

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 41 Number 1 April 2018 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[41巻1号]

会 告 (1)

日本看護研究学会雑誌40巻3号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

P228 共同発表者削除

誤 28 ト라우マ体験を乗り越えた長期血液透析患者の思考の特徴

○菊池 紀子¹, 野上 睦美², 四十竹 美千代³, 吉井 忍¹, 野上 悦子¹, 辻口 喜代隆⁴, 藪田 歩⁵
¹富山大学附属病院看護部, ²金城大学看護学部, ³富山大学大学院医学薬学教育部, ⁴医療法人基伸会栗山病院,
⁵神奈川県保健福祉大学保健福祉学部

正 28 ト라우マ体験を乗り越えた長期血液透析患者の思考の特徴

○菊池 紀子¹, 野上 睦美², 吉井 忍¹, 野上 悦子¹, 辻口 喜代隆³, 藪田 歩⁴
¹富山大学附属病院看護部, ²金城大学看護学部, ³医療法人基伸会栗山病院,
⁴神奈川県保健福祉大学保健福祉学部

(2) 以下の通り訂正いたします。

P232 共同発表者追加

誤 60 医療機関等の看護管理者の, CNS コースの学生の能力強化に関する要望

○松枝 美智子¹
¹福岡県立大学看護学部

正 60 医療機関等の看護管理者の, CNS コースの学生の能力強化に関する要望

○松枝 美智子¹, 江上 史子¹, 渡邊 智子¹, 松井 聡子¹, 永嶋 由理子¹, 村田 節子²
¹福岡県立大学看護学部, ²関西看護医療大学

(3) 以下の通り訂正いたします。

P237 演題とり下げのため削除

示説 112 看護師の初期キャリア発達支援に関する研究 – 入職3年間の認知傾向と組織コミットメントの関連 –

竹内 久美子¹, ○松下 由美子¹
¹佐久大学

(4) 以下の通り訂正いたします。

P240 発表者の変更

誤 133 看護学生がとらえた一般病床などでの精神的ケアに困難が生じる要因

○樋口 日出子¹, 木村 怜¹
¹岩手県立大学看護学部

正 133 看護学生がとらえた一般病床などでの精神的ケアに困難が生じる要因

樋口 日出子¹, ○木村 怜¹
¹岩手県立大学看護学部

(5) 以下の通り訂正いたします。

P241 発表者の変更

誤 145 まちづくりとして行った健康交流会に参加した地域の人々の健康状態や健康に関するニーズ 2 報
○有田 清子¹, 山本 洋子¹, 山崎 裕美子¹, 大田 容子¹, 大儀 律子¹, 中田 登紀江¹, 伊藤 明子¹
¹姫路獨協大学看護学部

正 145 まちづくりとして行った健康交流会に参加した地域の人々の健康状態や健康に関するニーズ 2 報
有田 清子¹, 山本 洋子¹, 山崎 裕美子¹, 大田 容子¹, ○大儀 律子¹, 中田 登紀江¹, 伊藤 明子¹
¹姫路獨協大学看護学部

(6) 以下の通り訂正いたします。

P245 発表者の変更

誤 185 褥瘡創面におけるフィブロネクチン分子の解析による褥瘡治癒過程のアセスメント指標の検討
○松本 尚子¹, 米田 雅彦²
¹豊橋創造大学保健医療学部看護学科, ²愛知県立大学看護学部

正 185 褥瘡創面におけるフィブロネクチン分子の解析による褥瘡治癒過程のアセスメント指標の検討
松本 尚子¹, ○米田 雅彦²
¹豊橋創造大学保健医療学部看護学科, ²愛知県立大学看護学部

(7) 以下の通り訂正いたします。

P246 演題とり下げのため削除

示説 195 慢性疾患をもつ小学校就学児の学校生活における保護者および教師の不安・困難感に関する文献検討
○川崎 友絵¹, 萩本 明子¹
¹同志社女子大学看護学部

(8) 以下の通り訂正いたします。

P247 共同発表者削除

誤 204 同じ性別を持つ多子の育児期にある母親の体験プロセス - 沖縄県のトートーメー承継をめぐって -
○我如古 愛花¹, 下地 清香², 小八重 佑果³, 山城 歩⁴, 島田 友子⁵
¹琉球大学附属病院, ²浦添総合病院, ³九州医療センター, ⁴三菱京都病院, ⁵名桜大学

正 204 同じ性別を持つ多子の育児期にある母親の体験プロセス - 沖縄県のトートーメー承継をめぐって -
○我如古 愛花¹, 下地 清香², 山城 歩³, 島田 友子⁴
¹琉球大学附属病院, ²浦添総合病院, ³三菱京都病院, ⁴名桜大学

(9) 以下の通り訂正いたします。

P247 共同発表者削除

誤 205 乳幼児をもつ母親の主観的幸福感についての研究 –地域子育て支援拠点事業の利用・非利用者の比較検討–
○下地 清香¹, 我如古 愛花², 小八重 佑果³, 山城 歩⁴, 島田 友子⁵
¹浦添総合病院, ²琉球大学附属病院, ³九州医療センター, ⁴三菱京都病院, ⁵名桜大学

正 205 乳幼児をもつ母親の主観的幸福感についての研究 –地域子育て支援拠点事業の利用・非利用者の比較検討–
○下地 清香¹, 我如古 愛花², 山城 歩³, 島田 友子⁴
¹浦添総合病院, ²琉球大学附属病院, ³三菱京都病院, ⁴名桜大学

(10) 以下の通り訂正いたします。

P247 共同発表者削除

誤 206 産後1ヶ月の初産婦の育児不安への対処方法と産後支援のあり方について –育児日記による内容分析から–
○山城 歩¹, 小八重 佑果², 下地 清香³, 我如古 愛花⁴, 島田 友子⁵
¹三菱京都病院, ²九州医療センター, ³浦添総合病院, ⁴琉球大学附属病院, ⁵名桜大学

正 206 産後1ヶ月の初産婦の育児不安への対処方法と産後支援のあり方について –育児日記による内容分析から–
○山城 歩¹, 下地 清香², 我如古 愛花³, 島田 友子⁴
¹三菱京都病院, ²浦添総合病院, ³琉球大学附属病院, ⁴名桜大学

(11) 以下の通り訂正いたします。

P247 演題とり下げのため削除

示説 207 月経周辺期症状に対するスマートフォンアプリを用いたセルフモニタリングの効果
○小八重 佑果¹, 山城 歩², 我如古 愛花³, 下地 清香⁴, 島田 友子⁵
¹九州医療センター, ²三菱京都病院, ³琉球大学附属病院, ⁴浦添総合病院, ⁵名桜大学

(12) 以下の通り訂正いたします。

P248 未発表のため削除

示説 217 在宅看護学において看護学生の小児療養者へのイメージ
○塩田 みどり¹
¹了徳寺大学健康科学部看護学科

(13) 以下の通り訂正いたします。

P250 演題とり下げのため削除

示説 232 リウマチケア看護師のチーム医療における役割の検討
○池部 百恵¹, 大石 ふみ子²
¹秋田病院, ²愛知医科大学

(14) 以下の通り訂正いたします。

P255 発表者の変更

誤 289 看護学生の考える高齢者の持てる力 – 臨地実習前のレポートを分析して –
○外村 昌子¹, 津崎 勝代¹, 上西 洋子¹
¹森ノ宮医療大学保健医療学部看護学科

正 289 看護学生の考える高齢者の持てる力 – 臨地実習前のレポートを分析して –
外村 昌子¹, ○津崎 勝代¹, 上西 洋子¹
¹森ノ宮医療大学保健医療学部看護学科

(15) 以下の通り訂正いたします。

P257 発表者の変更

誤 305 看護大学2年生と4年生における看護職の捉え方とその関連要因
○上野 和美¹, 片岡 健², 松浦 江美¹, 藤本 裕二³, 中村 真理子⁴, 藤野 裕子⁵, 楠葉 洋子¹
¹長崎大学大学院, ²広島大学大学院, ³佐賀大学医学部看護学科, ⁴福岡女学院看護大学, ⁵沖縄県立看護大学

正 305 看護大学2年生と4年生における看護職の捉え方とその関連要因
上野 和美¹, 片岡 健², 松浦 江美¹, 藤本 裕二³, 中村 真理子⁴, 藤野 裕子⁵, ○楠葉 洋子¹
¹長崎大学大学院, ²広島大学大学院, ³佐賀大学医学部看護学科, ⁴福岡女学院看護大学, ⁵沖縄県立看護大学

(16) 以下の通り訂正いたします。

P258 発表者の変更

誤 314 看護職向けコーチング・コンサルテーション研修の満足度に影響する学習成果と学習活動
○遠藤 良仁¹, 渡辺 幸枝¹, アンガホッフア 司寿子¹, 鈴木 美代子¹, 伊藤 収¹
¹岩手県立大学看護学部

正 314 看護職向けコーチング・コンサルテーション研修の満足度に影響する学習成果と学習活動
遠藤 良仁¹, ○渡辺 幸枝¹, アンガホッフア 司寿子¹, 鈴木 美代子¹, 伊藤 収¹
¹岩手県立大学看護学部

(17) 以下の通り訂正いたします。

P346 共同発表者削除

誤

28) ト라우マ体験を乗り越えた長期血液透析患者の思考の特徴

○菊池紀子¹、野上睦美²、四十竹美千代³、吉井 忍¹、
野上悦子¹、辻口喜代隆⁴、藪田 歩⁵
¹富山大学附属病院看護部、²金城大学看護学部、³富山
大学大学院医学薬学教育部、⁴医療法人基伸会栗山病院、
⁵神奈川県保健福祉大学保健福祉学部

【はじめに】

近年、透析療法を受ける患者の増加と共に、長期に透析を受けている患者も増加し、透析患者の30%を占めている。長期透析患者については様々な合併症の出現、潜在的な不安、抑うつ、定期的な血液透析療法による時間の制約、日常生活動作の制限などの、つらく、重々しい側面から明らかになっており、看護援助においては患者の心の内面の理解が重要な課題となっている。第1報では、長期血液透析患者は次々と前提となる世界観の崩壊を招くというトラウマ体験を乗り越えて成長を遂げていたことを報告した。

【目的】

本研究では、トラウマ体験を乗り越えてきた長期血液透析患者の思考の特徴を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】

本研究は質的記述的研究である。研究参加者は、慢性腎不全で血液透析療法を37年継続している60歳代女性1名。血液透析療法を受けながら、大学で非常勤講師として10年前まで働いていた。研究参加者が看護学生を対象に治療経過、医師、看護師との関わりについて記述した手記をデータとした。データ分析にあたり、本人からの承諾を得て実施した。データの分析はAmia Lieblichらが提唱したナラティブ研究の手法の一つ、holistic content analysisを参考にして行った。

【結果と考察】

A氏の手記には、論理的でポジティブな側面が表れていた。A氏は、慢性腎不全と闘いながらも教育者として、また妻としての役割を担ってきた。A氏は、その人生の中で直面してきた苦境の度に、何度も自己と自己のおかれた状況についてとらえなおす必要に迫られ、それらをとらえなおしながら生きてきたと考えられる。また、A氏の手記を通して、いくつものトラウマ体験から成長を引き出した思考の特徴として5つのテーマが浮かび上がってきた。以下、テーマを《 》で示す。《生きる努力を続ける力》は、A氏の人生を通してのテーマとして浮かび上がってきた。A氏は、血液透析療法を受けながら、仕事、家事、日々の生活での工夫など様々なことを続けてきた。《かかわった人々への感謝》《血液透析とセルフケアの意味づけ》《病気に対するとらえ方》《生きがい》は、《生きる努力を続ける力》を支える要素となっていたと考える。慢性疾患患者においては身体部分、身体機能、社会的自己など様々な対象喪失を体験することが報告されている。A氏は、様々な喪失に対するモーニング・ワーク（悲哀の仕事）に取り組むことによって喪失を受容し、上記に示すような思考の特徴が生じていたのではないかと考えられる。

正

28) ト라우マ体験を乗り越えた長期血液透析患者の思考の特徴

○菊池紀子¹、野上睦美²、吉井 忍¹、野上悦子¹、
辻口喜代隆³、藪田 歩⁴
¹富山大学附属病院看護部、²金城大学看護学部、³医療
法人基伸会栗山病院、⁴神奈川県保健福祉大学保健福祉
学部

【はじめに】

近年、透析療法を受ける患者の増加と共に、長期に透析を受けている患者も増加し、透析患者の30%を占めている。長期透析患者については様々な合併症の出現、潜在的な不安、抑うつ、定期的な血液透析療法による時間の制約、日常生活動作の制限などの、つらく、重々しい側面から明らかになっており、看護援助においては患者の心の内面の理解が重要な課題となっている。第1報では、長期血液透析患者は次々と前提となる世界観の崩壊を招くというトラウマ体験を乗り越えて成長を遂げていたことを報告した。

【目的】

本研究では、トラウマ体験を乗り越えてきた長期血液透析患者の思考の特徴を明らかにすることを目的とする。

【研究方法】

本研究は質的記述的研究である。研究参加者は、慢性腎不全で血液透析療法を37年継続している60歳代女性1名。血液透析療法を受けながら、大学で非常勤講師として10年前まで働いていた。研究参加者が看護学生を対象に治療経過、医師、看護師との関わりについて記述した手記をデータとした。データ分析にあたり、本人からの承諾を得て実施した。データの分析はAmia Lieblichらが提唱したナラティブ研究の手法の一つ、holistic content analysisを参考にして行った。

【結果と考察】

A氏の手記には、論理的でポジティブな側面が表れていた。A氏は、慢性腎不全と闘いながらも教育者として、また妻としての役割を担ってきた。A氏は、その人生の中で直面してきた苦境の度に、何度も自己と自己のおかれた状況についてとらえなおす必要に迫られ、それらをとらえなおしながら生きてきたと考えられる。また、A氏の手記を通して、いくつものトラウマ体験から成長を引き出した思考の特徴として5つのテーマが浮かび上がってきた。以下、テーマを《 》で示す。《生きる努力を続ける力》は、A氏の人生を通してのテーマとして浮かび上がってきた。A氏は、血液透析療法を受けながら、仕事、家事、日々の生活での工夫など様々なことを続けてきた。《かかわった人々への感謝》《血液透析とセルフケアの意味づけ》《病気に対するとらえ方》《生きがい》は、《生きる努力を続ける力》を支える要素となっていたと考える。慢性疾患患者においては身体部分、身体機能、社会的自己など様々な対象喪失を体験することが報告されている。A氏は、様々な喪失に対するモーニング・ワーク（悲哀の仕事）に取り組むことによって喪失を受容し、上記に示すような思考の特徴が生じていたのではないかと考えられる。

(18) 以下の通り訂正いたします。

P366 共同発表者追加

誤

60) 医療機関等の看護管理者の、CNSコースの学生の能力強化に関する要望

○松枝美智子¹

¹福岡県立大学看護学部

【目的】

医療機関等の看護管理者の、CNSコースの学生の能力強化に関する要望を明らかにし、教育のあり方を検討する。

【方法】

1) 研究デザイン：量的研究 2) データ収集期間：2015年7月 3) 研究対象者：A県内の医療施設等のトップ・マネージャー1,405名 4) データ収集方法：先行研究から作成したCNSコースの大学院生の能力強化に関する要望に関する5件法、29項目の質問紙を用いて郵送法で調査 5) データ分析方法：記述統計、探索的因子分析、信頼係数、クラスカル・ウィリス検定、相関係数

【倫理的配慮】

所属組織の研究倫理委員会の承認後に調査を実施し、無記名の質問紙を返送した人を研究に同意したとみなした。利益相反はない。

【結果】

回収率は8.3% (117部) で、有効回答率は57% (67部) であった。因子分析で、第一因子を「CNS機能の能力強化要望因子」、第二因子を「組織への適応能力強化要望因子」と命名し、信頼係数は0.96と0.88であった。第一因子は「CNSとしての実践能力」「ケアの質改善でのリーダーシップ能力」「認定NSとの連携能力」「職種をつなぐリーダーシップと調整能力」(以上、平均値が高い順) 等、CNSの6つの機能及びそれに準じる内容の能力強化の要望22項目、第二因子は「言葉によらない共感能力」「コミュニケーション能力」「人間性の涵養をはかる」「組織理解に基づく役割開発能力」「組織特有の意思決定方法の尊重」「看護管理者に求める支援の言語化能力」(平均値が高い順) の7項目であった。第一因子の平均値は4.14で、第二因子の平均値は4.50であった。設置主体、施設形態、回答者職位、回答者最終学歴、CNSの雇用希望により、全項目に有意差はなく、全項目間で有意な相関があった。

【考察】

本研究においては、回収率が10%以下と低く、その要因として、データ収集方法の問題や、A県下の看護管理者の高度実践看護師に対する関心の低さを表している可能性などが考えられるが、本研究結果だけからは明確なことは言えない。第二因子の、「組織への適応能力強化要望因子」にみられるような能力を向上させるためには、学生の人格的成熟の促進を基盤に、組織理解能力、対人関係形成能力、コミュニケーション能力、看護管理者に必要な支援を求める能力の向上を図る必要があると考える。服部(2010)は近年の日本人の心理社会的発達の遅延を指摘しており、人格の成熟は一朝一夕にはできないが、学生が教員や看護管理者をはじめとする臨床家との対話を通して、前述の能力を培えるよう、授業のあり方を工夫する必要がある。本研究は、A県においての全数調査であり、しかも回収率が8.3%と低かったことから、本研究結果を一般化することはできない。今後、研究方法を精練し、信頼性や妥当性を高めて一般化を目指す必要がある。

正

60) 医療機関等の看護管理者の、CNSコースの学生の能力強化に関する要望

○松枝美智子¹、江上史子¹、渡邊智子¹、松井聡子¹、

永嶋由理子¹、村田節子²

¹福岡県立大学看護学部、²関西看護医療大学

【目的】

医療機関等の看護管理者の、CNSコースの学生の能力強化に関する要望を明らかにし、教育のあり方を検討する。

【方法】

1) 研究デザイン：量的研究 2) データ収集期間：2015年7月 3) 研究対象者：A県内の医療施設等のトップ・マネージャー1,405名 4) データ収集方法：先行研究から作成したCNSコースの大学院生の能力強化に関する要望に関する5件法、29項目の質問紙を用いて郵送法で調査 5) データ分析方法：記述統計、探索的因子分析、信頼係数、クラスカル・ウィリス検定、相関係数

【倫理的配慮】

所属組織の研究倫理委員会の承認後に調査を実施し、無記名の質問紙を返送した人を研究に同意したとみなした。利益相反はない。

【結果】

回収率は8.3% (117部) で、有効回答率は57% (67部) であった。因子分析で、第一因子を「CNS機能の能力強化要望因子」、第二因子を「組織への適応能力強化要望因子」と命名し、信頼係数は0.96と0.88であった。第一因子は「CNSとしての実践能力」「ケアの質改善でのリーダーシップ能力」「認定NSとの連携能力」「職種をつなぐリーダーシップと調整能力」(以上、平均値が高い順) 等、CNSの6つの機能及びそれに準じる内容の能力強化の要望22項目、第二因子は「言葉によらない共感能力」「コミュニケーション能力」「人間性の涵養をはかる」「組織理解に基づく役割開発能力」「組織特有の意思決定方法の尊重」「看護管理者に求める支援の言語化能力」(平均値が高い順) の7項目であった。第一因子の平均値は4.14で、第二因子の平均値は4.50であった。設置主体、施設形態、回答者職位、回答者最終学歴、CNSの雇用希望により、全項目に有意差はなく、全項目間で有意な相関があった。

【考察】

本研究においては、回収率が10%以下と低く、その要因として、データ収集方法の問題や、A県下の看護管理者の高度実践看護師に対する関心の低さを表している可能性などが考えられるが、本研究結果だけからは明確なことは言えない。第二因子の、「組織への適応能力強化要望因子」にみられるような能力を向上させるためには、学生の人格的成熟の促進を基盤に、組織理解能力、対人関係形成能力、コミュニケーション能力、看護管理者に必要な支援を求める能力の向上を図る必要があると考える。服部(2010)は近年の日本人の心理社会的発達の遅延を指摘しており、人格の成熟は一朝一夕にはできないが、学生が教員や看護管理者をはじめとする臨床家との対話を通して、前述の能力を培えるよう、授業のあり方を工夫する必要がある。本研究は、A県においての全数調査であり、しかも回収率が8.3%と低かったことから、本研究結果を一般化することはできない。今後、研究方法を精練し、信頼性や妥当性を高めて一般化を目指す必要がある。

(19) 以下の通り訂正いたします。

P405 発表者の変更

誤

133) 看護学生がとらえた一般病床などでの精神的ケアに困難が生じる要因

○樋口日出子¹, 木村 怜¹

¹ 岩手県立大学看護学部

【目的】

精神科以外の病床で看護を行う上でも、精神的ケアが行き届かない場面がある。今回は看護学生がとらえた一般病床などでの精神的ケアに困難が生じる要因についての考えを明らかにする。

【研究方法】

1. 対象：A大学看護学部の4年生で、精神看護学専門関連科目を履修した26名のうち、研究同意の得られた25名。
2. 調査方法：質問紙にて、実習経験などから考える一般病床などでの精神的ケアに困難が生じる要因に関して、自由記載での回答を依頼。
3. 分析方法：コード化した回答を意味内容の類似性に基づき分類し、カテゴリ化を行う。
4. 倫理的配慮：研究参加は自由意思、質問紙は無記名であり、成績評価などへの影響がないことを説明。また、研究参加へ同意して提出した質問紙は、研究者以外の目に触れない方法で管理することを説明。なお、調査は講義時間内で行い、研究者が退室後の回収とした。
本研究は岩手県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

6カテゴリ、13サブカテゴリを抽出。以下、《 》をカテゴリ、〈 〉をサブカテゴリとする。
〈身体ケアを優先〉する状況では〈患者と向き合う時間の確保が困難〉であり、《精神的ケアの優先度を下げざるを得ない》。それゆえ〈家族と話をする時間の確保が困難〉となり、〈終末期患者の家族対応〉など《家族への対応》にも困難が生じる。
また、看護師が〈患者との継続した関わりが困難〉と感じる場合、〈患者が思いを打ち明けにくい心理状況〉となる可能性、さらに患者が〈多くの関わりを望まない〉場合や〈言語的な訴えが少ない〉ために《十分でない患者－看護師関係》となる。
さらに、〈精神疾患〉や〈認知症〉をもつ患者の《精神症状への対応》、治療やストレスによる〈強い感情表現〉や〈気分の落ち込み〉など《患者の感情の起伏》への対応困難をとらえていた。〈発達障害の可能性〉の症例を考慮し、《配慮すべき特性への対応》が必要とされた。

【考察】

1. 臨床の現状の影響

身体ケアが優先され、相対的に《精神的ケアの優先度を下げざるを得ない》現状を、実習経験などから認識したと考える。〈患者が思いを打ち明けにくい心理状況〉から、患者－看護師関係の方向付けや同一化が困難な状況をとらえたと考えられる。

2. 患者の言動の影響

《感情の起伏がある》場合と〈言語的な訴えが少ない〉場合があり、ここに困難があるにとらえた理由は、両者への精神的ケアの必要性を認識していると考えられ、非言語的な情報にも目を向ける感性を獲得していると言える。

3. 精神症状への対応

精神看護学実習以外で、〈精神疾患〉の患者を受け持つ学生もあり、一般病床などでも〈認知症〉を含めた《精神症状への対応》が必要な状況があり、それに応じて困難な場面があると認識していると考えられる。

正

133) 看護学生がとらえた一般病床などでの精神的ケアに困難が生じる要因

樋口日出子¹, ○木村 怜¹

¹ 岩手県立大学看護学部

【目的】

精神科以外の病床で看護を行う上でも、精神的ケアが行き届かない場面がある。今回は看護学生がとらえた一般病床などでの精神的ケアに困難が生じる要因についての考えを明らかにする。

【研究方法】

1. 対象：A大学看護学部の4年生で、精神看護学専門関連科目を履修した26名のうち、研究同意の得られた25名。
2. 調査方法：質問紙にて、実習経験などから考える一般病床などでの精神的ケアに困難が生じる要因に関して、自由記載での回答を依頼。
3. 分析方法：コード化した回答を意味内容の類似性に基づき分類し、カテゴリ化を行う。
4. 倫理的配慮：研究参加は自由意思、質問紙は無記名であり、成績評価などへの影響がないことを説明。また、研究参加へ同意して提出した質問紙は、研究者以外の目に触れない方法で管理することを説明。なお、調査は講義時間内で行い、研究者が退室後の回収とした。
本研究は岩手県立大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

【結果】

6カテゴリ、13サブカテゴリを抽出。以下、《 》をカテゴリ、〈 〉をサブカテゴリとする。
〈身体ケアを優先〉する状況では〈患者と向き合う時間の確保が困難〉であり、《精神的ケアの優先度を下げざるを得ない》。それゆえ〈家族と話をする時間の確保が困難〉となり、〈終末期患者の家族対応〉など《家族への対応》にも困難が生じる。
また、看護師が〈患者との継続した関わりが困難〉と感じる場合、〈患者が思いを打ち明けにくい心理状況〉となる可能性、さらに患者が〈多くの関わりを望まない〉場合や〈言語的な訴えが少ない〉ために《十分でない患者－看護師関係》となる。
さらに、〈精神疾患〉や〈認知症〉をもつ患者の《精神症状への対応》、治療やストレスによる〈強い感情表現〉や〈気分の落ち込み〉など《患者の感情の起伏》への対応困難をとらえていた。〈発達障害の可能性〉の症例を考慮し、《配慮すべき特性への対応》が必要とされた。

【考察】

1. 臨床の現状の影響

身体ケアが優先され、相対的に《精神的ケアの優先度を下げざるを得ない》現状を、実習経験などから認識したと考える。〈患者が思いを打ち明けにくい心理状況〉から、患者－看護師関係の方向付けや同一化が困難な状況をとらえたと考えられる。

2. 患者の言動の影響

《感情の起伏がある》場合と〈言語的な訴えが少ない〉場合があり、ここに困難があるにとらえた理由は、両者への精神的ケアの必要性を認識していると考えられ、非言語的な情報にも目を向ける感性を獲得していると言える。

3. 精神症状への対応

精神看護学実習以外で、〈精神疾患〉の患者を受け持つ学生もあり、一般病床などでも〈認知症〉を含めた《精神症状への対応》が必要な状況があり、それに応じて困難な場面があると認識していると考えられる。

(20) 以下の通り訂正いたします。

P412 発表者の変更

誤

145) まちづくりとして行った健康交流会に参加した地域の人々の健康状態や健康に関するニーズ 2報

○有田清子¹，山本洋子¹，山崎裕美子¹，大田容子¹，大儀律子¹，中田登紀江¹，伊藤明子¹

¹ 姫路獨協大学看護学部

【目的】

本研究はまちづくりとして行った健康交流会に参加した地域の人々の健康状態や健康に関するニーズを把握することである。

【研究方法】

健康状態の把握として、体温・脈拍・血圧・SpO₂、体重・体組成、肩関節可動域を毎回の交流会で測定し、身長と骨密度については指定回のみとした。健康上のニーズは、毎回の交流会終了時に行う座談会でのインタビューとSF-36v2（1回目，4回目）によって把握した。倫理的配慮については、姫路獨協大学生命倫理委員会の承認を得た（「姫獨生16-02」）。

【結果】

参加者23名の健康状態は、体温36℃台、脈拍は男64.8±9.6回／分、女75.8±8.9回／分、収縮期血圧は男136.3±15.3、女131.9±17.7mmHgであった。BMIは、男女とも18.5以上25未満の範囲であった。70歳未満と70歳以上の2群に分け、平成26年度国民健康栄養調査報告書と比較した結果、70歳以上の女性群では体温、身長、体重、筋肉量、基礎代謝、骨密度がやや低く、最高血圧値、内臓脂肪がやや高めであった。70歳以上の男性群では脈拍、最低血圧、身長、体重、筋肉量、骨推定量、基礎代謝の項目がやや低めで、最高血圧、BMI、内臓脂肪がやや高めであった。肩関節可動域は立位で計測したが、対象者の姿勢や計測の手技で数値にばらつきがみられたため参考値とした。「五十肩です」「入院後、退院してからも挙がりにくい」など、自覚症状を有する参加者もあり、ストレッチを自宅などで時間を見つけて取り入れ、「(腕が) 挙がりやすくなった」と喜んでいる者もいた。SF-36v2では、8つの項目全てにおいて平均値が参加当初よりも上昇し、全国調査（20歳から70歳）の平均と比べると、やや低めからほぼ同じ傾向を示すようになっていた。特に、前後の差が10点以上あったものは3項目（心の健康：12.8点、全体的健康観：11.3点、活力10.5点）であった。健康チェック場面では、測定結果に一喜一憂される参加者が多かった。値を気にする参加者には長年慢性疾患を患い医療機関の選択に悩んでいる者もいた。参加者の健康に関するニーズには、毎回の健康チェックによる自身の健康状態の把握とともにより健康になるための方法を望むものが多かった。また、参加したことで、身体的な側面だけでなく、他者との交流や心地よさを体験することで得られた精神的な健康にも目が向けられていた。

【考察】

今回の対象は、自ら講座に参加する意思・意欲を持った参加者であり、年齢に応じておおむね心身の健康状態は良好であったといえる。しかし、老化、入院加療後、慢性疾患、受診行動上の問題など、個別には様々な問題を抱えていた。

本研究は平成28年度姫路市大学発まちづくり研究助成を得て実施した。

正

145) まちづくりとして行った健康交流会に参加した地域の人々の健康状態や健康に関するニーズ 2報

○有田清子¹，山本洋子¹，山崎裕美子¹，大田容子¹，大儀律子¹，中田登紀江¹，伊藤明子¹

¹ 姫路獨協大学看護学部

【目的】

本研究はまちづくりとして行った健康交流会に参加した地域の人々の健康状態や健康に関するニーズを把握することである。

【研究方法】

健康状態の把握として、体温・脈拍・血圧・SpO₂、体重・体組成、肩関節可動域を毎回の交流会で測定し、身長と骨密度については指定回のみとした。健康上のニーズは、毎回の交流会終了時に行う座談会でのインタビューとSF-36v2（1回目，4回目）によって把握した。倫理的配慮については、姫路獨協大学生命倫理委員会の承認を得た（「姫獨生16-02」）。

【結果】

参加者23名の健康状態は、体温36℃台、脈拍は男64.8±9.6回／分、女75.8±8.9回／分、収縮期血圧は男136.3±15.3、女131.9±17.7mmHgであった。BMIは、男女とも18.5以上25未満の範囲であった。70歳未満と70歳以上の2群に分け、平成26年度国民健康栄養調査報告書と比較した結果、70歳以上の女性群では体温、身長、体重、筋肉量、基礎代謝、骨密度がやや低く、最高血圧値、内臓脂肪がやや高めであった。70歳以上の男性群では脈拍、最低血圧、身長、体重、筋肉量、骨推定量、基礎代謝の項目がやや低めで、最高血圧、BMI、内臓脂肪がやや高めであった。肩関節可動域は立位で計測したが、対象者の姿勢や計測の手技で数値にばらつきがみられたため参考値とした。「五十肩です」「入院後、退院してからも挙がりにくい」など、自覚症状を有する参加者もあり、ストレッチを自宅などで時間を見つけて取り入れ、「(腕が) 挙がりやすくなった」と喜んでいる者もいた。SF-36v2では、8つの項目全てにおいて平均値が参加当初よりも上昇し、全国調査（20歳から70歳）の平均と比べると、やや低めからほぼ同じ傾向を示すようになっていた。特に、前後の差が10点以上あったものは3項目（心の健康：12.8点、全体的健康観：11.3点、活力10.5点）であった。健康チェック場面では、測定結果に一喜一憂される参加者が多かった。値を気にする参加者には長年慢性疾患を患い医療機関の選択に悩んでいる者もいた。参加者の健康に関するニーズには、毎回の健康チェックによる自身の健康状態の把握とともにより健康になるための方法を望むものが多かった。また、参加したことで、身体的な側面だけでなく、他者との交流や心地よさを体験することで得られた精神的な健康にも目が向けられていた。

【考察】

今回の対象は、自ら講座に参加する意思・意欲を持った参加者であり、年齢に応じておおむね心身の健康状態は良好であったといえる。しかし、老化、入院加療後、慢性疾患、受診行動上の問題など、個別には様々な問題を抱えていた。

本研究は平成28年度姫路市大学発まちづくり研究助成を得て実施した。

(21) 以下の通り訂正いたします。

P433 発表者の変更

誤

185) 褥瘡創面におけるフィブロネクチン分子の解析による褥瘡治癒過程のアセスメント指標の検討

○松本尚子¹，米田雅彦²

¹豊橋創造大学保健医療学部看護学科，

²愛知県立大学看護学部

【目的】

褥瘡は多様性であり，褥瘡の状態を正確にアセスメントしその状態に合った看護介入を実施することは重要である。一方，褥瘡は慢性の皮膚潰瘍で，基本的な治癒過程を経ずに治癒遅延を起こしていることが多い。慢性皮膚潰瘍の特徴は，タンパク質の分解促進や細胞外マトリックス（以下ECM）の構造変化と考えられている。筆者らはECMの1つであるフィブロネクチン（以下FN）に着目し，褥瘡とFNの分解，褥瘡の治癒過程との関係について明らかにしてきた。今回は，これまでの結果を基に，褥瘡の治癒過程と関係性が強いと推定されたFNの構造部位（ドメイン）を明らかにし，そのドメインの抗体を作成して実験に用い，褥瘡の状態をアセスメントする指標として活用可能か基礎的知見を得ることを目的とした。

【研究方法】

対象 褥瘡と診断され同意の得られた対象者に使用されたガーゼに付着した分泌物。**分析方法** 採取したガーゼを9領域に分け，各領域に付着した分泌物からタンパク質を抽出し試料とした。**抗体作成** FNのペプチド構造より，褥瘡の治癒過程と関係が強い箇所を推定，抗原が発現可能か確認後，抗原をもとに抗体作成を業社へ依頼した。推定したFNの構造部位（ドメイン）を業社へ作成依頼した。作成した抗体は2種（抗体FNA，抗体FNB）である。**ウェスタンブロット法** 試料を作成した抗体FNA，Bを用いて抗原抗体反応によりFN存在の確認を行った。褥瘡の肉芽組織の状態，治癒過程時期の所見は皮膚科専門医の助言を受けた。倫理的配慮は，対象者に承諾を得た上でガーゼ，創部の画像をコード化し，一切対象者と結びつくことはないこと等を明確にし，協力の得られた医療施設の倫理審査委員の承認を得た。

【結果】

ウェスタンブロット法の結果から，作成した抗体FNA，抗体FNBは検出可能であることが明らかとなった。さらに，抗体FNAは，肉芽組織が良好な時期に高分子の断片が検出されるが，抗体FNBは検出されなかった。褥瘡の治癒過程時期は構築期であった。

【考察】

FNのペプチド構造から治癒に関係するドメインを推定して作成した抗体FNA，抗体FNBで肉芽の状態を判断可能であることが明らかとなった。このことは，FNの分解物の量的な増減が褥創組織における創傷治癒過程に関与し，構造的な不備や他分子との結合阻害によってECMの構築状態を変化させていることが考えられる。さらには，抗体FNAが検出された時期が褥瘡の肉芽組織が良好な時期であったことから，褥瘡の治癒過程を判断する材料の1つとしての可能性が示唆される。今後，抗体FNA，Bの量的な増減や分解の程度について傾向を解明し，褥瘡の状態と治癒過程を含めたアセスメントの指標につながると考える。

正

185) 褥瘡創面におけるフィブロネクチン分子の解析による褥瘡治癒過程のアセスメント指標の検討

松本尚子¹，○米田雅彦²

¹豊橋創造大学保健医療学部看護学科，

²愛知県立大学看護学部

【目的】

褥瘡は多様性であり，褥瘡の状態を正確にアセスメントしその状態に合った看護介入を実施することは重要である。一方，褥瘡は慢性の皮膚潰瘍で，基本的な治癒過程を経ずに治癒遅延を起こしていることが多い。慢性皮膚潰瘍の特徴は，タンパク質の分解促進や細胞外マトリックス（以下ECM）の構造変化と考えられている。筆者らはECMの1つであるフィブロネクチン（以下FN）に着目し，褥瘡とFNの分解，褥瘡の治癒過程との関係について明らかにしてきた。今回は，これまでの結果を基に，褥瘡の治癒過程と関係性が強いと推定されたFNの構造部位（ドメイン）を明らかにし，そのドメインの抗体を作成して実験に用い，褥瘡の状態をアセスメントする指標として活用可能か基礎的知見を得ることを目的とした。

【研究方法】

対象 褥瘡と診断され同意の得られた対象者に使用されたガーゼに付着した分泌物。**分析方法** 採取したガーゼを9領域に分け，各領域に付着した分泌物からタンパク質を抽出し試料とした。**抗体作成** FNのペプチド構造より，褥瘡の治癒過程と関係が強い箇所を推定，抗原が発現可能か確認後，抗原をもとに抗体作成を業社へ依頼した。推定したFNの構造部位（ドメイン）を業社へ作成依頼した。作成した抗体は2種（抗体FNA，抗体FNB）である。**ウェスタンブロット法** 試料を作成した抗体FNA，Bを用いて抗原抗体反応によりFN存在の確認を行った。褥瘡の肉芽組織の状態，治癒過程時期の所見は皮膚科専門医の助言を受けた。倫理的配慮は，対象者に承諾を得た上でガーゼ，創部の画像をコード化し，一切対象者と結びつくことはないこと等を明確にし，協力の得られた医療施設の倫理審査委員の承認を得た。

【結果】

ウェスタンブロット法の結果から，作成した抗体FNA，抗体FNBは検出可能であることが明らかとなった。さらに，抗体FNAは，肉芽組織が良好な時期に高分子の断片が検出されるが，抗体FNBは検出されなかった。褥瘡の治癒過程時期は構築期であった。

【考察】

FNのペプチド構造から治癒に関係するドメインを推定して作成した抗体FNA，抗体FNBで肉芽の状態を判断可能であることが明らかとなった。このことは，FNの分解物の量的な増減が褥創組織における創傷治癒過程に関与し，構造的な不備や他分子との結合阻害によってECMの構築状態を変化させていることが考えられる。さらには，抗体FNAが検出された時期が褥瘡の肉芽組織が良好な時期であったことから，褥瘡の治癒過程を判断する材料の1つとしての可能性が示唆される。今後，抗体FNA，Bの量的な増減や分解の程度について傾向を解明し，褥瘡の状態と治癒過程を含めたアセスメントの指標につながると考える。

(22) 以下の通り訂正いたします。

P445 共同発表者削除

誤

204) 同じ性別を持つ多子の育児期にある母親の体験プロセス ―沖縄県のトートーメー承継をめぐる―

○我如古愛花¹，下地清香²，小八重佑果³，山城 歩⁴，
島田友子⁵
¹琉球大学附属病院，²浦添総合病院，³九州医療センター，⁴三菱京都病院，⁵名桜大学

【目的】

沖縄県が全国に比べて多子傾向にある背景には、沖縄の文化と性選好の関連があると考えられる。トートーメー承継とは先祖（位牌）を受け継ぐことであり、沖縄では1600年末期からトートーメー承継が習慣になっている。同じ性別を持つ多子の育児期にある母親の体験を聞くことによって沖縄での出生数と性選好の関連を明らかにしたい。

【方法】

対象：男子3人以上を出産している母親2名，女子3人以上を出産している母親2名。調査期間：H27年6－9月。方法：半構成的面接調査。現象学的分析方法を基に分析。倫理的配慮：A大学の倫理審査委員会において承認を得た。対象者へは人権の擁護と目的や方法，本研究への参加は自由意志である等を口頭と文書で説明し，同意書への署名を持って同意を得た。

【結果】

母親の思いは4つのテーマクラスターと9つのテーマに集約できた。医療者は産褥期にある母親の背景を踏まえた声掛け，援助が必要であること。その家族とも協力して母親の不安やストレスを増強させないような関わり方が大切であると示唆された。トートーメー承継では母親の思いを表出できること。その思いを受け止めることができるような環境が求められている。

【考察】

母親は子どもを妊娠・出産し「授かり出産することの嬉しさ」を感じる。流産等の体験をした時は「つらい体験から生命の不確かさと向き合う」。その経験で〈生の不確かさと子どもを授かることに感謝をする〉と考えられた。妊娠や出産後，心身共に不安定な時期に子どもの性別が続くことで「家族や医療者から受ける言葉から影響を受けている」。また，次の出産の際に子どもの性別を気にしている夫に対し特に重圧は感じていないことから「夫の期待を受け入れている」が〈周りから受ける言葉に感情が揺れる〉と考えられた。男子を継続的に出産した母親はトートーメーという沖縄の男子選好の重圧からは解放されるが，老後の生活を考えた時に「男子を続けて出産し安堵する気持ちと女子も欲しい思い」を抱いている。逆に女子を継続的に出産した母親はトートーメー承継で「女子を続けて出産し不安が募る」思いから男子を一人は産まなければいけないという思いを抱いている。そのため，沖縄の母親は〈根強く続くトートーメー承継に縛られている〉と考えられた。心の中では子どもの性別を選択し，ほしいと思いい「救いを求め諦めきれない」思いがあるが，経済的，または体力的な問題から「諦めて現実を受け入れている」。今後は「子どもに健康でいてほしいと願う」ことで気持ちを切り替えている。〈現実を受け入れ，今後は子どもの成長を見守っていききたい〉という思いが汲み取れた。

正

204) 同じ性別を持つ多子の育児期にある母親の体験プロセス ―沖縄県のトートーメー承継をめぐる―

○我如古愛花¹，下地清香²，山城 歩³，島田友子⁴
¹琉球大学附属病院，²浦添総合病院，³三菱京都病院，
⁴名桜大学

【目的】

沖縄県が全国に比べて多子傾向にある背景には、沖縄の文化と性選好の関連があると考えられる。トートーメー承継とは先祖（位牌）を受け継ぐことであり、沖縄では1600年末期からトートーメー承継が習慣になっている。同じ性別を持つ多子の育児期にある母親の体験を聞くことによって沖縄での出生数と性選好の関連を明らかにしたい。

【方法】

対象：男子3人以上を出産している母親2名，女子3人以上を出産している母親2名。調査期間：H27年6－9月。方法：半構成的面接調査。現象学的分析方法を基に分析。倫理的配慮：A大学の倫理審査委員会において承認を得た。対象者へは人権の擁護と目的や方法，本研究への参加は自由意志である等を口頭と文書で説明し，同意書への署名を持って同意を得た。

【結果】

母親の思いは4つのテーマクラスターと9つのテーマに集約できた。医療者は産褥期にある母親の背景を踏まえた声掛け，援助が必要であること。その家族とも協力して母親の不安やストレスを増強させないような関わり方が大切であると示唆された。トートーメー承継では母親の思いを表出できること。その思いを受け止めることができるような環境が求められている。

【考察】

母親は子どもを妊娠・出産し「授かり出産することの嬉しさ」を感じる。流産等の体験をした時は「つらい体験から生命の不確かさと向き合う」。その経験で〈生の不確かさと子どもを授かることに感謝をする〉と考えられた。妊娠や出産後，心身共に不安定な時期に子どもの性別が続くことで「家族や医療者から受ける言葉から影響を受けている」。また，次の出産の際に子どもの性別を気にしている夫に対し特に重圧は感じていないことから「夫の期待を受け入れている」が〈周りから受ける言葉に感情が揺れる〉と考えられた。男子を継続的に出産した母親はトートーメーという沖縄の男子選好の重圧からは解放されるが，老後の生活を考えた時に「男子を続けて出産し安堵する気持ちと女子も欲しい思い」を抱いている。逆に女子を継続的に出産した母親はトートーメー承継で「女子を続けて出産し不安が募る」思いから男子を一人は産まなければいけないという思いを抱いている。そのため，沖縄の母親は〈根強く続くトートーメー承継に縛られている〉と考えられた。心の中では子どもの性別を選択し，ほしいと思いい「救いを求め諦めきれない」思いがあるが，経済的，または体力的な問題から「諦めて現実を受け入れている」。今後は「子どもに健康でいてほしいと願う」ことで気持ちを切り替えている。〈現実を受け入れ，今後は子どもの成長を見守っていききたい〉という思いが汲み取れた。

(23) 以下の通り訂正いたします。

P446 共同発表者削除

誤

205) 乳幼児をもつ母親の主観的幸福感についての研究 —地域子育て支援拠点事業の利用・非利用者の比較 検討—

○下地清香¹，我如古愛花²，小八重佑果³，山城 歩⁴，
島田友子⁵
¹浦添総合病院，²琉球大学附属病院，³九州医療セン
ター，⁴三菱京都病院，⁵名桜大学

【目的】

本研究は地域子育て支援拠点事業を利用している母親（利用
者）と利用していない母親（非利用者）を対象に，主観
的幸福感を比較検討し，乳幼児をもつ母親に必要な支援に
ついて示唆を得ることを目的とする。

【方法】

1. 研究対象：A市地域子育て支援拠点事業の利用者と非
利用者。2. 調査期間：平成27年7月～9月。3. 研究
（データ収集）方法：質問紙調査。伊藤らによる主観的幸福
感尺度（SWB尺度）を使用，統計分析にはSPSSver19を
使用し，有意水準は5%とした。4. 倫理的配慮：A大学
人間健康学部看護学科の研究倫理審査による承認を得た。
研究への参加は自由意志であること等を口頭と文書で説明
し，同意書への署名を持って同意を得た。

【結果】

回収数161名（64.1%）。有効回答は利用者98名（75.3%），
非利用者59名（48.7%）。利用者群が地域子育て支援拠点
事業の存在を知ったのは，公的な場所（市役所，市立図書
館など）48人（49%）が最も多く，次いで人から聞いた
38人（38.8%）が多かった。非利用者群のうち，地域子育
て支援拠点事業を聞いたことがある人は55人（93.2%）で
あった。利用者が地域子育て支援拠点事業を利用する目的
は，気分転換71人（72.4%）が最も多く，次いで親同士の
交流65人（66.3%）が多かった。主観的幸福感尺度（総得
点：48点）について，12項目全体の総合得点の平均点37.03
点，利用群の総合得点の平均値37.47点，非利用群の総合
得点の平均値36.29点であった。Mann-Whitney U検定によ
る比較では，4領域のうち《達成感》（ $P=0.014$ ）に有意
差がみられた。

【考察】

利用者群は，各自治体の他に身近な人との関わりの中で情
報を得ており，子育て支援の情報源として地域における対
人関係ネットワークが重要になってくることが考えられ
る。主観的幸福感尺度の12項目中，3項目と《達成感》領
域の得点の利用者群の方が有意に高かったことは，地域子
育て支援拠点事業の利用によって適度な気分転換や親同
士の交流を行うことで心のゆとりが生まれ，幸福感が高
まったのではないかと推察する。清水らは子育て中の母親
は「様々な人々と話したり，聞いたりというコミュニケー
ションの中で多くのことを学んだり，気づいたり，確かめ
たりすることで，自分の気持ちの持ち方を調整」している
ことを明らかにしている。利用者群は親同士の交流の中
で，日頃の不安やストレスを軽減しているのではないかと
考える。また，総得点の平均値，4つの項目と【自信】と
【人生に対する失望感のなさ】の領域の得点では30歳以上
の群の平均点が有意に高かった。利用者群のうち，30代が
全体の7割を占めることから同年代の母親が集まりやす
く，人間関係も築きやすいことが推察された。

正

205) 乳幼児をもつ母親の主観的幸福感についての研究 —地域子育て支援拠点事業の利用・非利用者の比較 検討—

○下地清香¹，我如古愛花²，山城 歩³，島田友子⁴
¹浦添総合病院，²琉球大学附属病院，³三菱京都病院，
⁴名桜大学

【目的】

本研究は地域子育て支援拠点事業を利用している母親（利
用者）と利用していない母親（非利用者）を対象に，主観
的幸福感を比較検討し，乳幼児をもつ母親に必要な支援に
ついて示唆を得ることを目的とする。

【方法】

1. 研究対象：A市地域子育て支援拠点事業の利用者と非
利用者。2. 調査期間：平成27年7月～9月。3. 研究
（データ収集）方法：質問紙調査。伊藤らによる主観的幸福
感尺度（SWB尺度）を使用，統計分析にはSPSSver19を
使用し，有意水準は5%とした。4. 倫理的配慮：A大学
人間健康学部看護学科の研究倫理審査による承認を得た。
研究への参加は自由意志であること等を口頭と文書で説明
し，同意書への署名を持って同意を得た。

【結果】

回収数161名（64.1%）。有効回答は利用者98名（75.3%），
非利用者59名（48.7%）。利用者群が地域子育て支援拠点
事業の存在を知ったのは，公的な場所（市役所，市立図書
館など）48人（49%）が最も多く，次いで人から聞いた
38人（38.8%）が多かった。非利用者群のうち，地域子育
て支援拠点事業を聞いたことがある人は55人（93.2%）で
あった。利用者が地域子育て支援拠点事業を利用する目的
は，気分転換71人（72.4%）が最も多く，次いで親同士の
交流65人（66.3%）が多かった。主観的幸福感尺度（総得
点：48点）について，12項目全体の総合得点の平均点37.03
点，利用群の総合得点の平均値37.47点，非利用群の総合
得点の平均値36.29点であった。Mann-Whitney U検定によ
る比較では，4領域のうち《達成感》（ $P=0.014$ ）に有意
差がみられた。

【考察】

利用者群は，各自治体の他に身近な人との関わりの中で情
報を得ており，子育て支援の情報源として地域における対
人関係ネットワークが重要になってくることが考えられ
る。主観的幸福感尺度の12項目中，3項目と《達成感》領
域の得点の利用者群の方が有意に高かったことは，地域子
育て支援拠点事業の利用によって適度な気分転換や親同
士の交流を行うことで心のゆとりが生まれ，幸福感が高
まったのではないかと推察する。清水らは子育て中の母親
は「様々な人々と話したり，聞いたりというコミュニケー
ションの中で多くのことを学んだり，気づいたり，確かめ
たりすることで，自分の気持ちの持ち方を調整」している
ことを明らかにしている。利用者群は親同士の交流の中
で，日頃の不安やストレスを軽減しているのではないかと
考える。また，総得点の平均値，4つの項目と【自信】と
【人生に対する失望感のなさ】の領域の得点では30歳以上
の群の平均点が有意に高かった。利用者群のうち，30代が
全体の7割を占めることから同年代の母親が集まりやす
く，人間関係も築きやすいことが推察された。

(24) 以下の通り訂正いたします。

P446 共同発表者削除

誤

206) 産後1ヶ月の初産婦の育児不安への対処方法と産後支援のあり方について ―育児日記による内容分析から―

○山城 歩¹，小八重佑果²，下地清香³，我如古愛花⁴，島田友子⁵

¹三菱京都病院，²九州医療センター，³浦添総合病院，

⁴琉球大学附属病院，⁵名桜大学

【目的】

産後に活用されている育児日記から初産婦の不安の要因とその対処方法を読み取り，初産婦が必要としている支援を明らかにして支援のあり方について検討する。

【方法】

1. 研究対象：産後1ヶ月間をA県で過ごし，研究同意の得られた施設において1ヶ月健診を受ける初産婦6名。2. 調査期間：平成27年7月～9月。3. データ収集方法：1ヶ月健診時に育児日記を写させていただいた。4. 研究方法：1ヶ月健診でよく聞かれる心配事を参考に，育児日記の記載内容から育児不安の内容と対処方法を抽出し，内容分析を行った。5. 倫理的配慮：対象者に研究の趣旨を口頭と書面にて説明し，同意書にサインをもらい同意を得た。育児日記は毎日書く必要はなく，研究への参加は自由意志であり，拒否しても不利益を受けないことを説明した。なお，B大学看護学科倫理審査委員会にて承認を得た。

【結果】

研究参加者の年齢は22～38歳（平均30.7歳）であった。産褥1ヶ月時点の育児日記を書いた感想では，「書くことで，状況が分かりやすかった」などポジティブな意見が得られた。育児日記の平均記入日数は19.3日であり，母親の育児不安や困ったことに関する記述が127件抽出され，1日平均4.1件の不安を抱えていた。また，対処行動に関する記述は86件抽出され，1日平均2.8件であった。不安の内容を9項目に分類して不安の経過を見ると，一番多い分類項目は「生活」で39件（30.7%），ついで「哺乳」20件（15.7%）という結果であった。抽出した不安の表現数を割合の高い「哺乳」「睡眠」「排泄」の3項目に着目し，産褥日数別でみると，哺乳は1ヶ月を通して不安に思っているのに対し，排泄，睡眠に関しては，2週目以降から継続して不安の表出がされていると認められた。母親が抱く育児不安に関する記述から127記録単位，94コード，28サブカテゴリーが得られ，「睡眠・ぐずり・泣きについての困惑」などの10カテゴリーが抽出された。母親が育児不安時に行った対処方法は，記述から86記録単位，53コード，26サブカテゴリーが得られ「ソーシャルサポートを活用する」などの8カテゴリーが抽出された。

【考察】

1. 育児日記を書くことで児の生活リズムが把握できるなどのメリットを見出すことができ，育児日記を書くことの有効性が示唆された。2. 産褥日数別に見た不安の経過（3項目）の結果から，不安要因によって表出する不安の時期が異なることが示唆され，この時期の医療者からの支援方法の検討が望まれる。3. 対処行動に関する記述では「ソーシャルサポートを活用する」ことが多く，「検査日の外来で助産師に相談しよう」など助産師からの助言を期待していたことが認められた。

正

206) 産後1ヶ月の初産婦の育児不安への対処方法と産後支援のあり方について ―育児日記による内容分析から―

○山城 歩¹，下地清香²，我如古愛花³，島田友子⁴

¹三菱京都病院，²浦添総合病院，³琉球大学附属病院，

⁴名桜大学

【目的】

産後に活用されている育児日記から初産婦の不安の要因とその対処方法を読み取り，初産婦が必要としている支援を明らかにして支援のあり方について検討する。

【方法】

1. 研究対象：産後1ヶ月間をA県で過ごし，研究同意の得られた施設において1ヶ月健診を受ける初産婦6名。2. 調査期間：平成27年7月～9月。3. データ収集方法：1ヶ月健診時に育児日記を写させていただいた。4. 研究方法：1ヶ月健診でよく聞かれる心配事を参考に，育児日記の記載内容から育児不安の内容と対処方法を抽出し，内容分析を行った。5. 倫理的配慮：対象者に研究の趣旨を口頭と書面にて説明し，同意書にサインをもらい同意を得た。育児日記は毎日書く必要はなく，研究への参加は自由意志であり，拒否しても不利益を受けないことを説明した。なお，B大学看護学科倫理審査委員会にて承認を得た。

【結果】

研究参加者の年齢は22～38歳（平均30.7歳）であった。産褥1ヶ月時点の育児日記を書いた感想では，「書くことで，状況が分かりやすかった」などポジティブな意見が得られた。育児日記の平均記入日数は19.3日であり，母親の育児不安や困ったことに関する記述が127件抽出され，1日平均4.1件の不安を抱えていた。また，対処行動に関する記述は86件抽出され，1日平均2.8件であった。不安の内容を9項目に分類して不安の経過を見ると，一番多い分類項目は「生活」で39件（30.7%），ついで「哺乳」20件（15.7%）という結果であった。抽出した不安の表現数を割合の高い「哺乳」「睡眠」「排泄」の3項目に着目し，産褥日数別でみると，哺乳は1ヶ月を通して不安に思っているのに対し，排泄，睡眠に関しては，2週目以降から継続して不安の表出がされていると認められた。母親が抱く育児不安に関する記述から127記録単位，94コード，28サブカテゴリーが得られ，「睡眠・ぐずり・泣きについての困惑」などの10カテゴリーが抽出された。母親が育児不安時に行った対処方法は，記述から86記録単位，53コード，26サブカテゴリーが得られ「ソーシャルサポートを活用する」などの8カテゴリーが抽出された。

【考察】

1. 育児日記を書くことで児の生活リズムが把握できるなどのメリットを見出すことができ，育児日記を書くことの有効性が示唆された。2. 産褥日数別に見た不安の経過（3項目）の結果から，不安要因によって表出する不安の時期が異なることが示唆され，この時期の医療者からの支援方法の検討が望まれる。3. 対処行動に関する記述では「ソーシャルサポートを活用する」ことが多く，「検査日の外来で助産師に相談しよう」など助産師からの助言を期待していたことが認められた。

(25) 以下の通り訂正いたします。

P491 発表者の変更

誤

289) 看護学生の考える高齢者の持てる力 ―臨地実習前のレポートを分析して―

○外村昌子¹，津崎勝代¹，上西洋子¹
¹ 森ノ宮医療大学保健医療学部看護学科

【目的】

わが国の高齢化は急速に進み，老年看護では高齢者の全体像を理解し看護実践に向けた知識の充実が必要である。しかし，看護学生達は核家族化を背景に日常生活の上で高齢者と触れ合う事が少なく，年齢差の大きな高齢者との世代間ギャップを感じ，ネガティブなイメージを持つなどが報告されている。加齢現象や疾患が多い高齢患者の看護過程を展開するには，疾患などの理解と共に，その人の持てる力を捉え個別性の高い看護援助が必要とされる。そのため，早期から持てる力の意識づけを目的に，講義開始時にレポート課題を課している。そこで，本研究は臨地実習前の学生の「持てる力」についての理解を明らかにすることを目的とする。

【方法】

対象者は平成26～27年度にA大学看護学科2年時に老年看護援助論1を受講した157名，レポートテーマは「持てる力について」とした。分析方法は内容分析でレポートの高齢者に関する持てる力の記述を取り出し，意味が理解できる文節にコード化し，繰り返し読むことで類似性と相違性を検討しカテゴリー化した。カテゴリー化には信頼性と妥当性の確保のため老年看護学領域の研究者3名で検討した。倫理的配慮は所属大学の倫理審査委員会の承認を受けた後に実施し，研究目的や個人情報保護の保護，学業への影響のないことを説明し同意を得た。

【結果】

高齢者の持てる力は【身体面の強み】【精神面の強み】【他者との関係の強み】の3カテゴリー，各カテゴリーに以下のサブカテゴリーが抽出された。【身体面の強み】は「セルフケアができる」「障害を補って生活できる」「コミュニケーションができる」「自己管理ができる」，【精神面の強み】は「ストレスコーピングができる」「自己決定ができる」「意欲がある」，【他者との関係の強み】では「他者のサポートを受けられる」「他者に対してサポートができる」「人生経験がある」を抽出した。

【考察】

学生の多くが「セルフケアができる」や「自己管理ができる」などのサブカテゴリーが示すように，健康な高齢者を対象とし，その一方，「障害を補って生活できる」や「他者によるサポートを受けられる」という加齢や疾患による障害を持つ状況となっても，前向きに生活する高齢者像を見出ししていた。「人生経験がある」や「他者に対してサポートができる」では，高齢者が持つ豊富な人生経験を基に，他者との関係を積み上げており，社会的な役割を担おうとする姿を捉えていたと考えられる。臨地実習でこれらの視点を充分に生かすためには，認知症や麻痺，失語症など重篤な障害がある高齢者の援助を考える際に現場での指導が重要となる。今後は学生がより積極的に「持てる力」を考える視点を獲得できる教育内容を検討する必要があると考えられる。

正

289) 看護学生の考える高齢者の持てる力 ―臨地実習前のレポートを分析して―

外村昌子¹，○津崎勝代¹，上西洋子¹
¹ 森ノ宮医療大学保健医療学部看護学科

【目的】

わが国の高齢化は急速に進み，老年看護では高齢者の全体像を理解し看護実践に向けた知識の充実が必要である。しかし，看護学生達は核家族化を背景に日常生活の上で高齢者と触れ合う事が少なく，年齢差の大きな高齢者との世代間ギャップを感じ，ネガティブなイメージを持つなどが報告されている。加齢現象や疾患が多い高齢患者の看護過程を展開するには，疾患などの理解と共に，その人の持てる力を捉え個別性の高い看護援助が必要とされる。そのため，早期から持てる力の意識づけを目的に，講義開始時にレポート課題を課している。そこで，本研究は臨地実習前の学生の「持てる力」についての理解を明らかにすることを目的とする。

【方法】

対象者は平成26～27年度にA大学看護学科2年時に老年看護援助論1を受講した157名，レポートテーマは「持てる力について」とした。分析方法は内容分析でレポートの高齢者に関する持てる力の記述を取り出し，意味が理解できる文節にコード化し，繰り返し読むことで類似性と相違性を検討しカテゴリー化した。カテゴリー化には信頼性と妥当性の確保のため老年看護学領域の研究者3名で検討した。倫理的配慮は所属大学の倫理審査委員会の承認を受けた後に実施し，研究目的や個人情報保護の保護，学業への影響のないことを説明し同意を得た。

【結果】

高齢者の持てる力は【身体面の強み】【精神面の強み】【他者との関係の強み】の3カテゴリー，各カテゴリーに以下のサブカテゴリーが抽出された。【身体面の強み】は「セルフケアができる」「障害を補って生活できる」「コミュニケーションができる」「自己管理ができる」，【精神面の強み】は「ストレスコーピングができる」「自己決定ができる」「意欲がある」，【他者との関係の強み】では「他者のサポートを受けられる」「他者に対してサポートができる」「人生経験がある」を抽出した。

【考察】

学生の多くが「セルフケアができる」や「自己管理ができる」などのサブカテゴリーが示すように，健康な高齢者を対象とし，その一方，「障害を補って生活できる」や「他者によるサポートを受けられる」という加齢や疾患による障害を持つ状況となっても，前向きに生活する高齢者像を見出ししていた。「人生経験がある」や「他者に対してサポートができる」では，高齢者が持つ豊富な人生経験を基に，他者との関係を積み上げており，社会的な役割を担おうとする姿を捉えていたと考えられる。臨地実習でこれらの視点を充分に生かすためには，認知症や麻痺，失語症など重篤な障害がある高齢者の援助を考える際に現場での指導が重要となる。今後は学生がより積極的に「持てる力」を考える視点を獲得できる教育内容を検討する必要があると考えられる。

(26) 以下の通り訂正いたします。

P500 発表者の変更

誤

305) 看護大学2年生と4年生における看護職の捉え方とその関連要因

○上野和美¹、片岡 健²、松浦江美¹、藤本裕二³、
中村真理子⁴、藤野裕子⁵、楠葉洋子¹

¹長崎大学大学院、²広島大学大学院、³佐賀大学医学部看護学科、⁴福岡女学院看護大学、⁵沖縄県立看護大学

【目的】

全ての臨地実習を終了した4年生と基礎的実習のみを終了した2年生の看護職の捉え方の比較とその関連要因を検討した。

【方法】

7大学の看護学生2年生474名、4年生453名を対象に自記式質問紙調査を行い、2年生421名、4年生425名を分析対象とした(調査未完了者、男性、25歳以上を除外、有効回答率91.1~94.0%)。調査項目は、基本属性、職業モデルの有無、看護職の捉え方(「看護師を尊い仕事だと思うか」について「1. 非常にそうだ」~「5. 全く違う」の5件法)、特性的自己効力感(成田, 1995; 23項目5件法)、社会的スキル(菊池, 1988; 18項目5件法)、Sense of Coherence(以下SOC)(戸ヶ里, 2008; 3項目7件法)を使用し、分析はMann-Whitney U検定とspearman相関係数を用いた。対象学生に研究の趣旨および方法、参加の任意性や拒否・中断により不利益を被らないこと、調査票は無記名とし、結果は数値化して処理を行うため個人を特定しない、研究以外の目的では使用しない、結果の公表等について文書および口頭で説明した。A大学の倫理委員会の承諾を得て実施した。

【結果】

対象者の属性は、2年生の平均年齢は19.9歳、4年生の平均年齢は21.7歳であった。看護職の捉え方の合計平均点(SD)は、2年生が2.48(0.82)点、4年生が2.36(0.89)点で、4年生の方が有意に低かった($p=0.01$)。特性的自己効力感、社会的スキル、SOCの各合計平均点(SD)は、2年生が順に70.32(10.69)点、57.16(10.24)点、14.13(2.86)点、4年生が順に73.53(12.06)点、60.28(9.63)点、14.98(3.07)点で、全てにおいて4年生の方が有意に高かった($p<0.001$)。職業モデルの有無による看護職の捉え方は、2年生では有意な差は認められなかった($p=0.06$)が、4年生では有意な差が認められた($p=0.02$)。2年生における〈看護職の捉え方〉は、〈特性的自己効力感〉〈社会的スキル〉と弱い相関があり($p=0.02$)、4年生では、〈特性的自己効力感〉〈社会的スキル〉〈SOC〉全てと弱い相関があった($p=0.01\sim0.002$)。

【考察】

それまで漠然と描いていた「看護職」が、多くの実習を経験することで職業モデルと出会い、そのモデルとなる人を目指すことで自身の看護職の捉え方が一致していくと考える。また人生経験を通して後天的に獲得されると言われているSOCは、4年生の方がこれまでの実習や学習過程での豊富な経験からストレス対処行動を獲得し、同時に自己効力感を高めることに繋がれていると思われる。そのため、短期である2年生の実習時から職業モデルの形成を意識した教育を行い、看護職の捉え方が一致していくような関わりが求められる。

正

305) 看護大学2年生と4年生における看護職の捉え方とその関連要因

上野和美¹、片岡 健²、松浦江美¹、藤本裕二³、
中村真理子⁴、藤野裕子⁵、○楠葉洋子¹

¹長崎大学大学院、²広島大学大学院、³佐賀大学医学部看護学科、⁴福岡女学院看護大学、⁵沖縄県立看護大学

【目的】

全ての臨地実習を終了した4年生と基礎的実習のみを終了した2年生の看護職の捉え方の比較とその関連要因を検討した。

【方法】

7大学の看護学生2年生474名、4年生453名を対象に自記式質問紙調査を行い、2年生421名、4年生425名を分析対象とした(調査未完了者、男性、25歳以上を除外、有効回答率91.1~94.0%)。調査項目は、基本属性、職業モデルの有無、看護職の捉え方(「看護師を尊い仕事だと思うか」について「1. 非常にそうだ」~「5. 全く違う」の5件法)、特性的自己効力感(成田, 1995; 23項目5件法)、社会的スキル(菊池, 1988; 18項目5件法)、Sense of Coherence(以下SOC)(戸ヶ里, 2008; 3項目7件法)を使用し、分析はMann-Whitney U検定とspearman相関係数を用いた。対象学生に研究の趣旨および方法、参加の任意性や拒否・中断により不利益を被らないこと、調査票は無記名とし、結果は数値化して処理を行うため個人を特定しない、研究以外の目的では使用しない、結果の公表等について文書および口頭で説明した。A大学の倫理委員会の承諾を得て実施した。

【結果】

対象者の属性は、2年生の平均年齢は19.9歳、4年生の平均年齢は21.7歳であった。看護職の捉え方の合計平均点(SD)は、2年生が2.48(0.82)点、4年生が2.36(0.89)点で、4年生の方が有意に低かった($p=0.01$)。特性的自己効力感、社会的スキル、SOCの各合計平均点(SD)は、2年生が順に70.32(10.69)点、57.16(10.24)点、14.13(2.86)点、4年生が順に73.53(12.06)点、60.28(9.63)点、14.98(3.07)点で、全てにおいて4年生の方が有意に高かった($p<0.001$)。職業モデルの有無による看護職の捉え方は、2年生では有意な差は認められなかった($p=0.06$)が、4年生では有意な差が認められた($p=0.02$)。2年生における〈看護職の捉え方〉は、〈特性的自己効力感〉〈社会的スキル〉と弱い相関があり($p=0.02$)、4年生では、〈特性的自己効力感〉〈社会的スキル〉〈SOC〉全てと弱い相関があった($p=0.01\sim0.002$)。

【考察】

それまで漠然と描いていた「看護職」が、多くの実習を経験することで職業モデルと出会い、そのモデルとなる人を目指すことで自身の看護職の捉え方が一致していくと考える。また人生経験を通して後天的に獲得されると言われているSOCは、4年生の方がこれまでの実習や学習過程での豊富な経験からストレス対処行動を獲得し、同時に自己効力感を高めることに繋がれていると思われる。そのため、短期である2年生の実習時から職業モデルの形成を意識した教育を行い、看護職の捉え方が一致していくような関わりが求められる。

(27) 以下の通り訂正いたします。

P504 発表者の変更

誤

314) 看護職向けコーチング・コンサルテーション研修の満足度に影響する学習成果と学習活動

○遠藤良仁¹，渡辺幸枝¹，アングホッフア司寿子¹，
鈴木美代子¹，伊藤 収¹
¹岩手県立大学看護学部

【目的】

看護職による新人看護師等への指導力向上が重要な課題となっている。そこで研究者らは看護職のコーチングおよびコンサルテーション能力の向上を目的とした研修会を開催した。本研究はその研修会の教育成果と学習活動の関連を検討し、効果的な研修会の在り方の示唆を得ることを目的とした。

【方法】

平成28年10月から11月にかけて看護職を対象に1回5時間からなるコーチングとコンサルテーションに関する2回連続講座を開催し、全研修終了後、独自のアンケート調査を行った。調査内容は、(1) 所属施設、(2) 研修満足度（5件法）、(3) 学習成果（コーチングの理解の深まり（5件法）、コンサルテーションの理解の深まり（5件法）、実践への自信の変化（5件法））、(4) 研修中に経験した学習方法（次回までの実践計画宣言、演習、臨床での実践紹介、グループワーク前の個人の意見整理）の効果の実感（5件法）である。なお、研究者の所属大学の研究倫理審査委員会承認を得た上で、研究目的、匿名性等について文章で説明し同意書を作成して実施した。

【結果】

受講者16名に調査を依頼し13名から回答を得、全てを分析対象とした（有効回答率81.3%）。1. 所属施設について医療施設が多数を占めていた（13名）。2. 研修満足度は「とても満足」9名、「やや満足」4名であった。3. コーチングの理解について「とても深まった」9名、「少し深まった」4名であった。4. コンサルテーションの理解について「とても深まった」1名、「少し深まった」10名、「あまり深まらない」2名であった。5. 実践への自信について「ある程度高まった」3名、「少し高まった」6名、「あまり変わらない」3名などであった。6. 学習方法について「とても効果的」と認識する者の最多項目は「臨床での実践紹介」12名であった。7. 項目間の関連では、研修満足度と実践への自信の変化（ $r = .653$, $p = .015$ ）、コンサルテーションの理解の深まり（ $r = .595$, $p = .032$ ）、学習活動ではグループワーク前の個人の意見整理（ $r = .640$, $p = .025$ ）間に正の有意な相関関係が認められた。

【考察】

研修満足度には、プリセプティとプリセプターの両者の関係性に働きかけるコンサルテーションの理解の向上と実践活用への自信の獲得が鍵となることが示唆された。また理解や自信を高める活動としてグループワーク等を行う際には、事前に個人の意見をまとめる時間を確保してから行うことが効果的であることが示唆された。

正

314) 看護職向けコーチング・コンサルテーション研修の満足度に影響する学習成果と学習活動

遠藤良仁¹，○渡辺幸枝¹，アングホッフア司寿子¹，
鈴木美代子¹，伊藤 収¹
¹岩手県立大学看護学部

【目的】

看護職による新人看護師等への指導力向上が重要な課題となっている。そこで研究者らは看護職のコーチングおよびコンサルテーション能力の向上を目的とした研修会を開催した。本研究はその研修会の教育成果と学習活動の関連を検討し、効果的な研修会の在り方の示唆を得ることを目的とした。

【方法】

平成28年10月から11月にかけて看護職を対象に1回5時間からなるコーチングとコンサルテーションに関する2回連続講座を開催し、全研修終了後、独自のアンケート調査を行った。調査内容は、(1) 所属施設、(2) 研修満足度（5件法）、(3) 学習成果（コーチングの理解の深まり（5件法）、コンサルテーションの理解の深まり（5件法）、実践への自信の変化（5件法））、(4) 研修中に経験した学習方法（次回までの実践計画宣言、演習、臨床での実践紹介、グループワーク前の個人の意見整理）の効果の実感（5件法）である。なお、研究者の所属大学の研究倫理審査委員会承認を得た上で、研究目的、匿名性等について文章で説明し同意書を作成して実施した。

【結果】

受講者16名に調査を依頼し13名から回答を得、全てを分析対象とした（有効回答率81.3%）。1. 所属施設について医療施設が多数を占めていた（13名）。2. 研修満足度は「とても満足」9名、「やや満足」4名であった。3. コーチングの理解について「とても深まった」9名、「少し深まった」4名であった。4. コンサルテーションの理解について「とても深まった」1名、「少し深まった」10名、「あまり深まらない」2名であった。5. 実践への自信について「ある程度高まった」3名、「少し高まった」6名、「あまり変わらない」3名などであった。6. 学習方法について「とても効果的」と認識する者の最多項目は「臨床での実践紹介」12名であった。7. 項目間の関連では、研修満足度と実践への自信の変化（ $r = .653$, $p = .015$ ）、コンサルテーションの理解の深まり（ $r = .595$, $p = .032$ ）、学習活動ではグループワーク前の個人の意見整理（ $r = .640$, $p = .025$ ）間に正の有意な相関関係が認められた。

【考察】

研修満足度には、プリセプティとプリセプターの両者の関係性に働きかけるコンサルテーションの理解の向上と実践活用への自信の獲得が鍵となることが示唆された。また理解や自信を高める活動としてグループワーク等を行う際には、事前に個人の意見をまとめる時間を確保してから行うことが効果的であることが示唆された。

会 告 (2)

平成30年 4 月20日

一般社団法人日本看護研究学会
第44回学術集会
会長 前 田 ひとみ

記

一般社団法人日本看護研究学会第44回学術集会

メインテーマ：看護が創る変化の波 ～地域に新しい風を吹き込む～

【会 期】平成30年 8 月18日（土）・19日（日）

【会 場】熊本県立劇場

〒862-0971 熊本市中央区大江 2 丁目 7 番 1 号

TEL：096－363－2233 FAX：096－371－5246

URL：http://www.kengeki.or.jp/

【プログラム】

1. 会 長 講 演：「看護が創る変化の波」

前田 ひとみ（熊本大学大学院 教授）

座長：山口 桂子（日本福祉大学）

2. 特 別 講 演：「HIV感染症と AIDS の治療薬の研究と開発：What Is Success?」

満屋 裕明（国立国際医療研究センター研究所 所長，

National Cancer Institute レトロウイルス感染症部部長，

熊本大学 名誉教授）

座長：前田 ひとみ（熊本大学大学院）

3. 教 育 講 演

1) 「看護現場学－看護の知，発見から創造へ」

陣田 泰子（横浜市立大学看護キャリア開発支援センター長，

淑徳大学 客員教授）

座長：泊 祐子（大阪医科大学）

2) 「個人と地域を変えるヘルスコミュニケーション」

河村 洋子 (静岡文化芸術大学 准教授)

座長: 宮腰 由紀子 (日本福祉大学)

4. シンポジウム

1) 「次世代看護研究者育成 (仮)」

座長: 法橋 尚宏 (神戸大学大学院)

三笥 里香 (熊本大学大学院)

シンポジスト: 高瀬 美由紀 (安田女子大学)

竹熊 カツマタ 麻子 (筑波大学)

吉永 尚紀 (宮崎大学テニユアトラック推進機構 講師)

2) 「社会に広がる看護の力 (仮)」

座長: 竹熊 千晶 (熊本保健科学大学)

嶋田 晶子 (熊本県看護協会)

シンポジスト: 川添 高志 (ケアプロ株式会社)

竹熊 千晶 (熊本保健科学大学)

野崎 裕之 (大東文化大学)

5. 研究方法セミナー

1) セミナー1 「よりよい文献講読に必須の文献検索スキル」

富田 美加 (茨城県立医療大学 准教授)

座長: 大平 久美子 (熊本地域医療センター)

2) セミナー2 「Walker and Avantによる概念分析の手法」

跡上 富美 (久留米大学 准教授)

座長: 柴田 恵子 (九州看護福祉大学)

3) セミナー3 「尺度開発の留意点と落とし穴」

鳩野 洋子 (九州大学大学院 教授)

座長: 本田 万里子 (熊本大学医学部附属病院)

4) セミナー4 「英語論文の書き方ー全体構成, 文献のまとめ方, 分かりやすいグラフの作成方法」

牧本 清子 (甲南女子大学 特任教授)

座長: 田中 美智子 (宮崎県立看護大学)

6. 市民公開講座: 「在宅での看取りを支える」

座長: 竹熊 千晶 (熊本保健科学大学)

岩村 つゆ子 (熊本中央病院)

濱崎 ももよ（訪問看護ステーション いきいきらいふ 管理者）
益永 佳予子（株式会社ファーマダイワ看護事業部部長 ケアマネージャー）
後藤 慶次（ひまわり在宅クリニック 医師）
糸山 公照（浄土真宗大谷派 光照寺 臨床宗教師）

7. 特別企画：「熊本地震からの贈り物～くまもと復興支援ナース～」

岡 順子（熊本県健康福祉部）
座長：嶋田 晶子（熊本県看護協会）

8. 学会委員会企画

委員会企画

- ・研究倫理委員会：「看護研究における研究倫理の視座（仮）」
一家 綱邦（国立研究開発法人 国立がん研究センター
（築地キャンパス）研究支援センター／生命倫理部／
生命倫理・医事法室 室長）
- ・将来構想検討委員会：「未定」
- ・国際活動委員会：「学生・教員の国際交流促進のためのヒント（仮）」
森山 ますみ（国際医療福祉大学）
- ・編集委員会：「未定」
- ・奨学会委員会：奨学研究発表：発達支援を要する子どもとその家族に対する看護師等支援者の内省・
洞察体験の構造」
西田 千夏（宝塚大学）

9. 看護薬理学公開セミナー：「看護の視点が薬物治療を変える：免疫学の視点から薬を考える－患者さんに自信を持って助言できる看護師となるために－」

首藤 剛（熊本大学大学院 准教授）

10. 一般演題（口演，示説），交流集会（「演題募集」についてはホームページでご確認ください。）

11. その他（ランチョンセミナー，企業展示，書籍展示 他）

【懇親会】

日 時：平成30年8月18日（土）

場 所：熊本県立劇場 コンサートホールホワイエ

会 費：5,000円

【参加費】

	事前	当日
会 員	10,000円	11,000円
非会員	12,000円	14,000円
学 生		3,000円

※事前参加申し込みは、平成30年2月1日（木）～7月6日（金）までです。

※「学生」は、当日の参加登録のみとなります。大学院生および看護師資格を有する研修学校生などは含みません。

※「学生」料金には、学術集会抄録集を含みません。

申し込みは<http://jsnr44.umin.jp/> 学術集会ホームページよりお申し込みください。

【一般社団法人日本看護研究学会 第44回学術集会運営事務局】

学会サポートセンター熊本（株式会社コンベンションサポート九州）

〒860-0811 熊本市中央区本荘1-1-1 熊本大学医学部附属病院内

TEL：096-373-9188 FAX：096-373-9191

E-mail：jsnr44@higo.ne.jp

目 次

第43回一般社団法人日本看護研究学会学術集会

会長講演

- 原点回帰 — 看護研究 何のために何を知る 1
日本福祉大学看護学部 山 口 桂 子

特別講演

- 修行と葛藤
— 生きる知恵と力を高めるために 5
神戸女学院大学・京都精華大学・凱風館 内 田 樹

特別教育講演

- 看護学教育に還元できる研究成果
— その背景に求められるもの 6
(社)日本看護研究学会名誉会員 田 島 桂 子

愛知県開催記念講演

- 文化財の命を守りつなく 11
徳川美術館 四 辻 秀 紀

教育講演 I

- 質的研究成果の看護学教育実践への還元 12
甲南女子大学看護リハビリテーション学部 秋 元 典 子

教育講演 II

- APRN としての CNS の研究の現状と今後の課題 15
熊本大学生命科学研究部 宇佐美 しおり

一原 著

- 冬の日照時間が短い地域に住む日本の高齢者における、冬と夏の睡眠の質に関連する要因 19
京都光華女子大学健康科学部看護学科・京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 山 下 舞 琴
京都文教大学臨床心理学部教育福祉心理学科 堀 田 佐知子
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻・日本学術振興会特別研究員 DC 長 島 俊 輔
京都大学医学部附属病院 東 條 千 章
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 若 村 智 子

- 自尊感情が慢性透析患者の自己管理行動に及ぼす影響 29
活水女子大学看護学部 松 本 智 美
佐賀大学医学部生涯発達看護学講座 古 賀 明 美
佐賀大学医学部生涯発達看護学講座 熊 谷 有 記

－研究報告－

看護学生におけるSNS利用とITリテラシー教育および道徳的感受性との関連	37
--	----

八戸学院大学健康医療学部看護学科	小 沢 久美子
弘前大学大学院保健学研究科	木 立 るり子
弘前大学大学院保健学研究科	五十嵐 世津子
八戸学院大学健康医療学部看護学科	坂 本 保 子
八戸学院大学健康医療学部看護学科	木 村 緑
前 八戸学院短期大学看護学科	田 口 千 尋
青森中央学院大学看護学部	一 戸 とも子
青森中央学院大学看護学部	木 村 千代子
札幌医科大学大学院保健医療学研究科博士課程前期	笹 竹 ひかる
八戸学院大学健康医療学部看護学科	坂 本 弘 子
八戸学院大学健康医療学部看護学科	市 川 裕美子
八戸学院大学健康医療学部看護学科	下川原 久 子
八戸学院大学健康医療学部看護学科	久 保 宣 子
八戸市立高等看護学院	工 藤 美恵子

卒後2年目看護師のリアリティショック	47
--------------------------	----

目白大学看護学部看護学科	鈴 木 洋 子
目白大学看護学部看護学科	河 津 芳 子

統合失調症患者を有する家族システムにおける家族関係のプロセス

－母親のとらえる家族サブシステムの勢力構造－	59
------------------------------	----

相山女学園大学看護学部看護学科	木 野 有 美
日本赤十字広島看護大学看護学部	岩 瀬 信 夫
愛知県立大学看護学部	小 松 万喜子

終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知	73
-------------------------------------	----

東京医療保健大学 東が丘・立川看護学部	高 橋 智 子
---------------------	---------

－資料・その他－

慢性疾患患者の療養生活に関するセルフマネジメント尺度の現状と課題	85
--	----

大阪医科大学大学院看護学研究科博士後期課程・同志社女子大学看護学部	小 笠 美 春
-----------------------------------	---------

CONTENTS

Original Paper

Factors Affecting Sleep Quality in Winter and Summer among the Japanese Elderly Living with Short Daylight Hours in Winter	19
--	----

Department of Nursing, Faculty of Health Science, Kyoto Koka Women's University, Japan

Department of Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Japan : Makoto Yamashita

Faculty of Clinical Psychology, Kyoto Bunkyo University, Japan : Sachiko Horita

Department of Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Japan

JSPS Research Fellow DC1, Japan : Shunsuke Nagashima

Kyoto University Hospital, Japan : Chiaki Tojo

Department of Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Japan : Tomoko Wakamura

Effects of Self-Esteem on the Self-Care Behavior of Chronic Dialysis Patients	29
---	----

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kwassui Women's University : Tomomi Matsumoto

Lifelong Developmental Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Akemi Koga

Lifelong Developmental Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Yuki Kumagai

Research Reports

The Relationships of SNS Usage and IT Literacy Education with Moral Sensitivity in Nursing Students	37
---	----

Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Care, Hachinohe Gakuin University : Kumiko Ozawa

Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Ruriko Kidachi

Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Setsuko Igarashi

Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Care, Hachinohe Gakuin University : Yasuko Sakamoto

Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Care, Hachinohe Gakuin University : Midori Kimura

Formerly Department of Nursing, Hachinohe Gakuin Junior College : Chihiro Taguchi

Aomori Chuo Gakuin University, Faculty of Nursing : Tomoko Ichinohe

Aomori Chuo Gakuin University, Faculty of Nursing : Chiyoko Kimura

Sapporo Medical University, Master Program for Nursing : Hikaru Sasatake

Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Care, Hachinohe Gakuin University : Hiroko Sakamoto

Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Care, Hachinohe Gakuin University : Yumiko Ichikawa

Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Care, Hachinohe Gakuin University : Hisako Shimogawara

Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Care, Hachinohe Gakuin University : Noriko Kubo

Hachinohe Municipal School of Nursing : Mieko Kudo

Reality Shock in Nurses in their Second Year after Graduation	47
---	----

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Meiji University : Yoko Suzuki

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Meiji University : Yoshiko Kawatsu

The Process of Family Relationships in the Family Systems for Patients with Schizophrenia:	
The Power Structure of Family Subsystem from Mothers' Perspectives	59
Department of Nursing, Sugiyama Jogakuen University : Yumi Kino Department of Nursing, Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing : Shinobu Iwase School of Nursing & Health, Aichi Prefectural University : Makiko Komatu	
Nurse's Practical Knowledge of the Personal Hygiene Care to End-stage Cancer Patients	
in Palliative Care Units	73
Higashigaoka · Tachikawa Faculty of Nursing, Tokyo Healthcare University : Tomoko Takahashi	
Preliminary Session	
The Current Status and Issues of Self-Management Scale in Recuperation of Patients with Chronic Disease	
	85
Doctoral Course, Graduate School of Nursing, Osaka Medical College Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts : Miharu Ogasa	

第 43 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事

2017年8月29日（火），30日（水）

会長 山口桂子

於 東海市芸術劇場
日本福祉大学東海キャンパス

注）掲載に賛同し，入稿された原稿に限定して掲載しています。

◆会長講演◆

—原点回帰— 看護研究 何のために何を知る

日本福祉大学看護学部 山口 桂子

はじめに

日本看護研究学会の長い歴史の中で、初めて、愛知県で開催をさせていただくことになり、東海地方会会長をはじめ所属大学の学会員などから構成した企画・運営委員会を中心に準備を進めてきた。多くの関係者の方々のご協力を得て、本日の開催を迎えるに至り、本学会川口理事長をはじめ、このような機会を与えてくださった皆様に感謝申し上げます。

学術集会を引き受けるにあたり、テーマを「—原点回帰— 求められる看護研究の成果と教育への還元」とした。

振り返ってみれば、私自身がこの学会に初めて参加したのは、大学卒業から4年目、1979年徳島で開催された「四大学看護学研究会（日本看護研究学会の設立時の名称）」の第5回学術集会からである。その年は、私が、母校である千葉大学教育学部に教務職員として就職した初年度であるが、今は故人になられた本学会名誉会員の松岡淳夫先生が学会事務局を担当されていたことから、就職後間もなくそのお手伝いをする事になり、学術集会へも参加することとなった。その後、千葉大学を離れ、新しい職場へ移ってから何らかの形で学会運営に関わらせていただき、ほぼ皆勤で本学会の学術集会にも参加してきた。

この間、「四大学看護学研究会」から「日本看護研究学会」、そして「一般社団法人日本看護研究学会」へと学会組織が変化する道のりをともに歩んできたが、2012年からの4年間は理事長を退き、一般会員としてこの学会に参加することで、実は見えていなかったことが多々あったことに気付いた。「看護」研究学会としての40年間は、多くの先達の思いを継承することができているのか、また、そこで活動してきた自分自身へのフィードバックもこめて、原点に戻ることが必要なのではないかと感じていた。

このたび、私が学術集会会長をお引き受けするにあたり、そこに期待された役割は「もう誰も知らない」ことを次につなぐことと解釈し、テーマ「原点回帰」を即座に決定した。しかし、これは、懐古ではなく、さらに前進するために、ここで一度立ち止まってみよう！というメッセージを込めたテーマであり、学術集会のプログラムもその視点から構成したいと考えた。会長講演は、これまでの歴史の中で、看護学研究的発展がもたらしたものは何か、そして、まさに看護が求められている今の時代にあって、これ

から成し遂げなければならないことは何か、この流れの中で「原点回帰」がなぜ必要なのか、を学術集会の中で探っていくうえでのイントロダクションとして位置づけた。参加者の皆様が、本学術集会での多彩なご講演やご発表を手掛かりに、これまでを振り返り、これからの課題に目を向けてゆくための動機づけとなれば幸いである。

I. —原点回帰— 日本看護研究学会の歩みとこれから

1. 日本看護研究学会設立の背景と必然性

1975年に遡れば、この学会が発足した目的は、大学における看護学教育を実践するための基礎作りであり、根拠づくりであったと推察される。当時、四大学と称された背景には、日本でまだ4年制大学における看護職養成が始まったばかりの昭和40年代に、看護婦（以下、看護師に統一して表記）不足解消に一石を投じる形で全国に誕生した高等学校衛生看護科の教員養成を目的とした、熊本・徳島・弘前・千葉の4国立大学の教育学部特別教科（看護）教員養成課程の設置がある。本学会雑誌発行30周年記念誌（以下、30周年誌とする）の冒頭で、松岡淳夫・伊藤暁子両名誉会員が、高等学校の看護学教員の養成という非常にまれな教育を託された各大学の教員方々は、その目的達成や課題の検討のために四大学協議会を発足させ、話し合いを重ねた結果として、自らの教育の拠り所を探り、「看護」を“看護学”へと発展させる近道として学会活動が不可欠であったことを述べている（詳細については30周年誌を参照していただきたい）。すなわち、看護が、臨床現場で日々実践され、人々に安寧や満足をもたらしている有益な活動であったとしても、それ自体を言葉で語るができない曖昧模糊とした現象であり、また、個人と個人の相互作用から生まれる再現性の低い現象であるといった、検証の難しい分野・領域であることから、それを言語化して教えるための必要条件として研究活動を位置付けたものと推測する。そして、第8回からは「四大学」という冠を「日本」に切り替え、「研究会」を「研究学会」として改め、その後、本学会が40年余の年月をかけてこれに挑み続け、成果を上げてきたことは異論のないところではあるが、“看護”を“看護学”へと体系化させるための始まりはこのような事情からであった。

2. 看護学研究の特徴と看護学会の必要性

対象である患者と実施者である看護者間の相互関係において成り立っている看護実践のもつ特徴は、そのまま研究にも反映され、その実践過程や効果が得られたことの根拠を論理的に説明することはなかなか困難であった。学会が活動を始めた1970年代から80年代にかけて、看護は、医学との対比の中で論じられることが多く、その成果に対する信頼性や妥当性の証明の不十分さをたびたび指摘された。すなわち、病態に対する診断や治療の効果を、主に、生理学的因果関係で説明することが可能な学問領域からみれば、対象者の生活の中での“看護活動によって得られた効果”に関する説明は、必ずしも信じがたいものであったと思われる。また、看護現象が様々な学問の知見を組み合わせる形でしか説明できない複合的な科学として存在していることも、その背景としてさらに、証明を難しくしている要因でもあった。南ら（2008）が、Polit, D.F.ほか（1990）を引用して、従来の看護の知識の源泉について、「伝統や習慣」・「権威」・「経験と試行錯誤」・「論理的推論」・「伝統的な科学的方法」を挙げてその適否を説明したうえで、さらに、近年の考え方として、「看護実践の場では、人間を総合的にとらえ、対象者が事象をどのように受け止めているのかという見方が重要である。（略）……むしろ観察して言葉で記述してきたものからそれが本質的に意味するものを探るという方法で新たな知識を発展させるということを目指している。」と述べているように、看護実践をどのような方法で研究し説明するかが看護系学会の大きな役割となった。

当初のように、看護実践を自然科学的な研究方法ですべて証明しようとしても、社会科学的な意味合いを多く持つ看護現象を説明することは困難である。その立場を明確に持って、また、他の学問領域との学際的な視点をも持って、本学会をはじめ多くの看護系学会が、その根拠を明らかにするための方法を見出し、小さな知見1つ1つを生み出す努力を重ね、我が国における“看護学”を形作ってきたと言える。

3. 本学会誌の掲載論文からみる本学会の特徴とこれからの役割

このような流れの中で、日本看護研究学会は看護研究をどのように捉えてきたのだろうか。看護現象を全体像として捉えようとしてきたのか、あるいは、部分部分としてその現象の構造を分解してきたのか。本学会誌に掲載された原著論文について、30周年誌「年度別投稿論文受付数と学会誌掲載経過について」の中で、1978年からの傾向が示されているが、全ての時代を通して「看護技術」の論文が多く、全体の20%に及んでいる。また、「看護教育」がそれ

に次いで15%と多く、この2領域で全体の1/3以上を占めていた。それ以外では「慢性期看護・リハビリテーション看護」「地域看護・在宅看護」などがこれに続いている。研究手法では、「量的記述研究」が最も多いものの、これに次いで、「実験・準実験研究」が多く、特に、看護技術の根拠を示す取り組みの多さに、この学会の特徴とも言える傾向が表れている。また、以上のような概観からは、全体として15領域のすべての論文が掲載され、看護系学会が数少なかった時代を反映して、総合学会としての役割を果たしてきたことが示されている。

一方、この直近の5年間では、徐々に増加してきた「看護管理」とともに、「高齢者看護」「慢性期看護・リハビリテーション看護」の割合が多くなり、超高齢化に突入した社会動向の反映も感じさせるが、上述の15領域はさらに均一化して掲載されている。また、研究手法では「質的研究」による丁寧な記述、研究の信頼性を保障するための尺度や測定用具など「研究ツールの開発」が目立つようになったが、全体的には、ますます“総合性”の傾向が強くなり、特徴的な傾向を見出しにくくなっている感がある。

現在、看護系学会の相互交流を目的として活動している日本看護系学会協議会には約40の学会や団体が加盟しているが、看護系学会は増加の一途をたどっている。その背景には、1990年代以降の看護系大学・大学院の急激な増加に伴う看護学の専門分化が大きな要因としてあげられ、専門性を冠した学会の増加とともに、研究領域に合致する学会への発表や投稿が多くなり、本学会における発表や論文投稿を第一選択とする理由が乏しくなりつつあることも事実であろう。冒頭に示したような、この学会設立の経緯を知らない看護職者も増えてきた中で、「（社）日本看護研究学会」の名称から連想する学会の特徴が希薄になり、日本看護研究学会は「何を研究する学会なのか」「看護の研究方法を研究する学会なのか」といった声を聴くようになっていく。学会設立から43年を経過した今、この学会が設立された経緯と看護学会として果たしてきた役割や成果をしつかりと評価・認識して引き継いでいくとともに、時代や社会情勢の変化の中で、自立した“看護”に求められている状況を正しく理解しながら、“総合性”を持つこの学会にしかできないことは何か、これから果たすべき役割は何かを探っていくことが必要と考える。

Ⅱ. 一原点回帰— 看護研究 何のために何を知る

1. 看護研究における原点回帰が、なぜ今必要なのか

本論の「一原点回帰— 看護学研究 何のために何を知る？」にはいくつかの意味を込めた。もともと、研究は何のために行われてきたのか。研究は研究者の満足のために行われるのではないことを再認識しなければならない。す

なわち、250校を超えるに至った看護系大学で行われている個々の看護学研究は、確かな精度をもって教えられ実施されているのか、研究によって明らかにされてきた成果はどのように臨床現場で活用され、次の世代へつなげられているのか、また、広い視野においては、それぞれの時代の流れの中で、社会から求められる看護の役割を見据えながら歩むことができてきているのか、そして、これからは何が求められるのか。それぞれの次元の中で、それぞれに「何のために何を知る」がある。昨今、研究への助言を求められる機会が増えたが、その際にはまず第一に、当たり前すぎることではあるが、「研究の目的を明確に据えること、そして、その目標達成のためにどのような方法を選択すべきかをよく考えること」をことあるごとに強調し、研究のめざすべきところをお互いに忘れないようにすることに心がけている。

2. 自分の行ってきた研究から学び、行き着いた先に見えたもの

今回の学術集会会長講演のテーマを「—原点回帰— 看護研究 何のために何を知る」とさせていただいた。これまでも、これからも研究者がこの視点を持ち続けることが、さらなる発展につながると考えたからである。

私自身が行ってきた研究は、1975年の卒業研究時から、常に、「何」がわかれば「それ」がわかるのか、の探求の連続であった。当時、漠然と、入院している患者の「不安」が知りたいと考えた。……ならば、「不安テストをやってみよう」……MAS（テイラーの不安テスト）では、数字上の増加や対象ごとの差は出ない……ならば、看護記録を読んでみよう……「特変なし」ばかりで「余分なこと」は書かれない……「自分には不安がある」とは、どの人も言っていない……。何をどうすれば入院患者の不安がわかるのかを明らかにするために、最終的にたどり着いた方法は、「不安」な時には身体症状としての「不定愁訴」が増えることを根拠として、長期慢性疾患患者の不安テストによる分類と、看護記録に記載された「不定愁訴」の量的な差を見比べることであった。もちろん、定義の不確かさや補正できないままの記載内容のデータ利用、疾患由来か否かの判断ができない症状のカウントなど、数えればきりがなほどの計画の粗さが指摘されるものではあったが、私自身の大きな学びとして、「何」がわかれば「それ」がわかるのかということが、研究をするうえで何よりも大切なこと、と気づかせられた経験であった。

その後も、このことを常に意識しながら、臨床現場における事例検討と量的記述研究を繰り返し、得られた知見の実践への活用について試行してきた。量的研究においては、その信頼性を高めるための尺度開発や多変量解析も取

り入れながら進め、集団への介入における一定の評価を得ることができたプログラムもある。しかし、一方、実際の臨床現場における逸脱事例の存在は、量的研究から得られた知見の活用の限界を、常にフィードバックするものでもあった。そして、それに応じるための新たな挑戦が質的研究への取り組みであったが、1事例から端を発しながらも、対象特性を明確にして、研究対象の限定を密に行うことで、その限られた集団に対する即時的な実践への知識を得ることが可能であることに気付くことができた。

この長い研究者・教育者としての経歴の中で、やはり最終的にたどり着いたところは、「何を知るために、どんなことについて、誰（何・どの範囲）から（データを）得ようとするのか」の問いであり、その研究の全体計画が描かれていないまま行う研究への危惧は、自分自身が関わる卒業研究や修士論文の指導において、常に大事なポイントとして言い伝えてきた点である。

3. The Conceptual Phase：概念相への取り組みの重要性

以上のような自分なりの学びと理解を、本学会第40回学術集会（中木高夫会長）の特別交流集会において紹介する機会を得た。与えられたテーマは「看護研究における〈概念相〉への取り組み方」であるが、一連の研究過程の中で最初の段階であるThe Conceptual Phase：概念相（中木会長 訳）について、「概念相は最初のPhaseであり、研究のアイデアを現実的で適当な研究デザインに発展させるプロセスを含む。このPhaseは時間のかかるものであり、研究者の専門的な知識のレベルに依存する。この間は、関心のあるテーマの文献のクリティーク、簡潔な研究問題に至るまでの継続的な精練と焦点化がなされ、そして研究目的が決定される。（Whittemore, R. 2008）」を引用しながら、その重要性について、具体的に述べた。特別交流集会の場を通して、多くの参加者と一緒にこのテーマを考え、ご賛同をいただけたことは自らにとっても自信につながった。この段階で行われるべき研究計画作成のための、「用語定義」「構成概念（仮説）の設定」や研究の範囲を示す「対象の設定」、「用いる用具（尺度など）」などを明確に決定していくことが研究の目的達成の近道である。このような過程を丁寧に経ているかを確認し、その研究を動かし始める時のゴーサインについて、自分自身に対し、また助言を求めている他者に対して、その適否を見極めていきたい。

4. 研究することは特別なことではない

昨今、多くの人が看護研究を行うようになったが、その背景としては、指定規則の看護師課程に設けられた統合分野の中で、「看護研究」に関わる内容が提示されるように

なったことや、看護学士課程におけるコアコンピテンシー（日本看護系大学協議会，2010）に「専門職として研鑽し続ける基本能力」の教育内容（例）として研究との関連が示されたことなど、看護基礎教育のカリキュラムに研究が明記されたことが大きい。また、看護系大学院の増加によって、看護学研究そのものを学ぶ機会が増え、一方、高度実践看護師や認定看護師など高度な実践を提供する看護師の機能としても義務付けられている。それ以外にも、看護系学会数の増加による発表機会の増加など、臨床現場や教育現場の看護職を取り巻く研究環境の大きな変化は、研究が看護の質向上のためには不可欠なものであることを意識づける上で、十分な役割を果たしたと言えよう。

しかし、実際に行われている研究の規模や研究の目的、結果の精度や公表の仕方などはさまざまであり、また、研究への取り組みから得られる副次的効果を期待して、研究をキャリアアップのプログラムの一環として位置づけることが一般的になるなど、そのあり様が多種多様であることは想像に難くない。そのため、看護研究が身近なものになればなるほど、その過程を歩んでいる人たちの悩みは大きく、研究を進める上での道しるべを求める声はむしろ、増えていると感じられる。研究を楽しむゆとりなど持てないまま、義務としての研究をやり遂げたあとに、研究との縁を切りたいと思う人も少なからず存在する。一方、自らが学ぶ環境に籍を置いて行った卒業研究や修士論文、博士論文の作成過程には、常に、学べる環境としての、文献・研究ができる場所や機材・パソコンやインターネットの環境・研究費用・方法をアドバイスする指導者がいた。その中で行った研究を、臨床現場でも同様に行うことはなかなか難しい。特に、臨床現場で遭遇する患者や家族の問題は、非常に複雑で曖昧模糊としており、研究テーマとしても難解なことが多い。複雑な問題状況、短い研究期間・使

える資源の少なさは、研究をますます困難で苦しいものになっている。さらには、研究成果に対する評価の目が確かになってきたことによって、目指すゴールのハードルがより高くなってきたことも否めない。

上記のように、すぐに役立つ研究成果を得ることは、容易なことではないが、研究によって得られたエビデンスを活かした確かな実践が求められているこの時代に、それに対する答えをどのように提示できるのだろうか。

研究をすることが特別なことではなくなり、多くの研究が行われ公表されている現状において、研究者自身も、研究成果を活用する側も、より“効率的”に、これまでの研究成果から新たな研究疑問をさらに探求するというプロセスを経ていく必要がある。そのために、今一度、看護学研究の原点に戻って、それぞれの立場で、リスタートする時期に来ている。「何を知るために、どんなことについて、誰（何・どの範囲）から（データを）得ようとするのか」をしっかりと考え、自らの研究計画との対話を常に繰り返しながら、研究を続けていけたらと考える。

日本看護研究学会誕生からもうすぐ50年を迎えるが、研究の質的充実に向けて、日本看護研究学会だからできることの模索を続けてゆきたい。

本論が、第43回学術集会の中で交わされる皆様の研究活動の動機づけになれば幸いである。

（引用・参考文献）

- 学会誌発行30周年記念事業実行委員会（2008）. 日本看護研究学会雑誌発行30周年記念誌.
- 南 裕子，野嶋佐由美編（2008）. 看護における研究. 5-9, 東京：日本看護協会出版会.
- Whittemore, R. & Melkus, G. (2008). Designing a Research Study. The Diabetes Educator, 34, P201-216.

◆特別講演◆

修行と葛藤

— 生きる知恵と力を高めるために

神戸女学院大学／京都精華大学／凱風館 内 田 樹

四半世紀にわたって合気道を指導することを通じて子どもたちの心身の変化を観察しているが、「皮膚感覚の衰え」をつよく感じる。眼に見えない、耳にも聞こえないものの「気配を感じる」という能力が人間には本来備わっているはずだが、それが衰えている。そのような能力を開発するためのプログラムが今は家庭教育にも学校教育にも存在しない。存在しないどころか、子どもが生き延びるためにはそのような能力開発プログラムが必要だという認識そのものが欠落しているように感じる。

親たちは子どもの成長について「デジタルで数値的な格付け」をしばしば要求してくる。数値的に示されないと自分子どもの心身の変化がうまく把握できないらしい。子どもたちも同学齢集団内部での相対的優劣を競うラットレースに適応し過ぎたせいで、数値的に考量できる能力ばかりが選択的に開発され、じっくり長い時間をかけて錬成する他ない能力（器量とか胆力とかコミュニケーション能力など）についてはそのようなものが存在することさえ知らない。

「修行」というのは、そのような能力開発のために体系化された伝統的な学習プログラムである。それは一言で定義すれば、「始める前には、自分がいったいどのような能

力開発のためにそれをするのか理解していないこと」を学ぶことである。自分が会得したことは事後的・回顧的にしか言語化できない。

「何のためにこれをするのですか？」という問いに答えが与えられない状況で人は岐路に立つ。一つは「何も考えないで、無回答状態に慣れる」こと。つまり「バカになる」ことである。もう一つは「葛藤すること」である。そのつど「この修行の意味はこうではないか」と仮説を立て、実践を通じて検証し、仮説が否定されたら、また新しい仮説を立てるということをエンドレスに繰り返す。

残念ながら、「受験秀才」たちは修行的環境に置かれるとごく自然に「バカになる」道を選びやすい。彼らは「意味がないこと」のために努力すれば「ほめられる」という機制に慣れ切っているので、とくに苦も無く「何の意味もないこと」ができる。「これにはどういう意味があるのか？」と、与えられた課業と自分の知的咀嚼力の差に苦しむということ自体ができなくなっているのである（そんなところで葛藤しても成績は上がらないからである）。しかし、人間は葛藤することを通じてしか成長しない。修行の成果も葛藤する者にしか与えられない。

◆特別教育講演◆

看護学教育に還元できる研究成果

— その背景に求められるもの

(社)日本看護研究学会名誉会員 田 島 桂 子

はじめに

本年の日本看護研究学会学術集会のメインテーマには、「原点回帰—求められる看護研究の成果と教育への還元」が掲げられ、学術集会長の講演テーマには、「看護研究何のために何を知る？」とされている。これらから考えると、現状を超えるための研究・教育を原点から考えようという意気込みが伝わってくる。現在、医療の高度化、少子高齢化などの社会的環境に対応することを前提に、医療の効率化の一環とも取れる地域包括ケアシステムの論議や看護学教育のカリキュラム改正・教育制度の検討などが話題に挙がっている。その前に立ち止まって、看護や教育の現状分析を具体的な看護職者の本来的ニーズから考え直し、その基盤づくりを行うことが問われているのであろう。

現在の臨床における看護の実情や教育の現状については、近年の変化に伴う多様な情報や基準の提示などにより潜在的な違和感を持ちながらの役割遂行となっていることも多い。なかには環境の変化とともに、発展しているかに見えるものもある一方で、①看護職者の業務の大半はコンピュータとの関わりが多くなり、迫る人工知能(AI)の進化との関係はどうなるのか。②看護が本来守っていた場に、多様な職種者がそれぞれの業務拡大で入っており、その受け入れ方は現状でいいのか。③看護学生の学びの主要な内容が、必ずしも看護実践を介さない情報収集と看護計画の立案になり、看護実践の学修量の減少による実践能力への影響を受けているなどの様々な不安材料も存在する。このような現状を俯瞰して、看護職者間で共有した方がいいと思われること(原点)を、それぞれが考えてみる必要がある。

それに先立ち「原点回帰」に向けてその基盤となる検討事項を整理しておこう。看護・研究の原点は、「看護は実践の科学と言われていること」から、実践に注目して原点を考える必要がある。また、それは「看護は人間の可能性を健康面から無限に拡大できるもの」でもあり、看護の実践抜きでは機能しないものでもある。したがって、それに必要な教育・研究の基盤には、先ず「看護に関わる盤石な基盤の確立」が必要になり、①看護職者共通の具体的な内容をもつ「看護の考え方」と②その実践能力が求められ

る。さらに、「看護の無限の可能性(将来予測)」として将来を視野に入れた、①その基盤となるものの発展性と②社会的環境をふまえたこれからの発展性の認識が不可欠になる。

他は、本学会の中心課題が「看護研究」であり、その共通の土台づくりが必要になる。本来であれば、看護関連の用語辞典を参考にすべきであるが、多くが研究のプロセスの説明で、期待する成果での言及が見当たらない。そこで、一般用語辞典の「広辞苑(岩波書店、第6版)」の用語の中で、「看護研究」は造語であり、学問の中心に研究が置かれる「医学」と「看護学」でみることにする。「医学では：生体の構造・機能および疾病を研究し、疾病の診断・治療・予防の方法を開発する学問」とあり、研究成果の予測が可能な表現となっている。それに対して、「看護学は：看護の理論および応用を研究する学問」であり、「医学」のように結果の予測が明確ではない表現である。そこでここでは、多くの看護の研究者がその根底に持っている看護研究の考え方を「人間の24時間の生活行動を研究し、看護ケア(看護行為)の実際に資する方法の開発」としておきたい。

I. 看護の考え方とその現状

教育者の教育を始めた1977-2017年現在までの40年にわたって、多様な教育コースにおいて、「看護とは何かを説明する時、どのように表現しますか」という問を發してきた。そこで得た教育の基盤となる反応の経時的表現例は次のようなものである。

- ・消耗させない(1977年、当時流行の科学的看護論の影響?)
- ・自己実現させる(当時の社会的風潮の影響?)
- ・看護過程(現場での対象の理解・看護計画立案の浸透による影響?)
- ・寄り添う・その人なりに(近年の社会的風潮の影響?)
- ・こころ・愛・関係調整(同上?) などである。

他にも多様な表現があるがいずれも抽象的な表現にとどまる。これらから具体的な内容を引き出すことを試みるが

かなりのヒントを与えなければ具体例がでない現状がある。このことは、教育者の教育での大きな課題となるので、なぜこのような現状があるのかその理由に少し拘ってみたい。

1. 看護の捉え方での認識

一般に、看護を考える際には、①看護とは何か、②看護の定義・概念、③看護職者の役割・機能のような表現の用語が用いられることが多い。これらは表現レベルが異なるために、用語通りに理解されているようで、最初の2項は概念的で抽象的な表現となり、いわゆる看護観的な表現を行い、③項の表現では、日々の業務内容を指すと捉えられている傾向がある。看護の用語が2段階に使い分けて理解されているようである。しかし、看護を抽象的な表現で理解しても、看護の実際とはつながらないのは明白であり、看護は上述3項を包含したものとして具体的に捉える必要がある。これについては「バージニア・ヘンダーソン—90年のあゆみ」が参考になる¹⁾。

さらに、具体的な看護内容の認識度が低い理由をいくつか例示したい。

2. 教育方法との関係が考えられるもの

具体的には次のような教育方法と認識が背後にあることが推測される。

- ①最初の看護の考え方の学修が、抽象的な看護観的な表現を個々に考えさせることから始め、卒業時点までそのような表現に拘っていないか？
- ②特定の看護理論の参考書を読ませて、個々の考えを求めているか？
- ③看護の考え方は個々に独自の考えを持つ必要ありと理解されていないか？
- ④看護は、対象の理解に関わるケースの情報があれば、看護計画が立案でき、その計画に基づいて実施するものと理解されていないか？などである。

3. 厚生労働省（厚労省）の看護学教育に関する基準による表現関連：

2008年のカリキュラム改正時に指定された下記2点の基準に関する影響も一例と考えられる。

1) 資料1. 看護師等養成所の運営に関する手引きの別表3「看護師に求められる実践能力と卒業時の到達目標」関連：

提案には、卒業時の到達目標をⅠ群～Ⅴ群に分けて73項目に分類された表示がある。その中のⅡ群に、「根拠に基づき、看護を計画的に実践する能力」として表示された中のG.実施欄の22項目に、「看護援助技術を対象者の状態に合わせて適切に実施する」と1項目の表現があるのみで、具体的な看護の内容や、その範囲に関わるような表現は見当たらない。他の72項目の目標は実践の背景に必要な内容

の認知領域ないし心構えなどの情意領域関連の内容で占められている。このことは日本人の看護を考えるには、約1億2,600人のケース展開をしないと看護の内容は語れないことを意味していることになる。また、世界を視野に入れるには約70億人のケース展開が必要になるということになり、看護は一般論で表現できないものになる。基準が厚労省から出されたのは2008年であることから考えると、この基準による反応だけによるものとは言えないが、長年の教育の過程における土壌がこの基準を創らせているのは理解に難くない。

2) 別表3-2「看護師教育の技術項目と卒業時の到達度について」と表記されている142項目の資料関連：

この表は前述の別表3とは必ずしも連動していない提案であるが、表のタイトルは「技術項目」とその卒業時の到達度となっているが、その表現は多様である。たとえば、「43. 清拭援助を通して患者の観察ができる」（認知：単独で実施）、「50. 臥床患者の清拭ができる」（技術：指導の下に実施）、その他随所にアセスメントに関する項目、計画立案などの認知領域の項目、技術にいろいろな条件が付されている項目などが混在しており、看護技術に関わる概念が不明確な項の表示といえる。このことが看護ないし「看護技術」を特定できない原因の1つとも思える。

3) 病院機能評価を受けた病院の看護部の看護目標の方針の置き方例：

施設内の看護部の看護のかかわりの方針と思われる表現例を幾つかの病院で見ると、次のような内容が掲げられている。「看護を病む人の人格を尊重して行います。」「生命の安全を守ります。」「笑顔で優しく接します。」「実施する内容を表示しない「実施した看護の責任を持ちます」などがあり、実施内容が具体的にイメージできるものは見当たらない。

このようにして見れば、日常的に活用されている身近な資料の中に、現時点では看護職者が、明確に看護の内容を具体的に認識できる状況にはないことが分かる。このような環境が、看護職者が正しく看護内容を認識できない状況をつくり、臨床の看護が単に業務と認識されて、一般に業務では簡素化・効率化が求められるようになり、その流れが現在の看護職者の臨床での動きを生み出しているのではないだろうか。この現状がこれからも踏襲されれば、わが国の看護界の将来に大きな禍根を残すことになるだろう。

これからの社会環境では、人間に直接関わる職種だけが生き残って行くとの予測もあり、この時点で直接的な看護の行動となる具体的な内容を改めて確認し、その実践能力育成に力を入れる必要がある。研究と教育の基盤として、またその発展のためにも不可欠なことである。

II. 看護の実践内容の範囲の共有方法

看護実践の内容を共有するために役立つ参考資料として多数あるなかであえて次の3点を挙げたい。

1. 保健師助産師看護師法 第1章総則 第5条:

本第5条は、看護職者の看護の基盤となる条文であり、1948年に制定されてから70年近く変更されていない看護職者の法的規定である。

この第5条は現在、看護職者の多くが「健康の保持・増進および回復過程に向けて、人間の24時間の生活行動への援助とその過程に必要な治療・処置を組み込んだ援助」だと理解しているものであろう。したがって、それを看護職者が実施する看護の内容として言い換えると、①日常生活行動の（生活行動面と精神面への援助を含む）1つ1つへの援助、②日常生活行動の一部となっている必要な治療・処置の1つ1つへの援助となる。看護実践につなげ、また教育や研究につなげるには、各項を援助内容として共通に理解していないと機能しないからである。

保助看法は言うまでもなく、医師法、歯科医師法と同時期に、その他の医療関係職者に先んじて制定されたものである。したがって、他の職者の規定には、すべて保助看法の規定に関わらず医師の指示のもとに「診療の補助ができる」と制定されているものである。また、療養上の世話については、看護職者のみに独自の裁量が認められている重要なものでもある。このように看護を第5条の規定で理解すると、すべての人々の生活行動を看護の対象とする必要があると同時に、健康の保持・増進のために、常に予防と自立に向けた援助を行なうことが明確に制定されているものでもある。したがって、看護は問題を特定して行うものではなく、すべての生活行動を常時視野に入れておく必要がある。疾病の大半が生活習慣病だと言われてから久しい今日では当然のことであろう。

2. 「看護の原理と実際、第6版」(V. Henderson & G. Nite, Macmillan Publishing Co. Inc., 1967)²⁾

「看護の基本となるもの」など、世界中で活用されているものとして挙げたい。V.H.らの「看護の原理と実際」については、50項目の生活行動および治療・処置の具体的な内容に関わる詳細な記述があるからである。

3. 「看護基礎教育における看護技術および認知領域面の教育のあり方に関する研究」³⁾

日本看護学教育学会の組織で研究された厚生科学研究報告書として活用を望むものである。少し年月を経ているが、基本的な事項の研究であり、現在でも利用可能である。また、これは現行の保助看法と指定規則の看護学の教育のあり方を視野に入れて行い、研究者は学会の役員及び看護学7領域の評議員の有志49名による全国調査だからで

ある。さらに本研究には、次の3点の特徴がある。

1) 研究の特徴1: 看護職者に求められる看護技術を体系的に精選するために、看護技術を定義し、それに基づく7つの領域の分担研究者が中心となり、人間の成長・発達段階、看護実践の場、看護実践過程、看護基礎教育の教育者の見解などを求め、かつ保健師・助産師・看護師に不可欠な視点から技術項目を整理して行っていること。

2) 研究の特徴2: 看護技術は、6の枠組みで整理され、技術項目と看護の実際面で判断を要する内容を含めて幅を持たせたもの284項目を設定し、かつ各看護学での教育の実際と、「看護学全領域に必要な技術」「特定領域の対応技術」および「助産領域対応の技術」に関する実態も明らかにしている（現在の保健師・助産師・看護師の教育制度上の混乱には必見の文献）。

3) 研究の特徴3: 看護技術の教授-学修過程に不可欠な認知領域の内容も同時に7つの看護学領域で整理している。取り上げている看護技術の項目数は多いが、「看護技術の考え方」を明確にし、教育方法を考えれば教育内容は非常に少なくなり、活用・応用範囲を広げることができる（教育方法は後述する）。

III. 実践する看護の分析的見方と教育の考え方

看護の内容が具体的に共通認識されると、次はその実践に向けた教育方法を考えることになるが、個々の看護の内容を、図1に示すような構造で説明すると、教育と研究に容易に活かせる。看護行為（看護実践）は、その中核となる「1つの看護技術」に、関連する「対象の理解」と「統合力および関連内容」を加えて成り立つという構造である。教育ではそれぞれが教育科目と繋がり、研究では研究課題の特定につながる研究内容の分析に役立つ。

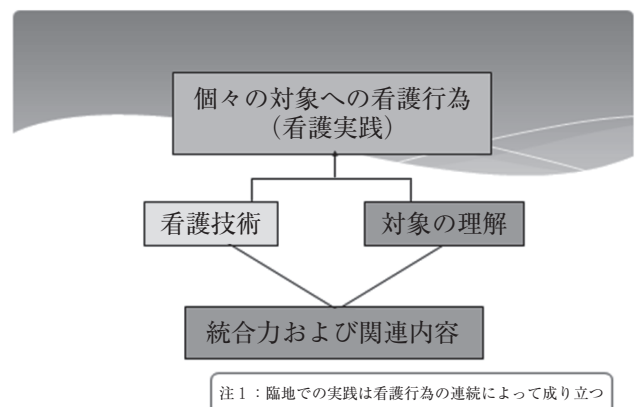


図1 看護行為の構造（田島1989）

この図については、文献3に掲載の看護行為の構造の具体的内容を含む図4-2（p.67）と看護行為の実施プロセス

を含む図4-3 (p.68) と併せて理解されることを望む⁴⁾。

1. 看護の分析的見方と教育のプロセス

各看護行為の対象の要件は多様で限定困難であり、同時に多様な関係領域の学修が必要になるため、前記の構造は教育の段階を示すものともなる。その意味で、「看護技術」はすべての対象に適用でき、看護職者の誰もが身につけている専門的な技術として、便宜上次のように定めることが望まれる。

- ①看護技術は1つの看護のまとまりで成り立つ（準備、実施、後始末までの一連の過程を含み、かつ知識等に裏付けられたテクニックとその際の配慮を含む、認知領域・精神運動領域・情意領域の内容で構成されたもの）
- ②看護技術は、緊急時、そのまま1つの看護の行動として提供できるもの
- ③看護技術は、あらゆる人に活用できる看護職者の看護の基盤となる専門技術となるもの

このように「看護技術」を考えると、学修の順序は確実な「看護技術」の学修後に、多様な場による「看護行為」の教育・実施を行い、ケアごとの方法の違いや可能性を広げながら、学内や臨地実習での実践を繰り返し、ケース展開への関わり方の基盤を身につける流れとなる。その過程で自然に「看護計画立案」に繋がるようにする。それには臨地実習開始以前の看護の学修段階で、人間の24時間の生活リズムと生活行動について、自己および家族の生活行動の分析などを含む学修が十分なされている必要がある。

さらに、図2は「看護技術」に含まれる内容を動作（精神運動領域）、認知領域および精神運動領域の側面で立体化を試みたものである。中心となるのは動作となる精神運動領域の内容で、その内容は1つの看護技術を構成する必要な動作のまとまり（基本動作とする）に分析できる。基本動作をそれぞれにその原理、方法、なぜそうするのかという認知領域の内容の裏付けと共に、教育・訓練し、それらを繋げて1つの看護技術として完成させるものとする。

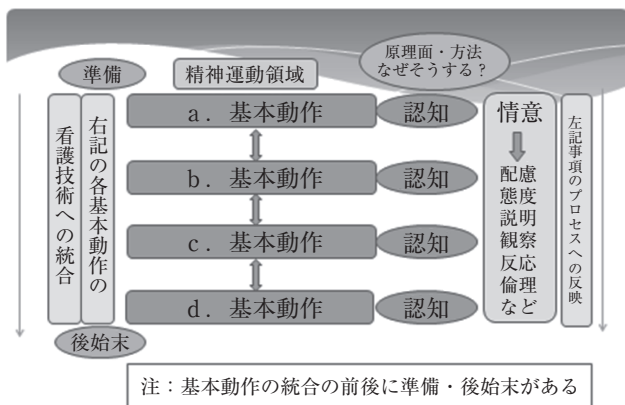


図2 看護技術の内容面の構造（田島2013）

基本動作はいわゆる手順の中の1つの動作とするのではなく、そのテクニックは他の看護技術にも活用できる独自性があるものと捉える。

このような各基本動作の順序を考え1つの看護技術として成り立つように統合して、実施する過程に不可決な情意領域の内容をすべて組み込むようにする。その情意領域の具体的な内容には、説明、態度、配慮、観察、反応、倫理などに関わる必要なものが加わる。なお、これら3領域の内容が1つの看護技術として構成された後、その前後に準備と後始末に関わる必要な内容を加え、実施過程での不都合がないようにする。

こうしてみれば、「看護技術」は単に手順に基づく流れでの動作ではなく、3の領域に含まれる内容が統合されて初めて成り立ち、看護職者のプロの技として表出されるものと言えるようになる。基本動作とその裏づけについては、いまだ検討・研究が不十分な分野で、それが理由でこれまで手順からの脱皮ができなかったのではないかとも思われる。

「看護行為」は、前述の看護技術を土台として「対象の要件」の中の必要な認知領域と情意領域の内容を基本動作の実施過程に加味して看護の行為を表出することになる。必要に応じて準備と後始末でも関連内容が加わる。このように「看護技術」を看護の構造および学修の中心に置くのは、看護職者が行う生活行動、必要な治療・処置は万国共通であり、その学修が看護職者の看護教育の中心になれば、グローバル化が進むこれからの社会で看護職者の役割が果たせないと考えるからである。

2. 看護の教育のプロセスに包含されるもの

多様な関係要因を含む看護の学修過程においては、次のような学修者の自主性を活かす教育方法が不可欠になる。具体的には、①看護の基本動作を組み立てて看護を実践する能力の育成、②少ない学修内容で多様な看護を想像する能力の育成、③看護実践の内容を構造化する能力の育成、④看護ケアの方法を多様に考える習慣の育成、⑤関連文献・情報に絶えず目を向ける習慣の育成、⑥看護チームでの動きを敏感にとらえる能力の育成、⑦医療チームの中での看護の独自性の発揮能力の育成などを喚起することである⁵⁾。

また、その学修過程においては常に既習の学修内容を想起し、新しく取り組む内容と統合し、さらにそれを発展的に活用できる可能性を考えながら学修を進めることが求められる⁶⁾。

これまで述べてきた学修過程を活かせば、看護学教育で話題の次のようなカタカナ文字用語の内容が同時に組み込まれることになる。

- 1) 教育方法・評価面の用語：①クリティカルシンキング②アクティブラーニング、③ポートフォリオ④パフォーマンス評価⑤ルーブリック評価
- 2) 看護の内容面：①ユマニチュード②ナラティブ③ストレングスモデル

日本の土壌から派生したものではない外来語を用いて特殊性を強調するより、学修の流れに応じて学修内容を豊富にし、さらにその過程で学修者のやる気を引き出す方がより成果を生むのは言うまでもない。

さらに、この背景には現行の看護基礎教育の教育課程の、「指定規則に示されている7領域の看護学の構造」を十分認識して初めて成り立つことがある。それは看護学が人間の成長発達段階（身体面・精神面を持つ人の一生の区分）や、生活の場と社会生活の場（地域、職場、学校等を含む）を視野に入れて構築されており、なおそれを支える領域としての専門基礎および教養領域に関する基礎科目などで構成されているからである。これらのすべての科目による学修内容が、1つ1つの看護行為の中ですべて生かされて初めて幅と深さを持って真の意味での看護となるからである。将来、カリキュラムの改正で、人のあり様との関係が推測不可能な科目表示にならないことを願っている。また、教育者は基礎教育と卒後・継続教育との棲み分けを行い、基礎看護学以外の看護学ではそれぞれの専門的内容を教育するのではなく、人の一生の中でその領域のステージへの対応に関わる内容に徹することが重要である。看護職者は目の前の人に対応する必要があることを前提に、将来を視野に入れて先ずその時点における最良の内容でのファーストエイドを看護職者として行う範囲に徹することが看護基礎教育の役割と考えるべきであろう。

それに看護実践能力を確実に身につけるには、7領域の看護学の中で体験の場をつくりやすい領域で分担し、それぞれの看護学で分担した看護技術の学修を最初に行い、その後にそれを用いる看護行為の繰り返しの学修を学内および臨地実習の過程で行うようにすることも求められる。

IV. 看護の基盤とその発展的可能性を目指す研究との関係

看護研究は、これまでに述べた過程を辿って確実に研究の基盤的土台となる看護実践、言い換えると、「人間の生活リズムによる生活行動の援助の充実（治療・処置を含む）」に取り組む延長線上にあるものと認識する。その上

で、まず、「方法の多様な可能性、熟練方法、関係要因の組み入れ方などを含めた1つ1つの看護ケアの充実、ことに成長発達段階及び健康上の課題については、個別性より普遍化に向けた対応への研究推進」が重要である。さらに、「個・家族・地域・国・国外へと習慣・異文化の取り入れ方を含めた場の広がりへの対応」、「看護職者・家族・地域・関係職者間のチームの組織化の方法」、「看護に関わる権限委譲の可能性の検討」として譲れるものと譲れないものとの見分け方、時代的要因からくる道具の取り入れ方（機器、AIなどのハイテク技術等）など、日々の看護実践との関係を研究課題とする。その他、「災害時の看護の対応方法」「独自の看護内容の拡大」「看護の教育方法の開発」「多様な時代に応じた創設事項の開発」などと取り組むこととなる。いずれも確実な看護の基盤の上で、基礎・適用、応用、発展に向けた研究が行われると、「看護学研究—何のために何をやるのかを知る」につながるのではないかとと思われる。

おわりに

これまで看護学教育に還元できる研究成果としては、具体的な看護内容を看護職者が共有し、その実践を基盤に積み上げられた成果が不可欠であると述べてきた。教育に還元できる成果を望むには、まず、看護職者の研究を確かなものにするために「看護基礎教育の充実に徹するための基盤づくり」と「看護実践の基盤を確かなものにするための取り組み」が必要である。それには教育方法の改革で可能性を生むことができる。その上で、「看護を拡大させる方向を特定し、その全体構想の中での位置づけを明確にした研究と取り組むこと」および「看護の独自性を吟味し、安易な他領域の研究手法や成果の追試を避けること」などに留意した研究の推進を望みたい。

引用・参考文献：

- 1) ジェイムス p.スミス著 (1992)／訳者：小玉香津子・尾田葉子：ヴァージニア・ヘンダーソン 90年のあゆみ：pp.105-114, 東京, 日本看護協会出版会
- 2) Henderson, V. & Nite, G. (1967)／田島桂子訳分担 (1980), 看護の原理と実際 (第6版), 東京, メジカルフレンド社
- 3) 田島桂子他 (2002)：看護基礎教育における看護技術および認知領域面の教育のあり方に関する研究, 厚生科学研究報告書：医療技術評価総合研究事業
- 4) 田島桂子 (2009)：看護学教育評価の基礎と実際—看護実践能力育成の充実に向けて, 第2版, pp.67-68, 東京, 医学書院
- 5) 田島桂子 (2004)：看護実践能力育成に向けた教育の基礎, 第2版, pp.199, 東京, 医学書院
- 6) 前掲3) 6

◆愛知県開催記念講演◆

文化財の命を守りつなぐ

徳川美術館 四 辻 秀 紀

長い歴史の中で育まれてきた文化財は、文化・伝統、美意識などを我々に伝えてくれる貴重な遺産である。時間の経過による文化財の傷みは避けられないとしても、伝来の過程の中で生じてきた損傷や劣化、さらには保存環境の変化などに対して、医師と同じように注意深い観察と適切な診断をおこない、修理や保存環境の保全、研究を推進していかなければならない。このようなかけがいのない文化財を美術・博物館施設などで展示公開する使命と保存し後世に永く伝えていく責務を担っている学芸員（最近ガンと言われているが）は、この二律背反とも言える公開と保存との両立を図って活動をおこなっている。

また阪神淡路大震災や東日本大震災、熊本地震など、予期できない想像を絶する災害で、多くの文化財に甚大な被害がもたらされたことは記憶に新しいことである。被災文化財のレスキュー活動も、我々に課せられた任務である。

講演者が職務に就いている徳川美術館は、尾張徳川家に伝来した大名道具を中心に一万件余りの作品を収蔵し展示公開している我国屈指の私立美術館で、昭和10年（1935）に開館した。

ここでは、その収蔵品の中から国宝に指定されている「源氏物語絵巻」と「初音の調度」を取り上げ、損傷や劣化の状

況およびその保存修理についてご紹介してみることにする。

国宝「源氏物語絵巻」は、紫式部が著した原作を絵画化した現存最古の物語絵巻として世界的にも有名な作品で、12世紀前半の当時の宮廷で製作享受されたと考えられている。成立当初は優美な色調と流麗な書によって、物語の叙情性を描き出していたのだろうが、900年近い伝来の星霜の中で画面に皺や亀裂が生じ、絵の具も変褪色や剥落・剥離、粉状化が生じていたため、平成24年（2012）から4年間に渡って絵の保存修理を実施し、現在これに引き続き詞書の修理を進行中である。

また国宝「初音の調度」は、寛永16年（1639）に、徳川三代将軍家光の長女千代姫がわずか二歳半で、後に尾張徳川二代藩主となった光友のもとに婚家する際に持参した婚礼調度類の70点の総称で、その豪華さは「日本一の嫁入り道具」「日暮らしの調度」とも称されている。これまで器体の亀裂やウキなどの保存修理を実施してきたが、今年度から本格的な修理に着手することになっている。

これら二件の国宝に指定された文化財は蛍光X線による顔料分析や可視域内励起光蛍光撮影、器体構造や加飾法を調べるためのCTスキャンなど、科学的調査研究を先行しておこなっている。



◆教育講演Ⅰ◆

質的研究成果の看護学教育実践への還元

甲南女子大学看護リハビリテーション学部 秋 元 典 子

はじめに

研究成果の看護学教育実践への還元は、循環型の過程をたどるといえよう。ここでいう循環とは、「知の創造と発信」に始まり、その知を「使う・使ってもらえる」、そして、使う中から新たなリサーチクエスションが浮上し、再び「知の創造と発信」に戻っていくという一連の過程を成すことである。

教育講演Ⅰでは、このような循環型の過程における「使う」段階に焦点を当て、私が共同研究者や院生とともに発信してきたがん看護領域における質的研究成果を、担当する授業にどのように還元しているかを紹介する。

Ⅰ．質的研究成果を還元する授業の概要

1. 科目名と時間数等

科目名は成人看護学概論である。受講学生は、看護学科2年生、前期配置科目、授業のテーマは「がんとの共生を促す看護技術」、参考テキストは、成人看護学概論、第14版（医学書院）、1回90分授業を2回行う。

2. 学習のねらい：①どこに必要な情報があるかを知り、それを得て理解し、自分に合った方法で利用する、という主体的に認識し行動できる力は、がんとの共生すなわち、がんを抱えていてもがんとは折り合って生きていくために不可欠な能力であることを理解する。②がんヘルスリテラシーを促進するための看護技術について検討する。

Ⅱ．質的研究成果を還元する授業の実践

1. 質的研究成果を教育実践に還元することの必要性

上記学習のねらいに記述している用語「どこに必要な情報があるかを知り、それを得て理解し、自分に合った方法で利用する、という主体的に認識し行動できる力」は、このままであっても何となく理解できる記述である。しかし、必要な情報、理解する、利用する、主体的という用語が指し示す内容は非常に分厚いため、その内容の具体的理解が不可欠である。なぜなら、ここを具体化しなければ、学習のねらいの②がんヘルスリテラシーを促進するための看護技術について検討する、ことは不可能と考えるからである。そこで、がん患者にとって必要な情報とはどのような情報なのか、それはどこにあるのか、それを理解し、自分に合った方法で利用することに困難はともなわないの

か、主体的とはどのような意味なのかと、掘り下げて考えてみる必要がある。そのため、これらの問いに関連する先行研究知見を引用し、教育と研究とを結びつける試みが不可欠と考える。この結びつける試みこそが「研究成果の教育実践への還元」である。

2. 質的研究成果を還元する授業の実践

まず必要な情報からである。なお、ここでは、研究成果と研究知見は同意語として用いることとし、以下のように学生に投げかける。

『インターネット上では、「がん」に関する情報をいくらでも得ることができる時代、テレビ番組でも「がん」に関連した番組があふれている。書籍や雑誌・新聞等にも「がん」のことはたくさん掲載されている。こういう状況において、がん患者にとっての必要な情報、情報理解、情報利用とはどのようなことだと考えるか？主体的とはどのような意味なのだろうか。これまでの研究で明らかにされていること、これを先行研究知見というが、それらを活用しながら必要な情報、情報理解、情報利用の具体的内容をともに学習する』

黒田・秋元（2013）によれば、外来外照射療法適用決定後、治療開始前のがん患者は、詳細で専門的な情報、たとえば、有害事象の種類及び出現時期・部位・程度、抗腫瘍効果に関する客観的指標、照射回数・照射期間と抗腫瘍効果との関係、原爆との相違点、費用などに関する情報を求めていると報告されており、がん患者の情報ニーズ（必要な情報）が専門的で詳細な知識であることが明らかにされている（pp.18-19）。

がん患者の情報理解については、松井・秋元（2013）が【氾濫した情報に飲み込まれ、収拾がつかない】つまり、インターネットや書籍、知人からの大量の情報の中から適切な情報を取捨選択できず初期治療選択について迷う度合いが増強し、どうしていいか決められず、混乱していくと報告している（p.35）。さらに、【治療法選択の決め手が見つからない】、つまり、この治療法が最善だという確信と納得が得られないことも明らかにされている（p.34）。三村（2016）によると【情報の多さや周囲の影響で揺れ動く】（p.10）ことも示されている。また、秋元・森・中塚（2010）は、【医師以外の情報を遮断する】（pp.7-8）ことを指摘している。このことは、情報が多すぎると混乱して

理解できなくなってくるため、医師から聞いた情報以外には関心を向けないという患者の対処行動である。

このような研究知見【氾濫した情報に飲み込まれ、收拾がつかない】【治療法選択の決め手が見つからない】【情報の多さや周囲の影響で揺れ動く】【医師以外の情報を遮断する】から見えてくることは、①情報は重要であるが、逆に患者や家族を迷わせ悩ます根源にもなる、②自分に合致する情報の取得と見極めることの困難さ、③得た情報から自分に合った治療方法を見極めることの困難さ、④得た情報を理解することに伴う困難さ、⑤既存情報が必ずしも治療法選択を促進することにつながるとは限らない、⑥選択肢が多いほど、意思決定（治療選択）についての迷いが生じる、など患者にとっての情報理解には、困難を伴うことが先行研究知見として得られている。

次のがん患者の情報利用についてである。松井・秋元（2016）によるとがん患者は【これまでの生活を維持できる治療法を模索する】こと（p.33）、三村（2016）によると【生活への影響がない治療を選択する】こと（p.11）、秋元・森・中塚（2010）によると、【最短で日常生活に戻れる治療法を見いだす】との結果が得られている。すなわちがん患者は、「生活」をキーワードにしつつ情報を利用して治療法を選択していることが明らかになっている。これまで、治療成績や術式の利点や欠点などの視点から治療法選択が行われると報告されてきたが、先行研究は、がん患者が治療後もこれまで通りの日常生活ができる治療法を選択しようとしていたことを示している。ここで私は、これらの研究知見は、日常生活支援者としての看護師が決して見逃してはならない重要な知見であることを学生に強調している。

続いて学生に投げかける。『主体的という用語は日常的によく耳にする用語であるが、具体的にはどのような意味なのだろうか？伊藤らの研究を活用して考えてみよう』

伊藤・秋元（2015）は、何らかの健康問題・課題を抱えた成人および高齢者の主体性の概念分析を看護学領域に限定して行っている。概念分析という用語は学部生にとっては聞きなれない用語であるため、概念分析とは、これまで曖昧に使用されてきた「概念」を明確にすることであると簡単に説明する。分析の結果、主体性とは、【自分のこととして試行錯誤しながら取り組む】ことであり、その力は【自分の現実を直視】することによって引き起こされると報告されており、主体的に認識し行動するとは、自然発生的に主体性が現れるのではなく、自分のこととして現実を受け止めることが不可欠であるとの結果が得られている。

再度、学生に投げかける。『がん患者にとっての情報および主体性という用語、これらについての質的先行研究知見から考えて学習のねらい「がんヘルスリテラシーを促進

するための看護技術」について検討してみよう』

ここで学生が授業の文脈を意識できるよう、先行研究から何が明らかになっているかについて端的にリストアップしている。そして、学生への質問タイムを取る。アクティブラーニングである。学生自ら考えるよう促し、その時間を確保する。使用テキストには、がんヘルスリテラシーを促進するための看護技術として、①ヘルスリテラシーのアセスメント、②ヘルスリテラシーのレベル向上に向けた教育、③がん患者と医療従事者のコミュニケーション促進、④情報のやりとりにかかわる倫理的配慮の4項目が挙げられ、具体的に解説されている。しかし、研究知見の還元となると、得られた知見に基づいた看護の実践を行うという姿勢を養っていきたいと考えることから、テキストからはいったん離れて、がんヘルスリテラシーを促進するための看護技術を先行研究知見から生み出す試みをしている。

学生の考えも進んできた頃を見計らって、下記の通り順次述べていく。

『がん患者は専門的で詳細な情報（知識）を求めている、この研究知見からは医師の説明時には看護師も必ず同席して、患者と家族の様子をよく観察する。医師からの質問にどのように答えているか、何を質問しているか、様子をよく見守り、終わったら、何を聞いたか、治療の選択肢、必要な治療期間、薬剤、生存率の意味などについて、どのように聞いているか確認し、不明確な点、患者流に理解していることなどがあれば、修正する。またさらに医師に聞きたいことがあるか、理解しにくかったことがあるか、を確認して、あれば、再度医師につなぐ技術が必要であるといえる』

『振り回されるほどの情報の氾濫・理解困難という研究知見からは、膨大かつ多様な情報に振り回されず、意味ある情報を収集し、批判的に吟味し、活用することのできる能力を持っていただく必要がある。インターネットは情報を得やすい。しかし、情報量の増加は質保証を伴うとはいえない。間違った情報を得ているのかもしれないという批判力を持っていただく必要がある。そのため、信頼できる情報がどこにあるのかを伝える必要がある』

さらにここでは、がん関連学会が作成している患者用治療ガイドラインの紹介、がん専門病院が発信しているホームページ、ただし更新年月日を確認すること、などを伝える。多種多様な情報を処理できない状況にいた場合は、それらの情報を共に整理するために、患者相談支援センターを利用することを勧め、情報の解釈をナースが支援する必要があることも伝えるようにしている。

『「生活」をキーワードに情報を利用し治療を選択している。この新研究知見からは仕事や家庭の状況を患者とともに確認しながら、治療後の日常生活を患者が具体的にイ

メージできるよう支援することが不可欠である。これは、生活の支援者である看護師ならではの技術である。』

このようなことを学生に伝えることは、教育と研究とを結びつける試みにおいて看護教員として大きな喜びでもある。自身の看護観を前面に出すことができる場面である。

さらに続ける。『「主体性」とは、【自分のこととして試行錯誤しながら取り組む】ことであるが、これは自分の現実を知ることが前提となる。この研究知見からはがん罹患という悪いニュースであっても、自分のこととしてその事実を受け止めていけるよう支援をする必要がある』

そして最後にまとめる。『がんヘルスリテラシーを促進するための看護技術について、質的先行研究知見にもとづいて提言した。皆さんの見解とつき合わせて検討してみたい。』。こういう形で研究成果を授業に還元していく。

以上が、私の質的研究成果を還元する授業の実際である。

まとめ

研究成果の看護学教育実践への還元過程における「使う」段階に焦点を当て、私が共同研究者や院生とともに発信してきたがん看護領域における質的研究成果を、担当す

る授業にどのように還元しているかを紹介した。

質的研究成果の看護学教育実践への還元は、教育内容に根拠を付与するだけでなく、用語の重層化を保証し、ひいては学生の看護学に対する興味関心を引き出すことにつながると思っている。ただし、本講演で用いた研究知見は、メタ統合した知見ではなく、質的研究成果の1つひとつを授業においてにどのように使っているかを紹介した。このことが本講演の限界であることを明記しておきたい。

文 献

- 黒田寿美恵, 秋元典子 (2013). 外来外照射療法開始前のがん患者が必要とする情報と患者の内的世界—患者のセルフケアを促進する治療開始前の看護支援の検討—. 日本がん看護学会誌, 27(3), 14-23.
- 松井美由紀, 秋元典子 (2016). セカンドオピニオンを受けた女性乳がん患者の初期治療選択過程. 日本がん看護学会誌, 30(3), 29-38.
- 三村 優 (2016). 女性乳がん患者の初期療選択に関する文献検討. 2016年度岡山大学大学院保健学研究科博士前期課程CNSコース (がん看護) 課題研究論文.
- 秋元典子, 森 恵子, 中塚幹也 (2010). 若年子宮頸がん患者の手術決意過程. 日本がん看護学会誌, 24(2), 5-14.
- 伊藤真理, 秋元典子 (2015). 看護学領域における主体性の概念分析. 日本クリティカルケア看護学会誌, 11(3), 1-10.

◆教育講演Ⅱ◆

APRNとしてのCNSの研究の現状と今後の課題

熊本大学生命科学研究部 宇佐美 しおり

近年、在院日数が短縮化し地域ケアが推進されている。さらに生活習慣病が増え、一人の患者が複数の疾患をもち病態が複雑化しながらセルフケアを行い地域生活を送っている。そのような中、Advanced Practice of Registered Nurse (APRN, 高度実践看護師)としてのCNS (Certified Nurse Specialist, CNS, 専門看護師)は2,104名となり、病院、地域、訪問看護ステーション、外来など活動の場が広がり、ケア困難患者・家族への介入の場も広がってきている。またCNSの数も増える中、CNSによるケアや介入の質も異なり、CNSの介入と成果に差がみられている。

日本専門看護師協議会はこの課題を克服するため、協議会として、1) CNSの活動実態とその成果に関する研究を実施し、CNSが病態が複雑なケア困難患者に対し、身体・心理・社会的・成長発達の側面から包括的にアセスメント・介入を行い、患者の病状、セルフケア、ケア満足度、QOLを改善するとともに、治療チームのグループ・パフォーマンスを改善していることを報告している(宇佐美ら, 2013)。さらに、地域ケアを促進するため、病院から地域へ、また外来での看護・医療支援を強化するため、在宅療養移行支援(Transitional Care Model, TCM)を構築し、CNSが中心的な役割をとりながらTCを行うことで患者の地域での生活期間が延長され、再入院が減ることが明らかとなっている(宇佐美, 2015)。しかしながら、CNSが増え、患者の医療ニーズが多様化し、地域ケアが推進される中、効率的・効果的にCNSがどのように介入すると成果が示せるのかについては経験に頼りブラックボックスのままだった。そこで、この課題を克服するため、アクションリサーチを行い、特に精神看護の分野において、①身体疾患でうつ状態を有する患者への介入と評価(野末聖香ら, 2016)、②行動化を繰り返す患者へのCNSの介入技法と評価(宇佐美, 2016)、③再入院を繰り返す患者へのオレム・アンダーウッドモデルの有効性と評価に関する研究を行い、どのような介入がどのような成果をもたらすのか、また必要とされる介入に関する理論を検討している。そこで今回これらの介入研究の現状・課題について意見交換を行った。

1. CNSの活動実態、成果に関する研究

これまでCNS協議会では、CNSのアセスメント、活動

の実態、成果に関する研究を行ってきた。CNSの行うアセスメントは、ケアが複雑になっている場面で身体・心理・社会・成長発達の側面から包括的にアセスメントし、ケア困難患者へのセルフケア促進のための面接、治療目標の明確化、治療チームの調整、社会資源の導入を積極的に行うことが病状の改善、セルフケアの改善、社会的機能の改善、QOLの促進、治療チームのグループ・パフォーマンスの改善、スタッフの意欲の改善、地域生活期間の延長、再入院防止において効果がみられたことを報告している(宇佐美ら, 2013)。さらに、宇佐美・峰らは、在宅療養移行ケアモデル(Transitional Care Model, TCM)における外来・地域におけるCNSの役割・機能において、外来・地域で活動するCNSに対し質問紙調査を行いその実態と評価をまとめている。CNSの行うTCは、成果の「入院日数の短縮」には、CNSの「医療チームの査定」「患者への対応」が、「地域生活期間の延長」には「医療チームの査定」「家族のニーズの把握」「社会資源の導入」「必要な支援の再構築」「職種間でのカンファレンス」「家族面接」「医療者へのコンサルテーション」が有意に関連していた。さらに「症状管理能力の改善」には「必要な支援の再構築」「症状管理を目的とした患者との面接」が、「セルフケア行動改善」には「医療チームのアセスメント」「家族への面接」「医療者へのコンサルテーション」が、「医療チームの治療目標が明確になった」では「必要な支援の再構築」「職種間のカンファレンス」「スタッフの臨床能力のアセスメント」「医療者へのコンサルテーション」が有意に関連していた(宇佐美・峰ら, 2015)。すなわち、これらの結果から、CNSの成果には、患者への包括的アセスメントや患者・家族のニーズの査定、医療チームのアセスメント、スタッフの臨床能力の把握が、また介入では、患者への直接的ケア、特に患者・家族との面接、家族の患者への対応方法への支援、必要な支援の再構築、医療チームへのコンサルテーションが関連していると考えられた(宇佐美・峰ら, 2015)。

2. アクションリサーチ：実態の把握から介入を形にしていくこと。

さらにこれらのCNSの活動実態をもとに、CNSの活動をもっと診療報酬においても社会においても目にみえる形、制度化をめざしアクションリサーチを行った。アク

アクションリサーチとしては退院後再入院を繰り返す患者は長期入院患者予備軍として、精神医療の中でも対応を要する社会的問題であるが、これらの患者に対し国内外の文献、ガイドラインを駆使し、修正版集中型ケースマネジメント (Modified Community Based Case Management, M-CBCM) をCNS・外来看護師長を中心に多職種でチームを作り介入内容についてのプロトコルを作り介入前後の比較を入院時、退院時、退院3か月後で病状、セルフケア、社会的機能、家族の負担感、QOLの視点から行った。M-CBCMを実施した対象者は退院後の再入院が減り、地域での生活期間が延長し、さらに患者の病状・セルフケア能力の改善が見られていた (宇佐美・中山ら, 2011)。

さらに、リエゾン精神看護領域で、総合病院で身体疾患を有し適応障害やうつ状態を有する患者に対し、うつ状態悪化予防のため精神看護CNSを中心とした精神科リエゾンチームを作り通常の看護師による精神的支援との比較を行った。精神科リエゾンチームは精神看護CNSをリーダーとして4回の介入を行った。4回の介入は文献をもとにプロトコルを作りそれに従って介入を行った。精神科リエゾンチームの介入を行えば、うつ状態の悪化予防、患者のセルフケアの改善がみられることが明らかとなった (宇佐美, 福岡ら, 2009)。

これらのアクションリサーチは、組織との合意形成を行い、多職種・看看連携のチームを作り、介入プロトコルを作成し、介入プロトコルが実施できるようチームのトレーニングを行った。これらの結果は、診療報酬にも反映されることとなった。

しかしながら、これらの研究は介入が効果があったと言いつても難しい研究デザインを有していたため、次のステップとして無作為化比較試験を行った。

3. 無作為化比較試験

これまでの研究デザインの不足により介入の成果が明確に示せないことから、野末らは、がん患者の抑うつ状態に対する精神看護CNSによるケアの効果を無作為化比較試験によって検討した。PHQ-9によって5-14点の間の患者を無作為に割り付け介入群34名、対照群37名を対象に、ケア・パッケージを作りそれらを精神看護CNSが実施し、うつ状態 (PHQ-9)、QOL (SF-8) で比較した。介入群はPHQ-9が有意に改善し精神看護CNSによるケア・パッケージの成果が有意にみられていた (野末・宇佐美ら, 2016)。

4. 事例研究法

これまでの研究結果から、CNSの活動実態とアセスメント・介入、成果は明らかとなり、またCNSがチーム医療の要となり多職種チームを再編成することでその効果が

出ることが明らかとなり、これらが診療報酬にも反映されることとなった。しかしながらこれらを実施できるCNSたちをどう育てるのか、人材育成の課題が残った。

そこで、精神看護のケアとしてよく用いられまた筆者もこれまで展開してきたオレム・アンダーウッドモデルに着目しケア困難患者にオレム・アンダーウッドモデルを用いたケア展開ができることを目的とし、ケア困難患者の危機介入 (危機時にCNSが呼ばれることが多い)、危機時における患者の衝動・欲求への介入とセルフケアの展開への過程の支援を精神分析的システムズ理論 (Psychoanalytic Systems Theory, PAS理論: 小谷英文博士開発, 小谷, 2018) を用いてオレム・アンダーウッドモデルを修正し、力動的セルフケアプログラムを作り、ケア困難患者へのセルフケアへの介入理論と技法を構築し、人材育成を行い、その評価を行うことが必要である (宇佐美, 2016)。そのためにはどのような困難患者 (行動化を繰り返す、再入院を短期に繰り返す、長期入院予備軍、身体疾患で適応障害・うつ状態を有する患者など) に対し力動的セルフケアプログラムのどの介入が変化をもたらしているのか、事例研究をもとに、明確にしていく必要がある。この事例研究は同時にCNSの高度実践看護能力を培いまた介入理論と技法をより明確にしていくことが可能であると考えている。

今後、在院日数が減少し地域包括ケアが推進される中、多職種チームを動かしながら患者のセルフケアを改善していくことはCNSにとって重要な役割となる。しかしながら高度実践看護能力を育成しながらその成果を示していくことは困難であるが、上記に示した研究、特に今後は実践能力の育成と介入理論と技法の開発のために、自然科学をもとにした研究手法だけではなく、アクションリサーチ、事例研究がより重要であると考えられた。

引用文献

- 1) 野末聖香, 宇佐美しおり, 他6名 (2016): がん患者の抑うつ状態に対する精神看護専門看護師によるケアの効果, 日本看護科学学会誌, 36, P147-155.
- 2) 宇佐美しおり, 福岡好重, 野末聖香, 岡谷恵子, 樋山光教, 右田香魚子, 平田真一, 北里真弓 (2009): 慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価, 熊本大学医学部保健学科紀要, 第5号, 9-18頁.
- 3) 宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香, 矢野千里, 樺島恵吉, 中川優子ほか8名 (2011): 長期入院となりやすい精神障害者への修正版集中包括型ケア・マネジメント (M-CBCM) の評価に関する研究, 看護研究, 44(3), P318-331.
- 4) 宇佐美しおり, 吉田智美, 市原真穂, 他16名 (2013): 医療ニーズに対する高度看護実践家としての専門看護師 (CNS) 活動と評価に関する研究—包括的アセスメントと診断, 介入評価—, 看護, 65(14), P23-27.
- 5) 宇佐美しおり, 峰 博子, 吉田智美, 他14名 (2015): 在宅療

養移行支援（Transitional Care）における専門看護師の活動実
態と評価, 看護, 65(14), P23-2767巻, 7号, 78-90.

- 6) 宇佐美しおり (2016): 行動化を有する患者への精神看護
CNSの介入技法と治療的要因—セルフケアモデルにPAS理
論を用いて—, 日本CNS看護学会誌, Vol.2, 2016, P5-12.

- 7) 小谷英文 (2018): 精神分析的システムズ心理療法—人は変
わる—, PAS心理教育研究所出版部.

—原 著—

冬の日照時間が短い地域に住む日本の高齢者における、 冬と夏の睡眠の質に関連する要因

Factors Affecting Sleep Quality in Winter and Summer
among the Japanese Elderly Living with Short Daylight Hours in Winter

山下 舞 琴¹⁾³⁾
Makoto Yamashita

堀 田 佐知子²⁾
Sachiko Horita

長 島 俊 輔³⁾⁴⁾
Shunsuke Nagashima

東 條 千 章⁵⁾
Chiaki Tojo

若 村 智 子³⁾
Tomoko Wakamura

キーワード：睡眠, 季節性, 日照時間

Key Words : sleep, seasonality, daylight hours

はじめに

睡眠障害は、高血圧などの生活習慣病 (Gangwisch, et al., 2006) や、うつ病などの精神疾患 (Baglioni, et al., 2011) と関係していることに加え、QOLに直結する重大な問題である (Kyle, Morgan, & Espie, 2010)。日本では、成人の5人に1人、高齢者の3人に1人が、睡眠に問題を感じている (Kim, Uchiyama, Okawa, Liu & Ogihara, 2000)。

睡眠は、生体リズムと密接に関係しており、光、運動、食事、社会的接触などの同調因子によって変動する (三島, 2014)。最も強い同調因子である光 (日長時間、日照時間、日中の照度：明るさ) は季節によって変化するため、よりよい睡眠を導くために季節の視点は重要である。ほとんどの地域が温帯に属する日本において、光だけではなく気温も季節によって大きく変化する。実際のところ、東京で夏の気温は30℃前後であり、逆に冬は0℃近くなる気温変化の環境で私たちは生活している。しかし、現在行われている睡眠の指導は、季節の視点を十分に取入れられていない。健康づくりのための睡眠指針 (厚生労働省健康局, 2014) にも、「睡眠時間は日の長い季節で短く、日の短い季節で長くなる」としか述べられていない。

睡眠と日中の光曝露に関する実験で、日中に暗い場所で生活すると、睡眠の質が低下する (Wakamura & Tokura, 2000)。高齢者は日中の光に対する反応性が低下しているので、よりよい睡眠のためには長時間の明るい光を浴びる必要がある (大川, 2015)。これらの事実を考慮に入れる

と、高齢者は、日照時間が短く、日中の照度が低い冬に、睡眠の質が低下している可能性がある。さらに冬は、寒冷や降雪の影響で夏と比較すると活動量が低下する (中鉢ら, 2005; 岡山ら, 2004)。活動量は、先に述べたとおり、運動や社会的接触などの同調因子に関係している。そのため、冬の活動量の低下が、睡眠の質に悪影響を及ぼしている可能性がある。とくに、高齢者は仕事や家庭といった社会的制約が少なく、生活行動が季節の影響を受けて変化しやすいと予想される。

睡眠と関係するうつ病の一種に、冬の日照時間の短さが原因でうつ感情が高まる、季節性うつ病がある (Rosenthal, et al., 1984)。日本の成人での季節性うつ病の有病率は0.4%で、加齢とともに減少する (Imai, Kayukawa, Ohta, Li & Nakagawa, 2003)。そのため、高齢者の症例数の報告はごくわずかで、ほとんど着目されていない。その一方で、冬に気分が落ち込む人が14.7~16.5%存在し、冬の日照時間が短いほどその割合が増える (Okawa, et al., 1996)。このことは、高齢者でも季節性うつ病と診断されない予備群が存在し、冬の日照時間の短い地域でとくに注意が必要であることを示している。また、非季節性うつ病では不眠が多くみられるのに対し、季節性うつ病で過眠が多くなるという睡眠障害の特徴がある (鈴木・内山, 2013)。そのため、季節性うつ病と診断されない予備群が、冬に過眠などの睡眠障害を有している可能性がある。

睡眠の質の季節性変化に着目した研究で、冬の日照時間が非常に短いノルウェー在住の成人を対象に行った質問紙

1) 京都光華女子大学健康科学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health Science, Kyoto Koka Women's University, Japan

2) 京都文教大学臨床心理学部教育福祉心理学科 Faculty of Clinical Psychology, Kyoto Bunkyo University, Japan

3) 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 Department of Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University, Japan

4) 日本学術振興会特別研究員DC JSPS Research Fellow DC1, Japan

5) 京都大学医学部附属病院 Kyoto University Hospital, Japan

調査では、不眠の有病率は冬に有意に高くなった (Husby & Lingjaerde, 1990)。日本では、冬の日照時間が比較的短い石川県で高齢者に機器を用いた測定を行い、冬と春で睡眠効率に有意な差がなかったことが報告されている (中山, 2010)。しかし、この研究は25名という少数例の報告であり、睡眠の質の季節性変化を十分に明らかにしているとはいえない。加えて、睡眠の質が生活行動や気分とどのように関連するかを、季節ごとに明らかにした研究はほとんどない。季節ごとの睡眠の質に関連する要因を明らかにできれば、季節の特徴に合わせたより効果的な指導が可能となる。そこで本研究は、冬の日照時間が短い地域に住む高齢者の冬と夏の睡眠の質に関連する要因を明らかにすることを目的に質問紙による調査を行った。

Ⅰ. 用語の定義

冬の日照時間が短い：日照時間は直射日光が地表を照射した時間であり、直達日射量が 0.12 kW/m^2 以上であった時間を計測する。各地の日照時間のデータは、1日ごとに気象庁によって報告されている。本研究で冬は、気象庁の季節区分と同じ12～2月とした。Imai, Kayukawa, Ohta, Li & Nakagawa (2003) や, Okawa, et al. (1996) による調査で用いられた日照時間の分類を参考に、12～2月の3か月の合計日照時間が300時間以下を、「冬の日照時間が短い」と定義した。

Ⅱ. 研究方法

1. 調査地域

京都府の最北部、つまり日本海側に位置する京丹後市を実施場所とした。調査年である2014年の日照時間を算出すると、京丹後市の12～2月は167.5時間であり全国平均の 416.4 ± 132.3 時間 (全国47の県庁所在地における合計日照時間の平均) に比較して、短かった。これは、青森市、秋田市、新潟市と同じ程度の日照時間であり (気象庁, 2016)、冬の日照時間が短い地域であった。また、京丹後市は人口56,021人、高齢化率30.9%と高齢化が進んでいる地域である (京丹後市, 2015)。

2. 対象者

本研究の対象者は、京丹後市高齢者大学の受講生とした。冬と夏のそれぞれの睡眠の質に関連する要因を明らかにするために必要なサンプルサイズは、探索的に100人とした。

3. 調査期間

調査は、冬と夏を比較するため、同一対象者に対して2回実施した。調査期間は、以下のとおりであった。

1 回目：冬 (2014年1月14日～2月13日)

2 回目：夏 (2014年7月14日～8月13日)

この調査期間は、睡眠に影響を及ぼす季節の要因として、日照時間と気温の両方が関係していると考えて設定した。冬の調査は、日照時間も短く、気温も低い1月を含むように行った。同様に、夏の調査は、日照時間が長く、気温も高い7月を含むようにした。

4. 調査方法

調査は、無記名の自記式質問紙を用いて実施した。2014年1月の京丹後市高齢者大学開講日に、同市教育委員会担当者および健康推進課の保健師の協力を得て、1回目の質問紙と返送用封筒を対象者に配布した。1回目の質問紙の回収、および、2回目の質問紙の配布と回収は郵送法により行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、文部科学省および厚生労働省における疫学研究に関する倫理指針 (2008) に基づいて行い、京都大学大学院医学研究科の倫理委員会 (承認番号：E2011) および京丹後市長に研究実施の承認を得て行った。

(1) 説明と同意

1月の京丹後市高齢者大学講座にて、受講生全員に口頭と紙面で研究の目的と方法を説明した。研究への協力は任意であり、調査への参加を断ったり中途離脱しても、協力者に何ら不利益が生じないことを説明した。得られたデータと研究結果は、個人が特定できないようにプライバシーの保護に配慮することと、研究目的以外に使用せず、保管に細心の注意を払うことを説明した。質問紙の返送をもって本研究への同意とした。

(2) プライバシーの保護

本研究では、個人情報に研究者が管理することなく、冬と夏で質問紙のIDを連結させるため、京丹後市と協議のうえ以下の方法をとった。

1 回目 (冬) の質問紙調査の依頼時に、同じIDをつけた2 回目 (夏) の質問紙を送付するための封筒もいっしょに配布した。承諾した協力者は、1 回目 (冬) の質問紙を返送するときに、2 回目 (夏) の質問紙送付用封筒の宛名に自分の氏名と住所を記入して、一緒に研究者へ返送した。1 回目 (冬) の質問紙と同じID番号をつけた2 回目 (夏) の質問紙を、各協力者自身によって氏名と住所が記入された封筒に封入して郵送した。そして個人情報を記入せずに質問紙を研究者へ返送するよう依頼した。この方法

により、個人情報連結表を作らず1回目（冬）と2回目（夏）の質問紙のIDを連結させ、協力者のプライバシーを保護した。

6. 調査項目

(1) 対象者の背景

基本属性として、年齢、性別、世帯人数、婚姻状況、家族の介護の有無、喫煙歴、飲酒状況を尋ねた。また、健康状態の把握のため、治療中の疾病の有無（高血圧、糖尿病、脳血管疾患、心疾患、消化器疾患、泌尿器疾患、精神疾患、悪性腫瘍）を尋ねた。

(2) 睡眠の質：ピッツバーグ睡眠質問票日本語版 (PSQI-J)

主観的な睡眠の質を評価するために、PSQI (Buysse, Reynolds, Monk, Berman & Kupfe, 1989) の日本語版である PSQI-J を用いた。PSQI-J は、睡眠習慣、睡眠に関する困難、昼間の眠気に関する18項目の質問から構成され、過去2週間の睡眠を思い出して記入する質問紙である。7つの下位尺度 C1～C7（睡眠の質、入眠困難、睡眠時間、睡眠効率、睡眠困難、眠剤の使用、日中覚醒困難）に分かれており、それぞれの得点（0～3点）を合計した総合得点（範囲は0～21点）が高いほど、睡眠の質が悪いと評価される。この日本語版の信頼性と妥当性は確保されている（土井・蓑輪・内山, 1998）。本研究では、Doi, Minowa, Okawa, & Uchiyama (2000) が、睡眠障害に対する感度と特異度が最も高いと報告した5.5点のカットオフ値を基準に、総合得点6点以上を睡眠障害の可能性ありと判断した。

(3) 生活行動

生活行動を生体リズムの視点から分析するため、都神研式生活習慣調査質問紙（新美・堀, 1974）を参考に、今回の調査目的に合わせて質問票を作成した。睡眠覚醒リズムを尋ねる2つの質問（起床時刻／就床時刻が日によってどのくらい変化するか）と、同調因子（光、運動、社会的接触）に関連した生活行動を尋ねる3つの質問（外出頻度、1日のうち屋外にいる時間、人と会話する頻度）で構成した。これら生活行動に関する5項目のそれぞれの質問は、リッカート尺度を用いて評価した。

(4) 気分：日本語版感情プロフィール検査短縮版 (POMS)

気分を評価するため、POMS (Profile of Mood States) (McNair, Lorr & Droppleman, 1992) の日本語版を用いた。POMS は、気分に関する30項目の質問から構成され、過去2週間の気分を思い出して、5段階のリッカート尺度で評価する質問紙である。6つの下位尺度（緊張－不安、抑うつ－落ち込み、怒り－敵意、活気、疲労、混乱）からなり、得点（範囲は0～20点）が高いほどその感情が強いこ

とを示す。横山・荒記・川上 (1990) によって、その日本語版の信頼性と妥当性が確保されている。

7. 分析方法

分析は、従属変数を PSQI の総合得点、独立変数を生活行動に関する質問5項目と POMS の下位尺度6項目、交絡変数を対象者属性とした。

まず、対応のある t 検定と McNemar 検定を用いて、睡眠の質、生活行動、気分をそれぞれ冬と夏で比較した。

次に、睡眠の質と生活行動および対象者属性との関連について、それぞれの項目を2群に分け、対応のない t 検定を用いて PSQI の総合得点を比較した。睡眠の質と気分の関連については、相関分析を用いて PSQI の総合得点と POMS の下位尺度を分析した。

最後に、上記の単変量解析で有意水準 $p < .05$ であった項目を独立変数、PSQI の総合得点を従属変数として、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。生活行動に関する項目は、就床および起床時刻のずれ（1時間未満＝0, 1時間以上＝1）、外出頻度（外出を毎日する＝0, 外出を毎日しない＝1）、人と会って話す頻度（会話を毎日する＝0, 会話を毎日しない＝1）、基本属性で用いた独立変数は、性別（男性＝0, 女性＝1）、年齢、喫煙（吸わない＝0, 吸う＝1）、飲酒（毎日飲まない＝0, 毎日飲む＝1）、介護の有無（していない＝0, している＝1）、健康状態（疾患それぞれについて、なし＝0, あり＝1）であり、ダミー変数は上記（ ）内に示した。

すべてにおいて統計的有意水準を $p < .05$ とし、効果量として t 検定に d を、McNemar 検定にオッズ比を、相関分析に r を、重回帰分析に R^2 をそれぞれ算出した (Cohen, 1988)。表記は平均±標準偏差とした。統計解析には“IBM SPSS Statistics ver. 24”を用いた。

Ⅲ. 結 果

1. 京丹後市の気候

調査を行った2014年1月と7月の日照時間、平均気温、降水量、降雪量を表1に示した。参考値として京都市の2014年1月と7月のデータも示した。2014年の日照時間と平均気温は、過去10年間の平均と比較してほぼ同等であった。2014年1月の京丹後市の日照時間は、京都市と比べ約半分と短かったが、7月は逆に京都市よりも長かった。また、1月の京丹後市の降水量および降雪量の合計は、過去10年間の平均と比較して少なく、例年に比べて雨や雪が少なかった。

2. 分析対象者の背景

1回目（冬）と2回目（夏）の両方の質問紙に回答した

表1 京丹後市と京都市の気候

	京丹後市		京都市	
	2014年	過去 (10年平均)	2014年	過去 (10年平均)
合計日照時間 (時間)	65.0	(51.0)	139.2	(127.8)
平均気温 (℃)	5.1	(5.0)	4.4	(4.4)
合計降水量 (mm)	148.5	(235.2)	42.5	(39.6)
合計降雪量 (cm)	13.0	(89.3)	2.0	(2.0)
合計日照時間 (時間)	187.7	(167.5)	131.7	(132.9)
平均気温 (℃)	25.4	(25.5)	27.6	(27.2)
合計降水量 (mm)	84.0	(172.2)	98.0	(236.9)
合計降雪量 (cm)	0.0	(0.0)	0.0	(0.0)

気象庁のホームページより算出

149人を分析対象者とした。具体的には、1回目(冬)に250人に質問紙を配布し、188人の返送が得られた(回収率75.2%)。そのうち2回目(夏)の調査に同意した170人に対して夏の質問紙を郵送し、149人の返送が得られた(回収率87.6%)。質問項目ごとに欠損データを除外して分析を行った。

分析対象者の特性を表2に示した。分析対象者149人の平均年齢 72.7 ± 7.1 歳(56~89歳)で、男性は57人(38.3%)、女性は92人(61.7%)であった。世帯人数は独居者が21人(13.2%)と少なく、婚姻状況では、36人(24.2%)が配偶者と死別していた。家族の介護をしている人が10人(6.7%)いた。健康状態では高血圧をもつ人が49人(32.9%)を占め、高血圧以外の疾患(糖尿病、脳血管疾患、心疾患、消化器疾患、泌尿器疾患、精神疾患、悪性腫瘍)をもつ人の割合は、149人中で数~10%程度であった。喫煙者が4人(2.7%)と非常に少なく、毎日飲酒する人が22人(14.8%)であった。

3. 冬と夏の比較

(1) 睡眠: PSQI

PSQIの総合得点は、冬は 5.3 ± 3.3 点で、夏の 5.5 ± 3.2 点との間に有意な差はなかった($t=1.497$, $p=.137$, $d=0.139$)。また、睡眠障害の可能性のある総合得点6点以上の割合は冬38.5%、夏42.7%で、その割合に有意な差はなかった[$p=.359$, オッズ比(冬に6点未満、夏に6点以上だった人を1とした場合)=0.583]。

PSQIの下位尺度7項目(C1~C7)を冬と夏で比較した結果を、図1に示した。C3睡眠時間で、夏は冬に比べ得点が有意に高く、睡眠時間が短かった(冬 1.0 ± 0.8 点、夏 1.2 ± 0.8 点, $t=3.945$, $p<.001$, $d=0.357$)。C5睡眠困難で、夏は冬に比べ得点が高い傾向があり、眠りにくい状況が示された(冬 0.8 ± 0.5 点、夏 0.9 ± 0.6 点, $t=1.497$, $p=.070$, $d=0.119$)。睡眠困難の要因に関する9項目(入眠困難、中途/早朝覚醒、トイレ、息苦しさ、咳やいびき、寒さ、暑さ、悪い夢、痛み)のそれぞれについて、①なしと答え

表2 分析対象者の特性

($n=149$)

		n	(%)
年齢		72.7 ± 7.1	
性別	男	57	(38.3)
	女	92	(61.7)
世帯人数	1人	21	(13.2)
	2人以上	125	(78.6)
	不明	13	(8.2)
婚姻状況	死別	36	(24.2)
	他	113	(75.8)
介護をしている	はい	10	(6.7)
	いいえ	139	(93.3)
喫煙	喫煙する	4	(2.7)
	喫煙しない	145	(97.3)
飲酒	毎日飲む	22	(14.8)
	毎日飲まない	127	(85.2)
健康状態 疾病の有病者	高血圧	49	(32.9)
	糖尿病	9	(6.0)
	脳血管疾患	4	(2.7)
	心疾患	9	(6.0)
	消化器疾患	16	(10.7)
	泌尿器疾患	11	(7.4)
	精神疾患	5	(3.4)
	悪性腫瘍	8	(5.4)

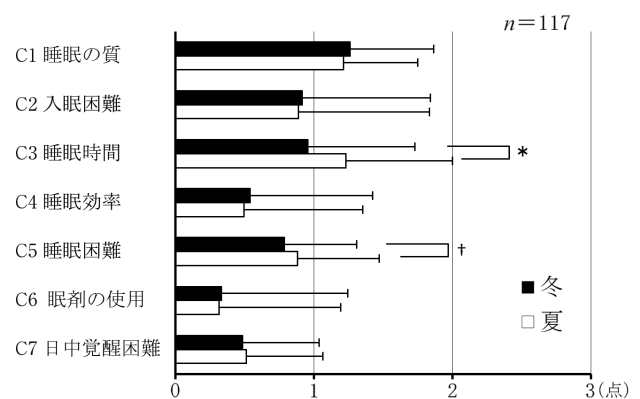


図1 PSQI下位尺度の冬と夏の比較 (*: $p<.05$, †: $p<.10$)

た人と、それ以外(②1週間に1回未満、③1週間に1~2回、④1週間に3回以上)と答えた人の割合を冬と夏で比較した。中途/早朝覚醒、暑さ、寒さの項目について有意に差があり、中途/早朝覚醒と暑さは夏にありと答えた人が多く[中途/早朝覚醒: $\chi^2=5.600$, $p=.018$, オッズ比(冬あり夏なしと答えた人を1とした場合)=2.500, 暑さ: $\chi^2=37.209$, $p<.001$, オッズ比=42.000], 寒さは冬にありと答えた人が多かった($p=.002$, オッズ比=0.077)。さらに、睡眠に関連する項目として、PSQIで回答した起床時刻、就床時刻、総就床時間(就床時刻と起床時刻から計算)、総睡眠時間、睡眠効率(総就床時間と総睡眠時間から計算)、入眠潜時を、冬と夏で比較した(表3)。夏の

起床時刻は、冬に比べ有意に早く、それに従って総就床時間および総睡眠時間が有意に短くなっていた。

(2) 生活行動

冬と夏の生活行動に関する項目をすべて回答した144人のうち、起床時刻が日によって1時間以上変化する人は、冬で11人(7.6%)、夏で13人(9.0%)と非常に少なく、冬と夏で割合に有意な差はなかった。同様に、就床時刻が日によって1時間以上変化する人も、冬で27人(18.8%)、夏で29人(20.1%)と少なく、冬と夏で割合に有意な差はなかった。

外出頻度は、冬と夏で割合に有意な差はなかったが、1日のうち1時間以上を屋外で過ごした人の割合は、冬で50.7%、夏で70.8%であり、冬は夏に比べて有意に低かった〔 $\chi^2=13.754$, $p<.001$, オッズ比(冬に1時間以上、夏に1時間未満、屋外で過ごした人を1とした場合) = 3.071〕。また、友人や知り合いと会って毎日会話する人の割合は、冬で44.4%、夏で61.8%であり、冬は夏に比べて有意に低かった〔 $\chi^2=14.769$, $p<.001$, オッズ比(冬に毎日会話したが夏に毎日会話しなかった人を1とした場合) = 4.571〕。

(3) 気分：POMS (図2)

夏の活気と疲労の得点は、冬に比べ有意に高かった(活気：冬 6.3 ± 4.4 点, 夏 7.7 ± 3.5 点, $t=3.792$, $p<.001$, $d=0.259$, 疲労：冬 2.9 ± 2.9 点, 夏 4.6 ± 3.2 点, $t=5.612$, $p<.001$,

$d=0.408$)。つまり、夏は冬に比べて活気が高く、疲労も強かった。他の4項目(緊張-不安, 抑うつ-落ち込み, 怒り-敵意, 混乱)は、冬と夏に有意な差はなかった。

4. 冬と夏の睡眠の質に関連する要因

(1) 生活行動との関連 (表4)

冬と夏それぞれにおいて、生活行動の違いによるPSQIの総合得点を分析した結果を表4に示した。冬においてのみ、就床時刻の日による変化が1時間以上の群は、1時間未満の群に比べ、PSQIの総合得点が有意に高く、睡眠の質が悪かった。また、冬において、外出を毎日しない群が毎日する群に比べ、睡眠の質が有意に悪かった。夏においても同様の傾向があった。さらに、夏と冬ともに、会話を毎日しない群が毎日する群に比べて、睡眠の質が有意に悪かった。

(2) 気分との関連 (表5)

冬のPSQIの総合得点とPOMSの得点の相関を分析した結果、緊張-不安, 怒り-敵意, 疲労とPSQIの総合得点に有意な正の相関があり、それらの気分の得点が高いほど睡眠の質が悪かった。また、抑うつ-落ち込みと睡眠の質にも正に相関する傾向があった。また、夏のPSQIの総合得点とPOMSの得点の相関を分析した結果、活気以外のす

表3 睡眠に関連する項目の冬と夏の比較 ($n=119$)

	冬	夏	p	d
起床時刻	6時36分 $\pm$ 49分	6時00分 $\pm$ 54分	<.001	0.796
就床時刻	22時33分 $\pm$ 59分	22時32分 $\pm$ 61分	.743	0.030
総就床時間	8時間3分 $\pm$ 62分	7時間27分 $\pm$ 55分	<.001	0.876
総睡眠時間	6時間58分 $\pm$ 64分	6時間31分 $\pm$ 54分	<.001	0.315
睡眠効率	87.1 $\pm$ 11.8%	88.3 $\pm$ 11.8%	.134	0.069
入眠潜時	22.4 $\pm$ 20.8分	22.1 $\pm$ 25.2分	.894	0.009

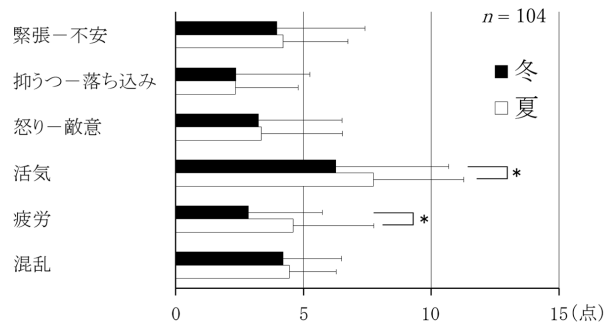


図2 POMS下位尺度6項目の冬と夏の比較 (*: $p<.05$)

表4 生活行動によるPSQI総合得点の比較

		冬 $n=130$					夏 $n=127$				
		n	PSQI 総合得点	t	p	d	n	PSQI 総合得点	t	p	d
起床時刻の日による変化	1時間未満	121	5.2 $\pm$ 3.4	0.969	.334	0.320	115	5.7 $\pm$ 3.2	0.355	.723	0.105
	1時間以上	9	6.3 $\pm$ 3.7				12	5.3 $\pm$ 3.4			
就床時刻の日による変化	1時間未満	107	4.8 $\pm$ 3.0	2.672	.013	0.678	102	5.4 $\pm$ 3.0	1.145	.254	0.237
	1時間以上	23	7.3 $\pm$ 4.3				25	6.3 $\pm$ 3.8			
外出頻度	毎日外出する	71	4.7 $\pm$ 2.9	2.227	.028	0.397	82	5.3 $\pm$ 3.0	1.785	.077	0.323
	毎日外出しない	59	6.0 $\pm$ 3.8				45	6.3 $\pm$ 3.5			
屋外にいる時間	1時間以上	66	4.9 $\pm$ 3.4	1.425	.250	0.157	92	5.6 $\pm$ 3.2	0.254	.800	0.050
	1時間未満	64	5.7 $\pm$ 3.4				35	5.5 $\pm$ 3.2			
人と会話する頻度	毎日会話する	57	4.4 $\pm$ 2.6	2.850	.005	0.492	83	5.2 $\pm$ 2.7	2.185	.032	0.427
	毎日会話しない	73	6.0 $\pm$ 3.8				44	6.6 $\pm$ 3.8			

表5 PSQIの総合得点とPOMSの得点の相関

		PSQI 総合得点			
		冬 ($n = 101$)		夏 ($n = 118$)	
		r	(p)	r	(p)
POMS	緊張－不安	.307	($.002$)	.380	($< .001$)
	抑うつ－落ち込み	.190	($.058$)	.329	($< .001$)
	怒り－敵意	.220	($.028$)	.201	($.030$)
	活気	.083	($.410$)	-.085	($.362$)
	疲労	.381	($< .001$)	.325	($< .001$)
	混乱	.106	($.293$)	.316	($.001$)

すべての項目（緊張－不安、抑うつ－落ち込み、怒り－敵意、疲労、混乱）で、PSQIの総合得点と有意な正の相関があり、それらの気分の得点が高いほど睡眠の質が悪かった。

(3) 対象者属性との関連（表6）

対象者属性の違いによるPSQIの総合得点を、冬と夏それぞれで比較した結果を表6に示した。冬と夏に共通して、介護をしている人がしていない人に比べて、また、消化器疾患をもつ人がもたない人に比べ、睡眠の質が有意に悪かった。また、同様に冬と夏の両方において、泌尿器疾患をもつ人はもたない人に比べ、睡眠の質が悪い傾向に

あった。冬においてのみ、精神疾患をもつ人がもたない人に比べ、睡眠の質が有意に悪かった。夏においてのみ、75歳以上の群が75歳未満の群に比べ、また、悪性腫瘍をもつ人がもたない人に比べ、睡眠の質が悪い傾向にあった。

(4) PSQI総合得点に対する重回帰分析によるモデル式（表7）

(1)～(3)の単変量分析の結果（表4～6）から、有意水準 $p < .25$ であった項目を独立変数、PSQIの総合得点を従属変数として重回帰分析を行った結果を表7に示す。冬と夏のどちらのモデル式も有意（ $p < .001$, $p < .001$ ）であり、多重共線性の指標となるVariance Inflation Factor (VIF)はすべての項目で2以下であり、問題はなかった。モデル式に対する調整済み R^2 は冬.406、夏.357であった。冬の睡眠に影響を及ぼす要因として、疲労、精神疾患、就床時刻のずれ、外出頻度、性別、喫煙が抽出された。加えて、介護の有無が、冬の睡眠に影響を及ぼす傾向がみられた。一方、夏の睡眠に影響を及ぼす要因として、緊張－不安、消化器疾患、性別、会話する頻度、混乱が抽出された。

表6 対象者の特徴によるPSQI総合得点の比較

	カテゴリー	冬						夏					
		n	PSQI	t	p	d		n	PSQI	t	p	d	
基本属性	性別	男	51	4.7 ± 3.2	1.512	.133	0.273	51	5.1 ± 3.0	1.609	.110	0.293	
		女	81	5.6 ± 3.5				78	6.0 ± 3.3				
	年齢	75歳未満	77	4.8 ± 2.7	1.323	.190	0.248	78	5.1 ± 2.7	1.714	.091	0.327	
		75歳以上	51	5.7 ± 4.1				47	6.2 ± 3.6				
	介護の有無	している	7	8.3 ± 3.4	2.491	.014	0.965	9	8.0 ± 3.0	2.389	.018	0.837	
		していない	123	5.1 ± 3.3				118	5.4 ± 3.1				
	喫煙歴	吸う	4	7.5 ± 2.6	1.326	.167	0.751	4	7.0 ± 4.5	0.890	.375	0.369	
		吸わない	127	5.2 ± 3.4				124	5.6 ± 3.2				
	飲酒状況	毎日飲む	20	4.3 ± 3.4	1.384	.169	0.336	19	5.2 ± 3.2	0.556	.579	0.137	
		毎日飲まない	112	5.4 ± 4.0				110	5.7 ± 3.2				
疾患の有無	高血圧	あり	42	5.5 ± 3.4	0.327	.744	0.062	44	6.0 ± 3.0	0.879	.381	0.167	
		なし	87	5.3 ± 3.5				82	5.5 ± 3.3				
	糖尿病	あり	9	5.7 ± 4.1	0.312	.756	0.100	9	6.1 ± 3.0	0.440	.661	0.156	
		なし	120	5.3 ± 3.4				117	5.6 ± 3.2				
	脳血管疾患	あり	4	5.0 ± 4.2	0.190	.850	0.086	4	5.3 ± 2.4	0.259	.796	0.149	
		なし	125	5.3 ± 3.4				112	5.7 ± 3.2				
	心疾患	あり	9	5.0 ± 2.8	0.291	.772	0.109	6	6.3 ± 3.1	0.464	.644	0.198	
		なし	120	5.3 ± 3.5				120	5.6 ± 3.2				
	消化器疾患	あり	13	8.9 ± 4.4	3.169	.007	1.046	13	8.4 ± 3.8	3.438	.001	0.909	
		なし	116	4.9 ± 3.1				113	5.3 ± 3.0				
	泌尿器疾患	あり	9	7.2 ± 4.4	1.739	.084	0.521	10	7.3 ± 4.2	1.708	.090	0.482	
		なし	120	5.2 ± 3.3				116	5.5 ± 3.1				
	精神疾患	あり	5	8.6 ± 2.9	2.215	.029	1.084	5	7.7 ± 3.2	1.466	.145	0.667	
		なし	124	5.2 ± 3.4				121	5.6 ± 3.2				
	悪性腫瘍	あり	4	8.5 ± 6.1	1.064	.364	0.666	8	7.6 ± 3.6	1.817	.072	0.620	
		なし	125	5.2 ± 3.3				118	5.5 ± 3.1				

表7 冬と夏それぞれのPSQI総合得点に対するステップワイズ重回帰分析によるモデル

		偏回帰係数 (95%CI)	標準偏回帰係数	p	VIF
冬 n=92	疲労	0.370 (0.170-0.570)	0.329	< .001	1.258
	精神疾患	3.695 (1.501-5.888)	0.271	.001	1.022
	就寝時刻のずれ	1.612 (0.341-2.882)	0.215	.014	1.140
	外出頻度	1.303 (0.290-2.315)	0.210	.012	1.057
	介護の有無	1.981 (-0.025-3.987)	0.170	.053	1.170
	性別	1.393 (0.362-2.423)	0.225	.009	1.102
	喫煙	3.463 (0.495-6.431)	0.199	.023	1.148
	R ²				.450
夏 n=109	調整済みR ²				.406
	緊張-不安	0.319 (0.093-0.545)	0.283	.006	1.108
	消化器疾患	3.203 (1.520-4.886)	0.296	< .001	1.039
	性別	1.787 (0.791-2.783)	0.283	.001	1.054
	会話する頻度	1.432 (0.401-2.463)	0.219	.007	1.062
	混乱	0.357 (0.016-0.699)	0.209	.016	1.023
	R ²				.387
	調整済みR ²				.357

[注] CI: Confidence interval (信頼区間)。

IV. 考 察

本研究の特徴は、協力者に対して1年に2度の同じ調査を行い、冬と夏それぞれの睡眠に関連する要因を抽出した点にある。冬の日照時間の短い地域に住む高齢者において、冬と夏それぞれの睡眠に関連する要因が異なることを示した。

1. 対象者の背景

本研究の結果、PSQIの総合得点が6点以上の割合は、冬で38.5%、夏で42.7%であり、対象者の約40%が睡眠障害をもつ可能性が示唆された。この結果は、Sukegawa, et al. (2003) が出雲市の高齢者を対象に冬に行った調査において、PSQIの総合得点が6点以上の割合は37.3%だったという結果と、ほぼ一致していた。本研究の対象者のうち高血圧を有するものが32.9%、糖尿病を有するものが6.0%であった。これは、谷口・桂・星野・臼井 (2013) が京都府K市の老人クラブに在籍する929人を対象に行った質問紙調査における、“前期”高齢者の有病率（高血圧：34.0%、糖尿病：11.1%）と比較して、その割合が低かった。本研究の対象者は平均年齢72.7±7.1歳（55～89歳）であったことを考慮に入れると、比較的健康な集団であったといえる。

2. 睡眠、気分、生活行動の冬と夏の変化

対象者にPSQIを冬と夏の2度行った結果から、PSQIの総合得点では季節による有意な差はなかった。しかし、下位項目を分析すると、夏は冬に比べ、起床時刻が有意に早く、それに伴って総就床時間および総睡眠時間が有意に短くなっていた。また、夏は冬に比べ睡眠困難感が強い傾向があった。都築・佐古井・水野 (2006) が茨城県つくば市

（太平洋側に位置し、冬の日照時間が比較的長い地域）の高齢者8名を対象に行った測定で、夏は冬に比べ、睡眠時間が有意に短く、睡眠効率が有意に低下したと報告している。本研究の睡眠の結果は、茨城県で行われた調査結果と同じ睡眠の特徴があった。これは、今回の対象者が、高齢者大学に通う活動性の高い、比較的健康な集団であったため、冬の日照時間の短さの影響を受けにくかったことが関係していると考えられる。

また、生活行動の結果において、会話を毎日する人や1日1時間以上屋外にいる人の割合が、冬に比べ夏に有意に高かった。加えて、気分の結果において、冬に比べ夏に活気の得点や疲労の得点が有意に高くなった。これらの睡眠、生活行動、気分の冬と夏の変化を、活動と休息のバランスという視点でとらえると、冬に休息、夏に活動の割合が増えたといえる。これは季節の変化である概年リズムを日本の環境にあわせて反映した結果であり、生物としてヒトが本来もつ季節性を表している可能性がある。また、この結果は、適切な活動量や睡眠時間が季節によって異なることを示唆している。言い換えると、対象者の最適な活動と休息のバランスを見極め、季節に合わせた指導を考えることができる。たとえば、POMSの結果を考慮に入れると、冬に活動量が多く疲れている人には日中の活動を減らすことを勧めることも一つのケアかもしれない。また、睡眠時間が夏になるほど短かったことから、夏に寝床に長く就いている人には就床時間を短縮するような生活を提案することで、以前よりもよい睡眠を感じることができるようになるかもしれない。

以上のことから、今回の調査の対象者において、冬と夏で睡眠、生活行動、気分に変化があることが明らかになった。

ただし、本研究を行った地域は、ほとんどの人が自宅に

畑をもち、春～秋に農作業を行っているという特徴をもつ。今回の結果は、地域特性を強く反映している可能性があり、都市部など季節の影響を受けにくい地域では異なる結果となるかもしれない。

3. 冬と夏それぞれの睡眠の質に関連する要因と今後の課題

重回帰分析の結果から、高齢者の睡眠の質に関連する要因が冬と夏で異なることを示した。

まず、睡眠の質に関連する要因のうち生活行動について考察する。今回の集団において、外出を毎日する人の割合は冬と夏で有意な差がなかったにもかかわらず、冬にのみ要因として抽出された。外出頻度は、同調因子の光と運動にとくに関係している。夏は、外出頻度にかかわらず受光量や活動量を確保しやすいため、要因として抽出されなかったと考えられた。受光量や活動量を増やすことで睡眠の質が向上することは、日中の光曝露を行う介入研究（Mishima, Okawa, Shimizu & Hishikawa, 2001）や、低強度の運動を行う介入研究（Naylor, et al., 2000）などで明らかにされている。今回の結果により、「冬は毎日、外に出ましょう」と、住民の実践しやすい具体的な行動につなげて睡眠の指導することができるかもしれない。

また、夏の睡眠に関連する要因として、人と会話する頻度が抽出された。人と会話する頻度は、同調因子の社会的接触にとくに関係している。今回の集団において、会話を毎日する人の割合は、夏は冬に比べ有意に高くなっていた。このことから、社会的接触を得やすい夏に、人との会話の少ない集団は、睡眠の質の低下するリスクがあると考えられる。そのような対象者に「人と会話しましょう」と指導しても実践することはむずかしい。そのため、人との交流を増やすかわりを行うと同時に、受光量や活動量を増やすために実践できる行動を、対象者と模索する必要がある。

次に、気分について考察する。冬に疲労が、夏に緊張・不安と混乱が、睡眠の質に関連する要因として抽出された。睡眠の質と関連する要因として、うつ感情は一般的に知られている。そのため、気分の落ち込みのある人に対して、看護職者は「眠れていますか？」と声かけを行っている。しかし、今回の結果から、冬に「疲れた」、夏に「気が張り詰めて落ち着かない」などの発言をしている人に対しても、睡眠障害の可能性を意識してかわる必要があるかもしれない。

また、交絡要因として投入した対象者属性から、冬に精神疾患をもつ人、介護をしている人、喫煙している人、夏に消化器疾患をもつ人で、睡眠の質が低下しやすいと示された。また、冬と夏ともに性別が睡眠に関連する要因として抽出された。男性に比べ女性の睡眠の質が低下しやすいことは、先行研究と一致した結果であった（van den Berg, et

al., 2009）。また、精神疾患、介護をしていること、喫煙、消化器疾患が、それぞれ睡眠障害のリスクになることは、すでに指摘されている（尾崎, 2012; Baglioni, et al., 2011; Cremonini, et al., 2009）。今回の調査の結果から、季節によって結果が異なることを考慮に入れると、睡眠の質の低下にとくに注意すべき季節は、対象者属性によって異なるかもしれない。

最後に、今回の調査では、対象者属性で介護をしている人が冬のみの要因として抽出された理由として、冬は夏に比べ、要介護者の着衣が多く排泄介助の着脱などに時間がかかることが予想された。加えて、気温が低く、排泄介助などの間に目が覚めやすいことも関係しているかもしれない。また、精神疾患については、季節性うつ病だけではなく非季節性うつ病も、概日リズムのずれなど時間生物学的な要因が指摘されており（Lewy, Lefler, Emens, & Bauer, 2006）、高照度光療法の効果が報告されている（Tuunainen, Kripke, Endo, 2004）。このことは、冬にのみ精神疾患が要因として抽出された理由と関係しているかもしれない。しかしながら、本研究では、それぞれの要因が特定の季節に抽出されたメカニズムは明らかではない。より適切な睡眠の指導を行うために、このようなメカニズムの解明もさらに必要である。

結 論

冬の日照時間が短い地域に住む高齢者の冬と夏の睡眠の質に関連する要因を明らかにした。

今回の集団において、冬と夏で睡眠の質に有意な差はなかったが、夏は冬に比べ、睡眠時間が有意に短く、睡眠困難の得点が高い傾向があった。生活行動や気分の結果と合わせて、活動と休息のバランスという視点で考えると、冬は休息、夏は活動の割合が増えており、季節の変化が明らかになった。よりよい睡眠を導くために、対象者の最適な活動と休息のバランスを見極めながら、季節に合わせた指導を行う必要性が示唆された。

また、重回帰分析の結果から、冬と夏の睡眠に関連する要因に違いが認められた。降雪地帯ではあるが、冬は、外出を毎日することで、よりよい睡眠につながる可能性がある。さらに、冬に疲労が、または夏に緊張が強い人に、睡眠障害を意識してかわる必要があるかもしれない。加えて、冬は精神疾患をもつ人、介護をしている人、喫煙している人、夏は消化器疾患をもつ人で、睡眠の質がとくに低下している可能性が示された。このように、適切な睡眠の指導は、季節によって変える必要があるかもしれない。

研究の限界と今後の課題

本研究での重回帰分析は、質問項目によって対象者数が十分ではなく、カテゴリ度数に偏りのある項目もあったため、あくまで探索的な分析として位置づけられる。また、本研究は、質問紙調査による主観的なデータの分析であった。今後さらに、睡眠の状態や受光量および活動量などを客観的に測定し、季節ごとの睡眠に関連する要因を明らかにする必要がある。

また、冬の調査を行った2014年1月は例年に比べて降雪量がとくに少なく、冬の日照時間が短い地域として定義づけた、この地域の通常の季節変化を表していない可能性がある。ADLが低く外出機会の少ない人や、在宅で療養している人は、冬の同調因子の刺激がとくに減少しやすいことが予想されるが、今回の調査には含まれていない。さらに、冬の日照時間が短い地域であっても、畑作業をあまり行っていない都市部や、生活様式の異なる地域では、今回と異なる結果となる可能性がある。複数年にわたる調査、地域や対象集団を変えた調査を行い、季節ごとの睡眠に関連する要因を明らかにすることで、より具体的な季節に合わせた睡眠の指導につなげることができる。

謝 辞

本研究にご協力いただきました、京丹後市高齢者大学、

京丹後市健康推進課のみなさまに、心より感謝申し上げます。また、本研究を進めるにあたり一緒に現地で調査に携わってくださった飯降聖子先生、山口曜子先生、誠にありがとうございました。最後になりますが、現地での対象者の方への説明や対応をはじめ、質問紙の封入作業や物品の準備などをお手伝いいただいた舟木友美さん、初治沙矢香さん、加藤育子さん、吉川智大さん、石崎麻衣さん、中本五鈴さん、前川史帆さんに、厚くお礼申し上げます。

本研究の一部は、日本看護研究学会第28回近畿北陸地方会学術集会（2015年3月、金沢）で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP25670994の助成を受けたものである。

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

本研究の目的は、冬の日照時間が短い地域に住む高齢者の冬と夏の睡眠に関連する要因を明らかにすることとした。京丹後市高齢者大学の受講生149人に、質問紙調査（睡眠：ピッツバーグ睡眠質問票、気分：感情プロフィール検査、他）を冬と夏に行い、分析した。夏の睡眠時間は、冬に比べ有意に短く、睡眠困難の得点が高い傾向があり、さらに夏の活気と疲労の得点は有意に高かった。冬に会話を毎日する人の割合は、夏に比べ有意に少なかった。重回帰分析の結果、外出頻度、疲労、精神疾患などが冬の睡眠に、会話頻度、緊張－不安、消化器疾患などが夏の睡眠に、影響を与えていた。降雪地帯であったが、冬の日常的な外出が、よい睡眠を導くための具体的な指針の一つとして示唆された。また、冬に疲労が、夏に緊張が強い人には、睡眠障害も念頭においてかわる必要があるかもしれない。このように、冬と夏によって適切な睡眠の指導が異なる可能性が示された。

Abstract

The purpose of this study was to evaluate the factors affecting sleep quality in winter and summer among the Japanese elderly, living with short daylight hours in winter. Overall, 149 participants who had joined the Citizen's College for the Elderly in Kyotango-city (Kyoto, Japan) were compared based on questionnaires filled by them in winter and summer. Sleep quality was assessed using the Pittsburgh Sleep Quality Index, and mood and daily activities were assessed by the "Profile of Mood Scale". The sleep duration in summer was significantly shorter than that in winter; the subjects had more sleep difficulties and significantly higher scores for "vigor" and "fatigue" in summer than that in winter. The proportion of participants who talked daily with someone was significantly lower in winter than that in summer. Multiple regression analysis revealed that their sleep quality in winter was related to factors such as "frequency of going out", "fatigue", and "mental disorders" and, in summer were "tension-anxiety" and "digestion disorders". The subjects lived in a snowfall zone; however, "daily going out in the winter" was suggested as one of the practical indicators leading to better sleep quality. Therefore, the appropriate nursing guidance for better sleep quality may vary between winter and summer.

文 献

- Baglioni, C., Battagliese, G., Feige, B., Spiegelhalter, K., Nissen, C., Voderholzer, U., and Riemann, D. (2011). Insomnia as a predictor of depression: A meta-analytic evaluation of longitudinal epidemiological studies. *J Affect Disord*, 135(1-3), 10-19.
- Buyse, D.J., Reynolds, C.F. 3rd, Monk, T.H., Berman, S.R., and Kupfer, D.J. (1989). The Pittsburgh Sleep Quality Index: A new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*, 28(2), 193-213.
- 中鉢明彦, 西村茂樹, 佐々木新, 安保まり子, 佐藤涼子, 遠藤尚和, 田中麻季絵, 齋藤常夫, 神谷 彰, 伊藤紘子, 福田竜平, 工藤和治, 斉藤伸子, 児玉義明, 工藤敏郎, 伊藤伊保子, 石澤暢浩, 三浦豊彦, 高橋 悟, 佐藤美子, 荻原 忠, 佐々木英行, 小野寺幸男, 高橋晃子, 林 雅人 (2005). 秋田県における成人の身体活動習慣: アンケート調査による横断的検討. 秋田県農村医学会雑誌, 50(2), 1-7.
- Cohen, J. (1988). Statistical power analysis for the behavioral sciences 2nd ed. New York: Psychology Press, 20-52.
- Cremonini, F., Camilleri, M., Zinsmeister, A.R., Herrick, L.M., Beebe, T., and Talley, N.J. (2009). Sleep disturbances are linked to both upper and lower gastrointestinal symptoms in the general population. *Neurogastroenterol Motil*, 21(2), 128-135.
- Doi, Y., Minowa, M., Okawa, M., and Uchiyama, M. (2000). Prevalence of sleep disturbance and hypnotic medication use in relation to sociodemographic factors in the general Japanese adult population. *J Epidemiol*, 10(2), 79-86.
- 土井由利子, 箕輪眞澄, 内山 真 (1998). ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成. 精神科治療学, 13(6), 755-763.
- Gangwisch, J.E., Heymsfield, S.B., Boden-Albala, B., Buijs, R.M., Kreier, F., Pickering, T.G., and Malaspina, D. (2006). Short sleep duration as a risk factor for hypertension: Analyses of the first National Health and Nutrition Examination Survey. *Hypertension*, 47(5), 833-839.
- Husby, R., and Lingjaerde, O. (1990). Prevalence of reported sleeplessness in northern Norway in relation to sex, age and season. *Acta Psychiatr Scand*, 81(6), 542-547.
- Imai, M., Kayukawa, Y., Ohta, T., Li, L., and Nakagawa, T. (2003). Cross-regional survey of seasonal affective disorders in adults and high-school students in Japan. *J Affect Disord*, 77(2), 127-133.
- Kim, K., Uchiyama, M., Okawa, M., Liu, X., and Ogihara, R. (2000). An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. *Sleep*, 23(1), 41-47.
- 気象庁 (2016). 過去の気象データ検索. <http://www.data.jma.go.jp/obd/stats/etrn/> (検索日2017年3月28日)
- 厚生労働省健康局 (2014). 健康づくりのための睡眠指針2014. <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkou-kyoku/0000047221.pdf> (検索日2017年3月28日)
- Kyle, S.D., Morgan, K., and Espie, C.A. (2010). Insomnia and health-related quality of life. *Sleep Med Rev*, 14(1), 69-82.
- 京丹後市 (2015). 京丹後市統計書 (平成26年版). 京丹後市企画総務部総務課. <https://www.city.kyotango.lg.jp/shisei/shisei/tokeisho/documents/h26tokeisho.pdf> (検索日2016年5月19日)
- Lewy, A.J., Lefler, B.J., Emens, J.S., and Bauer, V.K. (2006). The circadian basis of winter depression. *Proc Natl Acad Sci USA*, 103(19), 7414-7419.
- McNair, D.M., Lorr, M., and Droppleman, L.F. (1992). Profile of Mood States. San Diego: Educational and Industrial Testing Service.
- 三島和夫 (2014). 概日リズムの同調機構. 睡眠医療, 8(2), 167-171.
- Mishima, K., Okawa, M., Shimizu, T., and Hishikawa, Y. (2001). Diminished melatonin secretion in the elderly caused by insufficient environmental illumination. *J Clin Endocrinol Metab*, 86(1), 129-134.
- 文部科学省・厚生労働省 (2008). 疫学研究に関する倫理指針. <http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/kenkyu-jigyoku/i-kenkyu/dl/02-02.pdf> (検索日2017年3月28日)
- 中山栄純 (2010). 在宅高齢者の生活リズムの季節変化: 中年期対象者との比較. 人間工学, 46(4), 267-271.
- Naylor, E., Penev, P.D., Orbeta, L., Janssen, I., Ortiz, R., Colecchia, E.F., Keng, M., Finkel, S., and Zee, P.C. (2000). Daily social and physical activity increases slow-wave sleep and daytime neuropsychological performance in the elderly. *Sleep*, 23(1), 87-95.
- 新美良純, 堀 忠雄 (1974). 睡眠: その生理心理学. 70-74, 東京: 培風館.
- Okawa, M., Shirakawa, S., Uchiyama, M., Oguri, M., Kohsaka, M., Mishima, K., Sakamoto, K., Inoue, H., Kamei, K., and Takahashi, K. (1996). Seasonal variation of mood and behaviour in a healthy middle-aged population in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, 94(4), 211-216.
- 大川匡子 (2015). 高照度光療法. 日本臨牀, 73(6), 997-1005.
- 岡山寧子, 木村みさか, 佐藤 泉, 奥野 直, 糸井重弥, 小松光代, 小島光洋, 森本武利 (2004). 東北農村部における高齢者の身体活動および食事摂取の季節変動: 健康づくり事業に参加する高齢者の場合. 日本生気象学会雑誌, 41(3), 77-85.
- 尾崎章子 (2012). 女性介護者の睡眠障害. 睡眠医療, 6(3), 465-471.
- Rosenthal, N.E., Sack, D.A., Gillin, J.C., Lewy, A.J., Goodwin, F.K., Davenport, Y., Mueller, P.S., Newsome, D.A., and Wehr, T.A. (1984). Seasonal affective disorder. A description of the syndrome and preliminary findings with light therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 41(1), 72-80.
- Sukegawa, T., Itoga, M., Seno, H., Miura, S., Inagaki, T., Saito, W., Uegaki, J., Miyaoka, T., Momose, I., Kasahara, K., Oshiro, R., Shimizu, Y., Yasukawa, R., Mihara, T., Maeda, T., Mizuno, S., Tsubouchi, K., Inami, Y., and Horiguchi, J. (2003). Sleep disturbances and depression in the elderly in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 57(3), 265-270.
- 鈴木正泰, 内山 真 (2013). 季節性感情障害update. 臨床精神医学, 42(7), 849-855.
- 谷口奈穂, 桂 敏樹, 星野明子, 白井香苗 (2013). 地域在住の前期高齢者と後期高齢者におけるQOLの関連要因の比較. 日本農村医学会雑誌, 62(2), 91-105.
- 都築和代, 佐古井智紀, 水野一枝 (2006). 季節の睡眠温熱環境が高齢者の睡眠および体温調節に及ぼす影響. 人間—生活環境系シンポジウム報告集, 30, 225-228.
- Tuunainen, A., Kripke, D.F., and Endo, T. (2004). Light therapy for non-seasonal depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2, CD004050.
- van den Berg, J.F., Miedema, H.M., Tulen, J.H., Hofman, A., Neven, A.K., and Tiemeier, H. (2009). Sex differences in subjective and actigraphic sleep measures: A population-based study of elderly persons. *Sleep*, 32(10), 1367-1375.
- Wakamura, T., and Tokura, H. (2000). The influence of bright light during the daytime upon circadian rhythm of core temperature and its implications for nocturnal sleep. *Nurs Health Sci*, 2(1), 41-49.
- 横山和仁, 荒記俊一, 川上憲人 (1990). POMS(感情プロフィール検査) 日本語版の作成と信頼性および妥当性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 37(11), 913-918.

〔平成28年6月24日受付〕
〔平成29年3月19日採用決定〕

自尊感情が慢性透析患者の自己管理行動に及ぼす影響

Effects of Self-Esteem on the Self-Care Behavior of Chronic Dialysis Patients

松本 智美¹⁾ 古賀 明美²⁾ 熊谷 有記²⁾
Tomomi Matsumoto Akemi Koga Yuki Kumagai

キーワード：慢性透析患者，自己管理行動，自尊感情

Key Words：chronic dialysis patients, self-care behavior, self-esteem

はじめに

2013年末，わが国の慢性透析患者数は314,180人になった（日本透析医学会，2014，p.3）。国民の約400人に1人が透析患者であり，人口対比率は年々増加している。慢性透析患者は，定期的な血液透析治療に加えて，水分制限や食事療法および内服管理を行うことが重要である。しかし生活上の規制や自己管理行動の継続は，精神的な負担を伴うため，quality of life (QOL) を低下させる可能性がある。宗像は，抑うつ・不安が強いと自己管理行動さえ放棄しがちとなると述べており（1987，p. 436），精神的健康が自己管理行動に影響している可能性が考えられる。

精神的健康の指標でもある自尊感情は，抑うつやQOLと関連しているといわれている（中里，1992，p.198）。また自尊感情は，自己についての全般的な感情・評価ないし態度とされ，自尊感情の高い人と低い人では，認知や行動が異なっている（伊藤，1994，pp.212-214）。このことから，その人の自尊感情を知ることが，その人の行動を理解することにつながる可能性がある。そのため，自己管理行動の影響要因を自尊感情の視点から明らかにすることは，慢性透析患者を単なる病気を抱えた人としてではなく，その人らしさをふまえた看護を行ううえで重要であると考えられる。

慢性透析患者の自己管理行動に影響を及ぼす要因として，年齢（岡田・堀・三河内・星野，2011，p.25；瀧川，2013，p.101），性別（新谷・荒木・高間，2000，p.101），ソーシャル・サポート（武内・村嶋，2011，p.42；道廣・藤田・浅井・原，2009，p.8），自己効力感（川端・石田・岡，1998，p.91；高岸，2008，p.20），生きがい感（金子・倉井・広瀬・佐藤・山際，2012，p.47）などが報告されており，自尊感情が影響するという報告は見当たらない。

自尊感情と自己管理行動との関連について先行研究をみると，老年期に糖尿病を発症した患者では，自尊感情が高

いほど積極的なセルフケア行動がとれている（横山・野口・正木，1992，p.29）。思春期・青年前期の1型糖尿病患者では，自尊感情が高いほど糖尿病コントロールが良好であった（河口・伊達・吉谷・丸山・川田，1997，p.106）。以上のことから，精神的健康の指標である自尊感情が高まれば，自己管理行動の実行度が高まる可能性が予測される。しかし先行研究では，自尊感情に影響する要因を明らかにする研究（神田ら，1996，p.245；篠原・児玉・迫田・金久・百本，2003，p.117）が多く，自尊感情が自己管理行動に影響を及ぼす要因であるかについて明らかにした研究は国内では見当たらない。

本研究の目的は，精神的健康の指標である自尊感情が慢性透析患者の自己管理行動に及ぼす影響を明らかにすることで，慢性透析患者の自己管理行動への効果的な看護介入の視点を見出すこととした。

I. 研究方法

A. 研究デザイン

仮説探索的研究デザインを採用した。

B. 用語の操作的定義

自尊感情は，いまの自分自身をこれでよいと思える自己評価の感情や態度，とした。自己管理行動は，蛋白質・塩分・リン・カリウムなどの食事療法と水分制限を遵守すること，シャント・検査データ・内服など治療法の管理と合併症を予防すること，日常の身体活動や心理社会的な問題などへの対処に関する生活を調整すること，と定義した。

C. 対象者

A県内で2施設の血液透析病院に通院中の20歳以上80歳

1) 活水女子大学看護学部 Department of Nursing, Faculty of Nursing, Kwassui Women's University

2) 佐賀大学医学部生涯発達看護学講座 Lifelong Developmental Nursing, Faculty of Medicine, Saga University

未満の慢性透析患者のうち、血液透析治療開始から1年以上経過し、言語的コミュニケーションが成立し意思疎通がとれ、診療上問題がないと医師が判断し、研究参加に同意が得られた患者188名を対象者とした。

D. 調査期間

2015年7月～8月。

E. 調査方法

対象者が血液透析治療を受けている際に、研究者が調査の説明を行い、同意の得られた対象者に質問紙と同意書を配布した。留め置き法にて質問紙と同意書を回収した。さらに診療録より、透析導入の原疾患、合併症を収集した。質問紙は無記名としたが、対象者の同意を得て質問紙と検査データはナンバリングで連結可能とした。視力低下により質問紙への直筆が困難な対象者には、家族など代理同意人による記載も可能とした。

F. 調査内容

1. 基本属性

性別・年齢・同居者の有無・就労の有無・役割の有無・透析期間・原疾患・合併症の有無について調査した。就労の有無については、何らかの収入を得ている人を就労ありとした。役割の有無については、就労またはボランティア活動・地域活動・患者会における活動や家庭内の仕事を担っている人を役割ありとした。合併症の有無については、心血管疾患、脳血管疾患、下肢閉塞性動脈硬化、骨関節疾患、眼疾患など、これらのうち1つでも診断が確認された人を合併症ありとした。

2. 自己管理行動

野澤・岩田・白尾・佐藤・稲勝の血液透析患者自己管理行動尺度を使用した(2007, p.61)。この尺度は、「食事療法と水分制限の遵守」22項目、「治療法の管理と合併症の予防」5項目、「身体と心理社会生活の調整」6項目の下位尺度33項目から構成される。Cronbachの α 係数は尺度全体で.919、下位尺度では.922～.687であり信頼性が確保されている。各質問項目は、「いつも実施している」～「まったく実施していない」の4件法で、それぞれに1～4点の得点を付し、得点が高いほど自己管理行動が良好であると評価される。

3. 自尊感情

伝統的尺度として広く用いられているself-esteem scale (Rosenberg, 1965, pp.305-307)を星野が翻訳したものを菅が翻案した「Self-Esteem」を使用した(1984, p.119)。再

検査信頼性と併存妥当性は確保されている。各質問項目は、「そう」～「ちがう」の4件法で、それぞれに1～4点の得点を付し、得点が高いほど自尊感情が高いと評価される。

G. 分析方法

自己管理行動尺度および自尊感情尺度については、欠損値が質問項目数の1割未満(自己管理行動尺度:3項目、自尊感情尺度:1項目)を有効回答とした。欠損値は、1項目に1～4名であり、欠損項目に偏りがなかったため、各質問項目の平均値による補完を行った。得られたデータに関しては、Kolmogorov-Smirnov検定で正規性を確認し、信頼性の検討には、Cronbachの α 係数を使用した。2群間比較にはMann-Whitney U 検定、各変数の相関関係についてはSpearmanの順位相関係数を使用した。自己管理行動に影響する要因を検討するために、自己管理行動尺度と有意な関連があったすべての変数を独立変数としてステップワイズ法で重回帰分析を行った。統計解析処理には、統計解析ソフトウェア「IBM SPSS Statistics Windows ver. 22」を用い、有意水準は $p < .05$ とした。

H. 倫理的配慮

本研究は佐賀大学医学部倫理委員会の審査の承認を得て実施した(受付番号:27-26)。主治医が、診療上問題がないと判断した患者に対し、研究者が研究内容、診療録閲覧の許可、研究参加の自由、研究の不参加による不利益が生じないこと、研究結果の公表、個人情報の保護、データの厳重管理について文書を用いて口頭で説明した。

II. 結 果

A. 対象者の属性

対象者の属性を表1に示した。研究対象者188名中168名(回収率89.4%)から回答を得た。尺度の項目数の1割以上に欠損があった9名を除き、最終的に159名(有効回答率84.6%)を分析対象者とした。対象者は、男性が96名(60.4%)、女性が63名(39.6%)、平均年齢が 62.3 ± 9.2 歳、50歳以上が約90%を占め、平均透析期間が 9.1 ± 8.0 年であった。

役割を「あり」と回答した人は122名(76.7%)であり、その内訳(重複回答)は、家庭内の仕事が81名(50.9%)、常勤やパート・アルバイトが47名(29.6%)、患者会が22名(13.8%)であった。原疾患は慢性糸球体腎症がいちばん多く59名(37.1%)、次いで糖尿病腎症46名(28.9%)、腎硬化症16名(10.1%)、IgA腎症10名(6.3%)、多発性嚢胞腎7名(4.4%)であった。

表1 対象者の属性

(N = 159)

	平均値 ± 標準偏差	中央値 (最小～最大)	n (%)
性別	男		96 (60.4)
	女		63 (39.6)
年齢	62.3 ± 9.2	63.0 (28～79)	
	20歳代		1 (.6)
	30歳代		3 (1.9)
	40歳代		8 (5.0)
	50歳代		45 (28.3)
	60歳代		69 (43.4)
	70歳代		33 (20.8)
同居者の有無	あり		126 (79.2)
	なし		33 (20.8)
就労の有無	あり		55 (34.6)
	内訳	常勤	34 (21.4)
		パート・アルバイト	13 (8.2)
		その他	8 (5.0)
	なし		102 (64.2)
役割の有無	あり		122 (76.7)
	内訳	家庭内の仕事	81 (50.9)
		常勤、パート、アルバイト	47 (29.6)
		患者会	22 (13.8)
	なし		34 (21.4)
透析期間	9.1 ± 8.0	7.0 (1～36)	
透析導入の原疾患	慢性糸球体腎症		59 (37.1)
	糖尿病腎症		46 (28.9)
	腎硬化症		16 (10.1)
	IgA腎症		10 (6.3)
	多発性嚢胞腎		7 (4.4)
	その他		21 (13.2)
合併症の有無	あり		116 (73.0)
	内訳	眼疾患	74 (63.8)
		心血管疾患	60 (51.7)
		骨関節疾患	35 (30.2)
	なし		42 (26.4)

合併症を「あり」と回答した人は、116名 (73.0%) であり、その内訳 (重複回答) は、眼疾患が74名 (63.8%)、心血管疾患が60名 (51.7%)、骨関節疾患が35名 (30.2%) であった。

B. 慢性透析患者の自己管理行動尺度と自尊感情尺度の信頼性係数と得点

自己管理行動尺度および自尊感情尺度の信頼性係数と得点を表2に示した。自己管理行動の平均得点は89.5 ± 15.8点、自尊感情の平均得点は、26.7 ± 5.4点であった。

C. 慢性透析患者の属性別自己管理行動得点の比較

自己管理行動との関連を表3と表4に示した。自尊感情は自己管理行動の下位尺度である「食事療法と水分制限の遵守」「治療法の管理と合併症の予防」「身体と心理社会生活の調整」とそれぞれ正の相関があり、自尊感情が高いほど自己管理行動得点が高かった。年齢も同様に自己管理行動の下位尺度とそれぞれ正の相関があり、年齢が高いほど自己管理行動得点が高かった。女性、就労していない人は、自己管理行動得点が有意に高かった。役割の有無は、下位尺度の「身体と心理社会生活の調整」のみに有意差を認め、役割がある人はない人に比べて「身体と心理社会生活の調整」の得点が高かった。

D. 慢性透析患者の自己管理行動に及ぼす影響

自己管理行動の重回帰分析の結果を表5に示した。自己管理行動を従属変数とし、3つの下位尺度のうち1つでも有意差を認めた6項目の変数である、自尊感情、年齢、性別、就労の有無、腎硬化症、役割の有無を独立変数としたステップワイズ法による重回帰分析を行った。許容度はいずれも.883～.992と高く、VIF (variance inflation factor)

表2 慢性透析患者の自己管理行動尺度および自尊感情尺度の信頼性係数と得点

(N = 159)

	質問項目数	得点範囲	Cronbachのα係数	平均値 ± SD	中央値 (最小～最大)
自己管理行動	33	33～132	.941	89.5 ± 15.8	89.0 (45～124)
食事療法と水分制限の遵守	22	22～88	.932	57.4 ± 11.7	58.0 (23～82)
治療法の管理と合併症の予防	5	5～20	.824	17.0 ± 2.5	17.0 (8～20)
身体と心理社会生活の調整	6	6～24	.701	15.1 ± 3.4	15.0 (6～24)
自尊感情	10	10～40	.827	26.7 ± 5.4	27.0 (13～40)

表3 慢性透析患者の自己管理行動と関連要因の相関

(N = 159)

	食事療法と水分制限の遵守	治療法の管理と合併症の予防	身体と心理社会生活の調整
	相関係数	相関係数	相関係数
自尊感情	.199*	.288***	.413***
年齢	.434***	.279***	.187*

[注] Spearmanの順位相関係数. ***: $p < .001$, **: $p < .01$, *: $p < .05$.

表4 慢性透析患者の属性別自己管理行動得点の比較

(N = 159)

	個人属性	度数	食事療法と水分制限の遵守	治療法の管理と合併症の予防	身体と心理社会生活の調整
			平均値 ± SD	平均値 ± SD	平均値 ± SD
性別	男	96	55.3 ± 12.3	16.5 ± 2.5	14.2 ± 3.0
	女	63	60.6 ± 10.0	17.8 ± 2.2	16.4 ± 3.4
就労	あり	55	54.6 ± 11.4	16.5 ± 2.4	14.6 ± 3.0
	なし	102	58.8 ± 11.8	17.3 ± 2.6	15.4 ± 3.5
役割	あり	122	57.7 ± 11.4	17.1 ± 2.4	15.6 ± 3.3
	なし	34	55.9 ± 13.2	16.8 ± 2.9	13.0 ± 2.9

[注] Mann-Whitney のU検定. *** : $p < .001$, ** : $p < .01$, * : $p < .05$.

表5 慢性透析患者の自己管理行動に及ぼす影響

(N = 159)

	食事療法と水分制限の遵守	治療法の管理と合併症の予防	身体と心理社会生活の調整
	標準偏回帰係数 (β)	標準偏回帰係数 (β)	標準偏回帰係数 (β)
年齢	.397***	.260**	.221***
性別 ¹⁾	.232***	.263***	.318***
自尊感情	.190***	.257***	.392***
役割の有無 ²⁾			.190***
VIF	1.008	1.008	1.133
R^2 (決定係数)	.255	.208	.398
調整済み R^2	.240	.192	.382

[注] 重回帰分析 (ステップワイズ法). *** : $p < .001$, ** : $p < .01$.

1) 男性 : 1, 女性 : 2. 2) 役割あり : 1, 役割なし : 0.

は1.008~1.133と基準値10よりもかなり小さいため、多重共線性は認めなかった。自己管理行動の下位尺度「食事療法と水分制限の遵守」には「自尊感情」「年齢」「性別」が影響していた ($R^2 = .240$, $p < .000$)。「治療法の管理と合併症の予防」には、「自尊感情」「年齢」「性別」が影響していた ($R^2 = .192$, $p < .000$)。「身体と心理社会生活の調整」には、「自尊感情」「性別」「年齢」に加えて「役割の有無」が影響していた ($R^2 = .382$, $p < .000$)。

Ⅲ. 考 察

A. 対象者の特性について

本研究の対象者は、2013年の日本透析医学会の透析調査(2014)における対象者と性別、年齢、透析期間分布ではほぼ同じであったが、糖尿病性腎症の割合が少なかった。

本研究における対象者の自己管理行動の総得点および下位尺度得点は、野澤らによる血液透析患者の自己管理行動の平均総得点91.5 ± 15.7点、下位尺度「食事療法と水分制限の遵守」59.1 ± 12.8点、「治療法の管理と合併症の管理」17.4 ± 2.4点、「身体と心理社会生活の調整」15.0 ± 3.8点とほぼ同じであった(2007, p.62)。一方、本研究の自尊感情の平均得点は26.7 ± 5.4点であった。同じ尺度を用いた造血管腫瘍患者の自尊感情の平均得点は27.6 ± 5.3点(神

田ら, 1996, p.245), 糖尿病患者の平均得点は28.2 ± 4.7点(原・松岡・藤田, 2006, p.10)であり、長期療養や自己管理行動を必要とする疾患をもつ患者の平均得点と大きな差はみられなかった。

B. 慢性透析患者の自己管理行動に影響を及ぼす要因について

自己管理行動のすべての下位尺度に、年齢、性別、自尊感情が影響し、下位尺度の「身体と心理社会生活の調整」は、この3つの要因に加え役割の有無が影響していた。

本研究では、年齢が自己管理行動得点の下位尺度とそれぞれ正の相関を示しており、年齢が高いほど自己管理行動得点も高かった。野澤らも、年齢が「食事療法と水分制限の遵守」の影響要因であることを報告しているが、「治療法の管理と合併症の予防」と「身体と心理社会生活の調整」において年齢は影響を及ぼさなかった(2007, p.63)。本研究の対象者は40歳代までの割合が全体の約8%であるのに対し、野澤ら(2007)の研究対象者では全体の約21%であったために結果に違いがみられたのかもしれない。退職し日常生活において時間的なゆとりのある人は、自己管理行動を行いやすい可能性がある。今後さらに若い年代の対象者数を増やしたうえでの検討が必要である。

性別では、男性より女性のほうが、自己管理行動得点が高かった。先行研究においては、女性のほうが良好(川端

ら, 1998, p.91),あるいは性別に有意差はない(岡田ら, 2011, p.27)とする報告があり,必ずしも一致していない。野澤ら(2007)は本研究とは異なり,下位尺度の「食事療法と水分制限の遵守」では有意差を認めていない。一方「治療法の管理と合併症の予防」「身体と心理社会生活の調整」で女性のほうが有意に良好であり,本研究と野澤らの報告(2007, p.63)は同様であった。自己管理行動の下位尺度である「食事療法と水分制限の遵守」は,22項目のうち16項目が蛋白質・脂質・塩分・カリウム・リン摂取や調理の工夫,栄養バランスに関する自己管理行動を評価している。本研究の対象者は約90%が50歳以上であり,時代の背景からも男性よりも女性のほうが食事面の栄養管理をしていることが推察される。つまり女性のほうが,調理などに慣れており自己管理行動しやすかったことが影響している可能性がある。しかしこの点に関しては,今回調査していないため今後さらなる検討が必要である。

自尊感情は,下位尺度のうちとくに「身体と心理社会生活の調整」で,最も強い影響のある要因であった。「身体と心理社会生活の調整」に関する項目は,「体操・歩行・自転車こぎなどの適度の運動をしている」等の運動や日常生活における身体活動に関する3項目,「同じように透析を受けている他の人と情報交換したり相談しあったりしている」等の心理・社会的な問題への対処に関する2項目,身体状況のモニタリングに関する1項目で構成されており,心身の健康を意識し自主的に生活調整をしているかどうかを評価している。昔は,あるがままの自分を受け入れ,それを愛でることができる人は,自分自身の欠点や限界にも直面することができると述べている(1984, p.117)。自分自身をこれでよいと思える人は,血液透析治療やそれに伴う自己管理行動など,自分が望まない出来事あるいは状況をもより肯定するものとして認識し,身体活動に意識を向け自主的に生活調整ができると考える。Knecht, Keinänen-Kiukaanniemi, Knuuttila, & Syrjäläも,高い自尊感情は運動療法やインスリン投与量の調整等良好な遵守に関連することを明らかにしている(2001, p.178)。以上のことから患者の自尊感情を強化することで,患者が自己管理行動のなかでも身体と日常生活の調整することに役立つ可能性が示唆された。

役割があることは,下位尺度の「身体と心理社会生活の調整」に影響しており,就労またはボランティア・患者会・地域での活動や家庭内の仕事を担っている人のほうが,担っていない人よりも心身の健康を意識し自主的に生活調整をしていた。役割があることで,役割を果たすために,意図的に心身の健康を調整していると考えられる。役割を通して他者との交流や社会的な関係を維持するが,逆に役割喪失や役割の曖昧さは,自身の所属意識を低

下させ,自己の評価や価値が低下しやすい(橋本, 2005, p.127)。就労という環境に限らず地域社会や家庭内の仕事などにおいて役割があることは,自身の所属意識を明確にし,自己に対する評価を安定させるので,自己管理行動に影響しているのかもしれない。

C. 血液透析患者への看護の示唆

本研究結果から,慢性透析患者の自己管理行動に影響を与えるものの一つとして,自尊感情が示唆された。定期的な治療にかかわる頻度が高く,多様な他者のなかでも比較的身近な存在と考えられる看護師が,日常の出来事に対する感情に耳を傾け,ていねいにかかわることにより,慢性透析患者が大切にされているという安心感や幸福感を得ることができれば,自己に対する肯定的な感情,つまり高い自尊感情をもたらし,その結果,自己管理行動を高められると考える。また,自己管理行動に影響を与える要因として,役割の有無が示唆された。慢性透析患者の背景を十分に知り,状況にあわせて役割を担えるように支援を行うことで自己管理行動を高めることが期待できる。

IV. 研究の限界と今後の課題

本研究は,対象者が2つの施設のみに限られている。また横断的デザインであり,結果を一般化することには限界がある。今後対象者を増やすとともに,縦断的なデータの検討が必要である。

結 論

慢性透析患者の効果的な看護介入を見出すことを目的に,血液透析を受けている患者159名に対して自記式質問紙調査を行い,自己管理行動に影響を及ぼす要因を検討した。重回帰分析の結果,年齢・性別・自尊感情・役割の有無が影響要因であり,自尊感情を高める支援や状況にあわせて役割調整に対する支援を行うことが必要であることが示唆された。

謝 辞

本研究にあたり,調査にご協力いただきました対象者の皆さま,研究活動の場を与えてくださいました長崎腎病院理事長さま,看護部長さま,スタッフの皆さまには深謝申し上げます。なお本論文は,佐賀大学大学院医学系研究科看護学専攻の修士論文の一部に加筆・修正を加えたものであり,本研究の一部は,第42回日本看護研究学会学術集会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

本研究の目的は、慢性透析患者の自己管理行動に影響を及ぼす要因について、自尊感情に焦点を当てて検討することとした。血液透析病院に通院中の患者188名を対象に、「血液透析患者の自己管理行動尺度」「Self-Esteem」を用いて、自記式質問紙調査を実施した。自己管理行動尺度と有意差があったすべての変数を独立変数としてステップワイズ法で重回帰分析を行った。その結果、自己管理行動のすべての下位尺度に影響した要因は、自尊感情、年齢、性別であり、下位尺度「身体と心理社会生活の調整」には、役割の有無も影響した。以上のことより、自尊感情を高める支援や状況にあわせて役割調整に対する支援を行うことが必要であることが示唆された。

Abstract

The aim of this study was to investigate factors that influence self-care behavior, particularly self-esteem, in chronic dialysis patients. We distributed self-administered questionnaires comprising the “Self-care Behavior Scale of Dialysis Patients” and “Self-Esteem Scale” to 188 patients undergoing outpatient treatment at hospitals offering hemodialysis. All variables that showed a significant difference with the Self-care Behavior Scale were designated independent variables and were subjected to stepwise multiple regression analysis. The results of this analysis revealed that self-esteem, age, and sex were influencing factors in all self-care behavior subscales. The presence or absence of role was also an influencing factor in the “physical and psychosocial lifestyle adjustment” subscale. From the above, it was suggested that it is necessary to support self-esteem raising and support role adjustment according to the situation.

文 献

- 原 頼子, 松岡 緑, 藤田君支 (2006). 糖尿病患者の治療満足と自尊感情に影響する要因: 家族サポートに焦点を当てた分析. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 10(1), 4-15.
- 橋本有理子 (2005). 老年期における家族の役割, 社会的役割と精神的健康との関連性に関する研究. 関西福祉科学大学紀要, 9, 117-130.
- 伊藤忠弘 (1994). 自尊心概念及び自尊心尺度の再検討. 東京大学教育学部紀要, 34, 209-215.
- 神田清子, 飯田早苗, 中村美代子, 斎藤紀代子, 宮脇修一, 土屋純 (1996). がん化学療法を受けた造血管腫瘍患者の自尊感情およびその関連因子. がん看護, 1(3), 242-247.
- 金子史代, 倉井佳子, 広瀬ひろみ, 佐藤益美, 山際和子 (2012). 外来で慢性病の治療を受けている後期高齢者のセルフケアに関連する要因の検討. 新潟青陵学会誌, 4(3), 43-53.
- 川端京子, 石田宣子, 岡美智代 (1998). 血液透析患者の自己管理行動および自己効力感に影響を及ぼす因子. 日本生理人類学会誌, 3(3), 89-96.
- 河口てる子, 伊達久美子, 吉谷優子, 丸山 博, 川田智恵子 (1997). インスリン依存型糖尿病患者の自尊感情と糖尿病コントロールの関係. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 1(2), 104-110.
- Knecht, M.C., Keinänen-Kiukaanniemi, S.M., Knuuttila, M.L., and Syrjälä, A.M. (2001). Self-esteem as a characteristic of adherence to diabetes and dental self-care regimens. *J Clin Periodontol*, 28(2), 175-180.
- 道廣睦子, 藤田佳子, 浅井美穂, 原 哲也 (2009). ソーシャルサポートが血液透析患者のセルフケア行動と精神的健康に与える影響. *インターナショナルNursing Care Research*, 8(2), 1-11.
- 宗像恒次 (1987). 保健行動学からみたセルフケア. 看護研究, 20(5), 428-437.
- 中里克治 (1992). 心理学からのQOLへのアプローチ. 看護研究, 25(3), 193-202.
- 日本透析医学会統計調査委員会 (2014). 図説 わが国の慢性透析療法の現況 (2013年12月31日現在). 3-29, 日本透析医学会.
- 野澤明子, 岩田真智子, 白尾久美子, 佐藤直美, 稲勝理恵 (2007). 血液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. 日本看護研究学会雑誌, 30(1), 59-66.
- 岡田 武, 堀 容子, 三河内憲子, 星野純子 (2011). 血液透析患者の家族からの具体的な支援内容と食事や水分に関する自己管理行動との関連. 日本看護医療学会雑誌, 13(1), 21-30.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and adolescent self-image*. 1-319, Princeton: Princeton University Press.
- 新谷恵子, 荒木節子, 高間静子 (2000). 人工透析患者のセルフケア度に影響する要因の追求. 富山医科薬科大学看護学会誌, 3, 97-109.
- 篠原純子, 児玉和紀, 迫田勝明, 金久重子, 百本文子 (2003). 脳梗塞発症後の患者の自尊感情と関連要因. 日本看護研究学会雑誌, 26(1), 111-122.
- 菅佐和子 (1984). SE (Self-Esteem) について. 看護研究, 17(2), 117-123.
- 高岸弘美 (2008). 血液透析患者の自己管理に影響を及ぼす要因とそれらの関連性に関する研究: セルフ・エフィカシー, ソーシャル・サポート, 食行動に焦点をあてて. 山梨県立大学看護学部紀要, 10, 13-26.
- 武内奈緒子, 村嶋幸代, (2011). 透析歴3年以上の血液透析患者の特性・信念およびセルフケアの1年後の変化. 日本看護研

- 究学会雑誌, 34(1), 171-179.
- 瀧川 薫 (2013). 維持透析患者への健康教育—自己管理と生きがい感の関連に着目して—. 日本健康医学会雑誌, 22(2), 98-106.
- 横山美樹, 野口美和子, 正木治恵 (1992). セルフケア行動と Quality of Life との関連性からみた老年糖尿病患者の看護目標. 日本看護科学会誌, 12(1), 23-32.

〔平成28年10月22日受 付〕
〔平成29年 5 月 6 日採用決定〕

— 研究報告 —

看護学生における SNS 利用と IT リテラシー教育 および道徳的感受性との関連

The Relationships of SNS Usage and IT Literacy Education with Moral Sensitivity in Nursing Students

小 沢 久美子 ¹⁾ Kumiko Ozawa	木 立 るり子 ²⁾ Ruriko Kidachi	五十嵐 世津子 ²⁾ Setsuko Igarashi	坂 本 保 子 ¹⁾ Yasuko Sakamoto
木 村 緑 ¹⁾ Midori Kimura	田 口 千 尋 ³⁾ Chihiro Taguchi	一 戸 とも子 ⁴⁾ Tomoko Ichinohe	木 村 千代子 ⁴⁾ Chiyoko Kimura
笹 竹 ひかる ⁵⁾ Hikaru Sasatake	坂 本 弘 子 ¹⁾ Hiroko Sakamoto	市 川 裕美子 ¹⁾ Yumiko Ichikawa	下川原 久 子 ¹⁾ Hisako Shimogawara
	久 保 宣 子 ¹⁾ Noriko Kubo	工 藤 美恵子 ⁶⁾ Mieko Kudo	

キーワード：看護学生, SNS, IT リテラシー, 看護教育, 道徳的感受性

Key Words: nursing student, social networking service, IT literacy, nursing education, moral sensitivity

はじめに

ソーシャル・ネットワーキング・サービス (social networking service: SNS) とは、人と人とのつながりを促進・支援するコミュニティ型の Web サイトおよびネットサービスである。Web サイトや専用のスマートフォンアプリなどで簡単に閲覧・利用することができ、近年は誰でも自由にしかも無料で行えるサービスがほとんどとなっている。ICT 総研 (2014) の SNS 利用動向に関する調査によると、2013 年末の国内ネットユーザー推定 9,736 万人のうちの 56.4% が SNS を利用している。SNS の利用目的、利便さが拡大していく一方、SNS 利用時に知らない人から友達申請を受けてとまどいを感じた人は 31.4%、SNS に時間を使いすぎて後悔した人は 29.2%、SNS の着信が多すぎてストレスを感じた人は 23.6%、SNS で誹謗中傷を受けた人も 10.1% というように、SNS 利用による弊害も報告されている。

ところで、実習等を通して患者情報を多く取り扱う医療系学生の場合、看護師および保健師に課せられている守秘義務や、助産師に課せられている秘密漏示にかかわる法令がそのまま適用されるわけではないが、患者情報を知りうる立場にあることから当然守秘義務を有する。しかしながら、医療系学生の患者情報の事案に関する報道記事

(2005 年 1 月～2013 年 6 月) を分析した報告 (橋本・品川, 2013) によれば、12 件の事案中で SNS への書き込みが原因のものが 2 件であった。夏目・太田 (2013) の報告にも、学生間の記録のやりとりや家族に対して情報を伝える等が問題としてあげられており、報道に至らないまでも、インシデントになりかねないケースは多数存在すると推察される (看護実践の科学編集部, 2013)。

このように看護教育上で SNS の利用に関連して最も危惧されることは、学生が安易に情報発信することによる患者や実習先の情報漏洩であり、実習受け入れの中止や損害賠償に発展しかねない重大事である。また、SNS への依存は、専門職として必要とされる対人スキルへのマイナスの影響も考えられる。クラスメイトとの対人トラブルを含む犯罪に巻き込まれる可能性を未然に防ぐ対応策にも気を遣っている (夏目・太田, 2013)。各校では、トラブルの発生を避けるために入学後、情報倫理、実習における個人情報の管理等に関する教育が行われていると考えられるが、一律な注意喚起という方法では、自分に関係することとしての認識が希薄であるため、しっかりと意識化させることがむずかしい。IT リテラシーや道徳性が身についていれば防ぐことが可能かもしれないが、そういうことは即座に習得できるものでなく、高等教育以前からの蓄積によって態度

1) 八戸学院大学健康医療学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health and Medical Care, Hachinohe Gakuin University

2) 弘前大学大学院保健学研究科 Hirosaki University Graduate School of Health Sciences

3) 前 八戸学院短期大学看護学科 Formerly Department of Nursing, Hachinohe Gakuin Junior College

4) 青森中央学院大学看護学部 Aomori Chuo Gakuin University, Faculty of Nursing

5) 札幌医科大学大学院保健医療学研究科博士課程前期 Sapporo Medical University, Master Program for Nursing

6) 八戸市立高等看護学院 Hachinohe Municipal School of Nursing

として身につけてくるべき条件ではないだろうか。

また、看護学生は臨地実習で多くの道徳倫理的問題（患者の尊厳や権利をめぐる問題）に直面しており、看護師の行動は倫理観や倫理的感受性によって影響を受ける（指方ら、2012）とされている。看護の責務の遂行にあたり、看護者が自らの行動を律し、適切な倫理的判断を行うよりどころとして「看護者の倫理綱領」（日本看護協会、2003）があり、看護者の道徳義務を規定している。このなかには患者のプライバシーや個人情報、肖像権、守秘義務に関する規定があり、看護学生の職業倫理教育には、SNSという新しい社会のなかでの規範や情報倫理、法律に関する知識と行動の修得が欠かせないことを意味している。新村（2008）によると「倫理は道徳」「道徳は倫理」と記されており、倫理と道徳は同義語として扱われることが多いが、道徳は倫理に対してより具体性を踏まえた用語であり、善悪の判断に関する個人がもっている価値観や自分の行為についての基準などを指して用いられる用語である。

これらのことから、仮説として、臨床場面で生じている道徳的問題に気づく能力が低い学生は、SNSのリスクへの問題認識や情報倫理の問題に気づく能力も低いのではないかと考える。また、看護学生の教育課程や年齢、学年は道徳的感受性に影響するのではないかと考える。

そこで、本研究では、看護学生におけるSNS利用状況について把握したうえで、看護学生のITリテラシー教育経験がSNS利用の仕方に反映しているのか、看護学生の道徳的感受性の違いはSNS利用の仕方に反映しているのかを明らかにし、看護教育上の示唆を得ることを目的に質問紙調査を行った。

I. 研究目的

本研究の目的は、看護学生のSNSの利用状況とITリテラシー教育、およびSNSの利用状況と道徳的感受性との関連を明らかにすることとした。

a. 用語の定義

本研究でのITリテラシー教育とは、情報メディア（ここではとくにSNS）を主体的に読み解いて必要な情報を引き出し、その真偽を見抜き、活用する能力を身につけるために必要な考えや態度に関する教育のことである。道徳的感受性とは、看護学生が臨床場面で生じている道徳の問題に敏感に気づき適切に対応する能力のことである。

II. 研究方法

1. 調査方法・データ収集方法

調査方法は、留め置きによる無記名自記式質問紙調査と

した。A県内の看護師養成機関（大学・短期大学・専門学校）の看護教育の責任者に対し、文書と口頭で研究について説明し文書による同意を得た。同意した各校に所属する共同研究者（教員）、および同意が得られた学校に対して質問紙を郵送し、授業終了後等の集団の場で研究の趣旨、倫理的配慮等について調査依頼の文書と口頭で説明後に質問紙を配布し、協力を依頼した。回収方法は、回答者において密封して各校に設置した回収箱に投函してもらい、回収箱のまま集計を担当する1校に集め、施錠可能な場所で保管した。なお、共同研究者が所属する学校については、共同研究者以外の者が調査依頼の説明を行う、または参加しない者は無記入で投函することとした。

2. 研究対象者

本研究への協力が得られたA県内における看護師養成機関10校（大学3校・短期大学2校・看護師養成所3年課程1校・看護師養成所2年課程4校）の在学生1,433名が対象者となった。調査期間は、2014年8～10月であった。

3. 調査内容

質問内容は、属性（年齢、性別、所属の教育課程、学年、実習経験の有無等）、SNS利用の実際、ITリテラシー教育の経験、改訂道徳的感受性質問紙日本語版（Japanese version of the Moral Sensitivity Questionnaire: J-MSQ）（前田・小西、2012, pp.32-37）9項目である。J-MSQの使用については開発者の許可を得ている。

SNS利用の実際では、利用の有無、プロフィール公開の有無、SNSによる被害の有無、SNSへの問題意識の有無等について、2項択一で回答を得た。利用の種類と頻度、気をつけていることの7項目については4段階のリッカート尺度で回答を求め、それぞれ1～4点を配点した。利用目的は、総務省の次世代ICT社会の実現がもたらす可能性に関する調査研究（総務省、2011, p.14）を参考に12項目を設定し、重要な順に1位～3位まで順位をつけて選択してもらった。また、被害の内容、SNSに問題を感じていることについては、選択肢のなかから複数回答で回答を求めた。

ITリテラシー教育については、教育経験の有無について、2項択一で回答を得た。

看護学生の道徳的感受性を測定する既存の先行研究を検索できず、本研究では看護職者の道徳的感受性を測る尺度であるJ-MSQを用いた。看護職者と看護学生とでは道徳的感受性の成熟が異なる可能性はあるが、質に変わりはないと考えた。J-MSQは、Lützén, Nordin, & Brodin (1994, pp.241-248) がヘルスケア実践領域で使用するために開発したMST (Moral Sensitivity Test) の改訂版rMSQ (Revised

Moral Sensitivity Questionnaire) について信頼性・妥当性の検証を行っている。看護職者の道徳的感受性を測る尺度としては中村・石川・西田・伊達・西田 (2003) が、MSTの日本語版については前田・小西 (2012) がrMSQの日本語版について信頼性・妥当性の検証を行っている。3つの因子、すなわち道徳的強さ (moral strength: MS)、道徳的な気づき (sense of moral burden: SMB)、道徳的責任感 (moral responsibility: MR) で構成されている。先行研究にならって6段階のリッカート尺度により回答を求め、1～6点を配点した。得点範囲は、MSが3～18点、SMBが4～24点、MRが2～12点であった。また、J-MSQの9番目の項目は逆転項目として配点した。

4. 分析方法

SNS利用の実際およびITリテラシー教育経験に関して基礎的集計を行った。属性およびSNS利用の実際の各項目間 (SNS利用、プロフィール公開、問題認識、SNS被害) との関連は χ^2 検定を用いた。SNS利用時に気をつけていることは4段階評定を2段階に変更し、ITリテラシー教育経験との関連について χ^2 検定を用いて検討した。

道徳的感受性についてはJ-MSQの9項目の信頼性を確認した後、属性およびSNS利用状況 (プロフィール公開、SNSの問題認識)、道徳的感受性との関連について、Mann-Whitney *U*検定、Kruskal-Wallis検定を行い、Kruskal-Wallis検定で有意差が認められた場合は多重比較 (Steel-Dwass法) を行った。なお、属性の学年は、教育課程の種類別の学年で比較検討を行った。統計処理は『IBM SPSS Statistics ver. 23.0 for Windows』を使用し、5%未満を有意水準とした。

5. 倫理的配慮

対象者に調査の目的、匿名性、参加同意の自由、協力拒否の自由、成績評価には影響しないこと等を文書で説明し、回答後に、各校に設置した回収箱への投函でもって同意したことと判断した。本研究は八戸学院大学・八戸学院大学短期大学部研究倫理委員会の承認を得た (承認番号: 14-14)。

Ⅲ. 結 果

1. 分析対象者の概要

1,120部回収 (回収率78.2%) し、属性やJ-MSQに不備のあるケースを除外し、1,006部を分析対象とした。

性別は、男性151人 (15.0%)、女性855人 (85.0%) であった。年齢は、10歳代が324人 (32.2%)、20歳代が571人 (56.8%)、30歳代が91人 (9.0%)、40歳以上が20人 (2.0%) であった。実習経験のある者は、934人 (92.8%) を占めた。教育課程別では、大学が354人 (35.2%)、短大265人 (26.3%) で60%以上を占め、学年では1年が317人 (31.5%)、2年が459人 (45.6%)、3年が188人 (18.7%)、4年が42人 (4.2%) であった。年齢は18～63歳までの幅があり、平均22.15±5.32歳であった。教育課程別にみると、大学が18～38歳で平均19.96±1.88歳、短期大学が18～38歳で平均20.02±2.50歳、看護師養成所3年課程が18～33歳で平均19.91±2.07歳、看護師養成所2年課程が20～63歳で平均27.03±6.86歳であった。看護師養成所2年課程は他の教育機関より平均年齢が有意に高かった ($p = .000$) (表1)。なお、看護師養成所2年課程の40歳以上の年齢の内訳は、63歳が1人、40歳代が19人であった。年齢幅の広さは看護師養成所2年課程の学生の特徴であるため、ケースを削除せずに分析対象とした。

2. SNS利用の実際

現在のSNS利用の有無では、利用している934人 (92.8%)、利用していない72人 (7.2%) であった。利用頻度では、「ほぼ毎日」が828人 (82.3%) であった。ほぼ毎日あるいは1週間に3～5回と回答した899人の1日の平均使用時間は、「30分～1時間未満」が286人 (28.4%)、次いで「2時間以上」が253人 (25.1%) であった (表2)。

SNSの種類ではLINEの「よく利用する」「利用する」が902人 (90.0%) で最も多かった。次いでTwitterが610人 (61%)、Facebookが356人 (35.0%) の順であった。

SNSを利用する目的として重要な順に上位3位まで選択してもらった。第1位では「クラスメイトとの連絡手段」

表1 対象者の属性

カテゴリー	学年					年齢			
	人数 (%)	1年生 人数 (%)	2年生 人数 (%)	3年生 人数 (%)	4年生 人数 (%)	最小値	最大値	平均年齢 ± SD	<i>p</i> 値
教育課程									
大学	354 (35.2)	113 (11.2)	109 (10.8)	90 (8.9)	42 (4.2)	18	38	19.96 ± 1.88	.000
短期大学	265 (26.3)	68 (6.8)	129 (12.8)	68 (6.8)		18	38	20.02 ± 2.50	
看護師養成所 3年課程	77 (7.7)	27 (2.7)	20 (2.0)	30 (3.0)		18	33	19.91 ± 2.07	
看護師養成所 2年課程	310 (30.8)	109 (10.8)	201 (20.0)			20	63	27.03 ± 6.86	
全体	1,006 (100.0)	317 (31.5)	459 (45.6)	188 (18.7)	42 (4.2)	18	63	22.15 ± 5.32	

[注] 一元配置分散分析 (TukeyのHSD検定)。

609人 (60.5%), 「家族との連絡手段」99人 (9.8%), 「知りたい情報を探す」73人 (7.3%) の順であった。第3位までの総計においても, 「クラスメイトとの連絡手段」824人 (82.0%) が最も多く, 次いで「知りたい情報を探す」467人

(46.4%), 「家族との連絡手段」440人 (43.7%) であった。

プロフィール公開では, 公開している588人 (58.4%), 公開していない345人 (34.3%) であった。公開している588人中のプロフィールの内容では, 多い順に「ニックネーム」303人, 「写真」291人, 「実名」291人, 「学校名」209人であった (図1)。教育課程別にみると, 短期大学はプロフィールを公開している者 (68.6%) が有意に多く, 看護師養成所2年課程はプロフィールを公開していない者 (45.7%) が有意に多かった ($\chi^2=13.17$, $df=3$, $p=.004$)。

SNSによる被害の有無では, 「ある」91人 (9.0%), 「ない」832人 (82.7%) であった。SNSで被害を受けたことがある91人における被害内容では, 「友人一覧に知らない人が表示された」48人が最も多く, 次いで「根拠のない悪口を記載され傷つけられた」27人であった (図2)。SNS被害を受けたことがある者は, プロフィール公開をしている者 (83.3%) が有意に多かった ($\chi^2=16.84$, $df=1$, $p=.000$)。

項目	人数 (%)
利用頻度	
ほぼ毎日	828 (82.3)
1週間に3～5回	71 (7.1)
1週間に1～2回	18 (1.8)
1ヵ月に数回	12 (1.2)
その他	5 (0.5)
計	934
1日平均使用時間	
30分未満	155 (15.4)
30分～1時間未満	286 (28.4)
1時間～2時間未満	199 (19.8)
2時間以上	253 (25.1)
計	893

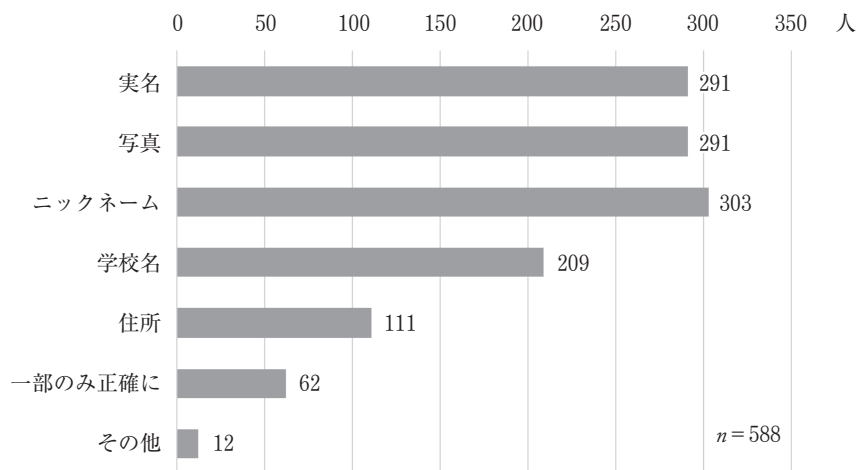


図1 公開しているプロフィール

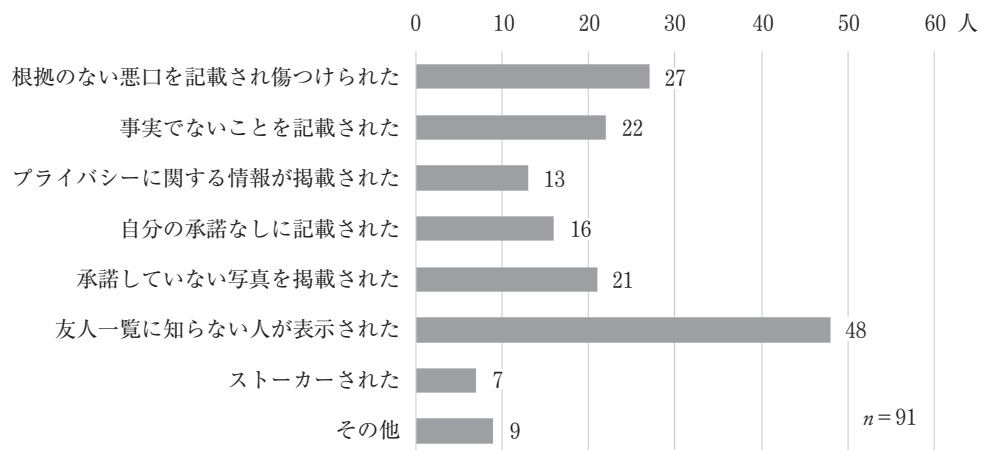


図2 SNSによる被害の内容

SNS利用に対する問題認識の有無では、「ある」428人(42.5%),「ない」578人(57.5%)であった。問題認識と年齢、教育課程別、学年別で有意差は認められなかった。SNS被害を受けたことがある者は、問題認識がある者(68.1%)が有意に多かった($\chi^2=27.96$, $df=1$, $p=.000$)。SNS利用に対して問題を感じたことがあると回答した428人における問題内容は、「知らない人からメッセージがくる」285人が最も多く、次いで「プライバシーに関する情報が掲載される」238人、「中毒になりやすい」171人であった。

3. ITリテラシーの教育経験

ITリテラシーの教育経験の有無では、「ある」562人(55.9%),「ない」438人(43.5%)であった。教育経験がある者では問題認識がある者(47.2%)が有意に多かった($\chi^2=10.87$, $df=1$, $p=.001$)。教育課程別にみると、短期大学は教育経験のある者(78.2%)が有意に多く、看護師養成所2年課程は教育経験のない者(40.2%)が有意に多かった($\chi^2=96.33$, $df=3$, $p=.000$)。ITリテラシー教育経験と年齢との比較では、10歳代は教育経験がある者(74.4%)が有意に多く、30歳以上は教育経験がない者(28.7%)が有意に多かった($\chi^2=82.79$, $df=2$, $p=.000$)。SNS利用時に気をつけていることとITリテラシー教育経験との関係において、ITリテラシー教育経験ありのほうで有意に多かった項目は、「他人の悪口を言わない」($p=.017$)、「決まりごとを守る」($p=.008$)、「自分の感情に任せた言動や行動をしない」($p=.027$)、「顔の見えない相手に配慮して発信する」($p=.012$)であった(表3)。

4. 道徳的感受性

J-MSQの9項目についてCronbach's $\alpha=.799$ であった。3因子のCronbach's α は、MSが.777, SMBが.683, MRが.385で、MRの内的妥当性はやや低かった。

道徳的感受性の3因子について属性別に比較したところ、性別と学年の検討では有意な差は認められなかったが、教育課程において有意な差が認められた。MSは短期大学が、またSMBとMRは看護師養成所3年課程が、他の教育機関より有意に高かった(順に $p=.001$, $p=.000$, $p=.000$)。各教育課程の学年別比較について、大学では、SMBとMRに学年間で有意差があり、SMBは4年生が1年生より($p=.019$)、MRは4年生が他の学年より有意に高かった($p=.002$)。短期大学と看護師養成所3年課程では、MSだけに有意差があり、両者とも3年生が1・2年生より有意に高かった(それぞれ $p=.041$, $p=.000$)。看護師養成所2年課程では有意な差は認められなかった(表4)。実習経験の有無別では、SMBにおいて、実習経験有のほうで有意に高かった($p=.001$)。

道徳的感受性と各教育課程におけるSNS利用状況との関連について、看護学生全体ではプロフィール公開の有無別において、MSは公開しているほうが有意に高かった($p=.004$)。問題認識の有無別では、SMBにおいて問題認識があるほうが有意に高かった($p=.000$)。SNS利用の有無別については、利用していない者の標本数が少ないことから看護学生全体での比較のみとした。MSにおいてSNSを利用している方が有意に高かった($p=.039$)。各教育課程別の比較について、大学、短期大学はMSにおいてプロフィールを公開しているほうが有意に高かった(それぞれ $p=.041$, $p=.038$)。看護師養成所3年課

表3 SNS利用時に気をつけていることとITリテラシー教育経験との関連

SNS利用時に気をつけていること		教育経験		p値
		有 n (%)	無 n (%)	
不明確な情報を信じない (929)	気をつけている	505 (58.7)	355 (41.3)	.195
	気をつけていない	35 (50.7)	34 (49.3)	
他人の悪口を言わない (930)	気をつけている	516 (59.0)	358 (41.0)	.017
	気をつけていない	24 (42.9)	32 (57.1)	
写真を載せない (929)	気をつけている	289 (57.2)	216 (42.8)	.544
	気をつけていない	251 (59.2)	173 (40.8)	
個人情報に関するものは載せない (927)	気をつけている	460 (59.1)	318 (40.9)	.166
	気をつけていない	79 (53.0)	70 (47.0)	
決まりごとを守る (930)	気をつけている	520 (59.1)	360 (40.9)	.008
	気をつけていない	20 (40.0)	30 (60.0)	
自分の感情に任せた言動や行動をしない (929)	気をつけている	476 (59.6)	323 (40.4)	.027
	気をつけていない	64 (49.2)	66 (50.8)	
顔の見えない相手に配慮して発信する (921)	気をつけている	483 (59.5)	329 (40.5)	.012
	気をつけていない	51 (46.8)	58 (53.2)	

[注] χ^2 検定。

程では、MSにおいて問題認識があるほうが有意に高かった ($p = .003$)。看護師養成所2年課程では、SMB、MRにおいて問題認識があるほうが有意に高かった (それぞれ $p = .042$, $p = .003$) (表5)。

IV. 考 察

1. 看護学生におけるSNS利用状況

看護学生のSNS利用の実際に関する結果は、9割以上の学生がSNSの利用者であり、また複数のSNSを利用し

表4 道徳的感受性と各教育課程の学年別比較

教育課程		人数	MS (道徳的強さ)	p 値	SMB (道徳的気づき)	p 値	MR (道徳的責任感)	p 値
							median (25~75 percentile)	
大学 ^b	1年	113	3.3 (3.0~4.0)	.103	4.0 (3.7~4.5) *	.019	4.0 (3.5~4.5) *	.002
	2年	109	3.3 (3.0~3.8)		4.2 (3.7~5.0)		4.0 (3.5~4.5) *	
	3年	90	3.3 (2.6~4.0)		4.2 (3.7~4.7)		4.0 (3.5~4.5) *	
	4年	42	3.6 (3.0~4.0)		4.3 (4.0~4.7)		4.5 (4.0~4.5)	
短期大学 ^b	1年	68	3.6 (3.0~4.0) *	.041	4.2 (4.0~4.7)	.626	4.0 (3.5~4.3)	.384
	2年	129	3.6 (3.0~4.0) *		4.2 (4.0~4.7)		4.0 (3.5~4.5)	
	3年	68	4.0 (3.3~4.3)		4.2 (3.7~4.9)		4.0 (3.5~4.5)	
看護師養成所 3年課程 ^b	1年	27	3.3 (3.0~4.0) *	.000	4.5 (3.7~4.7)	.105	4.0 (3.5~4.5)	.070
	2年	20	3.0 (2.6~3.3) ***		5.0 (4.3~5.0)		4.5 (4.0~5.0)	
	3年	30	3.6 (3.3~4.4)		4.6 (4.1~5.2)		4.5 (4.0~5.0)	
看護師養成所 2年課程 ^a	1年	109	3.3 (3.0~4.0)	.419	4.2 (3.7~4.7)	.276	4.0 (3.5~4.5)	.609
	2年	201	3.3 (3.0~4.0)		4.0 (3.5~4.6)		4.0 (3.5~4.7)	
全体 ^b	大学	354	3.3 (3.0~4.0) **	.001	4.2 (3.7~4.7) *	.000	4.0 (3.5~4.5) **	.000
	短期大学	265	3.6 (3.0~4.0) *		4.2 (4.0~4.7) *		4.0 (3.5~4.5) **	
	看護師養成所3年課程	77	3.3 (3.0~4.0)		4.5 (4.2~5.0) ***		4.5 (4.0~5.0) *	
	看護師養成所2年課程	310	3.3 (3.0~4.0)		4.2 (3.5~4.7)		4.0 (3.5~4.5)	

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$, a: Mann-Whitney U 検定, b: Kruskal-Wallis検定 (多重比較: Steel-Dwass法)。

表5 道徳的感受性と各教育課程におけるSNS利用状況との関連

教育課程		人数	MS (道徳的強さ)	p 値	SMB (道徳的気づき)	p 値	MR (道徳的責任感)	p 値
							median (25~75 percentile)	
大学	プロフィールを公開している	217	3.3 (3.0~4.0)	.041	4.2 (3.7~4.7)	.305	4.0 (3.5~4.5)	.630
	プロフィールを公開していない	116	3.3 (2.6~4.0)		4.2 (3.7~4.9)		4.0 (3.5~4.5)	
	問題を感じている	151	3.3 (3.0~4.0)	.991	4.5 (4.0~4.7)	.064	4.0 (3.5~4.5)	.626
	問題を感じたことがない	203	3.3 (3.0~4.0)		4.2 (3.7~4.7)		4.0 (3.5~4.5)	
短期大学	プロフィールを公開している	177	3.6 (3.0~4.0)	.038	4.2 (4.0~4.7)	.592	4.0 (3.5~4.5)	.576
	プロフィールを公開していない	81	3.6 (3.0~4.0)		4.2 (4.0~5.0)		4.0 (3.5~4.5)	
	問題を感じている	98	3.6 (3.0~4.0)	.080	4.5 (4.0~5.0)	.091	4.0 (3.5~4.5)	.953
	問題を感じたことがない	167	3.6 (3.0~4.0)		4.2 (4.0~4.7)		4.0 (3.5~4.5)	
看護師養成所 3年課程	プロフィールを公開している	48	3.3 (3.0~4.0)	.508	4.6 (4.0~5.0)	.364	4.5 (4.0~5.0)	.900
	プロフィールを公開していない	25	3.6 (3.1~4.0)		4.7 (4.2~5.1)		4.5 (4.0~5.0)	
	問題を感じている	39	3.6 (3.3~4.0)	.003	4.7 (4.5~5.0)	.086	4.5 (4.0~5.0)	.904
	問題を感じたことがない	38	3.3 (3.0~3.6)		4.5 (3.9~5.0)		4.5 (4.0~5.0)	
看護師養成所 2年課程	プロフィールを公開している	146	3.3 (3.0~4.0)	.440	4.2 (3.7~4.7)	.343	4.0 (3.5~4.5)	.732
	プロフィールを公開していない	123	3.3 (3.0~4.0)		4.0 (3.5~4.7)		4.0 (3.5~4.5)	
	問題を感じている	140	3.3 (3.0~4.0)	.606	4.2 (3.7~4.7)	.042	4.0 (4.0~5.0)	.003
	問題を感じたことがない	170	3.3 (3.0~4.0)		4.0 (3.5~4.5)		4.0 (3.5~4.5)	
全体	SNSを利用している	934	3.3 (3.0~4.0)	.039	4.2 (3.7~4.7)	.303	4.0 (3.5~4.5)	.694
	SNSを利用していない	72	3.3 (2.6~3.9)		4.2 (3.7~4.7)		4.0 (3.5~4.5)	
	プロフィールを公開している	588	3.6 (3.0~4.0)	.004	4.2 (3.7~4.7)	.801	4.0 (3.5~4.5)	.636
	プロフィールを公開していない	345	3.3 (3.0~4.0)		4.2 (3.7~4.7)		4.0 (3.5~4.5)	
	問題を感じている	428	3.3 (3.0~4.0)	.874	4.5 (4.0~4.7)	.000	4.0 (3.5~4.5)	.062
	問題を感じたことがない	578	3.3 (3.0~4.0)		4.2 (3.7~4.7)		4.0 (3.5~4.5)	

[注] Mann-Whitney U 検定。

ていた。LINE, Twitter, Facebookの順に利用が多く、8割以上が毎日使い、1日のSNSにかかる時間は個別であるがクラスメイトとの連絡手段としての利用が多かった。この結果は、女子大学生を対象とした調査結果（田中，2014）とほぼ傾向が同じであり、本研究対象者の85.0%が女性であった点で同じ傾向がみられたと考える。また、日本ではLINEの普及率が高く、とくに女子高生や大学生に人気がある（田中，2014，p.75）ことからもうなずける。

高校生を対象とした調査（渡邊ら，2012）では、SNS利用で被害を受けたことがある者が10.3%で、このうち、男子高校生が7.5%であったのに比して女子高校生が11.6%と多かったことが報告されている。本研究対象者が被害を受けた経験は9.0%で高校生の調査結果と大差ないことから、高校卒業後の被害の割合は横ばいであると推察される。SNS利用に対する問題認識と年齢、教育課程別、学年別で有意差が認められなかったが、SNS被害を受けたことがある者では問題認識がある者が有意に多かったことから、被害を経験した後にSNS利用上の問題に気づいているのではないかと学生の傾向を教員は認識する必要がある。プロフィール公開は半数以上で、そのうちの公開の内容は、写真、実名、学校名も少なくはなかった。本研究対象者の35.0%が使用しているというFacebookが実名公表を原則にしていることと関係するだろう。

田中（2014）は、個人が自由に発言・発信することが可能なSNS上では、「ネットいじめ」「愚痴」「批判」も自由であるが、それゆえ、「みられる」ことを意識して投稿できない人が多いと指摘している（p.77）。SNSを使っている者のすべてが自由に投稿している者ではないことを考慮すれば、半数程度がSNS利用に問題認識をもち、多くがクラスメイトや家族との連絡手段や情報収集のためにSNSを使用していることから、利用の実態は平均的であるといえるかもしれない。しかしながら、質問紙調査では把握しえない問題があることを否定できず、少ないとはいえ、被害にあっていることや2時間以上の使用者がいること、被害を受けたことがある者はプロフィール公開をしている者が有意に多かったことは無視できない。

2. 看護学生におけるITリテラシー教育経験とSNS利用

平均年齢が27歳と高い看護師養成所2年課程で、他の教育課程と比べてITリテラシー教育を受けた経験が有意に低かったこと、10歳代は教育経験がある者が有意に多く、30歳以上は教育経験がない者が有意に多かったことは、2008年に学習指導要領（文部科学省，2008）に情報モラル教育が告示されたこととの関連が考えられる。本研究対象者の平均年齢が2014年時点で22歳として、情報モラル教育告示は中学卒業の時期と判断できる。総務省調査（総務

省，2014）による調査でも、若年ほどITリテラシー教育を受けてきた割合が高くなっている。この学習指導要領における情報モラルとは、「情報社会で適切な活動を行うためのもとになる考え方と態度」としており、具体的には、他者への影響を考え、自他の権利を尊重し、情報社会での行動に責任をもつことや危険回避などを身につけさせることとなっている。教育経験がある者では問題認識がある者が有意に多かったこと、SNS利用時に気をつけることにおいて、教育経験ありのほうで有意に多かった項目がいくつかあったことは、ITリテラシー教育がSNSの使い方に影響しているといえよう。

一方、SNS利用時に気をつけることにおいて、「不明確な情報を信じない」「写真を載せない」「個人情報に関するものは載せない」については有意差がみられなかった。吉岡（2014）は、SNSは悪意のない発信が思わぬ誤解や被害を招くことがある、情報の真実性・正確性が担保されない、公開・非公開の設定ミスなどにより不測の事態を招く等のデメリットを強調している。また、患者や病院、実習先の指導者が特定される情報の投稿や、写真の無断掲載による事例から、SNSの特徴および守秘義務、プライバシーの権利や肖像権について正確な理解を促すことが看護教育課程における職業倫理教育には重要であると述べている（pp.1-18）。このことから、入学後早期に個人情報の漏洩にかかわるSNS上の問題についての職業倫理教育を充実させることが、事故を未然に防ぐことにつながると考えられる。

3. 看護学生における道徳的感受性について

a. 教育課程別、学年別に異なる道徳的感受性

教育課程別に教育目的から確認しておきたい。「学校教育法」（昭和22年法律第26号）では、大学の目的は、「学術の中心として、広く知識を授けるとともに、深く専門の学芸を教授研究し、知的、道徳的及び応用的能力を展開させる」である。短期大学は、大学における目的に代えて、「深く専門の学芸を教授研究し、職業又は实际生活に必要な能力を育成する」である。専修学校は、「職業若しくは实际生活に必要な能力を育成し、又は教養の向上を図る」ことを目的とする。中川・小田・大逸（2006）は、経験年数の長い看護師は倫理的感受性が高いと述べている（p.372）。本研究結果において、看護師養成所3年課程の学生の道徳的感受性（SMB，MR）が高かった。各教育課程設置目的の違いから考えれば、専門学校の職業もしくは实际生活に必要な能力を養うことに比重がおかれている教育が道徳的感受性の高さにつながっているのではないかと予測される。また、教育課程や学年ごとの学生数に差があること、高校までの学業経過や生活環境にやや違いがある

ことも否定できず、教育課程別の入学背景や教育背景等の継続的な検討が必要である。

各教育課程の学年別比較について、大学、短期大学、看護師養成所3年課程では、最終学年の4年生、3年生の道徳的感受性が有意に高かった。実習経験の有無別でSMBにおいて、実習経験有のほうで有意に高かった。Fry (1994/1998) は、倫理的感受性の発達には知識と経験が必要であると述べている (pp.203-210)。本研究でも高学年になるほど知識と経験が蓄積され、臨床場面でさまざまな道徳的問題に遭遇し、体験した場面から道徳的感受性が高まっていることが考えられ、道徳的感受性と看護学生の成長段階とのかかわりが示唆されたことは興味深い。しかし、本研究は実習経験有の標本数が多かったこと、患者を受け持つような実習経験か否かを質問していないため、実習経験によって積み上げられた道徳的感受性の成熟なのかの明確な判断はしがたい。

b. 看護学生における道徳的感受性とSNS利用

看護師養成所2年課程では、道徳的気づき、道徳的責任感において問題認識があるほうが有意に高かった。看護師養成所2年課程は准看護師免許取得後、看護師の資格を取得するために学んでいる。社会人を経験している者、准看護師として勤務経験がある者などそれまでの経験が他の教育課程より多様であることが考えられ、年齢も他の教育課程と比して有意に高かった。これらのことから、看護師養成所2年課程で道徳的感受性が高い者は、臨床場面での経験や社会経験を通じてSNS上の情報倫理に関する認識が高まり、SNS利用の仕方に影響を与えていることが推察される。

大学、短期大学はプロフィール公開の有無と道徳的強さ、看護師養成所3年課程では問題認識の有無と道徳的強さとの間で関連があったが、道徳的気づき、道徳的責任感との間に関連はみられなかった。道徳的強さとは、患者の立場から行為を正当化できる勇気や物事に立ち向かう能力であり、道徳的気づきとは、道徳的価値を含む問題や状況により惹起される道徳的負担に対する感覚、道徳的責任感とは、規則や制度に従って働くための道徳的義務およびその目的を見抜く力、さらには個々の患者の視点から何が道徳的問題なのかを知ることでもあるとされている (前田・小西, 2012, p.33)。したがって、道徳的強さは机上の学習や学生生活で形成される可能性はあるが、道徳的気づき、道徳的責任感とはむしろ社会的経験により培われていく能力と考えられる。大学、短期大学、看護師養成所3年課程の学生では、道徳的強さとSNS利用の仕方との関連はあるが、道徳的負担に対する感覚や責任感とSNS上の情報倫理に関する認識とは結び付きにくいということに関し、2年課程の学生の結果もあわせて考えると、社会経験

の反映ではないかと示唆された。しかし、本研究は教育課程ごとの学生数に差があること、情報倫理に関する質問項目が限られていることから、看護学生の道徳的感受性の違いがSNS利用の仕方に反映しているのかの明確な判断はしがたい。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、教育課程ごとの学生数の差が結果に影響を与えた可能性がある。また、一般的な他の専門課程の学生と比較していないことから、看護学生の特徴を明らかにするには限界がある。さらにITリテラシー教育については教育経験の有無のみの質問であり、教育を受けた時期や具体的な内容についてまでは調査していない。そのため、個人のリテラシーが教育によるものか、その後の生活環境によるものかが不明確であることが本研究の限界である。今後は、入学前のITリテラシー教育の時期や内容、患者情報の取り扱いに対する認識、看護学生以外との違い、入学後の情報倫理教育や実習経験等によって積み上げられていく情報倫理に対する看護学生の特徴を明らかにしていくことが課題である。

結 論

本研究は、看護学生のSNS利用状況、ITリテラシー教育、道徳的感受性の関連を明らかにするために、質問紙調査への回答1,006部を分析した結果、以下の結論が得られた。

1. 看護学生のSNS利用状況は既存の報告と大差なく、SNSへの問題認識はITリテラシー教育経験、SNSの被害経験と関連していた。
2. ITリテラシー教育は学習指導要領における情報モラル教育告示以降の学習が高くなっており、SNSの使い方に影響していた。
3. 道徳的感受性の各教育課程の学年別比較では、高学年になるほど道徳的感受性が高まっており、道徳的感受性と看護学生の成長段階とのかかわりが示唆された。
4. 道徳的感受性は、看護教育課程別に差が認められたが、教育背景や経験によるのか、生活環境によるのかの判断はむずかしく、さらに、SNS利用者が9割以上である状況で関連は明らかにならなかった。

謝 辞

本研究は、A県看護教育研究会の協力のもとに実施いたしました。協力してくださった学校および学生の皆さまに深く感謝いたします。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、平成26年度～平成27年度八戸学院大学短期大学部後援会特別研究助成の助成を受けたものである。

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

目的：看護学生のSNSの利用状況とITリテラシー教育経験および道徳的感受性との関連を明らかにすることを目的とした。

方法：A県内における看護師養成機関10校の在学学生を対象に、質問紙調査を行った。質問内容は、基本属性、SNS利用の実際、ITリテラシー教育の経験、改訂道徳的感受性質問紙日本語版とした。

結果：92.8%がSNSを利用し、82.3%がほぼ毎日利用し、90.0%がLINEを利用し、クラスメイトとの連絡手段に多く利用していた。SNSへの問題認識は42.5%で、ITリテラシー教育経験、SNSの被害経験と関連があった。

結論：ITリテラシー教育は情報モラル教育告示後のSNSの使い方への影響が示唆された。道徳的感受性は、看護教育課程別に差が認められたが、教育背景や経験、生活環境によるのかの判断はむずかしく、また、SNSの使い方との関連も明確にならなかった。

Abstract

This study aimed to clarify the relationships of social networking service (SNS) usage and IT literacy education with moral sensitivity in nursing students. Students from ten nurse-training organizations in a prefecture anonymously answered self-report questionnaires. The question contents included basic attributes, details of SNS usage, experience with IT literacy education, and the revised-Moral Sensitivity Questionnaire Japanese edition. SNS were used by 92.8% of respondents; 82.3% used SNS every day, and 90.0% used LINE, which was the most commonly used tool for communication with classmates. Furthermore, 42.5% of respondents recognized having problems with SNS usage and there were associations between problem recognition and IT literacy education, and between problem recognition and problems caused by SNS. An analysis according to educational course suggested that IT literacy education influenced SNS usage after receiving moral education. Moral sensitivity became higher as students reached higher grades, suggesting a relationship with nursing students' growth stage. Respondents' moral sensitivity differed significantly according to their nursing educational course, but it was difficult to determine if this depended on educational background, experience, or living environment. The association between moral sensitivity and SNS usage remains unclear.

文 献

- Fry, S.T. (1994)／片田範子, 山本あい子 (1998). 看護実践の倫理：倫理的意思決定のためのガイド. 203-210, 東京：日本看護協会出版会.
- 橋本勇人, 品川佳満 (2013). 医療系学生による患者情報に関する事故の概要と対応：教育機関が把握しておくべき法的対応を中心として. 川崎医療短期大学紀要, 33, 49-54.
- ICT総研 (2014). レポート. 2014年度SNS利用動向に関する調査. ICT総研出版部. <http://ictr.co.jp/report/20140821000067.html> (検索日2016年3月12日)
- 看護実践の科学編集部 (2013). SNSによる情報漏えいのリスクを少なくするために必要な取り組みについて. 看護実践の科学, 38(5), 24-27.
- Lutzen, K., Nordin, C., and Brodin, G. (1994). Conceptualization and instrumentation of nurses' moral sensitivity in psychiatric practice. *Int J Methods Psychiatr Res*, 4(4), 241-248.
- 前田樹海, 小西恵美子 (2012). 改訂道徳的感受性質問紙日本語版 (J-MSQ) の開発と検証 (第1報). 日本看護倫理学会誌, 4(1), 32-37.
- 文部科学省 (2008). 「教育の情報化に関する手引」検討案 (第5章 情報モラル教育). 文部科学省「教育の情報化に関する手引」作成検討会 (第4回) 配付資料. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/shotou/056/shiryo/attach/1249674.htm (検索日2016年1月5日)
- 中川典子, 小田初美, 大逸しの江 (2006). A施設における看護師が体験している倫理的問題に関する実態調査. 第37回日本看護学会 (看護管理), 370-372.
- 中村美知子, 石川 操, 西田文子, 伊達久美子, 西田頼子 (2003). 臨床看護師の道徳的感性尺度の信頼性・妥当性の検討. 日本赤十字看護学会誌, 3(1), 49-58.
- 夏目美貴子, 太田勝正 (2013). 臨地実習における学生の患者情報取り扱い上の問題およびその指導法. 看護科学研究, 11, 1-9.
- 日本看護協会 (2003). 看護者の倫理綱領. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/rinri/pdf/rinri.pdf> (検索日2016年12月13日)
- 指方明美, 佐川ひろ子, 上野典子, 湯本美穂, 船木加代, 森 千鶴 (2012). 看護学生の倫理的感受性に影響する要因. 日本看護学

- 教育学会誌, 21(3), 37-47.
- 新村 出(編)(2008). 広辞苑(第六版). 1982, 2973, 東京: 岩波書店.
- 総務省(2011). 次世代ICT社会の実現がもたらす可能性に関する調査研究報告書. 総務省情報通信国際戦略局情報通信経済室. http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/linkdata/h23_05_houkoku.pdf (検索日2013年7月30日).
- 総務省(2014). 平成26年版情報通信白書のポイント(第1部 特集 ICTがもたらす世界規模でのパラダイムシフト: 第4章 ICTの急速な進化がもたらす社会へのインパクト: 第3節 安心・安全なインターネット利用環境の構築. 291-299. <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h26/pdf/index.html> (検索日2016年3月30日).
- 田中浩史(2014). 跡見学園女子大学生のSNS使用状況に関する調査報告と学生が理想とするSNS環境についての研究考察. コミュニケーション文化, 8, 69-81.
- 渡邊多恵子, 磯貝恵美, 田中笑子, 富崎悦子, 恩田陽子, 望月由妃子, 徳竹健太郎, 齋藤希望, 安梅勅江(2012). 高校生の安全なインターネット利用に関連する要因: インターネット利用の実態と共通性. 小児保健研究, 71(1), 38-45.
- 吉岡譲治(2014). SNSにおける個人情報取り扱いガイドブック. 1-18, 東京: 日本看護学校協議会共済会.

〔平成28年6月24日受 付〕
〔平成29年4月11日採用決定〕

— 研究報告 —

卒後2年目看護師のリアリティショック

Reality Shock in Nurses in their Second Year after Graduation

鈴木 洋子
Yoko Suzuki河津 芳子
Yoshiko Kawatsu

キーワード：看護師，リアリティショック，職場

Key Words：nurse, reality shock, workplace

はじめに

卒後2年目看護師（2年目看護師）は、先輩看護師からの計画的かつ直接的な支援・指導が新たに就職した新卒看護師へと代わることで、周囲からは一人前とみなされ、患者援助を一人で任されるようになる。そのため、新卒看護師のような教育支援を受けているという認識はなくなり（松岡，2014），2年目看護師になったことによる状況変化や役割に直面することで、周囲からの期待と現実とにギャップを抱いているように感じた。このような期待と現実とのギャップを、リアリティショックとよぶ（稲葉・井上・鈴木・山下，2010）。リアリティショックは、school to work transitionともよばれ、学校から仕事への移行で生じる現象のことであり、新たに組織へ参入した新入社員が受ける現象であるとされる。リアリティショックは、組織に参入する以前の仕事や組織に関する期待が、参入後に直面する現実との差によって生じる身体・精神の諸症状であり、組織への適応を阻害する要因となり、職務不満足につながる（小川，2004）。

1986年ごろより、病院に就職する新卒看護師が受けるリアリティショックの実態が明らかとなり（内藤・木村・川畑，1986；宗像・及川1986；井部・上泉，1986），Kramer（1974）の理論を基盤に、リアリティショックの内容、発症や回復時期、ショック反応が明らかになった（水田，2004；花岡ら，2006；平賀・布施，2007）。さらに、リアリティショック構造（勝原・ウィリアムソン・尾形，2005；亀岡・舟島，2008）や対処行動（水田・辻・中納・井上・上坂，2006），リアリティショックが職場適応の阻害要因となり（花岡ら，2006），離職へつながる（塚本・舟島，2008）ことも明らかにされている。そして、リアリティショックの回復には、先輩看護師や看護管理者からの直接的な人的支援が深く関連していた（水田，2003）。しかし、人的支援の機会が少ない者は、新たなリアリティ

ショックに直面していることも明らかにされており、リアリティショック未改善群は、職業継続と離職との狭間にいた（瀬川・種田・後藤・高植・清水，2009）。これらの研究成果を背景に、2010年に新人看護職員研修制度が制定され、新卒看護師の1年以内の離職率は減少傾向を示している（日本看護協会，2013）。しかし、2年目看護師は、新卒看護師とは異なる看護実践能力や職場内役割の要求など、新たに加えられた期待があるものの沿えないことに葛藤を抱き（久保寺，2014），業務や責任の拡大への重圧がストレスとなり、看護実践や状況判断の自信のなさが、期待と現実のギャップを抱かせリアリティショックに陥っているおそれがあることが考えられた。従来、リアリティショックは、組織参入前の期待が現実の組織に裏切られた心理現象として、新規組織参入者の現象としてとらえられてきた（Schein，1978/1991）。尾形（2004；2006）や小川（2004；2005）は、リアリティショックを少なく早い段階で回復させ、どう社会化させるかという課題からリアリティショックの概念整理（尾形，2012）を行った結果、リアリティショックが組織参入時の問題だけでなく時間的経過において生じる現象であること、リアリティショックが発症する時間軸・前提要因・構造からリアリティショックの複雑性を明らかにしている。従来の看護研究領域においては、リアリティショックが新卒看護師の現象ととらえられているが、尾形（2012）のリアリティショックの概念を援用すると、2年目看護師のリアリティショックを説明することができる。時間軸では、組織参入後数年経ってから遭遇し、職業的役割や環境の変化により生じるポストエントリーショックに相応する。前提要因には、期待、過信、覚悟をあげており、新卒看護師のときに感じた2年目看護師のイメージにより影響すると考えられることから個々に差があると推察する。構造は、看護師が専門職型のリアリティショックであることが明らかになっている（尾形，2006）ことから相違はないと考える。これらのことから、

2年目看護師のリアリティショックは、新卒看護師とは代わる役割や期待に反して、新卒看護師時代の経験不足や能力不足を実感していること、支援を受けやすい環境でないことで起こる期待と現実のギャップであり、心身に不調をきたすことで（水田，2004），職務遂行能力や離職につながるおそれがあることが考えられた。

3年目以下の若手看護師を対象にした離職に関する研究では、人的支援、労働条件、業務に見合った報酬の提供（能力開発のチャンス・組織公正知覚・評価）、教育的役割、看護管理システム、職場風土などの職場環境要因の改善を課題として報告し、職場環境の整備で職業継続につながる（堀井，2010）ことを明らかにしている。このことは、看護師定着確保の対策として、厚生労働省も掲げている施策の一つである（厚生労働省，2015）。しかし、職場環境の整備に関して具体的な方策を示しておらず、医療施設に委ねている現状であり、その整備は十分とはいえず課題を抱えている状況である。1981年にPartners in Changes社を創立したDana Gaines Robinson（Robinson & Robinson, 2008/2010）の『Performance Consulting』においては、人の行動と成果に影響する要因は個人的な要因だけでなく、職場環境要因などがあり、スキル・知識の習得だけでは変わらない。パフォーマンスが低下している従業員が、成果につながる行動が発揮できない要因を明らかにすることが必要であると提言している。そして、職場環境要因を、役割と期待のわかりやすさ、コーチングや強化、インセンティブ、業務のシステムやプロセス、業務に必要な情報、人材、ツール、ジョブエイドをあげている。

以上のことから、2年目看護師にもリアリティショックは存在し、リアリティショックは職場環境要因に関連があり、離職の原因になり得る。従来のリアリティショックに関する研究は対象が新卒看護師であったことから、2年目看護師に適用しうるリアリティショックは見当たらない。そこで本調査においては、先行研究の概観より新卒看護師のリアリティショックの克服が不明瞭であることから新卒看護師からのリアリティショックが継続しているおそれがあること、さらに、事前調査として2年目看護師が直面している現状や思いを聴取した結果より、新卒看護師のリアリティショック因子と共通する点がみられることから、平賀・布施（2007）のリアリティショック構成因子を適用することとした。また、Robinson & Robinson（2008/2010）の職場環境要因の内容に類似する若手看護師の退職の予測要因（渡邊・荒木・清水・鈴木，2011）で作成された教育状況、職場役割、物的環境、勤務状況に、新たに処遇を追加した。2年目看護師のリアリティショックと職場環境の関連を把握することは、2年目看護師が直面している看護実践や職場内役割に関するリアリティショックが明らかに

なると同時に、職場環境の改善により2年目看護師のリアリティショックを低減することや離職予防につながる事が期待できる。

I. 目的

卒後2年目看護師のリアリティショックと職場環境要因との関連を記述することを目的とした。

II. 研究方法

1. 用語の定義

卒後2年目看護師：看護師免許取得後に初めて就職した病院で2年目を迎えた看護師とする。

リアリティショック：組織参入数年後の役割や環境変化（尾形，2012）により予期せぬ苦痛や不快さを伴う現実に出くわして、身体的・心理的・社会的にさまざまなショック反応（宗像・及川，1986）を表す現象とする。

2. 対象

首都圏（東京・神奈川・千葉・埼玉）、中京・近畿圏（愛知・大阪・京都・兵庫・滋賀・奈良・三重・和歌山）にある病床数200床以上の施設で勤務する卒後2年目看護師。

3. 期間

2015年5月11日から2015年7月31日。

4. 収集方法

日本病院会一覧から無作為に抽出した176施設に配布した。卒後2年目看護師への質問紙配布は、看護部長ならびに所属長に一任し、配布する質問紙には密封できる封筒を添付した。回収方法は、個人による郵送法とし、質問紙の提出をもって同意とした。

5. 内容

(1) 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショック構成因子（平賀・布施，2007）

質問内容は、〈職場の人間関係〉17項目、〈看護実践能力〉14項目、〈身体的要因〉11項目、〈精神的要因〉5項目、〈業務の多忙さと待遇〉6項目、〈仕事のやりがい、楽しさ〉2項目、〈業務への責任感〉4項目、〈患者の死に関する対応〉3項目で構成され、回答は「ギャップがあるまたは感じる：5点」～「ギャップはなしまたは感じない：1点」の5段階評価で、点数が高いほどリアリティショックを感じているとした。なお、使用に際して、開発者へ電話にて使用許可を得た。

(2) 職場環境要因

若手看護師の退職の予測要因（渡邊ら，2011）の教育状況，職場役割，物的環境，勤務状況を参考にした。さらに，処遇に関する項目を追加して自作した。

職場役割は，経験の有無について2択，教育体制，物理的状況，勤務体制，処遇は，〔十分・まあまあ十分・やや不十分・不十分〕の4択，または〔多い・ふつう・少ない〕の3択で回答してもらった。勤務回数などの項目は数値を記入してもらった。

(3) 基本属性

年齢，看護基礎教育最終学歴，所有免許種類，社会人経験の有無，病棟種類，勤務体制，病棟希望配置の有無，プリセプターの有無，院内教育回数についてとした。

(4) 離職意向

現在，勤務している施設の離職意向について，〔継続・今年度に離職・来年度に離職・数年以内に離職・不明〕で回答してもらった。

6. 分析方法

リアリティショック質問内容の記述統計と因子分析を行った。さらに，リアリティショック構成因子と職場環境要因，離職の関連を検討するため，職場環境要因を2群または3群に分類し，群間の比較をMann-Whitney検定，Kruskal-Wallis検定にて行った。多重比較検定には，Steel-Dwass法を用いた。

Ⅲ. 倫理的配慮

本調査は，目白大学倫理委員会の承認後に開始とした（承認番号：15研－010）。質問紙協力者には調査依頼文書のなかで，研究目的・調査協力に対する自由意思，回答内容の守秘を説明し，調査用紙の回答をもって調査協力の同意が得られたものとした。調査票は，無記名とし研究参加者の個人情報保護に努めた。質問紙には密封できる封筒を添付した。回収は，個人による郵送法とした。

Ⅳ. 結 果

質問紙配布数は872部で，返送された質問紙272部（回収率31.2%）のうち，リアリティショック質問内容の回答に半数以上の欠損があった2名を除いた270名（有効回答率31.0%）を分析対象とした。

1. 対象者の基本属性

対象者の基本属性を表1に示す。対象者の年代は20代が最も多く231名（85.6%），看護基礎教育は3年制専門学校

表1 対象者の基本属性

		(n = 270)	
	項目	度数	%
年代	20代	231	85.6
	30代	24	8.9
	40代	11	4.1
	50代	1	0.4
	不明	3	1.0
看護基礎教育	4年制大学	85	31.5
	3年制短期大学	9	3.3
	3年制専門学校	140	51.9
	学校2年制専門	16	5.9
	その他	19	7.0
	不明	1	0.4
取得免許	保健師	66	24.4
	助産師	5	1.9
	看護師	187	69.3
	准看護師	3	1.1
	保健師・助産師	8	3.0
	不明	1	0.2
所属病棟	救命救急	11	4.1
	急性期一般病棟	19	7.0
	慢性期一般病棟	182	67.4
	ICU系	36	13.3
	その他	22	8.2
所属部署の希望有無	希望	201	74.4
	その他の病棟を希望	57	21.1
	不明	12	4.5
新卒看護師教育体制	プリセプター制	238	88.1
	プリセプター制＋チーム制	6	2.2
	チーム制	20	7.4
	不明	1	0.4
	その他	5	1.9

140名（51.9%）であった。取得免許は看護師187名（69.3%）であり，所属病棟は慢性期一般病棟が182名（67.4%），所属している部署は希望どおりの者が201名（74.4%）であった。新人看護師時代の教育体制は，プリセプター制度が238名（88.1%）であった。

2. 卒後2年目看護師のリアリティショック因子分析

卒後3ヶ月看護師の調査で使用されたリアリティショック構成因子（平賀・布施，2007）と同様に因子分析を行ったが，同様の結果は得られなかった。複数の因子分析手法を行い，内容の内的整合性と信頼度から，最尤法・プロマックス回転を採用した。因子負荷量.4未満の項目を除外し，28項目からなる6因子が抽出された。KMO標本妥当性は.87であり，信頼係数（Cronbachの α 係数）は，全因子：.91，第1因子：.88，第2因子：.85，第3因子：.77，第4因子：.83，第5因子：.73，第6因子：.79であった（表2）。

第1因子は，「先輩看護師に対して不信感がある」「先輩看護師とかかわりにくい」などの9項目から，『先輩看護師の支援不足』と命名した。第2因子は，「孤独感を感じ

たり、自分の殻に閉じこもりたくなる」「精神的な落ち込みを感じる」などの6項目から、『精神的負担』と命名した。第3因子は、「胃部症状がある」「食欲不振がある」などの4項目から、『身体的負担』と命名した。第4因子は、「死に行く患者への対応ができない」「患者の死後の処置ができない」などの3項目から、『死にゆく患者の処置』と命名した。第5因子は、「業務量が多く仕事が忙しい」「患者数に対する看護師の数が足りない」などの3項目から、『1人当たりの業務量の負荷』と命名した。第6因子は、「仕事に対して楽しさを感じない」「仕事に対してやりがいを感じない」などの3項目から、『モチベーション低下』と命名した。2年目看護師リアリティショックは、第5因子『1人当たりの業務量負荷』が最も高く、次いで第2因子『精神的負担』であった(表3)。

者数に対する看護師の数が足りない」などの3項目から、『1人当たりの業務量の負荷』と命名した。第6因子は、『モチベーション低下』と命名した。2年目看護師リアリティショックは、第5因子『1人当たりの業務量負荷』が最も高く、次いで第2因子『精神的負担』であった(表3)。

表2 卒後2年目看護師のリアリティショック構成因子

($n = 270$)

因子名 (Cronbachの α 係数) および質問項目	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
第1因子 『先輩看護師の支援不足』 ($\alpha = .88$)						
11. 先輩看護師に対して不信感がある	.867	-.118	.142	-.076	.022	-.018
12. 先輩看護師と関わりにくい	.832	-.041	.021	.051	.002	.026
53. 先輩看護師に処置やケアについて聞きにくい	.712	-.026	-.067	.147	.035	-.091
25. プリセプターとの関係の薄さからプリセプターに聞きにくい	.639	.062	.032	.030	.086	-.130
35. 先輩看護師との関係の悪化が気になり、意見が言いえない	.548	.211	-.065	.026	-.043	.099
46. 上司との人間関係がうまくいかない	.545	.292	-.034	-.033	-.041	.050
39. 自分の行った看護が同僚や先輩看護師から認められない	.519	.284	-.062	-.006	-.084	.022
1. 先輩看護師は学ばせようとする努力や必要な援助をしてくれない	.501	-.205	.001	-.129	-.023	.153
16. 良い新人教育をしてもらえない	.499	-.101	.090	-.024	.094	.218
第2因子 『精神的負担』 ($\alpha = .85$)						
37. 孤独感を感じたり、自分の殻に閉じこもりたくなる	.112	.806	.054	-.088	-.087	-.121
27. 精神的な落ち込みを感じる	-.037	.766	.058	-.082	.153	.045
23. 自己否定的な気持ちがある	-.138	.733	.162	-.010	-.014	.068
28. 焦りを感じる	-.063	.707	.077	-.010	.074	.016
34. 患者の全体像やニーズの把握ができず、アセスメント能力が不足している	-.002	.437	-.068	.220	.019	.142
55. 看護実践能力や問題解決能力が不足している	.049	.436	-.184	.220	-.011	.076
第3因子 『身体的負担』 ($\alpha = .77$)						
10. 胃部症状がある	.052	.003	.853	.004	-.001	-.072
14. 食欲不振がある	-.026	.043	.673	.058	-.030	.055
9. 頭痛がある	-.046	.069	.631	-.032	-.060	.066
19. 便秘または下痢がある	.105	.081	.542	.034	-.010	-.121
第4因子 『死にゆく患者の処置』 ($\alpha = .83$)						
51. 死に行く患者への対応ができない	-.017	.085	.053	.835	.030	-.088
6. 患者の死後の処置ができない	.019	-.121	.033	.798	-.069	.019
18. 患者死亡時の家族への対応ができない	-.020	.021	-.020	.786	.020	.003
第5因子 『1人当たりの業務量負荷』 ($\alpha = .73$)						
20. 業務量が多く仕事が忙しい	.060	.041	-.155	-.092	.980	-.111
52. 患者数に対する看護師の数が足りない	-.007	.117	.044	-.036	.575	.006
60. 患者とじっくり話したり、時間をかけて関われない	-.037	-.131	.121	.230	.518	.167
第6因子 『モチベーション低下』 ($\alpha = .79$)						
29. 仕事に対して楽しさを感じない	.012	.046	.045	-.048	.106	.842
61. 仕事に対してやりがいを感じない	.156	.016	.029	-.005	-.012	.666
4. 学習への意欲がない	.128	.101	-.164	.009	-.172	.496

[注] 因子抽出法：最尤法。回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法。a. 6回の反復で回転が収束。

表3 卒後2年目看護師リアリティショックの各因子平均得点

因子	第1因子 『先輩看護師の 支援不足』	第2因子 『精神的負担』	第3因子 『身体的負担』	第4因子 『死にゆく患者の 処置』	第5因子 『1人当たりの 業務負荷』	第6因子 『モチベーション 低下』
$M (\pm SD)$	2.43 (0.80)	3.32 (0.85)	2.25 (1.05)	3.28 (1.16)	3.66 (0.96)	2.81 (0.89)

3. 卒後2年目看護師リアリティショック構成因子と職場環境要因の関連

職場環境要因の教育体制、職場役割、物理的状況、勤務体制、処遇の回答の違いにおける群間と、2年目看護師のリアリティショックの関連を検定するため、Mann-Whitney検定またはKruskal-Wallis検定を行った。職場環境要因の質問項目によっては回答方法が異なり、〔十分・不十分〕〔多い・少ない〕〔平均値による分類〕で2群または3群に分けられた。その結果、職場環境要因の教育体制、物理的状況、勤務体制、処遇において、〔不十分〕や〔少ない〕と回答している群において有意差を認めた。すなわち、職場環境要因を否定的に回答している者ほど、リアリティショックを感じていた（表4）。

(1) 教育体制

教育体制のうち有意差のあった項目は、院内研修認知、院内研修回数、病棟勉強会認知、職場教育であった。

院内研修認知では、院内研修を〔知らない群〕と〔知っている群〕において、〔知らない群〕が『精神的負担』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。院内研修回数では、院内研修回数が〔7回以下群〕と〔8回以上群〕において、〔7回以下の群〕が『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。病棟内勉強会認知では、病棟勉強会を〔知らない群〕と〔知っている群〕において、〔知らない群〕が『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。職場教育では、職場教育が〔十分群〕と〔不十分群〕において、〔不十分群〕が『先輩看護師の支援不足』『精神的負担』『身体的負担』のリアリティショックを感じていた。

(2) 職場役割

職場役割とリアリティショックには、有意差が認められる項目はなかった。

(3) 物理的状況

物理的状況のうち有意差のあった項目は、物品、設備、空間、日勤休憩場所、夜勤休憩場所であった。物品では、物品が〔十分群〕と〔不十分群〕において、〔不十分群〕が『先輩看護師の支援不足』『精神的負担』『身体的負担』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。設備では、設備が〔十分群〕と〔不十分群〕において、〔不十分群〕が『先輩看護師の支援不足』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。空間では、空間が〔十分群〕と〔不十分群〕において、〔不十分群〕が『先輩看護師の支援不足』『精神的負担』『身体的負担』『1人当たりの業務量負荷』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。日勤休憩場所では、日勤休憩場所が〔十分群〕と〔不十分群〕において、〔不十分群〕が『先輩看護師の支援不足』『精神的負担』『身体的負

担』『1人当たりの業務量負荷』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。夜勤休憩場所では、夜勤休憩場所が〔十分群〕と〔不十分群〕において、〔不十分群〕が『先輩看護師の支援不足』『1人当たりの業務量負荷』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。

(4) 勤務体制

勤務体制のうち有意差のあった項目は、日勤受け持ち患者人数、夜勤受け持ち患者人数、夜勤回数、超過勤務時間であった。

日勤受け持ち患者人数では、日勤受け持ち患者人数が〔7人以下群〕と〔8人以上群〕において、〔7人以下の群〕が『死にゆく患者の処置』のリアリティショックを感じていた。夜勤受け持ち患者人数では、夜勤受け持ち患者人数が〔15人以下群〕と〔16人以上群〕において、〔16人以上の群〕が『身体的負担』のリアリティショックを感じていた。

夜勤回数では、夜勤回数が〔少ない群〕と〔多い群〕において、〔多い群〕が『1人当たりの業務量負荷』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。超過勤務では、超過勤務時間が〔少ない群〕と〔多い群〕において、〔多い群〕が『1人当たりの業務量負荷』のリアリティショックを感じていた。

(5) 処遇

処遇のうち有意差のあった項目は、勤務の融通、年休取得率、給与であった。

勤務の融通では、勤務の融通が〔利きやすい群〕と〔場合による群〕と〔利きにくい群〕において、すべてのリアリティショックを感じていた。Steel-Dwass法により、勤務の融通が〔利きやすい群〕と〔場合による群〕においては、有意差を認めなかった。勤務の融通が〔利きやすい群〕と〔利きにくい群〕においては、〔利きにくい群〕がすべてのリアリティショックを感じていた。勤務の融通が〔場合による群〕と〔利きにくい群〕においては、〔利きにくい群〕が『先輩看護師の支援不足』『1人当たりの業務量負荷』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。年休取得率では、年休取得率が〔50%以下群〕と〔51%以上群〕と〔不明群〕において、『身体的負担』『1人当たりの業務量負荷』のリアリティショックを感じていた。Steel-Dwass法により、年休取得率が〔50%以下群〕と〔51%以上群〕においては、〔50%以下群〕が『身体的負担』『1人当たりの業務量負荷』のリアリティショックを感じていた。年休取得率が〔50%以下群〕と〔不明群〕においては、〔50%以下群〕が『先輩看護師の支援不足』『身体的負担』『1人当たりの業務量負荷』のリアリティショックを感じていた。年休取得率が〔51%以上群〕と〔不明群〕においては、有意差を認めなかった。給与では、

卒後2年目看護師のリアリティショック

表4 卒後2年目看護師リアリティショック構成因子と職場環境要因

($n = 270$) (但し、院内研修： $n = 174$ 勉強会数： $n = 198$)

職場環境 要因	項目	度数	第1因子： 先輩看護師の支援不足			第2因子： 精神的負担			第3因子： 身体的負担			第4因子： 死にゆく患者の処置			第5因子： 1人当たりの業務負荷			第6因子： モチベーション低下		
			中央値	平均	ランク 有意確率	中央値	平均	ランク 有意確率	中央値	平均	ランク 有意確率	中央値	平均	ランク 有意確率	中央値	平均	ランク 有意確率	中央値	平均	ランク 有意確率
教育体制	あり	118	21.0	129.1		20.0	131.3		9.0	136.8		10.0	128.7		11.0	121.1		9.0	127.5	
	プリセプターなし	141	21.5	136.8		20.0	133.8		8.0	129.7		10.0	135.3		12.0	144.3		8.5	136.6	
	不明	11	27.0	157.1		22.5	177.3		11.0	169.8		11.0	156.8		11.5	143.2		11.0	184.8	
	院内研修認知知らない	94	21.0	141.6		21.0	149.6 *		9.5	142.2		10.0	140.5		11.0	136.2		9.0	148.4 *	
	知っている	174	21.0	132.3		19.5	128.0		8.0	131.9		10.0	131.3		11.0	135.1		8.0	128.6	
	院内研修回数2回未満	60	21.0	48.9		21.0	48.3		8.0	46.4		9.0	49.7		11.0	50.6		8.0	50.8	
	2回以上	34	21.5	45.0		21.0	46.0		8.0	49.5		8.5	42.3		11.0	42.1		6.5	41.7	
	不明	80																		
	院内研修回数7回以下	66	22.0	51.1		19.0	53.2		9.0	50.6		11.0	51.2		12.0	53.0		9.0	54.9 *	
	8回以上	34	19.5	49.3		18.0	45.2		8.0	50.4		10.5	47.6		11.0	45.6		8.0	42.1	
	不明	70																		
	病棟勉強会認知知らない	72	22.0	144.1		21.0	147.8		9.0	132.1		10.0	130.5		11.0	139.2		9.0	153.2 *	
	知っている	198	21.0	132.4		20.0	131.0		8.0	136.7		10.0	136.0		11.0	134.2		8.0	129.1	
	病棟勉強会回数1回以下	94	21.0	70.0		20.0	67.2		8.0	67.6		10.0	69.1		12.0	71.6		8.0	72.2	
	2回以上	45	21.0	70.0		21.0	75.8		8.5	75.0		10.0	70.3		11.0	66.7		7.5	65.4	
不明	59																			
職場役割	病棟勉強会回数8回以下	42	22.0	38.6		21.0	41.3		8.0	36.8		10.5	40.6		11.5	39.9		9.0	41.6	
	9回以上	38	23.5	42.6		19.0	39.7		10.0	44.6		10.5	40.4		11.0	41.1		9.0	39.2	
	不明	118																		
	十分	222	20.0	122.1		20.0	127.2		8.0	129.5		10.0	131.4		11.0	131.9		8.0	125.3	
	不十分	48	28.0	194.3 ***		22.0	170.8 ***		10.0	160.6 *		10.0	146.4		11.0	149.2		10.0	179.5 ***	
	プリセプター経験あり	7	24.0	156.3		19.0	114.6		11.0	185.6		11.0	157.3		12.0	148.0		8.0	120.2	
	なし	261	21.0	133.9		21.0	135.0		8.0	133.1		10.0	132.9		11.0	134.1		9.0	134.9	
	無回答	2																		
	教育係経験あり	11	16.0	93.2		19.0	114.0		10.0	163.0		10.0	144.8		11.0	144.0		6.0	90.3	
	なし	257	21.0	136.3		21.0	135.4		8.0	133.3		10.0	133.0		11.0	134.1		9.0	136.4	
	無回答	2																		
	委員会経験あり	83	21.0	133.2		21.0	137.7		8.0	135.9		10.0	137.1		12.0	146.3		9.0	141.2	
	なし	185	21.0	135.1		20.0	133.1		9.0	133.9		10.0	131.9		11.0	129.2		9.0	131.5	
	無回答	2																		
	勤務リーダー経験あり	17	18.0	133.0		22.0	147.9		8.0	149.4		10.0	134.9		12.0	135.2		9.0	135.5	
なし	252	21.0	135.1		20.0	134.1		9.0	134.0		10.0	133.9		11.0	135.0		9.0	135.0		
無回答	1																			
物理的状況	物品十分	191	20.0	122.8		20.0	126.8		8.0	126.9		10.0	135.1		11.0	133.4		8.0	124.7	
	不十分	78	25.0	164.9 ***		22.0	155.0 **		10.0	154.9 **		10.0	131.4		12.0	139.0		9.0	160.3 **	
	無回答	1																		
	設備十分	179	20.0	125.0		20.0	129.3		8.0	129.0		10.0	136.0		11.0	130.5		8.0	126.1	
	不十分	90	23.0	155.0 *		21.0	146.3		9.0	146.9		10.0	130.1		12.0	144.0		9.0	152.8 *	
	無回答	1																		
	空間十分	170	19.0	123.0		19.0	125.2		8.0	128.2		10.0	134.6		11.0	126.3		8.0	128.0	
	不十分	100	23.0	156.7 **		22.0	153.1 **		10.0	148.0 *		10.0	134.3		12.0	151.2 *		9.0	148.3 *	
	無回答	1																		
勤務体制	日勤休憩場所十分	180	20.0	123.8		19.0	123.9		8.0	127.5		10.0	130.1		11.0	122.8		8.0	128.2	
	不十分	69	23.0	157.7 **		22.0	157.4 **		10.0	150.1 *		10.0	141.9		12.0	159.8 ***		9.0	148.7 *	
	無回答	1																		
	夜勤休憩場所十分	188	20.0	121.4		20.0	125.2		8.0	128.5		10.0	126.5		11.0	119.4		8.0	124.3	
	不十分	72	24.5	154.3 **		21.0	144.3		9.5	135.9		10.0	139.0		12.0	159.5 ***		9.0	146.8 *	
	無回答	10																		
	勤務体制2交代	207	22.0	137.5		20.0	132.8		8.0	133.8		10.0	131.2		11.5	136.2		9.0	135.5	
	3交代	47	20.0	130.0		22.0	146.5		8.0	128.0		11.0	144.7		11.0	136.3		8.0	130.0	
	日勤専従その他	4	21.5	147.4		20.0	129.5		11.0	167.4		12.0	166.4		11.0	112.0		9.5	144.1	
7人以上	147	21.0	126.4		20.0	123.6		8.0	117.9		11.0	134.7 **		11.0	120.3		9.0	126.8		
勤務体制	日勤受け持ち患者人数8人以下	101	21.0	121.7		21.0	125.8		10.0	134.1		9.0	108.2		12.0	130.6		9.0	121.1	
	無回答	22																		
	夜勤受け持ち患者人数15人以下	131	21.0	118.2		19.0	111.9		8.0	106.2		10.0	119.3		11.0	110.2		8.0	112.9	
	16人以上	98	20.0	110.8		21.0	119.2		10.0	126.8 *		9.0	108.1		12.0	121.4		9.0	117.9	
	無回答	41																		
	夜勤回数少ない	113	21.5	121.9		20.0	113.7		8.0	113.4		10.5	125.0		11.0	104.1		8.0	112.0	
	多い	129	20.5	121.2		21.0	128.3		9.0	128.6		10.0	116.6		12.0	136.7 ***		9.0	129.8 *	
	無回答	28																		
	超過勤務時間少ない	74	19.0	122.4		19.0	122.2		8.0	126.2		10.0	130.4		9.0	75.7		8.0	119.3	
多い	193	22.0	138.5		21.0	138.5		9.0	137.0		10.0	134.0		12.0	156.3 ***		9.0	139.7		
無回答	3																			
処遇	勤務の融通利きやすい場合による	84	20.0	122.6		20.0	128.3		7.0	116.9		10.0	119.4		10.0	106.2		7.0	117.1	
	利きにくい	150	20.5	129.3		20.0	133.1		9.0	137.2		10.0	136.2		11.0	136.5		9.0	135.8	
	無回答	3	25.0	184.2		22.0	152.9		11.0	163.0		12.0	153.3		14.0	193.4		9.0	168.7	
	年休消化率0-50%	102	22.0	142.3 *		21.0	136.4		10.0	149.8		10.0	128.4		12.0	152.0		9.0	145.0	
	51-100%	68	21.5	133.3		20.0	128.5		8.0	124.2		10.0	134.5		10.5	114.9		8.0	124.8	
	不明	94	19.0	121.3		19.5	131.2		8.0	119.8		10.0	132.8		11.0	124.0		8.0	124.5	
	無回答	4																		
	給与多い	9	18.0	107.4		22.0	144.2		8.0	115.9		7.0	88.8		9.0	97.2		7.0	90.7	
	ふつう	118	20.0	123.8		19.0	126.2		9.0	137.7		10.0	131.4		11.0	119.3		8.0	126.5	
少ない	140	24.0	144.3		21.0	139.9		8.0	132.1		10.0	137.2		12.0	148.8		9.0	143.1		
無回答	3																			

[注] Mann-Whitney検定またはKruskal-Wallis検定。多重比較：Steel-Dwass法，*： $p<.05$ ，**： $p<.01$ ，***： $p<.001$ 。

表5 卒後2年目看護師リアリティショック構成因子と離職意向

(n = 270)

	度数	第1因子： 先輩看護師の支援不足			第2因子： 精神的負担			第3因子： 身体的負担			第4因子： 死にゆく患者の処置			第5因子： 1人当たりの業務負担			第6因子： モチベーション低下		
		中央値	平均 ランク	有意 確率	中央値	平均 ランク	有意 確率	中央値	平均 ランク	有意 確率	中央値	平均 ランク	有意 確率	中央値	平均 ランク	有意 確率	中央値	平均 ランク	有意 確率
継続	129	19.5	120.2	*** **	19.0	125.2	* *	8.0	122.1	*** **	10.0	134.2	*	11.0	123.5	** *	8.0	117.9	*** **
離職予定	96	25.0	158.6	]	21.0	148.7	*]	10.0	156.9	]	9.5	128.6	*	12.0	150.5	]	10.0	162.8	]
不明	42	25.0	160.8	]	23.0	185.8	]	7.0	101.3	]	14.0	201.5	]	14.0	222.7	]	9.0	157.3	]
無回答	3																		

[注] Mann-Whitney検定またはKruskal-Wallis検定。多重比較：Steel-Dwass法，*： $p < .05$ ，**： $p < .01$ ，***： $p < .001$ 。

給与が「多い群」と「ふつう群」と「少ない群」において、『先輩看護師の支援不足』『死にゆく患者の処置』『1人当たりの業務量負担』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。Steel-Dwass法により、給与が「多い群」と「ふつう群」においては、有意差を認めなかった。給与が「多い群」と「少ない群」においては、「少ない群」が『先輩看護師の支援不足』『死にゆく患者の処置』『1人当たりの業務量負担』『モチベーション低下』のリアリティショックを感じていた。給与が「ふつう群」と「少ない群」においては、「少ない群」が『先輩看護師の支援不足』『1人当たりの業務量負担』のリアリティショックを感じていた。

4. 卒後2年目看護師のリアリティショック構成因子と離職意向との関連

離職意向を「継続群」「不明群」、その他の回答を「離職予定群」に分類し、Kruskal-Wallis検定を行った。その結果、『死にゆく患者の処置』以外のすべてのリアリティショックが有意差を認めた(表5)。Steel-Dwass法により、「離職予定群」と「継続群」においては、「離職予定群」が『死にゆく患者の処置』以外のすべてのリアリティショックを感じていた。また、「継続群」と「不明群」においては、「不明群」が『身体的負担』以外のリアリティショックを感じており、「継続群」は『身体的負担』のリアリティショックを感じていた。さらに、「離職予定群」と「不明群」においては、「不明群」が『精神的負担』『死にゆく患者の処置』のリアリティショックを感じていた。

V. 考 察

1. 卒後2年目看護師のリアリティショック

本調査で明らかになった卒後2年目看護師のリアリティショックには、『先輩看護師の支援不足』『精神的負担』『身体的負担』『死にゆく患者の処置』『1人当たりの業務量の負担』『モチベーション低下』が抽出され、新卒看護師のリアリティショック(勝原ら, 2005; 花岡ら, 2006; 平賀・布施, 2007; 水田, 2003)に類似する内容が含まれ

た。たとえば、先輩看護師に関する内容のリアリティショックにおいては、新卒看護師時代に職場の人間関係の調整により、リアリティショックを改善する(水田, 2004)と報告されている。しかし、2年目看護師にも先輩看護師に関するリアリティショックが存在した。その理由として、水田(2003)を含め、その他、職場の人間関係に関するリアリティショックに関する研究(亀岡・舟島, 2008; 平賀・布施, 2007)においても、同僚、上司、先輩や同期などが混在し、具体的に何を指しているのか整理できていないため、課題が残る。いずれの研究においても、調査が2000年から2011年に報告されたものであり、新人看護職員研修制度が確立された現在、新卒看護師が先輩看護師に関するリアリティショックをどれだけ感じているのかは定かではない。もしくは、先輩看護師からの支援的なかかわりの確立により、新卒看護師には先輩看護師に関するリアリティショックは受けず、2年目看護師になって初めて受けるリアリティショックであることも考えられる。

反対に、看護実践能力に関するリアリティショックは、2年目看護師には抽出されなかった。新卒看護師の看護技術習得に関しては、未習得技術などの課題が残る一方で(野口・當日・金正・竹内・小笠, 2011)、習得技術のバラツキを改善するため教育体制の再構築の取り組み(栗山ら, 2014)により、部署ごとのOJTが確立し職場で要求される看護技術を習得している結果であるといえる。しかし、2年目看護師は即戦力の1人とカウントされ役割が拡大することで『1人当たりの業務量負担』となり、期待されている役割に応えられない現実と直面することで『モチベーション低下』となる。これは、2年目看護師が、周囲からの期待に応えられず、看護実践能力の未熟さを自覚したゆえであると考えられる。そうすると、2年目看護師の看護実践能力に関するリアリティショックが抽出されなかったことは疑問が残る。しかし、本調査で使ったリアリティショックの質問内容は、卒後3目を対象にした構成因子を使用したため、新卒看護師と2年目看護師が担う看護実践が根本的に相違している可能性も考えられる。いずれにしても、看護師が就職後に受けるリアリティショックを縦断的に追跡する必要があるといえる。しかしながら、本調査

は、リアリティショックが新規参入者の現象ではないという尾形（2012）の概念を支持する結果となり、従来とえられてきたリアリティショックは、新卒看護師の現象に留まらず、2年目看護師にも起こり得る現象であることがわかった。

2. 卒後2年目看護師の職場環境

本調査では、2年目看護師のリアリティショックに関連する職場環境要因は、若手看護師の退職の予測要因（渡邊ら、2011）で示される教育体制、物理的状況、勤務体制と新たに追加した処遇であることがわかった。

教育体制では、職場教育を不十分と感じている者ほどリアリティショックを感じていた。新人看護職員研修制度の教育・支援方法には、集合教育や院外教育に併用してOJTがあり、OJTがその大半を占めている（上泉ら、2009）。OJTは、①見せる、②説明する、③行う、④チェックする相互行為であり、タイムリーな教育・支援である。3年目以下の看護師を対象にした職場適応構造に関する研究においては（神島・中村・須田・平尾・三浦、2009）、タイムリーなかわりこそが、職場環境の適応に有効であることが示されている。また、リアリティショックの回復を妨げる要因（水田、2003）には、不安感、不調和、自尊感情の低下やゆとりのなさがあげられ、2年目看護師に求められる役割や周囲からの期待は不安感を抱かせ、新卒看護師時代とは交わってしまった先輩看護師からの支援的なかわりの欠如に戸惑いを感じ、承認が得られないことで自尊感情の低下につながっているおそれがある。これらの職場環境は、リアリティショックの回復を阻害するばかりでなく、悪化させてしまう危険性もある。若年就業者のキャリア発達と職場構成員との関係性（正木・岡田、2011）においては、若年就業者が影響を受けた相手は直属の上司・先輩であり、仕事をするうえで必要な資源としてとらえられている。2年目看護師が、求められる役割や周囲からの期待に応えるには先輩看護師からの教育的な支援が課題遂行の助けとなる。その成功体験こそが、リアリティショックによる不安感や不調和を調整し、リアリティショックの改善になりうると考えられる。

物理的状況では、物品、空間、休憩場所に関してリアリティショックを感じていた。1～5年目を対象にした離職に関する渡邊・荒木田・鈴木（2010）、渡邊ら（2011）の研究では、話しやすい環境づくり、休息の確保、個人的要因に配慮した学習環境の整備が課題となっている。2年目看護師は、周囲からの期待や要求に応じて、最大限の知識・技術をもって患者ケアを模索し提供することとなるが、病棟内の物品を効果的に活用できていないことによる不甲斐なさ、もしくは、重症患者の集中管理に必要な医療

機器類に不慣れであるがゆえ、安全管理上の不安と緊張を抱えていることが考えられる。そして、このような状況に直面しても、すぐに先輩看護師の支援が受けられないため、戸惑い、不安や自己能力の低さに対して自己否定に陥っていると考える。それが、『精神的負担』『身体的負担』のリアリティショックの由来となるのであろう。このような状況で、2年目看護師が休息できる空間や場所がないことは、休息や学習環境の確保が困難となり、職務遂行能力の低下やバーンアウトが離職につながっていくのだといえる。

勤務体制では、勤務体制を否定的にとらえている者ほど、リアリティショックを感じていたが、日勤受け持ち患者7人以下群において、『死にゆく患者の処置』のリアリティショックを感じていた。その理由として、患者1人当たりにより費やすケア時間や質の違いによって、担当患者の死に対する衝撃が大きくなり、リアリティショックになるのかもしれない。

今回の調査で新たに加えた処遇では、勤務の融通と年休消化率の取得に関して、否定的にとらえている者ほどリアリティショックを感じていた。その理由としては、2年目看護師取り巻く職場環境それぞれに、『精神的負担』『身体的負担』のリアリティショックを感じているということ、勤務や年休取得の希望を積極的に取得できないことや十分な休息を得られないことが、心身の負担につながるであろう。インシデントやヒヤリハットなど、そうしたマイナスイ体験のおそれがあることを指摘した研究（荒川・叶谷・佐藤、2010）でも、勤務体制や精神・身体のQOLと関連が示されている。つまり、職務遂行能力の低下や離職を誘発する契機になるといえる。

これら職場環境要因を改善することは、2年目看護師のリアリティショックが改善し職務遂行能力の向上が期待できる。作間・藤垣・加納（2007）は、「2年目看護師は、責任ある立場を任せられプレッシャーを感じる反面、先輩や上司からの信頼を感じたり、自分の努力がきちんと評価されたりすることが、自分の励みになる」と述べているように、新卒看護師とは違うリアリティショックに直面していても、適切なフィードバックや、先輩看護師とのコミュニケーションを通じた適切な患者割り当てにより組織コミットメントを高め（Phillips, C., Esterman, A., & Kenny, 2015）、2年目看護師の職業継続が期待できるといえる。

3. 卒後2年目看護師のリアリティショックと離職

2年目看護師のリアリティショックは職場環境と関連を示し、リアリティショックを感じている者ほど離職願望を抱いていた。離職に関連する職場環境要因は、職場教育・先輩看護師の支援など教育的支援、職場の人間関係・他者

からの指摘などの人的環境、病床数（山口・池田・武藤・成田，2013）・空間・職場役割などの病棟環境（塚本・舟島，2007；加藤・尾崎，2010），勤務や報酬などの待遇や承認行動（能美・水野・小澤，2010）があげられる。これらの要因が，離職に直結するのではなく，これらの要因を契機に，リアリティショックやストレスを受けバーンアウト（三輪・志自岐・習田，2010）し，業務遂行能力の低下（斎藤・村松・吉嶺・真島，2012），職務不満足（加藤・尾崎，2010）や組織コミットメントの低下（島原・中西，2008；難波・矢嶋・二宮・高井，2009）となり離職につながる。若手看護師や新人看護師を対象にした職場環境要因に関する研究においても，人的環境，話し合う場と職場教育の欠如（渡邊ら，2011）や，仕事充実感，組織公正知覚と仕事量・給与評価（能美ら，2010）が，離職願望や組織コミットメントに影響することが明らかになっている。本調査においても，職場環境要因を否定的にとらえている者ほど，リアリティショックを感じ，離職願望を抱いていることから，先行研究を支持する結果となった。しかし，不明群は，継続群・離職予定群に比べて，よりリアリティショックを感じていた。その理由として，離職を決定した者にとっては，現在の職場が期間限定であるという辛抱や，次の職場や職業に対する期待などが，自己統制になっていると考えられる。不明群においては，職業継続と離職の狭間にいるという状況こそが，さらなる負担を強いられてリアリティショックの回復を阻害しているのであろう。

本調査においては，2年目看護師のリアリティショックと職場環境要因の関連について明らかにした。2年目看護師を取り巻く職場環境を否定的にとらえている者ほどリアリティショックを感じ，離職願望を抱いていた。このことから，2年目看護師を取り巻く職場環境の改善が急務な課題といえる。2年目看護師に携わるすべての看護師は，2

年目看護師を一集団としてとらえるのではなく，おのおのの課題に応じた役割を提供することが必要である。その際，2年目看護師だからという過大期待や固定観念を排除し，個人としての成長を見守る必要がある。業務遂行にあたり，チーム力を要求される看護師にとって，友好的職場環境が必須であるため，コミュニケーションを通じた職場内における良好な直属上司・本人間の垂直的交換関係・相互作用（中原，2012）による支援が重要な課題であり，その確立がおのおのの看護師に連鎖することによって，必然的に2年目看護師の職場環境の整備につながっていくと考える。

結 論

1. 卒後2年目看護師のリアリティショック構成因子は，第1因子『先輩看護師の支援不足』，第2因子『精神的負担』，第3因子『身体的負担』，第4因子『死にゆく患者の処置』，第5因子『1人当たりの業務量の負荷』，第6因子『モチベーション低下』の6因子28項目となった。
2. 卒後2年目看護師のリアリティショックに関連する職場環境要因は，教育体制，物理的状況，勤務体制，処遇であった。いずれの職場環境も，否定的な回答をした者ほどリアリティショックを感じていた。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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：卒後2年目看護師のリアリティショックと職場環境要因の関連を探ることを目的とした。

方法：対象は，日本病院会一覧から無作為に抽出した関東・関西・中京圏の施設に勤務する2年目看護師270名である。平賀・布施（2007）のリアリティショック構成因子と職場環境要因に関する自記式質問紙調査を行い，個人による郵送法とした。結果は，統計学的に分析を行った。

結果：2年目看護師のリアリティショックは，第1因子『先輩看護師の支援不足』，第2因子『精神的負担』，第3因子『身体的負担』，第4因子『死にゆく患者の処置』，第5因子『1人当たりの業務量の負荷』，第6因子『モチベーション低下』であった。職場環境を否定的にとらえている者ほど，リアリティショックを感じていた。

結論：2年目看護師のリアリティショックは，職場環境との関連が示唆されたことから，2年目看護師の職場環境の見直しや改善がリアリティショックを低減または回避させられると思われる。

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to explore the association between reality shock and workplace environmental factors in nurses in their second year after graduation.

Method: Participants included 270 randomly extracted, second-year nurses working in facilities in the Kanto, Kansai, and Chukyo regions of Japan. Participants completed a self-administered questionnaire on constituent factors of reality shock and workplace environment developed by Hiraga & Fuse (2007). The questionnaires were returned via mail by individual participants, and the results were statistically analyzed.

Result: Reality shock in second-year nurses was caused by six factors: (1) lack of support from senior nurses, (2) psychological burden, (3) physical burden, (4) caring for patients close to death, (5) workload per person, and (6) reduced motivation. Nurses who had a more negative perception of their workplace environment experienced greater reality shock.

Conclusion: The suggestion that reality shock in second-year nurses is associated with the workplace environment indicates that review and improvement of the workplace environment of second-year nurses could help reduce or avoid reality shock.

文 献

- 荒川千秋, 叶谷由佳, 佐藤千史 (2010). 交替制勤務をしている病院勤務看護師のインシデント・アクシデントに影響する要因. 日本看護管理学会誌, 14(1), 42-50.
- 花岡澄代, 福田敦子, 津田紀子, 矢田眞美子, 中村美優, 鶴田早苗, 大島敏子, 松浦正子, 伊藤佳代子, 古城門靖子, 喜多淳子 (2006). 病院に就職した新卒看護職者の初期職場適応に関する検討: 初期職場適応の潜在構造とリアリティショックとの関連から. 神戸大学医学部保健学科紀要, 22, 1-11.
- 平賀愛美, 布施淳子 (2007). 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討. 日本看護研究学会雑誌, 30(1), 97-107.
- 堀井希依子 (2010). 初期キャリアにある女性看護師の職業継続意思への一考察. 経営行動科学, 23(1), 27-36.
- 井部俊子, 上泉和子 (1986). 新卒看護婦のリアリティショック. 看護展望, 11(6), 568-573.
- 稲葉祐之, 井上達彦, 鈴木竜太, 山下 勝 (2010). キャリアで語る経営組織: 個人の論理と組織の論理. 38, 東京: 有斐閣.
- 亀岡智美, 舟島なをみ (2008). 病院に就業する看護職者が職業上直面する問題とその特徴. 国立看護大学校研究紀要, 7(1), 18-25.
- 上泉和子, 羽生田 俊, 西澤寛俊, 小松 満, 坂本すが, 福井トシ子 (2009). 新人看護職員研修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)総括研究報告書.
- 神島滋子, 中村恵子, 須田恭子, 平尾明美, 三浦博美 (2009). 救急部門に勤務する卒後3年目までの看護師の職場適応構造: インタビューの分析より. 日本救急看護学会雑誌, 11(1), 1-11.
- 加藤栄子, 尾崎フサ子 (2010). 経験4年以下の看護職者に対する職務継続支援の検討. 群馬県立県民健康科大学紀要, 5, 19-28.
- 勝原裕美子, ウィリアムソン影子, 尾形真実哉 (2005). 新人看護師のリアリティ・ショックの実態と類型化の試み: 看護学生から看護師への移行プロセスにおける二時点調査から. 日本看護管理学会誌, 9(1), 30-37.
- 厚生労働省 (2015). 医療従事者の勤務環境の改善について. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/quality/ (検索日2016年8月8日)
- Kramer, M. (1974). Reality shock: Why nurses leave nursing. St Louis: Mosby.
- 久保寺芳枝 (2014). 卒後2年目看護師の感じる役割期待と役割葛藤. 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録, 39, 133-139.
- 栗山真由美, 米 順子, 西川由利, 坂本広美, 谷田理恵, 嵯峨美子, 片山賀波子, 備 泰代, 坂田真奈美 (2014). 新人看護職員研修ガイドラインに基づく教育体制の構築と運営: 4年間の人材育成を振り返る. 近畿中央病院医学雑誌, 35, 9-23.
- 正木澄江, 岡田昌毅 (2011). 若年就業者のキャリア発達と職場構成員との関係性に関する探索的検討. 筑波大学心理学研究, 41, 17-24.
- 松岡聖子 (2014). 新人看護師が一人前の看護師として成長する過程において自己教育を育むための支援について: 卒後2年目看護師を中心に. 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収録, 39, 147-152.
- 三輪聖恵, 志田岐康子, 習田明裕 (2010). 新卒看護師の職場適応に関連する要因に関する研究. 日本保健科学学会誌, 12(4), 211-220.
- 水田真由美 (2003). 新卒看護師の職場適応に関する研究: リアリティショックからの回復過程と回復を妨げる要因. 日本看護科学学会誌, 23(4), 41-50.
- 水田真由美 (2004). 新卒看護師の職場適応に関する研究: リアリティショックと回復に影響する要因. 日本看護研究学会雑誌, 27(1), 91-99.
- 水田真由美, 辻 幸恵, 中納美智保, 井上 潤, 上坂良子 (2006). リアリティショック緩和のための卒業前技術トレーニングとストレスマネジメント教育の実施と評価. 日本看護学会教育学会誌, 16(1), 43-52.
- 宗像恒次, 及川尚美 (1986). リアリティショック: 精神衛生学の視点から. 看護展望, 11(6), 562-567.
- 内藤寿喜子, 木村チヅ子, 川畑貴美子 (1986). リアリティショック新卒看護婦をどう支えていくか. 看護展望, 11(6), 583-588.
- 中原 淳 (2012). 職場学習の探求: 企業人の成長を考える実証研究. 東京: 生産性出版.
- 難波峰子, 矢嶋裕樹, 二宮一枝, 高井研一 (2009). 看護師の組織・職務特性と組織コミットメントおよび離職意向の関連. 日本保健科学学会誌, 12(1), 16-24.
- 日本看護協会 (2013). 2012年 病院における看護職員需給状況調査速報. http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20130307163239_f.pdf (検索日2016年11月20日)
- 野口英子, 當日雅代, 金正貴美, 竹内千夏, 小笠美春 (2011). 新卒看護師の看護技術習得の実態と指導者・看護師長の期待に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 34(4), 73-82.
- 能美清子, 水野正之, 小澤三枝子 (2010). 看護職員の情緒的組織コミットメントの関連因子: 臨床経験年数別の分析. 日本看護科学学会誌, 30(3), 51-60.

- 尾形真実哉 (2004). 予期的社会化の相違によるリアリティ・ショックの比較：看護大学生と一般大学生を対象としたパネル調査から. 経営行動科学学会年次大会発表論文集, 7, 296-305.
- 尾形真実哉 (2006). 新人の組織適応課題：リアリティ・ショックの多様性に対処行動に関する定性的分析. 人材育成学会誌, 2(1), 13-30.
- 尾形真実哉 (2012). リアリティ・ショック (reality shock) の概念整理. 甲南経営研究, 53(1), 85-126.
- 小川憲彦 (2004). リアリティ・ショックが若年者の就業意識に及ぼす影響. 経営行動科学, 18(1), 31-44.
- 小川憲彦 (2005). 組織社会化戦術が若年就業者の組織適応に与える影響. 人材育成研究, 1(1), 79-93.
- Phillips, C., Esterman, A., and Kenny, A. (2015). The theory of organizational socialization and its potential for improving transition experiences for new graduate nurses. *Nurse Educ Today*, 35(1), 118-124.
- Robinson, D.G. and Robinson, J.C. (2008) / 鹿野尚登 (2010). パフォーマンス・コンサルティングⅡ：人事・人材開発担当の実践テキスト. 東京：ヒューマンバリュー.
- 斎藤君枝, 村松芳幸, 吉嶺文俊, 真島一郎 (2012). 看護職者のヒヤリハットに及ぼす睡眠障害とバーンアウトの影響. 心身医学, 52(10), 955-962.
- 作間麻美, 藤垣美紀, 加納佳代子 (2007). 一人前になるために大切なこと……. 精神科看護, 34(4), 24-27.
- Schein, E.H. (1978) / 二村敏子, 三善勝代 (1991). キャリア・ダイナミクス：キャリアとは、生涯を通しての人間の生き方・表現である. 東京：白桃書房.
- 瀬川雅紀子, 種田ゆかり, 後藤姉奈, 高植幸子, 清水房枝 (2009). 新卒看護師の職業継続意識に影響を与えた体験. 日本看護管理学会誌, 13(2), 41-49.
- 島原真紀子, 中西睦子 (2008). 救命救急センター看護師の離職願望と職務満足, 組織コミットメントとの関係. 国際医療福祉大学紀要, 13(2), 16-24.
- 塚本友栄, 舟島なをみ (2008). 就職後早期に退職した新人看護師の経験に関する研究：就業を継続できた看護師の経験との比較を通して. 看護教育学研究, 17(1), 22-35.
- 渡邊里香, 荒木田美香子, 清水安子, 鈴木純恵 (2011). 若手看護師における退職の予測要因の検討. 日本看護管理学会誌, 15(1), 17-28.
- 渡邊里香, 荒木田美香子, 鈴木純恵 (2010). 若手看護師の離職意向に関連する個人要因と組織要因の検討：1年目と5年目の比較. 日本看護科学会誌, 30(1), 52-61.
- 山口久美子, 池田俊也, 武藤正樹, 成田徹郎 (2013). データマイニングを用いた看護師の離職要因の検討：ベッドコントロール・職場環境・職務満足度の視点から. 日本医療経営学会誌, 7(1), 55-65.

[平成29年1月10日受 付]
[平成29年5月25日採用決定]

— 研究報告 —

統合失調症患者を有する家族システムにおける家族関係のプロセス

— 母親のとらえる家族サブシステムの勢力構造 —

The Process of Family Relationships in the Family Systems for Patients with Schizophrenia:

The Power Structure of Family Subsystem from Mothers' Perspectives

木 野 有 美¹⁾

Yumi Kino

岩 瀬 信 夫²⁾

Shinobu Iwase

小 松 万 喜 子³⁾

Makiko Komatu

キーワード：統合失調症，家族システム，勢力構造，家族関係，母親の語り

Key Words：schizophrenia, family system, family subsystem power structure, family relationship, mothers' narratives

緒 言

患者の精神疾患の発症は家族にとってトラウマティックな出来事であり (Spaniol, 2010, p.482), 親・子ども・きょうだいに影響をもたらす家族内のダイナミクスの変化から家族の暮らしの軌道を変える (Pejlert, 2001, p.197)。精神科の臨床では、統合失調症患者のリハビリテーションの過程において家族の関係性が患者の回復を支えることもあるが、常に望ましい家族と患者の相互作用が生まれるとは限らず、家族の対立や分裂から患者の回復が影響を受ける事例に出会う。渡辺 (2012, p.250) は、病気に関する理解が困難であり患者の生活能力の障害が広範囲で長期にわたる精神障害では、病気が家族の関係性にもたらす影響が深刻化しやすいと述べている。対立や分裂に至らない家族でも、患者を抱えることが家族関係へ多大に影響すると考える。同時に、家族が患者に支持的であることが患者のリカバリーに影響を与える要因の一つとされ (Lieberman, Kopelowicz, Ventura, & Gutkind, 2002, p.261), 専門職は、家族員が自らの心身の健康を維持しつつ患者を支えることができる関係形成を支援し、患者を含む家族全体の健康を維持・促進することが重要である。

先行研究では、主介護者であることが多い母親の体験 (吉井・香月, 2008; 水野・岩崎, 2010), 父親の体験 (岩崎・水野, 2013), きょうだいの体験 (岩崎・水野, 2009), 家族の体験のプロセス (蔭山, 2012; 浜田・堤, 2015) がみられる。精神障害者をもつ家族の関係性に関する研究では、関谷 (2007) が精神障害者からみた両親との関係性の変化について報告している。田上 (1998) は、家族の心的態度を調査し、家族と患者の関係は「距離が近づく—遠ざ

かる」、家族と共同体との関係は「社会に向かって開く—閉じる」、病気に関しては「受容—否認」という方向性にとらえられると報告している。しかし、家族に起きる現象は、主介護者となる家族員の体験や患者と家族員の2者間の相互作用が中心に探究されており、患者を含む家族全体を一つのシステムとしてとらえ、当事者家族の視点から家族構成員の関係性にどのようなことが起きているのかは十分に明らかにされていない。

そこで本研究では、家族システム理論を基盤とし、家族を患者と家族構成員が相互にかかわりあう一つのまとまりとして体系的にとらえることとした。なかでも、Friedman (1986/1993, pp.73-74) は、システムとしての家族を理解する側面として家族構造があると述べている。家族構造とは、家族がどのように組織を形成し影響しあっているかを表すものであり、勢力構造、役割構造、価値観、コミュニケーションの要素からなる。とくに勢力構造は、家族内の力動的関係および家族と外部との関係を理解するために欠かせない要素 (Friedman, 1986/1993, p.194) とされる。そこで、本研究では、統合失調症と向き合う家族の体験を家族サブシステムの勢力構造に焦点を当てて分析することにより、統合失調症患者を有する家族システムが、どのようなときにどのような家族の関係性となっているのかを明らかにできると考えた。

家族は、複数の家族構成員が構成する集合体であり、成員それぞれの考えや関係性により維持される。母親・父親・きょうだい・患者、それぞれがとらえる家族の現象はすべて異なるが、家族成員それぞれの経験はその人にとっての現実であり、その現実を語るができる。つまり、家族成員ひとりの視点を入口として、その人にとっての現実

1) 相山女学園大学看護学部看護学科 Department of Nursing, Sugiyama Jogakuen University

2) 日本赤十字広島看護大学看護学部 Department of Nursing, Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing

3) 愛知県立大学看護学部 School of Nursing & Health, Aichi Prefectural University

として家族全体に起きる現象を捉えることは有用なアプローチと考える。法橋（2010, p.425）は、個々の家族員が相互作用する家族全体に焦点を当てた研究においては、研究課題の設定によって家族員のなかで最適な対象者を検討する必要があるとしている。家族成員のなかでも母親は、誰よりも真っ先に子どもの病気に直面する（佐藤, 2006, p.2）ことが報告されており、母親は、発病当初から患者の世話に中心的な役割を果たし、最も詳細に家族内を見渡していると考えた。そのため、本研究では母親の視点から家族全体に起きている現象をとらえることとした。

I. 目的

本研究の目的は、統合失調症患者を有する家族システムにおける家族関係のプロセスを母親がとらえた家族の経験から明らかにすることとした。これにより、統合失調症患者を含む一単位としての家族に起きている現象について理解を深め、家族員の対立や分裂により家族が危機的状況に陥ることを防ぎ、患者を含む家族全体の健康を維持・促進できる家族関係を導くための支援に示唆が得られると考える。

II. 用語の定義

家族システム：父親、母親、子どもとしての統合失調症患者を内包する3人以上の家族員から構成され、夫婦・親子・同胞サブシステムが存在し、家族外部環境から影響を受けながら変化する集合体である。勢力構造・役割・価値観・コミュニケーションからなる家族構造を調整し、家族員や社会から期待される機能を達成するものとする。

家族の勢力構造：家族の出来事に際し、家族の方針の決定や情緒的または行動的なやりとりにおいて家族構成員がもつ力関係のありようとする。

III. 方法

1. 研究対象者

ICD-10またはDSM-IV-TRの診断基準により統合失調症と診断され5年以上経過している患者の母親で、患者が統合失調症と診断された時点において、患者と父親を含む3人以上から構成された家族に属していた母親3名である。

2. 研究対象者の選定および依頼方法

研究者は、A県にある精神障害者患者家族会2か所の家族会会長に承諾を得た後、家族会員に対し自己紹介と研究についての説明を行い、フィールドワークを行う許可を得

た。2013年6月～2014年11月に、研究者は家族会の定期集会や行事に継続的に参加し、家族会員と行動をともにしながらコミュニケーションをはかり信頼関係の構築に努めた。その後、家族会員に研究参加の依頼を行い9名から参加の申し出を得られ、そのうち研究対象者の条件を満たす3名に同意を得た。

3. データ収集方法

Friedman（1986/1993）は、家族の決定が行われる過程は、家族勢力をアセスメントするうえで重要（p.203）であるし、アセスメントの問いを提示している（pp.213-216）。これを参考に、インタビューでは、患者の発病から調査時点までに家族が患者に関して経験した出来事と当時の状況について経験を語ってもらい、対象者の自由な語りを妨げないように留意しながら「その出来事における、夫婦間、親子間、きょうだい間の関係、および家族と外部環境との関係」「そのとき、家族員がどのようなやりとりによって家族の方針を決定し、どう行動したか」について質問した。

面接前に、疲労を感じた場合はいつでも休憩をとることや、負担に感じることは話さなくてよいことを説明し、面接中も、対象者に疲労および時間の都合を適宜確認して身体的・精神的負担がかからないよう配慮した。面接の場所と時間は、話しやすさが保証されるよう対象者の意向を尊重し、対象者の自宅またはプライバシーが守られる個室で1人3～4回（平均面接時間158±32分/1回）実施した。面接内容は、対象者の許可を得て録音した。分析の妥当性を高めるため、1回目の面接データから得られた分析結果を2回目以降の面接において対象者に確認し、訂正や補足を行った。

4. 分析方法

①逐語録を作成し、文脈に沿って意味を損なわない範囲で明瞭にした面接内容を「語り」とした。「語り」の家族の状況を表わす部分を抽出して事例ごとに時系列に並べ「状況」とした。家族の勢力構造に関連する部分を抽出し、できる限り対象者の言葉を使用して簡潔にまとめた一文を「コード」とした。

②全事例の「状況」を集め、共通する時間的変化の諸段階として、統合失調症と向き合う家族システムの「局面」を抽出した。各局面の「コード」を夫婦サブシステム、親子サブシステム、きょうだいサブシステム、家族と外部環境サブシステムに分け、「どのような勢力構造か」という視点から意味内容の類似するコードを集め、勢力構造を示すサブカテゴリー名を付けた。同様の抽象化を繰り返し「カテゴリー」「大カテゴリー」を抽出した。

③各事例の語りと照合しながら局面ごとに大カテゴリー間の関連を分析した。

④結果は全対象者のメンバーチェックを受けた。また、全過程を通して質的研究の熟練者1名と精神看護学領域の専門家2名によるスーパーバイズを受けた。

以下、対象者を「母親」または「妻」とし、その配偶者を「父親」または「夫」とする。夫婦サブシステムについて述べる際には「妻・夫」を用い、親子サブシステムについて述べる際には「母親・父親」を用いる。また、最初に発症した子どもを「患者」、その兄弟姉妹を「同胞」とし、患者と同胞をあわせて「きょうだい」とした。同一家族において2人が発病した場合「1人目の患者」「2人目の患者」とした。

5. 倫理的配慮

愛知県立大学研究倫理審査委員会（25愛県大管理第7-32号）と精神障害者患者家族会（承認日：2013年5月22日、個別の承認番号なし）の倫理規程に沿って承認を得て行った。研究者は対象者に、研究の主旨、参加の自由意思の尊重、不参加による不利益はないこと、匿名性と個人情報の保護などを文書と口頭で説明し同意書に署名を得た。

IV. 結 果

A. 研究対象者の概要

対象者と家族の概要を表1に示した。患者が統合失調症を発症し現在に至るまでの期間は平均23.5年（SD±9.9）であった。対象者AとCの家族は、きょうだい3人のうち2人が統合失調症を発症していた。いずれの対象者も面接調査時に自宅で患者と同居していた。

B. 統合失調症と向き合う家族システムの局面

統合失調症と向き合う家族の状況は4つの局面が見出された（表2）。統合失調症と向き合う家族システムの局面を『』で表した。

『家族が患者の異変に気づき受診させる局面』は、家族が患者の異変に気づき、当惑しつつ患者を精神科受診に導いた段階であった。『家族が患者の病状に翻弄される局面』は、家族が疾患についての知識が十分でないまま陽性症状を呈する患者に手探りで対応するが、患者の病状は改善せず「子どもはもとに戻らない」と憔悴する段階であった。『家族が苦悩しながら患者との向き合い方を模索する局面』は、家族があきらめや覚悟といった揺れ動きを経験しつつ現状を意味づけし、患者とのかかわり方を模索する段階であった。対象者AとCの家族では、2人目の患者の発病（A-5・C-5）が起きていた。『家族が患者との在宅生活を再編する局面』は、家族と患者が地域精神医療福祉サービスを活用した同居生活を始める段階であった。

C. 統合失調症患者を有する家族システムにおける家族サブシステムの勢力構造

家族サブシステムの勢力構造は26の大カテゴリーが抽出された（表3～6）。以下に大カテゴリーごとに語りを示して説明する。大カテゴリーは【 】, カテゴリーは《 》, 語りを「斜体文字」, 語りを補足する加筆を（ ），該当する対象者を[A]～[C]で示した。

1. 各局面における家族サブシステムの勢力構造の大カテゴリー

a. 『家族が患者の異変に気づき受診させる局面』における勢力構造

【夫が家長として家族の決定権を握る】は、夫が示す方針にしたがって家族員が患者に対応する関係である。これは「夫は私に（患者の）そばで世話してと頼んだの。夫に頼まれたらしょうがない。私だけ帰国」[A]などの《夫は妻の行動に影響をもつ》と、「長女の生活が一変して、私が気づいて主人に報告。夫が近所の牧師さんや塾の先生に連絡して娘をどうにかしようと計画した」[B]などの《夫が家族の方針に采配をふるう》から構成された。【患者対応をめぐる夫婦の対立】は、妻は患者の行動を病気のためであるにとらえ、夫は病気以前のしつけの問題としてと

表1 研究対象者と家族の概要

対象者の年齢	統合失調症患者の概要				
	続柄	性別	発病時の年齢	発症から調査時までの期間	調査時に利用していた医療・社会資源
A 70歳代	第1子（1人目の患者）	男性	10歳代	31年	通院医療・訪問看護
	第2子（2人目の患者）	男性	10歳代	22年	通院医療・就労継続支援B型・地域活動支援センター
B 60歳代	第1子	女性	20歳代	21年	通院医療・地域活動支援センター
C 50歳代	第1子（1人目の患者）	男性	10歳代	11年	通院医療・就労継続支援B型・デイケア
	第3子（2人目の患者）	男性	20歳代	2年	通院医療・訪問看護

表2 統合失調症と向き合う家族システムの局面

局面	家族の状況		
	A家族	B家族	C家族
家族が患者の異変に気づき受診させる	A-1 両親は、おし黙ったままの長男の様子に異変を感じて精神科を受診させた。統合失調症と診断を受けた患者は、通院と内服を始める。	B-1 両親は、外出先でトラブルを起こす長女を当惑しつつ精神科を受診させた。統合失調症と診断を受けた患者は、医療保護入院となる。	C-1 両親は、不登校となった長男を精神科に受診させた。統合失調症と診断を受けて通院と内服を始める。
	A-2 患者の激しい暴力により自宅は「地獄のよう」になり、家族は母方祖母と別居する。両親は疲れ果てる。同胞は患者を避けて自宅を離れる。	B-2 両親と同胞は、入院したら治ると思って待つが、病状は悪く改善しない。両親は「娘はもともと戻らない」とショックを受けて退院させる。	C-2 夫が急死し、母親は患者を通院させながら「わが家はここから10年戦争だ」と必死で生活を送る。母方祖母が母親を手伝うために同居する。
家族が患者の病状に翻弄される		B-3 両親は、親戚の力をかりて患者に対応する。患者の病状が悪化し、同胞や親戚は「病気の強さに負けて」離れていった。両親も疲れ切り、患者は5年間入院する。	C-3 母方祖母の協力を受けて、母親は病状の悪化する長男に対応する。次第に母親と母方祖母は対立し別居する。同胞が母親の家事に協力して生活を送る。
	A-3 患者の症状は変化しないが、母親は患者に向き合う覚悟を決め、父親と協力して患者と向き合う。	B-4 両親は、患者対応に苦慮するが「自分たちの子だから」という思いを原動力としてかわり続ける。	C-4 母親は、進路をめぐる緊張関係になる患者と折り合いをつけ、音楽の道に進む1人目の患者の回復を支える。
家族が苦悩しながら患者との向き合い方を模索する	A-4 母親がボランティアや仕事を始め、「人生の学び直し」をすることから患者に効果的に接するようになる。	B-5 患者は入退院を繰り返す。患者の主治医が変わり、両親は主治医とともに患者を退院させ同居する治療方針を決める。家族は戸惑いながら、1年間の外泊を繰り返したのち退院に至る。	C-5 2人目の患者が発病する。母親は「家族は井戸の底にある」と感じ苦悩する。仏教やカウンセリングを学ぶことから家族のおかれた困難に向き合う方法を模索する。
	A-5 2人目の患者が発病し入院する。両親は「目の前が真っ暗になるショック」を経験する。		C-6 2人目の患者が急性期症状を呈する。母親は「どうしようもない非哀」を経験するが、回復しつつあった1人目の患者が母親をサポートして2人目の患者を受診に導く。2人目の患者は、6か月の入院ののち退院する。1人目の患者は就労し、一人暮らしを始める。
	A-6 1人目の患者は任意入院から医療保護入院へ切り替えた両親を拒絶した。両親は「心に突き刺さるような悲しみ」を感じつつ面会を続ける。		
	A-7 父親ががんを患う。母親は1人目の患者の退院を決め、外泊を始めさせる。同時期に、母親は2人目の患者と協力して父親を介護する。		
家族が患者との在宅生活を再編する	A-8 1人目の患者が退院後、父親が亡くなる。母親は、家族会や地域住民の支えを得て1人目の患者と「ほどよい関係」を保つ。親亡き後の生活を見越して、患者の自立を目指した生活を送る。	B-6 患者の病状は変動するが「これ以上悪くならない」と感じる。両親と同胞は、家族会や地域生活支援センターを利用しながら患者との生活を安定させる。	C-7 母親は患者の病状を「底つき」と感じる。「障害をもっている自立した家族の生活」をめざして、訪問看護を利用する2人目の患者と同居する。

表3 『家族が患者の異変に気づき受診させる局面』における勢力構造の大カテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリー

サブシステム	大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
夫婦	夫が家長として家族の決定権を握る	夫は妻の行動に影響をもつ	夫が妻の行動に影響をもつ
		夫が家族の方針に采配をふるう	夫は妻に依って協力する 夫が最終決定権をもち家族の方針を決める
	患者対応をめぐる夫婦の対立	夫婦が患者の対応をめぐる争う	夫婦はともに患者の発病に心を痛めるが、疾患について学ぶ機会もなく、お互いの患者への接し方をめぐり言い争う
親子	患者に代わり親が決める	両親が主導で患者の進路や治療を選択する	母親の提案に患者が同意して進路が決まる 患者は両親の助言に従って進路や就職を決定する
		両親が患者に代わって決定する	両親は患者が手に負えなくなり入院を決める 患者は抵抗するが両親が医師との相談のもと入院を決める
	子を想う父と患者の対立	子を想い厳しく当たる父親に患者が反発する	父親は患者の症状を正してもとに戻そうと厳しく当たる 父親に反発する患者は父親と喧嘩を繰り返す
同胞	優位でありたい患者が同胞を虐げる	患者が対抗意識から同胞を虐げる	病状の悪い患者が同胞に暴力を向ける 家族の中心でありたい患者が同胞に暴力をふるう
		同胞は患者の顔色を伺う	虐げられる同胞は心が休まらない 同胞は虐げられながらも年長の患者に気をつかう
外部環境	病の原因をめぐる祖母と母親の分裂	病の原因をめぐり祖母と母親に摩擦が起きる	母方祖母が患者の発病は母親に原因があると責め、母親は葛藤しつつ反発する
		母親が祖母から距離をおく	母親は母方祖母との摩擦を避けて距離をおく

らえる相違から夫婦が対立する関係である。「夫は“こんなものお前が教えなくてどうする”と言いました。だから私は“同じことを注意しても娘はやれないからわかって”と。でも夫は“しつけの問題で病気以前”と。私もつらいけど、主人もこの病気がわからない。主人もつらいから、わからない者同士で喧嘩になる。この時期からよくこう（指で喧嘩のジェスチャー）」[B]などの《夫婦が患者の対応をめぐり争う》から構成された。【患者に代わり親が決める】は、両親が、患者の意思に反して進路や治療を決定する関係である。「娘は働きたいと言って（仕事を）身体中に書いて覚えようとする。やめよう、もうやめよう、ここまでしてやることないよって夫と私でやめさせたね」[B]などの《両親が主導で患者の進路や治療を選択する》や、「息子は電話で“病院から出してくれ!”と。すぐに夫と2人で行ったのよ。だけでもう荒れ果てていた。いま連れて帰ってもどうしようもない状態。道半ばだし治るまでがまんしたほうがいいと、しかたなく医療保護入院にサイン」[A]などの《両親が患者に代わって決定する》から構成された。【子を想う父と患者の対立】は、父親なりに子どもを治そうと厳しく当たり、反発する患者と対立する関係である。「お父さんは、そんなふうになるなら音楽をやめろと。長男は言い返して喧嘩の繰り返し」[C]などの《子を想い厳しく当たる父親に患者が反発する》から構成された。【優位でありたい患者が同胞を虐げる】は、発病と同時に患者は同胞へ敵意をぶつけ、同胞が耐える関係である。「長男（患者）は、次男が自分よりよいことが許せない。次男に嫌なこと言うし、とにかくいじめるわけ」[A]などの《患者が対抗意識から同胞を虐げる》や、「妹を姉の病室に連れて行ったとき、いきなりパチーンと叩いた。それを妹は何も言わずにがまんする。姉が嫌でしょうがないけど本人の前では口にも顔にも出しません」[B]などの《同胞は患者の顔色を伺う》から構成された。【病の原因をめぐる祖母と母親の分裂】は、祖母が病の原因は母親にあると責め、葛藤する母親が祖母から距離をおく関係である。「一番つらかったのは母親（母方祖母）が夫の家系に精神病の要素があったと言ったこと。あなたを結婚させたのが間違いだったと言いました。でも、母も母でつらいのです。母がなぜ苦しいのかという娘が障害者の子どもをもってしまった。自分はここまで生きてこんなはずじゃなかったと思っているわけですよ。私だって思うけど先に母に言われるので意固地になります」[C]、「あなたの育て方が悪かったと言われてね」[A]などの《病の原因をめぐり祖母と母親に摩擦が起きる》や、「誰にも理解されないし母からも機関銃がくる。距離をおいているほうが楽」[C]などの《母親が祖母から距離をおく》から構成された。

b. 『家族が患者の病状に翻弄される局面』における勢力構造

【夫婦が疲れ果てて力を失う】は、急性期症状を呈する患者に対応する夫婦が憔悴し、家族が機能不全に陥ることを表す。「神経性難聴になって私自身が入院」[B]や「夫もこういう子をもったことで本社から支社に異動したの。家庭の事情で仕事に集中できなくなった」[A]などの《患者に振り回される両親が心身ともに疲れ果てる》から構成された。【患者による家族の支配】は、患者が暴力の矛先を家族に向け、家族が患者の動向を伺って生活する緊張関係である。「長男は家の中の王様。ウワーってすごい暴力、夫を殴ってきょうだいにも、寝ている間も。みんな恐怖だった。足音が聞こえるだけで（肩をすくめる）」[A]などの《患者が「家の中の王様」となる》や、「彼が入院したらこの世の春みたいに家族がほっとした」[A]などの《患者の入院により家族が緊張から解放される》から構成された。【母と患者の一心同体の密着】は、患者の世話に没頭する母親と母親を独占したい患者が、互いに自分の気持ちを相手の気持ちのように感じるほど心理的に近い関係を表す。「母親と子どもって一心同体じゃないですか。だから彼女が食事しないときは私だって食べない」[C]などの《母親と患者は一心同体のようになる》から構成された。【同胞と両親の距離がひらく】は、患者にかかりきりの両親の関心は同胞に向かず、同胞も両親の心痛を察して遠慮し双方のかかわりが減る関係である。「毎日生きるのに精一杯で下の子に目をかける余裕が全くない。彼女（同胞）はがまんして何も言わない。お父さんとお母さんが一番つらい思いをしているねと言いました」[B]などの《同胞は親に思いを寄せるが親は同胞に目が向かない》から構成された。【同胞が患者を避ける】は、同胞が患者との緊張関係を避けて自宅を離れる関係である。「妹は学校から帰ってすぐアルバイト。家にいないように、姉と一緒にならないように」[C]などの《同胞が患者から逃げる》や、「三男は“人間じゃない。あいつは嫌いだ”とはっきり」[A]などの《同胞が患者を拒絶する》、「三男はそれまで次男と仲がよかった。でも長男が病気になって次男をいじめるから、次男は三男に全く興味がなくなった」[A]などの《すべてのきょうだいの距離がひらく》から構成された。【同胞と気持ちが通じ合う友人との付き合い】は、家庭に居場所を失った同胞が、気持ちの通い合う人を支えとする関係である。「いわゆる事情のある家庭の子と学校が変わってもずっと友だち。通じ合うものがあってのでしょうね」[C]などの《同胞が家庭外で通じ合える人との関係を築く》から構成された。【身内や友人が家族から離れる】は、友人や親族が陽性症状の顕著な患者を目の当たりにし、患者と付き合いを絶つことである。「常識が常識ではない。すごい剣

表4 『家族が患者の病状に翻弄される局面』の勢力構造の大カテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリー

サブシステム	大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
夫婦	夫婦が疲れ果てて力を失う	患者に振りまわされる両親が心身ともに疲れ果てる	患者の対応に母親が心身ともに疲れ果てる 疲れきる父親は仕事に支障をきたす
		患者が「家の中の王様」となる	患者が暴力の矛先を家族に向ける 家族は患者に気をつかって生活し、患者は「家の中の王様」になる 家族が患者の顔色を伺う
親子	患者による家族の支配	患者の入院により家族が緊張から解放される	患者の入院により家族が緊張から解放される
		母と患者の一心同体の密着	母親は患者の世話にのめり込む 母親と患者は「一心同体」のように密に接する
	同胞と両親の距離がひらく	同胞は親に思いを寄せるが親は同胞に目が向かない 同胞が患者から逃げる	同胞は親を頼りたいが、両親は同胞に目と手をかけられない 同胞は患者を避けて家にいる時間を減らす
同胞	同胞が患者を避ける	同胞が患者を拒絶する	同胞は、退院して自宅に戻った患者に関心をもたない 同胞と患者がお互いに避け合う
		すべてのきょうだいの距離がひらく	患者に気をつかう同胞は、他のきょうだいに関心がなくなる
	同胞と気持ちが通じ合う友人との付き合い	同胞が家庭外で通じ合える人との関係を築く	同胞は「事情をかかえた家庭」の友人と通じ合うものがあり、ともに長い時間を過ごす
外部環境	身内や友人が家族から離れる	友人が患者から距離をおく 親族が家族を助けることから手を引く	友人たちは病状の悪い患者から距離をおく 親族が患者を助けることをやめて家族とのかかわりを断つ
	家族会への門を閉ざす	求めている活動と違い、家族会に参加しない	家族は、家族会に参加するが「患者を治したい」希望と家族会活動のギャップを感じて参加をやめる
	患者の頼りとする人が支え続ける	学生時代の恩師が患者を支え続ける	患者の恩師がどんなに病状の悪いときも相談を受け続ける 中学時代の教師たちが家族を気づかい、励ます
		どんなに病状が悪くても離れていかない友人がいる	親友はどんなに病状が悪い患者とも交流を続ける
	治療の主導権をもつ医療者との軋轢	医療者が治療の決定権をもつ	医師は家族の意見をとりあわず、治療方針を決める
		家族は治療者の対応に傷つきながらも耐えるしかない	家族は、治療者の対応に傷つくが意見を言わずがまんする

幕で怒る、病気の酷い時期に友だちが離れてしまいました」[B]などの《友人が患者から距離をおく》や、「姉宅での粗暴行為に病院が迎えに来てプツツと注射。それを見た姉がワンワン泣いて、私もワンワン泣いて、ごめんね、こんな姿を見せちゃってと。姉がショックを受けて親戚は娘のことから手を引きました」[B]などの《親族が家族を助けることから手を引く》から構成された。【家族会への門を閉ざす】は、家族は家族会に足を運ぶが、期待していた活動内容との乖離から入会を断る関係である。「紹介された家族会は嘆きの会になっていた。うちは違う。絶対にそういうふうにはならない！ 治してみせると思って1回でやめました」[B]や、「家族会を紹介されて行ったけど求めているものとは違った」[A]などの《求めている活動と違い、家族会に参加しない》から構成された。【患者の頼りとする人が支え続ける】は、友人や教師が患者と家族とのつながりを保ち、家族の心の支えとなる関係である。「息子がデイケア通信に恩師のことを書いています。急性期のときに長いメールをしても深夜に電話をしても出てくれた。気にしないでいいと何時間でも付き合ってくれた、と」[C]などの《学生時代の恩師が患者を支え続ける》や、「長女の友だちが2人ずっと友だちでいてくれました。娘のこと

本当は優しいってわかっているからと。これは家族にとってすごく力になりました」[B]などの《どんなに病状が悪くても離れていかない友人がいる》から構成された。【治療の主導権をもつ医療者との軋轢】は、医療者が治療方針を決定し、家族は医療者の言動に傷つくが従うしかない関係を表す。「娘の内服薬が1日に30錠以上ありました。この子（患者）は、薬が効かないと先生から何度も言われたので、先生に“効かないのだったら飲まないほうがいいじゃないですか”と言ったら怒られて。先生とよくやりあいました」[B]などの《医療者が治療の決定権をもつ》や、「先生が“もう、どうしようもないでしょ”って。入院のとき長女が暴れて病院のスタッフさんは悲鳴をあげました。打ちのめされました。悲しいです（涙ぐむ）。どうしようもなく病院に助けを求めるのですから」[B]などの《家族は治療者の対応に傷つきながらも耐えるしかない》から構成された。

c. 『家族が苦悩しながら患者との向き合い方を模索する局面』における勢力構造

【この状況を乗り越える夫婦の同盟】は、夫婦がお互いに苦しんでいることを理解し、危機状況を乗り越えるために協力する関係である。「長男（患者）に“親でも何でも

表5 『家族が苦悩しながら患者との向き合い方を模索する局面』における勢力構造の大カテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリー

サブシステム	大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
夫婦	この状況を乗り越える夫婦の同盟	夫婦が悲しみを慰め合う	夫婦は患者の暴言から受ける悲しみをお互いに慰め合う
		夫婦は同志	夫婦が「夫婦は同じ問題を乗り越える同志」となる
親子	同胞が母親の「心の大黒柱」となる	母親にとって同胞が「心の大黒柱」のような支えとなる	母親と同胞は、患者とどう生きていくかともに考える 同胞は母親の「心の大黒柱」のように理解者となる
		患者が治療や進路を自己決定する	患者は治療について自分で医師や家族と相談して決める 患者は母親と相談して進路を自ら決める
	患者を信じて踏み込み過ぎない母親と自律を取り戻す患者	母親は一步引いて必要なところだけ患者を支援する	母親は2人目の患者に踏み込みすぎず必要なときだけ支援する 両親は患者の気持ちが動くのを待って決める 両親は患者と共同で金銭管理を始める
		患者は他の家族員を助け、母親は患者に信頼を寄せる	2人目の患者は母親を助けて父親を介護する 1人目の患者は母親と協力して発病した2人目の患者を助け、家族のなかの「半分お父さん」として頼れる存在となる
	父親と患者の緊張関係が徐々に緩む	父が患者に歩み寄る	父親は患者との関係改善をはかるため、散歩や料理をする
		父と患者の関係に余裕が生まれる	障害年金や地域活動支援センターの利用により、親子関係は余裕ができる
	外部環境	家族が安心できる医療者との協働	主治医と家族が患者の前で安心して話し合える関係を築く 主治医と家族と患者はともに治療方針を考える
		看護師が家族と患者の間をとりもつ	看護師は家族の対応を褒めて患者との仲をとりもつ
		親族と友人が家族を理解し励ます	親友は病状の悪いときも患者と交流を続ける 親族は患者を理解し家族を励ます
		セルフヘルプグループでのわかりあえる仲間	両親は同じ悩みをもつ家族とわかりあえる関係ができる
	家族を社会につなぐ人の支え	母親がボランティアや仕事を通した新しい人間関係を築く	母親は仕事やボランティアを通して新しい人間関係に身をおき、自分の人生を生きていると感じる
		家族を社会につなぐ家族会への所属	家族会会長が専門家を手配して障害年金の受給を手続する 家族会からの情報をもとに家族は社会資源を活用する

ない”と言われて、悲しいことだけでさ。それぞれ自分の心を抑えるのに精一杯じゃない。夫婦で喧嘩するでもなし、長男の悪口も言いたくない。夫がそういうときは“川のぼりをまわって帰ろう”と2人でドライブして帰るのだけど、そのときの写真を見たら凄い顔をしてた。病人のような、よっぽど心に突き刺さるものがあった顔」[A]などの《夫婦が悲しみを慰め合う》や、「夫婦はおんなじ仲間同士だから。子どもを2人で看なくちゃ、このときそう思いましたね。どっちのせいでもないわけだから」[B]などの《夫婦は同志》から構成された。【同胞が母親の「心の大黒柱」となる】は、同胞が自分の人生を歩むことや母親の理解者となることにより、母親が安定を得る関係である。「次男の存在。この人が安定しているおかげで自分はやれている。彼は心の大黒柱。彼のおかげで私は普通のお母さんでもある」[C]などの《母親にとって同胞が「心の大黒柱」のような支えとなる》から構成された。【患者を信じて踏み込み過ぎない母親と自律を取り戻す患者】は、母親が必要なきを見極めて患者を支援し、患者は治療や進路に関する自己決定権を取り戻す関係である。「薬は娘の問題だからと一切言わない。お疲れ入院と言って自分から入院するようになったしね」[B]などの《患者が治療や進路を自己

決定する》や、「専門家には及ばないけど危ないかなあっていうポイントがあったら出動する」[C]などの《母親は一步引いて必要なところだけ患者を支援する》や、「(三男の入院に際して)お兄ちゃん(1人目の患者)が付き添って病院に行ってくれた。(中略)入院制度について私は全然頭に入ってきませんでした。代わりに長男(1人目の患者)が話を聞いてくれて、そのときまで頼ったことがないので。このときから半分お父さん」[C]などの《患者は他の家族員を助け、母親は患者に信頼を寄せる》から構成された。【父親と患者の緊張関係が徐々に緩む】は、母親の助言のもと父親が患者との関係改善に努め、父親と患者の緊張関係が徐々に緩む関係である。「私が勧めて、夫は長男を外に出して連れて行くようになりました」[A]などの《父が患者に歩み寄る》や、「(母親が外出する間)夫と娘の留守番。長女と夫でカレーを食べています。長女は楽しみたい。(中略)前は喧嘩だったけど笑いながら、それがいまの娘と父親」[B]などの《父と患者の関係に余裕が生まれる》から構成された。【家族が安心できる医療者との協働】は、医療者が家族の気持ちをくみながら相談に応え、一つの方針に向かってともに進む関係である。「急に主治医から在宅移行しようと言われたのです。夫と私と娘(患

者)の前で軽い感じで。でも、不安だから先生と話し合っ
て退院に条件をつけました。主治医も賛同して一緒に取り
組んでくれた。こういった関係が築けたことは大きなポイ
ント」[B]などの《家族が主治医と安心して協力できる》
や、「診察室で、私が先生に息子(患者)のことを“薬も
自分から飲んでよくできています”って言ったの。看護師
さんが“とてもいい言葉ですね”って言ったの。そしたら
息子が(看護師に)“そんなにいい言葉ですか”って聞いた
の。看護師さんは“そんなふうに言ってくれる親はなか
ないませんよ”と答えたら息子は妙に納得というか満足
して」[A]などの《看護師が家族と患者の間をとりもつ》
から構成された。【家族を社会につなぐ人の支え】は、家
族が外部環境との接点を増やし、セルフヘルプグループや
親族・友人に支えられ、家族会で得た情報から療養生活に
役立つ制度につながることを表す。「姉が、一番大変なの
はあなただよと気づかせてくれる。それが支え」[B]など
の《親族と友人が家族を理解し励ます》、「ボランティアで
グリーンケアの団体に入った。ここで出会った仲間がとて
もよかった。聴き方が違う。話してもいいと思う人がいら
して、私も人の役に立つことができる。だから孤独感がな
かった」などの《セルフヘルプグループでのわかりあえる
仲間》、「私はボランティアから福祉の仕事に就いて、それ
までかわることのなかった人の間に身を置いて(患者と
の接し方に)目覚めたの」[A]などの《母親がボランティ
アや仕事を通した新しい人間関係を築く》、「本当にヘルプ
ミーで。Dさんが同じように家族に患者を2人抱えている
と知ってお会いしたいと思いました。それでDさんにお話
を聞いていただいたときに家族会に入ったのです」[C]、
「家族会に行くと地域の社会資源の情報が入ります。地域
活動支援センターはそこから利用しました」[B]などの
《家族を社会につなぐ家族会への所属》から構成された。

d.『家族が患者との在宅生活を再編する局面』におけ る勢力構造

【患者を守る妻が家庭の采配をとる】は、患者ケアにお
ける主導権が夫から妻へ移り、妻が患者への対応がよりよ
いものとなるように他の家族員に働きかける関係である。
「家族みんなが私に愚痴を言う。それを愚痴で返したら家
の中がめちゃくちゃになってしまうから真ん中にいる私は何
も言わない。そうすれば、こっち(夫)が怒っていてもこっ
ち(患者)は幸せ。いままでどおり付き合える」[A]など
の《妻が仲介して家庭内を調整する》、「夫も子どもたちも
私に頼むから、家の中は私が回している」[A]などの《頼
られる妻が家族の采配をとる》、「夫は次男を専門学校に行
かせたくない。だったらお金は私の稼ぎから出すわって。
夫はもう何も言わなかった」[A]などの《患者対応に妻が
主導権を握る》や、「とにかく一生懸命に主人は怒るので、
病気だから怒ってもしようがないと止めます」[B]などの
《妻は夫に患者とのかかわり方を教える》から構成された。
【親子が互いを認め合う】は、母親、回復に向かう患者、
自立した同胞が連帯感をもって支え合う関係である。「障
害者を持つ自分たち家族を今後どうするかと同じこと考え
ている。成長して3人(母親、同胞、患者)の立ち位置が
一緒になって、心は一緒と気づいた」[C]などの《母と患
者と同胞が大人として立ち位置を同じくする》や、「長男
は私をよく見ていて意外と的確なアドバイスをくれる」[C]
などの《患者が母の相談相手となる》から構成された。
【患者と同胞の新たな接点】は、自宅を離れて暮らす同胞
が、距離を保ちつつ患者とのかかわり方を探る関係であ
る。「妹(同胞)は、ゆくゆくは姉(患者)の面倒を自分
がみないといけなといいます。妹は結婚して家を出てい
ます。でも妹は、自分の子にあんな思いをさせたくない
と言って慎重になっています」[B]などの《同胞が患者とか

表6 『家族が患者との在宅生活を再編する局面』における勢力構造の大カテゴリー、カテゴリー、サブカテゴリー

サブシステム	大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
夫婦	患者を守る妻が家庭の采配をとる	妻が仲介して家庭内を調整する	母親は、患者を巡り家族が対立しないよう仲介する
		頼られる妻が家族の采配をとる	身体の弱る夫に代わり、妻が家族の方針を判断する
		患者対応に妻が主導権を握る	妻は夫より効果的に患者に接する
		妻は夫に患者とのかかわり方を教える	妻は、夫が患者の進路に反対しても意見を通す
親子	親子が互いを認め合う	母と患者と同胞が大人として立ち位置を同じくする	母親と患者と同胞はお互いに助け合い「大人として立ち位置が同じ」関係になり、ともに家族のあり方を考える
		患者が母の相談相手となる	回復した患者は母親の相談相手となって精神的に支える
同胞	患者と同胞の新たな接点	同胞が患者とかかわる接点を探す	同胞は患者と接点をもとうとさまざまな方法を試みる
外部環境	助け合う関係の広がり	家族が信頼して相談できる精神保健福祉サービスとつながる	両親は地域生活支援センターを信頼して相談できる
		患者は就労支援移行事業所・デイケアで仲間ができる	患者はデイケアや地域生活支援センターで相談しあえる仲間ができる
		地域住民が家族に支援を申し出る	母親は町内の住民に患者についてオープンに話し、町長会長や民生委員が「困ったときは助けに行く」と申し出る

かわる接点を探す》から構成された。【助け合う関係の広がり】は、家族と患者が、家族会、地域住民、デイケア、就労支援施設での交流を広げ、社会的ネットワークを豊かにする関係である。「娘が通う地域活動支援センターの感じがよくて、親も成年後見人の説明を聞きました」[B]などの《家族が信頼して相談できる精神保健福祉サービスとつながる》や、「回復した長男はデイケアで他の仲間の相談を受けています」[C]などの《患者は就労支援移行事業所・デイケアで仲間ができる》、「町内会長が“あんた大変だったな。いざというときは助けるから”と言って家まで様子を見に来てくれて自信がわいてくる」[A]など《地域住民が家族に支援を申し出る》から構成された。

2. 大カテゴリー間の関連

局面ごとに家族サブシステムの勢力構造の大カテゴリー間の関連を説明する。

局面1では、患者の発症とともに親子は【患者に代わり親が決める】という力関係となった。そして、【夫が家長として家族の決定権を握る】という関係のもと、夫の決めた方針に沿って妻が患者を受診に導いていた。家族員は疾患について具体的に学ぶ機会がないまま、【患者対応をめぐる夫婦の対立】【子を想う父と患者の対立】【病の原因をめぐる祖母と母親の分裂】【優位でありたい患者が同胞を虐げる】といった対立と分裂が生じ、家族員それぞれがづらい気持ちを抱いていた。

局面2では、家族全体が患者の暴力などの衝動的な行動によって【患者による家族の支配】が生じ、親子間に【母と患者の一心同体の密着】が起きていた。夫婦は、症状が落ち着いた患者に振りまわされ、家族内外で【夫婦が疲れ果てて力を失う】こととなった。このとき両親は、同胞に関心を向ける余裕がなく【同胞と両親の距離がひらく】ことが起きた。きょうだい間は【同胞が患者を避ける】関係となり、同胞は【同胞と気持ちが通じ合う友人との付き合い】を得て自らを支えていた。この局面では、【治療の主導権をもつ医療者との軋轢】【家族会への門を閉ざす】【身内や友人が家族から離れる】という家族が外部環境との接点を閉ざす関係が影響し、両親が患者を抱え込み【患者による家族の支配】が続く悪循環があった。一方で、【患者の頼りとする人が支え続ける】関係が存在した。

局面3では、夫婦間に【この状況乗り越える夫婦の同盟】が生まれた。母親と同胞の間には【同胞が母親の「心の大黒柱」となる】関係があり母親の支えとなっていた。母親は、【家族が安心できる医療者との協働】【家族を社会につなぐ人の支え】といった外部環境との接点を増やししながら患者との付き合い方を学び、【患者を信じて踏み込み過ぎない母親と自律を取り戻す患者】という関係を築いた。

さらに、母親の助言のもと父親は患者に向き合う努力をし、【父親と患者の緊張関係が徐々に緩む】ことになった。

局面4では、妻が患者へのかかわり方を体得したことにより、夫婦間の勢力関係は【患者を守る妻が家庭の采配をとる】関係へ移行し、妻が家族全体を仲介する立場となった。この夫婦関係と【助け合う関係の広がり】のもと、【親子が互いを認め合う】【患者と同胞の新たな接点】の形成が進み、患者は自律と回復に努めていた。

V. 考 察

統合失調症の発症によって、家族サブシステムに対立や分裂が生じるものの家族が内部からつながりを取り戻し、家族関係を再編するプロセスが明らかになった。

1. 家族員の対立と分裂

局面1では、父親が決断する方針のもとに母親が患者を世話することにより、患者の行動を和らげようとしていた。しかし、父親が采配をとる従来の勢力構造での対処では限界となり、徐々に家族員の対立や分裂に至ったと考える。

この局面では、母親は献身的に患者を世話し、父親も父親なりに患者を治そうとする思いから厳しく接し【患者対応をめぐる夫婦の対立】が起きていた。つまり、発病以前の子どものを取り戻したいという思いは夫婦に共通するが、「私は“同じことを注意しても娘はやれないからわかって”と言いました。でも夫は“しつけの問題で病気以前”」と語られたように、夫婦の対立の背景には、疾患や患者の行動のとらえ方の相違があったと考える。これは、統合失調症患者の両親間の心的態度の相違は、疾病への認識や対応の相違に加え生育過程や根本的な価値観の相違があり、患者の発病により表面化した（田上, 1997, p.5）と報告する先行研究の結果と類似している。本研究では、「わからない者同士喧嘩になる」という語りにあるように、家族が感情的にならざるをえない状況で、疾患について十分に学ぶ機会がないことが患者の行動のとらえ方の相違を助長し対立したと考える。

また、母方祖母と母親の間では【病の原因をめぐる祖母と母親の分裂】が起きていた。ここでは、祖母の「あなたの育て方が悪かった」などの言葉が母親を追い詰め両者の距離がひらいていた。学齢期の子どもを育てる母親は、子育ての相談相手が配偶者に次いで自分の父母である者が多く（八重樫・江草・李・小河・渡邊, 2003, p.236）、母方祖母と母親の関係が良好であれば、祖母の存在は混乱した家族システムの機能をサポートする可能性がある。しかし、家族員の誰もがどこかに原因を求めずにいられないな

かで、ともに子を産み育てる性をもつ祖母と母親の間では葛藤や摩擦が生じやすいと考える。

統合失調症患者をもつ家族を対象とした先行研究では、祖父母世代の体験や両親世代との関係に焦点を当てた報告はなかった。しかし、障害児の祖父母を対象とした研究では、障害のある子どもの祖父母は、障害者の親となった自分の娘に対しても深い悲しみや無力感を抱き二重の心痛をもつ（今野, 1997, p.78）と報告されている。本研究の統合失調症の孫をもつこととなった祖母のつらさは、障害をもつ子どもを背負って生きる娘を思う心痛と、祖母自身が思い描いていた人生の統合が果たせなかった悔しさが混在することによって生じていたとうかがえ、この点において重要な知見であると考ええる。

看護職は、祖母を含めた家族員の関係性に目を向け、母親が祖母との摩擦や分裂を経験している場合は、ねぎらいを示すことにより葛藤を和らげる必要があると考える。とくに深刻な対立関係にあるときは、疾患の正しい知識と患者への具体的なかわり方を祖父母世代にも伝える機会を設ける必要がある。また、個々の家族員の人生に生じた出来事として何を体験しているかを把握し、そのうえで家族としての共通の目的をもてるようかわることが望まれる。

2. 家族が外部環境から閉ざされる勢力構造

家族と外部環境システムとの交互作用に注目する。局面2では、患者が暴力など衝動的な行動によって【患者による家族の支配】が起こり、【母と患者の一心同体の密着】がみられるなど家族内の勢力構造のバランスが崩れている。このとき、家族は患者を精神科病院へ入院させなければならない状況で医療者の言動に傷つき、【治療の主導権をもつ医療者との軋轢】が生じていた。混乱した家族が医療者に頼ることができない関係性は、家族だけで患者を抱え込むことを助長し、干渉しあう親子関係を長引かせる要因の一つであったといえる。

統合失調症患者の家族は、患者が統合失調症となったことにより家族員が属している共同体から隔てられ孤立する（田上, 1998, p.188）と指摘されるが、家族が動揺し冷静さを欠く状況では、医療者のみならず外部環境との軋轢が生じやすいと考える。家族が外部システムから閉ざされやすい発病初期において、医療者は何よりも患者の病状コントロールに努め、家族内の勢力バランスを保ち家族が落ち着きを取り戻せるようかわる必要がある。

また、家族と家族会の関係をみると、局面2において対象者家族は「患者を治したい」と期待し、患者を抱える困難の分かち合いを目的とした家族会活動にギャップを感じたため【家族会への門を閉ざす】ことが起きていた。家族が家族会に求める活動は、患者の罹病期間によって異なる

（小原・西尾・牧尾・大島・伊藤, 2001, p.359）ことや、家族会入会は病気に対する覚悟が必要であり、それが入会を阻害する（横山, 2014, p.10）と指摘される。本研究と先行研究の結果より、家族が家族会に求める活動は心理過程に伴って変化しており、専門職からの情報提供だけでは家族会の継続参加につながらないと考える。

一方、本研究の局面3では、家族は同じ悩みをもつ家族の誘いを契機として、いったん拒絶した家族会に再入会したことが新たな知見として明らかになった。ここでは、翻弄する対象者家族にとって、体験的知識をもって先を歩く家族の存在が希望となったと考える。ここから、家族は家族会で得た情報をもとに社会資源の利用を始め、【家族を社会につなぐ人の支え】を広げるとともに【患者を信じて踏み込み過ぎない母親と自律を取り戻す患者】【父親と患者の緊張関係が徐々に緩む】といった親子の緊張関係の緩和を導くことができていた。波多江（2004, p.75）は、家族会は直接的な家族のソーシャル・サポートであり、疾患や治療法、家族の対応方法、社会保障制度など同じ苦しみをもつ仲間とともに有益な情報やアドバイスを得て、当事者への対応の変化や社会資源の活用につながったと述べている。本研究やこれら先行研究より、『家族が患者の病状に翻弄される局面』において、同じ体験をした家族からの働きかけは、外部との関係を閉ざしていた家族が社会とつながるきっかけの一つであると考えられる。そして、ニードにあった家族会は、家族と患者のよりよい関係性に寄与するといえる。

家族会では、未入会家族を対象とした電話相談や家族による家族学習会など新たな家族支援活動が始められている。看護職は、このような地域でのピアサポート活動の展開を支え、専門職の支援だけでは家族会のサポートを得られにくい家族に対し、相互援助的な立場から働きかけが効果的に行われるようコーディネートする必要があると考える。

3. この状況を乗り越える夫婦の同盟

機能不全に陥った対象者家族は、家族システムに【この状況を乗り越える夫婦の同盟】を形成することを契機に家族機能を回復させていた。「長男（患者）に“親でも何でもない”と言われて悲しいことだけでさ」「夫婦はおんなじ仲間同士だから。子どもを2人で看なくちゃ」という語りからは、子どもから拒絶される情けなさを分かち合い、互いに親として同じ責任を負うことを確かめる夫婦の姿が伺える。夫婦は、互いの苦しみや悲しみと向き合うことによって抱えている苦悩が同じであることに気づき、覚悟を決めて親として同じ立場で協力する関係を築いていた。これは、浜田・堤（2015, p.7）の示す「統合失調症の子どもをもつ両親は異なる体験をしていたが、心中を考えるほ

どの苦悩のなか子どもを守れるのは自分たちだけだと連帯感を増し、安定期以降は子どもへの慈愛とともに信頼感をもって見守る思いへ変化した」という夫婦の関係性の質の変化に類似する。また、夫婦サブシステムは外からのストレスに対する避難所になる (Minuchin, 1974/1984, p.68) ことや、夫婦間で行われる心配事や感情の共有化は家族間の緊張を軽減させるのに有効 (Friedman, 1986/1993, p.343) とされる。本研究では、【この状況を乗り越える夫婦の同盟】の形成が、夫や妻がひとりで抱えきれない感情を和らげただけでなく、夫が妻のアドバイスを受け入れる関係性や、父親と患者の緩やかな関係を作り出すなど他のサブシステムに影響を与え、結果として家族全体の変化をもたらすことが新たに見出された。

また、対象者Cの家族では2人目の患者の発病前に夫が死去しているが、2人目の患者の発病に際し、1人目の患者が「半分お父さん」のように母親の頼れる存在となり、母親と子どもの親子サブシステムの強化によって乗り越えていた。これは、夫婦サブシステムに限らず、情緒的に支え合い、ともに家族の問題に向き合う関係の形成が家族の適応を助けたと考える。これらのことは、家族が危機的状況にある場合、専門職や社会資源との連携だけではなく、家族が内側からつながるように支持する重要性を示唆している。看護職には、家族員の関係性にどのような相互交流が存在するかをアセスメントし、家族のありように応じて関係をとりもつ働きかけが期待される。

4. 親子が互いを認め合う関係と調和的な家族関係を導く要因

健康的な家族関係とは、夫婦サブシステムが強固かつ安定し親子やきょうだいサブシステムの境界が柔軟かつ明確であり、家族員それぞれのつながりのバランスが取れている関係 (森山, 2001, p.58) とされる。これに照らして考えると、本研究の【親子が互いを認め合う】は、大人としての立ち位置での関係性であり、密着や緊張がなく患者の療養を相互のサポートによって支える調和的な親子関係であるととらえられる。この関係は、家族が医療者や家族会といった外部環境システムと交互作用を豊かにし、夫婦サブシステムが家庭内を調整する者として妻が采配をとる関係へ勢力が移行することによって形成されていた。ここでは、妻が外部環境との接点をもつことと並行して患者ケアに主導権をもち始めた点と、続いて夫中心から妻中心の勢力構造へ移行した点に着目して考察を述べる。

妻が患者ケアに主導権をもつ関係は、母親が患者に効果的に接するようになることから派生していた。母親の患者への対応は、ボランティアや仕事を通じた新たな人間関係に身をおき、その経験から学んだ多様な人間関係のあり方

を家族関係に還元することによって導かれた。ここでは、社会での役割を通して学んだ新しい知見が母親の内的能力を底上げし、効果的に患者にかかわることができる実感から患者に踏み込み過ぎず見守ることを可能にしたと考える。親が社会のなかで自己を発見する場所や社会に融和する経験は、親の子育ての目標や信念、行動のレパートリーを形成する (Schneewind, 1995/1997, p.126) とされるが、これは本研究において母親が患者をケアする力をつける過程を支持していると考えられる。

また、本研究では、家族の調和的な関係は、家族に【患者を守る妻が家庭の采配をとる】という関係を基盤に築かれたことが明らかになった。田上 (1997, pp.5-6) は、IP (identified patient) の言動により家族が陰鬱な雰囲気になることや、家族の言動にIPが衝動的に反応しようとするときに母親は「おさめる人」になっていたと報告し、統合失調症家族のダイナミクスにおいて調整役としての母親が見出されたと述べている。さらに、河合 (1976, p.10) は、父性原理が個性の確立と発達を目的とした権威や契約といった関係を分類・分割する「切断」であるのに対し、母性原理は調整や相互的な共生関係・場の形成と均衡の維持である「包含」であると述べている。すなわち、本研究の対象者家族では、母親勢力が父親勢力に台頭するにつれて包含の要素が優位になり、対立を避けて仲介や調整する関係性へ変化したと推察する。その結果、家族と患者の双方に最良の方法を選択する【親子が互いを認め合う】が導かれたと考える。

以上より、【この状況を乗り越える夫婦の同盟】を基盤として、患者の世話に埋没しやすい母親が家庭外でも役割を担い自分の時間をもつことや、効果的に患者に対応するスキルを身につけることは【親子が互いを認め合う】といった距離感の形成に重要と考える。援助の方向として、親子関係への直接的な介入にとらわれず、まず夫婦関係を近づけ、次に調整的立場にある家族員が患者に効果的に接することができるよう働きかけることから、干渉し過ぎず見守る親子関係の形成を目指すなど、家族サブシステム同士が影響しあう特徴を取り入れた介入の必要性が示唆された。

5. 家族の中で脆弱なポジションに置かれる同胞

患者の発病当初、同胞は患者から虐げられるなかで【同胞と両親の距離がひらく】ことが生じていた。しかし、同胞は、自宅を離れて患者と距離をおきながらも【同胞が母親の「心の大黒柱」となる】など両親の理解者としての立場をとりながら成長し、同胞自身の生活を確立すると【患者と同胞の新たな接点】を探していた。

【同胞と両親の距離がひらく】について、「彼女 (同胞)

はがまんして何も言わない。お父さんとお母さんが一番つらい思いをしているねと言いました」という語りにあるように、同胞が両親をおもんばかり、積極的に助けを求めないことから両者の距離がひらいていた。この語りは、石田(2012, p.66)の「統合失調症患者の同胞は両親が患者の介護で疲弊する様子を目の当たりにし、親がいかに傷ついているか肌で感じている」といった報告と類似している。本研究やこれら先行研究より、学童期の同胞にとって患者から敵意をぶつけられるなかで両親から十分な世話を受けられない状況は過酷であったと推測する。そして、同胞が両親を支える役割を担った背後には、家族の一員でありたいと願う気持ちがあったと考える。

また、本研究では、同胞は患者の暮らす自宅を離れていても【同胞が母親の「心の大黒柱」となる】といった両親の理解者という立場で家族の関係性に残り、局面4において患者とどのようにかわればよいか探していた。このように統合失調症の患者の同胞がどのようなプロセスを経て家族の関係性にとどまっているのかを明らかにした先行研究はなく、本研究の新しい知見と考える。一方で、笠田(2013, p.234)は、知的障害者のきょうだいを対象にした調査から、健常であることを理由に親から関心を向けられずに過ごしたきょうだいは、家庭での孤独感を葛藤の維持要因として親への怒りや不信感を募らせ、患者ケアに消極的なライフコースを選択したと述べている。同胞が家族から孤立しなかった本研究結果と、同胞が患者ケアに消極的となった先行研究の違いからは、同胞が自宅を離れても親との関係性が保たれていれば、それを介して患者と接点をもつ可能性があることが示唆される。同胞が家族の一員として患者ケアに関与しようとする条件の一つとして、親と同胞との関係性の維持が重要であると考えられる。

しかし、本研究では、同胞が「ゆくゆくは姉(患者)の面倒を自分がみないといけない」と言うものの、「自分の子にあんな思いをさせたくない」という語りもあり、同胞の揺れ動く思いがうかがえた。統合失調症患者のきょうだいは、将来的に自分が患者の面倒をみると自覚するが、患者を受け入れることにアンビバレントな感情がある(岩崎・水野, 2009, p.107)と報告されており、これは本研究における同胞の思いと一致していた。同胞は、【患者と同胞の新たな接点】を探してケアに携わろうと思うものの、新しく築いた生活への影響をおそれるがゆえの躊躇を抱いていると考える。

看護職は、学童期にある同胞の思いを代弁することにより両親の関心が同胞に向けられるよう介入し、家族のなかで同胞を孤立させないよう支援する必要がある。また、同胞が青年期である場合、同胞がアンビバレントな感情と折り合いをつけ、同胞自身の人生を軸にして患者とどのよう

に向き合うことができるか、ともに考えるかかわりが重要であるといえる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は3名と少なく、調査時において家族会に所属しており家族の凝集性が保たれていた。また、本研究は、母親の視点からシステムとしての家族に起きる現象に焦点を当てて明らかにしている。より精緻にシステムとしての家族全体の現象をとらえ、多様な家族の健康を維持・促進する支援を明確にするには、対象者数と範囲を広げるとともに異なる家族構成員から得られたデータを統合することが課題である。

また、本稿は勢力構造に焦点を当てて家族関係のプロセスを明らかにしたが、家族システムにおいては、勢力構造、役割構造、価値観、コミュニケーションの4つの要素が関連しあうことから、今後は、本稿の結果をもとに家族構造の要素の全体的な関連から統合失調症患者を有する家族システムを検討していく。

VII. 結 論

統合失調症患者を有する家族の状況を示す4つの局面と家族サブシステムの勢力構造を示す26の大カテゴリーが抽出された。『家族が患者の異変に気づき受診させる局面』では、対立と分裂を示す【患者対応をめぐる夫婦の対立】【病の原因をめぐる祖母と母親の分裂】などが抽出された。『家族が患者の病状に翻弄される局面』では、家族内の勢力構造が乱れ、外部から閉ざされる関係を示す【患者による家族の支配】【家族会への門を閉ざす】などが抽出された。『家族が苦悩しながら患者との向き合い方を模索する局面』では、家族が夫婦の同盟を契機として内部からつながりを取り戻し、外部環境と接点を増やすことを示す【この状況を超えて夫婦の同盟】【家族を社会につなぐ人の支え】などが抽出された。『家族が患者との在宅生活を再編する局面』では、家族が外へと開放され調和に向かう関係を示す【助け合う関係の広がり】【親子が互いを認め合う】などが抽出された。

看護職は、祖母を含む家族員が疾患や患者対応を学びつつ目標を共有する場を早期に設けることにより家族間の葛藤を和らげる必要がある。また、夫婦の関係を近づけることから干渉し過ぎず見守る親子関係の形成を目指すなど、家族サブシステム同士が影響しあうことを考慮した介入の必要性が示唆された。さらに、脆弱な立場におかれる同胞が自らの生活を守りつつ患者とどのように向き合うか、ともに考える支援が望まれる。

謝 辞

大切なご家族の体験を語ってくださいました研究対象者の方々に心からお礼申し上げます。なお、本稿は愛知県立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文に加筆修正したものであり、一部を第25回日本精神保健看護学会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

筆者貢献度

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

統合失調症と向き合う家族の関係性のプロセスを明らかにするため、家族システム理論を活用し、患者の母親3名の語りを家族サブシステムの勢力構造に焦点を当てて質的に分析した。家族の状況を表す4つの局面と勢力構造を示す26の大カテゴリーが抽出された。『家族が患者の発病に気づき受診させる局面』では、祖母を含む家族員に対立と分裂が生じた。『家族が患者の病状に翻弄される局面』では、家族は外部との接点を閉ざし、患者に翻弄されて家族機能に支障をきたした。『家族が苦悩しながら患者との向き合い方を模索する局面』では、家族が夫婦の同盟を契機に内部のつながりを取り戻し、外部と交流した。『家族が患者との在宅生活を再編する局面』では、同胞を含め調和的な関係となった。家族間の葛藤を和らげ調和を導くために、家族員個々への疾患教育や、夫婦に働きかけることから親子関係を調整する介入、脆弱な立場にある同胞の支援の必要性に示唆を得た。

Abstract

To clarify the relationships of families of patients with schizophrenia, we applied family system theory to a qualitative analysis of the narratives of three mothers of such patients, focusing on the family subsystem power structure. Four stages representing the family's situation and 26 large categories indicating power structure were selected. In the stage where "the family was aware of the patient's symptoms and let them consult a doctor", conflicts and divisions occurred among family members, including grandmothers. In the stage where "the family was at the mercy of the patient's condition", the family reduced their contact with outsiders and their focus on the patient hindered their functioning. In the stage where "the family groped in anguish for ways to manage the patient", they regained their internal ties in the wake of a marital subsystem alliance and interacted with outsiders. In the stage where "the family reorganized the patient's home life", their relationships, including siblings, became harmonious. To ease the conflicts between family members and guide them towards harmony, we obtained suggestions for disease education for each individual family member, interventions to regulate the parent-patient relationship similar to the marital subsystem alliance, and support for siblings in vulnerable situations.

文 献

- Friedman, M.M. (1986) / 野嶋佐由美 (1993). 家族看護学：理論とアセスメント. 東京：へるす出版.
- 浜田恭子, 堤由美子 (2015). 適応的な地域生活を営む統合失調症を有する子どもの両親の体験の質的分析. 鹿児島大学医学部保健学科紀要, 25(1), 1-9.
- 波多江陽子 (2004). 精神障害者家族が認識しているソーシャル・サポートの実態. 日本精神保健看護学会誌, 13(1), 72-80.
- 法橋尚宏 (2010). 新しい家族看護学：理論・実践・研究. 425, 東京：メヂカルフレンド社.
- 石田実知子 (2012). 統合失調症きょうだいの思いの変化に焦点をあてて：精神障害者きょうだいの手記分析から. インターナショナル *nursing care research*, 11(3), 57-67.
- 岩崎みずす, 水野恵理子 (2009). 統合失調症のきょうだいとしての体験：語りの分析から. 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 101-109.
- 岩崎みずす, 水野恵理子 (2013). 統合失調症の子どもをもつ父親：病気への対処と向き合い方. 日本健康医学会雑誌, 22(1), 36-42.
- 藤山正子 (2012). 家族が精神障害者をケアする経験の過程：国内外の文献レビューに基づく共通段階. 日本看護科学会誌, 32(4), 63-70.
- 笠田 舞 (2013). 知的障がい者のきょうだいのライフコース選択プロセス：中年期きょうだいにとって、葛藤の解決および維持につながった要因. 発達心理学研究, 24(3), 229-237.
- 河合隼雄 (1976). 母性社会日本の病理. 10, 東京：中央公論新社.
- 今野和夫 (1997). 障害児の祖父母. 障害者問題研究, 25(1), 77-85.
- Liberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J., and Gutkind, D. (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *Int Rev Psychiatry*, 14(4), 256-272.
- Minuchin, S. (1974) / 山根常男 (1984). 家族と家族療法. 68, 東京：誠信書房.
- 森山美智子 (2001). ファミリーナースィングプラクティス：家族看護の理論と実践. 58, 東京：医学書院.
- 水野恵理子, 岩崎みずす (2010). 統合失調症の子供をもつ母親としての体験. 日本健康医学会雑誌, 18(4), 157-164.

- 小原聡子, 西尾雅明, 牧尾一彦, 大島 巖, 伊藤順一郎 (2001). 罹病期間からみた家族のニーズと家族教室に求めるもの: 全国精神障害者家族会連合会家族支援プログラムモデル事業に参加した家族へのアンケート調査から. *病院・地域精神医学*, 44(3), 357-363.
- Pejlert, A. (2001). Being a parent of an adult son or daughter with severe mental illness receiving professional care: Parent's narrative. *Health Soc Care Community*, 9(4), 194-204.
- 佐藤朝子 (2006). 精神障害者を子にもつ母親の体験: 女性の生活史の観点から. *日本赤十字看護大学紀要*, 20, 1-10.
- Schneewind, K.A. (1995). コントロールの信念に関する家族の影響, Bundura, A. (編) / 本明 寛, 野口京子 (1997), 激動社会の中の自己効力. 99-128, 東京: 金子書房.
- 関谷真澄 (2007). “障害との共存” と家族の関係性: 精神障害を抱えた人のライフストーリーからみえてくること. *ヒューマン・ケア研究*, 8, 69-82.
- Spaniol, L. (2010). The pain and the possibility: The family recovery process. *Community Ment Health J*, 46(5), 482-485.
- 田上美千佳 (1997). 精神分裂病患者をもつ家族の心的態度 第1報: CFIの検討を通して. *日本精神保健看護学会誌*, 6(1), 1-11.
- 田上美千佳 (1998). 精神分裂病患者をもつ家族の心的態度に関する研究. *お茶の水医学雑誌*, 46(4), 181-194.
- 渡辺裕子 (2012). 精神疾患をもつ患者の家族への看護. 鈴木和子, 渡辺裕子 (編), *家族看護学: 理論と実践*. 249-262, 東京: 日本看護協会出版会.
- 八重樫牧子, 江草安彦, 李 永喜, 小河孝則, 渡邊貴子 (2003). 祖父母の子育て参加が母親の子育てに与える影響. *川崎医療福祉学会誌*, 13(2), 233-245.
- 横山恵子 (2014). 精神障害者家族会入会までの心理的变化と家族会で得たもの: 若年層の統合失調症患者の親へのインタビューから. *保健医療福祉科学*, 3, 7-13.
- 吉井初美, 香月富士日 (2008). 初発統合失調症の子を持つ母の心理. *日本精神保健看護学会誌*, 17(1), 113-119.

[平成28年6月24日受 付]
[平成29年6月10日採用決定]

— 研究報告 —

終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知

Nurse's Practical Knowledge of the Personal Hygiene Care to
End-stage Cancer Patients in Palliative Care Units

高 橋 智 子
Tomoko Takahashi

キーワード：緩和ケア，がん患者，日常生活活動，清潔の援助，実践知

Key Words：palliative care, cancer patients, activities of daily living, personal hygiene care, practical knowledge

はじめに

終末期がん患者は、全身倦怠感、食欲不振、便秘などの症状が複合的に出現することが多く、食事や排泄などの日常生活の一つひとつが他者の手を借りなければならない状況となり、人間としての尊厳を失う体験につながりやすい。そのため、終末期がん患者の日常生活ケアは、患者のQOLを高め、人間としての尊厳を維持するものとして看護において重要である（和泉，2007；野戸・三上・小松，2002；菅原，1993；吉田，1999；吉田，2009）。とくに清潔ケアは、患者にとって心地よさが得られ、諦めかけていた生活や自分らしさを取り戻せるケアであり（平山ら，2010）、食事摂取が困難な場合など、患者がどのような状態であっても看護師が行えるケアである。また、患者が清潔を保つよう支援されることは、患者だけでなく家族にとっても満足感が得られ、希望する看護の一つであることが示されていることから重要である（後藤ら，1992；安藤，2013；田實ら，2015）。

終末期がん患者のケアに関する先行研究は、症状緩和（佐野ら，2007）や家族ケア（中川・小谷・笹川，2008）などをテーマとして行われてきた。また、終末期がん患者のケアにおいては、さまざまな立場から複数の価値が絡み合い、看護師は何を優先させるかむずかしい判断を迫られることが多いことから、鎮静に関する看護師の判断（吉田・川上・古川，2003）や価値の対立する場面における看護師の意思決定過程の判断（松山・樋口，2011）、体位変換場面における看護師の意思決定の判断（Searle & McInerney，2008）など、看護師のケアの判断に関する報告がある。一方で、終末期がん患者の日常生活ケアに関する研究の多くは、患者とのかかわりについて事例ごとに振り返り、援助の手順や方法を評価する視点での事例研究（林，2001；塩塚・山岸・遠藤・桑田，2011；横濱・吉村・武

田・高山・鎌水，2011）にとどまっており、系統的に行われたものは少ない。

いくつかの研究により、終末期がん患者の日常生活ケアがその人の生活習慣を維持し、その人らしさを支える目的で行われ（菅原，1993；吉田，1999）、患者とのかかわりのなかで展開される（吉田，2009）ことが明らかになっている。また、食事や入浴などを通して快の感覚が得られることが終末期がん患者の生きる力につながることを示されている（水野・佐藤，1995；山口，2003）。さらに、清潔ケアは患者に生きる力を取り戻させたり、ささやかな希望につながったりするなど意欲の原動力となることが示されている（後藤ら，1992；平山ら，2010）。しかしながら、終末期がん患者の状況はきわめて変化しやすく、その時々状況において看護師が患者への日常生活ケアをどのように考え、実施しているのか、その実践知については十分に明らかにされていない。

そこで、本研究は終末期がん患者の清潔ケアにおける看護師の思考や感情、行為に焦点を当てて記述することにより、緩和ケア病棟看護師の実践知を明らかにすることを目的とした。本研究が日常生活ケアのなかでも清潔ケアに着目した理由は、終末期の患者がどのような状況であっても、最後まで提供可能なケアの一つであることによる。終末期がん患者への清潔ケアにおいて、看護師がどのように思考したり、感情を抱いたりして行為しているのか、その実践知を明らかにすることにより、終末期がん患者への清潔ケアの実践についての理解が深められ、緩和ケアにおける看護実践の概念化やケアの質向上に貢献できる。

I. 用語の定義

a. 終末期がん患者

本研究において終末期がん患者とは、現代医療において

可能な集学的治療の効果が期待できず、積極的治療がむしろ不適切と考えられる状態で生命予後が6か月以内と考えられる段階（柏木・恒藤，2007，p.24）にある患者とした。

b. 清潔ケア

本研究において清潔ケアとは、看護師が終末期がん患者の生活行動を支援するために行う日常生活ケアの一つであり、清潔ケアの計画からケアの振り返りまでの看護師のかわりとした。清潔ケアの内容は、部位や目的によりさまざまであるが、シャワー浴、機械浴、清拭、洗髪、部分浴、髭剃りなどの容姿を整えることなどを含むものとした。

c. 実践知

実践知とは、技能を習慣的に使い実践に従事しながら得られる、看護実践に内在している知である（Benner, 2011/2012）。これは、言語化しにくい暗黙知や身体知などの複雑で不明瞭な知の側面をはらんでいる。本研究において実践知とは、清潔ケアの実践に内在している知であり、個々の状況に即した実践を生み出すことに関する看護師の思考や感情、行為とする。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

清潔ケア場面の参加観察と看護師への半構成的インタビューを用いた質的記述的研究とした。本研究の目的を達成するためには、状況によって変化する人間の思考や行為などをとらえ、その状況を細やかに記述する必要がある。Polanyi（1966/1980，p.15）が、私たちは語ることよりも多くのことを知ることができると述べるように、看護師は行っているケアのすべてについて言語化できるとは限らない。言語化しにくい知識に迫るアプローチとして、ケアを振り返って語ってもらう方法のみを用いるよりも、実践している場や状況に研究者自身が身を置く参加観察が有効と考えた。さらに、行為の背景にある思考を明らかにするために、インタビューを合わせて行う方法を選択した。

2. 研究参加者

研究参加者は、緩和ケア病棟での臨床経験が3年以上ある看護師とした。

3. データ収集場所およびデータ収集期間

データ収集場所は、がん診療拠点病院に併設する緩和ケア病棟一施設とした。データ収集期間は、2012年4月下旬～9月上旬までであった。

4. データ収集方法

研究者が週1～3日の頻度で研究参加者が終末期がん患

者に行う清潔ケア場面の参加観察を実施し、それに基づく半構成的インタビューを行った。研究者は看護ケア場면을観察することへの影響を最小限に留め、観察がより自然な状況となるように、患者のケアを補助的に行いながらその状況でのやりとりを観察した。参加観察での研究者の立場は、参加者としての観察者（佐藤，2002）とした。参加観察では、患者の状況、ケアに至る前からケア後の状況における研究参加者の言動や姿勢、患者の反応などについて着目し、フィールドノートに記載した。

インタビューでは研究参加者の行為の背景にある思考を中心に質問し、自由に語ってもらった。インタビューは、1名につき2回実施し、2回目のインタビューは内容の確認と理解を深めるために行った。インタビュー時間は1回60分程度とし、インタビュー内容は研究参加者の承諾を得た上でICレコーダに録音した。

5. 分析方法

分析は次の段階で行った。まず、インタビューの録音内容から研究参加者ごとに逐語録を作成し、フィールドノートと逐語録をデータとした。フィールドノートと逐語録からシャワー浴、髭剃りなど行われたケアの計画・実施・振り返りまでを含めて1つの実践場面として記述した。次に各場面での看護師の終末期がん患者への清潔ケアについて、思考や感情、行為に着目して場면을再構成し小テーマを抽出した。研究参加者ごとに抽出した小テーマの共通点や相違点を検討してサブテーマを抽出し、終末期がん患者への清潔ケアに関するテーマを抽出した。この全過程において2名の質的研究者のスーパーバイズを受け、妥当性を確保した。

6. 倫理的配慮

本研究は日本赤十字看護大学研究倫理審査委員会の承認（承認番号：2011-91）を得たうえで対象施設の承諾を得て実施した。研究参加者の条件を満たす看護師は看護師長より紹介を受けたが、研究協力依頼は研究者が直接文書および口頭で同意を得た。終末期の患者・家族に対する参加観察への協力依頼は、参加観察可能な状態であることを病棟看護師長および研究参加者に判断してもらったうえで、研究者が直接文書および口頭で行った。研究参加者および患者・家族へ同意を得る際には、研究の趣旨、データの取り扱い、研究結果の公表について等を説明した。

看護師への参加観察およびインタビューはそのつど同意を得て実施した。また、終末期の患者・家族への参加観察の承諾は、身体的・精神的負担を考慮し、基本的に口頭で得ることとしたが、参加観察の都度同意を得て実施した。参加観察中、患者の状態の急激な変化によって患者の苦痛

が強い場合や精神的に不安定な場合など研究よりも医療行為やケアが優先されると判断した場合は参加観察を中止するよう配慮し、研究参加者および病棟看護師長の指示のもと実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 研究参加者および研究参加者がかかわった患者の背景

研究参加者は30歳代～40歳代の女性5名であった。すべての研究参加者が臨床経験10年以上であり、緩和ケア病棟の経験年数は4～10年であった。研究参加者がかかわった患者は60歳代～80歳代の男性4名であった。参加観察は1名につき2～4回実施した。参加観察場面は清潔ケア場面のほか、終末期がん患者への清潔ケアにおける看護師の思

考や感情を理解するため、清潔ケアが実践される前後のかわりも含めた。

インタビューは1名につき2回実施した。インタビューの平均時間は1回目65.6分、2回目39.9分であった。なお、患者氏名は仮名である（表1）。

2. 緩和ケア病棟の看護師が実践する終末期がん患者への清潔ケア

前述の分析手順に従って分析した結果、5名の研究参加者（以下、看護師）と4名の患者のかかわりからシャワー浴や髭剃りなどの8つの実践場面が得られ、終末期がん患者への清潔ケアにおける緩和ケア病棟の看護師の実践知に関する5つのテーマが抽出された（表2）。以下に、サブテーマと代表的な小テーマを用いてテーマを説明する。

表1 研究参加者および研究参加者がかかわった患者の背景

参加者	年齢	臨床経験年数	緩和ケア病棟の経験	患者	年齢	病名	参加観察
A	30歳代	15年	7年	谷口さん	70歳代	肺がん	3回
B	30歳代	11年	4年	井川さん	70歳代	前立腺がん	3回
C	30歳代	10年	5年	横山さん	60歳代	肺がん	4回
D	40歳代	23年	7年				2回
E	30歳代	12年	7年	清水さん	80歳代	喉頭がん 肺がん	3回

表2 終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知

テーマ	サブテーマ	小テーマ	研究参加者	実践場面
【清潔行動への意欲がもてる状況をつくり出す】	患者の思いを探ったりくみとったりして意欲を引き出す	患者の支えになることを探り当てる	A	機械浴
		患者の言葉の意味をくみとり気にかける	C	シャワー浴
		言葉にできない患者の思いをくみとる	D	髭剃り
	清潔ケアについて提案し気持ちを乗せる	少しずつ清潔ケアについて提案し患者の気持ちを乗せる	B	シャワー浴
		少しでもよい時間を過ごせるように清潔ケアを提案する	E	機械浴
【患者の状況に突き動かされるようにケアする】	いまの患者の状況ではこのくらいしかできないという思いでケアする	できることはこのくらいしかないという思いでケアをする	A	機械浴
		せめてこのくらいという思いでケアをする	B	部分清拭
	いましかない状況を逃さないよう勢いも大切にしながらケアする	チャンスを逃したくない勢いで網渡り的なケアをする	C	シャワー浴
		何とかしなければという思いに突き動かされる	D	髭剃り
【押ししたり引いたりするようなかかわりをする】	タイミングを見計らい、押ししたり引いたりする	先走りにならないように押ししたり引いたりする	C	シャワー浴
		調子のよい時間を見つけそのタイミングを見計らう	E	機械浴
【患者と家族の反応を探りながらケアする】	患者や家族の反応を確認したり、探ったりしながらケアする	言葉以外の患者の反応を確認しながらケアする	A	機械浴
		息づかいをみながら探るようにケアをする	C	機械浴
		残される家族の反応を確認しながらケアする	D	髭剃り
【ケアがもたらす意味を問い直す】	患者の反応をみながら無理強いしないようケアする	つらい体験とならないように無理強いはいしない	E	機械浴
	行ったケアに対する安堵の思いと患者へのケアがもたらす意味を振り返る	無事に行えたケアへの安堵と患者の反応に対する戸惑い	C	機械浴
		ケアできてよかったと思う一方で自己満足かもしれない思い	D	髭剃り
	患者にとってケアが最善であったかどうかを振り返る	もう少し踏み込んでよかったのかもしれない	A	機械浴
		もう少し方法を変えれば違ったのかもしれない	E	機械浴

なお、テーマは【 】, サブテーマは [], 小テーマを《 》, 特徴的な場面や語りを太字で示した。

a. 【清潔行動への意欲がもてる状況をつくり出す】

【清潔行動への意欲がもてる状況をつくり出す】とは、看護師が個々の終末期がん患者のおかれている状況に反応し、患者の言葉や状態をもとに患者が日常的に行っていたシャワー浴や入浴などの行為を手がかりに、患者自身が清潔行動への意欲がもてるような状況を見出すことである。ここには、[患者の思いを探ったり汲み取ったりして意欲を引き出す][清潔ケアについて提案し気持ちを乗せる]の2つのサブテーマが含まれる。

(1) 【患者の思いを探ったりくみとったりして意欲を引き出す】

看護師は、患者の言葉にならない思いを探ったり、くみとったりして患者がづらい状況のなかでも何かをやってみようと思えるようかかわっていた。以下は、A看護師が谷口さんへ入浴ケアを計画した場面の会話である。谷口さんの一番の楽しみは食事であったが、誤嚥の危険性からゼリーなどしか摂取できず、寝たきりで、普段ほとんど話すことがなかった。

A看護師：「谷口さん」

谷口さん：「……」（A看護師の声かけに対し、半開眼する）

A看護師：「お風呂に入りますか」

谷口さん：「入る」（半開眼のまま、間髪なく）

A看護師：「今日か明日で調整してみますね」（にっこりと笑う）

谷口さん：目をしっかりと開け、右手を差し出してA看護師の手をとり、口をパクパクさせ、目を瞬きさせ頷いた。

A看護師はこのとき機械浴を提案したときの思いを次のように語った。

「なんか谷口さんって、話したくないとき返事しないんだよね。（中略）お風呂は入るとさっぱりするっていうのは前もあったし、食べることはむずかしいし歩くのもできないし。じゃあ、楽しみは何かになっていうときにお風呂はどうかなって思って。（中略）谷口さん嫌なことは嫌って言うけど、お風呂って嫌って言わなかったからいいことなのかなって」

このように、A看護師は嫌なこと以外はあまり言葉を発しない谷口さんに、以前実施した機械浴の反応が悪くなかったことを手がかりとして提案することによって、谷口さん自身が行いたいと思えるような《患者の支えになることを探り当て》ていた。

(2) 【清潔ケアについて提案し気持ちを乗せる】

看護師は、倦怠感や呼吸困難などの症状のある患者に対し、シャワー浴などのケアを少しずつ提案し、患者が清潔

行動を行ってみようと思える状況をつくり出していた。以下は、B看護師が井川さんにシャワー浴を計画したときの語りである。井川さんは、前立腺がんによる影響で腎不全を起こし緊急入院して腎瘻を造設し、倦怠感と会話時の息切れから、ベッドに臥床しがちであった。

「（腎瘻の交換をしたら）またちょっと落ち着くまでは入れないかなって思って。……なんかね、何日か前からちょっとずつ声をかけていたんだよね。『そろそろ入らない？』って言って。そしたら『入る』って言った日があったから、じゃあ、入ろうかって」

このように、B看護師が井川さんの症状の軽快とともにシャワー浴できる状態かどうかを気にかけて、「少しずつ清潔ケアについて提案し患者の気持ちを乗せ」、井川さん自身が行ってみようと思えるようにかかわることで、井川さんのシャワー浴は実施されていた。

b. 【患者の状況に突き動かされるようにケアする】

【患者の状況に突き動かされるようにケアする】とは、看護師がいつもと異なる患者の状態や容姿に患者の調子の悪さや寂しさなどを感じとり、いまの患者の状況ではこのくらいのケアしかできないという思いで清潔ケアをすることである。また、患者の状態が変化するリスクがあるなかで網渡り的にケアを行ったり、それしかできない状況に突き動かされたりしてケアを行うことである。ここには、[いまの患者の状況ではこのくらいしかできないという思いでケアをする][いましかない状況を逃さないよう勢いも大切にしながらケアする]という2つのサブテーマが含まれる。

(1) 【いまの患者の状況ではこのくらいしかできないという思いでケアする】

看護師は、倦怠感や苦痛がある患者に対して、いまの患者の状況ではこのくらいのことしかできないという思いに動かされ、患者が少しでも心地よさを得られるように清潔ケアを見出していた。以下は、B看護師が遠慮がちな井川さんに部分清拭と下肢のマッサージを行った場面である。井川さんは足背部に軽度の浮腫があり倦怠感が強かった。

B看護師：井川さんの部屋に向かい、入口で立ち止まる。

井川さん：左側臥位で入口に背中を向けて丸まりうとうとしている（普段は仰臥位で過ごしている）。

B看護師：驚いた表情を見せる。

B看護師：「井川さん」（落ち着いた静かな声でゆっくりと）

井川さん：眉間にしわを寄せながら、顔だけ部屋の入口のほうを向くように振り返る。

B看護師：「ちょっと今日はしんどそうですね」（側らに腰をかがませ、目線を合わせる）

井川さん：返事をしないまま、それに応えるようにゆっくりと仰向けになる。

B看護師：「……足、マッサージしますか」

井川さん：「いや、悪いからいいよ……」

B看護師：「悪くなんかいいですよ」（優しい声色でにっこりと笑う）

井川さん：「じゃあ、お願いしようかな」（照れた様子で声色と表情が明るくなる）

B看護師：蒸しタオルを準備し、下腿と大腿を温めながらマッサージする。

井川さん：「あー」（目を閉じたまま声を出し、気持ちよさそうに表情を緩ませる）

B看護師は、このとき部分清拭とマッサージを実施した思いを次のように語った。

「うん、なんかすごく（看護師が来るのを）待っているのに、できることってあまりなかったから、せめてそれぐらいっていう思い。（中略）本人がちよっと気持ちいいかなって言ってくれたのが足のマッサージだったから。だったらそれをしようかなって。（中略）井川さんは2日くらい食べられないし飲めないし、おしっこも出なくて……がまんしてがまんしてもうだめって思ったときに入院したんだと思うんだよね」

このように、B看護師は井川さんの姿勢の変化から倦怠感や独りで過ごすつらさをとらえ、井川さんの遠慮がちな性格にも配慮していた。B看護師は、他の清潔ケアを行うのがむずかしい状況のなかで《せめてこのくらいという思いでケアし》、少しでも心地よいと感じられる部分清拭と下肢のマッサージを選択していた。

（2）「いましかない状況を逃さないよう勢いも大切にしながらケアする」

看護師は、終末期にある患者の状況が刻々と変化するなかで、いましかない状況を逃さないように、勢いも大切にしながら清潔ケアを見出していた。以下は、C看護師が肺がんの縦隔転移によるがん性心膜炎を起こし、心機能の問題から1か月以上シャワー浴が行えていない状況の横山さんにシャワー浴を実施した場面について振り返った語りである。横山さんは自ら何かをして欲しいと訴えることが少ない患者であり、多くの時間をベッド上で過ごしていた。予後は1か月弱と考えられており、主な症状は呼吸困難感と背部痛で緩和ケア病棟に入院してから呼吸困難感は日々増強していた。

「一番は最初に私が朝見たときの顔色とか声の強さとか覇気みたいな。あるじゃない声の力みたいなとか。で、なんか行けそうだなってみたいなのを……思ったんだよね。あと、声をかけたときの反応とかも。『行けますかね』って感じですぐ返事が返ってきたから。（中略）……（判断した）決め手とかってあるのかな。だってバイタルサインとかそんなに大きく変わらないし、サチュレーションもそんなに

低くなかったし……なんだろう。（中略）でもドキドキしながらシャワーに入れた。入っちゃったって感じ。（実施したときは）状態が変わるかもしれないとか……。（中略）後はやったことでしんどいからもう嫌だとなっちゃったら、やったことでマイナスになっちゃうから。そういうのはどう出るのかなって思いながらいたかも」

このように、C看護師は横山さんの予後が1か月という状況も考慮し、横山さんの状態が変わらない、いましかない状況を逃さないように勢いも大切にしてケアをしていた。しかし、横山さんの状態がどうなるかわからない不確実性のなかで患者の負担も考慮しながらケアを進めなければならず、《チャンスを逃したくないといった勢いで綱渡り的なケアをし》ていた。

また、以下はD看護師が、意識が混濁しており、無精髭を生やしてベッドに横たわっている横山さんに髭剃りを実施した場面である。

D看護師：横山さんの口呼吸の様子を見ている。左右の手に触れ脈を確認する。

D看護師：「髭……伸びちゃっているから剃らせてもらってもいいですか」

娘さん：「はい、お願いします」（穏やかな口調で頭を下げる）

D看護師：「髭剃らせてくださいね」（横山さんの顔を見ながら、顎を温タオルで温め、髭剃りを用いて右側の髭を剃る）

横山さん：閉眼したまま眉間にしわをよせる。

D看護師：「嫌ですね……もう少しで終わりますから」（そっと肩に手を当てる）

娘さん：「お父さん、もう少しだから頑張って」（横山さんの手を握る）

D看護師は横山さんの髭剃りを実施したときの思いを次のように語った。

「（呼吸などの様子を見て）まだもうちょっといけるって思って髭剃りしたのと……横山さんの手も冷たくなかったし、呼吸も努力様だったけど規則的だったし。あとは何だろう……。あんな無精髭になっていることは今までなかったんだよね、結構きちんとした人というイメージで……。苦しくても自分のことは最後まで自分でやろうとする、それぐらいの人だから、やっぱりきれいにしていなきゃって思った。（中略）なんか、その人自身だったら嫌かなって思ったのかもしれない。自分で剃れないのも、無精髭のまま死んでいくのも。まあ、こっちの勝手な思いだけど。（中略）とにかく髭を何とかしなければという剃りたい一心だった」

このように、D看護師はかつての横山さんの姿から横山さんは言葉にしなくても最期まできちんとしていっていたので

はないかと考えていた。そのため、亡くなりそうな横山さんの状況を目の前にした際、「剃りたい一心」という言葉のとおり、『何とかしなければという思いに突き動かされる』ようにケアを実施していた。

c. 【押ししたり引いたりするようなかかわりをする】

【押ししたり引いたりするようなかかわりをする】とは、患者の気持ちや日常生活ケアへの意欲を示さないときに看護師の思いだけでケアを勧めないように、患者の思いや状況を探りながらケアを実施することである。ここには、[タイミングを見計らい、押ししたり引いたりする]という1つのサブテーマが含まれる。

(1) 【タイミングを見計らい、押ししたり引いたりする】

看護師は、看護師の思いや判断だけでケアを勧めることがないように、患者の思いや状態を考慮してかかわっていた。以下は、C看護師が日ごとに状態が悪化している横山さんに対して、シャワー浴の実施を躊躇した場面である。

C看護師：部屋に向かうと横山さんはベッドを20度程度倒し、仰向けで臥床していた。

C看護師：「夜眠れましたか」（そとと穏やかな口調で聞く）

横山さん：「うん……あまり。動くとき苦しくて」（冴えない表情を見せる）

C看護師：ナースステーションに戻り、研究者に次のように話す。

C看護師：「今日はなんか精神的にも元気がないって感じに見えるよね、調子悪いのか……（中略）しゃべる一言一言がなんか、前はもっとスラスラ話していたような気がして……。何とも言えない。なんか……はっきり……何かが変わった感じではないんだけど……立ち上がろうともしないもんね。どうしようかな」（カルテの記録から横山さんが入浴を希望していることを知り、つぶやきながら悩んでいる表情を見せる）

C看護師：再び横山さんの部屋に向かう。

C看護師：「お風呂入りたいって言っていたみたいですね……」

横山さん：「うん。そういう気持ちはあったけど……。苦しいから入るのも少し心配……」（ゆっくり、仰向けのまま返答する。）

C看護師：「そっか……。寝たまま入るお風呂はどうですかね？」（探る感じで聞く）

横山さん：「入れるなら入ってみたい気持ちはある」（先ほどより明るい声になる）

C看護師：「今週どこかで。横山さんの調子のいいときに……」

このときのやりとりについて、C看護師は次のように語った。

「結構遠慮する人だから、看護師から言われたらその気で『はあ』とか言っちゃうようにもみえたし。そうなんちゃうと横山さん自身の本当に思っていることはなんだろうってわからなくなりそうだから。だからあまり押せ押せで言わないようにしようと思って。……押しして引いて、みたいな感じで」

このように、C看護師は、横山さんの状態が悪化していることを予見していたが、横山さん自身の思いを大事にしていた。C看護師は看護師の促し方によって横山さんの意向が変わる可能性を危惧したことから、シャワー浴をこの日に勧めることを躊躇するというように、看護師の思いだけで《先走りにならないように押ししたり引いたりする》のかかわりをしていた。

d. 【患者と家族の反応を探りながらケアする】

【患者と家族の反応を探りながらケアする】とは、看護師が患者のケアを実施する際に、患者の息づかいや言葉以外の反応をその都度確認したり、家族の反応を確認したりしてケアを実施することである。ここには、[患者や家族の反応を確認したり、探ったりしながらケアする][患者の反応をみながら無理強いしないようケアする]の2つのサブテーマが含まれる。

(1) 【患者や家族の反応を確認したり、探ったりしながらケアする】

看護師は、ケアを患者の反応や家族の反応を確認したり、探ったりしながら慎重にケアを実施していた。以下は、C看護師が横山さんの入浴ケアを実施した場面である。横山さんは日ごとに呼吸困難感が悪化していたため入浴は行えていなかったが、前日に胸水穿刺したことから、その日は機械浴で2か月ぶりの入浴をする約束をしていた。

C看護師：「寝たまま入るお風呂、入れそうですね」

横山さん：「入れるなら入りたい」（以前とは異なる明るい口調）

C看護師：機械浴実施前に浴室の室温を調節する（呼吸困難感がある人は室温が高いと苦しく感じる人が多いという経験をふまえていた）。湯船に入るときも段階を経て全身が浸かるようにし、そのつど横山さんの表情や状態を確認している。横山さんの呼吸状態は悪化することなく、入浴を終えた。

横山さん：「また入りたいね」（ストレッチャーで自室に戻り、笑顔を見せる）

C看護師はこの場面を振り返り次のように語った。

「ちょっと、調節して止めてどんな反応かなって見て。全然大丈夫だったね。別にハアハアする感じもなかったし。お湯の温度もどうこうって感じじゃなかったし。問題なく

入れてよかったなって。なんか症状出るかなって思っていたんだよね。でも、たまたまだよね。(中略)確かに数日前のボヤってしていたときも入れなかったかっていうと入れただろうし……。もう少し調子いいときを待って……って思っていると、それもどうなるかわからないし……。結果的には本人もやってみてそんなにつらくなく、入れてよかった」

このようにC看護師は、状態が変化しやすい横山さんの状況を考慮し、《息づかいをみながら探るようにケアし》ていた。

(2) 【患者の反応をみながら無理強いしないようにケアする】

看護師は、清潔ケアを実施する際に、それが患者にとってつらい体験とならないように、無理をさせないように判断しながら患者にかかわっていた。以下は、E看護師が清水さんに入浴ケアを中断した場面についての語りである。清水さんは喉頭がんと右肺がんの多発性肺転移があり、主な症状は呼吸困難と右肩痛であった。入院時清水さんは話す息が促迫していたが、状態は少しずつ安定し、呼吸の促迫もみられなくなっていた。

「そう、びっくりした。お風呂好きだって言っていたからね。結構長く入ったりするかなって思っていたんだよね。そしたら思いのほか早く上がるって言うから。もう! ? って感じだった。家族も早く来てくれたし、ゆっくり浸かる時間もあるしって思って。(中略)呼吸もそんなにハアハアする感じでもなく、悪い感じでなかったし……。でも『入ったら苦しくなりそう』って言われて……。苦しかったわけではないから身体洗ったり、洗髪も勧めたんだけど、『それはいいって』。本人が嫌だということにあまり強く勧めてもしょうがないと思ってやめて」

このようにE看護師は、その日の清水さんの体調を加味したうえで入浴を実施していた。また、気持ちよくなってほしいとの思いから、一度は身体を洗うことを勧めたが、無理強いをすることで清水さんにとって入浴が辛い体験となる可能性についても考えていた。そのため、E看護師は、《つらい体験とならないように無理強いはいしない》ように、ケアを中断していた。

e. 【ケアがもたらす意味を問い直す】

【ケアがもたらす意味を問い直す】とは、看護師がそのとき、その場面において最善と判断したケアを行っていたにもかかわらず、後からケアを振り返り、ケアがもたらした意味について考えることである。看護師は実施した清潔ケアにより、患者が心地よさを感じたり、意欲が引き出されたりしていることを感じていたが、その患者にとってよりよいケアであったかを振り返っていた。ここには、[行ったケアに対する安堵の思いとケアがもたらす意味を振り返

る] [患者にとってケアが最善であったかどうかを振り返る] の2つのサブテーマが含まれる。

(1) 【行ったケアに対する安堵の思いとケアがもたらす意味を振り返る】

看護師は、状態が変化しやすい患者への清潔ケアを行うなかで、患者がその人の日常性を保てたり、心地よさを得られたりしたことへの安堵の気持ちと、そのケアが患者にもたらす意味を振り返っていた。以下は、D看護師が亡くなる直前の横山さんに髭剃りを実施したことについて振り返った語りである。

「この人自身が、いつもたぶん(髭を)きれいにしていた。(中略)髭が剃れてよかったって思ったんだよね。尊厳というか……。 (中略) まあ家族にもできることがそれくらいしかなかったよね。いま思えばいっしょにできる、かわれることが……できたのかもしれないね。生きている間に。(中略) でも……私が剃りたかったという自己満足なのかもしれない」

このようにD看護師は、無事に髭が剃れ、横山さんの普段のイメージを保てたことに安堵する一方で、意識のない横山さん自身にはその意味を確認できないことから、《ケアできてよかったと思う一方で自己満足かもしれない思い》を抱いていた。

(2) 【患者にとってケアが最善であったかどうかを振り返る】

看護師は、患者の思いや状態を考慮し、清潔ケアを実施していたが、もっとよい方法があったのではないかと行ったケアが最善であったのかどうかを振り返っていた。以下は、E看護師がお風呂好きな清水さんに入浴ケアを実施したが、苦しくなりそうと言って、入浴を中断した場面を振り返った語りである。

「(入浴前)呼吸はね、そんなにハアハアする感じでもなく、悪くなかった。(中略) お風呂に入りたいって言っていたから……。よかったのかなあとは思うけどね。どうなんだろう。ちょっとそこは気がかりだった。なんか入れた後も……まあ、苦しくなる前に言ってくれてよかったけど。後で、そこは自分自身も迷った。無理……無理したわけじゃないけど、どうだったのかなって。(中略) 時間の問題ではないかもしれないけど、もう少し体調を見て午後とかにしたらもうちょっと違ったのかなとか、ちょっと後で反省した」

このようにE看護師は清水さんの呼吸状態を考慮して入浴したにもかかわらず、清水さんが苦しくなりそうと発言したことを振り返り、《もう少し方法を変えれば違ったのかもしれない》と、患者にとってケアが最善であったのかどうかを振り返っていた。

Ⅳ. 考 察

ここでは、本研究の結果をもとに、終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知の特徴および清潔ケアを通して終末期がん患者の日常性を保とうとする実践の意味について述べる。

1. 終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知の特徴

先行研究では、終末期がん患者への入浴ケアが、生きる力を取り戻させるなどの生きる意欲となる意味があることなどが示されていたが（後藤ら、1992；平山ら、2010）、それらのケアがどのように生み出されているのかについては十分に明らかにされていなかった。本研究では、終末期がん患者への清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の思考や感情、行為に着目して実践を記述することによって、終末期がん患者への清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知が明らかとなった。

看護師は、日々変化する終末期がん患者の心身の状態を細やかにとらえてケアを判断し実施していた。その判断は、バイタルサインや検査データなどの変化よりも、むしろ患者の側に身をおいたときに五感から伝わってくる微細な変化に着目したものであった。それは、たとえば部屋に入った瞬間の患者の表情や姿勢、声の強さや張り、声をかけたときの患者の反応などであった。また、看護師は観察したことを過去の患者の状態と照らし合わせて統合的に把握していた。そこから「覇気みたい」と表現されるような、患者の全体から読みとれる患者の生きる気力をとらえていた。

このような現象のとらえ方は、Benner & Tanner (1987) が看護実践の卓越性として示す直観といえる。それによると直観は、観察した個々の内容を感覚的に知覚するのではなく、情報全体の統合の結果として現象を理解することである。看護師は患者の苦痛を感じとり、それに呼応しようとしているからこそ統合的に患者をとらえられたと推測できる。

また、ケアの実施にあたっては患者の呼吸状態を確認しながら、入浴ケアをするなど【患者と家族の反応を探りながらケアする】ことをしていた。このような看護師の思考と行為のあり方は、身体を通して「考える」と「する」ことが直に結び合わされていることから、池川（2009）が述べる身体がもたらす実践知ととらえることができる。つまり、そのときその場で最善の行為を見出すという直観的な思考と行為のあり方である。終末期がん患者の状況は変化しやすく、予測がつきにくいことも多いことから、そのときその場で最善の行為を選択しなければならない。そのためには、患者の呼吸のリズムや脈の触れ具合などを細

かく観察する能力や、死にゆく過程に関する詳細な知識が必要となる。

さらに、看護師はそのときその場で最善な行為を選択するだけでなく、選択した行為が最終的に患者にとって快となるか確認しながらケアを実施していた。たとえば、看護師は患者の反応から意欲を読みとり入浴ケアをすることを選択し、実施にあたっては患者が苦しくならないように室温や湯温を調節したり、息づかいをみながらケアを行ったりするという配慮をしていた。このような配慮は、もともと入浴を諦めかけていた患者が行ってみようと思えた気持ちを大事にして、自分にはもう無理であるというような諦めの気持ちをもたないでほしいという思いのもとに行われていた。そこでの看護師の行為は、Chinn & Kramer (2004/2007) が述べるような看護のアート、すなわち即興芸術の要素をもっていた。Chinn & Kramer は、行為者が即興で表現できるのは、どのような特殊な場面でも引き出せるように、さまざまな行為やその流れを徹底的に訓練し、高度に熟練した技をもっているからだとして述べている（2004/2007）。本研究において、患者にとっての心地よさと安全性に視点を置いた看護師の柔軟なアートがあったからこそ、患者や家族にとって意味のある行為として心地よいケアが見出されたと考えられる。

2. 清潔ケアを通して終末期がん患者の日常性を保とうとする実践の意味

本研究の結果、終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知として、看護師が患者の言葉や状態、家族の話をもとに患者が日常的に行っていた行為を手がかりにして【清潔行動への意欲がもてる状況をつくり出す】こと、ケアの実施においては、【患者の状況に突き動かされるようにケアする】、患者の思いや状況を核にして【押したり引いたりするようなかかわりをする】、【患者と家族の反応を探りながらケアする】ことでケアが見出されること、看護師はその時その状況で最善と判断したケアであっても後から【ケアがもたらす意味を問い直す】ことが明らかとなった。

看護師がこのような実践を生み出すことにより、患者は自身ではもうできないだろうと諦めかけていたシャワー浴や入浴を実現することができ、「また入りたい」という前向きな気持ちになっていた。このように何かしたいという気持ちをもつことがむずかしい状況の患者が、自ら“何かしたい”“やってみよう”と前向きな気持ちになっていたことは注目に値する。

この結果は、終末期がん患者の経験を明らかにした水野・佐藤（1995）、山口（2003）の研究結果や終末期がん患者の希望を示した射場（2000）の研究結果、終末期がん

患者の入浴の意味を示した平山ら（2010）の研究結果とも一致する。水野・佐藤（1995）は、終末期がん患者にとって食べられる、気持ちいいなど単純な快の感覚や人間の欲求の基礎といわれるものが苦しみのなかでも生きていけるという関心をもち続けることができることを示した。また山口（2003）は一口の食事が患者の生きる力になること、平山ら（2010）は入浴ができることが生きる力になることを示し、射場（2000）も患者が日常的な出来事を通していまある生を実感したいという希望をもっていることを示した。本研究でも、看護師が患者の日常性を少しでも保てるよう清潔ケアを行うことによって、患者に快をもたらし、患者の生きる力となるように行われていた。これは、生きる気力の支えとなっている意味で希望ととらえることができるだろう。

終末期がん患者は何らかのかたちで最期まで希望をもち続けるといわれている（Kübler-Ross, 1969/2001）。その希望を支えるために、看護師が患者に寄り添い、語りを傾聴したり（木村・小泉, 2004）、話せる環境を整えたり（久野, 2002；濱田・佐藤, 2002）して希望を把握することが重要であるといわれている。

健康な人にとっては日常生活の行為は習慣的な行為であり、それができることはあまり大きな意味をなさない。しかし、病状の進行とともに日常性を喪失していく終末期の患者にとって、いままで行えていた行為を継続できること、すなわち日常性を保てることは生きる希望や意欲につながると思える。このように日常性を保つことを可能にする清潔ケアは終末期がん患者にとって生きる希望につながる重要な意味をもつといえる。そのため、看護師は終末期のどのような状態であっても日常性を保てるように清潔ケアを見出そうとするのだろう。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究の結果は、終末期がん患者の清潔ケアの実態を明らかにするものであるが、研究参加者の数が少なく、参加観察した場面も限られていることからその特性が結果に影響

した可能性がある。また、本研究は日常生活ケアの1つとして終末期がん患者への清潔ケアについて明らかにしたが、日常生活ケアには食事や排泄など他のケアも含まれることから、他の日常生活ケアにおける看護師の思考や感情、行為にも着目し、終末期がん患者への日常生活ケアの実践知を明らかにすることが課題である。

結 論

5名の看護師と4名の患者のかかわりから終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知に関する5つのテーマが得られた。看護師は、終末期がん患者のおかれた状況やその苦痛に反応し、患者がつらい状況にあっても【清潔行動への意欲がもてる状況をつくり出し】、ケアを計画していた。また、【患者の状況に突き動かされるようにケアする】一方で、患者の気持ちや状況を考慮し、【押ししたり引いたりするようなかかわりをし】てケアの判断をしていた。実施にあたっては【患者や家族の反応を探りながらケアし】ていたが、ケアを振り返り【ケアがもたらす意味を問い直す】ことが明らかになった。終末期がん患者の清潔ケアの実践は変化する患者の思いや状況を細やかにとらえる看護師の思考や感情、行為により生み出され、患者や家族にとって意味ある行為となっていたことが示唆された。

謝 辞

本研究に快くご協力いただきました研究参加者の皆さま、患者およびそのご家族の皆さま、ご指導くださいました日本赤十字看護大学の守田美奈子教授、川原由佳里准教授に心から感謝申し上げます。なお本研究は、日本赤十字看護大学修士論文の一部に加筆修正を加えたものであり、日本看護研究学会第39回学術集会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

要 旨

目的：終末期がん患者の清潔ケアにおける看護師の思考・感情・行為に焦点を当て記述することにより、緩和ケア病棟看護師の実践知を明らかにした。

方法：看護師5名の清潔ケア場面の参加観察と半構成的インタビューを行い、質的記述的に分析した。

結果：終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知に関する5つのテーマが得られた。看護師は【清潔行動への意欲がもてる状況を創り出す】、【患者の状況に突き動かされるようにケアする】などしてケアを見出す一方で、【押ししたり引いたりするようなかかわりをする】、【患者や家族の反応を探りながらケアする】など心地よさと安全性に視点を置いてケアを展開し、【ケアがもたらす意味を問い直す】ことが示された。

結論：終末期がん患者への清潔ケアは、変化する患者の状況や思いを細やかに捉える看護師の思考や感情、行為によって行われ、それが患者や家族にとって意味ある行為となっていた。

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to describe and illuminate the practical knowledge of personal hygiene care provided by nurses in palliative care units to end-stage cancer patients by focusing on the thoughts, feeling and actions of nurses.

Methods: Semi-structured interviews and participant observations were conducted with five nurses and the data were subjected to qualitative descriptive analysis.

Results: Five themes were identified. Nurses planned care so as to “create circumstances that promote motivation toward activities of personal hygiene”, and engaged in “provision of care that is based on the immediate situation”. Nurses also provided care from the perspectives of comfort and safety, through approaches such as “building a relationship with patients by understanding their feelings and situation through various means” and “providing care while confirming patient and family responses”, and engaged in “questioning the significance of care”.

Conclusion: Personal hygiene care of end-stage cancer patients was provided through the thoughts, feelings and actions of nurses, who have a sensitive understanding of the changing conditions and feelings of patients. This provision of care represented significant acts for patients and their families.

文 献

- 安藤悦子 (2013). 終末期がん患者の家族が認識する望ましい看護. 宮下光令・恒藤 暁・志真泰夫 (編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究 2 (Ⅲ. 付帯研究). 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 82-87.
- Benner, P. and Tanner, C. (1987). Clinical judgement: How expert nurses use intuition. *American Journal of Nursing*, 87, (1), 23-31.
- Benner, P., Hooper-Kyriakidis, P., and Stannard, D. (2011)／井上智子 (監訳) (2012). ベナー 看護ケアの臨床知：行動しつつ考えること (第2版). 東京：医学書院.
- Chinn, P.L. and Kramer, M.K. (2004)／川原由佳里 (監訳) (2007). チン&クレイマー 看護学の総合的な知の構築に向けて. 東京：エルゼビア・ジャパン
- 後藤恵子, 井上真利子, 黒田晶子, 市成みどり, 植林みどり, 古西 満, 三笠圭一, 福岡和也, 前田光一, 佐々木義明, 成田亘啓 (1992). ターミナルケアにおける入浴の有用性. 月刊ナーシング, 12(13), 106-109.
- 濱田由香, 佐藤禮子 (2002). 終末期がん患者の希望に関する研究. 日本がん看護学会誌, 16(2), 15-25.
- 林亜由子 (2001). 日常生活援助を通して, 終末期患者と看護婦の信頼関係の構築：ペプロウの人間関係論を用いて. 奈良県立三室病院看護学雑誌, 17, 112-115.
- 平山さおり, 佐藤郁美, 相田知美, 松本かなえ, 袋畑みや子, 西田絵美, 中野りか (2010). 緩和ケア病棟に入院している終末期がん患者における機械浴の意味. KKR札幌医療センター医学雑誌. 7(1), 40-45.
- 射場典子 (2000). ターミナルステージにあるがん患者の希望とそれに関連する要因の分析. 日本がん看護学会誌, 14(2), 66-77.
- 池川清子 (2009). 看護における実践知：為すことに含まれる知の意味. インターナショナルナーシング・レビュー, 32(4), 14-18.
- 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.
- 柏木哲夫, 恒藤 暁 (監) (2007). 緩和ケアマニュアル. 大阪：最新医学社.
- 木村清美, 小泉美佐子 (2004). 緩和ケア病棟の入院患者の希望に関する研究. 死の臨床, 27(1), 94-99.
- Kübler-Ross, E. (1969)／鈴木 晶 (2001). 死ぬ瞬間：死とその過程について. 中央公論新社.
- 久野裕子 (2002). 終末期がん患者の希望. 高知女子大学看護学会誌, 27(1), 59-67.
- 松山明子, 樋口京子 (2011). 緩和ケアにおけるエキスパートナースの倫理的意思決定過程に関する研究. 日本看護倫理学会雑誌, 3(1), 19-27.
- 水野道代, 佐藤禮子 (1995). がん患者の終末期における経験とその意味の研究. 日本がん看護学会誌, 9(1), 27-36.
- 中川雅子, 小谷亜希, 笹川寿美 (2008). 日本における終末期がん患者の家族ケアに関する文献的考察. 京都府医科大学看護紀要, 17, 11-21.
- 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.
- Polanyi, M. (1966)／佐藤敬三 (1980). 暗黙知の次元：言語から非言語へ. 東京：紀伊國屋書店.
- 佐野 望, 久保恭子, 安藤幸枝, 武田美和, 田崎知恵子, 西留美子, 星野抄織, 矢野章永 (2007). 日本における緩和ケアに関する研究の分析：1996年から2005年の文献検討結果から. 共立女子短期大学看護学科紀要, 2, 111-122.
- 佐藤郁哉 (2002). フィールドワークの技法：問いを育てる, 仮説をきたえる. 東京：新曜社.
- Searle, C. and McInerney, F. (2008). Nurses' decision-making in pressure area management in the last 48 hours of life. *International Journal of Palliative Nursing*, 14(9), 432-438.
- 塩塚優子, 山岸小夜子, 遠藤三恵子, 桑田美代子 (2011). 大腸がんが発見された重度認知症高齢者のターミナルケア：亡くなるその日まで食べる楽しみを支える. 認知症ケア事例ジャーナル, 3(4), 347-355.
- 菅原邦子 (1993). 末期癌患者の看護に携わる看護婦の実践的知識. 看護研究, 26(6), 486-502.
- 田實武弥, 笠井恵子, 阿久津裕子, 野中洋子, 今倉由佳里, 川口実久・片見明美, 渡辺邦彦 (2015). ターミナル後期の進行がん患者に対する共同訪問入浴の検討. ホスピスケアと在宅ケア, 23(1), 17-20.
- 山口厚子 (2003). 終末期がん患者の生きる意味の探求：“底なし

- 沼を泳ぎながら流木を探している”体験. 看護研究, 36(5), 399-411.
- 横濱寿子, 吉村裕子, 武田紗代子, 高山陽子, 鏈水 遥 (2011). 終末期患者への生きがいに沿った介入を実施して: 肺癌終末期患者の一事例を振り返って. 岩見沢市立総合病院医誌, 37(1), 41-43.
- 吉田 彩 (2009). 緩和ケアにおいて日常生活を支える援助技術を展開する看護師の体験: 一般病棟の看護師の語りから. 日本赤十字看護大学紀要, 23, 36-44.
- 吉田みつ子 (1999). ホスピスにおける看護婦の「死」観に関する研究: “良い看とり”をめぐって. 日本看護科学会誌, 19(1), 49-59.
- 吉田みつ子, 川上潤子, 古川祐子 (2003). 緩和ケアにおけるセデーションに対する看護師の倫理的判断. 看護学雑誌, 67(10), 993-997.
- 〔平成28年12月24日受 付〕
〔平成29年 8 月 4 日採用決定〕

慢性疾患患者の療養生活に関する セルフマネジメント尺度の現状と課題

The Current Status and Issues of Self-Management Scale in
Recuperation of Patients with Chronic Disease

小 笠 美 春¹⁾²⁾
Miharu Ogasa

キーワード：尺度，文献レビュー，セルフケア，セルフマネジメント

Key Words：scale, literature review, self-care, self-management

緒 言

わが国の疾病罹患の多くを占める慢性疾患患者は，病気とともに生きるうえで，主体的に疾患の管理や治療に取り組みながら，社会生活を営んでいくことが必要とされている。慢性疾患患者の療養生活管理については，自己管理，セルフケア，セルフモニタリング，セルフコントロール，アドヒアランスなど多くの概念がある。しかし，近年は疾患の管理だけではなく，疾患から派生する心理・社会的課題の調整を含む包括的なマネジメントを医療者と患者が協働しながら行っていくことが重要とされ，患者の主体性や意思決定を尊重するセルフマネジメントの概念が用いられるようになっていく（藤田・大西，2014）。

現在，がんは，治療の進歩による生命予後の改善や治療の長期化により，慢性疾患として認識されている。がん患者も，がんとともに生きていく生活者としてとらえられるようになったことから，慢性疾患患者と同様にがんの症状や治療に伴う有害事象だけではなく，がんと関連して起こる療養生活上のさまざまな心理・社会的課題に対応していくことが求められており，セルフマネジメントの視点でとらえることが必要である（Knobf, et al., 2015）。しかし，がんは，発生部位や侵襲性の高い手術，化学療法，放射線療法といった治療によって引き起こされる機能障害や副作用が異なっており，患者が療養生活のなかで抱える課題もさまざまである。そのため医療者は，患者自らが抱える課題に気づき，療養行動を意思決定し，がんと折り合いをつけた自分らしい生活を送ることができるよう，治療の特殊性や障害の部位に応じたセルフマネジメント支援を行っていくことが重要である。

慢性疾患患者の療養生活管理については，セルフマネ

ジメントに焦点を当てた研究の積み重ね（Barlow, Wright, Sheasby, Turner, & Hainsworth, 2002; Lorig & Holman, 2003）により，アセスメント尺度（Battersby, Ask, Reece, Markwick, & Collians, 2003）や介入プログラム（Lorig, et al., 1999）が開発され，セルフマネジメント支援が効果をあげている。一方，がん患者については，繰り返される化学療法や放射線治療，症状の管理に重点がおかれることが多く，療養生活のセルフマネジメントに焦点を当てた研究は少ない（Knobf, et al., 2015）。そこで，がん患者のセルフマネジメント支援を効果的に行っていくためには，治療の特殊性や障害の部位に応じた療養生活のセルフマネジメントをアセスメントする尺度や，介入を評価するアウトカム指標を開発することが必要と考える。

そこで，がん患者の療養生活のセルフマネジメント支援に活用する尺度を開発するためには，すでにセルフマネジメント支援が確立している慢性疾患患者のセルフマネジメントおよびセルフマネジメントに類似する概念を取り扱った尺度の現状と課題を明らかにすることが有用であると考ええる。

I. 研究目的

本研究の目的は，がん患者のセルフマネジメント支援に活用する尺度の開発に向けた示唆を得るために，国内外で開発された慢性疾患患者のセルフマネジメントおよびセルフマネジメントに類似する概念の尺度の現状と課題を明らかにすることとした。

1) 大阪医科大学大学院看護学研究科博士後期課程 Doctoral Course, Graduate School of Nursing, Osaka Medical College

2) 同志社女子大学看護学部 Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts

II. 研究方法

1. 対象論文

慢性疾患患者を対象とした療養生活に関するセルフマネジメントおよびセルフマネジメントに類似する概念の国内外の尺度開発文献を対象とした。

2. 検索方法

『医中誌Web (ver. 5)』『CiNii Articles』『MEDLINE』『CINAHL Plus』を使用し、2016年8月までに報告された国内外の文献を検索した。

セルフマネジメントは、わが国では自己管理、自己制御、自律などと訳され、類似する概念として「自己管理」「セルフケア」「自己制御」「セルフコントロール」がある。そこで、キーワードは「セルフマネジメント／自己管理 (self-management)」「セルフケア (self-care)」「セルフコントロール／自己制御 (self-control)」をそれぞれ論理演算子andで「尺度 (scale)」とつなぎ、看護領域の原著論文・研究報告を検索した。重複文献を除外し、精神疾患や妊産婦を除く成人および高齢慢性疾患患者を対象とした尺度開発を行っている文献（国内40件、国外49件）のなかから、尺度名に「自己管理」「セルフケア」「自己制御」「セルフコントロール」「self-management」「self-care」の用語が含まれている文献（国内21件、国外44件）を抽出した。さらに、国外文献については同じ尺度を他国で翻訳したものや、異なる対象で信頼性・妥当性を検証したものを除外し、最終46件（国内21件、国外25件）を分析対象とした。なお、国内で尺度名に「セルフマネジメント」を用いたものの、国外で尺度名に「self-control」を用いたものは認められなかった。

3. 分析方法

分析は、尺度名、対象疾患、測定概念の定義、尺度構成と項目数、信頼性と妥当性で構成したマトリックスシートを使用し、文献からデータを抽出し整理した。マトリックスシートをもとに対象疾患、測定概念の定義、尺度構成の類似性と相違性、尺度の信頼性と妥当性の精度を分析した。尺度の信頼性には、内的一貫性と安定性があり、信頼性を検証するためには内的一貫性を検証する方法が最もよく用いられる (Polit & Beck, 2004/2010, pp.430-437)。信頼性係数Cronbach's α 係数は .8以上が基準とされ (鎌原, 1998, p.68)、臨床で活用するためには .7以上は必要である (Polit & Beck, 2004/2010, pp.430-437)。また、尺度の妥当性は、内容妥当性、構成概念妥当性、基準関連妥当性 (予測的妥当性・併存的妥当性) の3つの視点から検証することが勧められている (村上, 2006, pp.51-62)。構成

概念妥当性の確証的因子分析によるモデル適合度においては、比較適合度指標 (comparative fit index: CFI) $\geq .9$ 、平均二乗誤差平方根 (root mean square error of approximation: RMSEA) $< .1$ が基準とされ (小塩, 2004, p.180)、基準関連妥当性の相関は中等度が妥当である。そのため、本研究における信頼性と妥当性の基準は、Cronbach's α 係数が .7以上あること、内容妥当性、構成概念妥当性、基準関連妥当性の3視点から妥当性を検証していることとした。なお、データの整理および分析においては、慢性期看護学およびがん看護学の研究者1名にスーパーバイズを受けた。

III. 結果

1. 尺度の適用対象 (表1)

セルフマネジメント／自己管理を測定概念としている尺度 (以下、セルフマネジメント尺度) 文献は13件で、すべて非がん慢性疾患患者を対象としており、心疾患患者、高血圧症患者、糖尿病患者で複数の尺度が開発されていた。

セルフケアを測定概念としている尺度 (以下、セルフケア尺度) 文献は30件で、心疾患患者、高血圧症患者、糖尿病患者、腎疾患患者、高齢者で複数の尺度が開発されていた。多くは非がん慢性疾患患者を対象としていたが、胃がん術後患者を対象とした尺度が1件認められた。また、慢性病者、高齢者、一般成人を対象とした汎用的な尺度も認められた。

セルフコントロール／自己制御を測定概念にしている尺度 (以下、セルフコントロール尺度) 文献は3件で、糖尿病患者、高齢者、一般成人を対象としたものが各1件であった。

2. 測定概念の定義の特徴

(1) セルフマネジメント (表2)

概念を明確に定義しているものは13件中10件であった。国内文献は「自己管理」「自己管理行動」、国外文献は「セルフマネジメント」「セルフマネジメント能力」の視点から定義されていた。また、基盤とした理論や概念はさまざまであったが、Orem (1991/1995) と Corbin & Strauss (1988) の概念を基盤にしたものが2件ずつ認められた。

国内文献ではセルフマネジメントを「意思決定」に基づく「意図的な行動」としてとらえ、「自らが望ましい生活習慣を積極的に行い、継続すること」(坪田・上野・高間, 2005)、「目標達成のための意図的行動」(吉田・横田・高間, 2002)、「自分で考え、判断し、選択して、自己の健康問題に取り組むこと」(大村・森山・中野・仁井谷, 2011)と定義されていた。また、「対処行動」としてとらえられたものも認められ、「指示されている治療法の妨害要因へ

表1 概念別尺度件数および適用対象

対象	セルフマネジメント 自己管理	セルフケア	セルフコントロール 自己制御
心疾患患者	3件	4件	0件
高血圧症患者	2件	4件	0件
糖尿病患者	3件	9件	1件
HIV患者	1件	0件	0件
腎疾患患者	1件	4件	0件
変形性膝関節症患者	0件	1件	0件
多発性硬化症患者	1件	1件	0件
呼吸器疾患患者	1件	1件	0件
胃切除後患者	0件	1件	0件
慢性病患者	0件	1件	0件
高齢者	1件	3件	1件
一般成人	0件	1件	1件
合計	13件	30件	3件

表2 セルフマネジメント／自己管理尺度の概念定義

測定概念の定義	基盤とした理論・概念	尺度
自己管理		
・ 専門家の助言を活用しながら、自らが望ましい生活習慣を積極的に行い、継続すること。	Orem (1995)	高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度 (坪田ら, 2005)
・ 目標達成のための意図的行動であり、糖尿病患者の自己管理の概念枠組みは、血糖コントロール、悪化防止、感染防止、モニタリング等の管理とする。	Orem (1995)	成人糖尿病患者の日常生活自己管理度測定尺度 (吉田ら, 2002)
自己管理行動		
・ 患者自身が専門家の協力を得ながらも、自分で考え、判断し、選択して、自己の健康問題に取り組むこと。	看護学大辞典 (1997)	慢性期虚血性心疾患患者の自己管理行動評価尺度 (大村ら, 2011)
・ 合併症の予防と健康増進行動に従事すること、腎不全および合併症の症状や徴候をモニターし管理すること、病気や治療による心理への対処、病気や治療による役割機能及び対人関係における影響の調整、食事療法・薬物療法、運動療法、透析療法を遵守すること。	Gruman & Von Korff (1996)	血液透析患者自己管理行動尺度 (野澤ら, 2007)
・ 糖尿病患者が指示されている食事療法の範囲を超えて「もっと食べたい」という気持ちになる状況を食事療法妨害要因とし、その状況下で行う食事自己管理行動を食事療法妨害要因への対処行動。	Kirkly & Fisher (1988)	2型糖尿病患者の食事自己管理行動質問紙 (多留ら, 2007)
セルフマネジメント		
・ 薬の内服、健康的な食事、行動や役割を変更したり新たに作り出すこと、精神的苦痛の管理といった病気の長さや生涯にわたり実行する課題を通して、日々のケアの責任を担うこと。	Lorig & Holman (2003)	HIV self-management scale (Kim, et al., 2015)
・ 慢性状態をもちながら生活することに内在する症状、治療、身体的・心理社会的影響、生活スタイルの変更を管理する個人の能力である。効果的なセルフマネジメントは、QOLを良好に保つために必要な個人の状態をモニターし、認知、行動、感情的反応を引き起こす能力を包含する。セルフマネジメントには、医療や行動の管理、感情の管理、役割の管理の4つのタスクが含まれる。	Barlow, et al. (2002) Corbin & Strauss (1988)	Multiple sclerosis self-management scale (Ghahari, et al., 2014)
・ COPD患者のセルフマネジメントとは、COPD患者がCOPDの症状、治療、生理的・心理社会的変化を通じて生活スタイルの変更と自己効力感を開発するプロセス。	Corbin & Strauss (1988)	COPD self-management scale (Zhang, et al., 2013)
・ 患者が自分自身の行動を管理し、医療従事者と重要他者と協力し、そして予防的で治療的な健康関連活動を行うことにより、自分の目標を達成するための戦略を開発する積極的で柔軟なプロセス。	著者自身の先行研究 Lin (2005)	Diabetes self-management instrument (Lin, et al., 2008)
セルフマネジメント能力		
・ セルフマネジメントには、①イニシアチブをとる、②長期的な利益のための資源に投資する、③資源の種類を維持する、④資源の多面的機能を確保する、⑤自己効力的に資源を管理する、⑥心の肯定的な枠組みを維持する、の6つのコア能力が組み込まれている。	Steverink, Lindenberg & Slaets (2005)	Self-management ability scale short version (Cramm, et al., 2012)

の対処行動」(多留・宮脇・矢田, 2007)と定義されていた。なお、国内の尺度はいずれも“行動”に焦点を当てていた。

国外文献ではセルフマネジメントを“プロセス”としてとらえ、「自分の目標を達成するための戦略を開発する積極的で柔軟なプロセス」(Lin, Anderson, Chang, Hagerty, and Loveland-Cherry, 2008)という問題解決のプロセスや、「生活スタイルの変更と自己効力感を開発するプロセス」(Zhang, et al., 2013)として定義されていた。さらに、“能力”に焦点を当て、「慢性状態をもちながら生活することに内在する症状、治療、身体的・心理社会的影響、生活スタイルの変更を管理する個人の能力」(Ghahari, Khoshbin, & Forwell, 2014)や「セルフマネジメントには6つのコア能力が組み込まれている」(Cramm, Strating, de Vreede, Steverink, & Nieboer, 2012)ととらえたものも認められた。

また、国内外を問わず“専門家との協働”をセルフマネジメントの一部に含んだもの(Lin, et al., 2008; 大村ら, 2011; 坪田ら, 2005)も認められた。

(2) セルフケア(表3)

概念を明確に定義しているものは23件であり、「セルフケア」「セルフケア能力」「セルフケア行動」の視点から定義されていた。そのうち18件は国内外を問わず、Orem(1991/1995)の理論を基盤にし、セルフマネジメントと同様に、“意図的な行動”や“意思決定に基づく行動”“習得される個人の能力”ととらえられていた。しかし、セルフケアは「生活、健康、安寧の維持のために行われる活動」と定義され、特定の健康問題だけではなく、自分の健康の維持や安寧のために行われるものとして、セルフマネジメントの定義よりも、広い視点でとらえられていた。

国内文献では、「自らの健康問題を自らの利用しうるケア資源を活用して解決しようとする行動であり、自己決定能力に依拠した行動である」という宗像(1988; 1996)の定義に基づいたものが4件認められ、“資源の活用”を含んだ行動としてもとらえられていた(緒方・高見沢・北村, 2012; 武内・村嶋, 2008)。

国外文献では、セルフマネジメントと同様にセルフケアを“プロセス”としてとらえ、「意思決定のプロセス」や「成し遂げることを通して達成できるプロセス」と定義づけられたものも認められた(Barbaranelli, Lee, Vellone, & Riegel, 2014; Srikan & Phillips, 2014)。

セルフケア尺度のなかには、セルフマネジメントと明確な区別をせずに定義されていたものもあり、「セルフケアのマネジメント」を含んだもの(Barbaranelli, et al., 2014)や、明確に定義していないがセルフケア行動に「セルフマネジメントが含まれる」と述べたもの(Shuldham, Theaker, Jaarsma, & Cowie, 2007)、「マネジメントのセルフケア」と

定義されたもの(Han, Lee, Commodore-Mensah, & Kim, 2014)も認められた。また、セルフケア行動を「生活全般における自己管理行動」(前田・宗像, 2005)とし、セルフマネジメントに関する語句を用いて定義されたものも認められた。

(3) セルフコントロール(表4)

セルフコントロール尺度は、概念を明確に定義しているものは3件であった。セルフコントロールは「望ましい目標を追求し、望ましくない目標追求を制御すること」(尾崎・後藤・小林・杳澤, 2016)や「自己管理を維持する際の心理面、行動面を含めた統制」(清野・本郷・福士, 2010)とされていた。一方、自己統制は“遵守”としてとらえられ、「望ましい保健行動を選択して自律的に遵守すること」(深田ら, 2012)と定義されていた。

3. 尺度構成

(1) セルフマネジメント尺度(表5)

尺度のほとんどは複数の因子構造となっており、主に食事、運動、清潔の「管理」や、運動、睡眠・休息、精神状態、身体・心理社会生活の「調整」、塩分や水分の「制限」、治療法の「管理」・「遵守」といった因子が認められた。尺度構成には共通して、疾患の悪化予防のための食事、運動、睡眠、清潔という日常生活の療養行動が含まれていた。また、冠動脈疾患患者(Tokunaga-Nakawatase, Taru, & Miyawaki, 2012)および糖尿病患者(Lin, et al., 2008; 吉田ら, 2002)の尺度には、自己の状態を観察し記録することを指す“セルフモニタリング”が含まれていた。尺度は心理社会的因子からも構成され、「精神状態の調整」(吉江・高間, 2014)、「感情管理」(Zhang, et al., 2013)、「心の肯定的な枠組み」(Cramm, et al., 2012)、「身体と心理社会生活の調整」(野澤ら, 2007)、「ストレス管理」(坪田ら, 2005; 坪田・稲垣, 2012)、「健康の専門家や重要他者との相互作用」(Lin, et al., 2008)、「ソーシャルサポート」(Kim, et al., 2015)、「社会/家族サポート」(Ghahari, et al., 2014)が含まれていた。

(2) セルフケア尺度(表6-1, 6-2)

多くの尺度が複数の因子構造となっていたが、1因子構造のものが7件認められた。尺度構成は、セルフマネジメント尺度と同様に、食事や運動といった日常生活の療養行動が含まれ、さらに、行動を起こすために必要な「動機」「関心」「資源」「自信」なども包含されていた。Oremの定義を基盤にしたもののうち2件(Shintani, 2007; 高間・横田・新谷・八塚・山根, 2001)は、普遍的セルフケアと健康逸脱時のセルフケアの2つの尺度から構成され、普遍的セルフケア尺度には食事・運動・習慣の調整とストレス対処などが含まれ、健康逸脱時のセルフケア尺度には治療

表3 セルフケア尺度の概念定義

測定概念の定義	基盤とした理論・概念	尺度
セルフケア		
・ 個人が開始し、生命、健康、安寧を維持するうえで、自らのために行う活動の実践。	Orem (1980)	ADL self-care scale for multiple sclerosis persons (Gulick, 1987)
・ 自分の生活、統合された機能、安寧のために、自分の機能を調節するための自身や環境に向けた行動。高血圧ケアと内服、喫煙、体重管理、減塩と低脂肪の食事、身体活動、節酒、血圧のセルフモニタリング、定期的な受診、ストレス軽減を含むマネジメントのセルフケア。	Orem (1985)	Hypertension self-care profile (Han, et al., 2014)
・ 一般的に個人が健康を維持・促進、回復するまたは、病気や障害の悪化を防ぐために行う活動を指し、透析患者のセルフケアは病気や合併症の悪化を防止するだけでなく、同時に健康的な生活を維持することを目指した活動。	Orem (1991)	Dialysis patients' self-care measurement scale (Shintani, 2007)
・ 健康維持、健康増進、健康回復、疾病の悪化防止と障害防止等のために個人が行う活動。	Orem (1995)	糖尿病患者のセルフケア実践度測定尺度 (高間ら, 2001)
・ 生活、健康、安寧の維持のために個人または他者に依存して行われる活動の実践。	Orem (2001)	Denyes Self Care Practice Instrument (Andrews, Richard, & Aroian, 2009)
・ 退院後に自ら利用しうる資源も活用しながら、病状悪化の予防、健康回復のために主体的に対処すること。	Orem (1991) 宗像 (1988)	冠動脈バイパス術患者のセルフケア尺度 (緒方ら, 2012)
・ 自らの健康問題を自らの利用しうるケア資源を活用して、解決しようとする行動であり、その解決のための自己決定能力に依拠した行動。	宗像 (1996)	血液透析患者のセルフケア尺度 (武内・村嶋, 2008)
・ セルフケアの維持とセルフケアのマネジメントにおける意思決定のプロセス。	Riegel & Dickson (2008)	Self-care of heart failure index scales (Barbaranelli, et al., 2014)
セルフケア能力		
・ 個人が自身の生活と健康を維持するために行う活動の実践。	Orem (1985)	Exercise of self-care agency (McBride, 1987)
・ セルフケアの行動または操作の実行において活性化する実践のための複雑な能力。	Orem (1985)	The Norwegian, Danish and Dutch version of the appraisal of self-care agency scale (van Achterberg, et al., 1991)
・ 個人が自身の生活、健康、安寧を維持するセルフケア活動の実践のために獲得された個人の能力。	Orem (1995)	Self-care agency scale of adults with diabetes mellitus (Sousa, Zauszniewski, Zeller, & Neese, 2008)
・ 継続的に健康関連のニーズを評価し、健康と安寧を促進・維持することを目的としたセルフケア活動を実践するための個人の能力。	Orem (1995)	Self-care agency scale for patients undergoing long-term dialysis (Ören & Enç, 2014)
・ 個人が自身の生活や健康、安寧を維持することに価値をおき実行を始める活動の実践。	Orem (2001)	Lorensen's self-care capability scale among older home-living, care-dependent individuals in Norway (Dale, Saevareid, & Söderhamn, 2013)
・ セルフケア能力は、個人が自分自身のケア行動を開始するために必要であり、健康と安寧を維持するためのセルフケア行動を実行する決定を行うことができる能力。	Orem (2001)	Dietary sodium reduction self-care Agency scale (Smith & Phillips, 2013)
・ 病勢を強める因子を除去もしくは軽減し、症状や機能障害をうまくコントロールしながら望ましい生活を送るために、自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践であり、個人が意図的に遂行する行為。学習により後天的に習得される。	Orem (2001)	変形性膝関節症患者のセルフケア能力尺度 (谷村・森本・萩野, 2014)
・ セルフケアを可能にする個人の能力であり、主体的な学習を通して身につけられるもの。	Pender (1997) Orem (1995)	糖尿病セルフケア能力の自己評価表 (滝澤, 2005)
・ 個人がよりよい状態を得るために自分自身および環境を調整する意図的な行動を遂行するための能力。後天的な能力で学習により獲得が可能。	Orem (1995) 宗像 (1996) Pender (1997)	慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙 (本庄, 2001)
・ 個人の価値・信条を反映する意思決定に基づき、患者-医療者関係を含む社会関係に媒介され営まれ、その過程に試行錯誤を含み、well-beingに貢献する活動。	中西・兼松・小野 (1990)	糖尿病セルフケア能力測定ツール (清水ら, 2011)
・ 自己のケアのための個人の能力。現状下のレパトリー、環境、目標に対するケアのためのエージェントの意思と能力として特徴づけられる。レパトリーは、行為のレパトリー、認知レパトリー、意思決定のレパトリーであり、環境と目標に関連。	Pörn (1993)	Self-care ability scale for elderly (Söderhamn, 2001)
セルフケア行動		
・ 心不全に関するセルフケア行動は、心不全患者が人生、健康的な機能、および幸福を維持するための行動である。これには、薬物療法、食事療法、運動療法の遵守、症状のセルフマネジメントの行動が含まれる。	Jaarsma (2003)	European heart failure self-care behavior scale in a United Kingdom population (Shuldham, et al., 2007)
・ 人間の調節機能であり、意図的に健康と全体の安寧のために、人間の構造的統合性と人間の機能を維持するために意図的に行われる行為。	Orem (2001)	Blood pressure self-care and knowledge scale (Peters & Templin, 2008)
・ セルフケアは、統制と要件の探求、戦略的な計画についての判断、そして身体および環境状態を変更することによりセルフケアを成し遂げることを通して達成できるプロセス。	Orem (2001)	Dietary salt reduction self-care behavior scale (Srikan & Phillips, 2014)
・ 患者本人による病状管理のために実施することが望ましい日常生活上の行動。	Orem (1985) 宗像 (1988)	慢性腎疾患におけるセルフケア行動尺度 (石川・小畑, 2004)
・ 合併症や術後愁訴を最小に抑える目的で行う摂食行動、栄養管理、排泄管理、服薬、運動などの生活全般における自己管理行動。	記載なし	胃切除後患者のセルフケア行動尺度 (前田・宗像, 2005)

表4 セルフコントロール／自己制御尺度の概念定義

測定概念の定義	基盤とした理論・概念	尺度
セルフコントロール		
・複数の目標が互いの達成を阻害するような葛藤状態にあるとき、長期的／抽象的／社会的な価値において比較的望ましい目標を追求し、比較的望ましくない目標追及を制御すること。	記載なし	セルフコントロール尺度短縮版（尾崎ほか，2016）
・日常生活の中で試みられている食事を中心とした自己管理を維持する際の患者自身の情動をはじめとする心理面・行動面を含めた統制。	記載なし	2型糖尿病患者のセルフコントロール調査票（清野ら，2010）
自己統制		
・将来の健康（遅延大強化子）を手に入れるために、テレビ鑑賞、満腹感などといった即時小強化子を選択せずに、望ましい保健行動を選択して自律的に遵守すること。	Skinner（1953）	地域高齢者における保健行動に関連した自己制御尺度（深田ら，2012）

法の遵守や症状の悪化防止が含まれていた。

（3）セルフコントロール尺度（表7）

3件中2件は複数の因子構造となっていた。自己統制尺度（深田ほか，2012）は，日常生活における保健行動や体重管理，受診行動から構成されていた。一方，疾患に特異的なセルフコントロール尺度は，問題解決のための判断力や持続力，感情のコントロール，動機づけ，資源などから構成され，セルフマネジメント尺度と同様に，身体的側面だけではなく，心理社会的側面に関する因子が包含されていた。

4. 信頼性および妥当性

信頼性においてCronbach's α 係数が.7以上の尺度は，セルフマネジメント尺度11件（表5），セルフケア尺度24件（表6-1，6-2），セルフコントロール尺度3件（表7）であった。

妥当性については，すべての尺度で内容妥当性が確認されていた。内容妥当性とは，尺度の項目が，その尺度が測定しようとしている概念を偏りなく反映しているかに関する概念である（鎌原，1998，p.69）。多くの尺度が内容妥当性を証明するために，専門家パネルを使用し検討する方法や，専門家に各項目を評定してもらい内容妥当性指数（content validity index: CVI）を使用する方法をとっていた。また，内容妥当性，構成概念妥当性，基準関連妥当性の3つの視点から妥当性を検証し，妥当性の基準を満たしている尺度は，セルフマネジメント尺度は9件，セルフケア尺度は11件，セルフコントロール尺度は1件であった。

信頼性と妥当性の両方において基準を満たしている尺度は，セルフマネジメント尺度は8件，セルフケア尺度は7件，セルフコントロール尺度は1件であった。これらの尺度は共通して，測定概念の定義が明確にされており，ほとんどが複数の因子で構成されていた。

IV. 考 察

1. セルフマネジメント尺度の概念定義と尺度構成の特徴

セルフマネジメントの概念定義には，セルフケアと同様にOremの理論に基づいたものが認められた。セルフマネジメントは意図的な行動であり意思決定に基づくこと，さらに，能力が関係していることがセルフケアと共通していた。セルフマネジメントに関する語句を用いてセルフケアの概念を定義しているものもあり，先行研究（Barlow, et al., 2002；旗持，2003；今戸，2012）で指摘されているように，両者の概念は明確に区別されることなく尺度が開発されていた。しかし，セルフマネジメントは，疾患や治療に関連して引き起こされる療養生活上の課題への対処行動としてとらえられており，健康や安寧のための活動とされるセルフケアに比べ，より疾患や治療に関連した領域に焦点が当てられていると考えられる。また，セルフマネジメントはプロセスとしてもとらえられていた。Lorig & Holman（2003）は，セルフマネジメントは問題を明確にする，解決法を選び出す，選んだ方法を実行する，効果をモニターし結果を評価するといった問題解決のプロセスであり，そこには能力が関連すると述べている。そのため，セルフマネジメント尺度の測定概念は，疾患や治療に関連して引き起こされる療養生活上の課題に対して，個人の能力を活用し，意思決定に基づいて取り組む問題解決のプロセスとして，定義づけることが必要である。

セルフマネジメント尺度の多くは，複数の因子で構成されていた。そこには調整，管理，遵守といった因子が含まれており，概念定義に基づき，身体的側面だけではなく，心理社会的側面の療養行動も含まれていた。しかし，セルフマネジメントは概念定義でプロセスとしてとらえられていたにもかかわらず，プロセスの各段階を因子として構成した尺度は認められなかった。これは，既存の尺度は，疾患や治療に伴う症状や障害を予防したり，対処したりするための療養行動の遵守といった，問題解決プロセスの「実

表5 セルフマネジメント／自己管理に関する尺度 (13件)

番号	開発尺度	尺度構成 (項目数)	信頼性と妥当性
1	心疾患患者の自己管理測定尺度 (吉江・高間, 2014)	・精神状態の調整 (4) ・運動の調整 (4) ・睡眠・休息の調整 (4) ・塩分の制限 (4) ・感染の防止 (4)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .782 ・内容妥当性: 看護師と看護教員で検討 ・表面妥当性: 心疾患患者に確認 ・因子的妥当性: 探索的因子分析 ・弁別的妥当性: G-P分析で有意差確認 ・基準関連妥当性: 予防的保健行動尺度 ($r = .370 \sim .485$)
2	Evaluation scale for self-management behavior related to physical activity for patients with coronary heart disease (ES-SMBPS-CHD) (Tokunaga, et al., 2012)	① self-management behavior to safely increase daily physical activity ・Increasing the number of steps through shopping activities (4) ・Increasing the number of steps through commuting activities (5) ・Raising awareness that daily life activities constitute exercise (3) ② self-management behavior to maintain the level of physical activity ・Self-monitoring of physical activities (3) ・Adaptation to changes in the weather (3) ・Making it a habit to be active (3) ・Adaptation to adverse weather conditions (2) ・Selecting a suitable place or time for physical activities (2)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .71~.90 ・安定性: $r = .75 \sim .93$ ・内容妥当性: 専門家で検討 ・因子的妥当性: 探索的因子分析と確認的因子分析による適合度 (① CFI = .98, RMSEA = .026/② CFI = .92, RMSEA = .057) ・併存妥当性: 国際標準化身体活動質問票 ($r = .24 \sim .54$), 活性エネルギー消費 ($r = .30 \sim .41$)
3	慢性期虚血性心疾患患者の自己管理行動評価尺度 (大村ほか, 2011)	1 因子構造 (30)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .90 ・内容妥当性: 看護師と看護教員でガイドラインとの一致を検討 ・構成概念妥当性: ガイドラインとの一致を確認 ・因子的妥当性: 探索的因子分析, 主成分分析で結果が得られず
4	Diabetes self-management instrument (DSMI) (Lin, et al., 2008)	・Self-intergration (10) ・Self-regulation (9) ・Interaction with health professionals and significant others (9) ・Self-monitoring blood glucose (4) ・Adherence to recommended regimen (3)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .94 ・安定性: $r = .73$ ・内容妥当性: 糖尿病の専門家で検討, CVI指数を使用 ・表面妥当性: 糖尿病患者に確認 ・構成概念妥当性: 探索的因子分析と確認的因子分析による適合度 (AASR = .05, NNFI = .91, CFI = .91, RMSEA = .05)
5	2 型糖尿病患者の食事自己管理行動質問紙 (多留ら, 2007)	【栄養指導内容遵守の工夫】 ① 食事の規則性 (13) ② 適正カロリー遵守の工夫 (5 因子24) ③ おいしく健康的な食事をするための工夫 (2 因子13) 【食事療法妨害要因への対処行動】 ① 食事療法妨害要因への回避行動 (5 因子26) ② 一時的逸脱行動 (2 因子8) ③ 一時的逸脱からの修正行動 (2 因子5)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .55~.83 ・安定性: $r = .62 \sim .88$ ・内容妥当性: 専門家で検討 ・表面妥当性: 糖尿病患者に確認 ・因子的妥当性: 探索的因子分析と確認的因子分析による適合度 (【栄養指導内容遵守の工夫】 GFI = .79~.89, AGFI = .74~.85, CFI = .85~.94, RMSEA = .059~.067/【食事療法妨害要因への対処行動】 GFI = .87~.98, AGFI = .83~.94, CFI = .87~.99, RMSEA = .020~.101)
6	成人糖尿病患者の日常生活自己管理度測定尺度 (吉田ら, 2002)	・運動管理因子 (7) ・モニタリング行動因子 (7) ・清潔管理因子 (5) ・食事管理因子 (4) ・水分管理因子 (3)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .8495 ・内容妥当性: 研究者で検討 ・表面妥当性: 糖尿病患者に確認 ・因子的妥当性: 主成分分析 ・弁別的妥当性: G-P分析で有意差確認 ・基準関連妥当性: 予防的保健行動尺度 ($r = .605$)
7	高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度 (坪田・稲垣, 2012)	・食事 (8) ・運動 (8) ・ストレス (9) ・飲酒 (4) ・喫煙 (3) ・服薬 (7)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .85 ・内容妥当性: 医師と看護師, 研究者で検討 ・表面妥当性: 高血圧症患者に確認 ・因子的妥当性: 主成分分析 ・併存妥当性: 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙 ($r = .38 \sim .58$) ・既知グループ技法: 血圧高群と安定群で確認
8	高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度 (坪田ら, 2005)	・食事管理因子 (8) ・運動管理因子 (10) ・ストレス管理因子 (9)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .911 ・内容妥当性: 看護系教員と医師で検討 ・表面妥当性: 高血圧症患者に確認 ・因子的妥当性: 主成分分析 ・基準関連妥当性: 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙 ($r = .604$), 予防的保健行動尺度 ($r = .661$)
9	HIV self-management scale (HSMS) (Kim, et al., 2015)	・Daily self-management health practices (8) ・Social support and HIV self-management (7) ・Chronic nature of HIV self-management (5)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .89 ・内容妥当性: HIV看護の専門家で検討, CVI指数を使用 ・構成概念妥当性: 探索的因子分析と確認的因子分析による適合度 (RMSEA = .06, SRMR = .05, TLI = .91, CFI = .92) ・併存妥当性: smart patient ($r = .41$)
10	血液透析患者自己管理行動尺度 (野澤ら, 2007)	・食事療法と水分制限の遵守 (22) ・治療法の管理と合併症の予防 (5) ・身体と心理社会生活の調整 (6)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .919 ・内容妥当性: 透析室看護師と看護学研究者で検討 ・表面妥当性: 透析患者に確認 ・構成概念妥当性: 探索的因子分析 ・基準関連妥当性: 予防的保健行動尺度 ($r = .564$), 透析間体重増加量 ($r = -.202$)
11	Multiple sclerosis self-management scale (MSSM) (Ghahari, et al., 2014)	・Health care provider relationship/communication (6) ・Treatment adherence/barriers (7) ・Social/family support (3) ・MS knowledge & information (4) ・Health maintenance behavior (4)	(信頼性) (妥当性) ※ 先行研究で内的一貫性, 内容妥当性, 構成概念妥当性確認 ・安定性: ICC = .83 ・表面妥当性: 患者に確認し, 項目に一部変更が必要 ・基準関連妥当性: Health Education Impact Questionnaire ($r = .59 \sim .74$), Partners in Health ($r = .58 \sim .73$)
12	COPD self-management scale (CSMS) (Zhang, et al., 2013)	・Symptom management (8) ・Daily life management (14) ・Emotion management (12) ・Information management (8) ・Self-efficacy (9)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .92 ・安定性: $r = .87$ ・内容妥当性: 専門家で検討, CVI指数を使用 ・構成概念妥当性: 主成分分析, 概念枠組みとの一致 ・基準関連妥当性: COPD Self-Efficacy Scale ($r = .71$), Chronic Disease Self-Management Behavior Scale ($r = .61$), Chronic Disease Self-Efficacy Scale ($r = .66$)
13	Self-management ability scale short version (SMAS-S) (Cramm, et al., 2012)	・Taking initiatives (3) ・Investment behavior (3) ・Variety (3) ・Multifunctionality (3) ・Self-efficacy (3) ・Positive frame of mind (3)	(信頼性) (妥当性) ・Cronbach's α 係数 .69~.77 ・内容妥当性: 項目削減分析を使用し短縮化 ・構成概念妥当性: 確認的因子分析による適合度 (RMSEA = .0845, IFI = .964, SRMR = .742) ・収束的妥当性: Social Production function Instrument for the Level of well-being ($r = .311 \sim .580$)

表 6-1 セルフケアに関する尺度 (30件)

番号	開発尺度	尺度構成 (項目数)	信頼性と妥当性
1	Self-care of heart failure index scales (SCHFI v6.2) (Barbaranelli, et al., 2014)	①Self-care maintenance scale ・ Symptom monitoring (2) ・ Physical activity (2) ・ Solium intake (2) ・ Medical treatment adherence (3) ②Self-care management scale ・ Evaluation (2) ・ Implementation (3) ③Self-care confidence (6)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ※ 先行研究で内容妥当性確認 ・ Cronbach's α 係数: Self-care maintenance scale .75~.83, Self-care management scale .66~.77, Self-care confidence .84~.90 ・ 構成概念妥当性: 確証的因子分析による適合度 (Self-care maintenance scale: CFI = .96, RMSEA = .058 / Self-care management scale: CFI = .98, RMSEA = .049 / Self-care confidence: CFI = .99, RMSEA = .070)
※Self-care of heart failure index scales (SCHFI v6.2) は、ベルシ語版の開発、イタリアでの妥当性の検証も行われている。			
2	European heart failure self-care behavior scale (EHFScB-9) among adults from the United States (Lee, et al., 2013)	1 因子構造 (9) Subscale: consulting behaviors (4)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ※ 他国において信頼性・妥当性確認 ・ Cronbach's α 係数 .80, consulting behaviors subscale .85 ・ 構成概念妥当性: 確証的因子分析による適合度 (CFI = .942, RMSEA = .118, AGFI = .897) ・ 収束・弁別的妥当性: Self-care of heart failure index scales ($r = -.594 \sim -.424$), QOL との相関は確認できず
※European heart failure self-care behavior scale (EHFScBS-9) は、ドイツ語版やギリシア語版、トルコ語版、0-100スコア版の開発も行われている。			
3	European heart failure self-care behavior scale (EHFScB) in a United Kingdom population (Shulham, et al., 2007)	1 因子構造 (12)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ※ 他国において信頼性・妥当性確認 ・ Cronbach's α 係数 .69 ・ 安定性: $r = .21 \sim .99$ ・ 構成概念妥当性: 主成分分析で 3 因子確認できず ・ 弁別的妥当性: Self-care of heart failure index scales・Minnesota Living with Heart Failure questionnaire と相関なし
※European heart failure self-care behavior scale (EHFScBS) は、ブラジルポルトガル語版、日本語版の開発も行われている。			
4	冠動脈バイパス術患者のセルフケア尺度 (緒方ら, 2012)	・ 心負荷・創部の負担軽減 (16) ・ 食事内容の調整 (8) ・ 運動の習慣化 (6)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数 .89 ・ 内容妥当性: 研究者間で検討、ガイドラインとの照合 ・ 因子の妥当性: 探索的因子分析
5	Hypertension self-care profile (HBP SCP) (Han, et al., 2014)	・ Behavior (20) ・ Motivation (20) ・ Self-efficacy (20)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数: Behavior .83, Motivation .93, Self-efficacy .91 ・ 内容妥当性: 臨床家、研究者、地域医療従事者で検討、CVI 指数を使用 ・ 表面妥当性: 高血圧患者に確認 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析 ・ 併存妥当性: Hill-Bone Adherence Scale ($r = -.326 \sim -.493$), Morisky Medication Adherence Scale-8 ($r = -.289 \sim -.326$), Patient Health Questionnaire-9 ($r = -.257 \sim -.328$) ・ 既知グループ技法: 血圧コントロール群と非コントロール群で確認
6	Dietary salt reduction self-care behavior scale (DSR-SCB) (Srikan & Phillips, 2014)	1 因子構造 (9)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数 .88 ・ 内容妥当性: 高血圧や栄養の専門家で検討 ・ 表面妥当性: 高齢者に確認 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析、ラッシュ分析による適合度 .81~1.27
7	Dietary sodium reduction self-care Agency scale (DSR-SCA) (Smith & Phillips, 2013)	・ Proficiency (5) ・ Persuasiveness (3) ・ Resourcefulness (3)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数 .73 ・ 内容妥当性: 看護研究の専門家で検討、CVI 指数を使用 ・ 表面妥当性: 高齢者に確認 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析、ラッシュ分析による適合度
8	Blood pressure self-care and knowledge scale (Peters & Templin, 2008)	・ BP Knowledge (9) ・ BP Self-Care (9)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数: BP Knowledge .91, BP Self-Care .78 ・ 内容妥当性: 高血圧専門医と看護師で JNC ガイドラインとの一致を確認 ・ 表面妥当性: アフリカ系アメリカ人の成人に確認 ・ 構成概念妥当性: 確証的因子分析による適合度 (CFI = .96~.98, RMSEA = .068~.070) ・ 収束的妥当性: 低脂肪食 ($r = .39$), 健康体重の維持 ($r = .27$), 身体活動 ($r = .40$), 喫煙 ($r = .74$) ・ 基準関連妥当性: 血圧知識と血圧セルフケア ($r = .31$), 知識と拡張期血圧 ($r = .12$)
9	糖尿病患者のセルフケア能力を測定する尺度 (上野・大西, 2013)	・ 生活習慣の評価 (23) ・ 認知レベルでの評価 (40) ・ 身体症状の評価 (13) ・ 精神・心理的側面の評価 (10) ・ ソーシャルサポートの評価 (3) ・ 対処行動レベルの評価 (11)	〔妥当性〕 ※ 尺度開発途中 ・ 内容妥当性: 研究者と糖尿病療養指導士で検討
10	Diabetes foot self-care behavior scale (DFSBS) (Chin & Huang, 2013)	1 因子構造 (7)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数 .73 ・ 安定性: $r = .92$ ・ 内容妥当性: フットケア領域の看護師、教育者、研究者で検討、CVI 指標を使用 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析で 1 因子 ・ 収束的妥当性: Chinese version of the Diabetes Self-Care Scale のサブスケール ($r = .45$), Summary of Diabetes Self-Care Activity questionnaire のサブスケール ($r = .87$) ・ 既知グループ技法: 足潰瘍の既往あり、なし群で確認
11	糖尿病セルフケア能力測定ツール (清水ら, 2011)	・ 自分らしく自己管理する力 (12) ・ 自己管理の原動力 (8) ・ モーニング力 (6) ・ 応用・調整力 (9) ・ 知識獲得力 (7) ・ サポート活用力 (5) ・ ストレス対処力 (7)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数 .936 ・ 安定性: $r = .725$ ・ 内容妥当性: 専門家会議と試用で検討 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析 ・ 収束的妥当性: 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙 ($r = .645$) ・ 基準関連妥当性: HbA1c と確認できず
12	A Korean version of the summary of diabetes self-care activities (SDSCA) (Choi, et al., 2011)	・ Diet (3) ・ Exercise (2) ・ Blood glucose testing (2) ・ Foot care (2)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数 .69 ・ 内容妥当性: 内分泌医、栄養士、看護師で検討、CVI 指数を使用 ・ 表面妥当性: 糖尿病外来患者に確認 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析と確証的因子分析による適合度 (RMSEA = .065, CFI = .970) ・ 基準関連妥当性: Diabetes Management Self-Efficacy Scale ($r = .432$)
13	Self-care agency scale (ASAS) of adults with diabetes mellitus (Souza, et al., 2008)	1 因子構造 (20)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ※ 先行研究で信頼性・内容妥当性確認 ・ Cronbach's α 係数 .85 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析で 1 因子 ・ 収束妥当性: Insulin Management Diabetes Self-Efficacy Scale ($r = .62$), Insulin Management Diabetes Self-care Scale ($r = .64$)
14	糖尿病セルフケア能力の自己評価表 (滝澤, 2005)	・ 食事・運動の改善点と解決策 (12) ・ 実行と効果の確認・修正 (6) ・ 周囲へのはたらきかけ (6) ・ 関心 (3) ・ 休養の状況 (3) ・ 病態理解 (3)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数 .94 ・ 内容妥当性: 糖尿病予防に関するセルフケア能力獲得過程の段階を想定し、それに相応する項目を作成 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析 ・ 基準関連妥当性: HbA1C ($r = .18$), 血糖値 ($r = -.02$), BMI ($r = -.01$) で確認できず
15	糖尿病患者のセルフケア行動評価尺度 (SDSCA) 日本語版 (大徳ら, 2006)	・ 食事 (5) ・ 運動 (2) ・ 血糖自己測定 (2) ・ 内服 (2) ・ フットケア (5)	〔信頼性〕 〔妥当性〕 ・ Cronbach's α 係数: 食事 .79, フットケア .60 ・ 安定性: $r = .44 \sim .76$ ・ 内容妥当性: 糖尿病診療に携る専門家と糖尿病患者で検討 ・ 表面妥当性: 糖尿病診療に携る専門家と糖尿病患者に確認 ・ 併存妥当性: 食事因子と安眠の食事自己管理行動尺度 ($r = .74$)

表 6-2 セルフケアに関する尺度 (30件)

番号	開発尺度	尺度構成 (項目数)	信頼性と妥当性
16	糖尿病患者のセルフケア実践度測定尺度 (高間ら, 2001)	①普遍的セルフケア ・対人関係調整因子 (5) ・食行動調整因子 (5) ・習慣保持因子 (5) ・疾病予防因子 (5) ・ストレス対処因子 (3) ②健康逸脱時のセルフケア ・悪化防止因子 (5) ・低血糖防止因子 (5) ・感染防止因子 (4)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数: 普遍的セルフケア尺度 .862, 健康逸脱時のセルフケア尺度 .857 〔妥当性〕 ・ 内容妥当性: 糖尿病看護師と研究者で検討 ・ 表面妥当性: 糖尿病患者に確認 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析 ・ 弁別的妥当性: G-P 分析で有意差確認 ・ 基準関連妥当性: 予防的保健行動尺度と普遍的セルフケア尺度 ($r = .918$), 健康逸脱時のセルフケア尺度 ($r = .822$)
17	Exercise of self-care agency (ESCA) (McBride, 1987)	1 因子構造 (43)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .904 ・ 安定性: $r = .55$ 〔妥当性〕 ・ 基準関連妥当性: Self-Directed learning Readiness Scale ($r = .302$)
※ 運動セルフケア能力尺度 (ESCA) は, 対象疾患を限定せず, 妥当性の検証やトルコ語版の開発, 心疾患を対象としたフランス語版の開発も行われている。			
18	Self-care agency scale (SCAS) for patients undergoing long-term dialysis (Ören & Enç, 2014)	・ Use of medicine (6) ・ Diet (5) ・ Self-monitoring (4) ・ Hygienic care (4) ・ Mental state (3)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .74 ・ 安定性: ICC = .60 ~ .73 〔妥当性〕 ・ 内容妥当性: 腎疾患の医師, 看護師, 栄養士, 研究者で検討 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析
19	血液透析患者のセルフケア尺度 (武内・村嶋, 2008)	・ 生活 (9) ・ 食事 (4)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .79 〔妥当性〕 ・ 内容妥当性: 透析患者と透析看護師に確認 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析
20	Dialysis patients' self-care measurement scale (Shintani, 2007)	① Universal self-care ・ Dietary regulation (12) ・ Stress prevention (9) ・ Food safety factor (5) ・ Exercise regulation (5) ・ Habit regulation (4) ② Health-deviation self-care ・ Shunt preservation (10) ・ Therapeutic diet implementation (8) ・ Observations of care instructions (7)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数: 普遍的セルフケア尺度 .7591, 健康逸脱時のセルフケア尺度 .8417 〔妥当性〕 ・ 内容妥当性: 透析看護師と検討 ・ 因子妥当性: 主成分分析 ・ 基準関連妥当性: 予防的保健行動尺度 ($r = .44 \sim .46$)
21	慢性腎疾患におけるセルフケア行動尺度 (石川・小畑, 2004)	・ 情報・コミュニケーション (7) ・ ポジティブ行動 (6) ・ 食事・体調管理 (12) ・ 安全行動 (6)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .71 ~ .81 〔妥当性〕 ・ 内容妥当性: 慢性腎疾患患者に確認 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析
22	変形性膝関節症患者のセルフケア能力尺度 (谷村ら, 2014)	・ 自己の病気および状況に関心をもち把握する力 (4) ・ 療養法を遵守し継続していく力 (4) ・ 関節への負担軽減のために生活の仕方を調整する力 (4) ・ 症状悪化予防のために能動的に情報・方略を取り入れていく力 (4) ・ 有効な支援を希求し活用する力 (4)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .813 〔妥当性〕 ・ 内容妥当性: 看護師と研究者で検討 ・ 表面妥当性: 膝 OA 患者に確認 ・ 構成概念妥当性: 確証的因子分析による適合度 (GFI = .927, AGFI = .907, CFI = .919, RMSEA = .045) ・ 基準関連妥当性: 慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙 ($r = .28 \sim .70$), 療養行動の継続得点 ($r = .38$)
23	ADL self-care scale for multiple sclerosis persons (ADL-MS scale) (Gulick, 1987)	・ Motor (7) ・ Intimacy (3) ・ Sensory and communication (3) ・ Recreation and socializing (2)	〔信頼性〕 ・ θ 信頼性係数 .731 ~ .914 ・ 安定性: $r = .86$ 〔妥当性〕 ・ 内容妥当性: MS 患者, MS 学会のコーディネータと検討 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析と確証的因子分析による適合度 (GFI = .951) ・ 併存妥当性: Disability Status Scale ($r = -.60$)
24	Asthma self-care scale (ASCS) (Chen & Hsin, 2009)	・ Avoidance of attack triggers (8) ・ Symptom control (6) ・ Health maintenance (5)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .91 ・ 安定性: $r = .82$ 〔妥当性〕 ・ 内容妥当性: 喘息の専門家と検討, CVI 指数を使用 ・ 表面妥当性: 喘息患者に確認 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析
25	胃切除後患者のセルフケア行動尺度 (前田・宗像, 2005)	・ 服薬行動 (2) ・ 栄養摂取 (2) ・ 摂食時の自制 (2) ・ 腹部症状への対応 (2)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .72 ~ .83 〔妥当性〕 ・ 内容妥当性: 胃切除後障害の病態・対応・患者指導を参考に作成 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析, 「運動と休息」で確認できず
26	慢性病者のセルフケア能力を査定する質問紙 (本庄, 2001)	・ 健康管理法の獲得と継続 (10) ・ 体調の調整 (7) ・ 健康管理への関心 (7) ・ 有効な支援の獲得 (5)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .91 ・ 安定性: $r = .85$ 〔妥当性〕 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析 ・ 既知グループ技法: コントロール良好群, 普通群, 不良群で確認 ・ 基準関連妥当性: Exercise of self-care agency ($r = .72$)
27	The Norwegian, Danish and Dutch version of the appraisal of self-care agency scale (ASA) (van Achterberg, et al., 1991)	1 因子構造 (24)	〔信頼性〕 ・ 他国において信頼性・妥当性確認 ・ Cronbach's α 係数 .67 ~ .90 ・ 等価性: 3 か国群で得点を比較
※ セルフケア能力尺度 (ASA) は, 高齢患者において中国版, スウェーデン版, ノルウェー版, オランダ版も開発されている。			
28	Lorensen's self-care capability scale (LSCS) among older home-living, care-dependent individuals in Norway (Dale, et al., 2013)	・ Knowing and adapting capabilities (19) ・ Operational and doing capability to perform universal personal self-care (14) ・ Operational and doing capability, although related to more strenuous personal self-care activities (7) ・ Issues mainly related to instrumental ADL activities (9) ・ Capability to have social and to keep informed (4) ・ Capability to be alone and to find balance between activity and rest (2)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .97 〔妥当性〕 ・ 構成概念妥当性: 主成分分析 ・ 既知グループ技法: ADL 自立群と ADL 介助群で確認 ・ 併存妥当性: Barthel's ADL Index ($r = .75$)
29	Self-care ability scale (SASE) for elderly (Söderhamn, 2001)	・ Capacity for care of repertoire (8) ・ Capacity for care of goals (7) ・ Ability for care of well-being (2)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .71 ~ .80 〔妥当性〕 ・ 構成概念妥当性: 確証的因子分析による適合度 (RMSEA = .072)
30	Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90) (Andrews, et al., 2009)	・ Health and nutrition (7) ・ Self-restoration (5)	〔信頼性〕 ・ Cronbach's α 係数 .92 〔妥当性〕 ・ 構成概念妥当性: 探索的因子分析 ・ 併存妥当性: 12-Item Short Form Health Survey の GH ($r = .38$), VT ($r = .36$)

表7 セルフコントロール／自己制御に関する尺度（3件）

番号	開発尺度	尺度構成（項目数）	信頼性と妥当性
1	セルフコントロール 尺度短縮版（尾崎ら、 2016）	1 因子構造（13）	〔信頼性〕・Cronbach's α 係数 .83 ・安定性： $r = .73$ 〔妥当性〕・内容妥当性：オリジナル版を翻訳、 翻訳者と異なる者で検討 ・構成概念妥当性：探索的因子分析 と確証的因子分析による適合度 (GFI = .904, RMSEA = .058) ・収束的妥当性：特性自己コントロール 尺度 ($r = .451 \sim .767$)、状態自己 消耗尺度 ($r = -.625 \sim -.143$) ・弁別的妥当性：行動抑制系・行動賦活 系尺度と非有意または弱い負の相関
2	地域高齢者における 保健行動に関連した 自己制御尺度（深田 ら、2012）	・身体活動・運動（4） ・口腔保健行動（6） ・歯科以外の受診行動（4） ・体重管理（3） ・栄養・食生活行動（6）	〔信頼性〕・Cronbach's α 係数 .835 ・安定性： $r = .577$ 〔妥当性〕・内容妥当性：健康日本21で示された目 標および目標設定内容を参考に作成 ・構成概念妥当性：探索的因子分析 ・基準関連妥当性：Health Locus of Control 尺度 ($r = .258$)、改良型セルフ コントロール尺度 ($r = .285$)
3	2 型糖尿病患者のセ ルフコントロール調 査票（清野ら、2010）	・問題解決を適切に行う判断力、持続力（4） ・不安のコントロールやストレスへの対処（4） ・外的状況のもたらす誘惑に対する統制の有無（4） ・食事のセルフコントロールに対する動機づけ（4） ・対人場面において相手を優先し自分の問題をない がしろにする傾向（3） ・援助資源の有無（2）	〔信頼性〕・Cronbach's α 係数 .83 ・安定性： $r = .73$ 〔妥当性〕・内容妥当性：専門家にアンケート調査 ・表面妥当性：（方法の記載なし） ・構成概念妥当性：探索的因子分析 ・併存妥当性：糖尿病患者の食事自己管 理に対する自己効力感尺度 ($r = .526$)

行」の段階に多くの焦点が当てられていることが関連して
いると考えられる。しかし、医療者と患者が協働しながら
患者の主体性を尊重した支援を行っていくためには、セル
フマネジメントを「している」「していない」の行動だけ
ではなく、そこに至るまでのプロセスをアセスメントでき
る尺度構成とすることが有用であると考ええる。

2. セルフマネジメント尺度の臨床適用可能性

尺度開発時に信頼性と妥当性が検証されていたが、ほと
んどの尺度において妥当性について部分的な課題が残され
ていた。信頼性と妥当性が高い尺度は測定概念が定義づけ
られ、そのほとんどが複数の因子構造となっていた。セル
フマネジメントは疾患や治療に関連する身体的側面の課題
だけではなく、日常生活における心理社会的課題に対して
の取り組みも含まれる。患者の主体的な取り組みには、意
思決定の能力や問題解決能力が関係する。つまり、セルフ
マネジメントは複数の構成要素からなる概念であり、測定
しようとしているセルフマネジメントを構成する要素を網
羅的に包含した尺度にすることが必要である。また、尺度
で最も重要な構成概念妥当性には、理論的根拠と実証的
証拠が求められる（Polit & Beck, 2004/2010, pp.437-443）。
開発した尺度を臨床で適用することで、信頼性と妥当性の
検証を積み重ね、尺度の精度を高めていくことが必要で
ある。そして、理論的根拠と実証的根拠により信頼性と妥当

性が確保されたセルフマネジメント尺度は、患者の状況を
正確にアセスメントすることができ、患者一人ひとりに応
じた個別的なセルフマネジメント支援に活用することができ
ると考える。

3. がん患者のセルフマネジメント尺度開発への示唆

がん患者のセルフマネジメントは、がんの部位や選択し
た治療法、患者の年代や役割によって大きく異なる。がん
患者のセルフマネジメント支援を効果的に行っていくため
には、手術療法、化学療法、放射線療法といった治療内容
と、それに伴う障害の部位や種類に応じた領域に焦点を当
て、対象とするがん患者に求められるセルフマネジメント
の特性を具体的にとらえた尺度を開発する必要がある。

慢性疾患患者のセルフマネジメント尺度から、がん患者
のセルフマネジメントは、身体的側面だけではなく、それ
らによって引き起こされる療養生活上の心理社会的課題に
対して、個人の能力を活用し、意思決定に基づいて取り組
む問題解決のプロセスとして定義づけることの必要性が示
唆された。また、セルフマネジメント支援は、患者の主体
性と意思決定を尊重し、医療者と患者が協働して問題解決
していくことが特徴である。がん患者の効果的なセルフマ
ネジメント支援を行っていくためには、患者の療養行動の
みを評価するのではなく、療養行動に必要とされる能力に
働きかけることが重要であると考ええる。

そこで、がん患者のセルフマネジメント尺度を開発するためには、セルフマネジメントの概念定義に基づき、身体的・心理社会的側面からセルフマネジメントの要素を網羅し、尺度を構成することが必要である。さらに、セルフマネジメントの要素については、療養生活行動のみに焦点化するのではなく、患者が行動するために必要となる、課題を見出す能力や、資源を活用する能力、医療者と協働する能力もアセスメントすることができるような尺度構成とすることが有用であると考ええる。

がん患者が抱える療養生活における課題に特異的なセルフマネジメント能力をアセスメントできる尺度を活用することで、患者は自らが獲得できている能力と今後の課題を明らかにすることができる。医療者にとっては、患者が自己評価した結果を支援に活用することで、患者のセルフマネジメント能力の獲得状況に応じた個別的な支援のプランニングが可能になり、患者と協働しながら主体性を尊重した個別的なセルフマネジメント支援を行うことができる。と考える。

結 論

慢性疾患患者の療養生活に関するセルフマネジメントおよびセルフマネジメントに関連する概念では、さまざまな尺

度が国内外で開発されていた。セルフマネジメントは疾患や治療に関連して引き起こされる療養生活上の課題への対処行動としてとらえられており、健康や安寧のための活動とされるセルフケアに比べ、より疾患や治療に関連した領域に焦点が当てられていた。さらに、セルフマネジメントは疾患や治療に関連する身体的・心理社会的側面を包含した意思決定に基づく問題解決のプロセスであり、医療者との協働が含まれるものとしてとらえられていた。がん患者のセルフマネジメント支援を効果的に行っていくためには、治療やそれに伴う障害に応じた特定の領域に焦点を当て、身体的・心理社会的課題に対するセルフマネジメント能力をアセスメントできる尺度を開発することが必要である。

謝 辞

本論文を作成するにあたり、ご指導くださいました大阪医科大学看護学部の鈴木久美教授に深謝いたします。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、大阪医科大学大学院看護学研究科大学院研究費の助成を受けたものである。

要 旨

【目的】がん患者のセルフマネジメント支援への活用に向けた示唆を得るために、慢性疾患患者の療養生活に関するセルフマネジメントおよび類似概念の尺度の現状と課題を明らかにすることとした。

【方法】文献検索は医中誌Web, CiNii, MEDLINE, CINAHLを使用し、尺度名に“セルフマネジメント・自己管理”“セルフケア”“自己制御・セルフコントロール”の用語が含まれる尺度開発文献46件を分析した。

【結果】セルフマネジメントは意思決定に基づく問題解決のプロセスであり、医療者との協働が含まれるものとしてとらえられていた。信頼性と妥当性が確保された尺度は測定概念が定義づけられ、複数の因子構造であった。

【結論】がん患者のセルフマネジメント支援を行うためには、治療やそれに伴う障害に応じた特定領域に焦点を当て、身体的・心理社会的課題に対するセルフマネジメント能力をアセスメントできる尺度を開発することが必要である。

文 献

- Andrews, D.R., Richard, D., and Aroian, K. (2009). Factor structure of the Denyes Self Care Practice Instrument (DSCPI-90). *West J Nurs Res*, 31 (6), 799-811.
- Barbaranelli, C., Lee, C.S., Vellone, E., and Riegel, B. (2014). Dimensionality and reliability of the self-care of heart failure index scales: Further evidence from confirmatory factor analysis. *Res Nurs Health*, 37 (6), 524-537.
- Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., and Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Educ Couns*, 48 (2), 177-187.
- Battersby, M.W., Ask, A., Reece, M.M., Markwick, M.J., and Collians, J.P.

(2003). The partners in health scale: The development and psychometric properties of a generic assessment scale for chronic condition self-management. *Aust J Prim Health*, 9 (2 & 3), 41-52.

Chen, Y.M., and Hsin, H.C. (2009). The Asthma Self-Care Scale: Preliminary development and psychometric testing. *J Clin Nurs*, 18 (2), 301-303.

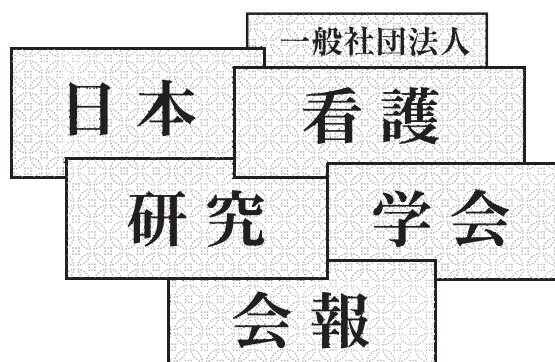
Chin, Y.F. and Huang, T.T. (2013). Development and validation of a diabetes foot self-care behavior scale. *J Nurs Res*, 21 (1), 19-25.

Choi, E.J., Nam, M., Kim, S.H., Park, C.G., Toobert, D.J., Yoo, J.S., and Chu, S.H. (2011). Psychometric properties of a Korean version of the summary of diabetes self-care activities measure. *Int J Nurs Stud*, 48 (3), 333-337.

- Corbin, J.M. and Straus, A. (1988). *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey Bass.
- Cramm, J.M., Strating, M.N., de Vreede, P.L., Steverink, N., and Nieboer, A.P. (2012). Validation of the self-management ability scale (SMAS) and development and validation of a shorter scale (SMAS-S) among older patients shortly after hospitalization. *Health Qual Life Outcomes*, 10: 9.
- 大徳真珠子, 本田育美, 奥宮暁子, 山崎義光, 笠山宗正, 池上博司, 宮川潤一郎, 久保田稔, 江川隆子 (2006). セルフケア行動評価尺度SDSCA (The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure) の日本人糖尿病患者における妥当性および信頼性の検討. *糖尿病*, 49(1), 1-9.
- Dale, B., Saevareid, H.I., and Söderhamn, O. (2013). Testing reliability and validity of Lorensen's Self-care Capability Scale (LSCS) among older home-living, care-dependent individuals in Norway. *Int J Older People Nurs*, 8(2), 166-173.
- 藤田佐和, 大西ゆかり (2014). 生涯にわたるセルフマネジメント支援. 鈴木志津枝, 藤田佐和 (編), 慢性期看護論 [第3版]. 131-137, 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- 深田順子, 鎌倉やよい, 坂上貴之, 百瀬由美子, 布谷麻耶, 藤野あゆみ, 横矢ゆかり (2012). 地域高齢者における保健行動に関連した自己制御尺度の開発. *日本看護科学会誌*, 32(3), 85-95.
- Ghahari, S., Khoshbin, L.S., and Forwell, S.J. (2014). The multiple sclerosis self-management scale: Clinicometric testing. *Int J MS Care*, 16(2), 61-67.
- Gulick, E.E. (1987). Parsimony and model confirmation of the ADL Self-Care Scale for multiple sclerosis persons. *Nurs Res*, 36(5), 278-283.
- Han, H.R., Lee, H., Commodore-Mensah, Y., and Kim M. (2014). Development and validation of the Hypertension Self-care Profile: A practical tool to measure hypertension self-care. *J Cardiovasc Nurs*, 29(3), E11-20.
- 旗持知恵子 (2003). 心不全患者のセルフマネージメントの概念分析. 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 9(1), 103-114.
- 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. *日本看護科学会誌*, 21(1), 29-39.
- 今戸美奈子 (2012). 慢性閉塞性肺疾患患者の呼吸困難のセルフマネジメント: 概念分析. 大阪府立大学看護学部紀要, 18(1), 57-67.
- 石川慶和, 小畑文也 (2004). 慢性腎疾患におけるセルフケア行動尺度の作成と妥当性の検討. *心身障害学研究*, 28, 175-185.
- 鎌原雅彦 (1998). 心理尺度の作成. 鎌原雅彦, 大野木裕明, 宮下一博, 中澤 潤 (編著), *心理学マニュアル: 質問紙法*. 64-74, 京都: 北大路書房.
- Kim, G.S., Chu, S.H., Park, Y., Choi, J.Y., Lee, J.I., Park, C.G., and McCreary, L.L. (2015). Psychometric properties of the Korean Version of the HIV Self-Management Scale in patients with HIV. *J Korean Acad Nurs*, 45(3), 439-448.
- Knobf, M.T. Cooley, M.E., Duffy, S., Doorenbos, A., Eaton, L., Given, B., Mayer, D.K., McCorkle, R., Miasowski, C., Mitchell, S., Sherwood, P., Bender, C., Cataldo, J., Hershey, D., Katapodi, M., Menon, U., Schumacher, K., Sun, V., Von Ah, D., LoBiondo-Wood, G., and Mallory, G. (2015). The 2014-2018 Oncology Nursing Society Research Agenda. *Oncol Nurs Forum*, 42(5), 450-465. <https://www.ons.org/sites/default/files/2014-2018%20ONS%20Research%20Agenda.pdf> (検索日2015年10月31日)
- Lee, C.S., Lyons, K.S., Gelow, J.M., Mudd, J.O., Hiatt, S.O., Nguyen, T., and Jaarsma, T. (2013). Validity and reliability of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale among adults from the United States with symptomatic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 12(2), 214-218.
- Lin, C.C., Anderson, R.M., Chang, C.S., Hagerty, B.M., and Loveland-Cherry, C.J. (2008). Development and testing of the Diabetes Self-management Instrument: A confirmatory analysis. *Res Nurs Health*, 31(4), 370-380.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, B.W. Jr, Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V.M., Laurent, D.D., and Holman, H.R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Med Care*, 37(1), 5-14.
- Lorig, K.R. and Holman, H. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*, 26(1), 1-7.
- 前田隆子, 宗像恒次 (2005). 遠隔期における胃切除後患者のセルフケア行動と心理社会的要因に関する行動科学的研究. *臨牀看護*, 31(7), 1120-1126.
- McBride, S. (1987). Validation of an instrument to measure exercise of self-care agency. *Res Nurs Health*, 10(5), 311-316.
- 宗像恒次 (1988). 健康のセルフケア行動. *看護技術*, 34(9), 12-17.
- 宗像恒次 (1996). 最新行動科学から見た健康と病気. 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. 京都: 北大路書房.
- 野澤明子, 岩田真智子, 白尾久美子, 佐藤直美, 稲勝理恵 (2007). 血液透析患者自己管理行動尺度の作成と信頼性・妥当性の検討. *日本看護研究学会雑誌*, 30(1), 59-66.
- 緒方久美子, 高見沢恵美子, 北村愛子 (2012). 冠動脈バイパス術患者のセルフケアに関する測定用具の作成. 大阪府立大学看護学部紀要, 18(1), 1-9.
- 大村由紀美, 森山美知子, 中野真寿美, 仁井谷真由美 (2011). 慢性期虚血性心疾患患者の自己管理行動評価尺度の作成. *日本循環器看護学会誌*, 6(2), 19-27.
- Orem, D.E. (1991) / 小野寺杜紀 (1995). オレム看護論: 看護実践における基本概念 (第3版). 東京: 医学書院.
- Ören, B. and Enç, N. (2014). Development and psychometric testing of the self-care agency scale for patients undergoing long-term dialysis in Turkey. *J Ren Care*, 40(4), 266-273.
- 小塩真司 (2004). SPSSとAmosによる心理・調査データ解析—因子分析・共分散構造分析まで. 180, 東京: 東京図書.
- 尾崎由佳, 後藤崇志, 小林麻衣, 香澤 岳 (2016). セルフコントロール尺度短縮版の邦訳および信頼性・妥当性の検討. *心理学研究*, 87(2), 144-154.
- Peters, R.M. and Templin, T.N. (2008). Measuring blood pressure knowledge and self-care behaviors of African Americans. *Res Nurs Health*, 31(6), 543-552.
- Polit, D. and Beck, C. (2004) / 近藤潤子 (監訳) (2010). 看護研究: 原理と方法 (第2版). 430-443, 東京: 医学書院.
- 清野 静, 清野 仁, 本郷道夫, 福士 審 (2010). 2型糖尿病患者のセルフコントロールと心的傾向との関連: 自我機能を視野に入れたセルフコントロール調査票の作成の試み. *心身医学*, 50(2), 125-135.
- 清水安子, 内海香子, 麻生佳愛, 村角直子, 黒田久美子, 瀬戸奈津子, 正木治恵, 石井秀宗 (2011). 糖尿病セルフケア能力測定ツール (修正版) の信頼性・妥当性の検討. *日本糖尿病教育・看護学会誌*, 15(2), 118-127.

- Shintani, K. (2007). Hemodialysis patients' self-care measurement scale: an evaluation of reliability and validity. *Niigata J Health & Welfare*, 7(1), 31-37.
- Shuldham, C., Theaker, C., Jaarsma, T., and Cowie, M.R. (2007). Evaluation of the European Heart Failure Self-care Behavior Scale in a United Kingdom population. *J Adv Nurs*, 60(1), 87-95.
- Smith, P. and Phillips, K.D. (2013). Development and validation of the dietary sodium reduction self-care agency scale. *Res Gerontol Nurs*, 6(2), 139-147.
- Söderhamn, O. (2001). Health and the internal structure of the Self-care Ability Scale for the Elderly (SASE). *Scand J Occup Ther*, 8(2), 67-71.
- Sousa, V.D., Zauszniewski, J.A., Zeller, R.A., and Neese, J.B. (2008). Factor analysis of the Appraisal of Self-care Agency Scale in American adults with diabetes mellitus. *Diabetes Educ*, 34(1), 98-108.
- Srikan, P. and Phillips, K.D. (2014). Psychometric properties of the Dietary Salt Reduction Self-Care Behavior Scale. *Nurs Sci Q*, 27(3), 234-241.
- 高間静子, 横田恵子, 新谷恵子, 八塚美樹, 山根節子 (2001). 糖尿病患者のセルフケア実践度測定尺度の作成. 富山医科薬科大学看護学会誌, 4(1), 61-67.
- 武内奈緒子, 村嶋幸代 (2008). 血液透析患者の特性・信念およびセルフケアとの関連. 日本看護科学会誌, 28(4), 37-45.
- 滝澤寛子 (2005). 糖尿病セルフケア能力の自己評価表の信頼性・妥当性の検討. 日本地域看護学会誌, 8(2), 21-27.
- 谷村千華, 森本美智子, 萩野 浩 (2014). 変形性膝関節症患者のセルフケア能力尺度の開発. 日本看護科学会誌, 34(1), 226-234.
- 多留ちえみ, 宮脇郁子, 矢田真美子 (2007). 2型糖尿病患者の食事自己管理行動質問紙の作成. 日本糖尿病教育・看護学会誌, 11(1), 4-18.
- Tokunaga-Nakawatase, Y., Taru, C., and Miyawaki, I. (2012). Development of an evaluation scale for self-management behavior related to physical activity of patients with coronary heart disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*, 11(2), 168-174.
- 坪田恵子, 上野栄一, 高間静子 (2005). 高血圧症患者の日常生活における自己管理度測定尺度の作成. 日本看護研究学会雑誌, 28(2), 73-80.
- 坪田恵子, 稲垣美智子 (2012). 高血圧症患者の日常生活行動自己管理尺度の開発: 信頼性と妥当性の検討. 金沢大学つるま保健学会誌, 36(1), 1-10.
- 上野栄一, 大西みさ (2013). 糖尿病患者のセルフケア能力を測定するための尺度開発: 基本的概念枠組みの特徴について. 日本看護学会論文集 (看護管理), 43, 275-278.
- van Achterberg, T., Lorensen, M., Isenberg, M.A., Evers, G.C., Levin, E., and Philipsen, H. (1991). The Norwegian, Danish and Dutch version of the Appraisal of Self-care Agency Scale; Comparing reliability aspects. *Scand J Caring Sci*, 5(2), 101-108.
- 吉田百合子, 横田恵子, 高間静子 (2002). 成人糖尿病患者の日常生活自己管理度測定尺度の信頼性・妥当性の検討. 富山医科薬科大学看護学会誌, 4(2), 51-58.
- 吉江由加里, 高間静子 (2014). 心疾患患者の自己管理測定尺度作成の試み. 富山大学看護学会誌, 14(1), 91-99.
- Zhang, C., Wang, W., Li, J., Cai, X., Zhang, H., Wang, H., and Wang, X. (2013). Development and validation of a COPD Self-Management Scale. *Respir Care*, 58(11), 1931-1936.

〔平成28年10月28日受 付〕
〔平成29年 6 月10日採用決定〕



第 107 号

(平成30年 4 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 第43回学術集会を終えて	1
一般社団法人日本看護研究学会 第43回学術集会 印象記	3
一般社団法人日本看護研究学会 第5回評議員・理事選挙(2017年度)を終えて ..	7
一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第3回理事会 議事録	9
一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度会員総会 議事録	13
一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第2回臨時理事会 議事録	16
一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第3回臨時理事会 議事録	17

一般社団法人日本看護研究学会 第43回学術集会を終えて

(社) 日本看護研究学会 第43回学術集会

会 長 山 口 桂 子

(日本福祉大学 看護学部)

一般社団法人日本看護研究学会第43回学術集会を2017年 8 月29日(火)～30日(水)の2日間にわたり、愛知県で初めて、東海市芸術劇場と日本福祉大学東海キャンパスにおいて開催させていただきました。当日は、気温34℃を超える猛暑の中、朝早くから、また、日本全国から、たくさんの皆様においでいただき、熱気あふれる2日間となりました。

第43回学術集会では、「一原点回歸— 求められる看護研究の成果と教育への還元」をメインテーマに掲げ、これまでの看護学研究の発展や成果がもたらした確かな知識の積み重ねを振り返りつつも、今まさに看護の力が問われる社会状況にあって、これからの看護学研究には何が求められ、いかに次世代教育を通して社会に貢献していけるのかを探る機会にしたいと考えました。学術集会企画委員会からの数多くの企画とその趣旨をご理解いただいた演者の方々のご講演、会員の皆様のご発表、それらをふまえたそれぞれの場面での振り返りと探求は、学術集会のねらいを十分に深める有意義な時間となりました。まずは、このような機会を与えていただきました一般社団法人日本看護研究学会川口理事長をはじめ、理事・会員の皆様、参加者の皆様、様々な形で支えていただきました皆様に心より感謝申し上げます。

今回の企画の中で、特別教育講演「看護学教育に還元できる研究成果—その背景に求められるもの」は、メインテーマの基調講演の意味を込めて、東海地区(浜松市)で初めて本学会の第25回学術集会を開催し、現在、本学会の名誉会員でいらっしゃる田島桂子先生にお願いしました。その中で、「看護学教育に還元できる研究成果を得るためには、具体的な看護内容を看護職者が共有し、その実践を基盤に積み上げられた成果が不可欠である」と述べられ、参加者にとっては、改めて看護実践と看護教育・看護研究についての基本となる考え方を再認識する機会となりました。上記に続いた2つの教育講演(秋元典子先生と宇佐美しおり先生)は今回のテーマをそのまま体現するような充実した内容で、参加者にとっては大き

な学びの場となりました。以上の詳細については、学会誌に御寄稿いただきましたので、是非ご覧ください。

シンポジウムⅠ「研究成果の教育への還元」では、今まさに看護教育の現場でご活躍中の深田順子先生、石川ふみよ先生、佐藤政枝先生からのご発表があり、参加者が研究成果をいかに活用するのかという多くのヒントをいただきました。この3人の方々がいずれも、本学会を継続的な活動の場として論文発表されていることから、非常に頼もしい限りであることを実感いたしました。

また、今回は、学際性という本学会が大切にしてきた考え方を何処かに取り入れたいと考え、シンポジウムⅡ「エビデンスをもってケアにつなげるための教育」を企画しましたが、臨床薬理学の柳田俊彦先生や人間工学の榎原毅先生といった看護以外の専門家と、感染症看護専門看護師の菊地義弘先生から同じテーマのもとで、看護教育におけるエビデンスの意味についてご発表いただきました。今後ますます、保健・医療・福祉といった包括的な臨床の中でコーディネーター的役割を期待される看護職にとっては、看護の基盤としての、看護と関わる多くの学問の理解やそれらとの連携や融合が大切であることを再確認させていただきました。

もう一つの原点回帰として、学術集会を引き受けるにあたり、様々な意味で開催場所を自らの研究・教育の拠点となっている大学キャンパスで行いたいという願望がありました。「一般社団法人日本看護研究学会」が「四大学看護学研究会」という名称で、千葉大学西千葉キャンパス、松岡淳夫教授の研究室におかれた事務局からスタートしたころ、学術集会は常に大学を拠点として行われておりました。もちろんその頃とは比べものにならないほど、看護系学会は発展し、参加者数も多くなったことから、開催できる都市や場所は限られ、また、収支決算上の大きな制約を抱えながらのプログラムや企画を余儀なくされています。今回、所属大学を拠点として開催できたことの背景には、大学から5分という近さに立地する東海市芸術劇場が大学キャンパスとほぼ同時に新設されたことがあり、これは大きな幸運でした。しかし、一方、日本全国の皆様にとって、「名古屋市」はよくご存じの地名であることに反して、今回の開催地「東海市」は、初めて聞いたという方も多く、また、日本福祉大学は開学以来60年超の歴史を有する社会福祉系としては老舗の大学ですが、知多半島の先端に近い美浜地区に大きなキャンパスを有していることから、新幹線や空港からの遠さをイメージさせるのではないかという懸念もありました。そこで、まずは、東海市が名古屋市に隣接する都市であり、名古屋駅や中部国際空港から非常に利便性の良いところにあることのPRから始め、関係方面のご理解を得て、無事、開催に至りました。当日は、東海市の健康事業の展示や物産販売などの協賛企画、地元企業の方々の展示など、地域色豊かな学会場になったものと考えます。2日目に行った市民フォーラム「江戸・明治時代からいきづくモノづくり・健康づくり～愛知の食文化と健康」には知多半島に所在する企業の方々を演者として迎え、約100名の一般市民の方の参加もあり、満足度の高い評価を得ました。今後、地域からの看護への期待が高まる中で、看護や大学についての正しい理解と浸透を深めていくことが必要と考えますが、学術集会開催がその一つの機会になったのではないかと考えます。

最後に、皆様の笑顔があふれた学術集会になりましたこと、本当にありがとうございました。

一般社団法人日本看護研究学会 第43回学術集会 印象記

文京学院大学保健医療技術学部看護学科

奥原秀盛

第43回学術集会は、平成29年8月29日・30日の2日間にわたり、東海市芸術劇場と日本福祉大学東海キャンパスにおいて開催されました。主な会場となった東海市芸術劇場は、東海市の新しい文化芸術の発信・創造の拠点の場として、平成27年10月にオープンしたばかりという開放感あふれる施設でした。各階のオープンスペースでは、小学生から高校生位までの子どもたちが思い思いに読書をしたり勉強をしたりして、大いに賑わっていました。学会2日目の午後には、東海児童合唱団のミニパフォーマンスを見ることができ、子どもらしい明るくのびのびした歌声に癒されました。また、廊下で楽しそうに語り合っていた中学生男女4名に、「みんな楽しそうですね。ここにはよく来るのですか」と尋ねたところ、「この空間が好きでこのメンバーでよく来る」とのことでした。また「今日はここで何かあるのですか」と聞かれたため、看護の学会が開催されている旨を説明し、将来看護の道も検討して下さいねとアピールした次第です。地域に開かれた本施設での学術集会開催は、広く地域の人々や子どもたちに看護を知っていただく良い機会になったのではないかと思います。

さて、今回のテーマは、「—原点回帰—求められる看護研究の成果と教育への還元」でした。残念ながら会長講演の時間に間に合わず拝聴することはできませんでしたが、山口桂子先生は会長講演の要旨の中で、『「原点回帰」を即座に決定したが、回顧ではなく、さらに前進するために、ここで一度立ち止まってみよう！というメッセージを込めたテーマであり、学術集会のプログラム構成でもある』と述べておられます。私にとって、今回の学会参加は本当にこれまでの自己の教育・研究活動を振り返り今後を考える良い機会となりました。したがって、今回はその点に焦点を当てて印象記を記したいと思います。

まず教育活動について、本学会名誉会員の田島桂子先生の「看護学教育に還元できる研究成果—その背景に求められるもの」と題する特別教育講演に大いに刺激を受けました。看護の原点、看護学教育の原点について改めて考えさせられたのです。田島先生は、多様性が評価される現状の中で、この原点を特定するのは非常に難しいのかも知れないが、しかし「原点」が多様であれば、その上に積み上げられる看護の在り方、教育の在り方、および研究の取り組みも多様化し、成果の還元の可能性は低くなる。加えて、看護の核となるものの共有がなければ、発展させる方向を見失うのではないかと指摘しておられました。そしてその一例として、多くの看護師と接する中で、彼（女）らの看護に関する認識の中で「生活（者）」という概念が希薄になりつつあることを危惧しておられた様に思います。私は、担当する各学年の講義冒頭で、今の時点で学生自身が考える看護について書いてもらっていますが、残念ながら「人々の健康な生活の実現」、あるいは「生活支援」という記載はそう多くないのが現状です。今後、彼（女）らの看護に対する思いを大切にしながら、「生活」「生活者」という概念をはじめ、看護の原点、あるいは核となる概念について共に考えていく必要性を実感した次第です。

次に、シンポジウムⅠ「研究成果の教育への還元」に参加し、3名のシンポジストの先生方の研究活動および教育への成果還元に対する熱意に感銘を受けると同時に、自己の姿勢を大いに反省させられました。深田順子先生は、「摂食嚥下障害看護の質向上のための研究と教育」と題して、高齢者の摂食嚥下障

害に着目したご自身の一連の研究活動・成果を紹介した後、講義における成果の具体的活用についてご講演下さいました。2年次後期に、舌切除術を受けた患者の看護として、摂食嚥下リハビリテーションの知識や切除部位の再建法から嚥下障害を予測し、さらにフィジカルアセスメントで嚥下機能を確認して看護計画を立案できるように講義したり、ご自身が開発なさった嚥下障害リスク評価尺度改訂版を用いた問診、摂食嚥下のフィジカルアセスメントや訓練法の演習をおこなったりしているということです。石川ふみよ先生は、「高次脳機能障害者の家族支援を通して」と題して、高次脳機能障害の存在が医療者にすら知られておらず、医療者の不適切な対応が当事者や家族を苦しめていた頃からのご自身の研究活動を紹介し、研究活動を通して当事者・家族の経験を理解し、それを学生に伝えて、病態と対応方法に関する彼らの理解を促す役割を担っていると述べておられました。最後に、佐藤政枝先生は、「研究成果を学部教育に還元する—学部生が研究に触れることの意味—」と題して、1, 2年生を対象とする基礎看護学の講義において、ご自身の研究成果である「人工股関節全置換術を受ける人々への継続看護実践モデル」の概要を紹介していることの意味についてご講演下さいました。そして、「学問としての看護」「実践としての看護」のいずれも知らない初学者たちが、先生の研究を通して看護の世界観を十分にイメージできていく姿に、こちらの意図や想像をはるかに超えた学生たちの可能性に驚かされたと述べていました。加えて、教員がどのような看護実践を背景にどのような姿勢で研究課題に取り組んでいるのかといった「研究者」としてのありよう、「教育者」「実践者」以外の「研究者」としての側面をみせることの意義についても語っておられました。3名の先生方の系統だった研究活動、そして研究および教育に対する真摯な姿勢や活き活きと語るその熱意が伝わることは、研究成果そのものの還元以上に教育的効果があるように思えました。

2日間の学会参加をとおして、これまでの自己の教育・研究活動を振り返り、自分も頑張ろう！というエネルギーを得ることができました。この学術集会を企画・運営下さいました山口桂子会長をはじめ、企画委員・実行委員の皆様に心より御礼申し上げます。



(社) 日本看護研究学会
第43回学術集会 総合受付



(社) 日本看護研究学会
平成29年度会員総会



(社) 日本看護研究学会
第43回学術集会 第一会場



(社) 日本看護研究学会
第43回学術集会 一般演題発表会場



(社) 日本看護研究学会
第43回学術集会 示説会場



(社) 日本看護研究学会
第43回学術集会 懇親会

一般社団法人日本看護研究学会 第5回評議員・理事選挙（2017年度）を終えて

一般社団法人日本看護研究学会選挙管理委員会

委員長 高 島 尚 美

委 員 藤 井 徹 也

委 員 村 井 文 江

此の度は、評議員選挙にご協力いただきましてありがとうございました。今回の選挙では、北海道3名、東北5名、関東6名、東京10名、東海12名、近畿・北陸17名、中国・四国12名、九州・沖縄10名の合計75名の評議員を選出致しました。さらに新評議員による理事候補者選挙によって北海道、東北、関東、東京、東海、九州・沖縄各1名、近畿・北陸と中国・四国各2名の候補者が選出され、平成30年度定時社員総会で選任手続きを経る予定となります。

選挙経過としては、平成29年9月29日にオンラインシステムで第5回評議員選挙の公示を行い、その後10月26日には選挙投票の手順や投票期間などを書面にて郵送でお知らせ致しました。投票率は、前回選挙よりわずかに上昇したものの、11月16日の時点で全体の投票率は、11.1%（東京）～23.4%（北海道）で平均16.7%と低迷していたためメールで再度の依頼を行いました。その結果、投票期限の11月30日には、投票率は19.0%（東京）～30.9%（北海道）で平均24.3%と上昇致しました。しかし残念ながら、まだ20%台にとどまっています。また定数に満たない投票が見受けられ、白票数が3,490票（39.4%）あったことも特徴的でした。定数分の投票をすることは、選挙人の負担にもなっていることの反映かもしれません。そして、選出された新評議員による理事候補者選挙を平成30年1月15日～26日の期間にWebで実施しました。23日の時点で投票率が37～46%であったため、再度メールで依頼し最終的には平均61.0%となりました。看護学の進歩発展に寄与し社会に貢献するための組織の代表とも言える評議員による選挙ですので、投票率はもっと高くあってほしいという願いを持ちました。

今後は、せめて評議員投票率を3割程度に上げるなど目標を掲げて、そのための具体的な選挙公報の工夫が必要であると考えます。Web上の画面の工夫や会員のメール登録の強化を図り不通メールを少なくする、投票率の経緯をみながらリマインドメールを送信する、あるいはリマインダーを郵送にする、などさらに検討する必要があると思われます。

事務局には事務作業をシステムティックに進めていただき、一部のミスはありましたが、大きなトラブルなく無事に選挙管理委員会の活動を終えることができました。事務局をはじめとする関係者各位に心より感謝申し上げます。

評議員選挙（2017年）報告

一般社団法人日本看護研究学会
(平成29年11月30日施行)

	定数		選挙人	投票者	投票率	投票数	有効投票数	白票数
北海道	3	北海道	149	46	30.9%	138	120	18
東北	5	東北	193	57	29.5%	285	249	36
関東	6	関東	266	66	24.8%	396	294	102
東京	10	東京	405	77	19.0%	770	471	299
東海	12	東海	549	120	21.9%	1,440	955	485
近畿・北陸	17	近畿・北陸	742	195	26.3%	3,315	1,768	1,547
中国・四国	12	中国・四国	512	129	25.2%	1,548	907	641
九州・沖縄	10	九州・沖縄	420	97	23.1%	970	608	362
合計	75	合計	3,236	787	24.3%	8,862	5,372	3,490

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第3回理事会 議事録

日 時：平成29年8月28日（月） 15：00～17：00

会 場：日本福祉大学 東海キャンパス 6階 第4会議室

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，良村貞子，吉沢豊予子，
神田清子，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：村嶋幸代，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. 編集委員会資料
3. 大規模災害支援事業委員会資料
4. 入会申込理事会承認一覧

番号なし 平成29年度 第2回理事会議事録（案）

平成29年度 定時社員総会議事録（案）

平成29年度 第1回臨時理事会（書面）議事録

将来構想委員会資料

平成29年度 一般社団法人日本看護研究学会会員総会議事事項

第44回学術集会チラシ

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. 議事録の確認

- 1) 平成29年度 第2回理事会
- 2) 平成29年度 定時社員総会
- 3) 平成29年度 第1回臨時理事会（書面）

前回議事録の内容が確認された。

2. 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8月26日現在の会員総数は6,375名（内訳：名誉会員15名，評議員165名，一般会員6,195名）であり，2017年度の新入会員数は276名，入会待機は78名，退会者は41名，会費納入率は78.5%であることが報告された。

2) 委員会報告

(1) 編集委員会（資料2）

委員長・法橋理事より，資料に基づき，40巻1号（冊子体）が8月24日に公開され，2号は8月30日頃を予定していること，現在29本の論文がアクセプトされており，今後のオンラインファースト導入により，これらのすべてが順次J-STAGEで公開される見込みであることが報告された。また，新規の論文投稿受付も概ね順調であり，今後は専任査読委員を増員したいとの意向が報告された。

その他，投稿論文チェックリスト・最終原稿チェックリストの修正箇所，規程・要項の改正箇所，学会誌のアーカイブ化の進捗状況，3号の公開方法，J-STAGEでの論文公開方法について，それぞれ資料に基づき報告があった。臨時査読委員（非会員）への手当について，現行のUSBメモリから図書カードへ変更したい旨が提案され，次回理事会での審議事項となった。

(2) 奨学会委員会（資料なし）

委員長・石井理事より，明日の会員総会終了後に，平成29年度奨学研究の奨学金50万円が吉田祐子氏に授与される予定であること，平成30年度奨学研究の募集については9月下旬より開始されることが報告された。

(3) 学会賞・奨励賞委員会（資料なし）

委員長・荒木田理事より，明日の会員総会終了後に，平成28年度の学会賞1名，奨励賞5名（うち1名は欠席）の表彰が予定されていることが報告された。

(4) 将来構想検討委員会（将来構想検討委員会資料）

委員長・川口理事長より，資料に基づき，全会員のメール情報サービスの実施，学会webページのリニューアルを進める旨が報告された。また，今期内の検討事項として，ガリレオ社との契約内容の見直し，各委員会の規定・細則の見直し，広報の充実化，地方会組織の改編，利益相反に関する指針の作成に取り組むことが報告された。

(5) 研究倫理委員会（資料なし）

委員長・青山理事より，特別交流集会「被災者を対象とする調査研究の倫理」について案内があった。また，倫理審査の新規申請が1件あったが，申請者側の都合による事前の辞退があり，審査には至らなかったことが報告された。

(6) 国際活動推進委員会（資料なし）

委員長・前田理事より，特別交流集会「質的研究のシステマティックレビューの実際」の案内があった。また，イヤブックスへの新規投稿は1件であり，学会webページの英文化については「入会のご案内」「論文投稿について」を対象に進めることが報告された。

(7) 大規模災害支援事業委員会（資料なし）

委員長・中西理事より，新たな報告事項はない旨が説明された。

(8) 渉外・広報（学会webページ）（資料なし）

担当・塩飽理事より，学会webページの全面リニューアルに300万円程の予算が必要となる見込

みであり、時間をかけて丁寧に進めていく旨が報告された。

(9) 看保連ワーキング（資料なし）

担当・山口理事に代行して宮腰副理事長より、平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定に向けた要望を、日本家族看護学会、日本重症心身障害学会と共同エントリーしており、その後ヒアリングがあったことが報告された。

3) 関連会議

① 日本看護系学会協議会（資料なし）

担当・宮腰副理事長より、6月の総会にて改めて看護系学会協議会の活動について検討することが決定され、理事会の開催がこれまでよりも頻回になる見込みであることが報告された。

② 看護系学会等社会保険連合（資料なし）

担当・山口理事に代行して宮腰副理事長より、順調に活動が進められている旨の報告があった。

③ 日本学術会議（資料なし）

担当・川口理事長より、看護学教育モデル・コア・カリキュラムに対するパブリックコメントとして、看護学分科会より再検討を求める意見を提出したことが報告された。

4) 第43回学術集会について（資料なし）

学術集会長・山口理事に代行して宮腰副理事長より、事前参加登録数は約750名であることが報告された。

5) 第44回学術集会について（第44回学術集会チラシ）

学術集会長・前田理事より、第44回のテーマを「看護が創る変化の波」に決定し、現時点で、特別講演が1題、教育講演が2題、次世代の研究者育成および地域での看護師育成システム等をテーマとするシンポジウムが2題、その他、在宅医療に関連する市民フォーラムを1題、計画している旨が報告された。

6) 地方会の活動について（資料なし）

川口理事長より、社員総会で各地方会代表から報告があったとおり、活動が行われていることが報告された。

7) 会員総会について（会員総会議事事項）

資料に基づき、進行されることが確認された。

3. 審議事項

1) 編集委員会（資料2）

① 論文に関する利益相反について

委員長・法橋理事より、資料に基づき、論文投稿時に新たに提出を義務づける「利益相反自己申告書」の内容が説明され、現在、進行中の論文から「提出を義務づけることについて、異論なく承認された。なお、申告書については、わかりやすいように注記を追加するなどの修正を行って、再度理事に確認することとなった。また、学会webページに申告書の提出が必要となった旨のアナウンスを掲載することとなった。

② 論文の一次資料と二次資料の整理について

委員長・法橋理事より、資料に基づき、一次資料の公開をJ-STAGEに絞るため、Medical Finder

との契約を2017年12月末または2018年3月末で終了する方向で進めていること、医中誌からの論文リンク先もこれまでの学会webサイトからJ-STAGEへと変更済みであることが説明された。Medical Finderについては、再度状況を確認・整理して、次回理事会で継続審議とすることとなった。抄録号（第3号）の取扱いについても次回検討する。

③ 会告・会報の扱いについて

委員長・法橋理事より、資料に基づき、冊子体の発行に遅れが生じている現状が説明され、今後の会告・会報の扱いについて検討が行われた。今後は、会告・会報は学会誌から切り離し、学会ウェブサイトや会員向け一斉メールを利用したニュースレターなどを通じて周知する方向で検討をすすめるが、環境が整うまで当面はこれまでと同様に学会誌に掲載することで合意された。

2) 大規模災害支援事業委員会（資料3）

① 大規模災害の定義について

委員長・中西理事より、資料に基づき、本学会の大規模災害支援事業における「大規模災害」の定義案が説明された。「原則として」の文言を追加することとして、承認された。

② 平成29年度の大規模災害支援事業について

次回理事会にて「大規模災害」の定義を反映した「大規模災害支援事業委員会規程」改定案を提案し、併せて、今後の募集についても検討を行うこととなった。

3) 地方会地区割りの再検討と地方会活動について

将来構想検討委員会の報告のとおり、検討を進めていくこととなった。

4) その他

① 入会申込理事会承認（資料4：回収）

資料に基づき、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。

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度会員総会 議事録

日 時：平成29年 8 月29日（火） 13：30～14：20

会 場：東海芸術劇場 大ホール（第1会場）

理事長挨拶

会員総会をはじめるに当たり、川口孝泰理事長から挨拶があった。

議 長：定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）

3. 会員総会の議長は、その年度の学術集会会長が当たる。

第43回学術集会長 山口桂子氏。

書記の任命

引き続き、評議員から2名の書記の推薦・任命が行われた。

樋之津淳子 評議員

高島 尚美 評議員

総会成立の確認

定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）4. 会員総会は会員の10分の1以上の出席がなければ議事を開き議決することはできない。に基づき、会員総会成立の確認がなされた。

会員総数 6,375名（8／26現在）

欠席委任状 1,884名（8／26現在）

当日出席者 51名

出席者と欠席委任状の総数は1,935名で、会員の10分の1以上の出席（欠席委任状含む）があった。

議事事項

報告事項

1. 会員数の動向について

本田彰子副理事長より、平成29年 8 月26日現在、一般会員6,195名、評議員165名、名誉会員15名で、総数6,375名で漸増していること、平成29年度会費納入率：78.52%であるとの報告があった。

2. 平成28年度事業報告

川口孝泰理事長と各委員会委員長より、資料2頁に基づき事業報告があった。

3. 平成28年度決算報告

1) 会計報告

岩本幹子会計担当理事より、資料3～26頁について会計報告があった。また、学術集会事業繰

出金が予算を大きく上回っているのは、第42回の学術集会の赤字補填のために支出されたことによるとの説明があった。

2) 監査報告

松田たみ子監事より、資料27頁について適正であった監査報告があった。監査意見として、学会誌のオンライン化やメール会議の導入により事業経費の縮減により産まれた財源について、本学会の事業計画・将来構想として有効活用の検討を期待する旨が報告された。

資料28頁にある税理士の金子和寛氏による会計調査報告書が渡邊順子監事の代読にて報告された。

4. 平成29年度事業計画について

本田彰子副理事長より、資料29頁に基づいて事業計画の報告があった。

5. 平成29年度予算について

岩本幹子会計担当理事より、30～36頁に基づいて予算報告があった。電子ジャーナル導入により支出が減った分を有効活用するため、予備費として300万円を新規事業のために創設した。

6. 奨学会研究助成について（平成29年度）

奨学会委員会委員長 石井範子理事より、平成29年度奨学研究助成授与者として、吉田祐子氏が選考されたことが報告された。

7. 学会賞・奨励賞選考について（平成28年度）

学会賞・奨励賞委員会委員長欠席のため、委員の石井範子理事より報告があった。

1) 平成28年度学会賞について：1名が選考された。

2) 平成28年度奨励賞について：5名が選考された。

8. 第43回学術集会について

山口桂子学術集会会長より、予定通り順調に進んでいるとの報告があった。

9. 第44回学術集会について

前田ひとみ学術集会会長より、平成30年8月18日、19日に熊本県立劇場にて開催予定であることが報告された。

10. その他

・日本学術会議について

川口孝泰理事長より、日本学術会議の3つのミッションと事業について報告があった。

・日本看護系学会協議会の活動について

宮腰由紀子副理事長より、平成29年度の社員総会について報告があった。

- ・看護系学会等社会保険連合（看保連）の活動について

山口桂子渉外担当理事より，平成30年度診療報酬改定に向けての提案を行っている旨の報告があった。

- ・地方会について

山口桂子議長より，地方会HPを参照して欲しい旨報告があった。

審議事項

1. 第46回（平成32年度）学術集会会長について

川口孝泰理事長より，第46回（平成32年度）学術集会会長について，理事会で推薦された札幌医科大学の城丸瑞江氏が報告され，審議の結果，学術集会会長として承認された。

2. その他

特になし

以上で会員総会を終了した。

会員総会終了後に以下の事項が行われた。

- ・第44回（平成30年度）学術集会会長挨拶

前田ひとみ氏（熊本大学）より，第44回（平成30年度）学術集会について，平成30年8月18日・19日に熊本県熊本市で開催することの説明がされた。

- ・平成29年度奨学会奨学金授与

川口孝泰理事長より，吉田祐子氏に奨学金目録が授与された。

- ・平成28年度学会賞

川口孝泰理事長より，学会賞の表彰がされた。

山端美香子氏

- ・平成28年度奨励賞表彰

川口孝泰理事長より，奨励賞の表彰がされた。

山崎松美氏

上田伊佐子氏

鈴木亜衣美氏

川田智美氏

鳩野洋子氏（欠席のため郵送）

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第2回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成29年11月28日（火） ※本理事会の決議があったとみなされる日

会 場：書面による

出 席：【理事】川口孝泰理事長，本田彰子副理事長，宮腰由紀子副理事長，

岩本幹子理事，石井範子理事，荒木田美香子理事，青山ヒフミ理事，法橋尚宏理事，中西純子理事，前田ひとみ理事，村嶋幸代理事，良村貞子理事，吉沢豊予子理事，神田清子理事，吉田澄恵理事，安藤詳子理事，山口桂子理事，任和子理事，山勢博彰理事，宇佐美しおり理事，佐藤政枝理事，塩飽仁理事

【監事】松田たみ子監事，渡邊順子監事

（順不同）

議 案：

第1号 第44回学術集会参加費について、下記のとおりとすることに同意する。

	事前	当日
会員	10,000円	11,000円
非会員	12,000円	13,000円
学生	－	3,000円
懇親会	5,000円	5,000円

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：佐藤政枝

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第3回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成29年12月26日（火） ※本理事会の決議があったとみなされる日

会 場：書面による

出 席：【理事】川口孝泰理事長，本田彰子副理事長，宮腰由紀子副理事長，
岩本幹子理事，石井範子理事，荒木田美香子理事，青山ヒフミ理事，法橋尚宏理事，中西純子理事，前田ひとみ理事，村嶋幸代理事，良村貞子理事，吉沢豊予子理事，神田清子理事，吉田澄恵理事，安藤詳子理事，山口桂子理事，任和子理事，山勢博彰理事，宇佐美しおり理事，佐藤政枝理事，塩飽仁理事

【監事】松田たみ子監事，渡邊順子監事 (順不同)

議 案：

第1号 2017年度理事選挙における地区ごとの定数について，下記のとおりとすることに同意する。

地区	定数
北海道	1
東北	1
関東	1
東京	1
東海	1
近畿・北陸	2
中国・四国	2
九州・沖縄	1

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：佐藤政枝

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**」の詳細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」(2017)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。投稿する際には、研究倫理審査委員会の承認書を電子投稿システムに登録する。

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 (Fabrication)、改竄 (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の中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、編集委員長宛に願い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「雑誌投稿規程」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、電子投稿システムに登録する。

8. 利益相反自己申告書

利益相反自己申告書で、著者全員が研究内容に関係する企業・組織または団体との利益相反状態を記載し、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9. 原稿の受付

原稿は随時受け付けているが、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。

10. 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。

11. 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。

12. 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。

13. 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。

14. 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。

附 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。
- 14) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 15) 平成30年1月21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。論文に必要な不可欠な場合は、カラーの写真や図の掲載が認められる場合がある。
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。
- 6) 数式については、Microsoft数式を使用する。

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、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：それを引用するのか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。
- 3) 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は200語以内とし，原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる。すべての論文に英文抄録を必要とする。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. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を「利益相反の開示」として明記する。利益相反状態がない場合は、「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

国や自治体から受けた研究費（科学研究費補助金、厚生労働科学研究費補助金など）は、利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は、「研究助成情報」として記載する。

11. 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。

12. 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頁以下の場合には、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 |

13. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

14. 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。

附 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。
- 13) 平成29年 8 月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年 1 月21日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 平成30年度会費納入のお願い

平成30年度会費納入のお願いをお送りいたしました。ご確認の上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

送付先や所属等、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・追加をさせていただき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アドレスご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. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて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。また、冊子体は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈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41巻 1号

会員無料配布

平成30年4月20日 印刷

平成30年4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)	福井大学学術研究院医学系部門
内田 宏美 (会員)	島根大学学術研究院医学・看護学系医学部基礎看護学講座
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)	東京医療保健大学看護学部
若村 智子 (会員)	京都大学大学院医学研究科

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、仮登録することが出来ます。この手続きにより入会登録を迅速に処理することが出来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	専門区分	看護学・医学・その他 ()
氏名	生 年 月 日 西 暦	性 別 男 ・ 女
所 属	TEL	FAX
送 付 先 住 所	自宅・所属 (いずれかに○)	〒
E - m a i l	TEL	FAX
自 宅 評 議 推 薦 者 氏 名	TEL	FAX
推 薦 者 所 属	TEL	FAX
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	地 区 名	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。

