

沖縄県立看護大学

紀 要

第17号

原著

- 予期せぬ周産期の死に立ち会った助産師の体験
 ー助産師として働き続けることー
 久場加寿美 玉城清子 1
- 離島診療所を管轄する中核病院における離島支援看護活動とその構造
 知念久美子 17
- 沖縄県小離島在住の高齢者の入院支援における看護師の役割
 ー離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践からー
 坂東瑠美 大湾明美 山口初代 佐久川政吉 33

報告

- 終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族1事例に対する緩和ケアのあり方
 濱田香純 神里みどり 45
- 小離島におけるがん患者・家族および医療従事者のニーズによる支援マップの作成
 森彩乃 神里みどり 61
- 臨地実習における学生の看護倫理に関する体験
 宮里智子 大川嶺子 賀数いづみ 西平朋子 牧内忍 伊良波理絵 79
- PACAPによる子ども虐待リスク者の縦断的調査
 玉城清子 吉川千恵子 西平朋子 嘉陽田友香 89
- 実習指導をし始めた臨床看護師が感じた困難と対応
 伊良波理絵 嘉手苺英子 97
- 学習会と臨床での取り組みを連動した現任教養プログラムの意義
 ープログラムに参加した看護師のアサーティブコミュニケーションの変化からー
 饒平名かおり 嘉手苺英子 107
- 乳がん患者における受診遅延の関連要因を検証する質問紙の評価：パイロットスタディ
 大城真理子 神里みどり 117
- 小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援の自己点検
 ーH島診療所の看護実践からー
 美底恭子 大湾明美 伊牟田ゆかり 佐久川政吉 127

研究ノート

- 「駐在保健婦」の公衆衛生看護活動の特徴
 ー地域のセルフケア支援の観点から寄生虫予防活動に焦点をあててー
 吉川千恵子 野口美和子 大湾明美 137

資料

- 看護基礎教育のテキストにおける認知症高齢者看護に関する記述内容の変化
 ー老年保健看護教育へ活かすためにー
 田場由紀 大湾明美 佐久川政吉 山口初代 伊牟田ゆかり 145
- Jean Watson 博士の「ヒューマンケアリング」を看護教育に活かす方略
 山本敬子 朝倉由紀 宮城裕子 謝花小百合 155
- 沖縄県立看護大学紀要投稿規程 161
- 編集後記 165

原著

予期せぬ周産期の死に立ち会った助産師の体験 —助産師として働き続けること—

久場加寿美¹ 玉城清子²

背景：出産前後の子どもの死亡は、母親やその家族の喪失体験につながるとともに、ケアをしていた助産師の二次的心的外傷体験にもなる事が海外の研究で明らかにされている。しかし、我が国では周産期死亡に立ち会った助産師の体験に関する研究は少ない。

目的：助産師にとって予期せぬ周産期の死に立ち会うとはどのような体験なのか、そしてそれをどのように乗り越え働き続けることができたのかを明らかにする。

方法：A県総合・地域周産期母子医療センターに勤務し、周産期の死に立ち会った経験を有する助産師5名に半構造化面接を行い、修正版-Grounded Theory Approachを用いて分析した。

結果：助産師は予期せぬ子どもの死に直面し、【混沌とした状態】のなかで子どもを亡くした母のケアを行わなければならない【心の傷となる】辛い体験をしていた。しかし、他の助産師・上司・医師と【辛さを共有】する事で、【母と向き合う】力が得られていた。母と向き合う事で知識や技術の見直しの必要を認識し、質の高いケアの提供へと意識が変化していた。また、【子どもの死から得た学び】を伝えていく事が、自らの役割であると認識していた。さらに、この母子との出会いは自身にとって必要な出会いであったと意味づけ困難な状況に陥った時にその経験を思い出し、そうして【私の中に生き続ける】事で助産師としての自分を戒めると共に働き続けていく源となっていた。

結論：予期せぬ周産期の死に立ち会った助産師が働き続けるとは、子を亡くした母と向き合う事で、そこから得た学びを次のケアへと繋げていくプロセスであった。

キーワード：予期せぬ周産期の死、相互作用、助産師として働き続ける、母の喪失と向き合う

1. はじめに

周産期の子どもの死は、子どもとの生活を楽しみにしていた家族に大きな衝撃を与える。また家族だけでなく医療従事者にも大きな影響を与える(竹内, 2011)が、中でも分娩に立ち会った助産師にとって二次的心的外傷体験となる(Puia & Lewis & Beck, 2013)。

我が国においても、周産期の死を体験した看護職者の経験・感情、両親への支援方法についての研究が行われている(金ら, 2000, 2001; 福崎ら, 2010; 鈴木ら, 2008; 今村, 2012; 太田, 2006; 堀内ら, 2011)が、これらの研究の殆どは胎児死亡が診断された時点からの関わりで、分娩経過中の胎児死亡や出生後の新生児死亡などの助産師が直接関連する周産期の死亡例

は含まれていない。

助産師は妊娠期から分娩時・育児期まで母子の側に寄り添いサポートする事によって役割期待に応じてきた。しかし、妊娠・分娩経過中に胎児の死を予測・対処できなかった経験は、母子保健看護の専門家として助産師に大きな影響を与えると考える。

そこで本研究では、助産業務中に周産期の死と関わった助産師は、誰とどの様な関わりによって自己を内省し、助産師として働き続ける力を得たのかを明らかにする。

1) 用語の操作的定義

(1) 予期せぬ周産期の死

妊娠22週以降の死産と生後1週未満の早期新生児死亡を合わせたものを周産期死亡という(厚生労働統計協会, 2013)が、形態異常や染色体異常を省いたもののうち、未熟性による影響

¹ 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

² 沖縄県立看護大学

が少なく児の生存率が100%になる週数が34週以降である（宮下ら，2009）。そのため、何らかの原因が無ければ34週以降に出生する子どもは殆ど死亡することはない。よって本研究では、妊娠34週以降に、全く予測できないまま亡くなってしまった胎児および子どもの死を予期せぬ周産期の死と定義する。

（2）予期せぬ周産期の死に立ち会う

妊娠34週以降の産婦の分娩に立ち会い、胎児死亡や分娩介助後1週間以内に新生児が死亡した事例に携わった助産師の経験を予期せぬ周産期の死に立ち会うと定義する。

（3）周産期母子医療センター

本研究においては、総合周産期母子医療センター・地域周産期母子医療センターの両者を合わせ周産期母子医療センターと定義する。総合周産期母子医療センターとは、相当規模の母体・胎児集中治療室（maternal and fetal intensive care unit: MFICU）を含む産科病棟および（neonatal intensive care unit: NICU）を含む新生児病棟を備えている。周産期医療体制の中核として地域周産期関連施設等と連携を図り、救急搬送などを受け入れている施設である（成田，2013）。地域周産期母子医療センターとは産科および新生児医療を担当する小児科などを備え、周産期にかかわる比較的高度な医療を行う。地域周産期医療関連施設との連携を図り、これら施設からの救急搬送の受け入れや、総合周産期母子医療センターからの戻り搬送の受け入れなどを行っている施設である（仁志田，2012）。

（4）新人助産師・中堅助産師

本研究では、助産実践能力習熟段階・クリニカルラダー（日本看護協会，2013）を用い、助産師1年目を新人助産師、レベルⅡ～Ⅲの段階にある助産師を中堅助産師とする。

2. 目的

本研究の目的は、分娩時ならびに介助した新生児が死亡した助産師の体験を明らかにすることである。そのために次の研究上の問いを設定した。

- 1) 助産師は、分娩時や出産後など主に助産師が関わる中で起きた周産期の子どもの死の場面で何を体験し、何を考えたのか
- 2) 助産師は、子どもを亡くした両親や同僚・上司などの医療従事者との関わりの中で、自らの体験をどう意味づけたのか

3. 方法

- 1) 研究デザイン：予期せぬ周産期の死を経験した助産師が母親や同僚・上司とどのような社会的相互作用が生まれたか。またそのような中で助産師はどのように周産期の死を意味付け、今日まで働き続けることができたのか明らかにする。理論的枠組みとして、シンボリック相互作用論を用いた。Grounded Theory Approach（以下GTA）はグレーザーとストラウスによって開発された研究方法で、シンボリック相互作用論を基盤にしている。
- 2) 分析について：グレーザー・ストラウス（オリジナル）版を基に木下によって修正された、修正版-Grounded Theory Approach（以下M-GTAとする）（木下，2003，2007）を用いて分析する。分析テーマは、予期せぬ周産期の死に立ち会った助産師として働き続けていくプロセスとし、分析焦点者を予期せぬ周産期の死に立ち会った助産師とする。
- 3) 研究協力者：A県内の総合・地域周産期母子医療センターを協力施設とした。職員休憩室内にポスターを掲示し、研究協力者を募集した。分娩介助中に胎児が死亡した経験を有する者・分娩介助した新生児が1

週間以内に死亡した経験のある者のうち、研究に協力してもよいと意思表示のあった者を研究協力者とした。また喪失体験者は、喪失後1年目において命日や記念日を経ると悲しみが想起される(小此木, 1979; 今村, 2012)ため、周産期の死を経験した後、1年以上経った者とした。

4) データ収集と分析方法: インタビューガイドに基づき半構造的面接を行った。インタビュー内容はICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。分析には逐語録およびフィールドノートを用い、分析テーマと分析焦点者に照らしてデータの関連箇所に着目し、それを具体例とし類似する具体例を集め、概念を生成した。データ分析を進める中で、分析ワークシートは個々の概念ごとに作成する。分析ワークシートを用いた分析例を表1に示す。助産師の語りの最

も着目した部分、A氏の「辛かったんですけど逃げてはいけないなっていうのがあって」という部分に注目し、子どもを亡くした両親と向き合いケアを行うことについての語りがA氏の他の個所や他の研究協力者の逐語録の中にないか確認した。同様の具体例があればヴァリエーション欄に記入した。理論的メモには、これら助産師の語りから、申し訳なくて顔を合わせる事が出来ない・辛くしんどいという思いを持ちながら向き合う・関わられた事が自分自身を支える力になる・向き合えなかった人はどうなるのか?などから考えられることを記述した。さらにこの語りと対極する例がないか確認しながら分析を進めた。これらから子どもを亡くした両親と向き合いケアを行うことと定義し、概念名は逃げずに密に関わるとした。

表1 分析ワークシート (一部抜粋)

分析テーマ: 予期せぬ周産期の死を経験した助産師が働き続けていくプロセス

分析焦点者: 周産期の死に立ち会った助産師

概念名	逃げずに密に関わる
定義	子どもを亡くした母親・父親と向き合いケアを行う事。 対象者から逃げてはいけないと、自分の気持ちを奮い立たせてケアをし続ける事で、助産師として成長していったと意味づけている語り。
ヴァリエーション	<ul style="list-style-type: none"> お母さんたちに本当に密に関わって「ありがとうね」とか、ちょっと話をすることで「少し気が楽になった」というので、私がこう関わっている…った事は間違いではなかったのかなって。このご両親から「本当にありがとう」とって。「心の支えになってもらえた」と言われたんですよ、短い間だったんですけど…。一応、足は運ぶようにはしていたので…辛かったんですけどね…ちょっと、逃げてはいけないなっていうのがあって。(A氏) 結果はこうなって(亡くなって)しまったんですけど。でも「あなたがいてよかった」と言われたらね…もう1回(助産師として)やろうかなって…思いました。(A氏) 自分も精神的にね…辛く重くなっちゃうじゃないですか「ああ…」って思うけど。だからって行って自分に何ができるのって、聴くことしかできないし…でもね、聴く事って大事だし…とか自分で(気持ちを)上げたりとか…(B氏) バイタル測って…ちょっとすごい気まずくて…もう行きたくないんだけど…だってもうしょうがないって言うか、起こってしまった事だから。だからお母さん自身もたぶん私には会いたくなかったかもしれないんだけど。(D氏) すごい気まずくて…。もう行きたくないんだけど…(ケアを行う事で)ちゃんとやってくれるんだなって、それが彼女の…もしかしたら救いの一つになるかもしれないから (D氏) あの…とにかく私自身何していいかわからなかったんだけど。とにかく「赤ちゃんに面会させよう。赤ちゃんを抱っこしてもらおう」ということで、赤ちゃんをお母さんに抱っこさせて、その時はもう…自分も辛くて一緒に泣いちゃったのね。で、2人で泣いて。お母さんは『すごくありがとうね』って言ってくれたんだけど。(F氏) … (中略) …
理論的メモ	申し訳なくて顔を合わせられず、辛く逃げたいと思う気持ちはどの助産師にもある。子どもを亡くした両親との関わりは辛くしんどいという思いを持ちつつ、でも関わっていく必要があると強く感じている。両親と関わり続けた事が助産師として再起するきっかけとなる。密に関わられた事が自分自身を支えていく力になっているのかもしれない。辛い経験の中にも、逃げなかった事が、助産師としての存在意義であると認識した。両親から感謝されたのは、逃げずにケアし続けたから?それが出来なかった助産師の思いは?→対極例として概念生成が必要(対極例: 側にいる事が出来ない)

生成した概念の完成度は、類似例の確認だけではなく対極例についての比較の観点からデータをみていくことにより、解釈が恣意的に偏るのを防いだ。概念間の関係からカテゴリーを生成し、またカテゴリー相互の関係から分析結果をまとめ、結果図を作成した。生成した概念とカテゴリーを用いて、結果を簡潔に文章化しストーリーラインを作成した。真実性を確保する為に、分析過程で指導教員や助産領域の教員とともに概念生成・概念間の関係やカテゴリーの相互間の分析結果に研究者の偏りがないか確認を行っていった。また本大学のFD委員会が計画したM-GTA研修会で開発者の木下康仁教授の指導を受けた。

- 5) 倫理的配慮：研究者が協力者に対し個別に研究の目的や起こりうる問題などの説明を行い、同意を得た後にインタビューを実施した。研究協力者へは匿名性を保つこと、助産師の語りから施設や個人が特定できないよう逐語録の一部を改変すること、その後に逐語録の確認を行ってもらうことで匿名性を保持した。本研究は沖縄県立看護大学倫理審査委員会の承認を得て、実施した（承認番号13009）。

4. 結果

1) 研究協力者の概要

A県内の総合・地域周産期母子医療センターに勤務し、周産期の死に立ち会った経験を有する助産師6名に半構造化面接を行った。そのうち、早期産（25週）児の新生児死亡を除いた5名を分析対象とした（表2）。周産期の死に立ち会った時の助産師の経験年数は、1年目2名、10年から23年目3名であった。また年代は、30歳代1名、40歳代2名、50歳代2名であった。分娩経過中に胎内死亡による死産に立ち会った者2名、出産後に死亡した者3名であった。子どもの在胎週数は34週～40週であった。子どもの死因を確定するために解剖が行われたのは1例、症例検討会が行われたものは1例であった。

2) ストーリーライン

カテゴリーや概念間の関係性について、結果図を図1に示す。

以下の文中の【】はカテゴリー、《》はサブカテゴリー、〈〉は概念、矢印はプロセスを示す。また（）は文意が通じやすいように、研究者が追加したものである。

分析の結果、【混沌とした状態】【辛さの共有】【母と向き合う】【子どもの死から得た学び】【私の心の中に生き続ける】【心の傷となる】の6

表2 研究協力者の概要

協力者	現在の経験年数	周産期の死に立ち会った時の経験年数	在胎週数・どのような出会いだったか	解剖の有無	検討会の有無
A氏	20年	1年目	正期産（40週） 過期産予防のため誘発分娩経過中急変し出産後、新生児死亡	有	無
B氏	11年	10年目	早期産（36週） 分娩後、生後24時間のSIDS	無	有
D氏	18年	1年目	正期産（38週） 分娩経過中、常位胎盤早期剥離（疑）にて胎内死亡	無	無
E氏	27年	23年目	正期産（38週） 分娩経過中、胎内死亡	無	無
F氏	25年	15年目	早期産（34週） 骨盤位分娩後、新生児死亡	無	無

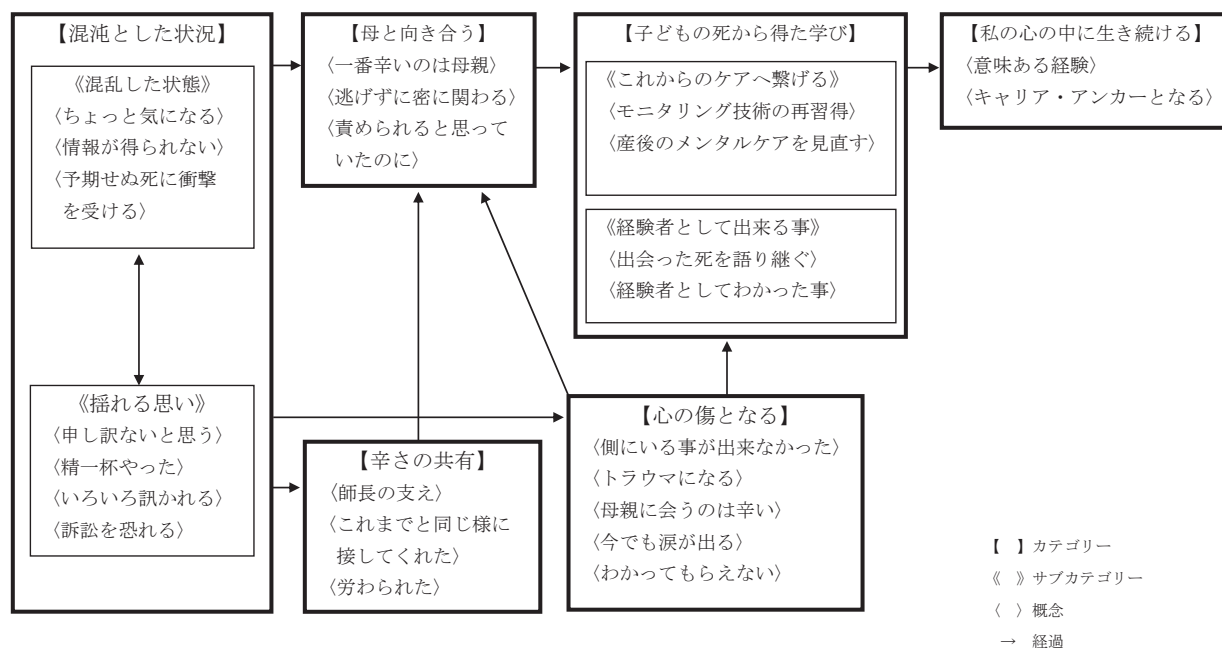


図1 予期せぬ周産期の死に立ち会った助産師として働き続けていくプロセス

つのカテゴリーが生成された。予期せぬ周産期の死に立ち会った助産師が、働き続けていくプロセスをストーリーラインを記述する。

助産師は分娩経過の観察中、〈ちょっと気になる〉点を医師に報告したが心配ないと言われ、また産婦から気になる訴えがあったが微細な変化に気づかず様子を見ていた。中堅助産師は、急な役割変更で〈情報が得られない〉まま産婦を受け持ち、助産診断を行わざるを得ない状態であった。分娩経過観察中に胎児が急変し母体内で死亡していた事や出生直後の心停止に蘇生処置を行うが亡くなってしまう事、入院中にSIDS（乳幼児突然死症候群Sudden Infant Death Syndrome）で死亡するといった〈予期せぬ死に衝撃を受ける〉事で、《混乱した状態》におかれていた。

子どもが亡くなった事で助産師は、観察が不十分で、胎児の変化に気づけなかったのかもしれないと両親に対して〈申し訳ないと思う〉気持ちを持っていた。そのように思う反面、自分の判断や技術に問題はなかったという気持ちもあり、出来る事は〈精一杯やった〉と自分自身

を保つ助産師もいた。予期せぬ子どもの死亡後、施設管理者や警察から〈色々訊かれる〉ことで、両親に訴えられるのではないかと〈訴訟を恐れる〉不安が増強していた。助産師は、自責感や不安など《揺れる思い》の中、予期せぬ周産期の死に立ち会い【混沌とした状況】に圧倒されていた。

そのような状況におかれながらも、母親のケアに関わらなければならなかった。助産師自身辛い思いを持ちつつも母親に関わられたのは、上司である〈師長の支え〉があったことや、同僚も〈これまでと同じ様に接してくれた〉こと、また共に経過を観た医師からも〈労わられた〉ことで【辛さの共有】がなされたからであった。周りのスタッフとの【辛さの共有】は、母親と関わっていく助産師に影響を与えていた。

助産師は、胎児・子どもの死を予期できなかった事に自責感を持ち、母親をケアしていくことに不安を感じながらも〈一番辛いのは母親〉と思い直し、〈逃げずに密に関わる〉事が母親には必要だと思っていた。また両親から〈責められると思っていたのに〉逆に、退院まで関わっ

てくれた事を感謝されたことで【母と向き合う】事が重要であったと再認識していた。

しかし、【母と向き合う】事で、これまでの自分自身の未熟さに気づく体験をしていた。異常を早期に発見するためには、産婦の状態やモニターへの注意深い観察が必要であり、的確に分娩経過を捉えて助産診断するためにも、胎児の健康状態を把握できるように〈モニタリング技術の再習得〉を行っていた。また、母親と関わった事で、子どもを亡くした母の〈産後のメンタルケアを見直す〉重要さに気づいていた。このように未熟だった点を学び直し《これからのケアへ繋げる》事が、亡くなった子どもに対しての弔いになると考えていた。さらに、〈出会った死を語り継ぐ〉ことや〈経験者としてわかった事〉を同僚や後輩に伝えていく事が、《経験者として出来る事》としての自分自身の役割であり【子どもの死から得た学び】であった。

助産師は、予期せぬ周産期の死に立ち会った経験を〈意味ある経験〉と意味づけ、これからのように助産師として働き続けるかのあり方を決める上で必要な出会いだったと捉えていた。この学びは、助産師自身の〈キャリア・アンカーとなり〉その後の助産師活動を続けていく上で基盤となっていた。つまり予期せぬ周産期の死に立ち会った事は、助産師として働いていく中で決して忘れる事のない経験として【私の心の中に生き続ける】ことで、助産師として働き続ける源となっていた。

一方、助産師の中には、辛さのあまり母親の〈側にいる事が出来なかった〉者もいた。予期せず子どもが亡くなったことが〈トラウマになる〉と感じ、子を亡くした〈母親に会うのは辛い〉と母親に会う事で辛かった気持ちが想起され〈今でも涙が出る〉状態であった。また上司からの支援もなく、同僚の言葉に傷つく者もいた。そして自分の辛さは経験者でないと〈わかってもらえない〉と予期せぬ周産期の死だけでな

く、周囲の否定的な反応が【心の傷となる】と感じていた。

3) カテゴリーごとの説明

(1) 【混沌とした状況】

【混沌とした状況】は、《混乱した状態》《揺れる思い》のサブカテゴリーから構成されていた。

《混乱した状態》は〈ちょっと気になる〉〈情報が得られない〉〈予期せぬ死に衝撃を受ける〉の3つの概念から生成された。

① 〈ちょっと気になる〉は、新人助産師が分娩経過中にいつもと違う事に気づき、医師に報告したが心配ないと言われ、気になりながら様子を見ていた。いつもとは異なる訴えに対して原因がはっきり特定できず、そのまま様子を見る状態であった。

・ちょっと（母親の腹部から胎児を）動かしたり（VAS-音響刺激）して、「ちょっと気になるな」って。先生（主治医）は、（産婦を）食事に行かしていいよって感じで言っていた。その後、（産婦が）帰って来てモニターを取っても「イマイチだねー」って（思った）（A氏）。

・本人もお腹が痛いって言うよりも、ソケイ部を痛いと言っていたんですよ、ずっと。モニターを取ってもやっぱり明らかな腹緊はなくて不規則。なんかどうも痛がる…（D氏）。

② 〈情報が得られない〉は、中堅助産師に急な役割変更があり十分情報が得られないまま、分娩係として関わらなければいけない状態におかれていた。

・切迫早産で点滴、ウテメリンで（腹緊を）止めて入院していた患者さんで、急遽この人をお産させるっていう情報が入ってきて。…（中略）…全然情報も得てなくて（F氏）。

③ 〈予期せぬ死に衝撃を受ける〉とは、分娩経過を観察していた胎児や分娩介助をした新生児が死亡した時の心理的に不安定な助産師の状態を示していた。

- ・(次勤者から胎児心音が聴取できず胎児死亡していたと報告され) もう「目の前が真っ暗」でしたね。全然予想もしていなかったので「うわー」と思って (E氏)。
- ・(胎児) 心音がストンと落ちて。戻らなくて。それから緊急でオペ室に運んだ…全員慌てているのでそのまま(手術着に着替えず) 白衣のまま入ってっという感じ。一応、生まれたんですけど、全く泣かない…。「これはどうなっているんだ…」頭の中は真っ白です。そこまで(悪い状態)とは思っていなかった (A氏)。

助産師は〈ちょっと気になる〉〈情報が得られない〉事が原因で、胎児の状態が悪化し亡くなった事・新生児が死亡した事で〈予期せぬ死に衝撃を受け〉何故この様な事が起きたのかと《混乱した状態》となっていた。

《揺れる思い》は、〈申し訳ないと思う〉〈精一杯やった〉〈いろいろ訊かれる〉〈訴訟を恐れる〉の4つの概念から生成された。

①〈申し訳ないと思う〉は、自身に原因があったのではないかと、分娩の経過を振り返り観察が不十分で胎児の変化に気付かなかったのかもしれないと悩んでいた。

- ・入院時に(モニターの所見を)先生に報告していたら、たぶんこの子大丈夫だったんじゃないかな?っていうのが…すごい悔やまれる (D氏)。
- ・私が引き継いでいる間に心音をちゃんと確認していたら、もしかしたらどうにかなった(助かった)のかもしれないっていう気持ちが強かった (E氏)。

②〈精一杯やった〉は、自分の診断や技術に問題はなかったと思うことで自分を保つようにしている状態で、分娩経過観察や分娩介助を行った際に自分には問題はなかったと思うことで気持ちを維持していた。

- ・「分娩自体に問題は無い」っていうのがあるから、自分も精神的に持って(保てて)いるんですよ (B氏)。

周産期の死を経験した直後は、自身に原因はないと思う気持ちと観察不足・対処が適切ではなかったのではないかという思いの中で揺れ動

いていた。

③〈いろいろ訊かれる〉は、胎児・子どもが亡くなった事に関していろいろな人への報告や事情を聞かれることで、大変な事になったと実感していた。

- ・大きな事(件)だから、病院長も来て、警察も来てっという感じで。事件性がないかも調べられるし(看護)部長も院長もみんな来るしってかたちで (B氏)。

混乱している助産師にとって、胎児死亡や新生児死亡の原因について病院長や看護部長、警察からいろいろ訊かれる事で、緊張した状態におかれていた。

④〈訴訟を恐れる〉は、子どもが亡くなった事で訴えられるのではないかと不安になっていた。訴訟を恐れ胎児や子どもが亡くなった事を両親に謝れない状況におかれていた。

- ・これは大変な事(訴訟)になるなと思って、記録を残した (F氏)。
- ・落ち度があるわけではないから「別に謝る必要はなくて、体調を気遣いなさい」って言うような感じで言われた。自分の中でも『謝りたい自分』と『看護師として、やっちゃ(謝っちゃ)いけないのかな』みたいな…それがしこりに残っている (D氏)。

助産師は、このような《混乱した状態》で、さまざまな《揺れる思い》を持ち【混沌とした状況】の中におかれていた。

(2)【辛さの共有】

助産師自身がさまざまな思いを抱え、混乱している中で、周りの人々からさまざまなサポートをうけていた。【辛さの共有】は〈師長の支え〉〈これまでと同じ様に接してくれた〉同僚や、医師に〈労わられた〉の3つの概念から生成された。

①〈師長の支え〉とは、上司である師長からのポジティブな声掛けは信じてもらえているとの精神的安定感になり、助産師の母親に向き合う力となっていた。

- ・師長から責められる事じゃなくって、今後はどうしたらいいかというので、前向きな事で声かけがあったので…。「そうやって、自分で考えて話してくれるだけでもいいんだよ」って。…そういう声かけは、ありがたかったです (E氏)。
- ・「貴方達はプロでしょ。そうならない為には (次に) どうするの。次のステップをいきなさい」って (師長さんが) 言っていて (くれた) (B氏)。

② 〈これまでと同じ様に接してくれた〉は、辛かった気持ちをくみ取って、これまで通り接してくれる同僚たちの存在を示していた。特に、新人助産師に対しては支持的な声掛けが多く、これまでと変わらず接してくれる事で、助産師は気持ちが癒され、母親に向き合う力となっていた。

- ・病棟スタッフが職場だけじゃなくって「ちゃんと眠れている？」とか「ご飯食べている？」とか…すごい (く) 追いつめられたんだけど。病棟スタッフとか先生達が結構親身に…アフターケアをしてくれて。だから、多分乗り切れたのかなって… (D氏)。

③ 〈労わられた〉は、経過を一緒に診ていた医師から責められなかった事で、助産師として間違った行動は取っていなかったと安心感が得られていた。

- ・僕 (医師) もちょっと、こういうの (PGを渡していた事は) 安易だったなっていうのと、もう少し…看護婦さんが (モニター診て欲しい) 言っているから耳を傾ければ良かったな… (と言ってくれた) (A氏)。
- ・「直接的な原因が貴方にあるわけではない」って言うのを産科の先生にも小児科の先生にも言われているから (B氏)。

このように、助産師は周りのスタッフとの関わりの中で【辛さを共有】できた事が、自分の気持ちを立て直す事に繋がり、それが母と向き合う力となっていた。

(3) 【母と向き合う】

助産師は自分自身が混乱した状態の中にありながら、子どもを亡くした母親へのケア提供が

求められていた。両親に、責任の所在を問われるかもしれない不安の中にもありながらも、母親と向き合う大切さを感じていた。【母と向き合う】は〈一番辛いのは母親〉〈逃げずに密に関わる〉と〈責められると思っていたのに〉の3つの概念から生成された。

① 〈一番つらいのは母親〉は、助産師として自分も辛いけど、自分より辛いのは母親であると認識し、自分の辛い気持ちよりも母親を労わる想いを持って接する事が大切だと感じていた。

- ・一番つらいのはお母さん。だけど (助産師が) 泣いていたらお母さんも「悲しいのは私なのに、なんで泣いているの」ってなるんじゃないかな。その時はやっぱり気持ちを…辛い気持ちを押しさえて。お母さんが今、望んでいる事をやってあげるのがその時に合った者の役割かな (F氏)。

② 〈逃げずに密に関わる〉は、子どもを亡くした両親と向き合い、逃げてはいけないと自分の気持ちを奮い立たせる事であった。

- ・足は運ぶようにはしていたので…辛かったんですけどね…ちょっと、逃げてはいけないなっていうのがあって (A氏)。
- ・すごい気まずくって…。もう行きたくないんだけど… (ケアを行う事で) ちゃんとしてくれるんだなって、それが彼女の…もしかしたら、救いの一つになるかもしれないから (D氏)。

③ 〈責められると思っていたのに〉は、子どもが亡くなった事を両親に咎められ、責められると思っていたが、逆に良いケアをしてくれたとお礼を言われ、助産師自身を気遣い、温かい言葉を掛けてくれた両親に驚いていた。

- ・「なんで (こんな事) になったの！」って責められると思ったんですけどね…でも逆に「良くしてもらった」みたいな。「みんなが色々関わってくれたので、ありがたい」みたいな… (A氏)。
- ・普通はね、この病院見たくもないし思い出したら悲しいって (いう風になる) じゃないですか。だけど「いいえ、私は (次も) ここでいいです。悲しかったけどスタッフや先生に良くしてもらったってというのは十分伝わるから」って… (B氏)。

助産師は、このように逃げずに母親と関わられた事で子どもを亡くした両親の辛さを労う事が出来たと感じていた。

(4) 【子どもの死から得た学び】

【子どもの死から得た学び】は《これからのケアへ繋げる》《経験者として出来る事》の2つのサブカテゴリーから生成されていた。

《これからのケアへ繋げる》は〈モニタリング技術の再習得〉〈産後のメンタルケアを見直す〉の2つの概念から生成された。

① 〈モニタリング技術の再習得〉とは、胎児心拍数モニタリングの診断ができていなかったと反省し、再度学び直すことで、胎児心拍数モニタリングは大切な情報を与えてくれるツールであると再認識していた。

・ただ、reassuringだけじゃなくて、どういった事があったから、レベル1とかレベル2とか。ちゃんとアセスメントを持って私は診ましたっていうのをきっちり書くようになった。「さらにちゃんと診ないといけない」という振り返りというか、きっかけになっているから。ME機器に頼り過ぎるのはどうかと思うけれども、それから得られる情報の重大性っていうのはすごい(く)感じたかな(D氏)。

② 〈産後のメンタルケアを見直す〉は、これまで意識していなかったグリーフケアやメンタルケアについて学び直す事で、子どもが亡くなった時の母親のケアを振り返り、どうすれば良かったのか、これからケアにどう結びつけて行けばよいのかを考えていた。

・(SIDS家族の会に参加し、子どもを亡くした両親への) 関わり方とか勉強した。今まで自分から講演会とか聞きに行くってなかったんだけど(この経験をする事で変わった)(D氏)。

・「貴方には、看護っていう道具があるでしょ」と言われ、すごい楽になりました。「足がむくんでいきますねって、マッサージしてあげればいいのよ」それだけでいいって(B氏)。

《経験者として出来る事》

《経験者として出来る事》は〈出会った死を

語り継ぐ〉〈経験者としてわかった事〉の2つの概念から生成されていた。

① 〈出会った死を語り継ぐ〉は、自らの経験した出来事を後輩や同僚・これから周産期医療を担っていく学生に語る事が、同じ事を起こさないことになると認識し、語り継ぐことの大切さに気付いていた。

・モニターとか上手く読みきれなくて対応が後手に回ったお産とか、その時にはあえて言ったりする事もある。「ここで見落とすとこんな事になる時もある。自分がこういう思いをして、(貴方にも)欲しくないから言うけどね」とって、体験を話せるようになってきた(D氏)

・自分の経験はやっぱり後輩に言っておかないと。二の舞はさせたくないから(F氏)。

② 〈経験者としてわかった事〉とは、チームワークの大切さや支持的な支援が大切であり、自然分娩が「よいお産である」というような助産師として分娩の様式にこだわることなく、母児ともに元気に退院する事が最終的な目標として、経験知として得た学びを助産診断に活用していたことを示していた。

・私達と同じような経験をする人が出てくると思う。トラブルが起きた時に一緒にいた人達がチームワークでお互いに話しあうとか寄り添ってあげるとかは必要かなと思う。自然分娩で産ませるのがたしかに助産師と思うんだけど、自然にこだわり過ぎて何かあったらやっぱり(いけない)っていうのがある(D氏)。

・起こってしまったことを責める…わけにはいかない…。私も同じ思いをしているので。だから一緒に順序良く考えていってあげたいなって思います(A氏)。

・いつも注意深くやるように一つの情報を独り占めにするなって。いろんな事を経験して皆で学んで。あの時こうの方が良かったよとか、こうだったら良かったんじゃないとか(B氏)。

(5) 【私の心の中に生き続ける】

【私の心の中に生き続ける】は〈意味ある経験〉〈キャリア・アンカーとなる〉の2つの概念から生成されていた。

① 〈意味ある経験〉とは、子どもの死に立ち会

う事は、そこから得られる学びを通し成長するという事で、自分がこの症例に選ばれたと感じていたこと。つまり、助産師として働き続けていく上で、この出会いは自分自身にとって必要であったと意味付けていた。

・こういった難しい症例に当たる時って、『選ばれた』と思うようにしているというか。だから自分に「頑張りなさい」って思われているのかというか… (D氏)。

- ② 〈キャリア・アンカーとなる〉は、周産期の死に立ち会った経験が助産師の心の奥に記憶され、知識と技術を磨き続けると決意する事である。自分の専門性や技術が高まることを目標に掲げながら、助産師としての診断能力が高まっていく事は、亡くなった子の弔いになるのではないかと感じていた。また、逃げずに母親と向き合い、同じような事は二度と起こさないと自らを奮い立たせる事で、母親と子どもの為に、さらに質の高いケアを提供していこうと決意していた。

・赤ちゃんには申し訳ないんだけど自分が仕事で躓きそうになったら、あの子の為に頑張ろうって思える感じの症例…ですね。生半可な自分が変わったのは、この子のおかげだったのかな。大きすぎる犠牲ではあったんだけど (D氏)。
・難しい症例に当たったからこそ、今の自分が助産師としてちゃんと看護なり技術なりを活かして仕事出来る。今こうして (助産師として) 自分があるのは、その (母子の) おかげ (F氏)。

このように助産師にとって予期せぬ周産期の死に立ち会った事は辛い経験となっているだけでなく、内省を促し更なる向上を目指す為にも必要な事であったと位置付けられていた。さらに不足していた知識を再度確認し、技術を磨いていく事で母親に対する理解が進み、質の高いケアを提供出来ると意識が変化していた。

(6) 【心の傷となる】

【心の傷となる】は、〈側にいる事が出来なかった〉〈トラウマになる〉〈母親に会うのは辛い〉

〈今でも涙が出る〉〈わかってもらえない〉の5つの概念から生成された。

- ① 〈側にいる事が出来なかった〉は、本来助産師自身が側にいてケアをしなければいけないとわかっているが、申し訳ないとの思いから母親の所に行くことが出来ずに、距離をとっている状況であった。

・その後、お母さんの顔が見れなかったのね…。処置が終わってお部屋まで連れて行ったんだけど。その後から、もう (入院中は) お部屋に…行けなかった… (F氏)。

- ② 〈トラウマになる〉は、同じ様な状況に遭遇した時に、胎児死亡・新生児死亡の事を思い出し、不安に陥る状態であった。

・トラウマって言われたらトラウマなのかもしれないけど。心音が…今でも、たまにですけど。…遷延徐脈とかが出た時の、あの「恐怖」とか (D氏)。

- ③ 〈母親に会うのは辛い〉は、母親が退院して時間が経過しても母親と対面し話をする事は、周産期の死を思い出す事に繋がり、今でも子どもを亡くした母親に会う事は、助産師にとって負担となっていた。

・(その後も) 顔を合わせてお話はしても、ちょっと (ご本人に会うのは) きついです (E氏)。
・前回 (子どもが亡くなった時) の受け持ちは私だから「今回も貴方が良いんじゃない」って言う感じになるんですよ。でも正直 (受け持ちになるのは気持ちが) 重くって (B氏)。

- ④ 〈今でも涙が出る〉とは、経験した周産期の死を語る事は辛く、今でも助産師の気持ちを揺さぶり、決して忘れる事はない体験であった。

・結局、時がたてば…忘れていくじゃない人間って。でも担当した人は忘れないですよ (B氏)。
・過去の経験や体験として言える (話せる) けど、もう一度自分の気持ちとか背景とかを思い出したりとかすると、まだ自分の中で昇華しきれていない (と思う) … (F氏)。

⑤〈わかってもらえない〉は、師長からの支持がなかったことや、同僚の配慮の無い言葉・批判から疲弊していた。さらに中堅助産師は、相勤者のメンタルケアも行わなければならない、サポートが必要な当該助産師を理解し支えてくれたものはいなかったと感じていた。

- ・師長さん良くも悪くもね…言ってくれなかったのよ。必要な時は上とはディスカッションしてくれていたとは思うんだけど。私に対して直接アドバイスとか面談するって事は全く無く (D氏)。
- ・同僚によっては「赤ちゃん亡くなっているのに、あんなに笑って」とかってやっぱり。私のことを言っていて… (A氏)。
- ・師長からこんな事があったっていう事で自分の気持ち的なケアをしてくれる訳でもなく。その時一緒にいた助産師 (2年目) もショックだったみたい…結局、彼女の話 (辛い気持ち) を私が聞く役になっちゃって (F氏)。

助産師にとっては、予期せぬ周産期の死に立ち会った事だけでなく、母親と関わること・スタッフと辛さを共有できなかった事など、さまざまな事が【心の傷となる】と、今でも辛さを感じていた。

5. 考察

予期せぬ周産期の死に立ち会った助産師は、子どもが亡くなった事で混乱を起こしていることから、そのような体験は助産師自身を揺るがす衝撃的な出来事であったといえる。子どもの死を前にすると助産師の中には、援助者として泣いてはいけなさと感情をコントロールする者もいると報告されている (中山ら, 2014)。これは比較的最近まで、周産期における子どもの死はタブー視されており (舟戸, 2010)、助産師教育の内容にも周産期の死の体験と当事者へのケアは含まれていなかった事とも関連があると思われる。しかし、分娩経過を管理していた助産師にとって胎児や新生児が死亡するという危機的状況での対処法は、教育を受けていなければ困難と予想される。自らの辛い感情を表出

できない場合は適切な悲嘆過程が辿れず病的状態に陥る (Lindemann, 1999) こともあると言われており、立ち会った助産師への支援も必要であると考えられる。つまり周産期の死に立ち会ったつらい経験時の感情の整理を助産師個人に任せるとはならず、佐々木ら (2011) も報告しているようにサポート体制の構築が必要であると考えられる。本研究の結果でも助産師は、上司からの言葉によるサポート・同僚のこれまでと変わらない態度・医師の労いの言葉など周囲からのサポートを受けている者もいたが、サポートを全く受けていない者もいた。助産師は母親をサポートしなければならないと思いつつも、子どもを亡くした母の側に行けなかった者もあり、これは西田ら (2011) の「自分自身をケア出来ない」と患者との関わりを避け患者にとっての適切な看護を提供する事が難しくなる」ことと同様であると解釈される。

また助産師の中には、同僚のなにげない一言に傷つく者もあり、経験した者ではないとわかってもらえないと孤立感を強める者もいた。さらに助産師の経験年数で、周りのスタッフの支援の方法に差があった。新人助産師には同僚や上司からサポートがあったが、中堅助産師の場合には新人助産師に比べて支持的なサポートは少なかった。今回、予期せぬ周産期の死に立ち会った中堅助産師は、自分自身へのケアが必要であったにも関わらず、相勤者をサポートしなければならぬ立場におかれ、自分自身への対応は後回しになっていた。助産師はその役割から、周産期の死を経験した母親や家族とのコミュニケーションが取りにくいと感じる事もある (岡永, 岡村, 2014) ことから、母親に向き合えない助産師がいた場合、助産師自身のケアが不十分である可能性があるため、管理者をはじめ周囲の者は助産師をサポートし、回復を待つ必要があると考えられる。本研究では他職種から支援を受けた者はなかったが、藤本 (2009)

によると看護師が臨床心理士に求める援助内容は「医療従事者の心理的援助が3番目に多い」と報告されていることから、臨床心理士の活用も考えられる。周産期の死に立ち会った助産師のサポートの有無が、その後のケアの質に影響すると考えられるため、サポート体制の構築が強く望まれる。

周産期の死に立ち会った助産師を支えたものは、辛い経験の中でも回避せず【母と向き合う】ことであった。荒川（2011）は、「小児病棟に勤務している看護師が子どもの死を心に受け止める際に子どもについて親とわかちあう事で、親とのやり取りで（気持ちを）昇華し、親の前向きな姿を見ることで励まされ、子どもへの苦しい思いから解放される様な気持ちに至る」と述べている。本研究でも母親と向き合いケアをしていく中で母親から感謝の言葉が聞かれた事や、またここで（次子を）生みたいと言われた事は助産師にとって癒しとなっていたと考える。

一方、胎児心拍数モニターを見直しその時にわからなかった所見があった事で、自分が適切にモニター所見を判読できていなかった事が子どもの亡くなった要因の一つかもしれないと申し訳なく思う気持ちがあり、自責の念から母親と向き合う事に、困難を感じている者もいた。また新人助産師は、モニターの所見や産婦本人の訴えから気になる状況があると感じていたが、上手く医師に伝えられない経験をしていた。内織らは（2014）、「熟練助産師は日々の業務の中で妊婦に『何か気になる』と感じるには、情報に矛盾を感じる違和感がある」と述べている。本研究では、新人助産師でも普段と異なる変化に気づいていたが、自信をもって医師に報告する事が出来ていなかった。自らの助産診断と異なる医師の対応に、意見する事が出来なかったのは、助産師と医師という職種の違いによるものだけでなく、新人という立場の弱さが影響していたとも考えられる。本研究では、胎児心拍

数モニタリングの判断に迷いのあった新人助産師は、モニタリング技術の再習得を行っていた。新人助産師自身が、胎児心拍数モニタリングをきちんと評価する事が出来なかったと感じており、同じことを繰り返してはいけないという気持ちを持ったことが、モニタリング技術の再習得という学び直しに繋がったと考える。これは、子どもが亡くなってしまうという悲嘆過程の中、モニター判断セミナーを受講することで悲嘆を乗り越えようと試みる者もおり（津田、刀根、2015）、自らの助産診断のもととなる知識が不十分であったと感じたことが、知識の再習得行動として表れたと考える。

中堅助産師では、急な役割交換の為に産婦の情報が十分には得られない経験をしていた。そのため、何か気になるという普段と異なる違和感を察知できなかったと思われる。中堅助産師は往往にして急な勤務交替を受けざるを得ない状況におかれる事や、他の役割と兼務しなければならない事もあり過重な負担があったと推測される。そのため、本来気づけたであろう「違和感」に対して、察知能力が発揮されなかったと考える。安全な分娩管理の為に、過重な負担がないよう業務調整が必要である。

さらに津田ら（2015）は、自分の体験と気持ちを客観視し、スタッフの気持ちのフォローに活かす事で悲嘆を乗り越え、課題を持って次の対象に関わる事に繋がると報告している。本研究の協力者も予期せぬ周産期の死に立ち会い学んだ事を、同僚や後輩に伝えていく事が自らの役割であると認識しており、自分の周囲の人々をサポートしていく事で悲嘆を乗り越えているのではないかと考えられる。予期せぬ周産期の死に立ち会うという危機的な状況は、助産師にとって自分自身を見つめ直す出来事となっていた。危機とは不安定な事態であるが、重要な転換点としての意味がある（山勢、2013）。本研究の協力者達も、予期せぬ周産期の死を体

験した事で内省し、そこから学びを得て、この体験を語り継ぐ大切さを認識したと考える。このように新たな学びを得るため内省する事は重要であるが、5名の中で症例検討会など振り返りを行っていた者は1名だけであった。助産師が自らの体験について内省し学びを深める為にも、振り返りを行う機会・場を設ける事が必要であると考え。このような体験が助産師として働いていく上で大きな転換点となり、仕事でくじけそうな時に「あの子のために頑張ろう」と自らを奮い立たせ、助産師として働き続けていく源となっていると考える。

今回、A県内の周産期母子医療センターに勤務する助産師を対象に研究を行ったため、それ以外の施設で働き続けている助産師の体験については把握できていない。今後はA県以外の周産期母子医療センターおよび周産期母子医療センター以外で勤務する助産師、ならびに退職・離職せざるを得なかった助産師の体験を明らかにする必要がある。

結論

予期せぬ周産期の死を経験した助産師が働き続けていくとは、子どもを亡くした母と向き合う事で得た学びを次のケアへと繋げていくプロセスであった。周産期の死に立ち会う助産師にとって上司や同僚からの支持的な声掛けや傾聴は、母親と向き合いケアを行う上でも重要であった。助産師にとってこの母子との出会いは、これまで行っていたケアを振り返り、より良いケアへつなげていく重要な転換点となっていた。そしてそれが助産師として働き続けていく基盤となっていた。

謝辞

研究協力者の皆様、周産期医療の中で最も語りづらい体験をありのままに語って頂き、ありがとうございました。尚、本研究は平成26年

沖縄県立看護大学大学院修士論文・課題研究の一部を加筆・修正したものである。

引用文献

- 荒川まりえ. (2011). 看護師が子どもの死を心に受け止める際に関わったこと, 日本小児看護学会誌, 20(1), 9-16.
- 藤本桂子. (2009). 看護師のストレス状況と臨床心理士の活用による支援の可能性に関する研究, 日本看護科学会誌, 29(4), 60-68.
- 福崎清歌, 鮫島雅子, 橋元裕利子. (2010). 死産もしくは新生児死亡の母親やその家族へのケアを経験した助産師の思い, 日本看護学会論文集: 母性看護(40), 60-68.
- 舟戸正久. (2010). 新生児・小児医療にかかわる人のための看取りの医療, 診断と治療社.東京.
- 堀内成子, 石井慶子, 太田尚子, 蛭田明子, 堀内祥子, 有森直子. (2011). 周産期喪失を経験した家族を支えるグリーフケア: 小冊子と天使キットの評価, 日本助産学会誌, 25(1), 13-26.
- 今村美代子. (2012). 死産・新生児死亡で子どもを亡くした父親の語り, 日本助産学会誌, 26(1), 49-60.
- 木下康仁. (2003). グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践 質的研究への誘い, 弘文堂, 東京.
- 木下康仁. (2007). ライブ講義M-GTA 実践的質的研究法 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて, 弘文堂, 東京.
- 金美江, 藤谷智子, 浅井有紀, 山崎佳子, 高岡とよ子, 田中都代子. (2000). 死産に立ち会う助産婦の心理過程とその役割, 大阪府立母子医療センター雑誌, 16(1), 59-64.
- 金美江, 藤谷智子, 浅井有紀, 山崎佳子, 高岡とよ子, 田中都代子. (2001). 死産に立ち会う助産婦の心理過程とその役割—ビリーブメ

- ントケアコーディネーターの役割一，ペリネイタルケア，20(1)，98-103.
- 小比木啓吾. (1197). 対象消失 悲しむということ，中央公論社，東京.
- 厚生労働統計協会. (2013). 周産期死亡，国民衛生の動向・厚生指標 増刊 2013/2014. 60(9)，69-70，厚生労働統計協会.東京.
- Lindemann Erich. (1994/1999). 桑原治雄 (訳)，急性悲嘆の兆候とその管理，社会問題研究，49(1)，217-234.
- 宮下進，中村友彦，菊池昭彦. (2009). 早産重症胎児発育不全severe preterm FGR(IUGR) 管理と予後 わが国の基幹周産期施設における早期，Small for gestational age単胎児の出生状況と問題点，周産期シンポジウム，27，57-71.
- 中山サツキ，岡山久代，玉里八重子. (2014). 死産を体験した母親を援助する助産師の感情，母性衛生学会誌，55(2)，462-470.
- 成田伸. (2013). 助産師基礎教育テキスト 周産期における医療の質と安全，日本看護協会出版会，東京.
- 日本看護協会. (2013). 助産実践能力習熟段階 (クリニカルラダー) 活用ガイド，日本看護協会出版会，東京.
- 仁志田博司. (2012). 新生児学入門 (第 4 版)，医学書院，東京.
- 西田三十一，志自岐康子，習田明裕. (2011). 患者の死を体験した看護師の成長に関する要因の検討，日本看護科学会誌，31(4)，3-13.
- 太田尚子. (2006). 死産で子どもを亡くした母親たちの視点から見たケア・ニーズ，日本助産学会誌，20(1)，16-25.
- 岡永真由美，岡村仁. (2014). 助産師の周産期の喪失ケア体験に基づいた卒後教育プログラムにおけるニーズの検討，母性衛生，54(4)，556-562.
- Puia M. Denise, Lewis Laura, Beck Tatano Cheryl. (2013). Experiences of Obstetric Nurses Who Are Present for a Perinatal Loss. Journal of Obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing, 42(3)，321-331.
- 佐々木美喜，石田志子，藤田愛，藤澤洋子. (2011). 喪失体験と女性へのケア 周産期の死に関わった助産師の感情のプロセス，日本助産学会誌，24(3)，159.
- 鈴木清花，岩下麻美，舛田静恵，宮里綾乃，増永啓子，河野鈴子，長田久夫. (2008). 誕生死に関わる看護職の感情に関する研究，母性衛生，49(1)，74-83.
- 竹内正人. (2011). 赤ちゃんの死を前にして一流産・死産・新生児死亡への関わり方と心のケア一.中央法規，東京.
- 津田ちひろ，刀根洋子. (2015). 死産に関わる看護師・助産師の悲嘆過程，母性衛生，55(4)，800-806.
- 内織恵，島田啓子，田淵紀子. (2014). 妊婦ケアで「何か気なる」と感じた熟練助産師の体験一妊婦と胎児の状態が急変した9事例のインタビューから一，金沢大学つるま保健学会誌，37(2)，57-65.
- 山勢博彰. (2013). 救急・重症ケアに今すぐ行かせる みんなの危機理論.メディカ出版，東京.

Original Article

Overcoming unexpected perinatal death : pursuing midwifery career.

Kazumi Kuba¹ Kiyoko Tamashiro²

Abstract

Background: Some studies conducted outside of Japan reveals that loss of a child before or after a delivery not only results in a pang of loss felt by a mother and family, but also causes a secondary traumatic experience of a midwife who hitherto provided care. In Japan, only few studies have investigated experiences of midwives who encountered unexpected perinatal death.

Objective: This study aims to explicate experiences of midwives who encountered unexpected perinatal death and how they overcame the experience in their careers.

Method: We conducted semi-structured interviews with 5 midwives who work for a general/regional perinatal medical center in Prefecture “A.” We employed modified-Grounded Theory Approach to analyze the interview data.

Result: Our study results illustrate that midwives experience a pang that can cause “mental trauma” as they, in a “chaotic condition,” need to take care of mothers who experience unexpected perinatal death, or lost their children. Nevertheless, “sharing the pangs” with other midwives/supervisors/physicians allows the midwives to gain energy to “face and treat the mothers.” In the process of facing and treating the mothers, the midwives recognize necessity to develop their knowledge and skills and then direct their attentions to provision of high-quality care. The midwives also acknowledge that it is their role to convey “what they learned from the loss” to others. Moreover, the midwives interpret the encounter with the mothers/children as their significant experiences, turn the experiences to account in the midst of another hardship. They turn the painful experiences into sources of energy to continue to work as midwives, having “memory of children continue to stay” and feeling necessity to do their best.

Conclusion: What we discovered in this study is that pursuing midwifery careers after unexpected perinatal death is to face and treat the mothers who encounter loss, and then turn the experiences into the next better provision of care.

Key words: unexpected perinatal death, social interaction, pursuing midwifery career, confronting mother’s loss

¹ Okinawa Prefectural Nanbu Medical Center
/ Nanbu Child Medical Center

² Okinawa Prefectural College of Nursing

原著

離島診療所を管轄する中核病院における 離島支援看護活動とその構造

知念久美子

【背景】 人的物的資源の乏しい離島において、住民が安心して暮らすための医療を提供するには中核病院からの医療支援が欠かせない。住民に医療を提供できる唯一の場所である診療所で看護活動が展開できるように、中核病院からの支援が存在している。

【目的】 中核病院における離島支援看護活動とその構造を明確にすることである。

【方法】 離島支援を看護の立場から検討し、改善・開発を図ることを目的に中核病院看護部に設けられた離島支援開発委員会の全活動記録(26ヶ月28回、約月1回)を「離島支援活動にはどんなものがあつたか、またどのようなものが求められるか」の視点(分析の視点)でよみとり分析結果とした。その討議内容と分析結果を離島の特質に起因して行っている、また行う必要のある「離島支援看護活動」と命名した。命名した「離島支援看護活動」を活動の主体は誰かまたその性質に着目し分類を試み構造化した。

【結果】 地域に開かれたセルフケアの指導、島内外との継続看護のための連携、離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営など15の離島支援看護活動を命名した。命名した離島支援看護活動から離島診療所看護師による離島住民に対する離島支援看護活動、中核病院による離島住民に対する離島支援看護活動、離島診療所と中核病院が協働で行っている離島支援看護活動、離島支援看護活動の維持・改善のための管理、離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営といった離島支援看護活動の構造を導きだした。

【結論】 導き出された離島支援看護活動とその構造は、離島における看護職による看護活動と医療を安心・安全に提供するために必要な連携・協働を可能にする看護活動、個々の離島について独自に開発されるべき看護活動、生活文化に応じた看護活動であり、島嶼の特徴に基づき、離島住民の健康を保障する内容であった。

キーワード：島嶼・離島支援・看護活動

I. はじめに

小離島を含むへき地診療所の全国調査では、回答のあった316カ所のへき地診療所のうち25カ所が他病院からの看護職の派遣を受けている。へき地診療所の設置主体は、57.3%が市町村であり、20.6%が島嶼地域にある。また、看護師1～2人と医師1人が常勤しているところが大部分をしめている(春山ら, 2009)。

39の有人離島を抱えている島嶼県である沖縄は、20カ所の離島診療所のうち16ヶ所が県立病院附属診療所である(沖縄県, 2008)。県立病院附属診療所は母体である県立病院から医師1名、看護師1名が派遣されるだけでなく、薬品や診療材料などの物的資源の支援も受けていることが特徴である。また、離島支援は県立

病院のように法律で定められているへき地医療拠点病院だけでなく、その他の病院や関係機関からの巡回診療なども行われている。つまり、医療資源が不足している小離島の住民に対して、その地域にある診療所だけでなく島外の様々な医療機関からの支援体制がないと住民の健康と医療の安全が保たれない現状がある。

先行研究(下地, 2012; 鈴木ら, 2004)によると小離島やルーラル地域では看護師は看護だけでなく、診療所での診察に伴う薬の管理や検査機器・物品の点検管理、事務に関することや地域保健に関する業務に携わっていることが報告されている。また、小離島における一人配置の診療所看護師の役割として、小児から高齢者までのあらゆる発達段階に応じた疾病管理や多岐にわたる看護活動を行うためにジェネラリストとしての看護師の役割と島嶼看護に特化し

沖縄県病院事業局県立病院課

たスペシャリストとしての役割が必要である。さらに、これらの役割を遂行するためには、診療所看護師を派遣している中核病院からの支援は必要不可欠である。特に中核病院看護部による診療所看護師への支援には、看護管理者の役割意識がなければ支援の実施に至らない傾向があることが推察されている（塚本ら，2011）。しかし、中核病院が行う離島支援看護活動に関しては明確にされておらず、どのような支援体制が必要なのかも明らかにされていない現状がある（塚本ら，2011）。本研究の目的は、小離島の診療所を含め、それを支援する中核病院の離島支援看護活動とその構造を明確にすることである。

中核病院とは、法律で定められたへき地拠点病院ではなく、離島地域の診療所などの医療機関を支援する中核的な役割を担う病院のこととする。

離島支援看護活動とは、離島住民が島内で生活できる事を目的にした離島支援の一部で、離島住民に対して行う看護だけでなく、中核病院が離島診療所を支援する看護活動も含めた看護活動のこととする。

Ⅱ. 研究方法

1. 分析対象

B島という小離島を抱えているA病院では、B島に附属診療所を有しているだけでなく、B島に産婦人科や整形外科巡回診療など他の病院にはない離島支援を行っている。そのため、A病院では看護の立場から離島支援の改善を図る目的で離島支援開発委員会（以下、委員会）が設けられた。本研究は委員会の平成21年8月発足から平成24年1月まで（26ヶ月28回分）の全活動記録を分析対象とした。全活動記録とは、会議録の逐語録・会議で承認された離島支援看護活動の報告書・委員会で計画された調査の計画・実施・結果の報告書・その他会議に提出された参考資料を含む活動記録のことである（表1）。

委員会のメンバーは、診療所の勤務経験があるまたは巡回診療に参加、管理職として職員を巡回診療に参加させているなどなんらかの離島支援に関わったことのある看護師9名（看護管理者・離島診療所勤務経験のある看護師・巡回診療経験のある看護師）、産婦人科医師1名、大学院生1名の計11名である。大学院生である筆者はA病院看護部と協働で委員会を立ち上

表1 離島支援開発委員会の活動概要

回数	月日	参加人数	会議の討議・調査報告・提出された資料内容
1	平成21年8月12日	13	・離島支援看護活動の経験のある看護師からみた離島支援看護活動の課題と現状（議題・資料）
2	10月14日	7	・離島診療所勤務経験のある看護師による診療所看護に役割について（資料） ・各科診療の巡回診療の現状報告（議題・資料）
3	11月11日	6	・「調査テーマ 離島診療所に勤務経験のある看護師の体験から診療所における看護活動の現状を知る」の内容確認（議題・資料） ・倫理的配慮の学習（資料） ・精神科巡回診療の現状報告（議題・資料）
4	12月12日	8	・「調査テーマ 離島診療所に勤務経験のある看護師の体験から診療所における看護活動の現状を知る」のプレ調査の検討報告（議題・資料） ・平成21年度C島医科巡回診療の報告（議題・資料） ・各診療科の巡回診療の活動報告（議題・資料）
5	平成22年1月13日	7	・「調査テーマ 離島診療所に勤務経験のある看護師の体験から診療所における看護活動の現状を知る」の調査報告（議題・資料） ・精神科巡回診療の活動報告（議題・資料）

沖縄県立看護大学紀要第17号（2016年3月）

回数	月日	参加人数	会議の討議・調査報告・提出された資料内容
6	2月10日	7	・「調査テーマ 離島診療所に勤務経験のある看護師の体験から診療所における看護活動の現状を知る」の結果検討（議題・資料）
7	3月10日	6	・離島支援開発委員会規程内容の確認（議題・資料） ・平成22年度 離島支援開発委員会活動計画（議題・資料）
8	4月23日	14	・平成22年度 離島支援開発委員会の年間活動計画（議題・資料） ・新しく離島診療所医師・看護師が委員会メンバーになることの報告（資料）
9	5月27日	10	・平成22年度 離島支援開発委員会の年間活動計画（議題・資料） ・新しく離島診療所医師・看護師が委員会メンバーになることの報告（資料）
10	6月17日	7	・調査グループ・マニュアルグループの活動報告（議題・資料）
11	7月28日	6	・マニュアルグループ：離島診療所にある各種マニュアルの確認（議題・資料） ・調査グループ：巡回診療の住民に関する意識調査の調査調整の検討（議題・資料）
12	8月17日	8	・精神科巡回診療の活動報告（議題・資料）
13	9月14日	8	・各診療科の巡回診療の活動報告（議題・資料） ・調査グループ・マニュアルグループの活動報告（議題・資料）
14	10月19日	8	・各診療科の巡回診療の活動報告（議題・資料） ・調査グループ・マニュアルグループの活動報告（議題・資料）
15	11月16日	17	・調査グループの活動報告：巡回診療に関する調査の結果報告（議題・資料） ・各診療科の巡回診療の活動報告（議題・資料） ・離島診療所から中核病院に結核患者を搬送するための検討（資料）
16	12月22日	9	・各診療科巡回診療報告（議題・資料） ・調査グループ・マニュアルグループの活動報告（議題・資料）
17	平成23年 1月12日	7	・各診療科巡回診療報告（議題・資料） ・調査グループ・マニュアルグループの活動報告（議題・資料）
18	2月2日	7	・調査グループ・マニュアルグループの活動報告（議題・資料）
19	3月18日	8	・調査グループ・マニュアルグループの活動報告（議題・資料）
20	4月15日	8	・調査グループ・マニュアルグループの活動報告（議題・資料） ・各診療科巡回診療の活動報告（議題・資料） ・前年度の活動報告と今年度の活動計画の内容確認（資料）
21	5月18日	10	・調査グループの活動報告：巡回診療に関する住民の調査結果公表の検討（議題・資料） ・マニュアルグループの活動報告：離島診療所看護マニュアルの内容確認（議題・資料） ・各診療科巡回診療の活動報告（議題・資料）
22	6月10日	8	・調査グループの活動報告：巡回診療に関する住民の調査結果公表の検討（議題・資料） ・マニュアルグループの活動報告：離島診療所看護マニュアルの内容確認（議題・資料） ・各診療科巡回診療の活動報告（議題・資料） ・離島診療所看護師を対象にした学習支援プログラムの検討（議題・資料）
23	7月8日	8	・調査グループの活動報告：巡回診療に関する住民の調査結果公表の検討（議題・資料） ・マニュアルグループの活動報告：離島診療所看護マニュアルの内容確認（議題・資料） ・各診療科巡回診療の活動報告（議題・資料） ・離島診療所看護師を対象にした学習支援プログラムの検討（議題・資料）
24	8月9日	9	・調査グループの活動報告：巡回診療に関する住民の調査結果公表の検討（議題・資料） ・マニュアルグループの活動報告：看護補助員の業務手順の検討（議題・資料） ・巡回診療報告書の検討（議題・資料） ・離島診療所看護師を対象にした学習支援プログラムの検討（議題・資料） ・離島診療所看護師を対象にした学習支援プログラム第1日目の感想と反省（資料）
25	8月30日	9	・調査グループ：離島支援開発委員会の活動評価の検討（議題・資料） ・マニュアルグループ：離島診療所看護マニュアルの内容確認（議題・資料） ・巡回診療日誌（整形外科）を使用しての所感（資料） ・離島診療所看護師を対象にした学習支援プログラム 研修の1ヶ月目の評価（議題・資料）
26	平成24年 1月21日	5	・調査グループ：離島支援開発委員会の活動評価の検討（議題・資料） ・離島診療所看護師を対象にした学習支援プログラムの承認（議題・資料）
27	1月22日	6	・調査グループ：離島支援開発委員会の活動評価の検討（議題・資料） ・離島診療所看護師を対象にした学習支援プログラムの承認（議題・資料）
28	1月23日	9	・調査グループ：離島支援開発委員会の活動評価の検討（議題・資料） ・離島診療所看護師を対象にした学習支援プログラムの承認報告（議題・資料） ・各診療科巡回診療報告（議題・資料）

げ、委員会メンバーとして委員会活動に参加した。(表2)

委員会では、巡回診療に対する住民・関係者の意識を把握し、課題に対する改善策を提案・試行・評価する事で、住民の健康問題意識の向上と看護師の島嶼看護の能力（島嶼看護の知識と技術）の向上を図ることを目標にした調査グループと、看護部全体で診療所看護師と連携を図り活動を支援するために、これまでの診療所での看護活動を整理し、島嶼看護の立場から点検・評価し、離島診療所の看護マニュアルを開発することを目標にしたマニュアル改善グループの2つの小グループに別れて活動を行った。グループ活動の内容は委員会で報告を行った。

2. 分析方法

1) 全活動記録から離島支援との関わりのある活動、離島支援に関わる課題や成果に関する活動記録を取り出し、類似するものをまとめ「記録・討議内容」とした。

2) 記録・討議内容を「離島支援活動にはどんなものがあったか、またどのようなものが求められるか」の視点（分析の視点）でよみとり「分析結果」とした。

3) 離島の特質に起因して行っている、また行う必要がある討議内容と分析結果をその活動の目的がわかる表現で「離島支援看護活動」として命名した。

4) 命名された「離島支援看護活動」について活動の主体は誰かまたその性質に着目し分類を試み構造化した。

3. 倫理的配慮

倫理的配慮として、委員会メンバーから得られた委員会の全記録を研究目的以外に使用しないこと、委員会メンバー個人が特定されないように匿名とすることを口頭と文書で説明し同意を得た。また、沖縄県立看護大学の倫理審査委員会において承認を得た（承認番号：10013）。

表2 離島支援開発委員会メンバーの概要（平成23年度9月現在）

ID	離島支援開発委員会メンバー	年齢(代)	A島中核病院勤務経験年数	A島中核病院が行っている離島支援看護活動の参加の有無		離島支援開発委員会の参加期間
				巡回診療へ参加経験の有無	離島診療所勤務経験の有無	
1	A病院 看護部長	50	1	無*	無	平成23年4月～平成24年1月
2	看護副部長	50	30	有	無	平成21年8月～平成24年1月
3	A看護師長	50	10	有	無	平成21年8月～平成24年1月
4	B看護師長	50	30	無*	無	平成21年8月～平成24年1月
5	C看護師	40	13	有	有	平成21年8月～平成24年1月
6	D看護師	40	15	有	無	平成23年8月～平成24年1月
7	E看護師	40	5	有	有	平成22年5月～平成24年1月
8	F看護師	30	9	有	無	平成21年8月～平成24年1月
9	G看護師	30	13	有	無	平成21年8月～平成24年1月
10	A病院附属B診療所 医師	30	3	有	無	平成22年5月～平成24年1月
11	B診療所 看護師	40	3	有	無	平成23年4月～平成24年1月
12	沖縄県立看護大学大学院生	30	3	有	無	平成21年8月～平成24年1月
13	元A病院 看護部長	50	30	有	無	平成21年8月～平成22年3月
14	元A病院 産婦人科医師	30	1	有	無	平成21年8月～平成22年3月

*：離島支援看護活動の参加「無」になっているが管理職として所属する看護師を離島診療所や巡回診療に派遣を行っている。

Ⅲ. 研究結果

15の離島支援看護活動は5つの分類で構造化された(表3)。文中の【 】は記録・討議内容、《 》は分析結果、ゴシック体は離島支援看護活動を示す。

1) 離島診療所看護師による離島住民に対する離島支援看護活動

離島診療所看護師による離島住民に対する離島支援看護活動には6つの離島支援看護活動が含まれていた。

(1) 地域に開かれたセルフケアの指導

1つの分析結果から地域に開かれたセルフケアの指導とした。

【B離島診療所の医師・看護師が住民の状況に応じて、BLSの講習や発熱時のケアの教育をすることで住民の意識が高まり必要性を理解し行動が取れるようになっていた】ことより、《診療所看護師・医師が離島住民の状況に応じて、BLS講習や発熱時のケアを教育することで離島住民のセルフケアの意識の向上》したことがわかった。

(2) 住民の力と情報の活用

3つの分析結果から住民の力と情報の活用とした。

緊急時、【診療所医師や看護師だけでは対応に限界があるので、診療所事務員や家族の理解を得て対応している】ことにより《医療の専門職が少ない離島では、離島住民の協力を得ることで離島の状況に適した看護活動を実施》することが可能になっていると考えられる。さらに、【B島は海で隔離されているので、飛行機では運べない酸素ボンベや日常生活用品が船で運ばれる。そのため船のドック入りの情報を診療所看護師は住民から得る必要がある】のように《離島診療所の物品管理に関する事などで離島での生活に密着したことは離島住民からの情報を得る》必要があった。また、《診療所看

護師は一人配置なので離島診療所での看護活動に関する事でマンパワーが必要な際は役場職員などの力を得る》ことがわかった。

(3) 唯一の医療機関としての幅広い役割

3つの分析結果から唯一の医療機関としての幅広い役割とした。

《離島診療所には、主に生活習慣病から小児科・救急対応まで全診療科に関わる患者が受診する》現状があった。また、必要に応じて《離島診療所では、看取りや褥瘡処置のために往診や訪問看護を実施》していることがわかった。さらに離島保健師と一緒に《離島診療所での診療に関わる看護活動だけでなく住民検診や学校検診も看護活動の一部》であることがわかった。

(4) 専門外に拡大された診療環境の整備

13の分析結果から専門外に拡大された診療環境の整備とした。

《診療所看護師は一人配置のため、通常は行わない調剤に関する事も実施》している現状があった。《台風などによる交通遮断を考慮し、離島診療所での診察や看護に最低限必要な物品を確保できるような配慮と工夫》を行うことや《時間外でも離島診療所からの検体や使用済みリネンの受け取りの協力を得ている》といった離島の遠隔性を考慮した診療所看護師の対応や中核病院の協力があつた。《狭い離島での診療頻度に応じ使用する物品管理の工夫》をしていたことや《離島診療所では中核病院だけでなく、業者とのやり取りを行うことで必要な薬品を確保》するように、診療環境の整備を離島診療所看護師が行っていた。また、《診療所看護師による狭い離島での感染症予防のための感染動向の把握と教育、そして予防接種の対策の必要性》が求められていた。

《診療所看護師の役割についての明記はないが、診療所看護師はA島の保健看護を担っており、離島の特性を把握し、離島の住民が安全で安心して医療が受けられるようにすることが役

表 3 離島支援看護活動の構造と分析結果

活動の分類	離島支援看護活動	分析結果
離島診療所看護師による離島住民に対する離島支援看護活動	地域に開かれたセルフケアの指導	<ul style="list-style-type: none"> 診療所看護師・医師が離島住民の状態に応じて、BLS講習や発熱時のケアを教育することによる離島住民のセルフケアの意識の向上
	住民の力と情報の活用	<ul style="list-style-type: none"> 医療の専門職が少ない離島では、離島住民の協力を得ることで離島の状況に応じた看護活動を実施 離島診療所の物品管理に関することなどで離島での生活に密着したことは離島住民から情報を得る 診療所看護師は一人配置なので離島診療所での看護活動に関することでマンパワーが必要な際は役場職員などの力を得る
唯一の医療機関としての幅広い役割	専門外に拡大された診療環境の整備	<ul style="list-style-type: none"> 離島診療所には、主に生活習慣病から小児科・救急対応まで全診療科に関わる患者が受診 離島診療所では、看取りや褥瘡処置のために往診や訪問看護を実施 離島診療所では住民検診や学校検診も看護活動の一部
		<ul style="list-style-type: none"> 診療所看護師は一人配置のため、通常は行わない調剤に関することも実施 台風などによる交通遮断を考慮し、離島診療所での診察や看護に最低限必要な物品を確保出来るような配慮と工夫 時間外でも離島診療所からの検体や使用済みリネンの受け取りの協力を得る 狭い島での診療頻度に応じ使用する物品管理の工夫 離島診療所では中核病院だけでなく、業者とのやり取りを行うことで必要な薬品を確保 診療所看護師による狭い離島での感染症予防のための感染動向の把握と教育、そして予防接種の対策の必要性 診療所看護師の役割についての明記はないが、離島診療所看護師は離島の保健看護を担っており、離島の特性を把握し、離島住民が安全で安心して医療が受けられるようにすることが役割で、そのために救急体制や生活習慣病への生活指導や服薬指導の向上が課題 診療所看護師一人で安全に看護を提供出来るように物品調達システムによる中核病院からの継続的な協力が必要 看護師一人配置の離島診療所での課題に対して中核病院の関係部署からの協力の必要性 離島診療所の定期処方輸送などのタイムラグによる損失も承知の上で、中核病院薬局から一包化の協力を得る事で患者に安全に提供 離島診療所看護師の技術では及ばずかつ輸送出来ないレントゲンのメンテナンスや薬剤の在庫点検が中核病院の専門職が離島に向いて支援 看護師1名と医師1名の限られた専門職しかいない離島診療所では対応が難しい診療科の診察や精神保健法に基づく処方に関して中核病院の担当者からの協力 離島診療所で使用する物品は中核病院の関係部署が責任を持って準備、調達、破棄
マンパワーを補うための協働連携	生活背景や文化を考慮した応用	<ul style="list-style-type: none"> 診療所看護師は一人配置なので離島診療所での看護活動に関することでマンパワーが必要な際は役場職員などと協働 専門職が島に向く巡回診療のチャンスを活かすための協働 離島の役場職員から得られた患者に関する情報を巡回診療で活用 巡回診療看護師、診療所看護師、離島保健師との継続看護のために巡回診療の活動報告の様式の開発 巡回診療に関わっている離島保健師、本島の保健所保健師、離島の役場職員、診療所看護師と巡回診療看護師とで巡回診療の看護活動計画・運営について相談し話し合う場の設定の必要性
		<ul style="list-style-type: none"> 患者と同じ離島に住んでいる離島診療所看護師として、患者のことを知るために方言を勉強したり、島独自の行事に応じて検診や診察予約を調整したり、離島での患者の役割に配慮した看護活動の実施 診療所看護師の経験は看護の対象である患者の生活や文化に応じた看護活動や救急対応や連携能力などの看護実践能力の向上 離島の生活に適した企画だとディケアの参加者が増加
中核病院による離島住民に対する離島支援看護活動	中核病院の離島住民に対する配慮	<ul style="list-style-type: none"> 巡回診療助産師は継続的に産婦人科巡回診療を行っていたことで、離島の役場職員から患者の家族情報で適切に対処できた 巡回診療看護師は離島住民の生活を理解し、中核病院での緊急入院受け入れや退院時の看護、外来受診に活用 巡回診療助産師による離島の遠隔性を考慮した保健指導の実施や妊婦検診の予約を工夫 離島の患者が中核病院での検査や入院がスムーズに行えるような、離島診療所と地域連携室との連携の必要性

活動の分類	離島支援看護活動	分析結果
離島診療所と中核病院が協働で行っている離島支援看護活動	専門的な看護活動の開発のための連携	<ul style="list-style-type: none"> ・巡回診療に関わっている離島保健師、本島の保健所保健師、離島の役場職員、診療所看護師と巡回診療看護師とで巡回診療の看護活動計画・運営について相談し話し合う場の設定の必要性 ・精神科の巡回診療看護師による、島外受診が困難な患者の対応方法の工夫
	島内外との継続看護のための連携	<ul style="list-style-type: none"> ・離島保健師から患者の情報を得て、診療所看護師は継続ケアを実施 ・専門職が島に向く巡回診療のチャンスを活かすための協働 ・離島の役場職員から得られた患者に関する情報を巡回診療に活用 ・巡回診療の引き継ぎや情報共有が行えるように、巡回診療の活動報告の様式を離島支援開発委員会が開発し導入
	診療環境保持のための連携	<ul style="list-style-type: none"> ・タイムラグによる損失も承知の上で、一包化された定期処方空輸するための調整 ・台風などによる交通遮断を考慮し、離島診療所での診察や看護に最低限必要な物品を確保出来るような配慮と工夫 ・時間外でも離島診療所からの検体や使用済みリネンの受け取りの協力を得る ・離島診療所看護師が責任を負えず、かつ輸送出来ないレントゲンのメンテナンスや薬剤の在庫点検については中核病院の専門職が離島に向く協力を得る ・糖尿病巡回診療には、糖尿病外来を担当している医師、栄養士、薬剤師、糖尿病療養指導士の資格のある看護師と内科病棟師長が参加 ・整形外科巡回診療には、レントゲン技師が参加 ・リハビリのために理学療法士の巡回診療への参加要望
離島支援看護活動の維持・改善のための管理	離島独自の看護マニュアルの開発と管理	<ul style="list-style-type: none"> ・県の病院管理局が作成した離島診療所看護マニュアルはほとんど使用出来ない中で、離島の状況に応じて内容が変更出来る独自の離島診療所看護マニュアルを使用 ・中核病院との連携を強化し、離島診療所看護師の能力や知識の向上を図り、住民に安全な看護活動を提供するために独自の診療所看護マニュアルの開発と管理
	離島独自の教育プログラムの開発と導入	<ul style="list-style-type: none"> ・診療所看護師は通常の看護業務以外の業務や健康教育、薬剤に関する業務をこなす能力が求められているので特別な教育プログラムを開発 ・診療所看護師は慢性疾患に関する知識や技術を習得するための研修の必要性 ・診療所看護師対象の教育プログラムを、中核病院の理念や診療所看護師の看護実践の向上が図れるような内容にする必要性 ・中核病院看護部と離島支援開発委員会で教育プログラムを開発し導入 ・診療所看護師対象の教育プログラムは、診療所看護師として自己研鑽に努めることを目的に開発・導入
	離島支援看護活動の人材になり得る看護職の育成	<ul style="list-style-type: none"> ・中核病院看護部は緊急時対応ができ、離島での生活になじめる看護師を離島診療所に派遣 ・中核病院の仕組みを理解している看護師を派遣 ・巡回診療では看護師一人が派遣されるため、一人で処置や対応出来る看護師が派遣 ・巡回診療に参加している看護職は巡回診療の意義や継続看護を意識せずに参加 ・離島診療所での看護活動が行える看護実践能力のある代替要員の看護師派遣 ・離島支援看護活動の目的や活動内容に適した人材を選んで派遣 ・離島診療所看護師には、プライバシーを守り、ストレスコーピングが出来るような危機管理の能力が必要 ・離島診療所を抱えている中核病院として、離島診療所赴任半年前から診療所看護師として教育することで離島診療所での看護活動を理解し、離島診療所勤務に不安なく島での生活や離島診療所での看護活動に慣れることができる ・中核病院看護部による、離島支援看護活動のための看護師派遣の体制づくり(人材派遣の際の基準や離島支援看護に関する現任教育)、診療所看護師への相談や関係部署との調整
離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営	離島だからとないがしろにしない専門職としての思いを共有	<ul style="list-style-type: none"> ・離島住民の医療を求める思いに添うために困難なことにも対応 ・専門的な立場で離島住民のニーズや意見を考慮した巡回診療での看護活動 ・離島住民の立場にたって保健医療の相談や診療所受診などを考慮した離島診療所看護師の代替要員の派遣 ・中核病院の看護職として離島住民のための離島支援看護活動の必要性 ・離島支援看護活動の専門組織の立場から離島支援看護活動の課題を解決 ・中核病院全職員の離島支援マインドの共有の強化
	離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営	<ul style="list-style-type: none"> ・中核病院の看護部の一部として離島支援看護活動を支援する専門組織を設置 ・離島支援看護活動の内容を公開することで活動の理解を得る
	離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営	<ul style="list-style-type: none"> ・離島支援看護活動を開発することで活動計画の拡大

割で、そのために救急体制や生活習慣病への生活指導や服薬指導の向上が課題」であると考えていることや「診療所看護師一人で安全に看護を提供出来るように物品調達システムによる中核病院からの継続的な協力が必要」であるため、「看護師一人配置の離島診療所での課題に対して中核病院の関係部署からの協力の必要性」があった。中核病院からの具体的な協力として「離島診療所の定期処方箋は輸送などのタイムラグによる損失も承知の上で、中核病院薬局から一包化の協力を得ることで患者に安全に提供」することや「診療所看護師の技術では及ばずかつ輸送出来ないレントゲンのメンテナンスや薬剤の在庫点検が中核病院の専門職が島に出向いて支援」する、「看護師1名と医師1名の限られた専門職しかいない離島診療所では対応が難しい診療科の診察や精神保健法に基づく処方箋に関して中核病院の担当者が協力する」「離島診療所で使用する物品は中核病院の関係部署が責任を持って準備、調達、破棄」しているといった医療物資のみならずレントゲン技師の派遣などの人材派遣の協力も得られていた。

(5) マンパワーを補うための協働連携

5つの分析結果からマンパワーを補うための協働連携とした。

「診療所看護師は一人配置なので離島診療所での看護活動に関する事でマンパワーが必要な際は役場職員などと協働」することが明らかになった。また、「専門職が島に出向く巡回診療のチャンスを活かすための協働」として診療所看護師は巡回診療看護師と事前準備を行っていることや「離島の役場職員から得られた患者に関する情報を巡回診療で活用」する、「巡回診療看護師、診療所看護師、離島保健師との継続看護のために巡回診療の活動報告の様式の開発」など、継続看護への継続を目指していた。さらに、「巡回診療に関わっている離島保健師、本島の保健所保健師、離島の役場職員、診療所

看護師と巡回診療看護師とで巡回診療の看護活動計画・運営について相談話し合う場の設定の必要性」があがった。

(6) 生活背景や文化を考慮した応用

3つの分析結果から離島の生活背景や文化を考慮した応用とした。

「患者と同じ島に住んでいる診療所看護師として、患者のことを知るために方言を勉強したり、島独自の行事に応じて検診や診察予約を調整したり、離島での患者の役割に配慮した看護活動に努める」のような実践活動を行っていた。また、「診療所看護師の経験は看護の対象である患者の生活や文化に応じた看護活動や救急対応や連携能力などの看護実践能力の向上になっている」。

小離島は社会資源が乏しい。そのなかで精神保健に関する唯一のサービスであるディケアには普段一人二人しか参加していないが、「離島の生活に適した企画だとディケアの参加者が増加」したことがわかった。

2) 中核病院による離島住民に対する離島支援看護活動

中核病院による離島住民に対する離島支援看護活動には1つの離島支援看護活動が含まれていた。

(1) 中核病院での離島住民に対する配慮

4つの分析結果から中核病院による離島住民に対する配慮とした。

「巡回診療助産師は継続的に産婦人科巡回診療を行っていたことで、離島の役場職員から患者の家族情報で適切に対処できた」。また、「巡回診療看護師は離島住民の生活を理解し、中核病院での緊急入院の受け入れや退院時の看護、外来受診に活用」するなど、巡回診療での経験をその後の看護活動に活かしていた。

さらに、「巡回診療助産師による離島の遠隔性を考慮した保健指導の実施や妊婦検診の予約

を工夫」することや「離島の患者が中核病院での検査や入院がスムーズに行えるように、離島診療所と地域連携室との連携が必要」であるように、離島住民が不利にならないように連携と工夫を行っていた。

3) 離島診療所と中核病院が協働で行っている離島支援看護活動

離島診療所と中核病院が協働で行っている離島支援看護活動には3つの離島支援看護活動が含まれていた。

(1) 専門的な看護活動の開発

2つの分析結果から専門的な看護活動の開発のための連携とした。

【整形外科疾患を有する高齢者が、島外の受診がしにくいことに注目したB離島診療所看護師がB島の保健師と相談して、整形外科巡回診療が実現した】ことや【せっかく島に出向くので助産師にしかできない保健指導がしたい】思いが、【母乳外来をスタートさせた】ことに至っていた。このように「巡回診療に関わっている離島保健師、本島の保健所保健師、離島の役場職員、診療所看護師と巡回診療看護師とで巡回診療の看護活動計画・運営について相談し話し合う場の設定の必要性」があがっていた。さらに「精神科の巡回診療看護師による、島外受診が困難な患者への対応方法の工夫」が話し合われた。

(2) 島内外との継続看護のための連携

4つの分析結果から島内外との継続看護のための連携とした。

離島診療所では在宅での看取りや寝たきり患者の訪問看護の際、保健師から患者の情報を得るなど「離島保健師から患者の情報を得て、診療所看護師は継続ケアを実施」していた。また、「専門職が島に出向く巡回診療のチャンスを活かすための協働」として診療所看護師は巡回診療看護師と事前準備を行っていたことや「離島

の役場職員から得られた患者に関する情報を巡回診療に活用」すること、「巡回診療の引き継ぎや情報共有が行えるように、巡回診療の活動報告の様式を離島支援開発委員会が開発し導入」することで継続看護のための連携を図っていた。

(3) 診療環境の保持のための連携

7つの分析結果から診療環境の保持のための連携とした。

診療所看護師は「タイムラグによる損失も承知の上で、一包化された定期処方空輸するための調整」を中核病院の関係部署から協力を得ながら看護活動を行っていた。また、「台風などによる交通遮断を考慮し、離島診療所での診察や看護に最低限必要な物品を確保できるような配慮と工夫」がされていた。さらに、「時間外でも離島診療所からの検体や使用済みリネンの受け取りの協力を得る」ように連携を図っていた。このように中核病院の関係部署から協力を得ながら診療所看護師は看護活動を行っていた。

「診療所看護師が責任を負えず、かつ輸送できないレントゲンのメンテナンスや薬剤の在庫点検については中核病院の専門職が離島に出向く協力を得る」といったように看護職以外の専門職による診療環境の支援に関する協力があった。また、「糖尿病巡回診療には、糖尿病外来を担当している医師、栄養士、薬剤師、糖尿病療養指導士の資格のある看護師と内科病棟の看護師長が参加」していることや「整形外科巡回診療には、レントゲン技師が参加」していることのように、巡回診療には医師や看護師だけでなく他の専門職も多く参加していた。さらに、「リハビリのために理学療法士の巡回診療への参加要望の必要性」があることがわかった。

4) 離島支援看護活動の維持・改善のための管理

離島支援看護活動の維持・改善のための管理には4つの離島支援看護活動が含まれていた。

(1) 離島独自の看護マニュアルの開発・管理

2つの分析結果から離島独自の看護マニュアルの開発・管理とした。

「県の病院管理局が作成した離島診療所看護マニュアルはほとんど使用出来ないで、島の状況に応じて内容が変更出来る独自の離島診療所看護マニュアルを使用」している現状があった。また、「中核病院との連携を強化し、診療所看護師の能力や知識の向上を図り、住民に安全な看護活動を提供するために独自の診療所看護マニュアルを開発・管理」するといった離島の状況に応じた離島独自の診療所看護マニュアルの開発・管理が必要であった。

(2) 離島独自の教育プログラムの開発・導入

7つの分析結果から離島独自の教育プログラムの開発・導入とした。

「診療所看護師は通常の看護業務以外の業務や健康教育、薬剤に関する業務をこなす能力が求められているので特別な教育プログラムを開発」することや「診療所看護師は慢性疾患に関する知識や技術を習得するための研修が必要」であった。「診療所看護師対象の教育プログラムは、診療所看護師として自己研鑽に努めることを目的に開発・導入」するために「診療所看護師対象の教育プログラムは、中核病院の理念や診療所看護師の看護実践の向上が図れるような内容にする」必要があった。

「離島診療所で勤務することで、連携能力や患者の個別にあわせた指導や配慮が出来る能力が身につくことが出来るので、その能力に合わせたキャリアアップが必要」であることや「中核病院看護部には、教育プログラムの計画・実際に関して、中核病院の関係部署の協力が受けられるように調整する役割がある」。そして、「中核病院看護部と離島支援開発委員会で教育プログラムを開発し導入」することになり、離

島の状況に応じた離島独自の教育プログラムの開発と導入に至っていた。

(3) 離島支援看護活動の人材になり得る看護職の育成

9つの分析結果から離島支援看護活動の人材になり得る看護職の育成とした。

「中核病院看護部は緊急時対応ができ、離島での生活になじめる看護師を離島診療所に派遣」していることや「中核病院の仕組みが理解できる看護師を派遣」していることがわかった。また、「巡回診療では看護師一人が派遣されるため、一人で処置や対応が出来る看護師を派遣」している現状があった。しかし、「巡回診療に参加している看護職は巡回診療の意義や継続看護を意識していなかった」との意見があった。このように離島支援看護活動の意味を理解せずに離島看護活動を行っている看護職もいるため、「離島支援看護活動の目的や活動内容に適した人材を選んで派遣」することや「離島診療所の看護活動が行える看護実践能力のある代替要員の看護師派遣」をすることが中核病院の看護部として意識しないといけない課題としてあがった。

また、「診療所看護師には、プライバシーを守り、ストレスコーピングなどの危機管理の能力が必要」であった。そのために、「離島診療所を抱えている中核病院として、離島診療所赴任半年前から診療所看護師として教育することで診療所での看護活動を理解し、診療所勤務に不安なく離島での生活や診療所での看護活動に慣れることが出来る」といった「中核病院看護部による、離島支援看護活動のための看護師派遣の体制づくり（人材派遣の際の基準や離島支援看護に関する現任教育）、診療所看護師への相談や関係部署との調整」を行うことが重要であった。

(4) 離島だからとないがしろにしない専門職としての思いを共有

6つの分析結果から離島だからとないがしろにしない専門職としての思いを共有とした。

《離島住民の医療を求める思いに添うために困難なことにも対応》していたことや《専門的な立場で離島住民のニーズや意見を考慮した巡回診療での看護活動》、さらに《離島住民の立場にたって保健医療の相談や診療所受診などを考慮した診療所看護師の代替要員の派遣》があった。

《離島支援看護活動の専門組織の立場から離島支援看護活動の課題を解決》するために、離島支援開発委員会が設けられ、委員会活動の成果として、【B診療所看護師を対象にした教育プログラムを開発・導入】が出来た。さらに、【B島に出向いての協力だけでなく中核病院での多くの部署からの協力も必要なため、関係部署の職員にも離島支援活動をPRすることが求められている】ことが明らかにされ、《中核病院全職員の離島支援マインドの共有の強化》必要があがった。

5) 離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営

離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営には1つの離島支援看護活動が含まれていた。

(1) 離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営

3つの分析結果から離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置・運営とした。

《看護部の一部として離島支援看護活動を支援する専門組織を設置》として離島支援開発委員会が立ち上がった。また《離島支援看護活動の内容を公開することで活動の理解を得る》ことが出来ていた。離島支援開発委員会の活動を続けていくことで【B島の子どもに関する看護活動がなかったので、子ども達のための離島支

援看護活動を行いたい】ことや【巡回診療に関する離島住民や職員の意見を巡回診療の運営計画に活かしたい】といった《離島支援看護活動を開発することで活動計画の拡大》があった。

IV. 考察

導き出された5つの離島支援看護活動の分類は、離島の医療を安心・安全に提供するために必要な連携・協働を可能にする看護活動、個々の離島について独自に開発されるべき看護活動、生活文化に応じた看護活動であり、島嶼の特徴を活かした内容であった。

1. 離島支援看護活動として離島の医療を安心・安全に提供するために連携・協働を可能にする看護活動

1) マンパワーを補うための協働連携

医療資源の乏しい離島では、緊急の対応や離島診療所の時間外対応の際、離島の役場職員の協力が不可欠であった。巡回診療では、マンパワー不足と経費不足から定期的であるが間隔を置いて克つ交代で離島に出向いているのが現状である。そのため、役場職員の様な離島に詳しい者からの患者情報は看護活動を行う上で不可欠であった。また、巡回診療ではあるが、離島で専門の医療が受けられるという安心や安全は、離島の役場職員や住民のマンパワーで補われ成り立っていることを前提に、離島支援看護活動を計画助長していくことが求められる。

2) 診療環境保持のための連携と中核病院の看護部門の協力を得て専門外に拡大された診療環境の整備

診療環境保持のための連携は、中核病院の各部署との様々な連携により看護職の責任感と負担感が軽減されるだけでなく、医療人材不足・診療に必要な薬品や物品の確保が難しい離島において診療上の安全を確保する上で、特別に求

められる看護職の活動であった。

一人一人の患者への医療活動は全科に及ぶとはいえ、人口の少ない小さな離島では件数は少ないかもしれない。しかし、診療環境保持のための業務の量と種類は人口の大小に関わらず一定量、ある一定水準を保つことが求められることから、その責任と負担感は大きい。離島では最低の人員配置となる。それにもかかわらず、離島の住民全ての医療に応ずることが求められる。そのために診療環境を保持することが求められる。

日常的に準備し、一定水準の安全の確保が看護業務としての診療環境の保持であるが、中核病院の協力を得て専門外に拡大された診療環境の整備という看護活動は、看護職の看護技術の範囲を超えて求められる診療環境整備の活動である。たとえば、機械の定期的整備や薬の棚卸しなどである。患者の安全に関わる活動であるが、看護職の知識が及ばない内容が求められる。中核病院の持つ現代医療の水準は離島においても保たねばならない。中核病院が行う離島支援であるかぎり中核病院において、理念実現のために関係部署からの協力を得て行われる。どのように、どのような協力を得るかは、離島診療に関わるという性格上、取り決められ明文化される必要がある。

3) 継続看護のための連携

離島の地理的特性から、離島は海で隔たれ、隔離されているので離島住民は容易に島外受診をすることが難しい。そのため、島内で暮らしていくには、健康を維持する、または疾病があっても症状を悪化させないようにセルフケア能力を身につけていないといけない。離島は高齢者が多く整形外科受診が必要な患者や妊産婦、精神疾患の患者のように島外受診が難しい問題を抱える患者に対しては、巡回診療で島内での診察が行えるようにしている。しかし、巡回診療

は断片的な介入でしかないため、常時島にいる離島診療所看護師や離島保健師と連携し、医療的支援が途絶えることがないように巡回診療後の継続看護が重要である。また、不定期に行われる糖尿病巡回診療が、多くの糖尿病患者が確実に受診できるように、専門職が離島に出向く巡回診療のチャンスを活かすために事前準備を行っていた。

これらは、患者の症状を悪化させることなく離島での生活を可能にするために、巡回診療看護師と診療所看護師、離島保健師、本島の保健所保健師の看護職間の連携による継続看護によるセルフケアの向上が目指されているといえる。このような、継続看護を目指した看護職者間の連携を可能にするために、巡回診療の引き継ぎによる情報共有が行えるように開発された、巡回診療の活動報告の様式の導入を行った。「顔のわかる」ことがネットワーク機能を強化させ、担当者が誰であるのかを知り、信頼関係を築いていくうえで重要（宮城ら、2009）で、そして看護職自身が継続看護の一員として機能していることを認識する機会になっていると考えられる。巡回診療の活動報告様式による情報の共有も重要であるが、巡回診療後のカンファレンスで関係者同士が患者の継続看護に向けて話し合うことも必要であると考えられる。また、ICTによる顔の見えるカンファレンスは、離島の遠隔性からくる不利性を克服する手段として、今後活用の工夫が待たれる。

4) 離島だからとないがしろにしない専門職としての思いを共有

離島支援看護活動に関わる者だけでなく、中核病院全職員が離島支援を行う。離島だからとないがしろにしない専門職としての思いの共有が離島支援看護活動の一つとして取り出された。盛島（2011）は、医療が島内で完結する島での保健活動の発展要因を調べ、その中で“離

島だからとあきらめないで、同じ島の住民として強い思いを持つ”が離島の保健活動の一つであったと述べている。しかし、離島は遠く、見えにくく人口も少ないので、中核病院の全職員から見れば、対象者のごく一部である。だから、あきらめないでではなくないがしろにせず、問題を解決し中核病院の理念を実現すべく、課題解決への思いを共有するという看護活動が求められる。ないがしろにされないために活動を可視化される必要がある。医療が離島で完結できず必要最低限の医療が提供されている離島では、その医療を支える中核病院の全職員の協力が不可欠である。

2. 個々の離島について独自に開発されるべき看護活動

離島別に独自に開発されるべき離島看護活動が示された。それは、看護マニュアルの開発・管理と診療所看護師の教育プログラムの開発・導入の2つの離島支援看護活動である。診療所看護師は、あらゆる年齢の疾患患者にも対応しなければならない。また、ひとりで通常の看護業務外の多様な業務をこなす高い看護実践能力が求められている。そのためには、診療所看護師が多様な看護活動を実践するための学習機会を確保し、実践をサポートする体制を整えていくことが必要不可欠である。中核病院看護部と離島支援開発委員会の協働で、関係部署の協力を得ながら教育プログラムが開発された。それによって、診療所看護師の現任教育が実施されるようになった。また、多様な診療科にまたがる総合診療制や医療診療環境保持の責任、専門外に拡大された教育環境の整備と責任があり通常の看護業務のためにはマニュアルが必要である。

中核病院からどのような協力が得られるかは離島の医療職と中核病院職員との話し合いで決められる、また、協力する手段・方法は、物の

輸送手段と頻度、人の交通手段と頻度による。だから、離島によってまちまちであり、また、協力しあい変化する。個別の離島の実情に合ったものが作られ、かつ、協力体制に合わせて書き換えるなどの管理が必要である。しかし、ひとり勤務体制では、頻回に繰り返し生じる業務は、他の看護職と共有する必要がなく、覚えていてこなされていく可能性がある。マニュアルの開発と管理は、中核病院と協働で行い離島個別に対応する必要がある。

診療所看護師の教育プログラムは、看護マニュアルとの連動性が重要である。関係部署での研修も含めてプログラムが組まれる必要があるので、マニュアルと同様に個別離島独自に開発されることが必要である。巡回診療看護師の教育は、離島を支援する中核病院の看護職としての離島支援活動に関心を持ち参加意欲を高めることからとり組まれることに加えて、離島独自の開発が必要なことは同様である。

3. 生活文化に応じた看護活動

地理学的な視点からみた島嶼の特性として、「環海性」、「遠隔性」、「狭小性」といった構造的特性に加えて、歴史（植民地的遺産）、文化（混合＝チャンプルー）、民族（複数＝多様性）、政治経済（土着、移民、依存、植民地、規模・範囲の不経済）などの経済文化的特性もある（嘉数，2010）。このような離島の構造的特徴と経済文化的特徴から、島嶼地域で暮らす住民は、海に囲まれた限られた地域で独自の歴史と文化を背景に価値観や生活習慣、技術を持って生活している。また、ルーラルエリアの看護はその地域の文化や自然の影響を大きく受ける。そのためルーラルナーシングの概念の中に文化的要因が含まれており、島嶼において文化的要因が看護活動に影響を及ぼしているといえる。離島住民の身体的・社会的・感情的、スピリチュアルな健康は、離島の環境と文化との関係から生

まれるものである (Leininger, M. D., 1992)。そのため、さまざまな人を対象に、さまざまな地域で働く看護職にとって、対象となる人の多様な文化を理解することは不可欠であり (Leininger, M. D., 1992)、地域文化的な様々な風習、行動パターン、生活様式の理解や共感、また患者の精神的安定や健康への危険性を見極めながら地域文化的な特徴を看護活動に活かす (知念ら, 2011) 必要がある。特に診療所看護師は、住民と同じ離島に住んでいるため、離島診療所赴任直後から24時間医療の提供のために看護職として対応しないと行けない。そのため、離島の健康問題、文化等の離島の特性について情報を得ることが、診療所で看護を実践する上で重要である。診療所だからこそ地域に溶け込み、暮らし振りに触れることを通じて、地域特有の文化・習慣を理解することで健康問題の発生や改善に繋がる。

離島支援看護活動の発展のために、離島住民は何を価値あるものと考えているかの観点で、生活文化にかかわる離島住民の価値をさらに問い続けることにより、離島の生活文化へ通じる看護が探求されると考える。

本研究では、島内で行われている看護活動だけでなく、島外からの支援活動も含めた15の離島支援看護活動が導きだされた。また、15の離島支援看護活動は島嶼の特性を踏まえた5つに分類された。しかし、離島支援看護活動を評価し、継続、発展させるためには離島支援看護活動の評価の視点や離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置とのあり方を検討する必要がある。今後、それらに取り組み離島支援看護活動モデルを開発に努めたい。

V. 結論

1. “地域に開かれたセルフケアの指導”“離島だからとないがしろにしない専門職と

しての思いを共有”“生活背景や文化に考慮した応用”“離島支援看護活動の人材になり得る看護職者の育成”“離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営”など島内外で行われている15の離島支援看護活動が導き出された。導き出された離島支援看護活動には離島診療所看護師による離島住民に対する離島支援看護活動、中核病院による離島住民に対する離島支援看護活動、離島診療所と中核病院が協働で行っている離島支援看護活動、離島支援看護活動の維持・改善のための管理、離島支援看護活動の持続的改善に専門に取り組む組織の設置と運営といった離島支援看護活動に分類された。

2. 導きだされた5つの離島支援看護活動の分類は、離島における看護職による看護活動と海を隔てた支援によって離島の医療を安心・安全に提供するために必要な連携・協働を可能にする看護活動、個々の離島について独自に開発されるべき看護活動、生活文化に応じた看護活動であり、島嶼の特徴を活かした内容であった。

謝辞

稿を終えるにあたり、本研究の主旨をご理解いただき、研究のプロセスを一緒に歩んでいただいた協力病院病院長、看護部長、離島支援開発委員会の皆様に感謝申し上げます。

本研究は、博士論文の一部を修正したものです。論文作成にあたり、公益信託山路ふみ子専門看護教育研究助成基金より助成を受けました。謹んで感謝申し上げます。

引用文献

- 知念久美子, 野村幸子, 盛島幸子, 美底恭子, 糸数仁美 (2011): 沖縄における地域文化的看護体験, 文化看護学会誌, 3巻1号,

30-37.

ラルナーシング学会誌, 第6巻, 17-33.

春山早苗, 鈴木久美子, 塚本友栄他6名(2009):
へき地診療所における看護活動の実態と課題に関する調査－へき地診療所全国調査報告－, 1-13.

嘉数啓: 島嶼 (Nissology) と島嶼問題: 島嶼の課題解決にどう応えるか, 平成21年度国際交流基金助成事業 島嶼地域の持続可能性 (2010): 太平洋島嶼地域の挑戦と可能性－沖縄・ハワイから太平洋島嶼地域への島嶼発展ノウハウの移転・活用を中心にして－に関する調査報告書, 222-223.

Leininger, M. D. (1992): Culture Care Diversity&Universality: A theory of nursing/稲岡文昭監訳(1995): レイニンガー－看護論－文化ケアの多様性と普遍性, 医学書院, 東京.

宮城裕子・石川りみ子 他3名(2009): A離島における慢性疾患患者の在宅療養を支援する地域連携, 沖縄県立看護大学紀要10号, 63-70.

盛島幸子 (2011): 修士論文 島嶼における保健看護活動の評価のあり方－宮古保健所管内における母子保健活動の過程を通して－.

沖縄県 (2008): 沖縄県保健医療計画,
http://www.pref.okinawa.jp/imu_kokuho/iryotaisaku/hokenniryoyoukeikaku/zenbun.pdf (2012.11. 29検索)

下地千里 (2012): 離島診療所に赴任する看護師に対する教育プログラムと支援体制の提言, 沖縄県立看護大学大学院 修士論文.

鈴木久美子, 田中幸子, 岸恵美子, 春山早苗, 篠澤悦子 (2004): へき地診療所において発展させるべき看護活動, 自治医科大学看護学部紀要, 2巻, 5-16.

塚本友栄, 関山友子, 島田裕子他12名 (2011): へき地医療拠点病院看護職者の現状とへき地診療所看護職者支援との連携, 日本ルー

Original Article

The remote island support nursing activity of the core Hospital in island with a medical office and the structure

Kumiko Chinen

[Background] On an island, provision and maintenance of human and material resources and medical support from a core mainland hospital are indispensable for coordinating medical care for island inhabitants and developing nursing activities on each island's medical office, which is the only place that offers medical care to the island inhabitants.

[Objective] To explore and clarify the structure of remote island nursing support activities and their relationship with the core mainland hospital.

[Method] Data from all program records of the remote island support development committee were analyzed to explore the expectations of the inhabitants from the remote island support services. The main activities were focused on property and were classified and structured as "remote island nursing support activity."

[Result] Fifteen remote island nursing support activities were identified. They included setting, administration of the organization, which was primarily focused on maintaining self-care in the area, cooperation with regard to nursing both within and outside the island, and sustained improvement of the nursing support activities. In the remote islands, local nursing support activities were coordinated by a nurse, who was a resident of the island, at each remote island's medical office. The remote island medical offices collaborated with a core hospital, as well as an umbrella organization of five remote island nursing support activities.

[Conclusion] The nursing support activities were specific to individual islands, and the program content reflected the lifestyle and culture of each setting health care was tailored to the inhabitants based on each island's needs.

原著

沖縄県小離島在住の高齢者の入院支援における看護師の役割 —離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践から—

坂東瑠美¹ 大湾明美² 山口初代² 佐久川政吉²

【目的】本研究の目的は、小離島在住の高齢者の生活の場の継続を支援するために、離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践から、支援の対象と連携・調整を明らかにし、看護師の役割を見だし、ルーラルナーシングの役割を再考することである。

【方法】離島診療所看護師5名の研究協力者に、「送り出す支援」の対象となった高齢者13事例について、半構造化した面接調査を実施した。方法は、事例ごとに送り出す支援プロセスで支援内容を、支援の対象と連携・調整について抽出し、帰納的に分析した。

【結果】1. 離島診療所看護師の送り出す支援の対象は、高齢者本人、島内外の家族、診療所医師、および島内外の関係者（知人・友人・隣人や島外専門職など）であり、支援内容は、《受診勧奨》、《支援者探し》、《救急対応協力依頼》、《島外の受診協力の調整》、《島に残される家族の対応調整》、《退院後の生活調整》、《生活情報提供》、《島外までの付き添いの調整と依頼》等であった。2. 離島診療所看護師の送り出す支援における連携・調整は、受診病院探しや受診協力の調整などの《受診のつなぎ》、医療情報や生活情報の《情報のつなぎ》、治療方針の相談などの《治療方針のつなぎ》、見守りの調整や生活支援のための支援者探しや残される家族の生活の調整などの《生活支援のためのつなぎ》であった。

【結論】小離島における高齢者の入院支援における看護師の役割は、島内外の専門職・非専門職を支援し支援者にする「地域のスペシャリスト」であり、連携・調整をとおして、地域のなかで地域の人々とケアをつくる「地域づくりのマネージャー」であることが示唆された。

キーワード：小離島、高齢者、入院支援、診療所看護師の役割

I はじめに

我が国では、2006年4月の介護保険制度と医療保険制度の同時改正により、医療機関の機能分化と病院内外での相互の連携や在宅療養の推進が強化された。2012年には、社会保障制度改革推進法が制定され、高齢者ケアにおいては、住み慣れた地域で、尊厳あるその人らしい生活の継続を支援するために「地域包括ケアシステム構築」が推進されている（厚生労働省、2015）。しかし、複数の疾患を抱え、高いセルフケアを必要とされる高齢者が、医療や介護の支援を受けながら家族や関係者との折り合いをつけ、住み慣れた地域で望む生活を継続することは容易なことではない。特に高齢者が、入院という危機的状態を乗り越え元の地域の生活に

戻るには、日頃からの高齢者の「生活の場」を拠点としたケアの実践が必要である。

E.L.Brown (1967) は、「入院は、最も大きな環境の変化であり、'病気の役割'を余儀なくとらされ、自我 (ego) に対してひどい打撃を受ける」と、入院によるダメージを指摘している。また、斉藤ら (1997) は、高齢者のリロケーションについて、「高齢者が再び元の生活の適応を試みる際に、身体的だけでなく、生活面でもこれまでの価値観や社会的役割の変容を迫られる」と報告している。このように、高齢者にとって入院による環境の変化は、大きなダメージを受けやすい。特に、離島を含む過疎地域では、入院を契機として要介護状態になると住み慣れた地域に戻れないままであることが明らかにされている (杉井, 2015)。

ところで、沖縄県の小離島の診療所には、入院施設はなく、入院が必要になれば島外に送り

¹ NPO法人いけま福祉支援センター

² 沖縄県立看護大学

出される。一度島を離れ入院した高齢者は、要介護状態になると、家族介護や介護サービスの脆弱な島に戻ることは容易ではない。高齢者やその家族にとって、住み慣れた島での「生活の場」から島外の病院での「医療の場」へ生活を移行する入院は、身体的・精神的・社会的な負担が大きい。そのため、離島診療所看護師（以下、看護師とする）は、高齢者のリロケーションによるダメージを最小限にし、「生活の場」に戻れるような入院支援（「送り出す支援」）が重要であると考えられる。

小離島は、入院施設がないという物的資源の脆弱さ、専門職が限定されているという人的資源の脆弱さ、および独居高齢者や高齢者世帯の割合が高いことによる家族機能の脆弱さがある（堀越ら，2013；佐久川ら，2003）。そのため、看護師は、高齢者の生活の場での日常的な健康管理から入院の必要な事象が発生し、島外の病院への入院までの全プロセスで医療支援と生活支援を対象の個別性に合わせて、隙間なく実践しなければならない。

先行研究で大平らはルーラルナーシングの役割モデルを提示し、大都市、中都市とルーラル地域では、人口サイズと保健医療福祉などに関わる人数が異なることを示している（大平ら，2002）。ルーラル地域である小離島は、人口サイズが特に小さく保健医療福祉の専門職も限定されている。そのような小離島における入院支援においては、支援の対象と連携・調整がキーワードになると考えられた。小離島から島外への「送り出す支援」は、誰にどのように支援をしているのか（支援の対象）、どのような連携・調整が行われているのか（連携・調整）を検討する必要があると考えた。

本研究の目的は、小離島在住の高齢者の生活の場の継続を支援するために、離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践から、支援の対象と連携・調整を明らかにし看護

師の役割を見だし、ルーラルナーシングの役割を再考することである。

用語の定義

小離島：架橋のない人口3,000人未満で、入院施設はなく保健医療専門職は診療所医師1名、看護師1名、保健師1～2名の島

送り出す支援：入院支援のことで、入院が必要となった事例で離島診療所医師により入院が決定してから島外医療機関に入院するまでの看護師の実践

II 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者の選定は、県立離島診療所16カ所のうち、A病院の附属診療所7カ所中、准看護師配置の1カ所を除く6カ所の診療所（平成20年6月）の看護師で、研究で指定した期間中（平成19年6月1日～平成20年5月末日）に送り出す支援の事例のない1名を除いた看護師5名であった。研究協力者は、全て県内出身者の40～50代の女性で、いずれも20年以上の看護師臨床経験を有していた。離島での勤務は、夫の仕事を機に島に移住した勤務年数30年の看護師1名の他4名は、自らの希望による離島診療所勤務であった。その理由は、「病院の看護実践への疑問」、「三交替勤務の身体的負担」、「看護観や自らを見つめなおしたい」、「過去の離島看護の体験から影響を受け、再び希望した」であった。

送り出す支援の事例は、緊急性や搬送方法は問わず、診療所から島外の病院に入院予定で送り出した65歳以上の高齢者とした。その結果、13事例があがった。

2. データ収集

データ収集は、関係資料から勤務先の小離島の概要、診療所の概要を把握した後に、研究協

力者に事例ごとに1事例1時間以内を原則に、事例数に合わせ看護師に半構造化した面接調査を行った。

面接内容は、事例の概要、診療所での事例の日常的な看護師の支援、入院支援時の健康状態、送り出す支援の内容であった。研究協力者には、調査票を事前に郵送し、事前記載の可能な部分は記載を依頼した。そして、面接に向けた事例の記憶などを想起した後に面接に望んだ。面接内容は、テープに録音し逐語録を起し、事例ごとに個票を作成し、データに不足のある場合には内容を補足するために2度目の面接調査を実施した。逐語録のデータは、研究協力者に郵送して加筆修正を依頼し、事例ごとのデータを完成させた。

3. 分析方法

分析は、小離島の概要、診療所の概要を概観した後、事例の個票をもとに、事例の概要、日常的な事例への看護師の支援を整理し、送り出す支援の内容から看護師の役割を抽出した。送り出す支援の内容は、「問題発生から診療所来所までの支援」、「診療所来所から入院決定までの支援」、「入院決定から島外出発までの支援」、「島外出発から本島病院入院までの支援」と時系列に整理した。支援内容を事例ごとの支援プロセスから、支援の対象ごとと連携・調整についてセンテンスを抜き出し、類似した支援内容を集めて看護師の役割として命名した。文中、支援内容は〈 〉、役割機能は《 》で示す。

4. 倫理的配慮

診療所支援病院の病院長および看護部長には、研究の趣旨および研究の目的・方法・調査内容の概要を文書と口頭で説明し同意を得た。診療所医師には、支援病院長から口頭で研究の趣旨を伝え同意を得た。研究協力者には、電話で研究の趣旨を説明し、文書で研究参加の依頼し、

協力の同意を得た後、研究の該当事例の有無を確認し、該当事例ごとの面接調査を依頼した。面接を開始する前に、再度、研究の趣旨および方法などを説明し同意を得てから面接を開始した。

研究協力者には、研究への参加は自由意志であること、途中辞退も可能であること、得られたすべての情報は本研究以外の目的で使用されることはないこと、プライバシーを保護し、対象者個人が特定されるような情報を公表しないこと、研究者以外に漏れることがない事を約束した。なお、本研究は沖縄県立看護大学の倫理審査において承認を得た（承認番号08002）。

III 結果

1. 送り出す支援の事例概要

13事例は、70代が5事例、80代が8事例で、性別は、男性が6事例、女性が7事例であった（表1）。世帯構成は、独居世帯が5事例、老夫婦世帯が2事例、その他の世帯が6事例であった。既往歴は、1事例を除く12事例があり、入院歴ありは9事例、入院歴なしは4事例であった。

送り出す支援前の診療所との関わりでは、定期通院が11事例、通院歴なしが2事例であった。看護師は、定期通院11事例中、9事例について「気にしているケース」とし、そのうち2事例については、診療外にボランティア訪問（主体的な事例宅訪問で無報酬による看護活動）をしていた。その内容は、認知機能の低下があり内服管理や生活習慣の指導事例、入退院を繰り返しているため、内服管理や要介護認定を勧めている等であった。

送り出す支援の事象発生から島外送り出しまでの期間は、13事例中、当日4事例、翌日7事例であった。搬送方法は、定期船8事例（乗客船5、フェリー3）、ヘリ5事例（民間機Upits 3、自衛隊機2）であった。送り出しの

表 1 送り出す支援の事例概要

事例	基本属性					過去の医療情報		「送り出す支援」前の診療所との関わり		事象発生から島外送り出しの期間	搬送方法	送り出しの理由
	年齢	性別	世帯構成	介護度	認知機能の程度	既往歴	入院歴	通院状況	看護師が捉えていた事例			
1	80代	女	同居	なし	自立	うつ病	あり	なし	—	2日 (翌日)	定期船 (乗客船)	腎盂腎炎・ 高熱
2	80代	女	独居	なし	自立	なし	なし	なし	—	2日 (翌日)	定期船 (フェリー)	右手首の 骨折
3	80代	女	独居	なし	自立	膝関節症, 骨粗鬆症, 胃腸炎, 戦争時のケガ	あり	月1回通院 (定期通院)	—	1日 (当日)	定期船 (フェリー)	急性腹症
4	80代	男	同居	なし	IIa	糖尿病, 狭心症 大腸癌 (ストマ造設)	あり	月1回通院 (定期通院)	認知機能の低下 があり、内服管理 や生活習慣の 指導のために介 入していた	2日 (翌日)	定期船 (乗客船)	狭心症 (心臓カ テーテル 検査目的)
5	80代	女	独居	介護1	自立	骨粗鬆症	なし	月1回通院 (定期通院)	独居高齢者のた め気になっていた	2日 (翌日)	定期船 (乗客船)	消化管出 血疑い (貧血精査 目的)
6	80代	女	老夫婦	なし	自立	多発性脳梗塞 骨粗鬆症 不安神経症	あり	月1回通院 (定期通院)	要介護で老夫婦 世帯のため気にな っていた	2日 (翌日)	ヘリ (民間機 Upits)	外傷性く も膜下出 血・頭部外 傷
7	80代	男	同居	なし	I	胃癌 腰痛	あり	3ヶ月1回 通院 (定期通院)	通院外で月1回 は診療所に顔を 出していたため 気になっていた	9日	定期船 (乗客船)	消化器系 癌疑い (便鮮血精 査・胃腸カ メラ目的)
8	70代	女	同居	なし	自立	高血圧 難聴 変形性膝関節症	あり	月1回通院 (定期通院)	—	1日 (当日)	ヘリ (自衛隊機)	発熱・軽度 意識障害
9	70代	男	同居	なし	自立	心筋梗塞 高血圧 胃腸炎	あり	月1回通院 (定期通院)	1ヶ月前に急患 搬送され入院し たため気になっ ていた	1日 (当日)	ヘリ (民間機 Upits)	心筋梗塞
10	70代	女	同居	なし	IIb	大腸癌、腎不全 心不全、高血圧 糖尿病、膝痛	あり	月1回通院 又は往診	入退院を繰り返 していたため訪 問し、内服管理 指導や要介護認 定の勧めのため に介入していた	2日 (翌日)	定期船 (フェリー)	大腸癌術 後、腎臓カ テーテル 交換
11	70代	男	独居	なし	自立	高血圧	なし	月1回通院 (定期通院)	独居で金銭やア ルコールの問題 があったため気 になっていた	2日 (翌日)	ヘリ (民間機 Upits)	肺炎
12	80代	男	独居	介護1	IIa	肝癌、高血圧症 COPD,ASO	あり	月1回通院 (定期通院)	独居で、終末期 の療養で帰島し たばかりのため 気になっていた	8日	定期船 (乗客船)	肝臓癌・閉 塞性動脈 硬化症
13	70代	男	老夫婦	なし	自立	肥満、高血圧症 高脂血症 高尿酸血症	なし	月1回通院 (定期通院)	定期以外に不定 期に受診するた め気になっていた	1日 (当日)	ヘリ (自衛隊機)	意識障害・ 脳梗塞

理由は、検査目的、外傷・骨折、内科疾患などであった。

2. 送り出す支援における対象ごとの看護師の役割

看護師が実施した送り出す支援における看護師の支援の対象は、高齢者本人、島内外の家族、診療所医師、島内外の関係者であった。対象ごとの送り出す支援内容から看護師の役割を検討した(図1)。

高齢者本人への役割には、「問題発生から診療所来所までの支援」では、「高齢者情報の把握」による「緊急性の予測」をし、「応急処置と診療介助」と「見守り」をしつつ、「診療所への受診準備と受診勧奨」しながら「診療所への搬送方法の判断と確保」があった。「診療所来所から入院決定までの支援」では、「高齢者情報の把握」を行い「バイタルサイン測定と診療介

助》、「日常生活の介助」をしながら「島外への受診の意向確認と受診勧奨」と「支援者探し」があった。「入院決定から島外出発までの支援」では、「声かけ・励まし」ながら「島外出発までの健康管理」が加わっていた。「入院決定から島外出発までの支援」では「受診病院への高齢者情報の提供」があった。

島内外の家族への役割には、診療所来所までの「応急処置の指導」と「救急対応協力の依頼」があり、診療所では「医療情報提供」し、受診に関する意向、方法や協力の調整をしていた。そして、「島に残される家族の対応調整」と「付き添う家族の調整」を行い、「入院中の相談先の紹介」、「退院後の生活調整」などがあった。

診療所医師への役割には、「高齢者の情報提供」と「緊急訪問依頼」があり、「治療方針の相談」があった。

島内関係者と島外関係者への役割には、役場

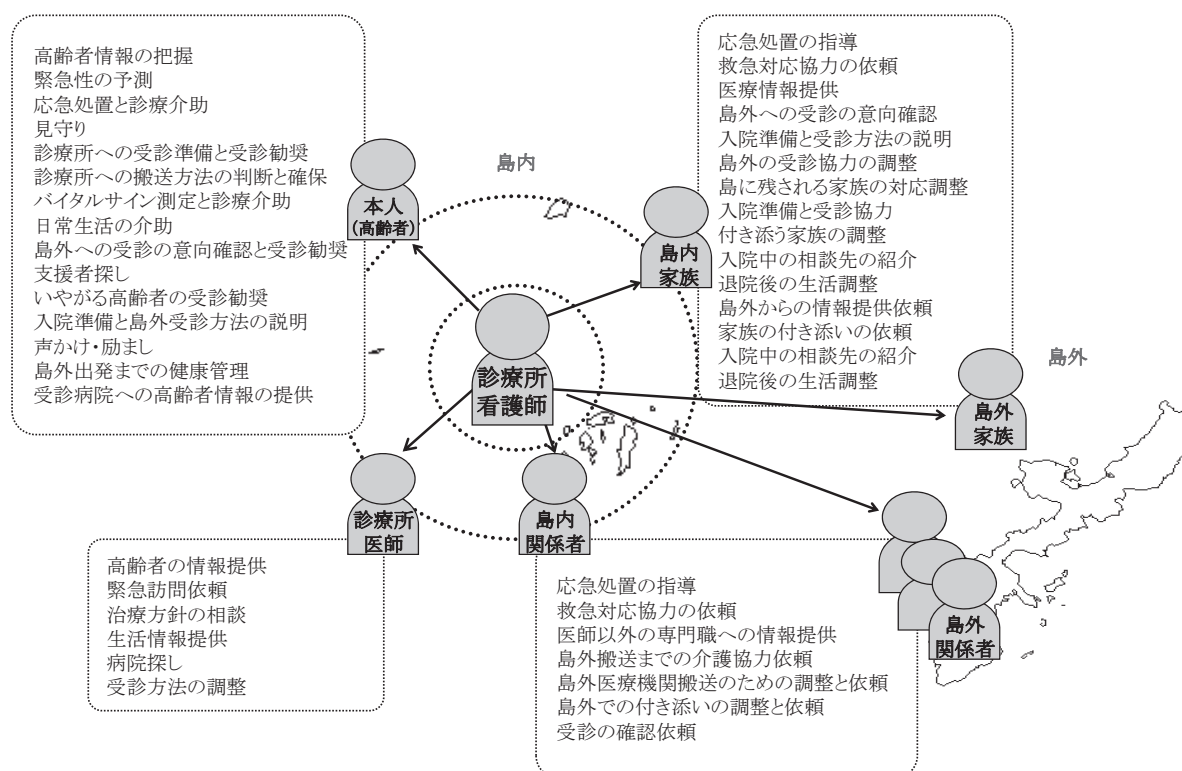


図1 送り出す支援における対象ごとの看護師の役割

職員や親戚などに対し、《応急処置の指導》、《緊急対応協力の依頼》を行い、《島外搬送までの介護協力依頼》、《島外での付き添いの調整と依頼》があった。また、島外病院の地域連携室看護師には、《医師以外の専門職への情報提供》、《受診の確認依頼》があった。

(事例紹介)

事例5 80代 女性 独居

高齢者本人は、島内に家族はいない。島外の息子は病院療養中であった。

診療所に嘔吐・胸痛で受診し、検査結果、貧血がひどく、医師は消化管出血を疑い、精密検査のための入院が必要と判断した。しかし、高齢者は、《島外受診への意向確認と受診勧奨》をすると、島外受診を渋っていた。

看護師は、高齢者に《いやがる高齢者の受診勧奨》をしつつ、《支援者探し》として島外に娘がいることを知っていたので、その娘に相談し、《入院準備と受診協力》、《付き添う家族の調整》を行った。緊急入院ではないため、入院日までの島内での生活支援が必要であり、島内での生活支援のための《支援者探し》をし、近隣や知人に食事と夜間の見守りを依頼した。また、親戚が来島していることを住民から聞き、その親戚に事情を説明し食事やトイレ移動などの介助を依頼した。《島外出発までの健康管理》として、看護師自身は、服薬管理や安否確認、生活状況把握のためボランティアで毎日訪問した。

看護師は、赴任したばかりの医師に、高齢者の家族関係やつながりの関係者の情報だけでなく、島での救急対応方法や搬送体制、天候状況や点滴の薬液の在庫状況など《生活情報提供》をしていた。

島内の医療支援は、診療所医師と看護師、生活支援は、近隣、知人、親戚が行い、島外の支援は娘と島外在住の孫が支援者となり、問題発生から1ヶ月後に検査入院となった。

3. 送り出す支援における連携・調整の看護師の役割

送り出す支援の全プロセスで連携・調整に関する看護師の役割について検討した。連携・調整に関する役割は、《受診のつなぎ》、《情報のつなぎ》、《治療方針のつなぎ》、《生活支援のつなぎ》が抽出された(図2)。

《受診のつなぎ》の役割には、診療所受診のための〈受診勧奨〉や〈受診相談〉、入院決定までの〈受診病院探し〉、〈受診協力の調整〉、〈受診方法の相談・調整〉、島外出発までの〈受診日程の調整〉、本島病院入院まで〈受診の付き添いの検討〉、〈受診までの搬送方法の相談・連絡〉、〈受診までの役割分担〉の支援内容が含まれていた。

《情報のつなぎ》の役割には、問題発生から島外出発まで島外病院の地域連携室看護師へ〈医療情報収集〉と〈医療情報提供〉、〈生活情報収集〉、〈生活情報提供〉の支援内容が含まれていた。

《治療方針のつなぎ》の役割には、入院決定を巡って、医師と〈治療方針の相談〉があった。

《生活支援のつなぎ》の役割には、高齢者本人が診療所に来所するまでの〈見守りの調整〉、本島病院受診までの〈生活支援のための支援者探し〉、〈(生活支援のための)サービスの相談・調整〉、そして〈退院後の生活支援の提案〉、島に〈残される家族の生活支援の相談〉の支援内容があった。

(事例紹介)

事例1 80代 女性 息子と2人暮らし

高齢者本人は、知的障害の息子と暮らしていた。長年、診療所の受診はなかったが、うつ病で島外の病院で最近1ヶ月の入院経験があったことを看護師は把握していた。島外在住の娘が、病後の母親を心配して週末に来島した時、高熱で動けなくなっている母親を発見し、夜間に診療所を時間外受診をした。診察結果、腎盂腎炎

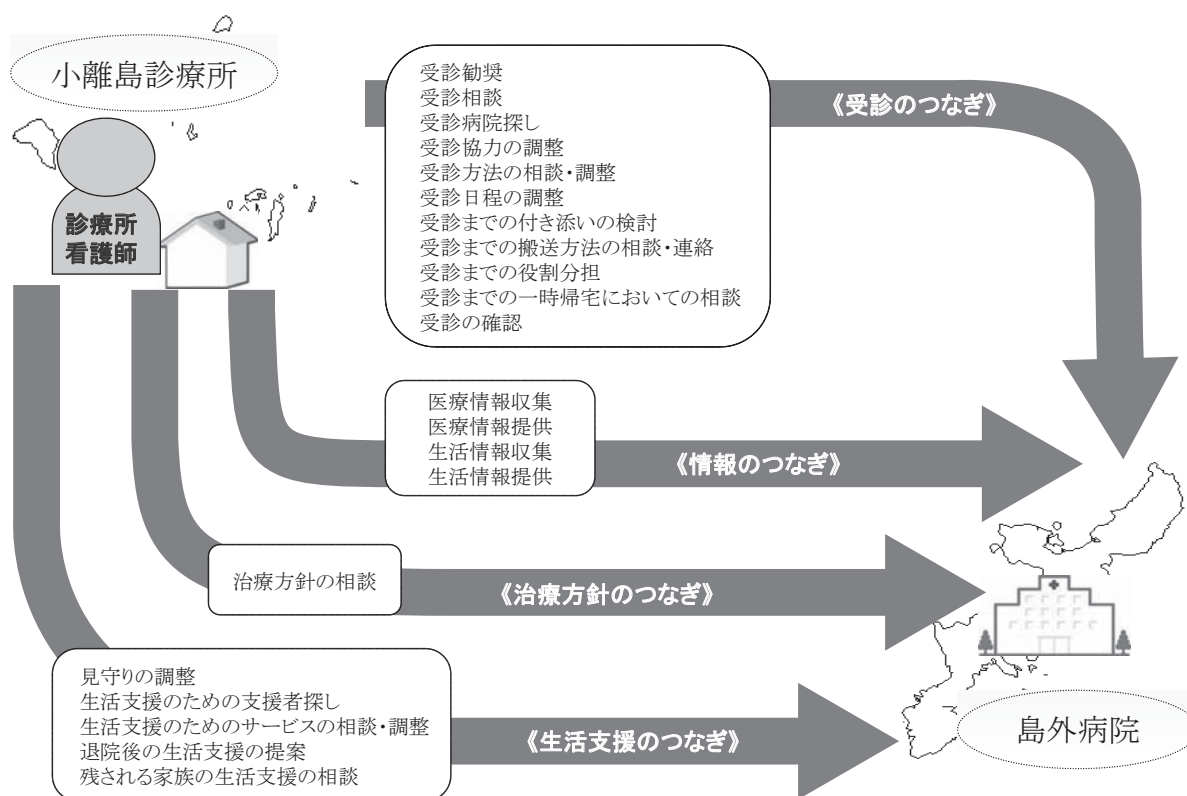


図2 送り出す支援における連携・調整の看護師の役割

が疑われ、専門医による治療は必要と判断した。

看護師は、娘から今までの〈生活情報収集〉や受診状況などの〈医療情報収集〉と高齢者に意向を確認した。高齢者は残される息子のことを心配し島外入院をためらっていたが、娘が心配しているので島外病院受診を承諾した。息子については、娘と〈残される家族の生活支援の相談〉をし、〈生活支援のための支援者探し〉をして、親戚に娘から具体的な支援内容を依頼することにした。

また、救急搬送の判断に迷っている医師に対し、看護師は、島での救急対応方法や搬送体制、点滴の薬液の在庫状況などの〈医療情報提供〉を行った。また、役場職員に天候状況と陸路空路それぞれの移動予測の確認と事例のこれまでの〈生活情報収集〉を行い、医師へ〈生活情報提供〉をしながら〈治療方針の相談〉をした。そして、急患搬送システムと急患担当医師を紹介

し、相談することを提案した。医師は、急患担当医師に相談し、急患搬送は適応外であるが専門医の受診は必要という助言を得た。

定期船出航時間まで診療所での経過観察と点滴治療を行い、本人は娘と島外へ船で渡り入院した。看護師は、入院先の地域連携室看護師へ連絡し、高齢者の〈医療情報提供〉だけでなく、島内から娘が付き添っていること、下船後は港で親戚の甥が車で病院まで移送することなど〈生活情報提供〉していた。

IV 考察

1. 小離島在住の高齢者の入院支援における看護師の役割

高齢者の送り出す支援プロセスの支援内容から、支援の対象と連携・調整について看護師の役割を検討した。

支援の対象として、高齢者本人を中心に、島

内外の家族、診療所医師、そして知人、友人、近隣などの関係者および島外の専門職を含めていた。そして、その人々への支援を通して、高齢者の送り出す支援の協力者になっていた。特に、診療所医師への支援として、より詳しく高齢者の生活情報を提供し、天候や搬送体制など地域の実情から診療所機能の限界を伝え、救急対応方法や医師同士の相談システム紹介などを実践していた。これは、医師1人、看護師1人の小離島では、最善な治療方針が立つように、看護師は、多様な生活の情報提供者として、相談相手として重要な役割を担っていることが示唆された。

看護師は、小離島の持つ狭小性、環海性、遠隔性をもたらす人的資源と物的資源の特徴を知り尽くしていたからこそ、高齢者本人への支援だけでなく、島内外の家族、診療所医師、島内外の関係者へと支援の対象を広げていたと推察された。それを可能にしているのは、地域のことをよく知り、その情報を活用する「地域のスペシャリスト」の役割を発揮していると考えられた。

連携・調整に関する看護師の役割については、連携の対象や場から捉えた役割ではなく支援内容から検討した。看護師は、高齢者の個別ニーズに合わせ、《受診のつなぎ》、《情報のつなぎ》、《治療方針のつなぎ》、《生活支援のつなぎ》と、多様な「つなぎ」のための連携・調整を実践していた。特に、《生活支援のつなぎ》では、高齢者本人だけでなく、島に残される家族の生活もつなぐ支援をし、高齢者が安心して入院治療に専念できる環境づくりであった。看護師の連携・調整による多様なつなぎは、高齢者にとってのリロケーションのダメージを最小限にし、島外での入院生活への移行と効果的な治療ケアの継続のための支援と推察された。看護師の入院支援は、高齢者の「医療の場」の継続の支援であり、同時に、「生活の場」の継続の支援で

あり、多様な人を医療と生活の連続性のために調整・連携の役割が重要であると考えられた。

診療所における看護師の役割に関する文献検討（大島ら，2015）では、医師との連携、看護師間の連携、他院との連携、近隣病院と診療所との連携、連携による活動、多職種との連携、関係機関との連携、拠点病院との連携、派遣病院との連携など看護師の役割として連携が多くあがっていた。また、へき地診療所において発展させるべき看護活動として5項目挙げ、そのうち、在宅ケアチームの一員としての関係機関との連携、市町村保健師との協働活動、救急時の対応と拠点病院との連携の3項目があった（鈴木ら，2004）。これらは、看護師の役割として、日常・非日常での連携・調整の重要性を報告していた。

看護師は、日常・非日常での連携・協働をおして、地域のなかで地域の人々とケアをつくるために、「地域ケアづくりのマネージャー」の役割があると考えられた。

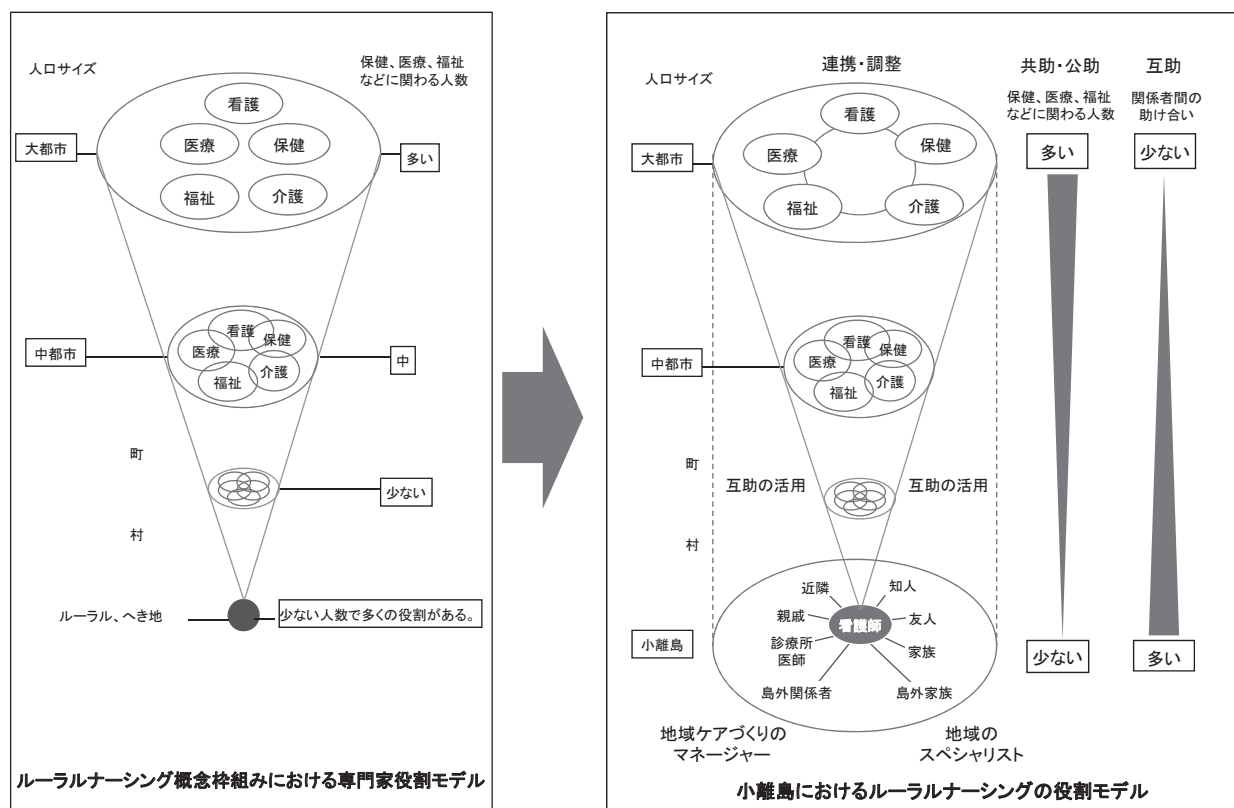
2. 小離島の入院支援からみえたルーラルナーシングの役割モデル

都市地域では、救急車搬送による緊急入院時の入院支援、陸路による移動での外来受診から始まる入院支援がシステム化され、看護師の役割は多様な専門職と明確に分担されている。しかし、小離島で勤務する看護師が高齢者の入院という事象を支援するためには、高齢者の暮らしを支える人々、つまりフォーマルな専門職（診療所医師、島内外の専門職）に加え、インフォーマルな関係者（島内外の家族・親族・知人・友人・近隣など）のすべてを支援者にするために包括的にアセスメントされ、入院先の病院の玄関にたどり着くまで多様な役割があった。

大平らは、日本におけるルーラルナーシングの役割モデルを提示し（大平ら，2002年）、その役割モデルを用いた検証した（吉岡

ら、2002)。そのモデルで示されているルーラルナーシングは、保健医療福祉介護の専門職役割を多機能に担っていたことからそのモデルを支持していた。しかし、今回の高齢者の入院支援における看護師の役割は、多様な専門職役割に加え、高齢者を取り巻くインフォーマルな関係者「互助」への支援が加わっていた。つまり、大都市での強みは保健医療福祉の専門職が多いことであり、小離島を含めたルーラルでの強みは、看護師の多様な役割により近隣、知人、友人などインフォーマルな関係者「互助」の活用が可能であり、地域によるケアが実践できることが示唆された。それを可能にしているのは、看護師が生活者として「地域のスペシャリスト」であり、専門職として「地域ケアづくりのマネージャー」であることが必要であると考えられた(図3)。

我が国は、超高齢社会で地域包括ケアシステム構築に向け、専門職だけでなく、つながりのある関係者である知人・友人・近隣など「互助」の活用が期待されている(厚労省)。また、大湾(2008)は、小離島における在宅ターミナルケア実現のための看護職の役割として、支援者にインフォーマルな関係者(つながりのある関係者)を加えることを述べている。高齢者の保健医療福祉介護ニーズが多様化するなかで、小離島の看護師の役割は、「地域のスペシャリスト」と「地域ケアづくりのマネージャー」として、専門職が限定された小離島において、インフォーマルな関係者もケアに取り込むことで、地域包括ケアシステム構築に役割が果たせることが示唆された。



大平他(2002)日本におけるルーラルナーシングの役割モデルについての研究, 三重県立看護大学紀要, 6, p83より引用

図3 小離島におけるルーラルナーシングの役割モデルの拡大

3. 小離島の特徴を活かした看護師の役割拡大の可能性と課題

野口 (2014) は、看護職の役割拡大の重要性を述べ、「看護職の役割拡大が島の看護ではできない」とし、その役割拡大のためには、住民に巻き込まれ学び合うことが必要であると提言している。一方、看護師の多様な役割ゆえの「へき地診療所看護業務の困難さ」の課題もある(関山ら, 2015) と指摘し、その支援についても具体的に提示していた。

看護師が小離島で役割を拡大するためには、住民からの学びと専門職からの学びの双方の必要性が示唆された。そのためには、住民は支援の対象としてのとらえ方だけでなく支援をつくる対象としてのとらえ方の拡がりの視点と、小離島の特徴からくる役割を熟知した専門職による教育が必要と考えた。

4. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究は、「送り出す支援」の実践として離島の診療所看護師からの過去1年間での入院支援をした事例について事例数を問わず面接により支援内容を確認した。そのため、過去の記憶による面接内容の信憑性には限界がある。しかし、本研究から、離島の診療所看護師が担っている多様な役割から、ルーラルナーシングの役割モデルが再考された。

今後は、小離島在住高齢者の「生活の場」の継続を支援するために再考されたルーラルナーシングの役割モデルの検証と修正が課題である。

V 結論

本研究の目的は、小離島在住の高齢者の生活の場の継続を支援するために、離島診療所看護師による島外に「送り出す支援」の看護実践から、支援の対象とその連携・調整を明らかにし、ルーラルナーシングの役割を再考することであった。

その結果から、高齢者の入院支援における看護師の役割として以下のことが明らかになった。

1. 離島診療所看護師の送り出す支援の対象は、高齢者本人、島内外の家族、診療所医師、および島内外の関係者(知人・友人・隣人の非専門職や島外専門職など)であった。
2. 高齢者本人への支援内容は、《高齢者情報の把握》、《受診勧奨》、《支援者探し》等であった。島内外の家族への支援内容は、《救急対応協力依頼》、《島外の受診協力の調整》、《島に残される家族の対応調整》、《退院後の生活調整》等であった。診療所医師には、《生活情報提供》等、島内外の関係者には、《救急対応協力依頼》、《島外までの付き添いの調整と依頼》等であった。
3. 離島診療所看護師の送り出す支援における連携・調整は、受診病院探しや受診協力の調整などの《受診のつなぎ》、医療情報や生活情報の《情報のつなぎ》、治療方針の相談などの《治療方針のつなぎ》、見守りの調整や生活支援のための支援者探しや残される家族の生活の調整などの《生活支援のためのつなぎ》であった。
4. 小離島における高齢者の入院支援における看護師の役割は、地域のことをよく知りその情報を活用する、つまり島内外の専門職・非専門職を支援し支援者にする「地域のスペシャリスト」であり、日常・非日常での連携・協働をとおして、地域のなかで地域の人々とケアをつくる「地域ケアづくりのマネージャー」であることが示唆された。
5. 再考されたルーラルナーシングの役割モデルを検証することにより、看護の役割拡大が期待できる。

文献

E.L.Brown. (1966/1967) .小林富美子, 宇

- 川和子. (訳), 患者ケアの問題点と新しい方向1, 初版, 10, 医学書院, 東京.
- 堀越直子, 桑原雄樹, 田口敦子, 永田智子, 村嶋幸代. (2013). 離島で暮らす高齢者の在宅療養・死亡場所にかかわる特徴—入院施設の有無に着目して—, 日本公衆衛生雑誌, 60 (7), 412-421.
- 厚生労働省. (2015). 地域包括ケアシステム. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2015年10月14日現在)
- 野口美和子. (2014). 島しょに求められる看護職者の役割拡大, 日本ルーラルナーシング学会誌, 9,65-68.
- 大平肇子, 小林文子, 吉岡多美子, 八田勘司, 奥野正孝, 坂本和子, 小坂みち代, 村本淳子. (2002). 日本におけるルーラルナーシングの役割モデルについての研究, 三重県立看護大学紀要, 6,75-84.
- 大島操, 新居富士美, 安部恭子. (2015). 診療所における看護師の役割に関する文献的検討, 九州看護福祉大学紀要, 15 (1), 81-89.
- 大湾明美, 坂東瑠美, 佐久川政吉, 呉地祥友里, 上原綾子. (2008). 小離島における「在宅死」の実現要因から探る看護職者の役割機能—南大東島の在宅ターミナルケアの支援者たちの支援内容から—, 沖縄県立看護大学紀要, 9,11-19.
- 斉藤民, 吉田亨. (1997). 高齢者のリロケーションと適応, 保健の科学, 39(4), 226-230.
- 佐久川政吉, 大湾明美, 村上恭子, 大川嶺子, 伊藤幸子. (2003). 沖縄県—離島における介護保険サービスに関する研究—H島における要介護高齢者の在宅サービス2年間の実態—, 沖縄県立看護大学紀要, 4,110-117.
- 関山友子, 湯山美杉, 江角伸吾, 山田明美, 中島とし子, 福田順子, 鈴木久美子, 塚本友栄, 島田裕子, 青木さぎ里, 春山早苗. (2015). へき地診療所に勤務する看護師が認識した看護活動に関連する困難感, 日本ルーラルナーシング学会誌, 10,31-39.
- 杉井たつ子. (2015). 過疎地域から転出した要介護・要支援者の分析, 日本公衆衛生学会誌, 62(8), 412-420.
- 鈴木久美子, 田中幸子, 岸恵美子, 春山早苗, 篠澤侁子. (2004). へき地診療所において発展させるべき看護活動, 自治医科大学看護学部紀要, 2, 5-16.
- 塚本友栄, 関山友子, 島田裕子, 工藤奈織美, 小川朋子, 鈴木久美子, 成田伸, 春山早苗, 後藤光代, 小谷妙子, 渡邊芳江, 福田順子, 工藤祝子, 山本恵美子, 宮田直美. (2011). へき地医療拠点病院看護職の現状とへき地診療所看護職支援との関連, 日本ルーラルナーシング学会誌, 6,17-33.
- 安田貴恵子, 御子柴裕子, 小林理恵子, 酒井久美子, 嶋澤順子, 和光由起, 手島聖子. (2008). 山間地域の診療所における看護師の役割—診療所の外来受診者と看護師に対する調査から—, 長野県看護大学紀要, 10,89-100.
- 吉岡多美子, 小林文子, 大平肇子, 八田勘司, 奥野正孝, 坂本和子, 小坂みち代, 村本淳子. (2002). ルーラルナーシングにおける専門家役割モデルの検証—M県内におけるへき地診療所と都市部病院に勤務する看護専門職への調査結果から—, 三重県立看護大学紀要, 6,85-90.

The Role of Nurses in Facilitating Hospitalization for the Elderly Residents of Remote Islands in Okinawa Prefecture

Off-Island “Support Delivery” by Nurses from Remote-island Clinics as Nursing Practice

Rumi Bando¹⁾ Akemi Ohwan²⁾ Hatsuyo Yamaguchi²⁾ Masayoshi Sakugawa²⁾

Key words: remote islands, elderly, hospitalization assistance, clinic nurses

Purpose: This study investigated the support delivery system that nurses at Okinawa’s remote-island clinics use to help the elderly residents of the small remote island to maintain their lifestyles. The aims were to extract the targets of support, cooperation, and arrangement in the nursing practice, reveal the roles of nurses, and to review the role of rural and remote area nursing.

Method: A semi-structured interview survey of 5 remote-island clinic nurses was conducted, who were asked about 13 cases involving elderly patients who had received support delivery. The method involved the abstraction and inductive analysis of the content of support in the support delivery process for each case, with regard to the coordination and targets of support.

Results: Support delivery by remote-island clinic nurses was targeted toward elderly persons, families on- and off-island, clinic physicians, and other stakeholders on- and off-island (including acquaintances, friends, neighbors, and off-island professionals). The substance of this support involved factors such as “recommending medical check-ups”, “looking for supporters”, “requesting cooperation for emergency response”, “making arrangements for cooperation by off-island check-up facilities”, “coordinating arrangements with families left on the island”, “adjusting to life after being discharged from hospital”, “providing lifestyle information”, and “coordinating and requesting supervision until patients leave the island.” Coordination in the delivery of support by nurses at remote-island clinics involved “facilitating check-ups,” such as by seeking out and making arrangements with cooperating check-up facilities, “facilitating information,” relating to medical treatment and lifestyle, “facilitating treatment policy,” such as by providing treatment policy consultation, and “facilitating lifestyle support,” such as by seeking out support providers to provide living assistance and arrange for supervision as well as coordinating living situations for families left behind.

Conclusion: The role of nurses in facilitating hospitalization for the elderly residents of remote islands is as community specialists who support professional and non-professional actors on- and off-island, and enlist these actors as supporters. It was further suggested that, through cooperation and arrangement, nurses could serve as “community development managers” to build a community of care among local residents.

¹ NPO Ikema Welfare Support Center

² Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

終末期で化学療法を継続する 造血器腫瘍患者と家族1事例に対する緩和ケアのあり方

濱田香純¹ 神里みどり²

【目的】終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族の思いを明らかにし、患者と家族の思いに添った血液内科病棟における緩和ケアのあり方について探索することを目的とする。

【方法】地域がん診療連携拠点病院の血液内科病棟において、終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族1事例に対し、2か月間の参与観察と面接調査を行った。ノートと逐語録から患者と家族の思いを表した表情や言動を取り出し、質的帰納的に分析を行った。

【結果】終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族の思いは、患者の病状および心理状態の変化別に4つの時期に分類され、血液内科病棟における時期別の緩和ケアとして、症状安定の時期における告知やインフォームド・コンセントに関する支援、再燃増悪の時期における化学療法の継続に関する意思決定支援、急変の時期における心肺蘇生に関する意思決定支援、旅立ちの時期における全人的苦痛の緩和と家族ケアが必要であった。

【結論】血液内科病棟では、化学療法により身体的な苦痛が図れることから、治療が最期まで行われる傾向にあるが、化学療法だけで患者の全人的苦痛を緩和することは難しく、治療と緩和ケアとのパラレルなケアが重要である。

キーワード：終末期、化学療法、造血器腫瘍患者、家族、緩和ケア

I. はじめに

我が国では、2007年4月に「がん対策基本法」が施行され、その基本計画の中で緩和ケアについて、「治療の初期段階から積極的な治療と並行して行われることが求められており、治療時期や療養場所を問わず患者の状態に応じて、適切に提供される必要がある」ことが言及されている。これまでのギアチェンジ（がん治療から緩和ケアへの移行）を要する緩和ケアのあり方から、シームレスなケア（継ぎ目のないケア）、そして、最近ではがん病変治療も進歩し、疾患によっては最期まで治療の継続が可能であるため、シームレスなケアからパラレルなケア（治療と緩和ケアとの並行）の選択も可能になってきている。林（2009）は、がん病変治療と緩和ケアは二者択一ではなく、その比率が問題でもなく、がんの種類や治療の進歩、患者の人生観や死生観によって変わるべきものであり、選

びうるものであることが重要だとしており、適切な緩和ケアが提供されている限りにおいて、患者の希望する場所が最適の療養の場であるとしている。

造血器腫瘍は、化学療法により治癒や延命が望めること、白血病細胞を減少させることにより身体的苦痛の緩和が図れることなどの特性から、化学療法を主体とした治療が最期まで行われる傾向にあり、造血器腫瘍患者の多くは、がん病変治療を受けてきた一般病院での治療の継続を希望することが多いのが現状である。化学療法により一時的に苦痛の緩和は図れるものの、その後さらに副作用である感染、貧血、出血などによる苦痛が生じ、時には生命の危険にさらされることもある。それでも尚、化学療法を継続する患者と家族の苦悩は計り知れず、身体的苦痛だけでなく、精神的、社会的、霊的苦痛を含む全人的苦痛の緩和が必要である。しかし、これまで国内において、終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族の思いを明らかにした研究がなく、患者と家族の抱えている

¹ アドベンチストメディカルセンター

² 沖縄県立看護大学

苦悩や必要としているケアが分からなかったため、血液内科病棟では十分に緩和ケアが提供されてこなかった。

そのため本研究では、終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族の思いを明らかにし、患者と家族の思いに添った血液内科病棟における緩和ケアのあり方について探索することを目的とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究では、面接調査と参与観察によるデータ収集を主な方法とした質的研究である。参与観察では、終末期の造血器腫瘍患者が化学療法の継続を決定し、急変して旅立たれるまでの2か月間フィールドワークを行った。

面接調査は、終末期患者の身体的・心理的負担を考慮した際に、症状が安定している時期に限られたため、病状が悪化してきた時期には、参与観察にて情報収集を行う必要があり、面接調査と参与観察を組み合わせで行った。

2. 研究対象

1) 調査場所

地域がん診療連携拠点病院であるA病院の血液内科病棟で調査を実施した。

2) 調査期間

調査期間は、平成X年7月～9月の2か月間であった。

3) 研究協力者

A病院の血液内科病棟に入院中の終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族各3～5名を対象としたが、調査期間中に条件に見合った患者と家族は各1名であった。その他2名については、病状悪化と精神的不安定により対象外となった。

3. 研究協力者の概要

患者は、70代女性、終末期、急性骨髄性白血病（Acute Myelogenous Leukemia：以下AML）であった。患者は病名を告知されており、化学療法を継続しない場合には予後1年との説明も受けていた。初め、A病院血液内科病棟に地固め療法2コース目施行目的にて入院した。地固め療法施行後も再燃増悪したためEMA療法（ETM：エトポシド、MIT：ミトキサントロン塩酸塩、Ara-C：シタラビン）を施行したが、施行中に病状が急変し、一時集中治療室（Intensive Care Unit：以下ICU）にて加療を行った。その後、血液内科病棟に戻ったが、病状が悪化し永眠した。入院日数は81日間であった。

家族は、患者のキーパーソンの娘で、40代女性、患者の入院するA病院の医療従事者であった。

4. データ収集方法

1) 面接調査

患者には調査開始後の1週目と3週目に2回、家族には調査開始後の3週目に1回、患者と家族別々に面接調査を行った。患者と家族の病状や都合に合わせて日時を設定し、プライバシーが守られる個室で、約30分を目安に半構造化面接を行った。面接調査では、患者と家族の思いや緩和ケアのあり方を探索するために、身体的・精神的・社会的な苦痛や気がかり、病気の理解度、家族・医師・看護師とのコミュニケーションに関する内容について質問した。患者と家族の同意のもとにICレコーダーに録音し、逐語録を作成した。

2) 参与観察

調査者は、1日3～6時間、1週間に3日間、日勤帯の時間帯に、担当看護師と一緒に患者および家族ケアを行いながら、患者と家族の表情

や言動を観察した。参与観察で得た内容は、患者および家族ケアの終了後、速やかにメモ帳に記載した。データの確実性を保証するために、その日に起きた出来事は、メモを用いて時間を追って経時的にフィールドノートに記録した。

3) 診療録および看護記録

患者の年代、性別、家族形態などの属性、診断名、既往歴、治療状況、入院期間などの臨床的背景について情報収集を行った。

5. データ分析方法

1) 面接調査で得られた逐語録と参与観察で得られたフィールドノートの記録の分析

症状が安定している時期は、面接調査で得られた逐語録から、患者や家族の思いを表した言動を取り出した。症状が悪化しコミュニケーションが困難な時期は、フィールドノートの記録から、患者と家族の思いを表した表情や言動を取り出した。

逐語録とフィールドノートの記録から取り出したデータを熟読したところ、患者と家族の思いを表した表情や言動は、患者の病状および心理状態の変化別に4つの時期に分類され、血液内科病棟における患者と家族への時期別の緩和ケアについて分析した。

2) 真実性の確保

本研究では、データを熟読し、解釈した内容が調査者の主観で歪められていないかを吟味しながら慎重に分析を進めた。また、がん看護に精通した研究者によるスーパーバイズと、定期的なゼミナールでのピアレビューを行った。

6. 倫理的配慮

研究協力者には、文書と口頭にて研究の趣旨と内容を説明し、研究参加は自由意思によることや途中辞退も可能であることを伝えた。面接

調査において、患者や家族にとって辛い体験が想起される可能性があること、話すことで傷つき、混乱してしまうリスクがあることを十分に認識し、決して無理に話さなくてもよいことを伝えた。

また、参与観察において、調査者は大学院生かつ看護師の立場で看護ケアを行いながら、患者と家族の表情や言動を観察した。終末期がん患者と家族の看護ケアに最期まで携わり観察を継続するにあたり、患者の症状が安定した時期から調査に入り患者や家族と信頼関係を築いた。さらに患者の病状や家族の心情に十分に配慮しながら観察を続け、その都度継続の意思を確認し了解を得た。

調査は匿名で実施し、得られた情報は研究以外の目的で使用されることは無いこと、データは個人が特定されないようにコード化しプライバシーの保護を約束した。本研究は沖縄県立看護大学の倫理審査委員会において承認を得て実施した。

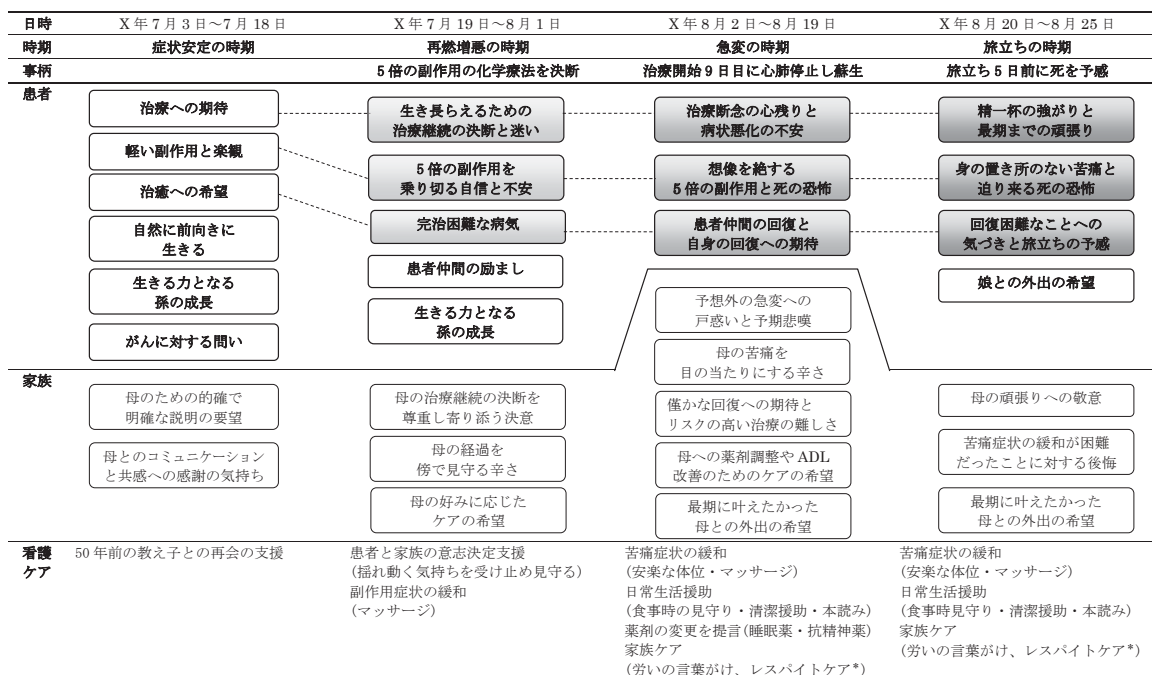
III. 結果

患者と家族の思いは、患者の病状および心理状態に応じて大きく変化しており、4つの時期別に患者・家族の思いと看護ケアの全体像を図1に示した。

初めは、症状が安定している「症状安定の時期」、次に、白血病が再燃増悪し5倍の副作用の化学療法を決断した「再燃増悪の時期」、治療開始9日目に心肺停止し蘇生した「急変の時期」、そして、旅立つ5日前に死を予感した「旅立ちの時期」である。

症状安定の時期8カテゴリー（患者6、家族2）、再燃増悪の時期8カテゴリー（患者5、家族3）、急変の時期8カテゴリー（患者3、家族5）、旅立ちの時期7カテゴリー（患者4、家族3）が導き出された（図1）。

文中の表示は【 】内はカテゴリー、《 》内



*レスパイトケア：家族のケアの負担を医療スタッフが担い、家族が心身の疲労を回復したりリフレッシュすることで、ケアが継続できるように支援すること。

図1 終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族の思いと看護ケア

はコード、「」は具体例を示す。

1. 症状安定の時期

この時期の患者は、症状が安定しており、「白血病は重症な病氣」、「厄介で捉えどころのない病氣」と認識する一方で、「じわりじわりと緩徐な病状進行」から自らの厳しい病状を認識することが難しく、「こういう今の調子で治療して、外来に通って治療するんじゃないかなと思う」と言うように「いずれは退院できる病状認識」で、「どうしても治そうという気力」から、「再発の不安と予防への関心」はあるものの、「治癒への希望」を持ち続けていた。また、白血病患者にとって「唯一の治療である化学療法」は、「何よりも優先の治療」であるが、「新しい治療法や薬への期待」から、「治療への期待」も持っていた。これは、今までの治療における【軽い副作用と楽観】の経験からであった。患者は、「生きる力となる孫の成長」を楽しみにしており、「生への限りない希求」をもち、「自然に前向きに生きる」ことを心がけて

いた。しかし、患者から【がんに対する問い】が消えることはなかった(表1)。

この時期の家族は、特に医療者へのケアニーズはなく、「母とのコミュニケーションと共感への感謝の気持ち」を抱いていた。しかし、再発などの「出来事が生じた時の的確で明快な説明の要望」は持っており、「できれば私としては、的確に明快にっていうのはありますけどね。私はあまりグレーゾーンの話は難しいから、できたら本当に端的にお話してもらえたら助かるなと思います」と話していた。それは、「母の人格再形成のための端的で明確な説明の要望」であり、「母のための的確で明快な説明の要望」であった(表5)。

調査者の行った看護ケアとしては、患者はADLが自立していたため、患者の話に耳を傾けるように努めた。会話の中で、近年50年前の教え子を探しているが見つからないことを知り、教え子が以前大学の関係者だったため連絡を取り、再会が果たせるように支援した。

表1 症状安定の時期における患者の思い

カテゴリー	コード	主なデータ
治療への期待	唯一の治療である化学療法	患-FN①1:「移植ができないか尋ねたら、高齢だからもうできないと言われて、だから、治療(化学療法)しかないのよ」
	何よりも優先の治療	患-FN⑦3:「もうすぐ旧盆でしょ。今年は9/1よ。お盆をしなきゃいけないわね。でも、それよりも、治療の方が優先よ」
	新しい治療法や薬への期待	患-FN④1:「先生が昨日回診に来てくれたから、iPS細胞について聴いてみたの。これができれば長生きできるけど、できなければ(天井を指さしながら)天国ね。先生に『あと10年生きて下さい』って言ったの。そうしたら、先生は笑っていたわ」と明るく笑いながら話す。
軽い副作用と楽観	軽い副作用症状と楽観	患-IN②1:「強い治療をやるかもわからない。これ以上強い治療して大変。でも、わりと治療には強いんですよ。副作用も少ない」
治癒への希望	じわりじわりと緩徐な病状進行	患-IN④7:「最初はね、とっても回復が早かったんですよ。だけど、再発してからは、じわりじわりっていく。それも薬剤師さんに聴いたんですよ。これでいいと、あんまりこうなつて(上昇傾向に)いくのも問題よと。じわりじわり行くのも、別に心配ないよとおっしゃって下さった」
	いずれは退院できる病状認識	患-IN①6:「こういう今の調子で治療して、外来に通って治療するんじゃないかなと思う」
	どうしても治そうという気力	患-IN②5:「大丈夫ですよ、気力はまだあるから。治そうっていう気力はあるから。どうしても治したいっていう気力はあるから」
	白血病は重症な病気	患-FN②1:「リンパ腫は軽いからいいけど、私は白血病だから重症よ」
	厄介で捉えどころのない病気	患-FN①5:「私の病気は厄介だね。私の病気は切って取ることができないから、厄介だよ」
	再発の不安と予防への関心	患-FN①8:「2度あることは3度あるって言うでしょ。今度なったら(天井を指さし)逝ってしまうと思うわ。恐いわあ」と、笑いながら話す。
自然に前向きに生きる	生への限りない希求	患-IN②8:「70まで生きたからもういいやっていうところもあるけど、せめて80までは生きたいなと思う。これも天に任す、運命に任す、そういう状態です」
	自然に任せて生きる	患-FN①2:「再発した時は少し落ち込んだけど、もう自然に任せるしかないって思ったの。ケ・セラ・セラよ」と笑いながら話す。
	前向きに生きる	患-IN①2:「もうしょうがないから、それを前向きに、今更によくよしたってしょうがないと、前向きに生きていこうっていうのはありますね」
生きる力となる孫の成長	生きる力となる孫の成長	患-IN④11:「孫が今5歳だから、15歳になると高校生よね。だから、それであと10年は生きたいなって。それだけ、お願いしている」
がんに対する問い	どうしてがんになったのかという問い	患-IN①1:「何でこんな病気になったかねっていうのだけはあります。何でかな、何で私がつて」

*FN(Field Notes): 参与観察の記録、IN(Interview): 面接の逐語録

2. 再燃増悪の時期

この時期、患者は医師から再燃増悪を告げられ、5 倍の副作用の化学療法を提示されると、「強い治療への不安」を抱えながらも、「治療開始への焦り」から早急な治療開始を希望するとともに、「他の治療法への模索」も行った。そして、「治療継続に反対する娘への憤り」を感じながらも、「ここまで来たのに、治療をやらないよりは、やって生き長らえた方がいいわ。だって、治療をしなかったら、あと1年なのよ。あと1年生きたって、どうしようもないでしょ」と、「生き長らえるための治療の決断」を自ら行った。しかし、「治療継続への迷い」が生じており、「生き長らえるための治療継続の決断と迷い」があった。治療開始前、患者には「5 倍の副作用を乗り越える自信」があったが、「徐々に増強する副作用症状への不安」が増強し、「5 倍の副作用を乗り越える自信と不安」があった。そのような時、患者を支えたものはやはり「生きる力となる孫の成長」と、「患者仲間の励まし」であった。この頃より患者は、「完治困難な病気」であることを悟ったようだった（表2）。

この時期、家族は患者の厳しい病状を伝えられると、初めはリスクの高い化学療法を継続することに反対したが、患者の治療に対する強い思いと決意を知り、「これからが山だと思います。カルテを見ると『死ぬわけにいかないから治療をやる』って書かれていたので、そうなんだ、それならどーぞって」と、「母の治療継続の決断を尊重し寄り添う決意」をした。家族は、「母の経過を傍で見守る辛さ」を語るとともに、医療従事者に「母の好みに応じたケアの希望」を話した（表5）。

調査者の行った看護ケアとしては、患者と家族の意思決定を支援し、揺れ動く気持ちを受け止め見守った。また、患者は、副作用症状で倦怠感と下肢痛を訴えられていたため、マッサー

ジを行った。

3. 急変の時期

患者は、治療開始9日目に心肺停止し、倒れているところを娘が発見して、心臓マッサージを行い蘇生した。患者は、「治療の副作用が5倍だものね。恐いわー。もう治療はやらないわ。治療はほとんど終わっているから大丈夫よね。これで効いてくれたらいいけど、効かなかったら天国だわ」と、「治療断念の心残り」と病状悪化の不安から、「他の治療法への模索」を行っており、「治療断念の心残り」と病状悪化の不安があった。患者は、「急変と死の恐怖」が蘇り、「想像を絶する5倍の副作用症状」と闘いながら、次第に「せん妄によるその人らしさの喪失」が見られるなど、「想像を絶する5倍の副作用と死の恐怖」があった。しかし、患者は、ICUに入った経験のある「患者仲間の回復と自身の回復への期待」を重ね合わせていた（表3）。

家族は、患者の急変に遭遇し、「昨日訪室したら、もう半開眼で心臓が停止していたので、私が心臓マッサージをしました。廊下も心臓マッサージをし続けて、5分くらい経ったら先生が来てくれました。脳梗塞かなと思って、脳CTも頼みました。脳死になるかと思いました」と、「予想外の急変への戸惑い」と、「母の喪失に対する予期悲嘆」から、「予想外の急変への戸惑いと予期悲嘆」を抱えていた。家族は、「母の苦痛を目の当たりにする辛さ」を語りながらも、「僅かな回復への期待とリスクの高い治療の難しさ」を感じていた。家族は医療従事者に対し、「眠剤内服によるせん妄出現への懸念から眠剤を与薬して欲しくない希望」や、「母との外出のため車椅子に乗車する練習をして欲しい希望」など、「母への薬剤調整やADL改善のためのケアの希望」を伝えた。しかし、結局「最後に叶えなかった母との外出の希望」は果たせ

表2 再燃増悪の時期における患者の思い

カテゴリー	コード	主なデータ
生き長らえるための治療継続の決断と迷い	生き長らえるための治療継続の決断	患-FN⑩13：「ここまで来たのに、治療をやらないよりは、やって生き長らえた方がいいわ。だって、治療をしなかったら、あと1年なのよ。あと1年生きてって、どうしようもないでしょ」
	治療開始への焦り	患-FN⑩2：「昨日は一睡もできなかった。退院しても家では一人のため、退院しないで来週にでも治療をしたい」
	強い治療への不安	患-FN⑩6：「明日から新しい治療するみたいですね。副作用がでる可能性は今までの5倍くらいあるって言われました。これまで使ったお薬とは違う新薬を使うんですか？」
	治療継続への迷い	患-FN⑬2：「私、先生に治療をやるかやらないか、選ばされたの。私はすぐに治療をやって決めただけど、娘は治療しないで葬式の準備をなさって言うのよ。(治療を)やらないと上に逝っちゃうでしょ。私は治療をやって良かったんですかね？」と何度も訊ねる。
	治療継続に反対する娘への憤り	患-FN⑩11：「娘は、治療したら頭もおかしくなって、寝たきりになるから止めなさい。葬式の準備をして、遺書を書きなさいって言うのよ。今、寝たきりだったら止めるけど、こんなに元気なのよ」
	他の治療法への模索	患-FN⑬6：「私は、治療の間は(サプリメント)をのむつもりはないんだけどね。センダンも皆のんでるわね。大木からとれるエキスなのよ。あと、アメリカで使われているビタミンB17って知ってる？果物からとれるビタミンで、がんに効くらしいの」
5倍の副作用を乗り越える自信と不安	5倍の副作用を乗り越える自信	患-FN⑩8：「先生に、何もしないか、治療を続けるか選ぶように言われたの。何もしなければ余命半年～1年ですって。今度の治療は強くて副作用は今までの5倍だって言われたわ」
	徐々に増強する副作用症状への不安	患-FN⑫1：「やっぱり強いお薬使っているだけあって、身体の弱い所にガタがくるんだね。膝下がビリビリしたり、関節が痛かったよー。今は何とも無いけどね」
完治困難な病気	完治困難で一生付き合う病気	患-FN⑬4：「私、完治すると思っていただけ、完治は無理みたいね。だから、長く付き合っていこうと思って、一生の付き合いになるわね。この治療が終わったら、一旦家に帰って、すこし期間をおいてから次の治療をするの」と、穏やかに話す。
生きる力となる孫の成長	生きる力となる孫の成長	患-FN⑬3：「私には3歳と6歳の孫がいるんだけど、大きくなるのを見たくて治療することを決めたのよ」
患者仲間の励まし	患者仲間の励まし	患-FN⑫5：「〇〇さんも励ましに来てくれてね。以前は私が励ましていたのにね。〇〇さんはまだ60歳で、親は80歳で、孫もいるんだから死んじゃダメよって言ったの。もう10年は生きなきゃって。私はもう70歳だから逝ってもいいけどね」と、笑いながら話す。

*FN(Field Notes)：参与観察の記録

表3 急変の時期における患者の思い

カテゴリー	コード	主なデータ
治療断念の心残り と病状悪化の不安	治療断念の心残り と病状悪化の不安	患-FN⑩2：「治療の副作用が5倍だものね。恐いわー。もう治療はやらないわ。治療はほとんど終わっているから大丈夫よね。これで効いてくれたらいいけど、効かなかったら天国だわ」
	他の治療法への模索	患-FN⑨1：「〇〇(薬剤師)さん、ビタミン17について調べてくれましたか？」
想像を絶する5倍の 副作用と死の恐怖	急変と死の恐怖	患-FN⑩1：「私、2日の夜9時頃に倒れて、娘が見つけてくれたの。娘が見つけてくれなかったら、今頃上に逝っていたわ。9割死んでいたんでしょ」
	想像を絶する5倍の副作用症状	患-FN⑨2：「苦しいね～。こんなに苦しいのは初めて。今回の治療は5倍きつって言うていたけど、こんなにきついんだね」
	せん妄によるその人らしさの喪失	患-FN⑨1：交代時から落ち着きなく、訪室時にはベッド柵を掴み起き上がろうとしている。「丁度良かった。起きてトイレまで行こうと思っているけど、起きれ上がれないの。起こしてちょうだい」
患者仲間の回復と 自身の回復への期待	患者仲間の回復と自身の回復への期待	患-FN⑨3：「病棟に戻って少ししたら、1～2週間程一時退院して、その後外来に通院すると思う。〇〇さんも、2週間程ICUに入っていたけど、今は外来に通っているよ」

*FN(Field Notes)：参与観察の記録

なかった(表5)。

調査者の行った看護ケアとしては、患者への安楽な体位やマッサージなどの苦痛症状の緩和、食事時の見守りや清潔援助、患者の趣味の本読みなどの日常生活援助、そして、抗精神薬や睡眠薬の薬剤調整の提言、家族への労いの言葉がけやレスパイトケアなどの家族ケアを行った。

4. 旅立ちの時期

患者は、急変から2週間が経過した頃より、徐々に「回復困難なことへの気づき」を覚え始め、「旅立ちの予感と悲しみや悔しさ」を言葉にするなど、「回復困難なことへの気づきと旅立ちの予感」を見せた。それは、患者同様に急変しICUに入室した経験のある患者仲間が2週間で回復したこと、患者の中で2週間は目安であった。患者は、2週間が過ぎても一向に病状が回復しないことにより、3週目には回復困難なことへの気づきが確信へと変わり、旅立

ちを予感したのだった。患者が40年来の友人に、「朝がだるくて。明日・明後日に逝ってしまうかもしれないけど、宜しくお願いします」と言って軽く頭を下げたのは、亡くなるわずか5日前のことであった。それでも、患者に治療について尋ねると一切後悔の言葉は聴かれず、「どんどん聴いて。思ったよりたやすかった。5倍って聴いていたから、もっともっと強いと思った。頑張る」と、【精一杯の強がりと最期までの頑張り】を見せた。患者は、「身の置き所のない苦痛と不安」、「迫り来る死の恐怖」と闘っていたが、「急激な病状悪化と苦痛症状の増強」が見られ、「身の置き所のない苦痛と迫り来る死の恐怖」があった。結局、「娘との外出の希望」は叶えられなかった(表4)。

家族が【最期に叶えたかった母との外出の希望】は叶えることができなかったが、娘は「今呼吸止まりました。よく頑張ったと思います」と、【母の頑張りへの敬意】を表した。家族は、

表4 旅立ちの時期における患者の思い

カテゴリー	コード	主なデータ
精一杯の強がり と 最期までの頑張り	精一杯の強がり と 最期までの頑張り	患-FN④7：8/23「今回の治療は大変だったと思いますが、どうでしたか？」と、踏み込んで尋ねる。「どんどん聴いて。思ったよりたやすかった。5倍って聴いていたから、もっともっと強いと思った。頑張る」と、すこし強がって笑顔で話す。
身の置き所のない苦痛と 迫り来る死の恐怖	迫り来る死の恐怖	患-FN②6：8/20訪室すると容易に開眼し、「夢ばかり見ている。良い夢ではないね」と言う。
	身の置き所のない苦痛と不安	患-FN③6：8/22「上手くしゃべれない、口がモソモソしている。眠い。これ(腕)もダランってするけど、大丈夫かね」と不安そうに尋ねる。傾眠で言葉は聴き取りにくく、右腕を挙上して見せるが保持できずに、すぐに落ちてしまう。
	急激な病状悪化と苦痛症状の増強	患-FN⑤2：8/25 24日より呻吟あり、VS・EKG著変ないが、苦しそうな様子あり。他Nsより「側にいて」との訴えがあったとの情報ある。付き添いの娘さんにも「手をもんで。もんで」と声かけている。
回復困難なことへの 気づきと旅立ちの予感	回復困難なことへの気づき	患-FN②5：8/20〔急変後〕8月3日からもう2週間以上も経つから、そろそろ元気になってもいいんだけどね。午前中はだるくて、午後はいいんだけどね」と、傾眠で話す。(患者仲間は急変後2週間で回復に向かったため2週間を目安に考えていたようであった)
	旅立ちの予感と悲しみや悔しさ	患-FN②8：8/20 40年来の友人に「朝がだるくて。明日・明後日に逝ってしまうかもしれないけど、宜しく願います」と言い、軽く頭を下げる。
娘との外出の希望	娘との外出の希望	患-FN③4：8/22「娘さんがお盆に外出を予定していますが、外出したいですか？」と尋ねる。「お盆くらいは帰りたいよ。(亡き夫が)待っているかもしれないね」と言い、親指を立てて笑みを浮かべる。

*FN(Field Notes)：参与観察の記録

患者が亡くなった後も、【苦痛症状の緩和が困難だったことに対する後悔】の念を持っていた(表5)。

調査者の行った看護ケアとしては、急変の時期と同様に、苦痛症状の緩和、日常生活援助、家族ケアを行った。

IV. 考察

終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族の思いを明らかにするために、1事例の終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と

その家族に対し、全人的苦痛や病状認識、コミュニケーションに関する内容の面接調査と2か月間の参与観察を行った。面接調査と参与観察の記録から取り出したデータを熟読したところ、患者と家族の思いを表した表情や言動は、患者の病状および心理状態の変化別に4つの時期に分類され、血液内科病棟における時期別の患者と家族への緩和ケアについて考察した。

1. 症状安定の時期における緩和ケア

この時期の患者は、【軽い副作用と楽観】から、

表 5 時期別の家族の思い

	カテゴリー	コード	主なデータ
症状安定の時期	母のための的確で明快な説明の要望	出来事が生じた時の的確で明快な説明の要望	娘-IN 6：「できれば私としては、的確に明快にっていうのはありますけどね。私はあまりグレーゾーンの話は難しいから、できたら本当に端的にお話してもらえたら助かるなと思います」
		母の人格再形成のための端的で明確な説明の要望	娘-IN 8：「そういう病気と向き合っていく、人格形成、再形成しないといけないと思うんですよ、がん患者さんの場合。私は、私はですよ」
	母とのコミュニケーションと共感への感謝の気持ち	母との処置の合間のコミュニケーションと共感への感謝の気持ち	娘-IN 1：「何か点滴の交換とか、包帯・絆創膏の交換の時にちょっと立ち話をして下さるので、やっぱりこのコミュニケーションっていうのが。それによって、言葉によって支えられている部分は大きいと思います」
再燃増悪の時期	母の治療継続の決断を尊重し寄り添う決意	母の治療継続の決断を尊重し寄り添う決意	娘-FN⑪ 1：「これからが山だと思います。カルテを見ると『死ぬわけにいかないから治療をやる』って書かれていたので、そうなんだ、それならどうぞって」
	母の経過を傍で見守る辛さ	母の経過を傍で見守る辛さ	娘-FN⑪ 3：「娘さんは夜は眠れていますか？」と尋ねると、「眠りが浅いですね」と言い、涙を拭う。
	母の好みに応じたケアの希望	母の好みに応じたケアの希望	娘-FN⑭ 1：「母はあまり香りや肌に塗るのは好きではなくて、マッサージなどはやってもらったことがないので、慣れていないんだと思います。それよりも、音楽を聴いたり、本を読んだりの方が好きですね」と言い、微笑む。
急変の時期	予想外の急変への戸惑いと予期悲嘆	母の喪失に対する予期悲嘆	娘-FN⑮ 1：廊下で娘さんと出会った際に、「昨日は大変でしたね」と声を掛ける。「濱田さんの顔を見ると涙が出てくる」と言って、近くのトイレに駆け込み、涙を拭う。
		予想外の急変への戸惑い	娘-FN⑮ 2：「昨日訪室したら、もう半開眼で心臓が停止していたので、私が心臓マッサージをしました。廊下も心臓マッサージをし続けて、5分くらい経ったら先生が来てくれました。脳梗塞かなと思って、脳CTも頼みました。脳死になるかと思いました」
	母の苦痛を目の当たりにする辛さ	母の苦痛を目の当たりにする辛さ	娘-FN⑰ 1：清拭する様子を隣で見ながら、「こんなに少し動いただけで、苦しいんですね」
	僅かな回復への期待とリスクの高い治療の難しさ	僅かな回復への期待とリスクの高い治療の難しさ	娘-FN⑮ 4：「上に行って下に戻ってきたから、まだ生命力があるんですね。リスクが高いですね。それが、がん治療の難しさなのかな」と言い、考え込む。
	母への薬剤調整やADL改善のためのケアの希望	眠剤内服によるせん妄出現への懸念から眠剤を与薬して欲しくない希望	娘-FN⑱ 1：「昨夜は眠剤をのまないで、1～4時頃まで眠ったみたいなんですけどね。眠剤をのむとせん妄になるから、あまりのませたくないですよ」と話す。
		母との外出のため車椅子に乗車する練習をして欲しい希望	娘-FN⑲ 3：「夕食時に来ることで、その日の母の状態を知ることができるので、私がやりますよ。濱田さんには、予定通り14時～17時の調査の範囲内で来て頂ければいいです。よろしければ、車いすに乗る練習を手伝ってもらえますか？」とのこと。
	最期に叶えたかった母との外出の希望	最期に叶えたかった母との外出の希望	娘-FN⑲ 2：「お盆に外出させたいのですが、先生に尋ねてみてもらえますか？白血球900でルール違反だと思うんですけど、点滴などを全て外して3時間くらい外出させたいと思っています。そのために、車いすに乗せる練習をさせたいです」と話す。

表5 時期別の家族の思い (つづき)

旅立ちの時期	母の頑張りへの敬意	母の頑張りへの敬意	娘-FN②⑤ 1 : 8/25 17:30 「今呼吸止まりました。よく頑張ったと思います」
	苦痛症状の緩和が困難だったことに対する後悔	苦痛症状の緩和が困難だったことに対する後悔	娘-FN②⑥ 1 : 「3日前からせん妄があって苦しくて。いつもは『大丈夫』って言う母が、その日は『苦しい?もう限界だよ』って言ったら頷いていました。いつもは、補聴器は必ず付けるのに、補聴器も付けられないくらいきつかったみたいです。また『怖い?』って聴いたら『怖い』とも言っていました。とても怖かったんだと思います。だから、私は『父が迎えに来てくれるから大丈夫だよ』って声を掛けました」と、涙ながらに話す。
	最期に叶えなかった母との外出の希望	最期に叶えなかった母との外出の希望	娘-FN②④ 1 : 「実を言うと、もう年休がなくなったから、介護休暇を申請したんです。お盆に外出を希望しているけど、まだ先生からお返事がないんですよ」と話す。

*FN(Field Notes) : 参与観察の記録、IN(Interview) : 面接の逐語録

【治療への期待】と【治癒への希望】をもって。水野 (2003) は、医療の可能性を深く信じている患者を看護師が支持することも、患者が身に付けた対処能力を侵さないようにするためには必要であると述べている。一見、楽観的で病状認識が乏しいように見られる患者の態度も対処行動の1つであるため、敢えて厳しい病状を説明するのではなく、患者の希望を支持する必要がある。

また、家族も敢えて積極的な説明は求めておらず、本人が疑問に感じて答えを求めた時や、再発や強い治療が必要になった時など出来事が生じた時に、【母のための的確で明快な説明の要望】があった。家族が患者自身への告知や病状説明を要望したのは、家族が医療従事者であり、患者への告知や病状説明の必要性を十分に認識していたことが大きな要因であると考えられる。

しかし、このように家族が患者への告知や病状説明を要望するケースは少なく、多くの家族はショックや予期悲嘆から、患者への告知や病状説明を拒むケースが多いのが現状である。家族が患者に病状を告知しない場合、真実を知らせないことに対する罪の意識に悩み、また告知する場合にも、患者の精神的な打撃を受け止

めていかなければならない課題が残されるため、家族にとってはどちらにしても重大な心の負担となることが考えられる。駒ら (2005) は、血液疾患患者の家族が看護師に望むケアとして、患者の病状が変化しやすいため常に不安であり、回復への希望と不安な気持ちへの共感や、本人に告知しないでいることは辛いと、告知への精神的支援を望んでいたことを明らかにしている。看護師は、家族の置かれている苦しい立場を十分に理解した上で、告知することでの懸念および告知のメリット・デメリットについて十分に話し合う必要があると考える。

2. 再燃増悪の時期における緩和ケア

この時期の患者は、医師から白血病の再燃増悪を告げられ強い化学療法を勧められると、【生き長らえるための治療継続の決断と迷い】や【5倍の副作用を乗り越える自信と不安】から、即座に治療を決断した。射場(2000a)と久野(2002)は、生き長らえることは、終末期がん患者が生きていくためには必要な希望であることを明らかにしている。患者は、【完治困難な病気】と理解しても、なお生き続けることへの希望をもっており、それが生きる意欲につながっていると考えられた。また、患者が治療継続を決断

した理由は、【生きる力となっている孫の成長】からであった。濱田・佐藤（2002）は、終末期がん患者は身体状態や自分を取り巻く状況が厳しくなっても、希望の本質すなわち生きる力の源泉を維持し続けることによって、最期までダイナミックに生き続ける力となる希望を抱くことができると述べている。患者にとって孫とのつながりは、生きる力の源泉であり、治療継続の意思決定にも大きく影響していたものと考えられる。看護師は患者の生きる希望を支え、生きる力の源泉を維持できるように支援する必要があると考える。

また、瀬山ら（2006）は、化学療法を継続する進行消化器がん患者の治療に対する意思決定要因の一つとして、自分の力だけでは変えられない境遇にあり、選択肢のない状況を生きている現実を明らかにしている。このように、終末期がん患者の置かれている治療しなければ死を免れない厳しい状況を理解することができなければ、医療者が患者に真に寄り添うことは難しいと考える。

家族は、初めリスクの高い治療を継続することに反対していたが、カルテの看護記録を見て患者の治療に対する強い思いと決意を知り、【母の治療継続の決断を尊重し寄り添う決意】をした。射場（2000b）は、意思決定を支える医療者の役割として、患者の意思を把握し、患者の希望や意思を記録として残しておくことが望ましいとしている。家族が、同施設の医療従事者であったためカルテの閲覧が可能で、看護記録より患者の思いを容易に知ることができ治療継続の意思は一致したが、患者と家族の意思に相違が生じている場合、近藤（2008）は、それぞれの価値の明確化や思いの言語化、相互理解への支援には、看護師の関わりが必要となるケースも少なくないとしており、看護師は両者の対話において、ひとつの方向性を見出しているように支援する必要がある。

患者の信念や価値観、治療の継続を決断せざるを得ない厳しい状況を理解したうえで、患者の化学療法継続の意思決定を支援することは大切であるが、患者に利益を上回る害がもたらされることがあってはならない。医療チームで倫理カンファレンスを行い、その後に、患者と家族をも含めた話し合いの場を持つことで、患者と家族の思いに添った緩和ケアを実現できるものとする。

3. 急変の時期における緩和ケア

この時期の患者は、心肺停止し蘇生すると、【治療断念の心残り」と病状悪化の不安】や、【想像を絶する5倍の副作用と死の恐怖】がありながらも、なお【患者仲間の回復と自身の回復への期待】をもち続けていた。仲沢ら（2005）は、患者は先に退院した人の元気な姿に自分を重ね、みんなが頑張っている姿が励みになり、闘病への意欲や回復への期待を抱くことができ、同じ病を持つ人から励まされ、支えられていたことを明らかにしている。同病者の回復した姿や励ましの言葉は、体験しているからこそその説得力があり、患者は強く影響を受けていたと考えられる。患者が厳しい状況にありながらも、なお希望を持ち続けられたのは、同病者からのプラス指向の働きかけがあったからであり（須回、2002）、看護師は患者と同病者の相互関係を理解したうえで、支援していく必要があると考える。

家族は患者の急変の場面に遭遇し、【予想外の急変の戸惑いと予期悲嘆】が見られた。患者だけでなく家族に対しても、急変時の心配蘇生に関する意思確認が行われていなかったため、家族にとって患者の生死に関わる意思決定は大変負担が大きかったものと予測される。患者の意思決定能力の低下に備えて、治療や療養について患者・家族とあらかじめ話し合うプロセスをアドバンス・ケア・プランニングというが、

利点として、患者の自尊心とコントロール感が高まり、家族の満足感や自責の念が和らぐと考えられている。川村 (2011) は、アドバンス・ケア・プランニングにおける看護師の役割として、患者の人生を理解しながら、患者とともに悩み、ともに考え支援していくこと。また、患者の家族や代理人に判断を委ねなくてはならない場合も、家族や代理人とともに考えていく姿勢が大切であるとしている。患者や家族の意思に反するような治療を避けるためにも、あらかじめ十分な病状説明を行った上で、早い段階から患者・家族と対話を重ねておくことが重要であると考えられる。

4. 旅立ちの時期における緩和ケア

この時期の患者は、患者同様に急変しICUに入室した経験のある患者仲間が2週間で回復したのに対し、自らの病状が一向に回復しないことにより、3週目の亡くなる5日前に、【回復困難なことへの気づきと旅立ちの予感】が見られた。須貝 (2002) は、患者は他の患者との違いを意識しながら情報をプラスまたはマイナスの方向へ解釈していると述べており、患者は他の患者との違いを意識することにより、自らの死を感じとっていた。

医師である多田 (2001) は、「血液疾患患者は、死を認めずに、死を待つのではなく、身体症状と戦いながら生きるのである。そこに死の受容はない。その間に生あるうちになすべき“最期の仕事”をすることは困難となる」と述べている。造血器腫瘍患者に死の受容がないとは言われないが、固形腫瘍患者に比べると死を受け容れる時期が極端に遅い印象がある。患者は自らに死が訪れることを悟った時、初めて本音をもらし自宅に帰りたいと希望されることがある。しかし、その時には既に病状は悪化し動くことも困難な状況になっていることが多い。患者の【娘との外出の希望】や、家族の【最後に叶えたかっ

た母との外出の希望】が叶えられなかったことは、残される家族にとって後悔として残ることがある。そのため、症状が安定している時期に、患者や家族の希望を聴き出し叶えておくことも重要であると考えられる。

また、患者が自らの病気が回復困難なことに気づき始めた頃、治療についてたずねた際に【精一杯の強がり」と最期までの頑張り】が見られた。患者からは、旅立つことへの悲しみと悔しさの言葉は聴かれたが、治療を継続したことに対する後悔の言葉は一切聴かれなかった。そして、家族は【母の頑張りへの敬意】を表していた。これらのことから、患者と家族の化学療法継続の意思決定を支えたことは、患者と家族の希望に寄り添った支援であったと考える。しかし、最期は、患者の苦痛症状の緩和が困難だったことにより、家族に【苦痛症状の緩和が困難だったことに対する後悔】を抱かせてしまった。患者の苦痛な最期の姿は、家族の悲嘆のプロセスに大きく影響するため、患者の身体的な苦痛の緩和はもちろんのこと、精神的、社会的、霊的苦痛を含む全人的苦痛の緩和を図るとともに家族ケアを行い、患者と家族が穏やかな最期を迎えられるようにすることが必要である。

血液内科病棟では、化学療法により身体的な苦痛が図れることから、治療が最後まで行われる傾向にあるが、化学療法だけで患者の苦痛を緩和することは難しく、治療と緩和ケアとのパラレルなケアが重要である。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、1事例に限られた結果であり、家族が医療従事者であることも影響していると考えられるため、一般化することはできない。今後は、対象者数を増やしてさらに分析を続け、患者と家族の思いに添った緩和ケアのあり方を具体的に検討していく必要がある。

VI. 結論

1. 終末期で化学療法を継続する造血器腫瘍患者と家族の思いは、症状安定の時期、再燃増悪の時期、急変の時期、旅立ちの時期の4つの時期別に変化が見られた。特に、造血器腫瘍患者に特徴的な再燃増悪の時期は、患者は治療しなければ死を免れられない厳しい状況のなかで、治療の継続を決断せざるを得ず、家族は治療に反対の意向をもちつつ、傍で見守る辛さを抱えながらも、患者の決断を最期まで尊重し続けていた。

2. 患者と家族の思いに添った血液内科病棟における時期別の緩和ケアとして、症状安定の時期における告知やインフォームド・コンセントに関する支援、再燃増悪の時期における化学療法の継続に関する意思決定支援、急変の時期における心肺蘇生に関する意思決定支援、旅立ちの時期における全人的苦痛の緩和と家族ケアが必要であった。特に、再燃増悪の時期における緩和ケアとして、患者の化学療法継続の意思決定を家族とともに最期まで支え続けること、その過程での化学療法による苦痛症状を緩和することが重要であった。

3. 血液内科病棟では、化学療法により身体的な苦痛が図れることから、治療が最期まで行われる傾向にあるが、化学療法だけで患者の全人的苦痛を緩和することは難しく、治療と緩和ケアとのパラレルなケアが重要である。

謝辞

本研究にご協力頂きました患者様に心より感謝しご冥福をお祈り致します。また、患者様を喪失される悲嘆のなかでご協力を頂きましたご家族にも心よりお礼申し上げます。

本研究は平成24年度沖縄県立看護大学大学院保健看護学研究科の修士論文（課題研究）の一部を加筆・修正したものであり、一部は第28回がん看護学会において報告した。

文献

- 濱田由香, 佐藤禮子.(2002).終末期がん患者の希望に関する研究, 日本がん看護学会誌, 16(2), 15-25.
- 林章敏.(2009).がん病変治療中止後の療養の場～がん病変治療中心から緩和ケア中心へ移行する時期～緩和ケアの立場から, がん患者と対症療法, 20(1), 6-10.
- 久野裕子.(2002).終末期がん患者の希望, 高知女子大学看護学会誌, 27(1), 59-67.
- 射場典子.(2000a).ターミナルステージにあるがん患者の希望とそれに関連する要因の分析, 日本がん看護学会誌, 14(2), 66-77.
- 射場典子. (2000b).終末期における意思決定支援, 東原正明, 近藤まゆみ, 緩和ケア, 63-71, 医学書院, 東京.
- 柏木哲夫, 恒藤暁.(2007).緩和ケアマニュアル(第5版), 最新医学社, 大阪.
- 川村三希子.(2011).アドバンス・ケア・プランニング～最期まで自分らしく過ごすため話し合っておくこと～, がん看護, 16(3), 394-397.
- 駒香代子, 富永知恵子, 吉田真澄, 堀口朋美.(2005).血液疾患患者の家族が看護師に望むケア, 日本看護学会論文集(成人看護 I), 35,89-91.
- 近藤まゆみ.(2008).患者と家族の意思決定における看護職の役割, 医学哲学医学倫理, 26,96-100.
- 水野道代.(2003).長期療養を続ける造血器がん患者が希望を維持するプロセス, 日本がん看護学会誌, 17(1), 15-24.
- 仲沢富枝, 小野興子, 小林美雪, 古屋美代子, 藤枝鈴子, 広瀬昌子.(2005).がん病者のセルフヘルプ・グループの有効性の考察—参加者の語りの分析から—, 日本看護学会誌, 15(1), 102-110.
- 須回美穂子.(2002).白血病患者に見られる入院

中の他患者との相互関係, がん看護, 7
(3), 251-256.

瀬山留加, 吉田久美子, 田邊美佐子, 神田清子.(2006).化学療法を継続する進行消化器がん患者の治療に対する意思決定要因の検討～化学療法を継続しながらも転移や増悪をきたした患者～, 群馬保健大学紀要, 27,43-53.

多田淳一.(2001).血液疾患患者のギアチェンジを考える, ターミナルケア, 11(3), 187-192.

Palliative care for patients with hematologic malignancy who continue chemotherapy in the end-of-life period and their family

Kasumi Hamada¹ Midori Kamiyazato²

[Purpose] This study aimed to clarify the state of palliative care in a hematology ward for patients with hematologic malignancy who continue chemotherapy in the end-of-life period and their family.

[Methods] Participation observation for 2 months and an interview survey were performed for a hematology malignancy patient who continued chemotherapy in the end-of-life period and for the patient's family in the hematology ward of a regional medical cancer hospital. Field notes and verbatim records were used for determining the expressions and words showing the psychological aspect of the patient and family. The data was analyzed qualitatively and inductively.

[Results] The feelings of the patient with hematology malignancy who continues chemotherapy in the end-of-life period and those of the patient's family were classified in to 4 periods according to the condition of the patient and family and the change in psychological condition. The 4 period were "symptom stability," "recurrence increase," "sudden change," and "departure of life." Palliative care in the hematology ward was needed when stating the reality and obtaining informed consent during the period of symptom stability, deciding whether to continue chemotherapy in the period of increased recurrence, deciding whether to administer cardiopulmonary resuscitation in a period of sudden change, and administering palliative care for overall pain and family care at departure of life.

[Conclusion] It was important that parallel care be administered along with medical treatment as well as palliative care in the hematology ward. Because it is very difficult to palliate overall pain with chemotherapy alone in a hematology ward, treatment tends to be delayed until the last moment.

Key words: end-of-life period, chemotherapy, patient with hematologic malignancy, family, palliative care

¹ Adventist Medical Center

² Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

小離島におけるがん患者・家族および医療従事者の ニーズによる支援マップの作成

森 彩乃¹ 神里 みどり²

【目的】

小離島のがん患者・家族ならびに医療従事者のがんに関するニーズを明確にし、そのニーズを基盤にした支援マップを作成することを目的とする。

【方法】

A小離島およびB中核離島のがん患者12人、家族5人ならびに保健医療職21人に半構成的面接調査を実施し、データを質的帰納的に分析した。抽出されたニーズのカテゴリーから必要な要素を導き出し、支援マップ案を作成し、研究協力者(患者・家族各1人、医療従事者7人)との意見交換を反映させて、最終版とした。

【結果】

1. 小離島におけるがん患者・家族のニーズとして、病期に応じた【がんに関する病院・相談先・患者会などの情報支援のニーズ】など計10のカテゴリーが抽出された。
2. 小離島・中核離島および沖縄本島における医療従事者のニーズとして、【がんに関する専門的知識をもった中核離島・沖縄本島の医療従事者からのコンサルテーションのニーズ】など計8のカテゴリーが抽出された。
3. 18のカテゴリーから支援マップに必要となる8要素を抽出し、7種類の支援マップを作成した。

【結論】

小離島におけるがん患者・家族のニーズは、がんの病期に応じた情報支援であり、医療従事者のニーズは、コンサルテーションや連携などであった。これらのニーズを内包した7種類の支援マップを作製することで、がん患者・家族の支援に役立つものとする。

キーワード：小離島、がん患者・家族、ニーズ、支援マップ

I. はじめに

沖縄県は39の有人離島からなる島嶼県である。全国どこでも質の高いがん医療を提供することを目的に、がん診療連携拠点病院等が厚生労働省により指定されているが、現在沖縄県におけるがん診療連携拠点病院は沖縄本島にしかない。小離島ではがん治療の実施は不可能に近く、中核離島では放射線治療を除く限局的な治療にしか対応できない。よって専門的な治療を受けるためには沖縄本島まで出向かなければならない(図1)。離島の中でも人口の多い中核離

島には、がん診療連携支援病院があるが、それ以外の37の小離島にはがん診療が可能な施設はない。

離島のがん患者は、沖縄本島のがん患者と比べ治療のために必要な渡航費や滞在費などの経済的負担が大きく、精神的にも主治医と離れ不安であり、沖縄本島の患者と比べて不利と感じている(宮里ら,2012)。また、離島での医療に対する不安や、辛い治療を乗り越えなければならないという思い、そして離島外で入院している場合、離れて暮らす家族を頼れない辛さの葛藤を持ちながら、療養生活を堪え忍んでいることが報告されている(伊佐ら,2012)。さらに、情報収集の困難さや経済的な負担などが不安を

¹ 沖縄県立宮古病院

² 沖縄県立看護大学

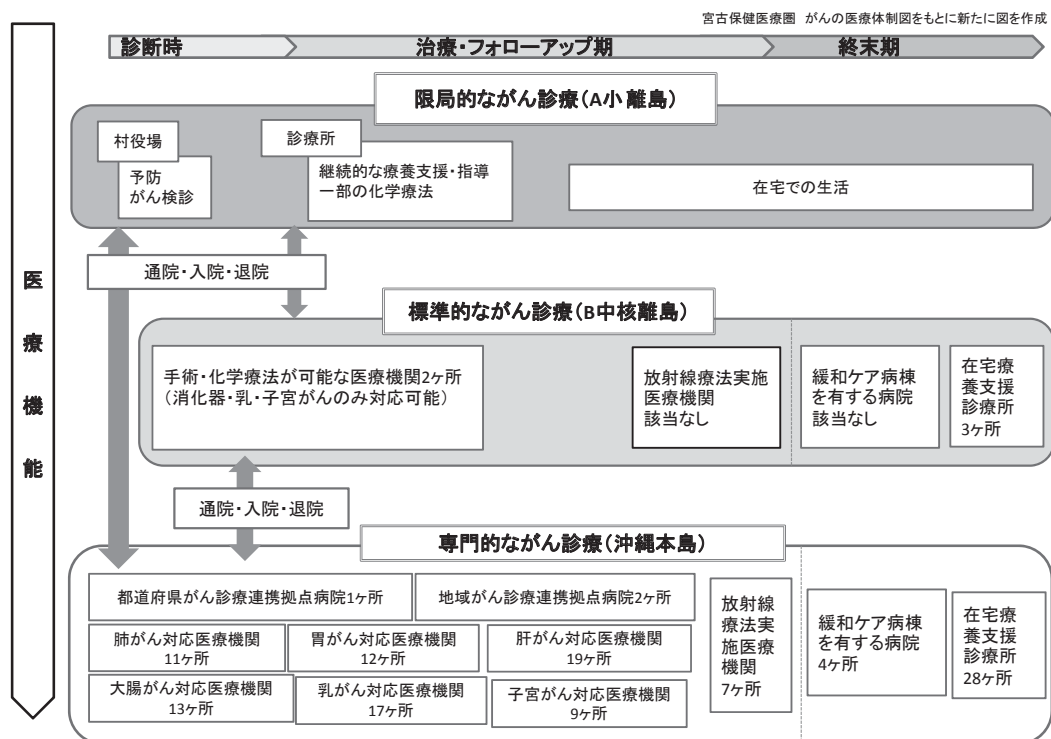


図1 小離島を支援する中核離島・沖縄本島におけるがんの医療体制図

増強させる要因となっており、専門家を有する他施設との連携強化などの支援体制の構築が必要とされている(知念ら,2010)。真栄里(2011)は、患者・家族が、がん対策全般・緩和ケアの充実や相談支援、情報支援を求めていることから、行政における支援体制の必要性を指摘している。しかし、具体的な支援策について言及されている報告は皆無に等しい。

筆者が実習で小離島に赴いた際に、がん患者とその家族から、がんに関する情報をどこから得ればよいかかわからず1人で悩み、患者会の存在も知らないなど、情報収集の困難な状況が語られた。また、がん患者は小離島の診療所や、後方支援病院を介さずに沖縄本島へ治療に出ることも多く、診療所の医師や看護師、保健師が支援に関わりづらい状況であった。さらに、インターネットを利用していない世帯もあり、離島の特徴である隔離性によりがんに関する情報に乏しい現状や、狭小性からくる匿名性の保ちにくさから、他人に知られずにがんに関する情

報を得ることが困難な状況であった。

これらの小離島の現状から、がん患者・家族の必要としている情報やケアをどのように提供できるのか、その具体的な方策が必要であると感じた。その打開策として、離島のがん患者・家族ががんに関する必要な情報を得るための支援体制を構築し、情報提供が可能となるガイドマップ(以下、支援マップとする)が有効ではないかと考えた。

そこで、本研究では小離島のがん患者・家族ならびに医療従事者のがんに関するニーズを明確にし、そのニーズを基盤にした支援マップを作成することを目的とした。なお、「小離島」とは、「離島の中でも人口が10,000人未満であり、他の島と架橋等で連結されていない島」とする。

II. 研究方法

1. 研究協力者

研究協力者は小離島および中核離島のがん患

者・家族、小離島・中核離島および沖縄本島の医療従事者とした。なお、今回の研究においては、社会福祉士も医療従事者に含めた。研究協力者であるがん患者・家族の選定条件は、小離島もしくは中核離島に生活拠点があることとし、がんの種類や病期については問わなかった。また、医師の選定条件は、小離島診療所での勤務経験がある者、または小離島のがん患者への治療経験がある者とした。看護師については、小離島のがん患者・家族の情報を得やすい地域連携室勤務である者、がんに関する専門看護師または認定看護師の資格をもつ者、小離島または中核離島のがん患者への看護経験を有する者から、1つ以上を満たす者を選定した。社会福祉士については、小離島のがん患者・家族への支援経験を有する者を選定した。なお、3島にわたって研究協力者を選定した理由は、小離島での治療は不可能であり、中核離島で可能ながん治療は限られていることから、沖縄本島でしか完結できないがん医療の現状があるためである。

研究協力者の概要について、表1に記載した。それぞれの島における研究協力者数は、A小離島(総人口約1,200人、高齢化率26%)が7人、B中核離島(総人口約50,000人、高齢化率23%)が11人、沖縄本島20人の合計38人であった。その内訳は、患者12人、家族5人、医療従事者21人であった。

2. 研究方法

研究方法は2段階で構成した。第1段階で、A小離島およびB中核離島のがん患者・家族のニーズを把握するために個別に半構成的面接調査を実施した。面接調査の内容は、「がんが発見された経緯」「がんの発見から現在までの経過」「これまでのがん治療や療養生活の中で困ったこと、また必要と感じた支援」などであった。

また、医療従事者のニーズを把握するために、A小離島・B中核離島および沖縄本島の医療従

事者に個別に半構成的面接調査を実施した。面接調査の内容は、「がん患者・家族に関する情報収集の方法」「がん患者・家族への支援内容、困っていること」「小離島のがん患者・家族について印象に残っている事例」などであった。

第2段階で、第1段階で抽出されたすべてのニーズを統合し、必要な要素を整理して支援マップ(案)を作成した。その後、支援マップ(案)の妥当性の確認のために、第1段階で面接調査を実施した全研究協力者38人のうち、患者・家族各1人、医療従事者7人に対して個別に支援マップ(案)を提示し、追加・修正がないか、意見交換を行った。そこから得られた意見をもとに、支援マップ(案)に追加・修正を加えて最終版とした。研究期間は平成26年8月～12月であった。

3. 分析方法

がん患者・家族および医療従事者に対する半構成的面接調査の内容を、患者・家族・医療従事者別の『ニーズ』に注目し、類似するものをまとめてカテゴリー化を行い、質的帰納的に分析した。また、患者本人の発言でなくとも、患者のニーズを語った部分については患者のニーズとして分類した。質的データの内容分析では、小離島での勤務経験ならびに研究者から構成される定期的なゼミナールでのピアレビューや、指導教員からスーパーバイズを受けて真実性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

研究協力者へ、文書と口頭で研究の趣旨と内容、研究への参加・不参加は自由であること、得られた情報は研究者以外に流出しないよう保管すること、情報は個人が特定されないようコード化することを説明し、同意を得た。なお本研究は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会(承認番号:14004)の承認を得て行った。

表1 各島別研究協力者の概要

調査場所	患者 (n=12)				家族 (n=5)				医療従事者 (n=21)			
	年代	性別	参加時の状況	関係	年代	性別	患者との関係	職種	年代	性別	所属施設	
† A 小離島	ID1	70	男	B中核離島での治療を終え小離島にてフォローアップ中	ID13	70	女	ID1の配偶者	ID18	20	男	A診療所
					ID14	60	女	配偶者(患者は他界)	ID19	40	女	A診療所
					ID15	60	女	配偶者(患者は本島の病院で治療中)	ID20	30	男	A村役場
									ID21	30	男	Bがん診療連携支援病院
									ID22	50	女	Bがん診療連携支援病院
									ID23	40	女	Bがん診療連携支援病院
‡ B 中核離島	ID3	50	女	がんサバイバーでありB中核離島の患者会の役員					ID24	30	女	Bがん診療連携支援病院
	ID4	50	女	がんサバイバーでありB中核離島で患者会に参加					ID25	40	女	Bがん診療連携支援病院
	ID5	50	女	がんサバイバーでありB中核離島の患者会の役員					ID26	30	女	C在宅療養支援診療所*
	ID6	50	女	がんサバイバーでありB中核離島で患者会に参加					ID27	40	男	Dがん診療連携拠点病院
					ID16	40	女	ID8の娘	ID28	50	男	Dがん診療連携拠点病院
					ID17	50	女	ID9の娘	ID29	30	男	Dがん診療連携拠点病院
¶ 沖繩本島	ID7	50	女	G小離島から治療のため本島の病院に入院中					ID30	30	女	Dがん診療連携拠点病院
	ID8	80	女	H小離島から治療のため本島の病院に入院中					ID31	30	男	Dがん診療連携拠点病院
	ID9	90	女	I小離島から療養のため本島の病院に入院中					ID32	40	女	E病院(緩和ケア病棟)
	ID10	70	女	B中核離島から治療のため本島の病院に入院中					ID33	40	女	Fがん診療連携拠点病院
	ID11	70	女	B中核離島から治療のため本島の病院に入院中					ID34	40	女	Fがん診療連携拠点病院
	ID12	50	男	J中核離島から治療のため本島の病院に通院中					ID35	30	女	Dがん診療連携拠点病院
									ID36	40	女	Fがん診療連携拠点病院
									ID37	40	男	E病院(緩和ケア病棟)
									ID38	30	女	E病院(緩和ケア病棟)

† A小離島：中核離島より約67km離れた場所にある人口約1,200人(平成26年)の島。中核離島より飛行機で約20分、フェリーで約2時間20分。B中核離島の県立病院を後方支援病院とする附属診療所がある。

‡ B中核離島：本島より約300km離れた場所にある人口約55,000人(平成26年)の島。本島より飛行機で約45分。A小離島診療所の後方支援病院である県立B病院があり、診療所に看護師を派遣している。

¶ 沖繩本島：人口約128万人(平成23年)。沖繩本島の県立病院より、A小離島診療所に医師を派遣している。

*在宅療養支援診療所：①診療所である ②24時間対応で連絡を受け往診が可能である ③24時間対応で訪問看護が可能である ④緊急時に入院できる病床が確保されている ⑤他科の医師、歯科医師、薬剤師、理学療法士、ケアマネージャーなどと連携している ⑥年に1回看取りの数を報告している (②、③、④については、連携する保健医療機関や訪問看護ステーションにおける対応でも可)

Ⅲ. 結果

がん患者・家族ならびに医療従事者のニーズに関するカテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、具体的内容は「 」で示した。

1. 小離島におけるがん患者・家族のニーズ

1) 小離島におけるがん患者のニーズ

がん患者のニーズとしては、5つのカテゴリーが抽出された(表2)。

【納得してがん治療の方法を自己決定できる情報提供のニーズ】では、「言われるままに治療を受けたが、セカンドオピニオンについて知っていれば、治療の選択肢が広がったかもしれない」という情報提供の必要性に関するニーズがあった。

【がん患者の治療・通院費用ならびに家族を含めた渡航・宿泊費用負担への支援のニーズ】では、「がん治療のための費用や小離島から中核離島を経由し、沖縄本島までの渡航費などの金銭面の負担が大きい」など、経済的な負担に関する支援ニーズがあった。

【がん治療に伴う不安・孤独感へのサポート体制のニーズ】では、「治療や受診のために小離島から沖縄本島まで一人で長時間かけて移動するので心細い」「小離島で生活することで、主治医と離れて不安である」など、精神的サポートに関するニーズがあった。

【小離島で終末期を過ごしたいがん患者の希望と家族との折り合いのニーズ】では、「患者は小離島で亡くなりたいと思うが、家族は亡くなった後に遺体を沖縄本島へ運び火葬する際の手間や金銭的な負担から、本島の病院での看取りを希望している。患者は家族の負担を気遣い、沖縄本島の緩和ケア病棟で過ごすことに納得している」など、終末期における患者の家族に対するニーズがあった。

【がんや化学療法・終末期の影響を人に知られないためのプライバシー保護のニーズ】では、

「2ヶ月程度小離島を離れ、化学療法を受けた。脱毛した状態で小離島に帰ると、まわりから偏見の目で見られるのがいや」「化学療法による脱毛が進むと、近所の人から噂がすぐに広まるため、沖縄本島の病院に入院して化学療法を行うことを希望した」「自分のがんのことについて他人に知られたくないため、小離島診療所を受診したくない」など、がん治療の影響によるプライバシー保護のニーズがあった。

2) 小離島におけるがん患者の家族のニーズ

がん患者の家族のニーズとしては、5つのカテゴリーが抽出された(表3)。

【がんに関する病院・相談先・患者会などの情報支援のニーズ】では、「小離島で生活していると、がんに関する情報をどこで入手すればよいかわからない。相談先もわからない。1人で抱え込んでしまう」「沖縄本島でがんの手術を行い、小離島へ帰島した後、日々の食事内容をどのようにするのがよいのか悩んだ。正しい情報をどこから得ればよいのかわからなかった」など、がんの情報不足に対する支援ニーズがあった。

【がん患者の家族を含めた渡航・宿泊費用や小離島までの遺体搬送費用の負担への支援のニーズ】では、「小離島在住がん患者の家族にとっては、治療の際の沖縄本島までの付き添いや見舞いで渡航費、宿泊費などの金銭的な面での負担が大きい」「小離島で亡くなり、沖縄本島で火葬をするために、遺体を運ぶための金銭的負担が大きい」など、経済的支援に関するニーズがあった。

【がん治療や小離島での闘病中における家族の精神的支援のニーズ】では、「患者と一緒に小離島で闘病するときに、配偶者である自身が眠れないなどの精神的な相談、不安な気持ちを聞いてもらうなどの精神的支えがほしかった」という精神的サポートの必要性に関するニーズ

表2 小離島におけるがん患者のニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー	主な具体的内容
1. 納得してがん治療の方法を自己決定できる情報提供のニーズ	小離島の患者に対するがん治療の方法を自身で選択できるような情報提供のニーズ	・言われるままに治療を受けたが、セカンドオピニオンについて知っていれば、治療の選択肢が広がったかもしれない：ID7
2. がん患者の治療・通院費用ならびに家族を含めた渡航・宿泊費用負担への支援のニーズ	治療に関する医療費や小離島から中核離島を経由して、本島までの自身と家族の渡航費、付き添いの家族の宿泊費などの金銭的負担	・がん治療のための費用や小離島から中核離島を経由し、沖縄本島までの渡航費などの金銭面の負担が大きい：ID7 ・小離島から沖縄本島の病院への自身の渡航費や、家族が付き添った場合の家族分の渡航費、宿泊費にお金がかかる：ID8
3. がん治療に伴う不安・孤独感へのサポート体制のニーズ	小離島で思いを表出できる場がないことによる苦悩 小離島から沖縄本島までがん治療や受診のために長時間かけて移動することによる精神的負担 小離島に住む家族と離れて沖縄本島の病院で闘病することによる精神的負担 沖縄本島の主治医と離れた小離島で生活することに対する不安	・島に嫁いだ嫁なので、自身の思いを表出できる場がない。夫が病気である自分と向き合ってくれない：ID32* ・治療や受診のために小離島から沖縄本島まで一人で長時間かけて移動するので心細い：ID7 ・小離島に住む夫は、金銭的な負担や家事のため、入院している沖縄本島の病院まで見舞いには来ない。仕方ないけれどさみしい：ID7 ・小離島で生活することで、主治医と離れて不安である：ID11
4. 小離島で終末期を過ごしたいがん患者の希望と家族との折り合いのニーズ	終末期を小離島で過ごすことを希望 終末期を小離島で過ごしたいが家族の負担を考慮し沖縄本島で過ごすことを選択	・終末期であり、小離島で過ごしたい気持ちが強い。次に小離島から沖縄本島へ出て入院してしまうと、もう小離島には戻ってこれないだろうと思ひ、調子が悪くなっても診療所を受診せず我慢していた：ID33* ・患者は小離島で亡くなりたいと思うが、家族は亡くなった後に遺体を沖縄本島へ運び火葬する際の手間や金銭的な負担から、本島の病院での看取りを希望している。患者は家族の負担を気遣い、沖縄本島の緩和ケア病棟で過ごすことに納得している：ID17
5. がんや化学療法・終末期の影響を人に知られないためのプライバシー保護のニーズ	小離島の狭小性による知り合いから「がんの人」として見られることへの不快感 化学療法の副作用に伴う外見の変化や診療所での会話から隠したい自身のがんについて小離島内への情報の拡散	・2ヶ月程度小離島を離れ、化学療法を受けた。脱毛した状態で小離島に帰ると、まわりから偏見の目で見られるのがいや：ID34* ・小離島で生活する終末期のがん患者が、周囲の人に死期が近く憐みの目で見られているように感じ、小離島から離れて生活したい：ID14 ・小離島診療所の事務員との待合室での会話から、がんであることを周囲の人に知られた。患者はショックを受け、配偶者から診療所に申し出てもらった：ID19* ・化学療法による脱毛が進むと、近所の人から噂がすぐに広まるため、沖縄本島の病院に入院して化学療法を行うことを希望した：ID34* ・自分のがんのことについて他人に知られたくないため、小離島診療所を受診したくない：ID24* ・小離島に一時的には帰島したいが、小離島の知り合いに弱った自分の姿を見せたくないため、小離島では死にたくない：ID24*

*医療者が語った小離島のがん患者に関する内容

表3 小離島におけるがん患者の家族のニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー	主な具体的内容
1. がんに関する病院・相談先・患者会などの情報支援のニーズ	<p>がんに関する患者会や相談先などの情報を小離島で得るための支援を希望</p> <p>小離島での術後の療養や病院に関する情報不足のため対応に難渋</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・亡くなった配偶者が闘病しているときに、沖縄本島や中核離島の患者会について知りたかった：ID14 ・小離島で生活していると、がんに関する情報をどこで入手すればよいかわからない。相談先もわからない。1人で抱え込んでしまう：ID14 ・小離島ではすぐ情報が伝わるため、病気を隠したいがん患者や家族にとっては住みにくいところ。だから小離島以外で相談できる場所があると嬉しい：ID14 ・同じがんの病気を体験した人の話やその家族の話を知りたい：ID14 ・沖縄本島でがんの手術を行い、小離島へ帰島した後、日々の食事内容をどのようにするのがよいのか悩んだ。正しい情報をどこから得ればよいのかわからなかった：ID14 ・病気が治るのであれば、借金してでも沖縄県外の病院にかかることも考えたが、全く情報がなかった。情報があれば県外の病院を受診したかもしれない：ID14
2. がん患者の家族を含めた渡航・宿泊費用や小離島までの遺体搬送費用の負担への支援のニーズ	<p>小離島から沖縄本島への患者の付き添い者を含めた渡航・宿泊費用に対する金銭的負担</p> <p>小離島から沖縄本島へ遺体を移送する際の家族への金銭的負担</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・小離島在住がん患者の家族にとっては、治療の際の沖縄本島までの付き添いや見舞いでの渡航費、宿泊費などの金銭的な面での負担が大きい：ID15 ・化学療法を受ける際に、小離島から中核離島まで家族が付き添い通った。患者と家族の2人分の渡航費がかかり負担であった：ID14 ・沖縄本島のがん診療連携拠点病院にも小離島の付き添い家族が宿泊できる施設が欲しい：ID13 ・小離島で亡くなり、沖縄本島で火葬をするために、遺体を運ぶための金銭的負担が大きい：ID17
3. がん治療や小離島での闘病中における家族の精神的支援のニーズ	<p>沖縄本島でのがん治療に伴い患者と離れて小離島で生活することによる精神的負担</p> <p>患者の闘病中における小離島での家族の精神的支えとなる支援のニーズ</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・沖縄本島に入院して治療を受けている患者のお見舞いは、沖縄本島に住む子ども中心。患者の配偶者である自身は農業をしているため、沖縄本島に長くは滞在できない。どんな状況か気にはなるが仕方ない：ID15 ・患者と一緒に小離島で闘病するときに、配偶者である自身が眠れないなどの精神的な相談、不安な気持ちを聞いてもらうなどの精神的支えがほしかった：ID14
4. 小離島で終末期を過ごしたいがん患者の希望と家族との折り合いのニーズ		<ul style="list-style-type: none"> ・小離島での看取りを患者が希望したので、家族としてその希望に添いたいと思った：ID14 ・患者の希望する場所で終末期を過ごせるよう協力したいが、小離島には火葬場がないため、死後の遺体搬送の手間や負担を考慮すると難しい部分もある：ID17
5. がんに関する患者の情報を人に知られないためのプライバシー保護のニーズ		<ul style="list-style-type: none"> ・がんのことについては周囲の人に知られたくないので話さない。話すと小離島の皆に伝わる：ID14

があった。

【小離島で終末期を過ごしたいがん患者の希望と家族との折り合いのニーズ】では、「患者の希望する場所で終末期を過ごせるよう協力したいが、小離島には火葬場がないため、死後の遺体搬送の手間や負担を考慮すると難しい部分もある」など、小離島特有の終末期に関するニーズがあった。

【がんに関する患者の情報を人に知られないためのプライバシー保護のニーズ】では、「がんのことについては周囲の人に知られたくないので話さない。話すと小離島の皆に伝わる」など、プライバシー保護の必要性に関するニーズがあった。

がん患者と家族のニーズはほぼ類似しており、相違点としては、家族のニーズに経済的な負担として遺体搬送費用が含まれている点であった。

2. 小離島のがん患者・家族を支援する小離島・中核離島および沖縄本島における医療従事者のニーズ

1) 小離島のがん患者・家族を支援する小離島における医療従事者のニーズ

小離島の医療従事者のニーズとしては、3つのカテゴリーが抽出された(表4)。

【がんの専門的知識をもった中核離島・沖縄本島の医療従事者からのコンサルテーションのニーズ】では、「苦痛緩和のための選択肢としてがん患者と家族への情報提供の必要性を感じたため、終末期の療養にあたり、沖縄本島の緩和ケア病棟に患者受け入れについて相談した」「沖縄本島の病院での化学療法後、小離島へ帰島した患者の配偶者が、小離島診療所の看護師に相談に来たが、的確な助言が困難であったため誰かに相談したかった」など、医療従事者の相談に関するニーズがあった。

【小離島の終末期がん患者へのサポート体制構築のための中核離島・沖縄本島の病院からの

情報提供のニーズ】では、「中核離島の病院から小離島へ一時帰島する終末期の患者について、事前に主治医から小離島診療所医師に情報提供されていたため、患者が小離島滞在中のサポート体制について小離島診療所側が事前に検討することができた」など、情報共有の必要性に関するニーズがあった。

【小離島で可能ながん治療の実施や終末期患者へのサポート体制構築のための他職種連携のニーズ】では、「前立腺がんに対してのホルモン療法をできるだけ小離島診療所で実施したいと患者が申し出たため、中核離島の主治医と小離島診療所医師が連携し治療について決定した」「沖縄本島の病院から帰島する終末期患者受け入れのため、小離島の診療所医師、看護師、保健師、ヘルパーでケア会議を実施した」など、小離島での治療体制に関する連携ニーズがあった。

2) 小離島のがん患者・家族を支援する中核離島における医療従事者のニーズ

中核離島の医療従事者のニーズとしては、3つのカテゴリーが抽出された(表5)。

【小離島を含めた中核離島でのがん患者会活動の推進のニーズ】では、「中核離島の病院として既存のがん患者会に介入し、ともに活動したい」「退院後のがん患者の支援として、患者会についての情報提供(お手紙として渡すなど)を行いたい」など、患者会の活動に関するニーズがあった。

【中核離島から小離島へのがんに関する情報提供のニーズ】では、「がんサポートハンドブックや、パンフレット、中核離島の図書館にあるがんに関する書籍の一覧表などを、診療所に提供したい」「小離島の自分で情報を選べない人に、どのようにアプローチをしていくのか検討したい」など、情報提供に関する支援ニーズがあった。

表4 小離島のがん患者・家族を支援する小離島の医療従事者のニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー	主な具体的内容
1. がんの専門的知識をもった中核離島・沖縄本島の医療従事者からのコンサルテーションのニーズ		<ul style="list-style-type: none"> ・沖縄本島で治療を行い、小離島へ帰島するも小離島の病院を受診しないことを心配し、小離島の病院看護師が治療を行った沖縄本島の病院へ相談した：ID32 ・苦痛緩和のための選択肢としてがん患者と家族への情報提供の必要性を感じたため、終末期の療養にあたり、沖縄本島の緩和ケア病棟に患者受け入れについて相談した：ID38 ・小離島の診療所医師は、自身の専門外である化学療法の管理をする側としての不安がある：ID28 ・沖縄本島の病院での化学療法後、小離島へ帰島した患者の配偶者が、小離島診療所の看護師に相談に来たが、的確な助言が困難であったため誰かに相談したかった：ID19
2. 小離島の終末期がん患者へのサポート体制構築のための中核離島・沖縄本島の病院からの情報提供のニーズ	終末期がん患者へのサポート体制構築のための中核離島・沖縄本島の病院から小離島診療所への情報提供のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・中核離島の病院から小離島へ一時帰島する終末期の患者について、事前に主治医から小離島診療所医師に情報提供されていたため、患者が小離島滞在中のサポート体制について小離島診療所側が事前に検討することができた：ID18 ・沖縄本島や中核離島病院から終末期に小離島で療養を希望する患者について情報提供を受けることで、患者がどのような薬剤を使用してペインコントロールを実施しているのか、痛みのコントロールがつかなければどうすればよいのか等の情報を得ることができるし、何か困ったときも情報提供元に電話で相談ができる。情報がなければ、患者の家族から呼び出されても、それまでの経過や状況がわからず、どのように対応すればよいのか判断が困難であるので、終末期患者の情報提供は必要である：ID18
	中核離島・沖縄本島の病院へ入院しがん治療を行う小離島患者の経過についての情報提供の希望	<ul style="list-style-type: none"> ・小離島では、小離島外の病院へ入院した患者のがんの治療経過が見えないので中間報告などがほしい：ID21
3. 小離島で可能ながん治療の実施や終末期患者へのサポート体制構築のための他職種連携のニーズ	小離島で可能ながん治療における中核離島・沖縄本島の病院の主治医との連携のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・前立腺がんに対してのホルモン療法をできるだけ小離島診療所で実施したいと患者が申し出たため、中核離島の主治医と小離島診療所医師が連携し治療について決定した：ID18
	終末期がん患者を迎え入れるための小離島内での他職種連携のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・沖縄本島の病院から帰島する終末期患者受け入れのため、小離島の診療所医師、看護師、保健師、ヘルパーでケア会議を実施した：ID25 ・小離島の保健師として、終末期の患者支援としては、家族間の調整、医療、介護の連絡調整、情報交換などのコーディネーター的役割を担う必要がある。(医療行為は、何か起こったときに責任が伴う(医師や看護師との所属の違い)ため、手をだしづらい)：ID20

表5 小離島のがん患者・家族を支援する中核離島の医療従事者のニーズ

カテゴリー	主な具体的内容
1. 小離島を含めた中核離島でのがん患者会活動の推進のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・中核離島の病院として既存のがん患者会に介入し、ともに活動したい：ID23 ・中核離島の患者会として、小離島とのつながりをつくりたい：ID23 ・退院後のがん患者の支援として、患者会についての情報提供(お手紙として渡すなど)を行いたい：ID23
2. 中核離島から小離島へのがんに関する情報提供のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・がんサポートハンドブックや、パンフレット、中核離島の図書館にあるがんに関する書籍の一覧表などを、診療所に提供したい：ID23 ・小離島の自分で情報を選べない人に、どのようにアプローチをしていくのか検討したい：ID25
3. 小離島でのがん支援の現状についての把握のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・がんに関する相談内容や件数等の集計を2014年6月より開始。小離島診療所でも実施してもらう予定：ID23 ・どのような状態の患者であれば小離島に帰れるのかがわからないため、現状の把握が必要：ID24

【小離島でのがん支援の現状についての把握のニーズ】では、「がんに関する相談内容や件数等の集計を2014年6月より開始。小離島診療所でも実施してもらう予定」「どのような状態の患者であれば小離島に帰れるのかがわからないため、現状の把握が必要」という小離島の現状が把握しきれていないことによる支援ニーズがあった。

3) 小離島のがん患者・家族を支援する沖縄本島における医療従事者のニーズ
 沖縄本島の医療従事者のニーズとしては、2つのカテゴリーが抽出された(表6)。

【治療期のがん患者が小離島・中核離島で治療を継続し療養するための情報に関するニーズ】では、「小離島でどこまで治療期の患者の症状に対応できるのかわからない」「治療中であっても小離島に帰してあげたいけれど、どのような状態であれば帰れるのかわからない」など、治療期のがん患者への対応のための情報ニーズがあった。

【終末期がん患者を小離島・中核離島へ帰島させるために必要な対応や情報に関するニーズ】では、「緩和ケア病棟から小離島へ帰すときには、移動手段や医療処置の内容などについて確認する」「小離島でどこまで看取りの対応

表6 小離島のがん患者・家族を支援する沖縄本島の医療従事者のニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー	主な具体的内容
1. 治療期のがん患者が小離島・中核離島で治療を継続し療養するための情報に関するニーズ	小離島・中核離島で可能ながん治療についての情報のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・小離島でどこまで治療期の患者の症状に対応できるのかわからない：ID33 ・患者が中核離島での治療を希望した場合、どこまで可能なかわからない：ID33
	治療期のがん患者が小離島・中核離島で利用可能な社会資源についての情報のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・治療中であっても小離島に帰してあげたいけれど、どのような状態であれば帰れるのかわからない：ID29 ・患者の都合により、調子が悪いまま帰島することになったが、中核離島で患者が利用できるサポート資源がわからず、中核離島の病院に相談した：ID35
2. 終末期がん患者を小離島・中核離島へ帰島させるために必要な対応や情報に関するニーズ	終末期がん患者を沖縄本島から小離島へ帰すための移動支援のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケア病棟から小離島へ帰すときには、移動手段や医療処置の内容などについて確認する：ID38 ・終末期、沖縄本島の病院から小離島へ移動する際の移動手段の確保、調整を行う：ID35
	小離島で可能な終末期がん患者への緩和ケアやペインコントロールに関する情報のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・緩和ケアは小離島でどこまでできるのかわからない：ID33 ・小離島でどこまで看取りの対応ができるのかわからない：ID33 ・終末期である患者とその家族が小離島での療養を希望したため、沖縄本島の医師が小離島に帰したが、小離島診療所の医師が荷が重いと話し、ヘリで患者を沖縄本島の病院に搬送してきた。どのような状況であれば看取りが行えるのかわからない：ID27 ・小離島に帰ったときに、島の診療所の医師がペインコントロールができるのかわからない：ID33
	小離島・中核離島へ終末期がん患者を帰島させる際の相談先や帰島先の医療従事者についての情報のニーズ	<ul style="list-style-type: none"> ・医療従事者が、小離島・中核離島に終末期の患者を帰す際の相談ネットワークが見えるようになるよ：ID33 ・小離島・中核離島の医師は、入れ替わりも激しく、顔もみえづらいため、どの医師に終末期の患者を任せればよいのかわからない：ID33

ができるのかわからない」「医療従事者が、小離島・中核離島に終末期の患者を帰す際の相談ネットワークが見えるようになるとよい」など、患者を帰島させるために必要な情報ニーズがあった。

3. がん患者・家族ならびに医療従事者のニーズを基盤とした支援マップの要素

これまでに抽出された、がん患者(5つのカテゴリー)や家族(5つのカテゴリー)ならびに医療従事者(8つのカテゴリー)のニーズ計18のカテゴリーを統合した。その後、類似した意味内容の要素を探し、それらを適確に表す表現へと置き換え、支援マップに必要な要素を8つ抽出した(表7)。8要素の内容は、①が

ん診療やセカンドオピニオンに対応している病院についての情報、②がんに関する相談先の情報、③患者会についての情報、④経済的支援についての情報、⑤プライバシー保護のための対応、⑥小離島・中核離島で可能ながん診療や終末期療養への対応、⑦各島間での多職種連携や情報共有のための相談先や連絡先、⑧専門的知識をもつ医療従事者からコンサルテーションを受けるための連絡先であった。これらの8要素を統合し、情報(①~④)、対応(⑤・⑥)、連携(⑦・⑧)の3つに分類した。

4. 支援マップの作成

1) 支援マップ(案)の作成

支援マップに必要な8要素を軸に、必要

表7 がん患者・家族ならびに医療従事者のニーズを基盤とした支援マップの要素

支援マップの要素	カテゴリー(ニーズ)
1. がん診療やセカンドオピニオンに対応している病院についての情報	納得してがん治療の方法を自己決定できる情報提供のニーズ がんに関する病院・相談先・患者会などの情報支援のニーズ†
2. がんに関する相談先の情報	がんに関する病院・相談先・患者会などの情報支援のニーズ† がん治療や小離島での闘病中における家族の精神的支援のニーズ
3. 患者会についての情報	がんに関する病院・相談先・患者会などの情報支援のニーズ† 小離島を含めた中核離島でのがん患者会活動の推進のニーズ
4. 経済的支援についての情報	がん患者の治療・通院費用ならびに家族を含めた渡航・宿泊費用負担への支援のニーズ がん患者の家族を含めた渡航・宿泊費用や小離島までの遺体搬送費用の負担への支援のニーズ
5. プライバシー保護のための対応	がんや化学療法・終末期の影響を人に知られないためのプライバシー保護のニーズ がんに関する患者の情報を人に知られないためのプライバシー保護のニーズ
6. 小離島・中核離島で可能ながん診療や終末期療養への対応	小離島で終末期を過ごしたいがん患者の希望と家族との折り合いのニーズ(患者) 小離島で終末期を過ごしたいがん患者の希望と家族との折り合いのニーズ(家族) 小離島でのがん支援の現状についての把握のニーズ 治療期のがん患者が小離島・中核離島で治療を継続し療養するための情報に関するニーズ 終末期がん患者を小離島・中核離島へ帰島させるために必要な対応や情報に関するニーズ*
7. 各島間での多職種連携や情報共有のための相談先や連絡先	小離島の終末期がん患者へのサポート体制構築のための中核離島・沖縄本島の病院からの情報提供のニーズ 小離島で可能ながん治療の実施や終末期患者へのサポート体制構築のための他職種連携のニーズ 中核離島から小離島へのがんに関する情報提供のニーズ 終末期がん患者を小離島・中核離島へ帰島させるために必要な対応や情報に関するニーズ*
8. 専門的知識をもつ医療者からコンサルテーションを受けるための連絡先	がんの専門的知識をもった中核離島・沖縄本島の医療従事者からのコンサルテーションのニーズ

†、* 2項目以上の支援マップの要素に該当するものは、重複して記載

な情報を日本看護協会のホームページ(日本看護協会,2014)や、おきなわがんサポートハンドブック第4版(2014)、各病院のホームページなどの情報から、支援マップ(案)を作成した。なお、情報を支援マップに記載するにあたり、日本看護協会に電話で確認し、許可を得た。

例えば、がんになった際、小離島では治療が不可能であるため、島外へ出なければならない。しかし、どこの病院であれば治療が可能なのか、どこに相談できるのか、といった情報が得にくい。そこで、おきなわがんサポートハンドブックから、中核離島・沖縄本島の病院で対応可能ながんの種類やがん診療連携拠点病院にある無料相談窓口の情報などをマップに記載した。また、小離島の医療従事者には、中核離島や沖縄本島のがんに関する専門的知識をもつ医療従事者からのコンサルテーションのニーズがあった。そこで、日本看護協会のホームページから、がんに関する専門看護師や認定看護師の勤務する病院の情報をマップに記載した。

2) 意見交換の実施と支援マップの作成

本研究の支援マップ作成における妥当性を保証するために、データ収集を実施したがん患者・家族および医療従事者との意見交換を実施した(表8)。A小離島は、がん患者の家族、診療所の医師・看護師、村役場の保健師の合計4人、B中核離島は、がん患者会の会員、がん診療連携支援病院で地域連携室に勤務する看護師の合計2人と意見交換を実施した。沖縄本島は、がん専門看護師、しまナースの合計3人と意見交換を実施した。全体として「活用したい」という意見が多く、患者の家族からは「闘病中に知りたかった内容が盛り込まれている」との発言があった。

意見交換の内容やゼミナールでのピアレビューを踏まえ、支援マップ(案)に追加・修正を加え、支援マップを7種類作成した。その内容は、支援マップの案内版1種類、A小離島・B中核離島および沖縄本島の各島別のがん患者・家族支援マップ4種類、沖縄本島のがんに

表8 支援マップ(案)作成後の意見交換の内容

島名	職種(人)	意見
A 小 離 島	患者の家族(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・自分や家族にがんが見つかったら、この支援マップを活用したい ・闘病中に知りたかった内容が盛り込まれている ・県外の情報はどこで得られるのか?がんが治るのであれば、県外でも行こうと思っていたが、情報がなかったため選択できなかった ・がんに関する本についての情報もほしい
	看護師(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・沖縄本島のがんに関する情報について知らないことも多いため、医療従事者としても支援マップを活用したい ・認定看護師や専門看護師に相談できると心強い
	医師(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・前立腺のがん患者が増加傾向にあるため、前立腺がんに対応している病院の情報についても追加記載してほしい ・終末期のペインコントロールや看取りについても対応可能であることを追加記載するとよいのではないか
	保健師(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・がん患者への対応については、検討しなければいけないと考えてはいるが、生活習慣病の患者と比べると患者数が少ないため、どうしても優先順位が低くなる。そのため、マップ図が完成したときにはぜひ活用したい
B 中 核 離 島	患者会の会員(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・完成したらぜひ支援マップを活用したい ・小離島のことにについては知らないことも多いため、マップを活用して患者会活動を広げていきたい
	看護師(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・中核離島のがん患者・家族や医療従事者にも活用可能なものであると感じる ・心の相談窓口や男性専用相談電話、患者サロンについての情報を追加するとよいのではないか
沖 縄 本 島	がん専門看護師(2)	<ul style="list-style-type: none"> ・認定看護師や専門看護師の役割について、簡単な記載があるとわかりやすいのではないか ・小児がんに対応している病院についても情報を追加するとよいのではないか ・患者会についての情報の追加と活動場所の修正
	しまナース*(1)	<ul style="list-style-type: none"> ・沖縄本島の病院を受診する際に、予約が必要かどうかの情報について記載してあるとよいのではないか

*しまナース：2013年5月より沖縄県が開始した離島への看護師派遣事業に従事する看護師。離島診療所を離れざるを得ない研修や緊急の休暇の際に、しまナースが代わりに離島医療を担う。役割は代替要員にとどまらず、服薬指導や診療器具の整備、業務改善にも及ぶ。

表9 支援マップ(最終版)の項目と概要

支援マップ名	記載してある項目	概要
1.支援マップの案内版	・がん患者・家族支援マップの主な内容・支援マップの入手方法	・患者・家族向けの支援マップの簡単な説明や入手方法、設置場所、問い合わせ先の情報について記載
2.がん患者・家族支援マップ：A小離島	・島内の保健医療施設・がん相談・サポート窓口案内	・島の保健医療施設で対応可能ながん診療や相談内容についての情報を記載 ・県外のがんの情報を得るための相談窓口の情報を記載
3.がん患者・家族支援マップ：B中核離島	・島内の保健医療施設・患者会・がんサロン・がん相談・サポート窓口案内	・島の保健医療施設で対応可能ながんの種類や治療、セカンドオピニオンの実施の有無、渡航費助成の窓口などの情報を記載 ・患者会の連絡先やがんサロンの情報を記載
4.がん患者・家族支援マップ：沖縄本島①	・主ながん対応病院・緩和ケア病棟を有する病院・相談窓口	・主ながん対応病院9ヶ所と緩和ケア病棟を有する病院4ヶ所の所在地を地図上に明示 ・放射線療法や緩和ケア外来を実施している施設を明示 ・がん相談支援センターの連絡先と対応時間を記載
5.がん患者・家族支援マップ：沖縄本島②	・主な病院で対応可能ながんの種類・セカンドオピニオン実施施設 ・那覇空港から主ながん対応病院までのアクセス一覧	・肺・胃・肝・大腸・乳・子宮・小児がんに対応可能な病院を記載 ・セカンドオピニオンを受ける際の留意事項と実施している施設の連絡先を記載 ・那覇空港から主ながん対応病院までのアクセス方法と所要時間について記載
6.沖縄本島のがんに関する患者会一覧	・がん患者会や院内患者会、患者サロン	・がんの種類別に活動場所や連絡先を明示
7.がん診療に関わる専門看護師・認定看護師一覧	・沖縄県のがん診療に関わる専門看護師・認定看護師	・がん診療に関わる専門看護師・認定看護師の氏名、所属先の病院名、連絡先について記載 ・それぞれの分野における、専門看護師・認定看護師の役割についても簡単に記載

関する患者会一覧1種類、がん診療に関わる専門看護師・認定看護師一覧1種類であった(表9)。例として、がん患者・家族支援マップを図2に示した。沖縄本島における主ながん対応病院とその特徴、がん相談支援センターの連絡先、県庁保健医療政策課が実施している助成制度などについて記載した。また、地図上にはそれぞれの病院の場所を示した。支援マップは沖縄県立看護大学のホームページ(神里研究者情報のその他の活動欄)に掲載した(2015年9月25日付け)。

IV. 考察

小離島のがん患者・家族のニーズは、治療期や終末期などのステージに応じた情報支援であり、医療従事者のニーズは、コンサルテーションや連携などであった。これらのニーズを内包した7種類の支援マップを作成した。これより、支援マップの特徴や活用の可能性について考察

する。

1. 小離島におけるがん患者・家族のニーズ

小離島のがん患者・家族のニーズは、がん治療に伴う不安・孤独感へのサポート体制のニーズや、がん治療・通院費用ならびに家族を含めた渡航・宿泊費用負担への支援などであった。

宮里ら(2012)は、離島から沖縄本島に通院する患者の経済的な負担は少なくなく、精神的にも6割以上の患者が不安や交通の不利性を感じていると報告している。さらに、真栄里(2011)は、がんの当事者となった場合、情報探しの難しさ、経済的問題に直面しながらも、十分な支援がなく、がん医療に関する相談支援と情報支援の必要性について報告している。また、知念ら(2010)は、島嶼地域の病院で療養するがん患者は、疾患や治療に関する情報を望みながらも情報収集が困難であると述べている。

今回の調査においても、小離島におけるがん

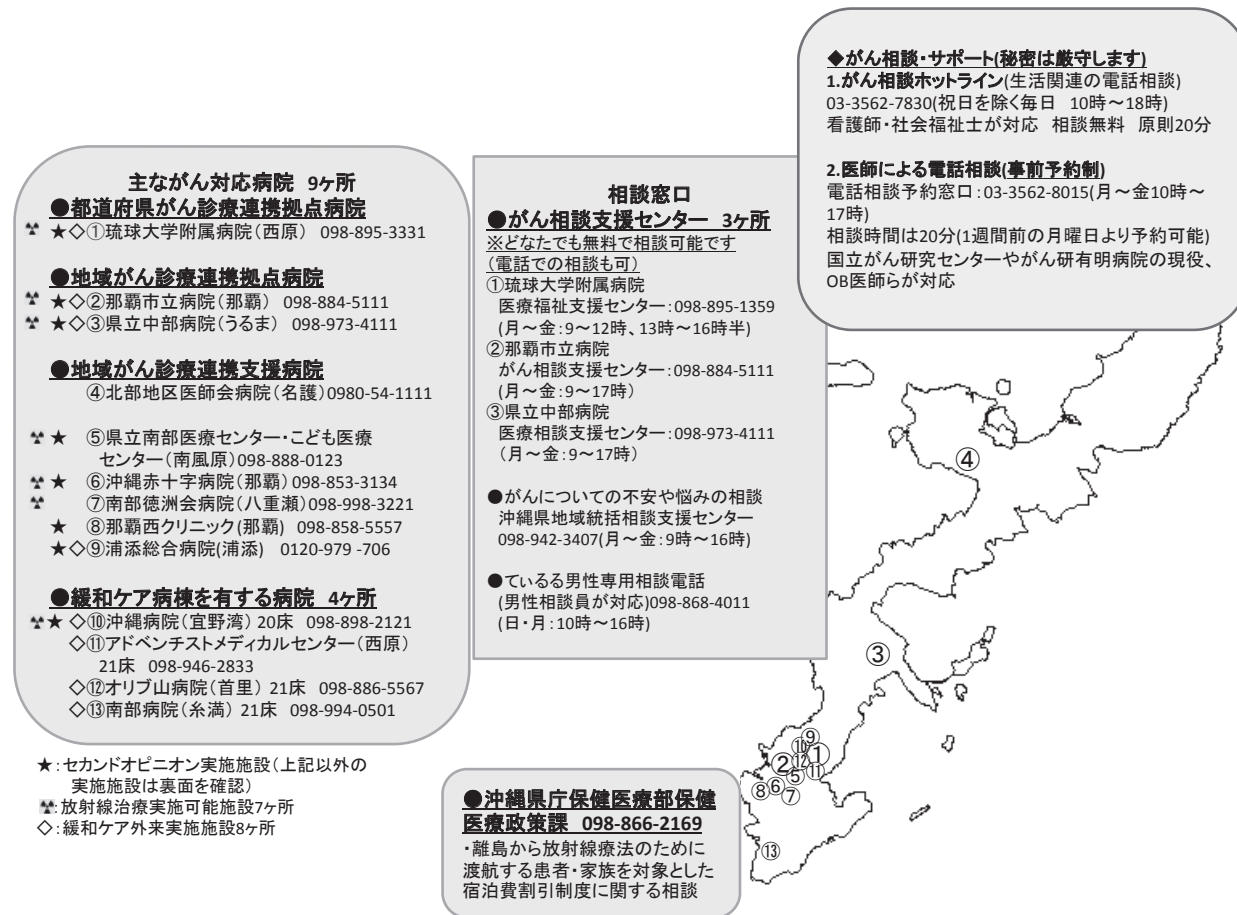


図2 がん患者・家族支援マップ：沖縄本島①

患者の家族のニーズとして、【がんに関する病院・相談先・患者会などの情報支援のニーズ】が抽出された。具体的内容として、小離島ではがんに関する情報をどこで入手すればよいのかわからず、1人で抱え込んでしまい、情報収集が困難な状況であり、早急な対応が必要であった。さらに、患者の情報ニーズには、他者の体験談といった、医療従事者が提供しにくいものが含まれているため、医療現場以外での情報支援の強化が必要である(瀬戸山,中山,2011)。よって、病院内にある相談支援センターだけでなく、患者会等のがんに関する情報や、経済的な負担軽減のための支援等の情報も、支援マップに記載することが必要である。

今回の調査で、中核離島においてもがん疾患の種類やがん治療の内容によって、沖縄本島へ

治療に向うかなければならず、小離島と同様のニーズを有していた。そのため、今回作成した支援マップは、小離島のがん患者・家族の支援を目的としたものであるが、中核離島のがん患者・家族にも応用できると考える。

2. がん診療に関わる小離島・中核離島および沖縄本島の医療従事者のニーズ

沖縄本島の医療従事者からは、小離島で可能ながん治療や終末期がん患者への対応状況が把握しづらい現状がある。また、小離島の医療従事者からは、沖縄本島のがん診療施設の特徴やがんに関する相談窓口などの情報を知らない現状がある。よって、今回作成した支援マップを医療従事者が活用することにより、沖縄本島や中核離島、小離島で実施されているがん治療や

社会資源の連絡先を知ることが可能であり、海を越えた連携や情報提供が容易になると考える。

さらに、小離島の医療従事者のニーズとして【がんの専門的知識をもった中核離島・沖縄本島の医療従事者からのコンサルテーションのニーズ】が抽出された。がん専門看護師やがん診療に関わる認定看護師の氏名と所属施設名、連絡先の一覧表を作成することで、小離島だけでなく、中核離島や沖縄本島の医療従事者も活用できると考える。

3. 支援マップの特徴

今回作成した7種類の支援マップは、がん患者・家族および医療従事者のニーズを踏まえ作成した。実際の活用例としては、小離島のがん患者・家族が、支援マップ(図2)に記載されている情報をもとに、がん診療連携拠点病院の無料相談窓口で匿名で電話相談することができる。また、小離島診療所の医師や看護師が、中核離島や沖縄本島の病院の特徴について知り、患者・家族に情報提供する際にも活用できると考える。

さらに、中核離島や沖縄本島の医療従事者が小離島に患者を帰島させる際の相談窓口や、小離島で対応可能ながん診療について情報を得るための一助とすることも可能である。このように、支援マップには患者・家族および医療従事者がともに活用できるという特徴がある。

小離島では、広報誌での住民への周知や、がん検診時に啓発活動に活用するなどの方法が考えられる。また、支援マップの内容は、筆者と離島の看護師が中心となり、年1回更新を行うことで継続して活用できると考える。

4. 研究の限界と課題

小離島では集学的がん治療が不可能であり、治療中のがん患者は小離島に在住しておらず、研究対象者を抽出することが非常に困難であった。また、中核離島の医療従事者のニーズにお

いては、小離島や沖縄本島と比較してデータが少なく、分析に限界があったと考える。今後は支援マップをどのように活用し継続・更新していくかが課題である。

V. 結論

小離島のがん患者・家族のニーズは、がんに関する情報を小離島で得るための支援、プライバシーの保護、精神的支援や、患者の希望と家族との折り合いであった。医療従事者のニーズは、コンサルテーションや連携、がん治療や社会資源などの情報であった。これらのニーズを内包した7種類の支援マップを作成することで、がん患者・家族の支援に役立つものと考えられる。

謝辞

本研究にご協力いただいたB病院院長、看護部長、看護師長を始め、C病院がん看護専門看護師、D病院緩和ケア認定看護師、E病院緩和ケア認定看護師など多くの医師、看護師、社会福祉士の皆様、がん患者様とそのご家族の方々に心より感謝いたします。

なお、本研究は沖縄県立看護大学・大学院の修士論文(課題研究)の一部を加筆修正したものである。

引用文献

知念正佳,宇座美代子,砂川洋子.(2010).島嶼地域の病院で療養するがん患者の支援ニーズに関する検討,日本看護研究学会雑誌,33(3),343.

伊佐江利菜,渡慶次道太,垣花シゲ,眞榮城千夏子,朝戸美絵.(2012).沖縄県離島在住悪性腫瘍患者の療養生活における思いや体験に関する質的研究,日本看護研究学会雑誌,35(3),337.

厚生労働省.(2013).在宅医療(その4).

<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingik>

- ai-12404000.../0000027523.pdf
(2014年11月25日現在)
- 真栄里隆代.(2011).離島のがん患者支援について アンケートから見えてくる現状と課題,ホスピスケアと在宅ケア,19(2),185.
- 増田昌人,西田悠希子,城間駒生,仲本奈々,石郷岡美穂,金城尚美,仲村美和子,樋口美智子.(2010).沖縄県におけるがん診療連携拠点病院のがん診療に関わる外来担当医師のセカンドオピニオン外来に関する調査,癌の臨床,56(10),719-724.
- 宮里恵子,蔵下要,宮良球一郎.(2012).沖縄県の離島における乳癌診療の現状,沖縄医師報,48(12),88-92.浦添総合病院.(n.d.).
<http://jin-aikai.com/urasoe-sogo/>
(2014年11月25日現在)
- 日本看護協会.(2014). 専門看護師・認定看護師・認定看護管理者 分野別都道府県別登録者検索.
<http://nintei.nurse.or.jp/certification/General/GCPP01LS/GCPP01LS.aspx>
(2014年11月25日現在)
- 日本対がん協会.(n.d.).がん相談ホットライン.
http://www.jcancer.jp/consultation_and_support/(2015年1月18日現在)
- おきなわがんサポートハンドブック第4版.(2014).
- 沖縄県がん診療連携協議会運営サイト.(n.d.).
うちな～がんネットがんじゅう がん診療連携拠点病院とは.
<http://www.okican.jp/detail.jsp?id=21434&menuid=6349&funcid=1>
(2014年11月18日現在)
- 沖縄県がん対策推進計画 第2次. (2013年5月) .
<http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/hokeniryoyou/iryo/documents/gankeikaku2.pdf>
(2014年11月25日現在)
- 沖縄県保健医療計画 第6次.(2013年4月).
<http://www.pref.okinawa.jp/site/hoken/hokeniryoyou/iryo/documents/hokeniryoyoukeikaku.pdf>
(2014年11月18日現在)
- 沖縄県 離島の概況について.(2012).
<http://www.pref.okinawa.jp/site/kikaku/chiikirito/ritoshinko/ritou-gaikyou.html>(2014年11月18日現在)
- 沖縄県立看護大学.(2015).
http://www.okinawa-nurs.ac.jp/c1/kyouin/p_kamizato/p5_kamizato.html
(2015年9月25日現在)
- 瀬戸山洋子,中山和弘.(2011).乳がん患者の情報ニーズと利用情報源,および情報利用に関する困難ー文献レビューからの考察ー,医療と社会,21(3),325-336.

Clarifying cancer-support needs of cancer patients, their families, and medical staff in a small, remote island in order to create a support map

Ayano Mori¹ Midori Kamizato²

[Purpose]

The aims of this study were to clarify the cancer-support needs of cancer patients, their families, and medical staff in a small remote island, and to use that data to create a support map.

[Methods]

We conducted semi-structured interviews with 12 cancer patients, 5 families affected by cancer and 21 medical staff in 2 settings. The first setting was a small, remote island; the second was a core, remote island. Data were analyzed qualitatively and inductively. Once cancer-support needs had been identified and the views of the research participants had been engaged with, cancer support maps were created.

[Results]

1. Of 10 categories, the following needs were identified by cancer patients and their families: assistance in obtaining information about both medical facilities and staff that treat cancer; prevention, treatment, and information support about cancer, particularly information about cancer staging and end-of-life care; and linkage to available support groups.
2. Of 8 categories, the following needs were identified by medical staff in the small, remote island, the core, remote island, and the main island of Okinawa-honto: ability to consult with a specialist, cooperation between medical facilities, and medical information sharing.
3. From 18 categories, 8 elements were identified as necessary to create a support map. Seven types of support map were made.

[Conclusion]

Needs of cancer patients and their family in a small island were information support according to the stage of cancer, and medical staff's needs were a consultation and cooperation. Seven types of support map were made. It will be useful for support of cancer patients and the families.

Key words: small remote island, cancer patient and family, needs, support map

¹ Miyako Hospital

² Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

臨地実習における学生の看護倫理に関する体験

宮里智子、大川嶺子、賀数いづみ、西平朋子、牧内 忍、伊良波理絵

目的：学生の臨地実習における看護倫理に関する体験を明らかにし、その特徴を検討することをとおして、看護倫理教育で用いられる事例などの教材開発への示唆を得ることを目的とする。

方法：研究協力者は、看護系大学1施設において、3年生の臨地実習を終了し、協力の得られた23人である。臨地実習における看護倫理に関する体験についてグループインタビューを行い、質的帰納的に分析した。

結果：学生の臨地実習における看護倫理に関する体験は【信頼関係を築くために必要だとは思いますが、自分の個人的な情報を患者に伝えることについて迷う】、【学生としての責任と能力を自覚しているため、患者の家族からの期待に戸惑う】、【患者の尊厳の尊重を考えて判断をしたが、自分の判断と異なる看護師の判断や施設の状況に直面し戸惑う】、【患者の発達段階や性別に応じた尊厳を尊重した対応が出来ず、どのように対応すればよかったのかと疑問に思う】、【信頼関係を築けているからこそ寄せられた患者の好意を断ることができず困る】、【患児へ贈り物をする事は、平等な看護を提供するといえるのか悩む】、【受け持ち患者以外の患者から頼まれごとをされ困る】、【学ぶ者としての思いと看護者としての思いが対立しどう行動すればよいのか悩む】の8つの体験であった。

結論：臨地実習における学生の看護倫理に関する体験の特徴は、学生が看護者としてケアを行う立場であるときと、学習者と看護者のふたつの立場が同時に存在したときの2つに大別されることであり、この体験の特徴をふまえた教材作りを検討する必要があることが示唆された。

キーワード：看護学生、看護倫理、臨地実習、体験

I. はじめに

現代社会においては、患者権利意識が高まり、また、価値観も複雑・多様化しており、医療者には倫理的な判断能力や態度が求められている。患者の療養生活に身近に関わる看護師も様々な倫理的問題に直面し、悩んでいる(岡谷, 1999)。岩本ら(2006)は、大学病院で勤務する看護師が体験する倫理的問題について、身体抑制や薬剤による鎮痛、インフォームド・コンセントなどの頻度が高いと報告している。また、多くの看護師は、倫理に関する知識に自信が乏しく、倫理教育の必要性があると認識しており(岩本ら, 2006)、今後、看護師の倫理的視点を育む教育の必要性がますます高くなると言える。

一方、看護基礎教育においては、看護基礎教育の充実に関する検討会にて、看護倫理が充実すべき教育内容として明示された(厚生労働省,

2007)。小林(2007)は、「生命倫理」を看護教育の中で教えていく場合には、発生した倫理的トラブルに対して的確で実際的な行動がとれるような具体的な事例を示しながら対処方法を共に考えていく授業形態が必要であると述べている。看護倫理教育については、教育方法の確立が十分ではない(大西, 2005)という指摘や、教材が充実していない(勝山ら, 2010)等の課題はあるものの、臨地実習前後に倫理演習を取り入れ、学生の倫理的感受性を高めるなど、倫理実践を促す教育方法の工夫に関する報告もあり(両羽ら, 2011)、看護倫理教育の充実にむけた取り組みが行われつつある。

A看護系大学看護学部においても、倫理教育を行う正規の科目に加えて、2009年度からは、実習オリエンテーションで看護倫理について、事例を用いたグループワーク等を行っている。また、それぞれの実習科目において、カンファ

レンス等で倫理的問題を取り上げ、指導を行っている。しかし、学生が、実習でどのような看護倫理に関する体験をし、判断や対応に迷っているかについて、実習科目ごとの個別的な体験を超えた共通する体験としては共有されておらず、したがって、グループワーク等の評価についても、十分な検討が行われていない。特に、教材として用いている事例については、学生が判断や対応を考えるために適した内容になっているかは明らかではなく、評価を行う必要がある。事例を評価するにあたり、臨地実習における学生の体験に即した内容かを確認する必要があると考え、まずは、学生の看護倫理に関する体験を明らかにすることが求められる。

先行研究では、学生が臨地実習で体験している看護倫理的課題として、インフォームド・コンセントの形骸化や業務優先の患者対応(真継・宮島, 2008)などが報告されている。また、精神看護学など領域が限定されているものの、学生の体験を明らかにした報告では(押領・佐藤, 2012)、学生の体験は、看護師の体験とほぼ同様のものである。一方で、短期間の実習で患者の個人情報を得ることに対する迷いや(佐藤, 2005)、看護学生だけにと打ち明けられた患者の秘密など(富, 2009)、学生という立場であるがゆえの特異的な体験をしていることも明らかになっており、学生の体験は多岐にわたる。A看護系大学の学生も、特有の体験をしている可能性があり、その体験を明らかにすることは重要であると考えられる。

したがって、今回は、学生の臨地実習における看護倫理に関する体験を明らかにし、その特徴を検討することを通して、看護倫理教育で用いられる事例などの教材開発への示唆を得ることを目的とする。

II. 方法

1. 学習レディネスと臨地実習および施設の概要

A看護系大学看護学部では、学生は、1年生の必修科目である看護専門職論Ⅰの中で、日本看護協会の「看護者の倫理綱領(2003)」やサラ・J・フライの倫理原則について講義を受け、看護職者に倫理観が求められるのはなぜかという視点で看護倫理について学んでいる。4年生では、必修科目である医療と倫理の中で、倫理的問題を法的側面からとらえ、望ましい行動がとれるための倫理的基盤について学習している。また、臨地実習前のオリエンテーションにおいて、看護倫理について学ぶ機会がある。まず、1年生の早期体験実習前に、看護倫理に基づいた行動を具体的レベルで示した「実習の心得」について説明を受ける。早期体験実習は、学生が医療施設や福祉施設、市町村役場などに分かれ、看護役割モデルとなる看護職者の仕事を観察し、看護職者に求められる能力について学ぶ実習であるため、看護倫理についても、授業や実習オリエンテーションで学んだことを、看護役割モデルをとおして理解することをねらっている。次に、2年生および3年生の臨地実習前には、教員が作成した事例を用いて、看護倫理的な問題と適切な対応について検討し、具体的な行動を考え出している。2年生の臨地実習では、医療・福祉施設、市町村役場、保育所などの多様な場で、発達段階に応じた疾病の予防などに向けた生活支援の方法を学ぶとともに、患者ひとりを受け持ち、対象に必要な基本的な看護技術を修得する。3年生の臨地実習では、医療施設において、健康を障害された人を一人受け持ち、健康の回復や疾病増悪の予防に向けた看護の方法を学ぶ。看護倫理的課題に直面することが多いことが考えられこの段階で、学生が自ら判断し、行動できることがねらいとなっている。

2. 研究協力者

A看護系大学看護学部において、3年生の臨地実習を終了した80人のうち、協力の得られた23人に「臨地実習における看護倫理に関する体験」についてグループインタビューを行った。グループメンバーは、学生が指定したインタビューの希望日時に集まった学生で構成されており、4つのグループに分けられた。

3. データ収集

学生のグループごとに、半構造化された質問紙を用いてグループインタビューを行った。グループインタビューは、対象者のプレッシャーが少ない、グループメンバーの発言に刺激されて、自発的な発言が促されるなどのメリットがある一方で、メンバーの選び方が偏るとバイアスが生じやすい、他者の意見に引きずられることがあるなどのデメリットもある。今回は、看護倫理に関する体験という繊細な体験を引き出すため、対象者がプレッシャーを感じたり、発言を躊躇したりすることも考えられた。したがって、より楽な気持ちで、自由に表現できるようにグループインタビューを採用した。メンバーの偏りについては、インタビューのグループメンバーと3年生の臨地実習グループメンバーとの重なりがないかどうかを把握したうえで、インタビューを実施した。

調査内容は、1年生から3年生までの実習を振り返り、「行われている、あるいは、自分が行った看護ケアについて、看護倫理的にこれで良いのかと思ったり、どのように行動すればよいか迷ったり、困ったりしたこと」、「看護学生として正しいと考える判断と異なる判断に直面した体験」、「看護倫理的に、看護学生として、正しい行為だったのかと思うこと」とした。インタビュー回数は1回で、インタビュー時間は1時間程度であった。回答内容は、研究協力者の同意を得てICレコーダーに録音し、逐語録とした。

4. データ分析

逐語録から「看護倫理に関する体験」に注目して、重要と思われる発言を取り出し、同じ内容の体験を前後の文脈を検討してまとめ、要約し、分析対象の体験として、内容を表すラベルをつけた。その後、類似する体験をひとつのまとまりにし、まとまりごとに体験を精読し、つまりどのような体験であったかを検討して、看護倫理に関する体験を見いだした。体験を見いだすプロセスにおいて、体験が看護倫理に沿った内容であるかを確認するために、体験と日本看護協会の「看護者の倫理綱領(2003)」とを照らし合わせながら分析を進めた。

5. 倫理的配慮

研究者が研究協力者の教員であることから、強制力が働かないように十分な配慮を行った。具体的には、研究協力者のリクルートは、臨地実習の成績評価が出たあとに実施した。大学内の掲示板に研究協力者募集のポスターを掲示し、関心のある者を対象に、研究に関する説明会を開催し、研究の趣旨、研究への協力は自由意志であるほか、語られた内容を成績評価には用いない、インタビューは3年次の実習指導を担当していない教員が行うなどについて説明した。説明会后に、協力する者は名乗り出てもらい、口頭と文書で同意を得た。本研究は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号13017)。

Ⅲ. 結果

1. 研究協力者の概要

23人の学生を、希望した日時に基づいて4人～9人で構成される4つのグループ分け、インタビューを実施した。インタビューグループで、3年生の臨地実習で同じグループだった学生の人数は、最大で2人であった。

2. 看護倫理に関する学生の体験

逐語録を分析した結果、16の分析対象の体験にまとめられた。さらに、類似する体験をまとりにした結果、8のまとりになった。まとりごとに体験を精読し、つまりどのような体験であったかを検討して、看護倫理に関する体験を見だし記述した(表1)。以下、分析対象の体験は「」、ラベルは< >、看護倫理に関する体験は【】で示す。

1) 看護倫理に関する体験1【信頼関係を築くために必要だとは思いますが、自分の個人的な情報を患者に伝えることについて迷う】

この体験は、<自分の個人的な情報>、<受け持ち患者が自分の情報を知っていることで感じた怖さ>、<実習が終わった後に患者に会ったときの対応>の3つの分析対象の体験から抽出した。実習で患者を受け持つときは、責任の所在を明確にし、患者との信頼関係を築くため

に、受け持ち患者に学校名や氏名を伝えることは当然のこととして行われているが、学生はそれ以外の私的な情報についても、患者に伝えるべきかどうか迷っていた。また、「患者が意外に近い場所に住んでいて」や「学校に来たらどうしようと思って怖かった」などのように、学校名や氏名を患者が知っており、臨地実習が終わった後も患者と会う可能性があることに戸惑いを感じていた。

2) 看護倫理に関する体験2【学生としての責任と能力を自覚しているため、患者の家族からの期待に戸惑う】

この体験は、<家族が行っている行為をやっで欲しいとお願いされて対応に困る>、<学生ひとりで新生児をみていたという対応>、<看護師に間違われて感じた戸惑い>の3つの分析対象の体験から抽出した。学生は、学生としての責任と能力を自覚しているため、患者の家族

表1 看護倫理に関する体験

【看護倫理に関する体験】	分析対象の体験 <ラベル>
1【信頼関係を築くために必要だとは思いますが、自分の個人的な情報を患者に伝えることについて迷う】	<自分の個人的な情報> 患者と親しくなると、どこまで自分の個人的な情報を話していいのかと思う。出身地などを聞いてくるので、住んでいる市ぐらいは話す。本当は、仲良くなりたい思いはある。実習の終わり頃に聞かれるといいが、始まりの頃に聞かれると関係性みたいなものが気まづくなる。
	<受け持ち患者が自分の情報を知っていることで感じた怖さ> 受け持ち患者が、精神疾患を持っていて妄想が強い人だった。私を名前で呼んでいた。学校名も知っていて、よく近くまで行くと言っていたので、学校に来たらどうしようと思って怖かった。
	<実習が終わった後に患者に会ったときの対応> 患者が意外に近い場所に住んでいて、えっと思ったことがある。嫌ではないが、会ったときに、患者と学生という立場ではないと思うと、どんな対応をしたらいいのか。会ったときに知らないふりをするのか、それともこんにちはと挨拶だけするのか。
2【学生としての責任と能力を自覚しているため、患者の家族からの期待に戸惑う】	<家族が行っている行為をやっで欲しいとお願いされて対応に困る> 学生は行えない行為だが、家族は行える行為があったときに、どうしようと思う。例えば、普段から家族が車いす移乗をしている患者の場合、家族から「車いすに移してほしい」と言われ、私はできないけれど、家族は「自分もやっているからできるでしょう」と言った。困る。家族がやっていることを学生ができないときに、どうしたらいいのか分からない。
	<学生ひとりで新生児をみていたという対応> 受け持ちの患者が、授乳前に「トイレ行きたいけど、今行ったら1人にしちゃうから、授乳が終わって、寝かして、新生児室に預けてから行く」と言っていた。そこで、「私が見ているので先に行ってください」と言ってしまった。先生がそばにいるわけでもなくて、ベッドサイドに私ひとりだけがいたので、その対応でよかったのかなと気になる。その対応の仕方で大丈夫だったのかなど。何も起こらなかったからよかった。
	<看護師に間違われて感じた戸惑い> 面会に来る家族の方が、私たちに話しかけるときがある。「〇〇さんの部屋はどこですか」とか「お願いしたいんですけど」と言われる。家族にとっては、私たちも看護師なので、どう対応すればいいのかと戸惑った。

【看護倫理に関する体験】	分析対象の体験 ＜ラベル＞
3【患者の尊厳の尊重を考えて判断したが、自分の判断と異なる看護師の判断や施設の状況に直面し戸惑う】	<p>＜自分の考えに反して病院のやりかたに合わせた自分＞ 患者は歯磨きとか食事を自分でできる人だったので、ベッド上ではなく、洗面所に移動したり座位を取らせたりと、少しでもそうしたかったが、看護師がいなくて声を掛けられなかった。体重の重い人で、ひとりでは動かさなくて、患者も、もう「ここでいいよ」と言って。看護師もベッドで歯磨きをしていた。先生がいるときは一緒にできるが、先生もいなかったの、その病院のやり方でやった。本当はやりたいけど、でも、もう病院に合わせるかと思った。</p> <p>＜自分の考えとは異なる看護師の考えとの直面＞ 看護師に「お風呂の様子を観察してみたら」と言われて、お風呂場にひとりで入れられた。でも、介助するわけでもないし、ずっと見ているのかなと思ひ、お風呂場でずっとおろおろしていた。こんなときはどうしたらいいのか分からなかった。看護師は、患者がどれぐらい自分で出来るのかを把握してほしかったらしい。でも、患者の入浴の状況について情報はあるのに、見ているのかどうか悩む。見ているも全然問題ない、相手も見られて嫌じゃないような場面であれば、私も見たいと思うけれど、入浴などはできる限り見てほしくないだろうと思う。</p>
4【患者の発達段階や性別に応じた尊厳を尊重した対応が出来ず、どのように対応すればよかったのかと疑問に思う】	<p>＜子どもの尊厳を尊重した対応が不十分＞ 子どもを呼び捨てで、友達を呼ぶような感覚で呼んでいた。子どもだからといっても、ちゃんと「○○君」とか「○○ちゃん」と呼ぶのが当たり前だが、できていなかった。</p> <p>＜男子学生が授乳室に入り感じた戸惑い＞ 受け持ちのお母さんに「いいよ」と言われて授乳室に入ったのですが、他のお母さんがいるときに、男子学生の私が入っていくときにどんな顔をしていいのか、どこに立っていればいいのか。母乳が出ていることを聞くにも、「おっぱい出ていますか」と聞いていいのかということがあった。</p>
5【信頼関係を築けているからこそ寄せられた患者の好意を断ることができず困る】	<p>＜患者からの心付け＞ 病室から出ない患者だったが、実習最終日が近いことを伝えると、急に「お金を下ろしたい」と言われて、看護師に報告をして、病院の中にあるATMまで車いす介助をした。そしたら、自分で立てる患者なのに、「立てないから、暗証番号言うので押して」と言われて、カードと通帳を渡された。暗証番号と通帳があったら、お金は全額引き出すことができる。私は「ATMを使えないんです」と嘘をついた。そして、患者に引き出してもらった。その後、患者は、弁当や雑誌を「あなたのさ」と言って買おうとしたり、買った缶コーヒーを渡したりと、どんなに断っても、断りきれない。</p> <p>＜患者から寄せられた好意＞ 「どんなバイトをしているの」と聞かれて、塾講師のバイトをしていることを伝えると、「孫の家庭教師をして欲しい」と言われた。断ったが、「学校の近くに住んでいるので、見かけたら声をかける」と言われ、電話番号を聞かれたので答えられないことを伝えると、患者のほうから電話番号を渡そうとしてきて、とても困った。</p>
6【患児へ贈り物をするとは平等な看護を提供するといえるのか悩む】	<p>＜患児への購入した贈り物＞ 採血などで泣く子だったが、シールを渡したらとっても喜ぶ子で、看護師さんがシールをあげていた。私も、いいのだろうなと思って、お店で買って来たシールを渡した。採血の後に渡したら、その子が喜んだ。でも、学生が実習で行っているのに、勝手に物を渡すのはどうなのか、お金でわざわざ買ってきて、お菓子やまんじゅうは駄目なのに、そういうのはいいのかという話になった。学生はその子のためを思ってやっていることだけど、お金を使うのはいいものか。</p> <p>＜患児への手作りの贈り物＞ 家にあった使わない折り紙をあげた。受け持ちの子だから、感情移入する。愛着が湧く。だから、折り紙を作って行ったら喜ぶかなと思った。差別ではないけれど、その子にだけ何かを渡したりしたら駄目なのか。</p>
7【受け持ち患者以外の患者から頼まれごとをされ困る】	<p>＜受け持ち患者以外の患者との関わり＞ 受け持ち患者と同室の人から水を入れてきてと頼まれた。スリッパを取って、車いすに移して、ベッドあげてなどと頼まれたこともある。ベッドを上げるのは、もしかしたらその体位は駄目かもしれない。そう思ったら、どうしようと思う。「すみません、ちょっと聞いてきます」と言うが、「何で呼ぶ必要があるの。あんたができるでしょ」と言われる。3年生の実習だったから、水分制限があるかもしれないと思いついたが、2年生の実習では、多分思いつかなかったと思う。受け持ち患者以外の患者から名前と顔を覚えられており、「看護師さんには言っていないけど」などと相談された。受け持ち患者じゃないので、病状も分からない状態で、考えだけを聞いてどう発言していいか分からなかった。「そうなんです」と返しても、次の日にはまた同じような話をされた。</p>
8【学ぶ者としての思いと看護者としての思いが対立しどう行動すればよいか悩む】	<p>＜看護学生としての思いと看護者としての思い＞ 患者に不安や病気の知識がどれぐらいあるかを聞いたかったが、患者は、ずっとベッドで横になっていた、家族が面会に来ていたりなのに、私がベッドサイドに行って話をしているのかと思った。でも、実習の時間は限られているし、この時間内で聞かないといけないという焦りもある。患者のことを一番に考えると、もしかしたら、家族がいるときには、そういう話はしたくないし、家族だけの時間を大切にしたいと思っているかもしれない。家族が来る時間も限られている。そう考えると、私が話をしに行っているのかどうか迷った。こういう迷いは、どの実習でもあった。</p>

から、「自分もやっているからできるでしょう」と、家族が行っているケアを代わって欲しいなど、能力の範囲を超える期待をされたときに戸惑っていた。

3) 看護倫理に関する体験3【患者の尊厳の尊重を考慮して判断をしたが、自分の判断と異なる看護師の判断や施設の状況に直面し戸惑う】

この体験は、〈自分の考えに反して病院のやりかたに合わせた自分〉と〈自分の考えとは異なる看護師の考えとの直面〉の2つの分析対象の体験から抽出した。学生は、患者の尊厳の尊重を考慮して判断していたが、「もう病院に合わせるかと思った」などのように、自分の判断と異なる看護師の判断や施設の状況に直面し戸惑っていた。

4) 看護倫理に関する体験4【患者の発達段階や性別に応じた尊厳を尊重した対応が出来ず、どのように対応すればよかったのかと疑問に思う】

この体験は、〈子どもの尊厳を尊重した対応が不十分〉と〈男子学生が授乳室に入り感じた戸惑い〉の2つの分析対象の体験から抽出した。学生は、患者が子どもや異性であったときに、自分の行った対応が十分に患者の尊厳を尊重できていなかったと感じたり、どのような対応をすべきであったのかと疑問を感じたりなど、十分に対応できていなかったと感じていた。

5) 看護倫理に関する体験5【信頼関係を築けているからこそ寄せられた患者の好意を断ることができず困る】

この体験は、〈患者からの心付け〉と〈患者から寄せられた好意〉の2つの分析対象の体験から抽出した。患者を受け持ち、看護過程を展開するプロセスにおいて、患者と学生の間信頼関係が築かれ、それが、患者の学生に対する好意に結びついている。しかし、学生は、患者からの好意に対して、対応に困っていた。

6) 看護倫理に関する体験6【患児へ贈り物をするのは、平等な看護を提供するといえるのか悩む】

この体験は、〈患児への購入した贈り物〉と〈患児への手作りの贈り物〉の2つの分析対象の体験から抽出した。受け持ちをした患児に何かしたいという思いが、贈り物をするという行動を起こさせているが、それは、その患児だけを特別扱いしていることになるのではないかという思いもあり、平等な看護を提供することになるのだろうかと思いが揺れていた。贈り物が、購入したものであれば、その気持ちの揺れはいつそう強い。

7) 看護倫理に関する体験7【受け持ち患者以外の患者から頼まれごとをされ困る】

この体験は〈受け持ち患者以外の患者との関わり〉の1つの分析対象の体験から抽出した。学生は受け持ち患者以外の患者については、必要な看護ケアを判断するために必要な情報をもっておらず、自分の責任と能力の範囲を超える状況であることを感じている。しかし、看護者として患者から頼まれたことなどを断ることもできず、困っていた。

8) 看護倫理に関する体験8【学ぶ者としての思いと看護者としての思いが対立しどう行動すればよいのか悩む】

この体験は〈看護学生としての思いと看護者としての思い〉の1つの分析対象の体験から抽出した。学生は「患者に不安や病気の知識がどれくらいあるかを聞いたかった」、「実習の時間は限られている」などのように、これは、学ぶ者として、必要な情報を限られた実習時間のなかで得なければという思いがあった。一方で、看護者として患者にとって一番大事なことは何かを考え、学ぶ者としての思いと看護者としての思いが対立し、悩んでいた。

IV. 考察

本研究の結果、学生の臨地実習における看護倫理に関する体験は【信頼関係を築くために必要だとは思いますが、自分の個人的な情報を患者に伝えることについて迷う】、【学生としての責任と能力を自覚しているため、患者の家族からの期待に戸惑う】、【患者の尊厳の尊重を考えて判断をしたが、自分の判断と異なる看護師の判断や施設の状況に直面し戸惑う】、【患者の発達段階や性別に応じた尊厳を尊重した対応が出来ず、どのように対応すればよかったのかと疑問に思う】、【信頼関係を築けているからこそ寄せられた患者の好意を断ることができず困る】、【患児へ贈り物をするとは、平等な看護を提供するといえるのか悩む】、【受け持ち患者以外の患者から頼まれごとをされ困る】、【学ぶ者としての思いと看護者としての思いが対立しどう行動すればよいのか悩む】が明らかとなった。学生が臨地実習で体験した倫理的問題で着目したものの特徴は、真継・宮島(2008)や富(2009)の報告によると、学生が直接体験したものと、その場に居て間接的に体験したものがある。しかし、本研究で明らかになった体験は、学生が直接体験したものであった。これは、学生が、臨地実習において、自分が行った看護を「これはおかしいのでは」という道徳的感受性でとらえ、自己の看護実践を看護倫理の視点からみつめることに関心が向いていることの現れだと考える。

学生の看護倫理に関する体験をみると、【信頼関係を築くために必要だとは思いますが、自分の個人的な情報を患者に伝えることについて迷う】、【信頼関係を築けているからこそ寄せられた患者の好意を断ることができず困る】は、患者との信頼関係を築いたうえで看護ケアを提供するという、看護者として最も基本的な姿勢を学生が大切にしていることがわかる。一方、学生自身の個人的な情報を示すことや築いた信頼

関係に対する報酬とも言えるような好意を受け取ることを患者から求められ、断ることが信頼関係を損ないかねない状況におかれたときに、どのように対応すればよいか迷っている。つまり、患者との信頼関係と学生自身の対応との間で判断が揺れ動く体験をしている。【学生としての責任と能力を自覚しているため、患者の家族からの期待に戸惑う】や【受け持ち患者以外の患者から頼まれごとをされ困る】は、看護者の一員としての責任と責務という点から、学生として、自己の責任と能力では対応できない状況が起こったときに困った体験である。【患者の尊厳の尊重を考えて判断をしたが、自分の判断と異なる看護師の判断や施設の状況に直面し戸惑う】は、患者の尊厳の尊重についての判断が学生と看護師との間で異なり、学生が戸惑っているのがわかる。これは、免許をもち自己の責任と能力では対応できない状況や、学ぶ立場であるがゆえに看護師の指示に従わざるをえない学生の戸惑いの体験といえる。【患者の発達段階や性別に応じた尊厳を尊重した対応が出来ず、どのように対応すればよかったのかと疑問に思う】と【患児へ贈り物をするとは、平等な看護を提供するといえるのか悩む】は、患者の発達段階や性別を問わず、患者の尊厳の尊重や平等な看護の提供は重要だと考える学生の思いの現れであり、看護専門職者としてふさわしい対応を模索する体験といえる。【学ぶ者としての思いと看護者としての思いが対立しどう行動すればよいのか悩む】は、実習をしている学生のなかに、学ぶ者と看護者というふたつの立場が同時に存在し、どちらの思いを優先させればよいのか悩んでいる。したがって、学習者と看護者というふたつの立場が同時に存在したときの体験といえる。以上のことから、臨地実習における学生の看護倫理に関する体験の特徴は、学生が看護者としてケアを行う立場であるときと、学習者と看護者というふたつの立場が

同時に存在したときのふたつに大別されることが特徴であるといえる。

今後は、現在、看護倫理教育に使用している教材が、学生が看護者としてケアを行う立場であるときと、学習者と看護者というふたつの立場が同時に存在したときの2つの体験に即しているかを評価し、事例の修正や新たな事例の作成に取り組みたい。

V. 結論

1. 学生の臨地実習における看護倫理に関する体験として、8つの体験が抽出された。

2. 臨地実習における学生の看護倫理に関する体験の特徴は、学生が看護者としてケアを行う立場であるときと、学習者と看護者というふたつの立場が同時に存在したときの2つに大別されることであり、この体験の特徴をふまえた教材作りを検討する必要があることが示唆された。

文献

岩本幹子, 溝部佳代, 高波澄子. (2006). 大学病院において看護師が体験する倫理的問題, 日本看護学教育学会誌, 16(1), 1-12.

勝山貴美子, 勝原裕美子, 星和美, 鎌田佳奈美, ウィリアムソン彰子. (2010). 過去5年間の倫理に関する研究の特徴と今後の課題, 日本看護倫理学会誌, 2(1), 77-86.

小林亜津子. (2007). 看護のための生命倫理. ナカニシヤ出版. 東京.

厚生労働省. (2007). 護基礎教育の充実に関する検討会報告書, 厚労省検討会報告書.

真継和子, 宮島朝子. (2008). 学生が捉えた倫理的課題と看護者に求める倫理観, 京都大学医学部保健学科紀要, 4, 39-44.

岡谷恵. (1999). 看護業務上の倫理的問題に対する看護職者の認識, 看護, 51(2), 26-31.

大西香代子. (2005). 倫理的な能力をどうはぐ

くむか. 基礎教育の立場から, 日本看護学教育学会誌, 14(3), 48-53.

押領司民, 佐藤みつこ. (2012). 看護学生が精神看護学実習で体験した倫理的課題と学び, 看護教育研究学会誌, 4(2), 23-29.

両羽美穂子, 松下光子, 北山三津子. (2011). 学士課程における看護学実習を通じた倫理的対応に関する教育の方法, 岐阜県立看護大学紀要, 11(1), 55-62.

佐藤友美. (2005). 看護学生が捉えた倫理問題基礎看護学実習の体験の中で, 日本看護科学会誌, 25(3), 92-95.

富律子. (2009). 看護学生が成人看護学実習で体験した倫理的問題と状況認識, 川崎市立看護短期大学紀要, 14(1), 109-115.

Experience Regarding Nursing Ethics of Students on Nursing Practicum

Tomoko Miyazato, Mineko Okawa, Izumi Kakazu, Tomoko Nisihira, Shinobu Makiuchi,
Rie Irah

Purpose:

To identify experiences regarding nursing ethics of students during nursing practicum and discuss the characteristics of such experiences, in order to gain insights into developing educational material in the form of nursing ethics case studies, among others.

Method:

A total of 23 research collaborators, who have completed their third year practice work in a nursing department facility of a nursing university, agreed to participate in the study. A group interview on their experiences regarding nursing ethics during practice work was conducted, and the information collected was analyzed qualitatively and inductively.

Result:

Students' experiences regarding nursing ethics during nursing practicum were the following eight: 1) I am hesitant to give patients my personal information even though I know it is necessary to build rapport. 2) Because I realize my responsibility and ability as a student, I am perplexed by the expectation patients' families have on me. 3) I made decisions that respected patients' integrity, but I am perplexed by decisions made by other nurses or the situation of the facility that are not in alignment with my decisions. 4) I was not able to treat patients in a way that respected their integrity based on their developmental stage and sex, and question myself as to what I should have done. 5) It is difficult to say no to patients' affection because it grows out of rapport. 6) I find it difficult to decide whether or not giving a gift to an affected infant is a fair act of nursing. 7) I am bewildered by requests made by patients that are not under my responsibility.

8) I find it difficult to resolve the conflict between the student and the nurse in me.

Conclusion:

The study on experiences regarding nursing ethics of students during nursing practicum identified two major types: 1) the student assuming the role of the nurse to provide care, and 2) the role of the student and the nurse co-existing as one. This suggests a need to consider developing educational material that corresponds to each type.

Key words: Nursing student, nursing ethics, nursing practicum, experience

報告

PACAPによる子ども虐待リスク者の縦断的調査

玉城清子¹、吉川千恵子²、西平朋子³、嘉陽田友香³

【背景】我が国の子ども虐待は年々増加し、また、近年の研究によると脳の発達にも影響することが明らかにされ、社会の大きな関心事となり早急の予防的介入が望まれている。

【目的】上田の開発したPACAP現代子育て環境アセスメント・ツール(Pre-Assessment of Child Abuse Prevention)が子ども虐待の把握に有用かを検討することである。

【方法】沖縄県A町(1島1町 人口約8,500人)の乳幼児の保護者全数を対象にPACAPを用いて子育て環境のアセスメントを行ない、保護者538人のうち447人から回答が得られ、そのうち「疑問(真のリスク)」は16人(3.6%)であったことを報告した。本研究では、PACAPで「真のリスク」と評価された16人のうち転出した2人を除く14人を対象にPACAPの縦断的調査(第2回及び第3回調査)と直接支援者(保育士・保健師など)から親の養育に関する情報収集を行った。

【結果】

1) PACAPの縦断的調査の結果、第2回目は11人から、また第3回目には14人から回答があり、分析の結果「真のリスク」は減少していた。

2) 第1回から第3回調査のデータが揃っている11人のうち、第2回及び第3回調査のPACAP判定に変化なし7人、あり4人であった。変化なしのうち「普通」の持続が5人であった。直接支援者からの情報で「家族関係良好」、「父親の教育熱心」などがあった。また、「真のリスク」が持続している者には「上の子の発達障害」「長子と父親の不仲」「夫婦関係不和」など複数の問題を有していた。変化があった者のうち、良い方向になっているのが2人、逆に悪い方向に変わっているのが1人いた。良い方向に変化があったのは「偽陰性」から「普通」へと変化しており、長期入院による愛着形成の問題などがあった。また、「偽陰性」から「偽陽性」に変化していた者は、母子家庭で母親が就労しており、子どもは他者の接近に対して自己防衛の姿勢がみられた。保健師から専門医を紹介され、母子共に治療継続中である。

【結論】母親や子どもに様々な問題があるとPACAPで真のリスクの範囲に入っていたことから、子どもの虐待の早期発見に役立つツールであると示唆された。

キーワード：子ども虐待、PACAP(現代子育て環境アセスメント・ツール)、縦断的調査、直接支援者

1. 序論

1989年の第44回国連総会で、世界的な観点からすべての児童の人権の尊重や保護の促進を目的として採択された「児童の権利に関する条約」の批准により、子どもは保護・養育の客体ではなく、権利行使の主体として人格と主体性が尊重され調和のとれた成長発達が保証されるべきとの認識になった。しかし、わが国の子ども虐待は、統計を取り始めた平成2年から年々増加している。その背景には家庭や地域の養育

力の低下、子ども虐待に対する認識の高まりがある(厚生労働省, 2011)といわれている。子ども虐待の加害者は実母が最も多く(厚生労働省, 2013)、虐待を受けている子どもの年齢は0歳から12歳にかけて多いが、そのうち4歳児が最も多い(東京都社会保健局, 2001)との報告がある。4歳前後の子どもの特徴として、生活習慣の自立、自我の芽生えによる自己主張がある。親はそのような時期の子どもへの対応がうまくできず、子育て困難感に陥り虐待が発生しやすいと考えられている(東京都社会保健局, 2001)。虐待が長期に及ぶと身体や心理的問題のみでなく、最近では脳の発達にも影響があることが明らかになっている(友田, 2012)。

¹ 沖縄県立看護大学大学院研究科

² 元沖縄県立看護大学

³ 沖縄県立看護大学

虐待の連鎖率は30%程度（渡邊, 2011）もあることから、次世代にも影響を及ぼすことになる。したがって子どもの虐待予防は重要な社会的課題であると同時に早急の予防的介入が望まれる。子ども虐待のリスクを有する子どもや家庭に対して有用なツールがあれば予防的介入が期待できることから、早期発見のためのツールを活用した支援が必要である。

本研究の目的は、上田の開発したPACAP（Pre-Assessment of Child Abuse Prevention 現代子育て環境アセスメント・ツール）が子ども虐待の早期発見に有用かを把握することである。

2. 研究方法

1) 研究協力者

研究協力者A：14人{平成23年に沖縄県内A町（1島1町 人口約8,500人）の乳幼児を持つ母親全員538人を対象に実施した第1回目のPACAPの調査で「真のリスク」と判定された16人のうち転出者2人を除く14人}

研究協力者B（直接支援者）：5人（研究協力者Aに対し子育てに関する相談を受けたり、支援を行なっている保育士・保健師など）

2) 調査方法

(1) 調査用紙の配布と回収法

調査用紙は子ども通う保育園や幼稚園を通して、また、家庭保育児の場合は保健師や研究者らが配布回収した。

(2) 期間

調査期間は平成24年から平成25年の2年間であった。研究協力者Aに対して、平成24年に第2回調査、平成25年に第3回調査を行なった。

(3) 調査用紙

調査用紙は、子ども虐待のスクリーニングを目的に上田が開発した自記式調査用紙PACAP

を用いた（上田,2009;上田,2011）。PACAPは、①子どもの健康・行動発達、②親のケアと教育的能力、③家族と環境、④相談の4領域・18項目から構成されており、それぞれの項目にリスク得点と適応得点が配点されている。そして、各領域のリスク得点と適応得点を算出するもので、それぞれ0～26点、0～18点の範囲の得点を取り得る。リスク得点と適応得点の二次元で構成され、リスク得点7点及び適応得点11点を基準として、リスク得点7点以下及び適応得点12点以上を「普通」、リスク得点8点以上及び適応得点12点以上を「偽陽性」、適応得点11点以下を「疑問」と評価する。「疑問」はさらに2つすなわち、リスク得点8点以上の「真のリスク」とリスク得点7点以下の「偽陰性」(上田,2009;上田,2014)に分類される（図1）。

(4) 研究協力者B(直接支援者)からの情報収集

研究者らが、児が保育園児の場合は保育士から、家庭保育児の場合は保健師から家庭の状況や親の子育てに関する情報をインタビューにより収集した。その際にはPACAP調査の結果を伝えずに行なった。

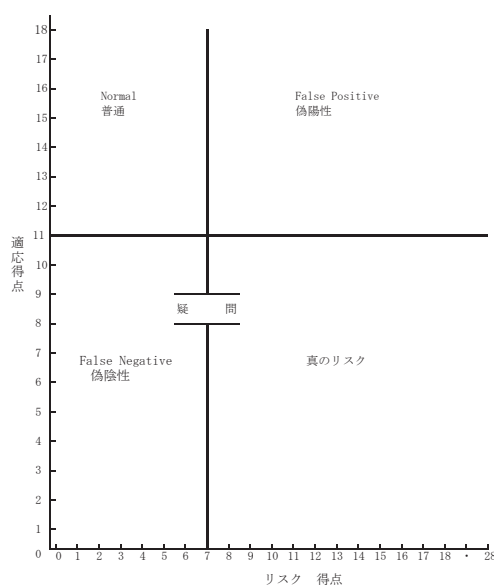


図1 PACAPの判定法

3) 倫理的配慮

調査に先立ち、調査の行なわれる施設の責任者へ研究目的、方法、対象者への倫理的配慮について説明し、研究協力への承諾を得た。研究協力者Aへはプライバシーの保護、研究不参加により不利益を被らないこと、収集したデータは研究目的以外には使用しないことを文書で説明した。調査票は施設を介し個別封筒で配布・回収し、回収を持って研究参加への同意とみなした。また、家庭保育児は研究者らが訪問し調査票を配布し、回収は保健師へ依頼した。研究協力者B(直接支援者)へは、研究への協力は自由意思に基づくものとし、承諾後でも取りやめることができること、研究結果は学会での発表や論文にすることを説明し、口頭で承諾を得た。本研究は本学の研究倫理審査委員会の承認を得た(承諾番号10013)。

3. 結果

回答者の子どもの属性は表1に示すように、年齢は0～1歳未満5人、1～2歳未満5人が多く、性別は男児7人、女児7人で同数であった。また、出生順位では第3子が5人と最も多かった(表1)。

1) 第2回及び第3回のPACAPの結果

第2回調査は、研究協力者A14人のうち11人から回答があり、判定の内訳は「普通」6人が最も多く、続いて「真のリスク」と「偽陰性」は各々2人で、「偽陽性」は1人であった。第3回目調査では全員から回答があり、判定の内訳は「普通」9人が最も多く、次いで「偽陽性」4人、「真のリスク」1人であった(表2)。

2) 縦断的調査の結果

第1回目から第3回目までデータが揃っている11人の内訳は、第2回調査と第3回調査の判定に変化無し7人、有り4人であった。変化無しのうち、「普通」の持続5人、「偽陽性」の持続1人、「真のリスク」の持続1人であった。「普通」が持続していた5人についての研究協力者B(直接支援者)からの情報では、「家族関係が良好」、「父親も育児熱心」「健診で相談・指導に熱心」「育児熱心」などであった。「偽陽性」が持続していたケース6は、子どもの言語や歩行に発達の遅れがあった。「真のリスク」が持続していたケース7は、男児3人を有し、上の子に発達障害、長子と父親との不仲、夫婦関係不和などの問題を有していた。

第2回調査と第3回調査に変化があった者のうち、よい方向に変化している者が2人いた。すなわち第2回調査で「偽陰性」や「真のリスク」であった者が第3回調査で「普通」になっていたのである。それぞれについて見ると前者のケース8は、出産直後から難病のため島外の医療施設に長期入院しており、子どもの養育ができない期間が長く続いていた。第1回目の調査は退院直後に行なわれたため「真のリスク」であったが、第2回は「偽陰性」、第3回は「普通」に変化していた。後者はケース9で、子どもにダウン症があり紙オムツを使用し、上の子にも発達遅延があった。子どもは地元の医療機関や本島からの巡回診療による医療支援を受け「普通」に変化していた。

一方、「普通」から「偽陽性」へと悪い方向に変化していたケース10は、上の子に多動の問題があり、また次子出産と脳卒中で入院中の

表1 子どもの属性

年齢	0～1歳未満 5人、1歳以上～2歳未満 5人、2歳～3歳未満 1人、3歳～4歳未満 3人
性別	男児 7人 女児 7人
出生順位	第1子 3人、第2子 4人、第3子 5人、第4子 2人

表2 PACAPの第1回調査で真のリスクと判定された者の縦断的調査

個別	性別	年齢	出生順位	第2回調査 (平成24年6月)			第3回調査 (平成25年7月)			直接支援者からの情報(3回目)
				リスク 得点	適応 得点	判定	リスク 得点	適応 得点	判定	
1	女	1歳	2	5	15	N(普通)	0	18	N(普通)	家族関係は良好。父親は子育てに熱心で保育園の送迎も担当。
2	女	11ヵ月	3	4	14	N(普通)	5	15	N(普通)	乳児健診で相談・指導に熱心で、問題なし。
3	男	10ヵ月	3	3	15	N(普通)	0	18	N(普通)	発達良好で問題なし。
4	男	7ヵ月	2	2	16	N(普通)	2	16	N(普通)	ケースは子連れ再婚し、子どもは現夫との間にできた。親子関係は良好。
5	男	8ヵ月	4	1	17	N(普通)	0	18	N(普通)	母親は育児熱心で友人も多く問題なし。
6	男	1歳 10ヵ月	1	10	12	Fp(偽陽性)	8	13	Fp(偽陽性)	子どもは言葉や歩行が月齢より遅いため、保健師が発達経過観察中。
7	男	3歳	3	14	9	Q(真のリスク)	11	11	Q(真のリスク)	長子と父親の関係不良。上の子に発達障害児あり。夫婦関係も不和。
8	女	1歳 8ヵ月	3	1	11	Fn(偽陰性)	3	12	N(普通)	ケースは子どもの出産直後から難病のため長期入院し、夫と離婚した。その間の育児は祖母と叔母が行っていた。
9	女	3歳 2ヵ月	1	8	11	Q(真のリスク)	4	16	N(普通)	子どもはダウン症児で排泄に紙オムツを使用。地元病院の小児科を受診し、また本島の医療施設からの巡回診療も受診。上の子にも発達遅延あり。
10	男	2歳	2	5	15	N(普通)	8	14	Fp(偽陽性)	上の子に多動・暴れるなどの問題あり。ケースは次子出産予定と脳卒中で入院中の義母の退院予定があり、育児と介護負担が予測される。
11	男	3歳 9ヵ月	1	3	7	Fn(偽陰性)	8	12	Fp(偽陽性)	夫と離婚し、父方の祖母・ケース・子どもの3人家族。保育園入園当時、他者が近づくとも両手で頭を庇う行動あった。現在、母子ともに治療中。子どもには養護教諭の支援あり。
12	女	7ヵ月	3	-	-	-	9	12	Fp(偽陽性)	家族関係は良好であるが経済的に厳しい状況。子どもに発達遅延あり。
13	女	1歳 3ヵ月	4	-	-	-	6	14	N(普通)	社会性・言語・運動の発達は正常。実家のサポートがあり、問題なし。
14	女	1歳 7ヵ月	2	-	-	-	4	15	N(普通)	子どもに小児慢性特定疾患(脳腫瘍)があり、病院を受診している。ケースは夫と離婚し、県外出身の夫は本土在住。生活保護を受給。

注1) 判定の見方

Q: 真のリスク, Fn: False negative 偽陰性, Fp: False positive 偽陽性, N: Normal 普通

注2) 年齢は初回調査時(平成23年9月)のものである。

注3) PACA回答者をケース、PACAPの対象児を子どもと表現した。

義母の退院が重なることにより今後育児や介護の問題が予想されるなど複数の問題を有していた。

ケース11は第2回が「偽陰性」、第3回が「偽陽性」であった。同ケースは、母子家庭のため就労の必要があった。また、子どもは他者が近づくとも防御の姿勢を取る様子がみられていた。そのような状況にある母子に保健師は専門家へコンサルテーションを依頼した。専門家の診察の結果、母子ともに治療が必要とのことで現在

治療継続中である。

4. 考察

1) ソーシャルサポート

縦断的調査の結果、「真のリスク」は減少していた。「普通」に変化していた者の家族関係は良好であったことから、家族からの情緒的サポートが得られていたためと解釈される。安藤ら(2006)によると、ソーシャルサポートが多ければ育児不安も少ないことが分っている。家

族関係の良好さがソーシャルサポートとして働き、それが母親の育児不安の減少につながり、最終的に育児ストレスが軽減し、虐待傾向の減少になったと解釈される。個別的にみると、ケース4は子どもとそのきょうだいに障害があった。発達遅延の子どもは虐待の要因（渡邊, 2011）となるとの知見があるが、地元の医療機関や巡回診療による医療支援が道具的・情動的・情緒的支持となり、育児ストレスが軽減されたと解釈される。また、ケース6は専門的医療機関に紹介されることによって専門的な発達相談受診の機会を得ていた。専門的治療を受けることによって改善の徴候があったことから、治療が道具的サポートとして働いたと推察される。したがってソーシャルサポートは子どもの虐待予防に有効に働くと考えられる。

2) 子どもの発達障害

研究協力者14人のうち4人の子どもに発達遅延などの問題があることから、子どもの発達障害は虐待の因子となるとの先行研究（渡邊, 2011; 厚生労働省, 2013）を支持していた。子どもに発達遅延がある者は、縦断的調査でも「普通」に変化している者は少なかった。このことより、子どもの発達遅延などの障害は、育児を行なう母親にとって負担が大きいと推測される。したがって子どもに発達障害がある場合は、予防的介入が望まれる。

3) 母子分離

母子分離期間が長いと、虐待になる可能性が示唆された。具体的にはケース8は出産後の難病により、島外での長期入院治療が必要であった。初回調査結果で「真のリスク」であったのは、母子接触時間が少ないため愛着形成が十分になされなかったためと推測される。第2回目が「偽陰性」、第3回目が「普通」に変化しており、これは退院によって母子の接触時間が長くなる

ことにより愛着形成がなされ、母子関係の改善につながったと推測される。先行研究でも愛着形成不全は虐待の要因となるとの報告（今野ら, 2001）から、子ども虐待予防の視点から愛着形成の障害とならないような支援が求められる。

4) 経済状態

貧困は虐待の要因と言われている（前田, 2015）が、本研究でも「偽陽性」の者に経済的問題を有する者がいた。田宮（2013）や阿部（2010）によると母子世帯の者には、貧困である場合が多いことから、母子家庭の者を加味すると、経済的な困窮者はさらに多くなると推測される。貧困者は収入を得て生活を維持することに精一杯で、育児に要する時間も十分ではなく、また子育てについて考える余裕もないため虐待に陥りやすいと解釈される。

5. 結論

PACAP判定による「真のリスク」者には、子どもの疾病・発達上の問題・親やきょうだいの疾患、夫婦関係の不和等があった。縦断的調査では、「真のリスク」は減少傾向にあり、「真のリスク」から「普通」に変化した者の家族関係は良好であった。しかし、「真のリスク」が持続していた者は、夫婦関係や父親ときょうだいとの関係不良、他児の発達障害、貧困など複数の問題を有していた。これらから、PACAPは子どもの虐待の早期発見に役立つツールであるといえる。PACAPの結果を保健師や保育士・幼稚園教諭などの直接支援者と共有することで、早期の支援に結びつけることができると示唆された。

引用文献

阿部彩. (2010). 子どもの貧困 —すべての子どもの幸せのために.
eco.nihon.u.ac.jp

安藤智子, 立石陽子, 荒牧美佐子, 岩藤裕美, 金丸智美, 丹波さかの, 砂上史子, 堀越紀香, 無藤隆. (2006). 幼稚園児をもつ母親のソーシャルサポートー子どもの数に着目してー. お茶の水女子大学子ども発達教育研究センター紀要, 31-37.

厚生労働省. (2011). 児童虐待関係の法律改正について.

<http://www.mhlw.go/seisaku/2011/07/02.html>

厚生労働省. (2013). 児童虐待の定義と現状.

http://www.mhlw.go.jp/seisakunituite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/about.html

厚生労働省. (2013). 子ども虐待対応の手引き平成25年 改正版.

<http://www.mhlw.go.jp/seisakunituite/bunya/kodomo/kodomo-...>

今野義孝, 水谷徹, 星野常夫. (2001). 我が子虐待の早期発見と早期教育に関する考察ー母子の愛着形成と我が子虐待の予防ー. 立教大学教育学部 教育学部紀要, 第35集, 105-116.

前田清. (2015). 児童相談所における虐待対応の現状と社会医学的課題. 社会医学研究, 32(1), 1-3.

田宮遊子. (2013). 現代社会のリスクと社会保障制度：母子世帯の問題に焦点をあてて. 学術の動向, 38-46.

友田明美. (2012). 新版いやされない傷 児童虐待と傷についていく脳. 診断と治療社. 東京.

東京都社会保健局. (2001). 児童虐待の実態ー東京の児童相談所の事例に見るー.

www.moj.go.jp/content/000012466.pdf

上田礼子. (2009). 子ども虐待予防の新たなストラテジー. 医学書院. 東京.

上田礼子. (2011). 現代子育て環境アセスメン

ト手引き書. 竹井機器工業.

上田礼子. (2014). 子ども虐待予防の新しいアセスメント・ツールと支援のためのアクション・リサーチ.

https://www.health-research.or.jp/library/pdf/forrum21/fo21_2_04.pdf

渡邊茉奈美. (2011). 「育児不安」の再検討ー子ども虐待予防への示唆ー. 東京大学大学院教育学研究科紀要, 第51巻, 191-202.

謝辞

本研究は平成23～25年度JSPS科学研究費23593324の助成を受けたものであり、その一部を第80回民族衛生学会で発表した。

Longitudinal study of mothers who are at risk of child abuse cases through PACAP measurements

Kiyoko Tamashiro¹, Chieko Yoshikawa², Tomoko Nishihira³, Yuka Kayouda³

Background:

A number of child abuse cases in Japan has been increasing, and recent studies illustrate that child abuse affects brain development. Therefore, it has become social concern which requires immediate prevention measures.

Objectives:

Our research objectives are to grasp relevance of “Pre-Assessment of Child Abuse Prevention (PACAP)” measures that are a modern child rearing environment assessment tool.

Method:

We targeted guardians of infants and assessed child rearing environment through PACAP at A town (an island with 8,500 inhabitants) in Okinawa prefecture. We hitherto received 447 responses from 538 samples and reported that 16 research participants (3.6%) are at “risk” situations. This study follows up situations of those who belong to the “risk” group (targets are 14 since 2 already moved out). We collected information about parents’ knowledge through continuous PACAP research (2nd and 3rd phases) and from immediate supporters - such as public health nurses, nursery teachers, and kinder garden teachers.

Result:

1. We implemented longitudinal PACAP study and received responses from 11 participants at the 2nd phase; and 14 at the 3rd. Our analysis illustrates that the degree of “risk” situations has declined.
2. We have thorough data about 11 participants between the 1st and 3rd research phases. Among them, 7 showed change at the 2nd or 3rd phase, and the rest (4) did not show change. The 5 participants who did not show change maintained “normal” condition. According to information from immediate supporters, those who maintained “normal” condition had “good family relations” and “fathers with educational passion.” One participant who indicated that she was at the “risk” situations in all 3 response phases had multiple issues: the oldest boy has developmental disorder and negative relationship with his father. Her relationship with her husband also is problematic. Among those who illustrated change, 2 showed positive change, and 1 negative. The former change includes from “false negative” to “normal,” and originally contained problems regarding affection formation due to long-term hospitalization. Another participant who shifted from “false negative” to “false positive” is a single mother who has a job. Her child shows defensive attitude towards strangers. They were introduced to a medical specialist by a public health nurse and under ongoing treatment.

Conclusion:

Our study indicates that PACAP is a relevant tool to detect child abuse in early stages since those mothers who experience problems belonged to “real risk” range.

Key words: child abuse, PACAP (Pre-Assessment of Child Abuse Prevention), longitudinal study, immediate supporter

¹ Graduate School, Okinawa Prefectural College of Nursing,

² Former Staff at Okinawa Prefectural College of Nursing,

³ Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

実習指導をし始めた臨床看護師が感じた困難と対応

伊良波理絵¹ 嘉手苺英子¹

【目的】実習指導をし始めた臨床看護師が、どのようなことに困難を感じてどう対応したのか、その特徴を明らかにすることによって、実習指導をし始めた臨床看護師に対する支援を検討する。なお、本研究で「実習指導をし始めた看護師」とは、看護学実習の指導で直接学生と関わるようになって1年未満の臨床看護師のことである。

【方法】同意が得られた8人の研究協力者に半構造化面接を行い、語られた内容から実習指導に関する困難と相対する対応を抽出して質的・帰納的に分析し、困難と対応の特徴を検討した。

【結果】実習指導をし始めた臨床看護師が感じた困難は、実践者と指導者という二重の役割が内在することによって生じるもの、実習指導者－受け持ち患者－学生の三者間にある看護過程や指導過程に関するもの等があった。困難への対応として、指導経験者の体験を参考にしながら、看護実践や指導について自己学習しつつ実習指導を行っていた。一方、たとえ学生に関連する困難であっても、実習指導をし始めた看護師から、実習指導教員に働きかける対応は優先されていなかった。

【結論】実習指導をし始めた臨床看護師が感じた13の困難とその対応が抽出された。実習指導をし始めた臨床看護師にとって、実践者と指導者という二重の役割が内在することを前提に、備えている実践力を見極めて学生と関わる範囲を設定すること、予備知識を得る機会や振り返りの機会を設けて体験が共有できるようにすること、同僚や管理者からの助言、教員との話し合いの場が支援になることが示唆された。

キーワード：実習指導、臨床看護師、困難、対応

I. はじめに

看護基礎教育において、臨地実習は学生が看護の対象と直接関わり、看護職者としての能力を獲得する重要な学習形態である。学生は看護職者として学習途上にあるため、学生の行為が対象にとって看護になるように導く教員や臨床看護師の存在が必要である。しかし、臨床看護師にとって、現場に学生が入り込む形で行われる臨床実習の指導は、日常の看護業務と異なる。なぜなら、単に看護を実践するのではなく、学生とともに患者をとらえ、学生が看護過程を展開できているか、互いにとらえた意味をつきあわせる指導過程をたどることが求められる（薄井, 2011）からである。臨床看護師は日常的に看護実践について学ぶが、看護を学ぶ学生をどう育てるかについて学ぶ機会はそう多くない。

「看護師等養成所の運営に関する指導要領」に実習看護単位ごとに、実習指導者を2人以上

配置することが望ましいと述べられ、指導的な役割を担う臨床看護師の必要性が明示されている。しかし、都道府県実習指導者講習会や各施設独自の研修等、実習指導について学ぶ機会を得る以前から、臨床看護師はその役割を担うこともある（細田・山口, 2004; 亀山・水戸, 2005）。また、個々の学生に応えるため、同時に複数の実習指導者を必要とする場面も多く、実習指導者以外の臨床看護師も学生と直接的に関わっている。

実習指導者は、看護職としての経験年数や指導経験年数により指導上困難とする因子に変化があること（細田・山口, 2004）や看護経験や指導経験に応じて看護実践の役割モデルの認識が変化すること（渡部・一戸, 2013）が報告されている。これらは、実習指導者の看護実践の経験や指導経験に応じた支援の必要性を示唆している。特に、実習指導をし始めた臨床看護師は、指導に不慣れであると推測される。コミュニケーションを主とした実習指導において、指

¹ 沖縄県立看護大学

導経験が少なく教育方法に関する教育を受けていない実習指導者の実習指導への自覚やサポート不足が困難をもたらすことが指摘されている(男鹿, 2008)。困難は不快な思考であると同時に、問題解決をのぞむ思考の反映とも言える。困難に続くその時々への対応は問題解決に向けた行動として、困難と対応を連動させてとらえる必要がある。

そこで本研究では、実習指導をし始めた臨床看護師が、どのようなことに困難を感じてどう対応したのか、その特徴を明らかにすることによって、実習指導をし始めた臨床看護師に対する支援を検討する。

II. 用語の操作的定義

実習指導をし始めた臨床看護師：看護学実習の指導で直接学生と関わるようになって1年未満の臨床看護師とした。

困難：「困った」の他に、「大変」「迷った」「難しい」という意味内容も含めた。

III. 方法

1. 研究協力者

研究協力者は、A総合病院で実習指導をし始めた臨床看護師とした。看護部に実習指導をし始めた臨床看護師の選定を依頼し、選定された者に対して研究者から個別に、研究概要と協力依頼を文書および口頭で説明して、同意が得られた8人が研究協力者となった。

2. データ収集

データ収集期間は2009年9月から2010年2月であった。インタビューガイドに基づき、「実習指導をすることになった経緯」「実際に実習指導をしてどのように困ったか」「困ったことにどう対応したか」について半構造化面接を行い、ICレコーダーに録音した。

3. データ分析

インタビュー内容の逐語録を質的・帰納的に分析した。その際、研究協力者が面接中にデータ化を拒否した録音箇所は逐語録にせず、分析対象にしなかった。

逐語録の内容から「困難」とその困難に関連した「対応」を場面ごとに取り出して、「困難」の内容の類似性、相違性を比較しながら2段階で抽象化し、コード、サブカテゴリーとした。続いて、サブカテゴリーを実習指導の構造に照らして、誰とどのような関係か検討し、カテゴリーとした。それぞれのカテゴリーには、困難の特徴を示す命名を行った。そして、カテゴリーごとに「対応」の場面を概観してまとめた。一連の分析過程は、看護教育の研究者によるスーパービジョンを受けて真実性を確保した。なお、実習指導の構造については、薄井(2011)の臨地実習の学習過程を参考に図1を作成した。すなわち、実習指導の構造とは、受け持ち患者に看護過程を展開しようとする学生に対し、実習指導看護師が受け持ち患者に行う学生の看護過程を補いつつ、学生が看護過程を展開できるように指導過程をたどる、学生-受け持ち患者-実習指導看護師の三者関係を言う。

4. 倫理的配慮

研究協力者へ研究の趣旨、個人情報保護等を文書および口頭で説明し、同意を得た。研究

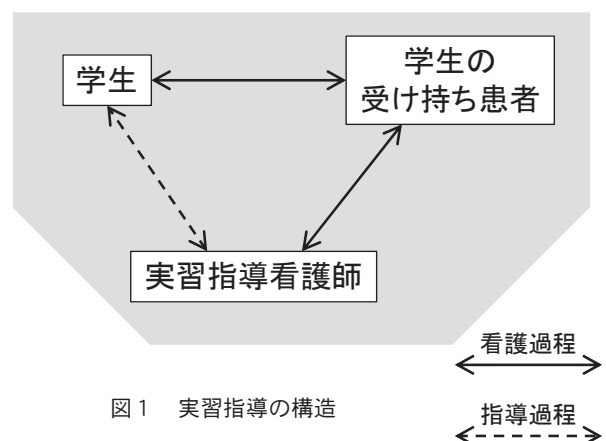


図1 実習指導の構造

計画は、沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けた(承認番号09004)。

IV. 結果

1) 研究協力者の概要

研究協力者8人の臨床経験年数は、1年未満の者が4人、1～5年の者が2人、10年以上の者が2人であった。5年前に一度、実習指導を体験した者が1人いた。臨床実習指導者講習会を受講または学習会等に参加した経験のある者はいなかった。

2) 実習指導をし始めた臨床看護師が感じた困難と対応

逐語録から「困難」とその「対応」について

83の場面が取り出され、困難の内容を抽象化し、37のコード、19のサブカテゴリーがえられた。19のサブカテゴリーを実習指導の構造に照らしながら誰とどのような関係かを検討したところ、実践者と指導者という二重の役割の内在によって生じるもの、実習指導者・受け持ち患者・学生との関係にある看護過程や指導過程によるもの、実習指導教員や病棟スタッフとの関係によるものがあった。そこから13のカテゴリーを抽出し、困難の特徴を示した(図2)。以下、カテゴリーは【 】、サブカテゴリーは《 》、コードは< >、代表的な逐語録は「ゴシック体」で示す(表1)。なお、【 】の前に付した番号は、図2に示した番号と同じである。

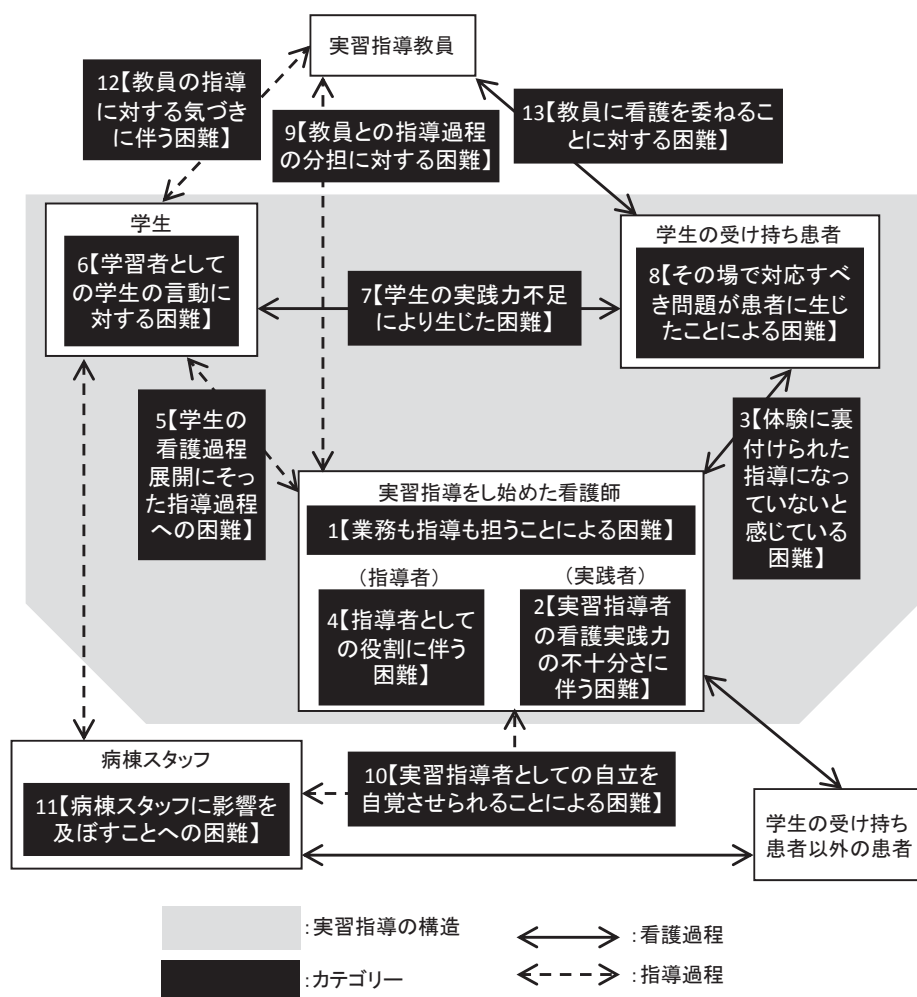


図2 実習指導をし始めた臨床看護師が感じた困難の特徴

伊良波理絵：実習指導をし始めた臨床看護師が感じた困難と対応

表 1-1 実習指導をし始めた臨床看護師が感じた困難と対応

	困 難			対 応
	【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	〈コード〉	
実践者と指導者という二重の役割の内在によって生じるもの	1 業務も指導も担うことによる困難	看護業務と実習指導が両立できない。	朝、やるべき仕事と学生の報告が重なる。 自分の業務の流れで進めると、学生の実習体験の機会を奪ってしまう。 他の患者のケアに手がかかる状況で、学生の指導が重なる。 学生ひとりひとりの計画に対応する時間がない。 検査予定があり計画通りにすすめられない。	業務に優先順位をつけて学生に対応し、患者に関する業務の優先度が高い。業務と指導が並行するように関わることも一方、学生を待たせる、あるいは、指導を簡略化したり、チーム員で対応できない場合、教員に指導を委ねていた。
	2 実習指導者の看護実践力の不十分さに伴う困難	担当患者の看護が自信を持ってできない。	ケアがやっと出来るようになった頃、学生にケアを見られた。	ケアができる人が来るまで、患者・家族に待ってもらおう。自分が実施したことをモデルにしないよう学生に伝える。
	3 体験に裏付けられた指導になっていないと感じている困難	担当患者への看護について、知識・経験が不足している。	これまでにあまり担当したことのない患者を学生が受け持った時、自分の知識・経験が不足している。	曖昧なまま行動していることもある自分の指導を受ける学生に同情しつつ、過去に受けた説明をまねて学生に伝える。自信のないことやわからないことは伝えず、自己学習を促す。不明確なことは学生とともに学習する。
	4 指導者としての役割に伴う困難	自分だけでは指導が出来ず、他の指導者が必要だった。 実習を担当すると知ったとき、どうすればよいかわからなかった。 実習指導に自信が持てない。	学生に自分だけでは答えられない質問をされた。 学生への指導に困ったとき、その場に相談できる人がいなかった。 実習指導をすると知ったとき、何がなんだかわからなかった。 学生担当の初日は何を指導して良いかわからなかった。 自分がやっていることがあっているのかわからない。 自分の学生時代とは違い、怒らないようにすると聞いた。 学生の実習の仕方について気になったことを、学生に言って良いのか、どう言ったら良いかわからなかった。 学生のわからないことをどうしたら見出せるのかわからない。	指導経験者や医師に学生への説明を委ねたり、説明する予定の内容を他者に確認した後、学生に伝えていた。自分が学生時代に指導を受けた場面や新人指導をしていた場面を思い出し、試行錯誤しながら、過去の体験をもとに学生に対応した。
	実習指導者に求められていることに十分応えられなかった。	実習指導者として助言すべきことが出来なかった。 受け持ち患者の情報を学生の方が把握していた。 自分自身の勉強が不足しており、指導を深められなかった。		

表1-2 実習指導をし始めた臨床看護師が感じた困難と対応

	困 難			対 応
	【カテゴリー】	《サブカテゴリー》	〈コード〉	
実習指導者・受け持ち患者・学生の関係にある看護過程や指導過程によるもの	5 学生の看護過程展開にそった指導過程に伴う困難	感覚を通して把握しなければならない症状を伝えきれない。	感覚を通して把握しなければならない症状を伝えるのは難しい。	受け持ち患者について把握できていることを学生に聞いて、学生の不足部分を指導した。 自分が指導された場面を想起したり、病棟のスタッフ間で学生に関する日々の情報を伝達し合って、指導経験者から助言を得ながら対応した。
		学生の学習状況の変化やわからないことがわからない。	日々の学習状況の変化がわからなかった。 実習指導看護師が日替わりのため、指導内容に違いが出たり最終の到達状況がわからない。	
		学生が看護過程の各段階を上手くたどれていない。	学生自身が看護過程の各段階を上手くたどれていない。	
実習指導者・受け持ち患者・学生の関係にある看護過程や指導過程によるもの	6 学習者としての学生の言動に対する困難	学生の学ぶ姿勢が気になった。	体験しているはずのことをしていない、わからないと返答した。 対応する看護師によって学生の言動が変わる。 実習に意欲がないように見える学生にどう対応して良いかわからない。 学習課題に取り組んでこない。 自己学習を指示してもやってこない。	学生の言動から推測して、学生が患者に関われるように不足を補いつつ、患者ケアを学生とともに実施する。 学習が不十分であることを伝えても、働きかけに応じない学生の様子によって指導の意欲が萎えて、積極的に学生と関わることを止め、学生の実施を拒んだり、病棟の実習指導責任者や教員に学生への対応を委ねた。
		学生の予想外の反応をした。	指導場面で予想外に学生が感情を乱した。	
		7 学生の実践力不足により生じた困難	学生が患者や家族に十分な配慮ができない。 学生と一緒にのケアは時間がかかる。 学生の言動が患者・家族に不適切だと思われた。	
8 その場で対応すべき問題が患者に生じたことによる困難	患者に心身の乱れが起きた。	患者に心身の乱れが起きた。	今までの看護師としての経験をふまえて判断し、乱れが治まるように、自ら実践者として直接、働きかける。	
実習指導教員や病棟スタッフとの関係によるもの	9 教員との指導過程の分担に対する困難	教員から指導の経験があると思われて、任せられすぎたら困る。	教員から指導の経験があると思われて、任せられすぎたら困る。	どう指導したら良いか教員に教えてもらおうと、教員・学生に実習指導が初めてであることを伝えた。
	10 実習指導者としての自立を自覚させられることによる困難	先輩から指導の自立を伝えられたとき、まだ支援が必要だと思った。	先輩から指導の自立を伝えられたとき、まだ自分には支援が必要だと思った。	支援を受け続けることは受け身だと思ったので、自分から勉強するようになった。
	11 病棟スタッフに影響を及ぼすことへの困難	実習指導看護師の力不足が結果として先輩に迷惑をかける。	看護師としての業務も手一杯の上、学生指導がこなせなくなると先輩に迷惑をかける。 指導で困りやむなく先輩に助けを求めたとき、学生の言動が先輩を怒らせた。	自分が担当患者とも学生とも関わられるように調整する。それが出来ない時には、学生の受け持ちでない患者へのケアをチーム員に委ねる。チーム員に依頼できない時には、教員に依頼する。
	12 教員の指導に対する気づきに伴う困難	学生に対する教員の対応が気になった。	学生に対する教員の対応が気になった。	教員の流れに任せ、後でスタッフ間で話題にして終わる。
	13 教員に看護を委ねることに対する困難	受け持ち患者のケアに教員に入ってもらうよう依頼するときに迷う。	忙しいときに学生が行う受け持ち患者へのケアに教員に入ってもらうよう依頼するときに迷う。	学生とケアできるようチーム員と調整する。できない時に教員に依頼して、後でどうだったか学生に聞く。

(1) 実践者と指導者という二重の役割の内
在によって生じる困難と対応

これには4つのカテゴリーが含まれていた。

1【業務も指導も担うことによる困難】では、
「自分の業務の流れを進めると、学生の実習体
験の機会を奪ってしまう」等、実習指導者の中
に実践者と指導者という二つの役割が内在
し、両立できないことに困難を感じていた。そ
の際の対応は、学生への指導より患者に関する
業務の優先度が高かった。業務と指導を並行し
て学生と関わる一方、学生を待たせる、あるい
は、指導を簡略化することもあった。チーム員
で対応できない場合、教員に指導を委ねていた。
2【実習指導者の看護実践力の不十分さに伴う
困難】では、「ケアがやっとならなくなる」等、
臨床看護師として患者に実践できていないこと
を自覚して困難を感じていた。その時には、ケ
アができる人が来るまで実践しなかったり、自
分をモデルにしないように学生に伝え、自分の
実践力が開示できる状態にないことを学生に表
現していた。
3【体験に裏付けられた指導になっていないと
感じている困難】では、部署異動から間もない
ような時「担当患者への看護について知識・経
験が不足している」と感じながら看護を実践し
、学生を指導していた。その際、不明確なこと
は学生に伝えず自己学習や知識・経験のある者
に確認するよう促し、自分自身も不明点を学習
していた。
4【指導者としての役割に伴う困難】では、「実
際に学生を担当して、何を指導したらよいか
わからず、学生が言う計画を受け身で感じて
聞いた。」のように「実習指導者に求められて
いることに十分応えられなかった」等、自分
が実習指導者として十分役割が果たせてい
ないと感じていた。その際、対応できる者の
助言を得ながら、自分が学生時代に指導を受
けた場面や新人指導をした場面を参考に、学
生を指導していた。

(2) 実習指導者・受け持ち患者・学生の関
係にある看護過程や指導過程による困難と
対応

これには4つのカテゴリーが含まれていた。

5【学生の看護過程展開にそった指導過程への
困難】では、「呼吸音のような《感覚を通して
把握しなければならない症状を伝えきれない》、
《学生の学習状況の変化がわからない》等、自
分と学生の看護過程をつきあわせて指導でき
ないことに困難を示した。その時には、学生
に受け持ち患者のことを問いながら不足部分
を指導していた。その他、学生や新人の時に
指導された場面を想起したり、指導経験者か
ら助言を得て学生に関わっていた。
6【学習者としての学生の言動に対する困難】
では、「体験しているはずのことを学生がして
いない、わからないと返答した」等、学習者
として学生が予想外の反応だったことを気に
かけ困難を感じていた。その際、学生の言動
から推測して不足を補いつつ、学生とともに
患者ケアを実施していた。一方、学習の不
十分さを伝えても応じない学生に、「…わか
らないのにも見ても意味がないので、わか
らないなら、させられない。」と、指導の意
欲が萎え、学生の実施を断ったり、実習指
導責任者や教員に学生への対応を委ねてい
た。
7【学生の実践力不足により生じた困難】
では、「学生と一緒にケアは時間がかかる」
ので患者に不快感を与えることを危惧したり
、「家族を心配させたくないのに、患者の脈
が速いと、学生が直接家族の前で報告した」
りする等、受け持ち患者への実践時に「学
生が患者や家族に十分な配慮ができない」
と感じていた。その時、実習指導者は学生
の安全や安楽を損なう恐れのある場面に意
図的に同席し、学生の技術と状況に応じて
介入していた。指導経験者に助言を求めて
いたが、実習指導の機会を重ねるにつれ、
自らの判断で学生に関わるようになってい
た。しかし、同室患者から得た情報のように
直接把握していないこ

とは、学生ではなく教員に伝えていた。8【その場で対応すべき状況が患者に生じたことによる困難】では、学生の受け持ち患者が学生の介入を拒む等、《患者に心身の乱れが起きた》ことによって、学生と患者との関係が保てない状況が生じていた。その時、実習指導者は、今までの看護師の経験をふまえて、乱れが治まるように実践者として即座に患者に働きかけていた。

3) 実習指導教員や病棟スタッフとの関係による困難と対応

これには5つのカテゴリーが含まれていた。9【教員との指導の分担に対する困難】では、自分が指導者として未熟であるにも関わらず《教員から指導の経験があると思われて、任せすぎたら困る》ので、できないことを教員に知ってほしいと感じていた。その時には、教員・学生に実習指導が初めてであることを伝えて、指導者の役割を担っていた。10【実習指導者としての自立を自覚させられることによる困難】では、指導経験者から、指導者として独り立ちすべきと諭されたことに困惑していた。しかし、支援を受け続けることは受け身であるにとらえ直し、主体的に学習するようになっていた。11【病棟スタッフに影響を及ぼすことへの困難】では、実習指導者は、「学生は日課に関係なく…朝から仕事を中断されて、ずれてケアとかが遅れると先輩にも迷惑をかける。…」と、自分の力不足が病棟スタッフを混乱させることに困難を感じ、可能な限り、自分が担当患者とも学生とも関わられるように調整していた。それができない場合、学生の受け持ち患者以外のケアをチーム員に委ね、自ら学生と関わられるように努めていた。12【教員の指導に対する気づきに伴う困難】では、学生が実習指導者に報告している途中で教員が止めたり、「実習計画が充実している学生と、全然書いていない学生」がいるなど、学生間で実習の進捗状況に差を感じた時、

教員の学生への関わりが本当にこれで良いのか戸惑っていた。その時は、教員の流れに任せ、後でスタッフ間で話題にし、スタッフ間での話にとどめていた。13【教員に看護を委ねることに対する困難】では、実習指導者は、自分が不在のまま患者へのケアを教員に実施してもらうことに迷いが生じていた。自分が学生とケアできるように病棟スタッフと調整できない場合、教員に学生との実施を依頼していた。

V. 考察

以上、実習指導をし始めた臨床看護師が感じた13の困難の特徴が示された。困難への対応は、看護実践や指導について自己学習しつつ、指導経験者から頻繁に影響を受けていた。一方、学生に関連する困難であっても、実習指導教員への働きかけは優先されなかった。今回の結果から、実習指導をし始めた臨床看護師に対する支援について考察する。

1. 臨床看護師が実習指導をするための準備

本研究には、臨床経験1年未満で実習指導を行っている者が含まれていた。彼らは看護実践力の不十分さを自覚し、自分の実践力が開示できる状態ではないことを学生に伝えていた。臨地実習指導者の看護経験や指導経験が少ない時期は、自分自身の看護実践を示すことで学生に学んでもらう関わりを役割モデルとして認識している（渡部・一戸, 2013）。臨床看護師が、看護実践力の不十分な時期から実習指導を担い、モデルになれない体験を繰り返すことにより実習指導への困難が強化される可能性がある。そこで、管理者は臨床看護師が実習指導することに先立ち、受け持ち患者の看護が自力でできる実践力を備えているかを見極め、学生と関わる範囲を設定する必要がある。

今回、実習指導をし始めた臨床看護師は、実習指導経験者の指導場面を想起したり、実習指

導経験者に助言を求めながら学生と関わっていた。また、管理者と共に受け入れ準備をする等、協力を得て学生と関わることもあった。一方、経験年数を経た者に自分の業務や指導の一部を委ねることに気兼ねしながら実習指導をしていることも語られた。指導者は同僚や管理者から支援もストレスも受ける (Kelly et al., 2007) と言われ、本研究からも同僚や管理者との関係が支えにも、困難にもなることがわかった。特に、実習指導をし始めた臨床看護師には、相談役が明確に示されていることが望ましいと考える。

また、実習指導者は、常に流動的な状況への対応が求められる実践現場において、実践者として業務を行いながら、個々の学生の歩みに合わせて指導することに困難を感じていた。実習指導者にとって、実践者としての役割と同時に、学生が看護を学ぶことを支える指導者という二重の役割が生じることは必然である。業務と指導との調和的な対応が迫られることは、実習指導をし始めた臨床看護師にとって未知の体験である。勉強会や集合研修などを通して、実習指導者の役割や指導方法を知るとともに、実習指導に伴い予測される困難やその対応等の予備知識が得られる機会は、困難の軽減につながると考える。

2. 指導体験からの学び

実習指導をし始めた臨床看護師は、過去に自分が指導された場面や指導経験者の学生指導の場面等、類似体験を参考に自己学習しつつ、試行錯誤して自分なりに実習指導をしていた。実習指導者は、指導者としての経験年数が浅いほど自身の力量に困難を感じ (細田・山口, 2004)、指導経験を重ねる中で指導観を培い学生中心の指導方法が実践できるように変化する (千葉・中垣, 2011)。臨床での指導者の準備プログラムにリフレクションを含める必要性が示

唆されており (Elisabeth, 2012)、指導者としてのリフレクションを重ねることにより、実習指導者がこれまで抱いていた実習指導に対する考えを洗練させるとともに、自己の看護実践のあり方を振り返る機会になる (佐々木, 2015)。実習指導者が、自己の実習指導の体験を振り返る方法を学んだり、それを実習指導の未経験者や経験者と共有する体験は、実習指導に関する困難を客観視し、新たな見方や対応を見い出す上で重要である。

3. 実習指導教員との意思疎通

実習指導をし始めた臨床看護師が、複数の教育課程や学年が順序性なく入れ替わる、多様な実習に対応することは容易ではない。自身の指導経験が未熟であることを示して実習指導教員に助言を求めた者がいた一方、ほとんどは同僚間で困難の解決を試みていた。実習指導者と教員との連携は不可欠で (山田・太田, 2013)、医療機関と大学が共同した指導体制モデルも試用されている (Karin & Ella, 2008)。実習指導者が指導可能な範囲は、学生の一連の学習過程の一部である。また、実習指導者の役割は、その時々状況や共に実習指導にあたる教員の能力に応じて変化する。そこで、実習の受け入れに際しては、学生と直接関わり実習指導を行う者も教員が話し合う機会を持ち意思疎通を図ることにより、お互いの状況を把握でき、困難に対応しやすくなると考える。

VI. 結論

実習指導をし始めた臨床看護師が感じた13の困難とその対応が抽出された。実習指導をし始めた臨床看護師には、実践者と指導者という二重の役割が内在することを前提に、備えている看護実践力を見極めて学生と関わる範囲を設定すること、予備知識を得る機会や振り返りの機会を設けて体験が共有できるようにすること、

同僚や管理者からの助言、教員との話し合いの場が支援になることが示唆された。

研究の限界

本研究の研究協力者は、一施設のみで、8人と少なかった。臨床看護師は、看護基礎教育での経験、臨床経験年数や新人指導の経験のようになさまざまな教育的背景の違いがある。今後は、実習指導者の背景も含め、より多くの研究協力者を対象にした研究が必要である。

謝辞

本研究のご理解ご協力いただきました、実習指導者ならびにA病院看護部の皆様に心より感謝申し上げます。

引用文献

千葉朝子, 中垣明美. (2011). 臨地実習指導者の指導時期ごとの指導観・指導方法－3年課程 看護師養成所の実習を担当している指導者に焦点を当てて－, 日本看護学教育学会誌, 21(1), 29-38.

Elisabeth Carlson. (2012). Precepting and symbolic interactionism - a theoretical look at preceptorship during clinical practice, *Journal of advanced nursing*, 69(2), 457-464.

細田泰子, 山口明子. (2004). 実習指導者の看護学実習における指導上の困難とその関連要因, *日本看護研究学会雑誌*, 27(2), 67-75.

亀山直子, 水戸美津子. (2005). 臨地実習指導者の教育活動と学習ニーズ－2003年度東京都実習指導者研修受講者を対象とした調査－, *山梨県立看護大学*, 7, 31-42.

Karin Hallin & Ella Danielson. (2008). Being a personal preceptor for nursing students: Registered Nurses' experiences before and after

introduction of a preceptor model, *Journal of advanced nursing*, 65(1), 161-174.

Kelly T. Hautala, Coleen R. Saylor, Colleen O'Leary-Kelley. (2007). Nurses' perceptions of stress and support in the preceptor role, *Journal for nurses in staff development*, 23(2), 64-70.

男鹿麻里子. (2008). 新人臨床実習指導者のサポートシステムの必要性を考える 精神看護学実習における新人臨床実習指導者が抱える困難, *神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録*, 33, 163-170.

佐々木史乃. (2015). 看護学生の実習指導における臨床看護師の体験. *日本看護学教育学会誌*, 24(3), 27-38.

渡部菜穂子, 一戸とも子. (2013). 臨地実習指導者の「看護実践の役割モデル」の認識と指導行動との関連, *弘前学院大学看護紀要*, 8, 11-23.

薄井坦子. (2011). *Module方式による看護方法実習書* <第3版>, 現代社, 東京.

山田聡子, 太田勝正. (2013). 看護教育専門家から臨地実習指導者への役割期待 病棟スタッフ・看護教員との連携における役割, *看護教育*, 54(9), 854-857.

Difficulties and copings for novice clinical instructors in nursing clinical practicum

Rie IRAHA¹, Eiko KADEKARU¹

[Purpose] To identify characteristics of difficulties faced by clinical nurses beginning practicum teaching and measures taken by the nurses in order to consider types of support for clinical nurses beginning practicum teaching. In this study, “clinical nurses beginning practicum teaching” are clinical nurses with less than 1 year of experience teaching nursing practicum directly to students.

[Method] A semi-structured interview was conducted with 8 research collaborators with consent, and difficulties faced and corresponding measures taken by the interviewees were extracted from the interview for qualitative and inductive analysis; characteristics of the difficulties and measures were then considered.

[Result] Difficulties felt by clinical nurses beginning practicum teaching included issues arising from having two inherent roles as practitioner and teacher, and issues related to the nursing process and/or the teaching process in the three-party relationship composed of practicum instructors, patients, and students. To overcome these difficulties, clinical nurses referenced the work of senior instructors, and they also conducted self-study on nursing practice and instruction. On the other hand, even if it was a difficult issue related to students, nurses beginning practicum teaching did not prioritize approaching the practicum instructor as a measure.

[Conclusion] Overall, 13 difficulties faced and corresponding measures taken by clinical nurses beginning practicum teaching were extracted. The study suggested that for clinical nurses beginning practicum teaching, the following would be helpful: with the assumption of having roles of practitioner and teacher inherently, define the scope of relationship between the clinical nurse and the student considering the ability of the clinical nurse; create opportunities to gain preliminary knowledge, for self-reflection, and to share experiences with others; facilitate venues to receive advice from colleagues and administrators, as well as to discuss issues with instructors.

Key words: Practicum teaching, clinical nurse, difficulty, measure

¹ Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

学習会と臨床での取り組みを連動した現任教育プログラムの意義 ～プログラムに参加した看護師のアサーティブコミュニケーションの変化から～

饒平名かおり¹ 嘉手苺英子²

目的：学習会での学びと臨床現場での取り組みが連動した展開を基本的枠組みとしたアサーティブコミュニケーショントレーニングプログラム（以下ACトレーニングプログラムとする）を実施し、先輩看護師の臨床現場でのACの変化を明らかにしプログラムの意義を検討する事を目的とする。

研究方法：学習会と臨床現場での取り組みが連動しているACトレーニングプログラムの試案を作成し、経験年数2年目以上の看護師18名に対して試案に沿って学習会を実施した。開始時、終了時、3ヵ月後にプログラムの評価と臨床現場での取り組み状況について、アンケート調査、聞き取りを実施し、単純集計および内容分析を行った。

結果：参加者の属性は、1年以上3年未満が13名、10年以上の看護師が4名おり、上司に勧められて参加した者が13名と最も多かった。3ヵ月後の取り組み状況から、「関心・意欲」「臨床現場での活用（意識・行動）」「自他に現れた変化」について5つ～8つの特徴があった。

結論：学習会での学びと臨床現場を連動したACトレーニングプログラムは、先輩看護師のAC能力を高め、新人教育において意識的にACに取り組み、効果的指導につなげており、プログラム終了後も臨床での類似した体験で活かされていた。

キーワード：アサーティブコミュニケーション、新人教育、現任教育プログラム

I. はじめに

アサーティブコミュニケーション (Assertive Communication:以下AC) とは、自分の権利を守り、他人の権利も尊重しながら、自信をもって無理なく自分の思いを表現するコミュニケーションである。アサーティブコミュニケーションを身につけることによって、人間関係の対等性が高まり、自分の心の自然な動きに沿って行動したり、正直に居心地良く自分の気持ちを表現できるようになると言われている(平木、2007)。

筆者が勤務するA総合病院(以下、A病院とする)では、プリセプターシップを導入しており、プリセプターの悩みや課題として、新人に注意できないなど、新人指導において自分の考えや気持ちを表現できていない現状が明らかになった。そこでプリセプターを対象に‘業務上コミュ

ニケーションで困った場面’を取り上げACの集合研修を行ったが、研修後の意見から集合研修のみではスキルの獲得に限界がある事がわかった。A病院においては、経験年数2年目以上の先輩看護師が日々の業務の中で新人教育に関わっている。新人教育についての知識や経験が不十分な状態の看護師もいる中で、新人看護師、先輩看護師が共に、相手を尊重しながら自身の考えや思いを伝え合い、業務を遂行する事が求められる。以上の背景から、まずは新人看護師とかかわる先輩看護師のACスキルの向上が必要と考えた。本研究では、学習会での学びと臨床現場での取り組みが連動した展開を基本的枠組みとしたACトレーニングプログラムを実施し、先輩看護師の臨床現場でのACの変化を明らかにし、学びと現場を連動させるプログラムの意義について検討する。

¹ 琉球大学医学部附属病院

² 沖縄県立看護大学

II. 方法

1. 研究対象および選定方法

A病院の経験2年目以上の看護師を研究参加者とした。看護部長および病棟師長から文書と口頭で同意を得た後、希望病棟に赴き自由意思で出席した2年目以上の看護師に、研究の概要および倫理的配慮について文書を用いて説明した。その後、参加希望者に同意書を配布し、指定した期日に回収できた18名で募集を終了した。

2. ACトレーニングプログラムの作成と実施

1) プログラムの基本的枠組み

プログラムの基本的枠組みは、日本看護協会の継続教育の基準Ver 2活用ガイドライン(2010,2012)と、精神科における生活技能訓練の介入方法(木村, 2005)をプログラムの骨組みとした。すなわち、学習会での学びを臨床現場で実践し、実践内容を次回の学習会で報告し振り返りをする学習会と臨床現場が連動した展開である(図1)。

2) 学習会の設定条件

学習会の設定条件や構成は、臨床看護師を対象としたACトレーニングに関する先行研究(勝原, 2000)を参考にした。プログラム期間は参加者が次年度採用の新人看護師と関わり始

める時期を考慮し、1月～3月までとした。毎週1回計12回、17時30分から1時間とし、初回と最終回を含め6回の受講を勧めた。ファシリテータは1名で筆者が担った。

3) 学習会の内容と展開方法

学習会は事例検討、ロールプレイング、振り返りで構成し、グループワークで行った。初回に、ACの概要と必要な権利、DESC法(アサーティブな表現方法)について筆者が講義した。事例検討では、参加者が持参した事例を取り上げ、私(事例提供者)の気持ちを明らかにし、相手(事例対象者)の気持ちを推測した上で、DESC法を用いたアサーティブな表現を検討した。ロールプレイングでは、事例に沿った役割を決定し、残りの参加者および事例提供者は観察者とした。ロールプレイング終了後の振り返りでは、参加者全員が気づきを述べ、アサーティブな対応を共有した。

3. データの収集方法

1) アンケート調査(開始時、終了時、3ヵ月後)

学習会の開始時、終了時および3ヵ月後に、参加者の背景、AC達成度と、自由記述による自作の記名式アンケート調査を実施した。AC達成度は、臨床現場で‘ACを意識した’‘自分の気持ちを表現した’‘相手の気持ちを推測した’‘DESC法を活用した’について5段階尺度で回答を求めた。調査票は、開始時と終了時は学習会で一斉に、3ヵ月後は個別に配布し回収した。終了時に、承諾の得られた参加者にプログラム評価および終了時のAC状況についてインタビューを行ない、自由記述を補った。

2) 学習会経過記録

学習会は参加者の同意を得て録音し、逐語録を作成した。さらに参加状況、ファシリテータ

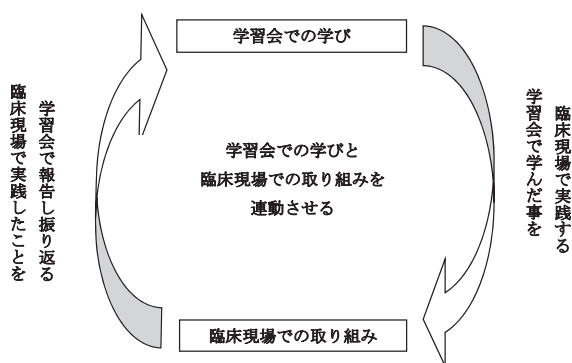


図1 ACトレーニングプログラムの基本的枠組み

の言動をフィールドノートに記録し、それらの記録から学習会経過記録を作成した。

3) 聞き取り調査 (3ヵ月後)

3ヵ月後のアンケート調査票の提出時に、臨床現場でのACの取り組みについて、個別に10分程度聞き取りを行ない、すぐに内容を想起し記録した。

4. データの分析方法

1) 参加者の属性

開始時アンケート結果から、経験年数およびプログラムの参加動機を単純集計した。

2) 学習会の実施状況

学習会経過記録から、学習会毎の参加人数、事例提供者、取り上げた事例の概要、参加者の学習会での役割を一覧表に整理し、学習会の実施状況を概観した。

3) プログラム参加の成果

(1) 終了時と3ヵ月後のACの達成状況

アンケート調査の結果から、ACの達成状況を単純集計し、図に示した。

(2) 3ヵ月後の臨床現場での取り組み状況の特徴

① 個別分析

参加者毎のアンケート調査の自由記述と聞き取り記録から、取り組み状況を示す記述を選び出した。カークパトリックの研修成果の分類(Don, Kirkpatrick, 1950)を参考に、取り組み状況の変化を、〈ACへの関心・意欲〉と、〈臨床現場での活用(意識・行動)〉〈自他に現れた変化〉に分類した。取り組み状況を示す記述を読み、それがどのような変化を示しているのかを判断し類別した。

② 全体分析

参加者全員の個別分析の結果から、取り組み

状況の特徴を帰納的に取り出した。

5. 倫理的配慮

研究協力者に、自由意思による参加であり途中辞退も可能であること、研究協力の有無により不利益は生じないこと、職員評価とは無関係であることを説明し協力を求めた。得られたデータは、データ入力や分析に際して記号化・コード化し、個人が特定できないようにした。沖縄県立看護大学研究倫理審査委員会で承認を得た(承認番号13011)。

Ⅲ 結果

1. 参加者の属性

参加者の18名の経験年数は1年以上2年未満が10名、2年以上3年未満を含めると13名で、経験年数の少ない看護師が多くを占めていた。また、10年以上の看護師が4名いた。

プログラム参加動機(複数回答)は、「上司に勧められた」が13名で最も多く、「同僚に勧められた」「同僚に誘われた」が各5名、「コミュニケーションが苦手」「新人看護師とのコミュニケーションが苦手」が各7名、「関心がある」は5名であった。

2. 学習会の実施状況

1) 実施状況

学習会の実施状況を表1に示した。学習会は、院内全体研修のため1回中止となり計11回となった。参加人数は初回と最終回は全員参加で、その他の回は4名から8名であった。学習会への参加回数は、2回の者が1名、3回が3名、4回が2名、5回が4名、6回が6名、7回が2名であった。参加者から事例提供がなかった学習会では、筆者が準備した事例を活用した。参加者が提供した事例には先輩看護師との関わりも含まれていた。

表1 学習会の実施状況

n=18

回数	参加人数	取り上げた事例の情報			学習会での役割				
		事例提供者	事例概要	注1) 対応場面	グループワーク		ロールプレイング		
					司会	記録	私	相手	その他の役
1	18	筆者	新人看護師へ指導した際に反発された時の対応	過去	-	-	先輩役 ID 17	新人役 ID 7	-
2	7	ID 11	新人看護師に効率よく業務調整する提案ができなかった	過去	ID 17	ID 7	先輩役 ID 9	新人役 ID 3	医師役ID 2 患者役ID 12 家族役ID 17
3	8	ID 10	患者への関わり方を新人看護師へアサーティブに指導できた	過去	-	-	-	-	-
		ID 6	患者への対応について家族から苦情があり苦境に立たされた新人への対応	現在	ID 10	ID 6	先輩役 ID 14	新人役 ID 16	-
4	4	ID 6	転倒リスクの高い患者ケアの業務調整について先輩看護師への対応	現在	ID 18	ID 13	後輩役 ID 13	先輩役 ID 18	患者役ID 17
5	4	筆者	出勤拒否に陥った新人看護師への対応	過去	ID 4	ID 1	先輩役 ID 12	新人役 ID 1	母親役ID 4 師長役ID 2
6	病院全体研修のため中止								
7	5	ID 12	インシデント発生時の新人看護師への対応	過去	ID 6	ID 5	先輩役 ID 6	新人役 ID 15	-
8	7	ID 9	業務調整の提案を強く拒否された時の新人看護師への対応	過去	ID 7	ID 1	先輩役 ID 8 ID 1	新人役 ID 7	-
9	8	ID 18	業務調整が困難な先輩看護師への対応	過去	ID 1	ID 15	後輩役 Y注2)	先輩役 ID 2	-
10	8	ID 17	多忙時に先輩看護師に業務調整依頼をするときの対応	過去	ID 10	ID 18	後輩役 ID 11	先輩役 ID 8	-
11	4	ID 6	効率よく業務遂行できない新人看護師への対応	現在	ID 1	ID 8	先輩役 ID 8 ID 4	新人役 ID 1	-
12	18	筆者	先輩看護師から叱られている新人看護師への対応	過去	ID 10	ID 18	先輩役 ID 17	新人役 ID 7	-

注1) 対応場面について、過去：過去の事例、現在：現在対応が求められている事例、を示す。

注2) Yは、参加者以外の看護師。

2) 検討事例と参加者の反応

検討事例には過去の対応事例（1～3、5、7～10、12回）と現在対応が求められている事例（3、4、11回）があった。ロールプレイング後の参加者の反応を「 」で示す。

第2回的事例は過去の対応事例で、新人看護師に効率よく業務調整する提案ができなかった体験である。DESC法での表現を検討してロールプレイング後の振り返りで、観察していた事

例提供者は「今日（現場で）もこんな風に言えたらスムーズに運んだと思う」と述べた。先輩役は、「一方的な意見の押しつけになっておらず言いやすかった」と言い、新人看護師役は「一方的に指示された感じではなく嫌な気持ちが出なかった」と体験を通してACを実感していた。観察者や患者役からは「自分も現場でよくこういうことがあるため、参考になった」「新人の頃を思い出した。その頃は…反省するばか

りだったが、こんな風に表現できたらちゃんと自分の意見も言うチャンスはあるしすごく尊重されている感じがした」と、類似した体験を想起し、ロールプレイングでの体験と比較していた。第3回は、現在対応が求められている事例で、家族から苦情があり苦境に立たされた新人看護師への対応であった。振り返りで新人看護師役は、「先輩は自分のことを心配して見てくれていたという気持ちになり安心した」と述べ、先輩看護師役は「新人の気持ちがわかる」と新人に共感していた。さらに、事例提供者からは「私はこう思うけどあなたはどんな？という風に聞くと相手の気持ちを確認でき(る)」とアサーティブな表現の効果を述べていた。この事例提供者は学習会終了後に当該新人看護師へ学びを生かして関わり、気持ちが伝わり、お互い気持ちが楽になった体験からACの効果を実感し自信を得たことを、後日、述べていた。

3. プログラム参加の成果

参加回数が3回以下の4名は、参加回数不足により以降の分析から削除した。

1) 終了時と3ヵ月後のACの達成状況

ACの達成状況について、5段階尺度による選択肢を、「できた(非常にできた、ややできた)」「どちらでもない」「できなかった(できなかった、全くできなかった)」の3段階で表し、図2に示した。‘DESC法の活用’については、「できた」が終了時に2名、3ヵ月後には5名であり、わずかであるが活用できる方向へと変化していた。‘相手の気持ちを推測’については、「できた」が終了時に13名、3ヵ月後は11名と減っていた。‘自分の気持ちの表現’については、終了時、3ヵ月後共に「できた」が10名であった。‘ACを意識’については、終了時10名、3ヵ月後には13名と増えていた。

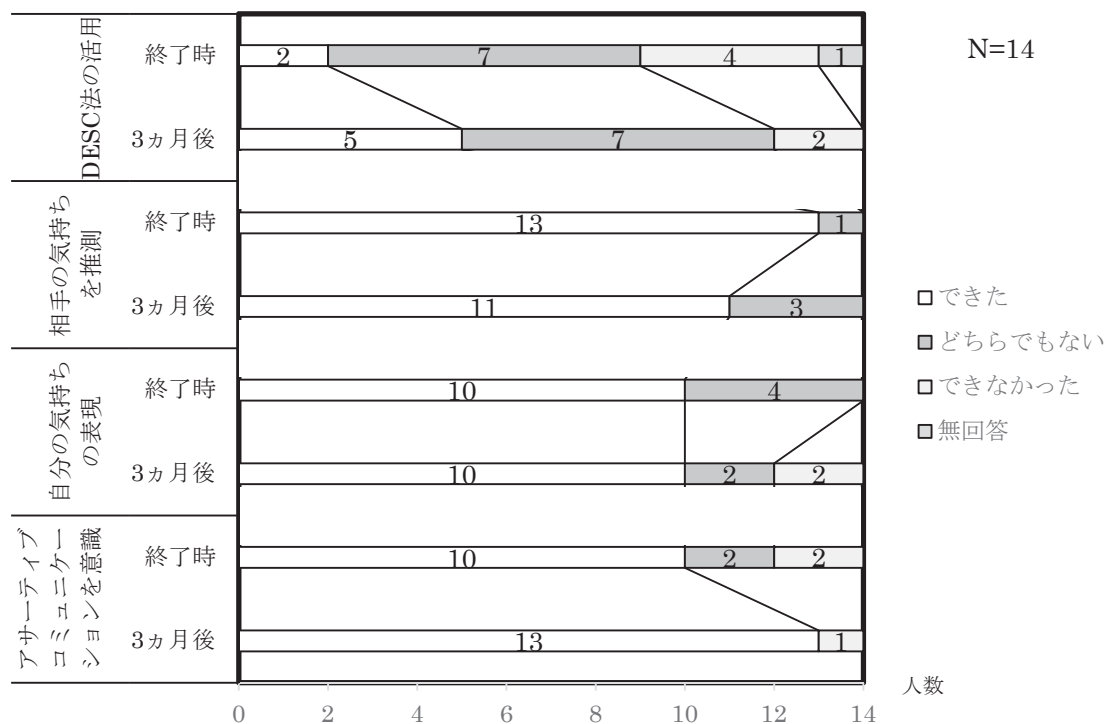


図2 終了時と3ヵ月後のアサーティブコミュニケーションの達成度

2) 3ヵ月後の臨床現場での取り組み状況の特徴

(1) 個別分析

プログラム終了前後の変化が明確な、ID 1 を例として取り上げる。ID 1 は学習会に7回参加し、いずれの項目も「できた(ややできた)」と自己評価していた。自由記述と聞き取り記録から取り組み状況の変化を示す記述を選び出し、変化の内容を読み取り、〈ACへの関心・意欲〉〈臨床現場での活用(意識・行動)〉〈自他に現れた変化〉に分類した(表2)。自由記述や聞き取り記録からの抜粋を「」で示す。ID 1 は、3ヵ月後には新人看護師と関わる機会が増え、「今の方がトレーニングを受けたい気持ちがある」「意識して取り組みたい。」とACに関心・意欲を示していた。そして、「アサーティブを意識している。」や、「クッション言葉(注：何かを依頼するときや断るときなどの前置の言葉)を多く使うようになったと思う」など、意識や行動の変化がみられた。また、AC

実施時に「自分自身も楽」になり、「新人も自分の考えを言うようになってきている」など、自他に現れた変化を自覚していた。その他の参加者についても、同様に記述内容を読み取り分類した。

(2) 全体分析

全参加者の個別分析の結果から、取り組み状況の特徴を帰納的に取りだした。取り組み状況の項目のうち〈臨床現場での活用〉は意識と行動に分け、関心・意欲の変化、意識の変化、行動の変化、自他に現れた変化の4項目について、取り組み状況の特徴をとりだした。記述からの抜粋を「」で、帰納的に取りだした特徴を【】で示す(表3)。

関心・意欲の変化については、「必要性を実感し学ぶ意欲が以前よりもある。」などの【体験に裏付けられた意欲】の他、【条件付きの取り組む意欲】【ACを活用するには困難な状況】【DESC法の活用が難しい】等の計5つの特徴があった。意識の変化については、「新人に指

表2 3ヵ月後の臨床現場での取り組み状況(個別分析)

ID 1

項目	取り組み状況
<ACへの関心・意欲> ・波線で示す	「時々どう表現してよいかわからなくなることがあり、(新人が入ってきた)今の方がトレーニングを受けたい気持ちがある。」 「学習会で事例をいっぱい出せそう。」 「これからも意識して取り組みたい。」
<臨床現場での活用(意識・行動)> ・下線は(意識) ・二重線は(行動)	「トレーニングを受けていた頃より、今の方が新人さんと関わるが増えているのでアサーティブを意識している。」 「プリセプターとして、新人へ指導することが多くなり、言いにくいことが多くなったので、アサーティブな表現を意識したら関わりやすい。」 「自分の気持ちとか、新人の気持ちとかを考えるようになったので、クッション言葉を多く使うようになったと思う。」 「新人はおとなしくて自分の意見が言えない子で、何を考えているのかわかりにくいところがあって。そのときに、学習会のロールプレイでやったことを思い出して、クッション言葉をいれて表現することが多くなった。」 「新人が不安にならないように、クッション言葉を入れて何を考えているか教えてほしいと伝える。」
<自他に現れた変化> ・点線で示す	「前よりも、DESC法を活用しやすい状況が増えた。」 「(そのように取り組む方が)自分も楽だった。」 「新人も自分の考えを言うようになってきている。」 「(そのように取り組む方が)相手が嫌な気持ちをしない。」

表3 3ヵ月後の臨床現場での取り組み状況の特徴

N=14

【 】は特徴、()はID、「 」は記述からの抜粋例を示す

項目	特徴
関心・意欲の変化	【体験に裏付けられた意欲】 (1,6,11) 「必要性を実感し学ぶ意欲が以前よりもある。」
	【条件付きの取り組む意欲】 (9,10) 「意見や提案は言えるが、自分の気持ちは伝えられない。」 「仕事に比べて振り返りの時ならできると思うので意識してみる。」
	【アサーティブコミュニケーションを活用するには困難な状況】 (2,4,10,16) 「自分よりも影響力を持つ人に疑問や不安を表出できたらと思うが今は受け入れるしかできない」
	【DESC法の活用が難しい】 (8,12,15,17)
	【アサーティブコミュニケーションに必要な感情コントロール】 (4,16)
意識の変化	【新人との関わりの中でアサーティブコミュニケーションを意識している】 (1,2,6,8,9,12,15,16) 「新人に指導する必要がある場面でACを意識する。」
	【アサーティブコミュニケーションを意識するときに条件がある】 (4,7,8,10,16) 「振り返りの時に…、 ・気持ちに余裕があるときに…意識している。」
	【新人だった頃を想起し新人の気持ちを推測した】 (7,8)
	【相手の気持ちを考える】 (6,7,11) 「新人看護師の気持ちを理解した」
	【自分と相手の気持ちを考える】 (1) 「自分の気持ちを考えるようになった」
	【学習体験を想起した】 (1,2,7,18)
	【自分よりも影響力のある人との関わりでアサーティブをイメージした】 (10) 「先輩と意見の食い違いや提案がある時に…意識してイメージを膨らませている。」
【新人看護師の就業環境を整えるためにアサーティブを意識】 (17) 「新人看護師が楽しく看護できるようにアサーティブを意識するようになっている。」	
行動の変化	【新人の気持ちに添ってアサーティブに表現した】 (6,10,11,12,18) 「フォローする感じでACを表現している」
	【自分の気持ちを伝える】 (4,6,7,12)
	【自分の気持ちを伝え相手の気持ちを確認する】 (9,11,12,15)
	【相手に伝えたいことや提案する時に相手を尊重してクッション言葉を活用した】 (1,2,4,7,8,16,17) 「(自分の気持ちや新人の気持ちを考えるようになったので) クッション言葉を多く使う様になった」
	【指導が必要と判断した時に新人看護師へDESC法を用いて指導した】 (6,7,9)
	【学習会での体験を想起してDESC法を活用した】 (6,7,18)
	【新人看護師以外の人にもアサーティブに表現している】 (15,16,17) 「医師や他のスタッフ、患者のやりとりでアサーティブに表現している。」
自他に現れた変化	【アサーティブに変化した】 (6,7,11,17) 「アサーティブを意識して表現したことで相手を責める言い方にならなかった。」
	【ポジティブ思考への変化を自覚した】 (18)
	【先輩との関わりの中で、新人看護師が自分の意見や気持ちを言う】 (1,4,8,10,11,12,15,18)
	【新人看護師の就業姿勢が前向きに変化した】 (17,18)
	【新人看護師が自ら判断し行動を選択した】 (6,7,9)
	【肯定的な他者評価を得た】 (15)
	【穏やかな感情でコミュニケーションができた】 (1,9,16) 【新人以外の方が要求に応じるようになった】 (7,17)

導する必要がある場面でACを意識する」など【新人との関わりの中でACを意識している】の他、【ACを意識するときに条件がある】【新人だった頃を想起し新人の気持ちを推測した】【自分と相手の気持ちを考える】【自分よりも影響力のある人との関わりでACをイメージした】等の計8つの特徴があった。行動の変化については、「フォローする感じでACを表現している」など【新人看護師の気持ちに添ってACを表現した】の他、【自分の気持ちを伝え相手の気持ちを確かめる】【相手に伝えたいことや提案する時に相手を尊重してクッション言葉を活用した】【指導が必要と判断した時に新人へDESC法を用いて指導した】【新人看護師以外の人にもアサーティブに表現している】等の計7つの特徴があった。さらに、自他に現れた変化については、「アサーティブを意識して表現したことで相手を責める言い方にならなかった」など【アサーティブに変化した】の他、【ポジティブ思考への変化を自覚した】【先輩との関わりの中で、新人看護師が自分の意見や気持ちを言う】【肯定的な他者評価を得た】【穏やかな感情でコミュニケーションができた】等の計8つの特徴があった。

IV 考察

参加者の臨床でのACの変化と、変化につながったプログラムの展開について述べる。

学習会で取り上げた「現在対応が求められている事例」では、新人看護師の気持ちに共感したことや、忙しい勤務の中で笑い合えたなど、情緒の面で良い変化がみられていた。事例検討の中で繰り返した、相手の気持ちを推測し自分の気持ちを表現する学びを臨床現場で実践した結果得られた肯定的変化であった。さらに、「過去の対応場面の事例」での学びはその後の業務中の類似した体験で活用されていた。堅田(2012)らは、実際の臨床場面を模倣的に再現

した学習環境を提供することで、学習者の類似した体験から看護職者としての役割や意義について考える機会となり、学習効果を上げることを示唆している。事例検討で、想像した他者の気持ちを発表することで考え方や表現方法が広がったことが臨床現場での活用につながったと考える。3ヵ月後の取り組みでは相手の気持ちを予測し、クッション言葉を多く活用していた。事例検討で相手の気持ちを推測し、クッション言葉で表現することを繰り返していたことが反映されたと考える。

一方、参加者は、業務の中でACをタイムリーに活用することは難しく、振り返りなど落ち着いた状況下で活用していた。また、病棟異動直後や、パワーのある人には難しいと感じていた。玉井(2007)の調査によれば、40歳以上および主任などの先輩看護師はアサーティブな傾向が強く、若い看護師およびスタッフナースは非主張的傾向が強く、経験年数を重ねる中で次第にアサーティブな対応を獲得してきた事を示唆しており、状況や対象を問わず活用するまでには、時間や経験などが必要だと考える。終了3ヵ月後は、新人看護師が病棟勤務して約2ヵ月が経過しており新人看護師と関わる事が多い時期となり必要に迫られてACを活用し、効果を実感したことでACへの関心や意欲が強化され、継続的な学習の必要性へとつながったと考える。

参加者は、「プログラム前は、相手の事も考えず発言していたが、3ヵ月後には、相手の気持ちを考えるようになった」と自身の変化を自覚していた。また、「新人看護師が自分の意見や気持ちを言う」など、新人看護師の変化にも気づいていた。参加者が自分の気持ちを伝え、相手の気持ちを確かめ、お互いが意見を言いやすい関係性を作りあげていく中で起こった変化だと考える。さらに、先輩看護師のAC能力の高まりは、他職種や患者家族などACの活用対象の広がりや、他のスタッフに波及効果が生

じる可能性がある。また、プログラムの参加者が病棟内に増えることで日常業務の中で振り返る機会を持つことができ、OJT(On-The-Job-Training)でACが学習できるようになると考えられる。

今回実施したACトレーニングプログラムの展開は、看護の質向上につながり、今後の現任教育に反映する事が示唆される。今回の研究では、プログラムに参加した成果は参加者の主観的評価を活用したが、客観的に評価する方法の導入も必要である。また、プログラムの効果を高めるためにファシリテータの能力を高める取り組みも重要である。

V 結論

学習会での学びと臨床現場を連動したACトレーニングプログラムは、先輩看護師のAC能力を高め、新人教育において意識的にACに取り組み、効果的指導につなげており、プログラム終了後も臨床での類似した体験で活かされていた。

本研究を行うにあたり、ご多忙の中ご協力とご理解を受け賜りましたA病院看護部長、病棟師長、プログラムに参加して頂きましたスタッフの皆様に深く感謝申し上げます。

本論文は、第一筆者の平成26年度沖縄県立看護大学大学院博士前期課程の課題研究の一部を加筆修正したものである。

文献

Don, Kirkpatrick. (1950). The Kirkpatrick-model. kirkpatrickpartners.com.

平木典子.他(2002).ナースのためのアサーション,金子書房,東京,P4.

平木典子.(2009).改訂版 アサーション・トレーニングーさわやかな〈自己表現〉のために 単行本一,金子書房,東京,P25-26.

堅田智香子,彦聖美,村井嘉子,藤田三恵,加藤亜

妃子,田浦久美子,田村幸恵,丸岡直子,川島和代.(2012).看護基礎教育における教育方法の検討,シナリオ学習教材の活用評価より,石川看護雑誌9,43-51.

勝原裕美子(2001).日本の看護職のためのアサーティブネス・トレーニングプログラムの開発試案の作成と有効性の評価,兵庫県立看護大学紀要,8,71-85.

勝原裕美子.(2003).Beアサーティブ現場に生かすトレーニングの実際,医学書院,東京.

木村美枝子,宮本有紀, (2005) .生活訓練 (SST) の実際とその効果,eラポール,www.e-rapport.jp (2014年11月30日現在) .

向後千春. (2012) .インストラクショナルデザイナー-教えることの科学と技術-,早稲田大学人間科学学術院,向後研究室.

日本看護協会.(2010).継続看護の基準Ver2,公益社団法人日本看護協会,8.

日本看護協会.(2012).継続看護の基準Ver 2 活用のためのガイド,公益社団法人日本看護協会,7.

玉井保子.(2007).新人看護師に対する先輩看護師の自己表現態度について アサーシオンの観点からの検討,こころの健康,(22)2,66-79.

The significance of service training program in conjunction with learning sessions and clinical initiatives

- From the change of the assertive communication of nurses who participated in the program -

Kaori Yohena¹, RN. Eiko Kadekaru² RN, DNSc.

Abstract

Purpose: to implement the assertive communication training program efforts in the study and clinical practice in the learning meeting was the basic framework of the deployment in conjunction (hereinafter referred to as AC training program), of assertive communication in clinical practice of senior nurse it is an object of the present invention to consider the significance of the changes evident in the program.

Methods: Create a draft of AC training program learning sessions and clinical practice in the efforts are linked, it was carried out learning sessions along the tentative plan for the years of experience the second year or more of nurses 18 people. At the beginning, at the end, about the efforts of the evaluation and the clinical practice of the program after three months, questionnaire survey, was conducted the interviews, it was a simple aggregation and content analysis.

Result: Participants of attributes, is 13 people less than one to three years, more than 10 years of nurses has four members, who participated and been promoted to the boss was the most common with 13 people. From efforts after three months, there was a five to eight one feature about the "interest and motivation," "take advantage of in clinical practice (motivation and behavior)," "change that appeared to oneself and others."

Conclusion: AC training program in conjunction with learning and clinical practice in learning Board, has changed as lead to conscious efforts effective teaching assertive communication in rookie education. In addition, deployment of newly implemented the AC training program, can be reflected in the future of the incumbent education.

Key words: assertive communication, rookie education, service training program

¹ University of the Ryukyus Hospital

² Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

乳がん患者における受診遅延の関連要因を検証する質問紙の評価 ：パイロットスタディ

大城真理子¹ 神里みどり²

【背景】受診遅延の現象には、国の文化や経済状況の影響も大きいとされるが、本邦における研究は皆無の状況にある。そこで、沖縄における受診遅延の影響要因を検証するために、パイロットスタディを実施した。

【目的】本研究の目的は、パイロットスタディの結果を検証し、今後の課題や質問紙の修正箇所を明示することであった。

【方法】対象は沖縄県内で乳がん治療を行っている1施設において、乳腺外科に通院中の診断・告知後3ヶ月から5年が経過した女性乳がん患者であった。横断的自記式質問紙調査であり、内容は患者の基本属性、健康習慣、知識や信念、サポート状況等であった。

【結果と考察】16人から回答を得た。受診遅延者は約3割を占めていた。遅延群は非遅延群に比べて年齢が高い傾向にあった。世帯収入は、遅延群は全て年収が300万円以下の群に属していた。また、既存の尺度を用いて受診までの期間と各項目の関連をみた。自由記述から得られたコメントを含めて検討した結果、既存の尺度では、受診遅延の実情を反映する結果は得られないことが明らかになった。

【結論】受診遅延の現象を高い精度で測定するためには、患者からのインタビューにより、得られた内容を質問紙に反映させ、受診遅延の影響要因を明らかにしていくことが今後の課題である。

キーワード：乳がん患者、受診遅延、質問紙、パイロットスタディ

I. はじめに

昨今、マンモグラフィ検診等の精度も向上し、乳がんは早期発見が可能になった。また、初期治療の多様化や医療技術の進歩に伴い、乳がんの5年生存率は90.5% (国立がんセンター, 2006)、早期乳がんで発見された場合の10年生存率は90%以上 (日本乳癌学会, 2011) と高値で推移している。そんな中、しこり等の乳房症状を自覚していた、あるいは乳がん検診で異常を指摘されたにも関わらず、適切な時期に医療機関を受診せずに重症化に至る者の存在が先行研究で指摘されている (中島ら, 2004)。筆者らが行った文献検討によると、乳がん患者の受診遅延に関する研究は、なぜ受診が遅れるのかといった要因検討が中心であり、これまで国外で数多くの研究がなされてきている。また、受診遅延の現象には、国の文化や経済状況の影響

も大きいことが示されている (大城・神里, 2015)。しかし、本邦における受診遅延の研究は十分な蓄積がなされておらず、国外で実施された研究の知見が本邦でも適応可能か否かは明らかではない。社会文化的特徴を踏まえた看護援助を構築するためにも、本邦における受診遅延の影響要因を明らかにすることは、当該分野の課題である。そこで、本調査に先立ち、乳がん患者の受診遅延の影響要因を検証するために質問紙を構成し、パイロットスタディを実施した。本研究の目的は、乳がん患者における受診遅延の関連要因を検証する質問紙を評価し、今後の課題を提示することである。

II. 用語の操作的定義

3ヶ月以上の受診の遅延は、乳がんの5年生存率に有意に影響することから (Richards et al, 1999)、本研究では、先行研究と同様に遅延と非遅延のカットオフポイントを3ヶ月と設定した。そこで、遅延を「患者が乳房の異常に

¹ 沖縄県立看護大学大学院博士後期課程

² 沖縄県立看護大学

気付いてから医療機関を受診するまでの期間が3ヶ月以上」、非遅延を「患者が乳房の異常に気付いてから医療機関を受診するまでの期間が3ヶ月未満」と定義した。なお、乳房の異常に気づくとは、患者が乳がんの特徴的なしこり等の症状により通常の乳房の状態と何か違っていると自覚した事象、または検診などで指摘され、異常に気づいたことを指す。

Ⅲ. 概念枠組み

乳がん患者の受診行動に影響する要因をモデルで示した判断の遅延モデル (Judgment to delay Model : 以下 J-Delayモデル) (Facione, 2002) を基盤に研究の枠組みを構成した。J-Delayモデルは、欧米諸国を中心に発展し、「健康問題の評価」「知識と信念」「情動反応」「健康習慣」「医療機関との距離」「優先事項の存在」の6つの概念から構成される。今回、日本でモデルを活用するため、文化的背景を考慮し、アジア諸国で実施された受診遅延の研究で主要な概念であるソーシャルサポートを追加した (Lam et al, 2009)。また、先行研究では、今後の研究課題として、楽観性を考慮する必要性についても示唆されていることから (Facione.N・Facione.P, 2006)、本研究では概念枠組みに楽観性を追加し、計8つの概念で枠組みを構成した。

Ⅳ. 研究方法

1. 対象者

平成27年9月7日～14日の調査期間中に沖縄県内にあるA病院の乳腺外科に通院中の20歳以上の女性乳がん患者を対象とした。対象選択は、乳がんの診断・告知を受けて3ヶ月から5年未満の女性で、質問紙への回答が可能である者とした。選択条件に合致した者は22人であったが、調査に先立ち、研究説明を実施した段階で調査拒否を表明した6人を除外した。承諾の

得られなかった6人の理由は、「自分のことを知られたくない2人」、「時間的に負担である2人」、「不明2人」であった。以上をふまえて、調査参加に同意が得られた16人を研究対象とした。なお、A病院の乳腺外科は、初診・再診を含めて、1日平均30人の乳がん患者が来院する施設である。

2. 調査方法

調査方法は、質問紙調査からのデータ収集とした。質問紙調査は、診察の待ち時間に実施してもらい、対象者の同意を得た上で、回答終了後に研究者が直接その場で回収した。

3. 質問紙構成の手順

概念枠組みを基盤に、がん看護に精通した看護研究者のスーパーバイズを受け、質問紙を構成した。次に、大学院生3人に意見を聞き、質問紙の修正を重ねた。さらに、沖縄県内の乳がん患者会のメンバー10人を対象にプレ調査を実施し、質問紙の表面妥当性を確認するとともに、追加修正を行った。最終的に、公衆衛生学の研究者2人に本質問紙の妥当性について確認し、パイロットスタディを実施した。

4. 調査項目

調査項目は全91項目から構成された無記名による自記式質問紙であった。使用した尺度については、研究実施前に原作者および出版社に直接許可を得た。また、質問紙には質問項目に関する自由記載の欄を設けた。質問紙の回答に要した時間は約25～40分であった。

1) 基本属性

年齢、雇用状況、年間収入、最終学歴、家族形態、居住地、信仰、身近な者のがん経験の有無の8項目について情報を得た。

2) 健康問題の評価

患者が最初に乳房の異常を自覚した時期から初めて乳腺外科を受診した日までの期間を「3ヶ月未満」「3ヶ月以上」の2件法で尋ねた。他疾患で通院・入院中だった者については、乳腺外科へ受診した時期を受診日とした。受診までの時間の認識については「すぐに受診した」「まあすぐに受診した」「少し遅れた」「とても遅れた」の4件法で回答を求めた。その他、乳房の異常に気付いたきっかけや症状の有無、受診に至った理由など計6項目について尋ね、病院受診までの経験に関する基本的な情報を得た。

3) 知識と信念

健康情報を理解し、活用するための知識を評価するために、ヘルスリテラシー尺度を用いた (Ishikawa et al, 2008; 石川, 2011)。本尺度は、機能的リテラシー、批判的リテラシー、伝達的リテラシーの3つの下位尺度から構成される。今回、自記式質問紙での調査を実施したため、読み書きを評価する機能的リテラシーを除いた、伝達的・批判的リテラシー9項目のみに焦点を当てた。「1点:全く思わない」から「4点:強く思う」の5件法で回答を求めた。得点が高い程、リテラシーが高いと評価した。

信念の測定には、日本語版Brief COPE尺度 (大塚; 2008) を用いた。看護研究者や乳がん患者会メンバーとの検討を重ねた結果、24の下位尺度のうち、「気晴らし」「否認」「アルコール・薬物使用」「肯定的再解釈」「計画」「受容」「宗教・信仰」「自己非難」の8つの下位尺度に絞って質問項目を構成した。1下位尺度あたり2項目で、「まったくそうしない」から「いつもそうする」の4件法で回答を求めた。下位尺度ごとの合計を算出し、得点が高い程、その対処傾向にあると評価した。

4) 情動反応

日本語版STAI(State-Trait Anxiety Inventory)の特性不安を用いて不安傾向を測定した (清水, 2004)。特性不安は、ストレス反応に対して状態不安を喚起させやすい傾向であり、比較的安定した個人内特性を13項目で評価する。ふだん、一般にどの程度の状態かを「決してそうでない」から「いつもそうである」までの4件法で回答を求めた。合計得点を算出し、得点が高い程、不安が高いと評価した。

5) 健康習慣

がん検診 (乳がん・子宮がん) の受診状況や自己検診の有無、他疾患での通院状況、民間療法の利用状況の5項目について回答を求めた。

6) 医療機関との距離

医療機関との距離を測定するツールを開発者の許可を得た上で、筆者らが日本語に翻訳をして使用した (Cancer Research UK, 2009)。ツールは「病院に行って医師に診てもらうのは、とても躊躇する」など9項目で構成される。さらに、患者会メンバーの意見により「どこの病院に行けば良いか迷う」の1項目を質問項目に追加した。「とてもそう思う」「そう思う」「そう思わない」の3件法で回答を求めた。

7) 優先事項の存在

保健行動を他の生活行動より優先させようという態度を測定する「生活行動に対する保健行動の優先性尺度」を用いた (宗像, 2005)。4項目から構成され、回答は4件法で得点を算出した。得点範囲は4～16点で、点数が低い程、保健行動の優先性が高いと評価した。

8) 情緒的サポート

支援状況を測定する「情緒的支援ネットワーク尺度」を用いた (宗像, 2005)。10項目から

構成され、回答は2件法で「1点:いる」「0点:いない」とし、合計点を算出した。8点以上は支援が多く関係が「よい」、6～7点は支援が「普通」、5点以下は支援が少なく関係が「悪い」と評価した。

9) 楽観性

改訂版楽観性尺度 (the revised Life Orientation Test) を用いた (坂本・田中, 2002)。楽観性と悲観性の2つの下位尺度から構成され、ダミー4項目を含む計10項目からなる。「非常にあてはまる」から「全くあてはまらない」の5件法で回答を求め、得点が高い程、楽観的および悲観的傾向にあると評価した。

5. 分析方法

記述統計、および受診遅延の影響要因を探るため、遅延群と非遅延群の2群間で比較を行った。統計学的方法として、平均値の比較についてはKolmogorov-Smirnov検定により正規性を確認した上でt検定を実施した。クロス集計についてはFisherの直接確率法を用いた。解析には統計パッケージSPSS ver 23.0を使用し、有意水準5%で検定を行った。自由記載については、質問項目の課題を抽出する視点で分析を行った。

6. 倫理的配慮

沖縄県立看護大学倫理審査委員会(承認番号:15005)ならびに研究対象施設であるA病院倫理審査委員会の承認(承認番号:H27-01)を得て実施した。対象者には、調査目的、方法、調査が当該施設での治療や看護と中立であり拒否や中断の権利があること、プライバシーの保護遵守について研究者が口頭で説明し、調査への参加について同意を得た。回答終了後に謝礼として、対象者へ500円分の商品券を提供した。

V. 結果

1. 対象の属性

対象16人の概要は、全体でみると、平均年齢は58.6 (SD16.2, Range 28-83)歳であり、年間の世帯年収300万円以下の者が10人(62.5%)、沖縄本島南部に居住している者が11人(68.8%)であった。受診までに要した期間でみると、遅延群が5人(31.3%)、非遅延群が11人(68.8%)であった。遅延群と非遅延群との比較では、遅延群の平均年齢が66.4 (SD16.3, Range43-83)歳、非遅延群が55.1 (SD15.6, Range28-81)歳であり、有意差は認められなかった ($p=0.23$)。世帯収入では、遅延群は全ての者が年収300万円以下の群に属していた (表1)。

2. 各項目と受診期間

健康問題の評価についてみると、非遅延群では、最初にしこりに気づいて来院した者が63.6% (7人)であった。一方、遅延群では、しこり以外の症状が最初の症状となる傾向にあり、最初に出現する症状は受診までの期間に影響していた ($p=0.03$)。受診までの期間についての捉え方は、遅延群では全員が遅くなったと回答していた。非遅延群では8割以上の者がすぐに受診したと回答しており、両群で有意な差が認められた ($p=0.005$)。これまでの検診の受診状況についてみると、遅延群では、乳がん検診を全く受けたことがないと回答した者が8割、子宮がん検診、自己検診においても、それぞれ、全員が全く受けたことがないと回答していた。特に、子宮がん検診の受診状況については、遅延群・非遅延群との間で、有意に差が認められた ($p=0.009$)。なお、日頃の自己検診については、両群ともに7割以上の者が全く実施していないと回答していた。また、乳房の異常に気付いた際、他の疾患で医療機関に通院していた者は両群ともに6割を占めていた

表1 対象者の属性

		n (%)			
		全体 n=16 (100%)	遅延群 n=5 (31.3%)	非遅延群 n=11 (68.8%)	p値
年齢-歳		58.6 ± 16.2	66.4 ± 16.3	55.1 ± 15.6	0.23★
職業					
	正規雇用	5 (31.3)	1 (20.0)	4 (36.4)	
	非正規雇用	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (9.1)	
	自営業	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (9.1)	0.73
	主婦	5 (31.3)	2 (40.0)	3 (27.3)	
	無職	4 (25.0)	2 (40.0)	2 (18.2)	
年間収入					
	300万未満	10 (62.5)	5 (100.0)	5 (45.5)	
	300~500万	5 (31.3)	0 (0.0)	5 (45.5)	0.11
	500~1,000万	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (9.1)	
	1,000万以上	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
学歴					
	小学校	1 (6.3)	1 (20.0)	0 (0.0)	
	中学校	4 (25.0)	1 (20.0)	3 (27.3)	
	高校	2 (12.5)	0 (0.0)	2 (18.2)	
	専門学校	2 (12.5)	0 (0.0)	2 (18.2)	0.11
	短期大学	4 (25.0)	3 (60.0)	1 (9.1)	
	大学	3 (18.8)	0 (0.0)	3 (27.3)	
	大学院	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
家族形態					
	未婚・一人暮らし	2 (12.5)	1 (20.0)	1 (9.1)	
	未婚・家族同居	5 (31.3)	2 (40.0)	3 (27.3)	0.78
	既婚・一人暮らし	1 (6.3)	0 (0.0)	1 (9.1)	
	既婚・家族同居	8 (50.0)	2 (40.0)	6 (54.5)	
居住地					
	沖縄本島・北部	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	沖縄本島・中部	5 (31.3)	1 (20.0)	4 (36.4)	
	沖縄本島・南部	11 (68.8)	4 (80.0)	7 (63.6)	0.48
	中核離島	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	小規模離島	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
信仰					
	特定の宗教	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
	祖先崇拝	3 (18.8)	1 (20.0)	2 (18.2)	0.71
	なし	13 (81.3)	4 (80.0)	9 (81.8)	
身近な人の乳がん経験					
	あり	3 (18.8)	2 (40.0)	1 (9.1)	0.21
	なし	13 (81.3)	3 (60.0)	10 (90.9)	

★についてはt検定、それ以外はFisherの直接確率検定による。

(表2)。知識・信念、不安、医療機関との距離、優先事項の存在、情緒的サポート、楽観性について既存の尺度およびツールを用いて測定したが、遅延群・非遅延群との間に有意な差は認められなかった(表3)。

3. 自由記述

自由記述からは、質問紙に関して「高齢者に

は内容が難しい(A氏, 非遅延群)」、「同じ内容が続くと疲れる(B氏, 非遅延群)」等のコメントが寄せられた。また、自分自身の状況について「家族の健康状態なども考慮しなければならず、自分の病気のことだけを考える状況にない(C氏, 遅延群)」という記述も寄せられた。C氏の保健行動の優先性尺度を見ると、「病気になると、他のことを犠牲にしても、休養しようと

表2 受診までの期間と各項目

	遅延群 n=5	非遅延群 n=11	p 値☆	n(%)
最初に気づいた症状				
しこり	1 (20.0)	7 (63.6)	0.03	
乳房の痛み	2 (40.0)	1 (9.1)		
他の不快症状	2 (40.0)	0 (0.0)		
症状はなかった	0 (0.0)	3 (27.3)		
受診までの期間の捉え方				
すぐに受診した	0 (0.0)	9 (81.8)	0.005	
遅くなった	5 (100.0)	2 (18.2)		
乳がん検診				
年に1回	1 (20.0)	4 (36.4)	0.4	
半年に1回	0 (0.0)	1 (9.1)		
必要時	0 (0.0)	2 (18.2)		
全く受けていなかった	4 (80.0)	4 (36.4)		
子宮がん検診				
2年に1回	0 (0.0)	6 (54.5)	0.009	
必要時	0 (0.0)	3 (27.3)		
全く受けていなかった	5 (100.0)	2 (18.2)		
自己検診				
1ヶ月に1回	0 (0.0)	0 (0.0)	0.43	
2・3ヶ月に1回	0 (0.0)	1 (9.1)		
半年から1年に1回	0 (0.0)	2 (18.2)		
全くしていなかった	5 (100.0)	8 (72.7)		
他疾患での通院				
通院していた	3 (60.0)	7 (63.6)	0.65	
通院していなかった	2 (40.0)	4 (36.4)		
民間療法				
利用した	1 (20.0)	1 (9.1)	0.54	
利用しなかった	4 (80.0)	10 (90.9)		

☆Fisherの直接確率検定による。

表3 受診までの期間と尺度

	遅延群 n=5	非遅延群 n=11	p値	Cronbach's α 本研究	Cronbach's α 原作
ヘルスリテラシー尺度★					
伝達のヘルスリテラシー	13.8 ± 3.9	13.4 ± 4.5	0.88	0.80	0.77
批判的ヘルスリテラシー	10.3 ± 2.2	8.8 ± 4.4	0.43	0.83	0.65
日本語版Brief COPE尺度†					
気晴らし	5.0 ± 2.0	5.2 ± 1.0	0.81	0.58	0.46
否認	3.8 ± 1.3	4.0 ± 1.5	0.76	0.69	0.69
アルコール・薬物使用	2.5 ± 1.0	3.3 ± 1.8	0.32	0.95	0.91
肯定的再解釈	5.5 ± 1.0	5.4 ± 1.8	0.86	0.69	0.70
計画	6.3 ± 1.3	6.2 ± 1.3	0.93	0.75	0.67
受容	6.0 ± 0.0	5.8 ± 1.2	0.62	0.18	0.63
宗教・信仰	4.5 ± 1.7	4.7 ± 1.7	0.83	0.88	0.64
自己非難	4.0 ± 1.6	4.1 ± 1.6	0.93	0.85	0.74
日本語版STAI †	24.3 ± 7.1	26.0 ± 9.5	0.71	0.89	0.85
医療機関との距離‡	27.2 ± 2.6	26.6 ± 2.7	0.70	0.51	—
生活行動に対する保健行動の優先性尺度¶	9.0 ± 1.2	7.7 ± 3.1	0.27	0.82	0.66
改訂版楽観性尺度					
楽観性	7.6 ± 1.7	7.9 ± 2.6	0.78	0.58	0.62
悲観性	5.8 ± 1.7	5.0 ± 1.8	0.49		
情緒的支援ネットワーク尺度-n(%)★★					
良い	4 (80.0)	8 (72.7)	0.53 ††	0.92	0.90
普通	0 (0.0)	2 (18.2)			
悪い	1 (20.0)	1 (9.1)			

t検定による。但し、††はFisherの直接確率法による。

★ 伝達のヘルスリテラシー (5項目) の得点範囲は4~16点、批判的ヘルスリテラシー (4項目) の得点範囲は5~20点。

† 下位尺度 (各2項目) の得点範囲は、2~8点。

‡ 全13項目、得点範囲は13~52点。

¶ 全10項目、得点範囲は10~30点。

|| 全4項目、得点範囲は4~16点。

★★ 得点範囲は楽観性 (ダミーを除く3項目) 3~15点、悲観性 (ダミーを除く3項目) 3~15点。

★★★ 全10項目、良い ≥ 8点、普通 6~7点、悪い ≤ 5点。

する方である」「健康のために無理をしない方である」の質問について「まあそうである」と回答していたが、自由記述では、自分の健康のことだけに専念したいが出来ない状況について記述されていた。

VI. 考察

少ないサンプルサイズであったものの、本研究において受診遅延者は全体の約30%を占めており、海外の研究と同様の割合であった (Facione, 1993)。また、有意ではなかったものの、遅延群は非遅延群に比べて年齢が高い傾向にあり、全員が世帯年収300万円以下に属していた。いずれも先行研究を支持する結果で

あった (Unger-Saldana・Infante-Castaneda, 2009)。さらに、遅延群は非遅延群に比べてがん検診を受けていないと回答する者が有意に多く、日頃の健康への意識と受診遅延との関連が示された。しかし、なぜ受診が遅延するのかといった具体的な項目について、遅延群と非遅延群との間で有意差は認めなかった。楽観性を評価する改訂版楽観性尺度については、内的整合性が0.58と低い数値となった。楽観性は、比較的新しい概念であり、先行研究では、楽観性の捉え方については文化によって異なり、本邦に合った尺度の開発が今後の課題とされている (外山, 2013)。以上の状況をふまえると、既存の尺度を用いて受診遅延の楽観性を評価す

ることは現段階では難しいと考える。また、本研究では、信念を日本語版Brief COPE尺度で評価した。個々のコーピング方法が明らかになったが受診行動とは関連が薄く、受診行動に関する信念は、既存の尺度ではなく、患者の語りから得られる独自の価値や考えをふまえて測定することが望ましい。医療機関との距離を測定したツールについても、内的整合性は0.51と低さが目立った。今回の結果から、患者が具体的にどのような点で医療機関との距離を感じ、それが受診行動に影響しているのかを明確にした上で質問項目を構成することが必要である。また、生活行動に対する保健行動の優先性尺度について、自由記述との整合性を評価したところ、遅延者は自己の保健行動を優先したくても、出来ない状況に置かれていることが明らかになった。以上の結果からも、患者の語りから質問紙を構成し、事象を測定できるように修正を重ねることが今後の課題である。

本研究は、本邦で最初の受診遅延の影響要因を検討した研究であり、その意義は大きいと考えるが、パイロットスタディの実施に際して、いくつかの限界があった。第1に、サンプルサイズが少ないことにより、本来の関連性を見落とした可能性がある。第2に、無作為抽出によるサンプルの選定ではなかったため、対象者の選定において選択バイアスが生じた可能性がある。第3に、乳房の異常に気づいてから受診に至るまでの経験について、後方視的調査を行ったことにより、情報収集の精度についての問題も考えられる。第4に、調査の説明段階で、時間的負担を理由に拒否を表明した者が2人いたことから、患者の負担にならないような調査の工夫が必要である。以上をふまえて、今後の課題として、より代表的なサンプリングを実施し、調査回答者を増やした調査研究を実施する必要があると考える。

VII. 結論

乳がん患者の受診遅延には、年齢や年収、日頃の健康への意識などが影響していた。しかし、各項目との関連について検討した結果、受診遅延の現象を既存の尺度で測定することの限界も示された。今後の課題として、受診遅延の現象を高い精度で測定するために、患者の語りを反映した質問紙の改善が必要である。

本研究は、山路ふみ子専門看護教育研究助成基金による助成を受けて実施した。

利益相反：本研究による利益相反は存在しない。

引用文献

- Cancer Research UK.(2009) Cancer Awareness Measure(Breast-ACM) toolkit.http://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/health_professional_cancer_awareness_measure_toolkit_version_2.1_09.02.11.pdf. (2015年 9月 22日現在)
- Facione, N. C. (1993). Delay versus help seeking for breast cancer symptoms: a critical review of the literature on patient and provider delay. *Social science & medicine*, 36(12), 1521-1534.
- Facione, N. C. (2002). The J-Delay scale: a measure of the likelihood of patient delay in breast cancer. *Res Theory Nurs Pract*, 16(2), 103-118.
- Facione, N. C., & Facione, P. A. (2006). The cognitive structuring of patient delay in breast cancer. *Soc Sci Med*, 63(12), 3137-3149. doi:10.1016/j.socscimed.2006.08.014
- Ishikawa, H., Takeuchi, T., & Yano, E. (2008). Measuring functional, commu-

- nicative, and critical health literacy among diabetic patients. *Diabetes Care*, 31(5), 874-879. doi:10.2337/dc07-1932
- 石川ひろの. (2011). ヘルスコミュニケーションとヘルスリテラシー. *保健医療社会学論集*, 22(2), 16-21.
- 国立がんセンターがん対策情報センター. (2006.) がん情報サービス. <http://ganjoho.jp/public/index.html> (2015年9月21日現在)
- Lam, W. W., Tsuchiya, M., Chan, M., Chan, S. W., Or, A., & Fielding, R. (2009). Help-seeking patterns in Chinese women with symptoms of breast disease: a qualitative study. *J Public Health (Oxf)*, 31(1), 59-68. doi:10.1093/pubmed/fdn088
- 宗像恒次.(2005). 最新行動科学からみた健康と病気 (第1版第15刷), 株式会社メヂカルフレンド社, 東京.
- 中島信久, 泰温信, 松岡伸一, 伊藤東一, 横山良司, 本多昌平, 高岡和夫, 福田由布子, 伊藤律子, 森田真由美, 佐野文男 (2004): 局所進行乳癌 (T 4 乳癌) 患者における受診遅延の背景と治療上の問題点に関する心理社会的検討, *緩和医療学*., 6(3), 45-50.
- 日本乳癌学会. (2011) : 全国乳がん患者登録調査報告2011年次症例. <http://www.jbcs.gr.jp/people/nenjihoukoku/2010nenji.pdf> (2015年9月22日現在)
- 大城真理子, 神里みどり. (2015). 乳がんの受診遅延に関する文献検討. *沖縄県立看護大学紀要*(16), 109-116.
- 大塚泰正. (2008). 理論的作成方法によるコピーング尺度 : COPE. *広島大学心理学研究* (8), 121-128.
- Richards, M. A., Westcombe, A. M., Love, S. B., Littlejohns, P., & Ramirez, A. J. (1999). Influence of delay on survival in patients with breast cancer: a systematic review. *Lancet*, 353(9159), 1119-1126.
- 坂本真二, 田中江里子. (2002). 改訂版楽観性尺度(the revised Orientation Test)の日本語版の改訂. *The Japanese Journal of Health Psychology*, 15(1), 59-63.
- 清水秀美. (2004). STAI日本語版. 堀洋道, 心理測定尺度Ⅲー心の健康をはかる<適応・臨床>-(初版第5刷), 183-187, 株式会社サイエンス社, 東京.
- 外山美樹. (2013). 楽観・悲観性尺度の作成ならびに信頼性・妥当性の検討. *心理学研究*, 84(3), 256-266.
- Unger-Saldana, K., & Infante-Castaneda, C. (2009). Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Publica Mex*, 51 Suppl 2, s270-285.

Evaluate the questionnaire to verify the influencing factors of delay of help seeking behavior in breast cancer patients: A pilot study

Mariko Oshiro¹, Midori Kamizato²

[Background] Although the effect of cultural and economic influences are considered as a huge factor of the delay of help seeking behavior, there have not been enough any research done regarding this issue in Japan.

[Purpose] The aim of the study was to evaluate the questionnaires of the pilot study in order to verify the influencing factors of delay of medical care in breast cancer patients.

[Methods] The target of this study was female patients diagnosed with breast cancer who were at least three months to 5 years post-diagnosis. Participants were recruited from one hospital in Okinawa.

[Result] The data was obtained from sixteen breast cancer patients. Approximately 30% of them were found to be delayers. Most of the delayers tend to higher age, and all 16 targets belong to the group of that the annual income is under 3 million yen. The relationship between each factors and the delay of help seeking behavior was examined with present scale. Additionally, by evaluate comments which were obtained from the free description type answer question, it was found that the present scale is not accurate enough to illustrate actual circumstance of the delay of help seeking behavior.

[Conclusion] It was suggested that, in order to measure the phenomena of the delay of help seeking behavior accurately, possible influencing factors needs to be clarified by the help of questionnaire and qualitative interviews of patients.

Key words: breast cancer patients, delay of help seeking behavior, questionnaire, pilot study

¹ Doctoral Course, Okinawa Prefectural College of Nursing

² Okinawa Prefectural College of Nursing

報告

小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援の自己点検 —H島診療所の看護実践から—

美底恭子¹ 大湾明美² 伊牟田ゆかり² 佐久川政吉²

【目的】本研究の研究目的は、小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援を改善するために、これまでの高齢者の内服自己管理への支援内容を自己点検し、その特徴から課題を明らかにすることである。

【方法】看護師の支援に課題があると思われた高齢者15名の内服自己管理への支援内容を質的帰納的に分析した。

【結果】1. 内服自己管理への支援内容は、診療所を受診し内服を処方されるための、自宅から診療所来所までの支援「受診支援」、薬に関する支援「内服支援」、健康管理に関する生活環境への支援「生活支援」3つに分類された。2. 受診支援には、《受診促しの支援》、《送迎の支援》があった。3. 内服支援には、《内服自己管理状況の把握》、《内服自己管理の能力と意識の把握》、《内服自己管理支援のための工夫》、《家族への支援協力》、《関係者（専門職・非専門職）の把握と活用》があった。4. 生活支援には、《高齢者からの生活情報・健康管理情報の把握》、《生活情報・健康管理情報を活かした個別支援》、《家族関係に配慮した家族への支援協力》、《関係者（専門職・非専門職）の協力内容の把握とその活用》があった。

【結論】小離島の看護師の内服自己管理の支援は、「生活支援」を基盤に、本人を含め家族と関係者を活用した地域の人々によるセルフケアを促し、診療所への「受診支援」を検討し、「内服支援」につなげる支援のあり方が示唆された。

キーワード：高齢者 小離島 診療所看護師 内服自己管理

I はじめに

都市地域では、院外処方により、薬剤師が薬の作用、副作用、飲み方などの薬の説明や、他院で処方された薬や市販薬・健康食品などとの飲みあわせのチェックが専門的に行われるしくみがある。また、介護保険制度による要支援者・要介護者は「居宅療養管理指導」で薬剤師が自宅に訪問し、薬学的管理指導が受けられる。

沖縄県には39島の有人離島があり、病院のある島は3島、20か所の小離島には沖縄県立附属診療所と町村立診療所があり、診療所のない島もある（沖縄県福祉保健部，2011）。離島診療所には、医師1名、看護師1名、事務職1名の配置が原則であり、薬剤師の配置はなく看護師が薬剤業務を代替えせざるを得ない状況である。

離島に特徴的な看護活動として、離島という

環境において診療所内外の多様な役割（森ら，2012；大島ら，2015）が求められ、そのひとつに薬剤師代行業務も挙げられている（下地ら，2013）。また、離島の人材養成への期待として、地域の視点を持った住民に溶け込める人材を挙げ、離島地域にあわせた研修内容の方法と工夫を課題としていた（大湾ら，2015）。しかし、離島診療所で勤務する看護職は、時間的・経済的な理由の他に代替看護師の確保が困難で研修参加が難しいこと、離島の看護職者のための研修プログラムが十分ではないなど課題が山積している（小林ら，2005）。離島を多く抱えている長崎県や沖縄県では、代替看護師の制度化や離島看護職のための研修があるが緒についたばかりである。（知念ら，2015；稗圃ら，2015）。

ところで、沖縄県立附属診療所の看護師は、沖縄県が作成した「沖縄県立病院附属診療所看護業務手順」（2002）に基づき看護業務が行われている。その手順にある「薬」に関すること

¹ 県立八重山病院附属波照間診療所

² 沖縄県立看護大学

は、「薬品管理」と記載され、その内容は、内服薬の管理について、薬品の請求・管理についてのみである。そのため、離島診療所の看護師による内服支援は、診療所医師との関係性のもとで、看護師各自の知識と経験と関心にゆだねられている。

このように都市地域と小離島では内服支援の環境が異なるにもかかわらず、離島診療所での看護師に内服支援に関する研修などの教育をしないまま、診療所看護師は日常業務として内服支援を看護師自身の判断で行われている現状がある。

これまで、筆者は、診療所内で高齢者に薬の説明や、飲み忘れないような工夫、飲み忘れた時の対応について、口頭で薬を渡す時に説明していた。しかし、外来受診時に繰り返し説明しても、薬の飲み残しや自己中断する高齢者がいた。診療所看護師として、このような高齢者にどのような内服自己管理の支援を行ってきたのかが気になった。

そこで、今回の研究目的は、小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援を改善するために、これまでの高齢者の内服自己管理への支援内容を自己点検し、その特徴から課題を明らかにすることである。

【用語の操作的定義】

内服自己管理：処方された薬に対する薬効や副作用などの理解があり、自宅での内服の管理ができ、残薬がほとんどなく内服し、定期受診ができることである。

内服自己管理への支援：前述の内服自己管理ができるよう、看護師の高齢者に対する直接的支援、及び家族や関係者（専門職・非専門職）への依頼等を含めた間接的支援である。

II 方法

1. 研究素材

研究素材は、診療所を受診した65歳以上の

高齢者15名の内服自己管理への支援内容である。高齢者の選定は、「薬の飲み忘れがある」、「リウマチで指の拘縮がひどく内容状況の把握が必要」、「薬を自己調整する」、「民間療法寫血（ブーブー）を頻回に行う」など、日ごろから看護師が支援に課題がある高齢者とした。

研究開始前に、診療所内の掲示板に研究の趣旨及び研究目的を記載したポスター「看護研究へのご協力をお願い」を掲示した。その後1ヶ月間に診療目的で診療所に来所した65歳以上の高齢者62名中、支援に課題がある高齢者15名を決定した。

高齢者の年齢は、「70代」8名、「80代」4名、「90代」3名であった。性別は、女性10名、男性5名であり、家族構成は、「一人暮らし」2名、「老夫婦世帯」4名、「子どもと同居」6名、「兄弟と同居」2名であった。主な疾患名は、「高血圧」14名、「脳血管障害」5名、「高脂血症」3名、「糖尿病」2名、「パーキンソン病」2名、「認知症」2名であった。

2. データ収集

内服自己管理の支援内容の実態を把握するために、高齢者の外来受診時に「内服自己管理への支援の実態」用紙に、事例ごとに内服に関する内容で、定期受診の状況、支援内容、看護師が課題としていることなどをメモした。

メモの内容をもとに既存資料（カルテ）や記憶をたどりながら支援内容を加筆し、共同研究者と討議した。討議では、どのように外来に訪れるのか、定期受診しないときの看護師の対応、外来での看護師の支援内容、外来以外での支援の状況、関係者の支援状況など、日々の暮らしの状況とつなげながら共同研究者が質問した。体験を経時的に詳細に思い出し加筆しながら、事例ごとに「内服自己管理への支援の実態」の個票を作成した。共同研究者との討議内容は全てICレコーダーで録音され逐語録が作成さ

れた。研究者は、討議終了後に逐語録を読み、「内服自己管理への支援の実態」の個票の加筆をした。研究者と共同研究者は加筆された個票を資料に討議し、内服に関する支援の全体像が事例ごとに把握されるまで1事例あたり2回から4回、繰り返した。

3. データ分析

「内服自己管理への支援の実態」の個票から、支援内容の原文を抜き出した。事例ごとに支援内容の原文をキーセンテンス化した。15事例をキーセンテンス化し、類似したものを集め、サブカテゴリー化、カテゴリー化した。

全ての分析のプロセスは、研究者一人で行わず、遠隔システムやスカイプを活用し、共同研究者と討議を繰り返した。討議は合意が得られるまで行い、討議結果はメールで確認し、必要があれば加筆修正し、次回討議の資料とした。

4. 倫理的配慮

事前に研究協力のためにポスターで情報を公開し、対象の高齢者には研究の趣旨及び研究目的を説明し同意を得た。得られたデータは、個

人が特定出来ないよう情報を処理した。本研究は、沖縄県立看護大学の研究倫理審査委員会において承認を得て実施した。

III 結果

内服自己管理への支援の自己点検の結果、支援内容は、診療所を受診し内服を処方されるための、自宅から診療所来所までの支援「受診支援」、薬に関する支援「内服支援」、健康管理に関する生活環境への支援「生活支援」の3つに分類できた。文中“ ”は原文、〈 〉はサブカテゴリー、《 》はカテゴリーを示す。

1. 受診支援

診療所を受診し内服を処方されるため、自宅から診療所来所までの受診支援は、《受診促しの支援》、《送迎の支援》の2つのカテゴリーと12のサブカテゴリーが抽出された（表1）。

受診支援は、受診継続の有無、受診が遅れる理由を把握し、受診の促しおよび受診のための送迎の支援を診療所職員、家族、近隣、高齢者サービス提供機関を巻き込み、診療所内外を問わず実践していた。

表1 受診支援

カテゴリー	サブカテゴリー	キーセンテンスの例
受診促しの支援	受診がスムーズにできていることの把握	症状が出た時には、自ら受診の必要性を判断し、家族に送迎を依頼し受診できることを把握している
	受診が遅れることの把握	薬が切れても家族が気付くまで、自ら受診しようとしなかったことを把握している
	受診が遅れる理由の把握	残薬があり、定期受診に遅れることが多いことを把握している
	受診確認のための工夫	定期受診に遅れることが多いので、受診の促しを診療所職員ができるよう、診療所のカレンダーに次回の受診日を記入している
	受診のための診療所内外での促し	定期受診日に遅れることが多いので、診療所の外で会ったとき、声をかけ、受診を促している
	家族への受診促しの協力依頼	定期受診日に遅れると、別居家族に電話し受診の促しを依頼している
送迎の支援	高齢者サービス提供機関に受診促しの協力依頼	定期受診に遅れることが多いので、高齢者サービス提供機関に受診の促しを依頼した
	受診の移手段の把握	受診は、家族や高齢者サービス提供機関の送迎などを利用していることを把握している
	受診のための送迎の必要性の把握	歩行時の息切れが強く、長距離の歩行は危険と判断し、受診継続のための支援が必要だと把握している
	受診のための送迎の工夫	歩行時の息切れが強く、受診に困っていたため、受診の送迎を（手のあいている看護師か事務員が）行っている
	家族への送迎の協力依頼	同居の子に、本人に疼痛があるときは送迎を手伝うよう依頼している
	近隣への送迎の協力依頼	高齢者にできること（自宅～売店の移動）は自力で行ってもらい、送迎依頼のため電話は売店の店員に依頼した

(事例紹介) 70代の女性で息子と2人暮らし
 高血圧、脳出血、脳梗塞、高脂血症、認知症の既往がある。降圧剤が処方されていたが、定期受診日に来ないことが続いていた。売店の売り子からは、最近物忘れが多くなっているとの話を聞いていた。

看護師は、高齢者が定期受診に遅れていたため、診療所外（売店や道ばた）で会った時に、声かけを行い、受診を促していた（受診が遅れることの把握）（受診のための診療所外での促し）。高齢者は“はい、わかりました”と言うが、“薬がまだ残っている”と話し、定期受診につながらなかった（受診が遅れる理由の把握）。受診促しへの家族の協力が必要と考え、声かけの協力依頼を同居の息子に行った（家族への受診促しの協力依頼）。息子は“言っておくよ”と話す、その後も高齢者が受診をしなかった。息子は畑仕事が忙しいため、支援に協力することは困難だと判断した。高齢者が以前、高齢者サービス提供機関を利用していたことを知っていたため、高齢者サービス提供機関の職員に高齢者のデイサービスでの健康状態を聞き、高齢者がデイサービスの日を忘れることを把握していた。

2. 内服支援

薬に関する内服支援は、《内服自己管理状況の把握》、《内服自己管理の能力と意識の把握》、《内服自己管理支援のための工夫》、《家族への支援協力》、《関係者（専門職・非専門職）の把握と活用》の5つのカテゴリと13のサブカテゴリが抽出された（表2）。

診療所看護師の内服支援は、高齢者の内服自己管理状況や高齢者の内服自己管理の能力と意識を把握し、看護師にできる支援を行いつつ、家族や関係者に協力依頼や調整をしていた。

(事例紹介) 80代の女性で1人暮らし

高血圧、脳梗塞、高脂血症、高コレステロール、便秘症の既往がある。定期受診もできているが、脳梗塞の既往があるため再発しないよう確実な内服が必要である。一人暮らしであり、“病気になったらどうするかねー”と体調に日頃から不安が強い。船が怖いため、数年前に飛行機が運航中止になってから、石垣に出たことがない。

高齢者は定期受診ができており、残薬の有無と持参の促しを確認すると“後何日分残っています”と伝える事ができたが、残薬を持参したことはなかった（内服管理・内服方法の確認と残薬の把握）。予薬時は薬袋と一緒に飲み方(回

表2 内服支援

カテゴリー	サブカテゴリー	キーセンテンスの例
内服自己管理状況の把握	内服管理・内服方法の確認と残薬の把握	ビニール袋に薬を保管しているが、薬袋が破け多種の薬が混合している状況を把握している
	症状と内服頻度の把握	疼痛が強いので、痛み止めの減り方が早いことを把握している
	内服の効果と副作用の確認	利尿剤の内服をし、夜間の頻回な排尿に困っていることを把握している
内服自己管理の能力と意識の把握	内服に関するセルフケア能力と理解の把握	自己管理上の希望や現状を医師に隠さずに伝え、薬の自己調整ができることを把握している
	内服に関する態度と要望の把握	薬に対して理解があり慎重な人であると把握している
内服自己管理支援のための工夫	自宅での内服管理状況把握のための工夫	自宅訪問し、自己管理状況（保管方法、水の補充など）の工夫を把握した
	確実な内服のための内服方法の説明と工夫	与薬時は、高齢者のスタイル（粉剤の袋にシートを貼る）で渡している
家族への支援協力	内服への不安軽減のための工夫	難聴があり、コミュニケーションに工夫がいるため、医師の薬の説明を介助した
	内服支援状況の把握	別居家族が訪問時に内服状況を確認しようとするが、本人に怒られることを把握している
関係者（専門職・非専門職）の把握と活用	内服支援への意識づけ	子が内服確認について関心もなく理解していないことを把握したので、説明した
	医師との症状・内服管理の相談と調整	残薬や物忘れが多い状況を、家族に説明する必要があると考え、医師へ説明を依頼した
	診療所外処方の把握	島外の専門他科に通院していることを把握している
	他の専門職の活用の促し	ヘルパーの内服支援方法を把握するため自宅訪問し、活用を促している

数、量）と薬効を確認した（確実な内服のための内服方法の説明と工夫）。受診時に血圧が高い時には症状の有無と朝の内服の有無の確認をした。また、便秘薬を自己調整しているため、排便状況を聞くと“最近では便秘しない。調子いいよ”話していた（症状と内服頻度の把握）。自分で薬袋に番号を書き、飲む回数や量を間違えないよう工夫し食後に薬を準備して飲むこと。定期薬、頓服薬の不足や残薬について医師に伝える事ができること。体調不良時に親戚に電話できるように電話器のそばに連絡先が張り付けていることを把握していた（内服に関するセルフケア能力と理解の把握）。別件で高齢者の自宅を訪問時、薬について高齢者から“どうやって薬を飲んだらいいかねー”と薬の管理方法の相談をされた。薬は箱に保管されていたが中身を確認しないまま、その方法を支持した（内服に関する態度と要望の把握）、（確実な内服のための内服方法の説明と工夫）。便秘薬は、以前下痢したことがあり内服を不安に思っていたため、医師に報告・相談し、診察時に便秘の薬は自己調整してよい事が説明された（医師との症状・内服管理の相談と調整）（内服への不安軽減のための工夫）。しかし、表情が硬く不安が残っている様子であった。

3. 生活支援

健康管理に関する生活環境への生活支援は、《高齢者からの生活情報・健康管理情報の把握》、《生活情報・健康管理情報を活かした個別支援》、《家族関係に配慮した家族への支援協力》、《協力者（専門職・非専門職）の協力内容の把握とその活用》の4つのカテゴリーと24のサブカテゴリーが抽出された（表3）。

診療所看護師の生活支援は、高齢者から多様な生活情報・健康管理情報を把握し、その情報を個別支援に生かし、家族関係を配慮しながら家族への支援協力と家族にできない部分は関係

者への協力を依頼していた。

（事例紹介）70代の女性で甥と二人暮らし

高血圧、慢性心不全、変形性膝関節症が既往にあり、抗凝固剤や利尿剤などを内服している。

看護師は事例が難聴と頻尿を気にして、友人や親戚宅、高齢者サービス提供機関への外出は嫌がっているが、同居している甥の食事づくりのため近所の売店には毎日買い物に行くことを把握していた（他者との交流の把握）。看護師は事例の歩行時の息切れが強くなってきていることを把握しており、長距離の歩行は危険で、送迎支援が必要であると判断していた（生活行動・健康管理状況の把握）。そこで、毎日通う売店の店員に、受診日には難聴で電話ができない事例に代わり、送迎支援のための電話をしてくれるよう依頼した（近隣へ健康管理の協力依頼）。

また、看護師は、異常の早期発見が必要であると考え、売店の店員に、事例が買い物に来るときにはむくみの状況の観察を依頼した（近隣へ健康管理の協力依頼）。店員は症状を診療所へ電話で伝えてくれ、道中で出会ったときにも報告してくれた（近隣から生活状況・症状の確認）。店員からの勧めで受診し異常の早期発見につながったこともある。

さらに、看護師は、抗凝固剤を内服している事例が、よく転倒して傷が絶えないことを把握していた（生活における健康問題の把握）。その傷は庭や畑の草取りによるものであること、転倒は段差の多い住宅で、甥の食事づくりを急ぐためであることを把握していた（世帯構成・住宅環境の把握）。その改善のために、被服等による皮膚の保護を助言した（内服支援以外の健康管理への助言と工夫）。同居の家族（甥）には、段差解消のための住宅改修の必要性を伝え、家族にできそうな段差解消の協力を依頼した（生活支援の意識づけ）、（生活支援の協力依頼）。

表 3 生活支援

カテゴリー	サブカテゴリー	キーセンテンスの例
高齢者からの生活情報・健康管理情報の把握	生活史の把握	母のことを大切に、島外の施設に入所中も、熱心に母を支えていることを知っている
	趣味や仕事・役割の把握	自営業での仕事をきつく感じ始めたことを把握している
	他者との交流の把握	自宅近くの売店や畑で友人などと交流していることを把握している
	生きる姿勢の把握	リウマチでこわばりや拘縮があるが、前向きに頑張っていると把握している
	世帯構成・住宅環境の把握	自宅の改修（手すり、段差解消）が、本人に合っていないことを把握している
	公的サービスの利用状況の把握	デイサービスの利用を中断していることを把握している
	看護師への期待の把握	自己の体調悪化に不安を抱いているので、施設入所時の情報提供を依頼されている
	生活支援の必要性の把握	数年前に比べ、歩行時の息切れも目立ち、日常生活上の負担や不便があると予測している
	生活行動・健康管理状況の把握	罹患後、酒を控え、自作の栄養食材をまじめに飲んでいることを把握している
	健康管理に取り組む姿勢の把握	民間療法（濁血）は、止めるよう医師から説明を受けているが、継続して民間療法を行っていることを把握している
	生活における健康問題の把握	気管切開をしており、意思疎通が困難でそのストレスから毎日酔うほど飲酒していることを把握している
	自宅での生活状況の確認	ひとり暮らしから子との同居に移行したことで、高齢者の体調や食事など自宅での情報が把握しやすくなった
	家族関係や介護力と支援状況の把握	（ひとり暮らし高齢者の）日常生活上の支援（掃除・ゴミ出し・台風時の対策）を、親戚が行っていることを把握している
生活情報・健康管理情報を活かした個別支援	診療所外での体調確認と対応	自己の体調悪化に不安を抱いているので、体調悪化時には、勤務時間外でも訪問している
	内服支援以外の健康管理への助言と工夫	リウマチでこわばりや拘縮があるため、訪問リハビリの再開を提案した
家族関係に配慮した家族への支援協力	介護への思いの把握	老老介護で今後の介護生活に家族が不安を抱いていることを聞いている
	家族への支援の必要性の把握	同居家族から、高齢者の食生活を聞き、食生活の指導が必要であると判断している
	生活支援の意識づけ	同居の家族に、転倒が多いため住宅改修の必要性を伝えている
	生活支援の協力依頼	自己の体調悪化に不安を抱いているので、体調不良時には家族に情報提供し見守りを依頼している
関係者（専門職・非専門職）の協力内容の把握とその活用	近隣から生活状況・症状の確認	売店の人から、最近物忘れが多くなったということを知っている
	近隣へ健康管理の協力依頼	本人の同意を得て、退院直後は売店の店員にも食事管理の協力を依頼した
	医師との健康管理の相談と調整	島外での検査が必要だったので、医師に家族への検査説明と受診の促しを依頼した
	理学療法士との連携	転倒予防のため、歩行補助用具の検討を理学療法士と行った
	高齢者サービス提供機関と健康状態把握のための連携	物忘れが多いため認知症を疑い、高齢者サービス提供機関の職員に、高齢者の近況を確認した

IV 考察

1. 小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援の特徴

離島は、高齢化率が高く、高齢者世帯や単身世帯が増加している(国土交通省, 2015)。高齢者は複数の疾患を抱えており、多種の薬剤を内服していることから、高齢者における内服自己管理支援は重要である(藤村ら, 2005; 普照ら, 2004; 塚崎ら, 1994)。離島診療所で勤務する看護師には、多機能性が求められ、診療所内外で協働連携しながら支援を行うことが求めら

れている(春山ら, 2015; 野口, 2014; 森ら, 2012)。また、LongとWeinerのルーラルにおける調査では、「看護師・患者とも顔見知りであり匿名性が欠如していることが特徴である。また道端で会ったときなどでも看護相談を受けることがあり、24時間体制で対応し、なおかつ職場と生活の場の明確な境界がないことも特徴のひとつである」(Bushy, 1996)と報告している。

H島の診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援は、診療所における薬に関する「内服

支援」のみでなく、診療所受診に至るまでの「受診支援」、健康管理に関する生活環境への「生活支援」があった。いずれの支援でも多様な生活情報・健康管理情報をいつでも、どこでも把握していた。それらの情報をもとに、高齢者本人への自己管理支援だけでなく、その家族、診療所や高齢者サービス提供機関の専門職および親戚・近隣等の関係者の協力を得ながら、診療所内外を問わず内服自己管理の支援を実践していた。高齢者の内服自己管理への支援は、診療所内での外来受診時の「内服支援」から始まるのではなく、診療所外で生活者として暮らしている高齢者の日常生活情報と家族や関係者の把握と活用の「生活支援」と、外来受診するまでの「受診支援」から支援の糸口を見いだせると考えられた。

したがって、小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援の特徴は、本人を含め家族と関係者を活用した地域の人々による「生活支援」を促し、診療所への「受診支援」を検討し、「内服支援」につなげる支援のあり方が示唆された(図1)。

2. 高齢者の内服自己管理への支援の自己点検から見た課題

自己点検から高齢者の内服自己管理への支援は、「生活支援」、「受診支援」、「内服支援」の三層があったことを整理した。しかし、支援内容として、残薬があることは把握しているが、薬が残る理由は把握していないなど情報が不充分であったこと、また、事例により支援が実施されたり、実施されなかったり不確かであった。内服自己管理への支援が、必要時、いつでも、どこでも、誰にでも確実にできることが必要である。つまり、高齢者の内服自己管理への支援として自己点検された支援内容は、支援を改善するための課題でもあった。

V. 結論

1. 内服自己管理への支援内容は、自宅から診療所来所までの支援「受診支援」、薬に関する支援「内服支援」、健康管理に関する生活環境への支援「生活支援」に分類できた。
2. 受診支援には、《受診促しの支援》、《送迎の支援》があった。

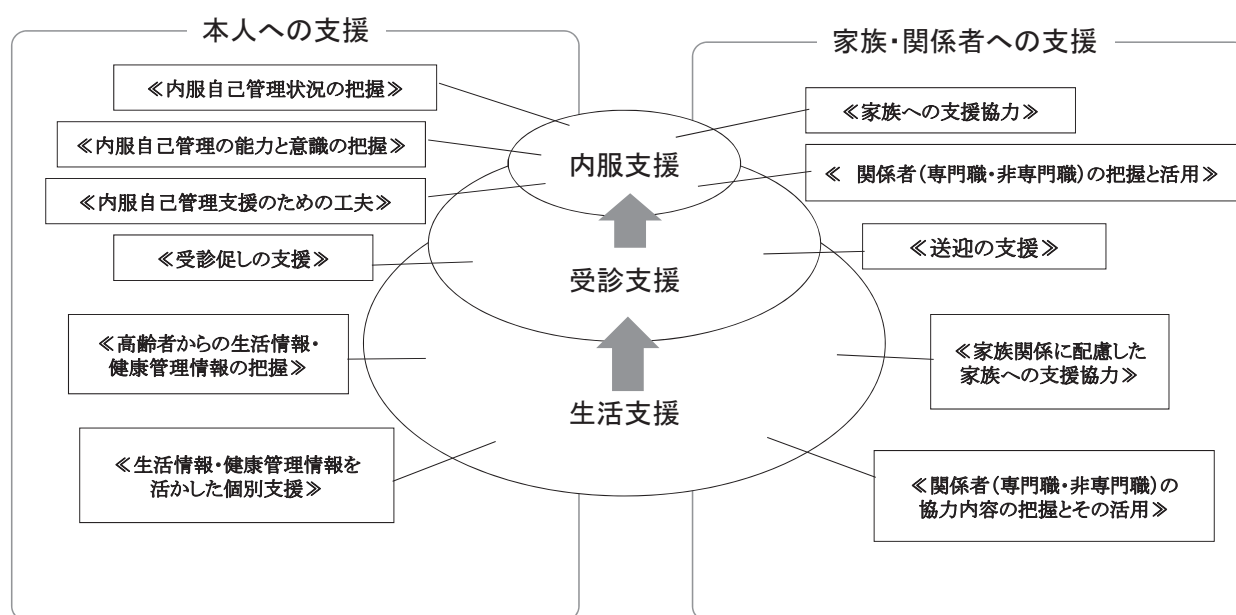


図1 小離島診療所看護師の高齢者の内服自己管理への支援

3. 内服支援には、《内服自己管理状況の把握》、《内服自己管理の能力と意識の把握》、《内服自己管理支援のための工夫》、《家族への支援協力》、《関係者（専門職・非専門職）の把握と活用》があった。
4. 生活支援には、《高齢者からの生活情報・健康管理情報の把握》、《生活情報・健康管理情報を活かした個別支援》、《家族関係に配慮した家族への支援協力》、《協力者（専門職・非専門職）の協力内容の把握とその活用》があった。
5. 小離島の看護師の内服自己管理の支援は、「生活支援」を基盤に、本人を含め家族と関係者を活用した地域の人々によるセルフケアを促し、診療所への「受診支援」を検討し、「内服支援」につなげる支援のあり方が示唆された。

引用文献

- Angekina Bushy. (1996). Community Health Nursing in Rural Environments, Marcia Stanhope, Jeanette Lancaster :Community Health Nursing:315-331: Mosby .
- 藤村佳奈子、三浦いずみ、大田和美、川村美賀子、阿久津麻里. (2005). 高齢者の内服自己管理能力向上に向けての取り組み, 日本看護学会論文集老年看護, 35,64-66.
- 普照早苗, 藤澤まこと, 松山祥子, 渡辺清美, 加藤智美, 中川みのり. (2004). 在宅療養者の服薬にかかわる訪問看護の実態と課題, 岐阜県立看護大学紀要, 4(1), 1,1-7.
- 春山早苗, 江角伸吾, 関山友子, 青木さぎ里, 島田裕子, 塚本友栄, 鈴木久美子, 山田明美, 中島とし子, 福田順子. (2015). わが国のへき地診療所における看護活動の特徴ー2003年、2008年、2013年の比較からー, 日本ルーラルナーシング学会誌, 10,1-13.

- 稗圃砂千子, 山崎不二子. (2015). 離島に勤務する看護職の人材確保に関する課題と支援, 長崎県看護学会誌, 10,9-18.
- 国土交通省. (2015). 離島を取り巻く現状 https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kaiyou/ritou_yuusiki/dai02/2.pdf (2015年10月15日現在)
- 小林文子, 吉岡多美子, 大平肇子, 八田勘司, 奥野正孝, 河村和子, 小坂みち代, 村本淳子. (2005). ルーラルナースの教育プログラムの検討, 地域医療, 第44回特集号, 165-167.
- 森隆子, 兒玉慎平, 波多野浩道. (2012). 小規模島嶼における看護実践モデルの開発 理論的枠組みの構築と妥当性の検証, 日本ルーラルナーシング学会誌, 7,1-15.
- 野口美和子. (2014). 島しょに求められる看護職者の役割拡大, 日本ルーラルナーシング学会誌, 9,65-68.
- 沖縄県福祉保健部. (2011). 沖縄県第11次へき地保健医療計画, 7-8, 沖縄県福祉保健部.
- 沖縄県病院管理局. (2002). 沖縄県立病院附属診療所看護業務手順, 沖縄県病院管理局.
- 大島操, 新居富士美, 安部恭子. (2015). 診療所における看護師の役割に関する文献的検討, 九州看護福祉大学紀要, 15(1), 81-89.
- 大湾明美, 佐久川政吉, 仲宗根洋子, 賀数いづみ, 上原和代, 牧内忍, 宮里智子, 山口初代. (2015). 島嶼地域と都市地域の看護職者の人事交流によるキャリアアップモデル開発(第1報)ー当事者が捉える課題と解決方法ー, 沖縄県立看護大学紀要, 16,117-124.
- 下地千里, 神里みどり. (2013). 離島診療所に赴任する看護師に対する教育プログラムと支援体制, 沖縄県立看護大学紀要,

14,43-55.

関山友子, 湯山美杉, 江角伸吾, 山田明美, 中島とし子, 福田順子, 鈴木久美子, 塚本友栄, 島田裕子, 青木さぎ里, 春山早苗. (2015). へき地診療所に勤務する看護師が認識した看護活動に関連する困難感, 日本ルーラルナーシング学会誌, 10,31-39.

知念久美子, 名嘉みゆき, 平良孝美, 照屋清子. (2015). しまナースによる離島診療所看護師の支援—しまナースによる離島診療所看護師の支援, 全国自治体病院協議会雑誌, 54 (5), 683-686.

塚崎恵子, 稲垣美智子, 永川宅和. (1994). 在宅慢性疾患患者の家族の保健行動と患者の服薬行動との関連性, 金沢大学医療技術短期大学部紀要, 18,117-120.

Remote-Island Clinic Nurses' Self-Assessments Regarding Activities to Support Elderly Patients' Medicine-Taking Behavior: A Study of Nursing Practice at the H-Island Clinic

Kyoko Misoko¹, Akemi Ohwan², Yukari Imuta², and Masayoshi Sakugawa²

Purpose: This study aimed to elucidate the characteristics of activities in nursing practice for supporting elderly patients' medicine-taking behavior at a remote-island clinic through a self-assessment by nurses, with the goal of improving such support in the future.

Method: Qualitative analysis by an inductive approach was applied to the contents of activities for supporting medicine-taking behavior in 15 elderly patients for whom providing such nursing support was challenging.

Results: The contents of activities to support medicine-taking behavior were classified into the following three categories: Consultation Support, to assist patients in getting from the home to the clinic for receiving medical examinations and drug prescriptions; Treatment Support, relating to drug treatments; and Lifestyle Support in the life environment with regard to issues of health management. Consultation Support involved "support for encouraging medical examinations" and "supporting access to clinics." Treatment Support involved "understanding the state of medicine-taking behavior", "understanding the level of awareness and ability relating to medicine-taking behavior", "techniques for supporting medicine-taking behavior", "requesting support and cooperation from family members", and "understanding and making use of other involved individuals (professional and non-professional)." Lifestyle Support involved "understanding lifestyle and health-management information provided by patients", "individual support activities leveraging lifestyle and health-management information", "support for and cooperation with family members, taking family relationships into consideration", and "understanding and making use of cooperation activities with other involved individuals (professional and non-professional)."

Conclusion: As a general foundation of lifestyle support, a potential model for activities by nurses on remote islands for supporting medicine-taking behavior was suggested. The model indicates the need to encourage self-care by making use of local communities including patients, family members and other involved individuals and to examine the provision of consultation support that would lead to treatment support.

Key words: elderly, small and outlying islands, clinic nurses, medicine-taking behavior

¹ Okinawa Prefectural Yaeyama Hospital,
Hateruma Clinic,

² Okinawa Prefectural College of Nursing

研究ノート

「駐在保健婦」の公衆衛生看護活動の特徴 —地域のセルフケア支援の観点から寄生虫予防活動に焦点をあてて—

吉川千恵子¹ 野口美和子² 大湾明美²

キーワード：地域看護 駐在保健婦 公衆衛生看護活動 セルフケア 評価

I はじめに

戦後日本における保健婦駐在制度は、1948年に高知県で開始された。我が国の保健婦駐在制度の第一人者である上村は、「この駐在制の基本となる考えは、新憲法における主権在民の思想であり、公衆衛生看護業務の普遍性から出発したものである」と述べている（上村, 1971）。

沖縄県の駐在保健婦制度は、1950年にGHQから看護顧問として赴任したワニタ・ワーターワース女史および米軍公衆衛生部に赴任したジョセフィン、Hケーザー女史の指導の下で、1951年に公衆衛生看護基準が設定された。その中で、県保健所保健婦の市町村駐在は施行された。公衆衛生看護活動の目的は、担当地区住民の健康増進と疾病予防および健康管理である（公衆衛生看護婦会編, 1967；沖縄県環境保健部, 1977；沖縄戦後の公衆衛生の歩み, 1981；沖縄県保健婦長会編, 1994；沖縄県, 1998）。それは本県の離島へき地の多い地理的条件、交通事情、市町村の財政基盤、医療施設を含む医療人のマンパワーの不足、公衆衛生上にみられる諸々の問題等を検討した結果、保健婦の身分を県身分一本化にし、地区担当制による駐在保健婦として全地域住民を対象とした活動をする旨であった。指導者たちは駐

在保健婦の日常の実務指導、公衆衛生看護婦講習会、看護職者の免許に関すること、看護行政などの基礎づくりを献身的に指導された（金城妙子, 2001）。1997年の地域保健法施行に伴い、先駆者たちにより誕生した保健婦駐在制度による多様な活動は終焉した。

これまでの駐在保健婦活動に関する研究は、沖縄の保健婦経験者たちを中心に、担当地区住民の健康生活への支援に関する活動報告が多くある（公衆衛生看護婦会編, 1967；沖縄県環境保健部, 1977；沖縄戦後の公衆衛生の歩み, 1981；；沖縄県保健婦長会編, 1994；沖縄県, 1998）。また、保健婦駐在の制度の史的考察や制度の意義に関する報告（大嶺千枝子, 2001；大嶺千枝子ら, 2002；宮城シゲラ, 1883）、駐在保健婦活動が結核と戦った実践報告（与那原節子, 1983）、過去の駐在保健婦活動はプライマリヘルスケアであるとの報告（大湾明美, 2007）などがある。

ところで、看護理論家のD.E.Orem (2001)は、セルフケアを「個人の学習された目標試行的活動であり、自己の生命と健康と安寧に関わる発達と機能に影響を及ぼす要因を調整するために、具体的な生活状況の中で自己または環境に向けられる行動」と定義し、看護の役割をセルフケアへの支援と説明している。公衆衛生看護活動も保健師である看護職者が実践する活動であることからセルフケアへの支援が役割であると考えられる。しかし、これまでの駐在保健婦の

¹ 元沖縄県立看護大学

² 沖縄県立看護大学

公衆衛生看護活動は、住民自ら健康生活の実践ができるような支援（住民のセルフケア支援）や、地域の人々が助け合って健康づくりができるような支援（地域のセルフケア支援）の観点から分析していない。筆者は、過去の駐在保健婦の活動を振り返って、住民と保健師が相互に支えあえる活動こそが保健師活動の原点と考え、住民のセルフケアへの支援をとおして、地域のセルフケア支援を高めるよう努めてきた。

そこで、本研究の目的は、卒業直後に保健婦として駐在した担当地区での寄生虫予防活動に焦点をあて、筆者の保健師活動を地域のセルフケア支援の観点から分析し、「駐在保健婦」の公衆衛生看護活動の特徴を明らかにする。

II 研究方法

1. 当時の対象地域の概要と駐在保健婦活動

筆者は、1964年4月、公衆衛生看護学校卒業と同時に八重山保健所平久保駐在所へ、駐在保健婦として赴任した。当時沖縄本島から八重山まで空路はなく、保健所のある石垣市まで船で約20時間を要し、沖合で小舟に乗り換えて石垣港へ上陸するという行程であった。また、保健所から平久保駐在所まではバスで約2時間を要した。そこにある保健婦駐在所（住宅兼用）を拠点に、住民とともに生活をしながら保健婦活動を実施した。主な保健婦活動は、保健所の指導を受けながら結核集団検診および結核患者の在宅治療、寄生虫集団検診および集団駆虫と個別駆虫へ、乳幼児健診、予防接種、健康相談、衛生教育、家庭訪問、救急看護などであった。

2. 地域のアセスメントからニーズの抽出

A地区は、琉球政府による計画的移民地域で沖縄本島から移住していた。当時の人口は1,419人、世帯数248、医療施設なし。農業地域で、各家庭に電気・電話はなかったが区長宅に1台の電話があり保健所からの連絡は区長が

伝言を受けて保健婦が電話をかけ直していた。水は共同水道で各字に1～2か所あった。赴任直後、子供たちの下校時の風景が駐在所の玄関から見えた。汚れた衣類、汚れた手と裸足が目にとまった。前任の駐在保健婦から寄生虫保有率26.5%、フィラリア保有率10.0で寄生虫保有率が他の地区より高い地域として引き継がれた。また、地区踏査の案内役の区長と婦人会役員から「貧血、めまい、頭痛、倦怠感などの症状をもっている人が多い」「寄生虫をなんとかしなければ」との情報を入手した。また、素足で尿尿を畑の肥やしとして処理している場面を見た。

そこで、地域の中で解決可能で優先すべき健康課題として「寄生虫予防」をニーズとして抽出した。

3. 研究素材の作成

研究素材は、①筆者の講義（2015）「沖縄の駐在保健婦・過去の実践に学ぶ」よりA地区における寄生虫予防活動の逐語録、②第14回沖縄県公衆衛生看護研究発表会（吉川、1966）「A地区における寄生虫予防活動」の集録、③看護大学退職記念誌（吉川、2006）「A地区の駐在保健婦活動」の集録である。

4. データの作成方法

①から③の研究素材を読み返し、伝えたかった内容を筆者が加筆し、それをもとに共同研究者2名との討議を繰り返し3回行った。共同研究者Aは、活動の場（地域）を把握しており、駐在保健婦制度の歴史に詳しい者である。共同研究者Bは事例研究や質的研究指導の経験があり、離島・へき地の看護活動の歴史に関心を有している者である。

討議は、素材をもとに、活動の流れに沿って、当時の筆者の体験を感情や住民の反応を思い出すよう共同研究者が質問した。質問内容は、何

故、そのような保健師活動をしたのか？住民はどのように反応したのか？住民の反応に保健師はどう思ったか、どう感じたか？等であった。討議内容は録音して逐後録を作成した。逐語録を読み返し、事実確認を経時的に紐解き、体験を詳細に思い出しながら、「駐在保健婦活動の体験」を作成し、データとした。

データの真実性を確保するために、討議において筆者は、記憶だけでなく当時の報告資料や諸記録を読み回答した。また、共同研究者の質問の回答が思い出せないときは、無理に答えないよう促した。一方、共同研究者は筆者の回答について、研究素材に関わる全体（地域の状況、駐在保健婦の教育や勤務形態、当時の住民の暮らしなど）を考慮しながら討議した。また、筆者の回答のしかた（無理に思い出していないか、筆者のこれまでの行動傾向、思考傾向など）からみて、了解可能かを吟味しながら討議し、納得のできた内容を駐在保健婦活動の体験として認めた。討議はすべて録音され逐語録に起こし成文化した。

5. 分析の方法

加筆修正し成文化されたデータ「駐在保健婦活動の体験」から、地域のセルフケア支援の観点は、①地域のニーズにどのように応えているか（駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験）②駐在保健婦活動によって地域のセルフケ

ア能力はどのように高まったか（住民によるセルフケア支援活動の体験）③活動を通して住民と保健婦に何をもたらしたか（住民と駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験）について質的帰納的に分析した。分析のプロセスは、①セルフケア支援活動の体験に該当する内容を原文で抜き出し、②その意味内容が変化しないようキーセンテンスを作成、③キーセンテンスの類似したものを集め、④分析の視点に照らして駐在保健婦活動の特徴として命名した。

分析の際は、必ず筆者と2名の共同研究者の同席で行い、同意が得られるまで繰り返し討議し、妥当性の確保に努めた。

6. 公表にあたっての倫理的配慮

駐在保健婦活動で知り得た個人情報、特定できないよう配慮した。また、地域のデータについては、当時の事業報告書や学会発表集録（第1回沖縄県公衆衛生看護研究会集録：昭和40年「A地区における寄生虫予防活動」）などすでに公表した範囲とした。

III 結果

1. 住民によるセルフケア支援活動の体験(表1)

この地域の最も優先すべき健康課題であり、地域のニーズである寄生虫予防に取り組む方法として、住民代表である区長や婦人会長、学校の意見を聞いた。区長は「寄生虫の問題は、い

表1 住民によるセルフケア支援活動の体験

住民によるセルフケア支援活動の体験	駐在保健婦活動の特徴
〈区長と婦人会長は熱意を持って保健計画案を了承した〉	【健康への意欲】
〈区長と婦人会長は保健計画を共有することで主体的関わりを表明した〉	【住民の主体的関わり】
〈区長たちは主体的参加のために地区組織を活用した情報伝達を決定した〉	
〈親や学校は子どもの清潔行動に気づき、清潔行動を拡大させた〉	【行動力の発揮】
〈婦人会は衛生教育を欠席した世帯へチラシをもって訪問し説明した〉	
〈地区組織は必要に応じて歩いて住民を呼び込んでいた〉	
〈婦人会は検便の提出をするよう世帯に呼びかけた〉	
〈婦人会は駆虫者に声かけや雰囲気や和らげる会話など住民ならではの活躍をした〉	【成長】
〈住民は活動・知識が増え、駐在保健婦を代弁できるほどになっていた〉	

つも話題になるが実施するまでに至らなかった。ぜひ、地域全体で取り組めるようにしたい。協力体制を作っていく」と語り、〈区長と婦人会長は熱意を持って保健計画案を了承し（た）〉、【健康への意欲】を伺わせた。そして、〈（区長と婦人会長は保健計画を共有することで）主体的関わりを表明し（た）〉、〈（区長たちは主体的参加のために）地区組織を活用した情報伝達を決定し（た）〉、【住民の主体的関わり】を表明した。

また、保健婦は裸足で登下校する子どもたちの手足の汚れを見て、駐在所前の共同水道を利用して手足洗いを奨励したことをきっかけに、〈親や学校は子どもの清潔行動に気づき、清潔行動を拡大させた〉。その結果、子供も大人も履物を履くようになって行った。

寄生虫予防活動が始まると、区長や婦人会（地区組織）は〈衛生教育を欠席した世帯へチラシをもって訪問し説明した〉り、〈地区組織は必要に応じて歩いて住民を呼び込ん（でいた）〉だり、〈（婦人会は）検便の提出をするよう世帯に呼びかけた〉り、公民館において実施した集

団駆虫には服薬に必要な水をコップに準備したり、服薬後の安静時間には〈婦人会は駆虫者に声かけや雰囲気や和らげる会話など住民ならではの活躍をし（た）〉ていた。このように、住民として寄生虫予防に【行動力の発揮】がみられた。

寄生虫予防活動が終了するころには、〈住民は活動・知識が増え、駐在保健婦を代替できるほどになっていた〉り、住民はセルフケア支援活動を通して【成長】していた。

2. 駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験（表2）

駐在保健婦は、訪問時に各家庭に風呂場がないことを知り、駐在所のお風呂場を週末に住民に開放した。子供たちが利用するようになり、〈駐在所の設備を用いて、子ども達に清潔行動を学習させた〉。これを機会にお風呂に入る習慣がつけられ、各家庭に五衛門風呂が広がった。

寄生虫予防活動が始まると検診率を上げるために〈早朝から夜間まで、住民の生活に合わせた衛生教育を実施した〉、そして検診の必要性

表2 駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験

駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験	駐在保健婦活動の特徴
〈駐在所の設備を用いて、子ども達に清潔行動を学習させた〉	【柔軟な対応】
〈早朝から夜間まで、住民の生活に合わせた衛生教育を実施した〉	
〈場所はどこでも（公民館、学校）、呼び止められて、畑で衛生教育をした〉	
〈早朝と夜間を問わず、駐在保健婦のみで健康教育を行った〉	
〈ゲントウ機が使えないので、リーフレットならびにポスターを作成し、臨場感に訴えるために標本を確保した〉	
〈地区のリーダー力の差に合わせて活動をした〉	
〈特異な状況を示したケースに対して帰宅時間を待って直ぐに訪問した〉	
〈地区のニーズと協力体制の実感に基づき地区全体での取り組みを計画した〉	【住民とともにすすめる活動】
〈住民の熱意の賜である保健計画は実施においても住民と相談しながら進めた〉	
〈住民の声を聞きながら、相手に合わせて実施できるように活動母体を組織化した〉	
〈寄生虫予防活動をトイレ改善へ広げるために、役場担当者と同僚調査し補正予算獲得にこぎ着けた〉	【住民活動からの支援】
〈よいことは継続できる住民の力を信頼した〉	
〈婦人会の駆虫を願う優しさが伝わり助けられた〉	
〈困難な駆虫を体験した住民から励まされた〉	
〈目を見張る婦人会の活動により、献身の思いがかき立てられた〉	
〈集団駆虫が適応できない事例の存在にも気づかされた〉	【気づきによる活動の多様化】
〈住民の義務感による予期せぬ行動から、その対応の必要性の理解が広がった〉	

をく場所はどこでも (公民館、学校)、呼び止められて、畑でも衛生教育をした。電気がなく、幻灯機が使えないので、リーフレット並びにポスターを作成し、臨場感に訴えるために標本を確保した。保健婦活動を進めていくうちに地区のリーダーに住民に対する統率力や調整力に差があることがわかり、地区のリーダー力の差に合わせて活動した。集団検便時には特異な状況を示したケースもあり、そのく特異な状況を示したケースに対して帰宅時間を待って直ぐ訪問 (した) し、原因を確認するなど時間外を問わず【柔軟な対応】を行った。

また、く住民の熱意の賜である保健計画は実施においても住民と相談しながら進め (た) く、住民全体で取り組む必要性から検診チームとしてく (住民の声を聞きながら、) 相手に合わせて実施できるように活動母体を組織化した。その結果、活動の過程に混乱はなく計画の各段階 (衛生教育・集団検便・集団駆虫・後検便・報告会) において住民の自主的な協力により円滑に実施できた。そして、再・新感染予防の観点からく寄生虫予防活動をトイレ改修へ広げるために、役場担当者と同僚調査し補正予算獲得にこぎつけたく、三槽式便所以外の世帯を対象に改修に向けて補助金を獲得した。このようにくよいことは継続できる住民の力を信頼したく結果、【住民とともにすすめる活動】として広がって行った。

さらに、各公民館で実施した集団駆虫では不安をもつ保虫者へく婦人会の駆虫を願うやさしさが伝わり助けられた。また、1駆1検法で行った集団駆虫で、3回目の駆虫者の中には、「なんで自分は駆虫できないのか、まじめに服

薬して夕食も欠食しているのに」と疑問を持つ人もいたが答えられなかった。3回目の駆虫で陰性になったとき、「あの時は心配かけてすまなかったね」といわれてく困難な駆虫を体験した住民から励まされ (た) く、保健婦を気遣っていたことが伝わり安堵した。

検診班の検便場所は、駐在所を利用したが、宿泊所は民泊で場所の交渉や食事の炊き出しなどく目を見張る婦人会の活動により、献身の思いがかき立てられた。このように住民には寄生虫予防活動の各段階において積極的かつ自主的な【住民活動からの支援】があり、保健婦は心強く活動できた。

しかし、公民館で集団駆虫できなかった人のく集団駆虫が適応できない存在にも気づかされ (た) く、訪問による個別駆虫を行ったが、婦人会も同行して副作用の観察などに協力した。そして、家族全員検便を出さないといけないというく住民の義務感による予期せぬ行動から、(その対応の必要性の理解が広がった) く1家4人陽性に疑問をもって訪問し確認した例など【気づきによる活動の多様化】も体験した。

3. 住民と駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験 (表3)

保健婦が行う衛生教育は、目的をもって実施するが、特に夜間の衛生教育では、寄生虫以外の病気や子育て、栄養、受胎調節など多岐にわたる質問が多く、また住民同士の経験など話題になりく衛生教育の場は、住民と保健婦の多様な相互学習の機会となった。成果報告・事後懇談会は、各公民館で住民を対象に開催したが、全地区5字の中で自分達の住んでいる字の

表3 住民と駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験

住民と駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験	駐在保健婦活動の特徴
(衛生教育の場は住民と保健婦の多様な相互学習の機会となった) (成果報告会は、やればできるという成果を住民同士で確認する場となり、住民と保健婦ともに喜んだ)	【成果の共有と学び】

数値が気になるらしく、関心をもって聞いていた。A地区全体の寄生虫保有率が1年間の活動で26.5%から4.4%に減少した結果に、〈（成果報告会は）やればできるという成果を住民同士で確認する場となり、住民と保健婦ともに喜んだ〉。住民と駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験は、【成果の共有と学び】を得た。

IV 考察

1. 住民によるセルフケア支援活動の体験からみた地域のセルフケア力（自治力）

保健師活動は、地区踏査と地域の健康指標、地域のアセスメントを行い、ニーズを抽出することから始まる。住民によるセルフケア支援活動を通して、担当地区の住民に責任をもって支援するために訪問や健康相談など日常業務を重ねながら、抽出されたニーズから優先課題を導き支援方法を工夫する。A地区の寄生虫予防活動では、「寄生虫を何とかしたい」という住民のニーズと、「寄生虫保有率が26.5%で何とかしなくては」という保健婦のニーズが一致して、地域の中で解決可能で優先すべき健康課題とし

て寄生虫予防をセルフケアニーズとして抽出していた。

オレム（1993）は、セルフケアモデルの中で、「セルフケアとは、自分の健康状態を理解するための理性と、適切な行為を選択する意志決定の技術とが要求される能動的な現象である。（中略）。健康と発達を維持するために必要な活動は学習されるものであり、年齢や成熟状態、文化など、多くの要因の影響を受けるものである」と述べている。

A地区の住民は、自らの健康と発達を維持するために寄生虫予防は必要な活動としてニーズを表出していたことを駐在保健婦が支援したことで、必要な活動として学習し、【健康への意欲】を高め、【住民の主体的な関わり】を可能にし、【行動力が発揮】され、住民の【成長】につながっていったと考えられた（図1）。つまり、駐在保健婦によるセルフケア支援活動は、地域のセルフケア力（自治力）をエンパワーメントし、健康課題を解決し成長させる特徴があることが示唆された。

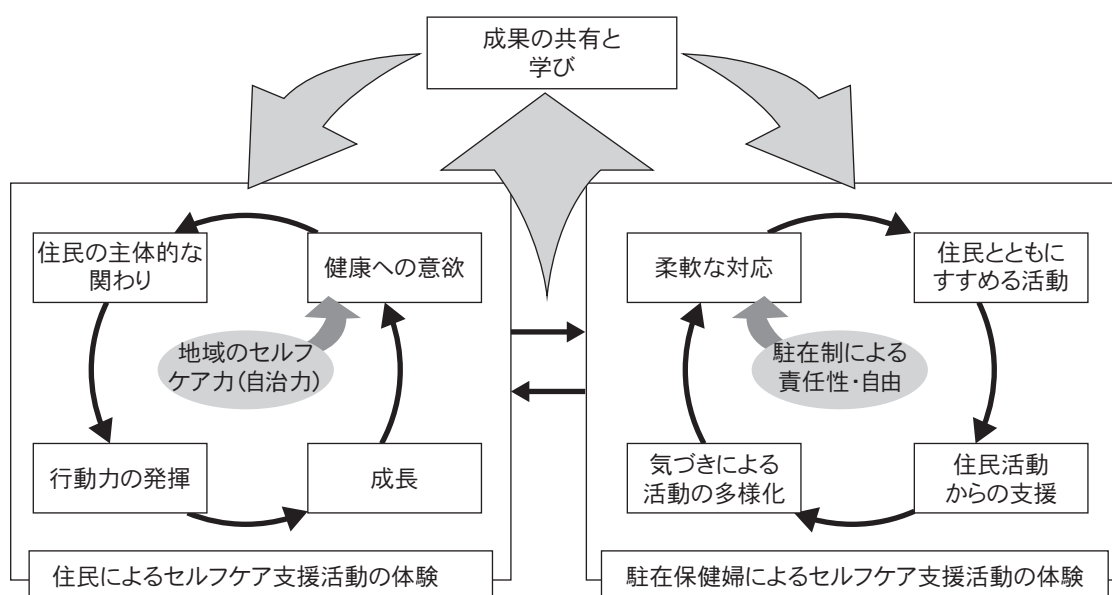


図1 地域のセルフケア支援としての公衆衛生看護活動の特徴

2. 駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験からみた駐在制による責任性・自由

保健婦駐在制度を沖縄に導入したケーザー女史は、「住民に対する奉仕の心と、住民の公衆衛生を守るために公衆衛生看護婦になる＝プロフェッショナル」、「そこにあるものを上手に活用する、その地域でとれるもの、その家庭にあるものを利用する能力＝看護技術」、「住民との信頼関係＝日常的な関係づくり」の重要性を常に強調していたと伝えられている（金城妙子, 2001）。

筆者は、ケーザー女史から教育を受け、後に沖縄の公衆衛生看護の母と呼ばれている金城妙子氏から駐在保健婦活動について教育を受けた。そのため、住民に対する奉仕の心で、住民との信頼関係を築く努力をし、その地域にあるものを活かし健康課題に取り組む責任を使命として離島勤務に臨んだ。駐在保健婦として、その責任を果たすために、勤務時間や勤務場所を問わずいつでもどこでも自由に活動した。そのような【柔軟な対応】で、【住民と共にすすめる活動】を通して、【住民活動からの支援】を受け、駐在保健婦として【気づきによる活動の多様化】へと住民に育てられていったと考えられた（図1）。

3. 地域のセルフケア支援としての公衆衛生看護活動の特徴

寄生虫予防活動は、住民によるセルフケア支援活動の体験と駐在保健婦によるセルフケア支援活動の体験が相互に影響し合い、やればできるという【成果の共有と学び】となっていた。

メイヤロフ（2005）は、ケアの本質のなかで「相手をケアすることにおいて、その成長に対して援助することにおいて、私は自己を実現するのである。言い換えれば、信頼、理解力、勇気、責任、専心、正直に潜む力を引き出して、私自身も成長するのである」と述べている。

したがって、地域のセルフケア支援としての公衆衛生看護活動の特徴は、住民と駐在保健婦がセルフケア支援活動の体験により、住民は【成長】し、セルフケア力を高められ、駐在保健婦は【気づきによる活動の多様化】により専門性を高められることが示唆された。

文献

- Dorothea E Orem, Nursing: Concepts of Practice 6e. (2001)/小野寺杜紀. (2005): オレム看護論 看護実践における基本概念, (初版), 医学書院, 東京.
- 金城妙子. (2001): 原点をみつめてー沖縄の公衆衛生看護事業ー, 沖縄コロニー印刷, 沖縄.
- 公衆衛生看護婦会記念誌編集委員編. (1968). 沖縄の公衆衛生看護事業ー15周年記念誌ー, 沖縄看護協会公衆衛生看護婦会, 沖縄.
- 公衆衛生看護婦会記念誌編集委員編. (1982). 公衆衛生看護事業ー30周年記念誌ー, 沖縄看護協会公衆衛生看護婦会, 116-118.
- ミルトン・メイヤロフ. (1971/1987). 田村真, 向野宣之 (訳): ケアの本質, ゆるみ出版, 東京.
- 宮城シゲ, 前田洋子, 仲里幸子. (1883). 沖縄の駐在の保健婦活動のルーツ, ナースステーション, 13(1), 54-68.
- 沖縄県. (1998). 人びとの暮らしと共に45年ー沖縄の駐在保健婦活動, 145-273.
- 沖縄県保健婦長会編. (1994). 沖縄の保健婦たち, ひるぎ社, 沖縄.
- 沖縄県環境保健部. (1985). 保健婦便覧, 11-14.
- 沖縄県環境保健部. (1981). 沖縄戦後の保健所の歩みー保健所30周年記念誌ー, 171-202, 若夏社, 沖縄.
- 大嶺千枝子. (2001). 占領期に行われた保健婦駐在の制度比較に関する史的考察, 沖縄

- 県立看護大学紀要, 2,108-116.
- 大嶺千枝子, 仲里幸子, 川崎道子, 神里千鶴子,
与那嶺尚子, 牧内忍. (2002). 保健婦駐
在の実態から駐在制度の確立に影響した要
因を探る, 沖縄県立看護大学紀要, 3,33-44.
- 大湾明美. (2007). 沖縄の公衆衛生・看護に
学ぶ—離島の保健医療看護—公衆衛生看護
婦の「活動遺産」を引き継ぐ—, 保健の科
学, 744-749.
- スティーブンJ.カバナ. (1993/1996). 数間恵
子, 雄西智恵美 (訳): オレムのセルフケ
アモデル, 医学書院, 東京.
- 上村聖恵. (1971). 公衆衛生看護の原理と実際,
珠真書房, 東京.
- 与那原節子. (1983). 沖縄の保健婦—結核の
戦いの軌跡—, 保健同人社, 東京.
- 吉川千恵子. (1966). 寄生虫予防活動, 第14
回公衆衛生看護研究発表集録, 36-41.

資料

看護基礎教育のテキストにおける認知症高齢者看護に関する 記述内容の変化

—老年保健看護教育へ活かすために—

田場由紀 大湾明美 佐久川政吉 山口初代 伊牟田ゆかり

キーワード：認知症高齢者看護 看護基礎教育 テキスト

I はじめに

わが国における認知症の歴史は、平安時代にさかのぼる。老いて病むのは当たり前という文化的価値観に基づき、^{もうろく} 耄碌、^{ろうもう} 老耄などの表現で、生理的変化のプロセスと捉えられていた。認知症が病気として捉えられるようになったのは西洋医学の影響が強くなった明治以降で、社会問題化したのは高度経済成長期にある1960年代である(新村, 2002)。

病気としての認知症ケアは、精神疾患として入院加療の対象であった。1980年代には、認知症高齢者の増加に伴い、施設サービスや在宅サービスの整備が推進された。2000年の介護保険制度施行時は、要介護認定者の半数以上に認知機能に問題があることが明らかになり、認知症ケアの確立が急務となった。(2003, 高齢者介護研究会)。

看護教育では、1990年代のカリキュラム改正で老人看護学が成人看護学から独立し、看護の基礎教育において認知症は老年看護学の範疇となった。老人看護専門看護師教育では、認知症看護に関する教育は必須項目となり、2004年から認知症認定看護師の養成が始まった(太田, 2005)。このように、認知症ケアは高度実践として位置づけられてきた。

しかし、超高齢社会の進展は予測を上回り、認知症高齢者は増え続け、保健医療の場、療養の場、生活の場、あらゆる場において認知症ケ

アが必要とされる状況にある。つまり、高齢者を対象とする看護職者のすべてに認知症看護が求められており、看護の基礎教育において認知症看護に関する教育内容の強化や方法の工夫開発が課題であると考ええる。

本学では、2010年のカリキュラム改正において、老年保健看護科目で認知症高齢者の看護内容と教育方法を工夫した(沖縄県立看護大学, 2010)。教育内容は、講義科目、演習科目、臨地実習科目のすべてに認知症高齢者の看護内容を強化した。特に実習科目では、認知症高齢者を対象とした看護過程の展開を位置づけたため、臨地実習前の演習科目では、認知症高齢者の体験世界と現実世界のずれを模擬体験するロールプレイを導入した。

以上のことから、本稿の目的は、本学の老年保健看護の基礎教育における認知症看護の教育に活かすために、老人看護学分野の独立から現在までの社会情勢に照らして、看護基礎教育テキストにおける認知症高齢者看護の記述内容の変化を整理することである。

II 方法

1. 看護基礎教育テキストの選定

検討の対象とした看護基礎教育テキストの選定にあたり、認知症高齢者看護教育に影響をあたえたと考えられる社会政策上の変化があった3つの時期を定点とした。定点の時期は看護教

育カリキュラムの改正により成人看護学分野から老人看護学が独立し、老年看護の教育が体系化された1990年前後（第1期）、要介護高齢者の施策が本格化し介護の社会化が目指され介護保険制度が施行された2000年前後（第2期）、団塊世代が高齢者世代に入ることによって社会保障制度改革推進法が施行された2015年直前（第3期）とした。この定点の時期に、初版、あるいは改訂版が発刊されている老年看護学の看護基礎教育テキストで、沖縄県立看護大学図書館に所蔵されているものから第1期5冊、第2期7冊、第3期6冊を検討対象とした。

2. データの収集と分析

テキストの中の認知症高齢者看護に関する記述内容は、目次、索引から「痴呆」、「ボケ」、「認知機能障害」、「認知症」のキーワードが含まれている箇所から本文に戻り記述内容を取り出した。認知症高齢者看護に関する記述内容を量的に把握するため、テキスト毎に、記述量を頁数ではかり、総頁数に対する記述率を整理した。

次に教育内容について時期ごとに区分されたすべてのテキストの認知症看護に関する記述内容を読み込み、教育内容を抽出した。それらの内容について、特に看護の技術・態度の面から特徴を読み取り、看護の方向として命名した。以下、本文では、分析対象の記述内容のうち、一部の例を紹介する。

III 結果

1. 各期における老年看護学テキストの認知症看護に関する記述率（表1）

第1期の老年看護学テキストの認知症看護に関する記述率は0%～11.8%であった。第2期は0%～21.4%、第3期は2.9%～14.3%であり、著者の拠って立つところによってばらつきはあるものの、記述率は第2期に増加傾向がみられた。また、複数冊でシリーズ化されてい

るテキストについては、第1期、第2期で認知症高齢者看護が各論として取り扱われているのに対し、第3期では概論から取り扱われていた。

2. 第1期の認知症高齢者看護に関する老年看護学テキストの記述内容（表2-1）

第1期の記述内容では、「痴呆の患者はさまざまな問題行動をおこし、そのことが老人自身や周囲に危険を与えることになる。…（中略）痴呆の患者に漢字を読み取り理解する能力があることを見だし、…（中略）危険な行動を避けることに成功した。」（鎌田，1980）のように、問題行動があっても、看護行為で、認知症高齢者の安全が保てた事例を成功事例として説明していた。また、「最も注意しなければならない問題は、事故防止である。…（中略）検査後などには、患者を抑制しなければならない場合もある…（中略）いきなりきつく縛りつけることは避け、「さあ、安全ベルトをしましょうね」と優しく話しかけて行うなどの配慮が必要である」（五島，1980）など、抑制は必要なケアとしつつも、看護のポイントとして相手に理解を求めるかわりをする内容となっていた。

このように、第1期の認知症高齢者看護の方向は、【認知症高齢者へのケアの工夫をしつつも安全のための看護行為を優先するケア】との命名が導かれた。

3. 第2期の認知症高齢者看護に関する老年看護学テキストの記述内容（表2-2）

第2期の記述内容では、「…（中略）ある施設では、徘徊が始まったら、止めないで外に出すようにしたり、廊下を自由に歩き回れるようにし、当番制で見守る看護婦かヘルパーが、あとから一人ついていくようにしている。老人が疲れたところで声をかけ、一緒にホームに帰ってくるという方法をとっている。」（高崎，1997）や「空想の事実化、作話を知ることを知る。…

表1 選定した老年看護学テキストにおける認知症看護に関する記述率

時期	出版年	ID	テキスト名	代表者	出版社	記載ページ	総頁数	記述頁数	記述率(%)
第1期	1980	1	老人看護シリーズ第1巻 老人看護総論	内田卿子, 平山朝子, 野口美和子, 鎌田ケイ子	(株)日本看護協会出版会	158	163	0.5	0.3
	1980	2	老人看護シリーズ第2巻 老人看護の基本技術	内田卿子, 平山朝子, 野口美和子, 鎌田ケイ子	(株)日本看護協会出版会	なし	234	0	0.0
	1980	3	老人看護シリーズ第3巻 疾患をもつ老人の看護	内田卿子, 平山朝子, 野口美和子, 鎌田ケイ子	(株)日本看護協会出版会	203-213, 308-347	347	41	11.8
	1991	4	改訂版 老人看護学	大友英一, 中島紀恵子	真興交易医書出版部	405-432	493	28	5.7
	1993	5	老人看護必携	鎌田ケイ子	株式会社へるす出版	72-76, 143, 159-162	256	9.5	3.7
第2期	1997	6	標準看護学講座28巻 老年看護学	小島操子, 金川克子, 野口美和子	株式会社金原出版	232-263	287	32	11.1
	1999	7	老年看護学1 老年看護学概論	奥野茂代, 大西和子	株式会社廣川書店	なし	198	0	0.0
	1999	8	老年看護学2 老年看護の実践	奥野茂代, 大西和子	株式会社廣川書店	121-132, 301-312	321	24	7.5
	1999	9	根拠がみえる臨地実習のすべて 3 老年看護学	片山信子	株式会社メヂカルフレンド社	216-220	351	6	1.7
	2001	10	臨床老年看護論 生きている現場	千田徳子	(株)日本看護協会出版会	28-42, 71-85	126	27	21.4
	2001	11	TACSシリーズ・7 老人看護学	中西睦子	株式会社建帛社	200-238	228	39	17.1
	2002	12	実践看護技術学習支援テキスト 老年看護学	中島紀恵子	(株)日本看護協会出版会	128-143, 159-173	240	31	12.9
第3期	2011	13	看護学テキストNICE老年看護学概論「老いを生きる」を支えることとは	正木治恵, 真田弘美	株式会社 南江堂	220-229	346	10	2.9
	2011	14	看護学テキストNICE老年看護学技術最期までその人らしく生きることを支援する	真田弘美, 正木治恵	株式会社 南江堂	47, 346-359	399	15	3.8
	2011	15	新看護観察のキーポイントシリーズ高齢者	水戸美津子	中央法規出版株式会社	359-383	383	24	6.0
	2011	16	最新老年看護学改訂版	水谷信子, 水野敏子, 高山成子, 高崎絹子	日本看護協会出版会	236-288	365	53	14.5
	2013	17	老年看護学概論と看護の実践	奥野茂代, 大西和子	ヌーヴェルヒロカワ	10,63, 315-329	451	15	3.3
	2014	18	系統看護学講座専門分野II 老年看護学	北川公子	株式会社医学書院	39,67, 304-325, 375-382	414	31	7.5

表2-1 第1期の老年看護学テキストにおける認知症高齢者看護の記述内容の例

ID	教育内容	記述内容の例	看護の方向
1	“疾病をもつ老人の看護”	“疾病をもつ老人の看護”の例 「老人は、環境の変化やストレスが加わることにより容易に精神混乱状態を呈すると言われている。…（中略）痴呆の患者はさまざまな問題行動をおこし、そのことが老人自身や周囲に危険を与えることになる。…（中略）痴呆の患者に漢字を読み取り理解する能力があることを見だし、…（中略）危険な行動を避けることに成功した。」	【認知症高齢者へのケアの工夫をしつつも安全のための看護行為を優先するケア】
3	“精神の変化” “老年期精神障害の分類” “老年期精神障害の頻度とその実態” “器質性精神障害” “老年期痴呆” “老年期痴呆患者の看護”	“老年期痴呆患者の看護”の例 「痴呆老人は単に記憶や計算、了解、判断、言語などの知能構成因子の低下や人格水準の低下だけではなく、図20に示したようにさまざまな精神症状や問題行動を伴う。これらの状態が家庭での介護を困難にさせる原因であるが、看護の工夫によってある程度は解決できるものもある。…（中略）夜間不眠と異常行動のある場合…（中略）日中就床させなかつたこと、適度な運動や他患者や職員との交流で疲労したことなどにより、就床後すぐ入眠するようになった。」 “老年期痴呆患者の看護”の例 「痴呆の老人と接する上で最も注意しなければならない問題は、事故防止である。…（中略）ふらつきがあるにもかかわらず、歩行や徘徊をする患者には、車いすを利用することも良い。検査後などには、患者を抑制しなければならない場合もあるが、抑制することがかえって興奮を促し、…（中略）抑制帯を使用することは、患者の安全のためであって、あくまでも看護婦側の都合で行うことは避けなければならない。…（省略）いきなりきつく縛りつけることは避け、「さあ、安全ベルトをしましょうね」と優しく話しかけて行うなどの配慮が必要である。」	
4	“老人のぼけとは、痴呆とは” “ぼけの要因ならびに症状” “痴呆性老人の疫学および実態” “援助でめざすべきこと”	“援助でめざすべきこと”の例 「記憶の低下、記憶を適宜取り扱う術（認知）の乱れによって、自分と人や物・時との関係、位置、配置、構成に関して不確実となり…（中略）論理に合わない言動や失敗はそのために起きるが、その中でも、社会関係を保とうと懸命になって取り繕ったり話を作ったりする。…（中略）そこにあるのは自己像に対する焦燥感や不安と闘い、長期間に渡って作り上げてきた関係維持を懸命に守ろうと努力している活力のある姿である。…（中略）われわれにとって最も重要なのは、臨床症状の根底にあるこのような心の働きや態度、精神の活動のあり方を、老人の生活の中で捉えることである。」 “援助でめざすべきこと”の例 「患者との交流をスムーズにする接近技法…（中略）理解するメッセージの用具を探す、言葉の伝達や品物を介するよりも、漢字のほうがわかるということや、漢字よりは触覚に触れるほうが良い場合があるかもしれない。…（中略）患者に十分説明すれば理解されるはずだという思いは看護側の論理であって、患者の立場にあった論理ではない。患者は納得したいただけなのである。」	
5	“老人福祉施設におけるケアの特徴と問題点” “ケアの視点” “痴呆老人を取り巻く医療と福祉のネットワーク” “痴呆患者、寝たきり患者の手術” “痴呆に伴う精神症状、問題行動の治療” “老人性痴呆の看護”	“老人性痴呆の看護”の例 「痴呆のおもな治療の一つとして薬物療法がある。そのさい看護面では、①服薬の確認、②予約後の安全確保が求められる。…（中略）与薬時は口に含んでも安心できない。錠剤を舌で押し出したり、…（中略）そこで口内を点検したり、食物に混入させて、その場で飲み込むまで確認した方がよい。」 “老人性痴呆の看護”の例 「不穏における抑制…（中略）点滴やバルーンカテーテルが施行されても、自己抜去したり、体動が激しく、歩行が不安定で説明しても理解できないことがある。そのような場合は、ベッド柵を乗り越えての転落、転倒が予想されるので、安全のためにやむを得ず抑制する…（中略）一方的に行わず、目的と理由を説明し、ときどき声をかけると気持ちが和らぐことがある。」	

表2-2 第2期の老年看護学テキストにおける認知症高齢者看護の記述内容の例

ID	教育内容	記述内容の例	看護の方向
6	“呆け老人の定義” “老人性の呆けの原因” “呆け老人の出現率” “呆けの発症と判断基準” “呆けの症状と問題行動” “高齢者の呆けと老人虐待” “主な呆け老人の症状への看護のポイント” “家族の介護力と援助” “痴呆性老人に対する援助活動” “呆け老人への施策と地域ケア”	“主な呆け老人の症状への看護のポイント”の例 「…(中略) ある施設では、徘徊が始まったら、止めないで外に出すようにしたり、廊下を自由に歩き回れるようにし、当番制で見守る看護婦かヘルパーが、あとから一人ついていくようにしている。老人が疲れたところで声をかけ、一緒にホームに帰ってくるという方法をとっている。」	【安全と安心・安寧のために認知症高齢者の言動を受け入れ見守るケア】 【認知症高齢者の言動を受け入れつつ専門職として関与するケア】
	“痴呆のみられる高齢者の心理とそれに基づくケアの方法” “失敗行動への対応” “徘徊への対応” “妄想・幻覚への対応”	“主な呆け老人の症状への看護のポイント”の例 「…幻覚,妄想症状を呈することがある。これらは、呆けによって、状況判断が的確にできないうえに、精神的緊張や不安,それらからの逃避反応の結果起こる。…(中略) 具体的対応では、幻覚,妄想については不安と疑い「そんなものはいませんよ」「知りませんよ」と否定するような態度はとらないように努めなければならない。それらは、昔の家族関係や、幼少期および青年期の体験に関したものが多く、しかも継続的ではなくその場の対応で済むことが多いという理由からである。」	
9	“痴呆の定義” “痴呆の原因・誘因” “痴呆の一般的な症状” “観察とアセスメントおよびケア” “認知障害,痴呆状態の問題とその対応” “痴呆高齢者から学ぶもの”	“痴呆の見られる高齢者の心理とそれに基づくケアの方法”の例 「空想の事実化,作話をする ^{こと} を知る。…(中略) この虚構の世界に安定し,存在を保っているのであるから,この虚構の世界を容認する。」	
	“観察とアセスメントおよびケア”の例 「徘徊への対応」の例 「心が落ち着かない高齢者には次のことを行う。課題や用事を与える,探検の場所を提供する,身体を活発に動かす集団活動に参加させる。…(中略) 気分転換になる。興味を他に移す,身体を動かすことでスッキリする。(などの効果が考えられる)」		
10	“痴呆の定義” “痴呆の原因・誘因” “痴呆の一般的な症状” “観察とアセスメントおよびケア” “認知障害,痴呆状態の問題とその対応” “痴呆高齢者から学ぶもの”	“観察とアセスメントおよびケア”の例 「痴呆症状は1日の中でも時間や場所によって変化する。…(中略) その人の全体像を知り,どの時代で生きているのかを感じ取り,相手の世界に入り込んでケアすることが大切とされる。…(中略) 「ありのままを受け入れる姿勢」を持ち,相手の世界に踏み込んでいくことが大切である」	
	“痴呆高齢者から学ぶもの”の例 「入浴方法そのものにも,その人それぞれの入り方がある。…(中略) 過去の生活習慣があり,どのように暮らしていたかを細かく把握していくことの大切さを実感する。…(中略) 言葉のかわりに暴れることで意思表示していたHさん。痴呆が重度になると,不快感が「大声を出す,暴れる」行為となって現れることもある」		
11	“痴呆症高齢者の記憶・認知機能の評価と日常生活障害への援助” “興奮行動のある中等度アルツハイマー型痴呆症高齢者への援助” “重度の痴呆症高齢者に残された言葉を引き出すコミュニケーション方法”	“興奮行動のある中等度アルツハイマー型痴呆症高齢者への援助”の例 「興奮行動への対処…(中略) 興奮を予防,または鎮めるために場面転換を図り,気分を変えることが有効な場合もある。…(中略) ライフヒストリーを丹念に探っていくと,必ずその人の快適因子があり,それらを再現することで生活に潤いをもたらすことが多い…(中略) 意図的に快の因子を探り出し,快な状態を引き出すように触発していく関わりも,興奮を予防・軽減させていくためには重要である。」	
	“重度の痴呆症高齢者に残された言葉を引き出すコミュニケーション技法”の例 「理解するために「聞く」こと…(中略) 今まで痴呆症高齢者の援助として受け止めることがあまりにも重要視されてきたために,彼らを理解するために「聞く」という働きかけが十分でなかったかもしれない…(中略) 混乱させることを恐れるあまりに,わかったふりをするほうがOさんの残された力がわからず,Oさんの言葉を発する機会を奪うことになり,Oさんの自己を黙殺することになるのかもしれない」		
12	“認知機能” “認知機能の評価” “痴呆のある高齢者の数と居場所” “痴呆の評価” “認知機能障害のある高齢者への援助” “痴呆のある高齢者への援助の方向性” “コミュニケーションの技法”	“認知機能障害のある高齢者への援助”の例 「見当識に障害が起こると,高齢者の日常生活にどのような影響を引き起こすことが考えられるだろうか。…(中略) 毎日,毎日,自分が誰で,どこにいて,今がいつなのかわからず,周りには知らない人たちばかりだったとしたら,どれだけ不安と戸惑いを感じることだろう…(中略) 彼らが体験している世界の深刻さ,その辛さをまず理解する必要があるだろう。そのうえで,彼らに安心を与え,現実へと方向付ける関わりをしていくことが大切である。」	
	“痴呆のある高齢者への援助の方向性”の例 「コミュニケーションは,送り手と受け手の間における情報の相互交換といえる。私たちは情報に込められた意味を理解し,それに基づいて次の情報を発することの繰り返しによって他者を理解し,人間関係を深めている。…(中略) 痴呆を持つ高齢者の情報処理能力はゼロになったわけではない。いわば,形態を変えたともとらえることができる。形態が変わったものに向けて,これまでと同じ情報を投げかけてもあまり意味をなさない。彼らの情報処理能力に上手くはまり込むメッセージを,私たちは発しなければならない。そして彼らが送った,少し形が変わったメッセージを読み解かなければならない。そのどちらにも求められる援助者の能力が「読解力」である。読解力を鍛えることによって,はじめて,彼らの頼みの綱となるコミュニケーションの担い手になりうる。」		

(中略) この虚構の世界に安定し、存在を保っているのであるから、この虚構の世界を容認する。」(片山, 1999) など、対象が表出する言動について、こちらの認識を押し付けず、刺激しないために一旦受け止めるという内容から、【安全と安心・安寧のために対象の言動を受け入れ見守るケア】との命名が導かれた。また「今まで痴呆症高齢者の援助として受け止めることがあまりにも重要視されてきたために、彼らを理解するために「聞く」という働きかけが十分でなかったかもしれない・・・(中略) 混乱させることを恐れるあまりに、わかったふりをする」(高山, 2001) ことについての疑問や「彼らの情報処理能力に上手くはまり込むメッセージを、私たちは発しなければならない。そして彼らが送った、少し形が変わったメッセージを読み解かなければならない。そのどちらにも求められる援助者の能力が“読解力”である。読解力を鍛えることによって、はじめて、彼らの頼みの綱となるコミュニケーションの担い手になりうる。」(北川, 2002) など、刺激せずすべてを受け止めるという、介入にならない、受け身の看護に疑問を呈する内容から、【認知症高齢者の言動を受け入れつつ専門職者として関与するケア】が導かれた。

4 第3期の認知症高齢者看護に関する老年看護学テキストの記述内容(表2-3)

第3期の記述内容では、「認知症高齢者のBPSDは、基本的な認知症の中核症状に関連した「事実の取り違い」とそれに伴う「反応行動」と捉えることもできる・・・(中略) 「事実の取り違い」に対しては、①否定しない、②話題を切り替えて気分転換を図る、③認知症高齢者の認識(世界)に合わせる事が重要で、「反応行動」に対しては①叱らない、説得しない、②環境を調整する、③行動の動機や心理を類推して対応する、などの介入を行う。」(高山, 2011)

のように、看護職者が、対象の言動や働きかけに対する反応から、その意味を類推し関与することを示していた(なお、BPSDとは、認知症に伴う行動・心理症状を表すbehavioral and psychological symptoms of dementiaのことである)。さらに「対応は、まずその認知症高齢者の生活史や日々の言動をよく理解しておくことが大切である。認知症高齢者が、失見当識や記憶力の低下により人、時間、場所・空間を間違えてちぐはぐな言動をとる・・・(中略) 看護職者にとっては奇異な行動であっても、認知症高齢者にはそれなりに意味や目的がある・・・(中略) 徘徊に付き添い、言動を注意深く観察していれば、必ず徘徊の意味を理解でき、ケアへの糸口が見つかるはずである。」(奥野, 2013)、「行動・心理症状への対応の基本は、認知症高齢者が安心・納得できる支援である。どのような状況で、どんな思いでいるのか、認知症高齢者の目線で理解を深めるために、行動観察も必要だが、まず本人に聞いてみると解決の糸口が見つかることが多々ある。」(北川, 2014)のように、対象の体験世界は必ず理解する術があり、体験世界の理解はケアの発展の糸口になるという内容となっている。このように、第3期の看護の方向として、【認知症高齢者の体験世界の理解から糸口を探るケア】を導いた。

看護基礎教育における認知症高齢者看護の方向は、【認知症高齢者へのケアの工夫をしつつも安全のための看護行為を優先するケア】、【安全と安心・安寧のために認知症高齢者の言動を受け入れ見守るケア】、【認知症高齢者の言動を受け入れつつ専門職者として関与するケア】、【認知症高齢者の体験世界の理解から糸口を探るケア】がみられた。つまり、認知症高齢者看護の教育内容は、対象の安全を中心にした管理や安定のためのケアから、認知症高齢者の体験世界を理解することを糸口にしてケアを模索する教育内容へ変化していた。

表2-3 第3期の老年看護学テキストにおける認知症高齢者看護の記述内容の例

ID	教育内容	記述内容の例	看護の方向
13	“認知症の定義” “早期診断・治療” “認知症をもたらす原因のアセスメント” “心理を理解した対応” “生活上の困難への対応” “認知症の進行に伴う身体合併症への対応” “介護する家族や介護職員に対する支援”	“認知症をもたらす原因のアセスメント”の例 「ちょっとした対応の違い、環境の変化・・・(中略)により認知症の症状が悪化する・・・(中略) アセスメントの際、認知症の高齢者の言動やその変化の事実をありのままに表現することが重要である。その事実から推測できることを複数取り上げ、経過を追い、試みたケアの結果を考えることにより、推測を確実なものにしていく。」 “心理を理解した対応”の例 「認知症の人の心理は、例えば、自分が突然外国に連れて行かれた場面を想像するとよくわかる。自分が常識と思っていたことが通用しない・・・(中略) 関わり方の基本は不安にさせないことである。たとえば、勘違いをしている場面や忘れてしまっている場面では、医療者がわかりやすく伝えなかったことを謝り、今行う必要のある行動、方法を伝える。」	看護の方向
15	“認知症とは” “認知症の検査と診断” “認知症の中核症状” “認知症の行動・心理症状と影響要因” “アルツハイマー型認知症と看護観察” “脳血管障害型認知症と看護観察” “その他の認知症と看護観察” “家族への対応と観察” “療養環境整備の必要性”	“認知症とは”の例 「健康な人の「今、この瞬間」と認知症高齢者の「今、この瞬間」が違うことをナースが理解できなければ、認知症高齢者を混乱させることになる。記憶障害のある認知症高齢者に、記憶にない物(写真や発症前に使い慣れた物など)や人(娘や息子など)を理解させようとするのは、相手を混乱させ、ストレスを与えることになる。このことを想像できなければ、適切な観察や、その対応は困難となる。」 “アルツハイマー型認知症と看護観察”の例 「・・・この人は安全な人だ、安心できる仲間なのだ」と認知症高齢者に感じられる関係ができてはじめて、ストレスを与えることなく手助けができるようになる。そのためには、叱ったり訂正したり、あるいは説得や強制的な指導をしないようなケアの方法を考える・・・(中略) 多少訂正したほうがよいという場合には、気づかれないように、さりげなく手を貸す。」	【認知症高齢者の体験世界の理解から糸口を探るケア】
16	“認知症の動向と制度” “認知症とは” “認知症の薬物療法と看護” “認知症高齢者のアセスメント” “認知症高齢者のBPSD(行動・心理症状)の看護” “認知症の看護に活用される療法” “認知症高齢者と家族のサポートシステム”	“認知症高齢者のBPSD(行動・心理症状)の看護”の例 「認知症高齢者のBPSDは、基本的な認知症の中核症状に関連した「事実の取り違え」とそれに伴う「反応行動」と捉えることもできる・・・(中略) 「事実の取り違え」に対しては、①否定しない、②話題を切り替えて気分転換を図る、③認知症高齢者の認識(世界)に合わせる事が重要で、「反応行動」に対しては①叱らない、説得しない、②環境を調整する、③行動の動機や心理を類推して対応する、などの介入を行う。」 “認知症高齢者のBPSD(行動・心理症状)の看護”の例 「徘徊は従来、目的や理由を伴わない行動と捉えられていたが、近年ではその人なりの目的、理由や思いを伴う行動であると捉えられるようになった。・・・(中略) 安全確保のため、環境調整や技術装置の使用、社会的介入、ケア提供者の教育は、徘徊にともなう転倒予防のため重要である。それとともに徘徊の背景にはさまざまな要因が存在するため、タイプの分類などを行い、まず要因を検討する必要がある。そして、要因に応じて対応することが重要である。」	
17	“独居高齢者、認知症高齢者への支援の必要性” “高齢化に伴う課題” “認知症の定義” “症状” “診断” “治療と予防” “看護アセスメント” “看護のポイント”	“看護のポイント”の例 「対応は、まずその認知症高齢者の生活史や日々の言動をよく理解しておくことが大切である。認知症高齢者が、失見当識や記憶力の低下により人、時間、場所・空間を間違えてちぐはぐな言動をとる・・・(中略) 看護職者にとっては奇異な行動であっても、認知症高齢者にはそれなりに意味や目的がある・・・(中略) 徘徊に付き添い、言動を注意深く観察していれば、必ず徘徊の意味を理解でき、ケアへの糸口が見つかるはずである。」 “看護のポイント”の例 「看護職として日頃から人権について関心を持ち、ケア側の理由(医療処置を優先するなど)による安易な身体拘束を決して行ってはならない。」	

IV 考察

1. テキストの記述内容から捉えた認知症高齢者看護

老年看護学テキストの記述内容から捉えた認知症高齢者の看護の方向は、第1期は、【認知症高齢者へのケアの工夫をしつつも安全のための看護行為を優先するケア】、第2期は、【安全と安心・安寧のために認知症高齢者の言動を受け入れ見守るケア】および【認知症高齢者の言動を受け入れつつ専門職として関与するケア】、第3期は、【認知症高齢者の体験世界の理解から糸口を探るケア】へと変化していた。

第1期は、有吉佐和子（1972）の著書、「恍惚の人」に代表されるように、認知症高齢者とは、突然理解に苦しむ行動を繰り返し、正常な生活を営む周囲の人々、特に家族を悩ます対象として捉えられていた時期である。その中で、専門職者は、奇異な行動による自傷、他傷行為を予防する観点から、本人の言動が改善されなくても、安全のために行動を抑制する関わりをせざるを得なかったと考えられる。

第2期は、認知超高齢者の環境づくりとして、グループホームが誕生し、施設ケアの単位も小さくし個別ケアをめざすユニット化が進展した時期である。また、この時期は、認知症高齢者のケアに音楽療法、園芸療法、バリデーションなど様々な療法が開発され、発展してきた。これらの療法は、認知症高齢者のためのケア環境の中で、ケアを担う専門職、非専門職によって様々な試みられ、認知症高齢者の良い反応を確かめられた関わりが、エビデンスとして具体的に蓄積された。つまり、この時期の認知症高齢者ケアは、看護職のみならず、介護職、作業療法士などのセラピスト、医師を含めた学際的な認知症ケアについての取り組みが功を奏してきた時期と考えられる。

第3期は、認知症高齢者自身が自らの体験を語り（C.ブライデン、2012）当事者にしかわ

からない、認知症高齢者の体験世界が言語化され、表出され始めた時期である。専門職は、過去に集められた実践知の意味を、本人の体験世界と照らして再度考察し、ケアに意味づけをしていた。

認知症高齢者看護に携わる者は、認知症高齢者が体験している現実（体験世界）と実在の現実（現実世界）が異なっていたとしても、認知症高齢者の体験世界に入り込みケアの糸口をみつけていくことを看護の方向性としていると考えられる。

このように、テキストの記述内容から捉えた認知症高齢者看護の方向性は、その体験世界の存在を前提としてケアを模索することであり、その出発点として体験世界を理解するための教育の必要性が示唆された。

2. 認知症高齢者の体験世界の理解をめざした教育の工夫

老年保健看護教育では、老年期を体験し得ない看護職者のジレンマに対し、老年期を模擬体験する様々な学習方法が工夫されている。専用キットを用いた高齢者の身体的老化の体験、おむつ使用体験、身体拘束の体験、2時間同一体位で臥床する寝たきり体験などである。これらは身体的な負荷を体験し、心理・精神状況を想像することで、高齢者の立場を理解しようとする試みである。しかしこれらは、いずれも身体的な体験である。

講義において、認知症高齢者は、その個人に体験世界があること、その世界が現実世界とずれていることを伝えている。しかし「ずれ」によって生じる心理的反応は、学生にも、看護職者にも想起しづらく、認知症高齢者が示す行動・心理症状への戸惑いを払拭できない課題があった。

そこで、本学では体験世界と現実世界のずれを生じるロールプレイ・シナリオを作成、体験

世界と現実世界のずれによって生じる不安、焦燥感、怒り、後ろめたさなどさまざまな心理状況を模擬体験するプログラムを取り入れている。学生はペアとなり、認知症高齢者役と介護者役でコミュニケーションを取る内容である。工夫点は、認知症高齢者役は自らを認知症とは知らず、体験世界の状況設定を現実世界として理解する（図1 設定A）。介護者役は、相手を認知症と認識し、その行為を問題行動と捉えるよう状況設定している（図1 設定B）。このように、状況設定が異なる者同士でのロールプレイとなる。

このロールプレイは、普段は現実世界を共有している学生のペアに対して、体験世界と現実世界のずれを意図的に作り出す。実際の認知機能の低下を模擬体験するのではなく、現実世界と体験世界のずれによって生じるコミュニケーション障害の当事者になることで、認知症高齢者の行動・心理症状に共感することを目指して

いる。看護基礎教育のテキストにおける認知症高齢者看護のケアの方向性と照らし合わせると、患者看護師関係を形成する態度に寄与すると考えられ、体験世界の理解を促進する可能性がある。

認知症高齢者看護は、常に認知症高齢者の反応を通して自らの実践を評価し、新たな課題や希望を見いだしながら新しい働きかけを模索し、試し、確かめ、つかみ取ってきた先達たちの営みによって発展してきた。このような認知症高齢者看護の発展を踏まえて、看護教育も新たな教育方法へ取り組み、効果的な教育方法の構築を目指す必要がある。今後の課題はロールプレイによる認知症高齢者の心理的反応の模擬体験が、学生と認知症高齢者との患者看護師関係の形成や、看護実践にどのような影響をもたらしているのかを把握し、体験世界を理解するための意図的な教育技法へ発展させることである。

認知症高齢者の体験世界	ケア提供者の現実世界
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">設定A：山城さん</div>	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">設定B：川田さん</div>
<p style="text-align: center; font-size: small;">設定Aは以下の通りです</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>あなたの名前は「山城」さんです。</p> <p>あなたは、39歳の主婦です。</p> <p>現在は、夕方の5時です。</p> <p>あなたは、夕飯の支度を済ませたところで、保育園へ子供を迎えに出かける時間になりました。</p> <p>あなたは、保育園まで徒歩で出かけます。</p> <p>あなたが身支度を整え、家の門を出たところで、隣人の「川田さん（設定B）」が声をかけてきました。川田さんは65歳の男性です。</p> <p>川田さんは、あなたにいろいろ話しかけてきます。</p> <p>あなたは、うまく切り上げて子供を迎えにいかねればなりません。</p> </div> <p style="font-size: x-small;">★ロールプレイは、川田さんがあなたに話しかけるところから開始します。</p>	<p style="text-align: center; font-size: small;">設定Bは以下の通りです</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>あなたの名前は「川田」さんです。</p> <p>あなたは、65歳の民生委員です。</p> <p>現在は夕方の5時で、あなたは、夕飯前のウォーキングをしています。</p> <p>そこへ、隣人の「山城さん（設定A）」が自宅から出てきました。（山城さんは79歳の女性です）。</p> <p>山城さんは一人暮らしですが、最近認知症をわずらっています。</p> <p>山城さんは、3日前自宅がわからず、警察に保護されており、あなたは、自治会長から見守りを依頼されています。</p> <p>今日も一人で出かけようとしています。</p> <p>あなたは、山城さんに声をかけ、できるだけ引き留めようと心がけました。</p> </div> <p style="font-size: x-small;">★ロールプレイは、あなたが山城さんに「どちらかへおでかけですか？」と話しかけるところから開始します。</p>

図1 体験世界と現実世界のずれを生じるロールプレイ・シナリオの例

文献

- 有吉佐和子. (1972). 恍惚の人, 新潮文庫, 東京.
- クリスティーン・ブライデン. (2012) /馬籠久美子, 桧垣陽子 (2012): 私は私になっていくー認知症とダンスを (改訂版), 株式会社クリエイツかもがわ, 京都.
- 大臣官房国際課. (2013). G 8 認知症サミットの結果 (概要), www.ncgg.go.jp/topics/dementia/documents/G_8_DEMENTIA_SUMMIT_OUTLINE_JP.pdf(2015年10月15日現在).
- 五島シズ. (1980). 第11章 老人に起こりやすい症状と看護D. 痴呆, 内田卿子, 平山朝子, 野口美和子, 鎌田ケイ子, 老人看護シリーズ第3巻疾患をもつ老人の看護 (第1版), 203-222, 日本看護協会出版会, 東京.
- 長谷川一夫. (1980). 第8章 精神障害と看護, 内田卿子, 平山朝子, 野口美和子, 鎌田ケイ子, 老人看護シリーズ第3巻疾患をもつ老人の看護 (第1版), 203-222, 日本看護協会出版会, 東京.
- 鎌田ケイ子. (1980). 第6章老人看護学研究, 内田卿子, 平山朝子, 野口美和子, 鎌田ケイ子, 老人看護シリーズ第1巻老人看護総論 (第1版), 158, 日本看護協会出版会, 東京.
- 片山信子. (1999). XI. 痴呆に対する看護, 片山信子, 根拠が見える臨地実習のすべて ③老年看護学, 216-220, 株式会社メヂカルフレンド社, 東京.
- 北川公子. (2002). VIII 痴呆のある高齢者のアセスメントと援助技術, 中島紀恵子, 実践看護技術学習支援テキスト老年看護学, 159-173, 日本看護協会出版会, 東京.
- 北川公子. (2014). C認知機能の障害に対する看護 ③認知症, 北川公子, 系統看護学講座専門分野II 老年看護学, 304-325, 株式会社医学書院.
- 高齢者介護研究会. (2003). 2015年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～ (複製), 特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター (CLC), 宮城.
- 沖縄県立看護大学. (2010). シラバス2010ー平成22年度入学生用ー, 136-142, 沖縄.
- 奥野茂代. (2013). 奥野茂代, 大西和子, 老年看護学概論と看護の実践 (第5版), 315-329, ニューヴェルヒロカワ, 東京.
- 太田喜久子. (2005). 認知症高齢者(老人痴呆)看護認定看護師について, 日本老年看護学会誌, 9 (2), 133.
- 新村拓. (2002). 痴呆老人の歴史 揺れる老いのかたち, 法政大学出版局, 東京.
- 高山成子. (2001). 3-重度の痴呆症高齢者に残された言葉を引き出すコミュニケーション方法, 中西睦子, TACSシリーズ・7 老人看護学, 226-238, 株式会社建帛社, 東京.
- 高山成子. (2011). 第7章 認知症高齢者の看護, 水谷信子, 水野敏子, 高山成子, 高崎絹子, 最新老年看護学 (改訂版), 236-288, 日本看護協会出版会, 東京.

資料

Jean Watson博士の「ヒューマンケアリング」を 看護教育に活かす方略

山本敬子¹、朝倉由紀²、宮城裕子¹、謝花小百合¹

I. 緒言

Watson博士のケアリングの教育活動は、世界各国の訪問による伝承と探究し続ける姿を通して、看護に携わる者に影響を与え、その理論は今も進化し続けています。今回のインタビューの中でWatson博士は、「私は看護学生の時、看護学教育の中に『人間的な部分が欠けているのではないか』と、既に気がついていました。それは、医学的な知識に集中しており、『人と人とのつながりに欠けている教育』にがっかりするものでした。そこで、心理学や東洋哲学などを学び、『教育を受ける』ということについて探究しました。」と回想されていました。ここでは、ヒューマンケアリングを看護教育に活かす方略についてWatson博士のメッセージを紹介します。

II. 既存のカリキュラムにケアリングのエッセンスを融合

Watson博士らの開発したカリキュラムモデル『ケアリングカリキュラム 看護教育の新しいパラダイム (Bevis,Watson,1989)』の翻訳が出て十数年経ちますが、残念なことに筆者らは、具体的な導入方法のイメージがついていませんでした。また、すべての教育科目にGIO、SBOの設定の必要性には疑問もあるものの、行動主義の合理性を全面的に否定はできないでいました。インタビューでは、異なる看護

教育観を持つ教員間で、ケアリングカリキュラムを導入することは困難であり、またヒューマンケアリングについて熟知した指導的立場の教員のいない中で、ケアリングを教育実践に具体的に活かす方法はあるのかを単刀直入に伺いました。その質問に対してWatson博士は、冒頭に「教員の教育」の重要性を述べ、既存のカリキュラムに「ケアリングのエッセンスを入れていくことは、必ずしも相反するものではありません。今あるカリキュラムの中に融合できる部分があるはずです。」と話された。「もし、その部分に興味があるのなら、詳しく説明しましょう」と、「私は、時々このように説明するのよ」と、レポート用紙にさらさらと表を書き始めました(図1)。「ここにあなたの初段階の授業があるとすれば、初めの導入で、10項目からなるCaritas Processesを学生に紹介します(表1)。各講義の中に1から10の要素を統合させ、基本的に必要なものをどこで教えていくか考えます。例えば、内科外科(成人看護学各論)の科目の9回目の授業にCaritas Processの項目6の部分を含めたり、3回目の授業にCaritas Processの項目3で「信頼関係」に関することを入れたります。また、女性・小児・周産期看護のカリキュラムの中にCaritas Processes 10項目の全ての項目を取り入れるように関連する科目担当の教員に依頼したりするといいかもかもしれません。教員は、それらを取り入れられるように領域間で検討しようと努力するかもかもしれません。初段階のコースの導入の中で、ケアリングやケアリングサイエンスという用語を紹

¹ 沖縄県立看護大学

² 日本人間環境大学看護学部

			Caritas Processes(脚注)										
each course			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
I	course 「初段階の授業」	導入 Nursing as Caring			Caritas Processes 10項目を順番に学生に紹介								
II	Medical Surgical	Caring Moment			信頼関係 例:3回目 に教える				例:9回目 に教える				
III	Women's Children's Newborn												
.													

図1 Watson博士の書かれた Caritas Processes(脚注)の教え方の例

表1 Caritas Processes (Watson,2012, Watson, 稲岡(訳),2014)

1	自己と他者に対する愛情—優しさ/共感と冷静さの実践
2	心を込めてそこに存在していること；自分と他者が信念体系や主観的世界をもてるようにする
3	自分自身のスピリチュアルな実践を磨く；自己を超えて真正のトランスパーソナルな存在へ
4	愛情に満ちた信頼とケアリングの関係を維持する
5	感情の表出を許容する；よく耳を傾け、“その人にとっての物語を理解する”
6	自己というものを使いこなし、ケアリングプロセスを通して創造的な問題解決を探る。：知ること/行動すること/であることというあらゆる方法を用いる；ヒューマンケアリングヒーリング過程と様態というアート性に関わる
7	ケアリングという文脈での真の教育-学習；ケアを受ける人が基準とする枠組みに留まる；健康-ヒーリング-ウェルネス・コーチングモデルへと移行する
8	すべてのレベルで治療環境を創造する；エネルギー・意識・全体性・美しさ・尊厳・平安について、身体的にも非身体的にも、行き届いた環境を整える
9	敬意をこめて、丁寧に、基本的なニーズを支援する。聖なる実践として、他者の具現化された魂に触れることに、意図的なケアリング意識を持つ。他者の生命力/生命エネルギー/生命の神秘と手を携えて仕事をする
10	人生の苦難・死・苦しみ・痛み・喜び・生活の変化すべてについて、スピリチュアルな・神秘的な・未知で実存的な次元に心を開き、注意を払う；“奇跡はありうる”。これが知識基盤と臨床能力の前提とされる

介します。Caritas Processesで用いられる関連用語をより多く取り入れていくことによって、学生たちもその用語に慣れ親しむようになるからです。『ケアリングとは何か』ということをしかりと定義づけることは、何となく行っているケアではなく、ケアリングを定義づけられたものとして学んでいけるのです。このコースをやっていくことは、学生にとって良い機会となり、ケアリングの瞬間に関わることができる良い機会という風に指導をします。こういう概要的な説明をしていくということです。教員が

学生の学習経験をどのように活かしていったらいいのか模索し、検討できるようにマネジメントしていきます。そして、学生もそういう経験に招いていきましょう。学生が『これがそうだ』と気づき模索できるようにしていくと良いでしょう。」「カリキュラムが決まっているからできないというのではなく、できることからすることで、少しずつ取り入れてみましょう。例えば、『ケアリングの瞬間(Caring Moment)について、どのような体験がありましたか』と課題を出して、『私の体験はこういうものでした』

という学生のプレゼンテーションができるような機会をつくるというのもいいかもしれません。そういう経験がエビデンスになるし、学生が教員と共に、この色々挙げられている要素を裏付けるエビデンスを自覚できます。その過程で、学生は自分の中で気付かないで実践しているかもしれないことを自覚できるようになるでしょう。理論と実践が別々にならないで融合された形になるのです。学生のモチベーションや自己効力感の影響について、エフィカシースケール (CARING EFFICACY SCALE:Coates, 1; Watson,2003) を、実際に学生に活用して評価しても良いのではないのでしょうか。」と具体例を含めた的確なアドバイスを提示されました。

Ⅲ. Attending Nurseの育成

次に、忙しい臨床で働く看護師が、ヒューマンケアリングの実践をどのようにしていけば良いのかについて質問しました。その間にWatson博士は、「日本もアメリカも経済中心であるため、『やり方を変える』、『焦点を変える』という働き方にしないといけないのではないのでしょうか。それは、意識改革が主な焦点になるのではないかと思います。忙しいのはもちろんですが、一度、立ち止まってみて、『私の中でどういうことが起こっているのだろうか』と思案するプロセスを作るということを看護の中に入れていかなければならないのです。看護師不足というのも、このやり方では足りないという

ことになっていく、逆に考えると、それは変革するための良い機会であるかもしれないのです。」Watson博士は、1つの文献を取り出して、「この記事では、看護師不足は、人数は少なくても、より良い看護師をたくさん育てることによって、それらの看護師の知識を用いて仕事のパターンを変えることをしていけばいいと書いてあります。ケアリングの質を観ることが出来るリーダー的な看護師を作らなくてはならないのでしょうか。リーダー的な存在がいることで、ケアリングの瞬間に気づき、『こういう風に変えてはどうか』ということに気づいていくわけです。簡単なことではないです。Attending nurseは、ケアリングサイエンスの中心となる人であり、スタッフ全員を教育する責任があるのです。そして、患者・家族へ本当にケアが提供できているかどうかを確認する必要があります。次の学会で、このようなことを取り上げる予定をしています。」と話されました。Attending NurseあるいはAttending Caring Nurse(ACN)とは、Watson博士らの開発したACNモデルの論文にその定義(表2)が記載されています (Watson,2003)。

Ⅳ. トランスパーソナルな関係とケアリングの瞬間に気づき

最後にWatson博士のケアリング理論を理解する上で最も難解なトランスパーソナルな関係とケアリングの瞬間に気づくことについて、質

表2 Attending Caring Nurse(ACN ; Watson,2003) の定義

<ul style="list-style-type: none"> ・患者および家族とのケアリング関係の構築と継続的な維持を行う。このような関係は入院前か、または入院時にケアリング関係を構築し、退院後のフォローアップまで継続する。 ・ケアリングニーズの包括的なアセスメントと懸念、患者の行動や思考の基準についてケアリングニーズのガイドとしてケアリング理論を活用する。 ・懸念についての主観的および客観的な意味をアセスメントする。 ・医療計画と調和させてケアリングとヒーリング(癒やし)の包括的計画について、患者や家族と共創する。 ・包括的ケア計画の監督と保証 例：ケアリングーヒーリング看護療法に関連した治療的方法を実行する。 ・継続性を保証するために看護師および医師やチームメンバーとの直接的なコミュニケーションを開発する。

問しました。Watson博士は「西洋的な考え方の中には、バランスによって世界が動いているという考え方が欠けています。西洋的、特に西洋医学は、切って治すというのは『陰』に当たると考えます。そこからは、癒しというものは生まれてこないでしょう。癒しというものは、世界のバランスによって成り立っているという考え方がなければ、切っても治らないわけです。癒しというのは、逆のエネルギーから生まれてきます。そういうことを自覚しなければならぬのです。それらの意味をもって取り入れるようにしてきました。そして、看護はそういう癒しの要素を持っているのです。そういうバランスの基で、人は、精神と身体のバランスをとって癒されていくのでしょうか。そのパラドックスからエネルギーの動きというものがあるということを知覚しなければならぬので、本を書いたのです。これは、私の成長の過程であり、発展してきたプロセスの中で起こってきたものです。私たちが表現していかななくては、皆さん、そういうことがあること自体に気づかないでしょう。気づかないということは、ないも同じなわけですね。それを表現するための用語を持たなくてはならぬのです。そのためにそういう用語を創り出すということに力を入れているのです。多くの場合、私は、自我とトランスパーソナルな関係ということをもってくることによって、よりわかりやすく表現するように努力しているのです。」と説明された。

V. Caritas Coachの育成

2011年のインタビューから数年経ち、2003年にAttending Nurseモデルからさらに進化し、Watson博士らは、Caritas Nurseのリーダーを養成するコースを開講しています。このコースは、Caritas Coach Education Program (CCEP)といい、カリタスプロセス

に基づいて実践活動をできるだけでなく、他のナースへの教育もできることを目指しています。研修は、2回の実質的な研修参加が求められます。理論のコアの学習、heart math、様々なエビデンスの学習、また体験型研修も多く含まれています。研修の最終日にWatson博士より修了書の授与があり、Caritas Coachとなります。コロラド大学看護学部を通して、この研修に参加することができます。

VI. 結語

ワトソン博士は、ヒューマンケアリングについて、患者だけでなく「看護師の心を満たすケアを提供できるように支援する」とし、看護の醍醐味を実感する瞬間を体験することの意義に触れられています。臨床現場でリスクテイクを要求されるあまり、本来したいと願う看護ができないと嘆く看護師は少なくありません。トランスパーソナルなケアリングの瞬間を体験した看護師は、看護の喜びを実感し、それは意欲につながりポジティブな循環が生まれます。このインタビューを通して、ヒューマンケアリングの教育に力を注ぐ、ワトソン博士の思いに触れた気がしました。

VII. 謝辞

突然の訪問に快く教え導いてくださったJean Watson博士に深く感謝申し上げます。また、貴重な機会を与えてくださった日本人間環境大学看護学部長、島内節博士、元コロラド大学International Program & Public Relations室のdirector Dian C. Lenfest氏に心より感謝申し上げます。

本稿は2011年8月30日、コロラド大学ボルダー校近郊ホテルロビーにて、Watson博士へのインタビュー内容にその後の進展を取り入れて加筆したものです。

引用文献

Em Olivia Bevis, Jean Watson (1989/1999).
安酸史子 (監訳), ケアリングカリキュラム看護教育の新しいパラダイム Toward a Caring Curriculum : A New Pedagogy for Nursing, 医学書院, 東京

Jean Watson (2001/2003). 筒井真優美 (監訳), 看護におけるケアリングの探求 手がかかりとしての測定用具 Assessing and Measuring Caring in Nursing and Health Science, 日本看護協会出版社, 東京

Jean Watson, Roxie Foster. (2003). The Attending Nurse Caring Model: integrating theory, evidence and advanced caring-healing therapeutics for transforming professional practice. Journal of Clinical Nursing, 12(3), 360-365.

Jean Watson. (2012). HUMAN CARING SCIENCE , A Theory of Nursing (2 nd Edition), JONES & BARTLETT LEARNING, Sudbury, MA

Jean Watson (2012/2014). 稲岡文昭、稲岡光子、戸村道子 (訳), ワトソン看護論, ヒューマンケアリングの科学, (第2版), 医学書院, 東京

Caritas Coach Education Program (CCEP)
<http://watsoncaringscience.org/about-us/caring-science-definitions-processes-theory/global-translations-10-caritas-processes/> 2015年10月20日現在

University of Colorado College of Nursing
Office of Continuing Education and Professional Development, Caritas Coach Education Program
<http://www.ucdenver.edu/academics/>

[colleges/nursing/programs-admissions/doctoral-programs/doctor-philosophy/caringscience/Documents/WCSC-program-CCEP-cohort-14_FLYER_2015.pdf](http://www.colleges/nursing/programs-admissions/doctoral-programs/doctor-philosophy/caringscience/Documents/WCSC-program-CCEP-cohort-14_FLYER_2015.pdf) 2015年10月20日現在

沖縄県立看護大学紀要投稿規程

1 名称

本誌の名称は「沖縄県立看護大学紀要」(英文名: Journal of Okinawa Prefectural College of Nursing) とする。

2 発刊の趣旨

沖縄県立看護大学における研究活動の質向上に資することを目的とする。

3 投稿の資格

紀要投稿者は、原則として本学の教職員、非常勤講師、大学院生・研究生とする。筆頭著者は投稿資格を有する者とする。投稿資格を有する者は学外の研究者を連名投稿者にすることができる。

4 投稿の条件

人および動物を研究対象とする場合は、研究対象に対する倫理的配慮がなされ、そのことを論文中に記載すること。

5 投稿原稿の種類

投稿原稿の種類は論壇、総説、原著、報告、研究ノート、資料、その他であり、未刊行のものに限る。また、著者は原稿にその何れかを明記しなければならない。なお、投稿原稿は返却しない。以下、投稿原稿の種類別に制限枚数を括弧内に示す。なお、図表1つを0.5ページと数える。

- 1) 論壇Sounding Board (2頁以内): 本学の教育及び保健看護領域に関する話題のうち、論議が交わされつつあるものについて今後の方向性を示すような著述や提言したもの。
- 2) 総説 Review Article (20頁以内): 取り上げた主題について、内外の諸研究を幅広く概観し、その主題についてのこれまでの動向、進歩を示し、今後の方向性を展望したもの。
- 3) 原著Original Article (20頁以内): テーマが明確で独創性に富み、新しい知見や理解が論理的に示されているもの。研究論文としての形式が整い、研究としての意義が認められるもの。

4) 報告 Report (10頁以内) には次のものが含まれる。

- (1) 調査報告: 調査・実験などで得られたデータをまとめ、本学の教育、保健看護領域の発展に寄与するもの。
- (2) 事例報告: 事例を用いた分析が保健看護領域の展開に寄与するもの。
- (3) 実践報告: 保健看護領域の臨床、ないし教育に関する手技・技術や実践の方法に関するもの。

5) 研究ノート Research Note (10頁以内): 萌芽的研究、追試的研究、研究情報(文献レビューもこれに含める) など。

6) 資料 Sources / Information (10頁以内): 調査・実践などで得られたものに利用価値を持つもの。

7) その他Other (10頁以内): 上記のカテゴリに分類することが難しいが、専門部会が掲載を妥当だと認めたもの。

6 投稿原稿の構成

- 1) 原著論文の本文構成は、はじめに(Introduction)、研究方法(Material and Methods)、結果(Results)、考察(Discussion)、結論(Conclusion)、謝辞(Acknowledgement)、文献(References)とする。また、本文構成を段階的に記述する場合、段階番号は、1. 2. 3. . . . とし、1. をさらに細分化する場合には1) 2) 3) . . . とする。
- 2) 投稿原稿のうち総説・原著・報告には英文(300語程度)および和文(600字程度)の抄録を付ける。抄録は表題、著者名、所属、キーワード(5個以内)、抄録本文とする。抄録本文(Abstract)は、背景(Background)、目的(Objective)、研究デザイン(Design)、対象(Subjects)、結果(Results)、結論(Conclusion)などがわかるように簡潔にまとめる。資料・論壇・研究ノートは英文・和文タイトルおよびキーワードのみとする。ただし、英文抄録の場合は当該研究テーマを専門とし、かつ英語に堪能な研究者等のチェックを受けたことを証明するものを提出すること。

3) 英文抄録は次の要領でまとめること。

(1) 英語のタイトルは次のように記述すること（最初の文字のみ大文字にすること）。

〈例〉 Parenting behaviors of young mothers on a remote island of Okinawa: A comparison with other mothers

(2) Key Words は、例のように固有名詞以外は小文字で記述すること。

〈例〉 semi structured interview, triangulation, action research, QOL, Nuremberg Code

7 投稿原稿の採否

原稿の採否は紀要編集専門部会が決定する。紀要編集専門部会は査読者を選定し、査読を依頼する。査読結果等により、原稿は内容の加除、訂正を求められることがある。

8 校正

投稿者による校正は再校までとし、校正に際して原稿の変更あるいは追加は認めない。

9 原稿作成上の留意点

1) 原稿は和文または英文とする。原稿（本文、図、表、写真などを含む）は正1部、査読用（著者名及び所属を空白とした）原稿3部と、原稿を保存したCD-ROMまたはUSBメモリ等（保存形式を明記）を添付して提出する。

2) 原稿はA4版40字（全角）×30行、英文80字（半角）×30行を1ページとする。和文の場合であっても、英文字、度量衡の単位、外国人名はすべて半角（1バイト、ASCIIコード）に統一する。例えば℃、m³、kgなど機種に依存する特殊記号は使用しない。また、カタカナは必ず全角文字（2バイト）とし、半角文字（1バイト）では表記しない。すなわち、「けーす」ではなく「ナース」である。イタリック体ギリシャ文字など特殊な字体、記号はその都度明確に指定する。書体は、和文の場合「MS明朝10.5ポイント」とし、英文は「Times New Roman 11.0ポイント」とする。

3) 図、表および写真は、図1、表1、写真1などの番号で区別し、本文とは別に一括する。

4) 文献の引用

本文中における文献の引用は、著者名と出版年を記載する。同一著者の同年刊行の文献の場合は年号の後にa, b, …を附す。

(例) 著者1人: 玉城(2009)によれば…、大城(2009a)によれば…と報告されている(野口, 2010a; 野口, 2010b)

著者2人: 上原・小池(2012)によれば…

著者3人以上: 高橋ら(2013)によれば…

Aka-mine et al (2012)…

…(Ueda, 2010a; Ueda et al, 2011)

5) 文献の記載

引用文献は原稿の最後に著者名のアルファベット順に一括して記載する。その順序は、著者名、発行年、文献題名、雑誌名(出典名)、巻(号)、ページとする。なお、和文英文を問わず、著者名間、記載項目間はカンマ区切りとする。

(1) 雑誌

著者名(著者は全員を列挙する)。(発行年次).表題, 掲載雑誌名, 号もしくは巻(号), 最初のページ数—最後のページ数.

〈例〉

①下中壽美, 井上松代, 玉城清子, 金城芳秀, 西平朋子, 賀数いづみ.(2009). 「妊婦ふれあい体験学習」が高校生1年生女子のライフプラン, 妊娠・出産・育児の認識度に及ぼす影響, 思春期, 27(2), 194–203.

②Goldberg S, Beboit D, Blokland K, and Madigan S. (2003). Atypical maternal behavior, maternal representations, and infant disorganized attachment, *Development and Psychology*, 15, 329-357.

(2) 単行本

著者名(発行年次). 書名(版数), 出版社名, 発行地.

〈例〉

①上田礼子.(2006).生涯人間発達学(改訂第2版), 三輪書店, 東京.

②World Health Organization.(1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (10th ed)*, World Health Organization, Geneva.

③Rothman, KJ.(2002).*Epidemiology An Introduction*, Oxford University Press, Oxford.

(3) 分担執筆の本

分担著者.(発行年次).論文のタイトル, 編者名, 書名(版数), ページ数, 出版社名, 発行地.

〈例〉

①前田和子.(2001).自己概念と自尊心, 小松美穂

子,奥宮暁子,前田和子,堀内ふき,人間理解のための看護的アプローチ(第1版), 1-11, 医学書院,東京.

②John Pearce.(2003).Identifying psychiatric disorders in children, Elena Garralda & Caroline Hyde,(Eds.), Managing children with Psychiatric Problems, 3 -17,BMJ Publishing Group, London.

(4) 訳本

原著者名.(原著の発行年/ 翻訳書発行年). 翻訳者名(訳), 訳本書の書名(版数),参照ページ, 出版社, 発行地

<例>

Holloway I and Wheeler S.(2002 / 2006).野口美和子(監訳), ナースのための質的研究入門, 研究方法から論文作成まで,(第2版), 25-30, 医学書院, 東京.

(5) ウェブサイト

厚生労働省.(2008.) 平成18年 国民健康・栄養調査結果の概要について. www.mhlw.go.jp/houdou/2008/04/h0430-2.html (2009年7月15日現在).

(6) その他

(1)~(5)のいずれにも該当しない引用文献の記載方法については紀要編集専門部会が協議し書式を決定する。

10 著作権

著作権は沖縄県立看護大学に帰属し、掲載後は大学の承諾なしに他誌に掲載することを禁ずる。また、紀要編集専門部会が用意する著作権譲渡同意書に著者全員が署名して、最終原稿提出時に添付すること。なお、投稿論文は電子情報開示されることを了解の上寄稿することを条件とする。

11 公開

沖縄県立看護大学紀要は、大学ホームページにて公開するとともに、冊子体を作成し、関連機関等に配布する。

12 投稿期間

投稿期間は、原則として毎年7月15日～9月15日までとする。

13 諸経費およびその他の必要事項は別途定める。

(作成年：平成11年)

(第1次改訂年月：平成15年1月)

(第2次改訂年月：平成15年5月)

(第3次改訂年月：平成19年3月)

(第4次改訂年月：平成21年7月)

(第5次改訂年月：平成25年4月)

(第6次改訂年月：平成26年7月)

編集後記

沖縄県立看護大学紀要第17号をお届け致します。本号は14編の論文を収録しています。多忙なか
か査読に関わり、投稿論文の内容を錬磨して下さいました教員のみなさまに厚くお礼を申し上げま
す。掲載論文には日頃の教員の研究成果としての論文の他、院修了生の修士論文をもとに投稿論文
として練り上げたものも含まれております。

今年度は紀要を雑誌・学会誌にバージョンアップし、分割出版も考えていましたが、時期尚早と
のことで、しばらく待つことになりました。次年度の紀要編集専門部会に期待したいと思います。
さらに、教員や元教員並びに院生の活発な研究活動、その結果としての投稿論文を紀要編集専門部
会委員一同お待ちしております。

平成28年3月31日

紀要編集専門部会

部会長 玉 城 清 子

紀要編集専門部会

部 会 長	玉 城 清 子
副部会長	山 本 敬 子
委 員	渡久山 朝 裕
委 員	佐久川 政 吉
委 員	山 城 綾 子
補 佐	嘉陽田 友 香
事 務 局	森 哲 人

沖縄県立看護大学紀要 第17号

発行日 平成28年3月31日
発行者 沖縄県立看護大学
〒902-8513 沖縄県那覇市与儀1-24-1
Tel : 098-833-8800
Fax : 098-833-5133

印刷所 株式会社 東洋企画印刷

JOURNAL
of
Okinawa Prefectural College of Nursing
No.17

Original Article

- Overcoming unexpected perinatal death: Pursuing midwifery career
Kazumi Kuba, Kiyoko Tamashiro 1
- The remote island support nursing activity of the core Hospital in island
with a medical office and the structure
Kumiko Chinen 17
- The role of nurses in facilitating hospitalization for the elderly residents
of remote islands in Okinawa prefecture: Off-island “support delivery”
by nurses from remote-island clinics as nursing practice
Rumi Bando, Akemi Ohwan, Hatsuyo Yamaguchi, Masayoshi Sakugawa 33

Report

- Palliative care for patients with hematologic malignancy
who continue chemotherapy in the end-of-life period and their family
Kasumi Hamada, Midori Kamizato 45
- Clarifying cancer-support needs of cancer patients, their families, and medical staff
in a small, remote island in order to create a support map
Ayano Mori, Midori Kamizato 61
- Experience regarding nursing ethics of students on nursing practicum
Tomoko Miyazato, Mineko Okawa, Izumi Kakazu, Tomoko Nishihira,
Shinobu Makiuchi, Rie Iraha 79
- Longitudinal study of mothers who are at risk of child abuse cases
through PACAP measurements
Kiyoko Tamashiro, Chieko Yoshikawa, Tomoko Nishihira, Yuka Kayouda 89
- Difficulties and copings for novice clinical instructors in nursing clinical practicum
Rie Iraha, Eiko Kadekaru 97
- The significance of service training program in conjunction
with learning sessions and clinical initiatives
–From the change of the assertive communication of nurses who participated
in the program–
Kaori Yohena, Eiko Kadekaru 107
- Evaluate the questionnaire to verify the influencing factors of delay
of help seeking behavior in breast cancer patients: A pilot study
Mariko Oshiro, Midori Kamizato 117
- Remote-island clinic nurses’ self-assessments regarding activities to support elderly
patients’ medicine-taking behavior: A study of nursing practice at the H-island clinic
Kyoko Misoko, Akemi Ohwan, Yukari Imuta, Masayoshi Sakugawa 127

Research Note

- Characteristics of resident public health nurse’s activities: Focusing
on parasitic worm prevention through a viewpoint of community self-care support
Chieko Yoshikawa, Miwako Noguchi, Akemi Ohwan 137

Sources / Information

- Change of description contents about the dementia nursing of the elderly people
in the text of the nursing basic education: Utilization to old age health nursing education
Yuki Taba, Akemi Ohwan, Masayoshi Sakugawa, Hatsuyo Yamaguchi,
Yukari Imuta 145
- The strategy for using Dr. Jean Watson's "Human caring" in nursing education
Keiko Yamamoto, Yuki Asakura, Yuko Miyagi, Sayuri Jahana 155

- Criteria for Manuscripts** 161
- Postscript** 165

March 2016