

会長講演

第10回看護実践学会学術集会

心に残った患者さんのひと言

才田 悦子

金沢医科大学病院 看護部長

日時 平成28年9月4日(日) 場所 金沢医科大学病院 医学教育棟

はじめに

本日は、多くの皆さまにお集まりいただき、第10回看護実践学会学術集会を開催できることを心より感謝申し上げます。また、この大役を与えていただいた稲垣理事長をはじめ、理事の皆さま、会員の皆さまに心より御礼申し上げます。スタッフ一同、この日のためにいろいろ準備してまいりました。皆さまにとって有意義な一日となるよう祈念しております。

さて、今年は4月に熊本県で大規模な地震が発生しました。その後も大雨や台風などの影響で多くの方が被災されています。先日は台風10号による大雨で、岩手県のグループホームの方9名全員が亡くなりました。本当に痛ましいことです。今も台風12号が近づいています。自然の前には、私たちの力は何と小さいことかと考えさせられます。多くの災害でお亡くなりになった方々のご冥福と一日も早い復興をお祈りしたいと思います。

1. 患者さんの語りに耳を傾ける意味

今年度は診療報酬が改定され、医療機関の分化・強化、連携が強く進められています。医療機能に応じた入院医療の評価では、重症度、医療・看護必要度が見直された他、チーム医療の推進、勤務環境の改善、医療従事者の負担軽減・人材確保など多くのことが改定されました。目先のことに振り回されているのは、何かを見失うのではないかと危惧を覚えるくらい、世の中がめまぐるしく動いています。こうした中で、私たち看護師は何を求められ、何を目指していくのか、いま一度立ち止

まって考える必要があるのではないかと考えました。

看護の本質を考えると、いろいろな資料を参考にしました。その中に、野口裕二の『物語としてのケア』¹⁾ というナラティブ・アプローチのことを書いた本があります。この中で野口は「病者は自らの病いについて語り、医療者はじっとそれに耳を傾ける。あるいは、医療者の語りに病者がじっと耳を傾ける。病者と医療者のかかわりは、相互の語りを通して展開していく。臨床の場とはすなわち語りによって成り立つ場である」と述べています。そこで、私たちは「患者さんの語り」をキーワードに選びました。

この「語り」について、野口はさらにこう述べています。「自分についての『語り』が、自分の人生物語の一節として日々書き加えられていく。あるいは逆に、何かを語ることで、すでに存在するきのうまでの人生物語に修正を加えたり変形したりすることもある。(中略)『いまだ語られなかった物語』を語ることで、新しい『自己物語』を生み、新しい『自己』を構成していく」。語ることで新しい自分が生み出されていくということでしょうか。

また、ヴァージニア・ヘンダーソンは『看護の基本となるもの』²⁾ の中で、「看護師にできるのはただ、看護を受けるその人にとっての意味における健康、その人にとっての意味における病気からの回復、その人にとっての意味における良き死、に資するようにその人が行動するのを助けること」と述べています。私たち看護師が支援するのは、

患者その人にとっての意味における健康であり、病気からの回復です。

私たちは、この患者の語りや、その人にとっての意味を基に看護を展開しています。患者や家族の言葉からその思いを探り、その言葉の裏にある本当の思いを読み取ろうとします。しかし、このようなことができるには、多くの知識や経験、深い洞察が必要となります。一人一人の顔や性格が違うように、看護師各自の捉え方は違うため、そこに看護の独自性が出ます。このような過程は、あたかも綿から繊維を引き出し、よりをかけて糸にし、それを縦糸と横糸にして一枚の布を織る作業に似ています。糸を紡ぐときには、その力加減で太い糸にも細い糸にもなります。糸の風合いや素材の持つ美しさなどが織り込まれ、世界に二つとない布が織り上がります。

私たちは世界に二つとない看護をしているのでしょうか。その患者の語る意味を看護に生かしているのでしょうか。このことを考えてみたいと思いました。そこで、この学術集会のテーマを「患者さんの語りからつむぐ看護」としました。いかに患者の声に耳を傾け、いかに患者に寄り添うことができるか、急性期や慢性期の現場で、声を発することのできない患者にどう向き合えばよいのか、皆さまと一緒に考えていきたいと思えます。

このテーマを受けて、シンポジウムでは「語りからつむぐ実践」をテーマに、急性期の現場・慢性期の現場・在宅医療の現場・教育の立場・患者の立場から、シンポジストに集まっただき、意見交換をしていただく予定です。

ランチオンセミナーには、日本中を笑いの渦に巻き込みながら、接遇のこつや会話のつぼを押さえていくWマコトのお二人をお呼びしています。

また、特別講演では、このテーマにふさわしいお話をさせていただきます。家庭のような病院づくりを目指し、患者固有の「ものがたり」に沿ったケアを追求し実践していらっしゃる「ものがたり診療所」所長、佐藤伸彦先生に『臨床とものがたりの力』と題して講演していただきます。ナラティブホームの物語をじっくりお聞きしたいと思います。

2. 心に残った患者さんのひと言

これから少し時間を頂いて、私自身の「心に残った患者さんのひと言」をお話ししたいと思います。2人の患者さんの事例を経験して、自分は看護師として何がしたいのかを自覚することができ

ましたし、新たに学ぶきっかけとなりました。

10年以上前に私が外来勤務をしていたとき、2人の患者さんから同じような言葉を聞きました。1人目は90歳の男性Aさんです。S状結腸がんや胆石症で3回手術をして回復した後、長年連れ添った妻を亡くし、長男一家と穏やかな日々を過ごしていました。

左肺の大きな転移がんの写真を前に、呼吸器外科の医師が言いました。「あとどのくらい生きたい?」。彼は静かに答えました。「もういいな」。諦めとも、やることはやったという達成感とも取れました。

当時、当院では訪問看護をしていたので、Aさんを当院の訪問看護につなぎました。在宅看取りに対する不安が強く、自宅での療養に否定的だった家族を、訪問看護師の介入によって最期まで支援することができました。こうしてAさんは、自宅で静かに息を引き取られました。葬儀を終えた後、Aさんの遺族は「どうなることかと思ったけど、最期まで家で過ごすことができて本当にうれしい。じいちゃんも喜んでいると思う」と言ってくれました。

2人目は73歳の男性Bさんです。奥さんと一緒に事業を立ち上げ、軌道に乗って楽になった頃、肺がんが見つかり手術をしました。翌年には胃がんを手術。肺がんが再発し、放射線療法や抗がん剤治療をしましたが、再発して3年後からは通院を拒否。外来から何度も通院するように呼びかけましたが、通院されませんでした。ある日、食事が取れなくなって来院しましたが、車から出るのを嫌がり、私が駐車場へ迎えに行っても診察を受けました。入院を勧められたとき、彼は言いました。「もういい」。自暴自棄のようで、どこか覚悟しているようにも感じました。

Bさんの在宅療養は、近所の開業医に往診を頼む形で行われました。開業医の段取りで在宅酸素や介護ベッドなどが即日設置され、開業医からの訪問看護師が手配されました。もともとかかりつけではなかったこの医師に、奥さんはなじめなかったそうです。数日後に病状が急変し、この開業医の依頼で救急車が呼ばれ、当院に救急搬送され、3日後に亡くなりました。

奥さんは「救急車で病院に行くのも嫌だったけど、『家で休んでいい』と言われたから家に行ったら、その間にお父さんが死んで、死に目に会えなかった」と言い、医療に対する不信感でいっぱいでした。この後3回にわたって奥さんの話を聞

かせてもらいました。奥さんは、在宅療養での不安や訪問看護師に対する不満や疑問、最期をそばで看取ることができなかった後悔など多くのことを話してくれ、「聞いてくれてありがとう」と言ってくれました。

野口はナラティブ・アプローチについて、「ケアするひととケアされるひとそれぞれの物語を生きている。患者だけが理解されるべき特別の物語を生きているわけではない。援助者もまた独自の物語を生きている。患者に大切な物語があると同様に、援助者にも大切な物語がある。両者は論理的に対価である」と述べています。このナラティブ・アプローチの視点で、自分の関わりを振り返ってみました。

3. Aさんと私の物語

Aさんの事例では、Aさんの意思を尊重することは、ご家族の意思を変えてもらうことでした。不安の強い家族に対して私の立ち位置は患者寄りであり、説き伏せようとすらしていました。実は、私とAさん一家とは道路を隔てたご近所、子ども同士が同級生ということもあり、お嫁さんとはよく立ち話をしていました。外来で初めてお会いしたときにAさんの病気のことを知ったので、お互いにびっくりしましたが、お嫁さんは在宅療養について「絶対無理」と言っていました。

私は仕事が終わると私的に訪問し、お嫁さんや子どもたちに会って話を聞きました。遠方に住んでいる親族の言葉に傷ついたことや、訪問看護師の説明によって在宅療養がよく分かったことなど、お嫁さんが在宅療養を受け入れていく状況をそばで見ることができました。「このまま静かに逝きたい」というAさんの自宅療養は、約1カ月続きました。結果は良かったとしても、家族の負担はかなりのものでした。訪問看護師がタイムリーに介入してくれました。家族でも訪問看護担当でもない私は、家族同様に在宅での看取りを経験させていただきました。私自身は姑を自宅で看取りましたが、看護師として在宅での看取りをテーマとする私の物語はこのAさんとの関わりから始まりました。

4. Bさんと私の物語

Bさんとの関わりは、肺がんが再発してからでした。糖尿病なのに好きなものを食べ、酒も飲むBさんは、「もう死んでもええんや」と言っていました。このようなBさんに対して食事指導をし

ていた自分は、Bさんに全く寄り添っていなかったのではないかと今は思います。駐車場に止めた車から出ようとしなかったBさんは、どんなに悲しかったでしょう。引きずり出すように診察室に連れて行った行為は、Bさんの生きる世界を知ろうともせずに通常業務を押しつけたにすぎず、「分かれようとしなない姿勢」だったと思います。ナラティブ・アプローチで言うところの「無知の姿勢」には程遠い状況でした。

Bさんが亡くなって1年近くたったとき、病院で奥さんに出会いました。奥さんは悲嘆の真ただ中にいました。私は大変戸惑ったことを覚えています。看護師としてどうしたらよいのかという疑問が大きく沸き上がり、どうしても奥さんの気持ちを知りたいと思いました。こうして奥さんへのインタビューが始まりました。

奥さんは、かかりつけ医への不満や、苦しがる夫を見ているのがつらかったこと、訪問看護師はただ注射をするだけでゆっくり話もしてくれなかったこと、さらには緊急入院して息を引き取ったときにその場になかったことなど、せきを切ったように医療者への不信感を話されました。インタビューは3時間近くになったこともあり、野口の言う「いまだ語られなかった物語」が語られたことにより、奥さんの「聞いてくれてありがとう」という言葉になったのではないかと思います。Bさんの物語が終わった後、奥さんの物語が後を引き継ぎ、それとともに私の新たな物語が始まった、というふうに「物語」が続いています。

5. これからの物語

『言葉がわれわれの生きる世界をかたちづくる』というのは社会構成主義の考えですが、理論を知らなくても現実には「言葉」「語り」「物語」に満ちています。

今後、超高齢化社会が進み、認知症の方も増えていく中で、私たちは専門職としてどのように患者の物語を受け取り、さらには援助者自身の物語に心を傾け、看護を実践していけばよいのでしょうか。この学術集会在これからの物語を考えていく機会になれば幸いです。

本日は私のささやかな物語から始めさせていただきました。深いテーマですが、皆さまと一緒に考えていきたいと思っています。今日一日が皆さまにとって良い日となりますことを願っています。ご清聴ありがとうございました。

引用文献

- 1) 野口裕二：物語としてのケアーナラティブ・アプローチの世界へ（第1版），医学書院，2002
- 2) ヴァージニア・ヘンダーソン：湯槇ます，小玉香津子訳，看護の基本となるもの（新装版），日本看護協会出版会，2014

特別講演

第10回看護実践学会学術集会

臨床とものがたりの力

佐藤 伸彦

ものがたり診療所 所長

日時 平成28年9月4日(日) 場所 金沢医科大学病院 医学教育棟

畳の上で死にたい、とはよく言われる。フローリングの上やベッドの上で亡くなったから思いがはたせなかったとはもちろん誰も思わない。

これは一種のメタファー（暗喩）である。

「畳の上」という言葉に、病院や施設の中ではないという思いが強く詰まっている。自分の慣れ親しんだ家で、生活の音や匂いの中に自分の居場所を見つけ、関係性の中で最後の時間を過ごしたいという思いなのだろう。

在宅医療はその思いを支援することが大きな使命でもあるが、なかなかエビデンスだけを念頭に置くと支援するすべが見つからない。

私はここで、まずものがたりの持つ力というものを最初に考えてみる。次でそれが必要となった時代の背景を考察してみる。最期にものがたり診療所での在宅医療実践について今、一番大切にしていることを述べてみよう。

ものがたりの力

モノガタリ、と聞いて皆さんは、竹取物語や源氏物語、いきものがたり、などを連想するであろう。英語ではストーリー、ナラティブといったところだろうか。この「ものがたり」という概念とその持つ力に言及したアメリカ合衆国におけるコミュニティアニズムの哲学者、アラスデア・マッキンタイア (Alasdair MacIntyre) の著書『美徳なき時代』¹⁾から考えてみる。

「〈理解可能な行為〉という概念は「行為」という概念よりも根本的」「行為の連続体が理解可能となるには、ある文脈が必要」(p.256)として

いる。この文脈のことが物語といってもいいであろう。

つまり、ある行為が理解可能であるためには、それをある「物語」の中に位置づけなければいけないのである。「私たちはみな自分の人生で物語を生きているのであり、その生きている物語を基にして自分自身の人生を理解している」(p.259)のである。別の言い方をすれば、私たちは自分の人生において、ある物語をつくっている。つまり「人間はその行為と実践において、本質的に物語を語る (story-telling) 動物」なのである (p.264)。

日本語で考えるならば、「腑に落ちる」という昔ながらの言葉が適切である。理詰めで展開される断片としてのエビデンスでは「わかった」という感覚にはならない。「頭に血がのぼる」という言葉もあるように、ややもすると逆上することさえある。一方、ある文脈（流れ＝物語）の中である行為同士を紡いで言った時の「そうだよ、そういうことってあるよね」という最後の納得の言葉は、決して妥協ではなく、実は本質をきちんと掴んだ言葉なのである。逆に言えば一見すると、辻褄が合わなかったり、関連性のないと思われている事柄が繋がっていき、一つの流れ（文脈）の中にストンと収まった時、人はわかったと思うのであり、その納得させる腑に落ちさせる力がものがたりの力なのである。

したがって、ものがたりもナラティブも、その意味は単に相手の話を聴く（よく臨床で使われる言葉では傾聴）ことでは決してない。

何も語らずただ寝たきりで生きている人も、何

を言っても通常の理解ができない認知症の方も、その人それぞれのそれまで生きてきた文脈（ものがたり）を紐解いていくことで、「ただそこにあるだけで良い」という感覚が得られるのである。

臨床の現場でふと悩んだ時、頭ではわかっているが腑に落ちる感覚が得られない時、このものがたりの理解を模索してみることは有用である。

生老病死の今昔、だんだん弱りの高齢者

次に、なぜ今ものがたりの力なのかを考えてみよう。最近急に現れた概念ではなく昔から存在していたはずである。しかし、ここに来て表舞台に出てきたのはおそらく、「ものがたりの力」が今の時代が求めるものであり、出るべくして出てきたものといっても過言ではないと私は考えている。

四苦八苦という言葉がある。本来仏教用語であり、ここでいう「苦」とは人間一人ではどうにもならないことを意味する。このうちの四苦は「生老病死（しょうりょうびょうし）」のことを言う。生まれ、老い、病を患い、死んでいくといことはどうにもならないということである。言い得て妙、私たちはまさにこの生老病死の中にいる。

この生老病死の期間をちょっと考えてみよう。平均寿命で見ると弥生時代は30歳、江戸時代は40歳である。ちなみに古代ローマは30歳弱と言われている。余談だが映画テルマエ・ロマエの中であれだけの年長者が出てくることは考えられない。さて、この平均寿命が男女とも50歳を超えるのは昭和22年である。昭和22年という時代は終戦後すぐの新憲法が施行された年である。その後着実に平均寿命は伸びていき平成25年初めて男女とも80歳を超える。その間の高度成長期の昭和52年ごろに在宅死と病院死の割合が逆転し現在は90%近い人が病院で最後を迎えている。

おそらく人間50年と考えられていた頃の生老病死という人の一生は、今から見れば実に濃縮された時間であったに違いない。最後の最後まで働き、現在のように定年後の第二の人生と言われるような時間はなかった。病を患い老いていくという間延びした時間の中で、決して健康ではない「だんだん弱り」の高齢者が増えていくのである。そして「介助+看護=介護」という言葉を社会は生み出した。

コンパクトな生老病死の中では、死んだらどうなるのかといった死後の世界への恐怖が第一だったに違いなく、地獄絵図がどこの家でも子どもたちのしつけの一助を担い、宗教が死後の世界を説

くことで身近にあった時代である。しかし、80歳の「だんだん弱り」の高齢者を多く作り出してきた今の時代、怖いのは死後の世界ではなく、病や障害を持ちながらも誰かに面倒を診てもらい、生き続けなければならない残りの「生」の時間なのである。その「生」の時間の恐怖を取り除いたのは宗教ではなく当初は医療であった。医学の進歩はめざましく多くの病気が病院に行けば治すことが出来るようになったのも事実である。そうなれば人はますます家にいる不安から、病院へ行く。しかし、医学という科学だけではその人たちを救うことが出来ないことに気が付かされていく。

医療モデルの失敗である。

人は必ず最後を迎える。それは平等に誰にでも100%訪れることである。それを考えると、「治す」という視点だけでは自ずと限界がある。人生の中で、いろいろなことが起きる。だんだん弱りの高齢者、皆それぞれがいろいろなものを背負って生きている。その一つ一つを、原因や目的などに求めても解決はしない。そこに何が必要か。

人間50年のコンパクト人生の時代からだんだん弱りの人間80年の約30年の時間を埋めるもの、そこに生きてきた、生きていく意義を見出すもの、それが「ものがたりの力」なのである。

命といのち

今最も臨床で大事にしていることである。

イノチには、漢字の「命」とひらがなの「いのち」があると思っている。

医師になりたての頃、特に救命救急をしていた頃の私は、救急車で運ばれてくるまさにストレッチャーの上にある「命」を救うことにまさに命をかけていた。運ばれてきた瀕死の人がこうなるまでどのような人生を歩んできたのか、子供はいるのか、家族関係はうまくいっているのか、そんなことは、まったくもってどうでもよかった。今思えばそういうことに思いを馳せるだけの余裕がなかったのかもしれないが、目の前の命を全力で救うためには、その「命」に集中する必要があったのも事実である。その時、私が救おうと思ったイノチは、おそらく漢字の「命」と表されるものなのだろう。これは生命体としての命、biologicalな命である。心臓がどのようにして動き、どのような役割を演じているのか、肺は、腎臓は、脳は、私たちが学校で学ぶ人体の解剖、生理、病態としての「命」である。そこには生命体の個性はない。正常を知って異常を学ぶ。その人がどんな価値観

を持った人なのか、どのような人生を生きてきた人なのかを問う余地はない。

一方でひらがなの「いのち」がある。ものがたられる人生としての「いのち」、biographical, narrativeないのちである。まさにものがたりの力で「いのち」である。

「命」も「いのち」もどちらも大事なのである。二項対立で考えるものではない。「命」をあつかうものとして、技術、知識は常に最新に磨きをかける必要がある。一方で「いのち」に向き合うものとして、病気はその人の全てではなく、その人のもつ一側面でしかないことを理解し、その人の、その人を語る家族の語りに耳を傾けることができる必要がある。

あるときは「命」に大きく傾くこともあるだろう。またあるときは「いのち」の比重が重くなることもあるだろう。元気な方がちょっと無理して肺炎になった。「命」を助けるために、酸素や抗菌剤を投与し時には人工呼吸器をつけることもあるだろう。90歳誤嚥性肺炎を起こした。昔から人工栄養だけはしたくないと家族に言っていたばあちゃん。「いのち」を救うために積極的な治療を差し控えることもあるだろう。

在宅医療の臨床の間ではこの「命」と「いのち」のバランスをとにかく意識していただきたい。命

に偏り過ぎれば、徒らな延命治療、治るのではないかとの幻想を描かせる医学となる。いのちにかたよれば、みなし末期、過少医療、医療費抑制医療となる。

この両極のどこに落とし所を持っていくのか、お互いの対話の中で模索する作業が、オーダメイドの医療、その人個別の、その人にあった医療ということになるのである

在宅医療なこの命といのちが複雑に絡み合う場である。

しかし、このバランスが取れることで在宅医療の質は格段に上がる。

これもまたものがたりの力なのである。

引用文献

- 1) MacIntyre A. : "After Virtue", second edition, University of Notre Dame Press, 1984 : 邦訳 アラスデア・マッキンタイア, 篠崎栄訳 : 美徳なき時代, みすず書房, 256-264, 1993

参考文献

- 1) 佐藤伸彦 : ナラティブホームの物語 終末期医療をささえる地域包括ケアのしかけ, 医学書院, 2015

原 著

2 型糖尿病患者が入院に至るまでの セルフマネジメント

The self-management type 2 diabetes patients have done before
hospitalization

小田 梓¹⁾, 近藤 考朗²⁾, 中村 明由佳³⁾
猪爪 萌³⁾, 稲垣 美智子⁴⁾, 多崎 恵子⁴⁾, 藤野 陽⁴⁾

Azusa Oda¹⁾, Takao Kondo²⁾, Ayuka Nakamura³⁾
Megumi Inotsume³⁾, Michiko Inagaki⁴⁾, Keiko Tasaki⁴⁾, Noboru Fujino⁴⁾

¹⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻, ²⁾公立学校共済組合北陸中央病院

³⁾金沢大学附属病院, ⁴⁾金沢大学医薬保健研究域保健学系

¹⁾Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

²⁾Hokuriku Central Hospital, ³⁾Kanazawa University Hospital

⁴⁾Faculty of Health Sciences, Institute of Medical, Pharmaceutical and Health Sciences, Kanazawa University

キーワード

2 型糖尿病, セルフマネジメント, プロセス, つまづき

Key words

type 2 diabetes, self-management, process, failure

要 旨

本研究は2型糖尿病患者が入院に至るまでに行ったセルフマネジメントを明らかにすることを目的とした。入院中の2型糖尿病患者に半構成的面接を行い、入院前に行っていたセルフマネジメントについて、質的に分析した。その結果、3のカテゴリーと10の概念でセルフマネジメントのプロセスを説明できた。また、各プロセスを構成するカテゴリーおよび概念に対し、13の影響因子でその構造を説明した。今回の対象患者は全員が糖尿病悪化の原因を特定できており、その後、“意欲がなく取り組まない”、“意欲はあるが行動を起こさない”、“思い思いの対処”という3方向のプロセスをたどっていた。このうち“思い思いの対処”のプロセスをたどった場合、“対処からつまづきそのまま入院”、“対処とつまづきを繰り返して入院”、“対処後継続したがつまづき入院”に分かれていた。以上より、対処しない2つ、対処する3つ、計5つのプロセスを持つセルフマネジメントの様相が描かれた。

Abstract

This study aims to clear what kind of self-managements have been done before type 2 diabetic patients have been hospitalized. We conducted semi-structured interviews to patients with type 2 diabetes who were hospitalized, and have analyzed the data got from 21 patients. We have analyzed self-managements patients with type 2 diabetes did before being hospitalized using the data taken by qualitatively approach. As a result, it is possible to explain the process of self-management with 10 concepts and 3 categories. Further, we have tried to explain each item which constitutes processes describing the structure with 13 influence factors. The causes of diabetes getting worse were determined from all those target patients. They followed 3 directions of processes “having no motivation so no deal”, “having motivation but not to take action” and “having their own ways of coping”. If they follow the process of “having their own ways of coping”, they are divided into 3 types of “having been hospitalized soon after having failed to deal”, “having been hospitalized after they had repeatedly coped with and failed to deal” and “having been hospitalized even after they continued to cope but failed”. Accordingly there are 2 processes of not dealing with their life treatment and 3 processes of dealing with their treatment, so we have concluded 5 processes.

はじめに

2型糖尿病は食事内容の変化や運動習慣の変化に伴い近年増加しており、糖尿病が強く疑われる者は約950万人、予備群をあわせると約2,050万人である¹⁾。糖尿病は生涯付き合っていかなければならない慢性疾患であり、患者の治療への取り組みによって予後が大きく変化する。そのためにも糖尿病患者は、自分の生活に折り合いをつけながら療養行動を続けていくことが望ましい。しかし実際は血糖コントロール不良となる患者が多く見受けられる。

患者は様々な病態の変化に対応し、自分なりのマネジメントを行い、対処している。しかし、そのマネジメントが適切ではなくなり、血糖コントロール不良となった場合には入院に至る。したがって患者はセルフマネジメントを行いつつ、それがうまくいかなることを経験し、その結果入院に至るのではないかと考えた。

先行研究^{2) 3)}では、血糖コントロール不良となる要因は明らかにされているが、血糖コントロールが乱れ、すなわちコントロール不良となった患者が入院に至るまでの行動をプロセスとして表したものはない。研究者は、セルフマネジメントはプロセスを持っているものと考え、患者が入院に至るまでに行ったセルフマネジメントを明らかにすることを目的に本研究を行った。

用語の定義

セルフマネジメント⁵⁾：患者が自分の病気の療

養をよりよい状態にするために、自分に起こっている課題を的確にアセスメントし、知識・技術をテーラーメイドして、生活に組み込みながら、療養行動を立て直し課題を解決すること。

研究方法

1. 調査期間：2011年8月中旬～同年10月上旬
2. 調査対象：A市内の1医療施設に入院している2型糖尿病患者23名。診断後、血糖コントロール不良となり血糖管理目的で入院となった患者。
3. 調査方法：医療施設の看護責任者と病棟師長に研究趣旨、方法を文書および口頭で説明し、患者の紹介を依頼した。病棟師長から紹介された患者に対して、医療施設に研究者が赴き、直接説明し同意を得て、研究者2名（主として1名が質問を行い、もう1名が患者の表情や特記事項などについて書き取りをした）により半構成的面接を実施した。面接内容は許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。録音の許可が得られなかった場合、筆記による記録とした。

4. データ収集方法

1) 基礎情報：性別、年齢、HbA1c値、受療期間、薬物治療、合併症、他疾患、入院歴、同居家族、仕事をカルテよりデータ収集した。

2) セルフマネジメントに関するデータ：安酸⁵⁾を参考に半構成的な質問項目を作成。入院に至った原因、入院直前の生活の様子、コントロール不良のきっかけについて、これらを患者に自由に語ってもらった。

5. 分析方法：質的手法を用いた。入院に至った2型糖尿病患者のセルフマネジメントのプロセスを明らかにすることをテーマとし、マネジメント不足で入院に至った2型糖尿病患者に焦点を置いた。分析は、半構成的面接により得られたデータを分析ワークシートに記述して概念化およびカテゴリー化をすすめ、結果図として示した。さらに、生成された概念およびカテゴリーについて生データを振り返ってそれぞれに影響する因子を見出した。本研究はセルフマネジメントのプロセス性ととともに、プロセスを構成する概念・カテゴリーに対する影響因子を明らかにすることを目的とした。

6. 倫理的配慮：対象者には①研究の趣旨、方法、所要時間、②自由意思での参加、不参加の場合にも不利益とならないこと、③匿名性、④個人情報情報の厳守、⑤本研究以外にデータを使用しない、⑥研究終了後にデータを破棄すること、以上①～⑥を口頭、文書にて説明した。また、金沢大学医学倫理審査委員会の承認を得た。(承認日：平成23年8月2日、承認番号：HS23-3-1)

結 果

I. 研究対象者の概要

研究対象者は平均年齢±SD (range) : 65.7 ± 7.7 (51 - 82) 歳で、平均受療期間±SD (range) : 17.3 ± 14.0 (1 - 50) 年であった。面接所要時間の平均は37分1秒であり、23名のうち2名は除外基準に一致したため、分析対象者を21名とした。属性は表1のとおりであった。

II. 2型糖尿病患者が入院に至るまでのセルフマネジメントのプロセス

2型糖尿病患者のセルフマネジメントは5つのプロセスと10の概念および3のカテゴリーによって描くことができ、それらに関連する13の因子で説明された。文中ではカテゴリーを《 》、概念を【 】で表し、以下に説明する。

1. プロセス全体の概要

2型糖尿病患者が入院に至るまでのセルフマネジメントは、5つのプロセスによって描くことができた(図1)。まず、血糖コントロールが乱れた際、患者は【糖尿病悪化の原因を特定する】ことから始める。次いで、《思い思いの対処》をするか否かにより3方向のプロセスに大別される。そのうち《思い思いの対処》をすることがないのは、①【意欲がなく取り組まない】、②【意欲はあるが行動を起こさない】の2つがあり、どちら

表1 分析対象者の属性

		n=21
	項目	人数(%)
性別	男	11 (52.4)
	女	10 (47.6)
年齢：平均±SD (歳)		65.7±7.7
HbA1c：平均±SD (%)		8.0±2.4
受療期間：平均±SD (年)		17.3±14.0
薬物治療	なし	2 (9.5)
	経口薬	7 (33.3)
	インスリン	12 (57.1)
合併症	有	12 (57.1)
	無	9 (42.9)
他疾患	有	20 (95.2)
	無	1 (4.8)
入院歴	初回	4 (19.0)
	複数回	17 (81.0)
同居家族	有	16 (76.2)
	無	5 (23.8)
仕事	有	4 (19.0)
	無	17 (81.0)

もそのまま入院に至るプロセスであった。一方、《思い思いの対処》をするのはつまずきを経験して入院に至っていた。つまずきまでの行動により3つの方向に別れており、③《思い思いの対処》はするがその後すぐ《つまずき》に至る、④《つまずき》と《思い思いの対処》を繰り返す、⑤《つまずき》までに《療養行動の継続》を行っている3つのタイプが見出された。

2. 2型糖尿病患者が入院に至るまでのセルフマネジメントを描いたストーリーライン

入院に至った2型糖尿病患者は自分の入院前の生活を振り返り、糖尿病のコントロールがうまくいかなかったことに対して思い当たる節を見つけ【糖尿病悪化の原因を特定する】。このことは本研究ですべての患者に関して観察された。

それに対し、まず悪化の原因を特定しながらも【意欲がなく取り組まない】患者はそのまま入院に至る。この患者は生活を変えようという意識が見られず療養行動をとらない。また、同様に悪化の原因を特定してはいても【意欲はあるが行動を起こさない】患者もそのまま入院に至る。この患者は療養生活において自分が行うべきことを認識しており、対処しようという意欲はあるものの実

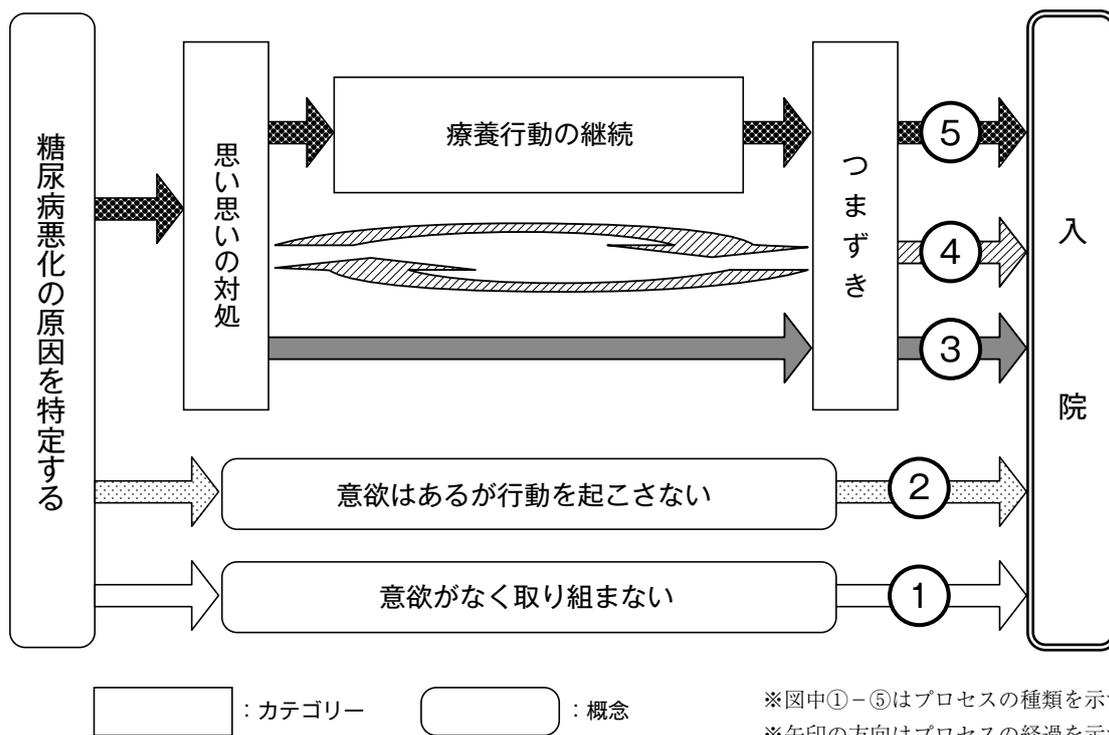


図1 入院に至るまでのセルフマネジメントの概要

行に移すことはない。これら2つのプロセスは【糖尿病悪化の原因を特定する】を経て対処することなく入院に至るプロセスである。

一方で【糖尿病悪化の原因を特定する】を経て、《思い思いの対処》をする患者が入院に至るまでのプロセスがある。《思い思いの対処》には、自分で何らかの療養行動をとる【自分で対処する】と、療養行動を成立させるために周囲の援助を得る【重要他者に依存する】の概念で構成される。そこから3つのプロセスに分かれる。1つ目に《思い思いの対処》をしたのち、【取り組んだが挫折する】や、【自己判断で治療変更、中断する】が起こり、そのまま《つまずき》、入院に至るプロセスがある。2つ目は何らかの対処をしていたがどれも一時的で、つまずいては対処しそれを繰り返すことで結局《つまずき》、入院に至るプロセスである。3つ目は【情報通り実践している】ことで情報を療養行動に反映させる、また【生活に組み込んでいる】ことで情報を生活に取り入れやすいように工夫する、さらに【自ら支援体制を整える】ことで療養生活のもととなる環境を整えるなど、《療養行動の継続》を構築していた。しかし、覆しがたい影響によって最終的に《つまずき》、入院に至るというプロセスである。これら3つはマネジメント不足から立て直そうとしたプ

ロセスである。以上、計5つのプロセスを描くことができた。

3. プロセスを構成する概念およびカテゴリーとその定義を表2に示した。以下に、カテゴリーと概念を用いて、5つのプロセスの特徴を説明した。各プロセスの代表的な生データを斜体で示した。

1) 【意欲がなく取り組まない】プロセス

このプロセスを踏む患者は、療養行動を取ろうという意欲がなく、問題は特定できても療養行動をとらない。

・…ほっといた。痛くもかゆくもないし。それと同時に、ちゃらんぼらんにしとった。

・糖尿はもういいんじゃないかって、何も言われなかったんで薬ももらわなかった。

・ほとんど運動っていうのは、そういや、今になってそれが原因かな？ほとんど運動してませんわ。

(じゃあ特に糖尿病に対して何か頑張ったっていうことは…?)

・あ、それはないですね。自分で正直言っただけ。

2) 【意欲はあるが行動を起こさない】プロセス

このプロセスを踏む患者は、糖尿病治療のために何かを変えようという意欲はあるが、認識通り

表2 プロセスを構成するカテゴリーと概念

カテゴリー	概念	定義
	糖尿病悪化の原因を特定する	自分の入院前の生活を振り返り、糖尿病悪化の原因に目星をつける
	意欲がなく取り組まない	療養行動を取ろうという意欲がなく、自ら行動を起こすことがない
	意欲はあるが行動を起こさない	糖尿病治療のために自分が行わなければいけないことを認識し、取り組む意欲はあるが実行に移さない
思い思いの対処	自力で対処する	自分で何らかの取り組みを行う
	重要他者へ依存する	療養行動を成り立たせるために周囲からの援助に頼る
療養行動の継続	情報通り実践している	得られた情報をそのまま療養行動に取り入れている
	生活に組み込んでいる	療養行動を行う際に得た情報を、自身の生活に取り入れやすいように工夫、または選択している
	自ら支援体制を整える	療養行動への支援が必要だと感じ、自ら働きかけ環境を整える
つまずき	取り組んだが挫折する	療養行動を行っていたが、取り組みを継続することができなくなる
	自己判断で治療変更、中断する	体裁や煩わしさ、低血糖への不安などの理由から自己判断で薬の量・回数を変えたり中断したりする

の実行が出来ない。

・変えようという意識はあった。だから、自分らが聞きたいっていうかそういうようなことを自分のなかでは思っていた。でも結果的には変わっていない。

・わしはその、指導してくれってことをなんべんもいうとる。個人的にな。これ食べたらかこれ何gだから食べたらかあきませんとかそんなこと言うたってわしら、そんなもん計って食うもんちゃうねん。

3) 《思い思いの対処》をした後すぐ《つまずき》が起こるプロセス

このプロセスでは、コントロール悪化の原因に思い思いに対処をするが、すぐにつまずいていた。《思い思いの対処》は、【自力で対処する】、【重要他者へ依存する】で構成されていた。《つまずき》は、【取り組んだが挫折する】、【自己判断で治療変更、中断する】で構成されていた。

・間食だとか食事だとかそうたとえば塩分の強いものだとか味の濃いものそういうのは遠慮してたんだけども…でも少しくらいだったら大丈夫かな、とかまた間食でも大丈夫かな、まあ結局それが習慣づいたから常に毎日そういうのくりかえすわけで

4) 一時的な《思い思いの対処》と《つまずき》を繰り返すプロセス

このプロセスでは、コントロール悪化の原因に何らかの対処をするがそれが一時的なものであったためにつまずき、再度対処するが継続できず、対処とつまずきを繰り返していた。このプロセスを踏む患者はつまずいた現象に対処しているのみであり、継続にまで至っていなかった。

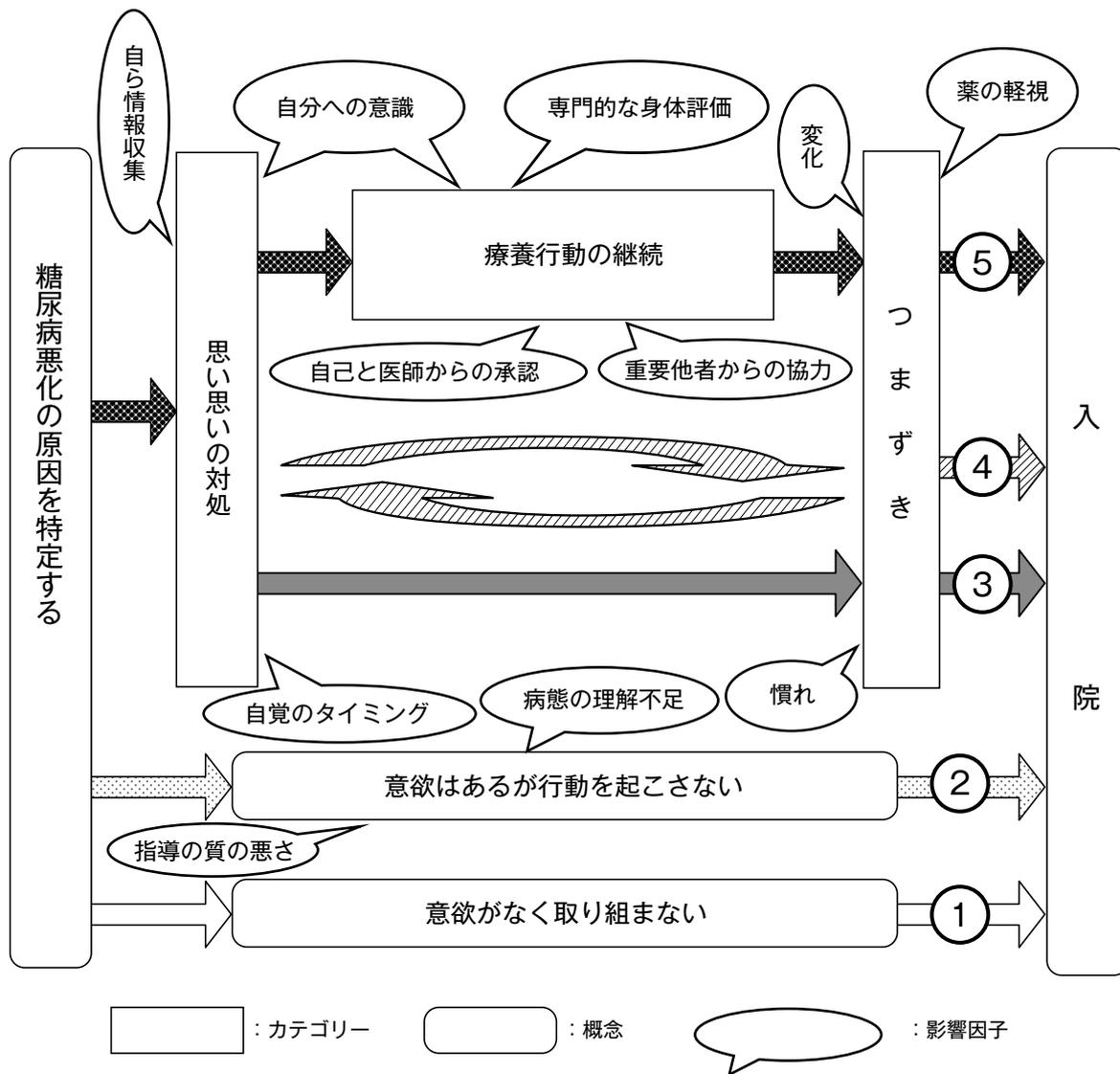
・なんかそれも合わなく～胃にくるんですよ～。もたれたりー、そんでやめてー。だから、いろいろやってたんですけど途中ですぐころころ変わりましたね。

5) 《療養行動の継続》を獲得したのち、《つまずき》に至るプロセス

このプロセスでは、患者は対処後《療養行動の継続》を経るが、つまずいていた。《療養行動の継続》は、【情報通り実践している】、【生活に組み込んでいる】、【自ら支援体制を整える】で構成されていた。

・1週間にいっぺんは校下のそういう歩く教室でもないけどグループ。そこに参加して1時間ほど歩く。……心筋梗塞を起こしてからその(歩く)教室をやめたんです。

・はじめはね。(はかり使ってカロリー計算)でも今じゃだいたい慣れたから、だいたいこんなもんやって思って、いちいち測らんでも……野菜やコケ類はあんま気にせんわ。……私このころはベテランになってだいたい目分量や。



※図中①-⑤はプロセスの種類を示す
 ※矢印の方向はプロセスの経過を示す

図2 入院に至った2型糖尿病患者のセルフマネジメントのプロセスの結果図

4. セルフマネジメントのプロセスに影響を及ぼす因子

影響をおよぼす因子を加えたプロセス全体を示した結果図は図2の通りであった。

5. セルフマネジメントのプロセスに影響を及ぼす因子の説明

5つのプロセスを構成するカテゴリーおよび概念に影響する因子は表3のとおりであった。ここで、表2ではプロセス上にあるカテゴリー・概念を説明しているのに対し、表3では1つ1つのカテゴリー・概念に影響する因子を説明する。

プロセスを構成する項目に対する影響因子を<>で表し、以下に説明する。

1) 【意欲がなく取り組まない】に影響する因子

<医師の言葉を治療不要と解釈>であった。医師の発言から、自分は糖尿病の治療が必要ないほど改善したと思いこみ、療養行動の必要性が薄らぐことが影響していた。

2) 【意欲はあるが行動を起こさない】に影響する因子

<指導の質の悪さ>と<病態の理解不足>であった。医療者からの具体的な指導がなかったことや指導内容が自分に合わなかったとする<指導の質の悪さ>、糖尿病の知識不足により自分の状態を分かっていなかったため、具体的に何をしてよ

表3 セルフマネジメントに影響する因子

プロセスを構成する項目	影響因子	影響因子の要素	定義
意欲がなく 取り組まない	医師の言葉を治療 不要と解釈		医師の発言を、自分は糖尿病の治療が必要ないほど改善したと 感じとり、療養行動の必要意識が薄らぐ
意欲はあるが 行動を起こさ ない	指導の質の悪さ		コントロールが乱れたのは医療者からの情報や指導内容が自分に 合わないからだと考えている
		病態の理解不足	自分の状態を分かるだけの糖尿病の知識が不足している
思い思いの 対処	自分への意識	過去の体験・思いがある	過去の疾病や入院経験が、療養行動の内容、姿勢に影響している
		なりたい自分がある	今後こうなりたい・こうしたいという思いをもっている
	自ら情報収集		糖尿病治療について関心を持ち、本・TV・週刊誌・友人・糖尿 病患者から療養生活に必要な情報を得ようとはたらきかける
	自覚のタイミング		生活を振り返り、自分自身の状態を理解するきっかけがある
療養行動の 継続	自分への意識	過去の体験・思いがある	過去の疾病や入院経験が、療養行動の内容、姿勢に影響している
		なりたい自分がある	今後こうなりたい・こうしたいという思いをもっている
	専門的な身体評価	医師の評価のみが指標	糖尿病コントロール良否の判断を自分ではなく医師にゆだね、 それを自分の基準とする
		自己評価	自分の生活や療養行動を、身体状況と照らし合わせて評価する
	自己と医師からの 承認	医師に見せることによる やる気	医師から定期的に診察や血糖チェックを受けることが療養行動の 継続への意欲につながっている
		成功体験	過去の取り組みの中での成功体験が療養行動への意欲につながっ ている
	重要他者からの 協力	家族からの協力	家族から療養行動に対する援助を受けている
周囲からの協力		家族・医療者以外から療養行動に対する援助を受けている	
つまづき	変化	環境の変化	治療への取り組みに影響を及ぼす外因的な療養環境の変化がある
		身体の変化	他疾患を持つなど療養行動に影響を及ぼす身体的な変化がある
		年齢による変化	療養行動に影響を及ぼす加齢に伴う身体的・心理的变化がある
	慣れ		糖尿病歴が長くなるにつれて療養行動の管理が甘くなる
薬を軽視		薬を重要視しないあまり、飲み忘れ、打ち忘れ、中断が起こる	

いかわからないという＜病態の理解不足＞が影響
していた。

3) 《思い思いの対処》に影響する因子

＜自分への意識＞、＜自ら情報収集＞、＜自覚
のタイミング＞であった。＜自分への意識＞は過
去の疾患や入院経験から対処行動をしておくべき
だったと反省し糖尿病に対する姿勢も見直す「過
去の体験・思いがある」と、合併症が起きないよ
うにしたい、血糖コントロールを良好にしたいと
いう未来への展望から自分の療養行動を見つめる

「なりたい自分がある」で構成されていた。また、
糖尿病治療について関心を持ち、自ら本・TV・
週刊誌・友人・糖尿病患者から情報収集を行う＜自
ら情報収集＞、薬の導入などをきっかけに自分自
身の状態を理解し、食生活や体重に気をつけるよ
うになり、生活を振り返る機会がある＜自覚のタ
イミング＞が影響していた。《思い思いの対処》
をするために、患者は糖尿病を自分のこととして
受け止め、見つめていた。

4) 《療養行動の継続》に影響する因子

＜自分への意識＞、＜専門的な身体評価＞、＜自己と医師からの承認＞、＜重要他者からの協力＞であった。＜専門的な身体評価＞は血糖評価を医師に任せ、その善し悪しで生活を変える「医師の評価のみが指標」と、血糖や体重など自分なりの判断基準を持ち、療養行動を行っている「自己評価」とで構成されていた。＜自己と医師からの承認＞は血糖測定したものを医師に見せなければならぬという義務感が療養行動を支えている「医師に見せることによるやる気」と、自分の取り組みに対し達成感を感じ意欲につながる「成功体験」で構成されていた。＜重要他者からの協力＞は家族や友人、自分をとり囲む人々からの援助を受けている「家族からの協力」と「周囲からの協力」で構成されていた。

5) 《つまずき》に影響する因子

＜変化＞、＜慣れ＞、＜薬を軽視＞であった。＜変化＞は、重要他者の喪失、引っ越しなどの「環境の変化」、身体の不都合により療養行動が継続できなくなった「身体の変化」、年だからという諦めと嗜好の変化による「年齢による変化」の3つの要素で構成されていた。療養行動を継続していた患者でも、これらの＜変化＞に対応できていなかった。＜慣れ＞とは、長い病歴から療養行動に慣れが生じ管理が甘くなることであった。＜薬を軽視＞とは、薬を重要視していないため、薬への煩わしさや自己注射に対する嫌悪感が、飲み忘れ、打ち忘れ、中断につながることであった。この《つまずき》に関わる因子は1つでも入院へと移行していた。

考 察

1. セルフマネジメントのプロセスを描けたことについて

本研究では、2型糖尿病患者が入院に至るまでにたどる5つのプロセスを見出し、それによって、入院に至るまでに2型糖尿病患者が行ったセルフマネジメントのプロセスを説明することができた。

村上ら³⁾は糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因を報告したが、外来通院を上手く続けられている患者を対象としていることや、研究の視点にプロセス性はなく一時的なものであった。中村ら⁴⁾は自己管理行動を、「糖尿病の治療のために自己の意思で実践する行動理論のこと」としている。本研究では、

・何か運動を取り入れようっていうようなこと

で通常こういう時期だったら、自転車で通勤して…冬場だったら昼休みに無理やりこう歩くっていう

・野菜の摂取がちょっと足りないんで、…青汁飲んだりしてたんですよ

の語りにあるように、患者自身が課題をアセスメントし、自分の生活に組み込むために知識・技術をテーラーメイドするセルフマネジメントの様相を明らかにした。これらの視点は本研究のオリジナル性であると考えられる。

また、東里ら⁷⁾は、入院時、糖尿病悪化の問題を把握している人は37%であったと報告している。しかし、本研究では同様の問いに対し対象者全員が糖尿病悪化の原因を特定出来ているといった結果が得られた。この結果は糖尿病看護の指導技術が向上したとともに、近年患者の糖尿病に関する知識が広くいきわたるようになったことが糖尿病悪化の原因を特定できる力がついた一因であるとも推察された。

また我々が描いた5つのプロセスの中には、対処には至らない、【意欲がなく取り組めない】、【意欲はあるが行動を起こさない】まま入院に至る2つのプロセスがあった。これらをたどる患者は糖尿病悪化の原因特定までしか出来ていなかった。《思い思いの対処》を可能とするためにはこの2つの概念に影響する因子＜医師の言葉を治療不要と解釈＞、＜指導の質の悪さ＞などの、患者を取り巻く者の課題が改善される必要性も考えられた。また、《療養行動の継続》をたどるプロセスでは、自分で何らかの取り組みを行えることが重要であると考えられた。ここで影響因子として＜重要他者からの協力＞が挙げられたことから、他者に適度に頼ることで療養生活を成り立たせることも必要であると考えた。これらのことによって、患者を周囲が受けとめ支援することが《思い思いの対処》をすることへの動機づけに繋がる可能性が示唆された。

2. 療養生活で体験する《つまずき》について
《つまずき》を引き出す因子は、＜変化＞、＜慣れ＞、＜薬を軽視＞であった。中でも＜変化＞、＜慣れ＞は療養生活が長期にわたる慢性疾患に特徴的なものと考えられる。漆坂ら²⁾は外来通院する2型糖尿病患者の糖尿病への対処について報告している。ここでは本研究で見出した影響因子と同様なものとして、「身体や加齢によりできない」が挙げられる。本研究で今回見出された＜変化＞には、環境の変化、身体の変化、年齢による変化

の3つが存在した。療養行動を継続し、血糖コントロールが安定していた人でも、発達段階や日常生活における<変化>に対応できず、入院に至っていた。そのため医療者は患者のこれらの<変化>に注目し、今後起こり得る課題に早期に対応できるような体制を整える必要があると考えられた。また近年の研究では、<慣れ>は療養行動を行う中でプラスに働くことが多いと報告されている²⁾。しかし本研究では、自己管理が甘くなるきっかけとなっており、糖尿病の療養生活においてマイナスに働いていた。さらに、<慣れ>がマイナスに働いた場合、療養生活自体が目分量の感覚に陥り、<つまずき>が起きたことを自覚しないまま入院に至る患者もいた。また、この<慣れ>が語られたのは食事に関してのみであった。今回<つまずき>はセルフマネジメントを破綻させる重大なきっかけとなりえることが明らかとなった。そのため、いち早く患者の変化や自己管理に慣れて甘さがでていないかに気を配り、支援していくことが必要だと考えた。

3. 療養行動継続への意識を持つことについて

プロセス③：対処する後すぐつまずくプロセス、およびプロセス④：つまずきと対処するを繰り返すプロセスをたどる患者が<療養行動の継続>に移行するには、これに影響する4つの因子が重要である。これら4つの因子である<自分への意識>、<専門的な身体評価>、<自己と医師からの承認>、<重要他者からの協力>は、近年重要視されているエンパワメントやソーシャルサポートを想起させるものであった。安酸⁵⁾はエンパワメントアプローチの第1段階として、「問題を特定する」ことを挙げている。先ほど述べたように、今回の対象者は【糖尿病悪化の原因を特定する】ことが全員できており、このことから問題特定が出来る患者にとって、問題解決のプロセスに寄り添って支援することが有効となることが示唆された。エンパワメントは、これまで動機づけやきっかけとなると述べられてきたが、セルフマネジメントにも大きく関わっていることが今回の研究で示された。

先行研究⁸⁾では、糖尿病治療には医師との良好な信頼関係を築くことが重要であると述べられている。また本研究では、患者は医師の評価を重視していることや、医師によるチェックがあることで療養行動が継続できていることが明らかとなった。このように、医師と患者の信頼関係を築くことにとどまらず、医師からの療養行動への具体

的な関わりおよび介入を行うことで、患者のやる気につながっていることが示唆された。このことを踏まえ、チーム医療の観点からも、医師の力を活用できるよう働きかける必要がある。

4. 臨床への適応

結果図を用いることで、患者は自身がセルフマネジメントのプロセスの中でどこに位置しているかを知り、自らの療養生活についてのアセスメントに役立てることができると考える。医療者は、現在患者に影響している因子や今後影響してくると予測されるであろう因子を特定し、調整することができると考えられる。つまり、プロセスと影響因子の双方のアプローチが可能となることが期待できる。

研究の限界

本研究は、1 医療施設で行ったため教育背景が類似しており、結果に偏りが生じた可能性がある。また、入院回数や罹病期間に着目した場合、本研究で得られた結果以外の影響因子が明らかになる可能性がある。

結 論

1 医療施設に入院している2型糖尿病患者に半構成的面接を実施し、21名のデータを基に得られた結果から、患者が入院に至るまでの5つのプロセスとそれに影響する13の因子が見出された。

本研究で得られた結果図を用いることで、医療者に加え患者自身がどのプロセスに該当するのかを推測し、アセスメントに役立てることができる。また医療者は、現在関わっている因子や今後関わってくる因子を推測し、調整することができる。つまりプロセスと因子双方からのアプローチが可能であり、本研究で得られた結果図が表したセルフマネジメントのパターン分類として活用可能であると示唆された。

利益相反

利益相反なし。

引用文献

- 1) 厚生労働省：平成24年「国民健康・栄養調査」結果の概要、[オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkoukyoku-Gantaisakukenkouzoushinka/0000099296.pdf>], 厚生労働省ホームページ, 12. 19, 2013
- 2) 漆坂真弓, 野並葉子, 森菊子, 他：外来に通

- 院している2型糖尿病患者の病気への対処,
CNAS Hyogo Bulletin, 11, 67-77, 2004
- 3) 村上美華, 梅木彰子, 花田妙子: 糖尿病患者の自己管理を促進および阻害する要因, 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 28-37, 2009
- 4) 中村小百合, 足立はるゑ, 天野瑞枝: 成人期の2型糖尿病患者が抱く食事の自己管理行動に関する認識と情動, 日本看護医療学会誌, 11(1), 15-24, 2009
- 5) 安酸史子: 糖尿病患者支援のためのパートナーシップ. 個から連携へ, 日本糖尿病教育・看護学会学術集会, 10(1), 57-61, 2006
- 6) 稲垣美智子, 平松知子, 中村直子, 他: 糖尿病患者教育にオープンディスカッションを導入したクリティカルパスの効果, 金沢大学医学部保健学科紀要, 24(2), 131-140, 2000
- 7) 東里智子, 我那覇優子, 我那覇美幸, 他: 糖尿病患者の入院時における問題意識の調査, 糖尿病, 47(8), 874, 2004
- 8) 柳井田京子, 渋谷由紀子, 吉田しず子: 糖尿病専門外来通院中の自己管理における強みの明確化-強みの構造の試み-, 第33回日本看護学会論文集, 成人看護Ⅱ, 135-137, 2002

原 著

精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケア

Nursing activities that bring out resilience in patients
with mental disorders

田中 浩二¹⁾, 長谷川 雅美¹⁾, 吉野 暁和²⁾

Koji Tanaka¹⁾, Masami Hasegawa¹⁾, Toshikazu Yoshino²⁾

¹⁾金沢医科大学看護学部, ²⁾社会医療法人財団松原愛育会松原病院

¹⁾School of Nursing, Kanazawa Medical University

²⁾Matsubara Hospital

キーワード

精神疾患, レジリエンス, 回復, 質的記述的研究

Key words

mental disorders, resilience, recovery, qualitative descriptive research

要 旨

本研究は、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの特徴を明らかにすることを目的とした質的記述的研究である。精神科看護経験を5年以上有する熟練看護師12名に、非構成的面接を行い、看護経験の中から新たな適応や回復過程の促進などよい変化がみられた患者を想起してもらい、その患者への看護実践を語ってもらった。分析の結果、16のサブテーマと4のテーマが抽出された。精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護ケアの基盤は、患者看護師関係の中で患者に対して【共感的スタンスで向き合う】ことであり、そのうえで【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことであった。そして、このようなケアリングの機能を活用しつつ、患者の【現実感覚を強化する】ことや患者の価値信条あるいは生活スタイルに密着しながら、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことが精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護ケアの方略であった。

Abstract

This qualitative descriptive study aimed to reveal characteristic nursing activities that help promote resilience in patients with mental disorders. Unstructured interviews were conducted among 12 expert nurses with ≥ 5 years of experience in psychiatric nursing. Nurses were asked to recall nursing interactions with patients who had positive outcomes, such as mental health changes toward recovery or new behavioral adjustments. Data analysis extracted 16 subthemes and 4 themes. The foundation of nursing care that brings out resilience in patients with mental disorders was *interacting with*

empathetic understanding in the patient-nurse relationship followed by *recognizing the right timing and opportunity for recovery*. While proactively exercising these nursing practices, nurses also *strengthened patients' sense of reality and cultivated patients' own power using inspiration and creativity* by remaining in close keeping with patients' own beliefs and lifestyles, resulting in a nursing strategy for generating resilience in psychiatric patients.

緒 言

精神障害の発症や再発は、20世紀の後半になってZubin J&Spring B¹⁾による脆弱性ストレスモデル、すなわち生物学的要因と環境的要因の相互作用によってストレスへの脆弱性が形成され、ストレスが対処閾値を超えることで発症するという理論によって説明されるようになった。それに伴い、生物学的脆弱性に対処するために薬物療法が著しく発達したとともに、環境との相互作用で受けるストレスをコントロールするために心理社会療法も積極的に行われるようになった。このように、脆弱性ストレスモデルに治療の要因が組みこまれ、脆弱性ストレス対処行動モデルとして精神疾患の発病や再発の防御あるいは回復促進のために広く臨床適応されるようになった。

精神医学は、かつては精神病理学的あるいは生物学的な病因の解明を嚆矢として発達してきたが、それに加えて、次第と回復や治療の観点における研究もされるようになった²⁻⁵⁾。現代では、脆弱性ストレス対処行動モデルを超えて、加藤⁶⁾によってレジリエンスモデルという概念が注目されるようになってきた。レジリエンスモデルは、現代精神医学における新しいパラダイムであり、発病の誘因となる出来事や環境、ひいては病気そのものに抗し、跳ね返し、克服する復元力あるいは回復力を重視し、発病予防、回復促進、リハビリテーションに取り組むことを特徴としている⁶⁾。レジリエンスとは、どの世代の人もがもっている心理的抵抗力や回復力のことであり、個人の性格などの特性ではなく、周囲からの働きかけや適切な支援などの環境要因との相互作用によって変動する動的な個人特性である⁷⁾。富川⁸⁾は、回復という概念は過程ではなく「回復の結果」を指すものであり、また指標として「症状」という要素を含むこと、それと対比しレジリエンスという概念は、「過程」であり「症状に重点を置かないもの」であり、両者は類似概念であるが、レジリエンスのほうが回復過程を促進する力により明確に焦点を当てていると述べている。近年では、リカバリーという概念が登場したことによって、病気や健

康状態にかかわらず希望や自己実現を志向する傾向が強くなり、その点ではレジリエンスと類似しているが、従来「回復」とは精神状態や社会機能の改善による疾病の治療を指す概念であった⁹⁾。Grotberg¹⁰⁾はレジリエンスについての概念レビューや自らの研究結果から、レジリエンスを自律性や自己コントロールのような個人内要因の「I am」、問題解決能力、ソーシャルスキルやユーモアのような獲得される要因の「I can」、家族関係やソーシャルサポートなどの周囲支援や社会資源の存在を示す環境要因の「I have」の3要素に分類している。すなわちレジリエンスは、「私」という主体がもつ力に焦点を当てた回復を包含する概念であるが、回復よりも広くそのプロセスや自我のもつ力に焦点を当てており、精神疾患からの回復支援やその人の存在のありようを尊重しその人らしい生活を再構築していくために重要な概念であると考ええる。

以上のようなパラダイムから、近年精神医学や看護学、精神保健福祉の分野では精神疾患をもつ人のレジリエンスに焦点を当てた研究が報告されるようになった。田ら¹¹⁾は、レジリエンスを自然治癒思想の現代版と解釈しており、精神疾患の発病抵抗力と健康回復力であると定義している。富川ら¹²⁾は、統合失調症をもつ人のレジリエンスについて、15のコアテーマから「人を頼る力」「病気でできなくなったことに対処する力」「自分を受け入れる力」「病気と折り合いをつける力」「病前から持っていた自分のすべての能力を用いて逆境に対処する力」を提示しており、看護への示唆としてはこれらの力が発揮できるように支援することを述べている。また、レジリエンスは統合失調症やうつ病の予防や回復促進、心的外傷からの回復にも重要な力であることが明らかにされており、回復後も長期的に人の生きる意欲に影響を与えるものである¹³⁻¹⁵⁾。したがって、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すことは看護において重要な課題であると考えられるが、レジリエンスを引き出す看護ケアについては十分に検討されておらず、精神保健福祉の分野で「積極的

な傾聴」「共感」「励まし」「自己活用」「ストレングスの会話」¹⁶⁾などがレジリエンスを育むスキルとして報告されている程度である。

そこで本研究は、精神科看護師が日常的なケアの場で実践している精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの特徴を明らかにすることを目的とする。精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアが明らかになることによって、精神疾患の治療や再発の予防のために効果的なケアを展開することや新たな治療のケアのプログラムを開発することに寄与できると考える。

用語の定義

本研究では、精神疾患をもつ人のレジリエンスを「精神疾患をもち症状や生きる上での困難がありながらも、その人自身に内在している回復過程を促進するための自我の力のことであり、あらゆる健康状態や回復過程の精神疾患患者が有しており、患者看護師関係や周囲の人との関係性などの環境要因との相互作用の中で育まれるもの」と定義し、本研究で焦点としている精神疾患をもつ人のレジリエンスが引き出された状態を「病気の回復過程が促進された状態、あるいは症状がありながらもその人なりに精神や生活のバランスを保とうとしている状態、その人が主体的に生きようとしている状態」と定義した。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究では、質的記述的研究デザインを用いた。質的記述的研究は、事例における事実を、そうした出来事が存在する日常の中で使用する言葉を用いて包括的に要約し、現象を率直に記述するための方法であり、関心ある現象の自然な文脈の破壊を最小限にする方法で探究できるという特徴や研究参加者の言葉を用いた濃厚な記述によって現象の理解を伝えることができるという特徴を有している¹⁷⁾。そのため、この研究方法を用いることで、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアについて、精神科看護師の日常的でリアルティのある実践の中から記述することができると考えた。

2. 研究参加者

精神科看護経験を5年以上有し、かつ看護管理者によって、熟練した看護実践能力をもっていると判断されたエキスパートの看護師とした。精神科看護経験を5年以上とした理由は、Ben-

ner¹⁸⁾が中堅者の臨床経験年数の目安を類似した患者集団において3～5年としており、中堅のステージを経てエキスパートに移行すると述べていることや看護経験を積み職務キャリア認知を高く意識化することと患者へのレジリエンスを引き出す働きかけに関連があること¹⁹⁾が言われているからである。

3. 調査期間

2013年11月～2015年3月

4. データ収集方法

研究参加者が日常的な実践や出来事を、自然な状況でありのままに語るができるように留意し、60分～120分の非構成的面接を行った。Benner²⁰⁾は、熟練看護師の実践を分析する際、効果のあった行為を状況から切り離して一般化し、それをそのまま別の状況に当てはめることはできないと述べている。そこで、本研究目的を達成するために、研究参加者にはレジリエンスの定義を説明し、過去の精神科看護経験の中において、レジリエンスが引き出されたことで、回復過程の促進などよい変化が見られ、鮮明に印象に残っている患者との相互作用を想起してもらいながら、どのような看護実践があったのか事例の文脈を重視しながら語ってもらった。研究者は、研究参加者が体験を詳細に想起し、語るができるよう、適宜状況に根ざした質問を行った。面接内容は研究参加者の許可を得てボイスレコーダーに録音した。

5. データ分析方法

研究参加者毎に逐語録化したデータを繰り返し精読し、全体論的な視点から把握した。そして、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すことに寄与していると考えられる部分に着目し、データを看護実践やその基盤となる考え方、対象への向き合い方についての意味が損なわれない単位で区切り、コード化した。次に、コードの類似性・差異性に基づいてまとめたものをサブテーマの形で抽出した。さらにサブテーマ同士を比較・分類しまとめたものからテーマを抽出した。最終的に、得られたテーマの相互関係から、構造を導き出した。

6. 結果の真実性

結果の真実性を確保するため分析の全過程において、精神看護学の専門家からスーパーバイズを受けた。また、分析結果については研究参加者に提示し、語ったことの意図や実際との相違がないこと、およびレジリエンスを引き出す看護ケアとして了解可能であることを確認した。

7. 倫理的配慮

研究参加者には、文書と口頭で研究計画の主旨について説明し、研究協力は自由意思であること、研究途中でいつでも研究参加の拒否ができ、拒否した場合も一切不利益は被らないことを保障したうえで、同意書に署名を得た。また、研究参加者や語られる事例の匿名性が守られるよう配慮した。本研究は研究協力機関倫理委員会および所属機関倫理委員会（承認番号：259）の承認を受けた。

結 果

1. 研究参加者の属性

研究参加者は、表1に示すとおり12人の精神科看護師であり、看護師経験年数（平均±SD）は15-36（26.6±8.1）年、精神科看護経験年数（平均±SD）は15-36（23.0±7.5）年であった。研究参加者が語った総事例数は26例で、統合失調症19例、発達障害2例、うつ病2例、双極性障害3例であった。

2. 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケア

得られたデータを分析した結果、16のサブテーマと4のテーマが抽出された。これらのテーマ間の関係性から以下のような構造が明らかになった。以下、テーマは【 】で、サブテーマは< >で表記する。

精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看

護ケアの基盤は、患者看護師関係の中で患者に対して【共感的スタンスで向き合う】ことであり、そのうえで【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことであった。そして、このようなケアリングの機能を活用しつつ、患者の【現実感覚を強化する】ことや患者の価値信条あるいは生活スタイルに密着しながら、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことが精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護の方略であった。

1) テーマ1【共感的スタンスで向き合う】

精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すために、基盤となっている患者との関係性のもち方や患者への向き合い方であり、患者の立場に寄り添いながら治療の中に安心と信頼をつくりだしていくことである。

(1) <患者に対して安心と信頼をおくる>

患者に対して、自身の存在そのものが受容されているという感覚を提供し、患者が安心して場に存在することができ、自らの世界を表現したり可能性を開拓したりするための基盤が確立するよう支援することである。

Aさんは、患者から安心や信頼が得られるよう添い続けたことで、被害念慮や疎外感が強かった患者の状態が改善したことを語った。

かなり人間不信や疎外感があった患者さんなんです、その人の身になるというか一生懸命この

表1 研究参加者の属性

ID	性別	精神科看護 経験年数	看護経験年数	役職	語られた事例の疾患と事例数
A	女	36	36	無	うつ病1
B	男	23	23	看護師長	統合失調症1, 双極性障害1
C	男	15	15	看護師長	統合失調症1, 双極性障害1
D	男	15	15	看護師長	統合失調症2
E	男	20	20	無	統合失調症1, 発達障害1
F	女	23	30	主任	統合失調症4
G	男	19	19	主任	統合失調症1, 発達障害1
H	女	31	36	看護師長	統合失調症2
I	女	28	28	副看護部長	統合失調症2
J	女	15	36	看護部長	統合失調症3
K	女	18	27	看護師長	統合失調症1, うつ病1, 双極性障害1
L	男	34	34	無	統合失調症1

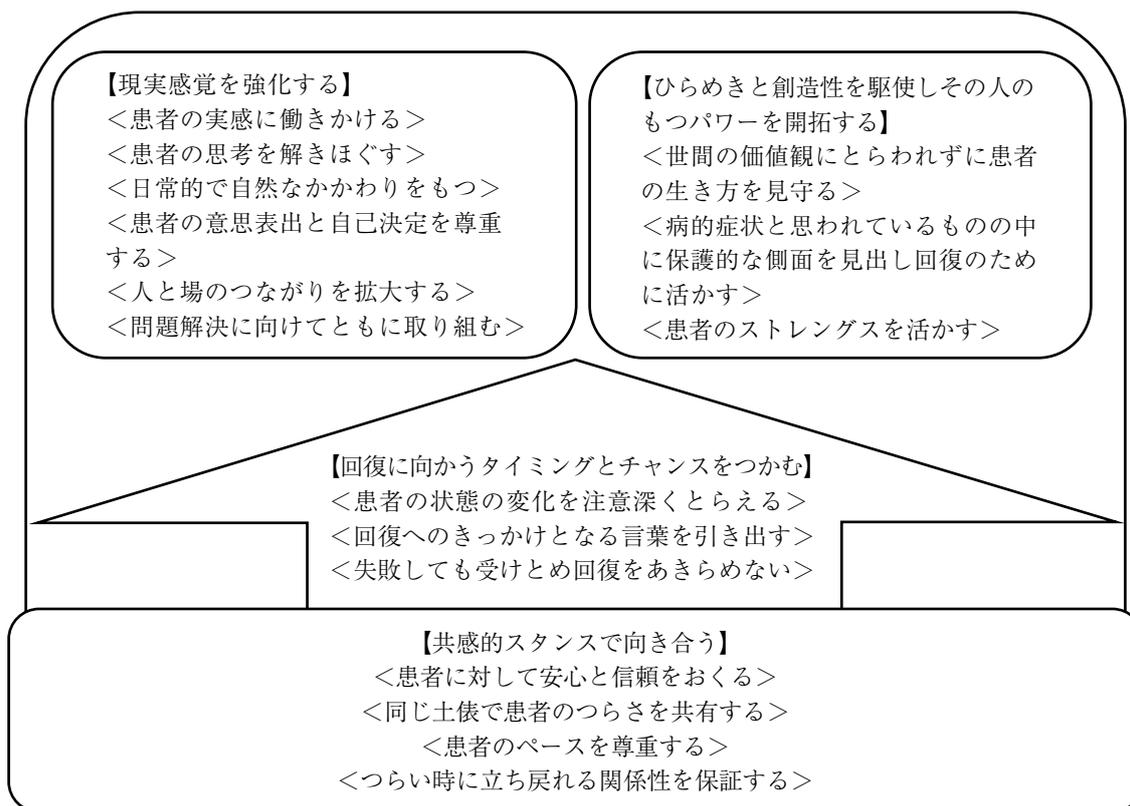


図1 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの構造

人のために何かしたいという気持ちをもってかかわっていると、それが伝わるんじゃないかな。最初は人を毛嫌いして何も話さなかった人が、私が行くと喜んでくれて、本当に体で喜んでくれるようになったんですよ。それで少しずつ自分のことを話すようになって日に日に明るくなりました。

(2) <同じ土俵で患者のつらさを共有する>

患者と同じ立場にたって、患者の負の感情を共有し、感情のカタルシスをはかることによって、患者自身が問題解決していくための基盤を構築することである。

Bさんは、患者の問題となっている事実は括弧に入れたうえで、現在の状況やつらさを患者と共有できるようにかかわることで、気持ちを汲みとろうとした思いが伝わり、患者の状態が落ち着き、問題解決に向けた基盤が構築されたことを語った。

保護室が長くなった患者さんで、本当にスタッフもかなり疲弊もしてたし、もちろん陰性感情も強くなっって。この人は、家でやってきたことが、例えば家で親殴ったとか、そういう事実があったけど、そこはまあどうでもよくて、今現在のあの人の状況がどうなんやろうかっていうことは

いろいろ考えて、共通して話ができんとやっぱりダメっていうか、それだけ拒絶の強い人だったから。とりあえず、今の状況はしんどいやろうっていう話しかなかったね。で、(患者の部屋に)行く度に、とにかく今の状況は不憫や不憫やっていう話をしとったら、(状態が)よくなった時に本人が、「(保護室にいた時に)不憫って言ってくれたことが……」って言ってくれたもんで、気持ちを汲みとろうとした思いが伝わったのかなって、それがよかったのかなと思って。

(3) <患者のペースを尊重する>

患者のペースに合わせてかかわり、精神症状によってケアの反応が即座にみられなくても患者に深いところでは通じていると信じて患者の変化を待つことである。

Dさんは、意欲が低下している患者に対して、患者のペースに合わせて刺激を与えていくことで外出ができるようになり、少しずつ外界に対する関心が拡大していったことを語った。

意欲が無くていつも寝ていたいという人だったんですけども、そのうちに自分の好きな洋服を買いに行こうって言うのと応じてくれるようになって、

久しぶりに、車で出かけることもできて。病院で生活してる空間から外に出るときって、変化を求めない人にとってはすごくストレスなんですけど、でもある程度信頼関係をつくって、一緒に外の様子を見ながら話していくと、なんだか退院してもう一度楽しいことがあるんじゃないかっていう気持ちになってくるんですよ。

(4) <つらい時に立ち戻れる関係性を保証する>

患者が回復していくプロセスの中で、困難に直面したりつらくなったりした時にいつでも安心して立ち戻ることができる関係性を保証し、そうした自らが丸ごと受け止められる関係性を軸として患者が生活の中で精神のバランスを保ちながらパワーを発揮していくことができるように支援することである。

Eさんは、退院後10年以上経過していても、時々会いに来てくれる患者のことを提示しながら、つまりいた時や苦しくなった時に立ち戻ることができる関係性を保証することの重要性を語った。

退院してからも仕事場でつまづいた時とか、つらくなった時とか、病棟に訪ねて来てくれて「こんなことがあったんだけどどう思う？」とかって話していく患者さんがいて。患者さんでなくてもあると思うけど、つらくなった時に自分を丸ごと受け止めてくれる人のところに行って、自分の気持ちを受け止めてもらって、また明日からも頑張っている。そんな風に、これから何年たってもつらい時に立ち戻ることができるだろうなって思える敷居の低い関係性が保証されていることで、頑張っていていけるんですよ。

2) テーマ2【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】

患者の回復過程が進展するためのきっかけをつかむことである。回復過程が停滞し慢性的に経過している場合であっても、タイミングとチャンスを捉え、変化への引き金が引かれることで回復過程が進展することがあり、そのような変化のきっかけをとらえるためにエキスパート看護師のセンスと技が活かされていた。

(1) <患者の状態の変化を注意深くとらえる>

患者に対する興味や関心をもってかわり、患者の言動の意味やちょっとした変化を発見しながら、患者が回復に向かうチャンスをとらえることである。

Fさんは、患者が発した何気ない言葉で変化へのタイミングをつかむことができ、治療への抵抗性が強かった患者が主体的に服薬できるようにな

り、地域生活が安定したことを語った。

またGさんは、患者に対して心身の力を抜いて第六感的な感覚も活かしながら向き合ったことで、回復に向かう変化がつかめたことを語った。

被害妄想が強くて興奮してる人なんかだと、こちらでも緊張したり、肩に力が入ってしまうけど、気分を落ち着けてもらうとか安心してもらうために、自分自身が肩の力を抜いてできるだけリラックスして話をして、なんとか落ち着いてくれたときに、ふとこう患者さんも力が抜けるというか、それまでは興奮気味に「あんまりよ、あんなことして」って怒って、「わー」って言ったのに、時間がたって「ああー」ってこうなったときに、ああ今だなんて、刑事で言ったら、落ちたなんてみたいなあれよね。今のタイミングやなっていう。本人がそこでこうふと体の力が抜けたなって思う時がケアのタイミングと言うかね。(被害妄想があり) なかなか食事がとれない人だったけど、そのタイミングで食事を勧めたら食べれるようになったね。なかなか言葉にならないから、難しいけど、第六感みたいな感覚かな。

(2) <回復へのきっかけとなる言葉を引き出す>

日常生活の場で患者と共に治療や将来の生活に対する思いを確かめ合いながら言語化していくことである。

Dさんは、長期入院で意志表出の少ない患者に対して、患者が何気なく発した言葉の中から回復に向かう萌芽的な言葉を掘り上げ、その言葉に責任感をもたせて後押しするということを積み重ねた中で回復過程が進展したことを語った。

自分達の考えの押し付けていうことはしたくないんだけど、患者さんのほうから何かこうしたいという意味を言葉として引き出せるものがあったら、それを大事にするというのはありますよね。ちょっと自分の発した言葉に責任感もたせて、それを後押ししていくっていうことの積み重ねですよ。そういったところを大事にしていくと患者さんのちょっと思った、ちょっとひらめいた何かを拾えるかなと思うところもあるかな。

(3) <失敗しても受けとめ回復をあきらめない>

患者の症状が増悪・再燃したり、生活の再構築に失敗したりした時などにも、それを受け止め、回復のチャンスを保証することである。

Hさんは、再発や入退院を繰り返し無力感が強くなっている患者に対して、それを受け入れ、あきらめずにサポートし続けることで、患者は回復への希望を取り戻し、地域生活に対するモチベー

ションが保持できていることを語った。

今治療を続けることができている、でもだめになって、繰り返し繰り返し失敗しても、でも、まだチャンスはあるから。「あれくらい約束したのに、約束が守れなくてまた入院してきた」って泣かれたってこともありましたが、こんなことは何回もあるということは私は想定してたので、全然心配ないし、まだチャンスがあるので、またこれからやり直しましょうって。これで終わりじゃないからねっていうことで話をすると、「もう一回やってみようか、もう一回地域の人やってくれるかな」っていう話はできたりしますね。

3) テーマ3【現実感覚を強化する】

精神症状に支配され思考や感覚が硬くなったり、現実感覚が乏しくなっている患者に対して、心身の感覚や自己の主体性を取り戻せるように働きかけることを通して、現実感覚を強化していき患者の回復過程を促進する力を動員することである。

(1) <患者の実感に働きかける>

患者が現実感覚を強化することができるように、自身の身体に起こってくる変化や生活の中での実体験を意識化できるように働きかけ、それらの実感を確認しながらケアを進めていくことである。

Hさんは、患者の実感を丹念に確認していくことで治療や回復に対する理解が促進したことを語った。

例えば内服を中断した患者さんだと、やめた時はよかったし何の影響もなかったけど、日が経つとだんだんと周りの状況が違って写るようになったとか、夜も眠れなくなったっていう実感を聞いていくと、それってもしかして薬やめたことがひとつの原因かも知れないよねってことを患者さんの実感を通して確認していくんですね。薬飲むことで最初はしんどかったよね、だけど安定してくると、もっとあなたの生活がしやすくなったり気持ちも体も楽になったことはあるんじゃない？っていうと、ああ、こんな風に楽になった、こんなことも出来始めたって。やっぱり体験してないことは想像でしかないけど、過去や現在の実体験の中で患者さんが感じている心身の心地よさに焦点を当てていくと患者さんにとって受け入れやすいと思います。

(2) <患者の思考を解きほぐす>

自尊心の低下や精神症状からの支配によって、被害的になったり言語化が困難になったりしている患者の思考を解きほぐしていくことである。

Iさんは、思考が被害的になりやすい患者の思いに添いながら思考を解きほぐすことで、患者は少しずつ自分の思いを言語化できたり、物事を肯定的に捉えることができるようになり、他者との関係性が良好になっていったことを語った。

統合失調症の患者さんで思考が被害的になる方なんですけど、自分に自信がなかったので、できるだけ会話の中でよいところを見つけながら、できている部分をお互いに確認し合いながら、あとコミュニケーションが苦手で、自分の言いたいことがうまく表現できないところもあったので、会話の中で日頃の言いたいところとか感じてるところを引き出せるようにしました。妹さんとの関係の中で結構被害的な発言をいつも言うので、被害的な考え方でなくて違ったよいような捉え方もできるよってことを常に伝えていきました。そうすると妹がこの前こういうこと言ってくれたわ、って少しプラス思考の発言が出たり。病状によっても波が出てくるんですけど、妹さんとの関係がよくなっていきました。

(3) <日常的で自然なかかわりをもつ>

現実感覚が乏しくなっている患者に対して、日常的な生活感覚があふれる時や場を創造したり、穏やかで自然な人間対人間のかかわりをもつことによって、現実感覚が取り戻されるように働きかけることである。

Jさんは、日常的なかかわりをきっかけに患者が病的体験から抜け出せたことを語った。

閉鎖病棟に入院している患者さんなんか、私たちが日常当たり前に感じている四季折々の自然や空気を味わえないので、ちょっと散歩に行くとか、売店に行ってもすぐに帰るのではなくて、ちょっと病院の周りを散策して帰ったりとかを大事にしていますね。そしたら、あるときに、病気がよくなったという自覚のなかった患者さんが、私と一緒に院内のバザーに行っていて、そして私が商品を見ながら「うちの子どもにこんなのを買ってあげたらいいな」って言ったときがあったんですよ。そしたらそれを聞いてた患者さんが病棟に帰ってきて我に返ったんです。患者さんが退院する時に、私に言った言葉が「あれまでは自分が分からなかった」って。私とバザーに行っていて何気ない日常の会話をしたことで、「違う世界から帰ってきたみたいになった」と患者さんが言いました。こんなことがあるのかと不思議に思いましたけどね。

(4) <患者の意思表示と自己決定を尊重する>

患者が生活や治療について、自分の体験や思い

を表出することができ、そうした意思表示を通して自己決定する力を育み、自らの意志で望む生活や治療を構築できるように支援していくことである。

Hさんは、患者が納得して自らの生活や治療を構築していくことができるために、自己責任で主体的に服薬ができるように働きかけたことを語った。

薬がよく効いて朝がすっきり起きれないとか、昼間も眠くてしたいことが何もできないっていう患者さんだと、やはりきちんとお薬を飲んだときの気持ちとか体験していることやこんな生活ができるようになりたいので薬を調整してほしいということを、主治医に自分で話しましょうって。もちろん看護師からも主治医に報告はするんですけども、看護師が報告したから先生が勝手に薬を変えるのではなくて、患者さんが自分で納得のいく治療をつくっていくっていうことが大切ですね。

(5) <人と場のつながりを拡大する>

患者が人との相互作用を通して回復していくことができるように、フォーマルあるいはインフォーマルな人とのつながりの場を拡大していくことである。

Kさんは、患者が人とのつながりの中で、自身が役に立てたという実感を持てたことで回復していったことを語った。

病院行事のフリーマーケットで一緒に売り場に入ってもらって売ってもらったことで、いろんな人との距離がぐっと縮まって、すごいいい顔になって、看護師には怒りが強かった患者さんなんですけど、慕ってくるようにもなりましたし、退院する時には「お世話になりました、ご迷惑をおかけしました」って、手紙を置いていきました。それを思うと、患者さんはいつも支援を受ける立場なので、やっぱり自分をもっと必要とされたいっていうか、そういった点でよい効果があったことなのかなって思いますね。

(6) <問題解決に向けてともに取り組む>

患者とともに問題解決に向けて取り組み、患者が治療や自らの人生の主体となれるように支援し、現実感覚を強化することである。

Bさんは、不穏が強く保護室隔離が長期化していた患者に対して、その状況のつらさを共有し、問題解決に向けてともに取り組んだことで、患者は治療に対して主体的に向き合えるようになり、現実検討力が強化されたことを語った。

最初はとにかく今の状況が辛いっていう気持ち

を共有して、この状況をなんとか一緒に解決していこうっていう話をしてたら、「じゃあ、どうしたらいい？」っていう話を言ってくれるようになって。やっぱり、そこって自分の感情って自分で評価してほしいし、抑えるところは抑えるとか、結構自己啓発の本とか読んでた人だからね。客観的にそれ言われるとおそらく相手は腹立つと思うよとか、だからこういう表現に変えていってほしいっていうのを聞き入れてくれるようになって、結構スムーズにいけて（隔離解除になって）、本人はやっぱりそれから何年経ってもフランクに話してくれるんね。

4) テーマ4【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】

患者理解を深め回復に向かうタイミングとチャンスをつかんだうえで、患者の価値信条や生活スタイルに密着しながらひとりひとりの患者の創造的な生き方を構築し、その人がもつパワーを最大限に活かすことができるように支援することである。

(1) <世間の価値観にとらわれずに患者の生き方を見守る>

ひとりひとりの人の価値や置かれた状況、生活背景の理解を重視し、一般的な世間の価値基準にとらわれず、患者が自分らしく主体的に生きることができるよう支援することである。

Lさんは、社会通念や一般常識から少し離れていても、患者なりに落ち着く生き方を見守ることで精神のバランスが保たれることを語った。

いろんな社会的なルールからは少し離れるかもしれないけど、でもなんとか生きてる患者さんっているし、そんな風に生きてる人って案外強いですよ。支援する側は、普通の生活って考えますけど、生活が乱れて入院させると亜昏迷が現れたり。地域では見られなかった症状が、入院したら現れたりするんですよ。家に電化製品がないと不便だろうと思って、テレビや電子レンジを勧めて買ってすぐ捨ててしまったり。だから我々は患者の生活を社会的規範に合致しとるかどうかだけでみてはいけない。やっぱり全体でみないと。患者なりに落ち着く生き方でなんとかバランスをとっている、なんとか生きてるっていうのを見守らないといけませんね。

(2) <病的症状と思われているものの中に保護的な側面を見出し回復のために活かす>

病的症状と判断されており治療の対象となっている症状や行動の中から、その人の自我を守り精

神のバランスを保つことに寄与していると考えられる保護的な側面を見出し、回復のために活かすことである。

Fさんは、未治療期間が10年以上あり幻覚妄想や強迫観念が固定化しているため長期入院になっていた患者に対して、その症状の中から保護的な側面を見出し、治療に活用することで退院できたことを語った。

すごく強い妄想がある統合失調症の方で、数にすごくこだわって、でもこだわる理由がその人なりになって、入院した時に渡された紙に推定入院期間が3か月と書いてあったんだけど実際には3年以上入院している。どうもそこから本人が、「今8月だったらおかしい、今は冬でしょう」って言って8月に真冬の衣装を着たり。10月に入院して3か月で退院予定になっているのにまだ病院にいるから本人は冬だと思っているようで。それで、入院中に作業療法に行き行って籠をつくったのをその人に「こんなのどう？」って見せた時、「それは退院した人が来てするものです」って言ったことがあって、数や自分のルールにこだわる人だったので、「デイケアに週に何回来てあれをやらなさいといけないのよ」って言ってすすめたら、家族や訪問看護にもすごく協力をしてもらってだけで、退院して定期的にデイケアに通うようになって家での生活が送れるようになった。

(3) <患者のストレンクスを活かす>

病的症状や問題行動がありながらも、それらをコントロールするばかりではなく、患者の健康的な側面やもっている力・才能・可能性・希望などに着目し活かすことによって、自尊心や主体性を育むことである。

Eさんは、施設で育ち怒りや衝動性のコントロールが困難な患者に対して、健康的な側面に着目してかかわったことで、患者は自分の気持ちを表現できるようになり、グループホームで暮らせるようになったことを語った。

その人のいいところをみつけて、その人がコツコツと辛抱したり積み上げていっているものを評価して。そんな風に患者さんの体験に乗っかっていくと、患者さんとの間の緊張がすごく和らいで、反社会的な行動があって1年半入院していた患者さんだけ、患者さんに表情が出てきたり、それまでは怒りだけしかなかったのが、泣くことができたり、笑ったりすることができたりするようになっていって、退院して外勤しながらグループホームで暮らせるようになった。

考 察

1. 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護の基盤

看護師は、患者のレジリエンスを引き出すための基本的な存在のありようとして【共感的スタンスで向き合う】ことを重視していた。【共感的スタンスで向き合うこと】は、患者のレジリエンスを引き出すどのプロセスにおいても重要であり、精神症状が著明な時や回復過程が停滞している時、あるいは回復に向かう時や回復後の生活を維持していく時に、患者を保護しつつ、回復を支援するための基盤となるものであった。このように、支持的・受容的態度で存在する看護師によって、患者は看護師との間に安全空間を体験することができ、信頼と安心が体験できる関係性を軸として自己の世界を開示したり自己の世界を創造したり自己の精神のバランスを保ったりすることができていた。このような【共感的スタンスで向き合う】支援者の存在は、患者にとってGrotberg¹⁰⁾が提唱するレジリエンスの「I have因子」となり、また富川²¹⁾が回復の鍵となるレジリエンスとしてあげている「人とかかわる力」を育むために有効となると考えられた。また、看護師もそのように患者と共に在るなかで、患者の【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことができおり、さらに、【現実感覚を強化する】ことや【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことも可能となっていた。すなわち、【共感的スタンスで向き合う】ことは、それ自体が患者のレジリエンスを引き出すことに寄与する一方で、看護師にとっても患者のレジリエンスを引き出す看護ケアを展開していく上でのきっかけや方向性、新たなアイデアを得ることにつながるものであった。Heidegger²²⁾は、人間存在のあり方を、時間性という規定の中で、世界内部的に出会われる存在者のもとでの存在者として、おのれに先んじて世界の中にすでに存在するという世界内存在として定義した。そして、Laing²³⁾は、自己の体験世界が他の人々とは共有しえないものになっているとき、外界の事象はしばしば彼に大きく影響し持続的な致命的脅威となり、日常的な生活環境さえが彼の安全度の低い閾値を脅かすと解釈した。すなわち、世界内存在という人間のあり方は、あらゆる根源的な不安や恐怖による脅かしから自己を保護するものであると考えられる。精神疾患をもつ人は、精神症状や社会的な孤立によって、人間関係の中での疎外を体験することが多く、世界

内存在としての人間存在のあり方が脅かされ、レジリエンスが低下しやすい。このような患者に対して、〈安心と信頼をおくる〉〈同じ土俵で患者のつらさを共有する〉〈患者のペースを尊重する〉〈つらい時に立ち戻れる関係性を保証する〉というような共感的スタンスで共に在ることは、世界内存在としての人間存在のあり方の中でレジリエンスを引き出していくための基盤として重要であるといえよう。これは、Benner²⁰⁾ がケアリングの第一義性について、患者が生きていくことに意味を見出し、人々とのつながり・世界との結びつきを維持または再建できるように手助けすることであると述べているように、ケアリングの概念に通じるスタンスであるといえよう。中井ら²⁴⁾ が、精神疾患患者は本来高度の自然治癒力をもっているが、人的環境要因も含めてそれを妨害する内的外的要因が多いことを述べており、患者の慎みを交えた優しさへの感性に表れているような「心の生ぶ毛」を回復のために温存することの重要性を述べている。すなわち、【共感的スタンスで向き合う】ことによって、患者の自我を保護し、自我の力を育むことが重要であるといえる。精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すためには、ケアリングの概念に依拠した人的環境要因への配慮が重要であり、そのような関係性の中でレジリエンスの発動を促したり、【回復に向かうタイミングとチャンスをつかん】でいくことが重要であるといえよう。

2. 日常性を大切にした看護師のかかわり

精神疾患をもつ人のレジリエンスを高めるための基盤は、患者が脅かされている世界内存在としての人間存在のあり方を取り戻すことであり、その中で【現実感覚を強化】しながら自己の生活や生き方を主体的に創造できるよう支援していくことが重要であると考えられた。具体的には、精神疾患を抱え、非日常的な体験をしている患者に対して日常的な環境を保証していくことが重要であり、〈日常的で自然なかかわりをもつ〉ことや〈人と場のつながりを拡大する〉ことなどを通して環境づくりを行い、病的体験から抜け出すきっかけをつくっていくことが重要であるといえる。また、Sullivan²⁵⁾ が精神療法の中で患者に期待できることとして、自分の身体に起こった変化や辺縁に位置する思考に意識を向けることを挙げているように、看護師が患者の心身に起こってくる変化や現実認識のありようを注意深く傾聴し、〈患者の実感に働きかけ〉たり〈患者の思考を解きほぐ

す〉ことはレジリエンスを引き出すきっかけとなるといえるだろう。さらに、以上のようなケアの環境づくりや精神療法のうえに〈患者の意思表示と自己決定を尊重する〉ことや〈問題解決に向けてともに取り組む〉ことを通して患者の主体性を育むことは、Grotberg¹⁰⁾ がレジリエンスの構成要素のひとつとしてあげている自律性や自己コントロールという個人の力、すなわち「I am因子」を引き出すことに寄与するといえるだろう。これらのケアは、精神疾患をもつ人が日常的な感覚を取り戻していくうえで重要であると考えられる。Hiddegger²⁶⁾ が日常性は世界内存在としての人間存在のあり方を支えている基盤であると述べているように、日常的な現実感覚を積み重ねていくことはまた、【共感的スタンスで向き合う】ことと同様に世界内存在としての人間存在のあり方を取り戻すことにもつながり、レジリエンスを引き出すことに寄与するといえよう。

3. 精神疾患をもつ人の生き方と看護師のひらめきや創造性の融合

精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアとしては、【現実感覚を強化する】一方で、〈世間の価値観にとらわれずに患者の生き方を見守る〉〈病的症状と思われているものの中に保護的な側面を見出し回復のために活かす〉〈患者のストレンクスを活かす〉という【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことも重要であると考えられた。これは、個々の患者の生き方と看護師のひらめきや創造性を融合することによって、その人が主体的に生きる力を引き出すことに寄与するケアであると考えられる。Steven²⁷⁾ は、逆境を乗り越えるための7つのレジリエンスとして、洞察、独立性、関係性、イニシアティブ、ユーモア、創造性、モラルを提示した。また富川⁸⁾ は、統合失調症者のレジリエンスを、統合失調症からの回復や新たな適応の過程を促進する力と定義し、世界とつながる力、人につながる力、自己を癒す力、自己と外を調整する力、主体的な自己を造る力、現在に満足できる力、未来を造る力、統合する力の8つの要素を挙げた。【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことは、独立性、イニシアティブ、創造性²⁶⁾ や主体的な自己をつくる力、現在に満足する力、未来を造る力⁸⁾ などを引き出すことにつながるといえる。すなわち、Grotberg¹⁰⁾ が述べるレジリエンスの「I am」因子、「I can」因子を育む働きかけであるといえよう。これは、精

神疾患をもつ人が自らの価値観や主体性、自分らしさを保ちながら生きるという自己実現を支える看護のあり方であり、高いレベルのレジリエンスを引き出す看護のあり方であると考えられよう。また、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ための前提には、田中²⁸⁾が述べているように「病」と「人」が融合された中で患者のライフヒストリーに根ざした対象理解があること、さらに看護師自身に「人」としての自分と「専門家」としての自分の融合という身体知レベルでの臨床能力があり、患者の生き方や人間存在のあり方への優れた洞察があると考えられる。中井²⁹⁾は、寛解患者のほぼ安定した生き方のひとつは、巧みな少数者として生きることであり、患者が本来持っている人間的魅力を摩耗しないように配慮しながら世に棲む棲み方を獲得することであると述べている。精神疾患をもつ人には困難な生活状況にあっても、自分なりの生き方や価値を大切にしながら生き抜く強さがあり、そのような力を引き出し尊重するためにも、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことが重要であろう。これは、石井ら¹⁹⁾が、患者のレジリエンスを引き出すためには、患者本人の「自分には困難や危機を乗り越える力がある」という自己変容力を意識化させることが重要であると述べていることから裏付けられよう。患者が世界内存在として在りつつ、自らの生き方や価値観あるいは行動特性が尊重されながら、もっているパワーが開拓され主体的に生きることができるよう、看護師には患者の状況に巻き込まれて関与する中でケアにひらめきと創造性を生み出す能力が求められているといえよう。

4. 精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの特徴

精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護ケアの基盤は【共感的スタンスで向き合う】ことであり、その中で【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことであった。そして、このようなケアリングの機能を活用しつつ、【現実感覚を強化】したり、【ひらめきと創造性を駆使しその人のもつパワーを開拓する】ことが精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出すための看護の方略であり、精神科看護師はこれらの4つのテーマの相互関連の中で、状況に応じてあらゆる要素を活用しながらケア行動をとっていることが考えられた。精神疾患からの回復を促す要因としては、安心感や信頼感ももてること、保護を受けること

ができる関係性があること、環境からの刺激を適度に受けること、自己洞察ができること、自信ももてること、趣味や楽しみがあること、楽観主義であること、情緒的支援ネットワークを認知していること、自己感覚を大切にしながら自己統合力を発揮していくことなどが報告されており³⁰⁻³³⁾、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアは、既存の回復を促す看護の志向性と類似していることが考えられた。しかし、本研究では回復を志向するための前提であるレジリエンスを引き出す看護に焦点を当て、看護師の実践を具体的に記述したことによって、意図的な介入ではなく、日常的な場面で精神疾患をもつ人と共に在る中で自然と生み出されるケアや精神疾患をもつ人に内在する自我の力を尊重したケア、すなわちより彼らの主体性を尊重したケアを導き出すことができたと考える。精神状態が不安定な人はリカバリー志向性が低い³⁴⁾とされていることや回復はもともと精神状態や社会機能の改善を指していたことから、精神状態によっては回復を促す看護の適応が困難な場合もあると考えられるが、本研究結果で導き出された精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアでは、対象がどのような健康状態であっても対象の存在そのものへの向き合いによって【回復に向かうタイミングとチャンスをつかむ】ことができ、回復過程の促進を促す自我の力を引き出すことができるといえる。このようなケアの根底には、精神疾患をもつ人の存在のありように対する深い理解や存在そのものを尊重し関与しようとする看護師のスタンスがあり、そのうえで人間が生きるための前提となる日常性への高度な配慮やその人の人生を理解しその人らしい生き方を尊重する創造性があると考えられよう。

研究の限界と今後の課題

本研究では、研究参加者によってレジリエンスという概念の理解や認識に差があることも否めない。しかし、精神科看護経験の豊富な看護師が患者との相互作用の中で実感した精神疾患をもつ人の回復過程を促進する自我の力に着目し、それらを引き出す看護ケアのあり方について記述できたという点で、レジリエンスを引き出す看護ケアとして了解可能であると考えられる。今後は、本研究結果を実践の指針として実践研究を行い、精神疾患をもつ人のレジリエンスを引き出す看護ケアの有

効性を検討していくことが課題である。

謝 辞

本研究にあたり、インタビューにご協力いただき、貴重な体験を語っていただきました看護師の皆様へ深く感謝いたします。

利益相反

該当する利益相反はない。

文 献

- 1) Zubin J., Spring B.: Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103-126, 1977
- 2) 中井久夫: 精神分裂病状態からの寛解過程, 中井久夫著作集1巻精神医学の経験-分裂病(第1版), 岩崎学術出版社, 115-177, 東京, 1984
- 3) 笠原嘉, 木村敏: うつ状態の臨床的分類に関する研究, *精神神経学雑誌*, 77, 715-735, 1975
- 4) 近田真美子: うつ病者の回復過程を支える看護介入, *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 6(1), 27-36, 2010
- 5) 山川裕子: うつ病者の回復過程における改善の認識, *川崎医療福祉学会誌*, 16(1), 91-99, 2006
- 6) 加藤敏: 現代精神医学におけるレジリエンスの概念の意義, 加藤敏, 八木剛平編, レジリエンス-現代精神医学の新しいパラダイム(第1版), 金原出版株式会社, 1-23, 東京, 2009
- 7) 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
- 8) 富川順子: 統合失調症をもつ人のresilience-概念の検討-, 高知女子大学紀要看護学部編, 58, 53-65, 2008
- 9) 野中猛: リカバリー概念の意義, *精神医学*, 47(9), 952-961, 2005
- 10) Grotberg E.H.: How to Find the Resilience to Deal with Anything, New Harbinger Publications, 1-9, 1999
- 11) 田亮介, 八木剛平, 田辺英他: 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
- 12) 富川順子, 野嶋佐由美: 統合失調症をもつ人のresilience-病という逆境からの回復過程を表すテーマ-, 高知女子大学看護学会誌, 40(1), 31-40, 2014
- 13) 田亮介: PTSDにおけるレジリエンス研究, 加藤敏, 八木剛平編, レジリエンス-現代精神医学の新しいパラダイム(第1版), 金原出版株式会社, 75-92, 東京, 2009
- 14) 小林聡幸: うつ病のレジリエンス-内なるリズムの回復, 加藤敏, 八木剛平編, レジリエンス-現代精神医学の新しいパラダイム(第1版), 金原出版株式会社, 93-109, 東京, 2009
- 15) 辻野尚久, 水野雅文: レジリエンスモデルに基づく統合失調症の再発予防研究, 加藤敏, 八木剛平編, レジリエンス-現代精神医学の新しいパラダイム(第1版), 金原出版株式会社, 147-164, 東京, 2009
- 16) 三品桂子: 重い精神障害のある人の地域生活支援における援助者の実践スキル, *精神保健福祉*, 40(4), 341-351, 2009
- 17) 北素子, 谷津裕子: 質的研究の実践と評価のためのサブストラクション(第1版), 医学書院, 22-33, 東京, 2009
- 18) Benner P.: 技能修得に関するドレイファスモデルの看護への適用, 井部俊子, 井村真澄, 上泉和子訳, ベナー看護論-達人ナースの卓越性とパワー(第1版), 医学書院, 10-27, 東京, 1992
- 19) 石井京子, 藤原千恵子, 河上智香他: 患者のレジリエンスを引き出す看護師の支援とその支援に関する要因分析, *日本看護研究学会雑誌*, 30(2), 21-29, 2007
- 20) Benner P., Wrubel J.: 気づかひの第一義性, 難波卓志訳, 現象学的人間論と看護(第1版), 医学書院, 1-30, 東京, 1999
- 21) 富川順子, 野嶋佐由美: 統合失調症を持つ人のresilience 回復過程を促進する力, *高知女子大学看護学会誌*, 40(2), 20-30, 2015
- 22) Heidegger M.: 気遣いとしての現存在の存在, 原佑, 渡邊二郎訳, 存在と時間II, 中央公論新社, 149-162, 東京, 2003
- 23) Laing RD.: 存在論的な不安定, 阪本健二, 志貴春彦, 笠原嘉訳, 引き裂かれた自己 分裂病と分裂病質の実存的研究, 47-79, みすず書房, 東京, 1971
- 24) 中井久夫, 永安朋子: 養生を念頭に置いた精神科治療, 中井久夫編, 分裂病の回復と養生-中井久夫選集(初版), 星和書店, 1-24, 東京, 2000
- 25) Sullivan H.S.: 治療概念, 中井久夫・山口隆訳, 現代精神医学の概念, みすず書房, 227, 東京,

- 1976
- 26) Heidegger M. : 現存在の日常性の時間的意味, 原佑, 渡邊二郎訳, 存在と時間Ⅲ, 中央公論新社, 159-164, 東京, 2003
- 27) Steven J.W., Sybil W. : 問題の多い家族という難題, 奥野光, 小森康永訳, サバイバーと心の回復力-逆境を乗り越えるための七つのレジリアンス, 金剛出版, 11-33, 東京, 2002
- 28) 田中美恵子 : 精神看護におけるライフストーリーの意味-人として理解する術, 患者として理解する術, 精神科看護, 38(12), 4-9, 2011
- 29) 中井久夫 : 世に棲む患者, 中井久夫著作集5巻精神医学の経験-病者と社会, 岩崎学術出版社, 3-27, 東京, 1991
- 30) 熊谷陽介, 藤田佳子, 久保寛之 : 急性増悪した統合失調症患者の回復を促した要因, 精神科看護, 33(9), 47-51, 2006
- 31) 堀川英起, 宮本真巳 : うつ状態が慢性化した患者の回復過程に影響を与える要因, 精神科看護, 40(2), 57-67, 2013
- 32) 藤本裕二, 藤野裕子, 楠葉洋子 : 地域で暮らす精神疾患をもつ人のリカバリーに影響を及ぼす要因, 日本社会精神医学会誌, 22, 20-31, 2013
- 33) 山元恵子 : ライフワーク活動をしている統合失調症者の回復過程-自己統合力の発揮と居場所・生きがいの発見, 日本精神保健看護学会誌, 18(1), 104-113, 2009
- 34) Corrigan P.W., Phelan S.M. : Social Support and Recovery in People with serious mental Illnesses, Community Mental Health Journal, 40, 513-523, 2004

研究報告

看護専門学校に在学する社会人学生の 学校生活に対する意識の構造について

The structure of the awareness of students of school life with a
social experience enrolled in nursing school

片山 美穂^{1) 2)}, 長谷川 雅美³⁾

Miho Katayama^{1) 2)}, Masami Hasegawa³⁾

¹⁾金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士後期課程

²⁾こまつ看護学校, ³⁾金沢医科大学看護学部

¹⁾Doctoral course, Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences,
Kanazawa University

²⁾Komatsu Nursing School, ³⁾School of Nursing, Kanazawa Medical University

キーワード

看護専門学校, 社会人学生, 看護教育, 意識

Key words

nursing school, student with social experience, nursing education, awareness

要 旨

本研究の目的は、看護専門学校に在学する社会人学生が看護専門学校に対して、どのような意識をもちながら学校生活を送っているかを明らかにすることである。研究参加者は、看護専門学校に在学する社会人学生10名であった。データ収集には半構成的面接法を用い、看護専門学校に対する思いを自由に語ってもらった。その後、逐語録を作成し、重要と考えられた部分を抽出し、それらをカテゴリー化した。最終的には、カテゴリー間の関連性を構造化した。その結果、次のことが明らかとなった。

社会人学生は【看護師になるという明確な目的意識】をもって看護専門学校に入学してきていた。看護専門学校では社会人学生という【自分の置かれている立場をわかまえる】態度をもち、自分に対する【自己肯定感】を感じていた。教育に対しては【専門職教育としての納得】をしながらも、【教育現場に対する不満】も感じており【看護教員に対する期待】をもっていた。社会人学生は看護専門学校とはこのようなものと自分の中で納得し、学校生活に適応しながら看護師資格を取得するという目的達成を第一に考えて学んでいた。

はじめに

看護師養成所の動向をみると、2015年の看護系大学は短期大学も含めると278校、3年課程の看護専門学校は547校であった¹⁾。学校数の増減をみると、大学は増加傾向、短期大学は減少傾向、看護専門学校は横ばいである。また、2014年4月の入学生数については、看護系大学22,512名、看護専門学校27,595名であり¹⁾、看護専門学校の入学生数については、多少の増減はあるがほぼ横ばいである。以上のことから、看護師養成は大学教育が主流となり増加しているが、看護専門学校での養成者数も全体の半数を占めており、今後も看護専門学校での看護師養成は継続されていくことが予測される。

看護専門学校における看護学生の動向をみると、社会人経験のある受験生が年々増加傾向にある。2015年度の高卒卒業後新卒で入学してきた学生(以下、新卒学生)は、看護系大学が19,096名(84.8%)、看護専門学校が20,068名(72.6%)であった²⁾。看護系大学では約15%が、看護専門学校では約30%の学生が、進学または就労等の経験の後に看護師を目指して入学してきている社会人学生であることがわかる。

看護専門学校に入学してくる社会人学生の増加とともに、社会人学生を対象とした調査や研究もなされている。西谷³⁾は、入学直後の社会人学生に対して質問紙調査を実施し、社会人学生は看護職となるという明確な意思をもって入学してきていることを報告している。甘佐ら⁴⁾は社会人学生を対象に半構成的面接を行っている。その結果、社会人学生は職業人としての自立や一生働ける仕事に就きたいという思いをもっていること、多くが入学後も看護専門学校を辞めたいと思ったことはないという答えを得ている。他方、社会人学生は看護専門学校における教育や教員に対して何らかの不満等をもっているようだが、具体的な内容については明らかにしていない。小川ら⁵⁾は質問紙調査を行い、社会人学生は新卒学生より、学習意識や学習行動が強いことを報告している。前田⁶⁾も質問紙調査により、社会人学生は新卒学生と比べて、クラスメートへ気遣いをしながらもより充実した学校生活を送っていると述べている。しかし、質問紙調査の中の自由意見欄では、教員に対する否定的な意見を見出しているが、その詳細については検討していない。2010年以降の社会人学生を対象とした面接調査の結果をみると、社会人学生は指導の内容より評価を気にしてい

た⁷⁾。また、看護師になりたい思いが学校を続けさせ^{8) 9)}、看護基礎教育への改善要望があり¹⁰⁾、教員との関係性が学校生活上の困難としてあがっていた⁹⁾。そして、社会人学生は肯定的に自分を認識していた¹¹⁾。しかし、看護専門学校に在学する社会人学生が、どのような意識をもちながら学生生活を送っているかに焦点を当てた研究は見当たらない。

看護専門学校においてはまだまだ新卒学生に焦点を当てた教育が続けられていると感じられる。そのため、社会人学生は新卒学生中心の看護教育や学校生活にさまざまな戸惑いや不満を感じているのではないかと考えられる。しかし、以上述べた報告からは、それらの点については十分な検討がされていないと考える。

そこで本研究では、看護専門学校に在学する社会人学生が、どのような意識をもちながら学校生活を送っているかを明らかにすることを目的とする。本研究では、社会人学生とは「大学・短期大学の卒業後または就業経験の後、看護専門学校に入学してきた学生」とした。また、本研究で用いる意識とは「物事や状態に気づき、知ったこと、あるいは気にかかったこと」とした。

本研究から、社会人学生のもつ、看護教育や学校生活に対する意識のうち、戸惑いや不満が明らかになることによって、社会人学生への教育のあり方や効果的な支援の方法について示唆を得たいと考える。

研究方法

1. 研究参加者

看護専門学校に在学する社会人学生とした。なお、大学・短期大学は卒業しているが、就業経験が無い者も社会人学生とした。それは高校卒業後、いったん看護ではない別の道に進んだ後、看護専門学校に入学してきた点では同じと考えたためである。

3つの看護専門学校(独立行政法人、公立、私立)の代表者から社会人学生を紹介してもらい、第一著者が候補者に対して本研究の説明をし、研究参加の同意を得ることのできた10名を選定した。研究参加者は、候補者の都合のよい時間に、候補者の在学する看護専門学校の個室で紹介を受けた。

対象者の背景は、男性3名、女性7名であった。平均年齢は30.8歳であった(表1)。研究参加者10名のうち、7名は大学または短期大学を卒業しており、また8名は就業経験があった。学年は3

表1 研究参加者の背景

ID	性別	年齢	大学・短期大学での教育	就業経験
1	女	20代	あり	あり
2	女	30代	あり	あり
3	男	20代	なし	あり
4	男	20代	あり	なし
5	女	30代	あり	あり
6	女	20代	あり	なし
7	男	30代	なし	あり
8	女	30代	なし	あり
9	女	30代	あり	あり
10	女	20代	あり	あり

表2 インタビューガイド

社会人学生に対する質問

1. 看護専門学校に入学する時、どのような期待あるいは目的がありましたか。
2. 看護専門学校の学校生活全般で、何か感じることはありますか。
3. 看護専門学校での看護教育と、大学・短期大学での教育や就業経験とを比較して、感じていることを何でもお話し下さい。
4. 看護専門学校での看護教育に、どのような対応を望みますか。

年生1名、2年生5名、1年生4名であった。

2. データ収集方法

2010年4月－6月に、各研究参加者が在学する看護専門学校の個室において、半構成的面接を行った。面接は表2に示したインタビューガイドに基づいて「入学時の目的や期待」、「学校生活全般で感じること」、「大学・短期大学での教育や就業経験と比較して感じていること」、「看護教員へ望む対応」について尋ねた。

面接は1回行い、面接に費やした時間は平均47分(32分～79分)であった。面接内容は承諾を得た上で録音した。

3. 分析方法

録音による面接内容から逐語録を作成した。次に逐語録を精読し、研究参加者が看護専門学校で感じていることに関して重要と思われる部分を抜粋し、コード化した。そして取り出したコードの類似性と差異性を比較検討し、共通する意味内容に沿ってカテゴリー化した。各カテゴリーは比較検討しながら、カテゴリーの再編、移動、統合を繰り返し行い抽出した。最終的に全カテゴリー間の関連性を検討し、社会人学生の看護専門学校の学校生活に対する意識を構造化した。

またデータ分析過程において、質的研究の経験に富んだ研究者にスーパービジョンを随時受け、逐語録に戻りながら分析内容を検討・修正していき、結果の真実性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

本研究は金沢大学医学倫理委員会の承認(承認番号255)を受け、研究協力校の承認を得てから実施した。研究への参加は自由意思によるものとし、研究参加者および研究参加校の学校長と教務責任者に、本研究の趣旨、研究参加の自由、研究不参加による不利益が生じないこと、研究参加者への人権的配慮とプライバシーの保護には最大限配慮すること、データは研究終了後直ちに破棄することについて、文書と口頭にて説明し同意を得た。また研究実施場所を研究者の所属する施設とした場合でも、研究参加者の選定には関与せず、面接内容が研究参加者の学業成績等への影響がないことを保障するために、科目評価終了後に面接を実施した。

面接に関しては、研究参加者の教務責任者および研究参加者本人と調整し、授業等に支障が出ない時間を選定した。また、研究参加者の都合を配慮して面接時間を調整すること、疑問や質問には

いつでも応じること、問題が生じた際には研究者といつでも連絡がとれること、語られた内容は対象が特定されないように匿名化・記号化を図ることなどを保障した。また得られたデータは厳重に保管し、本研究のみに使用し、研究終了後には直ちに破棄することを伝え、面接内容を録音することについても同意の確認をした。

結 果

分析の結果、180のコード、19のサブカテゴリーから、6つのカテゴリー【看護師になるという明確な目的意識】、【自分の置かれている立場をわかまえる】、【自己肯定感】、【専門職教育としての納得】、【教育現場に対する不満】、【看護教員に対する期待】が抽出された。

以下、各カテゴリーについて説明する。文中では、カテゴリーを【太字】、サブカテゴリーを〈 〉、代表的なコードを〈 〉、研究参加者の語りを「斜体」、研究参加者のIDを（ ）で示す。

カテゴリー1【看護師になるという明確な目的意識】

〈社会人としての確かさを求めて看護職を目指している〉、〈必ず看護師にならなければいけない思いがある〉、〈時間を惜しんで勉強している〉の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

〈社会人としての確かさを求めて看護職を目指している〉では、社会人学生はこれまでの経験から、〈経済基盤を持ちたい〉、〈現職の将来への不安〉、〈将来のことを考えて、自己実現をめざす〉といった感情で入学していた。

「一生働けますんで、それと全国どこでも働けるので、自分さえしっかりしていれば、ずっと働けると思ったので、資格とろうと思いました。」(10)

〈必ず看護師にならなければいけない思いがある〉は、社会人学生は〈何か人より遅れていると感じる〉、〈前の仕事に追いつくというより超えたい〉、〈転職の最後のチャンス〉というコードで構成されていた。

「じゃあ他にどんな仕事があるかなあって思って、例えば今私30代なんですけど、もうすぐ40歳ってことで、定年が60歳くらいとしたら、もう20年あって、今まで20歳ぐらいから働き始めて真ん中くらいなんですね。また残りは違うことをしても行けるかなあっていうか、もうここで変えても最後のチャンスぐらいかなあって思って」(9)

〈時間を惜しんで勉強している〉では、社会人

学生は〈したいことをせずに看護の勉強をしている〉、〈時間を惜しんで勉強している〉と看護の勉強に貪欲に取り組んでいる姿があった。

「高卒であがってきた子はわりと、休み時間遊んでいたりとかするんですけど、社会とか一旦出た人は真面目に空いた時間も勉強してたりとか見たりするんですよ。」(6)

カテゴリー2【自分の置かれている立場をわかまえる】

〈自分たちはイレギュラーだという意識がある〉、〈不安はあったが今はなんとかなっている〉、〈クラスメートと看護教員から社会人学生として期待されていると感じる〉の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

〈自分たちはイレギュラーだという意識がある〉では、社会人学生は〈社会人学生は中心的存在ではないと考えている〉、〈でしゃばって新卒学生の学ぶ機会を奪ってしまうのは申し訳ない〉、〈社会人学生は遠巻きに見ている〉と考えていた。

「私は主役はあの子達だっという思いがあって、自分はイレギュラーなものっていう意識があったんで、あの人たちが学ぶ、勉強以外で資格だけ取りに来てるわけじゃない、私は資格だけ取ればいいんですけど、もし自分が年上っていうことで、例えば何か指図したりとか、年の功みたいところがあって、18歳19歳の子よりはわかってるところはあると思うんで、なんでも、先回りして、わかるからって先回りしてなんかしてしまうと、あの人たちが学ぶ機会を奪うようなことがあったら申し訳ないなあっていう気持ちがあるんで」(9)

〈不安はあったが今はなんとかなっている〉では、社会人学生は〈体力的な不安〉、〈生活リズムの切り替えがうまくいか不安〉、〈金銭面への不安〉、〈社会人学生は柔軟性がない〉という不安を感じていたが〈人間関係の不安は入学後解消された〉、〈疎外感はない〉と解消されていた。

「(不安は) 変わらないと言えは変わらないですけど、無くなったといえば無くなりました。おかげさまで友達もできましたし、授業は精一杯何とか付いていけるかなあみたいな感じですね。」(5)

〈クラスメートと看護教員から社会人学生として期待されていると感じる〉は、社会人学生自身は〈クラスのまとめ役〉、〈社会人学生は頼りになると思われている〉、〈リーダーシップを求められている〉、〈クラスメートからのプレッシャーを感じる〉、〈授業がうまく回らないと焦って

しまう」というコードで構成されていた。

「リーダーシップ、学校全体を引っ張るくらいのリーダーシップを発揮してもらうことを求められているんじゃないかっていうのはあります。」

(3)

カテゴリー3【自己肯定感】

「社会経験は看護師を目指している自分にプラスに作用している」、〈看護師を目指して勉強していることは前進である〉の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

「社会経験は看護師を目指している自分にプラスに作用している」では、社会人学生は、〈責任の持ち方を知っている〉、〈社会人学生はあたり前の行動ができる〉、〈人とのかわり方はうまい〉、〈いろいろな方向から見るができる〉、〈社会経験は看護の土台になる〉、〈社会人体験はマイナスではない〉と表現していた。

「多少なりともプラスになると考えていますけど。人間関係とか、仕事っていうものの考え方が、新卒学生に比べれば、取り組み姿勢っていうのもちょっと違うと思うんで、すんなり入っていけるかなあって自分で思っているんですけど。」(7)

「看護師を目指して勉強していることは前進である」では、〈自分の人生を考えると前進〉、〈社会人のころより前進〉、〈新しいことに踏み出したので前進〉と考えていた。社会人学生は看護師を目指している現状を肯定的にとらえていた。

「自分の中では前進ですね。自分は一応目的をもって入って未来のために入って来ているので、自分の人生を考えると後退ではなくて前進なんですよね。」(10)

カテゴリー4【専門職教育としての納得】

「厳しさは専門職業人育成の場として納得できる」、〈看護教員はプライベートに立ち入らない〉、〈看護教員の関わりに新卒学生との差は感じない〉の3つのサブカテゴリーから構成されていた。

「厳しさは専門職業人育成の場として納得できる」では、〈看護専門学校は何事にも厳しい〉、〈社会常識・学問への取り組みは高い〉、〈専門学校なので厳しくても納得できる〉と、専門職業人育成の場なのだから厳しいのは当たり前と感じていた。

「やっぱり専門学校なので仕方ないのかなあという思いをしますけど。出席とか単位とか厳しかったりするの、それは納得できます。」(2)

「看護教員はプライベートに立ち入らない」では、社会人学生は〈深くかかわってこないことは

ありがたい〉、〈プライベートな面に関する制約は感じない〉、〈放って置かれているがそれでいい〉と必要以上の関わりやプライベートへの関わりがないことを肯定的に評価していた。

「看護教員はプライベートなところに立ち入ってきません。あまり深く関わっては来ないですね。ありがたいなあって思いますね。」(5)

「看護教員の関わりに新卒学生との差は感じない」では、社会人学生は〈看護教員の授業中の対応は平等と感じる〉、〈新卒学生とのかかわりの差は感じない〉と看護教員から新卒学生と区別されているとは感じていなかった。

「ないですね。頼み事、教室にもものを持って行くのも係が決まっていますし、特に差は感じませんね。授業中も特に気になったことはないですね。先生は特に区別してはいないと思います。」(4)

カテゴリー5【教育現場に対する不満】

「態度の悪いクラスメートは迷惑である」、〈社会人学生への憤りを感じる〉、〈看護教員は威圧的でパターンリズムでかかわってくる〉、〈指導が納得できないときは自分の中で収めた〉の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

「態度の悪いクラスメートは迷惑である」では、社会人学生は〈社会人学生は真剣に取り組むが新卒学生はとりあえずという感じ〉、〈入学してきた人に考え方が甘い人がいる〉、〈新卒学生は授業態度が悪く社会人学生にとっては迷惑〉、〈当たり前ことができいなため時間を無駄にしている〉と態度の悪いクラスメートに不満を感じていた。

「最初はやっぱり授業が始まってもなかなか静かにできないっていうことが、今はなくなったんです。ちょっと大人になったのかわからないんですけど、1年生の最初の頃はすごくうさくて、自分は勉強しに来てるっていう気持ち強い。私はおんなじ歳の時ぐらいももしかしたら、私は授業中しゃべることはあんまりなかったと思うんですけど、そういう年代過ぎているんで、やっぱり勉強しようと思って来ているけど、若い子はまだ青春真っ只中なので、すごく最初はやかましいって。」(9)

「社会人学生への憤りを感じる」では、同じ社会人学生に対して〈社会人学生にもしゃべる人がいて不思議〉、〈社会人学生でもいろいろいる〉、〈社会人学生が常識をもっておらず憤りを感じる〉と、常識的に行動できない姿に憤りを感じていた。

「しゃべるのは、社会人の人もいますよ。それ

が不思議で。漫画読んでる、化粧している、授業中に。社会人の行為としては考えさせられませんか。それを普通に社会人の人もしているんです、高校を出た人も。」(5)

《看護教員は威圧的でパターンリズムでかかわってくる》では、社会人学生は看護教員に対して〈看護教員は威圧的〉、〈決め付けや強制はしてほしくない〉、〈学校・看護教員は一方的〉と感じていた。

「これはこうっていう決め付けや強制はしないで欲しいと思います。」(1)

《指導が納得できないときは自分の中で収めた》では、少々納得のいかない出来事があったとしても騒ぎ立てることはせず、〈納得はできないが我慢している〉、〈納得というより自分を収めた〉と対処していた。

「それを先生に言うっていうよりも自分の中で収めて納得して置いておくっていう。それは私の態度なんでしょうけど、なんかこうそれを学校に言って、変えて欲しいとかいう気はそんなになくて、まあ嫌だなあと思いながら、まあまあ、しょうがないかなあって。」(9)

カテゴリー6【看護教員に対する期待】

《新卒学生と平等にすべて教えてほしい》、《大人の扱いで指導してほしい》、《看護教員は必要なことをきちんと教えるべきだ》、《学生個々の考え方とスタイルは尊重してほしい》の4つのサブカテゴリーで構成されていた。

《新卒学生と平等にすべて教えてほしい》では、〈授業は新卒学生と対等でいい〉、〈社会人学生だからと省略しないほしい〉、〈看護師にするつもりで指導してほしい〉、〈社会人学生だからと気を使う必要はない〉と、学生として看護師に必要なことは教えてほしいと考えていた。

「それぞれの社会人にしても差がありますよね。どんな社会人生活を送ってきたかにもよるし、性格にも差があるし、それを看護師の入口まで先生方がもってかなきゃいけないんだから、あんまりその遠慮しないで、普通に看護師にしてくれるつもりで、だめなところははっきり叱って欲しいし、っていうふうに思うんです。」(9)

《大人の扱いで指導してほしい》では、〈子ども扱いされていて苦痛〉、〈勉強以外には口出ししないでほしい〉、〈全体的に大人として扱ってほしい〉、〈もう少し信頼してほしい〉、〈看護教員は世話を焼きすぎる〉と考えていた。

「社会人というよりも全体的に、大人扱いし

てもらえれば、社会人を含めて、社会人がいようが若い子がいようが構わずに大人として扱ってあげれば、(学生が) 楽だったかなあって。」(9)

《看護教員は必要なことをきちんと教えるべきだ》では、〈看護教員が何も言わないのが不思議〉、〈看護教員は新卒学生に社会人としての必要なことを自覚させるべき〉、〈看護教員は新卒学生にもっと注意してほしい〉と、看護教員に教育者としての教育態度を要求していた。

「先生はそこはもっと高校とは違うんだからもっと厳しく、もっとこれから看護師となっていく上で、どうしても必要なものとか人間として社会人として世の中で働くために必要なものを本人に自覚させるためにも、先生はもっと厳しくしたほうが良い」(5)

《学生個々の考え方とスタイルは尊重してほしい》では、社会人学生は〈社会経験を生かせるアドバイスがほしい〉、〈社会人学生のやり方やスタイルを尊重してほしい〉、〈築いてきたライフスタイルを尊重してほしい〉と望んでいた。

「特別扱いは特にする必要はないと思います。わからないんですけど私の考えでは、社会人は自分のスタイルが結構決まっていたり、勉強するスタイルにしろ生活のスタイルにしろあると思うんですけど、例えば先生方がすごいご厚意でこういうふうな勉強をして下さいっていう、それを宿題とはまた別にしてこういうことを、先生方は学生のためを思ってやってるんですけど、社会人の方は自分のしたい勉強のスタイルとかがあったりするんで、学生に任せる部分は学生に任せて、任せてしまえばいいと思いますね。」(10)

図1に、社会人学生の看護専門学校の学校生活に対する意識全体の構造を表現した。人型の図で社会人学生を表現し、社会人学生が自分自身に感じていることは人型の図の中に示した。そして、その人型の図の横には、社会人学生の看護専門学校・看護教育に対する意識を四角で囲み示した。

【教育現場に対する不満】と【看護教員に対する期待】の2カテゴリーに関しては、継時的な変化を示した。

社会人学生は【看護師になるという明確な目的意識】をもって看護専門学校に入学してきていた。看護専門学校では社会人学生として【自分の置かれている立場をわきまえる】態度をもち、自分に対する【自己肯定感】を感じていた。看護専門学校に対しては【専門職教育としての納得】をしながらも、【教育現場に対する不満】も感じており【看

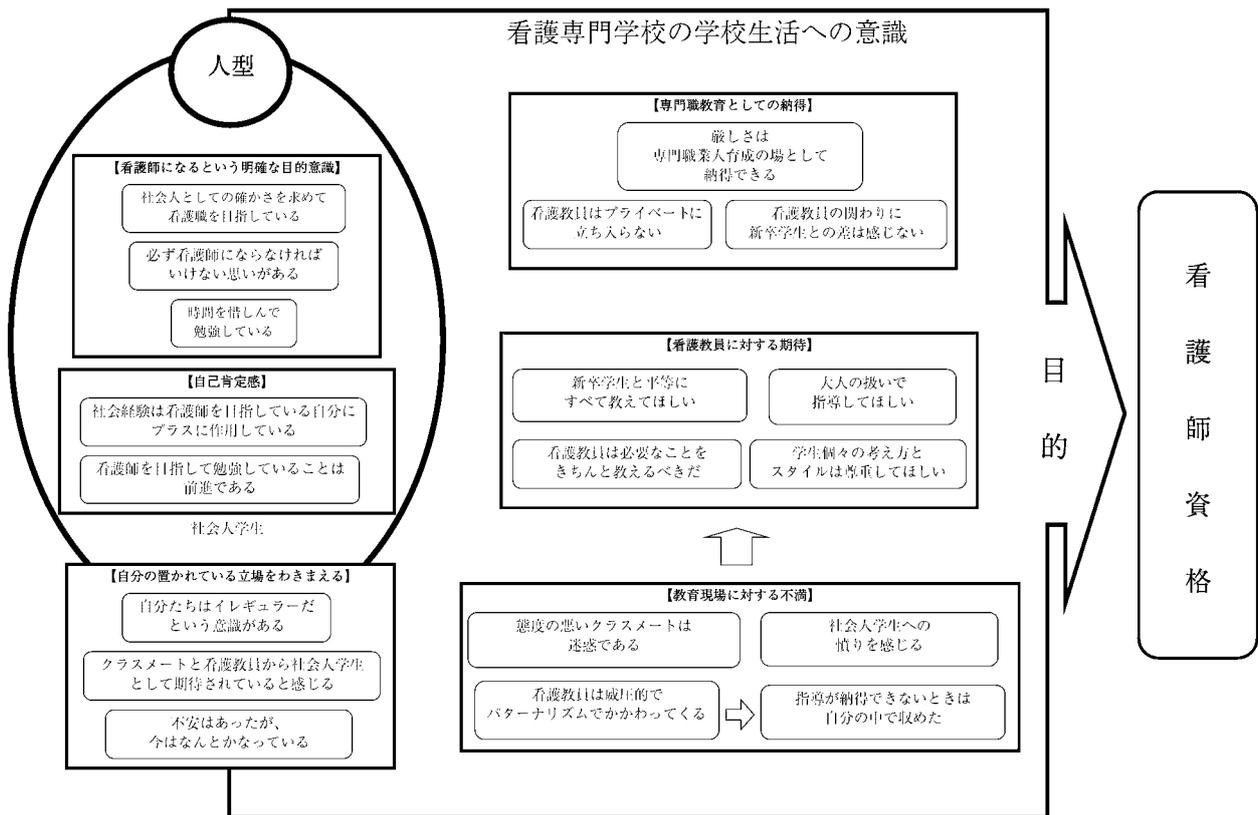


図1 社会人学生の看護専門学校の学校生活に対する意識の構造

【看護教員に対する期待】をもっていた。学生は看護専門学校とはこのようなものと自分の中で納得し、学校生活に適応しながら看護師資格を取得するという目的達成を第一に考えて進んでいた。

考察

本研究では、社会人学生がどのような意識をもちながら学校生活を送っているかについて検討した。

平出ら¹²⁾は、社会人学生は明確な目的意識が今の学びを喚起しており、後がないために合理的に学んでいると述べている。その後、西谷³⁾も社会人学生の明確な意思について報告している。魚住⁸⁾は、社会人学生は、学習への満足感や努力している自分の姿、看護職をめざす動機が学び続ける原動力になると述べている。本研究においても、同様のことが言えた。社会人学生は【看護師になるという明確な目的意識】をもって、看護専門学校に入学してくると考えられる。これは自立した社会人として再出発したいと強い意識の表れであると考えられる。《社会人としての確かさを求めて看護職を目指している》では、社会人学生はこれまでの経験から、〈経済基盤を持ちたい〉、〈現

職の将来への不安〉、〈将来のことを考えて、自己実現をめざす〉と感じて入学してきていた。これまでの仕事は自分で選択した職業ではあっても、経済的な不安や将来への不安を感じていた。社会人として自立した、納得できる自分の姿を求め職業選択のやり直しを決意していた。やり直しができない覚悟と必ず看護師にならねばならないという決意をもって、看護専門学校での生活を送っていると言える。そして、過去の自分を悔やむこともなく、過去の社会経験も受け入れながら、社会人学生は、《社会経験は看護師を目指している自分にプラスに作用している》、《看護師を目指して勉強していることは前進である》と【自己肯定感】をもって、看護専門学校での勉強に励んでいる姿が伺える。社会人学生は、過去の社会経験や現在の学生としての自分を肯定的に捉えていた。一方で、井澤⁷⁾は、社会人学生は自分がリーダーシップをとることで他の学生の学ぶ機会を奪っているのではと感じていると述べている。また、根岸¹¹⁾は、社会人学生は、看護専門学校で学ぶ自分自身に対し、学び続ける強い意志をもち、新卒生と折り合いをつけて学んでいると述べている。本研究でも、社会人学生は、【自分の置かれ

ている立場をわきまえる】ことをしていた。社会人学生は、自分たちは中心的存在ではないと自覚し、でしゃばらず、新卒学生を見守っている姿があった。

そのため、専門職業人を育成するための厳しさに対して、【専門職教育としての納得】はしていると考えられた。武森ら¹³⁾は、社会人学生は専門職教育は厳しいと感じているが、納得していると述べている。本研究においても同様の結果であった。他方、社会人学生は、さまざまな【教育現場に対する不満】はもっていた。迫田ら⁹⁾は、就業上の困難として、新卒学生との関係性、教員との関係性をあげている。本研究でも、【教育現場に対する不満】として、一つは、同じクラスメートに対する不満である。例えば、自身が一生懸命勉強しようとしても、態度の悪いクラスメートがおり、それを迷惑と感じていた。他の一つは、看護教員に対する不満である。前田⁶⁾が理解してくれない教師と述べているように、本研究においても看護教員に対してさまざまな思いを抱えていた。看護教員は威圧的でパターンリズムでかわってくると感じており、そのような教育方法と態度に対して決めつけや強制はしてほしくないと看護教員に対する不満を感じていた。三木ら¹⁰⁾は、社会人学生は、看護基礎教育に対して改善要望を持っているとしている。本研究でも、社会人学生は【看護教員に対する期待】をもっており、看護の勉強は新卒学生と平等に教えてほしいことや成人学習者として扱ってほしい、個々の考え方を尊重してほしいなどの期待である。しかし、社会人学生は目的がはっきりしているため、それらの不満や期待に対する具体的な行動化を起こすことなく、我慢して自分の中で収めていることが明らかとなった。これまでの研究^{4) 6)}で社会人学生の抱えている不満や期待等が具体的に浮上してこなかった理由がここにあるとも考えられた。迫田ら⁹⁾は、看護師になることへの思いが学業を継続させているとしている。社会人学生は看護師資格の取得という明確な目的に向かって進んでいる姿があった。

さらに、社会人学生は、看護師資格を取得することのみに意識が向いているわけではなかった。平出ら¹²⁾は、社会人学生は自分自身の色を出さないように、集団の中で日々目立たぬように“カメレオンの存在”でいようとしていると述べている。本研究においては、社会人学生は、でしゃばって新卒学生の学ぶ機会を奪ってしまうのは申

し訳ないと思いながらも、例えば授業がうまく進まない状況に陥った場合にはクラスのまとめ役を果たしたり、求めに応じてリーダーシップの役割を果たしたりしていた。すなわち、クラス運営や授業がうまく進むように、新卒学生や看護教員の期待に応えるべく行動していた。このことから社会人学生は周りになじみ潜んでいるカメレオンの存在というよりは、むしろクラス運営や授業が最良の状態となるよう、クラスメートや看護教員に配慮しつつ、協調しようと陰で支える“黒子的存在”であると考えられることができる。

以上述べたことから、明確な目的意識と自己肯定感をもち、立場をわきまえ、周りを気遣いながら、看護専門学校で起こる様々な出来事に適応し、看護師資格を取るという目的達成に向かって進んでいる社会人学生像を描くことができる。社会人学生は学校生活で起こる様々なことに関しては気にはなっていない、変化させるための行動は起こしていない。社会人学生は、看護師資格を取得するという目的達成に向かって、周囲に調和できるための工夫をしていたといえる。看護教員はこのような社会人学生に対して、目的が達成できるように支援していくことが必要である。看護教員は社会人学生に対して、過度に期待せず、個別性を尊重し、看護の学習に関しては新卒学生と平等に関わっていくことが必要であろう。社会人学生は、新卒学生とは異なり、周りに対し、配慮し協調しようとする意識をもっていることから、我慢も生じやすいと考えられる。そこで、看護教員は社会人学生に対し、学習に関しては新卒学生と平等に関わりつつ、学校生活で感じていることを表現できる場や話し合いの機会を設けるなど、新卒学生とは異なる対応と配慮が必要であると考えられる。

研究の限界と今後の課題

本研究は、特定の地域の看護専門学校で行った。したがって、この結果は看護専門学校の背景や研究参加者の背景、社会人学生の割合なども関係しておりすべてを一般化することができない限界がある。さらに継続的なサンプリングを重ね、データの質を深め、社会人学生の背景を考慮した調査を続けていくことが今後の課題である。

また、教育する側にいる看護教員の社会人学生に対する意識の調査は今回行っていない。看護教員が社会人学生に対しどのような思いを持って教育に当たっているかの意識の調査をすることによって、双方の意識を活かした看護教育のあり方が

検討できると考える。

結 論

社会人学生は【看護師になるという明確な目的意識】をもって看護専門学校に入学してきていた。看護専門学校では社会人学生という【自分の置かれている立場をわきまえる】態度をもち、自分に対する【自己肯定感】を感じていた。教育に対しては【専門職教育としての納得】をしながらも、【教育現場に対する不満】も感じており【看護教員に対する期待】をもっていた。社会人学生は看護専門学校とはこのようなものと自分の中で納得し、学校生活に適応しながら看護師資格を取得するという目的達成を第一に考えて学んでいた。

このような社会人学生に対し、看護の学習に関しては新卒学生と平等に関わりつつ、一方、学校生活で感じていることについては新卒学生とは異なる対応と配慮の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に協力して下さいました研究参加者の皆様に心より感謝いたします。なお、本研究は金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

利益相反

利益相反なし。

引用文献

- 1) 厚生労働省：看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査 定員、学校養成所区分別、設置主体別, [オンライン, <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001139988>], 厚生労働省ホームページ, 5. 2. 2016
- 2) 厚生労働省：看護師等学校養成所入学状況及び卒業生就業状況調査 学校養成所入学状況, [オンライン, <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?lid=000001139997>], 厚生労働省ホームページ, 5. 2. 2016
- 3) 西谷千恵：大卒社会人経験者が看護専修学校入学に至る経緯, 日本看護学会論文集：看護教育, 34, 109-111, 2003
- 4) 甘佐京子, 藤田きみゑ, 牧野耕次：看護学生の学校適応と心理的特徴 社会人経験を持つ看護学生を対象として, 滋賀県立大学看護短期大学部学術雑誌, 6, 57-63, 2002
- 5) 小川麻代, 坂井恵子, 白山敦子：社会人入学した看護学生の自己教育力、学習意欲・行動の実態-2年課程における社会人入学生とストレート学生の比較, 日本看護学会論文集：看護教育, 34, 106-108, 2003
- 6) 前田幹香：社会人経験を持つ看護学生の学校生活に関する認知の特性, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター 看護教育研究集録, 29, 123-129, 2004
- 7) 井澤晴美：主体的に学習できる社会人学生が教員に望む指導, JCHO東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校紀要, 1(1), 1-8, 2015
- 8) 魚住郁子：社会人経験のある看護学生が学校生活の中で学び続けていくプロセス 学びの深化に関わる体験の語りに注目して, 日本看護学教育学会誌, 25(1), 41-50, 2015
- 9) 迫田智子, 梅田尚子, 清水るみ子：社会人経験のある看護学生の就学上の困難と学業継続への対処, 日本看護学会論文集：看護総合, 44, 321-324, 2014
- 10) 三木隆子, 關戸啓子, 檀原いずみ：社会人経験をもつ3年課程看護専修学校生の学習支援のあり方 社会人学生と教員に半構成的面接を行って, インターナショナルNursing Care Research, 13(3), 155-165, 2014
- 11) 根岸貴子：社会人経験を持つ学生が看護専門学校で学ぶことの認識, 日本看護学会論文集：看護教育, 42, 26-29, 2012
- 12) 平出恵子, 広瀬京子, 関口千嘉子：看護専門学校で学ぶ社会人入学生が語る学びの様相, 日本看護学教育学会誌, 15, 270, 1991
- 13) 武森八智代, 竹村多加, 信里ユリエ：社会人経験を持つ学生の看護専門学校で学習することの意味, 中国四国地区国立病院附属看護専門学校紀要, 3, 91-103, 2007

実践報告

がんで妻を亡くした後、 長年喪失体験を他者と分かち合えなかった男性と看護師との ケアリング・パートナーシップの過程

The process of a caring partnership with a man who had for a long time been unable to share his loss experience since the loss of his wife due to cancer

中林 誠

Makoto Nakabayashi

神奈川工科大学

Kanagawa institute of technology

キーワード

がん, 喪失体験, ケアリング・パートナーシップ

Key words

cancer, loss experience, caring partnership

はじめに

2014年の日本のがんによる死亡者数は約36.8万人である¹⁾。がんは1981年以来日本人の死亡原因の第一位であり、人口の高齢化とともに年々増加傾向にある。

死という問題は死別を体験する遺族にとって大きな問題として挙げられる。E.S.シュナイドマン²⁾は「死は終わりを意味するが、遺族にとっては始まりをも意味する」と述べている。また大西³⁾も、終末期医療では遺族を「第二の患者」ととらえて、死別・喪失体験（以下、喪失体験とする）から日常生活を取り戻す過程（悲嘆）へのケアが必要であると述べている。

配偶者を失った喪失体験には個人差はあるが、人生におけるストレスの上位に挙げられる。遺族の中には、患者会・遺族会などへの参加を通して、

喪失体験を共有し病的悲嘆を予防・回復していく者が多いとされるが、研究者の遺族会への参加の経験からは、取り乱したり、回復しているとするには違和感を覚える者がいる。しかも、死別後1年以内の遺族の約2割がうつ病を有するというデータ⁴⁾があり、遺族の専門的なケアは必要である。特にがん医療では、診断や治療、再発、転移や終末期の過ごし方、さらには鎮静剤の投与に至るまで、様々な選択を家族も患者とともにやっている。そのため患者が死亡した後、自責の念を抱えやすい特徴があることがわかっている⁵⁾。特に男性は、人前で泣けない、感情を人前で出すことはみっともないなどの考え方が残っており、辛い感情を率直に表現できず一人で耐える傾向があり、病的悲嘆の状態に陥っている者も多いと浅野⁶⁾は報告している。現在、がん遺族を対象とした研究

は、アンケートやインタビューを行い死別悲嘆の原因や性差を調べた研究⁷⁻⁹⁾、悲嘆援助のあり方について示した書籍¹⁰⁾などが発表され、遺族ケアシステムの必要性や心理的サポートの重要性が示唆されている。しかし、看護介入により喪失体験の回復を助ける研究¹¹⁾は少なく、十分なケアにつながっていないものと思われる。

そこで、遺族ケアの枠組みとして、Margaret A. Newmanの理論¹²⁾¹³⁾に着目した。Newmanは、健康の基本理解について、どのような状況にありその状況が望みがないように見えようとも、拡張する意識の過程であるとしている。看護の基本理解について、より高いレベルの意識へと進化していくように、人々が自分の内部の力を使うよう支援することである、クライアントが窮地に陥っているとき、看護師との対話を通して自分と環境との相互作用のありようを認識することで、一歩踏み出すことができるとしている。この理論に基づいたかかわりで、配偶者を亡くした男性が喪失体験に意味を見出し、新たな一歩を踏み出していく支援の可能性があると考えた。

研究目的

1. ケアリング・パートナーシップの過程で、がんで配偶者を亡くし苦悩している男性に起こる喪失体験の変化を明らかにする。
2. この過程で、看護者（研究者）の現象の見方やかかわり方にどのような変化が生じたのかを明らかにする。

用語の定義

1. ケアリング・パートナーシップ：本研究では、Newman理論に導かれて研究者が、参加者の持つ力を信じ、その力を発揮できるように寄り添い、対話する過程をいう。
2. 豊かな環境：本研究ではケアリング・パートナーシップをもって、参加者とかかわる看護師のことを指す。
3. 喪失体験：参加者が味わうがんで配偶者を亡くしたことによる感情や思考であり、研究者とのかかわりの中で話した言葉、その時の感情、表情、行動などから捉えたその人のありようを指す。

理論的枠組み

本研究はNewmanの拡張する意識としての健康理論（Health as expanding consciousness¹²⁾）を理論的枠組みとする。Newmanは、患者が窮地に

陥っているとき、自分のパターンすなわち自分と環境との相互作用のありようを認識するならば、今までの自分の古い価値観やルールから解放されて、患者本人が自分の持つ可能性や力に気づき、新しく生きるルールを自ら見出すことができると述べている。Newmanは、この仕事は人生で最も困難でかつ重要な仕事であると述べ、この仕事を成し遂げるためには、よき環境としてのパートナーが必要であり、それこそが看護職者の役割であると述べている。本研究においてケアリング・パートナーシップは、看護師である研究者が配偶者を亡くした男性とパートナーシップの関係に入り、対話を通してその男性が自分のありように意味を見出し、新しい自分らしさと生き方を自らの力で探求していくであろうことを期待して行うものである。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、Newman nursing praxisを研究デザインとしたケーススタディである。これは、Newman理論に導かれ、実践と研究を結びつけた実践的看護研究でNewmanが提案する解釈学的、弁証法的方法を用いる。

2. 研究参加者

研究参加者は、がんで配偶者を亡くした男性で、十分に悲しみを表出することができないようだと言及された。60分程度の対話が可能な身体的、精神的状態にあり、研究の趣旨について理解し、書面により研究参加の承諾をした1人であった。

3. 研究者

研究者は看護師としてがん看護の実践を11年間経験し、大学院でNewmanの健康の理論を学び、実習ではその学びを活かしながら受け持ち患者とパートナーとなり共に歩む過程を辿った。

4. ケアリング・パートナーシップの過程

本研究は実践と研究を結びつけた看護研究であるため、ケアリング・パートナーシップの実践過程そのものがデータ収集過程である。実践過程はNewmanが示した健康の理論に基づくプラクシス¹³⁾¹⁴⁾を用いてすすめた。

1) 第1回目の面談

Newmanは人生で最も意味ある出来事や人々についての質問が最も、参加者の自己洞察を促すとしているため、「これまでのあなたの人生で最も意味ある出来事や人々についてお話を聞かせてく

ださい」と質問し、そこから生まれる自由な語りを傾聴した。研究者は面談中、情報収集やどのように面談を進めていくかなどの方向感覚は抱かず、参加者にとって豊かな環境であるよう心がけ、参加者のありよう、妻を亡くしたことの意味をつかむためにかかわった。

2) 1回目面談のデータの解釈

録音した音声データから逐語録に起こした。Newmanの健康の理論に照らし合わせ、参加者のこれまでの人との相互作用のありようを解釈し時系列で並べて（幼少期から現在まで）表象図を作成した。

3) 第2回目以降の面談

Newmanは表象図をフィードバックした後、十分な洞察を促すためには面談が必要であるとしている。表象図を参加者にフィードバックして分かち合った後「お話を続けましょう」と促し面談を続けた。

4) 第2回目以降のデータの解釈

録音した音声データから逐語録に起こした。第2回目以降の表象図は語りの内容が順次追加された。

5) 面談の終わり

Newmanは面談の終わりは、参加者と研究者の両者で、十分な洞察ができた時自然な形で終わるとしている。本研究では、参加者も研究者も家族との関係に一步を踏み出し、人との付き合い方や現象の捉え方に変化が訪れたことを喜び合った時とした。

5. 研究フィールド

某県にあるがんについて考える会（仮称）

6. 研究期間

平成26年7月から9月

7. データ収集方法

データは面談の内容をICレコーダーで録音した音声データ、面談後に作成した研究者の自己内省ジャーナル（面談中を通しての雰囲気、研究者の感じたことを記載）の二点とした。

8. データ分析方法

逐語録の作成は研究者自身で行った。逐語録の中で参加者が意味ある出来事や人とのかかわりを語り、自分のありようを理解したり、思考や感情及び行動が変化していると思われる部分や際立って変化したと思われる個所があれば、そこを中心に相対的に見比べてその意味を理解し、拡張する意識の理論に照らし合わせて解釈した。

分析に際しては以下の点に留意した。

1) データを解釈学的・弁証法で分析し、参加者の変化の過程とその意味を取り出した。

2) 環境（よき聴き手）として存在している研究者のありよう（聴く姿勢や話し方）を録音データ・逐語録、自己内省ジャーナルから捉えた。

3) 分析結果とその記述について、参加者と確認しあい、事実と相違ないことを確認した。

分析にあたり、ニューマン理論に基づいた研究論文の執筆経験を多数持つ看護教員が、研究者と参加者のかかわり方とその解釈がニューマン理論に基づいているのかを慎重に検討し、研究の客観性の担保に努めた。

倫理的な配慮

本研究では研究の趣旨を書面を用いて、研究参加・協力の自由意思、拒否権の確保、大学内、大学以外の発表及び出版物などに公表する予定であることを説明した。個人情報には鍵のついた場所に保管し、プライバシー保護のため面談には個室を用いた。音声データを取るときも承諾を得た。参加者の安全・安楽を第一に考えて、面談中、負の感情が想起されて心身が不安定な状態になれば、途中で中断することとした。面談では誠意をもって真摯な態度で接し、面談の過程が参加者にとって意義あるものとなるように心掛けた。本研究は大学研究倫理審査の承認（平成26年3月10日、承認番号2509-3）を受けて実施した。

結 果

1. 最初の出会い

遺族会の関係者から紹介された研究参加者（以下Aさん）は、妻をがんで亡くして20年近くが経過していた。60歳代で長女、長男との3人暮らし、すでに定年退職しており、朗読会、趣味としての農業、がんについて考える会（仮称）に参加していた。遺族会の関係者はAさんについて、会の中でも中心的な存在であるが、あまり自分の気持ちを話さない気になる存在と紹介の理由を述べた。初めてAさんにあつた日、研究者は研究の趣旨を説明する前に自身の経歴を話した。それを聞いた後Aさんは「誰にも話していないのですが」と前置きしたうえで、研究者同様に子どもたちに不登校の体験があつたことを話してくれた。また科学で証明できないことは信用できないという社会の風潮に疑問を感じていると話していた。研究者とAさんは同じような体験をし、全体性のパラダイムで現象をとらえているということから、これか

ら良いパートナーシップが築けると感じた。

2. 第1回目の面談

Aさんは、研究参加依頼書に書かれた内容を読んできており、「自分の人生の中での意味深い出来事や人間関係について」語ることを承知していた。研究者がICレコーダーを手にとると「電源大丈夫ですか。入りましたら、話し始めてもいいですか」と研究者を気遣った後、妻との出会いから話し始めた。

1) 幼少期

幼少期については、「子どものころは、普通の田舎の幸せな少年でしたよ」と表現し、それ以上は話さなかった。

2) 結婚当初

亡き妻（以後、妻と表記）は系列が同じ会社に務めていた。結婚後は転勤が多く、妻はそのことを気にしているようであったがAさんは普通の幸せな家庭だったと話した。

3) 妻のがんの発見と再発、そして死亡まで

「がんと診断された」と妻から電話で報告を受けたとき、Aさんは会社にいた。普段は会社に連絡をしてくることのなかった妻からの電話で、がんであることを直接に伝えられた時のことを「一発でノックアウトされた感じだった」と表現した。そして、この面談の間、何度もその衝撃の大きさを表現したが他者に相談、他の病院を探すなどは積極的にしなかったと話した。

その後妻は手術、抗がん剤などの治療を行ったが手術から1年後の定期受診で再発を告げられた。定期受診の時、医師はAさんだけを呼び、妻のがんの再発を伝えた。その時も「再発したのだから、ダメなんだろうな。それ以外の考えはまったく出なかった」と表現した。そして、妻にも子どもにも妻の親族にもがんの再発、余命数か月ということ伝えなかった。

4) 妻が亡くなってから現在まで

妻が亡くなった後、長女、長男共に不登校となったが、それを乗り越えて進学・就職した。その後も様々なことがあったが、何とか乗り越えて現在に至っていると話した。

Aさんは妻の死後、朗読会に参加したり、ボランティア活動をしたり、がんについて考える会の人たちとのかかわりをもっているが、妻に対しては、「本当にかわいそうなことをしたな」という後悔の気持ちを表現した。その一方で、妻のがん体験の中で学んだ人のやさしさなどをプレゼントと感じ、この先をどう生きていくのかを考えてい

ると話した。また、子どもたちと、亡くなった妻のことやこれからのことを話し合いたいと思っていると話した。第1回目の面談を終了した。

3. 1回目面談のデータの解釈と次回面談への準備

Aさんは、妻の死後様々な活動に参加するなど人間関係が拡大し、周囲と友好的な関係を築けているようであるが、妻や子どものことを話すとき「たぶん」「……だと思う」などの表現が多く他者に関心が薄い人と感じた。このことをNewmanの健康の理論と照らし合わせ解釈し、妻の死後付き合う人間は増えたが、相互交流・依存的なかわりでないというAさんのありようを捉えた。この解釈を表象化しフィードバックすることが、Aさんの成長につながると考え、第2回目の面談に向けて表象図（図1）を作成した。

表象図を作成する際、Aさんが相互交流的な関係性を築けていないことを一方向の矢印で示し、妻ががんと診断され亡くなるまでの期間を窮地に陥っていたと捉え螺旋を乱して表現した。

4. 第2回目の面談

1) 妻の死後20年近く経過した今もなお続く妻への後悔と感謝の気持ち

Aさんは黙って表象図の説明を聞いた。そして、「何か思うことがありますか」との問いかけに「美しすぎる感じがしますね…この図は」と笑顔で表現した。そして、再び妻から会社に突然電話がありがんの告知を受けた時のことを話した。「本当に無防備なところにポンと来た感じでしたね」その言葉の後Aさんは表象図を見つめながら長く沈黙した。そして、子どもたちから「お母さんがなくなるまで、お父さんは全然存在感がなかったよ」と告げられ、自分ではよき父であったと思っていたが驚いたと話し、再び長く沈黙をした。研究者は、Aさんと子どもたちの過去から現在に至る関係が気になり妻の臨終・葬儀のときのこと、最近の様子、会話の頻度と内容などを問いかけた。

2) 変化を続けている子どもたちへの思い、子どもたちとのかかわり

研究者の問いかけをきっかけに、臨終・葬儀のときはおそらく泣いていなかったと記憶している、子どもたちとは最近会話をしていない、おそらく不登校となった原因は妻を亡くしたことであろうと話した。そして、妻を亡くしてから現在に至るまでの子どもたちの変化を話した後に、子どもの成長にあまり関心をむけてこなかった自分のありように気づいた。「本当に今まで、ほっといてき

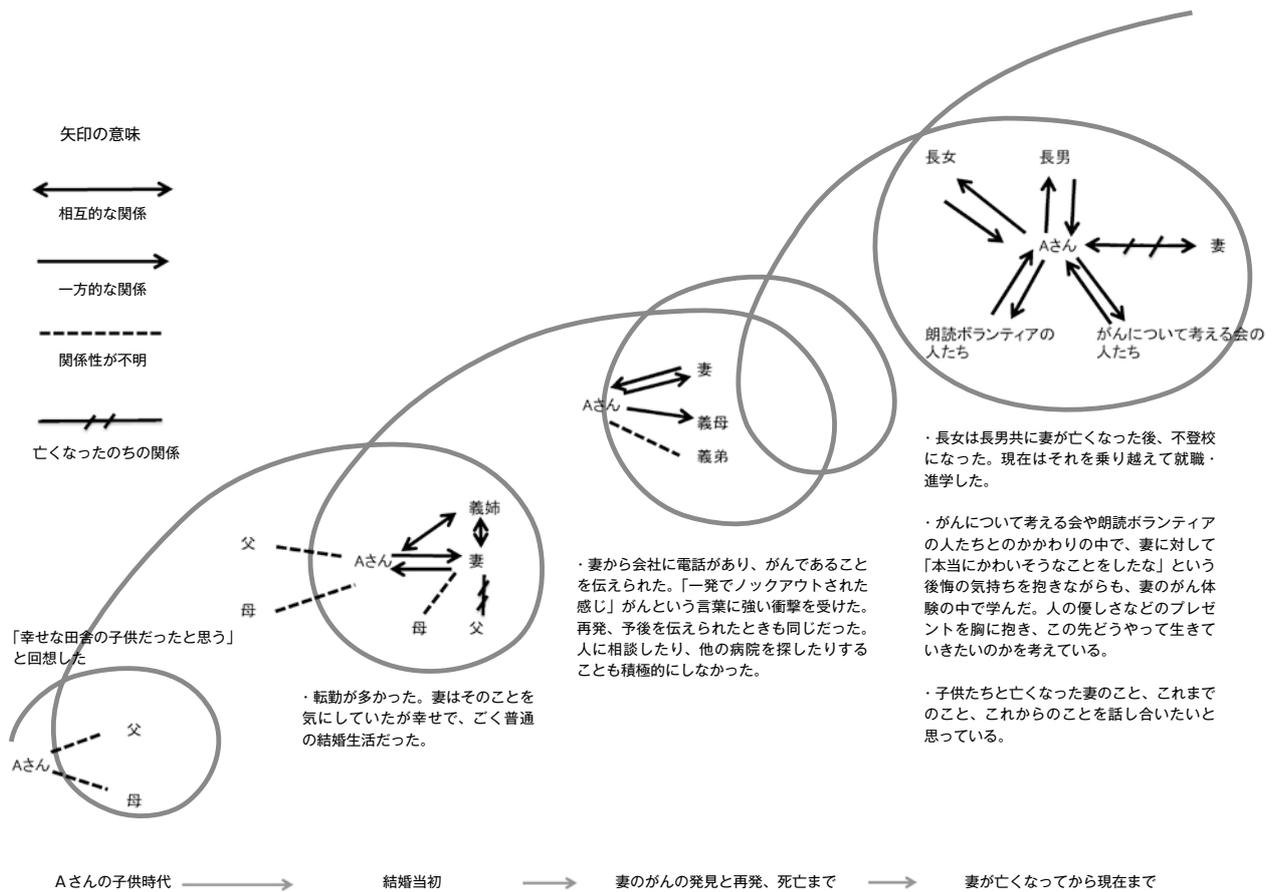


図1 第1回目の面談後に作成した表象図

「たんだな一、我がことながらに…」研究者は、この気づきを捉え、再び子どもたちとの関係性に焦点を当てた質問を繰り返した。Aさんはその質問に答えてくれたが、研究者の望む言葉は表現されなかった。研究者は、質問を変え妻が亡くなった後に人間関係が広がった理由について問いかけた。

3) 妻を亡くしてからの人間関係の変化、かけがえのない出会い

妻を亡くした後に会社以外の人間関係を意識的に作ることに、妻の死をきっかけに仕事以外の興味を広げていくことを考えたと話した。そして、印象的なエピソードとして、ある殺人事件に巻き込まれた親族と仕事の関係で知り合うこととなり、今でもよい関係を続けていること、その人との出会いがきっかけとなって朗読の会に入会することになったことを話した。

「なんか変な話ですけど…家内の、こういうことが無ければ、たぶんその人と出会ったとしてもその場限りのお付き合いになったと思うんですよ。家内を亡くしたという経験が、自分の中に何か違う眼を開かせてくれたといいますかそれ以前

と以後では自分の人生の局面が変わったことは。」と表現した。

最後に、亡き妻に対して感謝の言葉を述べた。そして、最近になって長女が「お父さんには感謝しているよ」と、両親に対しては言うことが無かったような言葉を掛けてくれることをうれしそうに話し第2回目の面談は終了した。

5. 2回目面談のデータの解釈と表象図の追加、ライフパターンの開示、面談の停滞

Aさんの関心は亡き妻と子どもたちに集中していた。しかし、今回も他者について語るとき「たぶん」「〇〇だと思う」という表現が多く、Aさんの他者に関心を寄せないありようが表れていた。面談中にAさん自身もこのことに気づいているようにもみえたが、表象化しフィードバックすることで、洞察が生まれると考え、Aさん自身、妻との関係、実家との関係、父親像、子どもたちとの関係性に焦点をあてた表象図を作成した。

研究者のありようについては、Aさんが子どもたちと向き合っかかかってほしいという気持ちが強く表れ、執拗なまでに関係性についての質問を

繰り返していた。それは、自己洞察を遮り面談を停滞させ、ケアリング・パートナーシップとはかけ離れたものであった。

6. 第3回目の面談 Aさんの混乱、自己のありようを認識

Aさんは研究者に会うなり、朗読の大会に参加したことと、長男が応援に来てくれたことを嬉しそうに話した。朗読会が、Aさんにとってなくてはならないことになっていると感じた。表象図をフィードバックしている間、Aさんは黙って表象図に目を落としていた。説明後に、「この図を見てどう思われますか、ご自分はどのようなタイプの人間と思われますか」と問いかけた。Aさんは驚いたように、「自分のタイプ?」と表現した後、長く沈黙したが、やがて自分はあまり他人の中に入り込まない人間であると話した。「ある部分では、他人に冷たいですね、冷たいというか…あの…入り込んでいけないというか。」

さらに両親の影響について話し始めた。両親は自分で自分のことを決めるチャンスを与えてくれた、これらの影響があり、他者に対して踏み込むことを躊躇してしまうと話した。Aさんは徐々に自分のありように気づいてきたようであった。そしてAさんは研究者に「あなたから見て私はどうみえますか。」と表現した。研究者は「奥様のことにしても、お子様のことにしても、思っていると思う…という言葉が非常に多いかなと思います。」と返した。Aさんは「要するに、会話してないか

らですよ…。」と表現した。Aさんは、これまでのただ見守るという形で子どもたちに関わってきた自分のありようを認識し、これでよかったのかという気持ちが湧いたようであった。その一方で話は以前の面談ですでに話していたことなど、次々と変わっていった。その言葉はいつものように穏やかではあったが、まるで混乱から逃れるように話していた。

話をした後、長く沈黙した。そして、ゆっくりと妻が亡くなってからの子どもたちの変化について話し始めた。最後に、「僕は家内ががんで亡くなったことがきっかけで、自分の中でいろいろ変わったのですが、うちの子どもたちには、それがプラスになっていないのではないかとぼつりと話した。

研究者はこの言葉を捉え、Aさんがまだ十分な洞察を得ていないと考え、第4回目の面談を提案した。

7. 3回目面談のデータの解釈と表象図の追加

Aさんは、子供たちと深い関係を築くことができない自己のありようを認識した。その後、沈黙を挟んで次々と話が変わるなかで、いつしか気持は整理され、子どもたちと対話する必要性を感じたと解釈される。Aさんが子どもたちとの対話に踏み出せるよう面談が必要であると感じ、第4回目の面談を提案した。3回の面談を経たAさんの人との相互作用の捉えに焦点をあて、表象図(図3)を作成した。

もし妻を亡くした経験がなければ、深い付き合いになることはなかったと思う。 妻が本音を言ってくれるような体勢に僕自身がなっていなかった。だから何も話してくれなかったのかな。 がんのことを話すことは相手にとって負担になってしまったと思っていました。 割と狭い世界に生きていたのだと思いますね…	がんになる前は本当に日常の会話しかしてないですね。 がんになっても、少し旅行に行きましたが…本当に妻のために何かしていなかったですね。 妻が治るんだと思っていても、僕は駄目だと思っていた。むしろ、自分の思いを悟られないようにしていました。 心の余裕がなかったのだと思います。 妻は存在していないが、自分の中にはいる…	妻は、母から冷たい言葉をかけられたようなことがあったみたいですね。 多分うちの奴からすると、(Aさんの)お姉さんがいるので溶け込むことに苦労していたんでしょうね。	父は大正生まれの寡黙な人でした。 会話は少なかつたけれど、暖かさは感じていました。	娘ががんの検診をしたと話している。たぶん、私が健康診断を受けている影響だと思う。 娘はたぶん家を出たがっていますね。きつとお金がないから出て行かないんですよ。 子供に「お母さんがいなくなるまで全然存在感がなかったよ…」って言われました。 子供たちの不登校になった原因は、わからないのですよ。もし妻がいてくれたら、回り道をしなくて済んだっていうのはあると思うんですがね…	(妻の死について) 墓参りに行ったとき、話すチャンスといえばチャンスなんですけれどね…。 (葬儀のとき) いや、うーん…その、あの、涙は流していなかったと思うんですけどね…。 僕は人にあだこうだといわないタイプ、悪いことだと思わなくていいかな… 本当に今までほっておいたんだな…と
Aさん自身のこと	Aさんと妻との関係	Aさんの実家、妻の実家との関係	Aさんの父親像	Aさんと子供との関係	

図2 第2回目の面談後に作成した表象図

一方研究者は、Aさんにアドバイスや解説・指摘をしたいという気持ちが想起されたが、洞察を妨げず豊かな環境としてAさんにかかわった。そのかわりこそがAさんが自己のありようを認識することにつながった。

8. 第4回目の面談 研究者たちは大きく変容する

第4回目の面談までの一ヶ月の間に研究者は研究者自身のありようについても考えていた。

これまでの面談に基づき書き加えていったすべての表象図の説明を行った。説明が終わったところで、「振り返ってみて何か思われることはありますか」と問いかけた。

1) 長女との対話、面談の意味

Aさんは、話し合うことが必要であると考えながらも避けてきた。研究者との面談の体験が節目となり、長女と対話の機会を持ったと話した。

「いや本当に、いろいろ思い出しますよね」と話し表象図を眺めながら長く沈黙した。そのあと突然声を震わせて涙を流した。

「うーん…うちのやつも一緒に生きているんだ

な、本当に今でもいてくれるんだな…って思いました。」と表現し再びAさんは長い沈黙に入った。

2) 研究者の変化、それをAさんに伝えることの意味

長い沈黙の中で、この面談でAさんだけでなく、研究者自身も大きく変化したことを伝えたいという気持ちで一杯になった。そして、研究者は、これまでの自分のありようは、人それぞれの個性に目を向けず、他者と深い関係が築くことができなかつたと話した。それは研究者と共に暮らす家族に対しても同様であり、研究者たち夫婦（家族）のありようは、言葉を交わしているだけの関係であった。しかし、面談を通して真剣にAさんのことを考えていく中で、自分のありようがみえはじめ、さらに、人それぞれの個性に目が向けられるようになった。研究者は妻と結婚してからほとんど関心を向けずに過ごしてきたことを謝り、その日を境に夫婦（家族）の関係性が変化し、今は幸せな毎日を送っていること、このきっかけをくれたAさんには感謝していることを伝えた。

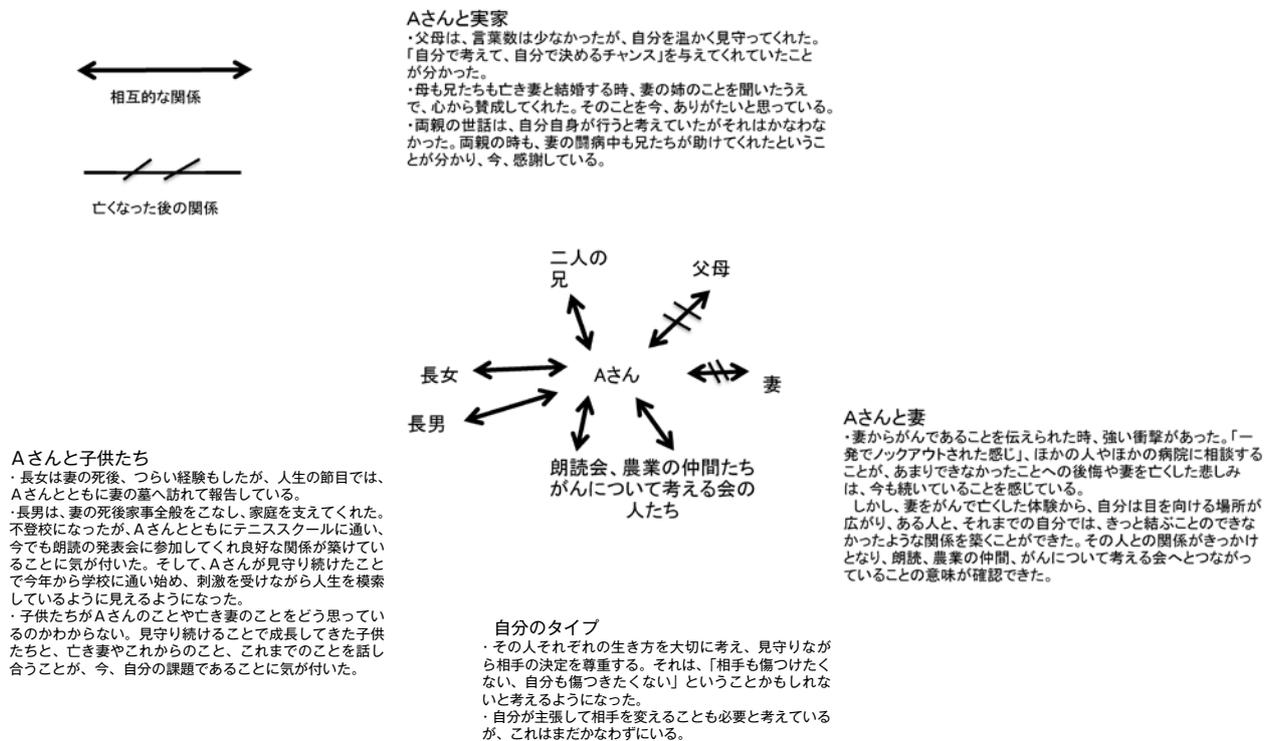


図3 第3回目の面談後に書き加えた表象図

Aさんは黙って研究者の話を聴いた後、面談の期間に研究者と同じような体験をしたと話してくれた。さらに、研究者と同様これまで他者の個性に目を向けていなかったと話した。

「さっきあなたがおっしゃっていたのによく似ていて…名前と顔は区別がつき、あいさつしたりしますけれど、本当に一人ひとりのことは分かっていなかったな…」「あなたとのやり取りが始まったので、それまでとは接し方や感じ方が、変わってきたと思います。」と表現した。Aさんは、亡き妻がいまでも一緒に生きていると感じられることや子どもたちとの関係性の変化を生みだしてくれた面談に感謝の言葉を述べた。「家族以外の人たちともね…一人でも多くこういった関係作りができれば、本当に楽しくなるな…と思いました」Aさんと研究者は、この面談から生まれた変化を基に、これからの人生を生きていくことが楽しみであると確認しあい、面談を終了した。

9. 面談を終えて

Aさんは長女と対話を果たしていた。研究者はこの対話の意味を、Aさんが、子どもたちとの関係性に一歩踏み出し、新しい関係性を築き始めていると解釈した。また、Aさんは妻を亡くしてからも自身の気持の中の妻といつでも対話しながら過ごしてきたことを始めて感じたとして解釈した。

また研究者の変化をAさんに伝えたことで、これまで「たぶん、だと思う」など相手に確認することなく人の思いを捉え、それ以上かかわろうとしなかったAさんにとって、長女との対話、研究者と妻との対話の体験が折り重なり、他者に関心を向け、勇気を持って対話することが重要であることをつかみ、大きな成長を遂げたとして解釈した。第1回目から4回目までのAさんの変化の過程を図4に示す。

考 察

本研究では、Newmanの健康の理論に基づき、妻をがんで亡くした参加者に研究者が豊かな環境として寄り添った過程から、Aさんと研究者の両者に現れた変化を明らかにした。以下にこの過程を通して得られた示唆について述べる。

遺族会の関係者は、Aさんは妻を亡くして20年近く経過しているが、自分の内面を語らない人として紹介した。Aさんはこれまで、一般的な壮年期の男性の特徴として競争社会で生きていることから、弱音を見せられない、感情が傷ついていても他者に助けを求めようとしなないという知見⁵⁾通りだと考えた。

1. 両者で新しいルールを学ぶこと

Aさんと研究者はケアリング・パートナーシッ

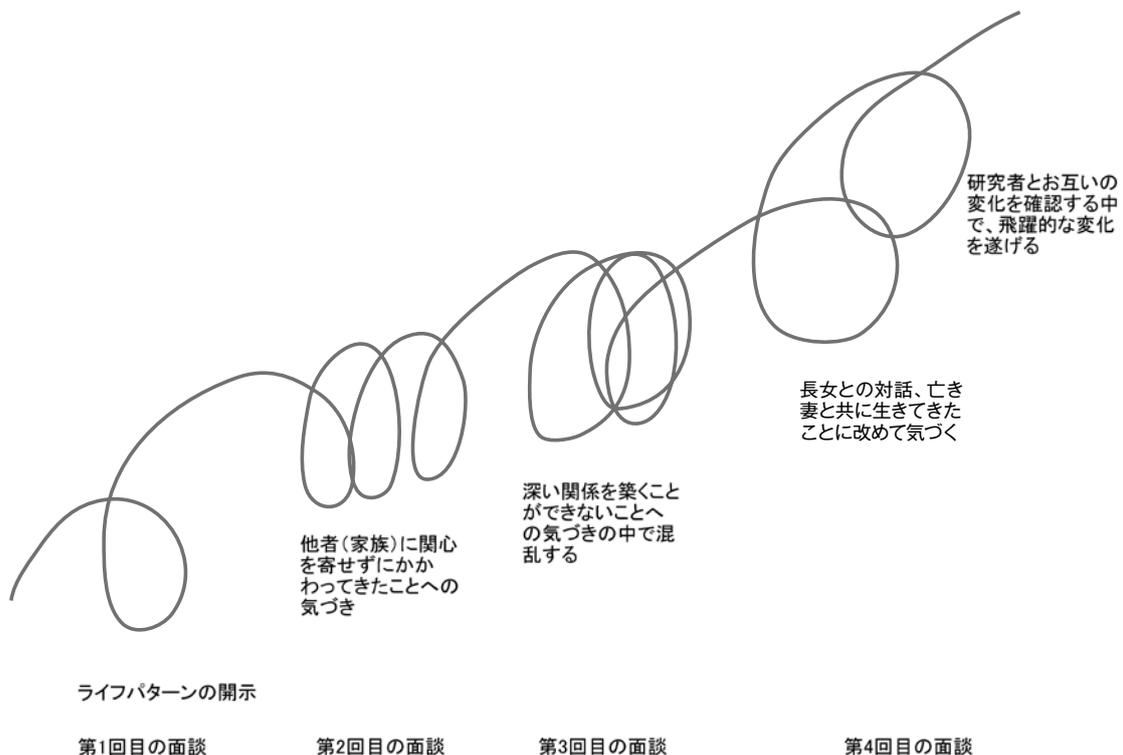


図4 4回の面談のプロセス

ブによって、これまで一人ひとりの個性や特徴に目を向けていなかったありようを認識し、新たな一歩を踏み出した。このことはNewmanのいう、「『古いルール』がもはや働かない時点にいたった時の人生の課題、つまり人生の難題は新しいルールを学ぶことである」と解釈できる。

2. ケアリング・パートナーシップの有効性

Newman理論を用いた先行研究では、窮地であるとみてとれる者に行われていることが多く、Aさんのように悲嘆や不安を示していない者を参加者とした研究はあまりみられない。本研究でのAさんは大きく意識が拡張した。これは永井¹⁵⁾が造血幹細胞移植を受けて長期外来通院を続ける成人男性が、苦悩する姿を現わさず、表面的に本音を語る機会もないまま生きているのではないかと捉えて関わり、面談を通して自己のありようを認識し大きく意識が拡張したという知見と類似している。これらのことから、一見何も問題ない生活を送っているように見えたとしても、社会の人間関係で必ずしも意味ある関係性が築かれていない場合があり、そのような場合でも、ケアリング・パートナーシップは、その人に埋もれてしまった悲しみをもう一度見直す機会を与え、意味ある関係性を生み出していくことに有効であると解釈できる。

3. 意図的に面談の最後に互いの変化を分かち合う

面談の最後に互いの変化を分かち合うことで両者の意識が大きく拡張した。これは研究者が、意図的に実践した成果と考えられ、遠藤¹⁶⁾の「ナースとクライアントは共に相手も自分自身も変化していることに気づき、それを喜び合い、自分自身の成長、成熟を認識できる」に一致する。

4. 喪失体験への新たな認識

Aさんが最終回の面談で述べた「妻と共に生きてきた」の特徴的な表現から、Aさんは亡き妻といつでも語り合っていたことに、面談を通して改めて気がついた。このことは、森谷¹¹⁾も、残された両親が、いつでも子どもと会い話することができる記載と類似する。

以上のことから、ケアリング・パートナーシップにおいて、参加者も研究者も意識が拡張し成長・成熟を遂げたプロセスは、Newmanのいう健康のプロセスであったと解釈できる。このかわりには、看護師が豊かな環境であろうと願い寄り添うことが前提となっていた。

まとめ

本研究は、20年近く前のがんで妻を亡くし長期間喪失体験を他者と分かち合うことができずにいた参加者にNewman理論に導かれた対話の実践を試みたケーススタディである。Newman理論に基づくケアリング・パートナーシップはその後の人生に意味をもたらし、意識が拡張し成長・成熟を促し、窮地にいる者に役立つケアであるとされている。しかし、本研究の参加者のように喪失体験から時を経て一見して窮地とはみうけられない者に対しても効果的であることが示唆された。さらに、面談を通して起こった変化を意図的に分かち合うことで更なる変化を遂げた。これらは、互いに関心を寄せあい、尊敬し合う関係性があった。本研究は一事例のみの研究であるが、Newman理論に導かれたケアは、長期間喪失体験を他者と分かち合うことができずにいる人への支援として活用できることが示唆された。さらに実践、探求を続けていくことが今後の課題である。

利益相反

該当する利益相反はない。

謝 辞

本研究の実践にあたり、パートナーシップを組んでいただきましたAさんと、ご協力いただきました関係者の皆様、研究を指導していただきました遠藤恵美子先生に心より御礼申し上げます。なお本研究は、2014年度武蔵野大学大学院看護学研究科修士課程に提出した修士論文に、加筆、修正をしたものであり、第30回日本がん看護学会学術集会で本件研究の一部を発表した。

文 献

- 1) 独立行政法人国立がん研究センター：最新がん統計， がん対策情報センターがん情報サービスホームページ， [オンライン， http://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html]， がん情報サービス， 12. 26. 2016
- 2) E.Sシュナイドマン：望ましい死， 白井徳光， 白井由紀子， 本間修， 死にゆく時 そして残されるもの（第9版）， 誠信書房， 43， 東京， 1973/1980
- 3) 大西秀樹：Cその他さまざまな課題 5 家族， 遺族， IV家族， 遺族のコンサルテーション， 内富庸介， 小川朝生編， 精神腫瘍学， 医学書院， 342， 東京， 2011

- 4) 大西秀樹：C その他さまざまな課題 5 家族、遺族，Ⅲ遺族のメンタルヘルス，内富庸介，小川朝生編，精神腫瘍学，医学書院，334，東京，2011
- 5) 坂口幸弘，池永昌之，田村恵子，他：ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討，死の臨床，31(1)，74-81，2008
- 6) 浅野美知恵：配偶者を亡くした男性のケア，家族看護，4(2)，91-98，2006
- 7) 宮林幸江，山川百合子：日本人の死別悲嘆－性差について－，茨城県立医療大学紀要，10，55-63，2005
- 8) 鈴木はるみ，滝川節子：配偶者との死別体験を有する男性の悲嘆と関連要因に関する研究，死の臨床，28(1)，94-100，2005
- 9) 大島尚子，村岡宏子：がんで妻を失った男性遺族の死別後における心理的状态と遺族会参加の意義，東邦大学看護研究会紙，4，1-10，2007
- 10) 宮林幸江，関本昭治：はじめて学ぶグリーフケア（第1版），日本看護協会出版会，東京，2012
- 11) 森谷記代子，遠藤恵美子：子どもを亡くした（両）親の悲嘆体験への寄り添い－Margaret Newman理論に導かれたパートナーシップの試み－，武蔵野大学看護学研究所紀要，10，1-8，2016
- 12) マーガレット A. ニューマン：拡張する意識としての健康研究プロトコール，手島恵，マーガレット・ニューマン看護論拡張する意識としての健康の理論（第2版），医学書院，129-131，東京，1995
- 13) マーガレット・ニューマン：拡張する意識としての健康の理論に基づくプラクシス：パターン認識の過程，遠藤恵美子，マーガレット・ニューマン変容を生み出すナースの寄り添い看護が創りだすちがいがい（第1版），医学書院，115-118，東京，2009
- 14) 遠藤恵美子，三次真理，宮原知子：マーガレット・ニューマンの理論に導かれたがん看護実践ナースの見方が変わり、ケアが変わり、患者・家族に違いが生まれる（第1版），看護の科学社，70-86，東京，2014
- 15) 永井庸央，遠藤恵美子：造血幹細胞移植を受けて困難な状況で長期外来通院を続ける成人前期男性患者への看護支援と病気体験の変化，日本がん看護学会誌，23(1)，21-30，2009
- 16) 遠藤恵美子：希望としてのがん看護（第1版），医学書院，97，東京，2001

第10回看護実践学会学術集会

シンポジウム

「語りからつむぐ実践」

コーディネーター 平松 知子 (金沢医科大学看護学部)
直井千津子 (金沢医科大学病院看護部)

私たち看護職は元来、医療と暮らしの両方を視野に入れ、疾病を抱える人々の生活を支援する役割を担っており、病院や施設、地域など多様な活動の場で、その人の「語り」や「物語」を手掛かりにして、その人らしい生活が送れるように看護を実践し、また、その看護をつないでいます。

2025年の超高齢社会に向け、我が国の保健・医療・福祉制度は、従来の疾病や傷害の治癒・回復を目的とする「医療モデル」優先から、生活の質に焦点をあて、疾病や障害があっても、地域で自立してその人らしく暮らすことを支える「生活モデル」への転換が推奨され、看護の力が大いに発揮できる時代といえます。しかしながら、高度化し、技術化され、複雑化する医療現場では、患者その人を見ることよりも、機器による管理が前面に押し出され、患者その人の人間性が脅かされているという現状もないとは言いきれません。

そこで、この度のシンポジウムでは、「語りから紡ぐ実践」をテーマとして、さまざまなお立場から医療とかかわる5名をシンポジストにお迎えしました。

高橋利津子氏(国立病院機構医王病院 副看護師長)には、慢性期医療の現場から、難病をわずらい徐々にコミュニケーション能力が低下していく患者・家族の物語を踏まえた看護実践についてご発表いただきました。

乾早苗氏(金沢大学附属病院 救急部 看護師長 急性重症患者看護専門看護師)には、急性期医療の現場から、患者を尊重した看護実践についてご発表いただきました。

榊原千秋氏(コミュニティースペースやのいえ代表)には、在宅医療の現場から、地域で暮らす多様な個人々々に対する聞き書き的ケアの実践についてご発表いただきました。

田中浩二氏(金沢医科大学看護学部精神看護学講師)には、看護教育における教員と学生との関係の築き方や患者の物語を重視した実習のあり方についてご発表いただきました。

がんのピアサポーターとして活動されている小保光男氏には、患者の立場から、胃切除術後の苦痛や医療者への要望と期待、がんピアサポーターとしてがんに苦悩する人にただ寄り添うことの大切さ、がんになっても自分にできること実践することで広がる人との出会いについてお話いただきました。

最後にコメンテーターの佐藤伸彦氏(ものがたり診療所 所長)からコメントをいただきました。時間の都合上、会場との意見交換はできませんでしたが、参加者一人一人が自身の看護を振り返り、看護の原点を見つめ直す機会になったのではないのでしょうか。

慢性期医療の現場から

高橋利津子(国立病院機構医王病院)

医王病院は、筋ジストロフィー・重症心身障害者などの障害者医療に特化し、しかも約40%の患者が人工呼吸器を装着する医療行為を中心とした病院です。治療方法がないと言われる患者さんの日常生活を安全・安楽にその人らしく生きられる

ように専門性の高いチーム医療を目指しています。

神経難病は運動機能・嚥下機能・呼吸機能・コミュニケーション機能に障害が起きます。進行が予測される症状を見据え、補助具の使用や食事形態の変更などを提案しています。しかし、症状が

現れていないときに提案させていただいても「進行していく症状に対してイメージがつかない」「怖くてそのような話題はしないしてほしい」という言葉が聞かれます。患者さんや家族の気持ちに寄り添いながら多職種と連携して意思を尊重していくようにしています。

安全安楽なケアを実践するためには、コミュニケーション障害に対するケアは大事なことと考えています。意思伝達装置導入には、患者・家族のニーズを把握し様々な方法を選択できるように症状が進行する前に機器の紹介を行うようにしています。今回は、進行していく症状に合わせてどのようにコミュニケーションをとったか紹介させていただきます。

多系統萎縮症の80代男性が療養生活を送っていました。誤嚥性肺炎治療目的で入院しました。医師は胃瘻造設を提案しましたが患者は造設しないと決めました。家族は「仕方がない」と患者の意思を尊重しました。残された時間を在宅で過ごしてもらおうと思いましたが妻の体力では毎日の介護は負担が大きかったため退院は困難な状況でした。そこで一時退院ができないか多職種で検討しました。ケアマネージャーや兄弟から「家に帰るなら胃瘻があったほうがいい」「あきらめるな」と励まされ、患者は胃瘻を造設することになりました。私たちは治療方針が変更されたことによりケアの見直しを行いました。患者は構音不明瞭になり要求が聞き取りにくい状態でした。不安感が強くいつもナースコールを握りしめていました。拘縮・振戦が強くなりナースコールも押しづらくなっていました。患者は目を閉じて過ごす姿が多くなり、疲れた表情や寂しそうな表情になっていきました。しかし、思いが伝わらないことに苛立つことはなく繰り返し話をしてくれました。妻は体位変換など体力を使う介護は困難ですが、身近な出来事を話して患者の意見を聞いて物事を決め

ていました。患者の言葉を聞き取ることができず後ろめたさを感じるようになりました。廊下に立っていることが多く看護師を待っているような姿を見かけるようになりました。「何言っとるかわからんわ」と困った表情をされるようになりました。私達はコミュニケーションツールの検討を行い、パソコンを使用した経験がなく不随運動も見られることから、新たな機器習得に時間をかけるよりは、一言一言ゆっくり聞いていくことにしました。ナースコールのスイッチは押しやすい形のものに変更しました。会話には文字盤を用いました。その結果、患者は外泊を希望していることがわかり、一時退院を繰り返すことができました。ナースコールを押して痛みや体位調整なども訴えられるようになりました。妻は自分から文字盤を使用し会話をするようになり患者のそばにいる時間が増えました。妻は一時退院時、自分の体力に不安を抱えていましたが娘も協力をしてくれるようになりました。「母がこんなに大変だと知りませんでした」と言ってその後の一時退院にも協力してくれるようになりました。その結果、一時退院を繰り返しても妻は不安を訴えることがなくなりました。

神経難病は喪失体験が多いと言われていますが症状と付き合いながら生活していかなければなりません。その都度、意思決定していかなければならない時、患者・家族を含め多職種でカンファレンスを繰り返し、その人らしく生きていけるように支援していかなければならないと感じました。

コミュニケーション機能障害のある患者の意思を聞きとるためには看護師としてかすかな動きも見逃さないこと、共感をもった態度で根気よく接し患者・家族の思いを把握すること、進行していく症状に合わせてその都度意思決定していくこと、チームで検討していくプロセスが大事であるということを実感しました。

急性期医療の現場から

乾 早苗（金沢大学附属病院 急性重症患者看護専門看護師）

急性重症患者看護の特徴は、「緊急度や重症度の高い患者に対して集中的な看護を提供し、患者本人とその家族の支援、医療スタッフ間の調整などを行い、最善の医療が提供されるよう支援する」

と日本看護協会HPに記載されている。ICUや救命センターなどで行われる看護であり、クリティカルケアともいわれる。

患者・家族は、予期せぬ、それも生命を左右す

る重大な出来事に直面し、困惑している場合が多い。そのような中、運び込まれた初療で、治療方針や蘇生中断など重大な代理意思決定をすることになるが、同じような状態でも説明する医師の価値観によってその治療方針は大きく異なるように感じていた。患者を尊重した最善の医療って何なのか、また最善の医療を実現するために、初療場面で何ができるのだろうか。

大学院で、初療での代理意思決定に関する研究を行った。初療で代理意思決定をした12家族14名にインタビューを行い、「手術以外に選択肢がなかった」「手術をすれば今よりはよくなる」「医師に任せるしかない」などの思いが聞かれた。また、必要な看護援助としては、「情報提供」「質問しやすい環境」「そばにいたいこと」などが語られた。その時のお話の中で、頭部外傷の患者の家族は、命を救いたい一心で手術することにしたが、今も意識が戻らない状態を見て、手術をしてよかったのかと思うことがあると話していた。初療で行った意思決定の内容そのものよりも、その後の患者の状態によって意思決定に対する家族の思いが変化することを実感した言葉だった。

大学院の実習で受け持った患者は、大学生だった。10mほどの高さから転落し受傷、救急搬送された。既往はなく、元気な大学生だった。多発肋骨骨折、血気胸、骨盤骨折があり、初療より開胸止血術、骨盤創外固定術のため手術室へ向かった。その代理意思決定の際、キーパーソンである母を中心に、手術を受けることを即断した。その際、私は、初療で処置の介助などにつきながら、家族が面会する際は側に付き添っていた。退院時、母より、「最初に運ばれた時からそばにいて、いろいろ話を聞いてくれて心強かった。」と言われたとき、動揺していただろう初療の場で、家族が看護師を認識していたことにびっくりした。私たち

看護師は、そういった混乱した場面でどう声をかけたらいかがわからず、何もできないと思いがちであるが、そばにいて、患者家族がいつでも声をかけられる存在でいることが大切なのだと再認識した。

意思決定支援は、病状説明に同席して、説明が理解できているか、自分で決定できるかどうかなど確認、支援することだけではない。とくにクリティカルな領域では、十分な情報がないまま、または理解できていない、もしくは受け止められない中、苦渋の選択をしなくてはいけない場面が多くある。そういった場合、意思決定した後のケアが重要だと考えている。患者の回復を支える看護ケアが意思決定したことを支えることにも繋がるのではないかと考える。クリティカルな患者は、病状の変化・安定化に伴い、療養の場が変わっていくが、場が変わっても、それまでの経過や、その人の人生や価値観をふまえた看護実践が求められる。そういった看護実践をするためには、語りが重要ではないかと思う。まずは患者や家族と語り、語らないと患者の本当に望む姿が見えない。「忙しいでしょ、こんな話している時間ないよね」と言われたいような振る舞いを心がけている。もうひとつは、医療従事者の中で語り、チーム医療が要であることはすでに当然のことになりつつあるが、その場にいるチームだけでなく、もっと大きな意味でのチームがうまく機能するように、地域から急性期へ、また地域へ、そのプロセスの中で関わる人々がチームとなってスムーズに機能するとよいと思っている。

今回、様々な立場のシンポジストのお話を聞き、また特別講演を聞き、療養の場に関わらず、ナラティブ、語りの持つ力を実感した。緊迫した救急の現場でも患者に寄り添える看護実践をしていきたい。

在宅医療の現場から

榊原 千秋（コミュニティスペースややのいえ
訪問看護ステーションややのいえ）

「医療は人と人との『出会い』から始まる。医療者にとってそれはもう一つの技術である」1974年に精神医療の過疎地であった東京上野に精神科クリニックを開業し、病める人の傍らで約40年に

わたり下町の地域精神医療に尽力された浜田晋医師が残した臨床メモの一節にある言葉である。他界された2010年まで、何度となく上野のクリニックを訪ね、鋭い社会批判とともに人が生きていく

うえでもっとも大切なことは何かをユーモアをもって伺った。対話の中核はいつも「情景を共有すること」だった。

ノンフィクション作家の柳田邦男氏は、「言葉の力、生きる力」の巻頭に「言葉にいのちの響きを取り戻さなければ」と書かれている。作家として全国を訪ね歩かれるエネルギーについてお尋ねしたことがある。柳田氏は『「前のめりの関心」を持って出会いにいくとワクワクするような人生の物語と出会えるのでやめられないのですよ」と笑顔で語られた。

1996年、西尾健弥さんとの出会いはその後の自分の人生に大きな影響を与えた。ALSで人工呼吸器を装着されて自宅療養をはじめられた当初、ボランティアを募集していると市の保健師から紹介された。折しもわたしは瀕死の交通事故から10か月を経てリハビリ中の身だった。西尾さんは、全身麻痺でただひとつ動くのは眼球だけで、彼とわたしをつなぐのは眼球で追う文字盤だけだった。心の中まで見抜かれているようでドキドキした。緊張感をもって「いま、一番したいことは何ですか？」と問いかけると「能登半島一周の旅に妻を連れていきたい」と文字盤を一字一字追って答えられた瞬間、研ぎ澄まされた空気が一気に緩んだ。5か月後、担当の医師、訪問看護師、ヘルパー、理学療法士、作業療法士らが車を連ねての旅が実現した。その後も詩人の谷川俊太郎氏を迎えて「魂のいちばんおいしいところ」のコンサートを開催した。

柳田氏はコンサート後、何度も能登旅行のことなどを聞いて下さり『「人生の答」の出し方』の一節で、いのちと響き合う言葉の力として紹介された。交通事故の後、何度も死のリハーサルをし、おおいなるものから「あなたはもういいわ」と言われたような気がして「生きていくことを全否定された」と感じていた私は、3時間にもわた

る柳田氏の聞き書きで「生きていていいのだ」と自分自身を取り戻していった。西尾さんの支援からはじまった活動は、「NPO法人いのちにやさしいまちづくりぼぼぼねっと」として法人化し今年20年を迎え、当事者や家族を含む多主体多職種のネットワークで成り立っている。「出会い語り合い、一緒にいて、共に活動する」をベースにしたまちづくりは、わたしのライフワークである。昨年、当事者や家族を含む多主体多職種で「こまつおもいやりのまちづくりプロジェクト（チーム玉ねぎ＝ちーたま）」を立ち上げた。昨年に引き続き今年度は小松市から委託を受けて「こまつ認知症ケアコミュニティマイスター養成事業」を行っている。

この4月に立ち上げた「訪問看護ステーションややのいえ」の理念は、「とことん当事者」「人として出会う」「自分事から考える」「十位一体のネットワーク」である。聞き書き的ケアを行ない、日々の訪問記録に利用者の言葉を残すようにしている。

足の指が重なりあった93歳の女性が5本指ソックスをはじめてはいた日

「あらあ～りくつな～、指が婆婆に戻ったようや」

人生の最終章を家族や愛する人とともに、ゆっくり安心して過ごせる空間でただ傍らで、温もりを感じながら人生の物語に心を傾け、懐かしい「情景」を共に思い浮かべるとき、「いろいろあったけどいい人生だった」と思えるのではないだろうか。「情景」を共有するために「聞き書きのないケアはありえない」。誰も最期の日まで自分らしく生きることができると、家族だからこそできることがあること、そのことはグリーフケアにつながる。人生の最期の「情景」を共に語り合えるような、看取りの文化が豊かなまちをつくらたい。

精神看護学の教育研究者として

田中 浩二（金沢医科大学看護学部）

精神看護学は、人間のライフヒストリーに深く触れる実践の学であり、精神分析的な視座に立脚すると、あらゆる精神疾患は、「疾患」という枠組みを超えて、人間にとって根源的な体験である

生と死という主題から探求することができる。精神を病む人は、程度の差はあれ自らの存在の基盤が脅かされるような体験をしており、生の連続性への信頼が失われ、潜在的には希死念慮をもって

いることも多い。

この度、第10回看護実践学会学術集会のシンポジウムで、教育の立場から語りをつむぐ実践について発表する機会をいただき、精神看護学の教育・研究に携わっている私のナラティヴを振り返りながら、看護を教えるうえで大切にしているビリーフについて紹介させていただいた。

私が精神科で勤務を始めた2000年代初頭は、精神障害者の自立支援と社会参加が政策的にも進められるようになったが、まだ定型抗精神病薬の多剤併用療法が行われていた時代であり、病棟内には多くの長期入院患者が呻吟していた。患者さんは自らの体験や人生をあまり語らず、患者さんと看護師の会話では脈絡のない病的体験や病棟生活上の些末な問題がテーマとなることが多かった。私は新人看護師の頃、どのように患者さんの世界に接近すればよいのかわからず、患者さんの体験が理解できないことからくる恐怖感や無力感を抱いていた。

そんな時、渡部健一郎医師（現公益財団法人正光会理事長）との関係の中で精神看護の世界に魅了されていくことになった。渡部医師は、了解困難な幻覚・妄想体験を訴える患者さんの心の痛みを巧みにとらえていた。私は、彼との対話の中でつむがれるナラティヴが患者さんに向き合う原動力となっていた。また当時の病棟看護師長や看護師達もヒューマンであり、彼らと患者さんについて語ることに楽しみとなっていた。こうしてつむがれたナラティヴから、了解困難と思われていた病的体験にも現実のライフヒストリーとのつながりがみえてきた。患者さんの病的体験や痛みをその人のライフヒストリーの文脈の中で理解できたとき、私は初めて病む人の立場に立てた。患者さんの近くに存在することができ、共に病みうる人間として向き合えるようになった。患者さんの驚くべき人生の物語や生き方などがみえてくることで、患者さんへのケアに向かう欲動が高められた。また、患者さんの思いもかけないような能力や人

間性を垣間見ることも間々あり、精神を病む人の人間的な感性に魅かれていった。

ナラティヴは、患者さんとの近さの中で生まれる。そのため、私は学生がいかに患者さんと近くなれるか、そしていかに患者さんのナラティヴをつむぎだせるかということ大切にしながら教育に携わってきた。学生にとって了解困難であった現象が、了解可能になる瞬間は教育のやりがいでもある。私は、学生が患者さんとの間にナラティヴをつむぎだすためには、教員が学生との間でナラティヴを構築できることが重要であると考えている。距離の近さは恐さも生み出す。特に、生の連続性の感覚が脅かされ、痛みや恐怖、孤独や疎外感に苛まれている患者さんの近くに存在しナラティヴをつむぎだすことは、学生にとって学びや看護のやりがいにもなると同時に、ともすれば恐怖体験にもなるであろう。そのため教員は、学生が患者さんの生きる上での痛みやその人固有のいのちの営みに関心をもつことができ、かつ安全に接近できるようなしかけを提供することが必要であろう。すなわち、教員は学生の体験を受けとめる精神的なサポーターとして存在し、学生が教員との関係の中でデブリーフィングできることが重要である。また、ひとりひとりの学生がなぜ看護師になろうとし、今どんな体験をしているのかという学生の生きられた時間や世界への関心を示し、学生のナラティヴをつむぐことも大切であろう。教員にナラティヴを十分聴いてもらえた学生は、患者さんのナラティヴを聴くことができ、患者さんのもつ痛みや悲しみ、病気をもちながら生きる患者さんの力や希望などに触れることを通して、看護への原動力を高めていく。アルコール依存症者のライフヒストリーを聴いたある学生が、「精神疾患をもつ患者さんは私たちと同じ人間であり、私たちよりも生きるということを真剣に考えていると思った」と語ったように、患者さんから学ぶ学生の姿を誇りに感じながら、語りからつむぐ教育の意義を日々実感している。

示説第1群の座長をつとめて

義井 玲子（心臓血管センター金沢循環器病院）

示説第1群を担当させて頂きました。以下、演題名は講演集を御参照下さい。

第1席は、介護の知識不足から介護能力が低下した家族に、多職種と共に訪問時の情報提供、直接的指導を繰り返し、介護力の向上に導きました。介護する家族の思いを傾聴し、受容することの大切さを痛感しました。

第2席は、脳梗塞患者のADL変化に応じ、転倒・転落防止用具を配置出来るフローチャートを考案し、事故の防止に繋がりました。今後の更なる取り組みによる進化が期待されます。

第3席は、急性期病棟で自己抜去を繰り返す患者に、抑制をせず、自己抜去予防策と散歩や音楽鑑賞等を取り入れ、自己抜去軽減に繋がりました。多角的視点で抑制廃止を考えることの重要性を再認識しました。

第4席は、強い焦燥感やケア抵抗等のBPSDによる問題行動に対し、鎮静や抑制等の対処的対応を行う中で、肺炎を併発した3事例を振り返りました。生活リズムを整え、廃用の進行を予防することの必要性を学びました。

第5席は、化学療法中感染を合併した患者に、外来でのセルフケア指導と電話訪問指導により、セルフケア能力が向上した事例でした。行動変容に繋がる指導の根底に信頼関係の構築が大きく影響したのではないのでしょうか。

第6席は、突然の息子の死を受け入れられず、自主退院した水痘症患者に、治療継続に向け、多職種と連携した外来支援が、患者の心を動かし治療継続に繋がりました。チームで支えることの大切さを学んだ発表でした。

第7席は、転院を繰り返す難病患者の尊厳を重視し、細やかな配慮で転院先を調整し、患者の望む療養環境への退院支援を行う事が出来ました。患者の尊厳を重視し、細やかな配慮をしながら、転院先を調整したスタッフの関わりにも深く感銘しました。

第8席は、転院への不安が強い脊髄損傷患者に、入院中から転院先とのカンファレンスや事前訪問を繰り返し、希望に沿った退院支援が出来ました。早期から院外スタッフとの連携の重要性を痛感しました。

第9席は、治療を望みながらも血液透析を頑なに拒否し、生命の危機を繰り返す患者の看護を倫理的視点から振り返りました。患者の尊厳を守る難しさを考えさせられました。

今回の演題から患者の思いに寄り添い、向き合うことの大切さを教えられ、看護の初心に戻ることが出来ました。至らない点もありましたが貴重な経験となり、このような機会を与えて頂き心から感謝とお礼を申し上げます。

示説第2群の座長をつとめて

山本 昭子（公立能登総合病院）

示説第2群8題の座長をつとめさせて頂きました。

以下に、研究発表の内容をまとめさせて頂きます。

第10席「大腸内視鏡を受ける患者の身体的・精神的苦痛の実態調査」は、大腸内視鏡を受ける患者の苦痛の実態と苦痛が増強しやすい患者の要因を明らかにしたもので、用手圧迫が苦痛を増強しており開腹術後の既往がある患者に苦痛が強いという結果でした。

第11席「大腸癌術後の退院後の食生活に関する取り組み」は、A病院での大腸癌術後患者に対する実態調査から今後の支援を目的としていました。

第12席「高齢慢性心不全患者の再入院に関する実態調査」は、南部地域の3施設から高齢慢性心不全患者の情報を得た事で今後の支援内容を検討するという事でした。

第13席「院内デイケア開催が看護師へもたらす効果」は、定期開催されている院内デイケアが看護師に及ぼした効果を明らかにしたものでした。

第14席「ユマニチュード「見る」を学んでの職員の意識・行動の変化」は、A病院で職員にユマニチュード教育を取り入れた効果についての検証でした。効果がみられるものの、継続していく事が今後の課題ということでした。

第15席「新人看護師研修における多重課題対応シミュレーション研修の教育効果と今後の課題」は、入職7ヶ月目に多重課題シミュレーション教育を行い、その効果を明らかにしたものでした。新人看護師は多重課題を体験することで、患者の安全を第一に考え行動することの難しさと重要性を学ぶ事ができるという事でした。

第16席「超音波診断装置を用いた安全な採血のための血管アセスメント教育技法」は、超音波画像を用いる事で従来の採血技術教育との差異を調

査したものでした。採血初心者に対し超音波診断装置を用いる事は、血管アセスメントに有意義であることが分かりました。

第17席「看護学生に対する二次元レジリエンス要因促進教育プログラムの効果」は、3校の看護専門学校の学生に実施されている、レジリエンス教育効果についての検証でした。今後は「知の構成員」を高める教育が必要という結果でした。

どの発表も、日頃の看護実践や看護教育で感じた疑問や問題に対して取り組んだ結果、問題点の抽出や今後の課題が明らかにされていました。

会場からの質問も活発で大変有意義な時間をもつ事ができました。このような機会を与えていただきましたことに感謝いたします。

口演第1群の座長をつとめて

不動 政代（金沢医科大学病院）

口演第1群 療養支援・退院支援に関する5演題の座長を担当いたしました。第1席「独居高齢者への退院支援」：入院後、本人、家族を含め医師、看護師、理学療法士、MSW等が協働で入院中の治療方針、推定される入院期間、看護やりかたの目標を決め更に退院後の方向性を確認しています。退院の前に病院のチームと在宅チームが協働で退院後の生活をどのように組み立てていくか、丁寧な意見交換を行う場を設けることも必要だと感じました。第2席「患者・家族の意向に沿った退院支援」：退院支援のプロセスを3段階に分けて検討した2事例の報告でした。第1段階、第2段階では病棟看護師が中心となってスクリーニング、アセスメントを行い支援の必要性を確認し患者・家族と共有し動機づけを行っています。また、患者・家族が病気を理解し受容していく為の支援や療養先でできる医療・看護の方法を一緒に考え自立を目指す支援を多職種で検討し実施したことが分かりやすく報告されていました。今回の報告が所属施設独自の退院支援介入方法に繋がることを期待しています。第3席「思春期における発達障害のある患者への退院支援」：発達障害のある思春期の患者へ多職種と協働し社会で生活するた

め患者に合わせたプログラムを用い支援したことが示されていました。退院後の生活を支える家族の不安が軽減できたのかについても興味のあるところでした。第4席「他疾患で入院した糖尿病患者の情報収集」：経験豊富な看護師の実践内容や工夫を取り入れたチェックリストやスクリーニングシートの活用により情報収集の質を保証できるという報告でした。是非、次に繋げていただきたいと思います。第5席「家族との面談方式を取り入れて看護師の意識変化」：認知症や意識障害による意思疎通困難患者の長期入院を担う療養病棟に勤務する看護師が自分の受け持ち患者の家族と定期的に面談をすることにより、家族の要望を確認でき更にスタッフ間の情報共有ができたという報告でした。患者支援のチーム内に家族に入って頂くことが重要であることを再確認できました。

現在の医療を取り巻く環境は必ずしも患者中心にすすんでいるとは言えませんが、その中で看護師が多職種と連携し、患者・家族の意向に沿った支援を実践していることが伝わり、改めて看護を誇らしく感じる事ができました。このような機会を得たことに感謝いたします。

口演第2群の座長をつとめて

中市 智恵（医療法人社団浅ノ川 浅ノ川総合病院）

口演第2群 がん・慢性疾患看護に関するもの5題の座長をつとめさせていただきました。

第6席「化学療法併用放射線治療を受けた頭頸部がん患者への食事介入の実態調査」は看護師の経験や知識により生じている患者の状態に応じた食事介入の差を、放射線療法や化学療法による副作用症状から、鎮痛を図りながら食事対応表を作成し口腔粘膜の状態に応じて食事の提供が行えるようにしていくとのことでした。症状の出現は個人差もありますが、表にまとめることで介入のタイミングが明確化されたのではないのでしょうか。

第7席「初回化学療法を行う患者の思い」は、初回化学療法を受ける患者の思いを聴き、患者の思いを理解し受け止めていく関わりの大切さ、身体面だけでなく精神面のケアも非常に重要であると再認識できたため、今後の継続看護に繋げて行って下さい。

第8席「前立腺癌密封小線源療法を受ける患者の術中ニーズ」は、特殊な手術を受ける中での患者のニーズを知る事は非常に重要な事であり、今後オリエンテーションに活用され、更に環境改善がなされていくことを期待します。

第9席「がん診療連携拠点病院における子育て

中のがん患者への支援～看護師の気がかりと受けた相談内容からの考察～」は、18歳未満の子供を持つがん患者は全国に5万人以上おり、子育て中のがん患者の支援は十分に整備されているとは言えず、大変興味深い発表でした。研究では看護師の気がかりの他、患者の真の悩みや支援のニーズを知る事もできたので、今後の支援に繋げていく事を希望します。

第10席「壮年期を早期関節リウマチと共に生きる患者の思い」は、役割を多く持ちながら、長期的に疾患と共に生きていかなければならない壮年期に焦点をしほり患者の思いを調査した発表でした。社会的地位や家庭での役割の中、治療を継続していくうえでの様々な葛藤がありますが、思いを理解し寄り添い患者個々に応じた援助に繋がっていく事を期待します。

がん・慢性疾患患者の看護では、患者個々人の背景により、抱える問題も複雑です。しかし、今回の発表のように患者の思いやニーズを知り、少しでも患者に寄り添う看護を目指していく事は大切です。それぞれの発表は大変興味深く、このような機会を与えて下さったことに深く感謝いたします。

口演第3群の座長をつとめて

村井美智子（公立羽咋病院）

第3群 育成・環境に関する5題を担当させていただきました。第11席から13席は育成の研究でした。まず第11席「事例研究指導を行う中堅看護師に対する研修の効果と課題」は、中堅看護師が専門性を高め、キャリアアップするための支援であると思いました。考察に述べられていますが、研修を受講したにも関わらず意欲が低下している事を検討課題とされています。フロアーからの意見もありましたが、中堅看護師と一緒に指導方法を考えるサポート体制作りをされれば更に効果的であると考えます。第12席「実習指導場面のプロセスレコードから見出された効果的な指導の特徴」は、プロセスレコード場面を用いて指導プロセス

を丁寧に分析しフィードバックされ個々に応じた指導をされていることがわかり、とても参考になりました。第13席「外来グループリーダーの育成と競合による外来運営の活性化」は、発表者の方のご都合で欠席となりましたが、看護管理者の向上は効率的な看護業務と質の高い看護サービスを提供するために、とても重要であると考えます。看護管理上の問題は何か、何を管理能力向上としてアウトカム評価するかを明確にされれば、より一層、役割意識が高まりリーダー育成に繋がると思いました。

第14席・第15席は患者さんの療養環境に関する研究でした。第14席「LED調光調色照明が術後

回復期患者の睡眠に及ぼす影響」(第一報)では「病院らしくない病院」をコンセプトに患者さんに優しい病室環境を提供するために組織的に取り組んでいる事に感銘を受けました。第15席では第二報とし看護師へのアンケート調査と聞き取り調査を行われ患者さんだけでなく看護師の立場からも評価されていました。今後、看護業務に支障なく安全な看護が提供でき看護師、患者さんが共に癒される病室環境になることを期待します。

5題の演題は看護職の教育、そして患者さんの

療養環境を整えることでした。このテーマは、何処の施設でも課題として取り上げ、取り組んでいる問題であり、とても参考になりました。また、会場からの質問や意見は研究目的を明確にし、効果的な結果を導き、今後の研究のステップアップに繋がるものでした。このような有意義な時間を持つ機会を与えて下さったことに深く感謝いたします。また、発表者の方、およびフロアーの皆様のご協力をいただき、この場を借りて御礼申し上げます。

交流集会 I

「看護と聞き書き」

榊原 千秋 (コミュニティスペースややのいえ
訪問看護ステーションややのいえ)

人は誰でも自分が主人公の物語を生きています。「聞き書き」とは、出会った方の話をお聞きし記録することで、生きてきた証を残すこととなります。最近では、認知症の方への聞き書き活動が注目されています。聞き書きは目に見えない「薬箱」と呼ばれています。薬箱の中には、ご両親や祖父母や兄弟との思い出、子供の頃の遊びや運動会や遠足の思い出、お祭り等の行事や戦争や映画や流行歌の思い出などが入っています。聞き書きを通じて懐かしい情景を共有することで話はずみ、認知症の方でも記憶がよみがえり元気を取り戻されます。聞き書きが目に見えない薬箱といわれている所以です。聞き手は、「忘れても大丈夫だからね」と話し手の記憶の番人となります。

わたしと聞き書きとの出会いは、NHKドキュメンタリー「聞いて下さい私の人生」でした。語り終えた語り手が胸のつかえを降ろし安堵に向かっていく姿をみて、看護とは何かの問いに「聞き書き」は何か応えてくれるのではないかと胸がおどりました。

聞き書きのまとめ方として、語尾・方言・独特の言い回しなど、その人だけの言葉を大切に、話し言葉で書くという特徴があります。聞き書きの録音を書き起こすときは語り手の気持ちになって書きます。その作業は、まるで語り手が自分自身に「憑依」するような感覚です。「憑依」する体験は、「相手の立場になって考える」を超える。

わたしはこの体験を通じて、看護の学生時代にこの体験ができたならその後の看護による影響があるのではないかと思いました。

看護とは何かの問いに聞き書きはいくつかのヒントを与えてくれます。病気や障がいを抱えた方々が、聞き書きを通じて人生で紡いできた糸を紡ぎ直していかれる場面に出会います。「これまで、何を大切に生きてきたのか。今、何を大切に生きていきたいのか。これから、何を大切に生きていきたいのか。」に正面から向き合うことができるからかもしれません。

小松で、聞き書き作家の小田豊二さんをお迎えし講座を開いたのは2006年の秋のことでした。翌4月には学生たちと金沢大学聞き書きサークル「星ことば」を立ち上げました。聞き書きと出会い10年の歳月が流れました。聞き書きを通じて、看護とは「あいだ」なのではないかと気付きました。木村敏京都大学名誉教授は「人は自己の存立の場所を人と人のあいだに見出す」「あいだ」は、まさに自己の居場所であり、自己の別名ともいえると述べられています。聞き書きを完成させ、世界でたった1冊の本を作り、相手に読んでもらうその一瞬の感動をともにすることによって、自分が語り手からたくさんのことを学んだ喜びを味わいます。人生がこの一瞬一瞬の積み重ねであるなら、看護の役割は今日この一日を豊かに過ごすことのお手伝いなのではないかと思っています。いい看護と

は、その人が望む看護。看護のあり方は百人百様です。「とことん当事者」に寄りそうために、「聞

き書きのない看護はありえない」を実践していきたい。

交流集会Ⅱ

「ハンドケアのデザイン 手のケアをつむぐ」

中田 弘子（石川県立看護大学）

高度医療にともない看護師の手を直接使ったケアは、後退している傾向があると言われている。陰部洗浄や口腔ケア等は、繁忙であっても安定的に実施されるようになったが、自ら手を洗うことのできない患者の手は、足浴や洗髪に比べても実施頻度が少ないように思われる。特に長期臥床患者の麻痺手では、手が握り込んだ状態で拘縮し、独特の臭気やヌメリを帯びた深刻な衛生状態となる。また、重度な拘縮では並外れた洗いにくさ等が、ケアの実施を困難にしている。我々は、これまで長期臥床患者の手指の清潔ケアの実態を把握し、手指の清潔ケアの方法を提案するために、看護現場に即したアプローチで研究を推し進めてきた。同時に、患者・看護師双方が安楽で安定した手浴ケア用具を開発し、実用化に至った。今回の交流集会では、これらの研究の成果と手浴ベースンの有用性を紹介し、施設での手の清潔ケアの取り組みについて情報交換するとともに手のケアの価値を見直したいと考え企画した。

交流集会では、これまでの脳血管障害患者の手の清潔ケアに関する研究成果について紹介した。まず、片麻痺で拘縮がみられる手指の衛生状態に

ついて客観的データで示すとともに、全国での手の清潔ケアの実態と課題を説明した。次に、効果的な手指の清潔ケアの効果と予防的ケアの効果のエビデンスを示しながら、ケアの提案を行った。本研究の取り組みのプロセスの紹介は、看護師の臨床現場での小さな気づきや問いを、研究疑問として深め、それを明らかにするとともにより良いケア方法を創造し、脳血管障害患者の手指の清潔ケアの質の向上を高めていく方法の説明でもあった。

後半は、石川県立看護大学大学院看護デザイン分野においてデザイン・開発し、製品化した手浴ベースンと臨床モニターの結果を紹介し、現場での有用性等について意見交換を行った。参加者からは、拘縮や皮膚トラブルの予防的ケアとして、手浴ベースンを用いた手浴の充実を図りたい等の意見が寄せられた。今後も、手浴ベースンのプロモーションを継続するとともに、片麻痺患者の手の衛生性と気持ちのよいケアの向上に繋がる研究を重ねたいと考える。最後に、本交流集会の関係者およびご参加いただきました皆様に感謝申し上げます。

学会記事

1. 第10回看護実践学会学術集会並びに総会記事

学術集会事務局

金沢医科大学病院

学術集会長挨拶

学術集会 メインテーマ「患者さんの語りからつむぐ看護」

日 時 平成28年9月4日(日) 9:00-17:00

場 所 金沢医科大学病院 医学教育棟4階・5階・6階

会長講演 テーマ 「心に残った患者さんのひと言」

才田 悦子(金沢医科大学病院)

座長 青木きみ代(国立病院機構金沢医療センター)

特別講演 テーマ 「臨床とものがたりの力」

講師 佐藤 伸彦(ものがたり診療所)

座長 長谷川雅美(金沢医科大学看護学部)

シンポジウム テーマ 「語りからつむぐ実践」

コーディネーター 平松 知子(金沢医科大学看護学部)

直井千津子(金沢医科大学病院)

シンポジスト 高橋利津子(国立病院機構医王病院)

乾 早苗(金沢大学附属病院)

榊原 千秋(コミュニティスペースややのいえ)

田中 浩二(金沢医科大学看護学部)

小保 光男(患者さんの立場)

一般演題発表数 32題(口演15題うち1演題は未発表、示説17題)

座長 不動 政代(金沢医科大学病院)

中市 智恵(浅ノ川総合病院)

村井美智子(公立羽咋病院)

義井 玲子(心臓血管センター金沢循環器病院)

山本 昭子(公立能登総合病院)

講評 村角 直子(金沢医科大学看護学部)

木森 佳子(石川県立看護大学)

交流集会Ⅰ テーマ 「看護と聞き書き」

主催 榊原 千秋(コミュニティスペースややのいえ)

交流集会Ⅱ テーマ 「ハンドケアのデザイン 手のケアをつむぐ」

主催 中田 弘子(石川県立看護大学)

ランチョンセミナー テーマ 「なんでやねん力」

演者 WMcommons

座長 浦 美奈子(石川県済生会金沢病院)

出席数 489名(会員214名、非会員112名、学生163名)

総会

日 時 平成28年9月4日(日) 12:00-12:30

場 所 金沢医科大学病院 医学教育棟5階

理事長挨拶

議長 才田 悦子

報告事項

1) 平成27年度理事会・編集委員会・事務局会議報告

理事会報告

理事会4回開催(平成27年4月17日、7月10日、11月20日、平成28年2月5日)

編集委員会報告

- (1) 委員会の開催 平成27年6月16日、平成27年12月8日：掲載論文の決定
- (2) 学会誌の発行
看護実践学会誌 第28巻1号、第28巻2号
- (3) 投稿論文の状況
第28巻1号 掲載論文3編（原著1編、研究報告2編）、学会記事
第28巻2号 掲載論文6編（原著3編、研究報告2編、実践報告1編）、会長講演1編、
学術集会のまとめ、学会記事

事務局会議

事務局会議4回開催（平成27年4月6日、7月8日、11月18日、平成28年1月28日）

2) 平成27年度事業報告

事業

- (1) 第9回学術集会並びに総会（平成27年9月12日）
参加人数 459名
- (2) 研究スキルアップ研修会の開催
 - 1) “研究倫理について～看護研究に倫理が必要なわけ”（平成27年7月4日）
参加人数 57名
 - 2) “事例研究のすすめ方 研究編～看護の醍醐味再発見”（平成27年10月24日）
参加人数 69名
- (3) 実践スキルアップ研修会の開催
 - 1) “事例のまとめ方 実践編～ノウハウを学ぶ”（平成27年6月20日）
参加人数 34名
 - 2) “「わが病院看護自慢」ナースが語るきらっと輝く看護～笑って死ぬる病院の実践から”
（平成27年8月5日）
参加人数 21名
 - 3) “院内研修・教育の企画者トークの場”（平成27年9月19日）
参加人数 32名
- (4) テーマ別共同研究チーム活動
発表1件、27年度新規スタートなし
- (5) 会員募集・登録・名簿管理
平成27年度会員数 697名（平成28年2月3日現在）
（継続者545名、新規入会者152名）
平成26年度退会者 167名
- (6) 平成27年度会計収支決算報告および会計監査報告
別紙のように報告され、承認された。
会計幹事 山田千佳子（金沢医療センター附属金沢看護学校）
鈴見 由紀（金沢大学附属病院）

提案事項

- 1) 平成28年度看護実践学会役員が別紙の通り承認された。
- 2) 平成28年度計画案が承認された。
 - (1) 第10回看護実践学会学術集会の開催（平成28年9月4日）
 - (2) 研究スキルアップ研修会の開催
 - 1) “学会抄録の書き方—スマートに執筆し採択率アップ—”（平成28年6月25日）
 - 2) “事例研究—看護ケアと循環させる研究としての取り組み”（平成28年10月22日）
 - (3) 実践スキルアップ研修会の開催
 - 1) “「わが病院看護自慢」患者に寄り添う看護—わくわくHappyな空間を作ろう！”
（平成28年6月15日）
 - 2) “フットケア「転ばぬ先の足のケア」”（平成28年9月17日）
 - (4) 研究支援プロジェクトの開始

- (5) 看護実践学会会員募集・登録・名簿管理、会員への事業案内と会費納入依頼
 - (6) 看護実践学会誌発行（第29巻1号、第29巻2号）
 - (7) ホームページの更新
 - (8) 理事会の開催：年4回予定（4月、7月、11月、2月あるいは3月頃に予定）
 - (9) 編集委員会の開催
 - (10) 事務局会議の開催
- 3) 平成28年度看護実践学会予算案が別紙原案通り承認された。
- 4) 第11回看護実践学会学術集会の開催予定日と学術集会長
- | | |
|--------|----------------------------|
| 日 時 | 平成29年10月14日（土）～15日（日） |
| 開催予定場所 | 金沢大学宝町・鶴間キャンパス、十全講堂、医学記念館他 |
| 学術集会長 | 須釜 淳子（金沢大学新学術創成研究機構） |
- （第5回看護理工学会学術集会、国際リンパ浮腫フレームワーク・ジャパン研究協議会第7回学術集会との合同学術集会）

2. 看護実践学会会計報告

看護実践学会 平成27年度会計決算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	予算額	決算額	差 額	備 考
1. 事業活動収入	3,560,000	3,531,000	-29,000	
1) 年会費	3,500,000	3,402,000	-98,000	会員670名(5,000円/1人), 学生会員13名(4,000円/1人)
2) 研修会	60,000	129,000	69,000	
① 看護実践力向上研修会	30,000	60,000	30,000	非会員16名(3,000円/1人), 12名(1,000円/1人)
② 看護研究力向上研修会	30,000	69,000	39,000	非会員23名(3,000円/1人)
2. 寄付金	200,000	218,000	18,000	
1) 広告掲載料	100,000	108,000	8,000	4件
2) その他	100,000	110,000	10,000	学術集会, その他1件
3. 雑収入	7,800	10,153	2,353	
1) 医学中央雑誌刊行	7,000	9,072	2,072	
2) 銀行利息	800	1,081	281	
4. 貸付返却	1,000,000	1,000,000	0	第9回看護実践学会学術集会から
5. 繰越金	6,423,276	6,423,276	0	
収入合計	11,191,076	11,182,429	-8,647	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予算額	決算額	差 額	備 考
1. 事業活動費	2,970,000	2,308,203	661,797	
1) 学会誌	2,030,000	1,437,411	592,589	
① 編集委員会	30,000	15,800	14,200	2回開催
② 発行	2,000,000	1,421,611	578,389	年2回発行, 学術集會会長講演テープ起こし代金
2) 学術集会開催	300,000	600,000	-300,000	助成金(第9回・第10回看護実践学会学術集会)
3) 研修会開催	310,000	175,320	134,680	
① わが病院看護自慢	70,000	50,354	19,646	1件
② 看護実践力向上研修会	130,000	60,000	70,000	2件(講師謝金30,000円)
③ 看護研究力向上研修会	100,000	61,886	38,114	2件(講師謝金30,000円, 交通費, 飲料費)
④ その他	10,000	3,080	6,920	JADEN審査費用
4) 共同研究助成	150,000	0	150,000	
5) 広報	180,000	95,472	84,528	WEBサイト レンタルサーバー 保存料金
2. 管理費	960,000	594,275	365,725	
1) 人件費	300,000	187,850	112,150	名簿管理・会誌
2) 会議費	185,000	157,317	27,683	
① 理事会	160,000	134,554	25,446	4回開催, 第10回看護実践学会にて1回
② 事務局会議	25,000	22,763	2,237	4回開催
3) 郵送・通信費	250,000	128,948	121,052	年会費・事業・総会関係書類発送等
4) 印刷費	150,000	63,180	86,820	封筒・払込票印刷費・手数料
5) その他	75,000	56,980	18,020	文具・インクカートリッジ等消耗品
3. 貸付	1,000,000	1,000,000	0	第10回看護実践学会学術集会貸付金
4. 予備費	6,261,076	7,279,951	-1,018,875	
支出合計	11,191,076	11,182,429	8,647	

平成27年度決算報告

収入合計 11,182,429円 支出合計 3,902,478円 差引残高 7,279,951円

平成27年度決算報告、会計の執行において、証拠書類、帳簿を書類とし、平成28年7月15日に監査を行った。
正確かつ適正に処理されていることを認める。

会計監査

山田 千佳 印
鈴見 由紀 印

看護実践学会 平成28年度会計予算

【収入の部】

(単位：円)

項 目	平成28年度 予算額	前年度 (27年度) 決算額	増減 (28年-27年)	備 考
1. 事業活動収入	3,510,000	3,531,000	- 21,000	
1) 年会費	3,410,000	3,402,000	8,000	会員670名 (5,000円/1人), 学生会員15名 (4,000円/1人)
2) 研修会	100,000	129,000	- 29,000	
① 看護実践力向上研修	30,000	60,000	- 30,000	非会員10名 (3,000円/1人)
② 看護研究力向上研修会	30,000	69,000	- 39,000	非会員10名 (3,000円/1人)
2. 寄付金	208,000	218,000	- 10,000	
1) 広告掲載料	108,000	108,000	0	
2) その他	100,000	110,000	- 10,000	
3. 雑収入	10,000	10,153	- 153	
1) 医学中央雑誌刊行	9,000	9,072	- 72	
2) 銀行利息	1,000	1,081	- 81	
4. 貸付返却	1,000,000	1,000,000	0	第10回看護実践学会学術集会から
5. 繰越金	7,279,951	6,423,276	856,675	
収入合計	12,007,951	11,182,429	825,522	

【支出の部】

(単位：円)

項 目	予算額	決算額	差 額	備 考
1. 事業活動費	3,000,000	2,308,203	691,797	
1) 学会誌	1,830,000	1,437,411	392,589	
① 編集委員会	30,000	15,800	14,200	年3回開催
② 発行	1,800,000	1,421,611	378,389	年2回発行
2) 学術集会助成金	300,000	600,000	- 300,000	
3) 研修会開催	260,000	175,320	84,680	
① わが病院看護自慢	70,000	50,354	19,646	1件
② 看護実践力向上研修	100,000	60,000	40,000	1件 (講師謝金30,000円/1人, コーディネーター謝金10,000円/1人, 交通費, 飲料)
③ 看護研究力向上研修	80,000	61,886	18,114	2件 (講師謝金30,000円/1人, 交通費, 飲料)
④ その他	10,000	3,080	6,920	JADEN審査費用等
4) 共同研究助成	30,000	0	30,000	
5) 広報	580,000	95,472	484,528	HP管理料, HPリニューアルのため
2. 管理費	910,000	594,275	315,725	
1) 人件費	300,000	187,850	112,150	名簿管理・編集関係等アルバイト代
2) 会議費	185,000	157,317	27,683	
① 理事会	160,000	134,554	25,446	年4回, 学術集会時開催
② 事務局会議	25,000	22,763	2,237	
3) 郵送・通信費	200,000	128,948	71,052	
4) 印刷費	150,000	63,180	86,820	
5) その他	75,000	56,980	18,020	消耗品等
3. 貸付	1,000,000	1,000,000	0	第11回看護実践学会学術集会へ
4. 予備費	7,097,951	7,279,951	- 182,000	
支出合計	12,007,951	11,182,429	825,522	

3. 看護実践学会会則

(名 称)

第一条 本会は看護実践学会 (Society of Nursing Practice) と称する。

(事 務 局)

第二条 本会の事務局は、金沢大学医薬保健研究域保健学系看護科学領域 (金沢市小立野 5-11-80) におく。

(目 的)

第三条 本会は、看護の実践ならびに教育に関する諸問題について研究し、その発展に寄与することを目的とする。

(会 員)

第四条 1. 本会の目的に賛同し、入会手続きをした者を会員とする。
2. 会長等、本会に貢献した会員で、理事会の承認ある者を名誉会員とする。
3. 本会に入会した者は、所定の年会費を当該年度内に納入しなければならない。

(事 業)

第五条 本会の目的に賛同するために次の事業を行う。
1. 看護に関する学術集会の開催
2. 看護の実践ならびに教育に関する情報交換
3. 学会誌の発行
4. その他、本会の目的達成のために必要な事業

(役 員)

第六条 本会に次の役員をおく。
1. 理事長 1名
2. 理事 20名程度
3. 監事 2名
4. 幹事 若干名

(役員の仕事)

第七条 役員は次の職務を行う。
1. 理事長は本会を代表し、会務を統括する。
2. 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
3. 監事は本会の会計および資産を監査し、その結果を総会において報告する。
4. 幹事は幹事会を組織し、理事を補佐し本会の業務を処理する。

(役員を選出および任期)

第八条 役員を選出は次のとおりとする。
1. 理事及び監事は、役員会で選出した施設の長とする。
2. 理事長は理事会の互選により選出する。
3. 幹事は理事長が推薦する。
4. 役員の仕事は2年とし、再任を妨げない。
5. 役員は、総会で承認を得る。

(会 議)

- 第九条
1. 本会に理事会、総会、幹事会、事務局会議の会議を置く。
 2. 理事会は理事長が招集し、その議長となる。理事会は毎年4回以上開催する。
 3. 理事会は理事の過半数の出席をもって成立する。
 4. 総会は委任状を含め会員の10分の1以上の出席がなければ開催することはできない。
 5. 総会に出席できない会員は委任状をもって総会の出席とみなし、総会の議決権を行使したとする。
 6. 総会の議長は学術集会会長があたる。
 7. 理事会、総会の議決は出席者の過半数の賛同によって決定し、可否同数のときは議長の決するところによる。
 8. 役員会は、理事長、理事、監事、幹事で構成され、理事推薦等を行う。
 9. 幹事会、事務局会議は理事長あるいは幹事が随時召集する。

(委員会)

- 第十条
1. 本会には編集委員会を置き、学会誌発行のための投稿論文の査読等の業務を行う。
 2. その他必要に応じて特別委員会等を設けることができる。
 3. 各委員会の委員長および委員は理事長が委嘱する。

(学術集会)

- 第十一条 本会は学術集会を年1回学術集会会長が主催して開催する。

(学会誌)

- 第十二条 本会は年1回以上学会誌を発行する。

(研修会)

- 第十三条 本会は必要に応じ研修会を開催する。

(会 計)

- 第十四条
1. 本会の経費は、会費その他の収入をもってあてる。会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日でおわる。
 2. 本会の会費は年額5,000円とする。

(会則の変更)

- 第十五条 会則の変更は、理事会、総会の承認を経なければならない。

(附 則)

1. この会則は、平成19年4月1日から施行する。
2. 本会は、石川看護研究会を学会に昇格し、看護実践学会と称する。

4. 看護実践学会誌投稿規定

1. 投稿者の資格

投稿者は会員に限る。共著者もすべて会員であること。ただし、看護実践学会から依頼した原稿についてはこの限りではない。

2. 原稿の種類

1) 原稿の種類は、原著、総説、研究報告、実践報告、その他であり、著者は原稿にそのいずれかを明記しなければならない。

原 著：研究そのものが独創的で、新しい知見や理論が論理的に示されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。

総 説：看護学に関わる特定のテーマについて多面的に国内外の知見を集め、また当該テーマについて総合的に学問的状况を概説し、考察したもの。

研究報告：内容的に原著までに至らないが、研究結果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。

実践報告：事例報告、看護活動に関する報告、調査報告など。

そ の 他：上記以外において編集委員会が適当と認めたもの。

2) 投稿原稿の内容は、他の出版物にすでに発表あるいは投稿されていないものに限る。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮し、その旨を本文中に明記する。投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されていることが望ましく、研究倫理審査承認番号を本文中に明記する。

4. 投稿手続き

1) 投稿時、投稿原稿は3部；オリジナル原稿1部とオリジナル原稿のコピー2部（査読用なので著者が特定できる部分、謝辞などを削除したもの）と原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）を添えて送付する。

2) 査読完了時、この時点での最終原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）を送付する。

3) 掲載決定時（編集委員会を経て決定）、編集委員会からのコメント等を反映し、必要な修正を終えた最終原稿を印刷したもの1部と最終原稿のデータを収めた電子媒体（USB、CDRのいずれか。著者、表題、使用OS、使用ソフトウェアを明記）および誓約書ならびに同意書を添えて送付する。

4) 原稿は封筒の表に「看護実践学会誌原稿」と朱書し、下記に書留郵送する。宅配便も可。

〒920-0942 金沢市小立野5丁目11番80号

金沢大学医薬保健研究域保健学系内

看護実践学会編集委員会 委員長 大桑麻由美 宛

5. 原稿の受付及び採否

1) 上記4-1)の手続きを経た原稿の、事務局への到着日を受付日とする。

2) 原稿の採否は編集委員会が決定する。編集委員会の判定により、原稿の修正及び、原稿の種類の変更を著者に求めることがある。

3) 受付日から2週間以内に編集委員会で構成する査読責任者により査読者2名を指名する。査読者は指名より3週間以内に論文を審査する。2名査読者からの審査結果および査読責任者の審査結果が揃い次第、結果を返送する。論文の再提出を求められた原稿は返送日（看護実践学会から発送した日）から2ヶ月以内に再投稿すること。2ヶ月以上を経過して再投稿された場合は、新規受付として取り扱われる。査読は原則2回とする。

4) 原稿の投稿後、査読結果の連絡は、E-mailで行う。連絡可能なE-mailのアドレスを投稿原稿表紙に記載する。

6. 英文のネイティブ・チェック

1) 英文投稿のみならず、英文要旨、英文タイトルは投稿前にnative speaker（英語を母国語とする人）による英文校正を受けたものを投稿する。

2) 編集委員会からnative speakerによる英文校正を求めることがある。

7. 著者校正

著者校正を1回行う。ただし、校正の際の加筆は原則として認めない。

8. 原稿の枚数と記載について

投稿原稿の1編は下記の文字にとどめる（図及び表を含める）ことを原則とする。その掲載料は無料とする。なお、原稿の種類を問わず要旨は下記制限には含めない。

原 著	1 編	邦文	約19,000字	総 説	1 編	邦文	約16,000字
		英文	約6,000語			英文	約5,000語
研究報告	1 編	邦文	約16,000字	実践報告	1 編	邦文	約13,000字
		英文	約5,000語			英文	約4,500語
その 他	1 編	邦文	約13,000字				
		英文	約4,500語				

図表は仕上がり片段3分の1の大きさに約400字に相当

9. 利益相反

利益相反の有無については、文末に明記する。

10. 著者負担費用

- 1) 規定の文字数を越えた原稿には超過毎に超過料金を別途請求する。
- 2) 図・表はそのまま印刷できるものに限り無料とするが、製図を要する場合は実費請求する。
- 3) 写真のカラー印刷を希望する場合は実費請求する。
- 4) 掲載原稿については、印刷ファイル(pdf)の形で無料配布する。刷紙媒体に必要な著者は、別刷希望部数を有料とする。

11. 著作権

著作権は、本学会に帰属する。最終原稿提出時、編集委員会より提示される著作権譲渡同意書に署名し、同封すること。また掲載論文を投稿者の所属機関のリポジトリ等に収載する場合は、理事長の許可が必要である。

12. 原稿執筆の要領

- 1) 所定の投稿原稿表紙（ホームページまたは学会誌最終頁に綴じこまれている）に、希望する原稿の種類、表題、英文表題、5個以内のキーワード（英語とも）、著者名（英語とも）、所属（英語とも）、図、表および写真の文字数、別刷希望部数（有料）、編集委員会への連絡事項および連絡先の住所、氏名、電話番号などを付記する。（URL <http://www.kango-ji.com/>）
- 2) 英文投稿のみならず、英文タイトル、英文要旨は投稿前にnative speakerによる英文校正を受けたものを投稿する。
- 3) 全ての原稿は、表紙、要旨、本文、文献、表・図の順に整える。図表は本文とは別に一括し、本文原稿右欄外にそれぞれの挿入希望位置を指定する。
- 4) 原著希望の場合は、英文・和文ともに400字程度の日本語要旨と250語程度の英文要旨をつける。
- 5) 原稿はA4判横書き上質紙を用いて和文の場合は、35字×28行に書式設定をする。英文の場合は、上下左右の余白を2cmとし、ダブルスペースで印字する。なお、和文の場合、読点は「、」、句点は「。（全角句点）」とする。
- 6) 論文の項目の区分は原則として下記の例に従う。
大項目 無記号で上を一行開け、行の第2文字目に記す。はじめに、対象、方法、結果、考察、まとめ、文献などが相当する。英語で投稿の場合は、Introduction、Subjects、Methods、Results、Discussion、Conclusion、Referencesなどである。
小項目 1.、2.として上下を空けずに行の第2文字目に記す。続いて1)、2)として行の第2字目に記す。以下、(1)、①のレベルで記載する。
- 7) 図、表及び写真はA4判用紙に1点ずつ配置する。図のタイトルは最下段左端に、表のタイトルは最上段左端に、図1、表1、写1等の通し番号とそのあとに全角スペース分あけてからタイトル名をつける。
 - ① 表はそれ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめ、本文中に表のすべての内容について論じる場合は、その表は不要である。
 - ② 表の罫線は必要な横罫線のみにとどめ、縦罫線は原則使用しない。縦罫線の代わりにスペースを設ける。
 - ③ 図表の説明文の記入位置は下部とする。

表1. 若年群と高齢群の誤差率

難度	若年群			高齢群		
	n	平均(標準偏差)	信頼区間	n	平均(標準偏差)	信頼区間
低い	12	.05 (.08)	[.02, .13]	18	.14 (.15)	[.08, .24]
中程度	15	.05 (.08)	[.02, .12]	14	.26 (.21)	[.15, .28]
高い	16	.11 (.08)	[.07, .18]	12	.17 (.15)	[.08, .37]

8) 文献記載の方法

文献は引用順に配列し、本文の末尾に一括記載する。本文中の文献引用箇所には著者名や引用文などの右肩に1)、1) 2)、1) 3) 6)、1-3)のように記す。参考文献は記載しない。

著者が3名以上の場合は最初の3名までを書き、あとは「他」または「et al.」を付け加える。

雑誌名は原則として省略しない。

① 雑誌の場合……著者名：表題名，雑誌名，巻（号），ページ，西暦年

例1) 勝田仁美，片田範子，蝦名美智子，他：検査・処置を受ける幼児・学童の覚悟と覚悟に至る要因の検討，日本看護科学学会誌，21，12-25，2001

2) Matsumoto M, Sugama J, Okuwa M, et al.: Non-invasive monitoring of core body temperature rhythms over 72 h in 10 bedridden elderly patients with disorders of consciousness in a Japanese hospital: a pilot study. Archives of Gerontology and Geriatrics, 57(3), 428-432, 2013

② 単行本の場合……著者名：分担項目題名，編集者名，書名（版），発行所，ページ，発行地，西暦年

例1) 佐美好昭：組織間質における体液と蛋白の交換，天羽敬祐編，集中治療医学体系（第2版），朝倉書店，37-46，東京，1988

③ 訳本の場合……原著者名：分担項目題名，訳者名，書名（版），発行所，ページ，発行地，西暦年

例1) Mariah Snyder：看護介入の概観，尾崎フサ子，早川和生監訳，看護独自の介入（初版），メディカ出版，2-49，大阪，1996

④ On-line information…筆者名：タイトル，[オンライン，インターネットアドレス]，ホームページタイトル，入手年月日（月，日，年）

例1) 朝日新聞：北朝鮮、「よど号」容疑者を追放の用意 米に言及，[オンライン，www.asahi.com/1009/news/international09001.html]，朝日新聞社，10. 9. 2000

⑤ 電子雑誌/オンライン版・DOI のある場合……著者名：表題名，雑誌名，西暦出版年，doi：DOI番号xx,xxxxxx, 参照年月日（月，日，年）

例1) Sanada H, Nakagami G, Koyano Y, et al.: Incidence of skin tears in the extremities among elderly patients at a long-term medical facility in Japan: A prospective cohort study, Geriatrics & Gerontology International, 2014. doi: 10.1111/ggi.12405, 1. 20. 2015

9) 利益相反

利益相反の有無は、原稿の末尾（文献の前）に記載する。

例1) 利益相反なし。

例2) 本研究は〇〇の助成金を受けた。

例3) △△の測定は、〇〇からの測定装置の提供を受けた。

(2013年12月改訂)

(2015年7月改訂)

看護実践学会 投稿原稿表紙

原稿種別 (番号に○)	1. 原著 2. 総説 3. 研究報告 4. 実践報告 5. その他	
和 文 題 名		
英 文 題 名		
キーワード (5個以内、日本語/英語)		
1. /	2. /	
3. /	4. /	
5. /		
原 稿 枚 数		
本文：	文字	図： 点 表： 点 写真： 点
別刷希望部数(有料)	和文要旨文字数	英文要旨使用語数
部	字	語
著 者		
会員番号	氏名 (日本語/英語)	所属 (日本語/英語)
連絡先住所・氏名		
住所：〒 _____		
氏名： _____ Tel _____ Fax： _____		
E-mail _____		

*受付年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

5. 平成28年度看護実践学会役員

(職務・敬称略、50音順)

理事長 理事	稲垣 美智子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	青木 きみ代	(国立病院機構金沢医療センター)
	上野谷 優子	(公立能登総合病院)
	浦 美奈子	(石川県済生会金沢病院)
	大桑 麻由美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	大田 和美	(公立つるぎ病院)
	太田 裕子	(小松市民病院)
	小川 尚栄	(やわたメディカルセンター)
	加藤 真由美	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	上 礼子	(石川県立総合看護専門学校)
	川島 和代	(石川県立看護大学)
	北岡 和代	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	木間 美津子	(心臓血管センター金沢循環器病院)
	小藤 幹恵	(金沢大学附属病院)
	才田 悦子	(金沢医科大学病院)
	島田 啓子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	須釜 淳子	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)
	高谷 恵子	(石川県立中央病院)
	出口 まり子	(芳珠記念病院)
	富澤 ゆかり	(金沢赤十字病院)
	中瀬 美恵子	(浅ノ川総合病院)
	永田 厚子	(石川県立高松病院)
	中西 容子	(金沢市立病院)
	西 敦子	(加賀市医療センター)
	西村 真実子	(石川県立看護大学)
	野村 鈴恵	(城北病院)
	野村 仁美	(地域医療機能推進機構金沢病院)
平松 知子	(金沢医科大学看護学部)	
前田 順子	(KKR北陸病院)	
三井 昌栄	(公立松任石川中央病院)	
山中 由貴子	(公立羽咋病院)	
吉野 幸枝	(公益社団法人 石川県看護協会)	
監事	小川 外志江	(金沢大学附属病院)
	山田 千佳子	(国立病院機構金沢医療センター附属金沢看護学校)
事務局代表	河村 一海	(金沢大学医薬保健研究域保健学系)

看護実践学会専任査読者一覧

(平成28年12月現在)

赤坂政樹	熊谷あゆ美	長田春香
油野規代	小泉由美	中谷壽男
荒井謙一	紺家千津子	中西容子
有田広美	坂井恵子	中道淳子
石川倫子	坂本和美	橋本智美
稲垣美智子	笹野京子	平松知子
内田真紀	真田弘美	堀口智美
悦永幸代	正源寺美穂	松井希代子
大内隆	新谷恵子	松井優子
大江真琴	須釜淳子	松田智恵
大江真人	臺美佐子	松本勝
大桑麻由美	高田貴子	丸岡直子
表志津子	高地弥里	丸谷晃子
加藤あゆみ	多崎恵子	宮本由香里
加藤真由美	田中浩二	村角直子
川島和代	谷口好美	村山陵子
川島由賀子	田淵紀子	森田聖子
河村一海	玉井奈緒	山口恵子
川村みどり	田甫久美子	山崎松美
北井京子	塚崎恵子	横井早智江
北岡和代	津田朗子	横野知江
北村佳子	土本千春	吉村洋子
北山玲子	長田恭子	

(50音順)

編集委員会

委員長：大 桑 麻由美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

委員：紺 家 千津子 (金沢医科大学看護学部)
多 崎 恵 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
谷 口 好 美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
塚 崎 恵 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
津 田 朗 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

事務局：河 村 一 海 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
正源寺 美 穂 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
臺 美佐子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
長 田 恭 子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
堀 口 智 美 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
松 井 希代子 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)
松 本 勝 (金沢大学医薬保健研究域保健学系)

(50音順)

看護実践学会誌

第29巻 第2号

発行 平成29年3月30日

発行所 〒920-0942 金沢市小立野5-11-80

国立大学法人金沢大学

医薬保健研究域保健学系

看護実践学会

TEL (076) 265-2500

印刷所 〒920-0047 金沢市大豆田本町甲251番地

宮下印刷株式会社

TEL (076) 263-2468(代)

第14回 「金沢大学 翠の会」総会・懇親会

「金沢大学 翠の会」は金沢大学看護師養成課程卒業生の同窓会です

日時:平成29年(2017年)10月8日(日)10時30分~14時00分

場所:ホテル日航金沢

会長 小藤幹恵

(金沢大学附属病院 副病院長 看護部長)

金沢大学附属病院完成式の日

平成28年(2016年)7月2日 正面よりのぞむ



今年10月、たくさんの方々のご参加をお待ちしております

事務局 金沢大学附属病院 看護部管理室 TEL 076-265-2051

安心して住み続けられるまちづくりをめざします

城北病院

新病院 2020年1月

オープン予定



公益社団法人 石川勤労者医療協会

城北病院 院長 大野健次

城北診療所 所長 筋也寸志

金沢市京町20番3号 TEL251-6111 ホームページ: <http://jouhoku-hosp.com>