

〔報告〕

特定機能病院に勤務する看護師の援助規範意識と付き添い家族のケアの傾向

山本 麻理奈¹, 清水 裕子²

¹香川大学医学部附属病院, ²香川大学医学部看護学科

Helping Norm of Nurses Working in Special-function Hospitals, and Care Trends Towards Families

Marina Yamamoto¹, Hiroko Shimizu²

¹University Hospital, Kagawa University, ²School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University

要 旨

本研究の目的は、看護師の援助規範意識の程度によって、家族への看護ケアが異なるか、異なるとすればどのような要因が関連しているのかについて検討することである。

特定機能病院に勤務する看護師60名を対象に自記式質問紙調査を実施した。調査内容は、基本属性の他、援助規範意識尺度(29項目5件法)、独自に作成した家族援助場面図版(4項目4件法)であった。

援助規範意識は臨床経験月数37から60か月の看護師で低下し、その後高く維持された。また、家族援助場面図版の4場面の内、図版1「妻に頼る患者」を除けば、家族に対するケアを行う際に援助規範意識は影響しなかった。

37から60か月の看護師で援助規範意識が低下する理由に、バーン・アウトが関与する可能性がある。情緒的な反応が乏しくなった結果、他者への援助行動が困難になり、援助規範意識が低下したと考えられる。

家族援助場面図版の特徴から、家族に対するケアは援助規範意識よりも専門職としての経験が関与する部分が多いことが分かった。

キーワード：援助規範意識, 家族援助場面, 家族ケア

Summary

This study aimed to elucidate whether nursing care for families attending patients differs in accordance with the strength of the nurse's helping norm, and if there are differences, to evaluate what factors are associated in nursing care.

A self-administered written questionnaire was distributed to 60 nurses who work at special-function hospitals. In addition to basic characteristics, the survey items included a Helping Norm Scale (5-point scale with 29 items), and illustrations of family helping scenes (4-point scale with 4 items) created by the authors.

The helping norm declined for nurses with clinical experience from 37 months to 60 months, then remained high for longer clinical experience. Among the 4 family helping scenes, with the exception of Scene 1, 'Patient relying on wife', the helping norm had no effect when the nurse provided care to the family.

A possible reason for a weaker helping norm of nurses with clinical experience from 37 months to 60 months is that burn out is involved. The nurse's helping norm may be weakened due to a decline in emotional reactions, and due to helping behavior towards other persons becoming difficult.

The characteristics of the family helping scenes elucidated that care towards the patients' family is affected more by experience as a

連絡先：〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸1750-1 香川大学医学部附属病院 山本麻理奈

Reprint requests to: Marina Yamamoto, University Hospital, Kagawa University, 1750-1 Ikenobe, Miki-cho, Kita-gun, Kagawa 761-0793, Japan

specialist than by the nurse's helping norm.

Key words: Helping norm, Family helping scene, Family care

はじめに

我が国では1997年に、原則として付き添い看護が廃止されたが、現在も状況によっては付き添いが行われている。患者と家族は療養生活を送る上で相互に影響しあっている。その中でも、入院患者に最も近い立場である付き添い家族は強い影響を受けていると考えられる。国勢調査¹⁾では1980年以降、急激に単独世帯と夫婦のみ世帯が増加していることが分かる。家族構造はこの30年間で急激に変化している。それ以前の多世帯で構成される家族であれば、家族の中で患者と影響を受けている家族を支え、影響を緩和できる場合が多かった。しかし、このような変化によって、もはや家族の問題を家族員のみで解決することは困難になっていると考えられる。その為、看護師は患者の円滑な療養のため、患者のみならず家族へのケアを行う必要性がある。

看護師による家族へのケアはこれまでも行われてきた。しかし、看護師の家族へのかかわりの必要性に関して三浦ら²⁾は、個人的には考えていても、チームとしての共通認識に至っていない、と指摘している。看護師は家族に対して様々なケアを行うが、その方法、効果は看護師ごとに異なっていると考えられる。その結果、家族へのケアはチームで共有化されやすい患者へのケアに比べ、看護師個人の性格や体験による影響がより反映される可能性がある。

ケアに影響を与える個人の性格や体験の1つとして、援助が必要な場面に関係する援助規範意識が挙げられる。箱井・高木³⁾は、援助は関係する規範に影響を受けた結果である、と述べている。そのため、看護師の援助規範意識の程度によって、ケアが異なる可能性がある。また、勤務年数で家族に対するケアに違いが生じることも分かっている。斎藤ら⁴⁾の研究では、患者と関わりの深い家族とのコミュニケーションや病状理解への認識が高く、経済面や面会時の交通手段、地域社会との交流について、勤務年数が短い若い世代の看護師は関心が薄いことを指摘している。逆に、勤務年数が長く年齢を重ねた、高い責任ある職位にある看護師は、家族に関するケアの多くに配慮と関心を示している。このことは、専門職としての勤務経験と職位による役割の違いが家族に対するケアに影響を与えた可能性を示している。また、この結果は援助規範意

識の年齢が高くなるにつれ一層援助的になる³⁾という特徴とも関連していると考えられる。

これまでの研究より、家族への看護ケアに対する看護師個人の傾向を明らかにすることは、今後の家族ケアの質の向上を図る上で意義があると考えられる。本研究では看護師が援助職であることから、ケアに影響を与える個人の性格や体験の1つとして、看護師の援助規範意識とケアの傾向の関連について検討する。

目的

特定機能病院に勤務する看護師の援助規範意識の程度によって、家族への看護ケアが異なるか、異なるとすれば看護師としての経験が関連しているのかについて図版を用いて検討する。

用語の操作的定義

1. 援助規範意識

援助規範意識とは、「自分を頼ってくる人には、親切にすべきである」、「助けてくれた人を傷つけてはいけない」³⁾などの援助に関連する法的拘束力のない規範である。この個人差を測定する尺度が援助規範意識尺度である。援助規範意識は4つの下位尺度で構成されている。それぞれは、「返済規範」「自己犠牲規範」「弱者救済規範」「交換規範」と呼ばれる。「返済規範」は互恵的な規範意識と補償的な規範意識を含む。「自己犠牲規範」は自己犠牲を含む愛他的行動を指示する規範に関係する意識であり、年代、性別、世代を越えて広く平均的に意識されるものである。「弱者救済規範」は自分よりも弱い立場の人々や悪い立場、経済的に困っている人に対する救済、分与を指示する規範である。「交換規範」は援助に見返りを期待し、自分に有利になるような援助なら行うべきであるという意識をいう。

援助意識項目については付票に示す(付票1)。

2. 付き添い家族

本研究での付き添い家族とは、患者との関わりの深い家族であり、家族援助場面図版に描かれた家族員のことである。

付票1 援助規範意識尺度

規範意識項目
1. 自分に好意を示してくれたからといって、自分も好意を示してお返しをする必要はない。
2. 救う能力が自分に備わっていない時には、救う努力をしても無駄である。
3. 人が困っている時には、自分がどんな状況にしろとも、助けるべきである。
4. 自分の利益よりも相手の利益を優先して、手助けすべきである。
5. 人から何かを贈られたら、同じだけお返しをすべきである。
6. 自己を犠牲にしても、人を助ける必要はない。
7. 過去において私を助けてくれた人には、一生感謝の念を持ち続けるべきである。
8. しいたげられている人を、まず救うべきだ。
9. 人を助ける場合、相手からの感謝や返礼を期待してもよい。
10. 恩人が困っている時には、自分に何がしろと助けるべきである。
11. 人にかけて迷惑は、いかなる犠牲を払っても償うべきである。
12. 不当な立場で苦しんでいる人は、少しでも助けるべきだ。
13. 以前私を助けてくれた人には、特に親切にすべきである。
14. 人の好意には甘えてもよい。
15. 犯した罪を償わなくてもよい場合がある。
16. 人が、私を助けるために何らかの損害を被っているなら、そのことに対し責任を持つべきである。
17. 将来付き合うことのない人なら、困っていても助ける必要はない。
18. 大勢の人が同じ状況で困っている時、まず以前私を助けてくれたことのある人を一番最初に助けるべきである。
19. 困っている人に、自分の持ち物を与えることは当然のことである。
20. どんな場合でも、人に迷惑をかけてはいけない。
21. 私を頼りにしている人には、親切であるべきだ。
22. 自分が不利になるのなら、困っている人を助けなくともよい。
23. 社会的に弱い立場の人には、皆で親切にすべきである。
24. 社会の利益よりも、自分の利益を第一に考えるべきである。
25. 見返りを期待した援助など、全く価値がない。
26. 受けた恩は必ずしも返さなくてもよい。
27. 自分より悪い境遇の人に何かを与えるのは当然のことである。
28. 人は自分を助けてくれた人を傷つけるべきではない。
29. 相手がお返しを期待していないのなら、わざわざお返しをする必要はない。

方法

1. 調査対象

調査対象は特定機能病院に勤務し、消化器外科・総合診療部病棟で勤務する看護師30名と消化器内科・神経内科病棟で勤務する看護師30名の計60名である。

2. 調査項目

基本属性に加え、箱井・高木³⁾の29項目5件法の援助規範意識尺度、予備調査で作成した家族援助場面図版の4場面、図版1「妻に頼る患者」、図版2「悩む妻」、図版3「インフォームド・コンセント」、図版4「廊下で待つ家族」である。

3. 測定用具の作成

本調査を行うにあたり、家族ケアの実施状況を測定するために、ケアの対象となる家族援助場面を図版とし、ケアの程度を評価する測定用具を作成した。具体的には、それぞれの家族援助場面に対して行うケア

の傾向、具体的な声かけなどの言動を調査し、選択肢の作成を行った。対象は、同意を得た看護学生4年生20名である。対象者に看護師の家族援助場面図版の4場面を示し、「この状況で、あなたが右に描かれた看護師であるとすれば、家族に対してどのように対応しますか」と問いかけ、最初に思いつく言動を一文で自由記述してもらい、所定の用紙に記述回答を得た。

対象者に示した家族援助場面図版は4つの場面で構成された。1つ目は、妻と意識のある患者が同一場面に存在し、患者は妻に頼るような言動が多い。しかし妻は負担を感じているようではない状況である。この場面を図版1「妻に頼る患者」とした。2つ目は、眠っている夫のベッドサイドで、妻が沈んだ表情で思い悩んでいるような状況である。この場面を図版2「悩む妻」とした。3つ目は、インフォームド・コンセントの場面で、医師から夫の病状について説明を受けている場面であり、妻の顔は困ったようにみえる。この場面を



図1 図版1「患者に頼られる妻」



図2 図版2「悩む妻」

図版3「インフォームド・コンセント」とした。4つ目は、患者に対する何らかの処置の間、廊下に出ている家族であり、家族は眉を寄せたような表情をしている。この場面を図版4「廊下で待つ家族」とした。

分析方法はKJ法を使用し、それぞれの言動の具体性、例えば、対象、声かけ内容の具体性の違いなどを島づくりで分類した。そして、家族援助場面図版の選択肢を作成した。分類の妥当性については、スーパーバイザーからアドバイスを得た。

結果、20名全員からの有効な回答が得られた。

図版1「妻に頼る患者」では、患者に頼られる妻への言動について、患者への声かけ(8人)など6つのカテゴリーに分けられた。

図版2「悩む妻」では、夫の病状に悩む妻への言動について、声かけを行う(16人)など3つのカテゴリーに分けられた。

図版3「インフォームド・コンセント」では、夫の病状について説明を受けている妻への言動について、医師の説明の合間に声かけ(14人)など3つのカテゴリーに分けられた。

図版4「廊下で待つ家族」では、処置の間廊下に出ているように言われて動揺している家族について、声かけを行う(12人)など3つのカテゴリーに分けられた。

各図版の回答には傾向があり、この図版の選択肢を決定した。図版1「妻に頼る患者」では、ケアは場面に対する対処ではなく、状況を把握するための声かけとして現れることが多かった。そのため、妻が具体的に援助を求めているようでない場合は、積極的な介入を行う者は少ない傾向が示された。結果より選択肢は、報告・具体的声かけ・声かけ・何もしない・その他とした。図版2「悩む妻」では回答者のほとんどが「声かけ」を行うと答えたが、状況をアセスメントした上

で「具体的声かけ」を行ったものは少なかった。回答者の多くは家族に援助が必要であると感じているが、焦点を絞った言動へと発展させる為の導入として「声かけ」を選択した者が多くなったと考えられる。結果より選択肢は、具体的声かけ・声かけ・様子見・何もしない・その他とした。図版3「インフォームド・コンセント」では、インフォームド・コンセントの最中に家族に「声かけ」をする者が最も多かった。そのため、看護学生がインフォームド・コンセントの場面における補足説明を看護師の役割として認識している者が多い傾向がみられた。結果より選択肢は、様子見・後で話す・途中で話す・何もしない・その他とした。図版4「廊下で待つ家族」は図版2「悩む妻」や図版3「インフォームド・コンセント」と同様に援助の必要性を回答者が感じやすい場面であったため積極的に家族と関わろうとする傾向がみられた。結果より選択肢は、つきそう・具体的声かけ・会釈・詳しい説明・その他とした。全体を通して、家族が具体的に援助を求めている場面について、多くの回答者が援助の必要性を感じている傾向が示された。

以下は、予備調査により作成された家族援助場面図版である(図1, 図2, 図3, 図4)。

4. データの収集方法

病院看護部において了承を得た後、無記名の自記式質問紙を配布し回収した。各病棟師長に質問紙を手渡し、病棟に勤務する看護師に配布を行った。回収は、記入した用紙を各人で所定の封筒に入れ、まとめて調査者に病棟師長から手渡す方法で、間接的に回収した。

5. 分析方法

SPSS16.0を使用し、統計的分析を行った。質問項目については記述統計を行い、調査対象者の特徴を明らかにした。援助規範意識尺度の得点は、下位尺度ごとの項目平均得点で看護学生(実習後)⁵⁾と比較した。



1. 様子を見る (様子見)
2. 医師がいなくなった後に話しかける (後で話す)
3. 説明の途中に「何か分からないことはありませんか」と話しかける (途中で話す)
4. 何もしない
5. その他

図3 図版3「インフォームド・コンセント」



1. 側につきそう (つきそう)
2. 「大丈夫ですか」などと声かけする (具体的声かけ)
3. 会釈をして通り過ぎる (会釈)
4. 処置についての詳しい説明をする (詳しい説明)
5. その他

図4 図版4「廊下で待つ家族」

臨床経験月数別では合計点の平均で比較を行った。また、調査対象者の職位特性による分類を行い、師長・副師長群、スタッフ (2-3年目が該当するプリセプターとオリーブナース、新人を除く) 群、新人 (2-3年目が該当するプリセプターとオリーブナースを含む) 群の3群と年齢について援助規範意識の関連について、を一元配置分散分析 ($p < 0.05$) にて検討した。家族援助場面図版は図版の識別性を明らかにし、援助規範意識との関係を明らかにするため、各選択肢と援助規範意識の関連についてはKruskal-WallisのH検定の後Mann-WhitneyのU検定 ($p < 0.05$) にて多重比較を行った。さらにその他の回答内容について質的分析を行った。

6. 調査期間

調査期間は2010年8月3日～8月24日である。

7. 倫理的配慮

調査は無記名で、回収した内容は研究以外の目的に使用しないこと、研究に協力できない場合は無回答で

もよいこと、研究結果を論文やその他の方法で公表する際、匿名性を守ることを明記し、口頭と文書で説明を行い、同意書のある場合のみ調査対象とした。また、質問紙は間接的に配布回収を行った。

結果

1. 回収率

各病棟へ質問紙を30部ずつ配布し、計45名より協力が得られた (回収率75.0%)。その内、有効回答の36名 (60.0%) を分析の対象とした。

2. 対象者の概要

対象者の概要について表1に示す。

対象となった36名全員が女性であった。年齢は20歳代24名 (66.7%)、30歳代10名 (27.8%)、40歳代2名 (5.6%) であった。対象者の臨床経験月数は36か月以下11名 (30.6%)、37から60か月8名 (22.2%)、61から120か月9名 (25.0%)、121か月以上8名 (22.2%)

表1 対象者の概要

N = 36

項目	カテゴリー	人数	(%)	
属性	性別	女性	36	100.0
		男性	0	0.0
	年齢	20歳代	24	66.7
		30歳代	10	27.8
40歳代		2	5.6	
個人特性	臨床経験月数	36か月以下	11	30.6
		37から60か月	8	22.2
		61から120か月	9	25.0
		121か月以上	8	22.2
	職位	師長・副師長群	3	8.3
		スタッフ群	17	47.2
		新人群	16	44.4

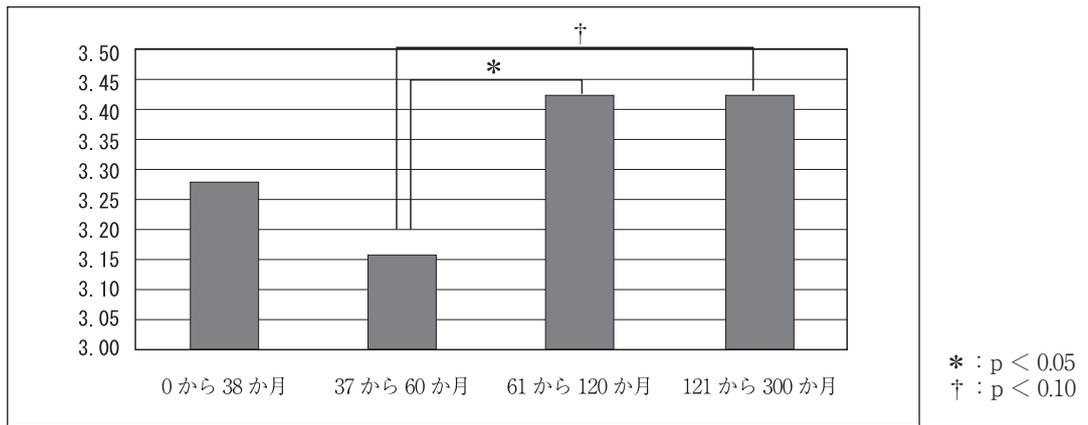


図5 援助規範意識の臨床経験年数による変化

表2 援助規範意識尺度の下位尺度の単純集計結果と看護学生（実習後）⁵⁾の得点

N = 36

援助規範意識	臨床経験月数					
	看護学生 ⁵⁾	看護師	36か月以下	37から60か月	61から120か月	121か月以上
返済規範	3.36 ± 0.40	3.29 ± 0.44	3.27 ± 0.39	3.10 ± 0.56	3.35 ± 0.49	3.43 ± 0.31
自己犠牲規範	3.49 ± 0.42	3.54 ± 0.40	3.51 ± 0.27	3.45 ± 0.43	3.60 ± 0.36	3.61 ± 0.57
交換規範	3.20 ± 0.74	3.33 ± 0.49	3.18 ± 0.61	3.28 ± 0.43	3.49 ± 0.39	3.40 ± 0.47
弱者救済規範	3.56 ± 0.35	3.12 ± 0.37	3.10 ± 0.37	2.84 ± 0.35	3.30 ± 0.24	3.23 ± 0.30
29項目平均		3.32 ± 0.27	3.28 ± 0.30	3.16 ± 0.25	3.43 ± 0.18	3.43 ± 0.26

である。対象者の職位は、師長・副師長3名(8.3%)、スタッフ17名(47.2%)、新人16名(44.4%)であった(表1)。

3. 看護師の援助規範意識の特徴

援助規範意識尺度の下位尺度の単純集計結果と先行研究による看護学生（実習後）⁵⁾の得点を表2に比較して示した。

看護師全体で最も項目平均得点が高かったのは「自己犠牲規範」(3.54)、次いで「交換規範」(3.33)となり「返済規範」(3.29)、「弱者救済規範」(3.12)の順であった。また、看護師の臨床経験月数別に得点を求めた結果、37から60か月の看護師が3.16と項目平均得点で最も低い得点を示した。下位尺度別の結果においても「返済規範」、「自己犠牲規範」、「弱者救済規範」で他の臨床経験年数群の得点を下回った。「交換規範」では36か月以下の群が3.18と最も低い得点を示した。項目平均得点が高かったのは61から120か月の群と121か月以上の群で、得点は3.43であった。下位尺度別では、「返済規範」、「自己犠牲規範」は121か月以上の群、「交

換規範」、「弱者救済規範」では61から120か月の群が最も高い得点を示した。最も低い合計点の平均を示した37から60か月の群と他の群間について多重比較を行った結果、61から120か月との群間で有意な差が、121か月以上との群間でやや有意な差が認められた(図5)。また、柴田らの⁵⁾看護学生（実習後）の援助規範意識の下位尺度別得点と比較すると、「返済規範」と「弱者救済規範」で看護師の得点が下回った。「自己犠牲規範」と「交換規範」については、看護師の得点が上回った(表2)。

4. 援助規範意識と調査対象者の概要との関係

援助規範意識と調査対象者の概要の関係について表3に示す。

年齢別の援助規範意識の合計点について多重比較を行った結果、20歳代は30歳代と40歳代に比べてやや有意に得点が低いことが示された。

臨床経験月数と援助規範意識の合計点について多重比較を行った。その結果、37から60か月と61から120か月の間で有意な差が示された。また、37から

表3 援助規範意識と調査対象者の概要の関係

N = 36

基本属性		援助規範意識	
		中央値	
年齢	20歳代	95.0	(0.065) †
	30歳代	101.0	
	40歳代	104.5	
臨床経験月数	36か月以下	96.0	(0.061) * (0.082) †
	37から60か月	92.5	
	61から120か月	98.0	
	121か月以上	101.5	
職位	師長・副師長群	105.0	(0.044) *
	スタッフ群	93.0	
	新人群	98.0	

* : p < 0.05
† : p < 0.10

表4 援助規範意識と家族援助場面図版の関連

N = 36

図版	選択肢	人数	(%)	援助規範意識 (得点)	平均年齢	臨床経験月数の平均
1	1. 報告	0	0.0	93.23 ± 6.444]*	28.77 ± 3.898	89.77 ± 57.695]†
	2. 具体的声かけ	13	36.1			
	3. 声かけ	20	55.6			
	4. 何もしない	3	8.3			
	5. その他	0	0.0			
2	1. 声かけ	13	36.1	97.92 ± 7.005	29.62 ± 7.089	82.15 ± 56.536
	2. 具体的声かけ	16	44.4	97.00 ± 7.840	28.75 ± 5.675	84.63 ± 74.546
	3. 様子見	5	13.9	94.40 ± 8.895	25.20 ± 3.701	45.60 ± 36.726
	4. 何もしない	0	0.0			
	5. その他	2	5.6	87.00 ± 15.56	27.00 ± 2.828	49.50 ± 31.820
3	1. 様子見	1	2.8	92.00	24.00	40.00
	2. 後で話す	20	55.6	98.15 ± 6.659	29.45 ± 4.796]†	92.15 ± 65.125]†
	3. 途中で話す	15	41.7	94.40 ± 8.895	27.47 ± 7.236	57.73 ± 55.886
	4. 何もしない	0	0.0			
	5. その他	0	0.0			
4	1. つきそう	1	2.8	87.00	26.00	52.00
	2. 具体的声かけ	22	61.1	98.00 ± 7.733	29.27 ± 6.798	82.68 ± 66.311
	3. 会釈	4	11.1	97.00 ± 2.944	27.25 ± 3.096	64.00 ± 40.398
	4. 詳しい説明	5	13.9	92.20 ± 11.541	27.40 ± 5.941	65.20 ± 83.335
	5. その他	4	11.1	94.75 ± 3.202	27.25 ± 3.948	74.00 ± 51.897

* : p < 0.05
† : p < 0.10

120か月と121か月以上の間でも有意な差が認められた。

職位と援助規範意識の合計点について多重比較を行った結果、スタッフ群は新人群に比べて有意に得点が高いことが示された(表3)。

5. 援助規範意識と家族援助場面図版の関連

家族援助場面図版の各選択肢の内訳について表4に示す。

図版ごとに選択肢間で多重比較した結果、図版1「妻に頼る患者」を除けば、家族に対するケアの傾向に援助規範意識は影響がなかった。

図版1「妻に頼る患者」は、回答2「家族に具体的に話しかける(具体的声かけ)」と回答3「家族に対

して声かけを行う(声かけ)」の間でやや有意な差が認められた。また、選択肢2と選択肢3の間では、臨床経験月数の平均においても、有意な差が得られた。

図版2「悩む妻」は「何もしない」の選択肢を選んだ者はおらず、全ての看護師が援助動機を示した。

図版3「インフォームド・コンセント」は各選択肢間の援助規範意識の得点の有意な差は得られなかったが、平均年齢と臨床経験月数の平均でやや有意な差が示された。

図版4「廊下で待つ家族」は全ての選択肢に回答があった(表4)。

考察

1. 看護師の援助規範意識の特徴

援助規範意識は女子大学生を対象とした研究によれば、キャリア成熟高水準群が低水準群よりも援助規範意識が高い⁶⁾ことが報告されている。つまり、本研究の対象者である看護師の場合、臨床経験を重ねることでキャリア成熟が進み援助規範意識も高まると考えられた。しかし、実際は臨床経験により段階的に援助規範意識が高まるという予測された結果は得られず、37から60か月の群で低下し、それ以降は高く保たれていた。また、看護師全体では看護学生(実習後)と比較して低い得点を示す下位因子がある。結果には看護師特有の理由が影響していると考えられる。影響している要因の1つとして、臨床経験年数5年(月数60か月)以内に起こりやすいバーン・アウトが考えられる。今回の調査対象者の約半数が臨床経験月数60か月以下の看護師であり、臨床経験や援助規範意識の特徴から、バーン・アウトの可能性もある。バーン・アウトは、人を相手に働く過程で、情緒的な資源が疲弊し、クライアントに対して否定的で冷淡な態度や感情が起きる。さらに自分自身を、特にクライアントとの関係において否定的に評価するようになる現象⁷⁾とされている。看護師の場合、クライアントは患者やその家族であり、それらの人々に対して冷淡な態度や感情が引き起こされれば他者に積極的な関心を持つことが難しくなる。規範意識は情緒的愛他反応に関係が深いため、関心を持つことが難しくなり得点が低く示された可能性がある。

また、各下位尺度では、「自己犠牲規範」は年代、世代を越えて、性別に関わらず広く平均的に意識されているもの³⁾であり、看護師と看護学生(実習後)の得点の差が最も小さかった結果からも、その傾向が示唆された。「交換規範」は若年者の方が高年者よりも高く示されるのが一般的である。しかし、本研究では看護師の方が高く示された。理由として看護師は援助を一方方向に与えるものではなく、相互交換可能なものとして捉えている可能性が考えられる。しかしながら、今回の研究では明らかにすることは出来なかった。「返済規範」はバーン・アウトの影響を受けていると考えられる。「返済規範」は、愛他心と返済的行為として行われる行動で示される。例えば看護師がよく実施していると考えられる、自由意思で患者に恩恵を与えることを目的に行動を起こす場合、情緒的な愛他的反応が引き金になる場合が多い。この場合、情緒的な愛他的反応は他人に積極的な反応を持つことが大切になる。バーン・アウトを引き起こした場合は、他人への

関心が薄れ、冷淡な態度や感情が示されるようになる。結果、バーン・アウトの情緒的消耗によって「返済規範」の得点が看護学生と比べて低くなったと考えられる。「弱者救済規範」は一般的には高年者の方が若年者よりも高く支持される傾向にあるが、本研究では看護学生の方が高い得点を示した。一般の結果と本研究の結果が逆転した理由として、看護学生と看護師の抱く患者像の違いが考えられる。看護の経験の浅い者は患者に対して「弱い立場」といった、イメージを抱きやすいといえる。また、患者へのケアに対して余裕が持てず、家族にまで目が向けることが難しい可能性もある。

そのため、自分よりも弱い立場、悪い立場の人々の救済・分与に関係する「弱者救済規範」を支持する看護学生が多く、得点が高くなった可能性がある。

2. 援助規範意識と調査対象者の特徴

援助規範意識は、一般的に年齢と共に高くなる傾向があるが、本研究の結果からも同様の傾向が示された。臨床経験月数と援助規範意識の関係としては、37から60か月の群が上記の看護師の援助規範意識の特徴で述べたように、バーン・アウトが影響し、援助規範意識が低下した可能性がある。対象者の職位については、看護師長・副師長群と他群の間に有意な差は認められなかったが、ケース数を増やすことで有意な差が示されると考えられる。職位が高い者ほど援助規範意識も高くなる傾向にあり、年齢や臨床経験の他に、役割取得能力も関係している可能性がある。

一般的に援助に関係する規範意識は、性役割期待やそれを含めた広範な時代精神の特徴とそのもとでの具体的な経験内容の特性などを反映している³⁾とされている。時代精神⁸⁾とは、その時代の社会・人心を支配する精神、また、その時代を特徴づけている精神の事である。看護師の場合は、年代や時代以上に専門職としての経験が影響を与えていると考えられる。

3. 家族援助場面図版について

図版1「妻に頼る患者」を除けば、ケアの傾向に援助規範意識は影響しないことが示された。

家族に対するケアに影響するものとして三浦ら²⁾は「家族へのかかわり行動」は、個々の看護師の職業上の経験や個人的な経験の積み重ねが患者の家族に対する対応への自信となって実践されているのではないかと、としている。本研究でも、図版1「妻に頼る患者」や図版3「インフォームド・コンセント」では、臨床経験月数の長い者ほど、家族に対する「具体的声かけ」や「後で話す」などのアセスメント能力が必要となる介入が多い。その結果、先行文献と同様の傾向が認められた。仮説では、援助規範意識の得点の高い者の方

が家族を対象にケアを行うのではないかと考えていたが図版1については相反する結果が示された。これは、選択肢の臨床経験月数の特徴から、バーン・アウトを起こしている可能性のある層が含まれているためではないかと考えた。また、図版1では患者と家族が同一場面に存在する状況では、患者の方がよりケアを受けやすく、家族はケアの対象となりにくい傾向が推察された。理由として考えられることは、日ごろのコミュニケーションの状況から患者を対象とする方を選択した。もしくは、家族が困っているように見えない為援助の必要性を感じることなく、患者の行動の問題に着目したかのいずれかの可能性がある。また、「弱者救済規範」に代表される、社会的に不遇な立場や身体的に弱い人の方が援助を受けやすい、という被援助者の特性が関わっていることも考えられる。また、図版3「インフォームド・コンセント」は予備調査の対象である看護学生と本研究の回答者である看護師共に多くの回答者が行動を起こしている。そして、その傾向は看護師になってからより高まっていくことが示された。これは、学生時代の教育により「インフォームド・コンセント」への介入を看護師の役割として認識している可能性がある。また、看護師は学生と違い、医師と違った立場から、「インフォームド・コンセント」に臨み、患者を支えようとしていると考えられる。

図版2「悩む妻」は「何もしない」を選択した者はおらず、全ての看護師が援助動機を示した。有意な差は認められなかったものの、家族との関わりの少ない選択肢を臨床経験の短い者が多く選択していた。このことから、直接家族と関わることは、ある程度の臨床経験を重ねた者でなければ難しい可能性がある。その理由としては、臨床経験の未熟さによる、家族をケアの対象とすることへの困難さが考えられる。また、状況判断能力と実施技術への差も影響を与えている可能性がある。図版4「廊下で待つ家族」は、全ての選択肢に回答が得られ家族への関心は看護師の一般的傾向と考えられた。

よって、家族に対するケアには援助規範意識よりも専門職としての経験が関与していると考えられる。

研究の限界と今後の課題

本研究では、研究期間の制約のため、対象者が十分確保できなかった。また、家族に対するケアは様々な個人的要因と状況要因によって影響を受けるが、本研究では対象者の属性に偏りがあり、比較・検討を行うことができなかった。そのため、これらの結果について一般化することには限界があった。また、援助規範

意識とバーン・アウトが関与する可能性があるため、それらが家族に対するケアに及ぼす影響についてデータを蓄積し、検討を深める必要がある。図版についても、予備調査の対象が経験の少ない看護学生であったため、援助が必要と判断しても具体的な手段を講じるまでに至らないことが多かった。そのため、看護師の選択する言動とは差が生じる可能性があり、選択肢を一般化できなかった。

結論

1. 家族に対するケアは援助規範意識よりも専門職としての経験が関与する。
2. 看護師の援助規範意識は37から60か月で低下し、バーン・アウトがその原因となっている可能性がある。

文献

- 1) 財団法人厚生統計協会：国民衛生の動向・厚生指標臨時増刊, 45 (9), 40, 財団法人厚生統計協会, 1998.
- 2) 三浦まゆみ, 中村令子, 久保よう子：入院患者の家族への日常的なかかわり行動に対する看護師の認識－東北地区・国立病院機構看護師の調査から－, 岩手県立大学看護学部紀要, 8, 1-12, 2006.
- 3) 箱井英寿, 高木修：援助規範意識の性別, 年代, 及び, 世代間の比較, 社会心理学研究, 3 (1), 39-37, 1987.
- 4) 斎藤静代, 宮本政子, 野口純子, 他：看護師（士）の家族に対する意識調査家族への配慮と関心, 香川県立医療短期大学紀要, 2, 7-15, 2000.
- 5) 柴田和恵, 高橋ゆかり, 鹿村真理子：看護学生の援助規範意識と職業的アイデンティティとの関連臨地実習前後の比較, 天使大学紀要, 7, 85-92, 2007.
- 6) 吉田幸世, 浅川潔司：女子大学生の大学適応感とその援助規範意識に及ぼす影響キャリア成熟の観点から, 教育諸学研究, 22, 73-82, 2008-10.
- 7) Maslach.C, Jackson.S: Patterns of burnout among a national sample of public contact workers, Journal of health and human resources administration, 7, 133-153, 1984.
- 8) 新村出編：広辞苑（第六版）, 1179, 岩波書店, 2008.