



## 第39回総会記念講演

## 看護研究は何で行き詰まり、看護研究者は何を求めているか

諏訪 敏幸

## I. はじめに

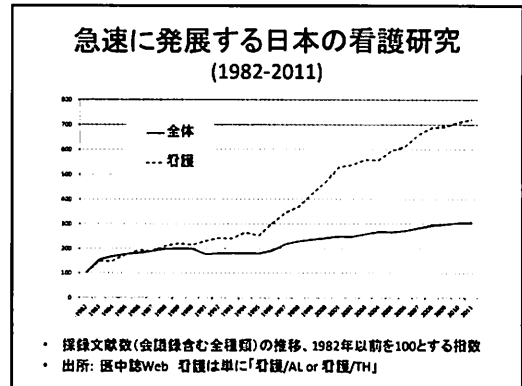
## 1. 図書館員の視点から

今日のお話は「看護研究は何で行き詰まり、看護研究者は何を求めているか」です。看護研究の話と申しましても、あくまでも図書館の職員としてレファレンスカウンターなどでみなさまの相談に預かった中でのお話、そこから見た看護研究のお話をさせていただくということがあります。したがって看護研究者の方とは少し違った視点になるのかなと思います。その中で看護研究の現状や図書館にできることは何なのかなどをみなさんと一緒に考えたいと思います。

## 2. 看護研究の概況 1) 急速に発展する看護研究

「看護研究は何で行き詰まり」というところにクエスチョンを持たれる方が多いと思います。別にぜんぜん行き詰まってははいないというのが実際に看護研究に携わっている方の実感だと思います。たしかに行き詰まっていません。順調に件数は伸びています(スライド1)。

医学中央雑誌のざっくりとした採録文献数で1982年までを100として、その後の年間採録件数の伸びを見ていきます。赤い線が看護研究です。かなり順調に、全体(青)よりもはるかに速いペースで伸びて来ている。2000年くらいから看護系雑誌の医学中央雑誌への採録が増えたという事情もありますので、研究数そのものの伸びでは必ずしもありませんが、決して他の分野に劣ってはいないというのが、ここから見た実情です。

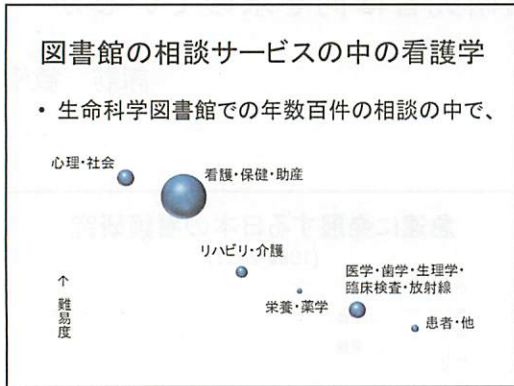


スライド1

## 3. 看護研究の概況 2) レファレンスカウンターで接する看護学の悩み

私の仕事ご紹介いただきましたように、レファレンスカウンターで学生さんや大学院生、教員の方、現職の看護師からいろいろな相談をいただくことです。記録で確認できるもので年間700件くらい、実数は1,000件くらいになるでしょう。1件が平均1時間半くらいかかります。その中で(スライド2)、ここに書きました○の大きさが分野別の件数を表しています。○の高さは実際に相談をいただいた実感としての、難しさです。ご覧いただいておりますとおり、看護・保健・助産系は非常に件数が多いんです。全体の7割くらいかなと思います。ほかの分野全部を合わせたより多い。しかも難しいです。検索ひとつとっても「これは確かに無理だよね」というような難しい検索が多い。先日いただいた質問ですと、「患者を『理解する』ということ」と「患者を『捉える』ということ」はどう違うかを文献的に説明せよという課題を持って

来られた方がいて、「えーっ」と思いました。なんとか解決しましたが、「もう勘弁してくれ」みたいな質問があります。全体的に難しい。



スライド2

したがっていわゆる文献数の伸びとしては決して行き詰まっているということではないけれど、その中には、相当な、実際に研究をされている方の悩みとか困難とかがあると私は受け止めています。では看護研究者がどういうところで大きな壁にぶつかっているのかということ、今日はだいたい3つ、お話をしようと思っています。ひとつには看護研究そのものが主観的に難しいということです。それから現場に根ざした研究領域ならではの問題というのがあると思います。それからさっきグラフをご覧いただいたとおり、急速にここ日本では10年余りの間に発展してきたので、その急速な発展に伴う問題があります。

これらをひとつずつ見ていく中で、いったい看護研究がどういう問題を抱えているのかがわかりいただけるかなと思います、こういう順番でお話をし、最後に、じゃ図書館はどうするかということをお話しさせていただきたいと思っています。

II. 看護学とはどんな領域か

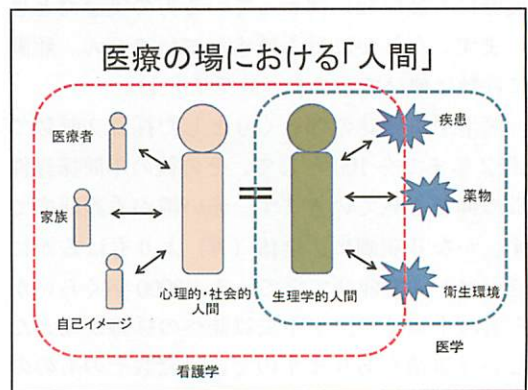
—「多様性」という難しさ

1. 臨床医学における「患者」と、看護学的「人間」・保健学的「人間」

まずそもそも看護学とはどういう領域なのか

ということですが、ひとつのポイントはテーマが非常に多様で多面的であるということ。テーマが多様であるというのは、どんな分野でもどんな領域でも、どこでもそうなんです。しかし看護の場合は質的に全然違うものが混じり合っているという、ちょっとやっかいな多様性があります。

臨床医学は疾患への対処という一点で患者さんを見ます。これに対して看護・保健というのはそこにいる人間をトータルで見ようとしています。患者さんは病気が治ればそれでいいというわけではなく、治療中の痛みとか不安とか、病気が治ってからの生活とかあるいは病気が治った後も闘病生活を続けなければいけない。ストレスだったら身体に今までなかったものがくっついてなんか違うことをしないといけない、そういうものに対処しないといけない。そういういろんなものを持っています。あるいは保健学ですと、一般の人たちが健康に寿命をまっとうするためにはどうしたらいいかという観点から、人間をトータルに考えないと問題が解決しないという性格を持っている。人間をトータルに見ようとするので、人間の複雑さに応じてテーマが広く複雑になってくる。これが看護、保健のテーマ的なややこしさになっています。

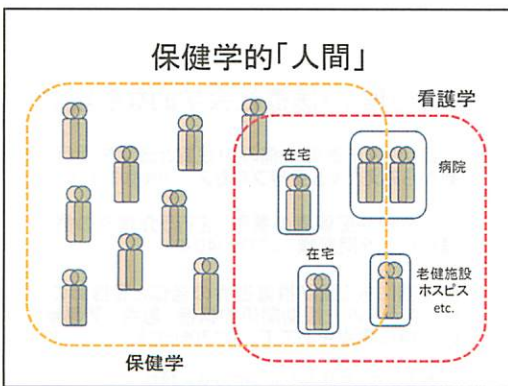


スライド3

スライド3は医療の場における人間です。緑色が生理学的な人間です。動物としての人間ですね。黄色い方は心理的・社会的な人間です。

当然同じ人格です。一人の人が両方の面をあわせ持っている。医療の側は疾患とか薬物とか衛生環境などの関係で生理学的な人間を主に見ている。看護学というのは生理学的な人間もみながら、なおかつ心理社会的な人間をみる。その人は医療者ともかかわり、家族ともかかわり、それから自己イメージともかかわってくる。たとえば乳がんの手術を受けた方ですとボディイメージが問題になるとか、自己イメージの問題が非常に重要になる場面もあります。こういった側面を持っている。医学は主にスライド3の右側を見るということでもいいんですけども、看護学というのは全体的に捉えていかないとだめなんです。

看護学の場合には主に施設に入っている方が主な対象になってきます。もちろんそこから在宅に移られたという方とかを対象にする場合もありますが。これに対し、保健学の場合には施設にいるいない、健康であるないにかかわらず、全人口的にどうなんだと、こういう話になってきます。この中で、この人たちがやっぱり生理学的な側面と心理社会的な側面をもって、健康もしくは疾患という問題に対処していくわけですから、その人たちを全体として捉えていく、これが保健学の課題になります（スライド4）。



スライド4

2. 「患者援助」を軸とした看護学的发展

看護学というのはこのようにいろんな問題が現状では入り混じっているわけです（スライド

4）。近代の看護学はナイチンゲールから始まって、患者さんをどうやって助けるかということを中心としながら、周辺の領域を開拓しながら発展してきたという歴史があります。ナイチンゲールという人は非常に複雑な人で、今の看護学のテーマをほとんど全部やっています。見てみますとすごいなと思います。ただ軸は患者援助というところにある。この時代は衛生学が未発達で、ナイチンゲールはかなり衛生学的なこともやっています。いずれにせよ、ナイチンゲール自身の言い方によると、癒そうとする自然の試みへの援助をする。それから、健康のための技術、健康増進のための技術、このあたりを基軸に考えていた。

その後、患者そのものの理解を深めないと、それから看護過程そのものを深めて、どういう看護をするべきかということを中心に考えなければならぬということ、いろんな理論家や実践家が出てきて、看護学の領域が広がって深まっていった。最近ですとオレムのセルフケア理論なんていうのは、病院での治療が終わって在宅に移行して、たとえば心疾患や糖尿とかいうことになると、自分でちゃんと自分の病気の面倒をみるということも必要になります。そのために生活習慣をちゃんとすると、そういったところまで視野が広がってきています（スライド5）。

周辺を開拓しながら学際的に発展

- ・ 患者援助
- F. ナイチンゲール (1820-1910)  
「癒そうとする自然の試みへの援助」  
「健康のための技術と健康増進のための技術が必要」
- V. ヘンダーソン 看護=健康・健康回復への援助  
・ 患者理解、看護過程への理解
- シスター C. ロイ 適応システムとしての人間
- H. E. ペプロウ 看護過程=治療的な対人的過程
- J. トラベルビー 「人間対人間の看護」
- P. ベナー 現象学、臨床知の看護学  
・ さらに
- D. E. オレム セルフケア理論

スライド5

### 3. テーマの多様性

今日ご出席の方はほとんど看護研究をある程度ご存知で、私より詳しい方もいらっしゃるかもしれませんが、普段あまり接点のない方もいらっしゃるかもしれないので、どんな研究があるかばらばらと見てみます。(スライド6~12は文献例)

#### 患者援助の看護学

- Bed Rest治療中のハイリスク妊婦に行うストレッチングの自律神経活動および気分への影響 (2012361707)
- 引きこもりから社会生活が取り戻せた患者への看護師の関わり 精神科看護師の役割分担 (2007145433)

※以下の研究例は医中誌Webの検索結果から;  
かっこ内は医学中央雑誌の文献管理番号

スライド6

まず、患者援助の看護学(スライド6)。たとえば妊婦さんにストレッチングをしたらいいんじゃないかとか、患者さんが引きこもりで社会生活ができないときに看護師がどうかかわるか、こういった患者援助のテーマ。

#### 生理学・医療技術論的な看護学

- ビタミンA油含有軟膏の量とずれ力の関係についての実験研究 腹臥位手術時の褥瘡予防に使用してみた (2013046380)
- 清拭による局所循環促進効果 皮膚の表面温度・血流の変化からとらえる (1999186118)

-ひとつひとつの看護技術の根拠を確かめようと、生理学的研究に進む場合がある

スライド7

根拠を確かめようということになると、生理学とか医療技術論的な研究が出てきます(スライド7)。具体的には軟膏を塗ったらシートとのずれがどのくらいカバーできて、それによって

褥瘡がどれくらい予防できるかとか、こんなのを定量的にちゃんと研究しているわけですね。それから清拭によって局所の循環がどのくらい促進されるのか。これもまあ血流を測るためのいろいろな技術がありますから、こういったこともかかわってきます。

#### 病院管理学・病院技術学的な看護学

- 夜間の救命HCUにおける睡眠に関係する音環境の実態調査 (2013027720)
- 手術時手洗い製剤の変更とウォーターレス法導入による手洗い時間の短縮と経済的効果 (2012304350)

-患者にとって治療の場である病院の治療環境・衛生環境の整備も、看護学の重要な関心事

スライド8

病院を管理する(スライド8)。つまり病院というのも患者さんにとっての一つの大事な環境ですから、そこをどうするかというのも看護学の非常に重要な関心事になってきます。夜間の救命HCUで患者さんがよく眠れるかどうか、衛生のために手洗いをするやり方というのが、どういうやりかたが良くてというような研究です。

#### 患者心理学・医療社会学的な看護学

- 関節リウマチ患者の痛みの性質と日常生活行動からみえてくる受容プロセス (2013030776)
- 在宅で親や配偶者の看取りを行う介護者の情緒体験と予期悲嘆 (2011134079)
- 回復期にある頭脳損傷患者の苦悩と看護師の揺らぎからみた援助関係の構造 患者と看護師の感情に焦点をあてて (2013060313)

-典型的な、看護学ならではの研究領域

スライド9

これ(スライド9)が一番看護学らしいといえますか、患者心理学や医療社会学的な看護学

です。患者さんの心の問題ですね。たとえば関節リウマチの患者さんはずっと痛みと付き合っていかなければならない。患者さんが痛みを受け入れていくプロセスがどうなっているか、そのところをまず理解しないと、どこでどう援助していいかもわからないじゃないか。こういう発想ですね。それから配偶者が亡くなる時の看取り、亡くなる時に介護をしている方はどんな気持ちなのだろうかという研究。予期悲嘆とは亡くなる前に悲しいということです。それから頸髄損傷患者は、身体が動かなくなり、苦悩の中にあるわけで、実際に病院で看護をする中でかかわる看護師自身にも心の揺らぎがある。それもきちっと捉えておきたい。こういうことです。

### 看護管理学・看護教育学的な看護学

- 看護師間の情報の共有化を図り、チームアプローチを考える 患者情報シートを使用して (2013058665)
- 他科から勤務異動した看護師が精神科看護に熟達する経験的プロセス (2012147868)

－看護という仕事の組織的な進め方、看護システムの構築なども重要な研究領域の一つ

スライド 10

看護そのものをちゃんと管理しようという研究も非常に盛んです (スライド 10)。あるいは看護師をどう教育していったらいいのかという研究ですね。

保健学の分野だと公衆衛生学や政策的なものとおオーバーラップするものがでできます (スライド 11)。

さらに国際的な、もしくは文化人類学的な研究も大学の人がかっこやります (スライド 12)。話をしていると昨日ケニアから帰ってきましてか1週間インドネシアに行っていましたという人がいます。海外ではどういう文化があって、その中で「健康」はどのように捉えられて

### 公衆衛生的・政策学的な保健学

- 地域職域連携で進める小規模事業場労働者のメンタルヘルス対策、うつ予防対策 うつ状態の評価と関連要因の検討から (2009333308)
  - 在日ブラジル人の母親の子どもへの性教育に関する悩み 小児健康評価相互作用モデルを基盤とした質的研究 (2012220670)
- －病院の外にいる者・健康な者・死にゆく者などすべてに目を向ける、19世紀の看護活動以来の伝統

スライド 11

### 国際/文化人類学的な保健学・看護学

- バングラデシュ農村部の女性たちが捉えている子どもの成長発達 (2010005091)
  - 外国人クライアントの看護において大切と認識された事柄の内容分析 青年海外協力隊看護職帰国隊員と公立総合病院勤務看護職の比較 (2007211438)
- －健康問題の新たな多面性、文化人類学・経済学・政策学・宗教学・フェミニズムなどとの結び付き

スライド 12

いるか、あるいは、海外に援助に行くときに看護師というのはどういう仕事を求められていて、どういう風に考えないといけないかといった研究です。これは本当にいろんなものと結び付きまして「うちは医学の図書館です」と言っていると全然追いつかない分野です。

#### 4. 理論と方法の多様性

こういう風にテーマ的に多様なものですから、理論的・方法的にも非常に多様になってきます (スライド 13-14)。もちろん一人の研究者がする研究は一つですから、その方はそれだけ考えたらいいんですけども、全体として見ると非常にいろんな理論や方法論を必要とする。とても大雑把な言い方ですが看護学とは病院を場とした心理学・社会学であると言う方もいらっしゃいます。たとえば質的研究、量的研究ということがよく言われるのですが、これは心理学の



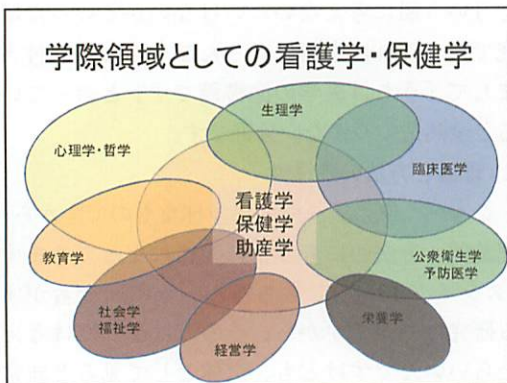
分野から入ってきた考え方で、スケールで測定するのも主に心理学からです。中範囲理論とかグラウンデッドセオリーというのは社会学から来ていますね。そのほか哲学とか文化人類学とか経営学、教育学、医学、生理学、あらゆる分野から方法論を輸入している。これだけ方法論のデパートみたいになっている分野というのはそうそうないと思います。したがって看護学・保健学・助産学というのは、こういういろんな分野とテーマ的にも方法的にもオーバーラップしていて、純粹看護学とは何ですかと聞かれてもわからないという状況にあります。

### 理論・方法の多様性

- 心理学・社会学から
  - 質的方法・量的方法という考え方と手法 (1980年代～)
  - スケール(尺度、Rating Scale)による測定
  - ストレス・コーピング理論、危機モデル etc.
  - 中範囲理論、グラウンデッド・セオリー・アプローチ etc.
- 哲学・文化人類学・経営学・教育学から
  - 現象学的方法、ナラティブ、エスノグラフィー etc.
  - クリティカル・シンキング etc.
- 医学・生理学から
  - 疫学的手法、生理的測定法 etc.

スライド 13

### 学際領域としての看護学・保健学



スライド 14

## 5. 学際的な領域での研究の難しさ

こういう非常に学際的な領域ですので、どうしてもひとつ研究をしようとすると、その基礎

となっている概念とか方法論をよその分野に依拠することになるので、その分野の素養がないとちゃんと研究できないという問題が出てきます。たとえば子どもの虐待の問題で、虐待しているお母さんの心理をちゃんと把握したいという話が出てきますと、それは臨床心理学の技術がないとできません。じゃあ看護師の人たちは臨床心理学の技術を持っているかというと思っていないのですね。これはかなり極端な例ですが、あっちこっちでそういう問題にぶつかります。じゃあだれか教えてくれるのかというと、そんなに都合よく看護の分野に教えてくれる人がいるわけではありません。グラウンデッドセオリーだったら〇〇大学にあの先生が、といったふうに全国的に見れば誰かいらっしゃるのですが、たとえば一つの大学、一つの病院の中で、そんなことは望むべくもない。また例えばある理論なり、ある方法論をどこかの分野から輸入した。しかしその分野はその分野でその後もどんどん発展しているわけですから、そのところもずれてくる。こういう状況であります。

実際問題よく困るのは、いざ論文を書こうとすると論文の形式とか引用の仕方が違いますね。特に典型的にでてくるのは引用スタイルの問題で、医学はバンクーバースタイルですが、あれはナンバーシステムであって、引用の方は1、2、3と番号をつけて、引用文献リストも1、2、3と並べるというやり方ですね。これに対して心理学はいわゆる author-date system です。APAが主流ですね。看護の雑誌は圧倒的にAPAです。Birthか何かバンクーバーで、あとの大半はAPAなんです。ただ、読むときはどちらも出てくる、こういう状況です。しかし看護系の人があんなのをちゃんと勉強する機会はないんですね。いざ出てきたときにわけがわからなくなって、困りはてしてしまう。

教育とか経営の関係の論文をいろいろ読まないといけないう場面が出てくることもありますが、実は医学・看護というのは論文の形式がまれにみる整った分野でして、そういった

分野から見ると、教育学論文とか経営学論文とかは、論文に見えない。「これなあに？エッセーとちがうの？」みたいなことになってしまいます。そういった知識もなく、そこからちゃんと学術的な情報を組み立てるにはどうしたらいいかというトレーニングができていないわけでもない。ですから看護学の基礎知識だけでは対応しきれないことがまわりにいっぱいあって、それを何とかこなさないと研究ひとつできない、こういう状況です。

### Ⅲ. 現場に根ざした研究領域ならではの問題

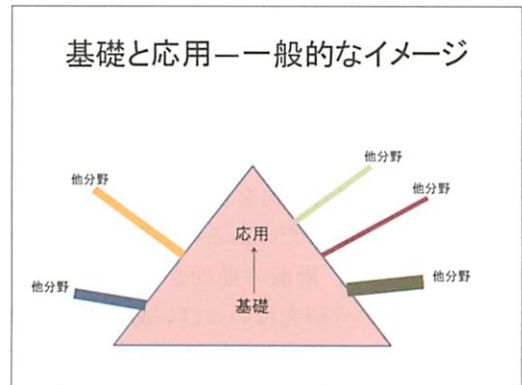
#### 1. 現場志向、実用志向

もうひとつの問題、現場志向。実用志向といってもいいですね。いわば現場からの問題意識というのが看護研究の土台です。われわれが図書館で看護師さん、助産師さん、保健師さんとお話するときは、必ずその向こうに現場があるわけですね。だからその人が今もってきた問題がどうかということではなく、さらに現場でどうなんだということを考えて対応する。これが基本です。そういう意味で非常に現場志向の強い分野である。

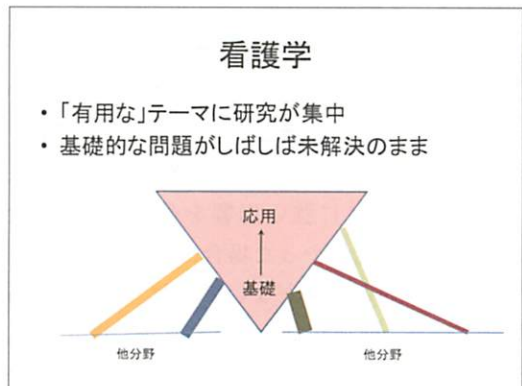
で、現場志向が強いということはどうしても有用性にこだわるということに結び付きやすいんです。病院で役に立つものでなければ研究をしても意味がないとか、そういう話になってきます。特に現職の看護師さんたちがされる卒業3年研究はこの傾向が非常に強いです。私のところに相談に来られて、「あ、これいいテーマだね」と言ってますと、1週間か2週間してまた来られて、「あのテーマボツになりました」……「なんで？」と聞くと、「役に立たないから」。それが毎年何例もあります。そういう分野なのですね。

一般的には基礎と応用というのは、まず基礎がデーンと座って、その上に基礎に依存して応用がある、そこからいろいろさらなる発展として他分野とも関係を持つ、これが普通の分野での基礎と応用のイメージなんですが、こと看護

に関しては、基礎がちょこっとあって、応用がデーンと乗っかっている。これだけでは倒れますから、他の分野のつかい棒を入れている、こういう形なのです。応用をやりますというので「その基礎どうなってるの？」と下をみると何も無い。(スライド15・スライド16)



スライド 15



スライド 16

現場志向があまり強すぎると、基礎的研究を誰もやりませんので、基礎的研究とか普遍性のある研究が全体として欠乏します。だから今現場でこういう問題を解決したいから、研究しましょうと行って、取り組もうとすると、その裏付けになる研究がない。こういう事態にしばしば直面します。で、あまりそれがひどくなると、本来その学術研究が果たすべき役割が十分に果たせない。つまり単なる現場での、その場での実用的な工夫の話になってしまう。当然それだ

けではなくて、いろんな問題にちゃんと応えられてこそ研究なんですけど、応用がきかない。いろんな問題を理論的に伝えるということができない。予期しなかった問題とか大きな変動があると、たちまちお手上げになる。もっと大事なものは、今までなかったものを生み出すというのがなかなか難しい。

患者さんに例えば術前訪問するのに、いろんな工夫として、ではビデオを使いましょうとか、クリニカルパスを見せましょうとか、それはあるのです。それはまあ現場の工夫です。じゃあ、その術前の患者さんが何を思っているのかとか、そういう研究がどれだけあるのかということやっぱり乏しいです。術前の訪問が術後に効果があったのかという研究はいっぱいあるんですけど、それがもっと後のところまでどういう風に影響してくるのか、患者さんの病気との付き合い方をどう変える可能性があるのか、そういう研究がないんです。

## 2. 国内性 — 国際性、普遍性

もうひとつよく似た問題で国内性の問題というのがあります。看護というのはどうしてもその国の文化とか社会制度とか医療のあり方とか、こういったことに強い影響を受けます。したがって看護研究をやった場合、国内の人に読んでもらわないと意味がないですね。だから、看護研究は良い研究ができると日本語で書きます。医学研究は良い研究ができるとインターナショナルに読んでほしいから、英語で書きます。これはどこの国でも一緒です。そうすると看護学は国内に閉じこもってしまうのですね。例えば「子育てサークルに集う母親たちの育児不安と家族機能」、これは保健学的な、とってもいい研究なのですが、「子育てサークル」とか「育児不安」とか、日本を一步出たら通用するのか、海外の人が関心を持つか、なかなか微妙です。「家族機能」も微妙です。家族のあり方が違いますから。

普通に研究している場合には、国内的な研究で全然問題ありません。ただ、国際的に発表し

ないといけないという場面がどうしてもあります。病院の場合は少ないと思いますが、大学の場合には博士論文なんかを通そうとしますと、海外の雑誌に載らなきゃいけないという条件が付く場合があります。そうすると海外の人が興味を持ってきて、海外の編集者が「これ面白い」と思ってくれて、で、海外の水準で通る、そういう論文を書かないといけないわけです。

本質的に、島国化するのはやっぱりよくないです。世界の中で発展させないと、よそがどんどん発展している、そこから成果をもらってと、どうしてもよそについていく形になってしまう。自分で問題を解決する力が強くならない。

それからもう一つ、看護学固有の、かつ国際的にもそれから分野的にも普遍性のある土台を築かないと、本当の意味で学問領域として自立できない。ここが不十分のまま進んできていますね。

国内的課題を国際的な視野と水準で扱えるような研究スタイル、力量、それから指導者、指導システムですね。こういったものをつくらないと日本の看護学はモノにならない。今のところ現場研究でうまくいっていても、それはいずれひよわなものになっていく、ということは見えているのですが、ここはなかなか現実的に難しいという状況です。あまり言うとか看護学の方から反論が出るかもしれませんが、それはまた後で伺います。

## IV. 急速に発展してきた看護研究

### — その強みと課題

#### 1. 現場の研究力

看護のもうひとつの特徴ですが、現場の研究力がものすごくあります。図書館と比較してただくとわかりやすいと思います。卒後3年研究という実に偉大なシステムがありまして、研究が嫌いな人だろうがなんだろうがとにかく大学を出て3年目になったら強制的に研究をさせる。その結果、みんな研究の経験を持つ。これは素晴らしいですね。だから、泣きながら私の



ところに来て、研究やらないといけなくなったので、どうしようという相談があるんですけど、これが現場の研究を下支えています。そういう意味では非常に層が厚い。これは看護研究の非常に大きな強みです。背景として看護というのは養成課程がわりと複雑なんです。今でも3本立てか4本立てです。しかも周りにお医者さんたちがいます。お医者さんたちはドクターくらい取るのが当たり前で、そういう中で頑張らないといけないという立場に置かれています。そこで専門性を追求すると、研究は嫌だとは言っていない。こういう背景があります。

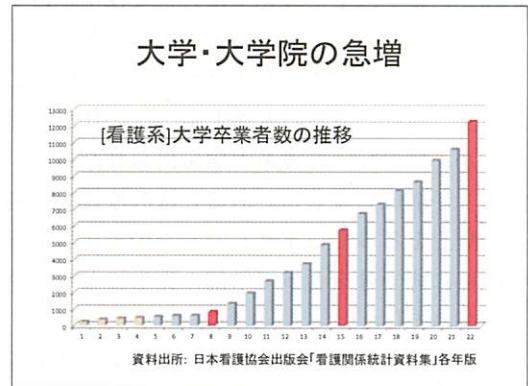
限界もあります。現場の卒後3年研究というのはスタッフ開発の枠内の研究ですから、さっきお話したように実用的な研究にどうしても偏ってしまう。別に高度なものは求めていない、研究を経験してくれたらいいんだというような話になりがちです。それから倫理的な規範、これがなかなかうるさいですね。患者さんにインタビューしてはダメとかいう話が出てくる場合があります。そしてみんな似たような現場で似たような研究をしますから、テーマが集中します。最近ではコスト的な制約で、お金がかかって大変だから卒後研究やめましょうという話があり、絞り込んできているところもあります。

こういう限界はあるのですが、卒後3年研究というバックグラウンドがありますので、看護現場と大学がわりと行き来していますね。看護師さんの場合は専門職として雇用の流動性があります。つまりいっぺんやめてもまた雇ってもらえるというのがありますので、わりと大学や大学院に来やすい。進学がある意味当然という雰囲気が出ています。図書館をちょっと3年ほどやめて、大学院に行きまして3年たったら帰ってきますということとはできないですね。看護はそれがわりとやりやすい。

## 2. 大学・大学院の急増

近年看護系の大学や大学院が増えていますから、受け入れる窓口も非常に広がっています。

これが看護系の大学卒業生数の推移です。(スライド17)



スライド17

こんな風に増えています。赤で書いてあるのが、平成8年、これは2年課程の短大の卒業生を4年制大学が追い抜いた年、それから平成15年、これは3年課程の短大の卒業生を大学が追い抜いた年、そして平成22年は、すいません、何か忘れました。これは卒業生数ですから、大学そのもののキャパシティの増加というのがこの4年前に起こっているということです。ですから平成8年、1990年代後半に入ってぐっと増えてきた。この増える4年くらい前、平成5、6年くらい、この辺から国立大学が従来の短期大学の医療技術短期大学を大学の学部に転換してきています。医学部保健学科とか。それまで国立だったら千葉しか看護がなかった、私立でも聖路加などが目立っているぐらいで、あとは公立がちょっとみたいな状況だったのですが、このへんから増えてきます。最近では新しい新設の看護専門大学とか医療専門大学が増えて、また定員が増えてます。ですから、今どんどん増えています。おおざっぱにいうとここからここまで14年ですね、十数年でもものすごいきおいで伸びてきているという状況です。

## 3. 指導者層の構成

実は指導層の構成、先生の構成の問題がありまして、スタートした当時は、とにかく大学がないということは看護の大学を出た人がいない

ということですから、看護の大学の先生になれる人がいないんですね。ですからどうしたかという、まず医学系の先生に大きな役割を担っていただきました。医学の先生たちがあったからこそ看護の大学の立ち上げができたということです。他に、海外の看護大学へ行かれた方ですとか、数少ない看護系大学を出られた方とかで何とか構成しました。あるいは医療短大の先生、博士をとっていませんでしたので、学部転換の前に博士号をとって学部の先生になるという方がいました。

ようやく近年大学院がてき、大学院の修了者がたくさん出てきて、今20代から30代くらいの博士取得者を新しい看護系の大学にどんどん迎え入れている。文科省の方針もちょっと変わってきて、いままで医学の先生にある程度おんぶにだっこで来ていた部分も、やっぱり看護出身の先生がちゃんと教えなさいという方向に変わりつつあります。

ただ、全体としてみると厚い指導層が形成されたとはまだとても言えません。

#### 4. 研究を支えるインフラ、ツール、支援システム

研究方法論の教育システムも一つの課題でありまして、システムティックに教えてくれる所がどこもない。日本の看護系の大学の卒業者がアメリカなどへ留学に行くと修士課程に入りますと、実際に私はメールをもらったんですけど、向こうへ行ったら1 Semester 図書館員が授業をやってくれます。文献の見方とか扱い方とか、そういったものを全部教えてくれるというのですね。日本ではそういったシステムがない。

例えば先行研究調査をしようとしますと、書誌データベースそのものが医学はとってもいいデータベースを持っています。これは学問諸分野の中では、飛びぬけて条件が良く、こんなに条件がそろっているのは医学系と化学系だけです。しかし検索の仕方がものすごく難しい。なぜかという問題が多面的で複雑だから。にもかかわらず文献評価とか研究評価のスキルが十分形成されていない。ということで、せつ

くいい条件なのに生かされないというのが実情です。たぶん図書館も十分サポートできていません。研究インフラが未整備です。

こうやって、ないないづくしを書きましたけど、何もないんです。

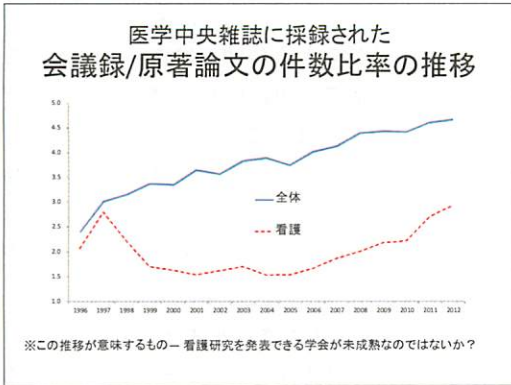
特にスケールなんか困りますね。不安とかうつとか、その人の心の中にあるものを定量的にはかるためにアンケートを使うのですが、そのアンケートが、人の心の中にある「これを測りたい」と思っているものをちゃんと測れるように作られていないといけません。スケールというのは形は単なるアンケート用紙なのですが、スケールを作るだけで博士論文を書けるというぐらいの代物です。ちょっとなにか研究をやるうとすると、ぴったりのスケールがなくて、つまり計量のしようがありませんという話があちこちで出てきます。

ここから始まって、あれもない、これもない、あれもない、これもない、ですね。すべてこれからいわば走りながら作っていかないとはいけません。状況にあります。

#### 5. 学会発表という土台

医学中央雑誌で、原著論文が1つ出るに当たってその背後に会議録が何個あるかをカウントしました(スライド18)。「看護」というのはざっくり検索しているんですけど、「全体」、主に医学ですね、そのはるか下を行っているわけです。看護の原著論文というのは、実は院内発表をそのまま論文化したとか、「本当に論文かな?」というのはちょっとありますので、それも勘定に入れてみる必要があるんですけど、それにしても、この差はものすごいですね。

これは結局、看護研究を発表できる学会がない、みんな院内研究止まりになっている、病院から外に出ていない、この問題だろうと思います。そういう意味では学会発表という土台がちゃんとない中で、論文だけがどんどん出てくるというのはちょっとおかしいんですね。それだけの基盤があつて論文が出ているのかというのが心配になります。



スライド 18

## 6. 指導者の育成システム

指導者の人材育成システムも問題を抱えています。看護系の大学というのは二つの顔を持ってまして、実務者養成と、それから研究者養成。学部は圧倒的に実務者養成です。対して大学院の博士課程というのは当然研究者養成ですね。これは修士課程から始まるはずなのですが、修士課程も実は大部分が実務者の中の専門的な人を養成するという機能を実際には果たしている場合が多い。実はこれでは遅いんです。指導者の育成としては、修士課程を研究者養成のしくみの一部としてちゃんと働かせないと、ちゃんとした研究者は育てられません。ですから、これもまた問題を抱えたまま走っているということです。

## V. 図書館は何をするべきか

### 1. まずはオープンに、臆せずに

では図書館は一体何をしたらいいかという話です。看護研究というのはとにかくないものだらけでありまして、最初に申しましたように論文の数はいっぱい出てる。看護師さんにとっては元気がいいんですけど、いざ研究をしようとなると、あれもない、これもないという状況です。そういう条件に、看護研究をやるとうとする人はみんな直面するわけですね。

図書館にできることは、そんなに特効薬的なことは実はないというのが実感です。

ひとつはまず看護研究者にオープンになって、看護研究者との接点を持たないといけないだろうと。これが一番メイン。そこがまずもうちょっと何とかやりようがあるんじゃないかというふうには私は考えます。それから看護研究者を理解して共感する。どうしても医学の図書館というと、まずイメージするのはお医者さんなんですね。でも、ある意味でお医者さん以上に困っているのは看護系の人たちなんで、そこをしっかりと理解するということを次にやらないといけない。できることは臆せずに、大体図書館の人たちはみなさん謙虚でつましくて、こんなことは私の職務ではありませんということをおっしゃるのですが、もうちょっと前に出たほうがいい。

### 2. 対人サービス — Teachable Moment をたいせつに

図書館サービスというのは、まず蔵書があって、蔵書の提供ということがあって、それから施設、場所の提供ということがあって、対人的なサービスというものがあって、ネットワークのサービスもあって、大体こういう積み重ねですね。で、最初の2つ、蔵書と施設は非常に古典的なもの。4番目のネットワークが実はその次に来る。3番目の対人サービスが一番新しく、これは1876年から。これをどう活用するかということです。蔵書と施設も重要なんですけど、本をいっぱい買っちゃって言ったってお金がなかったらすぐには買えないので、そんな簡単にぱっと対応はできない。しかし対人サービスとネットワークはもうちょっとやりようがあるなあという感じがします。

図書館のサービス、特に対人サービスというのは、教育という要素を非常に強く持っています。このサービスが始まった時からそういう性格をもともと持っているわけですね。この場面で図書館員は利用者を教育することをためらってはいけません。ちゃんと教育する。図書館サービスの中で、教育チャンスとの出会いをしっかりと見つける。teachable moment というのは教育



学の言葉なんですけど、教育をするチャンス、教育をしてまさに効果が出てくるようなチャンス、機会ですね。これを teachable moment と言います。

たとえば ILL の申し込みで、よく間違っただけの申し込みがあります。これはまだ出てませんよとか、著作権法的にダメですとか、本1冊コピーとか、そういう話ですね。間違っただけの申し込みの時というのはまさに teachable moment でありまして、お話しする機会なんですね、図書館に来てくれれば。

実は私の図書館、社会人院生と教員を除いて、他大学からの文献取り寄せはネット申し込みをお断りしています。とにかく来てくれ、その方が話が早いと。お医者さんの場合、持ってきたものの7割は返してます。これはオンラインジャーナルで見れます、これはネットに出てます、うちの図書館にあります、著作権法的にコピーできません、と言って7割返すんです。ですから、来てもらったほうがよっぽど早い。ご本人にとってもプラス。ということで、来ていただいてそこでお話しをする。

それからオンラインジャーナルについてアクセスしても使えないという話が来たら、それはなぜかということちゃんと説明すればその人の知識になります。それもひとつの teachable moment である。それから、データベースについて問い合わせがあると本探しの相談があるとか、なんでも口をきいてくれたら teachable moment です。

### 3. 接点を広げつつ相談サービスへ

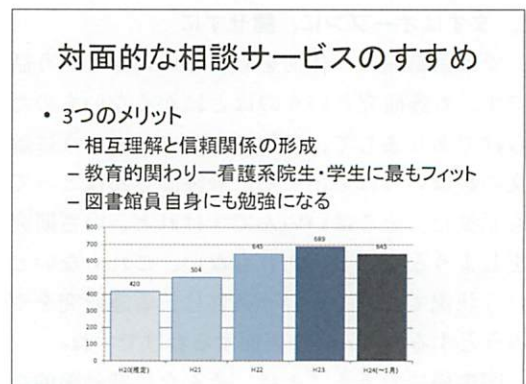
問題はそのような場面をどうつくるかです。レファレンスは特定のリピーターに偏りがちなんですね。これは役に立つと思った人は何べんも来る、知らない人は来ない。そこをどう乗り越えるかが問題なんです。

ここはそれぞれ工夫してください。私の場合どうしているかというと、実は授業を持たせてもらっているの、授業を宣伝に使っています。授業でデータベースの検索の仕方もちゃんと教

えるんです。けれども、その授業だけでデータベースの検索ができるわけではありません。むしろ今日のお話で冒頭に申し上げた相談サービスへの案内です。ほらこうやったらできるぞ、こんなこともあるぞと、図書館はいろんな知識や技術を持っているということを印象づける。そして、来てもらったらもっといろんなお話をできますよ、困ったら図書館に来てくださいと言う。そうするとみなさん来ます。

来たら全力で対応する。良いサービスをする、口コミで「困った時は図書館に行ったらなんとかなるよ」とか、「ちょっと一週行って見たら」とか、メールでまわったり、最後にはゼミで先生が「それだったら図書館に行きなさい」と言うんです。そうなったらみなさんどんどん来ます。だいたい大学院生は社会人院生を除いてほぼ全員、学部生の半分以上は卒業のときには顔を覚えてます。

こんな感じで増えています(スライド19)。去年で700件弱、今年は去年よりちょっと少なくなりそうですけど、まあ700弱ぐらいになるかと。記録していないものを入れると、1,000ぐらいになります。これ1日やっているとめっちゃめっちゃ疲れますけどね。朝から4ラウンドやると、1人1.5時間として6時間です。もうへとへとになりますけど、やっただけのことはあります。メリットが3つあります。相互理解ができます。信頼関係ができます。それから教育的か



スライド19



かわりができますね。われわれも勉強になります。

#### 4. Needsを理解する

そこで看護学生とか看護研究者、それから現職の看護師さん、こういった人たちをこちらも理解するように努めないといけない。看護師さんが患者さんを理解するようにわれわれも彼らを理解しないといけないということです。

本当に何が必要かをインタビューで引き出しましょうというのがレファレンスの基本です。利用者が自覚して言葉にする顕在的な要求、これは M. B. Line が wants という言い方をしますが、それだけじゃなくて、本当に何が必要なのかという潜在的な要求ですね、これが本来の意味での needs だと思うんですけど、これをちゃんとつかまないといけない。口に出して言ってくれることはどうでもいいんです。自分でわかっていますから。わかってなくて、本当は必要なのに、自分がそこを乗り越えなければならないということが見えてない、そこが一番大事です。そのアドバイスをあげるだけで、どんどん前に進みます。図書館員は常にアンテナを立てていなければならない。

#### 5. 壁を作らない

では何が提供できるのか。看護研究者に欠けていて図書館が持っているものはいっぱいあります。とにかく何でも提供したらいい。こちらから壁をつくらない。昨日はなんと「WORD に図を貼り付けたんですが、カラーになっちゃって、白黒にならないんですけど、どうしたらいいですか?」と質問してきて、それは図書館に聞くことかと思ったのですが、本当に何でも聞き

に来ますから、何でも答えます。ただしできないことはできないと言います。

#### 6. ネットワークが図書館の強み

最後ですけど、自分が全部対処しようとするのは無理があるので、そこは図書館間や図書館員のネットワークを使う。図書館の良いところは、こういうネットワークがわりとよくできていることです。近畿病院図書室協議会みたいなネットワークがあって、そこでいろんな話も聞ける、勉強もできる。何かあったらちょっと誰かに聞こうと思えば聞けるという環境があるというのはものすごく大きな強みですから、こういうのを生かす。これでたぶん普通の看護師さんの問題なら、何らかの形で図書館員がプラスになるような対応ができると思います。

#### VI. まとめ

—看護研究者の声なき声に耳を傾け、行動を  
まとめとして、看護研究者の声なき声に耳を  
傾けなければいけない。待つてちゃダメなんだよ、  
行動を起こす、ということであります。

看護研究者の声なき声に耳を傾け  
行動の一步を