

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 12 No. 2

October 2014

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集委員： 委員長 太田勝正 (名古屋大学)
副編集長 三宅晋司 (産業医科大学)
(五十音順) 江崎一子 (別府大学)
江藤宏美 (長崎大学)
草間朋子 (東京医療保健大学)
高波利恵 (産業医科大学)
三重野英子 (大分大学)
村嶋幸代 (大分県立看護科学大学)
八代利香 (鹿児島大学)

編集幹事： 平野 亙 (大分県立看護科学大学)

英文校閲： Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)

事務局： 定金香里 (大分県立看護科学大学)
河野梢子 (大分県立看護科学大学)
森田慶子 (大分県立看護科学大学)
馬場奈穂 (大分県立看護科学大学)
白川裕子 (大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文：	2名
	総説：	1名
	研究報告：	2名
	資料：	1名
	トピックス：	1名
	ケースレポート：	1名

看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。投稿論文チェックリストにより確認する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、投稿原稿は2ヶ月を目途に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、看護科学研究編集委員会に所属する。査読では以下の点を評価する。

内容：掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文の区分が正しいか

形式：書き方・表現が適切か、論文の長さが適切か、タイトル・英文要旨が適切か、引用文献が適切か

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに(委員会から特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。返送の日より2ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から2ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物における **biomedical** 研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2) 関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、投稿論文チェックリストを提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

14. 投稿論文チェックリスト

著論文投稿時に、原稿とともに投稿論文チェックリストを提出する。

15. 英文(全文、または和文の英文タイトル、英文要旨)のネイティブ・チェック

英語を母国語としない方は、専門分野の用語を理解している英語ネイティブのチェックを受けた後、投稿する。

16. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

表 1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
研究報告 (study paper)	独創的な研究の報告または手法の改良提起に関する論文	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
資料 (technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
トピックス (topics)	国内外の事情に関するの報告など	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内

執筆要項

1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェックリスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角2封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

原著、総説、研究報告、資料については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外の

ソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。

図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,
Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,
TIFF, JPEG, PDF

2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例) ① VII ix © ★ ※ 『 【 “ No. m² kg ½ (株) 靴 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「」 「,」 「:」 「;」などは、すべて半角にして下さい。

4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。適宜、改行を用いてもかまいません。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大A4サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

6) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外は「他」「et al」として省略して下さい。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限ります。

(例: 雑誌の場合)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損IgG抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. Ergonomics. 44, 1056-1068.

Kusama T, Sugiura N, Kai M et al (1989).

Combined effects of radiation and caffeine on embryonic development in mice. Radiat Res. 117, 273-281.

(例: 書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), Gender issues across the life cycle, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf)

本文中では、引用文の最後に(太田 2012)または(Ota 2012)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(太田・草間 2012)または(Ota and Kusama 2012)、3名以上の場合は(太田 他 2012)または(Ota et al 2004)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(太田 2012a)、(太田 2012b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所引用する場合はカンマで区切ります。

(例) 食事の中の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクターのひとつであると考えられている(Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 2012)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じます。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2014年4月7日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 12, No. 2 (2014年10月)

目次

資料

- 地域医療を担う病院に勤務する特定看護師の新たな実践に関する質的研究..... 44
新川 結子、甲斐 かつ子、河野 優子、福田 広美、江月 優子、宮内 信治、小野 美喜、藤内 美保、
村嶋 幸代
- 保育所で発熱した乳幼児の保護者との対応の際の保育士の困難..... 53
小代 仁美、高野 政子、山内 美奈子

企画記事

- Overview of nursing theory 58
So Woo Lee
- 看護理論の概要..... 68
桑野 紀子

地域医療を担う病院に勤務する特定看護師の新たな実践に関する質的研究

Qualitative study describing the new practice of a "Tokutei Kangoshi" (Japanese nurse practitioner) working at a primary care community hospital

新川 結子 Yuiko Shinkawa

大分県立病院 Oita Prefectural Hospital

甲斐 かつ子 Katsuko Kai

佐伯中央病院 Saiki Central Hospital

河野 優子 Yuko Kouno

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 成人・老年看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

福田 広美 Hiromi Fukuda

大分県立看護科学大学 看護研究交流センター Oita University of Nursing and Health Sciences

江月 優子 Yuko Eduki

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 成人・老年看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

宮内 信治 Shinji Miyauchi

大分県立看護科学大学 人間科学講座 言語学 Oita University of Nursing and Health Sciences

小野 美喜 Miki Ono

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 成人・老年看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

藤内 美保 Miho Tonai

大分県立看護科学大学 基礎看護学講座 看護アセスメント学 Oita University of Nursing and Health Sciences

村嶋 幸代 Sachiyo Murashima

大分県立看護科学大学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2014年4月7日投稿, 2014年9月5日受理

要旨

超高齢社会に突入し、地域医療を支える看護職として「特定看護師」が注目されている。本研究は、地域医療を担う病院に勤務する特定看護師1名、および特定看護師が担当する慢性疾患をもつ高齢患者3名を対象に、慢性疾患をもつ高齢患者に対する特定看護師の新たな実践を明らかにすることを目的に研究を行った。本研究は質的記述的研究デザインを用い、半構造的面接調査によって得られたデータを質的に分析した。その結果、特定看護師は、3年以上の経験をもち《長期的視点からの治療方針の判断》や《高齢者のエビデンスに基づく臨床推論とQOL向上に向けた症状マネジメント》を行い、対象患者に《全人的な医療に対する満足》等をもたらしていた。今後は、「看護師の特定行為に係る研修制度」の発展と共に全国各地で特定看護師が活躍し、超高齢社会の医療に貢献することが期待される。

Abstract

As Japan is rapidly becoming a super-aging society, in which a new type of medical recruitment is demanded, "Tokutei Kangoshi (TK) (Japanese nurse practitioner)," i.e., Japanese nurse practitioners, are attracting attention as a strategy to address problems of primary care delivery in the community. This study sought to describe the new practice of a TK working at a primary care community hospital. Subjects were three female patients aged 66 – 90 years who had multiple chronic diseases and who received care from the TK. A semi-structured interview was conducted with each subject in 2013. The interview was audiotaped and transcribed verbatim, and the collected data were analyzed and categorized qualitatively. The results suggested that the TK, who had been performing this role for > 3 years, provided "assessment of treatment principles from a long-term point of view" and "symptom management for the quality of life of elderly patients and clinical assessment based on evidence of elderly patients" for elderly patients with multiple chronic diseases. The patients reported "satisfaction with the holistic care provided by the TK." It is expected that TKs will increase in number, their use will spread throughout the country, and they will contribute to the improvement and

advancement of national healthcare delivery.

キーワード

特定看護師、病院、地域、高齢患者、慢性疾患

Key words

Tokutei Kangoshi (Japanese nurse practitioner), hospital, community, old adult patient, chronic-illness

1. 緒言

日本は超高齢社会を迎え、医療と介護のニーズが増え続けている。その一方で、地域の医療や介護は、人手不足や医師の偏在等、様々な問題に直面し、高齢者が医療や介護を受けるうえで多くの課題を抱えている。今後は、高齢者が住み慣れた自宅で長く生活するために、高度急性期医療から在宅医療・介護まで、一連のサービスを地域において総合的に確保することが必要となる（社会保障制度改革国民会議 2013）。

厚生労働省では2010年より、限られた人材の有効活用をめざし、効率的かつ、質の高い医療提供体制の構築に向けて、チーム医療推進会議を設置し、多職種の役割拡大に関する検討をはじめた（厚生労働省 2010）。看護師の役割拡大では、特定行為が検討され、特定看護師（仮称）として養成や業務に関する試行事業を経て「特定行為に係る看護師の研修制度（案）」が報告された（厚生労働省 2013）。最終的に、本制度（案）は2014年、第186回通常国会において、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律」の一つとして、保健師助産師看護師法の一部改正（案）に含まれ、6月18日に可決された（衆議院 2014）。

保健師助産師看護師法の第37条の2には、「特定行為を手順書により行う看護師は、指定研修機関において、当該特定行為の特定行為区分に係る特定行為研修を受けなければならない。」ことが示されている。特定行為については、診療の補助を手順書に従い行う行為とされ、実践的な理解力、思考力および判断力と高度かつ専門的な知識と技術が特に必要とされており、今後は、新制度による看護師の実践の質を担保する教育が重要となる。しかし、本法律の指定研修機関については、1つまたは2つ以上の特定行為区分に係る特定行為研

修を行う学校、病院等とされており、今後は多様な研修が想定される。新たな役割を担う看護師の教育として、研修の詳細について今後の検討が期待される。

この新制度に先立ち、国内の看護系大学の大学院修士課程では2008年に、特定行為も行える看護師の教育が開始された（藤内 他 2008）。この教育は、海外の大学院ナースプラクティショナー（以下、NPと示す）教育を参考に開設され、コアカリキュラムを48単位以上とし、医学知識や特定行為の技術、臨床実習等の科目をあげている。さらに、大学院の修了要件は、研究等を含む合計55単位以上とし、チーム医療の中で新制度を含む新たな役割を担える人材を育成している（小野 2014）。一般社団法人日本NP教育大学院協議会では、この大学院修了者を特定看護師として「協議会が認める大学院NP教育課程を修了し、本協議会が実施するNP資格認定試験に合格した者で、医師の包括的指示のもとに保健師助産師看護師法が定める特定行為を実施することができる看護師」と定義し、7大学院において教育が行われている。現在、100名を超える修了生が全国の病院、在宅、老人保健施設等で活動を行い（平野 2014、廣瀬 2013、光根 2013、村井 2013、塩月 2013）、その7割以上は病院勤務である。特定看護師の勤務する病院には、医師不足を抱える施設もあり、特定看護師が多忙な医師と協働しながら活動を行っている。特に、医師は外来や検査、手術など重複する業務が多く、病棟に常駐することは難しい。このため、特定看護師が、医師不在の病棟で効果的に活動することが期待されている。しかし、病院に勤務する特定看護師の実践を明らかにした研究は少ない。また、地域によっては、高齢化率が4割近くとなり、入院患者の多くが複数の慢性疾患を抱える高齢者である。高齢な入院患者の医

療では、複雑な病態を判断しながら治療、症状緩和、重症化予防や早期発見など、幅広いアセスメントが必要とされ、特定看護師の活動が重要となる。

本研究は、地域医療を担う病院に勤務する特定看護師が慢性疾患をもつ高齢者に、どのような実践を行っているのか、特定看護師とその担当患者へのインタビューを通して明らかにすることを目的とする。そして、本研究で得られた結果から看護師の臨床判断や臨床推論に関連する先行文献と比較し、さらに高齢者への医療と特定行為に係る看護師の研修制度の課題について考察する。

2. 方法

2.1 研究方法

質的記述的研究デザイン

2.2 調査期間

平成25年7月26日～10月24日

2.3 対象者

本研究の対象者は、特定看護師1名および慢性疾患をもつ高齢患者3名(以下、対象患者とする)であった。詳細を以下に示す。

2.3.1 対象とした特定看護師

対象とした特定看護師は、平成22年度に国内の看護系大学大学院のNP養成コース修了者であった。本研究ではこの修了者を特定看護師と呼ぶ。特定看護師は、大学院修了後に平成23年度から地域医療を担う病院に勤務、平成23年度厚生労働省特定看護師(仮称)業務施行事業および、平成24年度 看護師特定行為・業務試行事業で研修を行いながら、指導医の副担当として活動し、複数の病棟で30～40名程度の患者を担当した。本研究のデータ収集時、2013年現在は、特定看護師の経験が3年目であった。

特定看護師が勤務する病院の地域は、高齢化率32.4%であり、国民健康保険の高額医療費の状況において、循環器疾患主に、高血圧症、心疾患、脳血管疾患が41%であり、高血圧の発症や重症化予防を重点目標としていた。病院は地域医療を担う社会医療法人の施設として運営されていた。診療科は内科を中心に整形・形成外科、緩和ケア内科、皮膚科、放射線科があり、病床数149床の病院であった。

2.3.2 対象患者

対象患者は特定看護師が担当する患者の中から、本研究への協力に承諾の得られた3名を研究の対象とした。対象患者の選定条件は、1)対象となる特定看護師の勤務する病院に入院中で、2)本研究の特定看護師から継続した医療を受けている慢性疾患をもつ高齢患者とした。さらに、3)インタビューへの受け答えが可能で、30分程度の面接が行えること、4)近く退院が予定されていることであった。

2.4 データ収集

対象患者への半構造化面接後に患者の承認を得てカルテ類を閲覧し、データを収集した。調査は、インタビューガイドに基づき半構成的面接を行った。特定看護師には、対象患者に対する判断、多職種との連携等について聞き取りを行った。主なインタビュー内容は、「どのような実践を行いましたか?」「どのような判断を行いましたか?」「他の職種とどのように連携を行いましたか?」などであった。また、対象患者には特定看護師の実践に対する意見や考えについて聞き取りを行った。主なインタビュー内容は、「特定看護師からどのような援助を受けましたか?」「特定看護師についてどのように思いますか?」などであった。

インタビューはプライバシーが確保できる場所で行い、インタビュー内容は事前に同意を得て、録音やメモを取り、録音したインタビュー内容から逐語録を作成した。カルテからは、病名、治療経過などの情報を情報収集用紙に転記した。

2.5 分析

特定看護師の逐語録を繰り返し読み、対象患者ごとに実施されている特定看護師の実践を意識しながら把握した。逐語録のうち、特定看護師の実践として、判断や援助等について、語られている部分に線を引き、その部分を取り出した。取り出した部分のうち、文脈に注意しながら、実践の内容や特徴を明確にしながら、読み取れる単位で抽出しサブカテゴリー化を行った。次に、サブカテゴリーの類似性・相違性を検討しながら、最終的に、カテゴリー化を行った。

対象患者の逐語録についても、同様に、特定看護師の実践により得られた効果を意識しながら把握した。対象患者の逐語録から、特定看護師の実

践による効果が語られている部分に線を引き、その部分を取り出した。取り出した部分のうち、効果の内容や特徴を明確にしなが、読み取れる単位で抽出しサブカテゴリー化を行った。また、カルテの閲覧によって得られた情報は、研究者が対象患者を理解し分析する際の参考にした。なお、妥当性を確保するために、分析の過程では、質的研究の研究者にスーパーバイズを受けながら進めた。

2.6 倫理的配慮

本研究は大分県立看護科学大学研究倫理安全委員会承認後、対象患者および特定看護師に対して1)研究の趣旨、2)研究の参加および途中辞退の自由とそれに伴う不利益がないこと、3)匿名性とプライバシーの確保、4)論文の公表等について、文書及び口頭にて説明を行い、同意書を得て実施した。録音したテープやメモから得たデータは、研究室の鍵のかかる保管庫で厳重に管理した。

3. 結果

3.1 対象患者の概要

対象患者3名の概要を表1に示す。平均年齢は75.3歳(66歳~90歳)で、いずれも本研究の特定看護師が勤務する病院で入退院と外来通院を行っていた。

対象患者へのインタビュー時間は、一人あたり平均21分(13~28分)であった。特定看護師への

インタビューは、対象患者3名について約1時間30分を要した。分析の結果を表2に示す。以下、カテゴリーを《》、サブカテゴリーを<>、語りを「」で示す。

3.2 地域医療を担う病院に勤務する特定看護師の実践

地域医療を担う病院に勤務する特定看護師の実践を表2に示す。

3.2.1《長期的視点からの治療方針の判断》

対象患者は、慢性疾患と同時に、加齢に伴う身体的な変化が加わり、入退院を繰り返していた。こうした対象患者に対し、特定看護師は、<高齢患者の長い経過から患者の将来を考えた治療を考える>を行い、患者一人一人の将来を考え、予測しながら医療を提供していた。また、特定看護師は、長期化し易い慢性疾患高齢患者の入院について、<高齢者の経済状況や在院日数と向き合い退院や転院を判断>する実践を行い、患者と病院の双方に適切な対応を模索していた。最終的に、患者が住み慣れた地域でより良い生活を送るために、<高齢者の生活を考えた退院先の選定>を行っていた。

「将来5年10年続けていって思われる薬を使わなければならないですし、少しずつ調整をしていく必要があります。一番大事なことは、やはり今後、喘息死になってはいけないので、科学的な面のみで、不安の発作と喘息発作とちゃんと分けてアセスメントして評価して

表1. 慢性疾患をもつ対象患者の概要

	対象患者A	対象患者B	対象患者C
年齢	90歳	66歳	70歳
性別	女性	女性	女性
生活背景	一人暮らし	一人暮らし	夫と二人暮らし
主訴	息苦しさ、夜間幻覚	喘鳴、呼吸困難	食欲低下、咳、痰
入院中の治療疾患	左下肢深部静脈血栓症 肺梗塞	慢性閉塞性肺疾患 気管支喘息 肺炎	マイコプラズマ肺炎 糖尿病
その他の疾患	高血圧 発作性心房細動 脂質異常症 肥満症 非特異的肺炎 変形性膝関節症		高血圧 虚心性心疾患 高度頸動脈狭窄

いくつというところですね。」

「退院して一人で家に帰るのは不安なので、施設を希望されたんですよ。でも自分で歩行できる人なので介護保険施設とかは適用外になります。入院日数も長くない方がいいので、本人の経済状況も考慮して支援ハウスを紹介していきました。」

3. 2. 2《高齢者のエビデンスに基づく臨床推論と生活の質(QOL)向上に向けた症状マネジメント》

対象患者は、複数の疾患をもつなかで症状を発症し、入院に至っていた。特定看護師は、医学的な知識や技術を基に、複雑で重症化し易い高齢者の症状を基礎疾患や生活をもとに鑑別診断を考える>取り組みや、<危険な症状を判断し検査結果から治療を慎重に考える>実践を行っていた。特定看護師は、虚弱な高齢患者の治療について<危険性の高い治療に対する認識と判断>を行い、

自らの力量を客観的に評価したうえで安全な医療を優先させていた。また、症状に対する注意深い観察をもとに<医師とアセスメントを共有し患者の症状マネジメントを行う>ようにし、症状緩和に向けた取り組みを行っていた。

「この方は基礎疾患に糖尿病があるのですが、咳は少し残ってるので、もしかしたら、咳喘息と、あとはアトピー咳嗽などいろいろ鑑別は挙がると思います。主治医と相談して、アドエアを出すことにしました。」

「抗生剤を長期的に使っていて、普通の咳ではないかもしれないと思い、入院時に検査をしました。レントゲンは、あんまり有意な所見はなく、採血もWBC 6100/ μ l、CRP 0.21 mg/dlでした。乾性咳嗽があるときに、マイコプラズマなどの非定型の場合、白血球が上がってない方も結構います。」

「自分は包括指示で動くので、自分のアセスメントを

表2. 対象となる特定看護師1名の高齢患者に対する実践の内容

カテゴリ	サブカテゴリ
長期的視点からの治療方針の判断	高齢者の長い経過から患者の将来を考えた治療を考える
	高齢者の経済状況や在院日数と向き合い退院や転院を判断
	高齢者の生活を考えた退院先の選定
高齢者のエビデンスに基づく臨床推論とQOL向上に向けた症状マネジメント	高齢者の症状を基礎疾患や生活をもとに鑑別診断を考える
	危険な症状を判断し検査結果から治療を慎重に考える
	危険性の高い治療に対する認識と判断
	医師とアセスメントを共有し患者の症状マネジメントを行う
深い病態理解をもとにした高齢者の自立に向けた援助	慢性疾患を持つ高齢者の長い病態経過と生活を把握
	高齢者の心身の変化を読み取りながらの看護
	慢性疾患を持つ高齢者の意思を尊重した命をつなぐ医療
	高齢者の自立に向けて積極的に働きかける
高齢者を中心としたシームレスな医療の促進	自分と医師との鑑別診断を確認しながら連携した医療を提供
	看護職間の連携による観察・アセスメントとチームの統一した看護
	高齢者の退院に向けた多職種連携
	地域医療を担う病院の役割を考えた施設間連携
看護チームの成長活性とチーム医療の推進	特定看護師の役割に対する認識
	看護職間で医学的な知識を共有したスキルの向上

主治医に報告しながら、眠剤の調整もしていきました。眠剤はマイスリー®とロヒプノール®を半錠ずつ使って、睡眠の維持と導入を確保していきました。」

「ワーファリンを切って、同時にユナシンも抗生剤も変えていくのですが、こういう大きく治療の方針を変えるときって、すごい勇気がいります。ここは先生（医師）と一緒に相談して、それは完全に一人ではできない部分で、特定看護師が10年後でもやっぱりそこは慎重に考えて行わなければならない。」

3. 2. 3《深い病態理解をもとにした高齢者の自立に向けた援助》

特定看護師は、＜慢性疾患を持つ高齢者の長い病態経過と生活を把握＞し＜高齢者の心身の変化を読み取りながらの看護＞を行っていた。一般に高齢患者の多くは、加齢に伴う身体的変化や慢性疾患による負担から自立したセルフケアが難しい。このため、特定看護師は、対象患者の経過や変化を把握しながら＜慢性疾患を持つ高齢者の意思を尊重した命をつなぐ医療＞を提供し、患者を安全に地域へ返す役割を担っていた。同時に、特定看護師は＜高齢者の自立に向けて積極的に働きかける＞実践を行い、対象患者に対し、疾患や治療に関する医学的な内容を分かりやすく説明し働きかけていた。

「入院前はマイコプラズマ肺炎で咳がありました。入院時は食事もとれなくなって元気がなく。この患者さんは普段、結構元気な方ですけど、この時には元気がなくなって、これは相当だと思いました。」

「この患者さんは虚血性心疾患で、急性冠症候群があって、なおかつ高度の頸動脈狭窄がありますが、それぞれ違う病院で検査を受けざるをえない状況です。本人にとって負担になります。病識は前の入院時に、疾患や受診のことをしっかり説明したので関心があり、退院後に各病院を受診する約束ができました。本人が納得した上で治療を継続できています。」

「90歳の女性ですが、身寄りがなくて一人暮らしの患者さんなので、深部静脈血栓症と血栓、呼吸状態とステロイドのことを何回も説明していきました。」

「言葉で言っても表面的になってしまうので、実際の呼吸の音を自分で聴診器を使って聞いてもらい、病気を知ってもらいます。そうしたら関心持ってくれます。」

「単に必要性を説明するだけじゃなくて、この人の負担や辛い思いも聴いていきます。僕は、この人の訴えがあるときは、勤務時間にかかわらず、聴いて説明します。」

3. 2. 4《高齢者を中心としたシームレスな医療の促進》

特定看護師は、地域医療の限りある資源の中で高齢者を中心に、多職種間と施設間連携を行っていた。医師との連携では＜自分と医師との鑑別診断を確認しながら連携した医療を提供＞し、自らの医学的な判断を主治医に確認しながら効率的に次の医療へ進めていた。また、施設外の医師やカンファレンスを通じた連携も行い、対象患者に最善の医療を提供していた。看護職については＜看護職間の連携による観察・アセスメントとチームの統一した看護＞を行っていた。特定看護師と看護師が情報交換をしながら、対象患者へ統一したケアを提供していた。＜高齢者の退院に向けた他職種連携＞では、特定看護師が **medical social worker** と新たに連携を構築し、対象患者が安心できる退院先を協働しながら開拓していた。施設間では、特定看護師が＜地域医療を担う病院の役割を考えた施設間連携＞を進め、多様なニーズをもつ対象患者が、地域で生活しながら医療を受けられるよう働きかけていた。

「その都度、その都度、主治医と話して、自分の鑑別に挙がっていないものを指導してもらいながら、軌道修正し、軸がぶれないようにしていました。主治医はコンサルテーションの医師を紹介して、関係づくりを支援してくれました。病態などで判断しにくい場合は、一緒にコンサルテーションして確認するか、無理なときは自分が確認して、あとで主治医に報告しています。」

「鑑別を挙げた疾患は、全部症状や所見とって、優先順位をきちんと判断しながら、医師と連携をとっています。その他、細かいアセスメントは、医師に会えるときに報告をします。そういう報告のタイミングは、患者さんに危険がないように早めに行っています。」

「医学的なことはすごく分かりにくいので、情報共有しにくい場合があります。病態とかで細かいことを看護師と確認しながら情報共有していきました。患者さんの褥瘡の情報とか、僕が看護師から与えられることもいっぱいあって。そこの役割の明確化をしながら、一緒に同じ方向を向きながらやっています。本当にそれに尽きます。」

「初めはソーシャルワーカーの方と特定看護師が連携する機会がなかったので、どうしたらいいか悩んでいたのですが、回診の時を利用して、話す機会を自分から作るように心掛けて、かつ、ソーシャルワーカーの方を尊重しながら、話し合いの場を設けていきました。自分が患者さんの情報をソーシャルワーカーの方に伝

えて、ソーシャルワーカーの方が、患者さんに合った支援ハウスに関する情報を提供してくれました。」

「病院としての役割があって、患者さんの症状によってはかかりつけ医に診てもらった方がいい場合もあります。かかりつけ医と病院による医療提供の役割分担の上で患者さんに受診先を伝えています。」

「この地域の他の病院も医療支援は限られているので、この病院が依頼しても限界があります。市内の病院に協力をしてもらっています。」

3.2.5《看護チームの成長活性とチーム医療の推進》

特定看護師は＜特定看護師の役割に対する認識＞を通じて、自らの役割に向き合っていた。また、看護職が成長できるよう＜看護職間で医学的な知識を共有したスキルの向上＞を行い、チーム医療の中で互いに発展できるよう活動していた。

「特定看護師と看護師の役割の範囲は重なるところもありますが、違いもあります。自分は特定看護師としての役割を遂行しています。例えば、本来治る疾患については、治すのが当たり前、治すべき方向に持っていくのが当然の役割だと思っています。」

「心がけたのは看護師と一緒に医学過程を共有することです。看護師のケアも変わります。看護のボトムアップのために普段からフィジカルアセスメントのトレーニングを行って、みんなで勉強しています。」

3.3 地域医療を担う病院に勤務する特定看護師の実践に対する患者の語り

地域医療を担う病院に勤務する特定看護師の実践に対する患者の語りを表3に示す。本研究の患者は、生活から疾患に至るまで幅広い対応を行う

表3. 対象となる患者3名の特定看護師の実践に対する語りから抽出された内容

サブカテゴリ
全人的な医療に対する満足
症状緩和
特定看護師に話を聞いてもらえる安心感
特定看護師に対する親近感
わかりやすい病態や薬理の説明による理解
特定看護師の実践に対する満足感

特定看護師に、＜全人的な医療に対する満足＞を感じていた。また、患者は特定看護師により＜症状緩和＞を得られることや、＜特定看護師に話を聞いてもらえる安心感＞から＜特定看護師に対する親近感＞を感じていた。また、特定看護師によって＜わかりやすい説明による疾患理解＞が可能となり、＜特定看護師の実践に対する満足感＞を高めていた。

「特定看護師は病気一般にね、なんでもなさるんですよ。仮に傷できますでしょ、そうすると診て、これやったらあの薬がいいやろうから出しときますって言って、それを今度看護師さんに伝えてくださる。」

「全部診てしてくれるんだよ。このことが患者にとって本当に嬉しいことなのよ。本当に特定看護師を増やしてください。希望ですそれが。声を大にして言いたいです。すっごくみんな喜んでる。特定看護師がいっちゃったらね、患者さんも本当に安心できます。」

「呼吸困難がひどくて処方してくれて、それからだんだん元気になって。もうここに来なかったら私は今頃生きてない。正直言ってそのくらいひどかった。もう本当にありがたい。」

「ちょっと何かあったときに聞いてくれたらね、私なんかすっごく落ち着くの。リラックスして話せるじゃないですか。特定看護師が来たことで、平口でものを言えて話しやすい。」

「ドクターは忙しいから聞きたいけど、聞けない。特定看護師のわかりやすい説明で親近感がわきます。」

「患者自身は病気のことはとにかくわからないでしょ。患者の身になって、病気がこういうふうになってっていうことを言ってくれて。特定看護師はね、私の体のことを思って言ってくくださるんですよ。」

「自分で全部理解できるのが100%だとしたら、特定看護師から説明してもらって自分では70%とか100%理解できるの。だから私自身はすっごく嬉しいです。」

「薬もらった後、特定看護師がいることで、ああ、この坐薬はこんななあってこうなるんやなっていうことが、私理解できるの。」

4. 考察

本研究は、特定看護師が慢性疾患をもつ高齢者に、どのような実践を行っているのか、特定看護師とその担当患者へのインタビューを通して明らかにすることを目的とした。その結果、特定看護師の実践は、高度な臨床推論や、多職種間をつな

ぐ連携を通して患者への全人的な医療を提供していた。本研究の結果について、(1)看護師の判断に関連する先行文献との比較、(2)高齢者への医療と特定行為に係る看護師の研修制度の課題について、以下に考察を行う。

4.1 看護師の判断に関連する先行文献との比較

本研究の特定看護師は、複数の慢性疾患をもつ高齢者に、鑑別診断を考えながら、検査や治療を医師の包括支持の下で行っていた。一般看護師の検査や治療については、平成22年度に厚生労働科学特別研究事業看護業務実態調査において、看護師が行う医行為の範囲に関する研究(前原 2010)が行われている。この調査では、5,684人の看護師を対象に調査が行われており、調査項目には、検査に関する項目がある。例えば、検体検査や画像、エコーなど、結果の評価に関する項目が調査されているが、一般の看護師が実施している割合は、2~3%未満と、10%を超える項目はほとんどない。一方、薬剤の使用や選択については、40~50%の実施率が報告されており、データに基づく判断を行ったうえでの、薬剤使用については疑問が残る。本研究の特定看護師の実践では、患者の治療や薬剤の選択の前に、アセスメントを行い、鑑別診断を考え、必要に応じて検査を実施し、高齢者の状態に合わせた、処方を含む支持のもとで実施していたことから、薬剤の使用と選択を例にあげても、一般の看護師とは異なる実践を行っていることが明らかであった。この背景に、特定看護師が、大学院教育の中で学習した、病態生理、薬理学等の知識を土台にしながら実践を行っていると考えられた。「特定行為に係る看護師の研修制度」において、医師の包括支持のもとで手順書に従い、薬剤の使用選択を行う場合も、基礎医学の知識をもとに特定行為を行っていくことが重要だと考える。

4.2 高齢者への医療と特定行為に係る看護師の研修制度の課題

本研究の特定看護師は、過疎地域に位置する病院で、限られた医療資源の中で活動を行っている。国内には、こうした過疎地域が国土面積の約5割を超え、無医地区も多く、病院を含めた医療の提供に課題を抱えている。こうした地域における高齢者への医療では、総合診療のような全人的な

医療が求められている(清水 2013)。本研究の特定看護師においても、1つ2つの特定行為に限らず、看護をベースに医学的な知識を活用しながら高齢者に対し、全人的な医療を提供していた。厚生労働省で提案されている特定行為は、種類や項目数が限定されているが、過疎地域において高齢者へ医療を提供する場合は、対応への限界が伴いやすいことが危惧される。今後、「特定行為に係る看護師の研修制度」が、実用化されるなかで、特定看護師が、高齢社会への医療に貢献しながら、実績を積み、活動範囲を広げていくことが期待される。そのためには、特定看護師の教育が重要となるが、国際的な観点から、International Council of Nurses では NP/APN (advanced practice nursing) の定義が、高度な実践を行う看護師の教育には大学院修士課程における教育が必要とされていることから (International Council of Nurses 2002)、特定看護師の教育は、大学院レベルをスタンダードとして広げていく必要がある。

4.3 本研究の限界

本研究は、地域の病院に勤務する特定看護師1名と、対象患者3名の分析であり、研究成果を一般化させるには限界がある。しかし、地域医療を担う病院に勤務する特定看護師の実践について新たな知見を認めた。今後は、さらに特定看護師の実践と効果を追究し、広く社会へ貢献できるようエビデンスを積み重ねる必要がある。

5. 結論

本研究では、地域医療を担う病院で活動する特定看護師が担当した慢性疾患をもつ高齢者への実践について分析を行った。その結果、特定看護師は、患者の長期的視点に立つ治療方針の判断を中心に多職種と連携しながら医療を提供していた。今後は、「特定行為に係る研修制度」の発展と共に、多くの特定看護師が、慢性疾患の重症化予防を含めて地域の健康を支える存在として、活躍することが期待される。

謝辞

本研究にご協力を頂きました皆さまに心より御礼申し上げます。

引用文献

平野優(2014). 総合的な視点を養い、高齢者を支える看護を目指す. 看護管理24(7), 644-648.

廣瀬福美(2013). 介護老人保健施設における特定看護師の介入と効果 -血糖コントロール不良の虚弱高齢者事例を通して-. 看護科学研究11, 12-16.

International Council of Nurses (2002). Nurse Practitioner/Advanced Practice Nurse: Definition and Characteristics. http://acnp.org.au/sites/default/files/33/definition_of_apn-np.pdf

厚生労働省(2010). 第1回チーム医療推進会議資料. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/05/dl/s0526-9g.pdf>

厚生労働省(2013). 第36回 チーム医療推進会議のための看護業務検討ワーキンググループ議事次第:「特定行為に係る看護師の研修制度について」. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000026754.pdf>

前原正明(2010). 看護業務実態調査結果概要看護師が行う医行為の範囲に関する研究(速報). 平成22年度厚生労働省科学特別研究事業.

光根美保(2013). 訪問看護ステーションの特定看護師の活動の実際. 看護科学研究11, 13-28.

村井恒之(2013). 特定看護師としての活動 ~褥瘡を有する在宅療養者の症例から~. 看護科学研究11, 29-33.

小野美喜(2014). 大学院修士課程での特定看護師の養成教育(1)プライマリケア領域における大学院修士課程での特定看護師の養成教育. 保健の科学56(4), 261-265.

社会保障制度改革国民会議(2013). 社会保障制度改革国民会議報告書~確かな社会保障を将来世代に伝えるための道筋~. 社会保障制度改革国民会議.

清水嘉与子(2013). 高齢者の健康. 保健の科学55, 145.

塩月成則(2013). 地域拠点病院における特定看護師のプライマリ・ケア領域活動の実際. 看護科学

研究11, 17-22.

衆議院(2014). 第186回国会議案の一覧. <http://www.shugiin.go.jp/internet/itdbgian.nsf/html/gian/kaiji186.htm>.

藤内美保, 桜井礼子, 高野政子 他(2008). 大学院修士課程におけるナースプラクティショナー養成教育: 大分県立看護科学大学の取組み. 看護展望33(4), 25-31.



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学 看護研究交流センター

福田 広美

fukuda@oita-nhs.ac.jp

保育所で発熱した乳幼児の保護者との対応の際の保育士の困難

The difficulties nursery teachers experience when interacting with guardians of infants who develop a fever at nursery school

小代 仁美 Hitomi Ojiro

奈良県立医科大学 医学部看護学科 小児看護学領域 Nara Medical University

高野 政子 Masako Takano

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 小児看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

山内 美奈子 Minako Yamauchi

大阪発達総合療育センター Osaka Developmental Rehabilitation Center

2014年4月7日投稿, 2014年9月11日受理

要旨

本研究は、保育所で乳幼児が発熱した時に、保育士が保護者との対応においてどのような困難さを感じているかを明らかにすることを目的とした。A県内の2市にある認可保育所99施設から無作為に抽出した20施設のうち保育所施設長の承諾が得られた15施設の保育士314名を対象とし、保育士が発熱のある子どもとその保護者に対する支援の実態について質問紙調査を行った。本研究では、そのうち保護者との対応にあたって困難を感じた点について回答の得られた119名の自由記述の内容を質的に分析した。その結果、[保護者の態度への困難]、[保護者が仕事を優先する状況への困難]、[発熱児の体温管理への指導や対応への困難]の3カテゴリーが抽出された。保育士は保護者との対応で、自分の子どもが発熱した時には、まず保護者が自分の都合を優先させる態度や、感染の流行を予防するという集団保育における健康管理の重要性を保護者に指導する難しさなどの困難があった。

Abstract

The objective of this study was to clarify the difficulties nursery teachers face in responding to guardians of children who develop fevers at nursery school. From among 99 certified nursery schools in two cities in Prefecture A, we randomly selected 20 facilities, 15 of whose directors provided consent. The 314 participants were nursery teachers employed at these schools. We administered a questionnaire asking nursery teachers about their support of children who develop fevers and their interactions with guardians. Then, we qualitatively analyzed the free-response content from 119 nursery teachers regarding the difficulties they experienced in responding to guardians. Based on this analysis, we extracted the following three categories: "difficulty with guardians' attitudes," "difficulty with situations in which guardians prioritize their work," and "difficulty in instructing and responding to guardians in regards to the body temperature management of children with fevers." Our results indicated that nursery teachers experienced the most problematic interactions with guardians who prioritized their own convenience over the needs of the children and the nursery teachers, and they also experienced great difficulty in instructing guardians about the importance of body temperature management in order to prevent the spread of infection in group child care.

キーワード

子ども、発熱、保護者、保育士

Key words

child, fever, guardian, nursery teacher

1. はじめに

保育所に通う乳幼児期の子どもは、母親から受け継いだ免疫が薄れていく時期であり、発達に伴い行動範囲が広がり、さまざまな感染症にかかりやすい時期である。加えて、保育所は多数の乳幼児が集団生活する場であることから、集団感染の危険性も考えられる。保育所における感染症の登

園基準は、「2012年改訂版保育園における感染症対策ガイドライン」により規定されている(和田2011)。しかし、これは起炎菌が判明している場合の基準であり、起炎菌が特定されない感染症での登園基準は、現場の判断に委ねられている(五十嵐他2013)。

保育所において、保育中に発生する体調不良の

主な症状の中で、発熱が年間を通して最も多い(藤城 2011)。子どもが発熱した時、保護者は仕事を休んだり、早退したりしなければならない。一方、保育士は集団の中に発熱している子どもがいることで、他の子どもへの影響や発熱した子どもの病状の心配をしている(奥山 他 1996)。保育所は、子どもにとっても保護者にとっても生活の中核的存在といえる重要な位置を占めるが、保護者の利便性のみを追求して整備されつつある(五十嵐 2008)。子どもの幸せを第一に考えるという視点に立ち、保育所で発熱した子どもの看護をどのように行うべきか、保育所における感染症対策を検討していく必要がある。

そこで、発熱のある子どもとその保護者に対する保育士の支援の実態について質問紙調査を行った。本研究では、保護者との対応にあたって保育士が困難を感じた点に着目して回答の得られた自由記述の内容を質的に分析し、その要因を明らかにすることとした。

2. 研究方法

2.1 調査期間及び調査対象者

調査は2011年8～9月に実施した。調査対象者は、A県内の2市にある認可保育所から無作為に抽出し、保育所施設長の承諾が得られた15施設の保育士314名である。認可保育所における1施設当たりの保育士数は、15名～24名であった。

2.2 調査手順と方法

調査は無記名の自記式質問紙調査を行い、保護者との対応での困難について自由記述にて求めた。質問内容は、「発熱のある子どもの保護者との対応で困ったことは何ですか」、とした。質問紙調査は、2週間の留め置き法で実施した。

調査の手順は、まず認可保育所20施設に文書を持参し、施設長に文書及び口頭にて調査への協力を依頼した。研究協力に承諾が得られた15施設長に保育士への質問紙の配布及び保育所に回収封筒の設置を依頼した。質問紙の回収は、研究者が保育所に直接出向き回収した。

2.3 分析方法

自由記述から発熱した子どもの保護者との対応の際の保育士の困難が書かれているコードを作成した。コードの意味内容の類似性に着目して分類

し、カテゴリ化した。分析は、共同研究者間で繰り返し検討し、信頼性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

対象施設の施設長及び対象者に対して、研究への参加は自由意思であること、参加の有無で不利益を受けないこと、質問紙は無記名でお願いするため対象が特定されないこと、施設の特定をしないため施設間の比較は行わないこと、質問紙の回答をもって対象者が本研究に同意したとみなすこと、回収した質問紙は厳重に保管すること、結果は目的以外には使用しないこと、研究終了後は調査用紙及びデータを速やかに破棄すること、本研究の結果を学会等に公表する予定であることを文書で説明した。本研究は、大分県立看護科学大学研究倫理安全委員会の承認を得て実施した(承認番号591)。

4. 結果

4.1 対象者の属性

配布数314部、回収数253部、有効回答200部(有効回答率79.0%)で、そのうち保護者との対応にあたって困難を感じた点について回答の得られた119部の自由記述の内容を分析した。本研究における対象者の属性は、平均年齢37.0(Range 22～70)歳、勤務年数平均11.9(Range 1～39)年であった(表1)。

表1. 対象者の属性

		(n=119)	
		n	%
年齢	20-29歳	45	37.8
	30-39歳	30	25.2
	40-49歳	24	20.2
	50歳以上	20	16.8
経験	5年未満	23	19.3
	5-10年	40	33.6
	11-15年	24	20.2
	16-20年	15	12.6
	21年以上	17	14.3
医療機関勤務経験	あり	8	6.7
	なし	109	91.6
	不明	2	1.7
クラス担任	担任である	93	78.2
	担任ではない	25	21.0
	不明	1	0.8

4.2 発熱のある乳幼児期の子どもとの保護者との対応の際の保育士の困難

188件の記述があり、3カテゴリ、9サブカテゴリが抽出された(表2)。以下、カテゴリを[]、サブカテゴリを《 》、コードを〈 〉で表す。

4.2.1 [保護者の態度への困難]

子どもが発熱した際の連絡時に、保護者の言葉や態度から受ける保育士の困難を表している。保育所での子どもが発熱に際して、保育士は保護者へ連絡をするが、《緊急時の連絡がつかない》ことがあったり、連絡が取れても〈お迎えに行つて、連れて帰ると熱が下がる〉〈熱の測り方を疑われる〉〈子どもは平熱が高いのに、すぐ発熱の連絡がくる〉と言われるなど、保育所の体温管理を疑うような《発熱の判断の難しさと苦情応対》に保育士は苦労していた。また、子どもを迎えにきた保護者の〈ムツとし「何なん」と子どもにぶつぶつ

言う〉態度に保育士は困惑していた。さらに、保護者は、〈感染症で登園させる〉など《小児感染症流行に対する認識の低さ》があった。

4.2.2 [保護者が仕事を優先する状況への困難]

子どもの健康管理への心配をしながらも仕事を休めない保護者の立場に理解を示すものの、子どもが犠牲になっている状況に対する保育士の困難を表している。

核家族で共働きをしている保護者は、子どもが保育所で発熱をしても、〈仕事の都合がつかず迎えに来ない〉〈仕事が抜けられない、休めない、中断できない〉と、《発熱して連絡しても仕事を理由に迎えに来ない》状況であり、〈結局、何度も職場に電話をしなければいけなくなる〉と、保育士は困惑していた。また、〈38℃を超えても元気があるので少し様子をみて欲しい〉、〈発熱しているが、どうしても仕事に行かなくてはならな

表2. 発熱した乳幼児の保護者との対応の際の保育士の困難

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
保護者の態度への困惑 (88)	小児感染症流行に対する認識の低さ (47) 発熱の判断の難しさと苦情応対 (37) 緊急時の連絡がつかない (4)	感染症で登園させる 感染症であるのに解熱後すぐ登園させる 熱があるが園に預けてもよいかきかれる 早退したが家に帰ってからは熱がなかった お迎えに行つて、連れて帰ると熱が下がる 熱の測り方を疑われる 子どもは平熱が高いのに、すぐ発熱の連絡がくる 病院へ行った方がいいですか、お迎えに行つた方がいいですかと聞く ムツとし「何なん」と子どもにぶつぶつ言う 39℃以上の熱がでて保護者と連絡がつかなかった お迎えの連絡がつかない
保護者が仕事を優先する状況への困惑 (77)	発熱して連絡しても仕事を理由に迎えに来ない (41) 発熱児の保育依頼 (34) 発病した時の受診代行の要望 (2)	仕事の都合がつかず迎えに来ない 仕事が抜けられない、休めない、中断できない 結局、何度も職場に電話をしなければいけなくなる 発熱しているが、どうしても仕事に行かなくてはならない しばらく園で見てもらえないか 38℃を超えても元気があるので少し様子をみて欲しい 預かってほしい 緊急を要する高熱時には先ず病院に連れて行って欲しい 小さなケガでも病院に連れて行かないと納得してくれない
発熱児の体調管理への指導や対応への困難 (23)	病気に対する相談に回答できない (18) 病児への薬物使用の要望 (3) 子どもの発熱を重要視する姿勢がみられない保護者に対して指導できない (2)	病院に受診した方がいいですか 痙攣が起きたらどうしたらいいですか 40℃が何日も続くのはなぜですか、どうしたらいいですか どうして発熱が頻繁するのだろうか、何の病気ですか 発熱を伴う湿疹は何の病気ですか 薬を飲ませたほうがいいですか 園で流行している病気は何ですか 医師ではないので病院に行つて欲しいと思うが、それが伝わらない けいれんを起こすことがあるため、坐薬をお願いしたい 熱性けいれんのある子どもの対処や坐薬のお願い 病院に行くべきか、どうなったら登園してもよいかという 前日の夜熱があったが次の日に登園してもよいかという 38℃でも平熱が高い、元気だったら保育所に預けてもよいかという 発熱した時は保育所で見てもらえないかという 40℃以上の発熱で坐薬を使用し熱が下がったとこのことで登園をさせる 発熱や嘔吐をしても病院にかからない 熱があるまま、検温もしないで連れてくる 眠たいから、陽に当たったからと言ひ登園させる 発熱や嘔吐を繰り返すことを電話で伝えても重要と思ってくれない

い)、〈預かってほしい〉など、保護者の〈発熱児の保育依頼〉に保育士は困惑していた。加えて、保護者の〈緊急を要する高熱時には先ず病院に連れて行って欲しい〉と〈発病した時の受診代行の要望〉を受け入れざるを得ない状況に保育士は困難を感じていた。

4.2.3 [発熱児の体調管理への指導や対応への困難]

発熱した子どもや他の園児への影響などに対する保護者の危機感が低いことを表している。保育士は、〈眠たいから、陽に当たったからと言い登園させる〉〈発熱や嘔吐を繰り返すことを電話で伝えても重要と思ってくれない〉〈熱があるまま、検温もしないで連れてくる〉保護者に対して〈子どもの発熱を重要視する姿勢がみられない保護者に対して指導できない〉辛さを感じていた。また、保育士は、保護者の〈病院に受診した方がいいですか〉〈40℃が何日も続くのはなぜですか、どうしたらいいですか〉〈どうして発熱が頻繁するのだろうか、何の病気ですか〉〈発熱を伴う湿疹は何の病気ですか〉〈薬を飲ませたほうがいいですか〉〈園で流行している病気は何ですか〉という〈病気に対する相談に回答できない〉辛さと、保護者への対応の難しさを感じていた。また、〈けいれんを起こすことがあるため、坐薬をお願いしたい〉との保護者からの〈病児への薬物使用の要望〉を受けざるを得ない状況もみられていた。

5. 考察

5.1 発熱の乳幼児を通常の保育所で預かることの難しさ

子どもが病気の際に保護者は、勤務先に対して休暇を取らせて欲しい、勤務時間に融通をきかせて欲しい、という要望をもっているが、子どもの病気では職場を休みにくいという思いを抱いている(大木 2003)。共働きの世帯が増加したことで、保育所に通う子どもたちが増加してきたにもかかわらず、保護者の職場環境は改善されていない現状がある。また、保護者は、保育所に対して子どもが病気の際の保育をして欲しいということを強く思っている(大木 2003)。このような状況をよく理解している保育士は、子どもの体調が十分に回復してから登園して欲しいとは思っていても、実際には保護者からの要望を受け入れざる

得ない状況があるのではないかと(五十嵐 他 2013)。しかし、保育所は多数の乳幼児が集団生活をする場である。また、保育所に通う子どもの低年齢化が進んでいる中で、感染力をもった病状の子どもが登園することで、保育所内での感染の拡大が予測され、体調不良の子どもを保育所で受け入れることは難しい(藤城 2013)。現在、共働きの保護者が安心して、社会の中で子育てができるために、病児保育の拡充が進められている。しかし、保護者は、通い慣れた保育所でいつもの保育士に看病を希望していることや保育料によっては病児保育を利用できない、という考えも抱いている(大木 2003)。保育料が高いなどの理由により、軽度の発熱等では、保護者は通常の保育所に預けていることが考えられる。本調査結果においても、子どもが発熱しても保育所に登園させる保護者がいることや、その保護者の対応や子どもの発熱の看護に保育士は困難を感じている、という事実が明らかとなった。このことから、軽度の病状であることや保育料が高いことなどから病児保育を利用しない子どもに対して、通常の保育所での受け入れについて検討が必要ではないかと考える。

5.2 子どもの健康管理と保育所における看護職の役割

保護者は、日々の生活に追われ、子どもの体調管理まで十分にできていない状況が伺える。このような保護者への支援は、保育所のみでは限界があると考えられる。共働き家庭で、子どもが病気になった時、地域での支援などを考えていく必要がある。

また、子どもとの接触体験の少ない世代が保護者となり、子育てに不安を感じながら育児をしている保護者は少なくないと考えられる。子どもの発熱に対して保護者は、病院受診した方がいいのか、どこの病院を受診したらいいのか、何の病気かなど、子どもの病気の際にどうしたらよいか戸惑いを感じている。

保育所では、1969年厚生省児童家庭局長通達第204号「保育所における乳児対策の強化について」及び1977年厚生省児童家庭局長通知第268号「保育所における乳児保育特別対策について」により、乳児保育実施に伴って看護職が配置されるようになった。保育所における看護職の役割は、乳児保育のみならず保健活動や保護者への保健指導

など役割が拡大してきた(全国保育園保健師看護師連合会 2007)。しかし、看護職の保健活動の業務内容は明確にされていない現状があり、保育士と同じ業務を行っている看護職が多い(上別府 他 2010)。保育所に勤務する看護職が、保健活動に従事できるような保育所での役割調整が必要と考える。また、通常の保育所内で健康な子どもの保育と体調不良の子どもの看護ができる設備の拡充と体調不良の子どもの受診ができる医療機関との密な連携が必要と考える。さらに、保護者が子どもの健康管理について自信をもち、責任をもって行えるように、看護職が保護者に感染の流行予防に関する集団保育における管理の重要性について指導・教育していくことが必要である。一方、保育士へも子どもの健康管理に関する指導・教育していくことも必要と考える。

6. 結論

保育所で発熱した子どもの保護者との対応の際の保育士の困難は、[保護者の態度への困難]、[保護者が仕事を優先する状況への困難]、[発熱児の体温管理への指導や対応への困難]であった。

保育士は、保護者に保育所で自分の子どもが発熱した時は、まず保護者が責任を持って子どもの健康管理の対応をすることや、感染の流行を予防するという集団保育における健康管理の重要性を保護者に指導する困難や保護者への対応の困難を感じていた。

引用文献

藤城富美子(2011). 保育園における感染症流行の実態とその対策 - 子どもの病気対応と保護者の就労支援のために -. 小児科 152(10), 1353-1361.

藤城富美子(2013). 保育園の子どもたちと職員を感染症から護るために - 感染症の発生状況とワクチン接種率 -. 日本小児保健協会 72(2), 243-245.

五十嵐登, 新谷尚久, 押田喜博 他(2013). 集団保育時の疾患回復登園基準に関する小児科医・保育士・保護者間の認識の相違について. 外科小児科 16(1), 87-91.

五十嵐隆(2008). 保育環境の問題. 小児科診療 71(11), 1915-1918.

上別府圭子, 多屋馨子, 門倉文子 他(2010). 平成21年度保育園の環境整備に関する調査研究報告書 - 保育園の人的環境としての看護師等の配置 -. 社会福祉法人日本保育協会.

奥山朝子, 山本捷子, 大高恵美(1996). 保育園における健康管理上の問題と看護職導入への期待 - 秋田市の公立保育園の保母と保護者の意識調査 -. 日本赤十字秋田短期大学紀要 1, 57-67.

大木信子(2003). 保育園児の病気時の保育の実態と保護者の支援ニーズ. 小児保健研究 62(3), 350-358.

和田紀之(2011). 幼稚園・保育園における感染症対策. 小児感染免疫 23(1), 35-42.

全国保育園保健師看護師連合会(2007). 保育所保育指針の改訂にあたっての保育園看護職からの意見. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/08/dl/s0823-6g.pdf>

著者連絡先

〒634-8521
 奈良県橿原市四条町840
 奈良県立医科大学 医学部看護学科
 小代 仁美
ojiro@naramed-u.ac.jp

Overview of nursing theory

So Woo Lee, RN, PhD
Seoul National University

Received 9 September 2013

Key words
Nursing theory, education

1. What is "Nursing Theory" and why "Nursing Theory" ?

Theory-guided, evidence-based practice is the hallmark of any professional discipline. As nursing is a professional discipline, nursing theory is a framework designed to organize knowledge and explain phenomena in nursing, at a more concrete and specific level. Nursing theory is the terms given to the body of knowledge that is used to support nursing practice. Each discipline has a unique focus for knowledge development that directs its inquiry and distinguishes it from other fields of study (Smith and Liehr 2008).

A nursing theory is a set of concepts, definitions, relationships, and assumptions or propositions derived from nursing models or from other disciplines and project a purposive, systematic view of phenomena by designing specific inter-relationships among concepts for the purposes of describing, explaining, predicting, and/or prescribing.

Nursing theory aims to describe, predict and explain the phenomenon of nursing (Chinn and Jacobs 1987). It should provide the foundations of nursing practice, help to generate further knowledge and indicate in which direction nursing should develop in the future (Brown 1964). Theory is important because it helps us to decide what we know and what we need to know (Parsons 2002). It helps to distinguish what should form the basis of practice by explicitly describing nursing. This can be seen as an attempt by the nursing profession to maintain its professional boundaries. Characteristics of theories are interrelate concepts in such a way as to create a different way of looking at a particular phenomenon. Theories are logical in nature, generalize, and are the bases for hypotheses that can be tested. Theories increase the general body of knowledge within the discipline through the research implemented to validate them. They are used by the practitioners to guide and improve their practice. And Theories are also consistent with other validated theories, laws, and principles but will leave open unanswered questions that need to be investigated.

Almost 90% of all Nursing theories have been generated in the last 20 years.

2. Education for Nursing Theory

There are some education programs of nursing theory at the undergraduate and graduate level for the understanding of nursing theory. Table 1 shows the titles of nursing theory for students according to the academic program.

2. 1 Overview of Nursing Theory

When undergraduate students learn "Introduction of Nursing" or "Fundamental Nursing" or "Overview of Nsg. Theory", or other courses like an introduction of current nursing theorist's theory or philosophy, or nursing history, lectures giving an overview of nursing theory can be briefly included.

2. 2 Modern Philosophy and Nursing Philosophy

The introduction of modern philosophy like Epistemology, Empiricism, Idealism, Rationalism and Constructivism can be included in the contents of Nursing Philosophy. And another way that the contents

Table 1. The titles of Nursing Theory Education

The Titles of Nsg. Theory Ed.	lecture hours	level of degree
1) Overview of Nsg. Theory	(some hrs)	BS
2) Nursing Philosophy	2	MS/ PhD
3) Introduction of Nsg. Theory	3	MS
4) Analysis of Nsg. Theory	3	MS/PhD
5) Evaluation of Nsg. Theory	3	MS/PhD
6) Nsg. Theory Development	3	PhD
7) Nsg. Theory Application	2	PhD
8) & Others, Introduction to Bio-psycho-social Theories in Nursing Inquiry		in BS, MS, PhD program

of nursing philosophy can be dealt with is during an introduction of nursing theorist philosophy. The Introduction of the body of knowledge of nursing can be used to support nursing practice and to explain phenomena in nursing. There are some traditional and modern philosophies related to nursing discipline such as Empiricism – knowledge is based on experience, Idealism – knowledge is innate or not based on experience, Rationalism – knowledge is based on reason and empirical evidence and Constructivism – knowledge is "constructed".

For example, the role of epistemology of nursing is beliefs, truth, and justification regarding nursing knowledge. It addresses the questions: What is knowledge? How is knowledge acquired? How do we know what we know? Epistemology is the study of knowledge and justified belief. Epistemology is the branch of philosophy which deals with the theory of knowledge. Epistemology is closely related to critical thinking.

The epistemology of nursing and competencies required in health care today demand examination of how and where students acquire clinical, conceptual, and empirical knowledge (Vinson 2000).

2. 3 Introduction of Nursing Theory

- A. For the contents of "Introduction of Nsg. Theory", at first, there can be provided subjects about 1) the historical development of nursing theory and 2) other subjects with general fundamental theory construction materials like 'what is theory', 'what is science', 'what is discipline', and 'what are the concept, proposition, assumption etc...'.
 - B. Nursing models are conceptual models. These conceptual nursing models are constructed of theories or concepts from Nightingale to modern theorists.
 - C. Explain definitions, relationships and assumptions or propositions derived from nursing models or from other disciplines. Explain definitions of some concepts & their relation in nursing theories. Understand a purposive, systematic view of phenomena by designing specific inter- relationships among concepts in nursing phenomena. Understand the purposes of describing, explaining, predicting, or prescribing & controlling of the construction theory.

2. 4 Analysis of Nursing Theory & Evaluation of Nursing Theory

An understanding of the area of theory can be gained through an analysis and evaluation of theory broadly done with the same contents.

- A. An analysis of the parts in the theory contents can be included as follows:
 - Theorist's motivation and background of developing the theory,
 - Theoretical philosophies,
 - Assumptions of the theory,

- Major theoretical concepts, propositions & paradigms...
- Relevance of the theory for nursing practice,
- Theory Classification; levels, structure, format, etc.

According to the four concepts common in nursing theory; the person (patient), the environment, health & nursing (goals, roles, functions) can be analyzed. Each of these concepts is usually defined and described by a nursing theorist. Of the four concepts, the most important is that of the person. The four concepts are generally considered central to the discipline of nursing.

B. Evaluation parts of the theory:

- Theorist's motivation and background of developing the theory,
- Theoretical philosophies,
- Assumptions of the theory,
- Major theoretical concepts, propositions & paradigms...
- Relevance of the theory for nursing practice,
- Theory Classification; levels, structure, format etc.
- Four concepts common in nursing theory,
- Applicability in today's nursing care and other matters ...

C. The criteria contents of the analysis & evaluation of the theory classification:

There are several methods of analysis & evaluation criteria of the theory's classification according to the many theorists. The criteria can be chosen by the researchers and reviewers.

Analysis, evaluation and critique are all methods of studying the nursing theoretical works. Analysis, evaluation and critique are an important process for learning, and for developing research and science.

Walker and Avant (1995a) proposed four levels of theory construction for the analysis, evaluation and critique of theories as follows;

<u>level of theory</u>	<u>level of Abstract</u>
Meta-Theory	most abstract
Grand Theory	
Middle-Range Theory	
Practice Theory	least abstract

Meta-theory: the theory of theory. Identify specific phenomena through abstract concepts. They explain as follows: "Meta-theory, through analysis of issues about nursing theory, clarifies the methodology and roles of each level of theory development in a practice discipline. In turn, each level of theory provides material for further analysis and clarification at the level of meta-theory" (Walker and Avant 1995b).

Grand theory: it provides a conceptual framework under which the key concepts and principles of the nursing discipline can be identified. They explain as follows: "Grand nursing theories by their global perspectives serve as guides and heuristics for the phenomena of special concern at the middle-range level of theory..." (Walker and Avant 1995b).

Middle range theory: it is more precise and only analyses a particular situation with a limited number of variables. They explain as follows: "Middle range theories, as they are tested in reality, become reference points for further refining grand nursing theories to which they may be connected. Also, direct the prescriptions of practice theories aimed at concrete goal attainments" (Walker and Avant 1995b).

Practice theory: it explores one particular situation found in nursing. It identifies explicit goals and details how these goals will be achieved. They explain as follows: "Practice theories, which are constructed

from scientifically based propositions about reality, tests the empirical validity of those propositions as practices are incorporated in patient care" (Walker and Avant 1995b).

There are other analysis, evaluation and critique methods based on the criteria of other theorists for theory classification according to the level of development. Fawcett and others have proposed the following format of structures of theory construction development:

By Fawcett (1989, 2000)

Descriptive Theory, Explanatory Theory, Predictive Theory, Grand Theory and Middle-Range Theory

By Hardy (1973)

Grand theory, Circumscribed theory

By Stevens (1984)

Descriptive theory, Explanatory theory

By Reynolds (1971)

set-of-laws form, axiomatic form, causal process form

Finally, the following criteria can be recommended to learners of Nursing Theory classifications:

- Holistic and/or Humanistic View
- Interaction and/or Human response View
- System and/or Adaptation View

With these ideas, the four main nursing concepts or subjects can be analyzed as follows: Human Being by the "Holistic and/or Humanistic View", "Interaction and/or Human response View", "System and/or Adaptation View".

Nursing by the "Holistic and/or Humanistic View", "Interaction and/or Human response View", "System and/or Adaptation View".

Health Nature by the "Holistic and/or Humanistic View", "Interaction and/or Human response View", "System and/or Adaptation View".

Environment by the "Holistic and/or Humanistic View", "Interaction and/or Human response View", "System and/or Adaptation View".

D. Introduce a nursing theorist's philosophy or the classification of the nursing theory by examples of analysis & evaluation:

Theorist's theory

Florence Nightingale theory (1860)
Hildegard Peplau theory (1952, 1988)
Virginia Henderson theory (1955, 1966)
Faye Abdellah theory (1960)
Ida Jean Orlando theory (1961, 1962)
Dorothy Johnson theory (1968, 1980)
Martha Rogers theory (1970)
Dorothea Orem theory (1971)
Imogene King theory (1971, 1981, 1989)
Betty Neuman theory (1974, 1996, 2002)
Sister Calista Roy theory (1980)

Evaluation theory

Environment theory
Interpersonal theory
Need Theory
Twenty One Nursing Problems
Nursing Process theory
System model
Unitary Human beings
Self-care theory
Goal Attainment theory
System model
Adaptation theory

E. Nursing theorists' historical perspectives and key concepts by analysis; example:

Nightingale 1860: To facilitate "the body's reparative processes" by manipulating the client's environment.

Peplau 1952, 1988: Nursing is a therapeutic interpersonal process.

Henderson 1955, 1966: The needs often called Henderson's 14 basic needs.

Abdellah 1960: Faye Abdellah emphasizes delivering nursing care for the whole person to meet the physical, emotional, intellectual, social, and spiritual needs of the client and family.

Orlando 1961, 1962: Ida Orlando believes that the client is an individual; with a need that, when met, diminishes distress, increases adequacy, or enhances well-being.

Johnson's Theory 1968, 1980: Dorothy Johnson focuses on how the client adapts to illness and how actual or potential stress can affect the ability to adapt.

Rogers 1970: Nursing is to maintain and promote health, prevent illness, and care for and rehabilitate the ill and disabled client through the "humanistic science of nursing".

Orem 1971: This is the self-care deficit theory. Nursing care becomes necessary when the client is unable to fulfill biological, psychological, developmental, or social needs.

King 1971, 1981, 1989: To use communication to help client reestablish positive adaptation to the environment.

Neuman 1974, 1996, 2002: Stress reduction is the goal of the system model of nursing practice.

Roy 1980: This adaptation model is based on the physiological, psychological, sociological and dependence-independence adaptive modes.

Watson's Theory 1980: It attempts to define the outcome of nursing activity in regard to the humanistic aspects of life.

F. Evaluation of Nursing Theory; criteria

There are several theorists' criteria for the evaluation of nursing theories, as follows: According to Paul D. Reynolds (Reynolds 1971), he proposed that the desirable characteristics of scientific knowledge (theory) are as follows:

- 1) Abstractness; independence of time and space
- 2) Inter-subjectivity
 - a) Explicitness: the public agrees on the meaning of the concepts
 - b) Rigorousness (logical rigor): the use of logical systems, which are shared and accepted by the relevant scientists to insure agreement on the predictions of the theory
- 3) Empirical relevance: the evaluation of the correspondence between the theory & the results of empirical research

Rosemary Ellis (1968) proposes them as follows:

- Scope
- Complexity
- Testability
- Information generation
- Terminology
- Usefulness
- Implicit value

Margaret E. Hardy (1973) proposes them as follows:

- Meaning & logical adequacy

- Testability: a) operational adequacy
 b) empirical adequacy
- Generality
- Contribution to understanding
- Predictivity
- Pragmatic adequacy

B. J. Stevens (1984) proposes them as follows:

- Internal
- Clarity
- Consistency
- Logical development
- Level of theory development
- External
- Adequacy
- Utility
- Significance
- Discrimination
- Scope (microscopic, macroscopic)
- Complexity

Chinn and Jacobs (1987) propose them as follows:

- Clarity
- Simplicity
- Generality
- Acceptability
- Importance

G. Criticisms of nursing theories

To understand why nursing theory is generally neglected in the wards, it is crucial that a nursing theory should have the characteristics of accessibility and clarity. It is important that the language used in the development of nursing theory be used consistently. Many nurses have not had the training or experience to deal with the abstract concepts presented by nursing theory. The majority of nurses fail to understand and apply theory to practice (Miller 1985).

In summary, theory and practice are related. To develop nursing as a profession the concept of theory must be addressed. If nursing theory does not drive the development of nursing, it will continue to develop in the footsteps of other disciplines such as medicine.

2. 5 "Nursing Theory development" & "Nursing Theory application"

Theory is a group of related concepts that propose action that guides practice.

The construction idea process of nursing theory; example: First, interest in an area is decided. During the next step there may be a philosophy check; methodology can be decided; paradigms, concepts, assumptions, propositions, and models can be define; progress can be checked; and significance to nursing can be provided. Theory refers to "a coherent group of general propositions used as principles of explanation". Kerlinger (1997) said that theories as a set of interrelated concepts give a systematic view of a phenomenon (an observable fact or event) that is explanatory and predictive in nature.

A. Theory develops methods:

A theory makes it possible to organize the relationship among the concepts to describe, explain, predict, and control. Theory is derived through three or four principal methods such as:

Deductive reasoning

Inductive reasoning and/or

Retroductive reasoning or Abductive reasoning

Many Nursing theorists use three or four of the above methods.

- Inductively looking at nursing practice to discover theories/concepts to explain phenomena.
- Deductively looking for the compatibility of a general nursing theory with nursing practice.
- Retroductively looking for the generation of ideas for devising theory & approaches to theoretical inquiry.

B. Concepts

Concepts are basically vehicles of thought that involve images.

Concepts are words that describe objects, properties, or events and are basic components of theory.

Types of Concepts:

- Empirical concepts
- Inferential concepts
- Abstract concepts.

C. Models are representations of the interaction among and between the concepts showing patterns

Models allow the concepts in nursing theory to be successfully applied to nursing practice.

They provide an overview of the thinking behind the theory and may demonstrate how theory can be introduced into practice, for example, through specific methods of assessment.

D. Propositions

Propositions are statements that explain the relationship between the concepts.

E. Process

Processes are series of actions, changes or functions intended to bring about a desired result. During a process one takes systemic and continuous steps to meet a goal and uses both assessments and feedback to direct actions to the goal.

A particular theory or conceptual frame work directs how these actions are carried out. The delivery of nursing care within the nursing process is directed by the way specific conceptual frameworks and theories define the person (patient), the environment, health and nursing.

F. Classification of nursing theories;

Depending On Function (Polit and Hungler 2001)

- | | |
|--------------|--|
| Descriptive | To identify the properties and workings of a discipline |
| Explanatory | To examine how properties relate and thus affect the discipline |
| Predictive | To calculate relationships between properties and how they occur |
| Prescriptive | To identify under which conditions relationships occur |

Depending on the generalisability of their principles

Metatheory: the theory of theory. Identifies specific phenomena through abstract concepts.

Grand theory: provides a conceptual framework under which the key concepts and principles of the discipline can be identified.

Middle range theory: is more precise and only analyses a particular situation with a limited number of variables.

Practice theory: explores one particular situation found in nursing. It identifies explicit goals and details how these goals will be achieved.

G. Application of nursing theory:

The purpose of application of nursing theory:

- a) To assess the patient condition by the various methods explained by the nursing theory
- b) To identify the needs of the patient
- c) To demonstrate an effective communication and interaction with the patient.
- d) To select a theory for the application according to the needs of the patient
- e) To apply the theory to solve the identified problems of the patient
- f) To evaluate the extent to which the process was fruitful.

H. Application for the evolution of nursing theories:

There are four main characteristic eras:

- a) In the last century nursing began with a strong emphasis on practice. Following that came the curriculum era which addressed the questions about what nursing students should study in order to achieve the required standards of nursing.
- b) As more and more nurses began to pursue higher degrees in nursing, there emerged the research era.
- c) Later graduate education and masters education was given much importance. The development of the theory era was a natural outgrowth of the research era.
- d) Within the contemporary phase there is an emphasis on theory use and theory based nursing practice that lead to the continued development of theories.

d-1) Theory based nursing practice: At first there were some questions to nurses such as:

- Does this theory reflect nursing practice as I know it?
- Will it support what I believe to be excellent nursing practice?
- Can this theory be considered in relation to a wide range of nursing situations?
- What are my personal interests, abilities and experiences?
- What will it be like to think about nursing theory in nursing practice?
- Will my work with nursing theory be worth the effort?

Assist nurses to describe, explain, and predict everyday experiences.

Serve to guide assessment, interventions, and evaluation of nursing care.

Provide a rationale for collecting reliable and valid data about the health status of clients.

Help to describe a criteria to measure the quality of nursing care.

Help build a common nursing terminology to use in communicating with other health professionals.

Enhance autonomy (independence and self-governance) of nursing through defining its own independent functions.

d-2) Theory based nursing education:

Provide a general focus for curriculum design in BS, MS and PhD. programs.

Guide curricular decision making.

Guide each subject's course outline and contents.

d-3) Theory based nursing research:

<u>Type of theory</u>	<u>Type of research</u>
Descriptive	Explanatory study
Explanatory	Co-relational study
Predictive	Experimental study

To effectively build knowledge to research, process should be developed within some theoretical structure that facilitates analysis and interpretation of findings.

Relationship between theory and research in nursing is not well understood.

Research	Process of inquiry
Theory	Product of knowledge
Science	Result of the relationship between research and theory

Offer a framework for generating knowledge and new ideas.

Offer a systematic approach to identify questions for study; select variables, interpret findings, and validate nursing interventions.

Approaches to developing nursing theory.

Note

This article was written based on the final lecture "Nursing Theory" for the faculties which conducted on 2012/2/27 as a summary of the lecture.

References

Abdellah FG, Beland IL, Martin A et al (1960). Patient-centered approaches to nursing. Macmillan, New York.

Brown MI (1964). Research in the development of nursing theory: The importance of a theoretical framework in nursing research. *Nursing Research*. 13, 109-112.

Chinn PL and Jacobs MK (1987). *Theory and nursing: A systematic approach*. Mosby, St. Louis.

Elliss R (1968). Characteristics of significant theories. *Nursing Research*. 17(5), 217-222.

Fawcett J (1989). *Analysis & evaluation of conceptual models of nursing*, 2nd edition. F.A. Davis Company, Philadelphia.

Fawcett J (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*, 1st edition (July 15). F.A. Davis Company, Philadelphia.

Hardy ME (1973). *Theoretical foundations for nursing*. MSS Information Corporation, New York.

Harmer B and Henderson V (1955). *Textbook of*

the principles and practice of nursing. Macmillan, New York.

Henderson V (1966). *The nature of nursing: A definition and its implications for practice, research, and education*. Macmillan, New York.

Johnson DE (1968). Theory in nursing: Borrowed and unique. *Nursing research*, 17, 206-209.

Johnson DE (1980). The behavioral system model for nursing. In Riehl JP and Roy C (Eds), *conceptual models for nursing practice*, 2nd edition. Appleton-Century-Crafts, New York.

Kerlinger FN (1997). Perspectives on nursing theory. In Nicoll LH and Hinshaw AS (Eds), *Nursing science: The challenge to develop knowledge*, pp334-346. Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.

King IM (1971). *Toward a theory for nursing: General concepts of human behavior*. Jon Wiley & Sons, New York.

King IM (1981). *A Theory for nursing: Systems, cocepts, process*. John Wiley & Sons, New York.

King IM (1989). *Health as a goal for nursing*. Paper presented at an International Theory

Conference, Pittsburgh, USA.

Miller A (1985). The relationship between nursing theory and nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. 10(5), 417-424.

Neuman B (1974). The Betty Neuman health-care system model: A total person approach to patient problems. In Riehl JP and Roy C (Eds). *Conceptual models for nursing practice*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Neuman B (1996). The Neuman, systems model in research and practice. *Nursing Science Quarterly*. 9(2), 67-70.

Neuman B and Fawcett J (2002). *The Neuman systems model (4th edition)*. Upper Saddle River, NJ. Prentice Hall.

Nightingale F (1860). *Notes on Nursing: What it is and what it is not*. D. Appleton and Company, New York.

Orem DE (1971). *Nursing: Concepts of practice*. McGraw-Hill, New York.

Orlando I (1961). *The dynamic nurse-patient relationship*. Putnam, New York.

Orlando I (1962). Function, process and principle of professional nursing practice. In *Integration of mental health concepts in the human relations professions*. Bank Street College of Education, New York.

Parsons T (2002). *Nursing Theorist and their work (5th edition)*. In Tomy AM and Alligood MR (Eds), *Structure of Social Action*, pp250-268. Mosby Company, Missouri.

Peplau HE (1952). *Interpersonal relations in nursing*. G.P. Putnam's Sons, New York.

Peplau, HE (1988). The Art and science of nursing: similarities, differences, and relations. *Nursing Science Quarterly*. 1(1), 8-15.

Polit DF and Hungler BP (2001). *Nursing Research: Principles and Methods (2nd)*.

Lippincott, Philadelphia.

Reynolds PD (1971). *A Primer in theory construction*. p13. The Bobbs-Merrill Company, Inc., Indianapolis and New York.

Rogers ME (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. F. A. Davis, Philadelphia.

Roy C (1980). *The Roy adaptation model 2nd edition*. In Riehl JP and Roy C (Eds), *Conceptual models for nursing practice*. Appleton-Century-Crofts, New York.

Smith MJ and Liehr PR (2008). *Middle range theory for nursing (2nd edition)*. Springer Publishing Company, New York.

Stevens BJ (1984). *Nursing theory: Analysis, application and evaluation (2nd edition)*. Little, Brown and Col., Boston.

Vinson JA (2000). Nursing's epistemology revisited in relation to professional education competencies. *Journal Professional Nurse*. 16(1), 39-46.

Walker LO and Avant KC (1995a). *Strategies for theory construction in nursing (3rd edition)*. p13. The University of Texas at Austin, Texas.

Walker LO and Avant KC (1995b). *Strategies for theory construction in nursing (3rd edition)*. p14. The University of Texas at Austin, Texas.

Watson J (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. Little, Brown, Boston.



著者連絡先

〒 870-1201

大分市大字廻栖野 2944-9

大分県立看護科学大学 国際看護学研究室

桑野 紀子 気付 Lee So Woo ソウル大学名誉教授

kuwano@oita-nhs.ac.jp

看護理論の概要

Overview of nursing theory

桑野 紀子 Noriko Kuwano

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 国際看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2013年9月9日投稿

キーワード

看護理論、教育

1. 「看護理論」とは何か、なぜ「看護理論」が必要か

理論と根拠に基づく実践は、あらゆる専門的学問分野に共通した特質である。看護は専門的学問分野の一つであるから、看護理論は、看護における知識を体系化し、看護に関連した現象をより明確かつ具体的に説明するための枠組みである。看護理論は、看護実践を支持するための知識体系を表現したものである。あらゆる学問分野には、その分野における研究を方向付け、他の学問分野からの違いを際立たせ、知識を発展させるための独自のフォーカスがある (Smith and Liehr 2008)。

看護理論は、一連の概念、定義、関連を表すものであり、看護モデルや他の専門領域から導き出された仮定あるいは命題であり、また、概念間の関係性を記述し、説明し、予測し、規定することを目的として、現象を意図的かつ体系的に表現するものである。

看護理論は、看護に関連した現象を記述し、予測し、説明することを目的としている (Chinn and Jacobs 1987)。看護理論は看護実践の基礎となり、また、さらなる知識を生み出し、看護が将来どのような方向に向かって発展すべきかを示すものである (Brown 1964)。理論は、私たちがいま何を知っていて、今後何を知る必要があるかを決定づける際に重要である (Parsons 2002)。理論は、看護を明確に記述することによって、実践の基礎はどのように形成されるべきかを認識する際に役立つ。これは、看護専門職が自分たちの専門領域としての境界を画する試みとも捉えられる。理論の特徴は、ある特定の現象について異なる見方を創りだし、概念を相互に関連付けることである。理論は本質的に論理的なものであり、一般化されたものであり、検証可能な仮説の基盤である。理論は、その理論の検証のための研究を通して、その分野における知識の総体をさらに豊かにしていく。理論は看護実践を方向づけ、よりよいものにするために、実践者らによって活用される。また、理論は既に実証された他の理論、法則、原理と調和しながら、一方で、研究されるべきさらなる問いへの扉を開いている。

看護理論の約9割はこの20年の間に生みだされた。

2. 看護理論の教育

看護理論を理解するための教育課程が大学学部レベルあるいは大学院レベルにいくつか設置されている。表1に看護理論の科目名の例を挙げる。

2.1 看護理論の概略

学部学生は「看護学入門」や「基礎看護学」、「看護理論の概要」、あるいは、現代の看護理論家の理論や哲学の序論、看護の歴史について学ぶ際に、看護理論の概略を学ぶ機会があるだろう。

2.2 現代哲学と看護哲学

認識論、経験論、観念論、合理主義、構成主義といった現代哲学の紹介は、看護哲学の内容に含めることができるだろう。また、看護哲学は、看護理論家の哲学を紹介する際に扱うこともできる。看護の知識体系を導入していくことは、看護の実践に役立ち、看護に関連した現象を説明することにつながるだろう。看護分野に関連する従来および現代の哲学には、知識は経験に基づくものであるとする経験論

表1. 看護理論教育の講義名

看護理論教育の講義名	講義回数	学位レベル
1) 看護理論概論	数回	学士
2) 看護の哲学	2	修士/博士
3) 看護理論入門	3	修士
4) 看護理論の分析	3	修士/博士
5) 看護理論の評価	3	修士/博士
6) 看護理論の構築	3	博士
7) 看護理論の適用	2	博士
8) その他、生物・精神・社会学分野の理論の看護への応用		学部/修士/博士

(Empiricism)、知識は本質的なものであり、経験に基づくものではないとする観念論 (Idealism)、知識は理性と経験的実証に基づくものであるとする合理主義 (Rationalism)、知識は「構造化された」ものであるとする構成主義 (Constructivism) などがある。

例えば、認識論は、看護の知識に関する信念、真理、正当性を扱う。それは、知識とは何か、知識はどのように獲得されるか、私たちは自分が知っていることをどのように知るのか、といった疑問に取り組むものである。認識論は、知識と正当化された信念の研究である。認識論は、知識に関する理論を扱う哲学のひとつであり、批判的思考と密接に関わっている。

認識論と今日の医療において求められる看護の実践能力は、学生の間にかに於いて、あるいはどこで臨床的、概念的、経験的知識を得るかについての検証を求めている (Vinson 2000)。

2.3 看護理論入門

- A. 「看護理論入門」では、まず、1) 看護理論発展の歴史、2) 一般的・基本的理論の構成要素、例えば「理論とは何か」、「科学とは何か」、「学問とは何か」、「概念、命題、仮定とは何か」といったテーマを扱う。
- B. 看護モデルは概念モデルである。これら概念としての看護モデルは、ナイチンゲールから現代の理論家までの理論や着想で構成されている。
- C. そこでは、看護モデルやその他の学問分野に由来する定義や関係、仮定、命題を説明する。いくつかの概念の定義と、それら概念間の看護理論における関係を説明する。看護に関連した現象における概念間の相互関係を明確に表すことにより、現象を意図的かつ体系的に捉える方法を理解する。理論を記述、説明、予測、規定、コントロールする目的を理解する。

2.4 看護理論の分析および評価

理論について、同じ内容 (項目) を分析し、また評価することを通じて、理論を広く理解することができる。

- A. 理論の内容分析には次の項目が含まれる
- ・ 理論開発における理論家の動機と理論開発の背景
 - ・ 理論の哲学
 - ・ 理論の仮定
 - ・ 理論の主要概念、命題、パラダイム
 - ・ 看護実践のための看護理論の関連
 - ・ 理論の分類: レベル、構造、形式など

看護理論で一般的な4つの概念、人 (患者)、環境、健康、看護 (目的、役割、機能) も分析することが可能である。4つの概念は、たいてい看護理論家によって定義され、記述されている。4つの概念のうち、最も重要なのは人の概念である。4つの概念は、一般的に看護という専門領域の中核を成すものと考えられている。

- B. 理論の評価には次の項目が含まれる

- ・ 理論開発における理論家の動機と理論開発の背景

- ・理論の哲学
- ・理論の仮定
- ・理論の主要概念、命題、パラダイム
- ・看護実践のための看護理論の関連
- ・理論の分類: レベル、構造、形式など
- ・看護理論の4つの概念
- ・今日の看護における適用可能性、その他

C. 理論の分類について

多くの理論家は、理論の分類に関する分析と評価にはいくつか方法があるとしている。どの基準を用いるかは研究者や批評者が選ぶことができる。

分析、評価、批評は、いずれも看護を理論的に研究する方法である。分析、評価、批評は、学習や研究および科学を発展させるための重要なプロセスである。

Walker and Avant (1995a) は、理論の分析、評価、批評に際して、理論には次の4つの階層があると提唱した。

<u>理論レベル</u>	<u>抽象度レベル</u>
メタ理論 (Meta-Theory)	最も抽象度が高い
大理論 (Grand Theory)	
中範囲理論 (Middle-Range Theory)	
実践理論 (Practice Theory)	最も抽象度が低い

メタ理論: 理論のための理論。抽象的な概念によって特定の現象を確認する。Walker and Avantは次のように説明している。「メタ理論は、看護理論に関する問題の分析を通して、実践の分野において、理論発展の各レベルで理論の方法論はどうあるべきか、理論の役割は何かを明確にする。同様に、各レベルでの理論は、メタ理論のレベルでさらなる分析および説明のための材料を提供する」(Walker and Avant 1995b)。

大理論: 看護分野の鍵概念や原理を特定するための概念枠組み。Walker and Avantは次のように説明している。「大理論は、そのグローバルな視点により、中範囲理論で特別な関心のある現象を捉える指針となり学習者の自得を助ける」(Walker and Avant 1995b)

中範囲理論: より明確な理論で、変数の数が限られているある特定の状況だけを分析する。Walker and Avantは次のように説明している。「中範囲理論は、実際に検証されているため、関連があるかもしれない大理論を洗練させる際の基準となる。また、具体的な目標達成を目指す実践理論を方向づける」(Walker and Avant 1995b)

実践理論: 看護におけるある特定の状況について探究する。明確な目標を定め、その目標がどのようにして達成されるかを詳述する。Walker and Avantは次のように説明している。「実践理論を構築する命題は、事実に関する科学的根拠であり、実践が患者のケアに組み込まれているため、その命題の経験的妥当性を検証する」(Walker and Avant 1995b)

Walker and Avant以外の理論家らの基準による、発展レベルに応じた理論分類に関する分析、評価、批評の方法もある。Fawcettらは、以下のような理論構築の発展形式を提案した。

フォーセット(1989, 2000)	記述的理論、説明的理論、予測的理論、大理論と中範囲理論
ハーディー (1973)	大理論、限定的理論
スティーブンス(1984)	記述的理論、説明的理論
レイノルズ(1971)	法則指定形式 (set-of-laws form)、公理的形式 (axiomatic form)、因果過程形式 (causal process form)

最後に、学習者には以下のような看護理論の分類も勧められる。

- ・全人的 and/or 人道主義的な見方
- ・相互作用的和/or 人間反応からの見方
- ・システム and/or 適応からの見方

この考えを活用し、4つの主要概念(人、看護、健康、環境)を分析することもできる。

D. 看護理論家の哲学と分析・評価による理論分類

看護理論家の理論

フローレンス・ナイチンゲールの理論(1860)
 ヒルデガード E. ペプロウの理論(1952, 1988)
 ヴァージニア・ヘンダーソンの理論(1955, 1966)
 フェイ・グレン・アブデラの理論 (1960)
 アイダ・ジーン・オーランドの理論(1961, 1962)
 ドロシー E. ジョンソンの理論(1968, 1980)
 マーサ E. ロジャーズの理論(1970)
 ドロセア E. オレムの理論(1971)
 アイモジン・キングの理論(1971, 1981, 1989)
 ベティ・ニューマンの理論(1974, 1996, 2002)
 シスター・カリスタ・ロイの理論 (1980)

理論の評価による分類

環境理論
 人間関係の看護論
 ニード理論
 21の看護問題
 看護課程理論
 システムモデル
 ユニタリ・ヒューマン・ビーイングス
 セルフケア理論
 目標達成理論
 システムモデル
 適応理論

E. 看護理論家の歴史

ナイチンゲール 1860: 患者の周辺環境を整えることにより身体的回復機能を促進する。

ペプロウ 1952, 1988: 看護は治療的な対人的プロセスである。

ヘンダーソン 1955, 1966: ヘンダーソンの14の基本的ニーズとよばれるニード論。

アブデラ 1960: フェイ・アブデラは患者と家族の身体的・情緒的・知的・社会的・精神的ニードに合致した看護ケアを提供することを強調した。

オーランド 1961, 1962: アイダ・オーランドは、患者はニードをもった個人であり、それが満たされれば、苦痛は軽減され、充実度やウェル・ビーイングは促進されるとした。

ジョンソン 1968, 1980: ドロシー・ジョンソンは患者がどのように病気に適応するか、また、現在在る、あるいは潜在的なストレスはどのように適応力に影響するかに着目した。

ロジャーズ 1970: 看護は、看護における人間性の科学 (humanistic science of nursing) を通して健康を維持・増進し、病気を予防し、病人人や障がいをもつ対象者のケアや回復をはかるものである。

オレム 1971: オレムの理論はセルフケア理論 (self-care deficit theory) である。看護ケアは対象者が生物学的、精神的なニード、あるいは発達上や社会的ニードを満たすことができなくなったときに必要となる。

キング 1971, 1981, 1989: 対象者が環境へポジティブに再適応できるようにコミュニケーションを活用する。

ニューマン 1974, 1996, 2002: ストレスの軽減は看護実践におけるシステムモデルのゴールである。

ロイ 1980: 適応モデルは、生理的、精神的、社会的、また相互依存における適応可能なモードに基づくモデルである。

ワトソン 1979: 看護実践の成果を人生における人間主義的価値観の見地から定義しようと試みた。

F. 看護理論の評価: 基準

看護理論の評価については以下のようないくつかの基準がある。

Paul D. Reynolds (1971)は、科学的知識(理論)に必要な特質について以下の点を挙げている。

- 1) 抽象性 (Abstractness) : 時間や空間の制約がないこと
- 2) 相互主観性 (Inter-subjectivity)
 - a) 明白性 (Explicitness) : 概念の意味について公認されていること、
 - b) 厳密性 (Rigorousness, logical rigor) : 関連する科学者の中で共有・受容され、理論的予測が認められている論理体系を活用していること
- 3) 経験的関連性 (Empirical relevance) : 理論と経験的研究の結果の一致性が評価されていること

Rosemary Elliss (1968)は以下の基準を挙げている。

- ・ 範囲 (Scope)
- ・ 複雑性 (Complexity)
- ・ 検証可能性 (Testability)
- ・ 情報生産性 (Information generation)
- ・ 用語 (Terminology)
- ・ 有用性 (usefulness)
- ・ 内包される価値 (Implicit value)

Margaret E. Hardy (1973)は以下の基準を挙げている。

- ・ 論理的妥当性 (Meaning & logical adequacy)
- ・ 検証可能性 (Testability)
 - a) 操作上の妥当性 (operational adequacy)
 - b) 経験的な妥当性 (empirical adequacy)
- ・ 普遍性 (Generality)
- ・ 理解寄与度 (Contribution to understanding)
- ・ 予測力 (Predictivity)
- ・ 実用的妥当性 (Pragmatic adequacy)

B.J. Stevens (1984)は以下の基準を挙げている。

- ・ 内的基準 (Internal)
- ・ 明瞭性 (Clarity)
- ・ 一貫性 (Consistency)
- ・ 論理的展開 (Logical development)
- ・ 理論開発手順 (Level of theory development)
- ・ 外的基準 (External)
- ・ 妥当性 (Adequacy)
- ・ 有用性 (Utility)
- ・ 重要性 (Significance)
- ・ 判別力 (Discrimination)
- ・ 射程 (範囲) (Scope ; microscopic, macroscopic)
- ・ 複雑性 (Complexity)

Chinn and Jacobs (1987) は以下の基準を挙げている。

- ・ 明瞭性 (Clarity)
- ・ 単純性 (Simplicity)
- ・ 普遍性 (Generality)
- ・ 受容可能性 (Acceptability)
- ・ 重要性 (Importance)

G. 看護理論に対する批評

医療現場で看護理論が軽視されがちである理由を理解するためには、看護理論に使いやすさと明瞭さという性質が非常に重要であることを理解する必要がある。重要なのは、看護理論の展開において使われる言葉が相互に矛盾しないことである。多くの看護師は、看護理論が提示する抽象的な概念を扱う訓練を受けたことがなく、扱った経験もない。看護師の大多数は、理論を理解し、実践に応用することができない(Miller 1985)。

要するに、理論と実践は関連している。看護を専門職として発展させるためには、理論について考えるということに取り組みなければならない。看護理論が看護そのものの発展を推進しない場合でも、医学など他の分野において足跡を刻んでいくだろう。

2.5 「看護理論の発展」と「看護理論の応用」

理論とは、実践を導く行動につながる一連の概念である。

看護理論の構築を考えるプロセスの例を挙げる。まず、関心のある分野を定める。次に、哲学を調べ、方法論を決め、パラダイム、概念、仮定、命題、モデルを明確にし、進捗を確認し、看護における意義を与える。理論は「説明の原理として使われる命題のまとめり」を指す。Kerlinger (1997)は、理論とは、本質的に説明や予測が可能な現象(観測可能な事実や事象)の体系的な見方を示す相互に関連する一連の概念のまとめりであるとした。

A. 理論が方法を発展させる。

理論は、概念間の関係を体系化し、記述、説明、予測、コントロールすることを可能にする。理論は、次のような3～4つの主要な方法から導き出される。

- ・ 演繹的推理(Deductive reasoning)
- ・ 帰納的推理(Inductive reasoning)
- ・ 逆推論的推理(Retroductive reasoning)
- ・ 仮説推論的推理(Abductive reasoning)

多くの看護理論家は上記のうち3～4つの方法を用いる。

看護実践に関連した現象を説明できる理論や概念を発見するために、帰納的に看護実践を観察する。あるいは、看護実践と理論の適合性を見るために、演繹的に看護実践を観察する。

また、理論を考察したり理論的な問いへのアプローチの仕方を見つけるために、逆推論的な方法を用いる。

B. 概念

概念は、基本的に考えを伝達する手段であり、イメージを伴う。

概念は、物、性質、事象を描写する言葉であり、理論を構成する基本要素である。

概念の種類として、経験的概念、推論的概念、抽象的概念などが挙げられる。

C. モデル

モデルとは、パターンを示す概念間の相互作用を表すものである。モデルがあることによって、看護理論の概念が看護実践にうまく応用される。

モデルは理論の背景にある考えの概観を示し、例えば具体的な判断方法など、理論を実践に導入する方法を明示する。

D. 命題

命題とは、概念間の関係を説明するものである。

E. 過程

過程とは、望まれる結果を導くための一連の行動、変化、機能である。プロセスにおいては、目標を達成するために体系的かつ継続的な手段が講じられ、アセスメントとフィードバックによって、行動を

目標の方へと誘導する。

ある特定の理論や概念枠組みは、こうした行動を導く役割をする。看護過程における看護ケアの提供は、特定の概念枠組みや、人(患者)、環境、健康、看護を定義する理論によって導かれる。

F. 看護理論の分類

機能による分類(Polit and Hungler 2001)

- | | |
|-----|--------------------------------------|
| 記述的 | ある分野の特質や作用を特定する |
| 説明的 | 特質が互いにどのように関連し、その分野にどのような影響を及ぼすかを調べる |
| 予測的 | 特質間の関係とそれがどのようにして起こるかを予測する |
| 規範的 | どのような条件の下で関係が生じるかを特定する |

原理の一般化可能性による分類

- メタ理論: 理論のための理論。抽象的な概念によって特定の現象を認定する。
- 大理論: 看護分野の鍵概念や原理を特定することができる概念的枠組みを示す。
- 中範囲理論: より明確な理論であり、変数が限られているある特定の状況だけを分析する。
- 実践理論: 看護において見られるある特定の状況を探る。明確な目標を定め、その目標がどのようにして達成されるかを詳述する。

G. 看護理論の適用

看護理論を適用する目的として、以下のようなものがある。

- 看護理論によって説明されるさまざまな方法によって、患者の状態を判断する
- 患者のニーズを見極める
- 患者と効果的なコミュニケーションや交流を図る
- 患者のニーズに応じて適用する理論を選択する
- 理論を適用して、特定された患者の問題を解決する
- プロセスがどの程度有益であったかを評価する

H. 看護理論を進化させるための応用

4つの主要かつ特徴的な発達段階がある。

- 20世紀に、看護は実践を非常に重視して始まった。その後、必要な看護水準に到達するために看護学生は何を学ぶべきかという問いに取り組むカリキュラムの時代が到来した。
- 看護学においてより上位の学位取得を目指す看護師が増え始めたのに伴い、研究の時代が到来した。
- 続いて、大学教育や修士課程の教育が非常に重要視されるようになった。理論の時代の発展は、研究の時代が導いた自然の成り行きだった。
- 現代の段階では、理論の活用と理論に基づいた看護実践に重点が置かれ、理論の継続的な発展をもたらしている。

d-1) 理論に基づいた看護実践では、まず看護師に対して次のような問いが投げかけられた。

この理論は、私が知っているような看護実践を反映しているか。

この理論は、私が優れた看護実践であると考えてるものを支持しているか。

この理論は、幅広くさまざまな看護の状況において考慮され得るか。

私の個人としての興味、能力、経験はどのようなものか。

看護実践において、看護理論について考えるとどのようなことであるか。

看護理論とともにある私の仕事は努力する価値があるだろうか。

看護理論は、

看護師が日々の経験を記述、説明、予測する助けとなる。

看護におけるアセスメント、介入、評価を導くサポートをする。

対象者の健康状態について信頼性・妥当性のあるデータを集める理論的根拠となる。

看護の質を測る基準を記述する助けとなる。

他の医療専門職とコミュニケーションを取る際に用いる看護専門用語確立の助けとなる。

看護独自の機能を定義することにより、看護の自律性(独立性と自治)を高める。

d-2) 理論に基づいた看護教育

看護理論は、

学士課程、修士課程、博士課程のカリキュラム編成のための焦点を示す。

カリキュラムに関する意思決定の道案内となる。

各科目のコース概要および内容の道案内となる。

d-3) 理論に基づいた看護研究

理論の種類	研究の種類
記述的	説明的研究
説明的	相関的研究
予測的	実験的研究

研究のための知識を効果的に築いていくためには、研究成果の分析と解釈を促進してくれるような理論構造のなかで、知識を築くプロセスを確立していかななくてはならない。

看護における理論と研究の関係はあまりよく理解されていない。

研究、理論および科学を端的に表現すると以下のように言えるだろう。

研究	探求のプロセス
理論	知識の成果物
科学	研究と理論の関係の結果

e) 看護理論は、

知識と新しいアイデアを生み出すための枠組みを提供する。

研究課題を特定するために、変数を選択し、研究成果を解釈し、看護介入を検証するという体系的なアプローチ法を提供する。

また、そのアプローチは、看護理論を発展させるための取り組みである。

注記

本稿は、当時大分県立看護科学大学国際看護学研究室教授であった李笑雨先生が2012年2月27日に同校教員を対象に行った最終講義「看護理論について」を元に、後日、李笑雨先生が文章にまとめた原稿を日本語に訳したものである。



著者連絡先

〒870-1201

大分市大字廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学 国際看護学研究室

桑野 紀子

kuwano@oita-nhs.ac.jp