

# 聖マリア学院大学紀要

BULLETIN OF  
ST.MARY'S COLLEGE

## 目 次

### I. 資料

精神看護学実習における精神障がい者に対するイメージの肯定的変化とその変化に影響した体験－実習記録の分析－	八谷 美絵 他 ……………	3
新施設入所前後の障害者のコミュニケーションスキル、自尊心およびQOL	安藤 満代 他 ……………	9
看護研究と倫理	鷲尾 昌一 他 ……………	15
保健師教育の施策化・システム化への道程(その2) － 本学における保健師教育の改革－	小路ますみ 他 ……………	19
わが国における精神障害者のリハビリ導入の変遷	鮎川 春美 他 ……………	25
質的研究におけるTAE (Thinking At the Edge) の分析のプロセスについて－分析者の内省と体験の考察－	田村真由美 他 ……………	33

### II. その他

ロイ適応モデルに基づく看護実践と研究	Sister Callista Roy, RN, Phd, FAAN ……………	41
研究倫理研修会報告：人を対象とする医学系研究に関する倫理指針について	松原まなみ 他 ……………	49
聖マリア学院大学紀要 vol.8 2016年度 査読審査者	……………	59
編集後記	……………	60



【資料】

# 精神看護学実習における精神障がい者に対する イメージの肯定的変化とその変化に影響した体験 — 実習記録の分析 —

八谷美絵、谷 多江子、安藤満代

聖マリア学院大学

&lt;キーワード&gt;

精神看護学実習、精神障がい者のイメージ、接触体験

## I. はじめに

2004年に、「精神保健医療福祉改革ビジョン」が提示され、日本の精神医療は、入院医療中心から地域生活中心へと急速に改革が進められてきた<sup>1)</sup>。これまで、精神障がい者は、精神科病院での閉鎖的な生活を強いられてきたため、地域住民が、精神科病院や精神障がい者の実態を、具体的な映像や言葉で適確に把握できる機会は少なかった<sup>2)</sup>。一部のマスコミが精神障がい者による事件、事故を誇大報道することにより、全ての精神障がい者が同様に捉えられてしまう傾向にある<sup>3)</sup>。

地域住民を対象とした、谷岡らの調査によると、精神障がい者が変わっている、怖い、気を使う、暗いなどのイメージを持っていた<sup>4)</sup>。また、板山らも、地域住民が病気としての理解が難しい、身の危険への不安を感じると捉えていたことを報告している<sup>5)</sup>。中村らは、女子大学生の精神障がい者に対する態度及び社会的距離を調査し、精神障がい者に対する恐れや、精神障がい者と出会ってもどのように接したらいいかわからないという不安を抱いていることを明らかにした<sup>6)</sup>。これらの精神障がい者に対する否定的なイメージの要因の一つとして、精神疾患について学ぶ機会がなく、精神障がい者と接触する機会が少ないことが考えられる<sup>7)</sup>。

一方、看護学生（以下、学生とする）は、精神看護学の講義により、精神障がい者に対して疾患を持った普通人<sup>8)</sup>、普通人、優れた力をもつ、

社会生活が可能<sup>9)</sup>というイメージを形成する可能性があることが報告されている。しかし、柴らが「講義で精神を病む人に対する捉え方について学んでも危険性や恐ろしさは容易には軽減しない」と述べているように<sup>10)</sup>、専門知識を学ぶのみでは、十分な変化は望めない<sup>11)</sup>。講義後、学生は精神看護学実習（以下、実習とする）を通して、精神障がい者に対し自由な感じ、気持ちを通じる、理解可能だ、怖くない<sup>8)</sup>、普通人、個性的<sup>9)</sup>という肯定的なイメージを持つよう変化している。精神障がい者と直接接触する機会である実習は、机上では十分に理解することができなかった精神障がい者について理解を深める機会であり、精神障がい者のイメージの肯定的な変化に有効であると考えられる<sup>12)</sup>。

しかし、実習中のどのような体験が精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響しているのかという研究は見当たらない。学生がどのような体験によって精神障がい者への理解を深め、イメージを肯定的に変化させているのかを明らかにする必要が考えられる。そこで本研究は、精神障がい者に対するイメージの肯定的変化と、その変化に影響した体験を明らかにすることを目的とする。

## II. 用語の定義

・体験：患者との直接的な関わりの中で身の周り

に起こった出来事と観察した出来事。さらにその両出来事によって変化した感情

- ・イメージ: 精神障がい者に対する感情や捉え方
- ・肯定的: 相手をそのまま、それでよいと好意的に認めること

### Ⅲ. 実習の概要

A大学看護学部の学生が実習を行ったB病院は約300床の単科精神科病院である。学生は精神科急性期治療病棟、精神療養病棟、精神一般病棟の3~4の病棟に分かれて実習を行う。実習の期間は2週間、1グループは、約10名の学生で構成されている。学生は患者を1名受け持ち、共に作業療法に参加したり、各病棟の学生でレクリエーションを企画・実施したり、将棋やオセロなどをして時間を共有したりして、交流を深めている。

### Ⅳ. 研究方法

#### 1. 研究対象

平成2X年10月から平成2X年6月までに、精神看護学実習を終了したA大学看護学部の学生103名のうち、研究代表者が実習を担当した55名を対象とする。

#### 2. データ収集方法

1日の実習を振り返り気づいたことや、感じたことを自由に記載する「日々の振り返りの記録」と、実習終了後、2週間の実習で学んだことを記載する「実習のまとめの記録」(両記録を以下、実習記録とする)を分析対象とした。

#### 3. 分析方法

対象学生55名のうち、実習前後の精神障がい者のイメージと、イメージの肯定的な変化に影響した体験の両方を記述している32名の学生の実習記録を分析対象とした。まず、実習前後の精神障がい者のイメージについて述べている部分と、イメージの肯定的な変化に影響した体験について述べている部分に分け抽出した。

##### 1) 実習前後の精神障がい者のイメージ

実習前後の精神障がい者のイメージについて述べている最小のフレーズをデータとした。データの意味内容が類似しているものを集め、コード名を付けた。

##### 2) イメージの肯定的な変化に影響した体験

イメージの肯定的な変化に影響した体験について述べている最小のフレーズ、または文をデータとした。データを2名の研究者で検討しながら意味内容が類似しているものを集め、意味内容の特性から抽象度を上げたカテゴリ名を付けた。また、小坂らが「学生の精神障がい者に対するイメージが肯定的な方へ変化したのは精神障がい者との接触体験によるものである」<sup>13)</sup>と報告している先行研究を参考に、カテゴリをどのような接触体験であったかに分類した。カテゴリの抽出は、2名の研究者で一致するまで検討を行った。

### 4. 倫理的配慮

A大学の研究倫理審査委員会の承認を得た。研究対象者に本研究の目的、内容、研究の意義、研究への参加・不参加は自由意思であること、実習の評価や成績には一切影響しないことを全員の実習の評価が終了した時点で、口頭にて説明し参加の同意を得た。同意が得られた研究対象者のデータは、個人の特定ができないように、名前をはずして分析した。

### Ⅴ. 結果

本稿ではデータを「 」、データの中で精神障がい者が発した言葉や学生が抱いた感情を“ ”、コードを〔 〕、カテゴリを< >、体験の分類を【 】として表現した。

表中のデータ、コード、カテゴリでは「患者」という学生の表現をそのまま使用した。

#### 1. 実習前後の精神障がい者のイメージの変化

実習前の精神障がい者のイメージのデータ総数は73であった(表1)。実習前の精神障がい者のイメージは〔怖い〕が最も多く、次いで〔引きこもっている人が多い〕〔突然暴れだす〕であった。実習後の精神障がい者のイメージのデータ総数は39であった(表2)。実習後のイメージは〔明るい〕が最も多く、次いで〔優しい〕〔怖くない〕であった。

#### 2. 精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響した体験

データの総数は78であった。分析の結果、12のコード、6のカテゴリが抽出され、4の接触体験に分類された(表3)。

表1. 実習前の精神障がい者のイメージ (n=73)

コード	データ数
怖い	17
引きこもっている人が多い	8
突然暴れだす	7
衝動的な行動をする	4
コミュニケーションが取れない	4
暗い	3
暴力的な方が多い	3
何をするか分からないから危ない	3
独語がある	2
全員がうつ傾向	2
何を考えているか分からない	2
奇声を発する	1
調子の狂った笑い声や独り言	1
いきなり大声で叫ぶ	1
変な行動をする	1
外来にもなかなか足を運ばない	1
妄想や幻聴などに支配されている	1
会話ができないくらい混乱している	1
自傷行為がある	1
要観察者	1
落ち着きがない	1
精神疾患を持ち苦しんでいる	1
どこか異様な雰囲気をもっている	1
変な人	1
ピリピリした雰囲気	1
隔離されている	1
個人の自由がない	1
挨拶をしても返事などない	1
他患者間との交流もあまりない	1

表2. 実習後の精神障がい者のイメージ (n=39)

コード	データ数
明るい	8
優しい	6
怖くない	4
楽しい	2
他者のことを気遣うことができる	2
社会生活に復帰できるように日々頑張っている	2
私たちと何ら変わりはない人たち	2
楽しみを持って過ごせる	2
感情を豊かに表出することもある	2
優しく親しみやすい	1
明るくのびのびしている	1
活気にあふれている	1
全員が暴れるわけではない	1
患者間でも思いやりのある行動をとる	1
明るく前向き	1
コミュニケーションがとれる	1
健康的な部分が多くある	1
それぞれに個性がある	1

表3. 精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響した体験 (n=78)

データの一例	データ数	コード	カテゴリ	接触体験の分類	
自分の意思をはっきり持っており、コミュニケーションも問題なくとることができた。	16	会話ができた	患者とコミュニケーションが取れた	精神障がい者—学生間の双方向の関わりによる直接的接触体験	
患者さんと病院内ですれ違う際挨拶すると、必ず笑顔で返してくれた。	5	挨拶をしてくれた			
一緒に過ごし、話したり、患者さんがOTで楽しそうに活動している姿を見て“ああ、こつやって笑うんだ”とか、“こんな考えを持った人なんだ”とその人自体が見えてくるようになった。	7	患者の言動が分かってきた	患者を理解できた		
例えば△氏から“怒られたから気分が落ち込みました”などの発言があり、このような感情は私達も抱く感情であり、病気を患っているからというわけではない。	3	自分達と同じ感情を持っていた			
OT園芸に参加し、春菊の間引きを一緒に実施した。	3	患者と一緒に活動に参加した	患者と共に行動した		
患者さんは優しい方ばかりで、私たち学生に対し気軽に声をかけてくださる暖かさを持っていた。	14	気遣いを受けた	患者から関心を持たれた		精神障がい者から関心を持たれた直接的接触体験
患者さん達は“名前は？”“いつまで来るの？”学生のことを気にかけて話してくれる人も多い。	6	学生に興味を示した			
自分でできる事は自立して行っていた。	7	自立して行動していた			精神障がい者を観察した間接的接触体験
きちんと薬を飲んでレクリエーションや病棟での生活の中で他者と関わり、自分の生活リズムをつけたりと、精神の安定を図って社会生活に復帰できるように頑張っている。	5	治療に積極的であった	患者の前向きな面を観察した		
○さんのような元気で明るい方もいる事を実際に目で見て感じる事ができた。	4	明るく会話していた			
ホールに出てきて、他の患者さんと会話をしたり、将棋をしたりして楽しんでいました。	5	患者同士の交流があった	患者同士の良好な関係を観察した	精神障がい者同士の関わりを観察した間接的接触体験	
他患者さんがドアを開けられず困っている時、□氏がドアを開けてあげ、他患者さんが多目的ホールに入ってから自分が入っていた。	3	他患者を気遣っていた			

### 1) 【精神障がい者—学生間の双方向の関わりによる直接的接触体験】

精神障がい者—学生間の双方向の関わりによる直接的接触体験とは、コミュニケーションをとったり、作業療法と一緒に参加したりという、精神障がい者と学生の双方向の関わりによって生じた体験を示している。

<患者とコミュニケーションが取れた>は、『患者さんは状態が落ち着いている時は普通に会話ができる』、『患者さんと好きな食べ物や趣味の話で患者さんに笑顔も見られ楽しい会話ができる』、などから抽出された〔会話ができる〕、『生き生きとあいさつをしてくれた』、『患者の方から“おはようございます”と学生に話しかけてくれた』、などから抽出された〔挨拶をしてくれた〕から構成されていた。また、<患者を理解できた>は、『患者一人ひとりの行動が症状からくるものであることや、こだわりの強さの違いなどが把握でき、患者一人ひとりに合わせた対応の方法や、行動に応じた対応の方法が理解できた』、『穏やかに過ごされている日もあり、症状の変動によるものであり患者さん自身が激しい性格だけではない』、などから抽出された〔患者の言動が分かってきた〕、『私達と同じように喜怒哀楽があり、作業療法では必死に戦ったり、拍手をしたり笑顔を見せていた』、『私達が普段感じる喜怒哀楽や友人とのおしゃべりが楽しいことなど同じように感じている』、などから抽出された〔自分達と同じ感情を持っていた〕から構成されていた。さらに、<患者と共に行動した>は、『みんなで1つのことに集中して楽しい時間を共有することができた』、『会話・ゲーム(将棋・オセロなど)をしに作業療法へ一緒に参加した』、などから抽出された〔患者と一緒に活動に参加した〕から構成されていた。これらの<患者とコミュニケーションが取れた><患者を理解できた><患者と共に行動した>という直接的接触体験は精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響した体験であった。

### 2) 【精神障がい者から関心を持たれた直接的接触体験】

学生が精神障がい者から関心を持たれた直接的接触体験とは、精神障がい者が学生に対して、席を用意してくれたり、道案内をしてくれたりという、精神障がい者から学生への一方向の働きかけによって生じた体験を示している。

<患者から関心を持たれた>は、『受け持ち患者さんが病室の中で、“ここに座っていいよ”と私の席を用意してくれた』、『病棟から多目的ホール

に行く時、患者さんが道を案内してくれた』、などから抽出された〔気遣いを受けた〕、『患者さんに受け入れてもらえるか不安だったが、学生に興味を示された』、『受け持ち患者とデイルームで話していると、他の患者さんから声をかけてくれることも増えた』、などから抽出された〔学生に興味を示した〕から構成された直接的接触体験であり、精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響した体験であった。

### 3) 【精神障がい者を観察した間接的接触体験】

学生が精神障がい者を観察した間接的接触体験とは、患者が作業療法に積極的に参加していたり、周りの人と楽しんでいたりという、学生が精神障がい者を観察することによって得られた体験を示している。

<患者の前向きな面を観察した>は、『患者さんは部屋から外へ自由に動き回り、他の病棟と変わらないのだと知った』、『自分でできる事は自立して行っていた』などから抽出された〔自立して行動していた〕、『毎日社会復帰に向けて、いろいろな作業療法があっていて、患者さん達も積極的に参加しているのを見ることができた』、『自分の精神症状に対しても向き合って治療している』、などから抽出された〔治療に積極的であった〕、『明るく話をしていた』、『作業療法士さんの盛り上げによって周りの患者さんも笑ったりしていたので、精神疾患がある患者さんも周りの人と楽しむことができる』、などから抽出された〔明るく会話していた〕から構成された間接的接触体験であり、精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響した体験であった。

### 4) 【精神障がい者同士の関わりを観察した間接的接触体験】

精神障がい者同士の関わりを観察した間接的接触体験とは、患者同士がコミュニケーションをとったり、困っている人に手を差し伸べたりという、精神障がい者同士の関わりを観察することによって得られた体験を示している。

<患者同士の良好な関係を観察した>は、『仲の良い友人と笑顔でおしゃべりをしている姿を見た』、『多くの人がホールに集まっており、患者同士の会話も見られた』、などから抽出された〔患者同士の交流があった〕、『患者さん同士が周りをよく見ており、困っている方に対しては手を差し伸べていた』、『受け持ちではない患者さんが車イスで困っている時に手伝っていた』、などから抽出された〔他患者を気遣っていた〕から構成された

間接的接触体験であり、精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響した体験であった。

## VI. 考察

### 1. 実習前後の精神障がい者のイメージの変化

精神障がい者のイメージは、[怖い] [何をすることが分からないから危ない] [妄想や幻聴などに支配されている] から [優しい] [他者のことを気遣うことができる] [私たちと何ら変わりのない人たち] という肯定的なイメージに変化していた。齋らは、学生は精神障がい者と関わり、健康な能力を持っている一人の人間であり、自己決定できる存在であると認知したことから、精神障がい者に対して肯定的なイメージに変化した<sup>14)</sup>と報告している。同様の結果が、岡本ら<sup>3)</sup>をはじめ、多数報告されており、本研究の結果も、それらの先行研究を支持するものである。「実習」において精神障がい者と直接的な関わりを持つことは、物理的な距離だけを意味するのではないと考えられる。[私たちと何ら変わりのない人たち] や、[健康的な部分が多くある] のように、実習において学生自身が、精神障がい者との共通点を認識できたことが、心理的な距離を縮め、精神障がい者のイメージの肯定的な変化に有効であったのではないだろうか。

### 2. 精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響した体験

精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響した体験を、【精神障がい者—学生間の双方向の関わりによる直接的接触体験】、【精神障がい者から関心を持たれた直接的接触体験】、【精神障がい者を観察した間接的接触体験】、【精神障がい者同士の関わりを観察した間接的接触体験】の4つに分類した。

岡本らは、「実習における学生の特権は(略)患者—学生関係をラポールの階段へと発展させていくものと考えられる」<sup>15)</sup>と述べている。学生は2週間受け持ち患者と行動を共にし、深く密に関わることにより様々な情報を収集し、試行錯誤を繰り返し精神障がい者を理解しようとしていると考えられる。そこで得られた情報が自分たちにも起こりうるような身近なものであればあるほど、意外性を感じ、精神障がい者という集団ではなく一人の人として理解を深めることができると推測することができる。

また、精神障がい者との直接的な接触体験だけ

でなく、間接的な接触体験によっても精神障がい者のイメージが肯定的に変化し、学生は精神障がい者を一人の人として理解を深めていると考えられる。あえて受け持ち患者と距離を取り、客観的視点から受け持ち患者を捉えることで患者の意外性のある新たな一面を発見することができたと考えられる。これらのことより、客観的視点を持ち患者と関わることの重要性を示すことができる。さらに、間接的接触体験によっても精神障がい者のイメージは肯定的に変化すると推察される。

直接的接触体験については、「精神障がい者との直接的な関わりは、精神障がい者に対するイメージが肯定的に変化し、対象者の理解が深まる体験であった」<sup>13)</sup>という小坂らの先行研究を支持するものであるが、間接的接触体験については先行研究では報告されておらず、新たな視点であると示唆される。

一方、原田らは、「偏見を低くするためには接触体験を量的に増やすばかりでなく、接触体験の質をよくすることが必要だ」と主張している<sup>16)</sup>。同様に星越も、「精神疾患の知識や障がい者との接触体験が豊富になれば好意的で受容的な態度変容がもたらされるとは必ずしも言えない」<sup>17)</sup>と示している。これらのことより、学生が精神障がい者への理解を深め、好意を抱き、精神障がい者を一人の人として身近に感じることができるようになる質のよい間接的、直接的体験が重要であり、そのような体験こそが、精神障がい者のイメージの肯定的な変化に影響を与えると考えられる。

また、岡田らは、「体験的な理解が、精神看護学実習の学びの根幹であり、他領域とは異なる独創的な部分」であり、そのプロセスには教員・指導者が学生を受容しサポートしていくこと、学生自身が精神障がい者に対する偏見・差別を乗り越えることが重要であると述べている<sup>18)</sup>。実習において、学生が日々どのような体験をしているのかを把握し、学生の気持ちや気づきに耳を傾け、安心して精神障がい者に向き合えるように精神的なサポートをしていくことが重要であると言える。さらに、精神疾患や症状がその人の全てを支配しているのではなく、私たちと何ら変わりのない健康的な側面もあるということを、学生自身が発見できること、そのための直接的・間接的接触体験ができる環境を整えることが必要であると言える。このような教員の教育的な関わりによって、精神障がい者への理解が深まるのではないだろうか。

## VII. 結論

精神障がい者に対するステレオタイプ化したイメージや合理的根拠のない評価は、実習を通して肯定的なイメージへと変化していた。また、肯定的なイメージに変化した背景には直接的、間接的体験があり、精神障がい者を一人の人として理解を深めることができていた。このような質のよい接触体験が精神障がい者のイメージの肯定的変化に影響を与えていた。

## 文献

- 1) これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会：地域精神保健医療体制の現状について <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000118658.html>
- 2) 毛呂裕子, 島谷まき子 (2010)：精神障害者に対する社会的態度—精神障害に関する知識・経験・その他の要因からの検討—。昭和女子大学生生活心理研究所紀要, 12, 87-97.
- 3) 岡本隆寛, 阿部由香, 松本孚 (2002)：精神看護実習前後における看護学生の精神科に対するイメージの変化 (第1報)。順天堂医療短期大学紀要, 13, 88-95.
- 4) 谷岡哲也, 浦西由美, 山崎里恵, 他 (2007)：住民の精神障害者に対する意識調査：精神障害者との出会いの経験と精神障害者に対するイメージ。香川大学看護学雑誌, 11 (1), 73.
- 5) 板山稔, 高山絵理子, 田中留伊 (2013)：精神障害者および精神保健福祉に対する地域住民の思いに関する記述的研究。弘前医療福祉大学紀要, 4 (1), 31.
- 6) 中村真, 川野健治 (2002)：精神障害者に対する偏見に関する研究—女子大学生を対象にした実態調査をもとに—。川村学園女子大学研究紀要, 13 (1), 137-149.
- 7) 坂野純子, 菊澤佐江子, 的場智子, 他 (2010)：精神障害者に対する大学生のスティグマ的反応尺度の因子構造と関連要因。岡山県立大学保健福祉学部紀要, 17 (1), 23.
- 8) 安藤満代, 川野雅資, 谷多江子 (2013)：精神看護学実習を通じた精神障害者に対する対人違和感とイメージの肯定的変化。インターナショナルNursing Care Research, 12 (2), 115-124.
- 9) 木下八千代, 松田光信 (2004)：看護学生が描く「精神障害者像」の変化に関する研究—講義と実習の関連から探る—。日本精神保健看護学会誌, 13 (1), 117-122.
- 10) 柴裕子, 瀧井ヒロミ (2013)：精神看護学実習前の看護学生の精神を病む人に対するイメージ—社会的スキルおよび信頼感との関係—。中京学院大学看護学部紀要, 3 (1), 56.
- 11) 北岡 (東口) 和代, 谷本千恵, 林, 他 (2003)：看護学生の精神障害者への態度の変化—講義前から実習後にかけての変化の検討—。日本精神保健看護学会誌, 12 (1), 78-84.
- 12) 小坂やす子, 文鐘響 (2011)：精神看護学実習前後における看護学生の精神障がい者に対するイメージの変化。太成学院大学紀要, 13, 195-201.
- 13) 前掲<sup>12)</sup>199.
- 14) 齋二美子, 石田真知子 (2006)：精神看護学実習における看護学生の精神障害者及び精神科看護に対する意識の変化と学びの関連。東北大医保健学科紀要, 15 (1), 53.
- 15) 前掲<sup>3)</sup>93.
- 16) 原田敬子, 鋤田奈穂, 竹元紀美代, 他 (2001)：精神障害に対するイメージと影響要因—大学生と社会人の比較—。作業療法, 20, 179.
- 17) 星越活彦 (2005)：精神障害者に対する看護学生の社会的態度。臨床精神医学, 34 (3), 362.
- 18) 岡田佳詠, 羽山由美子, 水野恵理子, 他 (2002)：精神看護学実習についての看護学生の意識に関する研究。聖路加看護大学紀要, 28, 37-38.

【資料】

# 新施設入所前後の障害者の コミュニケーションスキル、自尊感情およびQOL

安藤満代、下川雅文\*、井手 信、吉良晴子\*\*、八谷美絵

聖マリア学院大学、\*ウェルフェアマリア、\*\*久留米大学比較文化研究所

&lt;キーワード&gt;

障害者、QOL、施設間移行、コミュニケーションスキル、自尊感情

## はじめに

障害者に対する考え方やサービスは、近年著しく変化してきている。2000年代に入り、障害者の自己決定に基づくサービスの利用が可能となったが、財源の不足、障害者間（身体障害、知的障害、精神障害）で受けられるサービスが異なるという格差や、サービスの水準が地域によって異なるという地域格差があった。そこで2006年に障害者自立支援法が制定され、身体障害、知的障害、精神障害へのサービスが独立して制定されていたものが一元化され、サービスの量に応じた定率の利用者負担が導入された。しかし、利用者の定率負担では財源に持続性がもたらされないという問題、また難病などが障害として扱われておらず、サービスが必要な人がサービスを受けられないという問題が生じていた。そこで、これらの問題を是正して2012年10月から障害者総合支援法が施行されて、さらに2016年障害者差別解消法が施行されるようになった。この法律では、雇用、教育、医療、公共交通など障害者の自立と社会参加に関わるあらゆる分野に対して、障害者の障害を理由とする差別の解消の促進に関し、障害者の自立や社会参加を促すことを目指している。この法律の施行によって、障害者が一般の社会で生活する機会が増えてくると予想される。そのため、障害者の心理面を理解することは障害者と一般の人との相互理解にも繋がり、有意義なことと考えられた。

障害者のなかでも精神障害に含まれる統合失調症患者の自尊感情は、脳梗塞発症後の患者の自尊

感情<sup>1)</sup>や、障害のない大学生の自尊感情<sup>2)</sup>と比較して明らかに低く、その理由の一つは病的体験に伴う自尊感情の傷つきがあるという<sup>3)</sup>。また、統合失調症患者の自尊感情は生活の質（Quality of life: QOL）と関連していることが示されている<sup>4)</sup>。自尊感情は、精神障害者に限らず、身体障害、知的障害をもつ人のQOLとも関連があると予想された。さらに障害者にとって、他者と適切にコミュニケーションをとるためのスキルは日々の生活の上では極めて重要と考えられるが、障害者のコミュニケーションスキルに関する研究は少ない。そのなかでも、精神障害者のコミュニケーションスキルを含む社会生活技能は自尊感情に影響することが示されている<sup>5)</sup>。また、発達障害者や発達障害児のコミュニケーションスキルに関する研究は散見されるが<sup>6) 7)</sup>、成人の障害者のコミュニケーションスキルと自尊感情との関連を調べた研究は極めて少ない。「障害者」、「コミュニケーションスキル」、「自尊感情」、「QOL」というキーワードをすべて含んだ論文は、著者が医学中央雑誌によって検索した際には見当たらず、障害者の心理を調べるにはこれらの要因を含めた研究が必要と考えられた。

また人間の心理は、環境の変化によって変化することが示されている。環境変化のなかでも住居が変化することに関する研究では、家から家への移行、家から施設への移行、施設間の移行などの3つのパターンに分けられる<sup>8)</sup>。高齢者を対象として、環境変化が大きいグループは、環境変化が小さいグループよりも死亡率が高いことが示されている<sup>9)</sup>。一方、精神科高齢者患者の施設間

の移行においては死亡率や行動状況に影響はみられなかったことが示されているが<sup>10) 11)</sup>、障害者を対象とした心理面の変化についての研究は見当たらない。施設間の移行によって障害者の心理がどのように変化するのかを調べることは、環境に関する人間の心理についての知見を得るためには必要と考えられた。そこで本研究では、施設間の移行が障害者の心理面としての自尊感情、コミュニケーションスキル、QOLにどのような変化があるかと、その関連について調べることにした。

## 目的

旧施設から新施設へ移行する前後において、障害者の自尊感情、コミュニケーションスキル、QOLの変化と、それらの関連について調べることを目的とした。

## 方法

### 対象：

障害者支援施設であるA施設は、生活介護、就労継続支援などを行っている施設であるが、建築が古かった旧施設から、新築する新施設に移行することになった。旧施設では、個室になっていなかったためにプライバシーが十分に保たれていない部分が多かった。また施設の内部はバリアフリーになっていなかったので車椅子での移動にも体力が必要であった。一方、新施設では、利用者の居室は個室となったのでプライバシーが十分に保護され、施設内もバリアフリーの構造になる予定であった。対象者は旧施設に入所していた44名と(男性30名、女性14名、平均51.0歳、SD=10.1)と新施設に入所していた23名(男性21名、女性2名、平均年齢54歳、SD=12.3)であった。

### 質問紙：

用いた質問紙は以下のようなものだった。

- 1) 生活の質(Quality of Life: QOL)の測定には、QOL26(下位尺度:身体的領域、心理的領域、社会的領域、環境的領域、QOL全体)を用いた。全部で26項目あり、各項目について5件法(1点:まったくそうでない~5点:非常にそうだ:表現は項目によって異なる)で測定し、得点が高いほどQOLが高いことを示す<sup>12)</sup>。
- 2) 自尊感情の測定には、Rosenbergの自尊感

情測定尺度の日本語版(以下自尊感情尺度)(山本ら、1996)<sup>13)</sup>を用いた。この尺度は、10項目について4件法(1点:そう思わない~4点:そう思う)で測定し、合計点が高いほど自分について「これでよい」と感じ、自尊感情が高いことを示す。合計得点の範囲は、10点~40点であった。

- 3) コミュニケーションスキルの測定には、Kiss-18(Kikuchi's social skill scale-18項目版)を用いた<sup>14)</sup>。この尺度は、18項目について5件法(1点:いつもそうではない~5点:いつもそうだ)で測定し、合計点または平均得点を算出する。得点が高い方が、コミュニケーションスキルが高いことを示す。合計得点の範囲は、18点~90点であった。
- 4) 自由記述:新施設への移行前において、「現在の施設について思うこと、新施設への移行について思うこと」を記述してもらった。

### 調査方法：

質問紙への回答が可能と考えられた入所者に、施設の職員が「調査依頼」が来ていることを話し、興味がある場合には、対象者の候補として挙げた。日程を調整し、調査者が施設を訪問し、個室にて再度、調査の内容を詳細に入所者に説明した。そこで同意が得られた場合には同意書に署名していただき調査を行った。調査者が調査票にそって質問して、調査者が回答を記入した。時間は1人約20分であった。

### 分析方法：

QOL26、自尊感情、コミュニケーションスキル尺度の合計得点と、QOL26とコミュニケーション尺度の各項目に移行前後で差がないかを調べるために、対応のないt検定を行った。各尺度間の関連には相関分析を行った。5%水準( $p < 0.05$ )を統計的に有意とした。結果の表記では、質問項目は簡略化して記述し、逆転項目は得点を逆転させた値を示すので、質問項目も逆に記述した。自由記述は、個別性があり、重複した回答も少なかったため、列記することで示した。

### 倫理的配慮：

調査への参加は、自由意志によるもの、たとえ断ってもなんら不利益は生じないこと、同意した後でも、いつでも撤回できることを説明した。また結果は、全体で集計するので、プライバシーは守られることを付加した。なお本研究は大学の研究倫理審査委員会の承認を受けた。

## 結果

新施設への移行前後で各尺度の合計得点について有意差があるかを検定した。平均得点と標準偏差(±SD)を以下に示した。検定の結果、表には示していないが、QOL26の平均値(前 $3.1 \pm 1.1$ 、後 $2.9 \pm 0.7$ )、自尊感情の合計点(前 $28.6 \pm 7.3$ 、後 $28.0 \pm 6.3$ )、コミュニケーションスキル尺度の合計点(前 $55.5 \pm 5.9$ 、後 $59.8 \pm 12.1$ )のいずれも前後で統計的に有意な変化は認められなかった。

さらにどのような内容が変化したかを調べるために、各尺度の各項目の得点変化を調べた(表1)。有意差がみられた項目は、「体の痛みや不快感のせいで行動が制限されない」が上昇( $p < 0.05$ )、「生活における医療の必要性が少ない」が低下( $p < 0.05$ )、「余暇を楽しむ時間」が低下( $p < 0.001$ )、「家の周囲を出回ることがある」が上昇( $p < 0.05$ )、「人間関係に満足する」が上昇( $p < 0.05$ )、「気分がすぐれなかったり、不安や落ちこみを頻繁に感じない」が低下( $p < 0.01$ )した。

コミュニケーションスキル尺度の各項目について、移行前後で差があるかを調べた(表2)。その結果、「こわさや恐ろしさを感じたときに、それをうまく処理できますか」は得点が有意に上昇していた( $p < 0.05$ )。その他には、有意ではないが、「仕事をするとき、

表1. 移行前後における QOL26の得点の変化

質問項目	移行前	移行後	P値	標準値
1 自分の生活の質	3.1	2.9	$p=0.38$	3.2
2 自分の健康状態	3.3	3	$p=0.45$	3
3 痛みや不快感のせいで行動が制限されない	2.9	3.8	$p=0.03$	4
4 生活における医療の必要性が少ない	3.4	2.7	$p=0.05$	4
5 生活を楽しく過ごすこと	2.9	2.9	$p=0.93$	3.3
6 自分の生活を意味あると感じる	2.8	2.8	$p=0.96$	3.4
7 物事にどれくらい集中できるか	3.2	3.5	$p=0.28$	3.5
8 生活の安全性	4	3.7	$p=0.32$	3.6
9 生活環境が健康的であるか	3.4	3.9	$p=0.07$	3.3
10 生活を送るための活力	3.6	3.5	$p=0.60$	3.6
11 自分の外見を受け入れられか	3.3	3.2	$p=0.62$	3.1
12 必要なものを買うためのお金	3	3.3	$p=0.48$	2.8
13 必要な情報を得られるか	3.4	3.1	$p=0.40$	3.3
14 余暇を楽しむ時間	4.1	3.1	$p=0.001$	3.1
15 家の周囲を出回ることがあるか	3	3.9	$p=0.04$	3.3
16 睡眠の満足	3.8	3.7	$p=0.53$	3.1
17 毎日の活動をやり遂げる能力の満足	3.2	3.6	$p=0.15$	3.2
18 自分の仕事をやる能力の満足	2.9	3.5	$p=0.09$	3.2
19 自分自身に満足するか	2.8	3.3	$p=0.14$	3.1
20 人間関係に満足するか	2.8	3.6	$p=0.02$	3.2
21 性生活に満足するか	2.8	2.6	$p=0.50$	2.9
22 友人の支えに満足するか	3.3	3.6	$p=0.26$	3.4
23 家と家の周りの環境に満足か	3.5	3.5	$p=0.94$	3.2
24 医療施設や福祉サービスの利用しやすさに満足か	3.3	3.5	$p=0.56$	2.8
25 周辺の交通の便に満足か	3.5	3.7	$p=0.56$	3.4
26 嫌な気分(絶望、不安、落ち込み)を感じる	3.5	2.5	$p=0.004$	3.6

表2. 移行前後におけるコミュニケーションスキル尺度得点の変化

質問項目	移行前	移行後	p値
1 他人と話していて、あまり会話が途切れないほうですか	3	2.8	$p=0.64$
2 他人にやってもらいたいことをうまく指示することができますか	3.2	3.3	$p=0.70$
3 他人を助けることを上手にやれますか	2.7	3.1	$p=0.27$
4 相手が怒っているときに、うまくなだめることができますか	2.7	2.9	$p=0.48$
5 知らない人とでも、すぐに会話がはじめられますか	2.9	3.3	$p=0.35$
6 まわりの人たちとの間でトラブルが起きても、それをうまく処理できますか	2.6	2.6	$p=0.94$
7 こわさや恐ろしさを感じたときに、それをうまく処理できますか	2.9	3.7	$p=0.03$
8 気まずいことがあった相手と上手く和解できますか	3.2	3.3	$p=0.71$
9 仕事をするとき、何をどうやったらよいか決められますか	3.1	3.7	$p=0.09$
10 他人が話しているところに気軽に参加できますか	2.8	2.7	$p=0.73$
11 相手から非難されたときにも、それをうまく片付けられますか	2.8	3.1	$p=0.40$
12 仕事の上で、どこに問題があるかすぐに見つけることができますか	3.1	3.5	$p=0.28$
13 自分の感情や気持ちを素直に表現できますか	3.3	3.7	$p=0.28$
14 あちこちから矛盾した話が伝わってきても、うまく処理できますか	3.1	2.9	$p=0.61$
15 初対面の人に、自己紹介がうまくできますか	3	3.2	$p=0.73$
16 何か失敗したときに、すぐに謝ることができますか	4.2	4.4	$p=0.72$
17 周りの人たちが自分とは違った考えをもっている、うまくやっていけますか	3.7	3.7	$p=0.97$
18 仕事の目標を立てるのに、あまり困難を感じない方ですか	3.3	3.8	$p=0.14$

**表3. 新施設への移行前後における  
QOL、自尊感情、コミュニケーションスキル**

尺度の平均値

変数	QOL	自尊感情	コミュニケーションスキル
移行前			
QOL	—		
自尊感情	r=.54**	—	
コミュニケーションスキル	r=.18	r=.17	—
移行後			
QOL	—		
自尊感情	r=.31	—	
コミュニケーションスキル	r=.74***	r=.43*	—

\*:p<0.05, \*\*:p<0.01, \*\*\*:p<0.001

**表4. 「旧施設で思うことと新施設に対して  
思うこと」の自由記述**

	記述のまとめ
旧施設の現在で思うこと	1. 長年頭痛がしており、病院でも原因不明である。
	2. 施設のまわりに坂道が多いので外出時に怖いときがある。
	3. 体を動かせるようになりたい。
	4. 他者から悪口を言われ、人間関係が難しい。
	5. 他者と口論になることがある。
	6. 言いたいことが溜まってストレスになることがある。
	7. お風呂が気に入っている。
	8. 食事には満足している。
	9. 食事には色々と気遣ってもらっている。
	10. 寒いので換気を嫌がる人がいて困る。
	11. 古くて汚れが気になるが、あと少しと思って我慢できる。
	12. コンビニや病院に近いので退去より今の場所で満足している。
	13. 職員もよく話を聞いてくれるので満足している。
	14. もっと話を聞いてほしいと思うことがある。
新施設に対して思うこと	1. 今は4人部屋なので個室の方を希望する。
	2. 個室ならやりたいことができる。
	3. お風呂の段差を解消してほしい。
	4. シャワーを増やしてほしい。
	5. 職員の見守りなく入浴したい。
	6. 風呂場に暖房がほしい。
	7. お風呂に手すりを左右につけてほしい。
	8. 今は床がぬれて滑りやすいので改善してほしい。
	9. トイレのウォシュレットを増やしてほしい。
	10. 建物の開き戸が多いので、自動ドアを増やしてほしい。
	11. 窓際で部屋が寒い。暖房を循環させてほしい。
	12. 部屋の開口が狭くて、車椅子がやっと通る。
	13. 同室の人のいびきで眠れない。
	14. 現在4人部屋で、仕切りのカーテンもない。個室が良い。
15. 同室の人の臭気が気なる。	
16. エレベーターがあったら良いと思う。	
17. 新施設がどのようなものか興味があるので、もっと話を色々聞きたい。	

何をどうやったらよいか決められる (p<0.1)」という項目の得点は統計学的には有意ではないが、上昇する傾向を示した。

相関分析において (表3)、移行前では「QOL」と「自尊感情」との間に有意な正の相関がみられていたが (r=0.54, p<0.001)、その他は有意ではなかった。移行後では、「コミュニケーションスキル」と「自尊感情」との間に正の相関 (r=0.43, p<0.05)、「コミュニケーションスキル」と「QOL」との間に正の相関 (r=0.74, p<0.001)があった。「QOL」と「自尊感情」との間には有意差はみとめられなかった。

移行前において「現在の施設について思うこと、新施設への移行について思うこと」への自由記述は、意味が通じる一文にしてまとめた (表4)。内容としては、施設の構造そのものについて思うこと、他の入所者や職員について思うことなどがあった。

## 考察

### 1. 旧施設から新施設への移行に伴う心理面の変化

コミュニケーションスキル尺度、自尊感情尺度、QOL26の各尺度について、合計得点については、移行前後で有意差はみられなかったが、各項目においては有意差がみられた。「体の痛みや不快感のせいで行動が制限されない」という項目では有意に上昇し、移行した後には体の痛みや不快感のせいで行動が制限されることが緩和したことを示す。これは、自由記述にみられていた、「移動の困難さ」、「廊下の段差」、「車椅子でスロープを登ること」、「ドアの開口範囲が狭い」などの点が改善されて、体の痛みが軽減されたことによると考えられる。施設での共同生活において、個々の障害に焦点をあて生活環境を整えていくことは困難なこともあるが、障害者の身体的機能を多方面からアセスメントし、生活環境に反映していくことは重要なことであると示唆される<sup>15)</sup>。

また、「家の周囲を出回ることがあるか」という項目の得点は上昇し、逆に「余暇を楽しむ時間」は低下した。これは、部屋が個室となり、プライバシーが保たれるようになったために、自分の時間を過ごすことと、施設外で過ごす時間が明瞭になったこと、また活動も「余暇を楽しむ」というより、なんらかの仕事、役割の遂行など活動が多くなったことを示している。これらから「余暇以外での活動範囲の拡大」という変化があったもの

と考えられる。さらに「人間関係に満足するか」の得点も上昇していた。これも、個室になり、プライバシーが守られることから、より共同生活している利用者と適切な距離を保つことができるようになったためではないかと考えられる。

「生活における医療の必要性が少ない」と「気分が優れなかったり、不安や落ちこみを頻繁に感じない」という項目の得点は、移行後に低下していた。即ち、これらは、新施設に移行後は、「医療の必要性」、「気分がすぐれないと感じる」という程度が高くなっていることを示す。このことは、旧施設に比べて新施設では、医療処置が多い方、障害の重症度が高い方が優先的に入所するようになったために、このような結果になったのではないかと考えられる。また、「自分の生活を意味あると感じる」の得点は標準値と比較すると低くなっている。このことから、新しい施設というハード面が整備された次の段階として、よりいっそう障害者が生活のなかに意味を見出せる支援が必要と考えられる<sup>16)</sup>。

コミュニケーションスキルについては、「こわさや恐ろしさを感じたときに、それをうまく処理できますか」や「仕事をするとき、何をどうやったらよいかが決めますか」という項目の得点の上昇が、それ以外の項目よりも高かった。これらは、他人となんらかの問題が生じ、ストレスを感じても、自分の中で何らかの対応ができるコーピング能力が高くなっていることが示唆される。この変化は、体の痛みや不快感が軽減され、外出することも増え、精神的に余裕ができ、人間関係にも満足したのではないかと考えられる。

## 2. 各変数の相関分析

相関分析において(表3)、移行前では「QOL」と「自尊感情」との間に有意な正の相関がみられた。このことは、統合失調症の患者を対象とした研究と同様の結果であった。しかし、コミュニケーションスキルは、他の変数との間には関連がみられなかった。一方、移行後では「コミュニケーションスキル」と「自尊感情」との間、「コミュニケーションスキル」と「QOL」との間に有意な正の相関あった。即ち、移行後では、コミュニケーションスキルと他の要因との関連が強くなったと考えられる。これは、コミュニケーションスキルが高いと、人間関係を良好にし、社会活動や地域での交流を可能にするために、自分に対する自尊感情が高まり、さらにQOLの上昇にも繋がったのではないかと推測される。コミュニケーションスキルとQOLとの間に正の相関がみられたこと

は、大学生を対象とした研究と同様の結果であった<sup>17)</sup>。

今後は、「自己効力感」がQOLに影響するという研究もある<sup>18)</sup>ので、自尊感情と自己効力感を含めてQOLに影響する要因を調べる必要があると考えられる。さらにSST(生活技能訓練)などを導入し、より施設の利用者がコミュニケーションスキルを上げ、施設を退所しても地域の周辺の人と上手くコミュニケーションをとることで、障害者のQOLや自尊感情が高まると考えられる。

最後に研究の限界として、研究対象者は施設の入替わりがあるため旧施設と新施設では同じ人ではないために、移行前後で正確に測定することは困難であった。また対象者の数も十分ではないため、結果を一般化することは難しいと考えられる。今後さらにこれらの点を検討する必要があると考えられる。

## 結論

障害者施設において旧施設から新施設に移行する前後において、QOLやコミュニケーションスキルにおいて肯定的な変化がいくつかみられた。また、移行後にはコミュニケーションスキルは、QOLや自尊感情との間に正の関連がみられた。

## 文献

- 1) 篠原純子, 児玉和紀, 迫田勝明, 他(2003): 脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 26, 111-122.
- 2) 久野孝子, 館英津子, 小笠原昭彦, 他(2002): 大学生の性に関する態度と自己同一性および自尊感情との関連. 日本公衆衛生雑誌, 49, 1030-1039.
- 3) 国方弘子, 豊田志保, 矢嶋裕樹, 他(2006): 統合失調症患者の精神症状と自尊感情の関連性. 日本保健科学雑誌, 9, 30-37.
- 4) Kunikita, H., Mino, Y., Nakajima, et al. (2005): Quality of life of schizophrenic patients living in the community. The relationships with personal characteristics, objective indicators and self-esteem. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 59, 163-69.
- 5) 国方弘子, 中嶋和夫(2006): 統合失調症患者の社会生活技能と自尊感情の因果関係. 日

- 本看護研究学会雑誌, 29, 67-71.
- 6) 岩崎敦子 (2008): 重度発達遅滞児のコミュニケーション発達に関する事例研究. 発達臨床研究, 26, 51-61.
  - 7) 根来あゆみ, 谷川尚, 西岡有香 (2006): 高機能広汎性発達障害児に対するコミュニケーションスキル指導の試み. LD研究, 15 (2), 183-197.
  - 8) 内田美子 (1990): 環境移行に関する研究: 環境心理学における人間-環境関係. 慶応義塾大学大学院社会学研究科紀要, 30, 13-19.
  - 9) Bourestom, N., & Tars, S. (1974): Alteration in life patterns following nursing home relocation. *The Gerontologist*, 14, 506-510.
  - 10) Watson, C.G., & Buerkle, H.R. (1976): Involuntary transfer as a cause of death and of medical hospitalization in geriatric neuropsychiatric patient. *Journal of the American Geriatrics Society*, 24, 278-282.
  - 11) Haddard, L.B. (1981): Intra-institutional relocation: measured impact upon geriatric patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 29, 86-88.
  - 12) 世界保健機構・精神保健と薬物乱用予防部編 田中美弥子・中根充文/監修 (1997): WHO QOL 26, 金子書房, 東京.
  - 13) 堀洋道, 山本真理子, 松井豊編 (1996): 心理尺度ファイル, 67-69, 垣内出版, 東京.
  - 14) 菊池章夫 (1988): おもいやりを科学する, 川島書店, 東京.
  - 15) 大峰三郎, 奥田邦晴, 原, 他 (2014): 我々が考えてきた生活環境支援-過去から現在, そして未来への提言-. *理学療法学*, 41 (8), 682-689.
  - 16) 橋本孝 (2015): 人間にとって住居と仕事はどんな意味を持っているのか-ドイツの医療・福祉財団ベーターの例を中心に-. *日本早期認知症学会誌*, 8 (1), 41-47.
  - 17) Inoue, A., Takahashi, M., Nakajima, K, et al. (2008): Association of communication skills of medical students with their quality of life and depressive mood. *心身医学*, 48 (10), 859-866.
  - 18) 伊藤由賀, 山村礎 (2006): 地域で生活する統合失調者の自己効力感の研究. *日本保健科学雑誌*, 9, 112-119.

【資料】

# 看護研究と倫理

鷲尾昌一、橋口ちどり\*

聖マリア学院大学看護学部、\*聖マリア病院看護部

&lt;キーワード&gt;

看護研究、研究倫理、倫理指針

## 1. はじめに

看護は「健康のあらゆるレベルにおいて個人が健康的に正常な日常生活ができるように援助すること」(日本看護協会、1973年)であり、健康危険、健康破綻、健康回復など健康のどのレベルにおいても、対象となる人をその人なりの意味のある生活ができるように支援することである<sup>1)</sup>。看護職(看護師・保健師・助産師)には、個人、家族、地域社会にヘルスサービスを提供し、自己が提供するサービスと関連グループが提供するサービスの調整をはかるといことが求められている<sup>2)</sup>。

母親などが病気の子どものケアをするのと違って、看護基礎教育を受けた看護職の行うケアは科学的で正確な知識と技術に裏付けされており、安全で安楽な方法で実施される。看護職の専門職としての第一義的な責任は、看護を必要とする人たちに対して存在し、看護実践と、継続的学習による能力の維持に関して、一人ひとりが責任と責務を有している<sup>2)</sup>。看護職は、エビデンスに基づく看護の実践を支援するように、看護研究を行うことが求められている。看護研究とは、どうすればより良い看護ができるかを探求することであり、看護職の責務として看護研究を行い、研究に基づく知識の構築を行い、看護の質の向上を図ることが求められている<sup>2)</sup>。

看護理論には高いレベルで構築された学問である大理論(grand theory)、臨床現場それぞれにおける特定の看護実践のための学問・知識(knowledge)と、両者の中間で個々の臨床現場

での看護の学問・知識(knowledge)を帰納的に統合し、共通点を見出した中範囲の理論(middle-range theory)がある<sup>3)</sup>が、看護業務に携わる看護職の看護研究には自身が行う看護業務の質の改善という業務としての看護研究とその成果を一般化し、他の看護の現場での応用を目的とした看護研究がある。

2014年12月、国の研究倫理指針である「疫学研究の倫理指針」と「臨床研究の倫理指針」が統合され、「人を対象とする医学系研究の倫理指針(統合指針)」が制定された<sup>4)</sup>。我々は既に統合指針が看護系大学の看護研究と看護教育者の倫理について私見を報告した<sup>5)</sup>が、本稿では、医療機関で看護研究を行う看護職のために、看護職に求められる倫理のうち、看護研究に関する部分を抽出し、「人を対象とする医学系研究の倫理指針(統合指針)」とともに、看護職が病院で行なう看護研究と看護職の倫理について考察を加えた。

## 2. 医療機関の看護職が行う看護研究と看護職の倫理

看護職は看護研究を行なう際においても、看護職であることを第一とし、対象者の尊厳と権利を尊重する必要がある<sup>2) 6)</sup>。わが国の研究倫理指針(人を対象とする医学系研究に関する倫理指針)では、外部に公表することを目的としない看護業務の中で行われる看護研究は倫理指針という研究ではなく、業務として取り扱われ、研究倫理審査の

対象にはなっていない<sup>4)</sup>。この場合、看護職は看護職の倫理に従って倫理的な行動することが求められる<sup>2) 6) 7)</sup>。

現代における医療の倫理は①患者の自律性(自主性)、自己決定権の尊重(患者に対して適切な説明をし、理解を得、同意を得る)、②善行の原則(患者のためになることをし、いかなる危害も加えない)、③公平、公正さ(患者の貧富、地位、民族などの差にかかわらず、公平な立場で診療する)、④人間性、人道(患者の人格を尊重し、物を扱うように対応しない、温かい気持ち、慈しみの心をもって診療にあたる)の4つの原則に基づいている<sup>8)</sup>。

医療現場においては、二つの倫理が対立することがある。脳卒中で入院している高齢者が在宅に復帰できるようにリハビリテーションを行い、退院支援を行なうことはよいことであるが、復帰すべき家庭に心身障害児などの家族のケアが必要な子どもがいると、家庭内で子どものケアを行なっている人が脳卒中の高齢者が自宅に戻った場合、高齢者と子どもの両者をケアしないといけない状態が待ち構えている。この場合、脳卒中の高齢者の自宅に帰りたいたいという気持ちを優先し、ケアの提供者が破綻してしまうリスクを抱えたまま高齢者が在宅復帰し、訪問リハビリを行なうか、障害を持つ子どもを優先し、高齢者には後方病院や高齢者施設でもっとリハビリをしてもらい、主介護者となる人の負担の軽減が期待できる状態になってから自宅復帰するか、高齢者施設に入所して時々外泊をすることで、高齢者の自宅へ帰りたいたいという気持ちをかなえるなどの選択を迫られることになり、どちらかに我慢をしてもらうことになる。医療・福祉の現場では家族内に生じるニーズの競合を調整した支援が求められており<sup>9)</sup>、虐待事例など特殊な事例でない限り、どちらを優先させるかの選択は、医療サイドの選択を押し付けるのではなく、きちんとした説明を行なった上で、家族内で決めていただく必要がある。

しかし、看護職が業務の範囲を越えて、外部での発表を目的とする看護研究を行なう際には、研究の成果を享受する可能性がある将来患者になる人たちの利益ではなく、目の前にいる患者の尊厳と権利を優先しなくてはならない。看護職には、看護の対象となる人々を保護し安全を確保することが求められており<sup>6)</sup>、たとえ、広く人類のためになることが期待される研究であっても、目の前にいる患者を犠牲にしてはいけないのである。

### 3. 外部への公表を前提とした (業務の範囲を超えた) 看護研究と倫理

看護研究を行なう際には、事前に先行研究をチェックし、リサーチクエスチョン(研究の目的:何を明らかにしたいのか?)を明確にしてから、研究に取り組む必要がある。既に結論の出ている(リサーチクエスチョンに対する解答が得られている)看護研究を学会発表や論文発表を目的として行うことは、患者に本来必要の無い負担を強いることになる(甲と乙のどちらの看護ケアが優れているかが、既に明らかにされている場合には、学会発表や論文発表のために優れている看護ケアを控えることは避けるべきである)。ただし、既に発表されている看護研究の結果を自身の病院の患者の看護に利用できるのかを確認することは業務としての看護研究(臨床現場における特定の看護実践のための学問・知識[knowledge])<sup>3)</sup>であるので、研究倫理指針でいう研究には当てはまらない。

看護研究を行なう際には、調査方法がきちんとしている必要がある。あやふやな方法で得られた結果は信頼できない。正しい結果が得られないことは、研究に協力してくれた患者の好意が無駄になるだけではなく、誤った研究結果に基づく看護ケアが多くの患者に提供されることになり、かえって有害である。

対象者の選定は公平でなければならない。小児や認知症患者など弱者を対象とする場合には、彼らを対象にしないといけないという、皆が納得できるような理由が必要である。小児や認知症患者の場合、研究参加に際し、判断力が十分ではなく、自分だけで研究参加の同意をすることができないので、それなりの理由(小児や認知症患者のデータが無い場合、小児や認知症患者に最も適したケアができないため、不利益を被るため、小児や認知症患者を対象に看護研究を行なう)が必要である。一方、成人に対する看護ケアをそっくりそのまま小児に当てはめることはできないので、そのような場合には、小児に最も適したケアを行なうために、小児を対象とした看護研究が必要となってくる。

診療の場合と同様に、看護研究の場合においても、対象者からのインフォームド・コンセントの取得は不可欠である。その場合、研究参加を拒否しても、看護ケアを含む医療サービスの提供を受ける上で、不利益を受けないことを説明しておく必要がある。

対象者が小児や認知症患者等で、対象者から有

効なインフォームド・コンセントを取得することができないと客観的に判断される場合、対象者の法的代理人など、代諾者のインフォームド・コンセントが必要となる。小児の場合、親権者のインフォームド・コンセントを本人のインフォームド・コンセントとみなすが、中学生以上の場合には、親権者ととも本人に対してもインフォームド・コンセントのプロセスを経ることが原則である。小学生以下の場合でも、親権者からインフォームド・コンセントを取得するとともに、平易な言葉で、対象者本人の理解力に応じた説明を行い、対象者となる小児本人からも承諾（アセント）を得る必要がある。これをインフォームド・アセントという<sup>10)</sup>。

ナイチンゲール誓詞<sup>7)</sup>において、患者の個人情報を守ることを宣言しているように、看護職には診療に関する個人情報に関して守秘義務があり、これを外部に漏らしてはいけない。たとえ、看護研究で得られた診療とは直接関係のない情報であっても、その情報はきちんと保護されなければいけない。看護者は、守秘義務を遵守し、個人情報の保護に努めるとともに、これを他者と共有する場合は適切な判断のもとに行うことが求められている<sup>6)</sup>。

#### 4. 看護研究における侵襲と介入

2014年12月に制定された「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針（統合指針）」では、侵襲と介入の定義が明記され、その有無により、インフォームド・コンセントの取得や倫理審査のやり方について道筋が示されている。侵襲は「研究目的で行われる、穿刺、切開、薬物投与、放射線照射、心的外傷に触れる質問等によって、研究対象者の身体又は精神に傷害又は負担が生じること」、介入は「研究目的で、人の健康に関する様々な事象に影響を与える要因（健康の保持増進につながる行動及び医療における傷病の予防、診断又は治療のための投薬、検査等を含む。）の有無又は程度を制御する行為（通常の診療を超える医療行為であって、研究目的で実施するものを含む。）」と定義されている<sup>10)</sup>。インタビューやアンケート調査であっても、死者の遺族や震災の被害者へのインタビューやアンケート調査など、心的外傷に触れる可能性のある質問が含まれる場合には、その研究は「侵襲」をとともなう看護研究となる。

介入研究を行なう場合に注意しておかななくてはならないことは、「新しい看護ケアの対象となる

患者だけではなく、従来の看護ケアの対象患者からもインフォームド・コンセントを取得する必要がある」ことである<sup>10)</sup>。介入研究への参加の同意を得る際には、介入（新しい看護ケア）群と対照（従来の看護ケア）群に分ける前に、対象者から研究参加の同意を得ておくのが原則である<sup>10)</sup>。

#### 5. おわりに

看護職は、より質の高い看護を行うために、看護研究を行なうことが求められているが、同時に、対象者を保護することも求められており、看護研究に対しても、患者に対しても倫理的に責任ある行動をとることが求められている。たとえ、研究参加の同意が得られた場合であっても、対象となった患者を観察しながら、インタビューを行い、患者にとってインタビューが過度の負担となっていることが疑われた場合にはインタビューを中止する必要がある。研究のために目の前の患者を犠牲にすることは避けるべきである。

#### 文献

- 1) 野嶋佐由美 (2012): 看護とは. 野嶋佐由美編, 看護学の概念と理論的基盤, 1-17, 日本看護協会出版会, 東京.
- 2) 国際看護師協会 (日本看護協会訳) (2016): 看護研究のための倫理指針, <http://www.nurse.or.jp/nursing/international/icn/document/ethics/pdf/icncodejapanese.pdf> (検索日 2016年7月8日).
- 3) 勝又正直 (2005): 初めての看護理論, 第2版, 医学書院, 東京.
- 4) 厚生労働省 (2016): 研究に関する指針について, <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyujigyou/i-kenkyu/> (検索日 2016年7月8日).
- 5) 鷲尾昌一, 宮林郁子, 大池美也子 (2016): 疫学研究倫理指針と臨床研究指針の統合指針 (人を対象とする医学系研究に関する倫理指針) が看護系大学の看護研究に与える影響. 日本看護教育学会誌, 25,67-79.
- 6) 日本看護協会 (2016): 看護者の倫理綱領, <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/rinri.html> (検索日 2016年7月8日).

- 7) 杉田暉道, 長門谷洋治, 平尾真知子, 他 (2014): ナイチンゲール誓詞. 看護史 (第7版), 237-238, 医学書院, 東京.
- 8) 森岡恭彦 (2010): 医の倫理と法・その基礎知識 (改定第2版), 南江堂, 東京.
- 9) 石山麗子, 宇治野由美子, 江上文幸, 他 (2016): 介護支援専門員研修テキスト, 介護支援専門員, 専門研修過程Ⅱ, 日本介護支援専門員協会, 東京.
- 10) 鷺尾昌一 (2015): 疫学研究と倫理. 田中平三, 秋葉澄伯編, 初めて学ぶやさしい疫学・疫学への招待 (第2版), 101-110, 南江堂, 東京.

【資料】

# 保健師教育の施策化・システム化への道程 (その2)

## — 本学における保健師教育の改革 —

小路ますみ、鮎川春美

聖マリア学院大学

&lt;キーワード&gt;

保健師教育、看護師教育、地域看護学、教育改革

### 1. はじめに

2009 (平成21) 年7月15日、保助看法の一部改正によって、保健師の教育期間が6ヶ月から1年以上の延長となった (施行22年3月1日)。また、看護師の国家試験受験資格として「4年生大学を卒業した者」が第一項で示され、4年生大学における看護師養成のみの課程が可能になった。このことで、保健師教育は、選択制が可能になった<sup>1)</sup>。こうして、保健師教育は保健師資格取得に必要な専門領域として法的にも位置づけられ、その充実が要請されている。保健師教育の施策化・システム化への道程 (その1) では、保健師教育に係る国策の変遷を述べた。その中で、看護師教育、また地域看護学における公衆衛生看護学の位置づけや、地域看護学の中での公衆衛生看護学と在宅看護学とのすみ分けをどのように考えたらよいのか等の意見具申が求められた。そこで、(その2) では、以上の課題を本大学 (聖マリア学院大学) における保健師教育の変遷を捉えながら、私的見解を含めた意見を述べたい。

### 2. 本大学における保健師選択制導入の経過

福岡県では2011 (平成23) 年現在、看護系大学12校と充実し、毎年1,000人近い学生が市町村や保健所に地域看護実習でお世話になり、実習施設から「本来業務に差し障る」、「保健師ではなく看護師希望を露わに表出する学生が実習に来ることから、指導の戦意が落ちる」などと、実習施

設からの受け入れに係る問題提起が噴出していった。実際、この問題は学生の国家試験にも影響するものでもあった。本学では保健師国家試験受験は、学生の希望の有無にかかわらず、全学生に受験を課せていた。いわゆる保健師国家試験受験を望まない学生も受験をした。そのためか、合格率が全国平均を下回った。合格率上昇のため、2011 (平成23) 年度の国家試験から希望者のみの受験体制を敷いた。その結果、合格率が全国平均に至った経緯がある。

全県下にまたがる地域看護学実習の問題に対処するため、福岡県医療指導課は、2010 (平成22) 年3月、福岡県保健医療介護部長、北九州市保健福祉局長、福岡市保健福祉局長、久留米市健康福祉部長、福岡県地域保健師研究協議会長連名の、「福岡県における保健師教育にかかる臨地実習について」の、各看護系大学長宛通達をした。この内容は、各年度全県下で180名程度の実習学生を受け入れること、さらに、その学生の選考には、保健師助産師看護師養成所指定規則別表三のうち、専門分野Ⅰ・専門分野Ⅱ及び統合分野のうち在宅看護論のすべての実習を終了した者 (4年次) とし、保健師として就業を志望する学生を優先するという内容であった。

この通達を受け、福岡県地域実習連絡協議会 (現公衆衛生看護学実習連絡協議会) は、平成22 (2010) 年度の幹事校であった聖マリア学院大学において、協議会加盟校 (11校) は、実習学生数を18人にすることの決議をした。本学もこの決議に従って、2011 (平成23) 年、選択制導入に係る従来の授業科目並びに科目構成の変更を図り、文部科学省に申請、受理された。こうして、2012

(平成24)年度から新生カリキュラムによる授業を開始した。2014(平成26)年2月に、初回の保健師選択制の公募と選択を実施した。この間、県医療指導課主導のもと、実習施設による実習マニュアルの検討、並びに教育機関と実習施設との合同研修会が数回開催された。保健師教育に係る指定規則・課程の変遷と本学の取組については、表1に示した。

全国では、2011(平成23)年度の教育課程変更後、大学院、専攻科を除く192校の保健師養成学校のうち、選択制導入は136(71%)校で、その開始時期は、2012(平成24)年度が一番多く125校であった<sup>2)</sup>。本学も、この125校に入り、時代に即応しながら改正を行ったことが分かる。

### 3. 本学における教育課程の変更

本学の方針である統合カリキュラムの理念に考慮しながら、保健師養成に係る授業は、2016(平成28)年現在、看護師養成課程の中で、地域看護学概論(必修2単位)、地域看護管理論(必修1単位)、集団・組織援助論Ⅰ(必修1単位)、個人・家族援助論Ⅰ(必修1単位)に、新規の科目「健康危機管理論」(必修1単位)、また自由選択科目である学校保健(1単位)と産業保健(1単位)を加え、総計8単位の講義を実施している。

一方、選択制の保健師コースにおいては、公衆衛生看護管理論(必修2単位)、集団・組織援助論Ⅱ(必修2単位)、個人・家族援助論Ⅱ(必修2単位)、総計6単位となっている。

すなわち、保健師選択制の学生は、看護師養成課程の中での8単位に保健師選択制の6単位を追加することで、指定規則の14単位を取得しなければならない。これに、公衆衛生看護実習225時間(5単位)が加わる。従来の保健師養成課程との単位数の比較では、授業時間数は4単位、実習2単位の増加に至っている。

さらに、保健師養成課程では、公衆衛生看護学をコアとして、疫学(2単位)、保健統計学(2単位)、保健医療福祉行政論(3単位)が必修科目として位置づけられている(資料1)。

これらの科目も、看護師養成課程の医療統計学Ⅰ・Ⅱ、疫学Ⅰ・Ⅱに、公衆衛生に特化した医療統計学Ⅲ、疫学Ⅲをそれぞれ1単位追加した。保健医療福祉行政論(3単位)は、現在もなお看護の基礎分野に位置づけられている。保健師教育課程では3単位という重要科目であることから、医療統計学・疫学に準じて、保健師養成課程に特化した

内容変更が必要である。

また、2015(平成27)年、看護師養成課程における総合実習で、保健師選択制学生18人については、公衆衛生看護領域で行うことが教務委員会で提案され、教授会で決定された。2016(平成28)年現在、保健師選択制学生18名(内10人は産業保健分野、8人は地域包括支援センター)での実習が終了した。しかしながら、同年の教授会で、選択制学生の総合実習は、学生の希望を重視すべきであるとの理由で、公衆衛生看護領域とは限らず、他領域での実習も可能になった。総合看護実習は、看護師養成課程における実習であるため致し方ないが、保健師国家試験で地域包括支援センターや産業保健は1~2割を占めているため、保健師選択制学生にとっては、貴重な経験の機会を逸することになる。

### 4. 本学における教育改革—地域看護学から公衆衛生看護学へ

1997(平成9)年、保健婦看護婦統合カリキュラムによる改正により、公衆衛生看護学が地域看護学と名称が変わり、その地域看護学には従来の公衆衛生看護に在宅看護学を含め、在宅療養者に焦点をあてた継続看護を含む内容になった<sup>1)</sup>。

しかし、2008(平成20)年4月のカリキュラム改正で、地域看護学の中にあつた在宅看護学は、高齢社会の到来による在宅医療を推進する必要性から看護師養成課程の統合分野に移り、看護の拡充・統合科目として独立した。一方、地域看護学は、生活習慣病予防や介護予防を強化する必要性から、地域保健や学校・産業保健を含む「公衆衛生看護学」として、名称を変え生まれ変わった。いわゆる指定規則の中では地域看護学という科目名は消えた。

だが、2016(平成28)年現在、本学においては看護師養成課程の中で、地域看護学概論として、公衆衛生看護学と在宅看護学を含む内容を教授し、保健師選択制学生の公衆衛生看護学概論に振替えて教授している。だから、学生にとっては、地域看護学は公衆衛生看護学であるとともに在宅看護論でもある。ゆえに、公衆衛生看護を地域看護と言ひ、公衆衛生看護のレポートを在宅の内容で記述するなど混乱を招いていた。そのため、教授法の工夫を要し、公衆衛生看護と在宅看護の棲み分けを明らかに示さなければならなかった。しかし、本学においては教育改革が進められており、2015(平成27)年、看護学科のカリキュラム

表1. 保健師教育の変遷並びに本学の取組

西暦(邦歴) 規則・課程の変遷	保健師規則の内容	教育課程の内容
1937(昭和12)年 旧保健所法 1941(昭和16)年 旧保健婦規則	保健所職員として、保健婦の職名を表記。保健婦という名称の職種に位置づけられる。  <保健婦規則による規定> 保健婦とは、「保健婦の名称を使用して疾病予防の指導、母性又は乳幼児の保健衛生指導、傷病者の療養補導その他日常生活上必要なる保健衛生指導の業務を為す者で、年齢18歳以上の女子で、地方長官の免許を受けたものに限る。	<旧規則による学科目> 基礎医学、看護、公衆衛生・予防医学、栄養大意、衛生法規大意、社会事業・社会保険で、臨地訓練は6ヵ月以上。 このあと4回の改正がなされ「看護」の科目は、「保健婦業務」や「保健指導」から「公衆衛生看護」の表記に変更される。 伝染病や母子の保健指導と社会事業が強調された。
1944(昭和19)年	各都道府県の中央保健所に保健婦養成所を設置する。保健婦試験は年2回実施。	
1948(昭和23)年 保健婦助産婦看護婦法成立(以下、保助看法)	「保健婦は保健婦の名称を用いて保健指導することを業とする者」と規定された。看護婦資格に加え6ヵ月以上の教育	
1951(昭和26)年 保助看法による規則制定		公衆衛生看護の細科目に初めて慢性疾患保健指導が入る。
1950年代後半から	主たる養成は都道府県 保健婦の教育対象は、看護婦教育修了者。保健婦と養護教諭1種や助産婦養成と合わせ、看護婦資格に加え1年課程で運営。	
1971(昭和46)年 総合看護の理念に基づく看護教育の改正	保健婦教育を看護教育の発展として捉え、かつその職域を施設外看護として、カリキュラム編成がなされた。	保健婦教育課程は、公衆衛生看護論(研究含む)、保健医療の社会科学、保健統計、疫学、健康管理論、社会福祉・社会保障制度論、公衆衛生行政の7科目になり、実習は180時間(1ヶ月)と規定された。
1984(昭和59)年 聖マリア看護専門学校に保健婦ならびに助産婦養成課程設置		
1986(昭和61)年 聖マリア学院短期大学開学		
1989(平成元)年 看護教育の大学化を視野に 入れた改正	看護学では、老人看護学が新たに加えられた。	保健師教育課程は、公衆衛生看護学(実習含む)と疫学、健康管理論、保健福祉行政論の4科目とされた。
1989(平成元)年 聖マリア学院短期大学専攻科地域看護学専攻および助産学専攻を設置		
1990(平成2)年 地域看護学専攻に、地域看護学コース及び国際看護コースを開設		
1997(平成9)年 保健婦看護婦統合カリキュラムによる改正・施行	保健婦看護婦統合カリキュラムが提示された。看護婦課程の中に、在宅看護論や精神看護学が入った。保健指導各論は看護教育に付加された。	保健婦教育課程では、公衆衛生看護学が地域看護学となった。地域看護領域に地域看護学と在宅看護論が位置された。
2006(平成18)年 聖マリア学院大学看護学部看護学科開学(統合カリキュラムによる)		
2007(平成19)年1月 保助看法施行規則の改正	保健師や助産師の資格取得の条件として看護師国家試験合格を必須とする。	
2008(平成20)年4月 カリキュラム改正	在宅看護論は看護教育課程の統合分野に移行。	地域看護学は公衆衛生看護学に名称が戻った。
2009(平成21)年7月9日 保助看法の一部改正 2011(平成23)年4月1日に 施行	看護師の国家試験受験資格として「4年生大学を卒業した者」が第一項で示された。大学で看護師教育のみを行うことが可能になった。学部内の保健師教育の選択性も可能になった。 2010(平成22)年4月から保健師及び助産師の教育期間が6ヶ月から1年以上の延長となった。	保健師教育課程は、公衆衛生看護学14単位、疫学2単位、保健統計学2単位、保健医療福祉行政論3単位、公衆衛生看護実習5単位となった(計28単位)。公衆衛生看護学は以前の指定規則から3単位、公衆衛生看護学実習は2単位の増加になった。以前の指定規則による備考欄の「継続した訪問指導」から「訪問指導」が除去され、「継続した指導」になった。公衆衛生看護学に健康危機管理論が入った。
2010(平成22)年 聖マリア学院大学大学院看護学研究科開設(H27年、ヘルスプロモーション分野開設)		
2012(平成24)年 保健師選択制導入(保助看法の一部改正による)		

## 資料1. 保健師助産師看護師法指定規則 別表一（第二条関係）

教育内容	単位数	備考
公衆衛生看護学	一六(一四)	
公衆衛生看護学概論	二	
個人・家族・集団・組織の支援 公衆衛生看護活動展開論 公衆衛生看護管理論	一四(一二)	健康危機管理を含む
疫学	二	
保健統計学	二	
保健医療福祉行政論	三(二)	
臨地実習	五	
公衆衛生看護学実習	五	保健所・市町村での実習を含む
個人・家族・集団・組織の支援実習	二	継続した指導を含む
公衆衛生看護活動展開論実習 公衆衛生看護管理論実習	三	
合計	二八(二五)	

系統図（カリキュラムツリー）の検討がなされ、公衆衛生看護学の専門領域としての位置づけが明確化された。また、2016（平成28）年現在、地域看護学は、看護師養成課程で公衆衛生看護学概論として、また、在宅看護学概論が別枠で表示され、公衆衛生看護学と在宅看護学は独自の専門教科として位置づけられることになった。統合カリキュラムからの脱皮が行われようとしている。また、懸案であった保健福祉行政論も、看護師養成課程と保健師養成課程で行われる内容とが別枠で表示されることになった。現在文部科学省にカリキュラム改正申請の準備が進んでいる。

以上の経過から、保健師養成は一進一退しながらも、確実に進んでいる様子を読み取ることができる。

## 5. 在宅看護と公衆衛生看護との棲み分け

2015（平成27）年現在、本学における地域看護学は、従来の公衆衛生看護学と在宅看護学の並立した領域として位置づけられている。この領域の主たる教育目標は、個別の看護技術の提供やケアマネジメントを通して、地域で生活する人々の生活の質の向上を目指すことにある。この生活の質の向上には、看護の対象は社会システムの中に位置づけられている人々であり、幸福追求の権利ある能動的人々であることを認識することが必要である。そのために、看護は権利擁護者として、個々のニーズを集積し、既存の社会資源を活用しながら、不足するサービスの開発に尽力しなければならない。

在宅看護は、訪問看護ステーション等の事業所

が結集し、総力で政策提言を図っていくことが必要である。一方、公衆衛生看護は、その提案を地域保健福祉介護計画の一環として公的システムに位置づける役割を担う。このように、在宅看護と公衆衛生看護は、連動しながら地域住民の権利擁護に携わる。いわゆる在宅看護と公衆衛生看護は地域という「共通の場」における看護領域にある。現在、在宅看護の領域では、2014（平成26）年に、地域における医療・介護の総合的な確保を目指し、「特定行為に係る看護師の研修制度」が創設された<sup>3)</sup>。また、在宅医療を推進するため、24時間対応、ターミナルケア、重症度の高い患者の受け入れ、居宅介護支援事業所の設置等、機能の高い訪問看護ステーション（機能強化型訪問看護ステーション）を評価した診療報酬が改定された<sup>4)</sup>。このように、在宅看護は、医療と地域社会を繋ぐ領域として、医療機関と継続した在宅ケアシステムを開発する力量が期待されている。

このような地域社会の在宅看護の需要に応えるためには、在宅看護学は看護の各専門領域との連動を図りながら、生活に持ち込む看護技術を、共に開発していく取り組みが必要である。すなわち、各専門領域の看護技術を生活の場における技術へと変換し、家族を含む生活援助技術として確立していくことが望まれる。こうして、在宅看護学は、医療から社会システムへ、政策提言とその実現に向けた領域として発展させていくことができる。

## 6. 学会の動向

日本地域看護学会は、1997（平成9）年に発足

し、地域看護学の理論的構築と技術の開発を図ってきた。地域看護学会が発足した当時の実践の領域では、①公衆衛生看護活動（または行政看護）、②在宅看護活動、③産業看護活動、④学校保健活動の4領域を含め、これらの領域が連携をとりつつ、地域看護活動として発展していくことが期待された<sup>5)</sup>。

しかし、看護の専門分化が進むにつれ、それぞれの領域が専門を追求し、新たな学会を設立した。2011（平成23）年に日本在宅看護学会、2012（平成24）年には日本公衆衛生看護学会、日本産業看護学会が設立された。また、会員の多くは、日本産業衛生学会（1929〈昭和4〉年設立）、日本公衆衛生学会（1947〈昭和22〉年設立）、日本在宅ケア学会（2006〈平成18〉年設立）などの関連する既設の学会にも参加し、活動を行っている<sup>5)</sup>。

これら、学問の専門分化の進展を踏まえて、地域看護学会は、「地域看護学」の定義を明確化する必要性に迫られた。そこで学会は、国内外の文献検討、学会員調査を踏まえて、地域看護学の定義を下記のとおり打ち出した。

＜地域看護学の定義（2014年）<sup>6)</sup>＞

地域看護学は、健康を支援する立場から地域で生活する人々のQOL（生活の質）の向上とそれらを支える公正で安全な地域社会の構築に寄与することを探求する学問である。地域看護学は、実践領域である行政看護、産業看護、学校看護、在宅看護で構成されている。

この定義からしてみれば、統合カリキュラム時代の地域看護学の域を脱皮し難い様子を伺い知ることができる。すなわち、増大する高齢者ケアの体制整備と質の確保や医療制度改革による地域医療・在宅医療の推進および地域包括ケアシステムの構築は、社会的要請であるため、今後、看護師の活躍の場は、地域に拡大・シフトしていく必要がある。ゆえに学会は、「地域看護学」を看護師養成課程の指定規則に再浮上させることを提言している。訪問看護のみならず、地域に看護の拠点をつくる地域看護学が、保健師助産師看護師に共通する看護教育の基盤として、看護師教育課程のなかで統合分野として教授される必要があるだろう。

実際、保健師養成課程が修士課程になっている大分県立大学では、看護師養成課程で、地域看護学を位置づけ、公衆衛生看護実習も取り入れ、看護の地域への拡大・シフトを図っている。ここでは、看護師養成課程と保健師は修士課程という区別ができているため、社会的要請である看護師養

成課程での充実が図られている様子を伺うことができる。さらに、これらの教育を通して修士課程への導入を図っている<sup>7)</sup>。この例から、看護師教育における充実は、保健師養成の修士ないしは専攻科への別建てが必要なのかもしれない。

## 7. 保健師養成課程における公衆衛生看護学

保健師養成課程における公衆衛生看護学は、国から地方自治（県・市町村）の系統性に基づく総合健康政策の立案者として、またその実現者として位置づけられる。学校保健や産業保健領域における対象も、一様に地域住民であることから、基本は行政組織にある。

公衆衛生看護の専門性は、健康の一次・二次・三次予防にある。予防活動には、健康政策と住民の生活との乖離を確認しつつ、住民の健康生活を維持しながら、乖離があれば新しき資源開発を行い、住民にとって安全・快適な町づくり（地域ケアシステム）を実現していかねばならない。そのためには、訪問看護等、地域に存する専門職種とのネットワークに限らず、医療機関や学校や企業、各行政機関、NPO（特定非営利活動法人や、市民活動団体、ボランティア団体）団体等との組織間調整も必要である。この実現には、関係機関・団体、関係職種と対等に渡り合える確固たる健康（看護）の知識・技術が求められる。また、組織人として、政策を提言・実現するノウハウを身につけなければならない。いわゆる、看護の専門職として、また行政職としての素養が必要である。以上のことを学生に教授するには、地域における実践例を理論化するための教材研究と公衆衛生看護学実習において、学生が自発的かつ自律的に活動を体現できる自由な実習環境づくりが重要である。

## 8. さいごに一本学における保健師教育の展望

本学における教育改革は、看護師教育と保健師教育の充実を図りながら、両者が専門性を発揮しながら、学部教育の充実を図りつつある様子を捉えることができる。

看護師教育は、高齢者ケアの体制整備と質の確保や医療制度改革による地域医療・在宅医療の推進および地域包括ケアシステムの構築のため、地

域に拡大・シフトしていく必要がある。このため、公衆衛生看護実習も一部取り入れたいところである。このことで、社会的要請に応える看護師教育ができる。

一方、保健師養成課程は1年以上の課程である。保健師免許は、看護師免許所持者でなければ取得できない。いわゆる保健師教育は看護師養成課程の卒後教育として、その専門性の探求を図る領域として位置づけられなければならない。

現在、保健師教育の選択制の公募に先立ち、2学年学生全員に地域看護学概論・管理論、集団・組織援助論Ⅰ終了後に、保健師希望調査を毎年実施している。その結果、約6割の学生が検討中を含め保健師の選択を考えている。しかし、実際に応募する学生は約30人に留まっている。この現状から推察すれば、保健師希望学生は潜在的に毎年60人近くおり、選択に漏れ、あるいは選択に応じなかった学生の中に、将来的に保健師への道を目指す学生がいるということである。これらの学生に対して、保健師への道筋を確保することも必要である。本大学における修士課程における保健師免許取得コースもしくは専攻科設立も検討する必要があるであろう。

## 文献

- 1) 福本恵 (2008) : 保健師教育の変遷と今日的課題 : 京府医大誌 117 (12) , 947-955
- 2) 斉藤しのぶ (2015) : 看護教育と保健師教育の動向 : 一般社団法人全国保健師教育機関協議会 平成27年度定時社員総会・講演会資料集, 53-72
- 3) <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000077077.html> (検索日2016年8月10日)
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku> (検索日2016年8月10日)
- 5) 平成24~26年度日本地域看護学会地域看護学術委員会 (2014) : 日本地域看護学会委員会報告 - 地域看護学の定義について : 日本地域看護学会誌 17 (2) , 77
- 6) 同上 80
- 7) 日本地域看護学会第17回学術集会報告 (2014) : 地域看護学の定義と看護師教育課程における「地域看護学」教育 : 日本地域看護学会誌 17 (2) , 62-74

【資料】

# わが国における精神障害者のリカバリー導入の変遷

鮎川春美、馬場みちえ\*、原 やよい\*、小路ますみ

聖マリア学院大学、\*福岡大学医学部看護学科

<キーワード>

リカバリー、精神障害者、変遷

## I . はじめに

わが国の精神疾患の患者数は、近年急増しており、平成23年には320万人を超える水準となっている。また、精神病床数は、345,091床、精神病院入院患者数は199,542人であり、平均在院日数は、284.7日と先進諸国のなかで、極端に長い<sup>1)</sup>。これら入院中の精神障害者のうち、7万人は条件が整えば退院が可能といわれている。そのことから、厚生労働省においては「入院医療から地域生活中心へ」という基本理念に基づき、精神障害者自立支援法が成立（平成18年4月施行）した。平成20年度から受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者に対し、円滑な地域移行を図ることを目的に支援が開始されている。またその後、平成25年に障害者総合支援法が制定され地域支援の充実と精神保健医療福祉体系の再編や基盤強化が推進され、社会復帰を目指したリハビリテーションが入院中から導入され、精神障害者への支援体制が強化されてきている<sup>2)</sup>。

精神障害者への支援について野中<sup>3)</sup>は、「精神障害者のリハビリテーション（機能回復訓練）が限定的に狭い実践になっているわが国においてその先の技術と体制を整備するためにリカバリーという新しい概念が必要である」と述べている。また、石川ら<sup>4)</sup>は、精神障害者自身が考えるリカバリーについて、「新たな生き方を模索しながらも普通の生活も求めている」と報告している。そのため、最近では精神障害当事者（以下当事者とする）を主体としたリカバリー志向のアプローチによる支援が注目されている。「リカバリー」は「精

神病が完全に治癒する」ということより、むしろ障害を抱えながらも希望や満足に満ちた新しい人生を送るための新しい目的と意味を作り出すプロセスといわれている<sup>5)</sup>。

そこで、精神障害者支援にとって必要とされるリカバリー概念がわが国にどのように導入されてきたのか、アメリカの影響を大きく受けたわが国のリカバリーの変遷について見ていきたい。本稿における「リカバリー」とは、当事者がおこなうことであり、一方、「リカバリー概念」とは専門家、援助者も共有できる抽象化されたものとする<sup>6)</sup>。

## II . アメリカにおけるリカバリーの誕生と経緯

### 1 . 3つの思想的起源をもつアメリカのリカバリーの経緯（表1）

#### 1) セルフヘルプ運動からの始まりの時代

一般的な意味においてリカバリーは、アメリカのセルフヘルプ運動から出発しているといわれる。これは1935年2人のアルコール依存症者が出会うことでセルフヘルプグループの代表的とされるAlcoholics Anonymous（以下、AAとする）が誕生したことに始まる。AAの特徴は「12のステップと12の伝統」である。この12のステップは回復の指針、また12の伝統はグループを維持させる指針とされている。そして1938年にはリカバリーの物語が『アルコホリックス・アノニマス』のタイトルにて出版されるようになる。また、

表1. アメリカのリカバリーの誕生と経緯

年	政府・法	活動	専門家	当事者	理論
1800年代	19世紀精神病院設立 治療環境改善				
1900年代	1918 スミスフェス法; 障害者職業自立促進リ 八法	1930頃 AAグループ 1948 セルフヘルプ活 動		1908 ビアーズわが魂 に会うまで; 著書発刊 精神病院、施設に入院 脱施設化により ホームレス者多数 犯罪、生活苦 1950 クロルプロマジン (統合失調症薬) 登場	1945 ADLの考え方誕生 1947 WHO 健康の概念
1950	1955 脱施設化始まる		1950 Beard クラブハ ウス活動 Sullivan ケース マネジメントプログラ ム		1950 北欧 ノーマライゼー ションの思想(知的障がい 者) 1950 Rogers person centered approach 理論 1951 Grayson 障害受容論 1962 Ellis 合理情動療法 Beck うつ病へ認知療法 Bandura 自己効力感 Lieberman の SST 理論
1960	1964 公民権法の制定 反戦・自立生活運動	1960 ピアサポート 1960 身体障害者の自 立生活運動(IL 運動)			
1970	1978 CSS 生活のためのサービ ス病院モデル	セルフヘルプ運動活 発化 黒人解放運動 女性解放運動 障害者支援 コンシューマー運動 リハビリテーション 地域生活支援活発化		1970 回転ドア状態 入退院繰り返し	1970 Solomon エンパワーメント概念 QOL の概念 ソーシャルサポート概念 1980 WHO オタワ憲章 「すべての人々に健康を」 1980 国際障害分類
1980				1980 自叙伝活発化 1988 Deegan 当事者 自叙伝 専門誌に掲載 Lovejoy	1990 ヘルスプロモーション 理念
1993			1993 Anthony リカバリー理論 1994 Spaniol エンパワーメントト レニング 1996 Farkas リハで リカバリーを促進す ること IAPSRG ガイドライン へ影響 1997 Galanter 超越的意味(宗教代 替医療) 論文の活発化	Atkinson Frank	
2000	1999 合衆国政府「精神 衛生:公衆衛生局長官 による報告書」 システムにリカバリー を			Ridgway Jackson&Greenly	1996 Kleinman 病の語り 「説明モデル」 1996 Russinova リカバリー の希望サイクルモデル
2001	2001 国際機能分類 ICF 2003 ニューフリーダム 委員会メンタルヘル スケアの変革		2001 ヤハラハウス 2005 Ragin(1995-) ビレッジがタイム誌へ 掲載 大統領障害者雇用促 進委員会		
<p><b>様々なモデル事例が下記のとおり実施されていた</b>                  ストレンクスモデルのケースマネジメント、クラブハウスモデル、ビレッジモデル、過程的雇用プログラム、                  ACT、SHG、EBT などで実践展開、                  活動(ACT、IPS、IMR、FPE、Wrap など) 活発化、リカバリー評価指標などの開発</p>					

1960年代から1970年代に入ると、AAに代表されるセルフヘルプ運動が全米各地に広がりを見せるようになる。

一方、アフリカ系アメリカ人による公民権回復運動(1964年の公民権法の制定)や、ベトナム帰還兵と市民による反戦運動、女性解放運動、障害者の自立生活運動や権利獲得運動(1990年のADA法)等が政治的社会的な意味も含むエンパワーメント概念に向かったのとは違い、リカバリー概念は1973年にアメリカの「ピープルファースト」運動や精神障害者のセルフヘルプグループ(SHG)が主に推進しているものである。

2) 精神保健サービスにおけるユーザー運動の時代

この時代は、人として当たり前の権利や自己決定という分かりやすい思想に起源をもつといわれる。1955年56万人入院という収容時代のピークを経て、抗精神病薬の開発が、精神障害者の治療に大きく影響を与えた。しかし、ベトナム戦争への介入や軍事費に圧迫された連邦保健医療福祉予算の削減を契機に1970年頃より精神障害者の脱施設化運動が始まり、精神障害者の人権は無きに等しいものとなる。この脱施設化は「ケネディ教書」をきっかけにすすめられたものであるが、急激に患者が地域に出たことで、地域の資源、中で

も地域保健センターの不足により、地域における当事者の環境は劣悪なものであったとされる。当時の地域で生活する精神障害者は、苦しい生活を余儀なくされ何とか生きのびていた。仕事や最低限の必需品を買えるほどの収入を持つ者はほとんどなく、精神的ケアも受けていない状況であった。このため長期在院は入退院を繰り返す「回転ドア現象」へと変わっていった。

このような状況の中、精神障害者は病気を良くすること以上に、市民としての当たり前の権利、すなわち、住む場や仕事、友人や教育を求めた。そしてこの経過の中からリカバリーの手記が生まれ、精神障害者による自叙伝が1980年代から多くみられた。

### 3) 統合失調症に焦点をあてた精神障害リハビリテーション時代

1970年頃のアメリカの脱施設化は地域側の準備も整わない状況下で、連邦政府の予算削減が大きな目的とされていた。1970年代以降この状況の解決のために生活支援モデルが誕生することとなり、アメリカの精神医療・保健・福祉を見る上で重要なキーワードとして「地域ケア」と「リカバリー」があげられた。三野<sup>7)</sup>は、「地域ケアとは、重度の精神障害者であっても入院を中心としたケアではなく、精神障害者の地域生活を可能にする支援をさす」と述べている。わが国においては「地域ケア」というと、福祉サービスをさすことが多いが、アメリカにおける「地域ケア」はリハビリテーションや地域医療、当事者活動を含めたものをいう。これは本人主体という考え方に大きく由来するものである。この「地域ケア」と「リカバリー」の方向性をもって取り込まれる地域生活支援モデルとして Assertive Community Treatment (包括型地域生活支援;ACT) や「クラブハウスモデル」などがみられる。また、科学的根拠に基づく実践として行っている心理社会的プログラムの一つとして Illness Management Recovery (疾病自己管理プログラム:IMR) がある。これらの支援法により精神疾患を患った人々が、リカバリーに向かったの重要なステップを踏む事ができるといわれている。

その後1990年代に入り、リカバリー概念は精神障害者リハビリテーションの新たな目標概念として位置づけられた。当事者でもあり、臨床心理士でもある Deegan, P.E<sup>8)</sup> は1988年に、リカバリーについて、「リカバリーは、一つの過程であり、生活の仕方、姿勢であり、日々の課題への取り組み方である。それは完全な直線的過程ではな

い。時に我々の進路は気まぐれであり、たじろぎ、後ずさりし、立て直し、そして再度出発することもある。……(中略)……求められることは、課題に立ち向かうことであり、障害による限界の中で、あるいはそれを乗り越えて、新たな価値ある誠実さと目的を再構築することである。願いは、意味ある貢献ができる地域で、生活し、仕事をし、人を愛することである」と説明する。

しかし、1980年代から始まった心理社会的リハビリテーションを担ってきた専門家たちは、このリカバリー概念を抵抗なく受け入れたわけではなく、あくまでも当事者自身が行うリハビリテーションと捉えていた。

その後、1993年にはボストン大学の精神科リハビリテーションセンターが発行する雑誌「Psychosocial Rehabilitation Journal」で、リカバリーが初めて特集された。所長の Anthony は「リカバリーは、人が精神疾患からもたらされた破局的な状況を乗り越えて成長し、その人の人生における新しい意味と目的を発展させることである」<sup>9)</sup>と述べている。

このようにして、2000年代に入り、病気の治療や障害の改善とリカバリーを明確に分けることができた。2003年には大統領調査委員会報告において、リカバリーは科学的根拠に基づく実践プログラムの哲学として世界に発信された。この実践事例の代表的なものとしてカリフォルニアにある「ビレッジ統合サービス団体」<sup>9)</sup>がある。ここでは、ケースマネジメントとリハビリテーションを目指すケアシステムが作られ、メンバーが普通に暮らすことを支えていた。

## 2. アメリカの精神障害者の地域生活を支援する先進事例の紹介

アメリカの先進事例の1つである、The Village Integrated Service Agency (ビレッジ統合サービス団体<sup>9)</sup>) (以下ビレッジという) について紹介したい。

このビレッジは、カリフォルニア州ロングビーチ市にあり、「ロサンゼルス軍精神保健協会」(MH-A) が運営しリカバリー・コミュニティとして発展してきた精神保健福祉サービスの統合的ケアモデルのパイオニアとして活躍している。スタッフとメンバーが一緒になって作り上げてきたビレッジの活動の目的は、「重い精神の病をもつ成人が地域で生活し、人と交流し、働くために、自分自身の強み・力を認められるように支援し、教えること」であり、さらに「ひとりひとりが自分の目標を達成できるように、制度全体にわたる

改善を刺激し、変化を促進すること」である。このビレッジは生活する場ではなく、ケースマネジメントとリハビリテーションを目指すケアシステムのことであり、それによってメンバーが普通に暮らすことができ、リカバリーを進めていくことができている。このビレッジのメンバーは統合失調症やその他の精神病をもっているが、良い治療とサポートのもとに復学したり、就職したり、自分達のアパートで生活することができるようになっていく。

このような支援体制を作っていく過程においてスタッフは、病気を見るだけでなく、人々の生活全般に関わって働くための医学モデルや、職業的距離の壁または、地域の中で働くために建物の壁、そして、最終的には、自分たちの内なる偏見と固定概念の壁を壊して関わる対応が求められていた。

### Ⅲ. わが国における精神障害者のリカバリーの導入 (表2)

海外の先進諸国においては、1900年代に入り、精神保健をめぐる考え方が大きく変化してきている。その象徴ともいわれているのが、リカバリー概念である。わが国においては1998年に濱田<sup>5)</sup>が翻訳したAnthonyの「精神疾患からの回復:1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点」で、初めてリカバリーが紹介されている。

この頃日本においては、1900年の精神病者監護法において、精神障害者の私宅・病院等での監置を行い、その後、1919年の精神病院法の制定を経て、1950年精神衛生法の制定により、都道府県に対する精神病院の設置義務などにより、精神科病院の増設などが行われ、精神障害者を精神科病院への入院を中心とした処遇が進められてきた。その後1950年に精神衛生法が公布され、精神障害者に対する保健所の位置づけが明らかにされた。しかし、1964年ライシャワー事件が起こり、精神障害者に対して国は監視する体制を強化している。その後1975年保健所デイケアが開始され地域で暮らす精神障害者の支援に対する支援として保健所が拠点として行うこととなる。一方民間の施設においては1978年北海道に「べてる」の前身である「どんぐりの会」の活動を開始し、精神障害者への支援が地域の中で展開された。

以上の時代背景を経て、1999年に野中<sup>10)</sup>は著書のなかで、リカバリー概念の必用性やリカバリー概念の歴史について紹介し、「リカバリー

は、特別なプログラムでも技術でもなく、専門職の我々が、当事者の生活や人生を支援し続ける中から、当事者自身が獲得する精神性である」ことや、「病気や障害に対する支援として、施設やプログラムや技術だけが注目される現在、新たな概念として改めて考慮するに十分な価値ある視点である」と述べている。

また、1960年代に始まった、身体障害をもつ人々のIndependent-Living-Movement ( 自立生活運動:ILM) (以下IL運動とする)について、「この運動の核心的な要素は、『できないこと』よりも『決定すること』を重視した点にあり、できないことはアテンダントの援助をうけることによって解決するが、人生の選択は自分しかできないという革命的な視点の転換であった」と自己決定の大切さを取り上げている。

一方、病気や障害に対する支援において、プログラムや技術だけが注目される中であって、この「リカバリー」という概念は新たな概念として注目されるべきものとして紹介され、「病や障害からのリカバリーは一人ではできず、仲間の存在は前提であるが、どうやら援助関係も重要な要素でありそうだ」と互いに励ましあい助け合う仲間と、共に寄り添う支援者の存在の大きさについて語られている。

その後、2003年9月には東京、帯広、長崎において「リカバリーを促進する精神保健システム」というテーマのワークショップが開催される。ここでは、アメリカのウイスコン州マディソン市からケースマネジメント組織を創設した当事者や精神保健行政官が来日し、日本の当事者及び専門職とともに、わが国におけるシステム化の課題と具体的方法を学べる機会となる。このワークショップを前にして、木村<sup>11)</sup>は全国のセルフヘルプグループ50人の当事者に対しアンケートを行い、「リカバリーに必要な要素はアメリカも日本もすべて一致している」と報告している。その後、野中<sup>3)</sup>は、先進諸国において発展してきたリカバリー概念について歴史的に俯瞰し、その中でリカバリー論の意義について次のように述べている。1. 全人的回復過程のメカニズムを知ることができる。2. 当事者の力を高めるための視点や方法を工夫することができる。3. 医療や福祉という援助の否定的な側面に気づくことができる。4. 医療や福祉のシステムを見直すことができる。5. 諸科学のフィードバックを通して科学研究を刺激することができる。

このようにリカバリーの影響力は多大であるにもかかわらず、わが国においてはまだ断片的にし

表2. 日本におけるリカバリーの導入

年	政府・法	活動	専門家	当事者	理論
1900	精神病患者監護法			自宅監禁	
1933	精神病院法交付			精神病院施設への入院	日本国憲法公布
1950	精神衛生法交付	1949 身体障害者福祉法			
1960	1955～1965 精神科病院大增設	1960 知的障害者福祉法		1955 クロロプロマジン使用	
1970				1964 ライシャワー事件	1961 国民皆保険制度 1970 障害受容論日本へ
1980				1975 保健所ディケア開始 1977 小規模作業所 1978 北海道べてる前身どんぐりの会	1975 国連; 障害者の権利宣言
1987	1987 精神保健法			1984 べてる誕生 1984 宇都宮病院事件	1980 WHO オタワ憲章 「すべての人々に健康を」 1980 国際障害分類
1991					1991 国連原則の採択 ノーマライゼーションの理念 ソーシャルサポート概念 ヘルスプロモーション理念 エンパワーメント概念 QOL の概念
1993	障害者基本法(障害と認められる)				
1995	地域生活援助事業(グループホーム)の法制化等				
2000	精神保健福祉法	2000 精神保健福祉士設立 事業所の設立	1998 Anthony(1993) 濱田 龍之介翻訳 1999 野中リカバリー論文	地域ディケア活発化・A型、B型	2000 介護保険法
2001	国際障害機能分類 ICF 発達障害者支援法				
2004			2003 長崎で学会リカバリー論文が認められる		
2005	障害者自立支援法 障害者雇用促進法	3障害を同一としてサービス 自立原則 就労支援	2010 リカバリー論文活発化		
2013	障害者総合支援法成立				
2016				診療報酬改定 脱施設化予定	

か紹介されていないのが現状とされていた。そして、一般の人が触れる機会としては、2009年より「リカバリー全国フォーラム」(特定非営利活動法人地域精神保健福祉機構・コンボ主催)が開催され、全国から1200名を超える当事者、家族、支援者等が集まり、リカバリーに関し語り合う機会が設けられている。その後、2010年にはいと、リカバリー概念は精神保健関係者の中では比較的容易に共有できるようになってきている。このことは、大川<sup>12)</sup>の行った文献レビューにおいて、2005年から2014年までのリカバリーに関する

文献は42文献でありその中の20文献が2010年代であるとしており、この時代にわが国においてリカバリー概念が浸透しつつあることが窺える。国の施策においても、2005年に障害者自立支援法や障害者雇用促進法<sup>13)</sup>が成立し、障害者が地域での生活ができるような体制の整備や、就労の雇用率を上げる法律が制定された。

しかし、一方では、この概念の導入における課題として、支援者が当事者に対して「自分達は変わらないけど、当事者だけが『リカバリーをやりなさい』という、一方的なおしつけ等も危惧され

る」としている。そして、この時期の精神医学領域においては、目標としての「リカバリー」は全く触れられず、精神保健福祉の領域の中でも、法律や制度にも使用されていない。2009年に厚生労働省で改革ビジョン<sup>14)</sup>の検討がなされているが、その目的において「リカバリー」の概念は言語化されていない。また、精神科リハビリテーションの分野においては、「精神科リハビリテーション学」において「精神障害者リハビリテーションの展開」の中でリカバリーとエンパワメントが並んで新しい基礎概念として紹介され、心理的視点としての認知行動理論等とともに、リカバリー理論が取り上げられている。

他、精神保健福祉士資格用の教科書には、2005年に、「主体の関わる内面の因子」として取り上げられ、2009年になると、「代表的なりハビリテーション・モデルの一つ」として位置付けられると同時に集団療法の中の共通項目としても挙げられる状況となっている。

このことから、わが国におけるリカバリーの理解とは「ユーザー志向のリハビリテーション・モデルにおける目的あるいは基本概念」、あるいは「新しい視点」としてのリカバリーであると考えられるのが一般的であると考えられる。渡邊ら<sup>15)</sup>は、「『リカバリー』とは、直訳すると『回復』とか『病気が治る』という意味であるが、ここで用いられている意味は単に病気の回復や治療を意味するものではない、ある人が二度と精神医学的な障害を経験しなくなるということよりはむしろ、障害を抱えながらも希望や自尊心を持ち、可能な限り自立し、その人にとって意味のある生活を送るすべを学ぶこと、そして社会に貢献することを学ぶ過程」としている。これらは当事者自らの体験として形作られる回復の実感であって「障害はあるけれども生きていてよかった」「自分の人生が価値あるものであった」と思えるようになることであるとしている。このことから、支援者が当事者への働きかけを行う際には、一方的に、問題や症状を改善させるのではなく、当事者の希望を治療への動機付けに利用し、本人が主体的に希望の実現について取り組める関わりが大切であるといえる。

一方、2012年、下地<sup>16)</sup>は、『リカバリー圧力』という言葉を使い、「病気の回復過程を無視した一方的な社会への参入促進等の問題も無視できない」としている。これは、精神障害者への支援を行う際に精神障害者の病状の変化を敏感に察知し対応していく技術が、病院や地域でも求められるということであると考えられる。

このような中、海外における書籍の翻訳版が出版され、精神障害者のリカバリーを思考した実践 (Assertive Community Treatment、Individual Placement Support、Wellness Recovery Action Plan、Illness Management Recovery) が取り込まれるようになり、現在わが国においても、「リカバリー概念」が徐々にではあるが、浸透しつつある。この広がり、2013年以降の障害者自立支援法や障害者雇用促進法の施行やその後、障害者総合支援法の制定により、障害者がリカバリーしていく為の環境整備が、法の制定と共に充実しているといえる<sup>17)</sup>。

## IV. まとめ

わが国におけるリカバリーは、1990年代にアメリカから導入されたものの、アメリカにおける活動の始まりとの違いや、「リカバリー」という言葉からあたたかさも病気が回復するのではとの誤解を受けやすい印象があったこと、また地域における受け皿が不十分である中、病気の回復過程を無視した一方的な社会参入などの支援者からの圧力というものが危惧される等、様々な理由で、すぐには広がらない状況であったことが理解できる。

このことから、精神障害者が地域で生活していくには、安心して暮らせる地域の受け皿というものが必要であり、また、支援者も精神障害者が希望と自尊心を持ち意味のある人生を送れるような支援が重要であるといえる<sup>10)</sup>。また、アメリカにおける取り組みは、特定の限られた州において、精神障害者へのリカバリーへの働きかけが発展的に展開されている状況であった。一方、わが国においては、国の施策として「リカバリー」という言葉は利用されていないものの、その理念が達成されるように、様々な対策が障害者総合支援法等において全国統一した内容が施策としてうたがわれている現状であるといえる。2016年の診療報酬の改定により益々、精神障害者が地域でリカバリーしていく支援が必要とされると予想される。

今回、カバリーの導入の経緯について明らかにしたが、今後は、導入後の地域における支援の実際について明らかにしていきたい。

## 文献

- 1) 厚生労働省医療施設実態調査就労支援に関する研究. 日本職業・災害医学 JJOMT, 62

- (4) ,226-232.
- 2) 厚生省の指標増刊国民衛生の動向(2014/2015) .60 (9) ,122.
- 3) 野中猛(2005) :リカバリー概念の意義.精神医学.47 (9) ,52.
- 4) 石川かおり,野崎章子,岩崎弥生(2002) :地域で生活する精神障害者のリカバリーに関する質的研究.こころの健康,22 (1) ,78.
- 5) Anthony W. A. (1993) :Recovery from mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal,16 (4) ,11-23./濱田龍之介訳(1998) :精神疾患からの回復 1990年代の精神保健サービスシステムを導く視点.精リ八誌,2,145-154.
- 6) 後藤雅博(2010) :<リカバリー>と<リカバリー概念>.精神科臨床サービス,10,440-445.
- 7) 三野善央:【精神障害者の地域生活支援 在宅福祉サービスの充実と市町村の役割】これからの精神障害者地域ケア 脱施設化のために(解説/特集).精神科病院協会 雑誌,22 (9) ,33-37.
- 8) Deegan P.E. (1988) : Recovery The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11 (4) ,11-19.
- 9) マーク・レーガン(2002/前田ケイ(2005)) :ビレッジから学ぶリカバリーへの道 精神障害者から立ち直ることを支援する(第1版).金剛出版,東京.
- 10) 野中猛(1999) :病や障害からのリカバリー.OTジャーナル,33 (6) ,594-600.
- 11) 木村真理子(2004) :リカヴァリを志向する精神保健福祉システム 当事者活動の拡大に向けて その1 リカヴァリの理念.精神看護,31 (3) ,48-52.
- 12) 大川浩子,本多利紀(2015) :支援者にとってのリカバリー 一文献レビューから一.北海道文教大学研究紀要,(39) ,93-100.
- 13) 障害者の雇用の促進などに関する法律の一部を改正する法律の概要,http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/soumu/houritu/dl/183-28.pdf(検索日2015年12月15日).
- 14) 伊藤哲寛(2010) :内閣府「障がい者制度改革推進会議」に期待する.精リ八誌,14 (1) ,3.
- 15) 渡邊雅文,池田学(2010) :いかにして当事者の持つ力をリカバリーに活用するか.精神科,16 (3) ,269-273.
- 16) 下地明友(2012) :精神医療における「リカバリー」を再考する.精神科看護,39 (10) ,10-19.
- 17) 「障害者総合支援法」制定までの経緯と概要について,http://www.dinf.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/top/appContents/wamnetshofuku\_expl(検索日2015年3月31日).



【資料】

# 質的研究におけるTAE (Thinking At the Edge) の 分析のプロセスについて — 分析者の内省と体験の考察 —

田村眞由美、得丸智子\*

聖マリア学院大学、\*開智国際大学

<キーワード>

TAE (Thinking At the Edge)、経験知、言語化

【背景】看護では複雑な現象を全体的に捉えることを要するため、漠然としている現象を明確に言語化することは重要である【目的】TAE (Thinking At the Edge) のステップを用いて分析者が患者の語りの含意を言語化した過程を検討し、TAEの質的看護研究への適用について考察する【方法】例とした質的研究のインタビューデータをTAEを用いて分析した直後に、分析者が分析プロセスを振り返った逐語録を検討した。【結果】TAEの各ステップに分析者の知識や経験知を活用することが、患者の体験の言語化に寄与していた。さらに患者理解も深めることができた【結論】看護者としての知識と経験知を投入しTAEのステップを踏むことで患者の語りを言語化し、より深い患者理解ができ、さらに分析者の経験知が蓄積されるという効果があった。TAEは実践的な質的研究法であり看護の質的研究に適用できるといえる。

## 緒言

看護研究における質的研究には、グラウンデッド・セオリー・アプローチ (GTA)<sup>1) 2)</sup>、修正版グラウンデッド・セオリー (M-GTA)<sup>3) 4) 5)</sup>、解釈的現象学的分析 (IPA)<sup>6) 7)</sup>、エスノグラフィー<sup>8)</sup> などさまざまな方法があり、データ分析法も洗練され標準化されてきており、上記のような方法を用いた研究も増えてきている。質的研究は、看護の領域で有用な研究方法だといえるが、グレッグ<sup>9)</sup>が指摘するように、看護では「複雑な現象」を「全体的」に捉えることが多いため、捉えようとする現象が「うまく言葉にできず漠然としている」ことが多い。

最近、心理学や教育学等で注目されている質的研究法に、TAE (Thinking At the edge)がある。ユージン・ジェンドリン<sup>10)</sup>が開発し、得丸<sup>11) 12)</sup> 13)、末武<sup>15)</sup>等により日本に紹介されている。高橋<sup>14)</sup>、末武・得丸<sup>15)</sup>、末武<sup>16)</sup>は臨床心理学、高木<sup>17)</sup>は英語教育学、白田<sup>18)</sup>は日本語教育学の分野で、TAEを適用した質的研究をおこなっている。

TAEは、「うまく言葉にできない漠然とした意味感覚 (フェルトセンスと呼ばれる)」を、明確な言葉に展開していく方法で、背景には、「人間は状況を五感 (視覚、聴覚、嗅覚、触覚、味覚) に感じるよりも前に漠然とした意味感覚 (フェルトセンス) として把握する」という現象学的人間観・世界観がある。

本研究の研究者1 (以下A) は、質的看護研究「がんペプチドワクチンを受けている膵臓がん患者の体験」<sup>19)</sup>のデータ分析にTAEを採用した (資料)。

Aは10年以上がん患者の看護に携わりながら、先進医療である薬剤の臨床試験に携わるリサーチナースとして、がん患者の身体・精神的側面からの援助をテーマとして研究<sup>20) 21) 22) 23)</sup>を行っており、がん患者の看護や治療について知識や経験を有しているといえるが、治療が難しいからこそ先進医療にたどり着いた患者の精神状態は非常に複雑であり、それらを言語化することに難しさを感じていた。そこでAは先進医療を受ける8名のがん患者の体験を言語化するために、研究者2 (以下B) のスーパーバイズを受けてインタビューデー

## 資料. TAE 適用の実例とした研究

<p>1. 目的 がんペプチドワクチン療法を受けている膵臓がん患者の体験を明らかにする。</p> <p>2. 方法 研究デザイン: 質的記述的デザイン 対象: 膵臓がんと診断され、A大学医療センターでがんワクチン療法を受けている膵臓がん患者8名。 方法: 半構成的面接調査 データ収集: 平成24年9月に研究対象者が通院する医療施設で、これまでに受けた治療や日常生活の変化、更に病気への思い等について半構成的面接を行った。対象者の承諾を得た後会話の内容をICレコーダに録音した。 データ分析: TAE(Thinking At the Edge)を用いる。</p> <p>3. 結果 がんワクチン療法を受けている膵臓がん患者の体験の《パターン》は「詳細な病気の経過を淡々と語る」「がんワクチン療法を受けるまでの経緯を肯定的にとらえる」「ホッとする」「自分なりの健康法を実践している」「しっかりと病気に向き合い続ける」「自分はラッキーと思う」「家族の支えに感謝する」「体力/お金が続くか心配になる」「先のことは考えられない」等の19に集約された。</p> <p>4. 考察 がんワクチン療法を受けている膵臓がん患者は、膵臓がんの5年生存率の低さや病状の進行の早さを理解した上で、がんワクチン療法を受けるまでの道のりを語り病気に向き合おうとする反面、病気から目を逸らして過ごそうとする面も示す中で、治療を受けている安堵感を体験していた。看護者は患者の語りの中から患者が体験していることを感じ取ることを、それを分析して言葉として表現し患者の支援者全員と共有することが必要であり、患者の体験に基づいた支援につながることを示唆された。</p>
---

タを分析した。BはTAEのエキスパートでありTAEを日本に紹介し、教育学や心理学分野で分析に用いている。分析の結果、捉え難い患者の精神面まで簡潔な言葉で表現することができ、研究成果として学会に発表した<sup>19)</sup>。しかし、この研究発表では、それまで困難であった患者の語りの含意の言語化が、どのように可能になったのかを検討することができなかった。そこでAとBは、当該研究の分析プロセスにおける言語化過程を振り返り、検討することにした。

### I. 研究目的

先進医療を受けるがん患者の体験の研究において、分析者がTAEを用いてデータの含意を言語化したプロセスを検討し、TAEの質的看護研究への適用について考察する。

## II. 研究方法

### 1. 研究対象

TAEを適用しておこなった質的研究「がんペプ

チドワクチンを受けている膵臓がん患者の体験」において、インタビューデータの分析終了直後に、分析したプロセスについてAが語った内容の逐語録。

### 2. データ収集方法

インタビューデータの分析を終了した直後に、Aが分析ワークシートをみながらシートに取り組んでいたときに感じていたこと、分析過程の内省を、自然に思い出されることをなるべく多く語るという方法でデータを収集した。研究目的に関連があるかどうかにかかわらず、思い出されることは何でも言葉にするという方針でおこなった。Bが聴き手として同席し、Aの語りの切れ目で、「このシートをやっているときはどうでしたか」、「パート2ではどうでしたか」など場面を転換するための簡単な質問をした。語りを録音し、逐語録を作成し本研究の研究対象とした。

### 3. TAEの概要

TAEでは、意味感覚(フェルトセンス)を言葉に展開する作業手順(ステップ)は、具体的かつ詳細に教示されており、最初に、分析者がデータを読み込んで含意を感得し、徐々に、TAEの作業手順(ステップ)に沿って含意を言語化していく。作業手順(ステップ)の教示と記入欄が設けられた「ワークシート」が開発されており、初心者でも、教示を読みながら記入欄に記入していくと、TAEの作業手順(ステップ)を実施できるよう工夫されている。データの含意を「データ理解の意味感覚(フェルトセンス)」として少数の語の組み合わせにより画定するパート(パート1)、部分の詳細と部分間の関係を検討しデータの含意を短文の羅列として表現するパート(パート2)、表現した含意をキーワードの連環として論理的に連結するパート(パート3)からなる。

### 4. 逐語録の分析と考察

AとBが逐語録を繰り返し読み、Aと研究プロセスとの関わり、Aの気付き等が表れている箇所を抜き出し検討した。Aがデータの含意を言語化したプロセスを検討し、TAEの質的研究への適用について考察した。

### 5. 倫理的配慮

実例に用いたインタビュー研究はすでに倫理的配慮のもとに発表したものである。本論文の発表にあたっては、インタビュー対象者の個人が特定されないよう研究期間は表示せず、また対象の語

りは個人が特定される可能性のある個人情報を含むものは削除した。聖マリア学院大学倫理委員会で公表計画についての審査を受け承認を得た。

### Ⅲ. TAE を適用したインタビュー分析のプロセス

インタビュー分析は、Aが分析者となって進めた。分析時には、得丸<sup>11)</sup> 12)で紹介されている「TAEワークシート」(以下「シート」と略す)を用いた。シートには、TAEの作業手順(ステップ)が書かれており、その作業手順(ステップ)に従って記入する欄が設けられている。Bが作業手順(ステップ)の説明をおこない、Aがシートの作業手順(ステップ)を読みながら、記入欄に書き込んでいった。必要に応じてBが助言をおこなった。TAEで用いるシートの一覧を表に示した(表1)。

以下、TAEのパートごとに分析のプロセスを提示する。

#### 1. パート1

Aは、「がんペプチドワクチンを受けている膵臓がん患者」8名のインタビューデータの文字起こしを、インタビュー場面を思い起こしながら何度も読んだ。データに含み込まれている意味をよく感じ取るよう努め、身体の内側に感じられる全体感覚を漠然とした「この感じ」として感じた。この「データ理解の意味感覚」が残っているうちに、そこから浮かんでくる語や短い句を口頭で発した。あえて説明しようとせず、感じているうちに浮かびあがる言葉をつぶやく感覚でおこなった。その後、Aは、発した言葉を手がかりにして「データ理解の意味感覚」の全体を大雑把に、短い一文で表現した(仮マイセンテンス)。「膵臓がんを横に置いて、ワクチンを見て生き生きしている」となった。仮マイセンテンスの中の「膵臓がん」「横に置いて」「ワクチン」「見ている」「生き生きしている」の語群の中から、より精緻に表現したい語として「見ている」を選び、語の一般的な(辞書的な)意味を確認した。辞書には「目で物事存在などをとらえる」「視覚に入れる」「眺める」とあった。この語で表現したい《データ理解の意味感覚》を口に出した。「しっかり見ている、注目している、期待している」などの語の中から、より精緻に表現したい語として「(治療に)期待する」を選んだ。さらに同様におこない「(自分の受ける治療を他と)区別している」や「(治療を受けられるようになって)安心した」などが表現された。

表1. TAE のパート・作業手順(ステップ)とシート

パート	作業手順 (ステップ)	ワークシート	
パートI:《マイセンテンス》によりデータの含意を把握	1. データを読み、分析者の「曖昧だが知っている感じ」を書く	マイセンテンスシート	
データの含意を「データ理解の意味感覚(フェルトセンス)」とし、少数の語を組み合わせて画定	2. 通常の論理では意味をなさないものを見つけて書く		
	3. ステップ1の語の通常定義を書く		
	4. フェルトセンスが含まれた文を書く		
	5. フェルトセンスを短い文(マイセンテンス)で表わす		
パートII:《パターン》の抽出	6. 側面(実例)を集める	パターンシート	
部分の詳細と部分間の関係を検討しデータの含意を短文の羅列として表現	7. それぞれの側面について、一般的な用語で言い直す	交差シート	
	8. 側面間の関係を検討する(交差)		
	9. この時点で考えていることをまとめる	構想シート	
パートIII:《パターン交差》および《新パターン》の抽出	10. これまでのステップで得られた言葉から重要語を3つ選定する	用語関連シート	
表現した含意をキーワードの連環として論理的に連結	11. 重要語の間関係を探求する		
	12. 恒久的な重要語を選んで相互に組み込み、概念を創る		概念組み込みシート
	13. 創った概念を他のフィールドに適用してみ、きづきを展開する		
	14. 概念を自分のフィールドの中で拡張し適用する		

文献24)表1.を一部改変

最後に、もう一度、意味感覚の全体を大雑把に、短い一文で表現した(マイセンテンス)。「たどり着いた先でひと安心する」が得られた。

#### 2. パート2

8名の患者の語りの中から「データ理解の意味感覚」に照らして重要だと感じられる場面を抜き出し、シートに書き取っていった。重要かどうかを判定するにあたって何度かパート1の「マイセンテンス」を読んで「データ理解の意味感覚」を感じ直して照合した。書き取った場面のうち類似する場面を1枚のシートに寄せていった。シートごとに、そこに寄せられた場面の共通性を一文で表現した。例えば、『ホッとしました』、『藁にもすがらような気持ちでどれでもこれでも(民間療法に)手を出してたもんですからね』、『(この治療を)受けてるってことはすごく嬉しく思いました』を1枚のシートに寄せ、「ワクチンを受けられるようになってホッとする」というパターンを得た。14のパターンが得られた。

次に、パターンを、それが由来したパターンシート以外のパターンシートに「交差」して適用し、気づいたことを新しいパターンとして書き取っていった。この作業は、1枚のパターンシートには「データ理解の意味感覚」の1つの側面しか集められていないので、異なる側面を組み合わせることにより側面間の関係を創造的に見出し、部分把握から全体把握を立ち上げていくことが目的である。「パターン1」を、「パターン2」に交差して適用し、気づいたことを書き留め（これを1×2と書く）、1×2,3,4...、2×1,3,4...、4×1,2,3...と総当たりでおこない交差シートを作成した。「こうなるはずだが、どうだろう」と論理的に考えた後に、パターンを読み直し「そういえるかどうか」を検討するという方法でおこなった。例えば、パターン4「ワクチンに期待する」をパターン7「しっかりと病気に向き合い続ける」のパターンに適用し、「ワクチンが効くと期待することで、病気としっかりと向き合うことができる」《新パターン》を得た。パターンに対して、「データ理解の意味感覚」に含まれる感覚があるかどうかを判定し印をつけていった。「◎非常にある」と判定されたものが6パターンあった。また、パターン「他の治療への懸念、疑いを持つ」は、他のどのパターンとも交差するのが難しかった。このパターンは一人の患者の1場面から作られたパターンであったため、削除することにした。これらの手順を経てパターンは合計19となった。

### 3. パート3

ここまでの作業手順（ステップ）をすべて振り返り、『マイセンテンス』、『パターン』、『新パターン』の中から、重要だと感じられる語を3つ選び「A 淡々、B 生き生き、C ホット」とした。「“である”で結ぶ」「～がもともと…の性質を持っているとすれば、それは、”の文に続ける」など、TAEの作業手順（ステップ）のルールに従いターム（重要語）を関係づけた。例えば「A 淡々」と「B 生き生き」を“である”で結び『外見上の淡々は内面の生き活きの反映である』を得た。また、『淡々が生き活きに由来する性質をもつとすればそれは、昔は生き活きだったが今は落ち着いて淡々になっている。生き活きと頑張ってきて、今はひと安心したので淡々としていられる』と、患者の体験をルールに従って書き抜くと、『ひと安心』という語が出てきたので、新しいターム（重要語）とした。他のタームも2つずつ組み合わせて同様に重要語同士を関係づけた文から、『ひと安心、動揺、高揚、快活、延長、ひと息つく』を得た（用語関連シー

ト）。

これらの中から最終的に結果を表現するタームを選び、“ひとつのタームを主語にして他のすべてのタームを含む文章を作ること”を、“すべてのタームを主語にして繰り返す”というルールに従い「データの意味」を《骨格文》として表現した。《骨格文》は、「動揺は、ひと息つくと、動揺が高揚に変わっていき、それが続いて延長していく」となった。

《骨格文》の骨組みを変えないように注意しながら必要な語を付け足し、リサーチクエスチョンに応じる形式に整え《結果文》とした。次の文章を得た（概念組み込みシート）。

がんペプチドワクチンを受けている膀胱がん患者は、がんの積極治療がないと知り、動揺するが沈み込んでしまわずに情報を探した。ワクチンに辿り着いたところで、『効果はすぐには分からない、しばらくは焦らなくてもいい』と心も体もひと息ついて、動揺が高揚へと変化した。一抹の不安はあるけれど、高揚を維持するために先のことは考えないようにして生き活きしている。そしてできるだけこのホットとしている状況が延長されることを望んでいる。

最後に、『結果文』を分割して「結果パターン」とし、インタビューデータに戻って対応する箇所があることを確認し適合性を検証した。

## IV. 結果

1から3のパートごとにAの内省（逐語録）を結果として斜字部分で提示する。

### 1. パート1

Aは、パート1の「最初にデータ理解をあえて言葉にせずに意味感覚としてのみ把握する」というTAEの手順について、以下のように語っていた。

始める前に、（データを読んで）持っているイメージをなんとなく書いておくというのはいいと思います。（インタビューの前に）先入観があったんですが、患者さんに話を聴いてみたらそうではなさそうだと思うけれど、まだ言葉にはできないものがありました。このときに感じていることを何となく書いておいてよかったと思います。ちゃんとした文章にはしてなくて、思いつくことを書いておいて、後でシートを書くときなどに見直して、初心を見てみるというか。

また、Aは、意味感覚を言語に展開していくことの繰り返しという手順について以下のように語っていた。

前に別の研究のデータを他の方法で分析したときには、言葉をザルですくいあげて、落ちたものは置き去りにするっていう感じ、ですかね。網目が大きいので小さいのは落ちてしまって、落ちたものに気づかずにどんどん進んでいくというイメージでしょうか。TAEは、知らない間に落ちていたけど、今度は小さい網ですくってみたらこんなのがあった、という感じでしょうか。何回もすくっていく中で、これは宝石かしら、ただの石かしらと思って、(中略)自分が書いたものを読み返して、その後すくってみたら、「あらこれ宝石だった」と、自分が変わってくるじゃないですか。患者さんへの思いのはいり方が変わってくるので。

## 2. パート2

Aは、“パート2の交差の作業手順(ステップ)が、自分に考えることを強いていた”という感想を以下のように語った。

理解のためにシートを作って、交差をすると出てくるものがありました。ステップ(作業手順)は考えることを強いているんですね。一生懸命考えないといけないように追い込んでくる感じ。前に使った他の手法だったら、これはこっちにと分類するだけだったかもしれない。(中略)他の手法では2つの関係は考えないものもあるようだ。できたものを図示するときに結びつけるけれど、何とかして交差表の中を埋めようとするようなステップ(作業手順)はないですね。患者の全体を考えないと交差できないと思いました。自分ではこれとこれが結びつくよねと考えないようなことまで、結びつけなければならぬ。それらに何の関係があるか考えなければならぬので、「あの患者さんはこうっていたし、ああやっぱり関係あるな」と考えれば言葉になります。字面だけ見ていたのでは結びつかない。強いて結びつけようとするときに出てくるものがありました。

また、今回の分析では交差の段階で、パターンが1つ削除されたが、それについては以下のように語っていた。

「変なパターンがあると交差シートが完成しないですね。(そのパターンの箇所が埋められずに)1行空いていました。おかしいパターンは交差ができないとわかりました」

## 3. パート3

Aは、パート3の「主語を変えて同じ意味内容を繰り返し表現する手順」について、以下のように語っていた。

このパートはあまり考えず、型にはめればい

と作業的にやりました。交差のときのように患者のことは思い出さなくていいので、一般論なので比較的さらっとやれました。(中略)(すべてのタームを主語にして繰り返す手順のところ)高揚の場所が最初違っていました。模索するときに高揚する、一生懸命頑張って探す、とっていました。その時点で高揚していると思っていましたが、まだ動揺して模索していたんですね。先生(B)と話そうちにそのことに気づきました。

また、Aは、結果文までのプロセスについて以下のように語った。

抽象的すぎて、言葉過ぎて(言葉だけの作業となったため)、難しかったです。交差のときは患者のことを思い浮かべたりして捻りだせるけれど、これは本当に言葉だけだから。言葉ひとつひとつの意味はこうだからこう言ってもいいのかなとか。語彙力がないと難しいと思う。本をたくさん読んで、言葉をいっぱい知っている人の方ができると思います。(中略)(結果文について)それまでの苦勞がここで報われました。データを読んで何となくやっていたらこの結果文は出てこなかったでしょうね。ワクチンにたどり着いてホッと一息というのは出てこないと思います。(中略)治療がないと言われてワクチンにたどり着いて、この状態が続けばいいなというのは出てくるかもしれませんが、一息つくとか、だから活き活きなっているというのは出てこなかったです。ひと息も大きかった。動揺という言葉も出てこなかったと思います。治療がないと分かって、焦るとかがっかりとか何とかしなければとかは出てくると思うけど。高揚も(Bに)話しているうちに自分から出てきました。延長も看護にはある言葉だけれども、自分の中からでて来て独特の使い方ができたと思います。

## V. 考察

1から3のパートごとに、TAEを用いた質的研究プロセスにおいて、分析者がTAEを用いてデータの含意を言語化したプロセスを検討し、TAEの質的看護研究への適用について考察する。

### 1. パート1

Aは、臨床看護師として、また、「がんワクチン」の研究者として知識や経験知を有していたため、データ収集前に「先入観」をもっていたことを語っていた。全く先入観を持たずに研究に臨むことは原理的に不可能であり、知識や経験知があ

るからこそデータの持つ独自性に気づくことができることもある。重要なのは、先入観によりデータ分析をねじ曲げてしまわないようにすることであろう。本研究では、Aはインタビューデータ収集時に、「話を聴いてみたらそうではなさそうだ」と直感し、「まだ言葉にはできないもの」を感じていた。TAEによる分析プロセスでは、データ理解をあえて言葉にせず意味感覚(フェルトセンス)としてのみ把握する手順となっているため、Aは「初心をみでみる」と、その直感を保持したまま、引き続くパートの分析を進めることができた。これは、Aが、先入観によるデータ分析の偏りを予防するというだけでなく、分析データに含意されているがまだ知られていない新しい意味に集中することを促進する方向に働いたものと考えられる。最初にデータ理解をあえて言葉にせず意味感覚としてのみ把握するTAEの手順は、データを読み込んだ直後の意味感覚を保持しておく作用があり、引き続く研究プロセスにおいても、データの意味と分析者との緊密性を高めるよう継続的に作用したことがうかがえる。

また、TAEパート1では、より精緻に表現したい語を選び、意味感覚を言語に展開していくことを繰り返すが(通常3回)、繰り返すという手順があることにより、データ理解の意味感覚の中にあつたが気づいていなかったものに気づいていったことが語られている。この語りにより、データを読み込んだときに得た「意味感覚(フェルトセンス)」を、一度で、十分に言葉にするのは容易ではないこと、また、分析する作業は、それに粘り強く取り組むことでもあつたことがわかる。TAEのプロセスはシートに書き出したものを見てもう一度感じてみる構成となっているが、このことが、あらためて感じ直すことにつながり、より深い分析につながっていたこともうかがえる。その過程で、意味感覚が言葉に展開されていくにつれ、Aの分析対象者(がん患者)への見方が変わり、共感がより深くなったことも語られていた。

## 2. パート2

Aの語りから、交差の作業手順(ステップ)が、Aに考えることを強いる効果を及ぼしたことがわかる。「追い込んでくる」とも述べており、深く沈潜して思考していたことがうかがえる。具体的には「あの患者さんはこういっていたし、ああやっぱり関係あるな」と、今いちど、インタビュー時の様子も含め、インタビュー全体を感じなおしていた。「字面だけ見ていたのでは結びつかない」、「患者の全体を考えないと交差できない」と述べ

ており、交差の過程で自然に、患者の全体を理解しようとする構えができていったことがうかがえる。また、今回の分析では交差の段階で、パターンが1つ削除されたが、それについてAは「変なパターンがあるとパターンは交差ができない」と語っていた。総当たりで組み合わせせて検討するという交差の手順が、関連性の薄いパターンを浮かび上がらせ、分析プロセスの修正に役立ったといえるだろう。

## 3. パート3

パート3では、主語を変えて同じ意味内容を繰り返し表現する手順が、用語の使い方の曖昧さに気づかせ、「動揺」が「高揚」に転じる時期を明確にすることに役立ったと語っている。TAEの手順が「データ理解の意味感覚」をより正確に言語化する方向に働いたことがわかる。

パート2が、手順に強いられ考えることに追い込まれた作業であつたのに対し、パート3は「あまり考えず、型にはめればよいと作業的にやった」と語っており、パート3は、論理的に用語を結びつける作業であつたといえる。この作業では、主語を変えて同じ意味内容を繰り返し表現する手順が、用語使用の曖昧さに気づかせていた。TAEの作業手順(ステップ)が、言語化しがたい意味感覚(フェルトセンス)を言語化する際に陥りがちな曖昧さに気づかせ、それを修正させているといえる。

また、Aは、「ホッとひと息」、「動揺」、「高揚」、「延長」の用語について、TAEの手順に沿って分析したからこそ出てきた言葉だと語っていた。「データを読んで何となくやっていたらこの結果文は出てこなかった」とも語っており、TAEの手順が、「データの理解の意味感覚」をデータ独自の質感を捉えた言葉で表現することを可能にしたことがうかがえる。それに加えて、もともと語彙力があることが重要だとも語っており、看護師としての経験や、「がんワクチン」の研究に関わってきた経験、文献等から、患者の身体の状態や今後の見通しなどに関する知識や経験知があつたからこそ、これらの質感のある言葉が導き出されたのだと考えられる。分析手順が分析者の知識や経験知に働きかけデータに応じた適切な語を引き出す方法として効果的に働くのだと考えられる。「(Bに)話しているうちに自分から出てきた」とも語られており、聴き手としてBが同席していたことが言葉を出やすくしたこともうかがえる。「分析の場」が開かれたこと自体にも意義があるといえるだろう。

#### 4. 考察のまとめ

以上、パート1から3の内省の語りを通じ、TAE研究プロセスにおいて、Aは、「臨床看護師としての知識や経験やがんワクチンの研究者としての知識や経験」を随所で活用しながら、「データを読み込んだときに得た『データ理解の意味感覚(フェルトセンス)』」を言語化していったことがわかった。その過程で、TAEの作業手順(ステップ)に沿った分析手順が、過去の知識や経験に基づく先入観によるとらわれを予防する方向に働いたり、言語化という困難な作業に粘り強く向かわせる方向に働いたり、知識や経験をもとに適切な言葉を引き出したりする方向に働いていた。さらに、Aは、このTAE研究プロセスを通じて、研究対象者であるがん患者の思いにより深くは入り込み、患者理解が深まることにより、より強い共感を得るとともに、患者を取り巻く看護の現場の理解の深まりも体験していた。

これは、TAEの作業手順(ステップ)が「体験(経験)された意味」から言語的理解を引き出していく方法であるからだといえるだろう。得丸<sup>12)</sup>は、インタビューデータや参与観察データなど他者の経験は、分析者の「個人のフェルトセンスに媒介されるデータ」にすることにより研究可能であるとし、そのとき、分析者の「体験された意味」の意味創造性が、「現に感じているフェルトセンスへと集約して活用」されると述べている。分析者個人のフェルトセンスとは「データ理解の意味感覚」のことであり、「体験された意味」は看護の知識や経験に対応する。TAEは、看護に携わる看護師が、看護の知識や経験を活用しながらおこなうことができ、さらに、研究することにより看護師が患者理解や看護現場理解を深めることができる実践的な質的研究法だといえるだろう。

本研究で例として用いた質的研究「がんペプチドワクチンを受けている膵臓がん患者の体験」は、Aが、初めてTAEを適用した研究をおこなったものであるが、がん患者の体験を言語化することができた。TAEの作業手順(ステップ)は標準化されているため、要所で熟達者の助言を受ければ、初心者でも使用可能で、トレーニングを積み自らが使用法に熟達していくことが可能な方法であるといえ、TAEは看護の質的研究に適用できると考える。

## VI. 結論

先進医療を受けるがん患者の体験の研究の、

TAEを用いた分析プロセスにおいて、どのように言語化が進んだのかを分析し、質的看護研究への適用について検討してきた。

Aは、看護の知識や経験知を活用しながら現象の分析をおこなっていた。そのプロセスにおいて、TAEの手順は、過去の知識や経験ゆえの先入観によるとらわれを予防し、分析データに含意されているがまだ知られていない新しい意味に気づかせ、それに集中することを促進する方向に働いていた。それに加え、知識や経験知と言葉を繰り返し照らし合わせ、言語化という困難な作業に粘り強く向かうよう導き、がん患者の体験の複雑さを言語化することを可能にしていた。分析者は「データ理解の意味感覚(フェルトセンス)」を言語化することにより、さらに、研究対象者であるがん患者の理解が深まることにより患者への強い共感を体験していた。TAEは、看護の知識や経験知を活用しながら現象の分析をおこない、看護師が患者理解や看護現場理解を深めることができる実践的な質的研究法だといえる。また、TAEを適用した研究は熟達者の助言を受ければ初心者でも使用可能であり、トレーニングを積むことで熟達可能な方法で、TAEは看護の質的研究に適用できると考える。

## 文献

- 1) 戈木クレイグヒル滋子, 三戸由恵, 関美佐 (2012): 日本の医療分野における質的研究論文の検討(第1報) 論文数の推移と研究法の混同. 看護研究, 45 (5), 481-489.
- 2) 戈木クレイグヒル滋子 (編集) (2013): 質的研究法ゼミナール 第2版, 医学書院, 東京.
- 3) 木下康仁 (2007): 修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ(M-GTA)の分析技法. 富山大学看護学会誌, 6 (2), 110.
- 4) 木下康仁 (2011): 質的研究は研究する人間をエンパワーできるか. 看護研究, 44 (4), 418-437.
- 5) 木下康仁 (2012): 質的研究における内容の独自性と分析方法の明確化. 介護福祉学, 19 (2), 187-195.
- 6) 伊賀光屋 (2008): 解釈学的現象学の方法論. 新潟大学教育学部研究紀要, 1 (2), 151-178.
- 7) 伊賀光屋 (2013): 解釈的現象学的分析(IPA)の方法論. 新潟大学教育学部研究紀要, 6 (2), 169-191.

- 8) 佐藤 郁哉 (2008) : 質的データ分析法—原理・方法・実践, 新曜社, 東京.
- 9) グレッジ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江編 (2007) : よくわかる質的研究の進め方・まとめ方-看護研究のエキスパートをめざして. 医歯薬出版株式会社, 東京.
- 10) Gendlin, E.T. (2004) : What is TAE?. Introduction to Thinking At the Edge. The Folio, 19 (1).
- 11) 得丸智子 (2008) : TAEによる文章表現ワークブック. 図書文化社, 東京.
- 12) 得丸智子 (2010) : ステップ式質的研究法 TAEの理解と応用. 海鳴社, 東京.
- 13) 得丸智子 (2011) : 「感性」を扱う質的研究—TAEステップ式質的研究法—. 感性工学, 10 (2), 99-102.
- 14) 高橋寛子 (2011) : セラピストの「実践知」を言葉へと開く試み. 「TAE」(Thinking At the Edge) の心理臨床実践研究への適用. 京都大学大学院教育学研究科附属臨床教育実践研究センター紀要 15, 69-82.
- 15) 末武康弘・得丸さと子 (智子) (2012) : パーソンセンタード／フォーカシング指向セラピーでは何が生起するのか? . 「セラピストTAE」による質的分析のパイロット研究. 現代福祉研究 (12), 141-163.
- 16) 末武康弘 (2013) : パーソンセンタード／フォーカシング指向セラピーにおいて生起するプロセスの理論化の試み. TAEを用いた質的分析から. 現代福祉研究 (13), 23-45.
- 17) 高木亜希子 (2014) : 英語科教員養成における省察の意味とは何か. 言語教師認知研究会, 60-74.
- 18) 白田千晶 (2015) : 日本人配偶者を持つある在日外国人女性の文化的価値観. TAEを用いた質的研究. お茶の水女子大学人文科学研究 11, 195-210.
- 19) 田村真由美, 末次典恵 (2014) : がんペプチドワクチンを受けている膵臓がん患者の体験. 日本がん看護学会誌, 28 (Suppl.), 99.
- 20) 末次典恵, 田村真由美, 伊東恭悟他 (2002) : 再燃前立腺癌患者に対する癌ペプチドワクチン療法の第 I 相治験におけるリサーチナースの役割. 日本がん看護学会誌, 16 (2), 79-88.
- 21) 助廣亜希, 田村真由美, 伊東恭悟 (2003) : 癌ペプチドワクチン治験を受ける再発婦人科がん患者の看護-第 I 相治験へのクリニカルリサーチナースとしての関与を通して-. 日本がん看護学会誌, 17 (1), 43-53.
- 22) Tamura, M., Shomura, H., Itoh, K. et.al. (2004) : HER2/neu-derived peptides recognized by both cellular and humoral immune systems in HLA-A2+ cancer patients. Int J Oncol. Vol.24 No.4, 967-975.
- 23) 吉田和美, 田村真由美, 伊東恭悟 (2009) : 進行がん症例を対象としたがんペプチドワクチン臨床試験における重篤な有害事象の解析. 第23回日本がん看護学会誌, 23 (Suppl), 118.
- 24) 田村真由美, 末次典恵 (2016) : 自由診療でワクチン療法を受ける膵臓がん患者の体験, 日本がん看護学会誌, 30 (2), 55-63.

【その他】

# ロイ適応モデルに基づく看護実践と研究

著者：シスター・カリスタ・ロイ

監訳：日高艶子、津波古澄子、鷲尾昌一\*

翻訳：田中千絵\*、津波古充哉\*、中尾友美\*、松原まなみ\*、鷲尾昌一\*

聖マリア学院大学、\*聖マリア医療福祉研究所

<キーワード>

理論に基づく実践、ロイ適応モデル、理論に基づく研究

本稿は「聖マリア学院大学紀要 1巻、2010年の5頁から13頁」に掲載された Sister Callista Roy 博士著「Nursing Practice Based on the Roy Adaptation Model」を聖マリア医療福祉研究所の所員が分担して翻訳し、ロイ適応モデルに精通されたお二人の先生（日高艶子教授、津波古澄子教授）に監修をお願いしてできたものです。最後のチェックは鷲尾が行ない、ロイ適応モデルに詳しくない人でも分かるように加筆しました。ロイ先生はカトリックのシスターですので、哲学はキリスト教を背景としています。The universe, the earth, the world という単語が出てきますが、旧約聖書に書いてあるように、これらの3つの単語を神様が創造された世界（天地万物、森羅万象）のことだと考え、そのように翻訳いたしました。旧約聖書には唯一神がこの世を創造され、ご自身（神）の姿に似せて人間を造られたと記してあります。旧約聖書を信じる人たちは人間を特別な存在と考え、表1に示されるように、神様の造られた世界を継承し、維持し、変えることに関して責任を持つと考えます。

2016年3月30日

聖マリア医療福祉研究所所長 鷲尾昌一

## 要約

ロイ適応モデルは、個人と集団の看護実践のための概念枠組みを示すと同時に、看護研究のデザインと看護研究実施の枠組みとなる。本稿では、ロイ適応モデルの要素を簡潔に概観する。哲学的、科学的、文化的仮説を含め、個人と集団を適応システムとしてどのように捉えるかを概説する。適応システムは4つの適応様式と、2つの主要な対処プロセスを持っている。モデルの要素がいかにして看護の基礎知識となるかを記述する。ロイ適応モデルの要素は、実践における看護過程の特定のアプローチと関連する。適応様式についての知識は、行動のアセスメントの明確化に活用される。刺激は、環境として捉え、第2段階のアセスメントにおいて分析される。看護上の判断や診断は、行動と刺激として記述される。目標は、行動が変化することに関連づけて設定され、また、介入は刺激に基づき、行動変化のために刺激を変化させることが可能であるとする。評価は、目標が達成されたか否かを明らかにするために行動を観察する。同様に看護研究は質的および量的研究の基礎を提供する。質的研究は、ある集団の特定のプロセスを研究する時に有用である。一般理論・大理論 (grand theory) から実践のための学問・知識 (knowledge) を発展させていくために、ロイは中範囲の理論、すなわち実践レベルの理論の開発についてのステップを提示している。ステップとして、1) 興味関心のある対象集団を選定する、2) 対象集団の情報・知識 (knowledge) に基づいて、モデルから生命・生活過程を選択する、3) ロイ適応モデルの理解・知識 (knowledge) と臨床の情報・知識 (knowledge) を活用し、プロセスを向上させるための介入を含めて研究をデザインする、4) 研究を実施する、5) 結果を公表する。

## 緒言

ロイ適応モデル<sup>1)</sup>は、個人と集団における看護実践のための概念枠組みを提示すると同時に、看護研究を計画し実施する枠組みとなる。ロイ適応モデルの前提と主要な概念は、実践のための知識となり、また実践に向けた新しい知識開発の基礎となる。これらの要素は、看護ケアのプロセスのための理論的知識とおよびガイダンスになる。さらに、ロイ適応モデルは実践のための新たな問いを導き、患者の適応の促進に向けた研究すべき変数 (variables) を明確にする。本稿では、モデルの要素について簡潔に概観し、実践と研究への適用について述べる。

## モデルの要素についての概要

1964年単純な概念から始まったロイ適応モデルは、いくつかの主要な要素を含み発展してきた。一つの重要な発展は、哲学的、科学的、文化的前提である。ロイ適応モデルの主要な概念は、適応システムとしての個人と集団からなる人間、環境、健康と看護の目標 (goal) を含む。

前提は看護実践における信念、価値、妥当な知識の基礎となる。ロイ適応モデルの科学的前提は、当初Ludwig von Bertalanffy<sup>2)</sup>の一般システム理論とHarry Helson<sup>3)</sup>の適応レベル理論の影響を受けた。その後は創造された宇宙の統一性と意義を含むものとなった。ロイ適応モデルの早期の哲学的仮説は、ヒューマニズムとヴェリティヴィティ (veritativity) と名づけた。ロイは、ヴェリティヴィティの概念を完全な相対主義に代わるものとして紹介した<sup>4)</sup>。ヴェリティヴィティはロイの造語で、ラテン語のヴェリタス veritas (真理) に基づいている。ロイ適応モデルの中で、ヴェリティヴィティは人間が普遍的な目的を持った存在であることを肯定する人間性の原理である。この信念の中には、すべての人と地球がもつ統合性、多様性と自己アイデンティティを持ち、共通の使命に向かい統合され、(神によって創造された) 世界と神との相互関係に価値を見出すということが含まれる。

ロイは21世紀を転換、変容、および霊的ビジョンの時として捉え、人と世界と神 (God-figure) との相互関係に焦点を当てた哲学的仮説を追加した。ロイの適応の再定義<sup>5)</sup>は、現代社会の中で広義の哲学的、科学的前提の説明と文化的前提へと導いた。表1はロイ適応看護モデルの前提を示し

ており、さらにロイ適応看護モデルの基本 (the basic work on the model) についても記述されている。宇宙 (世界) が自身を維持するために活動していることよりも、創造力のある宇宙 (世界) の中での人間の存在の意義 (purposefulness) を強調している。

表1. 21世紀に向けてのロイ適応看護モデルの前提

<p><u>哲学的前提</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>人間は (神によって創造された) 世界と神 (God-figure) との相互関係を持っている。</li> <li>人間のもつ意味は世界の最終時点での収束に根ざしている。</li> <li>神は多様な創造物の中に親密に身近に現れる、創造物共通の命運である。</li> <li>人間は気づき、悟り、信仰という人間の創造的な能力を活用する。</li> <li>人間は (神によって創造された) 世界を継承、維持し、変えるプロセスについて責任がある。</li> </ul>
<p><u>科学的前提</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>物質とエネルギーのシステムは、複雑な自己組織をより高度なレベルに進歩発展させる。</li> <li>意識と意味は人間と環境の統合に適合する。</li> <li>自己と環境に対する認識は、思考と感情に基づく。</li> <li>人間の決断は、創造的なプロセスの統合に対して責任がある。</li> <li>思考と感情は人間の行動に影響を与える。</li> <li>システムの相互関係には、受容、保護、そして相互依存の促進が含まれる。</li> <li>人間と地球 (世界) との間に共通のパターンと補完的な関係がある。</li> <li>人間と環境の変容は人間の意識を創造する。</li> <li>人間と環境の意味の統合は適応をもたらす。</li> </ul>
<p><u>文化的前提</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>特定の文化の中の経験は、ロイ適応モデルの各要素がどのように表現されるかに影響する。</li> <li>ある文化の中では、その文化のもつ重要な概念で、多かれ少なかれロイ適応モデルの要素の一部あるいは全体に影響を与える概念がある。</li> <li>ロイ適応モデルの構成要素の文化的表現は看護アセスメントのような実践活動を変化させることがある。</li> <li>ロイ適応モデルの構成要素がある文化的な展望の中で発展するとき、教育と研究に対する意味合いは独自の文化の中での経験とは異なったものになることがある。</li> </ul>

ロイ適応モデルの前提の基礎となるものは、モデルの主要な概念の具体的記述において明確である。はじめに、人間についてみると、ロイは人々を個人と集団のいずれにおいてもホリスティック (holistic) に統合された適応システムであると捉え、適応を維持するための対処プロセスが働き、人間と環境の変容を促進すると説明する。システムとしての人間は内的なプロセスをもっており、個人や集団の統合を維持するために機能する。これらのプロセスは、個人に対しては調節器と認知器サブシステムとして、集団に対しては安定器と変革器として大きくカテゴリー化されてきた。調

節器は変化する環境に対処する化学的、神経的、内分泌的反応といった生理的なプロセスを用いる。ある人が急に脅かされた時、例えば車がカーブを曲がり損ねて迫ってきたら、危害を避けるためにアドレナリンが増加し、急速なエネルギーが利用可能になる。認知器サブシステムは、認知のおよび情動的なプロセスが関わり、環境と相互作用する。接近してくる車を避けようとする人の例では、認知器は恐怖の感情を処理するために働く。その人は、またその状況の知覚を処理し、道を安全に横断するにはどのように渡ればよいかという新しい決断にいたる。

集団における対処プロセスは、安定と変化に関係する。安定器サブシステムは、構造、価値および日々の活動を保ち、集団の主要な目的を達成する。それゆえに、看護ケア集団は協働できるように構造化され、特定のニーズをもつ患者集団にケアを提供する。その集団の価値は、メンバーが集団の機能を維持し責任を果たすために、どのように環境に反応するかということに影響する。集団は認知器と平行したプロセスがあり、変革をもって環境に反応するために変革器サブシステムを通して変化する。例えば、看護ケア集団は、将来の変化やチーム強化活動に向けた会議・会合を日々行うだろう。変革器が良好に機能している時、集団は新しい目標を設定し、成長し、新たな卓越した業（看護ケア）が達成される。

ロイ適応モデルにおける対処プロセスは、各個人と集団において、以下の4つの特定の方法で明らかにされると記述されている。それは、生理的・物理的機能、自己概念と集団アイデンティティ、役割機能、そして相互依存の行動の4つである。コーピング活性 (coping activity) の影響をカテゴリー化するこれら4つの方法を適応様式と呼ぶ。個人と集団の適応様式とコーピングプロセスは、他のロイ適応モデルの出版物<sup>1)</sup>の中で詳細に記しており、実践と研究においてモデルを活用する討議で用いられるだろう。

ロイ適応モデルによると環境は、すべての条件、状況、および周囲の影響を含むと定義し、個人や集団の発達と行動に変化を与えるとする。ロイ適応モデルの視座から、進化する宇宙（世界）の中の人間の場として、環境は相互作用の複雑なパターン、フィードバック、成長と衰退を有している。環境との相互作用は、個人や集団の適応システムとして入力される。この入力は内的または外的な要因の両方である。ロイは、生理心理学者のHelson<sup>3)</sup>の研究を引用し、焦点刺激、関連刺激、残存刺激として分類する。ある特定の内的入

力刺激は適応レベルで、個人と集団のコーピングの能力を示すものである。この能力のレベルの変化は、適応行動への内的影響を与える。

健康は、ロイ<sup>1)</sup>によると適応の概念に関連づけられる。個人と集団は適応システムとしてみなされ、環境と相互作用しながら成長し、変化し、発展し、溢れんばかりに成熟するものである。健康は、人間と環境との相互作用の反映であり、両者の交互作用は適応であり、統合を促進する (promote integrity)。ロイ適応モデルによると、健康はプロセスであり、また存在の状態であり、全体へと向かい、個人と環境の調和を反映しあうように統合されると定義する。

ロイは、看護とは個人と集団の4つの適応様式のそれぞれにおいて適応を促進することであり、それによって人間の健康、生活の質 (QOL)、および尊厳ある死に貢献することであると定義している。適応には、統合、代償、障害 (非代償) の3つのレベルがある。統合レベル (生命・生活過程の統合) とは、人間のニーズを満たすためにその構造と機能が全体として働くことである。代償レベルは、ある変化が生じた時に、認知器や調節器、もしくは安定器や変革器が活動したときに生じる。最後に、障害レベル (非代償) は、統合や代償のプロセスが適切に機能しなかったときに生じるもので、これは適応上の問題を生じる。

## ロイ適応モデルの看護実践への適用

ロイ適応モデルの要素は、全ての領域の実践のための理論的な知識を提供する。さらに、その要素は、患者ケアのための看護過程のガイドとなる。ロイは、適応について、健康を導く重要な生命・生活過程であると主張している。人間の生命・生活過程とパターンを明らかに示すことは、長年にわたり看護の文献の中の一つのテーマであった<sup>6)</sup>。それぞれの適応様式の中の、適応に寄与する主要な生命・生活過程は確認されてきた。そのプロセスの概念は中範囲理論へと導く。たとえば、生理的様式の酸素化のニードの中には、換気のプロセスと、ガス交換のパターン、不適切な酸素化に対するガス運搬パターンと代償プロセスが含まれる。それと同様に、自己概念様式は、精神的またはスピリチュアルな統合のための人間のニードを満たすために、3つのプロセスを有する。そのプロセスとは、自己の発達、自己の知覚、自己の焦点づけである。集団のレベルにおいては、自己のイメージの共有として、集団共有アイデン

ティティと家族の統合力の2つのプロセスが示される。多くの臨床状況に適用されるので、プロセスの概念に基づいて展開された看護理論は、中範囲の理論である。中範囲の理論は、まだ実践できていないが高いレベルで構築された学問 (grand theory) とある特定の看護実践の現場のための実践のための学問・知識 (knowledge) との間にある。

ロイ適応モデルの要素は、看護過程のそれぞれの段階のガイドとなる。つまりそれは、行動のアセスメント、刺激のアセスメント、看護診断、目標設定、看護介入、介入の評価である。適応様式の構成要素は、患者と集団の行動のアセスメントのためのアウトラインを提供する。たとえば、生理的様式のニードと過程には、酸素化、栄養、排泄、活動と休息、防衛、感覚、体液電解質、酸・塩基平衡、神経機能、内分泌機能が含まれる。酸素化のニードに、換気のプロセス、ガス交換、ガス運搬と不適切な酸素化に対する代償が含まれているように、それぞれのニードもまた基本的過程を有している。

大学教員や看護師は、特定のアセスメントツールを準備する際に、それぞれの適応様式の中でこのアウトラインを活用する。たとえば、酸素化のニードとプロセスの行動のアセスメントには、呼吸数、リズムと深さ、スパイロメーターによる換気量、呼吸音、患者の主観的な息切れの報告、酸素濃度、脈拍、血圧、胸部エックス線やMRI、生理学的検査のような診断検査などが含まれる。

自己概念の基盤となるニードは、精神的、霊的な統合である。自己概念は、個人がある時点で自己に対して抱く信念と感情の合成体であり、内的知覚と他者の反応についての知覚によって形成されると定義されている。その構成要素には、身体的自己と人格的自己がある。身体的自己には、身体感覚とボディイメージが含まれる。人格的自己は、自己一貫性、自己理想、道徳的・倫理的・霊的自己によって構成される。基盤となるプロセスは発達する自己、知覚する自己、焦点づけをする自己である。この自己概念様式の理解に基づいて、この様式の行動のアセスメントの例を表2に示した。

役割機能様式の基盤となるニードは、社会的統合である。そのニードとは、人が行動するために、その人と他者との関係性を知ることである。役割機能様式の基本的過程は、役割発達、役割取得と役割移行からなる。役割発達の行動のアセスメントは、一次的、二次的、三次的役割を同定することである。役割の移行が生じるときの役割取得の

表2. 自己概念の行動のアセスメント

身体的自己	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 体の調子はどうですか？</li> <li>• 性的な感情に対処する際にどのように満足していますか？</li> </ul>
ボディイメージ	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 自分の身体をどのように見ているのかを説明してください。</li> <li>• 自分の身体のどんなところが好きですか？</li> <li>• あなたの容姿を、どのように変えたいですか？</li> </ul>
人格的自己	
自己一貫性	<ul style="list-style-type: none"> <li>• あなたは自分自身をどのように感じますか？</li> </ul>
自己理想	<ul style="list-style-type: none"> <li>• あなた自身の目標は何ですか？</li> </ul>
道徳的、倫理的、霊的な自己	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 正しく生きるために、どのようにあなた自身の規範に合わせていますか？</li> </ul>

アセスメントのために、看護師は新しく生じた役割に関連した目標や情緒的な行動を明らかにする。

相互依存の適応様式の基盤となるニードは、関係的統合である。相互依存様式は、愛情や尊敬、価値観を与えたり受けたりすることの相互作用と関係している。次に、その様式の中には、重要他者とサポートシステムの安全で養育的な関係が含まれる。そのプロセスは、愛情の充足と、関係性の発展の充足である。表3に、相互依存様式の行動のアセスメントの例を示す。

表3. 相互依存様式の行動のアセスメント

重要他者とサポートシステム	<ul style="list-style-type: none"> <li>• あなたにとって最も重要な人は誰ですか？</li> <li>• あなたのサポートシステムは、誰または何ですか？</li> <li>• どの程度、あなたはその人に頼っていますか？</li> </ul>
受容と寄与	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 重要他者の言語的、非言語的表出がどのようなものであるかを観察する。</li> <li>• その人は、重要な人との関係性に満足しているだろうか？</li> </ul>

環境の重要な要素は、看護過程に関連づけて定義することができる。環境は、人間をとりまく全てのものを含み、発達や行動に影響を与えるものとして定義される。環境には、世界と宇宙の視点とともに、人と地球の資源との相互関係が含まれている。ロイ適応モデル開発における早期の著作を基盤にすると、焦点刺激、関連刺激、残存刺激の説明は活用しやすい。焦点刺激とは、人間に最も直接的に直面している内的もしくは外的要因である。関連刺激は、その状況において存在する全ての刺激であり、焦点刺激に影響を与える。最後に、残存刺激は、現在の状況ではまだはっきりせず、更にアセスメントが必要な要因であり、良く

分からないものとして考慮される可能性のある刺激である。

ロイ適応モデルの中では、適応に影響する共通の刺激について述べられており、その内容は、以下の通りである。

- 文化的または社会的経済的状况で民族性や信念などを含む
- 家族やグループの参加者、そしてその行動と課題
- 年齢、性別、課題、遺伝的要因等を含む発達課題、またグループのメンバーシップと一貫性
- その他の適応様式
- 認知器、調節器、安定器と変革器の効果
- 適応レベル
- ヘルスケアシステムと政治的また経済的な安定性

看護診断は臨床診断であり、看護師は第1段階と第2段階のアセスメントにおいて情報を収集し判断する。看護師の経験と臨床状態に基づいて行われる看護診断の記述方法には2つの方法がある。1つ目の看護診断の記述方法は、関心のある行動を選択し、その行動に最も強く影響を与えている刺激をリスト化するというものである。スポーツをしていて眼に怪我を負った子どもの例を挙げれば、左眼の視力喪失、左眼は縫合されパッチで隠されていること、また、子どもにとって最近の出来事で、突然であり、野球ボールの打撃により網膜にダメージ受け視力を永久的に失うという、予期せずに直面した状況であること等を記述する。2つ目の看護診断の記述方法は、一つの様式に関連する刺激にともなう行動について、要約のラベルを提供する。生理的様式の中の感覚の要素からいくつか例を示すと、不動により皮膚の完全性が障害される可能性、隔離による感覚遮断、および外科的切開による疼痛などである。

実践における臨床判断に関連して、看護師は適応レベルをアセスメントする。統合的な適応は、適応様式における生命・生活過程の行動と機能が、ニードを満たすように働くときに生じる。統合的な適応は、適応の目標（生存、成長、生殖、成熟、人間と環境の変容）に導く。統合的な適応の例を挙げると、呼吸と換気の一定維持のプロセスや、道徳的・倫理的・霊的な成長のための効果的なプロセスなどがある。代償的な適応は、生命・生活過程に挑戦することによって、認知器や調節器、安定器や変革器が作動することであり、適応の促進を試みるものである。代償的な適応の2つの例を示すと、成長過程としての悲嘆はより高いレベルの適応であり、新しい役割における成熟に向か

う超越と役割移行などである。最後に適応レベルの中の障害レベル（非代償）は、不適切な統合的・代償的生命・生活過程からもたらされる適応レベルであり、変化が生命・生活過程の構造と機能が対処できないほど大きい場合、その結果として生じ、人間の統合には寄与せず適応上の問題を生じる。この適応レベルは、適応、健康、成長、変容を促進するための介入を必要とする。適応レベルが障害レベル（非代償）である例を2つ挙げると、低酸素症や解決できない喪失感などがある。

ロイ適応看護モデルを用いた目標設定と介入も同様にロイ適応看護モデルの要素に基づいている。看護師は、焦点を当てた行動を記録し、期待される変化と目標達成のための予定表・看護計画表を作成する。目標は、短期目標と長期目標の両者を含むことができる。片方の視力を失った小児とその母親の場合、外来の看護師は短期目標を、「今週中に1日該当する小児が安全に登下校することが出来る」、長期目標を、「該当する患児が自立し、授業での活動を安全に、効果的に行える」と設定することができる。介入については、看護師は行動変容に向けた刺激に焦点を当てる。該当患児のための看護介入は、安全性を高め、自立へのニードを含める。たとえば、患児とその両親に視力制限のある人の安全についてのパンフレットを提供し、学校まで移動する際の距離と地形を選択し、「毎日10分間は障害物のあるところを歩く練習をする」、「最初はきょうだいに一緒に歩いてもらう」などを提示する。評価は、目標達成における看護介入の効果の判定が含まれる。今週、1回でも該当患児が安全に登下校できたのなら、その目標は達成されたことになる。もし目標が達成されなかった場合には、看護師は再度アセスメントし、「該当患児が入院したときよりもさらに不安が高まってはいないか」、あるいは「安全に登下校するための練習時間がもっと必要ではないのか」など全ての関連する刺激について考慮する。

要約すれば、ロイ適応モデルは、適応様式とその他の要素の理解に基づく実践のための知識を提供する。看護実践、とりわけ看護過程はロイ適応モデルの要素によって導かれる。さらに、看護実践を担当する行政機関において、ロイ適応モデル導入のためのプロジェクトが計画されている。

Senesac<sup>7)</sup> は、ロイ適応モデルが臨床で活用された事例が報告された論文をレビューし、際立って優秀な7つのプロジェクトを割り出した。それらのプロジェクトは、ある一つの病棟の方針から病院全体の取り組みまで広範囲に亘っていた。論文で報告されたプロジェクトの中には、ロ

イ適応モデルの病棟単位への適応から病院組織全体への適用にいたるものが含まれていた。Gray<sup>8)</sup>は自身が関与したロイ適応モデルが活用された5つのプロジェクトを検討した。全てのプロジェクトが、病院の経営陣、哲学、または方向性の変更により必ずしもロイ適応モデルの導入をやり遂げたわけではなかった。Grayによる最初のロイ適応モデル適用プロジェクトは、非営利の子ども病院の急性期ケア病棟132床であった。その他にも、100床の私営病院や248床のコミュニティ病院などに関わった。ロイ適応モデル適用プロジェクトの主な焦点は、良質の看護ケアプランを通じた患者のケアの質の向上であり、その中には実践の評価基準を高めることであった。Moreno-Ferguson<sup>9)</sup>は、コロンビアにおける2つのロイ適応モデル適用プロジェクトを報告した。1つは外来リハビリテーションサービスで、もう一つは、心疾患専門病院の小児の急性期ケアに関するものであった。

## ロイ適応モデルの看護研究への活用

研究は、現実の世界での経験について、妥当で信頼性の高い知識を得るためのプロセスとして記述することが出来る。看護モデルは、人間、環境、そして健康の概念の記述に基づいて、研究の焦点を明確に規定する。ロイ適応モデルに基づく研究の目的は、個人や集団において、適応していく人間の知識を発展させることであり、健康や病気のもつ様々な状況に置かれた人を理解することにある。ロイ適応モデルに基づく研究は、さらに、適応を高める方法を開発することによって、臨床の知識を開発することを目的としている。

看護研究を実施する際に、私たちは質的調査法と量的調査法の両方の様々な調査方法を用いる。質的研究は、帰納的な理解・知識 (knowledge) のための基本的なアプローチであり、個人の経験を明らかにしていくことで、人間の経験を一般化するものである。ロイ適応モデルは、研究者を特定の人間の経験を注視するように導く。例えば、研究者がロイ適応モデルを活用する時に、役割機能様式の中で役割移行の重要性に気づくことがある。調査の切り口として、母親として新しい役割について子どもとの関わりをどのように経験していくかを尋ねることから始めることができる。母親がどのように感じ、考えているのか？ また、彼女の手段的 (道具的)、表出的行動は何か？ その経験は彼女にとってどんな意味があるのか？ 研究

者はこの経験を他の母親の経験と比較し、母親になっていく経験という共通のテーマを見つけることもできる。

質的研究のアプローチは演繹的な方法であり、一般理論・大理論 (grand theory) としては与えられた状況に対する暫定的な仮説を導くために活用される。例えば、ロイ適応モデルに基づき、中範囲理論の中での発達の役割を記述し、母親という新しい役割の中で成長していくために何が必要かを明らかにする。質的研究では、予測された要求の存在や刺激に基づき、役割移行を成功させるために、母親が表出的で手段的 (道具的) 役割行動の効果を増加させているかを尋ねることができる。量的研究では、ロイ理論が役割移行のためにも求めている環境要因の存在により、役割移行がどのように改善するかを予測できる可能性がある。

## 研究の発展のための戦略

由緒ある第一級の雑誌に掲載された論文の中で、DonaldsonとCrowly<sup>6)</sup>は、看護学問領域の共通の焦点として、人間の生命・生活過程とパターンを明示している。ロイ適応モデルは、適応を重要な生命・生活過程と認識している。ロイ適応モデルの中では、適応は、「個人であれ集団であれ、物事を考え、感じる者として意識的な自覚と選択を用いて人と環境の統合を創り出すプロセスと成果」と定義される。さらに、先に述べたように、適応は3つのレベルで記述され、統合された生命・生活過程、代償過程、そして適応上の問題として知られている障害過程 (非代償) である。

最も一般的なレベルにおいて、ロイ適応モデルに基づく研究は、個人や集団の適応プロセスに焦点を当てている。ロイ適応モデルの中で理論を展開させるに当たり、中範囲理論は適応サブシステムと適応様式の中で、さらに明細に記述されている。それゆえに、ロイ適応モデルに関する研究の焦点は、認知器・調節器や安定器・変革器の対処プロセスの中核の処理プロセスと適応様式の中に含まれるプロセスの両方である。例えば、酸素の二ードを満たす換気、肺胞と毛細血管のガスの運搬といった基本的な生命・生活過程のような生理的様式の中の特定のプロセスを研究の焦点とすることもできる。これらのもののうち、どれでも研究の焦点となりうる。同様に自己概念様式においては、自己の発達、自己の知覚、自己の焦点付けを、集団アイデンティティ様式においては、共有

するアイデンティティのプロセスを研究の焦点とすることも可能である。

役割機能様式の同様の例としては、一次的、二次的、三次的役割の調査が含まれる。看護の研究者は、役割移行期における時期、役割取得のプロセス、または多くの役割のための役割セットの統合、グループの中での異なる人々の役割に焦点をあてることが可能である。

最後に相互依存様式についての重要なプロセスの研究としては、重要他者との受容と寄与に関するもの、関係性の学びや成熟していくこと、サポートシステムと関わるときの資源の確保のプロセスが含まれる。ロイ適応モデルに関する研究のための焦点は、それゆえに、適応の文脈の中にある生命・生活過程であると言える。

ロイ適応モデルに関する研究のための戦略は、適応する生命・生活過程の焦点化に関係している。ロイ適応モデルに基づく看護研究の最初のステップは、関心のある集団を選択することである。次に行なうことは、研究の対象となる生命・生活過程を特定化することである。この集団と生命・生活過程の選択は、看護研究者の興味や専門性に基づくだろう。もし、ある看護師が、慢性疾患をもつ患者に強い関心と高い知識を有しているのであれば、慢性疾患をもつ患者が研究の対象集団となる。研究者の知識が、研究する生命・生活過程を明確化するための助けとなる。看護師は、慢性疾患を持つ人が、自己概念の変容の経過を迎えることを知っている。そうすると、慢性疾患患者に対するこの知識と関心が、研究のための焦点を明確にし、慢性疾患患者の自己概念の問題を統合することを促進していく要因を明らかにするであろう。研究のための3つ目の戦略は、生命・生活過程の中範囲理論を展開することである。中範囲理論は、基本的な概念とそれらの相互性を明らかにする。基本的概念を同定するための源には、ロイ適応モデルの文献やこの分野における他の関連文献が含まれる。例えば、ロイ適応モデルは、身体感覚とボディイメージを身体的自己の構成要素として特定する。しかし、慢性疾患の文献は、慢性疾患をもつ人は身体感覚とボディイメージの両方の構成要素の変化を経験すると強調している。この対象集団のために、変化していく身体的自己に対する中範囲理論の展開が必要となる。看護師である研究者は、慢性疾患患者の変化していく身体的自己の生命・生活過程を理解するために質的で記述的なステップが含まれる研究計画を選択するかもしれない。

介入研究は、看護研究において重要である。生

命・生活過程をよりよく理解することで、生命・生活過程を促進する対象集団のための看護介入の戦略を導くことが出来る。例えば、ソーシャルサポートと役割モデルは、新しく母親になる人の役割移行が成功するための中範囲理論の鍵となる概念として捉えられている。新しく母親なった人たちを例にとると、彼女たちが実家と離れた場所に住む場合、ソーシャルサポートと役割モデルを欠くかもしれない。その場合、看護師がソーシャルサポートとモデルの資源となるような介入をデザインすることができる。介入研究における仮説は、介入群は、介入を受けなかったコントロール群よりも役割移行がうまく行われるということである。

看護師は、対照臨床試験(コントロール群をおいた臨床介入試験)の研究計画を立て、実践することによって、仮説を検証することができる。サンプルサイズや測定用具の信頼性と妥当性、適切な統計解析手法など、研究デザインに対する研究者の注意・配慮は研究の質を決定づけ、研究で得られた知見の実用性(臨床現場へ応用できるか)を決定する。ロイ適応モデルを用いた看護研究の最後のステップは、他の看護研究と同様に、研究の知見をカンファレンスや看護雑誌で発表し、知見を広めていくことである。

## 結論

本稿では、1964年に始まったシスター・カリスタ ロイが開発したロイ適応モデルの基本的な要素についてレビューした。実践の中でモデルを活用することは、ロイ適応モデルの要素に基づく知識に由来するものとして説明した。さらに、その要素は実践で活用される看護過程を導くものである。ロイ適応モデルの看護研究の中での活用を、ロイ適応モデルにより明示された生命・生活過程の一連の研究として記述した。

## 文献

- 1) Roy, C. (2009): The Roy Adaptation Model (3rd Ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.
- 2) Von Bertalanffy, L. (1968): General system theory: Foundations, development, applications, New York: G. Barziller.

- 3) Helson, H. (1964) :Adaptation level theory. New York: Harper & Row.
- 4) Roy, C. (1988) :An explication of the philosophical assumptions of the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 1 (1) , 26-34.
- 5) Roy, C. (1997) :Future of the Roy model: Challenge to redefine adaptation. *Nursing Science Quarterly*, 10 (1) , 42-48.
- 6) Donaldson, S. & Crowley, D. (1978) :The Discipline of nursing. *Nursing Outlook*, 26, 112-120.
- 7) Senesac, P. (2003) :Implementing the Roy Adaptation Model: from theory to practice, *Roy Adaptation Association Review*, 4 (2) , 5.
- 8) Gray, J. (1991) :The Roy Adaptation Model in nursing practice. In C. Roy & H.A. Andrews (Eds.) , *The Roy Adaptation Model: The definitive statement*. (pp. 429-443) . Norwalk, CT: Appleton & Lange.
- 9) Moreno-Ferguson, M.E. (2007) : Application of Roy Adaptation Model in Latin America: Literature review. *Roy Adaptation Association Conference 2007*, Los Angeles, CA.

【その他】

# 研究倫理研修会報告： 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針について

松原まなみ、鷺尾昌一、中村和代 中尾友美、井手悠一郎、石井和弘

聖マリア学院大学

<キーワード>

医学系研究、研究倫理、倫理審査

## I . はじめに

平成26年12月22日、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」が通達された<sup>1)</sup>。この指針は、人を対象とする医学系研究に携わる全ての関係者が遵守すべき事項を定めることにより、人間の尊厳及び人権が守られ、研究の適正な推進が図られることを目的とし、①各研究機関長の監督義務と研究責任者の責務の明確化、②研究者の教育・研修規定、③介入研究の登録と結果報告義務、④倫理審査委員会の機能強化と審査の透明性、⑤インフォームドコンセント・アセントの手続、⑥利益相反に対する措置、⑦侵襲を伴う介入研究のモニタリングと監査 といった内容が盛り込まれた。大学等研究機関のみならず、分担・共同研究者も含め、国内で実施される人を対象とする医

学系研究はすべてこの指針に従うことが求められ、研究者の定期的な研修受講についても定められている。

本指針に則り、平成26年度はFD委員会主催で実施し、平成28年度は研究倫理審査委員会の主催により、研究倫理研修会を開催したので報告する。

## II . 実施方法

全職員、院生の受講を原則としたため、受講者の便宜を図り、同じ内容で2回開催した(表1)。

平成26・27年度は、疫学・臨床研究統合指針になってどのようなことが変わったかをテーマに研修会を開催した。新入職の教員対象には別枠で

表1. 研修会の開催日と研修内容

年度	主催	回	日時	時間	対象	研修内容
平成26年度	FD委員会	第1回	2月18日	30分	本学教員	疫学・臨床研究統合指針になってどのようなことが変わったか
平成27年度	FD委員会	第1回	4月1日	60分	本学新入職教員	インフォームドコンセント、個人情報保護法などの疫学研究指針の概略 疫学・臨床研究統合指針の下で、どのように看護研究を進めていくか
	FD委員会	第2回	4月15日	30分	本学教員	疫学・臨床研究統合指針になってどのようなことが変わったか
	研究倫理審査委員会 (聖マリア病院と合同)	第3回	8月26日	90分	本学教職員・ 大学院生・ 聖マリア病 院職員	人を対象とする医学系研究に関する初回教育講座 研究倫理審査に添付する研究実施計画書の書き方
平成28年度	研究倫理審査委員会	第1回	8月4日	90分	本学教職員・ 大学院生	看護研究と倫理(総論) 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針(各論) 本学の研究倫理申請の方法
	研究倫理審査委員会	第2回	8月9日	90分	本学教職員・ 大学院生	同上
	研究倫理審査委員会	第3回	3月9日	60分	本学教職員・ 大学院生	研究者に求められる基本的倫理観～研究不正防止の観点から～

実施し、インフォームドコンセント、個人情報保護法などの疫学研究指針の概略と、疫学・臨床研究統合指針の下で、どのように看護研究を進めていかなければならないかについて概説した。平成28年度は、看護研究と倫理に関する総論と、各論として人を対象とする医学系研究に関する倫理指針について、基本的な知識と遵守事項、本学の研究倫理申請時の注意事項について解説を行った。

平成26・27年度の研究倫理研修会の内容については、『改訂研究倫理指針周知のための研修会の実施報告』<sup>2)</sup>に報告したので、本稿では、平成28年度の研究倫理研修会の内容を抜粋して報告する。

### Ⅲ．看護研究と倫理

#### 1. 看護研究と倫理（総論）

##### 1) 看護職の倫理

看護者の倫理綱要(日本看護協会 2003)<sup>3)</sup>では、看護者に求められるものとして、「人間の生命、人間としての尊厳および権利を尊重する」ことや、「人々の知る権利および自己決定権を尊重し、その権利を擁護する」こととともに、「より質の高い看護を行うために、看護実践、看護管理、看護教育、看護研究の望ましい基準を設定し、実施することや「研究や実践を通して、専門知識・技術の創造と開発に努め、看護学の発展に寄与する」ことが求められている。このように、看護職は患者の命や尊厳、権利を守りながら、より良い看護を行なうために看護研究を行なうことが求められている。しかし、国の倫理指針では看護職自身が携わる業務の一環として看護研究を行い、勤務する医療機関の中で情報共有をする場合には研究倫理審査委員会の承認を得ることは求めておらず、研究結果を外部に公表する場合のみ、個人情報保護等に関して研究倫理審査委員会の承認を求めている<sup>4)</sup>。倫理とは、道徳の規範となる原理であり、ある社会において、その構成員相互の善悪を判断する基準として、一般に承認されている規範の総称で、法律のように外面的強制力を伴うものではなく、個人の内面的倫理である<sup>5)</sup>が、看護業務の中では看護職としての倫理規定や保健師助産師看護師法があり、それらによって倫理的行動をとることが求められている<sup>4)</sup>。

##### 2) 医療現場の倫理

現代における医療の倫理の原則は、①患者の自律性、自己決定権の尊重(患者に対して適切な説

明をし、理解を得、同意を得る)、②善行の原則(患者のためになることをする、いかなる危害も加えない)、③公平、公正さ(患者の貧富、地位、民族などの差にかかわらず公平な立場で診療する)、④人間性、人道(患者の人格を尊重し、物を扱うように対応してはならない、温かい気持ち、慈しみの心をもって診療にあたるように心がけなければならない)、の4つである<sup>5)</sup>。

医療の現場の倫理規定には、①偉人、権威者の格言(ヒポクラテスの誓い)、②看護師・医師などの医療専門職の団体や学会の規定、世界医師会のヘルシンキ宣言、日本看護協会の看護者の倫理綱要など、③法律、④行政指導としての指針や政令、⑤裁判の判決などがあるが、「法律」はその本質として倫理とは異なり、強制的・社会的なもので、罰則を伴うものである。医の倫理に関して「法律」による規則を強めると研究や診療上の自由が拘束されることになる。また、「法律」は新しく起った事態には対応できず、倫理に反することも起こりうる。倫理的に問題があると判断される場合であっても、法律の網をくぐる想定外のことが行なわれることもあり、「法律」は必ずしも倫理の上に役立つものではない<sup>5)</sup>。わが国では研究や医療の倫理について、文部科学省や厚生労働省を中心に多くの委員会がもうけられ、指針が作られており、「行政指導としての指針や政令」は強制的で法律に準じたものといえる<sup>5)</sup>。

ヒポクラテスの誓いは「患者の利益を優先し、いかなる危害も加えない」、「患者の秘密を守る」など、患者のために尽くすことを求めているが、「救護のあいだ患者は多くのことに気づくことがないようにする」、「素人にはいかなるときも何事につけ決して決定権を与えてはならない」など、患者の自己決定権を否定するパターンリズム(父権主義)の一面があり、現代の医療には、患者の自己決定権の尊重と患者へのインフォームド・コンセントが求められており、ヒポクラテスの誓いのパターンリズムは批判の対象となっている<sup>5)</sup>。

##### 3) 人を対象に研究を行なわなければならない理由と人を対象とした研究の倫理

人を対象に研究を行なわなければならない理由としては、①動物実験の結果をそのまま人間に当てはめることはリスクを伴う(種の差)、②医学の発展、新しい技術の開発のためには十分な動物実験が必要であるが、最終的には人を対象とした実験が必要である、などが考えられるが、人を対象とした実験では被験者の安全に十分な配慮が必要である。

第二次世界大戦中にナチスドイツによって行なわれた非人道的な人体実験に対して、戦後、ニュルンベルグ軍事裁判が開かれ、ニュルンベルグ綱領が作成されたが、ヘルシンキ宣言はそのような非人道的な人体実験の再発を防ぐ目的で作成された。1964年世界医師会が発表したヒト（人間）を対象とする生物学的研究に関する倫理綱領（ヘルシンキ宣言）は、被験者の人権を重視し、被験者の同意に当たり、①「実験の目的、方法、予想される利益、可能性のある危険やそれに伴う苦痛について十分説明すること」、②同意については「被験者の自由な意思による同意を取り付ける必要があること」を強調している<sup>5)</sup>。

1964年のヘルシンキ宣言の基本的事項は、①科学的社会的利益より被験者・患者の利益優先、②本人の自発的、自由意志による参加、③インフォームド・コンセント取得の必要性、④倫理審査委員会による事前審査、監視の継続、⑤科学的常識に従う基礎実験を経て行うこと、の5つであったが、2000年の世界医師会でヘルシンキ宣言は一部改訂され、①宣言を守るべき者は医師だけではなく、すべての研究者に拡大され、②保護の対象はヒトのみならず、ヒト由来の物質、遺伝子、診療情報までに拡大された<sup>5)</sup>。

インフォームド・コンセントの取得は対象者本人に同意能力がない場合、保護者や後見人などから代諾を得ることになるが、2000年に改定されたヘルシンキ宣言では、「未成年者のような法的行為能力がないとみられる被験者が、研究参加について賛意（アセント）を表すことができる場合には、研究者は、法的な資格のある代理人から同意のほかに未成年者の賛意（アセント）を得ることを要する」と明記された。インフォームド・アセントとは子どもの理解度に応じてわかりやすく臨床試験について説明し、子ども自身が発達に応じた理解をもって了承（合意）することであり、子どもの人権を尊重した、十分な倫理的配慮が必要である<sup>5)</sup>。

#### 4) 研究者が守るべき倫理の原則

明確な目標を持ち、公共の福祉を目的とした研究でなければ、それ自体が倫理的でない<sup>6)</sup>。大学教員や研究者が業績を増やすためだけに、行なう必要のない研究を行なうことは参加者に不要の負担を強いたことになり、非倫理的である。

また、研究目的が達成され、科学的に正しい結果が得られるようにデザインされた研究計画を立てる必要がある。なぜなら、研究成果が論文に発表された場合、誤った結果を応用することになる

ので、かえって有害である。このように、科学的に正しい結果が得られない研究は非倫理的である。一方、実現可能性の低い研究計画は研究参加者の好意を無にすることになり、参加者に不要な負担をかけることになるので、非倫理的である<sup>6) 7)</sup>。

研究は研究の科学的合理性と倫理的妥当性を確保する必要がある。倫理的妥当性は、インフォームド・コンセントの取得、個人情報の保護のほか、対象者選定の公平性、公正性がある。対象者選定の公平性、公正性に関しては、小児や認知症の高齢者、生徒など弱者を対象に研究を対象としなければいけない場合にのみ、弱者を対象に研究を行なうべきである。通常は成人でまず研究を行い、安全性が確かめられた後、これらの人たちを対象に研究を行なうべきである。学校での調査は授業や健診の一部として行なわれる場合が少なくなく、対象候補者が授業や健診の一部と受け取り、研究参加を拒否しにくい場合もありうるので、心理的圧力を除去するための配慮が必要である<sup>7)</sup>。

個人情報保護に関しては、①個人情報保護の体制を整備する（情報管理体制、日ごろの職員教育、委託業者との契約などにおいて、個人情報の漏洩、悪用の機会を封じる）、②情報の漏洩を未然に防ぐ（鍵をかけて保管し、利用後は再利用されないように破棄する）、③万一漏洩しても悪用できないようにする（匿名化、暗号化によってその機会を減らす）、などの個人情報保護の取り組みが必要である<sup>6) 7)</sup>。

## 2. 看護研究と倫理（各論）：「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」について

### 1) 倫理指針の目的

平成27年4月より施行された「人を対象とする医学研究に関する倫理指針（平成26年12月、文部科学省・厚生労働省合同通知）」の目的は、人を対象とする医学系研究に携わる全ての関係者が遵守すべき事項を定めることにより、人間の尊厳及び人権が守られ、研究の適正な推進が図られることである。その冒頭には『人を対象とする医学研究は、医学、健康科学及び医療技術の進展を通じて、国民の健康の保持増進並びに患者の傷病からの回復及び生活の質の向上に大きく貢献し、人類の健康及び福祉の発展に資する重要な基盤である。その一方で、人を対象とする医学系研究、研究対象者の身体および精神又は社会に対して大きな影響を与える場合もあり、さまざまな倫理的、法的又は社会的問題を招く可能性がある。研究対象者の福利は科学的及び社会的な成果よりも優先されなければならない。また、人間の尊厳及び人権

が守られなければならない。』と記載されている。より詳細な内容は『人を対象とする医学系研究に関する倫理指針・ガイダンス』（平成27年2月9日（平成27年3月31日一部改訂<sup>8)</sup>）を参照されたい。

## 2) 研究倫理指針の基本方針

人を対象とする研究を行おうとする研究者は高い倫理観のもとに、研究を適正な方法で遂行し、社会の理解と信頼を得て社会的に有益な研究となるように勤めなければならない。研究倫理の審査手続きがより厳格になり、研究倫理の研修を定期的に受講することが義務付けられたことは、研究機関の倫理的風土の醸成をもたらすとともに、研究の妥当性・信頼性と研究の価値を高めることでもある。社会的に意味のある研究を、科学的・合理的な方法で倫理的妥当性のもとに適正な方法で実施するためには、対象者への倫理的配慮は当然のことながら、信頼性のある結果が得られるよう十分に練られた研究計画である必要がある。研究倫理審査委員会は研究倫理を審査する委員会であり、研究計画を審査する場ではないが、研究方法によって倫理的配慮のポイントが異なることに加え、その研究により、社会に還元できる適切な結果が得られるような研究計画であることが前提である。

表2.「人を対象とする医学系研究における研究倫理指針」の基本方針<sup>1)</sup>

- |                                  |
|----------------------------------|
| ① 社会的及び学術的な意義を有する研究の実施           |
| ② 研究分野の特性に応じた科学的合理性の確保           |
| ③ 研究対象者への負担並びに予測されるリスク及び利益の総合的評価 |
| ④ 独立かつ公正な立場に立った倫理審査委員会による審査      |
| ⑤ 事前の十分な説明及び研究対象者の自由意思による同意      |
| ⑥ 社会的に弱い立場にある者への特別な配慮            |
| ⑦ 個人情報等の保護                       |
| ⑧ 研究の質及び透明性の確保                   |

## 3) 研究倫理指針の特徴

### (1) 研究者の研修義務

研究倫理に関する研修は、主たる研究者のみならず、研究を実施する際の事務に従事する者や研究者の補助業務にあたる者も含め、研究にかかわる者はすべて、研究倫理に関する事前教育を受けなければ研究を開始できず、その後も定期的な研修を受けることが義務付けられた。研究倫理研修の受講は、いわば研究者としての『ライセンス登

録』にあたりと考えるとよい。

### (2) 報告義務

研究者及び補助業務者は、不正行為発生を防止するために、相互に不正行為をモニタリングし、発見した場合には通告義務がある。研究機関長は研究が計画通り適正に遂行されているかについて監査およびモニタリングする責任がある。研究者は、倫理審査申請書にモニタリング手順について記載し、研究倫理審査委員会は遵守事項が守られており不正行為がないか、研究が計画通り適正に行われているかなど、研究の進捗状況について監査する。

### 4) 指針の適用範囲：指針の対象となるもの、ならないもの

医療機関で行われる医療評価（事業報告等に掲載するための診療実績の集計や医療の質の確保のための施設内のデータの検討など）や、教育機関における実験、実習で得られたサンプルやデータで教育目的以外には利用しないものについては、医学系研究とはみなさないのが指針の対象とはならない。また症例報告\*は指針の適用範囲外であるが、症例報告であっても、単純集計ではない統計処理を用いて複数症例を検討し、その結果を学会等で公表する目的で行った症例研究（概ね4事例以上）の場合は医学系研究として扱い、研究倫理審査の受審が必要となる。4事例に満たない症例報告であっても、外部に公表する際には、個人情報保護に関して倫理審査を受審する必要があるのは言うまでもない。

※症例報告：他の医療従事者への情報共有を図るために、自施設以外の勉強会や関係学会、医療従事者向け専門誌等で個別の症例を報告するもの

## 3. 研究計画書作成上の留意点

以下、本学における研究倫理審査受審に関して具体的な注意事項について解説する。

### 1) 研究計画書の記載項目

研究計画書には、チェックリストに示した項目のすべての項目に記載が求められる。研究の手法によっては該当しない項目もあり、省略する場合にはその理由を説明し、省略することの妥当性が研究倫理審査委員会で認められなければならない。研究倫理審査委員会のメンバーには、研究対象者の観点も含めて一般の立場から意見を述べる

ことのできる医療専門職者ではない委員が含まれることが求められている<sup>1)</sup>。したがって研究計画書は、医療職者以外の者が読んでも理解できるような表現に努める。(表3)

## 2) 利益相反 :COI

利益相反(りえきそうはん) :Conflict of Interestとは、ある行為により一方の利益になると同時に、他方への不利益になる行為。研究における利益相反とは、研究機関や研究者個人が企業から研

表3. 倫理申請添付書類チェック表

		チェック
1	研究倫理審査申請書(様式1-1)	
2	利益相反申告書(聖マリア学院大学様式1-2)	
3	研究計画書(下記の記載事項を含む自由書式)	

### 研究計画書の記載事項チェックリスト

項目番号	必須	項目内容	チェック
1	■	研究の名称は記載されているか	
2	■	研究の実施体制(研究機関の名称及び研究者等の氏名を含む) は記載されているか	
3	■	研究の目的は記載されているか	
4	■	研究の意義は記載されているか	
5	■	研究の方法は記載されているか	
6	■	研究の期間は記載されているか	
7	■	研究対象者の選定方針は記載されているか	
8	■	研究の科学的合理性の根拠(科学的文献、科学的情報、実験成果など) は記載されているか	
9	■	インフォームド・コンセントを受ける手続等(インフォームド・コンセントを受ける場合、説明及び同意に関する事項を含む) は記載されているか	
10	■	個人情報等の取り扱い(匿名化する場合にはその方法を含む) は記載されているか	
11	■	研究対象者に生じる予測される利益は記載されているか	
12	■	研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスクは記載されているか	
13	■	研究対象者に生じる負担並びに予測されるリスク及び利益を総合的に評価し、負担・リスクを最小化する対策は記載されているか	
14	■	試料・情報(研究に用いられる情報に係る資料を含む) の保管及び廃棄の方法は記載されているか	
15	■	機関長への報告内容及び方法 ①進捗状況、②有害事象、③試料・情報の保管状況は記載されているか	
16	■	研究の資金源等、研究機関の研究に係る利益相反及び個人の収益等、研究者等の研究に係る利益相反に関する事項は記載されているか(資料を添付のこと)	
17	■	研究に関する情報公開の方法は記載されているか(連絡先を含む)	
18	■	研究対象者等及びその関係者からの相談等への対応について記載されているか	
19		代諾者等からインフォームド・コンセントを受ける手続(代諾者等の選定方針並びに説明及び同意に関する事項を含む) は記載されているか	
20		インフォームド・アセントを得る場合には、手続方法(説明に関する事項を含む) は記載されているか	
21		緊急かつ明白な生命の危機の状況で同意なしに研究を実施する場合、次の全要件を満たしていることを判断する方法は記載されているか 1.緊急かつ明白な生命の危機、2.介入研究の場合、通常診療で十分な効果が期待できず、研究で生命の危機の回避の可能性、3.負担/リスクが必要最小限、4.代諾者と直ちに連絡を取ることができない	
22		研究対象者等に経済的負担又は謝礼がある場合には、その内容は記載されているか	
23		侵襲(軽微な侵襲を除く) を伴う研究の場合には、重篤な有害事象が発生した際の対応は記載されているか	
24		侵襲を伴う研究の場合には、当該研究によって生じた健康被害に対する補償の有無及びその内容は記載されているか	
25		通常の診療を超える医療行為を伴う研究の場合には、研究対象者への研究実施後における医療の提供に関する対応は記載されているか	
26		研究の実施に伴い、研究対象者の健康、子孫に受け継がれ得る遺伝的特徴等に関する重要な知見が得られる可能性がある場合には、研究対象者に係る研究結果(偶発的所見を含む) の取扱いは記載されているか	
27		研究に関する業務の一部を委託する場合には、当該業務内容及び委託先の監督方法は記載されているか	
28		研究対象者から取得された試料・情報について、研究対象者等から同意を受ける時点では特定されない将来の研究のために用いられる可能性又は他の研究機関に提供される可能性がある場合には、その旨と同意を受ける時点において想定される内容は記載されているか	
29		モニタリング及び監査を実施する場合には、その実施体制及び実施手順は記載されているか	

原則、全ての項目について記載する。ただし、19～29は該当する場合のみ記載し、該当しない場合はその理由を申請書に記載する。

究費や寄付金を受けることをさす。医薬品や医療機器等の有効性や安全性検証のための介入研究ではCOIは不可避である。資金提供そのものが悪いのではなく、適切なCOIマネジメントにより研究の本質が歪められないようにすることが重要である。利益相反に関しては、各種指針<sup>9) 10)</sup>を参考にされたい

### 3) 研究同意の手続き

研究で使用される情報には傷病名、投薬内容、検査又は測定の結果、看護記録等に記載された情報のほか、人口動態調査、国民健康・栄養調査、感染症発生動向調査等で公表されている人の健康に関連する事象に関する情報も含まれる。これらの資料・情報も、前向き研究、後ろ向き研究、介入研究など、の研究手法によって本指針を適用する際の留意点が異なる。

プロスペクティブ（前向き）研究では、新たに取得する試料や情報を用いるので、それらを取得する際の倫理的配慮については、当然、研究計画に記載されなければならない。レトロスペクティブ（後ろ向き）研究でも、研究目的で新たに収集しない既存情報（カルテに記載された検査結果や余剰検体など研究計画書の作成以前に取得された資料等）を活用する場合であっても倫理審査の対象となる。その場合、個別に同意を得ることが困難な場合があり、代替として包括同意の方法をとる。

### 4) 介入研究を行う場合の留意点

#### (1) 介入に伴う侵襲・有害事象

介入研究とは、研究の目的で、人の健康に関する様々な事象に影響する要因の有無、あるいは程度を設定して条件をコントロールする行為を伴う研究をいう<sup>1)</sup>。介入研究では投薬、検査、看護ケア、食事、運動、睡眠、作業療法、禁煙などのコントロール条件が人体に影響を及ぼし、少なからず苦痛を伴うものがある。介入研究における介入行為には、健康の保持増進につながる行動、医療における傷病の予防、診断又は治療のための投薬、検査等も含む。介入研究では、軽微な侵襲行為も含め、起こりうる有害事象と、有害事象が生じた場合の必要な措置に関してあらかじめ対象者に説明すること、生じた場合には速やかに研究責任者および施設長に報告し、対処方法を示す。介入研究において、医薬品や医療機器、健康食品を用いる場合にはその安全性情報を記載し、根拠資料を提出する。保険適用外使用の場合には、有効性、安全性の根拠について、文献で示し、その合理性

を説明する必要がある。

介入研究における『侵襲』とは、研究目的で行われる行為によって、研究対象者の身体又は精神に傷害又は負担が生じることをいう。身体または精神の傷害又は負担を生じる行為として心的外傷に触れる質問（つらい体験に触れる質問）に関しても倫理審査上、慎重に扱われることが求められる。研究によって生じる侵襲的負担は介入研究でなくとも起こり得る。面接調査の場合にはあらかじめ対象者に質問内容を提示してから了解を得て回答拒否を可能にすること、精神的侵襲が生じた場合のフォロー体制（臨床心理士との共同によるカウンセリングなど）を整えておくこと、質問紙調査の場合には対象特性を十分踏まえて心的ストレスを与えないように質問内容を吟味するなどの配慮が必要である。

『有害事象』とは、医薬品や医療機器等を使用する研究において、対象者に生じた好ましくない疾病や徴候（臨床検査値の異常を含む）などの健康被害をいう。研究計画の段階で意図していなかったものや因果関係の特定できないものも含まれる。侵襲行為の中でも身体・精神に及ぼす傷害や負担の小さいものは「軽微な侵襲」として、簡便な倫理審査（迅速審査）が許される場合もある。

#### (2) 研究者の公開データベース登録

介入研究には程度の差はあれ、また予測し得る・し得ないにかかわらず、さまざまな危険性が存在する。そのため、介入研究の条件は必然的に厳しくなる。今回の指針では、介入研究を行う研究者は事前に公開データベースに登録し、登録後も適宜更新しながら終了報告する。

### 5) 同意の手続き

#### (1) インフォームド・コンセント

介入研究においては、口頭で説明して同意（インフォームド・コンセント）を得、文書で同意をとるのが原則である。介入を伴わない研究で人体資料を採取する場合も上記と同様の手続きが必要。人体資料ではないデータやカルテ等の既存資料を使用する場合は、口頭による説明・文書同意を必ずしも必要としないが、同研究倫理審査委員会申請の手続きは必要である。研究に関する情報を通知し、拒否する権利を保障する。

対象者個々への説明と同意（個別同意）が困難な場合には、同意の手続きを簡略化できる。それは、①非侵襲 または、軽微な侵襲で、簡略化により対象者にとっての不利益がないこと、②簡略化しないと研究の実施が不可能または研究の価値

を著しく損ねるもの、③社会的に重要性が高いこと、④試料取得から相当な年月が経過しており、死亡、退職、転居等により連絡が取ることが困難な場合などである。この場合、同意手続きを簡略化する理由を研究計画書に明記し、研究倫理審査委員会で承認を得る。個別同意が困難な場合には『包括同意』により、対象集団に対して研究に関する情報を広報の手続きを取る。具体的には、外来患者の目に触れる場所に、研究の目的、方法、外来カルテを活用した研究を実施している旨を掲示する、病院のHPに掲載するなどの方法がある。

## (2) 代諾

代諾者を必要とする場合には、①対象者が未成年者である場合や、②成年であっても傷病等によりインフォームド・コンセントを与えることができないと客観的に判断される者、③死者の場合などがある。未成年者であっても、16歳以上、または中学校等の課程を修了しており、判断能力がある場合には本人の同意も必要である。

## (3) インフォームド・アセント

代諾者からインフォームド・コンセントが得られても、研究対象者本人が研究実施に関して自らの意思を表明することが出来ると判断された場合にはインフォームド・アセントを得ることが望ましい。インフォームド・アセントは、小児領域ですすめられてきた経緯から小児の同意として捉えられている場合が多いが、小児に限らず、研究対象者が傷病等によりインフォームド・コンセントを与えることが出来ない場合にも適用される。

## 6) 資料・情報の取り扱い

### (1) データ・同意書の保管と廃棄

研究データの保管期間は研究計画書に明記しなければならない。研究終了後は、速やかに廃棄する。ただし、介入・侵襲を伴う研究は、研究終了報告日から5年間、研究結果の最終報告日から3年間保管することが義務付けられている。同意文書は署名された同意書の原本を研究者が保管し、必ず複写して研究対象者にも渡す。病院の患者の場合はカルテ庫に保管する。電子カルテの場合は電子データにして取り込む事とされている。

### (2) 個人情報<sup>\*</sup>の安全管理

研究計画書には使用する個人情報を明示する。個人情報は、①あらかじめ研究対象者から同意を受けている範囲を超えて研究で取得された個人

情報等を使用してはならない。②個人情報を個人保有することは許されない。③個人が特定できるデータは匿名化し、電子データはパスワード設定、紙媒体やUSB等の保存媒体の保管は鍵のかかる保管庫、保管室等で管理し、持ち出し禁止。④データを移動する場合（研究科修了時、退職・転職時 など）はその際に個人情報が流出しないよう、移動の方法について記載する。連結可能匿名化の場合は、その方法を具体的に計画書に明記する。

※個人情報とは、生存する個人に関する情報であり、氏名、生年月日、その他の記述等により特定の個人を識別することができるもの。病院のID番号など特定の個人を識別することができるものも個人情報に含まれる。

## 7) 報告義務

研究責任者はモニタリング監査時に報告する内容について研究計画書に記載し、その定めに従って、研究の進捗状況、研究で収集した試料・情報の管理状況および有害事象の発生状況（発生件数、研究との因果関係）について定期的に研究機関長に報告しなければならない。

## IV. 総括

研究は、科学的合理性のもと、倫理的妥当性を持って計画されるものである。科学的原則に則り、その研究分野において一般的に受け入れられた科学的根拠に基づいて十分に練られた研究計画であること、その計画に倫理的問題がないことが求められる。研究の合理性の根拠が十分でない研究計画は、得られる結果の妥当性・信頼性は低く、その研究に協力した対象者の人権が尊重されていないことにつながる。研究者は、自分が実施しようとしている研究が研究として成り立つかどうか、研究として価値あるものであるかどうかを自ら問い続ける必要がある。

本稿では、平成26年度から実施してきた本学における研究倫理に関する研修会について報告した。本学は医学系研究を実施する研究機関として、教職員が崇高な倫理観のもとに研究が実施できるよう、今後は研究倫理審査委員会主催の研修会を年2回以上開催していく予定である。全職員の受講を目指し、受講しやすい日時を設定して複数回開催するよう努めてきたが、教職員全員の受

講となっていない現状があり、受講率の向上が今後の課題である。

## 文献

- 1) 文部科学省, 厚生労働省 (2014): 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針, [http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1443\\_01.pdf](http://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1443_01.pdf) (検索日2017年2月28日).
- 2) 鷺尾昌一, 桃井雅子, 中村和代, 他 (2016): 改訂研究倫理指針周知のための研修会の実施報告. 聖マリア学院大学紀要, 7, 35~37.
- 3) 日本看護協会 (2003): 看護者の倫理綱領, <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf> (検索日2017年2月28日).
- 4) 森岡恭彦 (2010): 医の倫理と法、その基礎知識, 改定第2版, 南江堂, 東京.
- 5) 鷺尾昌一, 宮林郁子, 大池美也子 (2016): 疫学研究倫理指針と臨床研究倫理指針の統合指針 (人を対象とする医学系研究に関する倫理指針) が看護系大学の看護研究に与える影響. 日本看護教育学会誌, 25 (3): 67-73.
- 6) 鷺尾昌一 (2010): 疫学研究と倫理, 田中平蔵, 秋葉澄伯編, 初めて学ぶやさしい疫学, 改定第二版, 101-110, 南江堂, 東京.
- 7) 疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関する研究と倫理ガイドライン策定研究班 (2000): 疫学研究におけるインフォームド・コンセントに関するガイドライン ver.1.0, 日本医事新報社, 東京.
- 8) 文部科学省, 厚生労働省 (2015): 人を対象とする医学系研究に関する倫理指針・ガイダンス, [https://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1500\\_02.pdf](https://www.lifescience.mext.go.jp/files/pdf/n1500_02.pdf) (検索日2017年2月28日).
- 9) 文部科学省: 利益相反ワーキング・グループ 報告書 (2002), [https://www.mext.go.jp/b\\_menu/shingi/gijyutu/gijyutu8/toushin/021102.htm](https://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/gijyutu/gijyutu8/toushin/021102.htm) (検索日2017年2月28日).
- 10) 厚生労働省: 臨床研究の利益相反の管理に関するガイドライン (2008), [http://www.eiken.pref.kanagawa.jp/004\\_chousa/120221\\_interestconflict\\_guideline\\_kourou.pdf](http://www.eiken.pref.kanagawa.jp/004_chousa/120221_interestconflict_guideline_kourou.pdf) (検索日2017年2月28日).

## 聖マリア学院大学紀要投稿規定

### (総則)

第1条 「聖マリア学院大学紀要」は、聖マリア学院大学の機関紙である。

第2条 刊行は原則として、年1回とする。

### (投稿資格)

第3条 投稿論文は他の雑誌に未掲載のものに限り、また、投稿者は原則として、本学教職員、本学卒業生に限る。ただし、本学教職員の共同研究者の場合はこの限りではない。

### (倫理的配慮)

第4条 本誌に掲載する論文は、人を対象とした研究においては、ヘルシンキ宣言、文部科学省・厚生労働省の研究倫理規程（「疫学研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省）」、「臨床研究に関する倫理指針（厚生労働省）」、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省・経済産業省）」等）を遵守していることを本文中に明記する。

- 2 研究倫理審査委員会の承認を得ておく必要がある。なお、場合によっては証明書の提示を求められることがある。
- 3 動物実験に当たっては、「聖マリア学院大学動物実験取扱規程」に基づき、適切に研究が行われていなければ論文を受理しない。

### (論文の種類)

第5条 論文の種類は、原著、研究報告、総説、資料、その他であり、その内容は以下のとおりである。

【原 著】 研究そのものが独創的で、新しい知見が論理的に示されているもの。

【研究報告】 内容的には原著には及ばないが、研究結果の意義が大きく、看護学における研究・教育の発展に寄与するもの。

【総 説】 特定のテーマについて多面的に内外の知識を集め、また、文献的にレビューして、当該テーマについて総合的に学問的状況を概説したもの。

【資 料】 新しい知見に乏しく、研究結果の意義は小さいが、看護学における研究・教育の発展に寄与するもの。研究結果に基づく教育・臨床等の実践報告、研修報告、委員会報告等を含む。

【そ の 他】 上記以外で、本誌編集委員会が適当と認めたもの。

### (投稿方法)

第6条 本誌編集委員会を投稿先とする。

### (執筆要項)

第7条 執筆要領については、別に定める。

(校正)

第8条 校正は初稿のみ執筆者が行う。但し内容の変更は認めない。

(掲載)

第9条 掲載料は原則として無料とする。

(原稿の採否)

第10条 原稿の採否は査読を経て、本誌編集委員会が決定する。原稿の受付日は、投稿申込用紙を添えた原稿の到着日とする。修正後の原稿は、委員会で採択を決定した日時を受理日とする。

(著作権)

第11条 本誌に掲載された論文の著作権は、本学に帰属するものとする。

- 2 本誌は、提出された論文を冊子体で刊行する以外にも二次的利用として、電子的記録媒体(DVD-ROM、USBメモリ等)への変換・送信可能化・複製・学内外への配布およびインターネット等で学内外へ公開する権利(公衆送信権、自動公衆送信権等)を専有するものとする。

付則 この規定は、平成18年度より適用する。

付則 この改正は、平成19年1月10日より適用する。

付則 この改正は、平成20年2月13日より適用する。

付則 この改正は、平成28年6月8日より適用する。

聖マリア学院大学紀要 vol.8  
2016年度査読審査者

(50音順 敬称略)

安藤 満代 (聖マリア学院大学)  
崎田 マユミ (聖マリア学院大学)  
小路 ますみ (聖マリア学院大学)  
田中 千絵 (聖マリア学院大学)  
谷 多江子 (聖マリア学院大学)  
堤 千代 (聖マリア学院大学)  
鶴田 明美 (聖マリア学院大学)  
中尾 友美 (聖マリア学院大学)  
中村 和代 (聖マリア学院大学)  
中山 和道 (聖マリア学院大学)  
秦野 環 (聖マリア学院大学)  
日高 艶子 (聖マリア学院大学)  
松原 まなみ (聖マリア学院大学)  
桃井 雅子 (聖マリア学院大学)  
鷺尾 昌一 (聖マリア学院大学)  
Eric Fortin (聖マリア学院大学)

## 編集後記

聖マリア学院大学紀要第8巻の刊行にあたり、著者の皆様方、査読者の皆様方に、深く感謝を申し上げます。

今年度、本学は開学10周年を迎えました。建学の精神を堅持し歩んできたこれまでの10年間において本誌はどのような働きを為し、今後、新たなステップにおいてどのような働きを為すことが求められているかについて確認する時期であると思います。既に刊行した紀要に収められている全ての記事は、掲載に至る全過程において、教職員の皆様方が自らの賜物を捧げ、使命を果たされてきたことの一つの顕れ、証ではないかと考えます。これからも本誌を通して、互いに他者の賜物を理解し、尊重し、生かしあい、延いては私たちが一つとなって本学の使命を果たせるようにと願います。

今後とも、本紀要へのご理解とご協力を賜りますよう、何卒よろしくお願い申し上げます。

---

### 平成28年度紀要編集委員会

編集委員：桃井 雅子    崎田マユミ    中尾 友美  
鶴田 明美    茨江 暁春    江崎 裕紀

---

## 聖マリア学院大学紀要 Vol.8

発行日 2017年3月25日

編 集 聖マリア学院大学紀要編集委員会

発 行 学校法人 聖マリア学院  
☎830-8558 福岡県久留米市津福本町422  
☎0942-35-7271(代) Fax0942-34-9125

印 刷 聖母の騎士社  
☎850-0012 長崎県長崎市本河内2-2-1  
☎095-824-2080 Fax095-823-5340

---

