

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 9 **No. 1**

April 2010

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

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集顧問： 大塚柳太郎（国立環境研究所理事長）
（五十音順） 近藤潤子（天使大学長）
洪 麗信（ソウル大学名誉教授）
前原澄子（京都橘大学看護学部長）
Elizabeth Madigan（Case Western University）

編集委員： 委員長 草間朋子（大分県立看護科学大学）
（五十音順） 江崎一子（別府大学）
太田勝正（名古屋大学）
田村やよひ（看護大学校）
三宅晋司（産業医科大学）
村嶋幸代（東京大学）
編集幹事： 稲垣 敦（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）
高波利恵（大分県立看護科学大学）
秦さと子（大分県立看護科学大学）

技術協力： 伴 信彦（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、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
	資料・報告：	2名
	短報：	1名
	トピックス：	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。他の雑誌等に投稿していないことを確認するために、所定の用紙に署名する。

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、短報・トピックスは1ヶ月、その他の投稿原稿は2ヶ月以内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。

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速やかに再投稿すること。返送の日より6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6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中に記載すること。

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. 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	5,000 ~ 10,000
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	5,000 ~ 10,000
短報 (short note)	独創的な研究の短報または手法の改良提起に関する論文	≤ 3,000
資料/報告 (technical report)	看護・保健に関する有用な資料・調査報告	5,000 ~ 10,000
トピックス (topics)	海外事情、関連学術集会の報告など	≤ 5,000
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	≤ 2,000

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。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角3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。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtabl

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、短報、資料・報告については、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。文章は、スペースを入れたり段落としをせず、全てべた打ちにして下さい。

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) 職 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」ど。」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) 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、それ以外を他「etal」として省略してください。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です。

(例: 雑誌の場合)

神田貴絵(2004). カザフスタン共和国セミパラチンスク地域における保健医療の現状と国際協力の課題: JICAによるプロジェクトに短期参加して. 大分看護雑誌 5, 11-15.

Laukkanen JA, Kurl S and Salonen R (2004). Systolic blood pressure during recovery from exercise and the risk of acute myocardial infarction in middle-aged men. Hypertension 44, 820-825.

Kageyama T, Kobayashi T, Nishikido N et al (2005). Association of sleep problems and recent life events with smoking behaviors among female staff nurses in Japanese hospitals. *Ind Health* 43, 133-141.

(例: 書籍の場合)

高木博文(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)

日本造血細胞移植学会 (2002). 平成14年度全国調査報告書. http://www.jshct.com/report_2002/index.html

本文中では、引用文の最後に(草間 2004)または(Kusama 2004)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(草間・甲斐 2004)または(Kusama and Kai 2004)、3名以上の場合は(草間 他 2004)または(Kusama 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、(甲斐 2004a)、(甲斐 2004b)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)「乳がんや大腸がんの80%は食事の内容を変えることで予防できる」(Cummins and Bingham

1998a, Rosen et al 2000)とする最近の報告・・・

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(草間 2004)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。

(2006年10月3日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 9, No. 1 (2010年4月)

目次

資料

- 外来で利用できる看護記録の提案 -急性の痛みを伴う患者に着目して- 1
甲斐 仁美、桜井 礼子、藤内 美保、草間 朋子

資料・報告

- 看護系大学の新人教員に対するファカルティ・ディベロップメント(FD)推進のための文献調査に基づく課題 10
石田 佳代子

トピックス

大分県立看護科学大学 第11回看護国際フォーラム

- 「終末期患者のための緩和ケア」(Dr. Ian Maddocksの講演から) 19
福田 広美
- 「"いのちの限り"と向き合う人に寄り添うケア」(田村恵子先生の講演から) 23
小野 さと子
- 「ホスピス・緩和ケア: 韓国の現状と課題」(Dr. Hyun Sook Kimの講演から) 27
桑野 紀子

外来で利用できる看護記録の提案—急性の痛みを伴う患者に着目して—

Development of nursing record for patients with acute pain

甲斐 仁美 Hitomi Kai

大分市医師会立アルメイダ病院 Almeida Memorial Hospital

桜井 礼子 Reiko Sakurai

大分県立看護科学大学 広域看護学講座 保健管理学 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

草間 朋子 Tomoko Kusama

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

2009年5月28日投稿, 2010年2月6日受理

要旨

外来看護師を対象にした質的帰納的研究により痛みのアセスメント過程を4段階に分析し、その結果に基づき試作した「急性の痛みの記録用紙」を61例の患者に試用し、試用結果をもとにして外来看護の記録用紙を完成させた。試作した記録用紙に関する改善点等の意見を質問紙およびインタビューにて把握した。本論文では、試作した記録用紙の試用の結果と試作記録用紙の主な改善点について報告する。試用した看護師の80%以上が試作した記録用紙は使いやすいと回答した。また、記録用紙の試用により、看護記録の必要性、看護師独自の判断の必要性、継続看護および看護記録による情報の共有化の必要性などを認識したと回答し、看護師自身の意識に変革がみられた。記録用紙を用いることにより、急性の痛みを平均6分で的確にアセスメントすることができ、継続看護および情報の共有化のための看護記録としても有用であることが示唆された。記録用紙の順序に従いアセスメントすることで、短時間で痛みの的確な判断や疾患の予測もできることが明らかとなった。

Abstract

We conducted the qualitative inductive research in order to analyze the process of pain assessment. We indicated that process of pain assessment consisted of four stages. Based on the result, we developed the draft of a fill-out form for acute pain assessment and applied it to 61 patients to complete the draft form in an outpatient clinic that had the emergency care unit. Questionnaire survey and the interview were also conducted to evaluate the availability of the assessment form. Over 80% of the nurses responded positively in terms of the effectiveness of the form. It was found that the assessment form can make diagnosis of acute pain with accuracy and also make prediction of the related disease in a short time by paying attention to acute pain. It was suggested that the form was also useful for the nursing staff to smoothly make decisions at each level of nursing assessment. In addition, it was effective that some nurses realize significance of nursing record. The time required to fill in the form was about 6 minutes on the average and the available information based on the filled form may be helpful as nursing record which was compatible with other nursing staff to promote continuous nursing with speed and accuracy. This study suggested that the draft form for assessment of acute pain was in particular, practical to assess the acute pains of outpatients to whom nursing record system was not fully equipped yet.

キーワード

急性の痛み、痛みのアセスメント、看護記録用紙、外来看護、看護師の判断

Key words

acute pain, pain assessment, nursing record, outpatient nursing, decision-making by nurses

1. はじめに

患者の訴える痛みは看護師にとって病状を知るうえで重要なサインとされている (Schreiner 他 2002) にも拘わらず、患者によって痛みの表現は異なり、痛みのアセスメントは難しいとされている (関山・花岡 2001)。救急外来を受診した患者の80%は痛みを伴っており (甲斐 他 2007) 看護師は初めて対応する患者の痛みを短時間で的確にアセスメントし、看護ケアに結びつけることが重要である。

一方、外来での看護記録の必要性が提言されているにも拘わらず、看護記録が約5割の施設しか実施されていないのが現状 (鄭 2006) であり、臨床現場には診療の介助を行いつつ看護記録を記載するための時間が取れないなどの課題がある。記録用紙は思考過程を支援するために重要な意味をもつものであり (金賀 他 2002)、様々な疾患を想定しながら順序立てて問診することが重要視される救急外来において (瀧 2003)、記録用紙があれば短時間に看護の焦点を記載しながらアセスメントでき看護ケアに有効であると考えられる。

そこで、筆者らは、まず外来の看護記録をかねた痛みのアセスメントシートを開発するために、救急外来において急性の痛みを伴う患者に対応する際の看護師のアセスメントの思考過程について質的帰納的研究により分析した。その結果、急性の痛みをアセスメントする過程は、「痛みの原因を想定する段階」「痛みの緊急度を判断する段階」「痛みの原因を絞り込む段階」「痛みの原因を限定する段階」「痛みの原因を確定する段階」の5つの段階で構成されていることを明らかにした (甲斐 他 2007)。

本研究では、この急性の痛みを伴う患者に対するアセスメントの思考過程を反映した看護記録用紙 (以下記録用紙という) を試作し、試作した記録用紙を総合病院の救急外来および外来で、1～2次救急の急性の痛みを主訴として受診した患者を対象に試用した。その後、試用した看護師を対象に記録用紙に関する意見を聴取し、その結果を参考にして最終的な記録用紙を提案することとした。

2. 方法

本研究の過程を「記録用紙の試作」「記録用紙の試用と試用結果の分析・評価」「提案する記録用

紙の作成」の3つの段階に分け、本研究で提案する記録用紙を作成した。

2.1 記録用紙の試作

筆者らが明らかにした急性の痛みを伴う患者に対するアセスメント過程 (甲斐 他 2007) を反映した患者の情報収集を盛り込んだ記録用紙を試作した。

2.2 試作した記録用紙の試用と試用結果の分析・評価

試用の主な目的は、試作した記録用紙の有用性および使いやすさに関する情報を入手し記録用紙の改善に役立てることである。試作した記録用紙は、あらかじめ延べ24名の看護師にプレテストとして使用してもらったうえで試用した。

2.2.1 対象者

1～3次救急外来および一般外来において痛みを訴える患者に対応した看護師延べ61名を調査対象とした。

2.2.2 調査期間

2006年7月～10月

2.2.3 調査方法

試作した記録用紙の試用後に、(1) 試作した記録用紙の記載状況の調査、(2) 自記式質問紙による調査、(3) インタビューによる調査を行った。

(1) 試作した記録用紙の記載状況調査

痛みを訴える患者に対して記録用紙を試用してもらい、記録用紙の項目別に記載状況を分析した。なお、限定的なまたは局所的な四肢の痛みは、記録の過程を経なくとも骨折や打撲など痛みの原因が明確な場合が多いと考え、今回の調査では記録用紙の試用対象から除いた。また、コミュニケーションをはかるのが難しいと予想される小児についても、記録用紙の試用対象から除いた。

(2) 自記式質問紙による調査

記録用紙の役立ち (有用性) の程度を4択で (役立った、まあまあ役立った、わずかに役立った、役立たなかった)、記録用紙の使いやすさの程度を4択で (使いやすい、まあまあ使いやすい、やや使いにくい、使いにくい) で回答してもらった。患者の訴える痛みの部位別および一般外来・救急外来別に役立った項目と使いやすさの程度について比較した。さらに、使いにくい点、役立った点

については自由記述で意見を求めた。

(3) インタビューによる調査

記録用紙を試用した看護師2～3名を1グループとし、合計6グループ、延べ15名にインタビューを行った。対象者の都合により1グループのみ1名で実施したグループもあるが、1グループあたりのインタビュー時間は約30分とし、総時間は約180分であった。インタビューガイドを用い、記録用紙の情報項目として、必要・不要な項目、役立った項目、項目の順序性および記録用紙の使用により変化したことについての意見を求めた。

2.2.4 分析方法

統計解析にはSPSS14.0を用い、Kruskal-Wallis検定により痛みの部位および外来別による記録用紙の役立ち度を比較し有意水準5%で判断した。質問紙の自由記述の部分は、記載事項をそのままデータ化し内容分析的手法を用いてまとめた。インタビューのデータは、録音テープから逐語録を作成した。逐語録から、記録用紙の試用に對する具体的な意見をコード化し、内容分析的手法にてまとめた。インタビューから得られたデータの質的研究の部分については、逐語録を作成し意見をコード化した後、適宜、複数の研究者からスーパーバイズを受けデータを検討した。

2.3 提案する記録用紙の作成

試用結果を基にして試作した記録用紙を改善した。

2.4 倫理的配慮

調査対象とした看護師には、研究の主旨および倫理的配慮などを記述した文書を用い口頭で説明し、文書による研究への同意を確認した。記録の対象となる患者、および調査対象者である看護師の個人名等個人が特定される内容は記載せず、記録用紙および質問紙は分析後、裁断し廃棄することを説明した。また、調査対象となる施設には、記録用紙を試用することで通常の業務に支障をきたさず、患者に不利益をもたらさないことを優先して記録用紙を

試用してもらうことを説明し同意を得た。なお、大分県立看護科学大学の研究倫理・安全委員会の承認を得て調査を実施した。

3. 結果

3.1 記録用紙の試作

試作した記録用紙を図1に示す。5段階のアセスメント過程の中で、救急外来で実際に看護師が行う過程は、第2～4の段階（「痛みの緊急度を判断する段階」「痛みの原因を絞り込む段階」「痛みの原因を限定する段階」）であると判断し、記録用紙にはこの3つの段階を盛り込んだ。「痛みの緊急度を判断する段階（トリアージ）」には、主訴・痛みの部位と程度・バイタルサイン・入室時の状

外来記録用紙		平成 年 月 日 曜日	
		午前・午後 時 分	
フリガナ	年齢 才	紹介医:	看護記録
名前	性別 男/女	処方: 有・無	
緊急度: ①高い ②中 ③低い		かかりつけ医:	生命トリアージ
		処方: 有・無	高・中・低
バイタルサイン	入室状況: 徒歩(独歩、要介助)、車椅子		
体温 °C	ストレッチャー		
脈拍 回/分	体位: 臥位、側臥位、前屈、腹部を押さえる		
呼吸 回/分 SpO ₂ %	頭を抱える、そのほか()		
血圧 / mmHg	出血: 有 無		痛みの緊急度の判断
主な訴え:	外傷: 有 無		①軽い②重いが我慢できる
	痛みの部位:		③我慢できない
	痛みの程度:		
症状の経過:			
既往歴: 喘息 高血圧 糖尿病 心疾患 腎疾患 肝疾患 血液疾患 胃・十二指腸疾患			
脳疾患 精神疾患 結核			
その他()			
薬アレルギー() 食物アレルギー()			
手術歴:			看護の必要性
最終月経: 月 日、妊娠: 有 無 不明			高・中・低
*2週間以内の海外渡航歴: 有・無 (時期: 国:)			
触診: 部位() 所見()			
聴診: 部位() 所見: ()			
圧診・打診: 部位() 所見()			
その他			
検査: 採血、血液ガス、X-P(胸・腹)、CT(頭・胸・腹)			緊急度
エコー(胸・上下腹部)、ECG、その他()			高・中・低
疾患名:			

図1. 試作した記録用紙

表1. 患者の概要

		n=61	
項目	カテゴリー	人数	(%)
痛みの部位	腹部・腰部	37	60.6
	頭頸部・顔部	13	21.3
	胸部・背部	5	8.2
	その他 (複数の部位)	6	9.8
疾患名	急性胃・腸炎	18	29.5
	尿管結石	7	11.5
	頭痛	6	9.8
	便秘	5	8.2
	上気道炎	3	4.9
	感冒	3	4.9
	急性扁桃炎	2	3.3
	急性虫垂炎	2	3.3
	その他	15	24.6
	年齢	9～19才	7
20～39才		28	45.9
40～59才		13	21.3
60～79才		9	14.8
80才以上		3	4.9
未記入		1	1.6
性別	男	29	47.5
	女	31	50.8
	未記入	1	1.6

況に関する項目を選択肢で入れた。「痛みの原因を絞り込む段階 (仮説を絞り込む段階)」には問診等の項目を入れ、「痛みの原因を限定する段階 (仮説を限定する段階)」にはフィジカルアセスメントの結果を記載できるようにした。

自由記載ができる「看護記録」の欄を右側に設け、「入室直後の緊急度の判断(生命トリアージ)」「痛みの緊急度の判断」「看護の必要性の判断」「最終的な緊急度の判断 (緊急度)」の4つの看護の判断を記録できるようにした。

3.2 試作した記録用紙の試用の結果

3.2.1 記録用紙の記載状況

記録用紙を試用した患者は61名で、救急外来が53名、一般外来が8名であった。対象となった痛みの部位、患者の疾患名、年齢、性別を表1に示す。61名の記録用紙の記載状況を、試作した記録用紙の項目別に表2に示す。

痛みに関する情報の記載率に関しては、主訴の記載 (率) は59名 (96.7%)、痛みの部位の記載 (率) は51名 (83.6%) であるが、痛みの程度の記載率は32名 (52.4%) であった。フィジカルアセスメントに関する記載率に関しては、触診が31名 (50.8%)、聴診・打診および圧診は約20%であった。

表2. 試作した記録用紙の記載状況

				n=61				
項目	記載数	(%)	項目	記載数	(%)			
バイタルサイン	体温	58	95.1	入室時の状況	入室状況	60	98.4	
	血圧	51	83.6		出血	60	98.4	
	脈拍	49	80.3		外傷	59	96.7	
	呼吸	11	18.0		体位	41	67.2	
	S _p O ₂	37	60.7		フィジカル	触診	31	50.8
痛み	主訴	59	96.7	圧診		13	21.3	
	痛みの部位	51	83.6	聴診		12	19.7	
	痛みの程度	32	52.5	打診		12	19.7	
問診	症状の経過	59	96.7	判断と記録	痛みのトリアージ (痛みの緊急度)	59	96.7	
	薬アレルギー	53	86.9		生命トリアージ (入室直後の緊急度)	52	85.2	
	食物アレルギー	53	86.9		緊急度 (最終の緊急度)	51	83.6	
	既往歴	48	78.9		看護の必要性 (看護の必要性の判断)	48	78.9	
	手術歴	41	67.2		看護記録	44	72.1	
	その他の症状	32	52.5		SOAP	27	44.3	
	最終月経	18	29.5		検査名	検査名	41	67.2
	妊娠	18	29.5			疾患名	61	100.0

表3. 試作した記録用紙に対する意見(質問紙調査)

カテゴリー	該当人数 n	具体的 記述n	具体的な事項	
	n=24	n=27		
役 立 つ た 情 報	問診	10	10	症状の経過。仮説を絞り込む段階。
	フィジカルアセスメント	6	9	触診。打診。圧診。
	主訴	4	4	主な訴え。痛みの様子。
	トリアージ	3	3	痛みのトリアージ。トリアージの項目。
	検査	1	1	腹部エコー
	n=14	n=14		
使 い や す い 点	アセスメントしやすい	5	5	項目にそって情報をとっていけるのでアセスメントがしやすい。短時間でアセスメントできる。
	問診・情報収集しやすい	2	2	聞かなければいけない事があらかじめ書いてあるので良かった。項目があげられているので問診をとりやすい。
	記入しやすい	5	5	○で囲むこと。体位の項目が当てはまっています後で記録を見てもイメージしやすい。トリアージは記入しやすい。
	経過がわかりやすい	2	2	症状を聞く順番が書きやすい。経過がわかりやすい。
	n=11	n=11		
使 い に く い 点	使用に時間がかかる	4	4	忙しい時症状の経過は詳細にきけない。初めての記録であり記入に時間がかかった。
	記録用紙の見直し	3	3	入院になった時以後の処置項目等記入する用紙を検討しないといけないと思う。看護記録を書く「らん」が分かれているので記録が重複してしまう。
	記録場所の理解不足	2	2	処置を記録するところがはっきりしない。
	慣れていない	2	2	慣れていけば使いやすくなると思う。使用したことがないので慣れていないので自分の理解度が低い。
他	n=2	n=2	患者がきつくて答えたくない様子だったので記載できなかった。 生命トリアージは患者をみてすぐするため特に考えていない。高いときはすぐ処置する。	

表4. 看護判断の段階別にみた記録用紙の役立ちの程度

判断の段階 / 役立ちの程度	n=51 人 (%)				
	役立った	まあまあ役立った	わずかに役立った	役立たなかった	無回答
生命トリアージ (入室直後の緊急度の判断)	5 (9.8)	18 (35.3)	8 (15.7)	9 (17.6)	11 (21.6)
痛みのトリアージ (痛みの緊急度の判断)	17 (33.3)	23 (45.1)	2 (3.9)	1 (2.0)	8 (15.7)
看護の必要性 (看護の必要性の判断)	8 (15.7)	27 (52.9)	5 (9.8)	2 (3.9)	9 (17.6)
緊急度 (最終の緊急度の判断)	4 (7.8)	27 (52.9)	5 (9.8)	4 (7.8)	11 (21.6)

記録用紙の右欄の「看護記録」については、選択肢で記載できる看護判断の記載率は83.6～96.7%、痛みのトリアージ(痛みの緊急度の判断)は59名(96.7%)の記載率であった。また、看護記録欄に自由記載を行ったものは44名(72.1%)であり、SOAPで記録された経過記録は27名(44.2%)であった。

3.2.2 質問紙による調査の結果

質問紙の回答者数は51名であった。項目ごとに具体的な意見として入手できた情報をカテ

リー別にまとめた結果を表3に示す。患者をアセスメントし判断する過程で、一番役立った項目は何かの設問では、「問診」が一番多く、次いで、「フィジカルアセスメント」であった。なお、フィジカルアセスメントと記載した6名のうち、5名が腹・腰部の痛みに対してシートを使用していた。

試作した記録用紙(図1)の右欄にある看護の判断4項目の役立ちの程度の結果を表4に示す。一番役立ったと感じた判断は「痛みの緊急度の判断」であり、17名(33.3%)が「役立った」と回答しており、「まあまあ役立った」と回答した23名(45.1%)

を合わせると78.4%となった。次いで、役立った看護の判断は「看護の必要性の判断」が多く、「役立った」と回答したのは8名(15.7%)、「まあまあ役立った」と回答したのは27名(52.9%)であった。

看護の判断の役立ちの程度と患者が痛みを訴える部位との関連をみると、「痛みの緊急度の判断」で、腹・腰部の痛み記録用紙を試用した場合が他部位に試用した場合より記録用紙が「役立った」と回答した割合が46%で有意に高かった(p=0.031)。他の部位と看護の判断の役立ちの程度における有意差はみられなかった。記録用紙を試用した部署別にみると、救急外来および一般外来別における看護の判断の看護記録の役立ちの程度について有意差はなかった。

記録用紙の使いやすさについては、「使いやすい」が8名(15.7%)、「まあまあ使いやすい」が34名(66.7%)で、約80%は使いやすいと回答した。また、記録用紙が使いやすい理由としては、「シート(記載されている)の項目に従って順番に聞くことで時間的な無駄がなくなる」「項目にそって情報をとっていただけるのでアセスメントしやすい」や「短時間でアセスメントできる」の意見があった。

記録用紙を試用しながら患者のアセスメントに要した平均時間は患者1人あたり6.22分(標準偏差±3.01分)であった。なお、質問紙の自由記載欄に記載された意見として、「初めての記録であり記入に時間がかかった」「慣れていけば使いやすくなる」等の意見があった。

3.2.3 インタビューの結果

インタビューの結果は、記録用紙の役立った点、記録用紙の試用により変化した点、記録用紙の記載順序の妥当性に焦点を絞り内容をまとめた。

役立った点として、「患者が多い時は痛みのトリアージが役立ち、我慢できる人には待ってもらおう」「患者に対応しているその場よりも振り返りで役に立った」や「記録は看護師が交替して

みた時にも分かる」などがあつた。

記録用紙を使用することにより変化した点は、「看護記録を記載する必要があることに気づいた」や「自分の判断を振り返るときに記録が役立つことを認識した」などの意見があつた。その他「痛みに関して患者に詳しく尋ねるようになった」「看護が外来から病棟に繋がっていくことを記録用紙の使用で考えるようになった」「他の看護師の記録を見たとき患者の状態がとらえやすくなった」などの看護記録の必要性を支持する意見があつた。また、「看護の必要性の判断を記録しなければならなくなって、より一層自分で判断するようになった」や「医師に頼るのではなく自分で判断しな

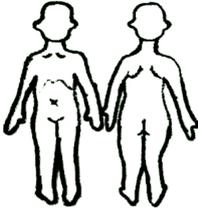
		平成 年 月 日 曜日/午前・午後 時 分	
痛みの緊急度を判断する段階	フリガナ	かかりつけ医:	
	名前	経過記録	
	年齢 才 年 月 日生 男/女	入室直後の緊急度の判断 高・中・低	
	主な訴え:	車いす・ストレッチャー その他() 体位: 臥位・側臥位・前屈 腹部を押さえる・頭を抱える その他()	
痛みの部位:	痛みの緊急度の判断		
痛みの程度: (患者のことば)	出血: 有・無 外傷: 有・無		
痛みの原因を絞り込む段階	症状の経過:	看護の必要性の判断 ①患者から離れることはできない ②短時間なら離れてもよい ③時々の観察ですむ	
	その他の症状:		
	既往歴: 喘息 高血圧 糖尿病 心疾患 腎疾患 肝疾患 血液疾患 胃・十二指腸疾患 脳疾患 精神疾患 結核 その他()		
	薬アレルギー() 食物アレルギー()		
	手術歴: 最終月経: 月 日 妊娠: 有 無 不明		
バイタルサイン	体温() °C 呼吸() 回/分 SpO2() % 脈拍() 回/分 血圧 / mmHg その他		
原因を限定する段階	触診: 部位() 所見: ()		
	聴診: 部位() 所見: () 打診: 部位() 所見: () 圧診: 部位() 所見: () その他		
	検査: 採血/血液ガス/X-P (胸・腹) / CT (頭・胸・腹) エコー (胸・上下腹部) / ECG その他() 疾患名:	最終的な緊急度の判断 高・中・低	
署名 ()			

図2. 提案する記録用紙

ければいけないと思った」などの意見があった。

記録用紙の順序性については、「看護の必要性が重要、これが先に行われたほうがよい」や「記録用紙の項目に従って順番に聞くことで時間的な無駄がなくなる」などの意見があった。

また、インタビューでは記録用紙が役立つ次のような具体的な事例がだされた。この事例は左尿管結石で、痛みを詳細にみることから疾患の予測ができ、触診・打診とすすめることができた事例である。40歳代の男性で、朝7時から強い痛みと冷汗、嘔気、嘔吐があったが2時間我慢し、少し痛みが治まったので救急外来を受診した。既往歴は特になく、「左脇腹が痛い」が主訴であり、主訴だけから判断すると整形外科の疾患を持つ患者かと推測したが、「重い物を持ったら痛い」と言い、記録用紙を上から順に記入していくと打診まで至った。「痛みが脇じゃなくて腰のような気がする」と発言し、痛みの時間も限定していた。最初に激痛を感じ、次に左側腹部の痛みを感じ、循環器疾患でもないと考え、尿管結石を疑い背部を打診したところ「下にひびく」というので、血尿を疑い検尿を行った。記録用紙がとくに役立ったと実感した点は、痛みの様子から疾患の予測ができ、触診、打診さらに検査へとすすめることができたことであった。

3.3 提案する記録用紙の作成

記録用紙の試用結果に基づき、(i) 急性の痛みをアセスメントする過程(段階)、(ii) 看護の判断のポイント、(iii) 時間軸・経過による流れ・順序性、(iv) 記載の効率性に着目し、有用性と使いやすさに重点をおいて改善し提案する記録用紙を図2に示す。

3.3.1 看護の必要性の判断基準

看護の必要性の判断については、試作の記録用紙では「高・中・低」としていたが調査結果で判断があいまいで記載しにくいとの指摘があったため、誰でも同じ判断基準で、かつ短時間で的確な決断ができる区分として「(i) 患者から離れることはできない、(ii) 短時間なら離れてもよい、(iii) 時々の観察ですむ」の3段階に改善した。

3.3.2 痛みを判断するための具体的な表現の項目

痛みの程度の項目に、患者が痛みを表現する具体的な「ことば」を記述する欄を設けた。調査結果

から痛みの程度が記載しにくいとの指摘があり、患者の訴える痛みの程度や種類を看護師が共通に理解し的確にアセスメントするためには、患者が表現する痛みのサインをありのまま記載するほうがよいと判断し、患者の表現する「ことば」そのものを記載することにした。

3.3.3 フィジカルアセスメント欄の改善

記録用紙の項目別の記載状況に関する調査では、フィジカルアセスメントの記載率は高くなかったが、フィジカルアセスメントは役立つ項目としてあげられていた。先行研究と同様にフィジカルアセスメント情報の重要性(伊達他2001, 中村2005, 太田・唐澤2006)が示唆されたため、項目はそのまま残すこととした。

痛みの原因を絞り込む段階として、思考の流れに沿って記録用紙の表記の順番を変更し問診をバイタルサインより上位に配置し、また身体図を追加した。

4. 考察

4.1 記録用紙の有用性

記録用紙は思考過程を支援するために重要な意味をもつ(金賀他2002)といわれ、短時間での対応が求められる救急外来において、様々な病気を想定しながら順序立てて問診することが重要視される(瀧2003)。本研究で提案した記録用紙は、看護師のアセスメントの思考過程の調査結果に基づいて作成したものであり、急性の痛みを流れにそって丹念に、そして丁寧にアセスメントすることができる記録用紙であると考えている。

看護師のアセスメント能力の向上が必要とされる(金子1994)なか、記録用紙にしたがって痛みに着目しながらアセスメントすることで、疾患の予測や看護ケアの優先度などを判断できることが、記録用紙の試用の調査結果から明らかである。特に、腎結石の事例で示したように、激しい痛みを伴うという典型的な症状を示さない患者であっても、記録用紙にしたがって痛みを丹念にアセスメントし、打診などのフィジカルアセスメントを行うことで、短時間で痛みの原因を的確に判断することができている。

記録用紙を試用した看護師の認識としてのインタビューから、記録用紙を使用することで、看護

師は看護記録による情報共有の必要性、継続看護や看護師独自の判断の必要性、また提供した看護を振り返るための手段としての記録の重要性を改めて認識しており、この点からも記録用紙の使用は重要であると考えます。最初から医師が立ち会うことの多い3次救急外来とは違い、看護師が最初に対応することが求められる1~2次救急外来では、看護師自身が判断を下さなければならない場面が多いと推測される。

4.2 記録用紙の今後の活用

外来患者の約80%は、痛みを伴う患者であることを考えると、外来患者の80%にはこの記録をそのまま活用することが可能である。痛みを伴わない患者の記録用紙として使用する場合に追加する必要がある事項については、さらに検討する必要があると考えている。本研究で提案した記録用紙を外来で実際に使用した看護師に意見聴取したところ、「痛みを伴うか否かに関わらず、この記録用紙を使うことによって、アセスメントを順序立てて行うことができ、看護師のアセスメント能力が向上する」ということであった。

アセスメント能力の向上には、まず、看護実践過程に沿った記録を実践することである（小林1999）といわれている。在院日数の減少などにより、今後、ますます外来での看護の質の向上が求められることを考えると、外来での看護記録が約5割の施設しか実施されていない現状で、より使いやすい記録用紙を提案することが重要である。

5. 結語

本研究で提案した記録用紙は、痛みを伴う患者に着目して作成したものであるが、提案した記録用紙は、アセスメントの思考過程に沿って経時的に観察し記録できるようにしたものであり、看護の記録として基本的な要素である患者の個人情報、バイタルサイン、看護の必要性の判断等も盛り込んであり、痛みを伴わない患者に対しても利用できるものと考えている。

本研究で提案した記録用紙は、1枚の記録用紙の中に経過記録の要素も持っており、提供した看護を振り返ることができる機能も持っている。さらに、他職種との情報共有、他部署への申し送りなどにも利用できることが分かったので、多くの

施設で看護記録用紙として利用できることを期待している。

本研究で提案した記録用紙は、電子カルテ化を念頭に入れたものではなく、今後、外来を含めて電子カルテ化が進む中で、電子カルテに対応できる記録用紙として改善を加えていきたいと考えている。

引用文献

伊達美鈴, 横田由佳, 須藤史子(2001). 1、2次救急外来の身体的情報に関する看護記録の実態. 日本救急医学会関東地方雑誌22, 308-309.

甲斐仁美, 桜井礼子, 藤内美保他(2007). 「急性の痛み」を伴う患者のアセスメント過程の分析: アセスメントシート作成に必要な情報収集入手のために. 看護教育48(8), 257-264.

金賀律子, 酒井敬子, 鈴木のり子 他(2002). V. ヘンダーソン看護論と推理過程モデルを用いたアセスメントのための実習記録の報告: 学生のアセスメント過程と指導方法. 看護展望27(9), 101-106.

金子道子(1994). アセスメント能力と看護婦の責任. 看護展望19(6), 642-646.

小林貴子(1999). その人の強みをアセスメントしよう. 看護教育40(11), 960-961.

中村美鈴(2005). 急変時における看護師の役割特性. 中村美鈴(編), わかる! できる! 急変時ケアフローチャート&ケーススタディ, pp6-9. 学研, 東京.

太田勝正, 唐澤由美子(2006). フィジカルアセスメントの考え方. 太田勝正(編), フィジカルアセスメント-基礎がわかる! 実践できる!, pp2-9. 照林社, 東京.

Schreiner AS, 守本とも子, 俵由美子(2002). 痛みは5番目のバイタルサインである. 看護学雑誌66(1), 78-85.

関山裕詩, 花岡一雄(2001). 非癌性疼痛の臨床 病態と治療 疼痛の診断・評価法. 日本臨床59(9), 1713-1716.

瀧健治(2003). 概論. 瀧健治(編), 救急外来診療で役立つ症候からの鑑別診断の進めかた, pp12-13.

羊土社, 東京.

鄭佳紅(2006). 医療施設および介護施設等における看護記録の現状. 看護58(13), 51-54.



著者連絡先

〒870-1195

大分市大字宮崎1509-2

大分市医師会立アルメイダ病院 看護部

甲斐 仁美

kaihitomi@almeida.oita.med.or.jp

看護系大学の新人教員に対するファカルティ・ディベロップメント(FD)推進のための文献調査に基づく課題

The issues on the based of literature research for promotion of Faculty Development intended for beginner teachers at Nursing Universities

石田 佳代子 Kayoko Ishida

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

2009年10月2日投稿, 2010年4月9日受理

要旨

本研究の目的は、新人教員に対するファカルティ・ディベロップメント(FD)を推進するために示唆を得ることである。その方法として、看護系大学の新人教員に関する国内文献の分析を通して、新人教員の資質の改善・向上のための中心的課題と必要な要素を検討した。その結果、中心的課題は、実習指導能力の向上と考えられた。また、新人教員の職務上の態様は、[困難を示す要因][困難に影響を与える要因][対処][効力][教員としての基本的資質に関連する要因][理想と現実との乖離]の6個のカテゴリーに分類できた。これらのカテゴリー間の関連性を検討した結果、新人教員に対するFD推進のためには、新人教員が抱え易い困難を軽減させることの重要性も示唆された。以上から、[教員としての基本的資質に関連する要因]に示された教員各々の教育・臨床経験などを考慮した上で、[困難に影響を与える要因]に働きかけることが必要であると考えられる。

Abstract

The purpose of this study is to obtain the suggestion for promotion of Faculty Development (FD) intended for beginner teachers. The methods for that is to examine main issues and necessary elements for the development of beginner teachers from the analysis of domestic theses concerning the beginner teachers of Nursing Universities. As the results of the examinations, I thought that main issues in development of beginner teachers are the improvement of the abilities of clinical teaching. And I was able to classify the aspect of the functions under six categories; [factors to show difficulty], [factors that influences difficulty], [coping], [efficacy], [factors that relate to basic nature as teacher] and [unbridgeable gulf between ideal and reality]. As the results which I examined about the connections among the six categories, for FD, I found out that it is important that we reduce the difficulties of the beginner teachers. Therefore, I thought that we need to approach to [factors that influences difficulty], after we consider the teaching and the clinical experience which appear in [factors that relate to basic nature as teacher].

キーワード

ファカルティ・ディベロップメント(FD)、新人教員、看護系大学、教師発達、文献調査

Key Words

Faculty Development (FD), beginner teacher, Nursing University, teacher development, literature research

1. 緒言

文部科学省は、高等教育への多様化した社会のニーズに応じ、充実した教育を展開するために(「我が国の高等教育の将来像(答申)」)、2008年7月31日に「大学設置基準等の一部を改正する省令」(平成19年文部科学省令第22号)を公布し、すべての大学・短期大学にファカルティ・ディベロップメント(FD)を義務付ける方針を打ち出した。この方針では、「大学は、授業の内容及び方法の改善を図るための組織的な研修及び研究を実施するもの」とされており、1999年から努力義務とされていたFDが義務化され、2009

年4月1日から施行されている。FDとはFaculty Developmentの略称で、「教員が授業内容・方法を改善し、向上させるための組織的な取組の総称」(文部科学省中央教育審議会大学分科会)である。FDは、大学の各教員に対し義務付けるものではなく、各大学が組織的に実施することを義務付けるものであり、具体例として、新任教員のための研修会の開催、教員相互の授業参観の実施などが挙げられる。各大学においては、こうした教育の質の向上の要請に応えるために、授業の内容及び方法の改善などにつながるような内容の伴った積極的かつ継続的な取り組みが求められている。

このように、FDの実践が求められている背景として、高校教育における教育内容の多様化や学生の基礎学力・学習意欲・学習習慣の多様化などの進捗が挙げられる(濱名 2009)。こうした変化に応じた広範かつ多面的な学習支援や学生支援が、大学教員に求められる。質の高い教育を行うためには、質の高い教員の養成が欠かせないことから、個々の教員の力量向上のみならず、教師集団による組織的な取り組みの強化が重要となる。

専門職育成を目標とする看護教育において、わが国には大学・短期大学・専修学校などの看護基礎教育機関があり、それらの教育課程や養成期間は単一ではない。看護教員については、看護師養成所(専門学校)の専任教員には「保健師、助産師又は看護師として、5年以上業務に従事した者」「専任教員として必要な研修を修了した者」などの要件が「看護師等養成所の運営に関する指導要領」(厚生労働省)によって定められているが、大学の教員には特別な条件は定められていない。わが国における看護系大学(看護系学部・学科がある大学)は、1991年には11校であったが、「看護師等の人材確保の促進に関する法律」(1992)が制定されて以来、2000年には82校、2008年には167校に増加した(日本看護系大学協議会 2009)。近年の看護系大学の急激な増加に伴い、看護職者のキャリアアップが進むなど、看護系大学の新人教員の教育・臨床経験などの深淺は多様化している状況が推察される。このような状況において、新人教員に対するFDをどのように推進するかは、看護系大学の組織全体としての教育力を高める上で重要な課題であり、新人教員が教員としての資質を磨いていくために必要な研修を効率よく提供できるようなFDプログラムを検討していくことが急務と考えられる。

そこで、1999年の努力義務化以降の、わが国の看護系大学におけるFDに関する研究を概観したところ、そのほとんどが各施設における教育の充実に向けた取り組みに関する報告であり、新人教員に対するFDのための課題を包括的に捉えた研究は見当たらなかった。

以上のことから、看護系大学の新人教員に関する国内文献の分析を通して、看護系大学の新人教員の資質の改善・向上における中心的課題を明らかにし、新人教員の教員としての資質の改善・向

上に必要な要素を検討することにより、新人教員に対するFDを推進するための示唆を得ることを、本研究の目的とした。

2. 研究方法

医学中央雑誌Web版(ver. 4)を用いて、検索語(検索式)を「新人教員」または「看護教員 and 助手」、分類を「看護」、検索対象年をすべての大学においてFDが努力義務化された1999年から2008年までの10年間とした。そして、文献抽出の基準を次の3点とした。1)論文の種類は原著論文または会議録とし、解説は除く。2)研究対象者が看護系大学の新人教員か、あるいは新人を含んだ助手である。3)論文タイトルおよび研究者名などから同一の研究であることが推測される場合には、原著論文と会議録については原著論文を優先する。上記の検索方法でヒットした36件のうち、抽出基準をすべて満たす24件を分析対象文献とした(出羽澤 2001, 出羽澤 2002, 古井 他 2005, 石塚 2006, 伊藤・大町 2007, 金谷 他 2005, 唐澤 他 2003a, 唐澤 他 2003b, 唐澤 他 2004, 唐澤 他 2005, 片岡・西山 2004, 片岡 他 2008, 川崎 他 1999, 小池 2002, 増田・西片 2008, 長瀬 他 2002, 西山・片岡 2005, 奥山 他 2005, 大町・伊藤 2007, 島田 他 2007, 坪井・安酸 2001, 坪井・安酸 2002, 依田 他 2001, 横山 2002)。24件の文献の内訳は、論文の種類では原著論文が8件、会議録が16件で、研究方法の種類では質問紙法が11件、面接法が7件、観察法が5件、面接法および観察法が1件であった。

分析は、次の手順で行った。1)文献数の年次推移を検討した。2)文献毎に、論文タイトルから研究の焦点を読み取り、類似内容毎に分類した。3)文献毎に、研究内容から新人教員の定義を示す内容を抽出し、類似内容毎に分類した。4)文献毎に、結果ないし考察の内容から新人教員の職務上の態様を示す内容を抽出してデータとし、文脈上の類似性に沿って分類するとともに(カテゴリー化)、カテゴリー間の関連性についても検討した。分析過程においては、分析結果とデータ間の帰納的演繹的作業を何度も繰り返し、信頼性の確保に努めた。また、上記のカテゴリー化における解釈の適切性については、看護教育者および看護管理者としての経験を積んだ看護専門領域の教員に確認を得て修正を加えながら進めることで、分析結果の

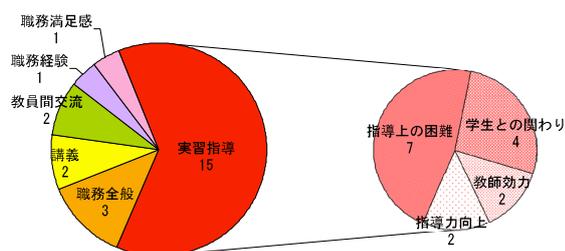


図1. 論文テーマの分類(左)と実習指導の内訳(右)

妥当性を高めるように努めた。

3. 結果

3.1 文献数の年次推移

過去10年間における文献数の年次推移は、1999年から順に1件、0件、3件、5件、2件、3件、4件、1件、3件、2件であり、2000年を除いて毎年数件の研究が公表されていた。

3.2 論文タイトルの分類

論文タイトルを類似内容毎に分類した結果、臨地実習（以下、実習）指導に関するものが15件（63%）と最多であり、次いで職務全般に関するものが3件（13%）、講義に関するものが2件（8%）、教員間の交流に関するものが2件（8%）、職業経験に関するものが1件（4%）、職務満足感に関するものが1件（4%）であった。実習指導に関するもの内訳では、実習指導上の困難に関するものが7件（47%）と最多であり、次いで学生との関わりに関するものが4件（27%）、教師効力に関するものが2件（13%）、実習指導力向上に関するものが2件（13%）であった（図1）。

3.3 新任教員の定義

新任教員の定義では、「看護系大学における教員経験年数が1年未満（1年経過、1年目）の教員」が4件、「教員となって1年未満の教員」が1件、「教員経験2年未満の教員」が1件、「看護系大学に勤務して1年以内の助手」が1件、「助手の立場で初めて実習指導を担当した教員」が1件であり、論文中に新任教員の定義が明記されていないものが16件であった。

3.4 文献から整理された新任教員の職務上の態様－各カテゴリーの特徴

研究内容から抽出した130のデータを、文脈上の類似性に沿って整理した結果、新任教員の職務上の態様は、表1のように、[困難を示す要因]（50, 38.5%）（データ数, データ総数130に対するデータ数の割合）、[困難に影響を与える要因]（37, 28.5%）、[対処]（19, 14.6%）、[効力]（10, 7.7%）、[教員としての基本的資質に関連する要因]（8, 6.1%）、[理想と現実との乖離]（6, 4.6%）の6個のカテゴリーと29個のサブカテゴリーに分類された。表2は、分析過程の一例である。

以下に、各カテゴリーとそれを構成する特徴的なデータを抜粋して述べる。なお、[]はカテゴリー、[]はサブカテゴリー、< >はデータを示す。

3.4.1 [困難を示す要因]

このカテゴリーは、[方法の未確立] [能力不足・未熟] [上司との関係] [役割加重] [サポート不足] [不本意] [教材準備] [調整] [時間の確保] の9つのサブカテゴリーから構成された。<指導の仕方がわからない> <指導の方向性が見えない>

表2. 「困難を示す要因」における分析過程の一部

表1. 文献から整理された新任教員の職務上の態様

カテゴリー (6)	サブカテゴリー (29)
困難を示す要因	方法の未確立、能力不足・未熟、上司との関係、役割過重、サポート不足、不本意、教材準備、調整、時間の確保
困難に影響を与える要因	手持ち資源、他者評価、学生の成熟度や学習理解の程度、教員間の交流、あるべき教員像、学生への関心、仕組み
対処	徐々にコツを把握、リフレッシュ、共通理解の橋渡し、体制の調整、妥協、自己研鑽
効力	教員としての自信、個人的達成感
教員としての基本的資質に関連する要因	学歴、入職時の自主性、研修受講歴、教員としての教育歴
理想と現実との乖離	理想と現実との乖離

サブカテゴリー	具体的内容（データ）
方法の未確立	指導の仕方がわからない、指導の方向性が見えない（5） 教授・指導方法の悩み（2） 研究方法の悩み（2） カンファレンスの運営に関する悩み（2）
能力不足・未熟	学生理解の不足（2） 知識不足（2） 教員としての経験・力不足（2） 研究者としての経験・力不足（2） 学習が停滞している学生に効果的に対応できない 学生各自の課題を明確化できず学生の達成感が乏しい 多様な教授技術を活用できない アンバランスに揺れる経験
上司との関係	上司との関係の悩み 上司との指導方針の違いに迷う

<教授・指導方法の悩み><研究方法の悩み>など、新人教員が職務を遂行する上で、教育・研究方法がわからないといった方法が見出せない〔方法の未確立〕の悩み、<学生理解の不足><知識不足><教員としての経験・力不足><研究者としての経験・力不足>など、教育者・研究者としての経験不足を示す〔能力不足・未熟〕の悩み、上司との指導方針の違い、上司からのサポート不足、意に添わない実習や研究に対する悩み、実習施設における指導協力要請やスタッフとの関係形成に関する悩み、研究時間の確保などの困難に直面していることが示された。なお、抽出された50のデータのうち、実習に関する困難を示すデータは28(56.0%)、研究に関する困難を示すデータは12(24.0%)、講義・演習に関する困難を示すデータは9(18.0%)、その他が1(2.0%)であった。

3.4.2 [困難に影響を与える要因]

このカテゴリーは、〔手持ち資源〕〔他者評価〕〔学生の成熟度や学習理解の程度〕〔教員間の交流〕〔あるべき教員像〕〔学生への関心〕〔仕組み〕の7つのサブカテゴリーから構成された。新人教員が様々な困難に直面したり、直面した困難に対処したりする過程において、<学ばせたいことの教授>のために教育技術などの教育活動に必要な資源、<上司や先輩、臨床指導者からの教示>など他者からの客観的評価、学生の成熟度や学習理解、学生への関心、教員間の交流、自身が考える教員の役割モデル、連携の仕組みの諸要素の有無、程度、あり方などが、新人教員の困難に影響を与えることが示された。

3.4.3 [対処]

このカテゴリーは、〔徐々にコツを把握〕〔リフレッシュ〕〔共通理解の橋渡し〕〔体制の調整〕〔妥協〕〔自己研鑽〕の6つのサブカテゴリーから構成された。新人教員は、職務上直面する困難に対して、試行錯誤を繰り返しながら徐々に学生指導や講義のコツを把握する、気分転換を図る、目標の共通理解や人間関係の円滑化に努める、実習指導体制を整える、将来教員を続けるかどうか揺らぐ中で一致できる点を見出して折り合う、自主的に学習し研鑽を積むなどの対処をしていることが示された。なお、抽出された19のデータのうち、12(63%)が実習に関する問題への対処であった。

3.4.4 [効力]

このカテゴリーは、〔教員としての自信〕〔個人的達成感〕の2つのサブカテゴリーから構成された。新人教員は、臨床経験と実習担当領域とが一致している場合など、蓄積された看護実践能力を発揮できることによって自信や満足感を感じたり、教育への理解が進展し教育への価値を見出したりするなどの効力を感じていることが示された。

3.4.5 [教員としての基本的資質に関連する要因]

このカテゴリーは、〔学歴〕〔入職時の自主性〕〔研修受講歴〕〔教員としての教育歴〕の4つのサブカテゴリーから構成された。新人教員が教員としての資質を向上させていく上で、学業・教育に関する経歴、自主性・主体性などの個人的要因が、その基盤形成に関わっていることが示された。

3.4.6 [理想と現実との乖離]

このカテゴリーは、新人教員が日々の職務を遂行する中で、実習、研究、講義・演習、その他(社会活動、試験監督、採点、学校行事など)の職務全般にわたり、個人が抱いていた理想と現実の状況との乖離を自覚していることが示された。

3.5 文献から整理された新人教員の職務上の態様 - カテゴリー間の関連性

抽出された6つのカテゴリー間の関連性に着目して、新人教員の職務上の態様の基本的図解化を試みた結果、図2のように表すことができた。以下に、その特徴を述べる。

新人教員は、職務を遂行する上で様々な困難に直面しており、〔方法の未確立〕や〔能力不足・未熟〕のように講義・演習、実習、研究に共通して存在する困難、〔上司との関係〕や〔役割過重〕のように講義・演習と実習に共通して存在する困難、〔サポート不足〕や〔不本意〕のように実習と研究に共通して存在する困難など、〔困難を示す要因〕は職務全般にわたって多種多様であった。諸問題への対応に追われる状況の中で、様々な体験を重ねながら〔個人的達成感〕や満足感などの〔効力〕を獲得して、教育への価値を見出した者は、〔理想と現実との乖離〕を埋める方向で自己を組み立て直し困難を乗り越えていく、あるいは乖離した状況に妥協するなどして〔対処〕していく結果、個人が目標としている望ましい方向へ向かう場合と、望ましくない方向(例えば離職など)へ向かう場合が

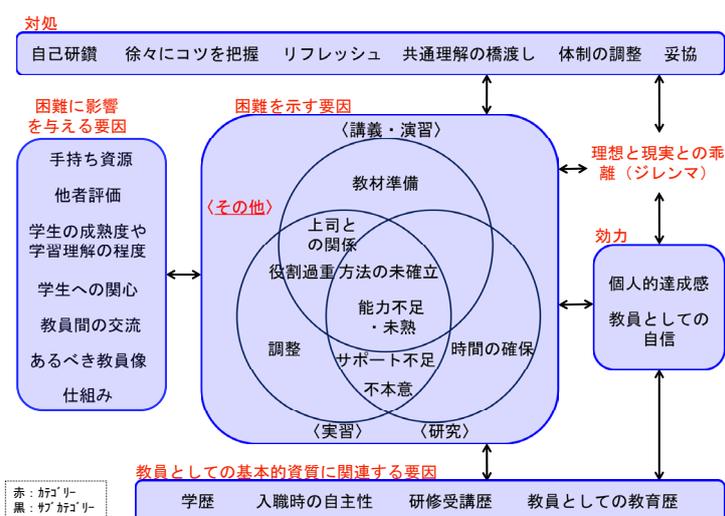


図2. 文献から整理された新人教員の職務上の態様の基本的図解

ある(島田 他 2007)。新人教員の対処のあり方としては、試行錯誤を繰り返しながら「徐々にコツを把握」していくなど、個別な状況に応じた「自己研鑽」を基本とした対処を表していた。このような、新人教員が直面する困難の度合いやそれへの対処のしかた、効力感は個人によって異なると推察され、それらは「学歴」「教員としての教育歴」などの「教員としての基本的資質に関連する要因」によって左右される。また、新人教員が直面する困難の度合いやそれへの対処のしかたは、その人が持っている教育技術などの「手持ち資源」、[学生への関心]および「学生の成熟度や学習理解の程度」、[教員間の交流]、連携の「仕組み」などの要因に影響を受けると考えられた。つまり、新人教員にとっての困難の度合いは「教員としての基本的資質に関連する要因」や「困難に影響を与える要因」などに影響を受けると考えられ、新人教員が職務上の様々な困難を乗り越えて望ましい方向へ向かえるか否かは、個人の自主的・主体的に取り組む姿勢のみならず「困難に影響を与える要因」によって左右される可能性が示唆されていた。

4. 考察

文献調査の結果、実習指導に関する文献数が最多であったこと、「困難を示す要因」を示すデータの56%が実習に関する困難を表していたこと、「対処」の有り様の63%が実習への対処を表していたことから、新人教員の資質改善・向上におけ

る中心的課題は実習指導能力であることが示唆された。分析対象文献のうち、新人教員の定義が明記されていたのは全体の33%であり、それらの内容から判断すれば、新人教員とは教育職に着任して概ね2年目ぐらいまでの教員(助手)と考えられる。看護系大学における職位別平均教育経験年数では、助手職は3.52年(SD 2.63)で他職位に比べて最少であり(日本看護学教育学会調査研究プロジェクト 2000)、一般的に新人教員と称される教員の多くが助手職と推測される。そこで、看護系大学の新人教員の多くが助手職であることを前提にすれば、助手の職務において大きなウェイトを占めているのは実習指導と考えられた。このことから、新人教員の資質向上のためのFDプログラムを検討するにあたっては、実習指導能力が重要な位置づけにあると考えられる。

以上のことから、新人教員に対するFD推進のための課題について、その中心的課題と考えられる実習指導能力に主眼を置いて考察する。

看護系大学に共通する実習指導上の問題については、1)実習施設の不足による施設の分散、遠隔地化により、助手が学内における上司からの指導を受ける機会がないこと、2)新たな実習場の開拓に伴い、実習施設との関係づくりが求められ、助手の調整にかかる負担が増大すること、3)教員不足に関連して様々な背景の教員が実習指導を担う事態が生じることから、実習指導をする上で必要な基礎的知識、技術が十分でない教員が実習指

導を担当すること、の3点が指摘されている（唐澤 2006）。これらの指摘内容は、本研究結果に示された[困難を示す要因]のサブカテゴリーである[上司との関係][サポート不足][調整][役割過重][能力不足・未熟][方法の未確立]と合致していたことから、本研究結果は看護系大学に共通する実習指導上の問題の現状を反映していると考えられる。新人教員の対処のあり方は、教員としての発達過程の一面を表していると考えられる。

教育社会学的観点からの学識において、「教師発達 (teacher development)」とは、「個人が教師を志望してから資格を取得して教職に就き、教職生活を積み重ねて退職するまでの間に、個人としての教師に生じた変容の過程」を意味し、「個人としての教師」とはその人の職業的自己の側面だけではなく、自己の側面も含めた個人全体を眺めたものである、という見解がある。そして、教職活動には、1) 新任教員として、教職活動が軌道に乗るかどうかの不安とたたかう、一種の生き残り (survival) の段階、2) 軌道に乗ったあと、クラスのみさまざまな子どもたちを前にして、時間的な制約や教材・設備などの制約のなかで、いかにして指導するか精通していく段階、3) 中堅教師として、仕事のルーティン化のなかで、惰性に抗しなくなるか、あるいは個々の生徒に応じた指導や実践効果、社会的要請に応じたカリキュラムの工夫などに関心をいっそう高めていくかどうか、の選択の段階、の3つの局面がある、という見解が示されている（今津 1996）。これを看護学に適用した場合に、看護教員の教員としての資質は、個人が持つ看護・教育観、信念、態度などと結びついているが故に、専門的知識・技術の発達だけでは捉えられないと考えられる。そのために、上述した新任の段階に該当すると考えられる新人教員の場合は、教員としてのアイデンティティに揺らぎ、自己のあり方を模索する時期や状況に直面しやすいと考えられる。看護教員の多くは、教育経験年数にかかわらず「看護学は実践を導く知識の体系である」、「看護教師は自分自身を磨き自己能力を高める責任がある」、「看護教師は看護観を明確に持っていないといけない」、「看護教師は学生の成長に責任がある」という看護観・教育観を持っているとされる（日本看護学教育学会調査研究プロジェクト 2000）。このことから、看護教員が教

員としての資質を発展させていこうとする意識は、新任教員としての段階にあっても高いと考えられる。

新人教員が様々な困難を乗り越えて望ましい方向へ向かうか否かは、以上のような個人による自主的・主体的姿勢のほかに、[困難に影響を与える要因]に左右される可能性が本研究結果によって示唆された。つまり、新人教員の資質の改善・向上に必要な要素として[手持ち資源][他者評価][学生の成熟度や学習理解の程度][教員間の交流][あるべき教員像][学生への関心][仕組み]が考えられ、状況に応じてこれらの要素に組織的支援をもって働きかければ、新人教員が抱えやすい困難を軽減させる、あるいは望ましい方向へ向かえるような変化を生じさせることができ、新人教員の実習指導能力の向上につながるのではないかと思われる。具体的な支援内容としては、1) 教育技術等の手持ち資源の不足を補う支援、2) 教員としての能力を客観的に評価する支援、3) 学生のレディネスなどの理解を促したり学生への関心を高めたりする支援、4) 教員間の交流を促す支援、5) 自分のキャリア像を抱けるような支援、6) 教員個人の能力を活かせる仕組み、などを新人教員個々の状況に応じて推進することが考えられる。

加えて、本研究結果から、新人教員の困難は[教員としての基本的資質に関連する要因]によっても左右される可能性が示唆された。新人教員への支援量を個人の状況に応じて検討する際には、その人の学業・教育に関する経歴、自主性・主体性などの個人的要因に着目するとよいと考えられる。つまり、学歴や教育歴などの新人教員個々の背景によって、その人の教育技術などの手持ち資源がある程度推測して、それらを考慮した上で、[困難に影響を与える要因]への支援量を判断することが重要と思われる。

例えば、実習指導の経験がない新人教員の場合には、その教員が何に[能力不足・未熟]を感じているかを把握し、不足している資源を補えるように関わることができると思われる。あるいは、役割モデルとなる[あるべき教員像]の存在がその人にとって助力となる、[他者評価]を受けることでより明確な目標に向けて研鑽を積むことができる、[教員間の交流]を通して情報交換を行うことが円滑な人間関係の形成につながる、などの効果

が期待できると思われる。看護系大学の新人教員や助手の多くは、実習指導を担当する前に実習施設で研修をしており（日本看護学教育学会調査研究プロジェクト 2000）、研修の主な目的は、教員が実習施設に慣れ、行動できるようになることである（唐澤 2006）。実習指導の経験がない新人教員にとっては、施設へ適応できることを第一の目的とすることに異論はないと思われる。これに対して、実習指導の経験がある新人教員の場合には、施設へ適応することだけではなく、指導技術のさらなる向上を目指して、自分の指導スタイルを確立できるような目的をさらに組み込むなど、有意義な研修を行えるように助言することも大切と思われる。助手が自己成長のために行っている割合が最も高かった研鑽方法は学会・研究会参加であり、次いで先輩・同僚教員からの助言であったとの報告がある（日本看護学教育学会調査研究プロジェクト 2000）。[サポート不足]を改善するために、同僚教員間連携による教員の協働体制の推進が求められる。また、実習指導の経験の有無に関わらず、新人教員の専門領域や得意領域などを活かした実習配置を工夫することで、[不本意]などの否定的な感情を抱くことなく、その人の持つ看護実践能力や指導力が発揮されることが期待できると思われる。

一方で、助手のFDへの意識が高まらない理由として、教授や准教授に比べると実習指導など役割が限られており、教育手法を学ぶ機会も非常に限られていることを指摘した見解がある（唐澤 他 2007）。また、看護教員としての職務満足感を調査した報告によれば、助手が満足している割合が最も低かったのは研修時間であった（日本看護学教育学会調査研究プロジェクト 2000）。たとえ自己研鑽の意識が高いとしても、研鑽の機会が制限されれば研修が十分に行われない現状があることが推察される。新人教員がより高いモチベーションを維持でき、指導能力を向上できるようなFDプログラムを企画するためには、研修会に参加できる条件整備が必要であると考えられる。なお、この条件整備に関して、研究活動における[時間の確保]が困難であることが本研究結果で示されたことから、時間的な保証を伴わなければ実際には研究活動が十分に行われない現状があることが推察される。今後はこうした研究に関するニーズ

に応じた条件整備も必要であると考えられる。

研究の限界として、本研究は過去10年間の文献を対象とした調査結果であり、この期間に社会全体が大きく変化していることから、現状を十分に反映できていない可能性がある。今後は、国内における看護系大学を対象とした実態調査などを行い、実際上の問題を明確にした上でその解決に向けて取り組みたい。看護系大学における新人教員についての捉え方は複数存在し、明確な定義は見当たらないことから、本研究においては、研究対象者が看護系大学の新人教員または新人を含んだ助手という条件を満たす場合を新人教員と位置づけて調査を行った。したがって、新人ではないと考えられる助手を研究対象者に含んでいることから、新人教員の特性の抽出には限界がある。また、看護教員の教師としての発達過程を縦断的に調査した研究は見当たらないので、その変化のプロセスを質的に捉えることも必要である。今回は国内文献を対象としたが、国外の動向にも視野を広げて国際比較の視点からの検討を加え、わが国の状況に応じたFDのあり方についてさらなる検討を重ねる必要がある。

2009年6月、厚生労働省は「今後の看護教員のあり方に関する検討会」を発足させ、看護教員に必要な資質や教員像のモデル化などの課題の検討に取り組んでいる。その検討課題・論点の一つとして「看護教員の継続教育システムのあり方」が取り上げられている（厚生労働省今後の看護教員のあり方に関する検討会 2009）。教員個々の資質の改善・向上を、教師集団という環境の中で捉えることがFD本来の趣旨であるから、看護教員の新任時期から連続した継続教育のしくみをどのように考え、どのように充実させていくべきか、今後の展開に期待したい。

5. 結語

国内文献の分析を通して整理された、新人教員の資質の改善・向上のための中心的課題は、実習指導能力の向上と考えられた。また、新人教員の職務上の態様は、[困難を示す要因]、[困難に影響を与える要因]、[対処]、[効力]、[教員としての基本的資質に関連する要因]、[理想と現実との乖離]の6個のカテゴリーに分類できた。この分類過程から、実習指導における困難への直面に対

処する新人教員の自主的・主体的な姿勢が推察された。また、これらのカテゴリー間の関連性を検討した結果、新人教員に対するFD推進のためには、新人教員が抱え易い困難を軽減させる重要性も示唆された。

以上から、[教員としての基本的資質に関連する要因]に示されている新人教員各々の教育・臨床経験等を考慮した上で、[困難に影響を与える要因]に働きかけることが必要であると考えられる。そして、新人教員が高いモチベーションを維持でき、指導能力を向上できるようなFDプログラムを企画するためには、新人教員の研修ニーズに応じた条件整備に向けた取り組みが求められる。

本研究の要旨は、第35回日本看護研究学会学術集会において発表した。

謝辞

本研究にご協力いただいた神取美恵子様に感謝申し上げます。

引用文献

出羽澤由美子(2001). 看護教員(看護学助手)の職務における悩みと成長につながる体験. 日本看護科学学会学術集会講演集21回, 366.

出羽澤由美子(2002). 臨床実習指導の準備と実習指導上の悩みの実態: 看護系大学教員(臨床看護学助手)の調査から. 日本看護学教育学会誌12巻学術集会講演集, 289.

古井りつ子, 小林尚司, 伊藤孝治(2005). 新人教員が学生の考えを知る過程: PBLの授業参加からの振り返り. 日本看護学教育学会誌15巻学術集会講演集, 153.

濱名篤(2009). 特集 学習支援で学生を変えるー取り組みの必要性和効果: 学生が自ら学ぶようにするためにー高等教育における学習支援の必要性. 看護教育50, 568-573.

今津孝次郎(1996). 変動社会の教師教育, pp76-84. 名古屋大学出版会, 愛知.

石塚敏子(2006). 看護大学の新人教員が抱える臨地実習指導上の迷い. 日本看護科学学会学術集会講演集26回, 411.

伊藤良子, 大町弥生(2007). 看護系大学の新人教員が臨地実習指導において感じている困難. 日本看護科学学会学術集会講演集27回, 323.

金谷悦子, 鈴木美和, 舟島なをみ(2005). 看護系大学・短期大学に所属する新人教員の職業経験に関する研究: 5年以上の看護実践経験を持つ教員に焦点を当てて. 看護教育学研究14, 23-36.

唐澤由美子, 八尋道子, 曾根千賀子(2003a). 実習施設で行う実習前研修の実態調査: 看護系大学の助手を対象として. 日本看護学教育学会誌13巻学術集会講演集, 252.

唐澤由美子, 八尋道子, 曾根千賀子(2003b). 看護系大学の助手を対象とした実習指導力向上に関する意識調査. 日本看護科学学会学術集会講演集23回, 344.

唐澤由美子, 佐々木幾美, 濱田悦子 他(2004). 看護学助手のFD(ファカルティ・ディベロップメント)に関する研究: 教員間の交流に焦点を当てて. 日本看護科学学会学術集会講演集24回, 452.

唐澤由美子, 佐々木幾美, 濱田悦子(2005). 看護系大学におけるファカルティ・ディベロップメントに関する研究: 助手との関わりに焦点を当てて. 日本看護学教育学会誌15巻学術集会講演集, 267.

唐澤由美子(2006). 特集 看護教師の資質向上を実現するFD活動 臨地実習指導におけるFDー看護教員の実習指導力を高めるー. 看護展望31, 331-337.

唐澤由美子, 山下香枝子, 和住淑子(2007). 特集 看護教育におけるファカルティ・ディベロップメント[座談会] ファカルティ・ディベロップメントとは何か 今求められる背景. インターナショナルナーシングレビュー 30, 16-21.

片岡三佳, 西山ゆかり(2004). 看護系大学に勤務する新人教員の教育・研究活動に対する悩み. 日本看護科学学会学術集会講演集24回, 142.

片岡三佳, 小澤和弘, 市江和子 他(2008). 看護系大学に勤務する助手の個人属性, 教員特性および職務満足感からみたバーンアウトに関する研究. 日本看護研究学会雑誌31, 67-74.

川崎裕美, 大川明子, 大谷五十鈴 他(1999). 臨地実習における短期大学助手の不安内容の検討: 不安の軽減に関する一考察. 広島県立保健福祉短期大学紀要4, 17-24.

小池武嗣(2002). 新人教員がはじめて講義をすること: 学内演習時の講義体験の語りから. 新潟大学医学部保健学科紀要7, 463-468.

厚生労働省 今後の看護教員のあり方に関する検討会(2009). 第2回今後の看護教員のあり方に関する検討会資料(平成21年7月13日開催)議事次第 資料2 主な検討課題と論点. [http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/60ca15fcf6236d5f492575f4000abcf/\\$FILE/20090715_2shiryoul~8.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/0/60ca15fcf6236d5f492575f4000abcf/$FILE/20090715_2shiryoul~8.pdf)

増田由実子, 西片久美子(2008). 新人教員の実習指導の分析: 初回実習指導より. 日本看護学教育学会誌18巻学術集会講演集, 131.

日本看護学教育学会調査研究プロジェクト(2000). 看護教師の資質の発展に関する研究. 日本看護学教育学会研究報告書.

日本看護系大学協議会(2009). 看護系大学大学院の現状, 看護系大学数と入学定員累計の推移. <http://janpu.umin.ac.jp/ippan/i05.html>

長瀬雅子, 雄西智恵美, 藤村龍子(2002). 成人看護学実習における学生の成長と新人教員のかかわりの様相. 日本看護学教育学会誌12巻学術集会講演集, 139.

西山ゆかり, 片岡三佳(2005). 看護系大学に勤務する助手の研究活動における悩みに関する研究. 日本看護科学学会学術集会講演集25回, 284.

奥山貴弘, 石川幸代, 高橋幸子 他(2005). 男性看護学教員が認知または体験している性差に関する一考察: 実習・演習における学生と助手との関わりを通して. 日本看護学教育学会誌15巻学術集会講演集, 177.

大町弥生, 伊藤良子(2007). 臨地実習指導における

看護系大学新人教員の教育力を促進するための支援. 日本看護科学学会学術集会講演集27回, 292.

島田祥子, 真部昌子, 奥山貴弘 他(2007). 看護系大学助手の職務内容とそのジレンマに関する実態調査. 川崎市立看護短期大学紀要12, 1-8.

坪井桂子, 安酸史子(2001). 看護教師の実習教育に対する教師効力とその関連要因. 日本看護学教育学会誌11, 1-10.

坪井桂子, 安酸史子(2002). 看護教師の実習教育に対する教師効力に影響する状況の分析: フォーカス・グループ・インタビュー法を用いて. 日本看護学教育学会誌12巻, 1-14.

依田純子, 大久保ひろ美, 浦野理香 他(2001). 臨床実習指導者としての課題意識: 看護短大の助手20名を対象に分析. 看護教育42, 99-103.

横山京子(2002). 新人教員が看護学実習カンファレンスにおいて直面する問題とその克服. 看護教育学研究11(2), 18-19.



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 看護アセスメント学研究室
石田 佳代子
ishida@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第11回看護国際フォーラム

「終末期患者のための緩和ケア」(Dr. Ian Maddocksの講演から)

福田 広美 Hiromi Fukuda

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 Nursing and Sciences

2009年12月24日投稿, 2010年1月19日受理

キーワード

緩和ケア、終末期患者

Key words

palliative care, terminally ill patients

1. はじめに

近年、延命治療や尊厳死が話題となる中で2006年にがん対策基本法が成立し、緩和ケアへの関心はますます高まっている。こうした背景をうけて、2009年10月31日、大分県立看護科学大学では、第11回看護国際フォーラム「ターミナルケア」を、別府ビーコンプラザ国際会議場で開催した。今回のフォーラムでは、オーストラリア Flinders University より Ian Maddocks 博士を講師の一人として招聘し「終末期患者のための緩和ケア (Palliative Care for Terminally Ill Patients)」をテーマにご講演を頂いた。Maddocks 博士は、緩和ケアの発展に長年貢献され、世界的にも著名な緩和ケアの第一人者である。今回の講演では、緩和ケアの起源や意味を振り返り、緩和ケアの実際についてご講演いただいた。以下に概要を報告する。

2. 緩和ケアとは

緩和ケアとは、重篤で進行した病気の患者に対し専門的な技術を使い、総合的な治療と支援を行うことであり、患者が最も望む場所で効果的かつ充実したケアを最後まで継続することである。Palliative(緩和)という言葉の起源は、PALLIUMという言葉から生まれ、苦痛を軽減することや、身の安全を確保することを意味する。また、「緩和」という言葉の意味は、症状をより安楽にする場合に使われる。例えば、頭痛時に薬を服用すれば頭痛を「緩和」できるように「緩和ケア」とは、安楽に重点を置いた医療である。

近年「緩和ケア」という言葉は、「ホスピスケア」や「ターミナルケア」という言葉と合わせて用いられるようになった。Hospitalという言葉は、ラテン語の Hospes から来ており、「お客様」の意味がある。数百年にわたり、終末期患者のケアは、修道院などキリスト教施設における重要な役割であった。修道院はその場自体が Hospice と呼ばれ、修道僧達は、終末期患者に対しキリストのようにもてなすべきだという意味のラテン語を使用した。このように世界各地で、終末期患者へのケアを始めたのは、キリスト教の関係者であり、彼らは「ホスピス」という言葉を使った。一方、キリスト教とは無関係で宗教上の関わりのないグループは「緩和ケア」という表現を用いた。

3. 緩和ケアの実際

かつては、終末期患者の苦痛を緩和するための医療はなく、人々は病による苦しみに悩まされていた。こうした中、英国のシスリー・ソンドース博士は、がんで死期の迫った人々が放置されている事実に着目し、疼痛の治療に経口モルヒネを使用することを提唱した。他国でも、様々な人々が、緩和ケアの提唱を行った。例えば日本では、柏木博士が、大阪の淀川キリスト教病院でホスピスを創設し緩和ケアを始めた。彼は日本のホスピスケアの第一人者として尊敬されている。

緩和ケアの特徴は、患者中心のケアである。個々の患者のニーズや希望を尊重し、また家族のニーズに対しても支援を行う。これらのケアは、身体的、

心理的、スピリチュアルの総合的な視点からアプローチが行われ、継続的なケアとマネジメントがおこなわれる。様々な専門家が協力し、効果的に互いの技術を用いケアを継続する。こうした緩和ケアを構築するうえで、医療者を含めた連携体制を整えることが必要である。以下に詳細について述べる。

3.1 医療者に必要な知識と技術

医療者は、緩和ケアが患者中心であることを深く認識しなければならない。たとえば、患者が苦痛に思っていること知り、適切な薬剤と投与方法を考える。また、患者の教育や文化的背景を考慮したうえでケアに対する説明を行い、患者の理解や納得を得る。このように緩和ケアは、個別性に則した知識と対応が求められる。ルーマニア人の作曲家であるセリビダッハは「何が大切かということを除いては、譜面に書かれていることが全てである」と述べている。この言葉は、緩和ケアにも当てはまる。きめられた援助ではなく、患者に適した援助を追究し、常に患者中心であるということが大切である。

医療者は緩和ケアをチームで行わなければならない。このチームワークでは、緩和ケアに携わる医療者が、患者の気持ちを聴き、情報を共有する。これには、待つ、行動する、話す、あるいは指示する技術が必要である。こうした技術は、観察や専門的なトレーニングを繰り返すことで習得されるが、完全な技術になるには忍耐を必要とする。この技術を高めるには、専門職者が実践の中で振り返りを重ね、判断力を養わなければならない。簡単なことではないが、緩和ケアにおけるこれらの技能の必要性は明らかである。

3.2 医療者の心構え

医療者には、緩和ケアにふさわしい心構えがいる。患者や家族のニーズをよく理解し、一方的な指示や断定的な態度は避けなければならない。独断的な行動を避け、協力を重視し、規則よりも柔軟な行動を大切にす。また、多忙でも急がず、優しさを持ちながら冷静に真実を語り避けないことが重要である。メルボルンの精神科医であるエインスリー・メアリー博士は、著書「医療活動の方法」(1985)の中で、沈黙の効用について「私の会話の多くは沈黙の中であった。こうした沈黙は単なる会話ではなく、本当に意義深い」と述べている。緩和ケアにおいて、沈黙は大切な会話の一つであり、多くの真実や優しさ

が込められている。医療者の心構えとして、この沈黙の大切を心に留めておきたい。

「医療活動の方法」(1985)の終章に「良き科学を実践するときは、やさしさを忘れてはいけない」という言葉もある。医療者は科学を基礎としたケアを行うとき、無意識の反応として感情をもつ。しかし、我々医療者は、この科学と感情が同時に存在することを、必ずしも理解しているとはいえない。大切なことは、緩和ケアが、こうした科学と感情の双方を必要としていることである。緩和ケアに携わる専門職は、心構えとして科学と感情、つまり優しさをもたなければならない。

最高の緩和ケアを提供するための心構えとはいかなるものであろうか。かの偉大なピアニスト、アルターシュナベルは、ベートーベンのソナタについて「それはとてもすばらしい曲であるがゆえに、容易には演奏できない」と述べている。これは、緩和ケアにも似た例えであり、心構えにおいて大切である。なぜなら、病気が進行し、不治となった患者に対しては、最高のケアを必要とする。しかし、現実には患者に最高のケアを提供しても、患者がもつすべての問題を解決することは難しい。これは、緩和ケアを必要とする患者が身体的、心理的、社会的、スピリチュアル的な苦痛をもち、そのケアに総合的なアプローチを必要とするからである。緩和ケアを行う医療者の心構えとして、チームアプローチを展開しながら、患者の求める最高のケアを常に意識しておくことが重要である。

緩和ケアにおいて、患者あるいは家族に真実を語る際の心構えとはどのようなものであろうか。イギリス議会に所属したエドモンドバークの著書である「わが同胞議員への書簡」(1750)の中に「どのような時にも、真実を告げるには思慮深さを必要とする。真実を注意深く語ることは尊敬に値し、人が十分に話すことを促す」という記述がある。これは、当時の議員に必要とされたことだが、現代の緩和ケアにも当てはまる。患者や家族に真実を語る際の心構えとして留意したい。

3.3 緩和ケアを提供する体制

生きる希望をもつ患者が、家庭や病院、療養施設、ホスピスなどで、質の高いケアをいつでもどこでも受けられることが重要である。緩和ケアを必要とする患者が歩む道は、険しく先の見通しは定かでない。

彼らが望む場所で共に歩み、必要な援助を提供できる体制を整えなければならない。緩和ケアを導入する時期は、過去に比べ早期になった。たとえば、がんや心疾患、肺疾患の患者では、診断後は積極的な治療が行われるが、徐々に緩和ケアの比重が高まる。また、認知症の場合は、診断と同時に緩和ケアを進めることが大切である。このように、疾患により緩和ケアを取り込む時期は異なるが、重要なことは、緩和ケアを始める時期を逃さず、患者に適切なケアを提供することである。

緩和ケアにおけるチームワークとは、関係者がそれぞれの立場でベストを尽くし、リーダーシップを発揮することである。医師は、効果的な医療を提供し、看護師は、有効な清潔ケアや薬物の管理を行う。カウンセラーは、患者や家族を不安から解放し、家族間の緊張を緩和する。また、家族は、患者の闘病意欲を支え、新しいケアの技術を身につける。それぞれの立場から積極的に取り組む姿勢が必要である。

患者の病状が進行した場合、ケアの主な対象は患者であるが、家族にもケアが必要である。家族は、患者ケアに伴う負担と同時に、近い将来に訪れる悲嘆を体験するため、様々な支えが必要である。まさに緩和ケアの中心には家族がいる。近年、日本、オーストラリアでは少子化が進み16歳から64歳までの人口比率が減少している。家族に対する考え方も従来とは異なり変化しているようだ。緩和ケアの中では、ボランティアが家族としての役割を果たすこともある。家族の定義も新たにされてきた。医療者は、患者の家族としてケアを行う人々に対しても適切な支援を行う必要がある。

イングランドとウェールズ地域の60年前と現在の死亡年齢からも明らかな通り、現代において高齢者の死亡割合は高い。緩和ケアの課題は、こうした高齢者ニーズに応えることも含まれる。また、多くの国の死亡原因は、虚血性心疾患、脳血管疾患、慢性肺疾患、肺炎、がんなどがある。緩和ケアという点で、がんの場合、患者は一般によりケアを受けることができるが、他の疾患では必ずしもそうではない。調査によると、西オーストラリアで主に緩和ケアを受けているのは、がん、AIDS、ALS、パーキンソン病、アルツハイマー、ハンチントン病、COPD、肝疾患、腎疾患、心疾患の患者などである。しかし、緩和ケアを必要としている疾患は、これだけではない。緩和ケアの任務は、緩和ケアを必要とするすべての患

者やその家族が、現実と向き合うことを助け、症状をコントロールし、よりよいマネジメントをすることである。

3.4 疼痛管理

疼痛管理は、患者の病状や痛みの部位、治療とその反応、患者のこれまでの生活背景と予後を考慮しなければならない。患者の体験では、苦痛や身体機能だけでなく患者を取り巻く人間関係、また患者と家族の疼痛緩和に対する希望を理解しなければならない。また、疼痛の部位や熱感、痛みの程度と特徴、痛みの出る時間や疼痛を増減させる因子を押さえておくことも必要である。周囲の状況として、患者の社会的支援について把握しておくことも大切である。

疼痛管理にはWHOの3段階除痛ラダーが使われる。軽い痛みでは、第一段階の薬剤である非オピオイドと鎮痛補助薬、パラセタモール、NSAIDsなどを使用する。中等度の痛みでは、第二段階の薬剤である弱オピオイドと鎮痛補助薬、コデイン、トラマドール、NSAIDsや合成麻薬性鎮痛薬などを使用する。激痛では、第三段階の薬剤である強オピオイドと鎮痛補助薬、モルヒネ、フェンタニル、メンブレンスタビライザーやケタミンなどを使用する。

痛みを判断する場合は、神経末梢部位の刺激によって生じる侵害受容性疼痛と、神経線維の断裂あるいは損傷によって起こる神経因性疼痛を理解する必要がある。これらは薬剤アプローチが異なり、適切な疼痛緩和の薬剤を選ぶうえで重要となる。神経細胞は多くの知覚受容体を持ち、種類の異なるオピオイドがそれぞれ異なる知覚受容体に結合する。薬物による疼痛管理の最も重要な点は、基本となる薬物療法の血中レベルを維持できるよう投与していくことである。時折起こる激痛には、レスキューの薬剤を投与する。レスキュー投与を行う場合は、患者に痛みを我慢させず即座に何度でも行うことが大切である。たとえば、経口モルヒネシロップやフェンタニル、オキシコドン、トラマドールなどが使用できる。皮下注又は静脈注であれば、モルフィンやフェンタニルが使用できる。

5. おわりに

今回の講演は、緩和ケアの本質やあり方を考える貴重な機会となった。緩和ケアにおける医療者の心構えやチームアプローチの大切さを改めて意識

し、専門職として知識と技術を高めていくうえで重要な示唆を与えられた講演であった。総合討論では、Maddocks博士に対し、緩和ケアにおけるより良いチームワーク構築について一般参加者より質問があった。これに対し、Maddocks博士は、オーストラリアでは、緩和ケアのチームワークを支える存在としてNurse Practitioner (NP) が重要な役割を果たしていることを述べた。NPは、患者中心である緩和ケアの理念を適切に理解したうえで、看護と医学の知識と技術に優れ、より高度なケアを多職種との連携のもとで実践できるという。日本でも、こうした実践が行える診療看護師 (NP) が緩和ケアにおいて活躍できることが望まれる。シシリー・ソング博士の「You matter because you are you. You matter to the last moment of your life, and we will do all we can not only to help you die peacefully, but also to live until you die」を一人でも多くの人に広げるために、緩和ケアのさらなる発展が期待される。



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
成人・老年看護学研究室
福田 広美
fukuda@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第11回看護国際フォーラム

「"いのちの限り"と向き合う人に寄り添うケア」(田村恵子先生の講演から)

小野 さと子 Satoko Ono

大分県立看護科学大学 基礎看護学講座 基礎看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2009年12月29日投稿, 2010年1月20日受理

キーワード

ターミナルケア、緩和ケア、がん、死

Key words

terminally ill patient care, palliative care, cancer, death

1. はじめに

日本における高齢者は、諸外国に比べて死の不安や恐怖が高く、死そのものより、死ぬ際の苦しみについての恐怖が大きいという調査報告がある。このような状況からも、日本では特に死の恐怖の引き金となる苦痛を和らげ、その人らしく最期のときまで過ごすことができるように支援するターミナルケアの発展が望まれている。今回の看護国際フォーラムでは、患者、家族の納得のいくターミナルケアの実現をめざして、「ターミナルケア」をテーマに開催された。淀川キリスト教病院ホスピス主任看護課長、及びがん看護専門看護師として活躍中である田村恵子先生からは、「"いのちの限り"と向き合う人に寄り添うケア」と題し、最前線のターミナルケアの実践に基づいた講演をいただいた。その概要を紹介する。

2. がん対策基本法と緩和ケア

2.1 がん対策基本法

日本人のがん死亡数は、平成20年は前年に比べ6,495人増加し、34万2,963人(厚生労働省2008)で、日本人の約3人に1人ががんで死んでいる状況であり、死因順位は昭和56年以来第1位である。また、男性の2人に1人、女性の3人に1人は生涯の内にがんに罹る可能性があるとされている。さらに、がんは加齢とともに発症のリスクが高まることから、今後もがん死亡者数は増加していくと推測される。このよう

な状況に対し、これまでも国はがん対策に取り組み成果を収めてきているが、依然として国民の生命及び健康にとって重大な課題であることは変わりがない。そのため、がん対策の一層の充実を図ることを目的に、がん対策基本法が2007年4月1日に施行された。

この基本法は、2007年度から2011年度までの5年間を対象として、がん対策の基本的方向について定めるとともに、都道府県がん対策推進計画の基本となるものである。具体的には、がん予防および早期発見の推進、がん医療の均てん化の促進等、研究の推進等により「がん患者を含めた国民」の視点に立ったがん対策を総合的かつ計画的に推進することである。そのために「がん対策推進基本計画」の策定を行い、「がん死亡者の減少」、「全てのがん患者・家族の苦痛の軽減・療養生活の質の維持向上」を全体目標として重点的に取り組むべき事項を明らかにしている。

2.2 緩和ケアのあり方

がん対策推進基本計画における重点的に取り組むべき事項の一つとして、「治療の初期段階からの緩和ケアの実施」がある。がん患者とその家族が可能な限り質の高い療養生活を送れるようにするために、緩和ケアが治療の初期段階から行われること、診療、治療、在宅医療などの様々な場面において切れ目なく実施される必要があることが述べられている。そ

のために、拠点病院を中心として、緩和ケアチームやホスピス・緩和ケア病棟や在宅療養支援診療所等による地域連携を推進していく必要がある。

緩和ケアは、身体的な苦痛だけでなく精神心理的な苦痛に対する心のケア等を含めた全人的な緩和ケアを、患者の診療場所を問わず提供できる体制を整えていくことをねらいとしている。そのため、10年以内にすべてのがん診療に携わる医師が研修等により緩和ケアについての基本的な知識を習得する。原則として全国すべての2次医療機関において、5年以内に緩和ケアの知識及び技能を習得している医師数を増加する。緩和ケアに関する専門的な知識および技能を有する緩和ケアチームを設置している拠点病院等、がん診療を行っている医療機関を複数箇所整備する。がん患者の意向を踏まえ、住み慣れた家庭や地域での療養を選択できる患者数を増加する。以上を個別目標として取り組まれている。

3. いのちの限りと向き合う人に寄り添うケア

3.1 がんを病む人

「疾患 (disease)」に対しては、医学の中で症状・診断・治療という枠組みが確立している。一方「病い (illness)」は、人間が病むという主観的な体験に焦点が当てられている。そのため、対象には「がんを病む人」としてのまなざしが重要である。このような「がんを病む人」は、痛みや息苦しさなどの身体的苦痛、仕事上の問題や人間観的、経済的問題などの社会的苦痛、死の恐怖や価値観の変化などのスピリチュアルペイン、不安やうつ状態など精神的苦痛という4つの側面から全人的苦痛としてとらえなければならない(WHO)。人にとってのQOLは身体、精神、社会的な安寧、スピリチュアルな満足から満たされるものであることから、まさに、全人的な苦痛はQOLを脅かすものであるといえる。そのため、初期の段階からのケアが重要となる。

3.2 症状マネジメント

終末期がん患者(淀川キリスト教病院206例)が体験する症状として、全身倦怠感(97.6%)、食欲不振(94.7%)、痛み(76.7%)、便秘(75.2%)の順で計16項目が示された。このうちがんによる痛みの9割以上は薬剤で解決できることから、薬の種類選択は、予後ではなく痛みの強さで選択すべきである。また、前述された様々な症状は、人の身体を脅かし、

生活を脅かし、人生を脅かすものであるが、同時に病気という事態を知らせ対処することを可能にする重要な役割も持っている。そのため看護者にはこれらの症状を察知し、マネジメントすること(症状マネジメント)が必要となってくる。この症状マネジメントとは、単純に症状を軽減するという一方のものではなく、患者にとって「ちょうどよい具合」にマネジメントするという意味を含んでいる。症状を体験しているのは患者本人のみであるという事実を前提とし、常に症状を体験している患者を中心としたマネジメントを行うことが重要である。このため、症状をマネジメントするには、それぞれの症状の個人的意味に焦点をあてた詳細な検討が必要となる。

患者が抱える様々な症状のマネジメントに関する考え方の指針となる枠組みの一つに「症状マネジメントのための統合的アプローチ」がある。これは、看護者が直接的に症状をマネジメントしたり、患者が症状をセルフケアできるように指導したりする上で必要となる症状の定義や機序、患者の体験を理解することなどに関する知識がその枠組みの中に加えられている。さらに看護介入としては、患者が主体的に症状マネジメントを行っていただけるように、基本的知識・基本的技術・看護サポートを提供することに重点を置いている。このアプローチは、看護者が患者の持つ症状をマネジメントするために何をしていけばよいかを示しているガイドラインである。

3.3 いのちの限りと向き合う人の心理

がんの進行に伴う心の変化として、「がん告知」から「治療への不安」、「手術に伴う身体機能の喪失、ボディイメージの障害」、「化学療法や放射線療法による副作用と予期不安」、「がんの再発・進行、積極的抗がん治療の中止」、「病気による社会的機能の喪失」、「病状進行に伴う日常生活機能の低下」、「死への恐怖」がある。がんの再発・進行に関しては、「元気な人にはわからない…」といった孤立感が増強したり、「痛みがどんどん強くなっていく、どうなっていくんだろう…」といった恐怖、喪失、絶望が出現する。また、喪失は連続して体験するものであり、目に見える喪失と目には見えない喪失がある。目に見える喪失とは、身体や機能の変化、社会、地域、家庭での役割、仕事や学業がある。目には見えない喪失とは、自己のイメージ/アイデンティティの揺らぎ、家族、友人、同僚などとの関係性、夢や希望、価値や信念

がある。

自分のいのちの限りを知った人は、死との対峙を余儀なくされる。初めは、「この私が存在する意味は何か…」、「どうしてこの私なのか…」、「何のために生き、死んでゆくのか…」、「神は存在するのか…」等の"問い"が生まれる。しかし、徐々に「この病気になるってそんなに悪いことばかりじゃないなって思ってます」の言葉のように"問い"に対し意味を見いだしたり、意味をつくりだしたり、希望を紡ぐようになるなど向き合うようになるという。また、「喪失や悲しみを嘆く一方で、今ここにあるもの、手にすることができたことに感謝する。」、「希望を望みつつ、この先に待ち受けていることを受け入れる。」、「手放す一方で、つかまろうとする。」、「終わりにしたいと思いつつ、急ぎたくない、ゆっくりと、と願う…」という言葉から、死の準備をしながら生を営む姿がある。つまり、患者は死と対峙しつつも、死に囚われることなく、普段通りの生活を営み続けたいと願っている。

社会的な痛みとして、経済的問題、子供の養育などの家族についての悩み、仕事についての悩み、家庭内での役割の変化、複雑な家族関係調整、在宅療養の調整などがあり、これらに対してはメディカルソーシャルワーカーを中心に役割分担をしていくことが重要である。

以上のように、患者は病により生ずる様々な痛みで囚われて、痛み以外の事に関心を注ぐことができない状態に追い込まれる。また、痛みは人を現在に閉じ込め、人は前にも後ろにも身動きができず窮地に立たされる。このような人々が痛みから解放されたとき、患者は心身の自由を取り戻し、本来のその人の在り様に立つことができる。実際、淀川キリスト教病院での調査で、入院時ほとんどの患者は「症状」に対する希望を多く持っているが、この希望は入院後のケアにより1週間後には、半分以下に減少し、死亡前にはさらに減少した。逆に、症状の緩和と共に「実存」と「人間関係」に関する希望が、入院時から死亡前では時間経過とともに上昇していた。また、Miyashita et al による日本人にとっての望ましい死の調査についても、多くの人が共通して「苦痛がない」、「臨んだ場所で過ごす」、「希望や楽しみがある」、「医師や看護師を信頼できる」、「負担にならない」、「家族や友人とよい関係でいる」、「自立している」、「落ち着いた環境で過ごす」、「人として大切にされる」、「人生を全うしたと感じる」といった「実存」や「人間関係」

に関する項目が多く含まれていた。

患者は病状の進行に伴い日常生活で不自由さを感じながらも、自分のことはできる限り自分で行いたいと願っている。そのため、日常生活を援助するには、現在の患者の日常生活を営むセルフケア能力、たとえば行動するのに十分なエネルギー、知識、技術、意思決定などをアセスメントし、現在の状態を起点として、必要な援助を過不足なく実践することが重要である。

キューブラロスは、悲劇的な知らせに直面したときに体験する段階について述べている。各段階は、継続する期間も様々であり、順序を変えて現れることもあれば、同時に現れる場合もある。しかし、大抵の場合、各段階を通してずっと存在し続けるものが一つある。それは、希望である。末期患者は、どんなに現実を認め、受け入れることのできる人でも、新しい治療法や新薬の発見、あるいはぎりぎりまでに合う研究プロジェクトなどの可能性をあきらめていないことである。こうした一筋の希望が、何日も、何週間も、時には何カ月も続く苦痛の中で患者たちを支えている。このことから、われわれは、患者が希望を紡ぐ小さな成功を体験し積み重ねていくよう支援していくことが重要であるといえる。

4. おわりに

講演の中で、先生が関わってこられた多くの方の実際の声を語ってくださった。患者が語ったそのままの言葉は、本人の辛さや変化する気持ちが直に伝わると同時に、その場面がイメージでき直接自分に投げかけられている思いがした。なんとか理解しようと聴きいるばかりで、確信をもった"応え"を見出すことは困難であった。しかし、最後に引用したSaundersの「あなたは"あなたのまま"でたいせつです。あなたの人生の最後の瞬間までたいせつな人です。ですから、私たちはあなたが安らかに死を迎えられるだけでなく、最後まで生きられるように全力を尽くします。」という言葉をはじめ、先生の講演から"いのちの限り"と向き合う人は個々によって様々な側面の苦痛を持ち、それは様々に変化すること、そして、看護職者であるわれわれには、"あなたのまま"で最後まで生きられるように、その様々に変化する人と共に揺れ動きながらも寄り添い続けることが求められているという大きな示唆を得ることができた。

引用文献

厚生労働省 (2008). 平成20年人口動態統計(確定数)の概要. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/kakutei08/index.html>



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 基礎看護学研究室
小野 さと子
onosatoko@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学 第11回看護国際フォーラム

「ホスピス・緩和ケア：韓国の現状と課題」(Dr. Hyun Sook Kimの講演から)

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

2009年12月30日投稿, 2010年1月27日受理

キーワード

ホスピス/緩和ケア、文化・倫理的問題、看護師の教育

Key words

hospice/palliative care, culture and ethical issues, training for health care providers

1. はじめに

2009年7月時点の韓国の総人口は約4,875万人であり、年少人口が減少していく一方で老年人口の増加が著しい。高齢化のスピードが日本以上に急速であり、2009年に10.9%であった高齢化率は、2018年には14.3%、2026年には20.8%に達すると予測されている(統計庁2009/10/1)。韓国では間近に迫る本格的高齢社会の到来を見据え、介護保険導入やターミナルケア施設の増設など、社会保障や医療体制の整備が進められている。今回第11回看護国際フォーラムにおいて、韓国におけるターミナルケアの現状と課題について、金先生からご講演いただいた概要を紹介する。

2. ホスピス・緩和ケアの概観

ホスピス・ムーブメントの進展に伴い、「ホスピス」「緩和ケア」という言葉はすでに人口に膾炙した感があるが、実際にはホスピス・緩和ケアに関する理解不足が質の高い終末期ケアの障壁となっている。ホスピスはターミナル期を扱うため、いくつかの文化圏ではホスピスケアを受けることを「死の宣告」とみなし、患者や家族がホスピス入所を躊躇する傾向がある。ホスピスの意味は国によって異なり、哲学的な意味合いのものからケア提供の場を指す場合まで様々であるが、現在ホスピスは「死にゆく人」のケアプログラム、緩和ケアと共に連想されるケアの型、あるいは地域におけるケアの場所を示すものであるといえる。

緩和ケアがホスピスと異なる点は、緩和ケアはもはや終末期に限られたケアではないということである。緩和ケアは回復を目指す治療を試みた後にはなく、治療の初期段階から取り入れられるべきものである。

韓国ではホスピスに特化した保険システムがまだ存在していない(ホスピスケアに医療保険が適用されていない)ため、ホスピスでのケアと緩和ケアを区別せずに「ホスピス・緩和ケア」という言葉を使っている。また、今日ホスピス緩和ケアの対象はがん患者やエイズ患者に限定されるものではなく、疾患の種類を問わず、全ての命にかかわる疾患を有する患者に必要とされるものであり、その範囲は突然の死をも含むといえる。アメリカでは、2007年にホスピスに入院した患者の内、がん患者は41.3%であり、58.7%は心疾患や脳血管疾患等、がん以外の患者であった。

終末期における質の高いケアの障壁となっている要因の1つとして、測定ツールの不足がある。ホスピス緩和ケアの介入効果測定や改善のために信頼性の高いツールがインターネット上で利用可能である。

- ・ The Toolkit of Instruments to Measure End-of-Life Care (TIME): <http://www.chcr.brown.edu/pcoc/toolkit.htm>
- ・ City of Hope Professional Resource Center: <http://prc.coh.org>

3. 韓国におけるホスピス・緩和ケアの歴史と現状

2007年の韓国人の平均寿命は男性76.1歳、女性82.7歳であり、1960年の平均寿命と比べて20年以上延伸した(統計庁2008)。2009年の老年化指数は63.5だったが、2016年には100.7になると予測されている。2008年の韓国における死因は、第1位がん(28%)、第2位CVA(11.3%)、第3位心疾患(8.7%)であった。

韓国ではかつては自宅で最期を迎えるのが一般的であり、自宅外や海外での死は悪運を招くと考えられていた。しかし、病院での死が増加しつつあり、

1992年に16.6%だった病院死は2007年には54.7%と大幅に増加している。ターミナル期にあるがん患者がICUで多くのチューブにつながれ、家族は廊下の椅子で疲れきって横になっている光景が韓国の病院でよく見かけられるものとなった。韓国では多くの葬儀場が病院内に設置されており、その一方で病院ではいつもベッドが足りない状況である。

韓国におけるホスピス・緩和ケアの歴史は、1965年「Little Company of Mary (メアリ小会社)」のシスター達がカルバリ医院を設立、在宅ホスピスケアを開始したのが始まりである。その後、1988年に初めてのホスピス施設10 Unitがメアリ病院に開設された。1998年にはホスピス緩和ケア韓国協会 (KSHPC) が創設され、2002年に「がん患者の疼痛管理の手引き」が同協会から出版された。2003年には韓国ホスピス緩和ケア看護師協会が創設され、2004年3月からホスピス緩和ケア専門看護師教育プログラムが開始された。2005年3月に「第6回アジア太平洋ホスピス会議」がソウルで開催され、同月ホスピス整備への政府支援拡大を請願する「ホスピスと緩和ケアに関する韓国宣言」が発表された。現在政府主導の取り組みが始まっており、韓国政府はがんターミナル期患者のための入院ベッド数を増やし、訪問ケアサービスを増やして発表している。2009年11月には、ホスピス緩和ケアの医療保険の試験的プロジェクトが開始された。現在のところ、韓国ではターミナル期のがん患者のみがホスピス緩和ケアの対象であり、ターミナル期のがん患者の約10%がホスピス緩和ケアを受けている状況だが、今後、ホスピス緩和ケアサービスのより一層の整備・拡充が期待されている。

4. 文化と倫理に関わる課題

韓国のケースを紹介しながら、ホスピス・緩和ケアをめぐる文化・倫理的問題に焦点を当てる。2009年6月、韓国の最高裁は456日にわたって植物状態にあった女性(キム氏77歳)に尊厳死を選択することを認め、6月24日に人工呼吸器が取り外された。韓国において初めて尊厳死を認めたケースである。この判決は治療中止を求めて訴訟を起こした家族の意思を尊重したのではなく、本人が植物状態になる以前に周囲に表明していた意思を尊重した結果であるとしている。この判決は「昏睡状態にある患者の意思はどのように判断されるか」、「生命維持治療の停止＝安楽死か」などの議論を活発化させるきっかけと

なり、医療業界のみならず広く韓国社会に波紋を広げた。

韓国で行われた調査で「自分自身がターミナル期にあるとしたら、ホスピス緩和ケアを受けたいですか」という質問に84%の人が「YES」と答えており、「あなたは尊厳ある死を何にもまして尊重されたいと思いませんか」という質問には87%の人が「YES」と答えている(国立がんセンター調査 2008)。しかし、こうした思いとは裏腹に、現実には多くの末期がん患者が準備のないままに最期の時をICUで迎えている。これは親孝行したいという思いが強い韓国人は、最後まで親あるいは家族への積極的治療や延命治療を望むためと解釈される。終末期における意思決定において、求められるのは死にいたるプロセスの選択であり、その決断は容易ではない。ましてや家族に決断が委ねられる場合は尚更であろう。韓国ではまだ患者の生前告知(Advanced directive)は一般的ではないが、家族や医療提供者に対し患者本人の意思を明確に示す方法として、アメリカで既に取り入れられているような、遺言書、永続的代理権、蘇生不許可の指示といった生前告知は有用であると考えられる。

またキム氏のケースは、「生命維持のための治療あるいは延命治療とは何か」という議論も巻き起こした。西欧文化圏では人工栄養や体液管理は生命維持のための治療と捉えられているが、韓国では経管・経静脈での食物・水分補給は「快適さのためのケア」と考えられている。家族や医療者は食物を与えることが患者への愛とケアリングを示す方法であると考え、たとえ管を使っても最後まで患者に食物を与えたいと願う。快適なケアというのは文化によって解釈が異なるところだと思われるが、キム氏のケースを契機に韓国ではこのケアの是非も論点となった。キム氏のケースでも人工呼吸器は取り外されたが、医療陣は適切な栄養供給を継続し、現在(2009年10月30日時点)キム氏はその生命を維持している。

5. ヘルスケア提供者のための教育

韓国政府は政府支援第2期10年計画ホスピス緩和ケア専門家開発目標を発表し、看護師に関しても、専門スタッフの大幅な増員を目指すとしている。現在、韓国には235,682人の看護師がおり、176人のホスピス緩和ケア上級実践看護師(Advanced Practice Nurse: APN)が活動している。韓国のホスピス緩和ケアの看護師教育として、(1)ホスピス緩和ケア分

野のAPN、(2) ホスピス緩和ケアのための資格検定制度、(3) 終末医療看護教育連盟 (The End-of-Life Nursing Education Consortium: ELNEC) の訓練師教育コース (ELNEC International curriculum train-the trainer course)がある。

まず(1)について、韓国には13の上級実践看護師 (APN) のコースがあり、ホスピス緩和ケアの分野は2003年に開始された。韓国全土に11の教育施設があり、75人の学生が毎年入学している。本コースは大学院教育であり、カリキュラムは33単位から成っている。

(2)のホスピス緩和ケア看護師のための資格検定制度については、国立がんセンター、国立がん撲滅協会、ELNECプロジェクト韓国チーム、韓国ホスピス緩和ケア看護協会をメンバーに含む教育課程開発チームが2009年3月に設立され、協同で開発を進めている。2009年10月現在、総授業時間130時間(理論98時間、実習32時間)のカリキュラムが開発されている。2010年にはパイロットコースが開始され、2011年には公認ホスピス緩和ケア看護師教育計画が開始される予定である。

(3)のELNECのコースは、アメリカの終末期に関する教育プログラムである。韓国のELNECプロジェクトチームは、アメリカでELNECトレーナーの訓練を受けた4人の看護師と韓国ホスピス緩和ケア協会の委員会メンバー2人から成っている。2009年8月に開催された"ELNEC International curriculum train-the trainer course"には178人の学際的なチームメンバーが参加し、145名の看護師がELNECトレーナーとして公認された。

最後に、アジア太平洋地域ホスピスケアネットワーク (Asia Pacific Hospice care Network: APHN) について紹介する。APHNは、アジア太平洋地域でホスピス緩和ケアに関する技能共有や教育実習資源の提供、各種組織間の連携促進等を行う組織である。2001年以来、29カ国から1000人以上が登録しており、韓国は37、日本は85のメンバーが登録している。2009年9月24～27日、パースにてアジア太平洋地域ホスピス会議及びオーストラリア緩和ケア会議が開催されたが、今後は第9回アジア太平洋地域ホスピス会議 (2011年7月14日～7月17日) がマレーシアで、第10回アジア太平洋地域ホスピス会議 (2013年) がタイで開催予定である。

6. 質の高い緩和ケア達成のための提案

- ・ チームをすること
- ・ スタッフ中心ではなく患者中心であること
- ・ 最新のデータを用いること
- ・ 様々な規則や公認機関をチェックすること
- ・ 正義と倫理に基づいてケアを実施すること

7. おわりに

日本では2006年6月に「がん対策基本法」が成立し、翌年6月には「がん対策推進基本計画」がまとめられた。これを受けて厚生労働省は緩和ケアの普及啓発活動等さまざまな事業を展開している。今回韓国の現状について詳細を知る貴重な機会を得たが、人口構成や文化的背景に類似点の多い韓国での取り組みから、我々日本の医療者は今後も多くの示唆を得ることができると考える。翻って日本ではホスピス・緩和ケアについて患者は十分な情報を提供されているか、患者と医療者は十分なコンセンサスを得ているか、患者が緩和ケアを求めた時に医療者側は適切に対応できる準備が整っているか、といったことを考えると、日本はまだまだ道半ばにあると言わざるを得ないだろう。今後も我々は広く世界に目を向けてターミナルケアに関する情報や知識を学ぶと共に、"Good death"とは何か、また日本におけるターミナルケアのあり方について、社会全体で議論を尽くしていくことが重要であると考えている。



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