



# 腎不全看護

## Seminar Report

第1回DLN認定試験  
・受験対策サポート研修  
(講座1~7)  
2009年9月19日(土)・20日(日)

看護の基本姿勢の理解  
人間の成長発達の理解  
人間の心理行動の理解  
病気の過程にある人の理解  
看護援助,支援への活用(1)  
看護援助,支援への活用(2)  
看護援助,支援への活用(3)

日本腎不全看護学会の新たな展望  
日本腎不全看護学会の教育計画について  
第13回日本腎不全看護学会学術集会・総会—開催のご挨拶—



# 腎不全看護

# Seminar Report

2009年9月19日(土)・20日(日)

名古屋:中外東京海上ビル

DLN 認定試験・受験対策サポート研修

- 講座 1 看護の基本姿勢の理解 1  
金沢医科大学看護学部看護学科教授 田村幸子
- 講座 2 人間の成長発達を理解 4  
昭和大学保健医療学部看護学科准教授 三村洋美
- 講座 3 人間の心理行動の理解 7  
昭和大学保健医療学部看護学科准教授 三村洋美
- 講座 4 病気の過程にある人の理解 10  
NPO 法人日本看護キャリア開発センター代表 下山節子
- 講座 5 看護援助, 支援への活用(1) 13  
日本赤十字九州国際看護大学講師 桐明あゆみ
- 講座 6 看護援助, 支援への活用(2) 16  
NPO 法人日本看護キャリア開発センター代表 下山節子
- 講座 7 看護援助, 支援への活用(3) 19  
日本赤十字九州国際看護大学講師 桐明あゆみ

## 日本腎不全看護学会の新たな展望 22

理事長 水附裕子

## 日本腎不全看護学会の教育計画について 23

教育委員長 大坪みはる

## 第13回日本腎不全看護学会学術集会・総会一開催のご挨拶一 25

大会長 下山節子

### 日本腎不全看護学会副理事長／聖隷佐倉市民病院看護次長 内田明子

2009年7月に当学会のテキストである『腎不全看護』の第3版を発行しました。第2版までは『透析看護』というタイトルでしたが、近年“CKD”という用語のもと、腎臓病をトータルにとらえていこうとする動きが出ており、私たち看護師の役割も拡大していくことが必要になってきていることから、第3版では『腎不全看護』にタイトルを変更しました。第2版までに寄せられた意見も参考に、第3版では、CKDの概念を取り入れたり、セルフマネジメントや腎不全看護に必要な看護理論の項目をボリュームアップさせるなどし、より一層充実したものになったのではないかと考えています。ぜひ本テキストを日々の看護実践に活用していただき、今後さらに充実したものが作れるようご意見など

ありましたらぜひお聞かせいただければ幸いです。今回の研修は、DLN 認定試験の試験対策を趣旨として計画したものです。この2日間が充実したものとなるよう願ひまして、挨拶とさせていただきます。

※本研修は『腎不全看護 第3版』の内容を理解する一助となるようわかりやすく解説したものであり、一部テキストと語句や表現が異なっている点もあります。



## 講座 1

## 看護の基本姿勢の理解



金沢医科大学看護学部看護学科教授  
田村幸子

## はじめに

「看護の基本姿勢の理解」をテーマに、セルフケア理論とケアリングの看護理論、人間関係論を概説する。

## セルフケア理論

Orem<sup>1)</sup> は、セルフケアを、個人が生命、健康、安寧を維持するために自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践であるとしている。また Orem は、個人が必要とする意図的セルフケアの種類として普遍的セルフケア要件、発達のセルフケア要件、健康逸脱に対するセルフケア要件の3つのタイプのセルフケア要件を示し、その3つの要件を達成することがセルフケアの目的であるとしている。

## セルフケア要件

## ・ 普遍的セルフケア要件

普遍的なセルフケア要件は、生きていくために必要なニーズを満たすために必要なセルフケアである。普遍的セルフケア要件として Orem は8つの項目をあげている。①十分な空気摂取の維持、②十分な水分摂取の維持、③十分な食物摂取の維持、④排泄過程と排泄物に関するケアの提供、⑤活動と休息のバランスの維持、⑥孤独と社会的相互作用のバランスの維持、⑦生命、機能、安寧に対する危険の予防、⑧正常性の促進（人間の潜在能力、既知の能力制限、および正常でありたいという欲求に応じた、社会集団の中での人間の機能と発達の促進）、である。

## ・ 発達のセルフケア要件

発達のセルフケア要件は、正常に成長、発達する過程で特定されるセルフケアで、2つのタイプがあるとしている。1つ目は、生命過程を支え、発達過程を促進する状態である。このタイプは、人には幼児期、思春期、青年期、成人期、妊娠期など、発達段階に応じた課題があるが、その課題が達成できているか、どんな支援が必要なのかという視点でみていくものである。

2つ目は、発達を阻害する可能性のある状態に対するケアの提供である。発達を阻害する要因があれば、それをうまく除去したり警戒したり適応したりする必要

があるが、その支援が必要であるとしている。

## ・ 健康逸脱に関するセルフケア要件

健康逸脱に関するセルフケア要件は、病気や怪我をしたり、障害をもったり、医学的ケアを受けている場合に存在するセルフケアで、Orem は大きく6つのカテゴリーがあるとしている。まず1つ目は、健康を逸脱していることから、適切な医療を確保すること、2つ目は、その病気がもたらす影響を認識し、影響を予防すること、3つ目は、処方された療養法を効果的に実施すること、4つ目は、治療の副作用や不快な症状など望ましくない影響を認識し、調整すること、5つ目は、自分が専門的なヘルスケアを必要とすることを認め、自己概念を修正すること、6つ目は、療養しながら、病気と付き合っ生活することを学ぶことである。健康逸脱に関するセルフケア要件は慢性の健康障害を持つ人の場合、とくに大事な要件である。

## 治療的セルフケア・デマンド

治療的セルフケア・デマンド<sup>2)</sup> は、健康を逸脱した人が療養生活を送るうえで、必要不可欠なケアであり、人間として生きていくために必要なケアに加え、治療上において必要なケアを含んだものである。セルフケアの3要件（普遍的、発達の、健康逸脱に関するセルフケア要件）を充たすにあたり、看護の専門的知識と技術に加え、治療方針や医学的知識が用いられる。患者はどの程度のセルフケア能力があるか、必要なケアはどの程度であるか、またいつ看護を始めるか、いつ看護を止めるか、どんな看護をどの程度するかなどを見極めていく必要がある。

## 慢性疾患患者のセルフケア

慢性疾患患者の鍵となる問題として、社会学者のStrauss<sup>3)</sup> は8つの点をあげている。これは慢性疾患をもつ人（腎不全患者の場合でも）がどのような課題に直面するのかを理解するためにも重要である。8つとは、①疾患の急変・悪化の予防、管理。②治療に伴う副作用や不快な症状の管理。③処方された療養法の実践。④社会的孤立の予防。⑤病気の過程に生じる変化への適応。⑥人との付き合い、生活スタイルなどを常態化する努力。⑦治療費や生活費などの財源の確保。

表 1 慢性疾患患者のセルフケア確立に向けての5つの課題

医学的・実践的知識の獲得  
自己管理プロセスの習得  
情緒の安定  
人生上の選択・自己決定  
患者としての家庭・社会での役割

(日本腎不全看護学会編：腎不全看護 第3版，医学書院，2009，p265より引用)

⑧かわりのある人に、心理・社会的な問題に直面してもらうこと，である。以上，慢性疾患患者の場合，本人はもとよりかわりのある人にも，問題の影響が及び，その問題に直面しなければならないことがあるとしている。

### セルフケア確立に向けた課題

慢性疾患をもつ人のセルフケア確立に向けた課題について，正木<sup>4)</sup>は以下の5つを提示している(表1)。

- ①医学的・実践的知識の獲得
- ②自己管理プロセスの習得
- ③情緒の安定
- ④人生上の選択・自己決定
- ⑤患者としての家庭・社会での役割

慢性疾患をもつ人にとり第1の課題は，慢性疾患に関する医学的知識，自己管理に必要な知識の獲得である。これらはセルフケアの基盤となる。第2の課題は自己管理プロセスの習得である。獲得した知識を自分の生活に活用していくプロセスで，患者自らが選択・決定・実行・評価していく主体的活動である。第3の課題は情緒の安定であり，主体的活動を維持するためには重要である。第4の課題は人生上の選択・自己決定である。慢性疾患をもつ人は自己概念や人生観に大きな影響を受けながら，長い経過のなかでさまざまな人生のイベントに出会い，人生上の選択・自己決定をするのである。第5の課題は社会役割の喪失や変化である。変化を受け入れながら新たな役割を見出していく課題である。

### セルフケア確立への看護援助

慢性疾患をもつ人のセルフケア確立にむけた，外来看護活動から導き出された5つの援助アプローチがある。

1つ目は指導的アプローチで，これは医学的な知識などを獲得するのに優れた方法である。2つ目は学習援助的アプローチで，おもに自己管理プロセスの習得を目的とする。この方法では患者が主体的に学ぶことに主眼を置く。患者が自分の行動や症状をみつめ，自分で考え，日常生活を客観的に振り返るようにしむける援助である。3つ目は支持的アプローチで，よし悪しで評価せず，患者がなぜそう思ったのか，なぜできないのか，どのように考えているのかをしっかりと捉えるやり方である。4つ目は相談的アプローチで，患者の相談相手として，患者が真に望む選択をして自己決定していくことを導いていくやり方である。5つ目

は協力的アプローチで，患者と医療者，透析を受ける側と透析をする側といった関係を越え，対等・平等に協力して，お互いの力を出し合って前に進もうとするやり方である。

## ケアリング

ケアリングは人が生きていくうえで必要不可欠であり，看護におけるケアリングはあらゆる人々の生涯を通じての健康問題にかかわる。ケアリングはケアする人，受ける人の相互関係のなかで成り立ち，看護師は患者・家族と支援の治療的関係を築くことが求められる。しかし，看護師もまた人間であり，看護師個人の人格特性や道徳，倫理観などがケアリングの場で大いに表出されてしまう。

ケアリングの看護理論の代表的なものに，Mayeroffの『ケアの本質』<sup>5)</sup>とWatsonの『ケアリング理論』<sup>6)</sup>があげられる。

Mayeroffは『ケアの本質』のなかで「一人の人格をケアするとは，最も深い意味でその人が成長することや自己実現することを助けることである」と述べている。そして，「他者を自分と同じ延長線上で感じ，独立して成長する欲求を持つ者として考え，他者と連続性を持って発展的に相互作用する過程である」としている。

一方，Watsonの『ケアリング理論』では，「ケアリングとは他者への関心を基盤にした人間の行為であり，プロセスである」としている。Watsonの理論の中心の概念として，ヒューマンケアリングとトランスパーソナルの2つの概念がある。ヒューマンケアリングは看護の本質であり，人間の生存に不可欠であり，普遍的であるとしている。しかし，ケアの意味や価値，パターン，実践・表現の方法は個人個人の文化的背景により異なるとなっている。

トランスパーソナルは，個人—身体—自我を超越した人間の結びつきであり，人間が生きる力の根源(Spirituality)の次元をもつとしている。そして，看護師が誠心誠意，全身全霊を込めて心を開き，患者の現象・経験に参入し，メッセージを発信する。患者はその発信を受けて何らかの「内省」をし，看護師に発信する。この瞬間に互いの現象野は一緒になり，患者の心，肉体，魂の内的調和を獲得させ，自然の治癒力を促し，苦痛，苦悩を癒し，成長させるとしている。

またWatsonは，ケアリングを実践する前提となる10のケア要因をあげている(表2)。

①人道的—利他的価値観を形成する。自分のことではなく相手に価値観をもっていく。②信頼—希望を浸透させる。③自己と他者に対する感受性を養う。④援助—信頼関係を育てる。⑤肯定的感情および否定的感情の表出の促進と受容。肯定的な感情だけでなく否定的な感情も表出を促進して受容したほうがよいとされる。⑥意思決定への科学的問題解決法の体系的活用。

表2 Watsonの10のケア因子

人道的ー利他的価値観を形成する
信頼ー希望を浸透させる
自己と他者に対する感受性を養う
援助ー信頼関係を育てる
肯定的感情および否定的感情の表出の促進と受容
意思決定への科学的問題解決法の体系的活用
相互関係の中での教育ー学習を進展させる
援助・保護・調整することができる精神的、身体的、社会文化的、靈的環境の提供
人間のニーズを充足する支援
実存的ー現象学的作用を認識する

(Ann Marriner-Tomey ほか, 2004<sup>1)</sup>, pp.156-162 より引用)

論理的に考え、根拠のあるものを体系的に活用して、その人の意見や生活スタイル、価値観などを取り入れながら意思決定していく。⑦相互関係のなかでの教育ー学習を進展させる。対面して向き合って教えるというスタイルが重要である。⑧援助・保護・調整することができる精神的、身体的、社会文化的、靈的環境の提供。全面的なものを支持・保護・是正するよう考える必要がある。⑨人間のニーズを充足する支援。人間の基本的なニーズが充足されているかどうかをみたくて、次の段階に上げていかなければいけない。⑩実存的ー現象学的作用を認識する。

ケアリングは、抽象度が高く倫理的に看護はどうあるべきかに焦点を当てて述べている理論である。課題指向的ではなく、倫理的な理念を示した理論であるととらえていくとよい。

### 人間関係論

テキスト『腎不全看護』（第3版）では、看護職者としての在り方、自己の対応能力、他者の対応能力の重要性について記述されているが、ここでは人間関係論の理論を中心に紹介する。

看護はケアを提供する活動であり、対象者に関心を寄せ、人間関係を構築しながらでなければ、効果的なケアの展開は困難である。「その人らしさ」の尊重と、「その人に合ったケア」の提供のためには、その人がこれまでどう生きてきて、いま何を考え、これからどうしたいのかに関する理解が不可欠である。このように看護過程のプロセスと対人関係のプロセスは、ときに錯綜し、平行し、ときに重なり、離れながら進んでいく複雑なプロセスである。代表的な人間関係の看護論としてOrland<sup>6)</sup>、Wiedenback<sup>6)</sup>、Peplau<sup>6)</sup>の理論があげられる。今回はPeplauの理論を紹介する。

### Peplauの看護理論

Peplauの看護理論の考え方には、中心となる2つの大きな概念がある。1つの中心概念では、「患者ー看護師の関係には、方向づけ、同一化、開発、解除の4つの段階がある」とし、もう1つの中心概念では、精神力動的看護を打ち出し、「看護とは患者と看護師がそれぞれ互いに学び、成長していく人間と人間の関係で

ある」としている。

患者ー看護師関係の4段階について

1段階：方向づけ

その人の切実なニードは何か、ニードへの反応はどうか、不安や欲求不満、葛藤の状況はどうかといった視点でアセスメントする。こちらが関心をもっているということを表示し、具体的な説明をする。その人の反応をしっかりと確かめ、話を聞く段階である。

2段階：同一化

切実なニードは何か。求められた援助を効果的に提供する視点でアセスメントする。患者の看護、看護師に対する期待と先入観を明らかにし、率直な態度や開かれた会話によって本当の心情を聞き出す段階である。

3段階：開発

複雑なニードまでアセスメントする。患者自身に何ができるかの情報も提供してもらう。相手を評価、批判することなく患者の求める支援に応える。すると良い方向への変化が起きてくるので、少しでも変化があれば褒めるようにしたい段階である。

4段階：解除

病気の体験自体の理解、患者ー看護師間関係の終結がアセスメントの視点となる。患者が自ら努力するようになれば支援は要らないため、患者に実権を移行する段階である。

以上よりPeplauの看護理論をまとめると、患者は病気の体験を通して看護師から学び成長を遂げる。看護師も患者をケアすることから学び、成長することが看護の本質である。つまり看護師と患者の間に起こる「看護」の現象は、パーソナリティの成熟を促す力となるのである。

### おわりに

「看護の基本姿勢の理解」に必要なセルフケア理論、ケアリングの看護理論、人間関係の看護論を『腎不全看護』<sup>4)</sup>に沿って概説した。どのような局面でどの看護理論が使えるのか、今後臨床の場でおおいに実践・検討していただきたい。

### 文献

- 1) Dorothea E Orem: オレム看護論 看護実践における基本概念 第4版, 小野寺社紀訳, 医学書院, 2007
- 2) 竹尾恵子監: 新訂版 超入門 事例で学ぶ看護理論, 学研, 2007
- 3) Anselm L. Strauss ほか編: 慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点, 南裕子監訳, 医学書院, 1987
- 4) 正木治恵: セルフケア理論とその活用. :腎不全看護 第3版, 日本腎不全看護学会編, 医学書院, 2009, pp. 262-268
- 5) Milton Mayeroff: ケアの本質, 田村真ほか訳, ゆみる出版, 1987.
- 6) Ann Marriner-Tomey ほか編: 看護理論家とその業績 第3版, 都留伸子監訳, 医学書院, 2004

## 講座 2

## 人間の成長発達を理解



昭和大学保健医療学部看護学科准教授  
三村洋美

## はじめに

ここでは、人間の成長発達を理解として、発達課題論、役割理論について概説する。

## 発達課題論

人間が健全で幸福な発達を遂げるために、各発達段階で達成しておかなければならない課題があり、人はそれを越えながら日々発達している。それが発達課題 (developmental task) である。発達課題を最初に提唱したのは Havighurst で、アメリカの中流家庭を対象にして人間の形成、社会化がどのように発達をし課題を遂げていくことでなされるのかを研究したことが始まりである。Havighurst は、基本的な発達課題をクリアして人間形成、社会化をしていく根底にあるものは、他者との情緒的つながりをもつコミュニケーションスキルと、両親からの精神的、経済的自立があるとしている。Havighurst は幼児期、児童期、青年期、壮年期、中年期、老年期の6段階に分け、それぞれの段階によって発達課題があるとする。

一方 Erikson もライフサイクルを8段階に区別し、各段階の発達危機と発達課題を示している (表1)。発達課題を達成しようとする、個人の欲求との間での葛藤が起こり、危機的状況が発生する。これを発達危機とし、発達課題と発達危機とのせめぎ合いを克服することで発達課題を達成する。そして、発達課題を達成することにより人格的活力を得られるとする。

## ライフサイクルにおける発達課題と発達危機 (Erikson)

## ・乳児期

誕生から15ヵ月ぐらいまでとされる。発達危機は「基本的信頼と不信頼」で人格的活力は「希望」である。乳児期は精神的安定や身体的安全が母親から守られている時期で、母が自分を守ってくれるということを知ることによって母親を信頼し、さらには自分を信頼することを学ぶ。自分を信頼することで新しい経験ができる。新しい経験は不安定で危険をはらむが、「自分にはできる」という感覚によってチャレンジが促され、「希望」を身につけていく。

## ・幼児期初期

発達危機は「自律性と恥、疑惑」で、人格的活力「意志」を身につけていく。幼児期初期は、15ヵ月～3歳くらいまでとされ、行動様式を身に付ける時期である。両親から食事や排泄の訓練を受け日常生活をコントロールする自律性を学ぶが、日常生活のコントロールには失敗のくり返しがつきまとう。失敗すれば恥ずかしい思いや自らに対する疑惑をもつが、これを乗り越えていくことで自らをコントロールする「意志」を身に付けていく。

## ・遊戯期

遊戯期は子どもが最も活発に動き、遊びを覚えていく時期で、3～5歳くらいから6歳くらいまでが該当する。発達危機は「自立性と罪悪感」で、人格的活力は「目的」である。両親への依存から離れ、独立して自分の欲求を満たすべく行動をとるようになり、好奇心をもって積極的に物事を探索して自立性を学ぶ。はじめは自分の欲求を満たすために行動するため、行き過ぎて両親から禁止されたり罰せられて罪悪感をもつことがあるが、自己中心でない行動になるようバランスを知り、「目的」というものを身につけていく。

## ・学童期

発達危機は「勤勉性と劣等感」、人格的活力は「適格」である。小学校から思春期前くらいが該当する。この時期はスポーツや勉学、手伝いなど、知的で生産的な活動をはじめ。また、友人や教師とのかかわりのなかで行動をとるようになる。友人や教師を通じて自らを高めようとし、それがうまくいけば自分の有能感や自尊心が高まる。失敗した場合には劣等感をもつが、自ら優れている点と劣っている点を見出し、競争するなかでも適応することを知り、成長していく。

## ・青年期

思春期から19歳くらいまでで、発達危機は「同一性と同一性の混乱」、人格的活力は「忠誠」である。このころは仲間グループ、グループ対グループといった友人が重要他者となり、そのなかでさまざまな役割をもった自分が存在することを学ぶ。はじめはそれら一つひとつの自分がばらばらに存在すると考え同一性が

表1 Eriksonの示す人生周期(ライフサイクル)と発達課題・発達危機

段階	発達危機	人格的活力	重要他者
I 乳児期	基本的信頼：基本的不信	希望	母親
II 幼児期初期	自律性：恥、疑惑	意志	両親の人間
III 遊戯期	自主性：罪悪感	目的	核家族的人間
IV 学童期	勤勉性：劣等感	適格	近隣、学校内の人間
V 青年期	同一性：同一性混乱	忠誠	仲間グループ、グループ対グループ
VI 前成人期	親密：孤独	愛	友人、異性
VII 成人期	生殖性（世代性）：停滞	世話	家族
VIII 老年期	統合：絶望、嫌悪	英和	人類

混乱する。しかし、自分が何であるのかを考えながらそれらを統合していくことで、自らを信じるものに対する確固とした強さを持ち、そこにエネルギーを注ぎ込む「忠誠」を得ていく。

・前成人期

20～30歳くらいがあたる。発達危機は「親密と孤独」、人格的活力は「愛」である。重要他者も家族ではなく、友人や異性などの他者になる。「これが自分である」という同一性を確立し、他者との親密な相互関係を確立していく。同一性を確立することは他者との違いを自覚することでもあり、他者との親密な関係を形成できなければ、孤独となる。親密性が取れたり、うまくいかず孤独になったりしながら、利己的でない「愛」を獲得して成長をしていく。

・成人期

30～60歳ぐらいで、「生殖性（世代性）と停滞」という発達危機を行ったり来たりしながら人格的活力「世話」を得る。この時期は、次の世代を育てていく時期で、とくに家族のなかで世代間の文化や価値を継承する役割を担う。相手を受け入れながら文化や価値の継承をしていくことができれば、生殖性、世代性、すなわち下の人たちを育てていくことができる。世代間で文化や価値を継承し、人をはぐくみ、「世話」、つまりケアするということを伝えていく。

・老年期

60歳以降が該当するとされる。発達危機は「統合対絶望、嫌悪」で、人格的活力は「英知」である。この時期は、人生のなかで自分の意味を考える時期、多くのものを失う時期でもある。加齢によって失われていくものを見ることで自分自身に嫌悪を感じるといわれる。また、さまざまな喪失も体験し、それまで生きてきた人生を振り返り、自らの存在の意味を考える。失敗したことに絶望したり、成功したことに満足したりして、老年期に至るまでの人生を自らの人生として統合できれば、人生の本質である知恵、「英知」を得ることができる。

**発達課題を看護にどう活かすか**

発達課題論を看護に取り入れるのは、対象者の人間

としての発達をとらえるためであるといえる。私たちの対象者は慢性腎臓病をもつ療養者であるが、臨床ではさまざまな患者がおり、一人ひとりの患者を捉えなければならず、発達課題論が役に立つ。

発達課題論を用いてみようとするのは、どのような発達課題をクリアして、どのような人間形成や社会化をしてきたのか、すなわち発達危機をどう乗り越えたかである。また、療養者は慢性腎臓病をもつことで生き方の転換を迫られたはずで、状況危機をどう乗り越えたかもみなければならない。療養者が、発達課題論のどの部分について課題修正をしたのか、またどの部分について課題修正が必要なのかを理解していくことで、援助の参考になると考えられる。

**役割理論**

「役割」というのは、社会生活を営むなかでもつニードであり、他者の役割との関係において行動を決定する基本になるものといわれている。役割には必ず対象者が存在する。母親という役割には子どもという対象がいる。職場で事務員という役割があるのは、社長であったりほかの部署であったり、対応する他者がいる。私たちは、病気の人がいるから看護師という役割がある。反対に患者は病気をもっていることから、私たちを看護師という対象として、患者という役割をもつことになる。

**役割期待と役割取得**

役割が生じたときに、その役割に対する期待をされ、その期待をもとにして役割を取得する。たとえば家庭における母親は、乳児・子どもと母親という関係性において、母親は子どもを保護する、しつけをする、ミルクをやる、おむつを替えるといったことをするのが母親であるとして、周囲の人から母親の役割を期待される。これを役割期待という。そしてその役割期待を受け、母親は自らの価値に照らし合わせて、母親としての役割を規定する。これを役割取得という。そのとき、期待をそのまま規定する場合もあれば、違う価値をもっており、それを修正してもう一度役割を規定することもある。そしてその規定に沿って役割を遂行するためのさまざまな行動を取る。

**手段的行動と表出的行動**

役割を遂行するときの行動には手段的行動と表出的行動の2つのタイプがある。手段的行動は、他者から期待された役割に沿った行動である。もう1つは表出的行動で、自らの役割を規定した相手との相互交流による情緒的な行動である。役割をもったときにこの2つの行動が合致すると役割取得も役割遂行も速やかにおこなえる。

先の例でみてみると、他者から母親として、子どもを守る、しつけをする、ミルクをやる、おむつを替えるといった役割を期待されたとする。一方本人は、子どもを守る、ミルクをやる、おむつを替える、子ども

をあやすといったことが母親の役割であると規定した。

この場合、他者から期待され、自分でも規定した、守る、ミルクをやる、おむつを替えるは手段的行動としても表出的行動としても行動される。期待された行動として自らも納得もしているし、赤ん坊に対して自分がおこなうべき行動としても規定している。

しかし、しつけをするというのは、他者から期待はされているが自らは役割として規定していない。しつけをするのは母親役割ではないと考えているが、期待されている役割としてはおこなわなければいけないというときには手段的行動となる。一方、子供をあやすのは、役割としては期待されていないが自らが規定しており、この場合は表出的行動としておこなわれる。

### 役割の種類と役割統合

役割は1次的役割、2次的役割、3次的役割に分けることができる。「日本人である」「〇〇歳である」「女性である」といった変えることのできない属性を基本的役割として1次的役割という。2次的役割は1次的役割に追随するもので、「母親」、「看護師」などといったものを指す。3次的役割は自主的役割、一時的な役割で、「PTAの役員」「サッカーチームのコーチ」など、やめようと思えば比較的容易にやめることができるものを指す。人にはさまざまな複数の役割があるのが一般的であり、この役割をうまく統合していかなければならない。

患者という役割は、病気になり看護師、医師が対象として出現する。患者役割は、インフルエンザや骨折など一時的で回復する病気の場合は3次的役割であるが、慢性疾患の場合は2次的役割に入る。

慢性腎臓病の診断を受けたときから、患者は新たな役割を取得しなければならない。それまでバランスを取っていたところに新たな役割が入ることで、バランスを取り直さなければならない。患者役割に限らず、新たに役割が入ったときには必ずバランスの取り直しがおこなわれる。それは自分自身の同一性をもう一度とらえ直すことともいえる。

### 役割葛藤と役割失敗

人が自らの役割を遂行するうえで、葛藤が生まれるのが役割葛藤である。役割葛藤には役割内葛藤と役割間葛藤がある。役割内葛藤は、数人の人からのある役割に対する期待に矛盾が生じて葛藤するものである。たとえば、事務員として働いている人が慢性疾患を患ったとして、母親は無理をしないようにして仕事を続けるべきであるという期待をもち、夫は仕事をやめて家で療養生活をするべきであると期待するとする。このときにこの人は2つの期待を吟味して役割を規定をしていくが、2つの期待がまったく矛盾しているため、事務員という役割の「内」において葛藤が生じる。

一方、役割間葛藤は、遂行すべきいくつかの役割間で矛盾が発生し、葛藤するものである。営業マンとして働いている透析患者が、取引先から「緊急で相談し

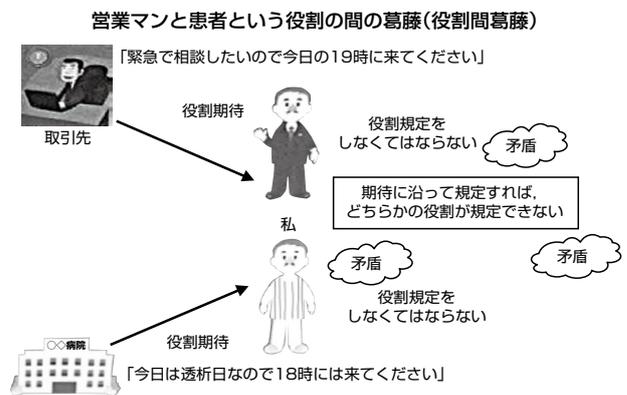


図1 役割間葛藤

たいので今日の19時に来てほしい」といわれた。営業マンは取引先からの連絡があればすぐに来るものだという役割期待を与られている。しかしその日は18時から透析をおこなう日である。これは患者役割である。

この場合、期待される役割に沿って規定すればどちらかの役割が遂行できない、営業マンをやれば患者ができない。患者をやれば営業マンができない。役割と役割の間の葛藤が生じている。これが役割間葛藤である(図1)。

もしこの人が営業マンとしての役割を選択し取引先に行ってしまった場合、患者役割は遂行できない。役割の規定がうまくいかなかったり、うまく行動を調整できずに役割を失敗した場合が、役割失敗である。

### おわりに

役割には1次的役割から3次的役割までであるが、そこに患者役割が入ってくことでさまざまな葛藤が起き、ときには役割失敗が起こる可能性があることも理解しておかなければならない。私たちは相談には乗れるが、患者役割を強制することも行動を決定することもできない。そのようなときには、さまざまな代替案を提案していくのが私たちの務めであろう。

### 文献

- 1) Erikson EH: 自我同一性, 小此木啓吾訳, 誠信書房, 1973
- 2) Damon W: 社会性と人格の発達心理学, 山本多喜司編訳, 北大路書房, 1988
- 3) Goffman E: 出会い: 相互行為の社会学, 佐藤毅ほか訳, 誠信書房, 1985
- 4) 森岡清美ほか: 新しい家族社会学 (第4版), 培風館, 1997
- 5) Newcomb TM: 社会心理学, 森東吾ほか訳, 培風館, 1956
- 6) Newcomb TM et al: 人間の相互作用の研究, 古畑和孝訳, 岩波書店, 1973
- 7) Parsons T: 社会体系論, 佐藤勉訳, 青木書店, 1974
- 8) Parsons T: 社会的行為の構造, 稲上毅ほか訳, 木鐸社, 1976
- 9) Ruth Wu: 病気と患者の行動, 岡道哲雄監訳, 医歯薬出版, 1975

## 講座 3

## 人間の心理行動の理解



昭和大学保健医療学部看護学科准教授  
三村洋美

## はじめに

ここでは、「人間の心理行動の理解」として、ストレス・コーピング理論、危機理論、不安、悲嘆、自己概念についてみていきたい。

## ストレス・コーピング理論

心理的ストレスとは、「人間と環境との特定の関係であり、その関係とはその人の原動力に負担をかけたり、資源を超えたり、幸福を脅かしたりすると評価されるもの」とされる。ストレスを与える出来事、刺激をストレッサーとよぶ。ある刺激は、認知の仕方によってストレスとなる場合とならない場合があり、人によって異なる。私にとってストレッサーとなる出来事が他の人にとってのストレッサーになるとは限らない。これには、個人を規定する条件と、環境側の条件の2つの条件が関係する。個人を規定する条件は「人的変数」とよばれ、価値観、かかり合い、その人の目標、脆弱性、一般的信念、自己評価（自尊心）、習熟などによって規定される。環境側の条件は「環境変数」とよばれ、要求、資源、強制などに影響を受ける。そのため、置かれた状況や個人の認識の仕方や考え方によっても変わる。

## 媒介過程

ストレスは個人と環境との関係であり、個人が環境との関係をどう感じ、考え、判断しているか、個人の捉え方や捉えた内容に着目しなければならない。この過程には大きく分けて、一次評価と二次評価がある。

一次評価は、過程として出来事をどのように認識するかという評価をする。無関係、無害（＝肯定的）、ストレスフルの3つに分けられる。無関係は、「私にとって関係ないこと」で、環境に対する高度な適応能力を示している。関係ない出来事はストレスにならない。また、無害というカテゴリーは、「私には害がないこと」で、出来事が肯定的である、好ましいことと認識している。しかし、条件が変わることで変化して不満となることもある。ストレスフルは、「私に害を及ぼす」ことで、ストレスが過剰にかかってきている状態である。脅威や挑戦を含む。

一次評価の後でストレスフルとされれば、その状況を

切り抜けようとする、この対処行動の選択が二次評価である。無関係や無害の場合は対処する必要がないため二次評価はない。この「対処」が「コーピング」である。対処（コーピング）とは、能力や技能を使い果たしてしまおうと判断され自分の力だけではどうすることもできないとみなされるような、特定の環境からの強制と自分自身の内部からの強制の双方、あるいは一方を適切に処理し統制していこうとする行動による努力といわれている。コーピングでは、人的変数、環境変数を適切に処理し、変化させていく。

## コーピング

コーピングには、情動中心のコーピングと問題中心のコーピングの2種類がある。情動中心のコーピングは、出来事の意味の解釈の仕方を変える。これは防衛機制で、避ける、遠ざかる、注意をそらす、積極的な価値を見出すなどで、自分の範疇に置かないようにしていくといったものである。問題中心のコーピングは、客観的に分析をし、環境変数と人的変数との関係をとらえ直す。具体的には、問題の所在を明らかにする、解決策を考える、解決することでの利益や損失を考えるといったものである。

問題中心のコーピングで問題を解決することができれば理想的であるが、必ずしもすべて解決できることばかりではないことから、防衛機制として避ける、遠ざかるといった情動中心のコーピングも必要不可欠なものといえる。

## 臨床への応用

患者は、一次評価でとらえたものに、二次評価でそれについてどのように対処を考えるかというプロセスを経て行動を起こしている。何か行動を起こしたとき、そこには何かがありその対処として行動したものと考えることで、行動の根本を理解しやすくなると考えられる。人の行動は、何かの考えがまずあって判断した結果として起こされているのであることから、何か疑問に思うような行動をしたときには話を聞くのが良いであろう。

## 危機理論

人は自我機能として情緒的平衡状態が維持されており、問題に直面して一時的に均衡な状態が乱れても、や

が平衡状態に戻ろうとする。危機とは、強いストレスによって平衡状態が不安定になり、平衡状態に戻せない状況をいう。

危機には、成長発達上避けることのできない発達の危機と、偶発的に発生する状況的危機とがある。人が成長するのは、各発達段階で起こる発達危機による内的葛藤を一つずつ解決し超えていくからである。その発達危機が危機理論の中での発達の危機とされる。

状況的危機は偶発的に経験される危機で、事故、病気、配偶者の死、離別、倒産、大地震、戦争などで、そのなかで安定を脅かす最たるものは「喪失」といわれている。喪失というと人が亡くなったりした場合を想定しやすいが、体の機能を失うことも喪失である。

### 危機モデル

Fink, Caplan, Aguilera, Kübler-Ross などから危機モデルが提唱されている。Fink の危機モデルでは、衝撃→防衛的退行→承認→適応というプロセスをたどるとされる。Aguilera & Messick が均衡状態から不均衡状態となり、均衡回復への二ードがあり、バランス保持要因の有無を見て、危機回避あるいは危機に陥るという一連のプロセスを提唱している。Kübler-Ross の危機モデルでは、否認→怒り→取引→抑うつ→受容というプロセスをたどるとされている。しかし、これらは必ずこの順番どおりに進むのではなく、停滞したり逆戻りをくり返しなが進むものである。

危機モデルは、患者が今どういった段階にいるのかをみる参考になる。衝撃を受けたりしたときに否認したり、あるいは均衡状態と不均衡状態になったり揺れ動きながら、上下に感情が揺さぶられるというのがすべての危機モデルで言われている。危機モデル等の理論をみると、適応や受容などの言葉が出てくるが、そこに至るのは容易なことではないということを理解しておきたい。

### 不安

まず、不安と恐れ（恐怖）の違いをみておくと、不安とは、対象がはっきりしないときの感情で、恐怖は、対象がはっきりしているときの感情であるといえる。何がどうなるかわからないから「不安」になる。ヘビが出てきたときには「不安」ではなく「恐怖」の感情を持つ、漠然としたものを不安といい、恐怖の場合は対象物がある。

患者を見ていても、何かが怖いというときには恐怖で、「何が不安ですか」と尋ねて「先のこと」という返事であれば、先のことは何がどうなるかわからないから不安といえる。

また、不安というのは精神的反応で、遺伝的な要素が関係しているといわれている。

なぜ不安が起こるかという、本人に何かの期待や願いがあるからである。将来について不安というのは将来がどうなるか、しかし、漠然としてわからない、見通しがつかないということは、何か本人にとっての期待や願い、具体的ではないが期待や願いという大きな何かの希望が

あるはずである。

療養者、患者が望んでいるのは何かを聞いていくしかないが、ダイレクトに不安を解消するのは難しく、不安という感情が起こる。その意味は何かというところを、私たちが知るというよりも、本人が少しずつ整理をしていくしかないのではないだろうか。

不安気質の自己チェックリストが開発されており、簡単な5項目のチェックで3段階の評価をする。これで不安に思いやすい気質かどうか判定できるとされているので、参考にされたい。

### 悲嘆

悲しみとは、「期待したものを失ったときや、失いそうなときの諦めの感情」で、一方悲嘆とは、「喪失に対する、アクティブで長く引き延ばされた持続的な対処過程」とあるとされる。大切な人を亡くすることも喪失であるが、自分自身の体の一部や機能の一部を失うことも喪失である。

悲嘆には正常な悲嘆と病的な悲嘆とがある。まず喪失によって悲嘆反応が現れる。身体症状としては、睡眠障害、食欲障害、健康感の低下、体力の低下、疲労感、頭痛などである。心の面では、感情の麻痺、怒り、恐怖、やるせなさという症状が現れる。行動としては、ぼんやりしたり、引きこもったり、落ち着きがなくなったりするといったことが現れてくる。

これらが過程を踏み、徐々に改善されていき、悲嘆反応が薄れていくといわれている。しかし、改善されずずっと長引いたりすると抑うつなどが現れる病的なものになるといわれる。そこで、患者をみると、一時はだれでも落ち込むことはあるが、ずっと落ち込んでいるようであれば、病的な悲嘆反応を示している可能性を考えるようにしていく必要がある。

悲嘆もプロセスを辿る。Deeken は、正常な悲嘆反応に伴う悲哀のプロセスを12の段階に分類している。①精神的打撃と麻痺状態、②否認、③パニック、④怒りと不安感、⑤敵意と恨み、⑥罪悪感、⑦空想形成、幻想、⑧孤独感と抑うつ、⑨精神的混乱とアパシー（無関心）、⑩

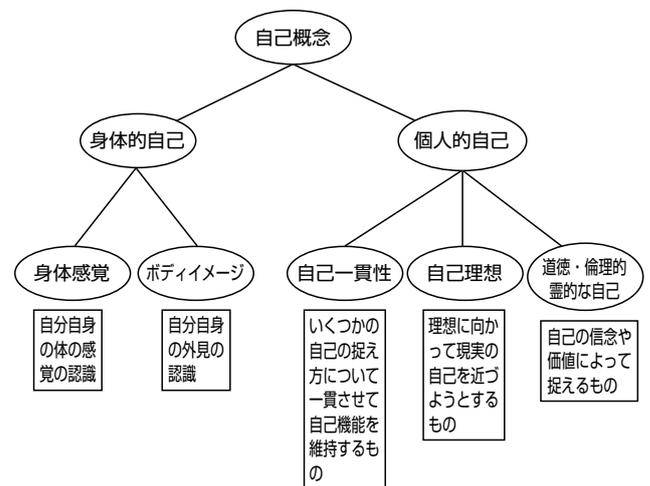


図1 自己概念

諦め—受容, ①新しい希望—ユーモアと笑いの再発見, ②立ち直り—新しいアイデンティティの誕生, というプロセスである。これらのプロセスを経て悲嘆から立ち直っていくとする。

慢性腎臓病の人たちは腎機能を喪失(身体的自己の喪失)して, 悲嘆の過程をたどる(状況的危機ともいえる)。これを乗り越えていくことで成長することもできる。私たちは, 悲嘆の過程をたどりながら, 新たな自分を見出して生きて欲しいという願いでかかわっていくしかないであろう。

## 自己概念

自己概念は「個人が自分の性格や能力や身体的特徴などに関してもっている比較的永続した自分の考え」である。まず, 自己概念の前に自己意識が形成される。自己意識は, 両親, 友達, 社会など他社からの見られ方をもとに自己意識が形成され, それをもとに, 自分の本質として私はいくような人間だということをもとに自己概念として定義する。

自己意識とは, 社会の中でさまざまな人とのかかわり合いの中から社会的相互作用を通して形成される「自己」を意識することである。Newcomb は自己意識をもつのに必要なプロセスとして, 他者からの独自の扱い, 欲求充足に対する障害, 言語的コミュニケーションが必要としている。

### 自己概念の構成要素

自己概念は, 身体的自己と個人的自己から構成される(図1)。

#### ・身体的自己

身体的自己は身体感覚とボディイメージから成る。身体感覚は, 自分自身の体の感覚の認識で, 「私は疲れやすい」「体力がない」といったことである。ボディイメージは, 自分自身の外見の認識で, 「私は左前腕にシャントがある」「腹部にPDカテーテルが留置されている」といった外見のイメージである。

#### ・個人的自己

個人的自己は, 自己一貫性, 自己理想, 道徳的・倫理的・霊的な自己の3つから成る。自己一貫性は, いくつかの自己のとらえ方について一貫させて自己機能を維持するもので, たとえば「私は女性であり, 会社員であり, 母であり, 勤勉であり, 健康である」といったように, 自分がいかに人であるということを一貫させ, 統合させていくものである。自己理想は, 「私は看護師になりたい」「英語が話せるようになりたい」という理想に, 現実の自己を近づけようとする自分である。道徳的・倫理的・霊的な自己は, 自分の信念や価値によって自己をとらえるもので, 「私は他人に対して親切にするべきである」「死は自分を含む誰にでも自然に訪れるものである」といった, 自分の価値や倫理的なもの, 信ずるもの, 霊的なものである。

### 自己概念の発達

発達という視点から自己概念をみていくと, 発達初期の自己概念は行動的な自己概念(たとえば座ってテレビ

をみる, など)と身体的な自己概念を発達させている。児童期の自己概念は外見的な自己概念から内面的な自己概念を認識しはじめている。青年期の自己概念は内面的な自己概念の分化と統合をしていく。

発達の方向としては, まず, 物質的・外面的な把握から心理的・内面的な把握へと変化する。その後, 具体的な行動水準の把握から抽象的・安定的な特性水準の把握へと向かう。そして, 包括的な把握から分化した多面的な把握へ, 単面的な把握から両価的(ambivalence)な把握へと変化する。羅列的な把握から内的な関連を保った統合的な把握へと自己概念が変化し, 発達していく。

### 慢性腎臓病患者の自己概念

慢性腎臓病患者の自己概念は, 身体的自己は身体感覚, ボディイメージともに変化する。患者は自己のとらえ直しをするが, 患者が身体的自己の状況を正しく認識できなくなることもある。

1つは, 他者(社会)が慢性腎臓病である人を理解していないために起こる。自己概念を再定義する患者が他者からの期待を考えると自己をどのようにとらえればいいのか混乱を生じる。もう1つは, 自己のとらえ方が過大であったり矮小であったりなど正確でないことで起こる。

個人的自己についても, 慢性腎臓病患者は自分の信念や価値を変化させとらえ直しをおこなわなければならないが, 個人的自己も正しく認識できなくなることもある。まず, 慢性腎臓病患者の自分自身をとらえなければならないために起こる。慢性腎臓病であることが加わるため, それまでの自己一貫性で自分をとらえられなくなる。さらに慢性腎臓病患者であることを加えて自らをとらえてバランスを取ることが求められる。

また, 自己理想が慢性腎臓病があることにより実現不可能となることもある。「宇宙飛行士になりたいが病気をもっているとエントリーできない」などである。さらに, 慢性腎臓病をもって社会で生活する自分の価値を再定義し, 自分のもつ信念や価値を統合することが求められるが, これをうまくとらえきれないことがある。

## おわりに

「人間の心理行動の理解」に必要な理論として, ストレス・コーピング理論, 危機理論, 不安, 悲嘆, 自己概念について概説した。

### 文献

- 1) 榎本博明:「自己」の心理学, サイエンス社, 1998
- 2) 狩野素朗:個と集団の社会心理学, ナカニシヤ出版, 1985, pp.17-27
- 3) 岡堂哲雄編:臨床心理学(第2版), 日本文化学社, 1998, pp.152-153
- 4) Roy C: The Roy Adaptation Model(3rd Edition), 2008
- 5) 澤田慶輔ほか編:人間科学としての心理学, サイエンス社, 1978, pp.159-189
- 6) Ziegler MS:理論にもとづく看護実践 心理学・社会学の理論の応用, 竹尾恵子監訳, 医学書院, 2002, pp.116-144
- 7) Lazarus S ほか:ストレスの心理学—認知的評価と対処の研究, 本明寛ほか監訳, 実務教育出版, 1991

## 講座 4

## 病気の過程にある人の理解



NPO 法人日本看護キャリア開発センター代表  
下山節子

## はじめに

ここでは、「病気の過程にある人の理解」として、病気の過程・プロセス・状況に焦点を当ててみていきたい。

## 病みの軌跡

病みの軌跡は、慢性疾患の人がどのように病気とともに生活してきたかをとらえるためのモデルである。「軌跡」というのは、慢性の病気や状況の行路である。

この、病みの軌跡は、Corbin と Strauss が、病気の慢性状態は長い時間をかけて多様に変化していく1つの行路を示すという考えによって提唱したもので、何千人もの数多くの慢性疾患の患者とその家族を調査した結果として導き出されたといわれている。

病みの行路 (illness course) は、起こり得る結果を予測して随伴する障害に対応するなど、方向を定め、管理することも可能だといわれている。そしてそれを通して、あるいはそのなかで生活の質 (QOL) を維持することが管理の全体的な目標である。

Corbin と Strauss による実態調査の結果、その人の過程に目を向けなければ、慢性の病気とともにどのように生きてきたかは理解できないということであった。さらに彼らは、病気や痛み、過去の治療におけるその人の体験・経験について、医療スタッフはほとんど知らないということも明るみにしている。そして、それを知らないがゆえに、その患者の反応が実は長い長いその方の生活の中から出てきた反応であるにもかかわらず、医療者はその反応を理解できず、そしてその結果「対応の難しい患者」というレッテルを貼ってしまっている。

このように病みの軌跡のモデルは、病気の慢性性、慢性がもつ特性の特徴をとらえ、患者だけでなく家族に着目することの重要性を示している。そしてこれは、患者やその家族の体験を知ること・聴くことの大きな意義、看護者の先入観や偏見への振り返りに活用できる。

## 病みの軌跡の局面

病みの軌跡には、○前軌跡期、○軌跡発症期、○クライシス期、○急性期、○安定期、○不安定期、○立ち直り期、○下降期、○臨死期までの9つの局面があるとされる

(図1)。前軌跡期はまだ症状兆候が出ない時期、軌跡発症期が、はじめて症状や兆候が出た時で、腎臓病の場合でいうと、血圧が高いと診断を受けたり薬を飲みだしたりした時期、糖尿病性腎症であれば尿糖プラス蛋白尿が出たり、腎生検をして診断があったりなどがあたると思われる。

クライシス期は生命の危機のある時期で、急性期は、慢性の病気のため完治することはないが、そのなかでも、急性増悪で合併症を併発して入院したり、何らかで入院したりした時を急性期ととらえられる。安定期は、薬を飲んだりなどの養生法の中でうまくコントロールできている時期である。不安定期は、養生法をおこなっているがうまくコントロールされていない時期を指す。

立ち直り期は、たとえば透析の患者であれば、透析療法を導入して新しい生活の仕方を見つけなければならぬ。そういった時期を立ち直り期と考えると理解しやすい。

また、長い局面のなかでは、下降期といって身体や心理が良い方向に向かわずに下降する時期もある。そして最終的には臨死期を迎え、死を迎える。

## 病みの軌跡の臨床への活用

では病みの軌跡をどのように活用できるだろうか。これは「慢性性」に関係する。たとえば透析の患者は、合併症や急性増悪など、さまざまなトラブルで入院し、私たちはその身体変化に処置やケアをする。そのため、どうしても日々変化するものに注意がいき、そこがケアの中心になってしまう。しかし病みの軌跡を聴くことで、その人の病気の「慢性性」に注目することができる。

また、病みの軌跡はアセスメントにも有効である。病みの軌跡を聴くことで、身体的な経過を理解でき、仕事や社会的役割、家族との人間関係、本人の性格などもわかる。病みの軌跡を聴くなかで、その人の考え方などがわかってくることから、アセスメントに有効といわれる。

また、患者が透析生活を長くつづけていくなかで、それまで歩いてきた道をできるだけ安定して過ごせるように私たちは援助をしていく。そのとき、それまでのプロセスがわかればどこに援助アプローチをしておくべきかを予想できるようになるであろう。これらの点が病みの軌跡の活用の意義としてあげられる。

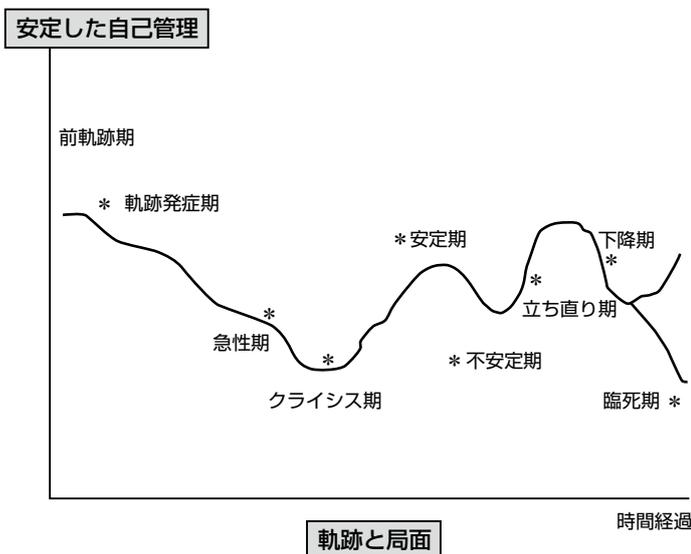


図1 病みの軌跡の局面

## 不確かさ

人は意思決定を求められた場合、選択肢に関する情報を求める行動をする。しかし選択肢に関する適切な情報が得られない場合や、情報量が多すぎてその人の認知能力を超えた時には情報はその人の負担となり、不確かさが生じるといわれる。

Mishel は不確かさを、「病気に関連した出来事の意味を決定することができないこと」とし、それは、十分な手がかりがないために出来事を適切に組み立てることができないときや分類できないときに生じる認知的状態である。不確かさは、意思決定者が出来事や目的に確実に価値を置くことができない、または正確にアウトカムを予測できないような状態で発生する。

病気の不確かさが問題となるのは、急な対応や決断が必要とされる急性期特有の現象ではない。これが慢性疾患の看護に不確かさの理論が必要となる理由である。急性期だけではなく、慢性疾患の特徴の1つとして不確かさというものにとらえていかなければならない。慢性の病気の不確かさとしては、症状の曖昧さ、治療または医療・ケアシステムの複雑さ、病名や病気の重症度に関する情報の不足、疾病経過や病気の予後の予測不可能性などがある。

### 不確かさ理論

看護における不確かさ理論の第一人者である Mishel は、不確かさに関する理論として、オリジナル理論と再概念化理論を構築した。

#### ・オリジナル理論

オリジナル理論の基礎にはストレス・コーピング理論があり、病気の不確かさを認知してから適応に至るプロセスを説明する。オリジナル理論では、不確かさの認知から適応に至るプロセスを4段階に分けている(表1)。

第3段階のコーピングの選択では、危険や好機にどのようにコーピング・対処行動をとるかを選択する。危険と評

価した場合は動員方略や感情調整方略、好機と評価した場合は、緩衝方略がとられる。動員方略は、直接行動を起こす、用心する、情報を収集するなどである。感情調整方略は、自分を励ます、出来事に対する見方を変えるなどで、動員方略に効果がないときに用いる。好機に対する緩衝方略は、回避、選択的無関心、優先順位の見直しなどである。

#### ・再概念化理論

再概念化理論は、オリジナル理論で説明できないものを説明する理論である。オリジナル理論は、生命について機械論的な見方をする理論といわれており、人間による操作が可能で、予測可能、制御可能としている。また急性疾患を想定して構築されたため、慢性疾患の患者にみられる、排除できない不確かさを日々体験しながら生活する状況やその要因も時間とともに変化するという点が考慮されていなかった。そこで、Mishel はカオス理論を基盤にして、慢性疾患にも適する理論に発展させた。人にとって慢性の状況というのは環境である。カオス理論は開放性のシステムといわれ、環境に大きな影響も受けるということを取り込んだ理論である。

不確かさが複合して増大した場合、人は不安定になり混乱をするが、それが臨界値まで達するとその人の中で人生に対する新しい見方が生まれ、新しい自己へと成長発展を遂げるとする。

## 障害・病気の受容過程

障害の受容理論は、ステージ理論を用いた上田の理論と、社会需要理論とよばれる南雲の理論が代表的である。障害をそれぞれ個人としての価値と社会における個人の価値の視点から論じている。ステージ理論は上田のほかにも提唱されているが、個人が障害を受けてから、価値観を変えて適応していくプロセスに焦点を当てている。また社会受容理論は、社会が障害者を受け入れる、その人らしさを認めるということで、とらえ方が異なっている。

### ステージ理論

上田のステージ理論では、障害を受けてから価値観を転換するまでの過程には段階があるとしている。まずショック期があり、つづいて否認期、混乱期、解決への努力期があり、受容期があるとされる。また、揺り戻しというものがある。障害受容というのは単純な過程ではない。すなわち、1度受容すれば揺らがないというものではなく、いったん受容したと思えても困難なことに直面するとまた前の段階に戻って、また立ち直るといった揺り戻しが起こりえる。行ったり来たりして、より高い質の受容に向かいながら進んでいく。このプロセスは、比較的問題なく進んだとしても1年はかかるといわれている。ただ、この「1年」というのはあくまで一般論としてとらえておき、個々の患者をみるときに機械的に当てはめてしまわないようにしたい。

### 社会需要理論

南雲の社会受容理論は、社会受容とは社会が障害者を受け入れることであるとし、それを理解する前提として、社会的アイデンティティ論と社会的相互作用論と社会的

表1 オリジナル理論：不確かさの認知から適応に至るプロセス

1. 第1段階：不確かさの認知  
刺激因子・認知能力・構造提供因子
2. 第2段階：不確かさの評価  
推測・幻想 → 危険または好機と評価
3. 第3段階：コーピングの選択  
危険と評価→動員方略・感情調整方略  
好機と評価→緩衝方略
4. 第4段階：適応

(Anselm L. Strauss ほか, 1987<sup>2)</sup> より引用)

運動論の3つのアプローチがあるとしている。

社会的アイデンティティとは、他人から見たその人らしさのことをいう。自分が自分に対して感じる自分らしさとは異なる。そこで重要な概念として、「スティグマ」がある。スティグマとは社会が一方向的につけた「印」を意味し、それを異なるものとして排除しようとするものである。そしてそれが個人にとっては自己アイデンティティの形成につながっていくとする。

社会的相互作用論は、身体障害者の自己アイデンティティの再形成は、社会との関係を抜きにしては考えられないとする。そこでは、スティグマ、つまり差別や偏見に汚染されない人間関係は自助グループに求めることができる。新しい出会いによって障害当事者は自分一人ではないということに気づき、新たな結びつきによって、生活スキルが身体を通して伝えられるという機能をもつ。

社会的運動論は、障害を負った人が地域のなかでより良い生活を送ろうとする運動を総称したものである。自立生活センターや、制度のバリアフリー、情報のバリアフリーなど、実践的な方法をとることによって社会受容が形作られるとする。

## 死の受容過程

死の受容過程の理論としては、Kübler-Rossの「死の過程の諸段階」と、Buckmanによる「死のプロセスの3段階モデル」がある。

### Kübler-Rossによる「死の過程の諸段階」

精神科医のKübler-Rossは、何千人もの末期患者へインタビューをし、それぞれの段階的な反応を死の過程の諸段階として発表した。Kübler-Rossは、死の受容の諸段階として、5段階+希望をあげている。

#### ・第1段階：否認と孤立

否認や孤立というのは、脅威から自己を防衛し落ち着きを取り戻すための健康的な対処法である。認めたくないという否認は必要なものであり、私たちは感覚を敏感にして、洞察力をもって話を聴く。そうすれば自己防衛の状態に入らせてあげることができる。否定するのではなく、とにかく傾聴する。

#### ・第2段階：怒り

否認の後には怒りが訪れる。怒りに関してはとにかくその思いをよく聴いて受け止める姿勢が必要である。

#### ・第3段階：取引

否認し、怒りでもどうにもならないということになると取引をするという段階になる。善行の報酬に延命などを願う。誰かと、神様などと取引をする。その時は、非常に重篤になれば専門家のサポートを受ける必要があったりするが、まずは話し合いを続けていくということが重要になる。

#### ・第4段階：抑うつ

この時には、励ますのではなく、そばにいて、そして悲しみを理解することが求められる。愛する人々を失う悲しみに浸り、心の準備に専念できるようになるということが大事なことである。

#### ・第5段階：受容

Kübler-Rossがいう受容とは、ほとんど感情が欠落した状態をいい、周囲に対する関心が薄れ、一人にしてほしい、世間の出来事に煩わされたくないといったことを願う時期である。この時は黙ってそばに寄り添うことが重要である。しかしそこに必要となる人は看護者ではないかもしれず、患者にとって誰が一番支えになるかが重要となる段階である。

#### ・希望

希望は、各段階を通して存続すると考えられている。たとえば、新しい治療法が発見される、もう少し耐えればきつと報われる、この苦しみには意味があるといったもので、各段階を通して患者の支えとなる。私たちに、そういった患者の希望を支えることが求められよう。

### Buckmanによる「死のプロセスの3段階モデル」

Buckmanは、死へのプロセスの3段階モデルを提唱した。これは、Buckmanが癌の専門医ということもあるかもしれないが、非常に興味深い。まずBuckmanはさまざまな感情というのは、順を追って出てくるのではなく、同時に出現するという。死への3段階としては、初期段階として脅威との直面があり、さまざまな感情が混じって出てくるなかで、次の中期的段階としてこの病気で死ぬだろうが今は大丈夫と思う段階が訪れ、最終段階として私はもうすぐ死ぬと思う段階が訪れるとする。

## おわりに

段階や過程などのある理論では、ついついそれに当てはめてしまったりするが、これらは一人ひとりをパターンに合わせるためのものではない。個別に、一人ひとりの人をしっかりとみていくことが重要である。

### 文献

- 1) Pierre Woog：慢性疾患の病みの軌跡 コーピンとストラウスによる看護モデル、黒江ゆり子ほか訳、医学書院、1995
- 2) Anselm L. Strauss ほか編：慢性疾患を生きる ケアとクオリティ・ライフの接点、南裕子監訳、医学書院、1987
- 3) 中村光江：不確かさ理論、腎不全看護 第3版、日本腎不全看護学会編、医学書院、2009、pp.313-316
- 4) 上田敏：リハビリテーション ―新しい生き方を創る医学、講談社、1996
- 5) 南雲直二：社会受容 ―障害受容の本質、荘道社、2002

## 講座 5

## 看護援助, 支援への活用(1)



日本赤十字九州国際看護大学講師  
桐明あゆみ

## はじめに

ここでは、「看護援助, 支援への活用」として, 学習理論, エンパワメント看護理論, 家族看護理論の概要と実践へ活かすための基礎的な知識を整理したい。

## 学習理論

学習とは, 練習, 勉学, 教授によって知識や技術を身につけていくこととされる。腎不全をもつ人々にとっての学習とは, 病気の管理のために, 自分自身で新しい行動様式やセルフケア能力を身につけていく行動変容の過程であるといえる。

## 主要な学習理論

主要な学習理論として, 行動理論, 認知理論, ヒューマニズムの3つがある。

## ・行動理論

行動理論は行動に焦点を当てた理論である。心理学の分野ではよくオペラント条件づけという言葉が用いられる。オペラントというのは「自発的にその行動や反応が出てくる」といった意味で, たとえば, スキナー箱とよばれるレバーを押すと餌が出てくる仕組みの箱にネズミを入れると, 偶然レバーを押すと餌が出てくることによって, ネズミはレバーを押すと餌が出ることを学習し, 自らレバーを押すようになる。レバーを押すことを「反応」といい, その結果である餌が出ることを「強化」「報酬」という。「強化」は行動理論の中核をなし, 望ましい行動は強化を通して次第に達成されていく。刺激に対して強化因子を与えていくことがアプローチの中心となる。

## ・認知理論

反応が起こる前から, 情報の意味を解釈し, 自ら問題解決の方法を見出していく学習の手法である。記憶, 思考, 創造性, 意図, 感情などの内的過程に関心を示す。表にたった行動の変化は内的変化の現れに過ぎないという考え方にある。学習者の積極的な役割を尊重し, 表面上に見えない知的操作の過程を強調する。そしてその操作には個人差があることを認め, 個人の認知スタイル, 学習スタイルを尊重する。

## ・ヒューマニズム

ヒューマニズムは人間そのものに焦点を当てる。人間の個性の開発, 学習の動機は個人がもっているものとされる。環境をコントロールするだけでは学習は起こらないものとされており, 自立性, 自己決定, 能力に注目する。選択の自由が重要である。教育的アプローチに固執せず, 失敗よりも成功の体験を与え, 発見的学習に向かわせる。人間の機能に関するヒューマニズムの考えは, 個人をあるがままに受け入れ, その人の感情や抱負を尊重し, すべての人が自己決定の権利をもつとしている。

学習者の学習能力にも拠るが, 学習課題が複雑であればあるほど行動理論などの単純なモデルよりも, ヒューマニズムなどの個人を尊重するもののほうが適していると考えられている。ただ, 画一的に考えず, 対象の状況, 能力, 課題などにあったモデルを組み合わせて実践に活かしていくことが必要であろう。

## 成人教育学 —アンドラゴジー—

学習課程は個人の年齢や発達レベルによって差があり一律ではない。近年, 成人教育学, アンドラゴジーとペタゴジーといった理論が注目されている。ペタゴジーは, おもに子どもを対象とした教育で, 知識や文化の継承を中心とした教育, 伝統的な教育方法である。対してアンドラゴジーは, 成人の学習を支援する技術と科学と定義され, 学習者の体験を重視する。対象がどのような体験や学習に対するニーズ, 関心をもっているのかを重視した学習者中心の教育理論である。しかし, この2つの概念は大きく乖離しているのではなく, 教育という1つの連続体の両端にあるととらえられる。

## 腎不全をもつ人々の学習

対象の状況によってペタゴジー的, アンドラゴジー的学習を組み合わせしていく必要がある。もちろん腎不全患者は成人が多く, また行動変容が必要であることからアンドラゴジー的学習が中心とはなるが, 両者を組み合わせることで実践的なアプローチに活用していく。腎不全をもつ人の学習を表1にまとめる。

## 実践への活用

## ・生きがい連結法

目標とする行動とその人の生きがいや楽しみにしていることを関連づけるのが生きがい連結法である。両者を関連づけて認識することができれば守りやすくなる。

#### ・セルフモニタリング法

体重管理など、目標に向かう自分の状態を測定し観察する。行動を目に見える結果として認識することで強化的アプローチにつながる。

#### ・ステップバイステップ法

実現可能な小目標を立て、段階的な達成経験を積み重ねる手法である。達成感が高まるため自己効力感が拡大してよりよい健康法の獲得に結びつくといえる。

#### ・行動強化法

行動強化法は先述の「強化」を自らに与えていく方法である。

#### ・リフレーミング法

人間は物事をとらえるとき、言葉に出して語っていく過程で、とらえる枠組みが変化していくことがある。リフレーミング法は、面接を通して事象をとらえる枠組みを変化させるものである。

#### ・ピア・ラーニング法

共通の問題や同じ目標をもつ人々同士で問題解決や目標達成に取り組む。共感が得やすく、身近なロールモデルを得ることにより自己効力感が高まる。

## エンパワメント

エンパワメントは、個人や集団が自分の人生の主人公になれるよう力をつけて、自分自身の生活や環境をコントロールできるようにしていくことといわれている。empowerは「能力や権限を与える」という意味で、社会的な背景などで虐げられている人々を力づけ、もともと持っていた力の存在に変化させていくということが起源とされる。本来持っている力を引き出すということで、これもパワーを回復する1つの「プロセス」であるとされる。

### エンパワメントが生じるために必要な条件

エンパワメントが生じるために必要な条件は、①責任、②自己決定、③自らをエンパワメント、④患者との協力関係、⑤患者と医療者相互尊敬の気持ちと協働関係、⑥信頼、である。①の責任というのは、腎不全を有する人だけではなく医療専門職者の両者にわたる責任である。患者は自らの健康に対する責任があり、医療職者はその健康を支援する役割としての責任がある。②は、エンパワメントは自分で責任をもってさまざまな取捨選択をしていくことが肝要で、他人に決定させられた意思でないことが重要である。③については、エンパワメントというのは、医療者が患者をエンパワメントするのではなく、患者自身が自分をエンパワメントするのであるということを理解しておきたい。④⑤⑥については、資源や情報を提供する医療従事者の協力関係、相互に尊敬する気持ち、協働関係、双方に対する信頼が

## 表1 腎不全をもつ人の学習における重要な要素

- a. 自己概念の変化
- b. 経験の役割
- c. 学習の準備状態（レディネス）
- d. 学習の方向付け
- e. 動機付け

（日本腎不全看護学会編：腎不全看護 第3版，医学書院，2009，p336 引用）

なければ理想的な関係は結びにくいであろう。

### エンパワメントのプロセス

エンパワメントのプロセスは、まず第1段階として目標の明確化がある。問題意識をもち、自分はどういったことに価値を置いて何を目標としたいのかということを確認に認識することが必要である。自分の状況を客観的にみて、問題を抽出し明確にしていくこと、そして問題を解決していくために必要な試練も認識をすることが重要である。第2段階として、目標達成のために使える資源（身体能力、知識、経済力、組織など）を認識し、効果的に活用し、パワーを得る。第3段階として、実際にその資源にアクセスし、その資源を自らコントロールできるよう自分の意思と技能と判断力を使えることが重要である。そして第4段階としてその資源を活用することで目標が達成されエンパワメントに至る。

### エンパワメントのプロセス

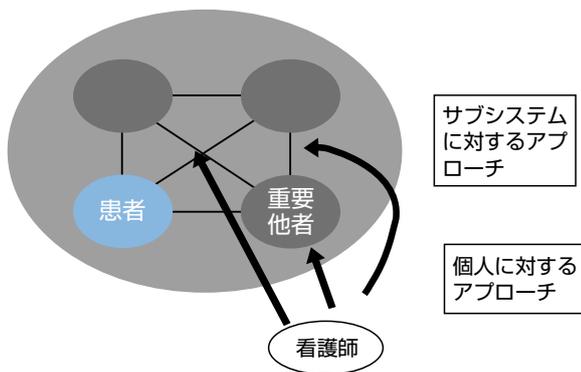
エンパワメントプロセスを円滑に進めるために理解するべきことをまとめると、①各プロセスにおいて、患者の自己決定がおこなわれる、②患者は活動をとおして自分の潜在能力に気づき、できるという自己効力感をもつようになる、③エンパワメントは外的な動機づけによるものではなく、患者自身が自分の力に気づき実践による自信の形成によって生じる、④エンパワメントを生じさせるには、長期的、統合的アプローチが必要、といったことになる。長期的な視点で相手の変化を信じ、統合的なアプローチをおこなっていくことが円滑に進めるために重要な点といえよう。

## 家族看護理論

家族というのは、いくつものパーツがバランスよく吊り下げられたモビールにたとえられる。家族員が病気になるときというのは、激しく強い風がこのモビールに向かって吹きつけているような状態だと理解できる。風を受けモビールは揺れる。1つの飾りが揺れると全体が連なって揺れる。しかしその揺れ方は吊り下げられている位置によって一つひとつ異なり、強く揺れる飾りもあればさほど揺れない飾りもある。しかしお互い共振して揺れ、風が収まるとモビール自体もまた安定を取り戻して静かな状態に戻る。家族をこのように考えると家族システム理論を理解しやすい。家族看護理論では、家族を患者の背景ではなく1つのシステムとしてとらえる。

### 家族の定義と家族システム

後述するカルガリー家族看護モデルを開発した



## 家族全体に働きかける

図1 家族システムアプローチ

(森山美知子編, 2001<sup>2)</sup>より引用)

Wright は、家族を「強固な情緒的なきずな、帰属意識、互いの生活にかかわりたいという欲求によって結びつけられた個人の集団である」と定義している。

先ほどのモビールのように、システムとしての家族というのが家族システム理論の根幹となる家族のとらえ方で、家族は大きな上位システムの一部であり、多くの下位システムから構成される。上位システムは地域や近所など、家族よりも大きな範疇のシステムである。一方、家族の中にも、夫婦、兄弟など小さなサブシステムがある。それらの下位システムから大きな上位システムまでのあるシステムの1つが家族システムである。

先ほどみたように家族員一人の変化は家族全体に影響する。そして、モバイルと同様、揺れっ放しではない。強い風が吹いたときも家族は自分自身でシステムとしてのバランスを取り戻すことができる。また、家族員の行動は直接的な因果関係ではなく円環的な視点のほうがよく理解できる。

家族システムへのはたらきかけでは、臨床でキーパーソンとよばれる重要他者など、個人に対するアプローチのほか、夫婦、兄弟などのサブシステムに対するアプローチ、さらに、家族全体に向かってはたらきかける全体的なアプローチがある(図1)。

### カルガリー家族アセスメント・介入モデル

代表的な家族看護理論としてカルガリー家族アセスメントモデル・介入モデルがある。このモデルは、システム理論、サイバネティクス、コミュニケーション理論、変化理論を、看護の理論で統合した理論である。原流としては家族システム療法の影響を受けており、「家族は回復力をもつポジティブな存在」であると考え、ミラノ派の影響が大きい。家族の起こす機能障害を因果関係でとらえるのではなく、円環的視点をもってとらえ、その悪循環パターンを断ち切るという考え方がかかわる。

・アセスメント

このモデルでは、家族を構造、発達、機能の3側面からみていく。そして家族に何が起きているのか仮説を立てて、問題のあると思われる側面からアセスメントしていく。このモデルは、問題を抽出するのに家族へのインタビューを通して明らかにしていくことを唱える。家族に起きていることの仮説を立て、それに基づいてインタビューをしていく。可能であれば家族全員と話をしたほうが問題が分かりやすいとされる。家族と一緒に現状をみつめて障害を取り除くといった気持ちで現象をとらえていくことが必要であろう。

・介入

家族に起きている問題を明らかにしていく一方で、同時に介入もしていく。介入にも大きく3つの領域があり、認知、感情、行動の各領域にその問題に適したアプローチの方法を取り入れていく。認知領域では情報や意見を提供したり、家族が問題をとらえられていない場合には問題を外在化させる。感情の領域では、感情体験をありのままに認める。体験を家族の言葉でありのままに語ってもらう。そして、たとえ否定的な感情であっても受け止めていく。行動領域としては、無理をしている家族であれば休息を勧めたり、その家族の中に新しい健康習慣をつくりだすことができるように、家族システムの中での役割を整理したりする。

### 実践へ適応していくポイント

実践へ適応するポイントは、①変化の主体は家族である。②家族がどのような文脈にあるのかということを考える。③家族の変化はさまざまな要因で起こる。④変化のプロセスを長期的な視点で根気よくとらえるといった点である。家族が認識し体験している世界というのはその家族にしかわからないところも多い。家族がその状況をどのように認知しているのかを押さえていくことが大事である。また、家族に変化が起こる要因はさまざま、私たちの介入で変わることもあれば社会的な環境で変化したり複合して起こることもある。私たちは、家族に変化の起こる文脈は一人の個人よりもさらに複雑でさまざまな要因から起こるということを理解して、気長な目で家族とかわっていききたい。

### おわりに

かかわっていくなかで大きな変化が患者家族に起こることはよく経験されるところと思われる。その変化のプロセスを理論的にみとっておくことは今後の実践の場に資するものも大きいと考えられる。理論も活用して、今後臨床の知としてそういった問題を実践的に解決していくことが望まれる。

### 文献

- 1) 日本腎不全看護学会編：腎不全看護 第3版、医学書院、2009
- 2) 森山美智子編：ファミリーナーシングプラクティス 家族看護の理論と実際、医学書院、2001
- 3) 中村睦子監、安酸史子編：TASC シリーズ 実践成人看護学 - 慢性期、建帛社、2010

## 講座 6

## 看護援助, 支援への活用(2)



NPO 法人日本看護キャリア開発センター代表  
下山節子

## はじめに

ここではアドヒアランス/コンプライアンス、認知行動療法とコーチングをみていく。

## アドヒアランス/コンプライアンス

## アドヒアランス/コンプライアンスの理解

人は慢性の病気をコントロールするうえで、さまざまな障壁にぶつかり、その都度何らかの対処をしようとする。その病気管理のために必要な自己管理をどの程度実施しているかを表現する概念としてアドヒアランスやコンプライアンスがある。

従来、コンプライアンスは、保健医療職者によって処方された養生法に対する患者の実践能力を表現する場合に用いられた。命令や要求に忠順に従うという意味があったり、黙従するという意味が含まれている。これは保健医療職者の視点に立つ考え方といわれ、やや受け身的な行動を指す。しかし、養生法を日常生活の中でどの程度実施することができるかを考えるときに、医療職者からの視点のみでは、養生法の必要性を理解しているにもかかわらず継続することができないのかを説明できない。生活者の視点は、病気とともに生きること、すなわち“living with illness”であるが、この生活者の視点が生かされていないのではないかということからアドヒアランスという言葉が用いられるようになった。これは、他者に依存するのではなく、「自分を支える責任を自分自身が持つ」ということである。病気のコントロールに必要なセルフケア行動が適切におこなえることと言い直すこともできる。

## アドヒアランス/コンプライアンスを阻害する原因

コンプライアンス行動を理解するためには、コンプライアンスに対するその人の反応をアセスメントする。単に医療者の指示に従っているかだけではなく、セルフケアや自己決定ができていのかどうかという視点で判断しなければならない。自己管理がよくても、それは自主的なアドヒアランスではなく、ただ指示に従っているだけということもありえるので、裏にある意識をしっかりとみていかなければならない。

ノンコンプライアンスになる原因として、①単純に知識不足、認識不足がある、②間違った知識をもっている、③自分なりの判断にもとづく自己決定である場合、④生命の危険につながるという知識をもっているも自分の考えを通す場合、⑤宗教的な理由、があげられる。

私たち医療者に求められることは、患者の体験世界に対する理解であり、一方患者に求められることは、最後に自己決定して自立した意思表示をすることである。慢性の病気では、長い長いつき合いの中でその人自身の判断も受け入れ、自己決定を尊重するといった姿勢が私たちに求められているといえる。

## セルフマネジメントの考え方

近年は新しい概念としてセルフマネジメントが出てきている。自分の健康との関連でライフスタイル全体をどのように調整するのがよいかを自分で考えて意思決定し継続することが、病の慢性性において重要であるためである。セルフマネジメントは、専門家が考える自己管理の仕方を一方的に教えるのではなく、慢性の病気をもつ人は、その病気をもって生きている患者のプロであるという前提で、専門家が病気をもつその人と相談しながら、問題を一緒に解決していくプロセスを重視する当事者参加型の援助方法をとる。

Lorig は、医療職者が患者にかかわるモデルとして、医学モデル、公衆衛生モデル、セルフマネジメントモデルをあげている。医学モデルは指導型で、患者に対して「～すべき」という指示命令を出す。これは急性期や災害などの緊急の際に用いられる。たとえば川で泳いで溺れている人がいた場合には、それを助けて蘇生する様子にたとえられる。

公衆衛生モデルも指導型で、リスクファクターを取り除くアプローチをとる。川があれば、その川に入ると溺れるかもしれないので柵を設けるという予防的なかかわりである。ただ、予防には効果的であるが、川で泳ぐことができなくなるといったように、QOL を損なう可能性もある。

セルフマネジメントモデルは学習援助型で、これが慢性病人の行動変容のアプローチとなる。「～した

ほうがよい」というアプローチをとる。私たちはあくまでもパートナーで、泳いでいる人がいれば、川の勢い、深さ、冷たさなどを尋ね、そして支援をする。ときには浮き輪を投げて溺れないようにして、慢性病とともに生きられるための援助をするものである。

### 認知行動療法

認知行動療法 (cognitive behavior therapy : CTB) は、学習理論でみた行動療法と認知療法の2つを融合したアプローチである。学習課題の複雑さと個人の学習能力の関係をみた場合、課題が単純で学習能力も低い場合には行動主義モデル、すなわち行動療法がとられる。しかし、行動主義モデルだけでは人間味といったものが考慮されていないため、看護の現場で使うときには行動療法だけというのは使いにくいと考えられる。そこで、認知行動療法が用いられる。

たとえば、先にみたように、コンプライアンスはあり指示は守る。しかし、その人が主体的にそれをおこなっているのではなければ、それは行動が変容したとはいえない。とくに慢性の病気で長く病気とともに生活しなければならぬ人にとって、行動だけではなく、認知までかかわっていかねばならない。

そこでは、個人の学習能力も求められる。また、考える力や行動変容をしていく力も必要になる。そして学習の複雑さも高くなる。さらに学習が複雑になったり個人の学習能力が高いときには、この認知行動療法といわれるもの、行動主義モデルと認知モデルを合わせたアプローチが必要となる。

### コーチング

コーチングとは、「相手が望んでいる目標があり、その目標を自ら達成することができるように、人の可能性を信じ、強みや持ち味を引き出し自発的に行動することを促すためのコミュニケーション・スキル」であるとされる。コミュニケーションのスキルでその人の行動変容につながっていくということで、現在コーチングは注目はされている理論である。

コーチングの基本的な考え方は、ティーチングと比較するとわかりやすい。ティーチングというのは、教え込むという考え方で、指示命令型で画一的なものとされる。その人の可能性や能力、やる気、自発性、アイデアといったものは置いておいて、指導者が一方的に伝えていく。一方、コーチングは、学習者のもっているものを引き出す、質問型で個別的である。ティーチングとコーチングの違いを表1に示す。

#### GROW モデル

コーチングの流れのモデルとして、GROW モデルが提唱されている。GROW モデルは流れの各段階の頭文字をつなげたもので、まず「GOAL」(目標の明確化)があり、これは目標を明確にすることである。つぎが「Reality」(現実の把握)で、現実には何が起こっ

表1 ティーチングとコーチングの違い

ティーチング	コーチング
教室など集団教育の場でその人に多くの知識、技術を教え込む。	セルフケア能力を高めるために、個別にその人のもっている可能性を引き出す。
学習者に対し画一的で一方通行の指導になりやすい。	学習者個々のニーズや性格に対応。
学習者と指導者は評価する人、される人。	学習者と指導者はパートナー。
学習者の理解度の確認を質問する。	学習者の気づきを促す質問をする。
答えは指導者がもっている。	答えは学習者がもっている。

ているのか、現状がどうなっているのかを明確にする。あわせて、「Resource」(資源の発見)で、利用できる資源を探す。資源には人、金、もの、さまざまなものがあるが、どういったものが使えるかを発見して、そしてその中からその人が選んでいく。つぎが、「Option」(選択肢の創造)で、目標と現実のギャップを埋めるための選択肢をつくる。そして、「Will」(意思の確認、計画の策定)で、目標達成の意思を確認する。

当然現実とゴールには大きなギャップがある。そのギャップを埋めるために、GROW モデルを使いながら、その人にスキル、知識、ツールといったものを身につけさせ、ゴールを目指していくというのが、コーチングの全体的な流れである(図1)。

#### コーチングスキル

コーチングで必要になるスキルが「傾聴」「承認」「質問」である。近年はこの3つに加えて「提案」も必要なスキルとされる。

##### ・傾聴

「傾聴」は、目の前の相手の人を理解しようとし、受け入れたサインを出すことといわれる。意識のスイッチを発信から受信に切り替え相手の心にフォーカスして聴くことが重要である。傾聴の5つのポイントとして、「かきくけこ」、「か」:環境を整える、「き」:キャッチャーミットを準備する、「く」:くり返し、あいつち、うなづきを入れる、「け」:結論を急がない、「こ」:心をこめて聴く、がある。キャッチャーミットを準備するというのは、相手がボールを投げかけてきているので、私たちはキャッチャーミットを持っていないといけない。どんなボールでも受けるというのが傾聴である。しかし、こちら側が一方的に話してしまうのは、バッターボックスに立っている様子にたとえられる。私たちはキャッチャーのはずなのであるが、つついバッターボックスに立ってしまうことがあるので気をつけたい。

##### ・承認

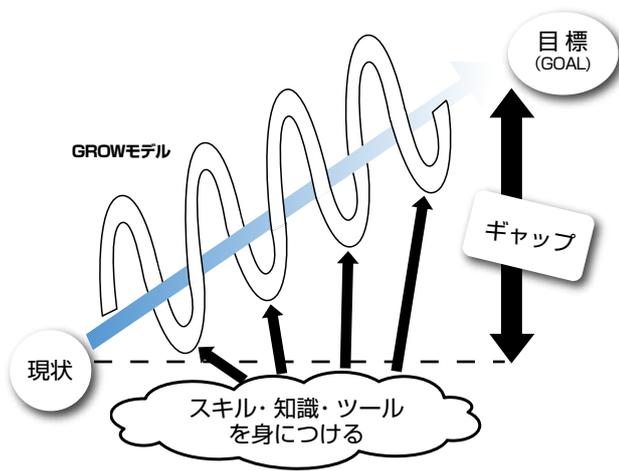


図1 コーチングの流れ

「承認」は、相手の存在のすべてを認めているというメッセージを伝えることといえる。認めていると心の中で思うのではなく、それを伝えなければいけない。相手に現われている変化や成長にいち早く気づき、相手に伝える。「結果、成果」を認める、褒める（結果承認）だけでなく、「成長、プロセス」を認める（事実承認）ような対応が望まれる。ポイントは、①挨拶をする、②名前を呼ぶ、③変化、成果の事実を伝える、④変化に気づいて伝える、⑤仕事を任せる、⑥お礼をいう、⑦相談する、といった点である。

また、相手に「承認」をしていることを伝える場合には、「You メッセージ」「I メッセージ」「We メッセージ」の3つがある。このうち We メッセージが相手に最も大きな承認を与えられるといわれる。また、You メッセージは、ときに上から目線で評価しているととられる場合があるため、できるだけ I や We メッセージで承認していく。

#### ・質問

コーチングにおいて最も重要とされるのが、「質問」で、相手に考えさせる、気づかせるという相手のための質問をすることがポイントである。「質問」の目的は、問題をはっきりさせる、考えを整理する、物事を具体的にする、視点を変える、ほかの選択肢を出す、目標を設定する、アイデアを出させる、モチベーションをあげる、気づき・発見を促す、といったことがあげられる。

質問には、「特定質問・拡大質問」「肯定質問・否定質問」「過去質問・未来質問」の3つの区分がある。特定質問とは、生まれたのはいつですか、これは好きですかといったように特定される質問で、拡大質問は、あなたはこの件をどう思いますかといった、自分で考えなければならない質問である。拡大質問のほうが相手の考えを刺激し、さまざまな考えを引き出しやすい。肯定質問は「どうすればできるようになりますか」といった聞き方で、否定質問は「なぜできないのか」と

いう聞き方である。

過去質問は「3年前には何をしていましたか」と過去にたどって質問をするもので、未来質問は「3年後にはどうなっていたいですか」といった質問である。過去質問において Why（「なぜ」「どうして」）という疑問符の使用は避けたい。過去質問の Why は「なぜあなたは目標達成できなかったのか？」といった詰問調になりやすいため、同じことを聞くのに、What や How を使った質問に変える。「目標が達成されなかった原因は何でしょうね？」(what)、「どのようにしたら目標を達成できたかな？」(how) といったように置き換えれば、相手も責められたと感じることなく、自分の言葉で答えられる。Why という疑問符は人を中心にする質問になりがちだといわれことから、「人」ではなく「物事」「出来事」に焦点が当たる質問にする。

#### ・提案

「提案」というのもコーチングのスキルの1つとされる（テキストには無し）。「提案」とは、相手に新しい視点を提供し、ゴールに向かって飛躍的に行動することをサポートすることといえる。「こういう見方はどうですか」「私はこういう方法も体験したんだけど、どう思われますか」といったように、相手に知識や情報がない場合には、それを効果的に伝える。

提案のポイントは、相手が何も言えない状況になってしまうと提案とは言えないため、Yes、No の選択権を与える提案をしなければいけない。また、相手が行動をしやすいような具体的な提案をする。提案をする前に許可を得ていることもポイントである。自分で考えようとしているところに、次から次に提案されたりすると指示されているようになってしまう。選択権はあくまで相手にある、提案をする前に相手の許可が必要になる。そして、いくつも提案をせず1回について1つに絞って提案する、また、一般論で言われている正論を述べるのではなく、自分の体験を交えてわかりやすく提案するのがコツである。

### 【 おわりに 】

コーチングでは、答えは相手もっているということ信じ、セルフマネジメントできるよう支援していくというのが基本的な考え方である。答えは相手もっているということを意識するのが重要なポイントであろう。

#### 文献

- 1) 日本慢性疾患セルフマネジメント協会編：病気とともに生きる、日本看護協会出版会、2008
- 2) 岡美智代：認知行動療法、腎不全看護 第3版、日本腎不全看護学会編、医学書院、2009、pp.345-348
- 3) 下山節子ほか：学習支援におけるコーチングの活用、特集：腎不全患者への支援についての再考 -- 「指導」「教育」のあり方、臨牀透析 25：1523-1528、2009

## 講座 7

## 看護援助, 支援への活用(3)



日本赤十字九州国際看護大学講師  
桐明あゆみ

## はじめに

ここでは看護援助, 支援の活用(3)として, カウンセリングとコミュニケーションについて概説する。

## カウンセリング

心理学者の国分康孝は、「カウンセリングとは、言語的・非言語的コミュニケーションをとおして相手の行動変容を試みる人間関係である」と定義している。相手の行動変容を試みるという点で学習理論に通ずる部分もあり、学習のプロセスを支援するうえなどでも有効なものと考えられる。

## カウンセリングの看護での活用

看護には、カウンセリングの援助的コミュニケーションの基本と、カウンセリングマインドを活かしていくことができる。患者への対応では共感、傾聴、受容の3つが重要なポイントになる。重要な点は、看護師と患者の関係は、決して上下関係ではないということである。これはカウンセラーとクライアントの関係にもあてはまるが、対等で、横の人間関係ととらえるのが望ましい。

また、自己概念を重視する。自己一致、あるがままの実際の自分と、このようにありたいと願っている自分が乖離しているときに矛盾が生じて苦しむともいわれており、自己一致を重視する。以下に具体的な対応方法をあげる。

## ・あるがままに受け入れる

相手があるがままに受け入れるという気持ちの基本となる。こちら側の考える理想を相手に押しつけるのは適切ではない。たとえば、患者から「死にたいほどつらい。病気になったのは親のせいだ」という否定的な訴えが聞かれたとする。それに対して「親を責めるべきではない」と考えたとしても、それをすぐに言葉にして意見するのではなく、相手がそういった感情をもっていることをいったん受け入れることが重要である。

## ・訴えに耳を傾ける

患者が言おうとしていることや行動には意味があ

る。それはなぜか、何を言おうとしているのか、注意深く耳を傾けていく。

## ・一貫した態度を示す

私たちも人間であるため、そのときの気分や感情、体調に左右されてしまう。しかし、カウンセリング的なかかわりでは、気分や感情に左右されず一貫した態度で患者の心理的安定を図っていく。同じ行動に対して褒めたり非難したりなど一定しない態度で接するのは適切ではない。

## ・実感を大事にする

ここでいう実感とは患者がもつ実感を指す。私たちは問題解決を急ぐあまり患者がどう感じているかという患者の主観的な世界へ下りていくことを怠ってしまうことがある。しかしカウンセリングでは、詮索的質問や説得を避け、患者の体験とその体験に伴う実感を大切にする。

## ・否定的感情の表現を支える

自分の価値観を押しつけずあるがままに受け入れるのが基本となるが、ときに、怒りや憎悪、敵意といった耳にしているのがつらい感情をもっている人もいる。そのようなときでも、相手の表現をできるだけ支え、説得しようと力んだりしない。否定的な感情もあるがままに表出を促す。

## ・相手にもたらす影響を知る

看護師の言動は、患者に多大な影響を与える。また、つねに患者との相互作用で陥りやすい傾向を知り、自分自身の相手に与える影響を省みる。看護師自身があるがままに矛盾のない状態にあることが望ましい。

## ・秘密を守る

患者とのかかわりで得た情報には、プライバシーにかかわる情報が多くある。カウンセリングの立場ではクライアントとカウンセラーの間で交わされた会話はあくまで守秘義務として2人の間で守られる。しかし、私たち医療者はチームで動いていることから、ケアをおこなうなかでどの程度まで情報を共有していくかというのは難しい問題である。ケースバイケースで考えていくことになると思われるが、少なくとも不必要な興味本位での漏洩はしてはならないであろう。あらか

じめチームで共有することを伝えて了承を得るという方法も考えられる。

・患者が話しやすい雰囲気を作る

日ごろから患者が話しやすい雰囲気を作っておくことが必要となる。患者は医療者には特殊な構えをもっていることがあり、白衣を着ているというだけで威圧されてしまう感覚をもつこともある。そういったなかで深いかかわりをもつためには私たち自身が心を砕かなければ話しやすい雰囲気を作るのは難しい。好意の念を示し、相手を受け入れているという態度でかわっていききたい。

・耳を傾け・よく見る

患者と向かい合うとき看護師は自分を深くかかわらせる必要がある。単なる役割意識ではなく、一人ひとりに対して興味をもってかかわっていくという感性が必要となる。患者の示す言動に注目し、相手をよくみて対話していくようにする。

・患者のペースを尊重する

人の表現には個性があり、また危機状況にある場合などうまく表現ができない場合もある。そのようなとき、待つ姿勢でかかわっていかなければ、相手の状況がわからないうえ、自分が相手に関心を寄せているということを伝えられない。相手が話したことをくり返して、自分も表現して確認をしたり（反復確認）、説明に矛盾があって理解しかねる点などはやさしい指摘で確認する。相手の話の腰を折らず、ひととおり聞いたあとゆっくりと聞いていくようにしたい。しかし、終わりがみえない会話が延々とつづく場合には適当にピリオドを打つ必要がある。いずれにせよ、相手のペースを尊重しながら進めていくことが大事であろう。

・コミュニケーションの活性化に心がける

話しづらい話題のときに言葉が詰まる場合や、相手はまだ何か伝えたそうなのにコミュニケーションが停止する場合などには、「それで…」 「そうしたら…」 などの短いつなぎ言葉でコミュニケーションを活性化する。

・沈黙の意味を知る

コミュニケーションというものを考えたとき「沈黙」というのは対極にあると思いがちである。しかし沈黙もコミュニケーションの中で重要な意味をもつとされる。重苦しい沈黙もあるが、お互いが納得し満ち足りた沈黙もある。そうした沈黙が意味していることを知れば、沈黙が生じた場合でも焦る必要はなく、強引に質問を投げかけて話を聞き出さなくてもよいであろう。

・開かれた態度をとる

個人的な感情、好き嫌いの感情にとらわれず、平等に接していく。苦手な相手だと感じてしまうと自己防衛的になってしまう。自己防衛的になると下手に出て媚びを売ったり、必要以上に褒めたり、表情と言葉が一致しなかったりなど、不自然なコミュニケーションになる。容易ではないが、個人的な感情を離れる必要

表1 基本的な援助的コミュニケーション・スキル

あいづち  
繰り返し  
言い換え  
要約化  
明確化  
質問  
解釈の説明  
示唆や助言  
情報提供

(日本腎不全看護学会編：腎不全看護 第3版，医学書院，2009，p353 より引用)

がある。

・ユーモアの感覚

笑い、ユーモアにはさまざまな効果があり、コミュニケーション、カウンセリングの場においても重要である。いたずらなユーモアは無意味であるが、状況によっては温かいユーモアの感覚をもって接することも必要であろう。また、相手が強く落ち込んでいるときなどは、未来志向の励ましの言葉より、過去や現在を評価するねぎらいの言葉のほうが有効であったりする。

カウンセリングマインドの基本は相手を受容する心にあるといえる。相手を貴重な一人の人間として認め、尊重する。目の前にいる人は誰もが唯一無二であり、同じ人は二人としない。相手に目を向けるといっから、相手の変化の第一歩を引き出せる。技術にだけ終始してステレオタイプな会話にならないようにしたい。

## コミュニケーション

コミュニケーションは、話すことや、しぐさ、書くことなどによって、情報や信号、メッセージを伝えること、あるいは与えたり受けとったりすることと定義できる。「伝える、分かち合う、あるいは共有する」というラテン語を語源とする。

コミュニケーションを構成する要素は、①状況：コミュニケーションの起こる場面、②送り手：メッセージの発信元、③メッセージ：伝達する情報、④伝達経路：メッセージが伝達される通路、⑤受け手：メッセージを受け取る人、である。

透析医療は長いプロセスを経ておこなわれるが、各段階によってコミュニケーションの重要性は変わってくる。透析療法においてコミュニケーションは、専門的援助開始時、信頼関係の確立、援助関係の維持などの時期に重要となり、また、情緒面での援助の提供でも必須となる。共感、誠実さや思いやり、尊敬の念をもって適切なコミュニケーションをとっていくことが必要である。

### コミュニケーションの種類

・言語的コミュニケーション

言語的コミュニケーションは言葉によるやり取りを指し、情報を正確かつ効率的に伝えることができると

いうメリットがある。しかし、言葉の背景にある微妙な感情やニュアンスを伝えるには不十分である。言葉の意味は話し手の立場や、発せられた言葉の前後関係から決まるものであることから、言語的コミュニケーションの限界というものに留意しておく必要がある。

#### ・非言語的コミュニケーション

非言語的コミュニケーションは、言葉以外から発せられるもので、五感を総動員させることが必要である。情報の伝達は、その38%が音声や言葉以外の超言語的な手がかりによって、55%は身体で表現される手がかりによって伝えられており、純粋に言葉のみで伝えられる情報というのは7%しかないといわれている。言語的コミュニケーションの限界を示すデータともいえる。

送り手と受け手の意思の疎通を円滑に進めていくためには、まずコミュニケーションをとる場合の目的を明確にしておくことが必要である。情報を伝えたいのか、話し合いたいのか、単に言いたいだけなのかなど、コミュニケーションの目的を送り手自身が理解しておかなければならない。

#### コミュニケーション・アプローチの手がかり

##### ・基本的な援助的コミュニケーション・スキル

基本的な援助的コミュニケーション・スキルを表1に示す。あいづちは重要で、うなずくだけでも相手が受ける印象は違う。また、相手が伝えているなかで大事だと思ったところは繰り返しを入れる。同じ言葉を反復することで、その重要性を自分が認識したことを相手に伝えることもできる。相手が言葉を探して詰まったときは言い換える言葉で伝えてあげる。話がうまくまとめられない場合は要約したり、重要なポイントを整理していくことも効果的である。

相手の話に関する肯定的な自分の解釈を伝えていくことでコミュニケーションを前向きに進めていくことができる。そういったことが進んだうえで、方向付けのための示唆や助言に話を進めることができる。

##### ・動作(しぐさ)による手がかり(キネシクス, kinesics)

動作による手がかりは重要で、キネシクスとって近年看護でも注目されている。顔の表情、身振りと体幹・頭・足・手の諸動作、立ったり、座ったり、動いたり、静止している時の人体の姿勢を意味する。動作には、その人の感情や心理状況(怒り、恐怖、悲しみ、悔しさ、喜び、無関心など)、思考が表現される。しかし、動作は個人・性差・老若・環境・文化(民族、国や土地、風土、風習など)によって異なるため、その理解・把握には注意が必要である。

##### ・タッチング(身体接触)

タッチングは、相手とのつながりや関係性を深めたい気持ちの表れ、相手に対する共感やいたわり、関心を示す方法である。これはコミュニケーションだけではなくケアにもかかわるもので、看護場面でも患者の手を握ったり背中をさすったりということはよくある。

しかし、タッチングは、その状況や方法、触り方、なで方、部位などによっては、不適切に使うと相手をいらだたせてしまうこともあるため注意を要する。また、幼児や高齢者の場合、退行という現象を促してしまうこともあるとされる。しかし、適切におこなっていくかぎり、有効なコミュニケーションの一手段である。

##### ・アイコンタクト(視線交差)

非言語的コミュニケーションにおいて、視線というのは気持ちや感情を知る有効なツールとなる。目から人のメッセージを読み取ることができる。また、会話時に視線をあわせるかなどで会話の流れを作ることができる。

##### ・沈黙

先にもみたように、沈黙も言葉と同じく意味を含んでいる。コミュニケーションの中断を意味するだけでなく、治療的な活用法もある。患者に関心を向けつつ、言葉を用いず、音声、動作、タッチング、空間距離などの手がかりを用いる。沈黙は、いつ、どのように用いるかがポイントである。

##### ・空間距離

人には普段人と接するときの距離、自分のパーソナルスペースというのがある。テリトリーと表現される、他者や周囲の環境から自分がある程度安定した状態でいられるという位置感覚、距離感覚である。これも民族、文化的背景、土地、帰属集団、あるいは、性格やそのときの感情・気分によって異なる。コミュニケーションをとる際には相手のテリトリーに注意したい。

#### コミュニケーションをとる際の留意点

私たちも人間であるから、相手の話を聞けないときはある。そうしたときに、どうして聞けないのかを自分で探っていくことが必要である。聞けない理由としては、2つの話を同時に聞こうとする、内容に興味がもてない、問題解決に気を取られる、自分の価値観に左右されるなどがあるが、自分の傾向を探っていくことが専門職者として必要であろう。

テキストには  $Y=aX$  と書かれているが、Yが出力される個人の言動、Xが入力される外界からの刺激、aが刺激に対する個人の関心の度合いであり、YとXの関係を決めているものは刺激に対する個人の関心の度合いとなる。どれくらいこの人にコミットしたいと思っているのか。そのことに関心を示しているのかがコミュニケーションの強さ弱さ、出力の関係を定める。そのため、関心をもっていくということが重要なことといえる。

#### おわりに

カウンセリングとコミュニケーションについて概説した。

#### 文献

1) 日本腎不全看護学会編：腎不全看護 第3版, 医学書院, 2009

# 日本腎不全看護学会の新たな展望



理事長  
水附裕子

2006年4月に理事長に選出されて4年間を終了します。皆様のご支援でここまでこれましたことを、まず感謝申し上げます。

早いもので日本腎不全看護学会も13年目を迎えることとなりました。

学会の設立趣旨にもありますように、安全を確保すること、ヘルスケアチームとともに患者や家族が、腎不全（腎臓病）を持ちながらも充実した生活を送るための、よりよいセルフケアへの援助を目的に、学会として、またそれ以前の研究会として、いろいろな活動をおこなって34年となります。昨今の医療を取り巻くさまざまな変化は、健康教育や医療の在り方、そして看護システムの再編、医療と介護など福祉関連領域との連携など、より拡大したヘルスケアチームとしての役割が、腎不全看護領域にも腎不全看護学会にも求められています。

学会活動の実績として、まず第一にあげられるのは臨床看護の質向上と専門性をめざした日本看護協会透析看護分野認定看護師の育成への援助と、腎不全看護学会をはじめとした5学会による資格制度から誕生した透析療法指導看護師の育成です。

資格制度については、自分の選んだ領域のキャリア開発の1つと捉え、自己研鑽を日々のケアや後輩育成に活かしていただきたいと考えております。学会はさまざまな研修や学術集会を計画しながら、よりスキルを磨くための支援をしたいと考えます。

看護師を対象とした腎不全看護領域の資格取得者は、本年度で800名になりました。800名は、日本腎不全看護学会会員の25%、日本透析医学会の統計調査による全国の透析医療に従事している看護師数から考えれば2.5%という数になります。資格制度を開始して6年目の数字ですが、この数をどう評価していくのが重要となります。資格取得者が、学会員全体の70%以上（ANNAの資格取得率から考えましたが）になることが1つの資質の指標になるのかもしれませんが。

会員の増加数、更新数、資格制度の認識度、資格制度のもたらす利点の評価などが鍵になるとと思いますが、何年先になるかが試されるところです。

透析療法指導看護師の活躍にはめざましいものがあります。透析療法指導看護師は、学会の組織図のなかに透析療法指導看護師委員会として位置づけられ、研究会、セミナーの開催、地域への啓発と連携、学会や各地域の学会、研究会との連携なども積極的に取り組んでおり、現在は県単位の腎不全看護研究会も増加しています。

施設内外を見据えた広い視野、持続する向学心などは、活躍の場があることとその場を提供した学会との連携も効果的であったと考えます。その資格を利用した自施設内での人材育成や教育計画にも参加してほしいと考えます。2009年は第1回の更新審査も実施され、その認定や教育事業についても認定委員会や教育委員会の検討事項を重ねています。

2009年度は、テキスト編集委員会を中心にテキストの第3版『腎不全看護』を発刊しました。対象のとらえ方、看護の方法などをはじめ、CKD（慢性腎臓病）を含む看護の役割を示しました。

現在、他学会や研究会との連携や協力が、国内外を問わず求められているという現状があります。透析療法指導看護師が5学会（日本腎不全看護学会、日本透析医学会、日本腎臓学会、日本移植学会、日本泌尿器科学会）の認定であることから、関連する学会や研究会からさまざまな協力依頼があります。CKD関連の研究会を通じ、栄養士、薬剤師との連携も強調されます。外国においては、アジアとくに中国や台湾との連携も広がりました。3年後にはANNS（アジア腎不全看護シンポジウム）も日本で予定されています。今後、専門分化や細分化も予測されます。

腎不全看護学会の新たな展望は、学会員一人ひとりの意識に支えられ、発展していくものと考えます。目指す方向、その内容についても、時代に応じ、状況に応じ、臨床を担う看護師としての意義やそのあり方について見出せるように、方向や立ち位置を確認していきたいと思えます。専門性の高い看護師の育成を学会活動の基本として、一歩ずつ、その活動を進めていきたいと考えております。

# 日本腎不全看護学会の教育計画について



教育委員長  
大坪みはる

## 教育事業のあゆみ

1998年に当学会が発足して以来、教育事業は「腎不全看護の質向上」を目標に教育研修を中心に進めて参りました。大きくは4年ごとの理事の任期にあわせて理事長の方針と会員の要望、社会の動向などを念頭に教育計画を策定してきました。Ⅰ期(1998~2001年度)では年1回の教育セミナーを開催するのがやっとという体力しかありませんでしたが、第Ⅱ期(2002~2005年度)では5学会合同認定の透析療法指導看護師、看護協会認定の透析看護認定看護師など資格制度の誕生とともに、会員数が増加し、年3回の教育セミナーを開催しました。第Ⅲ期(2006~2009年度)では、会員の熱心な学習意欲と全国の透析療法指導看護師の実力向上、そして地域での学習機会への要望を受け、全国7地区において地区セミナーの開催、資格取得者および臨床での中堅以上の看護師を対象にした年2回のステップアップ研修、そして最新情報を提供する年1回のトピックス研修を開催してきました。とくに2009年7月に刊行した『腎不全看護』(第3版)(図1)は腎不全看護の専門性を高めるセルフマネジメント支援とその根拠となる看護理論に多くのページを割いています。また腎不全看

護の知識の範囲もCKDからマネジメントまで幅広い領域に及んでいます。本書は当学会が透析療法指導看護師の試験対応として編集し、テキストに指定しているものです。しかし、臨床経験の長い看護師にとっては馴染みの薄い理論もあることから2009年度では、急遽、受験サポートとして看護理論について9月に2日間の集中セミナーを臨時に企画し、定員を超える参加を得ました。Ⅲ期終了時の会員は3,181名、資格取得者801名(2010年3月12日現在)と質・量ともに拡大した学会活動と全国の腎領域の看護師への学習支援が次期の課題となっています。

## 2010年度からの教育計画の紹介

2010年4月から第Ⅳ期(2010~2013年度)が始まります。新しい教育事業を企画するにあたり、Ⅳ期の最終年2013年を予測し、それに対応できる(到達しておきたい)研修となるよう考慮しました。またこれまでの経過から、開催地が遠い会員から、交通費、宿泊費など経済的負担の格差やポイントが取得しづらいというご意見をいただいています。また会員の4分の1が資格取得者であり、今後も増え続けるとの予想から教育事業も会員の受験支援、資格取得者のレベルアップへの支援、資格更新者の腎領域看護への貢献などを考



図1 『腎不全看護 第3版』  
編集：日本腎不全看護学会  
発行：医学書院、2009年  
定価：4,410円

表1 2010年度日本腎不全看護学会教育事業  
学習の機会提供により腎不全看護の質向上に貢献する

研修の種類	対象	ねらい	期間・時間・回数	取得ポイント (ポイントは会員のみ)
基礎研修	会員・資格取得予定者	腎不全看護の基本的な考え方を学習する	3日間(18時間) 90分12コマ年3回	18
実践指導者養成研修	DLN 取得者	教育やマネジメントの考え方を学習する	2日間(12時間) 90分 8コマレポート含む年1回	15 (レポート3ポイント含む)
看護研究研修	DLN 資格更新者	研究的な取り組みについて学習する	2年間継続で学会が支援(マンツーマン支援形式)	1回2ポイント研究成果は学会で発表(発表・学会誌等のポイント)
トピックス研修	会員・非会員	最新の医療・看護の知見を学習する	1日間2時間3講座 講演形式年1回2月	6ポイント
地区セミナー (地区委員会主催)	会員・非会員	全国7地区でDLNを中心に地域の腎不全看護の質向上に貢献する	1日~2日年1~2回 (テーマ・各地区で選定)	1日4ポイント
基礎教育セミナー	会員・非会員	毎年学術集會に併設	年1回2~4講座	1講座2ポイント

表2 基礎研修

研修時間:90分1講座3日間:1.5×12コマ:18ポイント、対象:会員・資格取得予定者  
2010年5月21,22,23日(福岡)7月9,10,11日(名古屋)10月8,9,10日(横浜)

講座 No.	講座	内容
I	慢性腎臓病看護総論	医療の最新情報・看護概論・特性と援助・倫理
II	病態の基礎知識(1)	腎の機能・CKD・代行療法・合併症
III	CKDステージの理解と看護	CKD1~5の病態・栄養・看護
IV	病態の基礎知識(2)	腎不全患者の精神病理・認知症の理解
V	血液透析関連技術	フィジカルアセスメント・関連技術(小児・高齢者・糖尿病の特徴を含む)
VI	腹膜透析関連技術	フィジカルアセスメント・関連技術(小児・高齢者・糖尿病の特徴を含む)
VII	看護理論・モデル(1) 看護の基本姿勢・人間の成長発達	セルフケア・ケアリング・人間関係論・発達課題論・役割理論・家族理論
VIII	看護理論・モデル(2) 人間の心理行動・病気の過程にある人の理解	ストレスコーピング・危機理論・不安・悲嘆・自己概念・病みの軌跡・不確かさ理論・障害/病気/死の受容過程
IX	看護理論・モデル(3) 看護援助・支援への活用	自己効力感・保健信念モデル、エンパワメント・カウンセリング、学習理論、認知行動療法、コーチング、コミュニケーション
X	セルフマネジメント支援	考え方・治療法とセルフマネジメント支援の特徴
XI	看護展開の実際 的確な判断と適切な看護技術の提供	アセスメント、看護技術の選択と応用、看護過程の展開
XII	透析看護マネジメント	透析室管理・安全管理・感染予防

慮し、対象別に6つの研修(表1)を企画しました。

1) 基礎研修(表2)

会員と資格取得予定者を対象に腎不全看護の基本的な考え方を学習することを目的に講義を組みました。『腎不全看護』を3日間で集中して学習できるように12講座あります。講師には透析医学会の先生方や会員の皆様のご協力を得て、2010年度は福岡、名古屋、横浜の3か所で開催します。その地域で参加していただければ経済的負担も軽減でき、18ポイント取得できますので、ぜひ日程を調整し、ご参加ください。

2) 実践指導者養成研修(表3)

透析療法指導看護師資格取得者を対象にした新企画です。臨床における実践を指導できるように各施設の看護の質向上に向けた資格取得者のための学習支援と位置づけています。この研修では教育やマネジメントの考え方を学習します。

3) 看護研究研修(表4)

透析療法指導看護師資格は5年ごとの更新制です。昨年度から更新が始まり今年で2回目です。この研修も新企画で、これから具体的な方法を策定する予定です。腎不全看護の実践を担う牽引者としての位置づけで、研究を通して援助の検証や開発などに貢献していただけるよう支援していく予定です。

4) トピックス研修

会員および非会員の皆様に臨床に役立つ最新情報をお届けするために従来通り、年1回の開催を継続しま

表3 実践指導者養成研修

研修時間:90分1講座2日間:1.5×8コマ:12ポイント、対象:DLN資格取得者、2010年8月21,22日

講座 No.	講座	内容
XIII	看護展開の指導(1)	看護実践を事例展開する
XIV	看護展開の指導(2)	事例展開に理論・概念を用いる
XV	患者の学習支援・教育(1)	成人教育の理解と方法
XVI	患者の学習支援・教育(2)	患者指導事例の検討
XVII	スタッフ育成・教育(1)	指導者の役割、生涯教育の考え方と方法、リーダーシップ
XVIII	スタッフ育成・教育(2)	スタッフ指導事例の検討
XX	看護マネジメント(1)	看護の責務と倫理、組織の成り立ち、腎領域におけるキャリア開発
XXI	看護マネジメント(2)	医療保健制度、経済、適正人員配置、社会資源、地域連携

表4 看護研究研修

90分1コマ2ポイント、11月13日大会併設  
対象:DLN資格更新者で研究に関心がある者

講座 No.	講座	内容
XXI	腎不全看護領域における研究の動向と意義	講義後、個人・グループの研究支援について解説、2年継続で担当講師が支援、成果は学会で発表

す。

5) 地区セミナー

全国を7地区に分けて透析療法指導看護師を中心に開催しています。回を重ねるごとにその内容も充実し、全国の腎領域に従事する看護師の学習をきめ細かに支え、その地域の看護の質向上に大きく貢献しています。

6) 基礎教育セミナー

第12回大会(2009年度)より開始しています。会員の基礎的学習支援とポイント取得の機会提供を目的としています。大会1日目の夕方に併設し、大会参加者であれば無料で受講できます。事前登録し、2~4講座から選択できます。2010年の福岡大会では11月13日に開催します。

以上、継続する教育計画と新しく始める教育計画をご紹介します。

皆様のキャリアアップ計画に組み込んでいただけるよう期待しております。また、この教育事業が4年後にはさらに質・量ともに向上し次の時代へ引き継げるようにIV期教育委員も努力しますが、勤務に従事しながらの学会活動ですので、ぜひ皆様のご協力をお願いする次第です。

# 第13回日本腎不全看護学会学術集会・総会 一開催のご挨拶一

〔大会長〕 下山節子 (NPO 法人日本看護キャリア開発センター)



第13回日本腎不全看護学会学術集会・総会を11月13日(土)・14日(日)、福岡で開催するに当たり、ご挨拶申し上げます。

2008年末、透析患者数は28万人を越えました。透析医療に従事する看護師は3.2万名余りで、日本腎不全看護学会会員も約3,200名と大きく発展してまいりました。腎不全看護は一分野に特化されない全ての看護を包含した学問領域といえます。そのため腎不全医療に携わる看護師には、看護実践者として、あるいは看護教育者として、さらには看護研究者として大きな期待が寄せられております。

5学会合同認定の透析療法指導看護師(DLN)は、2010年2月には約800名となり、3月末には認定更新者が100名近くになります。看護協会の認定透析看護師や慢性看護専門看護師も増え続けており、資格を取得した看護師達に対して、腎不全看護発展の推進者としてその活動が注目されているところです。また、国民病としての慢性腎臓病(CKD)対策、在宅における透析医療の推進など、今後ますます腎不全医療に携わる看護師の役割を拡大していくことでしょう。

そこで、今回の学術集会のテーマは「聴こう 語ろう 腎不全と生きること」としました。看護師として、腎不全とともに生きている人やその家族を生活者として理解するという、関心を持つということ、看護師が果たす責任とは何か、学術集会ではこのことを問いながら、そして腎不全看護の発展にはどのような「つながり」が今後求められるのか議論したいと思っています。「聴くこと、語ること」を通して参加した一人ひとりがその意味を深く考える機会になればと思います。

大会名：第13回日本腎不全看護学会学術集会・総会  
会期：2010年(平成22年)11月13日(土)・14日(日)  
テーマ：「聴こう 語ろう 腎不全と生きること」  
会場：福岡国際会議場

学会事務局  
日本腎不全看護学会事務局  
TEL:045-226-3091/FAX:045-226-3092  
E-mail:jinfuzen-n@giga.ocn.ne.jp  
ホームページ:http://www.nksnet.co.jp/jann13/

ますし、また、学術集会での出会いが、明日の腎不全看護の発展へと繋がっていくことを願っています。

まず特別講演では、福岡腎臓病患者連絡協議会事務局長の中島由希子先生に貴重な患者体験を語っていただきます。そして、家族看護の視点から人生における家族の存在について小林奈美先生、看護師のQOLに大きな影響を及ぼすストレスマネジメントについては久保田聡美先生の教育講演があります。またシンポジウムでは、大平整爾先生の基調講演「生きているうちに考えておくこと～医療と文学の視点から～」を受けて、血液透析、CAPD、腎移植に携わる医療従事者や患者、家族が一堂に会して慢性病とともに生きることについて考えたいと思います。

「腎不全と生きること」について、大いに「聴こう」「語ろう」ではありませんか。

多くの皆様の参加を関係者一同、心からお待ちしております。

第13回  
日本腎不全看護学会  
学術集会・総会

2010年11月13日(土)・14日(日)  
福岡国際会議場 福岡県福岡市博多区博多駅前2丁目1  
大会長 下山節子 (NPO法人日本看護キャリア開発センター)

「つながり」による  
腎不全看護の発展  
「私の体験を伝えたい」  
血液透析 CAPD  
腎移植と共に生きる  
生きているうちに考えておくこと  
人生における家族の存在  
看護師のための  
ストレスマネジメント

日本腎不全看護学会事務局  
株式会社 西日本企画サービス  
http://www.nksnet.co.jp/jann13/

