

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 40 Number 2 June 2017 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[40巻 2号]

会 告（１）

一般社団法人日本看護研究学会平成29年度定時社員総会が平成29年５月21日（日）13時30分から、東京医科歯科大学において開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

平成29年５月21日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

記

報告事項：１． 会員数の動向について

２． 平成28年度委員会報告について

３． 第43回学術集会について

４． 第44回学術集会について

５． その他

・ 日本学術会議について

・ 日本看護系学会協議会の活動について

・ 看護系学会社会保険連合（看保連）の活動について

・ 地方会の活動について

北海道、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州・沖縄

・ その他

審議事項：１． 平成28年度事業報告について

２． 平成28年度一般会計・特別会計決算報告について

３． 監査報告について

４． 学会賞・奨励賞 推薦について

５． 選挙管理委員会委員の選出について

６． その他

理事会報告：１． 平成29年度事業案について

２． 平成29年度予算案について

３． 奨学会研究費授与について

４． 第46回（平成32年）学術集会会長推薦について

５． その他

会 告（2）

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により、下記の通り平成29年度奨学会研究が決定いたしました。

平成29年 5 月21日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

記

吉田 祐子 氏

研究課題「交代制勤務看護師を想定した弾性ストッキングの夜勤中着用の効果の検討」

以上

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により、平成29年度定時社員総会において、平成28年度学会賞・奨励賞が決定いたしました。

平成29年 5 月21日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

記

学 会 賞

受賞対象論文：プロミン開発以前にハンセン病患者に繰り返し生じた外傷の原因とその対処
Causes of and Coping Strategies for Repeated Wounds in Patients with Hansen's Disease until Promin Treatment

日本看護研究学会雑誌38巻 1 号, pp.59-71, 2015

筆 頭 著 者 名：山端 美香子

共 同 著 者 名：近藤 松子, 石川 和枝, 天野 芳子, 近藤 真紀子

奨 励 賞

受賞対象論文：運動療法を継続できる『2 型糖尿病患者の運動療法とらえ方分類ツール』の作成
Preparation of Tool to Classify Type 2 Diabetes Patients by Significance Accorded to Therapeutic Exercise, to Facilitate Therapeutic Exercise Continuation

日本看護研究学会雑誌36巻 4 号, pp.1-10, 2013

筆 頭 著 者 名：山崎 松美

共 同 著 者 名：稲垣 美智子

受賞対象論文：保健活動の成果を見せる行動実践尺度の開発

Development of a Scale of Action Implementation to Show Results of Healthcare Activities

日本看護研究学会雑誌37巻 4 号, pp.55-61, 2014

筆 頭 著 者 名：鳩野 洋子

共 同 著 者 名：岡本 玲子, 長野 扶佐美, 岩本 里織, 草野 恵美子, 小出 恵子

受賞対象論文：がんサバイバーの心理的適応尺度の開発—信頼性・妥当性の検討—

Development of the Scale on Psychological Adjustment of Cancer Survivors: Study of its Reliability and Validity

日本看護研究学会雑誌39巻 1 号, pp.9-17, 2016

筆 頭 著 者 名：上田 伊佐子

共 同 著 者 名：雄西 智恵美

受賞対象論文：救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験—実践共同体における相互作用に焦点をあてて—

Experiences that Affect Nursing Skill Acquisition of Novice Nurses Working in the Emergency Field: Focusing on the Interaction within Communities of Practice

日本看護研究学会雑誌37巻 2 号, pp.1-11, 2014

筆 頭 著 者 名：鈴木 亜衣美

共 同 著 者 名：細田 泰子

受賞対象論文：不確かな状況を生きる骨髓異形成症候群患者がコントロール感覚を獲得するプロセス

Myelodysplastic Syndrome Patients' Process of Achieving a Sense of Control while Living in an Uncertain Situation

日本看護研究学会雑誌37巻 5 号, pp.11-22, 2014

筆 頭 著 者 名：川田 智美

共 同 著 者 名：神田 清子

以上

会 告（４）

一般社団法人日本看護研究学会第５回評議員選挙・役員選挙（平成29年度）のため、本学会定款第４章11条及び、評議員選出規程第８条に従って、平成29年度定時社員総会において評議員の互選により、下記の３名が選挙管理委員として選出されましたので、選挙管理委員を委嘱し選挙管理委員会を組織しました。

平成29年５月21日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

記

一般社団法人日本看護研究学会第５回評議員選挙・役員選挙（平成29年度）選挙管理委員

委員 高島 尚美 氏 関東学院大学

委員 藤井 徹也 氏 豊橋創造大学

委員 村井 文江 氏 常磐大学

任期は、平成29年度選挙業務終了までとする。

以上

会 告（５）

一般社団法人日本看護研究学会第５回評議員選挙・役員選挙（平成29年度）選挙管理委員会選挙管理委員長について、評議員選出規程第８条２．により、委員長を下記のとおり委嘱しました。

平成29年５月21日

一般社団法人
日本看護研究学会
理事長 川 口 孝 泰

記

委員長 高島 尚美 氏

任期は、平成29年度選挙業務終了までとする。

以上

目 次

－研究報告－

終末期がん患者の家族介護者への Self-Perceived Burden	113
---	-----

広島大学大学院医歯薬保健学研究院	大 塚 美 樹
広島大学大学院医歯薬保健学研究院	佐々木 由 紀
鳥取大学医学部保健学科	谷 村 千 華

自己管理スキル尺度を応用した身体活動自己管理能力尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討	119
--	-----

大阪大学病院医学部附属病院	吉 岡 瑞 季
岡山大学大学院保健学研究科	森 本 美智子

新卒看護師の看護実践能力と他者支援との関連

－ 大学附属病院に就職後 6 か月目と 1 年目の比較 －	131
-------------------------------------	-----

信州大学医学部保健学科	山 口 大 輔
山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系基礎・臨床看護学講座	浅 川 和 美
信州大学医学部保健学科	柳 澤 節 子
信州大学医学部保健学科	小 林 千 世
信州大学医学部保健学科	上 原 文 恵
信州大学医学部保健学科	松 永 保 子

看護学分野における『その人らしさ』の概念分析

－ Rodgers の概念分析法を用いて －	141
------------------------------	-----

県立広島大学保健福祉学部看護学科	黒 田 寿美恵
県立広島大学保健福祉学部看護学科	船 橋 眞 子
県立広島大学保健福祉学部看護学科	中 垣 和 子

「認知症高齢者とのコミュニケーション法」の e-Learning 教材の開発	151
--	-----

千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程	青 柳 寿 弥
富山大学大学院医学薬学研究部老年看護学講座	竹 内 登美子

－資料・その他－

地域で暮らす精神障がい者の服薬の必要性の認識と服薬における課題	163
---------------------------------------	-----

神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科	山 下 真裕子
神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科	伊 関 敏 男
神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科	藪 田 歩

介護老人保健施設の看護職と介護職の職務満足についての検討	171
------------------------------------	-----

岐阜大学医学部看護学科	小木曾 加奈子
修文大学看護学部看護学科	樋 田 小百合
中部学院大学看護リハビリテーション学部看護学科	今 井 七 重
奈良学園大学保健医療学部看護学科	安 藤 邑 恵

CONTENTS

Research Reports

Self-Perceived Burden of Patients with Terminal Cancer Receiving Care from Family Members	113
Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University : Miki Oeki	
Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University : Yuki Sasaki	
School of Health Science, Faculty of Medicine, Tottori University : Chika Tanimura	

Development of a Physical Activity Self-Management Agency Scale that Includes Self-Management Skills and Investigation of Its Reliability and Validity	119
Osaka University Hospital : Mizuki Yoshioka	
Graduate School of Health Sciences, Okayama University : Michiko Morimoto	

Relationship Between Clinical Nursing Competence of Newly Graduated Nurses and Support from Other Staff: The Investigation Which are the 6th Month and the 1st Year After Getting a Job in a University Hospital	131
Division of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Shinshu University : Daisuke Yamaguchi	
Division of Nursing Science, Faculty of Medicine, Graduate Faculty of Interdisciplinary Research, University of Yamanashi (Fundamental and Clinical Nursing) : Kazumi Asakawa	
Division of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Shinshu University : Setsuko Yanagisawa	
Division of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Shinshu University : Chise Kobayashi	
Division of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Shinshu University : Humie Uehara	
Division of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Shinshu University : Yasuko Matsunaga	

Concept Analysis of Personality in Nursing: Using Rodgers' Model	141
Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima : Sumie Kuroda	
Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima : Michiko Funahashi	
Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima : Kazuko Nakagaki	

Development of E-Learning Material on Communicating with Older Adult Patients with Dementia	151
Doctoral Course, Graduate School of Nursing, Chiba University : Hisami Aoyagi	
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama : Tomiko Takeuchi	

Preliminary Session

Recognition and Difficulty for Drug Administration of Mentally Handicapped Persons Living in Communities	163
Kanagawa University of Human Services Faculty of Health & Social Services School of Nursing : Mayuko Yamashita	
Kanagawa University of Human Services Faculty of Health & Social Services School of Nursing : Toshio Iseki	
Kanagawa University of Human Services Faculty of Health & Social Services School of Nursing : Ayumi Yabuta	

Examination of Job Satisfaction of Nurse and Care Worker of Long-Term Care Health Facility	171
Nursing Course, Gifu University School of Medicine : Kanako Ogiso	
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Shubun University : Sayuri Toida	
Department of Nursing, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Chubu Gakuin University : Nanae Imai	
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Naragakuen University : Satoe Ando	

— 研究報告 —

終末期がん患者の家族介護者への Self-Perceived Burden

Self-Perceived Burden of Patients with Terminal Cancer Receiving Care from Family Members

大 塔 美 樹¹⁾ 佐々木 由 紀¹⁾ 谷 村 千 華²⁾
 Miki Oeki Yuki Sasaki Chika Tanimura

キーワード：self-perceived burden, 終末期がん患者, 家族介護者, 内容分析

Key Words：self-perceived burden, terminal cancer patients, family caregivers, content analysis

はじめに

人口の高齢化とともにがんの罹患者数と死亡者数は増加の一途をたどり、がん多死社会が到来する。在院日数の短縮化および国民のニーズや quality of life (QOL) の観点から、がん患者の在宅医療が推進されているが、自宅死亡割合 (2013年) は全死因では12.9%, がんでは9.6%に過ぎない (宮下・今井, 2015)。「終末期医療に関する調査」(終末期医療のあり方に関する懇談会, 2010) では、63.3%の人が住み慣れた自宅で療養したいと考え、そのうち66.2%の人が最期まで自宅療養を継続することは困難であると感じていた。その主な理由として介護の家族負担をあげる人が多く、患者が希望する療養や看取りの場所は、家族の介護負担を考慮して選択されることが示唆されている。

介護が必要な状態となり、被介護者が介護者に対して負担をかけていると感じることは、Self-Perceived Burden (SPB) とされ、肉体的・感情的・財政的要素からなる単一構成物として報告されている (Cousineau, McDowell, Hotz, & Hébert, 2003)。また、McPherson, Wilson, & Murray (2007a) は「他人に影響する病気と介護ニーズに基づく共感できる心配から発生する罪悪感, 苦悩, 責任感, 自己価値観の低下」と定義している。SPBは、進行がん患者において39%が弱度から中度を経験し、38%が中強度から強度を経験したとされる (Wilson, Curran, & McPherson, 2005)。De Faye, Wilson, Chater, Viola, & Hall (2006) は、SPBが緩和ケアを受けているがん患者において最も重要なストレス要因であるとし、SPBが強い患者においては、QOLや精神的健康への悪影響が報告されている (Cousineau, et al., 2003; Oeki, Mogami, & Hagino, 2012; Simmons, 2007)。SPBを強くしないように支援することによりQOLや精神的健康の悪化を予防していくことが重要となる。さらに、被介護者は他者に負担をかけないようにSPBを隠す、最小化

する傾向がみられ (McPherson, Wilson, & Murray, 2007b), SPBは他者に気づかれにくく、医療者が見逃さないようにしなければならない。

家族は、家族制度の規範によって規制される集団であり、すべての文化が固有な家族規範をもっている (White, 1993/1996)。また、SPBは主介護者の続柄や世帯の種類が関係している (Oeki, et al., 2012)。したがって、SPBは、文化や社会的背景に影響を受けると考えられ、海外の構造とは異なる日本人特有の構造をもつと推察される。しかし、SPBに関する先行研究は欧米の報告が中心である。

わが国のSPB研究では、Cousineau, et al. (2003) が開発した Self-Perceived Burden Scale の日本語版の開発や Self-Perceived Burden Scale 日本語版を用いた調査結果が報告されている (Oeki, et al., 2012; 大塔・萩野; 2014)。これらの研究に加えて、古村ら (2012) が、終末期がん患者の遺族を対象としたインタビューからSPBの実態と必要なケアを報告しているが、終末期がん患者の体験から具体的にどのような事柄に対してSPBを感じているのか明らかにされていない。したがって、終末期がん患者自身を対象にSPBの内容を明らかにすることは、SPBの理解や支援方法の検討において重要であると考えられる。

そこで、本研究では、終末期がん患者の家族介護者へのSPBの内容を明らかにすることを目的とした。

I. 用語の定義

Self-Perceived Burden (SPB) とは、「終末期がん患者自身が、家族介護者に対して、自分の病気や介護ニーズにより、負担や迷惑をかけていると感じている感覚」とする。

1) 広島大学大学院医歯薬保健学研究院 Institute of Biomedical & Health Sciences, Hiroshima University

2) 鳥取大学医学部保健学科 School of Health Science, Faculty of Medicine, Tottori University

Ⅱ. 方 法

1. データ収集方法

研究参加者は、A県およびB県に所在する2か所の病院の緩和ケア病棟に入院中の終末期がん患者であり、診断名や病状が告知されており、主治医から研究参加への許可が得られた者とした。研究参加候補者となる患者の選定は、緩和ケア病棟の師長に依頼し、自宅から入院した直後、かつ入院前に自宅において家族から何らかの身体的介護を必要とし、SPBをもつと思われる者を選択してもらった。データ収集には半構成的面接法を用いた。インタビューガイドに沿って行い、在宅療養中に家族介護者に対して負担や迷惑をかけていると感じた経験と内容、そのときの思いなどについて尋ねた。各研究参加者に30分程度の面接を1回行い、インタビュー内容は研究参加者の許可を得て録音し、逐語録とした。データ収集期間は、平成25年3月から平成25年8月であった。

2. 分析方法

本研究では、終末期がん患者のSPBという主観的な内容を可視化するために、データをもとにそこから再現可能でかつ妥当な推論を行うための調査技法であるKrippendorff (1980/1989) の内容分析の方法を参考にして行った。手順は以下のとおりである。

個別分析では、逐語録を繰り返し読み、終末期がん患者が家族介護者に対して、自分の病気や介護ニーズにより負担や迷惑をかけていると感じている経験と内容、そのときの思いに関する文脈と意味を重視し研究参加者の言葉のまま抽出した。抽出した記述内容を意味内容ごとに分割し、研究参加者の言葉を用いて本質的な意味を表すように表現し、コード化を行った。

全体分析では、個別分析の結果が得られた全研究参加者

のコードの意味内容が類似したものを集め、共通する意味を表すようにサブカテゴリーとした。次に、意味内容が類似したサブカテゴリーを集め、本質的な意味を表すように表現しカテゴリーにまとめた。

研究の真実性を確保するために、内容分析の手法に精通した看護学研究者による研究過程全体のスーパーバイズ、看護学研究者、緩和ケア認定看護師による分析内容の検討を繰り返し、信用可能性を高めた。

3. 倫理的配慮

本研究は、広島大学疫学研究倫理審査委員会の承認（第疫-731号）、および研究協力施設の承認を得て実施した。研究参加候補者に研究目的と方法、研究参加の任意性と中断の自由、予期される不利益とその回避、研究への協力の同意と同意撤回、利益相反についてプライバシーが守られる個室で文書を用いて口頭で説明を行い、文書で同意を得た。面接は研究参加者の疲労、およびそれ以外の体調不良に十分配慮しながら1人につき30分程度で終了した。

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者の概要

研究参加への同意が得られた者は11名であり、その概要は表1に示すとおりである。研究参加者の平均年齢±SDは70.5±10歳であった。がん患者の身体的な活動程度をはかる指標として活用されているPerformance Status (PS)は、PS0（日常生活制限なし）からPS4（まったく活動できない）の5段階に分類され、数字が大きいくほど全身状態が不良となる（Eastern Cooperative Oncology Group, 1999）。研究参加者のPSは、PS4が1名、PS3が8名、PS2が2名であった。なお、11名中7名は余命半年の宣告を受けていた。

表1 研究参加者の概要

参加者記号	性別	年齢	診断名	Performance Status	介護期間	主介護者	主介護者の性別	主介護者の年齢
A	男性	60歳代	結腸がん	4	3か月	子	男性	30歳代
B	男性	80歳代	前立腺がん	3	2か月	子	女性	40歳代
C	男性	40歳代	結腸がん	3	12か月	親	女性	70歳代
D	女性	60歳代	肺がん	3	6か月	配偶者	男性	60歳代
E	女性	60歳代	乳がん	2	2か月	配偶者	男性	60歳代
F	女性	80歳代	肝臓がん	3	12か月	配偶者	男性	80歳代
G	女性	70歳代	卵管がん	3	24か月	配偶者	男性	70歳代
H	女性	60歳代	上顎がん	3	7か月	配偶者	男性	70歳代
I	男性	80歳代	結腸がん	3	4か月	配偶者	女性	70歳代
J	女性	70歳代	乳がん	2	6か月	子	女性	30歳代
K	男性	70歳代	食道がん	3	3か月	配偶者	女性	50歳代

2. 分析結果

全体分析において、終末期がん患者の家族介護者への SPB を表すコードは114であり、15のサブカテゴリー、6のカテゴリーが導き出された（表2）。

以下、SPBの内容について得られたカテゴリーの内容を説明する。【 】はカテゴリー、〈 〉はサブカテゴリー、「 」は研究参加者のデータ、（ ）は研究者による補足、（文字）は参加者記号を示す。

【一方的に負担をかけお返しできない申し訳なさ】は、家族にさまざまな支援をしてもらうことで負担をかけているが、がんの進行に伴う不可逆的な身体状態では、してもらったことに対してお返しすることができないと考えることから生じる申し訳なさであり、1つのサブカテゴリーから形成された。「いろいろ心配かけてもお返しできないから全部（家族に）負担をかけるようで申し訳ない（B）」などから導き出された〈一方的に負担をかけお返しできない申し訳なさ〉であった。

【自分の活動や役割を補わせ負担をかける申し訳なさ】は、身体機能低下に伴う介助の必要性やこれまで担ってきた役割の遂行がむずかしくなることで、家族に負担をかけるとして生じる申し訳なさであり、4つのサブカテゴリーから形成された。「いろいろと助けてもらうことは悪いと思ってる。（娘には）子どもが3人もおるけんね。私のところにも来て世話をせんといかんし、（娘は）つらかろうと思う（J）」などから導き出された〈多くのことをまかせ手一杯にさせる申し訳なさ〉、「ご飯支度をしてもらえば味見くらいはできるよとか、お風呂はここまで準備してもらえばあとは自分でできるよとか、手間をとらせないようにみんなのために頑張らないと悪い（D）」などから導き出

された〈介助の手間をとらせる申し訳なさ〉、「とくにトイレを手伝ってもらうのは申し訳ない（I）」などから導き出された〈排泄介助をさせる申し訳なさ〉であった。〈できない家事をさせる申し訳なさ〉は、家事を一手に担ってきた研究参加者の妻が介護者の夫に対する申し訳なさであり、「いままで何もしたことがない人ですから、何も料理ができないんです。だから、ああしなさいって教えてやっとな2品くらいのおかずができます。料理が一番主人に負担をかけていると思います。ごめんねって思うんです（F）」などから導き出された。

【家族の生活に支障をきたす申し訳なさ】は、介護の必要が夜間の睡眠の中断や、予定の変更、経済的負担を強いすることで家族の生活に悪影響を与えているとして生じる申し訳なさであり、3つのサブカテゴリーから形成された。「私の調子の悪いときには予定があっても出かけられないじゃないですか。そういうときや夜中に寝ているときは体の位置を変えてもらうのに起こしたりして、せっかく睡眠をとっているときに悪いなと思います（E）」などから導き出された〈予定を変更させる申し訳なさ〉〈睡眠を中断させる申し訳なさ〉、「家計の負担を考えると申し訳ないと思いますね（J）」などから導き出された〈経済的負担をかける申し訳なさ〉であった。

【がんの進行に伴い死を見据えた負担増加への申し訳なさ】は、がんが進行性に悪化する状態を意識し、身体機能低下や急激な病状悪化の可能性、その事態に伴う介護や対応の必要性を慮ることから生じる申し訳なさである。また、自分がいなくなることで家族の生活に負担をかける申し訳なさを含む、3つのサブカテゴリーから形成された。「これからどんどん動けなくなってトイレにも行けな

表2 終末期がん患者の Self-Perceived Burden

カテゴリー	サブカテゴリー
一方的に負担をかけお返しできない申し訳なさ	一方的に負担をかけお返しできない申し訳なさ
自分の活動や役割を補わせ負担をかける申し訳なさ	多くのことをまかせ手一杯にさせる申し訳なさ
	介助の手間をとらせる申し訳なさ
	排泄介助をさせる申し訳なさ
	できない家事をさせる申し訳なさ
家族の生活に支障をきたす申し訳なさ	予定を変更させる申し訳なさ
	睡眠を中断させる申し訳なさ
	経済的負担をかける申し訳なさ
がんの進行に伴い死を見据えた負担増加への申し訳なさ	さらに動けなくなり負担をかける申し訳なさ
	急変時の対応で負担をかける申し訳なさ
	自分の死後に家族の生活に負担をかける申し訳なさ
疲労させてしまうという心配	肉体的疲労への心配
	精神的疲労への心配
最後は家族のために責任を果たしたいという苦悩	疲弊する家族の前に負担を軽減しないといけないという苦悩
	死しか家族を楽にできる方法はないという絶望感

くになったら迷惑かけると思う (C)」などから導き出された〈さらに動けなくなり負担をかける申し訳なさ〉、「家で急に何かあったとき、病気の知識がない家族だけでは大変だと思うと申し訳ない (H)」などから導き出された〈急変時の対応で負担をかける申し訳なさ〉、「お父さんは何もできないでしょ。私がいなくなったらお父さんはどうやって生活していくのかと思う。私はお父さんを看取ってから逝きたかったけど、(先に私が逝くことになって) ごめんねって言うんです (F)」などから導き出された〈自分の死後に家族の生活に負担をかける申し訳なさ〉であった。

【疲労させてしまうという心配】は、家族を肉体的・精神的に疲れさせているとして生じる心配であり、2つのサブカテゴリーから形成された。「私はもうあまり体は動かせないからだいたい主人が体を動かしています。いけないと思います。主人と私と同じくらいの歳ですしピンピンじゃないから、主人に倒れられたら大変だと思うんです (F)」などから導き出された〈肉体的疲労への心配〉、「主人は私の息づかいが聞こえるところでいつもいるからやっぱり神経がしんどいんじゃないでしょうかね。心配性なのでいろいろしてくれて精神的に疲れるって言うときがあります (D)」などから導き出された〈精神的疲労への心配〉であった。

【最後は家族のために責任を果たしたいという苦悩】は、疲弊する家族を目の前に家族の負担を軽減しないといけないという苦悩であり、自分の死しか方法がないという絶望感を含む2つのサブカテゴリーから形成された。「家内が私の介護で疲れ果ててしまったからどうにかしないといけないと思って、ここ(緩和ケア病棟)に来たんです (K)」などから導き出された〈疲弊する家族を前に負担を軽減しないといけないという苦悩〉、「自分のために自分の家内であっても子どもであっても弱っていく姿を見るのは嫌です。それが一番つらかった。方法論はないから、考えるのは死にたいばかりです。もう死しか相手を楽にさせることはないから (K)」などから導き出された〈死しか家族を楽にできる方法はないという絶望感〉であった。

IV. 考 察

欧米の先行研究によると、SPBは心配から発生する罪悪感、苦悩、責任感、自己価値観の低下であるとされている(McPherson, et al., 2007a)。しかし、本研究では、抽出された概念として「申し訳なさ」が多く、日本人のSPBは申し訳なさから発生する心配や苦悩であると考えられる。「迷惑をかけないように～する／～しない」というのは日本的な行動規範の一つであり、迷惑とは「己の行為が他者に不利益をもたらしたことによる申し訳なさ」を表明する

意味をもつ(横川, 1997)。こうした自責の念は、欧米人に比べ日本人に強いことが報告されている(長野, 2003)。

ソーシャルサポート研究において、他者から受け取るサポートと他者に提供するサポートが同程度(衡平関係)である場合にのみ心身の健康が促進され、受け取ったサポートと提供したサポートの差が大きいほど負債感や負担感が引き起こされる(谷口, 2013)。また、McPherson, et al. (2007a) は、進行性の病気に罹患した患者は、健康の衰えにより介護者との衡平関係を取り戻すことが困難であることを指摘している。本研究においても、患者は【一方的に負担をかけお返しできない申し訳なさ】を感じ、家族と衡平関係ではないと認識していた。したがって、終末期がん患者のSPBの根底には家族に対する不衡平感があり、衡平をどのようにして回復していくかが重要な視点となると思われる。進行がん患者は、死亡1年前には高い身体機能を保持しているが、死亡3か月前から身体機能が低下する(Lunney, Lynn, Foley, Lipson, & Guralnik, 2003)。さらに、生存期間が約1か月ごろからがん特有のさまざまな症状が発現し(柏木・恒藤・池永・大山・新田, 2001)、日常生活動作に影響を及ぼす。こうした状態は、介助の必要だけではなく、これまで担ってきた役割遂行がむずかしくなり、【自分の活動や役割を補わせ負担をかける申し訳なさ】【家族の生活に支障をきたす申し訳なさ】として示された。そして、多くの研究参加者は、家族がやせるなどの外見の変化や言動から家族の疲労を敏感に察知し、【疲労させてしまうという心配】が示された。研究参加者の半数以上は余命半年と宣告されており、身体機能低下の軌跡を体感するなかで、【がんの進行に伴い死を見据えた負担増加への申し訳なさ】を感じると推察される。McPherson, et al. (2007a) は、終末期がん患者のSPBとして、病気の進行に伴い介護者の負担が増すことを心配する内容を報告している。【がんの進行に伴い死を見据えた負担増加への申し訳なさ】は、病状が進行性に悪化し、死と対峙する終末期がん患者の特徴的なSPBであると思われる。そして、家族との生活のなかで患者は家族が自分のために疲弊していく姿を目の当たりにし、自分の死をもってでも家族の負担を軽減しなければならないという【最後は家族のために責任を果たしたいという苦悩】が示された。日本人の自己責任について、Benedict (1946/2005) は、日本精神の一部として日本人の心に植えつけてきた徳であり、自己責任は最も優れた平衡輪の役目を果たすと述べている。また、藤井(2005)は、日本人の自己決定権について、家族と個人の意志の葛藤、いうならば個人の意志の尊重という面ではいまだ過渡期にあるとしている。このような文化的背景を踏まえると、SPBを抱く終末期がん患者は、自己責任感に基づき、家族のために選ばねばならない選択をし、家族に

対する不均衡感を回復させようとするのではないかと考える。患者が自分らしく最期まで過ごせるように人生の選択を支援していくことが終末期看護において重要であり、看護師がSPBを考慮し、患者と家族が納得できる意思決定を支えることが必要となる。

終末期がん患者の家族介護者へのSPBは、自分の病気や介護ニーズに基づく申し訳なさから発生する心配や苦悩であると考えられる。したがって、SPBの軽減において、家族介護者の負担に応じて適切に公的介護を導入するなど介護負担軽減への支援は不可欠であり、患者と家族の双方への支援が軸となると考える。介護者の介護に対する認識には、介護状況に対する充実感、自己成長感、介護継続意志といった肯定的な側面が含まれ、介護肯定感が介護負担感を軽減する効果をもつ（櫻井, 1999; 陶山・河野・河野, 2004）。また、がん患者の心理的適応に関する研究では、意味の探究によって、自分らしさをつくり変え、意味を見出すことで心理的適応を果たすことが報告されている（塚本・船木, 2012）。したがって、家族の介護肯定感を高める支援とともに、家族が患者に対して、介護がもたらす肯定的内容を伝える機会を生み出すことは、患者自身が介護の肯定的側面を認識し、意味を見出すことを可能にする。その結果、患者は家族に対する申し訳なさに折り合いをつけることができ、SPBの軽減につながると思われる。

死にゆくがん患者と家族員との相互作用は、互いの気遣いによる支え合いを基盤としている（庄村, 2008）。しかし、一部の終末期がん患者においては、介護者への気遣いがSPBとなり、QOLや精神的健康に影響する（Cousineau, et al., 2003; Oeki, et al., 2012; Simmons, 2007）。患者が介護を通して家族の健康や生活の営みにあたえる影響や自分自身についてどのように感じているか、患者のSPBが増強される前に気づき、QOLや精神的健康の悪化を予防していくことが看護師の役割となる。終末期がん患者の家族へのSPBに関する内容が明らかになったことは、SPBへの支援のあり方に示唆を与え、終末期がん患者への看護支援の一助になると考える。

要 旨

本研究の目的は、介護が必要な状態となり、被介護者が介護者に対して負担をかけていると感じること（Self-Perceived Burden: SPB）について、終末期がん患者の家族介護者へのSPBの内容を明らかにすることである。入院前に自宅において家族から介護を必要とした緩和ケア病棟入院中の終末期がん患者11名に半構成的面接法を実施し、分析には内容分析を用いた。終末期がん患者のSPBの内容として、【一方的に負担をかけお返しできない申し訳なさ】【自分の活動や役割を補わせ負担をかける申し訳なさ】【家族の生活に支障をきたす申し訳なさ】【がんの進行に伴い死を見据えた負担増加への申し訳なさ】【疲労させてしまうという心配】【最後は家族のために責任を果たしたいという苦悩】が導き出された。本研究結果は、終末期がん患者の視点に立脚したSPBの理解を深め、終末期がん患者への看護支援の一助になると考える。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、A県とB県の緩和ケア病棟に入院中の11名の終末期がん患者を対象とした調査であり、地域や施設の特徴が反映されている可能性がある。また、レスパイト入院および看取りの場として緩和ケア病棟を選択した参加者の語りであり、SPBに折り合いがついている経験にデータが偏っている可能性を否定できない。今後は、対象を広げ、縦断的に調査を行うことが課題である。

VI. 結 論

終末期がん患者の家族介護者へのSPBの内容として、【一方的に負担をかけお返しできない申し訳なさ】【自分の活動や役割を補わせ負担をかける申し訳なさ】【家族の生活に支障をきたす申し訳なさ】【がんの進行に伴い死を見据えた負担増加への申し訳なさ】【疲労させてしまうという心配】【最後は家族のために責任を果たしたいという苦悩】が導き出された。本研究結果は、終末期がん患者の視点に立脚したSPBの理解を深め、終末期がん患者への看護支援の一助になると考える。

謝 辞

本研究にご協力いただきました皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究は平成23～25年度科学研究費補助金 若手研究（B）（課題番号：23792591）の助成を受けて行っているものの一部である。

本稿の一部はThe 6th International Conference on Community Health Nursing Researchにて発表した。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

Abstract

The objective of this study was to clarify the details of Self-Perceived Burden (SPB), defined as the feeling experienced by patients who believe they are a burden on those caring for them, in cases of patients with terminal cancer and their family caregivers. We conducted semi-structured interviews with 11 inpatients with terminal cancer in palliative care units who had required home care by their family members prior to hospitalization. The results were examined by content analysis. The SPB of the patients with terminal cancer consisted of “feeling sorry for burdening caregivers unilaterally and not being able to return the favor”, “feeling sorry for letting caregivers support their activities or share their responsibilities”, “feeling sorry for disrupting family life”, “feeling sorry for increasingly burdening caregivers as the cancer progresses and the patient prepares for death”, “concern about exhausting caregivers” and “desire to fulfill family responsibilities at the end of life”. The results of this study should deepen the understanding of SPB from the perspective of patients with terminal cancer and support those who provide their care.

文 献

- Benedict, R. (1946/2005)／長谷川松治（訳）．菊と刀：日本文化の型．363-364, 東京：講談社．
- Cousineau, N., McDowell, I., Hotz S., & Hébert, P. (2003). Measuring chronic patients' feelings of being a burden to their caregivers: Development and preliminary validation of a scale. *Medical Care*, 41(1), 110-118.
- De Faye, B.J., Wilson, K.G., Chater, S., Viola, R.A., and Hall, P. (2006). Stress and coping with advanced cancer. *Palliat Support Care*, 4(3), 239-249.
- Eastern Cooperative Oncology Group (1999). Common Toxicity Criteria. version 2.0. https://ctep.cancer.gov/protocolDevelopment/electronic_applications/docs/ctcv20_4-30-992.pdf（検索日2016年9月14日）
- 藤井正雄（2005）．介護における「個」と「家族」の役割—患者の自己決定権と親権・家族とのかかわり—．山中永之佑，竹安栄子，曾根ひろみ，白石玲子（編），介護と家族．112-117，東京：早稲田大学出版部．
- 柏木哲夫，恒藤暁，池永昌之，大山直子，新田美鈴（2001）．生存期間．淀川キリスト教病院ホスピス（編），緩和ケアマニュアル．2-3，大阪：最新医学社．
- 古村和恵，森田達也，赤澤輝和，三條真紀子，恒藤 暁，志真泰夫（2012）．迷惑をかけてつらいと訴える終末期がん患者への緩和ケア—遺族への質的調査からの示唆．*Palliative Care Research*, 7(1), 142-148.
- 終末期医療のあり方に関する懇談会（2010）．終末期における療養の場所．「終末期医療に関する調査」結果について．89-112. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/saisyuu_iryuu/dl/saisyuu_iryuu11.pdf（検索日2016年1月6日）
- Krippendorff, K. (1980/1989)／三上俊治，椎野信雄，橋元良明（訳）．メッセージ分析の技法—「内容分析」への招待．21-66，東京：勁草書房．
- Lunney, J.R., Lynn, J., Foley, D.J., Lipson, S., and Guralnik, J.M. (2003). Patterns of functional decline at the end of life. *JAMA*, 289(18), 2387-2392.
- McPherson, C.J., Wilson, K.G., and Murray, M.A. (2007a). Feeling like a burden: Exploring the perspective of patients at the end of life. *Soc Sci Med*, 64(2), 417-427.
- McPherson, C.J., Wilson, K.G., and Murray, M.A. (2007b). Feeling like a burden to others: A systematic review focusing on the end of life. *Palliat Med*, 21(2), 115-128.
- 宮下光令，今井涼生（2015）．データで見る日本の緩和ケアの現状．志真泰夫，恒藤 暁，森田達也，宮下光令（編），ホスピス緩和ケア白書2015：ホスピス緩和ケアを支える専門家・サポーター．72-117，東京：青海社．http://www.hospat.org/assets/templates/hospat/pdf/hakusyo_2015/2015-2.pdf（2016年9月14日）
- 長野晃子（2003）．日本人はなぜいつも「申し訳ない」と思うのか．72-73，東京：草思社．
- Oeki, M., Mogami, T., and Hagino, T. (2012). Self-perceived burden in patients with cancer: Scale development and descriptive study. *Eur J Oncol Nurs*, 16(2), 145-152.
- 大谷美樹，萩野 浩（2014）．家族介護者による身体的介護を必要とするがん患者の自覚的負担感に関連する要因の検討．日本在宅ケア学会誌，18(1)，76-82.
- 櫻井成美（1999）．介護肯定感がもつ負担軽減効果．心理学研究，70(3)，203-210.
- 庄村雅子（2008）．死にゆくがん患者と家族員との相互作用に関する研究．日本がん看護学会誌，22(1)，65-76.
- Simmons, L.A. (2007). Self-perceived burden in cancer patients: Validation of the Self-perceived Burden Scale. *Cancer Nurs*, 30(5), 405-411.
- 陶山啓子，河野理恵，河野保子（2004）．家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析．老年社会科学，25(4)，461-470.
- 谷口弘一（2013）．児童・生徒のサポートの互恵性と精神的健康．3-10，京都：晃洋書房．
- 塚本尚子，船木由香（2012）．がん患者の心理的適応に関する研究の動向と今後の展望：コーピング研究から意味研究へ．日本看護研究学会雑誌，35(1)，159-166.
- White, J.M. (1993/1996)／正岡寛司，藤見順子，西野理子，嶋崎尚子（訳）．家族発達のダイナミクス—理論構築に向けて—．3-250，京都：ミネルヴァ書房．
- Wilson, K.G., Curran, D., and McPherson, C.J. (2005). A burden to others: A common source of distress for the terminally ill. *Cogn Behav Ther*, 34(2), 115-123.
- 横川澄枝（1997）．迷惑の意味の変遷についての一考察．言語文化と日本語教育，14，52-64.

〔平成28年2月19日受 付〕
〔平成28年11月14日採用決定〕

—研究報告—

自己管理スキル尺度を応用した身体活動自己管理能力尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討

Development of a Physical Activity Self-Management Agency Scale
that Includes Self-Management Skills and Investigation of Its Reliability and Validity

吉 岡 瑞 季¹⁾ 森 本 美智子²⁾
Mizuki Yoshioka Michiko Morimoto

キーワード：自己管理（認知的）スキル，身体活動自己管理能力尺度，運動の継続

Key Words：cognitive self-management skills, physical activity self-management agency scale, continuance of exercise

緒 言

身体活動は、『健康日本21』（厚生労働省，2010）において国民の健康増進をはかるための目標項目として取り上げられており，健康増進・生活習慣病の発症予防において重要な分野の1つである。しかし，平成25年度の国民健康・栄養調査（厚生労働省，2015）では，運動習慣のある者の割合は，男性が33.8%，女性が27.2%であり，年齢階級別にみると男性では20～30歳代は10%台，40～50歳代においても20%弱であり，女性は20～40歳代で10%台に留まっていることが報告されている。身体活動量を示す歩数においても，男性の平均値は7,099歩，女性は6,249歩と『健康日本21』第2次の目標値をいずれも下まわっており，年齢別にみても目標値を達成できていない。Global Recommendations on Physical Activity for Health（World Health Organization，2010，p.10）では，身体活動の不足は，世界中の人々の一般的な健康，心血管系疾患・糖尿病・癌などの蔓延，それらに対する危険因子（高血圧・高血糖・過体重など）と密接にかかわっており，乳癌および結腸癌のおよそ21～25%，糖尿病の27%，虚血性心疾患の30%が身体不活動に起因すると推測されると勧告しており，身体活動の重要性を訴えている。身体活動には，運動やスポーツのほか，労働や家事，余暇活動など，日常生活におけるすべての活動が含まれ，日常的な活動であってもエネルギー消費量を増加させれば，生活習慣病の予防や改善に効果があるとされている（田中，2006，p.605）。これは，運動習慣を獲得できるように方策を検討することに加え，継続的な身体活動を促進するための力を把握して方策を検討していくことが必要であることを示唆するものである。しかし，運動の継続に関しては，動機づけや自己効力感が重要であ

ることがこれまでに報告されているが（松本・竹中・高家，2003；松本，2012，p.35；竹中，2012），身体活動を促進する力について十分検討されているとはいえない。

健康教育の領域では，オレムによるセルフケア理論をベースに，人々の健康維持・増進，疾病予防および疾病管理を目的とした取り組みとして，自己管理行動に影響するあるいは自己管理行動を促進する因子を探索する検討が行われてきた（宗像，1996；竹鼻・高橋，2002）。その因子の1つとして自己管理能力に着目する必要性が指摘され，自己管理能力測定尺度の開発も進んできた（本庄，2001；Riesch & Hauck，1988；高橋・中村・木下・増居，2000）。自己管理能力はさまざまな因子から構成されると考えられるが，自己管理能力を構成する因子のなかから高橋らは知識を行動に結びつける力として，認知的スキルに着目し，さまざまな行動場面で活用可能な一般性の高い認知的スキルを測る尺度として「Self-Management Skill 尺度（以下，SMS尺度とする）」を開発している（高橋・中村ら，2000）。神宮（1993）は認知的スキルを，行動を実現するうえで必要なものの考え方やコミュニケーションなど主に認知的な心の働きが重要な役割を果たしているスキルであるとしている（p.21）。佐久間・高橋は，意思決定のための情報を収集し判断するスキルや，目的を達成するために自己評価をするスキルなどを健康教育に重要な意味をもつ自己を管理するスキルとしてあげており，これらが自己管理行動を促進する重要な力であるとしている（2008，p.176）。SMS尺度を用いた研究では，SMS尺度の得点と自己管理行動との間に中程度の関連が確認されている（竹鼻・高橋，2002，p.1164）。SMS尺度で測定される自己管理スキルは，経験や介入によって変化することが示されており（佐久間・高橋・山口，2007；高橋，2013；高

1) 大阪大学病院医学部付属病院 Osaka University Hospital

2) 岡山大学大学院保健学研究科 Graduate School of Health Sciences, Okayama University

橋・竹鼻・佐見, 2004), これは自己管理スキルを評価する必要性を裏づける知見である。さらに, 高橋らは一般性のある自己管理(認知的)スキルが存在し, それに行動ごとの特殊性が加わった行動ごとの自己管理(認知的)スキルが存在すると仮定しており(高橋・中村ら, 2000, p.911), 自己管理スキル尺度を応用した行動特有の尺度も開発されている(竹鼻・高橋, 2002; 山本・今里・筒井・植岡, 2009)。これらの尺度を用いた報告では, 一般的な自己管理スキル得点よりも課題特異的な自己管理スキル得点が実際の行動との関連が強く, より自己管理行動を説明していることが示されている(竹鼻・高橋, 2002; 山本ら, 2009)。これは, 自己管理行動を促すためには, 課題特異的な自己管理能力(スキル)に着目し, それを評価したうえで方策を検討していく必要があることを示唆しているものと考ええる。身体活動については, 健康な者を対象としたものではないが, 2型糖尿病患者を対象とした研究(徳永・多留・宮脇, 2014)で, 日常生活での工夫や, 身体活動継続のための工夫が身体活動量の増加に関連することが示されている。しかし, 認知的スキルに着目した身体活動に特異的な自己管理能力を測定する尺度の開発は見当たらない。尺度開発によって身体活動における自己管理能力の測定が可能となり, 身体活動との関連性が明らかになれば, 身体活動を促進する介入への示唆を得ることにつながるのではないかと考える。さらに, 測定指標(尺度)の開発は, 健康な者だけでなく健康住民の健康増進・疾病予防, 生活習慣病患者の生活指導など, 身体活動を促進する必要がある対象のアセスメントに寄与していく可能性もあり, 身体活動(自己管理行動)を促進するための介入の一助につながるのではなかと考える。

青年期にある大学生では, 運動・スポーツをほとんどしない者が5割以上と, 運動の習慣がない者が多い現状が報告されており(門田, 2002, p.558), 23か国の大学生を対象とした研究においても, 他国と比較して日本の大学生の身体活動を行う者の割合が少ないことが報告されている(Hasse, Septoe, Salis, & Wardle, 2004)。自己管理能力は, 社会文化的・健康的・環境的要因, セルフケアを必要とする認識力, 精神・情緒状態等によって影響を受けるとされている(西田, 1995, p.167)。青年期にある大学生は身体

活動に関する課題を有している一方で, 生活環境・健康条件・教育や学力にある程度共通性をもっている。これは, 汎用性のある認知的スキルに着目した身体活動における自己管理能力の測定指標を開発するにあたって, 背景因子の影響を統制することが可能となり, 尺度開発の対象として適切であると考えた。

本研究では, 青年期にある大学生を対象として身体活動に特異的な自己管理能力を測定する尺度(以下, 身体活動自己管理能力尺度とする)を開発し, その信頼性と妥当性を検討すること, 一般的な自己管理能力であるSMS尺度得点, 身体活動との関連を検討することによって, 開発した尺度の有用性を検討することを目的とした。

I. 研究の概念枠組みと操作的定義

1. 研究の概念枠組み

文献および先行研究(オレム, 2001/2005; 本庄, 2001; 竹鼻・高橋, 2002; 高橋ら, 2000)をもとに自己管理行動(身体活動)の先行要因として自己管理能力があるとし, その自己管理能力には一般的なものと課題特異的なもの(身体活動自己管理能力)があると仮定した。一般的な自己管理能力とは, さまざまな場面に活用可能な一般性の高い自己を管理する能力であり, 日常生活のさまざまな問題や要求に対して, 建設的かつ効果的に対処するために用いられている能力である。自己管理行動(身体活動)は, 一般的自己管理能力よりも課題特異的自己管理能力(本研究では, 「課題特異的自己管理能力」を「身体活動自己管理能力」とする)から直接的な影響を受けていると考え, 本研究では図1のような概念枠組みを設定した。

2. 操作的定義

オレムはセルフケアエージェンシーを特定の事柄に注意を払い, 事柄を変化させたり調整したりする必要性を把握する能力, なすべきことを意思決定する能力などが含まれるものとして概念化されとしている(2001/2005, pp.236-237)。SMS尺度を開発した高橋らは, 自己管理スキルには思考の操作により自分自身を励ますような情緒的なスキルや戦略的な発想により行動の遂行を容易にするよ

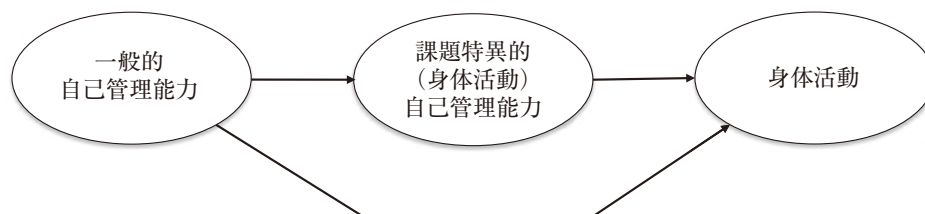


図1 本研究における概念枠組み

うな非情緒的なスキルを含むとし（高橋ら，2000，p.908），適切な意思決定のための情報収集や目的達成のための計画立案・自己評価などからなる項目を設定している。これらをもとに本研究では，身体活動自己管理能力を“健康維持・増進・疾病の予防・悪化防止を目的とした身体活動（自己管理行動）を実行するために自分自身や環境をコントロールする力である”と操作的に定義した。身体活動自己管理能力とは，健康のためにという目的志向をもち，身体活動を実行・継続していくために，自己を評価して選択・決定を行い，環境を整えたり，感情や行動をコントロールする能力である。

身体活動については，「健康づくりのための身体活動基準2013」（厚生労働省，2013a）に従い，「日常生活のなかで取り組まれる労働，家事，通勤・通学等の活動を“生活活動”」「体力（健康に関連する体力を含む）の維持・向上を目的とし，計画的・継続的に実施されるスポーツ・トレーニング活動の実施と継続を“運動”」としてとらえ，生活活動を含めて身体活動とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 対象者

調査対象は，A大学の医学部保健学科に在学する1～4年生の333名とした。A大学は，県庁所在地のある政令都市に立地している。事前の検定力分析として，先行研究から推定される効果（ β ）を.3とし，有意水準を.05，検定力を95%として分析を行ったところ，回帰分析（変数間の関連の検討）における必要対象数は74名と算出された。本研究では尺度開発を計画しており，因子分析におけるサンプルサイズについては，変数の5～10倍の考え方（Hair, Black, Babin & Anderson, 2009, p.100）や因子数の20倍との報告（Arrindle & van der Ende, 1985）もあるが，相関係数の信頼区間から200名程度のサンプルサイズが必要とされている（Kline, 1994, p.73；村上，2006, p.68）。調査対象において，回収率および欠損による有効回答率は配布数の70%になることを想定して200名程度のサンプルサイズの確保は可能であると判断した。

2. 調査期間

調査期間は2014年9月から10月であった。

3. 調査内容

a. 対象の背景

年齢，性別，同居家族の有無，アルバイトの状況（有無・頻度），スポーツ・トレーニング活動を行う団体への所属の有無（部活・サークル・地域のチーム・ジムなどへ

の所属），通学・通勤手段，運動に影響を及ぼす疾患の有無とした。

b. 一般的な自己管理能力

高橋ら（2000）によって開発されたSMS尺度10項目を使用した。尺度としての信頼性は再テスト法とCronbach's α 係数（ $\alpha = .75$ ）で確認されており，妥当性についても基準関連妥当性を有することが確認されている（高橋ら，2000, p.910）。SMS尺度は，開発の過程で大学生をサンプルにしており，“何かしようとするときには，十分に情報収集をする”“何をしたらよいか考えないまま行動を開始してしまう（逆転項目）”“自分ならできるはずだと心の中で自分を励ます”などの項目で構成されている。4件法で回答を求め，点数は10～40点で算出される。点数が高いほど一般的な自己管理能力が高いことを示す。

c. 身体活動自己管理能力

身体活動に特化した質問項目を次の手順で作成した。まず，身体活動自己管理能力の操作的定義に基づき，身体活動を実行・継続していくために，自己を評価して選択・決定を行い，環境を整えたり，感情や行動をコントロールする能力を示す項目をアイテムプールした。その際の項目表現については，SMS尺度およびSMS尺度を応用して開発された自己管理能力についての尺度項目（高橋ら，2000, p.909；山本ら，2009, pp.52-53）を参考にした。次に，アイテムプールした項目について，意味内容が重複していないか，理解しづらい項目や曲解を招きうる項目がないかを大学教員を含む研究者3名で検討し，表現の修正と項目の削除・追加を行った。質問項目における回答のしやすさについても調査対象以外の大学生に回答してもらい検討を行い，最終的に40項目の質問項目を作成した。回答は，SMS尺度に倣い「当てはまる」「やや当てはまる」「あまり当てはまらない」「当てはまらない」の4件法とし，点数が高いほど身体活動における自己管理能力が高くなるように得点化した。

d. 身体活動

WHOワーキンググループによって作成された国際標準化身体活動質問紙“International Physical Activity Questionnaire; Japanese Version”（以下，IPAQとする）を使用した。IPAQは平均的な1週間において，高強度および中等度の身体活動を実施した日数ならびに時間を質問するもので，日本語版についても再テスト法による信頼性と基準関連妥当性が確認されている（村瀬・勝村・上田・井上・下光，2002, pp.5-6）。IPAQには，仕事（有給の仕事，学業，ボランティア活動）での活動，通学・通勤や買い物などでの移動，家事活動，余暇時間でのレクリエーション活動や運動・レジャーなど，日常生活場面でのすべての身体的な活動に対する質問が含まれている。IPAQの日本語版

は、大学生を対象とした信頼性と基準関連妥当性が確認されている（北村・佐藤・川越・佐竹・塩谷，2010，p.770）。わが国における「健康づくりのための身体活動基準2013」（厚生労働省，2013a）では，18～64歳の者に対しては生活習慣病を予防するために「強度3以上の身体活動を週23メッツ（MET）・時／週」（1,380MET-min/week）行うことが推奨されている。IPAQにより測定された身体活動量は，MET-minに換算することが可能であり，IPAQのスコアが600MET-min/week未満の者は「Low Physical Activity（以下，Low PAとする）」，3,000MET-min/week以上もしくはTotal Vigorousが1,500MET-min/week以上の者が「High PA」，どちらにも当てはまらない者は「Moderate PA」と分類される（International Physical Activity Questionnaire Core Group，2005；Papathanasiou, et al., 2012）。

e. 身体活動：運動習慣と継続期間

身体活動のうち，運動の実施を継続しているかどうかについては，厚生労働省の平成25年度国民健康・栄養調査で用いられている「身体状況調査票」（厚生労働省，2013b）を参考に，「継続している運動の有無」「運動の継続期間」について尋ねた。なお，実施頻度および実施時間についても尋ね，週2日以上，30分以上持続して運動を行っている場合を「運動習慣あり」の者と判断した。これ以外は，通常，運動習慣なしと判断されるが，男子勤労者約6,000人を対象とした研究では，1週間に1回でも定期的に汗を流すような運動を行うと，糖尿病の発症リスクを20%程度抑えることが示されていることから（Okada, et al., 2000），運動の強度と継続期間によっては，健康を目的とした行動になると判断し，週に1回，中強度以上の運動を6か月以上継続している者は「運動の継続者」として，運動習慣のない者とは区別することにした。

4. 倫理的配慮

本研究は岡山大学大学院保健学研究科看護学分野倫理審査委員会の承認（承認番号U14-32）を受けて実施した。講義室にて研究協力の説明書，調査票を対象者に配布し，研究者が直接調査を依頼した。調査票への回答は，翌日までに行ってもらうように依頼し，回収箱を設置して，プライバシーが保てるように配慮した。調査に関しては，対象者に身体活動に関する調査であるという研究趣旨について十分説明したうえで，目的および方法，協力は自由意思であること，調査協力の有無によって修学上の不利益を受けないこと，個人を特定されないことを説明書で説明した。調査票は無記名とし，個人が特定されないようにし，同意については，調査票の回答をもって研究協力の受諾とした。なお，研究への協力撤回の申し出があっても，調査票を特定することは不可能であり，同意撤回はできないこと

を説明書に記載した。

5. 分析方法

a. 身体活動自己管理能力尺度の開発

まず，項目分析として，回答分布に偏りのある項目がないかを確認した。身体活動自己管理能力の各項目の得点は1～4点であるため，標準偏差（standard deviation：SD） $+1 \geq 4$ を天井効果， $SD - 1 \leq 1$ をフロア効果とした。加えて，全項目の信頼性係数を算出し，内部一貫性を確認した。corrected item-total correlation（CITC）が.4以下を示す項目は内部一貫性の低い項目と判断し，削除項目とした。残った項目に対して最尤法・斜交回転での探索的因子分析を行い，さらに共分散構造分析を用いた確証的因子分析を行い，データとモデルの適合度を検討した。モデル適合度の判定には，適合度指標（goodness of fit index：GFI）および比較適合度指標（comparative fit index: CFI），root mean square error of approximation（RMSEA），安定性の指標として修正適合度指標adjusted GFI（AGFI）の数値を参考にした。GFI，AGFIは.9以上，CFIは.95以上，RMSEAは.06以下の値をモデルの受容の目安とした。開発した尺度の信頼性の検討には，Cronbach's α 係数を算出し，内的整合性を確認した。 α 係数は.8以上であれば，測定値の安定性や一貫性に問題がなく，尺度の信頼性を示すとされている（村上，2006，pp.36-45）。妥当性については，運動習慣の有無および運動の継続期間によって分けた群間に，身体活動自己管理能力尺度の合計得点に差が認められるかを一元配置分散分析により確認した。

b. 一般的自己管理能力，身体活動自己管理能力，身体活動の関連性の検討

研究の枠組みに基づき，モデルを設定し，一般的自己管理能力，身体活動自己管理能力，身体活動の関連性について検討を行い，開発した尺度の有用性を検討した。モデルに対しては，一般化最小二乗法による共分散構造分析を行い，GFI，AGFI，CFIおよびRMSEAの適合度指標を用いてデータとモデルとの適合度を確認した。係数は5%水準で有意と判断した。

以上の統計解析には，『IBM SPSS Statistics 19』『IBM Amos 19』を使用した。

Ⅲ. 結 果

質問紙を配布した303名のうち，241名（回収率79.7%）から回答が得られた。そのうち男性が6名，身体活動に影響のある疾患をもっていると回答した者が27名であった。男性の回答は6名と少なく，身体活動に影響のある疾患をもっている者も結果の解釈を複雑にすると判断し，分析が

ら除外することにした。これらの者を除き、身体活動自己管理能力についての予備項目40項目すべてに答えており、運動習慣と継続期間についても回答している193名を尺度開発のサンプルとした。開発した尺度の有用性を確認する関連性の検討には、開発された身体活動自己管理能力尺度、SMS尺度、IPAQ、運動習慣と継続期間についてすべて回答している149名のデータを分析対象とした。

1. 分析対象者の特徴

分析対象者の特徴は表1に示した。尺度開発の対象193名は、1人暮らしが127名（65.8%）と半数以上を占め、アルバイトについては週1～2回の者が69名（35.7%）であり、頻度にばらつきはあるが87%の者がアルバイトを行っていた。通勤通学で自転車を利用している者は162名（83.9%）であった。6か月以上継続した運動習慣のある者は44名（22.8%）、運動習慣のない者は114名（59.1%）

であった。関連性の検討における対象149名も尺度開発の対象193名と同様の特徴であり、各項目に有意差は認められなかった。関連性の検討における対象149名の一般的な自己管理能力得点、IPAQにより測定された身体活動量の結果は表2に示した。SMS尺度得点は 25.8 ± 3.8 点であり、IPAQにより測定された1週間の合計身体活動量（149名）の平均は $5,748.6 \pm 4,381.4$ MET-min/weekで、「Low PA」の者が6名（4.0%）、「Moderate PA」の者が42名（28.2%）、「High PA」の者が101名（67.8%）であった。

2. 身体活動自己管理能力尺度の開発

a. 項目分析

項目分析の結果、1項目にフロア効果が認められた。40項目のCITCを確認したところ、.4以下を示す項目が11項目あり、そのなかにフロア効果を示す1項目も含まれていたため、この11項目を内部一貫性の低い項目と判断し削除した。

表1 分析対象者の特徴

	尺度開発 ($n = 193$)		関連性の検討 ($n = 149$)		検定 [‡]
	n	(%)	n	(%)	
年齢 (歳)	$20.6 \pm 2.6^{\dagger}$		$20.6 \pm 2.9^{\dagger}$		ns
性別 女性	193	(100)	149	(100)	
同居家族					
1人暮らし	127	(65.8)	100	(67.1)	ns
家族との同居	64	(33.2)	47	(31.5)	
他の人との同居	1	(0.5)	1	(0.7)	
未回答	1	(0.5)	1	(0.7)	
アルバイト状況					
全くなし	25	(13.0)	15	(10.1)	ns
月に1～2回	17	(8.8)	12	(8.0)	
週に1～2回	69	(35.7)	52	(34.9)	
週に3～4回	57	(29.5)	46	(30.9)	
週に4回以上	25	(13.0)	24	(16.1)	
スポーツ・トレーニング活動をする団体への所属					
あり	142	(73.6)	112	(75.2)	ns
なし	50	(25.9)	36	(24.1)	
未回答	1	(0.5)	1	(0.7)	
通学・通勤手段					
徒歩	9	(4.7)	8	(5.4)	ns
自転車	162	(83.9)	125	(83.9)	
公共交通機関	16	(8.3)	12	(8.0)	
車	5	(2.6)	3	(2.0)	
未回答	1	(0.5)	1	(0.7)	
運動習慣					
運動習慣なし	114	(59.1)	86	(57.7)	ns
週1回であるが6か月以上運動を継続	13	(6.7)	9	(6.1)	
運動習慣あり 6か月未満	22	(11.4)	17	(11.4)	
6か月以上	44	(22.8)	37	(24.8)	

[注] †：平均±標準偏差。‡：t検定あるいは χ^2 検定。

週2日以上、30分以上持続して運動している場合を「運動習慣あり」とした。

表2 SMS得点, IPAQにより測定された身体活動量の結果

(n = 149)

一般的な自己管理能力	
SMS得点	25.8 ± 3.8 [†]
1週間の合計身体活動量 (MET-min/week)	5,748.6 ± 4,381.4 [†]
スコア分類	
Low PA	6 (4.0)
Moderate PA	42 (28.2)
High PA	101 (67.8)

[注] † : 平均 ± 標準偏差。

1. SMS得点の範囲は10~40点である。

2. Low PA : 600MET-min/week未満, High PA : 3,000MET-min/week以上もしくはTotal Vigorousが1,500MET-min/week以上, Moderate PA : Low PAにもHigh PAにも当てはまらない者。

b. 探索的因子分析

残った29項目について主成分分析を行ったところ、固有値1以上の条件を満たす因子数は4であり、4因子での累積寄与率は55.1%であった。スクリープロットの結果からも4因子が抽出する因子数として妥当と判断された。そこで、因子数を4として最尤法、斜交回転による探索的因子分析を行った。結果は表3に示すとおりであり、因子負荷量が.4に満たない項目が6項目(項目7, 11, 23, 32, 36, 37)、他の因子に.3以上負荷している項目が3項目(項目16, 31, 40)、共通性が.4に満たないものが2項目(項目24, 28)認められた。これら11項目を削除し、18項目を確証的因子分析の検討項目とした。

c. 確証的因子分析

因子モデルの側面からみた構成概念妥当性を検討する目的で、共分散構造分析による確証的因子分析を行い、データとモデルの適合度を検討した。修正指数、標準化係数に着目し、モデルの改良を行ったところ、18項目のうち7項目が削除され最終的に4因子11項目からなる「身体活動自己管理能力尺度」が構築された。各因子の項目数は、図2に示すとおり第3因子が2項目で、その他の因子は3項目であった。4因子を一次因子、「身体活動自己管理能力」を二次因子とする二次因子モデルのデータとモデルの適合度は、GFI = .955, AGFI = .926, CFI = .985, RMSEA = .038であり、指数は受容できる基準を十分に満たす値であった。第二次因子から第一次因子のパス係数、第一次因子から観測変数(項目)へのパス係数はいずれも統計学的に有意であった($p < .01$)。

因子の解釈と命名としては、所属する項目から、第1因子は情報を集め目標を立てて計画し、実行につなげていく能力を示す「計画立案能力」、第2因子は自らの感情をコントロールして取り組みたくなるときも取り組んでいく力を示す「感情・行動コントロール能力」、第3因子は、自らの能力や環境を考慮して、適切な身体活動を選択・決定

する能力を示す「選択・決定能力」、第4因子は、周囲の人とのやりとりを含め、身体活動を実行していく環境や状況をつくり取り取り組む能力を示す「戦略的状況調整能力」と命名した。

d. 信頼性の検討

尺度全体のCronbach's α 係数は.865、各因子では「計画立案能力」は.725、「感情・行動コントロール能力」が.769、「選択・決定能力」が.761、「戦略的状況調整能力」は.774であった。なお、「身体活動自己管理能力」の合計得点は、23.9点(SD = 6.1)で、範囲は11~43点、歪度-.046、尖度.115、ともに ± 1.0 以下を示し、ほぼ正規分布であった。各因子においても、歪度、尖度ともに ± 1.0 以下であった。

e. 外的基準を用いた妥当性の検討

運動習慣の有無、運動の継続期間によって、身体活動自己管理能力尺度の合計得点に差が認められるかを一元配置分散分析により確認した(表4)。運動習慣のない者と6か月以上運動を継続している者の間に、合計得点、「感情・行動コントロール能力」「戦略的状況調整能力」に差が認められ(それぞれ $p = .02$, $p < .001$, $p = .004$)、運動習慣があり6か月以上継続している者の点数がより高かった。

3. 一般的自己管理能力, 身体活動自己管理能力, 身体活動の関連性の検討

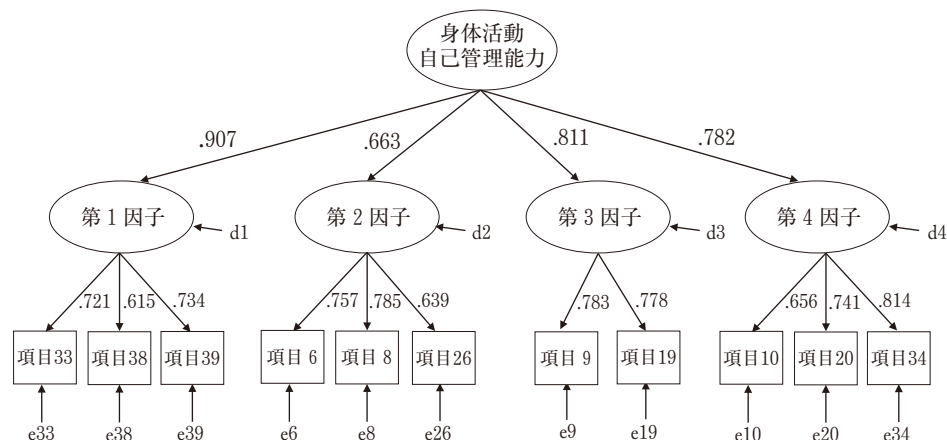
身体活動(「一週間の合計身体活動量」と「運動の継続期間」)を従属変数とし、一般的自己管理能力(SMS尺度得点)と身体活動自己管理能力の関連性を検討した結果は、図3に示すとおりであった。身体活動に関する測定値が正規性を有していなかったため、推定法としては一般化最小二乗法を用いた。モデルの適合度は、GFI = .921, AGFI = .883, CFI = .910, RMSEA = .033であり、AGFIは.9を下まわっていたが、おおむねモデルを受容できる値であった。変数間の関連性をパス係数でみると、一般的自己管理能力(SMS尺度得点)から身体活動自己管理能

表3 身体活動自己管理能力に関する探索的因子分析の結果

(n = 193)

項目	因子負荷量				共通性
	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	
22. 自分なりの計画を立てて、生活のなかで身体を動かしている	.825	.148	-.198	-.025	.606
25. 効果を感じたら人に伝えて、運動や活動を続けていくためのモチベーションに変える	.598	-.166	-.098	.418	.547
40. すぐに効果が現れなくても、身体を動かすことを続けてみる	.592	.306	.085	-.258	.583
33. 運動や生活活動を始めようとするときは、自分なりの計画を立てる	.586	.003	.184	-.005	.514
24. 運動や活動に対して、複数のメリットを考えて実施するほうだ	.579	-.272	.235	-.056	.334
3. 自分の体力、体型、健康状態を考慮して、身体活動の量を考えている	.577	.119	.012	.024	.465
28. 生活のなかで簡単に取り入れられる方法で、身体を動かすことを考えてみる	.553	-.191	.227	-.053	.339
38. 1か月後や半年後など、目指す目標を決めている	.542	.070	-.102	.192	.422
4. 運動や生活活動の効果を確認する自分なりの方法をもっている	.532	.075	.101	-.025	.410
39. 運動を新たに始めようとするときには、多くの情報を集めて検討する	.449	.040	.235	.072	.488
2. 生活のなかでどのようにしたら継続して体を動かすことができるか考えている	.423	.095	.212	.016	.434
37. 行ったことや、身体の変化を記録している	.394	.292	-.123	.107	.379
23. 自分にはきっとできる、続けられると自分を励ます	.381	-.076	.209	.246	.440
8. やろうと決めた運動や生活活動は、やりたくない気分ときでも、考え直して実施する	-.070	.884	-.034	-.011	.669
6. イライラしたり、気分が落ち込んでいるときでも、決めた運動は実施する	.037	.807	-.247	.050	.556
26. 誘いがあっても、決めた運動は、優先するようにしている	-.182	.618	.031	.205	.410
15. 時間が限られているときでも、取り組もうと考えていることは工夫して取り組む	.079	.564	.187	.006	.555
16. 天候や用事で決めていた運動や活動が実施できなかったときは、代替えの活動を考える	-.056	.555	.344	-.109	.493
11. スケジュールを調整して、運動を続けられるような工夫をする	.245	.387	.014	.196	.508
7. 運動にどれくらいの時間を要するのか、事前に調べる	-.027	.323	.281	.149	.365
18. 運動を新たに始めようとするときには、その運動にどのような効果があるのかを調べる	-.020	-.146	.795	.195	.682
19. 自分に実施可能かどうかを考えて、内容や方法を選ぶ	.259	.074	.533	-.121	.509
31. 始めようとする運動に、どれくらいの身体的負荷があるのかを調べる	-.046	-.066	.477	.305	.386
9. 続けやすさを考慮に入れて、身体活動の内容や方法を決めるようにしている	.228	.087	.455	-.021	.451
36. 効果が出なかったとき、続けられなかったときは反省して対策を考える	.137	.286	.385	.026	.508
32. 自分の行っている活動は、効果があると言い聞かせる	.145	-.013	.364	.192	.351
34. 家族や友人に協力を依頼することで、運動や生活活動を続けていける環境をつくるほうだ	-.086	.062	.146	.754	.674
10. 自分の取り組むことや目標は、他人に宣言することで、やらないといけな状況をつくる	-.034	.131	.036	.584	.430
20. 環境や物品を整えて、運動を実施しなくてはならない状況をつくる	.076	.135	.175	.467	.512
固有値					11.45
寄与率 (%)					39.47
累積寄与率 (%)					45.77
因子間相関	第1因子	1.000			
	第2因子	.652	1.000		
	第3因子	.644	.537	1.000	
	第4因子	.546	.468	.520	1.000

[注] 探索的因子分析：最尤法、プロマックス回転。



$\chi^2/df = 1.279$, $p = .111$, $GFI = .955$, $AGFI = .926$, $CFI = .985$, $RMSEA = .038$
 パス係数値はすべて $t > 3.291$ ($p < .001$), d: 攪乱変数, e: 誤差変数

第1因子: 計画立案能力 第2因子: 感情・行動コントロール能力
 第3因子: 選択・決定能力 第4因子: 戦略的状況調整能力

図2 身体活動自己管理能力の確証的因子分析の結果 (n = 193) (標準化係数)

表4 身体活動自己管理能力得点と運動習慣の有無および運動の継続期間

(n = 193)

	運動習慣なし (n = 114)	運動の継続者 (n = 13)	運動習慣あり		F値 [†]	p値
			6か月未満 (n = 22)	6か月以上 (n = 44)		
身体活動自己管理能力尺度合計得点	23.2 ± 5.8	25.8 ± 5.5	25.0 ± 6.4	27.2 ± 5.9	5.09	.002
	**					
計画立案能力	6.5 ± 2.0	7.2 ± 1.5	7.2 ± 2.2	7.2 ± 2.3	1.91	.130
感情・行動コントロール能力	5.3 ± 1.8	6.5 ± 1.9	6.3 ± 1.8	7.0 ± 2.2	10.01	p < .001

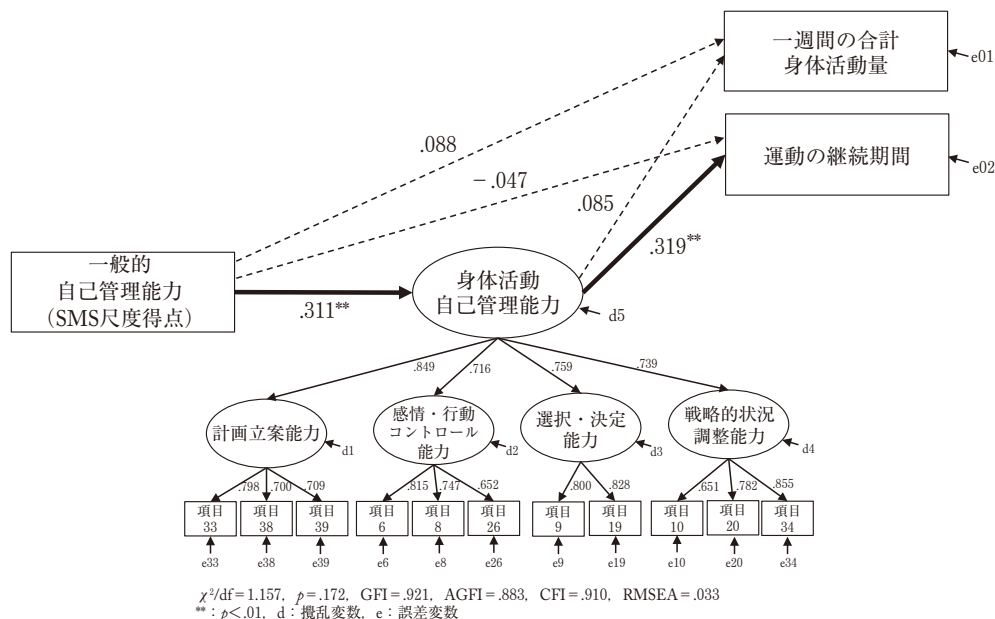
選択・決定能力	5.3 ± 1.7	5.3 ± 1.3	5.2 ± 1.5	5.5 ± 1.3	0.19	.894
戦略的状況調整能力	6.1 ± 2.1	6.8 ± 1.9	6.2 ± 2.2	7.5 ± 2.2	4.58	.004
	**					

[注] †: Bonferroniの検定, **: p < .01, ***: p < .001。

1. 週2日以上, 30分以上持続して運動している場合を「運動習慣あり」の者とした。

2. 週1回ではあるが30分以上中等度の運動を6か月以上行っている場合は, 運動習慣なしに含めず「運動の継続者」とした。

3. 身体活動自己管理能力合計得点の得点範囲は12~48点, 計画立案能力は3~12点, 感情・行動コントロール能力は3~12点, 選択・決定能力は2~8点, 戦略的状況調整能力は3~12点である。



[注] 1 : 一般的自己管理能力については, SMS尺度の得点を用いたため, 四角形の観測変数として示した。

2 : 身体活動自己管理能力尺度の下位因子および観測変数へのパスはすべて統計的に有意 ($t > 3.291$, $p < .001$) であり, アスタリスク (*) の付記を省略した。

3 : 一週間の合計身体活動量 (IPAQから算出) と運動の継続期間 (身体状況調査票参考) は, 身体活動の観測変数として用いた。

図3 一般的自己管理能力, 身体活動自己管理能力, 身体活動におけるパス解析の結果 (n = 149)

力には .311 ($p < .01$) の関連が認められ, 身体活動自己管理能力から運動の継続期間にも .319 ($p < .01$) の中程度の関連が認められた。一般的自己管理能力 (SMS尺度) は, 直接的には運動の継続期間を説明していなかった。1週間の合計身体活動量については, 一般的自己管理能力 (SMS尺度得点), 身体活動自己管理能力ともに関連を認めなかった。

IV. 考 察

本研究では, 健康教育において重要な意味をもつと考えられる自己管理能力に着目し, 身体活動に特異的な自己管理能力の因子構造を検討し, 信頼性および妥当性を備えた尺度を開発した。さらに, 開発した尺度を用いて, 身体活動および一般的自己管理能力と身体活動自己管理能力との関連性を検討し, 身体活動自己管理能力は一般的な自己管

理能力よりも身体活動を説明できるのか、特異的な自己管理能力を評価する有用性について検討を加えた。

1. 尺度の信頼性と妥当性について

従来、運動の促進や継続を検討する研究では、運動に対する動機づけに関する尺度やセルフ・エフィカシーに関する尺度が用いられてきた（松本ら，2003；岡，2003）。運動セルフ・エフィカシーは、運動の維持期にある者ほど得点が高くなることが示されており（岡，2003），多様に異なる障害や状況におかれても運動を実行できる見込み感（自信感）は、運動の継続を規定する要因の一つと考えられている。本研究では、さらに身体活動を促進する力となるであろうさまざまな因子からなる自己を管理する能力を評価できる尺度の開発を行った。従来、自己管理能力に関する尺度の開発は探索的因子分析のみで行われることが多かったが、探索的因子分析では、解の不定性や恣意性などの問題がみられ、構成概念妥当性の吟味は十分ではない。本研究では探索的因子分析にみられる因子抽出とその解釈の恣意性あるいは曖昧さをできるだけ払拭するために、探索的因子分析に加えて確証的因子分析を行い、因子構造モデルの検討により構成概念妥当性を確認した。作成した身体活動自己管理能力尺度は、高い適合度指標の値からデータとの当てはまりがよいことが示されており、これは身体活動自己管理能力尺度の構成概念妥当性を裏づける結果であると考ええる。また、信頼性も高かったことから、内的整合性の高い尺度が構築されたものと考ええる。さらに、身体活動自己管理能力尺度は、各因子得点、合計得点ともに正規分布を示しており、これらは本研究で開発した尺度が身体活動自己管理能力を適切に評価できる測定指標としてとらえ得ることを示す知見と考える。

外的な基準を用いた妥当性の検討においては、運動を6か月以上継続している者と運動習慣のない者で尺度合計得点に有意な差が認められ、運動を継続できている者は運動習慣のない者に比べ、身体活動自己管理能力が高いことが示された。この結果は、運動を継続している者とそうでない者の間に身体活動における自己管理能力に違いがあることを示すものであり、身体活動自己管理能力尺度の外的基準を用いた妥当性はおおむね支持されたと考えてよいであろう。各因子でみると、「感情・行動コントロール能力」「戦略的状況調整能力」において、運動を6か月以上継続できている者の得点が、運動習慣のない者に比べ有意に高かった。岡（2003）は、40～64歳の中年期にある人を対象とし、運動習慣を長期的に維持している（6か月以上）群は、不定期にしか運動を行っていない群や運動をし始めたばかりの群よりも有意に肉体的疲労や精神的ストレス、時間のなさ、悪天候といった状況においても定期的な運動を行

う見込み感が高いことを報告している。藤澤・満石・前場・飯尾（2014）も女子大学生を対象として、同様の結果を報告している。「感情・行動コントロール能力」の因子は、“やりたくない気分ときでも、考え直して実施する”“誘いがあっても、決めた運動は優先するようにしている”などの項目からなり、精神的なストレス状態、他の誘いといった、運動行動を障害しやすい状況でも自らをコントロールして取り組んでいく力を示している。本研究の結果は、岡（2003）や藤澤ら（2014）の報告と類似しているものと考えられ、運動行動を障害しやすい状況でも自らをコントロールして取り組んでいく力は、運動を継続していくためには、重要になる自己を管理する力ではないかと考えられる。また、金森（2012, p.80）は、中高年男性1,000名を対象にした研究において、運動の継続には一緒に運動する仲間が必要であり、その関連性の強さは中程度としている。「戦略的状況調整能力」の因子には、家族や友人に協力を求めて自ら運動を行う環境をつくる項目や他人に宣言して運動を行う状況をつくる項目が含まれている。これらの項目は、他者と一緒に運動することを意味するものではないが、身体活動を実行していくための戦略として、家族を含む他者とのやりとりを通して運動をできる環境や状況をつくる力を示しており、他者の存在やそれを活用する力が運動の継続には必要であることを示す知見と考える。以上の結果は、身体活動に特異的な自己管理能力が運動の継続に違いをもたらす可能性を示唆するものであり、開発した身体活動自己管理能力尺度の構造における妥当性を裏づける結果といえるであろう。なお、村松らは、22～61歳の男女の運動継続者へのインタビューから運動中断を回避するための要因として、自分にあった運動条件を選択するといったカテゴリーを抽出している（村松・郷・小屋・川口，2009, p.92）が、本研究では「選択・決定能力」の因子得点は、運動習慣の有無、継続期間でほとんど違いを認めなかった。自分に適した活動を選択することや継続できる内容や方法を選択することは、運動を中断しないために必要な力であると考えるが、本研究における結果は、対象が同じ大学・学部の女子大学生という年齢や環境、知識等に大きな差異のない集団であったからかもしれない。小笠原らが22～74歳の運動習慣のない者を対象にした介入研究においては、健康度測定により運動強度を決め、自宅で実施可能な筋力トレーニングを取り入れ、余暇時間を有効に活用して日常生活のなかで身体活動量を増加できるようにかわる支援が、運動習慣の形成に有効であったと報告されている（小笠原ら，2002）。年齢や健康状態、その人がおかれている環境によって、適した身体活動は異なり、自分にあった活動の内容や方法を選択・決定することは、身体活動や運動を継続するために必要な力であることが推察

される。今後さまざまな集団を対象とした検討が必要となると考えるが、本研究では、確証的因子分析により身体活動自己管理能力尺度の構成概念妥当性が支持され、外的基準を用いた妥当性、高い信頼性を確認できたことから、運動の継続に違いをもたらす身体活動に特異的な“自己管理能力”を評価できる指標が開発されたと考えてよいだろう。運動の継続は、身体活動量を増加させ、身体活動の増加は生活習慣病などの罹患率を下げそれを予防する（『健康日本21』、厚生労働省、2010）といわれている。運動の継続に影響を及ぼす自己管理能力を把握することによって、この能力の促進を試みる介入を助けることにつながっていくのではないかと考える。

2. 一般的な自己管理能力、身体活動との関連性からみた開発した尺度の有用性について

一般的な自己管理能力、身体活動自己管理能力、身体活動の関連性の検討では、一般的自己管理能力であるSMS尺度得点よりも身体活動自己管理能力が、運動の継続期間と関連性を有しており、説明力を持っていることが示された。竹鼻・高橋が2型糖尿病患者を対象として、自己管理スキル（認知スキル）と自己管理行動との関連を検討した研究では、パス解析の結果、SMS尺度得点と特異的な自己管理能力である糖尿病自己管理スキル得点には.43の関連が、糖尿病自己管理スキル得点と自己管理行動の間には.35の関連が認められている（2002, p.1164）。本研究におけるSMS尺度と身体活動自己管理能力、身体活動自己管理能力と運動の継続期間の間にも同様に中程度の関連性が認められており、この結果は、一般的な自己管理能力だけでなく、行動に特異的な自己管理能力を測る必要性を裏づける知見であり、本研究において身体活動自己管理能力尺度を開発した意義を裏づけるものである。

ただし、本研究で身体活動の一つとして取り上げた、IPAQ得点（1週間の合計身体活動量）においては、SMS尺度得点、身体活動自己管理能力ともに関連を認めなかった。IPAQは身体活動量を測定する指標であるが、仕事、移動、家事、余暇時間など生活のなかのすべての身体活動を測っており、健康を目的とした自己管理行動を反映しにくかったと考えられ、このことがこの結果に影響しているのではないかとと思われる。とくに本研究の対象は、週に1～2回以上のアルバイト従事を行っている者が約8割と、加納ら（2014, p.5）、應戸・中島（2015, p.267）の報告と比べて多い傾向にあった。また、移動に自転車を使用している者が83.9%であったが、健康のために乗り物ではなく自転車を選んでいるとは考えにくい状況にある。IPAQでは、電車・バスなど乗り物での移動は0 MET、歩行による移動は3.3 MET、自転車による移動は6 MET

と算出される。本研究の対象者は、身体活動を増やすために意識的に計画を立案する、選択・決定する、感情や行動をコントロールする等の自己管理能力にかかわらず、生活上の特徴からIPAQによる身体活動量が増加していることが考えられ、そのことが1週間の合計身体活動量と自己管理能力との関係を希薄化させたとも考えられる。わが国の20代の一般的な身体活動レベルを評価した報告は見当たらないが、1,651名の大学生を対象にしたPapathanasiou, et al. (2012)によると、19～30歳の女子大学生における「High PA」の割合は10.9%と報告され、医学系の大学生を対象としたPadmapriya, Krishna, & Rasu (2013, pp.607-608)においても「High PA」の割合は41.3%、「Moderate PA」の割合は43.2%と報告されている。本研究の対象者の「High PA」に分類される者の割合はこれらの結果と比べても多く、自己管理能力とIPAQ得点（1週間の合計身体活動量）についての結果の解釈には慎重にならなくてはならないと考える。生活習慣病や健康課題をもつ人々に対しては、運動だけでなく、生活のなかで身体活動量を増加することが望まれる。生活活動を含む身体活動量に身体活動自己管理能力が関係し、身体活動量の増加に寄与するのか、さらなる検討が必要である。

3. 研究の限界と課題

本研究の限界として、実際の自己管理行動である身体活動をサンプルサイズの関係から、歩数計などの客観的なデータで測定することができなかつたことがあげられる。また、女性のみを対象としていること、横断的なデータによる妥当性の確認のみに留まっており、交差妥当性や予測的妥当性が不明なことが本研究の限界点としてあげられる。他の年代や健康課題をもつ集団でも使用できるのか、因子不変性について検討を行っていく必要があるだろう。また、身体活動自己管理能力の高い者が、実際に運動の継続ができるのか縦断的な確認を行うことや、生活習慣病や運動療法適応の患者などに対して、身体活動自己管理能力を用い、身体活動や症状や測定値などに関連するのかなど、さらなる尺度の妥当性の検討が必要である。その際には、身体活動について客観的な測定値を用いることも必要である。

V. 結 論

自己管理（認知的）スキルに着目し、身体活動に特異的な「身体活動自己管理能力尺度」を開発し、妥当性ならびに信頼性を備えていることを確認した。また、関連性の検討から一般的自己管理能力よりも身体活動自己管理能力が、運動の継続期間との関連性が強く、身体活動について

より説明していることが示された。これは、身体活動に特異的な自己管理能力を評価する必要性を裏づける結果であった。しかし、本研究では、身体活動自己管理能力と1週間の合計身体活動量には関係を認めておらず、さらなる検討の必要性も示唆された。

謝 辞

本研究の調査にあたり、快く調査に応じ多くの質問にお

答えいただきました皆さまに心よりお礼を申し上げます。本研究は、第41回日本看護研究学会学術集会で発表を行った。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

目的：自己管理（認知的）スキルに着目した身体活動自己管理能力尺度を開発し、尺度の有用性を検討する。

方法：A大学の学生を対象とした。項目分析、探索的因子分析、確証的因子分析を用いて因子モデルを構築し、信頼性、妥当性の検討を行った。一般的自己管理能力、身体活動との関連性から有用性を検討した。

結果：分析の結果、4因子11項目モデルが構築された（GFI = .955, AGFI = .926, RMSEA = .038）。尺度のCronbach's α 係数は.865で、運動の継続期間で尺度得点に有意差を認めた。一般的自己管理能力よりも身体活動自己管理能力が、運動の継続期間と関連性を有していることが示された（ $\beta = .319, p < .01$ ）。

結論：尺度の構成概念妥当性および外的基準による妥当性、信頼性が確認され、身体活動自己管理能力は一般的自己管理能力よりも運動の継続期間に説明力をもつことが示され、有用性が示唆された。

Abstract

Purpose: The aim of this study was to develop a physical activity self-management agency scale that includes cognitive self-management skills, and to examine the usefulness of the scale.

Method: The subjects were 193 students at University A. Scale development involved several phases, including item development, reliability testing, construct validity testing, and criterion-related validity testing. Furthermore, we examined the usefulness of the scale based on the relevancy of universal self-management agency and physical activity self-management agency.

Results: Confirmatory factor analysis was conducted to assess the extent to which the physical activity self-management agency scale structure fit the present data. The fit indices were approximately satisfactory (GFI = .955, AGFI = .926, RMSEA = .038). The scale comprises four factors with 11 items. Cronbach's alpha for the total scale score was .865. A significant difference in the scale score was observed with the continuance of exercise. It was also shown that physical activity self-management agency had a greater effect on continuing to exercise than universal self-management agency ($\beta = .319, p < .01$).

Conclusion: We developed a physical activity self-management agency scale and confirmed its construct validity, validity by external standards, and reliability. The usefulness of the scale was suggested.

文 献

- Arrindell, W.A., and van der Ende, J. (1985). An empirical test of the utility of the observations-to-variables ratio in factor and components analysis. *Applied Psychological Measurement*, 9(2), 165-178.
- 藤澤雄太, 満石 寿, 前場康介, 飯尾美沙 (2014). 女子大学生の運動セルフエフィカシーと運動変容ステージおよび健康リスクに対する認知的評価の関連について. 国立看護大学校研究紀要, 13(1), 10-16.
- Hair, J.F.Jr., Black, W.C., Babin, B.J., and Anderson, R.E. (2009). *Multivariate data analysis*. 7th ed., 100, Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall.
- Hasse, A., Steptoe, A., Sallis, J.F., and Wardle, J. (2004). Leisure-time physical activity in university students from 23 countries: associations with health beliefs, risk awareness, and national economic development. *Prev Med*, 39(1), 182-190.

- 本庄恵子 (2001). 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙の改訂. 日本看護学会誌, 21(1), 29-39.
- International Physical Activity Questionnaire Core Group (2005). *Guidelines for Data Processing and Analysis of the International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)-Short and Long Forms November 2005*. <http://www.ipaq.ki.se/scoring.pdf> (検索日2014年6月25日)
- 神宮英夫 (1993). スキルの認知心理学: 行動のプログラムを考える. 21-23, 東京: 川島書店.
- 門田新一郎 (2002). 大学生の生活習慣病に関する意識, 知識, 行動について. 日本公衆衛生雑誌, 49(6), 554-563.
- 金森 剛 (2012). スポーツ・コミュニティ参加と運動継続の要因. 相模女子大学紀要, 76, 79-90.
- 加納友香, 石橋知幸, 土居礼佳, 藤井沙紀, 野口佳美, 森本美智子 (2014). 大学生の生活上のストレス, 神経症傾向, 不眠へのこだわりが睡眠の質に及ぼす影響およびそれらの精神的な健

- 康への影響度. 日本看護研究学会雑誌, 37(4), 1-10.
- 北村葉月, 佐藤 拓, 川越厚良, 佐竹将宏, 塩谷隆信 (2010). 若年健康者の日常生活における身体活動量の評価—IPAQ日本語版の信頼性・妥当性の3軸加速度計を用いた検討—. 理学療法科学, 25(5), 767-771.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. 73, London: Routledge.
- 厚生労働省 (2010). 健康日本21. http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/top.html (検索日2014年7月3日)
- 厚生労働省 (2013a). 健康づくりのための身体活動基準2013. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/kenkou/undou/index.html (検索日2014年7月2日)
- 厚生労働省 (2013b). 平成25年度国民健康・栄養調査 身体状況調査票. http://www.mhlw.go.jp/toukei/chousahyo/dl/h25_tyousahyou_sinntai.pdf (検索日2014年6月27日)
- 厚生労働省 (2015). 平成25年度国民健康・栄養調査結果の概要. <http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-10904750-Kenkouyoku-Gantaisakukenkouzhoushinka/0000106403.pdf> (検索日2016年7月21日)
- 松本裕史 (2012). 運動実践に果たす動機づけ理論. 竹中晃二 (編), 運動と健康の心理学. 28-40, 東京: 朝倉書店.
- 松本裕史, 竹中晃二, 高家 望 (2003). 自己決定理論に基づく運動継続のための動機づけ尺度の開発—信頼性および妥当性の検討—. 健康支援, 5(2), 120-129.
- 宗像恒次 (1996). 最新行動科学からみた健康と病気. 124-127, 東京: メヂカルフレンド社.
- 村上宣寛 (2006). 心理尺度のつくり方. 33-68, 京都: 北大路書房.
- 村松照美, 郷 洋子, 小屋里恵, 川口麻美 (2009). 地域における成人の運動継続過程に影響する要因—運動継続者の語りを通して—. 日本地域看護学会誌, 12(1), 87-94.
- 村瀬訓生, 勝村俊仁, 上田千穂子, 井上 茂, 下光輝一 (2002). 身体活動量の国際標準化—IPAQ日本語版の信頼性, 妥当性の評価—. 厚生指標, 49(11), 1-9.
- 西田真寿美 (1995). セルフケアをめぐる論点とその評価. 園田恭一, 川田智恵子 (編). 健康観の転換—新しい健康理論の展開. 157-174, 東京: 東京大学出版会.
- 小笠原正志, 柳川真美, 大藤直子, 肘井千賀, 大島晶子, 神宮純江, 津田 彰 (2002). 行動科学的手法を用いた運動習慣獲得プログラム—運動習慣のない健康人に対する介入—. 久留米大学心理学研究, 1, 23-38.
- 岡浩一朗 (2003). 中年者における運動行動の変容段階と運動セルフ・エフィカシーの関係. 日本公衆衛生雑誌, 50(3), 208-215.
- Okada, K., Hayashi, T., Tsumura, K., Suematsu, C., Endo, G., and Fujii, S. (2000). Leisure-time physical activity at weekends and the risk of type 2 diabetes mellitus in Japanese men: The Osaka Health Survey. *Diabet Med*, 17, 53-58.
- Orem, D.E. (2001/2005) / 小野寺杜紀 (訳). オレム看護論: 看護実践における基本概念 (第4版). 236-237, 東京: 医学書院.
- 應戸麻美, 中島富有子 (2015). 看護大学生の「対人不安 (シャイネス)」と「特性的自己効力感」の実態. 日本健康医学会雑誌, 23(4), 266-271.
- Padmapriya, K., Krishna, P., and Rasu, T. (2013). Prevalence and patterns of physical activity among medical students in Bangalore, India. *Electron physician*, 5(1), 606-610.
- Papathanasiou, G., Papandreou, M., Galanos, A., Kortianou, E., Tsepis, E., Kalfakakou, V., and Evangelou, A. (2012). Smoking and physical activity interrelations in health science students. Is smoking associated with physical inactivity in young adults? *Hellenic J Cardiol*, 53(1), 17-25.
- Riesch, S.K. and Hauck, M.R. (1988). The exercise of self-care agency: An analysis of construct and discriminant validity. *Res Nurs Health*, 11(4), 245-255.
- 佐久間浩美, 高橋浩之 (2008). 認知的スキルを育成する保健学習の実践と評価—性に関わる領域における記述文と自己管理スキルの検討—. 学校保健研究, 50(3), 175-185.
- 佐久間浩美, 高橋浩之, 山口知子 (2007). 認知的スキルを育成する性教育指導法の実践と評価—性教育における自己管理スキルの活用—. 学校保健研究, 48(6), 508-520.
- 高橋浩之 (2013). 認知的スキル研究と健康教育—健康教育で社会を変える—. 日本健康教育学会誌, 21(4), 326-333.
- 高橋浩之, 中村正和, 木下朋子, 増居志津子 (2000). 自己管理スキル尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 47(11), 907-914.
- 高橋浩之, 竹鼻ゆかり, 佐見由紀子 (2004). 年齢段階による自己管理スキルの差に関する検討. 日本健康教育学会誌, 12(2), 80-87.
- 竹鼻ゆかり, 高橋浩之 (2002). 2型糖尿病患者の自己管理行動と認知的スキルとの関連についての検討. 日本公衆衛生雑誌, 49(11), 1159-1168.
- 竹中晃二 (2012). 運動行動の促進に果たす理論・モデル. 竹中晃二 (編), 運動と健康の心理学. 41-53, 東京: 朝倉書店.
- 田中茂穂 (2006). 生活習慣病予防のための身体活動・運動量. 体育の科学, 56(8), 601-607.
- 徳永友里, 多留ちえみ, 宮脇郁子 (2014). 2型糖尿病患者が行っている身体活動自己管理行動と身体活動量との関係. 横浜看護学雑誌, 7(1), 9-15.
- World Health Organization (2010). *Global recommendations on physical activity for health*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599979_eng.pdf (検索日2015年2月5日)
- 山本未陶, 今里憲弘, 筒井昭仁, 埴岡 隆 (2009). 自己管理スキルを応用したブラッシング行動スキル尺度の開発. 口腔衛生学会雑誌, 59(1), 51-57.

〔平成27年12月16日受 付〕
〔平成28年11月17日採用決定〕

— 研究報告 —

新卒看護師の看護実践能力と他者支援との関連

— 大学附属病院に就職後 6 か月目と 1 年目の比較 —

Relationship Between Clinical Nursing Competence of Newly Graduated Nurses and Support from Other Staff:
The Investigation Which are the 6th Month and the 1st Year After Getting a Job in a University Hospital

山口 大 輔 ¹⁾	浅 川 和 美 ²⁾	柳 澤 節 子 ¹⁾
Daisuke Yamaguchi	Kazumi Asakawa	Setsuko Yanagisawa
小 林 千 世 ¹⁾	上 原 文 恵 ¹⁾	松 永 保 子 ¹⁾
Chise Kobayashi	Humie Uehara	Yasuko Matsunaga

キーワード：新卒看護師，看護実践能力，他者支援

Key Words：newly graduated nurses, clinical nursing competence, support from staff of the ward

緒 言

医療の高度化と入院期間の短縮化に伴い，急性期や重症化した入院患者の割合が増加している。そのため，新卒看護師には，患者への治療やケアの最終実施者としての責任を担いながら，看護実践能力を習得することが求められている。日本では，1年に約5万人が看護基礎教育機関を卒業し，看護師国家試験合格者の約90%が病院に就職するが，そのうちの7.9%が1年以内に離職している（日本看護協会，2014）。多くの病院では，新卒看護職員研修として，集合教育と現場教育（on the job training：OJT）が行われ，離職を予防するとともに，採用した新卒看護師の看護実践能力の習得を促す教育を行っている（寺澤，2005；上泉ら，2010）。厚生労働省は，看護職員の離職を予防するとともに定着促進の必要性を訴え，新人看護職員ガイドラインの研修到達目標と指導指針（厚生労働省，2009）を提示し，新卒看護職員の卒後臨床研修を努力義務化した（厚生労働省，2010）ことによって，各施設でこのガイドラインに沿った卒後臨床研修が行われている。

看護実践能力とは，知識や技術のみをさすのではなく，人間関係を含めた判断に基づいた技術や看護師としての態度が統合されたものである（高島ら，2004）。新卒看護師の看護実践能力の自己評価は，入職直後が最も高く，入職3か月後，6か月後，12か月後は入職直後より低く推移するが，3か月以降は徐々に高くなっていく（高島ら，2004）ことが報告されている。しかし，高島らの調査では，新卒看護職員の卒後臨床研修が努力義務化された2011

年以前に行われたものであり，卒後研修が努力義務化された後の，新卒看護師の看護実践能力に関する調査結果は報告されていない（2004）。また，看護実践能力を測定している尺度をみると，38年前の1978年にSchwirian（1978）が開発した，6つの下位尺度からなるSix-Dimension Scale of Nursing Performance（以下，6-DS）が多くの研究（高島ら，2004；斎田・阿蘇品，2012）で使用されていた。6-DSの下位尺度には，急変時の対応などの能力を測定する「クリティカルケア」や，リーダーとしてチームメンバーが行った看護を管理する能力を測定する「リーダーシップ」，他職種の人材を活用する能力などを測定する「教育／協調」といった問題解決的思考が求められる高度な看護実践能力が含まれており，新卒看護師が1年で習得することが非常に困難（斎田・阿蘇品，2010）な尺度であるといえる。そのため，新人看護職員ガイドラインの研修到達目標（厚生労働省，2009）が出された後の新卒看護師の看護実践能力を，現在の看護に必要とされる能力を測定できる尺度で調査する必要があると考えた。

また，末永・安藤・嶋澤・宮本（2014）は，新人看護職員ガイドラインを用いた研修を発展させていくために，新人看護師を「みんなで育てる組織文化の醸成」が必要であると述べている。つまり，新人看護師の看護実践能力の習得には，病棟でかかわる師長をはじめ，スタッフ全員が現場教育の指導者の役割を担い，それぞれのポジションに応じた役割を果たす必要がある（山西，2007）。

医療現場では，新卒看護師に対する教育としてOJTが，最も多く実施されており（上泉ら，2010），新卒看護師は，

1) 信州大学医学部保健学科 Division of Nursing, School of Health Sciences, Faculty of Medicine, Shinshu University

2) 山梨大学大学院総合研究部医学域看護学系基礎・臨床看護学講座 Division of Nursing Science, Faculty of Medicine, Graduate Faculty of Interdisciplinary Research, University of Yamanashi (Fundamental and Clinical Nursing)

OJTを通して、師長、先輩、同期からの支援（以下、他者支援）を多く受けながら、看護実践能力を習得していることが示唆されている（野呂瀬，2007；藤好・藤丸・納富・兒玉・奥野，2008；山口・徳永，2014）。しかし、どの時期に、誰から、どのような支援を受け、看護実践能力を習得しているかは明らかになっていない。

そこで本研究では、大学附属病院に入職した新卒看護師に入職6か月目（以下、6か月目）と入職1年目（以下、1年目）に縦断的に調査することとした。また、新人看護職員ガイドラインの研修到達目標と指導指針（厚生労働省，2009）が出された状況を背景に開発され、近年必要とされている、事故を防止する能力である「リスクマネジメント」やケアの質を向上させていく能力である「質の改善」を含む看護実践能力自己評価尺度（中山ら，2010）を使用し、大学附属病院に就職した新卒看護師が受けている他者支援の内容と、看護実践能力との関連を明らかにすることとした。どの時期に、誰がどのような支援を行うことが、新卒看護師の看護実践能力習得へと結びつくかを明らかにすることにより、新卒看護師が看護実践能力を習得するための、職場における他者支援のあり方を検討したいと考えた。

I. 目 的

大学附属病院に就職した新卒看護師が、6か月目と1年目に、「看護師長・副師長」「先輩看護師」「同期」から受けている支援内容と、看護実践能力との関連を明らかにする。

II. 用語の定義

1. 新卒看護師：看護基礎教育を終了後、病院に入職後から1年後までの看護師とした。
2. 看護実践能力：看護師としての知識、技術、価値・信条、経験を複合的に用いて行為を起こす能力であり、看護専門職としての感情、思考判断を伴った実際に行っている統合的な行動（中山ら，2010）とした。
3. 他者支援：新卒看護師が所属する部署の看護師長・副師長（以下、師長・副師長）、同じ年に看護基礎教育を修了し、初めて就職した新卒看護師（以下、同期）、師長・副師長と同期以外のすべての看護師（以下、先輩）から受けている支援とした。支援とは、日常的な業務の中で行われる「他者の仕事に対する援助的な介入」であり、業務遂行に関する助言や指導、業務の出来不出来に対するフィードバック、精神的な安息や安心感の提供などを含む（中原，2010）。

III. 方 法

1. 研究デザインと方法

研究デザインは、縦断調査による関連検証研究である。看護基礎教育を終了後、初めて大学附属病院に就職した、2施設の大学附属病院の看護師141名を対象に入職後6か月目（平成26年9月）と1年目（平成27年3月）に、無記名自記式質問紙調査を行った。

2. 調査内容

a. 基本属性

年齢、性別、配属部署、看護基礎教育を修了した教育機関、職場の教育体制。

b. 看護実践能力

中山ら（2010）が開発した、看護実践能力自己評価尺度（Clinical Nursing Competence Self-assessment Scale：CNCSS）の〈達成の頻度〉を使用した。この尺度は、「基本的責務」「倫理的実践」「援助的人間関係」「クリニカルジャッジメント」「看護の計画的な展開」「ケアの評価」「ヘルスプロモーション」「リスクマネジメント」「ケアコーディネーション」「看護管理」「専門性の向上」「質の改善」「継続教育」の13下位尺度64項目から構成されている。信頼性・妥当性は検証されており、Cronbach's α 係数は、 $\alpha = .97$ であることが報告されている（工藤・中山・石原・東・永山，2012）。本研究でのCronbach's α 係数は、6か月目が $\alpha = .96$ 、1年目が $\alpha = .97$ であった。

各項目に対して、「4点：自信をもってできる」～「1点：自信がない」で回答し、得点が高いほど、自己の看護実践能力が高いと考えていることを示す。できるというレベルの実践内容の確実性を質問者に確認できる表現として、「自信をもって」という表現で表わされている。尺度作成者から使用許可の承諾を得て使用した。

c. 他者支援

中原（2010）が開発した、他者支援尺度を使用した。この尺度は同じ職場の人から受けている支援を測定するために開発されたものであり、「業務支援」「内省支援」「精神支援」の3因子14項目で構成されている。信頼性・妥当性は検証されており、各因子のCronbach's α 係数は、業務支援 $\alpha = .85$ 、内省支援 $\alpha = .75$ 、精神支援 $\alpha = .89$ であることが報告されている。本研究でのCronbach's α 係数は、6か月目は業務支援 $\alpha = .87$ 、内省支援 $\alpha = .78$ 、精神支援 $\alpha = .90$ であり、1年目は業務支援 $\alpha = .89$ 、内省支援 $\alpha = .81$ 、精神支援 $\alpha = .89$ であった。

業務支援とは、業務を遂行していくうえで直接的に関係してくる助言や指導である。内省支援とは、業務の経験や自分自身のあり方を客観的に振り返る機会を与えられるこ

とである。精神支援とは、精神的安息の支援である。

各項目に対して、「5点：よくあてはまる」～「1点：まったくあてはまらない」で回答し、得点が高いほど多くの支援を受けていることを示す。最近1か月間に師長・副師長、先輩、同期、の3者それぞれから受けている支援について、回答を依頼した。尺度作成者から使用許可の承諾を得て使用した。

3. データの収集方法

各病院の看護部長に依頼し、看護師長会で研究協力の承認を得た。その後、新卒看護師全員を対象に、入職6か月目（平成26年9月）と1年目（平成27年3月）に、各病棟の看護師長を通して、「調査依頼書」と「調査票」と「回収用封筒」を配布した。調査書は無記名であり、調査書の提出をもって、調査協力に同意したとみなした。回答後の調査票は、回収用封筒に入れて厳封し、院内に設置した回収袋に投入されたものを回収した。

4. 分析方法

- ①各支援者からの支援得点の差は、Wilcoxonの符号付順位検定を行い、Bonferroniの不等式で多重比較を行った。
- ②6か月目と1年目の看護実践能力自己評価得点と各支援者からの得点の差は、Mann-WhitneyのU検定を行った。
- ③看護実践能力自己評価得点と、各支援者からの支援得点との相関係数をSpearmanの順位相関係数で分析し、有意水準は5%未満とした。相関係数 $r < .2$ をほとんど相関なし、 $r = .2 \sim .4$ を弱い相関、 $r = .4 \sim .7$ を比較強い相関、 $r > .7$ を強い相関とした（小塩，2011）。
- ④看護実践能力自己評価総合得点を、平均点より高得点の群（能力高群）と、低い群（能力低群）に分けて、2群間の他者支援得点の差を、Mann-WhitneyのU検定で分析を行った。
- ⑤分析ソフトは『IBM SPSS Statistics 22』を使用した。

5. 倫理的配慮、研究対象者の保護

調査する病院の看護部長に対して、口頭および文書にて調査目的を説明し承諾を得た。調査用紙の配布は、各病棟の看護師長に依頼した。看護師長からの配布による研究参加への強制力を最小限に抑えるため、特定の場所に回収袋を設置し、自由意思で投入できるようにした。調査対象者個人に対しては、調査票に調査依頼書を同封して配布した。調査対象者に、研究への参加は任意であり、参加・不参加により不利益は起こらないこと、データは個人が特定されないように処理し、研究以外に使用しないことを文書で説明した。

対象者個人が特定されないように無記名とし、対象者が

調査票を回収用封筒に入れ厳封し、回収袋に投入するように依頼した。回収をもって対象者からの同意を得られたものとした。回収した調査票は、鍵のかかる場所で厳重に保管し、研究以外の目的で使用はしなかった。なお、本研究は信州大学医学部医倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2762）。

IV. 結 果

調査用紙配布数は141部であった。6か月目の回収数は110部（回収率78.0%）であり、記入漏れのある回答5部を除いた105部を分析した（有効回答率95.5%）。

1年目の回収数は105部（回収率74.5%）であり、記入漏れのある回答5部を除いた100部を分析した（有効回答率95.2%）。

1. 対象者の概要（表1）

6か月目の調査回答者は、女性100名（95.2%）、男性5名（4.8%）であった。卒業した看護基礎教育機関にみると、大学が61名（58.1%）と最も多かった。配属部署は、病棟94名（89.5%）、ハイケアユニット（ICU、NICU等）6名（5.7%）、救命救急5名（4.8%）であった。

1年目の調査回答者は、女性96名（96.0%）、男性4名（4.0%）であった。卒業した看護基礎教育機関別にみると、大学が54名（54.0%）と最も多かった。配属部署は、病棟95名（95.0%）、ハイケアユニット（ICU、NICU等）4名（4.0%）、救命救急1名（1.0%）であった。

新卒看護師に対する現場での教育制度は、1施設がプリセプター制度であり、1施設がプリセプター制度やチューター制度など、部署ごとに異なる教育体制をとっていた。

表1 対象者の属性

	入職6か月目 (<i>n</i> = 105)	入職1年目 (<i>n</i> = 100)
年齢（歳）	22.9 ± 2.0	23.1 ± 2.0
性別		
女性	100 (95.2)	96 (96.0)
男性	5 (4.8)	4 (4.0)
教育背景		
専門学校	35 (33.3)	37 (37.0)
短期大学	9 (8.6)	9 (9.0)
大学	61 (58.1)	54 (54.0)
配属部署		
病棟	94 (89.5)	95 (95.0)
ハイケアユニット（ICU等）	6 (5.7)	4 (4.0)
救命救急	5 (4.8)	1 (1.0)

[注] 数値は平均 ± 標準偏差または人（%）。

2. 大学附属病院に就職後、6 か月目と1 年目の看護実践能力自己評価得点 (表 2)

看護実践能力自己評価得点の合計点は、6 か月目は172.4 (±22.0) 点で、1 年目は179.9 (±24.0) 点であり、6 か月目よりも1 年目のほうが得点は高く、有意な差が認められた ($p < .01$)。

下位項目別では、「クリニカルジャッジメント」「看護の計画的展開」「ヘルスプロモーション」「ケアコーディネーション」「専門性の向上」($p < .01$)、「基本的責務」「ケアの評価」「質の改善」($p < .05$) で6 か月目よりも1 年目の方が得点は高く、有意な差が認められた。

6 か月目の看護実践能力自己評価得点のコンピテンズ別の得点で低値であったものは、「ケアコーディネーション」の中央値が2.0点 (2 点: あまり自信がない) と最も低い点数であった。1 年目になると2.3点に得点は上がっている ($p < .01$) が、1 年目でも、最も低い点数であった。

中央値が3 点 (まあまあ自信がある) に到達している能力は6 か月目と1 年目ともに「基本的責務」「倫理的実践」「リスクマネジメント」「継続学習」であった。

3. 新卒看護師が受けている他者支援

a. 就職後6 か月目の他者支援 (表 3)

6 か月目の新卒看護師が職場で受けている他者支援内容別の得点をみると、「業務支援」は、先輩からの支援が最も高く、次いで師長・副師長、同期の順であった。先輩からの支援得点は、師長・副師長、同期よりも高く ($p < .01$)、師長・副師長からの支援得点は同期よりも高かった ($p < .01$)。

「内省支援」は、先輩からの支援が最も高く、次いで師長・副師長、同期の順であった。先輩からの支援得点は、師長・副師長、同期よりも高く ($p < .01$)、師長・副師長からの支援得点は同期よりも高かった ($p < .01$)。

「精神支援」は、同期からの支援が最も高く、次いで先輩、師長・副師長の順であった。同期からの支援得点は、師長・副師長、先輩よりも高く ($p < .01$)、先輩からの支援得点は師長・副師長よりも高かった ($p < .01$)。

b. 就職後1 年目の他者支援 (表 3)

1 年目の新卒看護師が職場で受けている他者支援の、内容別の得点をみると、「業務支援」は、先輩からの支援が最も高く、次いで師長・副師長、同期の順であった。先輩からの支援得点は、師長・副師長、同期よりも高く ($p < .01$)、師長・副師長からの支援得点は同期よりも高かった ($p < .01$)。

「内省支援」は、先輩からの支援が最も高く、次いで師

表 2 時期別の新卒看護師の看護実践能力自己評価得点

看護実践能力	入職 6 か月目 ($n = 105$)		入職 1 年目 ($n = 100$)		p 値	有意差
	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲		
基本的責務	3.0	2.6–3.3	3.0	2.8–3.3	.021	*
倫理的実践	3.0	2.8–3.3	3.0	2.8–3.3	.673	
援助の人間関係	2.7	2.3–3.0	2.8	2.5–3.0	.308	
クリニカルジャッジメント	2.7	2.3–2.9	2.9	2.6–3.0	.001	**
看護の計画的展開	2.7	2.4–2.9	2.9	2.6–3.0	.005	**
ケアの評価	2.7	2.4–2.9	2.8	2.6–3.0	.011	*
ヘルスプロモーション	2.6	2.2–3.0	2.8	2.4–3.0	.009	**
リスクマネジメント	3.0	2.8–3.3	3.0	2.0–2.7	.083	
ケアコーディネーション	2.0	1.7–2.3	2.3	2.3–3.0	.001	**
看護管理 (役割遂行)	2.8	2.3–3.0	2.8	2.3–3.0	.437	
専門性の向上	2.3	2.0–2.8	2.8	2.3–3.0	.000	**
質の改善	2.7	2.0–2.8	2.7	2.0–3.0	.038	*
継続学習	3.0	2.5–3.3	3.0	2.5–3.0	.537	

[注] Mann-Whitney の U 検定。*: $p < .05$, **: $p < .01$ 。

表 3 時期別の師長・副師長、先輩、同期別にみた支援得点の差

下位尺度	入職 6 か月目 ($n = 105$)								入職 1 年目 ($n = 100$)							
	師長・副師長		先輩		同期		比較		師長・副師長		先輩		同期		比較	
	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲			中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲		
業務支援	4.3	4.0–4.8	4.7	4.3–5.0	3.5	3.2–3.8	a**, b**, c**		4.2	3.8–4.8	4.5	4.0–5.0	3.7	3.3–4.3	a**, b**, c**	
内省支援	4.5	4.0–5.0	4.7	4.3–5.0	3.7	3.3–4.3	a**, b**, c**		4.3	4.0–5.0	4.7	4.0–5.0	4.0	3.4–5.0	b**, c**	
精神支援	3.3	2.4–4.0	3.8	3.2–4.8	5.0	4.6–5.0	a**, b**, c**		3.4	2.6–4.0	4.0	3.2–4.8	5.0	4.0–5.0	a**, b**, c**	

[注] 差の検定はWilcoxon の符号付順位検定を行い、多重比較はBonferroni の不等式を行った。*: $p < .05$, **: $p < .01$ 。

a は「師長・副師長」と「先輩」、b は「師長・副師長」と「同期」、c は「先輩」と「同期」の差を表す。

長・副師長，同期の順であった。先輩からの支援得点は，同期よりも高かった ($p < .01$)。師長・副師長からの支援得点は同期よりも高かった ($p < .01$)。

「精神支援」は，同期が最も高く，次いで先輩，師長・副師長の順であった。同期からの支援得点は，師長・副師長，先輩よりも高く ($p < .01$)，先輩からの支援得点は師長・副師長よりも高かった ($p < .01$)。

c. 就職後6か月目と1年目の他者支援の比較 (表4)

他者支援の得点を，6か月目と ($n = 105$) と1年目 ($n = 100$) の2群間で比較を行った。

(1) 支援内容 (下位尺度別) 得点の比較

師長・副師長と先輩の支援内容別得点 (下位尺度別得点) は，6か月目と1年目で違いは認められなかった。

同期からの「業務支援」と「内省支援」の得点は，6か月目よりも1年目のほうが高かった ($p = .036$, $p = .023$)。

(2) 支援項目 (項目別得点) の比較

師長・副師長からの，「自分にはない専門的知識・スキルを提供してくれる」($p = .039$)，「自分について客観的な意見をいってくれる」($p = .042$) の得点が，6か月目よりも1年目が低かった。

先輩からの，「自分にはない専門的知識・スキルを提供してくれる」($p = .013$)，「仕事に必要な情報を提供して

くれる」($p = .009$)，の得点で，6か月目よりも1年目が低かった。

同期からの，「仕事上の必要な他部門との調整をしてくれる」($p = .000$)，「自分について客観的な意見をいってくれる」($p = .016$)，「自分自身を振り返る機会を与えてくれる」($p = .004$) の得点で，6か月目よりも1年目が高かった。「精神的な安らぎを与えてくれる」($p = .042$) の得点で，6か月目よりも1年目が低かった。

4. 看護実践能力自己評価得点と他者支援との関連 (表5)

6か月目の看護実践能力自己評価得点と，6か月目の支援者別の支援内容 (下位尺度別得点) との関連をみると，同期からの「内省支援」($r = .270$, $p < .01$) との間に弱い正の相関がみられた。

1年目の看護実践能力自己評価得点と，1年目の支援者別の支援下位尺度との関連をみると，師長・副師長からの「精神支援」($r = .340$, $p < .01$)，先輩からの「精神支援」($r = .399$, $p < .01$) との間に正の弱い相関がみられた。同期からの「業務支援」($r = .472$, $p < .01$)，との間に正の比較的強い相関がみられた。また，同期からの「内省支援」($r = .308$, $p < .01$)，「精神支援」($r = .210$, $p < .05$) との間に正の弱い相関がみられた。

表4 時期別の新卒看護師が職場の師長・副師長，先輩，同期から受けている支援得点

(6か月目: $n = 105$, 1年目: $n = 100$)

下 位 尺 度	項 目	師長・副師長からの支援					先輩からの支援					同期からの支援				
		6か月目		1年目		p 値	6か月目		1年目		p 値	6か月目		1年目		p 値
		中央値	四分位 範囲	中央値	四分位 範囲		中央値	四分位 範囲	中央値	四分位 範囲		中央値	四分位 範囲	中央値	四分位 範囲	
業 務 支 援	自分にはない専門的知識・ スキルを提供してくれる。	5.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.039 *	5.0	5.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.013 *	4.0	3.0-4.0	4.0	3.0-4.0	.608
	仕事の相談にのってくれる。	4.0	3.0-5.0	4.0	4.0-4.0	.858	5.0	4.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.162	5.0	4.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.543
	仕事に必要な情報を提供し てくれる。	5.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.070	5.0	5.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.009 **	4.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.735
	仕事上の必要な他部門との 調整をしてくれる。	5.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.095	4.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.325	2.0	1.0-3.0	3.0	2.0-4.0	.000 **
	自分の目標，手本となっ ている。	5.0	4.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.586	5.0	5.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.079	3.0	3.0-4.0	4.0	3.0-4.0	.158
	自律的に働けるよう，まか せてくれる。	4.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.196	4.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.840	3.0	2.0-4.0	3.0	3.0-4.0	.051
	業務支援平均点	4.3	4.0-4.8	4.2	3.8-4.8	.157	4.7	4.3-5.0	4.5	4.0-5.0	.206	3.5	3.2-3.8	3.7	3.3-4.3	.036 *
内 省 支 援	自分について客観的な意見 を言ってくれる。	5.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.042 *	5.0	4.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.060	4.0	3.0-4.0	4.0	4.0-5.0	.016 *
	自分自身を振り返る機会を 与えてくれる。	5.0	4.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.416	5.0	4.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.099	3.0	3.0-4.0	4.0	3.0-5.0	.004 **
	自分にはない新たな視点を与 えてくれる。	5.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.157	5.0	4.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.250	4.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.812
	内省支援平均点	4.7	4.0-5.0	4.3	4.0-5.0	.156	5.0	4.3-5.0	4.7	4.0-5.0	.097	3.7	3.3-4.3	4.0	3.4-5.0	.023 *
精 神 支 援	精神的な安らぎを与えてく れる。	4.0	3.0-5.0	4.0	3.0-4.0	.310	4.0	3.0-5.0	4.0	3.0-5.0	.078	5.0	5.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.042 *
	仕事の息抜きになる。	3.0	2.0-4.0	3.0	2.0-4.0	.768	4.0	3.0-5.0	4.0	3.0-5.0	.980	5.0	5.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.089
	心の支えになってくれる。	4.0	3.0-5.0	4.0	3.0-4.0	.740	4.0	4.0-5.0	4.0	4.0-5.0	.367	5.0	5.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.389
	プライベートな相談にのっ てくれる。	3.0	1.0-3.0	3.0	2.0-4.0	.488	3.0	3.0-5.0	4.0	3.0-5.0	.112	5.0	5.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.050
	楽しく仕事ができる雰囲気 を与えてくれる。	4.0	3.0-5.0	4.0	3.0-5.0	.151	4.0	3.0-5.0	4.0	3.3-5.0	.803	5.0	4.0-5.0	5.0	4.0-5.0	.093
	精神支援平均点	3.6	2.4-4.0	3.4	2.6-4.0	.682	4.0	3.2-4.8	4.0	3.2-4.8	.955	5.0	4.6-5.0	5.0	4.0-5.0	.103

[注] 差の検定はMann-WhitneyのU検定を行った。*: $p < .05$, **: $p < .01$ 。

5. 看護実践能力自己評価得点の高群と低群の他者支援の差 (表6)

看護実践能力自己評価総合得点の平均点より高得点の群 (能力高群) と、低い群 (能力低群) に分け、他者支援総合得点を比較した。6 か月目の看護実践能力自己評価総合得点の平均得点は 172.4 ± 22.0 であり、能力高群は46名、能力低群は59名であった。1年目の看護実践能力自己評価総合得点の平均得点は 179.9 ± 23.0 であり、能力高群は52名、能力低群は48名であった。

看護実践能力自己評価得点高群と低群の他者支援得点を比較した結果、1年目の同期からの支援得点のみが、能力低群に比べ能力高群のほうが有意に高値であった ($p = .003$)。

V. 考 察

1. 新卒看護師の看護実践能力自己評価得点の特徴

看護実践能力とは、看護師としての知識、技術、価値・信条、経験を複合的に用いて行為を起こす能力 (中山ら, 2010) としてとらえ、6 か月目と1年目の看護実践能力を、複合的な能力の調査を行える尺度を用いて調査を行い、結果を分析した。その結果、看護実践能力の13項目の下位尺度の内、8項目の下位尺度の中央値が6 か月目よりも1年目のほうが有意に高くなっていたことから、新卒看護師は、6 か月目に比べて、1年目のほうが、自己の能力の高まりを認識できていることが明らかとなった。2001年から2002年に調査された先行研究においては、新卒看護師の看護実践能力の自己評価得点は、6 か月目と12か月目で有意差は認められていない (高島ら, 2004)。本研究で、

6 か月目と12か月目の看護実践能力自己評価得点に有意差が認められた理由としては、厚生労働省から、新卒看護師の研修に対するガイドラインと、研修到達目標や指導指針 (厚生労働省, 2009) が出され、新卒看護師の卒後臨床研修が努力義務化された (厚生労働省, 2010) ことが影響していると考えられる。本研究で使用した尺度は、新人看護職員ガイドラインの研修到達目標と指導指針 (厚生労働省, 2009) が出された状況を背景に開発された、看護実践能力自己評価尺度 (中山ら, 2010) を使用した。ガイドラインには、「職員として必要な姿勢と態度」「技術的側面」「管理的側面」を統合して研修が行われることが推奨されている。また、新卒看護師を支援する体制を職員全体で行い、皆で育てるという組織文化の醸成が重要であるとしている。そのため、知識・技術・態度について研修が行われ、現在の看護に必要とされる能力の習得を評価することが可能な尺度を使用したことで正確な評価が行えたと考えられる。また、6 か月目と1年目の師長・副師長、先輩からの業務支援や内省支援の中央値が4点以上と高値であり、新卒看護師の看護実践能力習得を実感するために、師長・副師長や先輩などが、皆で支えかわっていることが1年目の看護師が、自己の看護実践能力の習得を実感しやすくしていると推察された。

6 か月目の看護実践能力自己評価のコンピテンス別の得点で低値であったものは、「ケアコーディネーション」は2点 (あまり自信がない) であり、最も低い点数であった。1年目になると2.3点に得点は上がっている ($p < .01$) が、1年目でも、最も低い点数であったことから、新卒看護師が最も習得がむずかしい能力であるといえる。「ケアコーディネーション」は、患者に起こりうることを予測

表5 看護実践能力自己評価得点と師長・副師長、先輩、同期からの支援との相関

(6 か月目: $n = 105$, 1年目: $n = 100$)

	師長・副師長			先輩			同期		
	業務支援	内省支援	精神支援	業務支援	内省支援	精神支援	業務支援	内省支援	精神支援
6 か月目の看護実践能力自己評価得点	.097	.147	.157	.080	.143	.136	.168	.270**	.130
1年目の看護実践能力自己評価得点	.159	-.056	.340**	.169	.007	.399**	.472**	.308**	.210*

[注] Spearmanの順位相関係数。*: $p < .05$, **: $p < .01$ 。

表6 時期別の看護実践能力自己評価得点の高群と低群による他者支援総合得点の比較

	師長・副師長からの支援						先輩からの支援				同期からの支援			
	能力高群			能力低群			能力高群		能力低群		能力高群		能力低群	
	中央値	四分位範囲		中央値	四分位範囲	p 値	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲	中央値	四分位範囲
6 か月目	60.0	50.8-62.3		56.0	50.0-62.0	.135	62.5	55.8-68.0	62.0	56.0-67.0	.484	58.0	52.0-63.0	56.0
1年目	56.0	52.0-61.0		54.5	46.3-60.0	.105	62.5	56.0-67.8	58.5	54.0-63.0	.069 †	60.5	56.0-66.0	56.0

[注] 差の検定はMann-WhitneyのU検定を行った。**: $p < .01$, †: $p < .1$ 。

6 か月目の能力高群は $n = 46$, 能力低群は $n = 59$ 。

1年目の能力高群は $n = 52$, 能力低群は $n = 48$ 。

し、事前に対策を立てるなど高度な能力であるため、1年目での習得は困難であるといえる。臨床経験が少ない1年目の新卒看護師にとって、入院から在宅、転院など環境の変化に対する看護介入が必要な退院調整や、社会資源の導入などを1年目の看護師が行う場合は、患者に起こりうることを予測し、対策を立てることは困難であり、師長・副師長や先輩などの支援が必要であるといえる。また、2年目以降での習得を目指し、新卒看護師が2年目になっても、支援が必要な内容ではないだろうか。

3点（まあまあ自信がある）に到達している能力は6か月目と1年目ともに「基本的責務」「倫理的実践」「リスクマネジメント」「継続学習」であった。6か月目の時点で、患者の尊厳を守ることが意識し、個人情報取り扱いなどに自信をもって行えている。また、患者に同意を得て看護ケアを行い、感染予防や自分の行動傾向を知り、ミスを起こさないよう行動するという、日常的に行う看護ケアに自信をもっていた。中山ら（2010）は、看護実践能力は実施する頻度が高い能力は、習得の程度も高いことを報告している。「基本的責務」「倫理的実践」「リスクマネジメント」は、新卒看護師として病棟で看護を提供する当初から行う看護実践である。そのため、1年目の実践のなかで、経験することの多い内容であるため、自信をもてるようになったことが推測される。

2. 新卒看護師が感じている他者からの支援

他者支援得点は、6か月目と1年目ともに「業務支援」「内省支援」は先輩から、「精神支援」は同期からの得点が最も高かった。新卒看護師は、1年間を通して、業務における支援は先輩から最も多く受けていると感じているといえる。佐藤（2010）は、新卒看護師の成長を促すためには、先輩が役割モデルとなることや、新卒看護師が疑問に思うことを自分で考えて、気づかせるようなかわりが必要であると述べている。日常的に新卒看護師とともに看護を実践している先輩看護師が役割モデルとなり、知識・技術を新卒看護師に伝えながら、業務の振り返りなどにも最も支援を行っているといえる。

時期別の支援においては、師長・副師長と先輩からの「自分にはない専門的知識・スキルを提供してくれる」、先輩からの「仕事に必要な情報を提供してくれる」の2つの支援が、6か月目よりも1年目のほうが有意に低下していた。このようなかわりは、師長・副師長と先輩看護師による、認知的徒弟制のスキヤフォルディングであることが考えられる（Collins, Brown, & Newman, 1989）。

スキヤフォルディングとは、認知的徒弟制という概念のプロセスの一部であり、人間が成長するために必要な、支援の段階的な解除である。認知的徒弟制は、モデリングす

なわち、熟達者が模範を示し、学習者がそれを見て模倣することから始まり、コーチング、スキヤフォルディングを経て徐々に支援を少なくして、自律に導く（フェイディング）までの過程である。認知的徒弟制では、人間が成長するためには、こうした支援の提供と解除が必要であるとしている。つまり、新卒看護師が自分で行えるであろうことは独力で任せ、できないところだけを支援するということを、1年目にすでに行い始め、自律に導くように支援をしていることが推測された。1年目で徐々に支援を少なくすることで、できる限り2年目での自律を促しているのではないだろうか。そのため、臨床では1年目の新卒看護師に、自律的に行わせてもよい看護ケアと、見守りなどの支援のもとで行うケアを分け、患者の安全を守るような教育的支援を新卒看護師の実践能力にあわせて個別に行うなどの対応が必要である。

同期からの支援は「業務支援」「内省支援」が6か月目よりも1年目のほうが、有意に得点が高かった。新卒看護師は、6か月目までは看護実践能力自己評価に自信がなく、わからないことや不安なことがあれば師長・副師長や先輩に相談していた（山田・前田・津田・串間, 2008）が、1年目になると、自信もつき、1年目の同期同士で相談しながら看護業務を進めていることが考えられる。1年目の看護師は、状況によっては適切な対応ができないか、かろうじて業務をこなすことができるレベルにある（Benner, 2001/2005）。そのため、1年目の看護師には、同期同士の意見の交換の場をつくるとともに、師長・副師長や先輩が適切なアドバイスや、場合によっては知識の修正を行うことが求められるのではないだろうか。

3. 看護実践能力自己評価得点と他者支援との関連

本研究の結果から、6か月目の新卒看護師は師長・副師長と先輩から多くの支援を受けていることは明らかである。しかし、師長・副師長や先輩からの支援と新卒看護師の看護実践能力自己評価得点との関連は認められなかった。新卒看護師のほとんどが師長・副師長や先輩から多くの支援を受けていると感じていたため、看護実践能力自己評価得点の高群と低群で支援の差が認められなかったと考えられる。

新卒看護師にとって6か月目はまだ経験していない看護ケアも多く、看護基礎教育と臨床とのギャップに不安を感じている時期である（山田ら, 2008）。また、先輩の看護実践から自己の未習得部分を発見し、模倣している時期である（森・亀岡・定廣・舟島, 2004）ことが関連しているのではないだろうか。不安を抱え、自己の未熟な部分を自覚しながら、先輩の看護実践を模倣し習得しようとしている状況では、看護実践能力を習得していると感じることは

困難であるといえる。師長・副師長や先輩からの支援が、看護実践能力に関連してくるのは、現実の不安が解消され、先輩の模倣をある程度行った後であることが考えられる。

同期の「内省支援」が看護実践能力自己評価得点との関連が認められた。藤好ら（2008）は、新卒看護師は同期と気持ちや情報を共有し、看護実践能力を習得していると述べている。師長・副師長や先輩からの支援や模倣から学んだことを同期同士で振り返り、看護実践能力の習得を実感することが可能になるのではないだろうか。

1年目になると、業務上の不安も減少し、自信をもってできる看護ケアも増え、看護実践能力の習得を実感できることと、師長・副師長、先輩の「精神支援」、同期の「業務支援」「内省支援」「精神支援」との関連が認められたのではないだろうか。三堀（2015）は、1年目になると、先輩などと良好な人間関係を構築し、悩みや不安の解消が行っていると述べている。悩みや不安の解消が行えていないまま、看護実践能力の習得を自覚することは困難であることが考えられる。新人看護師が1年目で精神支援を最も受けていると感じているのは、同期からの支援である。しかし、師長・副師長や先輩からの精神支援のほうが、看護実践能力自己評価得点に関連していた。高谷（2010）は、師長は新卒看護師の状況に即した育成を行っていると述べている。師長は、1年目の看護師が不安を抱えていることを感じ、個別的に育成方法を実施しているのではないだろうか。そのため、師長・副師長や先輩の、新卒看護師に行われている個別的な精神支援が、新卒看護師の不安を軽減し看護実践能力自己評価得点との関連がみられたのだと考えられる。また、1年目になり、少しずつ日常の看護業務ができるようになるとともに、師長・副師長や先輩からの精神支援が得られると思えることは、自分が職場のなかで受け入れられているという実感を持ち、看護実践に対する自信がもてることにつながるのではないだろうか。病棟内での人間関係に対する安心感がもてるようになると、自分で疑問をもち、思考し、自分で判断する場面が多くなり、自分で納得できる過程を多く経験することで、自己の実践力を認識することができるようになると考えられる。

1年目の看護実践能力自己評価得点には、同期からの「業務支援」「内省支援」「精神支援」のすべてが関連していた。とくに「業務支援」は比較的強い相関関係を示した。また、看護実践能力自己評価得点の高得点の群（能力高群）と、低い群（能力低群）の他者支援得点を比較した結果、同期からの支援得点のみが、能力低群に比べ能力高群のほうが有意に高値であった。6か月目ではみられなかった同期からの業務支援と看護実践能力自己評価得点との関連が、1年目でみられたのは協調学習の成果ではない

かと考える。協調学習とは、個人の理解やそのプロセスを他人と協調的に、比較、吟味、修正する過程を経て一人ひとりが理解を深化させる学習プロセスである（三宅、2010）。新卒看護師同士で、病棟で経験したことを、客観的な意見を交えて伝えあうなかで、自己の考えと他者の考えを比較し、どの部分を修正すれば、よりよい看護実践にすることができるのかを吟味しているのではないだろうか。Miyake（1986）によると、協調学習では、直接課題解決を担当する「課題解決者」と課題解決者の解決過程をモニタリングする「モニター」への役割分化が発生し、学習者同士の理解の不一致は相互の理解をより高次なものに引き上げる可能性を有していると述べている。同期からの「自分について客観的な意見を言ってくれる」「自分自身を振り返る機会を与えてくれる」といった支援は、問題解決者やモニターへの役割分化を促し、それぞれの視点で、病棟で経験したことや考えたことを説明し理解しあうといった、相互作用につながる。そのときに、お互いの考え方の違いや、経験から学習したことの違いを認識することが可能である。そのことが、相互の理解をより高次なものに高めていることが考えられる。

新卒看護師は、1年が経過し先輩の模倣から、看護師らしいふるまいや実践を行えるようになってきている（森ら、2004）。そのようにして身につけた看護実践能力を協調学習により、同期同士で伝えあい、知識・技術を深めていることが考えられる。看護実践能力の習得を実感するためには、師長・副師長や先輩からの指導や、看護実践の模倣だけでなく、同期同士でその学びを深める協調学習が必要であることが示唆された。中原（2010）は、職場における学習についての研究には、上司や上位者に限定され、同期や部下からの学習を考慮しない傾向があることを指摘している。本研究の結果からも、看護実践能力自己評価得点と最も関連がみられたのは同期からの支援であった。新卒看護師が看護実践能力の習得を実感するには、同期同士での学びが欠かせないといえる。そのため、師長・副師長や先輩は、同期同士の学びをより効果的なものにするために、新卒看護師が学んだことをどのように理解しているかを確認し、同期同士が適切な情報を共有できるようにかかわることが必要だと考える。また、協調学習を促進させるために、同じ病棟に同期の新卒看護師を複数名配属することや、他の病棟の新卒看護師との交流をもたせることで、より看護実践能力を深化させることができると考える。

結 論

大学附属病院における新卒看護師の看護実践能力自己評価得点と、他者から受けている支援との関連を検討した結

果、以下が明らかになった。

1. 新卒看護師は、6 か月目も1 年目も日々の仕事をしていくうえで、「業務支援」と「内省支援」は先輩からの支援を最も多く受けていると感じており、「精神支援」は同期からの支援を最も多く受けていると感じていた。
2. 6 か月目では同期からの「内省支援」と看護実践能力自己評価得点との関連が認められた。新卒看護師にとって、同期同士で業務を振り返ることが看護実践能力の習得を促進していることが示唆された。
3. 1 年目では師長・副師長と先輩からの「精神支援」と、同期からの「業務支援」「内省支援」「精神支援」と看護実践能力自己評価得点との関連が認められた。とく

に、新卒看護師にとって、同期同士で協調学習を行い、知識・技術を深化させることが看護実践能力習得には必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究に参加、協力していただいた新卒看護師の皆さま、病院関係者の皆さまに心より感謝申し上げます。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

新卒看護師が受けている、師長・副師長、先輩、同期からの支援と、看護実践能力との関連を明らかにすることを目的に、大学病院に勤務する看護師141名を対象として、入職6 か月目と1 年目に無記名自記式質問紙調査を行った。その結果、入職6 か月目は、同期からの「内省支援」と看護実践能力の間に正の弱い相関がみられた。入職1 年目は、同期からの「業務支援」との間に比較的強い正の相関がみられ、「内省支援」「精神支援」との間に弱い正の相関がみられた。また、師長・副師長と先輩からの「精神的支援」との間に弱い正の相関がみられた。同期同士で、病棟で経験したことや考えたことを説明し、相談しあうといった支援が看護実践能力を高める最も重要な要因であった。また、師長・副師長や先輩から精神支援が得られると思えることは、自分が職場のなかで受け入れられているという実感を持ち、看護実践能力の習得を促進させる要因となることが示唆された。

Abstract

This study was designed to determine the association between support provided by head and vice-head nurses, senior nurses, and their contemporaries at the hospital and clinical nursing competence in recent graduate nurses. An anonymous self-report questionnaire survey was conducted with 141 nurses working at a university hospital at six months and one year after being employed. At six months, there was a weak positive correlation between “introspective support” provided by their contemporaries at the hospital and nurses’ clinical nursing competence. At one year, there was a relatively strong positive correlation between “duty support” provided by their contemporaries at the hospital and their clinical nursing competence, and a weak positive correlation between their clinical nursing competence and “introspective support”/“mental support”. Additionally, there was a weak positive correlation between “mental support” provided by the head, vice-head, and senior nurses and clinical nursing competence. The most important factor to enhance clinical nursing competence was sharing their experiences and thoughts in the ward and consulting among their contemporaries at the hospital. Potentially, mental support obtained from head, vice-head, and senior nurses allowed graduate nurses to experience feelings that were accepted in the workplace, which promoted development of their clinical nursing competence.

文 献

- Benner, P. (2001/2005)／井部俊子（監訳）. ベナー看護論（新訳版）：初心者から達人へ. 11-21, 東京：医学書院.
- Collins, A., Brown, J.S., and Newman, S.E. (1989). Cognitive apprenticeship: Teaching the crafts of reading, writing, and mathematics. In Resnick, L.B. (Ed.), *Knowing, learning, and instruction: Essays in honor of Robert Glaser*. 453-494, Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- 藤好貴子, 藤丸千尋, 納富史恵, 兒玉尚子, 奥野由美子 (2008). 大学病院小児科病棟新人看護師の臨床実践能力獲得への3 ヶ月の経験. 日本小児看護学会誌, 17(2), 9-15.

- 上泉和子, 羽生田俊, 西澤寛俊, 小松 満, 坂本すが, 福井トシ子 (2010). 新人看護職員研究のあり方に関する研究. 平成21年度厚生労働科学研究補助金（特別研究事業）報告書, 1-100.
- 厚生労働省 (2009). 新人看護職員研修ガイドライン. <http://www.mhlw.go.jp/2009/12/dl/s1225-24a.pdf> (検索日2015年11月20日)
- 厚生労働省 (2010). 第七次看護職員需給見通しに関する検討会報告書. http://www.mhlw.go.jp/topics/2011/01/dl/tp0119-1_35.pdf (検索日2015年11月20日)
- 工藤真由美, 中山洋子, 石原 昌, 東サトエ, 永山くに子 (2012). 看護実践能力を測定する2つの質問紙（尺度）の構成概念の比較検討. 福島県立医科大学看護学部紀要, 14, 12-22.

- 三堀一久 (2015). 新人看護師が入職してから直面しうる気持ち. 神奈川県立保健福祉大学教研集録, 40, 152-156.
- Miyake, N. (1986). Constructive interaction and the iterative processes of understanding. *Cogn Sci*, 10(2), 151-177.
- 三宅なほみ (2010). 協調的な学び. 佐伯 胖 (監修), 「学び」の認知科学事典. 459-478, 東京:大修館書店.
- 森真由美, 亀岡智美, 定廣和香子, 舟島なをみ (2004). 新人看護師行動の概念化. 看護教育学研究, 13(1), 51-64.
- 中原 淳 (2010). 職場学習論:仕事の学びを科学する. 47-70, 東京:東京大学出版会.
- 中山洋子, 工藤真由美, 丸山育子, 石井邦子, 石原 昌, 大平光子, 大見サキエ, 小松万喜子, 田村正枝, 土居洋子, 戸田肇, 永山くに子, 東サトエ, 松成裕子 (2010). 看護実践能力の発達過程と評価方法に関する研究—臨床経験1年目から5年目までの看護系大学卒業看護師の実践力に関する横断的調査. 平成18年~21年度科学研究費補助金(基盤研究(A)), 1-61.
- 日本看護協会 (2014). 2013年病院における看護職員需給状況調査. 協会ニュース, 2014年3月号. <http://www.nurse.or.jp/home/opinion/news/2014/03-02.html> (検索日2015年11月20日)
- 野呂瀬恵子 (2007). 新人看護師の看護実践能力の修得過程の分析. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集, 32, 190-195.
- 小塩真司 (2011). SPSSとAmosによる心理・調査データ解析 [第2版]. 33-34, 東京:東京図書.
- 斎田菜穂子, 阿蘇品スミ子 (2010). 新卒看護師が就職後1年間で獲得した看護実践能力:自己評価と他者評価の比較. 九州看護福祉大学紀要, 10(1), 13-20.
- 斎田菜穂子, 阿蘇品スミ子 (2012). 新卒看護師の看護実践能力評価における2年間の変化. 九州看護福祉大学紀要, 12(1), 143-151.
- 佐藤真由美 (2010). 新卒看護師の成長を促進する関わり. 日本看護管理学会誌, 14(2), 30-38.
- Schwirian, P.M. (1978). Evaluating the performance of nurses. A multi-dimensional Approach. *Nurs Res*, 27(6), 347-351.
- 末永由里, 安藤瑞穂, 嶋澤奈津子, 宮本千津子 (2014). 新人看護職員研修ガイドライン活用の実態. 東京医療保健大学紀要, 9(1), 1-7.
- 高島直美, 樋之津淳子, 小池秀子, 箭野育子, 鈴木君江, 赤沢陽子 (2004). 新人看護師12ヶ月までの看護実践能力と社会的スキルの修得過程:新人看護師の自己評価による. 日本看護教育学会誌, 13(3), 1-17.
- 高谷嘉枝 (2010). 新人看護師が臨床現場に適応するための看護師長の工夫. 兵庫県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀要, 17, 103-115.
- 寺澤弘忠 (2005). OJTの実際:キャリアアップ時代の育成手法 (第2版). 東京:日本経済出版会.
- 山田美幸, 前田ひとみ, 津田紀子, 串間秀子 (2008). 新卒看護師の離職防止に向けた支援の検討:就職3ヶ月目の悩みと6ヶ月目の困ったことの分析. 南九州看護研究誌, 6(1), 47-54.
- 山口曜子, 徳永基与子 (2014). 新人看護師の離職につながる要因とそれを防ぐ要因. 日本看護医療学会雑誌, 16(1), 51-58.
- 山西文子 (監) (2007). 看護実践能力育成のための看護現任教育プログラム. 東京:メジカルフレンド社.

〔平成28年1月29日受付〕
〔平成28年11月29日採用決定〕

— 研究報告 —

看護学分野における『その人らしさ』の概念分析

— Rodgersの概念分析法を用いて —

Concept Analysis of Personality in Nursing: Using Rodgers' Model

黒田 寿美恵 船橋 眞子 中垣 和子
Sumie Kuroda Michiko Funahashi Kazuko Nakagaki

キーワード：その人らしさ、概念分析、看護学分野

Key Words : personality, concept analysis, nursing

緒 言

看護の対象となる人々のケアにおいては、『その人らしさ』を尊重することを看護師は重要視している。『その人らしさ』を尊重するケアは、対象者の意思決定を促し（齊田・小泉，2010）、生き生きとした生活や社会参加を可能にし、最後まで自分の意思が尊重され、病状が進行していくなかでも充実した日々を過ごし、よい最期を迎える（吉田・檜森・増田・福井，2008）ことを可能にするといわれている。日本看護協会が言明する看護の目的は、「健康の保持増進、疾病の予防、健康の回復、苦痛の緩和を行い、生涯を通してその最期まで、『その人らしく』生を全うできるように援助を行うこと」（2003，p. 1）である。川島は、看護における生活行動援助の技術は、「人間らしく」生きていくという普遍性ととも、『その人らしく』生きていくという個性性を両立させることである（2002，p.72），と述べている。先行研究においては、医療者が『その人らしさ』を、いままでの生活習慣や生活スタイル、その時々や意思や自己決定、希望・嗜好やニーズ、行動パターン、価値観や死生観などからくみとろうとしている（小和田・川田・藤本・神田，2012）ことや、『その人らしさ』を支える看護実践として、本人の思いを置き去りにしていないか自問自答しながら医学的根拠に沿いつつ本人が了解・受容可能な方法を模索することなどが報告されている（田道・鳥田・正木，2011）。

『その人らしさ』は看護実践上の重要な概念であるが、明確に規定される定義がなく、抽象的な表現であることが看護学分野の研究者により指摘されている（小和田ら，2012；谷田・大元，2014）。医療・福祉現場では、リハビリテーション（林部・片岡・中俣，2011）や介護福祉（辻・渡辺，2011；福島，2010）の分野でも『その人らしさ』が重要視され、研究報告が複数存在するが、明確な定

義はされていない。『その人らしさ』は「その人」と「らしさ」が結合した用語であり、「らしさ」については、村瀬（2010）により、「本来あるべきようにある」という本来性としての「らしさ」、物事の「本性＝自然（nature）」（自然科学的な不変の自然などではなく、道徳的価値観を含み捏造や変造に無関係ではない表像された自然）という自然性としての「らしさ」（p.99）など、「らしさ」に含まれる意味の明確化が行われている。また、「らしさ」、『その人らしさ』は日本語独自の表現であるため、辞書に完全一致する英語表記は見当たらず、『その人らしさ』を直訳するならば“as he/as she” “like himself/like herself”，類似語としては“be you”（あなたのままで）（谷田・大元，2014），などがあげられる。看護学分野の日本語文献において、『その人らしさ』は，“personhood” “individuality” “personality” “individual's personality”などと英語表記されている。“personhood”は、KitWood（1997/2005）が認知症の人へのケアに関連して提唱した概念で、「関係や社会的文脈のなかで、他人から一人の人間に与えられる立場や地位であり、人として認めること、尊重、信頼を意味している」（p.20）と定義されており、日本語の『その人らしさ』とは異なる概念とされている。“individuality”は、他の人との区別がはっきりしている性質（『オックスフォード現代英英辞典』オックスフォード大学出版局，2000）を指し、個性、個人、（個人的）特性（『リーダーズ英和辞典』高橋・笠原・東，2012）などと訳される。一方“personality”は、他の人々と異なるように組み合わせられた人の性格のさまざまな側面（『オックスフォード現代英英辞典』）を指し、（人に印象を与える表に現れた）個性、人格、人柄、性格（『リーダーズ英和辞典』）などと訳される。心理学分野においては、『その人らしさ』を“personality”と同義語ととらえる場合があり、早坂泰次郎は「パーソナリティとは気質のような変化しない部分を含

みながら、全体としては対人関係の場面場面、時点時点で微妙に変容してゆく世界とのかかわりを通じて感知されるその人らしさである」としている（半田，1994）。一方で、日本語において「パーソナリティ」は「性格」や「人格」と区別されて使用されてきたわけではないという指摘もある（小塩，2010，p.13）。

『その人らしさ』は看護上重要であるにもかかわらず曖昧な用語であることより、看護学分野における『その人らしさ』の概念を分析して構成要素を明確にすることは、その人らしく生きることを支える看護援助方法を発展させるうえで意義があると考えられる。『その人らしさ』は日本語特有の表現であること、さらに、『その人らしさ』は生活と密接に関係しており、日本独自の文化的背景の影響を受けると考えられることより、本研究の分析対象は日本語で発表された文献のみとする。

I. 研究目的

看護学分野において『その人らしさ』という概念がどのように用いられているのかについて概念分析を行い、援助への活用可能性を検討する。

II. 研究方法

本研究では、Rodgers（2000）の概念分析のアプローチ法を用いた。Rodgersの概念分析の目的は、概念の最近の使い方を文脈や一般的な使われ方の側面に注意を払いながら明らかにすることである。概念を「特質の集まり」と定義し、文献から用語の活用状況を分析することにより、属性（概念が必ずもつ特性）、先行要件（概念に先立ち、その現れ方に影響するもの）、帰結（概念の後に生じるもの）を確認していく。本研究では、『その人らしさ』という概念が看護学分野でどのように用いられているかという側面から概念を明らかにしようとしているため、Rodgersのアプローチが適していると考えた。

1. データ収集方法

文献情報データベースは、『医中誌Web（ver. 5）』を用いた。検索語を『その人らしさ』とし、論文種類を「原著論文」、分類を「看護」、論文言語を「日本語」として、発表年を限定せずに検索を行った結果、149文献が抽出された（検索日：2016年4月1日）。これらについて、「『その人らしさ』に関する説明が明確に記述されていること」「学術論文としての形式が整っていること」を文献の選定条件とし、条件を満たす文献を分析対象文献とした。さらに、検索により抽出された文献の引用文献から分析対象文

献の選定条件を満たす文献を選定するハンドサーチを加え、最終的に31文献を分析対象とした。

2. 分析方法

データ分析は、Rodgers（2000）の概念分析の方法に従い、独自に作成したコーディングシートを用いて、文献ごとに、『その人らしさ』の概念を構成する特性である属性、その概念に先立って生じる先行要件、その概念に後続して生じた帰結に該当すると判断される記述内容を抽出した。その後、抽出した記述に含まれる意味内容を簡潔に書き表し、類似性・相違性を検討しながら分類して下位カテゴリ、カテゴリの名称をつけ、得られたカテゴリ、下位カテゴリで『その人らしさ』の構成概念を整理した。さらに、関連概念を抽出し、『その人らしさ』の定義を行った。なお、分析の全過程において3名の研究者間での繰り返しによる分析内容の一致性を確認し、真実性の確保に努めた。

III. 結 果

分析対象文献とした31件の『その人らしさ』に関する記述対象の内訳は、認知症高齢者11件、終末期患者6件、高齢者3件、がん患者2件、精神疾患患者2件、死後の処置時の患者3件、および、糖尿病患者、在宅人工呼吸器装着患者、意思の伝達が困難な患者、重症心身障害児、特定なし、が1件ずつ（重複あり）であった。

看護学分野における『その人らしさ』の構成概念としては、5つの属性、2つの先行要件、4つの帰結が抽出された（図1）。カテゴリを【 】、下位カテゴリを〔 〕内として、次に詳述する。

1. 『その人らしさ』の属性

属性としては、次の5つのカテゴリが抽出された（表1）。

a. 【内在化された個人の根幹となる性質】

この属性は、〔個人の価値観・信念〕〔個人の性格〕〔顕在化・潜在化した個人の内面のありよう〕の3つの下位カテゴリで構成された。〔個人の価値観・信念〕は、生きている日常の世界や周囲の社会に対する個人のとらえ方（遠藤・清水・正木，2011；田道ら，2011）、個人に固有の考え方・価値判断・信念（天倉・岡光・貞永，2015；遠藤ら，2011；和泉，2007；木島・安川・高橋・奥宮，2014；木室・中島・古村，2008；齊田・小泉，2010；瓜生，2013；吉田ら，2008）、人生観・死生観（木室ら，2008；齊田・小泉，2010；瓜生，2013）、個人の適応の仕方を選定するもの（小田切・阿部・越田・山下，1996）、として記述されていた。〔個人の性格〕には、性格・人柄（地村，

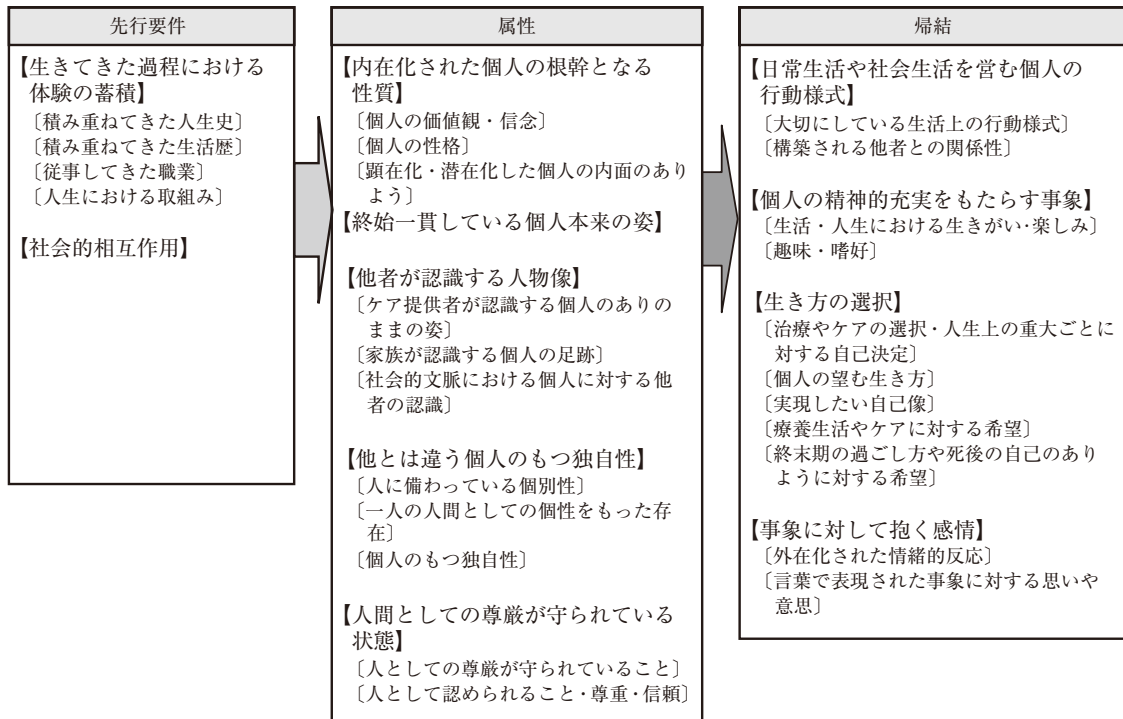


図1 『その人らしさ』の先行要件、属性、帰結の関連

2006) が含まれ, 〔顕在化・潜在化した個人の内面のありよう〕として, 『その人らしさ』は, 個人のなかに存在している顕在化および潜在化した状態(磯亀・島田・尾関, 2003)であると述べられていた。

b. 【終始一貫している個人本来の姿】

この属性は, 『その人らしさ』が, 個人の内面であって変わらずに一貫するもの(遠藤ら, 2011)であり, 変化しない個人本来の姿(長畑・松田, 2008; 内田・新垣・清水・山東・井上, 2015)であるという, 容易には変化しない〔終始一貫している個人本来の姿〕であることを示していた。

c. 【他者が認識する人物像】

この属性は, 〔ケア提供者が認識する個人のありのままの姿〕〔家族が認識する個人の足跡〕〔社会的文脈における個人に対する他者の認識〕の3つの下位カテゴリから構成された。〔ケア提供者が認識する個人のありのままの姿〕は, 看護師が見たありのままの姿(清遠・栗林・鈴木・濱田・野々宮, 2002), ケア提供者のおののがケア対象者との関係のなかで感じるもの(西川, 2015)として記述されていた。〔家族が認識する個人の足跡〕には, 個人のいままで生きてきた足跡に対する家族の認識(小木曾・今井・佐藤, 2015)が含まれ, 〔社会的文脈における個人に対する他者の認識〕として, 他者のなかに存在している顕在化および潜在化した状態(磯亀ら, 2003), 個人と他者との関係や社会的存在の文脈のなかで, 他者から一人の人間に

与えられる立場や地位(小木曾ら, 2015)であると述べられていた。

d. 【他とは違う個人のもつ独自性】

独自性とは, 他と違い, その人またはその事物だけに備わっている固有の性質(『日本国語大辞典』日本国語大辞典第二版編集委員会, 2001)である。この属性は, 〔人に備わっている個別性〕〔一人の人間としての個性をもった存在〕〔個人のもつ独自性〕の3つの下位カテゴリから構成された。他とは異なる固有の性質として最も多く含まれていたのは, 〔人に備わっている個別性〕に含まれる, 個別性(地村, 2006; 船坂, 2009; 清遠ら, 2002; 小木曾ら, 2015; 齊田・小泉, 2010; 坂元ら, 2015; 田井・野嶋, 2014; 瓜生, 2013)であった。その他に, 〔一人の人間としての個性をもった存在〕として, 一人の人間としての個性をもった存在(磯亀ら, 2003; 内田ら, 2015; 依田, 2005), 〔個人のもつ独自性〕として, 独自の個人(田道ら, 2011)が記述されていた。

e. 【人間としての尊厳が守られている状態】

この属性は, 〔人としての尊厳が守られていること〕〔人として認められること・尊重・信頼〕の2つの下位カテゴリで構成された。〔人としての尊厳が守られていること〕には, 個人の尊厳が守られていること(和泉, 2007), 人としての尊厳が守られていること(小木曾ら, 2015)があり, 〔人として認められること・尊重・信頼〕では, 人として認められること・尊重・信頼(小木曾ら, 2015), 一

表1 『その人らしさ』の概念の属性

カテゴリ	下位カテゴリ	内容	文献
【内在化された個人の根幹となる性質】	〔個人の価値観・信念〕	生きている日常の世界や周囲の社会に対する個人のとらえ方	遠藤・清水・正木, 2011; 田道・島田・正木, 2011
		個人に固有の考え方・価値判断・信念	天倉・岡光・貞永, 2015; 遠藤・清水・正木, 2011; 和泉, 2007; 木島・安川・高橋・奥宮, 2014; 木室・中島・古村, 2008; 齊田・小泉, 2010; 瓜生, 2013; 吉田・檜森・増田・福井, 2008
		人生観・死生観	木室・中島・古村, 2008; 齊田・小泉, 2010; 瓜生, 2013
		個人の適応の仕方を決定するもの	小田切・阿部・越田・山下, 1996
	〔個人の性格〕	性格・人柄	地村, 2006
	〔顕在化・潜在化した個人の内面のありよう〕	個人のなかに存在している顕在化および潜在化した状態	磯亀・島田・尾関, 2003
【終始一貫している個人本来の姿】	〔終始一貫している個人本来の姿〕	個人の内面にあつて変わらずに一貫するもの	遠藤・清水・正木, 2011
		変化しない個人本来の姿	長畑・松田, 2008; 内田・新垣・清水・山東・井上, 2015
【他者が認識する人物像】	〔ケア提供者が認識する個人のありのままの姿〕	看護師が見たありのままの姿	清遠・栗林・鈴木・濱田・野々宮, 2002
		ケア提供者各々がケア対象者との関係のなかで感じるもの	西川, 2015
	〔家族が認識する個人の足跡〕	個人のいままで生きてきた足跡に対する家族の認識	小木曾・今井・佐藤, 2015
	〔社会的文脈における個人に対する他者の認識〕	他者のなかに存在している顕在化および潜在化した状態 個人と他者との関係や社会的存在の文脈のなかで、他者から一人の人間に与えられる立場や地位	磯亀・島田・尾関, 2003 小木曾・今井・佐藤, 2015
【他とは違う個人のもつ独自性】	〔人に備わっている個性〕	個別性	地村, 2006; 船坂, 2009; 清遠・栗林・鈴木・濱田・野々宮, 2002; 小木曾・今井・佐藤, 2015; 齊田・小泉, 2010; 坂元・佐藤・梅林・井ノ上・塚本・宮島, 2015; 田井・野嶋, 2014; 瓜生, 2013
	〔一人の人間としての個性をもった存在〕	一人の人間としての個性をもった存在	磯亀・島田・尾関, 2003; 内田・新垣・清水・山東・井上, 2015; 依田, 2005
	〔個人のもつ独自性〕	独自の個人	田道・島田・正木, 2011
【人間としての尊厳が守られている状態】	〔人としての尊厳が守られていること〕	個人の尊厳が守られていること	和泉, 2007
		人としての尊厳が守られていること	小木曾・今井・佐藤, 2015
	〔人として認められること・尊重・信頼〕	人として認められること・尊重・信頼 一人の人として大切にされること	小木曾・今井・佐藤, 2015 小木曾・今井・佐藤, 2015

人の人として大切にされること（小木曾ら, 2015）が記述されていた。

2. 『その人らしさ』の先行要件

先行要件としては、『その人らしさ』を形成する因子として、次の2つのカテゴリが導き出された。

a. 【生きてきた過程における体験の蓄積】

この先行要件は、〔積み重ねてきた人生史〕〔積み重ねてきた生活歴〕〔従事してきた職業〕〔人生における取り組み〕の4つの下位カテゴリで構成された。〔積み重ねてきた人

生史〕では、人生の歩み（朝倉・籠, 2013; 地村, 2006; 磯亀ら, 2003; 木島ら, 2014; 西川, 2015; 小木曾ら, 2015; 田代・植田・久徳, 2007; 吉田ら, 2008), これまでの人生において個人の意思とは無関係に体験した出来事（遠藤ら, 2011), 過去の類似する状況において積極的に関わった体験（小田切ら, 1996）があり、〔積み重ねてきた生活歴〕には、いままでの生活歴（小木曾ら, 2015), それまで生きてきた生活過程（吉田ら, 2008）があり、〔従事してきた職業〕として、従事してきた職業（木島ら, 2014）が記述されていた。また、生きてきた過程において

乗り越えてきた出来事（地村，2006），それまでに生きてきた生活過程のなかで生き生きと充実感を得られていた体験（吉田ら，2008）を含む〔人生における取組み〕が『その人らしさ』を形成するとされていた。

b. 【社会的相互作用】

『その人らしさ』は，社会生活のなかで培われた経験により形成される（吉田ら，2008），というように，〔社会的相互作用〕が『その人らしさ』に影響をもたらしていた。

3. 『その人らしさ』の帰結

帰結には，『その人らしさ』によって表出されるものとして，次の4つのカテゴリが抽出された。

a. 【日常生活や社会生活を営む個人の行動様式】

この帰結は，〔大切にしている生活上の行動様式〕と〔構築される他者との関係性〕の2つの下位カテゴリで構成された。〔大切にしている生活上の行動様式〕には，個人が大事にしている生活習慣・生活スタイル・生活リズム（天倉ら，2015；青柳・西田，2014；船坂，2009；木島ら，2014；木室ら，2008；中野，2007；野戸・三上・小松，2002；小木曾ら，2015；岡本・田代・田村・久代，2015；齊田・小泉，2010），常時身につけている物や持ち物（植田・海段・佐々木，2009），個人の行動の仕方（小田切ら，1996），個人が大切にしている儀礼や習慣（磯亀ら，2003），が含まれた。〔構築される他者との関係性〕は，家族との関係性（天倉ら，2015；地村，2006；遠藤ら，2011），人や物とのかかわり方（諏訪・吉尾・瀧・桑田，2001），周囲の人と構築した関係性による個人の居場所の確保（遠藤ら，2011），のように，個人が他者とのように関係性を構築しているかが『その人らしさ』として表れると記述されていた。

b. 【個人の精神的充実をもたらす事象】

これには，〔生活・人生における生きがい・楽しみ〕と〔趣味・嗜好〕の2つの下位カテゴリが含まれた。〔生活・人生における生きがい・楽しみ〕として，生きてきたプロセスのなかで充実して取り組んできたこと（吉田ら，2008），生活における生きがいや楽しみ（小木曾ら，2015），が含まれた。また，〔趣味・嗜好〕として，些細にみえても重要な個人的な好み（和泉，2007），好きな洋服（内田ら，2013），趣味や興味（小木曾ら，2015），好きな会話やレクリエーション・嫌いなこと（依田，2005），が『その人らしさ』として表出されると記述されていた。

c. 【生き方の選択】

この帰結には，〔治療やケアの選択・人生上の重大ごとに対する自己決定〕〔個人の望む生き方〕〔実現したい自己像〕〔療養生活やケアに対する希望〕〔終末期の過ごし方や死後の自己のありように対する希望〕の5つの下位カテゴ

リが含まれた。〔治療やケアの選択・人生上の重大ごとに対する自己決定〕は，人生や日常生活に対する意思決定・自己決定（小田切ら，1996；田井・野嶋，2014；吉田ら，2008），治療選択における意思決定（朝倉・籠，2013；和泉，2007），終末期の療養場所やケアに対する意思決定（天倉ら，2015；和泉，2007；西川，2015；野戸ら，2002；齊田・小泉，2010），が含まれた。〔個人の望む生き方〕は，実現したいと望む生き方（小田切ら，1996；内田ら，2015）があり，〔実現したい自己像〕には，さまざまな環境に対して実現したい自己像（小田切ら，1996；吉田ら，2008）が含まれた。〔療養生活やケアに対する希望〕には，ケアに対する個人の意向（小田切ら，1996；小木曾ら，2015）が含まれ，〔終末期の過ごし方や死後の自己のありように対する希望〕として，死後の自己像（磯亀ら，2003），死が間近に迫ったときの希望（磯亀ら，2003；西川，2015），終末期における自己の望ましい姿（天倉ら，2015；和泉，2007；野戸ら，2002；小田切ら，1996），が『その人らしさ』として表れると記述されていた。

d. 【事象に対して抱く感情】

この帰結には，〔外在化された情緒的反応〕と〔言葉で表現された事象に対する思いや意思〕の2つの下位カテゴリが含まれた。〔外在化された情緒的反応〕として，『その人らしさ』は外在化された情緒的反応（清遠ら，2002）に表れることが示され，〔言葉で表現された事象に対する思いや意思〕として，生じている現実に対する感じ方（遠藤ら，2011），自分の言葉で表現されたそのときの個人の感情（内野・浅川・橋本，2015），思いや意思（長畑・松田，2008；田道ら，2011）が記述されていた。

4. 関連概念

分析対象文献中に，『その人らしさ』に関する論述として「自分らしさ」を用いているものが存在した。前向きに自分らしく生きる（青柳・西田，2014），自主的な行動が現れ日々を自分らしく過ごす（依田，2005）など，「自分らしさ」は対象者を立脚点として記述されていたが，『その人らしさ』との区別についての言及はされていなかった。また，その人らしさとは自分が幸せと思える生き方であり，患者の自分らしさを支援する（内田ら，2015），のように，『その人らしさ』と「自分らしさ」を混同して記述している文献もあった。いずれの文献でも，「自分らしさ」に対する定義づけあるいは説明はされていなかった。

5. 『その人らしさ』の定義

『その人らしさ』の属性に含まれたカテゴリより，「看護学分野における『その人らしさ』とは，内在化された個人の根幹となる性質で，他とは違う個人の独自性を持ち，終

始一貫している個人本来の姿、他者が認識する人物像であり、人間としての尊厳が守られた状態という特性を指す」と定義した。

IV. 考 察

1. 『その人らしさ』の概念

a. 『その人らしさ』の属性

看護における人間のとらえ方は、Hendersonによると、共通の欲求をもった個性のある存在で、情動と身体を切り離すことは不可能であり（1960/1995）、Royによると、変化する環境に対処する生物的、心理的、社会的能力を用いて全体（whole）として機能する統一体である（1984/1998）。このように、看護師は、人間を身体的、心理的、および人格や社会的立場なども含めて「全人的存在」としてとらえることに基盤をおいている。本研究で明らかになった『その人らしさ』の属性の一つ【内在化された個人の根幹となる性質】は、全人的存在である人間の身体的側面以外の部分、すなわち精神機能・人格・社会性などを指していると考えられる。身体的側面は臨床現場において数値化・可視化が比較的容易であるが、精神機能や人格、社会的側面はその人の内的世界であることから、数値化が困難であることはもとより、容易に可視化できるものではない。したがって、『その人らしさ』をとらえることは、可視化が困難なその人の内面を把握することでもあるといえる。

『その人らしさ』の属性として【終始一貫している個人本来の姿】が得られたことから、『その人らしさ』が過去の人生において長期間をかけて醸成されてきたものであり、確固として揺るがないものとしてとらえられていると考えることができる。この属性に含まれる記述「個人の内面にあって変わらずに一貫するもの」（遠藤ら、2011）は、個人本来の姿を人の内面の像としてとらえる見方であり、先述した『『その人らしさ』は内在化された性質という特徴をもつ』ことと同一の観点ととらえることができる。一方で、この属性には、「外表的な病変により外見が変化した状態とは異なる個人本来の姿」（内田ら、2015）という記述も含まれている。このことから、腫瘍による自壊創など病変による外見上の変化があったとしても、変化する前の「本来」のその人の容姿を「その人らしい」姿として、看護師が尊重しようとしていることが推察される。これらのことより、看護学分野では、対象者の外見も『その人らしさ』として認識していると考えられる。

「独自」とは他と異なり、そのものだけに特有であることを示す（『広辞苑』新村、2008）。本研究の概念分析の結果、『その人らしさ』の属性は、一人ひとり異なる存在で

ある人間の、他と異なるその人だけに特有のものという意味を含んでいた。このことは、先述した川島が『『その人らしく』生きていくという個性性』（2002, p.72）と論述していることや、看護学分野の研究者が『その人らしさ』の英訳に“individuality”を用いていることから既知のことであったといえる。しかし、概念分析の結果として【他とは違う個人のもつ独自性】が導き出されたことで、『その人らしさ』がその人だけに特有であることが改めて明示されることとなった。

『その人らしさ』の類似語に「自分らしさ」という用語がある。「自分らしさ」とは、看護学分野の研究では、自分が自分であること（廣岡・小松、2008）、歩んできた人生において確立した自分（吉沢、1997）、自己のイメージ（吉沢、1997）、等で表現され、哲学では、自己性やアイデンティティと関連する用語として説明されている（松尾、2006）。すなわち、「自分らしさ」とは、自分が自分をとらえる表現（小和田ら、2012）として用いられている。一方、【他者が認識する人物像】は、内在化しているその人の性質を他者がどのように認識しているかを表している。その人らしく生を全うできるように援助を行うことを目的とする看護師（日本看護協会、2003）は、対象者のありようを日常の場面でとらえようとしており、そのことをケアをするうえで重要な視点としている。すなわち、看護師は、対象者にとって「他者」である自分たちが対象者の人物像をとらえることをケアの核としていていると考えられる。このことは、「看護師は全人的な苦痛にさいなまれている患者について、その人がどのような人なのか、強さや限界はどれくらいなのか、求めていることは何なのかを知らなければならぬ。患者がどのような人のことを気づかい、大切にしているのか、その相手にとって患者はどのような存在であるのかについて日常の場面から感じとることも必要である」という小松の主張（2011, p.249）と一致している。一方で、『その人らしさ』が他者の認識であることは、本来の対象者らしさと完全一致していない像を、看護師が『その人らしさ』ととらえる可能性を示唆している。このことは、看護師個人の価値観や看護観に基づく偏った判断基準、あるいは全人的存在である人間の一部分のみをとらえてそれを『その人らしさ』と判断し、それに基づいた看護実践が行われる危険性をはらんでいるともいえる。

「尊厳」とは、「とうとうおごそかで、おかしいこと」（『広辞苑』）であり、英語の“dignity”の訳語である。“dignity”の定義の一つに尊重に値するという性質があり、「すべての人には尊厳がある」のように使う場合には、「人はどんな状態になっても尊重にあたいするというあり方を失うことはない」と客観的に述べているのだと説明されている（清水、2006, p.132）。このことから、『その人らし

さ』の属性に【人間としての尊厳が守られている状態】が含まれていたことは、疾患や障がいにより身体的・精神的・社会的状態に変化が生じて、その人自身が尊重に値するというあり様は堅持されることが看護師の価値観に位置づいていることを示している。また、『その人らしさ』にこの属性が含まれることは、川島（2002）の「その人の尊厳を守っていくことが、その人らしく生きていくということになる」（p.72）という主張によっても支持される。『看護学を構成する重要な用語集』（日本看護科学学会看護学学術用語検討委員会第9・10期委員会，2011，p.41）では、「人間は、他の人には代わることのできない個別性と独自性をもつ。これは、人間が尊厳ある存在であり、自分自身の価値ある生命を自覚しながら、よりよい生き方を目指すという人格的自由をもち、自己を決定する能力をもつことを意味する」と記述されている。このことから、【人間としての尊厳が守られている状態】という属性は、【内在化された個人の根幹となる性質】【他とは違う個人の持つ独自性】という属性と密接に関連して『その人らしさ』を構成していると考えることができる。

b. 『その人らしさ』の先行要件

人間は、過去から現在、未来へと時間の流れのなかを生きている存在である。過去の経験がその人をつくり、社会的存在である人間は相互作用のなかで生き、それらの体験がその人を形づくっていく。『その人らしさ』の先行要件として、【生きてきた過程における体験の蓄積】【社会的相互作用】が得られたことは、看護学分野において、人が自己を形成していく過程における体験の重要性が認識されていることを示すといえる。これは、下村（2014，p.99）の「その人がいままで長い年月をかけて培い、身につけ、日々の生活に取り入れてきたすべてをイメージしながら、『その人らしさ』ということばを使っている」という見解とも一致している。

c. 『その人らしさ』の帰結

看護師は、療養しながら生活する人を支援する専門職である。したがって、対象者の過去から現在の生活の行動様式を参考にしながら入院前の生活や在宅での生活に近づけようと尽力し、また、対象者の感情を推察して「どうすべきか」ではなく「どうしたいか」という希望や自己決定をかなえようと考慮しながらケアを行っている。『その人らしさ』の帰結として得られた【日常生活や社会生活を営む個人の行動様式】【個人の精神的充実をもたらす事象】【生き方の選択】【事象に対して抱く感情】は、看護師がケアを行ううえで重要視している観点と一致しているといえる。また、これらは、医療者がどのようなことから『その人らしさ』を汲み取っているかに関する研究（小和田ら，2012）で抽出された内容ともほぼ一致していることか

ら、『その人らしさ』の帰結は、看護師が日常のケアの場で『その人らしさ』をとらえる方法と同一のものであると考えられる。

2. その人らしく生きることを支える援助への『その人らしさ』の概念の活用可能性

本研究により、看護学分野における『その人らしさ』とは、「内在化された個人の根幹となる性質で、他とは違う個人の独自性をもち、終始一貫している個人本来の姿、他者が認識する人物像で、人間としての尊厳が守られた状態」と定義できた。『その人らしさ』が【他者が認識する人物像】であることが、看護師のとらえる『その人らしさ』が本来の対象者らしさとずれてしまう可能性をもたらすことについては既に述べたとおりである。このことから、看護師には『その人らしさ』が他者の認識であることを自覚したうえで、真の『その人らしさ』をとらえることができるよう尽力することが求められる。また、『その人らしさ』が従来明確に定義されていなかったことは、看護師が対象をケアする際におおのの偏った観点で『その人らしさ』をとらえ、それに基づいた看護実践をしてきた可能性を含んでいる。対象者の『その人らしく』生きることを支える援助を行う際に、本研究で明らかになった概念の定義を参照することで、『その人らしさ』を個々の価値基準のみに依拠した観点でなく、多角的にとらえることができるようになり、対象者らしく生を全うできるような看護の実現可能性が一層高まると考えられる。

また、『その人らしさ』の帰結は医療者がケアの場で『その人らしさ』をとらえる方法と同一であると考えられることから、対象者の【日常生活や社会生活を営む個人の行動様式】【個人の精神的充実をもたらす事象】【生き方の選択】【事象に対して抱く感情】を把握することが、『その人らしく』生きることを支える援助を可能にするといえる。

看護の対象である療養しながら生活する人々が『その人らしく』生きることができるよう支える援助を行う際には、対象者の病態や治療がもたらす身体的状況にも考慮する必要がある。とくに終末期や慢性期において、対象者の『その人らしさ』を尊重し、「外出したい」「退院して自宅で過ごしたい」などの希望をかなえるためには、疼痛管理や呼吸管理など身体的側面へのアプローチなくしては実現しない場合が多い。このことは、『その人らしく』生きることを支える援助を実行するうえで、看護師の果たすべき役割が大きいことを示すと考えられる。なぜなら、看護師は「診療の補助」と「療養上の世話」の両者を職責としており、対象者の病態や治療に関する医学的知識を基盤として健康障害をもつ人々の生活を支援するという立場にあるからである。また、患者の権利宣言案（患者の権利宣言全

国起草委員会, 1984) において, すべての人は, その人格を尊重され健康に生きる権利を有しており, 健康を回復・維持または増進するため, 医療従事者の助言・協力を得て, 自らの意思と選択のもとに最善の医療を受けることは人としての基本的権利である, と示されており, 医療の一翼を担う看護師には, 看護の知と技術をもって対象者の有する権利を実現することが求められているといえる。これらのことから, 対象者の身体的側面を踏まえうえて『その人らしく』生きることを支える援助が実現されるためには, 看護師が職責を十分に発揮することが重要であるといえる。これにより, 『その人らしく』生きることを支える援助の成果である, 対象者の意思決定の促進や, 生き生きとした生活や社会参加が可能になると考えられる。

3. 『その人らしさ』の概念の課題

『その人らしさ』は看護学分野の論文において頻繁に使用されている概念であり, 研究の考察において『その人らしさ』を尊重した援助の重要性を論述している文献が多くみられる。その際, この概念の意味を明確にしたうえて用いている論文は極めて少なく, 『その人らしさ』の概念の使用には問題を含んでいるといえる。また, 分析対象文献において, 『その人らしさ』は関連概念である「自分らしさ」と明確に区別することなく使用されている場合があったことから, 看護学分野の実践家および研究者の『その人らしさ』の概念に対する理解が不十分であることが推察される。

本研究では, 看護学分野における『その人らしさ』の概念を明らかにしたが, この概念の使用は看護を含めた医療・福祉現場に限定されるものではなく, 哲学, 教育学, 心理学, 建築学などの分野でも探究が進んでいる。看護学分野における『その人らしさ』の概念の説明をより洗練させていくために, これら他分野における『その人らしさ』の概念との比較をすることは有用であると考ええる。さらに, 対象者の『その人らしく』生きることを支える援助において, 本概念が実践的に活用できるよう, 本概念の有用

性を探究していくことが課題である。

結 論

1. 看護学分野における『その人らしさ』は, 「内在化された個人の根幹となる性質で, 他とは違う個人の独自性を持ち, 終始一貫している個人本来の姿, 他者が認識する人物像であり, 人間としての尊厳が守られた状態」と定義された。『その人らしさ』が他者の認識であることは, 看護師がとらえる『その人らしさ』が本来の対象者らしさとずれてしまう可能性があることを認識したうえてケアに携わる必要性を示唆している。
2. 看護師が本研究で明らかになった定義を参照して対象者の『その人らしさ』をとらえることは, 対象者らしく生を全うできるような看護の実現可能性を高める。
3. 『その人らしく』生きることを支える援助を行う際には, 対象者の病態や治療がもたらす身体的状況にも考慮する必要があることから, 「診療の補助」と「療養上の世話」の両者を職責とする看護師が, その職責を十分に発揮することが重要である。
4. 『その人らしさ』の帰結は【日常生活や社会生活を生きる個人の行動様式】【個人の精神的充実をもたらす事象】【生き方の選択】【事象に対して抱く感情】であり, ケアに携わる専門職者がケアの場で『その人らしさ』をとらえる方法と同一であると考えられた。

謝 辞

本研究の文献収集および分析にご協力くださいました田中優子さん, 文献整理にご協力くださいました永井庸央先生に深く感謝申し上げます。

著者貢献度

すべての著者は, 研究の構想およびデザイン, データ収集・分析および解釈に寄与し, 論文の作成に関与し, 最終原稿を確認した。

要 旨

目的: 看護学分野における「その人らしさ」の概念を明らかにし, その人らしく生きることを支える援助への活用可能性を検討する。

方法: 『医中誌Web版 (ver.5)』を用いて検索語「その人らしさ」で文献を抽出し, Rodgersの概念分析の手法を用いて分析した。

結果: 「その人らしさ」は「内在化された個人の根幹となる性質で, 他とは違う個人の独自性を持ち, 終始一貫している個人本来の姿, 他者が認識する人物像であり, 人間としての尊厳が守られた状態」と定義された。

結論: 「その人らしさ」の概念に対する看護師の理解が深化することで, その人らしく生を全うするための援助の実現可能性が高まる。「その人らしさ」を尊重した看護を行う際には患者の身体状況に考慮する必要がある

ため、看護師の職責が十分に発揮されることが重要である。また、「その人らしさ」の帰結は看護師がケアの場で「その人らしさ」をとらえる方法と同一と考えられた。

Abstract

Objective: This study aimed to clarify the concept of 'personality' in nursing, and examined its applicability to support patients' self-fulfillment.

Methods: Related research papers were extracted using the database Ichushi Web (ver. 5) with the keyword 'personality', and analyzed using Rodgers' model for concept analysis.

Results: These papers defined 'personality' as follows: an internalized, fundamental trait of an individual, outlining his/her individuality as different from those of others, consistent and essential qualities, and character recognized by others; and a state in which human dignity is protected.

Conclusion: It may be possible to make nursing support for patients' self-fulfillment throughout life more feasible by deepening nurses' understanding of 'personality'. The need to consider patients' physical conditions when providing 'personality'-focused nursing indicates the importance of fully discharging nursing duties. The results also suggested that the consequences of 'personality' are associated with the method nurses use to identify the 'personality' of each patient in care settings.

文 献

- 天倉真弥, 岡光京子, 貞永千佳生 (2015). 緩和ケア病棟に勤務する看護師のその人らしさを支える援助の捉え方と援助を行う上での問題と対応. 看護・保健科学研究誌, 16(1), 40-48.
- 青柳暁子, 西田真寿美 (2014). 認知症高齢者に対するアクティビティケアの内容と効果評価基準: グループインタビューによる介護職・看護職の認識. 日本認知症ケア学会誌, 12(4), 773-782.
- 朝倉京子, 籠 玲子 (2013). 中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相. 日本看護科学会誌, 33(4), 43-52.
- 地村良子 (2006). 意思の伝達が困難な患者の家族からの生活史聴取による患者理解. 日本看護学会論文集 (看護総合), 37, 119-121.
- 遠藤和子, 清水安子, 正木治恵 (2011). 描画を用いた語りに表れた2型糖尿病高齢女性の食卓の変容: 一事例からの食事療法を援助する視点. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 15(2), 172-178.
- 福島富和 (2010). パーソナルセンタードケアの実践から: アルツハイマー型認知症の人の意思決定過程の共有について. 認知症ケア事例ジャーナル, 3(1), 84-90.
- 船坂智美 (2009). 在宅人工呼吸器装着患者のその人らしさを尊重した退院指導. 日本看護学会論文集 (地域看護), 39, 212-214.
- 半田智久 (1994). パースナリティ: 性格の正体. 17, 東京: 新曜社.
- 林部博光, 片岡紳一郎, 中俣恵美 (2011). 地域生活支援への視座: 訪問リハビリテーションの立場より. 総合福祉科学研究, 2, 153-167.
- Henderson, V. (1960/1995) / 湯槇ます, 小玉香津子 (訳). 看護の基本となるもの. 5-20, 東京: 日本看護協会出版会.
- 廣岡佳代, 小松浩子 (2008). ターミナル期にあるがん患者の自己の支えを振り返る体験. 日本がん看護学会誌, 22(1), 3-11.
- 磯亀裕子, 島田直子, 尾関道子 (2003). 死後の処置場面におけるその人らしさを大切にしたい看護. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 33, 45-47.
- 和泉成子 (2007). ターミナルケアにおける看護師の倫理的関心: 解釈学的現象学アプローチを用いた探求. 日本看護科学会誌, 27(4), 72-80.
- 患者の権利宣言全国起草委員会 (1984). 患者の権利宣言案. 医療問題弁護団ホームページ. <http://www.iryō-bengo.com/general/pdf/declaration.pdf> (検索日2015年12月14日)
- 川島みどり (2002). 生活行動援助の技術: 人間らしく生きていくことをめざす看護. 看護実践の科学, 27(9), 72-75.
- 木島輝美, 安川揚子, 高橋順子, 奥宮暁子 (2014). 生活機能に焦点をあてた認知症高齢者の視聴覚教材の作成と看護過程演習への活用に向けての課題の検討. 札幌保健科学雑誌, 3, 35-42.
- Kitwood, T. (1997/2005) / 高橋誠一 (訳). 認知症のパーソンセンタードケア: 新しいケアの文化へ. 20, 東京: 筒井書房.
- 清遠朋巳, 栗林美砂, 鈴木くみ, 濱田貴子, 野々宮允子 (2002). 胃切除術を受ける患者・家族との看護計画共有—患者の『その人らしさ』がみえる記録用紙を作成, 活用して—. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅰ), 32, 184-185.
- 小松浩子 (2011). 第3部第9章D 人生で最期のときを支える看護. 成人看護学総論 (第13版). 249, 東京: 医学書院.
- 木室知子, 中島洋子, 古村美津代 (2008). 高齢者の尊厳を考える演習内容と学生の学び: 身体拘束およびおむつ着用体験後のレポート分析から. 日本看護福祉学会誌, 13(2), 75-86.
- 松尾憲一 (2006). 〈自分らしさ〉の探求としてのアイデンティティ: ポール・リクルのアイデンティティ論. 東京大学大学院教育学研究科紀要, 45, 31-39.
- 村瀬 鋼 (2010). 「らしさ」概念の射程. ヨーロッパ文化研究, 29, 97-108.
- 長畑多代, 松田宣子 (2008). 介護保険施設において熟練看護師が実践している認知症高齢者への看護ケアプロセスの特徴. 神戸大学大学院保健学研究科紀要, 24, 1-15.
- 中野雅子 (2007). 認知症高齢者の「その人らしさ」に関する一考察: コミュニケーション活動とADL評価から. 京都市立看護短期大学紀要, 32, 73-80.
- 日本看護協会 (2003). 看護者の倫理綱領. 日本看護協会ホームページ. <http://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf> (検索日2015年12月14日)
- 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会第9・10期委員会 (2011). 看護学を構成する重要な用語集. 41, 日本看護科学学会ホームページ. <http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/pdf/terms.pdf> (検索日2016年4月28日)
- 日本国語大辞典第二版編集委員会 (編) (2001). 日本国語大辞典〈第9巻〉(第二版), 1141, 東京: 小学館.
- 西川圭子 (2015). A重症心身障害児者施設の職員がターミナルケアを実践する中で抱いた思い: 看護師と福祉職への面談から. 日本看護学会論文集 (慢性期看護), 45, 7-10.

- 野戸結花, 三上れつ, 小松万喜子 (2002). 終末期ケアにおける臨床看護師の看護観とケア行動に関する研究. 日本がん看護学会誌, 16(1), 28-38.
- 小田切宏恵, 阿部幸子, 越田美香, 山下かず子 (1996). 癌再発患者がその人らしさを発揮するための援助法: プロセス・レコードをもちいて. 日本看護学会集録 (27回成人看護Ⅱ), 47-49.
- 小木曾加奈子, 今井七重, 佐藤八千子 (2015). ケア実践者が認識する認知症高齢者のその人らしさを大切にしたい関わり: 介護老人保健施設の看護職と介護職に着目をして. 日本看護福祉学会誌, 20(2), 31-43.
- 岡本あゆみ, 田代和子, 田村千恵子, 久代和加子 (2015). 老年看護学総合実習における夜間実習の学び: 認知症高齢者の対象理解をねらいとして. 淑徳大学看護栄養学部紀要, 7, 13-23.
- 小塩真司 (2010). 初めて学ぶパーソナリティ心理学: 個性をめぐる冒険. 13, 京都: ミネルヴァ書房.
- 小和田美由紀, 川田智美, 藤本桂子, 神田清子 (2012). 医療者がとらえる『その人らしさ』に関する研究内容の分析. 群馬保健学紀要, 32, 43-50.
- オックスフォード大学出版局 (編) (2015). オックスフォード現代英英辞典 (第9版). 801, 東京: 旺文社.
- Rodgers, B.L. (2000). Concept analysis: An evolutionary view. In: Rodgers, B.L., Knafl, K.A., *Concept Development in Nursing: Foundations, Techniques, and Applications*. 2nd ed., 77-102, Philadelphia: Saunders.
- Roy, Sr.C. (1984/1998) / 松本光子 (訳). ロイ適応モデル看護モデル序説 (第2版). 22-27, 東京: へるす出版.
- 齊田綾子, 小泉美佐子 (2010). 意思確認が困難な終末期高齢者の看護一家族との話し合いによりその人らしさを看護に取り入れることを目指した終末期看護支援手順導入の効果一. 老年看護学, 14(1), 43-45.
- 坂元あい, 佐藤朱音, 梅林秀行, 井ノ上淳, 塚本美奈, 宮島直子 (2015). 精神科看護職員がケアとして行う見守りの実態. 看護総合科学研究会誌, 16(1), 3-12.
- 清水哲郎 (2006). 第6章 人間の尊厳と死. 医療教育情報センター (編), 尊厳死を考える. 132, 東京: 中央法規出版.
- 下村見子 (2014). “その人らしさ”を尊重する. 下村見子 (編著), SERIES. 看護のエスプリ: 生活の再構築—脳卒中からの復活を支える—. 99, 東京: 仲村書林.
- 新村 出 (2008). 広辞苑 (第六版). 2003, 東京: 岩波書店.
- 諏訪さゆり, 吉尾千世子, 瀧 断子, 桑田美代子 (2001). 痴呆性高齢者の言動の意味の分析: その人らしさを尊重したケア技術確立に向けて. 東京女子医科大学看護学部紀要, 4, 11-18.
- 田井雅子, 野嶋佐由美 (2014). セルフマネジメントの概念に関する文献検討: 統合失調症をもつ人に対する活用. 高知女子大学看護学会誌, 39(2), 12-23.
- 高橋作太郎, 笠原 守, 東 信行 (編) (2012). リーダーズ英和辞典 (第3版). 1207, 東京: 研究社.
- 田道智治, 鳥田美紀代, 正木治恵 (2011). 認知症患者のその人らしさを支える看護実践の構造: 医療場面に焦点を当てて. 老年看護学, 15(2), 44-50.
- 谷田恵美子, 大元雅代 (2014). その人らしさを尊重した看護を目指した学習プロセス: 権利と権利侵害. *International nursing care research*, 13(2), 61-71.
- 田代圭伊子, 植田裕香, 久徳君子 (2007). 死後の処置に対する看護師の意識調査: 死後の処置のときに大切にしている思い. 日本看護学会論文集 (看護総合), 38, 17-19.
- 辻 泰代, 渡辺裕美 (2011). その人らしさを継続するための認知症高齢者グループホーム入居支援: 入居前アセスメントと入居時ケアに焦点をあてて. 介護福祉学, 18(1), 48-56.
- 内田亜里沙, 新垣友紀子, 清水千絵, 山東 藍, 井上磨理子 (2015). 耳鼻咽喉科・皮膚科混合病棟における終末期看護の実態. 日本看護学会論文集 (慢性期看護), 45, 11-14.
- 内田陽子, 井上謙一, 古郡理重, 小林三千代, 永井里恵子, 井上京子, 青木雅美, 広田美知子, 矢島百合子, 中島紀子, 上山真美 (2013). 認知症高齢者の状態改善をもたらしたアクションプランの特徴: グループホーム・小規模多機能型居宅介護・デイサービスでの取り組み. 群馬保健学紀要, 33, 1-7.
- 内野聖子, 浅川典子, 橋本志麻子 (2015). グループ回想法場面で発揮されている実施者の実践能力. 国際医療福祉大学学会誌, 20(1), 69-77.
- 植田洋子, 海段小百合, 佐々木秀美 (2009). 一般病棟における認知症高齢患者の行動障害把握に関する取り組み: センター方式を利用して. 看護学統合研究, 11(1), 2-19.
- 瓜生智重子 (2013). 疾病と共に生きる後期高齢者の思い. 日本看護福祉学会誌, 18(2), 1-13.
- 依田純子 (2005). コミュニティを基盤とする要介護高齢者ケアの可能性を探る: 地域に点在する小規模ケア施設の実践事例を通して. 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 11(1), 147-158.
- 吉田友子, 檜森めぐみ, 増田悠佑, 福井多恵子 (2008). その人らしさを尊重した終末期看護: その人らしさを形成する体験に着目した実践. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 38, 65-67.
- 吉沢豊予子 (1997). 中高年女性のヘルスプロモーション行動の特徴に関する記述的研究. 千葉看護学会会誌, 3(1), 73-80.

〔平成28年1月12日受 付〕
〔平成28年12月7日採用決定〕

— 研究報告 —

「認知症高齢者とのコミュニケーション法」のe-Learning教材の開発

Development of E-Learning Material on Communicating with Older Adult Patients with Dementia

青 柳 寿 弥¹⁾ 竹 内 登美子²⁾
Hisami Aoyagi Tomiko Takeuchi

キーワード：認知症，看護師，e-Learning教材，開発

Key Words：dementia nursing, nurse, e-Learning material, development

はじめに

わが国の認知症高齢者の割合は増加の一途をたどり、今後さらなる増加が懸念されるなか、病院で働く看護師が認知症高齢者と必然的にかかわる機会が増え続けることが予測される。しかし、これらの看護師は、緊急度や重症度の高い治療や点滴等のルート管理を行う等の安全な医療提供を優先するため、じっくりと認知症高齢者にかかわる時間的・精神的な余裕がないことが考えられる。とくに、看護師が抱く認知症看護の困難では、急に怒り出したり何度も同じことを繰り返したりするといった認知症特有の症状を呈する患者への対応（千田・水野，2014；林ら，2013）や認知症ケアを学ぶ機会がないこと（小山・流石・渡邊・森田，2013）があがっており、認知症に特化した知識や技術獲得の必要性がうかがえる。このようななか、厚生労働省（2012）が今後の認知症施策の方向性について報告した。その報告では、7つの視点からの取り組みのなかに「地域での生活を支える医療サービスの構築」と「医療・介護サービスを担う人材の育成」があげられており、医療者のさらなる認知症患者の対応力の向上が求められる。現段階の国内研究において、病院の看護師を対象とした認知症看護の教育支援を行った研究はいくつか報告されているものの（石川・塩田，2012；丸山ら，2012），看護師が認知症看護を学習するためのe-learning教材に関する研究は見当たらなかった。

わが国では、2000年代にインターネットを利用した遠隔講義や独自のペースで自己学習を行えるe-learningシステムなどが普及し始め、これらは現在の教育に必要な学習環境の一つとなっている。亀井・梶井・堀内・菱沼（2004）の調査では、看護職の約7割にe-learning受講に関するニーズが認められており、二交替制や三交替制の不規則な勤務シフトをとっている多くの看護師にとって、学び

の時間や場所を個々の状況に応じて自由に選ぶことができる自己学習用e-learningが適していると考えられた。

I. 研究目的

本研究の目的は、看護師を対象とした「認知症高齢者とのコミュニケーション法」のe-learning教材を開発することである。この際、開発した教材の学習評価を行い、教材の質を確保するものとする。なお、病院で働く看護師が抱く認知症患者の対応困難感の現状、および今後の国の施策による医療者の認知症患者の対応力の向上をふまえ、本研究では一般病院で認知症患者とかかわる看護師を対象とした。一般病院に勤務する看護師が、対応に困難な症状を呈している認知症高齢者とのコミュニケーション法を学ぶことにより、入院中の認知症高齢患者に適したかわり方が可能となり、認知症症状の悪化防止や患者を理解した意思疎通につながっていくことが期待される。

II. 用語の定義

a. 「認知症高齢者とのコミュニケーション法」

認知症高齢者とかかわるために必要なコミュニケーションの要点、および対応が困難な症状を呈している認知症高齢者とのコミュニケーションの要点のこと。

b. e-learning

情報技術によるコミュニケーション・ネットワークなどを活用した主体的な学習（玉木ら，2006，p. 2；玉木ら，2010，p. 3）のこと。加えて、玉木ら（2006；2010）、宮地ら（2009）の書籍を参考に、一方的な教示法ではなく、学習者とコンテンツ提供者あるいは教材との双方向のインタラクティブ性が確保されたもの、とする。

1) 千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程 Doctoral Course, Graduate School of Nursing, Chiba University

2) 富山大学大学院医学薬学研究部老年看護学講座 Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

c. 教材の開発

e-learningの基盤となるCAI（computer-assisted instruction：コンピュータ支援教材）の評価の4側面（野々村ら、1994）のうち、4番目の経済性の評価とシステム運用面の評価を除いた、①学習効果の評価、②教材の評価、③システムの技術評価の3側面から学習評価を実施し、教育内容の質が確保された教材を開発すること。

Ⅲ. 研究方法

1. e-learning教材の開発

a. 教材開発期間

2012年9月～2012年12月。

b. 教材開発の手順

まず、CAIのコースウェア作成の手順（中山・木村・東原、1987）を参考に、e-learning教材のテーマと学習目標を設定した。次に、学習目標に基づいた教材内容を決定し、写真やイラスト、ビデオ映像等を組込んだコンピュータ画面の構成を行ってe-learning教材を開発した。これらの過程において、老年看護学を専門とする教育研究者に適宜スーパーバイズを受け、教材の修正を繰り返し行い、内容妥当性の確保に努めた。

2. e-learning教材の質を確保するための評価

a. e-learning受講期間

2012年12月～2013年2月。

b. 研究対象者

A県内の複数の一般病院で勤務している認知症看護に関心のある看護師で、認知症認定看護師等の専門的な資格を有していない者。

c. 学習場所

研究対象者の自宅や職場。

d. 研究手順

(1) e-learning受講者の公募

富山大学のホームページ上で、A県内の一般病院に勤務する看護師を対象としたe-learning受講者を募集した。さらに、A県内の一般病院の看護部長宛に案内状を送付して受講者を募った。この際、認知症認定看護師等の専門的な資格を有している者は除外することを明記した。

(2) 研究同意の取得

指定した日時に、指定した場所（大学の講義室）に集まった受講希望者に、本研究の目的・方法・連結可能匿名化による個人情報の保護等について、文書と口頭で説明した。その後、研究参加に同意し同意書に署名した人を対象者とした。

(3) 事前調査

e-learning教材等の使用方法について説明し、教材に使用するIDとパスワードを配布した。その後、次の事前調査への回答を依頼した。

(a) 基本属性

性別、看護師経験年数、所属病棟、認知症看護の経験の有無、認知症高齢家族介護の経験の有無。

(b) 認知症看護の印象

「簡単である」1点、「やや簡単である」2点、「どちらともいえない」3点、「少しむずかしい」4点、「むずかしい」5点の5段階とした。

(c) 学習前の目標達成リスト4項目

- ①コミュニケーションの要点の理解度
- ②認知機能障害のある人との対応方法の理解度
- ③行動心理症状のある人との対応方法の理解度

これら①～③の項目については、「理解できない」1点、「あまり理解できない」2点、「どちらでもない」3点、「やや理解できる」4点、「理解できる」5点の5段階とした。

- ④コミュニケーション法の実用可能度の項目については、「実施できない」1点、「あまり実施できない」2点、「どちらでもない」3点、「やや実施できる」4点、「実施できる」5点の5段階とした。

(4) e-learningによる自己学習の実施

指定した期間内にe-learningによる自己学習を実施するよう依頼した。また、教材内容に関連した課題「教材学習を終えた感想」と「教材で学んだコミュニケーション法を職場で実践した振り返り」、「教材内容や教材の操作性、画面等の評価」の自由記述を依頼した。

(5) 事後調査

e-learning教材学習後に次の質問調査を依頼した。

(a) 学習後の目標達成リスト4項目

- ①コミュニケーションの要点の理解度
- ②認知機能障害のある人との対応方法の理解度
- ③行動心理症状のある人との対応方法の理解度

これら①～③の項目については、「理解できない」1点、「あまり理解できない」2点、「どちらでもない」3点、「やや理解できる」4点、「理解できる」5点の5段階とした。

- ④コミュニケーション法の実用可能度の項目については、「実施できない」1点、「あまり実施できない」2点、「どちらでもない」3点、「やや実施できる」4点、「実施できる」5点の5段階とした。

(b) 教材評価リスト6項目

- ①操作方法がわかりやすい
- ②学習に役立つ
- ③学習の効率があがる
- ④簡便に学習できる

⑤楽しみながら利用できる

⑥同じ方法で他の学習もしてみたい

以上①～⑥の項目について、[低い評価] 1点、[やや低い評価] 2点、[中間評価] 3点、[やや高い評価] 4点、[高い評価] 5点の5段階とした。

e. データ分析

基本属性、認知症看護の印象、教材評価リストは、記述統計を行った。教材学習前・学習後の調査の目標達成リストの伸び率は、Wilcoxonの符号付順位和検定の統計手法にて『IBM SPSS Statistics バージョン19』を用いて分析した。統計学的有意差の水準は5%とした。また、調査票の自由記述や課題レポート内容については質的帰納的分析を行った。質的帰納的分析の具体的手順は、「認知症看護についてむずかしさを感じること」「教材学習を終えて感じたこと」「教材で学んだことを実際行って感じたこと」「教材評価」に関連する文脈を、自由記述やレポートからそれぞれ抽出し、意味内容を損ねないように要約しコードとした。コードの意味内容の類似する概念に着目し、カテゴリーを生成した。分析結果は、老年看護学の専門家に確認し、結果の妥当性の確保に努めた。

f. 倫理的配慮

本研究について、富山大学の倫理審査委員会での承認（臨認23-84）と臨床研究利益相反マネジメント委員会での承認（利臨認23-354）を受け実施した。

インターネットを利用した学習や調査時のセキュリティについて、Webサーバーのクラッキング対策、およびSSLによる送受信データの暗号化により、調査結果などの情報漏洩を防止した。また、教材中のビデオやイラスト等の素材は、研究者らがオリジナルに作成し、その取り扱いには十分に注意した。

研究対象者から送付されたデータは、個人識別情報を削除して連結可能匿名化を行い、個人が特定されないこと、および教材の課題提出は強制でないことを伝えた。研究参加は自由意思とし、途中辞退も可能であること、辞退しても不利益を受けず受講を継続できることを伝えた。

IV. 結 果

1. 開発したe-learning教材の概要

a. システム構成

OS（オペレーションシステム）は、Microsoft Windows 7でMicrosoft Office Power Point 2010が起動可能なコンピュータを使用した。また、オープンソースのe-learningプラットフォームであるオンライン教育システムのMoodle（Modular Object-Oriented Dynamic Learning Environment）を使用した。この理由として、Moodleは教

育者側で教育プログラム（教材）を自由に構築、再改良することが可能であるためである。

b. テーマの設定

今回のe-learning教材のテーマは、「認知症高齢者とのコミュニケーション法」である。特に、看護師が対応に困難と感じている症状を呈する認知症高齢者とのコミュニケーションに焦点を当てる。その理由として、一般病院の看護師が認知機能障害や行動心理症状を呈している高齢者のコミュニケーションの取り方や接し方に慣れていない現状（林ら、2013）があること、および、本テーマについては、教科書等の書面で解説されていることが多く、動画や音声等を組み込んだ臨場感が高く、かつ解説を加えた教材は見当たらなかったことによる。

c. 学習目標の設定

認知症のコミュニケーションに関する書籍（MacKinlay & Trevitt, 2006/2010；de Klerk-Rubin, 2006/2009；中島, 2012）と、実際の臨地実習での教育場面を参考に学習目標を検討し、以下の①～④の4点を設定した。

①コミュニケーションの要点を構成する基本的なコミュニケーション、高齢者の特徴に着目したコミュニケーション、認知症者の特徴に着目したコミュニケーションの要点を理解する。

②認知機能障害を有する認知症高齢者の対応方法を理解する。

③行動心理症状を有する認知症高齢者の対応方法を理解する。

④認知症高齢者とのコミュニケーション法を理解し、実際の看護に役立てるための意識が高まる。

d. 教材の開始と終了方法

教材は、Moodleのログイン画面からユーザIDとパスワードを入力してログインする。ログイン後、「認知症高齢者のコミュニケーション法」教材の目次が提示される。「認知症高齢者のコミュニケーション法」をクリックすると教材が開始される。教材画面（図1参照）は、受講者自身が学習したい内容をクリックして何度も見られるように、目次別に組み立てた。教材画面を途中で中止したい場合、終了したい場合は、画面の閉じるマークをクリックすると終了する。また、Moodleを終了したい場合は、ログアウトをクリックすると終了することができる。その他、Moodle上の掲示板を活用し、受講者の質問に対してインタラクティブ性を確保した。

e. 教材内容

教材は基礎知識と事例展開の2部で構成し、第一部は「認知症高齢者とのコミュニケーションの要点」、第二部は「事例を用いた対応法」とした。この際、教材内容は「c. 学習目標の設定」で設定した①～④の4点の学習目標に沿って

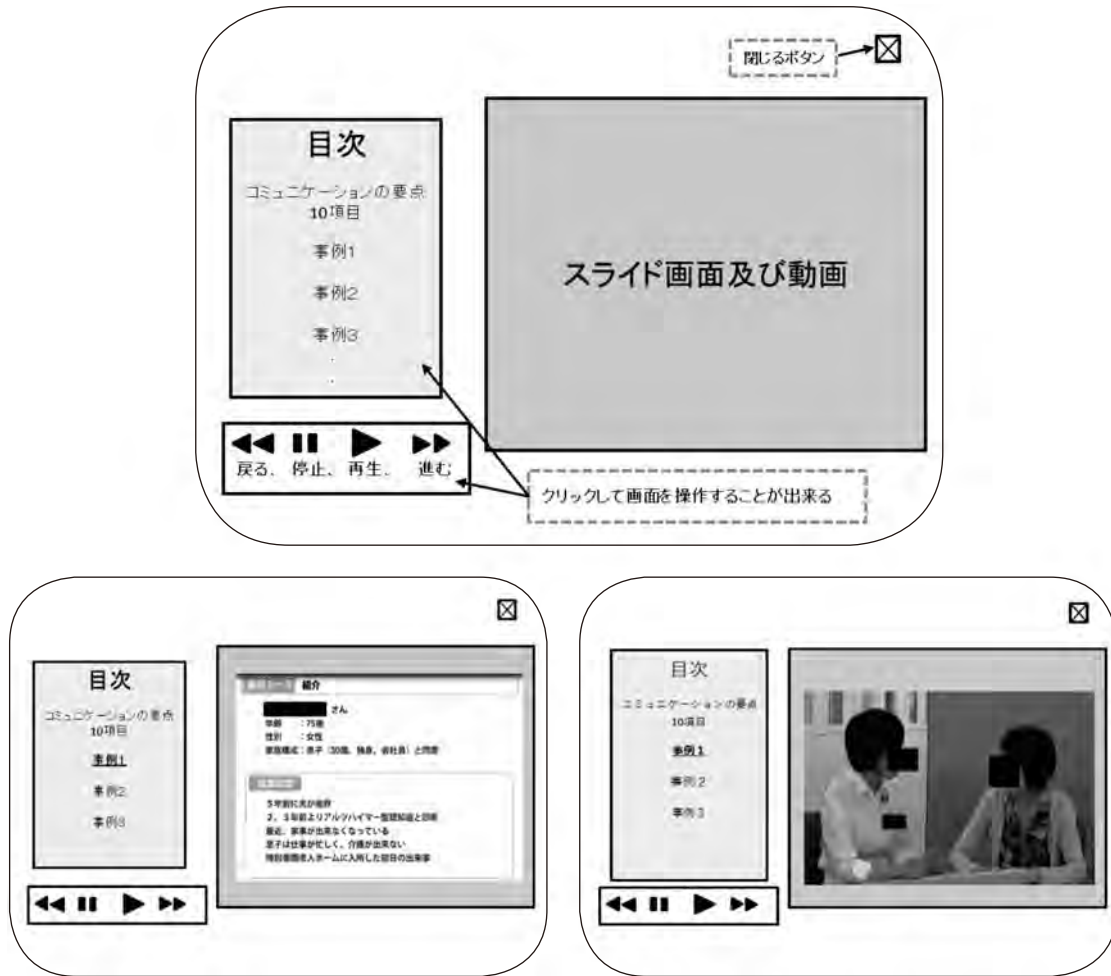


図1 教材の画面構成（上）とスライド画面例（下2枚）

構成した。各教材の末尾には、学習の自己評価欄を設けた。

(1) 第一部：認知症高齢者とのコミュニケーションの要点

- ①目的：認知症高齢者の気持ちや環境を配慮し、隠れた思いを引き出すための基礎知識や判断力が高まる。
- ②構成内容：書籍（MacKinlay & Trevitt, 2006/2010；de Klerk-Rubin, 2006/2009；中島ら, 2007）や臨地実習の気づき等から認知症高齢者の思いを引き出す認知症高齢者とのコミュニケーションの要点（表1）を作成した。基本的なコミュニケーションの要点4項目、高齢者の特徴に着目したコミュニケーションの要点3項目、認知症者の特徴に着目したコミュニケーションの要点3項目の10項目からなる。これは、基本的なコミュニケーションとしてすでに理解しているであろうと考えられる知識の復習から、高齢者の特徴、認知症者の特徴である新たな知識を順序立てて説明することで、要点の理解を深めていけるように工夫したものである。以上の内容をパワーポイントのアニメーションで提示し、ナレーションによる説明を加えた。

表1 認知症高齢者とのコミュニケーションの要点

基本的なコミュニケーションの要点
1. 環境を整えましょう。 2. 相手に敬意をもって接することが大切です。 3. 話すときは正面に、目の高さ、目と目を合わせてアイコンタクトを心がけましょう。 4. 相手の気持ちを察し、話の内容だけでなく、感情を感じ取りましょう。
高齢者の特徴に着目したコミュニケーションの要点
5. 焦らずに、高齢者の声やサインを読み取り、「聞いている」ということを伝えましょう。沈黙は相手が考えているサインです。 6. 気持ちを込めて話しましょう。その気持ちが話している相手にも伝わります。 7. 高齢者に伝わるように、はっきりと低い声で話しましょう。
認知症者の特徴に着目したコミュニケーションの要点
8. オープンクエスチョンを使って質問しましょう。混乱するような場合には、選択肢を取り入れましょう。 9. ときにはタッチングも有効です。 10. 怒鳴ったり、泣いたり、同じ動作の繰り返し等の言動には、何らかの意味があるのです。

(2) 第二部：2つの事例を用いた対応法

(a) 事例1：『過去と現在の混乱』がある認知症高齢者との対応

- ①目的：コミュニケーションの要点を活用し、認知症高齢者の感情を受け止め、気持ちを共有した対応が可能になる。
- ②状況設定：アルツハイマー型認知症と診断されている75歳の女性が、入院初日に、夫（10年前に他界）に「いますぐ会いたい」と看護師に訴えている場面。
- ③構成内容：認知症高齢者とのコミュニケーション場面について、『適切な対応例』と『よくある誤った対応例』の2種類のビデオを作成した。この際、受講者と教材とのインタラクティブ性を確保するために、次のような工夫を行った。まず、『よくある誤った対応例』を先に示し、どこが・なぜ誤りなのかを受講者に発見し考えてもらい、次に『適切な対応例』を示すように構成した。各場面には、問いを設け、受講者が目的をもって映像を解釈できるよう促した。実際のビデオ映像を示すことにより臨場感を高めるようにしたこと、および目の合わせ方やタッチングの使い方、相槌や言語の反復等を具体的に学習できるよう工夫した。さらに、2つの対応例の動画と問いを提示した後、コミュニケーションの要点の復習と2場面の対応方法の具体的な違いについて、画面表示とナレーションを使用して解説した。これらはすべて、受講者の意志によって画面を止める・前に戻る・次に進むという操作が可能のように設定した。

(b) 事例2：『盗られ妄想』のある認知症高齢者との対応

- ①目的：コミュニケーションの要点を活用し、認知症高齢者の気持ちや状態を推察し、病状を悪化させない対応が可能になる。
- ②状況設定：アルツハイマー型認知症と診断されている85歳の女性が、娘に自分の大事にしているものを盗られたと訴え、苛立っている場面。
- ③構成内容：『適切な対応例』と『よくある誤った対応例』の2種類のコミュニケーション場面を設定し、音声イラスト上の人物に割り当てるアテレコ（当てレコーディング）を用いたアニメーションを作成した。事例1と同様に、受講者と教材とのインタラクティブ性を確保するために、次のような工夫を行った。まず、『よくある誤った対応例』を先に示し、どこが・なぜ誤りなのかを受講者に発見し考えてもらい、次に『適切な対応例』を示すように構成した。各場面には、問いを設け、受講者が目的を持って映像を解釈できるよう促した。さらに、2つのアニメーションと問いを提示した後、対応方法の違いについて、画面表示とナレーションを用いて解説し

た。これらはすべて、受講者の意志によって画面を止める・前に戻る・次に進むという操作が可能のように設定した。

2. e-learning教材の質の確保のための評価

a. 受講者の属性（表2）

本研究では15名の受講者が得られ、うち2名は男性であった。この15名は14の異なる病院に勤めており、全員が正規職員であった。看護師経験年数は1.8～20年であり、平均は 11.7 ± 5.4 年（中央値10年）であった。認知症看護の経験ありが12名（80.0%）であり、その経験年数は1.8～13年で、平均は 6.9 ± 3.8 年（中央値7.5年）であった。また、認知症高齢家族介護の経験ありは3名（20.0%）であった。

b. 学習前の認知症看護の印象

学習前の認知症看護の印象は、[むずかしい]と感じている者は10名（66.7%）、[少しむずかしい]2名（13.3%）、[どちらでもない]2名（13.3%）、[やや簡単]が1名（6.7%）であった。認知症看護を[むずかしい][少しむずかしい]と感じている12名の自由記述の分析から、【認知症患者の対応に戸惑う】【認知症ケアのむずかしさ】【理解と実践の乖離】【周囲（家族や近所）との関係の悪化】【受容することのむずかしさ】の5カテゴリーが認知症看護の印象として抽出された。【認知症患者の対応に戸惑う】には、意思疎通が困難で何を求めているのかわからない、同じことを何度も言うことや感情の起伏が激しくどのように接していいのかわかる等のコードが含まれた。また、【認知症ケアのむずかしさ】には、認知症患者のアセスメントや退院調整、緊急時の安全確保等がむずかしいことが含まれた。【理解と実践の乖離】には、頭では認知症と理

表2 受講者の属性

(n = 15)

項目	人数	%
性別	男性	2
	女性	13
年齢	20代	3
	30代	8
	40代	4
看護師経験年数 (平均 ± 標準偏差, 中央値)	1.8～20年 (11.7 ± 5.4 年, 10年)	
所属病棟	急性期	5
	慢性期	4
	混合病棟	3
	その他	3
認知症看護経験あり	12	80.0
認知症看護経験年数 (平均 ± 標準偏差, 中央値)	1.8～13年 (6.9 ± 3.8 年, 7.5年)	
家族介護経験あり	3	20.0
認知症の家族介護経験年数	2～3年	

解していても実践を行うのはむずかしい、忙しいときイライラしてしまい、自己嫌悪になることが含まれた。

c. e-learning教材による学習前・学習後の目標達成リスト得点の伸び率について

学習前の「認知症高齢者とのコミュニケーション法」目標達成リスト ($n=10$) と、学習後の「認知症高齢者とのコミュニケーション法」の目標達成リスト ($n=10$) の結果を、表3に示す。教材学習前後の目標達成度伸び率の差 (Wilcoxonの符号付順位和検定) の結果は、①コミュニケーションの要点の理解度、②認知機能障害のある人との対応方法の理解度、③行動心理症状のある人との対応方法の理解度、④コミュニケーション法の実用可能度のすべての項目について、中央値が学習前は2.5以下で学習後は5.0であり、e-learning学習前の目標達成度より学習後の達成度が、有意に高かった (① $p=.007$, ② $p=.005$, ③ $p=.005$, ④ $p=.011$)。

d. 教材学習を終えた自己評価と教材評価について

12名から提出された課題レポート「教材学習を終えた所感 (表4)」の自由記述について、質的帰納的分析を行った。その結果、【患者の隠れた思いに気づく】【実践活用への期待と課題】【患者を取り巻くまわりの人への看護の必要性】【いままでの看護実践の内省と再確認】の4カテ

グリーが抽出された。「教材で学んだコミュニケーション法を実践した振り返り (表5)」の自由記述 ($n=7$) からは、【患者とのかかわりで得た成功体験】【省察的な思考力の獲得】【患者や環境に応じた実践活用への模索】の3カテゴリーが抽出された。また、「教材内容や教材の操作性、画面等の評価 (表6)」の自由記述 ($n=13$) からは、【身近で具体的な事例展開】【視聴覚に訴える教材内容】【オフキャンパスにおける教材の利便性】【コンピュータに不慣れでも簡易な操作】【教材の改善点】の5カテゴリーが抽出された。

開発した教材を用いた学習後の教材評価リストの結果 ($n=10$) は、①操作方法がわかりやすい4.30 $\pm$ 0.95点、②学習に役立つ4.30 $\pm$ 1.34点、③学習の効率が上がる4.10 $\pm$ 1.10点、④簡便に学習できる4.30 $\pm$ 0.68点、⑤楽しみながら利用できる4.10 $\pm$ 1.10点、⑥同じ方法で他の学習もしてみたい4.40 $\pm$ 0.97点となった。とくに、e-learning教材を①操作方法がわかりやすい、②学習に役立つ、④簡便に学習できる、⑥同じ方法で他のものもやってみたいという項目の点数が4.30点、4.40点と高かった。

表3 「認知症高齢者とのコミュニケーション法」の目標達成

($n=10$)

		学習前			学習後			p値
		人数	%	中央値 (四分位)	人数	%	中央値 (四分位)	
コミュニケーションの 要点の理解度	1: 理解できない	1	10.0	2.00 (2.50-2.00)	0	0.0	5.00 (5.00-4.00)	.007
	2: あまり理解できない	7	70.0		0	0.0		
	3: どちらでもない	0	0.0		0	0.0		
	4: やや理解できる	2	20.0		3	30.0		
	5: 理解できる	0	0.0		7	70.0		
認知機能障害のある人 との対応方法理解度	1: 理解できない	2	20.0	2.00 (3.00-1.75)	0	0.0	5.00 (5.00-4.00)	.005
	2: あまり理解できない	4	40.0		0	0.0		
	3: どちらでもない	4	40.0		0	0.0		
	4: やや理解できる	0	0.0		3	30.0		
	5: 理解できる	0	0.0		7	70.0		
行動心理症状のある人 との対応方法理解度	1: 理解できない	2	20.0	2.00 (2.25-1.75)	0	0.0	5.00 (5.00-3.75)	.005
	2: あまり理解できない	6	60.0		0	0.0		
	3: どちらでもない	2	20.0		2	20.0		
	4: やや理解できる	0	0.0		1	10.0		
	5: 理解できる	0	0.0		7	70.0		
コミュニケーション法 実用可能度	1: 実施できない	0	0.0	2.50 (3.00-2.00)	0	0.0	5.00 (5.00-4.00)	.011
	2: あまり実施できない	5	50.0		0	0.0		
	3: どちらでもない	4	40.0		1	10.0		
	4: やや実施できる	1	10.0		6	60.0		
	5: 実施できる	0	0.0		3	30.0		

[注] Wilcoxon符号付順位検定。

表4 教材学習を終えた所感

カテゴリー	コード
患者の隠れた思いに気づく	患者の思いを大切にすることの必要性を改めて実感
	認知症高齢者へ敬意をもって対応する必要性を実感
	ポイントを理解したうえで、かかわりの際に十分配慮していく必要性を実感
	根底に何かがあるのかを導き出してあげることの大切さを認識
	相手の言っていることを否定しないことを再認識
	相手のペースに合わせて身のまわりの介助をすることの大切さを再認識
実践活用への期待と課題	「盗まれた」事実ではなく、盗まれて「悲しい、悔しい感情」に共感することが大きな学び
	今回の事例を見てヒントを得ることができ、今後に活かしたい
	相手が納得する方法を提案するというアイデアを出すことの創意が必要
患者を取り巻くまわりの人への看護の必要性	何となくではなく、確信をもったうえで意識して患者に接することができそう
	患者のものの盗られ妄想症状により疑いの目を向けられた相手への配慮の必要性
	在宅の負担をイメージでき家族ケアの必要性を認識した
いままでの看護実践の内省と再確認	在宅に向けた支援方法の振り返りや事例検討をしていくことが必要
	事例を通して、改めて自分の行動を顧みて、不適切な対応をしていたことに愕然とした
	患者の根底に何かがあるのかを導き出してあげることが大事だとわかっていても、その対応に困惑し、感情的になった自分の対応に反省し落ち込む
	もっと行動の裏にある思いを理解できればよかったと反省
	患者の安全を守ることを優先させ、患者の思いに寄り添えていなかった
	職場のスタッフの行動を観察すると、どの人も不適切な対応をしており、改善する必要性を感じた
	何げなく普段行っていることが示され、新たな知識は得られなかった

表5 教材で学んだコミュニケーション法を実践した振り返り

カテゴリー	コード
患者とのかかわりで得た成功体験	不安を感じている患者と一緒に鍵が施錠されていることの確認を行ったことで、患者はその後入眠できていた
	患者の行動が落ち着かないとき、簡単な作業を依頼すると、作業に集中することができ、笑顔が見られ落ち着いた
	患者とじっくり話す機会をつくったとき、患者の様々な思い出話が聞かれ、穏やかな表情が見られた
	患者が大声を出して暴力を奮うとき、なるべく傍で付き添ったり、気分を紛らわすような活動を促すと、興奮は落ち着いた
	患者が入院に納得できずに憤慨しているとき、患者の思いを傾聴したことで、患者の配偶者へ強く思う気持ちに気づくことができ、患者の怒りが和らいだ
	認知機能障害のある患者に理解を得るため部屋にメモを残し、その都度説明することで患者は納得できていた
	患者が行っている作業を傍で一緒に見ていたり、それに対する賞賛や敬意を示した態度をとることで、患者の喜んだ表情が見られた
	いままでは身体拘束が必要と判断されていた患者であったが、患者の不信感や恐怖心・不安を和らげるコミュニケーションや敬意を示した対応を行うと落ち着いた
省察的な思考力の獲得	看護師がいままで（患者に対し）指示的な態度でかかわっていたことが、振り返ることでわかった
	転倒・転落の危険を防止するために、患者に身体抑制を行いナースセンターで過ごしてもらうことが患者を「安全に看ている」という気持ちになっていた
	患者とのかかわりの「プロセスレコード」を記載し、自分のコミュニケーションを振り返る必要がある
	いままでは患者に「病気で入院治療をしている」という事実のみを伝えて状況に納得してもらおうとしていたが、患者の行動が何を意味するのか考えていなかったことに気づいた
	患者が興奮してしまうようなときは、看護師の対応にも不適切なところがあったかどうかを考える必要がある
患者や環境に応じた実践活用への模索	認知症高齢者とのコミュニケーションを何げなく行っていたが、常に意識して行う必要がある
	認知症高齢者の感情を受け止め、気持ちに寄り添った対応が重要と学習したが、感情を受け止めると治療ができない状態になってしまう
	実際スタッフの数が少なかったりすると、いつも認知症高齢患者の気持ちを配慮した対応ができると限らない
	患者の反応をみつつ、一方的な提案とならないように、どのようなかかわりが必要であるか判断することも必要
	場面に応じた対応を考えていかななくてはならないと感じた
	その場を対処する方法だけでなく、患者が納得できるような発想の転換をはかるようなかかわり方の工夫ができるとよいと思う
	患者が快く応じてくれるような声かけも工夫できたのではないかと感じた
	患者の不安を和らげるような声かけや、一つのことに固執する気持ちを次の事柄にシフトできるような声かけの工夫が必要

表6 教材内容や教材の操作性、画面等の評価

カテゴリー	コード
身近で具体的な事例展開	身近な事例をもとにした対応方法を学ぶことができてよかった
	対応方法が比較して示され、とてもわかりやすかった
	認知症患者の訴え方がとてもよく再現されていて、実際の患者を思い出し身につまされる思いだった
	事例は理解しやすく、実際に自分が体験した事例として思い返し、感情移入しながら学習した
	看護師と患者とのコミュニケーションが具体的に見られてわかりやすかった
視聴覚に訴える教材内容	動画を使用しているのも、視覚的にわかりやすく、見たことのある教員が出演していたので親近感を覚えた
	視覚に訴えるリアルな描写で理解しやすかった
	場面の前に学習のポイントが表示され、場面の後に再度復習のように表示され、頭に入りやすかった
	教材は見やすく、聞きやすかった
オフキャンパスにおける教材の利便性	自分のやりたい時間に好きな服装で行えよかった
	気になる場面を自分で操作し繰り返し見ることができて振り返りがしやすかった
コンピュータに不慣れでも簡易な操作	職場のパソコンでみることができ学習に問題がなかった
	パソコンを使った教材は初めての体験であったが扱いやすかった
	パソコンの扱いに慣れていなくても使用できた
	簡単に操作し、学習することができた
	一時停止機能があり使いやすかった
教材の改善点	早送りができないので少し時間の無駄を感じた
	戻したい箇所より必要以上に戻りすぎてしまった

V. 考 察

1. 受講者の特徴

本研究の事前調査では受講者の8割が認知症患者の対応や認知症看護についてむずかしさを感じていた。このことは、千田・水野（2014）が示す認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難である【認知症の症状に関連する困難】と【認知症高齢者への看護に関する困難】に一致していた。本研究におけるe-learning受講者の多くは、認知症患者を看護することに困難を感じている看護師であり、認知症看護に抱いている困難をなんとか対処しようとしている現状がうかがえた。

また受講者は、看護師経験年数が平均11.7年（中央値10年）であり、認知症の看護経験においても平均6.9年（中央値7.5年）と比較的長い経験を有している者が多かった。このような現象を得た要因の一つとして、過去の看護教育カリキュラムとの関係性が推察された。すなわち、認知症分野の認定看護師養成が開始されたのは2005年であり、このころから認知症看護に関する教育が確立され始めたといえる。それ以前の教育は脳卒中による寝たきり予防が重点項目であり、認知症看護についての教育は十分だとはいいがたい状況であった。今回の受講者は、そのような教育的背景を経てきた者が多い年代であり、年を経るごとに増え続ける認知症患者と向きあわざるを得ない現状を反映した

結果とも考えられた。また、受講者は、学習前から認知症看護に対してむずかしさを抱いており、認知症看護の経験を積んでいても認知症看護へのむずかしさが解消されるものではなく、受講者自身の受講ニーズが高い領域であったと考えられる。

2. 開発したe-learning教材による学習効果の評価

a. e-learning教材の有用性

e-learning教材による学習前に実施した「認知症高齢者とのコミュニケーション法」の目標達成リスト4項目は、どの項目においても中央値2.0あるいは2.5点で「あまり理解できない」、あるいは「あまり実施できない」と回答している受講者が多かった。しかしながら、e-learning教材による学習後の目標達成リスト4項目では、どの項目においても中央値5.0点で「理解できる」「実施できる」と回答した受講者が多く、e-learning教材による学習前後の目標達成リスト得点における伸び率は有意に上昇した。これより、本研究で開発した教材を用いたe-learningによる学習効果が明らかとなった。また、教材評価リストのすべての項目において、平均4点台という「やや高い評価」が示されたこと、さらに、受講者らは、e-learning教材を簡易な操作で臨場感をもって利用でき、同じ学習法で他の教材も学んでみたいという点数が高かったことから、今回開発した教材を継続使用していくことの有用性が示唆された。

b. e-learning教材の学習成果と実践への還元

教材学習を終えた所感についての質的帰納的分析の結果では、認知症高齢者が言葉でうまく伝えられない【隠れた思いに気づく】ことの重要性を受講者は改めて実感していた。このことは、認知症看護だけではなくあらゆる患者の看護において留意すべきことであり、患者の思いを大切にすることや、敬意をもって対応することの大切さを、認知症高齢者の看護においても重要だと再認識していた。また、事例を通していままでの自分を振り返り、不適切な対応をしていたことに愕然とした等という【いままでの看護実践の内省と再確認】につながっていた。これらのことは、身近な事例を用いて回答の根拠を問いかけながら進めていくプログラムであったことで、受講者である看護師が自ら発見したり、考えたり、体験事例を振り返りながら学習ができていたことを示していると考えられた。加えて、【実践活用への期待と課題】というカテゴリーが見出されたことは、新たな知識を習得したことによって、実際の看護に役立てたいという実践に向けた意欲を確認でき、教材内容や教材の操作性、画面等の評価であげられた【身近で具体的な事例展開】および【視聴覚に訴える教材内容】のもつ効果が示唆された。

実践した振り返りに関する分析の結果において、【患者とのかかわりで得た成功体験】があげられた。これは、教材学習を終えた所感のなかであげられた【患者の隠れた思いに気づく】ことが実践に反映し、受講者が患者の気持ちを汲み取ってかかわった結果であったと考えられる。また、受講者は、学習しているときと同様に、実践においてもいままでの経験を振り返ったり、意識的に行動したりするという、一つひとつの行動を見直すという実践のなかで【省察的な思考力の獲得】もしていた。このことは、受講者が目的をもって対応方法を解釈できるよう事例内容に問いを設けたことによって、実践のなかでも、相手や自分自身の気持ちを問いながら、内省する思考力を獲得していったのではないかと考える。

さらに、学んだ知識を実践へと還元することに関して、湯浅（2012）は、「急性期病院の看護師を対象に、認知症をもつ人とのコミュニケーション方法やかかわり方の原則についての講義を行うと‘それは知っている’‘一般的なこと’と言われることがある。しかし、認知症のケアに困難を感じているということは、その当たり前のことができていないのではないかと感じられた。もっている知識をどのようにケアに活用するのかわからないのかもしれない。」(p.144)と述べ、知識をケアという実践へと活用していく課題をあげている。本研究においては、学習を終えた所感に示されているように受講者は学びによって気づきや認識を高めたというコードが多くあげられた。同時

に、[何げなく普段行っていることが示され、新たな知識を得られなかった]というコードもあがっていた。何げなく行っていたことが学習内容と一致したことで新たな知識を得られなかったものの、もともと獲得していた知識の再確認の場になっていたとも考えられる。また、教材で学んだコミュニケーション法を実践した振り返りから、どの患者にも同じように学習で得たコミュニケーション法を活用するのではなく、個々の患者に合うように工夫を凝らし、忙しい職場環境のなかでどのように活用していくかという【患者や環境に応じた実践活用の模索】を繰り返していた。このことは、湯浅（2012）が指摘する知識を実際のケアにどのように活用するのかということの解決を導く第一歩であり、実践において継続的に知識を活用するためのフォローアップが非常に重要だと考えられた。また、一般病棟に勤務する看護師を対象に認知症高齢者への対応困難さを調査した松尾（2011）は、「認知症高齢者を一人の人間として向き合ってケアしたい思いがあっても、危険回避のためにその思いをかなえられないアンビバレントな思いを抱えてケアを行っていることが考えられた」(p.108)と述べている。本研究の受講者も同様に、実際に行った振り返りにおいて、患者や環境に応じた実践活用への模索において、治療目的の看護と認知症高齢者のケアの両立が脅かされる葛藤を述べており、その際に看護師にとってアンビバレントな思いを抱きやすいことが考えられる。治療目的の看護が優先されやすい総合病院において、認知症高齢者のケアと両立していくためには、継続的なフィードバックを行い、チームで認知症患者のケアについて検討していく必要があると考えられる。

c. e-learning教材の特徴と課題

教材の質確保のための教材の評価、およびシステムの技術評価に該当する「教材内容や教材の操作性、画面等の評価」で見出された【視聴覚に訴える教材内容】では、教材に動画や音声を組み込んだことにより理解を高めたことが示唆された。これは、紙媒体による教材とは異なりe-learning教材は電子媒体のため視聴覚を刺激するような方法で内容理解を補強したと考えられる。しかし一方で、早送りや戻る機能に関する【教材の改善点】が見出された。教材システム設計におけるプロセスの大部分は、似かよった構成要素（分析→設計→開発→実施→評価）のプロセスがあり（Gagné, Wager, Golas, & Keller, 1974/2007）、このプロセスは一方向に向かう直線的なプロセスではなく、常にフィードバックを繰り返しながら改善を目指し、教育の品質管理、質の向上を目指していくもの（玉木, 2006, p. 9）である。今回の教材開発において参考にしたCAIコースウェア作成手順のプロセスにおいても同様に、教材内容の修正やコースウェアの改訂が含まれており、評価を

もって終了となるのではなく、再び各構成要素の改善や再設定を行うことでの質の向上が求められる。本研究であげられた改善点をもとに修正し、受講者の学習効果が高まるような細かな機能を調整していく必要があると考えられる。

また、e-learning教材の特徴として、教材内容や教材の操作性、画面等の評価において、自分のやりたい時間に、好きな服装でできてよかったことや、気になるところを繰り返し見て振り返りやすかったというコードから【オフキャンパスにおける教材の利便性】が見出され、不規則な勤務形態である受講者が時間や場所を選ばず自由に行えたことや、納得できるまで何度も学習できたというe-learningの利点が現れていた。このことは、宮地ら（2009）が述べる、いつでもどこでも学習できること、個人の進捗度に合わせた学習ができること、必要な内容を必要なだけ学習できること（p.43）と一致しており、e-learningの特徴が生かされていたことが示された。

さらに、e-learning教材の学習を継続していくことについて、大久保ら（2005, p.36）の調査では、e-learning受講希望の不安について「直接交流がないことによる不安」「1人で学習することによる不安」があがっている。竹内・小澤・岡本・桑子（2012）も同様に、e-learningは主体的・能動的な要素が強い学習方法である（p.374）と報告しているように、e-learningのみの学習では、自由度が高すぎて個人特性によっては挫折しやすいと考えられた。ゆえに、本研究においては教材と受講者とのインタラクティブ性を高める工夫を随所に組み込み、課題提出を促すことによって1人で学ぶことのデメリットを減じるよう配慮した。その結果、研究辞退者はいなかったが、課題を提出しなかった者や提出された内容に差がみられた。この理由として、コンテンツ提供者（教員）による提出課題の分量や期限の設定に関すること、および受講者要因である仕事や私生活における忙しさととの関連が内容や提出の有無に影響したのではないかと推察された。

今後の課題として次の3点をあげる。1つ目は、有職者が自主的に学習していることをふまえ、提出課題の分量や期限に関する猶予等の検討をすること、および教材と受講者のインタラクティブ性に加えて、コンテンツ提供者（教員）と受講者間のインタラクティブ性の確保についても、検討していく必要があると考えられた。2つ目には、e-learning教材は、受講者のライフスタイルに応じて主体

的・能動的に学びを深めることができる反面、自由度の高さによって挫折する受講者もいるという観点からの課題である。本研究における課題を提出しなかった者や提出された内容に差がみられた者の現状とニーズを把握し、さまざまな受講者の特性を考慮した教材開発が必要であると考えられた。最後に、今回の研究における目的は、教材を開発することであった。今後は、研究対象者数を増やし、個々の学習者の実施回数や学習時間を含めた詳細なデータをもとに、開発した教材の学習効果を明らかにするための大規模調査を行うことが必要である。

VI. 結 論

本研究において、「認知症高齢者へのコミュニケーション法」のe-learning教材を一般病院の看護師を対象に開発した。その結果、教材学習前よりも学習後の学習到達目標の伸び率が有意に高く、教材自体の評価も高いものであった。また、看護師は、本e-learning教材で学習を行ったことにより、【認知症患者の隠れた思いに気づき】【いままでの看護実践の内省と再確認】をしていた。さらに、臨床現場において学習内容を実際に活用したことで、【患者とのかかわりから得た成功体験】や【省察的な思考力を獲得】していたことが見出された。以上の結果から、本研究では、「認知症高齢者へのコミュニケーション法」のe-learning教材の質が保証された。今後の課題として、自己学習という自由度の高さによって挫折する受講者もいるという観点から、教材のインタラクティブ性の確保や受講者の学習意欲の維持といった個人特性を考慮した教材開発が必要である。また、学習履歴等の詳細なデータから学習効果を明らかにする大規模調査を行う必要がある。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆さまに心より深く感謝申し上げます。

本研究は、平成24年度富山大学寄付部門在宅看護学講座の研究助成を受けて実施した。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

病院で働く看護師が抱く認知症患者の対応困難な現状を踏まえ、本研究は、一般病院で働く看護師を対象として、教育内容の質が確保された「認知症高齢者のコミュニケーション法」のe-learning教材を開発することを目

的とした。開発した教材は、動画やアニメーションを取り入れて臨場感を高めたこと、および実践に活かせるよう事例展開を組み込み、よくある誤り事例から考えさせる内容で構成し、教材と受講者とのインタラクティブ性を確保した点に特徴がある。看護師15名を対象として、開発した教材による学習効果を検討した結果、教材学習前より学習後の目標達成度伸び率が有意に上昇した ($p < .05$)。また、教材学習後の自由記述を質的帰納的分析した結果、「患者の隠れた思いに気づく」や「患者とのかかわりで得られた成功体験」等のカテゴリーが得られた。以上より、本研究における e-learning 教材の質が保証された。

Abstract

Nurses who work in hospitals often experience difficulty in coping with older adult patients with dementia. This study aimed to develop e-learning material for nurses in general hospitals on how to communicate and cope with older adult patients with dementia. A particular focus was maintaining the quality of education content. The e-learning material had specific characteristics. The material comprised vivid and realistic case studies that included video and animation. In addition, interaction between nurse and learning material was secured by including in the content a nurse who autonomously identified the mistakes made in the case studies. The e-learning material was provided to 15 nurses. Differences in achievement of four specific learning goals before and after completion of the e-learning material were analyzed statistically. Nurses' feedback reports were analyzed qualitatively. The results of the analysis of the effect of the e-learning material showed that the achievement of each goal was significantly higher after completion of the e-learning material than before ($p < .05$). The analysis of the nurses' feedback extracted categories such as "realization of a patient's hidden thoughts" and "successful experience." Targeted e-learning material may be effective in helping nurses learn to communicate and cope with older adult patients with dementia, and the quality of the material could be assured.

文 献

- 千田睦美, 水野敏子 (2014). 認知症高齢者を看護する看護師が感じる困難の分析. 岩手県立大学看護学部紀要, 16, 11-16.
- de Klerk-Rubin, V. (2006/2009) / 稲谷ふみ枝 (監訳). 認知症ケアのバリケーション・テクニック: より深いかかわりを求める家族・介護者のために. 東京: 簡井書房.
- Gagné, R.M., Wager, W.W., Golas, K.C., and Keller, J.M. (1974/2007) / 鈴木克明, 岩崎 信 (監訳). インストラクショナルデザインの原理. 京都: 北大路書房.
- 林 浩靖, 青柳寿弥, 新鞍真理子, 北林正子, 塩澤まゆみ, 野村典子, 瀬山尚子, 青木頼子, 竹内登美子 (2013). 総合病院に勤務する看護師の認知症看護の研修に関する理解と研修内容の希望. 日本看護学会論文集 (老年看護), 43, 118-121.
- 石川芳子, 塩田美佐代 (2012). 地域医療拠点病院における認知症ケア改善の取り組みと成果: NTT東日本伊豆病院の一病棟での実践. 認知症ケア事例ジャーナル, 5(2), 172-177.
- 亀井智子, 梶井文子, 堀内成子, 菱沼典子 (2004). 保健医療福祉教育機関等に勤務する看護職における e-learning 開講に関するニーズ調査報告. 聖路加看護大学紀要, 30, 66-73.
- 厚生労働省 (2012). 今後の認知症施策の方向性について. 「認知症施策検討プロジェクトチーム」報告書. <http://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/dementia/dl/houkousei-02.pdf> (検索日2016年1月31日)
- 小山尚美, 流石ゆり子, 渡邊裕子, 森田祐代 (2013). 中規模病院の一般病棟で認知症高齢者のケアを行う看護師の困難. 老年看護学, 17(2), 65-73.
- MacKinlay, E. and Trevitt, C. (2006/2010) / 馬籠久美子 (訳). 認知症のスピリチュアルケア: こころのワークブック. 東京: 新興医学出版社.
- 丸山 優, 齊藤由美, 皆島悦子, 内海好江, 吉澤絹子, 大塚真理子 (2012). 認知症の基本的な知識をもつことからケア改善を目指した取り組み: さいたま赤十字病院の一病棟での実践. 認知症ケア事例ジャーナル, 5(2), 158-163.
- 松尾香奈 (2011). 一般病棟において看護師が体験した認知症高齢者への対応の困難さ. 日本赤十字看護大学紀要, 25, 103-110.
- 宮地 功, 安達一寿, 内田 実, 片瀬拓弥, 川場 隆, 高岡詠子, 立田ルミ, 成瀬喜則, 原島秀人, 藤代昇丈, 藤本義博, 山本洋雄, 吉田幸二 (2009). eラーニングからブレンディッドラーニングへ. 27-30, 東京: 共立出版.
- 中島紀恵子, 太田喜久子, 奥野茂代, 水谷信子, 北川公子, 桑田美代子, 吹田夕起子, 高見美保, 高山成子, 得居みのり, 矢部弘子, 山田律子 (2007). 認知症高齢者の看護. 東京: 医歯薬出版.
- 中山和彦, 木村捨雄, 東原義訓 (1987). コンピュータ支援的教育システム: CAI(教育とコンピュータ). 144-146, 東京: 東京書籍.
- 野々村典子, 猪又克子, ライダー島崎玲子, 堀 良子, 長谷川芳子, 塚越フミエ, 岡崎寿美子 (1994). 情意的領域からみた CAI教材の学習効果. 看護教育, 35(2), 146-150.
- 大久保暢子, 亀井智子, 梶井文子, 堀内成子, 菱沼典子, 豊増佳子, 中山和弘, 柳井晴夫 (2005). 看護職者の e-learning 受講希望に関する因子の特定とその構造. 日本看護科学会誌, 25(1), 31-38.
- 竹内登美子, 小澤和弘, 岡本恵里, 桑子嘉美 (2012). 開発した看護用コンピュータ教材の有効性及び個人特性が教材評価に及ぼす影響. 医学教育, 43(5), 369-375.
- 玉木欽也, 齋藤 裕, 松田岳士, 橋本 諭, 榎藤俊彦, 堀内淑子, 高橋 徹 (2006). eラーニング専門家のためのインストラクショナルデザイン. 2-13, 東京: 東京電機大学出版局.
- 玉木欽也, 大沼博靖, 榎藤俊彦, 齋藤長行, 長沼将一, 山根信二, 石井美穂, 合田美子, 宇田純子, 堀内淑子, 松田岳士 (2010). これ一冊でわかる eラーニング専門家の基本: ICT・ID・著作権から資格取得準備まで. 2-6, 東京: 東京電機大学出版局.
- 湯浅美千代 (2012). 急性期病院での認知症ケアの課題と展望. 認知症ケア事例ジャーナル, 5(2), 140-146.

[平成27年11月16日受 付]
[平成28年12月10日採用決定]

地域で暮らす精神障がい者の服薬の必要性の認識と服薬における課題

Recognition and Difficulty for Drug Administration of
Mentally Handicapped Persons Living in Communities

山下 真裕子 伊 関 敏 男 藪 田 歩
Mayuko Yamashita Toshio Iseki Ayumi Yabuta

キーワード：精神障がい者，服薬，困難感，地域支援

Key Words：mentally handicapped persons, medication, difficulty, community support

緒 言

わが国における精神医療は，平成16年9月に厚生労働省において「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下，改革ビジョン）が取りまとめられた（今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会，2009）。改革ビジョンにおいて掲げられた「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づき，これまで，「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律」（障害者総合支援法）の制定や累次の診療報酬改定など，その基本理念の実現に向けた具体的な施策が展開され，その本格的取り組みが始められている。このような種々の取り組みのなか，精神障がい者の退院率は著しく増加してきた。加えて，精神障がい者が退院し，地域生活を送ることが可能となった要因の一つとして薬物療法の進歩がある（渡辺・岸本，2009）。20世紀半ばに始まった精神科薬物療法の進歩は，長期入院を余儀なくされた精神疾患患者の退院を可能とし，心理療法や精神科リハビリテーションの効果を向上させ，脱施設化医療へと精神医療の変化をもたらしている。

一方で，精神科病院の入院患者数の減少には著しい改善はみられていない。その要因の一つとして，精神障がい者が短期間のうちに入退院を繰り返す回転ドア現象がある。入院治療における抗精神病薬の効果により，精神症状の改善・安定がみられても，退院後充実した支援が受けられないと，自己中断，自己調整等によって症状が再燃・再発し，入退院を繰り返す結果を招く。再燃・再発は精神障がい者の予後を左右する大きな要因でもあることから，長期入院患者や入退院を繰り返している精神障がい者が，精神症状を安定させ，地域生活を継続するためには，服薬の継続が不可欠である。

しかし，精神障がい者の服薬遵守は約4割と低い（Valenstein, et al., 2004）。なかでも統合失調症はアドヒ

アランスを得にくい疾患であるといわれ（安西・佐藤，2008；Keith & Kane, 2003），服薬を継続できない場合は約8割が再燃・再発する（安保・伊関・菊池・樋口・塚田，2007）と指摘されている。

服薬の継続には，患者の理解（Morisky, Ang, Krousel-Wood & Ward, 2008）や治療への参加意識，治療への同意や納得（WHO, 2003），疾患に対するリスク（神島，2008）や薬の必要性についての知識を得ていること（WHO, 2003；Morisky, et al., 2008），医療従事者との良好な関係（Svensson, Kjellgren, Ahlner & Säljö, 2000），ソーシャルサポートがあること（WHO, 2003；Haynes, McDonald & Garg, 2002）など患者に起因する要因が明らかにされている。それらの患者に起因した要因を改善するため，看護師，薬剤師等により，入院中の患者への服薬指導およびさまざまな取り組みが実践され，その効果が明らかにされている（早川，2014；伊禮門・廣井・下地・當間・宮城，2010；前田・池田・高橋・森，2010）。

一方，わが国の社会保険システムを背景とした多剤化，大量化，高力価投与など処方に起因した課題（風祭，2008）は依然として残存する。これまで，精神障がい者の家族会が会員家族を対象として，精神障がい者の服薬回数，服薬のタイミングなど服薬における現状調査は実施されている（池淵，2011）。しかし，地域精神保健福祉施設を利用し，さまざまな地域活動を実施する精神障がい者を対象に，服薬における現状から課題を抽出した報告はみられない。また，精神疾患の特性から，服薬の必要性が認識できず，服薬を困難にする要因については報告されている（澤田，2013）。しかし現在，服薬の必要性を認識し一定のレディネスが形成されている対象者に対し，その認識に影響を及ぼした要因について調査した報告はみられない。

I. 研究目的

本研究は、地域で生活する精神障がい者の服薬の必要性の認識と関連要因、服薬における課題について明らかにすることを目的とする。それにより、地域生活を継続するための服薬支援の方策への示唆が得られると考える。

II. 用語の定義

本研究では、服薬の困難感を、処方された薬剤を内服することに対して、精神障がい者が感じた困ったこと、戸惑ったこと、気がかりとした。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

無記名自記式質問紙における横断的記述的研究デザインである。

2. 対 象

A県にある地域活動支援センターおよび就労継続支援B型事業所に通う精神障がい者で、本研究への同意が得られた149名（回収率74.5%）を対象とした。

3. データ収集方法

A県にある地域活動支援センターおよび就労継続支援B型事業所8か所の施設長に、本研究の趣旨、方法、倫理的配慮等を記載した研究協力依頼書に基づき説明を行い、研究への同意を得た。その後、各施設のミーティングの際に、利用者全員に対し、本研究の趣旨、方法、倫理的配慮等について口頭で説明を行った。研究者は研究協力依頼書、調査票、返信用封筒一式を入れた封筒を準備し、施設長およびスタッフに利用者数分手渡し、研究協力の同意が得られた利用者への配布を依頼した。研究に同意した利用者は施設長およびスタッフより封筒を受け取り、各自記入後、研究者宛に郵送を依頼した。

4. 調査項目

質問紙は研究者が作成した。主な内容は個人属性に関すること、疾患に関すること、服薬に関することで構成されている。具体的には、個人属性として年齢、性別、婚姻状況、生活状況について尋ねた。疾患については、疾患名、発症年齢、罹患期間、入院歴、通院頻度、現在の治療内容について尋ねた。服薬に関することでは、服薬回数、希望する服薬回数、服薬の必要性についての認識は、絶対必要だと思う、必要だと思う、あまり必要だと思わない、全く

必要ない、わからないの5件法で尋ねた。服薬するうえでの困難感の有無とその内容については先行研究（黒川ら、2013）を参考にし、薬を飲み忘れることがある、飲んだか飲んでいないかわからなくなる、どの薬を飲んだらいいかわからなくなる、いつ薬を飲んだらいいかわからなくなる、飲む回数が多い、1回に飲む薬の量が多い、副作用（眠くなる、体がだるい、便秘になるなど）があるの7項目の有無を尋ね、その他については自由記述で尋ねた。

5. データ分析方法

基礎属性に関しては、記述統計量を算出した。また選択項目に関しては単純集計を行った。各平均値の比較については、Mann-WhitneyのU検定、カテゴリカルデータの関連性については χ^2 検定を行った。なお期待度数が5以下または周辺度数が10未満の項目が存在する場合はFisher直接確率検定を行った。有意水準は.05未満とした。自由記述はテキストデータに変換した後、対象者の記述のなかで、服薬の必要性の認識について、そのように思う理由について書かれた文節に下線を引き、意味のまとまりを示す文節を取り出した。取り出した文節がどのような意味をもつか、研究者の解釈を書き加えた。対象者の記述の特徴を損なわないように注意しながら、明らかな余談や繰り返しは削除した。取り出したおのおのの文節は、研究疑問に照らし合わせたうえで、必要性の認識に関連するコードをつけた。なおコードは対象者の記述の一部を使用した。おのおののコードの関係を検討し、パターンを見出し、サブカテゴリーを導き出した。さらに、おのおののサブカテゴリーの関係を検討し、パターンを見出し、カテゴリーを生成した。結果の厳密性を担保するために、著者の解釈やカテゴリー化に歪みや偏りがないかを質的研究の経験がある研究者3名と議論した。なお、統計処理には『IBM SPSS Statistics ver. 22.0 J for Windows』を使用した。

6. 倫理的配慮

本研究は所属大学の倫理審査委員会（平成26年10月3日、No. 7-23）の承認を受けて実施した。対象者には自由意思であること、本研究に参加しないことで何ら不利益を被ることは一切ないこと、質問紙は無記名とし、本人が特定されることは一切ないこと、データの管理は厳重に行うことなどを口頭および文章で説明した。なお、質問紙の返送をもって研究参加に同意を得たものとした。

IV. 結 果

1. 対象者の属性

対象者149名の平均年齢は45.21（SD = 11.79）歳、性別

は男性99名 (66.4%), 女性49名 (32.9%), 不明1名 (0.7%) であった。生活状況は独居48名 (32.2%), 家族等と同居99名 (66.4%), 不明2名 (1.4%), 婚姻状況は未婚134名 (89.9%), 既婚10名 (6.7%), 不明5名 (3.4%) であった。

対象者の疾患区分は, 統合失調症109名 (73.2%), 気分障害23名 (15.4%), 非定型精神障害9名 (6.0%), 自律神経失調症3名 (2.0%), 神経症18名 (12.1%), 人格障害2名 (1.3%), ストレス性障害2名 (1.3%), 依存症3名 (2.0%), その他10名 (6.7%), 不明3名 (2.0%) (複数回答) であった。

発症年齢は平均23.82 (SD = 9.93) 歳, 平均罹患期間は21.35 (SD = 11.49) 年であった。

精神科入院歴は0回30名 (20.1%), 1回37名 (24.8%), 2 - 4回63名 (42.3%), 5 - 9回13名 (8.8%), 10回以上3名 (2.0%), 不明3名 (2.0%) であった。

通院頻度は週に1回4名 (2.7%), 2週間に1回34名 (22.8%), 月に1回78名 (52.4%), 2か月に1回, 3か月に1回が各6名 (4.0%), その他7名 (4.7%), 不明14名 (9.4%) であった。

現在受けている治療としては, 薬物療法149名 (100.0%), 作業療法27名 (18.1%), デイケア・ナイトケア15名 (10.1%), SST 12名 (8.1%), 心理面接 (カウンセリング) 8名 (5.4%), 集団療法7名 (4.7%), 心理教育3名 (2.0%), 不明5名 (3.4%) であった (複数回答) (表1)。

2. 服薬における必要性の認識とその要因

服薬の必要性に対してどのように思うかについては, 絶対必要だと思う98名 (65.8%), 必要だと思う33名 (22.1%), あまり必要だと思わない5名 (3.4%), 全く必要ない1名 (0.7%), わからない12名 (8.0%) であった。

服薬の必要性の認識に関連する要因について検討するため, 服薬に対して絶対必要だと思う, 必要だと思うと回答した者を高認識群, あまり必要だと思わない, 全く必要ない, わからないと回答した者を低認識群と分類し, 性別, 罹患期間 (10年以上, 10年未満), 入院歴の有無, 疾患別 (対象者の上位3疾患である統合失調症, 躁うつ病, 神経症の有無), 治療別 (デイケア・ナイトケア, SST, 作業療法, 集団療法, 心理教育, 心理面接の有無) について χ^2 検定を用いて検討した。また, 年齢については Mann-Whitney の U 検定を用いて検討した。その結果, 年齢 ($p = .65$) や性別 ($p = .39$), 入院歴 ($p = .95$), 疾患別 (統合失調症 $p = .74$, 躁うつ病 $p = .41$, 神経症 $p = .58$), 治療別 (デイケア・ナイトケア $p = .58$, SST $p = 1.00$, 作業療法 $p = .35$, 集団療法 $p = .69$, 心理教育 $p = .26$, 心理面接 $p = .44$) において関連は認めなかったが, 罹患期

表1 対象の属性

($n = 149$)

属性	区分	人 (%)
性別	男性	99 (66.4)
	女性	49 (32.9)
	不明	1 (0.7)
生活状況	独居	48 (32.2)
	家族等と同居	99 (66.4)
	不明	2 (1.4)
婚姻状況	未婚	134 (89.9)
	既婚	10 (6.7)
	不明	5 (3.4)
疾患	統合失調症	109 (73.2)
	気分障害	23 (15.4)
	非定型精神障害	9 (6.0)
	自律神経失調症	3 (2.0)
	神経症	18 (12.1)
	人格障害	2 (1.3)
	ストレス性障害	2 (1.3)
	依存症	3 (2.0)
	その他	10 (6.7)
	不明	3 (2.0)
精神科入院歴	0回	30 (20.1)
	1回	37 (24.8)
	2 - 4回	63 (42.3)
	5 - 9回	13 (8.8)
	10回以上	3 (2.0)
	不明	3 (2.0)
外来通院頻度	週に1回	4 (2.7)
	2週間に1回	34 (22.8)
	月に1回	78 (52.4)
	2か月に1回	6 (4.0)
	3か月に1回	6 (4.0)
	その他	7 (4.7)
治療内容	不明	14 (9.4)
	薬物療法	149 (100.0)
	作業療法	27 (18.1)
	デイケア・ナイトケア	15 (10.1)
	SST	12 (8.1)
	心理面接 (カウンセリング)	8 (5.4)
	集団療法	7 (4.7)
	心理教育	3 (2.0)
	不明	5 (3.4)

[注] 疾患, 治療内容は複数回答あり。SST: social skills training.

間 ($\chi^2 = 6.93$, $df = 1$, $p = .02$) との間に関連を認めた。つまり, 服薬の必要性を高く認識している群は, 罹患期間が10年以上の者が有意に多かった。

服薬の必要性の認識についてなぜそう思うか, 自由記述で回答を求めた。149名中136名 (91.3%) が何らかの記載をした。記載内容を分析した結果, 表2のように【ポジティブ体験】【ネガティブ体験】【個々の目的達成】【コンプライアンス】の4のカテゴリーと35のサブカテゴ

リー, 194のコードを作成した。以下, カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを [] で示す。

【ネガティブ体験】は, 対象者らは, 服薬しないことによって, [症状の悪化] や [感情の不安定] [身体症状の出現] をきたし, その結果 [再発] や [病気の治癒の困難性] を体験していた。またそれにより [家族関係が悪化する] ことや [外出困難となる] [就労困難となる] [自信がもてない] など日常生活に支障をきたし, その体験から服薬をしないと [再発に対する恐怖] や [症状出現に対する恐怖] を抱き, 服薬の必要性を認識するに至っていた。【ポジティブ体験】では, 服薬することで [症状の安定] や [症状の改善] [体調の維持] や [感情の安定] [不安の解消] [効果の実感] を体験し, それが [病気の治癒] に

つながること, またそれにより [日常生活が送れる] 体験や, [仕事ができる] [やりたいことを楽しめる] [対人交流がとれる] などの日常生活へのポジティブな影響を体験することで, 服薬への必要性の認識を高めていた。また対象者らは [自分らしく暮らす] [安定した生活を送る] [就労する] [余暇活動を充実] させる, [結婚・出産] [親孝行] [夢の実現] など, 【個々の目標達成】をしたいという思いから服薬の必要性の認識を高めていた。また, [医師の指示] [家族の指示] [施設担当者の指示] により [症状軽減のための指示] [再発・再燃予防のための指示] などを受け【コンプライアンス】により服薬の必要性を認識していた。

3. 服薬の現状

対象者の1日の平均服薬回数は2.62 (SD = 1.14) 回, 服薬するタイミングとしては, 朝食後112名 (75.2%), 昼食後50名 (33.4%), 夕食後107名 (71.8%), 眠前113名 (75.8%), その他9名 (6.0%) (複数回答) であった。一方, 希望する1日の服薬回数は平均2.17 (SD = 1.18) 回, 希望する服薬のタイミングとしては, 朝食後90名 (60.4%), 昼食後38名 (25.5%), 夜食後82名 (55.0%), 眠前97名 (65.1%), その他11名 (7.4%) (複数回答) であった。

実際の服薬のタイミングと希望する服薬のタイミングとの間の一致率について検討するため, κ 係数を算出した。その結果, 朝食後 $\kappa = .641$ ($p < .01$) が最も一致率が高く, 昼食後 $\kappa = .592$ ($p < .01$), 夕食後 $\kappa = .594$ ($p < .01$), 眠前 $\kappa = .537$ ($p < .01$) であり, 眠前の一致率が最も低い結果であった。また, 服薬回数と希望する服薬回数の一致率は $\kappa = .45$ ($p < .01$) と低く, 現状よりも少ない服薬回数を希望していた。

4. 服薬における困難感と関連要因

服薬における困難感については, 服薬で困っていることはない60名 (41.1%) で約6割が何らかの困難感を体験していた。困難感の具体的内容としては, 薬を飲み忘れることがある41名 (28.3%), 副作用がある41名 (28.3%), 飲んだか飲んでいないかわからなくなる27名 (18.8%), 1回に飲む薬の量が多い18名 (12.4%), 飲む回数が多い11名 (7.6%), どの薬を飲んだらいいかわからなくなる, いづれ薬を飲んだらいいかわからなくなるが各1名 (0.7%), その他5名 (3.4%) (複数回答) であった。なお, その他に関する自由記述はなかった。

先行研究 (Velligan, et al., 2009) で最も多いと報告されている「飲み忘れ」について関連する要因を検討するため, 飲み忘れがあると回答した群とそうでない群に

表2 服薬の必要性の認識に関連する要因

($n = 136$)

カテゴリー	サブカテゴリー
ポジティブ体験	症状の安定
	症状が改善
	体調の維持
	感情の安定
	不安の解消
	病気の治癒
	効果の実感
	日常生活が送れる
	仕事ができる
	やりたいことを楽しめる
ネガティブ体験	対人交流がとれる
	症状の悪化
	感情が不安定になる
	再発
	病気の治癒の困難性
	再発に対する恐怖
	症状出現に対する恐怖
	身体症状の出現
	日常生活が送れなくなる
	家族関係が悪化する
個々の目標達成	外出困難となる
	就労困難となる
	自信が持てない
	自分らしく暮らす
	安定した生活を送る
	就労
	余暇活動の充実
	結婚・出産
	親孝行
	夢の実現
コンプライアンス	医師の指示
	家族の指示
	施設担当者の指示
	症状軽減のための指示
	再発・再燃予防のための指示

分類し、年齢、罹患期間、服薬回数の差についてMann-WhitneyのU検定を行った。また、服薬のタイミング（朝食後、昼食後、夕食後、眠前それぞれの有無）、服薬の必要性の認識（高認識群：絶対必要だと思う、必要だと思う、低認識群：あまり必要だと思わない、全く必要ない、わからない）については χ^2 検定あるいはFisher直接確率検定を用いて検討した。その結果、年齢（ $p = .72$ ）、罹患期間（ $p = .70$ ）については有意差を認めなかった。また1日の平均服薬回数は、飲み忘れがない群2.64（SD = 1.15）回、飲み忘れがある群は2.59（SD = 1.07）回で有意差を認めなかった（ $p = .70$ ）。さらに、服薬の必要性の認識（ $\chi^2 = 2.97$, $df = 1$, $p = .09$ ）との間には関連は認めなかったが、服薬するタイミングでは、眠前（ $\chi^2 = 6.67$, $df = 1$, $p = .01$ ）の処方との間に関連を認めた（表3）。そこで、オッズ比を算出したところ、オッズ比は2.867（1.266-6.491）であり、眠前薬の処方がない人はある人に対して、飲み忘れのリスクが2.867であった。

さらに、服薬回数について検討するため、飲む回数が多いと回答した群とそうでない群で服薬回数を比較した。その結果、飲む回数が多いと回答した群は平均4.09（SD = 0.54）回、そうでない群は平均2.51（SD = 1.07）回で有意に服薬回数が多かった（ $p < .01$ ）。服薬するタイミングとの関連について検討した結果、昼食後（ $\chi^2 = 17.57$, $df = 1$, $p < .01$ ）の服薬との間に関連を認めた。そこでオッズ比を算出したところ、オッズ比は24.737（3.060-199.970）であり、昼食後薬のある人はない人に対して、飲む回数の負担感のリスクが24.737あった。

V. 考 察

対象者に対し、服薬の必要性における認識を調査した結果、約9割が服薬の必要性を認識していた。

統合失調症はアドヒアランスを得にくい疾患であると指摘されているが（安西・佐藤, 2008; Keith & Kane, 2003）、本研究では対象者の罹患疾患の上位3位の疾患別で服薬の必要性の認識に差異を認めず、いずれの疾患においても服薬の必要性を高く認識していた。その要因を検討するため、各要因別で検討した結果、罹患期間10年未満、10年以上で服薬の必要性の認識に有意な差を認めた。

さらに、服薬の必要性の認識についてその理由を問う自由記載内容を検討した結果、「ポジティブ体験」「ネガティブ体験」「個々の目標達成」「コンプライアンス」の4つに構造化された。

対象者らは服薬による精神・身体の改善・維持・向上の体験、また行動レベルの維持・向上、さらに対人交流の維持・拡大といった「ポジティブな体験」が服薬の必要性の認識に影響していた。一方で、服薬しないことで精神・身体が悪化や再発の経験、行動レベルでの悪化、対人交流の悪化といった「ネガティブな体験」も服薬の必要性の認識に影響していた。さらに、「個々の目標」を達成したい思い、医師や周囲の人からの指示による「コンプライアンス」も影響していた。

本研究対象者の罹患期間は平均21.35年と長く、対象者は長い病歴の過程で、自己中断や自己調整から症状の悪化や再発等を体験し、その自らのポジティブ・ネガティブな体験から服薬の必要性の認識を高めたことが予測される。また、本研究の対象者は地域での生活を継続できており、

表3 飲み忘れに関連する要因

($n = 145$)

項目		あり $n = 41$	なし $n = 104$	χ^2 , Mann-Whitney	p
年齢		44.95	45.47	1930.5	.72
罹患期間		21.95	20.90	1831.0	.70
服薬回数		2.59	2.64	2047.0	.70
朝食後	有	35	5	4.196	.05
	無	5	30		
昼食後	有	14	34	0.051	.85
	無	26	69		
夕食後	有	30	74	0.213	.68
	無	10	30		
眠前	有	25	86	6.668*	.01
	無	15	18		
服薬の必要性の認識	高い	36	92	2.970	.09
	低い	5	12		

[注] *: $p < .05$ 。服薬回数は1日の合計服薬回数の平均値。朝食後、昼食後、夕食後、眠前は服薬のタイミング（複数回答）。服薬の必要性の認識：高い（絶対必要だと思う、必要だと思うの回答者）、低い（あまり必要だと思わない、全く必要ない、わからないの回答者）

服薬の継続が地域での生活を可能とし、それぞれの自己実現に向けて服薬が大きな礎となることを、体験を通して認識している可能性が考えられる。したがって、精神障がい者の服薬の必要性の認識を高めるためには、服薬指導による正しい知識をもつことに加え、服薬に関連した個々のポジティブ・ネガティブな体験の意味づけをするプロセスを支援すること、人生の目標の明確化を支援することの重要性が示唆される。

一方、服薬における困難感とは約6割の対象者に認めた。困難感の具体的内容の内訳として、最も多いものは飲み忘れで約3割の対象者に認めた。

精神疾患の中核症状は認知機能障害である。認知機能は記憶、思考、理解、計算、学習、言語、判断などの知的な能力を指し、認知機能障害は、知覚機能、記憶機能、注意機能、実行機能などの脳機能全体における障害といえ、認知機能障害は生活機能レベルに大きく影響を与える（Green, 1996）。事実、精神障がい者の服薬遵守を困難にする要因として、飲み忘れ、病識の欠如、知識・理解不足、副作用の問題（Velligan, et al., 2009）などが報告されているが、これらは認知機能障害の影響が大きい。なかでも飲み忘れが最も大きな要因であることが指摘されており、本研究結果もそれを支持する結果であった。

飲み忘れに関連する要因を検討した結果、服薬への認識や服薬回数とは関連を認めなかったが、服薬のタイミング、なかでも眠前薬との関連を認めた。つまり服薬の必要性を高く認識していても、認知機能障害の影響により、飲み忘れは起こりうる現象であるといえる。さらに飲み忘れは服薬回数が多いほど起こる現象ではなく、服薬のタイミングが影響している可能性がある。

精神疾患をもつ患者は睡眠障害を併存しやすく、不眠はさまざまな精神疾患の発症・再燃の契機になり、危険因子であることが指摘されている（吉村・山田, 2014）。そのため精神障がい者の眠前薬は主に睡眠への導入の補助、質の高い睡眠の確保として睡眠薬が多く処方されている。眠前薬の服薬により睡眠を確保することは、起床をスムーズにし、規則正しい生活につながる。しかし、眠前薬が処方されていない場合は、就寝時間や起床時間が不規則となり生活リズムが乱れるリスクが高まると考えられる。生活リズムの乱れは食生活や服薬を不規則にし、症状の悪化にもつながることから（仲野, 2001）、薬の飲み忘れにつながる可能性は否定できない。今後は、眠前薬の有無による対象者への影響や生活リズムと薬の飲み忘れの関連について詳細に検討する必要がある。

服薬に対する困難感として、副作用があると回答したものは約3割であった。また、飲んだか飲んでいないかわからなくなると回答したものは約2割、1回に飲む薬の量が

多いと回答したものは約1割であった。30歳代以降の統合失調症患者を主な対象とした調査では、副作用が強いとされる定型抗精神病薬のみを処方されている対象者は約43%（そのうち単剤処方17%, 多剤併用26%）、定型抗精神病薬と非定型抗精神病薬の混合が約36%で、定型抗精神病薬の処方率は79%にも及んでいた。一方、比較的副作用が軽いとされる非定型抗精神病薬のみを処方されたものは約21%（そのうち単剤処方17%, 多剤併用4%）のみであった（廣澤ら, 2011）。研究対象者の平均年齢は約45歳であり、困難感として1回の服薬量が多いとも認識していることから、非定型抗精神病薬単剤での処方はいずれ少なく、定型抗精神病薬を主軸とした多剤併用処方が予測される。そのような多剤化、大量化、高力価投与の問題が、副作用の自覚、また認知機能の低下による飲んだか飲んでいないかわからなくなるといった困難感に影響を及ぼしている可能性があるといえる。

次に対象者の実際の服薬のタイミングと希望する服薬のタイミングの一致率を検討した結果、朝食後は高い一致率であり、昼食後、夕食後、眠前は中等度の一致率であった。つまり対象者は、服薬のタイミングとして、朝食後の服薬についてはかなり納得できているが、昼食後、夕食後、眠前の服薬は、十分な納得のもと服薬しているとはいえないといえる。このように十分な納得が得られていないことは、SDM（shared decision making：共有意思決定）が成立しない状況下で処方薬および処方のタイミングが決定されている可能性、あるいは一度は納得して服薬を開始したものの、飲み心地、副作用など負の服薬体験が影響している可能性が考えられ、自己中断につながる危険性がある。今後は対象者の飲み心地や服薬に対する思いなどを確認し、十分なSDMのうえで処方がなされることが、精神障がい者の服薬に対する主体的なセルフケア遂行のために重要であると考えられる。

次に、飲む回数の多さに関連する要因を検討した結果、飲む回数が多いと認識している群の1日の平均服薬回数は4.09回、そうでない群は平均2.51回で有意差を認めた。また服薬のタイミング、なかでも昼食後薬との関連を認めた。つまり、服薬回数が4回を超えると対象者の多くが服薬回数が多いと認識するが、2～3回程度であれば負担感を感じにくいといえる。また、地域で生活する精神障がい者にとって、日中は通院やデイケア、地域活動支援センター等、治療や日中活動の場に出向く場合も多く、外出先での服薬の困難性や抵抗感など昼食後の服薬は負担感を増強させる可能性が高い。なお、本研究対象者の服薬のタイミングは、朝食後、夕食後、眠前に比べて昼食後は最も少なかったため、希望する服薬のタイミングと実際のタイミングとの一致率は眠前ほど高値を示さなかったと考えられ

る。しかし、対象者の多くが、昼食後の服薬や服薬回数に負担を感じている現状から、対象者の生活スタイルや服薬に対する認識を十分考慮したうえで、服薬のタイミングや服薬回数を決定することが、精神障がい者の服薬への負担の軽減や服薬の継続において重要である。

本研究の限界として、対象者は地域で暮らす精神障がい者であり、服薬の必要性を高く認識している対象群であった。したがって、本研究は服薬の必要性の認識の差異による影響を検討していない。今後は服薬の必要性の認識の差異による困難感の体験の違いを明らかにする必要があると考える。

また、本研究では、飲み忘れと服薬のタイミングとの関連についてオッズ比を算出して検討したが、信頼区間が広く、推定値からリスクを言及するには限界がある。今後は対象数を増やし、再度検討する必要がある。しかし、地域で暮らす精神障がい者の服薬の必要性の認識に関連する要因、また現状から困難感を抽出しその要因を明らかにできたことは、今後精神障がい者の地域定着を目標とした支援策を講じるうえでの示唆が得られたと考える。

VI. 結 論

本研究は、地域で暮らす精神障がい者の服薬の現状と困難感およびその要因について検討するため、A県内の地域活動支援センターおよび就労継続支援B型事業所に通う

149名の精神障がい者に調査を行った。対象者の1日の平均服薬回数は2.62回であり、現状の服薬のタイミングと希望するタイミングとの一致率は、眠前薬が最も低い結果であった。服薬への必要性については対象者らの9割が必要性を認識しており、必要性の認識に関連することは、服薬による「ポジティブな体験」、服薬を中断したことによる「ネガティブな体験」、「個々の目標」があること、周囲の指示による「コンプライアンス」であった。一方、6割が何らかの服薬への困難感を体験していた。困難感の内容としては飲み忘れ、なかでも眠前薬が多かった。服薬回数では、1日に4回の処方の場合、昼食後薬が処方されている場合に負担感を抱く傾向が認められた。今後は服薬に関する個々のポジティブ・ネガティブな体験を意味づけするプロセスを支援すること、人生の目標の明確化を支援することで服薬の意思を支えること、加えて対象者の生活パターンや服薬への認識を考慮し、服薬回数やタイミングを十分なSDMのうえで決定されることが、主体的なセルフケアの向上、ひいては精神障がい者の地域定着の促進につながると考える。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

本研究は、地域で暮らす精神障がい者の服薬の現状と困難感およびその要因について検討するため、地域で暮らす149名の精神障がい者に調査を行った。対象者らの9割が服薬の必要性を認識しており、関連することは、服薬による「ポジティブな体験」、服薬を中断したことによる「ネガティブな体験」、「個々の目標」があること、周囲の指示による「コンプライアンス」であった。一方、6割が何らかの服薬への困難を体験し、飲み忘れが最も多かった。対象者は1日に4回の処方、昼食後薬が処方されている場合に負担感を抱く傾向が認められた。今後は服薬に関する個々の体験を意味づけするプロセスを支援すること、人生の目標の明確化を支援することで服薬の意思を支えること、加えて対象者の生活パターンや服薬への認識を考慮し、服薬回数やタイミングを十分なSDMのうえで決定されることが、主体的なセルフケアの向上、精神障がい者の地域定着の促進につながると考える。

文 献

- 安保寛明, 伊関敏男, 菊池謙一郎, 樋口日出子, 塚田縫子 (2007). 地域生活で服薬を忘れないための工夫に関するインタビュー調査. 日本看護学会論文集 (精神看護), 38, 87-89.
- 安西信雄, 佐藤さやか (2008). 治療アドヒアランス向上に向けての取り組みについて. 臨床精神薬理, 11(9), 1623-1631.
- Green, M.F. (1996). What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? *Am J Psychiatry*, 153(3), 321-330.
- 早川千佳 (2014). 福島医大版服薬自己管理モジュール導入による

- 服薬支援者の服薬支援に対する認識. 日本精神科看護学術集会誌, 57(1), 474-475.
- Haynes, R.B., McDonald, H.P., and Garg, A.X. (2002). Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. *JAMA*, 288(22), 2880-2883.
- 廣澤伊織, 荻野未央, 真野泰成, 田島正教, 大内かおり, 加藤芳徳, 小瀧 一, 旭満里子, 山田治美 (2011). 統合失調症外来患者への対面式アンケートによる抗精神病薬の併用及び副作用発現の調査. 薬学雑誌, 131(11), 1605-1611.

- 池淵恵美（監）（2011）. 精神障がい者の生活と治療に関するアンケート：より良い生活と治療への提言. 全国精神保健福祉会連合会. (検索日2014年4月10日)
- 伊禮門肇, 廣井虎白, 下地京子, 當間幸子, 宮城千秋（2010）. 開放病棟における長期入院患者への服薬自己管理の現状：患者・看護師への意識調査の結果から. 日本精神科看護学会誌, 53(2), 184-188.
- 神島滋子, (2008). 通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討：アドヒランスの視点から. 日本看護科学会誌, 28(1), 21-30.
- 風祭 元（2008）. 日本近代精神科薬物療法史. 東京：アークメディア.
- Keith, S.J. and Kane, J.M. (2003). Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: Our patients can do better. *J Clin Psychiatry*, 64(11), 1308-1315.
- 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会（2009）. 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf> (検索日2014年4月10日)
- 黒川淳一, 永井典子, 末続なつ江, 井上真人, 井奈波良一, 岩田弘敏（2013）. 精神疾患治療における服薬状況に関するアンケート調査. 日本職業・災害医学会会誌, 61(6), 382-392.
- 前田宗紀, 池田紗衣子, 高橋久美, 森 義文（2010）. 精神科看護における服薬支援：患者の自覚的薬物体験による語りを通して考える. 日本精神科看護学会誌, 53(1), 410-411.
- Morisky, D.E., Ang, A., Krousel-Wood, M., and Ward, H.J. (2008). Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *J Clin Hypertens (Greenwich)*, 10(5), 348-354.
- 仲野 栄（2001）. よく出会う問題状況とケア技術. 萱間真美（編著）, 精神訪問看護・訪問指導ケースブック. 77, 東京：南江堂.
- 澤田法英（2013）. 精神疾患における拒薬・服薬困難を引き起こす背景と今後の課題. 臨床精神薬理, 16(11), 1567-1577.
- Svensson, S., Kjellgren, K.I., Ahlner, J., and Säljö, R. (2000). Reasons for adherence with antihypertensive medication. *Int J Cardiol*, 76(2-3), 157-163.
- Valenstein, M., Blow, F.C., Copeland, L.A., McCarthy, J.F., Zeber, J.E., Gillon, L., Bingham, C.R., and Stavenger, T. (2004). Poor antipsychotic adherence among patients with schizophrenia: Medication and patient factors. *Schizophr Bull*, 30(2), 225-264.
- Velligan, D.I., Weiden, P.J., Sajatovic, M., Scott, J., Carpenter, D., Ross, R., and Docherty, J.P. (2009). The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. *J Clin Psychiatry*, 70 (Suppl 4), 47-48.
- 渡辺衡一郎, 岸本泰士郎（2009）. 精神障害の診断と治療およびその看護. 松下正明, 坂田三吉, 樋口輝彦（監）, 新クイックマスター精神看護学（改訂版）. 東京：医学芸術社.
- WHO（2003）. Adherence to long-term therapies: Evidence for action. http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/ (検索日2013年3月16日)
- 吉村 篤, 山田尚登（2014）. 患者背景・合併症に応じた薬の使い方：精神疾患. 薬事, 56(4), 87-89.

〔平成28年1月27日受 付〕
〔平成28年11月27日採用決定〕

介護老人保健施設の看護職と介護職の職務満足についての検討

Examination of Job Satisfaction of Nurse and Care Worker of Long-Term Care Health Facility

小木曾 加奈子¹⁾

Kanao Ogiso

樋田 小百合²⁾

Sayuri Toida

今井 七重³⁾

Nanae Imai

安藤 昌恵⁴⁾

Satoe Ando

キーワード：介護老人保健施設，看護職，介護職，職務満足

Key Words：long-term care health facility, nurse, care worker, job satisfaction

はじめに

高齢者人口は今後、「団塊の世代」が65歳以上となる平成27年には3,395万人となり、「団塊の世代」が75歳以上となる平成37年には3,657万人に達すると見込まれている（内閣府，2015）。少子高齢化が進行するなかで，人々の健康寿命に対する関心が増しているものの，介護が必要な高齢者は今後も確実に増加することが予測される。平成37年に向け地域における包括的な支援システムの構築を目指し，地域包括ケアシステムの整備が進められてはいるが，脳血管疾患や認知症などにより日常生活上の困難が生じ，在宅での生活を継続することがむずかしい現状もある。介護が必要になる多くの高齢者は，何らかの疾病やけがをきっかけとして医療機関に入院となり，疾患によるあるいは二次的な状況として心身機能の低下を招く。現在，医療費適正化の総合的な推進として，平均在院日数の短縮をはかる政策が進められている（厚生労働省，2015）。そのため，急性期治療の目的が達成されれば，次の段階の療養生活への移行が進められ，短期間で心身機能の回復や向上をはかることがむずかしい現状があっても，患者や家族は治療を主体とする急性期病院からの転帰を急がなければならない状況が生じている。急性期病院では，従来より地域連携クリティカルパスを活用し，地域連携施設との情報交換を深め在宅生活の再開を目指して退院支援・退院調整を行っており，一定の成果がある（前田，2014；大野ら，2014）。しかし，高齢者の場合は，自宅での生活を続けたいという意向があってもその実現には課題がある。そのため，心身機能の回復のためのリハビリテーションの場として，あるいは終身利用ができる施設入所を希望しているが空床がないためなど，さまざまな理由により急性期病院から介護老人

保健施設（老健）に入所することが多い。

このように，介護が必要な高齢者が増加するなか，看護職や介護職などの介護人材の不足は深刻さが増している。平成25年10月1日から平成26年9月30日の介護サービスに従事する従業員の離職率は16.5%で，近年の数値との大きな相違はみられない。また，過不足状況では不足感は59.3%であり，不足している理由としては「採用が困難である」が72.2%であった（介護労働安定センター，2015a）。看護師においては，新規養成校が増え，養成数は確実に増加傾向にあるものの，大規模な医療機関でさえ看護師不足が改善されない状況もあり，高齢者介護施設での人材確保はむずかしい現状である。一方，介護福祉士を養成する学校では定員割れが深刻な問題となっており，平成25年の離職者訓練等を活用した入学者を除いた充足率は54.0%であった（厚生労働省，2014）。そのため養成課程を閉鎖する学校もあり，介護職の介護人材の育成がむずかしい状況にある。このようななか，老健の採用者の人数・質についての評価は，「人数・質ともに確保できていない」が30.8%，「人数は確保できているが，質には満足していない」が35.2%と（介護労働安定センター，2015b），人材不足の現状を示している。人材不足は，施設運営にも支障をきたすことがあるため，高齢者介護施設における介護人材の確保と定着に向けた職務環境改善は急務である。山路・大浦・扇原（2014）は，高齢者介護施設の職員が考える職員満足は，シフトの自由度，会議での発言に関係する職場環境が直接高めていることを明らかにしている。しかし，対象となった職員は看護職と介護職を含めた多職種であり，看護職と介護職に特化しているとはいえない。職務の継続意識や職場への帰属意識（定着度）は，人間関係との関連が強いという報告（植田・坂本・平

1) 岐阜大学医学部看護学科 Nursing Course, Gifu University School of Medicine

2) 修文大学看護学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Shubun University

3) 中部学院大学看護リハビリテーション学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Nursing and Rehabilitation, Chubu Gakuin University

4) 奈良学園大学保健医療学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Naragakuen University

田, 2008) や, 職場の人間関係, コミュニケーションは, 職務満足度と相関関係があるという報告(橋川・小木曾・田村, 2012; Maurits, et al., 2015) もある。また, 特別養護老人ホーム(特養)での調査においても, 介護職を継続する要因として「給与待遇」「同僚との良好な人間関係」を選択した者が多かったこと(立花・九十九・中島・多田・永井, 2014) が明らかになっている。緒形・曾田・長屋(2015) は, 組織コミットメントに影響する潜在変数として, 介護職は「職場キャリア」と「職員・幹部間意思疎通」が, 看護職は「人生キャリア」と「キャリアアップ機会」が抽出されたと報告している。谷口・原野・桐野・藤井(2010) は, 介護の仕事継続動機は, 「能力の発揮・成長」「仕事の手応え」など6因子からなることを明らかにしており, また, 職務に対する不満は, さまざまな要因との関連も指摘されている(Goel & Penman, 2015)。老健は看護職と介護職が協働して高齢者ケアを行う場であるが, 看護職は生活に重点をおいた援助というとらえ方をしており, 介護職は利用者の思いや気持ちに沿うことを目指し, 日常生活を整えることが専門性であると考えており(安田ら, 2004), それぞれの職種の専門性やケアという仕事に対する思いにも違いがある。今後, 介護人材の確保と定着のためには, それぞれの職種に対する職務環境整備が求められる。

そこで, 本研究では利用者の生活の場における職務に着目して作成された尺度(阿部, 2009)を一部修正し用いて, 老健の看護職と介護職に対し, 職種それぞれの職務満足の構成要素を明らかにし, その信頼性と妥当性を検討することを目的とした。

I. 用語の定義

職務満足を「仕事に伴って生ずる喜ばしい, 肯定的な主観的感情」と定義し, ①仕事での能力開発, ②職場環境対人関係, ③給与や昇格, ④労働時間, ⑤監督, ⑥職務内容, ⑦昇進, ⑧専門性, ⑨権限委譲, ⑩ほこり, などから幅広くとらえる。

II. 研究方法

1. 対象・調査期間

平成26年4月1日現在, 全国老人保健施設協会に属し設立3年以上が経過している100床以上の東海4県の老健255施設を対象とした。認知症ケアに携わっている各施設看護職5名と介護職5名(当該施設での採用職種による)を施設の看護介護部長などに人選を依頼し, 各職種1,275名を対象者とした。調査期間は平成27年5～7月とし, 郵送法

を用いた。回答のあった看護職577名(回収率45.3%), 介護職581名(回収率45.6%)のうち, 看護職384名(有効回答率30.1%), 介護職486名(有効回答率38.1%)を分析対象とした。なお, 対象者はすべて常勤勤務の者とした。

2. 調査内容

調査内容は, 基本属性は, 年齢, 性別, 資格(複数回答), 年収, 認知症ケアの経験年数とした。職務満足度は, 「給料」「職員間相互の影響」「専門職としての自律」「職業に対する誇り」「職場における管理」「職種の業務」「制度・法律の変化への対応」「業務の内容」「労働条件」の9領域27質問項目から成る職務満足度尺度(阿部, 2009)を, 著者の許可を得て文言の一部修正を行い用いた。各質問項目は, 「非常にそう思う: 5点」から「全然そう思わない: 1点」の5段階で評価した。仕事全体の満足度は「全体として, 私は自分の仕事に満足していると思う」, 転職および離職については「高齢者ケア以外の仕事がしたい(転職: 例: 一般事務や小児科病棟など)」と「他の高齢者施設へ移りたい(離職: 例: 他の高齢者施設やデイケアなど)」とした。各質問項目は, 「非常にそう思う: 5点」から「全然そう思わない: 1点」の5段階で評価した。介護人材の確保が重要課題となっているように, 老健を退職し, 高齢者施設以外の仕事を選択するの可否かは, 本研究にとって重要であるため, 上記のように位置づけ分析を行った。

3. 分析方法

基礎的統計量を算出後, 看護職と介護職と2つのグループに分け, 属性および仕事全体の満足, 転職意向, 離職意向を中央値の差の検定として, Mann-WhitneyのU検定を行った。

老健の看護職および介護職の各職務満足度の構成概念を検討するため, 探索的因子分析として, 因子分析抽出法による主成分分析の回転法Kaiserの正規化を伴うプロマックス法を用い, 項目削除のための因子負荷量の目安は.4以下とし, 信頼性の確認にはCronbachの α 係数を求め, 指標の信頼性を検討した。なお, 成分相関行列も算出した。

その後, 職種ごとに, 探索的因子分析で得られた各6因子を潜在変数として, 確認的因子分析を行い, モデルの適合度を, 適合度変数(GFI: goodness of fit index), 自由度修正済み適合度指標(AGFI: adjusted goodness of fit index), 比較適合度指標(CFI: comparative fit index)および平均二乗誤差平方根(RMSEA: root mean square error of approximation)により確認した。モデル適合度の採択基準は, GFIを.80以上, RMSEAを.09以下とした。

統計処理は, 統計用ソフト『IBM SPSS Statistics 21 (for

Windows)』, 共分散構造分析ソフト『IBM SPSS AMOS 21 (for Windows)』を用い, 有意水準は5%未満とした。

4. 倫理的配慮

看護介護部長などに目的および調査内容を文書にて説明し, 対象者に対しても文書にて説明をし, 研究への協力は自由意思であり, 協力しなくても不利益がないこと, 個人名が特定されないこと, 得られた結果は学会などで発表することを説明し, 研究協力を依頼した。また, 質問紙提出後は研究協力の撤回ができないことなども説明し, 質問紙提出をもって研究同意の意思確認を行った。なお, 本研究は岐阜大学大学院医学系研究等倫理審査委員会の承認を受けて実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の属性と職務に対する意向

看護職は, 平均年齢 $\pm$ SDは47.4 $\pm$ 9.0歳であり, 女性352名(91.7%)であり, 所持している免許(複数回答)は, 看護師は241名(62.8%), 准看護師は151名(39.3%), 介護支援専門員は48名(12.5%)などであった。年収は, 300~400万円未満は146名(38.0%)と最も多く, 認知症ケアの経験年数は, 5~10年未満は124名(32.3%)と最も多かった(表1)。介護職は, 平均年齢は37.1 $\pm$ 10.2歳であり, 女性303名(62.3%)であり, 所持している免許(複数回答)は, 介護福祉士は427名(87.9%), ホームヘルパーは86名(17.7%), 介護支援専門員は65名(13.4%)などであった。年収は, 300~400万円未満は195名(40.1%)と最も多く, 認知症ケアの経験年数は, 5~10年未満は178名(36.6%)と最も多かった。仕事全体の満足および転職意向は, 職種による差異はなかった。一方, 離職意向は, 介護職のほうが離職意向が強く, 職種による差異がみられた。

2. 探索的因子分析

a. 看護職

看護職においては, 職務満足度の27項目について因子分析抽出法による主成分分析の回転法Kaiserの正規化を伴うプロマックス法を用いて分析した結果, .40未満の因子負荷量を示す項目はなかった(表2)。

第1因子は, “私は, この業務を担当していることを誇りに思う”など5項目からなった。専門職として仕事に対する価値を見出しており, 【看護職としての誇り】と命名した。 α 係数は.827であった。質問項目の2つは第5因子に.600を超えていた。第2因子は, “残業も含めていまの労働時間は, 適当だと思う”など6項目からなった。職

場における適切な休息の時間の確保が示されており, 【労働と休息のバランス】と命名した。 α 係数は.855であった。質問項目の2つは第6因子に.600を超えていた。第3因子は, “私の職場の職員はすばらしいチームワークと協力ができていると思う”など4項目からなった。チームで協働してケアを行う重要性が示されており, 【職員間協働の実践】と命名した。 α 係数は.849であった。第4因子は, “私の給料は, 私の年齢, 地位にふさわしいと思う”など3項目からなった。阿部(2010)が作成した枠組みと同一であったため, 従来の【給料】とした。 α 係数は.933であった。第5因子は, “私の利用者に対する気持ちや考えが施設長や上司等の管理者に理解されていると思う”など5項目からなった。実際に利用者の状況をその場でアセスメントしてケアの方法を変化させる実践が示されており, 【アセスメント力を活かしたケア】と命名した。 α 係数は.786であった。しかし, 質問項目の2つは第3因子と第6因子に.600を超えていた。第6因子は, “私の職場では, 制度や法律に, 現場が対応できていると感じる”など4項目からなった。制度や法律の変化に応じて, 現場のケアも変化させていくことが示されており, 【制度や法律が基本】と命名した。 α 係数は.783であった。質問項目の2つは第2因子と第6因子に.600を超えていた。以下, これを介護老人保健施設の看護職版職務満足度評価尺度(nursing version duty satisfaction rating scale of long-term care health facility: N-DS-HF)とする。

b. 介護職

介護職においても同様に職務満足度の27項目について主成分分析(プロマックス法)で分析した結果, .40未満の因子負荷量を示す項目はなかった(表3)。

第1因子は, “私は, この業務を担当していることを誇りに思う”など6項目からなった。利用者に向き合うことができる介護という仕事に対する誇りが示されており, 【介護という仕事の誇り】と命名した。 α 係数は.870であった。第2因子は, “私の職場では, 利用者にとって適切なサービスが足りていると感じる”など7項目からなった。制度や法律の変化に伴って, 実際に行うケアも変化していくため, 情報共有と理解が重要であることが示されており, 【制度や法律の共有と理解】と命名した。 α 係数は.842であった。第3因子は, “残業も含めていまの労働時間は, 適当だと思う”など5項目からなった。適切な休息の確保とともに, 仕事量の適正化により働きやすさにつながることを示されており, 【労働時間と仕事量】と命名した。 α 係数は.820であった。しかし, 質問項目の2つは第2因子に.600を超えていた。第4因子は, “私の給料は, 私の年齢, 地位にふさわしいと思う”など3項目からなった。阿部(2010)が作成した枠組みと同一であっ

表1 対象者の属性と仕事全体の職務満足度、転職意向、離職意向

[人数 (%)]

		看護職 (n = 384)	介護職 (n = 486)	p値
年齢	平均値 ± SD	47.4 ± 9.0	37.1 ± 10.2	***
性別	女性	352 (91.7)	303 (62.3)	***
	男性	32 (8.3)	182 (37.4)	
	無回答		1 (0.2)	
資格 (複数回答)	看護師	241 (62.8)		—
	准看護師	151 (39.3)		
	介護福祉士	5 (1.3)	427 (87.9)	
	ホームヘルパー	2 (0.5)	86 (17.7)	
	介護職員初任者研修		5 (1.0)	
	社会福祉士	1 (0.3)	16 (3.3)	
	介護支援専門員	48 (12.5)	65 (13.4)	
	認知症ケア専門士	8 (2.1)	17 (3.5)	
	認知症ケア指導管理士	2 (0.5)	3 (0.6)	
	資格なし		22 (4.5)	
年収	100万未満		3 (0.6)	***
	100～200万未満	5 (1.3)	33 (6.8)	
	200～300万未満	44 (11.5)	181 (37.2)	
	300～400万未満	146 (38.0)	195 (40.1)	
	400～500万未満	108 (28.1)	50 (10.3)	
	500～600万未満	63 (16.4)	11 (2.3)	
	600万以上	18 (4.7)		
	無回答		13 (2.7)	
認知症ケアの経験年数	1年未満	10 (2.6)	22 (4.5)	ns
	1～3年未満	61 (15.9)	65 (13.4)	
	3～5年未満	67 (17.4)	81 (16.7)	
	5～10年未満	124 (32.3)	178 (36.6)	
	10年以上	116 (30.2)	130 (26.7)	
	無回答	6 (1.6)	10 (2.1)	
全体として、私は自分の仕事に満足していると思う (仕事全体の満足)	全然そう思わない	33 (8.6)	38 (7.8)	ns
	ややそう思わない	57 (14.8)	88 (18.1)	
	どちらともいえない	134 (34.9)	183 (37.7)	
	ややそう思う	127 (33.1)	131 (27.0)	
	非常にそう思う	33 (8.6)	43 (8.8)	
高齢者ケア以外の仕事をしたい (転職意向)	全然そう思わない	86 (22.4)	99 (20.4)	ns
	ややそう思わない	41 (10.7)	72 (14.8)	
	どちらともいえない	148 (38.5)	156 (32.1)	
	ややそう思う	75 (19.5)	106 (21.8)	
	非常にそう思う	34 (8.9)	53 (10.9)	
他の高齢者施設などへ移りたい (離職意向)	全然そう思わない	107 (27.9)	98 (20.2)	***
	ややそう思わない	55 (14.3)	68 (14.0)	
	どちらともいえない	153 (39.8)	183 (37.7)	
	ややそう思う	52 (13.5)	97 (20.0)	
	非常にそう思う	17 (4.4)	40 (8.2)	

[注] ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$. 2群間の検定にはMann-WhitneyのU検定を用い、nsは関係性がないことを示し、検定を実施していないところは「—」と示した。

たため、従来の【給料】とした。 α 係数は.895であった。第5因子は、“私の職場の職員はすばらしいチームワークと協力ができていると思う”など3項目からなった。阿部(2010)が作成した枠組みと同一であったため、従来の【職員間相互の影響】とした。 α 係数は.849であった。第6因子は、“私は、いつも業務として職業につながる仕事

を要求されていると感じる”など3項目からなった。阿部(2010)が作成した枠組みと同一であったため、従来の【専門職としての自律】とした。 α 係数は.742であった。以下、これを介護老人保健施設の介護職版職務満足度評価尺度(caring version duty satisfaction rating scale of long-term care health facility: C-DS-HF)とする。

表2 看護職の職務満足度の探索的因子分析

		因子負荷量						共通性
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	
1) 看護職としての誇り	α 係数: .827							
1. 私は、この業務を担当していることを誇りに思う		.929	.307	.357	.205	.456	.301	.868
2. 私は、他の人に自分がどんな仕事をしているか誇りをもって話せる		.914	.290	.341	.172	.467	.299	.838
3. 私は、自分の行っている仕事は、本当に大切なことをしていると思う		.887	.237	.358	.225	.461	.300	.794
4. 私の仕事は「やりがいのある仕事をしている」という感じが得られる		.785	.419	.406	.313	.613	.534	.703
5. 私の仕事は、専門職として適切であると思う		.645	.315	.391	.253	.614	.180	.579
2) 労働と休息のバランス	α 係数: .855							
6. 残業も含めていまの労働時間は、適当だと思う		.191	.845	.286	.291	.280	.446	.748
7. 私の職場のペーパーワーク（記録、事務の仕事など）は、適量だと思う		.297	.794	.347	.242	.341	.443	.650
8. 私の職場では、休息時間を自分の思うように利用できる		.157	.748	.293	.360	.395	.440	.584
9. 私の職場では、労働条件・配置・仕事の割り当て等が適切と感じる		.350	.743	.496	.516	.550	.668	.658
10. 私の職場では、安心して働き続けられると感じる		.357	.716	.500	.528	.575	.670	.648
11. 私には、他の職員と業務に関して話し合う十分な時間と機会がある		.365	.661	.510	.232	.448	.522	.511
3) 職員間協働の実践	α 係数: .849							
12. 私の職場の職員はすばらしいチームワークと協力ができていると思う		.358	.418	.924	.248	.452	.490	.859
13. 私の職場の職員は“家庭的ムード”が満ちていると思う		.362	.441	.854	.221	.426	.431	.737
14. 私の職場の職員は、忙しいとき、お互い助け合い、協力し合っている		.320	.324	.834	.217	.442	.404	.701
15. 私の職業での、全般的に系統立てて行われているケア方法に私は満足している		.478	.487	.595	.376	.546	.539	.499
4) 給料	α 係数: .933							
16. 私の給料は、私の年齢、地位にふさわしいと思う		.194	.320	.210	.948	.320	.334	.908
17. 私の仕事の成果と給料は釣り合いがとれていると思う		.208	.416	.235	.933	.335	.403	.877
18. 私は現在の給料に満足している		.188	.329	.224	.915	.328	.347	.842
5) アセスメント力を活かしたケア	α 係数: .786							
19. 私の利用者に対する気持ちや考えが施設長や上司等の管理者に理解されていると思う		.408	.494	.548	.384	.742	.618	.627
20. 私は、いつも業務として職業につながる仕事を要求されていると感じる		.392	.214	.410	.260	.728	.174	.624
21. 業務においては、私の上司が必要な決断を行い、仕事における直接的な決断は私に任されていると感じる		.280	.377	.611	.255	.715	.454	.621
22. 私の業務は、利用者に直接サービスを提供することにかかわりをもつ		.524	.320	.199	.229	.712	.404	.600
23. 私の業務内容は、いつもマニュアルに頼り切るのではなく、自分の自発的な考えで対応できる		.362	.401	.272	.227	.711	.425	.539
6) 制度や法律が基本	α 係数: .783							
24. 私の職場では、制度や法律に、現場が対応できていると感じる		.265	.601	.360	.365	.467	.819	.698
25. 私の職場では、利用者にとって適切なサービスが足りていると感じる		.236	.460	.440	.257	.350	.808	.681
26. 制度や法律の変化により、利用者への援助が改善していくと感じる		.278	.429	.390	.321	.355	.760	.591
27. 私の職場では、事業計画や施設の発展の様子を職員に知らせてくれる		.336	.381	.397	.366	.612	.650	.530
回転後の負荷量平方和		5.875	6.609	6.106	4.880	7.224	6.901	
固有値		10.028	2.710	2.043	1.489	1.187	1.054	
因子寄与率 (%)		37.139	10.037	7.565	5.513	4.398	3.905	
累積寄与率 (%)		37.139	47.177	54.742	60.255	64.652	68.557	
成分相関行列		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	
		1.000						
		.340	1.000					
		.395	.464	1.000				
		.243	.421	.288	1.000			
		.545	.501	.531	.406	1.000		
		.356	.632	.505	.429	.553	1.000	

[注] 回転抽出法は主成分分析であり、回転法は Kaiser の正規化を伴うプロマックス法。 α 係数: Cronbach の α 係数。

3. 確認的因子分析

探索的因子分析で得られた N-DS-HF および C-DS-HF の仮説モデルの適合度を確認的因子分析により検討した。その結果図を、図1と図2に示した。図1では、N-DS-HF

の6因子を潜在変数とした場合の適合度指標などは、カイ2乗値は1028.237であり、df（モデルの自由度）は309であり、 $p < .001$ を示した。GFIは.837, AGFIは.800, CFIは.887, RMSEAは.078, AICは1166.237であり、GFI > AGFI

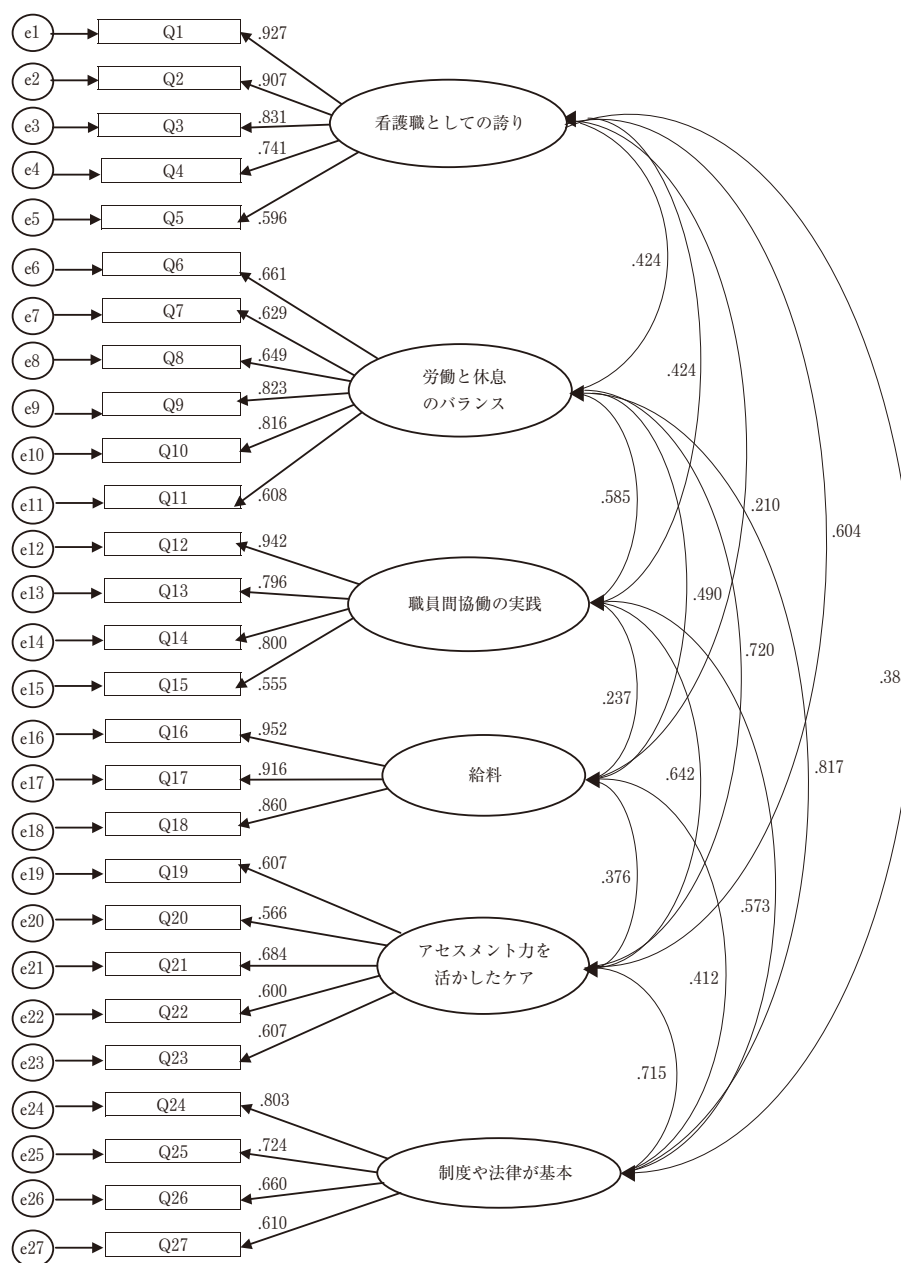
表3 介護職の職務満足度の探索的因子分析

		因子負荷量						共通性
		第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子	
1) 介護という仕事の誇り	α 係数: .870							
1. 私は、この業務を担当していることを誇りに思う		.891	.348	.188	.103	.277	.386	.809
2. 私は、他の人に自分がどんな仕事をしているか誇りをもって話せる		.853	.298	.146	.029	.267	.286	.758
3. 私は、自分の行っている仕事は、本当に大切なことをしていると思う		.805	.360	.178	.094	.304	.343	.666
4. 私の仕事は「やりがいのある仕事をしている」という感じが得られる		.801	.446	.333	.205	.428	.412	.677
5. 私の業務は、利用者に直接サービスを提供することにかかわりをもつ		.680	.145	.316	.104	.296	.406	.532
6. 私の業務内容は、いつもマニュアルに頼り切るのではなく、自分の自発的な考えで対応できる		.586	.197	.414	-.025	.321	.439	.490
2) 制度や法律の共有と理解	α 係数: .842							
7. 私の職場では、利用者にとって適切なサービスが足りていると感じる		.263	.768	.525	.208	.413	.305	.624
8. 私の職業での、全般的に系統立てて行われているケア方法に私は満足している		.387	.763	.365	.255	.507	.391	.620
9. 私の職場では、制度や法律に、現場が対応できていると感じる		.286	.721	.477	.298	.266	.323	.545
10. 制度や法律の変化により、利用者への援助が改善していくと感じる		.268	.710	.433	.201	.243	.206	.535
11. 私の職場では、事業計画や施設の発展の様子を職員に知らせてくれる		.287	.706	.203	.264	.358	.373	.557
12. 私の利用者に対する気持ちや考えが施設長や上司等の管理者に理解されていると思う		.349	.704	.410	.183	.428	.562	.581
13. 私には、他の職員と業務に関して話し合う十分な時間と機会がある		.245	.572	.542	.143	.464	.384	.462
3) 労働時間と仕事量	α 係数: .820							
14. 残業も含めていまの労働時間は、適当だと思う		.144	.423	.780	.360	.217	.178	.540
15. 私の職場では、休息時間を自分の思うように利用できる		.180	.283	.773	.260	.199	.168	.622
16. 私の職場では、労働条件・配置・仕事の割り当て等が適切と感じる		.351	.644	.741	.394	.349	.340	.650
17. 私の職場のペーパーワーク（記録、事務的仕事など）は、適量だと思う		.163	.463	.722	.294	.227	.227	.540
18. 私の職場では、安心して働き続けられると感じる		.377	.616	.644	.362	.407	.398	.545
4) 給料	α 係数: .895							
19. 私の給料は、私の年齢、地位にふさわしいと思う		.123	.246	.340	.920	.170	.135	.855
20. 私は現在の給料に満足している		.116	.316	.326	.899	.117	.164	.813
21. 私の仕事の成果と給料は釣り合いがとれていると思う		.092	.373	.418	.893	.222	.151	.815
5) 職員間相互の影響	α 係数: .849							
22. 私の職場の職員はすばらしいチームワークと協力ができていると思う		.337	.432	.315	.157	.923	.452	.853
23. 私の職場の職員は、忙しいとき、お互い助け合い、協力し合っている		.306	.377	.272	.162	.872	.382	.765
24. 私の職場の職員は“家庭的ムード”が満ちていると思う		.340	.412	.268	.125	.817	.365	.673
6) 専門職としての自律	α 係数: .742							
25. 私は、いつも業務として職業につながる仕事を要求されていると感じる		.409	.337	.230	.146	.463	.845	.727
26. 業務においては、私の上司が必要な決断を行い、仕事における直接的な決断は私に任されていると感じる		.274	.407	.249	.106	.316	.827	.721
27. 私の仕事は、専門職として適切であると思う		.586	.311	.259	.142	.354	.708	.589
回転後の負荷量平方和		5.543	6.554	5.311	3.576	4.937	4.707	
固有値		8.745	3.071	1.903	1.583	1.231	1.122	
因子寄与率 (%)		32.388	11.373	7.049	5.862	4.558	4.154	
累積寄与率 (%)		32.388	43.761	50.672	56.672	61.230	65.384	
成分相関行列								
第1因子	1.000							
第2因子	.376	1.000						
第3因子	.297	.528	1.000					
第4因子	.117	.333	.361	1.000				
第5因子	.388	.474	.351	.170	1.000			
第6因子	.472	.431	.338	.150	.480	1.000		

[注] 回転抽出法は主成分分析であり、回転法はKaiserの正規化を伴うプロマックス法。 α 係数: Cronbachの α 係数。

であった。図2では、C-DS-HFの6因子を潜在変数とした場合の適合度指標などは、カイ2乗値は1067.783であり、df(モデルの自由度)は309であり、 $p < .001$ を示した。GFIは.856、AGFIは.824、CFIは.888、RMSEAは.071、

AICは1205.783であり、GFI > AGFIであった。N-DS-HFおよびC-DS-HFとも、モデル適合度の採択基準として、GFIを.80以上、RMSEAを.09以下を満たしていた。なお、数値は標準化推定値である。



N=384. 数値は標準化推定値

モデル適合度: $\chi^2=1028.237$, $df=309$, $p<.001$, GFI=.837, AGFI=.800, CFI=.887, RMSEA=.078, AIC=1166.237

図1 N-DS-HFの確認的因子分析の結果

IV. 考 察

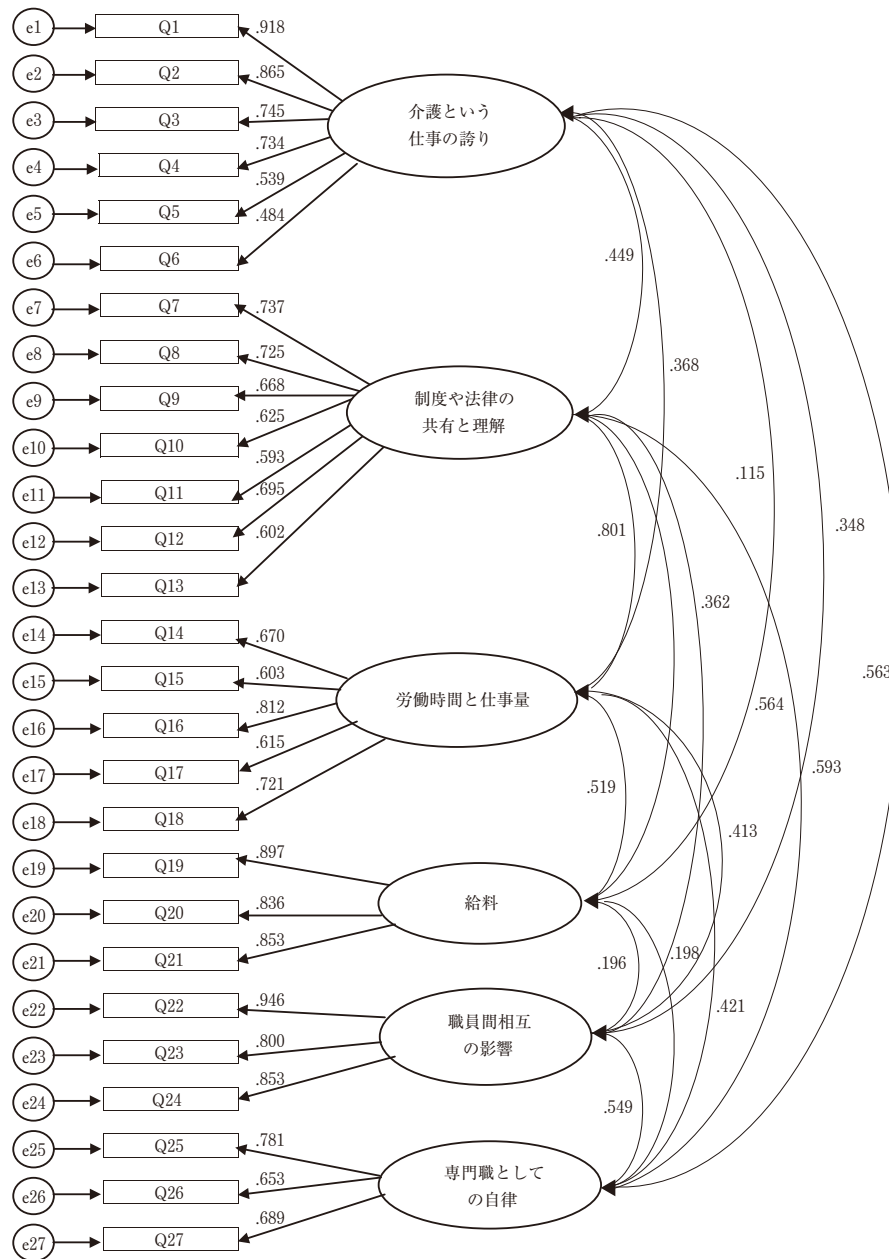
1. 職種の違いによる職務に対する意向の現状

本調査においては、仕事全体の満足および転職意向は職種による違いはみられなかったが、離職意向は、職種による差異がみられ、介護職のほうが強いことが明らかになった。老健における日本語版バーンアウトによる調査（小木曾・平澤, 2015）では、介護職のほうが、心のゆとりがなくなったのは仕事に要因があると認識していることが明らかになっており、本研究においても高齢者ケアという仕事

は続けたいが、職場を変えたいという離職意向として示されたと考える。また、佐藤・香川（2013）は、研修の組織化や体系化もさることながら、少人数もしくは個別の体制で重点的に教育を行うことが職務満足および仕事継続につながることを明らかにしている。そのため、介護職の高齢者ケアを続けたいという意向をポジティブにとらえ、個別的な働きかけを行うことが有効であると考えられる。

2. N-DS-HFとC-DS-HFの信頼性・妥当性の検証

N-DS-HFの構成概念妥当性については、探索的因子分



$N=486$, 数値は標準化推定値

モデル適合度: $\chi^2=1067.783$, $df=309$, $p<.001$, $GFI=.856$, $AGFI=.824$, $CFI=.888$, $RMSEA=.071$, $AIC=1205.783$

図2 C-DS-HFの確認的因子分析の結果

析と確認的因子分析により、6因子構造であることが検証された。これらの質問項目はKaiserの正規化を伴うプロマックス法において、各質問項目がそれぞれの下位尺度に寄与する結果となった。寄与率は、高い水準で確保されているものの、【職員間協働の実践】と【給料】以外は因子寄与率が1つの因子だけでなく、他にも.600を超える質問項目があった。職務満足度はさまざまな要因が複雑に関係するという特性や、認知症ケアや医療的ケアなど老健で行うケアの変化にも影響を受けると考える。今後は再現性を確認していくのみならず、老健の特性に応じた看護職の

職務満足に関連する要因なども探求していくことが必要である。また、 α 係数は.783～.933であり、【アセスメント力を活かしたケア】と【制度や法律が基本】は.800をやや下まわっているが、十分な内の一貫性を有していると判断できる。これは、 $GFI > AGFI$ であり、 CFI は.837と.800以上の値を確保でき、 $RMSEA$ は.078と.090以下であることから検証できている。

C-DS-HFの構成概念妥当性については、探索的因子分析と確認的因子分析により、6因子構造であることが検証された。これらの質問項目はKaiserの正規化を伴うプロ

マックス法において、各質問項目がそれぞれの下位尺度に寄与する結果となった。寄与率は、高い水準で確保されているものの、【労働時間と仕事量】は因子寄与率が1つの因子だけでなく、他にも.600を超える質問項目があった。【労働時間と仕事量】は、介護保険制度などの法改正やワークライフバランスの現状などにも影響を受けやすいという特性が影響を与えているが、今後も再現性や、他の要因との関連を確認していく必要があると考える。また、 α 係数は.742～.895であり、【専門職としての自律】は.800をやや下まわっているが、十分な内的一貫性を有していると判断できる。これは、 $GFI > AGFI$ であり、CFIは.856と.800以上の値を確保でき、RMSEAは.071と.090以下であることから検証できている。

なお、N-DS-HFにおいては、【給料】、C-DS-HFにおいては、【給料】【職員間相互の影響】【専門職としての自律】は阿部（2010）が示した枠組みと同様であった。【給料】においては、看護職も介護職も同じ認識をもっていることが明らかになったが、それ以外の職務に対する構成要素は異なる傾向がみられている。平成26年介護労働実態調査（介護労働安定センター、2015）によると、介護職員処遇改善加算に伴う経営面での対応状況としては、一時金の支給は60.4%、諸手当の導入・引き上げは46.9%、基本給の引き上げは31.1%など、介護職の給料の改善が進められている。これらの施策は介護職員というくくりで実施されているため、多くの介護事業所では、介護職を対象に給料の面での処遇改善が実施されている。しかし一方で、同じ介護事業所で勤務している看護職やリハビリ職の給料の面での処遇改善はされていないという現状がある。賃金や昇進に対する満足は職務満足度に有意に関連することも明らかになっており（小木曾・阿部・安藤・平澤、2010）、職務満足では重要な構成要素であることが示唆される。

3. N-DS-HFとC-DS-HFの実用性

N-DS-HFによる職務満足の構成要素は、【看護職としての誇り】【労働と休息のバランス】、【職員間協働の実践】【給料】【アセスメント力を活かしたケア】【制度や法律が基本】となった。C-DS-HFによる職務満足の構成要素は、【介護という仕事の誇り】【制度や法律の共有と理解】【労働時間と仕事量】【給料】【職員間相互の影響】【専門職としての自律】となった。看護職は、利用者の心身に対するアセスメントを行うことが職務満足につながり、介護職は、職員間での関係性のよさが職務満足につながるという特徴がみられた。老健では看護職と介護職が協働してケアを行うが、それぞれの職種に求められている役割も異なり、ケア実践者として一くりにせず、職種に応じた職務環境の整えが必要になる。また、Muya, Katsuyama, Ozaki

& Aoyama（2014）はモチベーションの4つの要因として「前向きな気持ち」「上司の適切なサポート」「職場での重要性の認知」「楽しい職場環境」を示しており、本調査結果では、これらの内容を含んでいないため、今後も職場環境という側面からとらえていくことも重要である。

V. 結 論

1. N-DS-HFによる職務満足の構成要素は、【看護職としての誇り】【労働と休息のバランス】【職員間協働の実践】【給料】【アセスメント力を活かしたケア】【制度や法律が基本】となった。N-DS-HFは、CFIは.837と.800以上の値を確保でき、RMSEAは.078と.090以下であった。
2. C-DS-HFによる職務満足の構成要素は、【介護という仕事の誇り】【制度や法律の共有と理解】【労働時間と仕事量】【給料】【職員間相互の影響】【専門職としての自律】となった。C-DS-HFは、CFIは.856と.800以上の値を確保でき、RMSEAは.071と.090以下であった。

VI. 研究の限界と今後の課題

老健をはじめ、高齢者介護施設はその役割が日々変化しており、看護職や介護職が行うケアの範疇にも影響を与えており、職務満足も変化することが予測される。また、本研究においては、介護職は介護福祉士の割合が多いなど母集団を十分反映しているとはいいがたく、それが結果に影響を及ぼしている可能性も否定できない。本研究は既存の尺度を用いての検討であり、また、N-DS-HFとC-DS-HFの双方とも基準関連妥当性については、検証ができておらず、他因子でも因子負荷量の高い項目が複数存在する。そのため、N-DS-HFとC-DS-HFの基準関連妥当性の検討や再現性のみならず、老健の現状に沿った看護職と介護職の職務満足度尺度の開発が求められる。

なお、本研究は老健における調査であり、そのため、N-DS-HFとC-DS-HFの双方とも特養をはじめ他の施設で活用できるかどうかは、現時点で不明である。今後は、ケア実践者の離職予防のためにも、それぞれの施設の特性に応じた職務環境を整えていくことも重要であると考えられる。

謝 辞

本研究に、ご理解とご協力をいただきました介護老人保健施設の皆さまに感謝申し上げます。なお、本研究は文部科学省研究費基盤（C）課題番号24593476「BPSDサポート尺度によるアウトカムと認知症ケア充実感と職務満足と離職意向の関係」の助成を受け実施した。

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収

集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終
原稿を確認した。

要 旨

【目的】本研究の目的は、介護老人保健施設の看護職と介護職に対し、職種それぞれの職務満足の構成要素を明らかにしその信頼性と妥当性を検討することである。

【方法】職務満足度尺度などを用いて、質問紙調査を看護職384名（30.1%）、介護職486名（38.1%）に実施した。職種ごとに、探索的因子分析で得られた各6因子を潜在変数として、確認的因子分析を行い、モデルの適合度を確認した。

【結果】探索的因子分析では、介護老人保健施設の看護職版職務満足度評価尺度（N-DS-HF）は6因子であり、モデル適合度はCFIは.837, RMSEAは.078であった。また、介護老人保健施設の介護職版職務満足度評価尺度（C-DS-HF）は6因子であり、CFIは.856, RMSEAは.071であった。

【結論】N-DS-HFおよびC-DS-HFともに、職務満足の指標としての信頼性が許容範囲であることが確認できた。

文 献

- 阿部隆春（2009）. 最重度・重度知的障害者更生施設（入所）職員の職務満足と職務環境との相関関係について—福祉専門職の職務環境改善を考える。人間福祉学会誌, 9(1), 31-34.
- Goel, K. and Penman, J. (2015). Employment experiences of immigrant workers in aged care in regional South Australia. *Rural Remote Health*, 15(1), 2693. <http://www.rrh.org.au/articles/subviewnew.asp?ArticleID=2693> (検索日2016年3月15日)
- 橋川健祐, 小木曾加奈子, 田村禎章（2012）. 介護職員の確保と定着へ向けた介護労働環境への支援に関する一考察—介護老人保健施設における職務満足度に関する調査結果から。人間福祉学会誌, 12(1), 99-108.
- 介護労働安定センター（2015a）. 平成26年度介護労働実態調査 平成26年度介護労働実態調査結果について。 <http://care-net.biz/kaigo-center/hp/pdf/report/26/01.pdf>
- 介護労働安定センター（2015b）. 平成26年度介護労働実態調査 平成26年度事業所調査の統計表。 <http://care-net.biz/kaigo-center/hp/pdf/report/26/06.pdf>
- 厚生労働省（2014）. 介護福祉士資格の取得方法について。第3回福祉人材確保対策検討会（H26.7.1）資料1。 http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushushougaihoukenfukushibu-Kikakuka/siryou1_6.pdf
- 厚生労働省（2015）. 医療費適正化の総合的な推進。 <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/taikou04.html>
- Maurits, E.E., de Veer, A.J., van der Hoek, L.S., and Francke, A.L. (2015). Factors associated with the self-perceived ability of nursing staff to remain working until retirement: A questionnaire survey. *BMC Health Serv Res*, 15, 356.
- 前田 智（2014）. 熊本市における大腿骨近位部骨折—地域連携クリティカルパスの現状と課題。医療, 68(9), 445-447.
- Muya, M., Katsuyama, K., Ozaki, F., and Aoyama H. (2014). Development of a scale measuring the job satisfaction of Japanese hospital nurses. *Jap J Nurs Sci*, 11(3), 160-170.
- 内閣府（2015）. 平成27年度版高齢社会白書。 http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html
- 緒形明美, 曾田信子, 長屋央子（2015）. 介護老人福祉施設における介護職と看護職の離職予防についての検討。日本看護科学学会誌, 35, 90-100.
- 小木曾加奈子, 阿部隆春, 安藤昌恵, 平澤泰子（2010）. 介護老人保健施設におけるケアスタッフの仕事全体の満足度・転職・離職の要因：職務における9つの領域別満足度との関連を中心に。社会福祉学会誌, 51(3), 103-118.
- 小木曾加奈子, 平澤泰子（2015）. パーンアウトと認知症高齢者に対する環境を整えるケアとの関係：介護老人保健施設の看護職と介護職の違いに着目をした教育支援。教育医学, 60(4), 189-197.
- 大野辰治, 瀬戸山博, 東出俊一, 目片英治, 加藤理史, 水野敏子（2014）. 滋賀県における5大がん地域連携クリティカルパスへの取り組み。日本医療マネジメント学会雑誌, 15(3), 177-182.
- 佐藤ゆかり, 香川幸次郎（2013）. 介護福祉士における職場内研修体制と職務満足度、継続意向の関係。メンタルヘルスの社会学, 19, 35-41.
- 立花直樹, 九十九綾子, 中島 裕, 多田裕二, 永井文乃（2014）. 介護職員の就労継続に関する意識調査の研究：大阪市内の特別養護老人ホームに対するアンケート調査報告。介護職員の就労継続に関する意識調査の研究：大阪市内の特別養護老人ホームに対するアンケート調査報告。新潟医療福祉学会誌, 13(2), 31-37.
- 谷口敏代, 原野かおり, 桐野匡史, 藤井保人（2010）. 介護職の仕事継続動機と関連要因。介護福祉学, 17(1), 55-65.
- 植田麻祐子, 坂本 圭, 平田智子（2008）. 医療福祉施設における労働者の職務認識と人事労務管理に関する一考察。川崎医療福祉学会誌, 18(1), 169-176.
- 山路 学, 大浦絢子, 扇原 淳（2014）. 高齢者介護施設における職員満足に関する要因の構造分析。社会医学研究, 31(2), 41-48.
- 安田真美, 山村江美子, 小林朋美, 寺嶋洋恵, 矢部弘子, 板倉勲子（2004）. 看護・介護の専門性と協働に関する研究：施設に従事する看護師と介護福祉士の面接調査より。聖霊クリストファー大学看護学部紀要, 12, 89-97.

〔平成28年6月14日受 付〕
〔平成28年12月17日採用決定〕

一般社団法人
日本 看護
研究 学会
会報

第 105 号

(平成29年 6 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第1回理事会 議事録	1
--	---

一般社団法人日本看護研究学会
平成29年度第1回理事会 議事録

日 時：平成29年 4 月23日（日） 13：00～16：20

会 場：アットビジネスセンター東京駅 406号室

出 席：川口孝泰，本田彰子，宮腰由紀子，岩本幹子，石井範子，荒木田美香子，青山ヒフミ，
法橋尚宏，中西純子，前田ひとみ，山口桂子，塩飽仁，佐藤政枝，村嶋幸代，良村貞子，
吉沢豊予子，吉田澄恵，安藤詳子，任和子，山勢博彰
(以上，常任理事・理事20名)，松田たみ子，渡邊順子（監事 2 名）

欠 席：神田清子，宇佐美しおり

陪 席：竹下清日，海老根潤（ガリレオ社）

議事進行：理事長 川口孝泰

書 記：佐藤政枝

(順不同・敬称略)

配布資料：

1. 会員動向報告
2. 平成28年度 決算報告書
3. 編集委員会資料
4. 将来構想委員会資料 2017年度改革プランの提案
5. 平成28年度 看護系学会等社会保険連合研究助成 研究報告要旨
6. 日本看護系学会等社会保険連合 要望書
7. 地方会の活動について
8. 奨学会委員会資料
9. Movable Type バージョンアップおよびサーバ移転 見積書
10. 平成28年度 事業報告

11. 平成29年度 事業案
 12. 平成29年度 予算案
 13. 第44回・第45回学術集会開催日程について
 14. 学術集会一覧
 15. 入会申込理事会承認一覧（回収資料）
- 番号なし 平成28年度 第5回理事会議事録（案）
- 番号なし 第43回学術集会プログラム
- 番号なし 学会賞・奨励賞委員会資料

理事長挨拶

川口理事長より、挨拶があり、議事が開始となった。

1. 報告事項

1) 会員数の動向（資料1）

総務担当・本田副理事長より、資料に基づき、会員数の動向および会費納入状況について報告があった。2017年4月22日現在の会員総数は6,242名（内訳：名誉会員15名、評議員165名、一般会員6,062名）であり、2017年度の新入会員数は134名、入会待機者は104名、2017年度の会費納入率は42.3%、さらに、会費未納者は2016年度が520名、2016年度末での会費2年分（2015・2016年度分）未納による退会者が292名であることが報告された。

2) 平成28年度決算報告について（資料2）

会計担当・岩本理事より、資料に基づき、今年度の決算報告が、一般会計、奨学会特別会計、選挙事業積立金特別会計、第42回学術集会特別会計、災害支援金特別会計、第43回学術集会特別会計に分けてそれぞれ行われた。

3) 委員会報告

(1) 編集委員会（資料3）

委員長・法橋理事より、資料に基づき、進捗状況として39巻4号まで発行済み、39巻5号は5月2日に発行予定、40巻1号は校正済みの状態であり、入稿済みの40巻2号から通常のスケジュールに戻る見込みであること、また、40巻4号からオンラインファーストとなる予定であることが報告された。2016年度の投稿論文数86本のうち、約半数の採否が決定しており、最近の査読の進行状況として4～6ヶ月程度で結論が出ているとの説明があった。さらに、小児看護学を担当する委員1名から3月末での辞退の申し出があったが、現行メンバーでの役割分担が可能であり、委員の補充は行わないことが報告された。

(2) 奨学会委員会（資料8）

委員長・石井理事より、奨学会規程の改訂案について、後ほど審議をお願いしたいとの報告があった。

(3) 学会賞・奨励賞委員会（資料番号なし）

委員長・荒木田理事より、資料に基づき、学会Webページに掲載されている学会賞・奨励賞に関する規程細則について、新旧の内容が混在しているため、改正前の古い記載を削除し、不足する

部分は現行の内容に差し替えることが報告された。また、前回理事会にて討議された各賞の位置づけについては、学会としての今後のあるべき姿も踏まえ、理事長とも相談しつつ検討を進めることが補足説明された。

(4) 将来構想検討委員会（資料4）

委員長・川口理事長より、資料に基づき、今年度より2ヶ年計画で取り組むべき改革プランの概要が提案された。今年度は全会員のメールアドレスを把握して通信情報技術を活用した会員サービスの向上に繋げることで、さらに次年度には、学会事務の業務委託に関する再検討、委員会の所掌事項の見直しと組織再編、地方会および選挙区割りの見直しが提示された。また、新たな社会貢献事業について、各委員会から斬新な提案を募集したいことが説明された。

(5) 研究倫理委員会（資料なし）

委員長・青山理事より、研究倫理審査細則の制定に向けて、既に審査実績のある看護系学会から資料を収集し、本学会の研究倫理審査委員会規程と照合するプロセスにおいて、まずは規程の見直しが必要であることが明らかとなったことが報告された。引き続き、前回の改定以降に公表された研究倫理関連の指針およびガイドラインとの整合性を図りつつ、規程の改定案および細則案を作成することが説明された。

(6) 国際活動推進委員会（資料なし）

委員長・前田理事より、平成28年度のイヤーブックの投稿数は1編のみであり、年々減少傾向にあることが報告された。

(7) 大規模災害支援事業委員会（資料9）

委員長・中西理事より、前回理事会（2月）にて承認された支援事業の対象24件のうち、20件に対して送金が完了したこと、残りの4件については振込先の確認等の事務上の手続きを経た後に、送金予定であることが報告された。

(8) 渉外・広報（ホームページ）（資料なし）

担当・塩飽理事より、学会Webページの更新作業が行われていること、またWebページで使用しているソフトウェアの販売元からのサポート終了に伴い、改訂作業とサーバーの移転を検討しており、本理事会で審議となることが報告された。

(9) 看保連ワーキング（資料5、6）

担当・山口理事より、資料に基づき、4月25日（火）開催の看護系学会等社会保険連合総会にて報告予定の平成28年度研究助成成果報告要旨が示された。さらに、平成29年度研究助成にも継続課題が採択され、泊祐子先生を中心に進められる旨が報告された。また、関係団体（日本重症心身障害学会、日本家族看護学会）との連名にて本学会から提出した平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けた要望書リストにも上記の研究成果が含まれていることが報告された。今後、正式な要望書は6月に厚労省に提出されることが補足説明された。

4) 関連会議

(1) 日本看護系学会協議会（資料なし）

担当・川口理事長より、去る3月26日（日）午前、聖路加国際大学にて、公開シンポジウム「分野別質保証のための教育課程編成上の参照基準」（日本学術会議看護分科会主催、JANA・JANPU共催）が、同日午後より討論会「安全保障と学術の問題に看護はどう取り組むか」（JANA主催、

日本学術会議看護分科会・JANPU共催）が開催されたことが報告された。日本学術会議の関連事項としては、「学術の動向」6月号に看護分科会の活動が特集されることが報告された。

担当・中西理事より、JANA加盟44学会のうち19学会が参加し、去る3月25日（土）に災害看護連携会議の第2回会議が開催されたことが報告された。現在、各学会の取り組みを把握するための調査票の検討がなされており、今年度中に調査を実施して結果を集約する予定であることが報告された。

(2) 看護系学会等社会保険連合

担当・山口理事より、上記、看保連ワーキングの内容とともに報告された。

(3) 日本学術会議

担当・川口理事長より、上記、日本看護系学会協議会の内容とともに報告された。

5) 第43回学術集会について（資料番号なし）

第43回学術集会長・山口理事より、一般演題は322題、交流集会は10件の応募があり、ポスター発表の希望が全体の8割程度と多いことから、一部、口演への変更依頼をし、最終的に15群（75演題）程度となることが報告された。その他、ランチョンセミナーは1日1題、総会は表彰を含めた60分の枠で予定されており、2日目午前の記念講演では、地域の特色を活かし徳川美術館の学芸部長さんにお話いただくこと、午後のナースィングサイエンスカフェ、市民フォーラムは一般公開で開催されることが説明された。

6) 地方会について（資料7）

各担当理事より、資料に基づき、各地方会の活動として平成28年度の事業報告と決算、平成29年度の事業案と予算案がそれぞれ報告された。

2. 審議事項

1) 学会誌の発行形式について（資料3）

編集委員長・法橋理事より、資料に基づき、5つの提案がなされ以下の審議を経てすべて承認された。

(1) オンラインファーストの実現について

40巻1号から、原則としてオンラインファーストの扱いとし、完成した論文から随時J-Stageにて公開する（編集委員長の校了段階で先行登録の予定）。号の扱いは残すが、ページ数は巻での通し番号とし3号もこれに含める。

なお、学術集会で販売する抄録集については、3号とは別物であり1ページより順に番号をふる。また、抄録集は会員には配布されないことから、学術集会の開催時期にあわせて、学会Webページに掲載し、学術集会Webページからリンクを貼る。

(2) 学会Webページに掲載されている論文の扱いについて

現在、J-Stageと学会Webページに掲載されている論文を、今後はJ-Stage（DOIが付与されたPDFファイル）に一本化する。学会Webページには、J-Stageの当該論文へのリンクを貼り閲覧可能とする。学会Webページのアクセス分析では、論文検索が圧倒的に多いことから、J-Stageへの移行に関するわかりやすい案内をだすと同時に、しばらくは学会Webページの論文掲載も継続する。

(3) 冊子体の学会誌（PDFファイル）の扱いについて

現在、PDF化された冊子体が学会Web上に掲載されている。新しい号が掲載されると古いものが削除される仕組みであり、現在は38巻2号以降が閲覧可能である。正文社には33巻1号からのデータがあるが、それ以前のものはない。全冊子を電子化する場合、スキニング代として253,000円（3号を除く概算）が必要となる。これまで発行されたすべての冊子体を電子化してデータベースに残すことは、学会の資産として将来的な観点からも有意義であり、予算をかけて取り組むべき事業である。現在は、DOIを付与するための手段として、J-Stageを活用しているが、将来的には学会が独自のデータベースを持つことも検討する時期がくると考えられる。

3号を含めた学会誌（紙媒体）の電子化にかかる費用として、大凡のページ数で見積もった額は50万円程度となっているが、実際には大幅な増額（倍額）の可能性もある。100万円程度の予算で収まるのであれば、とくに追加承認の必要なく、学会誌すべてをスキャンして整備することとする。なお、学術集会で契約した広告ページについては抄録集のみの掲載とし、3号からは削除する。学会事務局で保管している学会誌は各1冊であり、一部書き込みがあるものもあるため、33巻以前の冊子については、理事から借用してPDF化する。

(4) 3号（学術集会抄録掲載号）の扱いについて

3号（抄録掲載号）は、30万円程度（30円／頁）ですべての号のスキャンが可能であり、また、J-Stageへの登録は1演題1,000円程度である。

3号の著作権については、これまで著者に確認をとってはいないが、学会誌に掲載されることは全員が承知の上で投稿・発表されていることを考えれば、学会Webページで閲覧可能とすることは大きな問題にはならないという認識である。ただし、研究の質保証という観点からは、J-Stageへの掲載は慎重に扱う必要があり、今回は登録を見送る。

今回は、学会Webページでの3号（著作権に関する確認ができていない過去の論文）の公開にあたり、学会Webページ上でのオプトアウトにより周知する対応をとる。

(5) 会告・会報の扱いについて

会報、会告は、平成26年以降は学会Webページでも閲覧可能であり、今後は会員へのメールサービス等でも対応可能であるが、これまで学会誌（冊子体）に掲載されてきた経緯を考慮し、今回は決定を見送り継続審議とする。また、現在、会報・会告については、単独のページ番号（目次と同様のローマ数字）が付与されており、このままの扱いとする。

2) 奨学会規程改定について（資料8）

石井理事より、資料に基づき、前回理事会での議論を踏まえた改正案が提示されたが、奨学会事業に関する規程は、「奨学会委員会規程」「奨学会規程」に定められており、双方を合わせた議論が必要であること、また、委員会規程の改正には社員総会の議を経る必要があり、次回総会（5月21日）での提案は難しいことが確認された。今回の改正点として、現行の事業に即さない下線部分を修正することが提案され、承認された。

<下線部分を削除>

第4条 6) 研究が継続され、更に継続して奨学金を希望する者は、改めて申請を行うこととする。

<下線部分を加筆>

第4条 5) 奨学金は1題50万円以内、年間合計100万円を上限とし、適当と認められた研究課題

の費用に充当するものとして贈る。

3) 学会ウェブサイトの英文化について(資料なし)

委員長・前田理事より、「理事長あいさつ」と「概要・沿革」に引き続き、「入会のご案内」および「論文投稿について」の英語化について提案がなされ承認された。

4) 学会ウェブサイトMovable Typeバージョンアップおよびサーバ移転について(資料9)

担当・塩飽理事より、資料に基づき、学会Webページの運用ソフトウェア「Movable Type」の現バージョンのサポートが2月末で終了した(現在、セキュリティに脆弱性がある)ことを受け、新たなライセンス購入とサーバ移転にかかる経費が提示された。現行のライセンス契約(サーバとセット)ではバージョンアップに制限があること、また、レンタルサーバが安価になったこともあり、ソフトウェアライセンスとサーバの契約を別個にすることが提案された。さらに、ライセンスは数年おきに更新料が発生するが、安価なレンタルサーバへの移行により、ランニングコストとして年間2~3万円の経費削減になる見込みであることが説明された。現サーバには、古い選挙システムが残っているが、今後使用の予定がなく削除しても問題がないことが確認された。

5) 選挙管理委員会委員の選出について(資料なし)

川口理事長より、2名から内諾を得ており、この後さらに1名を選出してメール審議にて承諾を得たいとの説明があった。

6) 平成28年度事業報告(資料10)

川口理事長より、資料に基づき、平成28年度事業報告の内容が確認された。

7) 平成29年度事業案(資料11)

本田副理事長より、資料に基づき、平成29年度事業案の内容が確認された。

8) 平成29年度予算案(資料12)

岩本理事より、資料に基づき、予算案について報告された。事務局より、予算額の最終確認があり、本理事会での決定事項を受け、一般会計の事業活動支出の内訳のうち、学会誌編集事業に電子データ化に必要な費用として150万円、将来構想検討事業に委員会に会員メールアドレス把握のための調査費として150万円をそれぞれ追加することが決定された。また、予備費として300万円を計上することが確認された。

9) 第44回・45回学術集会開催日程について(資料13)

川口理事長より、資料に基づき、第44回、45回の開催日程が確認され、両日ともに学会Webページにて告知されることとなった。

・第44回学術集会

日時：平成30年8月18日(土)、19日(日)

場所：熊本県立劇場 学術集会長：前田ひとみ先生

・第45回学術集会

日時：平成31年8月20日(火)、21日(水)

場所：大阪府立国際会議場 学術集会長：泊祐子先生

10) 第46回(平成32年度)学術集會会長推薦について(資料14)

川口理事長より、北海道での開催を視野に入れて交渉中であり、学術集會会長候補者より内諾が得られ次第、メール審議にて承認を得ることが報告された。

11) その他

(1) 入会申込理事会承認（資料15：要回収）

総務担当・本田副理事長より、資料に基づき、166名の入会希望者のリストが確認され、全員の入会が承認された。1名の所属について誤記があり、事務局で再確認することとなった。前回理事会でも依頼したが、推薦の際には必ず申請者のメールアドレスを確認し、記入がない場合（代表アドレスや携帯メールアドレスの場合）には、確実に連絡が取れるアドレスの追記を促して欲しいとの説明があった。

(2) その他

社員総会の配布資料（資料10, 11）について、修正が必要な場合は印刷依頼までに事務局に連絡することとなった（4/27に印刷依頼、連休明けに校正予定）。

第43回学術集会での委員会の開催について、学術集会長の山口理事より、会場確保の都合上、事前に事務局まで連絡して欲しいとの依頼があった。

次回理事会：

日時：5月21日（日）

常任理事会 10：30～11：00

理事会 11：00～12：15

社員総会 13：30～16：30

場所：東京医科歯科大学

日本学術会議の動き



日本学術会議における 過去、現在、未来

日本学術会議会長 大西 隆

最近、日本学術会議の過去の意思と現在のそれとの関係が問われることが増えました。そこで、今回は、日本学術会議における過去と現在の関係について考えてみることにします。

日本学術会議の意思や見解は、勧告、要望、声明、提言、報告、あるいは談話といった様々な形態で公表されます（日本学術会議用語では「意思の表出」）。それぞれについて、定義や決定の方法が規則で定められています。ポイントは、これらの見解は担当委員会等で審議された上で、査読を受けて（分科会の場合には、査読の前に親委員会の審議）、幹事会で審議し、決定します。担当の分科会や委員会での審議とまとめが最も重要であることは言うまでもありませんが、その後に査読と幹事会での審議が行われるのも質の向上という点で重要な過程です。ただ、重層的な仕組みゆえに時間を要します。

査読では、特に、内容の適切性と過去10年間に公表された文書との関連について検討することになっています（「日本学術会議の運営に関する内規」第2条、第3条）。過去10年間に公表された文書との関連というのはどういう意味でしょうか。

同じ組織が公表する見解が、頻繁に変わっては信頼性を損なうという至極当然の理由があります。現在では、日本学術会議の会員は6年任期ですから、10年間という、少なくとも会員はほぼ一新されています。したがって、自分たちが直接関わったものではない場合もある関連テーマの過去の見解を確認し、それとの関連を検討せよということになります。

ただ、私は、この規定は、一貫性や整合性を常に求めているわけではないと考えています。その

問題を取り巻く状況が変われば、同じ問題を審議しても結論が変わることはあり得ます。その場合には、断りもなく見解を変えるのではなく、過去の見解を検討して、理由を述べて見解に修正を施すことを求めていると理解しています。

一例をあげれば、東日本大震災後には、防災や原発に関するそれまでの見解に反省を加えたり、修正することが必要になりました。科学者の社会的な責任が鋭く問われたことがその背景にあります。

こういう場合に、無謬主義に陥って、過去の見解を不問に付して、新たな見解だけを述べた方が、気が楽だという意識に陥りがちですが、それは適切な態度ではないのでしょうか。敢えて言えば、6年任期で会員が変わるという制度の持つ意味は、その時代の状況に的確に対応して、最善の見解を、しがらみなく示せるという優位性を持つとも言えるので、その利点を十分に生かすことが必要だと思います。

ところで、過去の見解を検討する期間が10年間でされているのはどういう意味でしょうか。この間の様々な議論でも、もう少し古い関連文書が検討の対象となった例は沢山あります。もちろん、そのことが妨げられているわけではありません。ただ、一方で、科学者を取り巻く状況はやはり変化が激しいので、過去に遡って整合性を論ずるよりも未来に向かって意味のある見解をまとめることをより重視しているとも考えられます。もちろんこれには異論があるでしょう。これまでの見解の有効性はテーマごとに異なるので、過去との整合性と未来への有効性を勘案しながら、審議とまとめを行うことが重要と言えるでしょう。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成29年4月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆熊本地震・1周年報告会

日時 平成29年4月15日(土) 11時00分～18時20分
場所 熊本県庁本館 地下大会議室
次第 「熊本地震の観測と現象解明」
「地震の被災状況と対策について」
「土砂災害・風水害と対策について」
「情報提供・避難・救援・復旧・復興について」

◆材料工学から見たものづくり人材育成の 課題と展望

日時 平成29年4月22日(土) 13時00分～17時15分
場所 日本学術会議講堂
次第 「大学における人材育成の課題」村上雅人
「素材開発・製造業における人材育成の課題」
中川幸也
「高校における材料工学の知識の普及と啓発
活動」吉田信也
「ポジティブ・アクションの実効性」戸部 博
「材料工学における女子学生、女性研究者・技
術者の人材育成」中野裕美

◆第63回構造工学シンポジウム

日時 平成29年4月22日(土)～4月23日(日)
場所 北海道大学工学部(C棟およびオープンホール)
次第 特別講演
「東京都における都市基盤施設の予防保全型
管理」高瀬照久
「維持管理・更新時代の到来と構造工学の挑戦」
奥井義昭／永田佳文／菊地 優／玉手保彰

◆地質地盤情報の共有化を目指して

―安全安心で豊かな社会の構築に向けて

日時 平成29年4月27日(木) 13時30分～17時40分
場所 日本学術会議講堂
次第 「地質地盤情報の共有化について(仮)」

栗本史雄

「地下利用に関する国の審議状況(仮)」

大西有三

◆働く女性の健康支援―予防医学を展望する

日時 平成29年5月12日(金) 16時00分～18時00分
場所 東京ビッグサイト TFTビル第1会場
次第 「女性の視点からみた健康経営」江崎禎英
「女性の視点からみた健康管理・健康教育」
荒木葉子
「女性のライフステージの視点から見た栄養管
理」児玉浩子
「女性のライフステージの視点からみた歯科保
健」品田佳世子

◆東日本大震災に係る食料問題フォーラム2017 ―環境汚染と内部被曝問題

日時 平成29年5月13日(土) 13時00分～17時00分
場所 長崎大学ボンベ会館
次第 「放射線被ばくと健康リスク(仮)」山下俊一
「チェルノブイリ原発事故と福島第一原発事故
の相違について(仮)」平良文享
「川内村と富岡町での環境放射能汚染測定と内
部被ばく評価」高村 昇
「避難指示が解除された地域における環境回復
と地域再建の課題」万福裕造
「食の流通の安全安心の確保(仮)」菅野孝志
「放射性物質の健康リスク(仮)」新山陽子

◆まちおこしの現場から明日を考える

―若手・中堅研究者の提言

日時 平成29年5月13日(土) 14時00分～17時30分
場所 日本学術会議講堂
次第 「辺境におけるまちおこしの現場から(仮)」
徳田光弘
「水・食料・エネルギーの自給循環と環境収容
力(仮)」笠松浩樹
「橋と景観とまちづくり(仮)」久保田善明
「地域公共交通の活性化が地域の活性化を促す
ために」加藤博和
「地域自律型の次世代型・水インフラシステム
(仮)」牛島 健

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

日本学術会議の活動への評価

日本学術会議会長 大西 隆

4月13～15日に日本学術会議第173回総会が開催されました。2015年にノーベル物理学賞を受賞した梶田隆章先生の講演も行われました。また、審議経過報告では、関心を集めてきた「軍事的安全保障研究に関する声明」と、関連した報告「軍事的安全保障研究について」が公表されたことが紹介され、その内容をめぐる意見交換が行われました。

ここでは、総会での議論の中から、初日の午前中に行われた、尾池和夫先生（京都造形芸術大学学長・元京都大学総長）の「日本学術会議第23期2年目（平成27年10月～平成28年9月）の活動状況に関する評価」についての報告を取り上げます。「評価」は、尾池先生をはじめとする6人の外部有識者が、対象期間における日本学術会議執行部側の活動報告を聴取してなされたものです。日本学術会議としては、今回の評価を如何に今後の活動に生かしていくのかを示すことにしています。この点については、近々、会長メッセージで明らかにする予定です。

ここでは、どんな点が評価を踏まえて指摘されたかを紹介します。以下の下線は評価報告の中で指摘された事項です。

まず、迅速な審議です。1期3年にとらわれず、1年間、半年間と審議期間を定めて時宜を得た提言を出す必要があるとしています。

また、選択と集中を徹底することが必要としています。取り組みを強化すべき重点活動を特定して、資源を重点的に投ずることが必要というものです。

これらを合わせると、日本学術会議の限られた会員、時間、さらに予算を、重要と考える分野に重点的に投じて成果を上げるべきというご指摘と

理解するべきかと思います。

確かに、会員や連携会員の役割が、3年間の任期中に当該分野での提言等の一つ出すことと理解されている面もあります。これでは、期末に提言等が集中して、それまでの2年間はアピールが低調になりがちということになります。任期制がある以上、任期の始まり時期には、活動のエンジンが全開というわけにはいかないのは事実ですが、評価意見にあるように、社会から求められる重要課題に対応する姿勢を強めて、積極的に審議に取り組み、タイムリーな公表を目指したいと思います。

これと関連して、公表した提言や報告が十分に活用されるように周知を図ったり、周知度について長期的にフォローアップすることも重要とのご指摘がありました。提言等を出したことで満足せず、政府や社会にその内容の浸透を図り、活用されるよう努力することが必要です。

それから、会員、特に連携会員が2,000人程度も必要なのかという疑問も呈されました。日本学術会議の審議は、国の予算を使って行われているので、納税者が納得する内容の提言等を、適切な審議回数と人員とを費やしてまとめることが必要であるのは言うまでもありません。この点についての説明を社会に対して行うことも不可欠と考えます。

加えて、次世代の科学者育成の活動として、初等・中等教育から高等教育までのあり方、若手アカデミーの活動強化についても意見を頂戴しました。さらに、日本学術会議が高い倫理感をもち社会から信頼を得られる機関となるべきとの指摘もありました。いずれも重要な指摘であり、今後の日本学術会議の活動の中で生かしていきたいと思っています。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成29年5月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆危機に瀕する学術情報の現状とその将来

日時 平成29年5月18日(木) 13時00分～17時55分
場所 日本学術会議講堂
次第 「危機に瀕する学術誌」久留島典子
「学術誌の安定的・持続的アクセスに向けて」
安達 淳
「学術情報の現状—研究者を取り巻く状況」
松尾由賀利
「学術情報の現状—大学経営の立場から」
植木俊哉
「国立大学と学術誌問題」大西 隆
「デジタル時代の科学出版」Anders Karlsson
「学術情報基盤の整備推進に向けた文部科学
省の取組について」原 克彦
「これからの学術情報—オープンサイエンス
を巡って」土井美和子

◆社会調査をめぐる諸問題とその解決策

日時 平成29年5月20日(土) 14時30分～17時00分
場所 嘉ノ雅 茗溪館 4階 筑波・新泉の間
次第 「講演」岩井紀子／大谷信介／石井クンツ昌子／
稲葉昭英／盛山和夫

◆第30回環境工学連合講演会

日時 平成29年5月23日(火) 9時15分～17時10分
場所 日本学術会議講堂
次第 特別講演「地球温暖化の現状と見通し」
木本昌秀
「緩和策」田中敦子／大隅多加志／井田民男／
手塚宏之／後藤尚弘／大嶺 聖／田中幹也／
鈴木英樹
「適応策」曾我和弘／藤谷雄二／三坂育正／
岡部 聡／下ヶ橋雅樹／林 健太郎

「緩和策と適応策」馬場健司／湯 龍龍／
植田洋行

◆睡眠と生物時計：

心身の健康を守るからだのリズム

日時 平成29年5月28日(日) 13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「生物時計のリズム発振と睡眠」上田泰己
「リズム・睡眠・気分」内匠 透
「ヒトの睡眠覚醒リズムをつくる脳の時計・体
の時計」本間研一
「眠りと目覚めを整える」尾崎紀夫

◆第2回若手科学者サミット

日時 平成29年6月2日(金) 13時30分～18時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 若手研究者による研究報告

◆アジアの経済発展と立地・環境—都市・農村関係 の再構築を考える(仮)

日時 平成29年7月8日(土)
場所 日本学術会議講堂
次第 「開発主義の環境的基盤」杉原 薫
「臨海工業地帯と日本の軌跡」小堀 聡
「アジアにおけるエネルギー・水・食料の総合
的確保」谷口真人
「都市と農村をつなぐ生活圏の再構築(仮)」
西條辰義

◆生態系インフラストラクチャーを社会実装する

日時 平成29年7月17日(月) 13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「生態系インフラストラクチャーの計画的展開
(仮)」一ノ瀬友博
「生態系インフラストラクチャーの経済的評価
(仮)」大沼あゆみ
「生態系インフラストラクチャーを支える多様
な主体の連携(仮)」鎌田磨人

日本学術会議の動き



会長からの
メッセージ

電子ジャーナル問題を考える

日本学術会議会長 大西 隆

5月18日に、日本学術会議の講堂で、「危機に瀕する学術情報の現状とその将来」と題する学術フォーラムが行われました。電子ジャーナルの購読価格高騰で、日本の研究者でも論文購読がままならなくなっている問題を捉えて開催されたものです。フォーラムの内容については、いずれ本誌に特集されることになっているので、参加できなかった方は、是非その機会にお読みいただければと思います。

電子ジャーナル問題は、2013年にロンドンで開催されたG7科学技術大臣会合でも取り上げられ、既に国際問題になっています。

発端は、科学技術研究の重要な部分を占める論文購読が、電子ジャーナルの高騰で困難になり、研究環境の格差拡大につながっているという発展途上国からの問題提起でした。その後の日本学術会議における部会などでの議論では、南北格差であるばかりではなく、既に日本国内における大学間格差にもなっていると指摘されました。購読電子ジャーナルが減ったために、他大学の研究者に依頼して、論文を手に入れるケースもあるということです。

ただ、電子ジャーナル問題には、解決策がすでに提示されています。電子ジャーナルのオープンアクセス化です。インターネットを通じて読者が無料でダウンロードできる電子ジャーナル・論文が増えれば、問題は解消されるというものです。確かに、オープンアクセス誌は徐々に増えていきます。大多数の学術論文誌に行き渡れば状況は変わるでしょう。

しかし、現状はそう単純には進んでいないようです。まず、オープンアクセス誌のシェアはまだまだ十分ではありません。有力商業学術出版社がオー

ペン化に熱心ではないと伝えられます。研究者が出版された自分の論文を買い取る形で、所属機関などのレポジトリに掲載する方法もありますが、オープン化が広がるには、ゴールドOAと呼ばれる雑誌そのもののオープン化拡大が欠かせません。

また、オープンジャーナル誌の掲載料、すなわちAPCが高額という問題も生じています。フォーラムでも、1本当たり60万円を超える掲載料を払うケースが出ていると報告されました。論文を書く時は、研究費を獲得しているのだから多少高くとも問題はないはず、という考えもあり得るとはいえ、寡占化された商業学術出版社のペースでAPCが釣り上げられるのは適当とは思えません。特に、APCの国際的な平均値とされる額をはるかに超えるような例にどう対処するかは課題です。

厳しいピアレビューによって高質さが確保されていることが重要なので、ピアレビューが厳格で高額なAPCを課す論文誌が高質な論文誌とされるという関係があるのは理解できます。世界的に増加傾向にある学術論文の中から読むべきものを選別する機能を持つピアレビューによって研究者は時間を節約できます。

しかし、一方で、多くの研究者は、自らがボランティアでレビューを担当しており、高額なAPCには疑問を持っている場合が多いのです。また、ピアレビューをそう厳密に行わずに、掲載後の評価を重視するという考えも有力となっています。つまり、出版された論文を評価することをより重要な仕事と考えて、IFに代わるような評価を充実させていくべきという議論です。オープンジャーナル普及とAPCの適正化のために、ドイツやオランダの動きも参考にしつつ、我が国でももう一歩実践を進める必要がありそうです。

Information Plaza 情報プラザ

学術講演会・シンポジウム等開催のお知らせ

今回は、平成29年6月中旬以降に予定されているものについて紹介いたします。

◆日本の科学と産業の停滞と復興

日時 平成29年6月22日(木) 13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「日本の大学の研究力はなぜ失速したのか？」
豊田長康
「電子立国の凋落に何を学ぶか」西村吉雄
「スター・サイエンティストと日本のイノベーション」牧 兼充
「若者が切り開く産業の未来」大澤 敏

◆低炭素・健康な生活と社会の実現への道筋

日時 平成29年6月23日(金) 13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「新しいライフスタイルと行動変容の動機づけ」
坂井 文／中上英俊／高田光雄／仙田 満 他
「成熟社会のための低炭素・健康都市のデザイン」
林 良嗣／梅干野晃／南 一誠／森本章倫 他
「住宅・建築の低炭素対策と創エネの加速化」
田辺新一／柏木孝夫／小玉祐一郎／伊香賀俊治

◆地域史料の保存利用と公文書管理の在り方

日時 平成29年6月24日(土) 13時30分～17時30分
場所 駒澤大学駒沢キャンパス1号館1-204教場
次第 「自治体文書館のあゆみと地域史料保存」
西向宏介
「神奈川県立公文書館の現状と課題」上田良知
「地域史料の保存利用と資料ネット」小関悠一郎

◆アジアの経済発展と立地・環境

―都市・農村関係の再構築を考える(仮)―

日時 平成29年7月8日(土)
場所 日本学術会議講堂
次第 「開発主義の環境的基盤」杉原 薫
「臨海工業地帯と日本の軌跡」小堀 聡
「アジアにおけるエネルギー・水・食料の総合的確保」谷口真人

「都市と農村をつなぐ生活圏の再構築(仮)」

西條辰義

◆生態系インフラストラクチャーを社会実装する

日時 平成29年7月17日(月) 13時30分～17時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「生態系インフラストラクチャーの計画的展開(仮)」
一ノ瀬友博
「生態系インフラストラクチャーの経済的評価(仮)」
大沼あゆみ
「生態系インフラストラクチャーを支える多様な主体の連携(仮)」鎌田磨人

◆昆虫の恵み―その多面性―

日時 平成29年7月22日(土) 13時00分～16時45分
場所 東京大学農学部1号館8番教室
次第 「バイオミメティクス」針山孝彦
「カイコを用いた医療用タンパク質生産の現状と課題」立松謙一郎
「ミツバチの恵みと飼育のすすめ」坂本文夫
「シルクの微細構造と健康衣料への利用」赤井 弘
「マゴットセラピー」沼田英治

◆市民性涵養のための法学教育(仮)

日時 平成29年7月22日(土) 13時00分～17時45分
場所 日本学術会議講堂
次第 「ドイツの中等教育における法学教育」松本尚子
「科目「公共」に盛り込むべき労働法テーマ」
浅倉むつ子
「新しい教養教育における市民性涵養の課題」
小林傳司
「東北大学の実践から」糠塚康江
「市民性涵養のための基礎法学教育の可能性」
三成賢次
「市民性涵養のためのジェンダー法学教育」
南野佳代
「医療者養成教育と市民性涵養のための法学教育」小澤隆一

◆法科大学院時代の法曹養成・法学研究者養成の課題と展望(仮)

日時 平成29年7月29日(土) 13時00分～17時00分
場所 日本学術会議講堂

次第 「法曹養成・法学研究者養成アンケートの結果の紹介」佐藤岩夫
「アンケート結果をどう読む：法曹養成・法学研究者養成の現状と課題報告」

◆教育と学術の明日を考える(仮)

日時 平成29年7月30日(日) 13時00分～17時00分
場所 島根大学・大学ホール
次第 第1部 これからの教育を考える(仮題)
第2部 提言「学術の総合的発展をめざして
—人文・社会科学からの提言」をめぐって

◆グローバル成長を支えるエネルギー戦略と未来構想
—北部九州の取組 影から光へ

日時 平成29年8月1日(火) 14時00分～17時15分
場所 九州工業大学記念講堂
次第 「北九州市の環境とエネルギー戦略について」
今永 博
「地産地消の地域エネルギー 北九州パワーの
取り組み」千歳昭博
「炭素戦略から見たエネルギー未来構想」
林 潤一郎

◆アフリカ研究50年 —日本の国際貢献

日時 平成29年8月5日(土) 13時30分～16時30分
場所 長崎大学医学部良順会館ボードインホール
次第 「ゴリラと歩いたアフリカ」山極壽一
「アフリカでの感染症研究」金子 聡
「漢方を用いた熱帯病治療薬の開発研究」
平山謙二
「ねむり病は眠らない」北 潔
「エボラ出血熱、ラッサ熱の流行発生地を経て
シュバイツァー博士ゆかりの地へ」安田二郎

◆放射性物質の移動の計測と予測

—あのとき・いま・これからの安心・安全

日時 平成29年8月7日(月)
場所 日本学術会議講堂
次第 第1部 原発事故時の放射性物質のモニタ
リングと移動の数値予測の現状と課題
「福島第一原発事故による放射性物質
の移動の実態」恩田裕一
「福島第一原発事故時の放射性物質移

流拡散問題」岩崎俊樹
「大気化学輸送の観点からの物質輸送
モデリングの現状と課題」中島映至
「モニタリングと大気拡散計算による
原子力事故影響の把握とその事故対応
への反映」山澤弘実

第2部 放射性物質のモニタリング・予測情
報をどう活かすべきか？
「原子力リスクの評価と原子力防災の
あり方」山口 彰
「マルチエージェント社会シミュレ
ーションが浮き彫りにする緊急時避難の
課題」野田五十樹
「緊急時のモニタリング・予測情報と
マスコミの役割」小出重幸
「モニタリング・ポストの現状と現場
自治体の対応」岩永幹夫

◆提言「学術振興の観点から国立大学の教育研究と国
による支援のあり方について」の推進について(仮)

日時 平成29年8月25日(金)
場所 日本学術会議講堂

◆次世代統合バイオイメージング研究の展望

日時 平成29年8月29日(火) 13時00分～18時00分
場所 日本学術会議講堂
次第 「アト秒軟X線レーザーを利用した分子軌道
イメージング(仮)」新倉弘倫
「1分子から個体レベルまでの多階層バイオ
イメージング(仮)」堀川一樹
「人間社会リモートイメージング(仮)」八木康史
「地球環境イメージング(仮)」大政謙次
「TMTによる超解像天体イメージング(仮)」
高見英樹

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

本誌投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship) は以下の①から④の四点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていなければならない*。

- ① 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- ② 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究にかかわっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示**」を要求することがある。

2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付記することを推奨する。

3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、したがって、所属機関のリポジトリへの収載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文収載ではないので未発表と見なす。

* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のようであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

** 産学連携による研究には、学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元 (公的利益) だけでなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。

原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2014)等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造^{ねつそう} (Fabrication)、改竄^{かいざん} (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿（こま切れ投稿）は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正当な理由を添えて、編集委員長宛に願ひ出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel、PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、投稿論文とともに送付する。

8. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

9. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

10. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

11. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

12. 著作権

- ・ 会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・ 本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・ 本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

13. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。

原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

原稿の内容は日本看護研究学会の設立趣旨「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」にかなったものとする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

また、本学会の編集スタイルは、原則的に米国心理学会（American Psychological Association, APA）が発行している『Publication Manual of the American Psychological Association, 6th ed.』（2010）／『APA論文作成マニュアル第2版』（2011, 医学書院）に準拠する。

1. 投稿の際の電子書式等について

- 1) 原稿は、本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。
- 2) 本文はMicrosoft社のWordを使用し、図表は図はWord・Excel・Power Point、表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は、JPEGまたはPDF形式で保存する。
なお、図表については以下の点に留意されたい。
Word …… Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は、もとのExcelのデータも提出すること
JPEG …… 解像度が350dpi以上の低圧縮の状態で提出すること
PDF …… パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。
[例]「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設、B氏、方法X、など）の場合は全角文字とする。また、量記号（サンプル数の n や確率の p などの数値すなわち量を表す記号）に対しては、欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 r やCronbach's α では「.68」のように小数点以下だけを表現し、縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

- 1) 見出しは「MSゴシック」体を用い、外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。
- 2) 見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。
- 3) 第1階層は論文タイトルで、見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。
- 4) 本文の見出しは、以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号、およびピリオドは全角を使用する。

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1)(2)(3)……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a)(b)(c)……………：上位の見出しより1字下げる

- 5) 「はじめに」や「序論」「序説」、または「緒言」および「おわりに」や「結語」、「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが、本文中では見出し数字・記号は使用せず、単に中央揃えとする。
- 6) 論文で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

課題の困難さ	若年者			高齢者		
	数	平均(標準偏差)	信頼区間	数	平均(標準偏差)	信頼区間
軽度	12	.05(.08)	[.02, .11]	18	.14(.15)	[.08, .22]
中等度	15	.05(.07)	[.02, .10]	12	.17(.15)	[.08, .28]
高度	16	.11(.10)	[.07, .17]	14	.28(.21)	[.15, .39]

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

5. 図について

- 1) 図はひとつずつA4判用紙に配置し、最下段左端に、出現順に「図1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 2) 図表は、原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は、原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6. 引用について

論文の中で、自己の主張に関連づけて他の著作者の文章や図表の一部を使用する場合は、出所を明示すれば著作権保有者の許諾を得ることなく「引用」することができる。根拠となる法律は以下のとおり(漢字、仮名遣いを一部変更)。

著作権法

第三十二条 公表された著作物は、引用して利用することができる。この場合において、その引用は、公正な慣行に合致するものであり、かつ、報道、批評、研究、その他の引用の目的上、正当な範囲内*で行なわれるものでなければならない。

2 国もしくは地方公共団体の機関、独立行政法人または地方独立行政法人が一般に周知させることを目的として作成し、その著作の名義の下に公表する広報資料、調査統計資料、報告書、その他これらに類する著作物は、説明の材料として新聞紙、雑誌、その他の刊行物に転載することができる。ただし、これを禁止する旨の表示がある場合は、この限りでない。

図や写真は著作者が独創性を持って作成した著作物として保護される。したがって、上記のような「引用」の範囲を越える場合、著作権者の許諾がなければ勝手に「転載」することはできない。ただし、誰が作成しても同じになると考えられる図表は、創意や工夫が反映されていないので自分で作成しても同じ物となる。したがって許諾がなくても転載利用としない。

7. 引用形式について

本学会は米国心理学会（American Psychological Association, APA）発行の『Publication Manual of the American Psychological Association』に準拠するが、原著が英語文献のためのマニュアルであるところから、一部学会独自の工夫を行っている。

■本文中の引用

- 1) 本文中の引用箇所には「(著者の姓, 西暦文献発行年, 引用ページ)」を付けて表示する。引用には常にページ数を記すが、ページ数を特定できないとき（本文を要約して引用する場合や文意を説明的に引用する場合など）はこの限りではない。

— 例 —

- a. 山口 (2011) によると「……は……である」(p.3)。 ※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。
- b. 「……は……である」と山口は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口は, ……は……である, と主張している (2011,p.3)。

- 2) 2名の著者による単独の文献の場合、その文献が本文に出現するたびに常に両方の著者の姓の間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合も同様である。

— 例 —

- a. 山口・黒田 (2011) によると「……は……である」(p.3)。
- b. 「……は……である」と山口・黒田は述べている (2011,p.3)。
- c. 山口・黒田は, ……は……である, と主張している (2011,p.3)。
- d. Yamaguchi & Kuroda (2011,p.3) は…… ※欧文献では、2名の姓を「&」でつなぐ。

- 3) 著者が3, 4, 5名の場合、文献が初出の時点ですべての著者姓を、間に「・」を付して表記する。初出以降に再引用する場合は、最初の著者の後ろに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付ける。例外として、最初の著者1名では論文の区別がつかない場合、区別がつくまで著者姓を列記する。

— 例 —

- a. ……であることが明らかにされている (山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか, 2011)。
- c. ……であることが明らかにされている (Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。

※欧文献では、最後の著者姓の前に「&」を入れる。

- 4) 著者が6名以上の場合は、初出・再引用にかかわらず、筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」)を付す。
- 5) 複数文献を同一個所で引用した場合には、(黒田, 2011, pp.3-7; 山口・長崎, 2010, pp.100-101) というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。
- 6) 同一著者による、同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は、発行年にアルファベットを付し、これらの文献を区別する。なお、本文末の文献リストにおいても、同様の扱いとする。

* 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係：引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性：本分と引用文は明確に区分されている、③必然性：それを引用するの必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

— 例 —

山口 (2009a) によると……である。また、別の研究では……であることが明らかにされている (山口, 2009b)。

- 7) 前項に類似するが、同一書籍の異なる頁を複数個所で引用する場合には、本文末の文献リストにおいては単一の文献として頁数を記載せず、それぞれの引用個所において頁数を記載する。

— 例 —

中木 (2010, pp.23-45) によると……である。また、……であるケースも存在することが明らかにされている (中木, 2010, pp.150-156)。

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

本文の最後には、【文 献】として、引用した文献の書誌情報を、著者名のアルファベット順の一覧として表示する。

- 1) 和文名と欧文名は同一基準で取り扱い、和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて、著者名は原著にあがっている全員をあげる。
- 2) 欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用し、雑誌名および書籍名をイタリックで表示する (注意: 和文の場合は斜字体にしない)。
- 3) 雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は、邦文誌では医学中央雑誌、欧文誌では、INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお、省略形を用いる場合は、省略不可能な文献を除き、すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名全員 (西暦発行年). 表題. 雑誌名, 巻 (号), 開始ページ-終了ページ.

— 例 —

日本太郎, 看護花子, 研究二郎 (1998). 社会的支援が必要なハイリスク状態にある高齢入院患者の特徴. 日本看護研究学会雑誌, 2(1), 32-38.

Nihon, T., Kango, H., Kenkyu, J. (2000). Characteristics of elderly inpatients at high risk of needing supportive social service. *Journal of Nursing*, 5, 132-138.

② 書籍の場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 書籍名. 引用箇所の開始ページ-終了ページ, 出版地: 出版社名.

— 例 —

研究太郎 (1995). 看護基礎科学入門. 23-52, 大阪: 研究学会出版.

Kenkyu, T. (2000). *Introduction to Nursing Basic Sciences*. 23-52, Osaka: Research Press.

③ 翻訳書の場合:

必要な書誌情報とその順序: 原著者名 (原著発行年)／訳者名 (翻訳書発行年). 翻訳書名 (版数). (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ数). 出版地: 出版社名.

— 例 —

Walker, L.O., & Avant, K. C. (2005)／中木高夫・川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法. (pp.77-79). 東京: 医学書院.

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合:

必要な書誌情報とその順序: 著者名 (西暦発行年). 表題. 編集者名 (編), 書籍名 (pp.引用箇所の開始ページ-終了ページ). 出版地: 出版社名.

— 例 —

研究花子 (1998). 不眠の看護. 日本太郎, 看護花子 (編), 臨床看護学Ⅱ (pp.123-146). 東京: 研究学会出版.

Kenkyu, H. (2008). A nursing approach to disturbed sleep pattern. In T. Nihon, & H. Kango Editor (Eds.), *Clinical Nursing II* (pp.123-146). Tokyo: Kenkyu Press.

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

- －著者名（出版年）．論文名．誌名．巻（号），頁．doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

- －著者名（出版年）．論文名．誌名．巻（号），頁．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

・DOIがある書籍

- －著者名（出版年）．書籍名．doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

- －著者名（出版年）．書籍名．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

・DOIがある書籍

- －著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．doi: xx,xxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

- －著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト，Webページ

- －著者名（投稿・掲載の年月日）．Webページの題名．Webサイトの名称．http://www.xxxxxxx（参照 年-月-日）
- － Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from http://www.xxxxxxx (accessed Year-Month-Day)

8. 投稿時の必要情報の入力について

- 1) 原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から，自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果，希望する種別では不採用となったり，採用可能な別の種別を勧告する場合がある。
- 2) 和・英の論文タイトル，およびキーワード（5語以内，医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること），本文枚数，図枚数（用紙1枚につき1つ），表枚数（用紙1枚につき1つ），写真点数（用紙1枚につき1点で，図としてタイトルをつける），著者氏名（著者全員の会員番号，氏名〔日本語，その下にローマ字〕，所属・部署〔日本語，その下に英文〕，連絡先住所（連絡者氏名，住所，電話番号，ファクシミリ番号，E-mailアドレス）を入力する。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は200語以内をA4判の用紙に，原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる（原著論文，研究報告のみ）。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック（英語を母国語とする人によるチェック）の確認書を必要とする。

2) 和文抄録は400字以内とする。

10. 著者貢献度

著者貢献度 (Author Contributions) について、著者の論文への貢献度を下記の例のように記載する。

[例]

著者貢献度

すべての著者は、研究の構想およびデザイン、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

11. 原稿用紙および原稿の長さ

800字詰用紙3枚が刷り上がり1ページに相当する(2,400字)。原稿種別の刷り上がりページ数の最大目安は概ね以下のとおりである。このなかには、タイトル、発表者氏名・所属、図表、引用文献リスト等の一切を含む。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/2頁、大きな図表は1頁である。

投稿規程に「原稿が刷り上がりで10頁以下の場合は、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

- | | |
|------------|-------|
| 1. 原著論文 | 10ページ |
| 2. 研究報告 | 10ページ |
| 3. 技術・実践報告 | 10ページ |
| 4. 総説 | 10ページ |
| 5. 資料・その他 | 10ページ |

12. 英語論文について

『日本看護研究学会雑誌』では、英語論文も受理する。原則、「論文投稿規程」と上記の「原稿執筆要項」にしたがって原稿を作成する。本文が英語になることにより、下記のように対応する。

- 1) 本文の文字の大きさは、Times New Romanの12ポイントを使用する。書式は左右余白30mm、上下余白50mmとし、20行となるように設定する。
- 2) 原稿が刷り上がりで、1頁は5,700 wordsに相当する。
- 3) 英文抄録と本文は、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。なお、英文抄録に加えて、和文抄録も必要である。

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

付 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 5) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月5日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年2月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成29年度会費納入のお願い

平成29年度会費納入のお願いをお送りしております。未納の方はお早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。

また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

記	
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先やご所属先等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<http://www.jsnr.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレスで登録についてのお願い

学会からのお知らせを会員の皆さまに円滑にお届けするため、E-mailによる連絡を活用していきますので、E-mailアドレス未登録の会員の方はご登録くださいますようお願い申し上げます。前述の学会ホームページ会員情報管理システムによりご登録をお願いいたします。

4. 学会雑誌について

平成27年度発行の38巻より会員向けのCDによる配布を廃止し、オンラインジャーナルのみでの提供となっています。学会のホームページで学会誌を公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-24-1 第2ユニオンビル4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

TEL: 03-3944-8236 FAX: 03-5981-9852

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

開所曜日: (平日) 月～金曜日 開所時間: 9:30～18:00

日本看護研究学会雑誌

第40巻 2号

会員無料配布

平成29年6月20日 印刷

平成29年6月20日 発行

編集委員長

法橋 尚宏 (理事) 神戸大学大学院保健学研究科
秋山 智 (会 員) 広島国際大学看護学部
荒木 孝治 (会 員) 大阪医科大学看護学部
市江 和子 (会 員) 聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部
上野 栄一 (会 員) 福井大学医学部看護学科
内田 宏美 (会 員) 島根大学医学部看護学科
川西千恵美 (会 員) 関西福祉大学
河原 宣子 (会 員) 京都橘大学看護学部
木立るり子 (会 員) 弘前大学大学院保健学研究科
小西美和子 (会 員) 兵庫県立大学看護学部
定方美恵子 (会 員) 新潟大学大学院保健学研究科
高島 尚美 (会 員) 関東学院大学看護学部
竹田 恵子 (会 員) 川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科
中西 純子 (理事) 愛媛県立医療技術大学保健科学部
吉田 澄恵 (理事) 千葉大学大学院看護学研究科
若村 智子 (会 員) 京都大学大学院医学研究科
(五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-24-1

第2ユニオンビル4階

株式会社ガリレオ

学会業務情報化センター内

☎ 03-3944-8236 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページアドレス

<http://www.jsnr.jp>

E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者 川口孝泰

印刷所 (株)正文社

〒260-0001 千葉県中央区都町1-10-6

入会を申し込まれる際は、以下の事項にご留意下さい。(ホームページ上において入会申込書を作成し、仮登録を迅速に処理することができますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

1. 大学、短期大学、専修学校在学中の学生は入会できません。なお、前述の身分に該当する方で、学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は、発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒170-0002 東京都豊島区東横1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学会業務情報化センター内
一般社団法人日本看護研究学会
4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費8,000円、合計11,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。

5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚、その他の場合は、()内に専門の研究分野を記入して下さい。
6. 送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。
7. 地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。
8. 会員番号は、会費等の納入を確認ののち、お知らせいたします。

*個人情報の管理について

一般社団法人日本看護研究学会にご登録いただいている個人情報については、慎重に取り扱い、本会運営の目的のみに使用しております。

(切り取り線より切ってお出しく下さい)

入 会 申 込 書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

貴会の趣旨に賛同し会員として西暦 年度より入会を申し込みます。(入会年度は、必ずご記入下さい。)

フリガナ	氏名	専門区分		看護学・医学・その他 ()
氏名		生 年	西 暦	性 別
所 属		男 ・ 女		
送 付 先 住 所	TEL	FAX		
E - m a i l	自宅・所属 (いずれかに○)	〒		
自 宅	TEL	FAX		
評 議 員		評 議 員		
推 薦 者 氏 名		推 薦 者 氏 名		
推 薦 者 所 属		推 薦 者 所 属		
事 務 局	理事会承認年月日			
記 入 欄	受付番号	年度入会会員番号		
	受 付 日	巻 号～		
	通知番号	送 付 日		

地 区 割		都 道 府 県 名
1	北 海 道	北海道
2	東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
3	関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
4	東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
7	中国・四国	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
8	九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

変 更 届

一般社団法人日本看護研究学会事務局 宛（FAX 03-5981-9852）
下記の通り変更がありましたので、お届けいたします。

年 月 日

会員番号 _____

フリガナ _____

氏 名 _____

変更する項目にご記入ください。

自宅住所の変更

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____
Eメール： _____

勤務先の変更

所 属 名： _____

所属住所

〒 _____

電話及びFAX

TEL _____ FAX _____
Eメール： _____

フリガナ _____

氏名の変更 _____

地区の変更

地 区 割

地 区 名		都 道 府 県 名	地 区 名		都 道 府 県 名
1	北 海 道	北海道	5	東 海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
2	東 北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6	近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
3	関 東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7	中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
4	東 京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8	九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

地区の指定について：勤務先と、自宅住所の地区が異なる場合、希望する地区番号に○印を付けて地区登録して下さい。尚、地区の指定がない時は、勤務先の地区への登録とさせていただきます。

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先（ ） 自 宅（ ）

※ご入会申込時に送付先を「ご所属」として登録の場合、ご自宅住所は会員データに登録していません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は、ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

個人情報の管理について：一般社団法人日本看護研究学会では、ご登録の個人情報を慎重に取扱、本会の運営目的のみに使用いたしております。

