

ヒューマン・ケア研究

July 2011

12-1

Journal of Human Care Studies Vol.12 No.1

第12巻第1号

日本ヒューマン・ケア心理学会第12回大会特別講演日野原重明 1
「人と人との絆に流れるいのちについて」

原 著

開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断飯塚麻紀 9

臨死患者のケア実習における伊藤まゆみ・小玉正博・大場良子 22
看護学生の心的衝撃への対処プロセス

対人援助職者の感情状態と関連する森本寛訓・神田有希恵・長田久雄 35
職業生活出来事の検討

会 報 52

編集後記 71

日本ヒューマン・ケア心理学会第12回大会特別講演

人と人との絆に流れるいのちについて

聖路加国際病院理事長 日野原重明

●はじめに

大会のテーマが「つながり合うケア」ということですので、それに関連したお話をしたいと思えます。

「つながり合うケア」という大会テーマにも、「ケア」というように英語の care をカタカナ表記にして用いています。終戦直後に「ケア物資」というものがたくさんアメリカから送られてきましたが、こちらは Cooperative for American Remittances to Everywhere、現在は Cooperative for Assistance and Relief Everywhere（海外援助救援協会）の頭文字をとったもので、本日取り上げるケアとは無関係のものであることを最初にお断りしておきます。

英語といっても、英語のままカタカナで表記して日本語として使うものと、いわゆる和製英語というような英語まがいの日本語とがあります。外国に行ってナイターといっても通じません。これは日本人が作った英語です。英語ではナイトゲームといいます。横文字をカタカナで表記するにしても、そのままでは外国人にもよく分からない言葉がたくさんあります。中濱万次郎という人をご存知でしょうか。土佐の漁師でしたが、幕末の頃、漁に出て漂流しているところを米国の捕鯨船のホイットフィールド船長に助けられ、日本人として初めて米国でホームステイをして4年間の教育を受けて、24歳で日本に帰り、日本の開国に貢献した人です。米国ではジョンと呼ばれていましたので、私たちも今ではジョン万次郎と呼んでいま

す。万次郎は、日本に帰ってから「英語—日本語」辞書を作りました。『英米対話捷徑・復刻版、現代版』（Jリサーチ出版2010）といえます。これを読んでみるとたいへんよくできています。“good day Sir”は「グーリ デイ シャアー」、 “morning”は「モーネン」というように、耳から聞いた音をそのままカタカナで表記しています。ヘボン式のローマ字を日本語に適用することを考えたのは1841年に来日したヘボンという米国の医療伝道宣教師ですが、私たちがヘボンといっても外国人には通じません。オードリー・ヘップバーンという女優がいますが、この「ヘップバーン」が「ヘボン」と当時の人の耳には聞こえたのでしょうか。

このように、書いたものを読むのと、発音された音を聞くのとでは、どことなく違和感があるのではないのでしょうか。それと同じように、一般の市民にとっても、ケアというのはどこか曖昧なとらえ方をされているのではないかと思いますので、私は人と人との絆に流れる命というアプローチから、ケアについて述べたいと思います。

●絆とは—

絆という漢字を読める人は多くはないと思いますが、私の好きな文字の一つです。私は全国の小学校で「いのちの授業」をしています。1年生はひらがなを教わるだけですが、2年生になると「人」とか、「心」「思う」という漢字を習います。生徒に「人」を表現する別の文字について聞きま

すと、4年生くらいになると「人間」という言葉を口にします。人間は一人では生活できません。誰か他の人との関係のもとで生きる存在です。私たちはいろいろな人のそれぞれ違った働きによって、文化的な生活を送ることができるのです。人間は他人との関係のもとで成長を遂げてきました。そういう意味では、私たちの生活は人と人との間に存在する関係性によって営まれてきたともいえるでしょう。医師と患者、看護師と患者、親と子、このようなさまざまな関係があります。

その中でも、ケアというのは、医師と患者や家族との間、看護師や介護をする人たちと患者やその家族との間につくられる関係ですが、これがうまくいかない病気の癒しも病気の予防もうまくなされていきません。

倫理学という学問分野があります。京都大学の教授をされた和辻哲郎先生は、「倫理の成り立つ場は孤立的個人の意識でなく、まさに人と人との間柄にあり、故に倫理学は人間の学問である」ということを強調されましたが、ケアもまさに人と人との間に成り立つものだといえましょう。

聖路加国際病院は、1901年に米国人の宣教医師であるルドルフ・トイスラー先生がつくられた小さなクリニックが始まりです。それを1917年には聖路加国際病院として大きくされたのですが、1923年の関東大震災で病院は崩壊、再度建てられた建物はその2年後に火災に遭うという苦難の道を通ります。そして、ようやく1933年に現在も一部面影のある聖路加国際病院の姿になったのですが、戦時中の幾度にも及んだ米国軍の東京大空襲にも宮城と同じように爆撃を免れました。聖路加国際病院は爆撃しないというピラが撒かれたために、夜になると付近の住民はみんな病院の地下室に逃げこんできました。私は医学生の際に結核になったことから徴兵検査では丙種となって徴兵されなかったため、ずっと病院で診療をつづけていたのですが、聖路加国際病院が爆撃されなかつ

たのはキリスト教系の病院だからではなく、日本を占領した後に、米国軍の病院にするためだったのです。実際、1945年9月24日には聖路加国際病院は米国陸軍第42病院の看板が掲げられ、それから1956年5月まで11年間にわたって病院は米国軍に占領されたままでした。この間、1950年に始まった朝鮮戦争では、米国の野戦病院として傷病兵の治療を引き受ける病院となりました。

その後、1992年に新しい建物が建てられました。埋め立て地である築地に10階建ての病院と49階建ての大きなオフィスビル、その隣に38階建ての高級老人ホームがあります。そして、オフィスビルと老人ホームとは30階の高さのところに橋がかけられています。地震対策としては橋の一方を固定し、他方は揺れを吸収するように設計されています。何しろ築地は埋め立て地ですから、49階の建物をつくるのは大変です。そこで埋め立て地を岩盤に突き当たるまで掘って、その岩盤に鉄骨を組み立て、基礎を固めました。「健康」という漢字の「健」は、人間がしっかりと立っている様、「康」という字は心の平静さ、安らかさ、穏やかに物事を受け止める鷹揚さを表していますが、まさにこの状態をヘルスというのです。

Healthの語源は古いアングロサクソンの言葉で、当時はhalと表記したものがhealthとなったのです。halからは、全体を大きくまとめるというwholeや、聖なるというholyという言葉が生まれました。WHOは健康を定義して、「健康とは、完全に、身体、精神、及び社会的によい状態であることを意味し、単に病気でないとか、虚弱でないということではない」としています。身体的によい状態well-being、精神的によい状態、そして社会的によい状態であることというのですが、10年ほど前からどうもそれだけでは健康の定義に足りないものがあるのではないかとということが指摘されるようになりました。そこにスピリチュアル、霊的な存在を加えるべきではないかというの

です。しかし、霊的といっても難しく何をいっているかよく分からない。英国のホスピス医学の権威者であるトワイクロス先生は、霊的というのは宗教的という意味ではなく、宇宙をつくった絶大な力、そういう力が働いて人間は守られている、そういうものをスピリチュアリティとすると云われたのですが、なかなかWHO参加の各国の一致を得るのが難しく、凍結されています。私自身も霊的というのは、私たちの存在には大切なものではないかと思っています。日本にはスピリチュアル・ケア学会があり、私がおその学会の会長を務めています。宗教の違い、立場の違いを超えたところで人間の霊性について取り上げる学会です。

●アンテナとレセプター

「つながり合うケア」の“つながり合う”とは、先にも述べましたが人間同士の関係性のことです。テレビやラジオからいろいろな情報が流れていますが、私たちにそれをキャッチするアンテナがないと、それらの情報を受け止めることはできません。私たちは電波を受け止めるレセプターを持ち、また私たちからも情報が発信できればなりません。人間的なケアというのは、人間同士が互いにアンテナであったりレセプターであったりすることです。

私たちの体は60兆もの細胞からできています。その一つ一つの細胞から枝が出て次の細胞にボタンタッチをすることによって命がつづいていきます。細胞にはまるで鍵と鍵穴がぴったりと合うようなジャンクションでつながっていきます。ジャンクションというのは細胞間の結合構造で、細胞同士が交わっているところです。医学用語ではいろいろな情報を受け取る方をレセプターといいます。レセプターを持っている人と持っていない人とは同じことを聞いてもレセプターのない人は何も聞こえないということです。絆というのは、ジャ

ンクションでつながっているお互い同士の間言葉の交流が行われるという状態で、それが繋が合うケアというものです。ケアというものは、一方的に与えるものではありません。医師が手術をしたり薬を処方するというような一方的なことではなく、ケアを受ける人の精神的・身体的状態がどのようなかを医師はよく知った上で、情報などを提供します。その情報が受け手の状態と上手にかみ合って、そこに癒しが行われるのです。医療に関わる者は、人間の心理を勉強するだけでなく、人間同士のそういうレセプターを感度よくしてコミュニケーションをとっていく。それが人間の健やかさや癒しに有効に働くことを研究していくこととなる、これがヒューマンケア心理学会の目的でもあります。

●つながりの中で

ケアというのはつなぎになるケアで、なくてはならないものです。つなぎになるケアのジャンクションについてももう少しお話ししましょう。

握手をしても、2人の間に心が流れなければいけません。

私の好きなテニスに、「In memorial（思い出に）」という詩があります。テニスの親友が亡くなったことを悲しんで詠んだ詩です。「友を失って悲しいけれど、愛して死なれた人は、愛したことのない人よりも幸福かもしれない」と。友を失うという悲しみも、よく考えてみたら、その友と出会うことがなかったら、友を愛するという思いを知ることもなかったことになります。今、友は死んでしまったけれども、その友との出会いを持ったという思いはずっと心の中に残っていく。肉体はなくなっても、その人の思いはずっと繋がっている。友とのつながりを持つことは、それがなかったのに比べると、今は辛いけれど、繋がっている心が残っているのは何と素晴らしいことかという

のです。つながりというものが人間と人間の間に、医師やナースや介護する人と患者さんとの間にできれば、そこに癒しという現実が生じてくるのだと思います。

有名な哲学者であるベルグソンは、「人間というものは、自分の運命は自分で作っていきけるものだということをなかなか悟らないものである」と言っています。あなたが運命を作るのです。どうして運命を作るかという、あなたが誰に出会うかによってあなたの運命が作られるものだからです。出会いによってあなたの環境が変わります。誰を友達にするか、新しい友達を得るか、どういう友達に出会うかによって、あなたの人間的な文化的な環境が変わってくるのです。静かな土地に住むとか、南に行くとか、北に行って住むというような地理的な環境の変化だけでなく、誰と接するかという人間的な環境によって、あなた自身の行く先も変わってくるということです。新しい環境を皆さんは自分で選択することができるのです。土地を替えることができなくても、皆さんがタッチする人を替えることができるのです。皆さんは昔からの友達だけとお付き合いしているのではないのでしょうか。新しい友達を作っていますか。女学校時代のクラス会に行ってみんなでごちそうを食べて昔の話をして笑っている。ところが30分もすると、誰か別の人がまた同じ話をして笑っている。30分前に話したことをみんな忘れてしまっているのです。そういう友達とお付き合いはほどほどにして、もっと皆さんが出会ったことで皆さんの生き方が変わるような人を選択して、深い交わりをもつことによって、皆さんの文化的な環境を変えることができます。人間的な環境が変わる。そういう環境を皆さんは自分で作れるのです。

偶然に見えるかも知れませんが、誰かとの出会い、友人や先生や先輩との出会いなど、これらの出会いはあなたの新しい環境であり、その環境に

よってあなたの人生が変わってくるものです。今日ここに皆さんが来られたというこの機会を生かして、みなさんの生き方を変え得ることもあるのです。生き方が変わると、みなさんの人間性までもが変わり、それによって成長していくということがあるのです。お茶席では、一期一会を大切にしますが、それと同じように一つ一つの出会いに心を備えて、その出会いを生きた出会いにすることが大切です。そして、その出会いによってケアの真髄もわかっていくことがあるのです。

●ケアの真髄

「ケア」を、日本語では「世話をする」と言うことができます。福沢諭吉先生が慶應義塾をつくったのが今から152年前、聖路加国際病院がある同じ築地に学校を建てられました。福沢諭吉は、「世話の字には2つの意味がある」と述べています。「1つは保護の義なり、1つは命令の義なり。保護とは人の事に付き傍より番をして防ぎ護り、あるいはこれに財物を与えあるいはこのために時を費やし、その人をして利益をも面目をも失わしめざるように世話をすることなり」（『学問のすすめ』より）。すばらしいですね。今から150年前にこういうことを言われたのです。

「Tender Loving Care」というのはホスピスで使う言葉です。ひじょうに柔らかいお肉をtender meatと言いますが、tender careというのは、優しい心のこもった愛のケアをすることです。残された命がいよいよ2日か3日しかないというターミナルの患者さんや家族に対するナースのタッチは、時間がきたからそこでストップするというようなものではなく、もうわずかの命しか残されていないのだから、時間のことなど考えないで、その人と一緒に死んであげるという気持ちで傍らに付き添うひじょうに繊細なケアのことです。

Tender Loving Careの頭文字「TLC」と診療録に

書けば、医師やボランティアもナースも一緒になって最後の心をこめたケアをやろうという合意としてホスピスで使われる言葉で、最高のケアを提供するという事です。

ケアにもいろいろなケアがあります。予防的なケアもありますし、治療的なケアもあります。最高のケアが「TLC」と略されているものであることをお伝えしたいと思います。

●よいチームワークづくり

一人でやることには限界があるのはみなさんもよくご存知のことと思います。互いに力を発揮することによって、一人一人の力が何倍にもなっていきます。

では、どうすればよいチームワークをつくることができるのでしょうか。

チームでよいケアをするためにはチームのみんなが相手を理解しなければなりません。そして、相手を理解すると同時に、相手からいろいろなものをもらい、そしてまたこちらも相手に情報を与えなければなりません。人と話をするときに相手に先に話させるというのはマナー上ひじょうに大切です。自分の言いたいことを言うだけでなく、先に相手に語らせることが人間関係を作るのには大切です。相手の人格や技能を認めることです。相手のニーズと欲求を見分けることです。相手から先にもらうより相手に先に与えるというのは Give and Take です。相手と話す時の表情も大切です。相手への偏見を捨てることです。あの人はまだ若いからとか経験がないからと決めつけないことです。そして、職場以外の場でも交わりをもつことも大事です。職場の外では、それぞれの立場を超えてゆとりのある人間関係をつくることができます。何よりチームワークの中心になるのは、「すべて患者さんを中心に考えましょう」ということです。こういうことがチームづくりの要諦で

す。

●小学生への「いのちの授業」

人と会話をする事、人のために働く事、人と交わる事、これらはいずれも時間を共有するということです。そして、自分の持っている時間は自分の寿命であり、自分の命でもあるということです。

私は4年前から全国の小学校に出かけて、「いのちの授業」をしています。外国に出張する時には、その地の小学校で授業をします。子どもたちに命の大切さを理解してもらうためです。小学校では、算数の時間に算数を教え、国語の時間は国語を教えますが、私の授業は命の大切さをみんなに学んでもらうものです。私の授業は命に関わるものですから、算数も国語も理科も音楽も社会も全部の教科が関係してきます。

私は小学生に次のようなことを話します。

「命というのは君たちの持っている時間の事です。君たちの持っている命は目では見えない、手でも触れることはできません」。次いで「君たちは命を持っていますか。君たちの命はどこにありますか」と尋ねます。たいていの子どもたちは、心臓に手を当てます。「心臓が命なの？」と尋ねると、「そうだ」と言います。そこで私は、「心臓は酸素や栄養を持っている血液を脳や手足や内臓に送るポンプなのです。そのポンプの働きが大切だということは分かっているけれど、心臓はポンプという器械であって、命そのものではない。本当に大切なのは、目には見えない、手には触れない命というものなのだよ」と説明します。酸素は目には見えないけれども、酸素がないと生き物は死にます。風も目には見えません。木の葉の揺れるのを見て風が吹いているのを知るので、目には見えないものの中にこそ大切なものがあるのです。これはサン・テグジュペリの『星の王子さま』

に出てくる言葉です。サハラ砂漠に不時着した王子さまが自分の惑星に帰らなければならなくなつたときに、王子さまの友達になつたキツネが王子さまに向かって、「大切なことをいうから覚えて帰ってください。本当のものは目には見えないのです」と語るのです。「君たちの心とか命というものは、目には見えない、手では触れられないものだけれども、そういうものの中にこそ大切なものがあるということを考えて、命を大切にしてください」と言うのです。

「君たちの持っている時間も目に見えない。明日の時間も見えない。昨日の時間も見えない。今の時間も見えない。けれど君たちがそれを持っているのは確かなこと。君たちの命は君たちの持っている時間なのです。寿命というのは君たちの持っている時間であり、今の時間が君たちの命なのだ」ということを話しています。命を使うということは、自分の時間を使うということです。「君たちは朝起きて顔を洗ったり、食事をしたり、学校に行ったり、給食を食べたり、バスケットをしたり、家に帰ってから夕食を食べたり、宿題をしたり、お風呂に入ったりするでしょう。それはみんな自分のために使っている時間です。子どもが成長していくために自分の時間を使っていくのは当然ですが、大人になったら君たちの持っている君たちの使える時間は何かのために、誰かのために使わなければならない時が来るのです。その時のために、君たちは何に自分の時間を使うかということを考えてほしい」。これが子どもたちに教える私の「いのちの授業」です。

私が教室に入る前に、生徒には校歌を歌ってもらうのですが、校歌の伴奏が始めると私は校歌の指揮をしながら教室に入っていきます。大きなゼスチャーで指揮をしますと、生徒たちは年をとつた見知らぬ人が自分たちの校歌を指揮しているのを見てびっくりしますが、歌っているうちに私と生徒たちとの間には一体感が生まれます。45分

間の授業中、みんなの目は私の一挙手一投足に集中します。生徒同士が私語することはありません。そして、授業の終わりにはみんなで「シャボン玉の歌」を歌います。シャボンとは何かと聞いても、石鹸だとは答えられず、泡などと言います。音楽の先生は、シャボン玉の歌のシャボンというのがポルトガル語の石鹸であるということや、江戸時代の終わりにポルトガルから石鹸が日本にもたらされたということなどを説明していないのです。この歌詞は野口雨情という詩人が、自分の生まれたばかりの女の子が亡くなったのを悲しんでつくった歌で、生まれたばかりの命が奪われたりすることのないように、それをシャボン玉になぞらえて、人の手で壊されたり、強い風で壊されたりすることがないようにとの祈りを込めた歌だということをお話します。そういうことを話しますと、子どもたちにはこの歌は非常に意味のある歌であるということがわかるのです。

時間と命の問題はひじょうに難しい問題で、昔から哲学者によっていろいろと論じられてきました。ただし分かりやすく言えば、自分の持っている自分の時間、命も時間も見えないもの、その自分の時間をどう使うかは自分の命をどう使うかということと同じで、君たちが大きくなったら、君たちの時間の使い方、命の使い方を考えてほしいと話します。

●時間の使い方、命の使い方

命という自分の時間を人に捧げることは、人のために自分の命を捧げることと全く同じことです。皆さんが死ぬ直前になると、閻魔様が現れて、あなたがこれまで生きてきて自分のために使った時間の重さと人のために使った時間の重さを秤で測ってみて、どちらが重いかと問い質します。ほとんどの時間を自分のためだけに使っていたとすれば、秤は自分のためというところに大きく傾ぎます。

社会に出て働くというのは自分の家族のため、自分の名誉のため、自分の財産のためということですから、自分のほうに傾ぐでしょう。そういう人は極楽には行けないと閻魔様は言うのです。ボランティアをしたり、難民支援に使ったということであれば、閻魔様は極楽に行けると言ってくれるでしょう。

私は4年前に『10歳のきみへ—95歳の私から』という本を書きましたが、その本を読んだ10歳の子どもが私に手紙を書いてくれました。「先生の本を読んで私はひじょうに感動しました。先生が言われるように命というのは目に見えないけれど、先生は大きな木のような存在です。私はまだ小さな苗木にしか過ぎませんが、寿命という空間に私の瞬間、瞬間をどう入れていくかが私のこれからの仕事ですね」とありました。私はそれを読んで感動しました。そして慶應義塾大学の大学生に生命倫理の講義をする際にその手紙を読みました。そして、自分の瞬間、瞬間にどう命を吹き込むかが自分の課題だという小学生の手紙を読んでどう思うかという感想を尋ねました。何人かの学生から、その子の作文を読んで感動したという反応がありました。「これまでは自分のことしか考えてこなかった。一流校に合格することだけしか考えてこなかったのに、10歳の子がこのように考えていることを知って感動しました」というものでした。

●声のトーン、顔の表情

10歳というのは「2分の1成人式」といいますが、大人と同じように分かっているのです。お父さんとお母さんの仲があまり芳しくないのを一番よく見抜くのが子どもです。ご主人が、「ただいま」と帰ってきても、奥さんは返事もしない。「疲れて帰ってきたのだから、お帰りくらい言ったらどうか」と言うと、ブスツとして、「私は言っ

たけど、あなたは耳が遠いから分からなかったのよ」というような会話になることはないでしょうか。それが可愛いお孫さんが来ると、「いらっしゃい」と言う。このときはラの音で迎えているはずです。演奏会が始まる前に、オーケストラのコンサートマスターが、「ラ」の音で全員の音の調子を合わせます。これをチューニングといいます。「ラ」の音は耳に心地良い音程なのです。人間関係は顔の表情と言葉の調子が大きく影響します。お化粧するのに鏡をのぞきますが、その際には自分の笑顔を鏡に写してみてください。赤ちゃんをあやすときには「いいお顔、いいお顔」と言いますが、自分でも化粧をするときには、自分のいいお顔とはどんな顔なのか、そうなるように練習してみてください。言葉のトーンと笑顔がコミュニケーションには必須です。自分にそれを当てはめて自分でトライすることが必要ではないかと思っています。

●心に命を通わせる

誰の命も平等に大切なものです。このことをいちばん実感しているのは医療に従事する人たちです。人間には誰にも同じ赤血球、白血球が流れていて、同じ血液型であれば誰にも血を分け与えることができます。人間はみな同じ血液が体の中を流れているということ、それを知っているのは医療関係者とそして心理学に関係する人たちです。私たちは同じルーツから生まれてきたのです。私は5月にモンゴルに行ってきました。モンゴル人の赤ちゃんにはみんなお尻に青い斑点があります。モンゴリアンスポットといいます。日本人にもあります。アラスカのイヌイットにも、メキシコ人にもモンゴリアンスポットがあります。このように、私たちのルーツは祖先からもらった遺伝子が次の世代に続けていくのです。命がつづくという輪廻の思想は、実際には私たちの遺伝子が次の世

代へと伝わっていくということです。私たちの孫やひ孫は私たちの一部分なのです。こういうことを感じながら、伝えていく遺伝子に私たちの心をしっかりと乗せていくことが大切です。心というのは双方のジャンクションに命を通わせること、電流を流すことです。これが本当のヒューマンケアではないかと思います。

●おわりに

ゆるすという漢字にはいろいろありますが、その一つに如と書いて心を付ける「恕」という字があります。寛大に許すことを寛恕といいます。これは中国の言葉です。人に傷を与えたことを私たちは簡単に忘れますが、人から受けた傷や攻撃はなかなか忘れられないのが人間です。それはなぜかということ、人を許せない人間の愚かさのためです。人間というのは自分には寛大で、人には厳しくなりがちです。人を追求して攻撃するけれど、自分がやったことについてはすっかり忘れてしまいます。キリスト教では、「山上の垂訓」の祈りの最後には、「自分が犯した罪が許されるごとく、人の罪をも許すことができる私にしてください」と祈ります。私たちは意識するとしなにかかわ

らず、罪や過ちを犯す存在です。それが許されるように、自分も人を許すことができますようにというお祈りが人間には必要だということをイエス・キリストは弟子に教えたのです。許すという行為があってこそ本当の平和があるのです。

時間に命を吹き込むとその時間は生きてきます。これがヒューマンケアのエッセンスであると思います。寿命というのは神様からいただいた時間です。限られた時間を私たちがどう使うかということ、それが私たちの考えなければならない大きな宿題です。

人と人との絆。それに流れる温かいもの。私たちが患者や家族をケアするときには、絆に流れる温かいものを理解しながら、それをどう私らしく具現するか。私たちの立場、年齢によってそれぞれ違っていても、それぞれがそれに向かって人生を歩いていくのです。みなさんの周りには、きっとあの人のように生きたいというモデルを見つけることができるはずです。どうか年配の人は若い人のモデルになるように、若い人はその先輩をモデルとして自分もそうなりたいと考えながら、出会いによって皆さんの人生が育つということを心にとめていただきたいと思います。

これをもちまして今日の講演を終わります。

原 著

開腹術後患者の早期離床ケア場面における 看護師の臨床判断

飯塚 麻紀*

Nurse's clinical judgment of patients receiving abdominal surgery at the time of their early ambulation

Maki Iitsuka*

Abstract

Objectives: The purpose of this study was to clarify the contents of nurse's clinical judgment of patients receiving abdominal surgery at the time of their early ambulation, and to consider the necessary abilities for the effective care and the way to acquisition.

Method: The field notes on the observation and the semi-structured interviews with the nine surgical floor nurses were analyzed qualitatively.

Results: The results showed that nurse's clinical judgment consists of three phases; forecast, decide the forecast, judgment in action. And in these phases, nurses used the information; 【disease】 【physical condition】 【pain】 【symptoms】 【situation of their ambulation】 【patient's response】 【patients themselves】. And there were some factors that had an influence on nurse's judgment; [the floor line] [physician's order] [busyness of duties] [theoretical knowledge] [experience of post-operative nursing] [role consciousness] [relationship with their patient] As a result, It's suggests that three abilities of nurse's clinical judgment are 1) grasp the change of intraabdominal from a cure, 2) judge the kind of pain after the abdominal surgery, 3) judge the limit of patient's ambulation from their symptoms.

Conclusion: It's suggests that effective way to acquisition were to care the patients with expert nurses and own the knowledge jointly from the narratives.

Key words: clinical Judgment, abdominal operation, abdominal surgery, early ambulation.

I. はじめに

胃がんや大腸がんなど、治療のために開腹術を必要とする疾患は依然として多い（厚生統計協会，2009）。また、患者の高齢化に伴って、複数の疾患を併せ持ち、術前から術後の一連の時期（周手術期）の管理に注意を要する患者の数も増加して

きている。そのような中、術後の早期回復のためには、術後合併症および機能低下予防、さらにはQOLの維持や精神活動の保持などのケアが必要とされ、早期離床の重要性が強調されてきた（佐野ら，2003；鯉岡ら，1998；柵瀬，1998；亀山ら，1993）。体位交換や起き上がり動作を伴う離床では、腹直筋・外腹斜筋・内腹斜筋・腹横筋といっ

* 福島県立医科大学看護学部（Department of Human Ecological Nursing, School of Nursing, Fukushima Medical University）

受稿2010.5.7 受理2010.10.27

た腹筋を使用するため、特に、腹部に創部がある開腹術後患者の苦痛は大きく、看護師の介入が重要となる。

近年、術後の早期離床の時期や段階的な進め方については、術式別のクリニカルパス（患者の検査・治療・ケアの予定を示したスケジュール表）が使用されるようになり、看護師は術後患者に対して術後の経過日数に沿って標準化された離床ケアを提供するようになった。

しかし実際の離床ケア場面では、看護師は患者の身体的・心理的状态などの個別性を見極めた上で、本当に離床させてよいのか、あるいはどの程度まですすめるのかといった臨床判断を行わなければならない。つまり、いかに安全かつスムーズに離床させるかという臨床判断は、個々の看護師に委ねられており、ケアの内容に差が生じる現状がある。

臨床判断に関する研究には、精神科における患者からの要求に関する判断（坂江ら，2006；坂江ら，2004）や頓用薬使用の判断（矢内，2003；江波戸，2002）、ICUにおける異常の判断（岩田ら，2005）、在宅ケアにおける判断（小笠原，2003；西浦ら，2005）、救急外来における緊急性の判断（山崎ら，2006）、こころのケア場面における判断（中西ら，1998）などがある。以上の研究は、いずれもある特定の看護場面に焦点を当てて行われたものである。そして、それらの場面において、臨床判断として明らかにされたものは、看護師の判断の内容、判断に用いる情報、判断への影響要因、判断のプロセスやパターンなどであった。これらは、通常語られることの少ない看護師の実践的な知識の部分を明らかにしたものであり、特に経験の少ない看護師や看護学生にとっては、より質の高い実践を行う上での貴重な資料となる。しかし、周手術期における臨床判断、さらに術後の早期離床に関する研究は見当たらない。

そこで本研究の目的は、開腹術後患者の早期離

床ケア場面における看護師の臨床判断を明らかにし、術後患者の早期回復に向けた効果的な早期離床ケアを行うための臨床判断能力とその獲得方法を検討することとした。

II. 用語の定義

- 1) 臨床判断：看護師が行う患者ケアについての決定。看護師が判断した内容、判断に用いた情報、判断への影響要因からなり、実際の行動までを含む
- 2) 早期離床：術後の他動運動から歩行ができるまでの一連の行動を術後早期から開始すること

III. 研究方法

1. 研究参加者

X県の医科大学附属病院の消化器外科病棟において、開腹術後の患者へのケアを直接行っている看護師で、研究参加の同意が得られた9名を研究参加者とした。なお、9名の研究参加者のうち1名は、異なる患者のケアをそれぞれ違う日に担当し、2回にわたって本調査の研究参加者となったため、研究参加者の延べ人数は10名であった。

2. データ収集期間

2006年7月から11月であった。

3. データ収集方法

延べ10名の研究参加者に対し、それぞれ1回の参加観察及び半構成的面接を行った。以後、この延べ10名から得られたデータを事例とする。

まず、臨床判断は実際の行動を含むもとした定義に基づき、研究参加者のおかれた状況と患者とのやり取りを含む行動を明確にする目的で参加観

察を行った。参加観察は、研究参加者（日勤業務を行う看護師）が夜勤看護師から患者の状態の報告を受けてケアを引き継いだ時点から、開腹術後患者の早期離床に関する判断もしくは働きかけを行った場面までとし、その内容をフィールドノートに記載したものをデータとした。

次に、研究参加者の認識や思考を確認することによって、その時の現象を詳細に記述する目的で、参加観察した内容についてインタビューガイドを用いた半構成的面接を行った。インタビューガイドの内容は「早期離床場面での患者の状態」「場面の状況」「看護師が行った判断」「看護師の実際の働きかけ」「看護師の働きかけに対する患者の反応」とした。なお、面接のタイミングは、ケアの状況が想起しやすいよう、研究参加者と相談の上できるだけ早期に設定した。実際には、その日の勤業務終了後もしくは翌日であったが、1事例のみ勤務の関係により5日後となった。また、面接はプライバシーの保てる個室において、1事例につき1回30分から60分の範囲で行い、参加者の理解を得てメモと録音テープに記録した。録音テープから逐語録を作成しデータとした。

4. データ分析方法

- 1) 事例ごとに参加観察データと面接データを読み合わせて状況を統合し、時間的経過に沿って表に整理した。表を構成するデータは、場面の状況、看護師の働きかけ、患者の反応、その時の看護師の思考、に分類された。
- 2) 事例ごとに、看護師が離床について判断し、働きかけを行った臨床判断の場面を明らかにした。
- 3) 臨床判断の場面ごとに、早期離床に関する看護師の判断内容、看護師が用いた情報、判断への影響要因に着目し、それらの記述を抽出した。その後、全ての事例から抽出された内容を分類した。

- 4) 全ての事例における場面間の関係性、および看護師が用いた情報と影響要因との関係性について検討し、開腹術後の早期離床ケア場面の看護師の臨床判断について記述した。

なお、分析過程においては、本データを繰り返して読み込むこと、また適宜、質的研究の専門家よりスーパーバイズを受けることにより妥当性を高めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属機関の研究倫理委員会の審査の承認を得て実施した。研究の参加依頼にあたっては、看護師およびケアの対象となる患者に対し、研究目的・方法・匿名性の保持等を文書および口頭にて十分説明し、文書で同意を得た。その際、研究への参加は自由意思であること、参加しない場合であってもなんら不利益は生じないこと、途中いつでも中止することが可能であることを説明した。また、参加観察および面接は、対象者および患者の状態を観察しながら負担をかけないように配慮して行った。

IV. 結果

1. 研究参加者の概要

研究参加者の概要をTable 1に示す。研究参加者となった看護師は9名で、全て女性であった。看護師としての背景は、看護師の経験年数が2年目から24年目、消化器外科における看護の経験が1ヶ月未満から17年目であった。

研究参加者のケアの対象となった開腹術後患者は、同意が得られた9名であった。9名のうち1名は、2日にわたって異なる研究参加者がケアを担当した。年代は40代から70代で、男性5名、女性4名であった。患者の診断名は、胃癌、潰瘍性大腸炎、上行結腸癌、直腸癌であり、術後経過日数は1日目から3日目であった。コミュニケー

Table 1 研究参加者の概要

事例	看護師としての背景		ケアの対象となった患者の背景			
	看護師の経験	消化器外科における看護の経験	年代	性別	疾患（術式）	術後経過日数
1	21年目	3年目	60	男	胃がん (胃全摘術)	1日目
2	11年目	11年目	60	女	胃がん (幽門側胃切除術)	1日目
3	24年目	17年目	50	女	潰瘍性大腸炎 (腹会陰式直腸切断術)	3日目
4	2年目	1年未満	70	男	胃がん (胃全摘術)	1日目
5			60	女	結腸がん (右半結腸切除術)	2日目
6	3年目	1年未満	40	男	潰瘍性大腸炎 (腹会陰式直腸切断術)	1日目
7	10年目	1年未満	50	女	直腸がん (腹会陰式直腸切断術)	2日目
8	19年目	1ヶ月未満	60	男	胃がん (胃・膵臓尾部・胆のう・ 脾臓切除術)	1日目
9	4年目	4年目				2日目
10	5年目	1年未満	70	男	胃がん (胃全摘術)	2日目

ション能力に問題のある患者はいなかった。また、クリニカルパスが適用され、あらかじめ術後の経過日数に沿った標準化された離床ケアが指示されている患者はいなかった。

2. 早期離床ケア場面における看護師の臨床判断

10事例の分析結果より、開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断には、見通し、見通しの確定、働きかけながらの判断、の3つの局面があること、およびその際に看護師が用いる情報と臨床判断への影響要因が明らかになった (Figure 1)。

以下、それらの内容について述べる。

1) 看護師の臨床判断の局面

具体的な事例を示しながら各局面について説明する。

(1) 見通しの局面

看護師は、夜勤看護師からの報告内容、あるいはそれ以前に自分が患者と関わった時に得た情報から、離床させられるかどうか、させられるとす

ればどの程度かなどの見通しを立てていた。

[事例2] 術後1日目の患者の申し送りを受けた後、看護師はこの患者の離床について「ベッド端座位くらいはいけると思いました。特に問題がなさそうだったから。痛み止めを6時半くらいに使って聞いて、タイミング的にもちょうど痛みもなくて起こせると思ったから。」と語った。

[事例3] 術後3日目、看護師は前日もこの患者の担当として関わっていた。「申し送られた(ケアの引き継ぎを受けた)時点で、今日は駄目かなって…。かなり痛みが強くなって、あと申し送りの情報で、あの、先生方が(創部の)感染が疑わしいっていう風に(言っていたので)…ええ。」と語った。

(2) 見通しの確定の局面

次に看護師は、直接患者と関わり、自らの見通し通りに離床をさせるか否か、またどの程度離床させるのかといった決定、すなわち見通しの確定を行っていた。またここではどのように離床させ

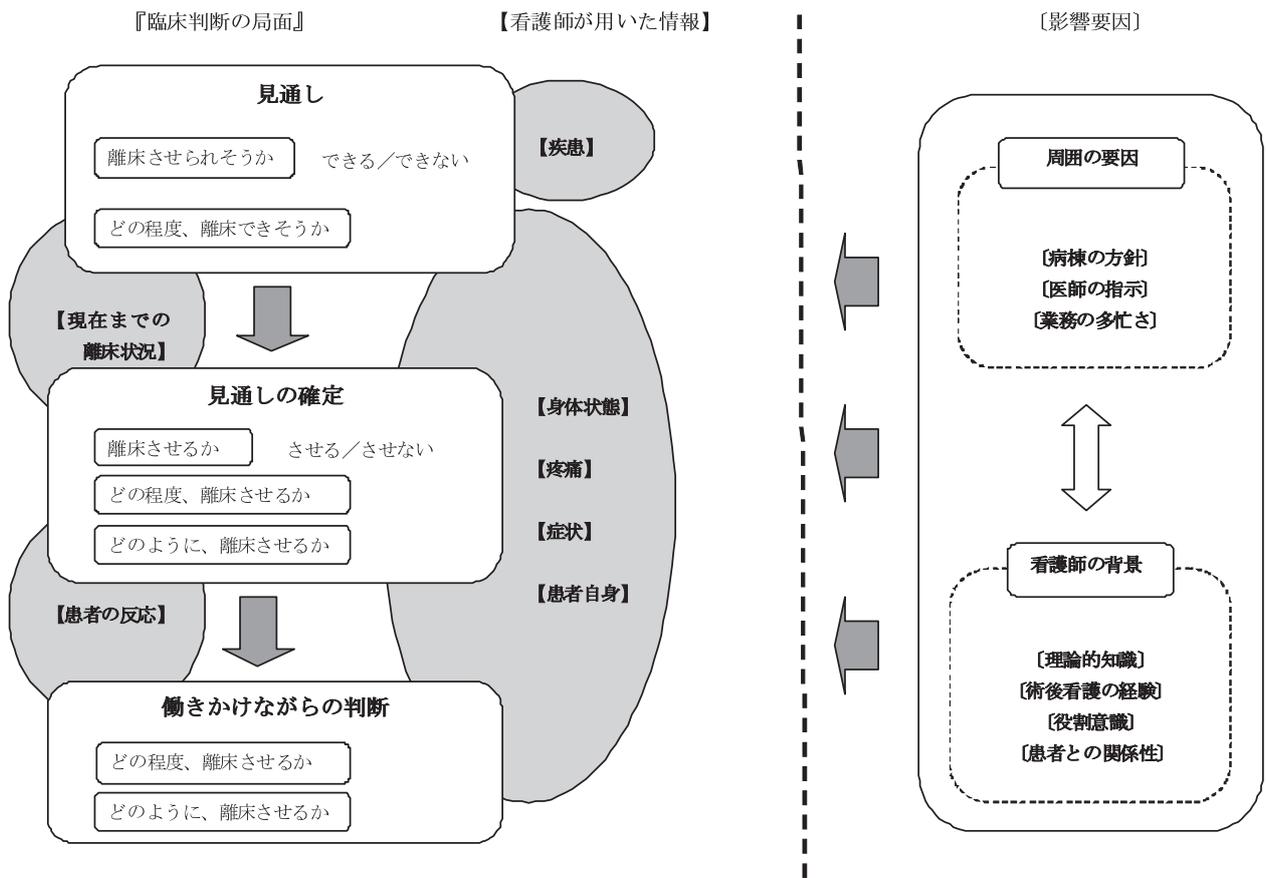


Figure 1 開腹術後患者の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断

るのかについても判断していた。

〔事例6〕 術後2日目の患者。前日もこの患者を担当していた看護師は、「会った瞬間、あ、いけるなっていう思いも。すごく…、動きが（昨日と）全然違ったんで。表情もそうだし。自分で早く全部できるようになりたいんじゃないかと思って。まっ状態をみて、いけるんだったらトイレまで行こうと思ったんですよ。」と語った。

〔事例4〕 術後1日目の患者。訪室した時の様子について、看護師は「腰にこうタオル引いてましたよね。そういうの見て、自分からはゴロゴロもしなかったのかなあって。本当にもう固まっていたって感じだったので…。やっぱりこの人は難しいかな、みたいな。」と語った。

(3) 働きかけながらの判断の局面

そして実際に離床を進める場合には、患者の反応を見ながら判断と働きかけを連続的に行う、働きかけながらの判断を行っていた。

〔事例9〕 術後2日目の患者。看護師は「術後、痛みは少なからずあるけれど、そこでひるんでしまうとなかなか先に進めない。」と思い、手は止めずにベッドを80度程度までアップさせた。気分不快がないことを確認し、足を下ろせるかと声をかけたところ、患者は自力で端座位になった。痰の喀出と深呼吸を何度か促した後、「自分でしっかり座れていたし、できるかな。」と思い、起立、続けて足踏みを促した。患者は無言であったが、「なんかこう、思ったんですよ…うん。歩けそうだったので…。」と廊

下までの歩行を促した。ベッドアップから歩行までの判断、および歩行距離の判断については、「その場の、いける、いける、いけるって感じ。」「あれは予想以上に長く歩けたなと思った。」と振り返った。

2) 看護師が用いた情報

看護師が臨床判断に用いた情報は【疾患】【身体状態】【疼痛】【症状】【現在までの離床状況】【患者の反応】【患者自身】の7つに分類された。

これらの情報は、局面ごとに特徴的な傾向も見られたことから、以下、具体的な事例を提示しながら結果を説明する。なお、看護師が用いる情報は【 】、その具体的内容は〈 〉、事例中その情報が用いられた局面は最後に（ ）で示した。

(1) 【疾患】

看護師は、患者の病気の進行度などの〈病状〉および〈治療〉という情報から、離床を進めるかどうかの判断を行っていた。この情報は見通しの局面で用いられていた。

【事例3】 看護師は、患者が術前からのステロイドの使用により易感染状態であり、現在、腹腔内感染の〈病状〉にあること、〈治療〉としてネラトンカテーテルを挿入したという情報を得ていた。そのため、「活動によって（体力を）消耗してしまう」と考え、離床はできないという見通しを立てた。（見通しの局面）

(2) 【身体状態】

離床をすすめる際、看護師は、〈バイタルサイン値〉〈呼吸状態〉〈腸蠕動音〉〈創部状態〉、そして腹部に留置されているドレーンからの排液の性状や量といった〈ドレーン状態〉について観察し、患者の【身体状態】が術後の一般的な経過から逸脱していないかどうかの確認をしていた。これらの情報は、前述した3つ全ての局面で用いられていた。また、〈呼吸状態〉や〈腸蠕動音〉の弱さ

などは、離床の必要性を認識するための情報としても用いられていた。

【事例10】 看護師は、状態観察として腸蠕動音を確認した際、「そうですね…、少し弱いですね。また頑張って歩きましょうね。」と患者に声をかけた。また、呼吸音については「（手術）当日も弱かったんですよ。だからやっぱり、あれなんですよ。（離床）がんばってもらわないと。」と語った。（見通しの確定の局面）

(3) 【疼痛】

【疼痛】は、離床の判断において必ず確認される情報であり、〈患者の訴え〉や〈鎮痛剤〉の内容・使用時間・効果についての情報が含まれた。この情報は3つの局面全てで用いられていた。また看護師は、術式による疼痛の特徴や、疼痛の種類を見極めて離床の判断を行っていた。

なお、【疼痛】は「痛み」の医学用語として用いられ、その種類や性質といった身体・生理学的要素で説明されることが多い言葉である。今回の結果でも、看護師は主として「痛み」の特徴や種類などに着目していたことから【疼痛】と命名した。

【事例5】 看護師は、直腸がんで腹会陰式直腸切断術を行った患者の離床について、「ギャッジアップして腰かけるくらいですかねえ。下にも傷があるっていうのがやっぱり。お尻つくのが痛いっていう感じだから。肛門部痛が強かったら、たぶん…そうですね。お腹の傷より（辛いから）。」と語った。（見通しの局面）

実際の離床の際には、患者の了解を得てベッドを60度程度ギャッジアップしたものの、『お尻痛い…下げて』と言われ再び30度まで下ろした。その時の様子について、「痛そうでしたよね。こう、どこまで我慢できるかなと思って。一瞬いけそうか

なと思ったけど…。あぁ、駄目そうだなって。痛みにやられてるなって思ったので。」と語った。(働きかけながらの判断の局面)

[事例8] 看護師は状態観察の際、「痛いのはここ…」と自分の腹部を指差した患者に対して、「どんな風に痛みます？じんわり痛む感じ？じくじく痛む感じ？」と確認した。このことについて後に看護師は、「どういう痛みだから動かせるなって、自分に言い聞かせるために(確認した)。」と振り返った。(見通しの確定の局面)

(4) 【症状】

看護師は、疼痛以外では、〈嘔気〉〈めまい〉〈気分不快〉などの情報も得ていた。これらの情報は、全ての局面で用いられていたが、特に働きかけながらの判断では、離床の際の起立性低血圧の症状としてタイムリーに観察されていた。また、患者の【症状】によっては、看護師が離床はさせないという判断をする際の重要な情報となっていた。

[事例7] 看護師は、「できるなら起こしたい」と見通しを立てていた。患者と直接会った後、「痛みに対してだったら、こちらがこう介入すれば、痛いところ押さえてとか、手伝いますからって言って離床を進めることは可能かなとは思うんですけど。吐き気に対しては、なんかこう、こちらがお薬を入れたとしても、補助して離床っていうのはちょっと無理かなって…。」と、離床をすすめないと判断した理由を振り返った。(見通しの確定の局面)

(5) 【現在までの離床状況】

看護師は、主に見通しおよび見通しの確定の局面において、患者が今までに一度も離床を行っていないのか、行っているとすればどの程度までだったのかといった、【現在までの離床状況】についての情報を参考にしていた。

[事例10] 看護師は、術後2日目の患者の離床について、前日は廊下に出るところまで歩行をしたという報告を受けた。そのことについて看護師は、「どのくらい歩けるのかっていうのが分からなかったけど、昨日廊下に出るまでそんなに危ない感じではなかったっていうから…。まぁ、本人を見ながら廊下歩行してもらおうかなとは思ってたんですけど。」と語った。(見通しの局面)

(6) 【患者の反応】

看護師は、【患者の反応】として、〈行為/動き〉〈表情〉〈顔色〉〈言葉〉を読み取り、離床のための判断に用いていた。〈表情〉には笑顔・苦笑・しかめる・開閉眼、〈言葉〉には言葉の内容・口調・無言などが含まれていた。これらの情報は、患者と直接関わる見通しの確定および働きかけながらの判断の局面で用いられていた。

[事例1] 看護師は患者の清拭の際の様子について、「側臥位にどの程度楽になれるとか、あとは顔色ですか。表情とか…(中略)…(患者が)自分からころっと横向いて大丈夫だよなんていいながらやっていたので。」と語った。その後座位になることをすすめ、さらに表情に変化がないことを確認して立位になることを促した。(見通しの確定、働きかけながらの判断の局面)

(7) 【患者自身】

看護師は、主に患者と直接かかわることで得られる〈性格〉〈活気〉〈意欲〉についての情報も離床の判断に用いていた。これらの情報は、ケアの引き継ぎの際に看護師同士で共有される場合と、術前から患者と関わる中で看護師個人がもつものがあつた。

[事例6] 看護師は、前日も受け持ったこの患者について、「控えめな方」「がんばり屋さん」という印象を持っていた。また、家族の付き添いもなく、「自分で頑張らなきゃ

と知っている」という患者の意欲についてチームカンファレンスを通して知っていた。離床を促した際、はい、と即答した患者に対し、「やっぱりこの人は（離床が）早いかも。」と思い、廊下歩行を促した。（見通し、見通しの確定の局面）

3) 臨床判断への影響要因

看護師の臨床判断への影響要因として7つの項目が挙げられた。これらは、看護師を取り巻く周囲の要因としての〔病棟の方針〕〔医師の指示〕〔業務の多忙さ〕と、看護師自身の背景要因としての〔理論的知識〕〔術後看護の経験〕〔役割意識〕〔患者との関係性〕の2つに大別できた。

(1) 〔病棟の方針〕

術後3日間は毎日患者の清拭を行うという病棟独自の決めごと、あるいは業務を行う順番といった病棟の方針は、看護師が患者のもとを訪れ、離床を促すタイミングに影響していた。

〔事例9〕 離床ケアのタイミングについて、看護師は「清拭の後流れで歩かせて、それが駄目だったら14時の検温の前の、やっぱり空いてる時間にやらないと。そのタイムスケジュール。その2か所。」と語った。

(2) 〔医師の指示〕

医師の指示は、看護師の臨床判断に大きく影響していた。特に消化器外科における経験の少ない看護師にとっては、自分自身の判断にまだ自信を持ってないことから、医師の指示は離床の判断に直接影響を与える要因となった。

〔事例8〕 看護師は、術後1日目の患者の苦痛の表情などから、本日はベッドアップくらいとの見通しを立てていた。しかし医師が歩行の許可を出したことを知り、目標を「端座位までですね。」と変更した。その時の思いについて看護師は、「（医師の指示の影響は）大きいです。（医師が歩行許可

を出したので）だったら座っていかないと、歩く（という目標の）半分もいかない。」と語った。

(3) 〔業務の多忙さ〕

「ちょっと（業務に）余裕がなかったので、少し過ぎてからと思って…。」「仕事の関係上？（中略）自分が動きやすいように動いたって感じ。」などのように、他の業務との兼ね合いにより離床ケアのタイミングを変更するなどの形で影響していた。

(4) 〔理論的知識〕

「おなかの動きが弱かったの。」「寝かせておくこと、いいことではない。」「離床が一番の治療だと頭ではわかっていたの。」などのように、看護師が持つ早期離床の必要性の知識が実際の離床の判断に影響していた。これらの知識は、単に早期離床が重要であるということだけではなく、看護師がその根拠を理解していることを示している。根拠の裏付けのない看護師自身の経験的な知識とは明確に区別するため、ここでは理論的知識とした。

(5) 〔術後看護の経験〕

看護師としての術後看護の経験であり、以前関わった患者と目の前にいる患者を比較するという形で判断に影響を及ぼしていた。

〔事例4〕 術後1日目の患者の様子について、看護師は「大体みんな、1日目からこう、動いたりとかそういう風にしなくて、本当にただお地藏さんみたいに固まっているって感じですかね。」と語り、目の前にいる患者について、「普通の術後1日目の患者さんって感じ。」と述べた。

(6) 〔役割意識〕

「日勤でみてる人の使命じゃないけど、全然動けなかったっていうと…ちょっと（次の勤務者にその情報を）送るのも嫌だな。」というように、離床の必要性の知識や医師の指示の上に、さらに

看護師の役割意識という形となって判断に影響していた。

(7)【患者との関係性】

以前に患者と関わったことがあるかどうかという患者との関係性は、患者に関する情報量を変化させ、判断に影響を与えていた。

[事例10] 術前は夜勤で担当したのみで、日勤での担当は術後2日目初めてだったという看護師は、片麻痺のあるその患者の離床について、「その麻痺…、どのくらい歩けるかっていうのが術前の時点で分からなかったから。どうしようかなーと思った。」と語った。

V. 考察

1. 開腹術後の早期離床ケア場面における

看護師の臨床判断の特徴

分析より明らかになった3つの局面（見通し、見通しの確定、働きかけながらの判断）を通し、全ての事例における場面間の関係性、および看護師が用いた情報と影響要因との関係性について、開腹術後の早期離床場面という視点で検討した。すると、開腹術後の早期離床ケア場面における看護師の臨床判断の特徴には、1) 治療内容から腹腔内の変化を把握する、2) 開腹術後の疼痛の種類を見極める、3) 不快による離床の限界を見極める、の3つがあると考えられた。

1) 治療内容から腹腔内の変化を把握する

〔術後看護の経験〕のある看護師は、患者の【疾患】からの予測に加え、【身体状態】や【症状】といった情報を得て、患者個々の現在の状態を把握し、離床の見通しを立てていた。これは、患者自身の現在の状態や状況を判断してから援助の方向性を決定するとした既存の報告（田嶋，2002；畦地，1999）と同様のプロセスであった。

特に今回、離床の見通しを左右するものとしては、【疾患】の情報が特徴的であった。潰瘍性大腸炎のように術前にステロイドを使用したり、術後に腹腔内へのドレーン留置がある場合には、看護師は常に腹腔内感染という〈病状〉の可能性を視野に入れ、【身体情報】として〈バイタルサイン値〉や〈ドレーン状態〉の観察を行っていた。そしてどのような〈治療〉が行われているのかを把握し、〈症状〉を悪化させると予測した場合には離床はさせないという判断をすることもあった。また、開腹術術後の重要な合併症にイレウスがあるが、看護師は、〈腸蠕動音〉を聴収し、弱い場合には、合併症予防という〔理論的知識〕のもと離床の必要性を説明し、促すことをしていた。

このような看護師の状態把握は、目に見えない腹腔内の変化を常に予測しながら観察を行うことで可能になる。そしてその予測には、〔理論的知識〕として開腹術後に特有の合併症を理解していること、および〔術後看護の経験〕を通して一般的な術後患者の反応・経過を知っていることが重要であり、目の前にいる患者の状態に照らし合わせたり比較したりすることで判断を行っていると考えられた。

2) 開腹術後の疼痛の種類を見極める

直接患者に接する前の見通しの局面においては、看護師は【疼痛】の情報を得ても「タイミングを見て起こしたい」と考え、【疼痛】の存在が離床させないという判断に直接つながることはなかった。しかし、直腸がんの術後のように腹部正中に加えて会陰部にも創ができるような術式の場合には、座位になることでの疼痛増強を視野に入れた離床の見通しを行っていた。

そして看護師は、患者と直接関わる中で【疼痛】の種類を見極め、離床させられるかどうかを判断していた。患者の【疼痛】が、誰にでも起こる術後の急性疼痛であるのか、あるいは合併症として

の腹腔内感染のような異常な痛みなのかの判別のために、【身体状態】として〈ドレーン状態〉を確認したり、どのように痛むのかという〈患者の訴え〉を確認したりしていた。また、患者の訴える痛みが、腸管麻痺回復後の腸蠕動によるものではないか、【身体状態】として患者の〈腸蠕動音〉を聴取することも行っていた。

『働きかけながらの判断』の局面では、【疼痛】があったとしても「お腹の傷、真ん中だと…お腹おさえて、なんとか起きられるんですよ。」というように、看護師は【疼痛】をできるだけ最小限に抑えて離床をすすめていた。そのために、実際のタイミングで援助するのか、援助は直接患者の身体に触れて行うのか、見守るのみとするのか、あるいは声掛けをするのかなどを、【患者の反応】によって即座に判断して行動していると考えられた。

3) 不快による離床の限界を見極める

「できるなら起こしたい」と考えていたにも関わらず、実際には離床させないと判断した事例を見てみると、【症状】として〈嘔気〉があり、看護師は薬剤以外での介入の困難を感じていた。特に開腹術を行った患者には、術後数日間は疼痛をコントロールするために硬膜外鎮痛法（脊髄硬膜外腔に持続的に鎮痛薬を注入して鎮痛を図る方法）が施行される。硬膜外鎮痛法で用いられる鎮痛薬としては、呼吸抑制や悪心・嘔吐を副作用とするオピオイド（オピオイド受容体に作用する鎮痛薬で麻薬に指定されているもの）や血圧低下などの副作用がある局所麻酔薬が使われることが多い（鎌倉ら, 2008）。そのため看護師は、患者の【疼痛】の程度を見極めると同時に、鎮痛薬の副作用としての〈嘔気〉や〈めまい〉の程度、あるいは〈バイタルサイン値〉や〈呼吸状態〉といった【身体状態】を観察し、離床させるかどうかの判断をしていた。

次に働きかけながらの判断では、看護師は、起立性低血圧としての〈嘔気〉〈めまい〉〈気分不快〉の【症状】を観察していた。そして同時に【身体状態】としての〈バイタルサイン値〉や〈呼吸状態〉を観察しながら、どの程度離床させるか、あるいはどこで引き返すかを見極めていた。これは、今回の調査で看護師自身がその時に取った行動について尋ねられた時に、「たぶん…」「そう思ったんですよ」などと語ったように、〔理論的知識〕をもって分析的に下す判断とは異なるものである。このような知識を、Tanner (2000) は経験的知識と呼び、ハウトゥ的な知識である理論的知識とは対照的な、経験を通して身に着く熟達したノウハウであると説明している。今回の調査でも、看護師が連続したやり取りの中で【患者の反応】を読み取り、即座に判断して行動する際には、〔術後看護の経験〕が重要な影響要因になっていることを示していると考えられた。看護師が臨床判断に用いる情報としては、表情・目つき・行動や患者のかもしれない雰囲気などがあったとする報告がある（馬場, 2007；矢内, 2003）。今回の結果でも、看護師は〈行為／動き〉〈表情〉〈顔色〉〈言葉〉といった【患者の反応】を用いて、どのように離床させるかをその場で判断していた。

2. 効果的な早期離床ケアの方法を

伝えるために必要なこと

前述した3つの特徴は、同時に、効果的なケアに必要な看護師の臨床判断能力を示している。そしてこれらの臨床判断能力には、看護師個人の〔理論的知識〕と〔術後看護の経験〕が影響していると考えられた。つまり、〔理論的知識〕や〔術後看護の経験〕の少ない看護師や看護学生（以下、初心者）がその能力を獲得するためには、これらを効果的に身につけていくことが課題になると考える。

Benner (2005) は、見る（把握する）能力は患

者の状況が変化する中でこそ身につくものであり、熟練した臨床家の指導のもとで患者のベッドサイドで学習する方法が良いと述べている。離床をさせるか否かの判断にはまず、開腹術後の身体の変化の理解と異常を見極める力が必要であった。初心者は、熟練看護師と共に患者の観察を行うことで、〈バイタルサイン値〉〈呼吸状態〉〈腸蠕動音〉〈ドレーン状態〉を確認する方法とそれらを観察する根拠を体得し、術後経過に沿った【身体状態】の正常な変化を理解することが可能になる。さらに様々な状況を体験することで、正常からの逸脱や疼痛の種類の見極めが可能になると思われる。

しかし、初心者と熟練看護師とが行動を共にしたとしても、お互いが目の前の現象を同じように捉え理解するとは限らない。したがって、特に初心者の患者に対するケアがうまくいかなかった場合は、どのような臨床判断を行ったのかということを検証する必要がある。そして、そのような状況では、初心者にその場面での思考を語ってもらうナラティブが有効であると考えられる。

ナラティブとは、「ある時は〔物語〕を意味し、ある時は〔語ること〕を意味する言葉、そして、さらに、その両者の連続性を意味する言葉」であるとされる(野口, 2007)。ナラティブに関する文献から用語の意味合いと効果を明らかにした研究(植村ら, 2005)では、その意味合いの1つに〈医療者・看護者・看護学生が語る〉ことがあり、自己の医療・看護の体験を語ることで、自己の行為の客観視と意味づけ、実践知の集積・技術化、実践知の共有という効果が得られると述べられている。つまり、初心者がケア場面について語る時、「物語がどこで始まり、何を語り、何が省かれ、どこでどのように物語が終わるかを見れば、物語る人の理解状況に近づくことができる。」(Benner, 2005) ため、熟練看護師は、初心者の思考を理解することができ、効果的な指導を行うことが可能になる。そして、早期離床ケアに関するナラティブ

の共有は、ケアの直後やカンファレンスの時間を利用して行うことが効果的であると考えられる。

次に、患者の離床意欲を低下させずに離床を促すためには、疼痛をコントロールする技術が重要となる。開腹術後は、疼痛をコントロールするために硬膜外鎮痛法を用いることが多いため、副作用としての嘔気やめまいなどの症状がないかどうかを確認し、必要があれば医師との協働により薬剤の調整する必要があると考えられた。医師との協働関係として、看護師は発話を用いて医師に情報・見解を供与し、指示の変更を促しているという報告がある(中川ら, 2008)。熟練看護師がこのような姿を示すことは、初心者が的確な判断根拠を学習すると同時に、看護師としての自律性やコミュニケーション能力を身につける際のロールモデルとなると考える。

さらに、初心者は実際の離床手順や方法についてのコツを身につける必要がある。ここでも熟練看護師と行動を共にすることで、体動時に創部を直接圧迫するなどの直接的な介助方法や、疼痛を増強させない動作方法の説明の仕方、あるいは動けたことに対する患者への正のフィードバックの効果などを学習することが可能となる。また今回の結果では、離床の限界の見極めについて、その場では看護師が論理的な思考を経ずに行動に至っていると考えられる場合もあった。しかしそのような場合でも、実際には患者の反応を読み取り、即座に判断していることから、今度は熟練看護師の思考を語ってもらうナラティブの場を設ける必要があると考える。今回、「なんかこう、歩けそうだった。」と語った看護師は、後の面接で、「ふらふらしないっていうか」、「緊張して肩に力が入って、背中が丸まって、か細い息だったから(深呼吸を促した)」、「ちょっと待ったらサーチ(経皮的酸素飽和濃度値)も上がってきたのでまだいけるかなって」と、その場での判断について語っていた。これは根拠の明確な〔理論的知識〕ではな

く、経験によって身に付けた実践的な知識である。つまり、ナラティブは、普段は言葉として表現しにくい看護師の感性や感覚といった内容をも伝達することを可能にするのではないだろうか。

熟練看護師のナラティブの共有は、“看護を語る会”や“ナレッジ交換会”という名で場を設ける試みも行われ（東，2007；栞田，2007）、効果的な教育方法の一つとして大きな可能性があると思われる。

最後に、患者に合わせた早期離床ケアを行うためには、常に【患者自身】の〈性格〉〈活気〉〈意欲〉という情報に注目する必要があることがわかった。しかしこれらの情報は、Tanner（2000）が「あらかじめ抱いているステレオタイプのために十分な情報を求めないかもしれない」と述べるように、看護師 1 人では偏った情報のみから判断をする危険性もあると考えられる。これらの情報は、短い入院期間の中で効率的に伝達する必要があることから、看護師が術前術後を通して同一の患者に関わることができる看護体制を確保することと同時に、複数の看護師の意見が集約できるカンファレンスなどの場を用いてそれらを共有していくことが重要であると考えられる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、研究参加者となった 9 名の看護師のうち、開腹術後看護の経験期間が 1 年未満の看護師が 5 名であり、経験年数が短い傾向にあった。そのため、今後は経験のある看護師に焦点をあてることで、その実践知をより明らかにすることができ、学生および経験の少ない看護師の教育のためのより具体的な資料を作成することなどが課題になると考える。

謝 辞

本研究を行うにあたり調査にご協力いただきま

した看護師、患者の皆様に深く感謝申し上げます。

なお、本論文は修士論文の一部に加筆修正したものであり、第 27 回日本看護科学学会学術集会で発表した。

文 献

- 畦地博子，梶本市子，粕田孝行他（1999）. 精神科看護婦・士のクリニカルジャッジメントの構造とタイプ *Quality Nursing*, 5 (9), 51-61.
- 馬場香織（2007）. 精神科急性期病棟における暴力の危険性の察知と看護師の臨床判断 *日本精神保健看護学会誌*, 16 (1), 12-22.
- 江波戸和子（2002）. 精神科急性期における頓用薬の使用状況とそれに関わる看護師の判断とケア *東京女子医科大学看護学部*, 5, 27-35.
- 東めぐみ（2007）. 看護の質を高める経験の語り合いー認め合い，信じあえる組織力が患者を支える *看護展望*, 32 (13), 1255-1262.
- 岩田幸枝，國清恭子，千明政好他（2005）. 異常を判断した ICU 看護師の思考パターンの分析 *群馬保健学紀要*, 26, 11-18.
- 鎌倉やよい，深田順子（2008）. 周手術期の臨床判断を磨くー手術侵襲と生体反応から導く看護 *医学書院*, 115.
- 亀山仁一，大塚聡，吾妻正章他（1993）. 早期離床とリスク管理 *臨床看護*, 19 (6), 764 - 767.
- 厚生統計協会（2009）. 厚生の指針 臨時増刊 国民衛生の動向, 54 (9), 財団法人厚生統計協会, 50-53.
- 栞田三枝子（2007）. 臨床の知と技の共有を図る「ナレッジ交換会」ー個から組織の知へー *看護展望*, 21 (13), 17-22.
- 中川典子，林千冬（2008）. 看護師ー医師関係における会話の特徴と協働関係の形成 *日本看護管理学会誌*, 12 (1), 37-48.
- 中西純子，梶本市子，野嶋佐由美他（1998）. こころのケア場面における臨床判断の構造と特性 *看護研究*, 31 (2), 71-81.
- 西浦郁絵，能川ケイ，服部素子他（2005）. 在宅ターミナルケアに関する研究（その 3）ー在宅ターミナ

- ルの諸相における看護判断と実践－神戸市看護大学短期大学部紀要, **24**, 17-25.
- 野口裕二 (2007). ナラティブとは何か インターナショナルナーシングレビュー, **30** (1), 16-20.
- 小笠原充子 (2003). 訪問看護師の行っている予測的判断 高知女子大学看護学会誌, **28** (2), 21-31.
- P.Benner, P.L.Hooper-Kyriakidis, D.Stannard (1999). *Clinical Wisdom and Intervention in Critical Care A Thinking-In-Action Approach* W.B.Saunders Company. (P.ベナー, P.L.フーパー-キリアキディス, D.スタナード. 井上智子 (監訳) (2005). ベナー 看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること 医学書院)
- 坂江千寿子, 佐藤寧子, 石崎智子他 (2006). 精神科看護師のクリニカルジャッジメント－保護室に入室している統合失調症患者からの要求に対して－ 北海道医療大学福祉学部学会誌, **2** (1), 115-124.
- 坂江千寿子, 佐藤寧子, 石崎智子他 (2004). 保護室入室患者の開放要求に関する精神科看護師のクリニカルジャッジメント－判断に影響する要因に注目して－ 青森保険大雑誌, **6** (2), 9-18.
- 柵瀬信太郎 (1998). 術後の体位変換と早期離床 外科治療, **78** (6), 1070 - 1076.
- 佐野公治, 片田栄一, 浅井直人他 (2003). 開腹術リハビリテーションにおける術前リスクスコア導入後の肺合併症予防について 名古屋市立病院紀要, **26**, 77 - 78.
- 鰐岡直人, 佐々木孝夫 (1998). 臥床はなぜ呼吸に悪いのか 呼吸と循環, **46** (3), 253 - 259.
- 田嶋長子 (2002). 精神科看護者の臨床判断の構造と特徴 高知女子大学看護学雑誌, **27** (1), 22-31.
- Tanner, C.A. (2000). 和泉成子訳. 看護実践における Clinical Judgment, インターナショナルナーシングレビュー, **23** (4), 66-77.
- 植村由美子, 水戸優子, 牧野美幸他 (2005). 看護教育にナラティブをとり入れることの意義と方法－文献からの検討－ 神奈川県立保健福祉大学誌, **2** (1), 63-72.
- 山崎加代子, 酒井明子, 高原美樹子他 (2006). 看護師の緊急性の判断に関する研究－初期～三次対応の救急外来において－ 日本救急看護学会誌, **7** (2), 7-16.
- 矢内里英 (2003). アルコール・薬物依存症病棟における頓用薬使用についての看護判断の特徴と構造 日本精神保健看護学会誌, **12** (1), 113-120

原 著

臨死患者のケア実習における 看護学生の心的衝撃への対処プロセス

伊藤まゆみ* ・ 小玉正博** ・ 大場良子***

Coping by student nurses, emotionally impacted from terminal care for the dying patients

Mayumi Ito*, Masahiro Kodama**, Ryoko Ohba***

Abstract

Objectives: Coping process of student nurses confused by caring for dying patients during a terminal care practicum was investigated.

Method: Participants were 21 student nurses caring for dying patients. A semi-structured interview was collected the narratives of the participants and data were analyzed by the modified grounded theory approach.

Results: Results indicated that in the early stages of the practicum, participants felt threatened by caring for dying patients. They also had difficulties in communicating and caring for the patients. Moreover, participants were distressed by their situation, because they could not successfully cope with it. However, they became able to regulate their emotions through training from supervisors and later felt confident in caring for the patients.

Conclusion: Initially student nurses have problems in coping with the emotional impact of terminal care practicums. However, they are able to improve through support from supervisors. Moreover, student nurses find the positive meaning of their care practice through caregiving.

Key words: caring for dying patients, student nurses, cognitive-emotional regulation, qualitative analysis.

問題と目的

近年、がん患者の増加に伴い終末期ケアや緩和ケアの充実が課題となり、看護師養成課程における終末期ケア教育の整備と強化の必要性が指摘されている (Brajitman, Fothergill-Bourbonnais, Casey,

Alain, & Fiset, 2007; 厚生労働省, 2007; George, David, & Magi, 2008)。

これまで、終末期ケア教育では、看護学生 (以下学生とする) が臨床実習で人の死や臨死患者^{註1)}のケアに直面することで心理的混乱、脅威、苦悩に伴う認知的・情緒的な衝撃 (以下心的衝撃

* 共立女子短期大学 (Kyoritsu Women's Junior College)

** 筑波大学 (University of Tsukuba)

*** 埼玉県立大学 (Saitama Prefectural University)

とする)を起こすこと (Beck, 1997; 星野・内海・橋田・大浦, 2004; Muttto, Errazquin, Rabhansl, & Villar, 2010) やその心的衝撃に続いて、実習終了後も心的衝撃を再体験することで看護場面への回避行動を起こすこと (Terry & Carroll, 2008; Huang, Chang, Sun, & Ma, 2010) を問題と捉えてきた。このような問題の背景には、学生は終末期ケアへの準備が不十分であることや実習場面で患者のケアについて看護師、実習指導者、教員から十分な支援が得られていないことが指摘されている (Allcock, & Standen, 2001; Terry & Carroll, 2008)。このことから、学生が臨死患者のケア場面で体験する心的衝撃に対して適切な心理教育的支援が行われなければ、深刻なストレス性障害に進展する可能性が考えられる。

これらの問題に対して、従来の終末期ケア教育では、学生に死や終末期ケアに関連して起こる心的衝撃を学生のケアに対する態度が準備できていない状態と捉え、教育でその態度を養い、心的衝撃を軽減することを目指してきた。具体的には、講義で終末期ケアの知識を習得させる (Yeaworth, Kapp, & Winget, 1974; Hurting, & Stewin, 1990; 園田・上原, 2007)、講義に加えて、終末期ケア場面の見学、ロールプレイなどを取り入れた終末期ケア教育パッケージを活用する (Judy, 2003)、臨死患者とボランティアで会話するコンパニオンプログラムを体験させる (Kwekkeboom, Vahl, & Eland, 2005) などがある。これらの取り組みでは、講義に体験学習を付加することで、学生の終末期ケアに対する態度が積極的になり、死への脅威も軽減されたことを報告している。

しかし、学生の実習での臨死患者のケアに対する脅威は、個人的な死への脅威ではなく、ケア・ギバーとしての脅威であるという指摘がある

(Cooper, & Barnett, 2005)。このため、学生にとって、実習前の体験学習での脅威の緩和と、実習中の看護者役割のなかで脅威の緩和とは、おのずと脅威の要因が異なるために、事前体験の学習効果は実習場面には転移しにくい可能性が考えられる。したがって、終末期ケア教育では、学生が実習で初めて人の死に遭遇したり、臨死患者のケアに直面したりすることで起こる心的衝撃を自然な反応と捉え、むしろ、実習場面での現実的な対処のための支援プログラムを開発する方がより重要であると考えられる。

このような観点に立てば、終末期ケア教育では、実習場面で学生の体験する心的衝撃がどのような心的処理過程として展開するか、その心理処理過程に対して教員が行う対処支援は何かを明らかにすることが必要と考えられる。これらが明らかになれば、学生のケア場面における心的衝撃への認知的・情緒的な自己調節の仕方がわかり、その対処のための心理教育的な支援も検討できる。また、そのような支援は派生的に起こり得る心的ストレス障害のリスク予防にもつながり、患者に対する良好なケア行動の促進にも寄与すると考えられる。

しかし、これまでの研究は、学生の体験する心的衝撃の指摘に留まり (Beck, 1997; Allchin, 2006; Huang, Chang, Sun, & Ma 2010)、どのような対処や支援が心的衝撃の改善に有効であったのかについては明らかにされていない。

以上のような問題意識のもとに、本研究では次の2つの課題を検討することを目的とする。1つは、臨死患者のケアに直面した学生の心的衝撃の内容とそれへの解決のための対処プロセスを質的に分析することで、心的衝撃への認知的・情緒的な調節の様相を明らかにすることである。2つには、これらの質的検討から臨死患者ケアにおける学生の心的衝撃への対処のための心理教育的支援

註1) がんの集学的治療を行っても根治には至らない予後不良の状態、あるいは生命予後が約6カ月以内の終末期状態にある患者である。

モデルを構築することである。

操作的定義

本研究では、心的衝撃を、看護学生が実習で臨死患者のケアに直面することで生じる心理的混乱、脅威、苦悩に伴う認知的・情緒的衝撃であると定義する。

方法

1. 調査対象

看護大学3年生で成人看護学実習において臨死期と考えられる患者を受け持った28名である。対象は成人看護学で終末期看護を30時間、カウンセリングを15時間履修している。なお、当該実習では終末期看護を専門とする教員が23名、それ以外の教員が5名を担当していた。

2. 調査方法

1) 調査期間：平成19年9月から平成21年3月である。

2) 調査内容：①受持ち患者との出会ったときの印象、②実習中に衝撃を受けた出来事とその場面での対処、③対処の理由、④対処結果の受け止め方についてである。

3) 調査の手続き

(1)調査対象には当該実習が終了し、実習評価を開示した時点で調査を依頼した。その際に書面と口頭で調査の趣旨、方法、倫理的な配慮について説明し、書面で承諾を得た。

(2)データの収集は質問内容を事前に提示・承諾を得た上で、プライバシーが保護できる個室で半構造化面接によって行われた。その内容は、調査対象の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語記録としてテキスト化された。面接時間は14～70分(平均面接時間30.7分)であった。

3. 倫理的配慮：調査対象ならびに調査対象が受け持った患者の人権擁護、不利益や危険性への配慮、データの管理について、第1著者の所属機関(当時)の倫理委員会の承認を得た。

4. 分析方法：データの分析は修正版グラウンデッ

ド・セオリー・アプローチ(木下, 2007)を用いた。また、分析は、共同研究者ならびに心理系大学院院生で協議を繰り返し、分析結果の信頼性の確保に努めた。

結果

1. 最終分析対象：最終分析対象は、心的衝撃の操作的定義に基づき、心的衝撃を受けていたと考えられた学生21名[男性2名、女性19名;年齢21～23歳(平均年齢21.1歳)]であった。調査対象が受持った患者は、成人期あるいは高齢者の末期がん患者で、生命予後は週単位から3ヶ月程度が12名、半年前後が5名、その他が4名であった。患者の治療は化学療法や放射線治療などが13名、緩和ケアが8名であった。全ての患者がおおよそ病状を理解していたが、生命予後を具体的に理解していたものは1名であった(Table 1参照)。

2. データの分析

1) 臨死患者ケアによって体験した学生の心的衝撃への対処プロセスを彼らの語りの中から抽出した。得られたデータは分析用ワークシートを用いて49の概念を生成後、その概念間の関係性に着目し、22のカテゴリーを構成した。

2) 生成された概念とカテゴリーについて、衝撃と対処という観点から、それらの関係性を検討し、臨死患者ケアにおける看護学生の心的衝撃への対処プロセス(Figure 1)を作成した。その結果、この対処プロセスは、①臨死患者を受け持つことへの心的衝撃と認知的対処、②ケア場面で体験する苦悩への情動的対処の連鎖、③ケア場面での苦悩への再対処とその評価、④実習でのケア体験の評価、の4段階として表現された。

3. ストーリーライン

上述した4段階に沿って、ストーリーラインは次のようになった。なお、〈〉はカテゴリー、「」は概念を示す。

Table 1 調査対象及び調査対象が受け持った患者の状況

調査対象				受け持ち患者の状況	
No	ID	性別	年齢	主な治療状況	実習開始時の余命への予測と経過
1	A	女性	21	緩和ケア（呼吸困難、疼痛など）	週単位、実習中に死亡
2	B	女性	21	緩和ケア（発熱、貧血など）	週単位、実習中に死亡
3	C	女性	21	病状は末期段階、確定診断がつかずに検査中で余命不明、全身状態への対処療法、実習終了直後に死亡	
4	D	女性	21	緩和ケア（疼痛など）	1-2ヶ月、 実習終了後1カ月で死亡
5	E	女性	22	化学療法の効果が得られずに中断、緩和ケアに移行	治療次第 実習終了直後に死亡
6	F	女性	21	化学療法の効果が得られずに中断、緩和ケアに移行	3ヶ月以内
7	G	女性	21	延命目的の化学療法	3ヶ月前後
8	H	女性	21	延命目的の化学療法	3ヶ月程度
9	I	女性	21	緩和ケア（疼痛が強く、鎮痛剤での効果が得られず）	3ヶ月前後
10	J	女性	21	延命目的の化学療法	3ヶ月前後
11	K	女性	21	延命目的の化学療法	3ヶ月前後
12	L	男性	21	緩和ケア（疼痛など）	3ヶ月前後
13	M	女性	21	緩和ケア（疼痛、積極的な鎮痛剤の使用を拒む）	3ヶ月前後
14	N	女性	21	化学・放射線療法中であるが治療効果が得られていない	3ヶ月前後
15	O	男性	23	延命のための化学療法	半年前後
16	P	女性	21	延命のための化学療法	半年前後
17	Q	女性	21	延命のための化学療法	半年前後
18	R	女性	21	延命のための化学療法	半年前後
19	S	女性	21	延命のための化学療法	半年前後
20	U	女性	21	病状が進行し、疼痛が強い。 初回の化学療法	治療次第
21	AZ	女性	21	延命のための化学療法	治療次第・実習終了後1カ月で死亡

学生は実習で〈看護学生として臨死患者を受け持つことへの衝撃〉を受けたが、自身が〈看護学生として臨死患者を受け持つ意味づけ〉をすることでケアに臨んだ。しかしながら、実際のケア場

面では臨死患者の状態に対して〈心身の苦痛への衝撃〉を受けることとなった。さらに、そのような状況で、〈(患者の)余命への思いが読めないことに伴うコミュニケーション懸念〉も起きたため、

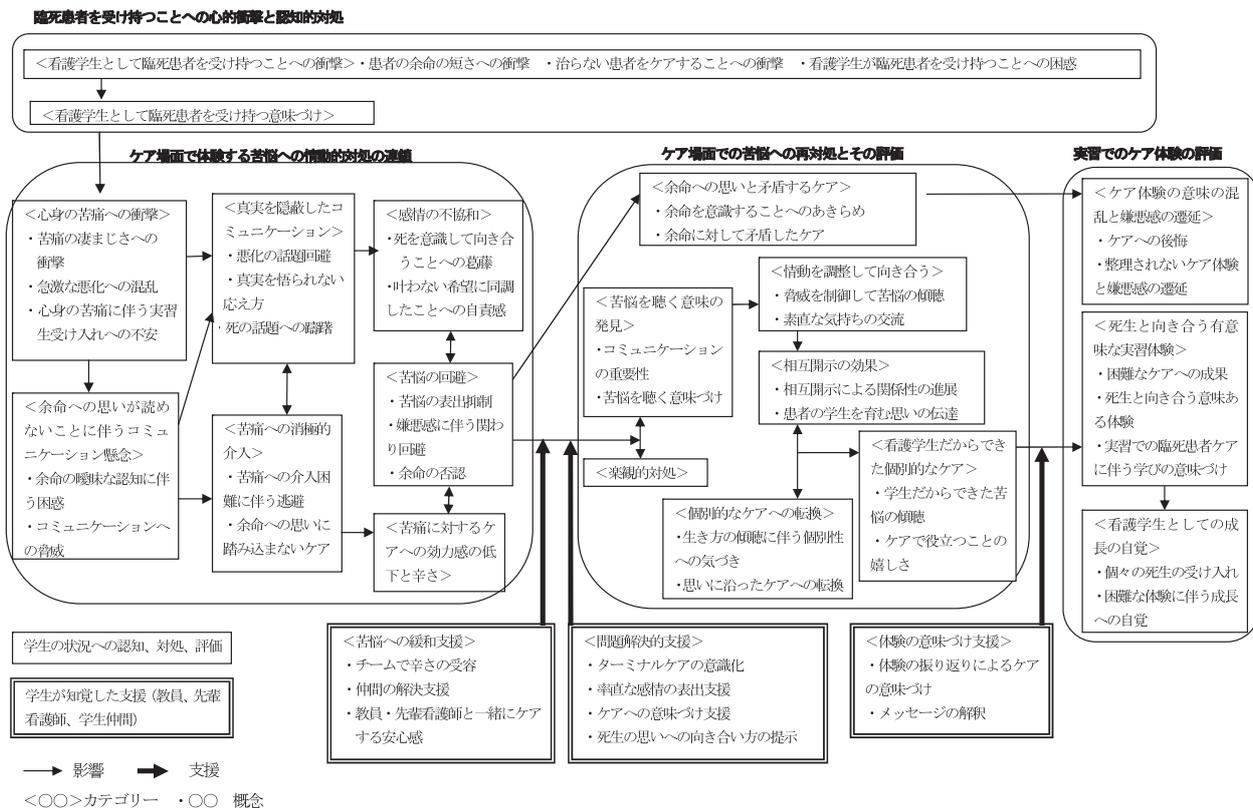


Figure 1 臨死患者ケアにおける看護学生の心的衝撃への対処プロセス

その関わりは「真実を隠蔽したコミュニケーション」となり、自身が表出する感情と内的に体験している感情との間で「感情の不協和」を抱いた。また、コミュニケーションの懸念から、患者との関係は進展せず、「苦痛への消極的介入」となった。その結果、学生は「苦痛に対するケアへの効力感の低下と辛さ」を体験することになったのである。このような「感情の不協和」や「苦痛に対するケアへの効力感の低下と辛さ」に対して、学生たちは「苦悩の表出抑制」、「嫌悪感に伴う関わり回避」、「余命の否認」によって、「苦悩の回避」という情緒的対処を行っていた。

しかしながら、学生はこのような苦悩に対して、指導教員、実習仲間、先輩看護師からの「苦悩への緩和支援」や「問題解決的支援」を受けることで、再対処として患者との関係づくりに向かおうとする。その結果、学生は患者の「苦悩を聴く意

味の発見」ができ、自身の不安や困惑などの「情動を調整して向き合う」ことができるようになった。そのことで学生は患者との情緒的關係が深まり、「(患者の) 生き方の傾聴に伴う個性への気づき」により、自らの視点を患者の「個別的なケアへの転換」と拡げることができた。そして、このような再対処を「看護学生だからできた個別的なケア」と自己評価したのである。また、学生は、教員から「体験の意味づけ支援」を受けることで、当該ケア実習を「死生と向き合う有意意味な実習体験」であり、「看護学生としての成長の自覚」のための好機であったと評価していた。

一方、対処支援を受けない学生では、再対処が患者の「余命への思いと矛盾するケア」と評価され、その後に「ケア体験の意味の混乱と嫌悪感の遷延」が生じていることが示された。

次に、ストーリーラインを構成する概念、定義、

バリエーションについて、その一部を紹介する。
なお、【】はバリエーション、（）は調査対象のID記号/逐語記録のデータ番号を示す。

(1) 臨死患者を受け持つことへの

心的衝撃と認知的対処

〈看護学生として臨死患者を受け持つことへの衝撃〉における「看護学生が臨死患者を受け持つことへの困惑」の定義は、臨死期の患者を看護学生が受け持つことに伴う悪い事態への予期と対処への混乱である。このバリエーションには、【死が近い人にかかわることがどうしたらいいのかわからなかったし、悲しかった (H/26)】や【自分がこの患者さんを受け持っているのかな、自分が受け持つことで生活ではマイナスの面が、きっと多いんじゃないかなと、いろいろ考えて、(L/12)】があった。

〈看護学生として臨死患者を受け持つ意味づけ〉は1概念1カテゴリーと考え、その定義は、学生が臨死患者を受け持つという事態に対処するために、その意味を発見し、認知的に対処しようとする方略である。このバリエーションには、【患者さんを受け持つて、自分が大変かなとは思ったけど、経験すれば自分も何か変わる気がするし、学生のうちにいろんな体験をしといたほうが勉強にもなる。ここで頑張ったほうがいい (S/38)】があった。

(2) ケア場面で体験する苦悩への

情動的対処の連鎖

学生は、臨死患者の「苦痛の凄まじさへの衝撃」や「急激な悪化への混乱」という心的衝撃のなかで、患者に対する余命への思いが読めない状態で、「コミュニケーションへの脅威」を感じていた。この定義は、対話によって患者を傷つけるのではないかという脅威である。このバリエーションには、【患者さんと自分が知っている情報は違って、ポロッと言ったらどうしよう。しゃべったことに、患者さんが前向きに考えられない要因

を作ったらどうしよう、ちょっと怖かった (U/17)】があった。

このような懸念のために、学生は患者に対して〈真実を隠蔽したコミュニケーション〉を行っていた。その結果、学生は対話場面で患者に表出した感情と自分が抱いている感情との間に不協和が起きた。〈感情の不協和〉における、「叶わない希望に同調したことへの自責感」の定義は、患者の病状では希望が叶わないことを知っているにもかかわらず、あたかもそれが叶うかのような受け答えをしたことに対する自罰感情が生じている状態である。このバリエーションには、【(患者さんが)『鍋食べたいな〜』と言ったとき、私は、もう食べられないのがわかっているから、なんて返せばいいんだろうと思った。患者さんが『食べたい』って言ったらそれをリピートするみたいな表現しかできない。なんかもっといいコミュニケーションがあるのかな、自分の中で腑に落ちないコミュニケーションでしたね (M/56, 58, 60.62)】があった。

〈真実を隠蔽したコミュニケーション〉の影響もあって、学生は「余命への思いに踏み込まないケア」を行ったのである。このバリエーションには、【(私は) 食事は好きなものから食べ下さいといっても、(患者さんは) 食べられない、『下げちゃっていいよ』という。私は、今食べないとチャンスがないっていう思いがあったけど、患者さんは余命を知らない。自分は言えないし、悔いの残る余命になるのかな (J/38, 44, 52)】があった。このような言説から、その後、学生には患者の〈苦痛に対するケアへの効力感の低下と辛さ〉が生じたことが示された。このバリエーションには【患者さんのつらさがすごく伝わってきて、しゃべっていてもつらいんだろうなっていうのが伝わってきた。そんな患者さんに何もできない自分がつらい (E/35)】があった。

(3) ケア場面での苦悩への対処支援と

再対処並び評価

〈問題解決的支援〉における「ターミナルケアの意識化」の定義は、学生に患者の余命とケアの必要性に気づかせる支援である。このバリエーションには、【先生に、『もう、この患者さんは死ぬんだよ』って言われて、自分がアセスメントしていることと、自分の本心というか、思っていることが違うんだって、そのときに感じて、徐々に、現実に向き合おうとし始めた。それから患者さんが何を望んでいるかが見え始めた (D/37, 39, 45, 53, 55)】があった。また、「ケアへの意味づけ支援」とは、患者にとってのケアの意味を気づかせる支援である。このバリエーションには、【自分のケアに自信もなかったけど、先生が私のしていることを褒めてくれたっていうか『これでいい』って言ってくれて、それで意味あるんだなって気づくことができた (E/45)】があった。

このような指導教員の〈問題解決的支援〉により、学生はケア場面への再対処をしている。〈情動を調整して向き合う〉における「脅威を制御して苦悩の傾聴」の定義は、看護者としてケアに対する脅威を調整して、患者の苦悩を傾聴する行為である。このバリエーションには、【私に『なんでだ。俺今どうすればいいんだよー』と怒りをぶつけるときは、ぶつける相手も必要だと思うから、ぶつけてくれるんだったらいいや、と思って。最後まで逃げずにこの場にしよう。怖いなと思いつつも聞いていた (N/152, 154)】があった。

このような前向きな対処は、「(患者の) 生き方の傾聴に伴う個別性への気づき」という認識の拡大を学生に喚起し、「(患者の) 思いに沿ったケアへの転換」という新たな向かい方になった。「生き方の傾聴に伴う個別性への気づき」のバリエーションには、【患者さんは、入院前は一人暮らしで、歳の割には活動的で、毎日歩いていた。入院中でも多少辛くても、食事はベッドではなくテー

ブルで、水はコップで、トイレまで歩く。患者さんが大切にしていること、生活習慣があることを聴いた。もう、十分に生きたこと、家に帰りたいこともたくさん話してくれた (E/87)】があった。

これらの再対処により、学生は、自らを患者に対して「学生だからできた苦悩の傾聴」と評価し、「ケアで役立つことの嬉しさ」を感じている。「ケアで役立つことの嬉しさ」のバリエーションに、【怖さっていうよりも、(患者さんが久しぶりに車いすで) 外に行って光に当たって、外の外においとか感じたことで、すごく感動し、満たされたということで、その人にとっては、とても大きなことだった。そういう場面に立ち会えたっていうのが、うれしかったです (D/95)】があった。

一方、支援を受けないときの再対処に対する評価は、患者の〈余命への思いと矛盾するケア〉であった。このバリエーションには、【なにをしていいかわかんなくなって、もうすぐ死ぬような(人に) 転倒転落の危険性とか、まあ大事なんだけど、何だろう、何か、う～んって感じでこう、(ケアが) ずれてる感じ (G/52)】があった。

(4) 実習でのケア体験への対処支援と

ケア体験の評価

学生は指導教員から実習での〈体験の意味づけ支援〉を受けていた。その支援における「体験の振り返りによるケアの意味づけ」は、自身のケア体験を振り返り、教員からのフィードバックやアドバイスを受けて、自身の関わりの捉え直しをすることで、それに意味を与えることである。このバリエーションには、【先生からターミナル期にはいろんな段階があって、私が受け持った患者さんの段階は、傾聴だけでも、そのときにはいいケアの一つだったんだという話を聞けたときに、ケアもきっとできてたって言ってもらえることで、ああできてた (A/176)】があった。この教員からの対処支援により、学生は実習でのケア体験を〈死生と向き合う有意味な実習体験〉と評価して

いる。このカテゴリーにおける「困難なケアへの成果」のバリエーションには、【患者さんが『飲み物飲みたい』とか、頼んでくれたことが一番うれしかった。患者さんのために何か自分ができる。実習の最終日には、『3時半になったら玄関まで見送ろうと思ったけど、今日は体調も悪くて無理そうです』って言われました (E/79, 91, 154)】があった。これらの体験に対する評価は、〈看護学生としての成長の自覚〉に影響した。このカテゴリーにおける「困難な体験に伴う成長への自覚」バリエーションには、【自分なりに悩んだときもあったし、でも最後まで患者さんのことも思って話もできたし、関係もよくできたからすごい成長したのかなって思う (S/82)】があった。

一方、指導教員からの「体験の意味づけ支援」を受けていないと認識していた学生では、腑に落ちないケア体験として評価され、「ケアへの後悔」と「整理されないケア体験と嫌悪感の遷延」が起きていた。「ケアへの後悔」のバリエーションには、【患者さんは怖かったと思う。早く退院したいのに痛いし、よくなる。そういう話を聞いて、少しでも自分がはげ口になってもよかったけど、自分で壁を作ったから、うまくいかなかった。今でも悲しくなる (L/132)】があった。

考 察

1. 心的衝撃への対処プロセスについて

(1) 臨死患者を受け持つことへの

心的衝撃と認知的対処

〈看護学生として臨死患者を受け持つことへの衝撃〉は、臨死患者に初めて関わる混乱や脅威である。この衝撃に対して、学生は〈看護学生として臨死患者を受け持つことへの意味づけ〉を行っている。この意味づけは、臨死患者のケア体験はストレスフルではあるが、将来にはそれに見合う利益があるだろうと認知的に再評価している状態である。このような利益発見型の意味づけ

(finding benefit) は、ストレスフルな出来事に対して個人が重要性や精神的な価値を理解しようと試みることで、出来事への認知を変化させ、適応するための自己調整過程であると考えられている (Janoff-Bulman & Ftantz, 1997)。つまり、学生は臨死患者のケア体験による心的衝撃に対して何らかの利益または意味を発見し、困難なケアに挑戦するという認知的、情緒的な自己調節を行っていると考えられる。

(2) ケア場面で体験する苦悩への

情動的対処の連鎖

実習当初の学生は患者に対するコミュニケーション懸念が強く、患者の要求あるいは願いを知ろうとするよりも、一般的な終末期ケアの目標設定に目を奪われて、気持ちが空回りしていた様子が認められた。

コミュニケーション懸念 (communication apprehension) とは、対人コミュニケーションに関連した脅威や不安であり (Richmond & McCroskey, 1998)、ソーシャルスキルの不足がその要因の一つとされている (近藤・ヤン, 1996)。具体的には、学生たちは患者の曖昧な余命への認知や死の話題に適切に回答できず、患者を傷つけるかも知れない不安とそうした事態への直面化に脅威を感じていた。そのことにより、患者の〈余命への思いが読めないこと〉に伴うコミュニケーション懸念を生じ、その対処として〈真実を隠蔽したコミュニケーション〉を行った。

Lazarus & Folkman (1984) のストレスの評価・対処モデルによれば、脅威に対処できないと評価された場合、脅威を回避する情緒的対処が選択される。実際、看護師においても臨死患者との間で死の話題に踏み込むことへの躊躇や回避行動がしばしば見られている (Sivesind, Parker, Cohen, Demoor, Bumbaugh, Throckmorton, Volker, & Baile, 2003)。

このようなコミュニケーション懸念に対する学

生の情緒的対処は、患者の〈苦痛への消極的な介入〉を起こす引き金ともなり、学生は望ましい对患者関係が構築できずに、患者がどのようなケアを望んでいるのかを知る機会を逸したことが考えられる。さらに、そのことで、学生は患者へのケアへの見通しが立たず、患者の〈苦痛に対するケアへの効力感の低下と辛さ〉と〈苦悩の回避〉という対処が起きたと考えられる。つまり、学生はケア場面での患者の心身の苦痛への衝撃に引き続いてコミュニケーション懸念を起こすが、その状態に対処するスキル不足や情動の調節能力不足のため、自身でこの事態を打開できないために上記のような情緒的対処を繰り返したものと考えられる。

(3) ケア場面での苦悩への対処支援と再対処

学生は、指導教員から〈苦悩への緩和支援〉や〈問題解決的支援〉を受け、臨死患者ケアによって生じた苦悩への再対処を試みた。その際、「ターミナルケアの意識化」や「ケアの意味づけ支援」は、“患者が望むケア”への気づきとケアの意味の捉え直しを促し、“患者の苦悩を聴くことは患者に利益を与えることである”という新たな認知を得ることにより、患者の〈苦悩を聴く意味の発見〉に結びついたのであろう。そして、この認知が、患者に対して「脅威を制御して苦悩の傾聴」を行うことを学生に動機づける要因となったと考えられる。その際、指導教員による患者への「率直な感情の表出支援」は、学生が患者との「素直な気持ちの交流」を図るための言語的説得として機能していた。さらに、患者の「死生の思いへの向き合い方の提示」は学生が困難と感じている行動に対して、具体的な向き合い方とその効果を教員が範示することで、「素直な気持ちの交流」を図ることへの本意が理解されたと考えられた。

このように、〈情動を調整して向き合う〉という対処は、看護学生と患者との〈相互開示の効果〉を媒介として、〈個別的なケアへの転換〉に至っ

たのである。これは患者と向き合うことで、これまで見えなかった患者の「生き方の傾聴に伴う個別性への気づき」を学生にもたらし、そのことによって患者が望むケア内容を理解し、彼らの「思いに沿ったケアへ転換」されたと考えられる。「学生だからできた苦悩の傾聴」や「ケアで役立つことの嬉しさ」のバリエーションから、患者は、死にゆく過程で、患者自身の恐怖や苦悩を理解しようとする姿勢や人としての実存性を尊重したケアを望んでいることに、学生が気づいたと解釈できる。このような患者のケア・ニーズは、学生にケアを受けたがん患者の調査においても、学生が患者に心から関心を寄せてくれることや患者の意思を尊重してくれることを何よりも喜び、ケアを高く評価している報告 (Gulbeyaz, Semiha, Adnan, Kursat, & Zehra, 2008) とも合致する。

一方、教員に適切な対処支援を受けていないと認識していた学生は、患者に対して〈余命への思いと矛盾したケア〉を行ったと評価している。つまり、学生は初めての臨死患者のケアに直面し、講義や実践での看護師モデルの提供だけでは、ケアの意味づけも対処行動も具体的に理解できなかったために、患者の余命への思いを尊重したいという思いはあっても、そのためのケアを行わなかったことに“矛盾したケア”と評価していたと考えられる。

(4) 実習でのケア体験の意味づけ支援と

ケア体験の評価

指導教員による〈(臨死患者ケアの) 体験の意味づけ支援〉は、学生の〈死生と向き合う有意義な実習体験〉を媒介にして、〈看護学生としての成長の自覚〉に影響していた。これは、指導教員が「体験の振り返りによるケアの意味づけ」を行ったことによりケアを振り返り、そのケアが臨死患者にとってどのような効果があり、どのような意味を持つかが再認識された。このような教員の支援により、彼らは“看護を学ぶ学生としてのケ

「体験の意味」を見出した様子がある。これは、意味付与型の意味づけ (making sense) として捉えられるもので (Janoff-Bulman & Frantz, 1997)、ストレスに起因する自己成長感 (stress-related growth) に影響を及ぼすといわれている (宅, 2005)。実際に、「困難な体験に伴う成長への自覚」のバリエーションからも臨死患者のケア体験から看護学生として成長したという自覚が読み取れる。

2. 看護学生の心的衝撃への自己調節のための心理教育的支援モデル

臨床実習における学生の心的衝撃への自己調整のための心理教育的支援モデルは、Figure 1を基盤に作成した結果、Figure 2のようになると考えられた。

このモデルでは、まず、看護学生の臨死患者との出会いによる心的衝撃と彼らとのコミュニケーション懸念に着目した。すなわち、学生は患者の

ケア場面で、自身のコミュニケーション懸念による死の話題に対する感情的不協和を察知されることと死の話題に触れることの脅威の両方から認知的、情動的な混乱を喚起した。また、学生にはコミュニケーションの懸念を引き起こすようなコミュニケーションスキルの不足もあった。このような状況で、学生は患者との率直な対話を回避するようになる。さらに、学生は、患者との心理的距離を取ることで、患者の生き方の理解や患者の望むケアも理解しにくい状態に陥ることが考えられる。それによって学生はますます自身の行っているケアへの意味が見いだせず、ケア提供の効力感が低下すると考えられた。

この悪循環から脱却するためには、学生に求められるのは、まず自らの情動を調節して患者とオープンなコミュニケーションが可能になることである。この時点で行われた教員の心理教育的支援

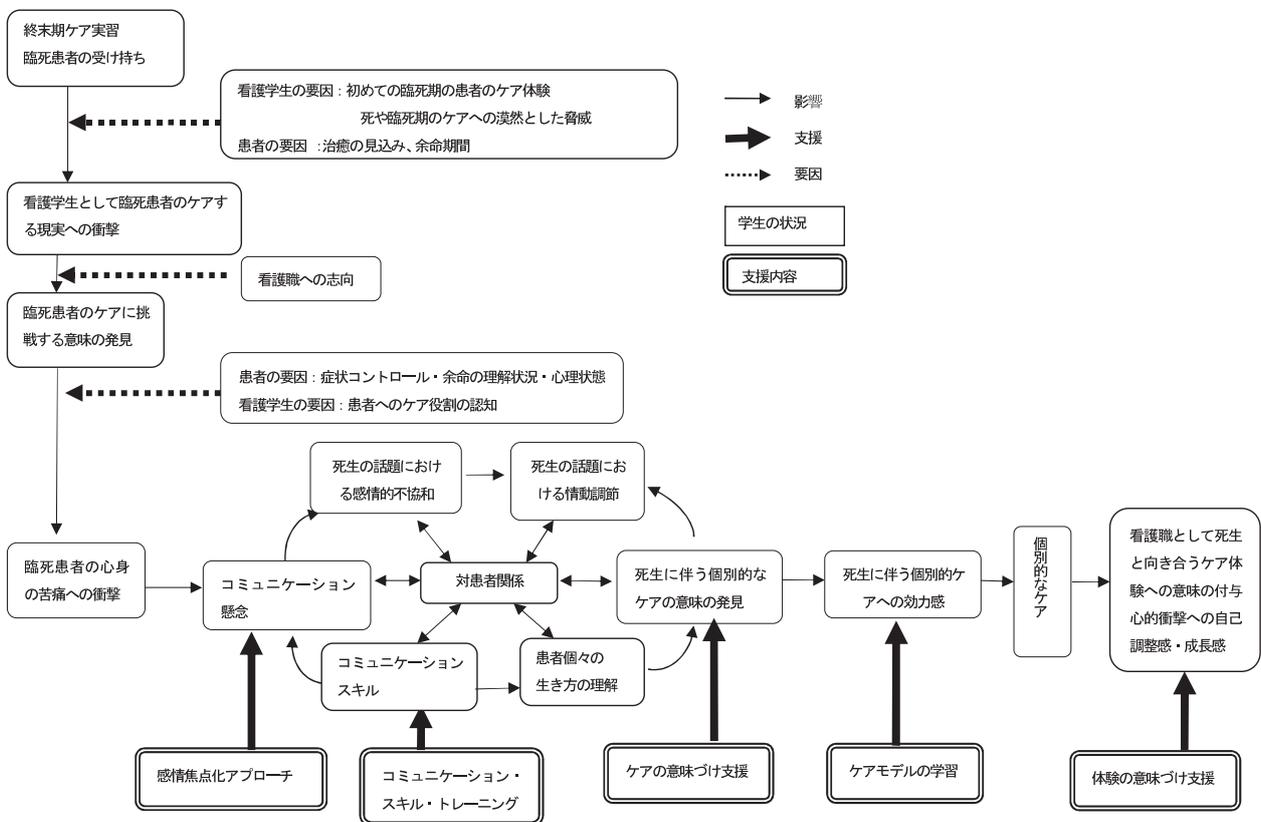


Figure 2 臨死患者ケアにおける看護学生の心的衝撃への自己調節のための心理教育的支援モデル

(苦悩に着目した支援、コミュニケーションへの支援、ケアの意味づけ支援)は、それぞれ彼らのコミュニケーション懸念を改善する手がかりを与え、学生のケア行動に対する理解と意味の発見を促すことになった。それによって学生はより適切な情動調節が可能になったものと考えられる。このことから、学生は当初、对患者関係においてコミュニケーション懸念を感じ、認知的、情動的な混乱が喚起されるが、教員の支援を受けて、患者との間に望ましいコミュニケーションを成立させ、患者の生き方を理解し、ケアの意味に気づくことで、死を語ることへの脅威を調節していたと考えられた。また、これらの心的過程は患者との相互作用によって展開していたと考えられた。これらの状態を図式化すると、Figure 2 に示したようにトランザクショナルな構造になると考えられる。

次に、学生は患者のケアの意味に気づき、ケアの具体的方法が理解できれば、ケア提供の効力感が高まり、学生のケア行動は促進されやすい。そのため教員はケアモデルを提供し、学生が困難を乗り越えて行ったケア体験を意味づける(体験の意味づけ支援)ことで看護者としての成長感が獲得されていったと考えられる。

このように教員による心理教育的支援は、学生が臨死患者への心的衝撃に対して認知的・情緒的対処を獲得し、看護者としての自己成長過程を支え、促す上で一定の効果を有したものと考えられた。このため、上述した教員による心理教育的支援を基盤に、心理教育的支援プログラムにおける介入ユニットを新たに構築した。

①コミュニケーションスキル・トレーニング：ソーシャルスキル・トレーニング法(相川, 2005)を参考に、学生が良好な对患者関係を構築し、患者の思いや情動の表出を促すためのコミュニケーションスキルを獲得させる。それにより、学生は患者と直裁な対話を成立させ、患者の生き方を理解し、患者の望むケア内容が理解できるようになると考

えられた。

②感情焦点化アプローチ：感情焦点化療法(Greenberg, Rice & Elliott, 1993 岩壁訳, 2006)を参考に、学生が患者の思いや情動を聴く過程で起こるコミュニケーション懸念に関連した不快な情動体験に着目する。そして、不快な情動を起こした出来事の処理過程をフィードバック、再構成することで、素直な思いや情動が表出できるように援助する。

③個別的なケアの意味の発見や成長感に対する意味づけ支援：学生のケア体験を患者の生き方と関連づけたり、終末期ケアの認識を深化したりすることでケア行為あるいはケア体験の意味に気づくように支援する。

④ケア行為に対する効力感獲得のためのケアモデルの学習：モデリング学習(Bandura, 1971.原野・福島訳, 1975)の考えに基づき、学生は教員や看護師の提示するケアモデルを参照することで、具体的なケアの方法を学習し、自己効力感が向上するように支援する。

3. 本研究の限界と今後の課題

本研究の目的は、臨死患者のケア実習において看護学生が体験する心的衝撃への対処プロセスを明らかにし、それを受けて、心的衝撃への効果的な対処支援のための包括的な心理教育的支援モデルを構築することであった。したがって、今後の課題は、今回明らかにされたような心的衝撃が別の学生サンプルにおいても同様に体験され、同様の対処プロセスを辿るのかを再確認する必要がある。さらに、本研究において提案された4つの介入ユニットによって構成された支援プログラムを実施することにより、その妥当性と効果を実証することが求められる。

引用文献

相川充(2005). 人づきあいの技術 社会的スキルの心

- 理学 サイエンス社
- Allchin, L. (2006). Care for the dying: nursing student perspective. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 8(2), 112-119.
- Alcock, N., & Standen, P. (2001). Student nurses' experiences of caring for patients in pain. *International Journal of Nursing Studies*, 38 (3), 287-295.
- Bandura, A. (1971). *Psychological Modeling: Conflicting Theories*, Chicago: Aldine Atherton. (バンデュラ, A. 原野広太郎・福島脩美 (共訳) (1975). モデリングの心理学 観察学習の理論と方法 金子書房)
- Beck, C. T. (1997). Nursing students' experiences caring for dying patients. *Journal of Nursing Education*, 36 (9), 408-415.
- Brajtman, S., Fothergill-Bourbonnais, F., Casey, A., Alain, D., Fiset, V. (2007). Providing direction for change: assessing Canadian nursing students learning needs. *International Journal of Palliative Nursing*, 13 (5), 213-221.
- Cooper, J., & Barnett, M. (2005). Aspects of caring for dying patients which cause anxiety to first year student nurses. *International Journal of Palliative Nursing*, 11 (8), 423-430.
- George, E. D., David, C., & Magi, S. (2008). Palliative care and end of life care issues in UK preregistration, undergraduate nursing programmes. *Nurse education today*, (28), 163-170.
- Greenberg, L. S., Rice, L. N., & Elliott, R. (1993). Facilitating emotional change: *The moment-by-moment process*, Tokyo: UNI Agency. (グリーンバーグ, L. S., ライス, L. N., & エリオット, R. 岩壁茂 (訳) (2006). 感情に働きかける面接技法 心理療法の統合的アプローチ 誠信書房)
- Gulbeyaz, C., Semiha, A., Adnan, A., Kursat, O., & Zehra, D. (2008). Evaluation of the effect of care given by nursing students on oncology patients' satisfaction. *European Journal of Oncology Nursing*, 12, 387-392.
- 星野礼子・内海知子・橋田由史・大浦まり子 (2004). 臨地実習中に受持ち患者の死を知った学生の感情 香川県立医療短期大学紀要, 5, 89-97.
- Huang, X. Y., Chang, J. Y., Sun, F. K., & Ma, W. -F. (2010). Nursing students' experiences of their first encounter with death during clinical practice in Taiwan. *Journal of Clinical Nursing*. 19(15-16), 2280-2290.
- Hurting, W. A., & Stewin, L. (1990). The effect of death education and experience on nursing students' attitude towards death. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 29-34.
- Janoff-Bulman, R., & Frantz, C. M. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. In M. Power & C. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies*. London: Wiley. Pp. 91-106.
- Judy, LM. (2003). The impact of a palliative care educational component attitudes toward care of the dying in undergraduate nursing student. *Journal of Professional Nursing*, 15 (5), 305-312.
- 木下康仁 (2007). ライブ講義M-GTA 一実践的質的研究法 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
- 厚生労働書医政局看護課 (2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書
- Kwekkeboom, K. L., Vahl, C., & Eland, J. (2005). Companionship and education: a nursing student experience in palliative care. *Journal of Nursing Education*, 44 (4), 169-176.
- 近藤真治・ヤン, Y. L. (1996). コミュニケーション不安の形成と治療 ナカニシヤ出版
- Lazarus, R. S., Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Mutto, E. M., Errázquin, A., Rabhansl, M. M., & Villar, M. J. (2010). Nursing education: the experience, attitudes, and impact of caring for dying patients by undergraduate Argentinian nursing students. *Journal of Palliative Medicine*, (12), 1445-1450.
- Richmond, V. P., & McCroskey, J. C. (1998). *Communication Apprehension, Avoidance, and Effectiveness* (5th Eds.) Boston: Allyn and Bacon.
- Sivesind, D., Parker, P. A., Cohen, L., Demoor, C., Bumbaugh, M., Throckmorton, T., Volker, D. L., & Baile, W. F. (2003). Communicating with patients in cancer care; what areas do nurses find most challenging? *Journal of Cancer Education*, 18 (4), 202-209.
- 園田麻利子・上原充世 (2007). ターミナルケアの授業

- における学生の死生観に関する検討 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要, **11**, 21-35.
- 宅香奈子 (2005). ストレスに起因する自己成長感が生じるメカニズムの検討—ストレスに対する意味の付与に着目して— 心理臨床学研究, **23** (2), 161-172.
- Terry, L. M., & Carroll, J. (2008). Dealing with death: first encounters for first-year nursing students. *British Journal of Nursing*, **17** (12), 750-755.
- Yeaworth, R. C., Kapp, F. T., & Winget, C. (1974). Attitudes of nursing student toward the dying patient. *Nursing Research*, **23** (1), 20-24.

原 著

対人援助職者の感情状態と関連する 職業生活出来事の検討[†]

森本 寛訓^{††*} ・ 神田 有希恵^{**} ・ 長田 久雄^{***}

Work life events correlated to affective states of human care service professionals

Hiromichi Morimoto*, Yukie Kanda**, Hisao Osada***

Abstract

Objectives: This study aimed to clarify how work life events relate to affective states of human care service professionals. Positive Work Life Events (PWLE) referred to positive-affect episodes; Negative Work Life Events (NWLE) referred to those deemed negative - both of which nurses and geriatric/-child-care workers experience.

Method: We surveyed these three human care service professions through an interview and questionnaires.

Results: In our first survey, we anticipated that PWLE and NWLE comprised of six areas in which episodes could be classified. However, in our second survey, we found it proper to compose PWLE and NWLE of just two areas: relationships with co-workers and occupational roles.

Conclusion: Using our data, we discussed the significance of PWLE and NWLE in maintaining affective states through relationships with co-workers and occupational roles.

Key words: work life events, human care service professionals, affective states.

少子・高齢化や生活習慣の変化に伴いこれまで以上に医療・福祉の充実が望まれている。医療・福祉は様々な社会的資源によって行われるが、これらの資源において看護や介護など、対人援助を職業として医療・福祉に貢献する人的資源を対人援助職者という。対人援助職者は疾患や障害を抱えた人々、さらには何らかの人的支援を必要とす

る人々に対し、受容的態度を基本としながら (Biestek, 1957 尾崎・福田・原田訳 2006)、その問題を処理し、維持し、変化させる (田尾, 2001) といった対人援助に関する専門的技術を提供する従事者である。

医療・福祉の充実には対人援助の質を守り、より良質へと向上させることが不可欠である。そし

[†]本研究は文部科学省科学研究費補助金若手研究 (B) (課題番号19730453) の助成を受けて行われた。

^{††}本研究を行うにあたり吉武亜紀先生 (川崎医科大学附属病院) と上田一宣先生 (社会福祉法人玉島学園) に厚く御礼申し上げます。

*川崎医療短期大学 (Kawasaki College of Allied Health Professions)

**府中市立湯が丘病院 (Yugaoka Hospital)

***桜美林大学 (J.F. Oberlin University)

受稿2010.11.10 受理2011.6.12

てそのためには対人援助職者の感情をネガティブな状態ではなくポジティブな状態で維持する必要がある。なぜなら対人援助はそれに従事する人々、すなわち対人援助職者の行為そのものである。もし彼らの感情状態が維持されずネガティブになれば、受容的態度を取り難くなることや、対人援助技術を正確に行使できず様々なミスを引き起こして、対人援助の質が低下する危険性が予測されるからである。例えば対人援助職者によく見られる心身消耗状態としてバーンアウトがある。バーンアウトには情緒的消耗感という感情状態がネガティブになった症状と合わせて、脱人格化という症状もある。脱人格化は患者など対人援助の受け手に対する人格を無視した紋切り型の対応と定義されており（久保、2004）、対人援助の質が低下した状態を言い表している。さらに市川（2000）や Suzuki, Ohida, Kaneita, Yokoyama, Miyake, Harano, Yagi, Ibuka, Kaneko, Tsutsui, & Uchiyama（2004）は、対人援助職者による福祉施設での虐待や医療過誤は、その背景に感情状態を含む精神衛生面の悪化があると報告している。市川（2000）、Suzuki et al.（2004）からも感情状態がネガティブになると対人援助の質が低下することが推察される。では対人援助職者の感情状態維持を検討するために、どのような点に着目する必要があるだろうか。

従来から対人援助職者の感情状態は彼らが職業生活で体験する出来事と密接に関連するといわれている。例えば対人援助職者は疾病や傷害を抱えた人々を援助するときに非常に深刻な職務内容を強いられ、過酷な感情体験をしてしまうことがある（真木・小西、2005）。また近年、対人援助職と関係の深い職務特徴として紹介される感情労働は、先にも挙げたバーンアウトの要因として報告されている（萩野・瀧ヶ崎・稲木、2004）。職務内容や感情労働といった職場で体験される出来事が対人援助職者の感情状態に及ぼす影響について

報告した研究は多数存在し、それらは一部を除いて職業生活上の出来事が感情状態をネガティブにすることを指摘している。いずれにしても対人援助職者の感情状態維持について検討するためには、対人援助職者がふだんの職業生活でどのような出来事を体験しているのか、具体的に把握する必要があるといえる。本研究では対人援助職者の感情状態と関連する職業生活上の体験を職業生活出来事（work life events）として取り上げる。

対人援助職者の職業生活出来事と感情状態との関連は、これまで主にストレス・モデル（林、1990; Hurrell & McLaney, 1988）に沿って検討されてきた。ストレス・モデルは基本的に感情状態を含む心身が損なわれたネガティブな状態、すなわちストレス反応と、それを導くストレッサーとの因果関係を軸にしたモデルである。先行研究では対人援助職者が職業生活上で体験するストレッサーとして、職員間の関係に関する出来事や、患者や施設利用者との関係に関する出来事などが挙げられている（東口・森河・三浦・西条・田畑・中川、1998；渡邊・田嶋、2003；矢富・中谷・巻田、1991）。また対人援助職者と関係の深いストレス反応としてはバーンアウトが代表的である。ストレス・モデルは職種ごとにストレッサーの内容を明らかにして一定の成果を挙げてきた。しかしこれらの成果は、対人援助職者の感情状態を維持する意義のひとつである対人援助の質の向上までを考慮すると必ずしも十分でない。はじめに述べたように対人援助はそれに従事する人々の行為そのものである。対人援助の質を守るためには対人援助職者自身の感情状態がネガティブではない必要がある。ただし、より良質の対人援助は、対人援助職者の感情がネガティブではない、つまりストレス反応が無いときではなく、ポジティブな状態で維持されるときに行われると推察する。

現在までポジティブ感情（Positive Affect：以下PAとする）と対人援助の質との関係を検証し

た研究は見あたらない。しかしPAが個人の認知・行動面に肯定的な影響を与えることは多くの研究で報告されている（山崎, 2006）。対人援助の現場でPA状態にいることは、対人援助職者の受容的態度を効果的に支え、専門的技術の提供を円滑にして、対人援助の質を向上させると予測する。またPAと、それと同時に体験される職場での出来事との関連について検証した研究もこれまでほとんど行われていない。ストレス・モデル研究がストレスナーの内容を明らかにしたように、PAを導く可能性のある職業生活出来事の内容も明らかにすることは、より良質の対人援助を実現するのに十分な感情状態維持策の立案につながると考える。

以後、本研究では職業生活出来事のうち、ストレスナーのようにネガティブ感情（Negative Affect: 以下NAとする）と正の相関関係によって関連するものをネガティブ職業生活出来事（Negative Work Life Events: 以下NWLEとする）、またPAと正の相関関係によって関連するものをポジティブ職業生活出来事（Positive Work Life Events: 以下PWLEとする）と定義して論を進める。

本研究の目的と構成

本研究では対人援助職者のPA、NAと関連するPWLE、NWLEの内容を明らかにすることを目的とする。そこで本研究は以下のように構成した。

本研究は調査1と調査2で構成した。調査1では半構造化面接法および自由記述式調査法で得たエピソードを分類し、PWLE、NWLEを構造化してそれに基づく質問紙を作成した。調査2では調査1で作成した質問紙によってPWLE、NWLEの信頼性と構成概念妥当性を検討した。

さらにこの研究では調査1、2を通して、対人援助職者間で共通点が認められるPWLE、NWLEを抽出することも検討した。本研究では対人援助

職者の代表として医療分野より看護師を、福祉分野より介護サービス事業所職員（介護職員）と児童養護施設直接処遇職員（児童養護職員）を取り上げた。そして、これら三職種に共通する体験を“対人援助職者”の職業生活出来事として研究を進めた。ストレス・モデル研究を含む、対人援助の職場における感情状態について検討した研究は、現在まで各々の職種で行われてきた。これらの研究ではほぼ同じような成果が得られているものの、成果の共通部分については検討されていない。その理由に対人援助職は専門職であって、それぞれが自らの職域に特化しているため、独自性の強い研究成果が想定されてきたことが考えられる。しかし先ほどふれたバーンアウトや感情労働などは対人援助職者の感情状態と関係する職種間で共通の課題である。これらの課題に取り組むためにも対人援助職者に共通して体験される職業生活出来事の内容を明らかにするのは意義があると考えられる。今回の研究において看護師と介護職員および児童養護職員に共通して体験される職業生活出来事、すなわちこれら3職種間で共通点の認められるPWLE、NWLEを抽出することは、研究目的を達する際の重要な手続きとしたい。

以上より、本研究では対人援助職者間で共通点が認められ、かつ信頼性と構成概念妥当性が保証された職業生活出来事を、研究目的を満たすPWLE、NWLEの内容とする。

調査1

調査目的

看護師と介護職員および児童養護職員の各職種から得たPWLE、NWLEエピソードを分類し、職種間で共通する内容を構造化して、調査2で用いる質問紙を作成する。

方法

調査期間 2007年6月下旬から2008年3月下旬

旬にかけて実施した。

調査手続き 調査は半構造化面接法もしくは自由記述式質問紙法で実施した。事前に調査対象者が従事する各病院・福祉施設の管理者に対し調査の説明を行い、同意を得た。面接は各病院・福祉施設の一室を借りて実施した。質問紙法調査時の調査票の配布と回収は留置法で行い、回収率は83%であった。

調査対象者 近畿・中国地方の病院4箇所、介護サービス事業所8箇所、児童養護施設3箇所に従事していた、看護師132人(男7人、女125人)、介護職員173人(男40人、女133人)、児童養護職員39人(男8人、女31人)を対象とした^{註1}。調査対象者の平均年齢は、看護師37歳(21歳-63歳)、介護職員34歳(19歳-69歳)、児童養護職員29歳(20歳-53歳)であった。

調査内容 面接法と質問紙法の両方とも以下の質問を用いて回答を求めた。PWLEについては“あなたがこれまで仕事をしていてポジティブな気持ちになった出来事にはどのようなことがありましたか。思い出せるエピソードをいくつかお教えてください。”、NWLEは“あなたがこれまで仕事をしていてネガティブな気持ちになった出来事にはどのようなことがありましたか。思い出せるエピソードをいくつかお教えてください。”であった。またポジティブな気持ち、ネガティブな気持ちについては、それぞれ“活気のある”、“不安な”といった例を付け説明した。

PWLEおよびNWLEエピソードの分類と質問項目化 まず調査で得られたPWLEとNWLEに関するエピソードを項目化した。項目化する際にはそのエピソードが得られたときの状態をなるべくそのまま反映するようにした。次にエピソード項目を以下の(a)と(b)に沿って分類した。(a)初めに三職種のそれぞれにおいて、PWLE、

NWLE別にエピソード項目をいくつかの領域に分類した。分類を行う過程では、“各職種の職業生活に関する具体的な内容である”、“各職種の職業生活において一般的に体験される内容である”、“主述が明確である”、という基準を設け、これらを満たさないエピソード項目は分類から除外した。(b)その後、各職種で分類された領域において三職種に共通する領域をPWLEおよびNWLEの内容とした。共通領域を決定する際はそれぞれの職種で得られたエピソード項目がなるべく多く含まれるように配慮した。(a)と(b)は筆者と医療・福祉系大学教員5人(うち看護師経験者2人と介護職員経験者1人が含まれた)、介護職員経験者1人、児童養護職員1人、医療・福祉系大学院生2人の協議によって実施した。最後に以上で分類されたPWLE、NWLEの各領域に名称を付けると同時に、それぞれの領域を代表するエピソード項目をもとにPWLEとNWLEの内容をたずねる質問項目を作成した。この手続きは、まず筆者が質問項目を作成した後に、その内容的妥当性を大学教員3人(うち看護師経験者2人、介護職員経験者1人であった)と、介護職員経験者1人、児童養護職員経験者1人によって協議し、必要に応じて加筆、修正した。さらにこの手続きは“項目内容が具体的である”、“項目内容が三職種それぞれの職業生活を反映している”、“項目内容が他の項目と重複していない”、“ワーディングが対人援助職者にとってわかりやすい”、という基準を設けて実施した。

結果と考察

本調査で得られたエピソード項目数は、PWLEは看護師451件、介護職員576件、児童養護職員139件、NWLEは看護師494件、介護職員549件、児童養護職員150件であった。これらのエピソード

註1) 職種間の対象者数にばらつきがあるのは各職種の母数の大きさが異なるためである。ちなみに2008年において看護師は約88万人、介護職員(介護サービス事業所従事者のみ)約84万人、児童養護職員約1.5万人であった。調査2では対象者数が極端にばらつかないように努めた。

ド項目を分類した結果、PWLE、NWLEともに同じ名称をもつ6種の領域を三職種間で共通点が認められる内容とした。具体的には、職場での上司、同僚との関係にまつわるエピソードで構成される“職員間の関係”、患者や施設利用者など対人援助の受け手となる人々との関係にまつわるエピソードで構成される“被援助者との関係”、被援助者の表情や状態に関するエピソードで構成される“被援助者の状態”、被援助者の家族との交流に関するエピソードで構成される“被援助者の家族との関係”、職場における自身の役割にまつわるエピソードで構成される“職場での役割”、勤務時間や職務量にまつわるエピソードで構成される“職場環境”であった。

PWLEと同種概念について検証した研究には看護師を対象とした齋藤・加世・富田(2007)があるが、他の職種については見られない。齋藤らは看護師のポジティブ感情の出現要因について7種の領域を報告している。彼女らが報告した7領域は、スタッフとの関係や患者とその家族との関係、患者の病状、看護師としての役割、職場環境について言及されており、PWLEの各領域とほぼ一致する内容であった。またNWLEと関わりのある先行研究には序論で述べたようにストレスサーに関する研究がある。国内における代表的研究として、看護師では東口他(1998)、介護職員は矢富他(1991)、児童養護職員であれば渡邊・田嶋(2003)が挙げられる。これら3件の研究で報告されたストレスサーとNWLEの6領域を比較すると、職員間の関係、被援助者との関係および職場環境については、いずれの研究もほぼ同様の内容を示すストレスサーを報告していた。さらに被援助者の状態は東口他(1998)と矢富他(1991)で、職場での役割は東口他(1998)と渡邊・田嶋(2003)、被援助者の家族との関係は渡邊・田嶋(2003)において内容が類似するストレスサーを報告していた。NWLEの各領域に該当しないス

トレスサーには、東口他(1998)の“医師との人間関係と看護職者としての自律性に関するストレスサー”、渡邊・田嶋(2003)の“他機関(児童相談所、学校など)とのかかわり”があった。これら2つは調査で得られたエピソード項目の中に類似するものもあったが、いずれも当該の職種に限定的であるとして除外されていた。

以上よりPWLEとNWLEの6領域はこれまでの研究で報告されたものとはほぼ同じ内容であり、対人援助職者が職場で体験する出来事として妥当な内容であると考えられる。ここまでの結果をふまえ、6領域ごとにPWLE、NWLEに関する質問項目を作成し、それぞれ27項目ずつ計54項目からなる質問紙を構成した。

調査 2

調査目的

まず調査1で作成した質問紙より得られたデータを用いて三職種間で共通点が認められるPWLEおよびNWLEの内容を、因子不変性という観点からより詳細に分析する。またこの分析過程で α 係数と2期にわたる調査データから相関係数を算出してPWLE、NWLEの信頼性を検討する。そして因子不変性と信頼性が確認されたPWLE、NWLEとPA、NAの相関関係を分析し、構成概念妥当性を検討する。

方 法

調査期間 5週間の間隔を空け2期にわたり実施した。第1期調査は2008年9月上旬から同年10月上旬、第2期調査は2008年10月下旬から同年11月下旬にかけて行われた。

調査手続き 本調査は質問紙法によって実施した。事前に調査対象者が従事する各病院・福祉施設の管理者に対し調査の説明を行い、同意を得た。調査票の配布と回収は各病院・福祉施設の要望に

よって留置法もしくは郵送法で実施した。回収率は、第 1 期調査では 89%、第 2 期調査では 84% であった。

調査対象者 近畿・中国地方の病院 7 箇所、介護サービス事業所 7 箇所、児童養護施設 13 箇所に従事していた看護師と介護職員および児童養護職員を対象とし、調査を実施した。第 1 期調査では看護師 346 人、介護職員 232 人、児童養護職員 246 人、合計 824 人を、第 2 期調査では看護師 241 人、介護職員 220 人、児童養護職員 232 人、合計 693 人を調査対象者とした。調査対象者の性別と年齢の詳細は Table 1 に掲載した。

調査内容 調査票の内訳は (a) から (c) の通りであった。(a) フェイスシートでは性別、年齢、現職場での勤続年数等の基本属性をたずねた。(b) PWLE と NWLE については調査 1 で作成した質問紙を用いた。各質問項目について最近半年間の体験頻度を 3 件法 (0 : なかった、1 : ときどきあった、2 : よくあった)、快不快度を 4 件法 (0 : とても不快であった、1 : やや不快であった、2 : やや快であった、3 : とても快であった) で評定させた。(c) PA、NA を測定する質問紙と

して日本語版 PANAS (佐藤・安田、2001) を用いた。日本語版 PANAS は PA、NA をそれぞれ 8 項目で測定する 2 つの下位尺度で構成されていた。本調査では最近 1 週間の職場における自身の状態について 4 件法 (0 : なかった、1 : たまにあった、2 : ときどきあった、3 : よくあった) で回答を求めた。

データの整理 PWLE と NWLE について得られた素点は、そのまま以後の分析で用いた。PA、NA については日本語版 PANAS の各下位尺度で得られた素点を合計し、0 点から 24 点の範囲で得点化した。

結果

PWLE と NWLE の因子不変性と信頼性について
 調査 1 では看護師と介護職員および児童養護職員のエピソードを分類し、三職種に共通する PWLE および NWLE の 6 領域を構造化した。本調査ではこれら 6 領域が三職種において不変な因子であると予測した。そこで PWLE と NWLE 各 6 領域の因子不変性について、調査 1 で作成した PWLE、NWLE 質問紙より得られた体験頻度の素点を用いて分析した。具体的には、まず (a) 因

Table 1 本調査対象者の性別と年齢

職種	調査時期	人数	性別 ^{a)}		年齢 ^{b)}	
			男性	女性	平均値	幅
看護師	第1期	346	12	330	33	20-64
	第2期	241	10	230	34	20-64
介護職員	第1期	232	52	177	34	18-66
	第2期	220	50	168	35	19-66
児童養護職員	第1期	246	62	182	31	20-65
	第2期	232	63	166	31	20-61

^{a)} 性別の不明者数が第1期、第2期調査ごとに看護師は4人と1人、介護職員は3人と2人、児童養護職員は2人と3人いた。

^{b)} 年齢の平均値と幅は第1期、第2期調査ごとに年齢が明らかであった看護師339人と239人、介護職員224人と213人、児童養護職員241人と226人において算出した。

因子分析の実行過程で一致係数を算出して因子不変性を探索的に分析した後に、(b) (a) の分析結果を構造方程式モデリングによる多母集団同時分析によって改めて確認した。さらに本調査ではPWLEとNWLEの再検査信頼性も検討するために、これらの分析を第1期、第2期調査で得られたデータを通して実施した。よって第1期調査ではPWLE、NWLE質問紙各項目の体験頻度に有効回答を示した675人（看護師297人、介護職員186人、児童養護職員192人）のデータを、また第2期調査では第1期調査も通して同質問紙各項目の体験頻度に有効回答を示した461人（看護師195人、介護職員132人、児童養護職員134人）のデータを分析対象とした。

因子不変性について分析を行う前にPWLE、NWLE質問紙の項目分析を行った。はじめに三職種を合わせた全体データにおいて、体験頻度の素点によってフロア効果と天井効果を確認した。その結果、第1期、第2期調査データともにフロア効果が認められたのは8項目であった。天井効果については第1期、第2期調査データとも極端な偏りを示す質問項目は無いと判断した。次に各質問項目の快不快度の妥当性を以下の(a)から(c)で確認した。(a) 全体データにおいて各質問項目に対する体験頻度素点より、“1：ときどきあった”または“2：よくあった”と評定されたときのそれぞれで快不快度素点の平均値を算出した^{註2}。(b) この快不快度素点平均値を快不快度評定ポイント数(0-3)の平均値である1.5点を基準にして確認した。(c) そして第1期、第2期調査データともにPWLE項目では1.5点以下、NWLE項目の場合は1.5点以上であるなら、その質問項目の快不快度は妥当ではないと判断した。結果として1項目を快不快度が妥当ではないとした。

以上の項目分析は三職種ごとのデータでも実施したが全体データとほぼ同じ結果が得られた。よってフロア効果が見られる8項目と快不快度が妥当ではない1項目の計9項目を除外したあと、PWLE 24項目、NWLE 21項目のそれぞれについて因子分析(主因子法、斜交プロクラステス回転)を実施し、一致係数を算出した。この分析の実行過程は次の1から10のとおりであった。特に4と8では因子負荷よりHarman(1976, p.344)を参考にして一致係数を算出し、因子不変性を分析した。

1. はじめに調査1で分類した6領域より想定される単純構造をターゲット行列として作成する。
2. 1(または6、10)で作成したターゲット行列を用い、第1期調査の全体データに対して因子分析(主因子法、斜交プロクラステス回転)を行う。ここでの因子分析では因子負荷.400を基準とし、質問項目を取捨選択して、改めて単純構造を確定する。そしてこの単純構造をもとに再度ターゲット行列を作成する。
3. 2で作成したターゲット行列を用い、第1期調査の三職種ごとのデータに対して因子分析(主因子法、斜交プロクラステス回転)を行う。
4. 2、3で得られた因子負荷より、第1期全体データ-第1期看護師データ、第1期全体データ-第1期介護職員データ、第1期全体データ-第1期児童養護職員データという三つの対を作り、対になった同因子間で一致係数を算出する。そして算出された三つの一致係数がすべて.900以上である因子は第1期調査データにおいて三職種間で不変であるとする。
5. 三つの一致係数がすべて.900以上であるか否かを確認し、すべて.900以上であれば7に進み、そうでなければ6に進む。
6. 5で三つの一致係数が.900以上であった因

註2) 例えば質問項目Aについて、“1：ときどきあった”と評定した対象者のAに対する快不快度素点平均値と、“2：よくあった”と評定した対象者のAに対する快不快度素点平均値をそれぞれ算出した。

子から想定される単純構造をターゲット行列として作成し、2に戻る。

7. 2で作成したターゲット行列を用い、第2期調査の全体データと三職種ごとのデータに対して因子分析(主因子法、斜交プロクラステス回転)を実施する。

8. 2と7で得られた因子負荷より、第1期全体データ-第2期全体データ、第1期全体データ-第2期看護師データ、第1期全体データ-第2期介護職員データ、第1期全体データ-第2期児童養護職員データという四つの対を作り、対になった同因子間で一致係数を算出する。そして算出された四つの一致係数がすべて.900以上である因子は、第1期、第2期調査のデータを通して三職種間で不変であるとする。

9. 四つの一致係数がすべて.900であるか否かを確認し、すべて.900以上であれば分析を終了し、そうでなければ10に進む。

10. 9で四つの一致係数が.900以上であった因子から想定される単純構造をターゲット行列として作成し、2に戻る。

以上の分析過程は、PWLEでは1→2→3→4→5→7→8→9→10→2→3→4→5→7→8→9、NWLEでは1→2→3→4→5→6→2→3→4→5→7→8→9→10→2→3→4→5→7→8→9であった。そして分析結果より、PWLEは職員間の関係と職場での役割の2因子、NWLEは職員間の関係と職場での役割および職場環境の3因子で因子不変性が認められた^{註3)}。Table 2には因子不変性が認められた各因子の質問項目を示した。当初、PWLEの職場での役割の質問項目である“職場スタッフに認められた”は、調査1ではPWLEの職員間の関係に含まれていた。しかし以上の分析で算出された因子負荷と項目内容を踏まえ、改めて職場での役割の構成項目とし

た。Table 2より、PWLE、NWLE各因子の α 係数にはやや低めの値も見られたが、“職場スタッフに認められた”以外の各質問項目は調査1で分類した領域、すなわち因子に収束していた。また第1期、第2期調査データより、因子ごとの素点合計点を用い算出したピアソンの積率相関係数から再検査による信頼性も全般的に確保されていると判断し、次の多母集団同時分析を実施した。

多母集団同時分析ではPWLEの職員間の関係と職場での役割、そしてNWLEの職員間の関係と職場での役割および職場環境について、それらの因子不変性を適合度指標によって確認した。多母集団同時分析による因子不変性の分析方法については狩野・三浦(2002, pp.185-191)と豊田(2003, pp.185-187; 2007, pp.84-87)を参考にした。はじめに一致係数によって因子不変性が認められたPWLE、NWLEの各因子からモデル1、2を作成した。モデル1はPWLEの2因子を構造変数、各因子の質問項目を観測変数とし、構造変数から各観測変数に因子負荷に相当するパスをひいた。さらに構造変数間には共分散を、各観測変数には誤差変数を設定した。モデル2はNWLEの3因子を構造変数とし、観測変数、パス、共分散、誤差変数の設定はモデル1と同じにした。次にモデル1、2のパス、構造変数の分散共分散、誤差分散を三職種間で段階的に等値制約し多母集団同時分析を実施した。狩野・三浦(2002, p.216)はパスを等値制約したときに十分な適合度が得られれば因子不変性を認めてよいとしている。分析結果よりパスを等値制約したときのモデル1の適合度指標は、第1期調査データではGFI=.951、AGFI=.929、CFI=.941、RMSEA=.034、第2期調査データではGFI=.933、AGFI=.901、CFI=.939、RMSEA=.036、モデル2の第1期調査データではGFI=.916、AGFI=.885、CFI=.896、RMSEA=.042、第2

註3) “1”から“10”の因子分析実行過程において分析を終了する直前の“2”で得られたPWLE、NWLEの因子負荷をこの分析での典型例として付録に掲載した。

Table 2 PWLE, NWLE各因子の質問項目

因子名	質問項目
PWLE 職員間の関係 .735 .768 .625**	職場スタッフ間で気持ちを共有した
	職場スタッフのサポートがあった
	職場スタッフ間で協力しあった
	職場のチームワークがよかった
PWLE 職場での役割 .694 .710 .583**	自分の仕事の成果があがった
	責任のある仕事を任された
	困難な仕事をやり遂げた
	これまでできなかった仕事のできた
	職場スタッフに認められた
NWLE 職員間の関係 .720 .734 .627**	職場スタッフ間で連携がうまくいかなかった
	職場スタッフと仕事について意見が合わなかった
	職場スタッフが理不尽な態度をとった
	職場スタッフが感情的な態度（“怒る” “イライラする”など）をとった
NWLE 職場での役割 .648 .640 .620**	仕事に関してミスを起こした
	自分が理想とする仕事ができなかった
	仕事に関する知識・技術が未熟であった
NWLE 職場環境 .780 .769 .639**	勤務時間外まで仕事があった
	職場スタッフが足りていなかった
	多くの仕事を任された
	十分な休み（“休日” “休暇” “休憩” など）がとれなかった
	時間に追われるように仕事をした

注) PWLEはPositive Work Life Events, NWLEはNegative Work Life Eventsの略語である。また各因子名の下にある数値は、上段は第1期調査データによる α 係数、中段は第2期調査データによる α 係数、下段は第1期、第2期調査データから算出した相関係数である。

** $p < .01$

期調査データではGFI=.916、AGFI=.886、CFI=.926、RMSEA=.033であった。モデル2のAGFIとCFIは若干低めであったがGFIとRMSEAは十分

な適合度を示していた。また他に等値制約を加えたときの適合度指標もモデル1、2の適合度が許容範囲にあることを示していた^{註4}。よってモデル

1、2の因子不変性、つまりPWLEは職員間の関係と職場での役割の、NWLEは職員間の関係と職場での役割および職場環境の因子不変性は改めて確認されたといえる。

調査1ではPWLEとNWLEのいずれも6領域が予測されていた。しかし以上の分析結果から、PWLEでは職員間の関係と職場での役割の2領域が、NWLEでは職員間の関係と職場での役割および職場環境の3領域が三職種で共通点の認められるPWLE、NWLEの内容としてより妥当であると判断した。

PWLE、NWLEの構成概念妥当性について 前節で三職種間の因子不変性と信頼性が確認されたPWLE、NWLE各領域の構成概念妥当性を検討するために、PA、NAとの相関関係を分析した。PWLE、NWLEはその定義より、それぞれPA、NAと正の相関関係が予測される。そこで第1期、第2期調査データにおいてPWLE、NWLE質問紙各領域の構成項目から体験頻度の合計点(PWLE、NWLE得点)とPA、NA得点によってピアソンの積率相関係数を算出した(Table 3参照)。算出された相関係数はその絶対値.300を目安とし、特に $r > .300$ であれば正の相関関係にあるとして確認した。するとまず第1期調査の三職種ごと、および三職種を合わせた全体データでは、いずれにおいても職員間の関係と職場での役割のPWLE得点はPA得点と、NWLE得点はNA得点と正の相関関係が確認された。さらにこれらの相関関係は第2期調査データでもほぼ同じように確認された。最後に職場環境のNWLE得点は介護職員データの場合を除き、第1期、第2期調査のPA、NA得点のいずれとも相関関係が確認されなかった。

以上の分析結果から、三職種ごと、および全体データのすべてでPA、NAと正の相関関係が認め

られたのは、職員間の関係と職場での役割のPWLE、NWLEであった。よって三職種を通して構成概念妥当性が保証されるPWLE、NWLEの内容は職員間の関係と職場での役割の2領域であることが明らかになった^{註5}。

考 察

本研究は対人援助職者のPA、NAと関連するPWLE、NWLEの内容を明らかにすることを目的とした。結果より、本研究の目的を満たすPWLE、NWLEの内容はいずれも職員間の関係と職場での役割であることが明らかになった。

初めに、職員間の関係のNWLEで代表される対人関係は、対人援助職者の感情状態をネガティブにするストレスラーとしてこれまで多くの研究で報告されてきた。調査1では代表的研究として東口他(1998)と渡邊・田嶋(2003)、矢富他(1991)を紹介したが、これらの研究でも一貫して職員間の関係に類似するストレスラーが挙げられていた。ゆえにこのNWLEは対人援助職者の感情状態を考察する際に重要なポイントであるといえる。またPWLEとしての職員間の関係は、いわゆるソーシャル・サポート機能を持つ職員関係のことであった。職場でのソーシャル・サポートが対人援助職者の感情状態と関連することは多数の先行研究で確認されている。ただし、これらは職場でのソーシャル・サポートがNAやストレス反応を軽減すると報告しているものがほとんどである。職員間の関係のPWLEのようにPAと関連する職員間の関係について報告した研究は調査1で引用した齋藤他(2007)以外は見られず、未だ検討の余地があると思われる。

一方、職場での役割については調査1で紹介したPWLE、NWLEに関する先行研究でも同様の内容が報告されていた。職場での役割にはPWLE、

註4) モデル1、2のパス、構造変数の分散共分散、誤差分散のすべてを等値制約したときに、等値制約されたすべての変数は統計的有意($p < .01$)になった。

註5) 構成概念妥当性が保証されたNWLEの職員間の関係と職場での役割の2領域について、改めて多母集団同時分析を行ったところ、三職種間の因子不変性を認めるのに十分な適合度が得られた。

Table 3 PWLE, NWLEとPA, NAの相関係数

因子	データの職種	調査時期	PA	NA	
PWLE 職員間の 関係	看護師	第1期	.355 **	.081	
		第2期	.256 **	-.022	
	介護 職員	第1期	.433 **	.007	
		第2期	.462 **	-.061	
	児童 養護 職員	第1期	.424 **	.047	
		第2期	.319 **	-.078	
	全体	第1期	.374 **	.043	
		第2期	.318 **	-.068	
	PWLE 職場での 役割	看護師	第1期	.424 **	.225 **
			第2期	.443 **	.148 *
介護 職員		第1期	.554 **	.191 **	
		第2期	.580 **	.139 *	
児童 養護 職員		第1期	.420 **	.028	
		第2期	.479 **	-.068	
全体		第1期	.453 **	.157 **	
		第2期	.473 **	.066	
NWLE 職員間の 関係		看護師	第1期	.078	.310 **
			第2期	.057	.440 **
	介護 職員	第1期	.084	.336 **	
		第2期	.099	.391 **	
	児童 養護 職員	第1期	.034	.413 **	
		第2期	.000	.353 **	
	全体	第1期	.069	.349 **	
		第2期	.051	.396 **	
	NWLE 職場での 役割	看護師	第1期	.051	.493 **
			第2期	-.089	.591 **
介護 職員		第1期	.187 **	.483 **	
		第2期	.073	.508 **	
児童 養護 職員		第1期	-.076	.562 **	
		第2期	.000	.567 **	
全体		第1期	.080 *	.502 **	
		第2期	.010	.563 **	
NWLE 職場 環境		看護師	第1期	.105	.164
			第2期	-.034	.242 **
	介護 職員	第1期	.098	.333 **	
		第2期	.015	.306 **	
	児童 養護 職員	第1期	.090	.206 **	
		第2期	.097	.263 **	
	全体	第1期	.083 *	.225 **	
		第2期	.021	.279 **	

注) PWLEとNWLE, PA, NAはそれぞれ, Positive Work Life Events, Negative Work Life Events, Positive Affect, Negative Affectの略語である。

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

NWLE とともに対人援助職者の感情状態との関連の深さがうかがわれる。先行研究以外で、対人援助職者の役割と感情状態について検証したもの一つに役割ストレス研究がある。職場での役割がもたらす葛藤や曖昧さ、過重さに言及し（田尾, 1986）、これから派生するストレスはバーンアウトの原因となることを指摘している（久保・田尾, 1991）。役割ストレスと職場での役割の PWLE、NWLE の内容を比較すると、PWLE は全く異なる内容であり、NWLE は一部を除いて異なるものであった^{註6}。本研究で取り上げた職場での役割の PWLE、NWLE は、先行研究を踏襲しつつ、従来とは違った視点からも対人援助職者の感情状態維持を検討する手がかりを与えてくれるのではないだろうか。

ここまで職員間の関係と職場での役割の PWLE、NWLE について、その具体的内容を述べた。これら 2 領域の PWLE、NWLE は対人援助職者にとって極めて重要な体験であると思われる。なぜなら対人援助は基本的に職員間で連携しなければ為し得ないし、職場で与えられた役割は被援助者の利害と直結するため常に果たすことが求められるからである。いずれも対人援助職であればどの職種でも共通して強く意識される出来事といえ、ゆえに本研究で共通点が認められる PWLE、NWLE として抽出されたと考えられる。また調査 2 では、職員間の関係と職場での役割の PWLE、NWLE 以外で、職場環境の NWLE も三職種間で共通点の認められる職業生活出来事として抽出されていた。Table 2 の質問項目にあるような勤務時間や職務量に関するネガティブな出来事は、調査 1 で紹介した研究でも取り上げられているように従来から対人援助職者がよく体験する出来事として指摘されている。従って職場環境の NWLE は、職員間

の関係や職場での役割と同じように対人援助職者にとってふだんから意識される出来事であると考えられる。ただし、この NWLE は調査 2 において介護職員以外の職種で NA と正の相関関係になかったため、構成概念妥当性が保証されず、本研究の目的を満たす NWLE として認められなかった。この点は後節で今後の課題としてふれる。

序論では対人援助職者の感情状態維持を検討する際に NWLE だけでなく PWLE にも着目する必要性を述べた。そのため本研究では PWLE と NWLE の両方について調査し、それぞれの構成概念妥当性を検討するために PA、NA との関連を分析した。その結果、三職種および三職種を合わせた全体データを通して、職員間の関係と職場での役割の PWLE、NWLE がそれぞれ PA、NA と正の相関関係にあった。この相関関係は PWLE と NWLE の定義、そして質問項目が作成された過程を考慮すると当然の結果といえるが、より詳細に確認すると、Table 3 から PWLE は PA、NA のうち PA のみと、NWLE は PA、NA のうち NA のみと相関関係にあることがわかる。日常生活出来事 (life events) の先行研究では、一般的にポジティブな出来事は PA のみに、ネガティブな出来事は NA のみに影響することが報告されている (Zautra & Reich, 1983; Reich, Zautra, & Davis, 2003)。これは PA、NA の発生に BAS^{註7} (Behavioral Activation System)、BIS (Behavioral Inhibition System) という互いに独立した機序が想定されるからである (Watson, Wiese, Vaidya, & Tellegen, 1999)。ちなみに BAS はオペラント条件づけにおける強化事態で、BIS は罰事態で活性化し、それぞれ PA、NA の産出に寄与することが報告されている (安田・佐藤, 2002)^{註8}。本研究で確認された PWLE、NWLE と PA、NA の相関関係は以上か

註 6) 田尾 (1986) では役割過重を測定する質問項目として“今もっている知識や技術では、とても打ちできないことがある。”を挙げており、これは NWLE の職場での役割における“仕事に関する知識・技術が未熟であった”と内容が類似しているといえる。ただし役割過重の他の質問項目は、NWLE の職場環境における質問項目と内容が類似していた。

註 7) Watson et al.(1999)では“BAS”を“BFS(Behavioral Facilitation System)”として紹介している。

らも妥当な結果であるといえる。そしてこの結果はPWLEの内容を明らかにする重要性を示唆するものである。対人援助職者が職場においてPA状態であることが対人援助の質の向上に必要なものは序論で述べたとおりである。これまで対人援助職者の職業生活出来事と感情状態との関連はストレスターの観点、すなわちNWLEの観点から検討されることが多かった。しかしNWLEのみに着目してはPA状態について検討できないことが今回の研究結果から推察される。対人援助の質の向上に対するPAの貢献可能性をふまえ、今後はNWLEに加えPWLEの観点からも検討すべきであろう。

最後に、本研究ではPA、NAと関連し、かつ看護師と介護職員および児童養護職員の三職種間で共通点が認められる職場での出来事を対人援助職者のPWLE、NWLEとして焦点を当てた。これまで対人援助職者の職場における感情状態については各職種で別々に議論されてきた。しかし対人援助職者にはバーンアウトや感情労働といった共通の課題がある。これらの課題を、職員間の関係や職場での役割に関するPWLE、NWLEをキーワードとし、職種を超えて議論することは意義があるといえよう。そして議論によって生まれた知見を共有し、活かすことで、対人援助職者共通の課題の解決に寄与できると考える。

今後の課題 この研究では対人援助職の感情状態と関連する職業生活出来事を検討する際に看護師と介護職員および児童養護職員の三職種のみを対象にした。もちろん対人援助職はこれら三職種に限らない。本研究で取り上げたPWLEとNWLEの一般性はこれから検証を重ねていく必要がある。また調査1で分類したPWLE、NWLEの6領域のうち、職員間の関係と職場での役割以外は、

職種間で因子不変性が確認できないか、もしくは三職種すべてを通してPA、NAと正の相関関係が認められず構成概念妥当性が保証されなかった。この理由として、職員間の関係と職場での役割以外のPWLE、NWLEは、それぞれの職種で自らの専門性が絡む独自性の強い内容であったことが考えられる。すなわち職員間の関係および職場での役割以外の領域は、自らの専門性によって各職種で体験内容が異なったか、また体験内容が同じであっても各職種の有する専門性が独自の感情体験を導いて本研究の目的を満たすPWLE、NWLEとして認められなかったものと思われる。そして本研究では職場環境のNWLEが上述したケースのひとつに当たるといえる。対人援助職者の専門性によるPWLE、NWLEの独自性の検討は今後の課題としたい。

註8) BAS-BIS理論はGray, J. A. によって報告され、当初BASは報酬と罰からの解放によって、BISは無報酬と罰によって活性化するとしていた(Fowles, 1987)。しかしその後修正が加えられ、現在ではBASは報酬のみにBISは罰のみに感受性が高い動機づけシステムとして報告されている(安田・佐藤, 2002)。

Table 4 付録 PWLE 2 因子の因子分析結果 (典型例)

PWLE各領域と質問項目	因子負荷	
	I	II
I 職員間の関係		
職場スタッフ間で気持ちを共有した	0.478	0.158
職場スタッフのサポートがあった	0.629	-0.090
職場スタッフ間で協力しあった	0.733	-0.026
職場のチームワークがよかった	0.622	0.039
II 職場での役割		
自分の仕事の成果があがった	0.065	0.547
責任のある仕事を任された	-0.028	0.591
困難な仕事をやり遂げた	-0.145	0.630
これまでできなかった仕事ができる	0.038	0.422
職場スタッフに認められた	0.165	0.516
因子間相関	I	II
	I	1
	II	0.412 1

Table 5 付録 NWLE 3因子の因子分析結果（典型例）

NWLE各領域と質問項目	因子負荷		
	I	II	III
I 職員間の関係			
職場スタッフ間で連携がうまくいかなかった	0.567	0.174	-0.040
職場スタッフと仕事について意見が合わなかった	0.669	-0.037	-0.039
職場スタッフが理不尽な態度をとった	0.644	-0.027	0.002
職場スタッフが感情的な態度（“怒る” “イライラする” など）をとった	0.518	0.033	0.078
II 職場での役割			
仕事に関してミスを起こした	0.069	0.582	-0.059
自分が理想とする仕事ができなかった	0.170	0.478	0.058
仕事に関する知識・技術が未熟であった	-0.096	0.656	0.015
III 職場環境			
勤務時間外まで仕事があった	-0.149	0.156	0.622
職場スタッフが足りていなかった	0.011	-0.017	0.591
多くの仕事を任された	0.102	-0.165	0.645
十分な休み（“休日” “休暇” “休憩” など）がとれなかった	0.037	-0.023	0.635
時間に追われるように仕事をした	0.001	0.063	0.679
因子間相関	I	II	III
I	1		
II	0.330	1	
III	0.479	0.342	1

引用文献

Biestek, F. P. (1957). *The casework relationship*. Loyola university press. (バイスティック, F. P. 尾崎新・福田俊子・原田和幸 (訳) (2006). ケースワークの原則 [新訳改訂版] 一援助関係を形成する技法一 誠信書

房)

Fowles, D. C. (1987). Application of a behavioral theory of motivation to the concepts of anxiety and impulsivity. *Journal of research in personality* 21, 417-435.
 Harman, H. H. (1976). *Modern Factor Analysis* 3rd ed. University of Chicago Press, p. 344.

- 林峻一郎 (1990). ストレスとコーピング—ラザルス理論への招待— 星和書店 (Hayashi, S.)
- 東口和代・森河裕子・三浦克之・西条旨子・田畑正司・中川秀昭 (1998). 臨床看護職者の仕事ストレスについて—仕事ストレス測定尺度の開発と心理測定学的特性の検討— 健康心理学研究, **11**, 64-72. (Higashiguchi, K., Morikawa, Y., Miura, K., Nishijo, M., Tabata, M., & Nakagawa, H. (1998). The job Stressor experienced by hospital nurses: Development of the nursing job stressor scale and examination of psychometric properties. *The Japanese Journal of Health Psychology*, **11**, 67-72.)
- Hurrell, J. J. & McLaney, M. A. (1988). Exposure to job stress: A new psychometric instrument. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, **14**, 27-28.
- 市川和彦 (2000). 施設内虐待—なぜ援助者が虐待に走るのか— 誠信書房 (Ichikawa, K.)
- 狩野裕・三浦麻子 (2002). グラフィカル多変量解析 (増補版) —AMOS, EQS, CALISによる 目で見る 共分散構造分析— 現代数学社 pp. 185-191, 216. (Kano, Y. & Miura, A.)
- 久保真人 (2004). バーンアウトの心理学—燃え尽き症候群とは— サイエンス社 (Kubo, M.)
- 久保真人・田尾雅夫 (1991). バーンアウト—概念と症状, 因果関係について— 心理学評論, **34**, 412-431. (Kubo, M., & Tao, M. (1991). Burnout: Concepts and Methods. *Japanese Psychological Review*, **34**, 412-431.)
- 真木佐知子・小西聖子 (2005). 援助者のストレス (二次的外傷性ストレス) とリスク管理 (焦点PTSD (外傷後ストレス障害) とトラウマケア) 看護技術, **51**, 970-973. (Maki, S. & Konishi, S.)
- 荻野佳代子・瀧ヶ崎隆司・稲木康一郎 (2004). 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響 心理学研究, **75**, 371-377. (Ogino, K., Takigasaki, T., & Inaki, K. (2004). Effects of emotion work on burnout and stress among human service professionals. *The Japanese Journal of Psychology*, **75**, 371-377.)
- Reich, J. W., Zautra, A. J. & Davis, M. (2003). Dimensions of Affect Relationships: Models and Their Integrative Implications. *Review of General Psychology*, **7**, 66-83.
- 齋藤恵・加世亜矢子・富田真佐子 (2007). 臨床現場における看護師のポジティブ感情とその出現要因の構造化 看護学雑誌, **71**, 912-917. (Saito, M., Kase, A. & Tomita, M.)
- 佐藤徳・安田朝子 (2001). 日本語版PANASの作成 性格心理学研究, **9**, 138-139. (Sato, A., & Yasuda, A. (2001). Development of the Japanese version of Positive and Negative Affect Schedule (PANAS) scales. *The Japanese Journal of Personality*, **9**, 138-139.)
- Suzuki, K., Ohida, T., Kaneita, Y., Yokoyama, E., Miyake, T., Harano, S., Yagi, Y., Ibuka, E., Kaneko, A., Tsutsui, T., & Uchiyama, M. (2004). Mental Health Status, Shift Work and Occupational Accidents among Hospital Nurses in Japan. *Journal of Occupational Health*, **46**, 448-454.
- 田尾雅夫 (1986). 中間管理者における役割ストレスと疲労感 心理学研究, **57**, 246-249. (Tao, M. (1986). Role stress and fatigue in Japanese middle managers. *The Japanese Journal of Psychology*, **57**, 246-249.)
- 田尾雅夫 (2001). ヒューマン・サービスの経営—超高齢社会を生き抜くために— 白桃書房 (Tao, M.)
- 豊田秀樹 (2003). 共分散構造分析 疑問編—構造方程式モデリング— 朝倉書店, pp. 185-187. (Toyota, H.)
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 Amos編—構造方程式モデリング— 東京図書株式会社 pp. 84-87. (Toyota, H.)
- 渡邊貴子・田嶋誠一 (2003). 児童養護施設職員の仕事ストレス尺度作成の試み—学校教師との比較を通して— 九州大学心理学研究, **4**, 251-259. (Watanabe, T., & Tajima, S. (2003). Development of stressor inventory for child care worker: in comparison with school teachers. *Kyusyu University Psychological Research*, **4**, 251-259.)
- Watson, D., Wiese, D., Vaidya, J. & Tellegen, A. (1999). The Two General Activation Systems of Affect: Structural Findings, Evolutionary Considerations, and Psychobiological Evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, **76**, 820-838.
- 山崎勝之 (2006). ポジティブ感情の役割—その現象と機序— パーソナリティ研究, **14**, 305-321. (Yamasaki, K. (2006). Roles of Positive Affect: The Phenomena and Mechanisms. *The Japanese Journal of*

- Personality*, **14**, 305-321.)
- 安田朝子・佐藤徳 (2002). 行動抑制システム・行動接近システム尺度の作成ならびにその信頼性と妥当性の検討. *心理学研究*, **73**, 234-242. (Yasuda, A., & Sato, A. (2002). Development of the behavioral inhibition system/behavioral approach system scales. *The Japanese Journal of Psychology*, **73**, 234-242.)
- 矢富直美・中谷陽明・巻田ふき (1991). 老人介護スタッフのストレス評価尺度の開発. *社会老年学*, **34**, 49-59. (Yatomi, N., Nakatani, Y. & Makita, F.)
- Zautra, A. J. & Reich, J. W. (1983). Life events and perceptions of life quality: Developments in a two-factor approach. *Journal of Community Psychology*, **11**, 121-132.

2010年日本ヒューマン・ケア心理学会臨時総会 議事録

日 時 2010年12月11日（土）11:00～12:00

場 所 桜美林大学四谷キャンパス

出席者数 8名

議長選出 議 長 小玉正博会長

副議長 木村登紀子副会長

1. 開会

清水事務局長より開会が告げられた。

2. 審議事項

事前に行われた第4期第4回理事会（メール会議）による発議案件として、次の議題が審議された。

1) 日本ヒューマン・ケア心理学会会則改正の件

会則第5条、第12条、第13条に文言が加筆されることが原案通り承認された。これにより、学会誌ヒューマン・ケア研究の購読ができる個人と機関である購読会員が追加された。

2) 日本ヒューマン・ケア心理学会選挙規程改正の件

従来の推薦理事を指名理事と改称し、指名理事は会長の指名により選出されること、また、常任理事は互選理事および指名理事の中から、会長が指名することなど選挙規程の改正が審議され、原案通り承認された。

3. その他

1) 学会事務局、学会誌編集事務局の2011年4月1日以降の移転先について連絡があった。

2) 学会事務局長より、学術雑誌の将来について、オープンアクセスに向かう動向があるとの説明があった。

4. 閉会

事務局長の閉会の辞により閉会した。

第5期第4回理事会

議事録

日 時 2010年10月6日(水) 16:00～

10月12日(火) 20:00

場 所 メール会議

出席者

足立久子・安保英勇・井部俊子・岩崎祥一・遠

藤公久・長田久雄・小山田隆明・木村登紀子・

小玉正博・後藤宗理・志賀令明・島井哲志・清

水裕子・菅 佐和子・廣瀬清人・堀毛裕子

議 長 小玉正博 書 記 清水裕子

議 事

3分の2以上(16名)の返信があり、理事会は成立した。

1. 審議事項

1) 平成22年度臨時総会の開催の件

開催期日を2010年12月11日(土曜日)

11:00～12:00(開催場所は桜美林大学四谷

キャンパス)、議案を日本ヒューマン・ケア

心理学会会則改正の件、および日本ヒューマ

ン・ケア心理学会選挙規程改正の件とすることが承認された。

2) 日本ヒューマン・ケア心理学会会則改正の件

会則第5条、第12条、第13条に文言が加筆されることが原案通り承認された。内容は、学会誌ヒューマン・ケア研究の購読ができる個人と機関である購読会員が追加されることであった。

2. 日本ヒューマン・ケア心理学会選挙規程改正の件

第4回役員選挙を控え、選挙規程の改正が審議された。理事からは推薦理事を指名理事とすることが提案され、これをふまえて、原案が一部訂正され承認された。

主な改正点は、従来の推薦理事を指名理事と改称し、会長の指名により選出されること、また、常任理事は互選理事および指名理事の中から、会長が指名することなどであった。

常任理事会報告

第12回常任理事会議事録

期 日 2010年9月26日(日) 12:00~15:00

会 場 桜美林大学 四谷キャンパス

出席者

小玉正博、木村登紀子、長田久雄、岩崎祥一、
遠藤公久、廣瀬清人、清水裕子

議 事

1. 議事録案の確認

第9回から第11回の議事録案を確認し、一部
文言の修正のうえ、承認された。

2. 会員の異動

異動はなかった。

3. 審議事項

1) 臨時総会の件

第4回役員選挙に先立ち、選挙規程改正案
が理事会の承認を得たため、臨時総会を2010
年12月11日(土) 11:00~12:00に、桜美林大
学(四谷キャンパス)で開催することとなっ
た。

2) 選挙規程の件

選挙規程の改正について審議され、原案通
り承認された。これを臨時総会で会員に諮る
こととなった。

3) 会則第5条改正の件

会員資格は個人を対象とすることが承認さ
れた。また、会員区分に「購読会員」を新た
に設けることとなった。

4. 報告事項

1) 学術(木村理事)

学術集会第12回大会(日本赤十字看護大学)
は、参加者が130名であったと報告された。
また、学術集会第13回大会は平成23年7月23
日(土)・24日(日)の日程で石井京子大会
準備委員長(大阪市立大学)、山田富美雄大

会準備副委員長(大阪人間科学大学)を主催
者とし、大阪市立大学阿倍野キャンパスで開
催予定であると報告された。

2) 学術Web(岩崎理事)

第12回大会の1号通信、2号通信等、学術
集会関連の会員向け報告をwebで行った旨の
報告があった。

3) 研修(長田理事)

第12回大会の2日目、7月19日(月)
9:00~12:00に木下康仁先生(立教大学教授)
を講師として「質的研究法M-GTAの独創性
と分析技法」が行われた旨の報告があった。

4) 編集(遠藤理事)

(1) ヒューマン・ケア研究Vol.11(2)、
Vol.12(1)の進捗状況について報告があっ
た。

(2) 第1回学会論文賞審査委員会の動向につ
いて報告があった。尚、対象論文は第9号
から第11(2)号に掲載された原著論文と
のことであった。

5) 広報(廣瀬理事)

ニューズレターNo.12の進捗状況について
報告があった。尚、役員選挙報告を掲載予定
であるとの報告があった。

6) 事務局(清水理事)

(1) 臨時総会の通知

会員向けの臨時総会の案内文を会長名で
発送するとの報告があった。

(2) 名誉会員の手続き

大橋英寿先生(元東北大学)の名誉会員
の手続きについて報告があった。

7) 選挙管理委員会報告

廣瀬選挙管理委員長より第2回選挙管理委
員会が9月27日(月) 18:00から聖路加看護
大学で開催される旨の報告があった。

次回予定2010年12月11日(土) 13:00~15:00

第13回常任理事会議事録

日 時 2010年12月11日（土曜日）13:00-14:00

会 場 桜美林大学四谷キャンパス

出席者

小玉正博、木村登紀子、岩崎祥一、遠藤公久、
廣瀬清人、長田久雄、清水裕子

配付資料

①第13回常任理事会、②第12回常任理事会議事録案、③第4期第4回理事会議事録案、④会員報告資料、⑤編集委員会資料、⑤臨時総会配付資料（選挙規程改正案、会則改正案、学会事務局お知らせ）、⑥学会論文賞贈呈に関する内規

進 行 清水 議事録 廣瀬

議 事

1. 議事録確認

前回議事録、および第4期第4回理事会議事録が承認された。

2. 会員の異動

入会者3名が承認され、退会者4名が報告された。現会員数は285名である。

3. 審議事項

1) 選挙規程の手続きの件

臨時総会で検討された選挙手続きについて審議された。互選理事および会長同点者に適用する「抽選」の解釈（第8条）、会長指名選挙（第9条）の管理者について検討され、いずれも選挙管理委員会が厳正に実施することで承認された。尚、スケジュールの概要は、開票3月19日、互選理事の同意書による決定は4月末、その後、互選理事による会長郵便投票を行い、開票作業は5月14日もしくは以降の某日とする。さらに、その日程以降、会長が学会事務局長及び常任理事を指名する。大会において、旧理事会に報告、新理事会を開催、総会にて承認を受けるものとする。

2) 臨時総会配付資料の件

学会事務局移転のお知らせにおいて4月以降と連絡されたが、会長より学会事務の停滞は回避すべきとの意見があり、予定通り周知することとされた。

3) 会則2条改正の件

学会事務局移転による事務局所在地記載に関する会則2条改正原案が検討された。次回理事会で検討する予定である。

原案は、改正前「(事務局)第2条 本会の事務局は、当面香川大学医学部看護学科清水裕子研究室に置き、その事務を有限会社プライムアソシエイツ（東京都文京区本郷2-38-14 TKビル5F）に委託する。」

→改正案「(事務局)第2条 本会の事務局は、当面、香川大学医学部看護学科清水裕子研究室に置く。」である。

4. 報告事項

1) 学術（木村理事）

第13回学術集会について報告があった。

大会テーマは、「ヒューマンケアと感情～輪・和・笑～」である。大会講演は、山田富美雄先生（大阪人間科学大学）「人間関係の潤滑油－ヒューマン・ケアにおける笑い」、シンポジウムは、「ヒューマンケアにおける感情～輪・和・笑～」である。研修会は2つが予定され、平井啓先生（大阪大学）「がん患者のストレスと問題解決療法による緩和」、芹澤隆子先生（ダイバーショナルセラピー協会理事長）による「楽しさをあきらめないケアダイバーショナルセラピー」が案として提示され、承認された。尚、研修会については、特別講演、教育講演などの名称も可能である旨の意見があった。

また、学会事務局より大会準備事務局からの依頼案件が提案された。大会優秀発表賞の授与については、名称を「第13回大会優秀口

演発表賞・優秀ポスター発表賞」あるいは「第13回大会優秀発表賞 口演・ポスター部門」のいずれかが適当ではないかとの案が示された。継続性については審議されなかった。この案件は、理事会で報告承認される予定である。

2) 学術Web (岩崎理事)

第12回大会の写真について、届き次第掲載の予定である。

3) 研修 (長田理事)

第13回の計画が、学術に関連して報告された。

4) 編集 (遠藤理事)

①ヒューマン・ケア研究Vol.11 (2) 報告、Vol.12 (1) の編集報告

11 (2) については、年内発行は見送られた。1月中旬には発行予定である。12 (1) は、5月を発刊予定とする。掲載予定論文は現在1件である。掲載予定の第12回大会特別講演原稿は準備中である。

②第1回学会論文賞審査委員会の件

9号から11 (2) 号までの原著論文が対象となる。4月以降に審査を開始する。編集事務より、査読が滞らないよう要望があった。

5) 広報 (廣瀬理事)

ニューズレターNo.12のラフデザインが提示され検討された。新しい項目として、役員選挙告知、大橋名誉会員の紹介記事が挿入される。

6) 事務局 (清水)

(1) 第4期第4回持ち回り理事会報告

上記が実施され、臨時総会開催と議案が承認された。

(2) 臨時総会報告

2010年12月11日 (土曜日) 11:00~12:00、桜美林大学四谷キャンパス地下ホールにて8名の参加で行われた。議長は小玉会長、

副議長は木村副会長で行われ、議事は承認された。承認された議案は、日本ヒューマン・ケア心理学会会則の改正、日本ヒューマン・ケア心理学会役員選挙規程改正であった。役員選挙規程については、審議事項、選挙管理委員会報告を参照。

(3) 名誉会員手続きが終了したことが報告され、小玉会長、木村副会長へ礼状が届いた旨報告された。

(4) 学会論文賞贈呈に関する内規の件

内規の学会誌掲載は原則不要であると確認されたが、必要に応じて対応することとなった。但し、審査結果報告に当たり、審査経過などが報告される予定である。賞の正式名称は「日本ヒューマン・ケア心理学会論文賞」、略称は「学会論文賞」と確認された。尚、第1条の「優秀」は削除、第2条の「副賞3万円」は、「3万円相当」と訂正された。

(5) 事務局移転先の件

学会新事務局 (2011/4/1より稼働) は、〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部看護学科清水裕子研究室 気付、日本ヒューマン・ケア心理学会事務局、E-mail: humanpsy@med.kagawa-u.ac.jp ダイアルイン087-891-2240 (FAX共) となる。

学会誌編集新事務局 (2011/4/1より稼働) は、〒150-0012 東京都渋谷区広尾4-1-3 日本赤十字看護大学遠藤公久研究室 気付、ヒューマン・ケア研究編集委員会、ダイアルイン03-3409-0914 (FAX共) となる。

7) 選挙管理委員会報告

第2回選挙管理委員会が9月27日に開催され、第3回が1月11日に開催される予定である。選挙管理委員会は、規程の改正に伴い、

互選理事選出、互選理事による会長選出の選挙を実施し、常任理事会に報告する。また、選挙事務については、互選理事選挙は学会事務局が担うが、会長選出選挙事務は、選挙管理委員長に一任された。互選理事による会長選出日程候補日は、5月14日、5月21日、6月4日である。

次回予定

第14回予定2011年3月19日(土) 10:00~12:00

第15回予定2010年5月14日(土) 13:00~16:30

第14回常任理事会議事録

日 時 2011年3月19日(土) 13:30-14:30

場 所 桜美林大学院四谷キャンパス

出席者

小玉正博 長田久雄 廣瀬清人 遠藤公久

欠席者

木村登紀子 岩崎祥一 清水裕子

司会進行 小玉正博

議事録 遠藤公久

配布資料 ①第14回常任理事会議事次第、②第13回常任理事会議事録案、臨時総会議事録案、③会員報告資料、④選挙要領、⑤年度末決算書、⑥ニューズレター封入文書、⑦編集委員会資料、⑧学会論文賞贈呈に関する内規、⑨学会年鑑提供データ資料、⑩会則、⑪選挙規程、⑫学会事務局、編集事務局連絡先、⑬理事会議案

議 事

本日は2011年3月11日の東日本大震災の影響を受け、複数理事の欠席があったことと、都内の停電などの影響により滞在時間を短縮するため、優先すべき議事に絞って審議された。

1. 議事録確認

一部誤植が訂正され、第4期臨時総会議事録は承認された。

2. 会員の異動

会員の異動(入会者、退会者)について説明があり、承認された。

3. 審議事項

1) 役員選挙の件(廣瀬委員長)

(1) 学会事務局では43件を受け付けたこと、うち8件が住所氏名の記載がなかったことについて説明があった。また、この8件は役員選挙要領に抵触するため審議の結果、無効とすることに決定した。

(2) 選挙管理委員の交通費として1000円、立会人は2000円とすることの説明があり、了承された。

2) 平成22年度決算報告の件(小玉会長)

資料に基づいて収支計算書、貸借対照表等の説明があり、承認された。

4. 報告事項

1) 学術集会(小玉会長)

東日本大震災により、演題募集の期間延長について説明があり、了承された。

2) 編集委員会(遠藤理事)

(1) 委員長より震災を考慮して査読期間、論文修正期間について検討が求められ、延期することが承認された。

(2) 論文審査の進捗状況について報告があった。Vol.12(1)の海外文献のテーマは“つながりあうケア”であるが、編集委員会で具体的に該当すると思われるテーマと論文を取り上げ、理事を通して論文紹介を呼びかけてはどうかとの意見が出された。

3) 広報(廣瀬理事)

ニューズレターは連休明けの22日発送されると報告された。

4) 学会事務局(小玉会長)

日本学術協力財団学会名鑑のために、学会紹介文(創設経緯や沿革など)を英語にし、データが提供されたとの報告があった。

5) 学会論文賞審査委員会の件(遠藤理事)

学会論文賞の審査期間は、東北関東大震災の影響もあり、期間を延長することになった。

6) 選挙管理委員会（廣瀬委員長）

3月19日（土）12:30-13:30に行われた選挙管理委員会において、第4回役員選挙の開票を、伊藤龍子会員の立ち会いの元に行われたことが説明され、開票結果が報告された。そ

の結果10名（8位まで）を互選理事とすることとなった。会長からこの10名に同意を得るが、もし欠員が出た場合には次点の方に依頼することとした。その際、複数の同順位者がいる場合には、全員に同意を得ることとする。

日本ヒューマン・ケア心理学会 第12回大会収支報告

収入の部

内訳	
学会本部助成	250,000
学術集会参加費（事前）	521,000
学術集会参加費（当日）	162,500
特別講演（市民公開講座）	136,000
懇親会費	200,000
広告費	20,000
抄録販売	2,000
第12回大会研修会より	108,000
寄付	17,500
合計	1,417,000

支出の部

内訳	
講師謝金	225,000
抄録等印刷費	189,330
会場費（室料、光熱費、看板など）	267,840
委員等弁当代	103,604
ボランティア交通費	140,000
アルバイト謝金	140,000
事務費（事務用品、郵送料など）	97,905
懇親会費	248,821
雑費	4,500
合計	1,417,000

日本ヒューマン・ケア心理学会 第12回大会研修会収支報告

収入の部

内訳	
研修会参加費	408,000
合計	408,000

支出の部

内訳	
講師謝金	50,000
会場費	250,000
第12回大会会計へ	108,000
合計	408,000

第12回大会委員長 木村 登紀子

日本ヒューマン・ケア心理学会学術集会

回	期 間	開催場所	代表者	代表者の所属
1	1999年 10月30日	聖路加看護大学	木村 登紀子	聖路加看護大学看護学部
2	2000年 10月21～22日	岐阜大学	小山田 隆明	岐阜大学教育学部
3	2001年 6月2～3日	東京都立保健科学大 学	長田 久雄	東京都立保健科学大学保健科学部
4	2002年 6月1～2日	福島県立医科大学	志賀 令明	福島県立医科大学看護学部
5	2003年 9月22～23日	筑波大学 東京キャンパス	岡堂 哲雄	聖徳大学人文学部 (学会本部主催)
6	2004年 8月26～27日	東北学院大学 土樋キャンパス	堀毛 裕子	東北学院大学教養学部
7	2005年 8月26～27日	桜美林大学 町田キャンパス	石川 利江	桜美林大学文学部
8	2006年 9月6～7日	神戸女学院大学	島井 哲志	神戸女学院大学人間科学部
9	2007年 9月8～9日	名古屋市立大学	後藤 宗理	名古屋市立大学人文社会学部
10	2008年 9月13～14日	京都大学	菅 佐和子	京都大学医学部
11	2009年 7月19～20日	東北大学	岩崎 祥一 安保 英勇	東北大学情報科学研究科 同 教育学研究科
12	2010年 7月18～19日	日本赤十字看護大学	木村 登紀子 遠藤 公久	淑徳大学総合福祉学部 日赤看護大学看護学部
13 (予定)	2011年 7月23～24日	大阪市立大学	石井 京子 山田 富美雄	大阪市立大学医学部 大阪人間科学大学人間科学部

日本ヒューマン・ケア心理学会会則

制定 1999年5月1日
改正 1999年10月30日
改正 2002年6月2日
改正 2006年9月6日
改正 2007年9月8日
改正 2009年7月19日
改正 2010年7月19日
改正 2010年12月11日

(名 称)

第 1 条 本会は、日本ヒューマン・ケア心理学会と称する。

(事務局)

第 2 条 本会の事務局は、当面香川大学医学部看護学科清水裕子研究室に置き、その事務を有限会社プライムアソシエイツ（東京都文京区本郷2-38-14 TKビル5F）に委託する。

(目 的)

第 3 条 本会は、看護・介護・世話などのヒューマン・ケアにかかわる領域の心理学的研究を推進し、その進歩・発展・普及に貢献することを目的とする。

(事 業)

第 4 条 本会は、前条の目的を達成するために、機関誌の発行、ヒューマン・ケア心理学に関する研究発表・研修のための集会、関連分野との学際的な連携等の事業を行う。

(会 員)

第 5 条 本会は、正会員、名誉会員及び賛助会員、購読会員をもって構成される。

正会員は、次のいずれかの条件を満たす者で、ヒューマン・ケア心理学に関心のある者とする。

- ① 大学で心理学及びその隣接領域を専攻し、学士の学位を有する者
 - ② 学士の学位を有し、看護師、保健師、助産師、社会福祉士、精神保健福祉士、介護福祉士、理学療法士、作業療法士、保育士などとして登録されている者
 - ③ 上記の①ないし②と同等以上の経歴を有すると認められる者
- 名誉会員は、正会員のうち本会の運営・学術研究活動において著しい功績のあった者で、理事会の発議により総会の承認を得た者とする。

賛助会員は、本会の事業に財政的な援助をなす者で、理事会の承認を得た者とする。

購読会員は、学会誌ヒューマン・ケア研究の購読ができる個人と機関である。

(入 会)

第 6 条 本会に正会員として入会しようとする者は、正会員1名以上の推薦により、常任理事会の承認を得なければならない。

(会員の権利)

第 7 条 本会の会員は、本会の諸事業に参加し、本会の編集出版物等について優先配付を受けることができる。

正会員は、本会が行う研究のための集会、並びに機関誌に研究発表を行うことができる。

(退 会)

第 8 条 会員が退会しようとするときには、文書をもってその旨本会に通知し、常任理事会の承認を得なければならない。

(除 籍)

第 9 条 所定の会費を2年以上滞納した者に対しては、理事会の議決を経て、これを除籍することができる。

(役 員)

第 10 条 本会の事業を運営するために、正会員は次の役員を互選する。役員任期は3年とする。ただし、再任を妨げない。

会長1名 会長は理事の互選により決定し、本会を代表し、会務を統括する。会長は常任理事の内1名を副会長に指名できる。

常任理事若干名 理事の互選により決定し、通常会務を執行する。内1名は事務局長とする。理事若干名 正会員の互選により決定し、本会を運営する。

監事2名 正会員の互選により決定し、本会の会計及び会務執行を監査する。

2 顧問を置くことができる。顧問は理事会の承認を得て会長が委嘱する。顧問の任期は3年とする。ただし、再任を妨げない。

(運 営)

第 11 条 総会は、正会員をもって構成し、本会の最高機関として会の意思と方針を決定する。決議は、出席者の過半数の同意による。

理事会は、本会の事業の運営と執行の責任を負う。

常任理事会は、理事会の委託を受けて、本会の通常会務の執行にあたる。

(会 計)

第 12 条 本会の経費は、会費、寄付金及び補助金などでまかなう。

会計年度は、毎年4月1日に始まり、翌年3月31日までとする。

会費は、入会金及び年会費とする。

入会金は、3,000円とする。

正会員の年会費は、7,000円とする。

賛助会員の年会費は、1口20,000円とする。

名誉会員から年会費は徴収しない。

購読会員の年会費は、年間に発行された機関誌実費とする。

年会費は、前年度末（3月31日）までに納めるものとする。

（会則の変更）

第 13 条 本会則は、理事会の議を経て、総会に出席した正会員の3分の2以上の賛成による承認をもって、これを変更することができる。

付 則

1. 本会則は、日本ヒューマン・ケア心理学会設立の日（1999年5月1日）から施行する。
2. 本学会の第1期役員は、第11条第1項（上記の現会則第10条第1項）の規程にかかわらず、日本ヒューマン・ケア心理学会設立発起人をもって充てる。
3. 本会則は、1999年10月30日に一部改正し、同日より施行する。
4. 本会則は、2002年6月2日に一部改正し、同日より施行する。
5. 本会則は、2006年9月6日に一部改正し、同日より施行する。
6. 本会則は、2007年9月8日に一部改正し、同日より施行する。
7. 本会則は、2009年7月19日に一部改正し、同日より施行する。
8. 本会則は、2010年7月19日に一部改正し、同日より施行する。
9. 本会則は、2010年12月11日に一部改正し、同日より施行する。

実務の連絡先は、

〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部看護学科 清水裕子
研究室気付 日本ヒューマン・ケア心理学会 TEL087-891-2240 (FAX共) メール
アドレスはhumanpsy@med.kagawa-u.ac.jp (日本ヒューマン・ケア心理学会専
用) である。なお、WEB関係の業務は、引き続き岩崎祥一氏 (東北大学) のも
とで行われている。

日本ヒューマン・ケア心理学会役員選挙規程

第1条 日本ヒューマン・ケア心理学会会則第11条に定める役員選挙等を適正に実施するために、この規程を定める。

第2条 日本ヒューマン・ケア心理学会の役員選挙の管理業務は当該選挙の事由が発生する3ヶ月以前を基準として、当該時の本学会理事会が選挙管理委員会（以下、委員会という）を組織してこれを行う。

2 委員会は、3名の委員によって構成され、その代表責任として選挙管理委員長を定めなければならない。

3 委員会の事務は、学会事務局が担当する。

第3条 理事の定員は当分の間正会員の互選による理事（以下、互選理事という）10名及び会長指名による理事（以下、指名理事という）10名とする。

2 常任理事の定員は当分の間、若干名とする。

第4条 委員会は以下の業務を行う。

(イ) 選挙実施日程の確定と公示

当該選挙のための委員会が成立した日より6ヶ月以内に選挙実施日程と実施手続きに関する計画書を作成し、これを公示する。

(ロ) 選挙台帳の作成と公示

選挙台帳は役員改選年の1月1日の会員名簿により作成し、第6条による指定日の1か月以前に公示するものとする。ただし、前年度までの会費未納者は選挙台帳から削除する。

(ハ) 選挙の実施と開票結果の確定

本規定第6条により厳正な選挙を実施する。開票結果の確定は第8条によりこれを行う。

開票に際して会員の任意な立ち会いを認めるが、会場の都合により人数を制限することがある。

(ニ) 選挙結果の報告

委員会は開票業務の終了後、その結果を常任理事会に報告する。

(ホ) その他選挙を厳正かつ円滑に行うのに必要と思われる業務を行う。

第5条 選挙権及び被選挙権は選挙台帳に記載される個人に与えられる。

2 選挙台帳の作成される所定期日に海外に居住するものは選挙権及び被選挙権を有しない。

第6条 選挙は選挙台帳記載会員の互選により無記名投票とする。投票は所定の投票用紙を用いる郵便投票とし、指定の日付までの消印のあるものをもって有効とする。その他無効となる投票内容は委員会の定めるところによる。

第7条 投票は互選理事については3名連記とし、監事については単記とする。

第8条 当選者の確定は得票順による。ただし、次の場合はこの限りではない。

(イ) 同点者の生じた場合は抽選によって決める。

(ロ) 欠員の生じた場合は次点者をもって補う。ただし、次回改選期日の1年以前に限り適用する。

(ハ) 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

(ニ) 理事及び監事の双方に当選した場合は、理事の当選を優先し、監事は次点者をもってあてる。

第9条 会長指名のための選挙は互選理事により無記名の投票で行う。ただし、同点者の場合は抽選によって決める。

2 欠員の生じた場合は、次点者をもって補う。

3 前項によって選出された者の任期は、前任者の残りの期間とする。

第10条 指名理事は、ヒューマン・ケア心理学領域における顕著な業績あるいは日本ヒューマン・ケア心理学会への貢献度等に基づいて会長が指名する。

第11条 常任理事は互選理事及び指名理事のなかから会長が指名する。

第12条 会長は、会長、常任理事、理事、監事及び事務局長について総会で承認をうるものとする。

第13条 本規定の改正は理事会出席者の3分の2以上の賛成による議決と総会出席者の承認により行われる。

附 則 この規程は、2004年8月26日より施行する。

2 この規程は、2010年12月11日に改正し、同日より施行する。

日本ヒューマン・ケア心理学会学会論文賞贈呈に関する内規

第1条 日本ヒューマン・ケア心理学会（以下、本学会）は、優れた研究業績をあげた個人に対して「日本ヒューマン・ケア心理学会論文賞」（以下、学会論文賞という）を贈るために本内規を定める。

第2条 学会論文賞は、第1回を2011年度に、以後3年ごとに、年次総会または学会論文賞贈呈式において、これを表彰して贈る。

第3条 学会論文賞は、当分の間、一件につき3万円相当の副賞を添えてこれを贈る。

2. 副賞は、経常経費の一部をもって、これに当てる。

第4条 学会論文賞を贈るための審査委員会（以下、委員会という）を本学会に設ける。

2. 委員会は、学会論文賞表彰前年に構成し、理事会の互選によって選ばれた5名の委員によって組織するものとする。

3. 審査委員長は、原則として編集委員長がその任にあたる。

4. 委員長は、当該年度の総会・学会論文賞贈呈式の開催日の1ヶ月前までに当該年度の表彰者を内定し、所定の書式により、これを会長に報告するものとする。

5. 会長は、委員長の報告内容を常任理事会に諮問し、その承認を得て表彰者を決定する。

第5条 委員会は、当該年度の学会論文賞候補者（以下、候補者という）の推薦を得るために、理事に別に定める手続きにより候補者の推挙を得なければならない。

2. 委員会の定める候補者の推薦手続きに関する事項は、原則として以下による。

①学会論文賞候補者は、審査委員会が開催される時点で3年以上本学会会員であること。

②学会論文賞候補者の推薦は、所定の期間に「ヒューマン・ケア研究」に候補者が単独または筆頭著者として発表した原著論文に基づくこと。

③推薦を行う場合は、その理由を明示した推薦書を委員会に提出すること。

3. 選考基準については別途定める。

4. 委員会は、委員長を議長として審議し、被表彰者の内定は、出席委員の5分の4以上の賛成によりこれを決する。

5. 学会論文賞の受賞者は、直近の学術集会において、その成果に関する講演を行うものとする。

第6条 委員会の審議内容は、他に口外してはならない。

第7条 本内規の改廃は、理事会の審議を経て本学会の会長が行う。

附 則 本内規は2010年7月18日より施行する。

編 集 規 程

1. 名称：本会誌は「ヒューマン・ケア研究」と称し、英文名は Journal of Human Care Studies とする。
2. 企画・編集：本会誌は当分の間、年2回発行するものとし、その企画・編集は常任理事により構成される機関誌編集委員会が担当する。
3. 機関誌に関する事務は当分の間、学会事務局が取り扱うものとする。
4. 内容：本会誌は、本学会正会員のヒューマン・ケア心理学に関する未刊行の論文を掲載する。本会誌には、オリジナルな内容の研究報告である原著論文、また追試的あるいは試験的内容の研究報告である報告・資料等の論文；巻頭言、展望、特集、書評等の編集委員会による依頼論文；及び本学会報等が収録される。
5. 投稿論文は、編集委員会によって審査され、採択の可否が決定される。その際、編集委員会は、本学会正会員の編集協力者に査読を依頼し、その査読結果を参考にして採択の可否を決定する。
6. 投稿論文の原稿は、「ヒューマン・ケア研究」の執筆要項に準じたものとする。執筆要項は、編集委員会で定める。
7. 採択論文の掲載に要する費用は、原則として本学会で負担するが、図表等に関してその費用の全部もしくは一部を執筆者に請求することがある。
8. 採択論文の別刷りは、執筆者の希望部数に応じるが、その費用は執筆者の負担とする。
9. 投稿採択論文は返却しない。
10. 本会誌に掲載されたものの著作権は、本学会に帰属する。

執 筆 要 領

1. 原著論文 (Article) は16,000字相当 (図表も含む)、報告・資料論文 (Report)・展望は12,000～16,000字相当とする。
2. 上記論文はA4判用紙に32字×25行1段の字詰め・行詰め、英文原稿の場合は、A4判でダブルスペース仕様にする。英文の場合、本誌1頁あたり800語程度に相当するものとして換算する。オリジナル原稿には、表題・著者名・所属機関名を記したタイトルページ、およびそれらの英訳は本文とは別に書くこと。原稿は1つのファイル (図表は本文に貼り付ける形式) にして、下記事務局まで電子メールにて添付・送付し、同原稿も事務局まで郵送すること。
3. 原著論文および資料論文は原則として、問題 (目的)、方法、結果、考察、文献からなることが望ましい。
4. 全ての論文には英文アブストラクトをつける。アブストラクトは、問題 (Objectives)、方法 (Method)、結果 (Results)、結論 (Conclusion) などを100～175語以内で簡潔にまとめる。投稿時には、アブストラクトの日本語原稿 (和文抄録) も添付すること。英文アブストラクトおよび日本語原稿 (和文抄録) にそれぞれ3～5語のキーワードをつける。なお、英文アブストラクトは事務局によって校閲するので

経費10,000円を要する。

5. 本文の記述は簡潔で明解にし、新仮名使い、当用漢字、算用数字を用い、図表はその大きさを本文に換算して所定枚数に納めること。所定枚数を越えた分については著者負担とする。
6. 図および写真はそのまま掲載可能な鮮明なものを提出すること。なお、図がカラーの場合には著者負担になる。
7. 表の場合は上にTable 1、Table 2あるいは表1、表2のように、図の場合には下にFigure 1、Figure 2あるいは図1、図2のように通し番号をつけ、それぞれに見出しをつける。表、図、写真などの題、説明文、図表中の文字は英文にしてもよい。
8. 数字は原則として算用数字を用いる。計量単位は原則として国際単位を用いる。
9. 略語は一般に用いられているものに限る。ただし、初出の時にその旨を明記する。
10. 脚注は通し番号をつけて別紙に書き、本文中の番号と対応するように註1) 註2) のように記す。
11. 外国人名、地名等の固有名詞以外は訳語を用い、必要な場合、初出のとき原語を付すること。
12. 本文で引用された文献の配列は、著者名のアルファベット順とする。

文献掲載様式は、雑誌の場合：著者名・発行年（西暦）・題名・雑誌名・巻号数・掲載頁とする。単行本の場合：著者名・発行年（西暦）・書名・発行所・引用・参考箇所頁とする。翻訳の場合：原典の著者名・発行年（西暦）・書名・発行所（著者名の訳語・翻訳者名・翻訳書の発行年・書名・発行所）とする。このとき、和文、欧文を問わず、雑誌の巻数はボールド（太字、あるいは波線のアンダーライン）に、また欧文の雑誌名および書名はイタリック（斜体、あるいは実線のアンダーライン）にする。

〈凡例〉

日野原重明 (1999). <ケア>の新しい考えと展開 春秋社

木野和代 (2000). 日本人の怒りの表出方法とその対人的影響 心理学研究, 70, 494-502.

Sourial, S. (1966). An analysis and evaluation on Watson's theory of human care. *Journal of Advanced Nursing*, 24, 404-402.

Kleinman, A. (1988). *Patients and healers in the contexts of culture*. University of California Press.

(クラインマン, A. 江口重幸・五木田紳・上野豪志 (訳) (1996). 病の語り～慢性の病をめぐる臨床人類学 誠信書房)

なお、その他表記の詳細については、『APA論文作成マニュアル』（医学書院、2004年）あるいは日本心理学会発行の「執筆・投稿の手びき」（2005年版）を参照のこと。

原稿送り先

「ヒューマン・ケア研究」編集委員会

〒150-0012

東京都渋谷区広尾4-1-3

日本赤十字看護大学 遠藤公久研究室気付

TEL：03-3409-0914（FAX共）

E-mail：humancarepsy@redcross.ac.jp

日本ヒューマン・ケア心理学会入会申込書

申込日 年 月 日 () 正会員・() 賛助会員 * 受付番号

氏名	フリガナ 漢字		印	生 年 月 日	西暦	年	月	日生
	ローマ字							
現住所		〒 Phone: fax:						
所属機関	勤務先	所属						
		住所	〒 Phone: Fax:					
	所属先*	所属	* 学生の場合。					
		住所	〒 Phone: Fax:					
e-mail address (必須)								
専攻分野		心理学・看護学・社会福祉学・社会学・法律学・医学・教育学・リハビリテーション科学 作業療法・理学療法・言語療法・その他 () 資格:						
最終学歴		(年 月)						
推薦者 氏名								
連絡希望先		() 自宅 () 所属機関						

* 事務局記入欄

受付年月日	年 月 日	会員番号	
承認年月日	年 月 日	承認通知	

日本ヒューマン・ケア心理学会役員（第4期）

（*は常任理事、五十音順）

会 長	小玉 正博(筑波大学)
理 事	足立 久子(岐阜大学)、安保 英勇(東北大学)、石川 利江(桜美林大学大学院)、井部 俊子(聖路加看護大学)、*岩崎 祥一(東北大学大学院)、*遠藤 公久(日本赤十字看護大学)、岡堂 哲雄(聖徳大学)、*長田 久雄(桜美林大学大学院)、小山田 隆明(岐阜女子大学)、*木村 登紀子(淑徳大学)、*小玉 正博(筑波大学)、後藤 宗理(名古屋市立大学大学院)、志賀 令明(福島県立医科大学)、島井 哲志(日本赤十字豊田看護大学)、*清水 裕子(香川大学)、菅 佐和子(京都大学)、*廣瀬 清人(聖路加看護大学)、堀毛 裕子(東北学院大学)、三田村 啓子(修学院ことばと子どもの相談室 たかきたクリニック)、山崎 登志子(広島国際大学)
監 事	飯田 澄美子(聖隷クリストファー大学)、藤澤 伸介(跡見学園女子大学)
顧 問	長谷川 浩(東京女子医科大学・名誉教授)、岡堂 哲雄(聖徳大学)
事務局長	清水 裕子(香川大学)

機関誌編集委員(*は委員長、五十音順)

岩崎 祥一、*遠藤 公久、長田 久雄、木村登紀子、小玉 正博、清水 裕子、廣瀬 清人

編 集 後 記

3月11日に東日本を襲ったM9.1の大地震で、各地は未曾有の被害を受けました（受け続けています）。被災された会員の皆さまには心よりお見舞い申し上げます。世界最大規模の地震であり、人間の叡智をかけた科学的予測を遙かに超えるものでした。人間が自然に対していかにちっぽけな存在でしかないのか、嫌というほど思い知らされたような気がします。各地では多種多様な団体からたくさんの方たちがボランティアとして支援活動を続けられています。まさに、今こそヒューマン・ケアとは何か、昨年の総会テーマであった〈つながりあう“ケア”とは何か〉が問われているのではないのでしょうか。福島原発の問題もそうですが、地球規模で取り組んでいかなければならない問題です。共にがんばっていきましょう。

さて、4月からは事務局ならびに編集事務局が新しく移転しましたので、ご投稿をお考えの会員の方たちはどうぞご注意ください。新体制に慣れるまで、作業能率が低下していますことをお詫び申し上げます。

2011/07/22 編集委員長 遠藤 公久

ヒューマン・ケア研究 第12巻 第1号 2011年7月22日発行

編 集	日本ヒューマン・ケア心理学会編集委員会
代表者	遠藤 公久
発 行	日本ヒューマン・ケア心理学会
代表者	小玉 正博
事務局	〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部看護学科 清水裕子研究室気付 日本ヒューマン・ケア心理学会 TEL: 087-891-2240 (FAX共) E-mail: humanpsy@med.kagawa-u.ac.jp
印 刷	東洋出版印刷株式会社 〒113-0033 東京都文京区本郷1-10-13 G Sハイム本郷1 F TEL: 03-3813-7311 FAX: 03-3813-7314

©日本ヒューマン・ケア心理学会2011
(本誌掲載の記事は無断転載を禁じます)

JC