

富山大学看護学会誌

第10巻 1号
(2011年 2月)

目 次

〈特別寄稿〉

- わが国のがん対策を考える：がん登録からみえること 平林由香 …… 1
- これからのがん看護 山本恵子 …… 11

〈原著論文〉

- 看護師のスピリチュアルケア測定尺度の開発 江口富子, 落合 宏, 塚原節子, 上野栄一 …… 15

〈短報〉

- 長期透析患者の心理状態から自己管理への援助を考察する 四十竹美千代, 若林理恵子, 八塚美樹 …… 29
- 学士課程で助産を選択する学生の分娩介助10例における学び
～分娩介助実習体験を中心に～ 松井弘美, 永山くに子, 島田啓子 …… 37

〈学会報告〉

- 第10回富山大学看護学会学術集会 …… 49

わが国のがん対策を考える：がん登録からみえること

平林 由香

元国立がんセンター がん対策情報センター
がん情報・統計部 院内がん登録室

わが国の死亡の第1位を占める悪性新生物（がん）の死亡数は年々増加の一途をたどっている。また、がん罹患数も死亡数とともに増加し続けている。

このような状況の中で、平成19年6月、がん対策基本法に基づき「がん対策推進基本計画」が策定された。この計画は、平成19年～平成23年度までの5年間を対象とし、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るためのがん対策の基本的方向を定めたものであり、「都道府県がん対策推進計画」の基本となるものである。その全体目標には、『がんによる死亡者の減少』、『すべてのがん患者及びその家族の苦痛の軽減並びに療養生活の質の維持向上』の2つが掲げられている。これらの全体目標の達成に向け、①がん医療、②医療機関の整備等、③がん医療に関する相談支援及び情報提供、④がん登録、⑤がんの予防、⑥がんの早期発見、⑦がん研究、という7つの分野別施策を総合的かつ計画的に推進していくことが掲げられていた。さらに、重点的に取り組むべき課題として①放射線療法及び化学療法の推進、②治療の初期段階からの緩和ケアの実施、③がん登録の推進の3つを位置づけ「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんと向き合い、がんに負けることのない社会」の実現を目指すこととしている。


2002年、世界保健機構（WHO）は、国レベルでのがん対策の必要性を認識し、『がんの罹患と死亡を減少させる』『がん患者とその家族のQOLを向上させる』ことを目的とした『国家のがん対策プログラム（National Cancer Control Program）』を提唱した。

予防・早期発見・診断・治療・緩和ケアについて、証拠に基づいた戦略（evidence-based strategies）を系統的にかつ公平に実行（systematic and equitable implementation）し、限られた資源を効率よく最大限に活用（best use of available resources）することにより目的を達成するために計画された公衆衛生プログラムであることが提示された。すなわち、『「がん登録」なくして「がん対策」は成り立たないし、逆に、「がん対策」を実施しないのであれば、「がん登録」は必要ない』という提言も示された。

がん対策の立案・実行には適切な評価が必要であり、がん登録データの有用性が認識されている。がん登録には、目的に応じて「地域がん登録」「院内がん登録」「臓器がん登録」の3種類がある。今回、がん対策に必要ながん登録のしくみ、がん登録の特徴、がん登録データがからみえることを実際のデータを用いて解説する。

第10回富山大学看護学会学術集会 2009年11月28日

国立がんセンター がん対策情報センター



わが国のがん対策を考える： がん登録からみえること

国立がんセンター がん対策情報センター
がん情報・統計部 院内がん登録室
平林 由香

今日のお話

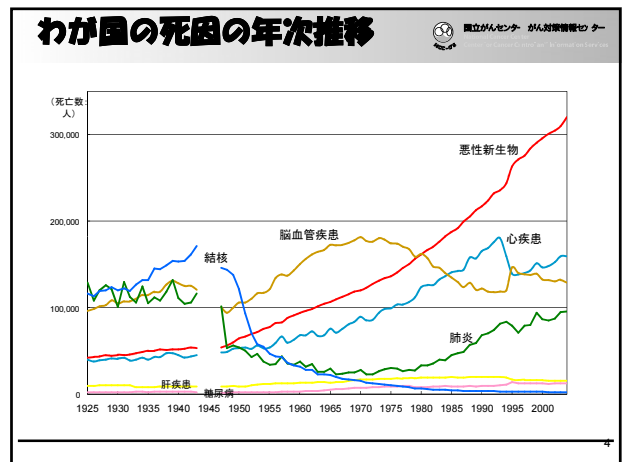
- 『がん』とは何か？
- わが国におけるがん対策
- がん対策基本推進計画 -がん登録の整備
- がん登録の種類
- 院内がん登録と施設の診療実績
-院内がん登録でどんなことがわかるか-

2

国立がんセンター がん対策情報センター

『がん』とは何か？

3



『がん』って、なんでしょう？

国立がんセンター がん対策情報センター

- 悪性新生物の総称・・・ひらがなで『がん』
(Malignant Neoplasm、**広義のCancer**)

①癌 (Carcinoma)	上皮細胞性
	狭義のCancerは 癌
②肉腫 (Sarcoma)	間質細胞性
③その他	造血器由来 中皮由来
	白血病、骨髄腫、リンパ腫、 中皮腫など

5

「悪性新生物 — がん」とは

国立がんセンター がん対策情報センター

- 遺伝子異常の蓄積による細胞の異常な増殖 → 宿主の命に関わる悪影響

正常な細胞 → 一つの異常をもった細胞が生まれる → 複数の異常をもった細胞が生まれる → 悪性度の高い細胞が出現して腫瘍へ広がる

正常細胞 → がん細胞 → がん組織

6

がんの特徴

- 自律性増殖
良性腫瘍も自律的に増殖
- 浸潤と転移
隣接臓器へ、遠隔臓器へ拡大
- 悪液質
栄養を奪って全身が衰弱
- 脳腫瘍は良性であっても、重篤な影響を及ぼすのでがん登録の対象となることが多い

良性腫瘍との違い

- 良性腫瘍も自律性増殖
- 浸潤と転移、悪液質をおこすことはない
- 増殖のスピードもゆっくり
- 圧迫症状をきたすことはあるが、外科的に完全切除すれば再発することは原則としてない

がんの進行

消化管系や尿路・生殖器
内腔
管腔臓器の例
症状(-) 症状(±) 症状(+)
早期がん 進行がん
粘膜
粘膜下層
血管・リンパ管が豊富
浸潤
転移

転移

- リンパ行性
リンパ液の流れ
リンパ節に転移
- 血行性
血液の流れ
肺や全身に転移
- 播種性
胸腔・腹腔や脳脊髄液にばらまかれるように転移

「がん」の自然史

- 「がん」は局所で発生し、
- 大きくなり(増殖・拡大)、
- 周囲組織へ浸潤してかつ/あるいは転移して、
- 生命機能/生命に致命的な影響。
- がんとともに生きていくことによる不安や心配の増強、QOLへの影響。

わが国におけるがん対策

がん対策・がん登録をめぐる最近の出来事

- 2004年4月: 第3次対がん総合戦略研究事業
- 2005年4月: がん医療水準均てん化の推進に関する検討会報告書
 - 5月: 厚生労働省がん対策推進本部設置
 - 8月: がん対策推進アクションプラン2005
- 2006年2月: 厚生労働省健康局長通知(がん診療連携拠点病院の整備について)
 - 4月: 厚生労働省健康局長ががん対策推進室設置
 - 6月: がん対策基本法成立
 - 10月: 国立がんセンターがん対策情報センター開設
- 2007年1月: がん診療連携拠点病院指定 286施設(地域254、都道府県32)
 - 4月: がん対策基本法施行、がん対策推進協議会設置
 - 6月: がん対策推進基本計画閣議決定、国会報告
- 2008年1月: がん診療連携拠点病院指定 351施設(地域304、都道府県47)
 - 3月: 都道府県がん対策推進基本計画
- 2009年4月: がん診療連携拠点病院指定 375(+2)施設(地域324、[見なし]2、都道府県51)

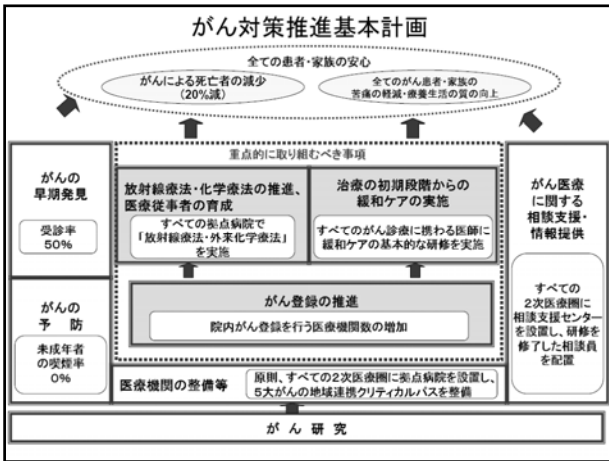
がん対策基本法

(平成16年6月成立、17年4月施行)

目次

- 第一章 総則(第一条—第八条)
 - 目的、基本理念、国の責務、地方公共団体の責務、医療保険者の責務、国民の責務、医師等の責務、法制上の措置等
- 第二章 がん対策推進基本計画等(第九条—第十一条)
 - がん対策推進基本計画、関係行政機関への要請、都道府県がん対策推進計画
- 第三章 基本的施策
 - 第一節 がんの予防及び早期発見の推進(第十二条—第十三条)
 - がんの予防の推進、がん検診の質の向上等
 - 第二節 がん医療の均てん化の促進等(第十四条—第十七条)
 - 専門的な知識及び技能を有する医師その他の医療従事者の育成、医療機関の整備等、がん患者の療養生活の質の維持向上、がん医療に関する情報の収集提供体制の整備等
 - 第三節 研究の推進等(第十八条)
- 第四章 がん対策推進協議会(第十九条—第二十条)

附則



世界保健機関 (WHO)

国家的がん対策プログラムを提唱 (National Cancer Control Program)

2002年出版

目的

- がんの罹患と死亡を減少させる
- がん患者とその家族のQOLを向上させる

予防・早期発見・診断・治療・緩和ケアについて、**証拠に基づいた戦略(evidence-based strategies)を系統的にかつ公平に実行(systematic and equitable implementation)し、限られた資源を効率よく最大限に活用(best use of available resources)することにより上記目的を達成するために計画された公衆衛生プログラム**

国家的がん対策の背景

- 既存の知識技術だけでも、目的を達成することは可能
- 1/3は予防可能、1/3は検診・治療で救命可能、残りは治療・緩和ケアでQOL向上可能
- 問題は如何に対策として実行するか

↓

国レベルでのがん対策の必要性

The cancer registry is essential to cancer control, and cancer control is essential to (the survival of) the cancer registry.

B. K. Armstrong (1992)

「がん登録」なくして「がん対策」は成り立たないし、逆に、「がん対策」を実施しないのであれば、「がん登録」は必要ない

国立がんセンター がん対策情報センター

がん対策基本推進計画 がん登録の整備

19

国立がんセンター がん対策情報センター

がん対策基本計画 (2007)

はじめに

1. 基本方針
2. 重点的に取り組むべき課題
3. 全体目標並びに分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標
 - 1) 目標及びその達成時期の考え方
 - 2) 全体目標
 - 3) 分野別施策及びその成果や達成度を計るための個別目標
 - がん医療
 - 医療機関の整備等
 - がん医療に関する相談支援及び情報提供
 - がん登録
 - がんの予防
 - がんの早期発見
 - がん研究
4. **がん対策を総合的かつ計画的に推進するために必要な事項**

22

国立がんセンター がん対策情報センター

(4) がん登録 (個別目標)

●院内がん登録を実施している医療機関数を増加させるとともに、すべての拠点病院における院内がん登録の実施状況(診断から5年以内の登録症例の予後の判明状況など)を把握し、その状況を改善することを目標とする。

→院内がん登録実施状況調査を実施する。

●また、すべての拠点病院において、5年以内に、がん登録の実務を担う者が必要な研修を受講することを目標とする。

→院内がん登録実務者に対する教育・研修を推進する。

●さらに、がん登録に対する国民の認知度調査を行うとともに、がん登録の在り方について更なる検討を行い、その課題及び対応策を取りまとめることを目標とする。

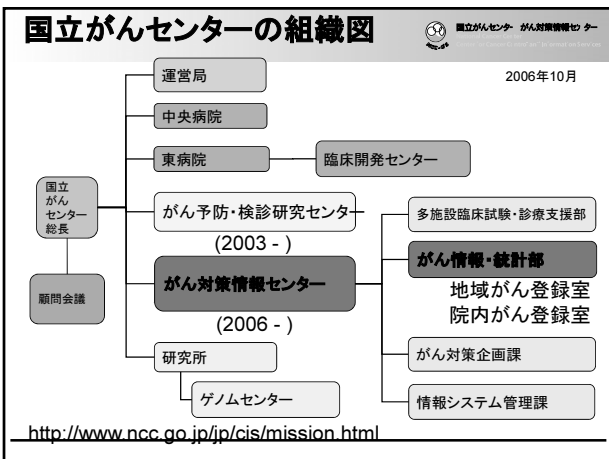
22

国立がんセンター がん対策情報センター

がん対策基本計画におけるがん登録整備の戦略

- がん診療連携拠点病院における院内がん登録の整備
 - 286施設→375(+2)施設(2009年4月)
 - 診療報酬加算、補助金
- 登録手順の標準化(院内・地域)
 - 研究班による取り組み
 - 標準方式の決定・標準システムの開発と導入
- がん登録実務者の確保
 - 教育研修(初級、中級、指導者研修会)
- 地域がん登録の登録精度の向上
 - 拠点病院の指定拡大
 - 拠点病院以外の病院への院内がん登録の普及
 - 拠点病院へのがん患者の集約
- 既存統計の有効活用
 - 人口動態統計死亡・住民基本台帳による予後調査

22



国立がんセンター がん対策情報センター

がん登録の種類

24

がん登録の必要性(例)

- ・乳癌の罹患数が多いのか？
→罹患の把握の徹底とリスク要因の同定・予防対策の実行
- ・早期発見ができていないのか？
→検診プログラムの普及と品質管理システムの確立
- ・治療が悪いのか？
→地域較差・施設較差の把握とその原因を把握

対策のためには
すべて
がん登録が必要！

乳癌(女性)
死亡率に地域差

年齢調整死亡率
年齢階級別の人口構造が、全国の平均的な人口構造(通常は昭和60年モデル)と同じであった場合の死亡率の高さを表します。

75歳未満 年齢調整死亡率(2005)

がん登録の種類

- 地域がん登録
都道府県(市)が実施主体
地域のがん罹患の把握
公益性が高い
詳細な情報は集めにくい
- 院内がん登録
医療施設が実施主体
施設のがん診療実態の把握
施設としての取り組み
診療情報管理レベルを反映
- 臓器がん登録
学会・研究会が実施主体
病期分類などの評価
医師の篤志的参加
詳細な情報集めやすい

—診療科データベース

がん登録の特性

- 悉皆性(全数調査の達成度)
- 情報の粒度(細かさ)
- そして、目的

情報が異なる

情報の粒度 ↑

悉皆性 →

- 診療科DB (目的診断・治療の評価)
- 臓器がん登録 (診断・治療の評価)
- 院内がん登録 (施設機能・施設較差の評価)
- 地域がん登録 (罹患・地域較差の評価)

「第3次対がん総合戦略研究事業」キャッチフレーズ

～がんの罹患率と死亡率の激減を目指して～

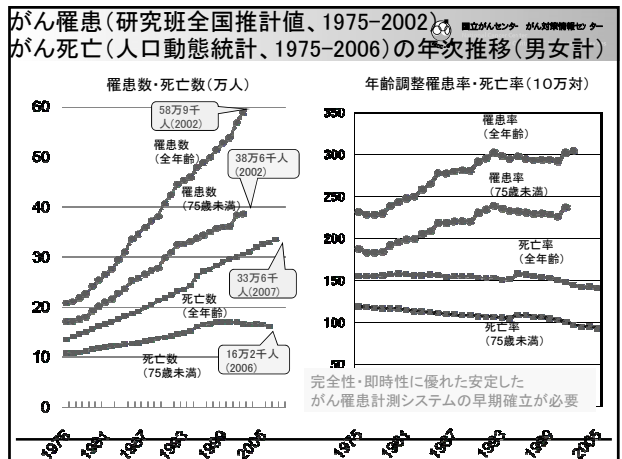
がん統計(評価指標)	計測システム
がん死亡数、率	人口動態統計
がん罹患数、率	地域がん登録
がん生存率 (地域) (施設) (詳細情報)	地域がん登録 院内がん登録 臓器別がん登録

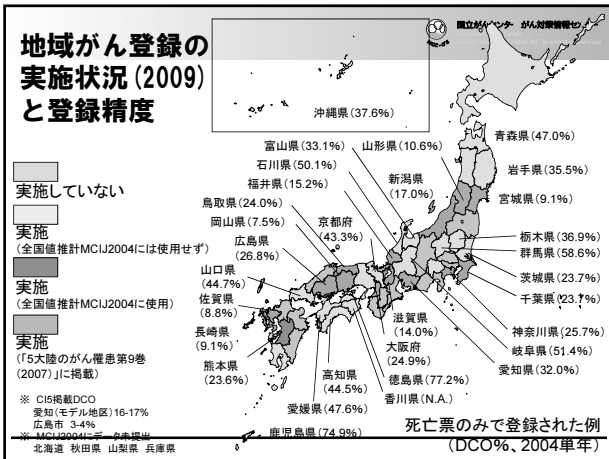
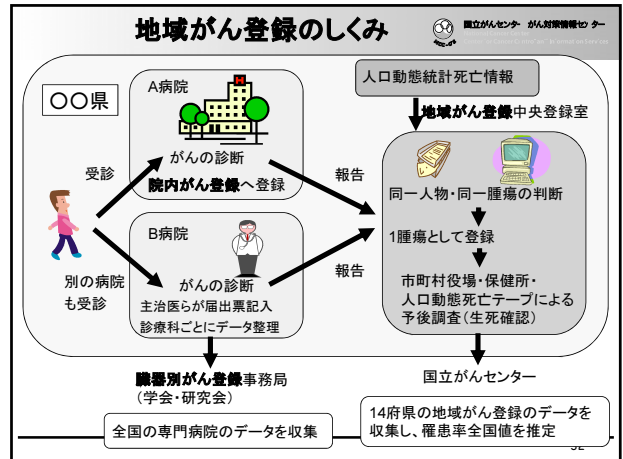
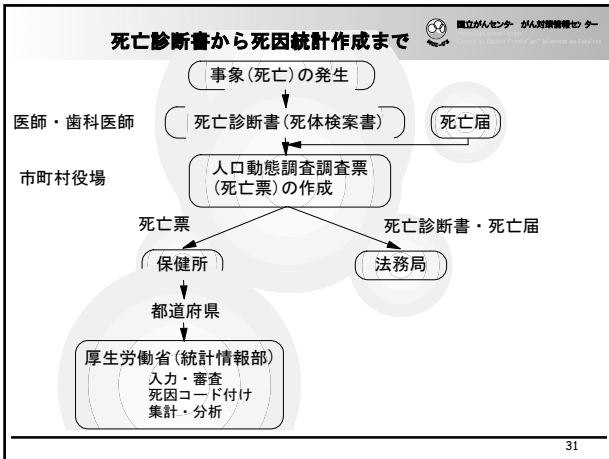
28

がんの実態把握に関するわが国の現状

- がん死亡情報
 - 人口動態統計にて全数が実測されており、半年遅れで概数が、約1年遅れで確定数が報告される。
 - 2009年1月報告(2008年推計値) 343,000人
 - 2009年9月報告(2008年確定数) 342,963人
- がん罹患情報
 - 1975年以降、5~14府県の地域がん登録に基づいて、厚労省研究班により全国値が推計されているが、全国値について実測値は存在しない。4~6年遅れで報告される。約20%の過小評価と推定される。
 - 2000年以降の全国推計は国がん(3次がん祖父江班)が担当
 - 2008年3月報告(2003年) 641,594人
 - 2009年9月報告(2004年) 648,491人

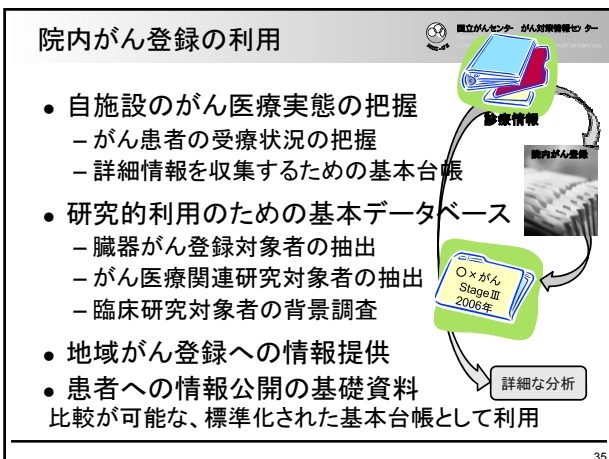
29





院内がん登録と施設の診療実績 -院内がん登録でどんなことがわかるか-

34



院内がん登録情報の限界

- 患者の全経過を把握することが難しい
 - 診断時の情報と初回治療情報、予後情報のみ
 - 前医の診断・治療情報の精度が不十分
 - 自施設における新しい治療内容の把握も困難
 - 死亡退院時などに最終的な情報を確認
 - 診療後の治療医の情報は無理
- 施設間の情報交換が困難
 - 情報交換の手順が標準化されていない
- 臨床医の持つ情報との定義などの乖離
 - UICC TNM分類、取扱い規約など

36

標準的な院内がん登録の普及によること

- 行政・国としては
 - 地域がん登録の登録数・その精度が向上
 - 他国のがん登録・がん対策と比べた対策立案
 - 拠点病院のがん診療の指標が得られる
- 医療施設としては
 - 他の施設との比較(ベンチマーキング)が可能
 - がん患者さんの名簿が得られる
- 臨床医としては
 - 標準化されたがん患者さんの名簿が得られる
 - 予後情報付の名簿が得られる

37

がん診療連携拠点病院
院内がん登録
標準登録様式
登録項目とその定義
2006年度版 修正版
(標準様式2006年度版修正版)

標準項目 49項目

http://ganjoho.ncc.go.jp/hospital/cancer_registration/registration01_01.html

38

院内がん登録の登録項目(1)

- 患者基本情報
 - 患者ID、重複番号、氏名、性別、生年月日
- 診断情報
 - 診断時住所、当該腫瘍初診日、他施設診断日、自施設診断日、来院経路、発見経緯、診断区分、施設診断、治療方針、(症例区分)
- 腫瘍情報
 - 診断名コード、部位の側性、組織診断名コード、診断根拠、病理標本由来
 - UICC TNM分類とその病期、進展度←病期分類

ICD-O
国際疾病分類
腫瘍学

TNM
国際腫瘍学分類

39

院内がん登録の登録項目(2)

- 初回治療情報
 - 初回治療開始日、入院日、外科的治療の有無、体腔鏡的治療の有無、内視鏡的治療の有無、外科的・体腔鏡的・内視鏡的治療の結果、放射線治療の有無、内分泌療法の有無、TAEの有無、PEITの有無、温熱療法の有無、レーザー焼灼の有無、その他治療の有無
- 予後情報
 - 生存最終確認日、死亡日、予後調査結果、予後調査方法
- 管理情報
 - 登録日、定義バージョン

40

院内がん登録で得られるがん関連情報

- 来院までの経過
- 来院時の状況
 - 治療前の病期(がんの進み具合)
- 治療方針の決定と実施
 - 病理学的病期(がんの進み具合の確認)
 - 治療効果の評価情報(初回治療のみ)
- 予後関連情報
 - 生存期間など <将来的には生存率>

41

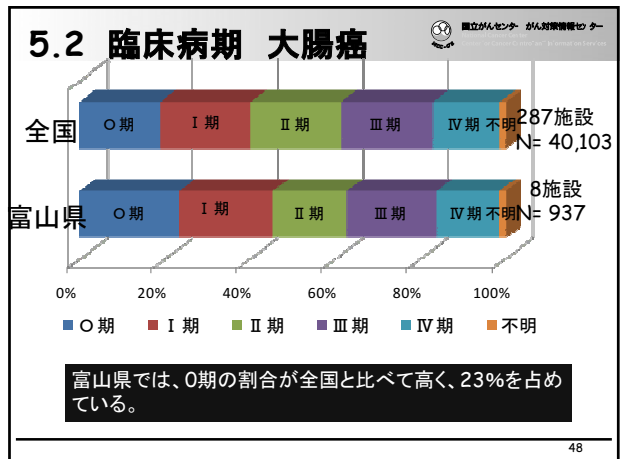
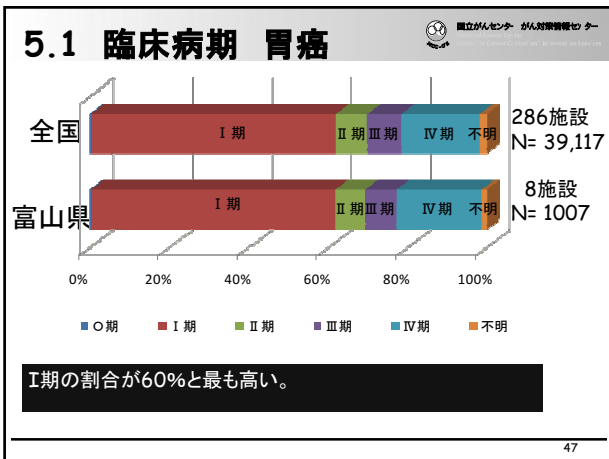
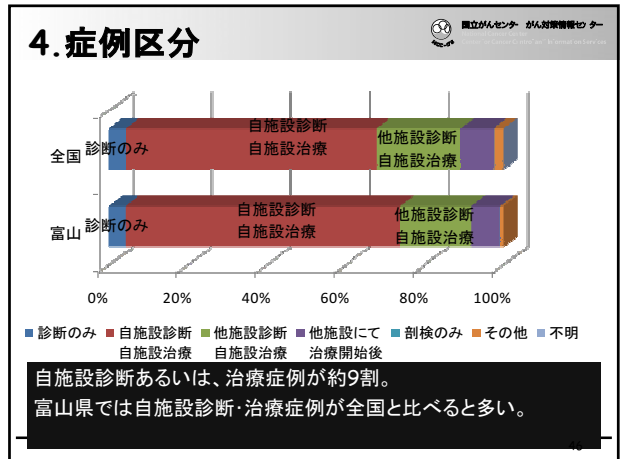
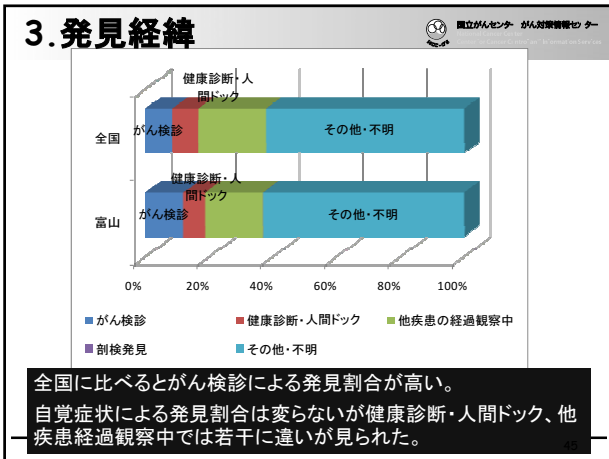
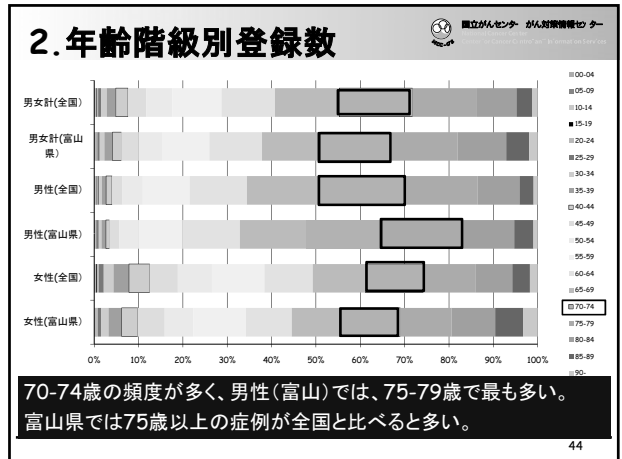
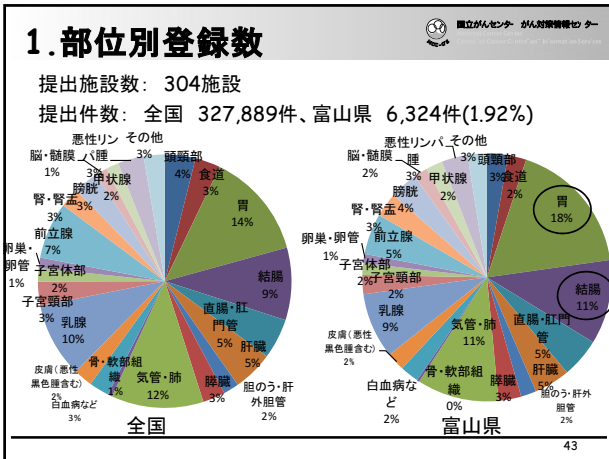
拠点病院の全国集計

- 2007年診断症例(2007/1/1~12/31)を2009年3月にがん診療連携拠点病院から収集
 - 305施設から約32万件のデータを収集
 - 11月に拠点病院に報告書送付

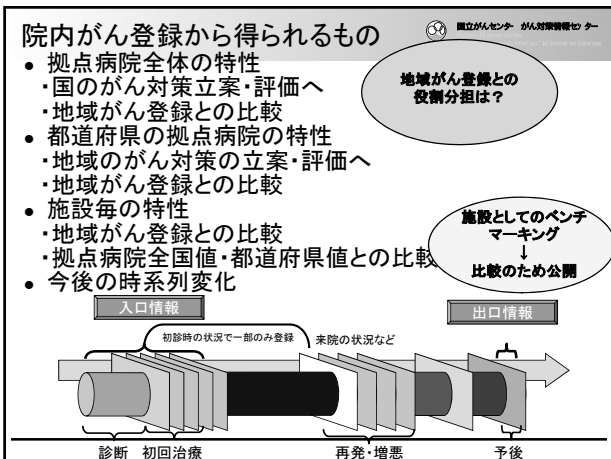
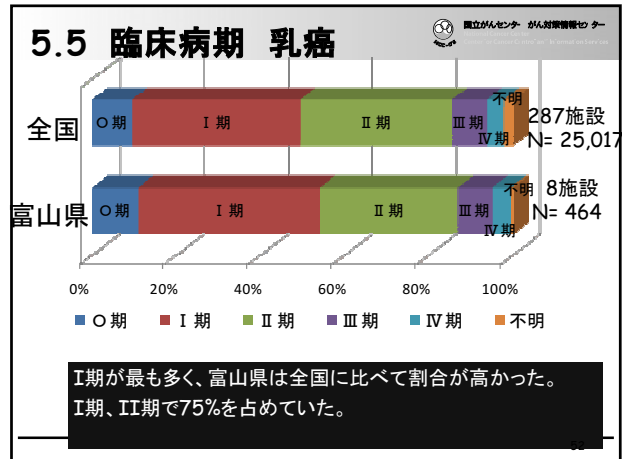
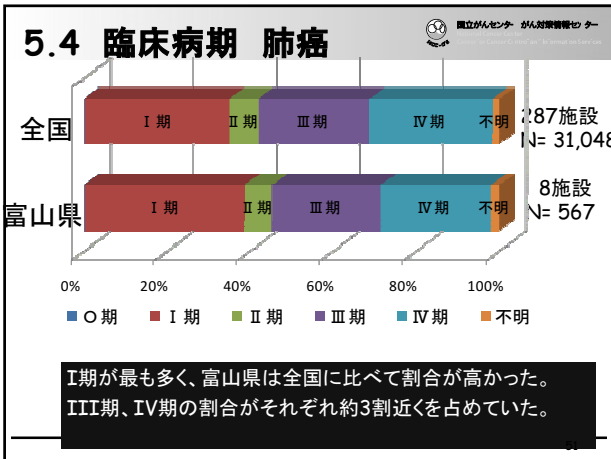
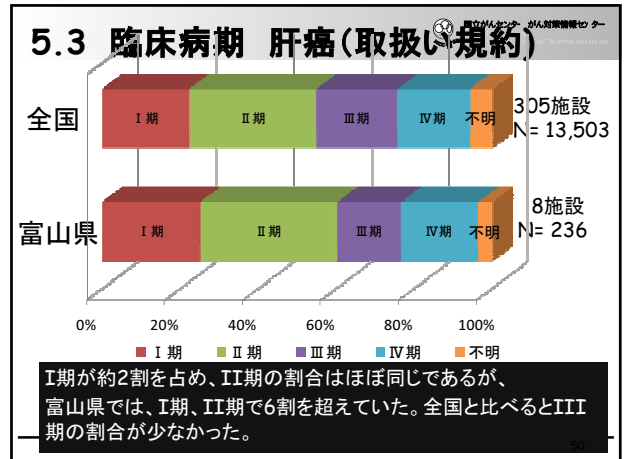
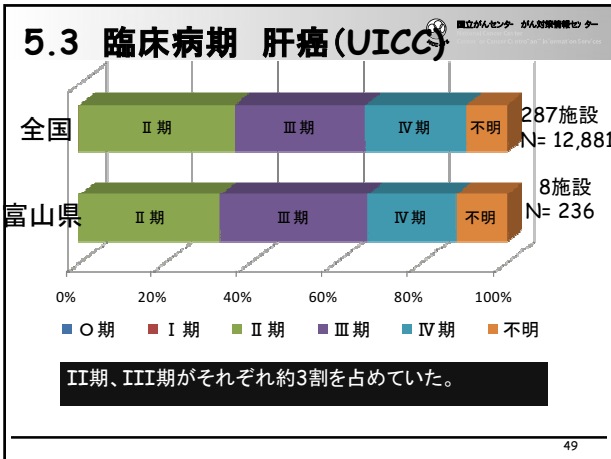
http://ganjoho.jp/professional/statistics/hosp_c_registry.html

がん診療連携拠点病院院内がん登録全国集計

42



わが国のがん対策を考える：がん登録からみえること



- ### まとめ
- 悪性新生物(がん)の罹患数、死亡数とともに増加傾向にある。
 - がん対策基本法は国家的がん対策プログラムであり、全ての患者・家族の安心を目指す。
 - がん対策推進計画の目標達成のために、がん登録によるモニタリングが必要となる。
 - がん登録には3つあり、それぞれの目的や役割を理解することが大切である。
 - 院内がん登録集計データを利用し、施設の実態を把握し、地方自治体のがん対策の一助となることが期待される。

これからのがん看護

山本 恵子

富山大学附属病院 がん看護専門看護師

平成20年の死亡数は114万2407人で、そのうち悪性新生物の死亡数は34万2963人であり、死亡総数の30.0%を占めました。我が国のがん対策は1984年の対がん10カ年総合戦略に始まりましたが、がん死亡の増加は勢いは止まらず、そういった状況で平成18年6月のがん対策基本法の成立は、がん医療へ取り組みの大きな追い風となりました。現在は平成19年のがん対策推進基本計画に基づき、がん死亡者の減少とすべてのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質向上を目標に掲げ、国を挙げてがん対策に取り組んでいるところです。かつてアメリカが1971年に国家がん対策法を施行し cure から care へと大きな変貌を遂げたように、日本のこのがん対策基本法にも熱い期待が寄せられています。

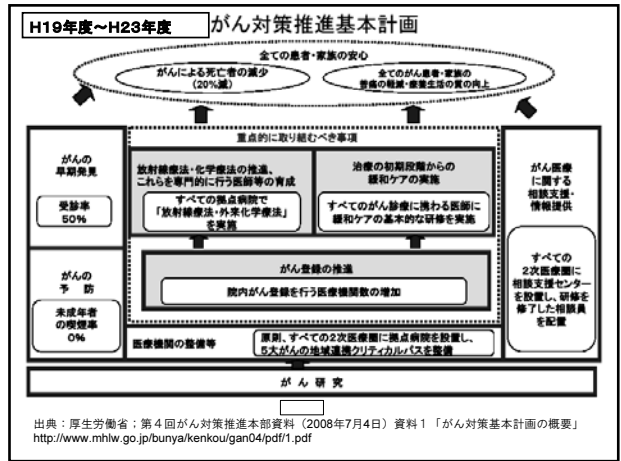
この状況の中、がん看護の役割の重要性が増していることは言うまでもありません。特に、増加するがんサバイバー（がんの診断を受け、生き続ける人々）への支援については問題が山積しています。しかし言い換えれば、看護が力を発揮する余地がたくさん残されているということでもあります。外来通院中のがん患者のサポートについて

は、最近看護外来を設立する動きが活発にみられています。あるいは治療から離れて長期生存するがん患者のサポートについては、患者会やサポートグループの支援といった面でがん精通した看護師の存在が必要とされています。また、在宅がん患者のサポートについては、各県に在宅緩和ケア支援センターの設置を進められており、同時に5大がんの地域連携クリティカルパスの導入も進んでいるため、訪問看護におけるがん看護の比率がさらに大きくなると予想されます。さらには超高齢化時代を迎えて施設でのがん患者の看取りなど、これまで病院中心であったがん看護の活躍の場は、地域へと大きく広がっています。

私は昨年11月にがん看護専門看護師の認定を頂いたばかりの新米専門看護師です。未だ十分な活動ができていませんが、地域がん診療連携拠点病院であり、高度先進医療を提供する特定機能病院でもある大学病院に所属するがん看護専門看護師としての現在の活動の実際と課題について、最後に今後の活動の展望についてお話をさせていただきます。

これからのがん看護

富山大学附属病院
がん看護専門看護師 山本恵子



- ### がん対策基本推進基本計画から見えるがん看護の役割
1. がん予防の生活指導(特に禁煙)、早期発見のがん検診啓蒙活動、自らの実践
 2. がん治療における専門性の高いがん患者ケア
 3. がん早期からの緩和ケア:すべてのがん患者・家族の苦痛の軽減、療養生活の質の向上
 4. がん相談支援・情報提供⇒がんサバイバーへの支援、意思決定支援
 5. 5大がん地域連携クリティカルパスにおけるがん看護:在宅がん患者のサポート(訪問看護の充実)
 6. がん看護に関する研究

- ### がん予防、早期発見
- ・ がんの予防**
 運動、食生活、喫煙面での生活習慣の改善が鍵。
 どんな疾患であれ入院は、がん予防の重要性を教育するための絶好の機会となる。
 - ・ がんの早期発見**
 日本のがん検診の受診率は、もっとも高い肺がんでも22%程度。H23年度までに50%以上とするのが目標。まず医療者自らも検診受診を実践すべき。

早期発見のがん検診啓蒙活動

がんの部位によって予防の重点が異なることを理解すること

乳がん 子宮がん	<ul style="list-style-type: none"> ● 早期発見・早期治療 (症状が出てからでもまず大丈夫)
胃がん 大腸がん	<ul style="list-style-type: none"> ● 早期発見・早期治療 (早期発見が決め手)
肺がん 肝がん	<ul style="list-style-type: none"> ● 早期発見・早期治療よりは発生予防

肺がん:たばこ対策
肝がん:C型肝炎キャリア対策

H21年度:相談支援センター相談員基礎研修会:大阪府立成人病センターがん相談支援センター 大島明氏 資料より

がん予防の生活指導・特に禁煙

国民の健康を守る専門職としての責務を果たすためには、たばこの健康被害に関する知識を増やし、自らの健康を守ることが出発点であることの認識を高めることが必要である。

看護者の喫煙率の半減、職場内喫煙率ゼロを目指して!!

	喫煙率	喫煙率	
看護職女性 (2006年)	18.5%	看護職男性 (2006年)	54.2%
一般女性 (2007年)	11.0%	一般男性 (2007年)	39.4%

専門性の高いがん患者ケア

- 何よりも、ジェネラリストによる日々のベッドサイドケアの重要性
- がん治療に関する知識を常に刷新、治療に伴う副作用マネジメント方法の理解と実施、日常生活を快適に整え、治療に向かう気持を支える看護技術と優しさが必要。
- リソースとしての専門看護師：がん看護、精神看護、
- 認定看護師：緩和ケア、がん化学療法看護、がん性疼痛看護、乳がん看護、がん放射線療法看護

がん早期からの緩和ケア

- がんと診断された時から、緩和ケアが始まる。積極的ながん治療に並行して、治療に伴い生じる苦痛症状の緩和が必要。しかし、なかなかこの考えが浸透しない。
- 医師への緩和ケア研修は強く勧められている。看護師も同じ緩和ケア研修を受けることによって、すべてのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質向上が期待できる

がん相談支援・情報提供

- 患者の相談窓口：相談支援センター、各診療科の外来、がん療養支援室、看護相談室、看護外来…などの機能充実を図る。
- 増加するがんサバイバーへの支援：患者会やサポートグループの支援
- がん患者のための教育プログラム：“I CAN COPE” PROGRAM
- ホスピスケア研究会「がんを知って歩む会」
- 聖路加国際病院におけるサポートグループ「がんと共にゆったり生きる会」

サポートグループについて

- (セルフヘルプグループ：患者同士の会)
- サポートグループ：医療者が運営するグループによるサバイバー支援
- 参加者の心理的、感情的側面への効果：抑うつ、不安、孤独感などの減少
- がんの医学的治療や生活に対する取り組み姿勢への変化：自らの治療をコントロールしているという感覚を持てる、自分自身の人生や生活を見つめ直すきっかけとなる。
- 新たな社会資源の獲得：サバイバー同士の連帯感が得られる。

看護外来

- 「在宅療養指導料」在宅医療を中心とした項目に関する処置の自己管理に関する指導を、看護師が外来で指導を行った場合に算定できる
- 療養指導室
- がん看護外来
- 糖尿病看護外来
- 乳がん看護外来
- 腎不全看護外来
- 小児看護外来 など

外来における看護の充実。質の高い看護を提供する

在宅がん患者のサポート

- 在宅緩和ケア支援センターの設置、5大がん(肺がん、胃がん、肝がん、大腸がん、乳がん)の地域連携クリティカルパスの導入により、今後さらに入院医療から在宅療養への移行が進む
- 訪問看護におけるがん看護
疼痛緩和をはじめとした症状緩和に関する知識、技術に精通し、在宅医をはじめ、薬剤師、理学療法士などチームで積極的に取り組める看護師。在宅での看取りももっと増える可能性。
- 訪問回数の制限を撤廃や、重症化している在宅療養者のために複数ステーションの連携が必要

看護と政策に関する動向

- 平成22年度の診療報酬改定に向け、厚生労働省保険局に要望書を提出。専門看護師・認定看護師の配置を評価するように求めている
- 2009年8月～、厚生労働省：チーム医療の推進に関する検討会
「医師、看護師等の役割分担について」
「看護師等の専門性の向上について」
「ナースプラクティショナー（慢性的な疾患・軽度な疾患については、看護師が処置・処方・投薬できる）の導入に関する検討」

OCNSとしての活動内容

<院内>

- 電話相談対応、外来相談対応
- がん患者の在宅療養支援・地域連携
- 緩和ケアチームカンファレンスとラウンド（毎週金曜日、15:30～17:30）
- 緩和ケア会議（月1回）：緩和ケアチームの運営について話し合う。
- 緩和ケア講演会の企画・運営
- リンパ浮腫相談（セルフドレナージの指導、弾性スリーブの紹介）
- 院内において「緩和ケア」や「がん看護」に関する講義を担当

<院外>

- 「がん看護」に関する講義・講演活動

今後の活動の展望

これまでの1年は地盤固め、これからは活動の範囲をいかに拡大していけるか

- 入院・外来がん患者・家族が自由に相談できる場所・機会の確保にむけての取り組み
- 院内がん看護相談・検討会の開催にむけての取り組み
- 認定看護師との連携体制の確立へむけての取り組み
- 自らの研究への取り組み

看護師のスピリチュアルケア測定尺度の開発

江口富子¹⁾, 落合 宏²⁾, 塚原節子³⁾, 上野栄一⁴⁾

- 1) 医療法人和敬会谷野呉山病院
- 2) 医療法人生仁会須田病院
- 3) 岐阜大学医学部看護学科
- 4) 福井大学医学部看護学科

要 旨

本研究では、看護師のスピリチュアルケア測定尺度の開発を目的とした。

対象は、看護師374名。スピリチュアルおよび看護師のスピリチュアルケアについて、自由記載によるアンケート調査を実施し、帰納法的に概念を抽出、さらに文献に依拠した概念を抽出した後、質問紙原案を作成し因子分析した。その結果、第1因子は「霊的アプローチ」、第2因子「死生観」、第3因子「自然と他者との関係性」、第4因子「生きる意味」、第5因子「愛と受容」、第6因子「永遠のいのちへの希望」と命名された。合わせて6因子60項目で構成した尺度が開発された。本尺度の信頼性係数は全体で、0.9以上を示した。また、本尺度と「スピリチュアリティ測定尺度」との相関は高かった。以上のことから、本尺度は高い信頼性と妥当性のあることが検証された。

キーワード

看護師, スピリチュアルケア, 尺度

序

人間の健康を「肉体的, 精神的, 社会的, スピリチュアル的」としてとらえることは医学的にも、看護学にとっても欠かすことの出来ない重要な問題である。スピリチュアルな問題は人間の心の奥深い所に存在する魂, すなわち人間であるがゆえのもの, と考えるからである。人間が特に病を持ちながら痛みと闘うとき想像に絶するものがある。人の痛みを全人的に理解することは看護師にとっても見逃すことのできない課題である。人間を尊厳ある人として見れば見るほどスピリチュアルケ

アを含めた心のケアが重要となる。それは患者として当然受けるべき権利を尊重することにもつながる。本研究では教育および臨床においてもっとスピリチュアルについて理解し、心を豊かにしていく必要があると考え研究に取り組んだ。

さて看護の実践能力は、看護教育にあると言っても過言ではない。看護における学校教育は幾度となく改正が繰り返されてきた。しかしこの講義の中身においてもスピリチュアルに関する問題は、いっこうに取り上げられてはこなかった。そこには「宗教」というイメージが大きいのしかかってきたためと考えられる。

中村・長瀬²⁾は「宗教という言葉が、日本人にとって悪いイメージがあるために、偏見を生じる危険性があるためであろう。」と述べている。

また、今村³⁾らは、スピリチュアルという用語には、「自己の存在の根底をなすもの」と、「自己を超越したものと関わり」という二つの要素が共通していることが明らかになったと述べ、スピリチュアルケアに際しては、まず医療者自身がスピリチュアルな側面に対する意識を深め、死生観を深めることが重要である。」と結論づけている。

また鈴木⁴⁾によれば、特に終末期医療で、『スピリチュアルケア』という概念が注目されるようになっており、患者のスピリチュアルな苦悩を緩和するケアの重要性が議論されるようになってきている。

また、安藤ら⁵⁾によれば、医療の分野では特に死に直面する人々に、霊的苦痛 (spiritual pain) が発生することを重く受け止め、①人生の意味の探求、②納得のいく死、③死を超える希望を求めること、とその重要性を述べている。

WHO⁶⁾の定義によれば緩和ケアの目的は「治療に反応しなくなった患者に対する積極的で全人的なケアであり、患者と家族にとって可能な限り最高の QOL を実現することである」すなわち、疼痛をはじめとする様々な症状を緩和し、精神的ケアやスピリチュアルなケアなどを通して、死の瞬間まで生き生きとした生を支え、患者が家族との別れを乗り越えていけるように支援することである。つまり、単に身体的な症状や社会的な状況を整えるだけでなく、患者や家族が真に望んでいること、病や死に向かいつつも幸福であり続けること、と述べている。

田村⁷⁾はスピリチュアルについて、いまだ適切な日本語訳がないこと、その語源が聖書にあるため、宗教と同義であると解釈されやすいことなどの理由から共通の理解を得るには至っていないと述べている。これらの指摘から、スピリチュアルとは「人間に生きる意味や目的を与える根源的なものと考えられる」と指摘している。

J. McCloskey ら⁸⁾は、看護介入分類 (NIC) において、霊的支援の定義を「偉大なパワーとの

バランスと結合を感じられるように患者を援助すること」としている。看護成果分類 (NOC) (第2版)⁹⁾・看護ケアを評価するための指標の中では健康と生活の質を取り上げ、その定義として「自己、他者、天来の力 (神)、あらゆる生命、自然宇宙—これらと自分が調和している。そしてそれが、卓越した力を自分に与えてくれると表現すること」と述べている。

看護診断ハンドブック (第6版)¹⁰⁾・霊的苦悩 (魂的苦悩) の定義では「患者個人またはグループが、人生に対する強さや希望、そして意味を与えてくれる信念システムまたは価値システムに障害をきたしている状態、またはその危険性がある状態」と述べている。

ところで、窪寺¹¹⁾の調査によると、がん患者の苦痛には『肉体的苦痛、精神的苦痛、社会的苦痛、そして霊的苦痛』の4つがあることを指摘し、その上でこれら全ての苦痛からの緩和は患者の権利である」と述べた。

WHO¹²⁾は「痛みからの解放は、すべてのがん患者の権利とみなされるべきであり、患者が痛みの治療を受けられるように図る方策は、この権利を尊重することである」と述べている。WHOに関わる国際的専門家グループの共同意見として発表された。この意義は、二つの点で非常に大きい。第1はスピリチュアルペインの存在を認めた点。第2はスピリチュアルペイン緩和への努力が医療機関に求められた点である。

健康の定義にスピリチュアルな側面を取り上げたことで、人の「いのち」は、人格を包むものとして医療、看護においてもスピリチュアルなケアは非常に重要なこととして受けとめていく必要がある。それは患者に対して尊重することにもつながる。このような理由から、スピリチュアルについての理解を深めることは、看護職にとってなくてはならない要素であると考えた。患者を全人的に捉えケアするには、身体的側面、精神的側面、社会的側面、そしてスピリチュアルな側面を考える必要がある。これらの4つの側面から考えた全人的ケアは必須であり、包括的なケアを見直す上で「スピリチュアルケアの重要性を明らかにすることは、ケアの質を高め看護の能力を発揮させ、

看護の内容に影響を及ぼす、非常に重要な役割を果たす」ということにつながるものと考えた。

本研究では、スピリチュアルの概念を、帰納的手法と演繹的手法により抽出し、得られた概念から、看護師のスピリチュアルにはどのような因子があるかを明らかにし、スピリチュアルケアを測定できる尺度を開発する。

用語の定義

Spiritual (スピリチュアル)

本研究では、スピリチュアルをSpirit「魂」や「息」「聖霊」など、人間に生きる意味や目的を与える根源的なものとして使用した。

スピリチュアルケア

スピリチュアルケアとは「人生の意味と目的を探求することにおいて人生を生きるための力や希望を見出すための援助」であり、QOLを高めるには不可欠なケアで、特に死の危機に直面して人生の意味や苦難の意味、死後の問題などが問われ始めたとき、その解決に対し人間を越えた超越者や内面の究極的自己に出会う中に見つけ出せるよう援助するケアである。

看護師のスピリチュアルケア

患者と家族の心の痛みや叫びを徹底的に聴き、相手に慰めを与え、生きる意欲や生きる意味・目的を看護師が明らかにしていく援助で、看護師が患者・家族に寄り添いながら、共感的、相互依存的に、また、患者・家族と医療者の水平な関係を保ちつつ、看護師は患者と共にいることを念頭に置き、スピリチュアルケアを行うことができることをいう。

研究方法

本研究は次に示す手順〔調査Ⅰ、調査Ⅱ、調査Ⅲ、統計解析(因子分析)〕で行った。

1. 研究方法

調査Ⅰ 帰納的手法によるアイテムプール

「Spiritual (スピリチュアル) について日頃考えておられること(個人に聞く質問)」また、「看護師に必要なスピリチュアルケア能力」につ

いて看護師に対し自由記載によるアンケート調査を行い、得られた用語から「スピリチュアルおよび看護師に必要なスピリチュアルケア」に関する用語を抽出した。次に意味内容の類似性に基づき抽象度を高めた。

1) 対象

全国緩和ケア病院承認(2005年時点)151施設に対し、20施設を乱数表にて選んだ。看護部長の同意を得た9施設に対しアンケート協力依頼。37名より回答を得た。また全国の福音主義医療関係者協議会の中から看護師25名を無作為に選んだ結果、7名より回答を得た。合わせて44名。

2) 調査期間および回収方法

①調査期間：2006年3月3日～同年3月20日

③回収方法：郵送法にて実施し返信用封筒を同封。

無記名で回答を得たものを直接研究者まで返送。

3) 分析方法

回収された調査内容について「Spiritual (スピリチュアル) について得られた用語を取り出し得られた用語を分類し概念化する。

4) 結果

(1) 回答を得た44名の内容を分析した結果、「スピリチュアル」については157の用語が得られた。また「看護師に必要なスピリチュアルケア能力について」は106の用語が得られた。

(2) 以上の用語から「スピリチュアルについて」は、次に示す7つの概念を抽出することができた。①「神・超越的存在」②「人の根源である魂」③「自己を知る」④「痛みを知る」⑤「信仰と福音」⑥「信念・価値と教え」⑦「御霊の実」

また、「看護師に必要なスピリチュアルケアについて」3つの概念①「生きる意味」②「死生観の確立」③「患者・他者へのかかわり」を抽出できた(表1)。

調査Ⅱ 文献に依拠したアイテムプール

スピリチュアルに関する用語を抽出し一覧表を作成する。

表 1 看護師のスピリチュアルケアで得られた概念

概念	項目
神—超越的存在	「神」「創造主」「全能（スピリチュアルが生きる）」「目に見えない」「実存」「身体的、精神的、社会的でもなく超えたもの」「イエスキリスト」など10項目
人の根源である魂	「魂」「霊的側面」「全ての人にあるもの、終末期だけではない」「精神的」「人の心の中」「心」「心の奥に秘めているもの」「奥深いもの」「人間の一番深いところにある」「人間にとって核になるもの」など23項目
自己を知る	「自分自身を知ること」「人間性」「自分自身に問い続ける」「生きている意味はあるのか」「自分自身のスピリチュアリティを知ること」「知識あるか」「無力であると自覚」「出来ない時の自分の力を認めることが出来ること」など10項目
痛みを知る	「身体の痛み、身体が病む時心も病む」「心の痛み」「苦痛の一つ、薬では取れないもの」「弱さを認めること」「今までの人生をふりかえり気になっていたこと」「解決したい、清算したい」「生きていく苦しみ、死んでいく苦しみ」など21項目
信仰と福音	「信仰」「赦し」「福音」「愛」「解放」「希望」「生きるものとされ、まさしくスピリチュアル」以上7項目
信念、価値と教え	「信念、その人自身の思いや考え」「信念」「見えぬものを信じたり、感じられること」「自分がスピリチュアルな存在である事が解る必要がある」「生きている意味を見出すこと」「存在価値」「人生、意味、大きな内容を含んだもの」「自分の中に見出だそうとする大きな力」「よりどころ」「価値」「価値観」「神との健全なつながりにはたらきかけるもの」など55項目
御霊の実	「神とのまじわり」「愛に恵まれた人」「支えを持っている」「喜び」「平安、平和」「柔和」「親切」「寛容」「謙遜」「誠実」「自制」「神の栄光を現す」など15項目
生きる意味	「生きる力」「新生している人」「本人がスピリチュアルを認めていること」「スピリチュアルの痛みが何かを知っていること」「キリストの聖霊を持っている人」「聖霊に導かれて生きる人」「本質的理解」「人間にとって必要」など38項目
死生観の確立	「スピリチュアルを意識できること」「信仰がスピリチュアルケアに欠かせない」「イエスキリストの犠牲を伴う愛を実現してゆける能力」「死は終わりではなく、天への凱程を受け入れた人」「死後の世界」「いのちの永遠を感じる」「気」「死生観を持っていること」「あるがままの自分を開示できること」「自分自身しっかりした価値観を持っていること」「祈り」「感性を養うこと」など29項目
患者、他者との かかわり	「スピリチュアル、そのことを表現していくことに気付くこと」「スピリチュアルに関し、理解しケアができること」「患者のもつ人生観を引き出せる」「全人的ケアができる」「愛の看取りができる」「愛と気付き」「愛をもって行動」「死を目の前にして希望を伝えることが出来るナース」「自己受容が出来る人」「こころの叫びに十分かかわっていける人」「寄り添うこと」「尊重」「最後まで患者の思いに付き添う忍耐」「患者に仕える能力」「素直にみていく心」など39項目

内容が同じである用語はまとめて分類し分類された用語を概念化する。

1) 対象

先行文献および医学雑誌や著書よりスピリチュアル項目を抽出する（医学中央雑誌にて、「スピリチュアル」に関するシソーラス用語で検索）。

2) 調査期間および回収方法

- ①調査期間：2005年10月1日～2006年3月30日
- ②回収方法：研究者が対象施設に行き、直接回収または返送（着払い）とする。

3) 分析方法

スピリチュアルに関する先行文献、および雑誌や著書より「Spiritual（スピリチュアル）」について述べられた用語を抽出した。得られた

用語から同じような用語は1つにまとめ、分類し概念化した。

4) 結果

文献・著書からスピリチュアルについて用語を抽出したところ、440用語が抽出され、その中から50の概念が抽出された。

調査Ⅰ、調査Ⅱによるアイテムプールの統合

上記1. 2. の両方で得られた用語と概念を統合し、同じような概念は1つにまとめ、概念を構築し、更に得られた用語と概念から本調査に用いるアンケート原案を作成する。信頼性の確保には、スーパーバイザーにみてもらい助言を得た。

第一段階

帰納法、演繹法で得られた用語を統合した結果、

8概念と183の用語に分類された。8概念の内訳は、①「自己理解・4用語」②「人生観・13用語」③「霊的痛み・5用語」④「自然との関係性・7用語」⑤「人間関係・28用語」⑥「基本的看護観・49用語」⑦「死生観・22用語」⑧「信仰・信念55用語」。

183の用語の中には似かよっている用語があったため、それらの79の用語を削除し、類似した内容の用語は一つに統合し整理した結果104の用語が採用された。

上記で選ばれた104の用語と8つの概念を、更に見直した結果、上記8つの概念はそのまま採用し、104の用語下位概念について、解りにくいものは修正した。

第二段階

上記で採用された8つの概念と104の用語の内、わかりにくい用語、又似かよった用語があったため、一方を採用し、一方を削除した結果、87の用語が採用された。

上記8つの概念と87の用語についてスーパーバイザー2名、緩和ケア病棟の看護師及び、がん看護専門看護師にスーパーバイズを受け、その結果82用語が採用され、以下の5つの用語が似通っている用語があったため削除された。

項目31「人格的豊かさが大事である。」項目36「看護とは健康の回復（あるいは平穏な死）を手助けすることである。」項目55「死の迎え方は一人ひとり違う。」項目72「聖霊による慰めについて理解できる。」項目75「霊的緩和ケアを実践できる」以上5つの用語が削除された。

第三段階

採用された8概念と最終的な82の用語を示した(表2)。

8概念は自己理解、人生観、霊的痛み、自然との関係性、人間関係、基本的看護観、死生観、信仰・信念であった。

第四段階

最終概念と質問項目の抽出

82の用語から、質問項目として、尺度開発の為のアンケート原案を作成した。

2. 調査票の構成

調査票は、質問紙原案第1回目と・大学院生10

名に行ったテスト用質問紙の結果を踏まえアンケート調査表(質問紙原案)を作成した。また併存妥当性の検証に中村(2004)の「スピリチュアリティ測定尺度」を用いた。

3. 調査Ⅲ(本調査)

1) 目的

アンケート調査を集計し、因子分析によって看護師のスピリチュアルケア能力の測定尺度を開発する。

2) 対象

県内外の15施設の看護部長に依頼し、同意の得られた一般病院に勤務する看護師330名に実施した。

3) 調査期間

2006年10月5日～同年11月5日

4) 調査方法

質問票(質問紙原案)の配布および回収方法

- (1) 調査開始前に、対象施設となる総合病院の施設長・看護部長に研究の趣旨、方法の説明をまず初期の段階で、電話で調査依頼をする。
- (2) 承諾を得た施設の看護部長宛に研究の趣旨について文章化した説明文と見本となる調査票と同意書をつけ返信封筒を付けて郵送する。
- (3) 施設の看護部長に対し調査用紙と回収用袋、さらに返信用袋を同封。調査に御協力をいただくため、看護師長宛に研究の趣旨についての説明文をつけ送付した。
- (4) 調査票の配布は、了解が得られた病院の看護師長に依頼し、各病棟に回収袋を設置してもらった。
- (5) 調査票の回収は、締め切り期日に病院単位で着払いにて返送してもらった。但し近隣病院へは調査者が直接出向いて期日に回収した。

4. 倫理的配慮

アンケート調査依頼を事前に電話をし、承諾を得た病院の看護部長へ、依頼文と質問項目の見本を添え同意を得た。さらに看護部長には、同意書に記名了解を得た。

アンケートは、(1)無記名で実施する。(2)回答は自由意志である。(3)いつでも拒否でき、拒否

することによる不利益は生じない。(4)回答したくない内容は答えなくてよい。(5)本研究で得た情報は研究にのみ使用する。(6)得られたデータはすべてパソコンで処理し、個人が特定されるこ

とはない。(7)得られた質問票はすべて鍵のかかる保管庫に入れる。(8)研究終了後は、調査票をすべてシュレッダーにかけてさらに焼却処分する。以上のことを説明に加えた。アンケートは、同意

表 2 採択された 8 概念

概 念	項 目
自己理解	「自己を知るには自分の内面を見直すことである」「人間とは何かを知るには、他人と神とそして自分自身との関係を解決すること」「自分自身のスピリチュアリティを知ることである」「悔い改めは、罪ある自己をありのまま受容することであるが、聖霊が働かずしては不可能である」以上 4 項目
人生観	「真実を知ることが重要である」「生きる意味がわかる」「生きる希望には永遠のいのちへの希望がある」「人生の真の意味を理解するには、信念・価値についての教えが大事である」「信念・価値は人間の本来のあるべきところである」以上 5 項目
霊的痛み	「痛みを知るには、生きていく苦しみ、死んでいく苦しみがわかる」「痛みの意味には、魂の痛みがある」「痛みの意味は、死後の世界、神の存在について知ること含まれる」「罪意識があってはじめて悔い改めがおこる」以上 4 項目
自然との関係性	「人間は深い魂の声を聴く謙虚さが必要である」「自然との調和は、慰めを与えてくれる」「人間は、神と自分自身と、他者と調和を保って生きている」「人間のすばらしさにはいのちの尊厳がある」「自然との中に人間としての尊厳がある」「人生最後にたたかうべきことは、'如何に尊厳をもって死にのぞむか、である」以上 6 項目
人間関係	患者の自己決定を支えることができる」「他者を無条件に愛することができる」「相手に対し、あるがまま受け入れる受容的態度がある」「死の受容に至るプロセスを知っている」「人間尊重の信念を持つことが重要である」「患者の心の声を聴く力が重要である」「素直な気持ちをもつことが大事である」 「いつも患者の側の視点でみる」「家族支援には、家族関係を知ることが重要である」「家族の悲しみに対応できる」「人格的豊かさが大事である」「全人的ケアには、患者の持つ人生観、死生観を理解することが重要である」「全人的ケアには、患者・他者（人・自然）との関わりが大事である」以上 13 項目
基本的看護観	「自分の看護観をもっている」「人間は、統一体である」「看護は、最大限の健康の可能性を達成することが出来るように援助することである」「看護とは生命力の消耗を最小限にすることである」「看護とは健康、健康の回復（あるいは平穏な死）に個人を手助けすること」「看護は質を重視する」「看護は人間性を癒す視点に立つ」「看護の独自の機能について知っている」「ターミナルケアとは、死の恐怖・不安からの解放への心理的援助である」「看護実践には、心理的（不安や苦しみ）アセスメントが重要である」「看護には、霊的ケアができることである」「看護には、全人的援助が必要である」スピリチュアルについて、認識できる」「患者の生活（人生）における意味・目的・安楽・長所・希望の根源を明らかにし、統合できる」「求める患者の能力の成長を促進できる」「ケアはケアする人の疾病観によって左右される」「死への準備教育」は大切であることを知っている」「患者の無言のサインを受け止めることができる」「看護師の役割と責任において患者から最後まで逃げ出さないで患者の側に居続けることが大事である」「患者から闘病の力をひきだすことができる」など 26 項目
死生観	死の迎え方は一人ひとりちがう」「充実した死への援助が受けられるよう配慮できる」「死の準備とは、望ましい死への援助・生への援助でもある」「人を神の国への旅路に導きだすことができる」「死の恐怖・不安からの解放が必要である」「死生観をもっている」「尊厳ある死（「いのちの尊厳」, 「人間という存在としての尊厳」, 「個人の尊厳」）について知っている」「人生を、希望と勇気をもって生きられるよう援助することができる」「霊的な問題について会話することができる」「死後のいのち」への関心がある」「永遠の霊的いのちについて知っている」「悔い改めができる」以上 12 項目
信仰・信念	「聖書や経典を読む患者の心を理解できる」「神の存在への追求について、理解できる」「総合的なアプローチ（身体的、心理的、社会的、霊的アプローチ）ができる」「自己、他者、神、あらゆる生命、自然、宇宙と自分が調和している」「良い人生を送る最大の秘訣は、神に信頼することである」「聖霊による慰めについて理解できる」「充実した死への援助ができる」「いのちの質についてわかる」「霊的緩和ケアを実践できる」「永遠の希望について理解できる」「患者の抱いている希望を見出せるように助けることができる」「祈ることができる」「祈りは神と人をつなぐ重要な生命線である」「超越的存在を知っている」「人間の根源である魂は、生きる力の源でもある」など 17 項目

の得られた対象者にのみ実施した。

尚、本研究は倫理審査委員会の承認を得た。

5. 尺度原案の作成

1) 尺度の評価方法

各項目の評価方法は、5段階評定（Likert法）尺度とする。（「当てはまる」→5点、「やや当てはまる」→4点、「どちらでもない」→3点、「あまり当てはまらない」→2点、「当てはまらない」→1点）。

2) 統計処理

- (1) 相関係数：各項目の相関係数0.7以上の項目は、どちらかの項目を削除する。
- (2) 因子分析：因子負荷量0.4以上の項目を採用する。斜交回転（プロマックス法）の実施。
- (3) 因子数の決定：スクリープロット法を用い、又固有値1.0以上を基準とする。

3) 信頼性と妥当性

信頼性の検討にはCronbachの α 係数の算出、テスト-リテスト（再テスト法）（2週間のインターバルを置く）を合わせて検討した。

結 果

調査票の配布と回収は以下の通りであった。

第一回調査：配布330部、回収299部（回収率90.6%）、有効回答数262部（有効回答率79.4%）

第二回調査：配布330部、回収255部（回収率77.2%）、有効回答数250部（有効回答率 75.7%）

1. 対象者の属性

分析対象者は、228名であった。その属性は、年齢：平均値35.6±9.6歳、性別では、女性283名（97.9%）、男性5名（1.7%）、学歴では、大学院卒0名、大学卒22名（7.6%）、短期大学卒21名（7.3%）、専修学校卒（2年課程）71名（24.6%）、専修学校（3年課程）卒171名（59.2%）、その他3名（1.0%）、看護師の経験年数は12.9年±9.0年であった。

2. 因子の妥当性の検討

1) 因子負荷量

因子負荷量0.4以上のものを基準に、項目を選択したところ、項目82項目のうち0.4未満の項目

が16項目（1・4・5・9・10・11・13・14・18・24・25・29・34・45・52・65）あり、0.4未満の項目を削除し、66項目が選択された。

2) 2軸にわたる因子負荷量

2軸にわたって因子負荷量0.4以上のものを指標としたところ、項目71番「良い人生を送る最大の秘訣は、神に信頼することである。」は、第1因子の因子負荷量0.693、第6因子の負荷量が0.495と2軸に渡っているため削除した。

3) 相関係数による質問項目の類似性

各項目間の相関係数を検討し、 $r=0.7$ 以上のものはいずれかを削除した。その結果、相関係数0.7以上のものは、項目NO.78「祈ることができる。」と項目NO.79「祈りは神と人をつなぐ重要な生命線である。」があり、項目NO.78「祈ることができる。」を採用した。また項目NO.80「超越的存在を知っている。」と項目NO.81「魂の意味について知っている。」があり、項目NO.80「超越的存在を知っている。」を採用した。

4) G-P分析

項目NO.29「家族支援には、家族関係を知ることが重要である。」が得点上位群と下位群と比較した結果（t-test）、 $p>0.05$ であった、他の項目はすべて $p<0.05\sim 0.001$ であった。

5) 基準関連妥当性の検討

中村（2004）のスピリチュアリティ測定尺度と本尺度との相関は、 $r=0.604$ （ $p<0.001$ ）の高い相関があった。

6) 尺度の信頼性の検討

- (1) クロンバックの α 係数を指標にしたところ尺度全体の α 係数は0.9505を示した。
- (2) 第5因子は0.6644、第6因子は0.4088と α 係数はやや低い、項目数が2項目～3項目であり、また項目自体が測定項目として必要不可欠な項目であり、特に問題は無いと判断した。

7) 正規性の検定

- (1) 正規性の検討について、尖度と歪度の検証をスクリープロット法にて検証した（図1）。
- (2) 基準としては、尖度と歪度の値が絶対値1未満の項目を採用。すなわち、絶対値1以上の項目1「自己を知るには自分の内面を見直

すことである。」は（もともと削除されている）。

- (3) 項目29「家族関係を知ることが重要である」も（もともと削除されている）」
- (4) 項目31「人格的豊かさが大事である。」，項目36「看護とは健康の回復（あるいは平穏な死）を手助けすることである。」，項目55「死の迎え方は一人ひとり違う。」，項目72「聖霊による慰めについて理解できる。」，項目75「霊的緩和ケアを実践できる。」，上記を削除した。
- (5) 尺度合計得点は正規分布をなしていた（尖度0.317，歪度0.350）。

3. 抽出された尺度の因子（全6因子）と構成60概念

因子数の決定には，固有値1以上とし，スクリープロットにより6因子として（図1），因子分析を実施した（最尤法，プロマックス回転）。

- 1) 第1因子には15項目の概念があり「霊的アプローチ」と命名した。
- 2) 第2因子には19項目の概念があり「死生観」と命名した。
- 3) 第3因子は16項目の概念があり「自然と他者との関係」と命名した。
- 4) 第4因子には5項目の概念があり「生きる意味」と命名した。
- 5) 第5因子には3項目概念があり「愛と受容」と命名した。
- 6) 第6因子には2項目概念があり「永遠のいのちへの希望」と命名した。

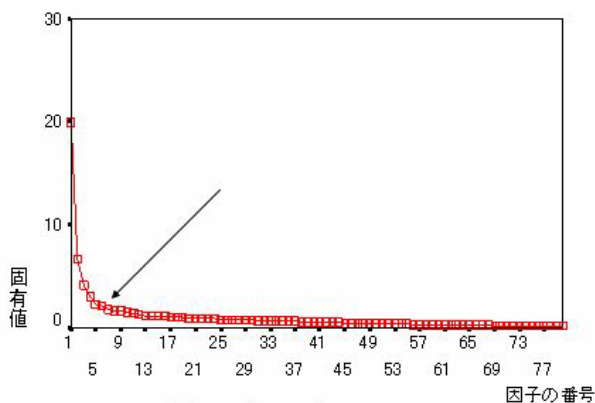


図1 スクリープロット

4. 開発された看護師のスピリチュアルケア測定尺度（表3）。

（下記番号は尺度原案の質問項目NO）

霊的アプローチには，Q42「看護には，霊的ケアが必要である。」Q44「スピリチュアリティについて，理解できる。」Q58「人を神の国への旅路に導きだすことが大切である。」Q62「霊的な問題について会話することができる。」Q63「死後のいのちへの関心がある。」Q64「永遠の霊的いのちについて知っている。」Q66「聖書や経典を読む患者の心を理解できる。」Q67「自分の魂と，患者との魂のふれあいができる。」Q68「神の存在への追求について，理解できる。」Q69「身体的，心理的，社会的，霊的アプローチができる。」Q70「神と自然と自分が調和している。」Q76「永遠の希望について理解できる。」Q78「祈ることができる。」Q80「超越的存在を知っている。」Q82「魂は，生きる力の源でもある。」が抽出された。

死生観には，Q20「悲嘆の援助が出来る。」Q24「死の受容に至るプロセスを知っている。」Q26「患者の心の声を聴くことができる。」Q28「いつも患者の側の視点でみている。」Q39「看護の独自の機能について知っている。」Q46「求める患者の能力の成長を促進できる。」Q47「疾病観を持っている。」Q30「家族の悲しみに対応できる。」Q49「コーディネーターとしての役割ができる。」Q50「患者の無言のサインを受け止めることができる。」Q54「患者からの闘病の力を引き出せる。」Q56「充実した死への援助が受けられるよう配慮できる。」Q60「死生観をもっている。」Q61「尊厳ある死について知っている。」Q21「患者の自己決定を支えることができる。」Q33「自分の看護観をもっている。」Q73「充実した死への援助ができる。」Q77「希望を見出せるように手助けすることができる。」Q74「いのちの質についてわかる。」について抽出された。

自然と他者との関係性には，Q40「看護には，死の恐怖—不安からの解放への心理的援助が必要

である。」Q41「看護実践には、心理的アセスメントが重要である。」Q43「看護には、全人的援助が必要である。」Q48「死への準備教育は大切である。」Q51「看護には役割と責任があることを認識している。」Q53「看護師間の連携が必要である。」Q57「死の準備とは、望ましい死への援助・生への援助である。」Q59「死の恐怖・不安からの解放が必要である。」Q15「自然との調和は、慰めを与えてくれる。」Q16「人間は、他者と調和を保って生きている。」Q17「人間は素晴らしい、いのちの尊厳をもっている。」Q18「自然の中に人間としての尊厳がある。」Q19「如何に尊厳をもって死にのぞむかを考えることが重要である。」Q32「全人的ケアには、他者（人・自然）との関わりが重要である。」Q37「看護は質を重視する。」Q38「看護は人間性を癒す視点に立つ。」

生きる意味には、Q02「人間とは何かについて知っている。」Q03「自分自身のスピリチュアリティを知っている。」Q06「生きる意味がわかる。」Q08「人生の真の意味を理解できる。」Q12「死後の世界、神の存在について知ることができる。」

愛と受容には、Q22「他者を無条件に愛することができる。」Q23「相手に対し、あるがままに受け入れることができる。」Q27「素直な気持ちをもつことができる。」

永遠のいのちへの希望には、Q07「生きる希望には永遠のいのちへの希望がある。」Q35「看護とは生命力の消耗を最小限にすることである。」

考 察

開発した本尺度は、「看護師のスピリチュアルケア測定尺度」として、高い信頼性と妥当性を示した。第1因子「霊的アプローチ」は看護師のケアの根幹をなす非常に重要な因子であり、また第2因子から第6因子は第1因子「霊的アプローチ」の影響を受け、看護師のケアに大きく影響を及ぼすものと考えられた。そこで開発された測定尺度

は看護師のケア実践に活用できる非常に有用な尺度と考える。

看護師にとってスピリチュアルケア能力の構成要素については、因子分析により、6つの要因からなることが明らかとなった。

看護の実践力を付けていくためにも得られた尺度は、今後の教育において、あるいは医療の臨床において人々の健康を考えた希望に満ちたケアが提供されていく為にも期待するところが大きいと考える。

看護者は、患者や家族はスピリチュアルな問題を抱えていることを前提でケアに当らなければならない。そのためにも、今後益々質の高い次元のこととして看護学生の育成、看護教育、医療の現場においてもケアの専門家である看護師の役割は大きい。また、看護師のスピリチュアルケア能力は患者にとって「QOLを高めていく、なくてはならない能力」に成り得ると考えた。

本郷らは、ケアの質担保やケア提供者である看護師の職業的発達のために看護師及び看護学生のスピリチュアリティの発達の変容を解明する調査や支援方法の充実の必要性について述べているようにケアの質を保証する意味でも本研究の意義は大きいと考える。また、岩本らは、日本の文献では、自己超越やスピリチュアリティの概念が多義的で、概念が確立されていないのが現状であり、日本の文化や社会を考慮した、日本人に合った自己超越性やスピリチュアリティを測定できる尺度が必要であると述べているように、今後は、文化面を考慮した尺度の開発も検討していきたい。

今後、スピリチュアルケアを活かすために、本尺度『看護師のスピリチュアルケア測定尺度』を利用して、看護師自身の自己理解を深め、患者へのよりよいスピリチュアルケアを活かすことが出来る。

窪寺¹³⁾は、「今日までの医療はこのようなケアを扱ってこなかった」と指摘している。スピリチュアルケアは、患者が手厚い医療を受けた後、接極的治療を止めた後においても、またどのような、危機の中にあっても変わらない手厚いケアを受けることであり、患者の権利でもある。聖書¹⁴⁾の中に「御霊の実は、愛、喜び、平安、寛容、親切、

表3 看護師のスピリチュアルケア能力測定尺度の因子分析結果

項目No.	質問項目	因子1	因子2	因子3	因子4	因子5	因子6
霊的アプローチ	Q042 看護には、霊的ケアが必要である。	0.507	-0.145	0.360	-0.093	-0.164	0.026
	Q044 スピリチュアリティについて、理解できる。	0.430	0.106	0.092	0.208	-0.151	0.061
	Q058 人を神の国への旅路に導きだすことが大切である。	0.455	-0.011	0.123	-0.045	-0.176	0.257
	Q062 霊的な問題について会話することができる。	0.558	0.275	-0.096	0.108	-0.069	-0.182
	Q063 「死後のいのち」への関心がある。	0.663	-0.234	0.129	0.182	-0.208	-0.154
	Q064 永遠の霊的いのちについて知っている。	0.661	0.005	-0.148	0.212	-0.120	-0.074
	Q066 聖書や経典を読む患者の心を理解できる。	0.475	0.033	0.229	0.146	-0.018	-0.127
	Q067 自分の魂と、患者との魂のふれあいができる。	0.645	0.293	-0.065	-0.039	0.085	-0.087
	Q068 神の存在への追求について、理解できる。	0.678	0.069	0.030	0.119	-0.047	-0.030
	Q069 身体的、心理的、社会的、霊的アプローチができる。	0.570	0.331	-0.151	-0.015	-0.023	0.004
	Q070 神と自然と自分が調和している。	0.699	0.104	-0.118	0.000	0.125	0.059
	Q076 永遠の希望について理解できる。	0.649	0.082	0.018	-0.008	0.217	0.065
	Q078 祈ることができる。	0.598	-0.093	0.191	-0.077	0.264	0.026
	Q080 超越的存在を知っている。	0.684	0.059	-0.180	0.055	0.077	0.092
Q082 魂は、生きる力の源でもある。	0.796	-0.176	0.148	-0.087	0.073	0.053	
死生観	Q020 悲嘆の援助ができる。	-0.018	0.571	-0.064	0.142	0.142	-0.033
	Q024 死の受容に至るプロセスを知っている。	0.031	0.597	0.167	-0.074	0.003	-0.330
	Q026 患者の心の声を聴くことができる。	0.077	0.464	0.186	0.011	0.278	-0.012
	Q028 いつも患者の側の視点でみている。	-0.101	0.497	0.214	0.016	0.372	0.012
	Q039 看護の独自の機能について知っている。	-0.001	0.486	0.131	-0.033	0.044	0.241
	Q046 求める患者の能力の成長を促進できる。	0.125	0.559	0.007	-0.001	0.119	0.162
	Q047 疾病観を持っている。	-0.036	0.581	-0.133	0.248	0.089	0.105
	Q030 家族の悲しみに対応できる。	-0.159	0.638	0.125	0.083	0.138	0.076
	Q049 コーディネーターとしての役割ができる。	0.159	0.555	-0.038	0.038	-0.107	0.038
	Q050 患者の無言のサインを受け止めることができる。	0.073	0.541	0.104	0.082	0.165	0.053
	Q054 患者からの闘病の力をひきだせる。	0.112	0.568	-0.052	0.057	0.058	0.052
	Q056 充実した死への援助が受けられるよう配慮できる。	0.103	0.685	-0.019	-0.103	-0.084	-0.107
	Q060 死生観をもっている。	0.171	0.407	0.036	0.285	-0.300	0.015
	Q061 尊厳ある死について知っている。	0.136	0.458	0.156	0.063	-0.137	-0.089
	Q021 患者の自己決定を支えることができる。	-0.068	0.639	0.080	0.073	0.183	-0.128
	Q033 自分の看護観をもっている。	-0.258	0.469	0.191	0.115	0.097	0.146
Q073 充実した死への援助ができる。	0.381	0.650	-0.056	-0.195	0.058	-0.115	
Q077 希望を見出せるように手助けすることができる。	0.320	0.585	-0.052	-0.089	0.169	0.014	
Q074 いのちの質についてわかる。	0.346	0.451	0.022	-0.054	0.053	-0.012	
自然と他者との関係性	Q040 看護には、死の恐怖・不安からの解放への心理的援助が必要である。	0.082	0.156	0.578	-0.190	-0.071	0.105
	Q041 看護実践には、心理的アセスメントが重要である。	0.159	0.007	0.602	-0.197	0.026	0.010
	Q043 看護には、全人的援助が必要である。	0.125	0.113	0.539	-0.148	-0.090	0.077
	Q048 「死への準備教育」は大切である。	0.001	0.163	0.403	0.038	-0.323	0.179
	Q051 看護には役割と責任があることを認識している。	-0.111	0.221	0.620	-0.065	0.024	-0.077
	Q053 看護師間の連携が必要である。	-0.246	0.094	0.667	-0.106	0.065	-0.097
	Q057 死の準備とは、望ましい死への援助・生への援助である。	0.220	0.056	0.475	-0.110	-0.137	-0.050
	Q059 死の恐怖・不安からの解放が必要である。	0.117	0.083	0.437	-0.074	-0.117	0.133
	Q015 自然との調和は、慰めを与えてくれる。	0.124	-0.273	0.501	0.311	0.017	-0.100
	Q016 人間は、他者と調和を保って生きている。	-0.115	0.002	0.614	0.163	0.063	-0.182
	Q017 人間はすばらしい、いのちの尊厳をもっている。	-0.035	-0.115	0.509	0.255	0.085	0.172
	Q018 自然の中に人間としての尊厳がある。	0.136	-0.107	0.430	0.305	0.169	0.072
	Q019 如何に尊厳をもって死にのぞむかを考えることが重要である。	0.121	0.073	0.417	0.180	0.120	-0.022
	Q032 全人的ケアには、他者（人・自然）との関わりが重要である。	0.082	-0.058	0.684	-0.145	0.181	-0.065
	Q037 看護は質を重視する。	-0.205	0.182	0.513	0.047	-0.055	0.220
	Q038 看護は人間性を癒す視点に立つ。	0.025	0.104	0.601	-0.052	0.043	0.115
生きる意味	Q002 人間とは何かについて知っている。	-0.047	0.185	-0.242	0.649	0.021	0.241
	Q003 自分自身のスピリチュアリティを知っている。	0.089	0.147	-0.172	0.519	-0.006	0.008
	Q006 生きる意味がわかる。	-0.084	0.248	-0.059	0.542	0.249	0.063
	Q008 人生の真の意味を理解できる。	0.053	0.123	-0.139	0.651	0.082	0.109
	Q012 死後の世界、神の存在について知ることができる。	0.328	-0.110	0.021	0.518	-0.180	0.098
愛と受容	Q022 他者を無条件に愛することができる。	0.035	0.378	-0.038	0.034	0.486	0.060
	Q023 相手に対し、あるがままに受け入れることができる。	0.028	0.359	-0.008	0.231	0.472	-0.015
	Q027 素直な気持ちをもつことができる。	0.054	0.169	0.316	-0.040	0.405	0.025
永遠のいのちへの希望	Q007 生きる希望には永遠のいのちへの希望がある。	0.061	-0.093	-0.077	0.331	0.100	0.482
	Q035 看護とは生命力の消耗を最小限にすることである。	-0.112	0.147	0.195	0.062	-0.105	0.424
累積寄与率		24.864	33.121	38.214	41.878	44.664	47.258

因子抽出法: 最尤法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

善意, 誠実, 柔和, 自制です」。と述べていることから読み取れるように, 人間の尊厳を考えたケアによって患者は超越的なものに気付き, 自分が生かされていること, 愛されていることに気付くのである。特に高度医療が発達し, 病を抱え, 肉体的苦痛とともに, 自分との戦いが生じてくる時期, そのような時に患者の生活の質 (QOL) を高めるには不可欠なケアであり, 死の危機に直面して生きる意味, 苦難の意味, 死後の問題など, その解決に人間を超えた超越者や, 内面の究極的自己に出会う中に見つけ出せるようケアすること, このことが「スピリチュアルケア」であると結論づけることができた。

本研究で開発された尺度を用いることによって質の高いスピリチュアルケアを提供できるものと考えられる。

結 語

1. 本研究が目的としていた「看護師のスピリチュアルケア測定尺度」は6つの因子①「霊的アプローチ」②「死生観」③「自然と他者との関係性」④「生きる意味」⑤「愛と受容」⑥「永遠のいのちへの希望」からなる6因子, 60項目となった。
6因子を導き出した8項目からなる概念は上記「自然との関係性」の概念と, 「人間関係」の概念は③「自然と他者との関係性」の因子でまとめられ, 「基本的看護観」の概念は, ⑤「愛と受容」の因子でまとめられ「霊的痛み」については, ①「霊的アプローチ」の因子となり, 「自己理解」の概念と「信仰・信念」の概念については, ⑥「永遠のいのちへの希望」と命名しまとめた。
2. 上記6因子は高い信頼性・妥当性が検証された。

謝 辞

アンケート調査で御協力いただいた全国緩和ケア病棟の看護部長はじめ看護師の皆様, および本

調査に御協力下さいました9箇所の病院の看護部長, 看護師の皆様方に対し, 深謝いたします。

本研究は, 平成18年富山大学大学院修士課程に提出した論文に加筆修正を加えたものである。

引用文献

- 1) 中村雅彦, 長瀬雅子: スピリチュアルな癒しに関するトランスパーソナル・パラダイムの展望—癒し, 医療, スピリチュアリティの相互関係. 愛媛大学教育学部紀要, 85, 2004.
- 2) 今村由香, 河正子, 菅間真美: 終末期がん患者のスピリチュアリティ概念構造の検討, ターミナルケア, 12: 425-434, 2002.
- 3) 鈴木範久: 日本の霊性, 鑑三と大拙. 財団法人松ヶ丘文庫研究年報14: pp31-42, 2000.
- 4) 安藤治, 結城麻奈, 佐々木清志: 心理療法と霊性, その定義をめぐって. トランスパーソナル心理学, 精神医学 2, pp1-9, 2001.
- 5) WHO: Palliative Cancer Care. Policy Statement Based on the Recommendations of a WHO Consultation, 1989.
- 6) 田村恵子: スピリチュアルな叫びへの援助. ターミナルケア, 10月増刊, p83, 2002.
- 7) Joanne C. McCloskey Gloria M. Bulechek: 中木高夫・黒田裕子訳: Nursing Interventions Classification (NIC), 原著第3版, 南江堂, 東京, 2004.
- 8) Marion Johnson, Meridean Maas, Sue Moorhead: 藤村龍子/江本愛子訳: Nursing Outcomes Classification (NOC), 第3版, 医学書院, 東京, 2005.
- 9) Lynda Juall Carpenito-Moyet, R.N., M.S.N., CRNP; 新道幸恵, 竹花富子訳: HANDBOOK of NURSING DIAGNOSIS, 第6版, 医学書院, 東京, 2006.
- 10) 窪寺俊之: スピリチュアルペインの本質とケアの方法・スピリチュアルペイン, 緩和ケア 9: 368-374, 2005.
- 11) WHO Technical Report Series No.804, Cancer pain relief and palliative care, 1990 世界保健機関 (編): 武田文和 (訳): がんの痛

- みからの解放とバリエーティブ・ケア, 金原出版, 東京, 1993.
- 12) 本郷久美子, 名原壽子, 鈴木恵子, 他: 三育学院大学紀要, 2 卷, 1 号, 51-89, 2010.
- 13) 岩本利恵, 佐藤武: 自己超越性に関する文献検討, 総合病院精神医学, 20 卷, 2 号 189-196, 2008.
- 14) 窪寺俊之: スピリチュアルケア入門, 三輪書店, 東京, 2004.
- 15) 聖書: 翻訳, 新改訳聖書刊行会, いのちのことば社, 東京, 1965.

The development of the scale on the measurement of nurses' perception of spiritual care

Tomiko EGUCHI¹⁾, Hiroshi OCHIAI²⁾,
Setsuko TSUKAHARA³⁾, Eiichi UENO⁴⁾

- 1) Incorporated Medical Institution Wakeikai Taninogozan Hospital
- 2) Suda Hospital, Seijinkai Medical Corporation
- 3) Nursing Course, School of Medicine, Gifu University
- 4) School of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

Abstract

The study aimed to develop the scale on the measurement of nurses' perception of spiritual care, and assess the reliability and validity of the developed scale.

A total of 374 nurses were investigated.

The open-ended questionnaire was performed to abstract the concepts of nurses' spiritual care. Also the literature concerns of spiritual care was used to abstract the concepts of nurses' spiritual care and combined the two concepts. The original questionnaire was created based on the two concepts.

As a result of factor analysis, 6 factors yielded: (1)spiritual approach, (2)view of life and death, (3)relationships between the nature and the otherness, (4)meaning of life, (5)love and reception, (6)hope to the eternal life. There were 6 factors and 60 items in the scale.

Cronbach's alphas was over 0.9 for all sub-scales and test-retest revealed high positive correlation($r=0.6$). The correlations between this scale and Self-transcendence scale(STS) were significantly positive($r=0.604$, $p<0.001$). The developed scale was named "the scale on the measurement of nurses' ability to spiritual care."

These findings suggest that "the scale on the measurement of nurses'spiritual care" is a reliable and valid measure for the skill of nurses' spiritual care.

Key words

nurse, spiritual care, scale

長期透析患者の心理状態から自己管理への援助を考察する

四十竹美千代, 若林理恵子, 八塚 美樹

富山大学大学院医学薬学研究部(医学)成人看護学1

要 旨

本研究は、長期透析患者がどのような心理状態にあるのかを振り返り、彼らへの看護支援の示唆を得ることを目的とした。

対象者は長期透析男性患者1名とし、看護経過記録をデータとした。分析は透析患者の自己管理を実践していく時の自己認知・価値・対処等に関する言動をデータとして抽出し、コード化した。その後、カテゴリー化しカテゴリーとカテゴリーの関係性について分析した。

その結果、長期透析患者の自己管理行動をめぐる心理状態として、12のカテゴリーが抽出された。長期透析患者には、2つのタイプの心理状態が存在していた。

1つ目の心理状態は【現状理解】【対処行動】【欲求】【ごまかす】【曖昧な対処行動】の5つのカテゴリーで説明された。

2つ目の心理状態は【現状理解】【対処行動】【不満】【放棄】【生・病気に対するあきらめ】の5つのカテゴリーで説明された。そして、この2つの心理状態は【希望】で支えられていた。これらの結果より、【希望】をサポートすることにより、よい心理状態へと導き、自己管理行動の維持・促進・修正へとつながる可能性があると考えられた。

キーワード

透析患者, 心理状態, 自己管理

はじめに

わが国で透析療法を必要とする腎不全患者の総数は27万人を越え、その数は今もなお増加傾向を辿っている。2007年の日本透析医学会の調査では、透析歴20年以上の透析患者数は18,724人で前年度と比べ1,197人増加し、全透析患者の割合で7.1%であった¹⁾。

透析患者にとって、食事や水分摂取等を自己管理していくことは、予後や合併症出現に影響するため必要かつ重要である一方、自己管理を一生維持し続けていくことは、ストレスを感じやすい状

況を生み出すといえる。このことは、透析患者が自己管理の必要性を理解しながらも日々の生活において、様々な不平や欲求を述べることが多い²⁾ことが報告されていることから伺え、近年の透析患者のコンプライアンスや自己管理による心理・社会的影響等に関する研究が多くなってきている^{3)~5)}こととも呼応している。

透析患者はコンプライアンスや自己管理によって、無力感や抑うつ的な心理傾向に陥り易いと報告されており⁶⁾、これら透析患者の心理状態を理解し、自己管理を支える援助は長期化する透析患者の看護を考えるうえで重要課題といえる。先行

研究において、長期透析患者の精神・心理に関する研究は、唯一春木が、【感謝と思う事】【芯の強さ】【生死についての不安】【仲間の死】【身近な人の死亡】【希望がほしい、希望をもちたい】の6つのカテゴリーを明らかにしている⁷⁾。また、精神科医や臨床心理士等が長期透析患者の精神状態について論述し⁸⁾⁹⁾、その対応についていくつかの提案をしている。

今回、私達は入退院を繰り返している長期透析患者に対して、自己管理の再構築を看護目標とした。しかし、患者は長年培ってきた身体感覚や勘を拠り所にした対処行動が身についており、自己管理を再構築する事が困難であった。この患者への援助過程において、「もう、こんな年だし。もういい。」などというあきらめの発言が多く聞かれる一方で、「自分なりにやっている」というような矛盾する発言も同時に聞かれた。この患者の発言は、春木が明らかにしている長期透析患者の心理状態である【生死についての不安】【希望がほしい、希望をもちたい】などを抱いているのではないかと推測された。透析患者の自己管理に強い影響を与えるのは自己効力感であるということが報告されているが⁷⁾、一方で看護師は透析患者が人生で培ってきた価値観や生き方を理解し、看護援助に役立てることが必要であるといわれている⁸⁾。

そこで今回、長期透析患者がどのような心理状態にあるのか、その心理状態を振り返る事を研究の目的とした。研究結果から長期透析患者の自己管理行動への援助を考察し、援助プログラム開発の一助とする。

研究方法

1. データ収集および期間

平成19年6月から7月までの1ヶ月の看護経過記録をデータとする。

2. 研究対象

透析歴13年以上の長期透析患者 1名

3. 分析方法

1) 自己管理を実践していくにあたっての自己認知・価値・対処等に関する言動を看護経過記録

から抽出し、コード化する。

2) コードをその類似性・相違性にしながら、カテゴリー化し、カテゴリー名をつける。

3) カテゴリーとカテゴリーの関係性について分析し、結果図に表し、その意味内容を文章化する。

4) 5年以上の透析臨床経験者3名で分析し、質的研究者からスーパーバイズを受けた。

4. 倫理的配慮

プライバシー保護のため資料は全て匿名とした。看護記録を分析するにあたって対象者からは、口頭で同意を得た。

事例紹介

A氏 70歳代 男性 無職

病名：糖尿病性腎症、慢性腎不全

透析導入：1995年、透析歴13年

家族構成：本人、妻（70歳代、元看護師）、長男夫婦の4人暮らし

治療法：食事療法（1800Kcal、蛋白質50g、脂質55g、炭水化物280g、塩分7g、K1500mg水分制限500ml/日）、透析療法（血液透析 3回/週 各4時間）

行動特性：A氏は、長年培ってきた自己流の身体感覚や勘を拠り所とした自己管理行動が身についており、疾病に対する知識は豊富であるため、医療者からの助言を受け入れようとしなかったことが多々みられた。さらに、看護師に自己流の自己管理方法を誇示しようとする場面もみられた。

現病歴：透析導入以来、心不全を併発し入退院を繰り返していた。本人は“風邪を引き易いので入退院を繰り返している”という認識であった。2、3年前より入院期間の延長、入退院を繰り返すようになった。今回も心胸比の拡大がみられ、心不全の治療目的で入院となった。今年に入って2度目の入院である。入院中、時々昆布など塩分の多い食品を摂取したり、水分制限以上の水分を摂取する場面がみられた。

結 果

心理的状态として【現状理解】、＜自覚症状の把握＞、＜自己理解＞、【対処行動】、＜具体的な対処行動＞、＜実体験からの対処行動＞、【欲求】、【ごまかす】、【はっきりしない対処行動】、【肯定的解釈】、【装う】、【不満】、【放棄】、【生・病気に対するあきらめ】、【希望】、【言い聞かせる】の12のカテゴリー、4つのサブカテゴリーが抽出された(表1)。(カテゴリー【】サブカテゴリー＜＞で示す。)以下、対象者の言葉に方言が含まれているため、方言箇所は下線を引き○内は研究者が補足説明をした。

1. 【現状理解】

サブカテゴリーは＜自覚症状の把握＞と＜自己理解＞の2つで構成された。各サブカテゴリーの内容を以下に示す。

＜自覚症状の把握＞では、腎機能低下に伴い、貧血症状や胸水貯留による呼吸困難などの自覚症状が出現し、「いつも苦しいもん」、「起きあがるとふらふらする」などの発言がみられ、自覚症状を把握していた。

＜自己理解＞では、病気が発症する前には出来ていたことが出来なくなって他者に頼ったり、「体重3.2kg増えたら、それだけ透析の時早く抜くがよ (抜くことになる)。そしたら透析の後す

表1 透析歴13年を経たA氏の自己行動をめぐる心理状態

カテゴリー	コード
現状理解	
自覚症状の把握	呼吸状態を把握している 貧血症状を自覚している 普段の状態を把握している
自己理解	薬物管理に自信がない 倦怠感を自覚し他者に頼っている 体重測定の可能性を把握している
対処行動	
具体的な対処行動	長年の経験から症状出現を予測し対処している
実体験からの対処行動	失敗した体験を踏まえて、同じ失敗を繰り返さないようにしている
欲求	塩分の多い食べ物を好んでいる 控えたほうがよい食品を分かっているが好きなものを食べたいという思いがある
ごまかす	指摘されて焦っている
曖昧な対処行動	あいまいな発言をしている 塩分を多く摂り過ぎないようにしている 濃い味の食べ物を控えている
不満	塩分制限による物足りなさを感じている
放棄	過去に上手く食事管理できなかった経験より食事管理できないと思っている
生・病気に対するあきらめ	高齢であることを理由に死に結び付けている 現実から逃げようとしている
希望	胸水穿刺に希望をもっている 透析で胸水が抜けることを期待している
言い聞かせる	「大丈夫」と続けて発言している
装う	大丈夫と発言しているが呼吸状態に乱れがある
肯定的解釈	現在の状態の悪い面ばかりではなく良い面も見つけている

ごいだるくなる。3.2kgまでなら大丈夫なんよ(大丈夫なんだよ).」と発言がみられ、体重測定の必要性を把握するなど現在の状況を理解していた。

2. 【対処行動】

サブカテゴリーは<実体験から対処行動が生まれた>と<具体的な対処行動>の2つで構成された。各サブカテゴリーの内容を以下に示す。

<実体験から対処行動が生まれた>では、昔朝食を簡単に済ませようとカリウムの多いバナナを食べ、大変な思いをした経験があり「カリウム高くなったら大変だよ」と発言がみられ、同じような失敗を繰り返さないよう、「バナナを食べない」などと決意したような発言がみられた。

<具体的な対処行動>では、長年の経験から、「ビールは体重すぐ増えるから、あんま飲まん(飲まない)。焼酎飲んでいる」と発言がみられ、体重増加を最小限にする工夫をしていた。また、どのような時に症状が出現するのか予測できるようになり、症状が出現する前に「車椅子持ってきてくれっか(持ってきてくれるか)」と症状の出現を予防していた。

3. 【欲求】

【欲求】では、「しょっぱいもの食べたくなるわ」、「家では味噌汁2/3ぐらい飲むよ。あんま飲めんねか(飲めない).」など、制限の中で欲求を示す発言がみられた。

4. 【ごまかす】

【ごまかす】では、「ちょっとよ、ちょっと」と家で漬物を食べたり、病室で昆布を食べたりした事実をごまかすような発言がみられた。

5. 【曖昧な対処行動】

【曖昧な対処行動】では、「果物はあまり食べん(食べない)」、「濃いやつはあんま食べん(食べない)ようにしとる」など、食事制限の食品は理解しているが、食べないとの発言は聞かれず、曖昧な発言がみられた。

6. 【不満】

【不満】では、「水分500mlちゃ(500mlは)少ないわ」、「家では漬物食べとった。食べていても何ともなかった」など、制限に対する不満を示す発言がみられた。

7. 【放棄】

【放棄】では、「昔は(糖尿病の)指導いろいろ受けたけど、そんなうまくできるわけないねかよ(できるわけがない)。難しいし。もう忘れたわ」、「いいがやちゃ(しなくていい)」など、過去にうまく食事管理できなかった経験から食事管理をする必要性への意欲の低下がみられ、自分の好きなようにしたいという気持ちを抱いていた。

8. 【生・病気に対するあきらめ】

【生・病気に対するあきらめ】では、前回胸水穿刺をしたときは、多量に排液があったが、今回では、排液量が少なく(3cc程度)胸水が抜けずショックを受け、「(胸水)そのままなんか…(そのままになっているのか)」と発言がみられ、「もう年だからな。死ぬがやちゃ(死んでいくんだ)」といったように高齢であることを理由に死に結びつけていた。

9. 【希望】

【希望】では、「あとは水抜けば終わりやな」、「透析で抜けたらいいんやけどな」と胸水穿刺や透析に希望をもっていた。

10. 【言い聞かせる】

【言い聞かせる】では、胸部X線検査など検査に行く際に、「大丈夫、行けっちゃ(行ける)」、「大丈夫、大丈夫」といったように、「大丈夫」と、自分に言いながら教え諭し検査などに行っていた。

11. 【装う】

【装う】では、症状が出現し、移動時など呼吸状態の乱れがあったが、「大丈夫」と発言し、何もないようにとりつくろっていた。

12. 【肯定的解釈】

【肯定的解釈】では、慢性腎不全を発症した当初は、「病気になって、最初は「よわったな（困ったな）」と思っていた。でも今は仕方ないって思って、生きるために透析やるんだって思ってる」といったように、前向きな考え方をしており、悪い面ばかりでなく良い面も見つけていた。

抽出された12のカテゴリーと4つのサブカテゴリーから2つのタイプの心理状態が推察された(図1)。

1つ目の心理状態は、腎機能の低下に伴い貧血症状や呼吸困難などの〈自覚症状を把握〉し、体重が増えすぎることによって透析後の倦怠感が強くなる事を〈自己理解〉するなど、【現状理解】をしていた。

これまでの症状や食事に対して様々な〈具体的な対処行動〉や〈実体験からの対処行動〉として【対処行動】をとってきていたが、その中で【欲求】と【不満】が生じていた。食事制限から物足りなさを感じて【欲求】が現れ、漬物を食べるなどルーズな面もみられた。その事実を【ごまか

す】、曖昧な発言をするなど、【曖昧な対処行動】をとるという心理状態であった。

2つ目の心理状態は、【現状理解】【対処行動】までは同じ心理状態であった。その中で「水分500mlちゃ少ないわ」などという制限に対する【不満】から「自分の好きなようにしたい」「どうでもよい」という【放棄】の気持ちがみられた。また、治療が予定通りに進まない事や高齢であることを理由に死を結び付けて【生・病気に対するあきらめ】の気持ちが生じるという心理状態であった。

この2つの心理状態を支えるのは、「透析で胸水が抜けたらいいな」というような「生きたい」という【希望】であった。生きるための【希望】から「大丈夫」と自分に【言い聞かせる】、症状が出現しても何事もないように【装う】、そして「なるようになる」と捉えていた。また慢性腎不全を発症した当初は、「病気になってよわったな」と思っていたが、現在は「仕方ない、生きるために透析をやっているんだ」と前向きな考え方に変わり、悪い面ばかりでなく良い面も見つけているという【肯定的解釈】がみられた。【言い

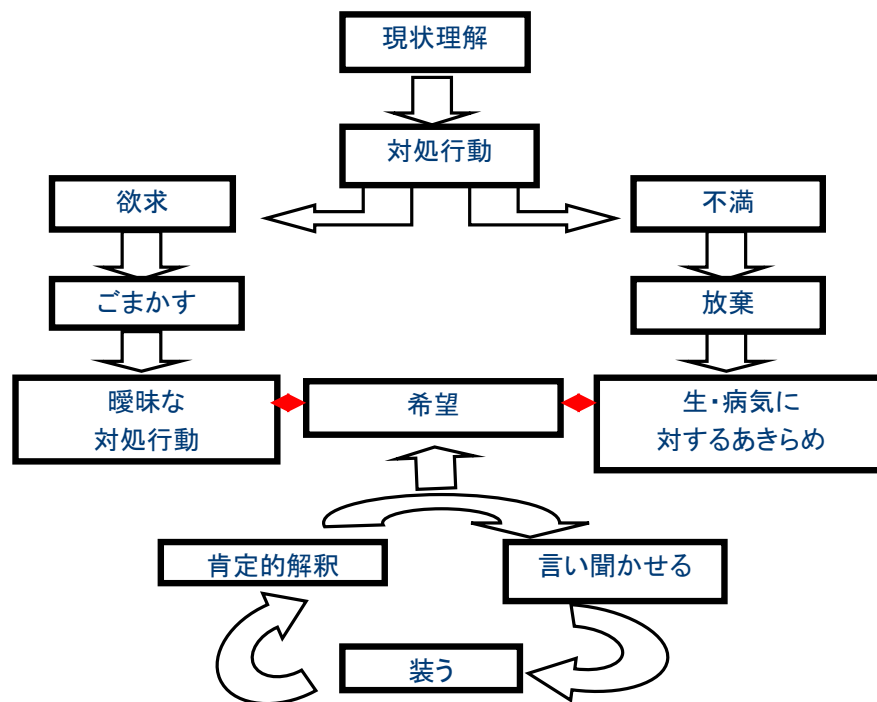


図1 透析歴13年を経たA氏の心理状態のプロセス

聞かる】と【装う】，【肯定的解釈】の3つのカテゴリーがそれぞれ影響し合い【希望】を支えていた。

考 察

透析歴10年以上の透析患者の自己管理行動への援助に必要なことを心理状態として得られたカテゴリーから考察する。

1. 【ごまかす】 【はっきりしない対処行動】

A氏は「起き上がるとふらふらする」など【現状を理解】し、「バナナは食べない」などカリウムが多く含まれる食品は避けるなどの【対処行動】をとることはできていた。しかし、長期にわたる透析から「しょっぱいものが食べなくなる」といった【欲求】，「水分500mlは少ないわ」といった【不満】が生じていた。春木⁷⁾が述べているように、透析患者は15年も経過してくると、導入期の苦痛を忘れて透析患者として守らなければならない種々の制約（食事，生活等）がルーズになりがちな面もでてきて、健康な人と同じような欲望もでてくる。A氏は透析導入から13年経過しており、長年の透析経験から健康な人と同じようにしたいという欲望の結果として欲求，不満が生じていたと考えられる。欲求から「ちょっとよ，ちょっと。」と漬物を食べたり，昆布を食べたりしたことを【ごまかし】という行動をとっていた。その後、「果物はあまり食べない。」といった【曖昧な対処行動】へと移っていった。A氏はカリウムの多い食品や塩分の過剰摂取は自分にとってよくないことであると長年の経験から理解しており，ごまかしや曖昧な対処行動をとることで，欲求を自分なりに調整していたのではないかと考えられる。A氏にとってカリウムや塩分などのとりすぎをどのように体感しているのか，カリウムや塩分など制限の必要なことについてどのように理解しているのかを問ひかけ，長年の透析生活で得た実体験へと気づきを促していくことが必要ではないかと考えられる。成功体験と失敗体験からの学びを実生活に取り入れていくことをサポートする。すなわち，A氏を認めその後，自分自

身で体調の変化に気づけるようサポートしていくことが大切であることが示唆された。

2. 【放棄】 【生・病気に対するあきらめ】

A氏は長年の透析生活における制限に対して【不満】を抱き，過去に食事制限を行ったがうまく出来なかった経験から「難しいし，もう忘れた。」「大丈夫だから」と【放棄】という行動に至ったと考えられる。また，「もう年だからな，もう死ぬ。」という【生・病気に対するあきらめ】に繋がっていた。しかし，一方で「透析で水抜けたらいいんだけど。」と透析に対しての【希望】も語っていた。春木⁷⁾は，患者としてはどこかで，いつかの時期に，だれかを相手にそういった自分の人生を語り尽くす機会があってのちに，あきらめ＝明らめ，心が晴れることの心境に達して，ユーモア，笑いが自ずと生まれてくるだろうと述べている。A氏は高齢であることを理由に現状を放棄したり，生・病気に対してのあきらめが生じていたが，透析で命をつないでいることを述べていることから，A氏の人生を語り尽くす機会をつくることによって透析によって命を繋いでいる現実気づき，あきらめが明らめへと変化し笑いが生じ，生きていることへの感謝が語られるようになるのではないかと考えられる。

3. 【希望】

春木⁷⁾が述べているように，15年，20年あるいはそれ以上，長く透析で生きてきた人たちには，いざとなったら譲らない，引かない，言うことを聞いてくれない頑固さ，強情さがあると推測される。A氏にみられた心理状態の【言い聞かせる】【装う】【肯定的解釈】は，他者の意見を聞かない，自分の考えを変更しないということではないかと考えられる。これは生きたいという【希望】から「これまで大丈夫だったのだから，このままで大丈夫。自分の経験は間違っていない。透析は自分を助けてくれる」といった自分にとって都合の良いように状況を理解していたのではないかと考えられる。

希望は，私たちが生きていく上でとても大切なことのひとつであり，こころに平安をもたらし，

勇気を与えてくれる。よって、希望をサポートすることにより、よい心理状態へと導き、自己管理行動の維持・促進・修正へとつながる可能性があると考ええる。

結 論

1. 長期透析患者が自己管理を実践していく際の心理状態を看護経過記録より分析した結果、【現状理解】【対処行動】【欲求】【不満】【ごまかし】【放棄】【曖昧な対処行動】【生・病気に対するあきらめ】【希望】【肯定的解釈】【言い聞かせる】【装う】の12のカテゴリーが抽出された。

2. 長期透析患者には、1人の患者においても2つのタイプの心理状態が存在していた。

1つ目の心理状態は【現状理解】【対処行動】【欲求】【ごまかし】【曖昧な対処行動】の5つのカテゴリーで説明された。

2つ目の心理状態は【現状理解】【対処行動】【不満】【放棄】【生・病気に対するあきらめ】の5つのカテゴリーで説明された。そして、この2つの心理状態を支えるのは【希望】であった。

3. これらの結果より、【曖昧な対処行動】を支持し、【生・病気に対するあきらめ】に対して傾聴し【希望】を支える援助が必要であることが示唆された。

今後の課題

今回は、1症例のみを看護経過記録という限定された部分での分析であったことから今後は、今回得られた結果及び考察が仮説となりうるか検証

していくことが必要である。

引用文献

- 1) 日本透析医学会：わが国の慢性透析療法の現況，2007
- 2) 太田和夫著：「新しい透析看護の知識と実際」，透析歴（透析期間）によって変わっていく患者の精神・心理状態」，メディカ出版，1998，p136～144
- 3) Thomas LK., Sargent RG., Michels PC., Richter DL., Valois RF., Moore CG. : Identification of the factors associated with compliance to therapeutic diets in older adults with end stage renal disease, J. Ren. Nutr., 11, 80-89,2001
- 4) Welch JL.: Hemodialysis patient beliefs by stage of fluid abherence, Reserch in Nursing & Health, 24, 105-112, 2001
- 5) Lev E.L., Owen S. V. :A prospective study of adjustment to hemodialysis, ANNA Journal, 25, 495-506, 1998
- 6) De-nour A .K.Czaczkes J.W: The influence of patient's personality on adjustment to chronic dialysis. The journal of Nervous and Mental Diaease, 162: 323-333, 1976
- 7) 春木繁一：長期透析患者の精神，心理：腎と透析，53: 733-738, 2002
- 8) 白石純子：糖尿病透析患者の精神的，心理的，心理社会的特徴：腎と透析，53:739-751, 2002
- 9) 堀川直史：透析患者の抑うつ：腎と透析，53: 721-725, 2002

Analysis of mental state of a chronic dialysis's patient

Michiyo AITAKE, Rieko WAKABAYASHI, Miki YATSUZUKA

School of Nursing, University of Toyama

Abstract

This case study aims to investigate mental state of a chronic dialysis patient, and to provide some supportive suggestion. The participant was a male patient who had been receiving dialysis treatment. The nursing notes were used to analyze the patient's self-perception, sense of value, and coping behavior. The data categorized into different categorizes and the relationships among categorizes were analyzed. We found 12 categorizes that are related to self-management. The mental state of two types existed in the long-term dialysis patient. One of mental state which were explained by 5 categories; "status understanding", "coping behavior", "need", "hiding", "ambiguous coping behavior". The another of mental state which were explained by 5 categories; "status understanding", "coping behavior", "complains", "abandoned", "resignation to the live and disease". "Hope" supported these mental states. From the result of study, we suggested that the importance of support "hope".

Key words

Dialysis patient, Mental statement, Self management

学士課程で助産を選択する学生の 分娩介助10例における学び ～分娩介助実習体験を中心に～

松井弘美¹⁾，永山くに子¹⁾，島田啓子²⁾

1) 富山大学大学院医学薬学研究部

2) 金沢大学医薬保健研究域保健学系

要 旨

本研究は学士課程で助産を選択する学生の分娩介助10例における学びを明らかにすることを目的とし、現象学的アプローチを参考にした質的記述的研究である。本研究により以下のことが明らかになったのでここに報告する。

分娩介助実習における学生の学びの構造は以下のものであった。

『学生の分娩介助実習における学びは、初めての分娩介助において想像と現実の違いに、戸惑いながら分娩という現象を感じ取る。そして分娩進行状態の診断には産婦の身体状況を捉えることが必要であることを理解し、分娩進行を促進するケアを実践しながら、産婦に寄り添うことを大切にする。一方自己の分娩介助経験を振り返り、学びと課題を確認する。10例終了後に、分娩時の異常発生への対処はこれからの課題であることを認識するという過程である』

キーワード

学士課程，分娩介助，学び，現象学的アプローチ

はじめに

今日、周産期医療の危機的状況において助産師への期待は高まり、助産師としての専門性が求められている状況である。これを受け、助産師基礎教育においては、その内容が見直され、基本的援助技術の修得だけでなく、妊娠・分娩・産褥経過における心理社会的側面からの総合的なアセスメント能力の強化が求められ、教育の充実が必要となっている¹⁾²⁾。

現在の助産師教育は、大学院・大学専攻科・大学・短期大学専攻科・養成所と様々なコースがあり、中でも大学は2010年3月現在84校と最多であ

り、2010年新卒助産師1,577名中564名³⁾を輩出しており、助産師教育における位置づけは大きいといえる。また教育機関により卒業時の習熟度は異なり、大学においては看護師・保健師・助産師の3つの国家試験受験資格取得のため、やや過密なカリキュラムとなっており、助産学実習の期間も限られている。このような状況を踏まえ、助産師教育に関しては「助産学実習到達度に関するもの」「教育機関別にみるカリキュラム・実習の実態」などの研究⁴⁾⁻⁶⁾が行われているが、学生の学びの過程に関する研究は少なく岩木⁷⁾の分娩進行の把握に焦点をあてた学びの研究以外見当たらない。

助産学教育においては、学生は単に知識の習得としての学習にとどまらず、知識や技術を実際の対象に対して展開することが求められ、この授業形態が実習である。実習では多様な状況が顕在・潜在し、このような状況の中で学生は自分の生活経験とは異なる人々を理解し、直接関わることから学びを深めていく。特に学士課程で助産を選択した場合は限られた期間での学びとなる。このような実習では、一律に実習終了時の到達状況だけをとらえ評価するのではなく、形式的に評価し学生の状況に応じた教授活動を行うことが大切であり、そのためにはまず学生の実習での経験と学びを理解することが必要と考える。

看護系大学の統合カリキュラムにおける助産師教育に関する研究⁸⁾では統合カリキュラムにおける助産師教育の特徴として『実習内容の精選と充実』というカテゴリーが抽出され、段階的実習による実習内容の充実が必要とされている。段階的に実習を展開するためには、学生がどのような実習を展開しているのかその過程を学生の視点から捉えることが必要である。学生の学びを理解した上で展開する教授活動により助産師教育は充実するといえる。しかし、これまで現行の統合カリキュラムを前提とした学士課程における助産師教育において、学生の学びを学生の視点から捉えた研究はない。

以上のことより10例の分娩介助実習での学生の経験（現象）を解釈し、学生の学びの過程を理解することは、重要な課題であるといえる。そこで本研究では助産実習の中で、分娩介助10例の経過において、学生がどのような学びをしているのかを明らかにする。

研究方法

1. 目的

学士課程で助産を選択する学生の、分娩介助実習における学びを明らかにする。

2. 研究デザイン

質的記述的研究

3. 研究協力者

大学で助産を選択し研究趣旨に同意が得られた

学生4名

4. データ収集期間

平成20年8月～11月

5. データ収集方法

研究者は直接分娩介助実習に関わり研究協力者の状況を捉え、参加観察する立場にある。それを踏まえ半構成的面接にてデータを収集した。原則的に、教員という立場が学生に及ぼす影響は十分考えられるが、本データの特性からして、学生の学びを明らかにする過程で直接指導教員が面接するという形式をとった。面接回数は常盤ら⁹⁾の分娩介助における学生の実習時期別到達度を参考に、分娩介助1例後、3例後、6例後、10例後の計4回行った。学生が自分自身の実習での体験や学びの語りが促されるように、「今日の実習でどのような体験をし、その時に感じたこと、考えたこと、行動したことを話してください」という言葉を導入とし面接を開始した。面接は分娩介助実習の終了時間を考慮し、当日または翌日に行なった。面接内容は研究協力者の許可を得て録音し、逐次記録したものをデータとした。

6. 用語の定義

本研究で明らかにしたい「学び」は実習という経験から構成される学びであることより、A.Kolb¹⁰⁾の経験学習モデルを参考とし、分娩介助実習における学生の感情・考え・行動とした。

7. 倫理的配慮

助産の課程を選択し、研究者が実習を担当する学生4名に研究の趣旨及び研究参加の有無が実習の成績に影響しないことを説明した。同意を得られた学生4名に研究目的・方法、研究協力撤回の自由、研究協力を途中で中断しても不利益のないこと、研究結果の公表について口頭及び文書で説明し、同意書にて同意を得た。面接は研究協力者のプライバシーを厳守するため個室で行い、本人の了承を得て面接内容を録音した。得られたデータはすべて匿名化し個人が特定できないように処理した。

8. データ分析方法

本研究は学生の主体的体験を記述し、そこから共通性を見出すことを目的とすることより、現象学的アプローチを用いた。現象学は

E.Husserl^{11),12)} の記述的現象学の考えに基づき、『生きられた体験 (lived experience)』を統合的に記述することを目的としている。本研究は、現象学派の一人で科学的現象学的方法を提唱している A.Giorgi^{13),14)} の方法を参考に記述・解釈して整理した。この方法は個々の体験の記述から、一般的構造を導くことを目的としている。具体的方法は以下の通りである。

①体験の逐語録を読み、全体の意味を把握する。
②逐語録を読み、構成要素（意味の単位）をつかむ。
③構成要素を他の構成要素、全体の意味と関連づけることにより記述する。
④意味の中心となるものを、研究協力者の具体的な言語から引き出し、研究者の言葉で解釈する。
⑤4名の研究協力者の記述から学びの構造を導き出す。

9. データの信憑性の確保

データ分析・解釈は助産学領域の専門家のスーパービジョンを受けた。また研究者がまとめた体験の記述・解釈を研究協力者（助産学生）にフィードバックし、補足修正することで結果の信憑性の確保に努めた。

結 果

1. 研究協力者の実習経験の概要

表1は研究協力者の実習経験の概要である。分娩介助実習前に、学内にて分娩介助技術演習を行っている。また実習施設における分娩介助を1例見学した後に、分娩介助実習を開始している。研究協力者の分娩介助の対象産婦は、初産の割合は5例が2名、3例が2名であった。妊娠週数は全例正期産であった。分娩所要時間は最短1時間15分、最長21時間24分であった。児の異常はなかった。

表1 研究協力者の実習経験の概要

研究協力者 () 年齢	A (22)	B (22)	C (26)	D (23)	
助産関連の既習科目	助産概論 助産学ゼミナール 助産診断学 助産技術論				
実習前演習	分娩介助 (分娩見学含む)				
初産・経産 の人数	初産	5人	3人	3人	5人
	経産	5人	7人	7人	5人
分娩所要時間	最短	2時間15分	1時間15分	3時間58分	3時間1分
	最長	18時間38分	15時間49分	12時間35分	21時間24分
産科処置の有無	なし	なし	あり (鉗子)	あり (吸引・鉗子)	

産科処置として吸引分娩・鉗子分娩があった。

2. 分娩介助実習における学びの構造

4名の学生の学びから導出した、分娩介助実習における学びの構造は以下のようであった。

『学生の分娩介助実習における学びは、初めての分娩介助において想像と現実の違いに、戸惑いながら分娩という現象を感じ取る。そして分娩進行状態の診断には産婦の身体状況を捉えることが必要であることを理解し、分娩進行を促進するケアを実践しながら、産婦に寄り添うことを大切に。一方自己の分娩介助経験を振り返り、学びと課題を確認する。10例終了後に、分娩時の異常発生への対処はこれからの課題であることを認識するという過程である』

学びの構造の導出に至ったデータは次項に示す。

3. 『分娩介助実習における学びの構造』導出の根拠

前項では、分娩介助実習における学びの構造を導出した。本項ではその根拠となる学生の語りを「 」, 研究者の解釈を①～④に示す。

〈学生A〉

学生Aの分娩介助での学びは以下の通りであった。

1例目では、「はじめは眉間にしわを寄せる程だったのが声が出てきたり、いきみたいような息づかいが聞こえてきたりして、どんな風に分娩が進んでいくのかっていうのは、わかる。わかったのはすごい発見でした」と実際の分娩を肌で感じていた。が一方で「会陰の下の部分がちょっとだけきれて亀裂が入ってきたことが

わかったときにはすごい動揺した。ビーと裂けるんじゃないかと、ビクビクして」と実際の会陰の伸展を見て動揺していた。また「今まで診断っているのは医師がするものだと思っていたんですけど助産師の領域では私達が判断しなければいけないことがすごく一杯あって」と医師の診断行為と同等の重さが助産師にあることを感じていた。さらに「なんにも応えてあげられなかったことが、すごく悔しい」と産婦の問いかけに答えていない自分に気づき、産婦の不安に応えていきたいと思っていた。

①実際の分娩に立会い、戸惑いを感じながらも分娩という現象を肌で感じる。その中で生命の誕生に立ち会える喜びと助産師の責任の重さを感じた。一方、対象である産婦と関わっていなかったことに気づく。

3例目の学びを語る中で、産婦より知識や経験がない自分が産婦の側にいてよいのかという思いがあったが、「関われば関わるほど、お母さんの心の中ってというのは見せてくださるし、何でも話してくださるんだな」ということがわかって」と、陣痛室から産婦の側にいることで気持ちを理解できることを感じていた。そして「この人だったらちょっと疲れ始めていて、いきみがちゃんとかけられないかもしれないから、こういう所に注意しよう」と産婦の状況から予測し次の行動を考え、「どういうところに気をつければ、早く進んでいってもついていけるんじゃないかという見通しというか、ちょっとだけ見えてきた」と分娩経過の予測を立てることができると感じていた。

②分娩第Ⅰ期より産婦と関わることで産婦の身体状況や気持ちが分かることを実感し、産婦の心理的・身体的状況を捉えることで分娩経過の予測をすることができることがわかる。

6例目になると、大体技術もできて、スタッフとも息が合っているというイメージがあったが、「何でもまだできんがやろうというあせりもちょっとずつ感じています」と実際の自分はまだまだできておらず、期待する自分と現実の自

分のギャップに焦りを感じていた。その一方で、「お母さんにとって満足のいくお産をさせてあげられなかったということが根本にあって、お母さんが今困っているとか、きちんといきめてないな、それがすごく見えるようになりました。今まではわからないというか、その状態が正常か異常かとか、何を考えていらっしゃるかまでは全然考えていなかった」と産婦と向き合い、状況を捉えることができるようになったことを実感していた。

③イメージしていた6例目とは違い、まだまだできていない自分に焦りを感じる。しかし、産婦の状況が見えるようになり、分娩進行状態の正常性のアセスメントや産婦の心理的適応状況を考えられるようになる。

10例目は一つの区切りであり、今の自分にできることを行おうという気持ちで臨み、「完璧にというにはいかなかったですけど、産婦さんとの関係性とか声かけ、スタッフの方との連携などは着実にできるようになったんだろうな」と成長した自分を感じていた。その一方で「分娩進行の予測とか、児の娩出もまだまだ上手とはいえない」「異常についても、何か一つ起こってしまった時に、冷静に行動できるかというそれはまだまだできないと思う」と分娩進行の予測や児の娩出の技術はまだ未熟であり、異常時の対応についてはこれからの課題だと感じていた。10例を体験して分娩にはいろんな要素が絡みあって進んでいることがわかり「助産師はそういうものを調節しながら、またお母さんのバースプランを尊重しながら」分娩に関わっていくのだと感じていた。

④産婦との関係性の構築、スタッフとの連携はできるようになったが、分娩経過予測や分娩介助技術の上達や、異常時の対応は今後の課題であると自覚する。分娩介助10例を通し助産師の役割は分娩要素を調節し、産婦の意思を尊重してバースプランに沿った分娩になるよう関わることであると思う。

〈学生B〉

学生Bの分娩介助での学びは以下の通りであった。

学生Bは、1例目で導尿ができず尿が飛び散るという予想外の展開になったことで、「分娩を取り進めていく時、怖くて怖くて、本当に怖くて、途中でやめたいと思って」と怖いという感情が湧き出てきた。そして「正直に助産師って本当に大変、大変、大変と思ったのと、自分はずごい世界にはいつてきたんだなって」「命っていうことに対する責任感とか、きちんと判断できるようにならなきゃいけない」と新しい命への責任感と助産師の仕事の重さを痛感していた。

①予想外の展開に怖さを感じ、命への責任感と助産師の判断の重要性・責任の重さを痛感する。

3例目に臨むにあたり「本当に怖いし、2事例経験しているので3事例目に上手くいかなかったら助産師さんにどんな風に思われるかな」とプレッシャーを感じていたが、産婦の状況に合わせて呼吸法やマッサージ法を行うことで、「ちょっと関係が築けてきて、関係性が築けるようになったらお母さんとやっていこうと、赤ちゃんに早く会いたっていう思いで、お母さんと一緒に思いでした」と分娩第1期から産婦と関係性がもてるようになると、産婦と共にやっていこうという気持ちになっていた。

②3例目というプレッシャーはあったが、分娩第1期から産婦と関わり産婦の状況に応じた産痛緩和の援助ができるようになり、産婦に寄り添うことができると感じる。

6例目では産婦さんが安心感を持てるような関わりを持つことを目標として「産婦さんへの声がけっていうのを特に注意してしました」「分娩が進行するように排尿を促したり、食事をとってもらったりとか水分を補給してもらった」と分娩進行が促進されるように考え、行動することができていた。しかし「6事例を通しての一番の課題は自分の考えていることをスタッフさんとか、産婦さんにパッと説明しなければ

ならないと感じて」「助産師さんと診断のズレはなくて、自分でも今ここかなと思ってやってるんだけど、口、言葉に出して伝えられてない」と自分の課題を確認していた。

③分娩進行には、産婦の基本的ニーズを充足する援助が必要であると考え実践した。6事例を振り返り、自分の考え、判断を声に出して伝えていないことが課題であると自覚する。スタッフとの連携、産婦とコミュニケーションをとり、産婦に安心感を与えられるような関わりをしたいと思う。

10例目になると、「産婦さんの表情とか、矢状縫合とか、内診結果とか、全部総合して分娩室入室時期を決定しなければならないということ学ぶことができた」と分娩室入室時期が理解でき、自分の動きの目安ができたと感じていた。課題であった連携は「助産師さんと連携するのは難しいなと感じてたんですけど、自分なりに結構がんばって連携をとることができた」と自分の成長を言葉で表現していた。しかし、「今回もちょっと心音下がってたけど、すぐ反応できなかったという部分あった。本当に一人だった場合自分の判断で、もし何かあったら本当に危険」「やっぱり一番はお母さんと児の安全」と異常時に対処できなかったことで改めて命を守ること、母児共に安全であることの大事さを感じていた。

④分娩進行状態を診断するには、必要な情報を総合的に判断し、予測することだとわかる。スタッフと連携をとることで自分の判断を確かなものとし、母子の安全を守ることが一番大事であると思う。

〈学生C〉

学生Cの分娩介助での学びは以下の通りであった。

1例目では分娩経過の予想がつかず不安と緊張状態であったが、「フリードマンの曲線を使って予測時間を立てても、内診結果だけじゃなくて、いきみたい感じだったり、怒責とか、あと産痛の部位がどこにあるかによって、その後の

展開が変わってくる」ことに気づき、「産婦さんの言ってらっしゃることを統合してアセスメントしていく。訴えを大事にして関わっていく」と産婦の状況を観察し、訴えを聞くことが大事であると感じた。また途中から痛いと呼んでいた産婦にすごく動揺したが、助産師の声かけで意外に歩くことができたことから、「自分は冷静に関わって相手の方をちょっと落ち着けてあげられるような関わりが大事なのかな」と産婦の状態に巻き込まれずに冷静に関わることが大事であると感じていた。

①分娩展開の予想がつかず、不安と緊張状態であったが、分娩進行状態の診断には産婦の自覚症状の情報は欠かせないことがわかる。また産婦の状態に巻き込まれずに冷静に関わっていくことが大事であると思う。

3例目では「その人の合図というか、言葉、どういうことを言われたり、どういう表情で痛い時に表出されるのかっていうのを見ながら、個々の関わりが少しずつ分かってきたような気がします」と産婦の状況を捉え、足浴やマッサージ法、呼吸法などを考えながら実践していた。産婦に関わる時には「その人の一回の体験っていうところを意識しながら」と産婦にとっての体験であることを意識し、産婦の意思を尊重して、自分のできる最大限の関わりをしていた。そして「やっぱり信頼関係を作るのが、そこでできるんだらうなって気がします」とこの関わりを通して産婦と信頼関係が築けると感じていた。

②産婦にとっての分娩体験を意識し、産婦の意思を尊重した上で、産婦の身体状況を捉え、産痛緩和の援助を提供していく。このような関わりを通し、産婦との関係性を構築することができると感じる。

6例目では分娩室入室時期の判断が遅かったことを振り返り「CTG (cardiotocogram) をとることや内診をすることはわかっていたけれど、これらを連動して考えてはいなかったことがわかりました。やっていることを統合して分

娩室入室の時期を判断していかなければならない」ことに気づいた。さらに「自分がそういう判断をしながら行わないと、結果として産婦さんとの関係性も築けなくなってしまう」と産婦との関係性は適切な判断があってこそ築けるのだと感じた。また5例目が継続受持ちであったことから、「5事例目くらいから、産婦さんにとってのお産を考えるようになったと思います。また家族にとっても大事な出来事なんだなあと感じる事ができました」と母と子を囲む家族の存在も考えるようになっていた。

③分娩進行状態を診断するには様々な情報を統合して判断していくことが必要である。この適切な判断の下産婦との関係性が築ける。さらに産婦にとっての満足なお産、家族にとってのお産を考える。

10例目では、急に胎児心音が低下するという状況になり、「異常の時にどういう風に動くことが求められるかということが少し分かった感じがします」とスタッフの迅速な対応を捉え、異常時の対応について少しわかったと感じていた。分娩後のレビューで産婦が冷静に状況を捉えていたことがわかり、「どんな状況だったとしても、きちんと説明する」「その人の体験に寄り添うのと、ん～客観的に見ている私たちが先入観を持たずに関わる方がいいのかな」とどのような状況においても落ち着き、産婦の体験に寄り添うことが大切であると感じていた。

④スタッフの動きから異常時の対応について少しわかったと感じる。どのような状況においても落ち着いて、産婦の体験に寄り添うことが大切であると思う。

〈学生D〉

学生Dの分娩介助での学びは以下の通りであった。

1例目は実際の分娩を体験して「何でもかんでも自分こうして欲しいし、みたいなのを出すんじゃなくてやっぱりお母さんの希望とか状態を見て、手助けする感じだなあって」「やっぱりいろんなとこ見ないとだめだなあっていうのも、

間接の人の動きも見て、お母さんも見て、会陰とか赤ちゃんの状態も見てって、練習では本当狭い範囲でしか見れてなくて」と分娩は産婦のペースに合わせることや産婦の状況を捉えることの必要性を感じた。そして「産婦さんにもっと添いたい」と思う。

①実際の分娩介助は練習とは違い、産婦のペースに合わせていくことや、会陰という狭い範囲ではなく、産婦の状況や分娩進行状況、スタッフの動きなどいろんな所を見ていかなければならないことに気づく。そして産婦に寄り添いたいと思う。

3例目では、それまで自分で分娩の進行状況を判断せず助産師の指導により行動していたが、「産婦さんの側について時期とか状態診断して、次何せんなんかとか、どうしてあげたら一番いいのかを考えていかないといけない。一緒にいるだけじゃだめだなあ」「CTGとか、器械だけで産婦さんのお腹の張りとか痛みをみるだけじゃだめだなと、ちゃんと触り、見たり聞いたりして」と自分で関わり、状況を捉えて判断していくことが大事であると気づいた。

②ただ産婦の側にいるのではなく、表情や呼吸など産婦の状態を捉えた上で分娩の進行状態の診断をしていくことが大事であることがわかる。

6例目では「痛いとか、辛いと言われて、その気持ちわかるんでとまっていた」「気持ちわかるだけなら、家族の人もできることで、自分は助産師だし、その立場だとちゃんと判断していろいろせんなんなと思った」と産婦の気持ちを受けとめるだけでなく、産婦の状況を捉え助産師として判断し行動していかなければいけないと考えるようになった。そして「ひしひしと感じるのは今まではいろいろやってもらって、できてるつもりになっていて、本当に見てもらってたんだ、ちゃんとできるようにならなきゃ」と6例目までを振り返り、もう一人でやっていけないといけないと感じていた。

③産婦の痛い・辛い思いを受けとめるだけでなく、産婦の状況に対し助産師として判断し行動

していくことが必要である。今まで助産師に助けられてきたが、一人でやっていけるようになりたいと思う。

10例目では「産婦さんの状況を見て、状態が変化してきて、そろそろCTGを取ろうとか、分娩室に入室する時期についてもスタッフの方に伝えていくことができた」「少し陣痛が弱くなっていて、このままでは進まないので一旦体位を変えて安楽な体位をとった」と産婦の状況を捉え、自分で考えスタッフと相談しながら、必要な援助を実践することができた。このことで自分の判断に自信がついたと感じていた。一方、急に産婦が「頭が痛い」と言われたことに対し「対処はできなかったんですけど、どんな状況なのかとその状況をよく観察しておこうと思った」と状況を観察していた。このことより急変に対してもまず状況を捉え、自分で考え判断し、行動できるようになりたいと感じた。

④産婦の状況を捉え、スタッフと相談しながら分娩促進のケアを実践し自分の判断に自信がついた。今後は急変に対しても自分で考え、判断し対応していけるようになりたいと思う。

考 察

以上の結果を踏まえて研究目的である学士課程で助産を選択する学生の分娩介助実習の学びについて考察する。E.Husserl¹⁵⁾は、人間は世界観に基づいて物事を認識しており、世界観の中には共通性の部分と個人により偏差がある部分があるとしている。一方、介助例数が進捗する中で、本研究の結果から学生の学びを概観すると、共通する学びが認められた。

分娩介助実習における学びの構造で述べたように、初めての分娩介助は想像と現実の違いに、戸惑いながら分娩という現象を感じ取るでは、前述のように、初めての分娩介助で導尿ができない場面や、会陰保護の力の入れ具合がわからないなど、想像していた分娩介助と違ったことに心は揺れながら時として怖さを体験していたと考えられた。

この状況は常盤ら¹⁶⁾が「分娩初期(1~3例)

では、学生が分娩現象や産婦に接し、分娩経過の流れを把握しながら基本的ケアの実践を通して産婦の反応をとらえる訓練をする時期」と述べていることと相似していた。しかし今回1例目、3例目と段階を追って分析した結果、1例目では分娩という現象そのものを五感を通して体感していたこと、実習前にVTRを見たり、モデルを使用しての演習は行っているが、実際には児頭が下降してからの導尿や会陰切開、会陰保護や児の娩出時の骨重積の状況などは見て、触れて、感じる体験をしてみないと感覚として理解できず、「経験知」が重要であると考えられた。またこの体験にはわかったという感動だけでなく、戸惑いや時には怖さを伴っていることが判明した。このことより、1例目の分娩介助実習は、これまでに経験したことのない衝撃的な体験であり、1例後には学生が表出する戸惑いや怖さを十分に受けとめ、2例目からの学習に繋げる必要があると考えられた。

次に、結果2の構造で記述した**分娩進行状態の診断には産婦の身体状況を捉えることが必要であることを理解し、分娩進行を促進するケアを実践し、産婦に寄り添うことを大切にする**に関連しては、分娩第1期から陣痛室で産婦に関わることで産婦の表情や呼吸、産痛部位などの変化がわかり、分娩進行状態の診断には、器械だけでなく産婦の身体状況を捉えることが必要であると学んでいた。そして産婦の身体状況を理解することで分娩進行状態を診断し、産痛緩和や基本的ニーズを充足するなどの分娩進行を促進するケアを考え、実践することができていった。またケアを提供しながら、産婦に寄り添うことを大切にしており、産婦の心理状態や分娩体験を意識し、産婦にとって満足や安心感のあるお産を考えていた。

看護実践の経験からの学びの前提には、出会う相手との相互作用がなければならない。これらの学びは実際に産婦と関わり、相互作用を通して得られた学びといえる。統合カリキュラムによる助産教育を受けた学生のキャリア発達に関する研究¹⁷⁾では、その特徴とし『**寄り添うケアの実践**』というカテゴリーが抽出されている。産婦に寄り添い、ケアを実践できることが助産師のキャリアとして重要と捉えており、今回の結果とも一致し

ていると考えられた。

さらに、分娩進行状態を判断するには、必要な情報を総合的に考えることが必要であることも学んでいた。全国助産師教育協議会で提案された助産師教育のミニマム・リクワイアメントには¹⁸⁾、正常分娩における教育内容として『分娩進行状態の診断』、『分娩進行に伴う産婦と家族のケア』の内容があるが、今回の結果より『分娩進行状態の診断』の理解と『分娩第1期の産婦のケア』の実践は到達していると考えられた。

さらに構造の**自己の分娩介助経験を振り返り、学びと課題を確認する**については、実習も後半に入ったにもかかわらず、まだ自分が思うほどできていない状況から焦りや、自己の課題に気づき今後どうすればよいかを考えていた。また10例目では、「産婦との関係性の構築」や「スタッフと連携をとる」「状況を捉え自分で判断する」など、自分の課題としてきたことができるようになったと感じていたと考えられた。

J.Dewey¹⁹⁾は学習経験を「直接的経験」と「反省的経験」に分けて説明している。その直接的経験から、学生が反省的経験を繰り返しながら学んでいた。また本田²⁰⁾は「事後的に自分自身の実践を振り返ることは、経験を意味づけたり、吟味することであり、『実践知』を獲得していく上で必須の営みである」と述べている。実習中に自己の経験を振り返ることで、学生は経験からの学びを実践知として獲得していくものと考えられる。学士課程の実習は期間が限られていることより、学生は短時間で様々な経験を余儀なくされている。この経験からの学びを知識としていくためには、安酸²¹⁾のいうように、教師は学生の直接経験を捉え、経験の意味づけを行うことが必要と考えられた。したがって、学生と共に分娩介助を振り返り、そこでの経験や学びの意味づけをし、今後の課題を明確にする関わりが重要である。

おわりに、**分娩時の異常発生への対処はこれからの課題であると認識する**について考察する。学生は分娩介助10例を通して、「異常分娩を経験していない」、「異常時に速やかに対処できない」ことから、異常時の対処はこれからの課題であると認識していた。助産師教育の指導要領および基本

的考え方²²⁾では、分娩介助においては正常産を10回程度直接扱うことを目安としており、我部山ら²³⁾の報告では卒後教育として重要な内容に、産科救急や新生児蘇生の項目があげられていた。本研究結果を踏まえ、「異常時の対応」に関しては卒後教育での課題であると考えられた。

結 語

今回、学士課程で助産を選択する学生の分娩介助実習における学びを、A.Giorgiによる現象学的アプローチを参考に分析した結果、『学生の分娩介助実習における学びは、初めての分娩介助において想像と現実の違いに、戸惑いながら分娩という現象を感じ取る。そして分娩進行状態の診断には産婦の身体状況を捉えることが必要であることを理解し、分娩進行を促進するケアを実践しながら、産婦に寄り添うことを大切にする。一方自己の分娩介助経験を振り返り、学びと課題を確認する。10例終了後に、分娩時の異常発生への対処はこれからの課題であることを認識するという過程である』という構造が導き出された。

本研究の限界と今後の課題

本研究の結果は、教員が4名の研究協力者にインタビューを行いその体験から得られたものである。学生と教員という関係が学生の語る内容に影響があるということ踏まえた上での学生の学びである。しかし例数を重ねていくことで、分娩介助実習における学生の学びを明確にすることは可能であると考えられる。学びの構造をもとに学生の状況に応じた教授活動の展開に繋げていきたい。

引用文献

- 1) 大学・短期大学における看護学教育の充実に関する調査協力者会議：指定規則改正への対応を通して追究する大学・短期大学における看護学教育の発展。2007.
- 2) 厚生労働省医政局看護課：看護基礎教育の充実に関する検討会報告書。2007.
- 3) 全国助産師教育協議会：第93回助産師国家試験合格状況。
<http://www.zenjomid.org/midwife/passrate.html#pass-01>
- 4) 伊藤美栄, 川崎純子, 澤本万紀子：分娩介助実習到達度の分析 日本助産学会誌18(3)：308-309, 2005.
- 5) 皮野さよみ, 伊藤美子, 大村倫子, 澤本万紀子, 土山美由紀, 佐藤弘子：助産師基礎教育における分娩介助技術到達度の実態 日本助産学会誌20(3)：130-131, 2007.
- 6) 渡邊典子, 小田切房子, 熊澤美奈好, 江幡芳枝, 黒田緑, 全国助産師教育協議会分娩実習改善検討委員会：大学・短大専攻科・専門学校における助産師教育の実態と分娩介助・継続事例実習指針 到達状況の比較及び分娩介助・継続事例実習指針. 助産雑誌61(4)：344-351, 2007.
- 7) 岩木宏子：助産婦学生の分娩介助実習における学びの積み重ねについて—学生の視座に基づく学びの積み重ねのプロセス—. 日本助産学会誌10(1)：36-43, 1996.
- 8) 新道幸恵：看護系大学の統合カリキュラムにおける助産師教育の到達目標に関する検討. 研究成果報告書 2009.
- 9) 常盤洋子, 今関節子：4年制大学における分娩介助実習の効果的な教授法の検討, 助産婦雑誌56(6)：69-75, 2002.
- 10) A.kolb: Learning Styles and Learning Spaces Enhancing Experiential Learning in Higher Education Academy of Management Learning&Education 4(2):193-212, 2005.
- 11) E.Husserl: ヨーロッパ諸学の危機と超越論的現象学. 細谷恒夫, 木田元訳, 中央公論新社, 東京, 2006.
- 12) E.Husserl: 現象学の理念. 長谷川宏訳, 作品社, 東京, 2008.
- 13) A.Giorgi: The Descriptive Phenomenology Method in Psychology. A Modified Husserlian Approach. Duquesne University Press, Pittsburgh, Pennsylvania, 2009.
- 14) A.Giorgi: Description versus Interpretation Competing Alternative

- Strategies for Qualitative Research Journal of Phenomenological Psychology, 23(2):119-135, 1992.
- 15) 竹田青嗣：現象学は＜思考の原理＞である。ちくま新書，東京，2008.
- 16) 9)に同
- 17) 8)に同
- 18) 全国助産師教育協議会教育検討委員会:助産師教育の改善に向けあり方検討コア・コンピテンシー修得の基盤。2008.
- 19) J.dewey：経験と教育。市村尚久訳，講談社学術文庫，東京，2008.
- 20) 本田多美枝：看護における「リフレクション(reflection)」に関する文献的考察。Quality Nursing 7(10):53-59, 2001.
- 21) 安酸史子：経験型の実習教育の提案。看護教育38(11):902-913, 1997.
- 22) 2)に同
- 23) 我部山キヨ子，岡島文恵：助産師の卒後教育に関する研究。母性衛生51(1):198-205, 2010.

The Learning of Undergraduate Students Selecting in Midwifery in 10 Cases of Childbirth Care

—Focusing on Practical Experience of Childbirth Care—

Hiromi MATSUI¹⁾, Kuniko NAGAYAMA¹⁾, Keiko SHIMADA²⁾

1)Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for
Research, University of Toyama

2)Graduate Course of Nursing Science, Division of Health Sciences,
Graduate School of Medical Science, Kanazawa University

Abstract

The purpose of this study is to clarify the learning process of the undergraduate students selecting in midwifery based on their experience in 10 cases of childbirth care. This is a qualitative descriptive study utilizing the phenomenological approach. The result is summarized as follows.

The structure of learning of students was found. The students took in the phenomenon of childbirth while they were perplexed over the difference between the reality of their first childbirth care and how they imagined it. They understood the need to document the laboring mother's physical condition for the diagnosis of the childbirth progress. They conducted practices that promoted the childbirth progress, and put value in being close to the laboring mother. Their reflection on the delivery experience confirmed what they have learned and the challenged they still have to face. They recognized that what to do in abnormal delivery cases will be their future challenge.

Key words

undergraduate, childbirth care, learning phenomenological approach

学会報告

第10回富山大学看護学会学術集会

学術集会長 成瀬 優知 富山大学大学院医学薬学研究部人間科学 (2)

開催日 2009年11月28日 (土)

会場 富山大学看護学科棟 1階11教室

◆特別講演

わが国のがん対策を考える：がん登録からみえること

講師 平林 由香先生

元国立がんセンター がん対策情報センター

がん情報・統計部 院内がん登録室

◆教育講演

これからのがん看護

講師 山本 恵子先生

富山大学附属病院 がん看護専門看護師

◆一般演題

1. 長期入院患者のストレスと向き合うことの意義 ～術後回復が遅延したケースについて～
富山大学附属病院 松倉 舞衣, 三日市 麻紀子
 2. 患者心理と利便性を考慮したストーマパウチカバーの作成と評価
神埜 愛¹, 大場 愛², 村田 律子³
¹富山市民病院, ²富山大学附属病院, ³富山県立富山いずみ高等学校専攻科看護科
 3. 開腹・開胸手術後患者の術後痛の実態と離床・満足度への影響
吉井 雅恵, 米山 美智代, 山辺 直美, 桑名 千秋
高岡市民病院 3階中病棟ICU
 4. サイモントン療法を受けた患者の語りからみるがんに対するイメージの変化
四十竹 美千代, 若林 理恵子, 八塚 美樹
富山大学大学院医学薬学研究部
 5. 化学療法患者を受け持つ看護師の不安の現状調査
島次 麻美, 松永 美樹, 浜田 和美, 片口 明美, 渋谷 美保子
富山県立中央病院
-

一般演題1

長期入院患者のストレスと向き合うことの意義～術後回復が遅延したケースについて～

○松倉舞衣, 三日市麻紀子

富山大学附属病院

【目的】

帝王切開後、ADLの回復が遅延した患者との関わりを通して、長期入院患者のストレスと向き合うことで、患者の苦痛が軽減した事例を分析し、その意義を明らかにすることによって今後の看護ケアに生かす。

【方法】

方法は事例研究を行った。なお事例の分析にはドロセアE. オレムのセルフケア理論を活用した。倫理的配慮としては、匿名性を守り、研究発表することにおいて、患者から文書にて同意を得た。

【事例紹介】

A氏 36歳 経産婦 前置胎盤にて子宮収縮抑制剤の点滴を開始し、24週時より室内安静にて入院管理していた。35週時、帝王切開施行。術中、癒着胎盤剥離の際に膀胱を一部損傷したため、しばらく膀胱瘻留置となった。早産にて児とは母子分離の状態となった。

術後早期から、歩行器を使用し歩行可能であったが、術後5日目、腰痛の増大がみられた。A氏は思いを表出することはなく、ベッド上にて静かに過ごすことが多くなった。看護者は少しでもADL拡大を促そうと積極的にケアに励んだ。術後6日目、抜鉤時に創部離開が発見され、そのショックからA氏は更に心を閉ざしていた。その日の午後、妊娠中からの行動制限の苦勞、今までの頑張りを労った。するとA氏は涙を流しながら「産めば自由になれると思っていたのに。動けといわれるけど、体がついてゆかない。」と、今までの苦痛な思いを話し始めた。妊娠後期の約2ヶ月間、ベッド上安静を強いられ、シャワー浴は数回であり、術後も疼痛のため清拭しか行っていなかった。そこで少しでも気分転換が図れればと、主治医と相談し、介助のもとシャワー浴を実施した。シャワー浴時A氏の表情は和ぎ、その後より、前向きな言動も見られるようになった。

【事例の分析】

A氏は、4人の母親であり、年齢や発達段階から日常生活能力もあり、セルフケア能力が普遍的セルフケアおよび発達上のセルフケア要件に見合っていると捉えていた。ところが、A氏の話を受容することで、表出された長期のストレスと看護者が向き合ったことで、疼痛のレベル、ADL状態、また母親役割獲得状況における患者看護師間の相互のズレが明確となり、セルフケア能力を見直すことの必要性を認識した。そして対象の全体像を把握しなおした結果、不足しているセルフケアを代償し、A氏のセルフケア能力を調節したことによって、看護者とA氏の間本来の相互作用が機能したと考えられた。

【まとめ】

今回の事例の分析・結果をふまえ、日々のケアを振り返ったとき、長期入院患者のストレスと向き合うことの意義が再確認できた。さらに、看護者の立場として考えると、看護者が捉える患者のセルフケア能力と実際のセルフケア能力にズレがあり、看護の過程において高い目標値を求めていたことが、結果、少なくとも患者にストレスを与えていたのではないかと考えられる。患者と向き合い、対象の見直しを行うことで、不足を代償する部分が見えてきたことは事実であった。今後、看護者と患者相互に目標を確認しつつ、目標値を設定することによって、患者のストレスの軽減に繋がるのではないかと考える。

一般演題 2

患者心理と利便性を考慮したストーマパウチカバーの作成と評価

○神埜愛¹，大場愛²，村田律子³

¹富山市民病院，²富山大学附属病院，³富山県立富山いずみ高等学校専攻科看護科

本研究は学生時代に受け持った患者が人工肛門造設術を受け、退院後の生活において「自分から発する臭いに周囲の人が不快感をいただいているか」という精神的ストレスを抱えていたことをきっかけに取り組んだ、校内看護研究である。

【目的】

現在人工肛門補助具として消臭対策に目が向けられた製品が沢山ある背景のもと、さらにもう一步進んだ芳香での視点や美観という視点に介入し、カバーの作成に取り組んでみたいと考えた。そこで患者心理を理解した上で利便性を考慮したストーマパウチカバーを追究し、検討することを目的とした。

【方法】

①患者心理理解：研究者 2 名が実際に便の入ったストーマ用品を貼用して日常生活を過ごし体感した心境をまとめる。また看護学生を対象に自由記述式アンケート調査によりストーマ造設術を受けたと仮定し、生じる不安はどのようなものか調査・集計。②消臭対策を施せばパウチ外への臭いの漏れはほとんどないという仮説検証のための実験：六段階臭気強度表示法に基づき、教室内で実体験している研究者からの周囲への臭気レベル感度調査を実施。③補正具及び消臭対策品の現状検索：消臭及び外観補正対応商品の有無の検索・調査。④ストーマパウチカバーの作成：芳香による心理効果と美観をイメージした試作・実用の繰り返しによるカバーの作成。⑤カバーの評価：自由記述式アンケート調査により、繰り返し試作し、完成したストーマパウチカバーの改善点・工夫点を説明した上で、受容度調査を実施⑥ストーマパウチカバー作成のための図案パンフレットの製作※アンケートは看護学生 29 名を対象。倫理的配慮として無記名とし、個人が特定できないように処理することを口頭で説明し同意を得た上でを行い、所定回収ボックスに投稿してもらう。回収率は 100%であった。

【結果】

患者心理理解に取り組んだ前過程ではストーマ用品自体の改善と多様化により、臭気対策を有効に施せば周囲の人は臭気を感じない状況であることを検証した。それにもかかわらず、アンケート集計や実体験を振り返っても心理的に臭いや外観の不安が強いことは明らかだった。しかし、ストーマ用品を取り扱う会社が多くある中で消臭用シートやパウダーは販売されているものの、外観を考慮した芳香目的のカバーの販売はされておらず、唯一他国に外観を重視したハート型カバーの製品を見つけたのみだった。そこで外観と芳香に着眼しながら利便性に富んだカバーの作成に取り組んだ結果、作成されるべきカバーの条件として、①臭いに対する不安解消のための配慮がされていることが好ましい②パウチ全体をカバーでき外観上のボディイメージの向上に繋がるのが好ましい③パウチ内操作が行いやすいよう下面が開いているもの④固定があるのが好ましい、という 4 つの理想を導き出した。需要度アンケート調査ではカバーの支持率は高く、よって考案したカバーに基づき作成方法付きパンフレットの製作を行った。

【考察】カバーの作成にあたっては患者ニーズを把握しながら、生地を選択や臭いに対する対策方法としての消臭や芳香の選択を検討し、また、より本人の生活の質の向上に寄り添えるよう一体となって作成のための助言を行うことは大切である。オストメイトの方々の継続看護の一環としてストーマパウチカバーの作成、利用に関する情報提供は有効な支援方法と考える。そして本来なら見えない・見せない部分でもオシャレをすることで心理的にプラスイメージが働き、自己概念の充足のための一歩のきっかけに繋がればより理想的である。

一般演題3

開腹・開胸手術後患者の術後痛の実態と離床・満足度への影響

○吉井雅恵, 米山美智代, 山辺直美, 桑名千秋

高岡市民病院 3階中病棟 ICU

【目的】

開腹・開胸手術後、ICUに入室された患者の安静時と体動時の術後痛実態について調査した。さらに術後痛と離床度の関連性および術後痛と満足度の関連性について検討した。

【方法】

手術当日の24時、術後1日目の6時と14時にNRSを使用し、術後痛を調査した。術後痛は、10を「最も痛い」、1を「全く痛くない」とし10段階で評価した。満足度は、5を「大満足」、1を「不満足」とし5段階で評価した。

【結果】

①24時・6時・14時のどの時点においても、安静時のNRSの平均は1点、体動時のNRSの平均は3点で、安静時に比較して体動時のNRSは高かった。

②頭部挙上90度以上に離床が進んだ16人のうち、安静時NRS1の人は14人、安静時NRS2以上の人は2人で、全く痛みを感じていない人の方が有意に離床が進んでいた。また、体動時NRSと離床度には関連性は見られなかった。

③体動時NRS1の人5人のうち、満足度5点の人は4人・満足度4以下の人は1人であった。体動時NRS2以上の人18人のうち、満足度5点の人は3人・満足度4点以下の人は15人で、体動時NRS1の人はNRS2以上の人より満足度が高かった。

【考察】

①安静時の術後痛はコントロールされているが、体動時には術後痛を感じていた。

安静時は静止臥位でいるため創部に緊張がかからず術後痛は軽減されているが、体動時は動くことによって創部に緊張がかかり術後痛は強くなる。本調査ではED挿入患者を対象にしており、EDが挿入されていることによって安静時の術後痛はほぼコントロールされていた。しかし、体動時のNRSが高いことから、EDでは体動時の術後痛はコントロールできていない可能性があると考ええる。

②安静時NRSを1にすることで離床が進む可能性が示唆された。

離床を進めるためには体動時よりも安静時の術後痛をなくすることが重要であることが明らかとなった。ED挿入患者は安静時の術後痛はコントロールされている傾向にあるが、患者によってはNRSを2~4程度の術後痛を感じており、これをNRS1レベルにコントロールする必要があると考ええる。術後痛は耐えるものではなく、積極的に取り除くことが重要であるため、ED挿入患者でも安静時NRSを1にコントロールできているか確認し、必要なら鎮痛剤を追加して安静時の術後痛をなくしていくことが必要である。

③体動時NRSを1にすることで満足度が高くなる可能性が示唆された。

体動する前に鎮痛剤を予防的に使用し、体動時NRSを1以下にコントロールできれば、術後痛緩和に対する満足度が高くなると思われる。

一般演題4

サイモントン療法を受けた患者の語りからみるがんに対するイメージの変化

○四十竹 美千代, 若林 理恵子, 八塚 美樹

富山大学大学院医学薬学研究部

【目的】

サイモントン療法は、米国の放射線科腫瘍医で心理社会腫瘍医の Simonton, O.C.により、がん患者の心理的な面への「効果的に介入する方法」として開発された。近年の研究において、肯定的な感情は体の免疫力と自己治癒力を高めることが明らかにされている。

サイモントン療法では認知行動療法とイメージ療法を核として取り入れ、がんに対する捉え方、イメージの変化によって病気の回復や治療の過程に役立てる。そこで本研究では、サイモントン療法を受けた患者1名を対象として、サイモントン療法と出会いどのようにがんに対するイメージを変化したかを明らかにする。

【方法】

対象者：A氏 50歳代 男性 平成X年上咽頭がんと診断される。ステージIVのため手術適応ならず放射線療法、化学療法施行。がんの縮小が認められ4か月後退院。その後、外来でCT、PETにて経過観察。翌年上咽頭がんの再発が認められる。前回の副作用の経験から放射線療法、化学療法希望せずサイモントン療法を含む補完代替療法を行っているB県C病院受診。C病院入院後、週2回超高度ビタミンC点滴療法、食事療法、サイモントン療法にて治療を行っている。6か月経過し腫瘍マーカーの低下が認められる。調査方法：面接にてサイモントン療法やがんに対するイメージについて自由に語ってもらい録音した。分析方法：録音記録から逐語録を作成。がんのイメージに関する部分を抽出しカテゴリー化する。その後、時間軸を設定し時間軸に沿って分析する。倫理的配慮：研究の趣旨匿名性について説明し、口頭と文書で同意を得た。なお、本研究は、対象者が入院している病院の倫理委員会にて承認を得ている。

【結果および考察】

入院から現在に至るまでのがんに対するイメージは、以下に示す5つにカテゴリー化され、さらに5つの時間軸（①がん告知後②放射線療法、化学療法中③再発時④C病院入院時⑤現在）が設定した。《》はカテゴリーを表すこととする。時間軸毎に抽出されたカテゴリー名は①がん告知後：《がんは死を意識させるイメージ》②放射線療法、化学療法中：《がんは不満、不公平さを生じさせるイメージ》③再発時：《がんはしぶとく闘う存在的イメージ》④C病院入院時：《がんは自分にとって黒く嫌な存在的イメージ》⑤現在：《がんは自分と共存しているイメージ》であった。A氏はサイモントン療法に出会ってからがんが自分を脅かすものとは捉えていない。また、がんを自分自身から消滅させたいという思いも軽減しがんと共に生きていくと語っている。がんはしぶとく、自分を死に近づけ今までのように生活できないといったイメージから、がんは自分を攻撃しない、がんがあっても自分は自分、がんのおかげでゆっくりとした時間を過ごすことができたといったイメージに変化していったと考えられる。

- 参考文献 1)Simonton OC, Matthews-Simonton S. :Cancer and stress: counseling the cancer patient, Med J Australia,1981
2)Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gottheil E.:Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer, Lancet,1989
3)Fawzy FI et. al., "Malignant Melanoma: Effects of an Early Structured Psychiatric intervention, Coping, and Affective State on Recurrence and Survival 6 Years Later,Arch Gen Psych,1993

一般演題5

化学療法患者を受け持つ看護師の不安の現状調査

○島次麻美, 松永美樹, 浜田和美, 片口明美, 渋谷美保子
富山県立中央病院

【研究目的】

化学療法施行に関わる業務中に生じる不安内容を明らかにし、マニュアルを作成、勉強会を行う事で化学療法に携わる看護師が、正しい知識を持って行動できる。

【方法】

化学療法に関わる確認から施行に至る一連の過程についての、不安内容 25 項目を使用し、アンケートを作成した。化学療法に関するマニュアルを作成し勉強会を実施した。勉強会前後でアンケート調査を実施した。

【結果】

アンケート結果をもとに質問項目を6つのカテゴリーに分類し、勉強会前後での変化を、T検定を用いて比較検討した。質問項目は、確認作業に関する不安、集中力の低下に関する不安、個人の知識不足に関する不安、有害反応に関する不安、曝露に関する不安、その他の6つのカテゴリーに分類された。結果、集中力低下に関する不安の項目以外において有意差がみられた ($p < 0.05$)。勉強会前後の比較として、確認作業に関する不安、個人の知識不足に関する不安、有害反応に関する不安、曝露に関する不安は勉強会後に減少し、集中力の低下に関する不安は増大した。

【考察】

確認作業に関する不安は、レジメンが確立したことにより点滴速度を明示した事、薬剤師とのスムーズな協力体制による薬剤指導を行えた事により減少したと考えられる。

個人の知識不足に関する不安は、各種薬剤の特徴や副作用を理解したことにより減少したと考えられる。

有害反応に関する不安は、血管外漏出時の即時対処方法やアレルギー反応、アナフィラキシーショック発生時の対処法について知識を得たことにより減少したと考えられる。

曝露に関する不安は、抗癌剤の危険性と、それを取り扱う看護師に及ぼす影響について学習したこと、看護師の自己防衛の方法を学習し、使用物の廃棄を確実に行っていけるようになったことにより減少したと考えられる。

集中力の低下に関する不安は、化学療法患者を受け持つ看護師が、ミキシング中もナースコール対応せざるを得ない状況がある為、増大したと考えられる。今後、ミキシングに集中するにあたり、周囲のスタッフの協力を得られるよう、意識の改善を図っていく必要がある。

富山大学看護学会会則

第1章 総則

第1条 本会は富山大学看護学会と称する。

第2条 本会の事務局を富山市杉谷2630 富山大学看護学科内におく。

第2章 目的および事業

第3条 本会は看護の研究を推進し、知見の交流ならびに相互の理解を深めることを目的とする。

第4条 本会は第3条の目的を遂行するために、次の事業を行う。

- (1) 学術集会の開催。
- (2) 会誌の発行。
- (3) その他本会の目的達成に必要な事業。

第3章 会員

第5条 本会は本会の目的達成に協力する者をもって構成し、一般会員、名誉会員および賛助会員よりなる。

第6条 一般会員は本会の主旨に賛同し、加入した者とする。名誉会員は本会の発展に寄与した者で、評議員会の推薦にもとづき総会で決定する。賛助会員は寄付行為により本会の活動を支援する個人または団体である。

第7条 本会に入会を希望する者は、所定の用紙に氏名、住所等を明記し、会費を添えて本会事務局に申し込むものとする。会費は細則によりこれを定める。

第8条 会員の年会費は事業年度内に納入しなければならない。原則として、2年間会費を滞納した場合には、あらかじめ本人に退会の意志を確認の上決める。なお、会員継続の意志表明後、当該年度内に納入しなかった場合には、自動的に会員としての資格を喪失する。

第9条 退会は本人の申し出があったとき、これを認める。但し、本人が死亡等の際はこのかぎりではない。

第4章 役員

第10条 本会は次の役員を置く。

会長（1名）、理事（若干名）、監事、評議員。

第11条 会長は総会の賛同を得て決定する。年次総会の会頭は会長がつとめる。

第12条 理事および監事は会長が委嘱する。

第13条 評議員は評議員会を組織し、重要会務につき審議する。

第14条 理事は会長を補佐し庶務、会計、会誌の編集等の会務を執行する。理事長は会長が兼務するものとする。

第15条 監事は会計を監査し、その結果を評議員会ならびに総会に報告する。

第16条 役員任期は2年とする。

第5章 総会および評議員会

第17条 総会は毎年1回これを開く。

第18条 臨時の総会、評議委員会は会長の発議があった時これを開く。

第6章 会計

第19条 本会の事業年度は毎年4月1日より翌年3月31日までとする。

第20条 本会の経費は会費、寄付金ならびに印税などをもって充てる。

第7章 その他

第21条 本会則の実施に必要な細則を別に定める。

第22条 細則の変更は評議員会において出席者の過半数の賛成を得て行うことができる。

付 則

本会則は、平成9年11月5日から施行する。

付 則

本会則は、平成12年10月21日、一部改正施行する。

付 則

本会則は、平成17年10月15日、一部改正施行する。

細 則

6-1. 会員の年会費は3,000円とする。但し、賛助会員の会費は30,000円とし、名誉会員の会費は免除する。

9-1. 総会における決議は出席会員の過半数の賛成により行う。

12-1. 評議員は現評議員2名の推薦により評議員会で審議し、これをうけて会長が委嘱する。

富山大学看護学会誌投稿規定

1. 掲載対象論文：看護学とその関連領域に関する未発表論文（原著・短報・総説等）を対象とする。
2. 論文著者の資格：全ての著者は富山大学看護学会会員であることが必要である。
（学会加入手続きは本誌掲載富山大学看護学会会則第3章を参照のこと）
3. 投稿から掲載に至る過程：
 - 1) 投稿の際に必要なもの
 - ①初投稿の際
 - ・原稿1部（図表を含む）
 - ・著者全員の学会費納入を照明する書類（郵便払い込み票あるいはそのコピー）
 - ・査読料としての3,000円の郵便定額小為替
 - ②査読後再投稿の際
 - ・原稿2部
 - ・原稿をファイルしたフロッピーディスク（投稿者名、使用コンピューター会社名、ワープロソフト名を貼付）
 - 2) 査読：原則として編集委員会が指名した複数名の査読者によりなされる。
 - 3) 掲載の可否：査読結果およびそれに対する対応をもとに、最終的には編集委員会が決定する。
 - 4) 掲載順位、掲載様式など：編集委員会が決定する。
 - 5) 校正：著者校正は2校までとし、その際、印刷上の誤りによるもののみにとどめ、内容の訂正や新たな内容の加筆は認めない。
4. 掲載料の負担：依頼原稿以外原則として著者負担とする。発刊後頁数に応じ、別刷請求著者に別途請求する。
5. 原稿スタイル
 - 1) 原稿はワープロで作成したものをA4用紙に印字したものとする。
上下左右の余白は2 cm以上をとり、下余白中央に頁番号を印字する。
 - ①和文原稿：
 - ・平仮名まじり楷書体により平易な文章でかつ遂行を重ねたものとする。
仮名づかいは現代仮名づかい、漢字は特別な熟語以外は当用漢字の範囲にとどめる。
外来語はカタカナ、外国人名または適当な訳語がない熟語は言語を用いる（語頭のみ大文字）。
 - ・句読点には、「,」および「.」を用い、文節のはじめ（含改行後）は、1字あける。
 - ・横書き12ポイント22文字×42行を1頁とし、原著・総説では20頁以内、短報では10頁以内とする。
 - ・英文文末要旨（下記2）－参照）は英語を母国語とする人による校閲を経ることが望ましい。
 - ②英文原稿：
 - ・英語を母国語とする人による校閲を経た原稿が望ましい。
 - ・12ポイント、ダブルスペースで作成し、単語の途中で改行してはならない。
 - ・原著・総説では20頁以内、短報では10頁以内とする。
 - ・特に指定のないかぎり論文タイトル、表・図タイトルを含む全ての論文構成要素において、最初の文字のみ大文字とする。但し、著者名のうち姓はすべて大文字で記す。

2) 原稿構成は、表紙、(文頭)要旨(含キーワード)、本文、(文末)要旨、表、図説明文、図の順とする。但し、原著・短報以外の原稿(総説等)には要旨(含キーワード)は不要である。

頁番号は表紙から文末要旨まで記し、表以下には記さない(従って、表以下は頁数に含まれない)。

(1)表紙(第1頁)の構成：①論文の種類、②表題、③著者名、④著者所属機関名、⑤ランニング・タイトル(和字20文字以内)、⑥別刷請求著者名(兼掲載料請求者)・住所・電話番号・FAX番号、⑦別刷部数(50部単位)。

- ・著者が複数の所属機関にまたがる場合、肩文字番号(サイズは9ポイント程度)で区別する。
- ・和文・英文原稿を問わず、②～④以外は全て和文による。
- ・但し、論文の種類に拘らず、標題は和文と英文の両者を記すこと(総説においては第1頁に重記、その他の論文では下記要旨を参照のこと)。
- ・英文標題は、最初の文字のみ大文字とする。

(2)(文頭)要旨(Abstract)(第2頁)：表題、著者名、所属に続き、改行し要旨(Abstract)と行中央太文字で記し、さらに改行し本文を記す。本文は和文原稿では400文字、英文原稿では200語以内で記す。本文最後には、1行あけて5語以内のキーワードを付す。それらは太文字を用い、「キーワード(key words)：」に続き書き始め、各語間は「,」で区切る。英語では、すべて小文字を用いる。

(3)本文(第3頁～)

- ・原著：序(Introduction)、研究方法(Methods)、結果(Results)、考察(Discussion)、結語(Conclusion)、謝辞(Acknowledgments)、引用文献(References)の項目順に記す。各項目には番号は付けず、行中央に太文字で表示する。項目間に1行のスペースを挿入する。
- ・短報：上記各項目の区別を設けず記載する。
- ・総説：序・謝辞・文献は原著に準拠し、それ以外の構成は特に問わない。
- ・但し、人文科学的手法による論文の構成はこの限りでない。

(4)引用文献：関連あるもののうち、引用は必要最小限度にとどめる。

- ・本文引用箇所の記載法：右肩に、引用順に番号と右片括弧を付す(字体は9ポイント程度)。同一箇所に複数文献を引用する場合、番号間を「,」で区切り、最後の番号に右片括弧を付す。3つ以上の連続した番号が続く場合、最初と最後の番号の間を「-」で結ぶ。
- ・本文末引用文献一覧の記載法：本文に引き続き論文に引用した文献に限り番号順に以下の様式に従い記載する。
 - 著者名は全て記載する。英文文献では、Family Nameに続きInitialをピリオド無しで記載し、最後の著者名の前にandは付けない。

○雑誌の場合

著者名：論文タイトル。雑誌名 巻：初頁 - 終頁、発行年(西暦)。の順に記す。

雑誌名の略記法は、和文誌では医学中央雑誌、英文誌ではIndex Medicusのそれに準ずる。

但し、英文誌では略語間はスペースで区切り「.」は入れない。

例：

- 1) 近田敬子, 木戸上八重子, 飯塚愛子：日常生活行動に関する研究。看護研究 15：59-67, 1962.
- 2) Enders JR, Weller TH, Robbins FC：Cultivation of the poliovirus strain in cultures of various tissues. J Virol 58：85-89, 1962.

○単行本の場合

- ・全引用：著者名：単行本表題(2版以上では版数)。発行所、その所在地、西暦発行年。

- ・一部引用：著者名：表題（2版以上では版数）. 単行本表題，編集者，初頁-終頁，発行所，その所在地，西暦発行年.

例：

- 1) 砂原茂一：医者と患者と病院と（第3版）. 岩波書店，東京，1993.
- 2) 岩井重富，矢越美智子：外科領域の消毒. 消毒剤（第2版），高杉益充編，pp76-85，医薬ジャーナル社，東京，1990.
- 3) Horkenes G, Pattison JR：Viruses and diseases. In "A practical guide to clinical virology (2nd ed), Hauknes G, Haaheim JE eds, pp5-9, John Wiley and Sons, New York, 1989

○その他（印刷中，投稿中）の場合：これらの引用に関する全責任は著者が負うものとする.

- 1) 立山太郎：看護学の発展に及ぼした法的制度の研究. 富山大学看護学会誌，印刷中（投稿中）.

(5)文末要旨：新たな頁を用い，標題，著者名，所属機関名に次いで文頭要旨に準拠し，和文原稿では英訳したもの，英文原稿では和訳したものをそれぞれ記す.

(6)表および図（とその説明文）：その使用は必要最小限度にとどめる.

用紙1枚に1表（または図）を記すが，そのサイズはキャビネ判（14.5cm×19.5cm）程度にとどめる（印刷仕上がり時適宜縮小されることになる）.

和文原稿においては，図表の標題あるいは説明文は英文で記してもよい.

肩文字のサイズは9ポイント程度とする.

本文左欄外に，各図表挿入位置を指定する.

- ・表：最小限の横罫線を使用し，縦罫線はなるべく使用しない.

表題は，上段に表番号（表1.あるいはTable 1.）に続き記載する.

脚注を必要とする表中記載事項は，その右肩に表上左から表下右にかけて出現順に小文字アルファベット（または番号）を付す. 有意差表示は右肩星印による. 表下欄外の脚注には，表中の全ての肩印字に対応させ簡易な説明文を記載する.

- ・図説明文：別紙にまとめて図番号順に記す. 構成は，図番号（図1. またはFig. 1.）に次いで図標題. 説明本文となる. 本文には，図中に表示した全ての印字が何を示すかの説明が含まれていなければならない.

- ・図：A4版白色用紙あるいは青色グラフ用紙に黒インクで記し，下段余白部分に図番号（図1. またはFig. 1.）および代表著者名を記す.

写真（原則としてモノクロ）は鮮明なコントラストを有するものに限定し，裏面に柔らかい鉛筆で図番号および代表名を記すか，またはそれらを記した紙片を貼付する.

(7)その他の記載法

- ・学名：全て言語かつイタリック体（またはアンダーライン使用）で記す.

- ・略語の使用：用紙および本文のそれぞれにおいて，最初の記載箇所においては全記し，続くカッコ内に以後使用する略語を記す.

例：後天性免疫不全症候群（エイズ），mental health problem(MHP).

但し，図表中においてはnumberの略字としてのnまたはNは直接使用してよい.

- ・度量衡・時間表示：国際単位（kg, g, mg, mm, g/dl）を用い，温度は摂氏（℃），気圧はヘクトパスカル（hpa）表示とする.

英字時間表示には，sec, min, hをピリオド無しで用いる.

「投稿先」

〒930-0194 富山市杉谷 2630

富山大学医学部看護学科

富山大学看護学会誌編集委員会 長谷川ともみ 宛

* 封筒に論文在中と朱書し、郵便書留にて発送のこと

入会申込書記入の説明

- ・入会する場合は、下記の申込書を学会事務局まで郵送し、年会費3,000円を下記郵便口座へお振込みください。

学会事務局 〒930-0194 富山市杉谷2630番地

富山大学医学部看護学科 老年看護学講座

竹内 登美子 宛

振込先：郵便口座00710-1-41658 富山大学看護学会

切 り 取 り 線

入 会 申 込 書

平成 年 月 日

富山大学看護学会会長 殿

貴会の趣旨の賛同して会員として 年度より入会いたします。

ふりがな 氏 名 メールアドレス	
勤 務 先 (所属・職名)	
勤務先住所 TEL FAX	〒
自 宅 住 所 TEL FAX	〒
学会誌送付先	

編集後記

新春を迎え、新しい富山大学看護学会誌を皆様にお届けいたします。

今回は、第10回看護学会での特別講演、教育講演の内容と尺度開発や患者の心理状態からの看護支援の考察、分娩介助実習における学生の学び等、研究テーマや研究手法も多種多様なものになっています。臨床や教育の中での研究疑問は数多くあると思います。このような研究疑問を検討してまとめていきたいものです。

平成22年度
富山大学看護学会役員一覧

会長 竹内 登美子

庶務 松井 弘美, 山口 容子

編集 長谷川ともみ, 成瀬 優知, 安田 智美

会計 坪田 恵子, 吉井 忍

監事 八塚 美樹, 中林美奈子

富山大学看護学会誌第10巻1号

発行日 2011 (H23) 年2月
編集発行 富山大学看護学会
編集委員会
長谷川ともみ (編集委員長)
成瀬 優知, 安田 智美
〒930-0194 富山市杉谷2630
TEL (076) 434-7430
FAX (076) 434-7430
印刷 中央印刷株式会社
〒930-0817 富山市下奥井1-4-5
TEL (076) 432-6572
FAX (076) 432-2329

THE JOURNAL OF THE NURSING SOCIETY OF UNIVERSITY OF TOYAMA

VOL.10 NO. 1 FEBRUARY 2011

CONTENTS

〈Review Article〉

- The study of cancer treatment in Japan: What we can see in cancer registries
Yuka HIRABAYASHI 1
- Prospects of cancer nursing
Keiko YAMAMOTO 11

〈Original Article〉

- The development of the scale on the measurement of nurses' perception of spiritual care
Tomiko EGUCHI, Hiroshi OCHIAI, Setsuko TSUKAHARA, Eiichi UENO 15

〈Short Communication〉

- Analysis of mental state of a chronic dialysis's patient
Michiyo AITAKE, Rieko WAKABAYASHI, Miki YATSUZUKA 29
- The Learning of Undergraduate Students Selecting in Midwifery in 10 Cases of Childbirth Care
- Focusing on Practical Experience of Childbirth Care -
Hiromi MATSUI, Kuniko NAGAYAMA, Keiko SHIMADA 37

〈News from the Nursing Society of University of TOYAMA〉

- Programs of the 10st Annual Meeting 49

富山大学看護学会誌

第10卷1号

2011年2月