

卷頭言

「岩手の看護実践の知」の共有と集積と伝承のために

岩手看護学会誌第3巻1号をお届けいたします。投稿下さいました会員の皆様、そして編集委員の皆様のご尽力に心から感謝申し上げます。

岩手看護学会は、現場の看護職と研究者が共同・連携して、実践現場での経験を共有し、さらに、看護実践・教育の基盤となる理論的根拠の追及や知識の集積を行い、対象の看護に有用に活用できる確かな「実践の知」として積み重ねていくとともに、岩手の看護職の共有財産として伝承し、看護現場へ還元し貢献することを願って発足いたしました。

看護現場では、臨床・教育・管理それぞれの場の課題や問題に対応できる新たな知見や技術を見出すための看護研究の必要性については十分認識していくても、煩雑さを増す日々の医療現場の中で、取り組むためのエネルギーが残っていない現状かもしれないと危惧しております。更に、「論文にまとめる」という非日常の作業に戸惑ったり、学会誌に投稿することへの敷居の高さに躊躇される会員もおられるかと思います。

私は、岩手の看護現場の実践力は素晴らしい力を内在していると信じております。

看護の知の実践の対象は多様な人間です。それだけに、その実践の経緯や反応、成果を「言葉・文章」で表現することは容易なことではありません。しかし、表現するプロセスで自分の実践（経験）が意識化され可視化されて他者に伝わり、自分の経験を他者と共有し交換し合うことが出来るのだと思います。

皆様が実践の中で習得してきた貴重な技や経験を言語化し表現することで、「看護実践の知」として共有される第一歩になります。どうぞ、岩手看護学会誌の存在を感じていただき「岩手の看護実践の知」を集積し、伝承して行く貴重な場として活用し、育てて行って下さることを願っております。

事務局では、論文投稿を目指す方に相談窓口を設けて、論文の作成を支援する体制を検討しておりますのでご活用下さい。

是非身近な事例報告や、実践的研究報告等から投稿にチャレンジしてくださいますよう期待しております。

平成21年8月

岩手看護学会 副理事長
佐々木 典子

〈原著〉

看護師の専門性の意識に関する研究 -professionalとして提供する看護を探る-

清水七恵¹⁾ 高橋有里²⁾

1)総合南東北病院 2)岩手県立大学看護学部

要旨

本研究は、臨床看護師の日常看護場面での専門性の意識の程度を明らかにし、その意識と具体的な看護行動の関連性を検討、専門性のある看護について考察することを目的に実施した。卒後年数5年目～11年目の看護師127名への質問紙調査、3名への面接調査を行った。その結果、様々な日常看護場面に対して、7割以上の看護師が専門性を感じていた。特に、〈勉強・研究〉<看護の評価><患者指導><診療介助>の領域において専門性を意識する割合が高かった。専門性の意識と具体的な行動の関連の分析からは、key概念として、意識を表す3つの概念と実際の行動の10個の概念が抽出された。臨床看護師が考え・行っている専門性のある看護は、『看護観』、『専門性の意識』、『向上心』といった意識のもとに、『知識にもとづいた』『アセスメント』を行い、『患者中心』、患者の『個別性』、『安全』、『安楽』、『ADL拡大』、『QOL向上』といった患者尊重の考え方と、物理的・人的な『調整』、『効率性』を伴った実践により成り立つとまとめられた。

キーワード：看護の専門性、professional、看護師の意識、意識と看護行動

はじめに

看護とは、対象者に直接的な技術を提供するだけではなく、コミュニケーションを通して情報を収集したり、対象者の看護問題を把握して根拠を考えながらケアを提供したりするなど、対人関係形成の技術やケアを提供するまでの思考過程も、その一つである。しかしながら、これらの行動の中には看護職に従事する人以外でも行っていることもある。そこで、改めて看護の本質について振り返り、専門職として提供する看護のあり方について追究することが必要であると考えた。前信ら¹⁾は、「看護の専門職者が専門能力を発揮し社会に期待される役割を果たすには、常に自己研鑽し自己の能力の維持・開発・向上に努めなければならない」「看護の質を高めるには、個人の専門職として自分が何をすべきか、どうあるべきかといった専門職としての意識が常に必要である」と述べている。この考えに基づくならば、現在看護職に従事している人がどのような場面・機会に専門職としてのあり方を意識し、行動しているかを明らかにすることで、専門職として提供する看護について考察できると考えられる。

また、現代では、看護実践の場は医療施設だけにとどまらず、保健・福祉の分野にも及ぶ。さらに、様々な保健医療福祉関係職種があり、中には薬剤師や理学療法士のように看護の領域と一部重なる職種がある。専門職としての看護職が、どのような位置づけでこういった職種と連携をとりながら主体性をもって活動しているのかを明らかにし、看護職が専門性を持って行う看護について検討することが必要である。

1997年から2007年の医学中央雑誌Web版で、「看護職」「専門性」をキーワードに検索した結果、64件該当した。施設や特定の領域における看護職の専門性を追究していた研究や、専門職意識とキャリア志向・卒後年数・職務満足度との関連性をみた研究などが多かった。しかし、専門性の意識と実際の行動とを関連させた研究は少ない。平田ら²⁾が日常の看護場面に看護職者がどの程度専門性を感じているのかを明らかにすることで、専門性の発達に影響を与える要因を導き出しているものの、どのように専門性を認識しているのかは明らかにできていない。石綿³⁾も述べているように看護には行動だけでなく、思考過程も含まれる。したがって、

professionalとして提供している看護がどのような意識のもとに行動として現されているのかを明らかにすることが重要である。そこから専門職として提供する看護のあり方について考察していくことが必要である。

そこで本研究は、臨床看護師が感じている日常看護場面での専門性の意識の程度を明らかにすること目的とした。そして、その意識と具体的な看護行動の関連性を検討し、専門性のある看護について考察した。

なお、本研究で用いる専門とは、一般的に専門職といわれる職業に従事し特定の分野における知識や技術を備えているprofessionalと定義する。組織内において特殊技能とリーダーシップを発揮するspecialistではない。

方法

1. 質問紙調査

1) 対象:A県内の2総合病院に勤務する看護師であった。ただし、里光ら⁴⁾が「卒後3年までは組織のシステムで育ちその後どう成長すればよいか悶々とする時期が来る」と述べていることや、役職としてキャリアアップをしていく年数を考慮し、専門性の意識に大きな差が出ないよう卒後年数5年目～11年目の者を対象とした。また、本研究の目的に基づき、看護師の他に助産師という資格を有する可能性のある産科勤務者とspecialistである認定看護師は除いた。

2) 調査方法:病院の看護部長に説明・依頼した上で、各病棟の看護師長に質問紙を配布し、看護師長から対象の看護師に配布してもらった。病棟毎に回収袋、看護事務室に回収箱を設置し、回収した。調査期間は2007年8月～9月であった。

3) 調査内容:基本的属性、卒後年数、最終学歴、所属病棟の診療科、日常看護場面での専門性の意識の程度とそのように感じる具体的な看護場面とした。日常看護場面は、先行研究をもとに、<生活援助><診療介助><機器管理><仕事上の問題への対処><看護計画立案><看護の評価><患者指導><看護職としての意見><連絡調整><勉強・研究>の10項目を挙げ、それぞれの場面について専門性を1強く感じる、2どちらかといえば感じる、3どちらかといえば感じない、4全く感じない、の4段階で回答を求めた他、そう感じる理由について具体的な看護場面をもとに記述してもらった。また、看護職の専門性についてどのように捉えているかを、自由記述で回答してもらった。

2. 面接調査

- 1) 対象:質問紙調査の回答者の中で面接調査に同意が得られた者とした。
- 2) 調査方法:アンケート内容確認後、記入された連絡先に連絡し、協力を依頼した。面接時間は30～60分程度で、質問紙の結果をもとに半構成的面接を行った。面接内容は研究趣旨を説明し同意を得て録音した。
- 3) 調査内容:対象者の質問紙調査での各質問項目に回答・記述した内容を中心に、自由に専門性のある看護について語ってもらった。

3. 分析方法

質問紙調査については、専門性を感じる程度の4段階の回答を、1強く感じる、2どちらかといえば感じるを「感じる」として、3どちらかといえば感じない、4全く感じないを「感じない」として2群に分け、項目毎に2群の割合を集計した。そして、どのような看護行動に専門性の意識を感じているのか、専門性の意識と具体的な行動との関連をみるために、各項目の回答理由に書かれた専門性をそのように感じる具体的な看護場面の記述内容を分析した。それぞれの項目で、専門性を「感じる」と回答したものA群、「感じない」と回答したものB群として、それぞれの群ごとに、基本的に1文を1記載数として最小単位データとして扱った。文脈から対象者が意図した意味を読み取り、類似するものを集めてサブカテゴリーとし、類似のサブカテゴリーを集めてカテゴリー化した。類似するものがなかったものは、その他として分類した。また、データから実際の援助内容・看護技術をひろった。抽出したカテゴリーは、さらに分類してkey概念を導き、臨床看護師が意識し行動している専門性のある看護について考察した。自由記述は、各項目の回答理由と照らし合わせて、複数の意味に解釈できるようなデータをカテゴリー化する際の参考とした。面接調査内容は、逐語録を作成した後、質問紙の項目に合致するものは、質問紙の回答を具体的に理解するために項目ごとに整理し、それ以外の内容は、最終的な考察の参考とするために、対象者が発言にこめた意図を振り返りながら読み取りまとめた。なお、分析作業は複数の研究者で行った。

4. 倫理的配慮

質問紙の表紙に研究の趣旨を明記して同意が得られた看護師を対象とした。質問紙は基本的に無記名とし、面接調査への協力が得られるもののみ連絡先を記

入してもらった。面接調査では研究趣旨を十分に説明した上で録音の同意を得た。得られたデータはすべて、研究終了後に必ず廃棄することを約束した。

結果

1. 対象の概要

質問紙調査は、回収率66.9%で、有効回答数127名であった。性別は男性4名、女性123名、年齢は20代72名、30代54名、不明1名であった。卒後年数は、10年目が35名と最も多く、7年目23名、6・8年目21名、と続いた(図1)。また、最終学歴は専門学校89名、短期大学29名、大学7名、大学院2名であった。所属病棟の診療科は、循環器科、小児科、ICU、呼吸器科が各10名以上で、その他多岐に渡っていた(図2)。

面接調査の対象は3名で、男性1名、女性2名、卒後6年目～10年目、ICU、内科勤務の者であった。

2. 日常看護場面の専門性に対する意識

10項目の質問に対しすべて回答した者は102名であり、25名は無回答の項目もあった。無回答の割合は＜看護職としての意見＞(11.8%)、＜仕事上の問題への対処＞(9.4%)、＜連絡調整＞(6.3%)が多かった。10項目すべてに無回答だった1名を除いた126名の回答を分析対象とした。日常看護場面の項目ごとに、専門性の意識の程度4段階を「感じる」「感じない」の2段階とし、それぞれの割合を分析した(図3)。その結果10項目とも70%以上の看護職が専門性を感じると回答し、中でも＜診療介助＞＜看護の評価＞＜患者指導＞＜勉強・研究＞は90%以上であった。一方、専門性を感じないと回答した割合が高めだったのは＜仕事上の問題への対処＞(28%)、＜連絡調整＞(27%)であった。

3. 専門性の意識と具体的な行動との関連

各質問項目の専門性について、そのように感じる理由として挙げられた具体的な看護場面の記述内容を、意識の程度別に分けた上でカテゴリー化し、専門性の意識とその具体的な行動の関連をみた。

1) 生活援助(表1-1)

具体的な内容への全回答者数91のうち、専門性を感じると回答した群(以下、A群)の回答者数は79であった。専門性のある生活援助と意識している看護行動は、「安全・安楽・苦痛を最小限に」「日常生活動作(Activities of Daily Living;以下、ADL)拡大・生活の質(Quality of Life;以下、QOL)向上へ向けて」「予測しな

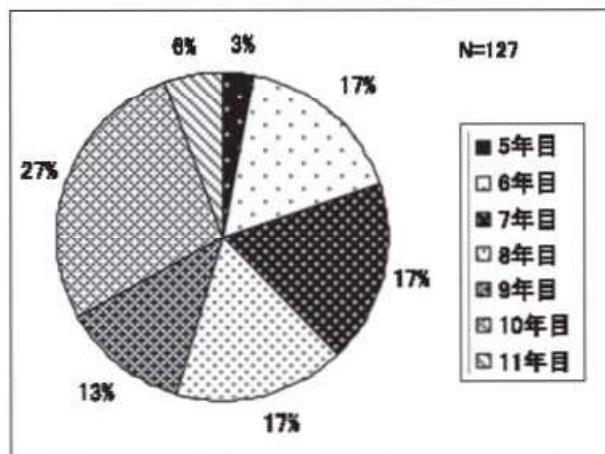


図1 卒後年数

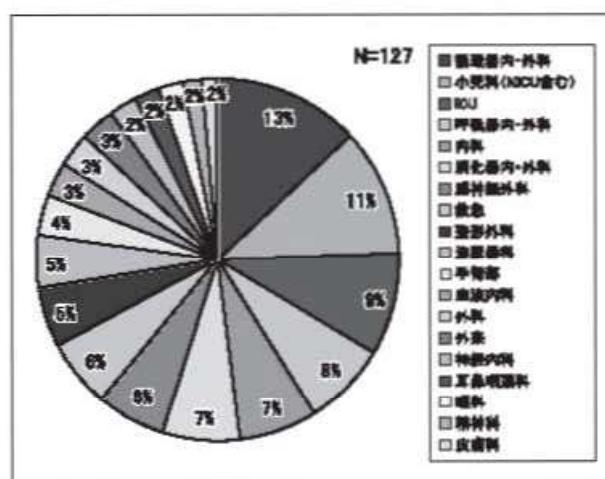


図2 所属病棟の診療科

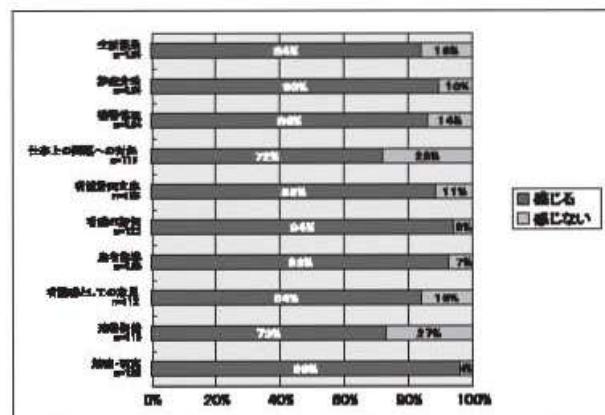


図3 日常看護場面の専門性の意識

がら)「環境を整えた上で」「個別性に応じた」「身体の状態をふまえた」「知識にもとづいた」「看護の基本である」の8つのカテゴリーに分けられた。専門性をあまり感じないと回答した群(以下、B群)では「看護師でなくてもできる」「あまり行わない」「一般的である」の3つのカテゴリーに分けられた。

なお、A群において具体的に挙げられた生活援助技術としては、清拭が最も多く、次いで移乗、食事介助、体位交換などであった。

A群とB群を比較すると、「知識にもとづいた」と「看護師でなくともできる」は対照的な見解であった。「ADL拡大・QOL向上へ向けて」と「あまり行わない」というカテゴリーは対応した内容となっていた。A群においても、セルフケア不足の患者への援助以外のものについては専門性を感じないと記述しているものもあった。また、「看護の基本である」と「一般的である」というカテゴリーは同様の意味を含んでいるが、専門性の捉え方に差があった。

表1-1 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
1)生活援助 (項目回答者数91)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数79
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
安全・安楽・苦痛を最小限に	1) 早めの対処で苦痛を緩和させ安楽に過ごせる環境をつくる	6
	2) 患者の負担とならないよう援助する	2
	3) アセスメント能力と技術によって事故防止に繋がる	2
	4) 薬剤投与以外にも安楽にする技術がある	1
ADL拡大・QOL向上へ向けて	1) 患者の日常生活動作を観察し、患者自身の力を引き出す援助を行う	7
	2) セルフケア不足の患者への援助 例) 麻痺のある患者、高齢者	14
予測しながら	1) 急変や起こりうる可能性を予測しながら援助	2
	2) 生活援助をしながら異常の早期発見に努める	1
環境を整えた上で	1) 患者に留置されているラインの扱いに配慮する	3
	2) 生命維持に直結する機器が装着されている患者の援助	1
個別性に応じた	1) 患者の状態に応じた生活援助	5
	2) 発達段階に応じた生活援助	1
身体の状態をふまえた	1) 疾患の症状に応じた、また症状悪化防止を考慮した生活援助	11
	2) 疾患により日常生活に支障が生じた患者の援助	3
	3) 生活援助を行なながら症状の観察	3
知識にもとづいた	1) 根拠のあるケアを提供する	4
	2) 病態を理解し、変化を見逃さない	1
	3) 家族でもできることはあるが知識があるとより良い援助ができる	1
看護の基本である	1) 全ての生活援助は看護の基本である	4
その他	・患者とともに考える	
	・24時間接し、観察している	
	・専門性が高いかどうかで相手の満足度が違ってくる	
	・家族とのかかわり	

B群 (専門性をあまり感じないと回答) 回答者数12

カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
看護師でなくともできる	1) 家族でもできる	2
	2) 看護師でなくとも援助できるようなことも行っていると感じる	2
あまり行わない	1) ADLが自立している患者が多い	1
	2) 多忙すぎて満足にケアができていない	1
一般的である	1) 患者本人の生活に合わせた援助であり専門性は感じない	2
	2) 通常の業務内で行っており、普通のこと	1

2)診療介助(表1-2)

全回答者数79のうち、A群の回答者数は70であった。専門性のある診療介助と意識している看護行動は、「スムーズに行う」「患者の不安・苦痛を軽減する」「知識にもとづいた」「専門職だからできる」「日々の業務で必要」の5つのカテゴリーに分けられた。B群では「医師の介助をしていると感じる」「看護師でなくともよい」「患者の不安・苦痛軽減が不足」「あまり行わない」の4つに分けられた。

A群において具体的に挙げられた診療介助は、清潔操作、創処置が多かった。「患者の不安・苦痛を軽減する」ための具体的な行動として、手を握る、声をかける、処置の内容を説明するなどが挙げられていた。一方でB群に患者の不安や苦痛を軽減させる具体的な技術が思いつかないという対照的な意見もあった。

表1-2 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
2)診療介助 (項目回答者数79)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数70
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
知識にもとづいた	1) スムーズに行い安心感をもたらす	7
	2) 迅速な対応で患者の侵襲を最小限に抑える	5
	3) 次に何を行うか予測し介助する	4
	1) 患者の気持ち(羞恥心など)への配慮	5
	2) 患者の理解度把握と理解度に合わせた説明	4
	3) 患者の気持ちを代弁する	2
	1) 患者の疾患とその処置について理解する	7
	2) 患者の病態を知り、ケアに役立てる	5
	3) 疾患・処置により観察ポイントや注意点がある	4
	4) 専門的知識がないとスムーズに行えない	3
専門職だからできる	5) 感染の媒体とならないよう安全に介助する	2
	6) 専門的知識(滅菌操作など)を学んでいるからできること	2
	7) 専門性がなければ何ごともイメージできない	1
日々の業務で必要	1) 免許があつてできること	3
	2) 手術の介助	4
	3) 外来勤務	2
	3) 特殊器具が多い	2
B群 (専門性をあまり感じないと回答)		回答者数9
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
医師の介助をしていると感じる	1) 患者の不安を増強させることなく援助したいが、患者ではなく医師への介助が大半を占める	2
	2) 処置中心の医師に急かされることがある	1
看護師でなくともよい	1) 助手でもできる	1
	2) 必ずしも看護師が必要かと疑問に思うことがある	1
患者の不安・苦痛軽減が不足	1) 不安を軽減させる具体的な技術が思いつかない	1
	2) 医師が単独で行う	2
あまり行わない	2) 検査や外科処置が毎日ない	1

3)機器管理(表1-3)

全回答者数85のうち、A群の回答者数は75であった。専門性のある機器管理と意識している看護行動は、「患者の安全を守る」「機器を正しく使用する」「緊急時の」「日常的に必要」「知識にもとづいた」「当然のこと」の6つのカテゴリーに分けられた。B群では「MEの役割である」「看護としての専門性を感じない」「特殊な機器を使用した場合に限る」の3つに分けられた。

A群において、具体的に挙げられた機器は人工呼吸器の扱いで、次いで輸液・シリンジポンプの操作であった。

A群とB群を比較すると、臨床工学技師(Medical Engineer;以下、ME)との役割分担について対照的な意見が見られた。A群では、主な機器管理をMEに任せながらも、実際に患者に使用する立場として、また、MEがない場合でも最低限の対応ができる立場として専門性を意識していた。

表1-3 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
3)機器管理 (項目回答者数85)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数75
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
患者の安全を守る	1) 生命にかかわるものもあり、正しく使用することが必須である 2) 使用方法を誤ると死につながる 3) 機器の使用方法を詳しく理解して安全な医療・看護を提供する	6 4 2
機器を正しく使用する	1) アラームの対処と原因探索、原因除去 2) 正常に作動しているかどうかを判断する	4 2
緊急時の	1) 看護師は機器を患者のために直接使用し、管理する役割がある 2) 夜間やトラブル発生時、看護師はすぐに対応できる	7 3
日常的に必要	1) 毎日多種多様の機器を取り扱う 2) ME機器を使用している患者が多い 3) 機器を使いこなせないと日々のケアができない	8 5 3
知識にもとづいた	1) 特殊な機器や使い方が複雑な機器などの操作方法の学習 2) 発達段階による違いを理解し、適切な物品を選択したり観察ポイントを見極めたりする	6 2
当然のこと	1) 機器管理を行うのは当然のことである	2
その他	・術後のみ感じる ・外来なので特殊な機器がない ・レスピレーターなどの管理は必要だが、基本的にMEに任せせる	

B群 (専門性をあまり感じないと回答)		回答者数11
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
MEの役割である	1) 機器は主にMEが管理しているため	6
看護としての専門性を感じない	1) マニュアル通りに行えは誰でもできる 2) 設定・施行は主に医師やMEが行うため	1 1
特殊な機器を使用した場合に限る	1) PCPSなど特殊な機器を使用した場合のみ専門性を感じる	1

4)仕事上の問題への対処(表1-4)

全回答者数53のうち、A群の回答者数は40であった。専門性のある問題への対処と意識している看護行動は、「生命に関わる」「患者・家族との」「スタッフ間で」の3つのカテゴリーに分けられた。B群では「社会人として必要」「必要性を感じない」の2つのカテゴリーに分けられた。

この項目については、質問が具体性に欠けるといった理由がA群とB群の両方でみられた。

5)看護計画立案(表1-5)

全回答者数68のうち、A群の回答者数は61であった。専門性のある看護計画立案と意識している看護行動は、「個別性のある」「チームで関わるために」「問題を明確化するために」「疾患・病態に合った」「共有することが大切」「特定の疾患に対する」の6つのカテゴリーに分けられた。B群では「個別性が感じられない」「あまり重要性を感じない」「最低限のもの」の3つのカテゴリーに分けられた。

A群とB群を比較すると、「個別性のある」と「個別性が感じられない」は対応した意見となっていた。さらに、A群の中でも専門性を感じるが個別性に欠けているところがあるといった意見もみられた。

表1-4 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
4)仕事上の問題への対処 (項目回答者数53)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数40
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
生命に関わる	1) 疾患や状態に応じた問題への対処 2) 異常を早期発見したり、急変時に対処できるように日頃から問題発生のシミュレーションを行ったり、スタッフ間で勉強をする	4 3
患者・家族との	1) 患者と接する時や説明する時 2) 医師と患者・家族の間に入り調整する 3) 患者の背景や社会資源などを把握し、活用できるよう調整する 4) 看護師は患者に一番近い立場であり迅速な対処が行える	5 3 1 1
スタッフ間で	1) 医師や他部門と連携し、問題解決に導く 2) 問題が生じた時は上司に相談する 3) 自分の感情をコントロールしアサーティブに関わる	6 4 3
その他	・問題解決により自信につながる ・問題をきちんと受け止め、考える ・コーディネートは看護師の役割である ・苦情への対処は専門性というより人間的な配慮が必要	

B群 (専門性をあまり感じないと回答)		回答者数13
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
社会人として必要	1) 専門性というより社会人として必要なこと	2
必要性を感じない	1) クレーム対処やハード面での対処 2) 上司が対処してくれる 3) 問題にもよるが対処方法はそれぞれで違ってくる	1 2 1

表1-5 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
5) 看護計画立案 (項目回答者数68)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数61
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
個別性のあるチームで関わるために問題を明確化するために	1) 患者の個別性をふまえたケアをするために必要 2) スタッフで統一した看護を提供するためには必要 3) 患者の全体像を把握し、問題を見出す 4) 患者の訴えだけでなく、フィジカルアセスメントを行ったり、検査データを用いたりして問題を見出す 5) 看護の視点から立案する 6) 問題思考で捉えられるとき	12 6 5 3 3 1
疾患・病態に合った	1) 疾患の特性を理解・考慮して計画を立てる 2) 状態の変化に合わせて計画を適宜評価・修正する	5 5
共有する事が大切	1) 患者とともに計画を共有し解決していく 2) 家族と共有する	2 1
特定の疾患に対する	1) 特定疾患、結核、インスリン導入時、小児特有の疾患など	9
その他	・看護していく上で重要 ・唯一看護師が行え、看護師が中心となつて実践する	
B群 (専門性をあまり感じないと回答)		回答者数7
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
個別性が感じられない	1) パスや標準看護計画を使用する	4
あまり重要性を感じない	1) 重要性を感じないが、チームで統一していくためには大切なかとも思う	2
最低限のもの	1) 看護計画は新人が最低限できなければならないような最低ラインを作るためのビギナー向けだと思う	1

6) 看護の評価(表1-6)

全回答者数56のうち、A群の回答者数は53であった。専門性のある看護の評価と意識している看護行動は、「看護の質を向上するための」「患者の状態を把握するための」「看護とは何かを考えて」「専門性があるからできる」の4つのカテゴリーに分けられた。B群では、「あまり重要性を感じない」「個別性を感じない」の2つのカテゴリーに分けられた。

また、面接調査において、看護を評価する視点そのものに対しての疑問の声や、自分たちの看護を平均在院日数の全国平均と比較する等客観的指標で評価されると意欲が高まるといった意見が聞かれた。

7) 患者指導(表1-7)

全回答者数68のうち、A群の回答者数は61であった。専門性のある患者指導と意識している看護行動は、「患者の個別性に合わせた」「患者が主体性をもてるような」「患者の生活に大きく影響する」「知識にもとづいた」の4つのカテゴリーに分けられた。B群では、「指導する機会が少ない」「知識不足のため」の2つのカテゴリーに分けられた。

A群において、患者指導の具体的な場面として挙がったのは退院指導、内服薬の説明が多く、その他呼吸訓練、食事療法、母親への育児指導、術前訪問等もあ

表1-6 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
6) 看護の評価 (項目回答者数56)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数53
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
看護の質を向上するための	1) 實施した看護が適切であったか振り返り、修正・改善を行う 2) 質の高い看護を提供するためには評価は必要	10 6
患者の状態を把握するための	1) 計画が適切かどうかを判断し患者の状態に合った看護を提供する 2) 言動以外に様々なデータや社会的背景を考慮し総合的に評価する 3) 状態の経過を判断する	6 3 3
看護とは何かを考えて	1) 看護の評価をする際は看護について考えることが重要である 2) 看護の視点から評価していく	4 3
専門性があるからできる	1) 評価をするには専門知識が必要 2) 看護計画の立案と評価は看護師が行うことである	5 3
その他	・リストに沿ってその患者にあった評価をする ・評価にはそれぞれの思いが入らないようしたほうがよい ・家族と共有することから感じる	
B群 (専門性を感じないと回答)		回答者数3
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
あまり専門性を感じない	1) 評価の場面がない	2
個別性を感じない	1) 主に手術のことに関しては同じになる時が多い	1

表1-7 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
7) 患者指導 (項目回答者数68)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数61
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
患者の個別性に合わせた	1) なるべく専門用語を使わず相手に合わせてわかりやすく説明する 2) 発達段階や生活背景などを考慮し個別的な視点をもって指導する 3) 疾患によって指導内容は違う	7 6 3
患者が主体性をもてるような	1) 患者の意欲を引き出し、主体的に臨めるような指導を行う 2) 患者自身による自己管理が求められる場合がある	3 3
患者の生活に大きく影響する	1) 指導内容により患者の生活に変化をもたらす	5
知識にもとづいた	1) 専門知識がなければ指導できない 2) 指導内容を理解してからでないと説明できない	6 3
その他	・退院後の患者の不安軽減となる ・疾患予防・悪化防止のため、指導することは世の中の患者数を減少させるために重要な任務 ・患者に必要な情報を提供する	
B群 (専門性を感じないと回答)		回答者数7
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
指導する機会が少ないと	1) 診療科の特性により指導に関わる事が少ない	6
知識不足のため	1) 自分自身の知識不足のため	1

った。また、患者指導における看護師の役割として、他部門の専門的な部分を生かし看護師は全体的な立場として関わることが必要という意見もある一方で、専門的な分野の人々がいるという理由からB群を選択した人ものもあつた。

また、面接調査から、専門知識の具体的な内容として、麻痺のある患者の食器の配置の工夫や口腔ケアの方法など、疾患による障害と日常生活上で必要なことを関連させたことが挙げられた。さらに、「知識不足」という点について、退院後の生活に関して指導するのに必要な知識が身につくことで、専門性が高まっていくという意見が聞かれた。

8) 看護職としての意見(表1-8)

全回答者数41のうち、A群の回答者数は36であつた。専門性のある看護職としての意見と意識している看護行動は、「患者の立場に立った」「責任をともなった」「自己評価につながる」「知識・エビデンスのある」の4つのカテゴリーに分けられた。B群では「意見をする機会があまりない」というカテゴリーとなつた。

9) 連絡調整(表1-9)

全回答者数49のうち、A群の回答者数は40であつた。専門性のある連絡調整と意識している看護行動は、「患者・家族に近い立場での」「チームで医療・看護を提供するため」「治療・検査がスムーズにすむように」「アセスメント・判断を伴つた」の4つのカテゴリーに分けられた。B群では、「スタッフ間での」といったカテゴリーとなつた。

表1-8 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
8) 看護職としての意見 (項目回答者数41)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数36
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
患者の立場に立つた	1) 患者の代弁役となり、アサーティブに意見する	8
	2) 患者の一番身近な存在であるため、患者・家族の思いに触れる場面が多い	6
	3) データに限らず患者・家族の思いや背景なども含めて総合的にアセスメントする	2
	4) 看護師は患者の状態を常に把握している	4
責任をともなつた	1) 患者に対する説明一つ一つの言動に責任を感じる	2
自己評価につながる	1) 看護師としての意見をもつことは、看護師として向上するために重要である	4
	2) 意見することが看護職の専門性の誇りである	1
知識・エビデンスのある	1) 知識やエビデンスのある方が、患者やスタッフの理解が得られる	2
その他	・ 看護観が違うと意見も違ってくると思う	
B群 (専門性をあまり感じないと回答)		回答者数5
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
意見する機会がない	1) 意見をすることはあまりない	2
	2) 意見を聞き入れてもらえないことがある	1

なお、A群において、スタッフ間での連絡調整を挙げた者は10名おり、うち患者・家族との連携を挙げた者は3名いた。

10) 勉強・研究(表1-10)

全回答者数62のうち、A群の回答者数は60であつた。専門性のある勉強・研究と意識している看護行動は、「新しい変化に対応していくために」「質の高い看護を提供するため」「専門性を高めるため」「知識を得るために」の4つのカテゴリーに分けられた。B群では、「研究方法があいまい」「機会が少ない」の2つのカテゴリーとなつた。

表1-9 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
9) 連絡・調整 (項目回答者数49)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数40
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
患者・家族に一番近い立場での	1) 医師と患者・家族の橋渡し役として 4) 患者の一番近い立場でいるので連絡・調整に適している	4 2
チームで医療・看護を提供するため	1) 医療・看護はチームで連携をとって行う事が大切である	5
治療・検査がスムーズにすむように	1) 患者の負担にならないように 2) 患者の命を守り、安全安楽な看護を提供する	5 1
アセスメント・判断を伴つた	1) アセスメントを含めて情報伝達を行う	4
その他	・ 他部署との連絡があつて集中治療ができる ・ スタッフといかに上手く連携をとるかが重要な要	
B群 (専門性をあまり感じないと回答)		回答者数9
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
スタッフ間での	1) 看護師でなくてもいいと思うことも行っていい 2) 連絡調整の専門というイメージがつかない 3) コンサルテーション力が弱い	3 2 1

表1-10 専門性の意識の程度とその理由に記述された具体的な看護行動
10) 勉強・研究 (項目回答者数62)

A群 (専門性を感じると回答)		回答者数60
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
新しい変化に対応していくために	1) 医療・看護は日々進歩しており、勉強は常に必要である	13
質の高い看護を提供するため	1) エビデンスに基づいた看護を提供できるように知識を深める	10
専門性を高めるため	1) 知識・勉強不足を感じたときに必要性を感じる 2) 自信を持ってケアを行えるように 3) 看護を論理的に考えたり見つめなおす事ができる 4) 専門職として知識を深めるため	6 2 3 8
知識を得るために	1) 知識がないと病態なども理解できない 2) わからなくて業務をこなせるかもしれないが、知識がないまま接する事は恐ろしいと思う	5 5
B群 (専門性をあまり感じないと回答)		回答者数2
カテゴリー	サブカテゴリー	記載数
研究方法があいまい	1) 研究方法があいまいだから	1
機会が少ない	1) 疾患に対する勉強会が少ない	1

しかしながらA群において、勉強・研究の必要性を感じていると記述するものの、自分の時間が削られる、臨床では難しい、研修への参加がないために感じる機会が少ないといった消極的な意見も複数みられた。

4. 臨床看護師が考え行動している専門性のある看護

各質問項目のカテゴリーをさらに整理した結果、keyとなる概念が13個抽出された(表2)。

カテゴリーのうち、「患者が主体性をもてるような」等3つのカテゴリーから『患者中心』というkey概念を、同様に、「個別性のある」等の3カテゴリーから『個別性』、「知識にもとづいた」等の7カテゴリーから『知識にもとづいた』、「アセスメント・判断を伴った」等の7カテゴリーから『アセスメント』、「患者の安全を守る」等の2カテゴリーから『安全』、「患者の不安・苦痛を軽減する」等の2カテゴリーから『安楽』、「ADL拡大・QOL向上へ向けて」から『ADL拡大』と『QOL向上』の2つのkey概念を抽出した。また、「患者・家族との」等の6カテゴリーから『調整』、「治療・検査がスムーズにすすむように」等の2カテゴリーから『効率性』、「専門性を高めるため」等の3カテゴリーから『専門性の意識』、「質の高い看護を提供するため」等の4カテゴリーから『向上心』、「看護の基本である」等の6カテゴリーから『看護観』とのkey概念を抽出した。

考察

1. 日常看護場面の専門性に対する意識の現状

日常の看護場面として挙げた10項目のすべてにおいて、A県の臨床看護師の7割以上が専門性を感じていた。これは先行研究である平田らの研究⁵⁾と一致していた。また、専門性を感じる割合が9割以上の項目に<患者指導>があったこと、専門性を感じない割合が高めの項目に<連絡調整>があったことも同様の結果であった。概して臨床看護師は、<患者指導>に対し専門性を強く感じている傾向があるといえた。これは、患者指導がとくに看護師の主体性を発揮しやすい領域だからではないかと考える。患者指導では、内容を伝え実行してもらうために、患者を尊重しながらいかに意欲を引き出すかといったアプローチが必要である。そこに看護師としての力量が問われるため、専門性が高いと意識されると考えられた。その一方で、一般的に<連絡調整>には専門性を感じない割合が高いといえた。本来看護職は医療の現場において、専門的に、しかも広範囲に携わることができる職種⁶⁾であることから、連絡

表2 カテゴリーから抽出されたkey概念

key概念	カテゴリー	述べ数
患者中心	患者が主体性をもてるような	1
	患者の立場に立った	1
	患者の生活に大きく影響する	1
個別性	個別性のある	1
	個別性に応じた	1
	患者の個別性に合わせた	1
知識にもとづいた	知識にもとづいた	4
	知識・エビデンスのある	1
	知識を得るため	1
	特定の疾患に対する	1
アセスメント	アセスメント・判断を伴った	1
	患者の状態を把握するための	1
	身体の状態をふまえた	1
	疾患・病態に合った	1
	問題を明確化するために	1
	予測しながら	1
安全	緊急時の	1
	安全・安楽・苦痛を最小限に	1
	患者の安全を守る	1
	生命に関わる	1
安楽	機器を正しく使用する	1
	安全・安楽・苦痛を最小限に	1
ADL拡大	患者の不安・苦痛を軽減する	1
	ADL拡大・QOL向上へ向けて	1
QOL向上	ADL拡大・QOL向上へ向けて	1
	患者・家族との	1
調整	患者・家族に一番近い立場での	1
	チームで医療・看護を提供するため	1
	チームで関わるために	1
	スタッフ間で	1
	共有する事が大切	1
効率性	治療・検査がスムーズにすすむように	1
	スムーズに行う	1
専門性の意識	専門性を高めるため	1
	専門性があるからできる	1
	専門職だからできる	1
	責任をともなった	1
向上心	質の高い看護を提供するため	1
	看護の質を向上するための	1
	新しい変化に対応していくために	1
	自己評価につながる	1
看護観	看護の基本である	1
	日々の業務で必要	1
	日常的に必要	1
	当然のこと	1
	看護とは何かを考えて	1

調整の役割には適した職と考えられる。看護師として必要な専門性のある連絡調整が、どのようなものかを自らも意識しつつ、他職種との連携により役割を遂行していくことが必要であろう。

本調査において専門性を感じる割合が最も高かったのは<勉強・研究>であった。しかし、記述内容には消極的な意見もあった。よって、専門性を自覚しつつも実際には実行に困難を生じている現状が推測できた。時間の確保や研究費の補助等、勉強・研究に対する専門

性の意識を維持し意欲を支える環境整備が必要であると考えられた。

次に高かったのは＜看護の評価＞であった。看護ならではの視点での評価に独自性を自覚していることが、専門性の意識につながっているのではないだろうか。評価を行う際、数値のデータのみに頼らず患者の訴えや家族等の背景・生活も含めて評価することが看護職ならではの見方であり、一患者に関する評価は看護全体の質向上につながるものと考える。看護独自の視点で患者の個別性をおさえた上で行う評価は、専門性のある看護の実践における中核となると考えられた。

以上の＜勉強・研究＞、＜看護の評価＞、前述の＜患者指導＞、さらに＜診療の介助＞の計4項目も、専門性を感じると回答した割合が9割以上あり、臨床看護師の高い専門性の意識を感じた。しかし、最も日常的に行う機会が多いと思われる＜生活援助＞に関しては、8割にとどまった。保健師助産師看護師法において、看護師は「傷病者若しくはじょく婦に対する療養上の世話又は診療の補助を行うことを業とする者をいう」と明記されているように、療養上の世話すなわち＜生活援助＞と診療の補助すなわち＜診療介助＞は、看護師業務の中心である。しかし実際は、＜診療介助＞については専門性を感じる割合が高いものの＜生活援助＞はやや低く、臨床看護師の意識は、より治療的要素を含む＜診療介助＞について専門性があると捉えやすい傾向があった。専門性を高める要因の一つとして独自性が挙げられることから、看護師でなくてもできる要素を含んだ＜生活援助＞は、＜診療介助＞ほどには専門性を感じる割合が上昇しなかったと考えられた。

先行研究と異なった結果としては、平田らの研究で9割以上が専門性を感じていた＜仕事上の問題への対処＞が、今回は専門性を感じない割合がやや高かったことであった。この理由は、無回答の割合の多さや、問い合わせが漠然としすぎて答えられないとの回答が複数あったことから、仕事上の問題という表現に対して対象者がどのような内容をイメージするかに差が生じてしまったためと考える。その言葉を聞いて具体的な場面をイメージできるかどうかが影響したのではないだろうか。これは、無回答の多かった＜看護職としての意見＞や＜連絡調整＞の項についても同様と考えられた。さらに、専門性を感じる割合が高かった項目と低かった項目を比較してみても、項目の表現が「漠然として答えられない」などイメージしにくい項目で専門性の感じる割合が低い傾向にあった。つまり、専門性を感じる割合は、各項目

で専門性を感じられるような具体的な看護場面をイメージしやすかったかどうかにも影響されたことがうかがえた。平田ら⁷⁾は「日常業務における行為の判断根拠を看護師自身もしくは看護学に求めることによって、看護の独自性が高まり専門性の発達に繋がる」と述べている。すなわち、項目の表現からどの程度具体的な看護場面をイメージできるかという一方で、イメージした日常看護場面に看護職としての独自性や主体性をどの程度感じができるかといった点も影響すると考えられた。つまり、回答の際イメージする具体的な場面は個人の普段の意識が反映されることから、いかに日常的に専門性を意識しているかどうかが反映されるといえるだろう。

専門性の感じ方は看護師自身の内的なものであり、強制されるものではない。つまり、日常的に専門性を意識するには、個人の意識のもちょうど頼るところが大きいと考える。看護に対する捉え方、すなわち看護観というものが個人でそれぞれあるように、看護の専門性に対する捉え方にも個人差があるかもしれない。しかしながら、看護職が免許を持ったprofessionalとして存在する以上、看護職に従事する者はその専門性を意識する基盤をもつ義務がある。したがって、個人の内的な努力にばかり頼るのではなく、専門職としてのあり方について意見交換を行ったり、professionalとしての能力を意識しながら発揮できるような環境を整えたりすることが重要であると考える。

2. 専門性の意識と具体的な行動の関連

項目毎にカテゴリー化した結果、＜生活援助＞＜診療介助＞＜機器管理＞＜患者指導＞＜看護職としての意見＞＜勉強研究＞の項目において、「知識にもとづいた」とのカテゴリーが共通して出てきた。すなわち、臨床看護師は、専門性のある看護として知識にもとづいたケアを提供することを重視しているといえるのではないだろうか。知識がなければ、疾患・病態をはじめとする患者理解やそれにともなった援助方法の理解是不可能であるという意見も多数あったことから、知識をもとに理解につなげていると考えられた。研究者が各項目にからんでカテゴリー化されるだろうと予想していたエビデンスやアセスメントは、その単語としてはほとんど抽出されなかった。しかし、「身体の状態をふまえた」や「疾患・病態に合った」などのカテゴリーは、単語として表れにくかったものの、エビデンスやアセスメントについて表現していると推測することができる。近年、良質の看護と看護提供のためには専門職として科学的根拠に

基づく看護提供がめざされている⁸⁾. 臨床看護師がこうした社会的な流れに対応し、専門性のある看護として日々の看護実践に臨んでいることが明らかとなった.

また、ほぼ全ての項目で共通してみられたのは、患者を中心として捉えたカテゴリーがあったということであった。「患者が主体性をもてるような」、「患者の立場に立った」はもちろんのこと、「生活に大きく影響する」や「ADL拡大・QOL向上に向けて」、安全・安楽に関するカテゴリーも全て患者を第一に考え捉えられたカテゴリーと考えられた。つまり、専門性のある看護は、常に患者を中心とする意識のもとに提供するものと考えられていることがわかる。さらに、患者の個別性を尊重する視点として個別性を含んだカテゴリーが、専門性を感じる、あまり感じない両群の4つの項目で抽出され、個別性があることは専門性を感じると、個別性が感じられないことは専門性を感じないと認識されていた。これらのことから、専門性のある看護は、患者を個性をもつた一人の人間として捉え、患者に一番近い立場として患者の生活を支えているというアプローチを行うことと考えられていることが推測できた。

また、医療・看護の提供を「チームで関わること」に専門性を感じているとしてカテゴリー化された一方で、専門性を感じないカテゴリーのサブカテゴリーに看護職以外の専門職に任せればいいなどが出てきた。「スタッフ間で」や「共有することが大切」とのカテゴリーに象徴されるように、チームである他職種との連携において、看護職の役割をどのように捉えるか、特に看護職の独自性をどの程度感じるかが、専門性の意識に影響しているのではないだろうか。他職種との連携を行う上で、お互いの仕事の領域を認識し、どちらがどこまで、仕事の責任を負うのかを確認しておく必要があり、お互いに協調して行うことが重要である⁹⁾。したがって、まず看護職としての専門性を意識したうえで、他職種の専門性を理解し、互いにその専門性を發揮できるよう調整していくことが必要と考えられた。

また、〈生活援助〉などでは、「一般的である」「最低限のもの」とのカテゴリーで専門性を感じないとされている一方で、「看護の基本である」として専門性を感じるカテゴリーとしても抽出され、通常行っている業務にいかに専門性をもった捉え方をしているかにより、差が生じていることが明らかとなった。前述したように、看護の質を高めるには専門職としての意識が常に必要であることから、通常の業務と漫然と行うのではなく、これでいいのだろうか、もっといい方法はないかなど知識を

もとにエビデンスを求めることが大切であり、専門性を見出す努力があつてこそ、質の高い看護の提供へつながっていくのではないだろうか。

3. professionalとして提供する看護

看護は科学的根拠をふまえ解決すべき課題と目標を定め、個別性に即して実施するという専門性をもつ⁹⁾。専門性の意識と具体的な行動の関連について分析し、臨床看護師が考え・行動している専門性のある看護について検討した結果、professionalとして提供する看護は次のように図式化されると考えられた(図4)。

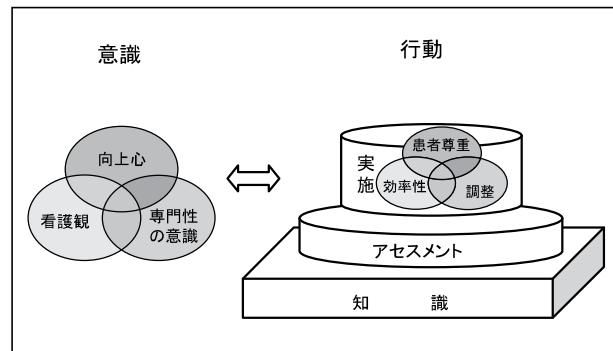


図4 臨床看護師が捉えている専門性のある看護

まず、key概念としてまとめられた13概念は、その意味から『看護觀』、『専門性の意識』および『向上心』と、それ以外の大きく2つに分けられると考えられた。前者3つは意識を表す概念であり、後者であるそれ以外は実際の行動である表現形としての概念といえる。professionalとして提供する看護実践には、意識として、その人それぞれがもっている『看護觀』に『向上心』が加わり、『専門性の意識』が働くことが重要と考えられた。そして表現形である実際の行動としては、『知識にもとづいた』が行動基盤として必要であり、それに付随した『アセスメント』を行うこと、そして実施には『患者中心』、患者の『安全』、『安楽』、『ADL拡大』、『QOL向上』といった患者を尊重する考え方と、物理的・人的な『調整』、ならびに『効率性』を伴った実践であるとまとめられた。この行動のどの段階においても前述の意識が作用することが必要であり、具体的な行動から意識を高めることも必要であると考えられた。

professionalとして提供する看護について図で表現している研究は見当たらないが、看護の専門性について看護師20名に半構造面接を行った國方¹⁰⁾は、コアカテゴリーに【専門的な知識の保有と追究の必要性】【知識や判断に基づいた看護の実践】【看護師としての役割

の遂行】【専門性の表現が困難】の4つを抽出していた。このうち前者2つは図4における知識が基盤にあることとそれに付随するアセスメント、および実践という行動の三重構造と合致していた。また、【看護師としての役割の遂行】の下位には【調整役としての看護師】とのカテゴリーがあり、実施の中に『調整』を含めた本研究結果と類似している。【専門性の表現が困難】は、意識していないや、存在しないと考えるとのデータからカテゴリー化されたもので、この点について國方は、看護師が自らの実践を振り返ったり問い合わせたりする機会を持って現状を分析し、看護の専門性を意識化するための機会を持つことが必要と述べている。これはまさしく、図4に示すように、日々の実践に常に向上心や専門性の意識を働かせることが必要ということであろうと考えられた。

professionalであるためには、絶えず知識や技術の向上のために自己研鑽を続けなければならない¹¹⁾ことは、もはやどのような分野においても周知の事実といえる。看護においては、実践の基盤となる知識を発展させなくてはならないし、科学的研究や観察を通して臨床の専門技術を発展させなければならない¹²⁾。専門性の意識と向上心を高めた意識が行動のどの段階にも働いて、それぞれの段階で発展を目指すことが必要ということであろう。陣田¹³⁾が主張しているように、考えるだけの人ではなく行動するだけの人でもない、現象を認知する力や内省する力といった認識と実際の行動(実践)の一貫性がprofessionalの看護師としての特質であるならば、今回、専門性の意識と実際の行動との関連から専門性のある看護を考察した本研究は、さまざまな専門職が増えてきた現在の保健医療分野のなかでprofessionalとしての看護師のるべき姿について示唆を与えるものであると考えられた。

結論

今回日常看護場面に対する専門性の意識とその理由について分析をすることで、以下のことが明らかとなった。

A県における看護師は様々な日常看護場面に対して、70%以上専門性を感じていた。

特に、専門性を感じる割合が高かったのは、勉強・研究、看護の評価、患者指導、診療介助の業務であり、専門性を感じない割合がやや多かったのは、仕事上の問題への対処や連絡調整の業務であった。

専門性があると意識されている看護師は、知識にもとづいたアセスメントを行いながら、患者の安全・安楽・ADL

拡大・QOLといった患者中心の考え方と、物理的・人的な調整、ならびに効率性を伴った実践であり、その実践には、その人自身がもつ看護観と向上心、専門性の意識が働いてこそ成り立つものであるとまとめられた。

おわりに

今回専門性の意識と行動との関連を明らかにすることで、専門性のある看護を提供するとはどのようなことかについて考えを深めることができた。看護は、その行為だけをみると看護職でなくても行っていることもあり、看護職の独自性というものを見失いがちとなるため、専門性を捉えにくい側面がある。だからこそ、自分の思い描く専門性のある看護を常に意識することが重要となってくるのではないかだろうか。

本調査の中で、専門性を感じないと回答した群においても、自分の知識不足のためといったような向上心がうかがえる意見が含まれていた。このようなケースは、自分で専門性のある看護を捉えているがゆえに、今の時点では専門性を感じないと判断したと考えられ、専門性を感じていないからといって必ずしも専門性の意識が低いとはいえないことが推察された。今回の研究方法ではこの点について明確に区別することはできなかったが、どちらにしても看護師は向上心を維持し、高い専門性の意識をもってそれに近づく努力を重ねることが重要であると考える。

謝辞

本研究にご理解とご協力をいただいた、2病院の看護部長ならびに各病棟の看護師長・看護師の皆様に深く感謝致します。

引用文献

- 1) 前信由美、長吉孝子:看護師の専門職意識の把握－アンケート用紙を作成して－、看護学統合研究、2003;5(1):9.
- 2) 平田麻紀子、嶋岡雅子、櫻井美代子、木村幸枝:日常看護場面における看護職の専門性の意識と影響要因、日本看護学会論文集 看護総合、2001;32号:8-10.
- 3) 石綿啓子:看護の専門職性に関する研究－看護教育の基礎付けとして－、教育研究所紀要、2002;11:82.
- 4) 里光やよい、纒纒葉月、須釜なつみ、市塙京子、佐藤淳子、鈴木照実:中堅看護師の専門職意識の芽

- 生え過程—看護師のキャリアアップに影響を及ぼすものー, 第25回日本看護学学会学術集会講演集, 2005;167.
- 5)前掲2)
- 6)上泉和子:系統看護学講座別巻8巻 看護管理, 医学書院, 2006, 8.
- 7)前掲2)
- 8)松木光子:看護学概論 看護とは・看護学とは, ヌーヴェルヒロカワ, 2003, 9.
- 9)前掲3), 75
- 10)國方美佐, 名越民江, 南妙子:一般病棟に勤務する看護師が認識する看護の専門性に関する研究—臨床経験年数に焦点をあててー, 香川大学看護学雑誌, 2008;12(1):19-26.
- 11)井上冷子:看護職のプロフェッショナルを育てる, 看護管理, 2008;18(1):25-27.
- 12)Brykczynski,K.A. : Nursing Theorist and Their Works, Mosby, 2002, 南裕子訳:初心者から達人へ:パトリシア・ベナー:初心者から達人へ;臨床看護実践における卓越性とパワー, 看護理論家とその業績(第3版), 医学書院, 2004, 172-193.
- 13)陣田泰子:プロフェッショナルが育ちあう実践共同体づくり, 看護管理, 2008;18(1):8-14.

(2008年11月27日受付, 2009年7月22日受理)

<Original Article>

Nurse's Awareness of Professionalism: Seeking Nursing Care Provided as Professional Nurses

Nanae Shimizu¹⁾ Yuri Takahashi²⁾

¹⁾Minami Tohoku Hospital, ²⁾Iwate Prefectural University

Abstract

The purpose of this study is to identify clinical nurse's awareness of professionalism in their daily nursing care duties. We analyzed the relationship between nurse's awareness and performance, and discussed about professional nursing. We conducted a questionnaire with 127 nurses and interviewed 3 nurses, who had 5 to 11 years of experience. These are the findings. 1. More than 70% of nurses said they felt professionalism in their daily nursing care duties. 2. Nurses especially felt that professionalism was higher in the areas of "study and research", "nursing evaluation", "patient education", and "assisting in medical examination and treatment". 3. As for the relationship between professional awareness and nursing performance, we found 13 key concepts. These concepts were 3 of awareness and 10 of performance. 4. Professional nursing can be provided through a process, by assessing the patient based on the knowledge, and by performance inclusive of safety, comfort, expansion of ADL, improvement of QOL, adjustment, and efficiency. Also, outlook on nursing, the spirit of self-advancement, and awareness of professionalism are necessary for the professional nursing.

Keywords : professional nursing, nurse's awareness, nurse's awareness and performance

〈研究報告〉

2型糖尿病患者のストレスとストレス対処行動

大下咲子¹⁾ 箱石恵子¹⁾ 兼松百合子²⁾

1)岩手県立中央病院 2)元岩手県立大学看護学部

要旨

筆者らは、平成16年より通院中の糖尿病患者のストレスについて研究を行ない、糖尿病療養指導において、ストレスマネジメントを指導していく必要があるという考察を得た。今回、外来通院中のHbA1c値8.0%以上の2型糖尿病患者39名を対象とし、ストレス測定器「ココロメーター」と質問紙を用いて、ストレッサーとストレス対処方法、年齢、性別、HbA1c値の関係を検討した。

その結果、1. ストレスを感じている患者の方がココロメーターの平均値が高かった。2. ココロメーター測定値とHbA1c値には有意の相関はみられなかった。3. 周囲の人の理解が得られていないと感じていることとココロメーター測定値に有意の相関がみられた。4. 女性は男性より「食事」がストレッサーとなり、「物事に取りかかる前にいろいろと心配する」という消極的・悪循環的ストレス対処行動が多くみられた。5. 年齢と「信頼できる人に相談する」という積極的・効果的ストレス対処行動に有意の相関がみられた。これらの結果を活用した支援を行なっていくことが必要である。

キーワード:糖尿病、ストレッサー、ストレス対処行動、ストレス測定器

研究目的

ストレスが血糖値を上げる方向に作用することから、糖尿病発症の危険因子の一つとしてストレスが上げられているのは周知のことである。ストレスを受けると、防衛反応として副腎髄質からアドレナリンやノルアドレナリン、副腎皮質からコルチゾールが分泌され、これらが肝臓に働きかけ、蓄えられていたグリコーゲンをブドウ糖として血中に放出する結果、血糖値が上昇する。さらにアドレナリンなどはインスリンの働きを弱めるともいわれている。したがって、ストレスによってイライラや興奮が繰り返す、高血糖状態が続くということになる。そこで糖尿病の管理は食事や運動のみでなく、周囲の人々との関係やストレスの対処、人生の目的やライフスタイルなどを多面的に捉えた援助が必要である。

筆者らは平成16年から糖尿病患者の療養行動とストレスに関して、段階的な調査を継続して行ってきた。

平成16年は「日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール」¹⁾を用いて、糖尿病患者のライフスタイルと療養行動・血糖コントロールの関係を分析した結果、血糖コントロールが良好な患者ほどストレス管理ができていることが明らかになった²⁾。平成17年「外来糖尿病患者が

認識する血糖自己管理を促進する行動と阻害因子」について調査した結果、血糖コントロールのために自分ができることのうち、ストレス解消のために何かをするという回答と血糖コントロールとの関係が明らかになった³⁾。平成18年は「外来通院中の血糖コントロール不良患者のストレスと解消方法」について調査した結果、調査対象の半数以上が、ストレスがあると感じている。ストレス解消方法がある患者でも、運動や旅行など、毎日ストレスを解消できていると思われる回答ではなかった。ストレス解消方法が無いと答えた主婦では、ストレッサーは家族のことという傾向が見られた。短い時間でも、毎日どこかで気分転換をはかるなどしながら、ストレスどうまく付き合っていく、即ちストレスマネジメントの方法を指導していく必要があるという考察を得た⁴⁾。これまでの結果を経て、平成19年、ストレス測定器「ココロメーター」と質問紙を用いて、ストレッサーとストレス対処方法の関係を検討したので報告する。

研究方法

- 対象: 外来通院中のHbA1c値8.0%以上の2型糖尿病患者39名。

2. 倫理的配慮:研究趣旨を文書と口頭で説明し、同意が得られた患者に対し実施した。回答の守秘、得られたデータは本研究以外には用いないこと、断っても診療に不利は生じないことを説明した。

3. 調査期間:平成19年4月19日～平成20年1月31日。

4. データ収集方法:ストレスの有無については「ストレスを感じていますか」の質問に有り無しで回答を得た。ストレスを感じていると答えた対象者へストレッサーとストレス対処行動について回答を得た。ストレッサーについてはBaldree透析ストレススケール⁵⁾を参考にし(資料1参照)、ストレス対処行動については宗像の積極的・効果的対処行動尺度と消極的・悪循環的対処行動尺度をもとに質問紙を作成し聞き取り調査を行った^{6a)}(資料2参照)。ストレッサーは項目ごとに「ない(0点)・ほとんどない(1点)・少しある(2点)・ある(3点)」で回答を求め、点数化した。積極的・効果的ストレス対処行動については「たいていそうする(2点)・しばしばそうする(1点)・そうしない(0点)」で回答を求め、消極的・悪循環的ストレス対処行動については「かなりそうである(2点)・まあまあそうである(1点)・そうでない(0点)」で回答を求め、点数化した。また、ニプロ社製の「ココロメーター」によってストレスの測定を行った。ココロメーターの測定は診察前の待ち時間に行なった。年齢、HbA1c

値はカルテより情報を得た。

5. 分析方法:ストレスが有ると答えた人と無いと答えた人のココロメーター測定値(0～200KU/L:46～ストレス有り)の平均値を求めた。ストレッサー10項目の項目ごとの平均得点(得点が高いことはストレスが多いことを示す)と、ストレス対処行動20項目の項目ごとの平均得点(得点が高いことはその行動を多く行っていることを示す)を求め、ココロメーター測定値、年齢、HbA1c値との関連をPearsonの相関係数を用いて分析した。

結果

1. 対象の背景

男性18名、女性21名。年齢は平均59.27±11.3歳。HbA1c値は平均9.12±0.91%であった。

2. ストレスの有無とココロメーターの測定値(表1)

ストレスを感じていないと答えた6名のココロメーターの平均値は51.7KU/L、ストレスを感じていると答えた33名のココロメーターの平均は80.6KU/Lであった。ストレ

表1 ストレスの有無とココロメーター測定値平均

ストレス	ココロメーター測定値平均
有りと答えた人 (33名)	80.6KU/L(±64.87)
無しと答えた人 (6名)	51.7KU/L(±30.84)

表2 ストレッサーとココロメーター測定値、年齢、HbA1c値との相関

ストレッサー	平均得点(SD)	ココロメーター測定値との相関係数	年齢との相関係数	HbA1c値との相関係数
規則正しい生活をすること	1.85(0.94)	0.034	0.060	0.274
食事制限	2.33(0.82)	-0.031	-0.098	-0.070
運動	1.73(0.98)	-0.012	0.080	-0.224
薬 【インスリン注射・内服薬】	1.94(1.30)	0.106	0.154	-0.500 *
糖尿病 【血糖チェック・入退院の繰り返し・自己管理する不安 ・医師の指示内容・医療関係者との連携・通院】	2.27(0.94)	0.289	0.262	0.560 *
仕事	1.61(1.32)	-0.187	-0.430 *	0.086
将来への不安	2.39(0.83)	0.058	0.068	0.096
人付き合い	1.73(1.07)	0.025	0.022	-0.108
家族のこと	2.09(0.91)	0.319	0.128	0.160
周囲の人の理解度	2.12(0.78)	0.405 *	0.063	0.108

* 相関係数は5%水準で有意(両側)

ス有りと判定される46KU/L以上のものは21名であった。

3. ストレッサーとストレス対処行動(表2 表3)

ストレッサー10項目の回答は、項目ごとに、ない0点～ある3点であり、「将来への不安」2.39、「食事制限」2.33、「周囲の人の理解度」2.12、「家族のこと」2.09などが高く、最低は「仕事」1.61であった。

ストレス対処行動20項目は、その行動を、たいていそうする2点、しばしばそうする1点、そうしない0点とされ、最高は「信頼できる人に相談する」0.76、次は「気分転換のために軽い運動をする」0.72、「新しいものに取り組む前に見通しや計画を立ててみる」0.72と、積極的・効果的ストレス対処行動が続くが、いずれの項目も1未満であった。消極的・悪循環的ストレス対処行動は、「何でも一人でやろうとする」0.36が最高であり、0点も3項目あった。

4. ストレッサーとココロメーター測定値、年齢、HbA1c値との相関(表2)

1) ストレッサーとココロメーターの測定値

「周囲の人の理解度」の得点とココロメーターの測定値は相関係数0.405($p<0.05$)で有意な正の相関がみられた。つまり、周囲の人の理解度にストレスを強く感じるほど、ココロメーターの測定値は高かった。

2) ストレッサーと年齢

「仕事」と年齢は相関係数-0.430($p<0.05$)で有意な負の相関がみられた。年齢が高いほど、「仕事」のストレスは低いということである。

3) ストレッサーとHbA1c値

「薬物療法」とHbA1c値は相関係数-0.500($p<0.05$)で有意な負の相関、「糖尿病について」とHbA1c値は相関係数0.560($p<0.05$)で有意な正の相関がみられた。インスリン・内服薬のストレスが高いほど、また、糖尿病の自己管理や受診などにストレスを感じるほど、HbA1c値が高いということである。

5. ストレス対処行動と年齢、HbA1c値との相関(表3)

1) ストレス対処行動と年齢

積極的・効果的ストレス対処行動「信頼できる人に相談する」と年齢は相関係数0.369($p<0.05$)で有意な正の相関がみられ、年齢が高いほど、信頼できる人に相

表3 ストレス対処行動と年齢、HbA1c値との相関

		平均得点(SD)	年齢との相関係数	HbA1c値との相関係数
積極的・効果的ストレス対処行動	信頼できる人に相談する	0.76 (0.42)	.369 *	-.189
	友人に助言を求めたり、助けてもらう	0.39 (0.50)	.192	-.173
	人から問題解決の手がかりを求める	0.48 (0.51)	-.138	.004
	気分転換のため軽い運動をする	0.72 (0.44)	-.018	.097
	見通しを得るためにしばらく離れてみる	0.39 (0.50)	-.114	-.201
	それをやり終えたとき、自分に何か褒美をあげる	0.21 (0.42)	-.039	-.025
	自分の不快な気持ちや怒りを人に知ってもらう	0.45 (0.51)	.218	-.043
	いろいろ考え、その状況の見方や自分の考え方を変えてみる	0.55 (0.51)	-.224	.029
	新しいものに取り組む前に見通しや計画を立ててみる	0.72 (0.44)	.084	.152
消極的・悪循環的ストレス対処行動	仕事が多すぎたり、忙しすぎたりすればそのことを人に伝える	0.39 (0.50)	.086	.035
	怒りを抑えたり、欲求不満をためたりする	0.27 (0.45)	-.290	.111
	機嫌が悪いと、つい人を責めてしまう	0.03 (0.18)	-.052	.234
	泣きわめいたり、取り乱したりして自制を失ってしまう	0	-.042	.000
	何でもひとりでやろうとする	0.36 (0.49)	-.058	.199
	物事に取りかかる前にいろいろと心配をする	0.33 (0.48)	-.063	.467 *
	おいしいものを食べたりやけ食いをする	0.18 (0.40)	.108	.265
	買い物などをして気を晴らす	0.12 (0.33)	-.051	-.110
	物を投げたり、壊したりしてうつ憤を晴らす	0	-.043	.000
	アルコールを飲んだりしてうさ晴らしをしたり、友人とばか騒ぎをする	0	-.053	.000
	タバコを吸って気をまぎらわす	0.06 (0.24)	-.143	-.175

* 相関係数は5%水準で有意(両側)

談している。

2) ストレス対処行動とHbA1c値

消極的・悪循環的ストレス対処行動「物事に取り掛かる前にいろいろと心配する」とHbA1c値は相関係数0.467($p<0.05$)で有意な正の相関がみられた。物事に取り掛かる前にいろいろと心配する人のHbA1c値はより高く、血糖コントロールが悪い。

6. 性別とココロメーター測定値、ストレッサー、ストレス対処行動

1) ココロメーター測定値の平均値は男性86.73KU/L、女性79.4 KU/Lと女性に比べ男性が高かったが、有意差はみられなかった。

2) 男性より女性のほうがストレッサーの「食事制限」の得点が有意に高かった。

3) 男性より女性のほうが「物事に取りかかる前にいろいろと心配する」の得点が有意に高かった($p<0.05$)。

7. ストレッサー間の関連

「食事制限」によるストレスを、少しある・あると回答した対象者20名中16名は「運動」や「薬」についても同様の回答をしていた。

8. その他

聞き取りでは仕事や家族のことがストレッサーとなっていると話す患者が多くいた。

考察

ココロメーターは唾液アミラーゼを指標とするストレス測定器として臨床現場で用いられ、近年その有用性がしばしば報告されている⁷⁾⁸⁾。操作が簡単で、短時間に結果が得られ、対象者も興味を示し、ストレスに目をむける糸口として使用することができると思われる。しかし、測定値のばらつきが大きく、信頼性については更なる検討が必要であると思われ、測定値の説明は慎重である必要がある。ストレッサーやストレス対処行動と併せて対象者が納得し、療養行動の改善に役立つように使用することが大切であると考える。

ストレッサーについては、平均得点の範囲は2.39–1.61で、少しあるーあるといった回答であったが、ストレス対処行動については、平均得点の範囲は0.76–0で、しばしばそうするーそうしないという低い得点であった。これはストレスに対し、あまり対処行動を行っていないことを示し、筆者らの先行研究⁴⁾を支持する結果である。

「食事制限」をストレッサーとして捉えている人は「運動」や「薬」をストレッサーとして捉えていた。HbA1c値8.0%以上を対象とした今回の調査において、糖尿病の療養行動の基本とされているこれら3つをストレッサーとして捉えていることは血糖値を目標に近づける過程において、ストレスがより大きくなる可能性が考えられるので、慎重な介入が必要と考えられる。筆者らの先行研究では、ストレスによる食行動の異常、特に過食⁴⁾が血糖コントロールを困難にしていた。今回の調査でも、消極的・悪循環的対処行動「おいしいものを食べたりやけ食いをする」がHbA1c値と弱い相関を示し、ストレスによる過食から悪循環が生じていることが窺われた。ストレッサーやストレスの大きさを患者の反応から察知し、適切な介入を行うことが望まれる。そのために、感情や思いを引き出すような技術を持つ必要があると考えられる。

消極的・悪循環的ストレス対処行動「物事に取り掛かる前にいろいろと心配する」とHbA1c値は有意な正の相関がみられたことから、消極的・悪循環的ストレス対処行動が血糖コントロールをより困難にすることも考えられ、積極的・効果的ストレス対処行動をとろことができるような介入の必要性が示唆された。積極的・効果的ストレス対処行動の項目にある「信頼できる人に相談する」「人から問題解決の手がかりを求める」というような行動をとれるように、医療者は患者にとって「信頼できる人」「手がかりを求められる人」という存在であることが重要と思われる。患者とともにストレッサーを確認し、積極的・効果的ストレス対処行動がとれるように指導していくことが重要である。

性別や年齢によってストレッサーやストレス対処行動に特徴が見られた。性別では男性より女性が「食事制限」をストレッサーと捉え、「物事に取りかかる前にいろいろと心配する」という消極的・悪循環的ストレス対処行動が多かった。女性の場合、食事療法に関して、さまざまな不安があり、積極的に療養行動に取組むことが困難であることが推測される。療養行動に関して、必要性を説明するだけではなく、患者とともに不安の要因を解決し、食事療法に取り組むための環境を整備できるようなかかわりが必要である。

年齢と積極的・効果的ストレス対処行動「信頼できる人に相談する」で有意な正の相関がみられたことから、経験や周囲の人々との関係構築には年数を要すること、経験から信頼できる人を判断できる能力や積極的な行動がとれるようになることが示唆された。

ココロメーター測定値とストレッサー「周囲の人の理解度」について、有意な正の相関がみられた。病状に関する事、療養行動に関する事、それらに伴うわざらわしさや悩みを理解してもらうことの難しさがストレスになっていると考えられる。「周囲の人」の関与がストレスにならないように、周囲の人にどの程度のことを理解して欲しいか、そのための方法などを患者とともに考えていく支援が必要である。

どのような対処行動様式をとるかは社会の文化的背景が根強く反映する^{6b)}。ストレス対処行動の日本の特性ならびに患者の居住地域の特性を理解し、支援方法を考える必要がある。

まとめ

1. ストレスを感じていないと答えた患者より感じていると答えた患者のほうがココロメーターの平均値が高かった。
2. ココロメーター測定値とHbA1c値には有意の相関はみられなかった。
3. ココロメーター測定値とストレッサーの項目「周囲の人の理解度」について、有意な正の相関がみられたことから、周囲の人の理解が得られていないと感じていることがストレスとなっていると考えられた。
4. 女性は男性よりストレッサー「食事」、消極的・悪循環的ストレス対処行動「物事に取りかかる前にいろいろと心配する」が高いことがわかった。
5. 年齢が高い方に積極的・効果的ストレス対処行動「信頼できる人に相談する」が高くみられた。

これらの結果を活用した支援を行なっていくことが必要である。

引用文献

- 1) 魏長年、米満弘之、原田幸一、宮北隆志、大森明子他:日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール、日衛誌, 2000;54(4):597-606.
- 2) 大下咲子、箱石恵子、松葉のぶ子、石原泰香、佐々木真紀他:糖尿病患者のライフスタイル療養行動・血糖コントロール、日本糖尿病教育・看護学会誌, 2004;8(特別号):216.
- 3) 松葉のぶ子、箱石恵子、菊池智恵美、立柳睦子、岩城富江他:外来糖尿病患者が認識する血糖自己管理を促進する行動と阻害因子、日本糖尿病教育・看護学会誌, 2005;9(特別号):254.
- 4) 大下咲子、箱石恵子、松葉のぶ子、菅原隆、兼松百合子:外来通院中の血糖コントロール不良患者のストレスと解消方法、日本糖尿病教育・看護学会誌, 2006;10(特別号):307.
- 5) Baldree,K.S., Murphy,S.P., Powers,M.J.: Stress identification and coping patients on hemodialysis, Nurs res, 1982;31(2):107-112.
- 6a) 宗像恒次:最新行動科学からみた健康と病気、メディカルフレンド社, 1996, 16-29.
- 6b) 宗像恒次:最新行動科学からみた健康と病気、メディカルフレンド社, 1996, 29.
- 7) 安達佳子、神谷千春、山本詠子、水上静、宮原百合子他:看護師による病棟レクリエーションの効果、日本看護学会論文集:総合看護, 2007;38:361-362.
- 8) 三浦英貴、茂木妙子、高橋初、桐谷早苗、山口裕伸他:ストレス測定器ココロメーターの透析患者における評価、日本透析医学会雑誌, 2007;40Suppl.1:477.

(2009年6月16日受付, 2009年7月30日受理)

資料1 ストレッサー質問紙

以下の項目についてストレスを感じるか、「ない・ほとんどない・少しある・ある」のあてはまるものに○をつけてください。

①規則正しい生活をすること (ない・ほとんどない・少しある・ある)

②食事制限 (ない・ほとんどない・少しある・ある)

③運動 (ない・ほとんどない・少しある・ある)

④薬【インスリン注射・内服薬】(ない・ほとんどない・少しある・ある)

⑤糖尿病【血糖チェック・入退院の繰り返し・自己管理する不安・医師の指示内容・医療関係者との連携・通院】 (ない・ほとんどない・少しある・ある)

⑥仕事 (ない・ほとんどない・少しある・ある)

⑦将来への不安 (ない・ほとんどない・少しある・ある)

⑧人付き合い (ない・ほとんどない・少しある・ある)

⑨家族のこと (ない・ほとんどない・少しある・ある)

⑩周囲の人の理解度 (ない・ほとんどない・少しある・ある)

⑪その他なにかありましたら記入お願いします

資料2 ストレス対処行動質問紙

ストレス解消方法についてお答え下さい。

以下の項目について、あてはまるものに○をつけてください。

- 1) 信頼できる人に相談する (たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 2) 友人に助言を求めたり、助けてもらう (たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 3) 人から問題解決の手がかりを求める (たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 4) 気分転換のため軽い運動をする (たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 5) 見通しを得るためにしばらく離れてみる (たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 6) それをやり終えたとき、自分に何か褒美をあげる
(たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 7) 自分の不快な気持ちや怒りを人に知ってもらう
(たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 8) いろいろ考え、その状況の見方や自分の考え方を変えてみる
(たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 9) 新しいものに取り組む前に見通しや計画を立ててみる
(たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 10) 仕事が多すぎたり、忙しすぎたりすればそのことを人に伝える
(たいていそうする・しばしばそうする・そうしない)
- 11) 怒りを抑えたり、欲求不満をためたりする
(かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 12) 機嫌が悪いと、つい人を責めてしまう (かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 13) 泣きわめいたり、取り乱したりして自制を失ってしまう
(かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 14) 何でもひとりでやろうとする (かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 15) 物事に取りかかる前にいろいろと心配をする
(かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 16) おいしいものを食べたり、やけ食いをする
(かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 17) 買い物などをして気を晴らす (かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 18) 物を投げたり、壊したりしてうつ憤を晴らす
(かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 19) アルコールを飲んだりしてうさ晴らしをしたり、友人とばか騒ぎをする
(かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 20) タバコを吸って気をまぎらわす (かなりそうである・まあまあそうである・そうでない)
- 21) その他なにかありましたら記載お願いします

<Research Report>

Stress and Stress-Coping Behaviors of Type 2 Diabetes Patients

Sakiko Ooshita¹⁾ Keiko Hakoishi¹⁾ Yuriko Kanematsu²⁾

1) Iwate Prefectural Central Hospital 2) Former Iwate Prefectural University Faculty of Nursing

Key words: diabetes, stress, stress-coping behavior, stress-meter

第1回岩手看護学会学術集会 〈会長講演〉

経験知に学び科学知を探究する新たな看護研究の取り組み

第1回岩手看護学会学術集会会長
武田利明

1. はじめに

我が国においては100万人以上もの看護職者が臨床の場で活躍しており、これまでに数多くの臨床研究が行われ学術雑誌等に掲載されている。これらの研究で得られたいくつかの知見に基づき有効な看護技術が確立され臨床の場で使用されるようになってきているものの、エビデンスのレベルが高い看護技術は未だに少なく、多くは専門家委員会の報告や意見あるいは権威者の臨床経験に基づくものである。このようなことから、筆者らはエビデンスのレベルが高い看護技術をつくるため、臨床の看護職者と一緒に現行の看護技術を見直すとともに、新たな研究手法で看護技術の構築を目指した取り組みを行っている。

エビデンスのレベルをIからIVに分類した場合¹⁾、臨床の場で無作為化された実験群と対照群との間での比較試験に基づくレベルの高いエビデンス(レベルI)は容易に得られるものではない。そこで、筆者らは日々の看護実践から得られた経験知を大切にするとともに、実験的手法で詳細に検討し、経験知を科学知にするための研究に取り組んでいる。また、臨床で日常的に行われている看護技術についての根拠の再検討を行い、確かな根拠に基づく看護技術の構築を目指している。本稿では、これまでの取り組みで得られた知見も含め研究の現状と課題そして展望について述べることにする。

2. 研究の背景

2002年9月30日付の厚生労働省医政局長通知により、『看護師等が行う静脈注射は診療の補助行為の範疇として取り扱う』こととなった。このようなことから、静脈注射に伴うスキントラブルとして日常的にしばしば発生している薬液の血管外漏出(点滴漏れ)については、看

護師の判断で適切なケアを施すことがこれまで以上に重要となった。

点滴時に薬液が血管外に漏れることは、少なからず起こっているのが現状であり抗がん剤の投与では0.5~6.5%で漏れが発生していると言われている²⁾。万一、抗がん剤が漏れたときには重篤な皮膚病変を引き起こすことにもなり^{3~5)}、患者のQOLは著しく低下する。また、末梢静脈輸液療法は、体液管理や栄養・電解質の供給を行う目的でよく用いられており、このときの漏れが最も多く、そして高齢者に多いことも明らかになっている⁶⁾。外来での化学療法が今後ますます増えることや高齢者が受診する割合も増加することが予測され薬液の血管外漏出時のケアについては早急に確立する必要がある。しかし、臨床の場では薬液が漏れたときのケアとして、温罨法や冷罨法、さらにはリバノール湿布が行われており⁷⁾、看護師個々の判断で対応しているのが現状であり、それぞれの処置の確かなエビデンスも得られていない。このような状況から、薬液が血管外に漏出したときの『ケアのエビデンスをつくる』研究に取り組んだのである。

3. 研究の現状

1)ある病院での日々の看護実践からの学び

①経験知からの学び、その1;薬液が漏れたときは冷罨法が有効

2002年の10月に開催された日本看護技術学会の第1回学術集会でのコアセッションにおいて薬液の血管外漏出時のケアについて情報の共有を行った。そのセッションに参加した埼玉県のM病院の看護師は、以前からこの研究に取り組んでおり経験的に抗がん剤以外の薬液が漏れたときには200ml程度の水に氷1~2個入れた自作のゴム袋か、または冷蔵庫(野菜室)に2~3

時間以上入れた濡れタオルで漏れた患部を冷やすと効果があることが紹介された。そこで我々は、実験動物(ラット)を使用して大腿内側伏在静脈周囲に実験的に輸液剤を漏らした後、上記の方法で冷罨法を施すことによってその有効性を検討した。その結果、漏出後24時間では明らかな有効性は認められなかつたが、48時間後では罨法を施さない場合と比較し、冷罨法を行つた動物では組織傷害を示すLDHとCPKの値は低かつた。この冷罨法の作用は、点滴が漏れたときに臨床で使用していたセルタッチ[®](消炎鎮痛テープ製剤)よりも強かつた。すなわち、輸液剤が漏れたときには冷罨法が有効であることは臨床での経験知と実験研究で裏付けられたのである。これらの知見に基づき、富山県のR病院の看護師は75歳以上の患者20名を対象に、輸液剤が漏出した場合について冷罨法群と対照群で比較検討し、発赤については冷罨法群で有意に面積の縮小が認められたことを報告している⁸⁾。

以上のように、薬液が漏れた場合では以前から冷罨法を実施しており、その有効性を看護師は実感しながらもその裏付けをとることができなかつたが、筆者らの実験研究と富山県のR病院での臨床研究によって冷罨法の有効性を実証することが出来たのである。このような一連の研究の連携によって、エビデンスに基づく看護技術の構築が可能になるとを考えている(図1)。その後の研究で、抗がん剤以外のいくつかの薬剤において漏れたときには冷罨法が有効であることを示す実験データが得られた⁹⁾。そしてこの作用機序として、一酸化窒素(NO)発生の抑制効果と血管透過性亢進抑制作用を示唆する知見が得られている。

②経験知からの学び、その2;温罨法が有効な薬剤もある

2003年9月に本学を会場として開催した看護技術学会の第2回学術集会の会長講演で筆者は薬液が血管外に漏出した時のケアとして冷罨法の有効性について紹介した¹⁰⁾。その際、会場から全身麻酔剤のイソゾールについては、経験的に温罨法が有効であるとのコメントをいただくことができた。そこで早速、実験動物で検証した結果、イソゾール漏出後に温罨法を施した場合は、冷罨法を実施した場合と比較し組織傷害を示す血清中のLDHとCPKの値は低かつた。さらに、漏出後24時間での肉眼所見では、冷罨法によって明らかな潰瘍の形成が認められたが、温罨法ではこのような変化は

認められなかつた¹¹⁾。このようにイソゾールが漏れた時には確かに冷罨法よりも温罨法が有効であった。現在までのところ、この機序については明らかになつていなが、漏れた薬液の種類によっては温罨法が有効な場合もあることが示唆された。

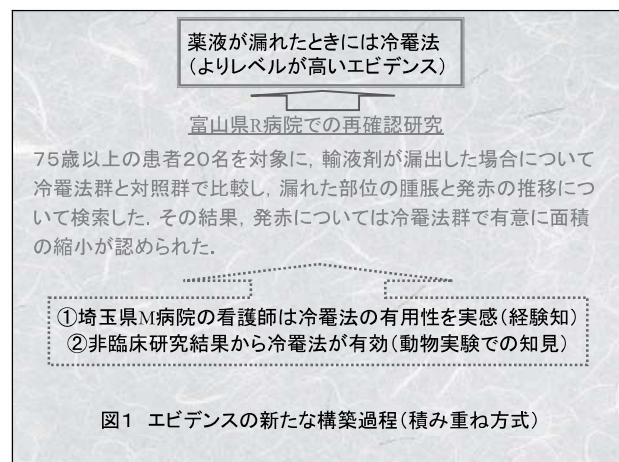


図1 エビデンスの新たな構築過程(積み重ね方式)

2) 臨床で行われている看護ケアの根拠についての再検討

①根拠の再検討、その1; 薬液が漏れたときのリバノール(アクリノール)湿布の根拠について

薬液が漏れたときの処置に関するアンケート調査によるとほぼ1/3の看護職はリバノール湿布を行っていた。リバノールは殺菌消毒剤でありどのような経緯で薬液が漏れたときに看護職がこれを使用することになったかは不明である。本来、リバノール湿布は抗がん剤が漏れた部位にステロイド剤を投与し、その後使用していたものであり、リバノール湿布単独での処置ではないのである¹²⁾。そこで、抗がん剤漏出時のリバノール湿布単独での有効性について実験動物を用いた基礎研究により検討したところ、有効性を裏づける知見は得られなかつた¹³⁾。抗がん剤等の薬液が漏れたときには生体にとっては異物であり、炎症反応が発生する。このような病変に対しては消毒剤であるリバノールの有用性は期待できないと考えられる。抗がん剤が漏れたときのステロイドとりバノールの治療法については、ある臨床医の経験知によるものであり、確かなエビデンスは得られていない。しかし、いまだに多くの医学・看護学関連の専門雑誌でも紹介されており、医療機関でも標準的な治療マニュアルにもなっている。このように、臨床で日常的に行われている看護ケア(医学的な治療でも)について、その根拠の研究内容については、実験動物を用いた基礎研究も活用し精査することが重要である。

②根拠の再検討、その2；薬液が漏れたときの温罨法の根拠について

日常業務の中で行われている看護技術に関する実態調査において、薬液が漏れたときに温罨法を行っている看護職は41.7%で最も多かった⁷⁾。筆者はその理由として、点滴漏れの対処方法について看護の専門雑誌に記載されている『温罨法により局所の血管を拡張させ循環を促進させることによる薬剤の吸収』¹⁴⁻¹⁵⁾があると考えている。そこで、温罨法による『血液循環促進』と『薬剤の吸収』に関する実験研究を実施した。前者については実際にヒトの前腕で調べたところ、温罨法により皮膚の血流量は増加するものの、血流の速さはむしろ遅くなることが明らかとなった。さらに、血管周囲の組織に漏れた状況を想定し、実験動物(ラット)の背部皮下組織にセルシン[®]あるいはアレビアチン[®]を投与した後に罨法(冷と温)を施すことによって薬剤吸収の程度について比較検討した。その結果、温罨法によって組織中に投与された薬剤の吸収が促進されることを裏づけるデータは得られなかった¹⁶⁾。この二つの実験によって、従来から考えられていた温罨法を行う根拠が否定されたのである。

③根拠の再検討、その3；ビンカアルカロイド系抗がん剤が漏れたときの温罨法の根拠について

看護学や医学関連の雑誌には、ビンカアルカロイド系の抗がん剤が血管外に漏れたときには温罨法が有効であると記載されている¹⁷⁻¹⁹⁾。この根拠となった論文は、ヒトではなく実はマウスでの研究内容であり、しかも皮内投与で温罨法の温度は43～45°Cの実験条件であった。薬液が漏れる部位は、血管が走行している皮下組織であり、ヒトで43°Cでの罨法では低温熱傷の危険性がある。そこで、筆者らは実験動物(ラット)を使用し臨床に近い条件での基礎研究を実施した。すなわち、ラットの皮下組織にビンカアルカロイド系抗がん剤(オンコビン)を実験的に漏出し、40～42°Cで温罨法を行った。その結果、温罨法によって漏れた病変が悪化することを示す知見が得られたのである²⁰⁾。この動物実験データについて、がん化学療法看護認定看護師や専門看護師と議論したところ、実践の場で実際に経験していることとほぼ一致したことであった。

4. 研究の課題と展望

看護師は、日常的に行っている看護ケアの有効性と

安全性を経験的に実感しているものの、確かな根拠が得られていないために不安を抱きながら業務に従事しているのが現状である。特に、点滴漏れなどのように身体的な侵襲を伴う技術によるトラブルのケアについては、有用性と安全性について確かな根拠が求められることになる。このような看護技術については、臨床の場で適切な方法により検証することは困難であることから、筆者らが取り組んでいる実験動物を用いた基礎研究は、実証研究として有用である。しかし、看護技術のエビデンスは基本的に臨床研究から得られるものであり、実験動物を用いた基礎研究はエビデンスを得るための支援研究である(図2)。この支援研究を有効に活用すること

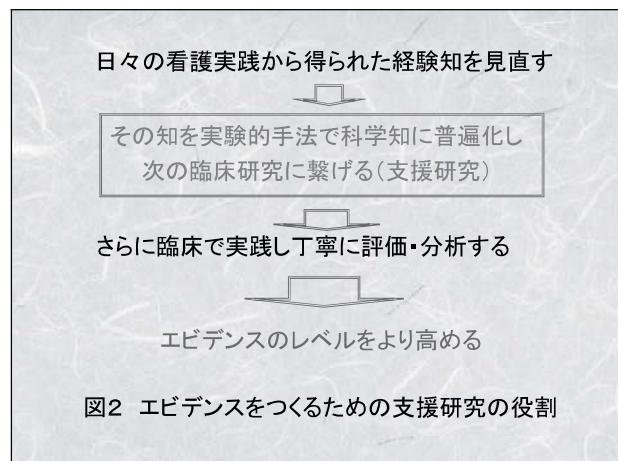


図2 エビデンスをつくるための支援研究の役割

によってこれまでにはない方法で看護技術のエビデンスを得ることが可能である。すなわち、実践の場で得られた多くの経験知を分析・評価し、エビデンスとして曖昧な箇所については実験的研究で補足するのである。本稿ではその具体的な二つの事例について紹介した。最初に紹介した冷罨法の実証的研究では、冷罨法の温度は臨床の場で実際に使用されている温度を選択した。この冷罨法の温度は、『生体にとって心地よい温度』であることが臨床で確認されており、患者の身体的および精神的に適度な冷たい温度なのである。実験的研究を優先した場合では、温度の設定にこのような配慮はなく、臨床で使用できない罨法の温度となり、看護技術の根拠を得るために研究にはならないのである。つまり、実践の場での豊富な経験から得られた知識を実験的研究で活用し、その条件で実験を組み立てる工夫が必要なのである。これまでには、このような実践の場からの学びがない基礎研究が看護学の分野においても数多く行われていた。Dorrらの基礎研究²¹⁾がその例であり、冷罨法は8～10°Cあるいは温罨法は43～45°Cで実施した研究内容となっている。8～10°Cでの冷罨法

は、苦痛を伴う冷たい温度であり看護ケアとしては使用できず、エビデンスも得られることはない。実験動物を用いた看護学の基礎研究に従事する我々研究者は、看護実践で得られた経験知から多くのことを学ぶことを忘れてはならない(図3)。

Dorr & Alberts (21)	岩手県立大学看護学部(6,9,10,11,16,20)
使用動物:マウス	使用動物:ラット・ウサギ(2種,再現性確認)
投与部位:皮内投与	投与部位:皮下投与(実際に漏れる部位)
罨法方法:冷罨法(8-10°C)	罨法方法:冷罨法(18-20°C)
温罨法(43-45°C)	温罨法(40-42°C)
評価方法:肉眼所見・組織所見	評価方法:肉眼所見・組織所見
主な研究目的:毒性試験の一環で実施	主な目的:経験知を科学知へ ・臨床からの学び:経験的にピンカアルカライド系抗がん剤が漏れたときには冷罨法が有効(がん化学療法看護認定看護師) 患者に心地良い冷罨法(経験知)を基礎研究に応用
・臨床からの学び:なし	
いわゆる基礎研究として実施	看護の実証研究として実施

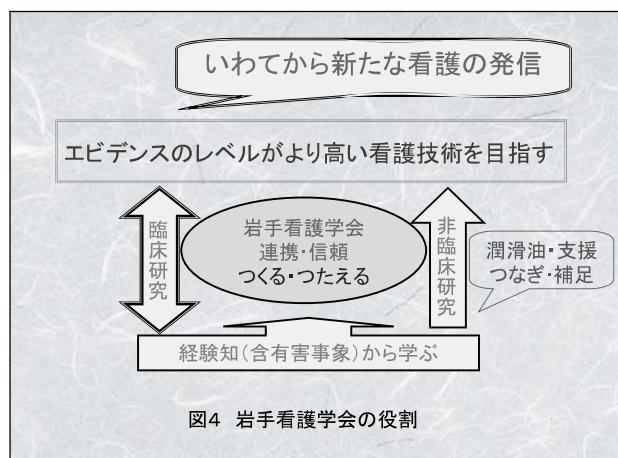
図3 従来の基礎研究との比較

エビデンスのレベルが高い看護技術を構築するためには、臨床での経験知とともに、その知を反映した実験的研究(支援研究)を行いこの両者で得られた知見をもう一度臨床で検証する必要がある。すなわち、積み重ね方式(多段階式)によりエビデンスを得るのである。そのためには本文で紹介した経験知からの学びその1のような一連の連携研究が必要なのである。しかし実際にはこの連携研究は十分に普及していないのが現状である。その理由として、看護学における実験的研究の有用性がいまだに理解されていないことが考えられる。この連携研究を進めるためには、臨床の看護職と教育・研究に従事している研究者との連携が特に必要であり、研究者はこれまで以上に実践家と多くの場で情報を共有し議論するとともに、実験的研究の

果たす役割と得られた知見の活用方法を適切に伝えることが重要である。岩手看護学会は、その機能を果たす場であると考えており、大いに活用していただくことを期待している。県内の看護職は、看護技術に高い関心を持っており臨床実践で得られた多くの経験知を学会誌に投稿することにより記録物として残していただきたいと考えている。これらの経験知から多くのことを学びエビデンスのレベルが高い看護技術を岩手看護学会から発信していきたいと考えている(図4)。

5. 引用文献

- 菱沼典子:看護の「根拠」を探求し、伝え、使うことの意味と課題、看護実践の科学, 2005;30(5):10-15.
- 国立がんセンター内科レジデント編:がん診療レジデントマニュアル第3版, 2005, 医学書院,322-326.
- 北村彰英, 福本進, 後藤司, 田中慶太郎, 飛田忠之, 他:抗癌剤の血管外漏出による皮膚潰瘍の治療と対策, 南大阪医学, 1994;42(1):1-17.
- Larson,DL :What is the appropriate management of tissue extravasation by antitumor agents ?, Plast Reconstr Surg, 1985 ;75(3):397-405.
- 長谷田泰男, 山口博:抗癌剤の血管外漏出に対する初期治療について, 日形学誌,1992;12:299-306.
- 小坂未来, 武田利明:輸液剤の血管外漏出について, 日本看護技術学会誌, 2005;4(2):32-37.
- 菱沼典子, 大久保暢子, 川島みどり:日常業務の中で行われている看護技術の実態-第2報医療技術と重なる援助技術について-, 日本看護技術学会誌,2002;1(1):56-60.
- 炭田恵, 西島こずえ:高齢者への輸液剤の血管外漏出に対する冷罨法の効果, 日本看護技術学会第4回学術集会講演抄録集, 2005,91.
- 武田利明:“点滴漏れ”とその対処, 看護実践の科学, 2007;32(4):27-33.
- 武田利明:看護学における実証的研究の取り組み-技術の根拠と効果の探究-, 日本看護技術学会誌, 2004;3(1):5-9.
- 武田利明:薬剤の血管外漏出のケア-罨法の有効性について-, 菱沼典子, 小松浩子編, 看護実践の根拠を問う, 改定第2版, 南江堂, 2007,233-246.
- 石原和之, 福積総, 鷺見烈:抗がん剤の血管外漏出による障害と予防, 最新医学, 1986;41(11): 2636-2641.



- 13)石田陽子, 三浦奈都子, 武田利明:薬剤漏出による皮膚組織傷害に対するアクリノール湿布の効果に関する実験的研究, 日本看護技術学会誌, 2004; 3(1):58-65.
- 14)山崎忍, 吉沢佳代:罨法, 看護技術, 2002; 48(5): 106-110.
- 15)藤田浩:点滴漏れを防ごう！ -「静脈炎」と「血管外漏出」の観察ポイントと対応-, エキスパートナース, 2004;20(4):18-22.
- 16)小山奈都子, 石田陽子, 武田利明:点滴漏れ時の罨法施行による薬剤の吸収への影響に関する基礎研究, 岩手県立大学看護学部紀要, 2007; 9 : 87-91.
- 17)衛藤光:抗がん剤漏出性皮膚障害 -予防と処置・対策のための基礎知識-, 看護, 2000 ; 52(11) : 102-105.
- 18)遠藤久美:抗癌剤の経静脈投与, EB NURSING, 2003; 3(3):319-324.
- 19)田村敦志:点滴漏れ皮膚障害, medicina,2003 ; 40(6):1002-1005.
- 20)石田陽子, 小山奈都子, 武田利明:ビンカアルカロイド系抗がん剤漏出時の罨法の作用に関する実験的研究, 日本看護技術学会誌 2005;4(2):38-41.
- 21)Dorr RT, Alberts DS: Vinca alkaloid skin toxicity: antidote and drug disposition studies in the mouse, Journal of the National Cancer Institute, 1985;74(1): 113-120.

1st ISNS Conference
⟨Chairperson Address⟩

New Nursing Research Approaches for Changing Nursing Practices into Evidence-Based Nursing

Conference Chairperson
Toshiaki Takeda

会 告

第2回岩手看護学会学術集会のご案内

メインテーマ

実践知の共有－いわてから看護の発信－

会長挨拶

岩手看護学会第2回学術集会を開催することになりました。本学会の目的は、「看護学の発展と会員相互の学術的研鑽をはかること」としておりますが、第2回は、岩手県や東北の看護のニーズに即することを第一義としながら、この集会が「住民や看護実践者にとって身近に繋がることのできるハブ的な役割機能を發揮することを目指しております。

私たちは日々「経験」という貴重なデータを蓄積しています。まずは自分の経験から出発し、他人との経験と交換し合い、より深い共通了解を取り出していく、皆で共有できる「知」として積み重ねていくことが重要です。看護は実践科学ですので、得られた結果が実際の対象者へのケアを改善していくものでなければなりません。新しい解決策を実践に持ち込み、そして実際に使うことのできる日常的なアプローチとしてつなげ、またその成果を披露していくことが求められています。個々の実践経験をケア実証のサイクルの中心におくことが重要です。そのことからも皆様が、本学会を身近なものとして活用し、「岩手」・「東北」という地域の文化のなかで、看護実践者と対象者との間で繰り広げられるケアについて新たな発見ができればと思います。

本集会では、実践知を改めて捉えなおすべく、「手ごたえからつくり上げる看護のわざと技術」をタイトルに、稻垣美智子先生に特別講演をお願いしました。また第1回において大変好評でしためんこいセミナーを引き続き開催します。多くの皆様に参加していただき、交流を深め、今後の実践・研究活動に役立てていただければと考えております。

第2回岩手看護学会学術集会 会長
白畠範子(岩手県立大学)

- 会期：2009年10月17日(土) 9:00 開場
- 会場：岩手県立大学
- 会長講演：白畠範子(岩手県立大学) 9:30～10:15
「実践知の共有をめざしたアクションリサーチ」
- 特別講演：稻垣美智子先生(金沢大学) 10:30～12:00
「手ごたえからつくり上げる看護のわざと技術」
- めんこいセミナー：福島裕子先生(岩手県立大学) 16:00～
「一緒に学ぶ論文作成のイロハ」
- 一般演題発表：13:10～
- 総会：12:00～12:30

学術集会参加申込みについて

学術集会参加費	会員	非会員	学生(事前・当日とも)
事前	3,000 円	4,000 円	1,000 円
当日	4,000 円	5,000 円	1,000 円

学会当日は受付の混雑が予想されますので、学術集会参加費の前納による事前受付にご協力ください。参加費の払い込みは、同封の払込取扱票(1人1枚)を用いて、平成21年9月15日(火)までに済ませてください(「会員」扱いとなるのは9月15日までに入会申し込みをいただいた方です)。それ以降の参加申し込みは、学術集会当日受付となり、参加費も1,000円増しとなりますのでご注意ください。

払込金受領証をもって領収書にかえさせていただきます。

払込みをされた方には、抄録集を郵送いたします。

郵便局に備え付けの払い込み用紙を使用する際は、通信欄に以下の項目をご記入ください。

会員：氏名、会員番号、連絡先住所、電話番号、勤務先名称

非会員：氏名、連絡先住所、電話番号、勤務先名称

振替口座記号番号：02240-9-111008
加入者名：岩手看護学会学術集会

平成 21 年度 第 1 回 岩手看護学会理事会議事録

1. 日時:平成 21 年 4 月 26 日(日) 10:00~12:30
2. 場所:いわて県民情報交流センター 7 階岩手県立大学アイーナキャンパス学習室 1
3. 出席者:稻葉文香, 井上都之, 小山ゆかり, 兼松百合子, 菊池和子, 佐々木典子, 武田利明, 平野昭彦, 三浦まゆみ
以上 9 名(五十音順, 敬称略)
委任状:安藤広子, 小山奈都子 以上 2 名(五十音順, 敬称略)
欠席者:浅沼優子, 稲葉洋子(監事), 白畠範子(監事) 以上 3 名(五十音順, 敬称略)
4. 配布資料
平成 20 年度事業活動報告 [資料 1]
平成 20 年度収支決算報告および会計監査報告 [資料 2]
平成 21 年度事業計画(修正案) [資料 3]
平成 21 年度収支予算(修正案) [資料 4]
平成 20 年総会議事録 [資料 5]
第 1 回岩手看護学会学術集会収支決算報告 [資料 6]
平成 21 年度 理事会・評議員会計画(案) [追加資料]
選挙にかかるスケジュール [追加資料]
退会希望者名簿 [追加資料]
5. 開会(司会:武田理事長)
出席者 9 名, 委任状提出 2 名あり, 理事会は成立することが確認された.
6. 議事
 - 1) 平成 20 年度事業活動報告
 - (1) 庶務報告
平野理事より資料に基づき説明があった。岩手県立大学開学 10 周年記念事業・平成 20 年度看護学部公開講座ランチョンセミナーにおいて、岩手看護学会編集委員主催「岩手看護学会論文投稿および学会発表のためのワークショップ」を開催したことを追加することで承認された。
 - (2) 編集委員会報告
兼松理事より説明があった。学会誌の切り替え時期について、1 月から 12 月とする案と 4 月から翌 3 月とする案が審議された結果、多くの学会誌が 1 月から 12 月で切り替えていること、会計年度と発行の時期が異なることについては 1 月から 3 月の発行を避けることで対応できることから、当学会誌は 1 月から 12 月で切り替えることとなった。調整のため平成 21 年は 12 月までの間に、第 2 卷第 2 号(電子版は平成 21 年 3 月 30 日発刊), 第 3 卷第 1 号, 第 3 卷第 2 号の合計 3 冊を発行し、平成 22 年から年 2 冊の発行とすることが確認された。
論文の受付から掲載までの期間が長期化していたことについて、詳細に記した手順を作成したため今後解消が期待できる旨について説明された。
 - 編集委員会としては投稿時のチェックリストの作成を考えているが、リストを読むことで投稿の大変さを感じる可能性もあることから、リストを雑誌へ掲載する上で論文サポーターが必要となること、また、投稿まで、あるいは投稿後掲載までのサポート体制の整備が投稿のしやすさにつながるとの意見があり、編集委員会では投稿する環境を整える一つの取り組みとして論文サポーターの必要性を検討したことが報告され審議された。組織に関しては、編集委員または査読者が論文サポーターになることは投稿における透明性に欠けるため、倫理的にも正しく運営できる編集委員会とは別の組織の構築を視野に入れた検討が必要であることで合意した。今後、編集委員から必要なサポートの提案を受け、菊池和子理事および武田利明理事長が活動の組織と内容を検討することになった。

現在の査読者は 1 論文につき 2 人であるが、査読者の意見が分かれる場合は 3 人目の査読者が必要となる状況が

説明され、現在の専任査読者の数では少ないことが編集委員会の意見として報告された。審議の結果、査読者の増員のため各会員に協力を求めることで合意した。不採択となった投稿者に説明の文書を送ったことの報告を受け、そのような学会もあることから理事会として賛同した。

投稿者の資格について審議された結果、より多くの投稿を呼び掛ける目的で現行通り筆頭者は会員であることで合意した。

海外からの投稿について審議された結果、今後英文の投稿規定の作成予定があり、海外の人も当学会に関心を抱く可能性があるとともに投稿を歓迎する目的で、今年の総会で2条3項に海外からの投稿資格について会員である必要はない旨を追加する方向で検討することになった。総会前までの海外からの投稿については、会員である必要はない依頼原稿とし、論文に関しては査読することとした。

2) 平成20年度収支決算報告および会計監査報告

菊池和子理事より資料に基づき説明があった。「I. 収入の部」「2. 雑収入」の「備考」において「第1回学術集会残金」という表現は、学会本部会計と学術集会会計が一体であるという誤解を招くおそれがあるため、学会への寄付とした表現のほうがよいという意見が出された。審議の結果、今年の総会での報告において学術集会は独立会計であり学会へ寄付した金額である旨を説明することとし、報告書は修正せず承認された。

3) 平成21年度事業計画(修正案)

平野理事より平成20年度に発刊予定だった第2巻第2号を発刊することを追加した説明があった。「3. 学会誌の刊行」は、「年2回」ではなく「第3巻第1号と第2号」と修正することで承認された。

4) 平成21年度収支予算(修正案)

菊池理事より資料に基づき説明された。「ホームページのSSL証明書発行」について質問があり、井上理事より岩手看護学会のホームページの運営に必要な情報を暗号化して送受信する通信手順の証明書(5年間分)であることが説明され、承認された。今後の会議にかかる旅費・駐車料金を審議した結果、学会運営へ参加する環境を整備する必要があると合意され、今年度から委員会活動、理事会、評議員会の参加者全員に自己申告により旅費・駐車料金を支給できることとした。弁当代に関しても編集委員会に限定していた制限を緩和し、理事会、評議員会でも開催する時間帯により支給できることとした。

5) 第3回岩手看護学会学術集会会長候補について

学術的要素を含んでおり教員の協力が不可欠な状況が継続していること、会長(開催地)と事務局が別組織では開催が困難であることから同一組織での運営が望ましいこと、資金力を考慮し学術集会の開催には岩手県立大学からの学会等開催助成金が必要であるとの意見から、第3回学術集会会長候補者は岩手県立大学教員より立てることとなった。設立当初より学会へ携わっている安藤理事を第3回学術集会会長候補に推薦することとなった。

6) 入退会について

平野理事より資料に基づき説明があった。4月付での退会希望者7名の退会が承認された。この7名に対しては20年度事業として計画されていた第2巻第2号(冊子体)を郵送することが確認された。今後の年会費未納者への対応が審議された結果、該当年度の会費未納の会員には納入が確認されたのちに刊行物を郵送すること、会費未納の会員に対して1回は督促状を郵送することとなった。

7) 学会の事業について

井上理事より研究助成が提案された。審議の結果、論文投稿のサポート体制の整備後が望ましいこと、学会の資金力がまだ弱いとの意見から、今回は見送ることとなった。

7. 報告

1) 選挙管理委員会

高橋有里選挙管理委員長より報告があった。岩手看護学会誌第2巻第2号の冊子体を今後発行するが告示を掲載するかという質問に対して、すでに別途選挙の告示を郵送済みであるため掲載しない旨が説明された。被選挙人名簿の作成時期に関しての質問に対して、入会年度を含め2年以上経過かつ平成21年度の会費を4月30日までに納入した会員が被選挙権を有するため、期日以後確認のうちに作成する旨が説明された。

2) 平成20年度総会議事録

平野理事より説明があった。質疑はなかった。

3) 第1回岩手看護学会学術集会収支決算報告

武田理事より資料に基づき説明があった。

4) 第2回岩手看護学会学術集会企画委員会

三浦理事より説明があった。岩手県立大学から学会等開催助成金50万円の交付を受けたこと、開催日は10月17日(土)、メインテーマは「実践知の共有-いわてから看護の発信-」、特別講演は稻垣美智子先生(金沢大学)、会長講演は白畠範子先生(岩手県立大学)、めんこいセミナーは福島裕子先生(岩手県立大学)、当日は学生のボランティアを募集予定、演題申し込み期間は6月15日(月)~7月31日(金)と決定したことが報告された。ポスターと案内は5月上旬に郵送予定である。

5) 庶務担当

平野理事より資料に基づき説明があった。平成20年度会員数は147名、4月の退会者は7名、入会者は2名で現在の会員数は142名であることが報告された。また、今後のスケジュールとして、8月上旬と9月に理事会、10月に評議会を開催する予定が説明された。

6) 編集委員会

井上理事より編集委員の任期が平成21年3月31日で終了したことが報告された。すみやかに委嘱状を発行することが確認された。

以上

岩手看護学会会則

第一章 総則

第1条 本会は、岩手看護学会(Iwate Society of Nursing Science)と称す。

第2条 本会の事務局を、岩手県立大学看護学部内(〒020-0193 岩手県滝沢村滝沢字菓子152-52)に置く。

第3条 本会は、看護学の発展と会員相互の学術的研鑽をはかることを目的とする。

第4条 本会は、第3条の目的を達成するため次の事業を行う。

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

第二章 会員

第5条 本会の会員は、本会の目的に賛同し看護を実践・研究する者ならびに看護に関心のある者で、所定の年会費を納入し、理事会の承認を得た者をいう。

第6条 本会に入会を認められた者は、所定の年会費を納入しなければならない。

第7条 会員は、次の理由によりその資格を喪失する。

- (1) 退会
- (2) 会費の滞納(2年間)
- (3) 死亡または失踪宣告
- (4) 除名

2 退会を希望する会員は、理事会へ退会届を提出しなければならない。

3 本会の名誉を傷つけ、または本会の目的に反する行為のあった会員は、評議員会の議を経て理事長が除名することができる。

第三章 役員・評議員および学術集会会長

第8条 本会に次の役員をおき、その任期は3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。

- (1) 理事長 1名
- (2) 副理事長 1名
- (3) 理事 10数名(理事長 副理事長を含む)
- (4) 監事 2名

第9条 役員の選出は、次のとおりとする。

- (1) 理事長は、理事の互選により選出し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
- (2) 副理事長は、理事の中から理事長が指名し、評議員会の議を経て総会の承認を得る。
- (3) 理事および監事は、評議員会で評議員の中から選出し、総会の承認を得る。

第10条 役員は次の職務を行う。

- (1) 理事長は、本会を代表し、会務を統括する。
- (2) 副理事長は、理事長を補佐し、理事長に事故あるときはこれを代行する。
- (3) 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。
- (4) 監事は、本会の事業および会計を監査する。

第11条 本会に、評議員を置く。評議員の定数及び選出方法は、別に定める。

第12条 評議員の任期は、3年とし再任を妨げない。但し、引き続き6年を超えて在任することはできない。

第13条 評議員は、評議員会を組織し、この会則に定める事項のほかに理事長の諮問に応じ、本会の運営に関する重要な事項を審議する。

第14条 本会に、学術集会会長を置く。

第 15 条 学術集会会長は、評議員会で会員の中から選出し、総会の承認を得る。

第 16 条 学術集会会長の任期は、1 年とし再任は認めない。

第 17 条 学術集会会長は、学術集会を主宰する。

第四章 会議

第 18 条 本会に、次の会議を置く。

- (1) 理事会
- (2) 評議員会
- (3) 総会

第 19 条 理事会は、理事長が招集し、その議長となる。

2 理事会は、毎年1回以上開催する。但し、理事の3分の1以上から請求があったときは、理事長は、臨時に理事会を開催しなければならない。

3 理事会は、理事の過半数の出席をもって成立とする。

第 20 条 評議員会は、理事長が招集しその議長となる。

2 評議員会は、毎年1回開催する。但し、評議員の3分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めたとき、理事長は、臨時に評議員会を開催しなければならない。

3 評議員会は、評議員の過半数の出席をもって成立とする。

第 21 条 総会は、理事長が召集し、学術集会会長が議長となる。

2 総会は、毎年1回開催する。但し、会員の5分の1以上から請求があったときおよび理事会が必要と認めたとき、理事長は、臨時に総会を開催しなければならない。

3 総会は、会員の 10 分の1以上の出席または委任状をもって成立とする。

第 22 条 総会は、この会則に定める事項のほか次の事項を議決する。

- (1) 事業計画および収支予算
- (2) 事業報告および収支決算
- (3) その他理事会が必要と認めた事項

第 23 条 総会における議事は、出席会員の過半数をもって決し、可否同数のときは議長の決するところによる。

第五章 学術集会

第 24 条 学術集会は、毎年 1 回開催する。

第 25 条 学術集会会長は、学術集会の運営および演題の選定について審議するため、学術集会企画委員会を委嘱し、委員会を組織する。

第六章 会誌等

第 26 条 本会は、会誌等の発行を行うため編集委員会を置く。

第七章 会計

第 27 条 本会の会計年度は、毎年 4 月 1 日に始まり翌年 3 月 31 日で終わる。

第八章 会則の変更

第 28 条 本会の会則を変更する場合は、理事会および評議員会の議を経て総会の承認を必要とする。

- 2 前項の承認は、第 23 条の規定にかかわらず出席者の 3 分 2 以上の賛成を必要とする。

第九章 雜則

第 29 条 この会則に定めるもののほか、本会の運営に必要な事項は、別に定める。

附則

この会則は、平成 19 年 6 月 23 日から施行する。

岩手看護学会 役員名簿(2009年8月現在)

理事長

武田 利明

岩手県立大学

副理事長

佐々木典子

岩手県看護協会

理 事

浅沼 優子	(編集委員)	岩手県立大学
安藤 広子		岩手県立大学
稲葉 文香	(庶務)	岩手県立大学
井上 都之	(編集委員)	岩手県立大学
小山奈都子	(庶務)	岩手県立大学
小山ゆかり	(会計)	一関市立山目中学校
兼松百合子	(編集委員長)	前岩手県立大学
菊池 和子	(会計)	岩手県立大学
佐々木典子	(副理事長)	岩手県看護協会
武田 利明	(理事長)	岩手県立大学
平野 昭彦	(庶務)	岩手県立大学
三浦まゆみ		岩手県立大学

監 事

稲葉 洋子		岩手県県央保健所
白畠 範子		岩手県立大学

評議員

浅沼 優子		岩手県立大学
安藤 広子		岩手県立大学
稲葉 文香		岩手県立大学
稲葉 洋子		岩手県保健福祉部
井上 都之		岩手県立大学
小山奈都子		岩手県立大学
小山ゆかり		一関市立山目中学校
兼松百合子		前岩手県立大学
菊池 和子		岩手県立大学
木村 怜		岩手県立南光病院
佐々木 敬		岩手県立二戸病院
佐々木典子		岩手県看護協会
白畠 範子		岩手県立大学
角川 志穂		自治医科大学
武田 利明		岩手県立大学
高橋 有里		岩手県立大学
千葉 澄子		滝沢村
中下 玲子	(編集委員)	岩手県教育委員会
箱石 恵子	(編集委員)	岩手県立中央病院
畠山なを子		岩手県立久慈病院
平野 昭彦		岩手県立大学
三浦まゆみ		岩手県立大学

(五十音順、敬称略)

岩手看護学会入会手続き

本学会への入会を希望される方は、以下の要領に従ってご記入の上、入会申込書を岩手看護学会事務局までご返送ください。

1. 入会申込書に必要事項をもれなくご記入ください。記入もれがある場合には、再提出をお願いすることがあります。提出された書類は返却いたしませんのでご注意下さい。
2. 入会申込書は楷書ではつきりとお書きください。
3. 「会員名簿記載の可否」欄では、どちらかに○をつけ、「項目掲載の可否」欄には記載不可の情報にレ印をお書きください。会員名簿記載が可の場合、レ印のない情報に関して会員名簿に記載いたします。
4. 入会申込書に年会費の払込金受領証(コピー)を添付し、下記事務局まで郵送してください。
 - (1) 年会費 5,000 円です。会員の種類は正会員のみです。
 - (2) 郵便局に備え付けてある郵便振替払込用紙、または当学会が作成した払込用紙にて年会費をお振り込みください。

- ・口座番号：02210-6-89932
 - ・加入者名：岩手看護学会

《ご注意》「払込金受領証」を必ず受け取り、受領印があることをご確認ください。

- (3) 振込手数料は入会希望者がご負担ください。
- (4) 「払込金受領証」のコピーまたは原紙を入会申込書の裏に貼付してください。
- (5) 入会申込書を封書でお送りください。

《ご注意》振り込み手続きだけでは入会申し込みは完了いたしません。

入会申込書を必ずお送りください。

5. 入会申込は、隨時受け付けています。

<事務局>〒020-0193 岩手県岩手郡滝沢村滝沢字菓子 152-52

岩手県立大学看護学部内 岩手県看護学会事務局 平野 昭彦

FAX:019-694-2239 E-mail:iwatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

HP:<http://iwatekangogakkai.res.iwate-pu.ac.jp/nyukai/index.html>

No. (事務局記載欄)

岩手看護学会 入会申込書

岩手看護学会理事長 殿

貴会の趣旨に賛同し会員として入会いたします。

注1)性別・郵送物送付先・職種については各欄のいずれかの番号に丸をお付けください。

申込日	平成()年()月()日	
氏名	フリガナ	性別 1. 男 2. 女
勤務先名称	フリガナ	
現在の職種 (ひとつに○)	1. 保健師 2. 助産師 3. 看護師 4. 准看護師 5. 養護教諭 6. 看護教員 7. その他()	
連絡先 (どちらかに○)	1. 勤務先 2. 自宅	
	〒	
	TEL:	
	FAX: E-mail:	
最終卒業校		
実践・関心領域		
会員名簿掲載の可否 (どちらかに○)	可 • 不可	
項目掲載の可否 (記載不可にレ印)	<input type="checkbox"/> 勤務先名称 <input type="checkbox"/> 連絡先住所 <input type="checkbox"/> 連絡先 TEL <input type="checkbox"/> 連絡先 FAX <input type="checkbox"/> 連絡先 E-mail	

注2)裏面に年会費払込金受領証のコピーを必ず添付してください。

添付のない場合は入会申込が無効となります。

必要事項を記入し、郵送にて下記の事務局までお送りくださいますようよろしくお願ひいたします。

<事務局>〒020-0193 岩手県岩手郡滝沢村滝沢字巣子 152-52

岩手県立大学 看護学部内 岩手看護学会 事務局 平野昭彦

FAX: 019-694-2239 E-mail: iuatekango@ml.iwate-pu.ac.jp

岩手看護学会誌投稿規則

1. 総則

- (1) 本学会は、看護学における研究成果の発表を目的として、岩手看護学会誌/Journal of Iwate Society of Nursing Science を年2回発行する。
- (2) 刊行については、本学会が編集委員会を設置し、任にあたる。
- (3) 本雑誌は、オンライン(Internet)および紙媒体にて出版する。

2. 投稿規定

(1) 投稿資格

筆頭執筆者は本学会の会員とする。ただし、本学会が依頼した場合にはその限りでない。

(2) 著作権

本誌掲載論文の著作権は本学会に帰属する。投稿者は、投稿内容が受理され学会誌に掲載された場合、学会誌掲載内容が学会ホームページ上で公開されることについて、投稿の時点で了解しているものとする。

投稿者は、版権の利用に当たって、本規則の附則に従う。

(3) 論文の種類

本誌に掲載する論文は、総説、原著、事例報告、研究報告、短報、その他とし、論文として未発表のものとする。審査の段階で編集委員会が論文の種類の変更を指示することがある。

- 総説

看護学に関わる特定のテーマについての知見を集め、文献等をレビューし、総合的に学問的状況を概説したもの。

- 原著

看護学に関わる研究論文のうち、研究そのものに独創性があり、新しい知見を含めて体系的に研究成果が記述されており、看護学の知識として意義が明らかであるもの。原則として、目的、方法、結果、結論の4段の形式で記述されたものでなければならない。

- 事例報告

臨床看護上貴重な臨床実践例の報告で、臨床看護実践または看護学上の有益な資料となるもの。

- 研究報告

看護学に関わる研究論文のうち、研究成果の意義が大きく、看護学の発展に寄与すると認められるもの。原則として、目的、方法、結果、結論の4段の形式で記述されたものでなければならない。

- 短報

看護学に関わる研究論文のうち、新しい知識が含まれており、看護学の発展に寄与することができるもの。原則として、目的、方法、結果、結論の4段の形式で記述されたものでなければならない。

- その他(論壇等)

看護学に関わる論文。

(4) 論文の提出

論文は編集委員会の指示に従って提出する。

(5) 論文の採否

投稿論文の採否の決定は、査読を経て編集委員会が行う。査読者は編集委員会が依頼する。原則として査読者は2名とする。査読者間の意見の相違が在る場合は編集委員会が別の1名に査読を依頼することができる。査読は別途定める査読基準ならびに査読ガイドラインに従って行う。

投稿論文の審査過程において、編集委員会からの修正等の要望に対し3ヶ月以上著者からの回答がなかった場合には自動的に不採用とする。

(6) 編集

論文の掲載順序その他編集に関することは、編集委員会が行う。

(7) 校正

初校は著者校正とする。著者校正は原則として字句の訂正に留めるものとする。再校以後は編集委員会にて行う。

(8) 別刷り

50部単位で著者校正時に申請する。別刷りにかかる費用は著者の負担とする。

(9) 倫理的配慮

人及び動物が対象とされる研究は、倫理的に配慮され、その旨が本文中に明記されていること。具体的には下記の倫理基準を満たしていること。また、原則として研究倫理審査委員会の審査をうけていること。

- ・ 人体を対象とした研究では、「ヘルシンキ宣言」に従うこと。
- ・ 動物を対象とした研究では、「岩手県立大学動物実験倫理規定」または同等水準の倫理基準を満たしていること。
- ・ 調査研究については、「疫学研究に関する倫理指針」または同等水準の倫理基準を満たしていること。
- ・ ヒトゲノム・遺伝子解析を対象とした研究は、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」および「遺伝子治療臨床研究に関する指針」または、これと同等水準の倫理基準を満たしていること。

(10) 投稿手続き

- ・ 投稿申込を岩手看護学会ホームページ投稿案内 (<http://iwatekangogakkai.res.iwate-pu.ac.jp/gakkaishi/tokoannai.html>) より行う。
- ・ ホームページ中の投稿チェックリストに記載する。
- ・ 編集委員会の指示に従って e-mail に添付して論文を投稿する。
- ・ 編集委員会が、投稿論文が投稿規則にしたがっていることを確認した時点で投稿手続きが終了し、この日をもって受付日とする。また、査読を経て、編集委員会が雑誌掲載を許可した日をもって受理日とする。
- ・ 採用された論文の掲載に研究倫理審査書、共同研究者同意書等が必要とされた場合には、論文受理通知後 2 週間以内に編集委員会宛てにそれらの書類を提出すること。
- ・ 著者は受理日以降であれば、論文掲載証明を請求することが出来る。

(11) 掲載料

掲載料は無料とする。ただし、カラー写真掲載に関する費用は実費負担とする。

3. 執筆要領

(1) 論文の記述

- 1) 論文原稿は、和文または欧文(原則として英文)とし、A4 サイズの頁設定を行い、Microsoft Word 書類(原則として 2007 以降のバージョンで作成されたもの)とする。
- 2) 論文の分量は、表題、要旨、本文、引用文献等全てを含め、組み上がり頁数で以下の規定以内とする。
 - ・ 総説: 12 頁(本文と引用文献(図表含む)で 20,000 字相当)
 - ・ 原著: 12 頁(本文と引用文献(図表含む)で 20,000 字相当)
 - ・ 事例報告: 6 頁(本文と引用文献(図表含む)で 10,000 字相当)
 - ・ 研究報告: 12 頁(本文と引用文献(図表含む)で 20,000 字相当)
 - ・ 短報: 4 頁(本文と引用文献(図表含む)で 7,000 字相当)
 - ・ その他(論壇等): 内容により編集委員会が決定する。

- 3) 和文原稿は、原則として現代かなづかい、JIS 第2水準までの漢字を用いる。外国の人名、地名、術語は原語のまま表記する。学術的に斜字体で表記されている術語は斜字体で表記する。単位および単位記号は、原則として SI 単位系に従うものとする。和文原稿の句読点はピリオド及びカンマとする。
- 4) 論文は、表題、著者名、所属、要旨、本文、引用文献、表題(英文)、著者名(英文)、所属(英文)、Abstract(英文要旨)の順に作成する。本文が欧文である場合には、表題以下の英文部分から始め、和文の表題、著者名、所属、要旨を順に最後に記載する。
- 5) 論文(その他を除く)には 400 字程度の和文要旨を付け、原著については 250 語程度の Abstract(英文)も付ける。原著以外の論文に Abstract を付けることも可とする。
- 6) 欧文(英文抄録含む)は原則として Native Check を受けたものとする。
- 7) 5語以内のキーワード(和文および英文それぞれ)をつける。
- 8) 文書フォーマットは下記のものとする(編集委員会が指定する投稿論文テンプレートを用いる)。
 - ・ 本文および引用文献は 2段組み、24文字×44行、文字は 10 ポイント、その他は 1段組みとする。
 - ・ 文書余白は上下 25mm、左右 20mm とする。なお余白部分は編集委員会が頁数、書誌事項、受付日、受理日の表示のために利用する。
 - ・ 本文和文書体は MS-P明朝、見出しへは MS-Pゴシック(11 ポイント)を用いる。本文欧文書体は Times New Roman を用いる。
 - ・ 上付き、下付き文字は MS-P明朝を用い、Microsoft Word の機能を用いて作成する。
 - ・ 要旨及び Abstract は、左右 15mm インデントする。
- 9) 丸付き数字、ローマ数字等の機種依存文字は使用しない。
- 10) その他、文書の形式、書式等は原則として投稿論文テンプレートに従う。

(2) 図表の掲載

- 1) 図表は、1段(7.5cm 幅)あるいは 2段(16.5cm 幅)のサイズで本文中に掲載する。
- 2) 図表中の表題、説明文等の文字は MS-Pゴシック 6 または 8 ポイントとする。
- 3) 図は原則として jpg,gif あるいは png フォーマットにより作成する。写真も同様とする。Microsoft Excel または PowerPoint から直接貼り付けることも認める。
- 4) 表は Microsoft Excel により作成し、本文中に貼り付ける。
- 5) 図には論文内でそれぞれ通し番号を付し、表題とともに、「図.1 表題」と図の直下に中央揃えにて記載する。
- 6) 表には論文内でそれぞれ通し番号を付し、表題とともに、「表.1 表題」と表の直上に左寄せにて記載する。

(3) 文献の記載

引用文献の記述形式は「生物医学雑誌に関する統一規定 Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals」(いわゆる‘Vancouver’ style)に準ずる。

- 1) 文献を引用する場合は、本文の引用箇所の肩に上付き文字で 1)~2) のように表し、最後に一括して引用順に掲げる。
- 2) 記載の様式は下記のようとする。
 - ・ 雜誌の場合……著者名：表題名、雑誌名、年次；巻(号)：頁。
なお、頁は数字のみ。雑誌名は和雑誌は医学中央雑誌、洋雑誌は MEDLINE に従い省略形を用いる、それらに掲載されていないものは正式名称を用いる。
 - ・ 単行本の場合……著者名：書名(版)、頁、発行所、年次。または著者名：表題、編集者名(編)、書名(版)、発行所、年次、頁。
なお、頁は数字のみ。

- ・ 訳本の場合……著者名:書名, 発行所, 年次, 訳者名:書名, 発行所, 年次, 頁.
 - ・ 新聞記事の場合……著者名:“記事タイトル(コーナー名)”, 新聞名(年.月.日), 地域版の場合にはその名称, 版数, 朝夕刊の別:掲載頁.
なお, 著者名のない場合は省略して良い.
 - ・ ホームページの場合……URL を記載(原則として, 公的機関等のサイトにおいて情報が継続して同じ URL 上にあることが確実であるような場合のみ引用することが出来る.)
- 3) 著者名の記載については下記の例に従う.
- ・ 和文の場合……5名以下のときは全員の姓名, 6名以上のときは, 筆頭から5名の姓名の後に「,他」をつける.
 - ・ 欧文の場合……5名以下のときは姓, 名のイニシャル, 6名以上の時は5名までの姓, 名のイニシャルに「,et al.」をつける.
- 4) 書体は本文に準じる.

附則 1. 版権について

- (1) 学会誌掲載内容(学会ホームページ上で公開する電子媒体を含む)の版権は, 全て学会に帰属する.
- (2) 学会誌内で掲載されている図表など原著性の高い内容を他の雑誌や書籍刊行物にて使用する際には, 学会誌編集委員長に対して必ず書状にて許諾申請を行うものとする. 許諾は編集委員会宛て郵送にて申請する(電子メールでの申請は受け付けない).
- (3) 前項の許諾申請は 1. 引用する学会誌の論文の号・巻・頁・年度・タイトル・筆頭著者名・使用したい図表等の掲載頁とその図表番号, 2. 利用目的, 3. 依頼者住所・氏名・電話番号・FAX番号・電子メールアドレスを明記し, 自署署名を付して申請すること.
- (4) 使用許可のおりた図表等の利用に関しては脚注に(あるいは参考文献として)原著を引用文献として明示すること(謝辞等を文面で述べることが望ましい).

附則 2. 本規則の適用期間

本規則は平成 19 年 6 月 23 日より発効する.

附則 3. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 20 年 10 月 4 日から施行する.

編集後記

岩手看護学会誌第3巻第1号をお届けいたします。今号は、通算4号目の学会誌となります。臨床現場でご活躍されている方々から積極的なご投稿をいただき、無事皆様にお届けできることを大変嬉しく思っております。僅かずつではございますが、地域の看護実践者・教育者の研究成果が確実に蓄積されていることに、編集委員一同、心より感謝を申し上げます。発刊にあたりましては、著者ならびに査読者の皆様に、何かとご迷惑をおかけいたしました。深くお詫びいたします。今後とも、会員の皆様がご負担なく投稿できるよう、編集委員としてサポートして参りますので、多くの皆様からのご投稿をお待ちいたしております。

(工藤 記)

編集委員

浅沼優子(副委員長) 石田陽子 井上都之(副委員長) 脇崎奈津子 兼松百合子(委員長) 工藤朋子 斎藤貴子
高橋司寿子 高橋有里 田辺有理子 千田睦美 中下玲子 箱石恵子 (五十音順)