

Journal of Iwate Society of Nursing Science

岩手看護学会誌

巻頭言

岩手に根差した看護学会として 石井真紀子 1

研究報告

ターミナルケアに対する看護師の悩みや困難 石井真紀子 菊池和子 工藤朋子 3

血液疾患患者の「異変の可能性」をとらえた看護行為 高橋利果 15

学会記事

会告 岩手看護学会第9回学術集会開催 24

平成27年度第1回岩手看護学会理事会議事録 25

平成27年度第2回岩手看護学会理事会議事録 28

岩手看護学会会則 29

岩手看護学会役員名簿 32

岩手看護学会入会手続きご案内 33

入会申込書 34

岩手看護学会誌投稿規則 35

Journal of Iwate Society of Nursing Science Submission Guidelines 40

論文投稿のご案内 44

岩手看護学会誌論文投稿促進講座Ⅹ 45

編集後記 47

第9巻第2号 2015年11月

岩手看護学会

Iwate Society of Nursing Science

巻 頭 言

岩手に根差した看護学会として

岩手看護学会誌第9巻2号を、ここにお届けいたします。

本学会は、2007年6月の設立総会・交流集会に端を発し、年に1回の学術集会を開催し、年2回の学会誌を発刊して参りました。当時の設立の趣旨には、「学術の追求」を中心とした組織をつくり、実践者と研究者の本格的な協働・連携を通して本県全体の看護の更なる発展・充実に貢献したいという熱意が記されております。

さて、話は変わりますが看護者の倫理綱領（日本看護協会 2003年）に「看護者は、研究や実践を通して、専門的知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する」という条文があります。病院、地域、学校、教育・研究機関、行政機関など、あらゆる場で実践を行う看護者を対象とした行動指針であること、看護専門職として引き受ける責任の範囲を社会に対して明示するものであることが併せて明記されています。堅苦しい話になりましたが、実践のみならず研究をも通して「看護学」という学問の発展に貢献することが看護職の責務であると社会に発信されています。

3期目（設立7年目）より、本学会の運営に微力ながら携わらせていただいております。会員数217名（平成27年9月25日現在）とささやかではありますが、学術集会の開催、学会誌の発刊の他に、「めんこいセミナー」と称した研究支援のための研修会を開催しております。年会費、学術集会参加費ともに皆さまの負担にならない額で設定しております。また、論文作成や学会誌投稿に対する支援体制を整えております。論文を書いてみたけれど自信がない、投稿前に相談したいことがあるのだけれど…という方は是非、本学会ホームページで詳細をご覧ください。研究や学会に対する抵抗感を低減すべく努力を重ねております。

臨床で生じた疑問を研究的アプローチにより解明すること、新しい援助方法を実践で適用し検証すること、またその成果の公表、等々…。これからも岩手の看護職の皆さまの研究支援に貢献したいと考えております。あくまでも看護学の発展を視野に入れながら…。

平成27年11月

岩手看護学会 副理事長
石井 真紀子

〈研究報告〉

ターミナルケアに対する看護師の悩みや困難

石井真紀子¹⁾，菊池和子²⁾，工藤朋子²⁾

1) 元 岩手県立大学看護学部 2) 岩手県立大学看護学部

要旨

本研究の目的は、ターミナルケアを実践している看護師が抱えている悩みや困難を明らかにすることである。自由記述形式の回答を質的帰納的に分析した結果、「業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない」、「患者や家族に満足してもらうために医療者の知識や技術、認識を統一したいが難しい」、「患者にとって適切なケアが分からない」、「家族間の関係を調整するのが難しい」をはじめとする9つのカテゴリーが抽出された。看護師の悩みや困難の本質は、理想と考えている最期を患者が迎えられないことであり、このことが、より良いターミナルケアを提供したいという看護師の本来の願いを不全感と共に強くしていることが推測された。看護師は、チームの中で成果を共有し、ときにはターミナルケアの限界を認め、うまく行かなかった事例から課題を見出し研鑽すること、リフレッシュできるような余暇の過ごし方を検討することも、ときには必要であると考えた。

キーワード：ターミナルケア，悩み，困難，看護師

はじめに

治療の効果が期待できず、近い将来、死を迎えるがん終末期患者は、痛みや呼吸困難、嘔気・嘔吐、全身倦怠感などの身体的な苦痛、死の恐怖や怒り、孤独感などの精神的苦痛、職場や家庭で役割を果たせないことや経済的な問題などの社会的な苦痛、自己の存在の意味を問う苦悩するスピリチュアルな痛み¹⁾などを抱えながら生活している。

看護師は、このような患者・家族の看護問題を解決し、患者のニーズを満たすことで穏やかに最期を迎えて欲しいと考えている。しかし、思うように行かない看護師の状況については、「ストレス」「とまどいと乗り越え方」「葛藤」「ジレンマと対処方法」「苦しみ」「限界感」というテーマ^{2)・8)}で現在までに明らかにされている。着目したテーマは異なるが、ターミナル期の患者と向き合う看護師は、緊張や迷い、不安などの様々な精神的負担の中で、ケアを実践していることがうかがえる。その一方でターミナル期は、その場にいる医師や看護師の接し方が患者の人生の総決算の仕方を決定するため、医療従事者の責任は大きい⁹⁾ともいわれている。

著者らは2001年より、がん終末期にある患者の苦

痛が緩和され、残された時間をその人らしく過ごすための看護師の役割とシステムについて、A県内の実態調査を実施した。この当時はA県内に緩和ケア病棟入院料届出受理施設（以下、緩和ケア病棟）がなかった¹⁰⁾ことから、一般病棟でターミナルケアを行っている看護師が、患者の苦痛緩和が図れない際に無力感にとらわれている^{11) 12)}ことが報告されていた。十年余りが経過した現在においても、緩和ケア病棟が十分とはいえない現状¹³⁾から、ターミナルケアは多くの場合、一般病棟で行われている。そこで前回に引き続き、発達段階などの患者背景や診療科などの専門領域を限定せず、一般病棟の看護師を対象に調査を実施した。さらにターミナルケアがうまく行かない現状を「悩み」や「困難」という一般的なテーマで捉えることで、看護師が抱えているターミナルケアの現状理解を容易にし、ターミナルケアの充実に向けた現実的な示唆が得られると考えた。

研究目的

ターミナルケアに携わる看護師の「悩みや困難」を明らかにする。

用語の定義

1. ターミナル期：がんなどの悪性疾患に対して、現代医療において可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的な治療がむしろ不適切と考えられる状態。生命予後が6カ月以内と考えられる段階。

2. ターミナルケア：ターミナル期にあるがん患者と家族に対する看護ケア。

3. 悩み：ターミナルケアがうまくいかないと思い、わずらうこと。

4. 困難：ターミナルケアを難しくしていること、またはその状態。

研究方法

1. 研究対象

A県内にある80の一般病院で、がんなどの悪性疾患でターミナル期を過ごしている患者・家族のケアに携わっている看護師。

2. データ収集期間

2008年10月1日～11月30日

3. データ収集方法

留め置き法による自記式質問紙法。A県内にある80の一般病院（全数）の看護管理者宛てに一括で郵送した。病床10に対して1の割合で施設への依頼数を算出した結果、80病院に対して1,395部の質問紙を依頼した。がんなどの悪性疾患のターミナルケアに携わっている看護師に記入して欲しい旨、看護管理者を通して依頼した。回収は個別に郵送で行った。

4. 調査内容

1) 対象者の背景

性別、年齢、勤務場所、ターミナルケアに対する関心、ターミナルケアに関連する学習会への参加経験、ターミナルケアに対する満足感、の6項目について調査した。

2) 「ターミナルケアについて、実際に悩んでいること、困難に思っていること、日頃考えていることなど自由にお書きください」という内容を自由記述形式で尋ねた。

5. 分析方法

1) データを熟読し、1つの文章に「悩みや困難」の内容が複数存在する場合は、1つの意味内容で構成される文節に分けた（分析単位）。

2) それぞれの文節を熟読し、悩みや困難の内容とその理由を、内容を損なわないように注意しながら脈絡のある文章に整えた（テキスト）。

3) 個別のテキストをよく読み、内容が類似するものをまとめ、さらにテキストの背景にある事実を推察し、意味することや本質的な内容を加えてコンテキストへ書き換えた。

4) コンテキストが意味する内容の類似性と相違性に着目して、サブカテゴリー、カテゴリーへと統合した。

分析の過程において研究者間で検討を重ね、信頼性と妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

対象者には調査の趣旨と倫理的配慮について文書で説明した。具体的には、この調査に協力しなくても不利益はこうむらないこと、回答は無記名であり匿名性が守られていること、データは鍵のかかる場所に保管すること、研究発表で公表する場合には施設や個人が特定されないように配慮すること、などである。アンケートへの回答をもって同意を得たと判断した。また、回答に対する強制力を排除し自由意思を尊重するため、回収は個別に郵送で行った。

結果

1. 対象者の概要

1,395の配布に対して回収数は789（回収率：56.6%）であった。そのうち「ターミナルケアについて、実際に悩んでいること、困難に思っていること、日頃考えていることなど自由にお書きください」に回答していたのは254（回答率：32.2%）であった。この中から設問の主旨とは異なる回答を除外したところ、分析の対象となったのは242（有効回答率：30.7%）であった。

対象者の概要を表1に示す。性別は圧倒的に女性が多く（238名：98.4%）、年齢は多い順に40歳代が85名（35.1%）、30歳代：69名（28.5%）、20歳代：44名（18.2%）であった。職種でみると看護師が221名（91.3%）、保健師が16名（6.6%）、准看護師が2名（0.8%）であった。主な勤務場所は、外科系の混合病棟が85名（35.1%）、

表1. 対象者の概要 (n=242)

内 容	度 数 (%)
性 別	
男性	3 (1.2)
女性	238 (98.4)
無回答	1 (0.4)
年 齢	
20～29歳	44 (18.2)
30～39歳	69 (28.5)
40～49歳	85 (35.1)
50～59歳	43 (17.8)
60歳以上	0 (0.0)
無回答	1 (0.4)
職 種	
保健師	16 (6.6)
助産師	0 (0.0)
看護師	221 (91.3)
准看護師	2 (0.8)
無回答	3 (1.3)
勤務場所	
病棟 (内科系)	65 (26.9)
病棟 (外科系)	85 (35.1)
病棟 (混合)	71 (29.3)
外来	7 (2.9)
訪問看護部門	3 (1.2)
緩和ケア病棟	4 (1.7)
その他	6 (2.5)
無回答	1 (0.4)
ターミナルケアに対する関心	
ある	219 (90.5)
なし	23 (9.5)
無回答	0 (0.0)
学習会への参加	
ある	167 (69.0)
なし	75 (31.0)
無回答	0 (0.0)
ターミナルケアに対する満足感	
満足している	7 (2.9)
満足していない	234 (96.7)
無回答	1 (0.4)

混合病棟：71名 (29.3%)，内科系混合病棟：65名 (26.9%)，外来：7名 (2.9%)，緩和ケア病棟：4名 (1.7%)であった。

ほとんどの対象者がターミナルケアに関心がある (219名：90.5%) が，満足していると回答していたのは7名 (2.9%) であった。167名 (69.0%) の対象者はターミナルケアに関連する学習会に参加した経験があった。

2. ターミナルケアに対する悩みや困難

分析の結果，242名の自由記述は514分析単位，294テキスト，50コンテキスト，27サブカテゴリー，9カテゴリーに分類された。カテゴリーとサブカテゴリーを表2に示す。これ以降，本文中ではカテゴリーを【 】，サブカテゴリーを「 」，コンテキストを〈 〉で表記する。

1) 【業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない】

このカテゴリーは，日々の業務が多忙で常に時間に追われていると感じていて，ターミナル期にある患者に余裕をもって接することができないため，納得のいくケアができないことである。「混合病棟は業務量が多く時間に追われているため余裕をもってケアができない」と「時間が限られていて納得のいくケアができない」の2つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は〈急性期の患者がいる混合病棟では業務量が多く時間に追われているため余裕をもってターミナル期の患者に接することができない〉と悩んでいた。また〈患者からの要求があっても全てに応えられず片手間で納得のいくケアができていない〉と感じ，〈限られた時間でいかに信頼してもらうかが難しい〉と述べていた。さらに〈気がかりなことに対応できない外来でのケアに限界を感じている〉というコンテキストから，外来においても業務の多忙さから時間に追われ，納得のいくケアができない現状が述べられていた。

2) 【環境や体制に制約があるため，その人らしさを尊重したケアができない】

このカテゴリーでは，施設のハード面 (病棟や病室の環境) とソフト面 (専門職種や医療チーム，体制) の両者において制約があるため，その人らしさを尊重したケアができないことを意味しており「患者らしさを尊重した個別的なケアができない現状が

悲しい」「制約があるため患者の好みや希望を尊重したいができない」「患者が家族と共にゆっくり過ごせる場を提供できない」「在院日数に制限があるため入院したい患者の希望がかなえられない」

「本人や家族が望むのであれば、最期は自宅で過ごすのが理想と考えるが体制ができていない」「職種や医療チームがそろっていないため連携をとりながらのケアができない」「患者の担当が日替わりでケアに持続性がない」という7つのサブカテゴリーから導き出された。

【環境や体制に制約があるため、その人らしさを尊重したケアができない】とは、ターミナル期にある患者の〈これまでの生き方や死に対する思い〉や〈食事に対する好みや嗜好品〉〈ペットとの面会〉を大切に、希望をかなえることである。〈食事の好みや嗜好品〉と〈ペットとの面会〉については、施設の制約により〈許可されない〉現状がある。また「在院日数に制限があるため入院したい患者の希望がかなえられない」のは〈急性期病院である〉という、診療報酬による制限が原因と考えていた。最期の時に「患者が家族と共にゆっくり過ごせる場を提供できない」とは、〈混合病棟は終末期の患者が家族とゆっくり過ごせる場として無理がある〉ことや個室加算による患者側の〈経済的な理由〉のことである。また療養の場として「本人や家族が望むのであれば、最期は自宅で過ごすのが理想」と考えているが〈家族の受け入れ態勢が整わない〉ことや〈患者も家族も自信がない〉ためかなえられないと考えていた。そして〈支援体制が整っていないために病院で亡くなってしまうことも多い〉ととらえていた。また〈ソーシャルワーカーがいないため看護師が社会資源の窓口となっている〉ことを負担に思い、〈緩和ケアチームがない〉ことで他職種と連携をとりながらのケアができないことが、ターミナルケアを困難にさせていると考えていた。

3) 【医療者の知識や技術、認識が統一されないため、患者や家族に満足してもらえないケアが行われていない】

このカテゴリーは、医療者のターミナルケアに対する認識や知識・技術がバラバラで十分とはいえないため、話し合いの機会をもち統一したいが困難な状況のことである。「医師や看護師の認識や関心、知識・技術がバラバラで患者や家族に満足してもらえないケアが行われていない」と「ターミナルケアに

対する医療者個々の意識の違いを話し合う場がない」「医師同士の方針がそれぞれで連携がとれていない」という3つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は、ターミナルケアに対するチームメンバーの認識や知識にばらつきがあり十分とはいえない現状を〈患者や家族の希望がかなえられる、満足してもらえるターミナルケアができない〉と悩み、解決したいが〈それを話し合う場がない〉ととらえていた。また、「医師同士の方針がそれぞれで連携がとれていない」ために〈患者の最期の迎え方が“あんまりだ”〉と感じ、悩んでいた。

4) 【医師と考え方が合わず治療方針に不満を感じる】

このカテゴリーは、医師の方針がターミナルケアを困難にしていると不満に感じていることである。このカテゴリーは「ターミナルケアに対する考え方が医師と合わない」「苦痛緩和が不十分な医師の治療方針に不満を感じる」「医師が病棟にいる時間が少ないためタイムリーに話し合えない」という3つのサブカテゴリーから導き出された。

看護師は〈医師とターミナルケアの最新の情報を共有し分かり合いたい分かり合えない〉〈医師の協力が得られない〉と感じていた。患者の〈苦痛に対する医師の対処が十分でない〉ことや〈医師の姿勢が消極的で指示が出ない〉ことから〈医師に知識がないため患者が辛い思いをしている〉と、「苦痛緩和が不十分な医師の治療方針に不満」を感じていた。また〈医師が病棟にいる時間が少ないため（医師と）タイムリーに話し合えない〉ことも、より良いターミナルケアの実践を困難にしていると考えていた。

5) 【家族間の関係を調整するのが難しい】

このカテゴリーは、患者には残り少ない時間を家族と共に過ごして欲しいと考えているが、その調整が困難で、かなわないことである。このカテゴリーは「患者と家族の関係が希薄な場合の理解と対応に悩む」と「キーパーソンに負担が集中しないための家族間の調整が難しい」の2つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は、ターミナル期にある患者には〈できるだけ家族と一緒に過ごして欲しいが面会が少ない場合の関係の持ち方〉や、〈身寄りのない患者や家族との関係が希薄な患者への対応〉に悩んでいた。また、〈キーパーソンに負担が集中したり、キーパー

表2. ターミナルケアに対する悩みや困難

カテゴリー (9)	サブカテゴリー (27)
業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない	混合病棟は業務量が多く時間に追われているため余裕をもってケアができない
	時間が限られていて納得のいくケアができない
環境や体制に制約があるため、その人らしさを尊重したケアができない	患者らしさを尊重した個別的なケアができない現状が悲しい
	制約があるため患者の好みや希望を尊重したいができない
	患者が家族と共にゆっくり過ごせる場を提供できない
	在院日数に制限があるため入院していたい患者の希望がかなえられない
	本人や家族が望むのであれば、最期は自宅で過ごすのが理想と考えるが体制ができていない
	職種や医療チームがそろっていないため連携をとりながらのケアができない
	患者の担当が日替わりでケアに持続性がない
医療者の知識や技術、認識が統一されないため、患者や家族に満足してもらうケアが行われていない	医師や看護師の認識や関心、知識・技術がバラバラで患者や家族に満足してもらえないケアが行われていない
	ターミナルケアに対する医療者個々の意識の違いを話し合う場がない
	医師同士の方針がそれぞれで連携がとれていない
医師と考え方が合わず治療方針に不満を感じる	ターミナルケアに対する考え方が医師と合わない
	苦痛緩和が不十分な医師の治療方針に不満を感じる
	医師が病棟にいる時間が少ないためタイムリーに話し合えない
家族間の関係を調整するのが難しい	患者と家族の関係が希薄な場合の理解と対応に悩む
	キーパーソンに負担が集中しないための家族間の調整が難しい
家族の病状の受けとめ方とその対応に悩む	説明されても患者の病状を受け入れられない家族が理解し難い
	患者がターミナル期であることを家族に確認するのは死を意識させることであり、どのように伝えたらよいかわからない
理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できない	最期は安らかになると思うが医療処置が行われてしまうことに納得できない
	家族の希望で病状を知らされていない患者が“死”と折り合いをつけないまま亡くなってしまうことに納得できない
	正確な病状を知らされていないために、残された時間の過ごし方を確認できないまま看取っていることに納得できない
患者にとって適切なケアが分からない	患者にとって適切なケアが分からず何もできないことで無力だと感じる
	苦痛を緩和したいという思いが患者の希望と合わないときにそのズレに悩む
	行ったケアが患者にとって良かったのかと悩む
死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない	死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない
	感情移入してしまい涙が出そうになったときの対処に困る

ソンの意見が尊重されない〉家族間の状況をとらえ、その調整が困難であると感じていた。

6) 【家族の病状の受けとめ方とその対応に悩む】

このカテゴリーは、医師の説明通りに患者の病状を受けとめない家族の理解と対応が困難だと感じている看護師の状況を意味するものである。「説明されても患者の病状を受け入れられない家族が理解し難い」と「患者がターミナル期であることを家族に確認するのは死を意識させることであり、どのように伝えたらよいかわからない」の2つのサブカテゴリーから導き出された。

家族には、病状を正確に受けとめて欲しいと思う一方で、そのことが患者の〈死を意識させる〉ことにもなるため、伝え方に悩んでいた。

7) 【理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できない】

このカテゴリーは、患者にはこのような最期を迎えて欲しいという理想がかなえられない現状に看護師が悩んでいることである。このカテゴリーは「最期は安らかになると思うが医療処置が行われてしまうことに納得できない」「家族の希望で病状を知らされていない患者が“死”と折り合いをつけないまま亡

くになってしまうことに納得できない」「正確な病状を知らされていないために、残された時間の過ごし方を確認できないまま看取っていることに納得できない」という3つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は〈尿が出なければ留置カテーテル、意識レベルダウンにはモニター装着という一連の医療処置が行われている〉現状が、理想とする死を患者が迎えられない原因と考えている。また、〈告知したくないという家族が未だに多く、患者は“死”と折り合いがつかないまま亡くなってしまう〉状況や、予後の見通しを知らされていない患者は〈治療を継続するため、残された時間を有効に使うための意思確認ができないまま看取る〉という現状にも納得できていない。

8) 【患者にとって適切なケアが分からない】

このカテゴリーは、ターミナル期にある患者の苦痛を緩和したいが、個々の患者にとっての適切なケアが分からず、模索し悩んでいることである。このカテゴリーは「患者にとって適切なケアが分からず何もできないことで無力だと感じる」「苦痛を緩和したいという思いが患者の希望と合わないときにそのズレに悩む」「行ったケアが患者にとって良かったのかと悩む」という3つのサブカテゴリーから導き出された。

看護師は、死が避けられない患者とその家族の苦悩をとらえるが〈気持ちを傷つけないようにと思うと何と声をかけたらよいのか〉と悩んでいて、患者が〈安楽に過ごせるような援助がしたいが効果が得られず、苦しんでいる時にどう声をかけたらいいか〉と困難な状況を述べていた。また、〈苦痛症状のある患者に薬を勧めた際に“大丈夫”と言われたときにそのズレに悩む〉と戸惑っていた。さらに〈自分が行ったケアは患者にとってベストだったのか自己満足ではなかったのか〉と悩み、看取りの後には〈これで良かったのか、もう少し個別的なケアが提供できたのではないかと、実施した看護に対する不全感を抱いていた。

9) 【死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない】

このカテゴリーは、死と向き合っている患者や家族の苦悩に看護師として対峙する自信がない、できれば避けたいと感じていることである。「死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない」と「感

情移入してしまい涙が出そうになったときの対処に困る」という2つのサブカテゴリーで構成されている。

看護師は、〈患者の悲観的な発言に対する自分の声かけや態度に自信がもてず、あれでよかったのか〉と悩み、〈患者の精神的苦痛やスピリチュアルペインに対するケアが困難〉だと感じていた。〈患者の生死に関する思いを聞き深く関わりたいと思う一方で、自信がないため、そういう話をされると逃げ腰になる〉と、苦手ながらも向き合う必要性を認識している一方で、いざとなると自信がないと感じている。〈亡くなる患者や泣き崩れる家族に対してケアが十分ではなかったと感じ、この先もやっていけるのだろうか〉と自信を失うこともある。また患者が亡くなる前後では〈勤務中は泣いてはいけないと思うので感情移入してしまい涙が出そうになったときの対処に困る〉と述べていた。

考察

1. 対象者の背景

調査当時のA県で緩和ケア病棟入院料の算定が行われていたのは1施設であり、A県内の施設数全体の1.25%であった。全国平均の2.6%¹⁴⁾を下回る結果であった。本研究の対象者のほとんどが、一般病棟や外来での勤務(228名:94.2%)であり、緩和ケア病棟で働いているのは、わずか4名(1.7%)であった。よって、今回寄せられたターミナルケアに対する悩みや困難は、検査や治療の目的で訪れる患者が療養する一般病棟の看護師の意見が大幅に反映されている。

対象者のうち、ターミナルケアに満足している看護師は、わずか7名(2.9%)であった。その一方でほとんどの看護師がターミナルケアに関心があり(90.5%)、7割程度の看護師はターミナルケアに関連する学習会に参加したことがあると回答している。よって本研究の対象者は、日頃実践しているターミナルケアに満足できず、悩みや困難を抱え、解決の糸口を求めて学習会に参加している傾向があると考えられる。言い換えると、現状に対する問題意識があり、それを解決することで、より良いターミナルケアを提供したいと考えている、比較的向上心の高い看護師であると推察する。

2. ターミナルケアに対する看護師の悩みや困難

看護師のターミナルケアに対する悩みや困難として、9つのカテゴリーが明らかになった。この9カ

テゴリーは、さらに1) 施設的环境や体制による悩みや困難、2) 医師をはじめとする医療チームメンバーによる悩みや困難、3) 家族の対応に対する悩みや困難、4) 自己の能力の限界からくる悩みや困難、5) 理想とするターミナルケアとの比較による悩みや困難、の5つに分類された。以下にその分類ごとに考察する。

1) 施設的环境や体制による悩みや困難

カテゴリー【業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない】と【環境や体制に制約があるため、その人らしさを尊重したケアができない】について述べる。

一般病棟でターミナルケアに携わる看護師は「ゆっくりと関わる必要のある患者に時間が割けない」、「忙しさもあって時間が十分にとれない」という思いを抱えている¹⁵⁾ことが報告されている。本研究においても、一般病棟では検査や手術などのほとんどが時間で進行することから、処置やそれに伴う看護が優先され、ターミナル期にある患者の希望に沿った看護が十分に行えない現状と納得できていない看護師の思いが示された。

また一般病棟は、患者と家族が心置きなく過ごせる環境ではないこと、離れ離れになっているペットに会えるような手段を取れないこと、患者の好みに沿った食事を提供できないこと、などに看護師は悩んでいた。施設的环境や体制の改善は、理念に基づき組織として取り組むべき課題である。そのため看護師には、患者・家族の希望をかなえることを目指した組織的な戦略が求められる。まずは看護チームで十分に検討し、意見を統一したうえで、例えば食事や嗜好品についての改善は、栄養部門をはじめとする他職種との連携や協働が求められるであろう。中西らは「患者の趣味や嗜好の制限を考慮すること」や「面会時間の考慮」、「家族の宿泊場所の設置」などの医療施設としてのケアの提供体制が、看護師のケアに対する積極性や前向きな態度に影響している¹⁶⁾、と報告している。患者・家族の希望に沿った環境や体制の改善が、看護師のターミナルケアに対する態度に良い影響を及ぼし、結果として看護ケアの質の向上をもたらすものと推察する。組織全体への影響を見据えた、患者と家族の希望をかなえるための改善への取り組みが必要である。

2) 医師をはじめとする医療チームメンバーによる悩みや困難

カテゴリー【患者や家族に満足してもらうために、医療者の知識や技術、認識を統一したいが難しい】と【医師と考え方が合わず治療方針に不満を感じる】について述べる。

本研究の対象者は、ターミナルケアに対する医師や看護師の認識や知識・技術がバラバラで不十分であること、統一したいが話し合う場を持っていないこと、などを困難ととらえていた。また苦痛緩和が不十分な治療方針に対する不満を抱え、医師の姿勢が消極的であると感じていた。

先行研究では、疼痛コントロールが不適切な場面での医師に対するとまどい¹⁷⁾や、医師が薬剤を選択することに看護師として踏み込めないジレンマ¹⁸⁾が報告されている。本研究においても看護師は、処方権をもつ医師に対して薬剤の適切な選択を期待しているがゆえに、同様の困難を抱えていることが示された。また看護師は、ターミナル期にある患者の苦痛を軽減するためには、医療者間でターミナルケアの重要性が認識され、知識・技術が統一されることが必要と考えている。それにより、誰が担当しても適切なケアが提供されることを目指している。

先述のとおり、本研究の対象者はターミナルケアに対する関心や向上心が比較的高いと仮定すると、医療チームの中でターミナルケアに対する豊富な知識を得ていることが推測される。それにより理想と現実のギャップに直面して苦悩を抱えているとも考えられる。

がん終末期においては、エビデンスの高い医療・ケアの方法が確立されていないため、1人ひとりの患者にとって何がよいのかを話し合い、目標を共有することの重要性¹⁹⁾が指摘されている。すなわちターミナルケアでは、チームアプローチが患者の満足度をより高めるうえで特に重要である²⁰⁾といわれている。チームアプローチが円滑に展開されるためには、メンバーが率直な意見を交わし、互いを尊重できるオープンなコミュニケーションの環境が必要である。それにより、ターミナルケアの最新の知識・技術がチームで活用され、患者ができる限り満足できるようなターミナルケアの実現が、ときには可能となると考える。チームメンバーが自由に意見を言い合えるコミュニケーション環境を整えることについても、看護師は検討する余地があると考えられる。

3) 家族の対応に対する悩みや困難

カテゴリー【家族間の関係を調整するのが難しい】

と【家族の病状の受けとめ方とその対応に悩む】について述べる。

看護師は、ターミナル期にある患者には、できるだけ家族と共に過ごして欲しいと考えている。しかし面会が少ない場合や、元々患者との関係性が希薄な家族に対して、どのようにかかわったらよいものかと悩んでいる。

家族は、家庭という環境で長年の間、生活を共にする過程で家族固有の価値観や文化を形成している²¹⁾といわれている。そのような環境では、家族メンバー間の関係性も長年の過程を経て形成される、その家族に固有のものであり、一様に捉えられないと考える。また核家族化に伴い介護者、働き手、家事の担い手という複数の重要な役割を一人で担っている場合もあり、気になりつつも面会に行けない家族の実態も考えられる。最期は自宅で過ごしたいと患者が希望しても、家族がそれに沿えないこともある。

次に、家族は患者の背景に存在する患者の資源であるという視点から、家族をケアの対象として捉える²²⁾、という見方を補うことも必要であろう。そして家族と向き合い、家族が現状をどのように捉え、どうありたいのかを寄り添いながら聴くことが必要である。言い換えると、家族をケアの対象として意図的にかかわることであり、それにより家族が抱えている現状や困難と捉えていることが明らかになると考える。

また看護師は、患者の病状を受け入れられない家族の対応に悩んでいる。さらに、患者がターミナル期にあることを家族に確認することは、家族に患者の死を意識させることになるため、どのように伝えたらよいものかと悩んでいる。ターミナル期にある患者の家族は、患者が亡くなったことを想定し、嘆き悲しむ「予期的悲嘆」の心理過程をたどる^{23) 24)}といわれている。一旦、病状説明を受けたとしても、脅威のあまり現状を見たくない、状況を認めたくないという情緒的反応として否認が表れる²⁵⁾ことも知られている。家族は、予測される患者の死を否認したり、死について考えることを避けたりしながら患者と関わりを持ち続ける²⁶⁾ともいわれている。それにより家族は、徐々に患者の死が近いことを認め、自分自身に仕方がないと言い聞かせ、死別の準備をしようと努力している²⁷⁾。患者の死を予測している家族にとって否認は、ときには厳しい現実を受け入れ、適応するために必要な反応と考える。看

護師には、患者が臨死期にある家族の心理的特徴と言動をよく理解し、寄り添い支える姿勢が求められるであろう。それにより家族は、死を迎えつつある患者を現実のものとして受け入れることが、徐々にではあるが可能になると考える。

4) 自己の能力の限界からくる悩みや困難

カテゴリー【患者にとって適切なケアが分からない】と【死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合う自信がない】について述べる。

看護師は、患者の苦痛や苦悩をキャッチしており、これ以上苦しめることなく、その苦痛を緩和したいと願っている。しかし適切なケアが分からないことで無力だと感じている。ときにはケアの方針が患者の希望に添えないこともある。また実際に行ったケアがあれば良かったのかと悩んでいる。近藤は、死に逝く患者をケアし看取る看護師の限界感について報告しているが、ケアの手ごたえや成果が得られず徒労感や不全感を感じ、自分の無能さや無力さを突きつけられ、居たたまれなくなる体験をしている²⁸⁾と述べている。

また患者の生死にかかわる思いを聞き深く関わりたいと思いながら、実際に表出されると共に死について語りその場に居る自信がもてず、逃げ腰になることも自覚していた。看護師は死に関する苦悩に対して適切に関わる術を持ち合わせていないこと、すなわち先述の通り、適切なケアが分からないことが患者の苦悩と向き合えない要因であろう。

一方、患者に感情移入してしまい涙が出そうになったときの対処に困惑している状況が結果として示された。看護師は患者や家族に対して共感が求められるばかりで、自らの感情を表現することは不適切であるという職務上の暗黙の感情規則²⁹⁾の制約を受けているといわれている。このように職務上、個人の感情を組織として望ましい感情に調整する際にたどる心理過程については感情労働と定義されている³⁰⁾が、ときにはバーンアウトのリスクを伴う³¹⁾といわれている。本研究においても、苦手意識からターミナル期の患者に関わることに消極な看護師の状況が報告された。このことは、感情への直接的な関わりを避け、距離を置くことで自分自身の感情を管理している行動³²⁾ととらえることができる。

がん終末期から臨終期にある患者の心身の苦痛については、緩和され難い症状が、一人の患者に複数存在することがある。また最期の療養場所の決定や

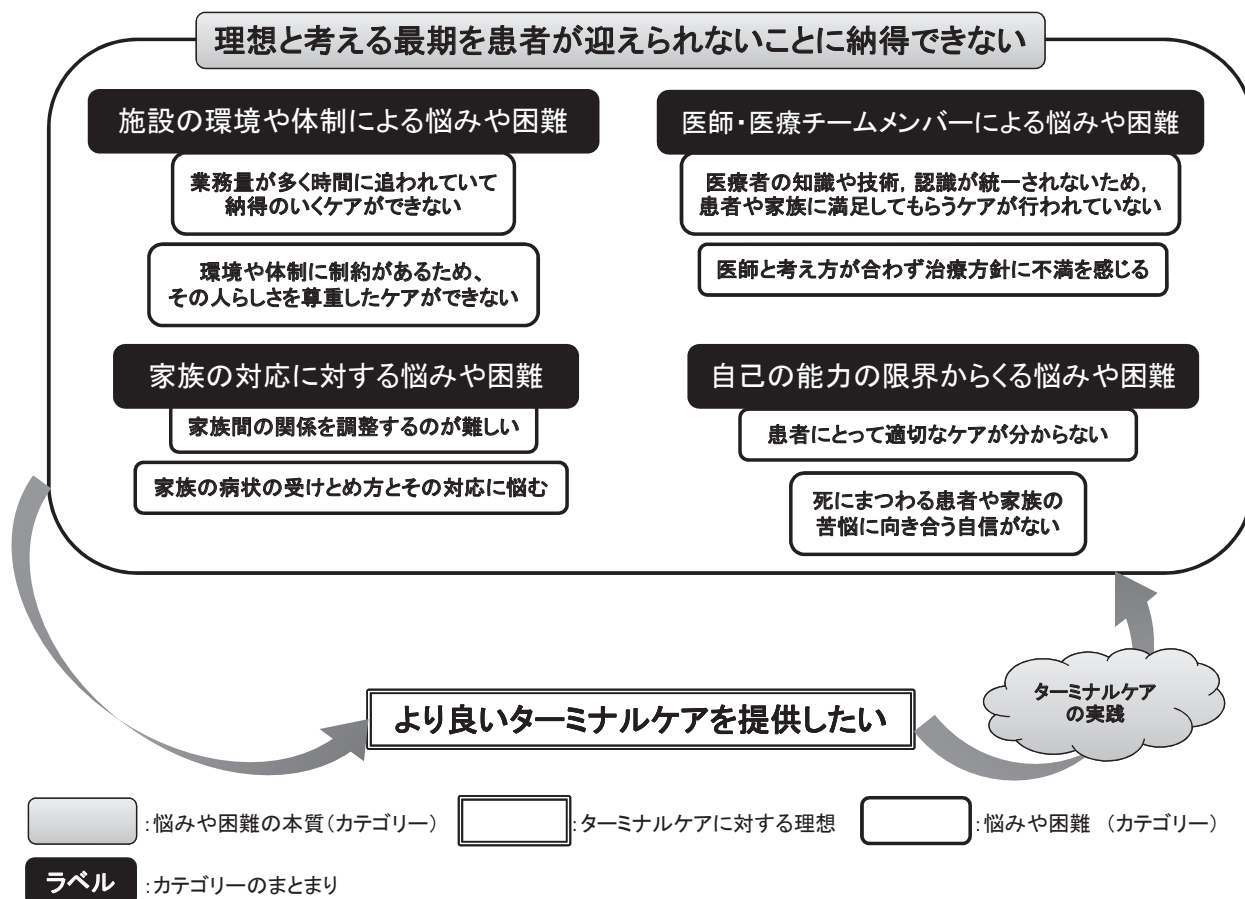


図1. ターミナルケアに対する悩みや困難の全体像

家族間の調整など、個人の価値観が尊重される看護問題については、ケアの結果が良かったかどうかの判断に悩むケースが多々ある。看護師は、適切なケアが分からず、死にまつわる患者や家族の苦悩に向き合えないことで、看護師としての能力の限界に悩んでいることが示された。

5) 理想とするターミナルケアとの比較による悩みや困難

カテゴリー【理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できない】について述べる。

看護師は、カテーテルやモニターなどの医療処置が行われずに、患者には安らかに、人としての尊厳が保たれた状態で死を迎えてもらいたいと願っていた。

また、病状や予後が説明されないことで、患者が死と折り合いをつけられないまま亡くなってしまうことや、残された時間の過ごし方を患者に確認できないことに悩んでいた。患者が今後の過ごし方を選択し、自分の望む生を全うするためには、積極的治療がかなわない状況を伝える必要がある³³⁾、と看護

師は考えているのであろう。殿城は、正確な病状がその都度伝えられない状況を「あいまいな告知」と表現し、家族の希望によることも多い³⁴⁾と述べている。

ターミナル期にある患者が病状や予後を知りたいかどうかは、個人の価値観やその時の状態によるところが大きい。重要なことは、本人が望む情報が伝えられることであり、それにより患者は残された時間の過ごし方を検討できる。また予後告知を患者に望まない家族に対しては、必要に応じて患者に真実を伝えることのメリットを伝え³⁵⁾、継続して支援していくことが、ときには必要である。そして医療者は、患者と家族も医療チームの一員と認識し、患者・家族の希望がかなえられるための話し合いをもつことである。この場合、患者・家族の価値観に加えて医療チームメンバー一人ひとりの価値観が加わる。それぞれの価値観を尊重しつつ、患者と家族にとって重要なことは何かの視点での議論と意思決定、継続した支援が必要である。

3. ターミナルケアに対する悩みや困難の全体像と軽減するための方略

本研究の結果と考察から導き出された、ターミナルケアに対する看護師の悩みや困難の全体像を図1に示す。

ターミナルケアに対して看護師が抱えている悩みや困難の本質は「理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できない」ことである。この本質的な困難は、日々のケア場面で直面している「施設的环境や体制による悩みや困難」や「医師・医療チームメンバーによる悩みや困難」、「家族の対応に対する悩みや困難」、「自己の能力の限界からくる悩みや困難」の総体としての位置づけにあたる。また現状に問題意識があり、向上心が高い看護師には、「より良いターミナルケアを提供したい」という理想がある。この理想を実現すべく、患者や家族に向き合いケアを実践しているが、実際のケア場面では悩みや困難に遭遇し、「理想と考える最期を患者が迎えられないことに納得できていない」という困難が、「より良いターミナルケアを提供したい」という願いを、不安全感と共に強くしていると考えられる。しかし、ケアに対する達成感が得られないまま、この状態が継続することでバーンアウトに陥る可能性も考えられる。

まずは医療チーム内でケアに対する悩みや困難を率直に話し合える体制を整え、定期的に場を設けることが必要である。話し合いの場が形骸化せず機能を果たすためには、メンバー個々が率直に発言できることが重要であり、看護師にはその調整役が求められる。近年、がん看護専門看護師やがん関連領域の認定看護師の活躍がめざましい。まさにスペシャリストがこのような場で能力を発揮することが望まれる。

またそのような場において重要なことは、実施したケアを共有し、成果を確認することである。それがケアに対する自信になり、ときには明日への活力につながるであろう。

ターミナルケアの目指すところは、限りある時間の中で、患者や家族の苦痛や苦悩ができるだけ緩和され、その人らしく過ごせること、そのことを通して患者・家族のQOLが維持もしくは向上することである。先に述べた通り、がん終末期の医療やケアは、エビデンスレベルが高いものばかりとは言いがたい。また患者の価値観や個性に対する配慮が求められる。看護師は、ときにはターミナルケアにおける自己の限界を認め、うまく行かなかった事例から課題を見出し次の機

会に活かすことも必要と考える。引き続き学習会等に参加し研鑽を積むこと、リフレッシュできるような余暇の過ごし方を検討し、患者や家族と向き合うエネルギーを蓄えることも、ときには必要であろう。

結論

A 県内の一般病院でターミナルケアを実践している看護師に対して、ターミナルケアに対する悩みや困難を調査した結果、以下の知見が得られた。

1. 看護師が抱えていたターミナルケアに対する悩みや困難として、「業務量が多く時間に追われていて納得のいくケアができない」、「患者や家族に満足してもらうために、医療者の知識や技術、認識を統一したいが難しい」をはじめとする9カテゴリーが抽出された。
2. 一般病棟では環境や体制の制約があり、ターミナル期にある患者とじっくり関われないことや、患者の希望を尊重したケアができないことに悩んでいた。
3. ターミナルケアに対する医療チームメンバーの知識や技術が統一されていないこと、医師の治療方針やターミナルケアに対する姿勢に不満を感じ、悩んでいた。
4. 家族への対応では、家族員同士の関係を調整することの難しさを感じていた。また患者の病状を受け入れられない家族にどの様に接したらよいものかと悩んでいた。
5. 看護師は行ったケアが患者にとって適切であったのかどうかの判断に迷っていた。また、死にまつわる苦悩を患者が表出した際に向き合いたいと考えているが自信が持てずにいた。
6. ターミナルケアにおける看護師の本質的な悩みは、理想と考えている最期を患者が迎えられないことであり、このことが、より良いターミナルケアを提供したいという看護師の本来の願いを不安全感と共に強くしていることが推測された。
7. 医療チームの中でターミナルケアに対する悩みや困難を率直に話せる機会を定期的に設けること、がん看護専門看護師や認定看護師が調整役として機能することが望ましいと考える。
8. 看護師は、チームの中で成果を共有し、ときにはターミナルケアの限界を認め、うまく行かなかった事例から課題を見出し研鑽すること、リフレッシュできるような余暇の過ごし方を検討することも、と

きには必要であると考える。

本研究の限界と今後の課題

本研究は、A 県内の看護師が抱えている悩みや困難を広く捉えているが、その要因や帰結を明らかにし、ターミナルケアに携わる看護師の教育的・情緒的支援を検討するためには、方法論を検討し更なる研究が必要である。

謝辞

お忙しい中、本調査にご協力くださいました A 県内の看護師の皆様へ深く感謝いたします。この調査は平成 20 年度重点枠研究（岩手県立大学学術研究費の一部）の助成を受けて実施いたしました。

引用文献

- 1) 恒藤暁. 最新緩和医療学. 大阪府: 最新医学社; 1999. 6.
- 2) 小松浩子, 小島操子. ターミナルケアに携わる看護婦と医師のストレス. 看護誌 1988; 24:1077-1083.
- 3) 奥出友香子. ターミナルケアにおける看護婦のとまどいに関する研究. 順天堂医療短大紀 1999; 10: 31-40.
- 4) 岡田（北村）奈津子, 山元由美子. ターミナルケアを実践している一般病棟看護師のとまどいの乗り越え方. 日看研会誌 2012; 35 (2) : 35-45.
- 5) 早崎智美, 田中美樹, 安居洋美, 古金祥子, 船屋綾子, 他. 混合病棟における末期がん看護に関する看護師の葛藤. 日看会論集: 成人看 II 2006; 37: 186-188.
- 6) 横浜優子, 森一恵. ギアチェンジ後に一般病棟に転院したがん患者のターミナルケアを行う看護師のジレンマと対処方法. 日がん看会誌 2013; 27 (3) : 33-39.
- 7) 野崎静代. 大学病院に勤務する看護師が終末期がん患者との関わりとの中で抱える苦しさの意味. 日がん看会誌 2010; 24: 159.
- 8) 近藤真紀子. 死に近く患者をケアし死を看取る看護師の限界感の構造. 臨死生 2008; 13 (1) : 81-90.
- 9) 柏木哲夫, 藤腹明子. ターミナルケア. 東京都: 医学書院; 1995. 3.
- 10) 特定非営利活動法人 日本ホスピス緩和ケア協会. 緩和ケア病棟入院料届出受理施設・病床数の年度推移: 2014年11月1日更新.

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/nengai11/>.

- 11) 菊池和子, 樋口日出子, 伊関敏男, 石井真紀子, 高橋有里, 他. I 県看護職員のターミナルケアに対する意識. 日がん看会誌 2003; 17 (特別号) : 196.
- 12) 菊池和子, 石井真紀子, 工藤朋子. A 県内におけるがん患者のターミナルケアに対する看護職者の意識. 日がん看会誌 2011 ;25 (特別号) : 295.
- 13) 前掲書10)
- 14) 厚生労働省. 平成20 (2008) 年医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況: 2009年11月26日更新. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/08/index.html>.
- 15) 殿城友紀. 一般病棟でターミナルケアに携わる看護師の思い. 日赤看大紀 2009; 23: 70-71.
- 16) 中西美千代, 志自岐康子, 勝野とわ子, 習田明裕. ターミナル期の患者に関わる看護師の態度に関連する要因の検討. 日看科会誌 2012; 32 (1) : 45-46.
- 17) 前掲書3)
- 18) 山本摂子, 藤澤結子, 杉原章子. ターミナル期の患者を看護する看護師の戸惑い・心の葛藤. 日看会論集: 成人看護 II 2006; 37: 189-190.
- 19) 濱口恵子. 系統看護学講座 別巻 緩和ケア. 第1版. 恒藤暁, 内布敦子. 東京: 医学書院; 2007. 82-83.
- 20) チームオンコロジー .Com. 患者さん中心のがんチーム医療のために: MD アンダーソンがんセンター; 2009年5月. <http://www.teamoncology.com/index.php4>
- 21) 野嶋佐由美. 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. 野嶋佐由美監修. 東京都: へるす出版; 2005. 1-4.
- 22) 前掲書21)
- 23) 野嶋佐由美. 家族看護学の可能性と課題 実践の変革に焦点を当てて. 家族看護 2003;1 (1) :6-17.
- 24) 畠山とも子. 家族の「予期的悲嘆」を支える 援助に必要な知識と技術. 看護 2002; 54 (7) : 103-108.
- 25) 大川宣容, 藤田佐和, 宮田留理, 東郷淳子, 豊田邦江, 他. 終末期がん患者の家族の死への気づきに対する反応. 高知女大紀 看護 2002; 51: 11-12.
- 26) 鈴木志津枝. 家族エンパワーメントをもたらす看護実践. 野嶋佐由美監修. 東京都: へるす出版; 2005. 207-210.
- 27) 前掲書26)

- 28) 前掲書8)
- 29) 武井麻子. 感情と看護. 東京都: 医学書院; 2001.40-41.
- 30) 近藤真紀子. 死を看取り続ける看護師の悲嘆過程 — 命に正面から向き合うことによってもたらされる苦悩への対応 —. 東京都: 風間書房; 2011. 212.
- 31) 前掲書29)
- 32) Froggat K. The place of metaphor and language in exploring nurses' emotional work. J Adv. Nurs.1998; 28 (2) : 335-336.
- 33) 前掲書15)
- 34) 前掲書15)
- 35) 前掲書6)

(2015年4月13日受付, 2015年6月4日受理)

<Research Report>

Troubles and Difficulties of Nurses Involved in Terminal Care

Makiko Ishii¹⁾, Kazuko Kikuchi²⁾, Tomoko Kudo²⁾

1) Former Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

2) Iwate Prefectural University, Faculty of Nursing

Keywords: terminal care, trouble, difficulty, nurse

〈研究報告〉

血液疾患患者の「異変の可能性」をとらえた看護行為

高橋 利果

岩手県立中部病院

要旨

血液疾患患者は、骨髄抑制や免疫抑制の状態に長期間曝されるため、感染から重篤な状態に移行する危険性がある。そこで、血液内科病棟に勤務する看護師に、患者の「異変の可能性」を想起させるためグループインタビューを行い、生命の危機を回避するために、何を考えながら看護行為を行ったのかを明らかにした。その結果、患者の「異変の可能性」をとらえた看護行為は、【患者の表情・言動・行動・環境・時間経過から異変を察知し危険を回避する】【発熱を見逃さず高熱を放置しない】【今までの経験と知識が染みついた判断から迅速に対処する】【通常の経過から逸脱した症状を見逃さない】【患者状態と看護師の力量を照らし合わせる】【患者に関わる人間関係を考慮しながら情報収集する】【「何か変」を口に出して話し合う】の7つのカテゴリーであった。今回の調査から、患者が重篤な状態に移行する早い段階からの介入を可能とする必要な看護実践の一助が示唆された。

キーワード：血液疾患患者、異変の可能性、看護行為

はじめに

血液疾患患者は、化学療法の副作用から骨髄抑制となり、さらに造血幹細胞移植による拒絶反応を予防するために免疫抑制の状態に長期間曝されるため、感染から急激に重篤な状態に移行する危険性を孕むという特徴がある。この危険性を回避するためには、患者の「異変の可能性」を如何に早い段階で看護師が察知できるかが重要となってくる。Benner¹⁾は、看護行為について看護師が患者の異変を察知し解釈したことから、患者を重篤な状態に移行させないように、問題解決に向けて考えながら模索する行動であると述べている。この行動は行動しつつ考えること（Thinking-in-action）でもあり、思考（thinking）と行動（action）を明瞭に分けられるものではないとしている。さらに、初級看護師と熟練看護師の推論パターンには差があり、熟練看護師は瞬時に全体を把握する力があると述べている²⁾。看護師の経験年数に関する先行研究では、看護師の直観に経験が関連している報告³⁾があることから、瞬時に患者の「異変の可能性」を把握した看護行為に繋がるのではないかと考える。また、看護師が「何か変」と察知する事情を明らかにした研究^{4) 5)}

や看護師が異常を察知した臨床判断の分析⁶⁾、看護師が異常と判断するまでの思考パターン⁷⁾、看護師の直観の構造と類似化⁸⁾など看護師の臨床判断に関する研究は行われている。しかし、看護師が「何か変」と患者の生命の危険性を感じた時に、看護師が咄嗟に何を考えながら、どのような看護行為が行われているかを扱った研究はない。血液疾患患者の特徴から、漠然とした患者の「異変の可能性」に時間をかけて原因を追究することは、患者を危険な状態に曝し続けることになる。

血液疾患を扱った先行研究では、化学療法時に必発する骨髄抑制の看護に必要な知識や技術があった^{9) 10) 11)}。また、造血幹細胞移植を受ける患者の心理面に注目した研究として、移植に踏み切る状況¹²⁾や受容プロセス¹³⁾、移植を受ける患者の不確かさや対処¹⁴⁾、移植体験の語り¹⁵⁾、移植患者を乗り越えた要因の分析¹⁶⁾、無菌室で患者の受けたケアの構成要素¹⁷⁾など多くの研究が行われていた。しかし、血液疾患患者の「異変の可能性」に、どのような看護行為が行われているのかを研究されたものはない。

そこで本研究では、血液疾患患者の「異変の可能性」

を捉えた看護師が、その状況をどのように捉え、患者の生命の危険を回避する看護行為に至ったかを明らかにすることで、血液疾患患者の生命の危険を回避する看護実践について考察する。血液疾患患者は固形腫瘍患者と比較して、些細な兆候が重篤な変化に移行しやすいため時間の猶予がない。そのため、患者の「異変の可能性」ととらえた看護師が、咄嗟にどのような看護行為に至ったのか、看護師の Thinking-in-action の過程を明らかにすることは重要である。また、このような看護師の思考過程と看護行為を明らかにすることで、経験の浅い看護師のアセスメント能力を向上させるための教育の一助にもつながると考える。

研究目的

血液疾患患者の「異変の可能性」ととらえた看護師が、何を考えながら生命の危険を回避する看護行為を行ったのかを明らかにする。

用語の定義

異変の可能性：看護師が「何か変」と察知した患者の事象を表す内容

看護行為：患者を重篤な状態に移行させないために、「異変の可能性」の段階で看護師の知識や経験を交えながら、瞬時に考えながら血液疾患患者の危険を回避する看護行為

研究方法

1. 研究対象者

血液内科病棟に勤務する看護師で研究参加の同意を得られた者とした。

2. 調査期間

平成 19 年 7 月 13 日～平成 19 年 10 月 4 日

3. データ収集方法

データ収集は、患者の「異変の可能性」ととらえた看護師が、何を考えながら看護行為を行ったのか、その時の場面と感覚を想起させるためグループインタビューを行った。この方法によって関連のあるエピソードや、同僚の発言に促され、個人面接では得られにくい多様なエピソードを想起させるために用いた。グループ対象者の人数は、パイロットスタディの結果を基に 4 名以内で構成した。研究目的に基づいて研究者が独自に作成したインタビューガイドに沿って、血

液疾患患者の看護実践の中で患者の状態が何か変と感覚的に察知した場面と、その時の患者の状況や異変と判断するに至った自分の考えについて、対象者の自由な発言を原則とし半構成的面接を行った。面接はプライバシーが保護される個室で行い、面接時間は 60 分程度を目安とした。インタビュー内容は、参加者の了承を得て IC レコーダーに録音し、逐語録を作成しデータとした。

4. 分析方法

IC レコーダーに録音したグループインタビューの内容から逐語録を作成し、看護師が患者の「異変の可能性」ととらえた場面ごとに、どのような看護行為が行われたか経過がわかるように時間軸に沿って並べ替えた。次に、対象者が語られている文章や段落の文脈上の意味を損なわないように書き直した。看護師が血液疾患患者の「異変の可能性」ととらえた看護行為について語られている範囲を区切り、コード化した。コード化した内容の共通性と相違性を比較してサブカテゴリー化、カテゴリー化した。データ分析の過程において、研究指導者からスーパーバイズを受けることで分析の真実性と信憑性の確保に努めた。

倫理的配慮

対象者には、研究の趣旨を口頭と文書で説明し、研究参加は自由であり、研究協力を断っても不利益を被らないこと、途中で中断することも可能であること、成果発表の際も匿名性が保たれることを説明した上で、研究参加への同意書に署名していただいた。本研究で得られたデータは、本来の目的以外に使用せず、プライバシーの保護に留意することも説明した。録音されたデータは速やかに消去し、全ての紙媒体はシュレッターで裁断の上で廃棄することを説明した。なお、研究計画書は、岩手県立大学大学院看護学研究科倫理審査委員会にて承認を受けた。

結果

1. 対象者の概要（表 1）

対象者は、血液内科病棟で勤務する看護師 14 名であった。看護師としての経験年数は 2～26 年であり、血液内科病棟の経験年数は 2～19 年であった。そのうち 1 名は、がん化学療法看護認定看護師であった。

患者の「異変の可能性」ととらえた看護行為は、40 コード、21 サブカテゴリー、7 カテゴリーに分類さ

表1. 対象者の概要

	A 施設			B 施設			C 施設			D 施設		
対象者人数	4 名			3 名			3 名			4 名		
経験年数	看護師経験		血液内科看護	看護師経験		血液内科看護	看護師経験		血液内科看護	看護師経験		血液内科看護
	A	19 年目	19 年目 (小児科7年)	A	26 年目	8 年目	A	13 年目	2 年目	A	11 年目	6 年目
	B	17 年目	17 年目 (小児科8年)	B	10 年目	7 年目	B	13 年目	3.5 ヶ月	B	5 年目	5 年目
	C	17 年目	12 年目	C	9 年目	9 年目	C	2 年目	2 年目	C	9 年目	6 年目
	D	6 年目	6 年目							D	5 年目	4 年目
備考	A：がん化学療法看護認定看護師											

2. 患者の「異変の可能性」をとらえた看護行為（表2）

表2. 患者の『異変の可能性』をとらえた看護行為

カテゴリー	サブカテゴリー
患者の表情・言動・行動・環境・時間の経過から異変を察知し危険を回避する	患者の表情や周りの環境から異様さを感じ頻回に観察する
	患者の会話や歩行状況から危険性を感じ離床センサーを設置する
	時間の流れの中で患者の異変に気がつき対処する
発熱を見逃さず高熱を放置しない	化学療法後の骨髄抑制によって必ず発熱するためバイタルサインを測定する
	血液疾患患者は敗血症を起こしやすいため恐怖心から頻回に熱を測る
	38℃以上の発熱は血液培養を実施し抗生剤を確実に開始する
	発熱と血圧低下時は頻回にバイタルサインを測定し、些細な変化を主治医に報告する
今までの経験と知識が染みついた判断から迅速に対処する	血液疾患患者は坂道を転げるように短時間で変化するため迅速に対処する
	先を見越したアセスメントをもって患者の異変を判断する
	血液疾患患者は急に亡くなるという経験から危機感をもって観察する
	化学療法による副作用症状を把握しながら判断する
	患者が訴える疼痛に緊急性はないと判断し、疼痛を緩和するケアを施す
通常の経過から逸脱した症状を見逃さない	通常の経過では考えられない患者の症状を観察する
	患者が拒否しても通常は現れない症状を観察する
患者状態と看護師の力量を照らし合わせる	状態が不安定な患者を新人看護師が担当することに違和感を抱き、担当を変更する
	患者に使用している抗生剤の効果を判断し、新人看護師の観察力を考慮し夜勤メンバーを決める
患者と関わる人間関係を考慮しながら情報収集する	初回治療時期によっては患者と看護師の信頼関係が形成されておらず、家族からも情報収集する
	主治医と患者の関係性によっては、患者の訴えが少なく主治医からの情報量を判断する
	普段の患者と看護師の関係性から異変に気がつく
「何か変」を口に出して話し合う	「何か変」と口で表現し看護師の感覚を確認する
	医師と看護師で患者の異変について話し合う

れた。これ以降、コードは＜ ＞、サブカテゴリーは〔 〕、カテゴリーは【 】、看護師が捉えた「異変の可能性」を表現した内容を『 』で表記する。

1) 【患者の表情・言動・行動・環境・時間の経過から異変を察知し危険を回避する】は、[患者の表情や周りの環境から異様さを感じ頻回に観察する][患者の会話や歩行状況から危険性を感じ離床センサーを設置する][時間の流れの中で患者の異変に気がつき対処する]の3つのサブカテゴリーで構成されていた。看護師は病室に入ったその瞬間に、＜床にバスタオルやナースコールが落ちていたり、点滴

ルートが体に絡まり、尿もトイレに散らばっている環境＞から、患者の異変を察知し＜頻回にバイタルサインを測定＞し、患者の高熱をとらえた。看護師は、漠然と得体の知れない環境の変化からも異変を察知していた。また患者の表情・言動から異変を察知した看護行為として看護師は、＜患者が発熱すると意識レベルが低下し、歩行がふらつくことを覚えていたため、表情がおかしく、つじつまの合わない会話をするため、転倒の危険を感じ離床センサーを設置＞した。また、看護師は＜患者が深夜に頻回にトイレに行くため、『ちょっとふらついているな』＞と察知し、＜患者と一緒にトイレに行く＞ようにし

た。その後、＜患者が目の前で倒れ込み動けなくなり＞看護師が病室に搬送した。検査の結果、その患者は脳出血であった。時間の経過の中で異変を察知した看護行為としては、＜患者が頻回にトイレに行くため、『下痢しているの』と声をかけて腹部を触知しようとする、勤務開始時には認めなかった出血斑が広範囲に広がっているのを発見＞した。咄嗟に看護師は、＜『もう点状出血どころじゃない、すごい出血斑だ、これはいかん』と思い、直ちに主治医に報告＞した。この患者は＜出血斑を見つけてから1時間後に意識レベルが低下してしまい、CTを撮ったら脳出血＞を認め、程なく亡くなった。

2) 【発熱を見逃さず高熱を放置しない】は、[化学療法後の骨髄抑制によって必ず発熱するためバイタルサインを測定する][血液疾患患者は敗血症を起こしやすいため恐怖心から頻回に熱を測る][38℃以上の発熱は血液培養を実施し抗生剤を確実に開始する][発熱と血圧低下時は頻回にバイタルサインを測定し、些細な変化を主治医に報告する]の4つのサブカテゴリーで構成されていた。化学療法後に看護師は、＜まずバイタルサインを測定＞し、＜化学療法後は、必ず、骨髄抑制がくるから熱とか、感染には気を付けている＞と、この時期の発熱を早期に捉え感染症の重篤化を防ぐため、バイタルサインの測定は最優先の看護行為になっていた。さらに、化学療法後の発熱は予め予想された症状であり、[38℃以上の発熱は、血液培養をとって直ぐに抗生剤を始める]という、この時期に発熱することは当たり前でバイタルサイン測定や血液培養を実施し、確実に抗生剤を投与することで感染を拡大させない看護行為が行われていた。また、看護師は＜血液の患者って敗血症を起こしやすいので、熱は怖い＞と語っていた。そして、＜前勤務者から患者は40℃近くの発熱があったが、抗生剤を内服しているため点滴は行っていないと申し送られた＞看護師は、実際に患者の状態を観察に行った。患者は＜『足が痺れる、足が動かない』＞と訴えたため、＜患者に『まず血圧測るから』と声をかけながら血圧測定＞を行った。血圧測定の結果、＜収縮期血圧が60台まで下降していたため『ショックだ』＞と思い、主治医に報告し抗生剤の点滴＞を行った。看護師は迅速に対応をしたが、この患者は24時間以内に亡くなった。さらに、看護師はバイタルサインの数値だけでなく患者の状

態の変化から、＜患者がゴロゴロと頻回に身体を動いている様子と、その1時間後には微動だにしない様子から『やばい、カリウムが高いのに心電図が付いてない』＞と気がつくことができた。直ちに看護師は、＜バイタルサイン測定を行い心電図モニターも装着＞し、＜主治医に患者の様子も含めてバイタルサインの報告＞をした。

3) 【今までの経験と知識が染みついた判断から迅速に対処する】は、[血液疾患患者は坂道を転げるように短時間で変化するため迅速に対処する][先を見越したアセスメントをもって患者の異変を判断する][血液疾患患者は急に亡くなるという経験から危機感をもって観察する][化学療法による副作用症状を把握しながら判断する][患者が訴える疼痛に緊急性はないと判断し、疼痛を緩和するケアを施す]の5つのサブカテゴリーで構成されていた。血液疾患患者の看護の経験から、＜『血液の患者は坂道を転げるように悪くなる』＞という思いを看護師は抱いており、些細な患者の変化に早目に対処しなければいけない＞と考え、患者の変化に迅速に対応していた。また、＜(異変をとらえてから)どのくらいの時間のスパンで、血液の患者が命を落とすことになるか、24時間以内に人は亡くなるって、あっという間に亡くなっていくことを経験している＞と看護師は語り、血液疾患患者が急変した場合、救命にどれだけの猶予があるかを経験しているからこそ危機感をもって患者を観察していた。この辛い経験から看護師は、患者がどのような経過を辿るかを見越したアセスメントについて、＜どのくらいの状況で、どのくらい危なくなるって先を見越したアセスメントは、多分、こういう怖さが分かっているから＞と語っていた。「異変の可能性」から患者が急激に重篤化し、短時間で患者を死に至らせないように、看護師は自身の経験を単に恐怖心に止めるのではなく、危機感をもって患者の異変をとらえ、看護行為につなげていた。血液疾患患者の看護で求められる知識としては、＜患者が抗がん剤を内服しはじめて何日目であるかを意識して、痙攣が起きるかもしれない＞と看護師は思っていたが、多忙な業務の中でなかなか患者の様子を観に行くことができなかった。偶然、患者の病室の近くを通った時に看護師は、＜何となく気になって患者の様子を観に行こうと思って病室に入ろうとした瞬間に、患者が

『うえっ』と声がしたので、すぐに痙攣だと思って処置をした>と、抗がん剤の副作用の現れた方や時期を把握しながら、現在の患者の状態とこれから起こる可能性の症状をとらえていた。また、標準的な血液疾患患者の看護として、<血液の患者は下痢して、結構、消化管からの感染が多い>という知識から、患者が訴える痛みを<下痢による痛みだ>と思って消毒薬を使って坐浴>を始めた。血液疾患患者であっても緊急を要する症状ばかりではなく、<肛門裂傷による痛みではなく化膿による痛みだ>と思って排膿しないと駄目だと思いました。でも、夜中だったし、患者のバイタルサインから緊急性はないなと思って、朝まで待てると思って、一晩、湿布を貼付して冷やして痛みを和らげる>ことで様子をみていた。この患者は、翌日血小板値から切開できると判断され、外科医に依頼され肛門周囲膿瘍を排膿した。

4) 【通常の経験から逸脱した症状を見逃さない】は、[通常の経過では考えられない患者の症状を観察する][患者が否定しても通常は現れない症状を確認する]の2つのサブカテゴリーで構成されていた。血液疾患患者の看護から培った経験を基に、患者の経過が看護師の予測を逸脱すると、<地固め何クールしたとか、こういう症状だとか、いつも通りじゃないことに『あれっ』って>と、看護師の「何か変」という直感から患者をより深く観察していた。看護師の予測から逸脱することの重要性は、<患者が肛門痛を訴えましたが、もう坐浴をしていたので、そろそろ痛みが軽減している時期>だと判断したが、何度か患者が肛門痛を訴えるため、看護師は<『いつも通りじゃない、ちょっとこれはおかしいな』>と思い、患者に<『ちょっとでいいから見せて』>と患部を見せて欲しいことを説明した。この際、患者は羞恥心から一旦は看護師に肛門をみせることを拒否するが、看護師はそろそろ肛門痛が軽減してよい時期であるにもかかわらず痛みが持続していること、ズキンズキンという拍動痛は単に下痢による肛門破裂ではなく肛門周囲膿瘍の状態に移行している可能性があることを説明し、『ちょっとでいいから見せて』と患者を気遣う言葉を選び患部を観察し、肛門周囲膿瘍を確認した。

5) 【患者状態と看護師の力量を照らし合わせる】は、[状態が不安定な患者を新人看護師が担当すること

に違和感を抱き、担当を変更する][患者に使用している抗生剤の効果を判断し、新人看護師の観察力を考慮し夜勤メンバーを決める]の2つのサブカテゴリーで構成されていた。患者を重篤な状態に移行させないように、<リーダーが1年目の看護師に(高熱を出していた)患者を持たせようとしているので『ズレてるな』>と思って、経験1年目では看切れないから、患者の受け持ちを交替>させ、経験豊富な看護師に変更することで先手を打っていた。これとは逆に、<患者の熱が下がっていたので抗生剤が効いているうちは、1年目の看護師でも大丈夫だろう>と思って受け持ちにした>という、投与している抗生剤が効いて発熱なく経過している間は患者の状態が落ちついていることから、1年目の看護師でも受け持ちができると判断していた。

6) 【患者と関わる人間関係を考慮しながら情報収集する】は、[初回治療時期によっては患者と看護師の信頼関係が形成されておらず、家族からも情報収集する][主治医と患者の関係性によっては、患者の訴えが少なく主治医の情報量を判断する][普段の患者と看護師の関係性から異変に気がつく]の3つのサブカテゴリーから構成されていた。患者と看護師の信頼関係は治療に大きく影響するという前提で、<患者と看護師の人間関係が希薄な時期は、患者にとって命がけの寛解導入療法をするので、家族からの情報収集も必要となってくる>と考えていた。情報収集する際は、患者対看護師の信頼関係から得られる一側面の情報に限定せず、家族からの情報まで加味した上で、多岐に渡った情報収集がされていた。初回の寛解導入療法を行う時期は、まず患者が告知を受けた直後で命がけの治療を無菌室という特別な空間で行うことになる。そのため、告知を受けショック状態にある患者との信頼関係は築きにくく、家族からの患者に関する情報が重要な情報源となることがあり、患者だけではなく家族も視野に入れた情報収集を行っていた。また、患者と医師の関係性について、<患者は医者の前では割と、先生もあまり長い時間接しないから、短時間では気が付かないような変化だと思う、長い会話の中でポコポコっと全然聞いてないことを話し出す>ことから、医師がどれだけ患者と接しているかによって、医師から得られる情報がときには十分ではないことを考慮しながら、異変の可能性を推測していた。また、

看護師は医師に比べて患者と接する時間が圧倒的に多く、普段の患者の様子と対比して、＜その人だったら言わないようなことを話す＞ことから患者の「異変の可能性」を捉え、看護師は主治医に報告していた。

7) 【「何か変」を口に出して話し合う】には、[『何か変』を口に表現し看護師の感覚を確認する][医師と看護師で患者の異変について話し合う]の2つのサブカテゴリーがあった。個々の看護師によって患者の異変の可能性を察知する事象は異なるが、＜おかしいなと思ったとき、やっぱり口に出してみると、結構ああそうだよなって、ずっと黙っていたらわからなかったかもしれない＞＜もっと早くに口に出してればなって反省はありましたけどね、ああ私だけじゃなかった、やっぱりみんなも感じていた＞と、漠然と看護師が気に留めた「何か変」という直感を看護師同士で吐露し共有していた。さらに、各勤務帯の時間経過とともに患者の状態がどのように変化していたかを医師も交えて話し合い、一人の看護師が＜『変なこと言ってるよね』＞という発言に、もう一人の看護師も＜『そう言えば変なこと言ってるよね』＞と複数の看護師で患者の「異変の可能性」について共有し、主治医に＜『患者さん変なこと言ってます』＞と報告してみるという看護行為を行っていた。主治医は患者の異変に気が付いていなかったが、看護師達の情報から検査を行い髄膜炎が判明した。看護師は、自分自身の直感を躊躇せずに言葉に発することの重要性を語っていた。漠然とした患者の「異変の可能性」は、看護師間での共有とともに、主治医に報告することで患者がどのように変化しているかを話し合い、患者の異変が重要な徴候であるということが共通認識されていた。

考察

血液疾患患者の標準的な化学療法は、多剤併用療法や大量療法であり化学療法後の骨髄抑制は1週間から2週間ほど続き、一般的に、顆粒球が $500/\mu 1$ 未満では感染の頻度が高くなると言われている¹⁸⁾。抗がん剤による副作用だけではなく疾患の病態から、容易に顆粒球が激減しやすい特徴がある。血液疾患患者にとって感染症は死因の上位を占め、造血幹細胞移植後の感染症においては、移植治療の成否を左右する重要な合併症とも言われている¹⁹⁾。まさに、血液疾患患

者の治療は、患者の命を救う治療であると同時に死と隣合わせの治療とも言える。本研究の対象者は、＜血液の患者は坂道を転げるように悪くなる＞＜（異変をとらえてから）どのくらいの時間のスパンで、血液の患者が命を落とすことになるか、24時間以内に人は亡くなるって、あっという間に亡くなっていくことを経験している＞と語っていることから、如何に、患者の「異変の可能性」を早い段階でキャッチできるかが患者の生死を分ける看護行為と言える。

本研究で抽出された【患者の表情・言動・行動・環境・時間の経過から異変を察知し危険を回避する】看護行為は、咄嗟に捉えた患者の表情や言動などをその時点に止まらず、時間の経過とともに起こり得る様々な変化を想定し考えながら、重篤な状態への移行を回避する努力をしていることが明らかになった。[患者の会話や歩行状況から危険を感じ離床センサーを設置する]では、患者の「つじつまの合わない」言動をそのままにせず、看護師は「患者は発熱すると意識レベルが低下」という記憶と関連づけて、バイタルサイン測定を行っていた。さらに、患者の「表情がおかしい」と、「つじつまの合わない」言動との関連性を考えながら、離床センサーを設置するという転倒予防を講じる看護行為が行われていた。先行研究では、看護師が異変を察知する事象が明らかにされているが^{20) 21)}、本研究では単に個々の事象の察知に止まらず、看護師が患者の身体に触れながら慎重に観察することを通して、患者に何が起きているのか、何が起きようとしているのかを考え重篤化することを回避する看護行為が明らかとなった。

【今までの経験と知識が染みついた判断から迅速に対処する】と【通常の経過から逸脱した症状を見逃さない】は、血液疾患患者の看護を行った経験から得た知識を基に、目の前の患者の症状や訴えが通常の経過を逸脱するものと考え、その原因を探りながら重篤な状態を回避する看護行為であった。看護師は、羞恥心から患者に肛門を見せることを拒否されるが、痛みが軽減してもよい時期に肛門痛を訴えるため、再度、患者に肛門を見せて欲しいことを説明し観察したことで、肛門周囲膿瘍を発見することができた。この看護行為は看護師が、痛みが軽減している時期に、肛門痛を訴えることを「異変の可能性」と捉え、観察に至った。化学療法後の骨髄抑制のある時期に、肛門周囲膿瘍を併発すると敗血症性ショックから、患者の命を落としかねないと看護師は危機感を感じ、患者に拒否さ

れても肛門の状態を観察する看護行為に至ったと考える。また看護師は、患者が「坂道を転げるように悪くなる」という苦い感情を伴う体験から、[血液疾患患者は急に亡くなるという経験から危機感をもって観察する]という看護行為が行われていた。看護師が今まで看取った患者の亡くなり方が、まさしく看護師にとっては貴重な知識や判断指標となる事柄であり、迅速な行動に突き動かされる所以であると考え。しかし、看護師の経験は理論づけられた知識体系には必ずしも至っていないことから、経験の意味づけと蓄積が必要であると考え。

本研究の対象者は、目の前の患者をあの患者のように死なせたくないという恐怖から、「何か変」を口に出していた。また、「何か変」を口に出すことは、経験しているが言葉などで表現が難しい暗黙知²²⁾を引き出し医療チームで共有する機会となり、具体的な観察内容や適切な抗生剤投与、転倒予防のような看護行為だけではなく、可視化しにくい一歩踏み込んだ多様な介入の根拠を明らかとし、異変を食い止める看護行為に発展する可能性があると考え。この看護行為が繰り返されると、「異変の可能性」から瞬時に患者の生命危機の本質を捉え、時間をかけない適切な看護行為が展開されると考える。さらに、躊躇せずに【「何か変」を口に出して話し合う】ことは、経験の浅い看護師にとって、血液疾患患者の看護における適切な知識に基づく、観察点や介入方法を獲得する機会となる可能性がある。また、ある看護師が「何か変」と察知した経験を、その場に居る個々の看護師が共有し、意味づけすることで【今までの経験と知識が染みついた判断から迅速に対処する】という看護行為に生成されていると考える。

【患者と関わる人間関係を考慮しながら情報収集する】では、患者と主治医や看護師の人間関係が希薄な時期に捉える情報は、「異変の可能性」に繋がるのか判断し難く、信頼関係を築きながら確認を行ってもよい情報なのか、あるいは、早急に対応すべき情報なのかを判断するために、家族からの情報収集も重要であることが明らかとなった。ICUに勤務する看護師が異常を判断するまでの思考プロセスを明らかにした研究²³⁾では、患者と家族のごく一部の断片的な情報から異常を判断する思考過程が明らかにされている。このことから、患者だけではなく家族も巻き込んだ情報収集能力が看護師に求められると考える。

【患者の状態と看護師の力量を照らし合わせる】と

いう看護行為は、看護師の経験年数から力量を判断し、患者の担当を決めることで看護の質を保持しようとしていた。先行研究において、看護師の直観能力と経験年数に関して知力や経験の豊富さに有意差を示した報告^{24) 25)}があり、このことから患者の異変を察知するためには看護師の経験年数が影響しているのではないかと考えられる。本研究結果からは、血液疾患患者の看護に精通した看護師が、新人看護師の力量を経験年数から判断し、調整する看護行為が明らかとなった。Benner²⁶⁾が、初心者や新人レベルの看護師は、状況について経験がないため、どのように振る舞うことが期待されるのか分からず、現実状況の局面を認識するために多くの時間を費やすと述べている。[状態が不安定な患者を新人看護師が担当することに違和感を抱き、担当を変更する]や[患者の使用している抗生剤の効果を判断し、新人看護師の観察力を考慮し夜勤メンバーを決める]という看護行為は、まさに、経験の浅い看護師が、患者の状態をアセスメントすることに時間を費やすことを懸念した、経験豊かな看護師による看護行為である。このことから、経験豊富な看護師は、患者の「異変の可能性」を局面ではなく時間の経過を踏まえた多様な側面から捉えていることが明らかとなった。このことはBennerがいう、達人看護師は、瞬時に全体状況を深く理解した上で、分析的な思考過程に頼らず考えながら動くという看護行為が行われていたと考える。

血液腫瘍は胃がんや肺がん、大腸がんなどの固形腫瘍に比べて、極めて抗がん剤に対する感受性が高く、治癒が期待される悪性腫瘍に分類されているため、化学療法は重要な治療である。また、疾患によっては造血幹細胞移植をすることで、生存期間の延長や根治を目指すことも可能となるため、患者の命を脅かすような「異変の可能性」が適切な判断や治療により救命されたその先には、生存期間の延長や根治の可能性を秘めている。そのため、看護師は一般的な血液腫瘍患者の看護の知識だけでは、短時間に急激に変化する患者の症状に対応することができない。予想外の変化に対応するためには、臨床の看護現象を丁寧に明らかにし、個々の看護師が表現できない暗黙知として経験している看護行為を言語化し蓄積していく研究が必要であると考え。

結論

1. 血液疾患患者の「異変の可能性」をとらえた看護

行為は、【患者の表情・言動・行動・環境・時間経過から異変を察知し危険を回避する】【発熱を見逃さず高熱を放置しない】【今までの経験と知識が染みついた判断から迅速に対処する】【通常の経過から逸脱した症状を見逃さない】【患者状態と看護師の力量を照らし合わせる】【患者と関わる人間関係を考慮しながら情報収集する】【「何か変」を口に出して話し合う】の7つのカテゴリで構成されていた。

2. 看護師は単に「異変の可能性」の事象を察知することに止まらず、今までの患者との比較や時間が経過する過程において、患者の身体に触れながら慎重に観察し重篤化を回避する看護行為があった。
3. 血液疾患患者の「異変の可能性」は、短時間で死に直結する恐怖を看護師は今までの経験や知識として持っているため、通常の経過から逸脱する症状を見逃さず、迅速に対処する看護行為に突き動かされていた。
4. 患者と主治医や看護師の信頼関係が希薄な時期は、患者だけでなく家族からの情報も、「異変の可能性」に繋がる危険性があるのか判断されていた。
5. 看護師の経験を言葉などで表現が難しい暗黙知を、「何か変」と口に出すことで、「異変の可能性」を医療チームで共有する看護行為があった。
6. 看護師の力量に合わせて患者の「異変の可能性」を重篤化しないように先手を打つ看護行為が行われ、経験豊富な看護師は「何か変」と捉えた瞬間から、患者の異変の原因を探りつつ、重篤な状態に至らせず救命に向けての Thinking-in-action が行われていた。

謝辞

本研究にあたり、ご協力いただきました皆様に心より感謝申し上げます。なお、本稿は、平成19年度岩手県立大学大学院看護学研究科の修士論文を加筆修正したものであり、第23回日本がん看護学学会で本研究の一部を発表したものである。

引用文献

- 1) P.Benner, P.L.Hooper-Kyriakidis, D.Stannard. ベナ—看護ケアの臨床知—行動しつつ考えること、第1版、井上智子、東京：医学書院、2005.2-34.
- 2) Benner P, Tanner C. Clinical Judgment How expert nurses use intuition. Am, J.Nurs 1987;87

- (1) :23-31.
- 3) 山田理絵, 泉キヨ子, 平松知子, 加藤真由美, 正源寺美穂. 臨床看護師の直観と病院・経験年数・職種との関連性の検討. 日本看護管理学会誌 2007;10 (2) :40-47.
- 4) 渡辺かづみ. 臨床看護婦が「何か変」と察知することの意味. 看護 2002;54 (2) :100-104.
- 5) 丸岡直子, 泉キヨ子, 平松知子. 看護師が転倒防止策を決定するまでの臨床判断の構造. 日本看護管理学会誌 2005;9 (1) :22-29.
- 6) 杉本厚子, 堀越政孝, 高橋真紀子, 斉藤やよい. 異常を察知した看護師の臨床判断の分析. Kitakanto Med J 2005;55:123-131.
- 7) 岩田幸枝, 國清恭子, 千明政好, 星野悦子, 鶴田晴美, 他. 異常を判断したICU看護師の思考パターンの分析. 群馬保健学紀要 2006;26:11-18.
- 8) 泉キヨ子, 平松知子, 山田理絵, 正源寺美穂, 加藤真由美. 転倒予測における看護師の直観の構造と類型化. 日本看護管理学会誌 2006;9 (2) :58-64.
- 9) 野崎千里. 【白血病の診断・治療・看護】白血病化学療法時の支持療法の看護 感染対策 感染予防・対処. がん看護 2006;11 (3) :392-397.
- 10) 野崎千里. 【白血病の診断・治療・看護】白血病化学療法時の支持療法の看護 貧血・血小板減少の看護. がん看護 2006;11 (3) :401-402.
- 11) 村松由紀. 【がん化学療法看護】がん化学療法の臨床 標準的治療と看護のポイント 造血器がん 白血病患者の看護のポイント. がん看護 2006;11 (2) :303-306.
- 12) 戈木クレイグヒル滋子. さいごの賭け (第1報) 医師と患者側が造血幹細胞移植に踏み切る状況. Quality Nursing 2002;8 (1) :57-65.
- 13) 外崎明子. 造血細胞移植を受ける患者の心理的安定に関する縦断的研究 その1 移植の受容とその関連要因の検証. 日本がん看護学会誌 2004;18 (1) :3-13.
- 14) 石橋美和子. 同種骨髄移植を受ける患者の不確かさとその対処. 日本がん看護学会誌 2002;16 (2) :5-14.
- 15) 松田光信, 八木彌生. 末梢血幹細胞移植を受けたAさんのライフヒストリー 新生自己の創出. 日本看護科学会誌 2006;26 (1) :13-22.
- 16) 石田和子, 神田清子, 白石美咲, 狩野太郎, 石田順子, 他. 造血幹細胞移植体験が生き方に与える影響と移植を乗り越えた要因の分析. がん看護 2005;10 (2) :171-178.

- 17) 松田光信. 無菌室で生活する患者に対する看護婦・
士の精神的ケア行動の意味と構造. 日本看護科学会
誌 2001;21 (2) :64-73.
- 18) 山本昇, 森実千種, 金成元, 濱口哲弥, 向井博文,
他. がん診療レジデントマニュアル. 第6版. 国立
がん研究センター内科レジデント編. 東京: 医学書
院 ;2013.348-353.
- 19) 大西和子, 飯野京子. がん看護学 臨床に活かすが
ん看護の基礎と実践, 初版. 東京: ノーヴェルヒロ
カワ ;2011.409-413.
- 20) 前掲書 4)
- 21) 前掲書 5)
- 22) Michael Polanyi. 暗黙知の次元 言語から非言語
へ. 佐藤敬三. 東京: 紀伊国屋書店 ;2001.15-16.
- 23) 前掲書 7)
- 24) 前掲書 3)
- 25) 前掲書 7)
- 26) 前掲書 2)

(2015 年 5 月 27 日受付, 2015 年 7 月 1 日受理)

<Research Report>

How Nurses use Thinking-in-Action to make Lifesaving Decisions of Hematology Patients' Abnormalities

Rika Takahashi
Iwate Prefectural Chubu Hospital

Key words: hematological disease, patients' abnormalities, Nursing action

会 告 (1)

第9回岩手看護学会学術集会のご案内

第9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 28 年 11 月 5 日（土）

会場：岩手県立大学 講堂・共通講義棟

会長：福島裕子（岩手県立大学）

2015 年 11 月

第9回岩手看護学会学術集会

会長 福島裕子（岩手県立大学）

平成27年度岩手看護学会第1回理事会

日 時：平成27年4月11日（土）13：00～15：10

会 場：岩手県立大学アイーナキャンパス学習室3

出席者：山内、石井、岩渕、上林、蛸崎、小嶋、齋藤、菖蒲澤、千田、千葉、箱石、福島、松川、松本

配布資料：資料1. 平成26年度事業活動報告

資料2. 平成26年度めんこいセミナー活動報告

資料3. 会員数について

資料4. 平成26年度会計監査報告

資料5. 第7回岩手看護学会学術集会報告

資料6. 平成27年度事業計画（案）

資料7. 平成27年3月までの退会者の承認について（未納退会者含む）

資料8. 平成27年4月入会者の承認について

資料9. 平成27年度収支予算（案）について

資料10. 評議員および理事の選挙について

資料11. 平成26年度広報委員会活動報告

資料12. 平成27年度編集委員会委員一覧

1. 開会

千田理事より、出席者14名にて理事会成立が宣言された。

2. 理事長挨拶

山内理事長より開会の挨拶があった。

3. 議事

1) 報告事項

(1) 庶務報告

千田理事より資料1について、小嶋理事より資料1について報告があった。平成26年度のめんこいセミナーは、岩手県立大学看護実践研究センターと共催として学術集会とは別日で開催して2回目となる。79名の参加があり事後アンケートからも好評な反応であった。また、初めて参加費を設定して非会員からは1000円徴収したことについて、62.7%は「ちょうど良い」と回答していたことから今後も継続していった良いと考えられる。

岩渕理事より資料3について報告があった。平成26年度も入会者は多かったが、退会者も多く会員数は横這いであった。特に、会費の2年未納による自動退会が40名とこれまでに最も多かった。未納者へは学会誌送付時に会費納入のお願いと振込用紙を同封していることを継続していくとともに、自動退会者へは納付の催促を送付していく予定である。

(2) 会計報告

松川理事より資料4について報告があった。箱石監事より監査報告があった。

(3) 編集委員会報告

上林編集委員長より資料12について報告があった。退職者の欠員補充を行い新体制で、9巻1号の学会誌を来月発行していく予定である。

(4) 広報委員会報告

福島広報委員長より資料11について報告があった。

(5) 第7回学術集会の報告

千田理事より資料5について報告があった。非会員の参加者がいつもより少なめであった。口演発表は21演題であり盛大であった。参加者からの学会運営と内容についての事後アンケートからは好評であったことが伺えた。

(6) 第8回学術集会企画委員会報告

上林会長より平成27年10月17日（土）に岩手県立大学で「岩手版地域包括ケアの構築を目指して」をテーマに開催する報告があった。第1回企画委員会で顔合わせを実施しており、来月に第2回企画委員会を開催して準備を進めていく予定である。

2) 審議事項

(1) 平成26年度事業計画（案）について

千田理事より資料6に基づき説明があった。今年度は3年に1度の評議員・役員選挙がある年である。めんこいセミナーについては、昨年度と同様に学術集会とは別日とし、参加費を設定して開催することで承認された。

(2) 会員の退会について

岩渕理事より資料7について説明があり、全員承認された。会費の2年未納による自動退会が40名と最も多かったことから、学会発表がメインとなり会員としてのメリットを感じにくいのではないかと意見があった。

(3) 会員の入会について

小嶋理事より資料8について説明があり、全員承認された。入退会審査資料にある「最終卒業校」の項目は審査には不要であることから、今後の資料には掲載しない提案があり、異議なく承認された。

(4) 第10回学術集会（平成29年度）会長の候補者について

第10回学術集会は記念すべき年でもあり、学外の候補者について検討した。三浦幸枝氏（岩手医科大学附属病院）、松浦真喜子氏（岩手県立中央病院）、柳田美喜子氏（盛岡市立病院）が候補者として挙げられた。三浦幸枝氏（岩手医科大学附属病院）を第一候補として交渉することで承認された。

(5) 平成26年度収支予算（案）について

松川理事より、資料9に基づき説明があった。編集担当より学会誌への投稿数が増えていることに伴い編集費と印刷代がかかることから増額の希望があった。昨年度実績から今年度の予算を計上していることから、今年度の実績を基に次年度の編集委員会活動費を検討することにした。また、様式については、めんこいセミナーの非会員の参加費の収入を費目の「事業収入」として【収入の部】に記載した資料9-2を使用することで承認された。

(6) 編集委員会より

蛸崎副委員長より、ホームページにある研究支援窓口のメールへの問合せ状況について質問があった。庶務より昨年度は1件で、内容は研究支援に関するものであった報告があった。本来は論文投稿支援であることや、メールの問い合わせが理事全員に配信されていることから窓口の検討が必要であること、利用状況によっては廃止でも良いのではないかと意見があった。今年度の問い合わせ状況をみてから次年度検討することにした。

また、蛸崎副委員長より、学会誌の論文がホームページ上での閲覧は会員のみとなっていることについて、掲載されてから1年後に公開してより多くの人に公開している学会もあり、委員会で話題となっている報告があった。会員のメリットとしての付加価値もあるではないか、冊子体での発行をしているので公開はもう少し待っても良いのではないかと、著者抄録使用料（医中誌3件、JST6件）の推移も見ていったらどうか、など意見があった。今後、他学会の情報収集も積み重ねていき全文公開については検討課題とすることとした。

(7) 選挙管理委員会より

千葉選挙管理委員長より、選挙管理委員の紹介があった。小嶋選挙管理員より資料10について説明があった。選挙日程については案通り進めることで承認された。7月15日の開票で10名を決定し、7月31日の理事会で理事会推薦10名を決定していき、評議員20名全員の入れ替えを避けることを確認した。

4. その他

(1) 学会誌の消費税分の値上げについて

千田理事より、1000円で販売している学会誌について消費税分入れて1080円としていくか検討している報告があった。学会によっては非売品として学会員のみに送っている学会もあることから入会を前提とすることも良いのではないかと意見があった。まずは会計担当が税務署に税率アップに伴い支払いが発生するかの確認をしてから対応を検討することにした。

(2) 今後の会議開催について

7月31日は選挙関係の理事会とし、その後の理事会は同日で評議員会も開催することで、9月26日（土）の午前に理事会、午後に評議員会とした。

以上

（文責：岩渕）

平成27年度 第2回理事会

日 時：平成27年7月31日（金）18：00～19：00

場 所：アイーナ7階 学習室3

出席者：石井，岩渕，上林，蛸崎，小嶋，菖蒲澤，千田，千葉，福島，

委任状：山内，齋藤，松川，

配布資料：資料1．平成27年度岩手看護学会評議員選挙結果報告書

資料2．岩手看護学会評議員選挙に関する名簿

資料3．告示（理事互選用）

1．開会

千田理事より，出席者9名，委任状3名にて理事会成立が宣言された。

2．理事長挨拶

石井副理事長より開会の挨拶があった。

3．議事

1）報告事項

（1）選挙管理委員会より

千葉選挙管理委員長より，資料1に基づき平成27年度岩手看護学会評議員選挙結果として，新評議員10名の報告があった。

2）審議事項

（1）選挙管理委員会より

小嶋選挙管理委員より，理事会推薦評議員（10名）と受け入れが難しい場合の対応を検討した。10名になるまで声をかける順番を決定した。

今後流れについて小嶋選挙管理委員より説明があった。理事会推薦の10名が決まったところで，20名の評議員に対して，理事互選用の告示（資料3）を行い，理事と監事が決定となる。そして9月26日に新理事会を開催し新体制での役割を決める。

4．その他

（1）会員の入退会について

千田理事より資料について説明があり，全員承認された。

（2）今後の会議開催について

9月26日（土）にアイーナ会議室602において，10：00～12：00が理事会，13：00～14：00が新理事会，14：00～15：30に評議員会を開催する予定とした。

以上

（文責：岩渕）

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岩手県滝沢市巢子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は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 10 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
	蛸崎 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 恵子	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ください。
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： 0 2 2 1 0 - 6 - 8 9 9 3 2 ・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をご負担ください。
- (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 岩手県滝沢市菓子 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/

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 岩手県滝沢市菓子 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、版權の利用に当たって、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、総合的に学問的状况を概説したもの。

・ 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あ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受けていること。

- ・ 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. 著作権について

- (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)の著作権は、全て学会に帰属する。

- (2) 学会誌内で掲載されている図表など原著性の高い内容を他の雑誌や書籍刊行物にて使用する際には、学会誌編集委員長に対して必ず書状にて許諾申請を行うものとする。許諾は編集委員会宛て郵送にて申請する(電子メールでの申請は受け付けない)。

- (3) 前項の許諾申請は1. 引用する学会誌の論文の号・巻・頁・年度・タイトル・筆頭著者名・使用したい図表等の掲載頁とその図表番号, 2. 利用目的, 3. 依頼者住所・氏名・電話番号・FAX番号・電子メールアドレスを明記し, 自署署名を付して申請すること。

- (4) 使用許可のおりた図表等の利用に関しては脚注に(あるいは参考文献として)原著を引用文献として明示すること。

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) If 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

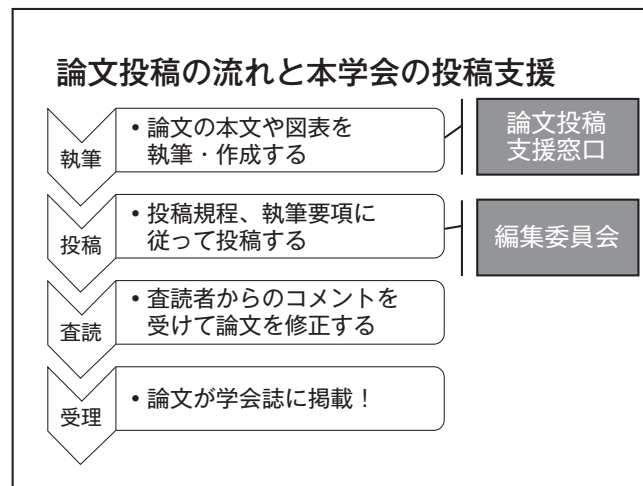
● 論文投稿支援窓口

- 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Ⅸ 質的研究ってなんだろう ～看護に役立つ質的研究～

1. 質的研究の立場は看護実践で大切にしている姿勢と同じです

1990年代以降広まった Evidence-based Medicine:EBM では、理論や法則にのっとった普遍的法則や因果関係を数値で実証する事に主眼がおかれていました。しかしその後、患者一人ひとりの語りにも医療や看護の発展につながる大切な本質や根拠があるという Narrative-based Medicine:NBM が提唱され、そこから質的研究も急速に広まりました。

従来、量的研究が主流だった看護や保健医療の分野で、なぜ質的研究がこれほど広まってきたのでしょうか。それは看護や保健医療の対象とする人間の行動や態度は個人個人異なっており個性があること、そして看護という現象が、相手との相互作用の中で起こっている現象だからです。

我々が対象とする人間は、実験室のように条件が一定にコントロールされた場面で生きているわけではありません。現実の生活世界では、いろいろな要因が複雑に絡み合っており、個々がさまざまな経験をしています。同じ疾患であっても、同じ検査や治療をしていたとしても、自分の疾患や受けている医療ケアをどう捉えていて、どういう体験をしているのかは一人ひとり違います。実践の場で看護専門職の私たちにとっては、そのような個人の違いがあってもあたりまえです。だからケアの対象者の立場に立って、その人の視点で考えようとしています。患者の個性を理解する事は、看護ケアとして大切な部分です。

「人間の反応や行動・行為、心理は、文脈（時間の流れ、人間関係、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。」

これは質的研究の前提になる、現象の捉えかた（理論的パースペクティブ）です。難しい言葉のようですが、看護で大切にしている対象理解の姿勢だと思いませんか。

2. 看護学における質的研究の利点

では前述したような姿勢を持つ質的研究の利点は何でしょうか。

1) 対象の心的事象や内面に迫ることができる

高木（2011）は「量的研究は自然事象（モノ）を研究対象とするが、質的研究は心的存在の中に生起する現象（コト）を扱う」と述べています。つまり、質的研究では臨床現場でダイナミックに変化する患者や家族の態度や認識、経験といった内面にじっくり迫る事ができます。“この病気や治療を患者や家族はどう考えているの？”“本当はどういうケアを望んでいるの？”という疑問があっても、多忙な臨床では、じっくりお話を聞いたり、立ち止まって観察したりはなかなかできません。でも質的研究となれば、臨床業務とは別の立場で、インタビューや参加観察を用いて、対象一人ひとりの複雑な内面に迫る事ができます。臨床現場だと研究をするためには勤務時間外となる可能性も高いのですが、時間を気にせず、ゆっくりとお話に耳を傾ける事ができるのです。

また、心理スケールで測定しても、それはその尺度で見える範囲のデータでしかなく、対象者の内面をすべて分かるには限界があります。質的研究によって、相手の立場からありのまま明らかにし、理解することが可能になります。

2) 新たな知や新たな仮説を生成できる、よくわからない事がわかる

5年ほど前イギリスで、性同一性障害のために性転換手術をし、女性から男性となった方が女性と結婚しました。しかし病気で妻が子宮を摘出したため、自分の体内に残っていた生殖器官（子宮と膣）で妊娠・出産をした、というセンセーショナルなニュースがありました。外見的には男性で、社会生活も男性で生きている方が、おなかの大きい妊婦（妊夫？）なのです。性の多様性が認められる社会なので、今後このような事例が臨床現場で増えてくるかもしれません。でもこのような方にどのような看護ケアをすればよいのでしょうか。これまでの母性看護学の理論や方法を当てはめてケアや保健指導をすることは難しそうです。先行研究もないので、まずは当事者にどのような経験なのか話を聞いたり、その方の日常生活を観察したりして、看護として何が大切なのかを知りたいですね。

このように、質的研究は、重要でありながら先行研究が少ない領域に取り組む際に役立ちます（高橋2007）。質的研究では、これまでに開発された理論や仮説に当てはめるのではなく、なにがどうなっているのか、まだよく分

かっていないことを丁寧にあきらかにするからです。ある方の言葉を借りると、質的研究は、未開地を一から開墾して新しい知を生み出すタイプで、量的研究は、すでに開墾された土地で、種の種類やまき方、育て方を変えて、他の研究者がやった仕事を精緻化するタイプなのだそうです（箕浦 1999）。

3. 質的研究に取り組むためのアドバイス

以上のことから、質的研究に取り組むことはとっても興味があります。しかし、実際に取り組むとなるとちょっと難しいのが質的研究です。「インタビューなら自分にもできる!」と思っても、インタビューをする事だけが質的研究ではないからです。

1) スーパーバイザーをもとう

一口に質的研究といっても、グラウンデッド・セオリー、エスノメソドロジー、ライフストーリー、現象学的研究など、いろいろな手法があり、それぞれが関連する学問領域の哲学や理論に基づいています。リサーチクエスションを明確にし、それにあった手法を用いていく必要があります。また、無計画にインタビューをしても、膨大なデータをどう分析し解釈を進めるか、途方にくれてしまいます。ですので、質的研究に取り組む場合は、研究の進め方やデータ収集方法、分析方法について助言をしてもらいスーパーバイザーをかならず持ちましょう。看護系大学の教員を共同研究者にすればいいのです。

2) 大学院で学ぼう

そして、もっとお勧めは、大学院に進学して、じっくり研究について学ぶ機会をもつことです。質的研究の本はたくさんありますが読むだけでは分かりません。自分で実際に研究を進める事で、いろんなことが分かってきます。大学院であれば、指導教官のサポートで、じっくりそれが学べます。

岩手県立大学大学院看護学研究科は、大学卒（学士）でなくても、何らかの研究をした実績があれば、大学院前期課程を受験する資格があります。詳細はホームページをごらんください。「なぜなの? どうして? どうすればいいの?」これまでの臨床実践で、皆さんの胸の中に湧き上がってきている「?」を、大学院で、研究に取り組む事で明らかにしてみませんか? ぜひ進学をご検討ください。お待ちしております!

福島裕子（岩手看護学会理事）

文献

笠間真美. 質的研究のピットホール. 医学書院; 2013.

西條剛央. ライブ講義 質的研究とは何か. 新曜社; 2007.

箕浦康子. フィールドワークと解釈的アプローチ. 箕浦康子（編）. フィールドワークの技法と実際 マイクロ・エスノクラグラフィ入門. ミネルヴァ書房; 1990. 6.

高木廣文. 質的研究を科学する. 医学書院; 2011. 11-12.

高橋 都. 医療・看護小域における質的研究の意義. 秋田喜代美・能智正博（監修）, はじめての質的研究法 医療・看護編. 東京図書; 2007.

編 集 後 記

秋も一段と深まり、日だまりの恋しい季節となりました。

さて、ここに岩手看護学会誌第9巻第2号をお届けできますことを大変嬉しく思っております。今年度より、本学会誌の編集に携わる機会をいただきました。編集の過程では、多くのことを学ばせていただき感謝しております。また、皆様の日頃の看護実践におけるご経験や、研究活動を通して見出された新たな知見が学会誌という形になる喜びを感じております。

本号には研究報告2編、論文投稿促進講座、次年度に開催されます第9回学術集会のご案内が掲載されております。それぞれの関心から深められた興味深い研究を投稿くださいました皆様、ならびにご協力をいただきました査読者の皆様に心より感謝申し上げます。

岩手看護学会は平成19年に発足し、来年度は10年という節目の年を迎えます。これまでに引き続き、日頃の成果を本誌に投稿いただけるものとなるよう活動を続けますとともに、論文の執筆ならびに投稿に向けたサポートを続けてまいります。どうぞお気軽にご相談の上、ご活用いただけたらと思います。

今後も皆様からのご投稿をお待ち申し上げます。

(後藤 記)

編集委員

上林美保子（委員長） 蛸崎奈津子（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

(五十音順)

岩手看護学会誌 第9巻第2号

発行日 2015年11月30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

Journal of Iwate Society of Nursing Science

Foreword

The duty of Iwate Society of Nursing Science take root in Iwate Prefecture

Makiko Ishii

1

Research Report

Troubles and Difficulties of Nurses Involved in Terminal Care

Makiko Ishii, Kazuko Kikuchi, Tomoko Kudo

3

How Nurses use Thinking-in-Action to make Lifesaving Decisions of Hematology Patients' Abnormalities

Rika Takahashi

15

Iwate Society of Nursing Science Meeting Reports

Information on the 9th Conference

24

Minutes of the 1st Board of Directors Meeting 2015

25

Minutes of the 2nd Board of Directors Meeting 2015

28

Constitution of the ISNS

29

Board of Directors and Councilors

32

Membership Application Information

33

Membership Application Form

34

Journal of Iwate Society of Nursing Submission Guidelines

40

Information about Submission of Articles

44

Promoting Manuscript Submission to JISNS IX

45

Editorial Postscript

47

Volume 9 Number 2 November 2015

Iwate Society of Nursing Science