ISSN 1882-6075

Journal of Iwate Society of Nursing Science

岩手看護学会誌

巻頭言

今こそ真の医療・保健・福祉の連携を　上林美保子　1

原著論文

障がい児の家族支援に向けた多職種の協働への介入プログラム作成
―医療型障害児入所施設に勤務する多職種に焦点を当てて―　原　瑞恵　3

事例報告

集中治療領域における終末期患児の両親と看護師の関わり
小山智子　吉田奈々子　及川佳子　橋本博明　斎藤典彦　多田育美　16

特別寄稿

看護ケアをどのように追究してきたか　兼松百合子　24

第７回岩手看護学会学術集会

会長講演　「EBN から EBP　－根拠に基づく臨床実践へ－」　山内一史　32
特別講演　「論文を読み、書くための知識：90 分でわかる APA 方式の引用方法」　前田樹海　42
交流集会　「臨床の現場でエビデンスに基づく実践（EBP）を推進するために」　45

めんこいセミナー

「臨床における看護研究のコツ」　川口孝泰　48

学会記事

会告　岩手看護学会第８回学術集会開催　54
岩手看護学会会則　55
岩手看護学会役員名簿　58
岩手看護学会入会手続きご案内　59
入会申込書　60
岩手看護学会誌投稿規則　61
Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines　66
論文投稿のご案内　70
岩手看護学会誌論文投稿促進講座Ⅷ　71

編集後記　73

第９巻第１号　2015 年５月

岩手看護学会
Iwate Society of Nursing Science

巻　頭　言

今こそ真の医療・保健・福祉の連携を

国は，団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に，医療・介護・予防生活支援・住まいを一体的に提供する地域包括ケアシステムの構築を推進している．この体制は，介護保険制度や障害者総合支援法ができる以前から看護職の求めていたものであった．

患者の退院が決まると，自宅での疾患管理だけでなく，日々の食事の支度，買い物や年金の受け取りのための移動手段など，生活面の相談が多くなる．それは看護職だけで対処できるものとは限らない．その都度専門職を訪ね，ニーズに対応できる業者を探しサービスに繋げる，いわゆるケアマネジメントの連続である．患者の生活全般について専門職同士が気軽に意見交換できる機会と場がほしいと常々思ったものである．

医療・保健・福祉の有機的連携を図ることをねらいとして地域保健法が改正されたのは1994（平成6）年である．この法改正を契機として，自治体は保健と福祉を（一部自治体では医療も）統合させる取り組みを推し進め，既存の保健センターと福祉関連部署，診療所を統合した『保健福祉センター』『総合福祉センター』などが作られていった．ここを地域住民の健康に関するワンストップサービスの拠点として位置づけたのである．この場所で各分野の専門職が集まり，ケース情報を共有し，今後の処遇についての検討が行われるようになった．前述のような意見交換を求めていた私にとって，当初この会議は画期的なものに写ったが，実際に参加してみると，ケアの方向性や具体的な役割分担まで充分に話し合われず，本人及び家族の負担解消につながらなかったことを数多く経験した．

平成25年に岩手県が行った「※地域包括ケアシステムに関する調査」では医療と介護の連携について7割近くの市町村が問題ありと回答していた．その理由には「医療職が多忙であること」「医療と介護の連携システムがないこと」などがあがっていた．在宅におけるニーズは多岐に渡っており，これまでの「餅は餅屋」式の専門職任せではなく，職種や組織の枠を超え共に課題に取り組む姿勢を作っていく時期に来ている．

本年10月に開催予定の第8回岩手看護学会学術集会では「岩手版地域包括ケアの構築を目指して」をメインテーマとし，看護職を中心としたさまざまな分野の方々と情報を共有し，連携しあうためには今何が必要かを考えていきたい．多くの皆様の御参加をお願いいたします．

※地域包括ケアシステムに関する調査報告書　岩手県保健福祉部長寿社会課　平成25年7月

平成27年5月

第8回岩手看護学会学術集会
会長　上林美保子（岩手県立大学）

〈原著論文〉

障がい児の家族支援に向けた多職種の協働への介入プログラム作成
―医療型障害児入所施設に勤務する多職種に焦点を当てて―

原　瑞恵
岩手県立大学看護学部

要旨

本研究は，医療型障害児入所施設に勤務する多職種に対する障がい児の家族支援への協働の課題と，職種別の特徴を明らかにし，家族へのトータルケアに向けた多職種の協働を促進する介入プログラムを検討することを目的とし，全国の医療型障害児入所施設の多職種に質問紙調査を行った．研究の結果，施設における職種間での情報共有や意見交換は回答者の９割が行っていたが，医師以外の職種は，医師と比較して職種間の情報共有や意見交換が不十分であると捉えていた．また，家族支援における情報では，各職種は家族支援において専門性に応じた情報を得ていたが，全職種が家族の強みに関する情報を得ることが不十分であった．家族支援における多職種間の協働の課題には，【家族支援への目標の不明確さ】，【家族への関わりの困難さ】，【情報交換・情報共有の難しさ】，【専門性の違いによる困難さ】，【役割分担の不明確さ】，【意見交換の不十分さ】，【協働における調整の不明確さ】があった．このことより，障がい児の家族へのトータルケアに向け，多職種が協働を促進するためには，職種間の意見交換により，チームとして家族支援への目標を共有し，お互いの専門性を認め合う視点をもった介入プログラムが必要であると考えた．

キーワード：多職種，障がい児，家族支援，協働促進プログラム，医療型障害児入所施設

はじめに

平成24年度の児童福祉法の一部改正により，障がいのある子どもが身近な地域でサービスが受けられる支援体制がすすめられている．障害児入所施設は，障がいの重複化を踏まえ，複数の障害に対応できることや，医療の提供の有無により，「福祉型」と「医療型」に再編された．医療型障害児入所施設は専門医療と福祉が併せて提供でき，障がいの重度，重複化へ対応することが期待されている[1]．

障がいのある子どもを養育する家族は，子どもの成長発達や家族の状況に合わせ，医療や福祉職などの多職種による総合的かつ継続的なトータルケアを必要とする．多職種は家族に対し，子どもの病気や障がいの治療や成長発達を促すこと，子どもの日常生活ケアへの指導，社会福祉制度の活用など専門的役割を遂行している．しかし，多職種各々は専門性に応じた支援を行っているものの，職種間の意見交換やコミュニケーション不足により，お互いの専門性の認識が低いことが報告されている[2) 3) 4)]．とくに，医療型障害児入所施設に勤務する多職種は，個々の支援が専門的に分業しているため，協働している意識やお互いの専門性を認識しづらいのではないかと考える．

小児看護専門看護師（CNS）の責務には，保健医療福祉職との調整や，子どもや家族への倫理調整があり，NICUや一般病棟における多職種間の協働において，病院と地域をつなぐ在宅支援へのコーディネーター[5) 6)]，子どもの成長発達，家族のライフサイクルに合わせた子どもと家族へ包括的な視点で調整をしている[7) 8)]．医療型障害児入所施設に勤務する多職種が家族へトータルケアを行うためには，子どもの病気や障がいの治療を理解し，子どもの成長発達や家庭生活の状況，親の子育てへの思いや家族関係を包括的な視点で捉えることができる看護師が調整役となる，多職種の協働を促進する介入プログラムが必要であると考える．

研究目的

医療型障害児入所施設における家族支援への多職種の協働の課題，多職種の協働への活動，家族支援における職種の専門性を明らかにし，障がい児の家族へのトータルケアに向けた多職種の協働を促進するための介入プログラムを検討する．

研究の枠組み

本研究は，調査1「多職種間の情報共有と意見交換の現状」，調査2「多職種間の協働を促進する活動」，調査3「家族支援のために必要な情報」，調査4「家族支援における多職種間の協働の課題」の4つの調査からなる．調査1と調査4より施設における情報共有と意見交換の現状，調査2と調査4より協働を促進する活動の特徴と職種別の傾向，調査3と調査4より家族支援における職種の専門性を明確にしていく．そして，調査4「家族支援における多職種間の協働の課題」を中心に，家族支援における多職種の協働を促進するための介入プログラムを検討していく．研究の枠組みは図1に示した．

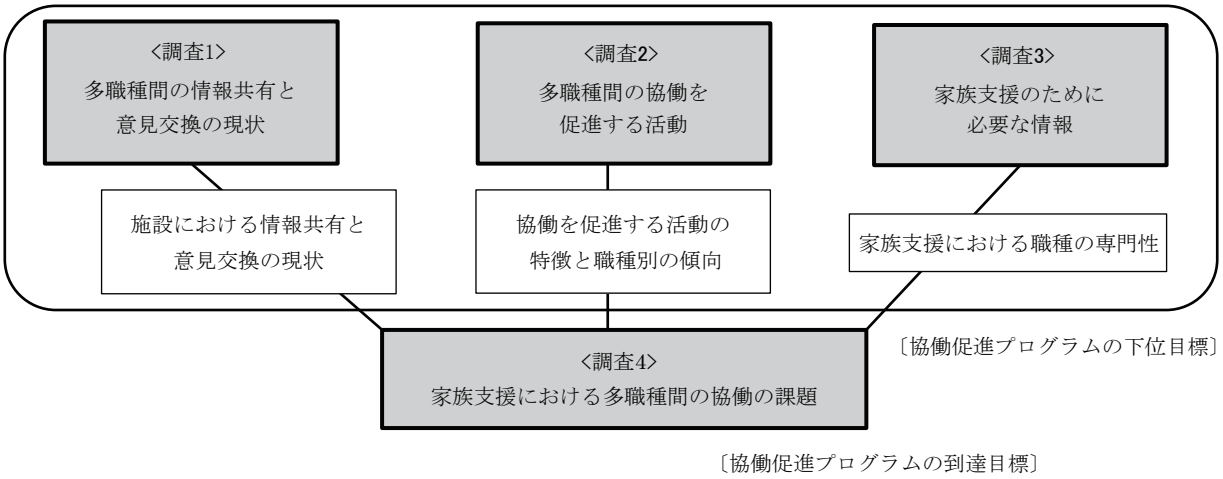


図1．研究の枠組み

方法

1．対象

全国の医療型障害児入所施設（肢体不自由児施設または重症心身障がい児施設）の施設長または看護職の管理者，事務職員等の担当者に研究の主旨および内容を説明し，44施設から研究の同意が得られた．研究対象者は，障がい児と家族へ関わる医師，看護師，リハビリテーションスタッフ，保育士，社会福祉士や臨床心理士等の福祉職とした．総配布数は893部であり，回収は678部（回収率75.9％）であった．そのうち欠損値が多く含まれた22名を除外し，656名を分析の対象とした．

2．調査方法

調査期間は平成20年3月から平成20年9月であった．同意の得られた病院毎に，研究の主旨および内容を説明した担当者へ郵送した．その担当者は研究に協力できると同意を得た対象者へ質問紙を配布し，研究協力者が返信封筒に封をして，郵送により回収を行った．

質問紙の構成は対象者の背景情報，施設の情報共有や意見交換の状況，職種間の協働を促進する活動，障がい児の家族支援をするために必要な情報とした．「多職種間の協働を促進する活動」の項目は，多職種との協働について，質問項目の活動が十分であるか，「障がい児の家族支援のために必要な情報」の項目は，日頃，障がい児の家族に治療や相談等で関わるとき，質問項目の情報を確認しているか，5段階のリッカート尺度を用いて回答を得た．さらに，障がい児の家族支援における多職種間の協働への課題を明確にするために，質問紙に，多職種間の協働及び障がい児の家族支援について自由記述の回答を加えた．

「多職種間の協働を促進する活動」の質問項目は，多職種における協働を促進する活動の特徴と職種別の傾向をつかむために，input-process-outputモデルの概念を参考に作成した．このワシントンの社会心理学者Espinosaらの開発したinput-process-outputモデルは，チームが協働するために必要な要因として，①計画，手順という組織的課題へのプログラム，②チームのコミュニケーション，③課題やお互いの考えを共有することを示している[9]．また，「障がい児の家族支

援のために必要な情報」の質問項目は，多職種が家族支援に必要としている情報の特徴と，職種の専門性に応じた情報の現状を明確にするために，ハイモビック応用による長期家族ケアモデルの概念を参考に作成した．ハイモビックモデル応用による家族長期ケアモデルは，健康障がいを抱えた家族へ継続的に，家族対処や家族の強みなどの家族の適応力と家族機能を総合的に捉えている[10]．

なお，この質問紙は，現在病院に勤務している医師及び看護師，理学療法士，作業療法士，言語療法士，保育士，社会福祉士の各職種2，3名へプレテストを行った．

３．分析方法

有意水準は0.05未満とし，統計的解析にはSPSS18.0JforWindowsを使用した．多職種間の協働を促進する活動および障がい児の家族支援をするために必要な情報の特徴を明確にするために，因子分析を行った．職種間の差は，質問項目の回答を間隔尺度として扱い，Mann-Whitney検定を用いて比較した．

記述回答は，多職種間の協働及び障がい児の家族支援についての困難な状況に視点を置き，質的に分析を行った．Hayesら[11]は，協働によって，多職種がお互いの専門性を理解し，ともに支え合う意識をもつようになると述べている．多職種の協働について困難な状況とは，お互いの専門性が理解しづらく，支え合う意識をもちづらい状況とした．具体的には，記述内容を繰り返し読み，多職種間の協働及び障がい児の家族支援について困難な状況の記述各々にコードを付け，作成した．次に，文脈を熟慮した上で類似したコードを分類し，その分類に反映した名称をつけ，カテゴリーを類型化した．分類の際に小児看護の研究者のスーパーバイズを受け，分析の信実性及び信憑性を高めた．

４．倫理的配慮

研究実施に際して岩手県立大学大学院看護学研究科倫理審査会の承認（承認番号19-D004）を得た．研究対象の施設長および各職種のスタッフに対し，研究の目的と内容，研究への参加は自由意思であること，収集したデータは研究のみに使用し，個人が特定されないことや個人の秘密は厳守されることについて文書で説明した．また，文書に対象者が問い合わせ可能な研究者の所属および連絡先を明記した．

結果

１．対象者の概要

職種は，看護師235名（35.8％），理学療法士103名（15.7％），保育士90名（13.7％），作業療法士72名（11.0％），言語聴覚士43名（6.6％），医師39名（5.9％），社会福祉士・指導員55名（8.4％），臨床心理士または心理判定員13名（2.0％），介護職（介護福祉士・ケアワーカー）5名（0.8％），音楽療法士1名（0.2％）であった（以下，本文では理学療法士および作業療法士，言語聴覚士，音楽療法士を含めた職種を「療法士」，臨床心理士および心理判定員，介護福祉士，ケアワーカーを含めた職種を「福祉職」と示す）．

２．施設での情報共有と意見交換の現状

施設における多職種間の情報共有は「いつもしている」256名（39.6％），「時々している」392名(59.8％）と，回答のうち9割の職種が実施していた．多職種間の記録の閲覧は「いつもしている」120名（18.3％），「時々している」406名（61.9％）と，8割の職種が実施していた．さらに，職種別でみると，多職種間の情報共有について，看護師や保育士，福祉職が9割実施しているのに対し，医師と療法士はすべての回答者が情報共有を実施していた．多職種間の記録の閲覧については，看護師と保育士が7割，療法士と福祉職が8割実施しているのに対し，医師はすべての回答者が記録閲覧を実施していた．

多職種とのミーティングやカンファレンスによる意見交換を「定期的に行っている」と回答したものが404名（61.6％），「必要時行っている」175名（26.7％），「定期的かつ必要時行っている」15名（2.3％）であり，9割以上（636名，96.9％）が多職種との意見交換を行っていた．しかし，多職種間の一家族における意見交換の回数は1年に1回が185名（40.1％）と最も多く，次いで半年に1回146名（31.7％）のみ行われていた．また，その多職種との意見交換の所要時間は30分程度が247名（53.6％）と最も多く，次いで1時間程度93名（20.2％），15分以内76名（16.5％）であった．意見交換の実施状況や回数，所要時間では，職種間に差はみられなかった．

３．多職種間の協働を促進する活動（表1）

１）多職種間の協働を促進する活動の特徴

多職種間の協働に関する20項目の因子分析（主因

子法・プロマックス回転）を行った結果，3因子が抽出された（累積寄与率54.6％）．なお，因子負荷量0.400未満の項目，複数の因子に高い負荷量を示す項目は除外し，19項目とした．下位尺度の信頼性を確認するために，因子分析によって得られた下位尺度ごとのCronbachのα係数を算出し，0.866～0.897の値が得られた．また，19項目全体のα係数は0.932であった．

第1因子は障がい児や家族への支援の報告や考え，お互いの質問や返答という意見交換の内容に関する8項目であり，『多職種との意見交換』と命名した．第2因子はミーティングやカンファレンスの回数や所要時間，日程調整などの7項目であることから，『ミーティング・カンファレンスの企画運営』と命名した．第3因子は障がい児や家族に関する情報共有の4項目であることから，『多職種との情報共有』と命名した．

全職種の3つの因子における平均得点は，第1因子『多職種との意見交換』2.95（SD0.67），第2因子『ミーティング・カンファレンスの企画運営』3.33（SD0.72），第3因子『多職種との情報共有』2.96（SD0.77）であった．『多職種との意見交換』の「多職種との活動の振り返り」の項目が，他の項目と比較して，得点がもっとも低かった．

2）協働を促進する活動における職種別の比較

『多職種との意見交換』では，医師以外の職種は医師と比較して有意に得点が低く（医師との比較において療法士p＜0.001，看護師・保育士・福祉職p＜0.01），医師以外の職種は，医師より多職種との意見交換が十分でないと捉えていた．また，『多職種との情報共有』においても，医師以外の職種が，医師と比較して有意に得点が低く（医師との比較において療法士p＜0.001，看護師・福祉職p＜0.01，保育士p＜0.05），医師以外の職種は，医師より情報共有が十分でないと捉えていた．

一方，『ミーティング・カンファレンスの企画運営』では，看護師・療法士は医師より有意に得点が低く（p＜0.05），ミーティングやカンファレンスの企画運営が十分でないと捉えていた．とくに，「ミーティングやカンファレンスの回数」（医師との比較において療法士p＜0.001，看護師・福祉職p＜0.01，保育士p＜0.05）や，「ミーティングやカンファレンスの所要時間」（医師との比較において看護師・療法士・福祉職p＜0.01，保育士p＜0.05）は，医師以外の職種が医師と比較して，得点が有意に低かった．

4．家族支援のために必要な情報（表2）

1）家族支援をするために必要な情報の特徴

多職種各々が障がい児の家族支援のために必要とする情報に関する27項目の因子分析（主因子法・プロマックス回転）を行った結果，5因子が抽出された（累積寄与率67.2％）．なお，因子負荷量0.400未満の項目，複数の因子に高い負荷量を示す項目は除外し，25項目とした．因子分析によって得られた下位尺度ごとのCronbachのα係数は，0.841～0.946の値が得られた．また，25項目全体のα係数は0.950であった．

第1因子は家族内の話し合いや支え合い，役割分担に関する7項目であり，『家族の強み・資源』と命名した．第2因子は養育者の病気や障がい，治療への不安や期待，知識や技術という対処能力を示す7項目であることから，『養育者の対処能力』と命名した．第3因子は家族のレスパイトシステム，財政上の福祉制度の情報把握や利用状況についての4項目であることから，『福祉制度の知識・利用状況』と命名した．第4因子は子どもの病気や障がい，治療状況に関する4項目であることから，『子どもの情報』と命名した．第5因子は家族構成及び養育者の健康状態や就労状況に関する3項目であることから，『家族の形態・役割』と命名した．

全職種の5つの因子における平均得点は，第1因子『家族の強み・資源』3.09（SD0.90），第2因子『養育者の対処能力』3.68（SD0.74），第3因子『福祉制度の知識・利用状況』3.24（SD0.97），第4因子『子どもの情報』4.31（SD0.68），第5因子『家族の形態・役割』3.83（SD0.86）であった．他の因子と比較して，第1因子『家族の強み・資源』がもっとも得点が低かった．

2）家族支援に必要な情報における職種別の比較

『養育者の対処能力』において，「養育者の治療への知識」（医師との比較より保育士・福祉職p＜0.01；看護師との比較より保育士p＜0.01，福祉職p＜0.05；療法士との比較より保育士p＜0.01，福祉職p＜0.05），「養育者の病気への知識」（医師との比較より保育士p＜0.01，福祉職p＜0.05；療法士との比較より保育士p＜0.01，福祉職P＜0.05），「養育者の子どもへの世話の技術」（看護師との比較より福祉

表1. 多職種間の協働を促進する活動

質問項目	全職種 n=618				看護師 n=226	療法士 n=203	保育士 n=86	福祉職 n=67	医師 n=36	p値
	Mean(SD)	第1因子	第2因子	第3因子	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	Mean(SD)	
第1因子：多職種との意見交換	**2.95(0.67)**		**(α ＝0.899)**		**2.93(0.69)**	**2.88(0.65)**	**2.97(0.68)**	**2.96(0.55)**	**3.38(0.67)**	＊＊＊医師＞療法士 ＊＊ 医師＞看護師,保育士,福祉職
9. 多職種との日常的な情報交換	3.05(0.95)	0.551	0.057	0.166	3.10(1.00)	2.92(0.91)	3.08(0.95)	3.07(0.88)	3.44(0.84)	
10.他の職種の記録の閲覧状況	2.79(1.02)	0.561	0.074	0.111	2.62(1.05)	2.86(0.99)	2.74(1.01)	2.94(0.94)	3.39(0.93)	
11.自分の活動や考えの報告	2.89(0.89)	0.771	−0.067	−0.014	2.89(0.94)	2.82(0.83)	2.93(0.93)	2.85(0.87)	3.33(0.76)	
12.多職種からの質問や意見への返答	3.16(0.81)	0.876	−0.048	−0.174	3.16(0.80)	3.07(0.81)	3.13(0.89)	3.24(0.65)	3.56(0.84)	
13.多職種の活動や考えの理解	3.02(0.85)	0.743	−0.011	0.015	3.02(0.88)	2.91(0.86)	3.10(0.80)	3.04(0.73)	3.44(0.84)	
14.多職種とのミーティングでの意見交換	3.17(0.89)	0.692	0.141	−0.026	3.16(0.94)	3.09(0.85)	3.21(0.92)	3.13(0.80)	3.53(0.81)	
15.多職種への助言	2.98(0.80)	0.818	−0.027	−0.045	2.99(0.80)	2.92(0.76)	2.93(0.86)	2.99(0.71)	3.39(0.87)	
16.多職種との活動状況の振り返り	2.70(0.85)	0.635	−0.083	0.188	2.71(0.87)	2.59(0.80)	2.78(0.86)	2.57(0.78)	3.22(0.93)	
第2因子：ミーティング・カンファレンス企画運営	**3.33(0.72)**		**(α ＝0.866)**		**3.29(0.75)**	**3.29(0.70)**	**3.42(0.67)**	**3.35(0.74)**	**3.62(0.74)**	＊医師＞看護師・療法士
1. ミーティングやカンファレンスの回数	2.92(1.04)	0.138	0.562	0.083	2.90(1.01)	2.76(1.04)	3.12(0.98)	2.87(1.11)	3.53(1.00)	＊＊＊医師＞療法士 ＊＊ 医師＞看護師,福祉職 ＊ 医師＞保育士
2. ミーティングやカンファレンスの所要時間	3.16(1.00)	0.028	0.820	−0.092	3.17(1.00)	3.10(1.01)	3.17(0.96)	3.07(1.00)	3.64(0.99)	＊＊ 医師＞看護師,療法士,福祉職 ＊ 医師＞保育士
3. ミーティングやカンファレンスの日程調整	3.09(1.00)	−0.064	0.746	0.029	3.08(0.97)	3.04(1.03)	3.19(0.96)	3.12(1.02)	3.17(1.11)	
4. ミーティングやカンファレンスの場所	3.69(0.93)	−0.136	0.689	0.005	3.56(0.98)	3.78(0.90)	3.70(0.88)	3.69(0.91)	3.89(0.85)	
5. ミーティングやカンファレンスの資料	3.38(0.93)	−0.099	0.761	0.092	3.25(0.98)	3.36(0.92)	3.49(0.88)	3.60(0.78)	3.58(1.02)	
6. ミーティングやカンファレンスの討議内容	3.27(0.93)	0.150	0.606	0.011	3.30(0.97)	3.11(0.91)	3.45(0.86)	3.27(0.88)	3.61(0.93)	
7. ミーティングやカンファレンスに参加している職種	3.84(0.94)	0.106	0.603	−0.130	3.79(1.01)	3.88(0.89)	3.81(0.93)	3.82(0.97)	3.94(0.79)	
第3因子：多職種との情報共有	**2.96(0.77)**		**(α ＝0.890)**		**2.97(0.77)**	**2.81(0.77)**	**3.10(0.76)**	**2.95(0.69)**	**3.45(0.73)**	＊＊＊医師＞療法士 ＊＊ 医師＞看護師福祉職 ＊ 医師＞保育士
17.障がい児の成長発達に関する情報共有	3.00(0.89)	0.341	−0.017	0.524	2.97(0.89)	2.85(0.89)	3.24(0.86)	3.10(0.86)	3.56(0.82)	
18.障がい児の治療に関する情報共有	3.06(0.88)	0.349	0.049	0.452	3.12(0.88)	2.90(0.87)	3.23(0.90)	3.07(0.88)	3.64(0.78)	
19.主たる養育者の心理状態に関する情報共有	2.85(0.92)	−0.018	−0.028	0.887	2.87(0.92)	2.75(0.95)	3.09(0.97)	2.81(0.76)	3.21(0.86)	
20.家族の状況に関する情報共有	2.93(0.88)	−0.022	−0.018	0.913	2.91(0.86)	2.85(0.93)	3.11(0.84)	2.82(0.85)	3.38(0.78)	
8. 院内（部門内を含む）での研究会や勉強会(除外)		0.298	0.207	0.147						
固有値		9.095	2.064	1.006						
寄与率（%）		43.294	7.974	3.303						
累積寄与率（%）		43.294	51.267	54.570						
因子間相関										
因子1	—	—	0.616	0.748						
因子2			—	0.551						
因子3				—						

因子抽出法：主因子法　　回転法：kaiserの正規化を伴うプロマックス法　　Mann-Whitney検定　有意確率　＊＊＊p＜0.001，＊＊p＜0.01，＊p＜0.05

表2. 障がい児の家族支援のために必要な情報

質問項目	全職種 n=583 Mean(SD)	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	看護師 n=205 Mean(SD)	療法士 n=200 Mean(SD)	保育士 n=74 Mean(SD)	福祉職 n=65 Mean(SD)	医師 n=39 Mean(SD)	p値
第1因子：家族の強み・資源	**3.09(0.90)**			**(α ＝0.946)**			**3.03(0.97)**	**3.16(0.90)**	**3.00(0.83)**	**3.20(0.73)**	**3.09(0.93)**	
21.家族内で子育てに対する価値観の共有がある	3.20(1.03)	0.765	0.093	0.055	−0.003	−0.019	3.06(1.06)	3.35(1.04)	3.09(1.04)	3.26(0.87)	3.21(1.06)	＊＊療＞看
22.家族内で子育てに対する話し合いや会話がある	3.07(1.04)	0.961	−0.059	−0.005	0.062	−0.062	2.98(1.12)	3.20(1.03)	2.97(0.94)	3.06(0.95)	3.03(1.04)	
23.夫婦間の情緒的支え合いがある	3.07(1.08)	1.031	−0.083	−0.080	0.042	−0.042	3.01(1.14)	3.12(1.08)	3.05(0.99)	3.17(0.99)	3.05(1.12)	
24.養育者と家族内の情緒的支え合いがある	3.18(1.05)	1.019	−0.006	−0.090	0.025	−0.072	3.12(1.11)	3.21(1.04)	3.14(0.91)	3.29(1.00)	3.21(1.10)	
25.家事や育児への家族の役割分担がされている	3.10(1.02)	0.805	0.013	−0.004	0.012	0.043	3.12(1.08)	3.20(1.01)	2.80(0.95)	3.12(0.90)	3.05(0.97)	＊＊療＞保 ＊ 看・福＞保
26.通院・治療に要する費用の負担を感じている	3.02(1.01)	0.419	0.064	0.272	−0.112	0.130	3.00(1.07)	2.97(1.00)	2.92(0.90)	3.28(0.93)	3.10(1.05)	＊ 福＞療・保
27.必要時、友人・親戚・知人の支えがある	3.02(1.05)	0.662	0.027	0.102	−0.088	0.128	2.94(1.14)	3.06(1.01)	3.00(1.01)	3.23(0.95)	2.97(1.04)	
第2因子：養育者の対処能力	**3.68(0.74)**			**(α ＝0.927)**			**3.64(0.75)**	**3.80(0.75)**	**3.48(0.69)**	**3.68(0.57)**	**3.71(0.87)**	＊＊療＞保 ＊ 医＞保, 療＞看
12.養育者が子どもの病気や障害への不安をもっている	3.92(0.91)	0.012	0.675	0.074	0.089	0.030	3.82(0.91)	4.03(0.97)	3.76(0.82)	3.98(0.76)	4.03(0.90)	＊＊療＞看・保
13.養育者が子どもの育児へのストレスをもっている	3.82(0.92)	0.092	0.709	0.056	0.045	−0.033	3.74(0.89)	3.98(0.93)	3.55(0.97)	3.89(0.77)	3.85(0.99)	＊＊療＞看・保 ＊ 福＞保
14.養育者が病気について知識をもっている	3.67(0.89)	−0.055	1.005	−0.080	−0.033	0.008	3.67(0.86)	3.77(0.91)	3.45(0.85)	3.52(0.89)	3.92(1.04)	＊＊医・療＞保 ＊ 医・療＞福
15.養育者が治療について知識をもっている	3.66(0.90)	−0.048	1.002	−0.094	−0.009	−0.015	3.70(0.86)	3.74(0.93)	3.35(0.87)	3.48(0.81)	3.90(1.02)	＊＊医＞福・保, 看・療＞保; ＊ 看・療＞福
16.養育者が子どもへの世話の技術を習得している	3.68(0.90)	−0.003	0.775	−0.021	0.009	0.023	3.77(0.90)	3.78(0.91)	3.38(0.87)	3.46(0.69)	3.62(1.07)	＊＊療＞福・保, 看＞福・保
17.養育者が医療・福祉関係者との関わりをもっている	3.49(0.95)	0.141	0.468	0.345	−0.051	−0.082	3.38(0.99)	3.61(0.92)	3.20(0.92)	3.77(0.81)	3.54(1.00)	＊＊＊福＞保 ＊＊ 療＞保, 福＞看 ＊ 療＞看
19.養育者が子どもの成長発達への期待をもっている	3.76(0.90)	0.207	0.562	0.011	0.096	−0.027	3.66(0.93)	3.92(0.85)	3.61(0.84)	3.71(0.79)	3.87(1.03)	＊＊療＞看・保 ＊ 療＞福, 医＞保
第3因子：福祉制度の知識・利用状況	**3.24(0.97)**			**(α ＝0.904)**			**3.08(1.03)**	**3.39(0.88)**	**2.96(0.94)**	**3.52(0.93)**	**3.46(0.94)**	＊＊療・福＞看, 医・福＞保 ＊ 医＞看, 療＞保
8.養育者がレスパイトシステムに関する情報をもっている	3.07(1.13)	0.047	−0.079	0.778	−0.029	0.158	2.92(1.18)	3.23(1.07)	2.76(1.04)	3.31(1.14)	3.15(1.09)	
9.養育者が財政上の福祉制度に関する情報をもっている	3.22(1.11)	−0.067	−0.028	0.913	0.024	0.014	3.08(1.20)	3.36(1.03)	2.85(1.07)	3.48(1.03)	3.49(1.10)	
10.レスパイトシステムを利用している	3.27(1.09)	−0.015	−0.045	0.860	0.030	0.013	3.09(1.17)	3.43(0.97)	3.04(1.09)	3.55(1.06)	3.41(1.09)	
11.財政上の福祉制度を利用している	3.43(1.07)	0.037	0.047	0.795	0.044	−0.117	3.24(1.14)	3.54(0.97)	3.19(1.06)	3.74(1.03)	3.79(1.06)	
第4因子：子どもの情報	**4.31(0.68)**			**(α ＝0.847)**			**4.23(0.62)**	**4.59(0.56)**	**3.86(0.73)**	**4.00(0.74)**	**4.63(0.45)**	＊＊＊医＞看・福, 療＞看・保・福, 看＞保 ＊ 看＞福
1.子どもの病気や障害の状況	4.47(0.71)	0.030	−0.006	−0.113	0.810	0.104	4.41(0.68)	4.64(0.62)	4.16(0.88)	4.35(0.78)	4.72(0.51)	
2.子どもの成長発達の状況	4.38(0.72)	−0.013	0.000	0.008	0.805	0.100	4.24(0.72)	4.59(0.65)	4.22(0.69)	4.23(0.86)	4.64(0.54)	
3.子どもの治療内容	4.35(0.83)	0.005	0.045	0.012	0.798	−0.058	4.49(0.70)	4.54(0.66)	3.73(0.98)	3.85(1.05)	4.69(0.57)	
4.子どものリハビリテーション内容	4.02(0.98)	0.027	0.002	0.264	0.577	−0.107	3.77(0.97)	4.60(0.65)	3.34(0.98)	3.58(1.01)	4.46(0.55)	
第5因子：家族の形態・役割	**3.83(0.86)**			**(α ＝0.841)**			**3.82(0.87)**	**3.86(0.87)**	**3.75(0.84)**	**3.98(0.81)**	**3.60(0.89)**	
5.家族構成	4.06(0.89)	−0.102	−0.008	0.338	0.216	0.670	4.06(0.95)	4.07(0.88)	4.01(0.84)	4.18(0.83)	3.95(0.89)	
6.養育者の健康状態	3.76(1.03)	0.061	0.049	−0.018	−0.060	0.787	3.74((1.03)	3.85(1.04)	3.59(1.08)	3.95(0.86)	3.41(0.99)	＊＊療・福＞医
7.養育者の就労状況	3.66(1.04)	0.031	−0.020	0.070	−0.058	0.829	3.67(1.04)	3.67(1.06)	3.64(1.03)	3.80(1.06)	3.44(0.97)	
〔除外〕												
18.養育者が他の障害児の親との関わりをもっている		0.315	0.336	0.078	−0.067	0.042						
20.通院している子ども以外に、世話の必要な人がいる		0.291	0.302	−0.034	−0.005	0.260						
固有値		13.266	2.504	1.664	1.173	1.101						
寄与率（%）		47.969	8.105	5.109	3.313	2.804						
累積寄与率（%）		47.969	56.075	61.184	64.497	67.301						
因子間相関 第1因子	—	—	0.714	0.653	0.299	0.604						
第2因子			—	0.629	0.530	0.642						
第3因子				—	0.402	0.634						
第4因子					—	0.481						
第5因子						—						

因子抽出法：主因子法　回転法：kaiserの正規化を伴うプロマックス法　Mann-Whitney検定　有意確率　＊＊＊p＜0.001, ＊＊p＜0.01, ＊p＜0.05　看護師：看, 療法士：療, 保育士：保, 福祉職：福, 医師：医

職・保育士p＜0.01；療法士との比較より福祉職・保育士p＜0.01）の項目では，医療職である医師，看護師，療法士は保育士・福祉職より得点が有意に高く，養育者の子どもの病気や治療の知識，子どもへの世話の技術の習得を把握していた．「養育者の子どもの病気や障がいへの不安」（療法士との比較により看護師・保育士p＜0.01），「養育者の育児へのストレス」（療法士の比較より看護師・保育士p＜0.01），「養育者の子どもの成長発達への期待」（療法士の比較より看護師・保育士p＜0.01，福祉職p＜0.05）では，療法士は看護師・保育士・福祉職より有意に得点が高く，療法士は看護師や保育士，福祉職より，養育者の子どもの病気や障がいへの不安，育児への期待やストレスを十分に把握していた．

『福祉制度の知識・利用状況』において，医師・療法士・福祉職は看護師・保育士より有意に得点が高く（医師との比較より保育士p＜0.01，看護師p＜0.05；療法士との比較より看護師p＜0.01，保育士p＜0.05；福祉職との比較より看護師・保育士p＜0.01），家族の福祉制度の知識や利用状況を把握していた．『子どもの情報』は，医師・療法士は看護師・保育士・福祉職より得点が有意に高く（p＜0.001），子どもの病気や障がい，成長発達の状況，治療やリハビリテーション内容について十分に把握していた．『家族の形態・役割』において，療法士・福祉職は「養育者の健康状態」の項目が，医師より有意に得点が高く（p＜0.01），養育者の健康状態を把握していた．

5．家族支援における多職種間の協働の課題（表3）

多職種間の協働について記述したものは378名（55.8％），障がい児の家族支援について記述したものは370名（54.6％）であった．記述回答より，多職種との協働及び障がい児の家族支援についての困難な状況に視点を置き，311のコードを抽出した．カテゴリーは【家族支援への目標の不明確さ】，【家族への関わりの困難さ】，【情報交換・情報共有の難しさ】，【専門性の違いによる困難さ】，【役割分担の不明確さ】，【意見交換の不十分さ】，【協働における調整の不明確さ】の7つのカテゴリーと18のサブカテゴリーが導き出された．この7つのカテゴリー各々には，すべての職種の記述回答が含まれており，カテゴリーでの職種の偏りはみられなかった．カテゴリーは【　】，サブカテゴリーは〔　〕で示す．

多職種各々は，〔家族へ関わる機会の少なさ〕，〔家族への関わり方への戸惑い〕や〔家族への個別的関わりの困難さ〕という【家族への関わりの困難さ】を抱えていた．また，多職種は家族支援について，職種間で時間や物理的環境より，【情報交換・情報共有の難しさ】や【意見交換の不十分さ】という課題を抱えていた．そして，多職種は〔子どもや家族への目標の不明確さ〕や〔家族とスタッフの意識の違い〕という【家族支援への目標の不明確さ】を実感していた．

多職種は家族支援において専門的に分業しているため，〔お互いの専門性の理解不足〕や〔専門性の違いによる困難さ〕，〔互いに歩み寄る姿勢のなさ〕という職種間の【専門性の違いによる困難さ】を抱えていた．一方，多職種は看護師と保育士のように，役割が重複していることから，【役割分担の不明確さ】も感じていた．

多職種間の協働では〔コーディネーターの不在〕や〔協働システムの不明確さ〕，〔地域・他施設との協働の難しさ〕という【協働における調整の不明確さ】があった．

考察

1．施設における情報共有と意見交換の現状

これまで多職種の協働において，職種間の情報共有や意見交換，コミュニケーションが不十分であることが報告されている[12) 13) 14)]．本研究の調査1において，施設での多職種間の情報共有は，全職種の9割の回答者が行っており，医師と療法士に関してはすべての回答者が行っていた．他の職種の記録閲覧も8割の回答者が行っており，医師はすべての回答者が行っていた．医療型障害児入所施設では，職種間の情報共有を行う体制になっていた．とくに，医師と療法士は職種間の職種間の情報共有する意識が高かった．これは，調査3より，医師と療法士が家族の対処能力について情報を十分得ていることからも，子どもの治療を行うえで家族の子育てへの思いや世話の技術に関する情報を必要としているためと考える．

職種間の意見交換は，全職種の回答者のうち9割以上が行っていたが，一家族に対し，1年に1，2回，所要時間は30分から1時間程度の回答が多く，施設での職種間の意見交換は行われているものの，意見交換の回数と時間は十分確保されていなかった．これは，調査4の協働の課題より，職種間の勤務体制の違いに

表3.　家族支援における多職種間の協働の課題

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	職種別の記述数
家族支援への目標の不明確さ	子どもや家族への目標の不明確さ	子どもや家族への目標の不明確さ	看護師(4)、療法士(1)、福祉職(1)
		養育者についての理解不足	
	家族とスタッフとの意識の違い	家族とスタッフとの意識の違い	看護師(7)、保育士(3)、医師(2)、療法士(2)、福祉職(2)
		家族のスタッフへの思いの言いにくさ	
		家族の子どもへの関心の乏しさ	
家族への関わりの困難さ	家族へ関わる機会の少なさ	家族と関わる機会の少なさ	看護師(13)、療法士(7)、保育士(5)、福祉職(2)、医師(1)
		家族への情報提供の不十分さ	
	家族への関わり方の戸惑い	家族へ深く関われない	看護師(13)、療法士(9)、保育士(8)、福祉職(2)、医師(1)
		家族へのアプローチがわからない	
		家族の問題の潜在化	
	家族への個別的関わりの困難さ	困難事例への関わりの困難さ	看護師(11)、療法士(3)、福祉職(2)、医師(1)
		家族への個別的関わりの困難さ	
情報交換・情報共有の難しさ	時間的・物理的環境による情報交換の難しさ	時間的余裕がないことによる情報交換の難しさ	療法士(19)、看護師(12)、福祉職(7)、保育士(3)、医師(2)
		勤務時間の違いによる情報交換の難しさ	
		物理的環境による情報交換の難しさ	
		記録共有していないことによる情報交換の難しさ	
	家族に関する情報共有の難しさ	家族との守秘義務による情報交換の難しさ	看護師(2)、療法士(2)、医師(1)
		他職種に家族の状況を伝えられない	
	情報交換しづらいシステム	情報提供が少ないことによる情報交換の難しさ	看護師(4)、療法士(2)、保育士(3)、医師(1)、福祉職(1)
		担当者以外の情報交換の難しさ	
		職種内の情報共有の不十分さ による情報交換の難しさ	
		他職種が多いことによる情報交換の難しさ	
		職種による情報交換の違い	
意見交換の不十分さ	カンファレンスの企画運営の不十分さ	カンファレンスにおける時間調整の難しさ	療法士(17)、看護師(10)、福祉職(7)、保育士(3)、医師(1)
		カンファレンスのために時間的余裕のなさ	
		カンファレンス内容の不十分さ	
		カンファレンス回数の少なさ	
		カンファレンスが開催されていない	
		カンファレンス参加の機会がない	
		必要時のカンファレンス開催の難しさ	
	時間的・人的余裕のなさ	マンパワー不足による連携の難しさ	療法士(10)、看護師(7)、福祉職(3)、医師(1)、保育士(1)
		時間的余裕がないことによる協働の難しさ	
		知識を深めるための時間的余裕のなさ	
		お互いを思いやる余裕のなさ	
	意見を言いづらい立場や関係性	意見を言いづらい立場	看護師(4)、福祉職(4)、医師(2)、療法士(2)、保育士(2)、
		他職種間の不平等さ	
		連携における負担の違い	
		相談しづらい関係性	
		リーダーシップの難しさ	
専門性の違いによる困難さ	専門性の理解不足	他職種の仕事の理解不足	療法士(4)、看護師(3)
		他職種の情報の理解不足	
		物理的環境による専門性の理解不足	
	専門性の視点の違いによる困難さ	専門性の視点による違いによる困難さ	看護師(11)、療法士(7)、保育士(6)、福祉職(5)、医師(1)
		医療・福祉との考え方の違いによる困難さ	
		子どもや家族への方針の違いによる困難さ	
	互いに歩み寄る姿勢のなさ	他職種各々の主張	看護師(5)、療法士(3)、医師(1)、福祉職(1)、保育士(1)
		互いに歩み寄る姿勢のなさ	
役割分担の不明確さ	役割分担の不明確さ	役割分担が不十分なことによる難しさ	看護師(3)、保育士(2)
協働における調整の不明確さ	コーディネーターの不在	養育者の意見を聴くためのコーディネーターの不在	看護師(2)、療法士(2)、医師(1)、保育士(1)
		カンファレンスのコーディネーターの不在	
		総括的な対応をするコーディネーターの不在	
	協働システムの不明確さ	システムが確立していない	看護師(5)、療法士(5)、福祉職(1)、保育士(1)
		協働への意識づけのなさ	
		サービスへの報酬が少ない	
	地域・他施設との協働の難しさ	地域との協働の難しさ	看護師(5)、療法士(4)、福祉職(2)
		他施設との協働の難しさ	

よる意見交換の日程調整の難しさや，意見交換をするためのマンパワー不足があるためと考える．多職種がお互いの家族支援やその方向性を理解するうえで十分な時間を確保し，子どもの成長発達や治療の状況に合わせた家族支援をするうえで意見交換の機会を重ねていく必要がある．

２．多職種の協働を促進する活動

調査2「多職種間の協働を促進する活動」において，他の項目と比較してもっとも得点が低かった項目は，多職種との活動状況の振り返りであった．また，調査4「家族支援における多職種の協働への課題」には，職種間での家族支援の目標の不明確さや，家族と多職種との思いの違いにより，【家族支援への目標の不明確さ】があった．これは，チームとして家族支援への目標が定まらないことにより，活動状況も評価しづらいのではないかと考える．職種間の協働を促進するためには，意見交換のなかで，家族の思いを職種間で共有したうえで，チームとしての家族支援への目標を明確にし，その目標に対する評価も実施していく必要がある．

調査2「多職種間の協働を促進する活動」における職種別の比較では，医師以外の職種が医師より多職種間の情報共有や意見交換が十分でないと捉えていた．田村[15]は，医師がチームのリーダーとしてミッションを明確にして，多職種の専門性とスキルを引き出し，質の高い医療を進めていく役割を担っていると述べている．医師が他の職種より職種間の情報共有や意見交換を十分であると捉えていたのは，チームのなかでリーダーとして職種間の情報共有や意見交換に取り組み，役割を遂行している自信があるのではないかと考える．一方，医師以外の他職種は，医師と比較して情報共有や意見交換が不十分であると捉えていたのは，家族支援への役割が不明確であることや，役割を遂行していないと捉えていたのではないかと考える．また，医師以外の他職種は，職種間の情報共有や意見交換により，お互いの家族支援を共有し，自分の専門性をいかしたいという要求も高いと考える．Hayesら[16]は，多職種の協働には職種間で話し合うことが重要であり，話し合うことによってお互いの専門性に気づくことができると述べている．家族へトータルケアをするためには，意見交換によって，多職種各々が専門性に応じた家族支援のための情報を共有し，お互いの専門性を認め合うように調整していくことが必要であると考える．現在，小児専門看護師（CNS）は，このように他の専門職との協働と調整を図るための教育を受けている．

３．家族支援における多職種の専門性

医療型障害児入所施設では，周産期医療の進歩に伴い，子どもの疾患や障がいの程度が重度化し，肢体不自由児や重症心身障がい児，発達障がい児など，さまざまな障がいに対応していかなければいけない状況にある[17]．そのため，障がい児の家族支援においても，職種各々へ高い専門性を求められる．専門性とは，他の職種から「専門性」を要求されていると認識する側面と，自ら「専門性」の高さを他の職種に向けて提示する側面がある[18]．

調査3「家族支援のために必要な情報」では，医師，看護師，療法士が，保育士や福祉職より，養育者の子どもの病気や治療の知識，子どもへの世話の技術の習得について把握していた．さらに，療法士は看護師より，養育者の子どもの病気や障がいへの不安，育児への期待やストレスを十分に把握していた．療法士は子どもへのリハビリテーションにおいて子どもの運動機能や認知能力を評価する際，生活環境や養育者の状況の情報も得る[19]．療法士はこの専門性から，養育者の子育てへの思いを把握する必要性を認識していると考える．また，近年，障害者自立支援法の施行や，身近な地域での支援を充実させるための障がい児に関する施策がめまぐるしく変化している[20]．このような社会福祉制度の変化に伴い，福祉職は家族へ制度の相談や情報提供する役割がある．調査3では，福祉職だけでなく医師や療法士が，家族の福祉制度の知識や利用状況を把握していた．福祉職は家族へ利用できる福祉制度の情報提供をする役割を担っているが，医師や療法士もそれぞれの治療を行う際，子どもや家族が利用している福祉制度の利用状況を確認する．このように，医師や療法士は子どもへの治療を担当しているため，その治療への責任を受け止め，家族へ関わり必要な情報を把握していると考える．

一方，調査3より，看護師は養育者の子どもの病気や治療の知識，子どもへの世話の技術の習得について把握していたものの，養育者の子どもの病気や障がいへの不安，育児への期待やストレスについての情報を十分把握していなかった．しかし，調査4において，看護師は【家族支援への目標の不明確さ】や【家族への関わりの困難さ】，【専門性の違いによる困難さ】

の家族支援における協働の課題の記述が多かった．これは，看護師が家族支援での自らの専門性を認識しつつも，家族との関わりに戸惑い，親の心理状態を把握できずにいると考えられる．また，看護師は家族支援のためには，多職種の専門性を認め，協働する必要性を感じていることも推察される．看護師は自らの家族支援への専門性と，多職種との協働の必要性を認識しているからこそ，その必要性に対応できる親の心理状態を把握する能力と，職種間の協働を調整する能力を身に付けていくことが必要であると考える．

障がい児の家族は，子育てのなかで落ち込みや苦悩などの葛藤，危機的状況に陥りやすい[21) 22)]．このような家族が障がいを受け止め，前向きに子育てに取り組むために，家族内の資源を活用し困難を乗り越えていく家族の強みを引き出す支援や[23) 24) 25) 26)]，この強みを引き出すための家族を主体とした支援[27) 28) 29)]が注目されている．

調査4の協働の課題において，職種各々が家族へ関わる機会が少ないことや，家族への関わり方の戸惑い，個別的な関わりの難しさという【家族への関わりの困難さ】を実感していた．さらに，多職種間での家族に関する【情報交換・情報共有の難しさ】もあり，すべての職種が親の心理状態や家族機能について情報共有が難しい状況にあった．とくに，調査3「家族支援のために必要な情報」では，他の項目と比較して，全職種が家族の強みについて十分把握していなかった．また，看護師も他の職種と同様に，家族の強みについて把握していなかった．看護師と訪問看護師を対象にした家族ケアに必要な情報に関する調査でも，看護師は家族に知識や技術を指導することが大切であると捉え，家族の良い点を見出し，気づきを促すという強みに着目した支援への認識が低いことが報告されている[30)]．看護師が家族の強みに着目し，子どもの病気や成長発達の状況，親の子育てへの思いを包括的な視点で捉え，多職種との調整役を実践し活躍するためには，看護師に対して，家族の力を引き出す視点をもった家族支援の教育や研修を充実させていく必要がある．

4．多職種の協働を促進する介入プログラムの検討

調査4「家族支援における多職種間の協働の課題」は，すべての職種が回答した自由記述から導き出したカテゴリーであることから，家族支援における多職種の協働を促進する到達目標を考えた．さらに，調査1「多職種間の情報共有と意見交換の現状」，調査2「多職種間の協働を促進する活動」，調査3「家族支援のために必要な情報」について，全職種および職種別の傾向を考察し，多職種の協働を促進する下位目標を示した（表4）．

多職種各々は【家族支援への目標の不明確さ】があった．家族へトータルケアを行うためには，チームとして家族支援への目標を明確にし，その目標を評価していくことが重要と考え，到達目標1を＜チームとして家族支援への目標を共有する＞とした．多職種間の協働を促進する活動では，多職種との活動状況の振り返りが不十分であった．そのため，下位目標には，チームとしての家族支援への目標を設定することと，家族支援への目標の到達度を評価することを考えた．

多職種各々は，家族へ関わる機会が少ないこと，家族の関わり方の戸惑い，個別的な関わりの難しさから【家族への関わりの困難さ】を実感していた．さらに，多職種での【情報交換・情報共有の難しさ】があるため，親の心理状態や家族機能について，職種間で共有することが難しかった．そのため，到達目標2を＜親の心理状態や家族機能について情報共有する＞とした．さらに，全職種が家族の強みを十分に把握していなかったため，下位目標に，家族の強みを把握することを含めた．

医療型障害児入所施設に勤務する多職種は，個々の専門が分業化しているため，専門性の理解不足やお互いに歩み寄る姿勢がないことから【専門性の違いによる困難さ】を実感していた．多職種はこの専門性の視点の違いより，家族支援に関して優先すべきことに違いが生じ，お互いの専門性への理解しがたいことや，他の職種の専門性を尊重しづらい状況が起こりうると考える．一方では，お互いの専門性が重複することで，【役割分担の不明確さ】も感じていた．家族へトータルケアを行うためには，意見交換によって，多職種がお互いの重複する役割や専門性を認め合うことが必要であると考え，到達目標3を＜お互いの専門性を認め合う＞とした．下位目標には，専門性に応じた情報提供と役割調整をすることを考えた．

多職種各々は，カンファレンスの回数や時間調整，内容などカンファレンスの企画運営の不十分さや，時間や人的余裕がないこと，意見を言いづらい立場や関係性から，【意見交換の不十分さ】を実感していた．さらに，多職種各々は【協働における調整の難しさ】を感じていた．これには，家族の思いや考えを聴く家

族と多職種との調整役や，意見交換の調整役，家族支援への方向性を総括する調整役という，協働を促進するコーディネーターの不在や，協働システムが確立されていないこと，地域や他施設との協働の難しさがあった．このように，意見交換の不十分さや協働の調整の不明確さがあることから，到達目標4を＜協働システムを明確にする＞とし，下位目標には，家族と多職種との調整，職種間の情報共有と意見交換の調整を考えた．

結論

1．医療型障害児入所施設における多職種間での情報共有や意見交換は回答者の９割が行っていたが，医師以外の職種は，医師と比較して職種間の情報共有や意見交換が不十分であると捉えていた．

2．家族支援における情報では，各職種は家族支援において専門性に応じた情報を得ていたが，全職種が家族の強みに関する情報を得ることが不十分であった．

3．医療型障害児入所施設に勤務する多職種の家族支援における課題には，【家族支援への目標の不明確さ】，【家族への関わりの困難さ】，【情報交換・情報共有の難しさ】，【専門性の違いによる困難さ】，【役割分担の不明確さ】，【意見交換の不十分さ】，【協働における調整の不明確さ】があった．

4．障がい児の家族へのトータルケアへ向けて，チームとして家族支援への目標，親の心理状態や家族機能を共有し，お互いの専門性を認め合い，協働システムを明確化する４つの到達目標と下位目標によるプログラムを考えた．

表4．家族支援における多職種の協働を促進するための介入プログラム

	到達目標	下位目標
1	チームとして家族支援への目標を共有する	1）チームとしての家族支援の目標を設定する 2）家族支援の目標の到達度を評価する
2	親の心理状態や家族機能について情報共有する	1）親の心理状態や家族機能について情報共有する 2）家族の強みを把握する
3	お互いの専門性を認め合う	1）専門性に応じた情報提供をする 2）専門性を発揮できる役割調整をする
4	協働システムを明確にする	1）家族の思いが多職種へ伝わるように調整する 2）多職種間で情報共有できるように調整する 3）全職種が意見交換できるように調整する

謝辞

本研究は，多くの皆様のご協力とご助言のもとに行うことができました．深く感謝申し上げます．なお，本研究は，岩手県立大学大学院博士後期課程の博士論文の一部に，加筆および修正したものである．

文献

1）厚生労働省．障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉思索を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律の概要．2010：http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shoigaisyahukushi/kaiseihou/dl/gaiyou.

2）細田満和子．「チーム医療」とは何か　医療とケアに生かす社会学からのアプローチ．東京：日本看護協会出版会；2012.

3）前田和子．チームアプローチの重要性．小児看護 2006；29（8）：983-986.

4）鷹野和美．チーム医療論．東京：医歯薬出版；2002.

5）品川陽子．NICU からの退院調整．小児看護 2013；36（12）：1601-1608.

6）鍬田晃子，井手州子．小児看護専門看護師の活動をとおしてみる新生児ケアにおける協働．小児看護 2012；35（12）：1563-1571.

7）古橋知子．多職種チームにおける看護師の働き．小児看護 2008；31（9）：1205-1209.

8）小室佳文．看護師の役割．小児看護 2006;29（8）：999-1002.

9）Espinosa，J.A，Lerch，F.J　& Kraut，R.E. Explicit versus implicit coordination mechanisms and task dependencies.　one side does not fit all.　Salas，E & Fiore，S.，M..　Team

Cognition. Washington： American Psychological Association；2004.
10）村田惠子, 宮内環, 内正子, 岩崎孝子．ハイモビックモデル応用による家族長期ケアモデル．野嶋佐由美，渡辺裕子（編）．家族看護 04　家族アセスメントに基づいた家族像の形成．東京：日本看護協会出版会；2004．96-106.
11）Hayes，R.L, 高岡文子．協働（コラボレーション）の意義　―学校改革のための学校―大学間パートナーシップ．　現代のエスプリ 2001；407：99-112.
12）前掲書 2）
13）前掲書 3）
14）前掲書 4）
15）田村由美．新しいチーム医療　看護とインタープロフェッショナル・ワーク入門．東京：看護の科学社；2012.
16）前掲書 11）
17）全国肢体不自由児施設運営協議会．「障害者の地域生活の推進に関する検討会」資料．2013：http://www.mhlw.go.jp/file/05_shingikai_12.
18）前掲書 2）
19）陣内一保，安藤徳彦．こどものリハビリテーション医学　第 2 版．東京：医学書院；2008.
20）前掲書 1）
21）一瀬早百合．障害のある乳幼児と母親たち　－その変容プロセス．東京：生活書院；2012.
22）星直子．子どもの病気・障害経過における「夫婦の体験」に関する研究．東京：こうち書房；2004.
23）濱田裕子．障害のある子どもと社会をつなぐ家族のプロセス　―障害児もいる家族として社会に踏み出す．　日本看護科学会誌　2009；29（4）：13-22.
24）野嶋佐由美，中野綾美．家族エンパワーメントをもたらす看護実践．東京：へるす出版；2005.
25）前掲書 6）
26）Hulme，P.A.. Family Empowerment:A Nursing Intervention With Suggested Outcomes for Families of Children With a Chronic Health Condition. Journal of Family Nursing 1999；5（1）：33-50.
27）Pelchat，D.　& Lefebvre，H. A holistic intervention programme for families with a child with a disability. Journal of Advanced Nursing 2004；48（2）：124-131.
28）安梅勅江．エンパワメントのケア科学　当事者主体チームワーク・ケアの技法．東京：医歯薬出版株式会社；2004.
29）Dunst，C.J.，& Trivette，C.M. Empowerment, effective helpgiving practices and family-centered care. Pediatric Nursing 1996；22：334-343.
30）三浦まゆみ，兼松百合子，高橋有里，小山奈都子，平野昭彦．看護実践者が捉える「家族・家族ケアの概念」「必要な情報」「関わりの実際」とその関連．岩手看護学会誌 2009；2（2）：6-12.

（2014 年 11 月 10 日受付，2015 年 2 月 18 日受理）

<Original Article>

The Creation of Intervention Program for Interdisciplinary Collaboration in the Support of Families with Disabled Children
― Focusing on Multiple Specialist Employed at Medical Facilities for Disabled Children ―

Mizue Hara
Faculty of Nursing Iwate Prefectural University

Abstract

This study focuses on the various workers employed at facilities for children with medical disabilities and their collaboration in supporting the families of those children. It clarifies the unique qualities of the various workers' professions, and it aims at proposing a program that promotes the collaboration of those works in providing "total care" towards the families. Towards that end, a questionnaire was submitted to the various workers at facilities for medically disabled children throughout Japan. The results of the survey reveal that although 90% of the respondents were sharing information and exchanging opinions with the various other facility workers, information sharing and opinion exchange among workers who were not doctors was poor in comparison to the doctors. Furthermore, when providing support for families, each worker was obtaining information that related to his or her expertise, but none of the workers was obtaining sufficient information about the strength of the families. There were various issues in regards to workers providing support for families; these were: a lack of clarity about the goals of family support, difficulty in relating to families, difficulties in exchanging and sharing information, difficulties owing to differences in expertise, lack of clarity about assigning roles, an insufficient sharing of opinions, and a lack of clarity about how to regulate collaboration efforts. Based upon these conditions, it appears necessary to form a program which aims at total care for families with disable children, and which, in order to promote collaboration between workers, allows workers of different disciplines to recognize each other's specialties, and--through the exchange of views--come as a team to share a common purpose for family care.

Keywords: interdisciplinary, child with disabilities, support for families, program to promote collaboration, medical facilities for disabled children

〈事例報告〉

集中治療領域における終末期患児の両親と看護師の関わり

小山智子　吉田奈々子　及川佳子　橋本博明　斎藤典彦　多田育美
岩手医科大学附属病院循環器医療センター

要旨

本研究は，ICUにおける終末期患児の両親と看護師の関わりの実際を明らかにしていくことである．研究方法は当病棟に勤務する16名の看護師に半構成的面接法にて調査を行った．その結果，【突然集中治療が必要となった子供の病状を両親が理解するための援助】【突然集中治療が必要となった子供の両親の精神的な支え】【集中治療が必要となった子供の両親と関わった看護師の想い】【子供が集中治療を受けながら終末期を宣告された両親の衝撃】【親子のつながりを支えるケア】【子供を亡くす両親に関わった看護師の不全感】のカテゴリーが抽出された．看護師は患児が集中治療期から終末医療期に移行した限られた時間の中で【親子のつながりを支えるケア】を中心に両親への関わり方の内容が変化していった．また医療チームの中心となって行動し両親の希望を実現させることができた．しかし，終末期の家族看護は手探りの状態で自分の提供した看護が正しいのか不全感を抱えていた．今後は看護師の個々の経験を語り合う場を設け，経験的学習を重ねていくことで，看護師自身のケアにもつながり，ICUでの小児の終末期における家族看護の質が向上できると示唆を得た．

キーワード：集中治療，終末期，小児看護，家族看護

はじめに

A大学附属病院循環器医療センターICU（以後ICU）は，小児から成人までの心疾患患者の集中治療を行なっている．先天性心疾患を持つ患児は，身体的な予備力が低いため，生命の危機に陥りやすい．そのため，懸命な治療の甲斐なく亡くなるケースも少なからずあり，ICUは救命措置に積極的に介入する集中治療と同時に死を避けることができない終末期医療が混在する場所である．

今回，重度の肺炎を合併した先天性心疾患患児がICUに緊急入院したが，9日間で亡くなった事例を経験した．両親は短期間で治療選択の意思決定をしなければならない過酷な状況に置かれた．両親と関わった看護師は，両親が子供の死を受け入れていく過程においてどのような関わりを持てばいいのか，どのような援助をすることが両親の精神的負担の支えとなるのか明確な答えのないまま終末期の臨床にいた．終末期への対応については学問的バックグランドも少なく，ほとんど組織だった知識のないまま集中治療の終末期の臨床に携わっていることが多い[1]と指摘をされていることから，死を短期間で受け入れなければならない家族への関わりに悩む医療職者は多いと推察される．その中でも，未来のある我が子が生きることのできない事実を知った両親への関わりは難しく，ICUにおける終末期患児の両親との関わりについての先行研究も少ないのが現状である．

そこで，本研究では緊急入院そして終末期を宣告された両親をどのように受け止め，関わったのかを，両親に関わった看護師にインタビュー調査を行い，看護師の語りから得られた内容を分析し，終末期家族看護の実際を明らかにすることで，ICUにおける終末期患児の両親に対する看護の示唆を得たいと考えた．

研究目的

ICUにおける先天性心疾患終末期患児の両親に関わった看護師の語りから，両親の心理状況を整理し，看護師と家族の関わりの実際を明らかにすることを目的とする．

研究方法

1．期間

H25年6月～9月．

２．用語の定義

終末期：適切な集中治療を行っても生命が人工的な装置に依存し，かつ生命維持に必要な複数の臓器が不可逆的な機能不全となり，医師から救命できないと判断された時期.

３．データの収集方法

１）事例の患児が入院してから死亡するまでの9日間で16名の看護師が関わっており，「集中治療期」と「終末医療期」の2期に分けて半構成的面接方法を用いて調査を行った．面接内容は「面会時の両親の表情や反応」「両親への声掛け」「両親の状況のアセスメント」「両親との会話」「関わりで悩んだこと」「看護師，医師と話し合う場面」「面会時に気をつけた事」「医師からのICの立ち会い」「受け持ったときの思い」などであった．面接内容は研究参加者の承諾を得てボイスレコーダーに録音した.

２）インタビューはプライバシーが確保できる個室を利用して，臨床経験10～15年の中堅看護師の研究者4名が，2名ずつに分かれて同席し30分程度で行った.

４．研究参加者

事例の患児が入院してから死亡する期間に，患児および両親に関わった看護師（臨床経験５年以上25年未満の看護師）16名を対象とし，研究者４名が個々で研究協力依頼文書を用いて直接説明をした.

５．データの分析方法

１）看護師の語りにより得られた内容から逐語録をおこして読み，看護師の思いや関わりを表している言葉，両親の気持ちを表している言葉をコードとした．抽出されたコードを分類し，まとまりをサブカテゴリーとした．更に抽象度を高めてカテゴリー化した.

２）緊急入院から救命治療を行った第4病日までを集中治療期，余命告知から死亡までの第５～９病日までを終末医療期とし，各期における看護師から見た両親の状況及び看護師の関わりを明らかにした.

３）分析過程においては，分析内容と逐語録のデータとの照合を研究者間で繰り返し行い，結果の一致をみることで真実性・信憑性の確保に努めた.

６．倫理的配慮：研究者から研究参加者に研究の趣旨を説明した．そして研究目的，方法，同意をした後も辞退できることを説明後，研究への参加意思を確認した．収集したデータは研究目的以外では使用しないこと，学会発表の可能性があることを説明し書面にて同意を得た．また，院内倫理委員会の承認を得た.

結果

研究参加者16名の協力を得ることができた．参加者の平均年齢は33.9（±4.7）歳，ICU経験年数8.1（±3.2）年であった．面接時間は30分程度であった．以下，両親の心理状態の変化と，両親と看護師の関わりの実際について，それぞれ集中治療期と終末医療期に分けて結果を述べていく.

文中の表記については語りをコードとして「　」，サブカテゴリーを＜　＞，カテゴリーを【　】で示す．また（　）は補語を，『　』は語りの中で看護師が両親の実際の言葉を表したものであることを示す.

１．両親の心理状態の変化

１）集中治療期は患児の救命のため，人工呼吸器・ECMO・持続的血液浄化療法を装着し，積極的な治療を行った期間であった．研究参加者の語りから「すでに両親の表情は硬く，びっくりしている様子」「（母親は）ずっとぽろぽろ泣いていた」「（母親は患児の状態を）『風邪かなと思い，重症と思わなかった』と言っていた」「母親は患児に謝りながら泣いていた」「（母親は）『もっと早く（患児を）連れてきていれば，早く対処できたのに』と言っていた」「（母親は患児が）『こんなに重症になってしまった』と言っていた」「母親は表情が暗く，『どうして…なんで…』と泣いていた」など，母親の【後悔・自責の想い】を感じる内容が抽出された.

２）終末医療期は，余命告知から死亡までの期間である．「（母親は）涙ぐんでいる」「（父親は患児が）『お菓子が好きだった』と言っていた」「（母親が患児は）『育てていてどんどん可愛くなった』と言っていた」「（両親は）『患児も頑張っている』と言っていた」などの研究参加者の語りから，両親は【患児の思い出】を話すようになっていた．そして「（両親は）『なんかじわじわと逝くのがかわいそうで』と言っていた」「（両親は）『できるなら生きている間に抱っこしたい』と言っていた」などから【残された患児と生きる時間の希望】を話すようになり「表情から死を受け止めている感じがあった」から，研究参加者は両親が死を受け入れ始めていると感じる一方で，「（両親は）『こんな，機械に囲まれて』と言っていた」「（両親は）『病院に連れてきて，一気に具合が悪くなった．もっと早く連れてきていれば』と言っていた」など両親の【後悔・自責の想い】を表す研

表１．集中治療期(緊急入院から救命治療を行った期間)のカテゴリー分類

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	コード内容
突然集中治療が必要となった子供の病状を両親が理解するための援助	両親の表情や言動を確認しながら治療の説明について依頼する働きかけ	7	・（両親が）病状について分からないことは医師に伝えるようにした ・医師に両親へ（児の病状を）細かく説明してもらうように声をかけた ・（両親が）受け入れられていない様子だったのでこちらから声をかけ病状の説明をした
	子供に必要な処置について十分な説明を行う	5	・（患児に行う）気管吸引など、ケア前は説明した ・（患児に行う）処置の必要性を説明した ・苦痛（両親が見て苦痛と思われる）を伴う処置を行う際は説明した
突然集中治療が必要となった子供の両親の支え	母親の精神的な負担を増強させない関わり	17	・（母親の）表情を見ながら聞きやすいような声がけ ・傾聴 ・患児の状態に対しての説明などで（母親の）不安を大きくするような声がけはしない ・家族が面会していない間の児の状態を教えた
	親子の触れ合いを促す関わり	2	・（両親に）手を握ったり、頭を触れてよいと伝えた ・（両親に）可能な限り、一緒にいられるようにすると伝えた
	医療機器に囲まれた空間を和らげる	2	・ルート類はタオルで隠す ・機械自体は隠すことはしなかった
	医療機器につながれた子供の容姿の変化を最小限にする	2	・（処置時の）血液などふき取って患児をきれいにしてから面会する ・患児の周囲を常にきれいにするように心がけた
集中治療が必要となった子供の両親と関わった看護師の想い	集中治療が必要となった子供の両親への対応・関わりに自信が持てない	6	・もう少し、お母さんの不安を軽減できるよう何かできたのではと思う ・それが（看護師の対応が）正しいことだったのかと思いながら働いている ・こういう患児が来たとき、いつも対応はこれで良いか疑問に思う
	看護師の忘れられない事例	3	・鮮明に（入室時のことを）思い出します ・（外来からの緊急入院の様子を）忘れることはできない ・このあとも同じような子が来ると思い出す
	Ⅰ期合計	44	

表２．終末医療期（余命宣告から死亡するまでの期間）のカテゴリー分類

カテゴリー	サブカテゴリー	コード数	コード内容
子供が集中治療を受けながら終末期を宣告された両親の衝撃に対するケア	両親の表情や言動から両親の想いを看護師間で共通認識し把握する	32	・医師からの説明をどのくらい理解できているのか聞いて、それに対して両親はどのように考えているのか聞いて、両親の考えに沿えるようにした。 ・（父親）表情は暗く硬かった・（父親の）目が涙ぐんでいた・母親はどうしてと泣いていた ・カンファレンスで（両親の表情や言動を）取り上げ看護師間で情報の共有をした。
	子供の死を宣告された両親に寄り添った関わり	31	・（両親が）子供の話をすることで気持ちが楽になるのではないかと思った ・面会時間以外は、大丈夫ですよ。私たちが見ているので安心してくださいと伝えた ・患児が好きなものを置いてあげた ・処置の忙しさに自分の行動が荒くならないようにした
親子のつながりを支えるケア	両親が子供を抱っこするための医師への協力の依頼	10	・両親は、患児が生きている間に抱っこしてあげたいと思っていた ・患児を抱っこするために患児の状況を確認しながら繰り返し声がけを医師に行った ・今ならできる（抱っこをすることが）と思った ・役割を決めたわけではないが、みんながどうすれば安全に抱っこできるか考えていた ・家族に後悔させたくない ・看護師の声掛けに医師も承諾してくれて小児科医を数人連れてきた
	親子の触れ合い・親子の空間を大切にした関わり	13	・両親にクリームを塗ってもらう ・（患児の）マッサージを（両親と）一緒に行った ・（患児の）顔拭きを（両親と）一緒に行った ・家族水入らずになれるようにした ・個室だったため、カーテンとドアを閉めて家族だけで話せるようにした ・子供の好きな音楽をかけてみますかなど意識して声をかけた ・家族だけの時間を大切にしてあげたかった ・両親が患児に話しかけやすいようにした
	医療機器に囲まれた環境から自宅の環境に近づけようとした関わり	19	・できるだけ家にいるときと近い状態に持っていけるように患児の好きなものを持ってきてもらい、体の近くに置いた。 ・医療機器やルートが見えないようにして家族だけの空間を作った
	死に向かっていく子供の容姿・体温の変化を最小限にしたい関わり	4	・血液が目につかないようにした ・患児の体が冷たいことには家族が敏感だったりするので温かくするように心がけた
子供を亡くす両親に関わった看護師の不全感	子供を亡くす両親への関わり方の悩み	12	・（両親と）どのように接していいか分からない ・終末期の子供の両親の気持ちをどのように知り、知った上でどう答えていいか分からない
			・両親に対する終末期の看護は手探りの状態でしか関わることができなかった
			・子供の終末期はどのように関わったらいいのかいつも悩む
	集中治療から終末期に移行した子供の両親への対応を身に着けたい	15	・短い周期で亡くなる子が多いため、その対応を身に着けたい
			・子供の終末期の看護について学びたい
			・こういう事例は対応が難しい
	Ⅱ期合計	136	

究参加者の語りも抽出された.

2．両親と看護師のかかわりの実際

研究参加者の語りから，180 のコードが得られた．そして，集中治療期では【突然集中治療が必要となった子供の病状を両親が理解するための援助】【突然集中治療が必要となった子供の両親の精神的な支え】【集中治療が必要となった子供の両親と関わった看護師の想い】，終末医療期では【子供が集中治療を受けながら終末期を宣告された両親の衝撃に対するケア】【親子のつながりを支えるケア】【子供を亡くす両親と関わった看護師の不全感】のカテゴリーが抽出された.

1）集中治療期

【突然集中治療が必要となった子供の病状を両親が理解するための援助】は2つのサブカテゴリーで構成された.「（両親が）病状について分からないことは医師に伝えるようにした」「医師に両親へ細かく病状の説明をしてもらうように声をかけた」から，＜両親の表情や言動を確認しながら治療や病状の説明を医師に依頼する働きかけ＞が抽出された.「（患児の）気管吸引などケア前は説明した」「苦痛（両親から見て患児が苦痛と思う）を伴う処置を行うときは説明した」「（患児に行う）処置の必要性を説明した」などから，＜子供に必要な処置について十分な説明を行う＞が抽出された.

【突然集中治療が必要となった子供の両親の支え】は4つのサブカテゴリーから構成された.「（母親の）表情を見ながら聞きやすい声がけ」「傾聴」「患児の状態に対しての説明などで（母親の）不安を大きくするような声がけはしない」「家族が面会していない間の児の状態を伝えた」から，＜母親の精神的な負担を増強させない関わり＞が抽出された.「手を握ったり，頭を触ってよいと伝えた」「面会時間の制限はあるが可能な限り，一緒にいられるようにすると伝えた」などから＜親子の触れ合いを促す関わり＞が抽出された．コード数は少なかった.「ルート類はタオルで隠す」「機械自体は隠すことはしなかった」から＜医療機器に囲まれた空間を和らげる＞が抽出された．また「患児をきれいにしてから面会する」「患児の周囲を常にきれいにするように心がけた」から＜医療機器につながれた子供の容姿の変化を最小限にする＞が抽出された.

【集中治療が必要となった子供の両親と関わった看護師の想い】では，「もう少し，お母さんの不安が軽減できるよう，何かできたのではと思う」「こういう患児が来たとき，いつも対応はこれでよいか疑問に思う」などから＜集中治療が必要となった子供の両親への対応・関わりに自信が持てない＞が抽出された.「この後も，同じような子が来ると思い出す」「（外来からの緊急入院のことを）忘れられない」などから＜看護師の忘れられない事例＞が抽出された.

2）終末医療期

【子供が集中治療を受けながら終末期を宣告された両親の衝撃に対するケア】は「医師からの説明をどのくらい理解できているのか聞いて，それに対して両親はどのように考えているのか聞いて，両親の考えに沿えるようにした」「（父親の）表情は暗く硬かった」「（父親の）目は涙ぐんでいた．母親は『どうして』と泣いていた」「カンファレンスで（両親の表情や言動を）取り上げ看護師間で情報の共有をした」から＜両親の表情や言動から両親の想いを看護師間で共通認識する＞が抽出された.「（両親が）子供の話をすることで気持ちが楽になるのではないかと思った」「患児が好きなものを置いてあげた」「面会時間以外は，大丈夫ですよ．私たちが見ているので安心してくださいと伝えた」「処置の忙しさに自分の行動が荒くならないようにした」などから＜子供の死を宣告された両親に寄り添った関わり＞が抽出された.

【親子のつながりを支えるケア】は4つのサブカテゴリーで構成された.「両親は，患児が生きている間に抱っこしてあげたいと思っていた」「役割を決めたわけではなかったが，みんながどうすれば安全に抱っこできるか考えていた」「患児を抱っこするために医師に声がけを行った」から，＜両親が子供を抱っこするための医師への協力の依頼＞を抽出した．しかし，「医師はそれ（抱っこを）をすることで患児の命と親としての役割を絶たせてしまうことになるかもしれないという点でOKが出せない状態だった」の研究参加者の語りから，一度は患児を抱っこすることを医師側から断られていた状況下にあった．それでも研究参加者達は「今ならできると思った」「家族に後悔させたくない」との思いを強く持ち，再度医師側に患児が生きている間に両親が抱っこできるよう＜両親が子供を抱っこするための医師への協力の依頼＞の行動を起こしていた．この繰り返し行った行動により，医師から許可を得ることができ，医師から臨床工学士へ協力の依頼が

行われ，両親は患児が生きている間に抱っこをすることができた．「両親にクリームを塗ってもらう」「（患児の）マッサージを（両親と）一緒に行った」「（患児の）顔拭きを（両親と）一緒に行った」「家族水入らずになれるようにした」「個室だったため，カーテンやドアを閉め，家族だけの会話ができるようにした」などから＜親子の触れ合い・親子の空間を大切にした関わり＞が抽出された．「機材やルートが見えないようにして家族だけの空間を作った」「できるだけ家にいるときと近い状態に持っていけるよう，患児の好きなものを持ってきてもらい体の近くに置いた」から＜医療機器に囲まれた環境から自宅の環境に近づけようとした関わり＞「患児の体が冷たいことには家族が敏感だったりするため温かくするよう心掛けた」「血液が目につかないようにした」から＜死に向かっていく子供の容姿・体温の変化を最小限にした関わり＞が抽出された．

【子供を亡くす両親に関わった看護師の不全感】では「終末期の子供の両親の気持ちをどのように知り，知ったうえでどう答えたいいか分からない」「終末期の看護は手探りの状態でしか関わることができなかった」「子供の終末期はどのように関わったらいいのかいつも悩む」などから＜子供を亡くす両親への関わり方の悩み＞が抽出された．「（ICUは）短い周期で亡くなる子が多いため，その対応を身に着けたい」「子供の終末期の看護について学びたい」「こういう事例は対応が難しい」などから＜集中治療から終末期に移行した子供の両親への対応を身に着けたい＞が抽出された．

考察

今回得られた結果では，集中治療期から終末医療期へ移行する過程において，研究参加者は両親の心理状態の変化を捉えながら両親と関わっていた．中でも特に【親子のつながりを支えるケア】は終末医療期で中心となった両親への関わり方であった．この部分に着目しながら，他のカテゴリーと両親の心理的状況とあわせて考察していきたい．また研究参加者の語りから，【子供を亡くす両親に関わった看護師の不全感】が抽出されたため，この項目についても考察をしていきたい．

1．集中治療期における看護師の両親の心理状態の捉え方と，関わり方の実際について

集中治療期では，研究参加者は両親の心理状態を，「すでに両親の表情は硬く，びっくりしている様子」「（母親は）ずっとぽろぽろ泣いていた」「（母親は患児の状態を）風邪かなと思い，重症と思わなかった」から【後悔・自責の想い】を強く抱いていたと捉えていた．両親は自分達の判断が間違っていたために，患児が重症になってしまったことに対しての【後悔・自責の想い】が強くあることから，両親の精神的な負担を今以上に増強させないような関わりが重要であると研究参加者は考え，【突然集中治療が必要となった子供の両親の精神的な支え】を中心に，「患児の状態に対しての説明などで（母親の）不安を大きくするような声がけはしない」から＜母親の精神的な負担を増強させない関わり＞を行い，「（両親に患児の）手を握ったり頭に触れてよいと伝えた」から＜親子の触れ合いを促す関わり＞などの受容的な態度で接していたと考える．また，「ルート類はタオルで隠す」から＜医療機器に囲まれた空間を和らげる＞，「（処置時の）血液などふき取って患児をきれいにしてから面会する」から＜医療機器につながれた子供の容姿の変化を最小限にする＞関わりを行っていた．これらの看護ケアとして，看護師は救命治療により多数の点滴や医療機器に囲まれている患児の容姿の変化や・環境に配慮して，視覚的に受ける不安や衝撃が最小限となるような環境整備を行った上で，両親が面会できるような対応していたことがあげられた．そして，これらの関わりは＜母親の精神的な負担を増強させない関わり＞につながるものでもあったと考えられた．しかし，臨床経験5年目以上25年目未満の研究参加者が両親と関わっていたが＜親子の触れ合いを促す関わり＞のコード数は少なかった．この背景には以下の三つのことが要因であったと考えられる．一つ目は，救命するための集中治療中に親子が離れてしまう環境は治療が優先され，そのことを当然のこととして捉えていたと考える．二つ目は両親が子供に触れることや面会時間に制限があることは仕方のないことという認識があったことが考えられる．次に三つ目として，病状を改善に向けていく急性期の治療・処置に追われ，その中で【後悔・自責の想い】の強い両親への精神的な支えに集中的に関わったためと考える．クリティカルケア領域では搬送された患者の救命・回復のための治療や看護が最優先となり，その家族への援助の必要性を感じてはいても十分に関わる余裕がない状況にある[2]ことから，＜親子の触れ合いを促す関わり＞のコード数が少ないことは，集中治療に携わる専門職として陥りやす

い現実であると推察される．

研究参加者は両親が患児の状態について正しく理解されることも重要であると考えていた．「（両親が）病状について分からないことは医師に伝えるようにした」などから＜両親の表情や言動を確認しながら治療や病状の説明について医師へ依頼する働きかけ＞を行っていた．看護ケアとして，研究参加者は両親が正しく患児の状態を理解できるように医師と連携を取り，確実で適切な情報の提供が両親になされるように協力していたことがあげられた．そして，「苦痛（両親が見て苦痛と思われる）を伴う処置を行う際は説明した」から＜子供に必要な処置について十分な説明を両親に行う＞ことを行っており，看護ケアとして両親の不安を助長させないように，患児への必要な処置であることを理解されたうえで処置を行うように心がけていたことがあげられた．これらの関わりが【突然集中治療が必要となった子供の病状を両親が理解するための援助】につながっていた．

２．終末医療期における看護師の両親の受け止め方と，関わり方の実際について

終末医療期では，「（患児は）お菓子が好きだった」から両親は【患児の思い出】を話すように変化し，さらに「できるなら生きている間に抱っこしたい」などから【残された患児と生きる時間の希望】を話すようになっていた．そして「表情から死を受け止めている感じがあった」から，研究参加者は両親が死を受け入れ始めていると捉えていた．しかし，「病院に連れてきて，一気に具合が悪くなった．もっと早く連れてきていれば」と両親は【後悔・自責の想い】を持ち続けていたことも研究参加者は認識していた．この背景には，集中治療から終末期医療に移行する期間が5日間であり，気持ちの整理をするにはあまりにも時間が短すぎたことが考えられる．この時研究参加者は，＜両親の表情や言動から両親の想いを看護師間で共通認識し把握する＞ことを行っていた．これは患児の死へ向かう事実を知らされた両親の心理状態を捉え違わないように，統一した援助を行うためであったと考えられる．そして「（両親が）子供の話をすることで気持ちが楽になるのではないかと思った」「面会時間以外は，大丈夫ですよ．私たちが看ているので安心してくださいと伝えた」から＜子供の死を宣告された両親に寄り添った関わり＞を行っていた．看護ケアとして，緊急入院時から緊迫し，張りつめていた両親の精神状態を緩和できるような関わりを持ち，両親が少しでも休めるように配慮した働きかけを行っていたことがあげられた．

しかし，研究参加者は両親の心理状態を把握しながらも，患児の死が近いことを予測し【親子のつながりを支えるケア】に積極的に介入することを行っていた．積極的に介入した背景には，患児の終末期が現実として医師から宣告されたことで，研究参加者は親子の死別が避けることのできない事実であることを認識し，両親が【後悔・自責の想い】を抱き続けていたことも把握していたため，さらに後悔することが無いように親子で共有できる残された時間を無駄にせず，【親子のつながりを支えるケア】で最善を尽くしたいという想いに駆られて，心が突き動かされたのだろうと推察される．そして，患児の容姿の変化を最小限にしてあげたいという想いから，「できるだけ家にいるときと近い状態に持っていけるように患児の好きなものを持ってきてもらい，体の近くに置いた」などの＜医療機器に囲まれた環境から自宅の環境に近づけようとした関わり＞や「患児の体が冷たいことには家族が敏感だったりするので温かくするように心がけた」などの＜死に向かっていく子供の容姿・体温の変化を最小限にしたい関わり＞につながり実践していたと考える．また，親の役割を果たす時間を確保してあげたいという想いから，「両親にクリームを塗ってもらった」「（患児の）マッサージを（両親と）一緒に行った」などの看護ケアを行っていたと考えられる．この看護ケアの内容は，一般的に親子の日常生活にみられる光景であり，その行動を看護ケアとして取り入れることは両親にも受け入れやすかったのではないかと考える．そして，＜親子の触れ合い・親子の空間を大切にした関わり＞につながり，残された大切な時間を共有できる働きかけになったと考える．その中でも研究参加者は，両親の「できるなら生きている間に抱っこをしたい」という両親の想いを強く受け止めていた．抱っこという行為は，親子がお互いの匂いやぬくもりを感じて親子であることのつながりを確認し，全身で生を実感することができる重要なスキンシップであると考える．そのため，研究参加者も両親が抱っこをしたい気持ちを強く支持したのではないかと考えられる．

死となりうるリスクが高いという医師側の判断と，看護師の両親の想いを尊重したいという情緒的な判断に，「今なら」という状況判断が加わったことにより，医師が「抱っこ」を許可し，実現へと繋がったと

考える．

能芝は[3]「患者・家族の希望や何に価値を置いているのか情報を得て，その情報を医療チームに還元し，意思決定などに活かしていくことができれば，家族ケアの質は向上する」と述べている．このことから，患児の状況判断をしながら両親が患児を抱っこしたいという希望に沿うことで，研究参加者は家族看護の価値を見出していたと考える．そして家族看護の重要性を認識した行動であったと言える．また，パトリシア・ベナーは[4]「家族員が子供の死と向き合えるようになるには，まだ生ききれていない生命への期待や望みを喪失する悲壮感が伴う．つながりを持ち，逝かせてあげるという儀式によって死の悲しみと不可避さに向き合えるようになる」と述べているように，両親が患児を抱っこすることは，親子のつながりを保つ事に相当し，いつの日か子供を失った悲しみの不可避さに向き合えるようになるためのきっかけになったのではないだろうかと考える．

以上のことから，集中治療に携わる看護師は，刻一刻と迫ってくる終末期の臨床の場において，限られた時間の中で患者家族の希望を叶えるために，コミュニケーション能力を発揮してそこから得た情報を間違うことなく医療チームに還元し，他職者と協力して家族の希望の実現に向けて行動しなくてはならない．また，患者家族の心理状態も推察し，死の悲しみに向き合えるには何が必要なのかもアセスメントしながら対応していかなくてはならないと考える．このことは集中治療に携わる看護師にとって大切な視点であることが分かる．そして，医療チームの中で看護師は家族看護の質の向上にもっとも重要な役割を担っていることも分かった．

３．小児の終末期における家族看護に対して，看護師が抱いている不全感について

【子供を亡くす両親と関わった看護師の不全感】は2つのサブカテゴリーから構成されており，「両親に対する終末期の看護は手探りの状態でしか関わることができなかった」などから＜子供を亡くす両親への関わり方の悩み＞が浮き彫りになった．この背景には，当部署は先天性心疾患に対する外科的治療が中心の病棟であり，手術を終え元気になって自宅に帰ることがほとんどであること，終末期に携わることは数例であり，小児の終末期における家族看護の経験不足などが考えられる．また，ICUは短時間での終末期の関わりとなることがほとんどのため，終末期看護の最善を尽くしたいという強い思いを持って精一杯の力で家族と関わるものの，短期間であることから家族が望むことをすべてできたのか，もっとできる看護はあったのではないかとういう不全感から生じていると考える．渡辺は[6]，「こどもの死は，看護者にとっても大きな悲しみであり，入院中の看護を振り返り，もっと何かできたのではないかとういう無力化や自責の念につながっていくこともある」と述べている．このことから，研究参加者も，今回の事例の終末期における家族看護が無力感や，自責の念につながる可能性があると考える．広瀬[5]は「自分の感情と体験を十分に語り，表出することでナースとして，人間として成長する機会になる」と述べており，終末期を体験した看護師の想いを語る場を設け，お互いの経験を共有して看護ケアを振り返りながら，一つ一つの行動に意味づけを行っていくことで，看護ケアの内容を深めることができると考える．また，お互いの経験を共有することは，看護師が抱いていた小児の終末期における家族看護に対する不全感が改められるとともに，ICUでの小児の終末期における家族看護の質の向上につなげていくことができると考えた．さらに看護師の想いを語る場を設けることは「子供の終末期の看護について学びたい」という看護師の想いにもつながることであると考える．

結論

１．終末期患児の両親と看護師の関わりの実際では，集中治療期から終末医療期に移行する中で，看護師は【親子のつながりを支えるケア】を中心に両親の希望を実現できるよう，医療チームの中心となり家族看護に取り組んでいた．

２．看護師は終末医療期において【子供を亡くす両親へ関わった看護師の不全感】を持っているという特徴がみられた．

３．今後は，終末期を経験した看護師が，お互いの経験を語り合う場を設け経験的学習を継続的に行っていくことで，集中治療領域の小児の終末期における家族看護の不全感を改め，さらに内容や質を深めていくことが重要である．

おわりに

本研究は一事例を通しての分析なので，一般化には限界があると考える．今後は，さらに質的研究の学びを深め，集中治療領域での小児の終末期における家族

看護の実際を他病棟・他施設で検討し明らかにすることで，更なる看護の示唆を得たいと考える．また，本研究は第45回日本看護学会－急性期看護－学術集会で発表した内容の一部を修正・加筆したものである．

最後になりましたが，面接を快く引き受けてご協力いただいた皆様に深く感謝申しあげます．

文献

1）和田浩，西原正人，船戸正久．小児重症患者の終末期の対応．ICU と CCU2011；35（11）：1035.
2）福田和明．クリティカル領域における家族の捉え方・その特徴．家族看護 2012；10（1）：20
3）能芝範子．チームによるクリティカルケア領域での家族ケア．家族看護 2012；10（1）：71.
4）パトリシア・ベナー．看護ケアの臨床知－行動しつつ考えること－．第 2 版．井上智子．東京：医学書院；2012．606-621.
5）広瀬寛子．ナース自身のグリーフケア．家族看護 2012；10（2）：68.
6）渡辺美穂．小児がんで子供を亡くした家族へのかかわりに対する看護者の思い．群馬県立医療短期大学紀要 2003；10：49-61.

（2014年10月30日受付，2014年12月26日受理）

<Case Report>

End-of-live Care for Family in Pediatric Intensive Care

Satoko koyama, Nanako Yoshida,Yoshiko Oikawa,Hiroaki Hashimoto,Norihiko Saito,Ikumi Tada
Iwate Medical University Hart Center

Key words: intensive, terminal, pediatric, nurse, family

〈特別寄稿〉

看護ケアをどのように追究してきたか

兼松百合子
岩手県立大学名誉教授

要旨

本稿は，看護独自の内容である「看護ケア」をどのように追究することができるかを，自身の追究の過程を例として述べることを目的とした．学生時代，卒後の臨床実践，大学での看護技術教育の体験から，看護の主体性や独自のものについて確信を持ちたいと考え，カリフォルニア大学ロスアンゼルス校に留学，ドロシージョンソン教授の指導を受けて「看護とは」を説明する方法を学んだ．帰国後に行なった主な研究的実践として，「プレイルームにおける遊びの時間」，「外来での小児糖尿病看護相談」，「内科外来での継続看護」，「看護の授業における看護ケア」を述べた．追究を継続する要件としては，周囲の人々特に実践現場のスタッフとの協働，看護ケアの内容を記録すること，記録に基づき実践の方法や成果を分析し，公表することが重要であると考えられた．

キーワード：看護ケア，研究的実践，病児のプレイ，糖尿病看護相談

はじめに

看護師は，いつの時代にも患者の身近にいて，日常の世話や治療処置に携わっており，医療の現場には欠かせない役割を担っている．しかし，その活動が医師との連携の上になされるものであるために，看護の独自性が見えにくく，看護による成果として評価されにくい状況に置かれることも事実である．あるときには医師さえいれば良いとされ，医師の診断や治療処方の中に看護師によって提供される情報や，器具の準備などがあり，さらに患者が日常の世話を受けていることは，表現されない．近年は，医師，看護師のほかに，薬剤師，栄養士，理学療法士，作業療法士，医療ソーシャルワーカー，臨床心理士など，多くの専門職者が医療を担っており，多職種によるチーム医療が推進され，それぞれの専門的な機能に価値が置かれている．この医療チームにおいて，看護職がよい役割を果たし，患者と家族が必要とする専門的サービスを十分に受けられるようにすることが望まれる．

看護師には日常生活の援助と，診療に関する援助のほかに，医療チームのメンバーによるサービスが円滑に，効果的に行われるように調整的な役割を果たすことが求められる[1]．これらを含む看護師の独自の機能を「看護ケア」と呼びたい．“ケア”という言葉をつけるのは，対象者や周囲の人々への配慮に満ちた行為であること，全ての人に共通の基本的ニーズの充足に向けた行為であることを示し，看護の特徴を表わすと考えるからである．

筆者の追究のはじまり

筆者は，昭和 28 年に，わが国の国立大学医学部に初めて開設された東京大学医学部衛生看護学科[2]で学んだ．高知女子大学家政学部で，その前年に看護教育が始められ，当時の文部省，厚生省は，わが国の看護の指導者を育成し，看護のレベルアップを目指したということであるが，教育の内容は全くの手探りであった．前身の看護学校や医学専門学校の教育施設や指導者，アメリカの看護教育を受けた看護婦が活用されたが，4 年制大学の中で教養学部での教養教育と医学部での専門教育を，保健婦助産婦看護婦養成所の教育基準に合わせ，看護婦と保健婦の国家試験を受けられるようにするにはどうすればよいか，特に，実践の中で学ばれる看護の実習はどのような場で，どのように行うのかは，全く手探りであった．顧みれば学生と共に築き上げられたと言える．

１．学生時代の臨床実習

３年後期から基礎実習が始まり，４年次には週に２～３日の実習が臨床各科を４週間位ずつ回るように組まれていた．実習要項は特になく，指導教員も示されず，実習場に行き，婦長さんや教育担当の医師，主治医の指導によった．「何をすればよいですか」と聞いたり，患者の検査や処置を見せてもらったり，主治医の説明を聞いたり，学生の積極性に任されていた．多くのスタッフは快く対応してくださった．看護婦は何をしているのか，そこに意義あるものを見出したかった．記録の提出も求められなかったが，手帳にメモし，隣接の学生寮に帰って，夜遅くまで，実習で見聞きしたことや考えたことを友人と話し合ったことを覚えている．自分達なりに，看護婦のなすべきことを意義付け，自らの将来を見通す努力をしていたといえる．それは簡単なことではなく，失望して欠席する学生も少なくなかった．

いろいろ考え悩みながらも実習に臨めたのは，当学科の創設を計画された初代の学科主任，福田邦三先生が，「本学科はわが国の看護のレベルアップを目指している，君たちはパイオニアとして活躍してほしい」と，折りに触れ言われたからである．現状をどうしたら改善できるか，改善のために力を尽くさなければならない，と強く心に刻み込まれた．

２．卒業後の進路　－未熟児看護

卒業後には臨床看護のほか，公衆衛生面での職場も紹介されていた．臨床看護婦，保健所や事業所の保健婦，衛生管理者，養護教諭，大学や短大の健康管理者，労働衛生関係の研究者，附属病院医局の研究生などであった．

筆者は，実習病院の一つであった社会福祉法人賛育会病院の未熟児室の看護婦として就職した．当時は大卒看護婦は初めてということで，就職できる場所は限られていた．未熟児看護は当時の日本では新しく，世田谷乳児院と賛育会病院でのみ，行われていた．実習を通して素晴らしい医師，馬場一男先生に巡り合ったこと，未熟児は看護婦の観察と心を込めた育児なしには育たないということ，従って，看護としての専門性が高いと思ったことからの選択であった．先輩看護婦の素晴らしい看護技術に学び，経験を重ねる中，当時，未熟児室に空調設備がなく，14時検温時には室温の上昇による体温の上昇が見られる子どもが多数いたが，氷枕の使用により夕方には解熱していたこと，それらの子どもがある時から発熱しなくなることから，未熟児の発汗機能の発現について調べたいと思った．

一方，哺乳は看護婦の技術，観察・洞察，愛情が必要であることは明らかであり，その子どもがもっと飲めるかどうかは看護婦の観察によるものであるが，ミルクの量の変更には医師の指示が必要であり，看護婦の主体性は存在するのかという疑問が生じた．同僚とも話し合い改善の道を見出したいと思っていたが，母校の強い要請により１年足らずで，この職場を離れることになった．

３．母校の基礎看護学の教育に参加

卒業後2年目に母校で基礎看護技術の教育に参加し，体温測定法（講義と教室実習）を担当し，水銀体温計による腋窩検温法では，体温計の先端を腋窩の最深部に置き，腋窩の閉鎖により温度が上昇し，測定時間は10分以上となること，腋窩の皮膚温の分布について説明したが，その論理は田坂内科の微熱の研究の中で解明されたものであり，看護婦による研究の成果ではなく，看護独自の研究があるのかという疑問を持った．また，病室環境の測定（講義と教室・病棟実習）では，公衆衛生における環境測定法を用い，温度，湿度，気流，塵埃（細菌を含む），騒音，臭気，照度などの測定を行った．ここでも他分野の方法を使っての授業であったが，患者がどのように感じているかという感覚温度（快感帯・不快感帯）は興味深いものであった．

４．「看護とは」「医学との違い」「看護独自のもの」の探究

卒業後の未熟児看護における疑問と，母校での基礎看護教育の中で感じたことから，看護独自のものに確信を持ちたいという思いが強くなり，アメリカの大学への留学を志した．幸いにもロックフェラー財団の奨学金を得ることができ，1959 － 1961 年に，カリフォルニア大学ロスアンゼルス校（UCLA）大学院看護学修士課程に留学し，看護実践の概念枠組み，小児看護学，看護教育学等を学んだ．更に 1971 年度には，私的な留学で公衆衛生看護学，コンサルテーション論を学んだ．小児看護学のドロシー E. ジョンソン教授の Conceptual Framework for Nursing Practice（看護実践の概念枠組み）で，主要な看護の概念枠組みと，ジョンソン行動システムモデルを学んだ．看護の焦点は「病気や病気の脅威に曝された人間のストレスへの対処を助ける」ということで，７つの行動サブシステムと各サブシステムの構造を査定し，行動システムの

平衡維持・向上に向けた看護を展開する．これに対して医学は「病理学的な変化」を焦点とし，最高の生物学的機能の達成，つまり，生物学的システムの平衡に注目するものであるということであった[3]．後に，ジョンソン行動システムモデルは，システム論に基づく看護理論として公表され[4]，実践や教育・研究の理論的基盤として活用されている．

この他に看護の独自性，主体性の説明の仕方として，1つはウィーデンバック（1964）[5]の，「医師は患者の病気そのものを見る．看護婦は患者が病気をどう受け取っているかを見る」という考え方，もう1つはミリアム M ジョンソン & ハリー W マーティン（1958）[1]の，「看護婦の役割についての社会学的分析」で，「医師－看護婦－患者」の社会システムにおいて，医師の第一義的役割は，手段的機能（患者の病気の診断・治療），看護婦の第一義的役割は，表出的機能（患者の緊張の緩和と医師－看護婦－患者の関係の調和）である，ということであった．前者は，あらゆる場面で，患者はどう感じているのか，ということを考えることであり，後者は医療の場面で関係者の活動が円滑になされるように配慮するという調整的機能で，近年のチーム医療においてはとくに大事な機能である．

看護ケアの研究的実践による追究

筆者の研究的実践における「看護ケア」とは，「対象者への直接的な世話・手当であり，対象者の基本的欲求（身体的・心理社会的）の充足に向けた行為で，対象者のストレス軽減と対処力を促進する気づかいや配慮に満ちた関わり」であり，これを可能にする周囲の人々への配慮も含むものとする．これはD. ジョンソンやヘンダーソンの理論を取り込んだ筆者の考え方である．

1．「プレイルームにおける遊びの時間」についての実践

昭和55年より，千葉大学医学部付属病院小児病棟において，病棟看護スタッフと看護学部小児看護学担当教員の協働により，毎週火・金 11：00～12：00に「プレイルームにおける遊びの時間」を実施した[6]．目的は，入院中の子ども・付添の親がプレイルームで楽しむことにより，ストレスを軽減し，成長発達を促すことであった．これはプレイルームの活用ができていない状況への学生の意見，看護スタッフと大学教員の意見の一致から始まった．

最初の2年は，病棟スタッフが参加児をリストアップし，遊び係は大学教員，大学院生で，プレイのノートに遊びの状況を記録した．3年目から，プレイ係の病棟スタッフ・保母（兼看護補助者）と大学関係者で，プレイを実施し，プレイの記録を看護記録に書くことを検討した．遊びの内容は，参加児の年齢や参加回数，人数が不特定であるので，年齢幅が広く，実施し易く，感染の危険の少ない遊び（紙工作，折り紙，お絵かき，紙粘土など），季節感（お花見，水遊び，西瓜わり，シャボン玉，花火，落ち葉拾い，すごろく，かるた，散歩）などが選ばれた．また，季節の行事の体験（子どもの日，七夕，夏祭り，クリスマス，節分，ひな祭り）も欠かせないことと考え，これらを考慮して月1回のミーティングで計画を立てた．

遊びの記録は，当初はノートに自由記述で行ったが，遊びの様子が，その後の看護に活用されるために，ゴム印（表）を用いて看護記録に記録するようにした[7]．このことによりプレイ参加児の様子がスタッフに伝わり，プレイの意義が浸透し，プレイ実施日には「プレイ係」が勤務表に示されるようになった．

表　プレイの記録（ゴム印）

プレイの内容（　　）

	よい	ふつう	たりない
積極性			
集中したか			
楽しんだか			
創造性			
自立性			
他児との関わり			
看護婦との関わり			

5年目の昭和60年からは，普段クリーンエリアから出られない易感染性患児のために，毎週木曜日を追加した．神経芽細胞腫，急性リンパ性白血病，横紋筋肉腫，脳腫瘍等の子どもで，化学療法，放射線療法，点滴，IVH，経管栄養実施中などであった．一般状態と直近の検査データをもとに，主治医の許可を得て参加を決定し，参加時間は自由，必要に応じて母親，受持ち看護婦が付き添った．マスクを着用し，帰室後は手洗いを行う等の配慮を行った．昭和61年1月～11月の木曜のプレイに参加した患児は30人 0－14歳，述べ70人．当日～3日前の検査データでは，白血球1000/㎣以下，血小板5万/㎣以下，ヘモグロビン8ｇ/dl以下のものもあったが，プレイ参加による悪影響は特にみられなかった[8]．このような子ども達は次年度の行事までに亡くなるものが多いことも分かり，参加児の検査デ

ータ等の基準を決めて継続された.

以上より，小児病棟におけるプレイの時間は，子どもの基本的ニーズの充足，発達促進，入院・治療によるストレスの軽減に役立ち，検査データと一般状態の確認，治療処置の継続，感染予防の視点に立った安全なプレイであり，看護ケアとしての意義が大きいと考えられた．プレイの１メンバーであった保母（兼看護補助者）には，プレイの内容や遊ばせ方の工夫，「痛いことをしない人」として子どもに接することが期待された.

２．大学病院小児科外来での糖尿病看護相談

昭和58年より，毎週水曜日7：00AMからの早朝糖尿病外来に参加し，医師と外来看護師の了承を得て看護相談を行った．対象児が来院し，空腹時採血，インスリン注射，朝食，診察，2時間後採血までの間に，子どもと母親（父親）の行動観察，家庭・学校での生活状況，療養上の問題について聞き，話し合った．その中で把握されたことに基づき，外来で短時間に，的確に療養状況を把握するために，糖尿病患児の療養行動質問紙（知識・理解，手技，自立，気持ち，サポートの側面を含む30項目）を作成した[9]．毎年，子どもと共に，項目をチェックし，成長に伴う変化を確認した．院生，医師，外来看護師とともに，研究的に進め，学校生活（補食，部活動），家庭での療養行動，生活規律，自立，気持ち，親のかかわり等が主要な課題となった.

この糖尿病患児の療養行動質問紙(30項目)には，生活時間の規則性や，毎日の生活感情，親や友人のサポートに関する項目もあるが，糖尿病の治療に関する事(食事療法，インスリン注射，血糖測定，低血糖への対処，運動)が中心であり，全ての子どもに共通の日常生活習慣に関する内容は殆ど無かった．そこで日常生活習慣行動に関する，健康行動質問紙(18項目)を作成し，療養行動質問紙と併用した研究を進めた[10]．療養行動30項目と健康行動18項目とは相関を示す項目が多いことがわかり，とくに「朝すっきり起きられる」「食事時間の規則性」「歯磨きの頻度」「外から帰った時の手洗い」が重要な項目ということが分かった.

次に，小児糖尿病患者と親の健康（習慣）行動の関係を調べ，親の健康行動が子どものそれに影響していること，特に母親の就寝時間，清潔行動が子どもの健康行動と療養行動に影響を及ぼしていることが明らかになった[11]．さらに，親のライフスタイルとしてのストレス，自己実現，子育てに関する態度を加えた調査を行い，子どもの血糖コントロール不良や将来の糖尿病合併症の不安など，疾患に関するストレスが，親自身の自己実現の意識，ネガティブ／ポジティブな育児態度と関連していることが明らかになり[12]，糖尿病の子どもと母親への指導には，より広く，深い内容のものが求められることが明らかになった.

３．岩手県における糖尿病看護

1）岩手県立中央病院総合内科外来での継続看護

平成10年より，岩手県立中央病院総合内科外来で外来プライマリとして行われていた継続看護に参加した．通院中の２型糖尿病患者の診察に同席させていただき，医師と患者の同意のもとに，療養行動の実施状況や困難に思っていることについて相談的に関わり，診療録に記録した．この活動は外来看護スタッフも外来プライマリとして実施し，研究的な取り組みを共同で行い，毎年，糖尿病教育・看護学会に発表することを目標とした.

2001年には，２型糖尿病患者の血糖コントロールの長期的変化に関する患者の認識－とくに悪化に向かう時期の認識について調べた[13]．１年４か月以上継続的に指導し，HbA1c値の改善が顕著だった９人の面接および指導記録の分析により，悪化に関連したと思われた事項の１番目は「食欲亢進やイライラなどで食べてしまう」，２番目は，「風邪，葬儀，結婚式等が重なった」であった．風邪（感染症）が悪化に関与していること，それが葬儀など日常でない生活と重なっているということであり，日常の生活規律，健康習慣が乱れないようにすることが大事ということを示していると考えられ，指導に取り入れた.

2004年には，「日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール」(栄養，運動，人間関係，ストレス管理，精神的成長，健康への意識の6下位尺度，52項目)[14]と，年齢，性，療養行動自己評価，血糖コントロール自己評価の質問紙調査を外来通院中の2型糖尿病患者51人を対象に行い，栄養，人間関係に関する健康行動得点が高く，運動が最も低いこと，HbA1c値とストレス管理は，有意な負の相関が見られた．有意な相関を示した項目は「リラックスのための時間をとっているか」「ストレス解消のためにしていることがあるか」「糖分の多い食物を控えているか」であった．年齢では50代は70代に比べ，栄養，人間関係，ストレス管理において，健康行動

得点が有意に低いことが明らかになった[15].

外来スタッフであった大下，箱石は，血糖コントロールにストレス管理の影響が大きいことから，2004年と2005年の調査結果を外来通院中の糖尿病患者に伝え，ストレス解消方法を知ってもらうパンフレットを作成し，HbA1c値8.0%以上の患者で協力を承諾した31人に，パンフレットを用いて，ストレスについて説明した後，ストレスの有無，解消方法について答えてもらった．その結果，ストレスあり20人（64.5%），ストレッサーは家族のこと11，仕事7，ストレス解消法は，時々運動5，特に無い5，旅行4，誰かに話す3，飲酒2で，効果的なストレス解消法ができていると思える答えは少なかった[16]．外来でストレス対処方法の指導をすることが必要であると考えられ，2007年にストレッサーとストレス対処行動の調査を血糖コントロールの悪い（HbA1c値8.0%以上）2型糖尿病患者39人を対象に行った．「周囲の人の理解」がストレス感に影響する事，「信頼できる人に相談」などの積極的対処をすすめること，性別や年齢による考慮も必要であることが明らかになった[17].

2）岩手県の糖尿病の児童生徒について

岩手県の糖尿病児童生徒の学校生活状況と養護教諭の関わりを調査し，「学校関係者のための糖尿病児童生徒支援マニュアル～よりよい学校生活のために」[18] を作成した．養護教諭は，学校でのインスリン注射や血糖測定の場所の確保や，低血糖予防・対処，学校行事への参加等についての配慮を行っており，マニュアルでは主治医からの情報をもとに，各対象児のケアプランを立てて継続的な支援を行っていくための指針を示した．さらにそのマニュアルをどのように学校現場で使用できるかについて検討した（2007）[19].

以上のように，糖尿病患者に関し，千葉大学の小児科外来と岩手県立中央病院の内科外来で実践と研究を，現場のスタッフや同僚と共に行ってきた．いずれも実習病院の患者や家族が直面している看護ケアの問題であり，状況や背景要因についての研究を継続し，有効な援助の視点を見出すとともに，対象者自らが主体的に取り組む方法を見出し，意欲を高めるような配慮に満ちた看護師の関わりを追究することができたと考える.

千葉大学では同僚や大学院生，医師の関心と協力的な関係に助けられた．岩手では外来プライマリのシステムに乗ることができた事，外来看護師の関心と熱意に支えられた．また，期間中，科学研究費補助金が得られたことも大きな力であった．この活動の中で，大学院生の修士論文６編，博士論文４編が生れた.

看護の授業における看護ケア

昭和 30 年代に，母校（東大医学部衛生看護学科）の基礎看護実習（2 － 3 年），病棟合同実習（3・4 年合同）[2] において，一般的なケアや疾患の理解に加えて，パーソナルニーズ，ヒューマンリレーションズを取り上げた．学生は関心を示したが，看護の現場での独自の機能は，あまり理解されなかった.

昭和 52 年から，千葉大学看護学部の小児の成長発達と看護において，子どもの生活行動の発達と看護として，行動を視点とした発達と日常生活の援助を述べた．子どものあそびの意義や病棟での遊びの支援の実際の実習などを行った．また，子どもの成長発達を継続的に理解し，家庭での育児の実際を学ぶために，家庭における乳幼児と育児の観察実習 [20] を行った．慢性疾患患児の看護においては，疾患の管理を含む日常生活（学校，家庭）が，発達レベルに沿って充実したものになるよう，家族，学校関係者，医療者の関わりの重要性を述べた．前述の研究的実践の成果に支えられていたことは申すまでもない.

平成10年から，新設の岩手県立大学看護学部において，1年生の看護学序論，看護基礎理論を担当し，学生の理解を深めるために，看護ケアを描いたビデオの使用，学生参加型の授業を考案した．学生の反応の確認と教員とのコミュニケーションを深めるために，授業カード「伝言票」を用い[21]，後に同大学のソフトウェア情報学部の協力を得て，コンピューターを用いて学生と教員が授業についての反応を交信できるシステムを構築した．学生の関心は高く，1年次のIT学習に沿ったものと思われた.

基礎看護学の内容が，東大で行った1960年頃（昭和30年代）と比べて，どのように変化しているのかを知るために「医療の進歩と看護ニーズの変化に対応する「基礎看護学」の教育内容の検討―大学の場合―」研究代表者兼松百合子，平成11年度～平成12年度科学研究費補助金（基盤研究C2）を実施し，47看護系大学の協力を得てシラバス調査，うち13大学の訪問調査，欧米の大学・病院の視察をとおして，基礎看護技術は，共通技術，日常生活援助技術，診療における技術から成る，共通技術（全ての技術において必要な技

術）には，感染予防，コミュニケーション，教育・相談，安全・安楽，問題解決過程の技術がある，これらの共通技術を，日常生活援助技術，診療における技術に組み込むことにより，技術の身体的手技の面だけでなく，教育的・支援的な面を含むケアとして充実したものになると考え，教育方法を検討した[22) 23)]．平成14年に開設された岩手県立大学大学院看護学研究科修士課程（博士前期）において，看護援助学特論（専門看護師教育課程の看護理論に対応）を担当した．各学生の看護ケアの理論的基盤を明らかにすること，看護ケアを記述することを課題とした．また，実践から導かれた看護理論（ベナー看護論）を読んだ．博士後期課程の看護援助実証特論では，世界の先進的な看護研究を読むこと，自己決定理論とリフレクションに関する理論の看護援助における有用性を取り上げた．

平成23年度から平成25年度に日本赤十字秋田看護大学において，修士課程の看護理論1単位を担当した．看護の原点，基本的看護，患者－看護師関係，環境・刺激・適応のシステムなどに基づき看護の特徴を述べた理論（大理論）に続いて，認識や行動の変化を目指す全体論的な理論（ロジャーズ，パースィ，Mニュウマン）や，看護行為の本質を求めるケアリングの理論（ワトソン，ベナー）を重視した．実践者としての学生が，基本的看護（ヘンダーソン）の視点で捉えた看護問題に対して，「本当に助けることができるか」，そのためには援助に関する別の理論を併用して介入し，成果を評価することが必要であることが理解されるように努力した．

平成23年度から横浜市立大学の医学研究科看護学専攻の小児看護学特論において，子どもと家族のセルフケア理論，子どもと家族のストレス・コーピング理論を講じている．子どもの成長発達過程におけるセルフケア行動の獲得，コーピング行動の獲得，親や学校関係者等のサポートが主題となり，千葉大学で行った糖尿病患児と家族の支援の研究がベースになっている．しかし，オレムのセルフケア理論におけるセルフケアエイジェンシー（セルフケア能力）の構造や測定方法，介入としての看護エイジェンシーを更に明らかにしたいと思っている．看護ケアに欠かせないセルフケアについての理論構造と実践について更に極めたいと思っている．

おわりに

学生時代から約60年にわたり看護・看護ケアを追究してきた．看護管理は対象者への直接的な働きかけではないが，対象者に十分な看護ケアがなされることを目標としている．つまり看護ケアは，看護の主要な内容であり，その追究の成果は，看護の学的基盤の確立に貢献する．かつて看護は専門職としての学的基盤が乏しいと言われたが，この半世紀の進展は大きい．諸科学の進歩や社会の変化，人々の生活の変化や健康問題の変化に対応する「よりよい看護ケア」の追究は際限がない．その追究に喜びと誇りをもち続けたいと思う．

筆者の看護ケアの追究の一部を述べたが，追究を継続する要件は，まず，周囲の人々特に実践現場のスタッフとの協働，その中で各メンバーに気づきが生まれ次のステップに進む意欲が高まることが大切である．次に，対象者への働きかけと反応を記録する事，記録を資料として協働者とともに研究をまとめ発表すること，また，研究費を獲得することも重要と思われた．それぞれの置かれた状況やニーズによって異なるので，具体的には前述の各追究の部分を参考にしていただきたい．多くの方々が，豊かな発想のもとに，看護ケアを追究されることを願ってやまない．

文献

1）ミリアム M ジョンソン & ハリー W マーティン（1958）（林滋子訳）．看護婦の役割についての社会学的分析．看護の本質．看護学翻訳論文集１．東京都：現代社；1967．84 － 98.

2）東京大学医学部衛生看護学科卒業生 東京大学医学部衛生看護学科．2012．70．東京大学保健学同窓会ホームページ http：//uthoken.umin.ne.jp

3）1959年 UCLA の講義資料.
兼松百合子．ドロシー E ジョンソン．現代看護の探究者たち―人と思想．増補版．評者代表小林富美栄．東京：日本看護協会出版会；1989．65 － 84.

4）Johnson DE. The behavioral system model for nursing. In Riel JP & Roy C（Eds.）. Conceptual models for nursing practice. 2nd ed. New York：Appleton － Century － Crofts；1980．207 － 216.
草刈淳子・兼松百合子共訳．看護のための行動システムモデル．看護モデル－その解説と応用．兼松百合子・小島操子監訳 . 東京：日本看護協会出

版会；1985. 284 － 297.
5）E. ウィーデンバック著（1964）. 外口玉子・池田明子訳. 臨床看護の本質　患者援助の技術. 東京：現代社；1969. 151.
6）兼松百合子，牛久陽子，武市雅代，浜中喜代，金丸好子，田村ユキ，青木美智子他病棟スタッフ一同.「プレイルームにおける遊びの時間」の発展過程. 小児看護 1982；5（13）：1766 － 1775.
7）牛久陽子，兼松百合子，武市雅代，浜中喜代，小関和代，広瀬たい子，塩川睦子. プレイルームにおける病児の遊び行動の観察と評価. 第 13 回日本看護学会集録　小児看護（1）1982：144 － 148.
8）菊原深雪，猪野和子，田村ユキ，蒲原みどり，小野寺玲子，八代レイ子，兼松百合子，吉野睦子，武田淳子，内田雅代，桜井幸，他スタッフ一同. 易感染性患児のプレイ前後の児および母親の変化，第 18 回日本看護学会小児看護 1987：147 － 149.
9）兼松百合子，中村伸枝，内田雅代. 糖尿病患児の療養行動質問紙の作成と活用. 千葉大学看護学部紀要 1997；19：71 － 78.
10）兼松百合子，中村伸枝，内田雅代，谷洋江，宮本茂樹，杉原茂孝，今田進，佐々木望，新実仁男 . 糖尿病患児の療養行動と健康行動. 小児保健研究 1997；56（6）：777 － 783.
11）中村伸枝，兼松百合子，二宮啓子，今野美紀，谷洋江. 小児糖尿病患者と親の健康習慣と療養行動 . 千葉大学看護学部紀要 1997；19：61 － 69.
12）中村伸枝，兼松百合子，武田淳子，丸光恵，松岡真理，内田雅代，二宮啓子，今野美紀，谷洋江. 小児糖尿病患者の日常生活習慣，療養行動と親のライフスタイル. 日本看護科学学会誌 1999；19（3）：74 － 82.
13）大山幸子，佐々木真紀，藤原美智子，岩城富江，笹枝恵美，菅原隆，兼松百合子. 血糖コントロールの長期的変化に関する患者の認識―とくに悪化に向かう時期の認識について―. 日本糖尿病教育・看護学会誌 2001；5 特別号：148.
14）魏長年, 米満弘之, 原田幸一, 宮北隆志, 大森昭子, 他. 日本語版健康増進ライフスタイルプロフィール. 日本衛生学雑誌　2000；54（4）：597 － 606.
15）大下咲子，箱石恵子，松葉のぶ子，石原泰香，佐々木真紀, 坂本慶子, 松戸アサ子, 牛間木英子, 菅原隆，兼松百合子. 糖尿病患者のライフスタイルと血糖コントロール･療養行動について. 日本糖尿病教育･看護学会誌 2004；8 特別号：216.
16）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解消方法. 日本糖尿病教育・看護学会誌 2006；10 特別号：307.
17）大下咲子，箱石恵子，兼松百合子. 2 型糖尿病患者のストレスとストレス対処行動. 岩手看護学会誌　2009；3（1）：16 － 23.
18）兼松百合子・天野洋子編著，平賀ゆかり，中村伸枝，白畑範子，遠藤巴子，工藤宣子著. 学校関係者のための糖尿病児童生徒支援マニュアル～よりよい学校生活のために～. 神奈川：青山社；2007. 117.
19）兼松百合子，平賀ゆかり，天野洋子，白畑範子，遠藤巴子，中村伸枝. 糖尿病児童生徒支援マニュアルの作成と活用に関する研究. 岩手県立大学看護学部紀要 2007；9：1 － 12.
20）兼松百合子，武市雅代，西川陽子，宮川喜代，吉武香代子. 小児看護学演習の一つの試み－家庭における乳幼児の継続観察. 千葉大学看護学部紀要 1981；3：29 － 34.
21）高橋有里，兼松百合子：看護学序論における授業カード「伝言票」の効果. 岩手県立大学看護学部紀要 1999；1：55 － 64.
22）三浦まゆみ，菊地和子，平野明彦，伊藤道子，高橋有里，他.「清潔」の援助技術に共通技術の要素を取り入れた教育方法の検討―3 校の授業前後の比較―. 岩手県立大学看護学部紀要 2004；6：33 － 40.
23）菊池和子，三浦まゆみ，平野明彦，伊藤道子，高橋有里，他.「清潔」の援助技術に共通技術の要素を取り入れた教育方法の検討― 一校の演習・演習後の比較―. 岩手県立大学看護学部紀要 2004；6：41 － 48.

<Special Contribution>

Continuous Inquiry into Nursing Care

Yuriko Kanematsu
Emeritus Professor of Iwate Prefectural University

Keywords: nursing care, research in practice, play program for sick children, diabetes care

第７回岩手看護学会学術集会
＜会長講演＞

「EBN から EBP　－根拠に基づく臨床実践へ－」

第７回岩手看護学会学術集会
大会長　山内一史

１．今後のために「世界最先端 IT 国家創造宣言」を知る必要がある

世界最先端 IT 国家創造宣言（平成 25 年 6 月 14 日に閣議決定）の変更が平成 26 年 6 月 24 日の閣議で決定されました．

（http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/pdf/20140624/siryou1.pdf）

この宣言は，21 世紀の日本の進む方向を決定づける重要な文書であるにもかかわらず，今まで看護の世界で殆ど取り上げられることが無かったので，紹介します．

まず，この宣言をまとめた部署から紹介します．それは，首相官邸に属する「高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（IT 総合戦略本部）」（図 1）という部所で，政府が IT 活用に伴い世界規模で生じている急速な社会構造の変革に対応すべく設けたもので，平成 13 年の設置以来日本における高度情報通信ネットワーク社会の形成促進を担わされています．

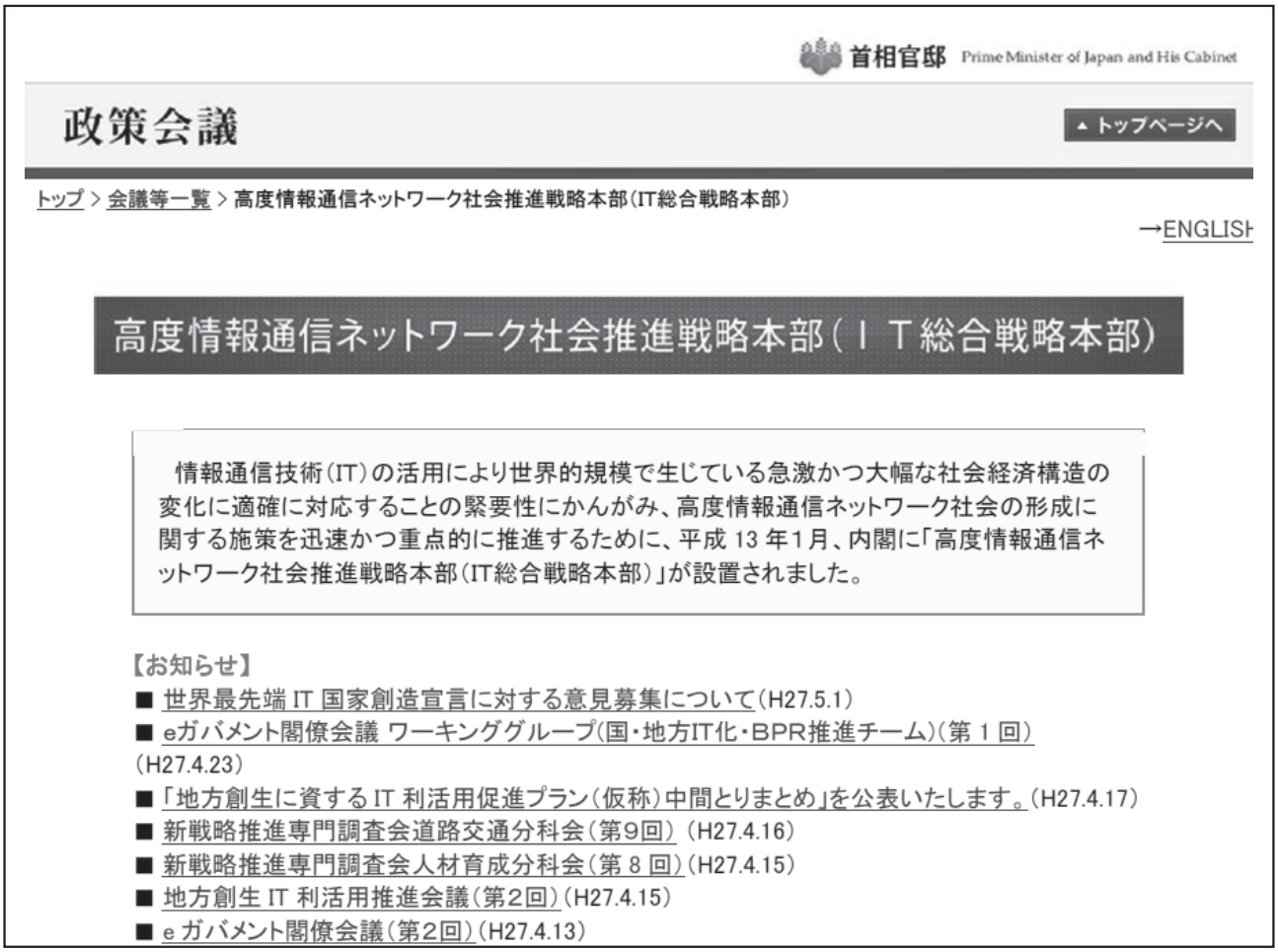


図１．高度情報通信ネットワーク社会推進戦略本部（ＩＴ総合戦略本部）
ホームページ（http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/より）

ＩＴ総合戦略本部の今日までの施策の推移（図２）をみると，まず平成 13 年に「e-Japan 戦略」として，全国に光通信網などのネットワーク設備を整備し，平成 16 年に，ハードウェアーが整った所で「e-Japan 戦略Ⅱ」として医療を含む７つの重点分野を定め，その設備を用いた IT 活用の促進を図りました．ところが，平成 18 年になっても，国民・社会全般において十分な利活用が進まなかったため，「IT 新改革戦略」として重点分野を 15 分野に広げ，IT による社会の構造改革を図りました．それでも，IT の利活用が進まないため，分野を 3+2 分野に絞って３ヵ年の重点プランを立てたり，３分野に限って新たな情報通信技術戦略を立てたり，次々に手を打って来ました．ここで着目すべきことは，常に「医療」が重点項目の１つに挙げられている事です．これから，政府が如何に医療の IT 化を望んでいるかが判ります．

しかし，これらの追加施策に効果があったとは言いがたいのが現状です．その原因は①コスト意識・利用者視点の欠如，②情報の連携や利活用を妨げる標準化・互換性の不足，③縦割り行政，規制の不十分な見直し，④業界団体等の導入主体の特性などが挙げられています．この反省に立ち，５年程度の期間に世界最高水準の IT 利活用社会の実現と，その成果を国際展開することを目標として策定されたのが，昨年の「国家創造宣言」で，それを手直ししたものが今回の変更です．

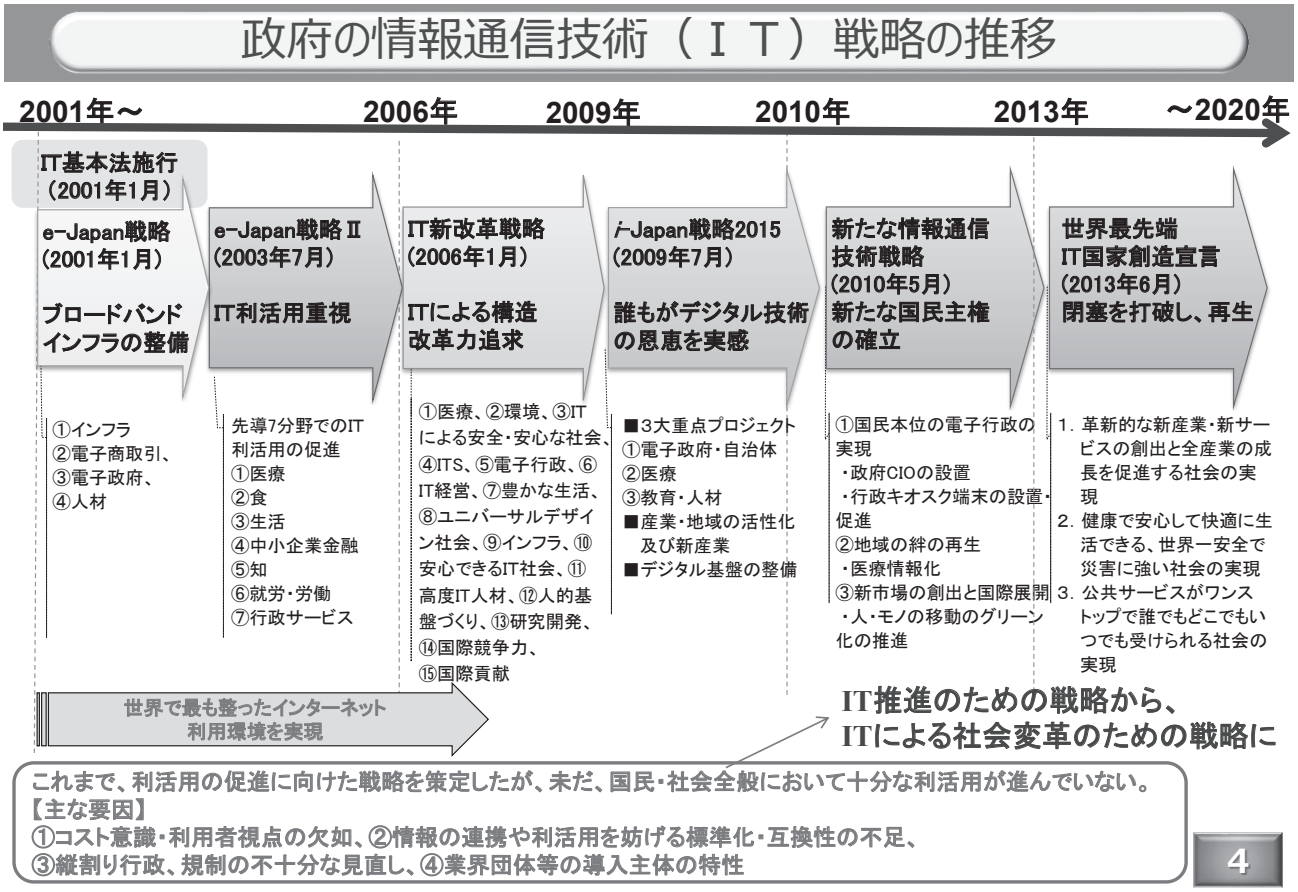


図2.　政府情報戦略の推移
（http://www.chubu.meti.go.jp/technology_jyoho/download/20130718/20130718naikakukanbou.pdfより

改定された宣言の内容は目次（図３）の通りですが，その中で看護に最も関連のある部分は，Ⅲ章の「目指すべき社会・姿を実現するための取り組み」の中の２節の「健康で安心して快適に生活できる，世界一安全で災害に強い社会」の項目です．

目　次

Ⅰ．基本理念

１．閉塞を打破し、再生する日本へ　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　1
２．世界最高水準のIT利活用社会の実現に向けて　・・・・・・・・・・・・・・・・・　2

Ⅱ．目指すべき社会・姿

１．革新的な新産業・新サービスの創出及び全産業の成長を促進する社会　・・・　5
２．健康で安心して快適に生活できる、世界一安全で災害に強い社会　・・・・・　5
３．公共サービスがワンストップで誰でもどこでもいつでも受けられる社会　・・　5

Ⅲ.目指すべき社会・姿を実現するための取組

１．革新的な新産業・新サービスの創出と全産業の成長を促進する社会の実現
（１）オープンデータ・ビッグデータの活用の推進　・・・・・・・・・・・・・・・　7
（２）IT を活用した日本の農業・周辺産業の高度化・知識産業化と国際展開
（Made by Japan 農業の実現）　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　9
（３）起業家精神の創発とオープンイノベーションの推進等・・・・・・・・・・　10
（４）IT・データを活用した地域（離島を含む。）の活性化・・・・・・・・・・　11
（５）次世代放送・通信サービスの実現による映像産業分野の新事業創出、
国際競争力の強化　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　12
（６）東京オリンピック・パラリンピック等の機会を捉えた最先端の IT 利活用に
よる「おもてなし」の発信・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　12

２．健康で安心して快適に生活できる、世界一安全で災害に強い社会
（１）適切な地域医療・介護等の提供、健康増進等を通じた健康長寿社会の実現・　13
（２）世界一安全で災害に強い社会の実現　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　15
（３）家庭や地域における効率的・安定的なエネルギーマネジメントの実現　・・　17
（４）世界で最も安全で環境にやさしく経済的な道路交通社会の実現　・・・・・　17
（５）雇用形態の多様化とワーク・ライフ・バランス（「仕事と生活の調和」）の
実現　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・　18

３．公共サービスがワンストップで誰でもどこでもいつでも受けられる社会の実現
（１）利便性の高い電子行政サービスの提供　・・・・・・・・・・・・・・・・・・　20

i

図3. 世界最先端IT 国家創造宣言改訂版目次
（http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/pdf/20140624/siryou1.pdfより）

宣言によれば，健康で安心して快適に生活できる社会実現には，適切な地域医療・介護等の提供が不可欠で，その為には，効果的・効率的で高品質な医療・介護サービスの展開が前提で，その KPI（Key Performance Indicator: 重要業績評価指標）として，導入システムの費用対効果・持続性を踏まえた医療情報連携ネットワークの全国への普及・展開が挙げられています.

医療情報システム構築の戦略

１．医療情報システム構築のための達成目標・発展段階の設定

－電子カルテシステムを中心に－

我が国の医療情報システムが目指すべき達成目標を明示する

【目標】

・ 平成１６年度までに

全国の二次医療圏毎に少なくとも一施設は電子カルテの普及を図る

➢ 電子カルテの普及の際は、地域医療支援病院、臨床研修指定施設またはその地域で中心的な役割を果たしている病院などの地域連携診療の核となるような医療施設が電子カルテを導入するよう推進する。

・ 平成１８年度までに

全国の４００床以上の病院の６割以上に普及

全診療所の６割以上に普及

・ 先にも述べたように医療の情報化は、厚生労働省の医療制度改革試案の中で示された「今後の我が国の医療の目指すべき姿」の実現のために重要な柱の一つと位置づけられており、これを着実に推進する必要がある。

・ ここに示した【目標】は国をはじめ産業界、医療界が共通の問題意識を持ち、医療の情報化を戦略的に推進することにより、達成し得るものと考えられる。

・ このため、医療情報システムでも中核をなす電子カルテシステムを中心に「４つの段階」を想定し、それぞれの段階ごとに設定した目標に戦略的に取り組むことを提言する。

・ 目標達成の戦略の全体像を「医療情報システム　工程表」としてまとめた。（別添　２参照）

・ なお、これらの段階は医療情報システムの発展過程を踏まえて分類したものであるが、医療情報システムの普及に当たってはそれぞれの段階が同時並行して推進されるものである。

- 16 -

図４．保健医療分野のグランドデザイン（最終提言）の数値目標
（http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/dl/s1226-1.pdfより）

２．健康で安心して快適に生活できる社会のため医療情報ネットワークの普及を図る必要がある

そもそも良い情報システムとは，最大ユーザーが使い易いシステムのことです．そして，私が専門とする「看護情報学」のアメリカの教科書には，保健医療情報システムの最大ユーザーは看護師なので，保健医療情報システムを良くするために，積極的に関わらなければならないと書かれています．同じ理由により，看護師は医療情報ネットワークの普及にも，積極的に関わる必要があります．

国内の医療機関で電子カルテ導入が始まったのは，e-Japan 戦略の一環として厚生労働省が出した「健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン　最終提言　（保健医療情報システム検討会）」において，電子カルテの普及について，期限付きの数値目標（図４.）が示されたことがきっかけです．ところが，表１が示すように，電子カルテ導入の普及はグランドデザインの狙い通りには進みませんでした．

表１．電子カルテ等導入

電子カルテ、オーダリングシステムの導入施設数の割合（件数ベース）

	床数	平成14年度	平成17年度	平成20年度	平成23年度
電子カルテ	20床～199床	8.6%	4.6%	8.5%	13.5%
	200床～399床	12.5%	9.4%	18.3%	27.3%
	400床以上	30.0%	19.0%	35.3%	51.3%
オーダリング（検査や処方などの指示を出すシステム）	20床～199床	7.6%	12.5%	19.1%	26.1%
	200床～399床	21.5%	34.3%	44.9%	52.1%
	400床以上	50.3%	65.0%	75.1%	78.6%

※厚生労働省医療施設調査（平成23・20・17・14年）より（3年毎実施）。
※※平成23年は東日本大震災影響で、母数は全国だが宮城県一部・福島県全域の数値を含んでいない。

（http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/pdf/kondankai1_2.pdfより）

その理由ははっきりしています．グランドデザインの導入の数値目標が書かれた箇所の次のページに，4段階から成る工程表（図5）が示されていたにもかかわらず，先駆的に取り組んだ病院がそれを無視し，いきなり第２段階目の「電子カルテ導入」からはじめたため，うまく行かなかったのです．

私は，千葉大学看護学部のネットワークシステムと，宮城大学のネットワークシステムを作り，それらを管理した体験がありますが，私と同様にネットワーク構築の経験がある者なら，情報化されない所にネットワークを導入しても，うまく働かないということは「常識中の常識」としてわかっています．

ここで特に重要なことは，「情報化」とは情報ネットワーク機器を設置することではなく，用語・コードを標準化することや，部門間でデータを共有することだと知ることです．情報システムはデータを共有するための手段（道具）なので，それを使う者にデータを共有する心構えがなければ，電子カルテ導入で期待される効果が挙がらないばかりか，逆に慣れない操作で混乱が生じてします．習字に例えるなら，綺麗な字が書けない者に高級な筆を持たせても，達筆な字は描けないのと同じです．

看護師が医療情報ネットワークの普及に貢献するためには，第一段階である，まず積極的に用語を標準化し，他部門とのデータ共有を図り，組織として一体となって情報化を推進し，足固めをすることが必要になります．

ただし，それができたからといって安心はできません．平成25年度版の世界最先端IT 国家創造宣言の実施スケジュール（図6）を見ると，既に医療・健康情報等の各種データの活用という項目があり，政府の施策は第３段階まで進んでいることがわかります．看護としても，早く第１段階，第２段階を済ませて第３段階に入り，政府と足並みを揃えて最終段階の「根拠に基づく医療支援」を目指す必要があります．

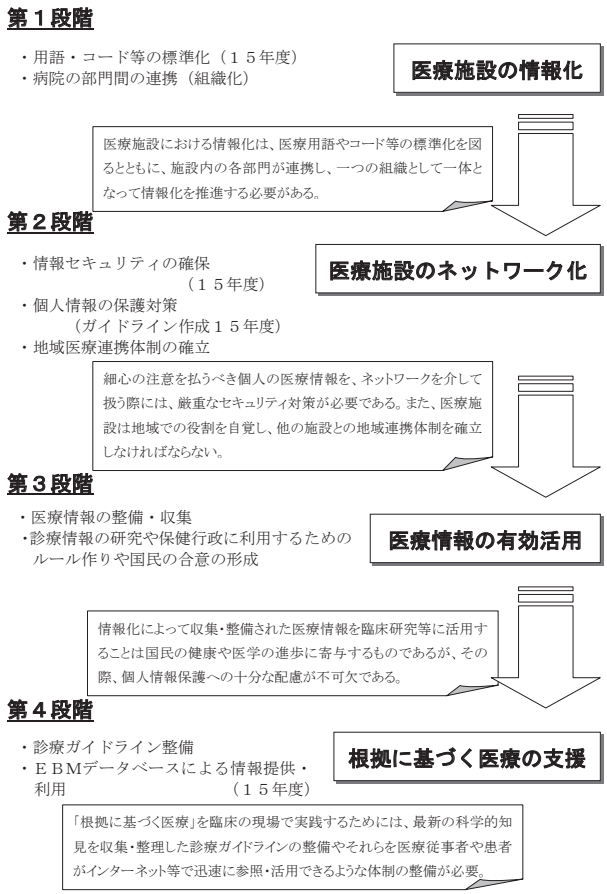


図５．保健医療分野のグランドデザイン（最終提言）の工程表
（http://www.mhlw.go.jp/shingi/0112/dl/s1226-1.pdfより）

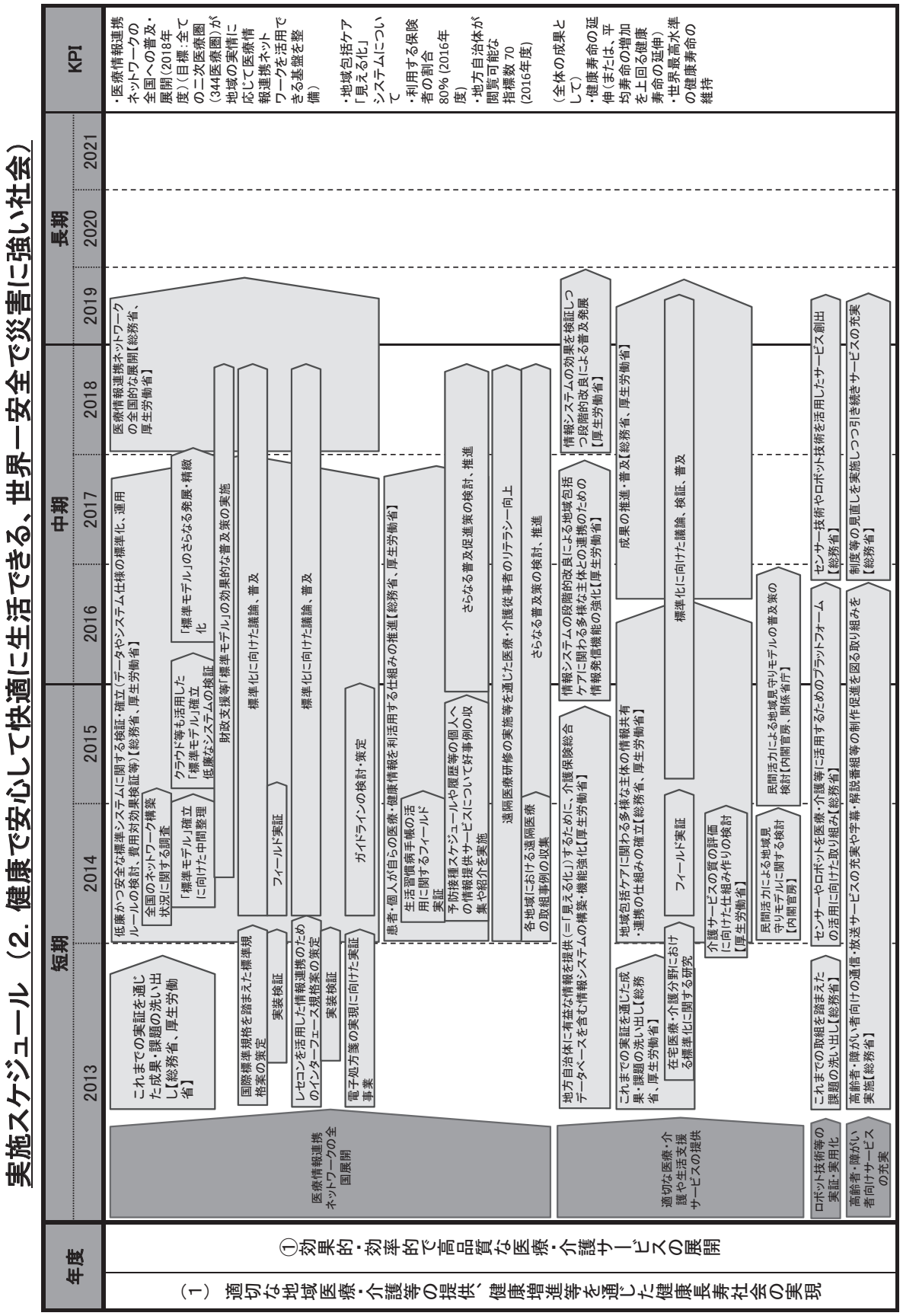


図6．健康で安心して快適に生活できる社会のための実施スケジュール
（http://www.kantei.go.jp/jp/singi/it2/kettei/pdf/20130614/siryou4.pdfより）

3. 看護師は根拠に基づく臨床実践を目指す必要がある

グランドデザイン（最終提言）の工程表に示されている様に，国が目指す医療の情報化の最終目標は，根拠に基づく臨床実践（EBP：Evidence Based Practice）の実施です．そのため看護師は，将来的に全員がEBPを実施できるようになる必要があります．

なお，EBPはEBMと同様に，下記（表2）の5つのプロセスから成り立っています．

因みに，看護分野で行われた根拠に基づく医療に対して，国内ではEBN：Evidence Based Nursingの名称が用いられいますが，国際的にはＥＢＰを用いるのが主流[注1]になっています．

（注1：EBNの概念が研究者主体で扱われることが多く，臨床から遠い存在だったため，臨床応用あってこその根拠に基づく臨床看護だという意味で，EBＰが使われるようになったと推測されます．）

表２．根拠に基づく医療の基本的な流れ

1. 問題点を明確化
2. 情報収集
3. 情報の分析（情報の取捨選択）
4. 個々の患者への適用を吟味
5. 自己評価

EBPに不慣れな者にとって，これらのプロセスを完璧に実施することは容易ではありません．

患者の問題点を明確化，個々の患者への適応吟味する，自己評価するなどのプロセスは，看護師であれば当然できることなのでそれ程問題ないと思います．ただし，残る２つ（2.と3.）のプロセス実施には問題点があります．その詳細を以下に示すと共に，克服策を提案したいと思います．

４．問題点「最新の情報収集ができない」

ＥＢＰにおいて，臨床で用いる根拠となる情報源は学術論文であることが前提となります．しかし，私どもが以前看護管理者を対象に調査した結果（表3）では，文献を調べる者は三分の一に過ぎず，その主な情報源も商業誌であることがわかりました．臨床現場に大学の様な完備した図書館が無い限り，一般の看護師が直接学術論文に触れることはほぼ不可能だということです．

また，商業雑誌を読んでその内容を鵜呑みにするのも問題があります．最新の手技や知識に関する論文を検索していると，うまく行った例と，うまく行かなかった例が見つかることが普通です．両者を比較検討して，その分かれ目を正確に知ることにより，その手技が該当患者に本当に適用可能か否かがわかります．ところが，商業誌では，失敗例や制限条件などの記述が省略されるため，読者は実際以上にうまく行くと誤解しがちです．

表３．看護管理者の活用頻度の高い情報源

1.	商業雑誌	30.4%
2.	身近な同僚看護師	17.0%
3.	同僚以外の看護師	11.6%
4.	医師	10.7%

更に，数は少ないものの学術雑誌を利用した経験のある看護管理者の方に，雑誌の検索にどこで調べたかたずねると（表4），JDreamⅡ[注2]や医学中央雑誌など，和文の論文検索システムが中心であることもわかりました．残念ながら，看護分野は日本が世界のトップを走っている領域が少ないので，最新の手技や知識のほとんどは英文の論文に記述されています．そのため，和文論文しか見ていないと，世界の最先端から数歩遅れた技術や知識しか得られなくなります．

（注２：科学技術振興機構が主催する科学技術や医学・薬学関係の国内外の文献情報を検索できる，日本最大級の科学技術文献データベース．調査当時日本看護協会の会員ダイレクトページより利用可能であった．なおこのサービスは2012年末を以って終了した．）

表４．看護管理者の文献検索の情報源利用経験

1.	JDream Ⅱ	26.8%
2.	医学中央雑誌	23.2%
3.	最新看護索引	17.9%

５．問題点「集めた情報を分析できない」

幾多の困難を克服して学術論文を集めたとしても，その全てがＥＢＰの根拠として使えるわけではありません．再現性のない信頼性の低い論文は捨て，残った信頼できる論文の結果を統計的に総合するという分析を経て，はじめてEBPの根拠が得られます．この仕分けに使われる論文の評価の基準を下記（表5）に示します．

表５．根拠とする論文の評価の基準[注3]

1. 無作為コントロール研究（ＲＣＴ）のメタ分析[注4]から得られた根拠
2. 最低１つ以上のＲＣＴから得られた根拠
3. ＲＣＴではないがよくデザインされたコントロール研究から得られた根拠
4. １つ以上の施設または調査団体による，よくデザインされたコホート研究またはケースコントロール研究から得られた根拠
5. 介入する場合としない場合についての，数回連続の調査から得られた根拠.
6. 臨床的経験，記述的研究，熟達した委員会の報告にもとづいた，社会的地位ある研究者の意見から得られた根拠

（注３：番号の少ない物ほど再現性が良く，信頼性がある.
注４：複数の研究結果を統合する分析する手法）

６．EBP 実施の問題点を克服する方法

ここまで述べてきた困難さをまとめると，現状では看護師は根拠となる論文が探せず，見つけた論文も正しく取捨選択できないので，根拠に基づく臨床は難しいという結論になります.

ところが，自分が抱える課題に対して，その道の専門家が十分な時間と知力を使って既に結論を下した事例は数多くあり，それらを再利用することができれば，自ら論文を探し，それぞれの論文を評価し統合する手間を掛けずに「根拠に基づく看護」が可能になります．これが私の提案する問題点の克服策で，これこそ臨床現場における現実的な意味での EBP だと思います．幸い，そのために利用できる仕組として，シスタマティックレビューとガイドラインというものが，既に存在しています.

シスタマティックレビュー

シスタマティックレビューとは，それぞれの分野の専門家が，ある課題に関する文献をくまなく調査し，取捨選択した質の高い研究のデータを基に根拠に基づいた医療のプロセスに則って分析し，調査時点で最良の根拠となる結論を導き出して，その結果を他者が再利用できるようにその概要を書き残したものです．それらを集積した物の代表的として，コクランライブラリー（図７）が知られており，多くの医学系大学の図書館では，オンラインで利用されています．ただし，看護に関する課題はそれ程多く収録されてはいません．看護領域の課題を扱うシステマティックレビューとしては，EBN という英文雑誌（図８）が知られています．これは岩手県立大学の図書館にあるので，必要ならご利用ください．なお，有料でホームページから直接オンラインで内容を読むことも可能です.

図7．コクランライブラリー　（http://www.cochrane.org/reviews/より）

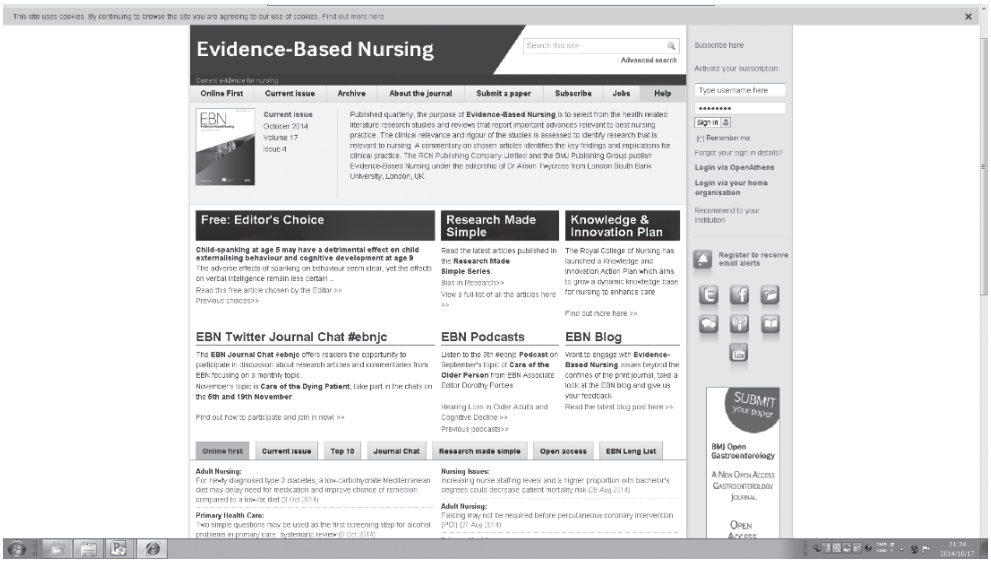


図8. EBN　（http://ebn.bmj.com/より）

ガイドライン

医療分野のガイドラインとは，医療者と患者が特定の臨床状況での適切な診療の意思決定を行うことを助ける目的で，系統的に作成された文書のことですが，最近では EBP に則って作成されており，それぞれの医療領域の専門家達が，現時点で最も妥当と判断した治療方針が記述されています．現在，国内の各種医療分野のガイドラインを数多く集めた，医療情報サービス Minds（マインズ）という Web ページが存在しています（図 9）．このサービスは，厚生労働科学研究費補助金を受けて開発され，その後厚生労働省委託事業：EBM（根拠に基づく医療）普及推進事業として継続運営されているため，原則無料で利用できます．なお，前出のコクランライブラリーの一部が，この中で日本語として参照することができます．

図9. Mind　（http://minds.jcqhc.or.jp/index.aspx より）

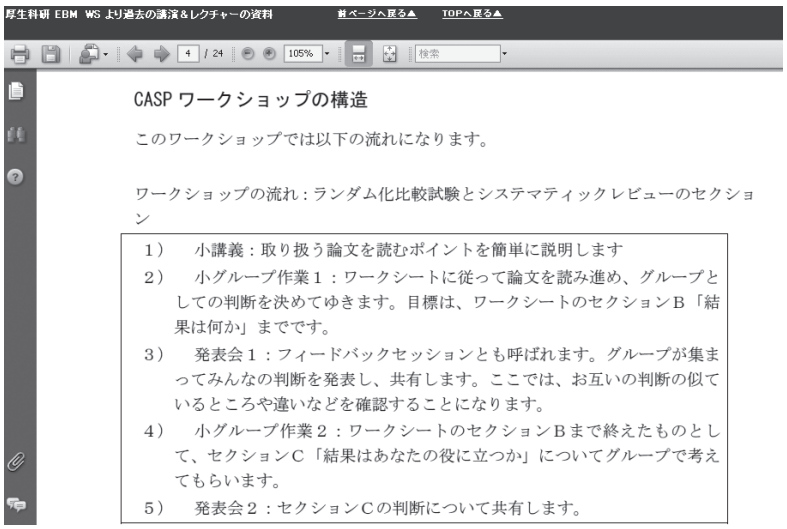
このように見て来ると，全ての看護師がEBPを行うための体制は，国内でも既に想像以上に整っていることがわかります．足りないのはコンテンツ，すなわち，看護問題に対する日本語のシステマティックレビューの蓄積のみです．

近年，全国に看護系大学が飛躍的に増加し，多くの看護学研究者が育ち，多くの看護の研究論文が排出されています．これらを問題毎に系統的に集めて分析し，根拠となる部分を再利用可能なレビューとし蓄積し，臨床現場で容易に利用できる形で提供する仕組み，即ち看護版Mindsサービスや日本語の看護版コクランライブラリーを作ることこそが，21世紀の日本の看護の最大の課題ではないかと私は思います．

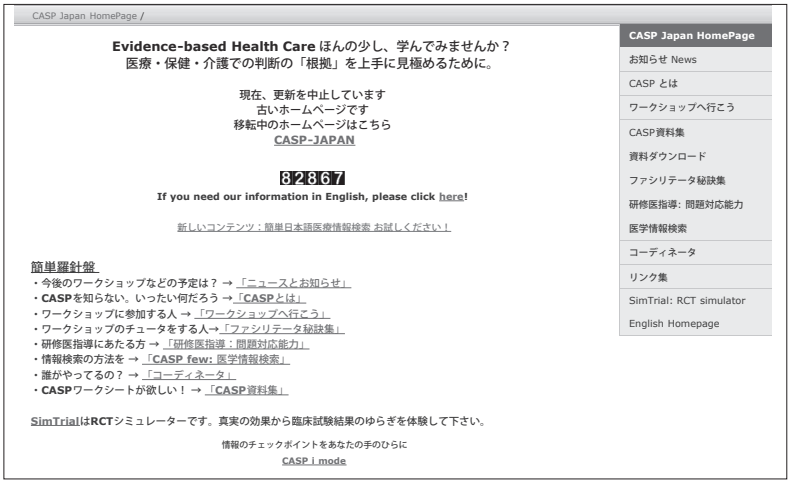
コラム：ＥＢＭの学習会を擬似体験する方法

根拠に基づく医療実践という言葉は知っていても，具体的にどの様に実行するのかわからない方が多いと思います．そこで，それらを疑似体験できる，インターネット上で手に入るテキストを紹介します．それはCASP（Critical Appraisal Skills Programme）Japanのホームページで公開されている，ＥＢＭセミナー用パッケージ（図Ａ.）です．

入手方法は，CASPホームページ（図Ｂ.）にある「資料ダウンロード」から「ＥＢＭ講習会用資料集」をクリックし，その中の研修医向けセミナー用資料から「ＥＢＭセミナー用パッケージ」をダウンロードします．このファイルの内容は，EBPのためのワークショップの進め方や例題などです．読むだけで，ワークショップを体験した気分になれるので，お勧めです．



図Ａ．ＥＢＭセミナー用パッケージ
（http://caspjp.umin.ac.jp/materials/workshop/files/EBMpackage.pdfより）



図Ｂ．CASPホームページ
（http://caspjp.umin.ac.jp/より）

第 7 回岩手看護学会学術集会
＜特別講演＞

論文を読み，書くための知識：90 分でわかる APA 方式の引用方法

東京有明医療大学看護学部
前田樹海

つるも，ごちそうになろうとおもうのですが，
なにしろ，ひらたいさらに入っているスープですから
長いくちばしではのむことができません．（小出，2011）

はじめに

今回の「APA」は, American Psychological Association（米国心理学会）の頭文字であることを踏まえて「エイピイエイ」と読む．決して「アパ」ではないのでお間違えなきように．看護になぜ心理学の引用方法なのか，と思う方もおられるだろうが，応用学問である看護学は欲求階層理論とか心理尺度とか統計法など，心理学が発展させた有用な概念や手法をこれまでにも数多く取り入れてきたのと同様，良いものは活用するという趣旨である．

そんな両学問にも共通点があって，1860 年に F. ナイチンゲールが聖トーマス病院に開設した看護学校（Kings College London, n.d.）が現在の看護学のスタート地点だとすると，現在の心理学は 1879 年に W.M. ヴントがライプチッヒ大学に心理学実験室を開設したのが嚆矢とされている（梅本，大山，岡本，1999）ので，比較的新しい学問体系という点で一致している．しかし，看護学が患者の療養生活に役に立つという実学的側面を持っていたのとは対照的に，人間の意識や心というとらえどころのない事象を扱う心理学の研究者たちは，自分の依拠する学問分野を科学として一般に認知してもらうためにさまざまな努力が必要だった．

かかる結実のひとつが厳格な方法論の確立である．概念とそれを指し示す用語，実験計画法，統計手法などは言うに及ばず，研究成果を正しく伝えるための方法論として，標準化された論文執筆マニュアルが作成された．もともと米国心理学会の発行する学術誌の執筆マニュアルだったが，その精緻な内容が他の学問にも受け入れられて，論文執筆の教科書や学術誌の執筆要領として世界中に普及したのである．とりわけ，本文中で著者名と出版年により引用表示を行なう著者年号形式はAPA方式とも呼ばれ，日本の看護系学術誌で広く採用されている（前田，2012）引用方法であり，この方法を知ることで，看護系論文の読解や執筆に役立つことが期待できる．

引用とは

インターネット上の学術リソースを検索するためのサービスである Google Scholar のトップページには「巨人の肩の上に立つ」という呪文めいた文言が掲げられている．これは，現代の学問は過去の多くの研究の上に成り立っていることを比喩的に示したフレーズである．自分の研究によって得られた知見は，先人たちの積み上げてきた知識ベース，言うなれば「知の巨人」の上に積み上げたものなので，その肩の上に立った自分は先人たちよりも少しだけ遠くを見渡すことができるという喩えでもある．このように，自分の研究は，先行研究の追証だったり，先行研究が見逃した事象の解明であったり，はたまた先行研究から得た新たな着想をもとに着手したものだったりと，凡そ過去の研究と完全に独立していることは稀で，大なり小なり関連しているのである．

その際に，それら先人の明らかにしてきた仕事をきちんと明示する仕組みが引用法である．引用とは，自分の論文の中で，この部分は別の人のアイデアですよ，ここは別の研究の成果ですよ，というしるしをつけることだと考えて差し支えない．引用表示をせずに論文を書けば，それはすべて自分の仕事として認知される．実際には別の人の仕事なのに引用表示をしないでいると盗作とみなされるので，研究者として致命的だ．ただし，念のために言うと，引用の目的は，盗作

とみなされないようにするためではない．盗作しないことは論文を書く上での大前提だからだ．むしろ，適切な引用によって他者の仕事を区別することで，逆に自分の仕事が何なのかをアピールできるということこそが引用の効用である．自分の書く論文においていかに引用法が大事かということが理解できよう．

引用と転載の違い

著作権は，その著作が創作された時点で自然に発生する権利である（前田，江藤，2013，p.12）．他人の著作物は著作権法に守られており，自分が利用する場合には通常，転載許諾が必要である．ただし，公開されている，引用の必然性がある，自分の著作物と引用部分とが区別されている，自分の著作物と引用する著作物との主従関係が明確，出典が明示されている，という条件を満たせば，報道，批評，研究等の目的において正当な範囲で「引用」することが認められている（同法 32 条）．引用の範囲を逸脱した利用は「転載」となり，これには著作権者の許諾が必要となる．この許諾が必要かどうかについては著作権者によって幅がある．たとえば，文章の引用は認めても，図表の利用については許諾を求める場合もある．ちなみに，米国心理学会の学術誌では，1 箇所から 400 語以上，または複数個所から合計 800 語以上の文章を利用する場合や 1 論文もしくは書籍の 1 章から 3 点を超える図表の利用を行う際には許諾が必要としている（American Psychological Association,2011）．他の文献の図表を自分の論文等で利用する場合には，著作権者に確認しておく必要があるだろう．

本文中の引用表示

APA における引用表示の方法は，著者姓と出版年を併記する．いわゆる，著者年号形式と呼ばれる引用表示方法である．たとえば，著者姓を論文の地の文で使用する際には出版年をカッコで括って，次のように記載する．

前田（2014）は，当該事象が暗黙的な技術である可能性を示唆した．

著者姓を文章の構成要素としない場合は次のように記載することもできる．

当該事象が暗黙的な技術である可能性を示唆した（前田，2014）．

このように，APA 方式の引用表示では，本文中の引用箇所には必ず著者名と出版年が入ることになるので，引用文献が，いつ誰の発表したものなのかを本文中に明確に示すことになる．これは，本文中の引用箇所を連番によって示す番号引用形式と対比するとその特徴は顕著である．すなわち，番号引用形式では，本文中の引用箇所に示される数字そのものには，本文中の引用箇所と文末の文献リストを対応づける記号以上の意味はない．引用文献についてより詳しい情報を得たければ文末の文献リストを閲覧する以外にない．翻って，APA 方式では，少なくとも本文中には著者の姓と出版年が表示されているため，その研究文脈に詳しい場合には，姓と年だけで「あの論文か」と合点できる場合も少なくないだろうし，同一の文献が複数個所で引用されている場合には，名前で示されていたほうが数字の場合に比べて「同じ文献」であることを認識するのは容易である．

しかし，そんなAPA方式にも弱点がある．それは，引用箇所に必ず著者姓と出版年を記載するので本文の文字数を食ってしまうことと，本文が引用表示で分断されることである．これは，引用が多くなればなるほど顕著になる．まあ，何事にも長所に関連した欠点はあるものだ．APAの場合，本文と文末の文献リストとの間を行ったり来たりしなくても，本文を読み進めるだけである程度の内容と研究文脈が理解できるという長所を優先させた形式である点を理解する必要がある．

引用文献リスト

APA 方式では，文末に引用した文献のリストを付すことになっている．本文中で引用した文献を必ず文献リストに載せるということは，逆に言えば文献リストに載せた文献は本文中で引用されていなければならない．したがって，参考にしただけで本文中に引用の実態のない文献は，文献リストには載せないというのが APA 方式のルールである．

番号引用方式の場合，本文中の引用箇所と文末の文献リストを照合するキーは「数字」であり，本文における出現順に振った連番で照合を行う．一方，APA 方式における照合キーは「著者姓と出版年」なので，本文中で引用表示した際の著者姓の表記と文献リストの表記が違っていたり，著者名と出版年の組み合わせが間違っていたりするとそれらの対応関係が判別できないので注意が必要だ．たとえば本文中の引用表示が「(厚労省，2001)」であるにもかかわらず，文献リストが「厚生労働省．(2001)．・・・」では，それらが

同じ文献を指し示すかどうかが判然としない．ちなみに同一著者による同一年に発表された複数の文献を引用する際には出版年のあとに小文字のアルファベット（a, b・・）を付して区別する．

文献リストの並べ方は，番号引用の場合，番号順，すなわち本文における出現順に並べることになるが，APA 方式の場合は著者姓のアルファベット順に表示する．日本人による和文論文の引用の際にも，基本的にはヘボン式で表した著者姓のアルファベット順に並べる．日本人による和文論文を著者のアルファベット順に並べることに多少抵抗感はあるかもしれないが，アルファベット圏の著者姓を 50 音順に並べることができない以上，和名のほうをアルファベットに合わせるというのは止むを得ないことかもしれない．

文献リストに記載する事項には，それを読んだ人が原典を特定するのに必要な情報が記載される．この，引用文献を特定するのに必要な書誌情報は，大きく，著者名，出版年，タイトル，出版情報（Publication Information）の 4 つの要素からなる．APA 方式では，前述したように，著者名と出版年で本文中の引用との照合を行うので，まず，著者名と出版年を記載し，続けて，タイトルと出版情報を記載する．各要素はピリオドで終え，年号はカッコで括る．基本書式は次の通りである．

著者 .（年号）. タイトル . 出版情報 .

出版情報は引用の対象によって変化する．たとえば，定期刊行物に収載されている論文であれば，出版情報は，「定期刊行物のタイトル，巻（号），論文開始ページ－論文終了ページ」であり，書籍全体の引用であれば，出版情報は「（出版地：）出版社」となる．引用文献リストを作成する際に，どんな出版情報が必要なのかについては覚えておくか，あるいは都度調べる必要があるが，論文を読む場合には，逆に，文献リストに記載された書誌情報を見るだけで，それが定期刊行物に掲載された論文なのか，書籍なのか，書籍の章なのか，といったことが判別できるので都合がよい．

※　　※　　※

APA スタイルは単なる形式，決まりごとだという意見もあろう．たしかにその通りである．重要なのは内容であり，形式はそれを表現するための容器に過ぎない．しかし，内容を正確にかつ容易に伝えるという大目的のもとでは，その形式は必然となる．鶴には鶴の，狐には狐にふさわしい容器があるのだ．

文献

American Psychological Association.（2011）. Publication Manual of the American Psychological Association 6th ed.（pp.173-174）. Washington. D.C., USA: Author.

Kings College London.（n.d.）. Florence Nightingale School of Nursing & Midwifery, History [web site]. http://www.kcl.ac.uk/nursing/about/history.aspx

小出正吾.（2011）. きつねとつる，名作よんでよんでイソップどうわ 3 [kindle 版]. 学研教育出版.

前田樹海.（2012）. 研究の普及を支える基盤. 看護研究，45（2），103–112.

前田樹海.（2014）. 看護技術教育における還元主義性と行動主義性 ―ゲシュタルトと暗黙知の視点から. システム / 制御 / 情報，58（4），164–169.

前田樹海，江藤裕之.（2013）. APA に学ぶ 看護系論文執筆のルール. 医学書院 .

梅本堯夫，大山正，岡本浩一.（1999）. 心理学 心の働きを知る（pp.4-7）. サイエンス社 .

第７回岩手看護学会学術集会
〈交流集会〉

臨床の現場でエビデンスに基づく実践（EBP）を推進するために

岩手医科大学附属病院　野里同
共同演者　岩手県立久慈病院　荒谷亜希子
岩手医科大学附属病院　中嶋咲子

はじめに

語り継がれてきた看護師の優れた経験や知識は看護研究により実証されるなど，多くの新しいエビデンスが創出されてきたと思います．しかし，看護研究により可視化された優れた看護師の経験や知識を含め，新しく創出されたエビデンスが臨床の現場で十分に活用されているかというと難しい状況にあるのではないでしょうか．

臨床でエビデンスに基づく実践（以下 EBP）を推進するにあたって様々な障壁（バリア）が数多く存在し，その実行は決して容易なものではない事が紹介されています．しかし，質の高いケアを提供していくために EBP は必要不可欠であり，障壁（バリア）があったとしてもそれを克服し推進していくことが重要ではないでしょうか．

そこで，この交流集会では，共同演者の中嶋さんから普段行っている看護ケアのエビデンスを振り返る重要性を紹介していただき，荒谷さんからは実際に臨床で EBP を推進するにあたりどのような障壁（バリア）があるか，またそれをどのように克服し EBP を推進しているかを紹介していただき，EBP を推進するためのディスカッションの場となれば良いと考え，本交流集会を企画しました．

話題提供１
「塩酸ニカルジピンによる静脈炎に対して冷罨法を施行したが治癒遅延した症例」
中嶋咲子（岩手医科大学附属病院）

Ca拮抗剤は高血圧治療の第一選択薬として使用され，中でも塩酸ニカルジピンは点滴静注が可能であるため臨床では幅広い患者に使用されています．しかし，塩酸ニカルジピンを抹消の静脈から投与した場合，約5割の患者に静脈炎が発症したという報告があるように，塩酸ニカルジピンによる静脈炎を臨床では多く経験します．

静脈炎が疑われた場合は，静脈留置針を抜針し冷罨法を行うのが一般的な看護ケアだと思います．しかし，塩酸ニカルジピンによる静脈炎に関しては，静脈留置針を抜針し冷罨法を施行しているにも関わらず静脈炎による発赤，腫脹が増強し，治癒遅延する症例があります．そして，今回私は，塩酸ニカルジピンによる静脈炎が冷罨法では改善せず，最終的にはストロンゲストのステロイド軟膏を使用する事で静脈炎が改善した症例を経験しました．そこで，私は静脈炎に対する看護ケアのエビデンスをもう一度振り返りました．

冷罨法は，末梢血管を収縮させ炎症抑制作用の効果を期待され行われています．一方，温罨法は末梢血管を拡張させ，薬剤の吸収促進の効果を期待し行われています．静脈炎に対する看護ケアを実態調査した報告では，温罨法 38％，冷罨法 36％と静脈炎という同じ状況に対して，温罨法，冷罨法という相反するケアがほぼ同率に提供されている実態が確認されています．また，罨法に関しては，文献によって冷罨法を推奨するもの，温罨法を推奨するもの，それぞれの根拠が不明瞭なまま混在しています．冷罨法，温罨法どちらの看護ケアを選択するか，また治癒遅延している症例ではどの段階でステロイドを使用するかなど，ペルジピンによる静脈炎に対する看護ケアのエビデンスは再検討が必要だと感じました．

話題提供２
「患者のウェルビーイングを考慮した体位変換へ向けて～２時間毎の体位変換を変える～」
荒谷亜希子（岩手県立久慈病院）

私は皮膚排泄ケアの認定看護師として活動してい

ますが，2時間毎の体位変換が当院の褥瘡ケアにおける問題となっていました．皆さんも2時間毎の体位変換を施行した結果，せっかく入眠した患者を起こしてしまった，レスキュードーズを使用し癌性疼痛が落ち着いたのにまた疼痛が増強したなどの経験があるのではないでしょうか．そこで私は，2時間毎の体位変換がどうにかならないだろうかと考え，2時間毎の体位変換に関するエビデンスを振り返りました．

2時間毎の体位変換は，70 ～ 100 mmHg の圧力が2時間皮膚に加わると，圧力による組織損傷の徴候が現れるという報告が看護ケアのエビデンスとなっています．しかし，現在は優れた体圧分散寝具が数多く普及しており，褥瘡ケアのガイドライン上でも体圧分散寝具を使用した場合は4時間を超えない範囲で体位変換を行ってもよいとされていました．そこで，私は画一的に2時間毎の体位変換を計画するのではなく，他の褥瘡発生リスクも考慮しながら個別的に体位変換の時間を検討することにしました．

ケアの実際として，直腸がんの患者で全身の疼痛が強く，体位変換を拒否していた症例を紹介したいと思います．この患者は，四肢のるいそうが著明であり，容易にずれ，摩擦を受けやすい状態である上に，体幹は浮腫が著明で皮膚が脆弱化および菲薄化しており褥瘡発生のリスクが非常に高い状態にありました．しかし，患者からは，「もう痛くなることは嫌だ」と体位変換を拒否する一方で，家族からは「床ずれだけは絶対に出来ないようにして欲しい」という要望がありました．スタッフからは，褥瘡予防のために体位変換をしなければいけないのは理解しているが，体位変換をすると患者の痛みが増強するのでどうすれば良いかと困っていたようです．

そこで行った看護ケアとしてまずは，脆弱化および菲薄化した皮膚を保護するために，伸びの良いスキンケア用品を選択し，とにかく優しく皮膚に浸透するように保湿ケアを行うようにスタッフへ指導しました．そして，高機能エアマットを選択し，仙骨部には高滑り性スキンケアパッドを貼付することで圧再分配をはかるようにしました．この症例で一番の問題点であった体位変換については，緩和ケアチームとも連携しながら疼痛の状態に応じてレスキュードーズを内服した後に行うようにしました．さらに，マットレスの下に小枕をテコがわり挿入することで体位変換をしなくとも自然な寝返りの動きを模倣するスモールチェンジを導入することとしました．結果は，スタッフの協力もあり，褥瘡発生なく永眠され，家族からは「痛みを最小限にして，床ずれも防いでもらいありがとうございました」とのお言葉をいただきました．

臨床の看護師はウェルビーイングを最大限に高めるプロセスの中核的な存在であり，患者，家族，医療機関のパイプ役になる必要があるといわれています．今回の症例では，疼痛による体位変換を拒否した患者の権利を尊重し，その中で病棟のスタッフや認定看護師が協力し，この患者にあった適切な看護ケアを選択することでウェルビーイングを優先した介入ができたのではないかと考えています．

意見交換

参加者や共同演者から EBP を推進するにあたり次のような意見や感想が述べられました．

EBPを推進するためには「1．患者の問題を明確にする」，「2．情報（文献）収集：情報源は何か」，「3．情報の吟味：文献の信頼性の評価」，「4．患者への適応，応用の妥当性」，「5．評価」という5つのプロセスがあります．

まず最初の問題は，患者に起こっている問題に臨床の看護師が気づいていない点ではないでしょうか．中嶋さんの症例でいうと“塩酸ニカルジピンは静脈炎が発生しやすいので仕方ない”，荒谷さんの症例では“体位変換は褥瘡予防のために2時間毎に行わなければいけない”といったような固定概念があるように感じます．特に，中嶋さんのように経験が浅い看護師はその日の仕事を行うだけでも精一杯で，行っている看護ケアを振り返る余裕が少ないのではないでしょうか．そのため，「1．患者の問題を明確にする」というEBPを推進するスタートラインにも立てていない可能性が考えられます．普段の看護ケアから「この看護ケアがベストプラクティスなのか」といった疑問をもつことが重要であり，普段行っている看護ケアの問題点に気づくようなトレーニングや支援が必要だと感じました．

患者の問題点を明確にした後は，行っている看護ケアがベストプラクティスなのかを調べる必要があります．しかし，参加者の中で，施設内に文献検索ができる環境にあるのは半数以下でした．また，文献検索の方法にはテクニックも必要となり，検索した文献の信頼性も評価する必要があることを考えると，「2．情報（文献）収集：情報源は何か」，「3．情報の吟味：文献の信頼性の評価」に関しては，大学などの研究・教育

機関と連携する必要性が示されました.

「4. 患者への適応，応用の妥当性」,「5. 評価」という患者へ実際にEBPに基づいた看護ケアを実践する点では，荒谷さんは2時間毎の体位変換ではなく，スモールチェンジを導入するにあたり，最初はスタッフから懸念の声がありました．しかし，体圧分散寝具を使用することで4時間を超えない範囲であれば2時間毎に体位変換を行う必要がないこと，そしてスモールチェンジというポジショニングに関する有効性が文献やガイドラインで推奨されているエビデンスが高い看護ケアであることを何度もスタッフへ教育したことで少しずつ理解が得られ，スタッフが実践してくれたと思います．そして，その効果をスタッフが実感することでスモールチェンジが積極的に行われたのではないかと考えます．また，今回は，皮膚排泄ケア，がん性疼痛の認定看護師や医師，病棟のスタッフなど様々なスタッフが，一つの医療チームとして連携したことがEBPを推進する重要なポイントだと感じました.

おわりに

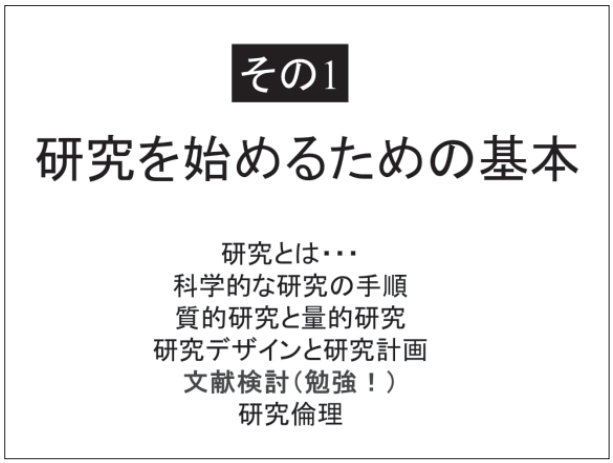
今回の交流集会を通して，実際に臨床ではどのような点がEBPを推進するにあたりバリア（障壁）となり，またそのバリア（障壁）に対してどのように克服しているかをディスカッションすることができたと思います．今後は，今回の交流集会で得られた内容をもとに，EBPを推進していき，少しでも質の高い看護を患者に提供できるよう努力していきたいと考えています.

〈めんこいセミナー〉

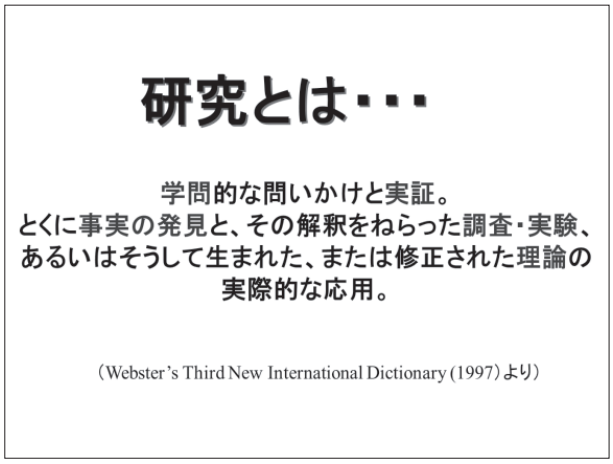
臨床における看護研究のコツ

筑波大学医学医療系
教授　川口孝泰

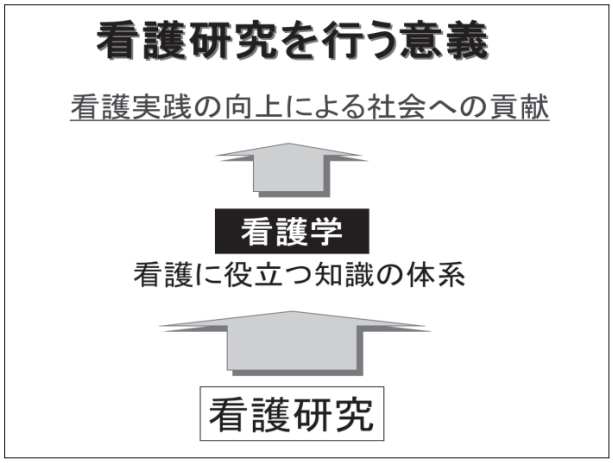
看護研究を始めるにあたって身につけておくべき基本的な事項があります．このことを先ずは学習した上での研究手法の活用となります．今回は，臨床看護研究をするに当たっての基本事項の確認をします．



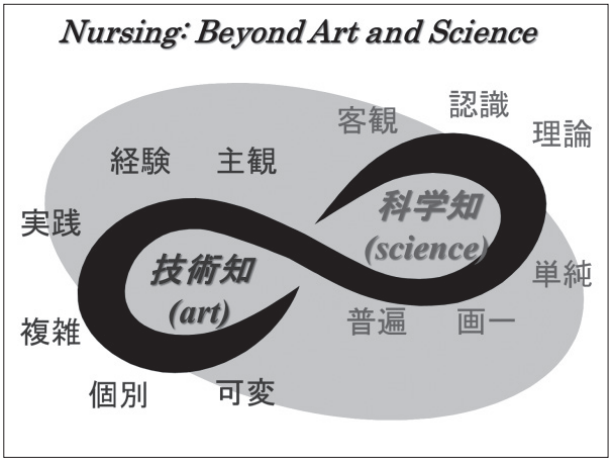
研究とはから始まり，科学的な研究法の理解，研究計画書の作成の注意点，文献検討の重要性，そして研究倫理が，研究を行っていく上での基本事項となります．



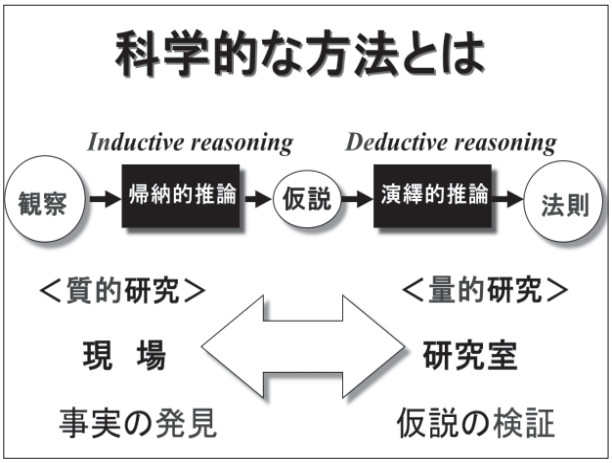
研究には，広義の意味と狭義の意味があります．広義の意味は，日常会話の中でも一般的に使われるもので，「あの人は研究熱心・・・」などの使い方に代表されるように，あるものに対して念入りに根気よく追求する営みに対して使われます．しかし本書で扱われる研究は，「学問的な問いかけと実証．とくに事実の発見と，その解釈をねらった調査・実験，あるいはそうして生まれた，または修正された理論の実際的な応用」と定義されるような，学問的な営みで使用される狭義の研究を扱います．狭義の定義の中に含まれている「学問」「実証」「事実の発見」「調査」「実験」「理論」「応用」などの用語をご覧になって推察されるように，このような研究を遂行していくためには，ある一定の手続きが必要となり，研究をする者たちが共通に認識できる作法のようなものを学ばねばなりません．



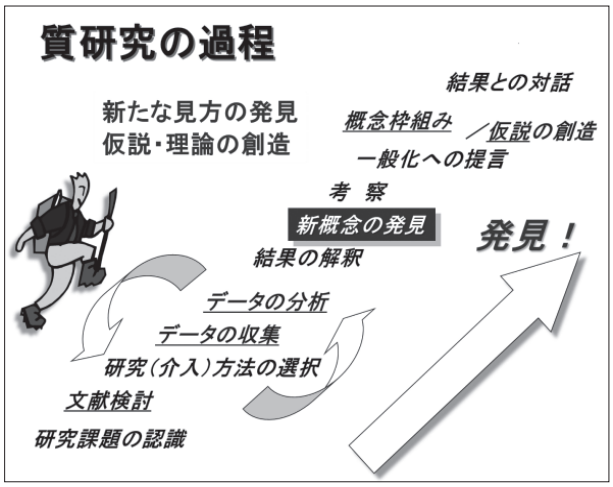
看護学とは看護に役立つ知識が集積されたものであり，看護研究とは，既存の看護学の中に新しい知識を付与していくための営みです．調査や実験は，新しい知識を看護学の中に位置づけるための保証として，一定の作法によって営まれます．とくに看護理論とは，看護学の知識を，筋道を立てて系統的に整理されたもので，看護学の見方・考え方の基本です．新しい理論の構築や，既存の理論の修正や展開は，看護学に新しい知識を拓いていく重要な営みであり，看護実践への実際的な応用によって，その理論の確からしさを確証していくこととなります．



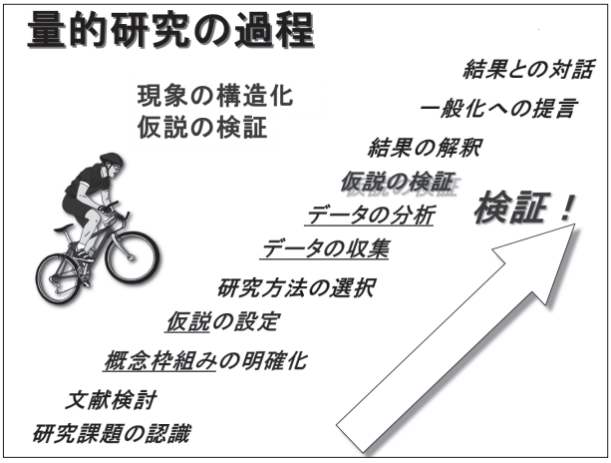
看護学は実践学といわれます．実践学の「知」は，２つの異なる「知」を内包しています．「技術知」と「科学知」です．「技術知」とは，人間の経験に基づいた知のあり方です．「技術知」の対象は，リアルな現実です．そのために，対象は複雑で常に変化しています．そのような現実に対して，個別に，技術者の経験に基づいて対処していく知が「技術知」なのです．それに対して「科学知」とは，対象をみつめていく認識のあり方を理論化したものです．そのために「科学知」は，客観性を重んじ，普遍的な対象を相手にします．何よりも，多くの人に共有できうる分かりやすい知を求めるのが「科学知」です．看護学のような実践学は，この２つの異なる知の相互作用によって成り立っていると言えます．



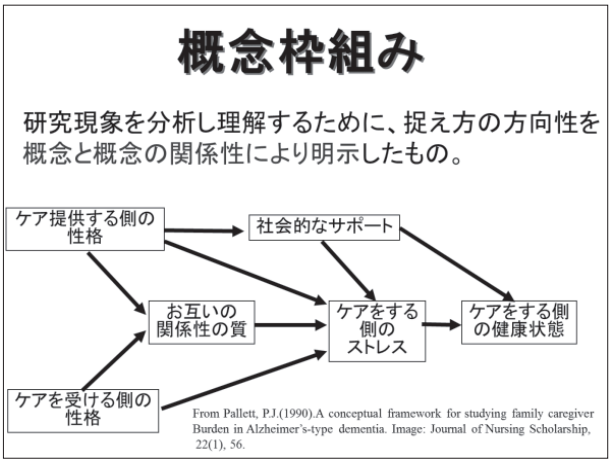
科学的な方法とは，経験的にまたは論理的に妥当な方法によって知識を集め，それに基づいて合理的な結論を導くことです．科学的な方法の手順としては，先ず研究対象との関わりを通して，じっくりと観察することから始めます．その過程で，研究方法上，妥当なデータ収集を行い，最終的には「仮説」を見出します．これが，帰納的推論に基づく研究です．この方法は，研究対象の個別的な側面を，観察を通してじっくりと見つめることから，質的研究とも言われます．このような帰納的手続きによって見出された「仮説」は，特殊な観察（仮説を検証するために，ある面だけを意図的に観察する）によって，その確からしさについて検証されます．これが演繹的な推論に基づく研究です．この方法は，仮説を検証するために，複数のデータを集めて統計的に検証することから量的研究とも言われています．科学的な研究とは，このような２つの推論に基づいて実施されます．



帰納的推論に基づいた研究は，「帰納的研究」あるいは「質的研究」とも言われます．手順としては，先ず課題の認識と文献検討が必要なことは言うまでもありません．その上で，帰納的推論方法に従って，研究者自らが現象の中に身を置いて観察することになります．この方法では，研究者自身がデータを得るセンサーの役割をしますから，研究者自身が研究課題をしっかりと認識していることと，当該現象を理解する上での十分な臨床経験を持っていることが求められます．得られたデータは，研究者自身の中でじっくりと反芻され，過去の経験や知識と照合しながら，新しい考え方や捉え方の発見に向けて整理していくことになります．この方法では，最後に仮説の創造や概念枠組みなどのモデル・理論の提示によって，その成果が一般化されます．

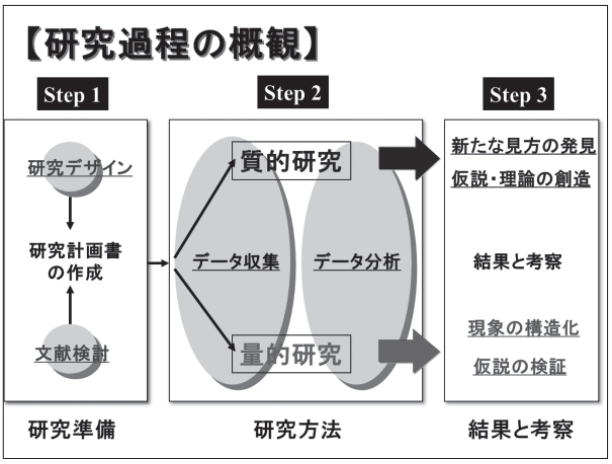


演繹的推論に基づいた研究は，十分な文献検討を行った上で，先ず理論的な，あるいは一般的な前提から出発した仮説の設定を行います．つまり，明らかにしようとする研究の視点を明確に定めて，その視点から見て妥当であるかどうかを検証する過程を辿ります．仮説の設定内容の良し悪しが，研究結果の意味を大きく左右します．妥当な仮説に基づいた研究の実施は，一般化に向けて大きな成果を挙げますが，こじつけや偏見による仮説の設定からは，たとえ研究過程で妥当な結果が得られたとしても，一般化には至らないことになります．そのため，この研究過程で捉えられた結果の解釈については，その限界を十分に認識した考察が必要となります．また，この研究過程での研究実施においては，仮説を科学的に実証していくための厳格な調査や実験の方法論をしっかりと学んでおく必要があります．これらの手続きを踏むことで，科学性が保証されるとともに，その限界についても認識できます．



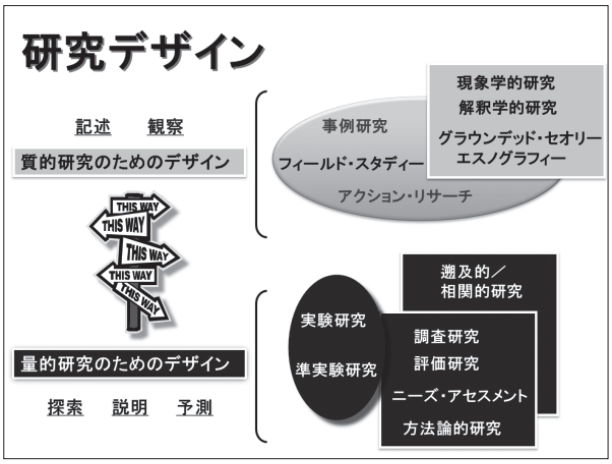
研究者は，研究対象となる現象を理解していく際，その現象が，どのような要因，変数，過程に関わっているのか，そして，どのような関係性で全体が構成されているのかを問いかけることになります．このような問いかけは，研究対象としている現象の見方，考え方を方向づける前提となります．この前提を，概念と概念の関係性で示したものが「概念枠組み」といいます．研究者は，どのような視点に基づいて，概念枠組みを設定したかを，明確に説明することが重要です．なぜならば概念枠組みは，複雑な現象を，あえて特定の側面に限定して捉えることで研究対象の理解を深めるための営みだからです．つまり概念枠組みは，現象を追求していくための一つの見方，考え方なのです．そこで，当該の概念枠組みが，どのような現象の理解に役立つのか・・については十分に論じておく必要があります．とくに質的研究では，研究者自身の現象の理解が変化する過程をたどるので，研究が進むにつれて必要に応じて概念枠組みは修正されます．

例示した図は，パレットさんが，アルツハイマー型の痴呆症患者を抱える家族の負担について，事例・文献検討の結果を踏まえて概念枠組みとして提示したものです．このような概念枠組みの提示は，帰納的研究においては，実際の事例を振り返りながらの多角的・洞察的な探求を通して，新しい見方・考え方の提示がなされます．演繹的研究の場合には，この概念枠組みが最初に提示され，仮説設定の根拠ともなります．たとえば「社会資源の不足が家族の健康を損ねているのではないか」などの仮説が設定され，この仮説を調査などの手法によって検証していくことになります．つまり概念枠組みは，帰納的研究においては，研究の最後の結果として提示されますが，演繹的研究の場合には，研究の最初の段階で，仮説設定の根拠として提示されることになります．しかし，モデル化は，問題の核心を鮮明にする一方で，他の側面を平坦化してしまう欠点もあることも十分に認識しておくべきです．



研究を進めていく過程には，大きく分けて３つのス

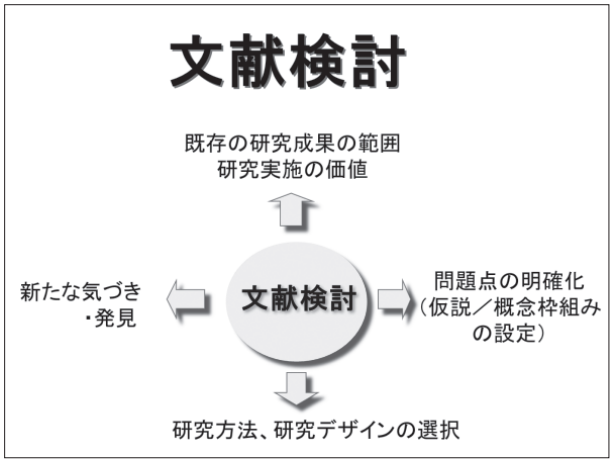
テップがあります．ステップ1は，研究を実際に始めるにあたって，研究対象とする事象を十分に勉強しておく「文献検討」，および，より効果的な結果を導き出せるような研究の道行きとなる「研究デザイン」の選択があります．この2つの営みが十分に行えていることで，研究計画書が作成され，はじめて実際の研究実施に至れるのです．ステップ2は，データを集め，分析する段階です．データの収集方法やデータの分析方法は，質的研究と量的研究では，方法論的に大きな違いがあります．両者の違いをしっかり認識した上で，取り組む必要があります．このステップは，研究の信頼性や妥当性を保証する大事な段階ですので，計画的に進めることが肝要です．ステップ3は，得られたデータについて，一般化していく段階のことです．このステップでは，得られたデータから捉えられた新しい知見を，いかにわかりやすく，信頼に足りうるものであるかを表現することが重要です．そのための手法として，統計学的手法やモデル化の手法，グラフ表現法などが必要となります．



研究デザインは，大きく「質的研究のためのデザイン」と「量的研究のためのデザイン」の2種類があります．質的研究は，一つの事象をありのままにじっくりと観察して，その中から新たな見方・考え方を見いだしていくような営みです．そのためには，しっかりと事象を「記述」していくことが研究実施の要となります．具体的な研究の種類としては「事例研究」「アクション・リサーチ」「フィールド・スタディー」や，これらの方法を用いながら，さらに解明しようとする現象の特質に合わせて「現象学的研究」「解釈学的研究」「グラウンデッド・セオリー」「エスノグラフィー」などへと展開する研究などが挙げられます．

量的研究は，研究しようとする事象の構造や因果関係性を「探索」「説明」「予測」するために必要な量的データを収集して，統計学的な検証を行っていく営みです．具体的な研究デザインの種類としては，大きく実験研究と非実験研究，その他の研究に大別して分類できます．実験研究には，真の実験研究(true experimental design)と，準実験研究(quasi experimental design)があります．非実験研究(nonexperimental design)は，疫学的研究の主要な手法である遡及的・相関的研究があります．また，看護研究でよく利用される，その他の研究方法論として，対象の構造を明らかにしようとする「調査研究」，看護実践の質の評価などを扱う「評価研究」，組織や集団のニーズを明らかにしようとする「ニーズ・アセスメント」あるいは，データを組織的に収集・分析する方法を開発する「方法論的研究」などが代表的なものとしてあげられます．

実際の研究においては，質的研究と量的研究は，はっきりと使い分けるのではなく，究明しようとする対象の特質に応じて，双方を効果的に組み合わせながら実施されることが多くあります．このような研究をマルチメソッド研究(multi-method research)と言い，とくに大きなプロジェクト研究の場合において，一つの研究対象を多角的に取り組む際に用いられます．

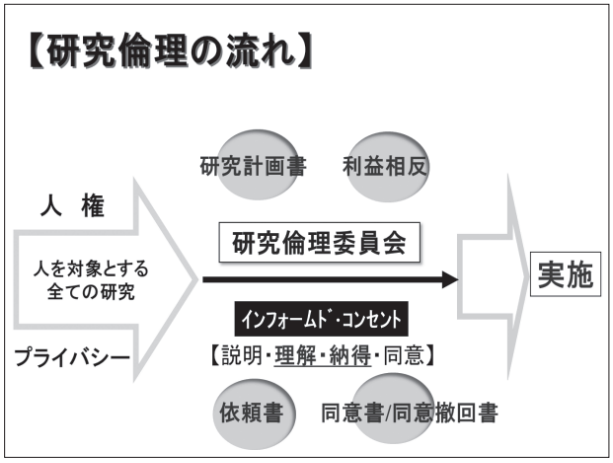


文献検討をしっかりと行うことは，研究を実施していく上での基本です．文献検討により，既存の研究成果の範囲を確認でき，これによって取り組もうとしている課題が，これまでの研究成果のどこに位置づくのか，どの部分が明らかとなっていないのか（演繹的研究においては「概念枠組み」の明確化や「仮説」の設定），あるいは何が新しいのかを明確にすることができます．そのことで当該研究を実施していく価値を明確にする事ができるのです．

また文献検討は，取り組もうとする研究において，どのような研究方法やデザインを選択することが最良

であるかも示唆してくれます．さらに，この営みが何よりも研究者にとって大きな成果となるのは，それまでの研究成果に無い新たな気づきや発見が促されることです．文献検討を怠ると，当該研究の新規性の位置づけが曖昧となり，一般化に向けた議論の焦点がぼやけたものになってしまいます．さらには，研究論文として仕上げていく際にも，文献検討が十分に行われていると，「はじめに」や「考察」の部分が，とても説得力のあるものになり，信頼性のある研究として受け止められます．

インターネットに公開されている情報を効果的に利用するために，インターネット上には多数の検索エンジンが準備されています．検索エンジンとは，インターネット上の情報を蓄積し，ホームページを介して，それらの情報を提供している場所のことです．現時点で文献検索サイトは国立情報学研究所が音頭を取って，共通の窓口から様々な文献情報を収集できるような調整が行われています．図に示したのは代表的な検索エンジンです．文献検索においては，先ずはこの2つの入口からキーワード検索することによって，多くの検索サイトへの窓口となります．臨床看護研究においても非常に役立つ文献検索の窓口となっています．このような検索エンジンでの検索は，検索しようとする用語が，インターネット上のホームページで，どのような形で使用されているか，あるいは，どのような分野で使用されているかなどが即座に分かり，情報取得の最初の窓口として大いに役立ちます．しかし，十分に注意しなければならないことは，情報の信頼性がきわめて低いものもありますので，利用者がこのことを十分に認識して活用することが求められます．



研究倫理の対象となるのは，人を対象とする全ての研究です．研究倫理の目的は，研究対象者の人権とプライバシーの保護です．研究者は，研究実施の過程では，どうしても研究に夢中になってしまい，客観的な立場での研究倫理上の判断を誤ってしまう場合があります．そのために，研究を実施する機関では，独立した第三者委員会（研究倫理委員会）を設置して，申請のあった研究に対して倫理審査を行う仕組みを作っています．通常，研究倫理委員会は，7～10名程度の委員より構成され，提出された研究課題に倫理上の問題がないかどうかを判断します．倫理委員会のメンバーには，当該機関の職員以外に，より客観的な立場で判断するために，機関外の有識者にも参加してもらうことがあります．倫理委員会に提出される書類には，「研究倫理委員会申請書（倫理申請内容の概要）」「研究計画書」「依頼書」「同意書」などがあります．研究計画書は，研究計画の概要と研究倫理上の配慮について記されます．依頼書は，研究対象者に対する依頼内容が書かれるものです．同意書は，依頼内容に対して同意したことを研究対象者と研究者が交わす契約書のようなものです．これらの提出書類によって，倫理委員会は，当該研究が対象の人権とプライバシー保護の観点から，十分なインフォームドコンセントに基づいていると判断された場合において承認します．看護の対象は人であることから，看護研究のほとんどは，研究倫理に関わるといえます．そこで研究実施においては，必ず研究倫理上の判断をしかるべき機関に行ってもらうことは重要です．

以上が，今回の講演でお話したことです．

その2

臨床研究での注意点

データ収集法
標本抽出
信頼性と妥当性と有効数字
統計の基礎知識
図表の書き方の基本
質的研究の考え方

今回の講演では，「その1」のみについて行いました．実際に研究を行うためには，そのための道具の使用法と，発表のためのルールの学習が必要になります．これらについては，書籍からも学べることなので，各人の勉学に期待します．

会　　告（1）

第８回岩手看護学会学術集会のご案内

第８回岩手看護学会学術集会を下記の通り開催します. 会員の皆様をはじめ多数のご参加をお待ちしています.

期　　日：平成 27 年 10 月 17 日（土）
会　　場：岩手県立大学　講堂・共通講義棟
会　　長：上林美保子（岩手県立大学）

テ ー マ：岩手版地域包括ケアの構築を目指して

会長講演：上林美保子（岩手県立大学）
「岩手県における地域包括ケアの現状と課題」
特別講演：岸　恵美子（東邦大学看護学部）
「セルフ・ネグレクトと孤立死を予防するための地域包括ケアシステム
－予防・医療・介護を看護職がシームレスにつなぐには－」
交流集会 「ここまでできる！在宅療養」
一般演題：募集期間　2015 年 6 月 22 日（月）～ 2015 年 7 月 24 日（金）
学生のためのセミナー
「アロマハンドマッサージを体験しよう」

2015 年 5 月
第８回岩手看護学会学術集会
会長　上林美保子（岩手県立大学）

会　　告　（2）

平成27年度岩手看護学会総会の開催について

平成 27 年度岩手看護学会総会を下記の通り開催します.

日　　時：平成 27 年 10 月 17 日（土）12 : 00 ～ 12 : 30
会　　場：岩手県立大学　講堂

2015 年 5 月
岩手看護学会　理事長　山内一史

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（〒020-0693岩手県滝沢市巣子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，学術集会企画委員を委嘱し，委員会を組織する．

第六章　委員会

第26条　本会は，円滑な学会運営のために委員会を組織する．

（1）　編集委員会

（2）　広報委員会

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　雑則

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．

１）平成25年10月19日，一部改正（委員会）．

２）平成26年4月12日，一部改正（総則、事務局住所）

岩手看護学会　役員名簿（2015 年 4 月現在）

理 事 長	山内　一史	岩手県立大学
副理事長	石井　真紀子	岩手保健医療大学（仮称）設置準備室
理　　事	岩渕　光子（庶務）	岩手県立大学
	上林　美保子（編集委員長）	岩手県立大学
	蛎崎　奈津子（副編集委員長）	岩手県立大学
	小嶋　美沙子（庶務）	岩手県立大学
	菖蒲澤　幸子（副広報委員長）	盛岡赤十字病院
	千田　睦美（庶務）	岩手県立大学
	千葉　澄子（会計）	滝沢市役所
	福島　裕子（広報委員長）	岩手県立大学
	松川久美子（会計）	岩手県立大学
	松本　知子	岩手県看護協会
監　　事	齋藤　貴子	日本赤十字秋田看護大学
	箱石　惠子	岩手県立宮古病院
評 議 員	安藤　里恵	岩手県立大学
	遠藤　良仁	岩手県立大学
	高橋　有里	岩手県立大学
	田辺有理子	横浜市立大学医学部看護学科
	土屋　陽子	岩手県立大学
	中下　玲子	岩手県立紫波総合高等学校

（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郵送ください.

1．入会申込書に必要事項をもれなくご記入ください.「実践・関心領域」や「最終卒業校」の未記載が多くなっております．すべての項目を必ずご記入ください．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っきりとお書きください.

3．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.

4．入会申込は，随時受け付けています.

＜事務局＞〒 020－0693　岩手県滝沢市巣子 152－52
岩手県立大学看護学部内　岩手看護学会事務局　千田　睦美
FAX：019－694－2273　　E-mail：iwatekango@ml.iwate-pu.ac.jp
HP：http://isns.jp/

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.

申　込　日	平成（　　）年（　　）月（　　）日	
氏　　名	フリガナ	性　別
		1. 男　2. 女
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（　　）	
勤務先住所	〒 勤務先名	
	TEL：　FAX：	
	E-mail：	
自宅先住所	〒	
	TEL：　FAX：	
	E-mail：	
郵便物送付先 （どちらかに○）	1．勤務先　2．自宅	
最終卒業校		
実践・関心領域		

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○をお付けください.

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.

「実践・関心領域」や「最終卒業校」の未記載が多くなっております．すべての項目を必ずご記入ください.

記入後，郵送にて下記の事務局までお送りください.

＜事務局＞〒 020－0693　岩手県滝沢市巣子 152－52

岩手県立大学看護学部内　岩手看護学会事務局　千田睦美

FAX：019－694－2273　E-mail：iwatekango@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，その任にあたる．

(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

1) 筆頭執筆者は本学会の会員とする．

2) 本学会が依頼した場合には前項の限りではない．

3) 日本以外の国から投稿する者については会員以外でも投稿資格を有するものとする．

4) その他の投稿者については編集委員会が決定する．

(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，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，考察，結論の 5 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，考察，結論の 5 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期待できるもの．原則として，目的，方法，結果，考察，結論の 5 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，実践報告，資料等)

看護学に関わる論文．

(4) 論文の提出

論文は，岩手看護学会ホームページよりオンライン投稿する．

(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 か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

10 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

1) 論文の投稿は，岩手看護学会ホームページの学会誌論文投稿用アドレスより行う．投稿の際は，①筆頭著者の氏名，②会員番号，③所属，④連絡先住所および郵便番号，⑤電子メールアドレス，⑥論文タイトル，⑦論文の種類 を明記し，論文と投稿チェックリストを添付して送信する．

2) 編集委員会が，投稿論文が投稿規則に従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．

3) 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．

4) 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 サイズ横書き，Microsoft Word 書類とする．

2) 論文の分量は，表題，要旨，本文，引用文献，図表,Abstract 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: 25,000 字以内
  (投稿論文テンプレートを使用した場合：12 頁以内，テンプレートを使用しない場合：25 頁以内)
- 原著: 25,000 字以内
  (投稿論文テンプレートを使用した場合：12 頁以内，テンプレートを使用しない場合：25 頁以内)

・ 事例報告:16,000 字以内
（投稿論文テンプレートを使用した場合：8 頁以内，テンプレートを使用しない場合：16 頁以内）
・ 研究報告:25,000 字以内
（投稿論文テンプレートを使用した場合：12 頁以内，テンプレートを使用しない場合：25 頁以内）
・ 短報:8,000 字以内
（投稿論文テンプレートを使用した場合：4 頁以内，テンプレートを使用しない場合：8 頁以内）
・ その他: 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） 論文には 400 字程度の和文要旨をつけ，原著については 250 語程度の Abstract(英文)もつける．原著以外の論文に Abstract をつけてもよい．

5） 欧文(英文 Abstract を含む)は原則として Native Check を受けたものとする．

6） 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．

7） 文書フォーマットは下記の2種類とする．

（ｉ）ホームページの投稿論文テンプレートを使用する場合

・ 論文は，表題，著者名，所属，要旨，キーワード，本文，引用文献，表題(英文)，著者名(英文)，所属(英文)，Abstract(英文要旨)，Keywords 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．
・ 本文および引用文献は 2 段組，24 文字×44 行,文字は 10 ポイント，その他は 1 段組とする．
・ 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．
・ 表題は 16 ポイントとする．
・ 本文和文書体は MS 明朝，見出しは MS 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 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．
・ 図表の掲載について以下の通りとする．

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．
図表中の表題，説明文等の文字は MS ゴシック 8 ポイント程度とする．
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．

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．
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

（ⅱ）投稿論文テンプレートを使用しない場合

・ 論文は，表題，著者名，所属，要旨，キーワード，本文，引用文献，表題(英文)，著者名(英文)，所属(英文)，Abstract(英文要旨)，Keywords，図，表の順に作成する．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，図，表を順に最後に記載する．なお，本文中に図表が挿入される箇所を明示する．
・ 原稿は A4 版横書きで，35 文字×28 行（約 1,000 字）,文字は 10 ポイントとする．
・ 文書余白は上下 30mm,左右 30mm とする．

・ 表題は 16 ポイントとする.

・ 本文和文書体は MS 明朝, 見出しは MS 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 明朝を用い, Microsoft Word の機能を用いて作成する.

・ 図表の掲載について以下の通りとする.

図表はひとつの図表の原図毎に A4 用紙 1 枚を用いて提出する.

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.

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.

8) 丸付き数字, ローマ数字等の機種依存文字は使用しない.

(2) 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」(‘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にする.

・ 雑誌の場合……著者名. 表題名. 雑誌名 年次;巻(号):頁.

なお, 頁は数字のみ. 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. 発行地: 発行所; 年次. または, 著者名. 書名. 版. 編集者名. 発行地: 発行所; 年次. 頁.

なお, 頁は数字のみ.

・ 訳本の場合……著者名. 書名. 版. 翻訳者名. 発行地: 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(地域版の場合にはその名称,版,朝夕刊の別). 掲載年月日;欄:位置(段). 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……著者名. タイトル: サブタイトル[インターネット]. 発行元: 発行者; 発行年月日[更新年月日]. URL. (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.

(3) 英文投稿は本規則のほか Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines を参照すること.

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, 自著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.

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.

附則 4. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 21 年 10 月 17 日から施行する.

附則 5. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 23 年 4 月 16 日から施行する.

附則 6. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 24 年 9 月 19 日から施行する.

附則 7. 本規則の改訂

本規則の改訂は平成 26 年 9 月 28 日から施行する.

Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines

1. General Guidelines

(1) The Journal of Iwate Society of Nursing Science is published by the Society two times a year for the purpose of sharing research results in nursing.

(2) The editorial committee is established by the Society to carry out publishing responsibilities.

(3) The journal is published online and on paper.

2. Submission Rules

(1) Qualifications for Submission

1) The first author listed must be a member of the Society.
2) Authors requested by the Society are exempt from the preceding qualification.
3) Authors residing outside Japan are not required to be members of the Society.
4) Other authors may be qualified by the editorial committee.

(2) Article Categories

Articles published in the Journal must be review articles, original articles, case reports, research reports, brief reports and others, which are unpublished. In the review process, the editorial committee may suggest a change in categories.

- Review Article
  A comprehensive evaluation and discussion based on a critical review of literature concerning a specific theme in nursing.
- Original Article
  A research article in nursing with originality, including new knowledge and systematically describing research results. It should contain clear significance for knowledge in nursing science. It must be presented systematically consisting of purpose, method, results, discussion and conclusion.
- Case Report
  A report of a valuable clinical example of nursing. It will provide beneficial information for nursing practice and nursing science.
- Research Report
  A research article in nursing with a significant research conclusion, which will be recognized as contributing to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.
- Brief Report
  A short research article in nursing containing new knowledge, expected to contribute to the development of nursing science. The article must consist of purpose, method, results, discussion and conclusion.
- Other articles (Issue, Practice Report, Material, etc.)
  Articles in nursing science.

(3) Article Submission

Articles should be submitted online.

(4) Review Process

The decision on submitted articles concerning acceptance for publication is carried out by the editorial committee, based on the evaluation of two anonymous reviewers at the request of the committee. If there are differences of opinion between the reviewers, an additional reviewer will be requested. The review is conducted in accordance with the reviewing standards and guidelines.

If the author does not respond to the editorial committee's comments on modifications for more than three months, the article will automatically be rejected.

(5) Editing

The publication sequence of articles and other editorial issues are performed by the editorial committee.

(6) Proofs

The first proofreading will be conducted by the author. Corrections by the author will be limited to the correction of words and phrases. Further proofreading will be performed by the editorial committee.

(7) Reprints

The author may ask for reprints in blocks of 10 copies during the proofreading process. The cost will be the responsibility of the author.

(8) Ethical Considerations

Research on human subjects or animals must include a statement of ethical consideration. The ethical standards written below must be fulfilled. The research protocol must be approved by the Ethical Committee of the institution.

- Research on the human body must follow the "Helsinki Declaration".
- Research on animals must meet the ethical standards of the "Iwate Prefectural University Ethical Provisions for Animal Experiments" or other similar standards.
- Investigative research studies must meet the ethical standards of the "Ethical Guidelines on Epidemiologic Study" or similar standards.
- Research on the human genome and genetic analysis must meet the ethical standards of the "Ethical Guidelines for Human Genome and Genetic Analysis" and "Guidelines for Clinical Research on Gene Therapy" or similar standards.

(9) Submission Procedures

1) Articles should be submitted through the Iwate Society of Nursing Science web site by attaching the file of article. The submitter also should write ① Name of the first author, ② Membership number, ③ Affiliation, ④ Postal address including postal code, ⑤ E-mail address, ⑥ Title of the article, ⑦ Category of the article. Submission checklist should be attached.

2) Once the editorial committee has confirmed that the submitted article conforms to the submission rules, the submission procedures are completed and this date is considered the date of receipt. The date when the editorial committee accepts the article for publication, based on the reviewers' evaluation, is considered the date of acceptance.

3) The author of an article accepted for publication for which a joint research agreement and ethical screening report are necessary must supply those documents to the editorial committee within two weeks of notification of acceptance of the article.

4) The author may request a proof of publication for the article after the date of acceptance.

(10) Publication Costs

The costs for publication are free. However, publication costs of color photographs are the responsibility of the author.

3. Writing Guidelines

(1) Description of the Article

1) The submitted article is to be in Japanese or English, using A4 page settings and written in MS Word.

2) The length of the article must be no longer than the page limits described below. The page count is inclusive of all parts of the article: title, abstract, main text, references, tables, and figures.

- Review Article: 6,500 words

(Maximum 12 pages using the template, Maximum 25 pages without the template)

- Original Article: 6,500 words
  (Maximum 12 pages using the template, Maximum 25 pages without the template)
- Case Report: 4,000 words
  (Maximum 8 pages using the template, Maximum 16 pages without the template)
- Research Report: 6,500 words
  (Maximum 12 pages using the template, Maximum 25 without the template)
- Brief Report: 2,500 words
  (Maximum 4 pages using the template, Maximum 8 pages without the template)
- Other articles: The editorial committee will decide on the length of the article according to content.

3) Measurements and measurement symbols should conform to System International (SI) units.
4) An abstract of 250 words should be attached to articles .
5) Five or fewer keywords should be included in all articles.
6) The format of the article should be as follows:

(ⅰ) With the template

- The article should be presented in the following order: title, name of the author, affiliation, abstract, keywords, text, references.
- The text and references should be two-columned, 44 lines in 10 point font and everything else should be in one column.
- The top and bottom margins should be set at 25mm and the left and right margins should be set at 20mm. Margins will be used by the editorial committee to display page numbers, the name, volume and number of the journal and the dates of receipt and acceptance.
- The title should be in 16 point font.
- The typeset for English text should be Times New Roman.
- The abstract should be indented by 15mm.
- Insertion of Diagrams:
- Figures and tables should be sized at 1 column (width 7.5cm) or 2 columns (width 16.5cm) and be inserted into the text.
- The letters of the title and the explanation of figures and tables should be in 8 point font.
- Figures should be created using jpg, gif or png formats. This also applies to photographs. Direct copying and pasting from Microsoft Excel or PowerPoint is also acceptable.
- Sequential numbers should be added to each figure in the article and e.g. “Fig 1.” and the title of the figure should be centered directly below each figure.
- Sequential numbers should be added to each table in the article and e.g. “Table 1.” and the title of the table should be written directly above the table to the left.

(ⅱ) Without the template

- The article should be presented in the following order: title, name of the author, affiliation, abstract, keywords, figures, tables, text, references.
- The text and references should be one-columned, 35 lines in 10 point font and everything else should be in one column.
- The top and bottom margins should be set at 25mm and the left and right margins should be set at 20mm. Margins will be used by the editorial committee to display page numbers, the name, volume and number of the journal and the dates of receipt and acceptance.
- The title should be in 16 point font.
- The typeset for English text should be Times New Roman.

- Insertion of Diagrams:
- Sequential numbers should be added to each figure in the article and e.g. “Fig 1.” and the title of the figure should be centered directly below each figure.
- Sequential numbers should be added to each table in the article and e.g. “Table 1.” and the title of the table should be written directly above the table to the left.

7) Numbers enclosed in circles, roman numerals and similar machine-dependent characters should not be used.
8) f the author is Japanese, the Japanese title of the article, the name of the author in Japanese, the name of the affiliation in Japanese and an abstract in Japanese should be attached.

(2) Description of References

Descriptions of references should be based on the “Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals” (i.e. ‘Vancouver style’).

1) When references are cited, superscript expressed as 1), 2) etc. should be added in the citation area and the citations should be listed in order at the end of the article.
2) The description style should be as follows:
   - Articles in journals: The name of the author. the title of the article. the title of the journal year; volume (number):pages. Pages should be in numbers.
   - Books: The name of the author. the title of the book. version. the name of the editor. place of publication: publisher; year. pages.
   - Newspaper articles: The name of the author. the title of the article. the title of the newspaper (edition). date: section: location(column number). If the name of the author was not stated, it may be omitted.
   - Web sites: The name of the author. the title: the subtitle. place of publication: publisher; date of publication [updated date; cited date]. URL.
3) Names of authors in references should be as follows:
   If there are 5 or fewer authors, the last names and initials of the authors should be written. If there are 6 or more authors, the last names and initials of the first five authors and “et al.” should be written.
4) Typeset for references is the same as for the main text.

4. Copyrights

(1) The copyrights of all articles and content of the journal (including the online version on the web site) are reserved by the society.
(2) Before using diagrams and highly original items published in the journal, users must apply for permission from the editorial committee of the journal. (E-mail applications will not be accepted.)
(3) An application for permission should include:
   1. The volume, number, pages, year, title of the article, the name of the first author listed and the page number or number of the diagram for which permission is sought.
   2. The purpose of use.
   3. The full name, address, telephone and fax number, e-mail address and signature of the applicant.
(4) Diagrams and other items for which permission for use is granted must be stated as a citation from the original article in footnotes or references.

September 28, 2014

岩手看護学会誌　論文投稿のご案内

岩手看護学会では，岩手看護学会誌を年２回発行しております．冊子体としての発刊のほかに，インターネットに対応した電子体でも発刊しております．また，「医学中央雑誌」に掲載されております．

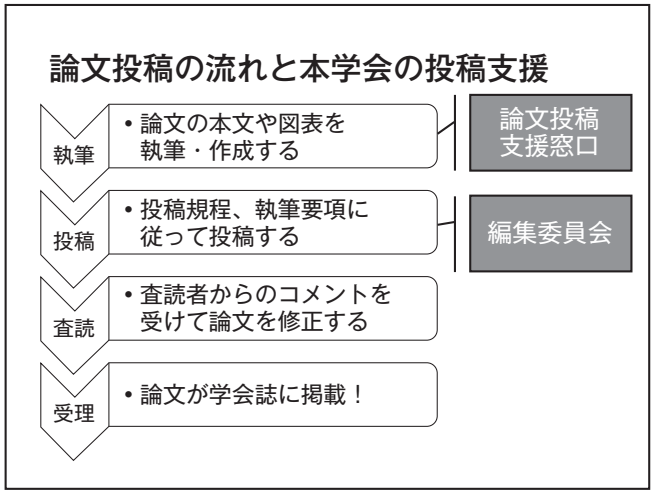
論文には，「総説」「原著」「事例報告」「研究報告」「短報」「その他」と種類があります．院内でとりくまれている看護研究や日々のかかわりをまとめた事例研究，普段から取り組んでいる業務の改善などを，論文としてまとめてみてはいかがでしょうか．

岩手看護学会誌は，みなさまからの投稿で成り立っております．岩手看護学会では，みなさまの論文投稿の支援を，論文投稿支援窓口と編集委員会が行っております．

みなさまからの論文の投稿をお待ちしています．

支援窓口，支援内容，問い合わせ先

- 論文投稿支援窓口
  - 論文の執筆に関する相談をお受けします．
  - 担当者：武田利明，菊池和子
- 連絡先：shien@isns.jp
- 編集委員会
  - 投稿から校正までをお手伝いします．
  - 担当：岩手看護学会編集委員会
  - 連絡先 : regist@isns.jp（論文投稿のメールアドレスと同じ）



岩手看護学会誌論文投稿講座Ⅷ　質的研究ってなんだろう　～その基本姿勢を知ってみよう～

看護学研究の中で，質的研究はよく目にするようになりました．では量的研究と質的研究はどう違うのでしょうか．尺度を使ったアンケート調査をするのが量的研究で，面接調査をするのが質的研究？？・・・実は量的研究と質的研究は，データ―の種類や研究方法（Method）の違いだけではなく，研究者が研究対象をどうとらえ，どう向き合うのか，という哲学的視座や基本姿勢…つまり研究方法論（Methodology）が違うのです．そこで今回は，質的研究の基本姿勢を，量的研究と比較しながらお伝えいたします．

看護という現象は，人間と人間がつくる現象でもあります．従って看護学研究は人間そのものや人間に関わる様々な現象を研究対象とします．同じ対象であっても，研究者自身がその対象をどのように捉えるかには，大きく二つの立場があります．

１．演繹的視点　～量的研究～

人間を“生物のヒト”として捉えると，その構造や機能…例えば心臓や肝臓が身体のどこにあって，どういう働きを持つのか・・・は同じ方法で観察・測定すれば，普遍的（ある範囲のすべてにあてはまるということ）な法則や規則があります．疾患に対する治療や薬物投与は，その規則に基づいて実践されます．人間の心理や行動についても，「こういう刺激やストレスがあると人はこのように反応する」という理論がすでにいくつも打ち立てられています．それらの理論を前提として開発された心理尺度は，一定の物差しとして測定し比較できます．つまり

「人間の反応や行動・行為，心理は，ある理論や法則にのっとった一定の普遍的法則や因果関係がある．だから実験に検証や反復測定が可能である」

という捉え方です．これは一般的な理論から個々の具体的な事例に説明を与える“演繹的”な視点であり，量的研究の基盤となる方法論です．量的研究では，研究者が理論的考察や実戦的経験から，理論的または一般的な前提による仮説を設定し，その仮説が妥当かどうかを検証する過程をたどります．

２．帰納的視点　～質的研究～

一方，人間を“生物のヒト”ではなく，“経験をしながら日々を暮らしている個々の人間”として捉えると，必ずしも同じ刺激に対して同じ反応や行動をするばかりとは限りません．時や場所，環境によって，経験のされ方が様々だったりします．同じ部位の同じ疾患を持ち，同じ治療をしていても，病気の経験のされ方は異なります．同様に，ストレスを抱えた人の反応をストレス理論に当てはめて説明しきれない場合もあります．心理尺度の値が同じ 30 点だったとしても，その人その人の 30 点の意味や重さがある．つまり

「人間の反応や行動・行為，心理は，文脈（時間の流れ，人間同士の関係，社会や文化的背景など）によって構築されており，一定の普遍的法則や因果関係で説明できるものばかりとは限らない」

という捉え方です．これは人間を取り巻く現象を，経験の頻度や程度よりも，その中身で見よう（これをイーミックな視点といいます）とする姿勢です．そして仮説や前提，先入観を持たずに，ありのままの現象を理解し，事象の中に潜む真実を導き出す“帰納的”視点です．こちらが質的研究の基盤となる方法論です．

３．研究の問いによって異なる研究方法論

以上の様に，量的研究と質的研究は，看護や人間という対象や現象を，どういう立場で捉えようとするのか，という研究方法論の違いがあるのです．そのため研究の問いの立て方によって，どちらの立場で研究をするのかが異なってきます．例えば，女性の更年期の健康支援を追究するために看護研究をする場合，表１の様になります．

質的研究は，インタビューをするかしないかではなく，研究者が研究対象をどのように捉えているのか，という基本姿勢が前提になっているのです．

福島裕子（岩手看護学会理事）

表 1．研究の問いの違いと研究の立場

研究の問い	➢ 更年期にある女性は，更年期の身体症状をどのように認識したり経験したりしているのだろう．看護師の保健指導を受ける事は，更年期女性にとってどういう看護の意味があるのだろうか. ➢ 体操教室に通っている更年期女性は，身体症状をどのように感じているのだろうか.	➢ 更年期特有の身体症状の程度を「クッパーマン更年期指数」によってとらえ，看護専門職の保健指導でどの程度軽減するのかあきらかにしたい. ➢ 体操教室に通っている更年期女性は，通っていない女性よりも更年期指数で測定する更年期症状の程度が軽いのではないか.
研究方法論（哲学的視座・基本姿勢） ＊研究対象をどのようなものととらえて向き合うのか	更年期の時期にある女性が身体症状をどう感じ，どう反応し，どう対応しようとしているのかは，その女性の文脈（時間の流れ，周りとの人間関係，その女性を取り巻く社会や文化的背景など）によって異なると捉える．同じ尺度で測定して同じ数値であっても意味は異なるし，一定の普遍的法則や因果関係で説明できるものばかりとは限らないととらえる.	更年期の時期にある女性の身体症状は，開発された尺度を用いて数値化してとらえることができる．そして，保健指導や更年期のための運動プログラムという要因によって，症状の変化には一定の普遍的法則や因果関係があるととらえる.
研究の立場	質的研究	量的研究
研究方法	個人個人の認識や経験を個別面接で聞きとったり，参加観察で記述をしたりする.	仮説を設定し，更年期症状を尺度で測定・数値化し，要因による関連性を比較する．その時，関連性を明らかにしたい要因以外に影響を及ぼすと考えられる要因は条件を一定にしておく.

編　集　後　記

岩手看護学会誌第９巻１号を皆様にお届けできますことを大変うれしく思っております．

今回は，原著論文１編，事例報告１編，特別寄稿１編のご投稿を頂きました．発刊にあたり，執筆者ならびに査読していただいた皆様の多大なるご協力をいただきましたことに深く感謝いたします．また，特別寄稿は，元本学会誌編集委員長の兼松百合子先生に御執筆いただきました．先生の「看護ケア」に対する追究の軌跡があらわされている大変貴重で興味深い論文です．私自身同じ看護職として，背筋が伸びる思いで読ませていただきました．

岩手看護学会は，岩手県を中心とする地域の看護職者が共に学術的な研究活動ができる場として平成 19 年に発足し，今年で９年目を迎えます．これまでの会員の皆様の優れた研究の蓄積が，地域の看護の発展に貢献してきたことは言うまでもなく，学会として，これからも更なる蓄積を続けて，地域の看護の発展に貢献し続けていきたいと考えております．そのためにも，地域の看護職者の皆様の現場における研究成果の発表，論文投稿へのサポートを，積極的に行って参りたいと思いますので，どうぞお気軽にご相談いただけたらと思います．

今後もより多くの皆様からのご投稿をお待ちしております．

（藤澤　記）

編集委員

上林美保子（委員長）　蛎崎奈津子（副委員長）　後藤仁子　鈴木美代子（副委員長）

蘇武彩加　田口美喜子　鳥居奈津子　箱石恵子　藤澤由香　三浦奈都子

＜平成 26 年度＞

アンガホッファ司寿子　大谷良子　高橋有里　松本知子（副委員長）

（五十音順）

岩手看護学会誌　第９巻第１号
発行日　2015 年 5 月 31 日
編　集　岩手看護学会編集委員会
代表者　上林美保子
発　行　岩手看護学会
代表者　山内一史
〒 020-0693
岩手県滝沢市巣子 152-52
岩手県立大学看護学部内岩手看護学会事務局
Fax　019-694-2273
E-Mail　regist@isns.jp

印　刷　川嶋印刷株式会社

本書の内容を無断で複写・複製・転載すると、著作権・出版権の侵害となることがありますので
ご注意ください.
©2015. 5　ISSN　1882-6075

ISSN 1882-6075

Journal of Iwate Society of Nursing Science

Foreword

Care without (Institutional) Borders: Integrating Welfare, Health Care, and Medical Care
Mihoko Uebayashi 1

Original Article

The Creation of Intervention Program for Interdisciplinary Collaboration in the Support of Families with Disabled Children
— Focusing on Multiple Specialist Employed at Medical Facilities for Disabled Children —
Mizue Hara 3

Case report

End-of-live Care for Family in Pediatric Intensive Care
Satoko Koyama, Nanako Yoshida,Yoshiko Oikawa,Hiroaki Hashimoto,Norihiko Saito,Ikumi Tada 16

Special Contribution

Continuous Inquiry into Nursing Care
Yuriko Kanematsu 24

7TH ISNS Conference

Chairperson's Address
Kazushi Yamanouchi 32
Special Lecture
Jyukai Maeda 42
Information Exchange 45

MENKOI Seminar

Takayasu Kawaguchi 48

Iwate Society of Nursing Science Meeting Reports 54

Information on the 8th Conference 55
Constitution of the ISNS 58
Board of Directors and Councilors 59
Membership Application Information 60
Membership Application Form 61
Journal of Iwate Society of Nursing Submission Guidelines 66
Information about Submission of Articles 70
Promoting Manuscript Submission to JISNS Ⅷ 71
Editorial Postscript 73

Volume 9 Number 1 May 2015

Iwate Society of Nursing Science