

13卷1, 2号 目次

原著	
看護管理者の職業的アイデンティティ確立プロセス	鈴記 洋子, 葉久 真理... 1
研究報告	
高齢者看護学実習における学生のセルフケア・エージェンシーのアセスメント	今井 芳枝他... 12
術後せん妄を発症した高齢患者の家族の体験	福田 和美, 中尾 久子... 20
立ち会い分娩をした夫の体験	藤川 友恵他... 29

Vol. 13, No. 1, 2 Contents

<i>Original :</i>	
Y. Suzuki and M. Haku : Professional Identity Establishment Process of the Nurse Manager	1
<i>Research Reports :</i>	
Y. Imai, et al. : Students' assessments of their patients' self-care agency during gerontological nursing practicum	12
K. Fukuda and H. Nakao : Experiences of family members of older patients with postoperative delirium	20
T. Fujikawa, et al. : Experiences of husbands attending their wives' childbirth	29

原 著

看護管理者の職業的アイデンティティ確立プロセス

鈴 記 洋 子¹⁾, 葉 久 真 理²⁾

¹⁾徳島文理大学助産学専攻科, ²⁾徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部助産学分野

要 旨 看護管理者(看護師長)の職業的アイデンティティ確立プロセスを明らかにするため, A県内の病院の看護師長11名を対象に, インタビューを行い, 舟島の「看護概念創出法」に沿って分析した。結果, 職業的アイデンティティを確立する12の概念が創出され, アイデンティティ確立プロセスを明らかにすることができた。

看護管理者の職業的アイデンティティ確立プロセスは以下のとおりである。

昇任の辞令を突然受けた者は, 【役割移行への戸惑いによる受諾前の葛藤】を経験しながらも受諾し, 当初は【師長イメージと現実との違いを経験することによる予想外の孤独と役割変化への戸惑いや実践から離れる一抹のさみしさ】を感じていた。その後, 1年の間に【前任者の管理方法の回想からの学びや師長イメージと実際の差異を発見することによる師長役割の理解】をし, 【クレーム対応を経験することによる最終責任者としての自覚の萌芽】や, 【他者からのアドバイスやサポートを受けることによる師長役割を果たす行動】【看護管理者研修からの学びによる師長役割の再認識】【自己の看護観に基づいたケアが実践できるスタッフを育成することによる師長としてのやりがいと役割実践】【時代の要請による業務変化に対応することで新たな役割への気づき】【自己の看護観を基盤に管理する上での失敗や成功を内省し続けることによる自己成長】を経験していた。その後, 1~2年間に, 【スタッフとの信頼関係を構築し, やりたい看護, 作りたい病棟づくりができたことによるやりがいの感受】や【日々の積み重ねによる自信と他者からの承認による役割取得の実感】を経験し, 職業的アイデンティティを確立していた。

キーワード: 職業的アイデンティティ, 看護管理者, プロセス, 役割取得, 支援, 内省

諸 言

医療を取り巻く環境の変化に伴い, 従来の看護師長(以下師長と表現)の機能と役割は変化している。医療の最前線にいる師長は, 新たな環境下で, 人・物・金・技術・情報等の資源を駆使し, 必要なケアの提供を管理しており, その管理はより複雑で高度化してきている。師長は現場をまとめる要であり, 看護の質を左右する立場にある。しかし師長は, 役割を遂行するために必要な

能力を獲得するための訓練を受けずに就任することが多く, 看護師としてのキャリアを積み上げ中での経験を通して育成されたり, 接してきた管理者を通して育成されるなど, 経験的に学習していることが多いのが現状である^{1, 2)}。

看護師は, さまざまな管理者の姿を見て, 管理業務の予備知識や管理者としての行動・態度をイメージ化し管理者像を形成する²⁾が, 実際に師長に昇任し, 新しい立場になった時に未経験業務や予想以上の業務負荷, 人間関係構築など管理上の負担感を感じていた³⁾。同様に, 昇任前に管理代行をしても昇任後の管理役割は浅薄である⁴⁾ため, 実際に師長に昇任して初めて知る業務に役割遂行上の困難を感じるなどが報告されている。

師長に求められる能力は, 洞察力に基づく先見性, 判

2015年1月6日受付

2015年2月19日受理

別刷請求先: 鈴記洋子, 〒770-8514 徳島市山城町西浜傍180
徳島文理大学助産学専攻科

断力、創造力、意思決定力などと言われている^{5,6)}が、師長として必要な能力をどのように身につけ師長役割が果たせるようになっていくのか、また、知識をどのように現場で適用し、どのような経験を積み、師長役割を果たすことができるようになるのかは、明らかにされていない。

そこで本研究では、師長として必要な能力をどのように身につけ師長役割が果たせるようになっていくのか、師長が職業的アイデンティティを確立するプロセスを明らかにする。本調査は、今後師長となるものが直面する問題や課題を明らかにし、役割移行を円滑に遂行するための支援の一助となると考える。

研究目的

中間管理者である師長の職業的アイデンティティは、どのように確立されていくのかを明らかにすることである。

用語の定義

1. 看護管理者の職業的アイデンティティ

看護師のアイデンティティを基盤として培われるが、看護師のアイデンティティとは異なるもので、師長に求められる能力の獲得の程度にかかわらず、師長という役割に対して自己が師長であると自覚すること。

2. 経験

人間が環境の中で生活することにより得られる知識、技能、感情などの総体をさす⁷⁾。

3. 出来事

各事例が印象に残ったエピソード。

研究方法

1. 研究デザイン

半構造化されたインタビューガイドを用いた質的帰納的研究である。

2. 研究対象者

対象者は、調査施設の師長で、病棟での管理経験が1年以上あり、本研究に同意が得られたものとした。

3. 研究施設

地方都市にある A 県内の200床以上の病院、4施設である。

4. データ収集期間

平成23年3月～同年8月。

5. データ収集方法

1) インタビューガイドの作成

看護師アイデンティティ確立に関する文献検討及びアイデンティティに関する既存理論をもとにインタビューガイドを作成した。

内容は、アイデンティティがどのように確立していきのかを引き出すことができるように、できるだけ起った出来事を時系列で話してもらえよう質問項目を作成し、経験した出来事をどのように捉え、そのことにどのように対応し、その結果、何を学習（獲得）したのかがわかるような質問とした。具体的には、①師長になる前に持っていた師長イメージと実際の違い、師長昇任に対しての思いについて、②師長になって戸惑った経験や印象に残る経験とその対応、その経験からの学びや気づきについて、③師長としてのやりがいを感じた時の経験、管理をするうえで大切にしていることや管理に対する考え方に影響を受けた経験、④師長になったと感じた時期とその時の経験、⑤いま師長であることにどのような意味があると考えているかなどである。

2) データ分析方法

分析は、録音したインタビュー内容を逐語録にし、事例ごとに師長に昇任してからどのように師長アイデンティティを獲得していったか、専門家と話し合い、師長になったと感じるまでの経験を出来事、対応、学び、気づき、思いに分類し時系列で表した「経験のフロー図」を作成した。また、そのフロー図は一部の対象者に確認してもらい信頼性を確保した。

その後、事例を集約し、どのように師長の職業的アイデンティティを確立していきのかを明らかにするために、舟島⁸⁾の「看護概念創出法」を用いて分析した。手順は、聴取データから逐語録を作成し、逐語録から会話をそのまま転記するのではなく、意味内容は変えることなく、要約と整理をし、各経験を一単位とし、転記した（初期コード）。次に、初期コードに分析対象者が、知覚した経験を「一般的な人間の経験としてみるとどのような経験か」という視点から抽象度を上げて命名し、一般的経

験コードとした。その後、一般的経験コードに「新人看護師長の経験は、師長として成長していくという視点から考えるとどのような経験か」という持続比較のための問いをかけ、その問いに対する回答を原因と結果の関係で命名した（一般的経験・持続比較のための問い対応コード）。次に、このコードを、同質性・異質性により分離・統合し、サブカテゴリーを命名する。命名されたサブカテゴリーに同様の方法を適応し、より抽象度の高い集合体（カテゴリー、コアカテゴリー）とした。分析の全過程において、メンバーチェックを行い、さらに、研究指導者のスーパーヴィジョンを受けることにより信頼性と妥当性の確保に努めた。

3) 倫理的配慮

本研究は、A大学の倫理審査委員会の承認(No. 1138)を得て行った。県内の200床以上を有する病院の看護部長に、口頭で研究の趣旨を伝え、同意が得られた病院に郵送で“面接によるインタビューに関する説明の協力と依頼”及び師長用の“研究説明文書”を送付した後、研究への同意をもらった師長と連絡をとり、インタビューの日程や場所を決定した。当日は、文書にて研究の目的や意義、研究方法を再度説明し、同意書に署名をもらった。プライバシー保護のため、面接は個室を準備し、1時間程度とした。インタビュー内容によって、答えたくない質問については答える必要のないこと、研究協力を拒否しても不利益を被ることがないことも保証した。録音の許可を取り、録音が可能な対象者に対しては、録音をした。録音の同意が得られなかった者には、メモをとることを同意してもらい記憶が新しいうちに文章にした。データの入力・分析は、個人が特定されないようにコード化し、面接調査で行ったデータは、本研究のみに使用することとし、研究結果の公表方法についても、個人や施設が特定されないように行うことを説明し、了解を得た。

結 果

1. 対象者の概要（表1）

インタビューを実施した対象者は11名で、平均年齢は48.8歳（36歳～55歳）であった。最終学歴は、専門学校卒業者が9名、医療短期大学卒業者が2名であった。看護師経験年数は、平均27.5年（16年～33年）であった。そのうち副師長経験年数は、5.3年（1.3年～9年）、師長経験年数は、平均3.5年（1.1年～8年）であった。昇任方法は、上からの任命によるものが7名、本人も同意した形での推薦によるものが2名、試験を受けて昇任したものが2名であった。昇任時に他部署への異動がなかったものは8名、異動があったものは3名であった。

師長としての経験分野は、脳外科、救急、手術部、小児科、内科、ICU、SCU、循環器、消化器、整形、混合病棟、救急外来などであった。また、2名は病棟や外来を経験した後、GRM（ゼネラルリスクマネジャー）や教育担当師長になっていた。師長の職業的アイデンティティが確立した年数は、平均1.5年（1年～3年）であった。

2. 看護管理者の職業的アイデンティティを確立する経験を表す概念（表2）

師長の職業的アイデンティティはどのように確立されていくのかを明らかにするために、舟島⁸⁾の「看護概念創出法」に沿って全事例を分析した。

その結果、総数631の経験コードが抽出され、これらは、154のサブカテゴリーを形成し、さらにこのサブカテゴリーは53のカテゴリーを形成した。このカテゴリーは12のコアカテゴリーを形成し、ここから師長が職業的アイデンティティを確立する経験を表す12の概念を創出した。以後、【 】はコアカテゴリー、『 』はカテゴリー、

表1 対象者の概要

事例 No.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
年齢	50代	40代	30代	40代	50代	50代	50代	50代	40代	40代	50代
看護師経験年数	29	19	16	28	33	31	33	31	26	26	31
副師長経験年数	6	7	3	1.3	2	4	3	9	5	9	7
経験分野	消化器内科 脳外科	NICU, GCU, HCU, SCU	手術	呼吸器内科 病棟	内科病棟	手術部	脳外科	ICU, 内科病棟	外科病棟, 循環器病棟	泌尿器科, 整形, 循環器混合病棟, 外科呼吸器病棟, ICU	整形・小児科 病棟
師長経験年数	5.4	2.5	1.1	1.1	8	1.2	4	2.2	6.2	3.2	3.3
経験分野	脳外科 救急	SCU	手術部	小児科・化学 療法混合病棟	内科病棟 救急 GRM	救急	救急外来, 混合病棟	ICU	循環器病棟, 救急外来, 教育担当師長	循環器病棟	整形・小児科 病棟 消化器内外科 病棟
昇任時の異動の有無	無	無	無	有	無	有	無	無	無	有	無
公募・推薦・命令	看護部からの 任命	推薦があり 応募	推薦があり 応募	看護部からの 任命	看護部からの 任命	看護部からの 任命	看護部からの 任命	看護部からの 任命	試験	試験	看護部からの 任命
最終学歴	専門学校	医療短大	専門学校	専門学校	専門学校	専門学校	専門学校	医療短大	専門学校	専門学校	専門学校
師長の職業的アイデンティティが確立した年数	1	1	1	1	2	1	3	2	2	1.5	1.3
管理者研修受講の有無	有	無	無	無	有	無	有	無	有	無	有

表2 看護管理者の職業的アイデンティティを確立する経験を表す概念

コアカテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
I. 看護経験や研修から獲得した看護観を基盤にした看護の提供経験	研修受講の機会から看護の根幹を学ぶ	学習機会から看護の本質についての気づきを得る
	看護師時代の経験により培われた看護観	学習機会から看護で大切な感性の真の意味を知る 看護師時代の経験により培われた看護観
II. 役割移行への戸惑いによる受諾前の葛藤	師長昇任への心構えがない状況での命令に困惑	予期せぬ師長昇任任命に対する衝撃 「なぜ自分が師長に」という疑問
	役割移行を覚悟する猶予がないことでの戸惑い	師長昇任を受け入れる時間的制約(3月中旬辞令)による戸惑い 辞退する機会のない引き継ぎの展開に戸惑う
	師長役割の負担感からくるネガティブ感情	師長役割の重責に対する躊躇 師長役割受諾への負担感
	昇任背景が後押しする師長昇任への決意	師長代理経験や同一部署からの昇任であることによるちょっとした自信 他者(直風上司)のアドバイスによる師長昇任受諾の決意
III. 師長イメージと現実の違いを経験することによる予想外の孤独と役割変化への戸惑いや実践から離れる一抹の寂しさ	予想外の孤独感	副師長時代に気づけなかった予想外の孤独 副師長時代と同様にスタッフと情報を共有できないことによる孤独感 師長発言の影響力の大きき実感から気楽に話せないことによる孤独感 スタッフから一線を引かれていることを感知
	師長役割がうまく果たせないことによるマイナス感情	師長役割に対して感じる苦しさやもどかしさの持続 スタッフとの信頼関係構築に対する不安感
	師長になって気づく戸惑い	師長代行業務ではわからなかった責任の重さへの戸惑い 自分が言っていることがスタッフにうまく伝わらないことへの葛藤 業務内容未掌握による問題の抽出と改善行動が取れないことでの苦悩 無我夢中で方針(ベッドコントロールや病院機能評価受審)に沿う苦闘 病棟管理の細部がわからずスタッフ指導できないことによる不全感 スタッフ感覚が抜けない実践遂行中心業務
	師長役割の遂行力不足感と不全感	役割上患者への看護実践ができない辛さ 前任者のリスク対応からの学び 前任者との比較から管理上の差異を抽出 過去の関係性の決別による師長役割移行への覚悟 人間関係調整のため早い声かけの必要性 人間関係調整のためスタッフの特性による対応の必要性
	実践から離れる一抹のさみさと実践と管理の狭間で戸惑い	管理範囲の広さと深さを実感 時代の変化による異なる管理役割を痛感 病棟特性により異なる役割を認知
IV. 前任者の管理方法の回想からの学びや師長イメージと実際との差異を発見することによる師長役割の理解	前任者の管理方法の回想による役割理解	前任者のリスク対応からの学び 前任者との比較から管理上の差異を抽出
	副師長役割を決別することによる役割移行への覚悟	過去の関係性の決別による師長役割移行への覚悟
	人間関係調整への対応からの役割理解	人間関係調整のため早い声かけの必要性 人間関係調整のためスタッフの特性による対応の必要性
	イメージと実際の差異を知ることによる役割理解	管理範囲の広さと深さを実感 時代の変化による異なる管理役割を痛感 病棟特性により異なる役割を認知
V. クレーム対応を経験することによる最終責任者としての自覚の萌芽	勤務表作成でのクレーム経験から、勤務のあるべき姿を勤務表に反映するための管理スタイルの模索	公平であることを重視した勤務表作成の難しさと不満への対応の模索 個人のニーズに合致した勤務表作成の難しさと不満への対応の模索
	リスク対応から最終責任者としての自覚と覚悟	師長の方針・計画の間違いが大きなリスク発生要因であることを痛感 クレーム対応に対する他者からの良い評価から役割遂行力を実感
	患者・家族からのクレーム対応で感じる成長	クレームの共有と対応の一貫性に向け、師長役割を実践する中での成長感 日々の看護経験の中で、病状経過から、患者のストレス発生の危険を予知
	日々の看護経験やクレーム対応で育った直観と予見による「気になること」への早期対応の重要性の認識	クレーム対応による師長の役割の実感 「気になる」患者への配慮と日々の対応の重要性の認識
VI. 他者からのアドバイスやサポートを受けることによる師長役割を果たす行動	スタッフと同一ラインからの脱却のための意図的行動による自覚喚起と自己変革	スタッフからのスタッフ役割指示を受け、師長役割の意識的遂行 前任者からの管理ノートによるアドバイスで管理の視点を発見 患者からのフィードバックにより看護実践ができていくことを実感
	他者からのフィードバックにより管理の視点に気づく	ベッドコントロールで関連部署との連携やサポート体制を構築 看護部の支援によりパワハラ早期解決
	他者からのさまざまなサポートで支援の必要性を実感	師・先輩への相談による支援 上司からのアドバイスによる新たなチャレンジ 上司からのアドバイスによる行動変容への決意
	他者からの支援による師長役割の発見	自分が行動変容することにより自らが描く病棟作りの可能性を見出す 管理経験と研修での学びの統合
	他者からのアドバイスで新たな取組みへの行動	管理者研修による師長役割の明確化 研修者間の交流による連帯感の形成 管理者研修を受講することで自己成長を実感
VII. 管理者研修からの学びによる師長役割の再認識	管理のあるべき姿の学習と自己の看護観との統合	自分が育てられたやり方を継承するスタッフ育成 管理者として譲れないこと(正しいことをする、いつも正直)を徹底して教育 看護の基本を忘れないことを言い続けることでの変化を実感 自分の看護観を発信し続けることによるスタッフの行動変容
	自己の価値観での育成による失敗	スタッフの成長を実感することによるやりがい感 看護観をスタッフに発信する管理の実践 看護師としての経験を生かした管理の実践
VIII. 自己の看護観に基づいたケアが実践できるスタッフを育成することによる師長としてのやりがいと役割実践	看護観に基づいたスタッフ育成	スタッフの成長を実感することによるやりがい感 看護観をスタッフに発信する管理の実践 看護師としての経験を生かした管理の実践
	スタッフの成長を実感することによるやりがい感	患者の安全を最優先することを信念として譲れないものがあることを自覚 スタッフからの提案を受け入れる余裕がなくなったことでの反省 苦慮したこと(スタッフ指導や目標ヒアリングの困難等)から学ぼうとする姿勢
	看護観の発信の困難さと看護観に基づく管理を目指す	優先順位の理解と医師への業務移譲の失敗を生かす対応へと変化 日々これによってよかったのかと反省することでの成長のきっかけとなる 多職種を交えた看護を提供する上での失敗と成功からの学び
IX. 自己の看護観を基盤に管理する上での失敗や成功を内省し続けることによる自己成長	譲れない看護観への信念	優先順位の理解と医師への業務移譲の失敗を生かす対応へと変化 日々これによってよかったのかと反省することでの成長のきっかけとなる 多職種を交えた看護を提供する上での失敗と成功からの学び
	師長役割の未達成感を自問	優先順位の理解と医師への業務移譲の失敗を生かす対応へと変化 日々これによってよかったのかと反省することでの成長のきっかけとなる 多職種を交えた看護を提供する上での失敗と成功からの学び
	自分の失敗や経験からの学びを生かす対応へと変化	優先順位の理解と医師への業務移譲の失敗を生かす対応へと変化 日々これによってよかったのかと反省することでの成長のきっかけとなる 多職種を交えた看護を提供する上での失敗と成功からの学び
	内省し続けることによる自己成長	優先順位の理解と医師への業務移譲の失敗を生かす対応へと変化 日々これによってよかったのかと反省することでの成長のきっかけとなる 多職種を交えた看護を提供する上での失敗と成功からの学び
X. 時代の要請による業務変化に対応することで新たな師長役割への気づき	多職種を巻き込む失敗や成功から感じる成長	優先順位の理解と医師への業務移譲の失敗を生かす対応へと変化 日々これによってよかったのかと反省することでの成長のきっかけとなる 多職種を交えた看護を提供する上での失敗と成功からの学び
	新業務導入方針への抵抗と手段の検討	新業務(点滴室での貯血や輸血)導入による業務変化に戸惑うスタッフからの抵抗を実感 新業務(点滴室での貯血や輸血)導入のための手段を検討
	病院の方針に沿った業務を遂行	病院の方針(ベッドコントロール)に沿った業務を遂行する努力 ベッドコントロールを通してコミュニケーションを取り連携を図る重要性に気づく
	ベッドコントロールを通して関連部署との連携の必要性に気づく	入院期間の短縮による師長役割の変化への対応 患者のニーズの変化対応の必要性
	環境の変化に伴う業務の変化に対応	組織の方針に沿ってスタッフと共にチームで取組む役割を自覚 病院の方針に沿うよう、修正を加えながら実践する 会議出席などで病棟を不在にするときの対応を学ぶ 病棟不在時の人材活用として個々の特徴を把握する必要性を学ぶ
XI. スタッフとの信頼関係を構築し、やりたい看護、作りたい病棟づくりができたことによるやりがいの感受	スタッフとの信頼関係の構築	目標面接でスタッフの話を聞くことができたことで信頼関係の構築を実感 スタッフからの提案を受け入れ行動したことによるスタッフとの一体感
	患者からの信頼によるやりがい感	患者への気遣いを表出することで信頼関係の構築 患者への安全の配慮をすることによる信頼関係の構築
	望む病棟づくりへの取組み	自己目標の活用による自分が望む病棟づくりへの取組み 目標管理を活用することによる組織変革への働きかけ 患者の安全や思いやりを持って職場を作ることが大切であるという気づき スタッフ自らが考え、提案できるような支援することによるやりがい 方針を示し、よい人間関係を保って仕事ができるよう支援することによるやりがい
XII. 日々の積み重ねによる自信と他者からの承認による役割取得の実感	病棟づくりの運営がうまくできたことによるやりがい感	スタッフへの気遣いややりたいことを表明し、適材に人を活用することによる協力体制の確保 新しい業務を取り入れる過程をスタッフから承認されたことでの自己成長感 全国会議で役割を果たしたことによる自信
	人を活用することを学習し、自己の管理スタイルを確立	患者の視点を忘れないという師長観を表明することによる師長像の明確化 看護観を基盤とした管理をするという信念 師長役割遂行することによる使命感
	スタッフからの承認による自己成長の実感	役割を果たすことによる自信 患者の視点を忘れないという師長観を表明することによる師長像の明確化 看護観を基盤とした管理をするという信念 師長役割遂行することによる使命感
	看護観や信念を基盤として管理することによる師長観の確立	患者の視点を忘れないという師長観を表明することによる師長像の明確化 看護観を基盤とした管理をするという信念 師長役割遂行することによる使命感
	管理者であることの意味	管理者としての多経験(クレーム対応・スタッフの成長・成果等)から管理能力を獲得 自然体で接して師長として受け入れられていることを実感
	管理者としての経験からの学びによる管理能力の獲得	管理者としての多経験(クレーム対応・スタッフの成長・成果等)から管理能力を獲得 自然体で接して師長として受け入れられていることを実感
	日々を積み重ねることによる役割獲得の実感	管理者としての多経験(クレーム対応・スタッフの成長・成果等)から管理能力を獲得 自然体で接して師長として受け入れられていることを実感

< >はサブカテゴリー、「 」は対象者の語りを表す。

概念1. 看護経験や研修から獲得した看護観を基盤とした看護提供経験

この概念は、『研修受講の機会から看護の根幹を学ぶ』、『看護師時代の経験により培われた看護観』のカテゴリーから創出された。

ほとんどの師長は、『看護師時代の経験により培われた看護観』をもっていた。また、研修に参加し<学習機会から看護の本質についての気づきを得る>ことや<看護で大切な感性の真の意味を知る>等、研修からも看護の根幹を学び、看護観を基盤とした看護提供を経験していた。

概念2. 役割移行への戸惑いによる受諾前の葛藤

この概念は、『師長昇任への心構えがない状況での命令に困惑』、『役割移行を覚悟する猶予がないことでの戸惑い』、『師長役割の負担感からくるネガティブ感情』、『昇任背景が後押しする師長昇任への決意』のカテゴリーから創出された。

「自分が師長になると思っていなかったので、師長昇任を言われて衝撃が大きかった」と、突然の辞令に少なからず戸惑い、重責に対する不安がみられた。<予期せぬ師長昇任命令に対する衝撃>や、辞令があってから昇任までに1~2週間という短い時間しかなく、「4月の勤務表はつけてくれていたのですが、気持ちの上では余裕がなかった」と、<師長昇任を受け入れる時間的制約による戸惑い>を感じていた。また、師長昇任の理由が分からないことで、<なぜ自分が師長にという疑問>に対して看護部に聞きに行く行動をとっているものもいた。いずれにしても、突然の辞令であることや、昇任基準が明確でないことに対する戸惑いを感じていた。

師長昇任に対して準備ができていない状況の時に上司からの任命により昇任されたことによる戸惑いを表す経験で、昇任方法が上司からの任命による昇任者にだけに起こった経験である。

概念3. 師長イメージと現実との違いを経験することによる予想外の孤独と役割変化への戸惑いや実践から離れる一抹のさみしさ

この概念は、『予想外の孤独感』、『師長役割がうまく果たせないことによるマイナス感情』、『師長になって気づく戸惑い』、『師長役割の遂行力不足感と不全感』、『実

践から離れる一抹のさみしさと実践と管理の狭間での戸惑い』のカテゴリーから創出された。

「スタッフが悩んでいることを自分だけが知らず、後から聞こえてきた」や、「休憩時間などに気軽に話してもらえず、自分からも気軽に話せなかった」など、<スタッフから一線を引かれていることを感知>し、<副師長時代に気づかなかった予想外の孤独>を実感し、『師長になって気づく戸惑い』を感じていた。実際に師長役割を担って初めて師長に抱いていたイメージと現実の違いを経験し、<予想外の孤独>を感じ、戸惑った経験である。また、「師長になって第一線に立って看護実践することができないということがわかった時に、ちょっとさみしい感じがした」と<看護実践をすることで得られていたやりがいや看護の楽しさから離れることでのさみしさ>をほとんどの師長が感じており、役割変化を実感する経験である。

概念4. 前任者の管理方法の回想からの学びや師長イメージと実際の差異を発見することによる師長役割の理解

この概念は、『前任者の管理方法の回想による役割理解』、『副師長役割を決別することによる役割移行への自覚』、『人間関係調整への対応からの役割理解』、『イメージと実際の差異を知ることによる役割理解』のカテゴリーから創出された。

リスク発生時に、「前任の師長はどのようにしていたんだろう」と前任者の管理を回想することや上司から「あなたは副師長の時と同じようにしている」と言われ、「スタッフと同じ業務をやり続けていては、自分がやらないといけない業務がおろそかになる」と自覚し、<副師長との役割の違いを認識>するなど、師長役割を理解していた。

師長に昇任し、昇任前に抱いていた師長イメージと実際に師長役割を果たす中で経験する出来事の違いから役割を理解する経験である。

概念5. クレーム対応を経験することによる最終責任者としての自覚の萌芽

この概念は、『勤務表作成でのクレーム経験から、勤務のあるべき姿を勤務表に反映するための管理スタイルの模索』、『リスク対応から最終責任者としての自覚と覚悟』、『患者・家族からのクレーム対応で感じる成長』、『日々の看護経験やクレーム対応で育った直観と予見に

よる<気になること>への早期対応の重要性の認識』の
 カテゴリーから創出された。

「本人の希望を入れたら、深夜勤務が多くなって」と、
 <個人のニーズに合致した勤務表作成の難しさと不満への
 対応の模索>の経験や「看護師の対応が悪い」と家族
 が怒鳴り込んで来た時の対応から、<患者家族のクレーム
 への構えと迅速な解決>ができたことや<リスク対応
 で最終責任者としての自覚と責任を引き受ける覚悟>を
 するようになり、成長を感じていた。後日スタッフから、
 「師長がいてくれてよかった」と言われ、<クレーム対
 応に対する他者からの良い評価から役割遂行力を実感>
 し、クレーム対応をする中で師長としての成長を感じて
 いた。

患者や家族、スタッフからのクレームや訴えなどを経
 験し、対応する中で病棟における最終責任者としての自
 覚が芽生える経験である。

概念6. 他者からのアドバイスやサポートを受けること
 による師長役割を果たす行動

この概念は、『スタッフと同一ラインからの脱却のため
 の意図的行動による自覚喚起と自己変革』、『他者から
 のフィードバックにより管理の視点に気づく』、『他者から
 のさまざまなサポートで支援の必要性を実感』、『他者
 からの支援による師長役割の発見』、『他者からのアドバ
 イスで新たな取組みへの行動』、『師長役割を果たす行
 動』のカテゴリーから創出された。

ジレンマを感じながら師長役割を実践していた時、
 「なかなかあなたの色にならないわね。あなたができる
 ことをあなたの色でやるようにしなさい」と、<上司から
 のアドバイスによる行動変容への決意>をするなど、
 『他者からのフィードバックにより管理の視点に気づ
 く』経験をしていた。

患者や看護部長・副部長、前任の師長などの先輩や関
 連部署などのアドバイスやサポートを受け、師長役割を
 果たすことができるようになる経験である。

概念7. 看護管理者研修からの学びによる師長役割の再
 認識

この概念は、『管理のあるべき姿の学習と自己の看護
 観との統合』、『師長としてのやりがいや意欲の萌芽』の
 カテゴリーから創出された。

「師長になるまでは、管理のことを積み重ねたわけ
 はなかった」、管理のことは、師長になって経験を通し

て学んだ」と、師長昇任前後での管理者研修から、管理
 を知識として学習し、実践にあてはめることにより師長
 役割を理解し、再認識する経験である。

概念8. 自己の看護観に基づいたケアが実践できるス
 タッフを育成することによる師長としてのやりがいと
 役割実践

この概念は、『自己の価値観での育成による失敗』、
 『看護観に基づいたスタッフ育成』、『スタッフの成長を
 実感することによるやりがい感』のカテゴリーから創出
 された。

「なんでもやってしまうというのが、教育というところ
 ではあまり良くなかったんじゃないか」と、頑張っ
 て、一人で抱え込んでやっていたことがスタッフの成長の妨
 げになっていたことに気づき、<スタッフ個々の経験や
 知識に合わせた育成>をすることを自覚し、スタッフの
 成長を実感することで、やりがいを感じていた。

自分が看護師時代に獲得した看護観を基盤として、看
 護観をもった看護師を育成するという師長役割を果たす
 ことで、やりがいを感じる経験である。

概念9. 自己の看護観を基盤に管理する上での失敗や成
 功を内省し続けることによる自己成長

この概念は、『看護観の発信の困難さと看護観に基づ
 く管理を目指す』、『譲れない看護観への信念』、『師長役
 割の未達成感を自問』、『自分の失敗や経験からの学びを
 生かす対応へと変化』、『内省し続けることによる自己成
 長』、『多職種を巻き込む失敗や成功から感じる成長』の
 カテゴリーから創出された。

「スタッフの希望は聞くけれども患者を見る上で問題
 になることに関しては、断固譲れない」と、<患者の安全
 を最優先することを信念として譲れないものがあること
 を自覚>していた。また、師長として経験を積む中で、
 「必要なこととそうでないことが区別できるようになっ
 てきた」と対応の変化を感じるとともに、「毎日これで
 よかったのかと自問しながら業務をしている」と<日々
 これでよかったのかと反省することで成長のきっかけと
 なる>経験をしていた。

自分が看護師時代に獲得した看護観を基盤として、実
 際に管理する上での失敗体験や成功体験を経験し、自分
 の管理の何がよくて、何がよくなかったのかを内省し続
 けることで、気づきを得て、師長としての成長を実感す
 る経験である。

概念10. 時代の要請による業務変化に対応することで新たな役割への気づき

この概念は、『新業務導入方針への抵抗と手段の検討』、『病院の方針に沿った業務を遂行』、『ベッドコントロールを通して関連部署との連携の必要性に気づく』、『環境の変化に伴う業務の変化に対応』、『求められる師長役割の変化を自覚』、『チームで働くための意図的な関わり』の 카테고리から創出された。

2日間で約半数が入れ替わるベッドコントロールは、「自分には限界を超えている」と、自分一人では対応できないことを経験し、<ベッドコントロールを通してコミュニケーションを取り連携を図る重要性に気づく>とともに、<環境変化（在院日数短縮、退院調整）に対応しながらも患者中心の看護提供の喚起>をしていた。

医療環境の変化に対応した病院の方針を受け、ベッドコントロールや退院調整など新たな業務が求められる。その中で師長として業務変化に対応することや、以前とは異なったスピートの中で業務をしているスタッフや患者への対応が求められ、新たな師長役割に気づく経験である。

概念11. スタッフとの信頼関係を構築し、やりたい看護、作りたい病棟づくりができたことによるやりがいの感受

この概念は、『スタッフとの信頼関係の構築』、『患者からの信頼によるやりがい感』、『望む病棟づくりへの取組み』、『病棟づくりの運営がうまくできたことによるやりがい感』の 카테고리から創出された。

師長になって1年が終わろうとする目標面接時に、再度スタッフから業務改善の提案があり、「みんなに提案してみることができた」ことで、少しずつスタッフ間にはいい雰囲気が生まれ、<スタッフからの提案を受け入れ行動したことによるスタッフとの一体感>を感じていた。また、ベッドコントロールで患者の入れ替えが激しく、「いつ何か起こってもおかしくない状況で、(リスクが)起こらず経過している。この2年間、大きな医療事故などもなく、やってこれた」と、<事故を発生させないための行動と予防策を実施>し、患者からの信頼を得ていた。「病棟のためというより、それが患者さんのためになると思っている」と、<患者の安全や思いやりを持って職場を作ることが大切であるという気づき>を得て、望む病棟づくりに取り組んでいた。

目標面接や業務上の取組みなどを通してスタッフとの

信頼関係を構築し、師長として自分がやってほしいと思う看護の提供や、働きやすい組織を作ることができたことによるやりがいを感じる経験である。

概念12. 日々の積み重ねによる自信と他者からの承認による役割取得の実感

この概念は、『人を活用することを学習し、自己の管理スタイルを確立』、『スタッフからの承認による自己成長の実感』、『役割をはたすことによる自信』、『看護観や信念を基盤として管理をすることによる師長観の確立』、『管理者であることの意味』、『管理者としての経験からの学びによる管理能力の獲得』、『日々を積み重ねることによる役割獲得の実感』の 카테고리から創出された。

「やっと最近になって意図的にするということではなく、自然体で過ごしてきても受け入れられているなど思えるようになった」と、<自然体で接しても師長として受け入れられていることを実感>していた。また、「何かがあったということではなく、積み重なった経験かなと思います」と、<スタッフから存在を承認されたことによる管理者としての自覚>が芽生えていた。管理者であることの意味は、「看護という仕事が好きだから」と、<管理者としてやりがいを感じることによる働く意味>を見いだしていた。

師長に昇任し、日々のさまざまな経験を通し、失敗や成功を重ね、いろいろなことを学び、師長役割が果たせるようになり、師長としての自信を得るとともに、他者からも師長として承認されたことにより、師長役割を取得したことを実感する経験である。

3. 看護管理者の職業的アイデンティティ確立プロセス

師長が職業的アイデンティティを確立する経験を表す12概念間の関連を図1のようにまとめ、師長の職業的アイデンティティ確立プロセスを明らかにした。

看護師や副師長時代に培った【看護経験や研修から獲得した看護観を基盤とした看護提供経験】を基盤とし、師長昇任の辞令を突然受けたものは、【役割移行への戸惑いによる受諾前の葛藤】を経験しながらも受諾していた。実際に師長に昇任した当初は、【師長イメージと現実との違いを経験することによる予想外の孤独と役割変化への戸惑いや実践から離れる一抹のさみしさ】を感じていた。しかし、相談者を見いだすことにより、孤独や戸惑いの軽減に至っていた。その後、約1年の間に【前任者の管理方法の回想からの学びや師長イメージと実際

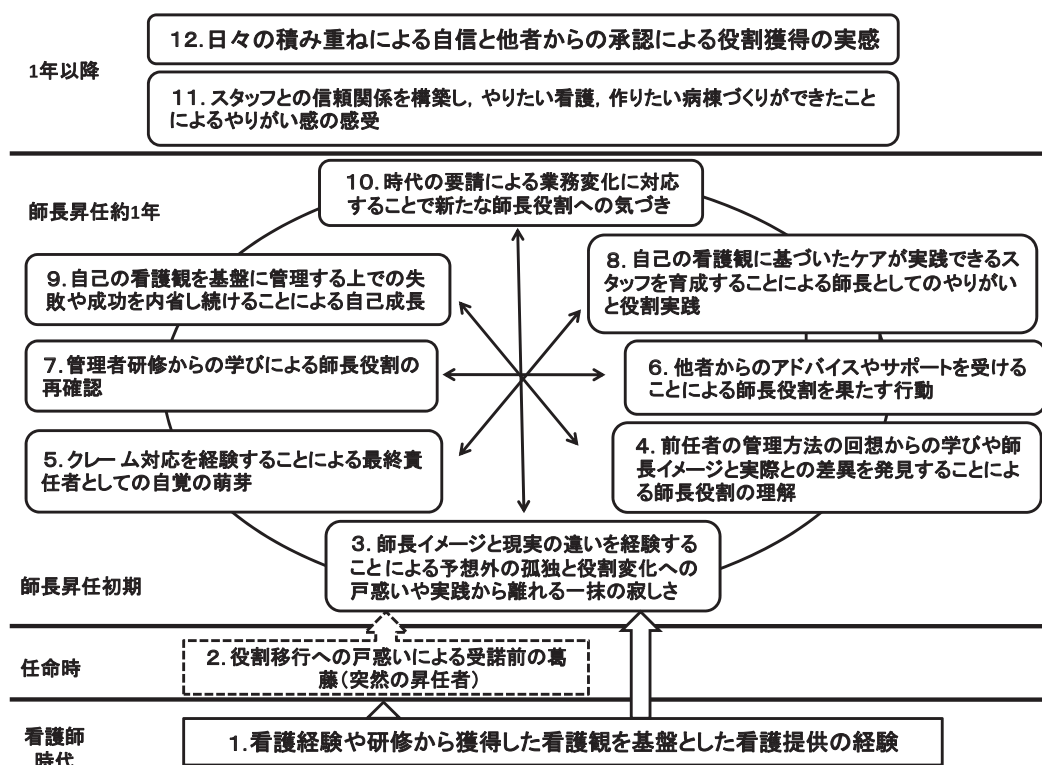


図1 概念間の関連図

の差異を発見することによる師長役割の理解】をし、【クレーム対応を経験することによる最終責任者としての自覚の萌芽】や、【他者からのアドバイスやサポートを受けることによる師長役割を果たす行動】、【看護管理者研修からの学びによる師長役割の再認識】、【自己の看護観に基づいたケアが実践できるスタッフを育成することによる師長としてのやりがいと役割実践】、【時代の要請による業務変化に対応することで新たな役割への気づき】、【自己の看護観を基盤に管理する上での失敗や成功を内省し続けることによる自己成長】を経験していた。これらの経験は、事例により経験する時期が異なっており、独立したものではなくそれぞれが関連しながら、同じ経験を何度も繰り返していた。また、それぞれの出来事成功体験・失敗体験からの気づきや学びを別の出来事にも活かし、新たな対処方法を見いだすなど、それぞれの経験が相互に影響を与えていた。

その後、1年～2年の間に、【スタッフとの信頼関係を構築し、やりたい看護、作りたい病棟づくりができたことによるやりがいの感受】や【日々の積み重ねによる自信と他者からの承認による役割取得の実感】を経験し、管理者であることの意味を見だし、師長としての職業的アイデンティティを確立していた。

考 察

看護師の経験を16年以上有する師長達は、【看護経験や研修から獲得した看護観を基盤とした看護提供経験】を持っていた。師長昇任の辞令を突然受けたものは、【役割移行への戸惑いによる受諾前の葛藤】を経験し、『役割移行を覚悟する猶予がないことでの戸惑い』や『師長役割の負担感からくるネガティブ感情』を感じながら『昇任背景が後押しする師長昇任への決意』により、師長昇任を受諾していた。師長承認時の戸惑う経験は、上司からの辞令による昇任者だけが経験し、推薦や試験を受けて師長に昇任された者には見られなかった特徴である。「予期せぬ師長昇任命令に対する衝撃」を感じ、『役割移行を覚悟する猶予がないことでの戸惑い』や、『師長役割の負担感からくるネガティブ感情』を持っており、受諾までの葛藤が見られた。山本²⁾は、管理者への移行時の葛藤は、実践者としての自己に対する未練があり、管理者に向けて飛躍する決意が弱い状況や、実践者としてベッドサイドケアをすることとの決別を意味すると述べている。また、原井⁹⁾は、任命に頑張ろうという気持ちを抱くことは、師長アイデンティティを高める要因の一つであると述べ、師長としての役割を肯定的に

受け止め、前向きに向かうことができているものほど、高い師長アイデンティティを示していた。本研究では、昇任方法の違いが、師長アイデンティティ確立にどのように影響しているかは、明らかではないが、上司からの任命者だけが、【役割移行への戸惑いによる受諾までの葛藤】を感じていたことから考えると、師長昇任を肯定的に受け入れることができる昇任基準の明確化や、辞令の発令時期及び、昇任方法の検討が必要であることが示唆された。

師長に昇任した当初は、【師長イメージと現実との違いを経験することによる予想外の孤独と役割変化への戸惑いや実践から離れる一抹のさみしさ】を感じ、『師長役割がうまく果たせないことによるマイナス感情』や、『予想外の孤独感』を実感し、『実践から離れる一抹のさみしさと実践と管理の挟間での戸惑い』を経験していた。師長は、中間管理者として、スタッフとは異なる業務を要求される。自分が師長に抱いていたイメージと、実際に師長に昇任し、スタッフとの役割の違いを経験し、自分がスタッフとは違う存在になったことを自覚していた。吉川⁴⁾は、新しい役割の遂行時には、それまでの経験では太刀打ちできず周囲からの期待とそれにこたえることができない自分に挟まれて、役割葛藤や逃避を起こすと述べている。しかし、本対象は、相談者を見いだすことができたことで、孤独や戸惑いの軽減に至っていた。

その後、約1年の間に、【前任者の管理方法の回想からの学びや師長イメージと実際の差異を発見することによる師長役割の理解】、【クレーム対応を経験することによる最終責任者としての自覚の萌芽】、【他者からのアドバイスやサポートを受けることによる師長役割を果たす行動】、【看護管理者研修からの学びによる師長役割の再認識】、【自己の看護観に基づいたケアが実践できるスタッフを育成することによる師長としてのやりがいと役割実践】、【時代の要請による業務変化に対応することで新たな役割への気づき】、【自己の看護観を基盤に管理する上での失敗や成功を内省し続けることによる自己成長】を経験していた。これらの概念は、独立したものではなく、それぞれが関連しながら、同じ経験を何度も繰り返していた。繰り返される経験の中で新たな対応方法を見いだしていたことは、職業的アイデンティティの発達が一直上にあるのではなく、多次元的な統合の蓄積上にある¹⁰⁾ことと一致していた。

その後、1年過ぎから約2年の間に、『管理者であることの意味』を見いだし、【スタッフとの信頼関係を構

築し、やりたい看護、作りたい病棟づくりができたことによるやりがいの感受】や、【日々の積み重ねによる自信と他者からの承認による役割取得の実感】をし、職業的アイデンティティを確立していた。人は経験を通して成長する¹¹⁾と言われているが、ただ経験を積み重ねるだけではなく、その経験を内省することにより、成長を遂げるということである。師長は、自己の失敗や成功を内省すること、スタッフとの信頼関係を構築し、看護観に基づいた看護の提供や理想とする病棟づくりができたことによる自信と他者からの承認により、役割取得を実感していた。永井¹²⁾は、自分にとって重要な意味を持つ人が、自分に対して関心を持ってくれ、自分なりに頑張っていることを認めてくれるのが、一番の励ましになると言っている。中間管理者として成長を促した経験の9割は現場においてさまざまな出来事に遭遇し、その出来事の中で、人々との関わりを通して、多くの教訓を得て成長する¹³⁾。リーダーシップスキルは、主に経験から学ぶもので、他者からの内省支援を受けていればいるほど成長感が高くなる傾向がある。成長には、内省が大きく影響しており、仕事ができるようになったからと言って成長を実感できるというわけではなく、仕事の出来栄についてのフィードバックをもらった時もしくは自己をちゃんと振り返った時に実感できる¹¹⁾と言われている。師長が職業的アイデンティティを確立するプロセスには、多様な経験の積み重ねと、その経験を内省し、他者からの承認を得ることで師長としてのアイデンティティが確立されることが明らかになった。吉津¹⁴⁾は、多様な出来事と価値観、情緒的経験と記憶が蓄積されていく中で、アイデンティティそのものが自己に対して自律的に働くことで、確立されると述べている。同様に、グレッグ¹⁵⁾もアイデンティティは、積み重ねられる経験を通して培われ、一度通り過ぎた段階へ戻ることはあるが、以前よりより高いレベルでその段階を経験すると述べている。本調査対象者も、日々の経験を積み重ねることで、職業的アイデンティティを確立していた。本研究の職業的アイデンティティ確立プロセスは、岡本¹⁶⁾の言う、アイデンティティは一生を通じてラセン式に発達、成熟していくという成人期アイデンティティのラセン式発達モデルに一致し、いったん獲得されたアイデンティティの見直しと再体制化が行われ、役割に見合うアイデンティティを獲得していた。

結 論

1. 師長が職業的アイデンティティを確立する経験を表す12概念が創出された。
2. 12の概念から師長の職業的アイデンティティ確立プロセスを明らかにした。師長の職業的アイデンティティ確立プロセスは、師長昇任当初の戸惑いを経て、1年間に師長役割を認識し、役割を遂行する中で、支援を受けながら、師長役割を理解し、日々の出来事を内省することで、自己成長し、他者からの承認を得ることで、アイデンティティを確立していた。

研究の限界

対象の選定における限界

本研究の対象者は、主に看護部長からの推薦者であり、上司からの推薦を受けていることで対象者が限定された可能性がある。また、対象事例が11例と少なく、この結果を一般化するには限界がある。

謝 辞

面接にご協力いただいた師長の皆様、ご指導いただいた先生方に感謝いたします。なお本研究は2011年度徳島大学大学院保健科学教育部保健学専攻博士前期課程の修士論文を加筆修正したものである。研究結果の一部は第16回日本看護管理学会学術集会で発表した。

文 献

- 1) 島野玲子：看護師長に求められる役割と課題，看護展望，34（3），38-40，2009.
- 2) 山本雅子：病院看護職における中間管理者への移行期に生じる葛藤，看護，63（7），20-26，2011.
- 3) 谷真澄，松井和世，松本ゆかり 他：看護師長の看護管理上の負担感，日看管会誌，40号，231-233，2009.
- 4) 吉川三枝子，関根聡子，加藤孝子：新任の中間管理者が認識する役割遂行上の困難 昇任後半年間に焦点を当てて，日看管会誌，41号，13-16，2010.
- 5) 井部俊子：看護管理概説，135-138，日本看護協会出版，2011.
- 6) 鶴田恵子：現代に期待される看護師長像，看護展望，34（3），9-12，2009.
- 7) 古畑和孝：社会心理学小辞典【増補版】，60，有斐閣，2002.
- 8) 舟島なをみ：質的研究への挑戦，132-199，医学書院，2007.
- 9) 原井美佳：看護師長のアイデンティティに関連する要因の検討，日看管会誌，11（2），59-66，2008.
- 10) 岡本祐子：中年からのアイデンティティ発達の心理学—成人期・老年期の心の発達と共に生きることの意味—，206-214，ナカニシヤ出版，1997.
- 11) 中原淳，金井壽宏：リフレクティブ・マネジャー一流はつねに内省する，82-103，光文社新書，2009.
- 12) 永井保都美，柏木芳美，佃瑞穂 他：認定看護管理者教育課程ファーストレベル修了者の研修後の役割認識に影響を及ぼす要因，日本看護学会論文集，看護管理，37号，18-20，2007.
- 13) 吉川三枝子，平井さよ子，賀沢弥貴：優れた中間管理者の「成長を促進した経験」の分析，日看管会誌，12（1），27-36，2008.
- 14) 吉津紀久子：職業的アイデンティティについての一考察，関西学院大学臨床教育心理学会年報，1-11，2001.
- 15) グレック美鈴：看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築，看護研究，35（3），196-203，2002.
- 16) 前掲書 10)，2

Professional Identity Establishment Process of the Nurse Manager

Yoko Suzuki¹⁾ and Mari Haku²⁾

¹⁾*The University of Tokushima-Bunri Postgraduate one-year Courses Midwifery, Tokushima, Japan*

²⁾*Institute of Health Biosciences, the University of Tokushima Graduate School, Tokushima, Japan*

Abstract To determine the process of achieving the occupational identity of head nurses, eleven head nurses in the hospitals of A Prefecture were interviewed. Collected data were analyzed in accordance with Funashima's the method of creating nursing concepts. As a result, twelve concepts were revealed that could shed light on the process of building the professional identities of nurse managers.

Those who had suddenly been notified of their promotion, **【While experiencing confusion about their new role】, accepted it and at the beginning, 【Felt the disorientation and disillusion in their new role, as well as isolation and a touch of loneliness from being apart from practice】.** During the following year, **【They understood their role by learning the administrative methods from their predecessors' recollections and by discovering the difference between the illusion and reality of their role】.**

【By dealing with complaints, they came to the realization of being the sole person responsible】.

【Others' advice and support led to their fulfilling their role】.

【The training session for nursing administrators led to the re-appreciation of their roles】.

【The nurturing of their staff that implemented the care based on their nursing views enabled them to see the value of their role and the practice of that role】.

【The occupational changes to respond to the needs of the changing times made them realize their new role】.

【By continuous reflection on the successes and failures on their job based on their nursing views led to further growth】.

Within one to two years thereafter, **【They had achieved their occupational identity by having experienced the feeling of fulfillment after building a relationship of trust with their staff, as well as implementing their desired nursing and ward building】.** **【With the daily growth of confidence and approval from others that added to the realization of her role】.** they achieved their occupational identity.

Key words : Professional Identity, Nurse Manager, Process, Role Taking, Support, Introspection

研究報告

高齢者看護学実習における学生のセルフケア・エージェンシーの アセスメント

今井 芳枝¹⁾, 雄西 智恵美¹⁾, 森 恵子²⁾, 板東 孝枝¹⁾

¹⁾徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部, ²⁾浜松医科大学

要旨 本研究では, 高齢者看護学実習における学生のセルフケア・エージェンシーのアセスメントの実態を明らかにすることを目的に, A看護系大学3年生の実習記録用紙を分析した. その結果, 80%の学生は妥当なアセスメントであった. 特に, [孤独と社会的相互作用], [基本的条件付け要件], [問題の明確化]のアセスメントの評価が高く, 逆に [正常性], [特定のセルフケア要件]は低かった. また, [セルフケア・エージェンシー]の分析の結果, 評価的操作から【今の自分の状態の認識】【先の状態に対する理解】【特定のセルフケア要件実施において必要な知識】【特定のセルフケア要件に対する必要性の認識】【理解力や認識力】が抽出された. 移行的操作から【今の自分の状況に対する判断予測】【特定のセルフケア要件実施への関心・意欲】【自己判断力に影響する要因】が抽出された.

本研究を通して, 学生の [セルフケア・エージェンシー]のアセスメントの実態として, 患者の内面的な状況に関するアセスメント不足が示された. これより, 学生の課題として, 関係性の形成や意図的な情報収集・アセスメントが考えられた. 今回の課題としてあげられた意図的の行為は, セルフケアや看護ケアを深める可能性がある. そのためにも, 自分の得た情報やアセスメントがどのような意味を持つのか十分な推論を通して対象者理解につなげていけるような指導を検討する必要がある.

キーワード: 高齢者看護学実習, アセスメント, セルフケア・エージェンシー

はじめに

高齢者看護学では老化を衰退現象だけでなく, 成長・発達過程としての成熟現象の側面から理解し, ケアを工夫する視点が大切である¹⁾. しかしながら, 少子化, 核家族化が進み, 高齢者と触れ合う機会が少なくなり²⁾, 近年の学生は高齢者との関わりが希薄で身近な存在として捉えにくい傾向にある^{3,4)}. そのため, 高齢者についての知識の低下や否定的な社会的イメージを持つといわれている⁵⁾. 特に, 看護学生は一般の学生よりもその傾向が強く⁶⁾, 高齢者といえば身体的機能低下というステレオタイプ化した知識が定着している⁷⁾. 基礎教育にお

いて, 高齢者のQOL向上につながる看護方法を学習するためには, 成熟の要素に注目させていくことが重要となる.

オレムセルフケア不足看護理論⁸⁾は, セルフケアを遂行する能力, つまりセルフケア・エージェンシーを重要概念の1つとする理論である. 能力と制限から構成されるセルフケア・エージェンシーを捉えることで, 衰退と成熟の要素を明確にできる. それは, 成熟の要素を活用した看護ケアに視点を向けさせ, 高齢者の強みを生かした看護の展開ができると考えられる. このような視点は, 高齢者の尊厳を保つ姿勢を培うことにつながる. このように, 高齢者の特性を生かすためにも, セルフケア・エージェンシーのアセスメントを充実させていく必要がある.

オレムセルフケア不足看護理論のセルフケア・エージェンシーに焦点をあてた先行研究は事例研究が多く⁹⁻¹³⁾, 臨地実習における学生のセルフケア・エージェ

2015年1月16日受付

2015年2月3日受理

別刷請求先: 今井芳枝, 〒770-8509 徳島市蔵本町3丁目18-15
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部

ンシーのアセスメントに関する文献はほとんど見当たらない。セルフケア・エージェンシーのアセスメントの実態把握は、学生のアセスメントを高める指導を検討することにつながると考える。

そこで、本研究では、高齢者看護学実習におけるアセスメント向上のための実習指導を検討するために、学生のセルフケア・エージェンシーのアセスメントの実態を明らかにすることを目的とした。

高齢者看護学実習の概要

3年後期の各論実習（成人，母性・小児，精神，在宅看護学実習）の1つとして位置づけた2単位の实習であり，急性期病院の高齢者の多い病棟において指導教員3名で学生指導を行っている。原則，受け持ち患者は65歳以上の者1名とし，オレムセルフケア不足看護理論を用いて看護過程を展開している。なお学生は，オレムセルフケア不足看護理論について1年次の看護理論で2時間，2年次の高齢者看護学概論および高齢者援助論でアセスメントの枠組みと方法，紙上事例による看護過程の展開について学習している。

[セルフケア・エージェンシー]の確定までのアセスメントの流れ

[セルフケア・エージェンシー]の確定までの流れについて図1に示した。はじめに患者の基本情報を収集する。内容としては，[基本的条件付け要因]と[セルフケア要件]（空気の維持，水分摂取の維持，食物摂取の維持，排泄の維持，活動と休息，孤独と社会的相互作用，危険の防止，正常性）について情報収集する。次に，[特定のセルフケア要件]を確定する。具体的には，患者の基本情報より得た情報を項目ごとにアセスメントし，そ

れを関連付けて統合していき，[問題の明確化]を行い，[特定のセルフケア要件]を確定する。最後に，[セルフケア・エージェンシー]の確定として，抽出した[特定のセルフケア要件]に対する患者のセルフケア能力と制限を3操作（評価的操作，移行的操作，生産的操作）に分けて[セルフケア・エージェンシー]を明らかにしてセルフケア不足を確定する。

研究方法

1. 研究期間および対象

期間は2011年9月～2012年2月に調査した。対象はA看護系大学3年生の高齢者看護学実習での実習記録用紙とした。今回は，学生の[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントに着目して実態を把握することが目的である。そのため，[セルフケア・エージェンシー]が抽出されるまでの過程の記録用紙である{基本情報用紙}，{統合用紙}，{セルフケア・エージェンシー用紙}を分析対象にした。

2. データ収集

本研究で用いた実習記録用紙は，2週間の実習の中で5日目（実習の中間時期）の看護計画発表時に提出された時の実習記録用紙とした。看護計画発表前までの教員の指導内容は主に，患者の情報収集やその内容のアセスメント，問題抽出までの過程に対して日々のカンファレンスの発表の中で指導している。そのため，実習記録用紙の記述内容に対して直接的な指導はなく，この看護計画発表時に学生自身が記述してきた{基本情報用紙}，{統合用紙}，{セルフケア・エージェンシー用紙}の実習記録用紙を用いて指導を行っている。今回の実習記録用紙は看護計画発表時に提出された指導前の実習記録用紙をデータ収集した。

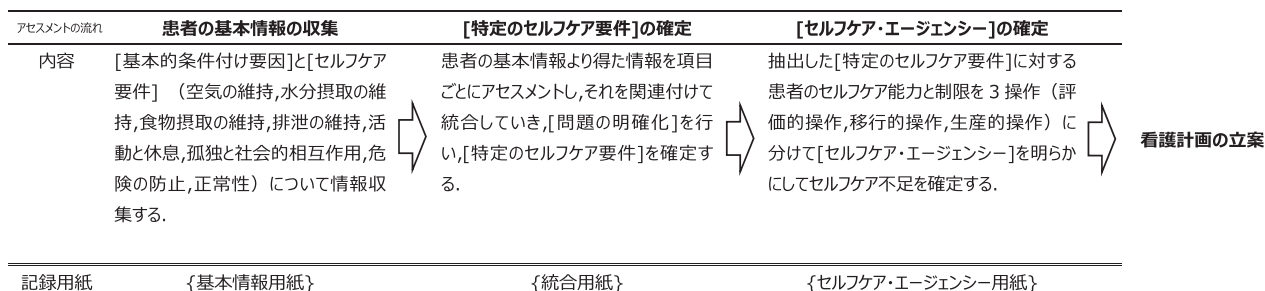


図1. [セルフケア・エージェンシー]のアセスメントの流れ

3. 実習記録の評価・分析

実習記録の評価は、高齢者看護学実習に携わっている教員3名で行った。評価基準は、受け持ち患者に必要な要素が十分含まれている場合をアセスメントが〈十分〉とし、受け持ち患者に必要な要素が7・8割の場合は〈まあまあ〉、受け持ち患者に必要な要素が不十分の場合を〈不十分〉と3グループに分けた。

次に、〔セルフケア・エージェンシー用紙〕の評価的操作、移行的操作に記載された内容について質的記述的分析を実施し、カテゴリー化を行った。なお、生産的操作は、〔特定のセルフケア要件〕や患者の状況により内容が多岐にわたるため分析対象から除外した。

統計処理は、SPSS Statistics 20を使用して、単純集計を実施した。

4. 倫理的配慮

本研究では、徳島大学病院臨床研究倫理審査委員会にて倫理審査を受け承諾を得た(倫理委員会承認番号2835)。学生には研究以外には使用しないこと及び個人が特定されないように統計処理を行うこと、研究参加は、実習評価には無関係であること、後から同意を撤回できること、統計処理を行うためプライバシーは保護されること、学会等で発表することなどを口頭と文書で説明し、実習最終日に、研究依頼文書および同意書を配布して、同意する者は実習終了後翌週の1日目に専用の回収箱に提出するように説明して同意書を回収した。

結 果

70名の学生に研究協力を依頼し、同意が得られた学生は66名(94%)で、〔セルフケア・エージェンシー用紙〕がない学生(受け持ち患者が実習期間中に退院され、新しい患者の情報収集・アセスメントが開始したため看護過程の展開が途中で終了した者)1名を除いて65名分の記録を分析対象とした。

1. [セルフケア・エージェンシー]の確定までのアセスメントの実態

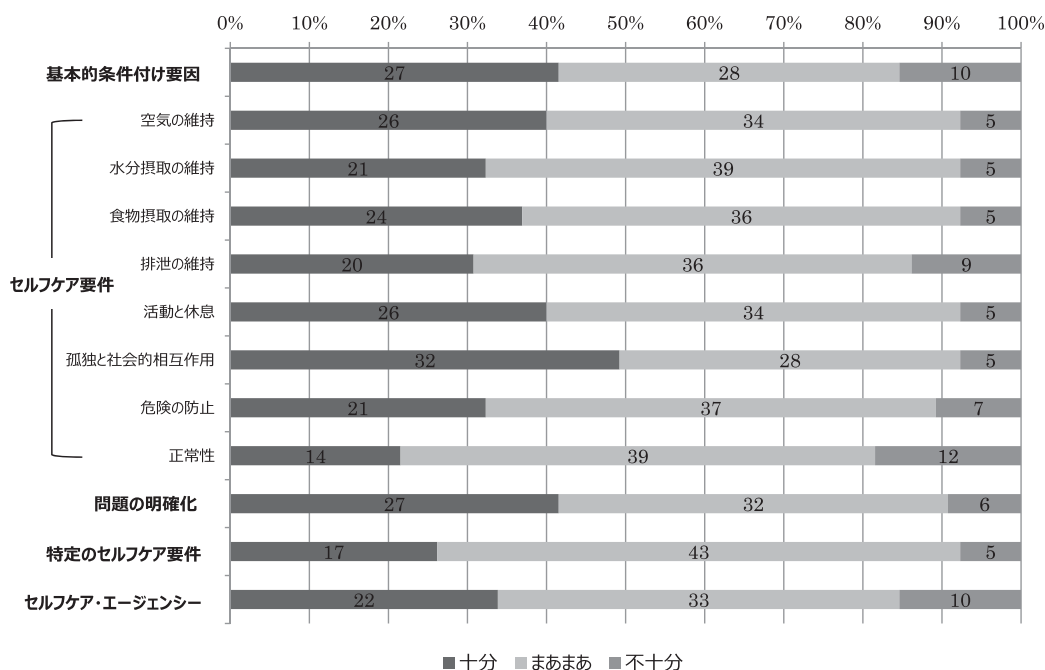
〔セルフケア・エージェンシー〕の確定までのアセスメントの評価を図2に示した。概観すると、どの項目も〈十分〉〈まあまあ〉を合わせると80%以上であった。その中でも、アセスメントの評価が〈十分〉の学生の割合が多かった項目は、〔孤独と社会的相互作用〕32名

(49.2%)、〔基本的条件付け要因〕27名(41.5%)、〔問題の明確化〕27名(41.5%)であり、逆にアセスメント能力が〈十分〉の学生の割合が少なかった項目は〔正常性〕14名(21.5%)、〔特定のセルフケア要件〕17名(26.2%)であった。

2. [セルフケア・エージェンシー]の分析

〔セルフケア・エージェンシー〕の分析の結果を表1、2に示した。評価的操作については、病態・治療に伴う影響の理解の有無となる【今の自分の状態の認識】、今後の治療・症状・状況への理解の有無となる【先の状態に対する理解】、対処方法・異常時の症状の理解や認識の有無となる【特定のセルフケア要件実施において必要な知識】、ケア・治療の意味・必要性の認識の有無となる【特定のセルフケア要件に対する必要性の認識】、視力低下・認知症等による情報量の制限の有無となる【理解力や認識力】が抽出された。移行的操作については、判断力となる【今の自分の状況に対する判断予測】、【特定のセルフケア要件実施への関心・意欲】、自己判断の有無・頑固・不安の抱きやすさなど対象者の判断や意思に影響をあたえる要因となる【自己判断力に影響する要因】が抽出された。

更に、〔セルフケア・エージェンシー〕のアセスメントの評価において、〈十分〉の学生からは表1、2に示したカテゴリーが抽出されたが、〈不十分〉の学生からは、【先の状態に対する理解】、【理解力や認識力】、【自己判断力に影響する要因】のカテゴリーは抽出されなかった。また、〔セルフケア・エージェンシー〕の評価が〈不十分〉な学生全員に共通している項目が3点あった。1つ目は各操作の情報の記述内容の間違いが必ずあること(例えば、移行的操作の情報を評価的操作に記述していたりすること)、2つ目は、アセスメントが記載されていない空欄が評価的・移行的操作のどこかに必ずあること、3つ目は、〔特定のセルフケア要件〕が違っていても、各操作で記述されている内容がほぼ同じであった。〔セルフケア・エージェンシー〕の評価が〈まあまあ〉の学生からは、表1、2に示したカテゴリーで抽出されなかったカテゴリーはなかったが、記述内容の間違いや空欄が散見された。



N=65

図2. [セルフケア・エージェンシー] 確定までのアセスメントの評価

表1. 評価的操作 (能力・制限)

カテゴリー	コード	学生の記述例 (一部抜粋)
今の自分の状態の認識	自分の状態が認識できている	今、白血球がさがっていることを理解できている 血栓ができやすい状況であることが理解できている
	自分の状態認識不足	転倒しやすい状況を理解できてない 咀嚼なくペース速く一口が大きいことが誤嚥に繋がることを理解できてない
	病態に伴う影響を理解している	下肢のしびれが尿失禁に関係していることをわかっている 呼吸苦の原因の一つとして喀痰の貯留があることをわかっている 糖尿病で感染リスクを高めていることが理解できている
先の状態に対する理解	今後の治療・症状の予測ができている	今後皮膚炎が悪化することを理解できている 白血球が今後下がることを認識できている 創部感染を起こすと再手術となる可能性を理解できている
	今後の自分の状況を理解できない	現状の肺機能で普段通りの生活ができると認識している 治療を続けることでこの先どうなるかがわからない
特定のセルフケア要件実施において必要な知識	具体的な対処知識がない	対処行動を知らない 感染予防対策がわからない
	異常時の症状を理解できてない	呼吸苦が出現した時の具体的な呼吸法を知らない 頭蓋内圧亢進時の症状がわからない
	誤った知識がある	鎮痛剤を飲みすぎると中毒になると誤った知識がある 急いで深呼吸することで呼吸が楽になると理解している
特定のセルフケア要件に対する必要性の認識	ケアの必要性を認識できていない	清潔にする必要性を理解できてない 呼吸機能訓練を行えてない
	実施するケアの意義を理解している	限られた肺機能のため呼吸法の必要性を理解できている 吸引で喀痰を取り除く必要があることがわかっている 予防行動が大切であることを知らない
	治療上の必要性を認識できている	口内を安静にする必要性を理解できている 頸部を進展してはいけないこと まだ食べることができないことを理解できている
理解力や認識力	理解力がある	医療者の話の内容を理解できる 学習能力がある
	認識に関する制限がある	せん妄による見当識障害がある 視力低下による情報量の制限

表2. 移行的操作 (能力・制限)

カテゴリー	コード	学生の記述例 (一部抜粋)
今の自分の状況に対する判断予測	予測して正そうとする判断力がある	排尿記録をつけて自分の排尿パターンを掴もうとする判断力 指導した内容を実施して治そうとする判断力
	自分の状態を正しく判断できる	発熱や倦怠感がある際はすぐに伝えることができる 手足のしびれがあるときは一人で歩くことをやめる判断ができる
	危険な時の判断ができない	夜間は眠剤でふらついているにも関わらず一人で歩けると判断する 息苦しさがあっても大丈夫だと判断する
特定のセルフケア要件実施への関心・意欲	行おうとする意思・意欲がある	ケア時に拒否はなく医療者に従おうとする意思がある 水分摂取を促すことでそれに応じようとする
	積極的に参加ができる	自分でしたいと思っている リハビリには前向きである
	関心・意欲がない (面倒くさがる・忘れやすい)	口腔ケアに苦痛を感じたことがあり不安が強くケアに意欲を持っていない 自分から進んで行うという意欲がない しんどいといってケアに対して消極的である 点滴や胃管などのライン類への関心がない 軽度の呼吸苦はしようがないとあきらめている
	誤った判断がある・自己判断で行動する・頑固	自分は気を付けているのでこけることがないと自己判断して行動する 今の状況では感染対策を徹底する必要はないと誤った判断をしている
自己判断力に影響する要因	他人任せ・意思表示を諦める	家族にすぐに頼る 看護師に痛みを伝えても仕方ないとあきらめている
	行うことへの不安がある・自信がない	新しいことに不安を抱きやすい 自信がない
	創部やライン類が多く患者が注意しなければならないところが多い	創部の痛さに関心が向き点滴ラインへの関心が払えない 点滴、胃瘻、胸腔ドレーンなどライン類が多く関心が払えない

考 察

1. 学生の [セルフケア・エージェンシー] のアセスメントの実態について

全項目において80%が〈まあまあ〉あるいは、〈十分〉であり、ほとんどの学生は妥当なアセスメントができていると考えられた。

その中でも、アセスメントの評価が〈十分〉の学生の割合が多かった項目は、[孤独と社会的相互作用]と[基本的条件付け要因]であった。逆に、アセスメントの評価が〈十分〉の学生の割合が少なかった項目は、病状や治療に対する受け止めなどの情報が含まれている[正常性]の項目であった。

[孤独と社会的相互作用]と[基本的条件付け要因]は、電子カルテより情報収集しやすく、学生にとっても捉えやすいが、[正常性]のような患者の思いや考えなどの目で見ると判断ができないアセスメント内容に関しては捉えにくい傾向が示されていた。特に、患者の内面的な情報収集・アセスメントに関しては、ある程度の関係性と意図的な情報収集・アセスメントが必要となる。学生の学習初期に見られる問題として、意図的に情報収集できないことから、漠然と何でもいいから収集するなどの機械的な情報収集になりがちになり、情報の過不足、主観的情報、客観的情報のいずれかの偏り、優先順位の

無視などを引き起こすことが報告されている¹⁴⁾。また、関係性の形成においても、未熟ゆえに抱く対人関係の困難感があることが報告されている¹⁵⁾。今回の対象学生たちも、初学者が抱える課題である関係性の形成や意図的な情報収集・アセスメントが行えない現状が示されたと考えられる。

更に、[問題の明確化]は〈十分〉の学生の割合が高いが、セルフケアの視点から捉える[特定のセルフケア要件]では少なかったことから、捉えた問題点をセルフケアの視点よりアセスメントすることができていないことを示していた。オレムセルフケア不足看護理論を基盤とする看護過程展開では、実施する看護ケアの表現をセルフケアの主体者である患者の立場から捉える必要がある。その発想の転換に学生が困難感を感じることを報告されている¹⁶⁾。今回もこのような視点の転換の難しさがアセスメントの評価を下げていたと考えられた。

次に、[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントが〈不十分〉な学生は、【先の状態に対する理解】のカテゴリーが抽出されなかった。アセスメントは批判的思考の推論過程であり¹⁷⁾、アセスメントの思考プロセスの深まりには予測性が欠かせないものである。今回の[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントの評価が〈不十分〉の学生は、アセスメントを深められず、先の予測まで踏み込むことができなかったと思われる。そ

の証拠に、[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントの記述において、情報欄の空欄が目立つことや、[特定のセルフケア要件]に合わせた情報がとれておらず、患者の状況を十分に把握できなかったことが考えられた。また、【理解力や認識力】、【自己判断力に影響する要因】のカテゴリーも抽出されなかった。これらのカテゴリーは、認知症や難聴など高齢者の特徴を加味していくアセスメント項目でもある。[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントに際して、高齢者の特性が捉えられてない傾向も示されていた。[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントでは、情報を能力と制限に分け3操作の視点からアセスメントする。ただ単に「基本情報用紙」に情報を書き込むための情報収集・アセスメントでは、詳細にセルフケアを捉える[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントまで至るには難しいと考えられる。[特定のセルフケア要件]を基に、どのような情報が必要になるのか、その対象者の特性はどのような状況なのか、意図的な情報収集・アセスメントの強化が必要であるといえる。

2. [セルフケア・エージェンシー]のアセスメント向上のための実習指導のあり方

結果より、[孤独と社会的相互作用]や[基本的条件付け要因]に関するアセスメントが「十分」である学生が多かった。これらの項目は、高齢者の特性を考え、認知や想いをくみ取ることへ繋げる材料になると考えられる。高齢者は、老化に伴い感覚機能や認知機能の低下によりコミュニケーションが取りにくくなる状況や、寝たきりや認知症になると意思疎通が難しい状況が多々存在する¹⁸⁾。このような場合、高齢者の背景や生活史を知ることが高齢者の意向を察し、くみ取る手がかりとなり、コミュニケーションの助けとなる¹⁹⁾。従って、高齢者の生活背景や環境、生活史は、高齢者の想いや認知、判断を考える上で重要な情報となる。今後は、学生が捉えたアセスメント内容をより深め、その意味を推論し高齢者の特性として、看護計画に生かせるように支援する必要がある。

課題として、高齢者との関係性の形成があげられた。実際に、高齢者看護学実習において学生がどのように関係性を構築するのかその現状や問題点の検討が必要である。高齢者との交流経験の少ない学生にとって、高齢者との関係性が深められるような教授方法の検討が必要である。更に、関係性の形成の上で高齢者に対する関心を

高めることが何よりも重要な視点である。ケアを通して高齢者に対する専心が学生の中で高まるような指導の在り方を検討する必要がある。

また、意図的な情報収集・アセスメントが行えない現状が示された。そのためには、情報をとることだけに焦点を置くのではなく、何のために、どの情報をとるのか、意図を持つ必要がある。情報を得るとき機械的にデータベースシートを埋めるのではなく、聴きながら関係性を持たせ、何が今問題なのか意識を集中することであり、これは患者との信頼関係を生みだし、情報の質にもつながっていくといわれる¹⁹⁾。オレムセルフケア不足看護理論においても、セルフケアと看護ケアの両者は意図的行為であり、意図を持つことの大切さを指摘している²⁰⁾。このように、情報収集・アセスメントの時から意図的に関連性を考えることは、3操作を踏まえた情報やアセスメントの向上をもたらすだけでなく、セルフケアや看護ケアを深めることにつながると思われる。

最後に、アセスメントを深めるためにも、患者の受け止めや認知状況、患者の生活史などの目に見えない情報やアセスメントをどのように学習させていくのかを検討していく必要がある。その一方で、「不十分」の学生がどのような状況でアセスメントに対して困難を抱えているのかを調査していくことも指導を検討する上で大切な情報になると思われる。

3. 研究の限界

本研究の限界として、実習という受け持ち患者により状況がさまざまである学生の学習状況からの結果であることがあげられる。そのため、[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントを高めるための調査を、今後も積み重ねていく必要がある。

結 論

本研究では、学生の[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントの実態について調査した。その結果、大半の学生は[セルフケア・エージェンシー]の確定までは妥当なアセスメントが行えていた。特に、[孤独と社会的相互作用]、[基本的条件付け要因]、[問題の明確化]のアセスメントの評価が高く、逆に[正常性]、[特定のセルフケア要件]は低かった。また、[セルフケア・エージェンシー]の分析より、評価的操作より5つのカテゴリーと移行的操作より3つのカテゴリーが抽出された。

学生のアセスメントの評価から、患者の内面的な状況に関するアセスメント不足が示された。[セルフケア・エージェンシー]のアセスメントを高めていくために、今後は関係性の形成や意図的な情報収集・アセスメントが実施できるような教育指導の必要性が示唆された。

文 献

- 1) 奥野茂代, 大西和子: I 高齢者の看護過程展開における特徴, 老年看護学Ⅱ, 第3版, 6, ヌーヴェルヒロカワ, 2006.
- 2) 内田陽子, 新井明子, 小泉美佐子: 学生の老年看護学実習についての評価, 群馬保健学紀要, 25, 93-103, 2004.
- 3) 増尾由紀子, 深谷博子: 高齢者ケアプラン展開をとおして学生が高齢者をどのように感じたか, 帝京平成看護短期大学紀要, 17, 31-43, 2007.
- 4) 古村美津代, 中島洋子: 健康な高齢者とのふれあいを通しての実習の学び, 老年看護学, 8 (1), 78, 2003.
- 5) 工藤恵, 木立るり子, 米内山千賀子: 老年看護学実習における自己評価項目の開発に向けて, 弘前大学医学部保健学科紀要, 5 (5), 45-54, 2006.
- 6) 奥野茂代: 老年看護における高齢者観の再考, 日本老年看護学会誌, 7 (1), 5-12, 2002.
- 7) 中村真理子, 服部紀子, 横島啓子: 老人看護実習後の高齢者イメージ, 東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設年報, 12, 18-29, 2002.
- 8) Dorothea EO: Nursing Concepts of Practice (6), 2001, 小野寺杜紀, オレム看護論, 医学書院, 2007.
- 9) 国本紘子: 個人のセルフケア行動に関する研究ーオレム看護理論を用いてー, 大阪府立看護短期大学紀要, 15 (1), 59-64, 1993.
- 10) 西村友希, 池田清子, 荒川靖子 他: 教育入院の初期段階における糖尿病患者のセルフケア行動とその促進要因, 神戸看護大学紀要, 5, 19-28, 2001.
- 11) 前田優子, 明石恵子: オレム看護理論の適用におけるICU入室患者のセルフケアの検討, 日本救急看護学会雑誌, 6 (1), 166, 2004.
- 12) 大貫恵子, 中館尚也: 家庭療法を行う血友病児とその家族への看護ーオレム看護理論を用いて看護過程を展開するー, 小児悪性腫瘍研究会記録, 45, 435, 2008.
- 13) 八藤芳子, 長谷川紀子: 品胎妊婦のマイナートラブルに対するセルフケア支援, 大阪母性衛生学会雑誌, 45 (1), 14-17, 2009.
- 14) 礪岩寿満子: 看護過程の学習初期にみられる問題点と対策, 看護展望, 11 (5), 477-484, 1986.
- 15) 千田寛子, 堀越正孝, 武居明美 他: 成人看護学実習における看護学生の抱える困難感の分析, 群馬保健学紀要, 32, 15-22, 2011.
- 16) 今井芳枝, 雄西智恵美, 牛越幸子 他: 高齢者看護学実習におけるオレム看護論を基盤とした看護過程展開に対する学生の学びと戸惑い, 日本看護学教育学会誌, 19 (3), 2010.
- 17) 大島弓子: 批判的思考育成のための事例学習指導の実際, Quality Nursing, 2 (10), 846-852, 1996.
- 18) 岡本充子: 高齢者看護の理念, 高齢者看護すぐに実践トータルナビ, 岡本充子, 西山みどり, 1, 12, メディカ出版, 2013.
- 19) 北村隆子, 泊祐子: 期待通りの看護結果を導くためのアセスメント実践, nurse data, 19 (6), 53-56, 1998.
- 20) Connie MD: Self-Care Deficit Theory of Nursing (1), 1997, 小野寺杜紀, オレム看護論入門, 24, 医学書院, 2005.

Students' assessments of their patients' self-care agency during gerontological nursing practicum

Yoshie Imai¹⁾, Chiemi Onishi¹⁾, Keiko Mori²⁾, and Takae Bando¹⁾

¹⁾*Major in Nursing, School of Health Sciences, Institute of Health Biosciences, the University of Tokushima, Tokushima, Japan*

²⁾*Hamamatsu University School of Medicine, Shizuoka, Japan*

Abstract The purpose of this study is to determine the students' assessments of their self-care agency in a gerontological nursing practicum. There were 65 third-year students enrolled at a nursing college in Shikoku Island, Japan. Analysis was done using the students' entries in their nursing practicum recording forms as data. The results of the analysis revealed that 80% of the students appropriately evaluated their patients' self-care assessments. In particular, students' assessments were found to be high for "the maintenance of a balance between solitude and social interaction", "basic conditioning, and "the clarification of the problem". However, assessments were low for "normalcy" and "individualized self-care requisites". As a result of the analysis, the following five thematic categories were revealed : a). Recognition of one's personal situation ; b) Understanding one's former state of mind(?), c) Knowledge of particular self-care requisites, d) Recognition of the necessity of self-care requisites, and e) Understanding and cognition of self-care. Content analysis also revealed the following three thematic sub-categories : a) Judgment of one's situation, b) Interest in particularized self-care requisites, and c) factor-influencing judgment. The students' assessments of their patients' self-care agency did not include an internal assessment of patient situations, suggesting the necessity to provide educational guidance to improve students' ability to engage in full assessments of their patients' self-care agency.

Key words : gerontological nursing practicum, assessment, self-care agency

研究報告

術後せん妄を発症した高齢患者の家族の体験

福田 和美¹⁾, 中尾 久子²⁾

¹⁾純真学園大学保健医療学部看護学科, ²⁾九州大学大学院医学研究院保健学部看護学分野

要旨 【目的】術後せん妄を発症した高齢患者の家族が患者のせん妄に遭遇することで、どのような体験をしているのかを明らかにし、看護実践への示唆を得る。

【方法】術後せん妄を発症した高齢患者の家族14名を研究対象とした。家族に対して患者の術後せん妄に関する半構造化インタビューを実施した。参加者ごとに得られたデータのコード、サブカテゴリの生成を行い、サブカテゴリを参加者間で類似比較し、カテゴリを生成した。

【結果】術後せん妄を発症した高齢患者の家族の体験について分析した結果、「ただならぬ様子」、「回復の見通しがみえない不安」、「なんとか助けたい」、「対応を悔やむ」、「思いや対応が通用しない」、「想像したせん妄と現実の相違」、「迷惑をかける申し訳なさ」、「心身の限界」、「医療者との解釈の相違」の9つのカテゴリが生成された。

【結論】術後せん妄を発症した高齢患者の家族は、術後の回復過程で患者の異変に気づき、緊迫した状況に不安を感じながら、患者を助けたいと対応を試み、後悔や周囲への申し訳なさを感じていた。看護師には術後せん妄を発症した高齢患者の家族に対する正確な情報提供や、家族が安心して患者へ対応ができるための支援が必要であることが示唆された。

キーワード：術後せん妄、高齢患者、家族、体験

はじめに

現在、わが国の医療現場では、医療技術の進歩に伴い、低侵襲の手術の発展から高齢者に対しても積極的に手術が行われている。しかし、加齢や視聴覚機能・認知機能の低下などの高齢者特有の症状と関連して術後せん妄の発症率は高い¹⁻³⁾。術後合併症の一つである術後せん妄の発症率は、術式やせん妄評価スケールによりばらつきはあるが、身体的侵襲の高い手術の場合21.4～45.6%と高率に発症することが報告されている^{2,4,5)}。

術後せん妄を発症することにより転倒、転落などの二次的障害や疾病の治癒遅延などが生じ、回復へ多大な影響をきたすことが予測される。せん妄予防や早期発見の

ためのアセスメントスケールの開発や信頼性、妥当性の検証も行われ^{6,7)}、臨床で用いられている。また、せん妄予防に向けた介入研究^{8,9)}やせん妄予防及びせん妄発症時におけるケアプロトコルの開発¹⁰⁾が行われ、介入研究の文献検討より、介入方法の課題も提示されている¹¹⁾。

このようにせん妄予防や発症時の患者に対するケアに関しては発展しているが、患者の身近にいる家族に対してのケアに関しては、患者のケアに附随する形でしか存在しない。せん妄患者の家族看護のガイドライン作成を目的に行われた先行研究では、術後せん妄患者及び終末期せん妄患者の家族は、患者のせん妄の病態や症状が多岐にわたるに伴い、家族の体験も多様であることが明らかになっている¹²⁾。しかし、ガイドライン化までは至っておらず、せん妄を発症した患者の健康レベルの特徴に応じて家族のケアを検討していく必要があると考える。

せん妄を発症した患者の家族に関する研究の多くは、がん患者やターミナル期の患者の家族及び遺族に対する

2014年9月29日受付

2015年2月7日受理

別刷請求先：福田和美, 〒815-8510 福岡県福岡市南区筑紫丘1丁目1-1 純真学園大学保健医療学部看護学科

調査が主であり、急性期とくに術後せん妄を発症した高齢患者の家族の具体的な体験については明らかにされていない。

筆者らは、手術を受ける高齢患者の家族の唾液アミラーゼ活性値、POMS気分プロフィール尺度、Visual Analog Scaleによる主観的健康観、共感的コーピング尺度の測定を経時的に行い、家族の唾液アミラーゼ活性値の変化から患者の術後せん妄の発症が家族のストレスとなることを明らかにした。また家族は、手術を受ける高齢患者の状態に対する緊張や不安があり、術後は患者のせん妄発症に伴ってさらにストレスが加わることから、継続的に緊張や不安がある一方で、患者に対して共感的な対応ができていなかったことを明らかにした¹³⁾。

近年増加している高齢患者への手術については安全・安楽な医療をめざして術後合併症の感染症や廃用症候群とともに術後せん妄予防も重要視され、さまざまな取り組みが行われている。しかし、急激で発症期間の短い術後せん妄時の看護では、患者の身体的ケアが中心となり、せん妄発症によってストレスを受ける家族の状況は見逃されがちである。

そこで、本研究では術後せん妄発症率の高い高齢患者の家族に焦点をあて、患者の術後せん妄発症時に家族はどのような体験をしているのかについて明らかにする。高齢患者の術後せん妄発症時の家族の具体的な状況を把握することにより、家族への看護支援や家族の看護支援を通して高齢患者の術後せん妄発症予防に向けたケアの示唆を得ることが期待できる。

研究目的

本研究は、高齢患者の術後せん妄発症時に家族はどのような体験をしているのかを明らかにし、今後の家族への看護実践に示唆を得ることを目的とする。

研究方法

1. 研究対象者の選定

術後せん妄を発症した高齢患者の家族のデータ収集は、2010年8月～2012年5月に、2つの地域中核病院の外科と整形外科病棟で行った。研究の対象とした家族は、術後的高齢患者のせん妄に遭遇した家族であり、対象者の選定は病棟の看護管理者に依頼を行い、紹介を受けた。紹介を受けた家族のうち研究参加の協力が得られた14名

を研究対象とした。患者の術後せん妄の評価は日本語版 NEECHAM confusion scale (以下 J-NCS とする) を用いた⁶⁾。

2. データ収集

対象者には、患者の術後せん妄の消失後から退院までの間にインタビューガイドを用いて、半構造化面接を行った。その内容は、術後の患者の症状、術後せん妄を発症している患者に対してどのように思ったのか、術後せん妄を発症している患者に対して行ったこととその時に感じたことである。対象者には自由に語ってもらい、面接内容は対象者の許可を得て録音した。面接回数は一人1回で、インタビュー時間は24±14分間であった。なお、インタビューは、プライバシーの守れる個室を確保して行った。

3. データ分析

半構造化面接の内容より参加者ごとの逐語録を作成し熟読した。参加者が患者の術後せん妄について語っている内容のうち意味が理解できる文脈単位を一つのデータとした。反復して出現する文脈を捉え、内容の意味を分析しながら、参加者個別にコードを生成し、類似した内容ごとにサブカテゴリを生成した。参加者個別のサブカテゴリ生成後、すべてのサブカテゴリを参加者間で類似比較し、抽象化を行い、カテゴリを生成した。インタビューによるデータ収集中は、できるだけ研究参加者が話した内容の確認を行いながらインタビューを進めた。分析したデータについては、術後せん妄患者とその家族に関わった経験のある看護師と研究者にデータの確認を行ってもらった。また、質的研究の経験をもつ研究者にスーパーバイズをうけ、データ分析の正確さを確認した。

4. 倫理的配慮

本研究は研究者の所属していた研究機関および研究施設の研究倫理審査委員会の承認を得て行った。対象者には、研究の目的、方法を説明し、倫理的配慮として、研究参加は自由意思であること、参加しない場合でも不利益は被らないこと、途中で参加を辞退することができること、プライバシーの遵守、個人情報の保護について説明を行った。また、研究結果は公表されるが、個人を特定できないようにすることの説明を行った。倫理的配慮に関する説明はすべて口頭及び書面にて行い、同意書の署名をもって研究参加の承諾を得た。

結 果

1. 家族と術後せん妄を発症した高齢患者の属性(表1)

家族の平均年齢は、64.5±13.1歳(45~90)であり、男性4名、女性10名であった。患者との続柄は、配偶者が7名、子ども6名、嫁1名であった。8名が就労しており、78%は毎日面会に来ていた。患者の年齢は、80.5±6.9歳(68~89)であり、男性が11名、女性が3名であり、消化器疾患が多かった。せん妄発症日は、術後1.9±0.8日(0~3)であり、術後1日目が最も多かった。J-NCSの最低得点は、14.7±4.8(6~23)であり、中等度から重度のせん妄が多かった。

2. 術後せん妄を発症した高齢患者の家族の体験

高齢患者の術後せん妄発症時の家族の体験について分析した結果、9つのカテゴリ【ただならぬ様子】、【回復の見通しがみえない不安】、【なんとか助けたい】、【対応を悔やむ】、【思いや対応が通用しない】、【想像したせん妄と現実の相違】、【迷惑をかける申し訳なさ】、【心身の限界】、【医療者との解釈の相違】が明らかになった(表2)。文中の太字【 】はカテゴリ、「 」は、サブカテゴリを表す。

【ただならぬ様子】

これは、緊迫した状況の中で通常では遭遇しない様子を捉えた体験である。「見えていないものが見えている」、「危ない動き」、「夢うつつ」、「違う人になった」から構成された。「見えていないものが見えている」は、家族

が患者と関わる中で、発語や行動から実在しないものが見えている患者の知覚の変化を体験することである。家族は患者のせん妄症状である幻視を「見えないものが見えている」と表していた。「危ない動き」は、点滴やチューブ類をはずそうとする行動や突然起き上がる患者の様子を目にすることで、危険な行動をとる患者を捉えることである。「夢うつつ」は、家族が朦朧とした患者の様子や時間、場所がわからない状態の患者と関わることによって、患者のせん妄状態を夢とも現実とも区別がつかない意識障害として捉えることである。「違う人になった」は、家族が患者の様子から狂ったと感じたり、意味がわからない患者の発語や叫び声を聞くことで、通常の様子とは異なる患者の変化を捉えることである。

【回復の見通しがみえない不安】

これは、家族が患者の今後の状況に対して予測がつかず不安に思うことである。「先行きの不安」、「回復の見通しが立たない」から構成された。「先行きの不安」は、元の状態に戻らないかもしれないという患者のせん妄発症そのものによる不安とともに高齢患者に対して、せん妄発症により認知症の発症や進行、ADLの低下に対する不安を抱くことである。これはせん妄発症に対する不安にプラスされる不安である。「回復の見通しが立たない」は、家族が患者のせん妄状態からの回復の予測ができないことである。家族は、患者のせん妄症状がいつ軽減するのか、元に戻るのかを予測できず、回復に対する不安を抱いたり、悪い予後を覚悟する者もいた。

表1 研究対象者と術後せん妄を発症した高齢者の属性

No	家族					術後せん妄を発症した患者			
	年代	性別	関係性	就労	面会頻度	年代	性別	疾患	せん妄の重症度
A	60歳代	女性	妻	なし	毎日	60歳代	男性	消化器疾患	中等度~重度
B	70歳代	女性	妻	なし	毎日	70歳代	男性	消化器疾患	中等度~重度
C	60歳代	男性	息子	自営業	隔日	80歳代	男性	消化器疾患	中等度~重度
D	40歳代	女性	娘	会社員	毎日	70歳代	男性	消化器疾患	中等度~重度
E	70歳代	男性	夫	なし	毎日	70歳代	女性	消化器疾患	中等度~重度
F	40歳代	男性	息子	会社員	3回/週	80歳代	男性	消化器疾患	中等度~重度
G	60歳代	女性	娘	なし	毎日	80歳代	男性	消化器疾患	中等度~重度
H	60歳代	女性	娘	パート	毎日	80歳代	男性	消化器疾患	中等度~重度
I	40歳代	女性	娘	PC講師	不定期	80歳代	男性	消化器疾患	中等度~重度
J	90歳代	男性	夫	なし	毎日	80歳代	女性	整形外科疾患	中等度~重度
K	70歳代	女性	妻	なし	毎日	70歳代	男性	消化器疾患	中等度~重度
L	50歳代	女性	嫁	パート	毎日	80歳代	女性	消化器疾患	中等度~重度
M	70歳代	女性	妻	内職	毎日	70歳代	男性	呼吸器疾患	軽度~発生初期
N	70歳代	女性	妻	自営業	毎日	70歳代	男性	消化器疾患	軽度~発生初期

表2 患者の術後せん妄発症時の家族の体験

カテゴリ	サブカテゴリ	代表的な対象者の語りの内容
ただならぬ様子	見えていないものが見えている	ほんで、トイレに看護師さんに連れて行ってもらって、連れて行ってもらったら、髪の毛、便器に髪の毛が落ちてるとか言うんですよ。(A:妻)
	危ない動き	点滴を自分で切って、なんかこう移動し始めてわーって血がでてね。(K:妻)
	夢うつ	役所に行ったり、学校に行ったりするからその職員の部屋に行っている感じやってみたいで、知った先生とおんなじ、よく似た看護師さんがおられたみたいで、それでなんでこの人が来るとかかなと夢うつでね、そんな感じでしたね。(N:妻)
	違う人になった	わあ~この人とうとう狂ったなと。狂った、狂ったなと思ったね。(A:妻)
回復の見通しがみえない不安	先行きの不安	それがもしかしてその、例えば経過が悪くて、あの~元に戻らなくて、なんかこう認知症とかになったりとかするのかなっていう。そういうのもちょっと考えたんですよね。(I:娘)
	回復の見通しが立たない	なんかちょっとこう、普段と全然違うので、なんか良くなるのかなあってちょっと不安はありましたね。(I:娘) 今度は、やっぱりもう最後かなと思いましたからね。(G:娘)
なんとか助けたい	悪化を防ぐ	静かに(酸素マスク)つけていてほしいというので、取ったらつける、取ったらつける。ものすごく(酸素)が少なかったからそれも怖い。(A:妻)
	できるだけことはやる	いや別にただ、話しかけるだけ話しかけて昼来て、夜来てという感じ。(N:妻)
対応を悔やむ	対応のまずさを後悔	それこそ寝たり起きたり、夢うつでしたから、あ~いらんこと言わんどけばよかったってね。(N:妻)
	望ましい対応ができなかった自分に気づく	あー。うーん。やっぱり、なんかあのー、もっとう、なんていうんですかね。やさしく接しないといけないんだあって。(I:娘)
思いや対応が通用しない	自分の対応では無理	私の顔を見たら怒るから、娘がちょうど来ていたから、私がかっちに来て、娘に見させたよ。もう1人では対応できなかったかもしれない。(A:妻)
	患者にわかってもらえない	何か声をかけたけどその時はわからなかったですけどね。あ~嫌な気分になりましたね。こっちの誠意が伝わらんな~と。(F:息子)
想像したせん妄と現実の相違	自分なりのせん妄のイメージ化	担当の先生が言われてその時初めてせん妄という言葉聞いて、で「妄」がつくのでたぶんそういう、ちょっとこう、ちょっと妄想みたいなやつなのかな?と思ったんですよね。(I:娘)
	せん妄の実感	もしかしたら(せん妄になるかも)と思っていたけど、ほんとにあんなになるんだね。(A:妻)
迷惑をかける申し訳なさ	医療者への申し訳なさ	父がね、聞こえないから、お礼を父が、わかんないし、ほ~としてるから、一生懸命言って下さるから、看護師さんに申し訳ないですね。(G:娘)
	他の患者への迷惑	だから他の患者さんに迷惑をかけていないかなと思って。なんか気の毒になってですね。こういう患者は、ちょっとおらんやろうって感じです。(F:息子)
心身の限界	不安定な精神状態を自覚	いや~私が錯乱してましたからね。そう、なんか、それこそ投げつけるくらいですから。マスクをはめさせても、はめさせても取るから、最後、私手をあげようね。(A:妻)
	疲労感の自覚	疲れとりたいね。俺が倒れんようにせないかん。(I:夫)
医療者との解釈の相違	医療者との解釈の相違	それも先生の間違いか、勘違いかは分かんないですけども、おそらく私はトイレに行くのを間違っってこっちに来たんだと思うんですよ。私は、もうゆうべ脱走しようとしたんですよって先生は言ってたんですけども、あれはトイレに行こうとして間違っったのかなという気がするんですよ。(K:妻)

【なんとか助けたい】

これは、せん妄状態にある患者が今以上に悪化しないようになんとかして家族自身で助けたいと思ひ、行動することである。家族は、患者のせん妄症状を軽減するために対応するのが自分の役割であると認識したり、せん妄症状でいつもと違う患者を元の状態に戻したい、そのためにできることを限界までやるという信念を持ち対応していた。「悪化を防ぐ」、「できるだけことはやる」から構成された。「悪化を防ぐ」は、家族が患者のせん妄症状によって生じた身体への悪い影響を食い止めよう

と行動することである。「できるだけことはやる」は、家族自身が行える限界のところまで患者の傍にいて無我夢中に関わろうとすることである。

【対応を悔やむ】

これは、家族がせん妄症状にある患者への対応を振り返り、患者にとって望ましい対応ができていなかったことを残念に思い後悔することである。「対応のまずさを後悔」、「望ましい対応ができなかった自分に気づく」から構成された。「対応のまずさを後悔」は、家族が良かれと思ってせん妄状態の患者に関わったにもかかわらず、

むしろ悪くなった患者の反応から、うまく対応できなかったことを後悔することである。「望ましい対応ができなかった自分に気づく」は、自らの患者への対応を振り返り、後悔する過程を通して、患者に対しての望ましい対応ができなかった自分に気づくことである。

【思いや対応が通用しない】

これは、せん妄を発症している患者に家族がなんらかの対応を行ったときの患者の反応から、家族の思いや対応が通じないと感じることである。「自分の対応では無理」、「患者にわかってもらえない」から構成された。「自分の対応では無理」は、家族がせん妄を発症している患者に精一杯の対応を行ったが、軽減しないもしくは悪化するせん妄症状を目の当たりにして、自分の無力さを感じることであり、そのため、他の家族の協力を必要とした者もいた。「患者にわかってもらえない」は、家族がせん妄を発症している患者に寄り添い、熱心に対応を行っても、患者の言動から受け入れてもらえない、一生懸命に関わっているが食い違いが生じるなど、自分の行動や思いをわかってくれない患者に失望を感じることであり、

【想像したせん妄と現実の相違】

これは、家族が事前に得た情報から想像していた術後せん妄と実際に生じている患者の術後せん妄の症状や程度が異なっていると感じていることである。「自分なりのせん妄のイメージ化」、「せん妄の実感」から構成された。「自分なりのせん妄のイメージ化」は、医師から説明されたせん妄を家族が独自に言葉から想像し、自分なりのイメージを作っていることである。「せん妄の実感」は、事前にせん妄に関する情報をもとに予測はしていたが、患者に発症したせん妄症状を実際に見て、予測と現実のギャップを感じ、また、せん妄が現実家族に生じたことと実感することである。

【迷惑をかける申し訳なさ】

これは、患者の術後せん妄症状が出現することによる他者への迷惑として申し訳なさを感じることであり、家族は、患者のせん妄症状の出現により、看護師や医師、他の患者に影響を及ぼすことに気兼ねをしていた。「医療者への申し訳なさ」、「他の患者への迷惑」から構成された。「医療者への申し訳なさ」は、患者のせん妄症状が看護師や医師の迷惑となり、家族自身が申し訳なく思っていることである。「他の患者への迷惑」は、家族が患者の術後せん妄症状が他の入院患者に迷惑をかけているのではないかと思うことである。

【心身の限界】

これは、家族が自身の心身の疲労を感じて自分自身の健康状態の限界を感じるものであり、家族がせん妄を発症している患者の対応を行うことで感じた自分自身の不安定な心身の状態を表している。「不安定な精神状態を自覚」、「疲労感の自覚」から構成された。「不安定な精神状態を自覚」は、家族が患者に対応している自分の行動を振り返り、混乱した落ち着きのない行動を自覚していることである。「疲労感の自覚」は、家族がせん妄を発症している患者に対応し続けたことから、自分自身の蓄積した疲労感を自覚していることである。

【医療者との解釈の相違】

これは、医療者から伝えられた患者の術後せん妄の情報と家族自身が捉えた患者の状態に相違があると感じることである。家族は医師のせん妄の診断と患者の行動に対する自己の解釈の相違を感じ、医師の見解に納得することができない状態である。これは1つのサブカテゴリから構成された。

考 察

1. 術後せん妄を発症した高齢患者の家族の体験

せん妄は、急激に発症し、認知機能の障害、意識レベルや注意力の低下などが特徴づけられ¹⁴⁾、患者の行動や表情に変化が生じる。本研究結果から、家族は、はじめて術後にせん妄を発症している患者と関わることで、緊迫した状況の中で患者の異変を感じ取り、日常では見られない患者の【ただならぬ様子】を捉えていた。このことは、患者のせん妄発症について家族が患者の突然の精神状態の変化を認識しているという Fick, et al¹⁵⁾の報告と同様であった。また、家族は患者の今後の状況を予測することができず【回復の見通しがみえない不安】を抱いていた。手術を受ける患者の家族は、患者の状態を案じることに精いっぱいであり¹⁶⁾、病気の診断から治療までの短時間の間にさまざまなことに対処している状況である¹⁷⁾。また、術後せん妄の症状は意識レベルの低下や認知機能の障害¹⁴⁾を特徴としていることから、高齢患者の術後せん妄の発症は、家族に認知症の発症をイメージさせることが考えられる。このことから、術後せん妄を発症した高齢患者の家族は、手術をした患者の身体の回復状態に対する不安を抱えている状況であるうえに、患者の術後せん妄発症により、患者の心身への影響に対しての不安が上乗せされていることが考えられる。また、

術後せん妄を発症した高齢患者の家族に対する客観的指標を用いた調査結果では、不安得点は術前から術後せん妄発症時において継続して高かった¹³⁾。手術前から術後にかけて家族はストレスフルな状態が続いており、そのような状態の中で患者に術後せん妄が発症することは、さらにストレスフルな状況へと追い込み、家族の苦痛を募らせることになる。

家族は術後せん妄を発症した高齢患者と自分自身との関係性だけではなく、他の患者や医療者に対して【迷惑をかける申し訳なさ】を感じていた。この結果は、終末期の患者が興奮状態にある時に、家族が他の患者や医療者に対して申し訳なさを感じているという難波ら¹⁸⁾の報告と一致した。家族は術後の患者の安否を心配しながらも、医療者や他の患者など周りへの気づかいを行っていることがわかった。

【なんとか助けたい】は、せん妄を発症したターミナル期や進行がん患者の家族では見られないカテゴリである。家族がせん妄状態にある患者をなんとかして家族自身で助けたいと思い、できる限りの対応をしていることがうかがえる。緊迫した状況の中、手術を受け、回復をたどるはずの患者に生じたせん妄からなんとか助けたいという思いは、順調な回復を願う術後患者の家族の特徴であると考えられる。Hupcey¹⁹⁾は、ICU入室中のクリティカルな状況にある患者に対して、家族は、セルフケアが行えない患者のケアや保護を主な役割であると感じていたことを報告している。本研究において【なんとか助けたい】は、患者の妻や娘に多かった。このことは、家族の中でも女性が日常的に家族の世話を介護を行う機会が多いことにも関連していると推測される。術後せん妄を発症した高齢患者の家族は、回復への手助けが自分自身の役割だと意識していることから、【なんとか助けたい】という気持ちが生じていたと考えられ、術後せん妄を発症した高齢患者の家族に特有な体験であるといえる。

また、術後せん妄を発症した高齢患者に対してなんらかの対応を行った家族の中には、期待した患者の反応が得られず、自分の対応を振り返り、うまく対応できなかったことや望ましい対応ができなかった自分に気づき、【対応を悔やむ】体験をするとともに、患者に対して精一杯関わっている自分自身の【思いや対応が通用しない】と捉えていた。これは、遺族へのインタビューにおいて、家族が患者のせん妄に対して症状の受け入れや対処の難しさを感じていた体験²⁰⁾や、治療期に患者につき添うがん患者の家族が、患者の苦痛の理解ができないこ

とや苦痛を軽減できないため、家族として傍にいながら苦痛への対応を果たせない辛さを感じていたという本田ら¹⁷⁾の報告と一致していた。このように術後せん妄を発症した患者の家族は、【なんとか助けたい】という回復に向かう患者に対する特有の気持ちを持ちながら患者への対応を行う一方で、患者のせん妄症状や家族の対処行動に対する患者の反応により、【対応を悔やむ】体験や【思いや対応が通用しない】という自分の無力さ、さらになわかってもらえない患者への失望を体験していた。

本研究結果から、術後せん妄を発症した患者の家族は、いつもと異なる精神状態や蓄積した身体への疲労感から【心身の限界】を感じていた。家族は、患者の術後せん妄発症により、患者への対応と家庭での役割の二重の負担に対応しようとする一方で、継続的な緊張状態のため、心身の疲労感を感じていると推察できる。また、術後せん妄は高齢患者に多く発症する。本調査における術後せん妄を発症した高齢患者の家族のうち、配偶者7名が65歳以上であったことから手術を受ける患者のみならず家族の高齢化も視野に入れ、家族の健康状態にも配慮する必要がある。

手術前の医師からの説明において、術後せん妄は発症率が高いため術後合併症として認識され、せん妄発症リスクの高い患者と家族に対して説明が行われている。しかし、患者だけでなく家族も高齢者であることが多く、専門用語や目に見えにくい症状の理解は難しいと考えられる。本研究対象の家族も、術前に医師よりせん妄についての説明を受け、せん妄の発症を予測していたが、実際に目の当たりにし、【ただならぬ様子】に気づくことで、医師からの説明により想像していたせん妄のイメージとせん妄症状との相違やせん妄が現実的に生じるものであることを実感しており、【想像したせん妄と現実の相違】を感じていた。これは、家族が術後せん妄の説明は受けていても、説明で聞いた情報と実際に生じている現象との乖離を示しており、説明を受けても術後せん妄のイメージ化が困難であることが考えられる。また、【医療者との解釈の相違】として、患者に出現している症状について医師との解釈の違いを抱いた家族もいた。これは術後せん妄のイメージ化が困難であることだけではなく、患者のいつもとは異なる様子を受け入れられない家族の気持ちを反映しているといえる。

2. 看護実践への示唆

術後せん妄は高齢者に多く発症する術後合併症の一つ

であり、急激に発症し、認知機能の障害、意識レベルや注意力の低下などが生じることから、患者の術後の順調な回復を期待している家族にとっては予期しない突然の出来事である。本研究結果から家族は今までとは違うただならぬ患者の変化に気づき、助けたいと思いながら、不安や後悔、周囲への申し訳なさを感じていたことが明らかになった。

Tyoe, et al²¹⁾は、せん妄ケアユニットに入室している患者の家族が、患者がせん妄をどのように感じているか、より良いサポートの方法など、多くの情報提供のニーズをもっていることを明らかにしている。本田ら¹⁷⁾は、術後急性期における家族への支援として、「看護師は患者の状態を理解できるような情報を提供することが家族に対する援助となる」と述べている。このことから、看護師は術後せん妄を発症した患者の家族に対して、不安感を煽らないよう、家族が受け入れやすい形での情報提供を行うことが望まれる。

また、本研究で見出された【思いや対応が通用しない】、【対応を悔やむ】など家族が術後せん妄を発症した高齢患者に行った対応により、患者から期待した反応が得られなくても、家族の行為が患者の回復に寄与していることを伝えることで家族が安心して患者のそばにすることができ、家族の落ち着いた言動や感情は患者にとって良い影響をもたらすと考えられる。

Hupcey¹⁹⁾は、クリティカルな状況にある患者に対して看護師の家族への説明や行動が、家族のポジティブもしくはネガティブな行動に影響することを指摘している。また、Black, et al²²⁾は、重症患者の家族が、看護師の勧めにより患者への心理的ケアに参加することは、患者の心理的回復に有効であったと報告している。本対象の術後高齢患者は成人患者に比べて全身状態が不安定であり、せん妄発症は一時的であるが、【回復の見通しがみえない不安】を抱く家族にとって、看護師の助言や説明を受けて患者に関わることは、患者へ良い影響をもたらすことが期待できる。

術後せん妄予防及びせん妄発症時においては、看護師は患者の家族の置かれている状況や気持ちに共感し、家族が安心して患者に関わり、ケアに参加できるように看護支援が必要である。

研究の限界と今後の課題

本研究によって術後せん妄を発症した高齢患者の家族

がどのような体験をしているのかが明らかになり、今後の看護への示唆を得ることができた。しかし、対象者の属性や患者との関係性の違いが結果に影響を及ぼしていることは否定できない。今後は、家族の特性をふまえ、患者の術後せん妄予防もしくはせん妄発症時の家族へのケアを検討していくことが課題である。

結 論

患者の術後せん妄に遭遇した家族14名に対して、家族の体験について面接調査を行った。家族の体験として【ただならぬ様子】、【回復の見通しがみえない不安】、【なんとか助けたい】、【対応を悔やむ】、【思いや対応が通用しない】、【想像したせん妄と現実の相違】、【迷惑をかける申し訳なさ】、【心身の限界】、【医療者との解釈の相違】が明らかになった。術後せん妄を発症した患者の家族の体験の特徴として、家族は術後の回復過程で患者の異変に気づき、緊迫した状況に不安を感じながら、なんとか患者を助けたいと対応を試みていた。しかし、対応が通用しないことによって対応を悔やみ、迷惑をかけることに気兼ねし、家族自身の心身の限界を感じていた。看護師には術後せん妄を発症した高齢患者の家族に対する正確な情報提供や、家族が安心して患者へ対応ができるための支援が必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただいたご家族ならびに病院スタッフの皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究は、平成22~24年度科学研究費補助金（基盤研究C）課題番号 22592474）による補助金を受けて行った研究の一部である。

文 献

- 1) Koster S, Hensens AG, Oosterveld FG, et al: The delirium observation screening scale recognizes delirium early after cardiac surgery. *Journal of Cardiovascular Nursing* 8 : 309-314, 2009
- 2) Chang YL, Tsai YF, Lin PJ, et al: Prevalence and risk factors for postoperative delirium in a cardiovascular intensive care unit. *American Journal of Critical Care* 17 (6) : 567-575, 2008

- 3) 稲本俊, 小谷なつ恵, 萩原淳子 他:術後せん妄の発生状況とそれに対する看護ケアについての臨床的研究, 京都大学医療技術短期大学部紀要, 21, 11-23, 2001.
- 4) Balas MC, Deutschman CS, Sullivan-Marx EM, et al: Delirium in older patients in surgical intensive care units. *Journal of Nursing Scholarship* 39 (2) : 147-154, 2007
- 5) Mangnall LT, Gallagher R, Stein-Parbuy J: Postoperative delirium after colorectal surgery in older patients. *American Journal of Critical Care* 20 (1) : 45-55, 2011
- 6) 綿貫成明, 酒井郁子, 竹内登美子: せん妄すぐみつけてすぐに対応, 一ノ瀬邦弘, 太田喜久子, 堀川直史監修, せん妄のアセスメントスケール①, 日本語版ニーチャム混乱・錯乱スケール, 26-39, 照林社, 2009.
- 7) Ely EW, Inouye SK, Bernard GR, et al: Delirium in mechanically ventilated patients validity and reliability of the confusion assessment method for the intensive care unit (CAM-ICU). *American Medical Association* 286 (21) : 2703-2709, 2001
- 8) Taguchi T, Yano M, Kido Y: Influence of bright-light therapy on postoperative patients: a pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing* 23 : 289-297, 2007
- 9) MaCaffrey R: The effect of music on acute confusion in older adults after hip and knee surgery. *Applied Nursing Research* 22 : 107-112, 2009
- 10) 太田喜久子, 栗生田友子, 南川雅子 他: せん妄状態にある高齢者の看護ケアモデル—一般病院における高齢者ケアの探求, *看護技術*, 44(11), 1217-1226, 1998.
- 11) 菅原峰子: 高齢患者のせん妄への看護介入に関する文献検討, *老年看護学*, 16 (1), 94-103, 2011.
- 12) 山内典子: せん妄患者の家族看護のガイドライン作成に関する研究, 科学研究補助金研究成果報告書, <https://kaken.nii.ac.jp/pdf/2010/seika/mext/32653/21792346seika.pdf>, 2011.
- 13) Fukuda K, Nakao H: Effects of postoperative delirium of patients on family members and their response. *The Journal of Nursing Investigation* 11 (1, 2) : 1-13, 2013
- 14) Lipowski Z: *Delirium Acute confusional states*. Oxford University Press, New York, 1990
- 15) Fick D, Foreman M: Consequences of not recognizing delirium superimposed on dementia in hospitalized elderly individuals. *Journal of Gerontological Nursing* 26 (1) : 30-40, 2000
- 16) 中村英子, 増島真里子, 眞嶋朋子: 手術を受ける高齢期がん患者の家族員が看護師とのコミュニケーションにおいて抱く思い, *千葉看護学会誌*, 16 (1), 27-34, 2010.
- 17) 本田彰子, 佐藤禮子: がん患者の家族員の思いに関する研究—診断期から治療期における家族員の思いの構造—, *日本がん看護学会誌*, 11 (1), 49-57, 1997.
- 18) 難波美貴, 森田達也: 終末期のせん妄ケア—遺族へのインタビュー調査より得られたケアのあり方—, *緩和ケア*, 16 (2), 108-113, 2006.
- 19) Hupcey JE: Looking out for the patient and ourselves—the process of family integration into the ICU. *Journal of Clinical Nursing* 8 (3) : 253-262, 1999
- 20) Nanba M, Morita T, Imura C, et al: Terminal delirium: families' experience. *Palliative Medicine* 21 : 587-594, 2007
- 21) Tyoe C, Matthews A, Hill A, et al: Experiences of older patients with delirium: a descriptive mixed methods study in a hospital delirium unit, *International Journal of Older People Nursing*. Feb 6, 1-9, Doi:10.1111/0 pn.12019, 2013
- 22) Black P, Boore JRP, Parahoo K: The effect of nurse-facilitated family participation in the psychological care of the critically ill patient. *Journal of Advanced Nursing* 67 (5) : 1091-1101, 2010

Experiences of family members of older patients with postoperative delirium

Kazumi Fukuda¹⁾ and Hisako Nakao²⁾

¹⁾Department of Nursing, Faculty of Health Science, Junshin Gakuen University, Fukuoka, Japan

²⁾Nursing Course, Department of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Fukuoka, Japan

Abstract Objective : To determine the experiences of family members of older patients who have postoperative delirium and to obtain perspectives for nursing practice.

Methods : Fourteen family members of older patients with postoperative delirium were included in the study. Semi-structured interviews were conducted with family members. The data obtained from each individual were coded and categorized according to themes. Similarity among participants' descriptions were identified from which thematic categories were recognized.

Results : The following nine categories of experiences of family members of patients with postoperative delirium were identified: "strange behavior", "uncertainty about the prospect of recovery", "desire to be helpful somehow", "regret over method of handling", "feelings and actions with no effect", "disparity between expected and actual delirium", "apologetic feeling for annoyance to others", "sense of reaching the physical and mental limit" and "difference in views from medical staff".

Conclusion : Family members of older patients exhibiting postoperative delirium exhibited remorse and expressed regret and apology to the neighborhood upon noticing changes in the patient's behavior during postoperative recovery. They were uneasy under great strain, while also trying to attempt to help the patient. The results suggested that it is necessary for nurses to strive to provide family members of older patients with postoperative delirium with accurate information and support and that it is usual for family members to attempt to ease patient unconventional behaviors.

Key words : Postoperative delirium, Older patient, Family members, Experience

研究報告

立ち会い分娩をした夫の体験

藤川 友恵¹⁾, 竹林 桂子²⁾, 高野 みち子²⁾, 葉久 真理²⁾

¹⁾元徳島大学大学院保健科学教育部, ²⁾徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部

要旨 目的：本研究では、立ち会い分娩をした夫の体験を明らかにすることを目的とする。

方法：本研究に同意の得られた、初産婦の夫11名を対象として、妻の産褥入院期間中に、インタビューガイドに基づき、入院から分娩後2時間までの体験についてインタビューを行い、質的記述的に分析した。

結果：立ち会い分娩における夫の体験として、171のエピソード、44のコード、16のサブカテゴリーが抽出され、【わが子を迎える喜びと感動が湧く】、【無力な自分にとにかくできることを手探りでやってみる】、【母親となる妻へ称賛の念を抱く】、【父親としての意識が芽生える】、【医療者にさまざまな感情を抱きながら、任せる】、【自分なりに分娩の様相を読み取ろうとする】の6つのカテゴリーが抽出された。

結論：夫は、わが子を迎える喜びと感動が湧く中で、自分の無力さを感じながら、それでも自分にできることを手探りでやろうとしている様子が伺えた。医療者には、苦しむ妻を前にして、自分の辛さや不安を表出することなく、ひたすら立ち会い続けている夫の心情を酌み取り、夫にとってもよい分娩体験となるような関わりが求められる。

キーワード：夫、立ち会い分娩、体験

はじめに

21世紀の母子保健の主要な取り組みを提示するビジョンである健やか親子21の最終報告¹⁾では、妊娠・出産に満足している者の割合は増加しているとの結果であった。この出産満足の構成要素には、パートナーによる支援が挙げられており²⁾、出産満足感を高めるためには夫婦で取り組むお産が有効である^{3,4)}と報告されている。夫婦で取り組むお産としての夫立ち会い分娩は、その意義⁵⁾や利点・欠点^{6,7)}の視点から多くの調査が行われており、夫立ち会い分娩時の夫の心理では、妻を支えたい⁸⁾、妻のそばにいて安心感を与えられたと思った・自分も一緒に出産に取り組めたと感じた⁹⁾と肯定的なものがある一

方で、何をしてもよいのかわからない¹⁰⁾、先の見えない出産に対する不安¹¹⁾、無力感や心身の疲労感^{8,12)}といった否定的なものも見られている。

また、夫立ち会い分娩の体験がその後、夫にどのような影響を与えるのかについての調査では、妻への愛情の増大⁸⁾、子どもがかわいくてしかたなくなる¹³⁾、子どもへの愛着行動が多い¹⁴⁾、対児感情尺度において接近得点が高い¹⁵⁾、育児参加度の上昇^{13,16)}などの肯定的な影響を及ぼすものや、パタニティブルーを示す者もいる⁷⁾など否定的な気持ちを抱くものもあり、「お産は生々しくてこわいものだと思った」と回答した者は、次回も立ち会いを希望する群よりも次回は立ち会いを希望しないと考える群で有意に多い⁹⁾など、せっかく立ち会ったのよい経験となっていない事例もある。そこで、立ち会い分娩における夫の体験を肯定的なものにし、出産への満足度を高め、夫が出産の場において自らの存在価値を見いだせるよう支援するために、夫が、分娩に立ち会う中で、どのような場面で、どのように感じ、思ったのか、その

2015年1月5日受付

2015年5月12日受理

別刷請求先：竹林桂子，〒770-8503 徳島市蔵本町3丁目18-15
徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部

体験の全体像を捉えていく必要があると考えた。

本研究では、夫立ち会い分娩が、妻と夫双方にとって満足な体験となるために、分娩期に夫はどのような体験をしているのか、具体的な場面あるいは状況を捉えて明らかにする。

研究目的

本研究の目的は、妻の分娩に立ち会った夫がどのような体験をしているのかを明らかにすることである。

用語の定義

1. 立ち会い分娩

本研究では、立ち会い分娩を、時間の長短にかかわらず、夫が妻の分娩第1期から分娩後2時間まで付き添ったこととした。

2. 体験

本研究では、体験を、文献¹⁷⁾を参考に、立ち会い分娩中に生じた、夫の具体的な感情、思い、気持ちとした。

研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象者

地方都市にある第3次医療施設において、妻の出産に分娩第1期から分娩後2時間まで付き添った、初産婦の夫11名。

3. データ収集期間

平成25年5月30日から平成25年7月21日

4. データ収集方法

妻の産褥入院期間中に口頭と文書にて研究の説明を行い、研究参加に同意を得られた者に対して、後日母児の面会に来た日に、インタビューガイドに基づき半構成的面接を行った。インタビュー内容は、立ち会い分娩を経験した夫の体験を引き出すことができるように、立ち会い分娩がどのような体験だったのかをできるだけ時系列で振り返り、語ってもらえるような質問とした。具体的

には、立ち会い分娩前のイメージと立ち会って初めての感想を導入部分とし、①入院から分娩後2時間までの印象に残る出来事、②さまざまな出来事の中でそれがどのような体験として知覚されているか、また自分にとってどのような意味をもったのかなどである。インタビューの際は、対象者のプライバシーが守られる個室を確保し、実施した。インタビューの内容は、対象者の了解を得て録音した。インタビュー回数は一人当たり1回、インタビュー時間は約30分から60分間であった。なお、研究者は、研究対象者の妻の分娩には立ち会っていない。

5. 分析方法

- 1) インタビュー内容から逐語録を作成し、立ち会い分娩をした夫の体験を表していると考えられた内容を抽出した。
- 2) これらの内容から明らかとなった立ち会い分娩中の夫の体験を、その意味内容を損なわない程度に要約し、事例毎にコード化した。
- 3) 次に、全事例のコードから類似した内容をまとめてサブカテゴリー化し、さらにカテゴリーへと集約した。
- 4) 分析の全過程において、メンバーチェックを行い、さらに、研究指導者のスーパーヴィジョンを受けることにより信頼性と妥当性の確保に努めた。

6. 倫理的配慮

本研究は、徳島大学病院臨床研究倫理委員会の承認(No.1669)を得て行った。対象者に研究の主旨・方法、途中辞退の自由、匿名の厳守、カルテ情報の使用、プライバシーの保護などについて文書と口頭で説明し、同意書に署名を得た。データの取り扱いは慎重に行い、本研究以外には使用しないこと、研究終了後は破棄することを約束した。

結 果

1. 対象者の属性(表1)

対象者の平均年齢は29.3±4.8歳であった。分娩に立ち会った時間は、第1期では45分から30時間、第2期では49分から3時間59分であった。分娩時に医療介入のあった事例が8例あった。

表1 対象者の属性

対象	年齢	分娩立ち会い時間		立ち会った分娩への医療介入の有無
		分娩第1期	分娩第2期	
A	39	30時間	1時間	有：促進分娩
B	27	13時間	1時間	有：促進分娩
C	37	6時間40分	1時間9分	有：促進分娩，人工破膜
D	25	2時間	2時間48分	有：吸引分娩，会陰切開
E	25	13時間50分	2時間24分	無
F	30	1時間53分	2時間43分	無
G	31	18時間40分	1時間10分	無
H	30	20時間	50分	有：誘発分娩
I	26	3時間26分	49分	有：人工破膜，会陰切開
J	27	45分	2時間53分	有：会陰切開
K	25	13時間35分	3時間59分	有：促進分娩，吸引分娩，会陰切開

2. 立ち会い分娩をした夫の体験（表2）

得られたデータは、171のエピソード、44のコード、16のサブカテゴリーに分類でき、6つのカテゴリーに集約することができた。

以下に、立ち会い分娩をした夫の体験を示す。なお、【 】はカテゴリーを示し、《 》はサブカテゴリー、「 」はコード、『 』はエピソードを示すものとする。文脈でわかりにくい箇所には（ ）で補語を加えた。

1) 【わが子を迎える喜びと感動が湧く】

【わが子を迎える喜びと感動が湧く】は、《わが子を迎えるときが来た実感する》、《わが子の誕生に感動する》の2つのサブカテゴリーで構成されていた。これは、妊娠期を経て、分娩期を迎え、わが子の存在を現実のものとして捉えることによって、喜びと感動が湧く体験である。

夫は、妻が分娩のため入院し、自分の立ち会い分娩が始まることで『この日が遂に来たなと気持ちが引き締まる』と感じている。『診察後の説明で先ほどよりも進行していることがわかり、もういよいよ生まれるのだな』、『助産師に努責していいと言われ、本当にあと少しなのだ実感する』というように、分娩が始まり、進行することによって、わが子が生まれる期待感が高まり、《わが子を迎えるときが来た実感する》のである。

また、『(児頭娩出から軀幹娩出場面まで見たとき) 児がこのように頑張っていて生まれてくることに感動』し、『自然に涙が出て強く嬉しいと思う。予想していたよりもはるかに大きい喜びの感情が噴き出す』といった《わが子の誕生に感動する》体験をしている。

2) 【無力な自分にできることをとにかく手探りでやってみる】

【無力な自分にできることをとにかく手探りでやってみる】は、《妻を気遣う》、《何もできない自分の無力さを感じる》、《自分にできることをやってみる》、《立ち会うわが身も辛いと感じる》、《立ち会う中で初めての出来事に戸惑う》の5つのサブカテゴリーで構成されていた。これは、夫が、立ち会い分娩中に何もできない自分、何をしたらよいかかわからない自分を無力に感じながらも、自分にできることはないかと探し、やってみようとする体験である。

夫は、『こんな痛そうな妻の姿を見たことがなかったため、可哀想である』と思い、『睡眠が取れていない妻を見て、本当に体力が持つのか心配でいっぱい』と《妻を気遣う》一方で、『自分にはどうすることもできない』、『何もできない』と感じており、『ケアを行う助産師に声をかけると邪魔になるだろうと思った』と、『自分は邪魔かもしれない』とさえとらえており、《何もできない自分の無力さを感じ》ていた。

立ち会い分娩が始まり時間が経過する中で、夫は少しでも妻のために役に立ちたいと思い、『妻が痛いというところをさすることや空調の調節をすることくらいしかできないが、何かしたいと思う』、『妻の汗をふくなど、自分ができることをしよう』と《自分にできることをやってみる》様子が見える。しかし、『今日の夜までには生まれるだろうと簡単に考えていた。(日勤帯の助産師に妻の母親が) あとどのくらいか聞くと日が変わるくらいと言われたとき、まだそんなにかかるのかと思った』というように、『分娩の終わりが見えないと感じ』て、がっかりしている。さらには、『もう一日続いたら(自分が)辛いから早く終わらないかなと思う』、『妻の痛そうな姿を見るのが辛く、立ち会いは肉体的にはもちろんだが、精神的にも疲れる』など、『自分の体力の限界を感じ』ており、《立ち会うわが身も辛いと感じ》ていた。

わが子誕生の瞬間は、『(児頭娩出場面を) 見たいという興味と生々しくて怖いという思いが葛藤する』体験が見られた。また、胎盤娩出場面や運ばれる胎盤を偶然目の当たりにする場面に遭遇し、『あまり直視したくないと嫌悪感を抱いた』と、《立ち会う中で初めての出来事に戸惑う》体験が見られた。

表2 立ち会い分娩をした夫の体験

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
わが子を迎える喜びと感動が湧く	わが子を迎えるときが来たと実感する	わが子を迎えるときが来たと気持ちを引き締める わが子が生まれる期待感が高まる
	わが子の誕生に感動する	無事に生まれてくれた安堵感 わが子が生まれたと実感する
無力な自分にできることをとにかく手探りでやってみる	妻を気遣う	妻を楽にさせてあげたい 痛みを軽減させてあげたい 頑張ってもらいたいと思う 苦しむ妻に頑張れと言わねばならない辛さ 妻を気遣う
	何もできない自分の無力さを感じる	立ち会っている自分の役割がわからない 自分は邪魔かもしれない 迷惑をかけてはいけないと思う
	自分にできることをやってみる	自分にできることをやる 助産師のやり方を真似てともにやる 母児の無事を願う
	立ち会うわが身も辛いと感じる	自分の体力の限界を感じる 分娩の終わりが見えないと感じる
	立ち会う中で初めての出来事に戸惑う	初めて見る胎盤に戸惑う 妻の姿に衝撃を受ける 児娩出への興味と怖さが混在する
	母親となる妻への称賛の念を抱く	母親となる妻の強さを感じる 妻の冷静さを感じる 母親は強いと感じる 妻にはかなわないと思う 妻をすごいと思う
父親としての意識が芽生える	父親としての意識が芽生える	頑張ったわが子に感謝する わが子の健康状態が気にかかる 自分の子どもであると思う 生まれたての子が生まれ持つ力を肌で感じる
	分娩に立ち会えたことに価値を見いだす	分娩に立ち会えたことに価値を見いだす
	家族を気遣い、家族に感謝する	家族に気を遣う 家族の存在を心強く感じる 自分を生んでくれたことに感謝する
医療者にさまざまな感情を抱きながら、任せる	医療者を信頼し任せる	医師を信頼し任せる 助産師・助産学生に感謝する 助産師から安心感を得る 助産師の経験に裏打ちされたケアに敬意を表す
	医療者の対応への不足を感じる	説明がないことに不安を感じる 対応に疑問を感じる 対応への不信・不満を持つ
自分なりに分娩の様相を読み取ろうとする	自分なりに分娩の状況を推測する	分娩が進んでいることを推測する 何か起こるのではないかと危機感を感じる 生まれる時期を予測する
	冷静に周囲を観察する	妻もまだ余裕があると感じる 予想とは違うこともあると感じる

3) 【母親となる妻への称賛の念を抱く】

【母親となる妻への称賛の念を抱く】は、《母親となる妻の強さを感じる》、《妻の頑張りを認める》の2つのサブカテゴリーで構成されていた。これは、分娩時の妻の様子から、母親となる妻の強さを感じ、自分にはかなわないと思い、出産をやり遂げた妻の頑張りに対して称賛の念を抱く体験である。

夫は、『(妻が) 普段からは考えられない程の形相で、これだけ声が出るんだというほど叫んでおり、母親が強

くなるのは当然である』と思い、長く苦しい陣痛を耐え抜く妻に《母親となる妻の強さを感じて》いた。

また、『(分娩第1期に、妻が自分で冷静に状況を言い、受け答えしている姿を見て)、母親は強い、自分にはかなわない、すごいと改めて思った』、『妻に最後までよく頑張ったと言ったとき、やはり女性は強いため勝てないなど思っていた』と、出産を最後までやり遂げた《妻の頑張りを認めて》いた。

4) 【父親としての意識が芽生える】

【父親としての意識が芽生える】は、《父親としての意識が芽生える》、《分娩に立ち会えたことに価値を見いだす》、《家族を気遣い、家族に感謝する》の3つのサブカテゴリーで構成されていた。これは、分娩に立ち会い、今まさに生まれたわが子を目の前にして、父親としての意識が芽生えるとともに、家族を思い、分娩に立ち会えたことへの価値を見いだす体験である。

『児出生後に児を見たとき、イメージしていた児の顔とは全く違うが可愛いと思い、自分の子どもであると実感していた』、『児出生時は、児に対して生まれてきたことへの感謝の気持ちを抱き、元気に育ってほしいと思っていた』と「頑張ったわが子に感謝」している。また、『生まれたけど泣かないため、泣かなければいけないのではないかと心配に思う』と「わが子の健康状態が気になり」、わが子が泣いたり授乳したりする姿から「生まれたての子が生まれ持つ力を肌で感じ」、《父親としての意識が芽生える》体験をしている。

また、わが子の誕生を見届け、夫が、今まで妻と共に頑張ってきた辛く長い時間をしみじみと実感する姿が見られた。また、『妻の喜ぶ顔を見たとき、一緒にこの場にいることができよかった』と夫自身も喜びを感じ、『妻が痛みを必死に我慢し何時間も頑張っていることを男性も実感して子育てすることが大切』であると感じており《分娩に立ち会えたことに価値を見いだす》体験であった。

さらに、夫は、《家族を気遣い、家族に感謝する》体験をしている。妻にとって実母の存在が大きいということを実感し、『家族だけにいる時間と夫がいる時間があればいいかなと思ひ、妻の父母に分娩室に入ってもらい、自分は陣痛室で待つ』と、妻の家族への気遣いを見せていた。さらに、今回、立ち会い分娩をしたことにより、『自分の親もこのように生んでくれたんだな、改めて妻も含めて親に感謝しなければならないな』と自分自身の親への感謝の言葉が聞かれた。

5) 【医療者にさまざまな感情を抱きながら、任せる】

【医療者にさまざまな感情を抱きながら、任せる】は、《医療者を信頼し任せる》、《医療者の対応への不足を感じる》の2つのサブカテゴリーで構成されていた。これは、医療者とのかかわりの中で生じる、医療者への信頼、安心感、感謝の気持ちと、不満、不信感、対応への不足という、相反する感情を抱きながら、医療者に任せ

ている体験である。

わが子が元気かどうか気掛かりでならない夫は、児の産声や頭部の変形、チアノーゼ、また医療者の様子などを自ら観察し、わが子の健康状態を判断しようとしているが、『すぐに児の産声が聞こえたり、助産師が和気あいあいと児の計測を行っている姿を見たりして、安心感を抱く』、『多数の助産師がいたため、お任せするという気持ちでいた』、『スタッフの落ち着いた姿を見て、安心して（お産に）臨めると思っていた』と「助産師から安心感を得」ており、『(助産師は)ものすごく頼りがいがあり、ありがたいという感謝の気持ちだった』と「助産師に感謝」しており、《医療者を信頼し任せる》気持ちを持っていた。

一方では、『医師が（児の状況を）正確に判断していないのではないかと不信感を持つ』や『医師がゆっくり歩いて来る姿を見て、早く来いと苛立ちを感じていた』といった《医療者の対応への不足を感じる》感情が表出されていた。

また、『(医療者から)もう少しと言われたとき、どの程度がもう少しなのか分からない』、『医師からすれば2時間がもう少しなのか』、『はっきりとした説明がなかったことに対して、不安やイライラ感をもちながら立ち会っていた』、『胎児心拍数が低下したときに説明はなく、児は大丈夫か聞きたいという思いがあった。しかし、胎児心拍数低下による児についての説明を今聞いても妻に心配かけると思ひ、自分からは聞けなかった』のように、夫は医療者からの「説明がないことに不安を感じて」おり、分娩の状況に対する疑問や不安、不満などのさまざまな感情を抱いているが、それを直接聞くこともできず、悶々としながら医療者に任せている様子が伺えた。

6) 【自分なりに分娩の様相を読み取ろうとする】

【自分なりに分娩の様相を読み取ろうとする】は、《自分なりに分娩の状況を推測する》、《周囲を冷静に観察する》の2つのサブカテゴリーで構成されていた。これは、夫が不安や危機感を抱きながら妻や周囲の様子を観察し、分娩が安全に進行しているかどうかを自分なりに分析・判断しようとしている体験である。

夫は、『陣痛が強くなりしゃべれなくなる妻を見たとき、余裕がないほど痛いのだろう』と陣痛の強さを推し量り、『人工破膜を行うと言われたとき、人工破膜をするとすぐに生まれるというイメージがあったため、もう生まれてくる』と「分娩が進んでいることを推測」して

いる。

さらに、夫は、分娩監視装置のアラーム音や陣痛促進剤の使用に、「何か起こるのではないかと危機感を感じ」、『もしも急変して母児の選択をしなければならなくなったときは妻を選ぶ』と覚悟している。しかし、『何か異常があるのならその時点でわかっていることだと自分に思わせることで気持ちを落ち着かせて』おり、医療者に質問することなく、「自分なりに分娩の状況を推測」しようとしていた。

また、夫は、「周囲を冷静に観察し」ており、『(立ち会い開始時)妻が飲食できて元気な姿を見て、余裕そうだけどこんな感じなのかなと予想との違いを感じ少しホッとしていた』と「妻もまだ余裕があると感じ」ており、『破水したと助産師に言われたとき、思っていたよりも量が少ないことにそんなもんなのだと拍子抜け』するなど、「予想とは違うこともあると感じ」ている。

考 察

1. わが子を迎える喜びと感動が湧く中で、夫は無力な自分を感じる

夫は、妻が分娩のために入院し自分自身も陣痛室に到着して分娩第1期の立ち会いが始まることによって、【わが子を迎える喜びと感動が湧く】体験をしていた。夫にとって、立ち会い分娩の始まりは、わが子の存在がより明瞭になり、わが子を迎える実感が湧く、大きな節目として心に迫る体験であったことが伺える。

しかしながら、夫は【無力な自分にできることをとにかく手探りでやってみる】体験をしている。夫は、陣痛に耐える妻が可哀想でならず、妻の体力が持つのか心配し、何とかしてやりたいという思いを抱いているが、「何もできない自分の無力さを感じる」状況にある。これまでに、出産場面での妻に対する自らの存在価値を見いだせていない夫が存在すること¹¹⁾や、自らの役割が明確にされないまま立ち会うことは夫にとってストレスフルな体験であること¹²⁾が報告されていたが、今回、夫から『自分は邪魔』という言葉が聞かれた。わが子の誕生に立ち会うという初めての体験において、夫が自分の無力さを感じ、さらに自分が邪魔かもしれないと思うことは、立ち会い分娩体験の満足度だけではなく、夫の自尊心をも低下させてしまうことに繋がると思われる。しかし、寺内ら¹³⁾が「傍らに寄り添う夫の存在自体が妻への精神的安定につながる効果的な役割を果たすことを伝え、

出産中に夫が自らの存在価値を見いだせるよう、指導していくことが必要である」と述べているように、分娩に立ち会う中で、無力感や疎外感を感じることなく、夫にとって居心地のよさと自らの存在価値を見いだせるような体験にすることは十分可能であると考えられる。

また、初めての立ち会い出産の場面における体験の多くは、夫にとって“未知なる体験”であり、「立ち会う中で初めての出来事に戸惑う」様子が伺えた。特に、胎盤に関しては、予期せぬときに見えてしまった驚きや嫌悪感が生じていた。夫の中には、血液を見ることや出産の生々しい場面が苦手な人もいると考えられ、このような場面では否定的感情が見られやすいと思われる。児の出生という喜びと感動に満ちたこの場面で、夫の立ち会い分娩への満足度を低下させることがないように、夫の様子により一層配慮した行動をとることが必要であろう。

2. 母親となる妻への称賛の念を抱きながら立ち会い続け、父親としての意識が芽生える

分娩への立ち会い開始から、夫は、自分にできることはないかと、立ち会い出産の場における自分の役割を見いだそうとしている。その一方で、夫はわが子が生まれるまでの時間の見当がつかず、辛そうな妻の傍らで立ち会う自分自身の辛さをも感じている。しかし、夫は、自分自身の辛さを妻や医療者には表出せず、自分の中にとどめている。その背景には、苦しんでいる妻の状況を目の当たりにして、自分の辛さを訴えられないという妻への配慮が見える。また、夫は妻を最優先に考え、立ち会い続けているため、妻が望んでいたような分娩の展開ではなくなってきたときに、妻の残念な気持ちや悔しさを自分のことのように感じている。母親になろうとしている妻の頑張りを間近で感じることによって、夫自身もまた父親になっていくのだという共通の思いを共有することができるのではないかと考える。

分娩第2期に入ると、妻が分娩室に移動することや助産師が分娩の準備を始める様子から、夫のわが子の誕生への期待は分娩第1期よりもさらに高まる。

そして、今まさに生まれたわが子の存在を実感したときには、自然に涙が出るような、予想していたよりもはるかに大きな喜びの感情が見られた。わが子へのねぎらいの気持ちや感謝の気持ちは、立ち会い分娩により夫自身も一緒に頑張ったと思えるからこそ生まれる感情であり、分娩に立ち会うという体験は、夫にとって父性意識の芽生えの第一歩となる貴重な体験であったと思われる。

また、本研究では、わが子を生んでくれた妻に対してだけでなく、自分を生んでくれた親への感謝が表出されていた。今回、分娩に立ち会う中で、その大変さを目の当たりにしたこと、立ち会う者の辛さと立ち会えたことへの喜びを感じたこと、さらには、自分自身が親という立場になることによって、自分の親もまた、このように力を尽くして生んでくれたのだと、夫は実感することができたのではないだろうか。そして、この感謝の気持ちは、今度は自分が親となってわが子を慈しみ育てていくという、夫の決意につながるものでもあると考える。

3. 医療者との関わりから、自分なりに分娩の様相を読み取ろうとする

夫は、分娩に立ち会う中で、【医療者にさまざまな感情を抱きながら、任せる】状況にあった。特に、今回の対象者の場合、妻に医療介入のあった事例が11名中8名あり、夫が母児の健康状態に対する危機感や帝王切開になるかもしれないといった不安を持ちながら分娩に立ち会っていたことが伺える。しかし、夫は、そのような思いを持っていながらも周囲の医療者には気持ちを打ち明けず、【自分なりに分娩の様相を読み取ろうとする】、すなわち、妻や周囲の様子から自分なりに判断したり、納得したりしようとしていた。さらに、夫は、医療者からの説明に対して、疑問や不足を感じているが、それらを解消するための行動には移していない。このため、夫が思う状況と医療者の取る行動との間にずれが生じることがあり、夫は苛立ちや不信感を感じるのである。

これらの多くは、医療者からの説明がなかった、あるいは、説明はあったが夫にとって納得できる内容ではなかったことから生じる感情であり、夫が、状況を十分理解しないまま、疑問を持ち続けたまま立ち会い続けている様子が伺える。中島・牛之濱²⁾によると、立ち会い分娩後の夫からの医療者への要望として、「その時々でできることをもっと詳しく教えてほしい」に次いで「出産の状態を詳しく説明してほしい」が多くあげられている。本研究においても、妻の分娩が安全に進行しているのかが気かりで、わが子が生まれるまでの時間の見当がつかず、分娩の終了が見えない状況において、夫は、聞きたいけれど聞けない、言いたいけれど言えないと感じている。夫が自分の思いを胸の中におさめており、質問をしないことが必ずしも状況を正しく把握しているとは限らないということを理解しておきたい。

研究の限界と今後の課題

本研究は、地方都市にある第3次医療施設である一施設で実施した。全例経陰分娩ではあったが、陣痛促進などの医療介入を行った事例があり、そのことが夫の体験を集約するうえでの妥当性に対する疑義は否めない。今後は、産科的医療介入の程度や内容など状況を限定したうえで、さらなる検討を進めていきたい。

結 論

立ち会い分娩をした夫の体験は、【わが子を迎える喜びと感動が湧く】、【無力な自分にとにかくできることを手探りでやってみる】、【母親となる妻への称賛の念を抱く】、【父親としての意識が芽生える】、【医療者にさまざまな感情を抱きながら、任せる】、【自分なりに分娩の様相を読み取ろうとする】の6つのカテゴリで構成されていた。

夫は、わが子を迎える喜びと感動が湧く中で自分の無力さを感じながら、それでも自分にできることを手探りでやろうとしている。医療者には、苦しむ妻を前にして、自分の辛さや不安を表出することなく、ひたすら立ち会い続けている夫の心情を酌み取り、夫にとってもよい分娩体験となるような関わりが求められる。

謝 辞

対象者の皆様、研究対象施設の皆様、ご指導くださいました諸先生方に心より感謝申し上げます。

(なお、本研究は2013年度徳島大学大学院博士前期課程修士論文の一部に加筆修正したものである。)

文 献

- 1) 厚生労働省：妊娠・出産に関する安全性の確保と不妊への支援、健やか親子21, 2010. <<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0331-13a015.pdf>> (アクセス：2013年6月27日)
- 2) Petra G, Marlene CM, Abbas ST: Factors related to childbirth satisfaction. Journal of Advanced Nursing 46 (2): 212-219, 2004
- 3) 中野美佳, 森恵美, 前原澄子：出産体験の満足に関連する要因について、母性衛生, 44 (2), 307-314,

- 2003.
- 4) 松井智子, 丸山美佳, 小原小夜子 他: 夫婦で取り組むお産と満足感の関連性—バースプラン作成からバースレビューを通して—, 大津市民病院雑誌, 10, 46-49, 2009.
 - 5) 関根憲治: 夫立ち会い分娩の問題点と対策, 周産期医学, 23 (7), 1037-1041, 1993.
 - 6) 永井宏, 岡村けい子, 鈴木孝子: 立ち会い分娩の功罪, 周産期医学, 18 (1), 47-53, 1988.
 - 7) 小此木啓吾, 持丸文雄: 周産期の臨床と父親の役割, 周産期医学, 18 (1), 115-119, 1988.
 - 8) 三上由美子: 第1子出産前後の女性がパートナーに対して抱く愛情と出産の様相との関連, 母性衛生, 53 (2), 287-295, 2012.
 - 9) 青野真歩, 高木恭子, 笹川泉 他: 分娩立ち会いが立ち会う夫の感情に与える影響—立ち会い群と非立ち会い群の比較—, 母性衛生, 45 (4), 530-539, 2005.
 - 10) 出口信子, 米村聡実, 福井奈美子 他: 夫の分娩立ち会い体験の自己評価とその関連要因, 母性衛生, 40 (4), 468-472, 1999.
 - 11) 寺内友香, 野口真貴子, 久米美代子: 初産婦の夫が立ち会い出産に対して抱いていたイメージと実際との相違, 日本ウーマンズヘルス学会誌, 9 (1), 67-78, 2010.
 - 12) 中島通子, 牛之濱久代: 立ち会い分娩後の夫の意識に関する研究, 母性衛生, 44 (2), 307-314, 2007.
 - 13) 森崎聡美, 小川久貴子: 夫立ち会い分娩に臨む夫婦への援助の方向性—夫立ち会い分娩でより満足が得られるために—, 日本ウーマンズヘルス学会誌, 2, 104-111, 2003.
 - 14) 高橋恭子, 井原まどか, 堤淳子 他: 立ち会い分娩が夫の育児・家事に与える影響について, 日本看護学会論文集: 母性看護, 35, 105-106, 2004.
 - 15) 伊藤靖子, 山川美由紀, 鈴木陽子 他: 夫の妻や子に対する意識の変化—夫立ち会い分娩を経験した夫と経験しない夫の比較—, 日本看護学会論文集: 母性看護, 37, 110-112, 2006.
 - 16) 木村薫, 白井やよい, 中村マリ: 夫立ち会い分娩についての意識調査 (第3報)—父親の育児参加と意識—, 日本看護学会論文集: 母性看護, 25, 21-23, 1994.
 - 17) 下中弘: 哲学辞典, 88, 平凡社, 1971.

Experiences of husbands attending their wives' childbirth

Tomoe Fujikawa¹⁾, Keiko Takebayashi²⁾, Michiko Kono²⁾, and Mari Haku²⁾

¹⁾The University of Tokushima Graduate School

²⁾Institute of Health Biosciences, the University of Tokushima Graduate School

Abstract Objectives : To describe the experiences of husbands who attended their wives' childbirth.

Methods : Qualitative and descriptive analysis of narratives from eleven husbands of primipara women who consented to this study. A questionnaire was used as guide for participants based on the Guidelines for Interview Questions.

Results : Six thematic categories were revealed from the narratives of husbands describing their experiences when they attended their wives' childbirth. These are: 'feeling pleasure and excitement to have my own baby', 'trying to do what I can do through trial and error although there may be little I can do', 'feeling respect for my wife who is becoming a mother', 'having a sense of being a father', 'trusting in healthcare professionals and having various feelings towards them', and 'trying to understand what childbirth is in my own way'.

Conclusion : Although the husbands felt their helplessness, in this situation, they also felt the excitement of having their own baby- they were hopeful and tried to do what they could do through trial and error. Healthcare workers need to understand the husbands' experiences while attending their wives' childbirth, not showing their own hardships and anxiety in front of their wives who were experiencing the joys and pain of childbirth, and to help them to make the childbirth a wonderful experience for them and for their wives as well.

Key words : husband, husbands' attendance during their wives' childbirth, experience

論文査読委員への謝辞

JNI Vol.13 No.1,2の論文査読は、編集委員のほかに、下記の方々をお願い致しました。ご多忙中にもかかわらずご協力賜りましたことに、お名前を記してお礼申し上げます。

上野 恭子, 岸田 佐智, 久保田君枝,
谷 洋江, 安原 由子, 吉永 純子 (敬称略)

27年度以降の The Journal of Nursing Investigation 原稿募集のご案内

看護学に関する原稿を募集しております。皆様のご投稿をお待ちしています。発行は原則として年2回です。本誌への原稿の締め切りは、下記のとおりです。

1号(9月30日発行): 5月31日原稿締め切り

2号(1月31日発行): 9月30日原稿締め切り

掲載料は1ページ7,000円(税別)で、カラー印刷など特殊な印刷や、別刷は投稿者実費です。

問い合わせ先: 〒770-8503 徳島市蔵本町3-18-15 国立大学法人徳島大学医学部

The Journal of Nursing Investigation(JNI)編集部 Tel: 088-633-7104; Fax: 088-633-7115

e-mail: medical.journal.office@tokushima-u.ac.jp

The Journal of Nursing Investigation

編集委員長： 雄 西 智恵美

編集委員： 岩 本 里 織, 片 岡 三 佳, 高 野 みち子
瀧 川 薫, 高 橋 照 子, 多 田 敏 子
多 田 美由貴, 森 恵 子, Locsin Rozzano
安 井 敏 之

発行元： 国立大学法人 徳島大学医学部
〒770 - 8503 徳島市蔵本町 3 丁目18 - 15
電 話：088 - 633 - 7104
F A X：088 - 633 - 7115

The Journal of Nursing Investigation 第13卷 第1, 2号

平成27年3月20日 印刷

平成27年3月31日 発行

発行者：苛原 稔

編集責任者：雄西 智恵美

発行所：徳島大学医学部

〒770 - 8503 徳島市蔵本町3丁目18 - 15

電話：088 - 633 - 7104

F A X : 088 - 633 - 7115

振込銀行：四国銀行徳島西支店

口座番号：普通預金 0378438 JNI 編集部

印刷所：教育出版センター