

M-GTA 研究会 News letter no.22

編集・発行：M-GTA 研究会事務局（立教大学社会学部木下研究室）

メーリングリストのアドレス：grounded@ml.rikkyo.ne.jp

世話人：阿部正子、小倉啓子、木下康仁、小嶋章吾、坂本智代枝、佐川佳南枝、林葉子、福島哲夫、水戸美津子、山崎浩司

<目次>

- ◇第42回研究会の報告
- ◇近況報告：私の研究
- ◇次回の研究会のお知らせ
- ◇編集後記

◇第42回 研究会の報告

【日時】 2007年10月6日（土） 13:00～17:30

【場所】 大正大学2号館232教室

【出席者(24名)】

<会員>(17名)

・林裕栄（埼玉県立大学）・松戸宏予（筑波大学）・國重智宏（上智大学）・長谷川雅美（金沢大学）・長山豊（金沢大学）・山井理恵（明星大学）・藤好貴子（久留米大学）・納富史恵（久留米大学）・加藤陽子（久留米大学）・大澤千恵子（山梨大学）・三澤久恵（共立女子短大）・太田博子（佼成看護専門学校）・藤本みどり（国府台保育園）・坂本智代枝（大正大学）・阿部正子（筑波大学）・小倉啓子（ヤマザキ動物看護短大）・佐川佳南枝（立教大学）

<西日本 M-GTA 研究会>(1名)

・成木弘子（京都大学）

<見学者>(6名)

・加藤千晶（上武大学）・河田祥吾（上智大学）・關恵里香（上智大学）・加藤いずみ（大正大学）・光村実香（金沢大学）・田代明子（山口大学）

【研究会報告】

発表者：長山 豊 （金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻博士前期課程）

発表演題：精神科病棟での隔離、拘束プロセスにおける看護師の患者対応

1. 研究テーマ

精神科急性期病棟において不穏、興奮状態にある患者に隔離、拘束の実施から解除するまでのプロセスにおいて、看護師がどのような思いを抱きながら不穏、興奮状態の患者に関わっているのかを明らかにする事を目的としている。

2. 現象特性

対象者に対して、状況によっては必要な行為であると判断しているが、できるだけその行為を回避したいという思いを抱きながら関わっている。しかし、自分の関わりの不確かさから自分自身では妥当な関わりや決断ができていないか判断できず、医師を操作してしまっている自分に対しても違和感を感じている。

3. M-GTAに適した研究であるかどうか（以下、★は前回研究会でのアドバイスの内容）

★データ自身にプロセス性が乏しい。

★ 看護師と医師の認識を明らかにする作業と、比較する作業は別である。論文としてまとめる場合は、対象別に研究を進めたほうがよい。

①不穏、興奮状態の患者と直面し、隔離、拘束の必要性の判断に迫られてから、解除に至るまでのプロセスを分析している。患者サイドの視点に立つと、隔離、拘束の最終決定権を握る医師や、病棟スタッフの意見に影響を受けながら、看護師の判断決定の背景にある感情の動きに焦点を当てている点。

②ナラティブアプローチによるインタビューを行っており、対象者のナラティブに隠された認識を浮き彫りにする事を目的としており、M-GTA では断片化せず、対象者の語りに潜む文脈の理解を重視しており、インタビュー手法と分析方法が合致するため。

4. 分析テーマの絞り込み

★感情や認識に焦点をあてれば、プロセス性が抽出されるわけではない。認識は経験を重ねるたびに、変化する。データに密着した分析テーマの設定が必要。

★隔離、拘束の必要性を感じながら、デメリットも分かっており、隔離、拘束を解除する基準や指針が曖昧になっていることから、解除のプロセスを分析したほうが新しい知見が得られるのではないかと。

★複数の看護師が隔離、拘束の解除に関する内容が語られていたことから、データには隔離、拘束解除までの一連のプロセスが生じている。データに密着した分析を行うために、エンドポイントを「隔離、拘束の解除」に設定した方がよいのでは。

→「不穏、興奮状態の患者に対する隔離、拘束の導入から解除にかけての看護介入プロセス」を分析テーマとする。

5. データの収集方法と範囲

研究方法は不穏、興奮状態の患者が隔離、拘束に至るプロセスにおける看護師の思いについて、インタビューガイドに基づく半構成的面接を施行。

研究対象者は本研究の主旨を説明し、同意が得られた1施設の精神科急性期病棟の看護師14名。研究対象者がこれまで、急性期精神科病棟にて経験してきた隔離、拘束の事例を振り返ってもらい、ナラティブアプローチによる対象者の「語り」に潜む認識や感情に焦点を当てて、インタビューガイドを活用しながら対象者が自由に語れるように配慮した。面接回数は各対象者に1回ずつ、面接時間は22分～60分であった。

インタビューガイドの内容は下記参照。

<インタビューガイド>

1. 隔離、拘束の必要性をどのように考えますか？
2. 不穏、興奮状態にある患者と関わる時に、どのような感情を感じますか？
3. 隔離、拘束を行う事に対して、医療者と相談するなら、どのような事ですか？
4. 隔離、拘束後の対応および見通しについて、どのように考えますか？
5. 隔離、拘束の処置をした患者に対して、どのような感情を感じますか？

6. 分析焦点者の設定

★ 経験年数による限定は行っていないが、認識は経験年数を重ねる事で変化するのではないかと。ベテラン看護師の看護技術として蓄積された要素も大きく、経験年数の高い看護師を対象にするべきではないか。

→精神科急性期病棟に勤務する看護師（14名） 精神科経験年数 1～25年

経験年数の少ない看護師にも、ベテラン看護師と同様に、隔離、拘束に至らせないようにするコミュニケーション技術や、隔離、拘束に関するケアの根拠が不明確となっている現状への思いが語られていた。経験年数による看護技術の深みの違いはあるが、データの現象特性を経験年数の少ない看護師にも適合すると考え、あえて経験年数の高い看護師に絞らなかった。

7. 経験年数3年の看護師の逐語録・分析ワークシート、対象者全員の結果図・ストーリーラインを配付し、分析テーマ・概念生成・概念の関係性の検討

★概念自体にプロセス性が含まれている。概念が大きな範囲となっており、これらの概念をプロセスにまとめていくのは困難。

★概念名において、感情表現と行動が混在している。何を明らかにしていくのか明確化し、分析テーマを絞り込む必要がある。

★行動レベルの概念をカテゴリー化していくプロセスが、医療者の隔離、拘束をどのように捉えているかという認識の分析につながるのではないかと。

8. 方法論的限定の確認

不穏、興奮状態の患者隔離、拘束をプロセスに限定し、身体管理、自殺企図など不穏、興奮状態以外の適応要件は除外。

精神保健福祉法における、不穏、興奮患者に該当する隔離の要件は「不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合」、拘束の要件は「多動又は不穏が顕著である場合」となっている。

9. 論文執筆前の自己確認

①この研究で自分は何を明らかにしようとしたのか

精神科急性期病棟における不穏、興奮状態の患者への隔離、拘束の導入から解除まで、看護師はどのような思いを持って患者と関わり、患者や医師との関係性の中で影響をうけながら隔離、拘束の必要性をどのように判断しているのかを明らかにする。

②この研究の意義は何か

★ 看護の臨床での応用を想定すると、認識や感情を明らかにする事が、隔離、拘束の最小化や適正使用につながるとは考えにくい。

★ 隔離、拘束場面に生じるジレンマや葛藤をみたいのか、看護師と医師の隔離、拘束プロセスにおける感情、認識の様相を知りたいのか焦点が曖昧。

永井らは精神科病棟における保護室の看護技術に対して看護師は[安全管理・集中管理][患者説明・患者教育][処遇改善・サービス向上]の順に重視していると報告している¹⁾。精神科病棟においては、安全管理を重視しているのは医師も看護師も同じであるが、中田らは医師・看護師の身体拘束の意識調査にて、患者に自傷の危険が高い時に拘束が「必要」と考える医師が半数を占めたのに対し、看護師は「状況による」と答えたのが7割を占めていたと報告している²⁾。また、榎戸は、保護室における看護師の倫理的配慮として、患者の自律性との兼ね合いから「安全」「患者の意志」「病棟の秩序」のどれを優先するかを判断していると述べており³⁾、看護師は患者の精神状態や病棟の運営状況などを総合的に判断し、隔離、拘束の必要性をケースバイケースで考えている。

特に、不穏、興奮状態の患者においては、希死念慮や身体合併症を有する患者のように隔離、拘束が差し迫って必要であると判断しやすいのとは異なり、不穏、興奮の程度により看護師の対応も変化する事が予測される。先行研究では、隔離、拘束の実施に関わる看護師のジレンマや、隔離、拘束の必要性の認識における事例研究は行われているが^{4, 5)}、隔離、拘束の実施から解除までを一連のプロセスとして捉えた看護介入プロセスに関する研究は少ない。本研究では、不穏、興奮状態の患者に隔離、拘束の必要性を、患者や医師との関わりの中での看護介入に対する判断プロセスを明らかにする事で、患者の安全と人権を配慮した看護介入のあり方を検討する基礎的資料として意義がある。

文献

1) 精神科病棟における保護室の看護技術に関する臨床看護師の認識：永井 朝子、久米 和興

日本看護研究学会雑誌 27(4) 2004

2) 医師・看護師の身体拘束に関する意識調査：中田めぐみ(北海道大学医学部附属病院)，葛西加奈，野口亜実，菅野龍子 日本精神科看護学会誌 47 巻 2 号 2004. 12

3) 精神科救急医療施設の保護室における看護婦の倫理的配慮：榎戸 文子 聖路加看護大学紀要 24 巻 1998. 3

4) 精神科病棟において看護婦・士が隔離の必要性があると判断する状況についての分析
佐藤 るみ子 福島県立医科大学看護学部紀要 2002

5) 精神障害者の隔離・拘束に対する看護師のジレンマ：河野あゆみ、神郡 博 日本精神保健看護学会 15(1) 32～40 2006

10. 主な質疑応答

(インタビュー手法について)

Q1：半構成的面接とナラティブアプローチによるインタビューは違うのではないかと面接時間は22～60分という間で、ナラティブが起こりうるか？半構造化だけで良いのではないかと？

A：まず、精神科での隔離、拘束に対する対象者の思いを漠然と聞きながら、インタビューガイドの内容を聞き、対象者が自由に語れるというところを配慮した。

スパーバイザー（以下SV）：ナラティブアプローチは構築主義的であるが、インタビューの中で物語の書き換えも意図したのか？インタビュー方法が構築主義的で、自分の意見を言っている。MGTAの半構成的なインタビューと違い、あえてナラティブアプローチとしてこだわるのか？

Q2：聞き手と語り手の間で起きている語りの部分を現時点が最終地点だと捉えれば、それがナラティブのゴールだと捉えられるのでは？

Q3：ナラティブアプローチと半構造化の面接では、差異が無いと解釈していいのか？

Q1：ナラティブを使った理由と根拠を示す事が必要。

SV：インタビューの時点でインタビュワーが自分の価値観を出さない方がいい。MGTAで一般化できる理論構築を目指すため、相手に影響を与える価値的な言動は避けるべき。

(逐語録のデータを読んで、研究計画、インタビュー手法について検討)

Q4：インタビューにて、研究者の思いを対象者が語ってくれている感じがした。誰に対するインタビューなのか？相手の世界を探究するため、自分の思いを捨てないといけない。

A：インタビュー方法に不備があるのは実感している。誘導的にならないように、対象者の語りを要約して確認しているつもりだったが、実際には操作的な面があった。

SV：同僚に聞くのであれば、お互いに分かっている、分からないものとして聞く。「それでどういう事、ちょっと詳しく説明して」という形で意識的に行う事が大切。

Q5：患者が様々な形で出てきている。一人の患者について、隔離、拘束の導入から解除に向けての一連のプロセスを聞いた方が良いのではないかと？看護はチームケアのため最初から最後まで一人で担当せずローテーションで行うからか？

A：患者の具体例が転々と変わっていくのは、一人の患者に対してインタビューガイド順に聞かなかった聞き方の問題がある。

SV：元々は隔離、拘束に対する認識に関心があったため、今回の発表になる前の分析テーマが違う上でのインタビュー構成なので、関心点が違ってきているため、イメージが合わない。得られたデータを基に、分析テーマを再びデータに照らして作ったという地点から始めればよい。レジュメで矛盾点があり、揺れている部分が結果図に表れている。

（結果図とストーリーラインの検討）

Q6：ストーリーラインは精選した概念とカテゴリーだけで書くもの。ストーリーラインが長く書かれてしまうという事は、概念・カテゴリーが濃縮されていない可能性がある。

Q7：分析テーマを変えても、1回目に左右されてしまって、変えたのに同じような結果図になる事もある。どこが、どんな風に変ったのか？分析テーマが変わった所でデータを読む視点、概念生成に変化、違いはあった？

A：分析が単なる整理作業、データの意味を分類しただけとを感じる事が何度もあった。今回は、隔離、拘束の導入から解除のプロセスを経験を重ねる事で、認識とともに隔離、拘束の回避手段が変化していく看護介入プロセスを意識して分析したが、結果的には、前回同様、認識と行動という概念の質が混在してしまっている。

司会：看護介入と看護認識は別次元ではないか？一緒に使っているのでは？

SV：MGTAの研究に適しているかどうかの①「看護師の判断の背景にある感情の動きに焦点を当てている」とあるが、感情、認識ではなく、データに基づいて分析すると看護師がその状況をどういう風に判断し関わるのかという具体的なプロセスの動きが焦点になると前回話しあった。隔離、拘束の導入から解除までの見立てをするプロセスが見えるから今回の分析テーマに定まった。研究意義の最後段落で、「不穏、興奮の程度により看護者の対応が変化される事が予測される」と、その変化を明らかにするのが研究意義。しかし「本研究では・・・判断のプロセスを明らかにする事」とずれている。逐語録で面白いと感じた部分が今回の分析テーマにつながった。看護の醍醐味、プロセスがよく見えている部分に対する気づきでいい。その視点で研究テーマに沿った概念名だと思うのは？

A：隔離、拘束を「回避したい」けども「無くせない」ものを行き来しながら、判断に責任が持てず自分の関わりに対する根拠を明確にできない「不確実感」を持つという点。

SV：3つのカテゴリーは思いの部分。アンビバレントな思いを描くなら、ナラティブアプローチでいいのでは？MGTAでも分析可能だが、分析テーマを変えても、研究者の思いに引きづられてしまう。行動が隔離、拘束から解除に向かうまでの行動を概念化し、プロセスも抽出でき、そこにどういう思いが関わっているのか、アンビバレントな思いが関わっているという関係性として、表せるのではないかな？

（分析ワークシートの説明、概念生成の検討）

Q8:「安全のために隔離、拘束はなくせないもの」という管理的な概念が強くずっと出る限りは、本当の解除に向けた看護の関わりには向かっていかない。対極に「患者がセルフコントロールできるまで待つ」という概念を膨らましていけば何か見えてくる。

SV:研究者の関心が隔離、拘束を容認せざるおえない要因にあり、内容分析をする形で、容認せざるをえないジレンマ、ジレンマの状態がどこにあるかという事を分析している。

A:隔離、拘束を使わずに看護できている病院が全く想像ができず、「隔離、拘束はなくせない」という意識は、全ての対象者から語られていると捉えていた。

Q9:拘束場面での認識や判断レベルでの構造化はMGTAでできる。拘束と隔離が無い病院と比較し、プロセスの違いをみていけば、何か見えるのでは?

Q10:カテゴリー「隔離、拘束はできるだけ回避したい」と「無くせないもの」は理由は違うが、隔離、拘束は無くせないという意味で1つにまとまるのでは?

SV:結果図は振り返らないといけませんが、行動と判断のプロセスだと思う。そうしないと曖昧。そこに感情とか認識の部分がどういう風に関わってくるかという所で分析できる。たとえば概念「一見すれば暗黙の了解で隔離、拘束が必要」のバリエーションを見ていくと、瞬時の共通認識ができて、瞬時の連携プレーができてる。こういう風に瞬時に判断できる場合と、迷う場合がある。そういう風に判断の仕方が分かれる。

A:結果図だと瞬時に判断するのと、距離感を持って丁寧になだめるのが並列しているが実際には瞬間的に必要と判断する。判断の辿り方は様々なルートがあると思う。

Q11:隔離と拘束は別次元では?拘束導入では迷いが感じられない。隔離と拘束で、プロセス性を分けて考えた方が良くないか?

Q12:看護師は恐怖と向きあいバランスを取りながら、状況が整っていれば隔離、拘束できるのが前回データから見えた。看護師の判断の根底にあるものをどう感じているか?

A:隔離、拘束の施行の有無に関わらず、常に恐怖感を看護師は感じている。看護師は医師よりも自分たちは劣っている、自信がないという弱さ、脆弱性が根底にあると思う。

Q12:弱さを打ち破っていく所が看護師の強さなんじゃないか?「怖い」という感情を打ち破って、拘束したり解除したりするイメージが、前回は感じられた。

SV:脆弱性とみるのか?概念「自分の判断だけでは責任が持てない」のバリエーションで看護師として患者に拘束解除の目処を知らせ、こういう行動をすると解除できるんだと関わって行動変容を促す。これが解除プロセスの1つ。看護は看護の独自性として関わっており、それが看護の力ではないか?看護者が患者を目の前にした時に、どういうごきがあるのかっていうのを、分析テーマと、看護師という分析焦点者を通して見ていく。まず患者が自己コントロールができない所を判断し、興奮状態の患者に対して、精神科としてどう関わるのかという所をみていけば色々な関わり方がみえてくる。

SV:とにかく分析焦点者と分析テーマを通して、どんなうごきが見えるのかをみてきて、いくつか概念ができてきて、初めて概念同士がどういう関係をみていくのが分析方法。1個目に「患者の判断能力の見極め」が出て、不穏、興奮の人を発見すると連絡が早いといううごきがある。

初期対応では、ものすごい早さで連携ができ「関わりの連携化」ができる。初期対応は連絡が早いとすると、この帰結として解除はどうかとデータをみていく。

S V：瞬時に共通認識を持って連携プレーをやっていくのが印象的。こういう風に共通認識を持って動ける場合と、違う場合は？1個概念を作ったら、対極例を探す。

Q13：うごきって何ですか？

S V：どこかからの状態から、どこかへ状態に移る。変化。同じものがずっと、同じものなのか。何かを押したら、急に加速がつくというのも動き。

S V：行動に着目していった方が、うごきがみやすい。次にどういう判断が働き、こういう行動になり、そこに加速・停滞させている思いはなんだろうというのも概念化できる。

Q14：看護介入とは、判断をするから行動をする、行動をしたら次に、その状態からくる判断が出てくる。縛ったら筋力低下が起きるかなとか予測している部分もあるので、何を看護介入と判断するのかを細かく抽出されると、みる視点がつながって見えてくる。

S V：大変な部屋の状況になっても、環境を整えて医師に報告せず様子を見ていた。待つというプロセスは拘束に至るプロセスだけでなく、解除にも出ており、拘束をより強化する必要はないという看護。他のデータにも同様のプロセスが出てくる。今回のデータは3年目で、先輩の言葉も多く出てきているが、それを補完するために他の13名のデータがある。看護の事をより豊富に語っている人を、もう一度最初から見てみる。

A：看護師は24時間患者をみているという面がデータに強く現れており、解除に関しては看護は主導権を握れる。解除の概念化、待つの質をもっと細かく分析していきたい。

S V：B看護師のデータから患者の判断能力の見極めというバリエーションが沢山でている。患者の特徴を見極めようとしている。

司会：患者の能力を見極める、アセスメントする先行研究は看護では他にない？

A：危機予防の看護として、不穏、興奮に至らせないようにする技術は研究されているが、実際に臨床で広く活用されているとはいえない。

S V：そのような技術が明らかになると現場に役立つ。経験が少なくてもやれている部分と、経験を積む事で出てくる部分もあると思うし、精神科での看護の実態を明らかにしていくのが大事。隔離、拘束は1つの手段。そこをどう選択するかは別として、事が起きた時に急性期にどのような判断をして、行動をして、どういう戦略を使っているのか、何をどう見極めているか。そういううごきを明らかにする。データを素直にみて、分析焦点者である精神科看護師を通してみる所から、常にずれない。

Q15：最初の研究の発端は、人を隔離、拘束したら許されるのか、どうして今日まで平気で看護はこんな事をするんだろうと知りたかったのがではないか？アドボカシー、人権問題を悩みながら臨床で携わっているため、隔離、拘束に焦点が当たっているのでは？

S V：隔離、拘束は必要なものはしなきゃいけない。その判断ができているかが問題で、隔離、拘束が無い事がその病院の良い看護になる証拠になるのか？

Q15：通常、それは精神科看護の技術でクリアできる。隔離は患者の安全を保つため、人の沢山

いる場から離すために必要だが、拘束を長時間する必要はあるのか？

司会：人権とか、理念とか、隔離、拘束に至らなくてもこういう風にしていくべきという前提はあるけれども、その実態、その現象をどうみていくか、それが良いとか悪いとかではなくて実際の現象をみる事がMGT Aだと思う。センシティブな微妙な現象を扱う時には、実際その病棟の環境の中でどんな技術や介入をされているかという実態をみていく意義は大きい。その上で、研究者がこだわっている、どうして隔離、拘束するのか？というテーマは、分析後に考察すれば良いのではないか。MGT Aで現す部分は、実態を表すという所の方が重要。

11. まとめ、感想

- ① 分析焦点者「精神科看護師」、分析テーマ「隔離、拘束の導入から解除までの看護介入プロセス」を意識して、看護介入に焦点を絞りデータの中のごきぎきを拾っていく。
- ② 1つ概念化したら類似例と対極例を探して、関係性をうごきぎきとして捉える。
- ③ ジレンマや葛藤にはひとまず目を向けずに、研究者ではなく、分析焦点者の視点から分析するという意識を持つ。

前回に引き続き発表させて頂き、大変感謝しております。分析テーマを再度設定しても、「認識」や「思い」の方向に分析を進めており、この研究で何を明らかにしたいのかが非常に曖昧になっている事を感じました。急性期における精神科看護師の介入をまず明らかにして、介入プロセスを通して精神科看護師がどのような認識や思いを抱きながら看護に携わっているかを考察していきたいと思います。ありがとうございました。

【スーパーバイザー・コメント 阿部正子】

(筑波大学大学院人間総合科学研究科 看護科学類)

前回に引き続き、SVを担当させていただきました。以前と比べて分析テーマがデータに基づいて設定されたと感じました。しかし、レジュメの中で幾つか矛盾点があり、その点を指摘させていただきました。それは結果図やストーリーラインの中にも現れていました。長山さんはレジュメの中で、この研究がM-GTAに適した研究である根拠のひとつに「看護師の判断決定の背景にある感情の動きに焦点を当てている点」を挙げています。前回のセッションにおいて、看護師の思いや感情の動き、ジレンマに焦点を当てるよりも、看護師の隔離・拘束に至る判断や患者へのアプローチの仕方にプロセス性が見えるので、そこを分析テーマとしたほうがデータに基づいた分析ができるという意見があったと思います。それを踏まえて分析テーマが再考されましたが、長山さんの頭の中でそれがセットしきれていない(このようなことは自分にもよく起こることですが)ため、分析結果(概念名)が分析テーマと分析焦点者に照らしたものではなくなってしまうと感じました。

そこで私は再度レジュメを読み、分析作業でなぜこのようなことが起きたのかを考えました。まずは、この研究の意義は何かを確認しました。それは「研究の意義の確認が最終的に分析結果

の評価に対応する」からです。木下先生も著書の中で「この対応関係が大枠での位置づけで、それが具体的な分析作業のレベルになると、分析テーマと分析結果の対応関係となる」と述べています。私にとってこのことは、常に分析する時の羅針盤みたいな感じで、分析がぶれていないかどうか自己確認する意味で非常に大事にしているところです。なので、長山さんの研究の意義を確認することで分析の着地点の方向を見極め、分析焦点者、分析テーマという“照準”に照らして再度、分析ワークシートを見直しました。すると、いろいろな“動き”が見えてきて分析が面白く、自分の仕事を後回しにするほど没頭してしまいました（笑）。それはなぜかという、生き生きとした“能動的に関る主体としての看護師”が浮かび上がってきたからです。

私も看護の分野に身をおいているので分かるのですが、自分たちが行っている看護は意外と見えていない（言語化していない）し、どちらかというと過小評価をしがちです。しかし、そこにばかり目を向けていては看護師として無力感が募るばかりです。SV 中も長山さんの概念名や定義の説明に、「なんだか後ろ向きだね」というコメントをしてしまいました。それは同時に「もっと自分たちの行っている看護を正當に評価する必要があるのではないか」という思いが強かったが故のコメントでした。この研究の意義に「患者の自傷の危険が高いときに、看護師の7割は“状況によって判断する”と答えた」という文献引用がありましたが、それは看護師に状況を判断する力があるが故だと思うのです。その看護介入のプロセスを是非、この研究で明らかにして欲しいと思います。その成果は、精神科看護の教育プログラムなどに応用される可能性がありますし、隔離・拘束開始までとその後の解除に至るプロセスの違いが明らかになれば、急性期の精神科看護におけるチーム医療体制への提言ができるかもしれません。もちろん、長山さんが一番の研究意義と考えている、「患者の安全と人権を配慮した看護介入のあり方」を検討するための、大切な基礎資料となると思います。あと一息です！頑張ってください。

【スーパーバイザー・コメント 佐川佳南枝】

（立教大学社会学研究科）

前回に引き続いての発表でしたが、まず今回の発表を聞いて、前回から何が変わったのだろう？と戸惑いを覚えました。前は、不穏、興奮状態にある患者が隔離、拘束に至るまでに看護師と医師がどのような思いを抱きながら隔離、拘束に携わっているのかを明らかにすることが目的に、隔離、拘束に至るプロセスにおける認識、感情を明らかにすることが分析テーマに設定されました。しかし、思い、認識、感情の部分ではプロセス性が見いだせないで、それを明らかにしたいのであれば他の研究方法がよいのではという指摘があったはず。また隔離、拘束を回避するために様々な戦術を用いている点などから判断や行為の部分にプロセス性が見いだせるという意見が多数出されたと思います。今回は対象については看護師に限定されましたが、研究目的はそのまま、分析テーマは「不穏、興奮状態の患者に対する、隔離、拘束の導入から解除にかけての看護介入プロセス」と変更されました。しかし結果図とストーリーラインを見ると、3つのカテゴリーで表された思いの間を揺れ動く看護師のジレンマが表現されているのではないかと感じられました。私はこれを見て、やはり長山さんの関心は「思い」の部分なのではない

か、それだったら M-GTA ではなく、思いを深く探求するような他の研究法を、と発言しました。しかし実際にデータを見ると、看護師の判断や行動が概念化できるし、そうしたカテゴリーに関連して「思い」の部分もカテゴリー化し、カテゴリーとカテゴリーの関係として表現できるのではないかと、とも発言しました。もうひとつ「思い」の部分に焦点化して研究したとしても、その意義はどれだけあるのだろうかという疑問も持ちました。

また阿部先生が、看護がやっていることを過小評価しすぎ、というコメントをされていました。私も全く同感です。同じ看護師のデータを分析するので自明化して、見えてないのかもしれませんが、データを見ると、判断と実行が即時に必要なとされる現場にあって自らと相手の安全を念頭に置きながら様々な技術（アセスメント、コミュニケーション、対応などの）を駆使しながら対処している。医師に対する屈折した思いがあるかも知れませんが、医師の知り得ない患者の日常生活を知り、また様々な経験知から判断もできる。それが医師にも劣らない臨床感覚ではないのでしょうか。また「迷う」ことも、非常に健全なことであるともいえます。

今回のストーリーライン、結果図を見ても、結局何がしたいのか、中心概念は何になるのかが分からないと感じました。非常に面白いデータで、前回の研究会でもひとつの部分につき、解釈が何通りもでてきて、これぞ分析の醍醐味、と久々に知的興奮を覚えました。データを読んでいるうちに、みなさんの中にも、概念、カテゴリーの候補や、変化の分岐点、大まかな構図とかが浮かんできたのではないのでしょうか。それで会場からも活発にいろいろな意見、解釈などが出されました。しかし判断していくのは長山さん自身であり、これは取り入れる、これは違う、と、はっきり判断して進めていくことが重要だと感じました。研究意義も大きいと考えますので、是非このデータを生かした理論を生成していただきたいと期待しています。

【構想発表】

発表者：藤好 貴子 （久留米大学大学院医学研究科修士課程2年 臨床看護専攻）

発表演題：小児科病棟新人看護師の臨床実践能力の獲得プロセス

～就職後3ヶ月間の体験～

1. 研究テーマ

新人看護師の卒後研修は、多くの施設において施設全体での集合教育と病棟単位での現場教育に分けられ周到な計画の下に実施されている。しかし、新人看護師の臨床実践能力を獲得するまでの困難感が大きく、離職に至ることもある。困難感の要因には看護基礎教育の大きな柱である臨地実習における学生の看護技術学習の限界や、臨床現場の複雑な人間関係、あるいは様々な課題を抱えながら複数の患者を受け持つ経験がないことが指摘されている。そのため新人看護師の現場教育は、緊急課題として注目されるようになり、近年は成人病棟の看護師の臨床実践能力の獲得についての研究がさかんに行われるようになったが、小児科の看護師に関する研究は見当たらない。

今回、小児科の看護師は小児特有の専門的技術を必要とされること、就職後早期の看護実践能力の評価は重要であり綿密に行う必要があること、リアリティショックは就職後3, 4ヶ月で起こしやすいと言われていることから、小児科に配属となった新人看護師の就職後3ヶ月間に着目した。

本研究の目的は、小児科病棟に配属された新人看護師の臨床実践能力の獲得について、就職後3ヶ月間の体験にしばりプロセスを明らかにすることである。

《言葉の定義》

新人看護師：看護の基礎教育を終えたばかりの臨床経験のない新規採用の看護師

臨床実践能力：看護の知識や技能だけではなく、対人関係技術や看護師としての態度を含む総合的な看護実践力

2. M - GTA に適した研究であるかどうか

小児科病棟に配属された新人看護師は、患者、患者家族、他職種の人との人間関係、つまり社会的相互作用の中で臨床実践能力の獲得をしていく。その能力の獲得は継続的に行われ、プロセス性を持つと考えられる。

3. 現象特性

新人看護師は基礎教育による看護実践能力の学習を応用する形で実践能力を獲得していく。しかし、就職と同時に今までの教育的係わりの中で守られた立場とは異なり、自己責任が問われ、学生時代には体験しなかった患者の生命にかかわる技術を日常的に実践しなければならない。そのため新人看護師の看護実践能力獲得の困難感大きく、程度の差はあるがリアリティショックを起こし、場合によってはバーンアウトへつながる。

小児看護においては痙攣重責、喘息発作、髄膜炎などの急性期の疾患の対応から悪性腫瘍、神経・筋疾患、心身症などのさまざまな疾患が対象であり、新生児から青年期まで患児の年齢によって異なる対応が求められる。また、今回対象とする小児科病棟は大学病院であるため重症度が高く、人工呼吸器の使用、救急車で直接搬入、治療法や診断が確立していない患児への看護、付添いの家族への看護が求められ、病気や死に直面した患者やその家族の対応が求められる。このような環境の中で新人看護師は様々な体験をし、臨床実践能力を獲得していくと考えられる。

4. 分析テーマへの絞込み

小児科病棟に配属された新人看護師が就職後3ヶ月間の看護業務の中でぶつかる困難感、不安、恐怖などのさまざまな体験をどのようにとらえているか。また、その体験を乗り越える為にどの様に自身の体験の意味付けを行い、行動につなげているのかを明らかにする。

5. データの収集法と範囲

本調査に対して協力の得られた K 大学病院小児科病棟の新人看護師 7 名に半構造化面接を行った。面接は小児科病棟の面談室、研究室で約 60 分実施。内容は了解を得て録音、速記によって記録し、逐語録を作成した。

データ収集に際して以下のようなインタビューガイドを作成した。

- (1) 入職してから看護に関する印象的な体験について（悲しかったこと、心配したこと、悔しかったこと、嬉しかったことなど）
 - (2) それは（〇〇の体験は）どのような場面であったか
 - (3) その時どう対応したか（その行動や思いについて）
 - (4) 病棟で看護を行うとき、大事にしていることは何か
- 基本的には話の流れを壊さないように、語りやすい雰囲気を作るようにする。

研究者は新人看護師の現場教育に携わる看護師であり、インタビュー内容は個人の看護技術評価につながらないこと、他の指導者や管理職者へ内容はもらさないこと等を説明し倫理的な配慮のもと研究を実施した。インタビューへは K 大学倫理委員会の承認を受け倫理的な配慮の元行った。

6. 分析焦点者の設定

K 大学病院小児科病棟に配属となった新人看護師 7 名

いずれも平成 19 年 3 月に看護の基礎教育を終えたばかりの臨床経験のない新規採用の看護師とする。

	年齢	学歴	インタビュー時間
A	20 代後半	大学卒業後、就職。その後県立看護専門学校	75 分
B	30 代前半	大学卒業後、就職。その後准看護師免許取得後 県立看護専門学校	61 分
C	20 代前半	私立大学看護科	51 分
D	20 代前半	同上	53 分
E	20 代後半	同上	58 分
F	20 代前半	同上	58 分
G	20 代前半	国立大学看護科	64 分

7. 質疑応答・コメント

①主な質疑応答

Q：どうして 3 ヶ月までにしているのか？

A: 先行研究にて新人のリアリティショックは就職後3, 4ヶ月で起こしやすいと言われ、新人看護師の職場への適応の把握等の点から重要な時期であること、自己評価が下がり精神的な援助が必要な時期であること、またこの時期は日勤業務を一通りこなし、夜勤に入る時期になるため看護実践能力の評価として重要な時期であることから就職後の3ヶ月間に着目した。実際は7人にインタビューを取っているため3ヶ月終了時から3週間ほどの幅が出ている。

Q: 分析テーマの絞込みのところでぶつかる困難感、不安、恐怖などから臨床実践能力がみえてくるのか?

A: インタビューの内容でこの時期の体験は嬉しかったことや満足感は少なく、困難感、不安、恐怖など否の感情が大部分を占めていた。しかし、その怖さの中からも怖さだけで終わってなくきちんと考えている部分があり、それをどう次の行動につなげていくか、そこが今後の看護実践能力の獲得につながると考えた。

Q: 対象者の7名はどうやって選んだのか?

A: 小児科病棟に配属となった新人看護師の中で、再就職をしたなど臨床経験がある方を除いた7名とした。順調に経過している新人のみを対象としたものではない。

Q: プロセスがみられるようなデータはあったのか?

A: さまざまな体験の中で急変時などの体験後、今だったらこう動くという意見や依然できなかった技術が今はできるなどの返答があった。

Q: インタビューガイドを作る前に分析テーマはどのように設定していたか?

A: 臨床で感じる恐怖、不安、喜びなど感情の変化を伴う体験が臨床で必要となる技術や知識の学習、またはその動機になり、その経過が臨床実践能力獲得へ繋がると考えた。どのような感情が影響するのかわからないため「どのような印象的な体験がありましたか?」という質問を中心にインタビューを行った。実際インタビューを終えてみると恐怖などの負の感情が大部分を占めたため、その部分へ分析テーマを絞りこんだ。

②コメント

・テーマは臨床実践能力獲得プロセスというよりリアリティショックを克服していくプロセスではないか。

・テーマはリアリティショック体験プロセスがいいのではないか。

・就職して3・4ヶ月なので、テーマは看護師として自覚を獲得していくプロセスがいいのではないか。テーマがずれている。

・分析テーマのあげ方に工夫が必要ではないか。親との関わりや血圧の測り方が難しいなど小児科という場所の特性が出てきていないのでは。

・子どもの病気の理解や付き添っている親など成人との違いを踏まえつつ、それをうまく出してあげればいいのではないか。

・自分ならこの3ヶ月でどのような体験をしているのかというプロセスに着目する。

・就職して3ヶ月というのはプリセプターとの関係や実習中は指導者であった人が同僚になるな

どの体験をする。小児科特有のことだけでなく、それ以外のことが出てくるのでは。小児科特有というところだけを特化してみていくのは難しいのではないか。

・あまりにも分析テーマが絞りすぎではないか。体験プロセスみたいに比較的広く設定した方がいいのではないか。

8. 感想

今回、このような発表の機会を与えていただき、皆様から貴重なご意見やアドバイスをいただきましたこと、心より感謝しております。実際のデータから分析を行うにあたり、自分では分析テーマを決めて行っているつもりでしたが、進める中でその方向性があいまいになっていました。今回分析テーマの絞りすぎをご指摘いただき、その点が逆に分析を難しくしてしまっていたと感じています。小児科の特徴を出すためにも、まず新人看護師が何を体験しているか、データに密着し分析を進めていきたいと思います。ありがとうございました。

◇ 近況報告：私の研究

「研究についての近況報告」

明星大学 山井 理恵 (qzd11275@nifty.com)

私は、この数年間、在宅介護支援センターを中心に、地域包括支援センター、非営利団体や営利企業におけるケアマネジメントについて研究を行っている。研究のテーマとしては、支援困難な利用者を手がかりに、利用者や家族に対する直接的な支援だけでなく、サービス事業者に対する間接的な介入についても明らかにすることにより、見過ごされがちなケアマネジャーの業務を明らかにすることにある。

ソーシャルワークやケアサービスにおいては、支援困難な利用者の存在は、ケア専門職にとって、多くの時間やエネルギーを費やし、しばしば士気を損なわせる存在であった。その一方において、支援困難な利用者を担当することにより、ケア専門職がその力量を高めたり、新たな社会資源の開発や修正につながるきっかけとなることも指摘されている。

このような問題意識を手がかりに、在宅介護支援センターのケアマネジャーによる、①支援困難な利用者が社会資源を活用していくための直接的な支援、②支援困難な利用者に仲介していくための供給機関に関する情報収集や信頼性の吟味、③支援困難な利用者のニーズに適合したサービスを提供するための供給機関に対する介入を分析テーマとした。

分析の結果をもとに、投稿を行い2本ほど論文がアクセプトされ、さらに1本を投稿中である。2本の論文についても、数回のリジェクトを経てのアクセプトであった。査読を経験して感じたことは、なぜ自分がインタビューデータやフィールドワークデータのある部分に着目し、概念を生成するに至ったかを、他者にわかりやすく説明することの難しさである。さらに、M-GTAに限ったことではないが、研究結果が、先行研究と比べて、どのような新たな発見があるかをきちん

と示すことも、非常に重要であると感じた。

分析を経験して、これまでの研究では見過ごされてきた実践現場の現実を、データに基づいて、明らかにできることが、M-GTAの面白さであると、改めて感じている。

大分県立看護科学大学 講師 小野美喜

障害をもつ高齢者の退院援助をテーマとした研究計画を抱え、M-GTA研究会に初めて参加させていただいてから4年が経過しました。計画、分析と段階を追って皆様にご意見をいただいた研究は、「回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス」(日本看護研究学会誌)「回復期リハビリテーション看護師の退院援助における多職種との連携行動」(日本看護学会誌)という2本の論文にまとめました。

大勢の中で未熟な研究計画を聞いていただくのは、とても緊張したのですが、その経験は、研究者としての厳しい姿勢も育てていただいた気がします。「この研究は本当にM-GTAで実施する必要があるのか?」「分析ポイントは何か?」、研究会でのディスカッションが頭をよぎり、自分の研究の詰めに対する甘さを戒めることにつながっています。データとにらめっこしながら前に進めなくなった時、懇親会で聞いた会話が、なぜか乗り越えるヒントになったりもしました。研究会には、最近参加できていないのですが、ニュースレターで今も勉強させてもらっております。

現在は、「日本の看護師が認識するよい看護師」というテーマで、現象学的アプローチを研究方法にした博士論文に取り組んでいます。そろそろ修了を迎えたい時期なのですが、もう少し努力を必要としています。M-GTAとは違う方法ですが、M-GTA同様にありありとした語りのデータに向かいあう時は、質的研究の奥深さを感じずにはいられません。データに密着した研究だからこそ、人が納得する研究なのだと確信しつつ研究に取り組んでいます。

これからもニュースレター、研究会等で多いに刺激を受けて頑張りたいと思います。どうぞよろしく願いたします。

神田外語大学 堀内みね子

現在、仕事の中心は大学での留学生教育です。以前構想発表の機会を頂いた折(2006年6月)には、勤務先大学における留学生支援体制構築の一環である留学生への学習支援活動に参加した一般学生が、彼ら自身の中でどのように学習相談員としての役割像を形成しながら活動を進めていくのかを報告しました。発表時は変化過程で明らかにしたいことが不明確で、研究テーマから分析テーマへの絞り込みが不十分であることが構想発表をすることで私自身明確になりました。このテーマについては、その後現場の実践状況が変化したこともありそのままになっていました。その後、担当する日本語教員養成課程の教育実習でも、日本語教員を目指す(あるいは興味を持つ)学生が学内に在籍する外国人留学生と身近に継続的な関係を形成する教育実習を実践しています。これも活動を通して外国人留学生とコミットする過程で、自分の中にある異文化に対する

壁のようなものをどのように低くしていくか、あるいはそこにチャレンジしていくかという点では、先の学習支援活動と共通するテーマです。実践活動を通して、自分に内在する潜在的な「支援者として〇〇すべきかわり方」が「わたし自身がどうかかわれるか」へと変化していくということが何であり、どんな意味があるのかということに興味があるのだと感じています。今後はこの点に焦点を合わせて、実践現場で生じている現象を見ていきたいと考えています。勤務先大学の研究報告書に、先の留学生支援体制構築のための実践活動を M-GTA で分析した小論を 2 本書きましたが、分析ではなく単なる分類に止まっています。定例研究会や昨年の研究合宿で、データを見ながらの分析方法、分析テーマの調整、バリエーション、定義、概念名のつけ方、WS 作成方法の実践を通し、分析テーマの絞込みかた、データから概念化する方法など少しずつ学びを深めてきてはいますが、まだ M-GTA をしっかり自分の研究方法としてつかめていないというのが実感です。「概念」一つ取り上げても、キャッチコピーのようなもので動きが感じられ、定義以上に抽象度を上げた概念名をつけることは易しい作業ではありません。分析テーマの絞込みは重要だが、絞り込みすぎるとデータに在るディテールが拾えなくなるというのも、わかるような、わからないような感じです。大学の仕事以外にも、心理カウンセラーとして学生相談室、民間相談室の臨床現場に身を置いていて、カウンセラー養成課程の研修などでベーシック・エンカウンター・グループを実践しています。グループプロセスにおける参加者の自己探求の変化にも大変興味があり、こちらのデータも少しずつ集めています。人間と人間のトータルなやりとりで成立している実践の世界を、共有可能な形で提示できる方法論としての M-GTA (木下 2006) に少しでも近づくための葛藤はまだ当分続きそうです。今後ともよろしくお願いいたします。

「教育現場の“暗黙の了解”に着目して…」

筑波大学準研究員（教育学） 都丸けい子

私は、生徒との関係における悩みを契機として中学校教師に生じる認知・行動上の変容とその一連の過程について、質的・量的側面から研究を進めてきました。

人は悩むことを経て成長する…場合にもよりますが、これは多くの人にとって経験上納得のいくことだと思います。一方、悩みによって心身のバランスを崩す…これも経験上納得のいくことです。これまで、教師の悩みとメンタルヘルスとの関連は詳細に検討されてきました。しかし、教師の成長・発達との関連は、教育現場の“暗黙の了解”，また個人的な問題として、特に検討されてきませんでした。教育学と心理学、また研究と教育実践（特に、教師と生徒）の狭間にいた私は、二つの側面を持つ「悩み」に興味を抱き、生徒との関係の中で教師が試行錯誤しながら変わっていく様相を描き出したいと思いました。

2 年半前に M-GTA 研究会で構想発表をいたしました。その際、研究テーマ、分析テーマ、分析焦点者、M-GTA を用いる意義…あらゆることに関し、多様な側面から忌憚のない意見をいただきました。当時、自分の勉強不足を反省するとともに、M-GTA を用いて分析を続けてはたして良いのだろうか…と迷いを抱きました。しかし、浮かび上がってきたプロセスは私が知りたいと願っ

ていたものであり、教育現場の先生方に還元できる余地を孕んでいました。M-GTAでの発表は、改めて自分の研究テーマに向き合う貴重な機会となりました。その後、いただいた疑問・質問へ取り組み、昨年度、博士論文として研究をまとめるに至りました。

現在は、M-GTAの結果得られたプロセスをさらに精査するとともに、方法論的限定によって対象となる範囲を狭め、現場に還元しやすくなるよう、より具体化したプロセスを導き出す試みにも取り組む予定です。これは、個々の教師の経験と再び突き合せられ、精査されることを前提として作られるモデルを目標としているためです。また、結果の有効な活用方法についても介入研究によって試行錯誤していく予定です。

今後とも、よろしくお願い致します。

◇次回研究会のお知らせ

日時：12月8日（土曜日）13：00～18：00

場所：立教大学（池袋）10号館 X208教室

<研究発表>

発表者：藤野清美さん（新潟大学大学院博士前期課程）

テーマ：「慢性期統合失調症患者の語りを通した自律的意志決定過程」

分析テーマは慢性期統合失調症患者の生活の再編成における自律的意志決定過程で、デイケアに1年以上通所し、40歳～65歳の方を対象としている。

<構想発表>

発表者：三澤久恵さん（共立女子短期大学看護学科）

研究テーマ：「高齢者の生きることの意味の探求に関する研究」

高齢者が生きることをごどのように考えて、日々生きているのか、その生きる力の根底には何があるのかの視点を持ち、研究に取り組んでいる。

* 次回は研究会の後に忘年会を予定しています。詳細はメーリングリストでお知らせします。奮ってご参加下さい。

【編集後記】

・今月号は研究会もあり、また新しく始まった連載もありで、かなりのボリュームとなりました。新しい連載「近況報告：私の研究」はいかがですか？現在の研究のご様子や、実際の分析や論文化、投稿にあたっての経験が様々な語られていて、とても面白く読ませていただいています。会員数も膨らんできていて、なかなかメンバーの同士の交流もままなりませんが、自己紹介の意味も兼ね、原稿依頼がありましたら、気軽にお引き受け下さいますようお願いいたします。

- ・次回の研究会は今年最後となりますので、研究会終了後に忘年会を行います。ご案内はまたメーリングリストでいたします。是非、ご参加ください。
- ・次回からは木下先生によるコラムも始まりますので楽しみに！またニューズレターについてのご感想やご意見もお聞かせください。

(佐川記)