

南九州看護研究誌

第15巻 第1号 2017年

[特別寄稿]

看護基礎教育における看護過程の理論モデルと教育プログラムの検討
.....東 サトエ..... 1

[原著]

卒後2年目看護師の行うリフレクションが
キャリア開発に与える意味と継続教育方法の検討
.....児玉みゆき・東 サトエ..... 11

[研究報告]

看護教育へのナラティブ看護実践モデルの導入に関する研究(1)
ー ナラティブ看護実践モデルの構築 ー
.....東 サトエ・柳川 育美・白石 裕子
児玉みゆき..... 21

一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる
若手看護師の直面する困難の検討
.....坂下恵美子..... 31

[資料]

児童を対象とした育児疑似体験プログラムの実施報告
.....松岡あやか・荒武 亜紀・清水 鈴代
伊久良美和子・野間口千香穂
兵頭 慶子..... 39

看護基礎教育における看護過程の理論モデルと 教育プログラムの検討

A Theoretical Model of the Nursing Process and Development of an Educational Program in Basic Nursing Education

東 サトエ¹⁾

Satoe Higashi

キーワード：看護過程，理論モデル，教育プログラム，看護基礎教育
the nursing process, theoretical model, educational program
basic nursing education

I. はじめに

大学での看護過程の教育に携わってから、約35年が経過する。これまでに自らが納得する『看護過程の理論モデル』を構築し、教育・実践・評価を行ってきたが、看護過程は教育する教員にとっても学習する学生にとっても難しいものである。これまでに形にしたものを再考し（参考文献参照）、今後の課題を明確にしておきたいと考える。わが国において看護過程は、1980年代にみられた形骸化の危機を乗り越え、ICT（Information and Communication Technology）にも親和性を持ち、今なお健在であり、多くの看護教育機関の基礎教育において講義・演習・臨地実習で活用されている。問題志向に偏重しやすい特徴や、記録に重点がおかれるなどの批判はあるが、一般システム理論（Bartalanfy, 1968）を土台にしているがゆえに、包括的かつ基盤となる看護の科学的実践方法論であることに変わりはない。看護過程の背景となる理論モデルは、柔軟な枠組みで構成され、看護学の知識・技術・態度のすべてを取り込み実践展開することを可能とし、様々な看護の実践理論・モデルによるアプローチにも相補性をもって

いる。看護過程を体系的に研究し、1967年に看護過程という名の著書を世界で初めて著したYura et al. (1983) も、看護過程は、「看護実践の核心であるとともに、欠くことのできない本質である。看護過程はあらゆる看護活動の中心となり、どんな準拠枠内でもどんな概念や理論にも応用することができる。それは、柔軟性に富み、応用範囲が広く、さまざまな変数に対しても調整可能で、しかも系統的な看護活動の基礎となるように十分組織されている。」とその特徴を述べている。

II. 看護過程の理論モデルの構築のプロセスについて

看護過程を教育する者は、自らが納得できる『理論モデル』を明らかにし、熟知している必要がある。わが国で看護過程の形骸化が生じた背景に疑問を抱き、Yura et al. (1983) による理論モデルの開発過程に関心を持ち、女史らが行った開発方法を援用し理論モデルの開発に着手し、3年課程の看護基礎教育課程で実践適用・検証してきた（構築期間：1991年4月～1997年3月）。構築後は、4年制大学での看護基礎教育にも実践適用し、検討

1) 宮崎大学医学部看護学科基礎看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

を加え今日に至っている。方法は文献検討により、①看護学における看護過程の位置を確認し、看護過程の概念の歴史的考察と比較分析から構成要件を明らかにし、②看護過程を支えている諸理論の検討を基にして、それらが示唆する条件を看護過程の定義及び構成要素に反映し、理論モデルを構想した。③構想した理論モデルは、3年課程の看護基礎教育カリキュラムにおいて教育内容に具体化し、④教材事例モデルによる検証後に講義・演習に適用・実施した。また、⑤臨地実習でのクライアントへの適用状況調査及び学習到達度評価により、本理論モデルの有効性を確認し、系統的教育プログラムの開発を試みた。⑥4年制大学のカリキュラムでは、サブテキストを作成し講義・演習を行い、臨床指導者とも共有し統一した指導により教育効果を高めた(2001年～2006年)。2007年以降は担当グループの演習と実習に限定されてきたが継続的に検討してきた。そこで、構築した看護過程の理論モデルと教育プログラムを提示し、本看護学科の課題と今後の期待を述べたいと思う。

Ⅲ. 看護過程の理論モデルの検討

1. 看護学における看護過程の位置と概念の歴史

看護学は、1970年以降の「看護概念モデル」の開発により急速に発展し、看護学のメタパラダイムは4つの主要概念、すなわち、「人間(The Human or Individual)、環境/社会(Environment/Society)、健康(Health)、看護(Nursing)」とする考え(Facett, 1989)が世界的に同意を得るに至った。看護概念モデルは、看護学の知識体系化を促進し、看護学全体を説明するものとなった。4つの主要概念において看護の概念は、「受け手に代わって、あるいは受け手と共同して看護師がとる活動を意味する。看護の下位概念は、看護の目的、看護の方法(看護のプロセス)、看護の役割・機能である。」と説明される。つまり、看護過程は看護の方法であり、看護師が看護過程を用いて看護実践する場合には前述の4つの主要概念を組み入れた実践展開を必要とする。従って、看護過程の成立条件は、1つには、看護の対象である「人

間」の理解を基盤に、対象の生活状況や「健康状態」を観察し、対象を取り巻く「環境/社会」がどのように「健康」に影響しているかを総合的に判断し、対象のニーズを明らかにしてゆく必要がある。2つには、ニーズを充足するために、「看護の目的・目標」を目指し、「看護過程」を用いて、看護の役割と機能を効果的に発揮してゆく必要がある。3つには、看護実践の質を高めるために、個々の看護師の看護観や人間観ならびに、必要な技術・態度を看護過程に統合させながら展開することであり、これら3つが必要不可欠な条件となる。

次に、看護過程の概念について、現在、主流であり、問題解決的アプローチの要素の強い看護過程の歴史的経緯をみると、始期は看護計画という用語であった。アメリカで1940年代から用いられた「看護計画」は、1950年代にわが国に導入されたと言われている。また、現在用いられている看護過程の構造にもっとも近いものがわが国へ紹介されたのは、バークレーンら(1969)のものである。女史らの看護過程の関心は、その概念を用いることにより、看護教育カリキュラムに統一性を与え、教育効果を高めることであり、当時の看護教育に影響を及ぼした。1980年代に入ると看護過程は再考の時期を迎え、看護過程が本来もつ概念の主旨が実践の場に十分生かされていないのではないかといった反省の声が聞かれるようになった。しかし、海外では1980年以降から、看護過程の研究の焦点は「看護診断」に移行し、北米看護診断協会(NANDA)とアメリカ看護師協会(ANA)の協力体制のもとで、看護診断分類システムの開発が精力的に行われるようになっていった。また、看護過程をも内包した看護概念モデルの開発により、看護の概念と方法論に一貫性がもたらされるようになった。わが国の看護過程の歴史はアメリカの影響を強く受けており、1991年には日本看護診断研究会の設立総会と学術集会が開催され看護教育・研究・実践に浸透し今日に至っている。

2. 看護過程の構成要件と定義

看護過程の定義と構成要素を導くために、4つの代表的な定義と構成要素を比較分析し、看護過程に内包すべき核となる構成要件を明らかにした。1つは、Yura et al. (1983) の看護過程である。2つ目は、Nursing Theories Conference Group (1980) の考え、3つ目は日本看護科学学会の専門用語検討委員会が1989年に発表した「看護過程」に対する見解である(松木, 1991)。4つ目は、「看護診断」の考え方を取り入れたGordon (1982) のものであり、独自に開発した「11の機能的健康パターン」の概念枠組みを用いてNANDAの看護診断名を分類し、健康問題への診断ラベル適用を容易にしたことから採用した。比較検討により、看護過程の主要な構成要件は、①看護の目的を達成するために(目標指向性)、系統的・組織的に行う活動であり、②クライアントを中心に把握され、看護によって解決できる健康上の問題を取り扱うものである。③クライアントを全体的に把握することが重視され、④クライアントと看護師との人間関係(相互関係)を基盤とする。⑤看護の知識と理論に裏づけされた技術、及び人間尊重の態度を統合させながら展開されるものであることが明らかとなった。また、看護過程の構成要素は、Yura et al. (1983) の「アセスメント・計画・実施・評価」を基準にすると、アセスメントを「アセスメントと看護診断」の2つに分け5要素としたもの、「情報収集・解釈・問題の予測と確認及び問題の明確化」の3つに分け6要素としたものに分類された。これらの分析結果と、看護過程の歴史的考察から、⑥看護過程は、看護診断を1つの要素として捉え、複数の意味を持つアセスメントという用語は使用せず、「情報収集、看護診断、計画立案、実施、評価」の5つの構成要素から捉えることが妥当と考えた。

以上を基に、「看護過程は、看護の目的を達成するために系統的・組織的に行う活動であり、クライアントと看護師との人間関係(相互作用)を基盤にして、看護が介入できるクライアントの健康上の問題を明確化し(可能ならば診断名のラベルづけを行い)、問題解決を行う過程である。また、

その過程は看護の知識と理論に裏づけされた技術及び人間尊重の態度を統合させながら展開することが重要である。看護過程の構成要素は、情報収集・看護診断・計画立案・実施・評価の5つの要素(サブシステム)から構成される。」と定義づけた。

3. 看護過程における関係性と看護の概念枠組み及び構成要素に具備すべき条件

看護過程は、一般システム理論を土台とし、人間ニーズ理論、知覚理論、問題解決理論、意志決定理論、情報理論及びコミュニケーション理論等が直接的かつ具体的な理論背景にある。従って、これらの理論の意味・条件を看護過程に反映する必要がある。

1) 望ましいクライアント—看護師—看護過程の関係性

一般システム理論をもとに、人間社会や医療における看護の位置と他の領域との相互関係を明確化し、看護における看護過程の位置と看護過程に参加するクライアントと看護師の望ましい関係性を明らかにしておく必要がある。保健医療ケアシステムを例に考えると、そのサブシステムである看護学、医学、栄養学、薬学などは、各々が独自の専門性を持ち、統合的に協働しながら医療の目的達成を目指して機能している。また、医療における看護システムに焦点を当てるならば、クライアントと看護師は、地域社会あるいは家族の一員として存在しており、全体としての社会システムの中に属するサブシステムになると考えられ、看護過程は両者の間に位置するものとなり、クライアントと看護師は看護過程を介して力動的な相互作用を営みながら、看護システムの効果を高めてゆくことができる。従って、クライアントは看護過程に参加する権利を尊重されると共に、クライアント役割を發揮する責務を持つ存在として理解される。

2) 看護過程に用いる看護の概念枠組みの選択決定

看護過程に用いる看護の概念枠組みの選択決定は重要であり、看護の目的や役割・機能、看護の

対象である人間の見方を明らかにし、看護過程に方向づけを与える必要がある。看護の概念枠組みは、看護に必要な情報収集の領域と内容ならびに介入する健康上の問題領域を明らかにするものでもある。そこで、看護学の発展過程、わが国の看護の文化及び看護基礎教育の特徴を吟味した結果、看護の概念枠組みには、ニーズ理論が最適であると判断した。ニーズ理論は人間を基本的ニーズに向けて動機づけられている統合的で組織的な1つの統一体と捉えており、看護における全体論的な対象理解に有用である。また、基本的ニーズの未充足の状況が一定水準以上持続するならば、人間の内的緊張状態は健康障害を惹起し、なんらかの反応や行動（痛みの知覚や不穏行動など）となり表現される。看護師がそれらを注意深く観察し、専門的な知識をもとに解釈・分析するならば、健康上の問題を科学的に判断し、ニーズの充足に向けた援助（保護、安寧、育成、予防、解決、緩和、更生、保持・増進）を可能にできる。Yura et al. (1983) もニーズ理論の性質を看護に適用可能と認め、独自に開発した「人間ニーズ理論（35のニーズ）」を看護過程の支柱と捉え、看護の概念枠組みに採用している。ニーズ理論と看護の4つの主要概念との関係性を別途陳述した結果、「ニーズと人間」、「ニーズと健康」、「ニーズと環境／社会」、「ニーズと看護」について説明することが可能であった。

3) 看護過程の構成要素に具備すべき条件

前述した理論が示唆する条件と予測可能な弊害を考慮に入れ、看護過程の5つの構成要素（サブシステム）の定義と内容に組み込み、各サブシステムが看護の目的に向かって機能し、看護過程の全体システムが最大効果を発揮できるようにすることが重要である。

看護過程は問題解決と意志決定の過程であると言っても過言ではない。まず、看護過程に必要な問題解決は、科学的問題解決行動に位置付けられ、問題を根底から究明し解決してゆくプロセスである。しかも、心理学的観点からは、再生的問題解決を必要とする問題というより、生産的問題解決（過去においては、無関係であった幾つかの経験

を結びつけて、新たな解決の発見を必要とする）を要する複雑な問題が多い。従って、問題を発見してゆく過程では、複雑な状況を「分析—総合」という論理的操作に基づいて解きほぐし構造的再体制化をはかり、洞察することが求められる。看護過程で分析した情報を基に、一連の出来事の関連図（sequence of event）を描き健康問題を決定するのはこのためである。また、科学的問題解決行動では原因に対応した幾つかの代替案を吟味し、最適案の選択決定による問題解決が求められることから、計画立案に反映することが重要である。

次に人間の意志決定には、定型的な意志決定と非定型的な意志決定があることを理解しておく必要がある。定型的な意志決定とは繰り返し現れる問題に対してなされる決定であり、標準化（看護基準や看護業務基準、クリティカルパスなど）が可能なのである。しかし、健康上の問題は、非定期的な意志決定の割合が高く、個別的な対応を要するものが多いため、多角的な分析を怠り、定型的な意志決定を行った場合には看護の質の低下を招く危険性がある。コンピュータ化においては回避システムを講じておく必要がある。また、看護師は一般に社会的規範意識が高いため、計画立案の目標設定では、十分水準の意志決定をする傾向がある。必要な条件の吟味により、達成可能な満足水準の目標を段階的に設定し、評価・修正を繰り返すことが適切と考える。

更に、一般システム理論を土台とする看護過程は、クライアントと看護師の出会いから展開が始まり、常に相互作用しながら循環する性質をもつ。この過程に深く関連する理論は知覚理論、情報理論、コミュニケーション理論である。「知覚」はクライアントと看護師が相互に情報を得る唯一の手段であり、知覚の在りようが以後の看護過程の展開に大きく影響する。看護師は人間に備わっている3つの受容器（外受容器、内受容器、自己受容器）と、各受容器の特異性（知覚し得る範囲と認知および刺激に対する反応）を熟知しておく必要がある。例えば、治療目的で感覚遮断を要するクライアントの場合、受容器は一定の刺激に順応し

てしまうので、変化に乏しい環境がクライアントの知覚能力に影響することを認識し、継続的に観察する必要がある。また、人間の知覚は現在のみでなく、過去の刺激によっても反応を起し、各個人の「知覚の場」に制約を受ける性質も持っている。それ故に、クライアントの情報収集においては、健康生活の状況（生活習慣、一般的な身体的背景、発達段階と発達課題など）、社会的背景、健康障害と健康障害への対応を把握し、クライアントの行動や反応への影響を適切に解釈・分析することが重要である。また、看護師も過去の体験が自身の知覚の場を狭小化させ、正確な情報収集を阻害する場合があることを認識しておく必要がある。看護師に五感を磨き豊かな感性を備えることが求められるのは知識を補い、広い視野からの確かな情報収集を可能にするからである。

しかしながら、情報化社会の今日では情報の量・質ともに人間の情報処理能力を上回り、情報に振り回される嫌いがある。情報理論では、情報を取捨選択するにあたり、目的意識をもった注意深さと「推論」により問題の核心に迫ることを重視している。理論知と実践知から「おや？」と直感した看護現象を感じ取る能力を軽視することなく、焦点を定め科学的に推論するならば、より細やかにクライアントの個別的ニーズを見極めることが可能になると考える。そして、コミュニケーション理論は、コミュニケーションが人間対人間の相互作用の必要条件であり、クライアント・家族・看護師の人間関係成立の基盤であることを指摘している。看護過程におけるコミュニケーションは、「sharing（分かち合う）」という情報交換の概念を補完することにより、連続的な相互作用を可能にし、ラポールを形成することで、クライアントの内面にあるニーズを汲み取ることが重要と考える。

4. 看護過程の構成要素と主な機能

看護過程のプロセスを分析することにより、5つの構成要素は更に24の機能で構成されていることがわかった（図1）。各構成要素の定義と機能について述べる。

1) 情報収集:「情報収集とは、看護の目的に叶った人間観をもとに、対象者の健康状態や健康障害によって生じるさまざまな反応と生活行動の変化及び対象者を取り巻く状況について、主観的情報、客観的情報を意図的、系統的、多面的に収集し、ニーズの充足状況とそれに影響する因子（関連因子）及び促進条件（強み）を把握することである」と定義し、サブシステムの機能は、情報収集の領域であるニーズの充足状況、健康生活の状況、健康障害と健康障害への対応、社会的背景、情報収集の仕方、情報の整理と記録の6項目から構成した。

2) 看護診断:「看護診断とは、看護が介入できる対象者がもつ健康上の問題とその影響因子（関連因子）を明らかにすることである。健康上の問題には、看護が独自に介入できる問題（狭義の看護診断）と保健医療従事者と共同で扱う共同問題があり、両者に看護は介入する。つまり、看護診断とは、分類・整理された対象者の情報を解釈・分析し、総合を経て問題を明確化していく過程であると同時に問題の決定である。これらの問題は看護の介入によって予防・解決、緩和され、さらには健康の維持が可能となるものである」と定義し、サブシステムの機能は診断過程に沿って、情報の分類・整理、情報の解釈・分析、情報の総合（情報の再体制化）、長期の見通しの設定、問題とその影響因子の明確化と表明（可能ならば診断基準との照合と命名）に至る5項目から構成した。

3) 計画立案:「看護診断の過程で明確化された健康上の問題の優先順位を決定し、対象者と看護師が協力して目標を定め、それを達成できるように、看護活動について具体的な方法・手段などの行為までを示すことである」と定義し、サブシステムの機能は、問題（看護診断と共同問題）の優先順位の決定と記述、問題の根拠づけと記述、目標の設定と記述、看護活動の決定と記述の4項目から構成した。

4) 実施:「実施とは、看護診断の過程で導き出された問題を解決するために、計画立案に基づいて看護活動を行うことである。実施においては、対象者の状態の変化や生活の流れを考慮し、良い人

間関係を築いてゆくとともに、看護活動の効果を検証することである」と定義し、サブシステムの機能は、1日の援助計画、看護活動の実施、看護活動の評価、看護記録、報告、看護活動の継続の6項目から構成した。

5) 評価:「評価とは、計画的に実施した看護活動によって、設定した目標がどの程度達成されたか、その理由は何かを判定することである。目標の達成状況は、対象者が示した反応や変化をもとに判断される。また、評価は看護過程における最終段階であると同時に、各段階で必要な修正を加え、もう一度実施するフィードバック機能をもつ。さらに、評価は看護診断及び問題解決に有効な看護活動の検証にも不可欠であり、看護実践の質を高める性質を持つものである」と定義し、サブシステムの機能は、目標達成度の評価、看護過程の各段階の評価、修正の3項目から構成した。

IV. 構築した看護過程の理論モデルについて

本理論モデルでは、看護の概念と看護過程につ

いて、「看護は、基本的ニーズの充足に向けて、クライアントが生活過程を整えられるように援助することによって、健康を保持・向上、あるいは安らかな死を迎えることができることを目的とする。そして、看護過程を介してクライアントと看護師は力動的な相互作用を営みつつ、問題解決に向かって循環しながら発展してゆくものである」と整理した。看護過程の土台に一般システム理論を用いたことにより、看護過程はクライアントと看護師の間に位置づけられた。図1で、クライアントから伸びる双方向の矢印は看護過程を用いる看護師との相互作用を示している。また、看護過程の構成要素を「情報収集」「看護診断」「計画立案」「実施」「評価」で構成しサブシステムとしての役割・機能を持たせている。今なお開発過程にある「看護診断」については、問題の明確化を経て、診断基準と照合可能な場合に限り診断名を命名するとした。更に、5つのサブシステムは、それらの下位のサブシステムとなる24の機能を具備することによって、固有の目的を達成できるよう

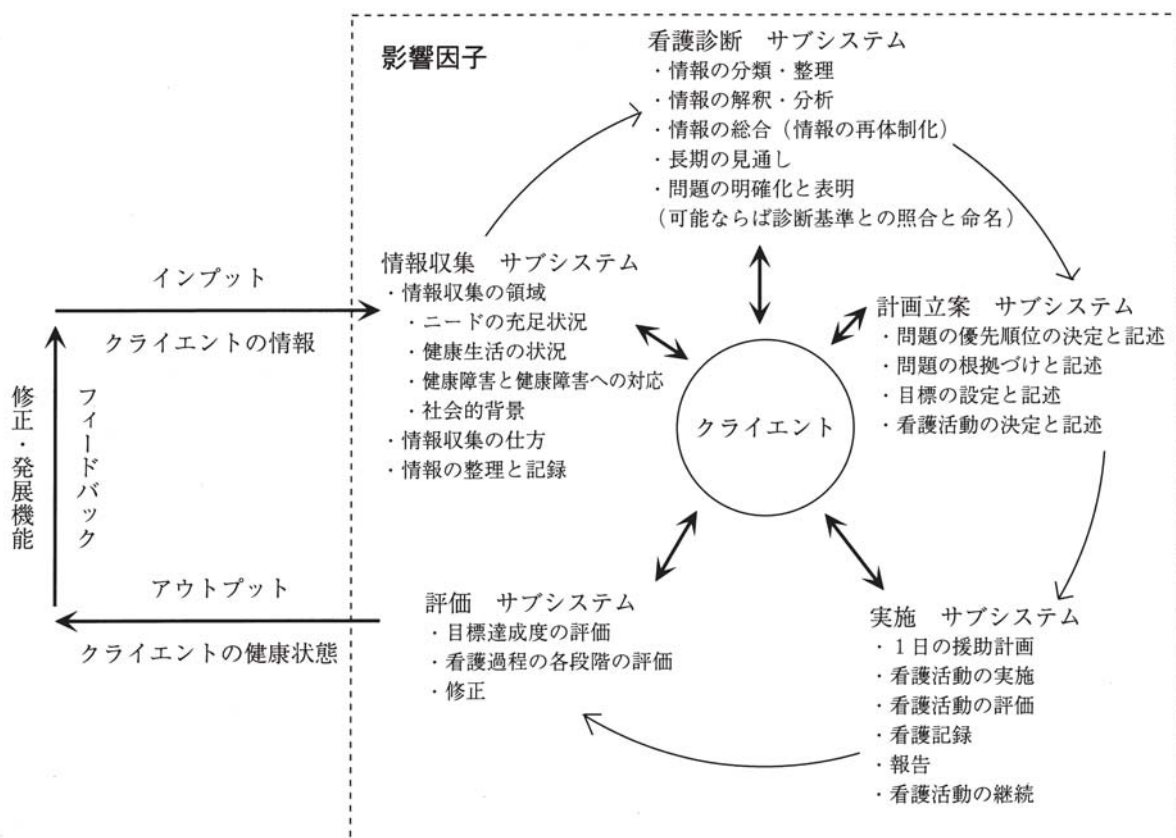


図1 看護過程のモデル (東)

にした。そして、看護過程の循環によりアウトプットしたクライアントの健康状態は、フィードバックによる修正・発展機能により、新たなクライアントの情報を生成し、必要に応じて再び看護過程にインプットされることで、目的達成に向けて新たに循環してゆくことを示している。本モデルは、構築過程において、作成した成人期にある肺がんで放射線療法中の男性のクライアントの教材事例と綿密に照合する方法で検証を行った。また、臨床実践への適用可能性について、調査対象患者総数：361例の健康問題をGorden（1982）による11の機能的健康パターンの概念枠組みを用いて分類し、全領域において適用されていることが確認された。

V. 看護基礎教育における看護過程の教育プログラム

Brunner（1961）は、特殊な題目や技能をある知識の領域のより包括的な基本構造の中でそれらが占める文脈の上の位置を明らかにして教えることの重要性を強調している。また、適切な学習によって、大量の一般的転移を得ることができ、最適条件のもとで適切に学習するならば、『学習の仕方を学習する（learn how to learn）』ようにさえなると述べている。また、一般的転移を生み出すような学習のためには、教科の構造を明らかにして教授することが重要であり、構造の理解（ものごとの関連性）を重視している。看護教育者が看護過程の理論モデルを構築する理由はまさにそこにあり、看護過程の構造を明らかにすることにより、学生は、成人看護学の学内演習（第Ⅱ段階に当たる）による学びを基に、以後の臨床実習での学びへと転移させてゆけると考えた。

そこで、3年課程の成人看護学実習において検証を試みた。調査は、看護過程の理論モデルを構成する24の機能をもとに質問紙を作成し、成人看護学領域における3つの実習段階（第Ⅲ段階：各論基礎実習終了時、第Ⅳ段階：各論実習中間時、第Ⅳ段階：各論実習終了時）において追跡調査を行った。教員による成績評価（高・中・低群）を独立変数に実習段階別の学生の自己評価を従属変

数として一元配置分散分析を行った。その結果、第Ⅳ段階：各論実習終了時では、全体平均値及び5つの構成要素の平均値において有意な主効果が見られた（有意水準：5%未満）。これは、教員評価と学生の自己評価に有意な関連があることを意味している。つまり、学生の適切な自己評価が可能になっており、看護基礎教育の最終目標にきわめて近づき教育効果が見られた結果と考えられた。なお、成人看護学での教育実践の前段階には基礎看護学での学習内容と終了後に開講される総合実習があり、5段階の教育プログラムを編成し、実証した内容を基に段階ごとに説明する。

（1）第1段階：最も基礎的部分であり、看護過程の概念と構造及び看護の4つの主要概念との関連性を理解することをねらいとする。「実践科学としての看護学における看護過程の位置と成立条件、看護過程の概念の歴史と課題、看護過程の定義や構成要素とその機能、看護過程を支える諸理論、看護過程＝看護師＝クライアントの関係性」を内容とする。教材事例を用いる場合はシンプルな健康障害をもつ事例で基本的ニーズに関する情報を多く含むものが良い。臨床実習では本モデルの前提となる人間関係のアプローチによる看護過程の展開を中心に学習し、看護場面における気づきに重点を置くことが望ましい。

（2）第2段階：看護過程の5つの構成要素の理解に重点を置き、科学的・論理的な思考に基づいた問題の明確化と解決のための基本的な学習をねらいとする。演習の教授形態により、「シミュレートされた臨床場」を設定し、看護過程の構造を確実に理解することが重要である。教材事例は理論モデルの構造や教授内容と内的関連性をもたせ、指導者間で共通理解しておくことが重要である。授業は教授形態を組み合わせた展開を行う。また、事前評価・形成的評価・総括的評価により学生のニーズに応じて細やかな指導を行い、自己評価能力の基礎を育成し、臨床実習での課題を明確化できるように支援する。

（3）第3段階：臨床実習でクライアントとの相互作用を通して、実施・評価を含めた看護過程の全体的な理解を深めることをねらいとする。学生

のレディネスに応じたクライアントの選択が鍵となる。臨床場の学習のみでなく、学内での個別学習を組み合わせ、着実に学びを整理できるようにする。臨床指導者と教員との一貫した指導体制が必要不可欠である。

(4) 第4段階：各看護領域の本格的な臨床実習に該当する。クライアントの特殊性（発達段階、性別、健康レベル、健康障害など）に応じた看護過程を主体的に展開できることをねらいとする。次第に複雑なクライアントを担当し、学生の創造・発見を支援し、看護活動の評価・修正や医療チームとの連携・協働にも目を向け、広い視野から看護の役割・機能を理解できるようにする。学生の自己評価が教員評価とほぼ一致し、学生が自己の展開能力を客観視できるようにフィードバックする。

(5) 第5段階：看護基礎教育の最終段階である。医療における看護の位置、役割・機能を現実的に理解し、看護の概念（個々の看護観）を看護過程に統合しながら、継続的に看護活動し、評価・修正・発展できることをねらいとする。看護過程の構成要素のすべてが有機的に関連づけられ、看護の科学的方法論として個別的で柔軟な展開に至ることである。複数のクライアントに対して、チームアプローチを行い、看護の継続性と看護過程のフィードバック機能を実体験する必要がある。また、看護診断のみにとらわれることなく、「看護のテーマ」を設定し質の高い看護実践を探究する姿勢を育成する必要がある。

5つの段階をカリキュラムに配列するには Toress et al. (1978) の理論に基づき、カリキュラムの水平的要素に看護過程を垂直的要素に「個人—家族—地域社会」、「健康—疾病連続体」を位置づけることで統合したカリキュラム構成が可能である。

VI. まとめ

近年、看護学の発展に伴い、各専門領域に応じた看護の概念枠組みを用いた看護過程の教育が盛んになり、学生はさまざまな記録フォーマットに翻弄され、看護過程の本質を見失いがちである。

教育者は自らが用いる看護過程の理論モデルを明らかにし、検証した教材事例による授業展開で学習の転移効果をもたらす必要がある。全教員により、限られた時間内での教育内容の精選・配列を検討し、統合的なカリキュラムとして編成する必要がある。反省と共に10年間を振り返り、臨床指導者との具体的な学習内容の共有を図り、臨床指導者と教員が一貫した思考過程で教育指導ができる環境づくりが重要課題と感じている。看護過程の教育を発展させていく為に、継続的に取り組み、学習の最大効果を発揮できるような看護基礎教育に向けて、本看護学科の教育が発展してゆくことを期待する。

引用文献

- Bertalanffy, L.V. (1968) / 長野敬, 太田邦昌 (1973) : 一般システム理論, みすず書房, 東京
- バークレン, H., ザゴーン, A.H. (1969) : 初学者に対する看護プロセスの教育, 看護教育, 10 (6), 21-26
- Brunner, S.S. (1961) / 鈴木祥蔵, 佐藤三郎 (1963) 教育の過程, 40, 岩波書店, 東京
- Facett, J. (1989) / 小島操子 (1990) : 看護モデルの理解 分析と評価, 7-9, 医学書院, 東京
- Gorden, M. (1982) / 野島良子, 草刈淳子 (1988) : 看護診断—その過程と実践への応用—, 315-316, 医歯薬出版株式会社, 東京
- Yura, H., Walsh, M. B. (1983) : The Nursing Process—Assessing, Planning, Implementing, Evaluating (4th), Appleton—Century—Crofts / 岩井郁子, 伊奈侑子, 木下幸代他 (1984) : 看護過程—ナーシング・プロセス アセスメント・計画立案・実施・評価, 医学書院, 東京
- 松木光子 (1991) : 看護過程の基礎知識, 松木光子 (編), ケーススタディ看護過程, 19, 医学書院, 東京
- Nursing Theories Conference Group (1980) / 南裕子, 野嶋佐由美 (1982) : 看護理論集—看護過程に焦点をあてて, 14-33, 日本看護協会出版会, 東京
- Toress, G., Yura, H. (1978) / 看護教育におけるカリキュラムの概念枠組みセミナー準備委員会 (1978) : 看護学部教育課程における今日概念枠組み, 看護教育, 19(11), 673-678

<筆者参考文献>

- 東サトエ (1993) : 看護過程の教育に関する基礎的研究—看護過程の理論モデルの構築をもとにして—, 大

- 阪教育大学教育学教室教育学論集, 22, 151-158
- 東サトエ (1994) : 看護過程の理論モデルの構築に関する研究(1)看護過程の概念の史的考察, 神戸市立看護短期大学紀要, 13, 61-73
- 東サトエ (1994) : 看護過程の理論モデルの構築に関する研究(2)看護過程の理論モデルの構想, 神戸市立看護短期大学紀要, 13, 75-86
- 東サトエ (1997) : 看護過程の理論モデルの構築に関する研究(3)看護教育における検証と教育プログラムの開発, 鹿児島大学医療技術短期大学部紀要, 7, 25-38
- 東サトエ (1995) : 臨床実習の教授 = 学習構造に関する実証的研究 - 看護過程の展開能力・学習態度形成・教育的支援の関連性 -, 鹿児島大学医療技術短期大学部紀要, 5, 35-46
- 東サトエ (2002) : 患者像の把握についての指導力をどう高めるか, 看護展望, 27(5), 30-36
- 東サトエ (2002) : 悪性リンパ腫, メディカルフレンド社 (編), 実習に役立つ病態マップ, 158-161, メディカルフレンド社, 東京
- 東サトエ (2006) : 臨地実習における実習記録の位置付け・指導・課題 - 基礎看護学実習の視点から, 看護展望, 31(11), 17-25

卒後2年目看護師の行うリフレクションが キャリア開発に与える意味と継続教育方法の検討

The Meaning and Effects of Reflection on Career Development in Second Year Nurses and Consideration of Continuous Education Methods

児玉みゆき¹⁾・東 サトエ²⁾

Miyuki Kodama · Satoe Higashi

Abstract

This study aimed to examine the meaning and effects of reflection on career development among the second year nurses. The reflections were performed using writings of three reflective journals and feedback interviews of eight subjects. Ten categories were extracted and they were categorized into two after analyzing the contents of the semi-structured interview data.

The “ability necessary for nursing practice” core was ‘the surge of self-understanding and self-empowerment’, and ‘acquisition critical thinking’, and ‘acquisition of nursing practice abilities that utilize abilities of others’, and ‘improvement of communication skills according to the situation’, ‘the surge of recognition of nursing actions that both meet safety and ethics’, and ‘deep understandings of team work in medical management’ which led through to ‘the surge of a mature nursing practice development’. The “ability to conduct reflection” was composed of ‘improvement of skills necessary for reflection’ ‘deep positive recognition of the value of reflection’, and ‘acquisition of the ability to reflect continuously’.

The whole structure of the “ability necessary for nursing practice” and “ability to conduct reflection” developed the process of thinking with ‘the surge of self-understanding and self-empowerment’ at the core and “ability to conduct reflection” surrounding “ability necessary for nursing practice” in a spiral.

Reflection stimulated career development of the second year nurses, and its usefulness as a continuous education method was suggested.

要 旨

本研究は、卒後2年目看護師のキャリア開発に、リフレクションが与える意味と効果を検討することを目的に、8名を対象に、3回のリフレクティブジャーナルの記述とフィードバック面接によるリフレクションを実施し、半構造化インタビューデータを内容分析した結果、10のカテゴリーが抽出され、2つに分類された。

【看護実践に必要な能力】は、【自己理解と自己をエンパワメントする力の高まり】を中核に、

1) 潤和会記念病院

Junwakai Kinen Hospital

2) 宮崎大学医学部看護学科基礎看護学講座

School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

【クリティカルな思考の獲得】をし、【他者の力を活用した看護実践能力の獲得】と【状況に応じたコミュニケーション力の向上】により、【安全性と倫理観を融合した看護行動の認識の高まり】と【チーム医療マネジメントの理解の深まり】を経て、【熟慮した看護実践の展開力の高まり】に至っていた。『リフレクションを行うための能力』は、【リフレクションに必要なスキルの向上】【リフレクションの肯定的な価値認識の深まり】【継続的にリフレクションする力の獲得】で構成された。

両者は、【自己理解と自己をエンパワメントする力の高まり】を中核に、『リフレクションを行うための能力』が『看護実践に必要な能力』を螺旋状に取り巻き、思考過程を発展させる全体構造を示した。リフレクションは2年目看護師のキャリア開発を促し、継続教育方法としての有用性が示唆された。

キーワード：リフレクション，2年目看護師，思考過程，キャリア開発

: reflection, second year nurse, thinking process, career development

I. 緒言

医療の高度化・専門化に伴い、患者・家族のニーズは多様化し、患者中心の安全で質の高い医療・看護の提供が求められている。厚生労働省(2009)は、入職後1年目の看護師を対象に、新人看護職員の研修制度と称して、研修の努力義務化を導入・推進してきた。しかし、Benner(1992)は、看護師の臨床技能の習得段階において、卒後1～2年目の看護師を新人レベルとして第2段階に位置付けており、学生時代に学習した理論的知識と臨床で獲得した実践的知識を用いながら経験を積み重ねる時期にあり、状況の局面の捉え方や優先順位の設定に教育的支援を必要とするとして述べている。滝口ら(2013)も調査研究を基に、卒後2年目看護師の継続教育の特徴について、①複雑な看護ケアに対するストレスの緩和と②経験からの学びを実践知として発展させていける教育支援の必要性にあると指摘している。このような背景には、新人研修後の卒後2年目看護師への教育が各医療施設に任されているものの不十分な状況があるためと考える。

そこで、本研究では、卒後2年目看護師が経験からの学びを理論知と関連づけ、実践知へと整理・発展していく思考方法であるリフレクション(reflection)に着目した。看護におけるリフレクションについて、田村ら(2007, 2008)は、「実践からの学びを可能にし、看護の実践的思考能力の向上を図るツールとしての可能性を期待できる」と述べている。また、Schon(1983)は、専門

職の教育は「技術的熟達者」から「反省的实践家」への転換が必要と述べ、人を対象とした専門職の成長には、リフレクションによる状況との対話が重要で、リフレクティブな実践家への転換の必要性を提唱している。以上のことから、リフレクションは卒後2年目看護師が専門職者として成長する上で基盤となる実践的思考を培う方法と言える。リフレクションの教育・実践は日本の看護界では2000年以降に報告されるようになり、看護学生(中田ら, 2005)、看護教員(池谷ら, 2005)、新人看護師(渋谷ら, 2004; 中村ら, 2014)、中堅看護師(武口, 2011)、看護管理者(徳田ら, 2012)等の報告がある。しかし、卒後2年目看護師については谷脇ら(2004)による「卒後2～3年目の臨床能力の発展における経験の振り返り」のみであり、卒後2年目看護師のリフレクションによる成長過程に焦点を当てた研究は皆無であった。また、海外のリフレクション研究でも同様に確認されなかった。

本研究では、卒後2年目看護師にリフレクションの導入・実践を試みることにより、キャリア開発にどのような意味を持つかを明らかにし、継続教育方法としてのリフレクションの意義と効果を検討することを目的とした。

II. 方法

1. 研究デザイン

卒後2年目看護師を対象に、キャリア開発におけるリフレクションの意味と継続教育方法として

の効果を明らかにするために、リフレクションをツールに実施し内容分析の手法を用いてデータ分析する質的帰納的研究デザインである。

2. 用語の定義

1) 卒後2年目看護師：看護基礎教育卒業後、看護師として就業し2年目を迎えた看護師（以後2年目看護師とする）。

2) リフレクション：経験により引き起こされた気にかかる問題に対する内的な吟味および探求であり、自己に対する意味づけを行ったり、意味を明らかにするものである。結果として概念的な見方に対する変化をもたらすことである。リフレクションには、行為の中のリフレクション（Reflection-in-action）と行為についてのリフレクション（Reflection-on-action）がある（Burns et.al, 2000）。リフレクションの基本的構成要素は、Gibbsのリフレクティブサイクル「記述・描写」、「感覚」、「推論」、「分析」、「評価・判断」、「アクション・プラン」の6つからなり（田村ら, 2008）、リフレクティブジャーナルは看護実践場面（経験）を振り返り吟味する過程をリフレクションの基本的構成要素に沿って記録する様式のことである。

3. 研究参加者と研究期間

A病院に勤務する、2013年4月に2年目を迎えた看護師で研究参加の承諾を得た、一般病棟に勤務する10名。データ収集期間は、2013年6月～2014年3月であった。

4. リフレクションの実施方法

2年目看護師へA病院の継続教育の一環として、教育専従看護師である研究者が、経験から学ぶ思考方法を理解することを目的として、リフレクションの概念定義とGibbsのフレームワーク及び、リフレクティブジャーナルの記述方法について講義を行った。その後本研究の目的・方法を説明し承諾を得られた10名に7月、10月、1月の3回、気にかかった看護場面をリフレクティブジャーナルに記述し提出してもらった。それを基にしたフィードバック面接を、第1回目：7月～

8月、第2回目：10月～11月、第3回目：1月～2月で実施した。面接は、リフレクティブジャーナル提出後10～40日以内に勤務日業務終了後に実施し、1時間以内を目途に終了した。フィードバック面接は感情を大切にし、ポジティブストロークを用い知識や技術の確認と気づきを促す問いを中心に行った。本研究のリフレクションは行為についてのリフレクション（Reflection-on-action）である。

5. 3回のリフレクション終了後のデータ収集

3回のリフレクション、フィードバック面接終了後、2月～3月に同意を得られた参加者8名にリフレクションの意味を問う半構造化インタビューを行った。インタビューは個人のプライバシーを確保できる個室を使用し、また勤務に支障がなく希望する日程で行った。①リフレクティブジャーナルを記載した意味②リフレクティブジャーナルを基に研究者と対話したフィードバック面接の意味についての質問を行い、参加者の了解を得て録音した。

6. データの分析方法

本研究は2年目看護師がリフレクションを行うことでどのような意味があるのかの語りをデータとし、リフレクションが2年目看護師の専門職としてのキャリア開発に与える意味を探求する研究であるため、テーマに沿った内容分析が必要と考え、クラウス・クリッペンドルフの内容分析の技法（Krippendorff, 1989）を採用した。

①半構造化インタビューを録音したデータを逐語録に置き換え、②リフレクションを行うことでの変化や成長に関連するデータに着目し、データを1文ごとに対象者の語りを可能な限り尊重し抽出した。③抽出した文章を相互の類似性と相違性に従って分類し、④一つの意味を持つまとまりごとに取り出しコード化した。⑤コード化した文章を、意味内容の同質性を検討しながら共通するものをサブカテゴリーとし、サブカテゴリーを同様に作業しカテゴリー名を付けた。カテゴリー名はデータの表す概念を定義するものは何かについて

内容が研究者間で一致するまで検討を重ねた。⑥カテゴリーに含まれるコード数を基に重みづけをした。⑦その後カテゴリーに含まれたコード内容が示す意味を検討し概念定義を作成し、⑧カテゴリー間、サブカテゴリー間の相互の関係を検討、関連を図式化した。⑨図式化したカテゴリー間の概要を文章化した。

7. 信頼性・妥当性の確保

データ分析の全過程で指導者のスーパーバイズを受け、データ解釈・分析の信頼性・妥当性を確保した。また参加者による逐語録の確認でデータの真实性を、構造図のメンバー・チェックングで分析の厳密性の確保を行った。

8. 倫理的配慮

平成25年4月9日付で研究者が所属する宮崎大学医学部の医の倫理審査委員会の承認を得た（承認番号2013-004）後、参加者が勤務するA病院の看護部長へ、研究の目的・方法について、文書と口頭で説明し、承諾を得た。参加者へは、研究目的、研究への参加の自由と拒否による不利益は無い事、個人情報保護について文書と口頭で説明し、同意を得た。リフレクティブジャーナルの使用については作成者の津田紀子氏の許諾を得た。

III. 結果

1. 参加者の背景

対象の2年目看護師は14名で、本研究の目的・方法について説明し、研究への参加希望者は10名あった。3回のリフレクションとインタビューまで研究に参加できたのは8名、全員女性で、年齢は、平均24.3 ± 3.7歳、基礎教育の背景は3年課程の専門学校卒業が7名、5年一貫教育卒業が1名であった。勤務病棟はICU、急性期病棟、回復期リハビリテーション病棟であった。2月～3月に半構造化インタビューを実施し、インタビュー時間は、平均22分（最短20分33秒、最長23分45秒）であった。

2. 3回のリフレクション終了後のインタビューデータの分析結果（表1）

2年目看護師の成長にリフレクションがどのような効果とその意味を与えるかについて分析した結果、表1に示すようにコード総数は137であり、25のサブカテゴリーと10のカテゴリーが抽出された。カテゴリーとサブカテゴリーはコードの数により重みづけした順に記載している。カテゴリーの概念を基に其々の相互関係を吟味し2年目看護師の行ったリフレクションの意味について構造化した。

以下、文中のカテゴリーを【】、サブカテゴリーを《》で示し、カテゴリーを示す概念を『』で示した。また、2年目看護師の語りをコード化したものは「」で示し、コード内の（）は補足説明を、カテゴリーを能力で分類したものを〔〕で示した。

1) 各カテゴリーの概念

(1) 【自己理解とセルフエンパワメントの高まり】

『2年目看護師が、自己の弱みと限界性に気づくことで、自己の特性や強みにも気づき自己自信を形成し、自己コントロールしながら自発的な看護行動へと転換する課題認識の生成基盤の高まり』のことである。このカテゴリーは、『自己の能力の限界の気づき』《自己の傾向・行動への気づき》《自己の看護実践の課題認識》《自己特性を理解した行動変容》《自己自信の生成》の5つのサブカテゴリーから構成され31コードが含まれた。2年目看護師は「自分の癖や傾向がわかった」「自分の悪いところや欠点に気づいた」と《自己の傾向・行動への気づき》があった。《自己の能力の限界の気づき》では「自分には足りないところがある」「一人で思いつくことは小さいことで、アドバイスで広がった」と、自分の能力の限界に気づいていた。しかし、「自分の判断や対応で良かったんだと思えた」と自分の良さや強みに気づく、《自己自信の生成》もみられた。《自己特性を理解した行動変容》では「欠点が悪化しないようにと、補う行動ができるようになった」「自分の傾向に気づいて、ひと呼吸おいて考えて行動するようになった」とセルフエンパワメントが高まり、自己コントロールした行動ができるようになってい

表1 2年目看護師のリフレクションの意味に関する内容分析結果

カテゴリー総数：137（ ）内はカテゴリーのコード数

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数
自己理解とセルフエンパワメントの高まり (31)	・自己の能力の限界の気づき	10
	・自己の傾向・行動への気づき	8
	・自己の看護実践の課題認識	6
	・自己特性を理解した行動変容	4
	・自己自信の生成	3
熟慮した看護実践の展開力の高まり (27)	・経験の学びを想起した個別的看護実践能力の向上	11
	・看護実践の多面的な視点・視野・思考の拡張	8
	・経験の学びを想起した状況に応じた看護実践能力の向上	6
	・立場を変換した看護実践能力の向上	2
リフレクションの肯定的な価値認識の深まり (20)	・対話の価値に対する認識の深まり	11
	・リフレクションの肯定的な意味づけ	9
クリティカルな思考の獲得 (12)	・自己の看護実践を吟味する力の獲得	6
	・経験を探求する意味の理解	6
継続的にリフレクションする力の獲得 (10)	・日々の実践において主体的にリフレクションする力の向上	6
	・経験の想起とリフレクティブに思考する力の獲得	4
他者の力を活用した看護実践能力の獲得 (9)	・対応困難な時は他者に相談する行動の定着	5
	・他者の力を活用した看護実践の拡大	4
リフレクションに必要なスキルの向上 (9)	・効果的なリフレクション場面の選択	5
	・自己の感情や思考を表現する力の獲得	4
安全と倫理観を融合した看護行動の認識の高まり (7)	・倫理観の回帰と共有する意義の理解と意欲	4
	・安全優先を認識した看護行動の獲得	3
チーム医療マネジメントの理解の深まり (6)	・多職種での情報共有と患者ケアへの情報の還元	4
	・チームの中で情報共有する力の獲得	2
状況に応じたコミュニケーション力の向 (6)	・状況に合わせたコミュニケーション技法と能力の獲得	3
	・熟慮したコミュニケーション力の獲得	3

た。3回目のリフレクションを行う頃には、「自己の看護実践の課題認識」が芽生え、「3年目には考える力をつけていきたいと思った」と課題認識を生成する基盤を形成していた。

(2)【熟慮した看護実践の展開力の高まり】

『経験からの学びの想起により、多面的な視点と広い視野から個別的な看護を思考し、自己を患者の立場に変換する態度を育み、患者の視点に立った看護実践の展開力が高まること』である。このカテゴリーは、「経験の学びを想起した個別的看護実践能力の向上」「看護実践の多面的な視点・視野・思考の拡張」「経験の学びを想起した状況に応じた看護実践能力の向上」「立場を変換した看護実践能力の向上」の4つのサブカテゴリーから構成され、27コード含まれた。2年目看護師

は、「患者さんによって違うけどあの時こうだった、今回はこうしてみようと考えができるようになった」と「経験の学びを想起した状況に応じた看護実践能力の向上」となっていた。また、「必要な情報で分かっていることでも、違う視点で焦点を当てることも必要と分かった」と「看護実践の多面的な視点・視野・思考の拡張」がみられ、「対応困難な患者へはアドバイスを思い出して実践できた」と「経験の学びを想起した個別的看護実践能力の向上」へと繋がっていた。そして、「患者さんの立場に立ってちゃんと話を聞くようにしている」と「立場を変換した看護実践能力の向上」の力が育まれ、患者の視点に立った看護実践行動となっていた。

(3) 【リフレクションの肯定的な価値認識の深まり】

『リフレクティブな経験の記述と対話面接の経験により、リフレクションの効果の体感により看護実践におけるリフレクションの意味と価値認識が深まること』である。このカテゴリーは《対話の価値に対する認識の深まり》《リフレクションの肯定的な意味づけ》の2つのサブカテゴリーから構成され20のコードが含まれた。2年目看護師は「日々の実践で書かずに頭の中で整理して行えるともっと成長できると思う」「リフレクティブに振り返る機会がなかったらその場面を振り返る事もなく、毎日を過ごしていたと思う」と《リフレクションの肯定的な意味づけ》をしていた。また、リフレクションの対話に対して「内容が深くなると思った」「考え方を広げてもらえて、そうだなと思う事が多くあった」と《対話の価値に対する認識の深まり》を感じ、対話を含めた方法を肯定的に価値づけていた。

(4) 【クリティカルな思考の獲得】

『自己の看護経験を客観的に探究し、看護実践の効果を適切に評価するとともに自己の内面の変化と成長にも目を向け、自己と他者の相互作用の関係性の中で看護実践の意味を吟味する思考過程の獲得』のことである。このカテゴリーは、2つのサブカテゴリー《自己の看護実践を吟味する力の獲得》《経験を探求する意味の理解》から構成され、12コードが含まれた。2年目看護師は「何が抜けていたか、まずかったか見えてきた」「振り返る事は、具体的にここが良くなったと自分の成長が分かると思う」と語っていた。自己の看護実践を客観的に吟味し、不足している点や改善している点に気づく《自己の看護実践を吟味する力の獲得》となっていた。また、「一つ一つの文章を深く振り返ることは、そうだったのかと気付く振り返りになった」と《経験を探求する意味の理解》となり経験をクリティカルな思考で探求する力を獲得していた。

(5) 【継続的にリフレクションする力の獲得】

『経験を想起し、リフレクティブに思考する意味を理解することで、日々の経験を主体的にリフレクションする力の獲得』のことである。このカ

テゴリーは、2つのサブカテゴリー《経験の想起とリフレクティブに思考する力の獲得》《日々の実践において主体的にリフレクションする力の向上》から構成され、10のコードが含まれた。2年目看護師は「1回目書いた時からすると自分で考えるというところができるようになった」「今は（経験を思い出して）自分で考えて動けるようになった」と《経験の想起とリフレクティブに思考する力の獲得》となっていた。また、《日々の実践において主体的にリフレクションする力の向上》では、「違う場面でも振り返ることができるようになった」「振り返る事が多くなった」と主体的にリフレクションする行動へ変化していた。

(6) 【他者の力を活用した看護実践能力の獲得】

『自分では対処できない状況や看護援助について、他者の力を活用する必要性を自ら判断し、問題解決を図り、状況に合った看護を提供する力の獲得』のことである。このカテゴリーは2つのサブカテゴリー《対処困難な時は他者に相談する行動の定着》《他者の力を活用した看護実践の拡大》で構成され、9コードが含まれた。2年目看護師は「自分で考えて分からない時は先輩に聞いて動くようになった」「(自分の傾向に気付いたことで)先輩に相談をするようになった」と《対処困難な時は他者に相談する行動の定着》となっていた。また、「先輩に聞けるようになり自分の知識以上のプラスの意見がもらえて患者に広く関われるようになった」と《他者の力を活用した看護実践の拡大》がみられ他者の力の活用が看護の実践能力を高めると認識していた。

(7) 【リフレクションに必要なスキルの向上】

『自己成長につながる効果的で意味のあるリフレクションの場面を選択し、場面の状況や事実を具体的に想起し、自己の感情をも含めて客観的に記述・表現（描写）するスキルの獲得』のことである。このカテゴリーは、2つのサブカテゴリー《効果的なりフレクション場面の選択》《自己の感情や思考を表現する力の獲得》で構成され9コードが含まれた。2年目看護師は自己の経験を想起する上で、どの場面を選択するか思考し「記憶に残っている事例を書いた」「振り返らないと

いけないと思った事を書いた」と述べ、リフレクションの前提となる《効果的なリフレクション場面の選択》を行っていた。また《自己の感情や思考を表出する力の獲得》では、「オドオドしたりとか、自信がない事の場面が多かった」「良いことも悪い事もあって紙面上にすることは苦しい事もあったがやって良かった」と自己の感情や考え方が表出されることを理解し、記述することの苦悩を受け止め、自己感情を客観的に表出する記述・描写のスキルの向上がみられた。

(8) 【安全性と倫理観を融合した看護行動の認識の高まり】

『安全性と倫理観が一体となって展開される臨床看護体験を通して、患者の安全を優先し、高い倫理観を保持しながら看護行動を行う認識が高まること』である。このカテゴリーは、2つのサブカテゴリー《安全優先を認識した看護行動の獲得》《倫理観の回帰と共有する意義の理解と意欲》で構成されコード数は7コードであった。2年目看護師は、「同じ失敗をしないようにリフレクションでアドバイスをもらったことを思い出している」「失敗しそうな時は直ぐ（先輩に）聞くようにはなった」と、自分の能力を判断し安全な看護を提供するため先輩に聞くという《安全優先を認識した看護行動の獲得》をしていた。また《倫理観の回帰と共有する意義の理解と意欲》では、(対話することで)「初心に戻る機会になった」「自分が思っている倫理的な問題をカンファレンスで出していきたいと思えた」と倫理観を持つことの重要性に気づいていた。

(9) 【チーム医療マネジメントの理解の深まり】

『チーム医療のキーパーソンとして、多職種間のコミュニケーションを推進し、患者のケアや治療、回復過程及び社会復帰に貢献するという看護職の役割の認識と理解が深まること』である。このカテゴリーは2つのサブカテゴリー《チームの中で情報共有する力の獲得》《多職種での情報共有と患者ケアへの情報の還元》で構成され6つのコードが含まれた。2年目看護師は、「チーム医療が大事ということが分かった」「3回目にはセラピストやソーシャルワーカーと情報共有する機

会が増えた」と、チームで関わり、他職種と情報共有する行動が見られ《チームの中で情報共有する力の獲得》となっていた。更に《多職種での情報共有と患者ケアへの情報の還元》では、「受け持ち患者のことを積極的に医師に相談できるようになった」「リハビリテーションスタッフからの情報を活用し個別的な退院指導に繋げられた」と積極的な情報共有と、チーム医療の中での看護師としての役割認識の深まりが見られた。

(10) 【状況に応じたコミュニケーション力の向上】

『患者の病状・回復過程の状況に応じたコミュニケーション技能と手段・技法を吟味し、熟慮したコミュニケーションを積極的に行う力の向上』のことである。このカテゴリーは2つのサブカテゴリー《状況に合わせたコミュニケーション技法と能力の獲得》《熟慮したコミュニケーション力の獲得》で構成され6つのコードが含まれた。2年目看護師は、3回のリフレクションの対話から「状況に合わせた今後の事を考えたコミュニケーションができるようになった」「(業務の状況を考えて)患者さんとコミュニケーションを取ることができている」「耳を傾け、深くコミュニケーションをとれることを課題としたい」と患者の状況・回復過程や、業務状況を調整しながら傾聴し、深いコミュニケーションを行う意欲を示し《状況に合わせたコミュニケーション技法と能力の獲得》となっていた。《熟慮したコミュニケーション力の獲得》では、「検温だけでなく、些細な事でも話そうと考えるようになった」と積極的に対話の意味を考え取り組む姿勢となっていた。

2) 2年目看護師におけるリフレクションの意味の構造について(図1)

図1に2年目看護師がリフレクションを行った意味の構造を示した。各カテゴリーの図の大きさはコード数を表し、カテゴリー間の矢印の大きさの違いはコード数による意味づけと内容による関連の深さを、カテゴリー内の線はサブカテゴリー間の関連を示している。各カテゴリーは定義づけた内容により、看護の実践的能力に関わる『看護実践に必要な能力』と実践からの学びを得る思考過程を促進する『リフレクションを行うための能

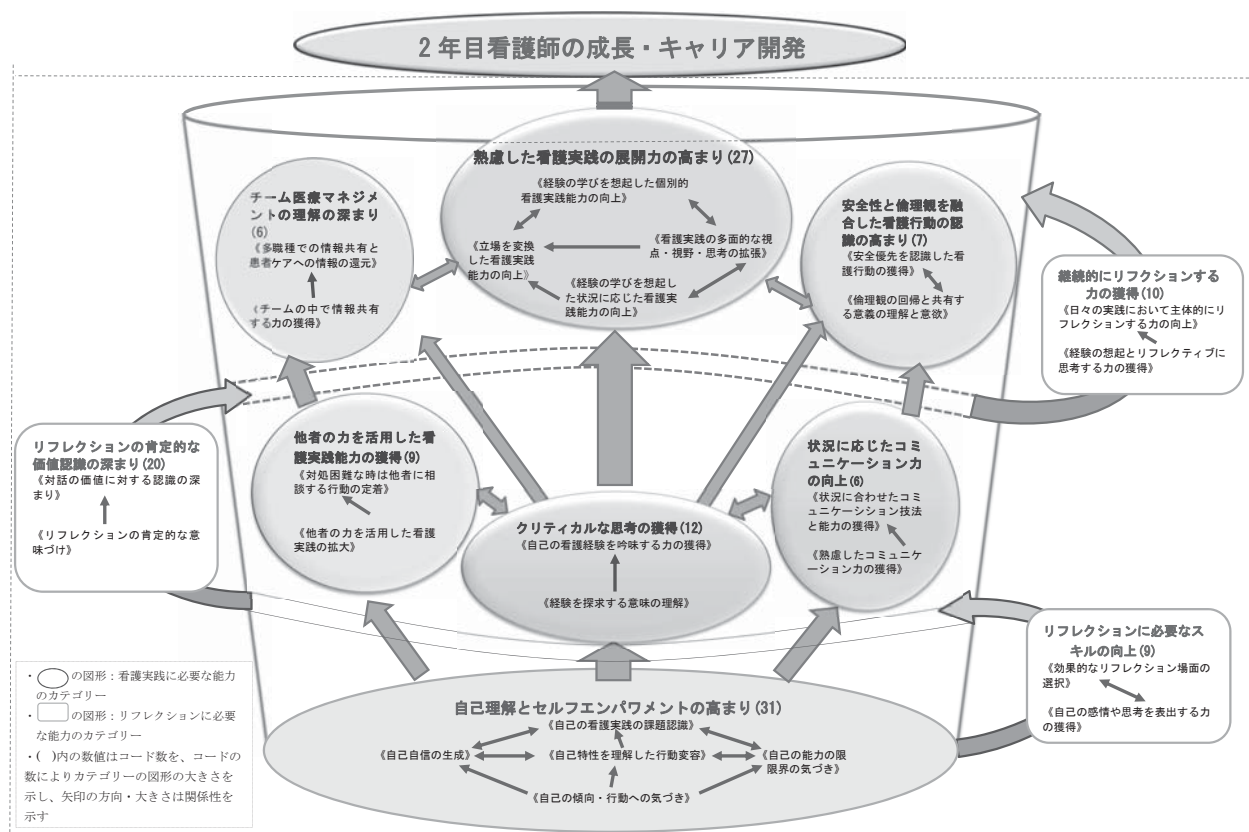


図1 2年目看護師のリフレクションがキャリア開発に与える意味の構造

力』の2つに分類された。『看護実践に必要な能力』は、最も高い重みづけ(31コード)にある【自己理解とセルフエンパワメントの高まり】を基軸として、【クリティカルな思考の獲得】から、【他者の力を活用した看護実践能力の獲得】と【状況に応じたコミュニケーション力の向上】により、【安全性と倫理観を融合した看護行動の認識の高まり】と【チーム医療マネジメントの理解の深まり】となった。これらの6つのカテゴリーは相互に関連しながら【熟慮した看護実践の展開力の高まり】へと発展していた。また『リフレクションを行うための能力』は【リフレクションに必要なスキルの向上】【リフレクションの肯定的な価値認識の深まり】【継続的にリフレクションする力の獲得】で構成されていた。リフレクションの意味の構造は、【自己理解とセルフエンパワメントの高まり】を中核に『リフレクションを行うための能力』が『看護実践に必要な能力』を螺旋状に取り巻き、思考過程を深め、専門職者への成長に繋がる全体構造を成していた。本構造は研究参加

者によるメンバー・チェックで納得が得られ厳密性が確保された。また、3回のリフレクティブジャーナルの記述と面接には「1回のリフレクションでは、記述の方法やリフレクションの意味・意義は理解できなかったと思う。3回行うことで理解できた」と述べ効果的方法と受け止めていた。

IV. 考察

1. 2年目看護師が行ったリフレクションがキャリア開発に与える意味

リフレクションがキャリア開発に与える意味の分析により、10のカテゴリーが抽出され、構造化の過程でその性質から『看護の実践に必要な能力』と『リフレクションを行うための能力』の2つに分類された。『看護の実践に必要な能力』は7つのカテゴリーで構成され、もっともコード数が多いリフレクションの構造の基軸とした【自己理解とセルフエンパワメントの高まり】は、自己を客観視した自己への気づきに基づいていた。田村ら

(2008)は、「自己への気づき」は自分自身の物事の捉え方、考え方、感じ方の特性が看護行為の選択にどう影響したかを知ることになると述べており、経験を意味づけするリフレクションの土台であり中核になると考える。2年目看護師はリフレクションにより、自己理解することで【クリティカルな思考の獲得】となり、自己の知識や能力を認識した【他者の力を活用した看護実践能力の獲得】と【状況に応じたコミュニケーション力の向上】に繋がった。更に【チーム医療マネジメントの理解の深まり】と【安全性と倫理観を融合した看護行動の認識の高まり】となり、経験からの学びを活用する【熟慮した看護実践の展開力の高まり】へと看護実践能力を高めるに至ったと考える。【チーム医療マネジメントの理解の深まり】と【安全性と倫理観を融合した看護行動の認識の高まり】のカテゴリーは、中村ら(2014)の新人看護師のリフレクションには見られず、2年目看護師の特徴と考えられた。これは2年目看護師が、医療チームの一員として受け持ち患者の看護展開での役割実践を通して認識を高めたことで、経験を倫理観や役割・立場を意識した視点でリフレクションした結果と考える。また池西(2014)は、キャリア発達段階での気付きな実践のリフレクションは、自己のキャリア課題と質の高い看護実践の吟味となり、専門職としての有り様や自分の強みを活かすキャリアマネジメントとなると述べている。従って2年目看護師がリフレクションを行った重要な意味は、キャリア発達課題としてのチームの中の看護の役割認識にあり、キャリアマネジメント能力を育てていたと考える。また『リフレクションを行うための能力』に分類されたカテゴリーは【自己理解とセルフエンパワメントの高まり】を基に【リフレクションに必要なスキルの向上】となり、経験から学ぶ事を認識し【リフレクションの肯定的な価値認識の深まり】に発展していた。リフレクションにより経験を意味づけ学ぶことに価値があると理解できたことによって【継続的にリフレクションする力の獲得】に至り、経験を吟味し学ぶ思考過程を培うリフレクションの本質を理解し、【熟慮した看護実践の展開力の

高まり】へと成長を促進する側面からの力となったと考える。

2. 2年目看護師の継続教育方法としてのリフレクションの意義と効果

本研究では、リフレクションの概要とリフレクティブジャーナルの記載方法を理解する目的で講義した。これにより動機づけられ、3回のリフレクションとフィードバック面接に継続して参加できたと考える。また、フレクティブジャーナルについて「記述方法や意味・意義の理解に繋がった」との反応がみられたことは、リフレクティブサイクルに基づいた記述を繰り返したことにより、内容不足への気づきや経験を意味づける思考プロセスの具体的理解を深めたと考えられる。

次に、リフレクティブジャーナルを用いた対話面接の継続教育方法の意義を考えてみる。リフレクションにおける「対話」には「自己との対話」と「他者との対話」がある。フィードバック面接は、2年目看護師自身の「内的対話」、すなわち「自己との対話」であり、自分が自分に問いかけていくことである。池西ら(2009)は、「自己との対話」について自己内他者と自己とが向き合うことであり困難を伴うと述べている。故に「自己との対話」を可能にするには、面接者の姿勢・態度、及び問いの質が問われるため、対話のスキルを高めることが重要である。面接者が支援的な姿勢・態度と吟味した問いかけで感情を汲み取り、2年目看護師の「自己との対話」を促進させることが、専門職者としての成長に繋がると考える。そして2年目看護師が自律的に経験を通じた自己との対峙ができるならば、リフレクションを習慣化し、キャリア開発に繋げていけると考える。

3. 研究の限界と課題

本研究の対象者は一施設に限定されており、すべての2年目看護師に一般化は困難であるため、対象施設と対象者数を増やす必要がある。また、リフレクションの実施者とその意味・効果の観察者を分担し、データの精度を高めてゆくことが必要である。

V. 結語

2年目看護師の行うリフレクションがキャリア開発に与える意味の要素は10で構成され、『看護実践に必要な能力』である【自己理解と自己をエンパワメントする力の高まり】を中核として【クリティカルな思考の獲得】により、【他者の力を活用した看護実践能力の獲得】、【状況に応じたコミュニケーション力の向上】から【安全性と倫理観を融合した看護行動の認識の高まり】と【チーム医療マネジメントの理解の深まり】となり【熟慮した看護実践の展開力の高まり】へ至る構造を示した。更に【リフレクションに必要なスキルの向上】【リフレクションの肯定的な価値認識の深まり】【継続的にリフレクションする力の獲得】により、『リフレクションを行うための能力』の理解に至っていた。また、【自己理解と自己をエンパワメントする力の高まり】を中核とした『看護実践に必要な能力』と『リフレクションを行うための能力』が継続的に相互作用することが、看護実践能力は高まり専門職としての成長とキャリア開発に繋がると理解できた。また継続教育方法としては、事前講義とリフレクティブジャーナルの記述、及び自己との対峙を促すフィードバック面接を組み合わせた3回のリフレクションの有効性が示唆された。

本研究にご協力頂いた参加者に感謝します。本研究は宮崎大学大学院看護学研究科修士論文の一部を加筆修正したものであり、日本看護科学学会第35回学術集会で報告した。

文献

- Schon, D.A. (1983)/佐藤学, 秋田喜代美訳 (2007): 専門家の知恵 反省的実践家は行為しながら考える, 2-11, ゆみる出版, 東京
- 池谷千佳 (2005): 教師のリフレクションによる授業の改善, 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 30, 45-52
- 池西悦子, 田村由美 (2009): リフレクション, グレック美鈴, 池西悦子 (編), 看護教育学-看護を学ぶ自分と向き合う-, 117-128, 南江堂, 東京
- 池西悦子 (2014): リフレクションと看護教育, 田村由美, 池西悦子, 看護の教育・実践に活かすリフレクション-豊かな看護を拓く鍵-, 55-79, 南江堂, 東京
- 厚生労働省 (2009): 新人看護職員研修ガイドライン改訂版 <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000049578.html> [2016-9-30現在]
- 武口真理花 (2011): リフレクションによる中堅看護師の自律の芽生えに関する実践的検討, 日本看護管理学会誌, 15(2)147-157
- Krippendorff, K. (1989)/三上俊治, 椎野信夫, 橋本義明 (2005): メッセージ分析の技法, 勁草書房, 東京
- Benner, P. (1992)/井部俊子 (2005): ベナー看護論 新訳版-初心者から達人へ-, 医学書院, 東京, 11-32
- 中田康夫, 田村由美, 澁谷幸 (2005): 基礎看護実習におけるリフレクティブジャーナル上での教師と学生の対話の意義, 神戸大学医学部保健学科紀要, 20, 77-83
- 中村美保子, 東サトエ, 津田紀子 (2014): 新人看護師のリフレクションが専門職者としての成長に与える意味についての研究, 南九州看護研究誌, 12(1), 21-32
- Burns, S., Bulman, C. (2000)/田村由美, 中田康夫, 津田紀子 (2005): 看護における反省的実践-専門的プラクティショナーの成長-, ゆみる出版, 4
- 澁谷美香, 岡本幸江 (2004): 新卒看護師の臨床実践に関するリフレクションに伴う評価の特徴, 日本看護科学学会学術集会講演集, 24, 143
- 田村由美 (2007): 看護実践力を向上する学習ツールとしてのリフレクション, 看護教育, 48(2), 1078-1082
- 田村由美, 津田紀子 (2008): リフレクションとは何かその基本概念と看護・看護研究における意義, 看護研究, 41(3), 171-181
- 田村由美, 池西悦子 (2014): 看護の教育・実践に活かすリフレクション-豊かな看護を拓く鍵-, 14-18, 南江堂, 東京
- 徳田順子 (2012): リフレクションの取り組みに対する成果-意識と行動の変化の実態調査を行って-鳥取赤十字病院医学雑誌, 21, 6-8
- 滝口裕子, 麻植真弓, 千郷ひとみ (2013): 卒後2年目看護師の思いや支援ニーズの実態調査-係長としての教育的サポート-, Tokushima Red Cross Hospital Medical Journal, 88-91
- 谷脇文子, 近藤裕子 (2004): 卒後2~3年目の臨床能力の発展における経験の振り返り, 日本看護学会論文集, 看護管理, 34, 115-117

看護教育へのナラティブ看護実践モデルの導入に関する研究(1) — ナラティブ看護実践モデルの構築 —

Examining the Introduction of a Narrative Practice Model into Nursing Education(1): Construction of a Narrative Nursing Practice Model

東 サトエ¹⁾・柳川 育美²⁾・白石 裕子³⁾・児玉みゆき⁴⁾

Satoe Higashi・Ikumi Yanagawa・Yuko Shiraishi・Miyuki Kodama

要 旨

本研究は、大学院の看護教育に導入するナラティブ看護実践モデルを構築することを目的とする。看護実践におけるナラティブ(語り)・アプローチの概念枠組みから理論的枠組みを構築し、理論的枠組みを再検討することでナラティブ看護実践モデルを構築した。また、ナラティブ看護実践モデルの教材事例を作成し、本モデルに反映・検証し精緻化した。

その結果、ナラティブ看護実践モデルは、ナラティブとナラティブ・アプローチの概念を主たる構成要素とする看護における実践方法として有用であり、ナラティブ・アプローチは、「患者＝看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造」と「ナラティブ・アプローチの実践方法の構造」で構成され、語り手と聴き手の関係性及び看護実践の展開過程が明らかとなった。

本モデルに内包する定義・概念・認知的スキルを教育内容に、作成教材事例を教育方法として用いることで、看護教育への導入の可能性が示唆された。

キーワード：ナラティブ、ナラティブ・アプローチ、看護実践モデル、教材

narrative, narrative approach, nursing practice model, teaching materials

I. はじめに

近年、客観性を重視してきた医療のパラダイムが閉塞状況を呈するにつれ、関係性が注目されるようになり、看護の場にもナラティブ(語り)という言葉が浸透してきている。Greenhalgh & Hurwitz (1998) は、ナラティブは医療の面接や対話は診断し治療するための手段ではなく、医療・看護におけるもっとも本質的なものと位置づ

けている。これは、有効なエビデンスが得られない対象や状況においても、それを前提としたままナラティブを継続することにより、実践そのものを破綻させることなく、医療や看護を継続可能とする考え方に繋がる(斎藤, 2011)。また、ナラティブ・アプローチは2000年初頭より注目されてきた概念であり、「言葉が世界をつくるという社会構成主義の考え方と同じように、“病”や“ケア”も物

-
- 1) 宮崎大学医学部看護学科基礎看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki
 - 2) 有限会社ケアサービス研究所
Institute of Care-service Elderly
 - 3) 国際医療福祉大学福岡看護学部
Faculty of Nursing, International University of Health and Welfare
 - 4) 潤和会記念病院
Junwakai kinen Hospital

語として存在する」ことを前提としたアプローチである(野口, 2002a)。従って, 看護にナラティヴ・アプローチを適用するならば語り手(患者)と聴き手(看護者)が, それぞれの世界観(説明モデル)を有していることを尊重し(野口, 2002b), ナラティヴを通して相互作用する中から方向性を見出すことができ, 患者が自らの闘病体験の中に意味を見出し, 自己を再構成(新たな物語の書きなおし)することにより, 前向きに生きていくことを支援できると考えた。

そこで, 「ナラティヴ」と「ナラティヴ・アプローチ」を看護教育に体系的に導入し, 看護実践能力を高めることを目的に, これら2つの概念を主たる構成要素とする実践方法を『ナラティヴ看護実践モデル』と称して構築したので報告する。

II. 研究方法

1. 方法

1) ナラティヴ・アプローチの概念枠組みからの理論的枠組みの構築

「ナラティヴ(語り)・アプローチの理論的枠組み(柳川・東, 2006)」(以後, 「理論的枠組み」とする)は, 文献検討により概念枠組みを構想し, 検証課題, 課題1: 「患者=看護者間におけるナラティヴ・アプローチの構造」, 課題2: 「ナラティヴ・アプローチの展開方法」及び課題3: 「ナラティヴ・アプローチに必要な態度」を設定し, 入院中のがん患者4名(男女各2名, 年齢: 40, 50, 60, 70歳代)に実践適用し構築した。患者と看護者の対話データを叙述録に整理し, 概念枠組みの構成要素である「語り手(患者)の物語」, 「聴き手(看護者)の物語」, 「語り手(患者)と聴き手(看護者)の関係」, 「ナラティヴ・アプローチの展開方法」, 「聴き手(看護者)の態度」を分析した。「語り手(患者)の物語」では, ナラティヴ・アプローチで引き出された「物語の内容」, 「物語の書き換え」と「自己の変容」の有無, 及び自己の再構成の状況を分析した。他はプロセスレコードで, 「語り手(患者)と聴き手(看護者)の関係性」の特徴, 及び語り手(患者)に変化をもたらした看護者(聴き手)の働きかけと態度を分析し

た。分析内容を概念枠組と照合し, 追加・修正を加え理論的枠組みとして構築した。データ収集期間: 平成16年9月7日~12月30日。

2) ナラティヴ看護実践モデルの構築

(1)臨床実践適用と教育への導入を目的に, これまでの臨床実践と教育実践を踏まえて「理論的枠組み」を再検討した。ナラティヴ看護実践モデルの概念と構造を明らかにし, 文献検討を基にモデルに固有な専門用語の概念とスキルを抽出した。研究期間: 平成24年7月1日~平成27年12月7日。
(2)ナラティヴ看護実践モデルの検証: ナラティヴ看護実践モデルの精緻化を図るために, 主な構成要素であるナラティヴとナラティヴ・アプローチについて, 抽出した固有の専門用語の概念とスキルを含んだフィクション教材事例を作成した。モデルの性質上, 事前に説明と同意を要する生データを得ることが困難なために, 3名の研究者が匿名化した経験事例を合成する方法で作成した。作成過程では, 教材事例とモデルを整合性がみられるまで突き合せ吟味・検証した。教材研究期間: 平成27年11月10日~12月7日。

2. 用語の定義

①ナラティヴ: 患者・家族をはじめとする様々な人々の語りを中心とした他者との相互作用によって, たえず構成されつつある体験世界のことであり, 参加した人々を行為へと導くものである。
②ナラティヴ・アプローチ: 対話という形式の中で, 語り手が聴き手に自己の体験を語り, 聴き手は語られるという共同作用を通して, 語られた体験が語り手にとってどのような意味があるのかを認識し, 語り手が過去の生活体験の中から自身の潜在能力を見つけ, 新しい自己を再び見出して今後の原動力を引き出すことを可能にする接近法である。
③ナラティヴ看護実践モデル: ナラティヴとナラティヴ・アプローチの概念を主たる構成要素とした看護における実践方法のことである。

3. 倫理的配慮

研究方法1): 鹿児島大学医学部・歯学部附属病院臨床研究倫理委員会(受付番号: 16-47), 研究

方法2) : 宮崎大学医学部医の倫理委員会(承認番号: 2015-136)の承認を得て行った。

Ⅲ. 結果

1. ナラティブ・アプローチの概念枠組みからの理論的枠組みの構築

文献検討により、主に社会学の分野で提唱されている前提条件や理論モデルを援用し、「ナラティブ・アプローチの概念枠組み」を構想した。構想に当たっては、アメリカの臨床心理学領域における臨床家のAnderson & Goolishian (1992)が提唱した「治療的会話モデルと無知の姿勢」をベースに据え、教育学者の藤原(2004)と医学者の斎藤ら(2003)の考えを援用し、語り手を患者、聞き手を看護者と捉え図式化し概念枠組みとした。入院患者4名に、説明文書を渡し、目的・方法、研究参加への自由意思・撤回できる権利を保障し、口頭と文書で説明し同意を得た。また、体調悪化時にはすみやかに対応できる体制を整え実施した。ナラティブ・アプローチの概念枠組みを用いて個室または面接室にて時間を設定し実践した。データ分析の結果は、B氏(60歳代、男性、肺がん)を例に説明する。課題1:「患者=看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造」では、B氏の「物語世界」は、①[複雑な心境での身辺整理に関するナラティブ]→②[一日でも多く生きるための治療方法の探索に関するナラティブ]→③[言いたいことが言えなかった病前の自分に関するナラティブ]→④[医療者と一緒がんと闘う姿勢に関するナラティブ]→⑤[がんと共榮し、上手く付き合っていく方法に関するナラティブ]→⑥[自分の病気と自分自身が闘っていく意思をもつことに関するナラティブ]が語られていた。B氏は③の自身の内面について詳しく語り始めた時点から、今後の生き方を具体的に語るようになり、④では肯定的な治療参加への感情を語り、⑤と⑥では新しい自分を再び見出す方向に変化がみられた。聞き手(看護者)は文脈を読み取りながら無知の姿勢に徹して傾聴し、病いによってもたらされた体験を分かち合うことでB氏は自己の強みを意識し、将来の自分を主役とした肯定的な

物語を語れるようになっていった。また、B氏が過去にかかわった医師や看護師等との関係(「物語り内他者」)を振り返ることで(②)、「物語り内自己」を意識するようになり(③)、「現在の自分」と「過去の自分」とを対比することで、重要な体験や人物が自分にとってどのような意味をもたらしてくれたかを意識するようになっていった(④⑤)。更に、「語り手(B氏)と聞き手(看護者)の関係」からは、「上下関係のない語り手と聞き手の関係」、「互いのストーリーを生み出す関係」、「病気や治療だけでなく、日常について語る関係」などが生成されていた。概念枠組みに追加された内容には、「聞き手(看護者)の物語世界」における「看護の体験」と「看護以外の体験」があった。これは、「聞き手である現在の自分」との関係性を持ちながら、「語り手(B氏)」との語りを展開していることを意味する。課題2:「ナラティブ・アプローチの展開方法」では、導入部分の前に、「聞き手(B氏)」の緊張緩和のために自己紹介と本題に関係のない対話が必要と考えられた。課題3:「ナラティブ・アプローチで必要な態度」では、対話の領域を拡げ促す役割として、「無知の姿勢」が重要であることが明確となった。また、検証の結果、「ナラティブ・アプローチで必要な態度」は、「ナラティブ・アプローチの展開方法」を促進する関係にあり、「ナラティブ・アプローチの実践方法」としてまとめて構造化することが適切と考えられた。結果を基に、概念枠組みに追加・修正を行い「ナラティブ(語り)・アプローチの理論的枠組み」を構築するに至った。

2. ナラティブ看護実践モデルの構築

「理論的枠組み」は時間と場所を事前に設定して行うために看護実践適用に課題があった。そこで、臨床場に浸透している「看護過程」をベースに、問題解決が困難な患者に適用する方法に位置付け、臨床実践と看護専門職者や大学院生への講義・演習を通して改善点の検討を重ねてきた。更に「ナラティブ」と「ナラティブ・アプローチ」に関する文献検討を加えて「ナラティブ看護実践モデル」として再構築した。

1) ナラティヴについて

ナラティヴは、言葉がわれわれの生きる世界を形づくるとする「社会構成主義」の考えに基づいて生まれたものであり、今日では治療やケアの中でも注目されている。また、ナラティヴは、単に語られたものという意味合いで用いられるものではなく、「あるできごとについての記述を、何らかの意味のある連関によりつなぎ合わせたもの（ストーリー）であり、ナラティヴによって導き出されるストーリーは、語る人の中にあらかじめ存在しているわけではなく、語る人（語り手）と語られる人（聴き手）との間の相互作用により導き出され、語るたびに書き換えられていくものである（斎藤ら、2003）。つまり、ストーリーは、「世界を見るための媒体」及び「アイデンティティや行為の導き役」として活用でき、家族をはじめとするさまざまな人々との「相互作用」によって絶えず構成されつつあるものであり、「人はストーリーによって行為し、さらに行為によってストーリーの正当性が再度確認される」という円環性を利用して「人々のもつストーリーの書き換え」にセラピーとしてのねらいを持たせることができると考えられる（小森ら、1999）。

ナラティヴ看護実践モデルの本来の目的は、患者にナラティヴ・アプローチを展開できることにあるが、変化する臨床で、実践展開するには、適用のタイミングの見極めが難しい。そこで、本モデルでは、ナラティヴをナラティヴ・アプローチの基礎的能力を育成する概念と認知的スキルとして位置づけた。その方法として、看護者同士のナラティヴが効果的と判断した。語り手の看護者が印象に残っている看護実践の経験を1人称で記述し、聞き手の看護者との対話を通して経験を意味付けし、それを実践知として獲得していくことを体験する方法である。落ち着いた雰囲気の中でナラティヴを行うことで、聞き手は、外在化技法（White & Epston, 1990）を用いて、語り手に内在しているドミナント・ストーリー（枠にはまり束縛している事）に焦点を当て、問題を外在化し、語り手が問題を客観視することで、オルタナティヴ・ストーリー（新しいストーリー）へと変化さ

せることが可能となる。この蓄積によって看護者は、ナラティヴ・アプローチの基礎的能力を育み、臨床実践に発展させていくことができる。

2) ナラティヴ・アプローチについて

「患者＝看護者間におけるナラティヴ・アプローチの構造」と「ナラティヴ・アプローチの実践方法の構造」から成り、「理論的枠組み」で構築した構造を用いることができた。

(1) 患者＝看護者間におけるナラティヴ・アプローチの構造（図1）

対話という相互行為を通して、従来の看護の「受け手＝担い手」という関係とは別に、「語り手＝聴き手」の関係が成立する。両者の関係の特徴は、語り手である患者は聴き手である看護者の「共に在り、豊かに表現できるような促しと無知の姿勢によるアプローチ」により、「筋道の決まっていない自己の経験の物語を自由な表現で語る」ことにある（図中①）。従って、患者は、患者自身が語りたいことである経験の物語を語る中で、過去の自分とその時に関わりをもった登場人物との関係を振り返りながら（図中②）、無意識に引き出されてきた自分にとっての重要な体験や人物について意識し、過去の自分と現在の自分との関係を見出すに至る（図中③）。加えて、「看護者（聴き手）の物語世界」も重要である。看護者はこれまで修得してきた専門知識や対象者を捉える枠組みを持っているが、それらを一旦、棚上げして、ただひたすらに患者の物語への関心を注ぐ必要がある（図中④）。看護者（聴き手）は、「患者（語り手）が体験していること」をもっとよく知りたいという姿勢、「語り手の世界については語り手自身が専門家である」という認識のもとで、「無知の姿勢」を取ることが重視される。

(2) ナラティヴ・アプローチの実践方法の構造（図2）

「ナラティヴ・アプローチの展開方法」と「ナラティヴ・アプローチで必要とされる態度」で構成される。ナラティヴ看護実践モデルでは、「ナラティヴ・アプローチの展開方法」に修正を加え、「Step I」～「Step III」とした。Step IIの内容は、「理論的枠組み」の内容をそのまま適用できた

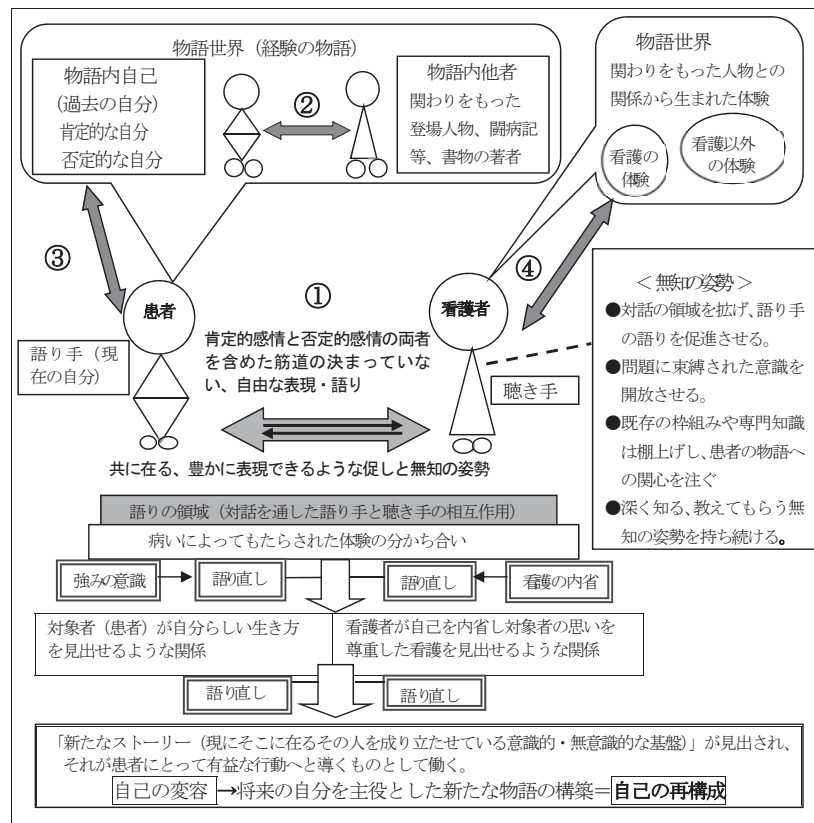


図1 患者＝看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造 (東・柳川)

(図2参照)。まず、Step Iは、ナラティブ・アプローチの適用の判断・決定の過程である。看護師は、語り手である患者の全体像を把握し語りのニーズを覚悟し、語りに応じる準備を整え忍耐強く待ち、関係性を深めることが重要である。Step IIは、ナラティブ・アプローチの展開であり、導入・展開・終了部分からなる。導入部分では、患者からの主体的な語りを待ち、語りたい内容を語りたい時に語れるようにする。展開部分では、肯定的感情と否定的感情を含めた自由な表現・語りによる共同作用を開始する。看護師は患者の語りの中にある問題に関心を寄せ、外在化の可能性を吟味する。患者が問題を客観視し自分らしく生きる上で大切な信念を意識できるようにする。患者自身を取り巻く社会に関心を向けてもらい、今の自分が関わってきた重要他者の存在を意識できるようにする。看護師は、拡がりを持たせた質問を投げかけ、体験の共有化を図り、患者を主役とした肯定的な物語に書き直されたかについて、患者の意識の状況を観察する。終了部分では、患者が

物語全体を振り返り、今後の展望を意識できるように質問を補足する。Step IIIはナラティブ・アプローチの評価である。語り手自身の自己の再構成の状況を評価し、継続的なアプローチの必要性和フォローの有無を評価する。また、聞き手である看護師についても評価し、患者からの学びをフィードバックすることが重要である。更に、「ナラティブ・アプローチで必要な態度」は聞き手の役割と姿勢を具体化し、全ての展開過程を促進する構造とし、モデルの実践方法の構造に統合した。
3) ナラティブ看護実践モデルに固有の概念とスキル

ナラティブ看護実践モデルに内包する概念とスキルには、固有の専門用語とスキルがある(白石・東, 2014)。文献検討の結果、重要な用語として、「ナラティブ、ストーリー、プロット」「ドミナント・ストーリー、ユニークな結果、オルタナティブ・ストーリー」「共感的態度」「説明モデル」「無知の姿勢」「外在化技法」「リフレーミング技法(森岡, 2008)」「物語の書き直し(物語の書き換え)」

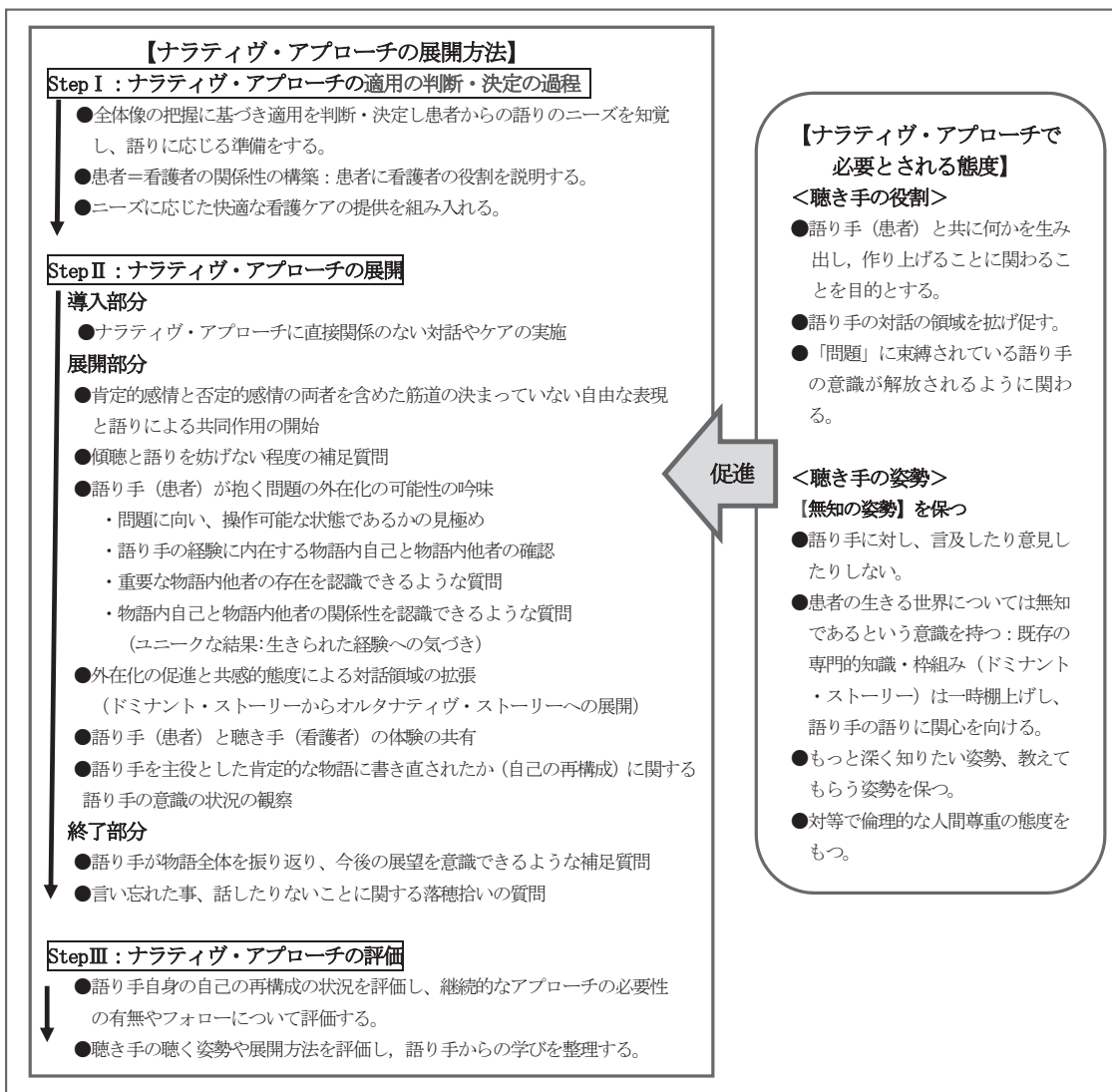


図2 ナラティブ看護実践モデルの実践方法の構造 (東・柳川)

「自己の再構成」が挙げられた。用語の説明は本文中及び表1の教材事例中に簡潔に記述した。

4) 教材事例の作成によるナラティブ看護実践モデルの検証

モデルの精緻化を図り、理解を助けるために、「ナラティブ」及び「ナラティブ・アプローチ」のフィクション教材事例を作成した。作成過程では3名の研究者がモデルと綿密に突き合せ、繰り返し確認・修正し整合性をもたせながら検証を行った。

(1) ナラティブの教材事例：看護者Bが体験した印象に残っている看護場面（青年期にある終末期のがん患者Aさんの看護についての語り）の記述を素材として、語り手（看護者B）と聴き手（看護者Q）のナラティブの過程を対話形式で作成し、ナラティブの一連の過程を可視化できる構造図も作成した。教材事例のナラティブの概念・スキル・態度は7つあり、①語り手のドミナント・ストーリーに焦点をあてた語りを展開する。②語り手の言葉を使って（復唱、言い換え）次の言葉を発する。③語り手を否定せず、良いところを伝えて力を引き出す。④語り手と患者Aとの関係性の中に視野や話題を拡げる可能性を見出し対話する。⑤語り手が患者Aとの関係で、自己否定している部分に違った角度から提案をし、承認・受容・共感することで自尊心を高める。⑥聴き手は語り手の有益な物語を語り手と共同で執筆する気持ちで、対等な立場と尊敬の意をもち関心を寄せ傾聴

「自己の再構成」が挙げられた。用語の説明は本文中及び表1の教材事例中に簡潔に記述した。

表1 ナラティブ・アプローチにより自己を再構成したD氏（教材事例）のストーリー

【 】内はD氏の主要なナラティブ ()内は用語の説明

《Step I》D氏は、70歳代後半の女性で腹部膨満感を主訴として入院した方である。検査の結果、直腸がん末期（StageⅣ）で腹水貯留が認められた。ベッド上安静で移動は車椅子での生活。食欲がなく、経口食を3割程度摂取していた。家族の意向で病名は告知されていない。今後、腹水穿刺を施行の予定であるが、痛いことは嫌だからしたくないとのことである。治療に対して、「今後の治療についてちゃんと答えてくれない。」「お腹の張りが良くなる薬をもらえたら頑張れるの。」と訴えており、病気は何だろうという不安と治療がなされないことに対して、主治医への不満を抱いていた。看護師は、D氏が終末期であり、限界のある医療に大きな期待を抱いていることが気になっていた。そして、残り少ない日々を豊かなものにできるように関わりたいと考え、D氏が自発的に看護師に語る（ナラティブ）機会が訪れるのを待っていた。D氏は、きれい好きで毎日寝衣交換する習慣があった。数日後、D氏から看護ケア（寝衣交換）の希望があり、更衣しようとする、突然、「もうダメなのでしょうね」と病気のことに語り始めた。看護師は、D氏が自分の話を傾聴してほしいニーズがあると知覚し、ナラティブ・アプローチの必要性を判断し、介入を意思決定した。

《Step II》看護師は、今、ここに共に在る語り手としてD氏を捉え、人間尊重と倫理的な態度で聴き手として無知の姿勢で対話した。その後、D氏が語った内容は、【闘病生活を悲観的に感じ八方ふさがりの状態のナラティブ】であった。看護師は、D氏が自身の病いについてどのような説明モデルをもっているかを聴く姿勢で臨むと、D氏はこれまでの人生について振り返り、いかにつらいものであったか堰を切ったように語り始めた。夫との関係はドミナント・ストーリー（枠にはまり束縛している事）としてD氏の心を束縛しており、夫の死によりやっと解放された矢先に病気になったことを嘆き、【今までの自分の人生を振り返るナラティブ】であった。看護師はD氏の自己像は極めてつらく耐え難いものであり、外在化技法（問題の本質を客体化して取り出し、患者と看護師が協力して解決にあたる技法）を用いて解消していく必要を感じた。そこで、看護師はD氏と共に、過去のD氏と一緒にイメージ化することで、新たなD氏像を描けるように、共感的態度で対応した。D氏は「自分はつらい人生と生きていたけれど、家族や人様のお役にたてていたことがわかりました。」と語り、D氏が主体的に自己のユニークな結果（ドミナント・ストーリーの外側に汲み残された「生きられた体験」）に気づき、プロット（筋書）をつなぎ変えることにより、ドミナント・ストーリーからオルタナティブ・ストーリー（新しいストーリー）に変化しつつあることを感じた。更に、看護師は夫が大切にしていた信念について話題を拡げると、子供たちの教育に対する姿勢を語りはじめた。D氏は、物語内他者である夫と物語内自己との関係について、意識化し、夫との良い思い出に気づきみられた。

看護師は、リフレーミングの技法（対象者の認識を変化させる技法）を用いて、自身がイメージしたD氏の夫像をハンサムな俳優に例えて語ったところ、D氏は「ええ、背が高くてね。」と満足そうな笑顔となった。D氏の意識が開放され、これまでとは違った夫像へと見方の変化がみられ、【自身と夫の良さに気づき新たな像を描くナラティブ】が語られていた。その後、家族が毎日のように面会に来られていることを把握していた看護師は、家族が病になることと家族の絆の深まりについて話題にした。するとD氏は、「私も病気になって家族の絆が深まったことを強く感じています。息子は毎日のように立ち寄ってくれますし、嫁も良くしてくれます。」と自慢げに語り、【家族の絆の深まりに気づくナラティブ】へと思考を拡げ、自分を主役とした新たな物語の構築（自己の再構成）がみられていることが感じられた。

《Step III》D氏は、終末期にある為に、変化が予想される。今後、起こり得る出来事に向かいあっていけるように、看護者は対話を続け、D氏が語る物語を厚く豊かなものになるよう支援していく必要がある。看護師は、無知の姿勢の重要性を認識するとともに、D氏の説明モデルを傾聴する姿勢をもち、D氏の人生物語りを汲み取ることが、新たな物語の構築（自己の再構成）へと発展することを学ぶことができたと評価した。

する。⑦自然な対話の流れを通して、語り手の思考の変化と自尊心の回復を促すであった。

(2)「ナラティブ・アプローチ」の教材事例：ナラティブ・アプローチの展開方法と必要な態度を

念頭に討議し、複数の事例を合成したフィクション教材事例を作成した。①「ナラティブ・アプローチにより自己を再構成したD氏のストーリー」を表1に示す(表1)。【 】内はD氏の主要

なナラティブである。看護師の関わりを示すと共に、ナラティブ・アプローチに固有な用語については、()内に解説を加えている。そして、②図1の基本構造に基づき、D氏と看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造を作成した。また、③D氏のナラティブ・アプローチの展開と看護者の態度及びD氏の反応をプロセス・レコード (Wiedenbach, 1964) として、「私が知覚したこと」、「私が考えたり感じたりしたこと」、「私が言ったり行ったりしたこと」で表し、「ナラティブ・アプローチの過程」欄を設け、看護師が用いた概念・スキルと根拠を場面と対応させ記述した。これを基に、④ナラティブ・アプローチとD氏のナラティブの変化のプロセスの構造図(横軸に展開中の時間経過を、縦軸にD氏の主要なナラティブと思ふの拡がり)を作成した。

IV. 考察

治療法がなく複雑な心理・社会的問題を抱える患者・家族には「看護過程」の適用は困難な面がある。中木(2005)は、要素還元主義を基礎とする看護過程やPOS (Problem Oriented System) と相補的に機能するナラティブ・アプローチを第三の道として提唱してきた。わが国の看護界では、2000年頃から関係性を重視した「ナラティブ(語り)」への関心が高まり、「ナラティブ・アプローチ」が注目され研究されてきたが、教育プログラムの開発はなく、医学教育の研究報告にとどまっていた(宮田, 2011; Charon, 2006)。本研究では、文献検討を基にナラティブ・アプローチの概念枠組みを作成し、入院患者への検証結果をもとに理論的枠組みの構築へと研究を進めた。そして、理論的枠組みの再検討と文献検討により、臨床実践に適用可能な方法として「ナラティブ看護実践モデル」を構築するに至った。モデルの構築に伴い、主たる構成要素であるナラティブとナラティブ・アプローチの構造化、及び概念・スキルの抽出が可能となり、教育内容が明確となり教材作成に至った。教材事例作成過程では、幾度もモデルと突き合わせて吟味したことによりモデルは検証され精緻化された。その結果、作成された

教材事例はモデルを可視化し、「ナラティブ看護実践モデル」の理解を支援するツールとなった。長谷川(2010)は、教育内容の教材構成の原理を2つ挙げ、1つは「典型性の原理」であり、教育内容の一般的で本質的な内容構造を正確に担う性質を持つ事例を選ぶことと述べている。今回の教材事例はこの原理を満たしていると考ええる。もう1つは「具体性の原理」であり、学生が分析・総合・操作するなど具体的な活動ができる教材である。今回の教材事例は、学生自身が経験のナラティブを実践し、臨床事例へのナラティブ・アプローチによるロールプレイと討議への発展的な教材構成が可能と考えられた。今後、大学院生を対象に研究授業し、看護教育へのナラティブ看護実践モデルの導入の有効性を検証してゆきたいと考える。

V. おわりに

『ナラティブ看護実践モデル』は、ナラティブとナラティブ・アプローチの概念を主たる構成要素とする看護における実践方法として有用と考えられた。また、ナラティブ・アプローチは、「患者＝看護者間におけるナラティブ・アプローチの構造」と「ナラティブ・アプローチの実践方法の構造」で構成され、語り手と聴き手の関係性及び看護実践の展開過程が具体化された。モデルの精緻化の探究は今後も継続してゆきたいと考える。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究参加者の皆様に心より感謝いたします。

本研究の一部はJSPS 科研費(基盤研究C) 24593202の助成を受けたものである。

文献

- Anderson, H., Goolishian, H. (1992) : The Client is the Expert ; A not-knowing approach to therapy, In : McNamee, S., Gergen, K. J. (Eds) / 野口裕二, 野村直樹 (2014) : クライアントこそ専門家である : ナラティブ・セラピー-社会構成主義の実践, 43-64, 金剛出版, 東京
- Charon, R. (2006) : Narrative Medicine : Honoring

- the Stories of Illness, Oxford University Press Inc, New York
- 藤原顕(2004):教育方法としてのナラティブ・アプローチ, 日本看護学教育学会誌, 13(3), 60-64
- Greenhalgh, T., Hurwitz, B. (1998) / 齊藤清二, 山本和利, 岸本寛史 (2001): ナラティブ・ベイスト・メディスン—臨床における物語りと対話—, 3-28, 金剛出版, 東京
- 小森康永, 野口裕二, 野村直樹 (1999): ナラティブ・セラピーの世界, 3-32, 日本評論社, 東京
- 長谷川栄 (2010): 教育内容と教材, 大浦猛 (編), 教育学, 124-126, 医学書院, 東京
- 森岡正芳 (2008): ナラティブと心理療法, 121-131, 金剛出版, 東京
- 宮田靖志(2011): ナラティブのトピックス パラレル・チャート, 緩和ケア, 21(3), 290-291
- 野口裕二 (2002a): 臨床研究におけるナラティブ・アプローチ, 看護研究, 36(5), 413-422
- 野口裕二 (2002b): 物語としてのケア—ナラティブ・アプローチの世界へ, 14-205, 医学書院, 東京
- 中木高夫(2005): 巻頭言, POSからナラティブまで—自分史のナラティブ, 日本保健医療行動科学学会年報, 20, i-ix
- 齊藤清二 (2011): ナラエビ緩和ケア学事始, 緩和ケア, 21(3), 255-260
- 斎藤清二, 岸元寛史 (2003): ナラティブ・ベイスト・メディスンの実践, 13-89, 金剛出版, 東京
- 白石裕子, 東サトエ, 田上博喜, 他(2014): ナラティブ・アプローチのチの視点からとらえた浦河べてるの家における実践の意味, 精神科看護, 41(6), 64-69
- White, M., Epston, D. (1990): Narrative means to therapeutic ends, Dulwich Centre Publications, New York / 小森康永(1992): 物語としての家族, 59-99, 金剛出版, 東京
- Wiedenbach, E., (1964) / 外口玉子, 池田明子 (1969): 臨床看護の本質—患者援助の技術, 108-122, 現代社, 東京
- 柳川育美, 東サトエ (2006): 看護実践におけるナラティブ (語り)・アプローチの理論的枠組みの構築—がんという病いを体験している対象に焦点を当てて—, 第20回日本がん看護学会誌, 第20巻特別号, 163

一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる 若手看護師の直面する困難の検討

Investigation of Emotional Distress Experienced by Young Nurses Involved in the End-of-Life Care of Terminal Cancer Patient in the General Ward

坂下恵美子

Emiko Sakashita

要 旨

本研究の目的は、終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師が直面する困難を明確にすることである。研究対象者は一般病棟に勤務する臨床経験2年以上、5年未満の若手看護師16名。看取りにかかわる若手看護師が直面する困難は、《未熟なケアを提供する中の困難》と《患者の心や家族の動揺を感じる困難》に集約された。《未熟なケアを提供する中の困難》では、《業務に追われて余裕がない辛さ》【苦しむ状況を感じる重圧】【踏み込むことへの尻込み】【技術や知識の無さを痛感する】【何もできない無力感】《心身の疲労》があり、《患者の心や家族の動揺を感じる困難》では、【終末期にある命への憂い】【終末期に起きている状況への困惑】があった。

困難を抱える若手看護師支援は、若手看護師の抱えた悩みや不安を表出できるよう支援することや、若手看護師が、看取りの経験をしっかりと振り返り、患者や家族の思いを考え、死にゆく人の理解を深めていくことが必要であると示唆された。

キーワード：看取り、若手看護師、直面する困難、終末期がん患者、一般病棟
end-of-life care, young nurses, emotional distress experienced,
terminal cancer patient, general ward

I. はじめに

がんは早期発見すれば治る病気と言われるようになり、がんサバイバーに関する研究も数多く取りくまれている（瀧砂ら、2014；今泉、2013）。しかし、がん死亡率の年齢別変化をみると、男女とも60歳代から増加している（がん情報サービス、2015）。これから、高齢者人口の増加が予測されている日本において、がん死亡者数も増加が予測される。

日本では、終末期患者の83.5%が緩和ケア病棟

やホスピス以外の診療所及び一般病棟で死を迎えている（佐藤、2012）。つまり、一般病棟でこそ充実した緩和ケアを受けられるよう環境を整えていくことが望まれる。こういった現状から、2013年にがん対策基本法が改訂され、緩和ケアがすべてのがん患者に提供されるよう、一般病院に緩和ケアチームが設置された。しかし、緩和ケア環境は、一般病棟と、ホスピスでは、大きな違いがある。なぜなら、一般病棟の看護師は、回復期の患者の看護にかかわりながら、一方で、余命宣告を受け、

全人的痛みを抱える終末期がん患者の精神面のケアにもかかわっていかねばならない。終末期がん患者の看護にかかわっていくことは、看護師自身も精神的負担が大きく、かかわる看護師自身が終末期がん患者に寄り添うことに困難感を抱いてしまうこともある(坂下ら, 2008)。坂口ら(2007)は、一般病棟でがん看護にかかわる看護師は、ストレスや後悔といった感情体験をしていることを明らかにしており、佐藤(2012)は「緩和ケア病棟で提供する質の高いケアを緩和ケア病棟以外に拡大し、可能な範囲で提供していくことが、がん医療全体にとって重要である。」と述べている。緩和ケアの質は、看護の質が大きく反映される。つまり、患者のケアに日々かかわる看護師が、患者の終末期にかかわり抱く困難感を乗り越えて、前向きにかかわっていけるよう支援していく必要がある。

先行研究において、終末期がん患者の看取りに粘り強くかかわる看護師は、看護師が「プロ意識」「信念」を看取り経験の積み重ねの中で獲得することで、患者の終末期に粘り強くかかわる意識の基盤を構築していることの示唆を得た(坂下ら, 2012)。このことから、看護師としての技術や価値観を形成していく時期である若手看護師に焦点を当て、若手看護師が、終末期がん患者の看取りにかかわり困難を感じた経験から、看取りにかかわる若手看護師が直面する困難を明らかにし、看取りにかかわる若手看護師支援の示唆を得たいと考える。

II. 研究目的

本研究の目的は、終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難を明らかにし、若手看護師支援の在り方を検討する。

III. 用語の定義

「看取り」は、終末期の亡くなる間際のかかわりを意味するのではなく、回復の見込みが困難となり亡くなるまでの過程のかかわりとする。

IV. 方法

1. 研究対象者

A県内の病床数200床以上を有する病院の、一般病棟に勤務する臨床経験2年以上、5年未満の看護師(以下、若手看護師と記す)を対象とした。協力の得られた4施設に、看取り経験についての事前調査を行い「がん患者の看取りで困難を感じた経験」について「有り」と答えた24名から、研究参加同意の得られた16名を研究対象者とした。

2. データ収集方法

研究参加同意の得られた16名の若手看護師に、個別に半構造化インタビューを行った。インタビューは、インタビューガイドを作成し、新人看護師の体験した困難の内容、その時感じた思い、抱いた感情について自由に語ってもらった。データ収集は平成24年3月～平成24年8月に実施した。

3. データ分析方法

本研究の分析は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチの分析手法を用いた。分析は、録音データを逐語録に置き換え、熟読しデータに慣れる。次に研究の分析テーマに関連すると思われる箇所に着目し、データを文章又は段落ごとに切片化はせずに拾い、着目した箇所の要点を整理し、解釈を加え分析ワークシートを作成した。分析ワークシートで整理したデータは継続的に比較検討し、形成された説明概念からカテゴリーを生成した。カテゴリー間の関連を図式化した後、ストーリーラインを作成した。

なお、カテゴリーとしてまとまらない説明概念はそのまま概念として、カテゴリーと同等の説明力を持つ概念とした。

4. 分析の真実性・妥当性の確保

データは、作成した逐語録を研究対象者に確認してもらい真実性を確保した。分析過程においては、看護学を専門とする大学教員によるスーパーバイズを受けた。又、生成した概念及び結果図については研究対象者からのチェックを受け、厳密性の確保を行った。

5. 倫理的配慮

宮崎大学医の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：909）。研究対象者に研究の目的と方法、研究の実施場所、研究対象者の選定方法、資料の保管及び個人情報管理、研究への参加とその撤回、対象者の予測される利益と不利益、研究に関する情報開示、目的外使用はないことについて研究者が説明し、署名によって研究対象者の同意を得た。

V. 研究結果

1. 対象者の概要

面接調査はA県の4施設で実施した。研究対象者は16名で全員女性であった。研究対象者の臨床経験は2年目が8名、3年目が7名、4年目が1名であった。面接時間は28～67分で、平均面接時間は46.9分（標準偏差は10.6分）であり、平均年齢は24.7歳（標準偏差は3.4歳）であり、看護師として働く前に他の職業を経験している者が2名含まれた。若手看護師が語った困難な看取り経験の時期は、1年目の時が10名、2年目の時が3名、1年目から2年目にかけての複数の経験を語ったものが2名、3年目に入った4月の経験を語ったものが1名であり、15名が1年目から2年目の時に困難を感じる看取りを経験していた。（表1）

表1 対象者の概要

対象者	年齢	経験年数	経験の語りの時期	面接時間
A	20代半ば	2年目	1年目	48分
B	20代前半	2年目	1年目	53分
C	20代半ば	2年目	1年目	67分
D	20代半ば	3年目	1年目	28分
E	20代前半	2年目	1～2年目	57分
F	20代半ば	3年目	1～2年目	44分
G	20代前半	2年目	1年目	32分
H	20代半ば	4年目	1年目	44分
I	30代前半	3年目	2年目	40分
J	20代前半	2年目	1年目	46分
K	20代前半	3年目	2年目	45分
L	20代半ば	3年目	3年目	51分
M	20代前半	2年目	1年目	40分
N	20代半ば	3年目	1年目	50分
O	20代前半	3年目	2年目	66分
P	20代前半	2年目	1年目	39分

2. 分析結果

一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難は、《未熟なケアを提供する中の困難》と《患者の心や家族の動揺を感じる困難》の2つのコアカテゴリーがあり、6のカテゴリー、16の概念で構成された。以下に、結果図1の説明をストーリーラインとして述べる。コアカテゴリーは（ ），カテゴリーは【 】, カテゴリーと同等の概念は< >, 概念は< >で示す。

1) ストーリーライン

看取りにかかわる若手看護師の困難は、《未熟なケアを提供する中の困難》と《患者の心や家族の動揺を感じる困難》があり、この2つは影響し合い、さらに看護師の抱える悩みや苦しみを強くする関係にあった。読みやすくするため、カテゴリー名と概念名の語尾を変えた部分は、（ ）内に元の表記を示している。

《未熟なケアを提供する中の困難》は、仕事に慣れない若手看護師が、任された<業務に追われて余裕がない辛さ>を抱え、看護基礎教育の臨地実習でも接する機会が殆どなかった終末期がん患者や家族にかかわり、患者や家族が<病に怯える状況を重圧に感じ(る)>, 死期の迫る<患者の言葉に動揺し(する)>, 患者や家族の【苦しむ状況に感じる重圧】があった。さらに、死期の迫る終末期であるからこそ、<話す言葉に躊躇(する)>してしまい、人の死が<恐くて避けたい>と感じ、患者や家族に深く【踏み込むことへの尻込み(する)】をしていた。そして、終末期がん患者との<かわり方が分らず困惑(する)>し、患者や家族から質問や対応を求められても対処できないために<スキルが足りないと感じる辛さ>を抱いた。患者の状態が悪化すると<急変対応への不安>が高まり、<経験的に終末期を知らない怖さ>から自分の【技術や知識の無さを痛感した(する)】。さらに、看護師として<ケアを実感できない>と感じ、患者の怒りや悲嘆する<状況が強く影響し向き合えない>ために、看護師として【何もできない無力感】を抱き、<心身が(の)疲労>した。

《患者の心や家族の動揺を感じる困難》は、若

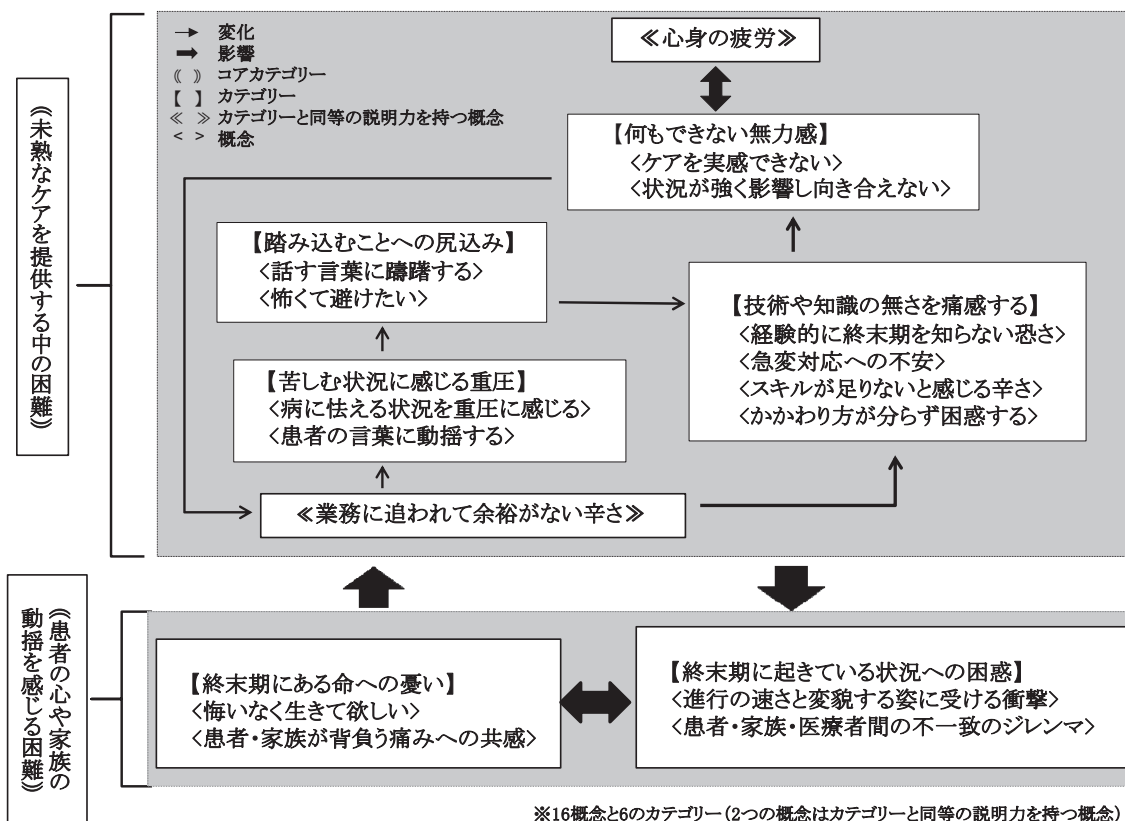


図1 一般病棟で終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難の結果

手看護師の多くは初めて人が亡くなる過程を実体験し、命の重さや命にかかわる意味を考えていた。患者や家族が残された時間を「悔いなく生きて欲しい」と願い、がんで命が脅かされている患者や家族の気持ちを考え「患者・家族が背負う痛みへの共感」から看護師も同じように辛さを感じ【終末期にある命への憂い】を抱いた。さらに、がんの「進行の速さと変貌する姿に受ける衝撃」と、患者、家族、医療者間の考えが一致しない状況に対して「患者・家族・医療者間の不一致のジレンマ」を抱き【終末期に起きている状況への困惑】となった。これが、若手看護師が患者や家族の置かれる状況にかかわり抱く困難であった。

以下にコアカテゴリーごとに具体例を挙げて説明する。なお、具体例は斜体文字で記載し、斜体文字内の()内の語句は著者が補足説明したものであり、文末の()に研究対象者記号を記載する。

2) 《未熟なケアを提供する中の困難》について
 この困難は、【苦しむ状況に感じる重圧】【踏み

込むことへの尻込み】【技術や知識の無さを痛感する】【何もできない無力感】の4カテゴリーと《業務に追われて余裕がない辛さ》《心身の疲労》のカテゴリーと同等の説明力を持つ2つの概念で構成されていた。

《業務に追われて余裕がない辛さ》は、若手看護師が、自分の業務を処理することで一杯でありながら、終末期がん患者を受け持ち感じることであった。

余命もそんなに長くないだろうなって、こんなに悪くなって、(その患者に)ちゃんと対応したいって思うけど、でも他の業務とかもあつたりして、…ごめんなさいって思いながら次のとこ(病室)に行ったり、そういうのが辛かったです一番(A)。

【苦しむ状況に感じる重圧】は、若手看護師が自分の未熟さを自覚しながら、がん患者やその家族にかかわることを負担に感じることであり「病に怯える状況を重圧に感じる」「患者の言葉に動揺する」の2つがあった。

＜病に怯える状況を重圧に感じる＞は、終末期のかかわりに自信のない若手看護師が、患者や家族に接するときを感じる重圧であった。

家族にイライラさせてしまったりとか、「どうすればいいのね、えっどうなの」みたいな感じの雰囲気になったりする事もあったりして、で「すみません聞いてきます」って言って先輩と相談して (C)。

＜患者の言葉に動揺する＞は、終末期がん患者の発した言葉の裏に隠れる思いを感じ、どう反応していいかわからないと感じ動揺することであった。

告知されてる方でも、「もうどうせ私の命はのこり少ないっちゃから、いっちゃんがそんなことせんで」とか、言われると… (G)。

【踏み込むことへの尻込み】は、死期の迫る患者や家族の心情を考える若手看護師が、自分の言葉や行動で相手を傷つけてはいないかと思いつつ介入することに躊躇してしまう状況であり＜話す言葉に躊躇する＞＜恐くて避けたい＞の2つがあった。

＜話す言葉に躊躇する＞は、終末期がん患者やその家族とどう話せばいいかわからないと感じることであった。

声かけ一つ一つが何か、重たいっていうか、慎重に選ばないとやっぱり相手を傷つけてしまうっていうか、そういうのも考えると難しい (L)。

＜恐くて避けたい＞は、今まで経験したことのない「死」にかかわることへの漠然的な不安であった。

人の死をそんなに間近で見たことがなかったからちょっと無意識、意識的、無意識かわかんないんですけど、ちょっとずつ避けてた部分があって (P)。

【技術や知識の無さを痛感する】は、若手看護師が自分自身の技術や知識の無さを痛感することであり＜経験的に終末期を知らない怖さ＞＜急変対応への不安＞＜スキルが足りないと感じる辛さ＞＜かかわり方が分らず困惑する＞の4つがあった。

＜経験的に終末期を知らない怖さ＞は、がん患者の終末期の状況を実際には経験していないために、対処できないと感じることであった。

身のおきどころがない患者さんとか、息苦しさの訴えに対する家族の方のかかわりが多かったんですけど、「なんでこうなるんですか」とか「このあとはどうなるんですか」とか聞かれて、参考書とか教科書に載ってることを返すぐらいしかできなくて、(自分が経験的に) それまでを見てるわけじゃないので (N)。

＜急変対応への不安＞は、急変の可能性の高い終末期がん患者を担当する時に、患者の変化のサインや変化への対処ができないと感じることであった。

(重症な末期がん患者の病室の) 担当になった時は、(自分が担当して) 大丈夫かなとかいう不安とかはやっぱり凄くあった。…急変とかがあったら私はホントに怖いし、気付けるかもわからない (A)。

＜スキルが足りないと感じる辛さ＞は、ケアの必要性を強く感じながらその状況や訴えへの対処ができないと感じることであった。

かなり、感情的になっている患者さんを目の前にして、看護師としてもっとお薬とかじゃなくて違う形で方法はなかったのかな〜とか思ったりもするんですけど、自分の今のその経験の中では思いつかなくて、ただ聞く事だけしか出来なくて、辛いとか何かもどかしいと言うか… (D)。

＜かかわり方が分らず困惑する＞は、正解の無い患者や家族への対応に、悩み戸惑うことであった。

どう関わっていいのかもわからないっていう感じで、病棟とかでは何度かカンファレンスでどういう方向性でいこうかっていうのを話し合いとかはされてたんですけど、それでも、実際になると(私は) どうかかわっていいかわからないっていう状態で… (C)。

【何もできない無力感】は、若手看護師が終末期のがん患者やその家族に看護師としてかかわれた実感がなく、看護師としての役割を果たせてい

ないと感じることであり〈ケアを実感できない〉〈状況が強く影響し向き合えない〉の2つがあった。

〈ケアを実感できない〉は、患者が望むケアを自分には提供できていないと感じることであった。

1年目の時に結構看取ったので、(患者のことが)何もわからないままの看取りっていうのが…; 自分では、ちゃんと答えられてあげてない、家族にも患者さんにも自分は何ができたんだろうっていうふうな思いが凄いい、一番最初多かった(N)。

〈状況が強く影響し向き合えない〉は、患者が激しく感情を表出したり、自分自身が忙しく心のゆとりが無い為に、患者に冷静に対応できないと感じることであった。

忙しい時とか、患者さんとの関わりが難しい、いろんな人がいるじゃないですか、頑固な人で、何もしないみたいな感じで、わって言われる時もあるし、(こっちは)患者さんのためにと考えて言ってることが、患者さんにとってはもう「余計なことをしやがって」みたいな感じで言われると、どうすればいいんだろうって(L)。

《心身の疲労》は、日々繰り返されるネガティブな出来事に影響され、身体的にも精神的にも疲労が蓄積する状況であった。

(終末期患者へのかかわりは)どんな夜勤よりも疲れるし…; 多分(いろんな所に)気を使っているから(D)。

3)《患者の心や家族の動揺を感じる時の困難》について

この困難は、【終末期にある命への憂い】【終末期に起きている状況への困惑】の2カテゴリーで構成されていた。

【終末期にある命への憂い】は、若手看護師が初めて人の死にゆく過程に直面して患者の残された時間やがんで命が脅かされている患者や家族の気持ちを考え抱く〈悔いなく生きて欲しい〉〈患者・家族が背負う痛みへの共感〉の2つがあった。

〈悔いなく生きて欲しい〉は、若手看護師が終末期がん患者と家族の残された時間を思うことで

あった。

病院で最期まで過ごす、もちろんそれを望んでる人もいるけど、(私は)病院で最期まで過ごすよりははまだ若いし、できれば家に帰ってやりたいことをやってほしいって思ってた(P)。

〈患者・家族が背負う痛みへの共感〉は、患者と家族の思いを若手看護師も同じように理解しようとするのであった。

どうしても(患者が)若いと、まだ若いのについていう思いがあったり、お父さんお母さんがいて、亡くなっていく場面だと、家族の気持ちはどうなんだろうとか…悩む(C)。

【終末期に起きている状況への困惑】は、若手看護師が終末期がん患者やその家族が今置かれる状況に感じる戸惑いであり〈進行の速さと変貌する姿に受ける衝撃〉〈患者・家族・医療者間の不一致のジレンマ〉の2つがあった。

〈進行の速さと変貌する姿に受ける衝撃〉は、末期がん患者の亡くなっていく姿を目の当たりにすることの驚きであった。

(最初は)終末期の患者さんでもこんなに元気なんだって、私はまだ全然(終末期の状況が)わからなくて、(患者に)普通に接してて、…。最後の方になると、呼吸も凄く苦しくなって、…こんな状態になるんだってということが私は凄くショックだった(A)。

〈患者・家族・医療者間の不一致のジレンマ〉は、患者や家族の言動や行動から医療者との病識に食い違いを感じることであった。

患者さん…子供もいらっしゃって、まだ若いから、「良くなるように頑張りたい」って凄いい話してらっしゃったんですけど。呼吸困難感とかも強くて…その患者さんが思ってる希望とその現状が違うことが困難なことだなと(B)。

IV. 考察

核家族化が進み現代の若者達は、身近な人の看取りを経験することが殆どなくなり、若手看護師の多くは入職して初めて看取りを経験し、戸惑いや衝撃を受けている。このことは、若手看護師16名のうち15名が、入職して1～2年目の時期の看

取り経験を語った事でもわかる。谷口(2013)は、入職して最初の12か月から24か月について、「この時期は新しい環境で専門知識・技術・責任・新たな役割、そして人間関係に直面するため、身体的にも精神的にも、そして知的にも大いなるチャレンジが求められ、ストレスフルで不安定で刺激を受けやすい時期である。」と述べている。この不安定な時期に看取りを経験している若手看護師の困難を考察する。

1. 若手看護師の未熟なケアを提供する中の困難

若手看護師の《未熟なケアを提供する中の困難》は、看護師が《業務に追われて余裕がない辛さ》を抱え、患者に接し、【苦しむ状況に感じる重圧】【踏み込むことへの尻込み】【技術や知識の無さを痛感する】日々の中で、【何もできない無力感】を抱き《心身の疲労》する状況であり、若手看護師が悲嘆する患者や家族に、看護師として十分な看護を提供できていないと感じながら看取りを経験する過程での困難を特徴としていた。

臨床経験の少ない若手看護師は、仕事や職場環境に慣れておらず、経験知も技術も知識も十分ではない。このため、『(自分が担当して)大丈夫かなとかいう不安とかはやっぱり凄くあった。…急変とかあったら私はホントに怖いし、気付けるかもわからない。』と語っていた。こういった状況は、若手看護師が重症患者を担当し始めた時期であった。特に病棟全体が忙しい時や看護師の人数が少ない夜勤帯で、若手看護師が末期患者を担当した際に不安を感じていた。しかし、若手看護師は他のスタッフに助けを求めにくいと感じている。このことは、新卒看護師の職場適応に関する研究(水田, 2004)においても、新人看護師は、職場内の相手への遠慮や苦手な相手に聞きにくいこと、自分の考えや感情をうまく言葉にできない表現の苦手さがある事を挙げており、若手看護師が職場のスタッフと関係を築けていない段階では周囲が意識的に若手看護師へ声をかけ、抱えた悩みや不安を表出できるよう支援することが大切だと考える。

若手看護師は、困難を感じた看取り経験を振り

返り、『自分では、ちゃんと応えてあげてない、家族にも患者さんにも自分は何ができたんだろうっていうふうな思いが凄く、一番最初多かった。』と、自分の無力さを痛感していた。こういった、看護師として役割を果たせないと感じる看取り経験は、自尊感情の低下につながると考えられる。若手看護師が重圧を感じ、しり込みをすることは、未知の死に抱く不安が影響するのではないかと考える。周囲は、終末期患者を担当する若手看護師の心情を理解し、周囲が手を差し伸べ、そこから前へ踏み出せるよう支えていかなければならない。

2. 若手看護師が患者の心や患者の家族の動揺を感じる時の困難

若手看護師が《患者の心や患者の家族の動揺を感じる時の困難》は、【終末期にある命への憂い】【終末期に起きている状況への困惑】の2つのカテゴリーがあり、若手看護師が入職して人の死にゆく過程を初めて経験し、命を憂いたり、がん患者の変貌する姿や家族の動揺する姿に困惑するといった、感情の揺れに起因する困難を特徴としていた。

若手看護師は、患者の終末期を経験し、『お父さん、お母さんがいて、(わが子が)亡くなっていく場面だと、家族の気持ちはどうなんだろうとか…悩む。』と、患者や家族の思いに共感し、看護師自身も辛いと感じていた。このように命への憂いを抱くことは患者を思い、悲しみの感情を抱くことであるが、患者や家族の心情を理解することでもある。天津(2007)は、人を看取するという体験は看護師の死生観が育てられる機会になると述べている。つまり、若手看護師は、人を看取するという感情体験を経て、死生観も育んでいると言える。若手看護師は、患者の終末期を経験し、『(元気だと思った患者が)最後の方になると、…こんな状態になるんだっていうことは私は凄くショックだった。』と、がん患者の変貌する姿に衝撃を受けていた。中には『自分には難しい』『寄り添う看護ができる力が無い』と終末期がん患者に近づくことに心理的距離を感じる看護師もいた。この若手

看護師が抱くネガティブな感情に対して、心理面のケアを行っていかないと、若手看護師は終末期がん患者や家族に対して苦手意識を強くしてしまい、真に患者や家族に近づけなくなる恐れがある。天津(2007)は、「死にゆく人の理解」において難しいのは、まだ“老い”も“病”もあまり経験していない健康な看護職が限りなく“死”に近づきつつある人を看取するという“時間の乖離”から派生する課題とどのように向き合っていくかということである。」と述べている。そして、「看取る立場の人が死にゆく立場に、どれだけ近づく努力と力量を重ねていくか」が1つの答えとなると述べている。つまり、若手看護師が終末期がん患者にかかわり、困難を感じた経験を振り返り、看取りにかかわる看護師としての意味を見出すことが重要である。若手看護師が自分の看取り経験と対峙する努力の積み重ねが、死にゆく人の理解を促進し、死にゆく人との時間の隔たりを埋めていくのではないかと考える。

しかし、若手看護師が自分の力だけで自己の困難な経験に向き合うことは容易ではない。若手看護師が、看取りの経験をしっかりと振り返り、患者や家族の思いを考え、死にゆく人の理解を深めていけるように、経験豊富な先輩看護師の支援が受けられる環境づくりも必要だと言える。

Ⅶ. 結論

終末期がん患者の看取りにかかわる若手看護師の直面する困難は、《未熟なケアを提供する中の困難》と《患者の心や家族の動揺を感じる困難》の2つがあった。看取りで困難を抱える若手看護師支援は、若手看護師の抱えた悩みや不安を表出できるように支援することや、若手看護師が、看取りの経験をしっかりと振り返り、患者や家族の思いを考え、死にゆく人の理解を深めていくことが必要であると示唆された。

謝辞

本研究の趣旨をご理解いただき、ご協力下さいました看護師の皆様、ならびに協力施設の関係者の皆様に深く感謝申し上げます。なお、本研究は、第1回一般社団法人日本看護研究学会九州・沖縄地方会研究助成(木場・田島基金)を受けて実施した。又、第18回一般社団法人日本看護研究学会九州・沖縄地方会学術集会にて発表した。

引用文献

- 天津栄子(2007):死にゆく人の理解, 臨牀看護, 33(13), 1965-1969
- がん情報サービス(2015):がん死亡率~年齢による変化, 最新がん統計, <http://ganjoho.jp/public/index.html>, [2015-1-31現在]
- 濱砂道子, 二渡玉江(2014):乳がんサバイバーのレジリエンスを促進する要素, 日本がん看護学会誌, 28(1), 11-20
- 今泉郷子(2013):進行食道がんのために化学放射線療法を受けた初老男性患者のがんを生き抜くプロセス-食道がんを超えて生きる知恵を生み出す-, 日本がん看護学会誌, 27(3), 5-12, 2013
- 水田真由美(2004):新卒看護師の職場適応に関連する研究-リアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因-, 日本看護科学学会誌, 23(4), 41-50
- 佐藤一樹(2012):日本ホスピスケア緩和協会の調査データからみた緩和ケア病棟の現状, ホスピス緩和ケア白書2012, 10-17
- 坂口幸弘, 野上聡子, 村尾佳津江他(2007):一般病棟での看取りの看護における看護師のストレスと感情体験, 看護実践の科学, 32(2), 74-80
- 坂下恵美子(2008):終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師の心の壁の検討, 愛媛県立医療技術大学紀要, 5(1), 25-31
- 坂下恵美子, 東サトエ, 津田紀子(2012):終末期がん患者の看取り経験の中に存在する看護師のエンパワメントの検討, 南九州看護研究誌, 10(1), 9-18
- 谷口初美(2013):新人看護師が直面するリアリティ・ショック, 週刊医学会新聞, 第3040号, 5

児童を対象とした育児疑似体験プログラムの実施報告

Report of the Child Care Simulated Experience Program for Elementary School Children

松岡あやか¹⁾・荒武 亜紀¹⁾・清水 鈴代²⁾・伊久良美和子²⁾・野間口千香穂¹⁾・兵頭 慶子¹⁾

Ayaka Matsuoka・Aki Aratake・Suzuyo Shimizu・Miwako Ikura
Chikaho Nomaguchi・Keiko Hyodo

抄録

A大学における夏期限定学童保育(小学校1～6年生)において, 1. 赤ちゃんへの抵抗感が軽減すること, 2. 赤ちゃんへの関わり方がイメージできることを学習目標に, 赤ちゃんの《泣き》について知り, それに対する育児技術を経験できる育児疑似体験プログラムを企画・実施した。児童は, 赤ちゃんの世話に対し「将来役に立つようにしたい」など肯定的な感情が高まる一方で, 「赤ちゃんの重さ」を体験し, 【おむつ交換】や【あやし方】の難しさを感じており, 否定的な気持ちも高まっていた。しかし, 児童期なりに赤ちゃんの特性を考えながら世話を体験し, 赤ちゃんに関わることを前向きに捉えていた。《泣き》の理解と育児疑似体験は, 児童期において, 幼い他者と触れ合える素地を養う導入としての学習方法となることが示唆された。

キーワード: 育児疑似体験, 育児技術, 対児感情, 児童
the child care simulated experience, the skill of child care,
the affection for baby, school children

I. はじめに

我が国では, 1989(平成元)年の合計特殊出生率における1.57ショック以降, 少子化問題は改善されていない。このような現状において, 自分自身が親となるまで, 新生児・乳児(以下, 赤ちゃん)に接したことがない若者が男女ともに多く存在する。田中(2007)は, 育児適応に大きく影響を与える要因として, 「育児行動(授乳および離乳, おむつ交換, 抱く, お風呂入れ, あやす)に関する苦痛」があり, 育児行動に苦痛があるということは育児への負担感やストレスとなり, 育児に対する肯定感情を妨げることにつながると述べている。赤ちゃんに接した経験がなく父親・母親となった際, 育児を行っていくことに負担感やスト

レスを抱き, 育児に対する肯定感情を下げる可能性が考えられる。

少子化社会における現状を受け, [少子化対策大綱(2004年6月閣議決定)]では, 「生命の大切さ, 家庭役割についての理解」が重点課題の1つとして導入され, [子ども・子育て応援プラン(2005～2009年)]では, 新たな次世代育成を目指した視点として, 「これから親となる人が皆, 乳幼児の子どもとふれあう機会を持つことができるようにする」ことが目標とされた。その具体的施策として, 「乳幼児と触れ合う機会の拡大」, 「生命の大切さや家庭の役割などに関する学校教育の充実」などが, [子ども・子育てビジョン(2010年1月閣議決定)]において挙げられた。その後, [新

1) 宮崎大学医学部看護学科 小児・母性(助産専攻)看護学講座
School of Nursing, Faculty of Medicine, University of Miyazaki

2) 宮崎大学清花アテナ男女共同参画推進室
Kiyohana Athena Gender equality Support Room, University of Miyazaki

たな少子化社会対策大綱（2015年3月閣議決定）に引き継がれている。これまで次世代育成施策として、船橋市健康福祉局子育て支援部地域子育て支援課・児童ホーム（2008）や呉市（片山ら，2003）などでは、「いのちの学習」，「ふれあい体験」を通して、育児の楽しさや大変さを経験し、子どもに対する親の愛情を再確認し、子育てができる心を育む取組みがされている。

著者が所属する小児・母性（助産専攻）看護学講座は、みやざきCOC推進機構平成27年度みやざき地域志向教育研究経費にて「子どもの生活と子育てにおける世代間交流の推進プロジェクト」に取り組んだ。そのなかで、子育ての体験として、幼少期から日常生活のなかで子どもを世話することを繰り返し経験していくことが親となり子育てをしていく準備へとつながっていることが示唆された（野間口ら，2016）。次世代を担う子ども達の親性の涵養のために、赤ちゃんに接する機会を作り、繰り返し経験できる環境が必要である。

今回、A大学男女共同参画推進室と協働し、教職員ならびに学生の子を対象にした夏期限定学童保育にて、次世代育成を意図した育児疑似体験プログラムを企画・運営したので報告する。

II. 方法

1. プログラム概要

1) 夏期限定学童保育（以下、きっずサマースクール）について

きっずサマースクールは、A大学男女共同参画推進室が「子育て・介護を支援するための取組み」として、平成24年度より企画・運営されている。対象は、A大学教職員ならびに学生の子（小学校1～6年生）であり、例年、夏期休業中の約10日間（8：00～18：00）開催している。平成28年度は、8月17～30日（土・日を除く）の開催であった。

定員は各日20名であり、学童保育が必要な日や興味関心のあるプログラム学習開催日への申し込みにより、各日の参加者が決められる。内容は、学習、遊びや学内施設を利用したプログラム学習である。学習や遊び、児童の世話は、学童保育指導員と学生ボランティアが担当し、プログラム学習は、A大学男女共同参画推進室の依頼により、協力可能なA大学教員が担当している。

2) 育児疑似体験プログラムについて

本プログラムは、きっずサマースクールにおけるプログラム学習として実施した。平成28年8月22日に実施し、A大学医学部総合教育研究棟6階の実習室にて行った。指導員は、A大学看護学科教員2名、A大学男女共同参画推進室室員1名、学童保育指導員1名、TA（Teaching Assistant）1名、学生ボランティア3名である（以下、指導

表1 プログラム「赤ちゃんてなぜ泣くの？」スケジュール

13:00～13:05	(5分)	プログラム説明, 注意事項説明	バックグラウンド (BGM・赤ちゃんの映像)
13:05～13:15	(10分)	アンケート: 参加者の背景および赤ちゃんへの気持ち	使用語句の説明 (各グループ担当指導員2名による)
13:15～13:35	(20分)	赤ちゃんの「泣き」についての説明 育児技術の説明と演示	スライド資料, DVD (泣き声とその様子) 使用物品: 新生児モデル人形
13:35～13:45	(10分)	休憩	水分補給・トイレ誘導
13:45～14:20	(35分)	育児疑似体験 「授乳 (瓶哺乳)」, 「オムツ交換」, 「排気」, 「あやし方」, 「更衣」	1～2年生: 2グループ, 3～6年生: 2グループ (各4名編成) 使用物品: 育児疑似体験モデル, 新生児モデル人形, 肌着, オムツ, おしりふき
14:20～14:35	(15分)	赤ちゃんのお世話のイメージ化: 自分がしたい赤ちゃんの世話	描写 使用物品: 画用紙, 紙用マッキー, 色鉛筆, シール
14:35～14:40	(5分)	赤ちゃんの「泣き」と育児技術の振り返り	父親・母親と赤ちゃんだった頃の話をした経験とその内容 修了証書 (がんばったで賞) の授与
14:40～14:45	(5分)	アンケート: 赤ちゃんへの気持ち	使用語句の説明 (各グループ担当指導員2名による)

※ 参加児童からの評価のアンケートは、プログラム終了後、きっずサマースクール本会場にて実施した。

員とする)。本プログラムを表1に示す。内容および方法は以下の通りである。

(1) テーマおよび学習目標

本プログラムは、「赤ちゃんてなぜ泣くの？」という題目で行った。1. 赤ちゃんの《泣き》について知り、それに対する育児技術の経験にて赤ちゃんへの抵抗感が軽減すること、2. 赤ちゃんへの関わり方がイメージできることを学習目標とした。

(2) 学習内容および方法

a. 赤ちゃんの《泣き》と育児技術の説明

特に新生児では、《泣き》が他者へ欲求を伝達する方法である。乳児に対する母親のタッチの関連要因に《泣き》があり、育児の経験がない初産婦の特徴として、《泣き》場面の愛情タッチが少なくなる(麻生ら, 2016)。そのため、赤ちゃんに接した経験がない児童では、泣いている赤ちゃんに触れる抵抗があると考えられ、赤ちゃんは泣く存在であることや空腹や不快(オムツが汚れている、ゲップがしたい、お腹の張りなど)、眠いなどの状態にある《泣き》についての内容を説明した。

赤ちゃんの《泣き》については、国内外において様々な研究がされている。そのなかで、空腹や不快(オムツが汚れている、ゲップが出そう、お腹が張っているなど)、眠いなどの状態にある《泣き》の内容であり、児童が理解しやすいと思われたPriscilla Dunstan (2006)によるDunstan Baby Language (DBL)の赤ちゃんの《泣き》5種類〈Neh(ネエー);空腹〉, 〈Heh(ヘエー);不快〉, 〈Eairh(エアー);お腹の張り〉, 〈Eh(エツ);ゲップがしたい〉, 〈Owh(オオー, アオー);眠い〉の赤ちゃんの様子と泣き声を視聴した。赤ちゃんの《泣き》5種類の様子と泣き声で赤ちゃんが何を表現しているのか、またそれに対する世話が何か児童に質問しながら、新生児モデル人形を用いて育児技術の説明を行った。

b. モデル人形を使用した育児疑似体験

赤ちゃんの《泣き》に対する育児技術【授乳(瓶哺乳)】、【オムツ交換】、【排気】、【あやし方】と【更衣】を加えた5つの育児疑似体験とした。育児疑似体験には、育児疑似体験モデル人形:育児体感

赤ちゃんマイベビー(T-5055,株式会社高研)・マイベビー3(LM-T8020,株式会社高研)を使用した。育児体感赤ちゃんマイベビーは、練習モード(設定プログラム)を選択した。【更衣】の育児疑似体験は、新生児モデル人形を使用した。

まず、グループで1体の育児疑似体験モデル人形を使い、育児疑似体験モデル人形の電源を入れる前に、親しみを感じられるようグループメンバーで育児疑似体験モデル人形に命名させ、電源を入れることとした。その後、約15分の育児疑似体験モデル人形を使った育児疑似体験に加え、新生児モデル人形を使用した【更衣】を行い、合計35分の体験を行った。指導員は、児童へ育児疑似体験モデル人形が表す様子や泣き声は何を表現しているのか質問し、その様子に対する世話や【更衣】についての技術サポートを行った。

c. 赤ちゃんに関わるイメージ化の方法

現代の児童たちは、赤ちゃんに接する経験が少なく、実際の赤ちゃんや赤ちゃんの世話など、関わり方をイメージすることが困難であると考えられる。育児疑似体験の経験から、児童自身が赤ちゃんにしてあげたい世話や関わり方を考えてもらう内容とし、「赤ちゃんが自分の家にいたら、どのようなお世話をしたいか」というテーマで絵を描いてもらった。

2. 参加児童の背景とプログラム評価に関するアンケート

1) 参加児童の背景

育児疑似体験前に、参加児童の準備性を知り、効果的に学習プログラムを進めていくために、参加児童の状況(学年、性別、赤ちゃんの世話経験、赤ちゃんへの感情)についてアンケートを実施した。また、学習による児童の赤ちゃんへの感情の変化を知るために、育児疑似体験などのプログラム終了後においてもアンケートを実施した。

花沢(1992)は、児童期の小学校5~6年生に、対児感情評定尺度を用いた際、「能力的に実施が困難であったことが分かった」と述べている。そのため、アンケート項目は、花沢(1992)の対児感情評定尺度を参考に、独自に作成した。小学校

1年生ならびに4年生の2名に、使用語句のなかで理解できない、あるいは理解し辛い使用語句を指摘してもらい、理解できると考えられた12項目をアンケート項目とした。4検法での回答を求め、それぞれの回答に対し、「非常にその通り(4点)」～「そんなことはない(1点)」とした。分析方法は、SPSS Statistics 22.0にて単純集計およびt検定を行った。実施の際は、各グループに指導員2名が付き、説明や質問への対応を行った。

2) プログラム評価に関するアンケート

A大学男女共同参画推進室は、きつずサマースクール開催各日のプログラム終了後にアンケートを行っている。「今日の勉強は、楽しく出来ましたか」、「今日の勉強は、わかりやすかったですか」、「またやってみたいと思いましたか」の3項目を「とてもそう思う」～「全然そう思わない」の4検法で回答を求め、また感想を自由に記載してもらった。

3) 倫理的配慮

きつずサマースクール開催前に配布されるプログラム内容や注意事項に関するしおりにおいて、利用者アンケートの実施説明が保護者に行われている。本プログラム実施においては、参加児童にアンケートの意味と使用について口頭で説明を行った。また、内容や写真の掲載は、A大学男女共同参画推進室および絵提供児童の保護者より同意を得ている。

Ⅲ. 結果

1. 参加児童の状況

参加児童は16名であり、学年および性別は表2の通りである。また、赤ちゃんの世話経験は、経験あり4名、経験なし12名であった。

赤ちゃんの《泣き》と育児技術の説明では、赤ちゃんの《泣き》5種類の様子と泣き声で赤ちゃんが何を表現しているのか、またそれに対する世話が何かという質問に対し、「この泣き方は、お腹空いているのかな」など活発に答える児童がいた。また、赤ちゃんの世話経験のある児童は、自分の経験を語ってくれる場面もあった。

育児疑似体験では、育児疑似体験モデル人形への命名に戸惑う様子があったが、育児疑似体験モデル人形が泣く際は、「この泣き方は、あの習った泣き方のなかのどれかな」と赤ちゃんの《泣き》についての学習内容を活用する発言が多く聞かれた。【更衣】では、指導員よりサポートを受けながら、関節を把持し、積極的に実施できていた。育児疑似体験終了後は、「さっきの泣き方5つ、覚えるために書いて帰ろう」という児童もいた。

また、赤ちゃんに関わるイメージ化における描写では、赤ちゃんが傍で寝ている様子、赤ちゃんを抱っこする様子や撫でる様子を描き、全員が赤ちゃんに関わるイメージとして肯定的な様子を描いていた(写真1)。描きながら、「一緒に遊んであげよう」、「一緒に眠りたい」という発言など聞くことができた。



写真1 参加児童の描写 (2例)

表2 参加児童の属性 (n=16名)

学年	男児	女児	合計
1年生	1	1	2
2年生	3	2	5
3年生	2	2	4
4年生	0	2	2
5年生	2	0	2
6年生	0	1	1
合計	8	8	16

2. 参加児童の赤ちゃんへの感情

育児疑似体験前後の赤ちゃんへの感情の得点平均および標準偏差、育児疑似体験前後での赤ちゃんへの感情の得点のt検定結果は、表3の通りで

ある。接近感情のうち有意に平均得点が上昇した項目は、『うれしい』、『うつくしい』であった。また、有意差はないが平均得点が上昇した項目は、『たのしい』、『やさしい』、『あかるい』であり、

表3 プログラム学習前後の参加児童の赤ちゃんへの感情

項目	平均±標準偏差		p 値
	学習および体験前	学習および体験後	
接近感情	あたたかい	2.81±0.75 >	2.69±1.08 .432
	うれしい	2.50±1.03 <	2.94±1.00 .004 **
	たのしい	2.13±0.81 <	2.31±1.20 .270
	やさしい	2.56±0.89 <	2.63±1.15 .669
	あかるい	2.88±1.02 <	2.94±0.93 .580
	うつくしい	1.94±1.00 <	2.31±1.14 .009 **
回避感情	よよよわしい	2.25±0.77 <	2.43±1.09 .270
	やかましい	2.06±0.85 <	2.25±1.29 .333
	むずかしい	2.37±1.15 <	2.88±1.15 .006 **
	てれくさい	1.50±1.03 <	1.94±1.24 .029 *
	めんどくさい	1.94±1.18 >	1.75±0.93 .083
	こわい	1.50±1.10 >	1.25±0.77 .164

*p<0.05 **p<0.01 t 検定

表4 参加児童からの評価

	とても そう思う	少し そう思う	あまり そう思わない	全然 そう思わない
楽しく出来ましたか	9	7	0	0
分かりやすかったですか	14	2	0	0
またやってみたいなと思いましたか	9	6	1	0

表5 参加児童の感想（自由記載）

分かりやすく教えてくれてありがとうございました。
 赤ちゃんは、泣き方で表してすごいと思った。
 色々な赤ちゃんの泣き声があり、それぞれ意味があるのを初めて知った。
 5つの泣き方を覚えておいて、将来役に立つようにしたい。
 赤ちゃんの抱っこの仕方が分かった。
 思ったより赤ちゃんが重く、あやす難しさが分かった。
 オムツ交換は難しかったけど、きちんとできた。
 親戚に赤ちゃんが生まれるので、お手伝いをしたい。
 これからもいっぱい妹のお世話をしたい。
 赤ちゃんに何かしてあげたいと思った。
 とても楽しかった。またやってみたい。

下降した項目は『あたたかい』であった。回避感情のうち有意に平均得点が上昇した項目は、『むずかしい』、『てれくさい』であった。また、有意差はないが平均得点が上昇した項目は『よわよわしい』、『やかましい』であり、下降した項目は『めんどくさい』、『こわい』であった。

3. 参加児童からの評価

4 検法による評価3項目については、表4の通りである。「今日の勉強は、楽しく出来ましたか」、「今日の勉強は、わかりやすかったですか」では、全員が「とてもそう思う」または「少しそう思う」という回答を得た。「またやってみたいなと思いましたか」については、1名が「あまりそう思わない」と回答したが、15名からは「とてもそう思う」または「少しそう思う」という回答を得た。また、自由記載による感想は、表5の通りである。

IV. 考察および今後の展開

現在、次世代育成施策における「乳幼児と触れ合う機会の拡大」として、主に小学校高学年以上を対象にした実際の赤ちゃんとの「ふれあい体験」の開催が増えている。児童の赤ちゃんに触れる抵抗感を軽減させ、赤ちゃんを身近な存在としてイメージ化を図り、自分より幼い他者と触れ合える素地を養っていくことは、他者への関心や共感する能力を高め、児童自ら赤ちゃんに関わっていく機会を増やす。

1. 赤ちゃんの《泣き》と育児技術

赤ちゃんに接した経験が少ない児童では、泣いている赤ちゃんへ触れることに抵抗があると考え、赤ちゃんの《泣き》の理解とそれに対する育児疑似体験を主な内容とした。プログラム終了後、接近感情のうち有意差はなかったが『あたたかい』のみ平均得点の下降がみられ、5項目は平均得点の上昇がみられた。他方、回避感情は、赤ちゃんの様子を表す『よわよわしい』、児の《泣き》と関連する項目である『やかましい』は、有意な差はないがやや平均得点が上昇し、育児技術に関連する項目として『むずかしい』が有意に上昇してい

た。肯定的な感情が高まる一方で、赤ちゃんの様子や児の《泣き》、育児技術に関連するような項目において否定的な気持ちも高まっていた。また実際に、児童の感想では、「楽しかった」、「またやってみたい」、「将来役に立つようにしたい」など肯定的な感情に対して、「赤ちゃんの重さ」を体験し、【おむつ交換】や【あやし方】の難しさを感じていた。

佐々木ら(2010)は、継続接触体験のなかで乳幼児の泣き場面に接し対応するという経験の積み重ねが、乳児の泣きに対する感性や共感性、対処する能力を高めたと述べている。児童の反応として、児の《泣き》は『やかましい』ことであり、回避感情として捉える一方で、「この泣き方は、あの泣き方のなかのどれかな」と学習内容を活かして、赤ちゃんの《泣き》による表現を理解し、赤ちゃんに寄り添う場面があった。《泣き》の学習において児の特性を理解したことで、育児疑似体験モデル人形の《泣き》に対し敏感に反応し、自ら赤ちゃんへの対応方法を考える機会となっていた。児童たちは、育児疑似体験を行ったことで、赤ちゃんの気持ちを察すること、またその育児技術の難しさを実感していた。

2. 赤ちゃんに関わるイメージ化

赤ちゃんへの接近感情のうち5項目は平均得点の上昇がみられ、特に『うれしい』、『うつくしい』の2項目は有意に上昇しており、赤ちゃんに対する肯定的な感情を上昇させていた。児童の感想のなかに「赤ちゃんに何かしてあげたい」、「赤ちゃんは、泣き方で表してすごいと思った」と他者を思いやる感情や赤ちゃんの特性を表現しており、描写では自らが赤ちゃんの世話をするイメージ化ができていた。『むずかしい』と感じる一方で、直接的な経験に基づいた論理的な思考が子どもに備わってくる大切な時期、すなわち、具体的操作期にある児童なりに、赤ちゃんの特性を考えながら世話を経験できたことで、赤ちゃんと関わることを前向きに捉えていた。低学年や赤ちゃんに接した経験が少ない小学校高学年の参加児童にとって、今回の育児疑似体験は赤ちゃんに触れ合う抵

抗感を軽減させ、自らが赤ちゃんに関わるイメージ化ができたと思われる。このように、《泣き》の理解と育児疑似体験モデル人形を使用した本プログラムは、児童期において自分より幼い他者と触れ合える素地を養う導入としての学習方法となると思われる。

3. 今後の展開

今回の育児疑似体験は、低学年も参加しており、育児疑似体験モデル人形を使用したプログラムとした。寺村ら(2007)の小学校高学年を対象にした「赤ちゃんふれあい体験学習」の取組みにおいて「こんなに小さな手が私たちみたいに大きくなるのにびっくりした」、「将来こんな子どもがいたらいいなと思った」と参加児童が感想を持っている。本プログラムでは、有意差はないが接近感情のうち『あたたかい』のみ平均得点の下降が見られていた。実際の児と触れ合う機会を持つことは、生命の温かさを感じ、生命の存在、大切さや自分自身の成長を感じられる良い経験であり、思いやりの心や他者と協同する態度を養う機会となる。今後、将来を担う次世代教育として、自分より幼い他者と触れ合える素地に加え、生命の大切さを感じ、思いやりの心や他者と協同する態度を養い、親となり子育てをしていく準備のための積み重ねられる経験学習プログラム作りを展開していきたい。

また、本プログラムの企画・運営は、A大学看護学科教員およびA大学男女共同参画推進室の室員のみで行ったが、TAや学生ボランティアとして、A大学教育文化学部や大学院看護学研究科の学生に指導員として参加してもらった。児童との関わりは、学生の経験となり、地域を支えていく教育者・医療者としての動機づけとなり得る。今回が初めての開催であり、特に育児疑似体験では、学生ボランティア自身も育児技術において戸惑うことがあった。今後は、参加児童にとって効果的な学習となるよう、学生ボランティアとも協働し企画・運営を行っていくなかで、地域における次世代の人材育成も目指したい。

V. おわりに

今年度、初めて育児疑似体験プログラムの企画・運営を行ったが、参加児童からは思いのほか良い評価を得ることができた。しかし、きつずサマースクールの対象は、A大学教職員ならびに学生の子(小学生)であり、毎年参加している児童も多数いる。今後も、次世代育成を目指し、本プログラムを発展させるために、内容・方法を検討していきたい。また、A大学のみならず、学童期から思春期における生命の大切さの理解や親性の涵養が出来る継続した場づくりを広く地域において行っていきたい。

文献

- 麻生紀子, 岩立志津夫(2016年): 乳児に対する母親のタッチの関連要因-初産婦と経産婦の比較-, 小児保健研究, 75(2), 187-195
- 片山美香, 清水凡生, 榎本美恵子(2003年): 小学生を対象とした赤ちゃんとのふれあい体験学習の試み, 思春期学, 21(1), 113-125
- 佐々木綾子, 小坂浩隆, 末原紀美代, 他(2010年): 親性育成のための基礎研究(1)-青年期男女における乳幼児との継続接触体験の心理・生理・脳科学的指標による評価-, 母性衛生, 51(2), 290-300
- 田中和子(2007年): 育児適応に影響を与える要因の検討, 母性衛生, 47(4), 554-562
- 寺村ゆかの, 川谷和子, 伊藤篤(2007年): 地域連携にもとづく次世代育成プロジェクト「赤ちゃんふれあい体験学習」の短期的効果に関する研究, 保健の科学, 49(1), 71-77
- 野間口千香穂, 荒武亜紀, 兵頭慶子, 他(2016年): 子どもの生活と子育てにおける世代間交流の推進プロジェクト~地域に根差して引き継がれる育児の工夫や知恵の伝承の実態~(平成27年度みやざき地域志向教育研究費:研究成果), <http://www.miyazaki-u.ac.jp/miyazaki-u/area/keihi/keihi-27> [2016-10-15現在]
- 花沢成一(1992年): 母性心理学, 医学書院
- 藤原郁, 岩間薫, 日景真由美(2000年): 小学生の育児体験と胎児感情に関する一考察-赤ちゃんとのふれあい体験学習を効果的に実施するために-, 秋田桂城短期大学紀要, 9, 47-57
- 船橋健康福祉局子育て支援部地域子育て支援課・児童ホーム(2008年): 平成27年度中学生と赤ちゃんふれあい事業 実施報告書, 3-49
- Priscilla Dunstan(2006年): Dunstan Baby Language Program [DVD], Globalbaby

研究誌投稿規程

宮崎大学医学部看護学科教員の研究活動の活性化並びに研究情報の共有化を図り、教育活動へ還元することを目的として、研究誌を刊行する。

1. 投稿資格

投稿資格者は、宮崎大学医学部看護学科の専任教員、また専任教員が含まれる共同研究者、その他、研究誌委員会（以下、委員会）が投稿を依頼または認めた者とする。

2. 原稿の種類及び内容

- 1) 原稿の種類は次の5分類とする。
 - a. 総説：特定のテーマについて、1つまたはそれ以上の学問分野における内外の諸研究を概観し、そのテーマについて、これまでの動向、発展を示し、今後の方向性を示したもの。
 - b. 原著：独創性と知見に新しさがあがり、研究としての意義が認められること。及び、研究目的、方法、結果、考察など論文としての形式が整い、主張が明確に示されているもの。
 - c. 研究報告：内容的に原著には及ばないが、学術的發展に寄与すると判断されることから、研究としての意義があると認められるもの。
 - d. 資料：研究上重要な見解や記録を示しており、資料的価値のあるもの。教育活動報告・看護実践報告などを含む。
 - e. その他：海外研修レポート、主催した地域貢献等の紹介等々、研究誌委員会が認めたもの。
- 2) 上記は、他誌に発表されていないものとする。重複投稿は禁止する。
- 3) 原稿は和文または英文とする。

3. 倫理的配慮

人および動物が対象の研究は、倫理的な配慮について、その旨を本文中に明記すること。

4. 原稿等の提出および受理

- 1) 原稿（図表等を含む）の提出は原本1部と著者名及び所属、謝辞他投稿者を特定できるような事項を外してコピーした査読用原稿2部を委員会に提出すること。
- 2) 投稿原稿の採択が決定したときには、投稿最終原稿とMS-DOSテキストファイルに変換し、記録したCD・ROMを提出する。なお、原稿を記録したCD・ROMには、著者名、使用機種名、使用ソフト名、保存ファイル名を明記する。
- 3) 原稿等を提出する際には、コピーを手元に保管しておくこと。
- 4) 提出時には別に定めるチェックリストを用いて原稿の点検・確認を行い、原稿に添付する。

5. 査読並びに採択

- 1) 原稿の採否は、査読を経て決定される。
- 2) 原稿の査読は、2名の査読者によって2回まで行うことを原則とするが、原稿の種類を変更した場合はこの限りではない。ただし、「e.その他」は原則として査読は行わない。なお、査読者の名前は公表しない。
- 3) 査読者間の意見に差異が著しい場合は、委員会は、査読者間の調整を行うことができる。

6. 著者校正

原則として、著者による校正は2回までとする。校正の際の加筆・変更は原則として認めない。

7. 原稿執筆要領

- 1) 原稿規定枚数および抄録等の規定頁数は、要旨、図、表、写真等を含め、下記の表に規定する。ただし、投稿者からの申し出により、委員会が認めた場合は規定枚数を超えることができる。

表 原稿の規定枚数ならびに形式

註：○は添付するもの，－は添付しなくてよいもの

原稿種類	枚数(字数) 以内 和文の場合	枚数(words) 以内 英文の場合	抄 録		備 考
			和文 (400字程度)	英文 (300words程度)	
総説	8(12,000)	10(3,000)	○	○	
原著	10(16,000)	13(4,000)	○	○	
研究報告	8(12,000)	10(3,000)	○	○	抄録は和英どちらかの一方
資料	7(10,000)	8(2,500)	○	－	抄録は本文が英文の場合は英文で可
その他	7(10,000)	8(2,500)	－	－	ランニングタイトルは記載自由

2) 原稿の形式

- 原稿は、A4判の用紙を用いて、左右余白25 mm、上下余白25 mmをとり、ワープロで作成する。
- 和文原稿は40字×40行（1,600字）とし、文字のフォントは明朝、サイズは10.5ポイントとする。英文原稿では、文字のフォントは Times New Roman、サイズは11ポイントとし、1枚当たり30行（300～360 words）とし、適切な行間をあける。
- 図表等は、1点につき400字に数える。
- 原稿には、頁番号を付与する。
- 表紙には、表題・著者名・所属（講座まで）・キーワード（5語以内）を日本語および英語（小文字）で記載する。また、ランニングタイトルと原稿の種類および図・表・写真の数を記す。ランニングタイトルは、25文字程度とする。

3) 本文

- 原則として、I. 緒言（はじめに）、II. 方法、III. 結果、IV. 考察、V. 結語（おわりに）の順とする。
- 漢字は必要ある場合を除き当用漢字を用い、仮名は現代仮づかい、送り仮名を用い、楷書で記述する。
- 英数字は半角とし、数字は算用数字、度量衡の単位は m, cm, g, mg, ml, ℃ 等を用いる。
- 字体をイタリックにするところはその下に線を引くこと。
- 外国人名、地名および適当な訳語のない外国語は原語もしくは片仮名で記載すること。

4) 図、表、写真

- 図・表・写真はそのまま印刷できる明瞭なものとする。
- 表の罫線は横線のみとする。
- 図・表・写真は余白に図1、表1、写真1等の番号とタイトルおよび著者名をつけ、図・表・写真の縮小率を一括して明記したものを本文とは別に添付すること。
- 図・表・写真の挿入については、本文中の欄外余白に挿入場所を赤字で指定する。

5) 文献

- 本文中に著者名、発行年を括弧表示する。
- 文献は著者名のアルファベット順に列記する。
- 文献の記載は、下記の記載形式にしたがうこととする。
- 著者名は3名を超える場合は3名を記載し、それ以上は「他」と省略する。

【雑誌】 著者名（西暦発行年）：論文表題、雑誌名、巻（号）、始頁－終頁

山田太郎、看護花子、宮崎ひむか、他（2002）：社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴、南九州看護研究誌、1(1)、32-38

Yamada, T., kango H., Miyazaki H. et al (2002) : Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service, The South Kyusyu Journal of Nursing, 1(1), 32-38

【単行本】

- 著者名（西暦発行年）：書名、始頁－終頁、出版社名、発行地
研究太郎（1995）：看護基礎科学入門、23-52、研究学会出版、東京
- 著者名（西暦発行年）：表題、編集者名（編）、書名、始頁－終頁、出版社名、発行地
研究花子（1998）：不眠の看護、日本太郎、看護花子（編）：臨床看護学Ⅱ、123-146、研究学会出版、東京
- Kimura, H. (1996) : An approach to the study of pressure sore, In : Suzuki, H. et al. (Eds) : Clinical Nursing Intervention, 236-265, Nihon Academic Press, New York

【翻訳本】 著者名（原書西暦発行年）／訳者名（訳本西暦発行年）：書名，頁，出版社名，発行地
Fawcett, J. (1993)／太田喜久子，筒井真優美（2001）：看護理論の分析と評価，169，廣川書店，
東京

8. 著作権

著作権は研究誌委員会に帰属する。ただし，本誌に掲載された著作の著者が掲載著作を利用する限りにおいては研究誌委員会の許可を必要としないものとする。

9. 著者負担費用

別刷及び図・表・写真の作成に要する経費については，著者負担とする。

附則

この規定の改正は，2003年9月17日から施行する。
この規定の改正は，2004年8月19日から施行する。
この規定の改正は，2005年6月20日から施行する。
この規定の改正は，2006年5月16日から施行する。
この規定の改正は，2008年6月24日から施行する。
この規程の改正は，2012年7月17日から施行する。
この規程の改正は，2014年11月18日から施行する。
この規程の改正は，2015年6月16日から施行する。

編集後記

あわただしい教育や臨床の中、研究を行うためには、研究の視点を持ち、そして遂行していく能力が必要であり、教育や臨床と研究を両立させていくことは容易なことではありません。大学教員や大学院生に課せられた使命といえども、調査・実験等を実施し、解析を行い論文執筆・投稿し、そして、査読を受けて修正するという一連の作業過程には、多大な時間と労力を必要とし、時に心身のバランスを保てなくなることもあると思います。しかし、研究成果が認められ、教育や臨床に寄与されてくると苦しかった日々は喜びに変わっていきます。この苦しくも幸せな体験は私たち大学人に与えられた至福の時間なのではないでしょうか。第15巻1号は5編の投稿がありました。これに続いて、‘幸せを呼ぶ’皆様からのさらなる投稿をお待ちしています（青石）。

研究誌委員

委員長 東 サトエ
青石 恵子
竹山 ゆみ子

南九州看護研究誌 第15巻 第1号

平成29年3月10日発行

発行所 宮崎大学医学部看護学科
〒889-1692 宮崎市清武町木原5200番地

印刷所 (株)印刷センタークロダ
〒880-0022 宮崎市大橋2丁目175番地

The South Kyusyu Journal of Nursing

Vol.15, No.1, 2017

【Special Contribution】

- A Theoretical Model of the Nursing Process and Satoe Higashi 1
Development of an Educational Program in
Basic Nursing Education

【Original Articles】

- The Meaning and Effects of Reflection on Miyuki Kodama 11
Career Development in Second Year Nurses
and Consideration of Continuous Education Methods
Satoe Higashi

【Research Report】

- Examining the Introduction of Satoe Higashi 21
a Narrative Practice Model into Nursing Education (1) :
Construction of a Narrative Nursing Practice Model
Ikumi Yanagawa
Yuko Shiraishi
Miyuki Kodama

- Investigation of Emotional Distress Experienced by Emiko Sakashita 31
Young Nurses Involved in the End-of-Life Care of
Terminal Cancer Patient in the General Ward

【Material】

- Report of the Child Care Simulated Experience Program Ayaka Matsuoka 39
for Elementary School Children
Aki Aratake
Suzuyo Shimizu
Miwako Ikura
Chikaho Nomaguchi
Keiko Hyodo