutations are offered the option of prophylactic hysterectomy and oophorectomy after the completion of child-bearing.

The second aspect of the education for Karen and her family was related to genetic testing. Because the mutation in some families cannot be identified with DNA testing, the testing is initiated with a family member who has a history of a syndrome cancer which meant that Karen needed to see if her one surviving relative with a history of cancer would be willing to be tested. With their mutual consent, Karen and her cousin were provided information about the pros and cons of genetic testing. Each was encouraged to weigh the options and consider what the implications of testing might hold for them. As a result of testing the mutation was identified for in Karen's cousin and testing was then offered to Karen and her nieces and nephews.

Supportive Counseling and Management of Rose's Risk

Rose was seen two years after her breast cancer diagnosis at age 35. While constructing the pedigree,

the nurse assessed several psychosocial issues impacting Rose's emotional stability and her relationships with her daughters. Because of the deaths from breast cancer among five affected relatives, Rose had unresolved grief issues, was convinced that she would die before her daughters were raised, and was feeling guilty that she may have passed on an early death sentence to her daughters. The greatest supports that Rose could identify were her husband and her spiritual beliefs. The nurse referred Rose to a therapist to help her with some coping strategies and encouraged her to invite her husband to go with her. She also referred her to a minister who was familiar with HBOC to provide spiritual support.

After Rose was able to deal more effectively with her grief and fears, the nurse was able to instill hope with education about a more realistic prognosis and options for management of her risk. The nurse examined with Rose the options of screening the remaining breast by clinical breast exams and alternating mammography and MRI every six months and monthly self breast exams or having a prophylactic mastectomy. Although there was no history of ovarian cancer in her family Rose was still considered at high risk and was encouraged to have a pelvic exam, CA-125, and transvaginal ovarian ultrasound every six months or consider the option of prophylactic oophorectomy. It was explained to Rose that she could also reduce her breast cancer risk by 50% if she had her ovaries removed prior to menopause. Topics that the nurse helped Rose consider during her decision-making included: her cancer fear, her and her husband's attitudes about sexuality and disfigurement, complications of surgeries, and sudden menopause resulting from oophorectomy. With support from her husband and careful consideration and prayer, Rose decided to proceed with prophylactic oophorectomy and mastectomy.

Research Role

In addition to the clinical role, the cancer genetic nurse specialist has an essential role in research. My research has focused on the experience of being a female mutation carrier for HBOC. In a qualitative study, I found that these women found their personal and/or

family histories of cancer to present them with a mixed bag of experiences. Their family history was a source of great worry for them and yet it was a welcome warning that provided the opportunity to be proactive in their own health care. They experienced the anguish of loss through illness and deaths of cherished relatives, but they also found their relatives to be remarkable models of strength. The legacy of cancer in their families was forever lurking in the background, but they also had normal family lives with love and happiness just like other families. Sometimes, they felt isolated in dealing with their issues because other family members were dealing with their own feelings, but for the most part they felt that there was a mutual support within the family that would not exist if it were not for the cancer in the family.

Role in Education of Other Oncology Nurses

Genetics has been considered a subspecialty for oncology nurses with only a small number being involved beyond case finding and supporting information and emotional needs. Now that we are moving into the genomic era, there will be an ever increasing need for all nurses to become literate in basic genetic concepts and to learn about the impact of genomics in the causation and prognosis of sporadic cancers, and the effect of the individual patient's as well as the tumor's genomic make-up (such as HER2/neu in breast cancers) on the selection of the most effective therapy with the least adverse reactions. It will be the responsibility of the cancer genetic nurse specialist to educate other oncology nurses about these new developments and how they will impact their practice. The nurse specialist's role in education might well focus on basic genetic concepts, the changes that coming for all of us and the identification of reliable and up to date sources of information. There are fascinating and challenging times ahead of us.

BIBLIOGRAPHY

- Bakos AD; Hutson SP; Loud JT; Peters JA; Giusti RM; Greene MH (2008) BRCA mutation-negative women from hereditary breast and ovarian cancer families: a qualitative study of the BRCA-negative experience. *Health Expectations* 11 (3), 220-31.
- Douglas HA; Hamilton RJ; Grubs RE (2009) The effect

of BRCA gene testing on family relationships: A thematic analysis of qualitative interviews. *Journal of Genetic Counseling*, 18(5), 418-35.

Kirk M; Tonkin E;(2009) Understanding the role of genetics and genomics in health 2: implications for practice. *Nursing Times*, 105(46), 19-23.

Hamilton R; Williams JK; Skirton H; Bowers BJ(2009) Living with genetic test results for hereditary breast and ovarian cancer. *Journal of Nursing Scholarship*, 14(3), 276-283.

McCann S; Macauley D; Barnett Y; Bunting B; Bradley A; Jeffers L; Morrison PJ(2009) Family communication, genetic testing and colonoscopy screening in hereditary non-polyposis colon cancer: a qualitative study. *Psycho-Oncology*, 18(11), 1208-1215

Waters CM; Hoover AC; McClain LC; Moore TT; Rogers CT; Thornton K(2009) Current guidelines and best practice evidence for intensified/enhanced breast cancer screening in women with BRCA mutations. *Journal for Nurse Practitioners*, 5(6), 447-453.

Improving Nurses' Judgment of Nursing Ethics in Advanced Nursing Practice

上級看護実践に関する看護倫理判断能力の育成

和泉成子 Shigeko (Seiko) Izumi, RN, PhD

Assistant professor, College of Nursing, Washington State University

看護倫理とは、看護師としてどうあるべきか、何をなすべきかを検討することである。専門職者として、看護師は最善の看護を提供する責務をケアの対象者そして社会に対して担っている。看護師としてなすべきことは、この最善の看護を提供することであるが、何がそれぞれの場面での最善の看護であるかは、個々の状況、関与している人々によって異なる。多様な看護場面のなかで、最善の看護を実践するために必要な能力とはなにか、そしてそのような能力をどのようにして育成していくことが可能なのかについて、看護師を対象として行ったターミナルケアにおける看護倫理の研究結果にもとづいて検討する (Izumi, in press)。

個々の場面での最善の看護はなにか、看護師としてどうするべきか、どうあるべきかを判断し、それを実現するためには、倫理的感受性、倫理的判断能力(倫理的推論・動機付け)、そして倫理的実践能力の3つが求められる。倫理的感受性とは、倫理(善悪・正誤)に気づく、感じるとる能力をさす。他の看護師が行っている看護を見て「よい・悪い看護」と思う、あるいは患者の(倫理的)窮状を見て心を痛める、「何かせずにはいられない」と感じることは、倫理的感受性が機能していることを意味する。倫理的判断能力 ethical reasoningとは、倫理的推論・動機付け等と訳され、倫

理的感受性によってとらえられた場面で、何がよい・悪いのかを識別し、その判断の正当性を検討する能力である。倫理的実践能力とは、倫理的判断能力によって「こうあるべき」と判断した行為を実現する能力をさす。これらの3つの能力は互いに関連しており、どれが欠けても倫理的な看護を実践することはできない。

倫理的感受性が問題場面を感じ取る背景には、倫理的関心あるいは価値が存在する。自分が気にかけて大事にしているもの(関心・価値)があり、それが尊重されている場合は「よい」、侵害されている場合は「よくない」と看護師は感じる。倫理的関心・価値は、経験を通して形成される部分と看護教育を通して知識として学習される部分とがある。知識として価値の学習は可能であるが、それが看護師の中で十分内在化されていないと、その価値が侵害されている場面に直面してもそれを感じとることができないこともある。倫理的感受性に欠ける看護師は、知識として倫理的価値を有していても、その価値が侵害されている場面に直面したときにそれに関心がないので気づかない、なにも感じない。また、経験を有し内在化した倫理的関心をもつ看護師であっても、その価値が損なわれるあるいは実現できない体験を多く重ねると、倫理的感受性が次第に鈍磨していくこともある。看護師がどのようにして

倫理的感受性を培うのかについては十分な研究がされていない。

次に、看護師が自分の有する関心・価値に基づいて、その場がどうあることがよいことなのか、看護師として何をなすべきなのかを判断する認知的思考プロセスが倫理的判断であるが、経験を積んだエキスパートナースの場合、その場面で看護師としてなすべき最善のことは何かを意識的に吟味・判断するプロセスを飛び越えて、それを実現している場合もある。そのような看護師は、「なぜそのように行動したのか」と聞いても「そうすべきだと感じたから」以上に説明することができず、自分の行為の正当性を他者に説明することが困難なことが多い。逆に、看護師が持つべき倫理的価値を知識として理解しているが経験の少ない看護師の場合、その知識が十分に内在化されておらず、複数ある看護の倫理的価値の中のどれがその場面に関与しており、最も重要なのかを判断できないこともある。倫理的判断能力は、教育のなかで看護の価値として学習することと、多様で複雑な臨床場面のなかでの最善の看護を峻別するためにその価値を内在化することによって育成されると考えられる。

倫理的判断を通して、その場ですべきこと・正しいことが分かっているにも関わらず、それを実現できないこともある。多くの看護師が抱える「これではいけ

ないと分かっていたけれど、どうしていいのかわからなかった」といった悩みは、その場で看護師としてなすべきことは分かっているにもかかわらず、それを実現する能力が欠けていることを意味する。この倫理的実践能力を有する看護師たちは、先輩や他の看護師のよい看護実践を見聴きし、そのような実践を模倣し、失敗・成功を通してそのような技を身につけたと語っており、この能力は体験を通して体得されることが明らかである。

倫理的看護を実践するための能力を育成するためには、看護の価値に関する概念的学習に加えて、倫理的感受性を高めていく(摩擦させない)職場風土、看護師がもつ関心・価値を言語化する努力とそれを内在化させるための振り返り、そして倫理実践能力を習得するために看護師同士が体験を共有し役割モデルをみつけそれを模倣しながら技を習得していける場が必要であると考える。自らこれらの能力を身につけるべく研鑽すること、あるいはスタッフナースがこの様な能力を身につけていけるような支援の提供が、上級看護師の役割ではないかと考える。

Reference

Izumi, S. (in press) Ethical practice in end-of-life care in Japan. *Nursing Ethics*. *Accepted*.

学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.89-93 (2010)

第18回 公開講座報告

公開講座担当者会議
荒賀直子

平成21年度公開講座を例年どおり実施しました。本年度は新型インフルエンザが夏ごろから大流行していることを考え「専門家に聞く！新型インフルエンザ予防の最前線」というタイトルで4人の講師を迎え講演していただきました。

今回の公開講座では新型インフルエンザの流行状況・対応状況についてグローバルな視点から身近な問題についてまで現状を含め幅広く演者の方に講演していただきインフルエンザ予防の一助としたいというところに焦点を当てました。

会場座席の8割くらいが埋まる来場者があり成功裏に終了しました。

公開講座の概要は以下のとおり。

日時：平成21年11月28日(土)13:00～16:30

場所：市民プラザWave 101中ホール

演者：

1. 「世界的な視点から」
蜂 矢 正 彦 国立医療センター国際医療協力局
2. 「千葉県及び市川保健所管内の現状と対応」
児 玉 賀洋子 市川保健所長
3. 「順天堂大学医学部附属浦安病院の対応」
岡 本 健 順天堂大学教授
4. 「日常生活の対応など、保健師の視点から」
村 形 明 美 練馬区地域保健係長

今回の講演概要について各演者から抄録をいただいておりますので掲載させていただきます。

講演1 新型インフルエンザ予防の最前線 —世界的な視点から—

国立国際医療センター 国際医療協力局 派遣協力課 医師
蜂 矢 正 彦

はじめに

国立国際医療センター国際医療協力局は途上国や国際機関に常時職員を派遣していることから、世界の感染症情報に触れる機会が多い。新型インフルエンザの流行が始まって半年強であるため我々の知見には限りがあるが、なるべく会場の方々と共有したいと思う。なお現在世界中で流行しているパンデミックインフルエンザA(H1N1)を日本では新型インフルエンザと呼称しているが、今後用語が訂正される可能性がある。本公開講座では便宜上「新型インフルエンザ」と呼ぶ。

現 状

多くの専門家が恐れていた、死亡率の高い鳥インフルエンザA(H5N1)はこれまでパンデミックを起こしておらず、パンデミックは別のインフルエンザウイルスによって引き起こされた。北半球諸外国の死亡率は人口100万人当たり2.2人(英国)、2.8人(カナダ)、2.9人(メキシコ)、3.3人(米国)で報告されているのに対し、日本では人口100万人当たり0.2人と低い(2009年11月現在)。

有効な予防法

世界各国で様々な予防法が試されているが、効果が確立したものは少ない。空港や港湾での検疫、社会隔

離(集会の制限や学校閉鎖など)は程度の差はあるが世界各国で行われている。個人レベルでは咳エチケットや手洗いが励行されている。マスクの着用やうがいの効果は疑問視されている。ワクチンの有効性に関して定まった評価はない。中国では1,500万人にワクチンを接種し、15人に重篤な副作用が発生(うち2人が死亡)したという報告があるが、詳細は不明である。

今後の課題

新型インフルエンザワクチンの有効性はまだ評価されていない。これから北半球は冬季に入るが気候の影響や、季節性インフルエンザと一緒に流行したときの流行状況は予測できない。さらに一部の学者はウイルスの病原性が変化するかもしれない、と警告している。これらの条件の変化により、我々の取るべき予防法も変えてゆかねばならないかもしれない。

さいごに

各国・自治体等が新型インフルエンザ出現前から対応計画を立てて準備したのは歴史上初めてであった。一部には対策が行き過ぎだという批判もあるが、今般の新型インフルエンザ対策は将来他の感染症やテロ対策に役立つことだろう。

講演2 新型インフルエンザの現状と対策

千葉県市川健康福祉センター
児 玉 賀洋子

今回の新型インフルエンザは、4月にメキシコで発生したブタ由来のインフルエンザウイルスのヒトへの感染が確認され、米国、カナダさらに全世界に感染拡大したものである。日本では、WHOのフェーズ4宣言(4/28)を受けて、行動計画に基づき対策本部を設置し、ウイルスの国内侵入防止、正確な情報提供、発熱外来や発熱相談センターの設置準備を対策の柱とする基本的対処方針を策定し発表した。また新型インフルエンザ(H1N1)を感染症法に規定するインフルエンザ等感染症の類型に位置づけ、検疫体制を強化した。

千葉県でも健康危機管理対策本部を設置し、各保健所に発熱相談センターを設置することや感染症指定医療機関を中心に発熱外来医療機関の確保などの対策を取り決めた。この時期には封じ込めを目的として、検疫の強化や保健所等によるまん延地域からの渡航者の健康観察、疑い患者の受診勧奨などの対策が実施された。

5月16日、国内で渡航歴のない高校生の感染が確認された。発熱患者は発熱相談センターに相談後、発熱外来を受診すること、確定患者の感染症指定医療機関への入院隔離、濃厚接触者の自宅待機要請、患者発生地域での学校閉鎖などが実施された。

6月に入り日本各地で患者発生が続き、7月16日までに全都道府県で患者が発生した。市川保健所管内では、6月上旬に市川市内の高校生が、中旬には浦安市内の高校生の感染が確認された。患者の増加を受けて、6月下旬には国の対策が「封じ込め」から、「重症患者のための病床確保と、集団発生の把握対応」に大きく変更され、従来発熱外来医療機関で行ってきた患者

の診療を原則すべての医療機関で行うこととされた。患者は感染症病床での隔離入院治療から、原則自宅で療養することとなった。保健所の対応も、個別の患者ではなく集団発生の早期探知と積極的疫学調査による感染防止に重点が移された。

7月下旬夏休みに入っても、サマースクールや運動部の活動で集団発生があり、8月下旬の夏休み明け前後から、全国の学校でインフルエンザ集団発生による臨時休業が多発した。保健所は疫学調査に基づき臨時休業や活動の自粛、感染防止対策等について助言を行った。今回の新型インフルエンザの流行状況をみると、例年と異なり8月中旬に当たる33週に定点あたりの報告数が1.00を超え、全国的な流行が始まったとされる。

千葉県での、定点あたりの報告数をみると、34週(8/17～)に流行開始の指標1.00を超え、41週(10/5～)には10以上となり注意報(10/14)が、第44週(10/26～)には30以上で警報(11/5)が発令された。46週(11/9～11/15)現在35.14と、なお増加傾向が続いている。

今回のインフルエンザ対策の基本的な考え方は、死亡者や重症者の発生をできるだけ抑制することであり、そのために急激で大規模な増加をできる限り抑制し、社会活動の停滞や医療体制への影響を低減することと、医療機関の負担をできる限り減らし重症患者に対する適切な医療を確保することである。

現在、有効な対策の一つとしてワクチン接種も、優先順位に基づき医療従事者等から順次実施されている。流行の行方については、今後の動向を注視したい。

講演3は順天堂大学医学部附属浦安病院の対応について岡本教授より貴重なデータと共に新型インフルエンザの発生初期よりのさまざまな対応についてお話いただきました。多くのデータの中からセレクトしたもののみ掲載させていただきます。

講演3 順天堂大学医学部附属浦安病院の対応

順天堂大学医学部 教授
岡本 健

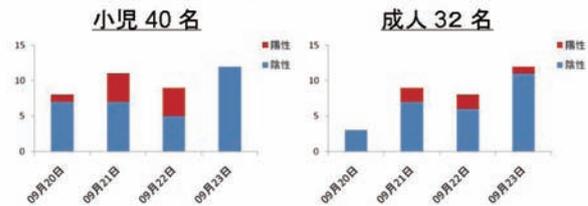
1. 新型インフルエンザ対策の総括

- ① 指揮命令系統と連携体制の確立
- ② 専用の対応指針の作成と改訂
- ③ 物品(防護具、治療薬、検査薬)の確保
- ④ 発熱患者のスクリーニングと隔離
- ⑤ サーベイランス
- ⑥ 職員の情報共有の徹底と指針の遵守
- ⑦ 感染予防勉強会の開催
- ⑧ 感染専門スタッフの育成
- ⑨ 地域への広報活動
- ⑩ 診療継続計画の策定

2. 臨時専用外来の設置(感染拡大期)

国内感染拡大期においては、休日中の患者殺到による混乱と救急外来での二次感染を防止するため、動線を別にした新型インフルエンザ患者専用外来を臨時に設置した

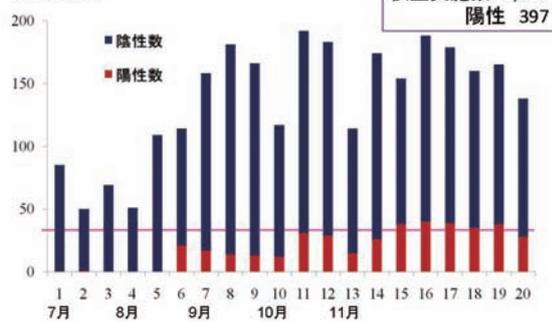
- ・ 実施期間: シルバーウィーク(9/20~9/23)
- ・ 対応時間: 9:00~17:10
- ・ 実施場所: 脳神経内科外来(対応中は隔離区域)



3. 当院のインフルエンザ検査実施状況

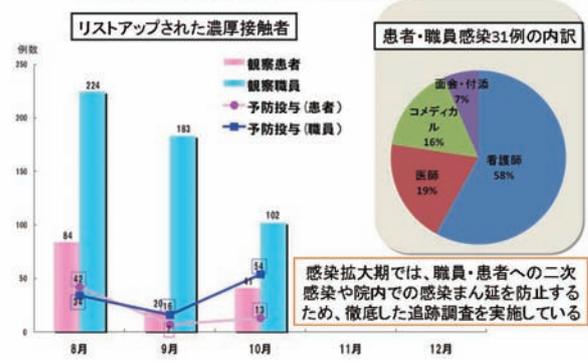
平成21年6月28日—平成21年11月21日

一週間の検査数



4. 患者・職員の感染例と濃厚接触者追跡調査

平成21年8月7日—10月20日



5. 患者・地域への広報・啓蒙活動

- 病院ホームページ上の案内
- 教育用パンフレットの配布

ご自由にお持ち下さい

感染まん延期でも浦安病院の本来の使命を果たすには、患者・地域の理解と協力が必須である。ホームページ等を利用した積極的な広報活動を行っている。

6. 教職員への教育・研修活動

院内感染予防には、常に最新のエビデンスに基づいた標準予防策や経路別予防策を一人一人が遵守する必要がある。患者・職員の安全上最も重要な対策として、勉強会・研修会を頻回に開催している。

感染予防対策勉強会

日時	内容	テーマ
平成21年1月16日	「新型インフルエンザ対策」	
平成21年2月6日	1. 具体的対策の現状 2. 来るパンデミックに備えて	全職員共有
平成21年6月17日	第1回新型インフルエンザ対応集会	

グリーンベレー研修会

日時	内容	テーマ
平成21年6月2日	新型インフルエンザの現状・症例定義・病原性	
平成21年6月24日	新型インフルエンザの診断と予防と治療	新型インフルエンザの基礎知識
平成21年7月14日	発熱外来での対応	
平成21年7月31日	インフルエンザ簡易検査・検体採取法	
平成21年8月4日	PPEの種類・特徴・患者の隔離	
平成21年8月19日	PPEの脱着方法(簡易・フル)	
平成21年9月1日	N95マスク(フィットテスト)	標準予防策・接触感染予防の実践
平成21年9月18日	廃棄と消毒	
未定	総合演習	

講演4は、新型インフルエンザへの日常生活での対応について保健師の視点から多くのデータと共に、一般市民が日常生活の中でどのようなことに注意するのか、予防接種の受け方等についてお話いただきました。多くのデータの中からセレクトしたもののみ掲載させていただきます。

講演4 日常生活の対応など、保健師の視点から

練馬区健康部北保健相談所地域保健 係長
村形明美

1. 新型インフルエンザはどのように感染するの？



ウイルスは、粘膜・結膜などを通じて生体内に入り、細胞の中でのみ増殖することができる。環境中(机、ドアノブ、スイッチなど)では、数分間から長くても数十時間内に感染力を失うと考えられている。

2. 新型インフルエンザの主な症状は？

- のどの痛み
- 急な発熱
- 咳
- 頭痛などです
- 消化器症状が見られることもある



3. 予防と健康管理

- 1 毎朝の健康確認(検温・咽頭症状チェック)
- 2 咳エチケットの実施(咳の時は、マスク着用)
- 3 ハイリスクの方は有症状時、早期受診
- 4 糖尿病や腎疾患・慢性呼吸器疾患などの基礎的な疾患で加療している方は、事前に主治医と確認しておく
- 5 手洗い・うがいの励行
- 6 復帰の時期について確認(解熱後2日目安)

- 7 熱が下がっても最低2日間、または発熱や咳、のどの痛みなどの症状がはじまった日の翌日から7日間は、自宅で安静にしてから学校や職場へ出るようにしましょう。



4. お子様をお持ちの方に

- 1 発熱とともにけいれんや異常な行動・意識障害などの症状を呈して、インフルエンザ脳症が疑われる場合があります。また、肺炎などを合併する場合もあります。以下のような症状で、いつもと違うと感じたら、早めにかかりつけ医に連絡して、指示を仰ぎましょう。

- (1) 呼びかけに応えないなど、意識低下がみられる。
- (2) けいれんが30分以上続く、あるいは繰り返しけいれんをおこす。
- (3) 意味不明の言動がある。
- (4) 呼吸困難(息苦しさ)がある。
- (5) 浅く速い呼吸をしている。
- (6) 顔色が悪い。 場合など



5. 慢性疾患をお持ちの方へ

呼吸器疾患・心疾患・糖尿病など代謝性疾患
腎臓疾患・ステロイドの内服等をされている方

発熱した場合の受診方法を主治医にあらかじめ相談しておきましょう。
マスクをして、からかかりつけ医を受診しましょう。

外来のかかり方や処方薬の受け取り方などについて確認しておきましょう

 学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.94-98 (2010)

第34回 医学教育セミナーとワークショップ in 札幌

WS「看護学教育におけるOSCEの取り組みと模擬患者養成」

【札幌市立大学教育GP共催】参加報告

順天堂大学医療看護学部
村 中 陽 子

I. はじめに

第34回 医学教育セミナーとワークショップのひとつとして、「看護学教育におけるOSCEの取り組みと模擬患者養成」が開催された。OSCEおよび模擬患者の導入は、シミュレーション教育の効果に関連して、既に認知されている教育方法である。今回、その二つが統

合された形での教育方法を、ワークショップに参加して学んできたので、報告する。

II. 日 程

日時：2009年11月14日(土)・15日(日)
場所：札幌医科大学

11月14日(土)13:00-17:20 <OSCEの取り組みについて>

司会・進行 須田 恭子

時間	内 容	担当者
13:00-13:40	自己紹介, アイスブレイク	
13:45-14:45	【講義】看護学教育におけるOSCE導入のチャレンジ	松 浦 和 代
14:45-15:00	OSCEの実際について(ビデオ)	樋之津 淳 子
15:00-15:10	【休憩】	
15:10-15:40	【講義】OSCE課題, 評価項目, 評価基準作成のポイント	樋之津 淳 子
15:45-17:00	【演習】OSCE課題, 状況設定, 評価項目・基準の作成 学内での基礎看護技術演習が終了し, 実習に行く前のレディネスを確認するためのOSCEとし, テーマを設定する	坂 倉 恵美子 樋之津 淳 子 藤 井 瑞 恵 吉 川 由希子 渡 邊 由加利
17:00-17:20	グループの発表	

11月15日(日)9:00-12:50<看護学教育における模擬患者養成>

時間	内 容	担当者
9:00-9:45	【講義】看護学教育における模擬患者の役割 ・模擬患者とは ・看護教育における模擬患者参加による演習の意義について ・シナリオ作成 ・SPの役割	渡 邊 由加利 吉 川 由希子
9:45-10:45	【演習】シナリオ作成 模擬OSCEの準備	樋之津 淳 子 吉 川 由希子 渡 邊 由加利
10:45-11:00	【移動・休憩】	
11:00-12:00	【演習・発表】模擬OSCE	樋之津 淳 子 吉 川 由希子 渡 邊 由加利
12:00-12:20	意見交換	
12:30-12:50	総括	中 村 恵 子

Ⅲ. ワークショップの内容および成果

1. 講義「看護学教育におけるOSCE導入のチャレンジ」

札幌市立大学看護学部が、平成20-22年度「質の高い大学教育推進プログラム(教育GP)」に採択された「学年別OSCEの到達度評価と教育法の検討」について、その概略(教育目的・教育目標との整合性、組織体制、実施方法、評価方法)が示された。

特徴的なことは、OSCEを単なる評価ツールとしてではなく、「育てるOSCE」と位置づけていることである。そのために、模擬患者養成部門を設けて、市民ボランティアを募集し、段階的に実施している模擬患者養成講座を経て、演習やOSCEへの参加協力を得ている。そして、学生は、OSCEを通じて自らの学修到達度を確認し、リフレクションし、自己課題を明らかにできることを期待されていた。OSCEの導入により、①学生の看護実践能力の向上、②教員の教育力の向上、③客観的評価方法のシステム化が目指されている。

具体的には、各年次の学修到達目標に合わせてOSCEが計画されており、参加は任意であった。参加者は年々増加傾向を示し、70%程度になっていた。一度参加した学生は継続して参加するようになり、能力評価も高まる傾向が示された。評価には、PCを活用したOSCE支援システムが開発されており、簡便な採点入力と正確な時間管理が可能である。これを使って、採点入力することで、OSCE当日にデータ集計ができ、学生に評価表を返却することができるという。

実施方法は、受験者1名に対して、評価者2名、模擬患者1名を1ユニットとして、以下の手順で実施する。

- ① 課題読み(1分)：課題を2度読み、内容を把握
- ② 実施(7分)：模擬患者に対して、課題を実施
- ③ フィードバック(3分30秒)：模擬患者と2名の評価者からフィードバック
- ④ 移動(30秒)：次のステーションに移動

以上を通して、OSCEを「客観的臨床能力試験」としての一般的な解釈にとどまらず、「育てるOSCE」の概念を創出しているところに、教育方法の柔軟性を感じた。看護学は自然科学とは異なり、独自性や多様性のある人間を対象とするので、さまざまな反応に直面する。それゆえ、より現実的な状況設定の中でケーススタディを行い、振り返り学習できることは有意味である。また、タイムリーなフィードバックが効果的であることは一般に知られているが、「育てるOSCE」

の実施方法のように、課題ごとに模擬患者と2名の評価者が効果的なフィードバックをしていることを知った。フィードバックの仕方は、1分間にPNP(Positive Negative Positive)の順序で伝えており、学習の動機付けも高まることが予測できる。さらに、PNPを意識してフィードバックしようとする体験が指導技術の向上にも繋がると考える。

2. VTR「OSCEの実際」

VTRでロールプレイングの様子を視聴した。患者対看護師の役割を、①学生対学生、②教員対学生、③模擬患者対学生、の3通りが映し出された。

その中で、お互いが学生の場合は役割に徹しきれず、行為がいい加減になることが明らかであった。また、教員が患者役を演じているときには、学生に気づいてほしいと思うところをアピールするような動きが出ていた。模擬患者の場合は、それらの欠点はなく、学生も役割を演じることができていた。

以上を通して、看護教育において多用されているロールプレイングではあるが、その効果を確実にするためには、模擬患者の参加が望ましいことを確認できた。

3. 講義「OSCE課題、評価項目、評価基準作成のポイント」

OSCE課題の作成方法について、以下の説明があった。

- ① 課題の到達目標を明確に示す
- ② 課題は、演習で実施した技術、実習で経験する頻度の高い技術項目から抽出されていること
- ③ 課題文は学生が制限時間内に2回読めるもの
- ④ 課題は制限時間内に実施終えることができること
- ⑤ 模擬患者(もしくはシミュレータ)が登場する場面設定

続いて、評価項目と評価基準については例が示され、表現について以下の説明があった。

- ① 主語は学生
- ② 評価対象の行動をとったか、とらなかったか
- ③ 挨拶、自己評価、患者確認、専門用語を使用しないこと、動作の前に患者に声をかけること
- ④ 身だしなみ

そして最後に、客観的な評価指標として、以下の基準について説明があった。

- ① 客観的評価が可能なことのみ評価する
- ② 複数の評価者が同一現象をみて同じ評価ができるか
- ③ 直感的に(悩まずに)評価できるか
- ④ 7分間の試験で20項目程度まで

以上を通して、OSCEにおいても、一般的な教育評価と同じく、客観性を確保するための基準を明らかにしておくことの重要性を確認できた。また、課題文は学生が制限時間内に2回読めるもの、評価項目は7分間の試験で20項目程度までという数値目標は、OSCEに限らず看護技術試験に適用できるものである。

4. 演習「OSCE課題、状況設定、評価項目・基準の作成」

上記講義内容を参考にして、「学内での基礎看護技術演習が終了し、実習に行く前のレディネスを確認するためのOSCEとし、テーマを設定する」演習を行った。4名のグループ構成であり、所属や専門分野は多様であった。

「課題は、演習で実施した技術、実習で経験する頻度の高い技術項目から抽出されていること」ということから、「車椅子による移送」を選択した。

この時間内(75分間)での結果を以下に示す。

1) 到達目標

一般目標：受持患者の車椅子による移送を安全・安楽に実施する。

行動目標：(1)対象者に挨拶と本人確認ができる。

(2)安全・安楽に車椅子移送ができる。

2) 学生提示用課題文(1)

○さん45歳、女性、入院中です。術後ベッド上安静中で、トイレと洗面のみ車椅子移動が許可されています。ナースコールがあり、トイレに行きたいと言っています。点検済みの車椅子はベッドサイドにあります。

担当学生のあなたは、以下の事項を行って下さい。

- ・必要物品をすべて持って訪室して下さい。
- ・必要物品はナースステーションで準備します。
- ・終わりましたら退室して下さい。
- ・退室した時点で試験は終了となります。

試験時間は7分です。

3) 評価基準

討議時間が少なくなったので、ひとまず16の評価項目を設定し、評価基準は「した：2点」「しない：1点」と

一律に設定しておいた。

上記1)～3)の結果に至る過程において最も困難だったことは、車椅子による移送が必要な患者の状況設定である。なぜなら、グループメンバーの1人がOSCEの模擬患者役になることが決められていたため、演技が可能で不自然ではない状況を考えなければならないからであった。学生提示用課題文の下線部では、術後早期離床の現実と患者の年齢から捉えると、やや無理を感じていた。そして、課題実施時間7分を考えると、車椅子の点検に時間をかけさせない方が良いという判断で点検済みの車椅子とした。このときは、妥当な判断だと思われた。

5. 講義「看護学教育における模擬患者の役割」

教育GPの一貫として実施している模擬患者養成を中心に、以下の説明がなされた。

1) 模擬患者とは

「一定のシナリオに基づいて、ある病気の患者の持つあらゆる特徴(病歴や身体の見にとどまらず、態度や心理的・感情的側面にいたるまで)を、可能な限り模倣するよう訓練を受けた人」と定義(前田2007)が引用された。

2) 模擬患者の役割

模擬患者は、シナリオに基づいた演技をし、演技終了後に演じた患者の心がどう動いたかを率直に伝える(フィードバック)役割を持つ。

3) 模擬患者養成講座コースガイド

模擬患者として活動するまでの研修コース参加は、本人の意思決定に基づいていた。

4) 模擬患者養成コース入門編

ねらいは「模擬患者の役割について理解できる」であり、6回にわたり実施されていた。

5) フォローアップ研修コース実践編

ねらいは「実践的な練習を行い、授業にデビューすることができる」であり、6回にわたり実施されていた。

6) 模擬患者の活動状況

20年度の実績として、授業への参加5回、OSCEへの参加3回、および授業やOSCEの前に演技・フィードバックの練習を実施していた。

7) OSCEの実際

登場人物は、看護を実施する学生、模擬患者、教員(評価者)2名である。

進め方は、①学生が課題を読む(1分)、②試験時間7分、③学生のコメント(30秒)、④模擬患者からの

フィードバック(30秒), ⑤教員からの評価(1分)

8) シナリオの構成

医療者(学生)用課題とSP用シナリオが必要であり、学生用課題は短時間で理解できる内容であることとして、1分間で2回程度読むことができるように作成する。

9) SP用シナリオの構成

シナリオに必要な内容は以下の通りである。

- ・ねらい
- ・ねらいに基づく状況設定
- ・患者プロフィール(氏名, 年齢, 性別, 既婚・未婚, 職業)
- ・家族構成
- ・現病歴
- ・患者の気持ち

10) SP用シナリオ作成のポイント

十分な情報を患者の視点のストーリーで設定することである。

11) SPの役作り・演技のポイント

役作りのポイントは、SP同士で話し合いながら膨らませることから始まるが、標準化が必要である。

演技のポイントは、①表現を変えないで応答する、②聞かれていないことは話さない、③シナリオにない質問をされた場合、「特にありません」「覚えていません」など、その後の展開に影響しない返答をする、であった。

12) フィードバックとは

演じた場面で起きた事柄を振り返り、そこから何が良くて、何を改善したらいいかという情報を与えることであり、SPからのフィードバックは、市民の立場からのフィードバックとしての意味がある。

13) SPのフィードバックのポイント

SPのフィードバックは、①役からぬけ、②ねらいに基づいたポイントを中心に、③事実と意味(どんな気持ちになったか)を区別して具体的に、行うことである。そして、SP本人だから言えることと一般論を区別することである。つまり、「私が演じたA氏は、看護師(学生)が△△△したとき、○□○□と感じた」というパターンでフィードバックする。

14) 模擬患者のフィードバックの基本

場面で起きた事実(言った言葉, しぐさ, 態度, 声の大きさ)に感じたこと・思ったことを加えてフィードバックする。

6. 演習「シナリオ作成」

まず、演習「OSCE課題, 状況設定, 評価項目・基準の作成」の結果 {学生提示用課題文(1)} を見直し、下線部を加筆修正した。臨地実習では、学生は指導者の指導のもとで行動するため、1人で行っていいことなのか判断に迷うような状況をつくらないことを考慮した。

学生提示用課題文(2)

阿部良子さん45歳, 女性, 入院中です。術後1日目で下腹部に手術創があります。ベッド上安静で、トイレと洗面のみ車椅子移動が許可されています。この患者はこれまで何度か車椅子でトイレに行った経験があります。患者からナースコールがあり、「トイレに行きたい」と訴えがありました。点検済みの車椅子はベッドサイドにあります。

担当学生のあなたは、以下の事項を行って下さい。

- ・すぐに訪室して下さい。
- ・患者を車椅子に移乗させ、病室を退室して下さい。

試験時間は7分です。終了したら退室して下さい。

続いて、SP用シナリオを以下のように作成した。

<ねらい>

術後早期患者のトイレまでの移送を安全・安楽に行うことを目的としています。

<プロフィール>

阿部良子, 45歳, 女性, 既婚, 主婦, 家族は夫と子ども2人(小学生・中学生)

<現病歴>

今回、子宮筋腫のため、筋腫摘出術を受けた。本人にとって入院、手術も初めてである。

既往歴はない。

<患者の気持ち>

自分の身体に傷があり、不安がある。自分で動きたい気持ちはあるが、まだ傷が痛むこともあり、思うように動けない。他人に頼まないと動けないもどかしさがある。

<状況設定>

子宮筋腫摘出後、1日目で下腹部に創部があります。ベッド上安静中で、トイレと洗面のみ車椅子移動が許可されている。

トイレに行きたいが、動くと術後の傷が痛むし、1人では起きあがれない。傷は痛むが自分で何でもできる

し、動くこともできる。受持の学生さんをお願いするのも悪いと思っている。しかし、我慢できないので、ナースコールを押した。

* 学生が訪室したとき、ベッドで上を向いて横になっていて下さい。

* すべての動作をする際、下腹部の傷の所に手を当て、痛そうな表情をして下さい。

* 学生が「1人で起きあがれますか」と聞いた際、「いいえ、傷がまだ痛くてできません」と答えて下さい。

<評価基準>

原案の行動レベルの評価項目16個に、「臨地実習前のレベルに達している」という項目を加えた。それは、OSCEを形成的評価として意味づけているからである。

7. 演習・発表「模擬OSCE」

患者役および評価者2名はグループメンバーから選出し、看護師(学生)役はコーディネータである札幌市立大学の教員が演じて、模擬OSCEを実施した。その結果、患者役からは、「すべての動作をする際、下腹部の傷の所に手を当て、痛そうな表情をして下さい。」という設定について、どの程度の痛さを演じていいのか迷ったというフィードバックがあった。看護師(学生)役からは、「点検済みの車椅子はベッドサイドにあります。」という設定では、事前の点検を本当にしな

くてもいいのかという迷いを感じたというフィードバックがあった。また、評価者からは、行動を「した」「しない」の2択だったので評価はやりやすかったが、それでも一瞬目を離して見逃すこともあり、集中力を切らしてはいけないというフィードバックがあった。

以上を通して、「OSCE課題、状況設定、評価項目・基準の作成」の段階で熟慮したことでも、予測を超えた事態が起こりうることを念頭において、シミュレーションを重ねることの必要性を感じた。さらに、看護技術試験を実施する際には、評価者の集中力の持続を考慮してスケジュールを立てることが重要である。

IV. おわりに

札幌市立大学看護学部では、開学年度に教育GPを取得したので、初年度からOSCEを実施してはいるが、正規の履修科目としては設定できていなかった。そのため、参加は学生の自由意思であり、全員が参加してはいない。しかし、「育てるOSCE」で実践力のあるスペシャリストの養成を教育理念とし、全教員がそのことに向かって協力体制を組み、実施・運営していることは素晴らしいと感じた。

OSCE参加者はリピーターが多いという実態から、そのことが看護実践能力を高めるための良い動機付けになっていると考えられる。したがって、全員参加のシステムにすることが望ましく、そのためには、卒業要件に含まれる科目の設定が不可欠である。

学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.99-102 (2010)

文部科学省 がんプロフェッショナル養成プラン採択事業 がん看護専門看護師養成に係わる海外研修報告

順天堂大学医療看護学部
浅野 美知恵

1. はじめに

本学大学院医療看護学研究科がん看護学領域では、第1回がん看護学海外研修を11月に実施しました。今回のがん看護学海外研修における研修目的は、米国のがん看護に携わるClinical Nurse Specialist (クリニカル・ナース・スペシャリスト, CNS)やNurse Practitioner (ナース・プラクティショナー, NP)などの上級看護実践者との意見交換, カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校(UCSF)大学院生の授業聴講, 教員・学生との意見交換, さらに, 施設見学を通して, がん看護の対象者理解を深め, がん看護を探究することにより, がん看護専門看護師としての専門力を高める機会とすることでした。

研修先は, 上級看護実践者の養成に歴史があり, 海外からの研修生の受け入れ態勢が整っているUCSF看護学部でした。研修の窓口になってくださったのは, 臨床准教授のCathy Bain先生(Director, International Academic Services)と, がん看護臨床准教授のTheresa Koettters先生(CNS, Director, Oncology Master's Program), そして, 看護政策を専攻している大学院生の金森祐子さんでした。Koettters先生の下で学んでいる石井素子さんが研修協力者になってくださり, 随分助けていただきました。

今回の研修参加者は, がん看護専門看護師養成コースに在籍中の大学院生6名でした。引率教員は, がん看護学領域責任者の浅野美知恵(前任准教授)と助教の大野明美でした。

研修内容は, 施設の事情によりシャドーイングの希望は叶いませんでしたが, ほぼこちらの意向を反映しており, 金森さんとKoettters先生が調整してくださいました。短期間にもかかわらず, Koettters先生のネットワークにより多数のCNSとNPが参加して下さいま

した。内容の充実さもさることながら, CNSやNPの上級看護実践者の人柄, 仕事振り, 新人時代の困難と乗り越える過程での努力, 看護への情熱, 人間愛などが伝わってきて, とても活気に溢れていました。いつの間にか私達まで元気をいただいていた。

2. 研修内容

がん看護CNS関連では, CNSプログラム・CNSの役割・CNSからの講義及び意見交換, がん看護NP関連では, NPプログラム・NPの役割・NPからの講義及び意見交換, アメリカのがん看護・在宅看護・ホスピスの歴史についての講義, 授業見学: Class, Dimensions in Advanced Practice Nursing, 施設見学: UCSF看護学部, UCSF附属病院, UCSFがんセンター, スタンフォードメディカルセンター, ホスピス病院, そして, 教員・大学院生らとの交流会等でした。

UCSFにおけるがん上級実践看護師のプログラムは, 副専攻を遺伝子学とし, がんの予防・早期発見も重視する内容であり, 受講対象者はCNSとNPの資格取得を目指す者です。CNSコースでは, 対象とするがん患者は主として成人・急性期・慢性期であり, NPコースでは, 主として老年がん患者を対象としています。(UCSFホームページ, 2009, 11, 27, <http://nurseweb.ucsf.edu/www/spec-onc.htm>)コアカリキュラムには, ヘルスアセスメント, 病態生理学, 臨床薬理学という国レベルで決められた必修科目と, アウトカム測定, 看護理論と倫理, 研究方法と活用などがあります。特に私がハッとさせられたのは, がんの予防と早期発見の授業で, 乳がん, 肺がん(煙草), 前立腺がん, 大腸がん, 子宮頸がんの5大がんに焦点を当てていることと, 腫瘍学における救急の授業があることでした。さ

らに、副専攻の取り入れ方や授業内容の精選からは、evidence-based practiceにおける知識と実践の統合力および上級看護実践力の養成に向けて、何が重要かという示唆を得ることができました。

臨床実習と上級実践者の役割研修(Clinical practicum and residency in advanced practice roles)では、特に、役割研修の進め方や指導体制からCNS教育の歴史とCNSとして共に育つ土壌を生むネットワーク作りの大切さを感じました。役割研修は180-240時間あり、週2回から3回、1日10時間行います。この指導者はCNSでなくてはならないため、Koettters先生と繋がりのある上級実践看護師が担当します。すぐに学生を受け入れてくれるのは25人、その他に100人いるそうです。

CNSの役割について、CNSのコンピテンシーズ(competencies)には、専門領域における臨床実践の熟練、リーダーシップスキル、協働スキル、コンサルテーションスキルなどが含まれること、CNSの影響の領域(spheres of influence)には、患者/クライアント、看護師/看護業務、組織/システムという3側面があることなど、CNS用の冊子(National Association of Clinical Nurse Specialists: Statement on Clinical Nurse Specialist Practice and Education, 2nd Edition, 2004)を用いながら、その詳細を説明下さいました。Koettters先生は、臨床現場においてCNSはロールモデルになることを強調されました。CNSとしての実践のアウトカムを明示すること、根拠のある実践を行うために看護師を教育・支援することなども強調して説明され、CNSの役割が具体的にイメージできるようになりました。

学生は、自分達が学んでいる内容と比較して、「UCSFでは薬理学・遺伝子学・がんの病態に関連するエマージェンシーについて時間をかけて学んでいた。課題に関する文献をもとに資料を作成して、授業の中でプレゼンテーションを行い、ディスカッションを通して学びを深めていくという授業の形式は、UCSFの学生が学んでいる方法と私たちの学んでいる方法は同じであり、研究に関しては、私たちの方が時間をかけて学んでいると感じた。」などと述べていました。

UCSF及びスタンフォード大学の関連施設で働くCNSから講義を受け、意見交換をしました。今回参加したCNSは、専門領域が、血液・造血器・骨髄移植、放射線療法、子宮がん化学療法、リサーチなどであり、活動内容が、倫理委員会副委員長、外来・プレストケアセンターのディレクター、病院改善委員会メン

バーなどで、多様な役割と活動をしていました。さらに、NPの資格も有するCNSも複数参加していました。講義では、患者・スタッフ看護師・腫瘍専門医への教育活動と工夫、CNSとしてのやりがいや困難な状況への対処の体験、CNSとしての取り組み姿勢や態度、CNSとしての自分自身の育て方、NPとの違い、働き方などについて話を伺いました。また、学生からの、CNSとしての臨床への入り方、リーダーシップをとる上での心得、CNSとして働き続ける上で大切なことは何か、などの質問に対して、CNS自身の体験をまじえながらCNSとしての活動手法、学びの深め方など実践的な助言を頂きました。

学生の感想には、「CNSとして自ら開拓していく活動と施設から求められる役割とを考え、自己の役割に責任と誇りを強く持つとともに、周囲とパートナーとなれるような人間関係を築くことが重要であると実感した。」などが述べられていました。

UCSFにおけるがん看護NPプログラムについては、Lynda Mackin先生(Co-Director, Gerontology NP)から講義を受けました。Nurse Practitioner(NP)とは、大学院において専門的な教育を受け、自律的に問診や検査の依頼、診断、処方等を行うことが認められたプライマリ・ケア提供者であり、Clinical Nurse Specialists(CNS)・Certified Registered Nurse Anesthetists(CRNA)・Certified Nurse Midwives(CNM)と共に、Advanced Practice Nurse(APN)の1つとして位置づけられています。NPのスペシャリティは、家族、小児、がん、老年がありますが、州により制約が異なります。

NPは、疾病などを持った人々が健康によい生活スタイルを選択し生活を改善するために、健康増進からリハビリテーションまでを継続して関わり、医師と連携・協働して専門性の高い包括的な医療処置的ケアを提供します。そのため、ヘルスプロモーション、メディカルマネジメント、NPまたは医師を指導者とする540時間の実習などが必須科目であり、フィジカルアセスメント能力、診療実践能力、看護実践能力、チームワーク・協働能力などを養うプログラムとなっています。これがCNSプログラムと違点です。Mackin先生は、診断、処方力に加え、画像診断力や症状管理能力などを養うことが重要と強調されました。

長期療養型施設やUCSF病院で働くNPから講義を受

け、意見交換をしました。今回参加したNPは、専門領域が、老年、血液・造血管・骨髄移植、などでした。講義では、近年NPの活動場所が外来から入院病棟へ移行していること、その背景には法令により医師の働く時間が制限されたこととNPが担当することで診療報酬が入ること、UCSF病院全体のNP数は300人、看護部所属であること、過去4年間で100名増員があったこと、オフィスを持っているNPの活動の実際などについて説明を受けました。さらに、医師とNPの違い、NPが医師と組むことの問題、医師と看護師の協働などについて話を伺いました。また、NPとCNSの役割の違いについて、活動例を示して説明して下さいました。

学生の感想には、「NPは医師の指示を受けて治療を行うのではなく、看護を行うために協働しているということを実感した。」、などが述べられていました。

授業見学：Dimensions in Advanced Practiceでは、この日のテーマは、CNSとしてのコスト面への働きかけが採り上げられていました。現場で活動するCNS2名が授業を担当し、教員がアドバイザーになり、CNSとして患者の安全および効果的でコスト効率のよいケアをどのように提供するかという内容でした。科学的根拠のあるケア提供を心がけていても、科学的根拠が明らかになっていないことも多く、それらがコストに関わってくることで、これらの問題となる看護現象に対して、CNSとしてケアの質向上を導く解決方法を探究するのが役割であることが説明されました。そして、1人では解決困難な場合が多いため、経験のある他のCNSにサポートを求める、他のスタッフとネットワークをつくり取り組む、など他者と協働することが大切であると繰り返し説明し強調していました。

学生の学びには、「経験年数に関わらず、CNSは、患者のアウトカムに責任をもって仕事をしているため、CNSは患者と十分コミュニケーションをとり、スタッフナース、医師、様々なチームメンバーと協働し、ケアの質向上によるコスト削減に向けて、CNSがリーダーとなって取り組んでいくことが必要であると学んだ。」、などが述べられていました。

私達が見学したUCSF関連施設のクリニックは、血液疾患を持つ患者専門で、感染対策のため、クリニックに入る者には全てマスクの着用が義務付けられていたので、私達もマスクを着用して入室しました。外来では、看護師が、一人の患者に30分の時間が取れるよ

う調整し、1日およそ6名の患者を担当し、それぞれが、責任を持って患者やその家族のセルフケア指導や意思決定への支援などを行います。また、クリニックには、3人のNPがおり、医師や看護師、他職種と協働して患者の診察や骨髄穿刺を行います。今後取り組みたい活動の一つに、外来骨髄移植の導入をあげ、そのための安全対策について現在検討を重ねているという話を伺いました。患者のQOL探究の高度な実践を垣間見たような気がしました。

学生の感想には、「がん看護のCNSとして、今後、外来において看護独自の機能を果たすために、患者一人一人とどのような関わりを持つことが、通院治療を受けるがん患者とその家族のQOLを高めることができるのかを探求し、適切な援助が提供できるような体制作りにも参画していきたい。」、などが述べられていた。

UCSFがんセンターでは、情報提供の要となっているCancer Resourceセンター、店主ががんサバイバーのため患者の立場から患者や家族をサポートしている売店、アートセラピー第一人者が寄付を募りがん患者とその家族に無償で提供する支援活動、など施設内でのがん患者への支援方法の多様さに見習うべきことを学びました。放射線センターでは、CNSから、日々行っている放射線療法を受ける患者の看護活動について話を伺いました。また、今後の活動に生かせるようにと、自身が作成した一般看護師向けの「放射線療法を受ける患者のケアプログラム」を手渡してくれました。

学生の感想には、「施設の造りや病棟環境については、日本と大きな違いはないと感じた。一方、大きな違いは、上級実践看護師をはじめ一般看護師の医療行為における果たす役割が非常に大きいことである。私にとっては、将来CNSとして専門性を発揮し自律した活動を行うために、どのように他職種と協働していけばよいのか、一つのモデルとして参考になった。また、病院内で活動するボランティアは、患者とその家族の支援者として活動している。私にとっては、ボランティアの本質を見た思いであった。」、などが述べられていました。

この研修を通して、CNSとはどのような上級看護実践者であるか、どんな役割を求められているのか、NPとの違いは何か、などについて理解を深めることができ

ました。

研修最終日の評価会議では、金森さんと石井さんを交えて、それぞれの学生が学んだと感じたことについて自由に話し合いました。「相手を尊重し、常に謙虚である姿勢がチームの成長を促進させる」、「現場でより良い看護を提供するために、自分達が変革者にならなければいけない」など、学生達は皆、達成感に満ちた表情で語り続けていました。

3. おわりに

我国においては、1996年に専門看護師が初めて誕生し、13年経った現在(2009年12月1日)では専門看護師数(Certificated Nurse Specialist, CNS)302名で、その内、がん看護CNSは128名です。したがって、大学院在学中の学生達は、未だパイオニア的存在であるといえるでしょう。本学にがん看護CNS養成コースが開設(2008年4月)され、学生達はがん看護学および上級看護実践を探究すべく、一人一人が努力しながら学習を重ねています。入学以来、看護の本質や看護の精神/哲学に関する学びも深め、CNSとしてのサブスペシャリティを探究しています。

学生達は、自分自身のおかれた状況とパイオニア的存在になるであろうCNSの現状を認識するにつれて、どのように向き合えばよいか、さまざまな葛藤を抱えるようになりました。ところが、この研修は、「私もCNSとしてやっていこう」「大丈夫、やっていける」「こんなCNSになりたい」という思いを学生全員にもたらしめました。また、実践の場で「Listening傾聴, Being

そばにいること, humble謙虚に」という姿勢が、役割遂行に当たってとても重要であることも、この研修を通して学びました。

したがって、この研修は、このような価値の転換をもたらすほどタイムリーで有意義な研修であったといえます。欧米の看護師のように、プロフェッショナルとしての自覚と自信を持って修了してもらいたいという教員としての私の願いが叶いそうなので、ホッと安堵しています。

このような成果をもたらすことができたのは、カリフォルニア州立大学サンフランシスコ校(UCSF)のCathy Bain先生, Theresa Koettters先生はじめ、時間を惜しまず関わってくださった多くの方々、そして、研修企画を一緒に楽しみながら立ててくださった金森祐子さん、皆様の多大なるご協力をいただいたおかげです。何よりも、今回のがん看護学海外研修の機会を与えてくださいました本学大学院関係者の皆様に、深謝申し上げます。

本学のがん看護CNS養成コースでは、このような海外研修の機会なども活用しながら、関係者の支援の下に、調和の取れた上級看護実践者としてのCNSの養成を目指しております。学生達の成長する過程を学生と共にいられるというのは、教師冥利に尽きるといえるでしょう。このコースがますます充実するよう、学生達と共に学びながら担当教員としての責務を果たしていこうと思っております。

最後に、この研修に関わってくださった多くの方々に感謝申し上げます。

学内活動報告

順天堂大学医療看護学部 医療看護研究6
P.103-117 (2010)

第5回医療看護研究会発表要旨

第5回医療看護研究会は、2009年3月13日(金)、順天堂大学医療看護学部12教室、22教室において開催された。本会では口演とポスターセッションによる37題の研究発表がなされ、各演題において質疑応答が活発に行われた。

発表者の所属：

- *1 医療看護学部
- *2 順天堂医院
- *3 静岡病院
- *4 浦安病院
- *5 順天堂東京江東高齢者医療センター
- *6 順天堂越谷病院

発表要旨

テーマ：多読による英語教育-LearningからAcquisitionへ

研究者：○黛 道子*1, 宮津多美子

Learning Acquisition(言語習得)という用語はStephen Krashenにより、形式的あるいは構造的な「学習」に対比して用いられた。Krashenは人間に備わった自立的な学習能力により言語を獲得できると考え、input量を言語を獲得する上での必須条件とし、多読を有効な方法としてその中心においた。実際の教育現場では「学習」することも不可欠であるが、学んだことを運用へと生かすには大量のinputが必要なことは留意すべきポイントである。

日本の英語教育は明治以来、「学習」(learning)に偏ったまま続いており、その結果、多くの英語が使えない日本人を生み出した。本学では中高で不足しがちなinput量をやさしい本と音声の両面から補い、英語を英語のまま理解し、運用へと繋げるために多読を1年次に導入している。

例年、学生の反応もよく、SLEPテスト(Secondary Level English Proficiency Test)の結果では今年度も有意差のある実力の伸びが認められた。また、読書する本のレベルが少しずつ上がることも確認された。アンケートでは多くの学生が「楽しかった」と答えている。

2年次は医療英語を学ぶが、授業時間の一部に20-30

分間、多読も入れている。1年次よりもレベルが上の本が読めるようになり、「もっと読みたかった」との声も多かった。また、医療英語だけでは疲れるのか「良い気分転換になり、楽しかった」という意見もあり、英語への前向きな姿勢がうかがえた。

以上から多読は学ぶ意欲を育て、長期的な視点で効果のある方法と言えよう。

テーマ：ラクトシルセラミドを介した生体防御機構について-Lessons from mouse neutrophils

研究者：○岩淵 和久*1, 柳田 光昭, 中山 仁志, 島田 和典, 平林 義雄

中性のスフィンゴ糖脂質であるラクトシルセラミド(LacCer)はヒト好中球において膜マイクロドメインを形成し、活性酸素の産生や遊走、貪食に関与するパターン認識受容体として機能している。一方、遺伝子改変実験等に広く利用されているマウスにおいてLacCerは、発現が認められるにもかかわらず、ヒト白血球を用いて作成した抗LacCer抗体のほとんどに反応せず、その機能も解析されていない。そこで、今回我々は、LacCerの膜マイクロドメインのどのような構造が抗体の反応性に影響するかについて検討した。

抗LacCer抗体であるT5A7はマウス好中球に遊走活性を示すとともに、ザイモサン貪食反応を有意に

阻害した。マウス好中球の細胞膜上でのLacCerの発現をフローサイトメーターで解析すると、T5A7陽性、Huly-M13陰性であるが、Caイオン存在下では、T5A7の結合量が増加し、Huly-M13陽性となった。BIACOREによる解析の結果、T5A7はHuly-M13に比べてLacCerに対する親和性が有意に高かった。一方、X線小角散乱や示差走査熱測定の結果から、CaイオンはLacCerのラクトースの立体構造やドメインの大きさに影響を与えないことが推定された。以上の結果からマウス好中球はT5A7が認識する立体構造を持つLacCerを細胞膜表面に発現しており、Caイオンによって立体構造が変化すると考えられた。

テーマ：重症COPDにおける呼吸筋機能、横隔膜の形態の解析

研究者：○植木 純^{*1}，児玉 裕三

COPDは、気腫性変化などの肺病変に加えて、筋力、筋持久力の低下など骨格筋機能異常を示す。呼吸には骨格筋である横隔膜が主に関与するが、COPDでは呼吸筋力も軽度から中等度低下する。肋間筋や呼吸補助筋の柔軟性の低下、肥厚や萎縮は体表から容易に観察されるが、厚さ1.6~2mmの横隔膜は胸部CTやMRIを用いても描出できない。剖検標本では、萎縮を示すという報告や呼吸負荷により肥厚をきたすという報告など、硬直などの変化も加わり一定の見解が得られていない。今回の検討では、高分解能性超音波診断装置(7.5MHzリニア型高分解能性探触子)を用いて、重症COPDの横隔膜筋性部ZOAの形態、性状、呼吸筋機能との関係を検討した。横隔膜ZOAは、右側の鎖骨中線上、前腋窩線上、腋窩中央線上、後腋窩線上、肩甲線上において、CP angle下0.5-2.0cm部を評価した。重症COPDは健常群と比較して呼吸筋力の低下傾向を示した。体重は有意に低下していたが、横隔膜ZOAはより厚い傾向を示した(2.4mm vs 2.2mm)。筋のエコーパターンには変化はなかったが、厚さは不均一となり、不均一性と呼吸筋力(PImax)に負の相関関係を認めた。不均一な肥厚や過膨脹肺によって腹側に圧排された横隔膜筋線維の歪みや捻れなどが呼吸筋力低下の1因となっている可能性が示唆された。今後、さらに症例を集積し検討していく予定である。

テーマ：妊娠に合併した乳がん患者への支援

研究者：○渡邊美津子^{*2}，出原恵美子，浅見万里子，
薪田 も恵，田中 利隆

はじめに：近年、日本人女性の乳がん罹患率は年々増加し、当院でも、妊娠中に乳がんを診断され、分娩後治療を必要とする症例を経験するようになってきた。今回、妊娠判明後、乳がんを診断された27歳初産婦について、妊娠経過および乳がんの進行を判断しながら、分娩方針と時期、母乳および育児、乳がんの治療についてキャンサーボードを実施したので報告する。

ケアの実際：

妊娠初期：妊娠期におけるがん治療の影響について情報提供し、患者・家族の意思決定支援を行った。

妊娠中期：右乳房切除術・センチネルリンパ節生検を施行。分娩方針や治療時期を検討、授乳・育児の援助方法について、キャンサーボードにて検討を行った。

妊娠後期：分娩方法については妊娠36週ごろ計画分娩。授乳、育児の方法について患者に情報提供し、本人の希望と治療との調整を行った。

まとめ・考察：一般的に、妊娠、出産、産後を通しての継続看護は、育児や母性発達に好影響を与えるといわれている。また、長期的な経過をたどる疾患の継続看護についても同様で、患者中心のケアを行う上で重要となる。この症例では、はじめての妊娠とがん治療という両面からのアプローチが必要であり、妊娠中期に行ったキャンサーボードでは、乳腺科、産科、小児科医師、がん専門看護師、助産師などコメディカルが参加、上記について意見交換した。その後、方針を決定することができ、患者への支援がスムーズに実施できるようになった。

テーマ：19世紀アメリカ社会改革者ソジャーナー・トルースの歴史的役割について

研究者：○宮津多美子^{*1}，黛 道子

アメリカでは19世紀初頭、第二次信仰復活運動が起こると人々は信仰以外にも様々な改革に目覚めていった。道徳改革、禁酒運動、労働改革、社会制度改革等である。とりわけ、当時のアメリカ社会を揺るがしていた奴隷制の問題は人道的な理由から多くの改革者たちを動機づけた。ソジャーナー・トルースもその一人であった。奴隷として生まれたイザベルは神の啓示

によりソジャーナ・トルースと改名し、伝道師・社会改革者となる。フレデリック・ダグラスら他の元奴隷弁士たちと同じように直接の被害者として人々に奴隷制廃止を訴えたが、トルースが彼らと異なっていたのはその主張が神の教えを拠り所としていた点である。トルースは奴隷所有者を糾弾するのではなく、黒人への非道な行いのために地獄に落ちるかもしれない白人奴隷主を憐れみ、「あなたは最後の審判の日に神の前で良心が痛むことはないか」と問いかけ、制度の廃止をよびかけた。トルースはまた女性の権利獲得運動でも神の前の人間の平等を主張し、女性参政権を要求した。社会改革者として人種・性別・階級を超えた人間の平等を壇上から訴えた。「私は女じゃないのか?」という言葉で知られるトルースの演説は伝説となり、現代のフェミニストたちのスローガンとなっている。白人にも黒人にも愛された社会改革者ソジャーナ・トルースは人智を超えた神の視点から人間の愚かさを指摘し、よりよい社会の実現のためキリスト教的精神から制度の改革を心の改革を訴えたのである。

テーマ：労働安全・衛生週間スローガンの変遷と日本社会の変化

研究者：○渡部 幹夫*¹，福田 洋，田中 誠二，鈴木 晃仁，永島 剛

日本の医療史には、歴史の転換期に医療提供体制の激変が見られる。明治維新や第二次世界大戦敗戦後の大きな混乱を経験しながらも確実に日本は医療を改善してきた。第二次大戦後の混乱の中から世界の最長寿命国まで日本の厚生レベルを押し上げるには、良質な労働の存在が必要であった。その労働(者)を作り上げるために果たしてきた保健・医療の存在は評価されるべきものである。戦後60年の日本の変化は社会の構造を大きく変えた。財政、政治からの保健・医療・福祉に対する圧迫は日本の医療の転換を迫っている。労働(者)を取り巻く保健・医療の問題は複雑化してゆくと考えられる。日本の今までを作ってきた労働(者)の保健・医療の問題がどのような史的経過を経てきたかを明らかにしたい。昭和25年から行われている全国労働衛生週間のスローガンのキーワードは昭和26年『職業性疾患・産業結核』、昭和60年『心と身体健康増進』、平成20年『あなたが主役』である。日本の現在の経済の低迷と政治的な混乱は保健・医療現場の質的量的な不足状況をも顕在化しつつある。世界的な経済状況の低迷が明らかとなってきたこれから、労働と保健の問題は

世界でも日本でも新しい枠組みを必要としている。昭和3年に始まる全国労働安全週間のキーワードが『国のため』『健康』であったが、近年の世界政治の中で考えると国家保護主義・民族主義の再来も危惧されるように思われる。

テーマ：看護短期大学助産専攻科修了後のキャリア開発の実際

研究者：○飯野 伸子*¹

目的：J短期大学助産専攻科を修了した者が、助産師としてのキャリア開発(生涯を通しての自己実現)をどのように行っているのか実態調査を行い、今後の大学における学部助産課程での教育に向けた基礎資料を得ることを目的とした。

方法：修了生のうち研究の同意を得た者に郵送質問紙調査を実施した。

結果：質問紙配布数81、有効回答率71.6%であった。就業年数の平均は7年であった。キャリア開発として有効だったのは修了後1年目では看護技術や看護記録の院内教育、研修会の参加であり、3年目ではプリセプター、看護研究であった。さらにどちらも専門雑誌の購読が有効であった。キャリアの上昇に影響したこととして人生の出来事では進学、出産育児であり、職場での出来事では看護職者との対人関係からの学びであった。ベナーのキャリア階梯の定義から一人前に相当する年数を聞いたところ平均で3.3年と考えていたが、実際に自分が一人前に達する年数は平均で4.6年であった。助産専攻科の基礎教育では妊娠期から産褥期までの継続事例からの学びや、実習を通しての助産師との関わりが助産師のキャリアの基礎をつくるうえで有効であった。

結論：大学での学部助産師教育では助産専攻科と比較して授業時間数が少ないことから、キャリアの基礎をつくるためには主体的に学んでいこうという学習が必要である。また、周産期だけでなく女性の一生をサポートできるように他領域の学習を統合していける教育が重要である。

テーマ：地域一体型NSTについての文献レビュー～特に看護職の役割に焦点をあてて

研究者：○小田切美紀*¹

目的：近年施設内においては高い効果が報告されているNST (nutrition support team : 栄養管理チーム)であるが、PEG(経皮内視鏡的胃ろう造設術)やHPN(在宅

中心静脈栄養法)の普及に伴い、地域においても多様かつ高度な栄養管理を支えるNSTの活動が重要になってくると考えられる。本研究の目的は、地域一体型(在宅)NSTにおいて看護職が担う役割や専門性を先行研究から検討することである。

方法：医学中央雑誌WEB版を用いて1998年～2008年の文献検索を行った。「地域一体型」「在宅」「NST」「栄養管理チーム」をキーワードに原著論文、総説、解説を検索し、該当した33件を検討した。そのうち内容が不適当である論文を除外し、入手することができた文献24件を対象に分析を行った。【地域一体型NSTにおいて看護者が担う役割】について記述されている内容を分析フォームに記載しコードとし、意味内容の類似性によって分類しカテゴリ化した。

結果：先行研究のうち7文献は在宅療養中の困難ケースへNSTが介入した効果について検討したものであり、いずれもNST介入により高い効果があったと述べていた。地域一体型NSTにおける看護職の役割については24のコードが抽出され5つのカテゴリに分類でき、「関連機関や他職種との連携・調整」、「栄養管理の実践・指導」、「栄養状態のアセスメント」、「家族へのケア」の順にコードの数が多かった。

考察：「関連機関、関係他職種とつなぐ連携・調整」の部分は、とりわけ在宅看護とNST双方の特徴であると考える。今後は海外の文献を含めた内容を追求すると共に、連携の具体的な方法や内容についても検討していきたい。

テーマ：治療を必要とする認知症高齢者への看護スキル(第2報)

研究者：○湯浅美千代*1, 工藤 綾子, 杉山 智子, 仁科 聖子, 杉山 典子

認知症高齢者が身体疾患により病院で治療を受ける場合、安静が守れない、治療やケアを拒否するなど治療・ケアの実施が難しい状況がある。そこで、昨年度、身体疾患の治療を必要とする認知症高齢者に効果的な看護スキルを明らかにする目的で、高齢者専門病院の一般精神科身体合併症病棟に働く看護師たちへの面接調査を行い、看護スキルの構造を示した。本研究では、この先行研究をふまえてさらに多くの対処方法や工夫を集積し、急性期病棟の看護師が臨床で活用できる知識としてまとめることを目的とした。そして、急性期病院の看護スタッフが治療に関連して認知症高齢者への対応に困難を感じる場面を想定し、看護スキ

ルを問う質問紙調査を行うこととした。対象はさまざまな病院で認知症看護を行っている看護師とし、1回目の調査結果をまとめて再度同対象者に送付し、新たな意見を募るデルファイ法を採用した。本研究は平成20年度～21年度の2年間を予定しており、現在倫理審査を受け承認を得て調査を開始したところであるため、本研究会では質問紙の枠組みを報告する。

看護スキルを問うのは、①内服拒否、②ライン類の自己抜去、③指示の遵守困難、④他の患者への迷惑行為、④痛みや苦痛を伴う処置、⑤暴力・暴言を含む不穏、が予測される場面での対処方法や工夫である。先行研究においてあげられた看護スキルを具体例としてあげ、それに追加して自由に記載してもらった形式とした。これらの結果は、先行研究の看護スキルの構造における「治療処置時の看護スキル」の内容を豊かにすると考えている。

テーマ：急性期の認知症高齢患者にセンター方式を活用した事例の検討－攻撃性のある患者の看護過程の展開と薬物調整に活用して－

研究者：○松尾 絵美*5, 栗林志保美, 八木 範子, 渡邊 啓子

はじめに：認知症の人のためのケアマネジメントセンター方式シートを活用し、攻撃性のある患者の看護過程を展開した結果、薬物を減量しながら患者の良い状態が増加した事例について報告する。

倫理的配慮：事例発表にあたり、本人と保護者に口頭と書面にて発表の趣旨等の説明を行い、同意を得た。

事例紹介：A様 76歳 男性 アルツハイマー病

認知症疾患治療病棟に入院中。A様は、他の患者や職員に妻の名前を呼び、怒鳴り暴力を振るう、苛立って椅子を引っ繰り返す等の攻撃性があり、日内変動が著明であった。そこで、攻撃性をニードの表出と捉え、センター方式を活用した看護過程の展開を試みた。

看護の実際：暮らしの情報(B-3)、心身の情報(C-1-2)、24時間の状態変化(D-4)を情報収集するシートを使用。得られた情報から、「攻撃性が出やすい16～18時頃とは、家庭で家族に暴力を振るっていた時間であり、認知症の為に他人を家族と誤認することで生じる」「椅子を引っ繰り返す等の行動は本人なりの仕事であるが、適切に行えず苛立ちが生じる」とアセスメントされ、看護問題を「他人を家族と誤認すること、仕事をしたい思いが充足されず、攻撃性が生じ日常生活に支障をきたす」とした。看護目標を「D-4にて

良い状態が増加する」とし、家庭と誤認しないよう職場的に関わり、机や椅子の片付けをA様の役割とし、職員が一緒に行く等の看護計画を立案。計画を実施後、良い状態が増加したが、1ヶ月後に悪い状態が増加。看護師・医師・薬剤師で、D-4を用いてカンファレンスを行い薬物調整を検討し、悪い状態が生じ易い16～18時に薬理効果が最大となるよう15時に向精神薬を追加した。再び良い状態が増加したが、1ヶ月後、誤嚥性肺炎発生のため薬物を減量し、頓服薬の使用基準を「攻撃性の発生が予測される場合(D-4における『悪い状態』が30分以上継続した場合)にのみ使用」と示して、皆が統一した基準で使用。結果、再び良い状態が増加した。

テーマ：地域高齢者の運動習慣とメンタルヘルスの関係について－文献レビューによる検討－

研究者：○立石 彩美*¹

わが国の高齢者の割合は上昇し続けており、高齢者の精神的問題も増加している。わが国では高齢者の健康増進のための支援策を進めており、その中で運動は身体面だけでなく、精神面の健康増進にも役立つ方法として注目されている。運動とメンタルヘルスの関係について、高齢者を対象とした研究はまだ多くなく、それらをレビューした論文もわずかである。本研究では、地域で暮らす高齢者のメンタルヘルスに効果的な運動習慣の特徴について、先行研究の知見をまとめ、具体的な支援策と今後の課題について検討した。方法は、医学中央雑誌、PubMed、SPORTDiscusの検索システムを利用し、高齢者、メンタルヘルス、運動に関するキーワードを用いて、2000年2月～2009年1月(過去10年間)に発表された原著論文・総説を検索し、計177件の論文が検索された。その中で65歳以上の高齢者を対象とし、特定の疾患の罹患者のみを対象としている研究は除いた(認知機能に関する研究も今回除外した)、35件についてレビューを行った。その結果、高齢者のメンタルヘルスに関連する要因として、1日の歩数、運動の頻度・強度、ADL、などがあり、運動プログラムとしては、ウォーキング、太極拳、エアロビックエクササイズ、筋力トレーニングなどのメンタルヘルスへの効果が明らかにされていた。運動習慣とメンタルヘルスは、相互に影響を及ぼしあっていることが考えられ、今後は因果関係を明らかにする縦断的研究が望まれる。

テーマ：精神科退院前訪問指導の有効性と看護師の意識変化

研究者：○奈良原康則*⁶

A病院B病棟は、平成18年8月より慢性期の混合病棟であり、全体の40%は長期入院患者(入院期間1年以上)である。これまで、担当看護師が退院促進支援を行ってきたが、精神科退院前訪問指導(以下退院前訪問とする)については検討されていない。今回長期入院が社会復帰の妨げとなっていることを問題提起し、病棟全体で退院支援をどのように働きかければいいのか、退院前訪問の有効性と看護師の意識変化について結果が得られた。

結果、対象者14名中13名が自宅や援護寮へ退院することが出来た。病棟内で出来ていたことが病棟外では出来ない患者もいたが、病棟では見ることが出来ない社会性や自主性が多く見られた。また、自宅と援護寮では、退院への意識や今後の生活についての考え方に差があった。看護師は患者参加型のカンファレンスを行うことで患者を過大・過小評価することなく、全体像を確実に把握でき患者に合わせた支援をすることができた。チームで取り組んだため、多くの看護師の視点で観察でき、情報の共有が行なえ、看護の質の向上にもつながった。

結論：

1. 精神科退院前訪問指導は、退院後の生活を組み立てる過程で有効に機能した。
2. 患者参加型のカンファレンスを行うことで患者に合わせた支援が出来る。
3. 1, 2の結果、チームで取り組み、共通の目標に向かうことで看護師の意識が変化し、質の向上につながった。

テーマ：排便障害児へのトータルケアプログラムの作成

研究者：○西田みゆき*¹、石川 早苗、渡部 知子、
石川あけみ、宮腰 綾子、込山 洋美、
宮脇 りさ、石田 弘美

目的：NICU、小児病棟、外来の看護師などが連携し、排便障害児のためのトータルケアプログラムを作成する。

方法：本研究は、3年間を要して研究を進める予定である。本年度の目標は排便障害児のためのトータルプログラムの骨子を明確にするとし、各施設でのケアの実態を見直し共通理解した。

結果：1. 現状の把握：1)疾患発症時10C(NICU)病棟の看護は、ストマケアについてはパンフレットを用いた母親指導と、医療処置(ブジー)は母親との練習を行っている。病状説明については、医師から将来的な説明を受けることは殆どなく、看護師からも予後について話すことはない。2)退院後、外来での看護では、ストマケアに不安を抱えている場合はWOC看護師を紹介する。根治術後10A(小児)病棟での看護では、ストマケアについてはパンフレットを用いた母親指導、離乳食や生活の指導は個別に対応を行っているが、退院指導は、退院が突然決まることが多く十分ではない。2. 問題点：1)家族がどの部署でどのような指導を受けているかを互いに知らない、2)小児の場合は排便ケアだけでなく育児に関する指導などもしていかななくてはならない、3)予後の説明をするタイミングなどが上がった。以上のことから、トータルケアプログラムとして、1)病態生理や術式など疾患に関する知識 2)術後のスキンケア 3)発達に応じた排便ケアの目安 4)排便ケアの根拠と方法 5)発達に関連した育児の方法 6)母親の子どもに対する気持ちを骨子を抽出した。今後の課題：次年度は、これを基にトータルケアプログラムを作成していく予定である。

テーマ：人工妊娠中絶を受ける女性の看護ケアに対するニーズと看護者への期待

研究者：○勝又 里織*¹、小泉 仁子、松浦 雅人

近年、わが国では、年間出生数の約4分の1にあたる人工妊娠中絶術(以下、中絶とする)が実施されている。しかし、中絶を受ける女性に看護者が関わる期間が短いこともあり、女性たちが求めることが分からずに、看護者は中絶を受ける女性のケアを十分に行えていないのが現状である。そこで、本研究は、中絶を受ける女性が病院内で初診時・中絶時・中絶後のそれぞれの時期に、看護者からどのような看護を受けたいかを明らかにすることを目的とした。

対象は、都内産婦人科にて、妊娠初期に中絶をした女性のうち、同意の得られたものとした。方法は、インタビューガイドに基づく半構成的面接法および自己記入式質問紙調査とした。面接は中絶後に行い、初診時・中絶時を振り返り、中絶後を含めた各々の時期に受けたい看護ケアとその理由について自由に語ってもらった。分析は、面接内容を録音した記録より逐語録を作成し、質的帰納的に行った。

対象者は、未婚で子どものいない18-26歳の女性6名

であった。全員が今回初めての中絶であり、中絶当日の在院時間は平均5.83時間であった。分析の結果、女性たちは中絶を迷っている場合が多く、6名全員が大なり小なりの罪悪感を持っていた。そして、初診時には「優しく接してくれる」「中絶以外の患者と同様に扱ってくれる」等の【罪悪感を緩和する看護】を求め、中絶時は「淡々と対応してくれる」「専門家が怒らないで接してくれる」等の【自己決定を支える看護】を、中絶後は「身体面の不安の緩和」「中絶後の生活に対する詳細な説明」等【今後の生活を支援する看護】を求めている。

テーマ：人工股関節を受けた患者の看護に関するコンピュータ教材

研究者：○榎子 嘉美*¹

目的：「人工股関節全置換術(以後THA)を受けた患者の看護」をテーマとして開発した教材を用いた自己学習効果を学習直後の知識得点と2週間後の知識得点から明らかにする。

方法：[対象] A大学看護学科2年生 [場所] マルチメディア室 [方法] ランダムに実験群とコントロール群に分ける。実験群はプレテスト、教材学習、ポストテスト、2週間後テストを実施し、コントロール群は実験群の初回と同日にテストと2週間後にプレテスト、教材学習、ポストテスト、さらに2週間後にポストテストを行う。[方法] コデブテルの有効性基準により、事後テストにおいて80%以上の学生が80%以上の得点を獲得したか、次に利得(向上度)として事前テストと事後テストを比較して、40%以上の伸び率を獲得したかを評価する。また、2週間後の平均点が、真に教材の効果であるかを判定するために、2群の平均点の差を検定する。

結果・考察：研究協力の得られた対象者は8人であり、3年生にも依頼し1人の同意が得られ、合計9人で実施した。今研究は基盤となるB大学で実施した研究の課題、すなわちテスト内容と問題数の修正、さらにコントロール群の2週間後のテストを追加したものである。しかし、データ数が少ないため、今回の結果を反映させて再調査する予定である。現在は調査の段階であり、その結果ならびに考察から再調査に向けた指標を発表する。

テーマ：心臓集中治療室(CCU)入室患者のリスクに応じた人工呼吸器一関連肺炎(VAP)防止対策プログラムの開発のための文献レビュー

研究者：○池田 恵*¹

背景：人工呼吸器関連肺炎(VAP)は院内感染の主な死因の一つである。さらに、心臓集中治療室(CCU)では入院患者の合併症として肺炎が24%を占めており、これらの肺炎のうち82%が人工呼吸器に関連した肺炎である。VAPは人工呼吸器の接続時間や病院滞在期間を長くすると報告されており、それに基づき米国疾病予防センター(CDC)やアメリカ呼吸器学会などがVAP予防に関するガイドラインを作成し、わが国でも米国のガイドラインに準拠したVAP予防対策が行われ始めている。

研究目的：心疾患を抱えCCUに入室した患者に対しVAPの予防策に関する先行研究を調査することによって、CCUにおけるVAP防止対策の開発に資するための一助とする。

方法：医学中央雑誌Web版、Pub Medの各データベースを用いて、過去10年間の「CCU」「VAP」をキーワードにCCUで行われたVAP予防対策とその結果について文献検索を行った。

結果、考察：日本語文献10件と英語文献4件の14文献が抽出された。VAPの発症には宿主、人工呼吸管理期間、原因菌の強さが関係し、また多くのリスク因子として長期人工呼吸管理、再挿管、発症前の抗菌薬投与、原疾患、誤嚥、筋弛緩剤の使用などが報告されているが、それぞれの関連性について検討した報告は極めて少なかった。十分な倫理的配慮をした上で、心疾患を抱えCCUに入室した患者のVAPリスク因子を明らかにし、VAPアセスメントツールの開発およびVAP発症率とその効果の関連を検討することが必要であると考察された。

テーマ：訪問看護実習の学習成果と在宅看護教育の方向性—訪問看護実習の学びから—

研究者：○樋口キエ子*¹、川西 恭子、浜詰 幸子、小田切美紀、葛西 好美

目的：在宅看護実習における学生の学びの特徴を把握し、在宅看護教育の資料とする。

方法：データ収集は、S看護大学学生の地域看護実習Ⅲ(訪問看護実習)の最終日の報告書から在宅看護実習の学びの記述をデータとし、質的帰納的方法で内容の分析を行った。学びの定義：在宅(訪問)看護実習にお

いて学生が既習の知識・技術を基に対象者との相互行為を通じての理解や認識の記述。

結果および考察：対象は同意書のあった前期と後期実習から選択した21名である。分析の結果、学生の学びは、＜多様な療養環境と個性＞＜多職種との連携調整による療養生活の維持＞他8カテゴリ、『取り巻く家庭や住環境の個性が大きい』『サービス調整による本人家族の在宅生活が成立』他34サブカテゴリ、[家庭や住環境などすべてが異なりすべてが個性である]

[適切な介護サービス活用が療養継続に繋がる]他115コードが形成された。＜多職種との連携調整による療養生活の維持＞と構成する内容では、療養者の生活の質向上、介護者の仕事の継続を可能にする社会資源活用の様子が示された。学生の学びの特徴は①在宅看護論の科目構造在宅看護の対象・在宅看護の目的・在宅看護の方法を網羅した内容であった ②学部における在宅看護実習の学びの特徴として＜多職種との連携による対象者の生活維持＞＜チームケアにおける看護職の役割＞が示唆された。

テーマ：自然発症高血圧ラットの心組織の酸化傷害への運動トレーニングの効果

研究者：○山倉 文幸*¹、安田 従生、内藤 久士、古川 覚、木村 博子

目的：高血圧発症者の運動療法のモデルとして、高血圧発症後10週間の自発走トレーニングを自然発症高血圧ラット(SHR)に行わせた。これらSHR心臓組織において、活性窒素種による酸化で生じる3-ニトロチロシン(NT)の検出、および抗酸化酵素(SOD)等の測定を行うことにより、運動トレーニングがSHRの酸化傷害を軽減するか否かを検討した。

方法：15週齢のオスSHRを非運動群、および10週間の自発走トレーニングを行う運動トレーニング群に分けた。各SHR群から速やかに心臓を摘出し、細胞を分画後、NT量を時間分解蛍光イムノアッセイ法で定量し、Mn-SODと一酸化窒素合成酵素はウエスタンブロットによる検出と活性測定を行った。免疫染色法により組織のNTの染色もした。

結果：高血圧発症時(15週齢)においては細胞の各画分でのNT濃度は、発症前(5週齢)と有意差は無かったが、25週齢非運動群では上昇した。運動トレーニングはその上昇を抑制した。これは免疫組織染色においても確認できた。一方、運動トレーニング群のMn-SOD量および活性はコントロール群よりも有意に増加していた。

しかし、運動トレーニングはSHRの血圧の上昇抑制はしなかった。

【結論】SHRの10週間の高血圧持続は心臓での酸化ストレスを増加させるが、同期間の自発走運動トレーニングが心臓のMn-SODを増加させ、酸化ストレスを軽減した。

テーマ：新人看護師の組織的社会化

研究者：○宮脇美保子*¹，小元まき子，寺岡三左子

目的：新人看護師は、個人が所属する組織における特定の役割に対して、何を学び、どのようにして自らを適応させていくかを明らかにする。

方法：研究参加者は、看護系大学を卒業後大学病院に就職した新人看護師6名(女性5名，男性1名)である。研究参加者に対して2回行った個人インタビューの内容をデータとし、質的方法を用いて分析した。インタビュー時間は、1回43分から64分，平均51分であった。分析は、参加者個人が組織に適応するための学習とそれに伴う変化について語られている内容を抽出し、コード化，カテゴリー化を行った。

結果：新人看護師の組織的社会化は、「病棟組織の中に看護師としての馴染んでいく過程」であった。その過程には、〈組織に新規参入することへの不安〉〈仕事ができないことによる壁〉〈組織から受けた支援〉〈仕事への動機づけ〉〈病棟組織への働きかけ〉〈先輩看護師との関係の変化〉〈組織への帰属意識の向上〉という7つの段階を示すカテゴリーがあった。また、それぞれのカテゴリーには、2～4のサブ・カテゴリーが抽出された。

考察：看護師は患者を看護することを役割としている。しかし、組織に新規参入した新人看護師は、それを実践するためには、まずは病棟組織の一員として認められることが重要であると考えていた。すなわち、新人看護師にとって、組織の中で看護師として存在するためには、患者との関係以上に先輩看護師との関係性を重視していること示唆された。

テーマ：助産師の職業アイデンティティ形成のプロセス

研究者：○小泉 仁子*¹，勝又 里織，高山 奈美，堀田 久美，宮本 眞巳

研究目的：本研究では助産師が、職業的アイデンティティを形成・発達させていくプロセスの変化の特徴を社会的相互作用に着目して探究することを目的とし

た。

対象：関東地方の病院に勤務する助産師20名と開業助産師6名を対象とした。

研究方法：対象者に半構成的面接を行って得られたデータに基づいて、質的帰納的デザインによる研究を行った。本研究では、対象者が実践体験の中で強く印象付けられた経験に伴う感情に焦点を当てて、助産師としてのアイデンティティ形成に影響を及ぼす要因の明確化を試みた。

倫理的配慮：本研究は、順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会の審査を受け、承認が得られた。

結果：分析の結果、助産師としてのアイデンティティ形成に影響を及ぼす体験は肯定的感情を伴う体験と否定的感情を伴う体験に大別できることが明らかになった。病院勤務助産師の肯定的感情を伴う体験としては、〈分娩介助で命の誕生に立ち会えること〉、〈上司や医師などの関係者による他者評価〉、〈自分の判断や行動の成功感や達成感という自己評価〉が、否定的感情を伴う体験としては、〈現実についていけないこと〉、〈役割遂行がうまくできないこと〉、〈病院組織の助産師として限界を感じること〉が導き出された。開業助産師の肯定的感情を伴う体験には〈モデルとしての開業助産師との出会い〉、〈開業を支援してくれる他者の存在〉、〈ケア対象者の自己実現や発達を援助できること〉、〈助産師としての自己実現の達成〉が、否定的感情を伴う体験としては、〈病院施設勤務の助産師として限界を感じたこと〉が導き出された。

テーマ：高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院中の認知症患者の家族に関する研究

研究者：○杉山 智子*¹，湯浅美千代，高橋 典代，杉山 典子

本研究の目的は、高齢者一般精神科身体合併症病棟に入院している認知症患者を介護する家族9名にインタビューを行い、「入院前の介護家族の負担感」と「入院後の介護家族の負担感」の変化について、それぞれの特徴を比較し、明らかにすることである。研究方法は、半構造化面接を実施し、逐語録とした。分析は入院前、入院後それぞれの介護家族の負担感についてコード化し、カテゴリーを抽出した。その結果、入院前の介護家族の負担感は【十分なケアや治療を受けるために努力を強いられる負担感】、【身体疾患の出現・悪化の不安】、【精神症状への対応困難】、【入院さ

せることへの罪悪感や葛藤】、【周囲や病院・施設への気遣いに伴う負担感】、【一人で介護を担う状況に伴う負担感】、【介護と介護家族の健康問題による身体的負担感】、【介護の未熟さに伴う負担感】の8つのカテゴリーが抽出された。また、入院後の介護家族の負担感には【退院先を決める負担感】、【病院のケアや治療への不満や不安】、【患者の身体症状の悪化を予測した不安】、【面会に関する負担感】、【入院に伴う縛られ感】の5つのカテゴリーが抽出された。入院後、介護家族の負担感には質的な変化を伴い存続していることが明らかとなった。したがって、入院後も負担感に焦点をあてた家族ケアが必要であると考えられた。

テーマ：認知症患者の家族の入院に伴う思い—認知症専門病棟に入院している患者の家族へのインタビューを通して—

研究者：○石坂 裕子*⁵、椋野 ルミ、浅野久美子、坂本あつみ、塩野 真理、小林 和子、竹内 秀美

目的：認知症専門病棟に入院した患者の家族の思いを明らかにすることで、認知症の家族看護のあり方を検討する一資料とする。

方法：2007年11月に認知症患者の家族6名に面接し、入院に伴う思いをカテゴリー化し、老年看護学の専門家にスーパーバイズを受けた。

結果：入院に伴う家族の思いから、225のコード、130のサブカテゴリーと、38のカテゴリーが以下に抽出された。＜入院直前の苦悩＞＜入院できなかつたらという不安＞＜入院の許可が出た時の安心＞＜入院できた事での満足＞＜入院していることでの安心＞＜認知症患者に対する戸惑い＞＜面会の気安さ＞＜患者と離れている事の寂しさ＞＜入院中の患者の状態への気がかり＞＜患者の状態に関する不安＞＜患者の状態を知ることでの安心＞＜患者の病状改善に対する満足＞＜本来の父の姿の希求＞＜状態悪化への苦悩＞＜患者の苦痛への共感＞＜治療に対する期待＞＜治療に対する不安＞＜治療に対する諦め＞＜スタッフの対応に対する満足＞＜スタッフの対応への不満＞＜スタッフへの気遣い＞＜経済面が安定していることへの感謝＞＜入院していることでの負担＞＜周囲の人の理解・協力に対する嬉しさ＞＜周囲の人の理解・協力がいないことへの諦め＞＜入院期間に関する要望＞＜退院後に対する不安＞＜退院後に対しての楽観＞＜退院後の生活への願望＞＜介護することへの満足＞＜在宅介護への不安＞

＜在宅介護の諦め＞＜退院先探しの焦り＞＜死が近いことへの予感＞＜死が近いことへの不安＞＜死が近いことへの覚悟＞。

考察：家族は、病気の変化に敏感で、実際の病状と回復を願う思いとのギャップに葛藤していた。スタッフの対応に肯定的な思いを持つ一方、不満も持っていた。また長期化する入院から治療費の負担、今後の方向性や介護への悩みが家族の負担になっていた。

テーマ：摂食困難の要因と効果的介入

研究者：○小倉 泉*⁵、丸山 葉月

研究目的：摂食困難患者の食事行動の一事例について渡部らのアセスメントツールを用いて検討した。

研究方法：認知機能の低下により食事摂取が困難なため、援助が必要であった患者の看護記録から食事行動のプロセスと各段階における問題点を明らかにした。

研究対象：高齢者病院の老人性認知症疾患治療病棟に入院中のアルツハイマー型認知症患者A氏。

倫理的配慮：患者・家族に対して、研究の目的と個人を特定されない事を説明、同意を得た。

結果：＜道具の認識と使用＞介入前、配膳を行うとスプーンを自ら持ち、食べ始めるがスプーンをすぐ置いてしまい、食事行動が持続できず、食器の位置を頻繁に並べ替える事があった。茶碗やコップは持つ事ができ、パンやおにぎりは手で食べられたため、主食は一口大のおにぎりとした。おにぎりを開口の大きさに合わせ半分にし、手に握らせることで摂取できた。また、ジェスチャーでおにぎりを口に持っていくように指示を出す笑顔でおにぎりを摂取した。

結論：A氏の摂食困難は、食事の開始の認識と行動、食物の認識、道具の認識と使用、開口、姿勢の維持、注意の維持・動作の維持に介入が必要である事がわかった。

摂食困難患者に対して、様々な要因で食事行動が障害している事が明らかになった。したがって、アセスメントツールを用いた詳細な分析を行い、段階に沿った介入を計画立案し、食事介助の方法を共通に理解した上での介入が重要である。

テーマ：独居高齢者の在宅における看取りの可能性—2つの地域における訪問看護師の援助内容から—

研究者：○仁科 聖子*¹

目的：首都圏以外の地域における独居高齢者が在宅で

最期を迎えることができた実態から、訪問看護師の死の看取りに必要な援助内容を明らかにする。

方法：調査1では、千葉県・長野県の訪問看護ステーションの管理者(4ヶ所)に、独居高齢者への訪問看護実施状況と看取りの実態について自記式質問紙を郵送した。調査2は、調査1で独居高齢者への在宅での看取りの経験をした訪問看護師に対し、援助内容についてインタビューガイドに沿って聞き取りをした。

結果：24ヶ所の訪問看護ステーションから承諾が得られ、そのうち19名(千葉9名、長野10名)の管理者から回答があった(有効回答率79.2%)。独居高齢者が在宅で最期を迎えることができた経験がある訪問看護ステーションは、4ヶ所5事例、1ヶ月前に入院した事例が2ヶ所2事例あった。独居高齢者が在宅で最期を迎えることができる条件としては、高齢者の意思が明確であること、高齢者の意思を尊重して関わる医師との連携、緊急時対応できる体制、生活を支えるヘルパーの存在があった。看取れなかった事例では、病状の悪化、家族が不安になり死亡確認のため病院へ搬送、支援する家族と高齢者との関係不良、インフォーマルなサービスを受けるための経済力がなく入院したという理由であった。インタビューを行った看取りができた事例(1例)の背景には、訪問看護師11名のチームアプローチによる支援、高齢者の在宅死に理解のある医師の存在、地域のコミュニティーによる安否確認などの協力があつた。

テーマ：1歳児をもつ母親の育児満足度尺度の開発—インタビュー分析による要因の明確化—

研究者：○山口 忍*1, 荒賀 直子, 葛西 好美
はじめに：育児満足度に関する研究では、自己効力感を高めるサポート、人的サポートネットワークの構築の必要性が言われている。先行研究から自己効力感を高めるための具体策として大丈夫と思える機会をつくることと述べられており、満足度を高めるための一要因であることがわかった。「子育て中の母にとっての大丈夫」という言葉の意味とその状況を明らかにすることを目的に面接調査を実施した。

方法：対象：A市地域子育て支援センターを利用している1歳児をもつ母親で協力が得られた21名 内容：育児で「大丈夫」と感じた時の事柄、その時の支援者に関すること、育児の中で大丈夫と思える状況について、半構成的質問紙を用いて面接を行なった。

結果概要：回答した母親は、平均年齢31.7歳、仕事な

し16名(76.2%)、家族形態は20名(95.2%)が夫婦と子どもの核家族であった。「1歳児をもつ母親の大丈夫」は、<身近な人と交流をもち続ける><確信がもてる><落ち着いている>で構成されており、「子どもの状況ではなく、母が自分の判断に確信をもち、自分が落ち着いている状態」を1歳児をもつ母親にとっての大丈夫と定義づけた。今後は「大丈夫」を明確にするための因子を検討するプレテストを実施したい。

テーマ：入院患児の睡眠への援助に関する看護師の意識と実践の実態調査

研究者：○西村あをい*1, 小林八代枝, 熊野 瑞生

目的：入院児の睡眠援助に関する看護師の意識と実践の現状を明らかにし、望ましい援助について検討する。

方法：

1. 対象：関東甲信越地方の大学病院小児病棟(11箇所)に勤務する看護師368人。
2. 調査方法と内容：2008年9～11月、無記名自記式の質問紙を配布し、郵送にて回収した。内容は、(1)対象者の背景と(2)入院中の子どもへの睡眠援助に関する意識と看護実践である。
3. 分析方法：統計解析にはSPSS14.0Jを使用し、単純集計及びウィルコクソンの順位和検定により分析した。

結果：合計配付数368部(配付施設11箇所)、回収数120部(回収率32.6%)のうち、記入漏れなどの無効回答を除いた110部を解析対象とした。

睡眠援助に関する看護師の意識と実践：最も意識している項目は、「夜間は特に物音・足音・話声を抑える」105人(95.5%)、実践している項目は、「日中の過度な睡眠を避け、遊び・学習など適切な活動を促す」「消灯時間を守り消灯する」が共に100人(90.9%)であった。最も意識・実践していない項目は「身体症状(痛みなど)緩和のためにマッサージをする52人(47.3%)であった。また、睡眠援助に関して意識と実践間に有意差があったのは、「入院時に子どもの普段の就寝時間、起床時間を把握する」($p<0.05$)、「子どもが不安に思っている事柄について説明する」($p<0.05$)、「子供が安心して眠れるよう室温と照明を調整する」($p<0.05$)、「消灯前に、ベッドやベッド上周辺の環境整備をする」($p<0.05$)の4項目であった。

テーマ：看護における代替療法の活用に関する研究
—臨床看護師の意識調査—

研究者：○高谷真由美*¹，中島 淑恵，長瀬 雅子，
津田 亜以，青木きよ子

目的：看護における代替療法の継続的かつ有効な活用方法を考察するために、臨床看護師の代替療法に活用に関する認識を明らかにする。

対象：A大学病院に勤務し、院内で実施した代替療法(音楽療法・アロマセラピー)の講習会を受講した臨床看護師

方法：A大学病院内で音楽療法・アロマセラピーに関する講習会を開催し、受講した臨床看護師に質問紙調査を実施した。質問項目は代替療法全般に関して、活用にあたって必要な条件など自由記載を含めて14項目、音楽療法・アロマセラピーに関して各8項目である。

結果：回答を得られた25名分(回収率73.5%)の集計を行った。看護に積極的に代替療法を活用したいと考えている人は48%であった。代替療法の実施に関して必要な条件として、時間的な余裕、他の看護師の協力、他の医療スタッフの協力が7割、予算の確保が6割以上、看護師の知識・技術、実施場所や設備の確保は4割以上の人が絶対に必要と答えていた。9割以上の人は音やにおいの環境を調整したい、建物や病室内の音・香りを工夫したいと答えていた。自分で実施したいと答えた人はアロマセラピーが72%、音楽療法では50%であった。

まとめ：代替療法を看護の中でより積極的に活用していくためには、簡便で準備や実施にかかる時間をできるだけ短縮できるような方法を提案していくことや、看護職を含め他のスタッフの代替療法への認知を高めることの必要性が示唆された。

テーマ：音楽の周波数特性が自律神経系活動に与える影響

研究者：○中島 淑恵*¹

3,000Hz以上の高周波は副交感神経活動を亢進し、免疫機能の向上をもたらすといわれているが、特定の作曲家に焦点を当て実施された研究のため、音楽の構成要素としての音高特性による効果であるかは定かでない。本研究の目的は、高周波帯域を多く含む音楽を聴取することにより、心身の安寧に寄与するのかがどうかを明らかにすることである。実験は不整脈や自律神経機能障害の既往がない20歳代の男女11名に対して実

施した。被験者は無作為に2群に分け、A群6名(20.8±0.4歳 男1名女5名)にはMozartが作曲した「Bastien und Bastienne KV.50よりIntrada抜粋」、B群5名(21.4±0.9歳 女5名)には、Salieriが作曲した「Les DanaïdesよりOverture抜粋」を、5分のストレス課題(簡単な加算作業)の後に、5分間音楽聴取をさせた。音楽は原曲と3,500Hz以上の音域を対象に音圧を増幅させた加工曲を2回の各実験で提示し、1回目の実験から3日以上の間隔をあげ2回目の実験を行った。効果の指標として、交感神経活動の指標には唾液アミラーゼ活性(NIPRO CM-21)、気分の評価にはPOMS短縮版を用いた。結果では、POMSには変化はみられなかったが、交感神経活動においては、ストレス課題後にMozart曲の高周波を増幅加工した群でのみ有意に活動が抑制された(Willcoxon検定 p=0.03)。医療や看護の場面で、患者の好みに合わせて簡便に音楽聴取活動を提供できるよう、被験者数を増やし、音楽を用いて様々な音高特性要素における効果に関して、今後も研究を進めていきたい。

テーマ：看護学生における「安楽」という概念の形成過程に関する研究—2年次前期終了時の捉え方—

研究者：○吉武(河田)幸恵*¹，鈴木小百合，
村中 陽子

本研究の目的は、4年制看護系大学の看護学生が「安楽」の概念を形成していく過程を、学習進度との関連から明らかにすることである。今回は、看護専門領域の授業が中心となり、臨地実習において看護過程の展開を実践した2年次前期終了時における調査結果を、前回(1年次前期終了時)の調査結果と比較する。

4年制看護系大学の2年次生9名を対象とし、安楽の捉え方に関する半構成的面接を行い、内容分析した。安楽に関する表現を、Kolcabaが示した安楽に関する「4つの側面(身体的、心理精神的、環境的、社会文化的)」と「3つの感覚(Relief, Ease, Transcendence)」による構成分類に従ってコード化し、表現頻度を比較した。

その結果、前回と比較して、安楽の捉え方の偏りが小さくなり、「社会文化的側面」の捉え方が強くなった。このことから、2年次の看護専門領域に関する学習の幅の広がりや、臨地実習中の患者や家族、医療者との関わり体験が、患者の社会文化的な側面における安楽について考える機会になっていると考えられる。

また、1・2年次共に環境的側面の捉え方が強かった(今回は「環境的Relief」、今回は「環境的Ease」が有意に高い)。これは、「学生は環境など目に見えて観察しやすく実践可能なカテゴリーに偏ってアセスメントしている」という、先行研究の見解と一致している。

テーマ：頭頸部がん患者の終末期看護について－緩和WGの活動を通して－

研究者：○渡辺千恵子*²、今関 一深、大浦 里美、
小岩芽依子、鈴木 考子、根元 佑果、
向原 貴子、高橋 幸子

頭頸部癌の終末期患者は、腫瘍の表面突出によるボディイメージの変化や気道圧迫による呼吸困難、腫瘍が血管を圧迫することによる意識消失や血管浸潤による出血などの特徴がある。また、気管切開を行う患者が多く、それに伴いコミュニケーション方法が変化し、自己の思いが十分に伝えられないことがある。私たちは、患者の思いをくみとれているのかと悩み、患者の安全と安楽を守りたいという思いが患者のニーズを制限してはいないかと日々葛藤している。当病棟ではH20年より①終末期看護についての知識の習得、②看護師の日々の看護実践の中で感じている思いの表出を目的として緩和ワーキンググループ(以下WG)を立ち上げ、終末期看護の質を向上しようと努力している。

今回の事例で患者は、腫瘍が頸部を圧迫し毎日のように意識消失や出血を繰り返していた。しかし、浴室用ストレッチャーや車椅子を使わず、できるだけ看護師の手をかりず、「自分でシャワーに入りたい」という強い思いがあった。そこで、WGにてトータルペインで患者を捉えることで思いを汲み取り、安全なシャワー浴を行うためにはどうすればいいのか考えた。WGの働きかけにより病棟全体で情報共有し協力体制をつくった。また他部署や医師との連携を図り、亡くなる2日前まで患者の自立を援助しながら毎日シャワー浴を行うことができた。WGの活動を通して終末期患者のQOLを考えた看護を実践できたので報告する。

テーマ：集中治療室における看護実践とケアリングについての研究

研究者：○梶原 絢子*²、井上富士子、遠藤みどり
目的：医療の先進化・複雑化に伴い、集中治療室でも質の高いケアが求められるようになった。患者と家族

の意思を尊重し、高度な看護実践を行っていると考えられるが、ケアリングに関する研究は少なく、その詳細は明らかではない。本研究は、集中治療室看護師の看護実践を可視化し、そのケアリングを探索することで、実践への示唆を得ることを目的とした。

方法：倫理委員会の承認を受け、研究参加に同意した集中治療室看護師31名に無記名式の質問紙調査及び半構成的面接を実施。有効回答数は22名(70.9%)であった。データは現象学的アプローチにて分析した。対象者には研究参加への自由意志とプライバシーの配慮、適切なデータの処理など倫理的配慮に努めた。

結果：集中治療室看護師のケアリングとして、「緊急・急変時の迅速な対応」、「家族を含めた心のケア」、「他職種を動かし連携する」などの看護師の行動が挙げられた。また、「知識・技術の向上」、「医療機器の管理」など、患者の状態や経過に応じて駆使され、昼夜24時間を問わない実践が明らかとなった。

結論：集中治療室看護師のケアリングは、患者家族への細やかな気遣いや高い倫理性、高度な知識や経験に裏付けされた卓越した実践と、一人ひとりの自己啓発に伴う看護の質向上の重要性をも含んでいる。患者家族にとって集中治療は肯定的な体験となり、人生の中で今最善の選択ができるようにすることと、恐怖や不安、苦悩や葛藤、身体と心の痛み、羞恥心やプライバシーに配慮した意図的な関わりが重要であると示唆された。

テーマ：ICUにおけるNST介入の効果—壊死性筋膜炎患者の褥瘡改善を通して—

研究者：○白井 敬*³

目的：過大侵襲下にある患者に行った看護とNST(Nutrition Support Team：栄養サポートチーム)の導入を通して、急性期における栄養管理について考察する。

倫理的配慮：本人へ口頭で研究の主旨と目的を説明し、同意を得た。

事例および経過：患者は左上肢の壊死性筋膜炎を機に、敗血症を併発し感染性ショックに陥った。左上肢の皮下組織を広範囲に切除され、過大侵襲下におかれていた。炎症による血管透過性の亢進と、創からのタンパク成分の漏出により全身性に浮腫を認め、皮膚は脆弱化した状態でまた仙骨部には褥瘡(DESIGNスケール8点)を認めていた。

そこで、低反発マットからエアマットの変更、体位

変換枕の活用, 仙骨部の褥瘡には局所管理ハイドロゲル創傷被覆・保護材を使用し褥瘡の悪化や新たな皮膚トラブルを回避するための援助を行った。栄養状態改善のために早期からNSTの介入を行った。

結果・考察: DESIGNスケール8点に進行した褥瘡は, NST介入6日目に改善し, 創も新たな感染を起こすことなく経過した。この事例を通して侵襲時の代謝の変化に応じた栄養管理を行っていく為にはベッドサイドにいる看護師がアセスメントし, NST介入の時機を見極めていくことが重要である。また病態の時期に応じた栄養を投与していく為には専門的知識を持ったNSTの介入が有効であり, 他職種間のチーム連携により治療効果を高めることができたことと実感した症例であった。

テーマ: 看護師のEmotional intelligenceの特徴と影響因子

研究者: ○小谷野康子*¹, 上野 恭子, 岡本 隆寛, 立石 彩美

研究目的: 看護師の感情知性(Emotional Intelligence, 以下EI)の評価と, ストレス対処の型との関連および影響要因分析を本研究の目的とする。

研究方法: 調査対象は, 関東圏の5総合病院に勤務する看護師601名。調査期間は平成20年8月~9月。測定尺度はEQS(感情知性測定尺度), SCI(ラザルスストレスコーピングインベントリー)を用いた。

倫理的配慮: 研究計画は平成20年度順天堂大学医療看護学部研究等倫理委員会にて承認を得, 調査対象者に不利益がないように配慮した。

結果: 調査対象の平均年齢は, 32.6歳。臨床経験年数は, 9.8年。有効回答率419(69.7%)。

EQS総点は, 一般女性と比較するとやや高めであり, 下位因子の程度は, 「喜びの共感」「配慮」, 「気配り」が高得点の一方, 「人材活用能力」「集団指導」が低値であった。看護基礎教育とEQSには有意な差はみられなかった。EQSはスタッフよりも管理職が有意に高得点であった。Bennerのドレファスモデルによる臨床ステージ分類では, Expertは有意に『状況対応』と『自己対応』得点が高かった。また, スタッフナースの対人対応得点はNovice(初心者)が有意に臨床経験2年目以上のスタッフよりも高値であった。EQSと問題志向型ストレス対処との相関($r=.47$)が, みられ, 重回帰分析の結果, ストレス対処型の「計画型」($\beta=.33$), 「自己コントロール型」

($\beta=.19$), 「管理職の役割」($\beta=.20$)がEQSの影響要因として採択された。

テーマ: 外来における看護介入について—入院前オリエンテーションの工夫—

研究者: 野崎 優子, 本郷 美穂, 坂本 育枝, 井上 真弓, ○北島 奈緒*⁴, 窪塚真理恵, 岡部みどり

A大学病院外来では診察事務員を導入し, 看護師が診察介助につく機会が減少した。その為, 患者への看護介入が不十分な場面が生じている。今回, 内科系外来2箇所の, 入院が決定した患者が入院・治療目的を理解した上で心身ともに安心して入院準備ができるよう, オリエンテーションを実施した。その後, 実施したことが患者にどのような影響を与えたか, アンケートを配布して患者への影響を調査した。アンケート項目は精神面の準備と身体面の準備としての内容, オリエンテーションの内容についての評価を記載した。配布を行った人数は69名, 回答は37名(回収率53%)であった。

入院が決定された際に少しでも不安を抱えていた患者は28名(75%)であり, 看護師がオリエンテーションを行った後, 不安が軽減されたと答えた患者は27名(85%)であった。知りたいことが理解できたという結果は33名(91%)であった。これらのことは, オリエンテーションが有効であったということを示唆していると言える。しかしながら, すべての患者がオリエンテーションを必要としていたわけではなく, また, マンパワー不足から, 入院予約患者全てにオリエンテーションを実施できたわけではない。このことから, 今後はオリエンテーションを必要としている患者を見極め, 個別的な関わりを持ち, 対応していくことが必要であると考えられる。

テーマ: 看護師が捉えた業務改善によるベッドサイドケア充実への影響

研究者: ○三橋 幸子*⁴, 佐藤 千夏, 紺野 啓子, 庄司 幸世, 兼目 香, 東海林法子, 岩崎沙奈美, 城之内美子, 勝 京子

目的: 内科系混合病棟において, 様々な問題を解決するために申し送り時間短縮を中心とした業務改善を行った。その結果業務が円滑になったという直接の効果以上に「ベッドサイドケアが充実した」というスタッフからの意見が多く聞かれるようになった。そこで病

棟看護師が業務改善によって「ベッドサイドケア」がどのように変化したと捉えているかを明らかにし、業務改善によるベッドサイドケアの影響を考察した。

方法：病棟看護師7名で申し送り改善前後の状況をディスカッションし、記述された内容を基にディスカッションを繰り返して具体的な状況を追記した。意味内容の類似したものをまとめ、サブカテゴリー化、カテゴリー化を行なった。

結果：記述されたまとまり38、サブカテゴリー18、カテゴリーは7つに分類された。7つのカテゴリーは「受持ち看護師としての責任感」「希望に合わせ統一された丁寧なケア」「患者と直接関わる時間」「スタッフ間の連携」「時間管理」「精神的なゆとり」「スタッフ間でのケアの工夫」である。

考察：業務改善により受け持ち看護師としての意識は向上し、病棟の目標である患者の希望に合わせたケアが統一してできるようになった。ベッドサイドケアの充実、スタッフ間の連携や工夫、効率的な時間管理という業務改善の直接効果により時間的、精神的な余裕が生まれ、疲労感やストレスが軽減されたことによりもたらされたと考えられる。

テーマ：成人看護実習で実施している看護師同行実習の学習成果—テキストマイニングによる分析の試み—

研究者：○青木きよ子*¹、中島 淑恵、安井 大輔、吉田 澄恵、高谷真由美、桑子 嘉美、長瀬 雅子、池田 恵

研究目的：4年制看護系大学での看護実践能力の育成への取り組みとして、A大学の成人看護実習で実施している、看護師同行実習の学習経験についての記述内容の分析から看護師同行実習の学習成果を明らかにする。

研究方法：

- 1) 対象：研究協力の同意を書面で得られた学生の平成19年の看護師同行実習の記述内容：成人看護実習Ⅰ(周手術期看護)66名分、成人看護実習Ⅱ(慢性疾患看護)70名分の中の各々20名分
- 2) 分析方法
 - ・学習項目に該当する学生の体験内容を意味のあるひとまとまりの語句や文章を1データとして記述する。
 - ・テキストファイルマイニングソフト(トレンドサーチ2008：社会情報サービス社)で、語句の出

現頻度と、語句の関係をマッピング化する。

- ・出現頻度とマッピングについて共同研究者間で信用性を検討し成人看護実習Ⅰと成人看護学実習Ⅱの同行実習のマッピングで得られた構造を比較する。

結果・考察：トレンドサーチのコンセプトマッピングは、形態素解析の手法を採用し、抽出された用語の関連性をもとに平面上にビジュアルにマッピングする分析処理法である。マッピングから、成人看護実習Ⅰでは、手術を受ける術後の患者の理解や援助および看護師の役割についての学びが、成人看護実習Ⅱでは、患者の多様性の理解と個別性を考慮した援助および援助に関連する要素についての学びが構造化された。これらから、成人看護実習ⅠとⅡで行う同行実習の記述内容の違いが確認でき、両者で同行実習を行う意義の示唆が得られた。

テーマ：救急外来事例検討会の運営と参加者による評価

研究者：○吉田 澄恵*¹、野澤 陽子、山本 育子、堀内 奈美、加藤 清美、米山 ふみ、矢田 麻夏、斎藤伊都子、山下 篤美、堀江みどり

我々は、事例研究の経験から施設を超えた事例検討がもたらす副次的効果を実感してきた。そのため、今回は、救急外来(以下：救外)看護事例検討会を運営し、参加者の評価を調査した。2施設にコアメンバーを決め、参加者を救外経験のある看護師としてネットワークサンプリングで募り、事例提供者はコアメンバーかそのサポートを受けられる2施設の者に限定した。資料は終了後回収裁断処理し、記載・発言は個人が特定できないようにし、守秘義務の遵守を徹底した。調査紙を毎回配付し、個別投函返送とした。代表者と研究者所属施設の倫理審査を受けた。事例検討会は、3回行い、計6事例(長時間の電話相談、待合室の家族対応、外傷の初期対応、アルコール依存患者・家族対応、救外での看取り、言動の不可解な母親への対応)を扱い、延べ5施設44名の参加者を得て開催できた。回答は27名(61.3%)より得られ、ほとんどが全臨床経験年数、救外経験年数6年以上の者であった。参加動機は、救外看護に絞っていること、複数の施設の参加者がいること、身近な人が開催していることであった。運営への評価では、応用できる気づきの程度、意見交換や所用時間など10

項目すべて、5段階で4以上であった。事例ごとの気づきでは、家族や同行者への関わり、救外看護師内での協力、医師との協力等についての気づきが多く

みられた。その他、継続開催への要望や検討事例への意見等の自由記載があり継続の必要性が示唆された。

平成20年度順天堂大学大学院医療看護学研究科看護学専攻

修士課程学位論文要旨

急性・重症患者看護領域に勤務する看護師は看護をどのように捉えているのか

氏 名 青木 博美
研究指導教員 宮脇美保子 教授

本研究の目的は、急性、重症患者看護領域に勤務し、高度医療機器管理が必要な患者に関わっている看護師が看護をどのように捉えているのかを明らかにすることであり、半構造的インタビューを行った。

その結果、患者にとって高度医療機器が命綱であるという認識は共通していたが、経験の浅い看護師等は、患者と高度医療機器を切り離して捉え、高度医療機器の方に関心が向けられてしまい、患者をモノ化し、《生かされている人》として捉えていた。しかし、経験や先輩の支援により、人として患者を捉えられなくなっている自分に気づくことができていた。その次の段階では、患者は命綱としての高度医療機器の力を借りて《生きようとしている人》であり、普通の生活者である一人の人間であると捉え、高度医療機器を通して患者の体に今何が起きているのかを的確に読み取ったケアや、データやアラームを通して患者が発するメッセージを感じ取ることが出来る様になっていた。また、経験を積んだ看護師であっても、無意識のうちに患者を人としてみることが出来ず、業務をこなすことに関心が向けられることがあると語られていた。

高度医療機器を装着している患者を人として捉えることが困難となってしまう要因が多くあるICUでは、誰のために、何のために看護をしているのかを日々意識し、関心を常に患者自身に向け、患者を一人の生活者としてみることが常に意識化することの重要性が示唆された。

化学療法を受ける終末期がん患者を抱える家族員の思いに関する研究

氏 名 石川 弥生
研究指導教員 浅野美知恵 准教授

<目的> 化学療法を受ける終末期がん患者を抱える家族員の思いを明らかにし、終末期に化学療法を受ける患者の家族員に対する看護援助を検討する。

<方法> 1, 対象：都市部にある中核病院1施設の消化器内科病棟と呼吸器内科病棟に入院中の化学療法を受ける終末期がん患者を抱える家族員で、同意が得られた者。2, 調査方法：半構成的面接法と記録調査により行うデータ収集。3, 分析方法：質的・帰納的な分析法。

<結果> 対象は5名であり、平均年齢62.0歳であった。分析した結果、化学療法を受ける終末期がん患者を抱える家族員の思いの体験は、【化学療法の有害事象を危惧し化学療法に対して気持ちが揺らぎながらも化学療法に一抹の望みをかけ続ける】、【死期が迫った患者を抱えることに苦渋するも患者との生活を懇願し自分のあり方を摸索する】など7のテーマが見出された。家族員の思いの対象は、化学療法、患者の死などであり、時間の経過に伴って変化した。

<考察> 化学療法を受ける終末期がん患者を抱える家族員の思いの体験の様相は、有限の生の時間を連想させる治療に伴う症状やがん終末の苦痛緩和を祈るような気持ちで願う、予期悲嘆の過程で自分のあり方にも着目するなどが認められる。化学療法を受ける終末期がん患者を抱える家族員に対する必要な看護援助は、化学療法を受ける終末期がん患者のことを全て引き受ける覚悟をする家族員への看護援助などである。

局所療法を繰り返す再発肝がん患者が自分らしい生活を送るための困難と対処

氏 名 一瀬 直子
研究指導教員 浅野美知恵 准教授

<目的> 局所療法を繰り返す再発肝がん患者が体験している困難と対処を明らかにし、肝がん患者が自分らしい生活を送ることを支援するための看護援助を検討する。

<方法> 1. 対象：都市部にある地域中核病院一施設の消化器内科病棟と外来を利用する再発肝がん患者で、慢性肝炎を経て肝がんを発症し、医師から病名を告知され局所療法を2回以上経験し、同意の得られた者。2. 調査方法：半構成的面接と記録調査。3. 分析方法：質的・帰納的な分析法。

<結果> 対象は10名で、平均年齢は68.3歳であった。分析の結果、局所療法を繰り返す再発肝がん患者が自分らしい生活を送るための困難と対処の体験は、【死の恐怖をもたらす相次ぐ再発と闘う体験】、【周囲の支えに感謝し自己の役割を遂行していく体験】など5つの主題が見出された。再発肝がん患者が捉えた自分らしさは、再発治療を受けながらもこれまでと変わらぬ普通でいられるなどであった。

<考察> 局所療法を繰り返す再発肝がん患者が自分らしい生活を送るための困難と対処の体験の様相からは、生きることが脅かす死の恐怖から逃れたいという基本的欲求から、自己の役割遂行へと自己実現を果たそうと、より高次の欲求へ向かう成長が認められる。局所療法を繰り返す再発肝がん患者が自分らしくあるための要因は、自分を尊重できることなどが考えられる。看護援助は、繰り返す再発の意味づけを促進する援助などが必要である。

小児科外来で点滴を受ける子どもへの説明に対する母親の思いと期待

氏 名 大神 彰子
研究指導教員 小林八代枝 教授

本研究は、小児科外来で点滴を受ける2歳6ヶ月～6歳の子どもへの説明に対する母親の思いと期待を明らかにすることを目的とした。方法は15名の母親に対し半構成的面接法で行った。その結果、点滴の説明をした母親、していない母親に共通する思いは【治療が優先】であり、相違する思いは、説明をした母親は子ども中心の思い、説明をしていない母親は母親中心の思い、【説明できなかった】、【必要なかった】であった。母親が、子どもを中心に捉えた思いであるのか、母親を中心に考えた思いであるのかが、子どもへの説明の有無に大きく影響していた。また、医師・看護師への期待は思いと同様に、説明をした母親は子ども中心の思いからの期待であり、説明をしていない母親は母親中心の思いからの期待で、半数以上の母親は子どもへの説明は必要ないと捉えていた。また、母親は子どもが点滴のことを理解できる年齢は5歳前後であると考えていた。そのため看護師の役割として、母親の思いを受け止めたうえで、子どもの最善の利益を考え、子どもにこれから起こることを説明する必要があること、子どもの理解に合わせた方法で説明を受け、心の準備をすれば子どもなり理解し頑張れること、そのためには母親と看護師の協働が必要であることを母親に伝えることが必要である。そして、この協働が母親の力を引き出し、そのことが子どもの力を引き出すことにつながることを示唆された。

師長が困難と認識している問題とその取り組み ～大学病院看護師長の経験に焦点を当てて～

氏 名 勝 京子
研究指導教員 宮脇美保子 教授

本研究の目的は、高度医療を提供している大学病院の病棟師長に焦点を当て、師長が役割を遂行する上で、困難と認識している状況と解決への取り組みについて明らかにすることである。研究参加者は関東近郊の大学病院に勤務する病棟師長8名で、データ収集は半構造的面接方法を用い、分析はデータから病棟師長の経験に焦点を当て、解決に困難を要した内容について語られる経験、解決への取り組みを抽出した。その結果、病棟師長は組織運営上で重要な「安全性・経済性・効率性」を高める努力を求められる一方、病棟の責任者として「質の高い看護を提供する」ために、スタッフが「働きやすい環境を整える」ことを役割と認識していた。病棟師長が認識している困難な状況には【現場を動かせない状況】【現場を活性化できない状況】【危機に対応できない状況】【ワークライフバランスが崩れる状況】の4つが抽出された。これらは、一つ一つが独立して起こっているというよりも、現代医療が抱える課題の中で互いに影響し合っていた。また、こうした困難な状況を解決する取り組みは、【相談相手を見つける】【前向きに捉える】【発想を変える】【目標を導き出す】【自分の姿を見せる】【思考の「見える化」をはかる】【解決をあせらない】【医師との交渉を工夫する】【業務を見直す】【周囲に協力を求める】の10個が抽出され、さまざまな状況に合わせ問題解決への戦略としていることが示唆された。

採血を受ける幼児のケアにおける看護師の思い、意識、行動 －子どもの権利の視点から－

氏 名 金丸 美穂
研究指導教員 小林八代枝 教授

幼児の採血場面において「説明と同意」「意思の伝達」「家族からの分離の禁止」に視点をあて小児科病棟の看護師がどのように思い、意識し行動しているのかを明らかにするところを目的に看護師14名に半構造的面接を行った。「説明と同意」思い【今から起こることを明確に伝えよう】【子どもに説明をしても分からない】意識【子どもの年齢・個別性を考える】【処置をスムーズに行うことを考える】行動【今から採血があることとその意味を説明】【まずは母親に説明し同意を得る】【子どもへはオブラートに包んだ説明】「意思の伝達」思い【子どもの嫌だを共感する】意識【子どもの健康回復を考える】【子どもの行動を考える】【先を見通したケアを考える】行動【子どもの思いを汲み取り意思決定を促す】【採血を優先させる】【自己の看護体験から振り返り子どもへ伝える】【気を紛らわす】【穿刺の瞬間はみんなで覚悟を共有する】【子どもの取り組みを承認する】【気分を転換させる】「家族からの分離の禁止」思い【母親の心情を配慮する】【処置がスムーズに行えない】意識【母親の存在の意味を考える】行動【採血場面における母親の参加】の категория が構成され、看護師は子どもが理解や納得ができる説明、その後の子どもの反応を捉えながら子どもの頑張る力を引き出す対応していく。このプロセスに母親が参加する重要性が明らかになった。

全身性エリテマトーデス患者のセルフケア行動と自己効力感

氏 名 桑江久美子
研究指導教員 青木きよ子 教授

【目的】本研究では、全身性エリテマトーデス(SLE)患者のセルフケア行動と自己効力感の関連要因を明らかにする。

【方法】首都圏の大学病院に外来通院しているSLE患者200名に対し質問紙調査法を行い、郵送法で質問紙を回収し、記述統計、相関係数、重回帰分析等により検討した。

【結果】1. SLE患者のセルフケア行動として実施された項目は「定期受診」「服薬」などであった。セルフケア行動と関連があった背景要因は、年齢、職業、入院経験、社会活動の有無、療養上の困難、難病患者QOLであった。2. SLE患者の自己効力感と関連のあった背景要因は、SLE罹患期間、入院経験、療養上の困難、難病患者QOLだった。3. セルフケア行動と自己効力感で関連していたのは「人間関係を円滑にする」「社会資源の活用」であった。

【考察】1. SLEは治療薬の効果が高いため、患者も内服薬の重要性を理解しており、人間関係や仕事などでストレスをためることが病気に対して影響があることをSLE患者は理解していると考えられた。2. 自己効力感を維持する上で、自己効力感と関連が高くなっていった療養上の困難の低減をはかることが重要である。3. 社会のSLEに対しての理解や偏見をなくすような活動も必要であり、病気を前向きに受け止め、SLEであることを他者に伝えられ、あらゆる資源の活用を気兼ねなく活用できるよう支援していく必要があることが示唆された。

摂食・嚥下障害患者に関連する看護師の臨床判断力

氏 名 桑村 淳子
研究指導教員 青木きよ子 教授

本研究では摂食・嚥下障害の診断の有無で看護師は患者を観察する視点が異なるのかを明らかにし、それらがどのような看護師の特性によってもたらされるのかを明らかにすることを目的とした。首都圏の高齢者専門病院および一般病院に勤務する看護師85人を対象として看護師の経験や知識背景に関する項目、摂食嚥下障害リスク評価尺度を参考に作成した項目、看護婦の自律性測定尺度、コーピング尺度の内容で質問紙調査を行った。その結果、摂食・嚥下障害患者と判断する質問項目と摂食・嚥下障害患者を観察している質問項目には関連性がみられ、摂食・嚥下障害があると判断することができる人は摂食・嚥下障害患者のこともよく観察していた。また、摂食・嚥下障害に関連した廃用症候群や肺炎予防の知識がある看護師や就職後に摂食・嚥下障害に関する研修を受講した看護師は患者と接していて摂食・嚥下障害があると判断したり、観察したりすることができていた。そのため摂食・嚥下障害患者と判断したり摂食・嚥下障害患者を観察したりできるようになるには、廃用症候群や肺炎予防に関する知識をもち、就職後に摂食・嚥下障害に関する研修を受講することが必要であると示唆された。そのほか看護婦の自律性測定尺度の実戦能力にも関連がみられたので、摂食・嚥下障害患者に関連する看護師の臨床判断力には的確な看護実践を導く具体的な行動を行う能力が影響していると推察された。

C型慢性肝炎におけるIFN療法者のQOL尺度の開発とその関連要因

氏 名 堺 恭子

研究指導教員 青木きよ子 教授

【研究目的】 C型慢性肝炎におけるインターフェロン療法(以後IFN療法とする)者のQOL尺度の開発とその関連要因を明らかにする。

【研究方法】 肝臓病患者の患者会に所属しIFN療法を行っている200名を対象に郵送法による自記式質問紙調査を行った。IFN療法者のQOL尺度と他の質問項目との関連をスピアマンの順位相関係数、強制投入法による重回帰分析をおこなった。得られたデータは、統計ソフトSPSS Vor 16.0を使用し、有意水準は5%とした。

【倫理的配慮】 本研究は所属大学の研究等倫理委員会の承認を得て、書面と口頭で患者会の代表者に説明し、責任者会で了解を得て行った。

【結果】 本尺度を用いた101名のIFN療法者の因子分析結果では、6因子が抽出され、7割が説明可能であった。また、QOL尺度全体および因子毎のCronbach α 係数は高く、尺度の信頼性は確保されていた。IFN療法者のQOLとスピアマンの順位相関係数において有意差があった項目は、「家族・別居支援の満足度」、「治療情報の満足度」、「副作用」、「通院負担」、「IFN治療の選択」、「自己効力感」、「情動焦点型コーピング」であった。さらに重回帰分析により、「自己効力感」、「副作用」、「医師による治療情報の満足度」、「通院負担」がQOL関連要因のとしてあげられた。

【考察】 IFN療法者のQOLには、副作用だけでなく治療環境も含め多面的な要因が関わっていた。これらから、患者にとって支援の場であることを認識できるような外来看護を展開することが、QOLの維持・向上に寄与できると予測された。

臨床看護師の実習指導者役割体験の意味

氏 名 佐々木史乃

研究指導教員 村中 陽子 教授

本研究の目的は、臨床看護師の実習指導者役割体験の意味を、実習指導者の体験の記述を通して明らかにすることである。臨床で実習指導者役割を担う8名の看護師に非構成的面接を行い、得られたデータを質的記述的に分析した。その結果、【指導観】【環境調整】【ストレス】【やりがい】【自省と自己成長】という5コアカテゴリーが抽出された。これらの体験には順序性はなく、実習指導者は、【指導観】、【環境調整】、【ストレス】、【やりがい】等を体験しながら、実習指導に対する先入観や考えを【自省と自己成長】へと繋げている様相が導き出された。実習指導者は、学生にとって教育的な環境調整に最も気を使い、スタッフとの関係性に苦慮しており、その体験は対人関係スキルの向上に繋がっている。スタッフとの有機的なつながりは、対象者のケアに責任を持つという実習指導者の一義的な役割遂行において不可欠であり、看護の質向上にも繋がると考えられている。また、中堅という時期に実習指導者役割を付与され、自省と自己成長を体験することによって看護職継続の意思を高める可能性が示唆された。従って、看護師のキャリア発達の観点から、中堅看護師が担う実習指導者の地位を確立し、負担すぎない程度の新たな役割の挑戦へと導くことが重要である。さらに、その役割が十分に果たせるような動機付けと指導者経験を意味あるものとして積み重ねていけるようなシステム構築が求められる。

在宅療養者への看護師によるスピリチュアル・ケアの試み

氏 名 嶋田由枝恵
研究指導教員 安田美彌子 教授

看護師が、在宅療養者7名の研究参加者に対してスピリチュアル・ケア(トラベルビーの看護理論を活用して)をおこなった。研究参加者自身がスピリチュアル・ペインを軽減し、「病気とともに生きていくことの意味や希望」を見いだすことができるか、スピリチュアル・ケアの効果を明らかにすることを目的とした。分析は、初回と最終訪問回に質問紙FACIT-Spを実施し点数化し、ケアの前後における研究参加者の言葉や行動の変化を村田理論を適用し評価した。結果、FACIT-Spのケア前とケア後の平均点は、24.4点高くなり29%の伸びを示した。スピリチュアル項目の平均点は、11.3点高くなり55%の伸びを示した。研究参加者の言葉に、夢や希望を持つことや、人との関わりが自分を支えていることの大切さ等が語られるようになった。現在の自分の病や障がいを受容し、前向きに生きる行動がみられるようになった。よって、在宅療養者への身体的ケアやライフレビューによるスピリチュアル・ケアは、全ての研究参加者に効果的であった。

スピリチュアル・ケアは、「スピリチュアル・ペインを持つ人に、その体験にいかなる意味があるか、いかに立ち向かうか、その人自身が希望を見いだせるようケアすることである」。それは、「人と人との関わりの中で見いだすこと」であり、その中で失われた、「日常性を再構築」するようケアすることが示唆された。そして看護師がスピリチュアル・ケアを行うことの意義を見いだすことができた。

救急現場で働く看護師の「精神的問題を抱える患者」への思いと対応

氏 名 関 さと子
研究指導教員 安田美彌子 教授

三次救急病院に訪れる患者の中には、精神的問題を抱えつつ緊急を要する身体的な疾患のため来院する患者も多い。そのような患者に対する不全感をしばしば耳にし、どのような思いで看護や処置を行っているのか疑問に思った。

そこで、三次救急病院に訪れる患者の実態、患者に対する思い、行っている看護内容、「精神的問題を抱える患者」に対する思いの意味を検討する事を行った。考察として「精神的問題を抱える患者」の割合は都会に近い病院の方が多く、異なる多様性の傾向が認められた。受診理由は両病院とも大量服薬摂取患者が最も多く、アディクションを疑わせる患者も存在していた。抱く思いは「関わりたくない思い」で最も関わりたくないのは飲酒している患者であった。根底にはフラストレーション、ジレンマ、攻撃的な言動などがあり治療に協力しない中での救命処置を行う現状からである。また精神科勤務経験の有無により患者に対する思い方に違いがあった。本人の話聞くことを最も行っており「理解したい思い」や「前向きな対応」を行いたいとしていた。新たな展望に患者も家族も病んでいることに気づき現在のケアに満足できていない。原因には精神科医の24時間常駐、支援体制しくみ作り、看護師へのメンタルケアが必要であった。

大学病院における主任看護師の職位と役割に対する認識

氏 名 寺岡三左子
研究指導教員 宮脇美保子 教授

本研究の目的は、大学病院の主任看護師(以下主任)が、その職位や役割をどのように捉えているのかを、質的方法にて明らかにすることである。

その結果、主任は、師長とスタッフの間の懸け橋的存在として自らの職位を位置づけていることが分かった。懸け橋とは、現場の状況をリアルタイムに把握することが難しい師長と、現場で直接患者と関わるスタッフとの間にあるギャップを埋め、病棟組織が円滑に機能し、両者の相互理解を図ることであった。主任は、それぞれの役割期待を調整することに懸け橋としての存在意義を見出していた。また、スタッフが個々の能力を発揮し、質の高い看護を実践できるように「看護の現場を仕切ること」を最も重要な役割として捉えていた。その中で、主任は、スタッフへの細やかな気配りを行っており、それは、患者をケアするスタッフをケアし、病棟組織の中の人間関係を円滑にすることを意味していた。さらに、看護師として、また、リーダーとしてのモデルを示すことを通して、スタッフのキャリアに応じた関わりを行うことを重視しており、それが、看護の現場の質を高めることにつながると考えていた。得られた結果は、これまで明確にされていなかった主任の位置づけや役割を主任自身が理解することや、豊富な看護実践の経験をもつ主任が、その能力を活かし、やりがいをもって役割を遂行できるような組織のあり様を検討する上での一助になるものと考えられる。

アルコールベース速乾性擦り込み式手指消毒剤の使用による菌交代についての検討

氏 名 長富美恵子
研究指導教員 岩淵 和久 教授

アルコールベース速乾性擦り込み式手指消毒剤を大量に使用することで、アルコール耐性菌である *Bacillus cereus* (*Cereusu*) の手指における菌交代が起こる可能性について、アルコールベース速乾性手指消毒薬の払い出し量を基に分類した3群と、業務前グラム陽性球菌数で分類した3群で検討し、近年問題となっている血流感染予防対策を検討した。業務開始前および終了後のグラム陽性球菌検出数は、払い出し量の分類において少ない群が他の群に比べ有意に高かった。手指における菌全体に占める *Cereusu* の占有率では払い出し量の多い群が他の群に比べ有意に高かった。手指に検出されるグラム陽性球菌数での分類では、*Cereusu* の占有率が業務開始前および終了後に、10未満の群が100以上の群に比べて有意に高かった。今回、アルコール払い出し量の多寡によって *Cereusu* 数に変化が見られなかったことから、アルコール消毒により手指で菌交代は起こさないことが明らかとなった。一方、アルコール使用量の上昇に伴い手指における *Cereusu* の占有率が高くなることから、*Cereusu* が院内感染の危険因子となる可能性が示唆された。したがって、近年問題となっている *Cereusu* による血流感染を防止するためには、手袋使用の機会と種類を検討し、業務を見直すことが必要であると考えられた。

父親に対する育児支援 ～育児連帯感と父親の育児支援行動の関連から～

氏 名 長谷川聡子
論文指導教員 荒賀 直子 教授

本研究の目的は、父親と母親それぞれの感じる育児連帯感と、父親が母親に対して行う育児支援行動の関連性を明らかにし、父親に対する育児支援の方法を検討することである。生後3～4か月児の第1子をもつ父親および母親に自記式質問紙調査を実施し、父親・母親双方より回答の得られた84組を分析対象とした。

その結果、父親に育児連帯感を感じていると、母親も育児連帯感を感じていた。育児連帯感を感じている父親は育児にできる範囲で参加し、育児に対する熱意が高く、また育児連帯感を感じている母親は父親の育児参加に満足し、熱意が高いと認識していた。

父親および母親が認識している父親の育児支援行動と父親および母親が感じる育児連帯感では、特に情緒的支援行動と育児連帯感の関連性が認められた。情緒的支援行動は非言語的コミュニケーションや、曖昧性が認められる行動でもあり、父親と母親の間で認識の相違があった。

父親の育児参加阻害要因と父親および母親が感じる育児連帯感では、父親と母親で父親の仕事に対する認識が異なり、父親が育児に時間を割くことは母親の育児連帯感を高める要因となっていた。

これらのことから、父親が育児連帯感を感じながら育児参加するためには、父親が情緒的支援行動に対して理解を深め、コミュニケーションスキルを磨き、母親を尊重する態度で情緒的支援を行う必要性が明確となった。

住民主体の「高齢者いきいきサロン」の立ち上げに関する支援者の認識と課題

氏 名 林 淑子
研究指導教員 青木きよ子 教授

<目的> 本研究では、「高齢者いきいきサロン」立ち上げ支援の経過と、立ち上げ支援者の「高齢者いきいきサロン」に対する認識と課題を見出し、今後のサロンの立ち上げに利用可能な基礎資料を提示する。

<方法> 1. 「高齢者いきいきサロン」の立ち上げの経過に関する調査と、2. 「高齢者いきいきサロン」立ち上げ支援者うち、本研究への同意の得られた9名に半構成的面接調査を行い、内容の類似性に基づき質的帰納的に分析した。

<結果> A市における「高齢者いきいきサロン」の立ち上げは、18地区中4地区ではすでに立ち上げられおり、残りの14地区中、新たに2地区の立ち上げを成功に導くことができた。立ち上げの支援者は、サロンの意義を【他者との交流で閉じこもりを防止する場である】【健康や老いを支援する場である】と認識していた。サロンと老人会の関係、サロンの運営および、協力者としての民生委員については、多様な問題を認識していた。サロンの立ち上げの課題としては、【行政の支援が必要である】し、【サロン運営の資金・場所・支援者の確保をする】、【住民の主体性を重視する支援をする】ととらえてもいた。

<考察> 住民主体の「高齢者いきいきサロン」の立ち上げに際しては、旧来からの老人会との関係を見定めながら、区長の協力を依頼するとともに、民生委員を協力者とし、行政側から運営のための資金・場所・支援者の確保につとめ、継続的な支援が必要であることが示唆された。

産後1ヶ月時の母親の母乳不足感の要因と育児ストレスとの関連

氏 名 松田 玲子
研究指導教員 荒賀 直子 教授

本論文は、現在行われている母乳育児支援の改善と育児支援に生かす目的とし、産後1ヶ月時の母親の母乳不足感の要因、母乳不足感と育児ストレスとの関連について述べたものである。産後1ヶ月健診を受診した母親210名に対し、自記式質問紙調査を実施した結果、母乳不足感を感じている母親は、124名(73.0%)であった。そして、母乳不足感は、母親や周囲の人々の母乳育児に関する知識・技術不足から、母親が授乳に伴う困難やトラブルによって生じており、育児ストレスと関連があると推測された。これらのことから、母乳育児を推進し、育児不安の軽減をはかるためには、母親が退院時までに効果的な抱き方(ポジショニング)と含ませ方(ラッチオン)を習得させること、夫や母親を取り巻く周囲の人々に対しても母乳育児に関する知識、技術を指導し、少しでも母親が休息や気分転換の時間を確保し、負担を軽減できるようなサポート体制が整えられるように具体的な支援方法について指導することが必要であるということが示唆された。

Key Words : 母乳育児, 母乳不足感, 育児ストレス, 母乳育児支援

うつ病看護の専門性の研究

—新設うつ病看護精神科認定看護師へのインタビューを通して—

氏 名 南迫 裕子
研究指導教員 安田美彌子 教授

近年、我が国ではうつ病患者が急増している。また、精神科医療を取り巻く環境の変化に伴い精神科領域で働く看護師の役割も複雑多様化している。そのため、社会のニーズに応じていくため、うつ病患者に対する看護を確立していくことは、精神科領域に勤務する看護師にとって、喫緊の課題である。そこで、本研究は、うつ病看護の専門性を明らかにすることを目的とした。

研究方法は、精神科認定看護師に半構成的手法を用いてインタビュー調査を行った。研究参加者の看護師経験年数は平均16.3年であり、精神科看護歴は平均10.6年であった。1人あたりの面接時間は平均65分18秒であった。

得られたデータを質的帰納的に分析した結果、うつ病患者は、【うつ病患者を理解することの困難さ】【うつ病患者とかわることの困難さ】と捉えられており、うつ病看護の専門性は、【命を守ること】【自分らしさの取り戻しへの支援】【人生の立て直しへの支援】であることが明らかとなった。

また、うつ病看護の専門性を発揮していく上で、うつ病診断に伴う治療チームの混乱や看護師の最新知識の不足、看護師の自律性が保たれていない現状が浮き彫りとなった。うつ病看護の専門性を発揮していくための課題として、うつ病に関する動向や、最新の知識を持ち、タイムリーなケアを提供するとともに、各専門職の専門性が発揮しあえるような治療チームづくりをしながら看護職の自律性を高めていく必要があることが示唆された。

医療看護研究

Journal of Health Care and Nursing

投稿規定

I. 投稿資格

投稿者は、本学部の教員及び編集委員会(当面研究委員会がかねる)が認めた者。

II. 原稿の種類

原稿の種類は、総説・原著・研究報告・実践報告・その他であり、内容は次の通りである。

総説：特定のテーマについて多面的に内外の知見を集め、幅広く概観したもの。

原著：論理的かつ明確な構想に基づき得られた研究結果をもとに、新しい知見が論理的に示され、独創性があり、学術的な意義が明らかであるもの。

研究報告：内容的に原著論文には及ばないが、研究結果の意義が大きく、発表する価値が認められるもの。

実践報告：教育活動、医療看護実践の報告などで教育・医療看護実践の向上・発展に寄与し、発表の価値が認められるもの。

その他：学会参加報告等、編集委員会が認めたもの。

III. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。

IV. 執筆要領(和文)

1. 原稿の書式

原稿のサイズはA4版とし、40字×40行で印字する。

原稿提出の際は、オリジナル原稿およびコピー3部(表紙に論文題目のみ記載)を提出する。査読後の最終原稿には原稿を入力した電子媒体を添付する。

2. 原稿の長さ

投稿原稿の1編は、本文、図・表、文献を含めて下記の字数以内とする。超過した場合は、所要経費を著者負担とする。

・ 総説	16,000字(10枚)
・ 原著	16,000字(10枚)
・ 研究報告	11,200字(7枚)
・ 実践報告	11,200字(7枚)
・ その他	11,200字(7枚)

3. 原稿の構成

1) 表紙

論文題目、著者名、所属を和文・英文でつけ、希望する論文の種類、連絡先を記入する。

2) 要旨とキーワード

論文には、和文要旨(500字以内)と5個以内のキーワード(和文・英文)をつける。原著の場合は、英文要旨(300語以内)もつける。

3) 本文

(1) 1桁の数字は全角入力、2桁以上の数字は半角入力、欧文の大文字・小文字は半角入力とする。

(2) 各章の見出し番号は、I, 1, 1), (1), ①の順とする。

(3) 単位は、m, cm, mm, g, mg, l, ml等とする。

(4) 略語は慣用のものとする。一般的でない略語を用いる場合は、論文の初出のところで正式用語とともに提示する。

4) 図・表の作成

図・表はそのまま製版するので、ワープロ製図した原図(コピーは不可)とする。写真は鮮明な紙焼き(手札型以上)に限る。裏面に、標題・著者名を明記する。

図・表は本文とは別に1枚ずつ白紙に貼付して添付し、本文中に挿入する位置を指定する。印字例にて各自レイアウトし、原稿制限枚数内に納める。

5) 文献

文献は主要なもののみ限定し、印刷されたもの、入手可能なものが望ましい。引用文献は引用順に番号を付けて配列し、引用箇所には肩付

数字1)2)3)・・・を記入する。参考文献を入れる場合は、著者名のアルファベット順に末尾にまとめる。著者名は3名まで記載する。

欧文雑誌名の省略はIndex Medicusの省略名に準拠し、和雑誌名は省略しない。

<引用文献の記載例>

① 雑誌－著者名：論文名，雑誌名，巻(号)，頁－頁，西暦年。

例) 原田静香，荒賀直子，山口忍，他：地域看護学専攻における在宅ケア実習の評価－実習対象者の調査から，順天堂医療短期大学紀要，15，36-44，2004。

② 単行書－著者名：書籍名 版，発行所，発行地(東京の場合省略可)，頁－頁，西暦年。

③ 翻訳書－原著者名：原書名，原書発行年，翻訳者名，翻訳書名 版，頁－頁，翻訳書の発行所，翻訳書発行年。

④ ウェブページやPDFファイルからの引用はそのページのリファレンスとしての要件(URLが変化しない，誰でも閲覧可能など)を十分検討したうえで次のように行う。

• ウェブページからの引用－著者名(年.月.日)：タイトル<URL(Uniform Resource Locator)>。

例) 大谷和利(2001.4.9)：“一度に1人ずつの革命:再び「なぜMacが好きだと言わないのか？」” <http://www.zdnet.co.jp/macwire/0104/09/c_hangeworld.html>

• PDFファイル等の電子出版物－基本的に冊子体の雑誌の引用スタイルに準じて表記し，URLを明記する。

例) 太田勝正(1999)：看護情報学におけるミニマムデータセットについて．大分看護科学研究，1(1)：6-10<[http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf)>

V. 執筆要領(英文)

1. 英文による投稿は，参考文献，注，図，表も含め，原著8,000語，研究報告5,600語，実践報告5,600語，総説8,000語，その他8,000語を越えないものとする。

2. 投稿はAPA(American Psychological Association)，AMA(American Medical Association)，MLA(Modern Language Association)のいずれかに従って書かれていることを原則とする。

3. すべての投稿はA4用紙に上下左右に2.5センチ以上の余白を取り，半角80字×40行に設定し，Times New Romanを使用する。

4. 表紙をつけ，英語および日本語のキーワード(5つ以内)，タイトル，氏名，所属を記入すること。原著については英文300語，日本語500字の要約をつける。

1. **Original Articles** must not be more than 8,000 words in length, including references, notes, tables, and figures. **Research Reports** submissions should be not more than 5,600 words in length. **Practical Report** submissions should be not more than 5,600 words in length.. **Review Articles** should be not more than 8,000 words, and **Others** should be not more than 8,000 words.

2. Papers should be written following the publication manuals of APA (American Psychological Association), AMA (American Medical Association) or MLA (Modern Language Association).

3. All submissions must be typed on A4 or 8.5"x11" paper. Leave margin of at least 1 inch at the top, bottom, right, and left of every page. Set the lines as 80 strokes×40 lines. The font should be 12 point-sized Times New Roman.

4. The first page of the file should be a cover sheet that includes 5 or less keywords (English and Japanese), the title, author's name (s) along with affiliation (s). The author's name and identifying references should appear only on the cover sheet. Original Article should be attached with an abstract (no more than **300 words** in English and **500ji** in Japanese).

VI. 論文の採否

投稿原稿は査読を行い，編集委員会が原稿の採否，掲載順序を決定する。

VII. 校正

著者校正は初校のみとし，この際大幅な加筆修正は認めない。

VIII. 著者が負担すべき費用

掲載料は無料とする。

別刷りは30部まで無料とし，それを超える部数は著

者負担とする。その他、印刷上特別な費用(カラー写真等)を必要とした場合は著者負担とする。

Ⅸ. 著作権

本誌に掲載された論文の著作権は、順天堂医療看護研究会に帰属し、本会が電子化の権利を有する。

Ⅹ. 原稿提出先

〒279-0023 千葉県浦安市高洲2-5-1

順天堂大学医療看護学部内

医療看護研究 編集委員会

TEL 047-355-3111

FAX 047-350-0654

この規定は、平成15年7月15日より発効する。

平成20年7月1日 一部改正

平成21年6月4日 一部改正

Journal of Health Care and Nursing

ISSN 1349-8630 Iryō Kango Kenkyū 6(1), 1~132(2010)

Volume 6 No.1

Contents

March 2010

Original Article

- The Relationship between a Student's Cognition of Nursing Practice and Resilience, and Self-Esteem
YAMAGISHI Akiko, TERAOKA Misako, YOSHITAKE Yukie 1

Research Reports

- Edo Period Medical Prints in the Fry Collection at Yale University Harvey Cushing Medical Library
WATANABE Mikio11
- The Burden on the Family of Having a Hospitalized Elderly Relative with Dementia Be Informed of Cancer
SUGIYAMA Tomoko, WATANABE Keiko, SYODA Hiroshi
SATO Noriko, YUASA Michiyo22
- Learning Outcomes of At-Home Nursing Training and Directions for At-Home Nursing Education: Based on Visiting Nursing
Training
HIGUCHI Kieko, KAWANISHI Kyouko, HAMADUME Sachiko
ODAGIRI Miki29
- The Study of Perioperative Nursing in Patients with Congenital Diaphragmatic Hernia
ETO Chisato, HAGIMOTO Rieko, KURIHARA Akiko
NISHIDA Miyuki37

Practical Report

- Study of Nursing Case for the Promotion of Bedsore Recovery in the Undernourished Critical Patient in ICU
NOZAWA Yoko, USUI Kei, WATANABE Kazunobu44

Activity Report

- Management and Evaluation of a Four-Hospital Case Study Committee on Emergency Outpatient Nursing
YOSHIDA Sumie, NOZAWA Yoko, YONEYAMA Fumi
HORIUCHI Nami, YAMAMOTO Ikuko, KATO Kiyomi
YATA Asaka, ENDO Naomi, SHIMAJIRI Fumiko
SUZUKI Kozue, SAITOU Itsuko, HORIE Midori
YAMASHITA Atsumi50

Report

- The Need for a Team Approach to Medical Care in Light of Trends in Breast Cancer Surgery
SUGIYAMA Kazuyoshi57

Issue

- Guilt Reconsidered : A Study of Four Types of Guilt
YAMAGISHI Akiko64

Activity Reports of the School of Health Care and Nursing

- Collaboration between Training Supervisors and University Faculty in Offering Students Guidance during Clinical Training:
Report on the Workshop for Clinical Training Supervisors Held by the Juntendo University School of Health Care and Nursing
AOKI Kiyoko, KUDO Ayako, OKAMOTO Takahiro
TAKAYA Mayumi, HATTORI Keiko, HIGUCHI Kieko
YAMAGUCHI Shinobu, NISHIDA Miyuki, AOYAGI Yuko
OKADA Takao73
- Summaries of Lectures at International Exchange Programs81
- Report of the 18th Extension Lecture Series Program Held by Juntendo University School of Health Care and Nursing89
- Report of the 34th Medical Education Seminar and Workshop: "OSCE and SP Training in Nursing Education"
MURANAKA Yoko94
- Report of the Training Course in USA Held under the Program of Certified Nurse Specialists (CNS) in Oncology Nursing
ASANO Michie99
- 5th Research Conference on Health Care and Nursing103

Juntendo University School of Health Care and Nursing

2-5-1 Takasu, Urayasu, Chiba
279-0023, Japan