

富山大学看護学会誌

第15巻1号

(2015年9月)

目 次

〈原著〉

看護実践における新人看護師の成長のプロセス

田中いずみ, 比嘉勇人, 山田恵子 …… 1

看護師の援助的コミュニケーションスキルと私的スピリチュアリティおよび共感性の関連

杉山由香里, 比嘉勇人, 田中いずみ, 山田恵子 …… 17

看護師の共感経験における認知症（肯定的）イメージと認知的評価および

私的スピリチュアリティの関連

村上章, 比嘉勇人, 田中いずみ, 山田恵子 …… 29

〈研究報告〉

公開シンポジウム「もっと知りたい認知症～体験者の声から学ぶ」の概要と参加者の反響

竹内登美子, 青木頼子, 牧野真弓, 新鞍真理子 …… 43

〈学会報告〉

第15回富山大学看護学会学術集会

…… 53

看護実践における新人看護師の成長のプロセス

田中 いずみ, 比嘉 勇人, 山田 恵子

富山大学大学院医学薬学研究部 精神看護学

要 旨

目的：看護実践における新人看護師の成長のプロセスを明らかにする。

方法：新人看護師7名を研究協力者とし、半構成的面接で得たデータを修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）により分析した。

結果：25の概念が生成され、12のサブカテゴリー、4つのカテゴリーが抽出された。新人看護師は病棟に配属されて《リアリティショックを経験する局面》に至るが、同時に仕事、患者、同僚らと〈職場でのつながりを持つ〉ことを起点として、患者との関わりを深め、病棟で仲間意識をもって《社会化に直面する局面》を進んでいた。さらに看護体験から《振り返りと再構成の局面》および《向かうべき方向性の追求》へとつながって成長するプロセスを、コアカテゴリーとして【キャリア初期における役割移行】と捉え、「新人看護師のキャリア初期における役割移行モデル」と命名した。

結論：本研究により明らかになった「新人看護師のキャリア初期における役割移行モデル」は新人看護師の成長の状況を把握し、より効果的な継続教育や支援をするための視点として活用できる。

キーワード

新人看護師, 成長プロセス, 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ

はじめに

医療の現場では、医療安全の確保に向けた体制整備が課題とされ、その中でも新人看護師の資質向上が取り上げられている¹⁾。新人看護研修事業は、病院等において新人看護師が基本的な臨床実践能力を獲得するための研修を実施することにより、看護の質の向上及び早期離職防止を図ることを目的としている。

新人看護師の早期離職についてみると、日本看護協会の2014年度の調査²⁾では、新人看護師の1年以内の離職率は7.5%であり、近年の離職率は減少傾向にある。また看護師全体の離職率は11.0%であり、新人看護師の離職率だけが低いわ

けではなく、他の職種での離職率と比較しても高いとはいえない。しかし看護師が不足している現状において、次世代の医療を担う新人看護師の早期離職を防止することは重要な課題である。

新人看護師の早期離職に関連して、職場におけるストレスの状況や、新人看護師が遭遇するリアリティショック、職場適応などが課題として数多くの先行研究が取り組まれている。高橋³⁾は新人看護師の職場適応に関する文献検討からリアリティショックの要因をまとめ、サポートのあり方を検討している。水田は新人看護師のリアリティショックについて量的調査⁴⁾および質的調査⁵⁾により検討し、回復過程とそれを妨げる要因を明らかにしている。また新人看護師の資質向上に関

連して、臨床実践能力の到達度や、体験過程、アイデンティティの形成などが先行研究として取り組まれており、佐藤⁶⁾は新人看護師の成長を促す関わりを質的に明らかにし、その内容を記述している。本田⁷⁾は新卒看護師の一年目の体験を質的帰納的に明らかにし具体的な内容を示している。また山田⁸⁾らは新人看護師が一人前になる学習過程を、正統的周辺参加論を用いてその内容を示している。しかしこれらの研究はリアリティショック、職場適応、学習過程という限局された現象を扱ったものであったり、体験の内容やアイデンティティ形成の内容を整理したりしたもので、成長というプロセスを扱ったものではない。

先に研究者らは5名の新人看護師の看護実践におけるナラティブから捉えられる成長についてその内容を検討し、個々人の背景や環境と絡んで、価値基準や看護観の形成に至る途上を示していることを明らかにした⁹⁾。そこで本研究では成長の構造を可視化するために、看護実践における新人看護師の成長のプロセスを明らかにすることを目的とする。

研究の目的

本研究は、看護実践における新人看護師の成長のプロセスを明らかにすることを目的とした。本研究により新人看護師の成長のプロセスを明らかにすることで、新人看護師の教育、離職の予防、さらに看護基礎教育の教育内容に活用することができる考える。

用語の操作的定義

新人看護師：卒業後就職し、病棟に配属されて2年以内の看護師とする。

看護実践：観察に基づいた臨床判断、看護介入の実践、患者・家族とのケアリング関係の構築、及び医療チームメンバーとの協働を中心とする看護師が行う業務とする。

成長：看護実践における他者との相互作用のなかで学習や経験が加わることで

おこる変化ととらえ、新人看護師の能力や認識の広がりや深まりが認められる状態。

研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ¹⁰⁾（以下、M-GTA）を用いた質的帰納的研究である。M-GTAは質的アプローチのひとつであり、分析ワークシートを用いながら概念を生成し、カテゴリーにまとめつつ、それらの関係性を図示化することによって理論的構築を行うものである。これは人々の相互行為を構造化する際に向いていることから、人間行動の実践理論の生成に有効であるといわれている。

本研究では、看護実践において新人看護師が成長を遂げるプロセスという限定された範囲での理論生成を志向していること、看護師と患者、同僚・先輩看護師との間で社会相互作用が生じている現象であることからM-GTAが適していると判断した。

2. 研究協力者

研究協力者はA県内の総合病院に勤務する入職後2年目の新人看護師とした。病院の看護部長に研究目的と倫理的配慮について説明し、研究協力の同意を得た後、複数の病棟師長に仕事を継続し成長が認められると考えられる新人看護師の紹介を依頼して、研究協力者の選定を行った。面接時期は、入職後1年が経過し2年の終わりまでとした。この入職後2年目となる時期は、研究協力者が病棟業務に慣れて、新たな新人看護師が病棟に配属されて働き始める頃である。そこで自己の成長について話せるとした者を成長した新人看護師と判断し、本研究の研究協力者とした。

3. データ収集方法

データの収集は、研究者らの所属大学の精神看護学講座研究室を使用し、半構成的面接により研究者が行った。インタビューガイドを参考に就職してから現在に至るまでどのようなことがあった

かの質問から面接を開始し、現在に至るまでの経験や思いを自由に語ってもらった。面接は研究協力者ごとに1回ずつ行い、同意を得てICレコーダーに録音した内容を逐語録とし、データとした。

4. データ分析方法

M-GTAでは、収集されたデータのアウトライン・文脈に基づいた概念生成が可能となるように、研究テーマに沿って分析テーマを設定する。またデータの中で社会的相互作用の主体となる存在である分析焦点者を設定する。本研究では分析テーマを研究テーマと同じく「看護実践における新人看護師の成長のプロセス」と設定し、分析焦点者は「総合病院に勤務する入職後2年目の新人看護師」とした。

分析はM-GTAの手順に沿って、面接より得られたデータを基に、分析ワークシートを用いて概念生成を行い、複数の概念が生成された段階から、概念間の関係を検討した。概念の統廃合を繰り返しながら、カテゴリーの生成も検討した。最終的に概念とカテゴリーの関係について図式化した。なお本研究のフィールドにおいて、概念とカテゴリーの生成が追加されないと判断し、生成した概念とカテゴリーを用いて、分析テーマの現象を説明できることを研究者間で確認した時点で分析を終了した。またデータ分析過程においては、看護教育研究者、M-GTAによる研究経験を持つ研究者間の検討により、結果が研究協力者の思いに合致しているかを確認した。

5. 倫理的配慮

本研究は研究者らの所属大学の臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認（臨認23-15、臨変25-88）を得て行った。データの収集に先立ち、研究協力者に研究の主旨と目的、方法及び以下の倫理的配慮について、口頭と文書で説明し、同意書への署名をもって同意を得た。

研究への協力は個人の意思に基づくものであり、研究への協力は強制力は働かないこと、研究に協力しない場合でもなんら不利益は被らないこと、また答えたくない質問には答えなくてもよいこと、プライバシーの保護の方法、得られたデー

タの漏えいや紛失を防ぐため鍵のかかる保管庫で保管し研究以外には持ち出さないこと、学会・論文発表の際には、個人が特定されないよう匿名性を確保することを約束した。

結 果

研究協力者の概要

研究協力者は7名であった。年齢は全員が20代であり、勤務病棟は外科系3名、内科系1名、混合病棟3名であった。面接時間は平均52分(41分～61分)であった。データの収集は平成23年7月から平成27年3月であった。

全体のストーリーライン (図1)

看護実践において新人看護師が成長を遂げていくプロセスの中核となるのは、看護学生から看護師へと【キャリア初期における役割移行】を経験するプロセスであった。それは《リアリティショックを経験する局面》、《社会化に直面する局面》、《振り返りと再構成の局面》および《向かうべき方向性の追求》から起こるものであった。このプロセスを「新人看護師のキャリア初期における役割移行モデル」と命名した。モデルの全容は以下のようである。

新人看護師は入職し病棟に配属されて、まず〈病棟の雰囲気になじめない〉と感じていた。そして実際に働き始めると看護業務の〈過重な業務と重大な責任〉を切実に感じながら、勤務を継続していたが、徐々に〈つらさ・焦り・自分に対する歯がゆさ〉などから〈低い自己価値〉の状況となって、《リアリティショックを経験する局面》に至っていた。

またリアリティショックと同時に《社会化に直面する局面》も始まり、〈病棟の雰囲気になじめない〉と感じていた新人看護師は仕事、患者、同僚らといった〈職場でのつながりを持つ〉ことを起点として変化がみられた。それは看護師として実践する〈患者との関わりの深まり〉であり、また仕事を覚え、〈仲間入りをする〉ことで病棟の先輩看護師から受け入れられ、認められることであった。このプロセスにおいて、〈低い自己価値〉を支えたのは〈職場でのつながりを持つ〉ことで

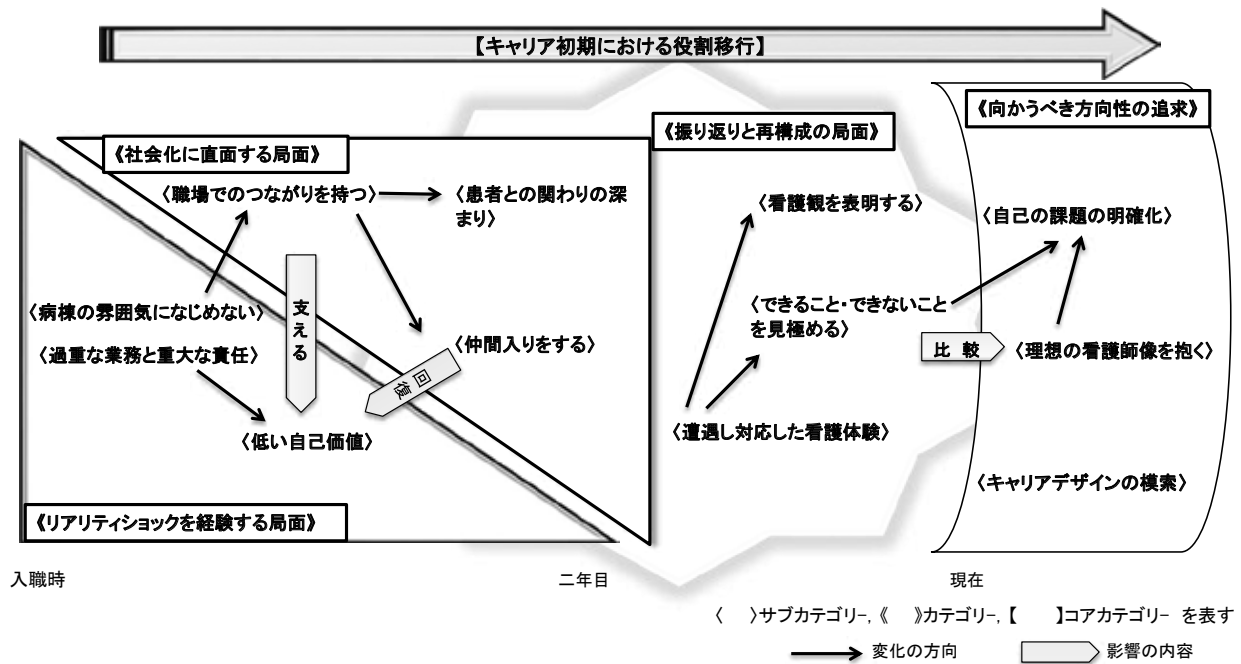


図 1. 新人看護師のキャリア初期における役割移行モデル

あり、〈仲間入りをする〉ことで〈低い自己価値〉の回復がみられていた。

入職後 1 年目の終わり頃より、患者・家族・医療者間においてさまざまな感情を伴う〈遭遇し対応した看護体験〉を新人看護師は語っていた。これらの経験から〈できること・できないことを見極める〉ことで冷静に自己を捉え、また〈看護観を表明する〉ことで仕事や自己の価値を確認するといった《振り返りと再構成の局面》に至っていた。

さらに《振り返りと再構成の局面》を受けて、自己と先輩看護師の姿を比較し〈理想の看護師像〉を抱き、〈自己の課題の明確化〉し、また人生を通した〈キャリアデザインの模索〉の視点をもって《向かうべき方向性の追求》へと向かっていた。

概念、サブカテゴリーおよびカテゴリー

分析の結果、看護実践における新人看護師の成長のプロセスの構造として 25 の概念を生成し、12 のサブカテゴリー、4 つのカテゴリーと 1 つのコアカテゴリーを抽出した (表 1)。

以下、コアカテゴリーを【 】, カテゴリーを《 》, サブカテゴリーを〈 〉, 概念を [] で示し。

カテゴリーごとに説明する。なお研究協力者の言葉を「 」太字で示しわかりにくい方言や言外の言葉を研究者が補足した。

1. 《リアリティショックを経験する局面》

このカテゴリーは〈病棟の雰囲気になじめない〉、〈過重な業務と重大な責任〉、〈低い自己価値〉の 3 つのサブカテゴリーで構成されていた。

〈病棟の雰囲気になじめない〉は [病棟の雰囲気になじめない] の 1 つの概念で構成されていた。[病棟の雰囲気になじめない] では新人看護師として入職したての頃、不安で病棟の雰囲気に圧倒され、先輩看護師にどう接していこうかと心配する気持ちが語られていた。

「就職して配属が決まった時、不安でびくびく、何がわからないかもわからない。しんどかったです。新人だからなじめない感じが、もうその空気に入れられない…ピリピリしている感じで、その空気に圧倒されていた」(研究協力者 c)

「職場の雰囲気とか、人間関係で先輩方とどう接していこうかと心配だった。夜勤に入る 6 月頃まで人間関係がきつかった」(研究協力者 g)

〈過重な業務と重大な責任〉は [業務の多さと

責任の重さで精一杯], [命を預かっているという怖さ] の2つの概念で構成されていた。

[業務の多さと責任の重さで精一杯] では、1年目は仕事の多さと責任の重さに社会の厳しさを感じ、業務を覚えるのに必死だった様子が語られていた。

「新人看護師として覚えなきゃいけないことは大変でした。その(担当の)1チームをまるまる一人で見るっていう責任の重さと、やることがいっぱい、もうけっこうワアッてなって、もうやることをこなすのみっていう」(研究協力者d)

「理想と現実の違いと看護師になってから思った。人間関係が厳しい、社会が厳しい」(研究協力者e)

「最初は何かもう仕事やるのに精いっぱい、あんまり何も考えてなかった」(研究協力者b)

[命を預かっているという怖さ] ではいつ急変が起きてもおかしくないという臨床現場で、バイタルサインの小さな変化を見逃すと命に直結する事態になることや、自分には対応できないと怖れる気持ちが語られていた。

「そこまで知らないときは軽視してたんですけど、血圧が異常だったり、すごく小さなことでも命につながるものが結構多い。ずっと元気で退院間近のおじいちゃんがいたんですけど、急変して、すごい怖いなど」(研究協力者e)

「自分(に)知識がない分、患者さんに起こって

表 1. 新人看護師の成長のプロセスに関するカテゴリ

コア カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	概念
【 キ ャ リ ア 初 期 に お け る 役 割 移 行 】	《リアリティショックを 経験する局面》	〈病棟の雰囲気になじめない〉	[病棟の雰囲気になじめない]
		〈過重な業務と重大な責任〉	[業務の多さと責任の重さで精一杯] [命を預かっているという怖さ]
		〈低い自己価値〉	[つらさ・焦りで過ごした毎日] [段取りの悪い自分への歯がゆさ]
	《社会化に直面する局面》	〈職場でのつながりを持つ〉	[仕事を覚えて動ける実感を持つ] [患者との出会い] [一緒にご飯を食べる同期の存在] [世間話の大切さ]
		〈患者との関わりの深まり〉	[コミュニケーションを介したところへの寄り添い] [患者ひとりひとりに即した援助] [病棟で受け入れられてきた感覚]
		〈仲間入りをする〉	[先輩から認められる]
	《振り返りと再構成の局面》	〈遭遇し対応した看護体験〉	[否定的に意味づけている看護体験] [肯定的に意味づけている看護体験] [両価的に意味づけている看護体験]
		〈できること・できないことを見極める〉	[基本的な業務はひととおりできる] [今の自分のレベル] [苦手なこと・うまくいかないこと]
		〈看護観を表明する〉	[看護観を表明する]
		〈自己の課題の明確化〉	[知識・経験をつけたい] [退院支援に関わりたい]
《向かうべき方向性の追求》		〈理想の看護師像を抱く〉	[優れた先輩看護師の姿] [後輩を育てるまなざし]
	〈キャリアデザインの模索〉	[キャリアデザインの模索]	

いることがアセスメントできないので、気づけないんじゃないかって、何か起こった時に対応もできないんじゃないかって、それで働かなきゃいけないのが怖くて、うん、それが怖くて…」(研究協力者 f)

〈低い自己価値〉は [つらさ・焦りで過ごした毎日], [段取りの悪い自分への歯がゆさ] の2つの概念で構成されていた。

[つらさ・焦りで過ごした毎日] では、つらいと思いつつ毎日仕事に行き、つらかった記憶しかないくらいに一生懸命だったこと、このままでいいのかと焦りを感じながらも疲れて勉強できなかった様子が語られていた。

「11月とか、12月ぐらいが一番しんどかった。達成感というかやりがいも全くなくて、もうつらいつらいと思いつつ毎日行っていた。そこ(ら)あたりの記憶がほとんどなくて、なんかつらかった記憶がなくて、本当に一生懸命だったんだなという感じ。体重もいつの間にか落ちていた」(研究協力者 e)

「一年生の後半から二年目になるぐらいまで、うん、もう一年経つのに、このままでいいのかって思いながら、焦りと一緒につらかったです。その時はそれが精一杯で。そうですね、確かに仕事終わって休みの日は寝てるだけでしたし、疲れてたし…やっぱりつらかった」

(研究協力者 f)

[段取りの悪い自分への歯がゆさ] では、仕事が遅い、気を付けていても抜ける自分を歯がゆく思い、そのことで気落ちする様子が語られていた。

「先輩に言われている仕事が思うようにできなかったり、自分ではすごく気をつけているつもりなんですけど、でもやっぱり抜けてたり…何か自分の歯がゆさというか、できないことにすっごくへこむ」(研究協力者 e)

「仕事が業務内に終わらないのも辛かった。仕事に慣れてきた分、(病棟の新人看護師の間で)速さに差が出てきて、私いっつも一番遅かったので、(できないって)言われているんだろうな…って」(研究協力者 f)

2. 《社会化に直面する局面》

このカテゴリーは〈職場でのつながりを持つ〉、〈患者との関わりの深まり〉、〈仲間入りをする〉の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

〈職場でのつながりを持つ〉は [仕事を覚えて動ける実感を持つ], [患者との出会い], [一緒にご飯を食べる同期の存在] の3つの概念で構成されており、このサブカテゴリーが起点となって、新人看護師に変化がみられていた。

[仕事を覚えて動ける実感を持つ] では、新人看護師が少しずつ仕事に慣れ、覚えてきて、一人で動けることが増えてくると元気が回復すること、それと同時に責任も自覚する様子が語られていた。

「6月ぐらいから元気出てきた。少しずつ仕事覚えてきて、検温のバイタルを測ったりとか、あと患者さんの清潔ケア(を)一人で行動できるようになった。今まで必ず先輩と一緒にだったのが常に見張られている感じから解放された。それで肩の荷が降りたというだけで、まだ自信はない。監視から逃れた分、同時に責任も感じていました」(研究協力者 g)

「多少自分で動けるようになったら、(アドバイスをもらった時に) ああそれ抜けとった(抜けていた)、教えてもらってよかったみたいにプラスに捉え(ら)れる。自分の中の余裕というか、自信とかその辺が一番大きいのかな、多少でも自分も少しは仕事しているんだという」(研究協力者 e)

[患者との出会い] では、患者が新人看護師の自分たちを見ていて、名前を覚えたり、感謝されたりすることに対して、自分を受け入れてもらえてうれしさを感じていること、気を緩めずに患者とのつながりを大切にしていかなければならないと語っていた。

「やっぱり退院して、『はいさよなら』じゃないなと。退院してからも記憶のどっかに(どこかに)、ずっと続いていく出会いです。やっぱ大事にしなきゃいけないなと思いました。ああ(患者さんに)見られているなと思いました」(研究協力者 a)

「患者さんのところで慰められて、ちょっとした言葉にすごい励まされた。こっちとしてはそこま

で関わっていなかったのに、それなのに特定のナースってそんな感じで感謝してもらった。何か思ってた以上にうれしいなって。名前もしっかり覚えてくださったりとか、本当にそういうのだけでもうれしいな」(研究協力者e)

[一緒にご飯を食べる同期の存在]では、同期の看護師の友人とご飯を食べる時が息抜きであり、自分にとってその存在の意味は大きいことが語られていた。

「同期と仲いいです。ご飯一緒に食べたりします。自分にとってその存在は結構大きい。先輩看護師とはめったに行かないです」(研究協力者c)

「同期(の友達)とご飯に行って、みんなで愚痴を言ったりして一年目はやってこれた。唯一(同期の)友達と話す時が息抜きでしたね」(研究協力者e)

「家族、母に言ってもダメです。みんなそうだとおっしゃって。一番わかってくれたのは他の病棟の子。ご飯にいけば仕事の愚痴しかなくて、みんなで慰めて、励まし合って、そんな感じでした」(研究協力者f)

〈患者との関わりの深まり〉は[世間話の大切さ]、[コミュニケーションを介したところへの寄り添い]、[患者ひとりひとりに即した援助]の3つの概念で構成されていた。

[世間話の大切さ]では、以前は余計なことだと思っていた世間話を患者として、他愛のない話題や、地元の話で盛り上がったりすることが語られていた。

「患者さんとの関わりで、普通の話から家での生活の様子をどんどん拾えるようになった。以前はそんな余計なことはいいからって無駄だと感じていた」(研究協力者g)

「世間話するのも大事かなって思います。ちょっと一歩踏み込んだというわけでもないんですけど。1年目の時はそういうことを考える余裕もなかった」(研究協力者c)

[コミュニケーションを介したところへの寄り添い]では、新人看護師は患者と共通の話題を見つけてコミュニケーションを持つことで、患者に安心感を持ってもらい、ベテラン看護師には言え

ないことも自分たちには気安く言ってもらえるという立場を利用して、患者のこころや生活に寄り添ったアプローチをしている様子を語っていた。

「患者さんからの『ベテランさんには言いにくいけど、あんたには言いやすい』と言ってもらえる立場を利用して、先輩にはできないところを自分ができたらいいと思って、会話を重視している」(研究協力者g)

「大事だなって思うことは、やっぱり話を聞くことだなって。話を聞かないとただ単に、状態を見ているっていうか、身体的なことだけ。それはだめだなって。患者さんからあなただとしゃべりやすい。あの看護師さんには言えなかったんだけど、あなたなら言えるみたいなことを言われる」(研究協力者c)

「やっぱりコミュニケーション力というか、会話力というか(それが大事だと思う)。(患者さんと)何から話そうかなとか、どういう気持ちで来られたのかな(来られたのかな)とか、やっぱり共通の話題を作るといえるのは、患者さんにとって安心感あるし、共通の話題作るっていうのも、だいぶ違う」(研究協力者a)

[患者ひとりひとりに即した援助]では患者ひとりひとりのニーズに合うケアを考えたり、患者の生活状況の情報をもって、相談したりカンファレンスにかけたり、他職種に関わってもらえるように動けるようになってきた様子が語られていた。

「自宅に帰ってからどういう生活を今後していくかとか、そういう話をわりとゆっくり聞けるようにはなりました。この方に必要な支援は何か?先輩とかに相談したり、カンファレンスで提案したりとか、できるようになった」(研究協力者d)

「一般的な体交(体位交換)とかはできるにしても、その人にあったものは、一人一人に合わせてはできなかった。2年目になって流れがわかっている分、先回りして、あの人の体交に時間がかかるから、先に痰だけでも取って、後々体交に時間かけられるようにしようとかできるようになった」(研究協力者f)

〈仲間入りをする〉は[病棟で受け入れられて

きた感覚], [先輩から認められる] の2つの概念から構成されていた。

[病棟で受け入れられてきた感覚] では、先輩看護師と話ができるようになってくると、呼び方が打ち解けた感じになってきた、先輩からいいサポートをしてもらっている、いい病棟だと思えるようになり、居心地がよくなってきたと語っていた。

「少しずつだけれど、だんだんわかってくるようになるとこの病棟は結構いい人が多くて、案外いいかもしれない。自分でやってみて、『ここ抜けているかな』って言うてもらおうと、いいタイミングでアドバイスをもらえてうれしいとか、やっぱり見ていてくれるんだとサポートされていると実感した時に、いい病棟だなと思う」(研究協力者g)

「『〇〇』って、呼ばれるようになったのは一年目の終わりぐらい。受け入れられてきたように感じた」(研究協力者c)

[先輩から認められる] では、先輩看護師から仕事の内容や頑張りを認める言葉をかけられて、自信を持ったり、やる気につながったりすることを語っていた。この言葉がけで、新人看護師は〈低い自己価値〉から回復できていた。

「2月ぐらいの時に、なんかある先輩から、『もうけっこうできるようになってきたから、心配しなくても大丈夫だよ』っていうことを言われて、それから自分に自信が持てるようになった。安心していうよりある程度先輩から認められた」(研究協力者e)

「前に注意された先輩から『最近頑張ってるね』といわれたら、頑張る！って。たまに声かけてもらって、認めてもらえると自分のやる気につながって」(研究協力者g)

3. 《振り返りと再構成の局面》

このカテゴリーは〈遭遇し対応した看護体験〉、〈できること・できないことを見極める〉、〈看護観を表明する〉の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

〈遭遇し対応した看護体験〉は [否定的に意味

づけている看護体験], [肯定的に意味づけている看護体験], [両面的に意味づけている看護体験] の3つの概念から構成されており、入職後約半年から一年半の間の出来事で、様々な感情を伴っていた。

[否定的に意味づけている看護体験] では、看護師として患者・家族と出会い対応した中で、後悔、衝撃、モヤモヤとした重い苦悩、無力感といった否定的な感情を伴う体験を語っていた。

「膀胱瘻があって、だんだん(尿が)濁ってきて、でも退院間近になってと思っていました。膀胱瘻が汚いのはわかっていたし記録には書いていたけど、結局医師が交換しているのを見ていたし…。〇〇科の先生からも抗生剤とか出たので、これでいいのかなとは思っていました。ショック起こしたんです。そこに髄膜炎、左前頭葉出血を併発してICUに入った。今から思うと防げなかったのかなって思いますね。最初からもっと注意していればと思った」(研究協力者b)

「腫瘍のため話もできない。手も動かしづらいので筆談をするのもむずかしい。本人は言いたいことが伝わらないからイライラして、奥さんはわかってあげたいのにわかれなから悲しい。本人はそのいらだちを奥さんにあたる。私もわかってあげたいけど、わからない。うまくいなくてモヤモヤしていた。終末期で死に直面している患者を受け持つのが初めてで、自分には重かった。思い悩んでうちに帰ってもいろいろ考えて悩んだ。」(研究協力者d)

「認知症の患者さんが主治医を殴って、怒らせてしまって、『退院だ』という主治医と、『この状況で帰れといわれても』という家族と、『家に帰りたい』患者との間で困ってしまって…。自分は何もできないと思って、泣けてしまって。家族も泣いておられると、余計に何もできないと思って…泣けてしまった。」(研究協力者g)

[肯定的に意味づけている看護体験] では、看護師として患者・家族と出会い、対応した中で、うれしさ、感動や達成感といった肯定的な感情を伴う体験を語っていた。

「ケアして関わっていったら、一か月後ぐらいから発語が聞かれた。うれしかった、感動した。私、

先輩看護師、家族で喜んだ。体交（体位交換）、吸痰だけじゃなく、手浴、足浴、タッチングや声かけとかをしていれば、反応が得られるんだと思った」（研究協力者d）

「私の勤務の終了間際、『どうせここで死ぬなら、早く家に帰りたい』って…すごく焦った。軽く流せる話ではないし、患者さんの状態も良くなかったの、これで気持ちも下がるとよくないと思って、筆談で話をすすめた～中略～そんな気持ちでいたのかと思いました。今（の状態）は少しずつ点滴も抜けて、声も出るようになってよくなっていますよ。やっぱり家に帰りたいですよねと言う話をしました」（研究協力者e）

「その人は気切（気管切開）を拒否して帰られたんですけど、二回目に来たとき、『まだ生きていたいから、やっぱり気切します』って。よく言っておられました、『だんだん悪くなる一方』って、退院される方を見て言っておられたのを思い出します。そんなことないよとも言えない。その気持ちを何とかしてあげたい。体位もこだわりっていうか、手もむくみやすく、毎回置き場所が違って、ああもしかしたら他の人たちもこういうこと言いたかったのかなっていう、いろいろ思えるきっかけだった。患者さんからいろいろもらえるものがあるという」（研究協力者f）

「両面的に意味づけている看護体験」では、同僚と比べられたり、悔しい出来事であったりしても、多角的にみるとよいところもあったと捉えられる体験を語っていた。

「同期でひとりどび抜けている子がいて、その子と比べられた。『あの子はしっかりしているのに、あんたはできていない』って言われた時にズーンときた。しばらくの間その子に対して、うらやましい、恨めしいみたいな感じで、ごちなくなったりしました。自分にも波があって、その子のことがウーンっていう（嫌だと思う）時と、やっぱりそういう風にならなきゃなって思う時は、手順に忠実に、もれがないかと確認してやりました」（研究協力者g）

「担当の深夜で創部から出血した。多量の出血に尋常じゃないって。先輩に相談し、主治医に報告しました。もう一回オベ室（手術室に）行かな

きゃって4時にオベ（手術）に出して、（自分の担当中の）深夜中に帰ってきたんです。オベ迎えに行かなきゃいけない。～中略～検温とかも全部、やれることはやっておこうって思って、いつ帰ってくるか、帰ってきてもいいように、もう心臓はバクバク。整理ができないまま申し送りをしたら、師長から『長いよ』って叱られたんです。自分が深夜で頑張ったことをわかってもらえなかったって悔しくて涙が出ました。それを先輩や同僚は慰めてくれて、救われました。後日患者からは『命拾いした、ありがとう』と、主治医からは『この間はありがとう』と言われました。何かうれしかった」（研究協力者c）

〈できること・できないことを見極める〉は、[基本的な業務はひととおりできる]、[今の自分のレベル]、[苦手なこと・うまくいかないこと]の3つの概念から構成されており、新人看護師は看護体験に基づいて、自己を確認していた。

「基本的な業務はひととおりできる」では、病棟での基本的な業務はひとりのできるようになったが、他の部署ではわからないという自分の臨床実践力の状態を語っていた。

「マニュアル的なことは一年半たってできるようになってきている、たぶんうちの病棟の中だったら、ちゃんとやっているのかなって感じですかね。他のところ行ったらわからないですけど」（研究協力者b）

「基本的なことはできるようになっている。新しいことはわからないけれど」（研究協力者g）

「今の自分のレベル」では、現在の自分の実践力はまだまだであると、冷静に捉えていた。

「富士山登山で言ったら、まあ5合目までバスで行くから、まあ自動的にそこまで行ったのかな…と。まだ登ってないですよ。与えられたものをしたところですよ。まだまだ」（研究協力者a）

「まだ3割ぐらい、そこに足を踏み入れた感じですかね。道のりはまだまだ長い。次は自分が一年生のサポートナースになった時に、どうできるかなとか考えています」（研究協力者f）

「今は（入職したてから）3、4段上がったところかな。ちょっとずつ上がっていると思いたい」（研

究協力者g)

[苦手なこと・うまくいかないこと]では、一生懸命やっているが段取りや効率が悪いことや、苦手な技術、対象があることを振り返っていた。

「丁寧に、でも何か忘れてたりするし、効率が悪いってそればかり考えて何か物品忘れてとかよくありますね」(研究協力者b)

「採血とかも、昔は緊張して固くなってやっていたけれど、今はそれほどためらわずにできる。だけど痛みを伴うことが、失敗したら嫌な思いをさせてしまうし、今でも苦手意識がある。まだ人に教えられる立場でもない。まだできていない技術がある」(研究協力者g)

〈看護観を表明する〉は[看護観を表明する]の1つの概念から構成されており、経験の振り返りや自己の確認を基に再構成され、[看護観を表明する]に至っていた。

[看護観を表明する]では、入職してから現在までを振り返って、看護の充実感や看護にとって大切なことを語っていた。

「2年の間に、そういう大変な人を(受け)持って、その時苦しいなって思うんですけど、そういう時こそ学ぶことが多いというか、なのでいい経験をさせてもらっているのかなという感じあります。大変は大変なんですけど、楽しいです」(研究協力者d)

「先輩との関係においてもやっぱり看護師なので、信頼、信用が大事だと思って、そう思います」(研究協力者e)

4. 《向かうべき方向性の追求》

このカテゴリーは〈自己の課題の明確化〉、〈理想の看護師像を抱く〉、〈キャリアデザインの模索〉の3つのサブカテゴリーから構成されていた。これらは《振り返りと再構成の局面》を受けて、展開されていた。

〈自己の課題の明確化〉は[知識・経験をつけたい]、[退院支援に関わりたい]の2つの概念から構成されていた。

[知識・経験をつけたい]では、自分には知識・

経験が不足しているので、知識・経験をつけて変化に気付いたり予測したりする力をつけるためにまだまだ勉強しなければと考えていた。

「何ですかね、やっぱり知識あったらいいかな、経験と。何かそれを学習してもどう生かしていいか、どこのタイミングでどうしていいか、たぶんわからんと思うが(思うん)ですよ。こうきたからこれをするみたいな経験をして、そこであんなるほどなみたいな。まだ勉強しなきゃいけないです」(研究協力者b)

「もっと予測する能力を身につけたい。ちょっとした変化に早く気付いていけばなあと思ったんです。そういうところを強化したい。まだまだ課題です」(研究協力者c)

[退院支援に関わりたい]では、患者が生活や家族のサポートに目を向けて、不安なく退院できるようにどういう支援ができるかに関わっていきたくないと希望を語っていた。

「何人も人が入退院を繰り返していて、それを見ていると、その人なりの生活とか、どういうサービスを入れるとか、入院中の早いうちから情報をとって進めていかないとだめだと思う。できるだけ家で長く過ごせるようにするために。サービスの情報をもらったり、患者さんのできることをみんな話合ったり、自分のやる事が退院支援のひとつになるのかな」(研究協力者g)

「回復しないとか、現状維持だけっていう患者さんもおられるので、そういう方が不安なく、退院できるというか、本人の治療のモチベーションをそのまま維持できるような関わりをしたい」(研究協力者d)

〈理想の看護師像を抱く〉は[優れた先輩看護師の姿]、[後輩を育てるまなざし]の2つの概念から構成されていた。

[優れた先輩看護師の姿]では先輩看護師の仕事をよく見て、優れたところを見出し、自分に取り込もうとする様子がみられた。

「私が尊敬する先輩は、私がそこまで気に留めなかったことで、『こうなんじゃないか』と先生(医師)に聞いていたりする。本当に(自分は)まだまだだな、把握してなかったんだなって思ったり

することがすごく多い。知識や、疑問点を持つ先輩で、『これは何で?』ほんとうにちょっとしたことでも気が付くんです。私が患者さんだったら本当に安心だろうかと」(研究協力者e)

「先輩とかはそれまでの経験なのか、やっぱり言われる前にやっているというか、何を聞いても帰ってくるし、何十年も先輩の方なんですけど、わからんことがあったらわからないって(言えて)、じゃあ一緒に聞きに行こうって、『一緒に』ということが出来る人なので、信頼できる。その人がいれば安心だなって」(研究協力者f)

〔先輩を育てるまなざし〕では、病棟に1年生看護師が入ってきて、彼らの仕事を大丈夫かなと心配している一方で、しっかりしてほしいとも思う、先輩看護師としての役割を担い始めていることを語っていた。

「自分が今2年目になって、今1年生が入ってきたんですけど、例えば少しのことでも、1年生だとあれやったかな、これやったかなってすごい心配になるっていうか、ちょっとしたことでも大丈夫かなみたいな感じで気になったりというのがあって、言われたこととかしっかりやったり、当たり前なことなんだけど、そういうことはしっかりやらないと。先輩もこんな感じだったのかな」(研究協力者e)

「自分たちの下には1年生看護師がいるけれど、まだどうかな、がんばってるなって思うところと、もうちょっとがんばってよって思う面とある」(研究協力者c)

〈キャリアデザインの模索〉は〔キャリアデザインの模索〕の1つの概念で構成されていた。〔キャリアデザインの模索〕では自分の仕事人生を考え、計画を立てていこうとする姿がみられ、また看護職を社会的に安定性、経済性の面から評価していた。

「最初の3年間か、やれるんならここで(この病棟で)基礎的なことは積んでから。いきなり大変な病棟にいくと絶対まずいと思って。今は満足してます」(研究協力者a)

「現実的に考えたら看護師。多くの看護師にもそういうところがあると思うんですよ。看護師に純

粋な憧れもあると思いますけど、食いぶちがあるとか、安定とか」(研究協力者b)

「どういう看護師になりたいかはいまいちまだつかみ切れていないっていうか。まだまだ。もうちょっと他の科を見て、やりたいこととか、なりたい像を見つけていけたらいい、いろんな科を回って、いろいろな面から患者さんを看れるプロになって、自分が極めたい専門があればそこにいきたい、うん、自分の仕事なので。もし結婚しても、出産しても続けたい仕事ではある」(研究協力者f)

以上、新人看護師の成長のプロセスは《リアリティショックを経験する局面》、《社会化に直面する局面》、《振り返りと再構成の局面》および《向かうべき方向性の追求》の4カテゴリーで構成され、これらは【キャリア初期における役割移行】というコアカテゴリーで捉えることができた。

考 察

本研究により看護実践における新人看護師の成長のプロセスが見出された。そのプロセスについて、カテゴリーごとに考察する。

1. 《リアリティショックを経験する局面》

この局面において、新人看護師は〈病棟の雰囲気になじめない〉と不安感から委縮してしまう様子が見てとれた。さらに現実社会の厳しさや覚えなければならぬことの多さ、臨床現場への怖れといった〈過重な業務と重大な責任〉は、〈低い自己価値〉へと続き、つらさや焦り、気落ちといった状況へと時間の経過とともに追い込まれていた。宮脇¹¹⁾が大卒看護師を対象に1年目の経験を調査した結果、看護師として存在することの危機として、「邪魔者、居場所がない、ギリギリの状態、責任の重さ」などをあげている。本研究でも新人看護師は危機的な状況にあるといえ、このような状況はリアリティショックであるといえる。リアリティショックとは¹²⁾新人の専門職者が、実際に現場で仕事を始めるようになって予期せぬ苦痛や不快さを伴う現実に出くわして、身体

的・心理的・社会的にさまざまなショック反応を表す現象のことである。そしてその原因について、専門職とはこうあるべきだと教わったやり方が、現場では時間の制約による合理性、効率性が優先されるためにできなくなる葛藤から生じることがいわれている。本研究においても新人看護師は現実に向き合い、様々な身体的、心理的なショック反応を語っていた。研究協力者 e は「理想と現実とは違うと看護師になってから思った」と看護の理想と現実、覚悟していた以上に厳しい仕事とのギャップを語っている。

またリアリティショックは 1974 年に Kramer が発表し、1980 年代に日本に紹介されて以来、プリセプター制や集合教育など新人教育に多くの取り組みがなされているが、なくなっていないのが現状である¹³⁾。これについて勝原¹⁴⁾は、「新人看護師が現場で思いがけない状況に出くわし、学生時代とは異なる現場のやり方があり、慣れない交替勤務をするのであるから、明らかな不適応症状を除いて、リアリティショックは起きてしかるべきであるし、一種の通過儀礼である」とも述べている。しかし、新人看護師が何をリアリティと捉え、どの程度をショックと感じ、あるいはどのように適応していくかは一人一人異なる。したがってリアリティショックを軽減するための方策はやはり必要であり、新人看護師を受け入れる臨床の看護師と新人看護師を送り出す看護基礎教育者が共に情報を交換しながら、その方策を打ち立てていくことが求められる。

2. 《社会化に直面する局面》

《社会化に直面する局面》は新人看護師の入職により始まるリアリティショックと同時に始まった。〈病棟の雰囲気になじめない〉と感じていた新人看護師は仕事、患者、同僚らと〈職場でのつながりを持つ〉ことを起点として変化を遂げている。〈職場でのつながりを持つ〉ことの内容には「仕事を覚えて動ける実感を持つ」、[患者との出会い]、[一緒にご飯を食べる同期の存在]があげられた。これらはリアリティショックの渦中にある新人看護師が職場で他者とのつながりを持つことで、エンパワーメントされたことを示してい

ると考える。久木田¹⁵⁾はエンパワーメントを促進する要因に「参加」をあげている。新人看護師の場合も職場において、仕事に参加し、患者との関わりを持ち、同僚らとの関わりに参加することでエンパワーメントの起点になったと考える。上野山ら¹⁶⁾がキャリア形成に関する研究において、新人はコミュニティ内でシンプルな技能から順に、一心不乱に習得していくことを述べているように、本研究における「仕事を覚えて動ける実感を持つ」は、新人看護師が同様に病棟の業務を習得している姿を表している。[患者との出会い]は、患者が「何もできない」と思っている新人看護師に対し、看護師と認め声をかけることで、新人看護師は癒されたり、看護師としての実感を抱いたりすることができている。[一緒にご飯を食べる同期の存在]は〈低い自己価値〉にある新人看護師の支えとなり、お互いに励まし合う様子が見てとれる。親しい人と「一緒にご飯を食べる」という行為は、食事を共にしながらコミュニケーションを図ることで、感情や気持ちの共有を行うことができるピア・カウンセリングの効果を持つと考える。またそれが新人看護師にとって行いやすいストレス解消行動なのであろう。また支えとなった対象について、研究協力者 f が「家族(母)ではない」と述べているように同僚の存在であることが、青年期の発達課題上からも理解できる。

そして新人看護師がつながりを持ったことは、社会化の起点になったとも考えられる。社会化とは一般的に集団の成員が、その集団の価値を内面化していく過程を指している。人が職業に就くときの社会化の概念には組織社会化と職業的社会化の2つの側面があり、組織社会化は組織への新規参入者がその組織や仕事の価値観、行動様式を学習する上で重要な役割を果たしており、社会化がうまくいった結果として離職意思が低下することがいわれている¹⁷⁾。また看護師の専門職への社会化は「専門職としてのアイデンティティと専門職役割との一致がより構造化され内面化されるプロセス」と定義されている概念であり、多くの研究者はこれを連続的で生涯続くプロセスと捉えていることがいわれている¹⁸⁾。

本研究において、まず研究協力者らが離職をせ

ずにいたことから、組織社会化がうまくいった者たちであることがいえる。[仕事を覚えて動ける実感を持つ]が〈仲間入りをする〉状況に変化したことは、病棟での価値観や行動様式がある程度できるまでになり、仲間意識を持つ組織社会化が新人看護師に起きたことがうかがえる。さらに新人看護師が「先輩から認められる」ことで、自信がついてやる気につながり、〈低い自己価値〉の回復が認められる。

また[患者との出会い]が〈患者との関わりの深まり〉に変化したことについて、研究協力者gが述べるように、「(世間話を)以前はそんな余計なことはいいからって、無駄だと感じていた」と学生の時にはできなかった世間話ができるようになり[世間話の大切さ]に気付いている。これは学生から新人看護師となって、組織社会化されることで社会人としての患者に向き合うことができるようになり、さらに患者の立場に立った寄り添い方や個別のニーズを考えられるように、看護の遂行のために行動を変化させる専門職への社会化が起きたことがうかがえる。中納¹⁹⁾は新人看護師の患者との関わり方の特徴を調査し、「自分に焦点がある関わり方から、段階的に患者に焦点を移し、さらに援助としての関わり方へ変化していく」ことを報告している。本研究でも新人看護師の関わり方には変化が見え、これにより対人関係能力の発展がうかがえる。

3. 《振り返りと再構成の局面》

この局面において、新人看護師は〈遭遇し対応した看護体験〉で、さまざまな感情を伴った出来事を語り、〈できること・できないことを見極める〉ことをし、〈看護観を表明する〉ように発展が認められる。松尾²⁰⁾は「人は直接的な経験を通して成長する」と述べ、経験を意味づけ、解釈することによって学習をするというKolbの学習モデル²¹⁾を紹介している。また川島ら²²⁾は新人看護師の職業的アイデンティティの形成過程を調査し、アイデンティティの形成を強化するものとして経験から得た学びを、また阻害するものとして反面教師の存在や、自己否定された感覚といった否定的な内容のものをあげている。本研究におい

て新人看護師が遭遇し対応した看護体験では、肯定的、否定的、両価的とさまざまに意味づけられた体験が語られていた。しかし否定的に意味づけられたものであっても、そこから自己否定につながりアイデンティティが阻害されることはなく、新人看護師はそこから学びを得て、現状を見極め、自己の価値観を固める様子が見て取れる。

〈できること・できないことを見極める〉では、新人看護師は冷静に自分の臨床実践能力の程度を見極めて、研究協力者aが「富士山登山で言ったかな…と。まだ登ってないですよ。与えられたものをしたところです」と、病棟での標準的な看護ができるようになったことを述べている。ベナーは新人の実践能力のレベルをについて、最低限の業務遂行能力を持ち、行動を規定するのはガイドラインであると述べている²³⁾。このことは新人看護師にとっての到達目標は病棟での標準的な看護ができることであり、専門性や臨機応変な対応はこれ以降の課題であることを示している。したがって本研究における研究協力者らは新人レベルの実践能力相当であると評価することができる。今後は専門能力や対処・管理能力を身につける一人前のレベルに発展していくことが目標となる。

またアイデンティティの形成過程には揺らぎがあることも述べられている²⁴⁾が、本研究において、アイデンティティの揺らぎは概念の形成には至らなかった。

4. 《向かうべき方向性の追求》

《振り返りと再構成の局面》から、さらに新人看護師は自分の現状と比較しながら〈自己の課題の明確化〉を行い、〈理想の看護師像を抱く〉ように視点を進めていた。また〈キャリアデザインの模索〉をするように、自分の職業人生を考える視点も持っていた。

前述の川島ら²⁵⁾の新人看護師のアイデンティティの形成過程に関する研究において、役割モデルを発見し追及すること、先輩看護師との良好な関係が、アイデンティティの形成を強化している。本研究における〈自己の課題の明確化〉〈理想の看護師像を抱く〉ことは、なりたい自分を見

つけることであり、発展を意味している。また新人看護師は看護職の経済的安定性に魅力を感じていること、今後の人生を通じた視点でも看護職を考えていた。キャリアデザインは自分のためにあり、生き方を自らに問うことを出発点としている。そのような問いに答えようとするのが、キャリアを豊かなものにしていくといわれている²⁶⁾。「手に職をつけたい」「安定したい」という当初の希望をかなえるには、看護師として働いていれば実現可能だが、もう一歩進んでそれをどう活かすか、どうなればいいのかを考えることがキャリアを意識的に進むことに繋がるといえ、今後はこのような意識を積極的にもつことが望ましいと考える。

このように看護実践において新人看護師が成長を遂げていくプロセスのコアカテゴリーとして、看護学生から看護師へと【キャリア初期における役割移行】が行われるプロセスであると捉えることができる。上田²⁷⁾は看護職者の役割移行を概念分析し、役割移行とは役割関係の変化、期待、能力の変化を表わし、新たな知識を取り入れ、行動を変え、それによって社会的な背景における自己の定義を変えていくことを必要とすると述べ、安定した状況と状況の間の変化の時期と捉えている。またこれには①新たな領域で活動することの意味づけ、②新たな行動様式を獲得するための取り組み、③新たな活動への期待と成功の希求、④職業的アイデンティティの模索、⑤情緒的反応、⑥困難の直面があげられることも述べている²⁸⁾。これらは本研究による《リアリティショックを経験する局面》、《社会化に直面する局面》、《振り返りと再構成の局面》および《向かうべき方向性の追求》の4つのプロセスを説明することができるものと考え、この成長プロセスを「新人看護師のキャリア初期における役割移行モデル」と命名した。プロセスを構造化・可視化した本研究のモデルは臨床現場において新人看護師が、今どのような段階にあるのかを理解をし、この先どのようなプロセスをたどるかを予測して経験からの学びを支援するための指標として継続教育に活用できると考える。また看護基礎教育側にとっては、学生が就職して現場に出た時に、これらのプロセ

スをたどって看護師として自らが考え追求できる力をつけることができるような教育の方策を立てていくことが必要であると考え。

研究の限界と今後の課題

本研究から生成されたモデルは、A県下の1総合病院に勤務する新人看護師についてのみ説明力を持つという方法論的限定性ととも、限られたフィールドから得られたデータに基づいて分析を行っており、組織の風土やシステムの影響を受けて、対象や分析内容に偏りを生じている可能性を考慮しなければならない。今後はさらに継続的なサンプリングを重ね、データの質を深めて調査を進めていく必要がある

結 論

1. 看護実践における新人看護師の成長のプロセスを表わすカテゴリーとして、《リアリティショックを経験する局面》、《社会化に直面する局面》、《振り返りと再構成の局面》および《向かうべき方向性の追求》の4つのカテゴリーを抽出し、コアカテゴリーを【キャリア初期における役割移行】と捉えた。このプロセスを「新人看護師のキャリア初期における役割移行モデル」と命名した。
2. 「新人看護師のキャリア初期における役割移行モデル」は新人看護師の成長の状況を把握し、より効果的な継続教育や支援をするための視点として活用できると考える。

文 献

- 1) 高橋友子、米山直樹：日本における新人看護職員職場適応に関する研究の現状と課題、臨床教育心理学研究 37：11-17, 2011.
- 2) 日本看護協会：2014年「病院における看護職員需給状況調査」速報、www.nurse.or.jp/up_pdf/20150331145508_f.pdf 2015. 6. 8 閲覧
- 3) 前掲 1)
- 4) 水田真由美：新卒看護師の職場適応に関す

- る研究—リアリティショックと回復に影響する要因—, 日本看護研究学会雑誌 27 (1): 91-90, 2004.
- 5) 水田真由美: 新卒看護師の職場適応に関する研究—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, 2004.
- 6) 佐藤真由美: 新卒看護師の成長を促進する関わり, 日本看護管理学会誌 14 (2): 30-38, 2010.
- 7) 本田彰子, 牛久保美津子: 新卒1年目の臨床現場での体験—職場適応の実際と他者の存在—, 千葉大学看護学部紀要 26: 39-43, 2003.
- 8) 山田香, 齋藤ひろみ: 新人看護師が臨床現場において一人前の看護師になるまでの学習過程—正統的周辺参加論 (LRP) の視点から—, 山形保健医療研究 12: 75-87, 2009.
- 9) 田中いずみ, 比嘉勇人, 山田恵子: 新人看護師の看護実践医におけるナラティブから捉えた成長の内容: 富山大学看護学会誌 13 (2): 125-141, 2013.
- 10) 木下康仁: グラウンデッドセオリー論, pp134-150, 弘文堂, 東京, 2014.
- 11) 宮脇美保子: 大卒1年目の体験, 日本看護学教育学会誌 15 (1): 15-23, 2005.
- 12) 前掲4)
- 13) 前掲4)
- 14) 勝原裕美子: 看護師のキャリア論 § リアリティショック, pp37-42, ライフサポート社, 横浜, 2012.
- 15) 久木田純: エンパワーメントとは何か, 現代のエスプリ エンパワーメント 376: 10-34, 1998.
- 16) 上野山達哉, 山下勝: 日本のキャリア研究専門技能とキャリア・デザイン 6章ホテルワーカーの職業的コミュニティとキャリア形成, 金井壽宏編, pp143-166, 白桃書房, 東京, 2014.
- 17) 高橋弘司: キャリア発達の心理学 2章組織社会化, 宗方比佐子編, pp32-36, 川島書店, 東京.
- 18) 前掲6)
- 19) 中納美智保, 青山ヒフミ: 新卒看護師の患者との関わり方, 日本看護研究学会誌 31 (2): 73-80, 2008.
- 20) 松尾睦: 経験からの学習 本書のアプローチ, pp1-10, 同文館出版, 東京, 2014.
- 21) 松尾睦: 経験からの学習 2章 経験の実践的研究, pp57-78, 同文館出版, 東京, 2014.
- 22) 川島珠美, 藤本幸三: 新人看護師の職業的アイデンティティの形成過程とそれに及ぼす影響, 四日市看護医療大学紀要 3 (1): 21-33, 2010.
- 23) 照林社編集部編: エキスパートナースになるためのキャリア開発 P. ベナー博士ノナラティブ法とエラー防止, pp10~16, 照林社, 東京, 2003.
- 24) 前掲22)
- 25) 前掲22)
- 26) 勝原裕美子: 看護師のキャリア論 § 看護師のキャリア・デザイン, pp19-26, ライフサポート社, 横浜, 2012.
- 27) 上田貴子: 看護職者の役割移行—概念分析—, 日本看護科学学会 34: 272-279, 2014.
- 28) 前掲27)

The growth process of new graduate nurses in nursing practice

Izumi TANAKA¹⁾, Hayato HIGA¹⁾, Keiko YAMADA¹⁾

1) Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine and
Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

Abstract

Purpose: To clarify the growth process of new graduate nurses in nursing practice.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with 7 new graduate nurses who cooperated in the study, and the obtained data were analyzed with M-GTA.

Results: Twenty-five concepts were formed, and 12 subcategories and 4 categories were identified. New graduate nurses reached a “Phase of experiencing reality shock” when they were assigned to a ward, but at the same time they progressed in the “Phase of directly confronting socialization” by deepening their involvement with patients and having a sense of camaraderie on the ward, the starting point for which was Relations in the workplace with the work itself, patients, and colleagues. Nursing experience also led to a “Phase of reviewing and reconstructing” and “Pursuing the direction in which one should go.” **Role transition in the initial career stage** was understood to be a core category, and named Role Transition Model in the Initial Career Stage of New Nurses.

Conclusion: The model demonstrated in this study apprehends the growth status of new nurses and can be used as a vantage from which to provide more effective continuing education and support.

Key words

new graduate nurses, growth process, modified grounded theory approach

看護師の援助的コミュニケーションスキルと私的スピリチュアリティ および共感性の関連

杉山 由香里¹⁾, 比嘉 勇人²⁾, 田中 いずみ²⁾, 山田 恵子²⁾

1) 独立行政法人国立病院機構 北陸病院

2) 富山大学大学院医学薬学研究部精神看護学

要 旨

本研究の目的は、患者の内面的成長を促すことを目的とした援助的コミュニケーションスキルと私的スピリチュアリティおよび共感性との関連性を検討することである。看護師 857 名に、援助的コミュニケーションスキル測定尺度 (TCSS)、基礎的コミュニケーションスキル尺度 (ENDCOREs)、スピリチュアリティ評価尺度 A (SRS-A)、多次元共感性尺度 (MES) で構成された質問紙法を実施し共分散構造分析を行った結果、SRS-A から ENDCOREs への直接効果と間接効果は 0.32 と 0.23、ENDCOREs から TCSS へのパス係数は 0.45 であった。また、特定されたモデルの適合度は概ね良好であった。以上より、私的スピリチュアリティを基盤とする基礎的コミュニケーションスキルが援助的コミュニケーションスキルに影響を与えることが示唆された。

キーワード

看護師, 援助的コミュニケーション, 構造方程式モデリング

はじめに

看護師のコミュニケーションは、情報を伝達するだけでなく、人間関係を構築していく上で必要な過程であり、患者のニーズに沿った看護を実践していくためにも重要である¹⁾。患者-看護師関係におけるコミュニケーションについて、上野²⁾は、対人関係を円滑にし、また看護に必要な情報を収集するための能動的な技術と定義し、基本的なコミュニケーション技法と対人関係を構築する技法があると述べている。また、洵江³⁾は看護師のコミュニケーションは看護実践における共通基本技術であり、看護師のコミュニケーション能力には一般的コミュニケーションに加えて専門的コミュニケーション能力が必要であると述べている。つまり、看護師のコミュニケーションは、情

報を収集したり正確に伝達することを目的とした「基礎的コミュニケーション」と、看護の対象となる人と援助関係を構築し、内面的成長を促していくことを目的とした「援助的コミュニケーション」⁴⁾に分類できる。

これらのコミュニケーションを臨床の場で円滑に行うために必要となるのが、コミュニケーションスキルである。コミュニケーションスキルの定義については、ソーシャルスキルとの概念上の重複がみられる⁵⁾が、本研究では、能力・技術・技法を包括したものとして捉える。援助的コミュニケーションスキルに関する先行研究では、看護学生は看護師と比べて基礎的コミュニケーション能力が低い⁶⁾が、患者理解の姿勢や心構えなどを含む総合的なコミュニケーション能力は看護師と看護学生では差がなく⁶⁾、援助的コミュニケーション

ン力は看護師の経験を積むだけでは高まらない可能性がある⁷⁾と報告されている。また、他者に意識を向けることに関心が低い学生は、コミュニケーションにつまずくと、相手との友好的な関係継続や発展をさせていくことに困難感を感じ、自ら関係性を断ち切るような対処法略を選択し⁸⁾、看護師は患者の苦しみを受けとめようと援助をしているが、コミュニケーションに対する自信は低い⁹⁾などの報告があった。これらのことから、看護師の援助的コミュニケーションスキル向上のための要因や教授方法について、今後も検討を重ねていくことが求められている。

援助的コミュニケーションスキルを使うにあたっては、表現する力、理解する力などの基礎的コミュニケーションスキルを用いながら、患者の「ところ」にアプローチしていく必要がある。同時に、看護師は知識や観察された情報だけではなく、自分自身の「ところ」を活用しながらコミュニケーションを行う必要がある。「ところ」とは、広く、複雑な概念であるが、ところを構造的に捉え、スピリチュアルな能動的意識とメンタルな受動的意識の多重構造と仮定したところの多重構造モデル¹⁰⁾が検討されている。ところの多重構造モデルでは、スピリチュアルな能動的意識を内発的なつながり性、メンタルな受動的意識を刺激反動的な対応性と定義している。また、1998年にWHOで「健康の定義」にスピリチュアリティの追加が提案¹¹⁾された。このことは、「ところ」をメンタルとスピリチュアルに分けて捉えていると考えることができる。メンタルは、一般的には「心理的」と理解されているが、より具体的には、「認知および感情」¹²⁾のことである。スピリチュアリティについては、統一された邦訳はないが、自分の内面世界で深めるスピリチュアリティ、自分以外の他者との関連で深めるスピリチュアリティ、自分や他者を越えた存在で深めるスピリチュアリティ¹³⁾などがあり、日本の看護分野では、個人的な内容に着目することが提案¹⁴⁾されている。これらのことを踏まえて、援助的コミュニケーションの中での看護師のところの機能について考えてみると、看護師が患者へ向けて発信する機能（発するところ）と患者

からの言葉や感情を受信する機能（受けるところ）の2つの機能を想定することができる。「発するところ」は自分自身を基点として、他者からの影響を受けることなく能動的に、何かを成し遂げようとしたり、関わっていこうとする機能である。そのためには、自分自身の考えや思いを自己に向けて問い、それを信じる必要があることから、スピリチュアリティとの関連性が予測される。また、看護師の自分自身を基点とした患者—看護師関係での限定的な範囲のところの機能であるため、スピリチュアリティの中でも、特に個人的な側面に着目したスピリチュアリティである、私的スピリチュアリティ¹⁴⁾との関連があると仮定される。一方、「受けるところ」は他者からの刺激に対し自分が考えたり感じたりする機能である、患者から表現されたことを理解しようとしたり、看護師が代理的な感情の反応をしていくことが必要であり、メンタル（認知・感情）との関連性が予測される。さらに、援助的コミュニケーションでは、患者の心理状態を正確に理解したり、代理的な情動反応が求められる。このことから、認知的側面と情動的側面を統合¹⁵⁾し、多次元的な構造でとらえた共感性¹⁶⁾と関連があると仮定される。また、この2つのところの構造は、個人の内面に同時に存在することから、相互力動的な関係であると考えられる。

以上より、看護師の援助的コミュニケーションスキルは看護師自身の私的スピリチュアリティおよび共感性の影響を受けた基礎的コミュニケーションスキルが影響しているのではないかと推察した。そこで、本研究は、援助的コミュニケーションスキル向上のための基礎資料として、看護師の援助的コミュニケーションスキルと私的スピリチュアリティおよび共感性との関連を明らかにすることを目的とした。

1. 本研究の概念枠組み

本研究では、援助的コミュニケーションスキルが基礎的コミュニケーションスキルの上位に位置する階層構造を想定した。また、基礎的コミュニケーションスキルに影響を与えるものと

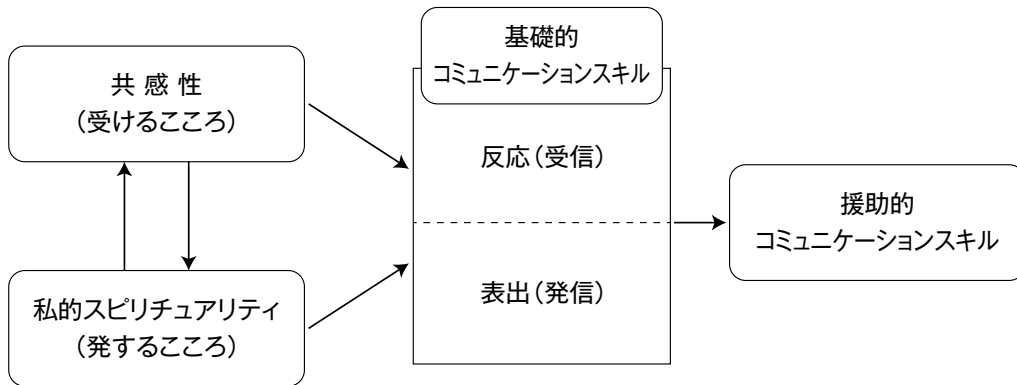


図 1. 本研究の概念枠組み (作業仮説モデル)

して、私的スピリチュアリティと共感性を想定した (図 1)。

2. 用語の定義

援助的コミュニケーションスキル

「患者－看護師関係における患者の内面的成長を促進¹⁷⁾ させる言語的・非言語的関わり」とする。

基礎的コミュニケーションスキル

「言語および非言語による直接的なコミュニケーションを適切に行う技能」⁵⁾ とする。

私的スピリチュアリティ

「自分自身および自分以外との非物質的な結びつきを志向する内発的つながり性」¹⁸⁾ とする。

共感性

「情動的所産と認知的過程の生起に関わる個人傾性」¹⁹⁾ とする。

研究対象と方法

1. 調査方法および調査期間

1) 研究デザイン

無記名自記式質問紙調査による関連検証研究

2) 調査期間

2014年6月～同年7月

2. 調査対象および調査方法

A地区の200床以上の病院の看護部長および総

看護師長に調査依頼を行った。協力が得られた3施設に勤務する看護師857名に対して、研究依頼文書、調査票を配布し、無記名自記式による調査票への回答と提出を求めた。調査票の回収は各施設内に回収箱を設置した留置き法とした。

3. 質問紙の構成

1) 属性

属性については、性別、年齢、看護師経験年数、所属部署の4項目とした。

2) 援助的コミュニケーションスキル

援助的コミュニケーションスキルについては、比嘉らが開発した援助的コミュニケーションスキル測定尺度 (TCSS)²⁰⁾ を使用した。信頼性と妥当性については、作成過程で確認されている。「心理的スキル」「交差的スキル」「神氣的スキル」「非言語的スキル」で構成された、18項目からなる。「とてもよくある」を5点、「よくある」を4点、「どちらともいえない」を3点、「あまりない」を2点、「まったくない」を1点とした5件法であり、各項目の得点を単純加算する。得点が高いほど、援助的コミュニケーションスキルの使用度が高いことを示す。

3) 基礎的コミュニケーションスキル

基礎的コミュニケーションスキルについては、藤本らが開発したコミュニケーション・スキル尺度 ENDCORES⁵⁾ を使用した (以下、ENDCOREs とする)。言語および非言語に

よる直接的なコミュニケーションを適切に行う技能であるコミュニケーションスキルを測定している。信頼性と妥当性については、作成過程で確認されている。「自己統制」「表現力」「解読力」「自己主張」「他者受容」「関係調整」の6つの下位スキルにより構成された、24項目からなる。さらに、スキルの類似性ごとに、「表現力」と「自己主張」を表出系、「解読力」と「他者受容」を反応系、「自己統制」と「関係調整」を管理系と仮定されている。「かなり得意」を7点、「得意」を6点、「やや得意」を5点、「ふつう」を4点、「やや苦手」を3点、「苦手」を2点、「かなり苦手」を1点とした7件法であり、6つの下位尺度ごとに項目の得点を合計し、項目数で除算して算出する。得点が高いほど、コミュニケーションスキルが高いことを示す。

4) 私的スピリチュアリティ

私的スピリチュアリティについては、比嘉が開発したスピリチュアリティ評定尺度A (SRS-A)²¹⁾を使用した。信頼性と妥当性については、尺度作成過程で確認されている。「意気」と「観念」で構成されている。自分自身および自分以外との非物質的な結びつきを志向する内発的なつながり性を測定し、15項目からなる。「非常に思う」を5点、「とても思う」を4点、「中程度思う」を3点、「少しは思う」を2点、「全く思わない」を1点とした5件法であり、各項目の得点を単純加算する。得点が高いほど私的スピリチュアリティが高いことを示す。

5) 共感性

共感性については、鈴木らが開発した多次元共感性尺度 (MES)¹⁹⁾を使用した。他者の心理状態に対する認知・情動の反応傾向を測定する。信頼性と妥当性については、尺度作成過程で確認されている。「視点取得」「想像性」「被影響性」「他者指向的反応」「自己指向的反応」で構成された24項目からなる。「とてもよくあてはまる」を5点、「ややあてはまる」を4点、「どちらともいえない」を3点、「あまりあてはまらない」を2点、「全くあてはま

らない」を1点とした5件法であり、下位尺度ごとに項目の得点を合計し、項目数で除算して算出する。得点が高いほど、共感性が高いことを示す。

4. 分析方法

基本属性の記述統計を行った。使用尺度の信頼性を検討するため、Cronbachの α 係数を算出した。次に、作業仮設モデルに基づき、モデルの適合度を共分散構造分析で算出した。その後、修正指数に基づきパスを修正した。モデルの適合度はAGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation)を採用し、採択基準²²⁾は、AGFI=0.9以上、CFI=0.9以上、RMSEA=0.08以下とした。なお、統計処理には、統計解析ソフトSPSS Ver.22およびAMOS 22を使用した。有意水準は全て $p<0.05$ とした。

5. 倫理的配慮

協力施設の看護部長および総看護師長へ、口頭・書面にて研究の趣旨、協力への自由意思の尊重、プライバシー保護等について説明した。対象者へは、研究の趣旨、協力への自由意思の尊重、プライバシー保護等について書面にて説明し、調査票の回収をもって研究の同意が得られたものとした。

なお、本研究は、富山大学臨床・疫学等に関する倫理審査委員会の承認（承認日：2014年3月20日、承認番号：臨認25-148）を受けた後、協力施設の倫理規定に従い実施した。

結 果

質問紙配布数857部、回収数712部（回収率83.1%）であった。欠損値が4項目以上あるもの、複数ページにわたり同一番号に回答をしてあるものなど、無効と思われたデータを除外した結果、有効回答数は674部であった（有効回答率78.6%）。

1. 対象者の属性

性別は女性588名、男性83名、無回答3名であった。平均年齢は 35.0 ± 11.2 歳 (Mean \pm SD)であり、

20代が最も多かった。看護師経験平均年数は11.7 ± 10.8年 (Mean ± SD)であった。調査時期が6月および7月であったため、入職したばかりである1年未満の群、その後は5年毎に区切った群で分けた結果、5年から10年未満が174名(25.8%)、1年から5年未満が173名(25.7%)と看護師経験が1年から10年未満の看護師が約半数を占めていた。次いで多かったのは、20年以上の154名(22.8%)であった。所属については病棟勤務か病棟以外の所属での回答を求めており、病棟勤務者583名(86.5%)であった。病棟以外の所属は、外来、手術室、専門管理部等があった。

属性ごとのTCSS得点の平均点 (Mean ± SD) は、性別では女性60.0 ± 9.5点、男性60.8 ± 9.5点であった。年齢別では、20代61.1 ± 9.0点、30代61.5 ± 9.5点、40代60.1 ± 11.0点、50代以上58.8 ± 9.0点であった。看護師経験年数別では1年未満56.8 ± 10.1点、1年から5年未満59.9 ± 9.1点、5年から10年未満61.7 ± 8.6点、10年から15年未満63.5 ± 9.1点、15年から20

年未満64.9 ± 9.0点、20年以上60.7 ± 9.5点であった。所属別では、病棟60.8 ± 9.5点、病棟以外61.3 ± 11.1点であった(表1)。

2. 各変数の信頼性の検討

TCSS全体では $\alpha=0.89$ 、各下位因子においては、「心理的スキル($\alpha=0.75$)」「交差的スキル($\alpha=0.67$)」「神氣的スキル($\alpha=0.90$)」「非言語的スキル($\alpha=0.67$)」であった。ENDCOREs全体では、 $\alpha=0.93$ 、各下位因子においては、「自己統制($\alpha=0.74$)」「表現力($\alpha=0.88$)」「解読力($\alpha=0.91$)」「自己主張($\alpha=0.86$)」「他者受容($\alpha=0.92$)」「関係調整($\alpha=0.87$)」であった。SRS-A全体では、 $\alpha=0.90$ 、各下位因子においては、「意気($\alpha=0.78$)」「観念($\alpha=0.90$)」であった。MES全体では $\alpha=0.77$ 、各下位因子においては、「視点取得($\alpha=0.75$)」「想像性($\alpha=0.76$)」「被影響性($\alpha=0.72$)」「他者指向的反応($\alpha=0.79$)」「自己指向的反応($\alpha=0.68$)」であった。

以上より、尺度の信頼性(内的整合性)はおおむね支持された。

表1. 対象者の属性とTCSS得点の平均

		N=674	
属性	人数 (%)	TCSS得点の平均 ± 標準偏差	
性別	女性	588 (87.2)	60.0 ± 9.5
	男性	83 (12.3)	60.8 ± 9.5
	無回答	3 (0.4)	
年齢	20代	281 (41.7)	61.1 ± 9.0
	30代	187 (27.7)	61.5 ± 9.5
	40代	103 (15.3)	60.1 ± 11.0
	50代以上	100 (14.8)	58.8 ± 9.0
	無回答	3 (0.4)	
看護師経験年数	1年未満	45 (0.7)	56.8 ± 10.1
	1年 - 5年未満	173 (25.7)	59.9 ± 9.1
	5年 - 10年未満	174 (25.8)	61.7 ± 8.6
	10年 - 15年未満	81 (12.0)	63.5 ± 9.1
	15年 - 20年未満	44 (6.5)	64.9 ± 9.0
	20年以上	154 (22.8)	60.7 ± 9.5
所属	無回答	3 (0.4)	
	病棟	583 (86.5)	60.8 ± 9.5
	病棟以外	87 (12.9)	61.3 ± 11.1
	無回答	4 (0.6)	

3. 共分散構造分析によるモデルの作成

作業仮説に基づき、データの適合度を共分散構造分析で算出した結果、作業仮説モデルの適合度は、採択基準を満たさなかった。そこで、修正指数を参考に、パスを削除・追加していったところ、観測変数を「援助的コミュニケーションスキル」「基礎的コミュニケーションスキル」「私的スピリチュアリティ」「共感性」、潜在変数を「心理的スキル」「交差的スキル」「神氣的スキル」「非言語的スキル」「表現力・自己主張（表出系）」「解読力・他者受容（反応系）」「自己統制・関係調整（管理系）」「意気」「観念」「視点取得」「他者指向的反応」とした改良モデル（図2）がモデル採択基準を満たした。さらに、複数の専門家の意見を参考にしながら検討を重ね、得られた改良モデルを「援助的コミュニケーションスキル因果モデル」と命名した。モデル適合度はAGFI=0.93, CFI=0.95, RMSEA=0.068であった。

1) 私的スピリチュアリティから基礎的コミュニケーションスキルへの影響

私的スピリチュアリティから基礎的コミュニケーションスキルへのパス係数は0.32 ($p<0.001$)、私的スピリチュアリティから共感性へのパス係数は0.40 ($p<0.001$)、共感性から基礎的コミュニケーションスキルへのパス係数は0.57 ($p<0.001$)であった。以上より、私的スピリチュアリティから基礎的コミュニケーションスキルへの直接効果は0.32、私的スピリチュアリティから共感性を介した基礎的コミュニケーションスキルへの間接効果は0.23、私的スピリチュアリティから基礎的コミュニケーションスキルへの総合効果は0.55と算出された。

2) 基礎的コミュニケーションスキルから援助的コミュニケーションスキルへの影響

基礎的コミュニケーションスキルから援助的コミュニケーションスキルへのパス係数は0.45 ($p<0.001$)であった。

考 察

本研究の調査対象者の特性について厚生労働省

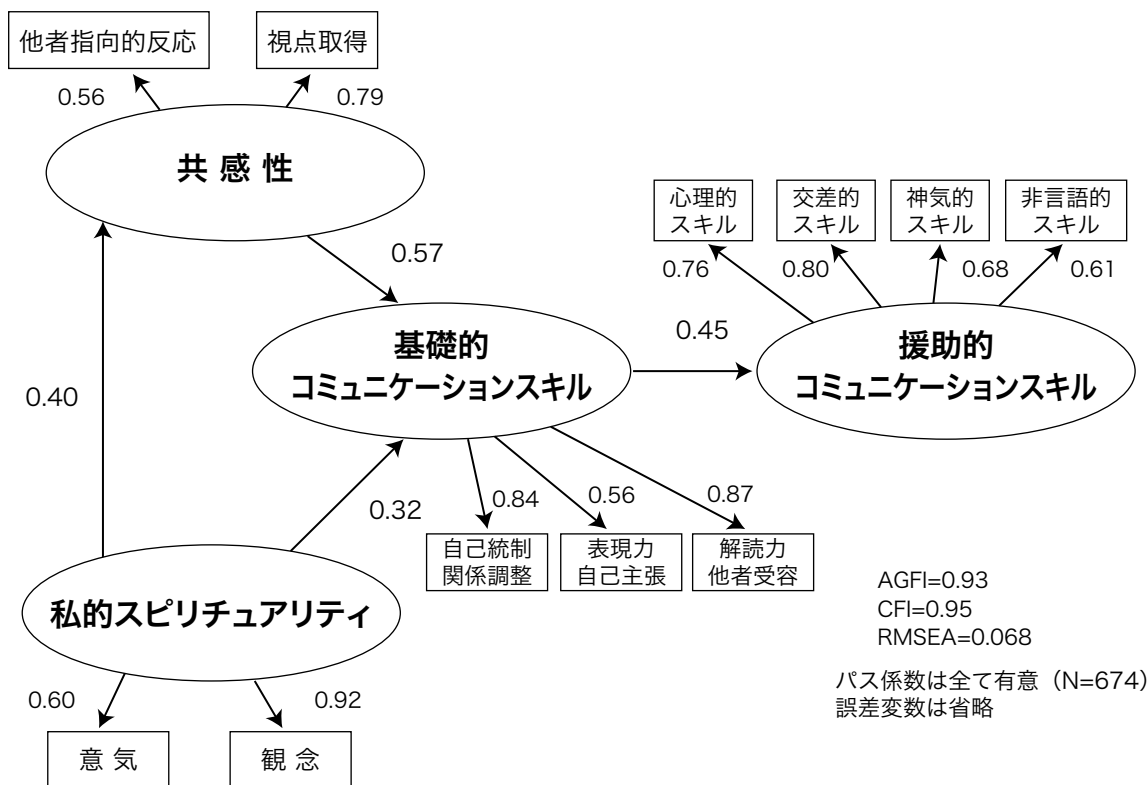


図2. 援助的コミュニケーションスキル因果モデル

が行った看護職員に関する全国的な統計資料である「平成24年衛生行政報告例（就業医療関係者）の概況」²³⁾の年齢階級と比較すると、全国調査では30歳代が最も多いが、本研究では、20歳代が41.7%と最も多かった。これは、看護師の就業場所は、病院以外に診療所や訪問看護ステーション等様々な場所があるが、本研究においては病院に勤務している看護師に限定していること、対象施設が急性期診療と専門診療の施設であったことが影響しているのではないかと考えられた。平均年齢 35.0 ± 11.2 歳、平均看護師経験年数 11.7 ± 10.8 年であることを考慮すると、本研究の対象者は経験の浅い看護師と経験豊富な看護師の2つの群が多いという特徴をもつ集団であると考えられた。

1. 私的スピリチュアリティから共感性への影響

私的スピリチュアリティは共感性に正の影響を及ぼしていることが示された。上野²⁴⁾は看護師の共感的援助過程に関わる認知や行動内容として、初期の段階では、看護師としてなんとかしてあげたい、患者に向きあうべきという義務感を持つなどの患者に対する基本姿勢があると報告している。そして、それは自然発生的な欲動であり、その欲動の存在が患者への共感援助過程に向けての準備状態となっていると述べている。この自然発生的な患者に対する基本姿勢は、私的スピリチュアリティの構成概念である、「意気」との関連が推定される。「意気」は、何かを求めそれに関係しようとする心の持ち様²¹⁾であり、自分自身の外へ意識が向かう志向性をもっている。つまり、看護師からの他者へと発するこころの機能は、患者を共感していく過程で根底を支える役割を担っているのではないかと考えられた。

2. 私的スピリチュアリティから基礎的コミュニケーションスキルへの影響

私的スピリチュアリティは基礎的コミュニケーションスキルへ正の影響を及ぼしていることが示された。ENDCOREsの「解読力」と「他者受容」は反応系であり、基礎的コミュニケーションスキルの受信過程に相当している。これは、「で

きる—できない」ということだけでなく、他者を受容するスキルも含まれていることから、コミュニケーションに関する自己への志向性を含んでいると推察される。私的スピリチュアリティの構成概念である「観念」については、自分自身やある事柄に対する感じまたは思い²¹⁾であり、自己内界へ向かう意識の方向性をもっている。つまり、基礎的コミュニケーションスキルの受信過程は私的スピリチュアリティの「観念」の影響を受けているのではないかと考えられた。また、ENDCOREsの「表現力」と「自己主張」は表出系であり、基礎的コミュニケーションスキルの発信過程に相当している。これは、自己の中からの能動的なスキルが求められることから、私的スピリチュアリティの「意気」との関連があると考えられた。ENDCOREsの「自己統制」と「関係調整」の管理系については、自己と他者への両方向へのマネジメントするスキルが求められることから、私的スピリチュアリティの「観念」と「意気」との関連が考えられた。

3. 共感性から基礎的コミュニケーションスキルへの影響

共感性は基礎的コミュニケーションスキルに正の影響を及ぼしていることが示された。基礎的コミュニケーションスキルと階層的な関係性にある社会スキル²⁵⁾と共感性との関連を検討した先行研究では、社会スキルと共感性は正の相関を示したとの報告²⁶⁾がされており、本研究においても同様の結果であった。

援助関係における共感の構造は、クライアントの感じている体験過程や体験の意味をセラピストが理解していく段階、理解したことをクライアントに表現する段階、表現されたことがクライアントに受け取られ、知覚される段階の3段階があり、3つの段階は循環しながら進行するプロセス²⁷⁾であると考えられている。援助的コミュニケーションスキル因果モデルの共感性は「視点取得」と「他者指向的反応」で構成されており、他者指向性に対する認知と情動の反応である。共感を行っていくには、相手からの表現を理解し、理解したことを相手に向けて表現する必要がある。

その理解は認知的側面と情動的側面の両方を含んでいる。つまり、共感のプロセスの中で、理解する力、表現する力、マネージメントする力である基礎的コミュニケーションスキルが影響を受けているのではないかと考えられた。

4. 基礎的コミュニケーションスキルから援助的コミュニケーションスキルへの影響

基礎的コミュニケーションスキルが援助的コミュニケーションスキルに正の影響を及ぼしていることが示された。本研究での援助的コミュニケーションスキルは、「心理的スキル」「交差的スキル」「神氣的スキル」「非言語スキル」で構成されている。「心理的スキル」は、患者への説明、確認、指示などの事柄や事実を「話す (talk)」コミュニケーションである。「交差的スキル」は、患者の反応に対してより深く理解するため質問したり、患者の自己開示を促進させたりする。これは、こころの機能を発動させるための「訊く (ask)」コミュニケーションである。「神氣的スキル」は、患者の体験やその思いなどのこころの物語を「引き出させる (inspire)」コミュニケーションである。つまり、援助的コミュニケーションの実践において、看護師は、患者の考えや気持ちを理解したり、患者の置かれている状況を判断したりしながら、患者の反応を観察・アセスメントし、良い方向へと向かう方策を探りながら関わっている。患者をより深く理解していくためには、患者から表現されていることについて、看護師は刺激として受け止め、理解し、確認し、看護師自身の思いや考えを調整しながら患者—看護師関係を維持していくことが必要である。そして、これらは、他者受容や解読力といった刺激に反応するスキル、自己主張や表現力といった内面から表出するスキル、関係調整や自己統制といったマネージメントするスキルである、基礎的コミュニケーションスキルが基盤となっていると考えられた。

5. 援助的コミュニケーションスキルの向上に向けて

本研究において、援助的コミュニケーションスキルは、私的スピリチュアリティの直接的および

間接的な影響を受けた基礎的コミュニケーションスキルの影響を受けていることが示された。つまり、援助的コミュニケーションスキルは、私的スピリチュアリティを高めることでより効果的に高められることが示唆された。

援助的コミュニケーションスキルは患者の内面的成長を促すことを目的とした関わりである。換言すると、患者自身がメンタルな側面、スピリチュアルな側面を表現したり、自己の意味や価値を確認、再獲得したりしながら、より充実感や満足感を感じられるプロセスを援助している。Cloninger²⁸⁾ はパーソナリティを、無意識に周りの環境に反応してしまう特徴である「気質」と意識的に自分の行動をコントロールしようとする特徴である「性格」の2つで形成され、人の精神状態のポジティブな側面を高めるためには、パーソナリティの成長が必要であるとしている。そして、特に性格を成長させることでポジティブな感情を高め、ネガティブな感情を減らすことができる²⁹⁾ と述べている。この性格とは、自らがどのような行動をとろうとするのか、意識して考えている傾向²⁸⁾ であり、自己を基点として自己や他者に意識を向けていることから、私的スピリチュアリティに相当すると考えられる。つまり、Cloninger のパーソナル理論からも援助的コミュニケーションスキルの向上には、私的スピリチュアリティが重要であるといえる。性格は自分自身が選択した目的や価値観に従って、状況にあう行動を統制・調整する能力である「自己志向性」、他者の存在を認め、他者の意識を確認し、受容する心である「協調性」、自分自身へのこだわりから脱却し、自分を超越した大きな全体性が存在することを受容する心である「自己超越性」の3つに分けられる³⁰⁾。私的スピリチュアリティと照らし合わせると、私的スピリチュアリティの「意気」は「自己超越性」、「観念」は「自己志向性」におおむね相当している。そして、Cloninger によるとよりポジティブな側面を高めていくプロセスの中で、自覚が必要である²⁸⁾ としている。つまり、看護師自身を基点とした自分自身へ向ける意識と患者へ向ける意識の両方を自覚し、その自覚を高めていくことで、より高次の援助的コミュ

ニケーションの実践へとつなげることができるのではないかと考えられる。

また、こころのケアを必要とする人はその人自身の信念やニーズについて援助者に気づいてもらいたいと考えており、人生を楽しんだり、難局を乗り越えたりするために自己超越的な側面は本質的な役割を果たすが、現在のメンタルヘルス理論では、自己超越的な部分が軽視されている³⁰⁾。メンタル的側面へのアプローチに自己受容や人生の意味などの私的スピリチュアリティの側面を取り入れることで、ポジティブな情緒や人生の満足度を高めることに効果的で、生活する上での機能の回復に役立ったという報告がされている²⁸⁾。このことから私的スピリチュアリティを高めることが重要であると考えられる。

結 論

A地区の看護師857名を対象に、私的スピリチュアリティおよび共感性が基礎的コミュニケーションスキルを経て援助的コミュニケーションスキルに影響を及ぼすという仮説をもとに共分散構造分析を行った結果、私的スピリチュアリティが共感性を介して基礎的コミュニケーションスキルに正の影響を及ぼし、基礎的コミュニケーションスキルが援助的コミュニケーションスキルに正の影響を及ぼすことが示された。

本研究の限界と今後の発展

今回、看護師が主観的に捉えている援助的コミュニケーションスキルを量的な視点で調査した。看護のコミュニケーションは、看護師の視点からだけでなく、患者や家族など看護師以外の視点も含めて捉えていく必要がある。また、コミュニケーションスキルは質という視点も必要である。そのため、今回の結果は、援助的コミュニケーションスキルの一部しか捉えていない。しかし、一つの仮説段階ではあるが、私的スピリチュアリティや共感性といった複雑な概念を含んだ量的な視点からみた援助的コミュニケーションスキルへの影響を捉えることができたのではないかと

考えている。今後は、他の影響因子に関する調査や、患者側の視点も含めた調査、縦断的調査等を重ね、さらにモデルの妥当性、信頼性を高めていくことが必要である。

謝 辞

お忙しい中、調査にご協力いただきました看護師の皆様へ感謝致します。

文 献

- 1) 高橋裕子, 池田優子, 小林瑞枝ほか: A病院における新人看護師へのコミュニケーション研修の効果の検討, 第43回日本看護学会論文集 看護管理, 295-298, 2013
- 2) 上野栄一: 看護師における患者とコミュニケーションスキル測定尺度の開発, 日本看護科学会誌, 25 (2), 47-55, 2005
- 3) 洵江七海子, 堀美紀子, 松村千鶴: 看護学生のコミュニケーション能力に関する研究—入学時と6ヶ月後を比較して, 香川県立医療短期大学紀要, 4, 15-22, 2002
- 4) 村田久行, 長久栄子: シリーズ現象看護1せん妄, 日本評論社, 東京, 21, 2014
- 5) 藤本学, 大坊郁夫: コミュニケーション・スキルに関する諸因子の階層構造への統合の試み, パーソナリティ研究, 15 (3), 347-361, 2007
- 6) 高橋隆子, 江藤和子, 椎野雅代: 看護学生のコミュニケーション能力に関する検討, 第43回日本看護学会論文集 精神看護, 159-162, 2013
- 7) 田中いずみ, 比嘉勇人, 山田恵子: 看護実践能力の属性による比較と勤務年数, 首尾一貫感覚及びスピリチュアリティとの関連, 富山大学看護学会誌, 12 (2), 81-92, 2012
- 8) 森谷利香: 看護系大学生の学習意欲とコミュニケーション能力に関する研究, 千里金蘭大学紀要, 8, 191-199, 2011
- 9) 新藤悦子, 茶園美香, 近藤咲子: 「生きる意味がない」と訴える終末期がん患者とコミュニ

- ケーションをとる大学病院看護師の態度, 死の臨床, 35 (1), 95-100, 2012
- 10) 山田恵子, 比嘉勇人, 田中いずみ: 看護学生の私的スピリチュアリティ (SRS) と首尾一貫感覚 (SOC) の関連性, 富山大学看護学会誌, 11 (1), 36, 2012
 - 11) 津田重城: WHO 憲章における健康の定義改正の試み — 「スピリチュアル」の側面について —, ターミナルケア, 10 (2), 90-93, 2000
 - 12) 精神保健看護辞典編集委員会 (編): 精神保健看護辞典, オーム社, 東京, 323, 2010
 - 13) 大下大圓: 看護とスピリチュアルケア, 看護学雑誌, 71 (11), 978-984, 2007
 - 14) 精神保健看護辞典編集委員会 (編): 精神保健看護辞典, オーム社, 東京, 188, 2010
 - 15) 高木佳子: 看護基礎教育における「共感」の定義についての検討, 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収録, 37, 78-85, 2012
 - 16) 鈴木有美, 木野和代, 出口智子ほか: 多次元共感性尺度作成の試み, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 (心理発達科学), 47, 269-279, 2000
 - 17) 比嘉勇人: 看護学生を対象とした援助的コミュニケーションスキル測定尺度 β (TCSS- β) の開発および信頼性と妥当性の検討, 富山大学看護学会誌, 14 (1), 31-39, 2014
 - 18) 比嘉勇人: 看護における Spiritual-Care Model, 富山大医学会誌, 21 (1), 16-22, 2010
 - 19) 鈴木有美, 木野和代: 多次元共感性尺度 (MES) の作成 — 自己指向・他者指向の弁別に焦点を当てて —, 教育心理学研究, 56, 487-497, 2008
 - 20) 比嘉勇人: 看護における私的スピリチュアル境界の構造とその調整技術的要素の抽出, 科学研究費助成事業 研究成果報告書 (課題番号 23593429), 2013
 - 21) 比嘉勇人: Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討, 日本看護科学学会誌, 22 (3), 29-38, 2002
 - 22) 大石展緒, 都竹浩生: AMOS で学ぶ調査系データ解析, 東京図書, 東京, 2009
 - 23) 厚生労働省: 平成 24 年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況, http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/12/dl/h24_hojyokan.pdf (2015/03/08)
 - 24) 上野恭子, 栗原和代, 水野恵理子ほか: 看護師の共感的援助の過程と影響する要因の検討, 日本看護医療学会雑誌, 11 (2), 8-16, 2009
 - 25) 大坊郁夫: 社会的スキルの階層的概念, 対人社会心理学研究, 8, 1-6, 2008
 - 26) 加藤栞, 沢加夏子, 下瀬寛子ほか: 看護学生の社会的スキルと共感性の学年間比較に関する検討, 米子医学雑誌, 64 (3), 78-86, 2013
 - 27) 田中伸明: 共感におけるコミュニケーション行動研究の概観, 名古屋大学大学院教育発達科学研究科紀要 心理発達科学, 54, 29-40, 2007
 - 28) 木島伸彦: クロニンジャーのパーソナリティ理論入門 — 自分を知り, 自分をデザインする —, 北大路書房, 京都, 2014
 - 29) 木島伸彦: クロニンジャーによるウェル・ビーイングの科学とコヒーレンス療法, 慶応義塾大学商学部創立五十周年記念日吉論文集, 491-497, 2007
 - 30) 杉山崇: 若年者のキャリア・コンサルティングとクロニンジャーのパーソナリティ理論: 人格発達と社会化に困難を抱える NEET 的な若者の臨床教育相談, 山梨英和大学紀要, 5, 1-16, 2006

Relationship between therapeutic communication skills, personal spirituality, and empathy

Yukari SUGIYAMA¹⁾, Hayato HIGA²⁾, Izumi TANAKA²⁾, Keiko YAMADA²⁾

1) National Hospital Organization Hokuriku Hospital

2) Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine
and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between therapeutic communication skills, personal spirituality, and empathy, with the aim of facilitating the inner growth of patients. A questionnaire consisting of therapeutic communication skills scale (TCSS), basic communication skills scale (ENDCOREs), spirituality rating scale A (SRS-A), and multidimensional empathy scale (MES) was given to 857 nurses. The results of covariance structure analysis revealed direct and indirect effects from SRS-A to ENDCOREs of 0.32 and 0.23, respectively, and a path coefficient from ENDCOREs to TCSS of 0.45. The goodness of fit of the identified model was generally good. The above suggests that basic communication skills affects therapeutic communication skills based on personal spirituality.

Key Words

Nurse, Therapeutic communication skills, Covariance structure analysis

看護師の共感経験における認知症（肯定的）イメージと認知的評価 および私的スピリチュアリティの関連

村上 章¹⁾, 比嘉 勇人²⁾, 田中 いずみ²⁾, 山田 恵子²⁾

1) 富山大学大学院医学薬学教育部

2) 富山大学大学院医学薬学研究部精神看護学

要 旨

本研究では、共感経験タイプにおける認知症（肯定的）イメージと認知的評価および私的スピリチュアリティとの関連性を検討した。看護師 596 名を対象に、「認知症(肯定的)イメージ SD 法」「認知的評価測定尺度 (CARS) : コミットメント, 脅威性の評価, 影響性の評価, コントロール可能性」「共感経験尺度改訂版 (EESR) : 両向型, 共有型, 不全型, 両貧型」「スピリチュアリティ評価尺度 A (SRS-A) : 意気, 観念」で構成された質問紙調査を実施し、階層的重回帰分析を行った。その結果、4つの共感経験タイプにおいて、認知症（肯定的）イメージ形成過程の相違が認められた。また、認知症（肯定的）イメージを高める基盤的要因として、「認知症症状に対する影響性の評価・コミットメント・コントロール可能性」と「認知症に向ける観念」が示唆された。以上のことから、基盤的要因の高得点化が認知症看護の質向上につながると考えられた。

キーワード

看護師, 認知症イメージ, 共感経験, 私的スピリチュアリティ

はじめに

厚生労働省の報告によると、認知症高齢者の日常生活自立度がⅡ以上の人口は、2010年に280万人にのぼり、2025年には470万人になると言われている¹⁾。日本においては、国の指針として、2004年から「認知症を知り地域を作る10ヵ年」と題し、認知症に関する知識の普及啓発運動が行われてきた²⁾。また、2006年には「高齢者虐待の防止、高齢者の擁護者に対する支援等に関する法律」が施行され、地域に目を向けると地域包括センターが導入されて高齢者に対する権利擁護の仕組みが強化された。これらの施策には、認知症高齢者およびその家族が、地域の中で安心して暮らし社会生活が営めるように支援するねらいがある。

看護領域においても、2004年に認知症看護が特定分野に指定され、2005年には認定看護師の一分野となっている³⁾。長畑ら⁴⁾は、認知症高齢者の捉え方がケアの基盤であると指摘した。これは、看護師の認知症に対するイメージが、看護の質への影響要因であることを示唆している。

認知症イメージへの影響要因に関しては、佐野ら⁵⁾が認知症全般の正しい知識と、認知症患者の明るいプラスイメージは相互に関連が認められ、とくに、認知症患者への援助に関する知識は「バラ色」や「あたたかく静か」などのプラスイメージと相互に関連があると報告している。また、認知症イメージと認知症の人とのかかわり方の関係については、奥村ら⁶⁾が、表面的な関わりではなく、その人の内面性について知ることで、認知

症イメージが肯定的になると報告している。つまり、認知症の知識や認知症の人に向けられる他者指向的な視点が看護の質に影響を与える要因と言える。

また、看護師の抱く認知症のイメージに関しては、長畑ら⁷⁾が、認知症症状に対する看護師のとらえ方と対応について研究をし、「言動の意味が分からず、意思の疎通が無いまま一方的・その場しのぎの対処」「言動の意味が分からず、意思疎通困難感を抱きながら必要なケアを手探りで対応」「言動の意味はわからなかったが、対応を通して相手の反応から有効性を実感」「言動の意味を相手の身になってとらえ、その人にあったケアを試行錯誤しつつ対応し、さらに言動の意味と相手に添うケア方法を探索」の4つのカテゴリーを見いだしている。この研究結果からは、認知症患者を看護する看護師は、患者理解の困難さから、有効な看護を見いだせないままその場その場で対応しているということも言える。臨床現場におけるこのような認知症の捉え方は、その場面に遭遇した看護師の自己内省的なものであり、認知症の知識や関わり方といった他者指向的な視点からでは、その影響要因について明らかにすることは困難である。認知症に対するとらえ方と対応に関する先行研究をみると、認知症患者と十分な意思疎通が取れないことによってケアの仕方に困惑している現状がうかがえる。そのような状態の中で行う看護は、看護師自身に認知症看護に対する自信の無さや思い描く看護が提供できないことへのジレンマ等の否定的な感情を生じやすくするのではないかと推察される。認知症高齢者の捉え方がケアの基盤である⁴⁾ことや、看護師が認知症に対して否定的な捉え方をしてしまう現状を踏まえると、他者指向的な視点ではなく、自己内省的な視点つまり個人の内面に焦点を当てた研究が必要と言える。

看護師の自己内省的な視点から認知症イメージへの影響要因として、看護師ごとの「看護場面の評価」が想定される。多様な認知症症状に遭遇した際、看護師によってその場面の評価は異なり、その評価に基づくストレスが様々な反応を看護師の内面に引き起こすと考えられるから

である。ストレスに対してどのような捉え方、反応をするかを評価する指標としては、鈴木ら⁸⁾が開発した「コミットメント」「影響性の評価」「脅威性の評価」「コントロール可能性」の4つの下位尺度から構成される認知的評価測定尺度(CARS)がある。患者理解の困難さから、有効な看護を見いだせないままその場その場で対応しているという先行研究の報告を踏まえると、認知症(肯定的)イメージと認知的評価の関連では、肯定的なイメージの看護師と比べてより否定的なイメージの看護師は、ある認知症症状に対する看護場面で、コミットメントすることへの意欲が低くなったり、コントロールすることが難しいと否定的に評価したりするのではないかと推察される。

また、比嘉⁹⁾は、スピリチュアルについて「個人を越える包括的または絶対的なspiritual(霊的)」と「個人の内面にある私的または相対的なspiritual(神氣的)」の2層構造とし、看護師が関与するのは主に後者のspiritual(神氣的)であると述べている。上記で述べた認知的評価は、あるストレスに対して個人の内なる反応であることから、比嘉の定義する神氣的なspiritual(私的スピリチュアリティ)に当てはまるのではないかと考えられる。よって、認知的評価の根幹としてspiritualが関係すると推測される。そして、比嘉は自己内省的なスピリチュアリティの高さ(こころのつながり性)を測定するスピリチュアリティ評価尺度A(SRS-A)を開発している。

さらに、相手の思いや感情を感じとり、その意味を理解しようとする姿勢として、「共感」が挙げられる。角田¹⁰⁾が開発した共感経験尺度改訂版(EESR)は、共感できた経験と出来なかった経験を評価することで、共感と同情の区別および共感経験タイプを4つに分類することができる。この4つのタイプはそれぞれ異なる共感経験の特徴を持ち、共感場面における相手との関わる姿勢の差異を特徴付けている面がある。一般的に、相手の理解をより深めるためには、積極的に相手に関わる姿勢も必要と考えられる。認知症本人と深く関わり、その人の内面を知ることの出来た者は、出来ないものに比べ認知症に対して肯定的なイメージを持つと報告⁶⁾がされていることから、

他者理解の姿勢として、共感経験のタイプの違いも認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼす要因ではないかと考えられる。

以上より、本研究では、私的スピリチュアリティが認知的評価に影響を及ぼし、さらに認知症（肯定的）イメージにも影響しているとの仮説を設定し、看護師の共感経験タイプ別の認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼす要因を探索的に明らかにすることを目的とする。

1. 本研究の作業仮説と概念枠組み

認知症（肯定的）イメージは共感経験タイプ（他者の感情の共感経験）別に異なる様相を呈すると想定し、私的スピリチュアリティ（こころのつながり性）が認知的評価（ストレスターの評価過程）に影響を及ぼし、さらに認知症（肯定的）イメージに影響しているとの作業仮説をもとに概念枠組みを作成した。（図1）

2. 用語の定義

1) 認知的評価⁸⁾

個人と環境との相互作用が、どの程度ストレスフルであるかを評価する認知的過程のことをいう。認知的評価は「コミットメント」「脅威性の評価」「影響性の評価」「コントロール可能性」の4つから構成されている。

2) 私的スピリチュアリティ¹¹⁾

自分自身および自分以外と非物質的な結びつきを志向する内発的なつながり性と定義する。私的スピリチュアリティは「意欲」「深心（自然や先祖との結びつき）」「自覚」「意味感（自己の存在意義）」「価値観」で構成されている。これら5つの構成因子は「意気」

と「観念」に集約される。意気は「何かを求めそれに関係しようとするこころのもちよう」、観念は「自分自身やある事柄に対する感じまたは思い」と定義されている。

3) 共感¹⁰⁾

能動的または想像的に他者の立場に自分を置くことで、自分とは異なる存在である他者の感情を体験することをいう。他者の感情を分かちもつ共有機能としての「共有経験」と、自他の個別性の認識がなされる分離機能としての「共有不全経験」の2つから構成されている。

4) 共感経験¹⁰⁾

過去に共感した経験

5) 共感経験タイプ¹⁰⁾

角田によって開発された共感経験尺度改訂版（EESR）をもとに、4つに分類することのできる共感性のタイプのことをいう。「両向型」「共有型」「不全型」「両貧型」に別けられる。

研究対象と方法

1. 研究デザイン

本研究は、無記名自記式質問紙調査による関連検証研究である。

2. 対象

調査対象は、A地区の総合病院に勤務する看護師とし、このうち研究の同意の得られた者を分析対象とした。

3. 調査期間

2014年9月から2014年11月

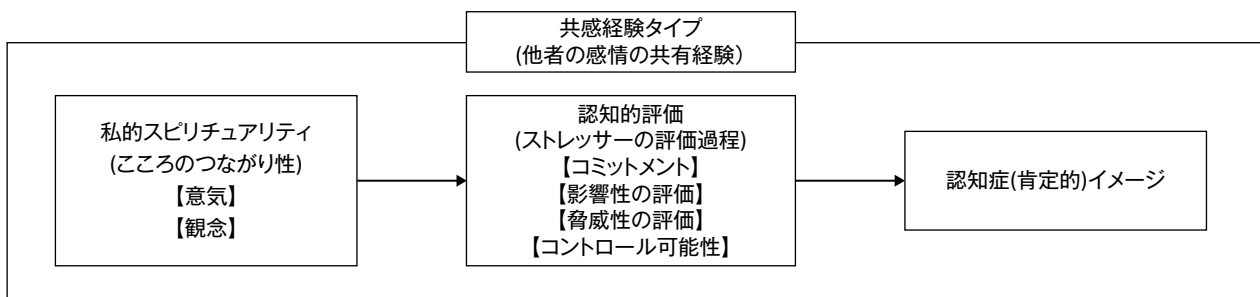


図1. 本研究における概念枠組み

4. 調査方法

対象の総合病院看護部長に対して訪問により研究の趣旨、目的、内容、倫理的配慮等について書面、口頭にて説明し、調査依頼を行った。協力が得られ次第、上記施設に対して研究協力依頼書、調査票を人数分配布し、回収ボックスを設置した。調査は無記名自記式で実施し、5週間の回答期間を設け回収し、調査票の回答をもって研究の同意が得られたものとした。

5. 調査項目

調査項目は計80項目で構成した。調査内容は以下の通りである。

1) 基本属性

性別、年齢、看護師経験年数、認知症の人との関わり頻度、認知症の知識、共感経験タイプについて調査した。認知症の知識は、老人性痴呆に関する青少年の意識調査報告書（認知症予防財団、2003）¹²⁾の中で使用された認知症患者への介護にかかわる内容から抜粋して使用した。14問から構成され、1問あたり1点として14点満点とした。なお、EESRをもとに共感経験タイプを4群に類型化した。

2) 認知症（肯定的）イメージの指標¹³⁾

古谷野らが行ったSD法による老人イメージ測定に用いた形容詞対の中から抜粋し使用した。項目は以下の通りである。「頑固な－柔軟な」「嫌いな－好きな」「劣った－優れた」「遅い－速い」「きびしい－やさしい」「弱い－強い」「冷たい－暖かい」「鈍感な－敏感な」「落ち着きの無い－落ち着きのある」「騒がしい－静かな」「さびしい－にぎやかな」の計11項目から構成されている。採点は5件法であり、(1. 非常に、2. どちらかといえば、3. どちらともいえない、4. どちらかといえば、5. 非常に)の11項目の合計点を算出する。55点満点であり、得点が高いほど認知症に対して肯定的なイメージをもつことを示す。

3) 認知的評価の指標⁸⁾

認知的評価測定尺度（CARS）は、認知的評価を定量的に測定するための尺度である。また、この尺度の信頼性・妥当性については、

確認されている。「コミットメント」「影響性の評価」「脅威性の評価」「コントロール可能性」の4つの下位尺度から構成されている。また本尺度は、ストレッサーを実施者が目的に応じて設定することが可能である。本研究では、ストレッサーの設定として認知症症状に関する状況設定を2つ用意し、それぞれについて回答を求めた。状況設定は認知症看護研究・研修東京センターが実施した認知症ケア高度化推進事業の一環で行われた個別ケアの事例研究で用いられた事例¹⁴⁾から抜粋した。採点は、「全くちがう」を0点、「いくらかそうだ」を1点、「まあそうだ」を2点、「その通りだ」を3点として、各項目の数値を合計する。

状況設定1

Aさん80代男性。「かあちゃんが待っているから。」と言って病棟内を歩き始める。しかし高齢のため下肢筋力が低下しており、バランスも崩しやすいため転倒の危険が高い。できるだけ手をつないだり近くで見守りをしたりしているが、自立心が強く「1人で帰れる」と思っているため、看護師がそばにいるとストレスを感じることもある。

状況設定2

Bさん70代女性。夜間急に起きて病室から出てくることがある。他の病室に寝ている患者を見て「私の家なのに勝手に入ってきて。」と大声でどなることや、トイレに起きてきた他の患者に会い、「誰に言って入ってきたの？」と大声で聞きトラブルになることがある。

4) 私的スピリチュアリティの指標⁹⁾

スピリチュアリティ評定尺度A（以下SRS-A）は比嘉により開発された私的なSpiritualityの高低を評定できる尺度である。また、この尺度の信頼性・妥当性については、確認されている。採点は、「非常に思う」を5点、「とても思う」を4点、「中程度思う」を3点、「少しは思う」を2点、「全く思わない」を1点として、各項目の数値を合計する。得点が高いほど私的なSpiritualityが高いことを示す。

5) 共感性の指標¹⁰⁾

共感経験尺度改訂版 (EESR) は角田によって開発され、共有経験と共有不全経験の両面を測定することで、自他の個別性のあり方の評価と過去の経験に基づいて個人の共感経験タイプを評価することのできる尺度である。また、この尺度の信頼性・妥当性については、確認されている。「共有経験」「共有不全経験」の2つの下位尺度から構成され、各10項目、合計20項目で構成されている。採点は、「あてはまる」5点～「あてはまらない」1点までの5件法で、下位尺度ごとに各項目への回答値（選択肢の数値）を合計して尺度得点を算出する。類型化の際は、各尺度得点の中央値を基準に高得点群と低得点群に分け、2尺度の組み合わせから共感性の類型化を行う。共感経験タイプは、「共有経験」と「共有不全経験」がどちらも高得点の「両向型」、 「共有経験」のみ得点の高い「共有型」、 「共有不全経験」のみ得点の高い「不全型」、 「共有経験」と「共有不全経験」がどちらも低得点の「両貧型」に別けられる。

6. 分析方法

まず、EESRをもとに共感性の類型化を行い、型別に認知症（肯定的）イメージと各変数との相関分析を行った。次に、認知症（肯定的）イメージとそれぞれの尺度の関連を検討するために、探索的に階層的重回帰分析を行った。探索的な階層的重回帰分析については、小野ら¹⁵⁾の手順に従った。まず、影響の把握したい結果系変数を目的変数、その変数より原因側の全変数を説明変数の候補として、ステップワイズ法の変数選択による重回帰分析を実施した。次に、採用された説明変数を目的変数、その変数より原因系の全変数を説明変数の候補として、ステップワイズ法の変数選択による重回帰分析を実施した。さらに、候補変数がなくなるまで、採用された説明変数を目的変数、その変数より原因系の全変数を説明変数の候補として、ステップワイズ法の変数選択による重回帰分析を繰り返した。なお、統計解析にはSPSS22.0 J for Windowsを使用した。有意水準は

$p < 0.05$ とした。

7. 倫理的配慮

研究実施前に対象施設の看護部長へ口頭・書面にて研究の趣旨、自由意思による参加であること、プライバシー保護等に関する説明を行った。調査対象者には研究目的と概要について書面で説明し、自由意思による参加の保証と、対象者の特定がされないように無記名調査で実施した。

本研究の実施にあたっては、富山大学臨床・疫学等に関する倫理委員会の承認を得た（臨認26-80号）。

結 果

1. 調査票の回収率および有効回答率

調査票は総計596部配布した。回収数は372部、回収率は62%であった。回収数の内、白紙回答、欠損項目の多いもの、同じ数字の回答が複数の尺度に連続してみられるものを分析対象から除外した。その結果、有効回答数は340部、有効回答率は91%であった。

2. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示す。男性21名、女性319名であった。平均年齢±標準偏差は33.5±10.1歳、平均看護師経験年数±標準偏差は11.2±10.0年であった。認知症の知識は平均得点±標準偏差が9.9±1.7点であった。認知症の方との関わりの頻度は、「0：全くない」「1：週に3日未満」「2：週に3～5日未満」「3：週に5～7日未満」「4：毎日」から当てはまるものに丸印をつけてもらった。その結果、1の週に3日未満が最も多く、全体の37%を占めた。また、共感経験タイプは両向型が92名、共有型が92名、不全型が100名、両貧型が56名であり、不全型が最も多い結果となった。

また、認知症（肯定的）イメージ得点との相関関係では「年齢 ($r=.070$)」「看護師経験年数 ($r=.028$)」「認知症知識得点 ($r=-.058$)」となり、ほとんど相関は認められなかった。さらに、「認知症の人との関わり頻度」「性別」「共感経験タ

表 1. 対象者の属性および認知症（肯定的）イメージ得点

N=340

	平均値±標準偏差	認知症（肯定的）イメージ得点との相関
年齢	33.5±10.1歳	.070
看護師経験年数	11.2±10.0年	.028
認知症知識得点	9.9±1.7点	-.058
	人数(%)	認知症（肯定的）イメージ得点 平均値±95%信頼区間
認知症の人との 関わり頻度	全くない	102(30) 27.7±0.8
	週に3日未満	127(37) 27.8±0.6
	週に3～5日未満	54(16) 27.9±0.8
	週に5～7日未満	28 (8) 27.1±1.8
	毎日	28 (8) 27.5±1.9
	無回答	1(0.2)
性別	男	21 (6) 28.9±2.1
	女	319(94) 27.7±0.4
共感経験タイプ	両向型	92(27) 27.2±0.8
	共有型	92(27) 27.5±0.8
	不全型	100(29) 27.8±0.8
	両貧型	56(16) 29.0±0.9

「タイプ」をそれぞれ層別に認知症（肯定的）イメージ得点の平均値±95%信頼区間を求めたところ、「認知症の人との関わり頻度」では、「全くない（27.7 ± 0.8点）」「週に3日未満（27.8 ± 0.6点）」「週に3～5日未満（27.9 ± 0.8点）」「週に5～7日未満（27.1 ± 1.8点）」「毎日（27.5 ± 1.9点）」となり、「性別」では「男（28.9 ± 2.1点）」「女（27.7 ± 0.4点）」、共感経験タイプでは、「両向型（27.2 ± 0.8点）」「共有型（27.5 ± 0.8点）」「不全型（27.8 ± 0.8点）」「両貧型（29.0 ± 0.9点）」となった。以上より、「認知症の人との関わり頻度」「性別」「共感経験タイプ」をそれぞれ層別に認知症（肯定的）

イメージ得点の平均値±95%信頼区間を求めた結果、有意な差は認められないと判断した。（表1）

3. 認知症（肯定的）イメージの記述統計と各変数との相関関係

認知症（肯定的）イメージの平均点±標準偏差は27.7 ± 3.9点であった。EESRをもとに共感経験タイプの類型化を行い、共感経験タイプ別に認知症（肯定的）イメージと各変数の相関係数を検討した。共感経験タイプ別に相関関係をみたところ、両向型では「脅威性の評価（ $r=-.238$ ）」、共有型では「意気（ $r=-.289$ ）」「コントロール可能

表 2-1. 両向型における認知症（肯定的）イメージと各変数の相関関係

N=92

	意気	観念	コミットメント	影響性の評価	脅威性の評価	コントロール可能性
認知症（肯定的） イメージ	.112	.176	-.043	-.158	-.238	.108
意気		.561	-.067	.040	.063	.143
観念			.157	.021	-.154	.279
コミットメント				.301	-.002	.020
影響性の評価					.572	.094
脅威性の評価						.080

性 ($r=.281$), 不全型では「脅威性の評価 ($r=-.200$), 両貧型では「コントロール可能性 ($r=.399$)」と 相関関係が認められた。(表 2-1, 2-2, 2-3, 2-4)

表 2-2. 共有型における認知症（肯定的）イメージと各変数の相関関係

N=92

	意気	観念	コミットメント	影響性の評価	脅威性の評価	コントロール可能性
認知症（肯定的）イメージ	-.289	.025	-.032	-.156	-.173	.281
意気		.349	.006	-.007	.097	.145
観念			-.211	-.285	-.193	.245
コミットメント				.342	-.037	.032
影響性の評価					.559	-.079
脅威性の評価						-.118

表 2-3. 不全型における認知症（肯定的）イメージと各変数の相関関係

N=100

	意気	観念	コミットメント	影響性の評価	脅威性の評価	コントロール可能性
認知症（肯定的）イメージ	-.034	-.061	-.125	-.040	-.200	.067
意気		.453	.037	-.005	.133	.101
観念			.163	.081	.148	.152
コミットメント				.502	.207	-.001
影響性の評価					.612	.039
脅威性の評価						.053

表 2-4. 両貧型における認知症（肯定的）イメージと各変数の相関関係

N=56

	意気	観念	コミットメント	影響性の評価	脅威性の評価	コントロール可能性
認知症（肯定的）イメージ	.083	.077	-.142	.090	-.019	.399
意気		.588	.021	-.047	.129	.160
観念			-.127	-.163	.038	.192
コミットメント				.486	.275	.057
影響性の評価					.615	.201
脅威性の評価						.123

4. 各尺度の構成と信頼性の検討

各尺度の構成と Cronbach の α 係数を表 3 に示す。認知症（肯定的）イメージ尺度の α 係数は、 $\alpha=.717$ であった。SRS-A 全体は $\alpha=.881$ 、各因子の「意気」は $\alpha=.754$ 、「観念」は $\alpha=.894$ であった。EESR の「共有経験」は $\alpha=.912$ 、「共有不全経験」は $\alpha=.936$ であった。CARS の「コミットメント」は $\alpha=.767$ 、「影響性の評価」は $\alpha=.839$ 、「脅威性の評価」は $\alpha=.803$ 、「コントロール可能性」は $\alpha=.770$ であった。

以上より、尺度の信頼性は支持された。（表 3）

5. 階層的重回帰分析

1) 認知症（肯定的）イメージを目的変数とした重回帰分析

重回帰分析の結果を表 4 に示す。共感経験タイプ別に認知症（肯定的）イメージに影響する要因を検討するため、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。投入した説明変数は SRS-A の構成因子である意気と観念、CARS の構成因子であるコミットメント、影響性の評価、脅威性の評価、コントロール可能性の 6 項目である。

その結果、両向型では脅威性の評価、共有型では意気とコントロール可能性、不全型では脅威性の評価、両貧型ではコントロール可

能性がそれぞれ認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼすことが認められた。

2) 1) で得られた説明変数を目的変数とした階層的重回帰分析

1) で得られた結果をもとにさらに重回帰分析を実施した。分析はステップワイズ法を用いた。投入した説明変数は SRS-A の構成因子である意気と観念、CARS の構成因子であるコミットメント、影響性の評価、脅威性の評価、コントロール可能性の 6 項目のうち、1) で得られた変数を除いた 5 項目である。

その結果、両向型では脅威性の評価を目的変数にしたところ、影響性の評価とコミットメントが脅威性の評価に影響を及ぼすことが認められた。共有型では意気とコントロール可能性をそれぞれ目的変数にしたところ、どちらも観念がそれぞれに影響を及ぼすことが認められた。不全型では脅威性の評価を目的変数にしたところ、影響性の評価が脅威性の評価に影響を及ぼすことが認められた。両貧型ではコントロール可能性を目的変数にしたところステップワイズ法では結果が出なかった。

さらに、上記で得られた説明変数を目的変数として、候補変数が出なくなるまでステップワイズ法によって残りの変数を説明変数として投入した結果、不全型のみコミットメン

表 3. 使用した各尺度の構成と信頼性 (α 係数)

尺度と評価方法		平均値±標準偏差	Cronbachの α 係数
N=340			
認知的評価測定尺度 (CARS)	コミットメント	12.5±2.5	.767
・ 16項目	影響性の評価	10.0±2.9	.839
・ 5 件法	脅威性の評価	7.8±2.8	.803
・ 下位尺度ごとの得点で評価	コントロール可能性	9.0±2.3	.770
共感経験尺度改訂版(EESR)	共有経験	43.7±6.5	.912
・ 20項目	共有不全経験	29.7±7.0	.936
・ 5 件法			
・ 下位尺度ごとの得点で評価			
スピリチュアリティ評価尺度A (SRS-A)	尺度全体	42.0±8.1	.881
・ 15項目	意気	17.5±3.8	.754
・ 5 件法	観念	24.5±5.6	.894
・ 総得点および下位尺度ごとの得点で評価			
認知症(肯定的)イメージ			
・ 11項目		27.7±3.9	.717
・ 5 件法			
・ 総得点で評価			

トが影響性の評価に影響を及ぼすとの結果が得られた。以上の重回帰分析の結果をもとに

共感経験タイプ別の認知症（肯定的）イメージ形成過程を図2～5に示す。

表 4. 共感経験タイプ別にみた探索的な階層的重回帰分析の結果

共感経験タイプ	目的変数	説明変数						
		認知症イメージ $\beta(R^2)$	コミットメント $\beta(R^2)$	影響性の評価 $\beta(R^2)$	脅威性の評価 $\beta(R^2)$	コントロール可能性 $\beta(R^2)$	意気 $\beta(R^2)$	観念 $\beta(R^2)$
両向型 (N=92)	コミットメント	—	—	—	-.192(.361)	—	—	—
	影響性の評価	-.238(.057)	—	—	.630(.361)	—	—	—
	脅威性の評価	—	—	—	—	—	—	—
	コントロール可能性	—	—	—	—	—	—	—
共有型 (N=92)	意気	—	—	—	—	—	—	—
	観念	—	—	—	—	—	—	—
	コミットメント	—	—	—	—	—	—	—
	影響性の評価	—	—	—	—	—	—	—
不全型 (N=100)	脅威性の評価	.330(.190)	—	—	—	—	—	—
	コントロール可能性	-.337(.190)	—	—	—	—	—	—
	意気	—	—	—	—	.245(.060)	—	—
	観念	—	—	—	—	—	.349(.122)	—
両貧型 (N=56)	コミットメント	—	—	.502(.252)	—	—	—	—
	影響性の評価	—	—	—	.612(.374)	—	—	—
	脅威性の評価	-.200(.040)	—	—	—	—	—	—
	コントロール可能性	—	—	—	—	—	—	—

※数値はすべて $P < 0.05$

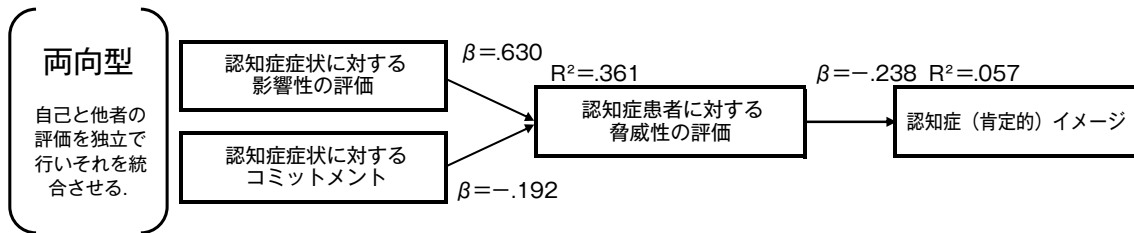


図 2. 両向型の看護師における認知症（肯定的）イメージ形成過程 (N=92)

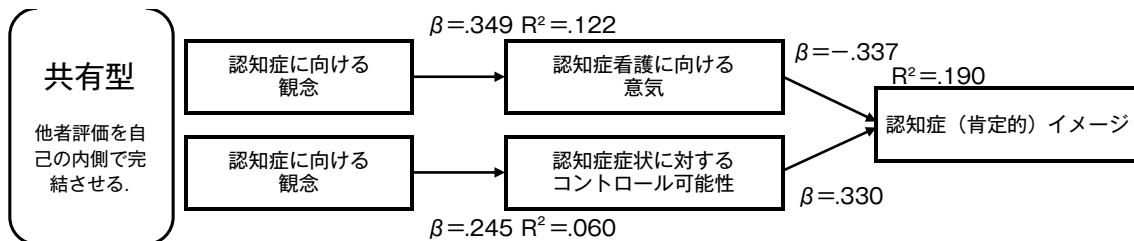


図 3. 共有型の看護師における認知症（肯定的）イメージ形成過程 (N=92)

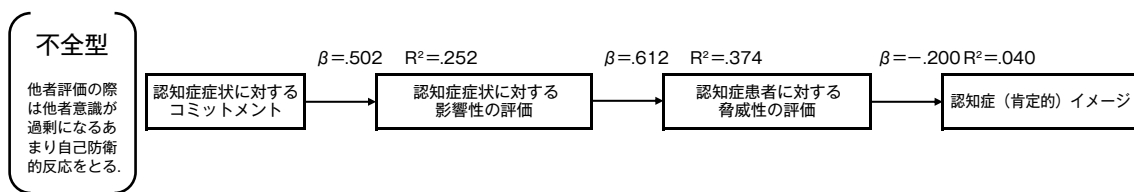


図 4. 不全型の看護師における認知症（肯定的）イメージ形成過程 (N=100)

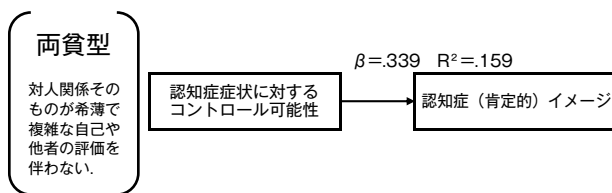


図 5. 両貧型の看護師における認知症（肯定的）イメージ形成過程 (N=56)

考 察

1. 共感経験タイプ別の認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼす要因について

1) 両向型の看護師

両向型では、影響性の評価とコミットメントがそれぞれ脅威性の評価に影響を与え、脅威性の評価が認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼすことが認められた。

両向型は、4つの共感経験タイプのうち最も共感性が高いとされ、共有経験と共有不全経験がともに高いタイプである。共感できた経験と出来なかった経験をどちらも自覚している両向型は、自己と他者の境界が明確でそれぞれ独立した存在として捉え、自己の感情体験を内省する力もあるとされている¹⁰⁾。

影響性の評価とコミットメントが、それぞれ脅威性の評価に影響を与えていたのは、両向型の自己と他者をそれぞれ独立させて捉えられるという特徴から、認知症患者と関わる際に、認知症症状の状態や過去の認知症患者への看護体験等を踏まえて、相手が自分にどのような影響を及ぼすかという相手を主軸とした評価と、自分がその相手をコミットメントできるかどうかという自己を主軸とした評価が独立してなされるためではないかと考える。看護場面における自分に対する負の影響性（不利益となりうる、実害がもたらされる等の可能性）が高く評価されれば、自分への脅威のリスクはおのずと高まることから、影響性の評価は脅威性の評価に正の関係であると言える。また、コミットメントが脅威性の評価と負の関係であるのは、一般的にコミットメントできる対象とは、自分の力量を越えていない対象であり、コミットメントしようとしても自分の手には負いきれない対象の場合は、自分への脅威が高まるリスクがあるためだと推察する。それらの評価を元に自己への脅威性が評価され、脅威性が高ければ高いほど認知症（肯定的）イメージは否定的になり、脅威性が低ければ低いほど認知症（肯定的）イメージは肯定的に変化するというよう

な負の関係性になると考えられる。

以上のように、両向型では相手（相手が自分に与える影響性）と自分（自分が相手へ向けるコミットメント）の評価がそれぞれ独立して行われ、その評価を統合し自分への脅威性が評価され、脅威性の評価は認知症（肯定的）イメージに負の影響を与えていると考えられる。

2) 共有型の看護師

共有型では、観念が意気とコントロール可能性に影響を与え、意気とコントロール可能性がそれぞれ認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼすことが認められた。

共有型は共有経験が高く、共有不全経験は低いタイプである。また共有型は、個別性の認識が低く共有体験を自己に引きつけてしまう未熟な共感で、自他を独立した存在としてみることが出来ない未分化な状態であり、本当の意味での自己理解ならびに他者理解はなされにくいという特徴をもつ¹⁰⁾。

以上のような特徴から、共有型の人には自己の思いや感じ方、価値観等といった私的なところの有り様を他者にまで無意識のうちに広げてしまい、他者のところの有り様を良くも悪くも無意識のうちに歪曲させてしまうのではないかと考える。そして、その歪曲された他者像をあたかも本当の他者の思いや感じ方、価値観等であると認識してしまうのではないかと推測する。

SRS-Aの下位尺度である観念とは¹¹⁾「自分自身やある事柄に向ける感じまたは思い」と定義されている。観念が強くなればなるほど、その対象への固定的な概念が明確で強いものになる。観念が認知症（肯定的）イメージを形成する過程の中で最初に出てくるのは、他者を自分に引きつけてしまい、自分のものさしだけで相手を捉えてしまいがちな共有型の特徴のためであると考えられる。

また、SRS-Aの下位尺度である意気は¹¹⁾「何かを求めそれに関係しようとするところのもちよう」と定義され、自と他をつなげるころと解釈できる。つまり自分から他者へ向かうころである。観念が意気に正の影響

を与えているのは、強い観念であればあるほどそれが他者へ向かうところ（意気）に影響し、他者と関わる際に、固定的な概念をもとに形成された他者への姿勢や態度が、相手に向けた行動の中に現れるためではないかと考えられる。共有型の場合は、意気が強ければ強いほど、歪曲させた他者と自分とのズレが大きくなり、自分の思いとは異なる結果が生じると予想される。よって意気と認知症（肯定的）イメージは負の影響関係になると考えられる。

また、観念の強さはある対象への感じや思いの強さであり、それは良くも悪くも自分なりの対象への理解や解釈の深さに繋がるのではないかと考える。対象の理解や解釈が深まれば、おのずとその対象への対応の仕方を見いだすことができる。そのため、観念はコントロール可能性に正の影響関係であると考えられる。

よって、共有型では観念が意気とコントロール可能性に正の影響を与え、意気は認知症（肯定的）イメージに負の影響、コントロール可能性は認知症（肯定的）イメージに正の影響を与えていると推測される。

3) 不全型の看護師

不全型ではコミットメントが影響性の評価に影響を与え、影響性の評価は脅威性の評価に影響を与え、脅威性の評価が認知症（肯定的）イメージに影響を与えていることが認められた。

不全型は共有経験が低く、共有不全経験の高いタイプである。このタイプは、自己と他者の間に越えがたい障壁があり、孤独感を持ち、対人世界への信頼感が低いと言える。一方で、自意識は低いが、共有不全経験を意識していることから考えて、潜在的には他者と関わりをもとうとしつつ、他方でそれを阻む面をあわせもつという特徴がある¹⁰⁾。

対人世界への信頼感が低いということは、自分から他者へ関わることや他者が自分へ関わろうとすることを苦手と感じているのではないかと考える。不全型の人々が認知症をイメージする際の過程で、コミットメントが最

初に出てきたのは、他者への信頼感が低い中で、その人と関わろうと思えるかどうかはその人にとっては大きなポイントであるためではないかと推測する。また、共感経験が低いにも関わらずコミットメントしようとする、関わった相手の思いや感情などを共有することがなかなか出来ず、相手との溝を深めてしまうのではないかと考える。よって、関わりをもとうと思えば思うほど他者とのズレが大きくなり、自分の思う通りにならないことが自分へのネガティブな影響性を高め、それはそのまま脅威性にも繋がるのであろう。

そのため、コミットメントは影響性の評価に対して正の影響を及ぼし、影響性の評価は脅威性の評価に対し正の影響を及ぼし、脅威性の評価は認知症（肯定的）イメージに対し負の影響を及ぼすと考えられる。

4) 両貧型の看護師

両貧型ではコントロール可能性が認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼしていることが認められた。

両貧型は共有経験と共有不全経験がともに低いタイプで、対人関係そのものが弱く共感性は4つのタイプのうち最も低いと考えられる。また、自意識の低さとあわせて、自己の形成が弱いか無気力、無関心といった傾向をもつと推測される¹⁰⁾。

自他への意識が低いということは、自分のことも相手のこともあまり考慮しないため、複雑な思考を必要としないのではないかと考える。よって、客観的に相手を観察し、それが自分でコントロールできるかどうかという単純な評価のみで、認知症（肯定的）イメージを形成すると考えられる。

2. 看護への示唆

本研究では、共感経験タイプごとに認知症（肯定的）イメージへ影響を与える要因および認知症（肯定的）イメージの形成過程を明らかにすることが出来た。松田ら¹⁶⁾が行った認知症患者を看護する看護師の感情に関する研究では、看護師は認知症患者と関わる際に、怒りや困惑、看護師と

しての自信のなさ、自己のケアに対する不安やジレンマ、ケアに対する達成感のなさ等8つの感情があるということを示している。認知症高齢者の捉え方がケアの基盤である⁴⁾との先行研究を踏まえると、このような否定的な感情は認知症看護の質を低下させると考えられる。認知症に対して看護師自身が否定的な感情を生まず、認知症イメージを肯定的に捉えるためには、まず、そのような感情を生み出す自己の内面を看護師自身が気づき、自己との対話を図らねばならない。その際、対話の入り口として、自己の共感経験の特徴を把握することが必要だと言える。その上で、看護現場におけるさまざまなストレス場面で自己の認知的評価の特徴に応じて、客観的に自己を見つめることを意識し内省することが求められるであろう。CARSの下位尺度であるコミットメント、コントロール可能性を高め、影響性の評価、脅威性の評価をそれぞれ低くするためには、認知症看護の技術や実践経験を積み、自身の認知症看護への自信をつけることが求められよう。そのような看護への自信は、認知症患者を前にした際に自己への影響性や脅威性を下げ、コミットメントやコントロール可能性を高めることに繋がると考える。また、自分自身で自己を見つめる必要性を考えると、こころの構造を理解する上では私的スピリチュアリティについての関心を高め、理解を深めることも求められる。以上のことから、認知症看護の臨床場面においては、看護師自身が自己の内面について予め認識していることで、否定的な感情に自己が支配されることを防ぎ、あらゆる場面において自己を客観視でき、認知症看護に対する看護師の否定的な捉え方が改善され、認知症看護の質向上に一助するのではないかと考える。

結 論

A地区の看護師340名を対象に、私的スピリチュアリティが認知的評価と共感経験に影響を及ぼし、それが認知症（肯定的）イメージにも影響しているとの仮説をもとに階層的重回帰分析を行った結果、共感経験タイプ別に認知症（肯定的）イメージを形成する過程が明らかとなった。両向

型では脅威性の評価に対して影響性の評価が正の影響、コミットメントが負の影響を及ぼし、脅威性の評価が認知症（肯定的）イメージに負の影響を及ぼすことが認められた。共有型では観念が意気とコントロール可能性に正の影響を及ぼし、意気は認知症（肯定的）イメージに負の影響、コントロール可能性は認知症（肯定的）イメージに正の影響を及ぼすことが認められた。不全型ではコミットメントは影響性の評価に対して正の影響を及ぼし、影響性の評価は脅威性の評価に対し正の影響を及ぼし、脅威性の評価は認知症（肯定的）イメージに対し負の影響を及ぼすことが認められた。両質型ではコントロール可能性が認知症（肯定的）イメージに正の影響を及ぼしていることが認められた。以上より、それぞれの共感経験タイプの特徴が認知症（肯定的）イメージを形成する過程に差異を生んだと考えられる。看護師のもつそれぞれの共感経験の多様さは、認知症（肯定的）イメージ形成過程に差異を生じさせることが示唆された。また、認知症（肯定的）イメージを高める根底的な要因として、「認知症症状に対する影響性の評価・コミットメント・コントロール可能性」と「認知症に向ける観念」が示唆された。

研究の限界と今後の課題

本研究では、認知症（肯定的）イメージに影響を与える要因を個人の内面に焦点を当てて研究を実施した。その結果、共感経験タイプごとに認知症（肯定的）イメージへ影響を与える要因および認知症（肯定的）イメージの形成過程を明らかにすることができた。しかし、本研究で用いた指標以外に認知症（肯定的）イメージへの影響要因の存在の可能性があることや、認知症（肯定的）イメージが看護の質に与える影響を及ぼす要因であるかどうかについては、不明である。今後の課題として、本研究で用いた認知的評価や私的スピリチュアリティ以外の認知症（肯定的）イメージに影響を及ぼす要因の検討や、共感経験タイプ別の認知症（肯定的）イメージ形成過程の特徴を踏まえ、認知症（肯定的）イメージが及ぼす看護実践への影響性についての検討が挙げられる。

謝 辞

本研究を実施するにあたり、参加協力いただきました看護師の皆様に深謝いたします。

文 献

- 1) 厚生労働省：認知症高齢者数について
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r985200002iau1.html> (2014/09/03 閲覧)
- 2) 厚生労働省：認知症への取り組み
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/> (2014/09/03 閲覧)
- 3) 日本看護協会：資格認定制度
<http://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification> (2015/05/25 閲覧)
- 4) 長畑多代, 松田千登勢, 佐瀬美恵子他：介護老人保健施設で働く看護婦の痴呆性高齢者とその言動に対するとらえ方. 大阪府立看護大学紀要, 8 (1) : 19-27, 2002
- 5) 佐野 望, 中澤 明美：一般病院に勤務する臨床看護師の認知症に対する知識とイメージの関連. 共立女子短期大学看護学科紀要(1880-8557) 4号 : 57-65, 2009
- 6) 奥村由美子, 久世淳子：高齢者のイメージに関する文献研究 — 一般高齢者と認知症高齢者に対するイメージ —. 日本福祉大学情報社会科学論集 11 : 57-64, 2008
- 7) 長畑多代, 松田千登勢, 小野幸子：介護老人保健施設で働く看護師の痴呆症状に対するとらえ方と対応. 日本老年看護学会誌 8 (1) : 39-49, 2003
- 8) 鈴木伸一, 坂野雄二：認知的評価測定尺度 (CARS) 作成の試み. ヒューマンサイエンス・リサーチ, 7 : 113-124, 1998
- 9) 比嘉勇人：Spirituality 評定尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討. 日本看護科学学会誌, 22 (3) : 29-28
- 10) 角田 豊：共感経験尺度の作成. 京都大学教育学部紀要, 37, 248-258, 1991
- 11) 比嘉勇人：神気性(スピリチュアリティ)とは. 日本看護診断学会誌, 13 (1) : 78-83, 2008
- 12) 認知症予防財団：老人性痴呆(ぼけ)に関する青少年の意識調査報告書. 2003
- 13) 古谷野亘, 児玉好信, 安東孝敏ほか：中高生の老人イメージ — SD 法による測定 —. 老年社会学, 18 (2) : 147-152, 1997
- 14) 認知症看護研究・研修東京センター：認知症ケア高度化推進事業
<http://www.dcnet.gr.jp/retrieve/> (2014/09/03 閲覧)
- 15) 小野久美子, 小島隆矢：CS 調査データに基づく項目重要度の算出法 — 統計的因果分析における重回帰分析の応用 —. 日本建築学会大会学術講演梗概集, 2008
- 16) 松田千登勢, 長畑多代, 上野昌江ほか：認知症高齢者のケアする看護師の感情. 大阪府立大学看護学部紀要 12 (1) : 85-91, 2006

Relationship between cognitive appraisal and personal spirituality and the dementia positive image in nurses' types of empathic experience

Akira MURAKAMI¹⁾, Hayato HIGA²⁾, Izumi TANAKA³⁾, Keiko YAMADA⁴⁾

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

2) Department of Psychiatric Nursing, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, University of Toyama

Abstract

This study investigated the relationships between dementia positive image (DPI), cognitive appraisal, and personal spirituality in nurses' types of empathic experience (TEE). A questionnaire survey consisting of the DPI semantic differential method, Cognitive Appraisal Rating Scale, Empathic Experience Scale Revised, and Spirituality Rating Scale A was given to 596 nurses, and a hierarchical multiple regression analysis was performed. The results showed differences in the DPI formation process in the four TEEs. They also suggested that "assessment of influences on dementia symptoms, commitment, and controllability" and "ideas for dementia" are fundamental factors in raising DPI. From the above it is thought that raising basic contributing factors leads to better quality of dementia nursing.

Key words

nurse, dementia image, empathic experience, personal spirituality

公開シンポジウム「もっと知りたい認知症～体験者の声から学ぶ」の概要と参加者の反響

竹内 登美子, 青木 頼子, 牧野 真弓, 新鞍 真理子

富山大学大学院医学薬学研究部老年看護学講座

要 旨

認知症に関する様々な体験談を映像や音声で紹介した「認知症本人と家族介護者の語り Web サイト」の公開1周年を記念して、「もっと知りたい認知症 Q&A—体験者の声から学ぶ」をテーマとした公開シンポジウムを開催した。このシンポジウムの特徴は、Web サイトにアップロードした認知症本人と家族介護者の語り（ビデオ映像）をメインに位置付け、個々の語りに関する現状の説明をシンポジストが行う、という方式をとったことである。今回、その反響を知るという目的で、終了後のアンケート結果を分析した。

参加者138名のうち69名から回答が寄せられた。回答者は医療関係者が22名と最も多く、次に認知症本人もしくは家族で21名、教育関係者が8名という順であった。シンポジウムの全体的印象は、“よかった”と“まあまあよかった”を合わせると97%であった。よかった理由として、当事者の生の声と表情が伝わったという臨場感や、事例に沿った専門家の説明等が多く挙げられていた。以上のことより、ビデオ映像による体験談の提示と、それらを補足説明する方式の効果が推察された。

キーワード

認知症, 家族介護者, 語り, シンポジウム

はじめに

2013年の厚生労働省の発表によると、加齢と共に認知症の人数が増加し、74歳までは10%であった認知症有病率が、85歳以上になると40%超に増加する。さらに軽度認知障害（MCI）を加えると、65歳以上の4人に1人が認知症あるいは認知症予備軍であると報告されている¹⁾。このような状況の中、認知症の人やその家族が抱える不安や悩み、そして介護者の心身健康度は徐々に低下しており²⁾、認知症本人とその家族に対する支援に関する研究、及び認知症ケアに関する教育・普及等は、緊急度の高い重要な課題である。

わが国のみならず、高齢者人口の増加に伴い世界的に認知症に対する関心が高まる中、2009～2012年度科学研究費補助金基盤研究（B）『認知症本人と家族支援のための「健康・病・介護体験の語り」Webサイトの構築と評価』の研究班は、NPO法人健康と病いの語りディベックス・ジャパン（Database of Individual Patient Experiences Japan: DIPEX-Japan）と協働して「認知症本人と家族介護者の語り」（<http://www.dipex-j.org/dementia/>）³⁾のWebサイトを構築した。この間、Webサイト公開前の2012年には、中間報告を兼ねて富山市で市民公開講座を開催し、Webサイトの周知、および認知症と共に暮らす本人・家族

の理解をテーマとして情報提供を行った。その概要は青柳ら⁴⁾の論文で報告した。その後、完成したWebサイトを2013年7月に公開したところ、予想以上の反響があり2014年7月迄の1年間で、約94万ページビューのアクセスが確認されている。

このような中、2013～2017年度科学研究費補助金基盤研究(C)『「認知症本人と家族支援のためのWebサイト」の充実と教育的活用の効果に関する研究』の獲得ができたこと、及びWebサイト公開1周年を記念して、「もっと知りたい認知症Q&A—体験者の声から学ぶ」というテーマで公開シンポジウムを企画・開催することにした。このことによって、さらなるWebサイトの周知、すなわち認知症と共に暮らす人々の体験の周知と、Webサイトの充実を図ることができると考えたからである。ゆえに、Webサイトにアップロードした認知症本人と家族介護者の語り(ビデオ映像)をメインに位置付け、個々の語りに関する現状の説明をシンポジストが行うという方式をとることにした。IT技術の発展と共に、映像を活用した講演会等は、増加してきているが、複数の患者・家族体験の映像を活用したシンポジウム形式は数少なく、そのような報告は皆無であった。本研究ではシンポジウムの概要と、質問紙調査の結果から得た参加者の反響を報告する。

研究方法

- 1) 事前の広報活動：富山大学のホームページおよびDIPEX-Japanのホームページに、パンフレットを掲載した。また、今回の市民公開講座は開催地を東京とし、関東地方を中心として次の施設等にパンフレットを発送した。
 - ・首都圏(1都7県)の地域包括・在宅介護支援センター協議会
 - ・首都圏(1都4県)の医療・看護・福祉系大学(看護学科・福祉学科等)
 - ・首都圏(1都4県)の老年精神医学会認定施設と日本認知症学会専門医のいる施設
 - ・首都圏(1都4県)の保健所・保健センター高齢福祉部門
 - ・認知症の患者会・家族会(1都4県)

さらに、新聞1社およびDIPEX-Japanのメーリングリストとニュースレターにパンフレットの内容を掲載した。

- 2) アンケート用紙の配布と回収方法：当日の参加受付時に、フォーラムの資料とアンケート用紙を各1部配布し、シンポジウム終了後、所定の回収ボックスに投函してもらった。
- 3) アンケート内容：年代、性別、参加者の立場(職種等)のほか、シンポジウムの全体的印象(4段階評定)、および良かった理由・よくなかった理由(自由記述)、認知症の語りWebページについてどう思うか(6項目について4段階評定)。
- 4) 倫理的配慮：アンケートは無記名とし、提出は任意とした。なお、Webサイトの構築と評価に関する本研究は、富山大学倫理審査委員会の承認を受けている(臨認21-39)。
- 5) 公開シンポジウムの日時・場所：2014年7月6日(日)13:30～16:30、東京大学弥生講堂・一条ホールで実施した。

結 果

- 1) 公開シンポジウム全体の概要：
 - ①第1部「認知症モジュール紹介(20分間)」
演 者：東京理科大学薬学部教授、DIPEX-Japan 理事 後藤恵子
概 要：2013年7月のWebサイト公開当初は、14のトピックに230の語り(ビデオ映像・音声・文字)を収録していたが、2013年12月に8つのトピックを、2014年7月3日には再び5つのトピックを追加した。現在は27トピックに約430の語りを収録している。今回は新しく収録した語り(ビデオ映像)の紹介を中心として、「認知症の語りWebサイト」の全体を紹介した。
 - ②第2部シンポジウム
「もっと知りたい認知症Q&A」(90分間)
進 行：富山大学大学院医学薬学研究部教授 竹内登美子

演者1：砂川市立病院精神科部長，認知症疾患医療センター長 内海久美子

演者2：NPO法人若年認知症サポートセンター理事，彩星の会顧問 干場功

演者3：奈良女子大学生生活環境科学系准教授，社会学者 井口高志

概要：認知症という病気と向き合って生きてきた体験者の語りの中から見出した，認知症本人や家族介護者の不安や疑問について，認知症に詳しい様々な立場の専門家（医学，社会学，家族会）からアドバイスをいただく。

まず，以下の5問を話題提供した。そして，参加者に話題に応じたWebサイト上の体験談（ビデオ映像，一部音声）を視聴してもらい，その後，シンポジストから個々の体験談に関する現状の説明とコメントを発表してもらった。

Q1：認知症の薬物療法にどこまで期待しているのでしょうか？

《体験談の要点》

- ・母は半年ほど前からアリセプトを飲むようになって，進行が止まっているように感じるし，表情も以前に戻ったような感じがしている。（介護者10さん）
- ・薬は効いているかちょっとわからないが，多分いいんだろうなと思っている。（本人03さん）
- ・レビー小体型認知症に抗認知症薬は劇的に効くが，次第に副作用が出て，飲み続けられなくなることが多い。家族会では薬の分量を微調節して穏やかな日々が送れているという話を聞く。（介護者34さん）
- ・アルツハイマー型認知症の夫は怒りモードになると対応に困る。そのときは処方されている疳（かん）の虫を治めるような漢方を飲ませると落ち着く。（介護者16さん）

《シンポジストからの説明の要点》

抗認知症薬の効果は劇的ではないが，当院のデータから早期に治療すれば，約3年は症状の発生を遅らせることができると考えている。Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) に対しては，第1選択は，生活リズムや環境を整える非薬物療法，第2選択は，

漢方薬の抑肝散や少量の向精神薬，睡眠薬を使用する。

Q2：認知症本人や家族はどんな公的支援をうけられるのでしょうか？

《体験談の要点》

- ・舅が療養中，介護をしている友人に助言をもらっていた。両親のときにそのことが役立ってスムーズにいった。介護の情報は自分から困っていると開示することが重要だ。（介護者01さん）
- ・妻は家事ができないので，週3日ヘルパーさんに介助をお願いしている。障害者向け（自立支援医療）のガイドヘルパーさんにスポーツクラブや映画に連れて行ってもらう。（介護者04さん）
- ・高齢者の多い施設だと動けない人が多く，大昔の歌を歌ったりして，夫は「居場所がない」と言っていた。今のところは若年性認知症専門のデイサービスでとても気に入っている。（介護者33さん）

《シンポジストからの説明の要点》

認知症本人や家族は，産業医制度を活用して産業医に相談したり，社会参加支援センターに相談したりすることができる。また，家族会やボランティアによるおでかけサービスなどのインフォーマルな支援を受けることができる。

Q3：介護うつ，虐待に陥らないためにはどうしたらいいのでしょうか？

《体験談の要点》

- ・自分も心では優しく接したいと思うが，つい赤ちゃんのしつけみたいにあれしてこれして，と言ったり，腹を立てたりしてしまう自分は冷たい人間なんじゃないかと思う。（介護者17さん）
- ・つい常に前向きにチャレンジするという自分の価値観を母にも押し付けてしまう。自分を変えることが自分の認知症との闘いだと思う。（介護者09さん）
- ・認知症の父は元気で当分お迎えは来ないと思いつめ，ガス栓をひねった。犬が吠えたので我に返って慌てて止め，母と共に一晩わあわあ泣いて新たな覚悟ができた。（介護者30さん）

《シンポジストからの説明の要点》

認知症本人が悪いのではなく、認知症という病気が悪いと説明すると、家族は納得されることが多い。また、愛情のある優しい嘘をついてください、役者になって下さいとお願いしている。それは、何が事実かが大切ではなく、今本人が生きている世界、心地よさを一番大切にして欲しいからである。一人で抱え込まず、信頼できる話し相手を見つけて欲しい。

Q4：認知症の進行と家族の役割とは？

《体験談の要点》

- ・漢字の書き取り、計算ドリル、パズルなどをやったが、全く効果がなく苦痛だけで終わった。できなくなっていくことは本人も自覚しているのですごくつらいだろう。（介護者04さん）
- ・嚥下ができなくなり胃ろうを造るか聞かれたが、したくないと言っていた夫の言葉を尊重し、食べることが好きな夫の気持ちを考え、子どもたちや夫の兄弟とよく話し合った。（介護者12さん）
- ・失神して救急搬送された際に胃ろうにするかどうかの選択を迫られた。主治医の助言で父の意思を確認したら、まだ頑張りたいため胃ろうをつけると言った。（介護者34さん）

《シンポジストからの説明の要点》

認知症の進行には、介護者の力と生活環境が大きく影響する。そのため、本人の一番得意としている所を延ばし、好きなことを行ってもらうことが良い。認知機能をいかに維持するかというよりも、感情を大切にしたい。

認知症の最期に胃瘻をするか否かという意思決定は、認知症の種類によっても異なる。

Q5：認知症とともに生きるとはどういうことなのでしょう？

《体験談の要点》

- ・最初の頃は「どうして自分がアルツハイマーになったのか」そればかりだった。わたしの生き方が悪かったからではない、「わたしはわたしだ」とようやくわかった。（本人05さん）
- ・認知症で困っている人がいれば、なんとかしな

くてはいけないと思う。もう無理なこともあるので、それを考えると怖くもなるが。（本人07さん）

- ・元気な頃は「おい」「飯」というだけだったが今は必ず笑顔で「ありがとう」という。今は「ごめんなさい」を言う練習もして、妻とぶつかったり自分も叱られて終わるようにしている。（本人04さん）

《シンポジストからの説明の要点》

家族が一番近くにおり、本人との摩擦や葛藤が大きくなりやすいため、家族以外との関係性を作っていく必要がある。

認知症であっても、誰かの役に立ちたいという思いはあるため、ありがとうという感謝の気持ちを伝えたり、笑顔で対応したりすることが大切である。

③第3部「シンポジストへのフロアからの質問」
(45分間)

あらかじめ配布した質問用紙に参加者の意見や質問を記載してもらい、休憩時間に回収した。会場から寄せられた質問は全部で16問であり、そのうちの7問に対して、指名されたシンポジストがその場で回答した。

2) アンケート結果

参加者は138名であり、アンケートに回答を寄せた方は、女性45名、男性20名、性別に無回答4名の69名（回収率51.0%）であった。そのうち最も多かった年代は50代の36%であり、30代と30歳未満という若い参加者は合わせて21%という結果であった（図1）。

参加者の立場別では、医療関係者が22名と最も多く、その内訳は、看護師11名、薬剤師3名、保健師2名、医師1名、精神科ソーシャルワーカー1名、無記入4名であった。次に多かったのは認知症本人もしくは家族で21名、教育関係者が8名という順であった。介護事業関係者と介護職は、併せて5名であった（図2）。

シンポジウムの全体的印象では、“よかった62%”と“まあまあよかった35%”を合わせると97%が良い印象を示していた。“あまりよ

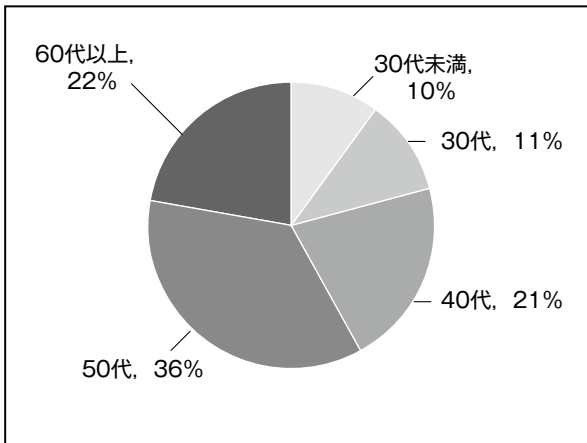


図 1. 参加者の年代

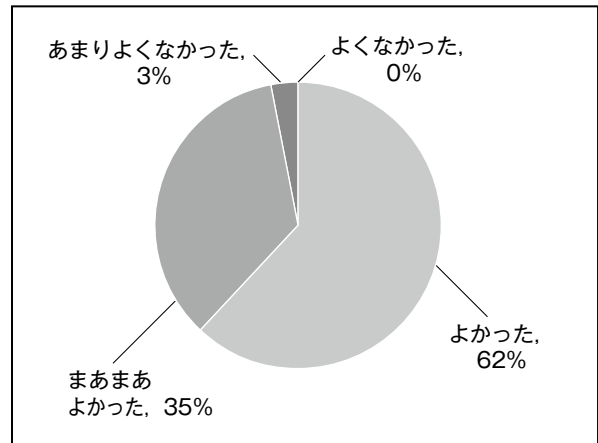


図 3. シンポジウムの全体的印象

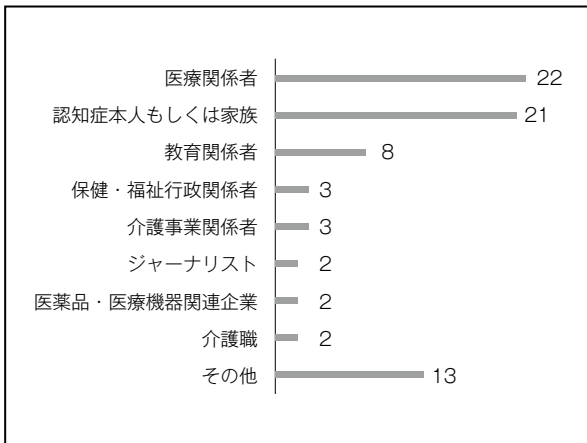


図 2. 参加者の立場 (数字は人数)

くなかったは3%”で“よくなかったは0%”であった(図3)。回答の裏付けとなる理由に対する主な内容(自由記述)は、次の通りである。

【よかった理由】

- ・当事者の生の言葉を映像で伝える臨場感は、物事を理解するのにとても重要。
- ・今まで認知症について様々な学びをしてきたが、本人やその家族の話はもっと具体的で、学びとなった。
- ・「認知症本人と家族介護者の語り」というウェブページを教えてもらい、認知症に関する情報および家族介護者の気持ちや思い等を、更に理解・勉強する新しいルートが分かった。
- ・事例に沿って専門家の説明を聞くことができ、わかりやすかった。
- ・「希望を処方する」という医師の話聞いて、少し気持ちが楽になった。先の不安を抱いて

いても何も良いことはない！必要以上の心配はしないよう心がけたい。

- ・それぞれの質問に沿った語りを聴き、自分なりに考えながらシンポジストの方々の意見を聞くことができた。各々の職種からの意見がとて参考になり、考え方の幅が広がった。
- ・本人・介護者から学ぶことができたので、認知症の質問をリアルに具体的な知識として得ることができた。これからの仕事に生かしていけると思った。運営しているグループのメンバーに本日の内容を伝えていきたい。

【まあまあよかった理由】

- ・医学的な話がかみ砕いた方が理解しやすいと思った。
- ・インタビュー映像を紹介する際、もう少し具体的に誰を、どんな介護をしている人か、など説明がほしい。
- ・若年性認知症にのみスポットがあてられていた事が、少し残念。
- ・シンポジストに、施設や病院で実際に専門家として介護や看護をしている人もいると思った。
- ・シンポジウムの展開方法が講演形式ではなくてよかった。
- ・認知症の人達の支えは最終的には「人」と「人」が支えるという基本的なことをあらためて教えていただいた気がした。

【あまりよくなかった理由】

- ・声が聞こえにくかった (Webサイトの紹介時

表 1. 認知症の語りウェブページに関する意見

認知症の語りウェブページについてどう思うか	そう思う	思わない	どちらともいえない
認知症の人の気持ちの理解に役立つ	63 人 (94.0%)	0 人	4 人 (6.0%)
介護者の気持ちの理解に役立つ	67 人 (98.5%)	0 人	1 人 (1.5%)
認知症の人の支えや励ましになる	58 人 (92.0%)	0 人	8 人 (8.0%)
介護者の支えや励ましになる	62 人 (92.5%)	1 人 (1.5%)	4 人 (6.0%)
認知症本人や介護者に情報源として紹介したい	61 人 (89.7%)	1 人 (1.5%)	6 人 (8.8%)
学生の教育や専門職の研修に活用したい	45 人 (77.6%)	1 人 (1.7%)	12 人 (20.7%)

に音声がないというハプニング、マイクの距離)。

- ・資料に映像の言葉を記載するより、登壇者のコメントを書き入れる余白が欲しかった。

次に、認知症の語り Web ページについてどう思うかの問いに対する結果を、表 1 に示した。「認知症の人の気持ちの理解に役立つ」の“そう思う”が 63 名 (91.3%)、「介護者の気持ちの理解に役立つ」の“そう思う”が 67 名 (97.1%)、「認知症の人の支えや励ましになる」の“そう思う”が 58 名 (84.1%)、「介護者の支えや励ましになる」の“そう思う”が 62 名 (89.9%) という結果であった。

「認知症本人や介護者に紹介したい」の“そう思う”は 61 名 (88.4%) であり、“どちらともいえない”は 6 名 (8.7%) であった。また、「学生の教育や専門職の研修に活用したい」の“そう思う”は 45 名 (65.2%) であり、“どちらともいえない”は 12 名 (17.4%) であった。また、この問いの自由記述欄には、次のようなコメントが記述されていた。

- ・職場内での介護への理解（介護休業取得の推進）のため、当事者の声は役立ちそうである。お互い様の気持ちを持ってほしいので、要介護者を支えながら仕事を両立している職員を支援したい。
- ・運営している介護施設の職員の研修、利用者家族への情報提供として紹介していきたい。ま

た、企業の従業員への啓発としても紹介してみたいと思う。

- ・一人で抱えこんでしまいがちな介護者が、他の人の視点を手軽にネットで見るので良いと思った。
- ・地域のボランティア活動の導入に使いたい。
- ・相談活動の時「一人じゃない」ということを知っていただくのに、よいと思う。
- ・教育的に活用したい。
- ・具体的なので役に立つと思う。
- ・映像と同じに今日のような解説があればさらに理解が深まる。

考 察

1) 参加者の概要

参加者の年齢をみると、30 歳未満と 30 歳代の参加者が各 1 割と極端に少ない。青柳ら⁴⁾の報告によると、「他人事ではないと思い、興味を持った」という参加理由が 4 割を占めており、30 歳代という親も未だ老年期に至っていない年代においては、認知症に対する関心が低いことが推察された。しかし、若年性認知症の親を持つ 20 代・30 代の介護者も少なからず居るはずである。また、高齢者を支える若い年代にこそ、認知症の理解を深めてもらいたい。若年層の参加に関しては、今後の課題として検討していきたい。

医療関係者の参加が22名であり、認知症本人・家族の参加が21名と、ほぼ同数であったのに対し、介護関係者の参加が5名と少なかったことは予想外であった。本シンポジウムと同日に、都内で「認知症介護フォーラム」が開催されたとの情報を得ており、介護関係者が分散した可能性がある。認知症になっても介護家族になっても、住み慣れた地域で安心して暮らしていくためには、医療・福祉を始めとする様々な職種の力を合わせていくことが必要である。今後、介護関係者の参加を増やすためには、登壇者に福祉関係者を加える等の工夫が求められる。

2) 映像を活用したシンポジウムの印象

シンポジウムの全体的印象を、4段階で評価してもらった結果、97%の参加者が「よかった」あるいは「まあよかった」と回答していた。その理由として、“当事者の生の声が映像で伝わる臨場感”や“本人・家族の具体的な体験からの学び”が挙げられており、書物のような文字情報だけではなく、表情や声のトーン等による情報の持つ力の大きさが伺えた。Webサイトで語っている人々の多くは、辛く厳しい体験を乗り越えて今を生きる人々であり、そのような自らの体験談が人々の共感を生むのではないかと考えられた。このようにWeb上で本人が顔を出して語りかけるという情報提供の形は、一般の人々や専門家から高い評価を得ていることがNew York TimesのWebサイト⁵⁾でも報告されており、インターネットと共に益々増えていくことが予想される。しかし、薬物療法一つを例にとっても人々の経験は様々であり、たまたま提示した一人の体験談から、この薬が効く・効かないという判断はできないであろう。本シンポジウムでは時間制限があって全ての紹介は不可能であったが、Webサイトの各トピックのページでは、日本全国から募った42名のインタビューから精選した3～5分の語りを複数紹介している。今回、認知症の語りWebページを「認知症本人や介護者に紹介したい」という回答が88.4%、及び「学生の教育や専門職の研修に活用したい」が65.2%であったことから、

参加者が自宅や職場で約430個の体験談を有効活用されることに、期待を寄せるものである。

また、“シンポジウムの展開方法が講演形式ではなくてよかった”という類似の感想が複数寄せられた。今回はWebサイト上の語りを活用して状況を説明するという形式の他に、事前に質問用紙を配布し、第3部の開始前に回収して、その場で回答するという形式も取り入れた。時間の都合で16問寄せられた質問のうち、その場で回答できたものは7問であったが、このような方法によって、登壇者とフロアとの交流が活発になり、良い評価に結び付いたのではないかと考える。

あまりよくなかった理由に記載されていた、“マイクの調整”や“資料にコメントを書き入れる余白をつける”，という事柄については、今後活かしていく必要がある。また、“若年性認知症にのみスポットがあてられていた事が、少し残念”との声が寄せられた。家族介護者の体験談には認知症高齢者を介護する人々を含めていたが、認知症本人の語りは、全て若年性認知症の方であった為だと受け止めている。本Webサイトには認知症本人の語りが収録されているが、現在のところ若年性認知症者7名のみであり、認知症高齢者本人の語りは含まれていない。今後は、認知症高齢者へのインタビューを計画し、Webサイトの充実に努めていくことが課題である。

最後に、認知症の語りWebページの紹介は一部分のみであったが、「認知症の人及び介護者の気持ちの理解に役立つと思う」との回答が9割を超え、「認知症の人及び介護者の支えや励ましになると思う」との回答も8割を超えていた。認知症の語りウェブページを構築し公開した目的は、認知症に関する最新情報を提供することより、認知症という病と向き合いながら生きてきた体験者の語りの中から、認知症本人と家族がよりよく生きるための知恵や工夫、心のよりどころを提供することにある。ゆえに、上記の結果が得られたことは大きな成果であり、個人の“内面的体験の表出である語りの持つ力”の大きさが推察された。

謝 辞

アンケートに参加して下さった皆様とフォーラム演者の皆様に感謝申し上げます。

「もっと知りたい認知症～体験者の声から学ぶ」公開フォーラムは、平成 25-28 年度科学研究費補助金基盤 (C) : JSPS KAKENHI Grant Number 26453542 (研究代表者: 竹内登美子) を受けて実施した。

申告すべき利益相反状態はない。

文 献

- 1) 朝田隆：都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応，厚生労働科学研究費補助金（認知症対策総合研究事業）総合研究報告書，2013.
- 2) 山本愛子，竹内登美子，新鞍真理子：東海北陸地方におけるアルツハイマー型認知症高齢者を介護する家族の心身健康度に関する研究，日本看護福祉学会誌，20 (2)，113-125，2015.
- 3) 竹内登美子：認知症本人と家族支援のための「健康・病・介護体験の語り」Web サイトの構築と評価，科学研究費助成事業（科学研究費補助金）研究成果報告書，2013.
- 4) 青柳寿弥，青木頼子，新鞍真理子ほか：市民公開講座「認知症本人と家族介護者の語り」の概要と質問紙調査からの知見，富山大学看護学会誌 12 (2)，93-99，2012.
- 5) Ruth Lewy : 50 top websites you can't live without , The Times , 2013. (<http://www.thetimes.co.uk/tto/technology/internet/article3668490.ece> 2013. 1)

Summary and Their reactions for Participants of the Public Symposium, “Knowing More About Dementia: Learning From the Experiences of Others”

Tomiko TAKEUCHI, Yoriko AOKI, Mayumi MAKINO, Mariko NIIKURA

Department of Gerontological Nursing Graduate School of Medicine
Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

Abstract: To mark the first anniversary of the launch of the website, “Stories From People With Dementia and Their Family Caregivers”, a public symposium was held with the theme, “Knowing More About Dementia: Learning From the Experiences of Others”. One feature of the symposium was the use of stories told on video from the website. At the end of symposium, the participants were asked to complete a questionnaire so that we could assess their reactions.

We received a total of 69 responses from 138 participants. The largest group of respondents comprised medical workers (n=22), followed by people with dementia or their families (n=21), and then education workers (n=8). In terms of overall impressions of the symposium, 97% of the responses were either “good” or “reasonably good.” Reasons given for the “good” evaluation included the sense of realism felt by viewing the videos and hearing the people’s own voices, as well as explanations of real cases by specialists. These results suggested that presenting accounts of experiences not only through textual information, but also through the actual expressions and tone of voice of those affected allows others to better understand the experiences of people with dementia and their caregivers.

Key words

Dementia, family caregiver, narratives, symposium

第15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講座）
開催日 2014年11月22日（土）
会場 パレブラン高志会館 カルチャーホール

学術集会日程

開会挨拶（集会長 成瀬優知）.....	13：00～13：05
総会	13：05～13：25
休憩	13：25～13：40
パネルディスカッション①	13：40～15：15
休憩	15：15～15：30
パネルディスカッション②	15：30～17：00
閉会挨拶（学会長 西谷美幸）.....	17：00～17：15

〈参加者へのお願い〉

1. 参加手続

受付は会場入口で12時30分から開始します。参加費（一般参加費・抄録代含む2000円、学生参加費無料）をご納入下さい。領収書が必要な方はその旨お申し付け下さい。

当日受付で入会手続きをしておりますので非学会員の方はこの機会にご入会下さい。年会費は3,000円です。

2. 総会

13時05分から学術集会会場で開催します。学会員・評議員の方はご参集下さい。

学術集会プログラム

◆開 場 (12:30)

◆開会挨拶 (13:00 ~ 13:05)

第15回学術集会会長

成瀬 優知

◆総 会 (13:05 ~ 13:25)

◆休 憩 (13:25 ~ 13:40)

◆パネルディスカッション① (13:40 ~ 15:15)

進行：須永 恭子

地域包括ケアシステムについて

コメンテーター	大江 浩 (砺波厚生センター所長)
パネリスト	金岡 亨子 (小矢部市健康福祉課課長補佐)
	炭谷 靖子 (富山福祉短期大学看護学科長)
	田中 幹夫 (南砺市長)
	中川 彦人 (富山県在宅医会会長・中川医院院長)

◆休 憩 (15:15 ~ 15:30)

◆パネルディスカッション② (15:30 ~ 17:00)

進行：中林 美奈子

健康を核としたまちづくり

コメンテーター	神田 昌幸 (富山市副市長)
パネリスト	古越 邦男 (舟橋村副村長)
	前田かつら (立山町保健センター所長)
	樋口 恭兵 (入善町農水商工課観光振興係)、ジャンボ〜ル三世

◆閉会挨拶 (17:00 ~ 17:15)

富山大学看護学会会長

西谷 美幸

第15回富山大学看護学会学術集会 パネルディスカッション報告

I 「地域包括ケアシステムについて」まとめ

地域看護学講座 須永 恭子

コメンテーター：大江 浩（砺波厚生センター所長）
パネリスト：金岡 亨子（小矢部市健康福祉課課長補佐）
炭谷 靖子（富山福祉短期大学看護学科長）
田中 幹夫（南砺市長）
中川 彦人（富山県在宅医会会長・中川医院院長）

本セッションでは「地域包括ケアシステム」をテーマとして、団塊世代が後期高齢者となる2025年に向けて、今後どのような課題に対応する必要があるのか、様々な現場で活躍する医療職、看護職等と話し合った。

前半は各パネリストから地域包括ケアシステムを機能させていくための現在の取り組みについて報告を行った。後半は、住民とともに進める地域包括ケアの在り方、多職種間の連携の在り方を中心に意見交換を行い、総括としてコメンテーターからシステムとしての介護医療連携について今後の課題が述べられた。
〈コメンテーター総括〉

大江氏からは、地域包括ケアシステムの定義、急性期・回復期を含めた医療・介護連携の検討が開始されている現状の説明があり、システムとしての医療介護連携が喫緊の課題であるとの意見が述べられた。

システムとしての医療介護連携については、①複数医師・グループ化（主治医・副主治医）、②多職種によるチーム（医師、ケアマネジャー、訪問看護、訪問介護、訪問リハビリ、調剤薬局、訪問歯科医、歯科衛生士、管理栄養士等）③退院前からの連携（退院支援）④緊急時にバックアップする病院 ⑤対応方針とタイムリーな情報の共有（連携ノート、ICT連携等）⑥地域住民への普及啓発の6つが必要であるとした。市町村と厚生センター（保健所）の連携・協働による地域包括ケアシステムの推進については、健康なまちづくりの推進として、保健、医療、福祉に関するサービスが包括的に提供されるよう市町村や関係機関等と重層的な連携体制を構築することが必要であるとした。

市町村・関係機関との連携体制について、砺波厚生センターでは、①医療計画を通じた在宅医療の推進、②管内各市における取り組みに対する支援・協力、③リハビリテーション支援センターと連携した地域リハビリテーション（急性期～生活期）、④認知症疾患医療センターと連携した認知症対策、⑤がん診療連携拠点病院と連携したがん緩和ケアの推進、⑥難病患者支援ネットワーク、⑦病院ネットワーク・ケアマネネットワークによる退院調整支援に取り組んでいると述べた。その具体例として、砺波市在宅医療・ケアリーダー研修会、小矢部市多職種合同事例検討会、砺波市福祉健康大会シンポジウム、砺波圏域地域リハビリテーション連絡協議会、砺波医療圏病院・ケアマネ協議会、砺波地域認知症ケア研修会、砺波地域在宅がん緩和ケア研修会、砺波地域難病患者支援者研修会・シンポジウム、砺波医療圏病院・ケアマネ協議会の活動が紹介された。

これらの実践を踏まえて、地域包括ケアシステムは、多職種の「顔の見えるヒューマンネットワーク」であり、地域における保健、医療、介護・福祉の関係機関・団体の重層的連携・協働が必要不可欠であると述べた。さらに、最後まで「人間らしさ」を追求する「まちづくり」でもあり、5つの視点（住まい・医療・介護・予防・生活支援）と4つの支援（自助、互助、共助、公助）が基盤となっているとも述べた。

最後のまとめとして、この地域包括ケアシステムは、地域の実情に応じて主体的・能動的に創意工夫しながら、チーム力で取り組んでいかなければならないであろうと提言し、締めくくった。

II 「健康を核としたまちづくり」まとめ

地域看護学講座 中林 美奈子

コメンテーター：神田 昌幸（富山市副市長）

パネリスト：古越 邦男（舟橋村副村長）

前田かつら（立山町保健センター所長）

樋口 恭兵（入善町農水商工課観光振興係）、ジャンボ〜ル三世

我が国では2010年を境に人口減少時代に突入しており、未だ世界のどの国も経験したことのない超高齢社会が到来しようとしている。我が国の高齢社会の特徴は「高齢人口の高齢化」である。2015年度版高齢社会白書に記載された高齢化の推移と将来推計において注目すべき点は、2040年の段階で、前期高齢者の占める割合は2014年とほとんど変わらないが、後期高齢者の占める割合は1.5倍以上に増加すると予測されていることである。このような変化にどのように対応していくかという問題が超高齢社会の非常に重要な課題と言える。

現在、前期高齢者をいかに社会の支え手として活用するかという議論が活発にされている。それはもちろん重要なことであるが、後期高齢者も安心して生きられる社会、すなわち、「エイジング・イン・プレイス（住み慣れた地域で自分らしく生きる）」を整備していく必要がある。エイジング・イン・プレイスに実現において、我々が取り組まなければならない課題は以下の2点であろう。1つは、助けが必要な高齢者に対する「地域包括ケアシステム」の構築、もう1つは、助けが必要な高齢者であろうがなかろうが、多くの高齢者が地域において自立的に活動的に暮らすためのコミュニティの構築である。我々は、後者のコミュニティの構築を「健康を核としたまちづくり」と表現する。本パネルディスカッション②では、コメンテーターに富山市副市長の神田昌幸先生、パネリストに富山県内の基礎自治体代表として古越邦男先生（舟橋村副村長）、前田かつら先生（立山町保健センター所長）、樋口恭兵先生（入善町農水商工課観光振興係）をお迎えし、「健康を核としたまちづくり」にどのように取り組んでいけばいいのかについて考える機会とした。

以下に、コメンテーターである神田先生のご発言の中から、公衆衛生看護を専門とする筆者の心に響いたキーワードを提示し、説明を加えたい。

1. Health in All Policies（ヘルス・イン・オール・ポリシーズ：すべての政策で健康を）

近年では、自治体が保健分野、福祉分野など個別の政策分野で健康のための取り組みを行うだけでなく、全ての政策分野において健康を考慮した政策を形成し推進すべきであるという考え方、つまり **Health in All Policies** が広まっている。国土交通省ご出身の神田先生が、「人の健康は生活環境と密接に関連している。住宅、土地利用、都市の有り様によって人々の健康は左右される。健康・医療・福祉と『都市政策』の本格的な連携が求められている。」とご発言された意味は大きい。私たちは『都市政策』との連携をどれだけ意識していただろうか、反省せざるを得なかった。公衆衛生看護の本質である疾病予防・健康増進対策を効果的に実施するためには、ターゲットとする健康問題に関わる決定要因（リスクファクターやライフスタイル等）を明らかにして、それらの要因にアプローチする必要がある。これまで健康・医療・福祉分野においては、健康の決定要因を個人の社会的要因や心理的要因の面から捉え、介入することが多かった。もちろん、一定以上の成果は上げてきたが、効果の持続性、モチベーションに欠ける対象者のへのア

アプローチ方法など課題も多く残されており、個人（ヒト）を対象とした介入のみでは、市民（住民）全体の健康レベルをどこまで変えることができるのか、未知数に感じる部分もあった。また、ヘルスプロモーション活動展開のためのモデルであるプリシード・プロシードモデルにも「環境」は健康の決定要因として明記されており、疾病予防・健康増進対策において、「環境」は無視できない影響力を有すると考えられた。環境が一人ひとりのライフスタイルやリスクファクターに及ぼす影響はさほど大きくないかもしれないが、環境はそのコミュニティに生活する全ての人々（助けが必要な高齢者であろうがなかろうが、モチベーションが高かろうが低かろうが）に影響を与え、その効果は持続する。健康を核としたまちづくりとは、環境介入といっても過言ではない。健康・医療・福祉分野の関係者は環境介入に関心を持ち、**Health in All Policies** の考え方のもと、都市政策や環境政策をはじめとする他分野との連携を深める努力をしなければならぬと感じた。

2. “ゆるくて” 楽しいポピュレーションアプローチ

疾病予防・健康増進対策の方法として、ハイリスクアプローチ、ポピュレーションアプローチという考え方がある。健康・医療・福祉分野において積極的に行われてきた戦略は、ハイリスクアプローチであった。ポピュレーションアプローチは必要性、重要性認識が高い割に何から手をつけていけばいいのかわからない面があり、それぞれの分野で試行錯誤しながら実践されているのが現状である。本ディスカッションでは、日本一小さな自治体である舟橋村から富山市在住のシンガーソングライター高原兄さんが作詞作曲された「ちっちゃな舟橋村」という村歌が紹介された。「ちっちゃな」という言葉が64回も登場するキャッチャーな曲である。立山町からはマスコットキャラクターの「らいじい」や365歩のマーチに合わせた「365歩のまち体操」の紹介と実演があった。入善町からはジャンボール三世様が直々にお出ましになり会場を沸かせた。いずれの自治体においても、それらの歌や体操やキャラクターを取り巻いて老若男女、市民誰もが楽しく活動している姿が目に見え紹介であった。そして、それらが健康を核としたまちづくりの有効な方策の1つになっていることが実感できた。コメンテーターの神田先生は当初、「楽しいポピュレーションアプローチが健康を核としたまちづくりのための有効な方法である」というスライドを準備しておられたが、各自治体の報告を聞きながら、急遽、スライドに「ゆるくて」という4文字を追加された。健康を核としたまちづくりにはポピュレーションアプローチの発想が不可欠であり、その極意は“ゆるさ”であることが理解できた。

3. 複雑化・深刻化する超高齢社会への課題解決に対する基礎自治体の本気度

神田先生は、助けが必要な高齢者もそうでない高齢者も、若い人も若くない人も、男性も女性も誰もが住み慣れたコミュニティに愛着と誇りを持って暮らせる健康で魅力的なライフスタイルを可能にするまちづくりに、基礎自治体が本気で取り組むことが求められていることを示された。**Health in All Policies**、“ゆるくて” 楽しいポピュレーションアプローチを合言葉に、富山県内各自治体のアイデアと工夫をベースに「富山発の健康を核としたまちづくり」を発信していくことの大事さを学んだ。

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 富山大学医学部看護学科内におく。

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、学生会員、名誉会員、功労会員、および賛助会員よりなる。

第6条 本会の会員は次のとおりとする。

- 1) 一般会員、学生会員は本会の趣旨に賛同し、細則に定める年会費を納める者
- 2) 名誉会員は本会の発展に寄与した年齢 65 歳以上で、原則としてつぎのいずれかに該当する会員の中から、現職の学会長が推薦し、評議員会および総会で承認された者
 - (1) 本会の学会長、または学術集会長を経験した者
 - (2) 国際的な貢献を行い、これに対する表彰・栄誉を与えられた者
- 3) 功労会員は年齢 65 歳以上で、原則として次のいずれかに該当するものの中から、評議員会が推薦し、総会で承認された者
 - (1) 富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を准教授（または助教授）以上で退官し、退官後に細則に定める看護学研究等に多大な貢献をした者
 - (2) 富山大学杉谷キャンパス（または富山医科薬科大学）の教職員を経験し、65 歳に達するまで本会の一般会員を継続した者
- 4) 賛助会員は細則に定める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、総会で承認された者

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。毎年度、会費納入時に会員の継続または退会の意志を確認する。原則として、3年間に亘って意志表明がなく会費未納であった場合、自動的に会員としての資格を喪失する。

第9条 会員は次の事由によってその資格を喪失する。

- 1) 本人により退会の申し出があったとき、これを認める。
- 2) 死亡したとき
- 3) 会費を滞納し、第8条に相当したとき
- 4) 本会の名誉を傷つけ、本会の目的に反する行為のあったとき

第4章 役員

- 第10条 本会は次の役員をおく。
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等をもって充てる。

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。
- 付則 本会則は、平成24年12月15日、一部改正施行する。
- 付則 本会則は、平成26年11月22日、一部改正施行する。

細 則

- 6-1 一般会員（大学院生含む）の年会費は3,000円とする。学生会員の年会費は1,000円とする。名誉会員および功労会員の会費は免除する。賛助会員の会費は30,000円以上とし、2年間の会員資格を有効とする。
- 6-2 学生会員は卒業と同時に、一般会員へ自動的に移行できるものとする。
- 6-3 功労会員3)-(1)の条件における、看護学研究等における多大な貢献とは、退官後に富山大学看護学科の協力研究員として、5年以上の実務的な実績がある者とする。
- 6-4 功労会員3)-(2)の条件における、本会の一般会員を継続した者とは会費を完納した場合とする。
- 8-1 前年度の滞納者には入金確認がされるまで学会誌は送付しない。
- 17-1 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。
- 18-1 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（総説・原著・短報・症例報告・特別寄稿）および記事（海外活動報告・国際学会報告）を対象とする。
2. 論文著者の資格：全ての著者は投稿時に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. 学会誌の発刊は9月および3月の年2回行う。そのため投稿原稿の締切りは6月および12月末日とする。
4. 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3部（図表を含む）
 - ・著者全員が学会員であることを確認した書類（書式は自由であるが筆頭者の署名が必要）
 - ・査読料としての3,000円の郵便定額小為替または現金
 - ②査読後再投稿の際
 - ・修正原稿2部（2部ともに変更箇所にアンダーラインをつけて示す）
 - ・査読者に対する回答
 - ・校閲された初原稿
 - ③掲載確定後の際（郵送の場合）
 - ・最終原稿1部
 - ・原稿をファイルしたCD-ROMまたはそれに準ずるもの
（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1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。
5. 倫理的配慮に関して：本誌に投稿される論文（原著・短報・症例報告）における臨床研究は、ヘルシンキ宣言を遵守したものであることとする。患者の名前、イニシャル、病院での患者番号など患者の同定を可能にするような情報を記載してはならない。投稿に際して所属する施設から同意を得ているものとみなす。ヒトを対象とした研究を扱う論文では、原則として「研究対象と方法」のセクションに所属する施設の倫理審査委員会から許可を受けたこと（施設名と承認番号を記載のこと）、および各患者からインフォームド・コンセントを得たことを記載する。ただし倫理審査委員会申請の対象とならない研究論文を除く。
6. 掲載料の負担：依頼原稿以外、原則として著者負担（但し、2万円を上限）とする。なお別刷請求著者には別途請求（50部につき5千円）する。

7. 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推敲を重ねたものとする。
- ・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。
- ・原則として，横書き12ポイント22文字×42行を1頁とし，すべての原稿は20頁以内とする。
- ・原著および短報には英文文末要旨を必要とする。
- ・英文文末要旨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英文校正証明書及びそれに代わるものを添付すること。
- ・原則として，12ポイント，ダブルスペースで作成し，すべての原稿は20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。
- ・原著および短報には和文文末要旨を必要とする。

- 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。頁番号は文頭要旨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枚目）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・住所・電話番号・FAX番号，メールアドレス，⑦別刷部数（50部単位）。

表紙（第2枚目）の構成：①②⑤のみを記載したもの。

- ・著者が複数の所属機関にまたがる場合のみ，肩文字番号（サイズは9ポイント程度）で区別する。
- ・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3枚目）：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。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4枚目以降）

- ・原著：はじめに（Introduction），研究対象と方法（Materials and methods），結果（Results），考察（Discussion），結語（Conclusion），謝辞（Acknowledgments），文献（References）の項目順に記す。各項目には番号は付けず，項目間に1行のスペースを挿入する。
- ・短報：原著に準拠する。
- ・総説：はじめに・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。

- (4) 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。同一文献は一回のみ記載することとし，「前掲～」とは記載しない。

- ・文末文献一覧の記載法：論文に引用した順に番号を付し，以下の様式に従い記載する。

○著者名は筆頭以下3名以内とし，3名をこえる場合は「ほか」または「,et al」を記載する。

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。

例：

- 1) 近田敬子, 木戸上八重子, 飯塚愛子ほか：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, et al : 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.

○印刷中の論文の場合：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）。

- (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（特別寄稿および総説には不要である）。なお文末要旨は2部作成し、1部は著者名、所属機関名を除く。

- (6) 表および図（とその説明文）：用紙1枚に1表（または図）程度にとどめる。

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。

・表：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*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：下段に図番号（図1.またはFig. 1.）に次いで図標題、説明本文を記載する。

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する。

- (7) その他の記載法

・学名：イタリック体で記す。

・略語の使用：要旨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 (°C), 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.

- (8) 記事 (海外活動報告・国際学会報告) は1,200字程度とし, 写真 1 ~ 2 枚をつける. 投稿料・掲載料は不要であり, 掲載の可否は編集委員会が決定する.

「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 八塚美樹 (成人看護学講座) 宛

メールアドレス: ymiki@med.u-toyama.ac.jp

* 封筒に論文在中と朱書し, 郵便書留にて発送のこと

編集後記

投稿者の方々や査読委員の方々のご協力により、第 15 巻 1 号の発行にいたることができました。編集委員一同、心より感謝申し上げます。

本巻には、原著論文 3 編、研究報告 1 編の計 4 編と昨年度の学術集会記録が掲載されました。3 編の論文、研究報告と多くの知見が発信できたことを大変嬉しく思っています。

富山大学看護学会誌は、第 15 巻より 9 月と 3 月刊行予定となります。博士前期課程や学術集会で発表した内容を推敲し、是非論文として投稿していただきたく思っています。看護を取り巻く現状は、劇的な変化を迎えています。会員の皆様には、日頃に研究、実践活動につきましてご投稿いただき、成果を発信していきたいと思っています。どうぞ、引き続き、本誌の発展へのご協力をお願いします。

編集委員長 八塚 美樹

平成 27 年度
富山大学看護学会役員一覧

会長 西谷 美幸

庶務 林 佳奈子, 鳴尾 明子

編集 八塚 美樹, 安田 智美, 田中 いずみ

会計 牧野 真弓, 高木 園美

監事 梅村 俊彰, 吉井 美穂

富山大学看護学会誌 第15巻 1号

発行日 2015 (H27) 年 9 月

編集発行 富山大学看護学会

編集委員会

八塚 美樹 (編集委員長)

安田 智美, 田中 いずみ

〒930-0194 富山市杉谷2630

TEL (076) 434-7425

FAX (076) 434-7425

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

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（学生会員は1,000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 基礎看護学講座
西谷 美幸 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	

THE JOURNAL OF THE NURSING SOCIETY OF
UNIVERSITY OF TOYAMA

VOL. 15, NO. 1 SEPTEMBER 2015

CONTENTS

〈Original Article〉

- The growth process of new graduate nurses in nursing practice
Izumi TANAKA, Hayato HIGA, Keiko YAMADA 1
- Relationship between therapeutic communication skills, personal spirituality, and empathy
Yukari SUGIYAMA, Hayato HIGA, Izumi TANAKA, Keiko YAMADA 17
- Relationship between cognitive appraisal and personal spirituality
and the dementia positive image in nurses' types of empathic experience
Akira MURAKAMI, Hayato HIGA, Izumi TANAKA, Keiko YAMADA 29

〈Research Report〉

- Summary and Their reactions for Participants of the Public Symposium, "Knowing More About Dementia:
Learning From the Experiences of Others"
Tomiko TAKEUCHI, Yoriko AOKI, Mayumi MAKINO, Mariko NIIKURA 43

〈News from the Nursing Society of University of TOYAMA〉

- Programs of the 15th annual meeting 53