

シンポジウム

## 「保健行動」

— 保健行動の概念を実践に応用するには —

司 会

野 嶋 佐由美（20回生）

高知女子大学

シンポジスト

保健行動の概念を実践に応用するには  
— 看護教育の立場から —

岡 部 聰 子（11回生）

東京都立医療技術短期大学

臨床実習における看護学生の  
ストレス状況と対処について考える

矢 野 鹿鳴子（24回生）

高知県立総合看護専門学校

私見「看護の課題」

加納川 栄 子（23回生）

東海大学医学部附属病院

看護実践への保健行動の概念の  
応用と今後の課題  
— クロウン病患者の保健行動に  
焦点をあてて —

鈴 木 志津枝（22回生）

神戸大学医療技術短期大学部

## 司会のことば

高知女子大学

野 嶋 佐由美 (20回生)

午前中の保健行動に関する研究発表に引き続いて午後の3時間半は、保健行動の概念を実践への応用というテーマでシンポジウムを開いていきたいと思っております。司会を務めさせていただきます、20回の野嶋です。どうぞよろしく申し上げます。午前中の研究発表から、保健行動は何かというようなことに関して皆様いろいろとイメージをもたれたのではないかと思います。自分自身の保健行動について今日どのようなことをなさったのでしょうか。あるいは実践の中でどのような保健行動に興味をもたれているのでしょうか。

実はシンポジストをはじめ、私も含めてですけれども、保健行動の概念を実践に応用する、と言われた時に、興味のある現象を保健行動の概念からながめてみようという風に思ったり、あるいはその司会をお引き受けしようと思ったわけです。いざ、じゃあ具体的に考え始めました時点から、ますます混沌としてきまして分からなくなってきました。研究の最後の座長を務められた方も保健行動が一体何なのかということが分からなくなった、あるいは混沌としてきたとおっしゃってましたけど、実は、今日は我々4人と司会ともども保健行動とは何かという定義づけ、あるいはそれを実践に応用するにはどうすればよいかという風な非常に素朴な疑問を、混沌とした意見を皆様方と共有する中で一緒に感じさせていただきたいなと思っております。

この保健行動の概念は1980年代から看護の文献にでてきました。その保健行動は一つ概念であるのか、あるいはそれは保健行動という一つの理論なのか、あるいはモデルなのか、あるいは保健行動学なのか、というあたりも定かでなくなってきました。保健行動は、医学における保健行動、あるいは社会学における保健行動、心理学における保健行動、文化人類学における保健行動など多岐にわたってきております。従って、我々看護者として看護の中での保健行動とは一体何なのかということを考えることは非常に重要なことだと私自身も考えております。

顧りみますと、高知女子大学看護学科では創設以来、社会福祉、あるいはケースワーカーというクラスが開講されておりましたし、昭和43年から医療社会学のクラスが開講されておりました。ということは開設以来、病気をもつ人間の行動を単に医学、あるいは疾患そのものからのみ眺めるのではなくてもう少し広く、社会学や心理学の領域からも眺めていかなければならないという教育理念に基づいて教育されてきたのではないかと思います。

このような歴史的背景を踏まえますと、健康に関わる行動を社会学的、あるいは心理学的に捉えるという視点で教育され、そのような視点で看護実践に取り組んできた我々仲間、高知女子大学看護

学会が保健行動をメインテーマとしてとりあげたことは当然で、ある意味では自然な流れといえると思います。つまり保健行動という概念がまだ紹介されていない段階においてもそのような考え方はカリキュラムの中に学校の教育の中にあつたのではないかと思います。我々4人のシンポジスト、そして、司会ともども日頃の実践も踏まえて、健康に関わる行動を保健行動の視点から報告させていただきます。

4人のシンポジストの方をまず紹介させていただきます。

まず最初は岡部さん。敬称は省略させていただきます。現在、東京都立医療技術短期大学で成人看護学を教えていらっしゃいます。岡部さんは卒業後、横浜市民病院をはじめ、アメリカなどで5年余りの臨床経験をお持ちですし、アメリカではウェイン州立大学で修士号をとられています。看護教育の方でも東京女子医科大学、高知女子大学そして現在の東京都立医療技術短期大学などで看護教育に関わられておられます。そういう風な意味からも岡部さんからは御自分の豊かな経験に基づいて、保健行動という概念との出会い、あるいはその意味づけをお聞かせいただき、保健行動についてのオーバービューをしていただき、その後、看護教育の中での保健行動の活用方法について紹介していただく予定であります。

次は矢野さんです。矢野さんは卒業後、高知県立中央病院の方で臨床経験を5年なされて、そして現在、高知県立総合看護専門学校にて看護教育にあたられています。矢野さんの方からは対象者である看護学生が実習の中でのストレスにどう対処するかという視点から学生の保健行動について述べていただく予定であります。

その次に、加納川さんは23回生で、現在、東海大学病院の看護部の婦長として勤務なさっております。卒業後は5年の臨床経験、そしてニューヨーク・ユニバーシティの修士課程で看護教育を専門としております。修士課程卒業後は東海大学にて院内教育の計画や実施に携わられておられました。その後日赤大学でも助手をなさっておりました。現在は、看護婦の定着性を高めるためにはどうしたら良いか、臨床と教育のギャップをどのように埋めていくか、看護婦に求められる能力などについて興味をもたれております。この領域に関して、保健行動という概念を、キャリア・ディベロップメントに影響を及ぼす保健行動という視点からお話をしていただく予定であります。

最後は鈴木さんです。鈴木さんは22回生で現在、神戸大学医療技術短期大学部で教育にあたっております。卒業後、臨床経験6年、看護教育4年という経歴をお持ちになっておられる方で、千葉大学看護学部大学院では危機理論を学び、終末期の患者及びその妻への援助をテーマに研究をなさっております。卒業後もこの方面の研究を継続され、その成果を発表されておられます。今日は、慢性疾患のクローン病患者を例にとりながら実践の場で保健行動を促進する援助について報告していただく予定であります。

これから先、4人のシンポジストの方に、30分から35分発表していただき、そしてその後少し休

憩をとりまして、皆様方からの質問、あるいは御意見をおうかがいし、意見交換の場にいたしたい  
と思っております。

# 保健行動の概念を実践に応用するには — 看護教育の立場から —

東京都立医療技術短期大学

岡 部 聡 子 (11 回生)

## はじめに

御紹介いただきました岡部です。シンポジストの話があって、保健行動についての文献を読んでいるうちに、範囲の広さ、深さに、これは本当に大変なことになったぞ、受けるべきでなかったんだ、と今の今まで実は後悔しながらここに立っております。実際に話がどこまで皆さんに伝わるのか、私自身心配ですが、私の経験からお話ししたいと思います。ここにいる4人の中では歴史が長くなってしまいましたが、看護に携わって25年経ちますけれども、その中の臨床経験あるいは教育の中から、保健行動に関する領域に思考の焦点を合わせながら、保健行動に関する考えがどういう風に変わっていったのか、そしてそれをどう学生に教えてきたか、また教えているのかということについて話していこうと思います。

最初の抄録にも書きましたが、保健行動は非常に難しい概念だと思って、私も一番最初にMosbyの辞書で見たんですが、保健行動、health behaviorとしてでていました。「健康の保持、あるいは増進、維持、回復、そして病気の予防のために個人によってとられる行動をいう」という風に書かれていました。又、去年講師をしていただきました宗像氏の考えでは、「健康のあらゆる段階にみられる、健康の保持、回復、増進を目的として人々が行うあらゆる行動」を保健行動と説明しています。アメリカで用いられている health behavior というのはどちらかと言えば症状のない状態における病気予防を目的とした行動に限られているような感じがしますけれども、宗像氏のいう保健行動というのはアメリカにおける、いわゆる health related behavior という形かあるいは health and illness behavior という定義が当てはまるのではないかと思います。そういう同じ意味をもつ、健康のあらゆる段階にみられる、健康の保持、増進を目的としたあらゆる行動をいう。だからそういう意味で、本当に保健行動というのは定義の仕方によって実践の応用の場とか範囲が違ってくるのではないかなと思うのですが。私自身も今の時点まで、つきつめて保健行動を考えていったことはありませんけれども、時代時代の流れの中で、自分の経験の中で保健行動に関する見方、考え方が違ってきたのではないかなと思います。

私が看護教育を受けた時代は、どちらかと言えば、さっき司会の方は女子大の教育はもう少し人間をみた見方で教育されたんじゃないかとおっしゃられたと思うんですが、私もそうだと思うのですが、どちらかといえば、まだ生物・医学的モデルを中心とするカリキュラムで教えられたと思います。どちらかといえば、いわゆる疾患の看護っていうものが主になっていました。そういう意味

でまた、看護理論といわれるものが非常に少ない時代でした。前のカリキュラムの改正は昭和43年にあったんですが、私が卒業した時代はその前でして、昭和43年の改正からは、人間を対象とする看護の中で人間の理解の必要性というものを十分に教育されなければならないということが強調されました。しかし、私自身が受けた時代の教育の中でもやはり人間を対象とする看護の中で人間の理解は必要なんだということは十分に教育されたのではないかなと思います。患者の生活をよく知り、というのが私は非常に頭にこびりついておりますが、でも具体的に、じゃあどういふことを知ればいいのか、それはなぜなのか、じゃあそれをどういふふうに見護に活用していけばいいのかということとは分からないままでした。もちろん看護を始めた時期というのは自分自身でも、もちろん経験不足ですし、そういう疑問がだんだん深まったり広がったりしていったと思います。看護というのはやはり、人間に関わるものであって人間の行動を無視してはやっていけない。健康、あるいは病気に関する行動を看護婦がどう受け止め、そして個別的な看護にどう活用していくかというのは、看護の質的なケアを決める非常に重要なポイントではないかなと思います。私自身は数年の臨床経験と15年看護教育に関わってきましたが、成人看護学、後では成人看護学概論そして又、それに関する臨床実習指導をしていく中で、保健行動というのは、昔はそういうものがなかったんですが少しずつそういうものが含まれてきたんじゃないかなと思っております。

私が25年余り歩んできた道を3つに区分してみました。

① 卒業して約10年間ぐらいというのはどちらかといえば経験も少なく、自分で経験をつみ重ねていったり、あるいはいろんな学習をしていった時期で、とにかく自分自身が人間の理解、看護についての知識を獲得していった時代だったと思います。

② その後の高知女子大での10年間は、女子大での教育を通して、知識を少しずつ体系化し、整理し、学生に伝達していった時代。

③ そして、必要な知識を全部もったわけではありませんが、知識を少し自分なりに整理して、教育の場にどう応用、活用していこうかと、少し応用的な部分ができた時代になります。

では、3つの段階を順番にお話ししたいと思います。

## 1. 知識の獲得の時代

1965年に卒業いたしましたので、4、5年ごろまでがとにかく自分自身では看護とは一体何なのだろうかということについて、その辺まだ理論のなかった時代で自分なりにそういうものをつくっていったのではないかなと思います。しかし、現実には、仕事をこなすだけで精一杯なわけで、私自身、外科系、内科系、あるいはがん看護を経験してきましたが、私自身は看護というのは、どんな疾病であろうと、例えば生物学的、医学的疾患名があろうとも、看護は疾患からくるものや、そのストレス、あるいはそれ以外のストレス下にある患者に対して、そういうことを受けながら反応している患者に対して、患者はそれなりにバランスをとっているのであるが、それに対



して我々が何ができるのか、なんかそのあたりにあるのではないかと非常に漠然と考えていた。その部分が私の看護を考えていく上で一番基盤になっている。この時代に有名なドロシー・ジョンソン、彼女の考え方が私の中で一番ベースとなっています。

そこで彼女は、看護の独自の仕事としては、どのような疾患であれ、健康状態の変化に伴って変動する患者の、心身の平衡を維持する、もしくは再編成すること、これが看護の独自の機能だと言っており、どうもこのあたりが私にピタッとするところがありました。又、平衡、そのことについては健康の良好な状態を意味しているわけではなくて心身ともにバランスがとれている状態を平衡という。経験の少ないこんな時期においては、まだ方向性としては、方法論としては具体的なものを示されているわけではないのですが看護とは一体何なのかとかいうものに非常に感動し、魅かれたというわけです。彼女はまた、これらの方向性を示すと同時に、人間がどんな風にストレスに反応するのかということについての知識の獲得が必要だということを1960年代に述べているし、アメリカの看護もやはりそういう時代じゃなかったのかなと思っております。

## 2. 知識の体系化

保健行動について考えるようになったのは、母校に帰る直前の1974、75年頃だったと思います。デトロイトの書店で、Ruth, Wu, "behavior and illness" 日本語版では「病気と患者の行動」、1973年出版の本との出会いがありました。この時代というのは、どういう時代かといいますと、本当に長い目で見ますといろいろありましたが、医療技術と専門の細分化によって確かに伝染性疾患や、感染症の減少と病気の治療は進んだが、慢性疾患による死因の増加が明らかになり、今までの生物的医学モデルでは、病気は治すんだけど病人は治さない、どうも問題解決することはできないんじゃないかという風に言われるようになりました。医療の領域においても（特にアメリカ）生物・医学的なヒトの見方から、もう少し社会・心理的な面をもった人間への関心が高まっていったのではないかと思います。そういう時期に私自身は、母校に帰ってくるということになりました。それも成人看護学のどちらかという内科系、慢性疾患の患者をどうケアしていくか、そこに視点をあてなければいけないというのが、私の役割だったのです。そういう意味では本当に今までの生物・医学的モデルでなく、やはりもっと人を見る目というのをもう少し考えていかなければならないなと思いました。それをどう講義の中に生かしていくのかということ私なりに考えてみました。私が受けた教育をそのまま学生に伝えるというのはむりである。昭和43年にカリキュラムの改正もあって、もう少し人間を総合的な目で見える見方を中心にしないといけない。さらに教育というのは10年先を見越して教育しなければならない、と言われてますし、知識はどんどん増えていきます。どういう風に知識、あるいは考え方を伝えていけばいいのか、内容を構築していくのかというのが非常に大きな課題だったわけです。中でも私に指針を与えてくれたのがやはりRuth, Wuの本だったわけです。その著書の中で、彼女は患者

の行動の評価、アセスメントは、賢明な看護実践において非常に大事な手段であり、この評価は看護がもつ問題の現状を確かめ、それにふさわしい一連の行動を企てるために必要なのである、行動をいかに見ていくかということが非常に大事なんだ、という風なことを書いています。多分、今の教育を受けている人達には当然、当たり前だと思われることだと思うのですが、そういう時期にはやはり一つの新しい見方だったと思います。私自身もまだこの時期には、勉強不足でとにかく勉強しながら学生に知識の伝達をしていったという時期でした。Ruth, Wu は、病気の本質に対する理解を深めることを目的として、病気をもつ人の症状とか徴候などを表示可能あるいは測定可能な特徴だけを見るのではなくて、もっと現象学的な目で、病気を患者がどう体験しているのかをそういうことをもっと強調しなければならない。それから又、平衡あるいは安定性というドロシー・ジョンソンの考え方を非常に大事にしている。そして看護の目標というのは、患者の総体的な安定状態を達成し維持できるように援助することである。身体的なホメオスタシスと同じように行動の安定性も大事なのである。この行動の安定性についての考え方が患者の行動を評価する際の理論的な枠組みとなると、彼女はそういう風な考え方をベースにして患者の行動を次のように分類しています。即ち保健行動、病気対応行動、病者役割行動、障害者役割行動である。この時期の保健行動はやはり狭い意味の、狭義の概念じゃないかなと考えております。ただ、60年代にジョンソンが、行動に関する知識の獲得がいかに大事なのかということを書いていますが、それから約10年余りして行動に関する研究が積み重ねられて一つ概念として成り立っていったということに関しては非常にアメリカ医学が進んでるなという風に感じます。

それで、こういう時期に、健康に関するいろんな知識の中で、どういう人達がどんな保健行動をとっているか、性格との関係とか行動をある程度説明したり予測することが可能になったのかなということを知られました。又、看護実践のための一つ概念を構築するために、いかに社会学とか心理学とか公衆衛生学とか、医学の分野からの概念を統合するために努力をしているということも知った次第です。

では具体的に保健行動に関する概念をどう教育したか。この時期には本当に私に会った学生には申し訳ないですが、本当に知識の伝達で終わっていた。でもその中で、私の気持ちでは、病気のケアでなく病人のケア、人間の行動を決定する要因にはさまざまなものがあるが、特にその人が病気をどう自覚し、体験しているのか、そこが非常に重要だと思います。また、それがその人の行動を決める非常に決定的な要因なんだ、なんかそのことを非常に学生に強調したのではないかな。その意味では本質的なことが伝わっていたかどうかは分かりませんが、ただ他の保健行動との違いを詳細には説明できなかったが、行動科学的には、概念の入口を少し紹介してきたのかなと思います。でも午前中にちょっと発表をお聞きしておりまして、やはり大学教育というのはそういう部分でも後々自分たちがそれなりに考え、実践していく、また、知識を深めたり広



めたりする能力があるのではないかと、そういう意味では入口だけでもよかったのではないかと思ったりもしています。

### 3. 知識の応用化

その後、私の一つの転換期となったのは女子大を退職して、1年臨床経験をした後、医療技術短大に就職したことです。そこは3年課程ですが、そこでは成人看護学概論を受けもつことになり、また違った視点でみていかなければならなくなったことです。成人看護学の内科系あるいは慢性疾患という一部分であれば、今まで通りで何とかなったのかも知れませんが、成人看護学の基盤となっている概論をどう構築していけばいいのかが私の課題で、やはり健康のあらゆる段階を包括し、病気とか病名とかにとらわれることなく人間をどう見ていけばいいのかということ、どういう視点をもてばいいのか、そういう風なことが大きな課題となっていったと思います。

特に、4年制大学と違って3年課程はどちらかといえば、臨床志向なんです。施設内看護、看護婦育成の志向が非常に強いという特徴があります。4年制大学でしたら、もう少し健康、不健康を問わず、あらゆる人にどんな場でも看護できる基礎を教えればいいんだ、と思いますが、どうも3年課程となると、このあたりをどう考えていけばいいのか、やはり少なくともそういうようなところをもう少し強調しなければならないんじゃないかと、思います。やはり概論の部分でももう少し健康のあらゆる段階を包括して、なおかつ病気ではなく病人をみるんだ、そういう見方を教えたいと考えました。この時期に出会ったのが宗像氏の保健行動だったと思います。ある意味では非常に health related behavior である、この定義が参考になった。彼は保健行動をこのように分類しています。①健康増進行動、病気の自覚のない時期にとる行動、②半健康状態の時にとる予防的保健行動、③病気に気づいてからの病気対処行動、そして、④最終的にターミナル対処行動という風に分けています。そういう風な分類の中で健康のあらゆる段階を扱って健康の維持、増進、回復のためにとる行動すべてを保健行動とみている。

女子大時代は、知識・理論の伝達にとどまったが、3年制課程の学生には、もう少し職業人的要素が強調される必要もあり、また、教育の対象である学生気質の変化も加わり、より具体性が必要とも思われる。成人看護学概論は1年の後期から始まります。この時期はまだ看護の基礎である看護概論と看護基礎技術が入っている途中であり、臨床経験もちろんありませんし、実際のケースでの保健行動に関しての理解はむずかしい。

教育の目的は学生がただ知識を理解するレベルから、もう少しそれを応用し、活用できる分野までレベルアップしていかなければならないと思いますが、看護というのは人間相手の仕事ですと、ただ知識の理解だけでなく、いかに応用できるかという部分まで能力を鍛えなければなりません。

私が学生にさせたのは、まず宗像氏の文献を読ませて、学生自身が文献を読む中から自分の知識を得る。それを活用しながら本人あるいは家族が健康の保持、増進、回復のためにどのような行動をとっているのか、それぞれの家族に面接してデータをとってもらう。これによって学生は分析するわけですので文献をより具体的に読まなければならない。それを自分自身、あるいは家族の行動に結びつけて分析をしていかなければならない、そういう意味で、客観的にながめられるチャンスがでてくるのではないかなと思います。

学生のレポートの中からいくつか紹介してみよう。

- まず学生は自分の行動あるいは家族の行動を現象学的なレベルで観察している。“こたつでうたた寝する”、これは一つの保健行動。駅までは自転車を使わずに歩いていくというような現象。
- 普段の生活の中に健康に根ざした行動を何げなくとっていることの気づき。
- 病気の原因がかなり自分にある。
- 物理的、化学的な影響よりもその人の気のもち方、あるいは行動が病気に影響している。
- 自分の健康は自分で守っていくことが大切である。
- 行動の一つ一つが無意識的にしろ意識的にしろ、その人自身が自分なりに感じ、思い、考えていることに基づいていることなんだと気づいた。
- 頭の中では思っている行動としてはなかなかとれない、行動としてあらわれない、しかし自分から行動していかなければ他人に指導することはできないのではないか。
- 行動を観察するだけでも人間が少し理解できたのではないかという風なこと。
- 自分の健康問題と自分の行動のくせを発見し、修正への気づき、自己洞察を深めた。
- これは非常に具体的な例であるが、自転車や電車を使うよりは歩く方が良いというのは保健信念形成になるが、そういうことは分かっているが、父親は寝ていた方が良いという（負担になるので歩かない）、学生である娘は140円を使うより歩いた方がいい、これは彼女にとって負担にならないから歩くんだ、というような具体的な行動を分析していました。

こういう風な学生の反応は、諸々の文献からも、なるほどと裏づけされると思う。

卒業生である久常氏の文献の中に地域住民の健康教育に対する進め方に関連して、当たり前になっている日常生活の実態を改めて意識化し、自ら問題だと気づく過程の大切さを強調している。それから又、ある研究では、当事者自身が漠然とした、漠然としか感じていなかった行動連鎖を連鎖図として可視化することが意識化を促進する手段として有効ではないかというようなこと。それから又宗像氏の「医療健康心理学」という本の中で、臨床実習前の体験の少ない学生にとって健康と病気の心理、社会、文化的背景の理解のためには学生自身の体験を材料として症状や病気の背景を自ら考えさせ、評価させる方法は、学生の理解力や判断力を高めることに効果的であると述べられています。まず一番最初の初歩の段階として、学生が自分自身の行動を理

解するという意味では何か成果があるのではないかと考えております。その後看護の中では実際に自分のことから、ケースの中にどう生かしていけるのかということになります。これは多分どこの学校でもやっていると思いますが、事例展開あるいはペーパーペイシエントとして実例にあてはめてみる。方法論としては特に他のところと違った部分というのはないのですが、特に私の分野では慢性の生涯コントロールが必要な患者のケースということで、もう少しセルフケア行動に焦点を当てた形でやるというのが特徴です。そういう意味では、これも宗像氏の資料を参考にしたのですが、セルフケア行動を促すための要因として、保健信念形成と保健感覚形成、パーソナル特性、自己管理態度、生きる希望、社会的資源というようなものを挙げています。そういう視点から事例を観察するということが必要だというようなことを学生に指導しました。

今まで私はケースがより健康な生活を維持していく上で、strengthとlimitationとは何かという視点でケースを分析していましたが、ただその視点では今1つ明確でない、何か不足しているように思えるのですが、宗像氏のモデルで、どういう視点から見ればケースのセルフケアに近づけるかというのが、非常に現実的になったのではないかと思います。

ケースを通して学生は、何回となく学習をして、そのケースにとって何が良いのか、このケースの場合には治療と仕事のどちらを優先しようとするのか、自分と年齢が全然違うし、立場も違うし、実際にとる行動も全然違う。しかし自分の両親にケースを置きかえながらディスカッションをしてみる。そういう意味で宗像氏の視点を示しての学習では、今まで見えなかった部分、社会文化的な面からも考えながら文献学習できたのではないかな、という感じがあって、学生の資料からそのような例を示しました。

ただ、具体的な計画になってくると果たして今までとどのように違うかなという疑問が残りながらやっているのですが、実はケースが肝硬変の患者で、けっこう煙草なんかも喫っている。原則からいくと、肝硬変の患者は必ず煙草はやめなければいけないんだという風になります。学生のディスカッションの中では、それはとても難しいのではないかとことを考えたわけです。患者のことを考えると禁煙はとてもあり得ないのではないかな。では具体的にできるのは何だろうか、せめて本数を減らすということで計画ができるのではないかな、という風な比較的柔軟性のある計画ができたという点で少しは効果があったのかなと私自身はそう思ったわけです。ただ具体的な計画については、今後どこまでこの分析が活用できるのかということなどがあります。現実の実習の中ではどうなのかというと、これも実はまだちゃんとした分析はしてない。生涯コントロールを必要とする患者の看護実習では、3週間という非常に短い期間であるため、患者の実践している保健行動についてとらえることはむずかしい。まして実践に結びつけるというのは時間的な制限があって非常にむずかしい。ただ、ケースと関わる3週間の中で動機づけのきっかけとなるチャンスだけは少しつかめるようになってきたのではないかなと思います。

長期の慢性疾患患者にとって行動変容の目的というのは何かのきっかけをつかむ、それがどうしたことなのかを気づいたことだけでも学生にとってはプラスになった実習なのではないかと思っています。

## ま と め

最後に、健康や病気をもつ人間の行動の理解をすすめる行動科学教育は医学のみでなく、看護の分野でも必要性が叫ばれているが、現実の教育の中ではどうであろうか。新カリの改正により、疾病の看護でなく、病人あるいは対象別の看護、又、健康教育とか疾病予防も含めた教育をうたっているのですが、看護教育全体の流れの中ではまだまだ医学的知識を教授、伝達しようという傾向が非常に強いように思われます。私の限られた時間数、教科の中では、保健行動をどう考え、どう教育しているか、学生の反応を通してお話してきました。小さな試みですがこれは教師が看護とか、保健行動をどう考え、何を教えるのかという認識が中心になって、学生の主体性をどう考えて教育していくか、これも大きな意味では1つの行動科学的な考え方をベースにした行動科学教育の方法ではないかなと思います。

今後の課題と、私自身の狭い範囲での知識で今申し上げましたが、カリキュラム全体の中で行動科学をどう捉えていけばいいのかということ、もう少し広い視点から考えなければいけないのではないかなと思います。保健行動に関する事実、実態の系統的調査研究を進めていくことが必要なのではないのでしょうか。私自身では、働きかけの方法として、では、患者の態度変容にどんな条件が必要か、どうすれば人間の態度が変わるのか、まだ法則性もきちんとつかめていない時代です。しかし、こういう事柄というのは人体実験の一つでもあり、倫理的問題にまで発展する可能性も含んでいるのではないかと、そういう意味では、保健行動の具体的な働きかけに関してはまだまだ深める必要があるのではないかと、と思います。行動変容をさせていく援助者の態度に焦点を当てて、どうすれば行動の習得・維持が可能か検討していくことも必要だと思います。このようにすることで話をしめくくらせていただきます。

# 臨床実習における看護学生のストレス 状況と対処について考える

高知県立総合看護専門学校

矢野 鹿鳴子(24回生)

## はじめに

「保健行動」というテーマを頂いたとき、ふと頭をよぎったことがあった。

教師は学生に対して、「自分が健康でなくて、どうして他人のお世話ができますか。」とか、「自分の健康管理ができないのに、ひとの健康管理などできるわけがない。」とふた言目には言ってきたことである。学生の自己の健康管理については、実習のときの心得としてばかりでなく、実習の評価の一つとして挙げている。このように、自己の健康に関心を持ち、より良い状態にコントロールしていくことを学生に求めてきた。

ところが、では、学生がどのような健康状態にあるのか、どのような対処行動をとっているのかということについては、私自身ほとんど情報を持っていないことに気付いた。

しかし、過密なカリキュラムや実習の場での人間関係など、学生に心身の疲労をもたらす要因はたくさんある。にもかかわらず、学生自身もそれらを積極的に、自己の健康とのつながりにおいてはとらえていないように見える。また教師も結果としての無遅刻、無欠席を評価するだけで、むしろ「その程度のことですら欠席するのですか。」などと、一見、たいしたことのない状態や身体的に表面化しない問題には冷ややかな反応を示してきたように思う。

保健行動という概念は幅広くとらえることができるが、教師の立場から言うなら、ここで考えるべきなのは、問題が表面化する以前のこころの健康のありかたかと思う。学生が自分のこころの健康をとらえ、健康を保っていくことが、学生にとって大切な保健行動であると考え、そこに教師はどのようにかかわるかを考えてみたい。青年期という発達段階もからませながら、学生の持つ問題に触れて、話を進めていきたいと思う。

## 1. 問題の背景

以前から気になっていたことがある。それは、看護学生が、1年生のころはいきいきとして、活気に満ちているのが、2年生、それも本格的に臨床実習が始まると、いつも疲れているような、生気のない表情を見せるようになることである。そして、遅刻や欠席が目立ち始めるようになるということである。

学生に欠席の理由を尋ねると、決まり文句のように、「体調が悪い」「頭が痛い」「おなかが



痛い」「風邪をひいた」「熱が出た」と言う。これも電話連絡してくる者はまだ良いが、そのうちに無断で欠席する、何日も休むという者も出てくる。

これは一体何なのだろう。臨床実習を境にということになると、ひとつには身体的疲労ということが挙げられる。またひとつには、こころの不健康の現れということも考えられる。この、こころの不健康に焦点を当てて見てみると、問題の要因として、学生自身の成長・発達段階の問題と臨床実習を通じて生じてくる問題が考えられる。

看護学生の大半は、青年期のただ中にいる。この時期の中心的な課題としては、同一性の達成が挙げられる。すなわち、自己決定のための葛藤の経験を経て、ひとつの職業や価値観に対して固定した信念を持っている状態である。これはひとつの危機であるという考えかたは、青年期をとらえるうえで支持されてきた。この時期は青年中期に当たり、青年後期が「自己と社会の統合」であるのに対して、「自己の再構成」の時期ととらえられる。

このように通常、主観の中に立てこもる時期に、看護学生は他者の生と死にかかわるといふ、同年代の青年なら到底直面できないほどの、また直面すれば多大のエネルギーを要して受け入れなければならないほどの体験をしている。

すなわち看護学生は「危機としての青年期」にありながら同時に、もうひとつの危機の中にいる、言うなれば二重構造の危機にあるということである。

もうひとつの、臨床実習を通じて生じてくる問題を一言で言うなら、「矛盾の体験としての実習」ということができると思う。

臨床実習に出た学生が、「理想と現実は違う」「学校と臨床は違う」「学校で習ったことは役に立たない」「先生と看護婦さんの言うことは違う」と言うのは、決まり文句である。

このような言葉が発せられる背景には、看護教育の在り方が関与していると考えられる。教師は、「患者中心の看護」が象徴するように、看護のありかたの理想を強調してきた。また、教師の多くは学生に対して、成功してほしいと願っている。「患者すべてに全人的なケアができるようになってほしい」「チームメンバーと協力できるようになってほしい」「リーダーシップがとれるようになってほしい」「期待するものは責任感、使命感、協調性、献身的であること……など」、すなわち教師は学生に対して、理想的な期待をかけているのである。

ところが、理想的な期待感と現実のギャップを知らせるものとして、実習の存在がある。この、理想と現実という矛盾は、建前論の教育を受けてきた学生にとって、大きなゆさぶりをかけられるものである。学生達は、学生といういわゆる、モラトリアムの時代にいながら、臨床実習を通じて疑似的な社会体験をしているようにも思うのである。多くの学生はそれを「良い体験」として意味あるものに受け止めていけるのであろうが、否定的な（しかも持続的な）ストレスとしてしか受け止められなかったものの一つの問題現象として、身体症状を主とした健康障害が起こっ



てきているのだろう。

そこで、臨床実習中の学生の不健康につながると思われる、否定的ストレスの要因を知る目的で、3年課程の3年生8人にインタビューを行った。

## 2. 実習中に感じた否定的ストレス

否定的ストレスの現れとして、否定的な感情が引き起こされる。学生達は「やる気をなくした」「苦痛であった」「傷つけられた」「悩んだ」「自信がない」「学校をやめたい」「落ち込んだ」「ストレスになった」というような否定的な感情を表現した。

学生が実習中に感じた否定的ストレスを大別すると、基礎知識（知識の統合、知識の応用、知識量）にかかわること、対人関係のコミュニケーションにかかわること、患者ケアにかかわること、その他に整理された。各々の概要は、次に示すとおりである。

### 1) 基礎知識に関して

- 要求される知識量の多さ
- 学習を一からやり直さなくてはならないこと（既に習ったことが身につけていないため）
- 課題（帰宅後の学習）の多さ
- 記録物に時間を要すること
- 教師から次々と課題を課されたり、要求されたりすること
- 技術を実施する事に対する緊張
- 頭では理解していても実際に行うことへの自信のなさ
- 頭では理解していても実際に行えなかったことへのがゆさ
- 病状の変化の速い患者（手術療法を受ける患者）への対処

学生が「学校で習ったことは役立つ」とか「学校で習っていない」などと今までの学習を否定するようなことを言うのは、単なる知識の羅列のような学習の結果とも考えられる。学生自らが、持てる知識をどのように統合させるか、またどのように応用させるか、そしてそのために不足している知識は何であるか、といった判断ができないために、必要以上に負担を感じるのではないだろうか。

学生が、受け持ち患者記録や実習日誌などを書くことにストレスを感じているのは、1日でも書くことを怠ることができないという状況が心理的負担になっていると思われるが、何より、「書く」という行為には、知識の統合・応用、知識量が求められるからだと考える。

### 2) 対人関係のコミュニケーションに関して

#### (1) 教師との対人関係

- 教師に対する緊張感
- 教師からの要求、指示

- 教師の叱責
- (2) 看護婦との対人関係
- 看護婦に対する緊張感
  - 看護婦の拒否的な言葉、邪険な態度
- (3) 患者との対人関係
- 患者の拒否
  - 患者から看護者として受け入れられていないこと
- (4) グループメンバーとの対人関係
- グループメンバーとの意見の衝突
  - グループメンバーの心ない言葉

実習が始まることで変化するのは、人間関係である。好むと好まざるにかかわらず、変化の中に入って行かざるを得ない。患者、看護婦、医師は言うに及ばず、クラスメートや教師の知らなかった一面に触れることになる。殊に教師は直接的に一对一でかかわる関係となり、しかもそこには評価が伴う訳であるから、学生の緊張は当然である。そして一般的に教師への自己開放性の低い年代でもあり、自己の理解者として受け止められにくいということもかかわっていると思われる。

また成人を中心とする他者への閉鎖性の強い時期で、一般的な対人関係を結ぶことすらスムーズでない学生にとって、看護者としてのふるまいを求められる対人関係は大きなストレスをもたらすものであろう。反面、そこで好ましい関係が持てた場合は大きな励みになり、どのような対人関係を結ぶかということが実習に於ける要件であると考ええる。

- 3) 患者ケアに関して
- 人の病气や死の受容
  - 行った技術に対する患者の反応
  - 末期癌患者のケア
  - 直接的ケア以外の事(例; 使い走り)

重症の患者のケアや患者の心理的ニーズに対応することなど、患者ケアにかかわるストレスには様々なものがあるが、学生にとっては、人の病や死にかかわること自体が非日常なことである。そして、現代の風潮として明るく、軽くということが好まれているようであるが、これらのことを背景に、学生は患者ケアのなかで、深刻な状況から逃れようとしているように思われる。そもそも、自己の確立していない時期に、患者と一定の心理的な距離を保って、共感的な感情を持つというのは難しい。近付きすぎて、患者と一体感を持つが故に悩み、患者の変化に振り回されてしまうのである。

そのほかに、患者ケアにかかわる問題としては、看護技術そのものに自信がないということが挙げられる。これはケアが技術的な側面のみではなく、知識との統合の結果として評価されるものであり、患者の持つ問題が深刻であればあるほど、求められる知識も多く、その統合に困難を伴うからだと考えられる。

#### 4) その他

- 過密なカリキュラム
- 個人生活上の悩み（例；異性関係）
- 看護婦としての適性

### 3. 事例に見る否定的ストレス状況

#### 1) 危機としての青年期という視点から

学生Tが「外科は患者の変化が速いので、観察や技術も次々に求められる。頭ではわかっているのに、次から次へと先生にもいろいろ言われ、何も考えられなくなってしまふ。考えず、言われるままにやっているの、次に何をすれば良いのかもわからない。自分に腹が立つが、そのうち腹も立たなくなり、情けなさでいっぱい。」と言っているような状況は自分の能力を考えさせられる場面であり、看護学生ならば誰もが経験することだと思う。

このような“打ちめされる”ような体験によって、学生は自分自身の能力を現実的にとらえるようになっていくと考えるが、中には適正に能力評価できないものもある。学生Kは「私は記録が書けないし、書くということそのものが苦手だ。だから、看護婦には向いていないのではないかと悩むことがある。」と言っており、看護婦としての適性にまで疑問を持っている。

このようなときに教師がしたことが、さらなる知識や課題の要求で、そのことが学生の自信喪失ややる気喪失に拍車をかけているというのは皮肉なことである。

教師に指示されたり、指摘されたりしたときの反応として、学生Fのように「叱られた」と受け止める学生もいる。学習の場において、課題を与えられたり、不足を指摘されたりすることをあたかも、子供が母親に言われるように「叱られる」と感じるのである。これは、青年が大人からの独立を求める反面、保護され、励まされていないと、さびしい状態にあるのに通じることだと思う。

学生Fと同じように、教師からの保護を求める感情を学生Tは語った。学生Tは明るく振る舞い、他者に厭な印象を全くといて良いほど、与えない。これは、人から嫌われないための努力によるものだといっている。教師に対しては、「先生に見離されるのは怖い。自分を大人として扱ってほしい。でも、わからないこともたくさんある。だから構ってほしいという気持ちもある。」と言っている。この感情は、単なる他者へのこびではないと考える。即ち、学生

Tは自分のいる場所、自分の望んでいること、エネルギーの持っていく場所が確信できなくて不安なのだと考える。先の学生Fも、そして学生Tも彼女達の抱いた感情は、相反する両面の体験として、青年期の過渡的性格に基づくものと考えられる。

このような学生Fや学生Tとは対照的に学生Yは、インタビューの中ではほとんど、弱音らしい弱音を吐かなかった。教師との関係については「良くも悪くも目立たないようにして、先生とのかかわりはできるだけ少なくしたい。」と言い、表面上は無関心の態度を示した。しかし、学生Yは「教師は実習のことだけだ。」という批判も示しており、かかわりを持ちたくないという発言は、かかわりを期待する気持ちの裏返しというふうにもとれる。このように「しらける」ポーズをとってはいるが、そのこと自体は一種の抵抗であり、学生Yが熱中したり傾倒したりするエネルギーがないという訳ではないと思う。

学生Yは教師との関係について、さらに「どんな風にふるまえば教師は喜ぶのかということがわかるので、役割を演じているという感じで、一つの自分を演じている。」とも言っている。看護学生としての望ましいふるまいかたを身につけるということは、看護者としての役割を身につけていくプロセスの一つという理解ができる。これによって集団のメンバーとして適当な行動ができるようになるのであり、即ち、役割を演じるということは社会化《socialization》の一段階であると考えられる。

同じ視点から、学生Iは「私は患者からは、看護者として受け入れられているとは思っていない。売店に3回も使い走りを頼まれたときは、こんなことで良いのか悩んだ。」と言う。これは、看護者としての自分という部分を認めてもらえなかった体験を通じて、他者の目に写る自分と自分が認識している自分との相違を意識させられたできごとだと解釈する。このような体験を通じて、学生たちは看護者としての役割を考え、そして役割を身につけていくのだと思われる。

## 2) 矛盾の体験としての実習という視点から

学生のよく言う、「学校で習ったことと実際は違う」「学校で習ったことは実際には役立たない」という言葉は、学生自身に基本が身につけていないことと、教える側が基本と応用を結び付ける学習を十分にさせていないために、現象に潜む法則性や問題に気付けないで、したがって具体的な方法論までに至らないことの結果とも考えられる。

また、学校で「良くできた」ことが実習の場では「通用しない」こともあるが、これは教師と看護婦が学生に求める目標の差から生じていることだと思われる。このことを学生は「先生と看護婦さんの言うことは違う」と言っているのである。

現在2年生の学生Fが、1年生で初めて実習に出たときのことである。学生Fは練習では30分を目標にしていた洗髪が15分でできたことを「やった。」と喜んだらしい。ところが看護婦に

すかさず、「時間がかかりすぎ。」と評価されたのだそうだ。がっかりしたという。学生Fは物事を、自分が責められた、自分は劣っているというふうを受け止めてしまうようなところがある。そのような学生であるから、どんなにか落胆したことだろう。言うなれば、Fが初めて感じた「理想と現実」の違いである。友達が相手であれば、15分は素晴らしい速さである。しかし、そこに患者をおくと、理想的な結果ではなくなるのである。

もうひとつ学生が、「理想と現実が違う」と言うことには、看護婦とはかくあらねばならない、あるべきだという自分なりの看護婦像とのズレを指しているようである。それを学生Yのように「学校の友達や先生からは影響を受けない。」「看護婦には、影響を受けるような人はいない。」「学校で習ったことと、実習で知った現実とは違うと思うが、両方とも半々に認めているし、まあ、こんなものだろうと思う。」と敢えて、葛藤を避ける学生もいる。しかし多くの学生は教師や看護婦の態度を批判することで、「理想と現実」へのこだわりを見せていると考える。この批判は、学生が頭に描いている、看護婦とは優しく思いやりのある人柄で、ひとりひとりの患者を大切にするというような理想像と、現実に行動する看護婦（教師も）とのズレに葛藤しているということである。であるから、「私達、学生は受け持ち患者1人だからよいが、看護婦はたくさんの患者をかかえているから理想どおりにはいかない。」というように、現実との妥協点を見付けようとしている。

前述の2年生Fは洗髪のことを「看護婦から言われたときはがっかりしたが、良く考えてみれば、無駄な動作もあったので、まだ時間短縮の余地はある。」と言う。教師としては、学生が経験したものを意味付けするのを助けることで、次に学生が意欲的に取り組めるか否かが左右される。そして、このささいな積み重ねが、学習成果となるか、否定的なストレスとなるか決めてゆくのである。

#### 4. 事例に見る否定的ストレスへの対処

対処の仕方については、感情調整的な対処が多いように感じたが、そのほとんどは、友人に支えられたことであり、友人への開放性の高いことを再認識した。

また、自己開放性は精神的に健康であることの指標でもあり、結局、自己を他者に語る学生は、自己の能力や可能性も自ら認めることができているのではないかと考える。

学生Hは無断欠席をした。その前日、術後4日目の患者を受け持った学生Hは、教師から学習不足を指摘され、実習に出ることを止められた。学生Hは成績は下位で、「勉強はいつもきちんとできず、どんな勉強が必要なのかよく判断できなかった。先生の言うとおりに、きちんと勉強していなかったので仕方がないと思った。」と言っている。教師とのやり取りを聞いていたクラスメートが「あんな言い方はない」とか「先生はあなただけにつらく当たる」「かわいそう」など



と言い、そう言われてみて、急につらくなったと言う。翌日、ずる休みすることには気がひけたので、風邪薬を4、5錠飲んで、実習には出られない状態を作った。休んだことについて学生Hは「気持ちを緩められて、良かった。」と言っている。しかし、それはクラスメートや教師から、心配する電話を貰って、再び実習に出るきっかけを作って貰ったからにほかならない。相変わらず、教師には何の相談もできず、クラスメートに対しても「いろいろ聞いてもらったら、そのときだけ気分はすっきりするが、問題の解決にはならない。友達は同調してくれるだけだから。」と言っている。彼女は苦しいことから一時的に逃れただけで、消極的な対処の仕方だと考える。

このような消極的な対処も含めて、感情調整的な対処の仕方をしたときと、問題解決的な対処の仕方をしたときの結果については、感情調整的な対処のときに「気分が晴れた」「落ち込みが短くなった」という程度のことしか語られなかったのに対して、問題解決的な対処のときには、ストレス状況の自己分析などに基づいた対処の仕方が語られ、学生にとって納得の行く結果が得られている。学生Kは患者の拒否にあったとき、「一番落ち込んだ。」と言っているが、プロセスレコードを取ることで、自分の患者把握に問題を見いだしたので、事態が飲み込み、立ち直ることができた。同時に看護婦に状況を話し、看護婦の助けを得ることができ、また、末期癌の患者にどのように接すれば良いか悩んだときも、教師に状況を話し、グループでのカンファレンスを通じていろいろな意見を聞き、励みになったと言う。

このように、学生Kは物事を否定的にとらえるのではなく、どのようにすれば解決できるのか、建設的に考えている。特に、一人で問題を抱え込むのではなく、うまく周囲の人達に支援を求めることができている。が、多くの学生は感情の高ぶっているときあるいは落ち込んでいるときは、問題解決的な物事のとらえかたはできないと思われる。そのときに、感情のコントロールだけでなく、問題に焦点を合わせられるように意図的に働き掛けていくことが、教師の大きな役割だと考える。そのためには、実習場所における対人関係の調整的な役割を担うと共に、学生の持つ個人的な特性を把握し、学生をストレス状況に追い込みやすい因子と、逆にストレスを肯定的に受け止めさせる因子に関する情報をもっていることが必要だと考える。

## ま と め

インタビューした数人の学生達は、結果的にはリタイヤすることもなく、3年生の前半を終えようとしている。しかし、彼女達の話から、彼女達も含めて多くの学生はからだも心も疲れていることが推察された。そのような状況に置かれる理由として、否定的なストレスを挙げた訳であるが、このストレスの原因は青年期における成長、発達の問題とかかわりを持っていたり、看護学生として体験する理想と現実のギャップによるものであったりということで、いずれにしても、これらは避けて通れない事柄である。



そこで大切になるのが、疲労状態を持続させないための保健行動である。すなわち、自らのこころの健康をとらえ、より良い状態に保つための意識的な行動である。インタビューを通じて漠然と感じたのは、知識やケアに関する否定的ストレスというのは、問題解決的な対処の仕方が可能であるのたいして、対人関係のストレスというのは、そのような対処の仕方というのは難しく、どちらかといえば、感情調整的な対処の仕方が主になっているのではないかとということである。だが、これはその場しのぎのような、気持ちを紛らすだけの様な結果しか得られないことは、学生自身がよく知っていることであった。疲労状態を持続させないためには、やはり、より積極的な対処が求められるのである。

対人関係については、お互いの考え方や感じ方のズレによって、不愉快な状況に陥り易いものである。特に看護学生にとっては、一般的な対人関係さえスムーズでない段階で、実習での多様な対人関係を求められるのである。だから、まず自分自身がどのような考え方や感じ方をする人間かを認識することができていないと、他者と多様なかかわりを持つことが難しくなる。その意味で、自己理解を深めていく訓練は大切なものとなる。

また、対人関係、特に患者とのかかわり方については、具体的な技術を身につけさせることが大切である。たとえば、観察、コミュニケーション、面接などの技術である。

つまり、教師としては、患者のためにか看護婦としてといった建前を押し出す前に、学生が自分自身に目を向けられるような学習と他者とのかかわるための具体的な技術習得をさせることが、初期の段階で必要でないかと考える。

また、学生の健康問題を考えるとき、教師にとって学生はひとりのケースというとならえかたができると思う。支えられているという確信は、学生のこころの安定につながるものと信じたい。学生はさまざまなストレスを感じながら看護を学んでゆく。その過程において、サポートシステムとしての教師になれることを、自分への課題としたいと思う。

## 私見「看護の課題」

東海大学医学部附属病院

加納川 栄 子 (23回生)

私は23回生で、この学会に参加させて頂くのは卒業以来初めてです。どういう学会かなあと  
思ってこちらに参りました。先程の発表を聞かせて頂いて保健医療行動に関しての深い学習を皆さ  
んなさっているんだなと思ひまして、感心致しました。私は、ずっと卒業後、神奈川県  
の病院の方に臨床看護婦として居りまして、3年ほどアメリカの方で勉強しておりましたが、  
帰りまして主に院内教育というところで興味を持って、今まで関わって参りました。

やはり、院内教育に興味を持った背景には、自分自身の職業を持っていることに、看護婦とい  
うことに対する疑問が学生時代から非常に強くありまして、4年間をどのように過ごしたかと言いま  
すと、退学すべきかどうすべきかという中での悩みの4年間であったと思ひます。それで、看護職  
業人としての発達ということで、自分で卒業後もずっとこだわってきた訳ですけれど、私、先  
矢野さんのお話をお聞きしまして、かなり現実的に割り切って考えて今まで行動してきたように思  
うんです。といいますのは、やはり自分の中で看護というものが、非常に捉えにくいもの、それか  
ら、自分にとってすごくストレスの強い職業であった訳ですけれど、卒業時点で3年間なんとか石  
の上で頑張ろうというような形で病院に就職していった訳ですが、その時点でかなり自分にプレッ  
シャーをかけて、現実には現実として受け止めて、その中にいかに自分が入っていけるだろうかとい  
うような課題を持ってずっと勤務して参りました。新設の病院でしたので、求められるものが非常  
に多くて、組織の変化もかなり速く変革を繰り返しているような病院でしたけれど、それでもまあ  
就職した時点では先輩に恵まれて、小児看護の専門的な知識とか技術などをかなり得たように  
思ひます。でも、それにしても5年間勤務しても、そこで自分が本当に看護婦としてやっていける  
のだろうかという不安がまだ続いていた訳です。それで、卒業後1年目から看護カリキュラムに  
ずっと興味を持っておりまして、看護教育の中で何を指して教育しているのか非常に興味があ  
りまして、いろいろな大学のもを集めたり、大学教育のカリキュラムと専門学校との差とかを出し  
ながら自分で学習していった訳ですけれど、それでもやはりそういうところからは自分の職業とし  
ての看護は見い出せませんでした。アメリカに行きまして、カリキュラム・ディベロップメントと  
いうコースをとりまして、いわゆるカリキュラムというのは、その学校の教師達が自分達の理念を  
もって作っていくものという結論に達しました。それで、もう一度臨床にチャレンジして見い出  
そうじゃないかということで、帰国後元の職場に戻ってゆきました。ただ、臨床で小児看護をや  
りたかったんですけど病院の都合もありまして、管理部門に入った訳です。その管理部門で、人事

とか教育、いろいろな事務的な手続きとかそういうところにも関わっていくうちに、看護というものは多職種の中で広範な機能を持ち、かつかなり大きなパワーをもつ集団であるということに気づき始めまして、自分がむしろ迷っていた看護って何だろうというような疑問がその組織のダイナミックスの中で、かなり見えてきたように思います。というのは、やはり私の中には、看護というのは一人では実行不可能であるが、集団で実行が可能となるという考えが生まれてきたのです。ですから個々の患者さんとのレベルというよりは、集団の中のダイナミックスというような捉え方で発展していきました。

一応私の卒後の歩みを今まで説明した訳ですけど、病院の特性として、1,300床という病床がありますし、病棟数も30いくつあります。それで看護職員も800名近くいる訳ですけど、今日ここでお話ししたいと思いますのは、かなりマスの的な集団としての捉え方です。その中で集団としての看護婦がどのような保健行動をとって、どういう条件におかれているかというのを少しお話ししていきたいと思います。

矢野さんは看護学生の職業発達について述べられてきましたので、私はここでその看護婦の専門職としての発達にしても、卒業してから職場に入って、それから役割を獲得していくまでの移行期について述べてみたいと思います。またその移行期にみられる様々な行動特性、ストレス状況などが存在するのですが、それらを生じさせている背景について少し考えてみたいと思います。その移行期中にどのような対応策が必要なのかも、私の経験と、今の組織で努力していることについて述べてみたいと思います。

しかし、どのように看護婦が職業意識をもって成長していき、発達していくかということは、まだほとんど研究もされていないような段階だと思います。で、現場での状況を考えあわせてそれらの発達に強く影響を及ぼしている側の要素を導き出すことにしまして、またキャリアの発達を阻害する要因についての分析などできたらと思います。具体的には今、職場がかかえているのは、看護婦不足という問題だと思いますが、最近新聞や雑誌ではこの問題をひんぱんにとり上げています。ほぼ毎日というような感じですね。大きな問題として取り上げられているのですが、これは厚生省の地域医療計画の昨年の春からの実施に伴いまして、各医療施設がかけ込み増床をやった訳です。それで、看護のマンパワーが5万人位不足しているというような状況が続いている訳です。しかし各病院とも看護婦不足という現象を客観的に捉えることはできませんでしたが、主観的な看護婦不足という感覚はいつも持っていたものでありまして、ここ数年になって現れてきたものではないと思います。私自身働いていても、なんでこんなに人が少ないんだろうとか、こういう所は他の職種に渡せるのではないだろうかとか、ずっと疑問を持ちながらきた看護の現場だったと思います。看護の現場では看護婦不足と共に看護婦の定着率の低さということが問題にされていますが、この看護婦不足と看護の定着率の低さというのは、都市部の大きな病院にとりまして本当に切実な問題です。

いかに看護婦の定着率を高めて、看護の質をよくしていくかという課題にいつも突き当たっている訳です。特に最近、老人施設が増えていますし、人口の高齢化に伴ない、看護のマンパワーに対する需要は病院でも非常に高まってきています。今、人々の健康問題の複雑化も伴って、この問題が深刻化している訳ですが、看護現場では、せっかく一通り経験を積んで院内教育を経て育てても2、3年で看護婦がやめていくような状況がずっと続いています。看護の質の向上につなげていきたい訳ですが、病棟の計画とか院内の教育計画はなかなかそのために実現出来ないという状況に陥ります。高度の医療に対応するためには問題解決能力とか判断能力が求められるのですが、一方では定着性の低さのために経験・能力ともそれに満たないスタッフがそれを満たそうとしていますので、結局悪循環になって皆に負担をかけているというような状態を生み出してしまいます。看護婦の定着性の問題は、看護婦の個人的因子と、専門的発達とか職業化に根ざしたものと、社会的現象に根ざした要素とそれらの因果関係を明らかにしていかない限り見えてこないようなところがあるように思います。すなわち、看護婦の定着性の悪さは、看護婦個々のキャリア発達のプロセス上の問題により生じ、それが看護婦の保健医療行動上の問題として生じてくるのではないかと私自身考えているからです。定着性を高めていくとともに、合わせて看護婦の職業意識とかキャリア発達を促すための研究の必要性があるのではないかと考えて、そちらに興味を持ち始めたところです。

図1に挙げましたのは、看護婦の定着性に係わる要因です。それぞれの否定的な要因とか、積極的な要因はこちらには挙げておりません。

まず大きなものとして、看護婦の個人的要因が看護婦の定着性に非常に係わってくるんじゃないか、特にこの態度とか姿勢、看護婦としての自覚と姿勢というモラルの問題があげられます。教育背景として、私の所属する病院も附属の学校をかかえておりますけれど、就職後適応に時間がかかっておりますし、看護技術チェックリストなど看護実践能力の査定をしても臨床の求めるものと教育の求めるものはかなりギャップがあるのではないかと考えられます。職場環境に関しては種々、考えられますし、業務の質と量、適応力、環境因子も関わっています。リーダーシップの特性、特にこれをあげていますのは病棟婦長や病院管理責任者のリーダーシップの特性で、看護婦の定着性はかなり影響されるのではないかと考えています。勤務体制と給与、看護ケアの質、特にここで重要なのはサポートシステムです。

看護婦は三交替しておりますので、そのサポートシステムを同僚間でさえなかなか得られにくいというような状況があるようです。看護に対するイメージ、これは職業観に大きく関わっているとは思いますが、これは小さい時から社会化の中で看護に対するイメージを持ち、一般大衆からの影響が表れてきているように思います。院内教育体制では院内教育の充実、基礎教育課程とのギャップをどう縮めていくかという点が大きな課題になってくると思います。仕事上のストレスですが、これは個人の認知レベルによって違ってくると思います。種々の要因がネガティブに働いた場合に、

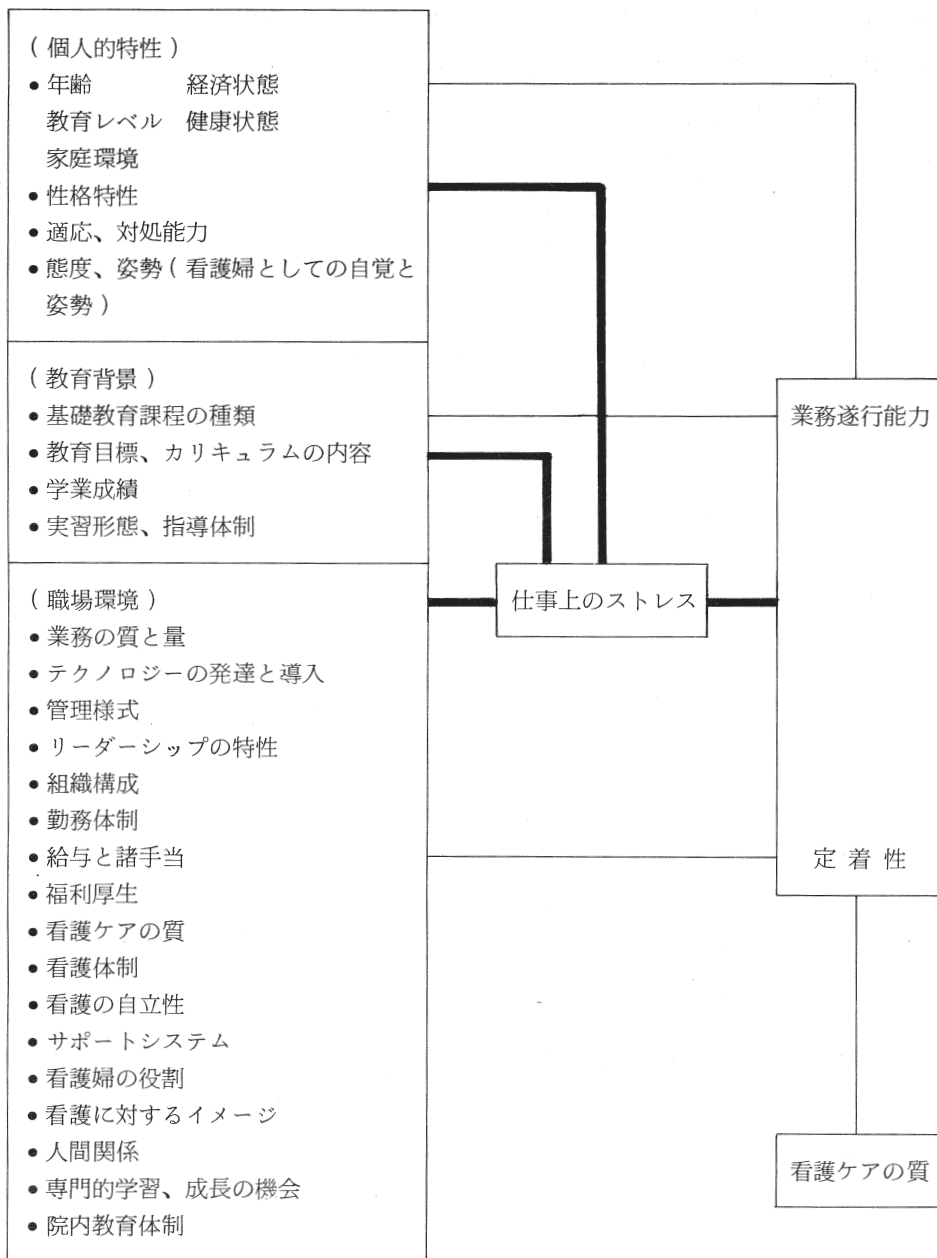


図1 看護婦の定着性に関わる要因

直接定着性に関わってくるかというとも言えませんので、実線と太い線で区別しています。定着性がいくら高まっても看護ケアの質が疑問だということも皆さんもお気づきだと思いますので、定着性と看護ケアの質を関連づけて考えてゆかなければならないのではないのでしょうか。業務遂行能力と定着性に影響を及ぼす仕事上のストレスについてみると看護婦は確かにストレスフルな職場

で働いている訳です。ここにあげた全てのものがストレッサーなのかということは、その人の捉え方によって違ってきます。あるものはかえってポジティブの方に働くかもしれないし、院内教育にしてもネガティブに捉える人も見受けられます。

次にこの中で特に個人的特性の中の態度と姿勢について、退職時の看護婦との面接を通して観察できた側面について考えていきたいと思えます。これらは、看護婦の保健医療行動と看護婦としての職業発達過程の問題を示唆するものと思われます。既に看護部に退職の話が伝わってくる段階では、これらの看護婦は病棟の婦長と話し合いは何回かしています。しかし看護婦の場合は、人数も多いということもありますし、三交替しておりますので、あまり徴候を表わさずに突然やめたい、というようなことが起こり得ます。婦長や看護部としてはびっくりする訳ですが、婦長、同僚のスタッフでさえその徴候が見い出せないことがあります。これは今の若い人達の特徴かもしれませんが、あまり相談しないとか、婦長に対しては権威的な存在ですので、なかなか悩みを相談できないということもあるのかもしれません。40数校からの卒業生が全国から来ておりますので近くに友人がいないとか、なかなか相談できない状況におかれていることも考えられます。そういう状況ですので、浮かびあがってきた時点ではかなり決心が固いということもあるんですが、この中で対象者のいろいろな状況を知ることによって、定着性に影響しているような要因と保健医療行動・職業発達プロセスの問題がある程度でてくるのではないかと思います。ただ集団としてのキャリア・ディベロップメントの傾向としては、やはり今現在勤務して続けている人達の分析がこれから必要かと思えます。

図2に挙げましたのは、退職者の経験年数別の比率です。やはり1年目の8%、2年目22%、3

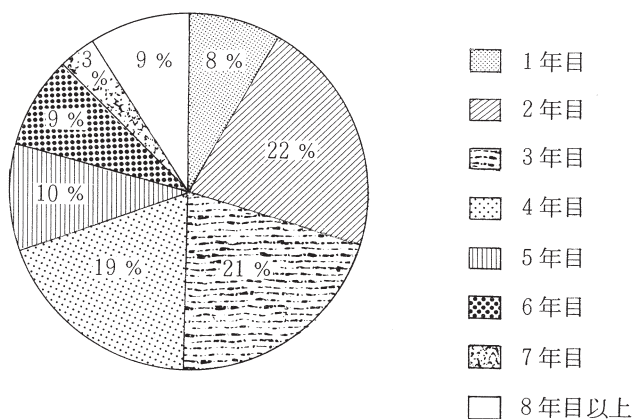


図2 退職者経験年数



年目21%とこの3年間の間で退職者のほぼ50%を占めています。いかに1、2、3年目の適応が難しいかということを表しています。4年目、5年目、6年目の比率はやや多いのですが、その他の経験年数の占める割合はずっと小さくなっています。この1、2、3年目の退職率をどう下げていくかというのが大きな課題になっています。

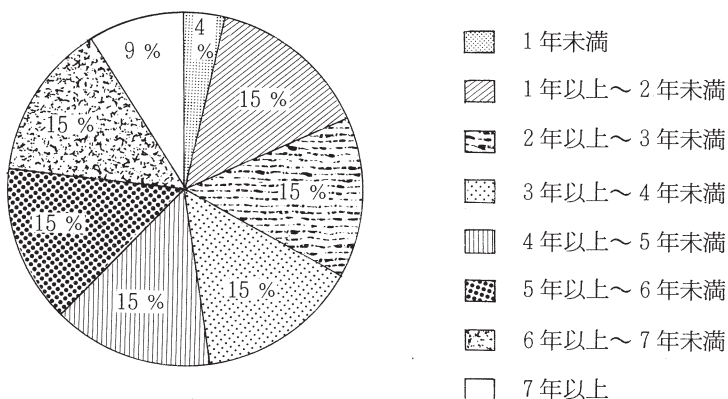


図3 退職者在職期間

図3は、在職期間なんですけど、1年未満が4%を占めていますが、やはり1年未満でどうしても適応できないという人も現れてきています。こういう人達は、看護は出来るなら続けたいという希望をもっていますが、一部の人は、絶対看護職は離れたたいという人もたまたま見受けられます。在職期間は、だいたい退職者の半数が4年未満で占められています。しかし、本院では退職者の平均在職日数も徐々に伸びてきている状態です。ここでもやはり、質を上げていくという意味では5年目以上の看護婦と1、2、3年目の看護婦の退職をどう防いでいくかというのが大きな課題になっています。

次に退職者の退職理由ですが(図4)、ここであがってきていますように結婚及び結婚準備というのがいちばん多いです。それから帰省、進学、家庭の事情、不適應というのが上がってきています。入学、育児、出産、病気、療養、定年とあるんですが、この中で結婚準備、家庭の事情、その他というところにあがってきている人達の比率がかなり多い訳ですが、やはりこの中に自分の方向性ははっきり出せない人達が見受けられます。これからどうしたいのか自分の方向が見い出せない、割と無気力で現状維持的か逃避的な態度をとる人も見受けられます。その人達の一部はサポートすることによって、再度勤労意欲がわいてきて、もう何年か働いてみようかと再び頑張る人もいます。訳ですけど、比率としてはここに出てきている理由のようなはっきりした理由が出せない人達もかなり見受けられます。ここで病気、疾病というのは2%となっていますけれど、育児・出産につ

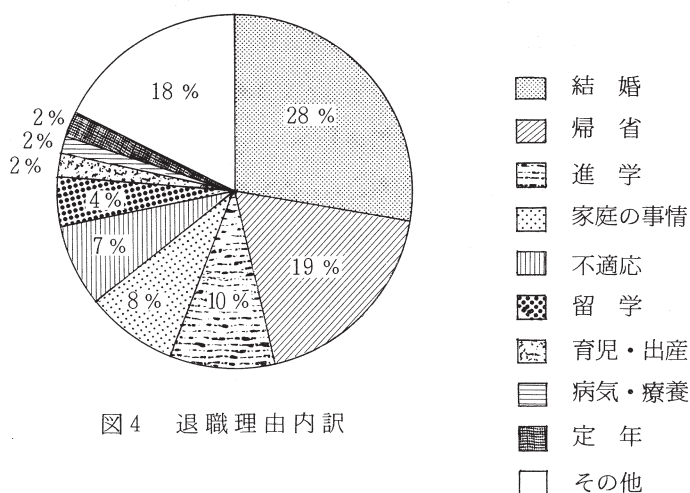


図4 退職理由内訳

いても妊娠を境にして退職せざるを得ないという状況の人も見受けられます。進学・留学というのは自分でいろいろな方向を模索して考え、積極的に進んでいける人達で占められています。不適應というのがありますが、この中ではちょっと状況を把握し切れない人達もいるんですが、はっきりした理由はないのですが、どうしてもここでやっていけないというような理由を述べて、また業務の遂行レベルもかなり落ちていっている人達をここに含めています。

一般的に看護婦の場合は、卒後数年してからやっと一人前になっていく訳ですけど、現場ではやはり、3～10年の経験ある中間層を多く望んでいるんですが、実際にはこれらの数が少ないです。経験年数1～3年というのが多くて、あとは5～10年、11年以上の比率がだいたい2対1対1の割合になってきています。このベテランの層をどう増やすかということと、1～3年の層をどう伸ばしていくかということが院内教育の課題になってきています。先程退職理由内訳で説明しましたが、1～3年の、学生から職業人への移行の時期の退職理由はここに区別して出していないのでした。これらの理由は個人の退職行動に結びつく直接の原因を一応示しているのですが、1～3年目の退職者の中にはかなりのケースに理由の不明確な者が多いということが言えます。実際、面接時の理由と退職後の進路がかなり異っているというようなケースも見受けられます。結婚、進学、留学、育児、出産、病気、療養を除く原因にはそれらのケースが含まれているようです。特にここには示していませんけれど、1年続かない者のケースに「看護の仕事に疲れた」「やりがいのある仕事であるが少しだけ休んでみたい」「意欲はあるが少し休んでみたい」「しばらく他の仕事をしてみたい」特に1年目にこういう傾向が見られます。はっきりとした方向性がないにもかかわらず「進学したい」「アメリカに語学研修に行ってみたい」「ゆっくりと旅行してみたい」「親がどうしても地元に戻ってこいというから帰りたい」「自分は看護婦に向いていない」「このままやっていく自信がない」などの様々な理由がみられます。また、他院への就職希望者は公立の中小の病院

を選んで、重症度がやや低いような病院に再就職する傾向も見受けられます。これらの退職者に看護婦であることを全面的に否定する者はいませんでした。よく話を聞いてみるとやはり自分は学生時代から看護を目指してたし、看護をずっとできれば続けたいという希望を持っています。しかし、能力的についていけない、体力的にもついていけない面があると理由を述べています。また、一時退職を望む人でもゆとりが出来たら、自分の精神的な余裕ができれば、再度働きたいとするものがかなり多くみられました。夜勤がなく週休2日制のクリニックとか、あとは企業の健康管理室にもこの頃時々、再就職の人もでてきているようです。これらの看護婦に共通する点は、やはり疲れているということです。それから他のものに目を向ける余裕がありません。そして原因ではないんですけど、特に1～3年目の看護婦に、将来への展望をもって退職後の方向を真剣に模索している人が少ないということです。ただ、現状をどう逃れたらよいかというところに希望を持っているような人も見受けられます。自分の状況を真剣に考えようとしなないというのが大きな特徴だと思います。考えようとしなないというより見えないのかもしれませんが。ずっと勤務の中で三交替してますし、体力的にもつらいとなると、なかなかリラックスして自分をリフレッシュさせる時間も作れなくなっているのか、自分の状況を見ようとしなない。現状維持でいいとか、疲れているんですけどなんとかして自分の状況を打破しようとか、そういう行動に出ることができないようです。ですから病棟の方でもそういう症状に気付かずに、仕事はなんとかやっているし特に何も表現しないということで症状発見がかなり遅れています。こういう人達は、いわゆるバーンアウトしているのかということもそうでもないように見受けられます。ただし、欲求不満とか無気力、真剣さがなく、支援を求めない、自信がないという傾向は見えますが、どうもバーンアウトじゃないような傾向が見えます。むしろその前の、このままではそういう状態になってしまうというような前段階状況にいて、それに対して自分をプロテクトして、ストップして新たな前進が出来ないように見受けられます。

次に、何がこの様な看護婦の状態をもたらす原因になったかということ、医療システムの複雑化とか、高度な延命技術に代表される超近代的な機械が導入されている中で、複雑な治療・ケアを要する患者への対応や社会心理的問題を持つ患者もかなり増えてきています。そういう医療状況の中で学校で学んだ知識、技術、看護に対する職業観というもの、現実とかなりギャップがあるのではないか、そのトランディションが上手くゆかないためにこれらの種々の問題を生じているのではないかというのが私の今日、申し上げたいことです。

先程から学生さんのギャップに関してのお話がかかなりできた訳ですけど、職業人への移行の過程が最も困難な時期はやはりその職業人に実際移る時期だと思います。学生から職業人への移行時期が最も困難で大切であると、これは私達がよく認識している訳ですが、看護婦が仕事をとりまく組織の環境との相互作用を通じて職業人として成長していくそのスタートを切る大切な時期です。

看護学生は看護教育課程に入るまでには、すでにいろいろなイメージとかあこがれ、希望ももっていたと思いますが、専門職看護師としての看護婦像を維持できないような状態が今、おこっているような気がします。基礎教育課程に入って学校での講義とか臨床実習を通じて現実、先程矢野さんが説明されたような現実にあふつかっていく訳です。入学時は職業を積極的に指向していた学生も、何かやはり3年、4年と意気消沈していく、そんな様子もみえます。もう既に3年、4年に関してはかなり、職業に対する社会的な見方というのも認識してしまっていて、つまりポジティブなものではなくてネガティブな看護婦像というものもでてくるようになってきています。このように職業に対する専門的教育は、その専門職業意識形成と共に、一般社会のその通念との心理的葛藤というものがあるんじゃないかと思います。自分が抱いていたイメージと、実習とか、それを通じて積もってきた葛藤がかなり出てきている。そのギャップを、葛藤を、軽減させてあげないといけないんじゃないかと思います。これに対しては看護教育でどのような方策が成されているのかということも今考えていかなければならない問題じゃないでしょうか。それまで抱いていた看護婦のイメージが、どんどん就職することによって変容されていきます。この過程は、今抱いている看護という職業に対してのイメージを変化せざるを得ないような変化過程です。看護婦像とか職業観はその人の職業態度とか、離職とか転職行動にかなり強く影響してくると思います。この過程において、職業基礎教育で修得した知識・技術や職業観を、卒業後の環境の中で有効に機能できるようになんとかしないと、この過程がなかなか難しいように思われます。

先程から話してきました看護婦のそういう状況なんですけど、やはりそのキャリアディベロップメントのプロセスで移行過程が上手くいかない時に起こってくるというように考えられます。

Wanousは組織社会化モデル(1980)の4段階というのを、次のように示しています。

- 1) 組織と対決しその現実を受け入れる段階
- 2) 自己の役割が明確化されてくる局面
- 3) 自己を取り巻く組織の状況のなかに自分自身を位置づける段階
- 4) 社会化過程が成功裏に終了した証拠を見いだしてゆく段階

この過程で、第二段階の自己の役割が明確にされてくる局面といいますと、今はだいたい2、3年かかってくるんじゃないかと思われれます。で、三段階になると、5、6年かけて達成していくのが現実ではないかと思われれます。このプロセスをスムーズに調整変更させていくことと、これは一つの仮説なのですが、職業基礎教育で習得した知識・技術は職業人としての自己能力評価に関係があると思われれます。これは就職後、より実際的な能力について要求され、その達成度によってその変化過程が左右されてくるからです。例えば、看護技術、調整能力、リーダーシップ能力などは、その達成度によって自分の価値観が規定されてくると思われれますので、この自己能力評価を高めるために基礎教育の中でかなり訓練させて、習熟させることによって、就職後の自信というものがかかなり植えつ

けられていくのではないかと思います。看護の知識・技術の面に関してはプラクティカルな、普遍性をもった実践能力の育成を看護教育の中にとり入れていくことができるんじゃないかと思います。当院でも、1年目で看護実践能力の到達度の高いグループをみてみますと、やはりその後の成長もよく学習意欲も持っていますし、研究活動への積極性がみられています。一般的に臨床現場と教育の場で、看護婦または学生に求める能力の質の差が捉えられています。これはよく聞くんですけど、先生自身は、それは現場とは違うわよって、違って当たり前よっていうのはサラッとと言われる訳ですけど、やはりこの見方の違いっていうのは看護学生にかなりのストレスを与えているんじゃないかと思います。その意味で看護教師自身はその差について知り、その差を教育の中に取り入れてゆくべきだと考えます。以上まとめますと、看護婦の保健医療行動上の問題を生み出しているのは、看護婦の職業社会化のプロセス、特に学生時代と、学生から職業人への移行期に問題があると考えられ、それが看護婦の定着性にも大きな影響を及ぼしていると私なりに考え、今後の対応策を講じる必要性を強く感じているところです。

# 看護実践への保健行動の概念の応用と今後の課題 ー クローン病患者の保健行動に焦点をあてて ー

神戸大学医療技術短期大学部

鈴木 志津枝 (22回生)

## はじめに

私、鈴木です。よろしくお願いいたします。今まで、3人のシンポジストの方がそれぞれの立場で保健行動について話されましたが、皆さんもお気づきのように保健行動の捉え方は一様ではありません。すなわち、どの領域の対象をみていくかにより、保健行動の考え方は変わってくると思います。そこで、私は保健行動をどのように捉え、考えていくかということを明確にしておく必要があると思います。私はこのシンポジウムにおいて、患者を対象として保健行動を考えていきたいと思しますので、保健行動を「個人または集団の健康の保持増進のためになる行動、あるいは健康上好ましい行動」としました。ここでいう健康上好ましい行動とは医学的にみて健康上好ましいことが説明可能な行動として捉えていきます。

また、宗像先生は保健行動を健康状態から見て、①健康増進行動、②予防的保健行動、③病気回避行動、④病気対処行動、⑤ターミナル対処行動の5段階に分類されていますが、今回はその分類の中の病気対処行動を主として話していきたいと思えます。その病気対処行動をより明確にしておくために、さらに受療行動、治療のための患者行動、復帰行動に分類しました。受療行動とは自覚症状のある人や、健康診断で疑いがあり確定診断を必要とする人が、また治療を必要とする人が治療を目的として医療機関を訪れる行動を言います。次に治療のための患者行動とは、患者とその家族が治療のためにする行動で、患者と家族の判断で実行可能なセルフケアと、医療従事者との共同または指示に従って患者と家族が行なう行動を言います。最後に復帰行動とはリハビリテーション過程での患者と家族の復帰のための行動であり、身体的・精神的・社会的回復のための行動を言います。このように保健行動を捉えて話を進めていきたいと思えます。

## 1. 慢性疾患の特徴と保健行動について

近年、保健医療の場において、クオリティ・オブ・ライフという言葉で代表されるように「生活」ということが、よく取り上げられるようになってきました。その背景として医学の進歩とともに我が国の疾病構造が変化し、現代は慢性疾患あるいはそれによる障害の時代と言われております。病気や障害を抱えて残りの人生を過ごさねばならない人が増えてきているというような社会的な変化によるものだと考えられます。これらの慢性疾患の多くは、不可逆性であり、その成因とし



て身体的要因と心理社会的要因とが密接にかつ相互に関係しており、さらに家庭生活、職場生活、地域生活と相互に重複して、影響を及ぼしています。これらの慢性疾患の進行を留めるか、あるいは遅らせるための日々の生活習慣のセルフコントロールは極めて大切だと考えられます。しかし、ある特定の疾患をもつ患者にとっては、今日話をしようと思っているクローン病患者もそうなのですが、疾患やそれに伴う規制を持って社会の中で生活していくことが、どういうことか具体的にわからないという状況が多くあります。そのため患者は家族や知人を巻きこみながら格闘したり、回り道をしたり、時には適応できず病状を悪化させたりして再入院してきます。

このような患者に対して、医療従事者がよりよいケアを提供しようとするならば、患者が医療機関の外でどのように生活し、その生活の中でどのような心理的・社会的問題に直面しているかを理解することから始めることが必要だと思われる。そして、その上で患者自身が新しい知識を獲得し、疾病に対する態度や自覚を形成し、症状と療養法の制約の中で出来るだけ満足のできる生活を再構成していけるように働きかけていくことが大切と考えています。すなわち慢性疾患の患者に対して、特に保健行動の変容を促進するための働きかけが必要と考えます。

#### 1) クローン病患者の保健行動

さて、私は3年半前まで消化器内科病棟で看護婦として7年間勤務しておりました。その臨床体験の中で対応の難しさから印象の深いクローン病患者の看護に焦点を当てて、彼らへの援助の実際を保健行動への変容という観点で、分析、検討を加えていきたいと思っております。

クローン病というのはあまり聞き慣れない方もあると思いますので、簡単に説明させていただきます。クローン病は10代から20代の思春期から成人初期に好発する原因不明の慢性進行性の炎症性腸疾患です。腹痛、下痢、発熱、下血などを主症状としており、進行すると狭窄や瘻孔形成などが認められるようになってきます。非常に難治性で確実な治療法がなく、特定疾患に指定されています。日本においては、未だ発症は少ないのですが、今後増加が憂慮されています。現在、治療法として栄養管理と薬物療法を併用することが多いようです。栄養管理の方法として、急性期には腸管の安静を目的として絶食して高カロリー輸液をする場合と、エレンタールのような成分栄養剤を栄養チューブを用いて経腸的に注入する経腸の高カロリー療法を行なう場合があります。つまり、常にチューブを入れた状態で食事を摂らなければいけないわけです。緩解し維持期に入ると（退院後1～2カ月を目度として）、経腸栄養法を主として、脂肪を制限した低残渣食との併用療法を行っています。これらの患者に症状の管理法や経腸栄養法についてセルフコントロールできるように説明していましたが、彼らは食生活の習慣を大幅に変更し、社会生活を営んでいかなければならないため、退院後、多くの心理的・社会的問題に直面せざるを得ない状況でした。どういう問題に直面しているかと言いますと、青年期から成人初期ですので、恋愛の問題、結婚の問題、妊娠の問題、職業選択の問題、友人関係を保

ちたいということで一緒に食事や喫茶店に行きたい、旅行にも行きたい、スポーツもやりたいというような問題です。このような問答から、食生活を主体とした生活のバランスを崩して再入院となってくる患者がいます。

それではここで、2事例の看護実践を保健行動の変容という視点で分析していきたいと思えます。これらの事例は、私が危機理論に関心がありましたので、以前に食習慣の喪失に伴う心理過程や援助について考えるために面接したデータを使っていますので、非常に偏りがあることをお断わりしておきます。

#### <経腸栄養法が受け入れられないNさん>

Nさんは23才の未婚女性で、20才の頃痔瘻を主症状として発症し、痔瘻の手術を3年間で6回繰り返していました。しかし、症状が持続するため何か他の病気でないかと考え、H大学病院を受診し入院となりました。種々の検査の結果、クローン病が確定しました。Nさんは自分の病名がはっきりしたことに対し、安心されたようで、医療従事者に対しても協力的でした。しかし、経腸栄養法については、「入院中は仕方がないから行なうが退院後は絶対にしたくない」と言い、退院後も続けていくことは拒否しました。また私が退院後の生活について話そうとすると、「退院後の生活については聞きたくない」「気が滅入るから話したくない」と言って、一言も口をきいてくれない状態が一定期間続きました。これはまだ経腸栄養や退院後の生活について受け入れる準備が出来ていない状況だと言えます。このことは退院後の生活に対する不安が強いことと、まだ現実に直面できないためと考えられましたので、しばらくの間、そのことには触れず時期を待つことにしました。

一通りの検査が終了した頃、主治医からNさんと母親に現在の病状について、「回盲部に狭窄があって状態が悪くなると腸閉塞を起こす可能性がある。そうなるともう手術しか方法はない」という説明がありました。主治医の説明後、Nさんの気持ちを尋ねました。Nさんは治療が必要なことは解るが、生活を制限されたくないことや、チューブを入れることが嫌なことなど不安やつらさ、情けなさ等の気持ちを話しました。このようなNさんの状況は現実を認識し始めている状況と考えられましたので、しばらく時間をあけて今後の生活について、母親も交えて話し合いの機会を持ちました。Nさんは「これからどうしたいと思う、ずっと入院しているつもり」という問いかけに対し、退院したいことや仕事もしてみたい気持ちがあることを話しました。母親は早く元気になって退院してほしいことや合併症を起こさないように経腸栄養法を続けてほしいことなどを話しました。そこで、私が現在社会復帰している方の経験談の中から、チューブを入れなくても経口で成分栄養剤を飲むことが可能なことや、仕事を順調にしている方の話や、絶対に経腸栄養は嫌だけど入院するよりは社会復帰して生活できるほうがいいというある患者の言葉等の話をして話し合いを終えました。その時に、Nさんに、結論はい

まず出さなくてもいいがNさんも早く社会復帰してほしいという気持ちを伝えました。Nさんはいろいろと悩んだ末に経腸栄養法をうけ入れる決心ができました。退院時には、時間の制約を受けたくないということや、チューブを入れることが嫌だということを考慮して、経腸栄養剤を経口で摂取していくことになりました。退院前に、経口摂取で経過を観察し、状態の変化がないことを確認後、退院となりました。退院後、趣味の日本舞踊をしたり、ショッピングをしたりしながら生活していましたが、2か月目に1日4時間のパートタイマーとして友人のブティックを手伝うようになりました。

ここで、Nさんへの看護実践について保健行動への変容への援助という視点で分析検討していきたいと思います。

もともとNさんは自分の病気については関心の深い方で、保健行動動機は強いと考えられました。Nさんの母親は喘息を患っており身体の弱い方でした。Nさんは母親思いの優しい娘さんで、母親に心配を掛けてはいけないという気持ちが強く、早く良くなりたいと考えていました。そして、痔瘻が治らない時には積極的に医学書を調べたり、知人の医師に相談したり、自ら進んでH大学病院も受診してきました。ですから、クローン病と確定診断がついた時には、自分の病気をはっきりして良かったと感じ、治療に関しても積極的に受けようとしていました。しかし、経腸栄養法を退院後も続けることを知って初めて、クローン病の治療の困難さや退院後の食生活の大幅な変更という現実と直面したものと考えられました。そして、衝撃を受け、現実から逃避という対処機制を用いたと考えられました。このような状況においては、危機への介入が必要であり、Nさんの心理状況を把握しながら、心理過程に応じた援助を展開していききました。すなわち、Nさんの拒否に対して当然の気持ちとして否定せず受け入れ、精神的に支え、感情の表出を進めていききました。そして、現実を認識できる段階になって初めて、今後の生活に対して話し合いを持ち、Nさんの不安や希望を知り必要な情報の提供をしていった訳です。このような心理過程に応じた援助が、Nさんが新しい自己像や価値観を築くのを助け、退院後の生活に取り組んでいこうという気持ちにさせたと考えられました。Nさんと母親との結び付きは非常に強く、入院当初からずっとNさんを情緒的に支え、依存欲求を満たした母親の援助は、Nさんの心理過程を進ませるうえで役立ち、Nさんが真剣にクローン病に直面し、これから経腸栄養法を続けていくという意志決定、すなわち患者の治療のための行動へ変容させる上で有効であると考えられました。

次に再入院の患者について話を進めて行きたいと思います。

<社会復帰後、経腸栄養法を続けることができず再発したM氏>

M氏は20才の未婚男性で、両親との3人暮らしでした。M氏は19才の時に数回の下痢と発熱、腹痛を主訴として発症し、クローン病の疑いにてH大学病院へ紹介され入院となりました。種

種の検査の結果、クローン病と診断され、経腸栄養法が開始されました。M氏は入院中治療や検査の受け入れもよく、順調な経過で2か月後に退院となりました。退院当初は、経腸栄養法を続けており疾患のコントロールもよく出来ていました。退院1か月後M氏はゴルフ場の整備員のアルバイトをすることになりました。就職後は帰宅時間が遅くなったり、友人との付き合いが多くなったりしたため、経腸栄養法を続けられなくなってきました。そのため、徐々に普通の食事を食べる機会が増えるようになり、退院7か月後に再発して再入院してきました。普通の食事にもどった経緯について、M氏は「仕事が終わって夜遅く帰ってきたら、もうくたくたで経腸栄養剤の準備をするのは面倒になり、注入する回数がだんだん減ってきました。注入しないとおなかですくので、食べ始めるようになり、食べはじめたらもうどうでもいいと思うようになりました。友人と遊びに行った時は、経腸栄養法のことは知られたくないし、気を遣われるのも嫌だから、肉でも何でも食べました。食べても何ともなかったのをこれでいいと思いました」と話していました。そして、ゴルフ場の整備員というハードな仕事を選んだのは、週1回脂肪剤の点滴（脂肪制限をしている食事のため脂肪剤の点滴が必要）のため外来通院しなければいけないから、正職につくことはできなかったがいつまでも遊んでいられないので決めたということでした。もちろん、病気については職場の人には話していないということでした。M氏は、自分が食べ始めたことに対して、いけなかったという気持ちと、やはり経腸栄養法を続けなければいけないのかというがっかりした気持ちを持っていました。M氏自身、経腸栄養法についての知識や必要性については十分知っていましたので、そのことについては繰り返さず、できるだけ気持ちを聴いていくようにしました。状態も落ち着いてきた頃、今後の生活について話し合うことにしました。様々な要因から規制を続けられなかったということなので、経腸栄養法を3年間続けている退院患者のK氏に協力を得て、一緒に参加してもらい今後の生活への不安や自分の気持ちなどを話す機会を持ちました。K氏は自分も経腸栄養法が嫌だと思うこと、出来ればやりたくないこと、食べたいと思うこともあることを話しM氏の気持ちを理解し、そして、自分の体験から食べたら確実に悪くなることや入院して生活を制限されるよりは経腸栄養法をやりながらも社会生活を送れることがどんなにうれしいかという気持ちを話してくれました。M氏はK氏と話し合った後、「話をして気持ちが落ち着いた。これからのことを考えないと…」と言っていました。その後も、K氏は外来来院時に面会に来て励ましてくれていました。M氏の経過は順調で退院となりました。退院後M氏は就職について両親と相談し、父親の知人の木工店で働くこととなりました。病気については父親の知人に説明され納得のうえで決定したということでした。外来通院については仕事への支障をできるだけ少なくするため、週1回の脂肪剤の点滴は近医の夜間診で行なうこととなりました。

次に、M氏の看護実践について保健行動への変容への援助という視点で検討していきます。

初回入院時、M氏は病状経過は順調で、また疾患や経腸栄養法の説明に対しても、淡々とした調子で聞き、スムーズに受け入れられているように思われました。そのため、退院時には退院指導パンフレットを用いた通り一遍の説明を行なっただけでした。これは、医療従事者側がM氏の性や年齢・疾病観・発達課題等と生活との関連について十分考えていなかったために、治療に伴う援助しかできなかつたためと考えられました。また、M氏自身も経腸栄養法を退院後も行なうのは初めての経験で、退院後どういう状況になるかを考えることができず、退院して初めて、食のノードを制限されることの辛さや経腸栄養法の面倒さを自覚したようです。そして、治療法を守らなければ悪くなるという保健行動動機よりも直面した辛さや負担の方が大きくなったため保健行動（治療のための行動）はとらず、負担を軽減するために食事を開始したものと考えられました。再入院の時点で、失敗体験が経腸栄養法を続けなければいけないのだなという保健行動動機になっていると考えられましたので、もはや治療の必要性を繰り返し話し、失敗感をマイナス要因にしないように、できるだけM氏のがっかりした気持ちや辛い気持ちを受容していくようにしました。そして、規制が守れなかった原因を検討し、注入時間や仕事、外来受診等について対処していきました。また、両親は仕事の関係で面会に来られることが少なかったので、同じ辛さを体験し社会復帰しているK氏に協力を得たことは、M氏にとって情緒的サポートとなったと同時に自分も挑戦していきたいという目標になったと思われる。すなわち、M氏の保健行動への変容には、もはや失敗したくないという気持ちと具体的な情報提供、情緒的サポートが有効に働いたと考えられました。

## 2) 保健行動を促進する援助について

前述の2事例を通して、クローン病患者の保健行動を促進する援助として、次のことが考えられました。すなわち、患者が必要とする情報を受け入れられる時期に提供することや、情緒的サポートの提供や同病の仲間を紹介し学習の機会を持つこと、良くなりたいという意欲を支えること、治療や療養法に対するインフォームド・コンセントが得られるまで話し合うこと等です。

相磯先生によれば、人のあらゆる生活行動にとって『生きる希望や生きがい』を持っていることがその人の行動を動機づける上で基本的なものであり、慢性疾患患者や特に難治性疾患患者では生きる希望や生きがいの有無によってそのセルフケア行動の実行が影響されることが多いと言われています。そして生きがいのある者として既婚者であり、仕事を持っている者、相談する人がいる人、そばにいてくれるだけで安らぎに感じる人がいる人と述べられています。ここで、生きる希望や生きがいがあることで、セルフコントロールに成功している患者について話したいと思います。



### 〈結婚、子供の誕生と順調な生活を送っているO氏〉

O氏は23才の男性で、妻と1才の女兒との3人暮らしでした。職業は製造工です。O氏は18才で発症し、肺炎も併発していたため、1年6か月の入院加療を要しました。O氏は信仰を持っており、また同じ信仰を持つ恋人の支えもあり、長い入院期間でしたが、あまり動揺もなく入院生活を送っていました。退院1年後に結婚し、その1年後には女兒が誕生しました。O氏は退院後ずっと経腸栄養法を続け、現在まで順調に生活しています。O氏は病気について、「自分の体だからよくよしても仕方がない。コントロールすれば普通に生活できる。気持ちの持ちようでもう食べたいとは思わない。子供もいるし、入院なんてできない」と話していました。この事例とは反対に、生きがいも闘病意欲も持てないという患者もいます。31才のM氏は結婚後2人の子供も生れて幸せに暮していたのですが、妻との関係がうまくいかなくなり離婚し、1人で生活するようになりました。それ以後生活が乱れ、仕事も辞めてしまい、お酒を飲む生活が続き、下痢のため全くお酒も飲めなくなって再入院してきました。

### 3) セルフヘルプグループの形成について

私が臨床看護婦として勤務している頃、患者の援助に困り、主治医と相談し提案したことで、セルフヘルプグループの形成について話します。先の2事例からもわかりますように、同病の仲間や社会復帰している先輩からの苦労した話や失敗談・社会復帰して活躍している話や療養上の工夫などは、受容出来ていない患者や再発し今後の生活に不安を持っている患者にとって、情緒的支援や目標となり保健行動への変容に効果的でした。今後も、入院患者が退院患者と一緒にグループとして学習する機会を持ってほしいと考え、退院患者の外来来院時を活用して病棟への訪問を依頼してみました。彼ら達も同じ病気の患者が良くなることを望み、精神的な支えの必要性も感じていることから、好意的に協力してくれ度々訪問してくれるようになりました。ほとんどの患者は退院後も連絡を取り合っており、互いに励ましあったり、相談したりしており、外来も合わせて来ているということなので、外来日に合わせて休憩コーナーを時間を決めて開放することにして、グループづくりを提案してみました。外来医の協力も得て、また入院患者も参加して小規模のグループを作ることができました。私はそのグループの中に特別入ることはなかったので話の詳細は解らないのですが、療養法のことが主で自分たちの注入に関しての工夫点や時間仕事の仕方、プライベートなこと、例えば結婚のことや趣味の話などを話しているということでした。時には、他病棟から話を聞かせてほしいというクローン病患者が婦長の紹介で訪室することもありました。このグループでの話し合いに関して、ある患者は「結婚している人もいるし、仕事もきちんとしているし、とても励みになります」と話しており、良い交流が持てているように感じました。

東京大学の川田先生が「患者教育は、患者が病気の治療と社会復帰のために必要な知識を獲



得し、治療と社会復帰に関わる意志決定のための能力を身につけることができるように、さらに、患者が自ら、治療と社会復帰に積極的に取り組む態度と実行力を身に付けることができるように援助すること」と述べているように、このグループを患者教育の1つの方法として、患者自身が主体的に活用して欲しいと考えています。

## 2. 保健行動の概念の臨床現場への応用と今後の課題

今日は、慢性疾患であるクローン病患者の看護実践において、保健行動という概念がどう活用できるかについて話しました。クローン病患者の保健行動を、患者が病気を自覚し、自らすすんで自分が直面している問題に対して、学習したり、有効な治療法を受け入れたり、社会復帰していこうとする行動として捉えました。すなわち、保健行動を主体的な行動として捉えています。そして、保健行動への変容のためのアプローチとして、主体性を促進するような援助、つまり自分の病気を受け入れられるように、精神的に支え、必要に応じて情報を提供し、患者が自ら意志決定出来るように援助していくことが必要と考えています。ここで、主体的な行動であるといいながら有効な治療法とか有効な生活の仕方という医療従事者側の価値観や枠組で、保健行動が促進されているか否かを評価しているということに対して、矛盾を感じざるを得ません。看護婦という立場では、治療に関して医師の指示に従い、それに基づいた価値観で患者に援助していくことの限界だと考えます。その中で、治療や療養法をおしつけるのではなくてその意志決定に患者が参加できるように配慮し、インフォームドコンセントが得られるようにしていくことが必要だと考えます。

また、臨床の場で患者の生活や心理社会的な問題を見ていく必要性について常々言われていますが、患者の援助を疾患中心・治療中心に考えていると思います。疾患中心・治療中心の援助だけでも日々忙しく、心理社会的問題を見る時間的、精神的ゆとりをなくしているようにも思えます。保健行動を促進するための援助は、患者の主体性を待たなければならないため、地味で変化が見えにくい、また評価しにくい援助だと思います。看護者にとって、自分たちの援助の成果が見えにくいので充実感が得られないと感じます。しかし慢性疾患の患者の看護において、患者の主体性を促進していく援助の価値に気づき実践していかなければと思います。今までの治療中心・疾患中心の援助では決して援助にはならないという、見方の転換が求められていると思います。そういう意味においても、保健行動という概念を臨床の場で応用していくことは価値があるのではないのでしょうか。

## 質 疑 応 答

南(11回生)：私自身、宗像先生とか、相磯先生とご一緒に日本医療保健行動科学学会を設立して理事を務めているので、そのときから、保健行動の概念に関わってきた人間なんですね。宗像先生や相磯先生たちはいろんなことをおっしゃってて、いろいろと書かれている。それで、看護者はその概念を使って実際の現場で働いたり、教育に使ったりしているのが、今までの状況だろうなと思うのですが、私はだんだんと、アメリカで発達してきた保健行動の概念に違和感を持つようになってきています。割と簡単に定義されている概念なので、非常に使いやすいし、当てはめてみようと思えばいくらでも当てはめられる概念でもあるんですけど、本当にそれで看護が説明つくのだろうか、というのが私の突き当たってる疑問なんです。そういう意味で、鈴木先生のお話になった、クローン病の事例、事例そのものも、なされたこともすばらしいと思うんですが、その事例自身と、事例が持っている現象の読み、そしてやった看護の理解が、本当にこの概念で抵抗なく分析できるものなんでしょうか、また、実際になさっていて、本当に保健行動の概念でこのことが説明つくのかなって思われたり、疑問を抱いたりすることはなかったでしょうか。そういう意味で鈴木先生と、そして保健行動理論を実際の教育で教えていらっしゃる岡部先生に、お聞きしたいと思います。

鈴木：そうですね。私自身は、この事例を見ていくのに、最初に保健行動の概念を使って見ていこうとした訳ではないんです。先ほども言いましたように、危機的状況にある患者さんが、自分の成長したいというニーズに基づいてどういう心理過程をたどっていかれるのかということを見ていこう、そして患者さんを支えていこうとして行った面接ですから、いざ、保健行動という概念でみて、スムーズにいったかどうかっていわれますと、とても辛いんです。と言いますが、どうしてもこの概念をどうこじつけていけばいいのか、ということにここ何日も苦労していたものですから、とても申し訳ないんです。臨床の場において、ただ保健行動の概念を使って分析したらいいというようには思っていないんですけども、ただ状態がよくなれば退院したらいい、というような見方ではいけないんだという意味において、保健行動の概念を使うことによって、患者さんの退院後の生活も考えていくという広がりをもたせていかなければならないというふうには思いました。私自身、充分勉強しておりませんので、保健行動の概念を使って適切に分析できているのかといえますと、不充分だと思います。保健行動動機とか、保健信念とかを知らなければ患者さんへの働きかけができないのかといわれますと、そうではなくて、患者さんの治りたいとかいうような気持ちを支えていく、患者さんのそのときの状況に合わせた援助というものが必要だと私自身思っていますので、保健行動の概念とはびったり来ていないように思います。先生のお話に対して充分お答えできないのですが、そういうふう考えております。

岡部：私自身、本当に深く保健行動というのをきちんと分析しながら教育に使っているわけではないんですけども、一つにはさっきお話ししましたけれど、学生がセルフケアを見ていくときに、何か落ちなく見ていけるものはないか。学生としてのセルフケアにおけるプラスの面、マイナスの面を見ていけるものはないか。そこでは必然的にイミテーションってことになるのかもしれないですけど、宗像先生の言っていることと比較しながら一致するのか、どこか抜けている部分、足りない部分は何なのかと、そこまで分析して結び付けていければいいんですが、私自身はまだそこまで計画的にやっているわけではありません。けれども、少なくとも、学生にこういう部分で落ちなく見ていってもらったらいいな、ということで宗像先生のモデルを使うという意味では、今後もう少し私自身が深めていかなければならないかな、という気持ちは持っております。

司会：よろしいでしょうか。いかがですか。

南(11回生)：私は、皆さんのお話を聞いていて、皆さんの強みは教育現場にしても、臨床現場にしても、しっかりした実践の場を持っていて、その現象を持っているということだと思うんですね。その現象に自分で働きかけていっているわけで、既存の保健行動という、看護とは関係のない人、おもとに社会学者や心理学者ですが、そういった人がつくってきた理論が、看護の土壌になじむかなじまないかを判断するのは、我々だというように思います。宗像先生の理論の特徴は、意識化のプロセスですよ。だから、意識的に認識できる現象を説明するには、ずいぶん便利なのですが、お聞きしていると、かなり無意識的な解釈や、危機理論を使った防衛規制など、無意識的な世界を説明しようとしてされている。そうすると、そこには矛盾が存在してくるわけです。それと、もう一つ、宗像先生たちの理論の特徴は、生活を見ないで生活を語っているということだと思います。例えば、鈴木先生が言われた経腸栄養をすることが具体的に日常生活にどういう影響を及ぼしているから、どういうふうな日常生活上の工夫がその人の生活にあったものであるか、という具体的な工夫の問題は、看護の技術の問題であって、何も保健医療行動学が説明することではないと私は思います。そういう意味においてお聞きしたかったんですが、分析理論としては使える、ということなんだなといたします。

司会：どうもありがとうございました。それでは、それぞれの領域で、例えば精神科とか、小児で、保健行動の概念を実践の中で使おうとなさって、良かった点あるいは問題になった点などをお聞かせいただければ、もう少し明確になるのではないかと思います。いかがでしょうか。確か精神科で一度使おうと努力してたように思うんですが、近澤さん、いかがですか。

近澤(20回生)：まだそこまで、難しさも利点も、突き詰めるところまではいっていないのですが、精神科では拒薬をする患者さんがとても多くて、それが慢性的な経過をたどる中で、再入院を頻回に繰り返すきっかけとなっている大きな問題なんですけれども、その拒薬という現象を保健行

動の概念を用いて見ていけば、一つの視点の転換ができて、拒薬を繰り返さないようなこちらの対応というものが見いだせるのではないかという希望をたてていました。私達は、なぜ拒薬をするのかということとずっと充分知ってなくて、実践の上では、強制的に迫ってみたり、ほとんど自主性に任せてみてはうまく守られなかったりという、試行錯誤をしています。それは、患者さんがどういう意味でその薬を飲まないのか、飲みたくないのかということに充分迫っていないから、看護婦の目の届くところでは見ていて飲ませて、退院すると見れなくて飲まなくなって再入院をしてしまうという、悪循環になっていると思います。どこかで患者さん自身が、本当に、お薬を飲まなくてはならないという、その人自身の納得に至ったときに、自分自身の選択で決めたときにしか、薬を飲むという行動が定着することはないのではないかと思うんです。それを、臨床の中の、いくつかの転換点があると思うのですが、どこでどういうふうに変ればいいのか、を考えると、患者、当事者サイドの理論を読む一つの筋道が、保健行動の概念で示されるのではないかというように考えているのですが、ちょっと中断していて突き詰められていません。

もう一つ、分裂病の患者さんのことなんですが、どんどん、オーバーワークになっていって、結局過労の状態でダウンしてしまい、再入院を繰り返すという患者さんがいます。また、例えば院内のアルバイトを始めた患者さんに対して、それをうまくできているということで、看護婦側はいい評価をして、どんどんその活動を期待していく部分があるんですね。でもそれが、どこかで過剰適応のパターンを作り出しているのではないかという気がします。活動性の低い方が活動を始めるというときに、活動ができるかを見分けるのではなく、その活動をすることでの疲労の自覚とか、休息をとる必要性の認識だとかいうような、本人の保健行動がどうなのかということを見ていく必要があるのではないかと思います。そういうことが今までの生活の中で十分にできていない患者さんが同じようなパターンを繰り返して、再入院になるという経過をたどるのに、看護婦の働きかけがかえって拍車をかけているという現象があるのではないかなあ、と…。漠然とした印象ですが、こういうところを読み解いて、適切な働きかけを導いていくのに役立つのではないかと思います。

司会：どうもありがとうございました。精神科では、拒薬をノンコンプライアンスという形ではなく、もう少し保健行動として見ていこうと努力はしたんですが…、ということでした。ほかに何か質問とかご意見はございませんか。

野島（1回生）：私は、教育現場といえども高等学校におりまして、実際はいま発表された方向のところへ学生を送る立場にいるわけですが、そういう立場から聞かせていただいた感想を述べさせていただきます。まず、保健行動とはいったい何だろうということですが、いろんな領域の中で、無理やり、実践の保健行動という言葉でこじつけているのではないかというのが率直な、素朴な印象です。それで、学者というのは、物事を理論的にいろいろと仮定しながら理論づけて

いかなければならないわけですから、こういうことが必要だろうとは思いますが、私はやっぱり、対象者がいかに自主的に行動できるように援助していくということが大きな問題だというように考えるわけです。高校の現場でも、生徒達が自主的に自分の身体をどう、管理するかということを実際に知らないということを感じます。例えば、頭が痛い、お腹が痛い、気分が悪いという、自分の訴えははっきりいうわけです。でも、その原因とか、自分でどうしたらいいとかいうことを自分で考えようとする態度はまったくない。また、自分の平熱を知らない。そういう子供がいっぱいいるわけです。そういう子供が養成所にいくわけで、知能がかなり高い子供でも、自主的に自分の身体を知って自分でどうしたらよいかということを考えようと思わないし、そういうことがまったく身につけていないということを感じています。だから、私は保健室は身体の教室ですよ、ということで、まずどんな訴えに対しても検温をさせて、自分の2、3日前の体調、現在の症状が起こるまでの経過というものを記録させるわけです。

司会：野島先生のほうから、養護教諭として、生徒の保健行動を促進するという具体的な働きかけを聞かせていただきました。それと、野島先生の言われた、今日の発表は、現象に無理やり保健行動という概念を押し付けたのではないかという視点は、たぶん南先生のご意見と、つまり、保健行動をどの様に定義づけるかというあたりの問題とオーバーラップしていると思います。その、保健行動の概念の定義づけでご苦労なされた点などはいかがでしたか。

岡部：普段はあまり突き詰めて考えていたわけではなくて、保健行動について話さなければならぬ、じゃあ具体的に現実の中でどういう行動が、と今まで自分がやっていたことを結び付けたという意味では確かにこじつけじゃないかなと思うんですけども…。でも、私自身は、保健行動の概念にこだわっているわけではなくて、その中のベースとなる考え方、もう少し広い意味になりますが、行動科学的な考え方がやっぱり看護の中に必要なんじゃないかということを強調したところがあります。そういう面では私はあまり細かく定義がどうのこうのというのはまず考えてないし、それぞれの視点、考え方で考えていっていいんじゃないかなという気がします。

司会：どうもありがとうございました。

野島(1回生)：先ほどの発言の続きなんですが、そういう実態の学生が看護学園に入学するわけです。それで、矢野先生に対してなんですけど、もっと学生の生活実態を知ることが必要だと思うんです。学生は、非常に不規則な生活をしていますので、そういうところからくる不健康とかストレスとかが多いです。それをきちんとした軌道に乗せてやるのが大事だと思います。矢野先生は、いろんな実習を通してのストレスとか、疲労とかを言われましたけど、看護学園の生活そのものは比較的規則正しいと思いますけど、高校生を見ていると、私生活で非常に不規則な生活をしていますから、特に看護学校の入学時に大きなトラブルを起こすのではないかと思います。



司会：幅広い視点からのご意見ありがとうございました。それでは、ほかに臨床の場で活用なさっている上での利点だとか、問題点、質問だとかおありでしたらお願いします。

中野（27回生）：私は小児病棟に勤務している看護婦です。小児病棟には、乳児から思春期までのいろんな年齢の子ども達がいて、私は、その子たちが病気を持ちながら、できるだけ早く社会生活ができるようにと思いながら毎日ケアをしています。その中で、保健行動についての本などを読みながら、臨床の現場を見ていると、子どもの日常生活行動でおもしろいな、と思うことがいくつもあります。それは、大人との違いなのかも知れませんが、先ほど鈴木先生のお話を伺っていると、大人は、病気に対する理解とか、それに対してこういうことをするのが適切だ、という認知がしっかりしてくると、適切な保健行動がとれるんだなということを思いました。子どもの場合は、例えば、白血病の子どもですと、お部屋の外にはでられないよ、ということをいろんな形で言われるわけですね。そうすると、その子どもは、ドアの前の、ちょうど廊下とドアの線のところに、小さな足をこう、並べて、そこからは絶対出ません。理解や認知としては、病気のことを全然わかっていないんですけど、母親の顔色とか、看護者の表情とか、いろんなところから感覚的に、保健行動のモデルでいうと保健感覚モデルの方で、わかってはいないんだけど適切に守れる子ども達がたくさんいます。そういう場面がたくさんあるんですけど、私は、今ある保健行動の概念を、私が対象としている小児看護に使う場合には、保健信念と保健感覚との関係が、今の段階ではわかっていないのでちょっと使うのが難しいなと思います。子どもの場合、ある年齢までは、大人とは違って、認知のところはわかっていないけれども全く別のメカニズムで彼らは適切な保健行動をとることができているんじゃないか、というか、その辺がおもしろいなということと、その辺が小児看護に使う場合の限界かなと思います。それで、午前中にあった大久保さんの研究では、大人を対象にしての保健信念と保健感覚との関係が出ていたので興味を持って聞きました。子どもの場合は、きっと違うんだろうなと思います。それともうひとつは、大人の場合はその患者さん本人だけで動くんですけど、子どもの場合には、子どもは子どもなりに考えて適切な保健行動をとっているのに、お母さんが全く違うメカニズムで動くというか、子どもが適切な保健行動をとろうとしているのに、それが母親にとって非常に負担が大きいので、反対に望ましくないような保健行動をとるようにやってしまうというところがあって、子どもを考える場合には、子どもだけじゃなくて、母親との力関係とか、バランスもあると思います。ですから、もし保健行動の概念を小児看護で使っていくときには、その辺の現象をしっかり見てみたらおもしろいものが見えるかな、と思います。

司会：小児看護の方では、保健信念の問題があって、宗像先生のモデルをそのまま使うことに少し限界があるかもしれないということ、個人を対象としている保健行動の概念を母子の関係に使えるかどうかというようなご意見、疑問だったと思います。



南(11回生)：私は、今度は加納川先生と矢野先生と先ほどの野島先生がおっしゃったことの意味の深さを、つなげて考えているんですね。加納川先生は、臨床の場で新卒の看護婦を受け入れているけれども、1年目から3年目の間にすごく多くやめていかれるという現象を話されていましたが、入職者のうち、何%ぐらいやめられるんですか？

加納川：1年目から3年目まで18%程度です。

南(11回生)：18%。じゃあ、まあ悪くないですよ。聖路加の場合は大半の人が3年目でやめますから、4年目に繰り越す人がいたらえ〜!!と感じですから。ですから、かなりいい率だと思うんですけど、それでも3年目までに辞めるということが、現場ではかなり問題になってますよね。その原因が、どうもリアリティショックという言葉は使わなかったんですけども、教育と現場とのギャップの中で起こってくるのではないかという問題点を、一つあげられていて、そのことが矢野先生のお話とつながると思うんですね。矢野先生のお話の中で、私、引っかかっているのは、学生の心理的などところをすごくよくわかっていながら、やっぱりすごく教育的配慮で、知識の統合が必要だと、知識の重要性が強調されますよね。やはり、教育だから、感情調整型の行動だけではだめで、知識を統合して行って、問題解決型行動に移らないといけないというような気持ちが教師の意識下にある。そのプレッシャーの中に学生はいる。だけど、その学生達の実際の保健行動は、さっき、野島先生もおっしゃったように、実にプリミティブな、原始的なレベルにある。それをわからないで、学校教育の中で、非常に高いレベルの保健行動を、患者さんに向けて言うように、学生に向けて言うという、理論の使い方であったし、教育の仕方であったと、今、私は思うんです。非常に困難な状況の中で患者さんが行動修正して生きていかなきゃならない保健行動を理論的にわからせて、そして、働きかけていけないといけないという教育をされてきた人が、現場の中でそれがちっともできないというギャップの中にあるのではないか。先ほどの野島先生のお話を聞いていて、私も自分で教育していて、ここのところをもっとクリアーにしなくちゃいけないなと思いました。保健行動理論というのは、あまり裾野を広く見ない、その現象だけ見て分析しようとする。ところが、高校時代からの本人の行動パターンを見て教育を考えなくてはいけないんだという示唆は、こういう学会じゃないと得られないと思うんですよ。そういう意味でとてもおもしろく拝聴したんですが、その点で矢野先生、加納川先生、どう思われますか。

矢野：まだ整理できていないんですけども、野島先生からご指摘がありましたときも、南先生がおっしゃることも、頭の中ではわかっていますし、今までそのことは自分の心のどこかにいつも引っかかっていた。今年、初めて3年課程の1年生を受け持ちました。高校を卒業してすぐ入ってくる学生というのがどういう人たちなのかということが、関わってみて少しわかったように思います。これまでの7年間のほとんどが、准看護婦の課程を経てきた人たちとの関わりだったので、戸惑いを感じているんですけども、野島先生のおっしゃったように、本当に自分を

律することができてないっていうんですか、非常に大人っぽいんですけども、やっぱり行動ではすごく戸惑ってる面を目の当たりにします。先だって、7月の終わりに1回目の基礎実習で、それは見学実習で、病院を知るという目的なんですけど、まだ高校を卒業してから4カ月しか経っていないのに、もうすでに学生は看護者らしくというか、少なくとも看護学生らしく振舞おうとするんですね。そのとき、ああ、これはいけないと思ったわけです。自分としては、そういう無理をしないで、その人の成長過程を見ながら関わりたいと思っているのに、教育の中でもうすでに「看護婦とはこうあらねばならない」とか「こうあるべきだ」とかいう形を押し付けてしまっている。学生は知識、技術もないので、そのように振舞うことはやはり無理なわけですね。ああ、すでにもうここでひずみが起こってきてるんだなあということを感じました。それから、その、病院に出たときの学生のいろんな戸惑いとか、喜びといった気持ちをすくい上げるような場面もあまりなくて、何か、まだスタートしたばかりなのに、自分達が学生を歪めていってるのではないかということを感じました。学生がいままでどういう生活をしてきたのかというようなことにも、私自身、ほとんど興味もありませんでしたし、もちろんそういう情報もあまりなかったんですが、今回3年生の何人かと話す中で「先生、私達は実習のことばかりじゃないのよ、学校のことばかりじゃないのよ、私達には私達の生活があるのよ」って言われました。そこにはもちろん、男の子のこともあるし、親、兄弟とのいさかきもあるし、いろいろあるんだって、言われました。そして、1日をどんなふうに過ごしているのかということも断片的に聞かされて、自分が学校の中での数時間だけでその学生を見て、その枠の中でそれらしく振舞うことを求めてきたんだなあということが、頭の中には、反省的に入っています。今、こうした方がいいというのや、あるいはこうしますというような答えがともしづらいのですが、これからの自分の課題として考えたいと思っています。ご意見ありがとうございました。

加納川：臨床に新卒の看護婦が入るときは、バラエティに富んだ人たちが集まってくるので、その人たち一人一人の考えとか、高校、専門学校、短大時代、それからその成長過程が、やはりその人の行動パターンというものを決めているような気がするんですけども、なかなか把握できないところがあります。例えば、臨床実習にきた医療短期大学の学生についての情報、過呼吸発作を起こしたり精神的に動揺しているというような情報を、スタッフが直接学校側からは得られないような状況があるんです。そういったとき、臨床側としては、何かおかしいという気がするんですけど、その情報が教えていただけないことがあって、そういう面で非常に苦労しているようです。その学生の背景を捉えるときも、どうしても学校側と臨床側との関係といますか、どちらが主体性を持つかということでもすごく悩んでいるようなところもあるんです。ベテランのナースの行動を見ていて、その人の生活自体をどう捉えるかということも非常に大切であると思うんですが、それぞれの人の背景というのがまた、学生以上にバラエティに富んでいますので、

いま、個別的に、できる範囲でそういう問題をキャッチしようと、カウンセリングというようにしてはいないんですが、プレセプターという形で各病棟、指導者がついています。

司会：小児から高校生、そして看護学生へ、卒後の看護者へと、対象者が少しずつ違った形での保健行動のレベルのお話が出て、一つ、小児から看護者へというラインができたと思います。ほかに何か質問やご意見があれば伺いたいと思います。実践の場での応用、あるいはその研究にこの概念を使うときのご苦労だとか限界、あるいはアプローチ論としてこの保健行動という概念がどこまで使えるのかといったようなことでも結構です。

前田(34回生)：今回、テーマが保健行動の概念を実践に应用するには、ということで、興味深く聞かせていただきました。鈴木先生の、クローン病患者の保健行動に焦点を当ててのお話を聴いてまして、病気を自覚して自ら行動を起こしていこうということを述べられたんですけども、行動を起こすには、やはりその人の気持ちというか、気づきと意識が非常に大事になってくると、私自身は常々思っています。そのときにどういう働きかけをしていけばいいかというところになると思うんですが、まずは、その対象となる患者さん、疾病を持つ人の気持ちを引き出すことが重要になってくるんじゃないかというふうに思います。自分の病気に対して、意識していない人には、意識してもらって、気づいてもらった上で、病気に対する情報を与えていけばいいのではないかと感じました。その辺りの、気づきということも含めて考えていくと、保健行動に対して領域が広がっていくかなというふうに感じました。

司会：ありがとうございました。気づきということが非常に大切である、気づきに関しての研究も見えていく必要があるという視点と、果して気づきのない人たちにどれくらい有効であるかというご質問であったかとも思いますがいかがでしょうか。

鈴木：そうですね。確かに再入院してこられる患者さんというのは、病気に対してある程度、こういう病気なんだと思ってらっしゃるんですけども、でもこの治療をしなくても大丈夫なんじゃないかという、何かそこに期待のようなものがあって、本当にこの病気にはこの治療をしなきゃいけないという気づきとか認識がなかったために再入院になることが多いのではないかと思うんです。いろんな問題に直面するということもあるんですけど、やはりそこには、患者さん自身の中に、自分の場合は大丈夫じゃないかとか、何とかやっていけないうらさうかという甘えの部分というか、そういうものがあるのではないらさうかと思うわけですね。患者さんが気づき、認識されたということを私達が判断していくことが、この援助の必要な部分だと思らさうんです。今の状況では、再入院して初めて患者さんが気づく、認識されるということが多くて、非常に看護の限界というか、どうしたらいいらさうか、と、私自身も悩んでいるところさうです。そういう気づきを、再入院という形じゃなくて、患者さんが失敗するとか本当に大変な目にあって初めて得るのではなくて、初回の入院の時にどう気づかせていくかということで、セルフヘルプグループとか、

ほかの患者さんの体験談ですとか、そういう支えから、何とか気づきを持っていただけないだろうかというふうに考えているんですけど。でも、全く病気を否定したい患者さんとかもっといい治療法ができるまで待つという糖尿病の患者さんとか、そういう患者さんたちが問題になるというふうに統計的にはありますが、特に青年期から成人期の患者さんが多いことを考えると、そういったところで失敗するということは、その患者さんの人生にとって非常にマイナス因子が多いと思うのです。ですから、そここのところに積極的に働きかけていきたいし、その気づきを気づかせるような援助を行いたいと思うんです。そこで保健行動という概念がうまく活用できるかどうかというところは、私自身の中でまだよくわからないんですけど。ただ、患者さんの主体性を促進していくためには、気づき、認識というところにアプローチしていかなくちゃいけないというふうに思っています。

司会：ありがとうございます。もう時間もないようですが、最後に…、お願いします。

西山（25回生）：私は、卒業後しばらく臨床にいまして、いま、検診機関で働いています。それで自分が検診機関に何もわからないままに入って、特にこれをやりなさいと言われるものもなく、自分で考えてやりなさいといわれたときに、全然何も基本として考えることがなかったんです。それで、宗像先生の保健行動という、概念まではまだわかってないんですが、そのことばにひかれて、これが、これから自分が仕事をしていく上で、できるものなんだなあというところで、この2、3年、保健行動をなんとかしなくては、ということ職場内では言っているんですが、それを定量化する手段もまだできていない状態です。ただ、私達の相手は、健康人ですので、保健指導で会うときに、保健行動ということを考え出してから私は「この1年間、ご自分で身体に気をつけるようなことをしていますか、生活を変えられましたか」と必ず聞くようにしています。そうしたら、最初はわりあいそんなこと知るか、というような人が多かったんですが、最近はいろんなことを小まめに、これはこうしてるんだっていうことを具体的に話してくれる人が多くなりました。それと、これはつい最近のことですが、以前、私が、「私がいうのは申し訳ないですが」と一言言いおいて、「真剣に今まで、痩せようと思ったことがありますか」と尋ねた人がいたんです。その人は、たまたますごい病気が見つかって、去年入院して手術を受けてよくなったんです。それで今度うちに検診にきて、「あなたに誉めてもらおうと思って」と体重、10kg以上落としているんですね。彼女は、他の要因もありましたけど、私のその一言がどうしても耳から離れなかったというふうに言いました。それで、私はいつも、反省は毎日してるんですけど、これから注意しなくちゃいけないなあと思いました。そのときは、私は意識的にそう言ったんですけども、他のことでも無意識の一言が、その人の保健行動にもすごく影響することってたくさんあるんだろうなと思いました。それで、岡部先生にお伺いしたいことは、学生がせっかく自分の保健行動を認識しても、実習の中で、患者さんの保健行動はわからないこともあるのではない

かと思うんです。それに対して学生が看護者としてアプローチしていくときに、先生がここだけは大事にしようと思って教育されているところ、またどんなふうにフォローされているのか、その辺りを教えていただけたら私達もまた仕事に使えると思うのですが。

岡部：非常に難しい問題ですね。学生の臨床実習の中で、保健行動をどう活用できるのかということはまだやっていませんが、短い期間の中で、患者さんがなぜそういう行動をとるのか、とれないのか、そこの部分だけはまず気がついて欲しいなということと、そのきっかけ、ほんのちょっとしたきっかけを見失ってしまうことが多いので、いかにそのチャンスをつかむかというのが大事なことだろうと思います。それで、今、私は、心疾患と糖尿病の病棟を受け持っているんですけど2つの病棟を見てみると、ずいぶん違いが出てきます。心疾患の場合にはどちらかという急性期で、発作が出てきた後に入院して、患者さんの生涯コントロールの学習をしている。一方、糖尿病の患者さんは、もうながい間の付き合いの中で、だんだん進行してきて、腎疾患とか、網膜症まで進んでいるようなケースでそういうきっかけのつかみかたが難しい。心疾患の場合は、割合、発作が起こった後ですので、検査の結果が報告された後というのは、患者さんはショックを受けて、そのチャンスをつかまえてケース像ができやすい。糖尿病の患者さんは、本当に長い経過で自分自身である程度考えていて、その考えがなかなかつかまえられる。でも、最終的に、退院の具体的な日にちが決まった時点で、患者さんが本当に受け入れられる時期になって、それをチャンスとしてケース像をつくっていくというところがあります。どういう機会、チャンスが患者さんの保健行動を変えることになるのかという、そこの部分に目を向けるという辺りを強調しているということです。

司会：どうもありがとうございます。では、時間になりましたので、まとめさせていただきます。今日は、実際の現場、教育の中に、看護学生、あるいはその職場の看護者集団に、あるいは慢性疾患の患者さんに保健行動の概念を応用するということで、4人のシンポジストの方のお話をもとにディスカッションをしてきました。その中で、大きなテーマとなったのは、ピュアサイエンスから出てきた概念である、保健行動を、応用科学である看護の中にどれくらい生かしていけるのかということだったと思います。宗像先生の定義では、保健行動は必ずしも健康でなくてもいい、本人が健康を目指してやっていたらその結果は問わないということだったと思いますが、その辺りを果して看護の中でどのくらい受け入れていけるのかという問題もあると思いますし、また、気づきのない人、病識のない人たちにどれくらい使えるのか、あるいは発達段階で考えると小児ではどうなのか、あるいは集団に適応できるのかというようないくつかの疑問が出てきました。また、その一方では、保健行動という概念を必ずしも狭い意味だけで捉えるのではなく、広く行動科学的な視点から捉えていけばもう少し活用できるのではないかとか、保健行動は、もう少しその人の人生の成長の中で、発達段階の中で見ていかなければならないのではないかと

ような、非常におもしろい視点も出てきたと思います。そしてもう一つ、保健行動の概念が、看護にもたらした大きな役割としては、患者さんの主体性を大事にする、あるいは患者さんの気づきや自己決定力を大切に、それらを考慮して、私達の実践の中に組み込んでくることの重要性を示唆してくれたことではないかと思います。

司会が非常に不手際で申し訳ありませんでしたが、どうもありがとうございました。