

大阪府立大学看護学雑誌

第23巻 第1号

2017年

原著

- 新卒新人男性看護師の職場適応に関連する要因 1
永田和也・志田京子・撫養真紀子

研究報告

- 救命救急センターに勤務する看護師の自律性に関する質的検討 11
大江理英・杉本吉恵・簀持知恵子・北村愛子・中山美由紀
- 有料老人ホームで生活する慢性病を有する高齢者の健康行動 21
齋藤英夫・簀持知恵子・藪下八重
- 継続看護教育において家族支援専門看護師が認識している家族看護教育の内容と課題 31
中山美由紀・岡本双美子
- 特別養護老人ホームにおける看護実践能力の概念分析 39
笹谷真由美・長畑多代

資料

- 母親の被養育体験についての概念分析 51
田中陽子・上野昌江・大川聡子
- 慢性疾患を抱える乳幼児の親の「気になる養育」の様相 59
檜木野裕美・岡崎裕子・小代仁美・川勝和子・武田善美
- 米国におけるDedicated Education Unitモデルに関するフィールドワーク 67
富田亮三・細田泰子・根岸まゆみ・片山由加里・土肥美子
- 地域におけるエンド・オブ・ライフケアを拡充するための基盤構築に向けての海外研修
—ホスピスハワイならびにハワイ大学でのシミュレーション教育 75
江口恭子・志田京子・香川由美子・松下由美子・深山華織・岡本双美子

原 著

新卒新人男性看護師の職場適応に関連する要因 Factors Related to Workplace-adaptation of Rookie Male Nurses

永田和也¹⁾・志田京子²⁾・撫養真紀子²⁾

Kazuya Nagata, Kyoko Shida, Makiko Muya

キーワード：新卒新人男性看護師，職場適応，質的研究

Keywords: Rookie male nurses, Workplace-adaptation, Qualitative research

Abstract

The purpose of this study was to clarify the factors related to workplace-adaptation of rookie male nurses. As the result of conducting a qualitative and inductive analysis of interviewed data from 14 rookie male nurses, 14 categories of the factors related to workplace-adaptation of rookie male nurses were derived; "The senses of rejection and resistance by patients in the care intervention", "A sense of helplessness in the female patient care", "Understanding of and consideration for the resistance", "Get a successful experience by care practice", "Awareness of heterogeneity in the office", "Taking an aggressive conciliatory stance", "Staying in a place with the people of the same sex", "Having acquired gender-free perspectives", "Unsophisticated knowledges, skills, and abilities to adjust", "A gap between ideal and reality", "Carrying out tasks with the sense of responsibility", "Learning spontaneously and seeking for his own way of nursing", "Emotional support and justifiable evaluation by his superiors, seniors, and co-workers", "Feeling confused to the difference of instructing method by each senior". It was revealed that the relationships with female patients and female nurses due to the small number of male nurses are the factors related to workplace-adaptation for male nurses characteristically.

要 旨

本研究は、新卒新人男性看護師の職場適応に関連する要因を明らかにすることを目的とする。対象該当者14名を質的帰納的に分析した結果、新卒新人男性看護師の職場適応に関連する要因として【ケア介入時の患者からの拒否や抵抗感】【女性患者ケアにおける無力感】【抵抗への理解と配慮】【ケア実践による成功体験を得る】【職場内での異質性の自覚】【積極的な融和姿勢をとる】【同性同士の場に居座る】【性差にとらわれない考え方を身につけている】【未熟な知識・技術・調整能力】【理想と現実のギャップ】【責任感を持ち業務を行う】【自ら学び自分なりの看護を見つけようとする】【上司・先輩・同僚による情緒的・評価的サポート】【指導方法への戸惑い】の14カテゴリーが導き出された。女性患者及び少数派故の女性看護師との関係が、新卒新人男性看護師特有の職場適応に関連する要因である事が明らかとなった。

受付日：2016年9月20日 受理日：2016年12月20日

1) 近畿大学医学部附属病院

2) 大阪府立大学大学院看護学研究科看護管理学分野

I. はじめに

2004年の新卒看護職員早期離職等実態調査では、離職の理由として、職場不適応によるものが増加傾向であるという病院は4割にのぼると報告されている（日本看護協会，2005）。病院における看護職員需給状況調査（日本看護協会，2014）において、新卒看護師の離職率は、2004年の9.3%から2013年の7.9%であり減少傾向であるものの、職場適応できず離職する新卒または新人看護師は潜在していると推測される。新卒または新人看護師が離職をせず看護師としてのキャリアを積み、患者・家族に対して質の高いケアを提供する人材となりうる（林ら2008）。そして、質の高いケアを提供しうる看護師の定着が、患者の満足度を高めることで病院の業績向上につながり、最終的に組織としての発展に繋がっていく（清水，2009）。したがって、新卒または新人看護師の職場適応していくプロセスの中で、適切にサポートする事は重要であると考えられる。

これまでの国内における新人看護師の職場適応に関する研究において、三輪ら（2010）は、入職後6ヵ月の新卒看護師の職場適応に影響する要因を明らかにし、入職後6ヵ月の新卒看護師は9割がバーンアウトの状態であった事を報告している。砂見ら（2012）は、職場適応に関連する要因として25のカテゴリーに分類し報告している。その内の要因数の多いカテゴリーの上位4つは【自己の看護実践能力の不足】、【先輩看護師との教育的な関わり】、【上司、先輩、同僚からの精神的な支援】、【職場の看護内容に関する否定的評価】であった。これら4つのカテゴリーは、新人看護師の職場適応に関連する255件の要因のうち約半数を占めていた。これらのことより、サポート体制の適切さが新人看護師の職場適応に影響を与えることが示唆される。

海外における職場適応の研究で、Katz（1980）は、社会化と時間との関係について、入職から6ヵ月頃までを「社会化段階」とし、入職から6ヵ月頃までの社会化段階の獲得課題として、自己の状況的アイデンティティの確立、規範と報酬的行動の確認、同僚からの承認、上司・同僚からの期待の自覚、貢献度の証明の5つを提示している。つまり、新人にとって入職から6ヵ月頃までは、職場適応のプロセスにおける最初のハードルであるといえる。

一方、従来女性の職業とされてきた看護職に男性が進出しており、男性看護師の就業割合は2000

年の3.4%（厚生労働省，2011）から2012年には6.2%に増加しており（厚生労働省，2013）、益々男性看護職の増加が予測される。しかし、男性看護師の就業実態等を知る為の全国的な調査は実施されておらず、未だ明らかにされていないのが現状である。

男性看護師に関する研究では、男性看護師は女性看護師とは異なる職業経験をしている可能性が示唆されており（松田ら，2004；出口，2009；緒方，2010；木許ら，2011；田淵ら，2012；高橋ら，2014）、特に患者ケアにおける拒否的経験や女性看護師との関係性に困難を感じている事や、同性の同僚や上司の存在を心強く感じている事が明らかとなっている。これらの事より、新卒新人男性看護師の職場適応において、性差に関連する職業経験や同性の同僚又は上司の存在は、前述のKatz（1980）の社会化段階の獲得課題達成に深くかかわる要因であることが推測される。

これまでの看護師の職場適応における研究で、対象として取り上げることの少なかった新卒新人男性看護師に焦点を当て、入職から6ヵ月までの職場適応に関連する要因について検討することは、新卒新人男性看護師の離職防止や定着への支援、新人教育の在り方を検討する上での一助になると考える。

II. 目的

新卒新人男性看護師の入職から6ヵ月までの経験の中から、職場適応に関連する要因を検討し、今後の新人教育の新たな知見を与える。

III. 用語の定義

新卒新人男性看護師：看護基礎教育修了後すぐに病院に就職し、医療分野以外においても正規職員としての就業経験の無い男性看護師（准看護師としての就業経験者を除く）。

職場適応：入職から6ヵ月までの社会化段階を経て、2年目を迎えることができたこと。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

半構成的面接法による質的記述的研究である。

2. 研究対象

日本医療機能評価機構の実施する病院機能評価

Ver.5以上を取得している，近畿圏内の400床以上の一般病院に，看護基礎教育修了後すぐに就職し，医療分野以外においても正規職員としての職業経験の無い男性看護師（准看護師としての就業経験者も除く）で，同一病院において6ヵ月を経過し2年目も職場継続意思のあるものを対象とした。

3. データ収集方法と調査期間

方法は，研究協力の意思が確認された研究対象者へ，半構成的面接を実施した。面接は，対象者が設定した日時に所属病院の個室で行った。面接内容は，事前に承諾を得た上でICレコーダーに録音した。調査期間は2014年1月～5月である。

4. 分析方法

インタビューデータから逐語録を作成し熟読し，職場適応に関する内容について述べているデータを読み込みコード化し，意味内容の類似性について比較する事によって分類した。そして複数のコードが集まったものに名前をつける事で概念の抽象度を上げていった。それらをサブカテゴリーとし，さらにサブカテゴリーをまとめたものを，カテゴリー化した。分析過程に関しては，看護管理と質的研究の経験のある複数の研究者の助言を受けて行なった。

5. インタビュー内容

- 1) 所属科と，現在の部署にどの程度男性看護師がいるか。
- 2) 看護を目指した理由と，就職前と就職後の看護に対してのイメージの違い。
- 3) 女性看護師と比べて男性看護師であることに困難を感じた事，良かった事。
- 4) 就職してから6ヵ月頃までの，職場の規則や取り決めで困った事。
- 5) 就職してから6ヵ月頃までの，職場での患者・家族，上司・同僚との関係で困難を感じた事，良かった事。
- 6) 上記の内容で，現在の職場で継続していこうと思えた事。
- 7) 職場に適応するために必要と思われる教育。
- 8) これからの仕事，看護に対する目標。

6. 倫理的配慮

対象者へは，研究目的，方法，任意性，匿名性の確保，プライバシーの保護，不利益を受けない権利，データの管理の厳守などを説明し，口頭と

書面で同意を得た。また，就職から6ヵ月までの経験を語ることで，動揺や不快を感じた場合は，途中中断できることを説明した。本研究はA大学看護学研究倫理委員会の承認を得て行った。

V. 結果

1. 研究対象者の背景

対象施設は7施設で，対象者数は14名あった。対象者の最終学歴は看護系大学卒9名，専修学校卒5名であった。所属部署の特性は外科系7名，内科系2名，混合1名，手術室2名，小児科1名，集中治療室1名であった。

2. 分析結果

抽出された577コードを意味内容の類似性について比較検討し，46サブカテゴリーとし，さらに概念の抽象度を上げていった結果，【ケア介入時の患者からの拒否や抵抗感】【女性患者ケアにおける無力感】【抵抗への理解と配慮】【ケア実践による成功体験を得る】【職場内での異質性の自覚】【積極的な融和姿勢をとる】【同性同士の場に居座る】【性差にとらわれない考え方を身につけている】【未熟な知識・技術・調整能力】【理想と現実のギャップ】【責任感を持ち業務を行う】【自ら学び自分なりの看護を見つけようとする】【上司・先輩・同僚による情緒的・評価的サポート】【指導方法への戸惑い】の14カテゴリーが導き出された（表1）。以下，〈 〉はサブカテゴリー，「 」は対象者の語りを示す。

1) 【ケア介入時の患者からの拒否や抵抗感】

このカテゴリーでは，男性看護師であるが故に女性患者から拒否をされること，女性患者ケアに対する抵抗感を示し，〈ケア介入時の患者から拒否を受ける〉〈ケア介入時における抵抗感がある〉で構成されていた。〈ケア介入時の患者から拒否を受ける〉では「女性患者・患児から羞恥心を伴う処置の拒否をされる」ことを示した。〈ケア介入時における抵抗感がある〉では「女性患者に対する羞恥心を伴うケア実施に対する抵抗感」を示している。

2) 【女性患者ケアにおける無力感】

このカテゴリーでは，女性患者・患児・家族からの羞恥心を伴うケアの拒否を受けた際に，無力感やあきらめの感情を抱くことを示し，〈拒否されると仕方がないとあきらめる〉で構成されていた。「女性患者からの拒否経験に対して限界とあきらめを感じる」のものや，「拒否されたケアが

表1 新卒新人男性看護師の職場適応に関する内容

カテゴリー	サブカテゴリー
ケア介入時の患者からの拒否や抵抗感	ケア介入時の患者から拒否を受ける ケア介入時における抵抗感がある
女性患者ケアにおける無力感	拒否されると仕方がないとあきらめる
抵抗への理解と配慮	患者の羞恥心に対する配慮を行う ケア実施に伴う抵抗に対し理解する
ケア実践による成功体験を得る	男性看護師であることを患者から評価される 患者との関わりから成功体験をえる
職場内での異質性の自覚	男性看護師のステレオタイプにあてはめられる 女性看護師と比べ不公平に扱われる 女性看護師の陰口や噂話が気になり怖い 女性看護師に囲まれ居辛く居場所がない
積極的な融和姿勢をとる	男性であることを有効活用しようとする 女性看護師のグループに対する中立な立ち位置をとる 拒否を受けた業務依頼の際に女性看護師に気配りをする 女性社会では少数派であるということを受け入れる 組織の習慣を受け入れる 組織の融和に積極的に関与する
同性同士の場に居座る	女性との空間から逃げる 男性看護師同士の関わりを求める
性差にとらわれない考え方を身につけている	性差にとらわれない考え方を身につけている
未熟な知識・技術・調整能力	業務の依頼・調整で女性看護師に気を遣う 知識や技術の未熟さを実感する 複雑な問題を抱える患者や家族への対応ができない 業務遂行への疲弊 関わりから逃避したり相手を選んでかかわる
理想と現実のギャップ	学生時代と臨床の場の看護実践のギャップ 自分が大切にしたい看護と現実のギャップ 看護に対する興味 職業選択意思の不安定さ
責任感を持ち業務を行う	失敗に対して責任の重さを感じる 引き際を見極める
自ら学び自分なりの看護を見つけようとする	自己学習を積む 指導を受ける際は確認行為を十分に行う 自分なりの理想とする看護をみつけようとする 苦手意識を克服しようとする 知識の活用と取組の姿勢
上司・先輩・同僚による情緒的・評価的サポート	男性看護師であることに対する評価的サポート 上司・先輩・同僚との良好な人間関係 上司が働きやすい環境を調整する 先輩看護師からの丁寧で細やかな指導・業務調整 男性医療者から受ける支援
指導方法への戸惑い	新人看護師が受け入れがたい先輩看護師の指導の言葉や態度 指導方法・指導環境が確立していない 公私をわきまえない職場環境 相談できる男性看護師がいない 男性看護師であるという理由で設備使用を制限する

実施できないことを残念に思う」を示している。

3) 【抵抗へ理解と配慮】

このカテゴリでは、女性患者の羞恥心を伴うケア実施の拒否に対して、拒否をする女性患者に対する理解と、拒否を受けないための配慮を行うことを示し、＜患者の羞恥心に対する配慮を行う＞＜ケア実施に伴う抵抗に対し理解する＞で構成されていた。＜患者の羞恥心に対する配慮を行う＞は「女性患者の羞恥心を伴うケアでは実施可能か確認することや、女性看護師と同伴しケアをおこなう」ことを示した。＜ケア実施に伴う抵抗に対し理解する＞は「拒否をする気持ちがわかる」や「女性患者に対する男性看護師にできることには線引きがあると認識する」を示した。

4) 【ケア実践による成功体験を得る】

このカテゴリでは、患者との関係の中で、男性であることを特別に評価されることや、患者に看護を提供した結果患者の回復を見ることや、感謝されることで達成感や満足感を得ることを示し、＜男性看護師であることを患者から評価される＞＜患者との関わりから成功体験をえる＞で構成されていた。＜男性看護師であることを患者から評価される＞は「患者・家族から男性看護師に対して安心であるという評価を受ける」「患者から男性看護師に対して身体能力に対する評価を受ける」ことを示した。＜患者との関わりから成功体験を得る＞は「患者の回復を見てうれしく思う」「患者との関わりからやりがいを感じる」ことを示した。

5) 【職場内での異質性の自覚】

このカテゴリは、女性看護師との関係の中で感じる違和感とそれに起因した女性看護師との関係を示しており、＜男性看護師のステレオタイプにあてはめられる＞＜女性看護師と比べ不公平に扱われる＞＜女性看護師の陰口や噂話が気になり怖い＞＜女性看護師に囲まれ居辛く居場所がない＞で構成されていた。＜男性看護師のステレオタイプにあてはめられる＞は「男性看護師は粗くみられたり、男性同士だから分かり合えるだろうと判断される」を示した。＜女性看護師と比べ不公平に扱われる＞は「他の新人からは男性看護師であるからひいきをされていると思われたり、男性看護師に対する風当たりの強さを実感する」を示した。＜女性看護師の陰口や噂話が気になり怖い＞は「陰口を言う女性看護師に対する怖さや、噂話に関わりたくない」を示した。＜女性看護師に囲まれ居辛く居場所がない＞は「女性看護師に挟まれ逃げ場所がない」を示した。

6) 【積極的な融和姿勢をとる】

このカテゴリは、女性看護師との人間関係を構築するための対処を示し、＜男性であることを有効活用しようとする＞＜女性看護師のグループに対する中立な立ち位置をとる＞＜拒否を受けた業務依頼の際に女性看護師に気配りをする＞＜女性社会では少数派であるということを受け入れる＞＜組織の習慣を受け入れる＞＜組織の融和に積極的に関与する＞で構成されていた。＜男性であることを有効活用しようとする＞は「いじりや茶化しに対してユーモアを活用することや、積極的に身体能力をアピールする」ことを示した。＜女性看護師のグループに対する中立な立ち位置をとる＞は「女性看護師と意見で対立はしないや、噂話には参加しない」ことを示した。＜拒否を受けた業務依頼の際に女性看護師に気配りをする＞は「拒否を受けた際他の看護師の業務を代替することや、拒否を受けた際実施可能な範囲まで行い依頼する」ことを示した。＜女性社会では少数派であるということを受け入れる＞は「女性社会だから仕方がないと思うことや、男性看護師故の業務上の制限を受け入れる」ことを示した。＜組織の習慣を受け入れる＞は「おかれた環境の習慣になじもうとする」ことを示した。＜組織の融和に積極的に関与する＞は「積極的に親睦会に参加する」を示した。

7) 【同性同士の場に居座る】

このカテゴリでは、女性看護師との人間関係構築に困難を感じた結果、女性看護師との関係を途絶したり、同性同士の繋がりを強く望むことであり、＜女性との空間から逃げる＞＜男性看護師同士の関わりを求める＞で構成されていた。＜女性との空間から逃げる＞は「休憩中に女性看護師の空間から逃げる」ことを示した。＜男性看護師同士の関わりを求める＞は「男性看護師との接触が増えることで気が楽になる、共感しあえる」を示した。

8) 【性差にとらわれない考え方を身につけている】

このカテゴリでは、学生時代の女性多数社会への慣れや、女性患者からの拒否を経験していることを示し、＜性差にとらわれない考え方を身につけている＞で構成されており、「学生時代の女性多数社会を経験しているから慣れている」を示した。

9) 【未熟な知識・技術・調整能力】

このカテゴリは、新卒新人であるが故の未熟さを示しており、＜業務の依頼・調整で女性看護師

に気を遣う><知識や技術の未熟さを実感する>
 <複雑な問題を抱える患者や家族への対応ができない>
 <業務遂行への疲弊><関わりから逃避したり相手を選んでかかわる>で構成されていた。
 <業務の依頼・調整で女性看護師に気を遣う>は「経験不足のためできない処置を他者に依頼することへの申し訳なさ」を示した。<知識や技術の未熟さを実感する>は「看護チーム内の情報交換スキルの不足や、患者の情報収集スキルの不足、求められる課題が達成できなくて能力のなさを実感する」を示した。<複雑な問題を抱える患者や家族への対応ができない>は「重症患者への対応が困難、専門的な知識を必要とする患者指導の対応ができない」を示した。<業務遂行への疲弊>は「業務のしんどさや、職場の習慣と業務の両立ができない」を示した。<関わりから逃避したり相手を選んでかかわる>は「感情的な指導を受けると退職を考えるや、指導を受ける看護師を選ぶ」を示した。

10) 【理想と現実のギャップ】

このカテゴリーは、学生時代にイメージしていた看護師像や、自らの理想とする看護に現実のギャップを感じることを示し、<学生時代と臨床の場の看護実践のギャップ><自分が大切にしたい看護と現実のギャップ><看護に対する興味><職業選択意思の不安定さ>で構成されていた。<学生時代と臨床の場の看護実践のギャップ>は「事務作業が多く、業務中心の考え方へシフトしなければならない」を示し、<自分が大切にしたい看護と現実のギャップ>は「理想とする看護と現実のギャップの戸惑いがあった。患者との時間をもちたいがなかなか持てない」を示した。<看護に対する興味>は「人と関わることへの思いや、社会情勢からの安定性から看護に対する興味を持った」を示した。<職業選択意思の不安定さ>は「看護を職業にすることに対する安易な考えがあった」を示した。

11) 【責任感を持ち業務を行う】

このカテゴリーは、失敗体験や困難な状況を経験した対象者が、責任感を得ることを示しており、<失敗に対して責任の重さを感じる><引き際を見極める>で構成された。<失敗に対して責任の重さを感じる>は「失敗することによって精神的な負担を感じたが、同時に責任の重い仕事なのだと思った」を示した。<引き際を見極める>は「自分にできることには限界があり、患者の不利益にならないよう先輩にまかせた。」を示した。

12) 【自ら学び自分なりの看護を見つけようとする】

る】

このカテゴリーは、自己研鑽することで、自分なりの看護を見出そうとすること示し、<自己学習を積む><指導を受ける際は確認行為を十分に行う><自分なりの理想とする看護をみつけようとする><苦手意識を克服しようとする><知識の活用と取組の姿勢>で構成された。<自己学習を積む>は「患者への対応を自己学習と先輩からの助言を通じて学ぶ」を示した。<指導を受ける際は確認行為を十分に行う>は「相談をする前に内容を整理し、ケア実施の前に納得がいくまで確認する」を示した。<自分なりの理想とする看護をみつけようとする>は「患者と向き合い、所属部署の看護の特性を自己のキャリアとして生かそうとする」を示した。<苦手意識を克服しようとする>は「患者への対応の相談は苦手意識を克服してでも先輩にしていく」を示した。<知識の活用と取組の姿勢>は「指導を受ける心構えと、指導後の振り返りで課題を見出す」を示した。

13) 【上司・先輩・同僚による情緒的・評価的サポート】

このカテゴリーは、上司・先輩・同僚からのサポートを示し、<男性看護師であることに対する評価的サポート><上司・先輩・同僚との良好な人間関係><上司が働きやすい環境を調整する><先輩看護師からの丁寧で細やかな指導・業務調整><男性医療者から受ける支援>で構成された。<男性看護師であることに対する評価的サポート>は「女性看護師から身体能力に対して良い評価があることや、職場の雰囲気や和むと言われる」ことを示した。<上司・先輩・同僚との良好な人間関係>は「新人同士で助け合うことや、先輩看護師が理不尽なことを言わない、安心して働ける配慮がある」を示した。<上司が働きやすい環境を調整する>は「上司が目配りをする、平等に扱ってくれる」を示した。<先輩看護師からの丁寧で細やかな指導・業務調整>は「納得できる指導や、できていることをきっちり認める、指導時の言葉を選ぶ」を示した。<男性医療者から受ける支援>は「男性先輩看護師が行う周囲とのコミュニケーションにおける調整」を示した。

14) 【指導方法への戸惑い】

このカテゴリーは、上司・先輩からの指導を受ける違和感や希望を示している。<新人看護師が受け入れがたい先輩看護師の指導の言葉や態度><指導方法・指導環境が確立していない><公私をわきまえない職場環境><相談できる男性看護師がいない><男性看護師であるという理由で設

備使用を制限する>で構成された。<新人看護師が受け入れがたい先輩看護師の指導の言葉や態度>は「結果だけを見て指導・叱責する，容姿を指摘する，相談時に非難・萎縮させる」ことを示した。<指導方法・指導環境が確立していない>は「先輩看護師により独自の方法があり戸惑う，ここでの指導方法がはっきりしていない」を示した。<公私をわきまえない職場環境>は「プリセプターがプライベートな内容の詮索と暴露をする，インフォーマルグループ間での揉め事に対する意見を求める」を示した。<相談できる男性看護師がいない>は「男性ならではの内容の相談ができる者がいない」を示した。<男性看護師であるという理由で設備使用を制限する>は「男性看護師であるという理由で共同トイレの使用を制限する」を示した。

VI. 考察

1. 導き出された14カテゴリーの特徴

導き出された14カテゴリーのうち、【理想と現実のギャップ】【未熟な知識・技術・調整能力】【ケア実践による成功体験を得る】【自ら学び自分なりの看護を見つけようとする姿勢】【責任感を持った看護・業務遂行】【指導方法への戸惑い】【上司・先輩・同僚による情緒的・評価的サポート】7カテゴリーは、既存研究（中村，2006；中納ら，2007；瀬川ら，2009；小野田ら，2012；赤塚，2012；山口ら，2014）における，新卒または新人看護師の職場適応に関連する要因と同様の結果であった。

【ケア介入時の患者からの拒否や抵抗感】【女性患者ケアにおける無力感】【抵抗への理解と配慮】【職場内での異質性の自覚】【同性同士の場に居座る】【積極的な融和姿勢をとる】【性差に捉われない考え方を身につけている】は男性看護師を対象とした既存研究である，松田ら（2004），内海ら（2010），木許ら（2011），高橋ら（2014）の結果と類似していた。

2. 女性患者との関係性における困難とその対処

【ケア介入時の患者からの拒否や抵抗感】は，小藤ら（2012）によれば，看護師経験を問わず男性看護師は少なからずこれらの経験をしており，それは日本における古来からの男尊女卑の考え方から看護や介護などは女性的職業と認識され，男性看護師が看護ケアをすることに違和感を生じさせていることが一因となっていると分析してい

る。ケア介入時の抵抗感について高橋ら（2014）は，男性看護師として女性患者に不快を与えたくない思いと，自分自身で処置を行えないことによって発生する女性看護師への業務依頼によって，その抵抗感は助長されることを指摘している。新卒新人男性看護師の場合，職場での人間関係構築が途上であり，青年期をすぎたばかりの若者であることを考慮すれば，患者を異性ととらえ，相手からも異性として認識され，自分が遂行しなくてはならない業務を異性に依頼しなければならない状況に置かれることは，彼らが看護や業務を遂行することへの困難な状況が推察される。

本研究における，【抵抗への理解と配慮】は，新卒新人男性看護師が女性患者から拒否を受けることを想定し，羞恥心を伴う処置の際の確認行為や，女性看護師との同伴のもとに女性患者にケアの提供を行うという条件の提示をすること，ケアの許可を得た際にも羞恥心に対する配慮は怠らないという内容であった。また，男性看護師として患者に提供できることには線引きがあることを理解することや，自分自身が女性患者であれば羞恥心を伴うケアは男性には実施してほしくないと思うという，女性患者の気持ちを理解する内容であった。これらは，高橋ら（2014）の述べる「工夫」，「成長」に関わる要素であると考えられ，男性特有の看護実践における困難への対処として，高橋ら（2014）との類似性があった。しかし，「強み」，「専門家」といった要素に関しては本研究の対象者からは抽出することができず，女性患者を理解することや，どのように対処を行えば拒否されずにケアの提供ができるかに，困難への対処が集中していることが推測され，新卒新人看護師という社会に出たばかりの未熟さ故の対処方法であるとも解釈でき，高橋ら（2014）の述べる「強み」，「専門家」は，高度な対処方法であると推測される。しかし，池田ら（2013）は，男性看護師から実際に羞恥心を伴うケアを受けた経験のある女性患者の男性看護師に対する信頼は未経験者よりも有意に高かったことを報告している。これは，拒否を受けながらも，【抵抗への理解と配慮】という「工夫」を凝らし，ケア実施の許可を受ける頻度を増やす試みを継続することによって，女性患者から男性看護師への信頼や理解を得る可能性の存在を示唆している。一方で，【女性患者ケアにおける無力感】の感情を抱きあきらめるもの存在しており，あきらめるという対処で女性患者との関係構築を終わらせてしまうことは，女性患者から男性看護師への信頼や理解を得る可能性の存在

を失うことにも繋がりがねない為、前記した女性患者から男性看護師へ信頼や理解を得る為の思考と行動を起こす必要がある。

3. 女性看護師との人間関係形成

【職場内での異質性の自覚】は、新卒新人男性看護師が抱く女性看護師との人間関係から生じる困難といえる。高橋ら(2014)の報告においても、男性看護師は女性看護師との関係の中で、女性看護師に圧倒され自己を抑制させなければならないことや、発言力がなく立場の弱い男性看護師になるという少数派であるものの困難として示されていた。Kanter(1977)は、構成メンバーの社会的カテゴリーの割合に分類される集団のタイプとして、非対称型は85:15を上限として、あるグループが多数派「ドミナント」、少数派「トークン」と定義している。ドミナント(支配グループ)は数的優位性と、そのトークンに対する特徴を支配することから、ドミナント=支配グループと命名している。看護界における看護師の男女比は6:94程度(日本看護協会,2014)であり、Kanter(1977)の分類からいえば男性看護師はトークン(少数派)、女性看護師はドミナント(多数派)となる。トークン(少数派)としての新卒新人男性看護師を、ドミナント(多数派)としての女性看護師から見た視覚的特徴について以下に述べる。

Kanter(1977)は少数派の視覚的特徴について、可視性、対称性、同化性の3点であると述べている。可視性とは新卒新人男性看護師(トークン)が女性看護師(ドミナント)集団の中でその視覚的差異故に注目的になるということである。可視性では、<女性看護師と比べ不公平に扱われる>というサブカテゴリーがこれに当たる。貝沼ら(2008)の報告においても、男性看護師は「男性性の不可視化」への困難が指摘されており、男性看護師特有の困難であるといえる。対称性とは、多数派は自分たちの共通点や、少数派との相違点をより意識するようになり、その共通点を維持しようとし、少数派を疎外するということである。対称性における困難は<女性看護師と比べ不公平に扱われる>というサブカテゴリーの、「風当たりの強さを実感する」から説明できる。同化性とは、社会一般のステレオタイプを当てはめることである。これは、<男性看護師のステレオタイプにあてはめられる>というサブカテゴリーがこれにあたる。Kanter(1977)は、同化性における少数派の起こした行動は多数派に相殺されることがほとんどであるとされている。多数派は、少数

派に対する役割のカプセル化を行い、ステレオタイプとしての役割の中に閉じ込めてしまう。松田ら(2004)は、男性看護師はその職業経験において、職場内における交友関係の狭さや制約を感じ、孤立を自覚するとともに、目立つような発言や行動を控え、周囲の人々との自然な調和を心がけ、常に他者との関係に気を配っていたと述べている。多数派である女性看護師が男性看護師は〇〇であるという固定観念を新卒新人男性看護師に当てはめて考えることは、彼らには脅威となり、既成のイメージからの脱却はせず【同性同士の場合に居座る】という対処行動をきたしやすいと認識する必要がある。

【同性同士の場合に居座る】は、女性看護師との人間関係形成において抱く困難から逃避する事を意味し、新人看護師の居場所がないという困難に加わったものと解釈することができる。花田(2013)は「働く居場所」とは、キャリア作りにおける自分の状態、仕事上の役割、人間関係、心の動きなどを総合的に表す言葉であるとし、居場所がないという認識によって引き起こされる問題は、自分の殻や自分の世界に逃げ込んでしまうという行動につながるということを指摘し、一歩踏み出し変化を起こす行動につながらず、仕事に向き合うこと、仕事に対する取り組み姿勢、仕事を通じた成長に影響すると述べており、キャリア形成には望ましくない対処行動であるといえる。一方、【積極的な融和姿勢をとる】という対処行動は、職場での居場所作りのための自発的な行動であるといえる。瀬川ら(2009)は新人看護師が自分の居場所を確認できることは、自分のことを気にかけてくれる先輩がいることを実感した時であると述べ、入職して間もない新人看護師にとって自分の気持ちを率直に伝えられる先輩看護師の存在や、自分の居場所を確認できる経験は、自分の職場での存在を肯定的にとらえることにつながると述べており、先輩看護師との人間関係形成が居場所づくりに重要であることを示しており、大江ら(2014)のいう「できる実感」の「先輩看護師とのピア関係」が職業継続につながることに合致する。

4. 困難を乗り越える姿勢

本研究において、【積極的な融和姿勢をとる】【性差に捉われない考え方を身につけている】は、女性看護師からいじられることや茶化されることに対して、ユーモアを有効活用することが、組織に溶け込む上で必要なことであるという内容と、

男性の身体能力に対する女性看護師からの期待に対して応え、さらに身体能力をアピールすることは、新卒新人男性看護師が女性看護師との良好な人間関係を構築するための前向きな対処方法であると考えられる。これは、松田ら(2004)が述べた男性看護師の職業経験である、男性看護師が女性看護師から期待や関心を得たり失ったりすることにより、自己の存在意義がどこにあるのかを自分自身に問いかけながら、それを確認したり、探し求めたりすることと類似していた。田淵ら(2012)の報告で男性看護師は、女性多数社会における男性としての役割を率先して果たすことで人間関係を円滑に形成したいという思いを抱いていると述べている。彼らが、積極的に女性看護師との良好な人間関係を形成しようという姿勢や、身体能力を女性看護師から期待され、その期待に応える行為は、仲間との良好な関係の中で生じるチームケアへの満足、能力発揮のチャンス、充実感・やりがいの実感から自己の存在価値の実感を認識することができる(グレッグ, 2005)といわれており、積極的にアピールしていくことは初期の段階での人間関係構築には効果的であるといえる。

5. 究の限界と今後の展望

施設や対象者が限られたことにより、新卒新人男性看護師の職場適応に関連する要因がすべて明らかになったとは言い切れない。また、導き出された新卒新人男性看護師の職場適応に関連する要因は複雑に関係していることが考えられるため、今後は要因の関係性についても検討していく必要があると考える。

今後は対象を拡大した調査を行うことで、今回抽出できなかった事象も抽出することができるのではないかと考える。また、近年ジェンダーフリー社会の構築が叫ばれているが、性差のマイノリティ側が職場適応の際に抱える課題はまだまだ大きいといえる。本研究ではそうした一面も浮き彫りにすることができた。今後、組織管理者は性差による蔑視の職場文化が存在するのであれば変えていくように努める必要があるのではないかと考える。

Ⅶ. 結論

本研究は、新卒新人男性看護師の職場適応に関連する要因を明らかにすることを目的とした結果14カテゴリーが導き出された。新卒新人男性看護

師の職場適応に関連する要因は、女性患者及び少数派故の女性看護師との関係が、男性特有の職場適応に関連する要因である事が明らかとなった。また、新卒新人男性看護師の職場適応には、男性特有な困難に対して前を向き困難を乗り越えようとする姿勢が重要であることが示唆された。

謝辞

本研究にご協力いただきました看護管理者、対象者の皆様に深く感謝申し上げます。

文献

- 赤塚あさ子(2012):急性期病院における新卒看護師の職場適応に関する研究 勤務継続を困難にする要因を中心に. 日本看護管理学会誌, 16, 2, 119-129.
- 出口陸雄(2009):男性看護師の職務ジェンダー意識と職務満足の関係. 日本看護研究学会雑誌, 32, 4, 59-65.
- グレッグ美鈴(2005):臨床看護師の組織コミットメントを促す経験. 岐阜県立看護大学紀要, 6, 1, 11-18.
- 花田光世(2013):働く居場所の作り方 あなたのキャリア相談室. 1-74, 日本経済新聞出版社, 東京.
- 林有学, 米山京子(2008):看護師におけるキャリア形成およびそれに影響を及ぼす要因. 日本看護科学会誌, 28, 1, 12-20.
- 池田一貴, 内田宏美, 木村真司, 他.(2013):男性看護師の看護ケアに対する患者の信頼 ―患者の性差による比較―. 鳥根大学医学部紀要, 36, 61-66.
- 貝沼純, 斎藤美代, 佐藤尚子, 他.(2008):女性看護師が男性看護師に期待する職務・役割に関する調査研究. 福島県立医科大学看護学部紀要, 10, 23-30.
- Kanter, R. M. (1977): Men and women of the Corporation. Basic Books, New York. /高井葉子(1995):企業のなかの男と女. 生産性出版, 東京.
- Katz, R. (1980): Time and Work, Towards an Integrative Perspective. Research in Organizational Behavior, 2, 81-127.
- 木許実花, 福田里砂, 赤澤千春(2011):男性看護師が抱える悩みや問題の現状と職務キャリアの関係(第1報)女性多数の職場において男性看護師が抱える悩みや問題の現状について. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要, 7, 75-80.
- 小藤祐子, 野村香, 中山周子, 他.(2012):一般病棟に勤務する男性看護師が女性患者の看護ケアをする体験. 日本看護研究学会雑誌, 35, 2, 63-69.
- 厚生労働省(2011):平成22年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況(2016/11/10閲覧) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/10/>
- 厚生労働省(2013):平成24年衛生行政報告例(就業医療関係者)の概況(2015/1/8閲覧) <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/>
- 松田安弘, 定廣和香子, 舟島なをみ(2004):男性看護師の職業経験の解明. 看護教育学研究, 13, 1, 9-22.
- 三輪聖恵, 志自岐靖子, 習田明裕(2010):新卒看護師の職場適応に関連する要因に関する研究. 日本保健学会誌, 12, 4, 211-220.
- 中村和代(2006):新人看護師の職場適応に向けた精神的支援策の検討 臨床心理士によるグループカウ

- セリングを実施して. 日本看護研究学会雑誌, 36, 1, 141-148.
- 日本看護協会 (2005): 2004年 新卒看護職員早期離職等実態調査 (2015/1/8 閲覧) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/dl/s0329-13b-5-3.pdf>
- 日本看護協会 (2014): 2013年 病院における看護職員需給状況調査 (2015/1/8 閲覧) http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf
- 緒方昭子 (2010): 新人男性看護師の経験 2年目新人男性看護師の語りから. 南九州看護研究誌, 8, 1, 33-39.
- 小野田舞, 内田宏美, 津本優子 (2012): 新卒看護師の職場適応とその影響因子に関する縦断的研究. 日本看護管理学会誌, 16, 1, 13-23.
- 大江真, 塚原節子, 長山豊, 他. (2014): 新卒看護師が職業継続意思を獲得するプロセス. 日本看護科学会誌, 34, 217-225.
- 瀬川雅紀子, 種田ゆかり, 後藤姉奈, 他. (2009): 新卒看護師の職業継続意識に影響を与えた体験. 日本看護管理学会誌, 13, 2, 41-49.
- 清水栄子 (2009): 医療機関職員のリテンション・マネジメント. 立教ビジネスデザイン研究, 6, 39-55.
- 砂見緩子, 八重田淳 (2012): 新人看護師の職場適応の影響要因に関する文献研究. 帝京大学医療技術学部看護学科紀要, 3, 13-25.
- 田淵智之, 吉川三枝子 (2012): 新人男性看護師の職場における人間関係の形成. 日本看護学会論文集 看護総合, 42, 150-153.
- 高橋良, 田中真琴, 任和子 (2014): 一般病棟に勤める男性看護師が職場で感じる困難とその対処. 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻紀要, 9, 41-51.
- 内海知子, 細原正子, 近藤真紀子 (2010): 医療・福祉職として働く男性のキャリア形成に関する検討. 香川県立保健医療大学雑誌, 1, 9-19.
- 山口曜子, 徳永基与子 (2014): 新人看護師の離職につながる要因とそれを防ぐ要因. 日本看護医療学会雑誌, 16, 1, 51-58. (14982文字)

研究報告

救命救急センターに勤務する看護師の 自律性に関する質的検討

A Qualitative Study on the Autonomy of Nurses Working in Medical Emergency Centers

大江理英¹⁾・杉本吉恵²⁾・簀持知恵子²⁾・北村愛子²⁾・中山美由紀²⁾

Rie Oe, Yoshie Sugimoto, Chieko Hatamochi, Aiko Kitamura, Miyuki Nakayama

キーワード：看護師の自律性，救急看護，質的研究

Keywords: Nurse autonomy, emergency nursing, qualitative research

Abstract

The purpose of this study is to clarify the autonomy of nurses working in medical emergency centers. Semi-structured interview surveys regarding nurse autonomy were conducted on fifteen nurses working in five medical emergency center facilities. The data obtained was qualitatively and inductively analyzed to find the characteristic of initiative and responsibility-taking behaviors based on spontaneous and autonomous decisions, and the elements composing autonomy were examined. The following six categories were extracted: "behaviors to save lives based on assessments of emergency patients and emergency situations", "behaviors that respect the individualities of emergency patients and their families", "behaviors that make use of specialized knowledge and skills to discover and satisfy the needs of emergency patients and their families", "behaviors that promote co-operation between emergency nurses, emergency patients and their families", "behaviors relating to cooperation among the medical team in order to save lives" and "behaviors that maintain and improve the quality of nursing care". Cooperation between emergency patient's family and medical personnel as well as behaviors that support medical team's members were not included in the elements composing the existing autonomy scale.

抄 録

本研究の目的は、救命救急センターに勤務する看護師の自律性を明らかにすることである。救命救急センター5施設に勤務する看護師15名に対して看護師の自律性について半構成面接調査を行った。得られたデータを質的帰納的に分析し、自主的・主体的な判断に基づき、イニシアチブや責任を取っている行動の特徴を探り、自律性の構成要素を検討した。【救急患者と救急の場への判断に基づく救命のための行動】【救急患者・家族の人格を尊重するための行動】【救急患者と家族のニーズを引き出し充足するための行動】【救急看護師と救急患者・家族との協働を促進する行動】【救命のために医療チームで協働すること】【看護ケアの質を維持・向上させるための行動】の6つのカテゴリが抽出された。救急患者の家族との協働や医療チームのメンバーを支援する行動は、既存の自律性測定尺度の構成要素に含まれていなかった。

受付日：2016年9月20日 受理日：2016年12月20日

1) 大阪府立大学大学院 看護学研究科 博士後期課程
療養支援看護学領域 急性療養看護学分野

2) 大阪府立大学大学院 看護学研究科

I. 研究の背景

救命救急センターは、初期救急医療機関、二次救急医療機関及び救急患者の搬送機関との円滑な連携体制を基盤に、重篤な救急患者への医療を確保することを目的に設置された地域の救急医療体制を完結する三次救急医療機関である（厚生労働省、1997）。

救命を柱とした救急医療の看護師には、独自の判断や主体的なケアへの関わりが常に求められてきたことから、看護師の専門性は知識・技術に加えて意欲や態度にも求められており、自律性は重要な要素である（高橋、2005）。一方では、救急医療では重症度が高い対象であることから看護師と患者との相互関係が確立しにくい特殊性があり、また更に生命の維持が第一条件となり、医師の指示のもとでの診療の補助が中心となるために看護師自らが主体性を発揮できず、看護師の自律性が低い（土門 1997）と指摘されている。

看護師の自律性は、「高度な専門技術に裏づけられた自主的・主体的な判断と適切な看護実践という、看護活動における専門的な能力の発揮」として（菊池ら、1997b）、看護場面における状況の認知や判断と実践の側面から「認知能力」や「実践能力」などにより構成されている（菊池ら、1997a）。また「看護実践の際の役割行動」として「看護職が病院で専門職としてイニシアチブや責任をとり、患者を擁護し、患者の権利を尊重し、医師との葛藤にも向き合い、患者にも積極的な態度でアプローチすること」（志自岐、1995）とされている。

このような自主的・主体的な判断に基づき専門職としてイニシアチブや責任をとって行動する看護師の自律性が高いほど、がん看護領域ではケアリング行動がとれ（重久、2012）、周術期看護領域では術後の早期離床への援助が実践できている（本田らb、2012）との報告がある。救急医療にかかわる看護師においても、自律性が高いことにより、救急看護の質の向上が期待できる。

救急医療の中で、救命救急センターに勤務する看護師（以下、救急看護師とする）は、重症度が高い患者を対象とし、初療、救急ICU、救急病棟など患者の生命の危機状況にあわせた場所にて、多くの医療スタッフと協働し、救命救急処置の補助、重症患者のケア、家族ケア、身体機能訓練など幅広い種類のケアを提供している。既存の看護師の自律性は、基礎看護教育における看護技能の到達目標について記載された書籍や指導の手引

きを参考に、1つの病院を対象に作成されてきたことから（菊池ら、1997a）、救急看護師の自律性とは異なる。救急看護師の自律性についての研究は、ほとんど行われておらず、明らかにされていない。

これらのことから、救急看護師の自律性として専門的な知識や技術に裏付けされた自主的・主体的な判断に基づき、イニシアチブや責任をとりどのような行動をおこなっているかを明らかにすることが求められる。

本研究により、救急看護師の自律性を明らかにすることは、救急看護師の自律性を高めるための支援や教育を検討する基礎資料になると考えられる。

II. 研究目的

救急看護師の自律性を明らかにすることである。

III. 用語の操作的定義

本研究の操作的定義は、自律性を「専門的な知識や技術に裏付けされた自主的・主体的な判断に基づき、イニシアチブや責任を取り行動すること」とする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

質的帰納的研究

2. 研究対象

研究協力者は、研究に参加協力が得られた救命救急センター5施設に、勤務する救急看護師15名とした。

救急看護師の年齢構成は20歳代が約6割で、平均年齢は30歳であること（高橋ら、2005）や、クリティカルケア看護師の自律性の向上に約8年を要すること（佐野、2013）が明らかになっている。したがって、救命救急センター1施設あたりの研究協力者は、救急看護経験1年目～8年が2人、9年目以降が1人の合計3名とした。

性別の割合については、看護師の自律性とは関連がない（Papathanassoglou et al., 2012）ために、条件にできなかった。

3. 方法

1) 研究期間：平成27年1月～平成27年6月

2) 研究方法：

(1) 研究協力者へ45分程度の半構成的面接調査を行った。面接調査実施前に、本研究における自律性の操作的定義などについて、十分説明した。

調査内容は、次の①から⑤とした。

- ①基本属性：研究協力者の年齢・性別・看護経験年数とその看護領域・救急看護経験年数・職位・学歴。
- ②あなたが、救急看護師として救急看護実践の中で行う、専門的な知識や技術に裏付けされた自主的・主体的な判断とはどのような判断ですか。
- ③あなたが、救急看護師として救急看護実践の中で行う、イニシアチブをとり行動することとはどのような看護のことですか。
- ④あなたが、救急看護師として救急看護実践の中で行う、責任をとり行動することとはどのような看護のことですか。
- ⑤あなたが、救急看護師として救急看護実践の中で行う、自律性のある看護とはどのようなものですか。

3) 分析方法

面接調査で得られたデータを逐語録にした。研究協力者には副看護師長や認定看護師が含まれたため、職位が救急看護師の自律性に影響している可能性があるために職位による救急看護師の自律性と考えられる内容は逐語録より削除した。そのうえで、救急看護師の自律性を示す行動を抽出し、コード化した。コードが類似するものをサブ

カテゴリ、さらに類似するものをカテゴリに分類し、名称をつけた。信用性の確保のために、これらの分析過程は救急看護領域と質的研究に精通した看護学研究者から、スーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

面接調査は、研究協力者の業務に支障のない時間に、プライバシーが守られる個室で行った。面接内容は、研究協力者に許可を得たうえでICレコーダーに録音した。研究協力については、研究協力者の自由意思を尊重し、途中棄権や無理に答えなくてよいことなどを説明した。データは研究のみに使用し匿名性を保持するなど、プライバシーや個人情報の保護に配慮した。本研究は、大阪府立大学看護学研究倫理委員会に承認された後に実施した（申請番号26-56）。

V. 結果

1. 研究協力者の基本属性

性別は女性10名、男性5名であった。平均年齢は 32.7 ± 7.1 歳、看護師経験年数は平均 9.8 ± 6.4 年、救急看護経験年数は平均 6.2 ± 5.4 年であった。職位はスタッフが14名で、副看護師長が1名であった。救急看護認定看護師は1名であった。学歴は、専門学校10名、大学4名、短期大学1名であった。研究協力者が所属していた救命救急センターの所在地は、関東地方1施設、近畿地方3施設、九州地方1施設であった（表1参照）。併設型救命救急センターは4施設、単独型救命救急センターは1施設であった。

表1 研究協力者の背景 n=15

	地域	年代	性別	看護経験	救急看護経験
A	近畿地方	20代	男性	7年11ヶ月	1年11ヶ月
B	近畿地方	20代	女性	1年11ヶ月	1年11ヶ月
C	近畿地方	30代	女性	17年11ヶ月	13年11ヶ月
D	関東地方	20代	女性	5年	5年
E	関東地方	30代	女性	14年	12年
F	関東地方	20代	女性	3年	3年
G	近畿地方	30代	男性	5年1ヶ月	2年1ヶ月
H	近畿地方	20代	男性	1年1ヶ月	1年1ヶ月
I	近畿地方	30代	女性	16年1ヶ月	16年1ヶ月
J	近畿地方	40代	女性	22年	15年
K	近畿地方	30代	男性	8年	3年4ヶ月
L	近畿地方	30代	女性	10年6ヶ月	4年
M	九州地方	30代	男性	8年4ヶ月	3年4ヶ月
N	九州地方	30代	女性	8年4ヶ月	1年4ヶ月
O	九州地方	40代	女性	18年	10年

2. 救急看護師の自律性

救急看護師の自律性は、83コードで構成される21のサブカテゴリからなり、【救急患者と救急の場への判断に基づく救命のための行動】【救急患者・家族の人格を尊重するための行動】【救急患者と家族のニーズを引き出し充足するための行動】【救急看護師と救急患者・家族との協働を促

進する行動】【救命のために医療チームで協働すること】【看護ケアの質を維持・向上させるための行動】の6つのカテゴリが抽出された（表2参照）。

以下にカテゴリを【 】, サブカテゴリを< >, コードを〈 〉, 生データを『 』で示す。

表2 救命救急センターの看護師の自律性の内容

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
救急患者と救急の場への判断に基づく救命のための行動	救急治療に必要な役割行動の実施	救急治療をすすめるために必要な役割を判断して行っている
	救急治療に必要な役割の明示	救急治療の場で処置に関する役割分担を医師に確認している 次に行われる救急治療を予測して経験の浅い看護師に処置の準備を指示している 救急治療時に処置が重複しないように自分の行っている処置を周囲に伝えている 救急治療時に迅速に指示を得るためにリーダーの医師を確認している 救急治療に必要な準備ができたことをチームに伝えている 救急治療時に他の患者への配慮ができていないか確認している
	救急治療の場での人員采配	救急治療の場で人員配置を行っている 救急治療の場で必要となる人員を要請している
	予測される病状への備え	救急患者の急変を見逃さないように予測に基づく身体状態の観察を行っている 救急患者の病状から予測される救急治療に必要な物品の準備をしている 救急患者の状態の変化を見逃さないように他の医療者に声をかけている 救急患者の病状の悪化を予測し対応を相談している わずかな急変の前兆をリーダー看護師に報告している 救急患者の状態で「何かおかしい」と判断したときはそのままにせず確認している 救急患者の緊急度を判断しタイミングを見計らって医師に病状を報告している
	救急患者の病状を理解するための行動	救急患者の状態を明らかにするためのフィジカルアセスメントをおこなっている 急変時に推察される疾患以外の症状がないか観察している 救急患者の病状が悪化したときは原因を探索している 救急患者の病状が悪化した原因を明らかにできないときは医師やリーダー看護師の判断を確認している
	救急患者の病状を判断するための確認行動	緊急度を判断するために既往症と主訴を確認している 緊急度を判断するために救急患者の第一印象や呼吸循環動態を確認している 短時間に優先順位を決めるために必要な情報を収集している 重篤な疾患を想定して救急患者の生活背景について問診をしている
	救急患者の状態に適した看護ケアの実施	救急処置時（急変時）にアルゴリズムに基づいた看護ケアを実践している 救急患者の安全を守るために看護ケアの方法を工夫している 救急患者の呼吸器合併症を予防するための看護ケアを行っている 救急患者の病状を改善するために看護ケアの内容を工夫している 適切な看護ケアを行うために救急治療に伴う身体状況の変化を観察している
	救急患者の生命を守るための行動	救急患者の看護記録が正確に記載されているか確認している 救急患者に用いる薬剤の効能を理解して投与している 救急治療や検査前は医療事故につながらないように必要な項目を判断して問診をしている 救急処置時（急変時）に必要な検査項目があれば医師に相談している 救急患者の状態を反映するタイミングで検査を実施している 現在行われている救急治療とその効果を確認している
救急患者・家族の人格を尊重するための行動	救急患者・家族の意思の尊重	救急処置時でも救急患者の不必要な肌の露出を避けている 救急患者のプライバシーを守るためにドアやカーテンを閉める 救急患者の苦痛を見逃さないようにしている 救急患者・家族が不快な思いをしないように救急患者の周囲の環境を整えている 医師に救急患者の苦痛を代弁している 救急処置時に救急患者の意思を察しながら、衣類を大切に扱っている 救急患者がその人らしく過ごすことができるように医師と協働している 救急患者に対する尊厳を意識しながらかわかってい
	救急患者の家族への代理意思決定支援	家族が救急患者の意思を代弁できるように支援している

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
救急患者と家族のニーズを引き出し充足するための行動	救急患者のニーズの充足	救急患者の意思をくみ取るためにモニター値の変動を確認している 救急患者の病状を把握した後は生活状況や家族背景をアセスメントしている 個別的な看護ケアを提供するために救急患者の習慣や社会的状況などの情報収集を行っている 救急患者のニーズを引き出すために声をかけている 救急患者の呼吸循環動態が安定していれば、安楽につながる看護ケアを優先している 救急患者が排せつなどのニーズを言えるように近くにいる
	家族のニーズの充足	家族が安心できるように早めに面会ができるようにしている 家族が安心できるように早めに救急患者の情報を伝えている 重篤な救急患者の家族の気持ちを聞くようにしている 看護ケアの優先度を考えて医師から家族への病状説明時は、そばにしているようにしている 家族が説明を希望する人から説明を受けることができるように調整している
	家族が救急患者の死を受け入れる過程への支援	家族が救急患者の死を受け入れるために家族が救急患者にしてあげたいことができるようにしている 救急患者のわずかな変化をとらえ、死が近づいていることを家族に知らせている 臨死期に救急患者と家族だけの時間を持つことができるようにしている 死亡した救急患者の家族の反応にあわせて言葉かけをしている
救急看護師と救急患者・家族との協働を促進する行動	ADLの拡大のための協働	救急患者のADLの拡大のために医療者と救急患者がリハビリの目標を共有できるようにしている 救急患者の廃用症候群を予防するためにリハビリテーションをしている
	治療への理解を高める支援	救急患者にこれから行われる検査について説明している 救急患者・家族が検査について十分理解し、同意しているか確認している
救命のために医療チームで協働すること	危機回避のための情報発信	救急患者の身体状態を改善させるための体位の工夫などを看護師に伝えている 不慣れた看護ケアを行うときは他の看護師に支援を求めている
	医療チームの判断に必要な情報の発信	危機的な状況にある救急患者や家族の情報を医療チームに提供している 救急患者の家族の問題を予測して後方病棟に申し送りしている 医療チームに救急治療や看護ケアの優先度に関するアセスメントを伝えている 後方病棟での看護ケアに生かせるように家族の状況を記録している
	相互性を高めるための円滑なコミュニケーション	他の医療者と連携できるように先導している 他部署との連携が必要な時は率先して行動している 救急治療時の医療者間のコミュニケーションを円滑にするために普段からコミュニケーションをとっている
看護ケアの質を維持・向上させるための行動	学習の積み重ね	救急患者の生命を意識して学習を重ねている 看護ケアの課題を明確にするために自己の看護実践をふりかえる時間をとっている
	他の医療者の成長への支援	他の看護師が看護ケアを振り返る機会にできる言葉かけをしている 他の看護師の成長につながるように看護実践を意識させている 他の看護師に看護ケアを効率的に行うことができる工夫を伝えるようにしている 他の看護師も困難事例への看護ケアができるように自分の経験を伝えている 他で臨床経験のある看護師が職場になじめるように相談にのっている 他の看護師が受け持つ救急患者でも身体状態が変化すれば医師への報告を促している
	円滑に仕事ができるための改善の提案	円滑に仕事ができるように物品の管理方法の改善点を提案している 新しい知見を臨床に取り入れて、看護ケアを改善している 円滑に仕事ができるように作業環境を改善している

【救急患者と救急の場への判断に基づく救命のための行動】は、《救急治療に必要な役割行動の実施》や《救急患者の状態に適した看護ケアの実施》や《救急患者の生命を守るための行動》などの、生命危機状態の救急患者と救急治療が行われる場への、救急看護師の判断に基づく行動で構成された。「場」とは、物事が行われる時機や局面を示し、心的過程や社会現象の生起する状況を全体構造としてとらえ、動的な過程である(広辞苑, 2008)。救急看護師が、臨床状況を構成する医師や看護師やその他の状況などもふくめて、刻々と流れる時間の中で俯瞰的に状況を捉えながら、生命危機に陥った救急患者のために判断し、行動し

ている事が明らかとなった。

救急看護師は、救急医療が展開されるなかで、効果的なチーム医療が実施されるように、救急看護師自らが《救急治療に必要な役割行動の実施》や『急にレベルが(低下し)、冷や汗びっしょりで意識がなくて家族で運ばれて来て、そのまま、そこでトリアージは、できないので、判断して中(患者を救急治療室)に入れて、そういう時は脈触れてないので、ショックな状態があるので3次(救急治療室)に入れて、入れると同時に先生に連絡をして、すぐ診てもらえるように調整をしたり、人手があるので、たぶん、リーダーはリーダーで立ってるので、リーダーさんにトリアージ

ナースから連絡をして人を調達してもらったりっ
ていうことをしています。』より抽出された〈救急
治療の場で人員配置を行っている〉などで構成さ
れる〈救命治療の場での人員采配〉を行うこと
で、生命危機にある救急患者を目前に、自らを含
めた医療チームが求められる役割を遂行できるよ
うにしていた。

生命危機状態にある救急患者に対しては、〈救
急患者の急変を見逃さないように予測に基づく身
体状態の観察を行っている〉などの〈予測される
病状への備え〉により、不安定な身体状態にある
救急患者の急変に迅速に対応しようとしていた。
また〈救急患者の状態を明らかにするためのフィ
ジカルアセスメントをおこなっている〉などの〈
救急患者の病状を理解するための行動〉や〈緊急
度を判断するために既往症と主訴を確認してい
る〉などの〈救急患者の病状を判断するための確
認行動〉により、救急病態に陥った原因や対処に
関する仮説を導き出し、検証していた。このよう
な救急病態にある救急患者への予見や仮説を検証
しながら、〈救急患者の状態に適した看護ケアの
実施〉や〈救急患者の生命を守るための行動〉を
行っていた。

【救急患者・家族の人格を尊重するための行動】
は、〈救急処置時でも救急患者の不必要な肌の露
出を避けている〉〈救急患者の苦痛を見逃さない
ようにしている〉や〈救急患者・家族が不快な思
いをしないように救急患者の周囲の環境を整えて
いる〉などで構成される〈救急患者・家族の意思
の尊重〉と、意識のない救急患者の『治療方針、
その中にはもちろんその方のバックボーンとい
うか背景でどこまで治療するかということもあ
りますし、家族の意向というのが反映されると思
うので、家族のほうの調整が必要だったりとか、
できてるかっていうところの確認をして。』より
抽出された〈救急患者の家族への代理意思決定支
援〉で救急患者の家族が、患者の代理意思を表現
できるように行動していることが明らかとなった。

【救急患者と家族のニーズを引き出し充足す
るための行動】は、『重症の患者さんだと、患
者さんが訴えるっていうことが少ないので、自
分からナースコールをしてくるのが少ないの
で、こちらから先に意思を汲みとるのを意識
して。例えばモニターの値とかちょっとでも変
動があったときには、他の何かをサインがある
んじゃないかとか、そういうところに意識し
て、いろいろ自分で見てみるとか、患者さんが
言わないからこそ、自分のペースで仕事を回

してしまうので。』より抽出された〈救急患者
の意思をくみ取るためにモニター値の変動を
確認している〉などで構成される〈救急患者
のニーズの充足〉や〈家族のニーズの充足〉
や〈家族が救急患者の死を受け入れる過程への支
援〉が含まれた。

【救急看護師と救急患者・家族との協働を促進
する行動】には『自分が受け持ったときに、患者
さんのペースを守っていこうかなと思って、その
人なりにそのリハビリに対してね、今日はここま
でとか、ここまでできるようになったら、次ここ
までやりたいという目標があったみたいなんで、
一緒に目標をちょっと設定したりとかしていく。』
より抽出された〈救急患者のADLの拡大のため
に医療者と救急患者がリハビリテーションの目標
を共有できるようにしている〉などで構成される
〈ADLの拡大のための協働〉や〈治療への理解
を高める支援〉が含まれた。救急患者の治癒回復
過程や救急治療に対して、救急患者と協働する
ことを目的とする行動をしていることが明らかと
なった。

【救命のために医療チームで協働すること】は、
チーム医療が求められる救急医療において、救急
看護師自らが情報を発信することやコミュニケー
ションをとることで、医療チームが的確な判断や
危機回避をできるように行動していることが明ら
かとなった。

『まずは病態ですね。病態を捉えるのにあつ
て、まずは緊急度の判断から入りますね。緊急度
を判断して、診療に入ったら医師と共に診療介
助をしながら、この患者さん、どうなっていくの
かなって、今体の中で何が起こってるのかなつ
ていう、疾患の病態の変化、今後予測されること
っていうのを判断しながら、おそらくこういう検
査いこうだろう、こういう治療いこうだろう。
おそらく良くなっていくだろう、悪くなってい
くだろう、血圧上がるだろう、下がるだろう、
ということを考えながら、それに必要な物品であ
ったり、薬剤であったりも準備しつつ、早めに先
生に「何々、準備してますけど、どうされますか
」とか、投げかけをしつつ。』より抽出された
〈危機的な状況にある救急患者や家族の情報を
医療チームに提供している〉などで構成された
〈医療チームの判断に必要な情報の発信〉や
〈相互性を高めるための円滑なコミュニケーション〉
が含まれた。救急看護師は、救急患者とその家
族に対する現在の状況と、その後の推移に対し
て判断した内容を医療チームに発信し、円滑な
コミュニケーションに

よって医療チームが協働できるように行動していた。

【看護ケアの質を維持・向上させるための行動】は、救急看護師は自らの能力を高めるとともに、他の医療者の成長を助け、円滑に仕事ができるように改善していくという看護ケアの質を高める行動が明らかとなった。救急看護師自身が能力の向上のために《学習の積み重ね》をするとともに、『「なんで、ああやってしたの？」とか例えば聞いてみると、「いや、こうこう、こう思ったんです」「なるほど、そうやって思ったからね。でも、こうやってこういう場合やったら、どう思う？」とかいうふうに、本来の方に導いて、自分で答えを「こうした方が良かったですかね」「たぶん、そっちの方が、良かったんちゃうかな」みたいな、自分で答えを見つけられるように、「こうした方がいいよ」って答えを言ってしまうと「そうですね」で終わってしまうので。』より抽出された〈他の看護師が看護ケアを振り返る機会にできる言葉かけをしている〉などで構成される《他の医療者の成長への支援》が含まれた。また《円滑に仕事ができるための改善の提案》などの組織的な行動も行っていった。

VI. 考察

1. 救急看護師の自律性

救急医療は、限られた時間の中で展開される初療のよしあしが後の治療・看護を大きく左右することから、救急ICUや救急病棟では、救急患者の急変を常に予測しながら対応するように、救急看護師には高度な救急看護技術とクリティカルケア看護の実践が求められる（山勢ら，2008）。そのため救急看護師は、独自の判断や主体的なケアへの関わり（高橋ら，2005）とともに、他職種が協力して処置を進めていく救急の場では、自身の専門性を自覚して役割を確実に遂行することが必要となる（館山，2007）。そこで、本研究における自律性の操作的定義を、「専門的な知識や技術に裏付けされた自主的・主体的な判断に基づき、イニシアチブや責任を取り行動すること」として、救急看護師の自律性を表す具体的な行動を面接調査により明らかにした。

救命看護師の自律性について、救急看護師は救急の場を全体構造としてとらえ、動的な過程の中で救急看護師を含む医療チームが最大限の役割行動を発揮できるように【救急患者と救急の場への判断に基づく救命のための行動】をしていた。ま

た同時に、救急看護師は【救急患者・家族の人格を尊重するための行動】と【救急患者と家族のニーズを引き出し充足するための行動】により、救急患者と家族を擁護していた。【救急看護師と救急患者・家族との協働を促進する行動】や【救命のために医療チームで協働すること】で救急患者とその家族や医療者など救急の場に存在する人々の協働を促進していた。【看護ケアの質を維持・向上させるための行動】では、救急看護師を含む医療者の成長を支援し、仕事の改善を図ることで医療チームの成長を促進していた。看護師の自律性の概念は、個々の患者への臨床看護実践に対する clinical autonomy（以下、臨床的自律性とする）と、看護職集団の専門性として看護師が病棟や看護単位などの組織における仕事の意思決定プロセスに関わり合う能力に関連する organizational/professional autonomy（以下、組織的自律性とする）といわれている（Tranmer, 2005；古地，2015）。救急看護師の自律性は、目前の生命危機状態にある救急患者への臨床的自律性のみではなく、救急医療を提供する医療チームの成長に対して専門職的自律性を発揮していることが明らかになった。

【救急患者と救急の場への判断に基づく救命のための行動】では、救急看護師自身の能力や立場によって求められる《救急治療に必要な役割行動の実施》をするとともに、他の医療者へ《救急治療に必要な役割の明示》をすることで、《救急治療の場での人員采配》を行い、より効果的な救命活動が行われていた。チームメンバーの多様な能力や力量を判断しながら救急治療が遂行できるように場を調整することは、「看護の専門職的自律性測定尺度」（菊池ら，1997a）の尺度項目には含まれていなかった。救急看護師は、他の医療者の能力や場の力動を見極めながら、自らが考えて行動していた。これが救急看護師の自律性の特徴であると考えられる。救急患者の救命のための行動として、救急看護師は急激に生命危機に陥った救急患者に対して《予測される病状への備え》《救急患者の病状を理解するための行動》《救急患者の病状を判断するための確認行動》などの患者の現在の状態を理解し予測することで、救急患者の動的な過程を俯瞰的にとらえていた。そして救急看護師が多忙を極める中で、医師の指示に応じるだけではなく〈救急処置時（急変時）にアルゴリズムに基づいた看護ケアを実践している〉などの救急看護師が、救急患者の救命のために必要と判断し

た《救急患者の状態に適した看護ケアの実施》をしていた。また救急治療の質を担保するために〈救急患者の看護記録が正確に記載されているか確認している〉〈救急患者に用いる薬剤の効能を理解して投与している〉などの《救急患者の生命を守るための行動》をしていた。行動しつつ考えることと推移を見通すことは、実践での優れた臨床判断である (Benner, et al., 2005)。救急看護師が救急処置時に高度な判断や行動に至る意思決定ができる教育が必要であると考えられる。

【救急患者・家族の人格を尊重するための行動】は、突然の受傷などでコントロール感覚を喪失している救急患者や家族が、これ以上の苦痛にさらされることがないようにプライバシーを保護したり、苦痛を代弁する救急看護師の自律性が明らかとなった。自律性の高い看護師は患者の擁護を具現化する (Erlen et al., 1997) が、救命が最優先される救急医療においても、救急患者やその家族が人間として存在することが尊重されるように、救急看護師が判断して行動していることが明らかになった。

【救急患者と家族のニーズを引き出し充足するための行動】は、〈救急患者の意思をくみ取るためにモニター値の変動を確認している〉など重篤で意識がないもしくは、鎮静が実施されるなどで意思表示ができない患者のニーズをモニター値から引き出そうとする行動が明らかとなった。また生命危機にある患者の家族は自らのニーズに気づきにくく、看護師が家族のニーズを察知したうえで看取りの場の提供などを行うことが必要である (中谷ら, 2010)。これらのことから、ニーズを察知しにくい状況にあるにもかかわらず、自らの専門知識や能力などを駆使することで、訴えることができない救急患者の精神的・身体的ニーズを満たし、救急患者の家族に対しては、情報の提供や救急患者の死を受け入れるために能動的に必要な支援を行っていることが明らかになった。

【救急看護師と救急患者・家族との協働を促進する行動】では、《ADLの拡大のための協働》として、救急患者の治癒回復に対して患者とリハビリテーションの目標を共有していることが明らかとなった。二次障害に対する予防的なケアはクリティカルケア看護の目的の一つ (池松, 2003) だが、救急患者が自らの健康問題に取り組めるように目標を共有しながら患者と協働することでさらにその効果を引き出そうとしていることが明らかとなった。

【救命のために医療チームで協働すること】に

ついて、救急看護師は、救急治療に関する知識や治療効果を判定する能力を基盤に、救急患者の病状の変化を判断・予測し救命のために必要な情報を医療チームに発信し、連携を先導していた。救急看護師の自律性は、患者を危機から守るために、医療チームでの協働を高めていくことであった。3次救急医療施設での「看護師-医師の協働関係」は、看護師と医師が協働して患者の治療ケアに責任を持てるような関係になることが必要とされる (本田ら, 2012)。これらのことから、救急看護師が救急治療時に主体的な行動ができる知識や判断力を高めるとともに、その判断内容を効果的に発信し、医師などの他職種との協働を促進するスキルを身につけることが必要である。

【看護ケアの質を維持・向上させるための行動】について、《学習の積み重ね》をすることで、看護実践能力の要素である看護の質を改善する力 (専門職能開発力および質の保証実行力) (松谷ら, 2010) を維持・向上させていると考えられた。《他の医療者の成長への支援》では、他の看護師の内省を促し、職場への適応に関する支援を行うことで医療者の成長を促進させていた。《円滑に仕事ができるための改善の提案》については、救急看護師は効率的に仕事が行えるように、自ら考え行動していた。《円滑に仕事ができるための改善の提案》は、救急看護師のユニット (病棟または看護単位) における仕事の意思決定プロセスに関わりあう組織的自律性であると考えられる。組織的自律性は、看護職全体の発展に寄与することによって個々の看護師による看護実践を支援し、臨床的自律性は、個別の患者ケアの質を高めることによって看護職全体の発展に貢献することから、両者は相互に関連しあう。また組織的自律性は、看護師の知識・技術との相互作用により、臨床的自律性を発展させる (Tranmer, 2005; 古地, 2013)。これらより救急看護師の自律性は、臨床的自律性と組織的自律性を併せ持っていることが明らかとなった。本カテゴリでは、救急看護師は自身を含む救急看護にかかわる看護師と救急医療の場の成長を促進していると考えられる。

これまでの看護師の自律性尺度の構成要素の特徴は、専門職として看護職が外部からの統制を受けることなく自ら意思決定することと、看護実践の基本姿勢が患者の権利擁護であり、患者の自律性尊重である (古賀, 2011) ことが明らかにされている。【救急患者・家族の人格を尊重するための行動】と【救急患者と家族のニーズを引き出し充足するための行動】には、患者の権利擁護

が含まれると考えられる。【救急患者と救急の場への判断に基づく救命のための行動】は、救急看護師の意思決定に基づく「実践能力」(菊池ら, 1997a) や、「行動の実現化」(小谷野, 2001) であると考えられる。【救命のために医療チームで協働すること】について、協働は看護師の組織的行動として既存尺度に多く含まれている(古賀, 2011)。しかし、【救急看護師と救急患者・家族との協働を促進する行動】において、協働の対象に救急患者の家族が含まれたことは、生命危機のために意思決定ができない救急患者の特性や、衝撃を受けている家族への看護が、救急看護師の自律性として表現されたと考えられる。【看護ケアの質を維持・向上させるための行動】では、下位項目の《他の医療者の成長への支援》が、既存の自律性測定尺度の構成要素では見られなかった。以上より、救急看護師独自の自律性として、救急患者の家族との協働や他の医療者の成長を支援する行動が、明らかとなった。

2. 救急看護師の自律性を高める方略について

本研究の結果から救急看護師の自律性の構成要素として【救急患者と救急の場への判断に基づく救命のための行動】【救急患者・家族の人格を尊重するための行動】【救急患者と家族のニーズを引き出し充足するための行動】【救急看護師と救急患者・家族との協働を促進する行動】【救命のために医療チームで協働すること】【看護ケアの質を維持・向上させるための行動】が明らかになった。救急看護師の自律性を高める方略として、まずは救急看護師の自律性の構造や発達プロセスを明らかにすることである。

Ⅶ. 研究の限界について

本研究は、救命救急センターに勤務する看護師15名を研究対象者として自律性を検討した。対象者の中には副師長1名、認定看護師1名が含まれており、職位や役割と関連した自律性の内容が含まれている可能性がある。また、他の看護領域での看護経験を有する研究対象者を含み、他の看護領域での看護経験から獲得している自律性についても含まれている可能性がある。

Ⅷ. 結論

救命看護師の自律性に基づく行動は、緊迫する救急の場という動的な過程に存在しながら、救急

患者を含む救急の場を全体構造としてとらえ、医療チームが最大限の役割を發揮できるように【救急患者と救急の場への判断に基づく救命のための行動】をしていた。また同時に、【救急患者・家族の人格を尊重するための行動】と【救急患者と家族のニーズを引き出し充足するための行動】により、救急患者と家族を擁護していた。【救急看護師と救急患者・家族との協働を促進する行動】や【救命のために医療チームで協働すること】では、救急患者とその家族や医療者など救急の場に存在する人々の協働を促進していた。救急看護の質の向上のために【看護ケアの質を維持・向上させるための行動】として、医療者の成長を支援し、仕事の改善を図っていた。救急看護師の自律性は、目前の生命危機状態にある救急患者への救急看護実践と救急看護の質の向上に対して、自律性を發揮していることが明らかになった。救急看護師の自律性として、救急患者の家族との協働や他の医療者の成長を支援する行動は、既存の自律性測定尺度の構成要素に含まれていなかった。

謝辞

ご多忙の折にもかかわらず、本調査に協力していただきました救命救急センターの看護管理者と救急看護師の皆様に、心より御礼申し上げます。

引用文献

- Benner P, Hooper-Kyriakidis P, Stannard, D.(1999): Clinical wisdom and interventions in critical care : a thinking-in-action approach. WB Saunders, Philadelphia. /井上智子(2005):ベナー 看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること. 医学書院, 東京.
- 土門康子 (1997):看護婦の専門職的自律性と仕事上の人間関係との関連. 聖路加看護学会誌, 1(1), 45-51.
- Erlen, J.A., Sereika, S.M.(1997): Critical care nurses, ethical decision-making and stress. Journal of advanced nursing, 26(5), 953-961.
- 本田可奈子, 高見沢恵美子(2012a):三次救急医療施設において看護師が認識する「看護師-医師の協働関係」. 日本救急看護学会雑誌, 14(1), 1-9.
- 本田沙織, 今村仁美, 杉森万記ら (2012b):術後早期離床の実施状況および不安と看護師の自律性との関連. 第42回(平成23年度)日本看護学会論文集 成人看護Ⅰ, 38-41.
- 池松裕子 (2003):クリティカルケア看護の基礎—生命危機状態へのアプローチ. メヂカルフレンド社, 東京.
- 菊池昭江, 原田唯司 (1997a):看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告(人文・社会科学篇), 47, 241-254.
- 菊池昭江, 原田唯司 (1997b):看護専門職における自律

- 性に関する研究 基本的属性・内的特性との関連.
看護研究, 30(4), 285-297.
- 古賀節子 (2011): 「看護師の自律性」の構成概念—専門
看護師への面接調査から—. 日本保健科学会誌, 14
(2), 89-98.
- 厚生労働省ホームページ: 救急医療体制基本問題検討
会 報告書 (1997), 入手2014年12月8日, [http://
www1.mhlw.go.jp/shingi/s1211-3.html](http://www1.mhlw.go.jp/shingi/s1211-3.html)
- 古地順子 (2013): スタッフ看護師の臨床的自律性とその
関連要因—参加観察による記述と解釈—. 入手2016
年11月10日, <http://id.nii.ac.jp/1189/00000006/>
- 古地順子 (2015): 看護職の自律性概念の探求: 第一報:
英語の文献から. 日本看護倫理学会誌, 7(1), 26-
35.
- 小谷野康子 (2001): 看護専門職の自律性に影響を及ぼす
要因の分析: 急性期病院の看護婦を対象にして. 聖路
加看護大学紀要, (27), 1-9.
- 松谷美和子, 三浦友理子, 平林優子ら (2010): 看護実践
能力: 概念, 構造, および評価. 聖路加看護学会誌,
14(2), 18-28.
- 中谷美紀子, 黒田裕子 (2010): 看護師が重要と認識しな
がらニーズを満たすケア実践ができない心肺停止状
態にある患者の家族ニーズと関連要因の探索. 日本
クリティカルケア看護学会誌, 6(1), 42-49.
- 新村出編 (2008): 広辞苑. 岩波書店, 東京.
- Papathanassoglou, E. D., Karanikola, M. N., Kalafati, M.,
et al (2012): Professional autonomy, collaboration
with physicians, and moral distress among
European intensive care nurses. *American Journal
of Critical Care*, 21(2), 41-52.
- 佐野友香 (2013): クリティカルケア領域の看護師の職務
継続意志に影響を及ぼす自律性の検討. 日本看護学
会論文集: 看護管理, 43, 95-98.
- 重久加代子 (2012): がん患者のケアを担う看護師のケア
リング行動の実践に影響する要因の分析. 国際医療
福祉大学学会誌, 17(1), 19-29.
- 志自岐康子 (1995): 看護職の専門職的自律性その意義と
研究. *インターナショナル・ナーシング・レビュー*,
18(1), 23-28.
- 高橋章子, 杉田久子, 臼井千津ら (2005): 救急看護婦に
必要な能力の確認とその教育方略の開発. 平成14年
度~平成16年度科学研究費補助金研究成果報告書.
- 館山光子 (2007): 救急看護師に必要な能力と技術.
EMERGENCY CARE, 20(4), 360-366.
- Tranmer J. (2005): *Autonomy and Decision-Making
in Nursing*. In: Hall L.M. ed. *Quality Work
Environments for Nurse and Patient Safety*.
Sudbury, Mass: Jones & Bartlett Publishers: 139-
162.
- 山勢博彰 (2008): A救急看護とは. 山勢博彰, 山勢善江,
菅原美樹ら, 系統看護学講座 別巻4 救急看護学,
2-10, 医学書院, 東京.

研究報告

有料老人ホームで生活する慢性病を有する 高齢者の健康行動

Health Behavior of Persons with Chronic Illness Living in Fee-based Elderly Housing Facilities

齋藤英夫¹⁾・簗持知恵子²⁾・藪下八重²⁾

Hideo Saito, Chieko Hatamochi, Yae Yabushita

キーワード：有料老人ホーム，高齢者，健康行動，慢性病

Keywords: fee-based elderly housing facilities, elderly, health behavior, chronic illness

Abstract

The aim of this study was to clarify health-behaviors of persons with chronic illness living in fee-based elderly housing facilities from social and cultural viewpoints. Using ethnography, with elderly individuals with chronic illness living in fee-based elderly housing facilities and facility staff as information providers as references, health-promoting behaviors were coded, classified, and structured from the three viewpoints of type, standard, and purpose, according to semantic relations postulated by Spradley (1979). As a result, 10 categories of health-promoting and disease management behaviors and eight categories of criteria of health-promoting behaviors of four information providers were extracted. The information providers reported individual purposes. Health-promoting behaviors were affected by the features of the facility, promoted by motivation, and structured so that they were implemented based on criteria, such as relationships with others, personal lifestyle and values, and psychosomatic state. The results suggest that in order to support health-promoting behaviors, it is important that nurses grasp the needs and understand the criteria of elderly facility residents with respect to the environment and support in the facility.

要 約

本研究では有料老人ホームで生活をする慢性病を有する高齢者の健康行動を社会的・文化的文脈の観点から明らかにすることを目的とした。有料老人ホームに入居しており、慢性病を有する高齢者と施設職員を情報提供者とし、インタビューと参加観察を行った。Spradley(1980)のエスノグラフィーを参考に、抽出した健康行動を意味関係から健康行動を“種類”，“規準”，“目的”の3つの観点で分類，コード化し，構造化した。その結果，情報提供者4名の健康行動の種類は10カテゴリー，規準は8カテゴリーが見出され，目的は情報提供者ごとに個別的であった。健康行動は施設の場の特性の影響を受け，目的が動機づけとなって促進されており，他者との関係，自分の生活や価値，自分の心身の状態などの規準により実践されている構造であり，看護師は高齢者の健康行動の目的や規準を理解し，健康行動に関わる要望を把握し，支援することの重要性が示唆された。

受付日：2016年9月20日 受理日：2016年12月20日

1) 医療法人河和会 東和病院

2) 大阪府立大学大学院看護学研究科

I. 研究の背景

平均寿命の延伸，単身や夫婦のみの高齢者世帯の増加に伴い，高齢者のニーズは介護も含めて多様化している。そのような背景から高齢者向け住宅が国の施策として整備され，近年「有料老人ホーム」や「サービス付き高齢者向け住宅」などが大幅に増加しており，「有料老人ホーム」は平成20年が3569軒なのに対し，平成25年には8499軒と5年間で2.4倍になっている（厚生労働省，2014）。また65歳以上の高齢者の外来受療率は総数5,696（10万対）に対し10637（10万対）と高く（厚生労働省，2016），傷病分類別では循環器疾患や代謝疾患などの慢性病がほぼ4割を占めている（厚生労働統計協会，2014）。これらのことから今後，介護施設で生活をする慢性病を有する高齢者が増加することが予測され，その健康行動を支援することが重要となる。

健康行動とは社会的行動であり，健康を維持，増進，回復するために行っている行動パターンや習慣，態度であり，病気に関わる療養行動も含み，保健行動とも言われている（宗像，2001）。地域で生活する高齢者の保健行動には定期検診行動や医師へのコンプライアンス行動などが含まれ，高齢者の保健行動は加齢や疾患の症状などによる影響も加わり，遂行には個人差が大きいことが報告されている（深田ら，2012）。さらに生活に折り合いをつけることの難しさや心身機能の低下，将来の治癒の見通しのなさに伴う意欲の低下が高齢者の健康行動遂行に問題をもたらすことも明らかになっている（内海ら，2010；矢野，2002）。このように慢性病を有し，地域で生活する高齢者の健康行動の遂行には個人差や課題があるが，慢性病を有する高齢者は健康行動に関して本人なりの工夫や努力を行っていることも報告されている（河田，2011；関，2008）。そのため有料老人ホーム等の介護施設等で生活する高齢者に対してもその主体性を尊重しながら健康行動を促進することが重要となる。

介護施設の高齢者の健康行動については，看護師が認識する糖尿病高齢者の知識不足や心身機能の低下に関わる健康管理の困難について報告されているのみであり（麻生ら，2012），介護施設で生活する高齢者の視点からの健康行動は十分に明らかにされていない。また，介護施設における高齢者の生活に関しては施設内の高齢者同士の関係性などの影響が報告されており（Domingo et al, 2014），介護施設は生活環境，人的環境などの観

点から医療施設や個人の住宅とは異なり，その環境的な状況がそこで生活する高齢者の行動にも影響をすると考える。環境や文化は健康行動に影響する要因であり（Gochman, 1982），介護施設における高齢者の健康行動はケア状況や集団生活なども踏まえて理解する必要がある。

看護において，高齢者を一つの文化集団として捉え，エスノグラフィーの手法を用いて，農村部で生活する高齢者の健康行動や健康観などを当事者の視点から明らかにした研究が行われている（Averill, 2002；佐田ら，2007；廣田ら，2007）。このエスノグラフィーの手法を参考に用いることにより，介護施設の環境や文化に影響される高齢者の健康行動を高齢者自身の視点から明らかにすることができる考えた。

II. 研究の目的

本研究の目的は有料老人ホームで生活する慢性病を有する高齢者の健康行動を社会的・文化的文脈の観点から明らかにすることであり，それにより有料老人ホームで生活する慢性病を有する高齢者の健康行動への支援を検討する基盤とすることができる。

III. 用語の定義

1. 有料老人ホーム：

高齢者が介護を受けながら生活できる施設のうち，看護師が常勤し，アクティビティなどの介護サービスを利用できる有料老人ホームを指す。

2. 社会的・文化的文脈：

有料老人ホームという場における健康行動の形成に影響する人的環境や構造上の特性，生活環境，フォーマル・インフォーマルなルールなどの状況を指す。

3. 健康行動：

健康を維持，増進，回復するために行っている行動パターンや習慣，態度などの社会的行動である。病気に関わる療養行動も含まれる。

4. 慢性病：

非可逆的な病理的变化に起因し，長期間の管理や治療や療養行動が必要な病気をさし，整形外科的な疾患や老化による慢性的な機能障害も含める。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン：質的記述的研究

健康行動は医療者の影響を受けながら実施される社会的行動である。有料老人ホームで生活している高齢者は生活を共に過ごす一つの文化集団として捉えることができ、健康行動は有料老人ホームという場の環境、規則などの文化に影響を受ける。そこで、本研究では人々の体験を解釈したり、日常の社会的行動を行うために用いる既存の知識を記述する方法論であるエスノグラフィーを用いることとした (Spradley, 1980)。その手法を参考に用いることにより有料老人ホームにおける文化の影響を受ける高齢者の健康行動を記述し、理解を深めることができると考えた。

2. 情報提供者

本研究では住居型有料老人ホームに入居、かつ慢性病を有する高齢者のうち、認知症の診断を受けていない対象を情報提供者とした。

3. データ収集方法

データ収集は平成27年6月から9月の期間に、参加観察と半構成的面接法によるインタビューを実施した。

- ①施設におけるレクリエーションなどの活動に関して、施設から参加の許可が得られた時間と場所での参加観察の実施。
- ②施設長から紹介を受け、研究参加への同意が得られた情報提供者に対して1回20～30分程度の半構成的面接法による面接を1人の情報提供者に対して2～3回実施した。現在の健康状態、現在行っている健康のための行動（症状管理や療養管理、健康の維持のために行っていること）とその理由、うまく行っている健康行動、健康行動について困っていることとその理由などについて聞き取りを行った。
- ③情報提供者の同意を得て、施設保管のカルテの閲覧や施設職員からの聞き取り調査にて情報提供者の既往歴や治療状況や施設内での生活や療養支援状況に関して聴取を行う。

4. 分析方法

面接と参加観察により得られたデータは Spradley (1980) が示す方法を参考に分析した。

- ①情報提供者個々の面接データから逐語録を作成した。

- ②作成した逐語録とフィールドノートから健康行動（症状管理、療養行動、食事や運動などに関する習慣や留意点）に関する言葉や文節を表している部分を抽出した。その際、施設の行事、時間、場所、設備、スタッフの役割、スタッフとの人間関係などに着目し、意味を考えながら抽出した。

- ③抽出したデータを、Spradley (1980) が示す意味関係（内包、空間、原因－結果、理由、場所、機能、手段－目的、段階、属性、その他）などを手掛かりとし、分析した。逐語録を何度も読み返し、個人ごとに健康行動に関する言葉や文節を意味関係から見出された“種類”、“目的”、“規準”という3つの観点から抽出、分類、融合、再編成を繰り返し、コード化した。

- ④健康行動の“種類”、“規準”それぞれを類似性と差異性により、サブカテゴリー化、カテゴリー化した。“目的”は包括的概念であるため、カテゴリー化はしなかった。[健康行動の目的]は入居者が健康行動を動機付ける根本的な事柄すなわち健康を志向する事項であり、[健康行動の規準]は入居者が健康行動の実施するための物差しである。[健康行動の種類]は入居者が実際に行っている、あるいは心がけている身体機能を維持、増進、回復するために行っている行動パターンや習慣、態度などの行動を指す。

- ⑤抽出したデータを振り返り、個々のコードの見直しを行いながら、サブカテゴリーの再編、移動、融合を繰り返し、“種類”と“規準”のカテゴリーを確定した。“目的”を加え、情報提供者個々の健康行動に関するカテゴリー間の関係を分析した。

- ⑥4名の健康行動の共通性を捉え、構造化した。

- ⑦分析過程において慢性看護領域の研究者からスーパーバイズを受け、データの信用性を確保するために情報提供者2～3名のメンバーチェックを実施した。

V. 倫理的配慮

本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を受け、実施した（申請番号27-05）。

施設に入所する慢性病を有する高齢者を対象に、研究協力依頼に対し、施設責任者および施設

看護師に研究目的、研究方法などを説明し、他の入居者に対してもポスターと職員から研究について説明し、同意を得て、実施した。情報提供者に対しては研究の目的と方法、自由意思による研究の参加、途中中止の保証、研究協力の中止による不利益は一切生じないことを書面と口頭により説明した。

VI. 結果

1. 施設の状況

研究協力施設は住居型有料老人ホームである。居室数は2階と3階に8室ずつ、4階に6室の22室である。各部屋は1人1室で、夫婦で1室に入居しているケースもある。室内にはシンクとコンロがあり、調理を行っている入居者もいる。ベッド以外の家具は入居者各自の持ちこみである。各階に浴室、2階と3階には談話室と洗濯室がある。

施設1階にはデイサービス施設が併設され、月～土の9時から17時まで運営され、施設入居者は介護計画で立案された回数で利用している。デイサービスには外部から通所利用する高齢者も参加しており、施設職員が朝と夕に送迎を行っている。デイサービスの利用者は約30～40名、通所利用者と施設内利用者の割合はほぼ半分である。スケジュールは午前と午後にレクリエーションがそれぞれあり、内容はプリントや絵手紙作り、カラ

オケ、ゲームなどである。

入居者数は18～22人で推移、入居条件は要支援、要介護の認定を受けていることである。また、原則として看取りケアは行われていない。

食事は3食提供されるが、昼食のみや夕食のみなどの対応も可能である。朝食は7時、昼食は12時、夕食は18時、15時にデイサービスに参加している入居者に間食が提供される。食事は外部の業者に委託されており、特別食（糖尿病食や腎臓食など）は提携医療機関より搬入される。食事は昼食と間食は1階のデイサービス施設、朝食と夕食およびデイサービスに参加していない入居者の昼食は各階のフロアの中央の談話室の机に配膳される。

起床時間は7時、消灯時間は21時である。夜間当直が1名おり、2～3時間ごとに巡視を行っている。

医療・看護面では日中は看護師が常勤でおり、提携医療機関の病院で受診を受ける入居者のために施設職員による送迎も行われる。提携医療機関より週に1、2度往診があり、介護プランにより訪問看護や訪問リハビリなどを受けている入居者もいた。

2. 情報提供者の状況

情報提供者は4名で、男性1名、女性3名、80歳代2名、90歳代2名であった。入居年数は1年から8年の間で、移動形態は杖歩行2名、手押し

表1 施設の概要

項目	概要
種類	住居型有料老人ホーム
構造	1階：デイサービス用施設、浴室 2～4階：入居者部屋
職員数	介護職員：10～15名程度、看護職員：2～3名
居室・入居者数	22室、18～22人
入居条件	要支援、要介護の認定を受けている
退去条件	疾患の増悪や認知症の進行などによる自立が困難
入居フロア	<p>個室:トイレ・シンク付</p> <p>個室:17～20㎡</p> <p>個室</p> <p>談話室スペース</p> <p>2～4階:居住スペース</p> <p>1階:デイサービス施設、浴室 トイレ・シンク付</p> <p>個室</p> <p>個室</p> <p>洗濯室・浴室など</p>

車の使用2名、介護度は要介護1が1名、2が2名、4が1名であった。また施設職員10名から聞き取り調査を行った。

3. 情報提供者4名の健康行動

1) 健康行動の目的

情報提供者4名の健康行動の目的は<他人に迷惑をかけず、自分のことは自分でしたい>、<自由に歩けるようになりたい>など共通した目的はあったが、<配偶者の介護をする自分の役割を果たしたい>など個別的な目的も存在していた。

2) 健康行動の種類

【 】はカテゴリ、< >はサブカテゴリ

を「 」は情報提供者の具体的言動を示す。健康行動は健康増進行動と疾病管理行動の2つに分けることができる。

健康増進行動は【施設の食事サービスや身体状況に合わせて、食事を工夫する】【施設内外の環境を活用し、運動として歩くことを心がける】【身体に負担をかけないように生活行動を調整する】【転ばないようにする】【制約された環境の中でストレスに対処する】【排便を整える】の6カテゴリが見出された。

疾病管理行動は【疾病の防止と増悪予防の方策をとる】【施設看護師と決めた方法で納得して薬を服用する】【施設のサービスを活用して効果的に治療を受ける】【自身の症状の管理をする】の

表2 情報提供者の概要

性別	年齢(歳代)	介護度(要介護)	入居年数(年)	疾患	移動形態	特記事項
A女	80	要介護1	2	大腿骨頸部骨折, 高血圧	杖歩行	
B男	80	要介護2	1	高血圧, 椎管狭窄症	杖歩行	配偶者と入居
C女	90	要介護4	3	両大腿骨短縮障害, 脳梗塞, 間質性肺炎	手押し車	
D女	90	要介護2	8	高血圧, 椎管狭窄症, 腰椎圧迫骨折, 狭心症	手押し車	

表3 情報提供者4人の健康行動の目的

目的	情報提供者
自由に歩けるようになりたい	A, C
他人に迷惑をかけず、自分のことは自分でしたい	A, C, D
楽にその日を過ごす	D
配偶者の介護をする自分の役割を果たしたい	B

表4 情報提供者4人の健康行動の種類

種類	カテゴリ	サブカテゴリ	情報提供者
健康増進行動	施設の食事サービスや身体状況に合わせて、食事を工夫する	施設の食事状況に合わせて適切な食事量を確保する	A, B, C
		施設で提供される食事の限界に合わせて栄養を意識して食べる	
	施設内外の環境を活用し、運動として歩くことを心がける	一日の生活の中で歩く時間を組み込む	A, B, C, D
		内外で安全を確保して歩く	
		人や設備を利用して効果的に歩く	
	身体に負担をかけないようにする	腰や足に負担を減らす工夫する	A, B, C, D
		自分のできることを考え、やりたい気持ちを抑えて依頼する 休息を取る	
転ばないようにする	転ばないような動作を心掛ける 転ばないように道具や施設の設備を使用する	A, C, D	
制約された環境の中でストレスに対処する	できるだけストレスを溜めないように努力する	A, C, D	
	施設内でできることでストレスを発散させる		
	好きなことをして気分転換をする		
排便を整える	便秘薬を調整して服用する	A, C	
	排便を促す運動を行う		
	便通に良くなるような食事の工夫を行う		
	排便の時間を生活の中で調整する		
疾病管理行動	疾病の防止と増悪予防の方策をとる	脳梗塞の再発予防のために水を飲む	A, B, C, D
		認知機能を維持するため、トレーニングする	
		骨折の増悪や筋力低下に対処する	
	施設看護師と決めた方法で納得して薬を服用する	高血圧の増悪予防のため、薄味にする	A, B, C, D
		施設と取り決めた方法で薬を管理する	
		処方された薬の服用する理由を把握する	
	施設のサービスを活用して効果的に治療を受ける	なるべく薬物は使用しないようにする	A, B, C, D
施設のスタッフを活用して必要な受診をする			
受診の機会を効果的に活用する			
自身の症状の管理をする	自分の身体の状態を把握する	A, B, C, D	
	症状が悪化しないように生活を調整する 症状が出た時に対処する		

4 カテゴリーが見出された。

代表的な健康促進行動には、【施設の食事サービスや身体状況にあわせて食事を工夫する】というカテゴリーがある。

施設では3食の食事が提供されているが、各入所者の身体状況に関わらずその内容と量は一律である。そのことから、入所者は自分の身体状況と施設の食事状況から自分に合った食事を確保するために提供された食事を残さずに食べるなど、施設の食事状況に合わせて適切な食事を確保する、自分に合った栄養を確保するために自分に足りないと思うものを買い物して確保するという、施設で提供される食事の限界に合わせて栄養を意識して食べるなどの健康行動を実施していた。入所者は施設の食事状況と自分の身体状況を合わせて自分にとって必要な食事の量と内容を確保するための健康行動をとっていた。

「まあ、お肉やとかね。(施設の食事は)あんまり肉気少ないものですからね。買い物に行ってますので、(家族と)一緒に。それで自分の好きなものをバーッと土曜日の日にこう来て、冷蔵庫に入れて。」

(A氏【施設の食事サービスや身体状況に合わせて、食事を工夫する】)

「(朝に)このコップにだいたい10口くらい飲

んでます。便通がね、よくなるって聞いてたからね。水飲んでね。本当はこれ(カップ)一杯くらい飲んでいいよって言われてたん。でも食事せなあかんねん、お腹大きくなったらまたね、残してもあれやから(飲む水の量は)10口くらいにして。」

(C氏【施設の食事サービスや身体状況に合わせて、食事を工夫する】)

疾病管理行動としての代表的なカテゴリーには【疾病の防止と増悪予防の方策をとる】【自身の症状を管理する】などがある。

「前から姪が「おばちゃん、(脳梗塞の予防に)お水コップに一杯飲んでいた方がいいよ」ってゆってたの。それで飲んでたんです。それが習慣になって。」

(C氏【疾病の防止と増悪予防の方策をとる】)

「朝起きた時はこの辺が痛いですけど、歩き出すと治ってしまう。でも、朝起きたら直にここ(足や腰)、おトイレ行くとき痛いもんやから膏薬貼ってね。」

(A氏【自身の症状の管理をする】)

3) 健康行動の規準

健康行動の規準として、他者との関係に関わる【施設内の他者への配慮】【ケアサービスに関する

表5 情報提供者4人の「健康行動の規準」

種類	カテゴリー	サブカテゴリー	情報提供者
他者との関係	ケアサービスに関わる取り決め	自分でできるかどうか	A, C
		ヘルパーに頼むことかどうか	
	施設内の他者への配慮	職員に迷惑や心配をかけるかどうか	A, C, D
		他の入居者との関係を壊すことかどうか	
他者のアドバイス	施設職員の言うとおりにするかどうか	A, B, C, D	
	医療従事者の言うとおりにするかどうか		
	家族からのアドバイスに従うかどうか		
自分の生活や価値	過去の経験	服用して問題がなかったかどうか	A, B, C, D
		今までで上手くいった方法かどうか	
		危険だったかどうか	
		安全・安心できたことかどうか	
	生活のスケジュール	自分のスケジュールに合っているかどうか	B, C, D
		施設のスケジュールに合わせるかどうか	
		我慢するかどうか	
快・不快の有無	楽しくできることかどうか	A, D	
	気が楽であるかどうか		
	自分の健康管理方法の価値観		A, C, D
自分の心身の状態	対処すべき心身の状態にあるという認識	対処する痛みや苦痛があるかどうか	A, B, C, D
		老化や身体の衰えに対する認識があるかどうか	

【他者のアドバイス】、自分の生活や価値に関わる【過去の経験】【生活のスケジュール】【快・不快の有無】【健康管理方法に関する価値観】、自分の心身の状態に関する【対処すべき心身の状態にあるという認識】の8カテゴリーが提出された。

「私自身が自分で出来ることは自分でしたいと思うでしょ。それがやっぱし、今ね、みな（施設職員が）見てくれてはるのに私が勝手なことしたら、それは注意せな。」
 (C氏【施設内の他者への配慮】)

「痛み止めはね、S病院の時も薬出してくれはったんですけど私はできるだけ自分の力で治したいと思うからね、飲んだことないです。」
 (C氏【自分の健康管理方法の価値観】)

「立つ時に筋力弱くなってるから、何にもなしにスッと立ち上がったのが全然出来なくなって、それ一番堪えてますね。」
 (D氏【対処すべき心身の状態にあるという認識】)

4) 健康行動の構造

＜他人に迷惑をかけず、自分のことは自分でしたい＞、＜配偶者の介護をする自分の役割を果たしたい＞など情報提供者の健康行動の“目的”は各々の施設への入居の経緯や理由と関連があり、健康行動を実施することの動機づけとなっていた。

健康行動は健康行動の“目的”を達成するために行われており、情報提供者が実施している健康行動の“種類”は、大きく健康増進行動と疾病管理行動の2つに分けることができる。

これら健康行動は有料老人ホームという場の中で行われているが、健康行動の“目的”は施設への入居の経緯や理由に関連があり、健康行動の目的に動機づけられ健康行動が実践されていた。

そして、健康行動の実施の有無や実施される方法は健康行動の“規準”をもとにして決定されていた。健康行動の“規準”は実施する施設入居者の自分の心身の状態に関する【対処すべき心身の状態にあるという認識】が最も影響をしているが、他者との関係に関わる【他者のアドバイス】、自分の生活や価値に関わる【過去の経験】も強く影響をしている。そして、施設で定められている【生活のスケジュール】、施設職員や他の入居者とい

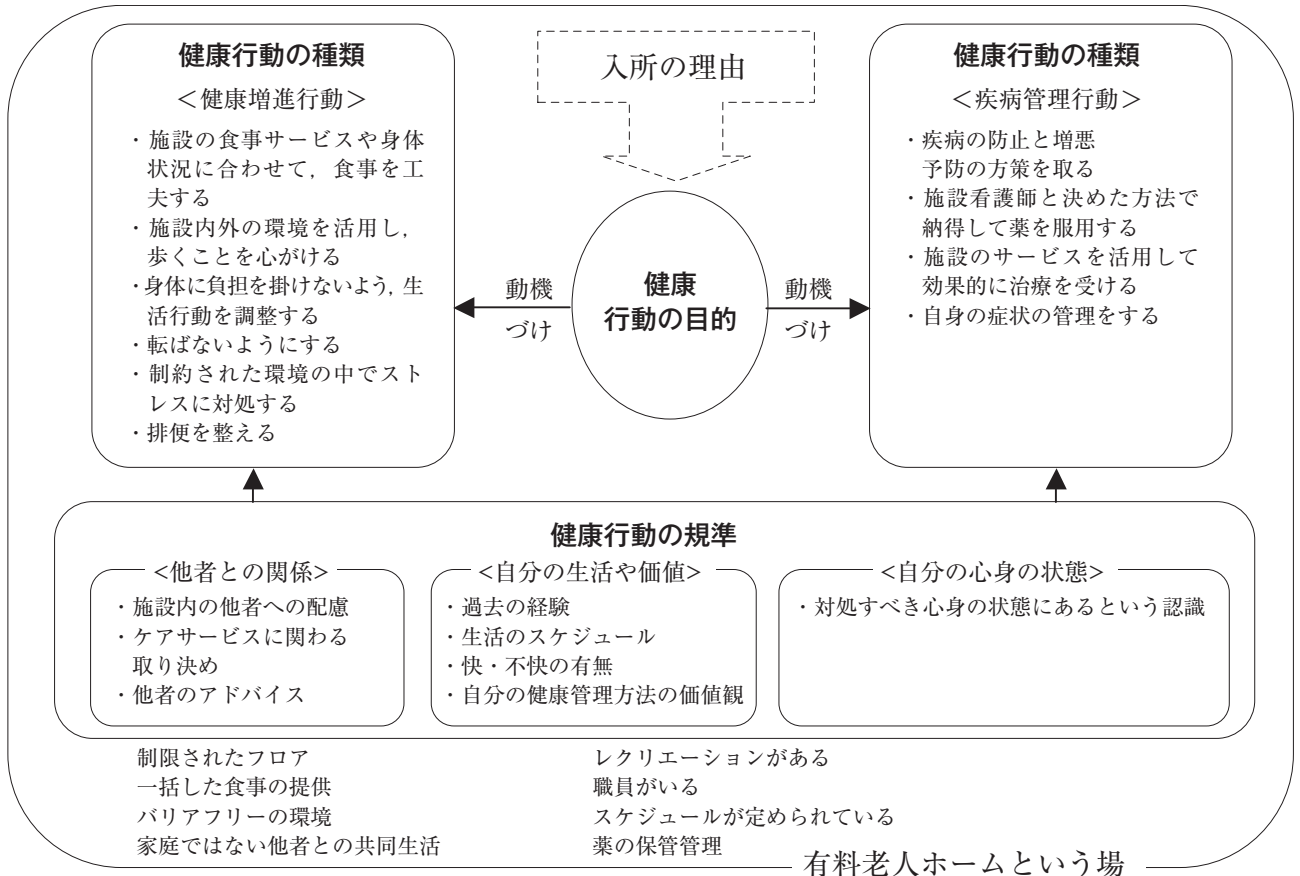


図1 施設における健康行動の構造図

う家族で無い他者との共同生活の場であることから【施設内の他者への配慮】という自宅にはない特徴的な“規準”が施設入居者の“規準”として存在していた。有料老人ホームという場において実施される健康行動は“規準”物理的、人的環境の影響を受け実施されていた。

Ⅶ. 考察

1. 施設入居者の健康行動の種類の特徴

施設入居者が行う健康行動は健康増進行動と疾病管理行動に分類される。健康増進行動とは病気を起こしうる様々な習慣の偏りの存在に気付き、それを軽減、修正し、自らの病気に対する脆弱性を改善することであり、疾病管理行動は病気への対処行動であり、病気になっていると感じ、その状態から回復するために病気に対処しようとするあらゆる行動であると定義される（宗像；2001）。入居者4人の健康行動にも健康増進行動、疾病管理行動が見出された。

施設入居者の健康行動は、“運動・外出管理”、“医師の指示に対するコンプライアンス”、“食事摂取管理”などの観点で深田ら（2012）の研究による地域高齢者と類似していたが、施設の制約された環境の中で提供されるサービス、提供される食事や医療的資源などを活用して積極的、意識的に実施されていた。一つの例として、施設では一括して食事が提供されるが、施設入居者は自らの心身状態に合わせて必要な栄養や量を確保するために家族や自ら食糧を購入して補食するような行動を行い、意図的に健康行動を行っている点が特徴的であった。Lorig,K. (2008)は慢性病者の療養行動におけるセルフマネジメントの3つの課題を上げているが、施設入居者は医療従事者を積極的に活用するスキルを身につけ、身体状況や施設の状態の制約の中でできる範囲のことを実施し、工夫し自分なりのテーラーメイドの方法で対処していた。

中村ら（2008）は高齢者が認識する社会生活の中での役割は他者に迷惑をかけず、自立して生活するという内容に変化する傾向を指摘している。情報提供者の施設入居の目的、経緯が高齢者特有の役割意識に基づいており、施設入居は入居者自身の自己実現の手段であり、その健康行動の動機づけは自己実現にもつながる強いものであるということも推察された。他者に迷惑をかけずに自立して生活するという施設入所の目的が、施設に入居している高齢者の積極的意識的な健康行動につ

ながっていると考えられた。

2. 施設入居者の健康行動の構造の特徴

施設入居者が実施する健康行動は「他人に迷惑をかけずに自立したい」、「配偶者の介護をする自分の役割を果たしたい」などの目的の達成を志向した行動であり、その目的により動機づけられているという関係にある。また、内閣府の国際比較調査において（内閣府；1995）、家族内で望まれる性格特性は、アメリカや韓国では責任感や正義感が上位を占めていたことに比べ、日本では「他人のことを思いやる心」、「人に迷惑をかけない公共心」が上位となっており、他人に迷惑をかけないことが我が国の規範として特徴づけられている。そのような文化的な特性も施設入居者の健康行動の目的に反映され、健康行動に影響していると考えられた。

そして、健康行動の実施の有無と方法を決定するのが健康行動の規準である。

情報提供者4人の健康行動において規準となっていたのは【対処すべき心身の状態にあるという認識】、【生活のスケジュール】や【施設内の他者への配慮】である。特に【生活のスケジュール】のうちの<施設のスケジュールにあっているか>や【施設内の他者への配慮】として職員や他の入居者など<施設内の他者への配慮>は特に施設に入居し、共同生活している高齢者に特徴的な規準と考えられた。施設は自宅と異なり、施設職員や他の入居者など家族ではない他者との共同生活を送る場であり、スケジュールが設定され、食事やサービスが提供され、環境面も自宅とは異なっている。このように施設には自宅に比べて環境や医療資源が充実し、生活を過ごす上で有利な側面が存在している反面、家族でない他者との共同生活や施設の環境などの制約などが存在し、Domingoらの報告と同様に施設内の人間関係等が健康行動にも影響を与えていた（Domingo et.al,2014）。高齢者が施設内の入居者や職員に配慮し、関係性を維持しながら生活することは重要な観点であり、健康行動の実践の意思決定にも大きく影響すると考えられた。

このように、施設に入居している高齢者は他者や自分の生活や価値、心身の状況など多様な規準を持ち、健康行動の内容とそれを実施するかどうか意思決定していた。施設では入居の際に様々な医療や生活上のサービスに関する契約を行う必要があり、入居者の部屋は一人一室で独立性が高く、その中で生活は自らの意思に委ねられ、施設の中で生活面や医療、ケアサービスなどで選択

を行う機会が多く存在する。様々な施設内の制約の中で自分ができることの可否、施設職員や設備など施設の持つ様々な資源をどのように活用するかを自律的に判断する必要がある、そのような経過の中で施設入居者は健康行動の選択と実施においても意思決定する力が養われていたと推察された。

3. 看護への示唆

有料老人ホームに入居する慢性病の高齢者たちは自らの身体状況のみでなく、施設入居者や職員などの他者との関係、施設のスケジュールといった施設における多様な規準を考慮し、健康行動の実践の有無を意思決定し、その健康行動は自己の役割意識に基づき、動機づけられ促進されていた。

看護師は入居者自身の生活や志向などを考慮し、慢性病の管理や健康づくりを支援していく必要であるが、それに加えて入居者がどのような規準を持ち、健康行動を実施しているか、過去の経験や周囲の物理的、人的環境についての考え方をアセスメントすることや、施設入居の経緯や理由などを把握し、施設入居者の健康行動の目的や健康行動の動機づけについて理解することが重要となる。

また、施設入居者は健康行動に関して施設という場における限界を必要以上に設定し、健康行動の実施に関して不足している点や施設という場で他者に気を使ったり、スケジュールの影響により必要な行動が行えていない可能性も否定できない。施設入居者がどのような要望や期待を持っているかを知ることも重要である。そのために施設入居者に必要な情報を提供し、共に考える場を設定し、健康行動の内容や方法を自ら決定できるよう支援することが重要となる。

Ⅷ. 結論

1. 施設高齢者が行う健康行動の種類は健康増進行動である6カテゴリー、疾病管理行動である4カテゴリーの10カテゴリーが見出された。健康行動の規準は、他者との関係に関わる3カテゴリー、自分の生活や価値に関わる4カテゴリー、自分の心身の状態に関する1カテゴリーの8カテゴリーが見出された。
2. 健康行動の目的として、「他人に迷惑をかけずに自分のことは自分でしたい」など個別の目

的が見出された。健康行動は施設の場の特性の影響を受け、健康行動の目的が動機づけとなって促進されており、他者との関係、自分の生活や価値、自分の心身の状態などの規準により実践されている構造が明らかになった。

3. 健康行動を行う目的は施設入居の理由と経緯が関連し、健康行動の強い動機づけとなっており、健康行動は入居者自身の身体状況や過去の経験、施設の状況など多様な要因を考慮し選択されていたため、看護師は、施設入居者の入居の経緯や理由を知り、健康行動の目的や規準を当事者に確認し、支援する必要がある。

Ⅸ. 研究の限界と今後の課題

本研究は住居型有料老人ホーム1ヵ所における情報提供者4名の調査である。施設に入居する高齢者の健康行動は施設の持つ場の特性や高齢者の心身の状態に影響を受けると考えられるが、本研究においての情報提供者はいずれも認知症の診断を受けておらず、自分で歩行が可能である程度自立している入居者が対象となっている。自立度が低い高齢者や認知症の高齢者ではその健康行動も異なってくるのが考えられる。

今後は対象となる情報提供者数を増やすとともに、異なる身体機能や認知機能の入居者や介護型有料老人ホームなど施設の種類を変更し、調査することにより、その特徴を比較検討する必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただきました情報提供者の皆様、施設スタッフの皆様は心よりお礼申し上げます。

なお、この論文は平成27年度大阪府立大学大学院看護学類修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり、第42回日本看護研究学会において示説発表した。

文献

- 麻生佳愛, 内海香子, 磯見智恵, 他 (2012) : 看護師が認識する介護施設で生活する糖尿病をもつ後期高齢者のセルフケアの問題, 日本糖尿病教育・看護学会誌 16(2) pp.133-141.
- Averill J.B. (2002) : Voices from the Gila: health care issues for rural elders in south-western New

- Mexico. Journal of Advanced Nursing 40(6), pp.654-662.
- Domingo Palacios-Ceña, Cristina Gómez-Calero, José Miguel Cachón-Pérez, et al (2014) : Non-capable residents: Is the experience of dependence understood in nursing homes? A qualitative study. Geriatr Gerontol Int, 14, pp.212-219.
- Gochman D.S., & Saucier J.E.(1982):Perceived vulnerability in Children and adolescents. Health Education Quarterly 9 (2-3), pp.46-59.
- 廣田容子, 泉キヨ子, 平松智子 (2007) : 関節リウマチとともに生きる地域高齢者における健康観, 老年看護学 12(1) pp.72-79.
- 深田順子, 鎌倉やよい, 坂上貴之, 他 (2012) : 地域高齢者における保健行動に関連した自己制御尺度の開発, 日本看護学会誌32(3) pp.85-95.
- 河田照絵 (2011) : 安定期慢性閉塞性肺疾患患者の日常生活における体調調整の特徴, 日本看護学会誌31(4) pp.86-95.
- 厚生労働省 (2014) : 第102回社会保障審議会介護給付費分科会資料 閲覧日2015年4月16日 <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/000048003.html>
- 厚生労働省 (2016) : 平成26年 (2014) 患者調査の概況閲覧日 2016年1月19日 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/14/index.html>
- 厚生労働統計協会 (2014) : 厚生 の 指 標 増 刊 国 民 衛 生 の 動 向 2014/2015.
- 厚生労働統計協会 (2013) : 国民衛生の動向・厚生 の 指 標 増 刊 ・ 第 60 卷 第 9 号
- 久保尚子 (2006) : 高齢者の身体活動・運動を中心とした健康行動に関する研究の動向, 生老病死の行動科学 11 pp.139-147.
- Lorig K., Holman H., Sobel D., et al (2008) , 近藤房恵 (訳) : 日本慢性セルフケアマネジメント協会 (編) . 病気とともに生きる, 日本看護協会出版会.
- 宗像恒次 (2001) : 最新 行動科学からみた健康と病気, メジカルフレンド社, pp.84-96.
- 内閣府 (1995) : 子供と家族に関する国際比較調査の概要 閲覧日 2016年1月19日 <http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/kodomo/kodomo.html>
- 中村律子, 宮前順子 (2008) : 高齢者の「主観的健康観」に関する研究—半構造化面接における高齢者の語りから—, 香川大学教育実践総合研究16 pp.157-168.
- 閻利志子 (2008) : 慢性心不全で通院する後期高齢患者のセルフケアの課題と看護援助, 老年看護学 13(1) pp.40-48.
- 大槻弥生, 池田清子 (2013) : 地域で生活する高血圧症緩徐の療養行動の実態と影響要因, 神戸市看護大学紀要 17 pp.35-44.
- Richmond J. (2005), Safe and sound : Autonomy or authority in carehomes?. Journal of Diabetes Nursing, 9 (10), pp.378-379.
- 佐田律子, 泉キヨ子, 平松智子 (2007) : 大腿骨頸部骨折高齢者の再転倒に対する対処行動, 日本看護科学学会誌27(4) pp.54-62.
- Spradley, J.P. (1980) : PARTICIPANT OBSERVATION / 田中美恵子, 麻原きよみ監訳 (2010) : 参加観察法入門, 医学書院.
- 内海香子, 麻生佳愛, 磯見智恵, 他 (2010) : 訪問看護師が認識する訪問看護を利用する後期高齢糖尿病患者のセルフケア上の問題状況と看護, 日本糖尿病教育・看護学会誌 14(1) pp.30-39.
- 矢野香代 (2002) : 在宅高齢者の健康度低下に伴うセルフケア行動の実態, 川崎医療福祉学会誌12(2) pp.271-278.

研究報告

継続看護教育において家族支援専門看護師が 認識している家族看護教育の内容と課題

Issues and contents of family nursing education recognized by certified nurse specialists in family health nursing in continuing nursing education

中山美由紀¹⁾・岡本双美子¹⁾

Miyuki Nakayama, Fumiko Okamoto

キーワード：家族看護, 家族支援専門看護師, 継続教育

Keywords: family nursing, certified nurse specialist in family health nursing, continuing nursing education

Abstract

The purpose of this study was to clarify whether the certified nurse specialists (CNSs) in family health nursing recognized issues and contents of family nursing education in a clinical setting. The data from 14 CNSs were collected via semi-structured interviews and analyzed. The average of the years of work experience as a clinical nurse was 116.1 ± 4.9 ; the average of the years of work experience as a CNS was 2.8 ± 1.6 .

The contents of education were “family”, “illness experiences of family”, “skill of communication with family”, “family nursing assessment and care planning”. The issues involved in implementing the family nursing education revealed four categories: “nurses are not aware of the family's presence”, “nurses cannot involve the family as they feel it increases the difficulty of family nursing”, “the education system for family nursing is not sufficient”, and “CNSs feel the limitations with respect to their work in their organization”.

This study revealed that the issues of family nursing education in a clinical setting included difficulties in understanding family nursing, and limitations of CNSs work in their organization. It is necessary to examine family nursing education in a clinical setting, and refer to these contents and methods for implementing family nursing education with CNSs.

抄 録

継続看護教育において家族支援専門看護師が認識している家族看護教育の内容と課題を明らかにすることを目的に、14名（男性4名、女性10名）の家族支援専門看護師に対してインタビューを行った。参加者の臨床経験年数は平均 16.1 ± 4.9 年（9～24年）、家族支援専門看護師の経験年数は平均 2.8 ± 1.6 年（1～6年）であった。家族看護教育の実施内容は、「家族とは」「家族の病気体験」「家族とのコミュニケーション」「家族看護アセスメント・計画立案」等であった。教育上の課題として、【家族に意識が向かない】【家族看護の難しさから関わりができない】【家族看護の教育のシステムが充分でない】【専門看護師として組織的に活動することに制限がある】の4カテゴリが抽出された。家族支援専門看護師が実施している教育内容を参考にし、家族看護教育を継続教育において系統立てて実施することが必要である。

I. 緒言

超高齢化社会を目前に、施設医療から在宅医療への政策転換が求められ、病院の再編や地域包括ケアシステムの構築がすすめられている。今日の家族は縮小化し、家族機能を担える成員は量的・質的にも限られている状況であり、病者を抱え、ともに生活する家族に求められる役割や期待は複雑化している（楨本ら、2015）。これらから家族に対する看護はますます重要になっていると考えられる。原（2015）は、家族看護学は選択的な1領域ではなく、共通の土台として各看護師が身につけておくべきものと述べている。しかし、看護基礎教育において、家族看護学教育を目的とした科目が設置されている学校は28.7%、他の科目に含めて教育している学校が47.7%であった（山本ら、2009）。さらに、保健師助産師看護師学校養成所指定規則において、家族看護学は教育内容としての必要な単位に含まれていないことから、基礎教育において十分に家族看護学教育が行われていない現状にあると推測される。

家族看護の継続教育が入院患者の家族機能と患者満足度に及ぼす影響に関する調査（神ら、2010）において、看護師への家族看護教育の実施は、家族看護の理解や家族看護の実践の基本姿勢において教育効果を認めたと報告している。このように家族看護教育を行う効果として、家族看護の質を高めることになる（法橋ら、2012）。しかし、病床数500床以上の病院を対象とした継続教育における家族看護教育の実施状況の調査（中山ら、2016）では、家族看護教育を実施している施設は、141施設中32施設であった。実施していない理由として、〈教育内容が分からない〉〈教育する人材がない〉ということが報告されていることから、臨床で家族看護教育は十分に実施されておらず、その教育担当者の確保の難しさがうかがえる。

臨床で家族看護教育を担うものとして、家族支援専門看護師が考えられる。家族支援専門看護師は、2008年には専門特定され、2016年9月現在、44名登録されている（日本看護協会、2016）が、他分野の専門看護師と比較するとまだまだ充分であるとはいえない。家族支援専門看護師は、看護職者に対しケアを向上させるための教育的機能を果たす役割がある（日本看護協会、2016）。そこで、継続教育において家族支援専門看護師の実践している教育の実施内容や実施上の工夫と家族看護教育を実施する上での課題を明らかにすることによ

り、臨床において家族看護教育を実施するための在り方を検討する基礎資料となる。

II. 目的

本研究は、臨床において家族支援専門看護師が認識している家族看護教育の内容とその課題を明らかにすることである。

III. 研究方法

1. 研究参加者：

日本看護協会に登録をしている家族支援専門看護師のうち研究参加の同意が得られた14名。

2. 調査期間：

平成26年8月～平成26年10月

3. 調査手順：

日本看護協会に登録をしている家族支援専門看護師が所属している施設の看護部長に郵送にて研究協力の依頼と家族支援専門看護師に研究参加依頼書の配布を依頼した。研究参加の承諾が得られた家族支援専門看護に対して、希望の日時に応じて半構造化面接を行った。

4. 調査内容：

研究参加者の個人特性と家族看護教育に関するインタビューである。インタビューガイドの内容は、①臨床経験年数②家族支援専門看護師経験年数③実施している家族看護教育の内容④実施している家族看護教育上の工夫⑤教育を実施する上での課題、であった。

5. データ分析：

面接内容はすべて録音し逐語録を作成した。家族看護教育内容については、内容分析を行った。家族看護教育上の工夫と実施する上での課題に関しては、データとする家族看護教育に関連する文節または一文を単位として抽出しコード化した。それらのコードから類似するコードを集めてサブカテゴリを形成し、抽象度を上げてカテゴリを作成した。分析に当たっては、家族看護学の研究者複数名で行うとともにメンバーチェックも行い、厳密性を高めた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、大阪府立大学看護学研究倫理委員会の承認を得て実施した（申請番号26-26）。研究参加者に対して、研究の目的と方法、研究参加は自由意思に基づくものとし、プライバシーの配慮と

個人が特定されないこと、いかなる場合でも研究参加者は不利益を被らないこと、結果公表について説明し、研究参加およびインタビューの録音に関して同意を得た。また、面接場所は、研究参加者が希望する場所で行い、日時は、対象者の日常生活や看護実践に支障がないように配慮した。

V. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者は14名(男性4名, 女性10名)であった。参加者全員が病院に勤務していた。臨床経験年数は平均 16.1 ± 4.9 年(9~24年), 家族支援専門看護師の経験年数は平均 2.8 ± 1.6 年(1~6年)であった。

2. 分析結果

カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉, データは「 」で示す。

1) 家族看護教育の対象と内容

家族支援専門看護師14名中13名が院内教育を担当していた。また、すべての家族支援専門看護師は、病棟における勉強会での教育やコンサルテーションを行っていた。

院内教育における家族看護教育受講対象者は希望者、経験年数別、日本看護協会版のクリニカルラダーに準じたレベルⅡ又はⅢ以上と設定しており、施設により様々であった。家族看護教育は、講義のみ6名、講義と演習11名、事例検討の報告会1名(複数回答可)といった形式をとっている。

表1 院内教育における家族看護教育の内容

講義形式	教育内容	人数
講義	家族とは	5
	家族看護の定義	7
	家族看護理論・モデル	5
	家族の病気体験	3
	家族への援助姿勢・家族との援助関係の形成	4
	家族とのコミュニケーション	2
	家族アセスメントモデル	4
	家族アセスメント・計画立案	4
	がん患者の家族支援	3
	終末期の家族看護	1
	家族の意思決定支援	1
	退院支援における家族看護	1
	倫理的な状況における家族看護	1
	対応困難な家族への看護	2
演習	事例の看護過程の展開(個人作業)	3
	事例の看護過程の展開(グループワーク)	4
	プロセスレコードの作成(事例)	1
	家族とのコミュニケーション	1
	家族介入(ロールプレイング・ビデオ学習)	3
	事例検討の報告会	1

た。講義の内容は表1に示す通りで、「家族とは」5名、「家族看護の定義」7名、「家族看護理論・モデル」5名、「家族の病気体験」3名、「家族への援助姿勢・援助関係の形成」4名、「家族とのコミュニケーション」2名、「家族看護アセスメントモデル」4名、「家族看護アセスメント・計画立案」4名であった(複数回答可)。専門分野や状況に特化した家族看護として、「がん患者の家族支援」、「家族の意思決定支援」、「退院支援における家族看護」、「倫理的な状況における家族看護」についての講義などがあった。演習では、事例の看護過程の展開(個人作業)3名、事例の看護過程の展開(グループワーク)4名、事例のプロセスレコードの作成1名、家族介入(ロールプレイング、ビデオ学習)3名などを実施していた(複数回答可)。

2) 家族看護教育実施上の工夫

家族看護教育実施上の工夫として、58のデータが抽出され、4カテゴリに分類された。カテゴリは【スタッフのニーズや困難に応える】【スタッフとの関係を形成する】【家族看護の理解を促す教育方法を検討する】【スタッフが成長できるように支援する】であった(表2)。

【スタッフのニーズや困難に応える】は、〈困っていることにタイムリーに関わる〉〈スタッフのニーズに応える〉の2サブカテゴリで構成された。〈困っていることにタイムリーに関わる〉では、「その時に困っていることに対しての知識や方法論に目を向けていけるようにできるだけタイムリーに関わる」「困った時に一報をもらい、情報を取り、所属長と介入や意図のすり合わせを行い、スタッフと話し合いをして入るようにしている」といったようにスタッフがもつ困ったことに焦点をあてて関わっていた。家族支援専門看護師は、〈スタッフのニーズに応える〉ことや困ったことに対してタイムリーに答える工夫をしてい

表2 家族看護教育実施上の工夫

カテゴリ	サブカテゴリ
スタッフのニーズや困難に応える	・困っていることにタイムリーに関わる
	・スタッフのニーズに応える
スタッフとの関係を形成する	・負担にならないように気をつける
	・関係づくりを大切にする
家族看護の理解を促す教育方法を検討する	・家族をみる視点を説明する
	・グループワークやロールプレイングで家族への気づきを促す
	・わかりやすい事例を用いる
スタッフが成長できるように支援する	・DVDやプレゼンテーションで理解を促す
	・出来ているところを承認する
	・ステップアップできるように関わる
	・スタッフ自身で解決できるように支援する

た。

【スタッフとの関係を形成する】は、〈負担にならないように気をつける〉〈関係づくりを大切にす〉の2サブカテゴリで構成され、〈負担にならないように気をつける〉は「スタッフが負担にならないように、普段行っていることを家族看護とどうつながっているのかを紐解く」「家族看護は敷居が高いという誤解や難しいものではなく、役に立つとか使ってみたいと思えるように普通の延長線上にあるということを理解してもらうようにする」のようにスタッフの負担感を生じさせないように配慮していた。〈関係づくりを大切にす〉は、「実際の家族と関わっていく中でのスタッフナースとのやり取りが大事である」のように家族と直接関わる看護師との関係性作りに重きをおいていた。また、「(コンサルテーション)の依頼が出てこない部署にも週1回は顔を出し、こんな事があつたら呼んでくださいと言いに行く」を行うことで専門看護師の存在の周知をすることにより、より身近なものにできるように工夫していた。

【家族看護の理解を促す教育方法を検討する】は、〈家族をみる視点を説明する〉〈グループワークやロールプレイングで家族への気づきを促す〉〈わかりやすい事例を用いる〉〈DVDやプレゼンテーションで理解を促す〉の4サブカテゴリから構成され、〈家族をみる視点を説明する〉は「基本的な視点として、患者さんと家族を区別せずに看ることを繰り返し何度でも話をする」「家族看護の考え方を提示して、それを根付いていってもらえるようにしたい」のように家族をみる視点の教育を、〈グループワークやロールプレイングで家族への気づきを促す〉では、「ロールプレイングで患者さんご家族の立場になる体験学習を入れている」「家族への気づきを共有するためにグループワークを組み入れている」などのグループでの共有することや、体験学習することでより身近なものにできる教育形式として〈DVDやプレゼンテーションで理解を促す〉などの工夫をしていた。また、〈わかりやすい事例を用いる〉では、「イメージしやすい事例を用意している」「イキイキと話しをすることに重きを置き、自分が実際関わった事例を用いる」のように教育に生かす事例を選択して活用していた。

【スタッフが成長できるように支援する】では、〈出来ているところを承認する〉〈ステップアップできるように関わる〉〈スタッフ自身で解決できるように支援する〉の3サブカテゴリから構成さ

れた。「今、実践していることに対して承認する」「いいケアをしているのに、その自覚がない看護師をエンパワーメントするような言葉で返していく」といったようにスタッフの〈出来ているところを承認する〉ことをしていた。さらに、「今までやってきたことを生かすように伸ばしてあげられるように関わる」など〈ステップアップできるように関わる〉ことを工夫していた。また、〈スタッフ自身で解決できるように支援する〉ために「CNS(専門看護師)がいなくてもできるように、具体的な事例検討を一緒に展開する」「全体教育しながら中心となるリンクナースを育てるのと、現場で自分が実践して見せていく」といったようにスタッフが自ら解決する力をつけるための教育を実施していた。

3) 家族看護教育実施上の課題

家族看護教育実施上の課題として、79のデータが抽出され、4カテゴリに分類された。カテゴリは、【家族に意識が向かない】【家族看護の難しさから関わりができない】【家族看護の教育のシステムが充分でない】【専門看護師として組織的に活動することに制限がある】であった(表3)。

【家族に意識が向かない】は、〈スタッフの意識が家族に向かない〉〈家族看護への興味関心が少ない〉の2サブカテゴリから構成され、〈スタッフの意識が家族に向かない〉は、「スタッフは患者さん中心のケアで業務の中で家族に注目するのは難しい」「家族に関わりたいと思っている人も多いが、ベット回転率や病院の利益を考えないといけなくて時間がとれない」のように在院期間の短縮化から、家族に意識が向かない状況を述べていた。また、「家族との関わりが苦手という新人がいる」「スタッフは家族にまで目を向けられず、退院間近になり戸惑うと、リーダーか師長が家族と関わっている」のように〈家族看護への興味関

表3 家族看護教育実施上の課題

カテゴリ	サブカテゴリ
家族に意識が向かない	・スタッフの意識が家族に向かない ・家族看護への興味関心が少ない
家族看護の難しさから関わりができない	・家族看護の複雑さがある ・意図的な関わりができない
家族看護の教育のシステムが充分でない	・全スタッフが家族看護の教育を受けることができない ・看護過程展開までの教育ができていない ・家族看護ができるスタッフが各病棟にいない
専門看護師として組織的に活動することに制限がある	・専門看護師の役割が理解されていない ・活動日が限られている ・権限がない ・院内のネットワークが確立していない

心が少ない) 状況がうかがえる。

【家族看護の難しさから関わりができない】は、〈家族看護の複雑さがある〉〈意図的な関わりができない〉の2サブカテゴリから構成され、〈家族看護の複雑さがある〉は「今すぐ結果がでなかったり、未介入との比較もできないので、成果をどう導きだすかが課題」「患者と家族と2分化している見方をしたり、システムとして捉えることが難しい」「家族看護は看護師の立場で家族の問題にどこまで踏み込むべきかの線引きが難しい」等、家族看護の理解の難しさや複雑さを語っていた。〈意図的な関わりができない〉では、「家族の情報を取ることを家族支援とは思っていない」というように実施している家族に対する看護の根拠をもっていない状況が述べられていた。

【家族看護の教育のシステムが充分でない】は、〈全スタッフが家族看護の教育を受けることができない〉〈看護過程展開までの教育ができていない〉〈家族看護ができるスタッフが各病棟にいない〉の3サブカテゴリから構成され、〈全スタッフが家族看護の教育を受けることができない〉は、「全病棟にムラなく参加してもらうことが難しい」「家族看護の教育を受ける場所の少なさも課題なんでしょうね」「標準的教育プランや教育パッケージのようなものがあれば家族看護も広がる」等の教育を受ける機会や体系化した家族看護教育の必要性を述べていた。〈看護過程展開までの教育ができていない〉は、「研修を受けても継続的に方法論を用いて家族看護の介入はできていない」「概念的な教育でとどまってしまう」などのように教育を実施しての効果が不十分であることが課題であると述べられていた。〈家族看護ができるスタッフが各病棟にいない〉は、「家族に興味を持ってもらえ、できそうと思える看護師を各病棟に2,3人でできれば、レベルが上がる」「家族看護の研修に出た人たちのフォローをどうするのか」等、研修後のフォローアップが充分でない状況を述べていた。

【専門看護師として組織的に活動することに制限がある】は、〈専門看護師の役割が理解されていない〉〈活動日が限られている〉〈権限がない〉〈院内のネットワークが確立していない〉の4サブカテゴリから構成され、〈専門看護師の役割が理解されていない〉は、「家族支援CNSが何をやる人か理解が得られていない」「スタッフは専門看護師という存在をどう活用したらいいのか知らない」のようにCNSの役割や活用の方法が組織に浸透していない状況があり、その理由として、「病

棟所属で、活動日が一日なので、自由にできることをし、他の病棟にまで活動できていない」「病棟所属なので、コンサルテーションの時間は自分の時間で行うことになる」のように〈活動日が限られている〉状況が述べられた。また、「勉強会の依頼があっても、CNSの権限が少なく、ボランティアで実施し負担が大きいだけになってしまっていないか心配である」「役職がない1スタッフだと組織に参画することが難しい」と専門看護師として〈権限がない〉状況や「コンサルテーションを受けるまでの流れが病棟によって異なる」など〈院内のネットワークが確立していない〉ため、専門看護師の役割としての教育機能を組織の中で発揮するシステムが充分でない状況が語られていた。

VI. 考察

1. 家族支援専門看護師が実施している家族看護教育の現状

本研究に参加した家族支援専門看護師のほとんどは院内の研修を担当していた。家族支援専門看護師が行っている講義内容は、中山ら(2016)と比較すると、内容は大きく違いはないが、“家族の病気体験”、“家族への援助姿勢・援助関係の形成”が内容として挙げられているのが特徴的であった。家族の病気体験の理解は、家族と関わるときの基本となるものであるが、看護師は病気や治療という視点から、家族の病気体験のレッテルを貼る傾向があり、そのため、家族の立場に立ち、家族サイドの視点から、共感的に理解することが重要である(野嶋, 2005)。教育の方法として、プロセスレコードは、患者と看護者の相互作用過程を明らかにし、実践に役立たせるために活用されている記録(長谷川ら, 2006)である。プロセスレコードの作成の作業により、家族の反応の意味付けができ、家族がどのような体験をしているかの理解に結びつくと考えられる。また、家族看護学への興味関心をもつために、学生対象であるが、ロールプレイングを活用した演習を取り入れたことにより効果がみられたという報告(森鍵ら, 2008)からも、ロールプレイングは有効な教育方法である。家族支援専門看護師たちは、〈グループワークやロールプレイングで家族への気づきを促す〉〈家族をみる視点を説明する〉等から【家族看護の理解を促す教育方法を検討する】教育を実施していた。院内の教育プログラムにおいてプロセスレコードの作成やロールプレイングなどの

演習を取り入れていくことにより、家族という対象理解や家族看護に対する興味や関心が高まると考える。

教育の工夫として、【スタッフのニーズや困難に応える】【スタッフが成長できるように支援する】のように専門看護師は、スタッフの教育ニーズをタイムリーに受け止め教育を実施し、スタッフを継続的に支援していくことができるようにしている。臨床看護師は家族看護実践の必要性を9割以上の看護師が認識しているものの、実際に家族とかかわる時間は6割以上の看護師が少ないと認識している（松坂ら、2011）。看護師たちは家族看護の必要性は理解しているので、そのニーズにタイムリーにかかわること、その時の教育の内容として、〈わかりやすい事例を用いる〉などの教育の方法を検討し実施している。藤野(2010)は、専門看護師が行う教育には、学習者である看護職者と共に相互に成長しながら、変容を促進していく教育の側面があると述べている。この機能を発揮することが求められているので、学習者との相互尊敬に基づく関係形成能力も重要である。これらを意識しているため、【スタッフとの関係を形成する】ことを教育の工夫として述べられたのだろう。集合教育のみでなく、コンサルテーションを有効に行い、継続的に看護師を支援することは家族看護教育において重要である。

2. 家族支援専門看護師が実施している家族看護教育の課題

家族支援専門看護師は、家族看護教育を実施する上で【家族に意識が向かない】、【家族看護の難しさから関わりができない】のように家族看護を実践すること自体の難しさを課題として挙げている。家族看護学とは、家族をクライアントとして捉え、家族自ら健康課題を解決し、より高次な健康的な家族生活を実現することができるように、予防的・支持的・治療的な看護介入を行う学問領域である（野嶋、2005）。医療モデルで臨床看護が機能している時代では、患者中心の看護が実践され、家族は健康問題の中心にいる患者のための資源とみなされていた（原、2015）。ここからの脱却により家族看護学は発展してきたが、在院期間の短縮化などにより家族との関わりが少なくなったため【家族に意識が向かない】状況にあると考えられる。家族看護において、看護者が支援するのは健康や健康障害に関連している家族生活である（野嶋、2005）。地域包括ケアシステムの構築に向けて、病者を抱えともに生活する家族に

対する視点の強化が今後求められているため、教育の工夫として【家族看護の理解を促す教育方法を検討する】ことが必要である。

家族看護の複雑さとして、「今すぐ結果がでなかったり、未介入との比較もできないので、成果をどう導きだすかが課題」と語られていたように、家族看護成果の可視化の難しさを指摘していた。実践の評価は、家族に生じた変化を指標とするのだが、患者個人の健康上の問題（課題）を解決するよりも、家族という複数の人間集団の健康を引き出す看護実践は時間を要する。そのため、家族の健康問題（課題）は、早急に解決することばかりでなく、看護者は患者・家族との関係性を構築しながら、段階を踏んで、健康な家族像の達成に向けて一步一步導いていくものである（山崎ら、2015）。このような家族看護の特徴が理解できる教育も必要である。

次に家族支援専門看護師は、【家族看護の教育のシステムが充分でない】、【専門看護師として組織的に活動することに制限がある】という課題を挙げていた。所属する組織により、実施している教育は、所属している病棟での教育に限定しているものから院外での教育を担うものと幅広い状況にある。また、専門看護師の経験年数により教育機能がまだ十分に発揮できていない場合もある。家族支援専門看護師の役割の理解や周知については、全国的にもその人数は少ない現状にあるため、家族支援専門看護師の教育やフォローアップをしていくことも重要である。さらに、組織において教育やコンサルテーション機能を発揮させ、その取り組みをエビデンスとして発信していくことが必要である。そのことにより、臨床での看護師への家族看護教育に役立てることができると考える。

これからますます必要とされる家族への支援に対して、その教育を担う家族支援専門看護師が実施している教育上の工夫を取り入れていくことで、家族看護教育を継続教育に組みこんでいくことが考えられる。【家族看護の教育のシステムが充分でない】という課題から、専門看護師が述べている「標準的教育プランや教育パッケージのようなものがあれば家族看護も広がる」のように、臨床における家族看護実践教育プログラムの開発が望まれる。

Ⅶ. 研究の限界と今後の課題

本研究は病院に所属する家族支援専門看護師が

実施している家族看護教育について調査を実施した。対象数が少なく施設も限られるために、その施設および専門看護師の背景が研究結果に偏りをもたらされている可能性を否定できない。今後は、施設の特徴も加味し、対象数も増やし、継続教育における家族看護教育の在り方を検討することが必要である。

Ⅷ. 結論

1. 家族支援専門看護師が実施している家族看護の教育内容として、「家族とは」「家族看護の定義」「家族看護の理論・モデル」「家族の病気体験」「家族への援助姿勢・援助関係の形成」「家族とコミュニケーション」「家族看護アセスメントモデル」「家族看護アセスメント・計画立案」であり、先行研究と比較して、「家族の病気体験」「家族への援助姿勢・援助関係の形成」が特徴的であった。
2. 家族支援専門看護師が実施している家族看護教育の工夫は、【スタッフのニーズや困難に応える】、【スタッフとの関係を形成する】【家族看護の理解を促す教育方法を検討する】【スタッフが成長できるように支援する】であった。
3. 家族支援専門看護師が実施している家族看護教育の課題は、【家族に意識が向かない】、【家族看護の難しさから関わりができない】、【家族看護の教育のシステムが充分でない】、【専門看護師として組織的に活動することに制限がある】であった。

継続教育において家族看護教育を実施している施設はまだまだ少ないが、家族看護教育は重要と考えられていることから、家族支援専門看護師が実施している教育や工夫している点を参考にしながら、継続教育において家族看護教育を系統立てて実施していくことを検討することが必要である。

【謝辞】

本研究にご理解をいただき、ご協力いただきました家族支援専門看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。なお、本研究は、平成26年度JSPS科研費（挑戦的萌芽2667092）の助成を受けて実施したものである。

【引用文献】

- 楨本香, 野嶋佐由美, 中野綾美, 他 (2015): 専門看護師による家族の意思決定支援・アドボカシーに関する実践～家族看護エンパワーメントガイドラインに基づく実践～. 高知女子大学看護学雑誌, 40(2), 53-62.
- 藤野崇 (2010). 家族支援専門看護師の役割 教育, 法橋尚弘 (編): 新しい家族看護学 理論・実践・研究. メジカルフレンド社, 東京, 161-165.
- 長谷川雅美, 白波瀬裕美編著 (2006): 自己理解・他者理解を深めるプロセスレコード, 日経研出版.
- 原礼子 (2015): 看護基礎教育課程における「家族看護学」の必修化へ. 家族看護研究, 20(2), 55.
- 法橋尚宏, 西元康世 (2012): 家族看護実践専門教育－ケアとケアを融合した新しい家族支援専門看護師養成－. 保健の科学, 54(9), 586-591.
- 神優子, 太田富美子, 鹿内美恵, 他 (2010): 「家族看護に関する継続教育」が入院患者の家族機能と患者満足度に及ぼす影響. 日本看護学会論文集: 看護管理, 40, 177-179.
- 中山美由紀, 岡本双美子 (2016): 継続教育における家族看護教育の現状と課題. 大阪府立大学看護学雑誌, 22(1), 45-53.
- 日本看護協会 (2016): 資格認定制度 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 <http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns> (2016年9月19日閲覧)
- 野嶋佐由美監修 (2005): 家族エンパワーメントをもたらす看護実践, へるす出版, 東京.
- 松坂由香里, 柳原清子, 新村直子 (2011): 臨床看護師の家族看護実践および教育研修への認識と実態, 東海大学健康科学部紀要, 16, 75-82.
- 森鍵裕子, 齋藤美華, 川原礼子 (2008): 家族看護学を学習した学生の興味・関心の変化—教員が演じるロールプレイング演習を通して—. 北日本看護学雑誌, 10(2), 33-40.
- 山本則子, 荒木暁子, 前原邦江, 他 (2009): 看護基礎教育における家族看護教育の実態に関する調査報告. 家族看護学研究, 14(3), 66-74.
- 山崎あけみ, 原礼子 (編) (2015): 家族看護学, 南江堂, 東京.

研究報告

特別養護老人ホームにおける看護実践能力の概念分析

Conceptual Analysis of the Nursing Competence of Intensive Care Homes for the Elderly

笹谷真由美¹⁾・長畑多代²⁾

Mayumi Sasatani, Tayo Nagahata

キーワード：特別養護老人ホーム，看護実践能力，概念分析

Keywords: intensive care homes for the elderly, nursing competence, concept analysis

Abstract

The aim of this paper is to perform a conceptual analysis of the nursing competence of intensive care homes for the elderly, including a clear definition of the nursing competence of these care homes, a discussion of their attributes and antecedents, and the consequences thereof.

Based on an analysis using the method of Walker & Avant, we extracted the following conceptual attributes: (a) building relationships between care patients and their families, (b) accurately understanding the thoughts and situation of care patients, (c) helping them to lead a purposeful existence, (d) being able to predict and mitigate risks that are liable to affect the elderly, (e) preserving the dignity of care patients, (f) facilitating communication in difficult circumstances, (g) supporting natural caregiving as an extension of everyday life, and (h) facilitating effective inter-professional health care cooperation.

In cases where the antecedents involved environmental factors and personal factors, consequences were identified as: (a) improvement in the quality of care; (b) demonstration of the quality of care.

Although conceptual analyses of nursing competence have been performed both in Japan and in other countries, it became clear from the attributes extracted in this study that intensive care homes for the elderly have their own particular set of nursing competence.

抄 録

本稿の目的は「特別養護老人ホームにおける看護実践能力」の概念分析を行い、定義や属性、先行要件、帰結を明らかにすることである。Walker&Avantの手法を用いた分析の結果、概念の属性には、【入居者・家族との関係性を築く】【入居者の思いや状態を的確にとらえる】【その人らしい生活を支える】【高齢者に起こりやすいリスクを予測して対応できる】【入居者の尊厳を保持する】【複雑な状況でのコミュニケーションが取れる】【日常生活の延長線上にある自然な看取りを支援する】【多職種と効果的に協働できる】が抽出された。また、先行要件では【環境因子】と【個人因子】が、帰結は【ケアの質の向上】、【ケアの質の低下】が導き出された。これまで、国内外で看護実践能力の概念分析は行われてきたが、今回抽出された属性から特別養護老人ホームならではの看護実践能力があることが明確になった。

受付日：2016年9月20日 受理日：2016年12月20日

1) 大阪府立大学大学院 看護学研究科博士後期課程

2) 大阪府立大学大学院 看護学研究科

I. はじめに

介護保険制度における要介護者又は要支援者と認定された人のうち、65歳以上の人は、平成24(2012)年度末で545.7万人となっており、平成13(2001)年度末から258万人増加している(内閣府, 2014)。特別養護老人ホーム(以下、特養)では医療依存度の高い人や認知症をもつ人が増加しているが、平成27年度の介護保険制度の改正により要介護3以上の要介護者の入所が原則となり、これまで以上に看護職の果たすべき役割は多様化している(堀田ら, 2016)。

一方、特養で勤務する看護職は入居者100名に対して3名以上という基準で、さらに准看護師の占める割合も高いことから十分な看護体制ではない。また病院とは異なり介護職の割合が多いことや、医師が常時対応できる施設が少ないことから、唯一の医療職としての看護師の役割は大きい。

しかし、特養の看護師は就業前に休職していた人が5割以上でその期間が5年以上であることから、知識・技術不足に不安を抱えている人も多い。そして平均年齢は45歳前後で3割以上が50歳以上(高橋, 2009)であるが、1989(平成元)年に看護教育カリキュラムの改正により「老人看護学」が科目として設置されたため、高齢者施設の看護に関する教育を受けた経験のない人も多い。医療機関では治療を優先する必要性から、場合によってはある程度の生活を制限せざるを得ないこともあるが、生活の場である特養ではその人らしい生活を支えることを重視するため、どのようなケアを提供すれば入居者や家族の望みを実現できるのか戸惑うことも少なくない。そのため、様々な困難を抱える特養に勤務する看護職の離職率は21.5%で、さらに入職1年以内の新規採用看護職員の離職率は39.8%(堀川, 2016; 日本看護協会, 2016)と高いことから、職員不足によるケアの質の低下が懸念される。

特養に勤務する看護師に対する研修は日本看護協会や全国老人福祉施設協議会、民間団体等で行われているものの常勤人数等の体制面から参加しづらい現状がある。また、自己の看護実践能力に対して不安を感じていても、学習する機会や実践を評価する機会は少ない状況にある。そのため、研修等の集合教育以外の方法の検討や、自己の看護実践能力を評価するための有効なツールの開発が必要である。特に尺度は定期的な看護実践能力の評価を可能とし、それにより看護師自身が

自己課題を明確にすることができる。しかし、一般的な看護実践能力に関する尺度は国内外で多くみられるものの(Schwirian, 1978; Meretoja 2004; 中山ら, 2010; 真下ら, 2011)、特養に勤務する看護師に特化した看護実践能力尺度は数が少ない。国内では、大村ら(2015)が特養での看護取りにおける看護実践能力の尺度開発を行っているが、特養の看護実践能力全般を測定するものではない。さらには、高齢者に関連する文献や報告書をもとに、包括的な高齢者の看護実践能力を構成する項目作成の試み(坪井2008)や、介護老人保健施設の看護実践能力の特性を看護師の経験知から導き出した研究(山田, 2015)、日本看護協会(2013)による介護施設における看護職員の役割について示したものがみられるが、これらは特養に特化した内容ではなく看護実践能力を測定する尺度として開発されていない。一方、国外ではBing-Jonsonら(2015)が開発したNursing Older People-Competence Evaluation Tool(以下、NOP-CET)は地域の高齢者ケアにおける総合的な看護実践能力尺度であり、ナーシングホームのみならず在宅ケアも含まれている。以上のように、高齢者ケアにおける看護実践能力に関する研究や尺度はみられるものの、特養の看護実践能力については看護取りケアに限局したもののみであり、国内では特養の看護実践能力全般を測定できる尺度は見当たらない。また、NOP-CETはノルウェーで開発された尺度であるため項目内容からもケアシステムの違いが明らかであり、そのまま用いることは適切ではないと考える。さらに看護領域内でも専門分野や臨床現場が異なることで、理念や展望、看護活動の方向性に相違があり、看護実践能力の意味づけや比重を占める要素が異なることが考えられる(山田, 2015)ため、特定の専門分野に焦点を絞った尺度を開発することは重要であると考えられる。

尺度を開発するためには、まずは特養における看護実践能力の概念を明らかにする必要があると考えるが、明確な定義や構成概念を明らかにした文献は見当たらない。Backhausら(2015)はナーシングホームにおける特別な看護実践能力に関する情報が不足していると指摘している。そのため、本研究では特養における看護実践能力の概念分析を行い、その操作的定義と属性、先行要件、帰結を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

Walker&Avant (2011) による概念分析の方法に則って行った。選択した概念の特性を検討するために、言語辞典や看護学の辞典、関連する書籍、高齢者ケアに関する報告書や研究論文をもとに分析を行った。研究論文については、医学中央雑誌Webを用いて「特別養護老人ホーム」、「看護実践能力」をキーワードに介護保険制度が導入後の2000～2016年で検索した結果、原著論文は4件抽出された。国外文献についてはPubMedとCINAHLを使用し“competence”, “nursing”, “intensive care homes for the elderly”をキーワードに最大検索範囲である1976～2016年で検索した結果1337件が抽出された。抽出された文献のタイトル、要約を参照し、特養における看護実践能力に関する記述のある文献を選択した。同時に二次文献や関連する書籍も分析対象とした。最終的に国内文献13件、国外文献9件と、報告書等8件、辞書2冊、書籍5冊の37文献を分析対象とした。分析の妥当性については、老年看護学の研究者や実践者との意見交換を行うことで確保した。

III. 結果

1. 看護実践能力の概念の用法

1) 辞書による言葉の意味

看護実践能力について記載されている辞書は見当たらず、看護実践については看護大辞典では、看護治療[看護実践・ナーシングトリートメント]と記載されている。その内容をみると、「看護診断で用いられる看護実践を意味する言葉。医学において診断が治療に対応することから、看護においても診断に対して治療という言葉があてはめられたもの。看護実践とはほぼ同義語と考えてよい」とある(和田ら編, 2010)。また、看護業務基準では「看護実践とは、看護職が対象に働きかける行為であり、看護業務の主要な部分を成すものである。その組織化を意味する看護管理や看護職の育成を意味する看護教育と比較すると、看護そのものに最も近い用語である」と示している(日本看護協会, 2007)。さらに日本看護科学学会(2011)による「看護学を構成する重要な用語集」では、「看護実践とは、看護職が看護を必要とする人々に働きかける行為であり、看護職の活動の主要な部分をなすものとして位置づけられる。その内容としては、看護の対象となる個人や家族、集団、地域社会を身体的、精神的、認知的、社会的

側面から援助することである。それには、看護を必要とする人々を継続的に観察・判断して、問題を予知し、モニタリングする側面や、緊急事態に対して効果的な対応を行う危機対応の側面、医師の指示に基づいて医療行為を行い、その反応を観察していくための看護的判断といった側面などがある」としている。以上の内容から、「看護実践」とは看護そのものであり、看護を必要とする人々に対して身体的、精神的、認知的、社会的側面から援助することそのものであることが示されている。

また、能力について広辞苑では、「①物事をなし得る力。はたらき。②⑦認識・感情・欲求・行動など、精神現象の諸形態を担う実体。④どれだけの精神機能が働きうるかという可能性。③ある事について必要とされ、または適当とされている資格」とある(新村編, 2008)。また、田島(2004)は、看護行為に求められる能力として、「知識、解釈力、問題解決力などの認知領域の能力、態度、興味、関心、価値観、倫理的側面などの情意領域の能力、看護技術の基本動作、人間関係の技術などを含む精神運動領域の能力、観察力などが統合されなければ成り立たない」と説明している。

以上の内容から、看護実践能力とは看護を必要とする人々に対して身体的、精神的、認知的、社会的側面から援助するための力であり、その力には認識・感情・欲求・行動など、精神現象の諸形態を担う実体が存在すると考える。

2) 看護実践能力の定義からみる使用方法

看護実践能力の定義をみるとICN(International Council of Nurses) Framework of Competencies for the Nurse Specialist (2009)では「能力とは日々の実践や職務遂行能力として示される個人の知識、技術および判断の組み合わせの効果的な適用を意味する。看護の定義では、職務上必要な看護の役割の性質や能力は、人間の本質や態度を含めた幅広いものである」と示されている。また、看護学を構成する重要な用語集では看護実践能力の育成・向上に重点がおかれているものの、看護実践能力の定義や概念が様々であり、統一されていないことも記されている(日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会, 2011)。日本看護協会(2016)は看護師のクリニカルラダーにおいて、「看護の核となる実践能力」について「看護師が論理的な思考と正確な看護技術を基盤に、ケアの受け手のニーズに応じた看護を臨地で実践する能力」と定義している。

看護実践能力に関する概念分析は、これまで

国内外で多く行われているが、その定義についてはコンセンサスが得られていない状況にある (Karlstedt et al., 2014; 高瀬ら, 2011). 高瀬ら (2011) は、看護実践能力について「行動主義論」「一般特性論」「全体論」の3つの考え方を示している。具体的には「行動主義論」では技術が実施できることを重視し、「一般特性論」では実践能力とは効果的な業務遂行に必要な個人がもつ特性であり、知識や批判的思考力、性格などで構成されると示している。また「全体論」については、実践能力は特定の文脈で必要とされる知識や技術、態度、思考力そして価値観などの要素からなる (高瀬ら, 2011) としている。「行動主義論」では何ができるかに焦点が当てられ、看護実践能力を看護技術に近いものとして捉えている。一方「一般特性論」では、特性にのみ焦点が当てられているが、「全体論」は実際の看護が提供される様々な場・文脈で看護実践能力は発揮されるもので、特性はそれぞれの場面で応用される必要がある (高瀬ら, 2011)。また、Bing-Jonson ら (2015) は看護実践能力とは「知識、技術、個人の特性だけでなく、関係性や文脈的に必要とされる能力も含まれる」と説明している。以上のように、看護実践能力の考え方は統一されていないものの、実際の看護を考えると技術や特性を用いて状況に応じて応用するという「全体論」が適切であると考えられる。

2. 特養における看護実践能力の属性と定義

1) 特養における看護実践能力の属性

特養の看護実践能力の定義は見当たらなかったが、対象文献を精読し、特徴を表す記述を抽出し整理した。その結果、8つの属性が見いだされた。それらは、【入居者・家族との関係性を築く】【入居者の思いや状態を的確にとらえる】【その人らしい生活を支える】【高齢者に起こりやすいリスクを予測して対応できる】【入居者の尊厳を保持する】【複雑な状況でのコミュニケーションが取れる】【日常生活の延長線上にある自然な看取りを支援する】【多職種と効果的に協働できる】であった (表1)。

【入居者・家族との関係性を築く】は、入居者の生活等に対する考えを理解し、生活の場で実現していくためには関係性を構築することが基盤となる (戸谷ら, 2014) ことが示されていた。さらにその関係性を継続していくこと (Bedin et al., 2013) も含まれていた。特養の入居者の特性から、関係性を築かなければケアを受け入れられないこ

とも予測される。しかし、その関係性を築くことも容易ではなく、どうすれば入居者に受け入れられるのかを見極め、働きかける必要がある。また、特養では入居者本人だけでなく、家族との関係性を普段から構築していくことも重視される。

【入居者の思いや状態を的確にとらえる】は、高齢者の機能的、身体的、認知的、心理的、社会的ニーズに関する生活環境を評価する (American Association of Colleges of Nursing: AACN, 2010) や、高齢者やその家族の日常生活を包括的にアセスメントできること (坪井, 2008) が示されていた。特養の入居者は、認知症や言語障害等により自分の状態を他者に伝えることが出来ない心身の状態にあることも多いため、状態を的確にとらえることが重要である。

【その人らしい生活を支える】は、入居者が意思決定できるように支え、その人らしい生活を支える援助ができる (坪井, 2008) ことである。そのためには、入居者が意思決定できるように、入居者の状態や家族関係を合わせて支援する (戸谷, 2014) ことが示されていた。また、病院とは違った生活の場におけるアセスメントを行い (戸谷ら, 2014)、入居者の生活の質を重視する (戸塚, 2014) ことや、居住者の家のようなケアのあり方を考え、家のように作っていく (Mueller et al., 2013) ことが示されていた。

【高齢者に起こりやすいリスクを予測して対応できる】では、予測的アセスメント (大村ら, 2015) や、行動や表情などから体調を推測し、その先に起こる事象を予測して対応する (依本, 2014) ことが示されていた。また、リスクを予測して対応するために、高齢者に起こりやすい事故の予防や発生時の対応などリスクマネジメントの観点から援助できる (坪井, 2008) もあった。

【入居者の尊厳を保持する】には、人としての尊厳を保つために、身体的もしくは薬物による拘束のないケアを提供すること (AACN, 2010) だけでなく、人としての尊厳を支え (Bedin et al., 2013)、高齢者が自律して生きることを支える (戸谷ら, 2014)、臨床判断や倫理的な判断を主張することができる (Backhaus et al., 2015) 等も含まれていた。

【複雑な状況でのコミュニケーションが取れる】は、複雑な状況でのコミュニケーションが取れる (Backhaus et al., 2015) や、感情的な行動に対処し争いを解決する、コミュニケーションの多様な役割を理解する (Mueller et al., 2013) がみられた。

表1 特養の看護実践能力の属性

属性	文献
【入居者・家族との関係性を築く】	
・入居者との関係性を構築し取り続ける	Bedin et al. (2013)
・入居者との関係を築き深める	戸谷ら (2014)
・家族との関わりを大切にする	戸塚 (2014)
・家族の指導や助言ができる	Backhaus et al. (2015)
・協働的家族支援力	大村ら (2015)
【入居者の思いや状態を的確にとらえる】	
・個々の入所者の心理状態をアセスメントする能力とそれに応じた看護方法を組み立てる能力	森ら (2014)
・高齢者個々の生活機能に応じて必要な援助方法を計画・立案・実施・評価できる	坪井 (2008)
・高齢者やその家族の日常生活を包括的にアセスメントできる	坪井 (2008)
・患者の状況を把握することができる	Backhaus et al. (2015)
・アセスメントと実践	Bing-Jonsson et al. (2015)
・入居者が意思決定できるよう、入居者の状態や家族関係に合わせて支援する	戸谷 (2014)
・生活の場におけるアセスメントができる	戸谷ら (2014)
・情報を受け入れ、理解し、提供することで高齢者の障壁を評価する	AACN (2010)
・高齢者の機能的、身体的、認知的、心理的、社会的ニーズに関連する生活環境を評価する	AACN (2010)
【その人らしい生活を支える】	
・入居者の今の健康状態を維持して、安心して生活してもらう	安江 (2013); 鎌田ら (2014)
・基本的なニーズを満たす	Bing-Jonsson et al. (2015)
・入所者の生活の質を重視する	戸塚 (2014)
・生活ニーズを優先した看護	伊藤ら (2006)
・病院とは違う看護判断をする	戸塚 (2014)
・居住者の家のようにケアのあり方を考え、家のように作っていく	Mueller et al. (2013)
・医療・看護の立場で入居者の生活を支援する	日本看護協会 (2013)
・高齢者個々の生活機能に応じて、自立性や安全性を維持・向上させるために必要な看護技術を適応できる	坪井 (2008)
・倫理的基盤に則り、高齢者個々の人権を擁護し、意思決定を支え、その人らしい生き方を支える援助ができる	坪井 (2008)
【高齢者に起こりやすいリスクを予測して対応できる】	
・予測的アセスメント	大村ら (2015)
・行動や表情などから体調を推測し、その先に起こる事象を予測して対応する	依本 (2014)
・入居者の日々の生活における正常と異常を把握して早期発見・早期対応ができる	安江 (2013)
・高齢者に起こりやすい事故の予防や発生時の対応などリスクマネジメントの観点から援助できる	坪井 (2008)
・ヘルスプロモーションと疾病予防	Bing-Jonsson et al. (2015)
・調整的医療管理能力	大村ら (2015)
・高齢者が罹りやすい疾病や老年症候群などの特有の症状を理解し、健康課題に応じた援助や健康維持・増進に向けた援助ができる	坪井 (2008)
・リスクを減らして生活の質を高める	鎌田ら (2014)
・身体的および認知機能にニーズをもつ高齢者のリスク予防と質を促進する計画を実践し、モニターする (例えば、転倒、投薬管理ミス、褥瘡)	AACN (2010)
【入居者の尊厳を保持する】	
・入所者が尊厳を保持し、自分らしい生活を送ることが出来るケア	伊藤ら (2006)
・拘束のないケア (身体的および薬物による拘束の両方) を提供するというエビデンスに基づいた実践を促進する。	AACN (2010)
・高齢者への実際もしくは潜在的な虐待 (身体的、精神的または経済的虐待、および/またはセルフネグレクト) を識別し、適切に対処する。	AACN (2010)
・倫理的なジレンマを扱う	Bedin et al. (2013)
・人としての尊厳を支える	Bedin et al. (2013)
・高齢者が自律して生きることを支える	戸谷ら (2014)
・尊厳優先的プランニング能力	大村ら (2015)

表1のつづき

【複雑な状況でのコミュニケーションが取れる】	
・コミュニケーションと介入の調整	Bedin et al. (2013)
・アクティブリスニングなど効果的なコミュニケーションスキルを活用して、アイデアを明確に伝える。感情的な行動に対処し争いを解決する、コミュニケーションの多様な役割を理解する	Mueller et al. (2013)
・コミュニケーションと記録	Bing-Jonsson et al. (2015)
・複雑な状況でのコミュニケーションが取れる	Backhaus et al. (2015)
・臨床判断や倫理的な判断を主張することができる	Backhaus et al. (2015)
【日常生活の延長線上にある自然な看取りを支援する】	
・日常生活の延長線上にある看取りの実施	伊藤ら (2006)
・人生の終末期にある高齢者とその家族の心身の苦痛や苦悩を緩和し、安寧に過ごせるようにし、高齢者の自己実現に向けた援助ができる	坪井 (2008)
・高齢者および（または）家族（介護者）に、日常生活を維持し治療を受け、事前指示を確認することで、エンド・オブ・ライフ・ケアを実現するために倫理的で、非強制的な意思決定を促進する	AACN (2010)
・身体的および認知機能に障害をもつ高齢者のために適時、適切な緩和ケアとホスピスケアを提唱する	AACN (2010)
・自然な看取りへ導く	戸塚 (2014)
・緩和ケア	Bing-Jonsson et al. (2015)
【多職種と効果的に協働できる】	
・高齢者や家族が社会資源を活用し、ニーズを充足できるように、保健・医療・福祉の専門職や地域の人々と連携・協働した援助ができる	坪井 (2008)
・リーダーシップとコミュニケーション技術を統合し、多様な範囲（看護師間、看護師の支援要員、セラピスト、医師、および患者）に反映することで高齢者のケアに影響を与える能力がある	AACN (2010)
・施設全体のマネジメントを意識して役割を果たす	日本看護協会 (2013)
・協働	Bing-Jonsson et al. (2015)
・他の専門職と効果的に協働できる	Backhaus et al. (2015)
・他の専門職を含めたチームを調整することができる	Backhaus et al. (2015)
・ケアの目標をチーム内で共有することができる	Backhaus et al. (2015)
・介護を支える看護をする	戸塚 (2014)
・介護職とともに利用者の生活をつくる	鎌田ら (2014)
・介護職の対応に力を注ぐ	戸塚 (2014)

【日常生活の延長線上にある自然な看取りを支援する】は、高齢者および（または）家族（介護者）に、日常生活を維持し治療を受け、事前指示を確認することで、エンド・オブ・ライフ・ケアを実現するために倫理的で、非強制的な意思決定を促進する（AACN, 2010）や、自然な看取りへ導く（戸塚, 2014）など、日常生活の延長線上にある看取りの実施（伊藤ら, 2006）ができることが示されていた。

【多職種と効果的に協働できる】では、高齢者や家族が社会資源を活用し、ニーズを充足できるように、保健・医療・福祉の専門職や地域の人々と連携・協働した援助ができる（坪井, 2008）、介護職とともに利用者の生活をつくる（鎌田ら, 2014）、介護を支える看護をする（戸塚, 2014）など、多職種との協働の中でも介護職との協働について特に強調されていた。

2) 特養における看護実践能力の定義

辞書や文献等と、今回導き出された属性を参考に特養における看護実践能力の定義について検討した。その結果、「特養の入居者やその家族との関係性を築くことで、入居者の思いや状態を的確にとらえ、多職種と効果的に協働することで、その人らしい生活を支えることが出来るように支援する能力」とした。

3. モデルケース

本研究の概念を論証するために、臨床で遭遇した内容をもとにモデルケースを考案した。

Aさんは80歳代前半の女性で、パーキンソン病の進行により誤嚥性肺炎を繰り返していたことから、入院中に胃瘻の造設を行った。その後、特別養護老人ホームに入居したが、入居時より本人とキーパーソンである娘の強い希望により、胃瘻を

使用せず経口摂取を行うことになった。病院では食事が減少していたが、施設に入居してからはある程度体力も回復してきたのか、経口での食事ができていた。介護職が食事ケアにかかわっていたが、看護師も安全に摂取出来ているのか食事の様子を確認し、時には食事介助を行いながら状態を把握した。病院にいるときから車いすを使用していたが、座位姿勢は時間が経つと不安定になり右側に傾きがちである。娘は、車いすから転倒するのではないかと心配し、病院ではベルトで体を固定していたため、そのようにして欲しいと要望した。看護師は、ベルトをすることは本人の動きに制限をかけてしまうことや、自尊心を低下させてしまうことを考え、なぜ身体が傾くのか原因を考えながらベルトを使用する以外の方法を検討することを娘に説明した。また、看護師は日中ソファーに座ってもらったり、和室で過ごしてもらったり等、安全な環境を提供し、時には適度に休息も取ることでAさんが疲れないように配慮した。さらに、本を読むことが好きであるとAさんは話したことから、娘に本を持ってきてもらい、それ以降読書を楽しんでいた。

食事についても嚥下状態は良好で、咀嚼も行っていた。食事を楽しみにしており、食事時間を待っていることが多い。そのため、誤嚥性肺炎を繰り返しているが、少しでも安全に食べることができるよう看護師は食事時の姿勢や環境、食事の形態などに問題はないか、ご本人にとって適切であるかを管理栄養士や介護職員と相談しながら調整していた。また、介護職員の中には介護職員初任者研修は終えているものの、ほとんど介護について理解できていない職員もいた。パーキンソン病に対する理解が低く、むせなければ誤嚥してはいないと考える人も多い。そのため、看護師は介護職員に対して学習会を行い少しでも疾患等についての理解が深まるように工夫した。その後、しばらくは誤嚥性肺炎を起こすこともなく生活をすることができた。娘は週に1度は必ず施設に訪れ、Aさんと散歩に行くなどしていた。娘が来られた時には、Aさんの普段の様子や気になること、またこれまでどのように過ごされてきたのか、どんなことを好まれるか等、看護師は聞くようにしていた。

入居から2年が経過した頃、パーキンソン病が進行し嚥下状態がさらに悪化した。そのため嚥下状態を評価し、何とか経口摂取が出来ないか多職種で検討した。医師はこれ以上経口摂取を続けることは、リスクが高いことから直ぐに経口摂取を

中止するべきであり、また治療のためにも病院への入院が適切であることを娘に話した。娘は医師の話聞いた後、入院することで症状が改善するのか、本人にとってどうすることがベストなのか悩んでいることを看護師に話した。看護師は、Aさんが徐々に心身の機能が低下してきていることを説明し、少しずつではあるが最期の時に向かっていることを娘に話した。看護師は、これまでの特養でのケアにおいて何人かの看取りケアを経験していた。家族によっては、最後まであきらめず治療を積極的に受けることを選択したものの、病院での治療に苦痛を訴える本人の姿を見て、施設での生活を継続したほうが良かったのではないかと後悔を語った人もいた。しかし、一方で病院での治療によって状態が改善し再度施設に戻り、生活を継続できた人もいた。そのため、あくまでも最期のあり方を決定するのは本人と家族であり、後悔のない答えを出すためには考えるための材料を看護師として示すことが必要であると考えていた。そして、Aさんへのこれまでの対応について話すとともに、今後病院・施設において可能な対応についても説明した。その結果、娘よりこのまま施設で生活させたいとの希望が示された。

そこで、食事を食べることが楽しみなAさんが、安全に無理なく食べるためにはどのような工夫ができるのか、施設のスタッフと娘も交えて話し合った。娘は食事を食べさせたい思いが強く、本人が辛そうにしても無理に口に入れようとすることがある。介護職はそんな娘の思いに共鳴して、Aさんを頑張らせてしまう面があると看護師は感じている。そこで、看護師は誤嚥により本人の苦痛が増大することを説明し、今の嚥下状態でおしく食べられる食事形態や、食事の姿勢を工夫してはどうか提案した。管理栄養士から食事形態の変更について、言語聴覚士からは嚥下体操を行うこと等が具体的に提案された。それらを取り入れて、現在食事は3割程度摂取出来ているが、体重は減少傾向にあり栄養状態は良い状態ではない。しかし、Aさん自身は表情が穏やかで、体調のよい日は会話もすることができる。

Aさんの事例を特養における看護実践能力の属性に照らし合わせると(表2)、それぞれの属性が内容に含まれていることから、看護師は特養での看護実践能力を発揮していることが考えられた。

4. 先行要件と帰結

1) 特養における看護実践能力の先行要件

特養における看護実践能力を発揮する前に生じ

るものとして、対象文献より【環境因子】と【個人因子】が導き出された(表3)。**【環境因子】**では、研修(吉岡ら, 2012; 大村ら, 2015), 組織内の最適な学びの風土(Cronfalk et al., 2015), 施設でのケア体制(大村ら, 2015), 施設の規模(Muller et al., 2016) 職員配置(大村ら, 2015), 同僚からのサポート(Cronfalk et al., 2015)が考えられた。また**【個人因子】**には、年齢(Bing-Jonson et al., 2016; Karlstedt et al., 2015), 看護師としての経験(Bing-Jonson et al., 2016; Karlstedt et al., 2015), 教育レベル(Backhaus et al., 2015; Bing-Jonson et al., 2016; Karlstedt

et al., 2015)が考えられた。なかでも年齢は高いほど看護実践能力は有意に低下していた(Bing-Jonson et al., 2016; Karlstedt et al., 2015)。これは、年齢の高い看護師は、老年看護学に関する教育を受けていないことが関連していた(Bing-Jonson et al., 2016)。

2) 特養における看護実践能力の帰結

文献では、特養における看護実践能力によるアウトカムに関する研究は、国内では見当たらず、国外では看護師の取得資格や、教育背景、施設の違いによる看護実践能力の比較は多くみられたものの、看護実践能力の違いによるアウトカム

表2 モデルケースの分析

特養の看護実践能力の属性	Aさんの事例からとらえられる内容
【入居者・家族との関係性を築く】	Aさんや家族が、どんな些細なことでも相談してくれるように、普段から声をかけるようにしている。
【入居者の思いや状態を的確にとらえる】	ケアの方向性を考えるうえで、常にAさんの思いをくみ取り、できるだけ取り入れようと努力している。また、座位姿勢が取れないことや、食事における嚥下機能などを看護師は観察し、状態を的確にとらえるようにしていた。
【その人らしい生活を支える】	Aさんはこれまでどのように生活してこられたのかを踏まえ、今どのように生活していくことが望ましいのかを考えてケアをしている。
【高齢者に起こりやすいリスクを予測して対応できる】	経口摂取を行う上で、誤嚥を防ぐために食事時の姿勢や環境、食事形態を調整している。
【入居者の尊厳を保持する】	看護師は、ベルトをすることは本人の動きに制限をかけてしまうことや、自尊心を低下させてしまうことを考え、なぜ身体が傾くのか原因を考えながらベルトを使用する以外の方法を検討することを娘さんに説明し、安全な環境づくりをした。
【複雑な状況でのコミュニケーションが取れる】	介護職や家族が少しでも食事を食べさせたいという思いを受け止めつつ、それによる本人への負担を的確に伝えることをしている。
【日常生活の延長線上にある自然な看取りを支援する】	看護師のこれまでの経験から、特養での自然な看取りとは何かを考えながら、Aさんにとって望ましい人生の終末を視野に入れながらケアのあり方を考えている。また、家族の意思決定を支えるために、情報提供や説明を行っている。
【多職種と効果的に協働できる】	多職種に相談して、Aさんにとって必要なケアを共に考えている。また、看護師として出来ることを考え、多職種にケアを依頼したり、また教育的な役割も担っている。

表3 特養の看護実践能力の先行要件

先行要件	文献
1. 環境因子	
・組織内の最適な学びの風土	Cronfalk et al. (2015)
・施設の規模	Muller et al. (2016)
・施設でのケア体制	大村ら (2015)
・職員配置	大村ら (2015)
・同僚からのサポート	Cronfalk et al. (2015)
・研修	Karlstedt et al. (2015), 吉岡ら (2012)
2. 個人因子	
・年齢	Bing-Jonson et al. (2016), Karlstedt et al. (2015)
・看護師としての経験	Bing-Jonson et al. (2016), Karlstedt et al. (2015)
・教育レベル	Backhaus et al. (2015), Bing-Jonson et al. (2016), Karlstedt et al. (2015)

に関しては少なかった。国外文献では、Weech-Maldonadoら（2004）は高い看護実践能力をもつ看護師は特養の入居者に対するケアの質をあげて示している。それにより、帰結として、【ケアの質の向上】【ケアの質の低下】（Weech-Maldonado et al.,2004）が導き出された（表4）。

表4 特養の看護実践能力の帰結

帰結	文献
ケアの質の向上	Weech-Maldonado et al. (2004)
ケアの質の低下	Weech-Maldonado et al. (2004)

5. 属性の経験的指示対象の検討

経験的指示対象とは、その現象の存在または存在によって概念自体の発生を例示する実際の現象の種類やカテゴリーである（Walker&Avant, 2005/2008）。概念の存在を例示する方法として尺度による測定が考えられる。国内では、特養における看護実践能力を測定する尺度は開発されていない。国外においては前述したようにBing-Jonsonら（2015）が開発したNOP-CETがみられる。しかし、これはノルウェーのナーシングホームとホームケアでの看護実践能力の測定を目的として開発された尺度である。構成概念をみると、「知識」「技術」「態度」の3つに分かれており、「知識」については、ヘルスプロモーションと疾病予防、治療、緩和ケア、倫理と法規がある。「技術」はアセスメントと実践、基本的なニーズの充足、コミュニケーションと記録である。さらに、「態度」は責任と積極性、協働、高齢者に対する態度である。NOP-CETの項目の「知識」「技術」については、看護技術や医療行為が多く含まれている。そのため、病院での看護実践能力に近い内容といえる。これは、高齢者施設と在宅ケア両方の看護実践能力であることや医療システムの違いから、日本における特養での看護実践能力にそぐわない内容もみられ、そのまま適用することは十分ではないと考える。また、大村ら（2015）の特養における看取りの看護実践能力尺度は、【入居者本意に沿った医療管理】【安寧な臨終に向かう協働】等の5因子で構成されているが、その内容は看取りにのみ焦点を当てている。そのため、特養での全般的な看護実践能力を測定するためには、新たに尺度開発する必要があるといえる。

IV. 考察

1. 特養における看護実践能力の特徴

特養における看護実践能力の概念分析を行った結果、属性として【入居者・家族との関係性を築く】【入居者の思いや状態を的確にとらえる】【その人らしい生活を支える】【高齢者に起こりやすいリスクを予測して対応できる】【入居者の尊厳を保持する】【複雑な状況でのコミュニケーションが取れる】【日常生活の延長線上にある自然な看取りを支援する】【多職種と効果的に協働できる】が導き出された。

田島（2004）は生活上の背景として個人の生活習慣、価値観などについて可能な限り看護において考慮するが、それらは健康問題との関係で改善を求めることがあることを示している。しかし、特養の場合には【その人らしい生活を支える】ために、これまでの生活習慣、価値観を大切にすることが示されていた。その一方で、苦痛を感じることなくその人らしい生活が継続できることを考え、【高齢者に起こりやすいリスクを予測して対応できる】ようにもしていた。生活の場である特養では、医療施設とは異なった看護師の判断が求められる（伊藤ら、2006；戸塚、2014；戸谷ら、2014）。積極的に医療を取り入れることが入居する高齢者の生活の質を低下させてしまうことも多い（戸塚、2014）。その一方で、その人らしい生活を重視することが本人の心身に悪影響を及ぼし、苦痛を与えることが予測される場合にはそれらをあらかじめ予防するケアが必要となる（戸塚、2014；依本、2014）。しかしその方法は、入居者の状況によって異なることから、【入居者の思いや状態を的確にとらえる】ことが必要である。また特養の入居者は、認知機能の低下や言語障害を有する人も多いため、自己の思いを他者に表出することが困難な状況である場合が多く、【入居者の思いや状態を的確にとらえる】ことは容易ではない。そのため、【入居者・家族との関係性を築く】、【多職種と効果的に協働できる】という能力によって、様々な視点から得られた情報を統合し、入居者の表出できない思いを知ることや、症状が非定型性で変化に気づきにくいことへの対応を可能にする。以上のように、今回の概念分析によって、特養ならではの看護実践能力の特徴が導き出されたと考える。

先行要件については、【環境因子】と【個人因子】が導き出された。【環境因子】では、施設の規模によっても看護実践能力に違いがあり、従来

の大規模な施設よりも小規模施設の看護実践能力のほうが高くなることが示されていた (Muller et al., 2016). また, 【個人因子】では年齢の高い看護師のほうが看護実践能力は低いことが示されており (Bing-Jonsson et al., 2015), 年齢と教育背景が関連しているといえる. つまり, 年齢の高い看護師は高齢者施設に関する看護について学んだ経験をもたないことが影響していることが考えられる (高橋, 2009). 一般的には, 年齢の高い経験豊かな看護師は看護実践能力が高いこと示されているが (増原ら, 2007; 辻ら, 2007), 特養の看護師においては年齢・経験・教育背景が関連しながら看護実践能力を生み出しており, ベースとなる教育内容の違いから発揮される看護実践能力に差があることが明らかになった.

2. 実践・研究への示唆

今回の概念分析において, 一般的な看護実践能力とは異なる特養独自の能力が明らかになった. しかし, 看護実践能力の具体的な内容については十分に言語化されていない現状がある (Backhaus et al., 2015). 前述したように特養の看護職の離職率は高く, また特養で勤務する看護師の多くは病院等での勤務を経ていることが多い (高橋, 2009) が, 病院とは異なる生活の場としての看護師の役割を見出すことに苦慮することが多い (戸塚, 2014). また, 職員配置において看護師の数が少ないことから, 他職種との連携が重要となるが, 様々な資格や背景をもつ介護職との連携がうまくいかず悩むこともよくみられる (戸塚, 2014; 高橋, 2009). さらに, 要介護度3以上の人が原則的に入所することとなり, 重度の入居者の増加が考えられ, 医療的ケアや急変時の対応など看護師の役割はさらに拡大することが予測される. そのため, 今回明らかになった概念の要素をもとに, さらに詳細な内容を明らかにすることは, 特養で必要とする看護実践能力の共有化につながり, 特養で勤務する看護師の不安を和らげることが考えられる. また, 特養における看護実践能力が明確になることで, 能力の程度を測定する尺度を開発することも可能となる. Meretoja (2004) は看護実践能力の自己評価は専門職としての実践とリンクしており, 省察的な実践は専門職としての実践の特性であり, 自己学習やキャリア開発を促進することを指摘している. また, Backhausら (2015) は高齢者ケアへの要望が複合化している現状から, 特養では今後ますます高い看護実践能力が求められることを強調してい

る. 今回明らかになった概念の各要素をもとに, さらなる研究を積み重ね実践の場で活用可能な特養における看護実践能力尺度を開発することは, 実践能力を高めることの一助となり, ひいてはケアの質を担保することにつながると考える.

V. 結論

37文献を対象に特養における看護実践能力を, Walker&Avantの概念分析の手法を用いて分析した結果, 属性として, 【入居者・家族との関係性を築く】【入居者の思いや状態を的確にとらえる】【その人らしい生活を支える】【高齢者に起こりやすいリスクを予測して対応できる】【入居者の尊厳を保持する】【複雑な状況でのコミュニケーションが取れる】【日常生活の延長線上にある自然な看取りを支援する】【多職種と効果的に協働できる】が導き出された. また, 先行要件として【環境因子】と【個人因子】, 帰結として【ケアの質の向上】【ケアの質の低下】が明らかになった.

概念分析対象文献

- American Association of Colleges of Nursing (2010). Recommended Baccalaureate Competencies and Curricular Guidelines for the Nursing Care of Older Adults
- Backhaus R, Verbeek H, Rossum EV, et al. (2015). Future distinguishing competencies of baccalaureate-educated registered nurses in nursing homes. *Geriatric Nursing*, 36, 438-444.
- Bedin M G, Droz-Mendelzweig M, Chappuls M (2013). Caring for elders: the role of registered nurses in nursing homes. *Nursing Inquiry*, 20(2), 111-120.
- Benner P (2001/2005). 井部俊子 (監訳). ベナー看護論 新訳版—初心者から達人へ. 医学書院, 東京
- Bing-Jonsson PC, Hofoss D, Kirkevold M, et al (2015). Nursing Older People—Competence Evaluation Tool: Development and Psychometric Evaluation. *Journal of Nursing Measurement*, 23(1), 127-153.
- Bing-Jonsson P C, Hofoss D, Kirkevold M, et al. (2016). Sufficient competence in community elderly care? Results from a competence measurement of nursing staff. *BMC Nursing*, 15(5), 1-11.
- Cronfalk B S, Ternstedt B, Larsson L F, et al. (2015). Utilization of palliative care principles in nursing home care: Educational interventions. *Palliative and Supportive Care*, 13, 1745-1753.
- 堀川尚子 (2016). 特養・老健で働く看護職員の業務内容・労働環境に関する実態と課題. *COMMUNITY CARE*, 18(8), 34-39.
- 堀田将士, 古川直美, 星野純子ら (2016). 特別養護老人ホームに勤務する看護職に対する人材育成の現状と課題. *岐阜県立看護大学紀要*, 16(1), 121-127.
- International Council of Nurses (2009). ICN Framework of Competencies for the Nurse Specialist, 入手2016

- 年9月4日, www.epda.eu.com/EasySiteWeb/GatewayLink.aspx?allId=7465
- 伊藤雅治, 井部俊子 (監修) (2006). 特別養護老人ホーム看護実践ハンドブック—尊厳ある生活を支えるために. 中央法規出版, 東京
- 鎌田ケイ子, 押川真喜子 (2014). ナースが“ケア”を自覚することから介護と看護の「連携」が始まる. COMMUNITY CARE, 16(5), 50-55.
- Karlstedt M, Wadensten B, Fagerberg I, et al. (2015). Is the competence of Swedish Registered Nurses working in municipal care of older people merely a question of age and postgraduate education?. Nordic College of Caring Science, 29(2), 307-316.
- 厚生労働省 (2004). 「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書. 手2016年9月4日 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html>.
- 文部科学省 (2011). 学士課程においてコアとなる看護実践能力と卒業時到達目標. 入手2016年9月4日, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/47/siryu/_icsFiles/afidfile/2011/11/04/1312488_5.pdf
- 森幹雄, 小野美喜 (2014). 特別養護老人ホームで働く看護職の専門職的自律性に寄与する要因, 日本看護倫理学会誌 6(1), 46-52.
- Mueller C, Burger S, Rader J, et al. (2013). Nurse Competencies for person-directed care in nursing homes. Geriatric Nursing, 34, 101-104.
- Mueller C, Misiorski S, Ortigara A (2016). The Role of the Nurse in Person-Directed Care. GENERATIONS-Journal of the American Society on Aging, 40(1), 106-114.
- 新村出 (編) (2008). 広辞苑第6版, 岩波書店, 東京
- 日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会 (第9・10期) (2011). 看護学を構成する重要な用語集. 公益社団法人日本看護科学学会, 入手2016年9月4日, <http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf>
- 日本看護協会 (2007). 看護業務基準 (2006年度改定版). 入手2016年9月4日, http://h-t.air-nifty.com/ht/2007/10/2006_a188.html
- 日本看護協会 (2013). 介護施設の看護実践ガイド. 医学書院, 東京
- 日本看護協会 (2016a). 「看護師のクリニカルラダー (日本看護協会版)」活用のための手引き. 入手2016年9月4日, <http://www.nurse.or.jp/nursing/jissen/pdf/tebiki.pdf>
- 日本看護協会 (2016b). 特別養護老人ホーム・介護老人保健施設における看護職員実態調査 報告書, 入手2016年9月4日, <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2016/kaigojittai-2015.pdf>
- 大村光代, 山下香枝子, 西川浩昭 (2015). 特別養護老人ホームにおける看取りの看護実践能力の因子構造と関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 38(2), 1-12.
- 田島桂子 (2004). 看護実践能力育成に向けた教育の基礎. 医学書院, 東京
- 高橋優子 (2009). 介護保険施設における看護師の実態と定着への課題—介護老人福祉施設と介護老人保健施設の看護職員の比較結果—. 社会教育研究, 27, 31-46.
- 高瀬美由紀, 寺岡幸子, 宮腰由紀子ら (2011). 看護実践能力に関する概念分析: 国外文献のレビューを通して. 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 103-109.
- 戸塚恵子 (2014). 特養ナースの思い. 株式会社牧歌舎, 東京
- 戸谷幸佳 (2014). 特養での看取りを見据えたコミュニケーション. COMMUNITY CARE, 16(4), 10-13.
- 戸谷幸佳, 松本佐知子, 山田正巳ら (2014). 高齢者施設で働く看護職が老年看護の改革者になる. COMMUNITY CARE, 16(12), 48-53.
- 坪井桂子 (2008). 高齢者看護の実践能力を構成する項目作成の試み. 老年看護学, 13, 1, 83-94.
- 安江豊子 (2013). 居者の“正常”がわからなければ“異常”は発見できない. COMMUNITY CARE, 15(14), 20-23.
- 依本正恵 (2014). 論理的な現状分析と戦略で実現する温かいケア. COMMUNITY CARE, 16(6), 38-43.
- 吉岡久美, 森田敏子 (2012). 介護保険施設に就業する看護職者の学習ニーズ及び看護能力を高める継続教育のあり方. 日本看護福祉学会誌, 17(1), 21-33.
- 和田攻, 南裕子, 小峰光博 (編) (2010). 看護大辞典第2版, 医学書院, 東京
- Weech-Maldonado R, Meret-Hanke L, Neff M C et al. (2004). Nurse Staffing Patterns and Quality of Care in Nursing Homes. Health Care Management REVIEW, 29(2), 107-116.

文献

- 真下綾子, 中谷喜美子, 陣田泰子ら (2011). 急性期病院における看護実践能力尺度の開発. 日本看護管理学会誌, 15(1), 5-16.
- 増原清子, 内田宏美, 樽井恵美子ら (2007). 臨床看護師の看護実践能力と社会的スキルの発達. 高根大学医学部紀要, 30, 51-57.
- Mettrtoja R, Isoaho H, Leino-Kilpi H (2004). Nurse Competence Scale: development and psychometric testing. Journal of Advanced Nursing, 47(2), 124-133.
- 内閣府 (2014). 平成26年度版高齢社会白書, 入手日2016年9月4日, http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/gaiyou/27pdf_indexg.html
- 中山洋子, 工藤真由美, 石原一計 (2010). 平成18年度～21年度科学研究費補助金 (基盤研究 (A)) 研究代表者 (中山洋子) 看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究—臨床経験1年目から5年目までの看護系大学卒業看護師の実践能力に関する横断的調査報告書
- Schwirian P M (1978). Evaluating the Performance of Nurses: A Multidimensional Approach. Nursing Research, 27(6), 347-351.
- 辻ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子ら (2007). 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因. 日本看護研究学会誌, 30, 5, 31-38.
- 山田由紀 (2015). 介護老人保健施設における看護師の経験知から導き出された看護実践能力の特性. 立命館人間科学研究, 31, 19-34.
- Walker L O & Avant K C (2005). STRATEGIES FOR THEORY CONSTRUCTION IN NURSING. PEARSON, United States of America. / 中木高夫, 川崎修一 (2008). 看護における理論構築の方法 (1). 医学書院, 東京
- Walker L O & Avant K C (2011). STRATEGIES FOR THEORY CONSTRUCTION IN NURSING FIFTH EDITION. PEARSON, United States of America.

資 料

母親の被養育体験についての概念分析

Conceptual analysis of the experience of being raised for mothers

田中陽子¹⁾・上野昌江²⁾・大川聡子²⁾

Yoko Tanaka, Masae Ueno, Satoko Okawa

キーワード：被養育体験, 愛着形成, 母子保健活動, 概念分析

Keywords: experience of being raised, attachment formation, mother and child healthcare activities, conceptual analysis

Abstract

A conceptual analysis of the experience of being raised was conducted in order to use mothers' experiences of being raised to support the formation of mother-child attachment in community mother and child healthcare activities. The objective of this conceptual analysis was to present an operational definition and clarify the attributes, prerequisites, and consequences of that definition. The conceptual analysis was done with reference to the method of Walker & Avant (2005). "Experience of interaction with parents" and "proximity availability to the object of attachment" and "emotional availability of the object of attachment" were derived for the conceptual attributes of the experiences of being raised. "Existence of an object of attachment" were derived as prerequisites, and "interpersonal trust" as a consequence. Public health nurses, when observing the involvement between mothers and children and listening to them in various settings including notification of pregnancy, neonatal home visits, and infant health checks, can look back together with the mother on the experience of being raised and contribute to receptive involvement with the child.

要 旨

地域の母子保健活動において親子の愛着形成を促す支援に活かすため、母親の被養育体験について概念分析を行った。操作的定義を示すと共に定義の属性、先行要件、帰結を明らかにすることを目的とした。概念分析の方法はWalker&Avant(2005)の方法を参考に行った。被養育体験の概念定義の属性には「親との相互作用の経験」「親との近付きやすさ」「親との情緒的つながり」を導いた。先行要件には「愛着対象の存在」、帰結として「対人的信頼感」を導き出した。保健師は、妊娠届出時、新生児家庭訪問、乳幼児健診などの場面において子どもと母親の関わりを観察したり話を聞くなかで、母親と一緒に被養育体験を振り返り、子どもへの受容的な関わりへの促進に寄与できると考える。

受付日：2016年9月20日 受理日：2016年12月20日

1) 大阪府立大学大学院看護学研究科博士後期課程

2) 大阪府立大学大学院看護学研究科

I. 諸言

乳幼児を育てる母親と子どもの安定した愛着形成は、子どもの生涯にわたる対人関係の基盤となる。乳幼児に母親が安定して、愛情深く触れ合い、要求や期待などに温かく対応するなどの相互作用が繰り返されると、子どもは安定した愛着を発達させる (Browne, 2012)。近年、養育行動の背景要因として、母親の被養育体験が影響していることが報告された (数井, 2000)。

母子保健活動において妊娠期から関わる保健師は、母親と信頼関係を構築しながら親子の様子を観察し、母親の出産後の子どもへの思いや愛着など何か気になると感じアセスメントをしていくことが求められる。そして、保健師は、子どもとの関わりが気になる母親に対して丁寧な思いを聞き、母親のニーズに合わせた支援を行っている。その中で重要となるものは母親の養育行動に関連している被養育体験も1つの要因と考えられるが、様々な定義があり明確には示されていない。

渡辺 (2000) は、世代間伝達とは、幼少期の体験が大人になってからの子育ての能力に影響することと述べており、被養育体験の特徴、性質、価値観などは、親から子どもへ世代間伝達していくことを報告している。Bowlby (1982) は、内的ワーキングモデルを提唱し、母親自身が子ども時代の愛着経験に基づいた養育者のイメージは、その後の対人関係に影響を与えると述べている。

先行研究では母親が、幼少期の親子関係について良好な愛着を認識している場合、自分の子育てにおいても子どものシグナルを敏感に捉え、良好な親子関係を築くことができると指摘されている (数井, 2009)。幼少期に受けた不適切な関わりや虐待の経験は、ネガティブな愛着経験として認識される可能性があり、自分自身が母親になった時に、良好な親子関係を持ちにくいことも指摘している (遠藤, 2010)。しかし、森下 (2004) は、幼少期の被養育体験がたとえネガティブであった母親でも、何らかの周囲による情緒的サポートがあった場合は、母親は自分の子どもに対して受容的な態度を形成できると報告している。

このことから、妊娠期から継続して母子保健活動を行う保健師が、母親の被養育体験を捉えると同時に情緒的サポートを行っていくことで、良好な親子関係を築くことにつながっていくと考えられる。そのため本研究では、親子の愛着形成を促す支援に活かすため、日本における母親の被養育

体験について着目し、この概念の構造と機能について現象の本質に関する新しい洞察を表すため概念分析を行った。概念の操作的定義を示すと共に定義の属性、先行要件、帰結を明らかにすることを目的とした。

II. 研究方法

1. データ収集法

文献検索には、CiNii、医学中央雑誌 (医中誌 Web)、NDL-OPAC (国立国会図書館蔵書検索) のデータベースを用いた。被養育体験については価値観や文化の影響が考えられ、本研究の結果を日本で適用し、被養育体験が用いられた近年までの状況を明らかにするために1988 - 2015年の期間で、対象と文献の検索を2段階で行った。第1段階は研究目的に基づき「被養育体験」を設定した。第2段階は、第1段階の文献中に含まれていたワードの中から本研究に関係が深いと判断したワード「世代間伝達」「内的ワーキングモデル」を設定した。抽出された文献のタイトル、要約を参照し、被養育体験に関する記述のある48文献を選択した。その内訳は、心理学分野の文献が38編、看護分野の文献が8編、それ以外が2編であった。原著論文45編、研究報告1編、資料2編であった。

2. 概念分析の方法:

本研究は概念の本質的な構成要素を明らかにするため、概念を説明するのに何が重要であるのかを調べ、概念の基礎となる要素を調べるプロセスを用いる Walker & Avant (2005) による概念分析の方法を参考にした。Walker & Avant の概念分析の7段階 (①~⑦) を次に示す。

「①概念を選択する」に関しては、「被養育体験」を選択した。「②分析のねらい、あるいは目的を決定する」に関しては本研究においては母子保健活動への活用を検討するため「母親の被養育体験」の概念を明らかにすることを目的とした。「③選択した概念について発見したすべての用法を明らかにする」に関しては、心理学辞典などの辞書、定義が記されている文献を用いて被養育体験の概念の使われ方を概観した。「④選択した概念を定義づける属性について明らかにする」「⑦先行要件と結果(帰結)を明らかにする」に関しては、本研究の目的である「母親の被養育体験」の定義属性、先行要件、帰結を明らかにした。次に被養育体験の操作的定義を洗練し、「⑤⑥定義属性を

例示するモデル例と境界例を明らかにする」に関して検討した。

Ⅲ. 結果

1. 被養育体験の用いられ方

1) 被養育体験の一般的な捉え方

広辞苑では「養育」は、養い育てること、はぐくむことと示された。「体験」は、自分が身をもって経験することを意味する。発達心理学辞典には、母親および親の行動（parenting）には、子どもを危険から守る「保護」、栄養をあたえて（授乳・給食）育てる「養育」、しつけ・見習いによって生存に必要な行動や技能を習得させる「教育」の段階があると示されている。APA心理学大辞典では「養育」は「①nurture」人の発達と行動に影響する環境要因の総体、家族属性、子育て、経済状況などの社会文化と生態の要因などが研究の対象となる。「②parenting」子を育てることに関連したすべての行為のこと。様々な養育スタイルすなわち両親が子と相互作用する方法を指すと示された。また、ジーニアス英和大辞典では「upbringing」子ども（時代）のしつけ（方）早期教育と示された。被養育体験は、親と子どもの個人の特性だけでなく、それを取り巻く様々な社会的特性も含めて捉える現象を意味していた。

2) 精神医学における被養育体験

児童精神科医、心理学者であるBowlby（1977）は、乳幼児が養育者（主に母親）から母性的な養育を受けられなくなるmaternal deprivation（母性剥離）に関する研究から、乳幼児期の親子の愛着関係が基本的信頼の形成に不可欠であるという愛着理論を確立した。

Bowlbyの研究以降、幼少期の愛着経験は成人期の愛着に影響し、抑うつ、産後うつ病、アルコール依存症などの精神疾患と関連することが検証されている（Steven, 2008）。Hammen（1995）は、抑うつへの感受性が3つの要因①生まれ育った家庭での経験②現在の高いストレスを感じる出来事③自分もしくは重要な他者への非機能的な認知の要因があると報告している。この中で産後うつは、新しく子どもが生まれることで、多くの対人関係の変化に伴いストレスや葛藤が増加する時期に、睡眠不足、疲労、日々の子どもの世話などからさらにストレス量が上昇し、幼少期のネガティブな体験について認知が活性化されることとの関連が報告された。

Parker（1979）は、成人期の愛着は、幼少期の

情緒的な絆の延長であるという考えに立ち、両親と子どもの関係性から被養育体験を捉えようとした。Parkerは、16歳までにどのような養育を受けたかという、子どもからみた両親の養育態度の自覚的評価としてParental Bonding Instrument（以下PBI）を開発し、被養育体験としている。PBIを用いた研究から、うつ病患者は健常者に比べて自分自身の両親の「養護；愛着や暖かさ」を低く評価し「過保護；過剰接触，幼児扱い」を高く評価したことを示した。

3) 心理学における被養育体験

わが国の心理学領域で被養育体験の用語が注目されるようになったのは1980年頃である。表記は「過去のアタッチメント経験の認識」「子ども時代の母親についての記憶」「回想による幼少期のアタッチメント」「幼少期の愛着経験」「子ども時代の親子関係」など統一していなかった（氏家, 1995；青柳, 1997；数井, 2000；小林, 2000）。

詫摩（1988）は、成人版愛着スタイル尺度を開発し、愛着スタイルの形成について青年の対人態度の特徴を示した。このことにより、乳幼児に焦点化していた愛着研究が、内的ワーキングモデルの捉え方をふまえ青年期や成人期における愛着研究へと発展した（酒井, 2001）。

Main（1985）は、成人愛着面接（Adult Attachment Interview：以下AAI）を用いて実証的研究を行っている。母親に幼少期の親との関係を語ってもらう中で、母親自身の愛着スタイルにおける特徴を示した。数井（2000）は、AAIを用いて母親の被養育体験が、現在の養育行動に影響し、子どもとの愛着形成に関連する世代間伝達について報告した。愛着スタイルが安定している母親は、不安定な母親と比較して、子どもの愛着スタイルが安定し、相互作用の場面においても子どもが母親に積極的に関わっていくことを示した。

遠藤（1992）は、内的ワーキングモデルと愛着の世代間伝達について概観する中で被養育体験について、子どもが愛着対象との具体的な経験を通じた愛着対象への近接可能性および情緒的利用可能性における表象と説明している。つまり、親との近付きやすさや情緒的なつながりについて愛着経験を、現在の母親が意味づけて捉えた主観的な認識と解釈できる。高橋（2004）は、母子相互の要因に限らず、母親以外の身近な大人との相互作用も複雑に絡み合って被養育体験として認識されることについて述べている。さらに被養育体験は、虐待における世代間伝達の関連を明らかにする研究にも活用された（鶴飼, 2000；

木村, 2003). 虐待の世代間伝達の評価について Kaufuman (1987) らは約30%と推定している (山縣, 2013).

心理学領域では, 愛着スタイルの研究により被養育体験が, 母親の養育行動, 対人関係, 母親の敏感性, 子どもの愛着スタイルとの関連があることが示されている (福田, 2004; 横張, 2010; 上野, 2012; 内田, 2011).

4) 看護学における被養育体験の概念の活用

わが国の看護学研究で被養育体験は, 妊娠期からの胎児への愛着形成や産後うつ状態との関連を明らかにする概念として, 小児看護分野や母性看護分野の研究で活用されていた (植木野, 1999; 鎌田, 2001; 大村, 2001).

実証的研究として榮 (2004) は, 妊婦の被養育体験と胎児への愛着形成の関連について, 自分の親に受容的な態度で自律性を尊重されて育ったと認識している妊婦は胎児への愛着が高いことを示唆した. 佐藤 (2006) は, PBIで評価した被養育体験が, 産後5日~3か月のうつ状態に影響していることを示した. 南田 (2008) は, 産褥早期の褥婦が被養育体験を理解し統合することは, 自分の親との関係を再構築する機会であり, 今後の養育方針を形成する重要な過程であることを示している.

看護学領域においては, 子どもとの愛着形成がうまれる妊娠期および産褥早期から, 母親自身の被養育体験を捉えていることが特徴であった. 母親自身の妊娠, 出産, 子育ての経験と被養育体験を理解し統合することは, 自分の親との関係を再構築する機会であり, さらに今後の子どもの愛着形成を促す重要な概念として活用できることが明らかにされている (榮, 2004; 南田, 2000; 及川, 2012).

2. 概念定義の属性および先行要件と帰結

1) 先行要件

被養育体験の先行要件として先行研究より「愛着対象の存在」が導かれた. 「愛着対象の存在」は, 愛着対象の存在としての養育者の存在がなければ, そもそも被養育体験が存在し得ない. 愛着対象 (主な養育者) の存在に影響を与える要因として, 養育者以外の印象に残る人物, きょうだい構成, 子どもの気質など家族システムの特徴などが考えられる. 夫婦および親との関係, 子ども時代の家庭の雰囲気, 養育者の子育て方針・価値観, 養育者のパーソナリティ, 子どもを育てた経験, 周囲の養育環境などに影響されながら多様な

被養育体験を積み重ねていく.

2) 概念定義の属性

被養育体験の概念定義の属性について, 被養育体験における何らかの表現で文献上の定義の内容から, おおよそ共通する概念定義の属性として「親との相互作用の経験」「親との近付きやすさ」「親との情緒的なつながり」の3つが導かれた.

(1) 親との相互作用の経験

「親との相互作用の経験」とは, 愛着対象との具体的な相互作用についてエピソードから養育者の印象や関わりなどの被養育体験が認識されることである. 幼少期の愛着経験は, 養育者から愛された経験, 拒否された経験, 放任・無視された経験の度合いが影響している (数井, 2000). また, 幼少期の愛着経験は, その後の養育の質や貧困や養育者の教育歴などを含めた家族の環境と絡み合う中で個人の発達に複雑に影響を及ぼしている. 被養育体験の認識は, 母親として妊娠, 出産, 子育てを通じた自分自身の経験を通じて, 養育者によって世話をされた経験や過去の未解決の葛藤を無意識的に再体験していく中で主観的に意味づけされる.

(2) 親との近付きやすさ

(proximity availability)

「親との近付きやすさ」とは, 自分が養育者に働きかけたとき, どのように応じてもらったかという母親の現在の主観的認識である. 養育者が子どもをポジティブに捉え, 子どもの欲求や期待に対してどのような配慮が必要であるか理解し, それに基づいて敏感に関わることができれば安定した関係性を築くことが可能である. そして, 何か起こったときに養育者に関わろうとすることが容易になり, 養育者との間で円滑なやり取りを行い, 養育者は子どもの必要に応じて近接や接触などができるようにと考えることができる.

Bowlby (1969) の愛着理論では, 幼少期に親の所在を確認し, 望ましい程度の近接を維持するために必要な調整を行い, 脅威を感じる出来事の際に安全な避難場所として親のところに帰り, 親から離れることに苦痛を感じ, さらに環境を探索するための安全の基地として親を利用する (数井, 2009). これらのことから自分自身が養育者にどのように受容されているのか, あるいは受容されていないのかについての主観的な考えが被養育体験として捉えることができる.

(3) 親との情緒的なつながり

(emotional availability) 注

「親との情緒的なつながり」とは, 養育者が自

注) emotional availabilityは一般的には情緒的応答性と訳されることが多い. 応答する親より, 主体となる子どもに力点を置いて考えたいという意味でこの訳語を使用する. アタッチメントは愛着の表現に統一して記述した.

分に対してどのような情緒的関わりをしてくれたかという母親の現在の主観的認識である。養育者が子どもにとって情緒的に利用可能な存在ということは、子どもが自発的にシグナルを発し何か求めてきたときには確実に敏感に応じる一方で、子どもが特に何も求めてこないときは、あえてそこに踏み込まないことをも意味している。Biringen (2000) は、子どもが求めてこない限りは子どもの望むように一通りやらせてみて、その中で必然的に生じてくる感情を体験させてみるのが重要であると述べている(遠藤, 2011)。「親との情緒的なつながり」について、幼少期の肯定的な母親への感情を抱いていたと回想する母親の場合、その母親自身と子どもとの関係や対人関係について肯定的な認識を示すことが報告されている(久保田, 1994)。また、幼少期の自分の実母に対して否定的な記憶をもっている母親は、育児に関わる出来事を否定的に知覚する傾向を持つことが報告されている(氏家, 1995)。

3) 帰結

被養育体験の帰結として「対人的信頼感」が導きだされた。対人的信頼感とは、発達初期の子どもが養育者から敏感な関わりや適切な応答をうけることで「自分は、他者から愛される存在である」という肯定的な自己イメージや「他者は自分が必要な時に助けてくれる」という他者への信頼感を育む基盤である。酒井(2001)は、就学前の親子関係が安定していると、現在の自己信頼感や相手への信頼感が強められる傾向を示した。受容的に育てられたという認識は、他者への信頼感を形成し、現在の子育てにおいても受容的態度につながる。そして、対人的信頼感が安定することにより、家族の情緒的サポートや地域における社会的サポートや専門的支援を積極的に受けていることが示されている(森下, 2004; 林, 2010)。

3. 被養育体験の操作的定義

被養育体験について何らかの表現で定義が記されている文献を概観した。本研究で被養育体験は、幼少期の養育者との相互作用経験を、母親自身の子育て経験を通じて主観的に捉えた認識であることが示されていた。この根底には愛着対象の存在としての養育者(主に母親)が存在する。養育者との関わりやエピソードを通じた、養育者の印象や感情などについての認識が、結果として母親の対人的信頼感に影響を与えることが示された。

概念分析により導いた、わが国の母親の被養育体験とは、「幼少期の親との相互作用の経験を

通じて、親との近付きやすさや情緒的なつながりに関する愛着経験を、母親が意味づけて捉えた主観的認識」とする。

4. 定義属性を例示するモデル例と境界例

定義属性が観察可能なモデル例を示すことにより事例を通じて概念の例証を行う。境界例を示すことで概念の定義づけている特徴を示すことが可能になる(Walker, 2005)。次に、臨床経験に基づいて構築したモデル例と境界例に示した。

1) モデル例

A氏は20代の母親。幼少期は両親と弟の4人家族。幼少期の実母は専業主婦で忙しく、父親の分まで子育てを頑張っていた。実母は人と接する仕事が好きで優しい感じであった。Aは実母とのつながりが深く「ずっと一緒にいて育ててくれた」と表現しているように、保育園以外はいつも母と一緒に過ごした。父親についても「子煩悩な感じ」と語り慕っていた。A自身が保育園ではさみが使えなくて先生に怒られた時、母はハサミを買に行き一緒に練習してくれた。Aを怒ることは少なく気持ちを受け止めてくれた。現在は、未就園児の息子を育てている。Aは子どもが何か言ってきた時は、何か用事をしていても子どもの目を見て自分の手を止めてどんなことでも聞いてあげようとしている。子どもが外で多少やんちゃな遊びをしても見守り子どもが納得するまでさせてあげるところは実母の影響を受けていると語っていた。

これは「愛着対象の存在」「親との相互作用の経験」「親との近付きやすさ」「親との情緒的なつながり」含むモデル事例である。A氏はこれらの愛着経験からポジティブな被養育体験を認識している。また、ポジティブな被養育体験は母親の良好な対人的信頼感に現在の受容的な養育態度へ影響を与えていると考える。

2) 境界例

B氏は20代の女性。現在はシングルマザーである。幼少期に実母が他界したため、母親についての記憶は曖昧であった。その後、母方の伯父や叔母に育てられるが、子どもが多く十分には関わってもらえなかった。遠方に就職のため慣れない場所で一人暮らしとなる。突然の妊娠についてパートナーに相談することもできず1人で出産し子育てを行っていた。パートで生計を立てていたため、経済的に不安定で生活保護を受給している。近隣から児童相談所に泣き声通告があり家庭訪問すると母親は「子どもが泣くと不安になりどうし

ていいのかわからず放置していた」と話した。

これは、「愛着対象の存在」「親との近付きやすさ」「親との情緒的なつながり」についてほとんど含んでいるが全てではない境界例である。母親は幼少時の自分自身について語ることもなく実母との被養育体験の認識が曖昧な事例である。周囲の人や専門職に対する人的信頼感が築けないため対人関係も円滑になりにくい。

IV. 考察

被養育体験が先行研究によって様々な定義があることが示された。その背景に、過去の被養育体験を行動観察するのは容易でなく見えにくい側面を含んでいること、被養育体験は、青年期までの親の養育態度の記憶と、幼少期における愛着経験の認知が混在していることが挙げられる。さらに、面接や質問紙などによって捉える被養育体験は、幼少期における実際の体験というより、母親自身の現在における過去の経験についての回想や認識であることが考える。

本概念分析の過程を通じて、被養育体験について概念の構造を明らかにし図1に示した。先行要件として「愛着対象の存在」、概念定義の属性として「親との相互作用の経験」「親との近付きやすさ」「親との情緒的なつながり」が導き出され、帰結が「対人的信頼感」で構成された。人との関係性である対人的信頼感は、幼少期の相互作用をもとに生涯にわたる対人関係の基盤となっていることが確認できた。また、被養育体験の認識は、母親の育児についての感情に影響を与えることが示されている(氏家, 1995)。保健師は、丁寧に母親の思いを聞き、どのように幼少期の自分の養育者との関係性を捉えているか一緒に振り返り、現在の子どもの関わり方への支援につなげていくことで、子どもとの安定した愛着形成を促すことができる。

概念分析対象文献

- 青柳肇, 酒井厚 (1997): アダルト・アタッチメントと回想による幼少期のアタッチメントとの関係. 早稲田大学人間科学研究, 10(1), 7-16.
- 安藤智子, 無藤隆 (2009): 妊娠期から産後1年までの抑うつと養育態度に関する要因の検討. 家族心理学研究, 23(1), 36-47.
- 遠藤利彦 (2010): アタッチメント理論の現在: 障害発達と臨床実践の視座からその行方を占う. 教育心理学年報, 49, 150-161.
- 遠藤利彦 (1992): 内的作業モデルと愛着の世代間伝達. 東京大学教育学部紀要, 32, 203-220.
- 福田佳織 (2004): 母親の被養育体験と乳児への敏感性ととの関連. 家族心理学研究, 18(2), 85-98.
- 藤井まな (1994): Parental bondに関する基礎的研究: 育児ストレスとの関連. 教育学科学年報, 20, 89-103.
- 林裕美, 横山恭子 (2010): ネガティブな被養育経験を持ちながら適切な情緒的応答性を示す母親の特性について: 負の世代間伝達を断ち切るために. 上智大学心理学年報, 34, 33-44.
- 本多潤子 (2002): 児童の「母親に対する愛着」測定尺度の作成. カウンセリング研究, 35(3), 246-255.
- 岩治まどか, 井森澄江 (2005): 女子青年における乳幼児期から現在までの親との関係と養護性: 回顧法による成育史の分析をもちいて. 東京家政大学附属臨床相談センター紀要, 8, 19-35.
- 井上俊哉, 大井京子, 西村純一, 他 (2006): 親子関係の生涯発達心理学的研究 II: PBIとIPAの尺度の再検討. 東京家政大学研究紀要, 46(1), 245-251.
- 久保田まり (1994): 青年期における過去および現在の母親との関係に関する認識と母親の子どもに対する感情との関連. 早稲田心理学年報, 26, 51-65.
- 神谷哲司 (2001): 青年が認知する親の養育態度と青年自身の親役割観との関連. 母子衛生, 42(4), 670-180.
- 金政祐司 (2007): 青年・成人期の愛着スタイルの世代間伝達: 愛着は繰り返されるのか. 心理学研究, 78(4), 398-406.
- 木村恭子, 刀根洋子, 鈴木祐子, 他 (2003): 親子・夫婦間で子どもの虐待の認識と世代間伝達の関連について: ビネット調査とPBI測定から. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 2, 60-74.
- 北川恵 (2013): アタッチメント理論に基づく親子関係支援の基礎と臨床の橋渡し. 発達心理学研究, 24(4), 439-448.
- 金政祐司 (2003): 成人の愛着スタイル研究の概観と今後の展望: 現在, 成人の愛着スタイル研究が内包する問題とは. 対人社会心理学研究, 3, 73-84.

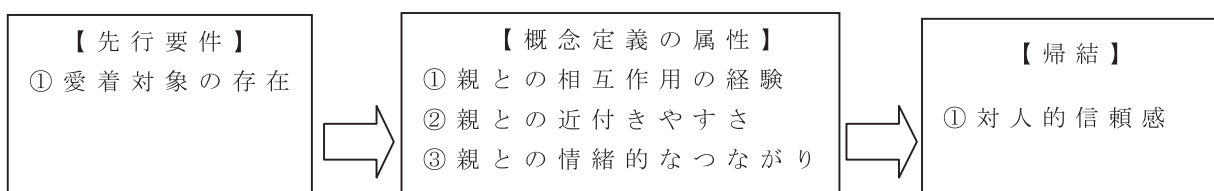


図1. 被養育体験の概念構造

- 数井みゆき (2000) : 日本人母子における愛着の世代間伝達. 教育心理学研究, 48, 323-332.
- 鎌田佳奈美, 榎木野裕美, 鈴木敦子, 他 (2001) : 妊婦が親になることに対する態度の構成要素とInternal Working Modelとの関連. 大阪府立看護大学医療技術短期大学紀要, 7(2), 65-71.
- 小木曾加奈子 (2007) : 母親の被養育体験と現在の育児負担感との関連 ; 子育て支援の連携を求めて. 小児保健研究, 66(5), 688-694.
- 黒田翔太, 野添新一, 原田彩 (2015) : 中年女性における被養育体験・内的作業モデルと摂食障害傾向との関連性についての研究. 心身医学, 55(82), 146-155.
- 金谷有子 (2009) : 愛着理論の縦断研究とその臨床応用への寄与について. 埼玉学園大学紀要人間学部編, 9, 185-196.
- 南田智子, 井関敦子 (2008) : 初産褥婦の産褥早期における被養育体験の意味. 三重看護学誌, 10, 7-11.
- 溝上菜摘 (2010) : 児童期の家族関係と両親のイメージが現在の自尊感情に与える影響. 仏教大学大学院紀要, 38, 91-106.
- 三浦香苗, 田中千穂 (2011) : 児童期の母親の具体的な関わり時代の差 ; 女子大学生およびその母親の認知する被養育体験. 昭和女子大学生活心理研究紀要, 13, 13-23.
- 水本深喜 (2010) : 青年期から成人期への移行期における母娘関係の世代間変化と世代間伝達. 家族心理学研究, 24(2), 103-115.
- 森下正康, 木村あゆみ (2004) : 母親の養育態度におよぼす内的ワーキングモデルとソーシャルサポートの影響. 和歌山大学教育学部教育総合センター紀要, 14, 123-131.
- 丹羽智美 (2006) : 青年期における親への愛着と環境移行期における適応過程. パーソナリティ研究, 13(2), 156-169.
- 榎木野裕美 (1999) : 児童虐待に関する基礎的研究Ⅱ ; 妊婦の内的ワーキングモデルと親になることに対する態度. 乳幼児教育学研究, 8, 95-102.
- 大井京子, 西村純一, 井森澄江, 他 (2006) : 親子関係の生涯発達心理学的研究Ⅲ ; 愛着および親の養育態度の検討. 東京家政大学研究紀要, 46(1), 253-261.
- 及川裕子, 久保恭子, 刀根洋子, 他 (2012) : 乳幼児を持つ親の子どもの虐待の認知度と被養育体験・親性との関連. 園田学園女子大学論文集, 46, 59-67.
- 小川雅美 (1991) : PBI (Parental Bonding Instrument) 日本語版の信頼性・妥当性に関する研究. 精神科治療学, 6(10), 1193-1201.
- 小林真, 渡辺亜矢 (2000) : 母親であることについての女性の自己意識 ; 自己受容感と自己拒否感に関する調査. 富山大学教育学研究論集, 3, 63-67.
- 大村典子, 山磨康子, 松原まなみ (2001) : 周産期における母親の内的ワーキングモデルと胎児および乳児への愛着. 日本看護科学会誌, 21(3), 71-79, 11.
- 酒井厚 (2001) : 青年期の愛着関係と就学前の母子関係 ; 内的作業モデル尺度作成の試み. 性格心理学研究, 9, 2, 59-70.
- 島義弘, 上嶋菜摘, 小林邦江, 他 (2012) : 母子相互作用において母親が使用する情報 ; 内的作業モデルの影響. 発達心理学研究, 23(1), 36-43.
- 佐藤奈緒子, 森岡由紀子, 佐藤文, 他 (2006) : 産後うつ状態に影響を及ぼす背景因子についての縦断的研究 (第一報) ; 母親自身の被養育体・内的ワーキングモデルおよび児への愛着との関連. 母性衛性, 47(2), 320-329.
- 榮玲子 (2004) : 妊婦の胎児への愛着形成に影響する要因の検討. 日本助産学会誌, 18(1), 49-55.
- 刀根陽子, 及川裕子, 内岡恵 (2000) : ジェンダーパーソナリティと養育体験の世代間伝達 ; 看護学生のライフコースと職業選択との関連. 母子衛生, 41(4), 429-438.
- 田中千穂, 三浦香苗 (2010) : 大学生の被養育経験に関する意識の研究 ; 児童期における母親の具体的な関わりについて. 昭和女子大学生活心理研究紀要, 12, 143-157.
- 栃原京子 (2012) : 乳幼児を育てる中で母親が体験する ; 自身の乳幼児期のポジティブな追体験に関する一考察. 近畿大学臨床心理センター紀要, 5, 11-22.
- 辻村昌登 (2008) : 世代間伝達に関する精神分析的考察. 京都大学大学院教育学研究科紀要, 54, 572-584.
- 高橋由利子 (2004) : 愛着理論とその測定方法 ; 最近の文献研究より. 目白大学人間社会学部紀要, 4, 53-66.
- 詫摩武俊, 戸田弘二 (1988) : 愛着理論からみた青年の対人態度 ; 成人版愛着スタイル尺度作成の試み. 東京都立大学人文学会, 196, 1-16.
- 戸田弘二 (1991) : Internal Working Models研究の展望. 北海道大学教育学部紀要, 55, 133-143.
- 氏家達夫 (1995) : 子ども時代の母親について記憶が母親としての態度におよぼす影響について. 母子衛生, 36(1), 173-180.
- 上野永子 (2012) : 母親の幼少期における愛着パターンと子育ての関連. 家族心理学研究, 26(2), 159-172.
- 鶴飼奈津子 (2000) : 児童虐待の世代間伝達に関する一考察. 過去の研究と今後の展望. 心理臨床学研究, 18(4), 402-411.
- 内田利広, 古家美穂, 河合三奈子 (2011) : 母親の内的作業モデルから見た「子どもの育てにくさ」に関する研究「ぐずり・依存行動」「不機嫌行動」「対人不安定行動」をめぐって. 家族心理学研究, 25(1), 56-67.
- 横張梓 (2010) : 母親の養育行動が娘の予備的養育行動に及ぼす影響について. 北星学園大学大学院論集, 1, 99-112.
- 山口正寛 (2009) : 愛着機能尺度 (Attachment-Function Scale) 作成の試み. パーソナリティ研究, 7(2), 157-167.
- 山本政人 (2010) : 日本におけるアタッチメント研究の展開. 学習院大学人文科学研究所, 9, 35-54.

文献

- Armsden, G. C. & Greenberg, M. T. (1987) : The Inventory of Parent and Peer Attachment : Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 16, 427-454.
- Ainsworth, M. D., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978) : *Patterns of Attachment : A psychological study of strange situation*. Hillsdale, NJ, Erlbaum.
- Bowlby, J. (1969/1982) : *Attachment and loss Vol 1 Attachment*. Basic Books, New York.
- Bowlby, J., 黒田実郎, 岡田洋子, 他監訳 (1977/2007) : *母子環形の理論Ⅰ ; 愛着行動*. 岩崎学術出版社, 東京.
- Biringen, Z. (2000) : Emotional availability ; Conceptualization and research findings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 70(1), 104-114.

- 遠藤利彦, 佐久間路子, 徳田治子, 他 (2011) : 乳幼児の
こころ ; 子育て・子育ての発達心理学. 有斐閣アル
マ, 東京.
- 数井みゆき, 遠藤利彦 (2009) : アタッチメント ; 生涯に
わたる絆. ミネルヴァ書房, 京都.
- Browne, K. D., J. Douglas, C. H. (2006) : A Community
health approach to the assessment of infants and
their parents; The CARE Programme. John Wiley &
Sons, UK / 上野昌江, 山田和子監訳 (2012) : 保健師・
助産師による子ども虐待予防「CAREプログラム」;
乳幼児と親のアセスメントに対する公衆衛生的ア
プローチ. 明石書店, 東京.
- Main, M., Kaplan, N. & Cassidy, J. (1985) : Security
in infancy, childhood, and adulthood : A move
to the level of representation. In I. Bretherton &
E. Waters (Eds) , Growing points in attachment
theory and research. Monographs of the Society for
Research in Child Development, 50, 66-106.
- 中木高夫, 川崎修一訳 (2008) : 看護における理論構築の
方法. 医学書院, 東京.
- Parker, G., Tupling, H. & Brown, L. B. (1979) : A
parental bonding instrument. British Journal of
Medical Psychology, 52, 1-10.
- Steven, R., Jeffrey, S. (2004) : Adult Attachment,
Theory, Research, and Clinical Implication. The
Guilford Press, New York. / 遠藤利彦他監訳 (2008) :
成人のアタッチメント ; 理論・研究・臨床. 北大路
書房, 京都.
- Walker, L. O., Avant, K. C. (2005) : Strategies for
theory construction in nursing. 4. Pearson Prentice
Hall ; Upper Saddle River, NJ.
- 渡辺久子 (2000) : 母子臨床と世代間伝達. 金原出版, 東
京.
- 山縣然太郎 (2013) : ライフサイクルと虐待の世代間連鎖.
母子保健情報, 67, 11-13.

資 料

慢性疾患を抱える乳幼児の親の「気になる養育」の様相

The Aspect of “Parenting of Concern” Provided by the Parents who have Infants or Preschool Children with Chronic Disease

植木野裕美¹⁾・岡崎裕子¹⁾・小代仁美²⁾・川勝和子³⁾・武田善美⁴⁾

Hiromi Naragino, Yuko Okazaki, Hitomi Ojiro, Kazuko Kawakatu, Yoshimi Takeda

キーワード：気になる養育, 乳幼児, 慢性疾患

Keywords: Parenting of Concern, Infants or Preschool Children, Chronic Disease

抄 録

本研究は、慢性疾患を抱える乳幼児の親の養育状況に着目し、看護師が捉えた親の「気になる養育」の様相を明らかにすることを目的に、研究協力の同意を得た小児経験3年以上の看護師14名を対象に、インタビューガイドに基づいた半構造的面接を行い、親の「気になる養育」の様相を分析した。結果、看護師が捉えた親の「気になる養育」として、【親子の生活リズムの乱れが気になる】【子育てをできるかが気になる】【病児の子育てをできるかが気になる】【子どもとの情緒的関わりの少なさが気になる】【独特な考えで子どもに関わることが気になる】【主体性のない子どもへの関わりが気になる】【子どもの発達の妨げになる関わりが気になる】【子どもへの虐待的な関わりが気になる】【子どもに影響する親の状況が気になる】【親子関係の違和感が気になる】である。看護師は、親子の生活の過ごし方、子育てそのものに対する親の力、子どもが疾患を抱えている中で親が陥りやすい養育を気になると捉えていた。

I. はじめに

乳幼児期は、生きること自体に養育者（ここでは親とする）への依存度が高い。また子ども・親の結びつきは非常に強いものであるため、これが容易に不適切養育のリスクに転じる可能性がある。子育てを取り巻く環境や生活状況の厳しいなか、現代の親は子育ての学習をする機会が乏しい。子育ての問題は、親として育つ機会が不足していることが影響していることが指摘（笠原,2014; 今井ら, 2011）され、健康な乳幼児の養育であっても、子どもへの世話不足、怒りながらの育児等、親の「気になる養育」状況が報告（金山,

2016; 金山, 2015; 佐藤ら, 2006; 藤永, 2009; 磯野ら, 2011; 郷間ら, 2003; 寺見, 2001) されている。

一方、慢性疾患を抱える乳幼児の親の養育態度を見ると、子どもが入院している場合には親にとっても、入院生活が非日常的であり、子どもを不憫に思う気持ちから、生活上のしつけが甘くなったり、親自身のストレスも高いため子どもの養育が行き届かない傾向にあることが指摘されている（矢部, 2004; 浦山, 2009）。また慢性疾患を抱えた子どもを養育していく日々は、子育てに不慣れな親にとって非常に困難になる。看護師は、慢性疾患を抱える乳幼児の親には、疾患の知

受付日：2016年9月20日 受理日：2016年12月20日

1) 大阪府立大学学術研究院第6学群看護系

2) 奈良県立医科大学

3) 京都大学医学部付属病院

4) 大阪市立総合医療センター

識、医療的ケアに関する知識や技術、疾患管理等に関する指導をし、親は疾患に関する知識を身に付けたり、医療的ケアを安全にできるようにその技術を習得することに関心を向けるなど、疾患管理に関心が偏りがちになりやすい(矢部, 2004)。先行研究において、看護師が親の養育に違和感を覚え、気になっている(小出, 2006)との指摘はあるが、その様相は明らかではない。また看護師の疾患管理の支援は多くみられるが、養育の視点からとらえた研究はない。本研究では、慢性疾患を抱える乳幼児の親の養育に対して、看護師が「気になる養育」の様相を明らかにする。親が陥りやすい養育を解明することで、親の養育状況に即した親へのペアレンティング支援を具体化でき、それは乳幼児が一人の子どもとして受けることができる養育を保障することになると考える。

II. 研究目的

慢性疾患を抱える乳幼児の親の養育状況に着目し、看護師が捉えた親の「気になる養育」の様相を明らかにする。

III. 研究方法

1. 研究参加者

便宜的に抽出した近畿圏の慢性疾患の乳幼児が入院する小児専門病院、大学病院の小児科病棟に勤務し、研究協力の同意を得た看護師。

2. 研究方法

- 1) 研究デザイン：日頃、親に関わっている看護師が親の養育について気になっている養育の状況を明らかにする質的記述的研究。
- 2) データ収集方法：インタビューガイドに基づき、半構造的面接を30分程度実施した。面接は研究参加者の勤務に支障がなく、研究参加者が希望する日時に設定し、面接場所はプライバシーが守られる静かな場所で行った。研究参加者の同意を得て、面接内容をICレコーダーに録音し、同意が得られない場合はメモにて記録した。
- 3) 面接内容：①研究参加者の属性(小児看護経験年数)、②慢性疾患を抱える乳幼児の親の養育について気になった養育状況、③気になった理由である。ここでは慢性疾患とは、心疾患、小児がん、腎疾患、呼吸器疾患を中心に、長期に渡り何らかの医療的ケアが必要

になる疾患である。

- 4) 分析方法：面接内容から逐語録を作成し、親の「気になる養育」の文脈を抽出し、意味内容を損ねないようにコード化を行う。コードからサブカテゴリー、カテゴリー化する。検討を重ね、真実性・妥当性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の審査を受け承認を得た(申請番号27-35)。また研究協力施設の倫理委員会の審査を受け承認を得た。調査は対象施設の施設長、看護部長、看護師長の協力の下で研究対象者の同意を得て実施した。依頼に当たり、研究目的・方法、研究への協力は自由意思であり、不利益を被ることはないこと、研究過程で途中辞退が可能なこと、プライバシーの保護、所属施設や個人が特定されないこと、得たデータは研究目的以外に使用しないこと、データは厳重に保管すること、研究成果は学会発表や投稿する可能性があること、研究成果を施設及び研究対象者に郵送することを文書と口頭で説明し、研究参加同意書に署名を求め研究参加の同意を確認した。

IV. 結果

1. 研究参加者の背景

研究参加者は14名で、背景を表1に示した。小児看護経験年数は平均9.2年、面接時間は平均34.2分であった。

2. 看護師が捉えた親の「気になる養育」

看護師が捉えた親の「気になる養育」(表2)として抽出したのは、【親子の生活リズムの乱れが気になる】【子育てをできるかが気になる】【病児の子育てをできるかが気になる】【子どもとの情緒的関わりの少なさが気になる】【独特な考えで子どもに関わることが気になる】【主体性のない子どもへの関わりが気になる】【子どもの発達の妨げになる関わりが気になる】【子どもへの虐待的な関わりが気になる】【子どもに影響する親の状況が気になる】【親子関係の違和感が気になる】の10カテゴリー、43サブカテゴリーである。以後、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを<>、研究参加者の語りを「」で示した。

1) 【親子の生活リズムの乱れが気になる】

このカテゴリーは、子どもと付き添う親の生活リズムが確立していなかったり、親が自分の生活

表1 研究参加者の背景

参加者	小児経験年数 (年)	面接時間 (分)
A	6	26
B	7	20
C	6	20
D	22	26
E	7	30
F	16	38
G	23	36
H	4	47
I	4	28
J	7	37
K	6	44
L	10	43
M	8	44
N	3	40

表2 親の「気になる養育」

カテゴリー	サブカテゴリー
親子の生活リズムの乱れが気になる	子どもの生活リズムがルーズになっている 親の生活リズムがルーズになっている 親の生活時間に合わせて子どもを生活させる
子育てをできるかが気になる	子どもの泣きへの対応ができない 子どもの世話の仕方がわからない 普段からお菓子を中心にした食事をしている 子どもの安全に対する配慮がない 普段の子どもの様子を把握していない 子どもにおもちゃを与えるだけで親は遊べない
病児の子育てをできるかが気になる	疾患管理をする上で必要な生活の制限事項を守れない 親が退院を先延ばしにしようとする 疾患を心配して子どもに何もさせない 子どもの変化を育ちとして捉えられない 健康な子どもと比較して子どもをみている
子どもとの情緒的関わりの少なさが気になる	子どもに話しかけない 子どもへのスキンシップがない 子どもを抱っこしない
独特な考えで子どもに関わることが気になる	子どものそばを離れない 子どもが何をしても注意しない 子どもが欲しがるものは何でも買う 看護師が子どもの世話を何でもすべきと考えている 子どもを抱っこばかりしている 子どもができることを何でも先に親がしてしまう
主体性のない子どもへの関わりが気になる	子どもに振り回される 子どもの言うままになっている 子どもの顔色を窺う
子どもの発達への妨げになる関わりが気になる	子どもの成長発達に関心を向けない 子どものしつけをしない 子どもにゲーム以外の他の遊びをさせない 年齢にそぐわない扱いをする 子どもの発達が分からない
子どもへの虐待的な関わりが気になる	注意するとき、子どもを怒鳴りつける 親の言うことを聞かないと子どもへの暴力がある 親がそばにいても、子どもへの関わりが極端に少ない 子どもを無視しがちである 子どもの生活用品が足りない
子どもに影響する親の状況が気になる	親が社会人としてのマナーに欠ける 子どもを育てるといふ親としての自覚に乏しい 親に支援者がいない 親が感情的に子どもにかかわる
親子関係の違和感が気になる	親子の関係性が取りにくい 親子の距離が近すぎる 親が子どもに依存的になっている

時間を中心にして子どもに生活をさせていることに、看護師が気になると捉えた親の養育であり、3サブカテゴリーで構成されていた。

看護師は、「ゲームを、夜11時とかでもずっとやって、起きるのが遅くなったりとか」とく子どもの生活リズムがルーズになっている生活、「付き添ってくれたりとかする日でもずっと起きずに寝てはったりとか」とく親の生活リズムがルーズになっている生活や「親中心に回ってて、(中略)私が買い物に行きたいから、お風呂は今日はいいですか」とく親の生活時間に合わせて子どもを生活させる状況、看護師は「気になる養育」と捉えていた。

2) 【子育てをできるかが気になる】

このカテゴリーは、子どもの衣食、安全などの乳幼児への一般的な日常生活ケアや子どもとのやり取りができないことを看護師が気になると捉えた親の養育であり、6サブカテゴリーで構成されていた。

看護師は、「子どもが泣くとおろおろしていてあやせないですね」とく子どもの泣きへの対応ができないや「お母さんも服も腕がされへんかったからね」、「接し方自体、ぎこちないかな、わからないのかなという感じはあります」とく子どもの世話の仕方がわからない親の養育を気になると捉えていた。また、「食べるものとかも、結構お菓子とか」とく普段からお菓子を中心にした食事をしていること、「走り回ったりとかしてるのも、あまりちょっと注意されなかつたりとかってというのは、ちょっと気になったりする」とく子どもの安全に対する配慮がない様子、親に子どもについて尋ねても「今何を食べてんのかわかりません、とか言って」とく普段の子どもの様子を把握していないことや「親が子どもとの遊び方を知らず、ただ単におもちゃを与えてるとか、それで遊ばさいと言うだけ」でく子どもにおもちゃを与えるだけで親は遊ばない様子を看護師は気になると捉えていた。

3) 【病児の子育てをできるかが気になる】

慢性疾患を抱える子どもは何らかの医療的ケアを要することが多い。子どもが乳幼児期では、親にその医療的ケアを含めた疾患管理が委ねられる。このカテゴリーは、疾患や医療ケアに関する指導を親に実施している中で、看護師が気になると捉えた親の養育であり、5サブカテゴリーで構成されていた。

慢性疾患を抱える乳幼児やその親は、疾患による制限とともに日常生活を過ごすことになるが、

「食事のメニューなども書いてきてくださっているのですが、(小児糖尿病なのに)何回やっても大皿に全員で出すというご飯で」とく疾患管理をする上で必要な生活の制限事項を守れない親の養育を気にしていた。また、「もう退院できるっていう状況になって、あとは、その、お母さんが家に帰れるだけっていうところに来て、ちょっと渋るというか」とく親が退院を先延ばしにしようとする様子や、「ず〜とみてる、あれしたらあかん、これしたらあかんとか」と、親がく疾患を心配して子どもに何もさせない養育に対して気になっていた。子どもの発達している姿について、「病気の中でも、いろんな経験をして発達していくんですけど、そここのところが、やっぱりなかなか成長として捉えにくいのかなって」とく子どもの変化を育ちとして捉えられないことや「疾患を持った子と、普通の子と同じレベルで見てくられていろいろ言うような感じはあります」と親がく健康な子どもと比較して子どもをみている中での養育を気になると捉えていた。

4) 【子どもとの情緒的関わりが少ないが気になる】

このカテゴリーは、親が付き添って子どもの傍らに居るが、子どもとの情緒的なやり取りがないことを看護師が気になると捉えた親の養育であり、3サブカテゴリーで構成されていた。

看護師は、「子どもとくに声かけもせず無言のままおむつ替えながらもののように扱うところ」や「顔拭いたりとか、お口きれいにしたりとか、の世話はされる以外、タッチングとかってゆうのは、無いですけど」と、く子どもに話しかけないことやく子どもへのスキンシップがない養育の様子が気になっていた。また、「抱っこできますよとお伝えしても、いいですって、抱っこしてあげようと思わないのかなあ、と思いますね」とく子どもを抱っこしない様子にも、子どもとの情緒的な関わりが少ないことを気になると捉えていた。

5) 【独特な考えで子どもに関わるのが気になる】

このカテゴリーは、一般的にはその偏った育児とも言われる、親自身の子育て観による子どもへの関わりが、それが子どもの健やかな育ちに影響を及ぼしかねないと考え、看護師が気になると捉えた親の養育であり、5サブカテゴリーで構成されていた。

「離れてみよう、て時に、ものすごく抵抗して」と心配のあまりく子どものそばを離れない様子

や「お母さん注意しはれへんのかなっていうのでちょっと疑問に思ったりとかで、その子のそういう行為、いけないことはいない、子どもが病気でもね」と＜子どもが何をしても注意しない＞養育を気になっていた。また、「泣かしたらだめっていう意識下で、ずっと抱っこ、抱護してて、子どももずっとそれに慣れてしまっただけ」と＜子どもを抱っこばかりしている＞様子や、「子どもに聞いても、先に全部お母さんが答えてしまったりとか、」と＜子どもができることを何でも先に親がしてしまう＞親の養育が気になっていた。一方で、「看護師さんやったらたぶん飲むと思うんで、もうお願いしていいですかみたいな感じで、＜看護師が子どもの世話を何でもすべきと考えている＞親を気になると捉えていた。

6) 【主体性のない子どもへの関わりが気になる】

このカテゴリーは、親の考えよりも子どもの思いや言うままに親が行動をしている子どもへの関わりに対して、看護師が気になると捉えた養育であり、4サブカテゴリーで構成されていた。

看護師は、「日常生活の場面とか、子どもが、なんか言ったことにも、（親が）左右されてる感じは、振り回されてるというか、感じはあるのかなと思うんですけど」と親が＜子どもに振り回される＞ことや「持ち込み食の子だとか、なんか結構、好きなものを好きなだけ与えてたりとか」と親が＜子どもの言うままになっている＞様子、「子どもが買って来てという、すでに買って来てある感じですけど」と＜子どもが欲しがるものは何でも買う＞親の姿に対して、「気になる養育」と捉えていた。さらに、「怒り出す子とかもたまにいてるんですけど、怒らせてたらややこしいというか、もう顔をうかがっているというか、」と＜子どもの顔を窺う＞という子どもの思うままに親が対応している様子を気になると捉えていた。

7) 【子どもの発達への妨げになる関わりが気になる】

このカテゴリーは、親が疾患管理を第一に考えて子どもの日常生活ケアや医療的ケアを実施しているが、子どもの育ちに注目していないことに対して、看護師が気になると捉えた親の養育であり、5サブカテゴリーで構成されていた。

看護師は、「治療のことはするけどそれ以外の成長発達とかに関しては無関心みたいな人は結構いる」、「しつけが甘いような気がします」と＜子どもの成長発達に関心を向けない＞ことや＜子どものしつけをしない＞ことに、気になると捉えて

いた。また、「子どもがDVDやテレビばかり見ていることを良しとする」親の＜子どもにゲーム以外の他の遊びをさせない＞姿も子どもの発達に影響するため気になっていた。さらに、「タッチングの仕方とか、なんかそのへんは赤ちゃん赤ちゃんしてる」と親が＜年齢にそぐわない扱いをする＞ことや、「普通の育児ですらできてないお母さんやから、赤ちゃんがちょっと首、こうなただけでも大丈夫ですか言ったりとか」と＜子どもの発達が分からない＞様子にも、看護師は子どもの発達に関わるために気になると捉えていた。

8) 【子どもへの虐待的な関わりが気になる】

このカテゴリーは、親の子どもへの関わり方が不適切な養育に当たると考え、看護師が気になると捉えた親の養育で、5サブカテゴリーで構成されていた。

「ご飯食べなかったらもう、「なんで食べへんの！」って、何かにつけて怒鳴ってるとか」、「思い切り叩いたりとか、で、その割に、叩いたら、よしよしみたいな」、「基本も放置っていう言い方はおかしいんですけど、付いてる割にはあまり子どもを見られてないかなみたいの方とか」と＜注意するとき、子どもを怒鳴りつける＞、＜親の言うことを聞かないと子どもへの暴力がある＞、＜親がそばにいても、子どもへの関わりが極端に少ない＞ことや＜子どもを無視しがちである＞様子を看護師は気になると捉えていた。

また、「服とかも、最初はもう2週間分とか3週間分とかドンて持ってきてくれてはるんですけど、毎日着てたら無くなり。」と＜子どもの生活用品が足りない＞ことで親の養育を気になると捉えていた。

9) 【子どもに影響する親の状況が気になる】

このカテゴリーは、親自身が子どもの育ちに関わる状況・要因を抱えているなかで、子どもに関わっていることに対して看護師が気になると捉えた親の養育であり、4サブカテゴリーで構成されていた。

「部屋もめっちゃ汚いしね、片づけないし」、「結構、一応ルー尔的にほかのお部屋行かないでねとか言わせてもらってるんですけど、なんか結構ほかのお部屋入り込む、入ったりとか」と＜親が社会人としてのマナーに欠ける＞ことや＜子どもを育てるとする親としての自覚に乏しい＞こと、＜親に支援者がいない＞こと、「親がその日気分でも子どもに関わったりされるんですけどね」と＜親が感情的に子どもにかかわる＞親の状況を捉

えていた。

10) 【親子関係の違和感が気になる】

このカテゴリーは、親の子どもへの関わり方や子どもから親への話しかけに対する親の反応から感じる親子関係に対して、看護師が気になると捉えた親の養育であり、3サブカテゴリーで構成されていた。

「どっちかって言うと元々の親子関係がちょっと難しく入院してきた子どもさんとか」とく親子の関係性が取りにくい>親子、「面会もよく来ていて、面会制限をされるぐらいですが、面会に来ている時でもすごい近い」とく親子の距離が近すぎる>こと、「親が決められずに、子どもに頼ってばかりで、どうする？、どうする？ってばかり」とく親が子どもに依存的になっている>ことで、親子の雰囲気や距離感への違和感があることを気になると捉えていた。

V. 考察

慢性疾患を抱える乳幼児の親の「気になる養育」では、看護師は、親子の生活の過ごし方、子育てそのものに対する親の力、子どもが疾患を抱えている中で親が陥りやすい養育に着目していた。

親子の生活の過ごし方を見ると、看護師は、【親子の生活リズムの乱れが気になる】と子どもの生活とともに親の生活の乱れ、親中心の生活時間による生活を子どもがしていることを「気になる養育」と捉えていた。一般的に子どもの起床時間・就寝時間が遅いことが問題視されている（瀬川，2004）。乳幼児では、親が生活をリズムづけることになるが、入院中であっても、早寝早起きを基盤にした生活リズムは、健全な発育発達に深く関わり、子どもの健康管理、発達を支えるベースになる（岩崎，2010）。看護師は、生活リズムを整える意義を親が理解できるように支援する必要がある。

子育てそのものに対する親の力では、看護師は、親が子どもの泣きへの対応や子どもの世話の仕方が分からないこと、子どもの安全への配慮に欠けることなど、親が【子育てをできるかが気になる】と捉えていた。さらに子どもの日常生活の世話だけでなく、【子どもとの情緒的関わりの少なさが気になる】ことや【子どもへの虐待的な関わりが気になる】こと、【子どもに影響する親の状況が気になる】と捉えていた。どの乳幼児にとっても安全・安心は基本的なニーズである。大人から世話を受けて身体的に快の状態になることや話

しかけられ、抱っこやスキンシップをされて大人との情緒的なかわりを持つことは、アタッチメントの形成に必須なケアである（平野，2013）。アタッチメントは、人格形成で重要な発達課題である他者や自分への基本的信頼感の形成に影響を及ぼすため（久保田，2016）、それが保障されていない養育を受けることや虐待的な養育を受けることは子どもの発達の危機になる状況であると言えるため、看護師は気になると捉えたと考える。

子どもが疾患を抱えている中で親が陥りやすい養育を見ると、子育てに不慣れな親にとって健康障害を持つ子どもをケアし養育することは困難であると西田（2010）は指摘している。堂前（2004a, 2004b）も、疾患を抱える子どもの親は子どもの養育ストレスが高いと述べている。看護師は、親が子どもから離れられないことや子どもを心配するあまり何もさせないこと、子どもの顔色を窺ったり何でも買い与えたり、何も注意しないこと、疾患管理上の必要な制限を守れないことなど、親が【病児の子育てをできるかが気になる】こと、【独特な考えで子どもに関わることが気になる】ことや【主体性のない子どもへの関わりが気になる】と捉えていた。奥山（2007）は、発症時の子どもの年齢が小さいほど、親の保護意識は刺激されやすく、過保護、過干渉になりがちであること、親が子どもの納得なしに治療行為を強制することも、親が「かわいそう」と思って治療をいい加減にすることを許すことを指摘している。さらに子どもが、乳幼児早期に病気に罹患するのは、親である自分の責任であると捉え、子どもに対して罪悪感を抱いてしまうことが多く認められ、その気持ちを少しでも和らげようとして、子どものために何でもしようとし、それが身体的なハンディキャップがあっても自立しようとする子どもの本来のニーズを禁じてしまうことになると述べている。看護師は、疾患を抱えながらも日々発達する子どもと関わり、親の養育の重要性、特に疾患があるために工夫をしながら子どもの成長発達を支える必要性から、気になる養育を捉えていたと考える。

平成27年から児童福祉法の一部を改正する法律案で、小児慢性特定疾病児童等自立支援事業として、必要な療養上の管理、日常生活上の世話その他の必要な支援を行う事業、親に対する相談支援、情報提供、助言等を挙げ、慢性疾患児童の自立への取り組みが検討されている。本研究で看護師が捉えた親の「気になる養育」状況は、健康な子どもをもつ親の「気になる養育」状況と

の共通点も多かった（金山,2016; 金山,2015;佐藤ら,2006;藤永,2009; 磯野ら, 2011; 郷間ら,2003; 寺見,2001）。疾患を抱えた子どもは、当然ながら一人の“子ども”であり、養育そのものに対するサポートを親は求めているのである。さらに、慢性疾患を子どもが抱えているために、親が陥りやすい養育状況を看護師が捉え、今後の子どもの自立支援に向けるためにも、乳幼児期からの親の養育支援をしていく必要がある。

VI. おわりに

本研究では、慢性疾患を抱える乳幼児の親の看護師が捉えた「気になる養育」の様相を分析した。今後、子どもの抱える慢性疾患の疾患別特徴から親が陥りやすい養育を明確にし、親へのペアレンティングへの支援を具体化していく。

謝辞

本研究にご協力を頂きました看護部長、看護師長、看護師の皆様にご心より感謝いたします。

本研究は平成27-29年科学研究費助成事業 挑戦的萌芽（研究代表者 檜木野裕美）により研究助成を受けて行った。利益相反はない。

文献

- 堂前有香, 小川純子, 伊庭久江, 他 (2004a): 乳児の母親の育児上の困難. 千葉大学看護学部紀要, 26, 11-18.
- 堂前有香, 小川純子, 伊庭久江, 他 (2004b): 医療機関の看護師が行う育児支援について. 千葉大学看護学部紀要, 26, 19-26.
- 藤永保 (2009): 「気になる子」にどう向き合うか—子育ての曲がり角—. フレーベル, 東京.
- 郷間英世, 川越奈津子, 宮地知美, 他 (2003): 幼児期の「気になる養育」の養育上の問題点と子どもの行動特徴—保育園の巡回相談事例の検討—. 京都教育大学紀要, 115, 123-130.
- 平野美沙子 (2013): アタッチメント (愛着) 形成と保育. 環境と経営, 19(2), 149-155.
- 今井充子, 常盤洋子 (2011): 我国の行政による子育て支援の視点と課題に関する文献検討. 北関東医学誌, 61, 377-386.
- 金山美和子 (2015): 「気になる保護者」に関する保育者の意識と支援. 長野県短期大学紀要, 69, 167-173.
- 金山美和子 (2016): 「気になる子ども」「気になる保護者」の理解と支援: 子育て支援者と保育者の専門性に着目して. 長野県短期大学紀要, 70, 169-180.
- 笠原麻里 (2011): 気になる親への理解と援助. 全国病児保育協議会機関紙「病児保育研究」, 2, 13-18.
- 小出扶美子, 宮谷恵, 小宮山博美, 他 (2006): 付き添い入院の母親の養育態度と小児看護師から見た母親の

- 養育態度の違いについての検討. 聖隷クリストファー大学看護学部紀要, 14, 83-94.
- 瀬川昌也 (2004): 子どもの生活を見直そう 睡眠・覚醒リズムの大切さ. 地域保健, 35(10), 11-22.
- 佐藤幸子, 遠藤恵子 (2006): 保育士が認識している「気になる育児」に関する検討. 北関東医学誌, 61, 377-386.
- 寺見陽子 (2001): 現代社会における子育て・親育ちの課題と子育て支援の展望—子育て支援におけるスーパービジョンとコンサルテーションを考える—. 神戸親和女子大学教育専攻科紀要, 6, 47-63.
- 浦山晶美 (2009): 母親の身近な人間関係におけるストレス感と不適切な養育行動の関連性について. 石川看護雑誌, 6, 11-17.

資 料

米国におけるDedicated Education Unitモデルに 関するフィールドワーク

A Field Work on the Dedicated Education Unit Model in the United States

富田亮三¹⁾・細田泰子²⁾・根岸まゆみ³⁾・片山由加里⁴⁾・土肥美子⁵⁾

Ryozo Tomita, Yasuko Hosoda, Mayumi Negishi, Yukari Katayama, Yoshiko Doi

キーワード：DEU, 実習, 米国

Keywords: dedicated education unit, clinical practicum, the United States

I. はじめに

1992年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」の施行等を契機とした看護系大学の急激な増加は、看護系人材の供給を増大させたが、高齢社会の到来や医療の高度化、看護学実習における侵襲を伴う看護行為の制約等、社会や保健医療を取り巻く環境の変化と学生の多様化に伴って、実習の在り方の見直しや教育内容の工夫の必要性等が指摘されている（大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会，2011）。新卒看護師の離職問題や複雑化する社会のニーズに対応できる質の高い看護師を輩出するために、看護基礎教育における実習の見直しは喫緊の課題である。看護学実習の見直しは、学生の卒業時到達目標の達成、新卒看護師の離職防止によりよい影響を及ぼすと推察される。

2012年の時点で、看護職員の離職数は約16.1万人とされており（厚生労働省，2014）、新卒看護師の離職率は2014年度の病院看護実態調査において7.5%で、2011年度の調査から横ばい状態である（日本看護協会，2016）。2010年から新人看護職員

研修が努力義務化され、各病院で取り組みがなされているが、新卒看護師の離職率低下へのアプローチは未だ重要な課題といえる。新卒看護師の離職の要因としては、リアリティショックと職場内の人間関係があり（内野ら，2015）、リアリティショックは看護基礎教育での学びと臨床で求められている実践とのギャップによって生じるもの（平賀ら，2007）であり、看護基礎教育における知識と技術を統合する場である実習を見直すことで、このギャップを埋める可能性が期待できる。

米国のオレゴン州では、2001年にOregon Nursing Leadership Councilが看護師不足を解決するための戦略的計画を打ち出した（Oregon Center for Nursing，2009）。臨床の学習を支える新しい教育モデルの開発、実施、評価の取り組みが行われ、University of Portland（以下、UPとする）はDedicated Education Unit（以下、DEUとする）に注目した（Moscato, et al., 2007）。DEUは、大学と病院が連携して学生へ最適な臨床学習環境を提供する教育体制である。学生やスタッフはDEUを肯定的に捉え（Saxton, et al., 2015）、DEUで実習を行った学生は、アセス

受付日：2016年9月20日 受理日：2016年12月20日

1) 大阪府立大学大学院 博士後期課程

2) 大阪府立大学 地域保健学域 看護学類

3) Oregon Health & Science University, Graduate School of Nursing, PhD in Nursing program

4) 同志社女子大学 看護学部看護学科

5) 大阪医科大学 看護学部看護学科

メント、看護計画、実践などの学習パフォーマンスが高い (Claeys, et al., 2015) という報告があり、今後が期待される。

今回、米国の革新的な臨床看護教育モデルであるDEUを視察し、関係者と意見交換を行う機会を得た。その結果と先行研究をもとにDEUについて概説し、我が国における臨床看護教育について検討する。これは、臨床看護教育の良質化と新卒看護師のリアリテショク緩和を検討するための参考資料になると考える。

II. 訪問施設

2016年8月に米国のオレゴン州ポートランドにおけるDEU関連施設を訪れ、DEUの開発に携わる担当者から説明を受け、意見交換を行い文献や資料を得た。さらに、DEUを導入している病院で、その運営状況について関係者から説明を受けた。訪問した施設は次の3施設である。

1. Oregon Health & Science University (以下、OHSUとする)
2. Portland Providence Medical Center (以下、PPMCとする)
3. Veteran Administration Medical Center (以下、VAMCとする)

III. Dedicated Education Unitモデル

DEUという臨床看護教育モデルは、1999年にオーストラリアのThe Flinders University of South Australian School of Nursingで開発された (Edgecombe, et al., 1999)。DEUとは、看護師と看護管理者、教員の協働的な努力によって、教育と臨床学習環境の最適化を目指して開発されたクライアントユニットであり、それは学生の学習の成果を最大限に達成し、確立された教育・学習方略を用い、臨床実践家と教員の専門知識を活用するといったよりよい臨床学習環境を学生に提供するように設計されている (MOSCATO, et al., 2007)。米国では、2003年にUPが質の高い教育の提供、看護に関する資源の有効活用、看護師を育成するための革新的な方法としてDEUを取り入れた (Moscato, et al., 2013)。その後、OHSU (写真1)、University of Tennessee Health Science Center, University at BuffaloなどでもDEUの開発・実践が行われている。成人領域をはじめ、精神科領域 (Freundl, et al. 2012)、母性・新生児領域 (Raines, 2016)、ホスピス・緩和ケ

ア領域 (Chmura, 2016) においてもDEUが導入され始めた。OHSUでは、VANAP (Veteran Administration Nursing Academic Partnership) プロジェクトを立ち上げ、5年間の助成金を得てVAMCでDEUの開発、実施を行っている。



写真1 Oregon Health & Science University

1. DEUの基盤となる概念

DEUを立ち上げた大学側の担当者の話では、DEUの基盤となる重要な概念として、状況的学習 (Situating Learning) とパートナーシップがある。まず、状況的学習とは、社会的実践に参加することを通じて知識や技能を修得していくことであり、実践の中で学習するということである (Lave & Wenger, 1991)。学生は臨床現場で、看護師の行動を観察し、患者との関わりを体験して、看護の知識や技術、態度を修得していく。実習での体験を重ねることが学生の成長につながり、広がり続ける視点をもって臨床現場に参加することで、その場の状況を捉え直し、将来一人前の看護師になっていく。

次に、パートナーシップとは、大学教員、看護管理者、看護師の間で創り出される友好的な協力関係のことである。効果的なパートナーシップを形成するための重要な要素として、相互の信頼、方針とコミットメントと到達目標の共有、オープンで継続的なコミュニケーションがあり (Beal, 2012)、大学と病院における密接な関係がDEUを成功させる鍵となる。効果的なパートナーシップが形成された場合、質の高い臨床学習環境が作られ、患者の安全と成功へのクオリティ・インディケーターが増し、学生とスタッフ、教員、看護管理者の満足度の高まりが期待される (Beal, 2012)。

DEUを立ち上げた大学側の担当者によると、DEUの導入に際して、良好なパートナーシップを構築するために、学部長と病院役員をはじめ、

大学教員，看護管理者，病棟スタッフにいたるまで，緻密な打ち合わせを行い，互いがDEUのパートナーであるということ意識し，方向性の共有，活用可能な資源の調整などについて話し合われた。VAMCの病棟責任者は，病棟でのDEU導入にあたり，フォーカスグループミーティングを行ったと述べていた。看護助手や病棟に出入りする清掃スタッフを含むすべてのスタッフにDEUについて理解してもらうため，1回1時間のミーティングを6回行い，DEUを開始したあとに起こり得る問題，学生の対応や心配事などについて話し合い，良好な関係を構築するための取り組みを行っていた。

DEUは状況的学習とパートナーシップの概念を基盤に，実習が行われる病院で用いられている実践モデルを加えて構築されると大学側の担当者は述べていた。VAMCでは，Relationship Based Careという概念を用いており，これは患者と周囲のスタッフの関係を構築し，調整されたトータルケアを患者に提供するというモデルである。このモデルを加えることで，学生はより概念の確立されたDEUにおいて実習を行うことができる。

2. DEUにおける基本的な仕組みと役割

病棟責任者の話では，VAMCにおいて学生はDEUで，6～8週の期間に週2回の頻度で実習を行う。実習期間中は，Clinical Instructor（以下，CIとする）と呼ばれる特別に教育された看護師が継続して学生を担当し，CIは勤務開始から勤務終了までの間，学生とともに行動する。1名のCIに2名の学生がつき，学生は1名の患者を受持ち，ケアを実施する。その後，実習が進むにつれて最大4名まで受持ちの患者数を増やしていく。学生はCIと一緒に医師からの指示を受けたり，看護ケアを行ったりとCIが臨床で行う行為と類似の内容を経験することができる。

DEUは，学生の専門職者としての知識とスキルの発達に，看護師の教育的役割が重要であるという考えに基づいて開発されている。そのため，看護師の役割がDEUの成功に大きく影響を及ぼす。病院によって多少の違いがみられるが，DEUに関わるメンバーの主な役割について大学側の担当者と病棟責任者の話を踏まえ説明する。

1) Clinical InstructorとClinical Teacher

DEUにおける看護師は学生専属の指導者となり，パートナーシップを築いている。学生を専属に指導する看護師はCIと呼ばれ，実習期間中，常に学生と行動をともにして一貫した指導を行っ

ている。CIになるためには看護管理者から承認が得られ，最低2年以上の臨床経験と学士号，教育に対する情熱が必要とされる。そして，大学が提供するトレーニングを受講する必要がある。また，CIと同様に学生を担当する看護師としてClinical Teacher（以下，CTとする）がおり，CTになるための条件は，看護管理者から認められた臨床経験豊かな看護師であること，そして，CIが受ける大学が提供するトレーニングを受講していることである。CTの場合，学士号は条件に含まれない。病院によっては，プリセプター・プログラムの修了を条件とするところもある。CIになると，大学の非常勤職員としての地位が保証され，大学の資源の使用が認められるなどのステータスが与えられている。そして，CIに求められることは，自分自身のことをよく理解していること，様々な学習スタイルについて理解し判断できること，学生の強み弱みが判断できアプローチできること，学生との良好な関係性が築けることなどである。CIになると病棟の入り口に認定書が掲示され，どのスタッフがCIであるかが一目でわかるようになっていく。

CI/CTは学生の臨床における知識とスキル，臨床判断についての学びを助ける目的でメンターとして学生にフィードバックを行い，リフレクションを促すなどして直接指導を行っている。大学教員と協働的な関係にあり，対応が困難な学生の場合などは，大学教員と連携して問題の解決にあたるという。学生評価の最終的な責任は大学教員にあるが，実習での様子や達成状況を大学教員と共有し，学生と振り返りを行っている。学生が実習の目標を達成できるように，DEUにおけるすべての関係者と協働し，最適な臨床学習環境を提供する努力をしている。

2) Clinical Faculty Coordinator

大学教員は，看護管理者，CI/CTと協働的な関係を築き，学生とCI/CTのための最適な臨床学習環境を作り出すことに努めている。大学教員はDEUでは，Clinical Faculty Coordinator（以下，CFCとする）と呼ばれ，CI/CTと学生の情報を共有し，CI/CTをサポートする役割を主に担っている。また，CFCは学生が実習において期待される能力の修得が達成できるように，学生の臨床推論スキルを引き出し，理論と実践の統合が行えるように支援するなど，CI/CTと協力して学生に関わっている。CFCになるための条件は，修士号以上の学位をもち，教育者としてリーダーとしての専門的知識を兼ね備えていることである。CFC

は大学の代表として病院との間の連絡役も担い、実践と教育のための臨床看護教育モデルとしてのDEUの継続的な発展のためにリーダーシップを発揮する必要がある。そして、CFCは看護管理者やCI/CTと、コミュニケーションを密にとり、学生の実習に関するだけでなく、効果的な学習方略の指導やCI/CTの継続教育にも関わり、教育者としての役割モデルになっている。

3) Nurse Manager

Nurse Managerは、DEUの運用を管理し調整する責任があり、学生やスタッフに最適な臨床学習環境を提供し、患者への良質なケアのために努力をしている。DEUではCIと学生が実習期間中は常に行動を共にするため、Nurse ManagerがCIの勤務調整を行い、実習初日はスタッフの人数を調整し、CIにも学生にも負担の少ない実習環境を整えている。PPMCでは、CIになることに関心を示すスタッフがCIの資格を得ることができるよう支援し、資格を得たのちは継続教育に協力している。そして、CIとして資格を保持できるようにするために、必要な講義の受講は勤務時間として扱い、学生指導にかかった超過勤務時間の賃金を保証するなどしている。CIとして学生と関わるうちに進学を志すこともあり、その場合は働きながら進学できるように勤務の調整を行うなど、スタッフが意欲的に取り組める環境づくりを行っている。

3. OHSUの従来の実習とDEU

大学側の担当者の話では、OHSUの従来の実習では、2年生より実習が始まり、学生8名程度の実習グループを1名の臨床教員が担当して実習を行う。学年が上がるにつれて、プリセプター制度(看護師が学生を1対1で指導する)に移行していく。従来の実習では、プリセプターが不在の場合は他の看護師が学生を指導している。DEUでは、学生の実習期間とCIの勤務が調整されているため、CIが一貫した指導を行うことができている。また、従来の実習とDEUの最大の違いは、DEUが大学と病院とのパートナーシップに基づき、学生の臨床学習環境を整える構造を確立している点である。DEUで学生を指導する看護師は、大学が提供するCIとしてのトレーニングを受けており、大学のカリキュラムや実習目標、学生に求められている内容について理解し、学生と関わっている。

病棟責任者は、DEUでは実習の初日に1日かけてオリエンテーションを行い、病棟にいる患者

の層や疾患、病院の構造、医療器具の説明を行い、病棟全体を理解できるように綿密なオリエンテーションを行っていると述べていた。VAMCの場合は、退役軍人関連の病院という特徴を踏まえ、患者との関わり方などを指導している。従来の場合は、必要に応じて、指導者からその都度、説明があり、徐々に病棟を理解していくという形をとっている。DEUでは、実習初日の詳細なオリエンテーションにより、病棟を把握した上で実習に臨むことができるため、学生にとってメリットが多い。そして、DEUは病棟全体が学生を将来一緒に働く仲間として捉える傾向を持ち、学生を受け入れる雰囲気があり、学生にとって実習が行いやすい環境となっている。DEUで実習を行った学生は同じ病棟への就職率が高いと病棟責任者は述べていた。

4. CIの教育

CIになるためには、大学が提供するトレーニングを受講する必要があると大学側の担当者と病棟責任者は述べていた。ここでは、OHSUで行われているトレーニングについて大学側の担当者の話をもとに説明する。OHSUはVAMCでDEUを行っており、VAMCの看護師はOHSUでCIになるためにトレーニングを受ける。トレーニングは1回4時間のコースで、午前に1グループ、午後には他の1グループが行われる。4時間のコースで看護師は4つの内容について学ぶ。まず、大学のカリキュラムや実習のコースについて説明を受け、臨床における指導方法について学ぶ。次に、ロールプレイを行いながら、対応が難しい学生の場合などを想定して学びを深めていく。このロールプレイには、いくつかのシナリオが用意されている。さらに、DEUにおけるCIとCFCの役割の違いについて学ぶ。従来の実習体制で指導してきた看護師は、大学教員の役割を理解している人が少ないため、このトレーニングでは、その違いについて明確に理解してもらう方向で関わっている。また、参加した看護師にトレーニングを特別なものとして捉えてもらうためにランチを用意し、大学教員がトレーニングを担当している。トレーニング終了時には、大学の学部長と病院の看護部長から認定書が渡される。そうすることで、参加した看護師は、立場の上の人から認められた特別な役割としてCIを認識し、臨床の指導者としての自信につながると大学側の担当者は述べていた。

5. 各病院におけるDEUの違い

DEUは、病院と大学のパートナーシップに基づき、病院で用いられている実践モデルを含めて構築されている。さらに、各病院の資源によってDEUはその病院に適した形に変化し活用されている。ここでは、PPMC（写真2）とVAMC（写真3）のDEUについて大学側の担当者と病棟責任者の話を踏まえて説明する。

1) PPMCのDEUモデル



写真2 Portland Providence Medical Center

2003年にUPがDEUを導入し、PPMCと協力してDEUの運用を開始した。そのため、この病院ではUPで開発されたDEUを採用している。UPで開発されたDEUでは、CFC、CI/CT、看護管理者が協働し学生に最適な臨床学習環境を提供することができるように務めている（図1参照）。CFCはCIのサポート役割を果たすが、PPMCのCIはよくトレーニングされているため、CFCのサポートをあまり受けることなく、実習を進めることができると病棟責任者は述べていた。このモデルでは、CTが存在し、CFCはCIよりもCTのサポートを重点的に行っている。また、この病棟では、日勤帯はDEUを実施し、夜勤帯は

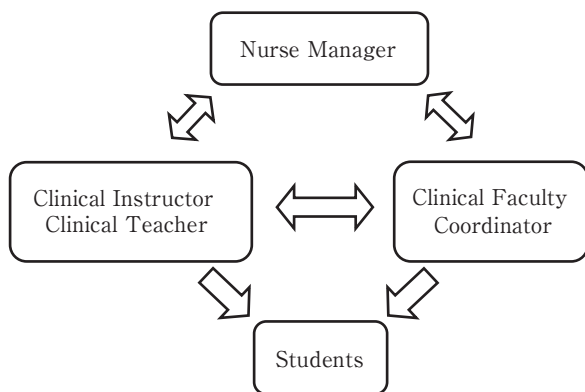


図1 Portland Providence Medical CenterのDEUモデル

従来の実習を行っている。夜勤帯では、UP以外の学生の実習を受け入れ、8時間の指導を行うが、CIはDEUについて十分に理解しているため、DEUと従来の実習が同時に行われることで混乱をきたすことはないということであった。DEUを体験した新卒看護師と体験していない新卒看護師を比較した場合、DEUを体験した新卒看護師の方が看護実践と理論のギャップが少なく、理論の理解が深いとDEUの効果について病棟責任者は述べていた。

2) VAMCのDEUモデル



写真3 Veteran Administration Medical Center

OHSUはVAMCと協力してDEUを導入し、VAMCで行われているDEUは、VLC（Veteran Learning Community）と呼ばれている。VLCは看護学部の代表である大学教員が担うCFCと大学側のCI、病院側のCIが協働して学生に最適な臨床学習環境を提供している（図2参照）。CFCは学生の配置などについて病棟と調整し、病院のシステムを活用するために必要なパスワードを発行してもらうなど実習に必要な準備を行っている。このモデルに関して、大学側のCIは修士号以上の学位をもつことが条件とされている。大学

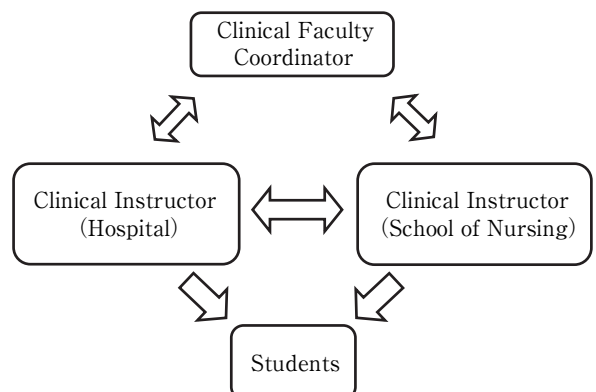


図2 Veteran Administration Medical CenterのDEUモデル

側のCIと病院側のCIが互いに教育を行う関係にあり、大学側のCIは、病院側のCIに大学のカリキュラムやティーチング、コーチングを教育し、病棟側のCIは大学側のCIに対して、病棟で行われている最新の医療やケアについて教育している。学生の指導は主に病院側のCIが担当し、朝の申し送り時に大学側と病院側のそれぞれのCIがコミュニケーションをとりながら、実習を進めている。

IV. 考察

今回、米国における革新的な臨床看護教育モデルであるDEUについて、オレゴン州で行われている取り組みを視察し、有用な情報を得ることができた。DEUモデルは、米国において一定の成果を挙げており、実習の在り方が問い直されている日本においても、その成果が期待できるのではないかと考える。以下、DEUの利点とDEUの日本での活用可能性と取り組むべき課題について述べる。

1. DEUの利点

DEUにおいて、CIは教育に情熱を注ぎ、学生を病棟で協働する仲間として受け入れ、そのことによって学生に対する良好な雰囲気が作られていた。その雰囲気によって、学生にとっても病棟スタッフにとってもよりよい人間関係が構築され、仲間意識がより強まると考えられる。DEUでは学生が病棟の重要なメンバーとして受け入れられる実感を得ていることやDEUを病棟の文化や仕事内容を統合する組織化された仕組みであり、築き上げられたコミュニケーションと認識していること、そして、CIが実習を成功させるために能動的で重要なメンターになっている (Nishioka, et al., 2014a)。つまり、学生にとってDEUは大学教員、看護管理者、看護師の間のパートナーシップによって創り出される最適な臨床学習環境であるといえる。

学生とDEUスタッフの満足度についてインタビューした研究では、学生側から、指導者が変わらないという一貫性や看護師の勤務時間と同じ実習時間であるため患者の全ケアに参加できるといった利点が述べられている。DEUスタッフ側からは、DEUが学生に看護の“Real-world”を体験する機会を与えることやCIのトレーニングによって教育について学習できることが報告されている (Saxton, et al., 2015)。DEUで実習を終えた

学生は、その病棟への就職率が高いと病棟責任者が話しているように、学生がDEUの実習に対する肯定的な評価をもつと考えられる。そして、実習中に病棟の特徴やケアを体験しているため、新卒看護師として就職する場合、オリエンテーションの時間が短縮でき、新卒看護師に関する教育のコスト削減につながる。

さらに、1病棟に学生1名を受け入れる従来の実習に比べ、DEUでは12名の学生を1セメスターに受け入れることが可能であるという報告 (Hill, et al, 2015) や従来の実習が1病棟に年間16.2名の学生を受け入れていたのに対して、DEUでは1病棟に年間50~61.5名の学生を受け入れることができるという報告もある (Moscato, et al., 2013)。つまり、DEUを導入することで、受け入れ可能な学生数の増加が期待でき、実習場所の確保という問題解決の糸口となる。

2. DEUの日本での活用可能性と取り組むべき課題

DEUモデルの特徴はトレーニングを受けたCIによる一貫した教育と看護の“Real-world”を直接体験できることである。CIによる一貫した教育のために、病院側はCIの勤務を調整し、大学側は実習の学生配置などを病院と相談していた。指導者が変わる従来の実習では、指導者が変わるたびに、学生と毎回一から同じ内容のやり取りをするため、学生の抱えている問題が見えにくくなる (Nishioka, et al., 2014b) のに対して、DEUでは、同じCIが担当するため、学生のスキルや強み、課題について理解しており、学生とメンターという関係のもとで、一貫して学生の学習をより支援することができる (Nishioka, et al., 2014a)。日本では、実習指導者講習会を受けた実習指導者が実習に関わるが、治田ら (2013) の調査によると、必要な研修を受けている、いないに関わらず8割以上の看護師が学生指導に関わっていると報告されており、実習指導者が実習期間中に一貫して学生を指導することが難しい状況にある。また、指導者以外の看護師は指導者に比べて学生指導に対する役割意識が低いという報告もあり、指導者以外の看護師の役割の明確化と役割意識の強化が必要と考えられている (治田ら, 2013)。そのため、DEUのCIによる一貫した教育は、日本の学生にとっても期待される学習成果を達成するために効果的であると考えられる。

看護の“Real-world”を直接体験できるというのは、1名のCIと2名の学生が6~8週間の実

習期間中、CIと同じ勤務帯で常に一緒に行動を共にすることで、すべてのケアに参加できるということである。すべてのケアだけでなく、病棟の雰囲気や他の看護師や他職種との連携についても学ぶことができる。より多くのことをDEUで体験することによって、実習を行った学生の就職後の新卒看護師のオリエンテーション時間の短縮につながっていると考えられる。さらに、DEUでは病棟全体で学生を受け入れる雰囲気があり、DEUでの経験をチームワークと協働の構築として捉えているように (Masters, 2016)、将来一緒に働く同僚として関わっていることが、学生のDEU病棟への就職率に反映されていると考えられる。日本の学生は実習での体験を踏まえて進路を決定する傾向がみられ、DEUのように、一勤務帯で実習を行い患者のすべてのケアに関わるといった、より現場の実際に近い体験をすることは、学生にとって有意義なものであり、より現実に則した看護実践力の育成が期待できる。そして、実習において看護の“Real-world”を体験することは、新卒看護師の離職の要因となるリアリティショックの緩和にもつながり、学生の就職率が上がる可能性があるため、病院側にとっても有益であると考えられる。

DEUモデルを導入するための課題は、実習中に同じ実習指導者が、常に同じ学生を担当することができるように配置できるかどうかである。この課題を解決するためには、病院側の指導者の勤務調整と大学側の実習日程の調整が必要になると考えるが、今回、視察したDEUが週2日、数週間の実習を行うのに対して、日本における実習の多くは連続した日程で行われており、1名の実習指導者をすべての日程において配置することは難しい。そのため、日程調整が難航する場合は、実習指導者を増やすことで対応できると考える。実習指導者を増やすことで、仮に同じ指導者を配置できなかったとしても、教育の質を担保することができる。しかし、病棟の全看護師が実習指導者講習会を受講することは、時間的、人材的にも難しいため、CIのトレーニングのような1回4時間程度のコースで、大学のカリキュラムや実習の目標、学生の教育方法、教員と指導者の役割の違いについて学び、学生の関わりについてロールプレイを通して理解を深めて、学生の実習に対する準備を行うコースの設置によって、学生の実習をより充実したものにする可以考虑。つまり、CIのトレーニングのように、比較的短期間の研修によって、学生指導が行える看護師の

育成が日本の実習に求められる課題である。

相互関係の構築とパートナーシップの達成がDEUを維持するための中心的要素 (Mulready-Shick, et al., 2014) となっており、実習の充実のためには、病院と大学のパートナーシップ、そして、両者が連携した実習指導者のためのトレーニングの開発が重要である。我が国のこれからの実習もDEUモデルのように病院と大学が緊密に協力し、互いの強みを活かした取り組みによって、さらに発展していくことができると考える。

謝辞

今回の視察にあたり、ご協力くださった Oregon Health & Science UniversityのDr. Paula Gubrud-Howe, Dr. Hiroko Kiyoshi-Teo, University of PortlandのDr. Laura Mood, そして、Portland Providence Medical Center, Veteran Administration Medical Centerの関係者の皆様に感謝の意を表す。

本視察は、JSPS科研費JP16K11953の助成を受けたものである。

文献

- Beal, J. A. (2012) : Academic-service partnerships in nursing: An integrative review. *Nursing Research and Practice*, 1-9.
- Chmura, J. Q. (2016) : Dedicated education unit model in a hospice and palliative care setting. *Nurse Educator*, 41(1), 25-28.
- Claeys, M., Deplaecie, M., Vanderplancke, T., et al. (2015) : The difference in learning culture and learning performance between a traditional clinical placement, a dedicated education unit and work-based learning. *Nurse Education Today*, 35(9), e70-e77.
- 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会 (2011) : 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告, 2016-09-06, http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/_icsFiles/afielddfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf
- Edgcombe, K., Wotton, K., Gonda, J., et al. (1999) : Dedicated education units: A new concept for clinical teaching and learning. *Contemporary Nurse*, 8(4), 166-171.
- Freundl, M., Anthony, M., Johnson, B., et al. (2012) : A dedicated education unit VA medical centers and baccalaureate nursing programs partnership model. *Journal of Professional Nursing*, 28(6), 344-350.
- 治田祐子, 米田恭子, 内田有香他 (2013) : 臨地実習における看護師の役割とその実態. 第43回日本看護学会論文集看護教育, 118-121.
- Hill, R. Y., Foster, B., Oermann, M. (2015) : Dedicated

- education unit model for a transition into practice course. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 46(9), 403-408.
- 平賀愛美, 布施淳子 (2007) : 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 30(1), 97-107.
- 厚生労働省 (2014) : 看護職員の現状と推移, 2016-09-10, <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072895.pdf>
- Lave, J., Wenger, E. (1991) : *Situated learning: Legitimate peripheral participation*. Cambridge University Press. / 佐伯胖 (1993) : 状況に埋め込まれた学習—正統的周辺参加—. 産業図書, 東京.
- Masters, K. (2016) : Integrating quality and safety education into clinical nursing education through a dedicated education unit. *Nurse Education in Practice*, 17, 153-160.
- Moscato, S. R., Miller, J., Logsdon, K., et al. (2007) : Dedicated education unit: An innovative clinical partner education model. *Nursing Outlook*, 55(1), 31-37.
- Moscato, S. R., Nishioka, V. M., Coe, M.T. (2013) : Dedicated education unit: Implementing an innovation in replication sites. *Journal of Nursing Education*, 52(5), 259-267.
- Mulready-Shick, J., Flanagan, K. (2014) : Building the evidence for dedicated education unit sustainability and partnership success. *Nursing Education Perspectives*, 35(5), 287-293.
- 日本看護協会 (2016) : 「2015年 病院看護実態調査」結果速報, 2016-09-06, http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20160418114351_f.pdf
- Nishioka, V. M., Coe, M. T., Hanita, M., et al. (2014a) : Dedicated education unit: Student perspectives. *Nursing Education Perspectives*, 35(5), 301-307.
- Nishioka, V. M., Coe, M. T., Hanita, M., et al. (2014b) : Dedicated education unit: Nurse perspectives on their clinical teaching role. *Nursing Education Perspectives*, 35(5), 297-300.
- Oregon Center for Nursing. (2009) : Oregon team nursing education capacity project: An introduction to the serious shortage of nursing faculty in Oregon, 2016-09-12, http://oregoncenterfornursing.org/wp-content/uploads/OCN_Publications/2009-Faculty-Backgrounder.pdf
- Raines, D. A. (2016) : A dedicated education unit for maternal-newborn nursing clinical education. *Nursing for Women's Health*, 20(1), 20-27.
- Saxton, R., Warmbrodt, L., Mahley, S., et al. (2015) : The dedicated education unit experience: What's in it for professional development nurses? *Journal for Nurses in Professional Development*, 31(3), 145-150.
- 内野恵子, 島田涼子 (2015) : 本邦における新人看護師の離職についての文献研究. *心身健康科学*, 11(1), 18-23.

資 料

地域におけるエンド・オブ・ライフケアを拡充するための基盤構築に向けての海外研修—ホスピスハワイならびにハワイ大学でのシミュレーション教育

The Overseas Inspection Tour Aimed at Building the Foundation to Expand End-of-life Care in the Region – Practice of The Hospice Hawaii and Simulation Education at The University of Hawaii

江口恭子・志田京子・香川由美子・松下由美子・深山華織・岡本双美子

Kyoko Eguchi, Kyoko Shida, Yumiko Kagawa, Yumiko Matsushita, Kaori Fukayama, Fumiko Okamoto

キーワード：米国，ハワイ州，エンド・オブ・ライフケア，経営管理，シミュレーション教育

Keywords: United States of America, Hawaii, End of Life Care, Practice Management, Simulation Training

I. はじめに

我が国は多死社会を迎えつつあり，エンド・オブ・ライフケア（End of Life Care, 以下，ELC）ならびにホスピスケアが注目されている。1981年，聖隷浜松病院にホスピスが開設されて以降，緩和ケア病棟の基準をクリアした施設ホスピスを中心として発展し，ホスピスとはホスピスケアを提供する施設そのものを指すことが一般的である（川越，2002a）。しかし，元来ホスピスは看取りの哲学，考え方を示す用語であり，その考え方に基づいた具体的なケアをホスピスケアと言い（川越，2002b），米国では，患者の希望に応じて在宅や介護施設に訪問して専門的にホスピスケアを提供する事業所が主流となっている。また，ホスピスケアを含めた地域でのケアの担い手となる看護師の教育手法として，シミュレーション教育が注目されている。しかし，機材費や人件費の面から広く普及するには至っていない（尾原，2011；原島ら，2012）。そこで，わが国におけるホスピスケア実践の普及と担い手となる人材の育成，そして普及に不可欠な経済的基盤の整備といった課題の

解決に取り組む基盤とすべく，米国ハワイ州でホスピスケアに先進的に取り組むHospice Hawaii（以下，HH）と医療系専門職を目指す学生を対象としたシミュレーションセンターでの教育を実践しているハワイ大学での研修の機会を得たので報告する。

II. 研修目的

1. HHの概要と活動ならびにケアの実際を知る。
2. HHの経営を知る。
3. ハワイ大学シミュレーションセンターの概要と取り組みを知る。

III. 研修スケジュール

【研修一日目】

- ・ Hospice Hawaii Officeにて，HHの概要と組織・経営に関する説明とディスカッション
- ・ HHの短期入所施設であるカイルアホーム；

Kailua Homeを訪問し、施設見学と看護師へのインタビュー

【研修二日目】

- ・ハワイ大学シミュレーションセンター；University of Hawaii Translational Health Science Simulation Center (UHTHSSC) の視察とその取り組み、ならびにハワイ州の看護教育の現状についての講義

【研修三日目】

- ・担当看護師（Case Manager）による訪問ケアへの同行とインタビュー
- ・Hospice Hawaii Officeにおいてホスピスケアに関するディスカッションと多職種ミーティングの見学

IV. 研修内容

1. ハワイ州の医療サービスとHHについて

1) ハワイ州の概要と医療サービス

ハワイ州は8つの主要な島で構成されている。今回、訪問したHHはオアフ島ホノルル市にある。2014年現在、州の人口のうち約70%がホノルル市に住み、その半数以上が先住民系以外の人種と白人系で、日系人が占める割合は約1割である（在ホノルル日本総領事館）。ハワイ州保健局は2015年時点での65歳以上人口は17.0%であり、5年後には19.3%になると予測している。これは、わが国よりは低いが、全米の14.9%（2015）、16.9%（2020）と比べると高い。

米国の公的医療保険は、65歳以上の高齢者向けメディケアと低所得者向けのメディケイドのみであり、他は民間保険に加入している。一方、我が国の介護保険制度に相当するものはない。ホスピスケアを受ける際にはこれらの公的保険制度や民間保険を利用する。民間保険とメディケアは期間が限定されており、これらが使用できなくなると私費での利用、私費での利用も困難となるとメディケイドを受けることになる。しかし、大抵の民間保険は条件に適えば期間延長可能であり、多くの患者が私費での利用なしで最期を迎えることができる。

2) HHの概要

HHはハワイ州において在宅や施設に訪問してELCを実践する事業所の先駆けとして1979年にオアフ島に設立し、1995年には一時的な入所施設であるカイルアホームも開設した。現在、モロカイ島、ラナイ島でもオアフ島と同様のサービスを提

供している。

HH組織は、看護師資格を持つ経営者でありCPO（Chief Professional Officer）であるKenneth L. Zeri氏の下、Chief Medical Officerをトップとする医療部門、Chief Strategy Officerをトップとする戦略部門、Director of Clinical Operationsをトップとするケア部門、Director of Counseling Servicesをトップとするカウンセリング部門の他、財政部門、人材部門、情報管理担当で構成されている。総スタッフ数約150名で運営されており、特に戦略部門のトップは経営学修士を持ち、ロゴマークやオリジナルグッズを用いたマーケティング戦略等を担っている。

看護師は組織の中で医療部門とケア部門に所属している。医療部門にはNP（Nurse Practitioners）が所属し、医療的処置の指示や処方方を担っている。患者への直接的ケアと訪問はケア部門に所属するRN（Registered Nurses）が他職種と協力して担っている。患者に対して、RNの資格を持つ担当看護師（CM, Case Manager）が中心となってケアを行い、そこにSW（Social Worker）等の他の専門職と夜間対応のRNであるAfter Hours Nurses, Hospice Aides等のサポートが入る。ケア部門にはこれらの実践家に加えて、CMを統括するPatient Care Managerやケアの質を管理するRNであるQuality Improvement Coordinator, スタッフ教育を担うEducation Coordinator, 電子カルテを管理するElectric Medical Record Coordinatorが支えている。

3) HHの活動

a. HHのケアのフレームワーク

HHでは、“Bring hope, Reduce fears and Impact lives.”（希望をもたらし、恐怖を軽減し、生命を輝かせる）を理念とし、患者と家族が人生の終焉を迎える過程を8段階に分類し、それに応じたホスピスケアを「コンサルテーション」「導入期のケア」「終末期にスムーズに移行するためのケア」「穏やかな死を迎えるためのケア」「亡くなった後のケア」の5つに分類して示したものをフレームワークとしている。さらにこれらの各段階はEnd of Life Education（ELE）、つまり、患者と家族に人生の終焉に向かう過程や必要な準備、ケアを状況に応じて情報提供することを基盤としている。

患者が終末期ケアの適応となってホスピスケアを希望した時点を「1段階：紹介」とし、コンサルテーションが提供される。「2段階：導入」に

は情報収集と訪問のための準備が行われ、訪問が開始されると「3段階：導入から1週間」となる。2, 3段階で提供されるのは導入期のケア、患者と家族の生活にケアを統合していくための調整が行われる。その後「4段階：安定期」に入り、次の終末期にスムーズに移行するためのケアが行われる。すでに家族の生活にケアが溶け込んでいるので、今後の成り行きを予測して家族に伝え不安の軽減に努める。さらに、患者の症状を緩和するケアについても考え、患者の状態によっては最後の望みを叶える。「5段階：終末期」には、患者の意識は徐々に薄れ、穏やかな死を迎えるためのケアが行われる。患者と家族に死期が近いことを伝え、患者の最期の思いを引き出し、家族には患者が死を迎えるまでの経過とその対処方法を説明する。亡くなる24時間から72時間前の「6段階：臨死期」には、患者に対しては苦痛の軽減に努め、家族には死の徴候の見方等に加えて患者に話しかけるよう説明する。「7段階：死の直後」に行われる亡くなった後のケアは、家族と共に患者の身を清めて死装束を整え、家族がこれまで患者に行ってきたケアや患者の人生を共に振り返る。また葬儀に参加することもある。死後1週間以降の「8段階：死別期」には、Bereavement Coordinatorによる訪問やカウンセリングが行われる。HHでは、Family CampやA Night to remember（家族が集まってろうそくを灯し故人を偲ぶ）等のイベントを家族を看取った人々向けに行っている。

b. HHのケアの実際

研修では、ケアの実際を知るためにCMによる訪問への同行ならびにカイルアホームの見学を行った。

①CMによる訪問

訪問は在宅、グループホーム、老人保健施設の3件であった。在宅での訪問は脳梗塞後で認知症を持つ80歳代の女性が一人暮らしをしている一軒家に伺った。独居であり、専属の介護人が住み込みでケアをしていた。CMはリビングでリクライニングチェアに座っている患者の手を握ってコミュニケーションをとりつつ、介護人に前回の訪問から変化がなかったかを尋ね、バイタルサインの測定とフィジカルアセスメントを行っていた。結果はパソコンへの入力と患者宅に置いてあるファイルへの手書きの2通りの方法で記録し情報共有を図っていた。訪問時には紙おむつ等の消耗品の配達も行っていった。施設でも同様に患者の状

態を確認すると共に、施設の療養記録も見ながらアセスメントを行っていた。1件の訪問は30分程度であった。1人のCMが担当している患者は14人前後で、訪問の頻度は各段階により異なるが、安定期においては週に1～2回であり、1日に訪問する件数は最大4件程度とのことであった。あるCMは病院や診療所で勤務したのちHHで働くようになったが、患者の人生に深くかかわることのできる現在の仕事を誇りに思っていると話していた。

②カイルアホーム

HHから10kmほど離れた閑静な住宅街にあり、在宅で過ごす患者が症状のコントロールのために24時間のケアが必要となった場合や臨死期に在宅での看取りに不安がある場合のための入所施設である。あくまで一時的なもので、症状が安定するまでや患者が亡くなるまでの短い期間の入所が対象である。平屋の一軒家には広い庭とプールがあり、5つの個室、キッチン、リビングが備わっている。家族はいつでも面会でき宿泊もできる。我々が訪問した際も1組の家族が寛いでいた。ナースエイドや調理担当も含めて常時3人のスタッフがケアにあたっているとのことであった。



写真 カイルアホームの庭から見たホームの建物

4) HHの経営

a. 米国におけるホスピスケア

米国においては、1982年にメディケアホスピスベネフィットが制定されたのちに着実にホスピスケアの利用者は増加傾向にある。全米ホスピス・緩和ケア協会（2015）によれば、2014年では約120万人がホスピスケアを利用した後に死亡していたことを報告している。米国におけるホスピスケアの増加は、キュア医療の場で消費される医療コストの高騰が国費を圧迫していたという背景もさることながら、ホスピスケアによる安らかな死

を迎えることは全人的ケアとして重要なことであるという理念のもとで実施された結果でもある。全米ホスピス緩和ケア協会の報告（2015）によれば、2014年の時点で米国におけるホスピスケア提供事業所の数は6100にのぼり、右肩上がりに上昇を続けている。こうしたホスピスケアのみを対象とした事業所は全米のホスピスケアサービスの中で大きな役割を担っているといえる。

b. メディケアホスピスベネフィットのサービス内容

給付対象は65歳以上でサービス開始時に余命6か月以内と医師に診断を受けた者であり、開始後定期的に再認定を要する。ホスピスケアの種類は、①在宅定期訪問ケア（Routine Home Care, RHC ほぼ96%がこの適応者である）、②継続訪問ケア（Continuous Home Care, CHC）、③入院療養ケア、④レスパイトケアである。在宅定期訪問ケアのサービス内容は、①医師の診療と医療品（対症的あるいは除痛目的に限定）の提供、②24時間対応の看護ケア、③SWによる相談、カウンセリング、④作業療法、言語療法、理学療法サービス、⑤ホスピスエイド、家事サービス、⑥精神的心理的サポート、宗教家による心のケア、⑦医療用品（カテーテルやドレッシング材）の提供、⑧車いす、歩行器のレンタル、⑨遺族グリーフケアである。

在宅定期訪問ケアとは、1日当たり8時間以内の訪問による看護師による在宅ホスピスケアを意味し、継続訪問ケアとは、8時間を下限とした深夜を含む看護師による在宅ホスピスケアを意味する。

2015年8月6日付のFederal Register（連邦政府より毎日通達される書簡を集めた情報提供サイト）によれば、2016年のホスピス償還額は以下の通りであった。実質ではこれに地域別のレートが付加され支払われる（ハワイは1.15）。

在宅定期訪問ケア	1日当たり	186.84ドル
継続訪問ケア	1時間当たり	39.37ドル
入院療養ケア	1日当たり	720.11ドル
レスパイトケア	1日当たり	167.45ドル

c. HHの財務管理について

HHのCPOであるKenneth L. Zeri氏にインタビューをし、事業経営における財務について話を伺った。損益計算書の項目は以下の通りである。

1日あたりの見込み契約者数（Average Daily Census, ADC）とは、契約者の延べ人数をケア実

働日数で除したもので、月別、年次別で試算をしている。これは病院施設という病棟稼働率と同様に、収支バランスを考慮する上で重要な経営指標である。

総利益の内訳は営業利益（ホスピスケアサービスそのもので得た収入）と営業外利益（チャリティ寄付や各種助成金）に分かれる。このほか、投資や預貯金の利子等も加わる。総支出の内訳は人件費、薬剤や検査等の患者関連支出、カイルアホーム運営費、管理部門支出、マーケティング支出、減価償却であった。それらに対し、前年度の予算、決算（見込み）を踏まえて本年度予算を決定する。

d. HHの質管理モニタリングについて

経営者の実施するケアの質管理モニタリング手法として、マネジメント・ダッシュボードを作成していた。マネジメント・ダッシュボードとは、経営者が経営上の意思決定や判断を行うために、さまざまな情報ソースから各種の情報を集約して経営指標とし、統合された画面に数値やグラフの形で表示する情報システムのことをいい、マネジメントコックピットとも呼ばれる。HHでのダッシュボードの情報項目は①サービスの質：契約者の転倒率（全体数と二次障害発生数）、サービスの満足度、契約者からのクレーム件数、②利用者獲得状況：1日あたりの契約者数、情報希望者数と新規契約者数、契約後180日以上、60日以上、60日以下の契約者数、死亡者数、契約停止者数、③資源配分：RN, SW, ホスピスエイド、マッサージ師の各従業員数と契約者数比、ボランティア数、④人件費：スタッフの勤務時間数、離職者数、オアフ、カイルア、モロカイ、ラナイでの平均給与との格差、⑤経営状態：利益目標、ROI（Return on Investment）、営業収入、手元現金額、会計監査までの進捗状況であった。これらの情報に関して担当者を決めて月ごとに集約し、CPOがモニタリングして前年度や前月との比較をしながら、管理者として取るべき行動を決めていた。

2. UHTHSSC視察

1) UHTHSSCの位置づけ

アメリカではシミュレーション教育は1960年代より見られ、2000年代に入ると学生教育や卒後教育にシミュレーション教育は必須のものとなっていたが、日本では教育やセンター機能の整備は大変遅れている（尾原、2011）。

ハワイ大学にTHSSCを設置しており、ハワ

イ州唯一のシミュレーションセンターであり、HMSA財団、Hawaii Pacific Health, The Queen's 医療センター、Kaiser Permanente Hawaiiとハワイ大学マノア校の間でパートナーシップを取っている。THSSCの使命は、シミュレーション教育プログラムを提供することで、臨床能力やチームワーク、学際的な協同を通して安全で、高度なヘルスケアを促進・充実させ国民の健康状態を改善することにある。そのためハワイ大学システムコンソーシアムカリキュラムが構築され、看護学部と医学部、薬学部が連携して教育を進めている。

2) UHTHSSCの教育

a. 施設の構造

ハワイ大学マノア校のキャンパスの北側にあるWebster Hallの3階フロア全体がシミュレーションセンターである。エントランスには寄付者の名前を連ねたボードとシミュレーションセンターを紹介するディスプレイがかけられていた。そしてシミュレーションセンターのディレクターであるWong教授から説明を受けた。

センターの構造は、Fundamental Skills Training Roomを中央に置き、その周囲には各種のシミュレーションが実施できる部屋とコントロールルームがセットになったシナリオを使ったシミュレーション教育を行う部屋が配されていた。そして多人数収容が可能な広いスペースを有するMulti-Media Roomは、壁面全体を覆う複数の巨大スクリーンがあり、オリエンテーションやディスカッションをする場所となっていた。

b. 機能と役割

看護学部は、1年次の第2セメスターよりシミュレーション教育が開始され、基礎技術はテクニカルスキルとしてシミュレーション教育によって習得するようになっていく。2年次第4セメスターで事例を用いたシナリオ教育を受ける。また大学院生も使用しており、ナースプラクティショナー等は、ここでオスキーも行き最終段階ではテストも受けている。

Fundamental Skills Training Roomでは、4つのベッドと中央にミーティングができる机を配置し、基礎看護技術に使用している。対象は1年の第2セメスターから2年の第3セメスターであり、シナリオを使用しないシミュレーション教育を行っている。

各種のシミュレーションの部屋は、Home Health Room, ICU, Emergency Operating

Room, Labor & Delivery (L&D) にコントロールルームがセットになった構造であった。シミュレーションの部屋には3か所にカメラが設置しており、学生が行っているシミュレーションを3方向から死角がないように撮影し、デブリーフィングに活用している。コントロールルームではシミュレーションの活動状況を観察・ビデオ収録し、機器類の操作等を行う。Home Health Roomでは、在宅における高齢者や終末期ケア時のコミュニケーショントレーニングに活用している。ICU, Emergency Operating Room, L&Dは中央配管をイメージできるようにアウトレットから酸素(空気)が出るようになっている。薬剤やデバイスボックスも設置しており、状況に必要な薬剤やデバイスを選択できるようにもなっている。他電子カルテ、電話、救急カート等用途に応じた機器や器具が配置されており、実際の病院と同一のものを設置している。

各部屋に配置されたマネキンは、例えばICUに配置されているものでは、呼吸音、心音のみならず中枢、末梢の動脈の触知が可能である。状況により冷や汗が流れ、唸り声を発することができる。また学生が誤った判断をした場合には、呼吸停止、心停止、瞳孔散大の現象も再現できる。Wong教授は“Mistake is Welcome”として、学生がシミュレーションの中で失敗することをテーマにディスカッションすることで現象の意味と行為の必要性を考えることができると、シミュレーション教育の有用性を強調していた。

L&Dにおいては特別なシナリオも作成している。多くの問題を持った妊婦に対して看護師と医師でどのようにコラボレーションすればいいかを学習するチーム医療のシナリオがあり、多様な学習ニーズにシミュレーションが対応可能であることを示していた。

Multi-Media Roomは遠隔中継が可能であるため、医学部や薬学部とのディスカッション、ハワイ州島嶼のNursing Schoolとのディスカッションも行っている。

c. 静脈穿刺コンピューターシミュレーターでのデモンストレーション

学生個人で繰り返し修得する技術としてのコンピューターシミュレーターも設置していた。静脈穿刺用シミュレーターはパソコンのディスプレイと前腕のモデルが一体となっており、準備物品の選定、手順、駆血時間、穿刺血管の選定方法、血管への貫通の感覚の取得等が学べるようになっていく。学生がどこでエラーをしたのかが明確にわ

かり、静脈血管の破たん（紫斑の出現）等が現れ、デブリーフィングできるようになっている。

シミュレーターであるため緊張することなく挑戦でき、何度でも繰り返せる点、自己の理解の確認と技術に使用する知識の取得と血管穿刺の感触の習得が可能となる。本シミュレーターは数台あり、学生全員が体験できるようになっている。

3) シミュレーション教育マインド

Wong教授が強調していた点は、シミュレーション教育はチェックリストによる技術教育とは全く違い、思考教育をしているということであった。またシミュレーション教育時間は、シミュレーションを行う時間以外の前後に学習時間を取るようにしており、5時間のシミュレーションを行う場合は前後に10時間の学習時間を取るようにしている。技術ができるだけではなく、臨床的な判断が能力を高めるための学習を重視していた。また精神領域のシナリオとして抑うつ・認知症・統合失調症・PTSD等のシナリオも充実しており、その場合は役者（演劇学科の学生等）にメイクアップをしてもらい、リアリティを高めて実施している。当然役者に対しての教育も行っている。

シミュレーション教育には臨場感あふれる環境が重要であり、リアリティを高めるために教員は、様々に準備をして工夫をこらしている。またシナリオ作成や実際のシミュレーション教育の指導に病院から臨床看護師の協力を得ていた。

V. 考察

1. HHにおける看護師の役割

我が国においては、自然な死を迎えるための看取りケアが広まりつつある。在宅での看取りケアは訪問看護ステーションが医療的管理の必要な患者の看護と合わせて提供しており、HHのように専門的にホスピスケアを提供する事業所はないため、訪問看護ステーションは医療的ケアを提供するというイメージがある。また、介護保険施設等における看取りケアの多くは施設内の看護師が担い、医療保険による訪問看護が認められていながら一般にあまり知られていないため、人の自然な死を看取った経験がない看護師、介護職が戸惑いつつケアを提供しながら経験を積み重ねている現状がある（山地ら、2013）。今後さらなる高齢化を迎えることが予測される我が国においては、HHのように場所を問わず専門的にホスピスケアを提供できる事業所の普及は高齢者ケアの質の向

上に大きく寄与すると考えられる。

HHでは看護職以外にも多彩な職種がそれぞれ独自の役割を担っており、マーケティング等の戦略についてはもちろん、我が国では看護師が担うものとの認識が強く持たれているグリーンケアでさえ、専属のSWが配置されていた。これは小規模の訪問看護ステーションの管理者兼看護師が利用者の獲得、人材採用、シフト管理、保険請求まで行いながらケア全般のマネジメントを担う我が国と対照的であり、看護師が患者と家族のケアに集中して取り組める環境にあると言える。

HHで患者のケアを中心的に担うCMは、ELEを根底とするフレームワークの中でケアを提供している。このことについてZeri氏とディスカッションする中で見えてきたのは、コーディネーターとして意思決定をサポートするという看護師の役割であった。人生の終焉という重大な局面にある患者と家族は、療養の場、症状のコントロール等の治療やケア、患者の最期の望みを叶えるべきか等、様々な選択を迫られる。さらに、同意の上でホスピスケアを受けていても、本当にこれでよかったのかと迷うこともある。困難な選択を迫られて揺れ動く家族の心情を読み取りながら、ELEを基盤として必要な情報を提供し、家族の味方となり、環境を整え、適切な時機に医師やSWやChaplain等の専門職の援助が受けられるように調整し、患者と家族が最善と思える意思決定ができるように支え、その人らしい最期を迎えられるようにすることは、End of Life Coordinationとも言え、看護師の重要な役割であった。

2. 損益計算書およびマネジメント・ダッシュボードから得られたこと

2016年予算においては、メデイケア償還からの収益は営業利益からの86.8%を占めている。ホスピスケア事業所にとって、連邦政府から提示されるメデイケア償還レートや金額が経営上重要な意味を持つことがわかる。人件費は、2015年では営業利益の83%を占めていたが、2016年には77%まで抑える見込みとしていた。具体的対策についてインタビューでは、Chief Medical Officer（医師）の雇用を見送り、現況の医師5名（モロカイオフィス、ラナイオフィスを含む）とナースプラクティショナー3名で対応することにした、とのことであった。看護師の数は減らすことはできず、むしろ夜間対応の看護師が不足しており、雇用を促進したいとのことであった。ホスピスケアにおいて、医師の業務を代替できるナースプラクティ

シヨナーの採用は人件費削減に効果をもたらしていることがわかる。

マーケティング費用として利益の3%を予算計上していた。これは、ADCを100とし、契約者全員がRHC対象だったと仮定すると、年間約2000万と試算できる。MBA取得者であるChief Strategy Officer を雇用し、十分な予算を設けて契約者獲得対策を講じており、マーケティングを重要な経営活動と位置付けていることがわかる。

本業以外での収益（寄付や投資）も見込んでおり、経営者は多角的な財源確保を視野に入れ、営業赤字リスクの分散に努力していることがわかる。

マネジメント・ダッシュボードの項目をみると、円滑な経営のためには、より多くの情報を多くの時間をかけて収集するよりも、各指標をシンプルかつモレのないようにまとめ、定期的にモニタリングし素早く行動に移せる工夫が重要であることがわかる。

また、経営管理に関する知見を得たいという要望に対し、他目的での流用をないことを条件に、損益計算書やダッシュボード情報に関する情報を快く提供してくれた姿勢をみて、非営利の地域貢献を使命とするヘルスケア提供事業所の経営状態の可視化と開示が習慣化していることが裏付けられた。管理者の行動や姿勢は職場の倫理風土の醸成に大きな影響をもたらす（Torr & Ofori, 2009）。こうした経営者の姿勢が職員の倫理的行動を形成する大きな要因であると考えられる。

HHは我が国における一般的な訪問看護ステーションの規模よりも大きな規模で運営され、看護師だけでなく多くの専門職によって協働されていた。その理念や経営の姿勢は個々の役割の中で活動指針となって取り入れられていた。今回の学びをもとに、わが国の制度の中でELCの質向上のために取り組める組織づくり等を提案していきたいと考える。

3. シミュレーションセンターの機能や役割からの考察

ハワイ大学マノワ校のシミュレーションセンターは非常に高機能であり多様な医療に対応できるように教育シナリオも個人学習レベルから、多職種でチーム医療を学ぶものまで存在していた。ここでは将来的に地域でのELCを実践できる人材の育成に視察してきたシミュレーション教育がどのように活用できる可能性があるのかを述べる。

地域におけるELCを普及させるためには課題が

いくつかある。地域医療（看護）に携わる人を増やすこと、またELCの経験を積むことである。いずれの場合でも、新人や潜在看護師からの復職者、ELCのキャリアの浅い者に教育する手立てとして、シミュレーション教育が最も効果的であると考えられる。在宅医療の現場で、タイミングよく遭遇できない場面や状況でも、リアリティを高めた再現状況の中から、学習課題をクリアする方策を導き出すことが可能であるからだ。

死を間近にした状況の中、どのように利用者や家族と対峙し、ケアを行っていくのかを試行するとき、高機能シミュレーターは必要ではない。むしろ役者（模擬患者）などの協力でコミュニケーションや心構えを形成することができる。

しかし、教育にもっと経費を計上することも必要と考える。それはこれから向かう超高齢多死社会の中、地域の人たちのELCを支えるための人材育成に大幅な教育が必要であり、それなくして超高齢多死社会は乗り切れないと考えるからである。たとえば米国では、1999年、医療事故はヒューマンエラーの要素が中心であることが判明し、医療チームのトレーニング・プログラムを提供するために、時のクリントン大統領は全米各地に交付金を交付している（尾原、2011）。このように日本における高齢多死社会の問題の根幹を解決するための教育に国家的投資をすることや、大学としての戦略的投資への判断を今後期待したい。

謝辞

今回の研修を快く受け入れて下さったHHのKenneth L. Zerl氏、UHTHSSCのLorrie Wong氏ならびにインタビューに応じて下さった各施設のスタッフの皆様、患者様、ご家族様に心より感謝いたします。

尚、本研修はインセンティブ研究費および日本学術振興会科学研究費 基盤研究C 課題番号26463291 看護師の倫理的成熟とその影響要因に関する検討（平成26年から平成28年）により実施した。

文献

Federal Register, Medicare Program; FY2016 Hospice Wage Index and Payment Rate Update and Hospice Quality Reporting Requirement, 2016-9-18, <https://www.federalregister.gov/documents/2015/08/06/2015-19033/medicare->

- program-fy-2016-hospice-wage-index-and-payment-rate-update-and-hospice-quality-reporting
- 原島利恵 (2013) : 看護における模擬患者を活用したシミュレーション教育に関する文献検討. 茨木キリスト教大学看護学部紀要, 4(1), 47-56
- 川越厚 (2002a) : 治療の歴史 我が国における在宅ホスピスケア. 治療学, 36(3), 91-96
- 川越厚 (2002b) : わたしと在宅ホスピスケア—10数年の経験を振り返って—. 緩和医療研究会誌, 11(1), 5-30
- National Hospice and Palliative Care Organization (2015) Fact on Hospice and Palliative Care. http://www.nhpco.org/sites/default/files/public/Statistics_Research/2015_Facts_Figures.pdf (2017/01/07 閲覧)
- 尾原秀史 (2011) : シミュレーション教育の現状と問題点. 日本臨床麻酔科学会誌, 33(5), 762-770
- State of Hawaii, Department of Health , Executive Office of Aging (ハワイ州保健局) : Hawaii State Plan On Aging 2015-2017, 2016-9-20, https://www.hawaiiadrc.org/Portals/_AgencySite/State%20Plan/HI%20State%20Plan%20on%20Aging%202015-17.PDF (2017/01/10 閲覧)
- Toor, S. R., & Ofori, G. (2009). Ethical leadership: Examining the relationships with full range leadership model, employee outcomes, and organizational culture. *Journal of Business Ethics*, 90(4), 533-547.
- University of Hawaii Translational Health Science Simulation Center: Welcome to the UH Translational Health Science Simulation Center, 2016-9-10, <http://thssc.nursing.hawaii.edu/2016/9/10> (2017/01/10 閲覧)
- 山地佳代, 長畑多代, 松田千登勢 (2013) : 特別養護老人ホームの看護職を対象とした看取りケア教育プログラムの実施. 老年看護学, 17(2), 58-64
- 在ホノルル日本国総領事館ホームページ : ハワイ州要覧, 20216-9-20, <http://www.honolulu.us.emb-japan.go.jp/jp/yoran2015.11.pdf> (2017/01/10 閲覧)

紀要投稿要領

1. 紀要について

- 1) 本学類の紀要の名称を「大阪府立大学看護学雑誌」(Osaka Prefecture University Journal of Nursing) とする。
- 2) 紀要は年1回発行する。
- 3) 紀要は本学の学術情報リポジトリ(OPERA)で公開する。
- 4) 紀要の編集は、紀要委員会が行う。

2. 投稿資格

原稿の第一著者は看護学類の教員・非常勤講師、大学院看護学研究科学生および修了生で、紀要委員会が認めたものとする。

3. 原稿の種類

- 1) 原稿の種類は、論壇、総説、原著、研究報告、その他である。それぞれの内容は下記のとおりである。

【論壇】看護学に関連する問題や話題について、今後の方向性を指し示すような論述や提言

【総説】看護学に関連する特定のテーマについて、多面的に知見ならびに文献を検討し、総合的に概説したもの

【原著】看護学に関連した研究論文のうち、独創的で、新たな知見が論理的に示されているもの

【研究報告】看護学に関連した研究論文のうち、内容において原著論文に及ばないが、研究の意義があるもの

【その他】看護学に関連した資料、解説、実践記録、研究ノート等で、紀要委員会が適切と認めたもの

- 2) 投稿論文の内容は、他の出版物に掲載あるいは投稿されていないものに限る。
- 3) 投稿原稿の1編は本文、文献、図表を含めて以下の制限内にとどめることを原則とする。なお、図表はA4用紙1枚の大きさを1,000字とする。

【本文、文献の文字数(抄録を除く)を、文献末尾にカッコ書きで記載する。最終原稿提出時にはこれを削除する。】

論壇	4,000字以内
総説	12,000字以内
原著	16,000字以内
研究報告	16,000字以内
その他	12,000字以内

4. 倫理的配慮

人および動物が対象である研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されなくてはならない。原則として倫理委員会の審査を受けること。

5. 投稿手続き

- 1) 期限までに投稿申込を行う。(看護学類HPに掲載された「紀要原稿募集のお知らせ」を参照)
- 2) 印字した原稿3部(うち2部は査読のため、表紙には表題と図表の数、希望する原稿の種類のみを記載し、本文中の著者を特定するような文言は削除する)を紀要委員会に提出する。採用決定後の最終原稿には電子記録媒体をあわせて提出する。
- 3) 原稿等を提出する際には封筒に入れ、表に原稿表紙の複写を貼付する。

6. 原稿の受付および採否

- 1) 原稿の受理日は、5.の投稿手続きを経た原稿が紀要委員会に提出された日とする。
- 2) 著者は、査読者の意見をもとに、原稿を修正し、査読者(原則として2名以上)のすべての意見に対して文書で回答し、紀要委員会によって定められた期日までに再投稿する。
- 3) 原稿の種類および掲載の可否についての決定は紀要委員会において行う。
- 4) 著者校正は1回行う。校正時の加筆は原則として認めない。

7. 原稿執筆の要領

- 1) 原稿は原則としてワープロソフトで作成し、A4判用紙1枚あたり、35文字×28行の横書きとする。句読点は「、」を使用する。
- 2) 原稿には表紙を付し、表題、著者名、図表の数、希望する原稿の種類、別刷希望数を

記載する。表題，著者名は英文も併記する。和文の著者名の右肩に1)，2)と番号を付け，所属先(連絡先を含む)を記載する。

- 3) 原稿の2枚目に抄録とキーワードを記載する。原著・研究報告には必ず和文，英文の抄録をつける。抄録は，和文は400字，英文は300語以内で本文の論旨がわかるよう記述する。抄録に続いて，論文の内容を的確に表現しうるキーワード(単語または語句)を日本語と英語で3～6個記載する。
- 4) 英文の表題および抄録はネイティブのチェックを受ける。
- 5) 図，表などは，1つずつA4用紙に雑誌掲載時のサイズで配置し，図1，表1(英文の場合は，Table 1, Figure 1)などの通し番号をつけ，本文とは別に巻末に一括する。また，原稿右欄外にそれぞれ挿入希望位置を朱書きで指定する。
- 6) 文献の記載方法は下記に従う

①本文中の文献表示方法

引用文献は，引用箇所に着者名と発行年次(西暦)を括弧表示する。

著者が複数の場合は，著者名は1名のみとし，「ら」または「他」をつけて略する。同一著者に同一発行年次の文献が複数ある場合は，発行年次の後に小文字のアルファベットa, b, c…を付して区別する。

例：(小川ら，2005)，(Ogawa, et al., 2004)，(鈴木，2003a)，(鈴木，2003b)

②文献欄の記載方法

文献欄は，筆頭著者の姓のアルファベット順に記載する。共著者は3名まで記載し，それ以上の場合は「ら」または「他」をつけて省略する。

同一著者の文献が複数ある場合には，発行年次の早い順に記載する。

同一年次に同一著者による文献が複数ある場合には，本文中の表示に添付した小文字のアルファベット順に並べる。

③文献の記載方法の例

[雑誌の場合]

著書名(発行年次)：表題名。掲載雑誌名(List of journals indexed medicus, 医学中央雑誌・収録雑誌略名表に準拠した略名も可)，号もしくは巻(号)，頁－頁。

[単行書の場合]

i 著者名(発行年次)：書名(版数 初版は省略可)。出版社名，発行地。

ii 著者名(発行年次)：論文の表題。編者名，書名(版数 初版は省略可)，頁－頁，出版社名，発行地。(欧文は編集者や監修者名の前にIn，後に(Ed)または(Eds)を記載)

[翻訳書の場合]

原著者名(原著の発行年次)：原著名。出版社，発行地。/訳者名(翻訳書の発行年次)：翻訳書名(版数)。出版社名，発行地。

[電子文献の場合]

著者：タイトル，入手年－月－日，URL
アドレス

8. 著作権

原稿内容についての第一儀的な責任と権利は執筆者に帰属するが，原稿の編集，出版および電子情報化など二次的使用に関する権利は紀要委員会が執筆者から委託されたものとする。

9. 著者負担

論文の別刷りは，1論文あたり30部までは無料とし，それ以上は著者負担とする。

(附則)

この投稿要領は，平成23年4月26日から施行する。

この投稿要領は，平成27年4月23日から施行する。

この投稿要領は，平成28年4月28日から施行する。

看護学類紀要委員会

委員長 田嶋 長子

副委員長 簀持 知恵子

委員 山田 加奈子 伊藤 良子

大阪府立大学看護学雑誌 第23巻 第1号

2017年3月27日 発行

編集 看護学類紀要委員会
発行 大阪府立大学看護学類
〒583-8555 大阪府羽曳野市はびきの3丁目7番30号
TEL (072) 950-2111 (代)
FAX (072) 950-2131
印刷 株式会社 春日
〒542-0064 大阪市中央区上汐2-2-22
TEL (06) 6767-0899

OSAKA PREFECTURE UNIVERSITY JOURNAL OF NURSING

Vol. 23, No.1

2017

Original

- Factors Related to Workplace-adaptation of Rookie Male Nurses 1
K. Nagata, K. Shida, M. Muya

Reports

- A Qualitative Study on the Autonomy of Nurses Working in Medical Emergency Centers 11
R. Oe, Y. Sugimoto, C. Hatamochi, A. Kitamura, M. Nakayama
- Health Behavior of Persons with Chronic Illness Living in Fee-based Elderly Housing Facilities ... 21
H. Saito, C. Hatamochi, Y. Yabushita
- Issues and contents of family nursing education recognized by certified nurse specialists
in family health nursing in continuing nursing education 31
M. Nakayama, F. Okamoto
- Conceptual Analysis of the Nursing Competence of Intensive Care Homes for the Elderly 39
M. Sasatani, T. Nagahata

Materials

- Conceptual analysis of the experience of being raised for mothers 51
Y. Tanaka, M. Ueno, S. Okawa
- The Aspect of “Parenting of Concern” Provided by the Parents who have Infants or 59
Preschool Children with Chronic Disease
H. Naragino, Y. Okazaki, H. Ojira, K. Kawakatu, Y. Takeda
- A Field Work on the Dedicated Education Unit Model in the United States 67
R. Tomita, Y. Hosoda, M. Negishi, Y. Katayama, Y. Doi
- The Overseas Inspection Tour Aimed at Building the Foundation to Expand End-of-life Care
in the Region – Practice of The Hospice Hawaii and Simulation Education at The University
of Hawaii 75
K. Eguchi, K. Shida, Y. Kagawa, Y. Matsushita, K. Fukayama, F. Okamoto

Published by

SCHOOL OF NURSING, OSAKA PREFECTURE UNIVERSITY
3-7-30 HABIKINO
HABIKINOSHI, OSAKA, JAPAN