JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 41 Number 2 June 2018 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[41巻 2号]



会 告(1)

平成29年度事業 評議員・役員選挙の結果,下記の方々が選出されました。

任期は、平成30年定時社員総会の日より平成34年社員総会前日まで(ただし、理事として選出された評議員の任期は、平成34年社員総会終結のときまで)。

平成30年5月1日

一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 川 口 孝 泰

記

選挙会告時の地区登録による所属です。ただし、それ以降本人より所属変更の申出があった場合、所属は 変更しております。

評議員地区別名簿

(敬称略)

北海道地区(3名)

氏	名	所 属	氏	名	所 属
佐藤	洋子	北海道大学大学院保健科学研究院	堀口	雅美	札幌医科大学保健医療学部看護学科
鷲見	尚己	北海道大学大学院保健科学研究院			

東北地区(5名)

氏	名	所 属	氏	名	所 属
工藤も	せい子	弘前大学大学院保健学研究科	野戸	結花	弘前大学大学院保健学研究科
菅原	京子	山形県立保健医療大学保健医学部看護学科	古瀬み	などり	山形大学医学部看護学科
杉山	敏子	東北福祉大学健康科学部保健看護学科			

関東地区(6名)

氏	名	所 属	氏	名	所 属			
岡	美智代	群馬大学大学院保健学研究科	近藤 由香 群馬大学大学院保健学研究科					
吉良	淳子	茨城県立医療大学保健医療学部看護学科	中山登	验志子	千葉大学大学院看護学研究科看護教育学教育研究分野			
近藤	浩子	群馬大学大学院保健学研究科	村上	礼子	自治医科大学看護学部			

東京地区(10名)

氏	名	所 属	氏	名	所 属
阿部	幸恵	東京医科大学医学部看護学科	北川	公子	共立女子大学看護学部
石川ふ	みよ	上智大学総合人間科学部看護学科	小長谷百絵		上智大学総合人間科学部看護学科老年看護学
亀岡	智美	国立看護大学校	千田み	みゆき	埼玉医科大学保健医療学部看護学科
川本利	恵子	公益社団法人日本看護協会	出口	禎子	北里大学看護学部
北	素子	東京慈恵会医科大学医学部看護学科	前田	樹海	東京有明医療大学看護学部看護学科

東海地区(12名)

氏	名	所 属	氏	名	所 属
岡田	由香	日本福祉大学看護学部	古田加	1代子	愛知県立大学看護学部
鈴木み	みずえ	浜松医科大学臨床看護学講座	本田	育美	名古屋大学大学院医学系研究科
曽田	陽子	愛知県立大学看護学部	百瀬由	美子	愛知県立大学看護学部
多喜田	旧恵子	愛知医科大学看護学部	柳澤	理子	愛知県立大学看護学部
野口	眞弓	日本赤十字豊田看護大学看護学部看護学科	山田新	2代美	名古屋市立大学看護学部
深田	順子	愛知県立大学看護学部看護学科	渡部	節子	横浜市立大学医学部看護学科

近畿・北陸地区(17名)

氏	名	所 属	氏	名	所 属			
赤澤	千春	大阪医科大学看護学部	須釜	淳子	金沢大学新学術創成研究機構革新的統合バイオ			
甘佐	京子	滋賀県立大学	須鉱	存丁	研究コア先端的ヘルスケアサイエンスユニット			
網島び	かづる	兵庫医療大学看護学部看護学科	高見沢	恵美子	関西国際大学看護学研究科			
池田	清子	神戸市看護大学看護学部	楢木野	妤裕美	大阪府立大学大学院看護学研究科			
井上	智子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	平松	知子	金沢医科大学看護学部			
岩脇	陽子	京都府立医科大学医学部看護学科	真嶋田	由貴恵	大阪府立大学現代システム科学域知識情報システム学類			
工藤	美子	兵庫県立大学看護学部	道重	文子	大阪医科大学看護学部			
グライナ・	一智恵子	神戸大学大学院 保健学研究科看護学領域	山田	一朗	臨床研究支援センター(Office AKI)			
清水	安子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻	流郷	千幸	聖泉大学看護学部			

中国・四国地区(12名)

氏	名	所 属	氏	名	所 属
池内	和代	高知大学教育研究部医療学系看護学部門	祖父江	Ľ育子	広島大学大学院医歯薬保健学研究院
岩佐	幸恵	徳島大学医歯薬学研究部看護教育学分野	西田	佳世	聖カタリナ大学人間健康福祉学部看護学科
岡田	淳子	県立広島大学保健福祉学部看護学科	西田真	真寿美	岡山大学大学院保健学研究科
小野	美穂	岡山大学大学院保健学研究科看護学分野	乗松	貞子	愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻
片山	陽子	香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科	深井喜	喜代子	岡山大学大学院保健学研究科
陶山	啓子	愛媛大学大学院医学系研究科看護学専攻	山内	栄子	愛媛大学医学系研究科看護学専攻

九州・沖縄地区(10名)

氏	名	所 属	氏	名	所 属				
宇都日	由美子	亳子 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科医療システム情報学		千鶴	大分大学医学部基盤看護学講座				
栗原	保子	宮崎県立看護大学	日高	艶子	聖マリア学院大学				
古賀	明美	佐賀大学医学部看護学科	藤田	君支	九州大学大学院医学研究院保健学部門看護学分野				
国府	浩子	熊本大学大学院生命科学研究部	松浦	江美	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科				
竹熊	千晶	熊本保健科学大学地域包括連携医療教育研究センター	宮園	真美	福岡看護大学				

(合計 75名)

理事地区別名簿

(敬称略)

地 区	氏 名
北 海 道	佐 藤 洋 子
東 北	工 藤 せい子
関 東	岡 美智代
東京	阿 部 幸 恵
東 海	鈴 木 みずえ
近畿・北陸	高見沢 恵美子
近畿・北陸	工 藤 美 子
中国・四国	深 井 喜代子
中国・四国	祖父江 育 子
九州・沖縄	国 府 浩 子

会 告(2)

一般社団法人日本看護研究学会平成30年度定時社員総会が平成30年5月20日(日)13時30分から、東京医 科歯科大学において開催され、以下について報告・審議・承認されましたので、お知らせいたします。

平成30年5月20日

一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

記

- 報告事項:1. 会員数の動向について
 - 2. 第5回評議員・役員選挙(平成29年)について
 - 3. 平成29年度委員会報告
 - 4. 第44回学術集会について
 - 5. 第45回学術集会について
 - 6. その他
 - ・日本学術会議について
 - ・日本看護系学会協議会の活動について
 - ・看護系学会等社会保険連合 (看保連) の活動について
 - ・地方会の活動について 北海道, 東海, 近畿・北陸, 中国・四国, 九州・沖縄
 - その他
- 審 議 事 項:1. 定款施行細則・規程改定について

編集委員会規程 第3条(委員会)·第5条(查読) 大規模災害支援事業委員会規程 第4条(活動事項)·第5条(資金) 定款施行細則 第2章 第3条(委員会)

- 2. 平成29年度事業報告について
- 3. 平成29年度一般会計・特別会計決算報告について
- 4. 監査報告について
- 5. 学会賞・奨励賞 推薦について

- 6. 役員の選任について
 - ・再任理事・監事の信任決議
 - ・新理事候補者の承認
 - ・理事長・副理事長の承認
 - 理事長推薦理事の承認
 - ・常任理事の承認
 - ・新監事の承認
- 7. 名誉会員の推薦について
- 8. その他

理事会報告:1. 平成30年度事業案について

- 2. 平成30年度予算案について
- 3. 奨学会研究費授与について
- 4. 第47回 (平成33年) 学術集会会長推薦について
- 5. その他

会 告(3)

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会規程について、以下のとおり決定いたしました。 平成30年5月20日

> 一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

記

改定後

改定前

第3条(委員会)

定款第33条に基づいて、本会をおく。

- 2. 本会の運営は、一般社団法人日本看護研究学会理事の中より若干名の委員を選出して行う。委員の任期は役員任期期間とし、再任を妨げない。
- 3. 委員長は<u>前項で選出された委員</u>の中から 互選する。委員長は本会を総務する。
- 4. 委員長は評議員、会員の中から若干名の 委員を推薦し、理事会の承認を得る。任期は 選任後2年以内に終了する事業年度のうち 最終のものに関する定時社員総会終結のと きまでとし、再任を妨げない。ただし、委員 に欠員が生じた場合、これを補充しその任期 は前任者の残任期間とする。
- 5. 委員は任期満了の場合においても、編集 事業の円滑な運営のため、後任の編集委員長 の求めに応じて、臨時編集委員として活動を 一時的に行うことができる。

第3条(委員会) 定款第33条に基づいて、本会をおく。

- 2. 本会の運営は、一般社団法人日本看護研究学会理事の中より若干名の委員を選出して行う。委員の任期は役員任期期間とし、再任を妨げない。
- 3. 委員長は<u>委員</u>の中から互選する。委員長は本会を総務する。
- 4. 委員長は評議員,会員の中から若干名の 委員を推薦し,理事会の承認を得る。任期は 役員任期期間とし,再任を妨げない。ただ し,委員に欠員が生じた場合,これを補充し その任期は前任者の残任期間とする。

(新設)

第5条(査読)

委員会は、評議員・会員の中から査読委員を 選出し、理事会の議を経て日本看護研究学会 雑誌に公告する。

- 2. 委員会は、上記項目にかかわらず、投稿 論文の専門領域によっては、会員以外から<u>臨</u> 時査読委員を選出し任命することができる。 臨時査読委員は理事長が委嘱し、臨時査読委 員の任期は、編集委員長承認日から担当論文 の編集終了日までとする。 査読を依頼した場 合には手当てを支給することができる。
- 3. 査読委員の任期は、選任後2年以内に終 了する事業年度のうち最終のものに関する 定時社員総会終結のときまでとし、再任を妨 げない。
- 4. 投稿された論文の査読は、原則として、 査読委員2名以上および編集委員会で行う。

附 則

<u>この規程は、平成30年5月20日に改定し施行</u>する

第5条(査読)

委員会は、評議員・会員の中から査読委員を 選出し、理事会の議を経て日本看護研究学会 雑誌に公告する。

- 2. 委員会は、上記項目にかかわらず、投稿 論文の専門領域によっては、会員以外から査 読委員を選出し任命することができる。査読 を依頼した場合には手当てを支給すること ができる。
- 3. 査読委員の任期は、<u>役員任期期間</u>とし、 再任を妨げない。
- 4. 投稿された論文の査読は,査読委員2名 以上および編集委員会で行う。

附 則

(新設)

会 告(4)

一般社団法人日本看護研究学会大規模災害支援事業委員会規程について、以下のとおり決定いたしました。 平成30年5月20日

> 一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

記

改 定 後	改 定 前
第4条(活動事項)	第4条(活動事項)
本会は、前条の目的を達成するために、次の	本会は、前条の目的を達成するために、次の
事業を行う。	事業を行う。
1) 大規模災害により被災した看護学生, 看	1) 大規模災害により被災した看護学研究者
護学研究者に対し、支援金を給付するため申	等に対し、本学会活動への参加に要する会費
請受付・選考と理事会への推薦を行う。	等の経費を給付するための選考と理事会へ
	の推薦を行う。
2) 3) 4) (略)	2) 3) 4) (略)
第5条(資金)	第5条(資金)
第2条の目的を達成するための資金として,	第2条の目的を達成するための資金として,
寄付金ならびに一般会計からの繰り入れ金	<u>支援金</u> をこれにあてる。
(災害支援特別会計)をこれにあてる。	
附則	附則
この規約は、平成30年5月20日に改定し施行	(新設)
<u>する</u>	

会 告(5)

一般社団法人日本看護研究学会定款施行細則について、以下のとおり決定いたしました。 平成30年5月20日

> 一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

記

改 定 後	改定前
第2章委員会 第3条(委員会) 委員会規程については、 <u>理事会</u> の議を経て、 制定、変更又は廃止することができる。	第2章 委員会 第3条(委員会) 委員会規程については、 <u>社員総会</u> の議を経 て、制定、変更又は廃止することができる。
附則	附則
9. 本細則は、平成30年5月20日に改定し施 行する	(新設)

会 告(6)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程により、下記の通り平成30年度奨学会研究が決定いたしま した。

平成30年5月20日

一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

記

近藤 由香 氏

研究課題「在宅療養中の認知症高齢者の主介護者に対する呼吸法による睡眠の質改善の評価」

会 告(7)

一般社団法人日本看護研究学会学会賞・奨励賞規程により、平成30年度定時社員総会において、平成29年度学会賞・奨励賞が決定いたしました。

平成30年5月20日

一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

記

学 会 賞

受賞対象論文:成人期にある脊髄損傷者の職業人としての自己に対する意味づけ

The Meaning of Self in Adult Professionals with Spinal Cord Injuries

日本看護研究学会雑誌39巻 4号, pp. 43-53, 2016

筆頭著者名: 堀田 凉子 共同著者名: 市村 久美子

奨 励 賞

受賞対象論文:病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデル

Factor Extraction of the Turnover Values among Hospital Nurses

日本看護研究学会雑誌38巻 2 号, pp. 13-22, 2015

筆頭著者名:田中 聡美 共同著者名:布施 淳子

受賞対象論文:無作為比較試験による笑いマッサージのストレスに対する生理的・心理的効果

The Physiological and Psychological Effects of Laugh Massage Therapy by

Randomized Controlled Trials

日本看護研究学会雑誌39巻 2 号, pp. 35-42, 2016

筆頭著者名:玉川 優芽

共同著者名:福間 美紀,長田 京子

受賞対象論文:「リンパ浮腫患者用自己管理スキル尺度」の開発と信頼性・妥当性の検討

Development of a Lymphedema Self-Management Skill Scale and

Investigation of its Reliability and Validity

日本看護研究学会雑誌39巻 5 号, pp. 15-27, 2016

筆頭著者名:新井 惠津子 共同著者名:當目 雅代

受賞対象論文:産婦による分娩環境の情報の抽出と活用

Parturient women's extraction and utilization of intrapartum environmental information

日本看護研究学会雑誌40巻1号, pp.1-13, 2017

筆頭著者名:佐々木 美喜 共同著者名:山本 由香

受賞対象論文:産褥1か月の貧血改善を妨げる影響要因

Factors Working against Alleviation by the 30th Day Postpartum

日本看護研究学会雑誌39巻1号, pp. 19-31, 2016

筆頭著者名:小檜山 敦子

共同著者名:鈴木 英子, 髙山 裕子

会 告(8)

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)第13条(役員の選任)により、宮腰由紀子 氏が理事長に決定いたしました。

任期は、平成30年定時社員総会の日より平成32年定時社員総会まで。

平成30年5月20日

一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

会 告(9)

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)第13条(役員の選任)2. により, 理事長 指名理事に, 石川ふみよ氏, 岡田由香氏が決定いたしました。

任期は、平成30年定時社員総会の日より平成32年定時社員総会まで。

平成30年5月20日

一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

会 告 (10)

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員第12条(役員)第13条(役員の選任)および理事・監事選出規程第9条により下記の方を監事に決定いたしました。

任期は、平成30年定時社員総会の日より平成34年定時社員総会まで。

平成30年5月20日

一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

記

監事 西田真寿美 氏

会 告 (11)

一般社団法人日本看護研究学会定款第5章役員12条(役員)第13条(役員の選任)により、理事会を下記の通り構成しました。

平成30年5月20日

一般社団法人 日本看護研究学会 理事長 宮 腰 由紀子

記

Ð	事	役	離	夕		F	E		<u></u>
理	- 4	事	71174		長		腰		- 2子
	TH	#	市						
副	理		事		長	安	藤		子
副	理		事		長	深	井	喜作	
理					事	阿	部	幸	恵
理					事	石	Ш	ふみ	ょよ
理					事	宇信	左美	しま	3 1)
理					事	岡		美智	冒代
理					事	岡	田	由	香
理					事	神	田	清	子
理					事	工	藤	せい	'子
理					事	工	藤	美	子
理					事	玉	府	浩	子
理					事	佐	藤	洋	子
理					事	鈴	木	みず	ドえ
理					事	祖グ	2江	育	子
理					事	高見	見沢	恵美	美子
理					事	任		和	子
理					事	山	П	桂	子
理					事	山	勢	博	彰
理					事	吉	沢	豊、	子
理					事	吉	田	澄	恵
理					事	良	村	貞	子
監					事	西	田	真夷	
監					事	渡	邉	順	子

(五十音順)

目 次

一原 著一					
成人看護学演習において模擬患者を演じた上級生の経験					
— リフレクションに基づいた教育的効果の検討 —					129
千里金蘭大学看護学部・金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士後期課程	中	本	明	世	
武庫川女子大学看護学部	池	田	七	衣	
甲南女子大学看護リハビリテーション学部	新	井	祐	恵	
首都大学東京大学院人間健康科学研究科人間健康科学専攻博士後期課程	北	尾	良	太	
金沢大学大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士後期課程・梅花女子大学看護保健学部	森	岡	広	美	
千里金蘭大学看護学部	山	中	政	子	
甲南女子大学看護リハビリテーション学部	山	中	純	瑚	
実践的な臨地実習における看護学生の感情労働の構成概念の検討とその尺度化					137
元川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科修士課程	濵	松	恵	子	
川崎医療福祉大学保健看護学科	伊	東	美位	左江	
同志社女子大学看護学部	片	Щ	由力	巾里	
臨床経験10年以上の看護職者の針刺し反復に影響する要因					
— パーソンアプローチの観点から —					147
東海大学医療技術短期大学看護学科	久	保	典	子	
山形大学医学部看護学科	森	鍵	祐	子	
横浜市立大学医学部看護学科	叶	谷	由	佳	
山形大学医学部看護学科	布	施	淳	子	
山形大学医学部看護学科	小	林	淳	子	
介護老人保健施設の看護職者がターミナルケアを実践するうえでの困難さとその構造	•••••	•••••			159
新見公立大学	丸	山	純	子	
元吉備国際大学	太	湯	好	子	
看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー、専門職的自律性との関連					171
筑波大学大学院人間総合科学研究科	中	谷	章	子	
筑波大学医学医療系	森		千	鶴	
一研究報告-					
看護学生における生命倫理の学習内容と教材化					
— 看護学生と他学科学生の比較 —					185
九州看護福祉大学看護学科	柴	田	恵	子	
九州看護福祉大学看護学科	Ш	本	起夕	八子	
神経難病の子どもを長期にわたり在宅で養育する親の経験					197
九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科	落	合	順	子	
熊本大学大学院生命科学研究科	前	田	ひと	こみ	

- 資料・その他-

島根県立大学 松 谷 ひろみ

島根県立大学 石 橋 照 子

名桜大学 金 城 祥 教

CONTENTS

al Paper

129
105
137
147
·· 159
. 171

Research Reports

Teaching Materials Used in the Teach	ning of Bioethics to Nursing Students:	
Comparison of Content Learned by	/ Undergraduate Nursing Students and	
Undergraduate Non-Nursing Stude	nts	185
	Kyushu University of Nursing and Social Welfare: Keiko Shibata	
	Kyushu University of Nursing and Social Welfare: Kikuko Kawamoto	
Parental Experience Nurturing Pubes	cent Child with Intractable Central Nervous System Disease at Home	197
	Kyushu University of Nursing and Social Welfare: Junko Ochiai	
Departmen	t of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University : Hitomi Maeda	
Preliminary Session		
Analysis of the Current Status of Su	pport for Diabetes Mellitus Management among Patients with	
Mental Disorders and Coexisting D	liabetes at Psychiatric Day-care Facilities	209
	The University of Shimane: Hiromi Matsutani	
	The University of Shimane: Teruko Ishibashi	
	Meio University: Yoshinori Kinjo	

-原 著-

成人看護学演習において模擬患者を演じた上級生の経験

― リフレクションに基づいた教育的効果の検討 ―

Experience of Senior Nursing Students Acting as Simulated Patients for the Adult Nursing Practice : Examination of Educational Effect Based on Reflection

中 本 明 世¹⁾²⁾ 池 田 七 衣³⁾ 新 井 祐 恵⁴ Akiyo Nakamoto Nanae Ikeda Sachie Arai

北 尾 良 太 5) 森 岡 広 美 2) 6) 山 中 政 子 1) 山 中 純 瑚 4) Ryota Kitao Hiromi Morioka Masako Yamanaka Junko Yamanaka

キーワード:成人看護, 実技演習, 模擬患者, リフレクション Key Words: adult nursing, practice, simulated patient, reflection

緒 言

医療の高度化や看護ニーズの多様化などに対応できる質 の高い看護を実践するために、看護基礎教育において学生 の看護実践能力の育成が課題となっている。看護実践能力 を向上させるために看護基礎教育における様々な教育の工 夫がなされており、模擬患者 (simulated patient:SP) を導 入した教育方法もそのひとつである。現在、看護系大学の 53%がSPを活用しており(中村・山﨑・渡邉・鈴木・眞 崎、2016)、SPを導入した教育によって学生の学びを深め ることができること (MacLean, Kelly, Geddes, & Della, 2017) や, コミュニケーションスキルが向上すること (Bressmann & Eriks-Brophy, 2012) から、SPの活用は注目 されている。また、SPを導入した教育方法は、学生が看護 のリアリティを疑似体験し,感情を揺さぶられ,学習姿勢 が変化するといった教育効果があり、SPからのフィード バックが患者側にたって考えることを促す(本田・上村, 2009) ことや、看護学生のリフレクションプロセスに焦点 を当てて行ったSP演習により分析能力や内省する力を養 い、思考プロセスの育成に有効なことが示唆されている (和田, 2015)。以上の先行文献から、SPを導入した教育方 法は、学生が実践と思考を連動させながら学び、内省を深 め自己評価できる能力を身につける有益な教育のあり方で あると考えられる。さらに、上級生がSPを担う看護学演習

を展開し、演習授業の対象学生である看護学部3年生とSP を担った上級生である看護学部 4 年生の双方に学びがある こと(森谷・池田・新井・九津見・竹村, 2012) や, 看護 学演習において上級生がSPを担うことで看護者として自ら の体験を問い直し、看護を熟考するというリフレクション 効果があり、患者や看護への理解の深まりや看護への関心 や意欲の高まりといった教育効果があることを示唆した研 究もある (新井ら, 2013)。これらの報告より、上級生SP を導入した演習は、演習の対象学生だけでなく、SPを担っ た上級生自らが看護を振り返る機会となり、上級生自身も 実践と思考を連動させながら学ぶという効果が期待できる。 一方、文部科学省の大学における看護系人材養成の在り 方に関する検討会(2011)では、学士課程においてコアと なる看護実践能力が明示され、そのひとつに「専門職者と して研鑽し続ける基本能力」があげられている。それに は、まず専門職者としての自己の現状を客観的に振り返 り、陥りやすい自らの傾向、充足・開発すべき能力につい て、自己評価できる力が必要といわれている。そのために は、自らの看護実践を問い直し、自己と対峙し、自己洞察 を深めるといったリフレクションが必要不可欠である。つ まり、看護実践能力の育成においてリフレクションは重要 な鍵となるといえる。看護職者が自分の看護実践を振り返 り、熟考するリフレクションにより生じた看護実践への意 味づけによって、看護職者自身の内面的変化が生じ、積極

- 1) 千里金蘭大学看護学部 Faculty of Nursing, Senri Kinran University
- 2) 金沢大学 大学院医薬保健学総合研究科保健学専攻博士後期課程

Doctoral Course, Division of Health Sciences, Graduate School of Medical Sciences, Kanazawa University

- 3) 武庫川女子大学看護学部 School of Nursing, Mukogawa Women's University
- 4) 甲南女子大学看護リハビリテーション学部 Faculty of Nursing and Rehabilitation, Konan Women's University
- 5) 首都大学東京大学院人間健康科学研究科人間健康科学専攻博士後期課程

Doctoral Program, Department of Nursing Sciences, Graduate School of Human Health Sciences, Tokyo Metropolitan University

6) 梅花女子大学看護保健学部 Faculty of Nursing Health, Baika Women's University

的な看護実践を行う等の行動の変化や、支援方法を見出す といった解決策を導くものとして期待されている(上田・ 宮崎、2010)。また、看護実践をリフレクションすること は看護師が自己の看護実践の価値に気づき、看護実践に前 向きになれる効果が期待できる(新垣・岩脇・柴田・滝 下・山中、2015) といわれている。看護基礎教育において は、リフレクションは専門職として求められる実践力を育 成させる教授-学習方法と考えられており(田村・藤原・ 中田・森下・津田、2002)、実習や演習を通して様々な効 果が報告されている(高橋・嘉手苅,2015;深田ら, 2015;和田, 2015;日下・池田, 2016)。また, 看護基礎 教育において学生が理論と実践を一貫性のあるものとして 認識するには、リフレクティブスキルと理論的知識が影響 することが明らかにされており (Hatlevik, 2012), 学生の リフレクションを促進させる適切なツールとしてリフレク ティブジャーナルの有用性が報告されている (Epp, 2008)。これらの結果は、看護学生のリフレクションを促 進することを意図した教育方法が、看護実践能力の育成に つながることを示している。

本研究における上級生自身がSPを演じる経験は、リフレクションを促すことで看護基礎教育においてコアとなる能力のひとつである「専門職者として研鑽し続ける基本能力」の獲得、向上にもつながると考えられる。しかし、これまでの研究では、上級生がSPを演じることによる学びがあったことは明らかにされているが、どのような経験によってリフレクションが促されるかは明らかにされていない。そこで、学生のリフレクションを促し、専門職者として研鑽し続ける能力の獲得や向上を目指した教育のあり方を考えるためには、上級生SP自身の経験を詳細に明らかにする必要がある。

本研究では、成人看護学演習において上級生がSPを演じた経験を明らかにし、リフレクションの考え方に立脚して、上級生がSPを演じた経験による上級生への教育的効果について検討することを目的とした。本研究により、上級生SPの経験から学士課程における看護実践能力の育成への示唆が得られると考える。

I. 用語の定義

- ①上級生:A大学看護学部 4 年生。
- ②下級生:A大学看護学部3年生。
- ③上級生 SP: 看護学部 3 年生の演習授業において、ある疾患の患者のもつあらゆる特徴(病歴や身体所見だけでなく、病人特有の態度や心理的・感情的側面に至るまで)を、可能な限り演技する A 大学看護学部 4 年生。
- ④リフレクション:自らの看護実践を問い直し、自分の過去の経験や知識を振り返り吟味し、自己洞察を深めるプ

ロセス。

⑤経験:見る,聞く,行うといった活動から,思う,感じるといった知的活動までを含む体験の自覚されたもの。

Ⅱ. 演習の方法と内容

本研究で対象とする演習は、A大学看護学部3年生を対象とした看護過程の展開・模擬患者演習(清潔援助の実施)である。事例は、肺がんの化学療法後10日目の成人患者で免疫機能が低下し倦怠感と労作時に息苦しさのある患者を設定した。本演習では、同じ大学に所属する看護学部4年生が事例にある患者役を担った。A大学看護学部3年生は事例患者の情報の整理から看護計画を立案し、演習当日は事例に即した症例を演じるA大学看護学部4年生である上級生SPに対し、事前に準備してきた清潔援助計画を実施した。A大学看護学部3年生4~5名で1グループとなり、上級生SP1名を配置し、計20グループで構成された。

演習構成としては、①グループワーク(実施する援助計画の話し合い)、②看護実践、③上級生SPからフィードバック、④グループワーク(1回目の看護実践の振り返り・計画修正)、⑤看護実践、⑥まとめ(上級生SPも交えた看護実践の振り返り)とした。

Ⅲ. 上級生SPの選定

上級生 SPは、成人看護学実習を履修した看護学部 4 年生に対し、看護学部 3 年生対象の演習授業における SP役での参加を募り、同意の得られた20名で構成された。 SPを演じる学生には、事前に事例の設定(年齢、病名、心身の状態など)を伝え、事例患者をイメージしてもらった。演習当日に別室で資料を用いて再度詳細な事例患者についての説明を行った。

上級生SPは3年次に上級生がSPを演じる本演習と同様の演習を経験していることから、SPに求められる内容やSPの状況を理解している。また、成人看護学実習を終了した4年生であることから、演じる患者の状況をイメージできる資質がある。上級生SPは一定の研修は受けていないが、事前説明と当日にオリエンテーションを行うことで3年生の教育の質を担保できるよう準備を整えた。

Ⅳ. 研究方法

1. 研究参加者

A大学看護学部 3 年生対象の演習授業でSPを演じたA 大学看護学部 4 年生20名のうち、研究参加に同意の得られ た18名。

2. 調査期間

平成26年7月。

3. 調査方法

看護過程の展開を目的とした看護学部 3 年生(以下,下級生)への演習授業で,看護学部 4 年生(以下,上級生)が清潔援助を実施する際に SPを演じた。演習後に研究参加への同意を得られた上級生18名を無作為に 4 グループ (1 グループ 4 ~ 5 名) に分け,グループインタビューを実施した。インタビュアーは,演習授業内において対象の上級生 SPには直接かかわらなかった研究者を選定した。インタビューはプライバシーが確保できるように各グループで個室を確保し,独自に作成したインタビューガイドをもとに30分程度行った。また,研究参加者に同意を得たうえでボイスレコーダに録音した。

なお、グループインタビューは、研究参加者の時間的負担のない方法で実施できることに加え、研究参加者の思いの共有による相互作用により、深く具体的な内容を聞き取ることができると期待して採用した。

4. 調査内容

SPを演じて感じたこと、看護師役をみて感じたこと、 自らの看護について感じたことについて、どのような場面 で感じ、なぜそのように感じたのかをインタビューガイド をもとに半構造化インタビューを行った。

5. 分析方法

4つのグループインタビューデータを、質的記述的研究の手法を用いて以下の手順で質的帰納的に分析した。①インタビュー内容を逐語録に起こし、SPを演じたことによって感じたことや自らの看護について語られた文脈を抽出し、意味を比較しながらまとまりごとにコード化した。②得られたコードのもつ意味内容の類似性や相違性を意識して分類、統合し、サブカテゴリーを生成した。③さらに生成したサブカテゴリーを、意味内容の類似性、相違性によって分類し統合したものとしてカテゴリーを生成した。

なお、厳密性確保のために7名の研究者で討議を重ね分析した。

6. 倫理的配慮

研究参加者には、研究の目的や方法、調査への参加は自由意思であること、不参加や中断を申し出ても不利益は受けないこと、データは匿名化され研究以外の目的で使用されないこと、プライバシーの保護などについて書面および口頭で説明し、同意を得た。また、演習は3年生を対象とするものであり、4年生は演習授業の履修対象者ではなく

成績評価とは無関係であることを説明するとともに、研究における説明は演習授業の科目責任者でない研究者が行った。なお、本演習にかかわる教員は本研究の共同研究者である。演習時間は4年生の正規のカリキュラム外の時間にあり、4年生の正規のカリキュラムの履修に影響の出ないよう授業時間割を確認したうえでSP役を依頼した。

演習の科目責任者には、演習に参加する4年生が研究の対象者であり、SPを演じた経験が研究データとなることを説明し承諾を得たうえで、3年生に対しても演習が4年生を対象とした研究の場となることを説明し、演習の進行の妨げにならないよう配慮した。本研究は、千里金蘭大学疫学研究倫理委員会の承認を得て行った(承認番号:159)。

V. 結 果

SPを演じた上級生の経験として、【患者を大切にしたかかわりに気づく】【患者の心情を実感する】【看護職者として自分の看護に意味づける】【先輩の視線で下級生の援助をみる】の4カテゴリーを見出した(表1)。

以下, それぞれのカテゴリーについての記述を行う。なお, 本文中では, カテゴリーを 【 】, サブカテゴリーを 《 》, コードは [], 生データの要約を「ゴシック体」で記載する。

1. 【患者を大切にしたかかわりに気づく】

このカテゴリーは、《状況に応じた臨機応変なケアが必要である》《患者の様子を十分にみるべきである》《患者の視点にたった丁寧な対応が大事である》《患者が安心できる気遣いが大事である》《患者個々に合わせた対応が大切である》の5サブカテゴリーで構成された。【患者を大切にしたかかわりに気づく】は、看護師は患者の様子を十分にみたうえで、患者の個別性に合わせた臨機応変な援助を行うべきであり、援助の際には患者の視点にたったていねいな対応と安心を与える気遣いが大切であるという気づきであるととらえられた。

上級生 SPは、SPを演じたことで [予測を立てたケア前の準備が大切である] ことや [その時々でケアを工夫していく必要がある] といった 《状況に応じた臨機応変なケアが必要である》こと、[より深く患者を観察すべきである] ことや [患者の反応をもっとみるべきである] といった 《患者の様子を十分にみるべきである》と感じていた。また、下級生からの上級生 SPに対する声かけを通して、[患者と相談しながらケアを行うほうがよい] [患者に視点を向けてていねいに対応することが大事である] といったように 《患者の視点にたったていねいな対応が大事である》ことを実感していた。そして、[患者に安心してもらえる

表 1 模擬患者を演じた上級生の経験

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの一部		
	状況に応じた臨機応変なケアが	予測を立てたケア前の準備が大切である		
	必要である	その時々でケアを工夫していく必要がある		
	 患者の様子を十分にみるべきで	より深く患者を観察すべきである		
	ある	患者の反応をもっとみるべきである		
患者を大切にした	患者の視点に立ったていねいな	患者と相談しながらケアを行うほうがよい		
かかわりに気づく	対応が大事である	患者に視点を向けてていねいに対応することが大事である		
	患者が安心できる気遣いが大事	患者に安心してもらえる声かけをすべきである		
	である	患者のことを気にかけて心情を汲み取った声かけが大事である		
	患者個々に合わせた対応が大切	患者の個別性が大事である		
	である	同じ言葉でも捉え方は患者個々に違うと思う		
	患者は看護者を気遣ってくれて	患者は学生に気を遣って協力してくれていたのだと思った		
	いた	患者は思っていることがあっても口には出せずにいるのだと思った		
中なのとはたけばより	意外にも患者は嫌な思いを抱い	意外にも看護者は患者に威圧感を与えていたと感じた		
患者の心情を実感する	ている	多すぎる声かけは患者にとって煩わしい		
	看護者の心の内はおのずと患者	非言語コミュニケーションは大切であると思う		
	に伝わる	患者のことを想う気持ちはおのずと患者に伝わる		
	1 左並の白八丈士前だった	1年前の自分は技術的に未熟だった		
	1年前の自分も未熟だった	1年前は自分も患者のことをみることができていなかった		
看護職者として自分の	実習を経験した自分の看護を	実習中もっと患者に配慮や援助すべきことがあった		
看護に意味づける	省みた	実習を経験して自分は成長していたことを実感した		
	模擬患者の経験に肯定的な意味	模擬患者の経験を自分の看護に活かしていきたい		
	を感じた	模擬患者の経験は自分自身を振り返る機会になった		
	= tm d = 1, ±1, 0, 10 = 1, 1	下級生は清拭の技術に必死になっていた		
	下級生の未熟さが目立った	下級生が意味のないような無駄な動きが多かった		
先輩の視線で下級生の	了如此) b由世) a 左 冲。) 8 上	下級生は患者の羞恥心への配慮ができていた		
援助をみる	下級生は患者に気遣いがあった	患者に聞こえるように声かけをしていた		
		下級生にどうアドバイスすべきか困惑した		
	しようと考える	下級生へのアドバイスの効果を実感した		

声かけをすべきである] [患者のことを気にかけて心情を くみとった声かけが大事である] といったように《患者が 安心できる気遣いが大事である》こと, さらに, [患者の 個別性が大事である] ことや [同じ言葉でもとらえ方は患 者個々に違うと思う] といったように《患者個々に合わせ た対応が大切である》と感じていた。

各サブカテゴリーを表している代表的な語りの要約を以下に示す。

a. 《状況に応じた臨機応変なケアが必要である》

「下級生にしんどいと伝えても、手順どおりにしようというのが伝わってきた。実習にいったら患者の状態にあったケアの手順もその時々で変えていかないといけないので、動作と根拠を一緒に頭にいれておくほうが、どんな患

者にも対応できるのではないかと思った」

b. 《患者の様子を十分にみるべきである》

「ケアを行って患者がしんどくなっても効率が悪くて、患者にとっても安楽ではなかったので、自分がケアするときも患者のことをみていないといけないところだと思った」

c. 《患者の視点に立ったていねいな対応が大事である》

「自分が思っていることと患者が感じていることが違うということがわかったので、きちんと理由を伝えたり、相手の反応をみるなど注意をしなければならないと思った」

d. 《患者が安心できる気遣いが大事である》

「清拭するだけでなく気遣いのある言葉がけがあるだけでコミュニケーションの場にもなるし、患者も自分のことを考えてくれていると思えるとケアもしてもらおうという

気持ちにもなるので、相手のことを思っているという気持ちを伝えることも大切であると思った|

e. 《患者個々に合わせた対応が大切である》

「患者と相談して、どこまで自分でできるのか考えてその患者のための清拭をするなど、個別性は大切であると思った」

2. 【患者の心情を実感する】

このカテゴリーは、《患者は看護者を気遣ってくれていた》《意外にも患者は嫌な思いを抱いている》《看護者の心の内はおのずと患者に伝わる》の3サブカテゴリーで構成された。【患者の心情を実感する】は、患者は看護者を気遣う反面、嫌な思いも抱いていると気づいたことで、看護者の心情は患者に伝わるのだという実感ととらえられた。

上級生は、SP役を担うことによって改めて[患者は学生に気を遣って協力してくれていたのだと思った]り、 [患者は思っていることがあっても口には出せずにいるのだと思った]といった《患者は看護者を気遣ってくれていた》と感じていた。また、[意外にも看護者は患者に威圧感を与えていたと感じた]や[多すぎる声かけは患者にとってわずらわしい]などといったように、《意外にも患者は嫌な思いを抱いている》のだということを、ケアを受ける立場となって感じとっていた。さらに、上級生は下級生の行動や言動から、[非言語的コミュニケーションは大切であると思う]や[患者のことを想う気持ちはおのずと患者に伝わる]といったように《看護者の心の内はおのずと患者に伝わる》ことを実感していた。

各サブカテゴリーを表している代表的な語りの要約を以下に示す。

a. 《患者は看護者を気遣ってくれていた》

「患者役をして、本当はしんどかったが言いづらいことがあったので、いままで受け持ってきた患者も気を遣って協力してくれていたのだと思った」

b. 《意外にも患者は嫌な思いを抱いている》

「1回目に患者の話をちゃんと聞いたほうがよいと伝えると、2回目にはしんどいですかと何度も聞かれ、逆に面倒に感じ、しんどかった」

c.《看護者の心の内はおのずと患者に伝わる》

「コミュニケーションを取り入れてもらうだけで感じ方が随分違った。看護者の緊張は患者に伝わるということを 身をもって体験した」

3. 【看護職者として自分の看護に意味づける】

このカテゴリーは、《1年前の自分も未熟だった》《実習を経験した自分の看護を省みた》、《模擬患者の経験に肯定的な意味を感じた》の3サブカテゴリーで構成された。

【看護職者として自分の看護に意味づける】は、未熟だった自分から実習を経験した自分への変容を振り返ることで、模擬患者の経験に肯定的な意味を見出す経験ととらえられた。

上級生は、下級生が看護師役を行う様子をSPとして客観的にみることで、[1年前の自分は技術的に未熟だった] [1年前は自分も患者のことをみることができていなかった] といったように《1年前の自分も未熟だった》と感じていた。また、[実習中もっと患者に配慮や援助すべきことがあった] ことや、[実習を経験して自分は成長していたことを実感した] といったように《実習を経験した自分の看護を省みた》経験をしていた。そして、上級生はSPを担うことで[模擬患者の経験を自分の看護に活かしていきたい] [模擬患者の経験は自分自身を振り返る機会になった] といったように《模擬患者の経験に肯定的な意味を感じ(た)》ていた。

各サブカテゴリーを表している代表的な語りの要約を以下に示す。

a. 《1年前の自分も未熟だった》

「下級生の様子をみて自分も1年前は観察できていなかったと思った。いま考えれば同時にできることもあったが、1年前は効率よく行うことはあまり考えていなかった」

b. 《実習中の自分の看護を省みた》

「患者役を経験して、自分が実習でできてなかったことがたくさんあることを感じ、その点を直して今度患者とかかわっていけたらいいと思った」

c. 《模擬患者の経験に肯定的な意味を感じた》

「模擬患者を演じて反省点に気づいたり自分の成長を感じて嬉しく思うので、この経験には意味があると思う」

4. 【先輩の視線で下級生の援助をみる】

このカテゴリーは、《下級生の未熟さが目立った》《下級生は患者に気遣いがあった》《先輩として下級生へアドバイスしようと考える》という3サブカテゴリーで構成された。【先輩の視線で下級生の援助をみる】は、患者への気遣いを行いながらも技術上の未熟さが目立つ下級生に対し先輩としてのアドバイスを考えるという、先輩としての視点ととらえられた。

上級生 SPは、下級生に対し [下級生は清拭の技術に必死になっていた] [下級生は意味のないような無駄な動きが多かった] といった《下級生の未熟さが目立った》と感じていた一方で、[下級生は患者の羞恥心への配慮ができていた] や [患者に聞こえるように声かけをしていた] といった《下級生は患者に気遣いがあった》ことも感じていた。そして、SPの立場としてフィードバックする際には [下級生にどうアドバイスすべきか困惑した] り、[下級生

へのアドバイスの効果を実感した]といったように《先輩 として下級生へアドバイスしようと考え(た)》ていた。

各サブカテゴリーを表している代表的な語りの要約を以下に示す。

a.《下級生の未熟さが目立った》

「患者役をやっていて、下級生の行動は意味があるのかなと感じることが結構多かった。現場を想像できていない意味のない行動が多かったと思った」

b. 《下級生は患者に気遣いがあった》

「下級生が、患者に聞こえるように耳元の近くできちん と声をかけてくれたことはよかったと思った」

c. 《先輩として下級生へアドバイスしようと考える》

「これまでの実習経験で感じていた患者への対応について下級生へアドバイスしたら2回目の実施のときに変化がみられた。下級生をみて、アドバイスによってここは大切だと気づけたら看護が変わるのだということを感じた」

Ⅵ. 考 察

上級生は、SPを演じることによって【患者を大切にしたかかわりに気づく】ことを経験し、また実習での経験を思い返し【看護職者として自分の看護に意味づける】経験をしたことで"看護者としての視点"をもつことができていた。また、下級生の態度や行動から影響を受けた自身の思いや感情から【患者の心情を実感する】経験をしたことで"患者としての視点"をもつことができ、看護ケアを提供する自分自身への気づきが生まれたと考えられる。さらに、上級生は同学年同士では経験できない【先輩の視線で下級生の援助をみる】経験をしたことで、看護学生の"先輩としての視点"をもっていた。したがって、上級生がSPを演じる経験は、患者としての視点、看護者としての視点、先輩としての視点から、多角的に自らの看護を振り返る機会となっていたといえる。

上級生はSPを演じることで実習での豊かな経験を意識化し、これまでの自分の看護を省みて成長を実感したり自己課題を見出すだけでなく、看護を行ううえで大切なことに気づいたり、看護を受ける患者の立場にたって看護を考えることができたりなど、リフレクションの中心概念である自己への気づきを深めていたと推察できる。田村・津田(2008)は、自己への気づきはリフレクションの全過程を通して土台となるスキルであり、自己の経験をクリティカルに分析することによって促進され、自己を活用した豊かで創造的な看護実践につながる重要なスキルであると述べている。つまり、SPを演じた上級生は"自らの看護実践を問い直し、自分の過去の経験や知識を振り返り吟味し、自己洞察を深める"というリフレクションの過程を土台と

して"自己への気づき"を明確化したと推察できることから、上級生SPの経験は上級生自身が自らの看護を省察できる機会であったといえる。

また、成人看護学実習を経験した上級生が下級生の演習でSPを演じるという異なる学年同士がかかわれる場は、上級生の学びを深める場となりうると考える。前川・原田・マーナ豊澤(2005)は、看護学生2年生の実習カンファレンスに4年生が参加する効果として、4年生自身が自己の学習軌跡をとらえ直す機会となったことを明らかにしており、上級生がSPを担う機会は、気づきを深める有用な場である。また、看護学生の臨地実習におけるリフレクションの効果として、自己理解、自己の課題発見、看護に対する意味づけ、自己肯定感の向上などの効果があることが明らかになっている(日下・池田、2016)。

本研究では、成人看護学の臨地実習を経験した上級生が、下級生である3年生の演習授業でSPを演じることで、これまでの自己の学習軌跡や臨地実習経験について内省を深め、多角的視点で看護をとらえることができていたことから、自己への気づきや看護に対する意味づけがより明確化したものといえる。また、学生が演習において患者役、看護師役を体験したことで、初めて客観的に自らの技術や感じ方をみつめることができたとの報告がある(中野・伊藤・徳永、2010)が、本研究では上級生がこれまでの実習経験を踏まえてSPを演じたことで、自らをより客観視できたのではないかと考える。したがって、上級生SP経験は、上級生にとって内省や自己評価、自己課題を見出すなど看護に対するリフレクションが促される有益な経験であることが推察できる。

また、上級生は下級生の行動や言動を受けて、下級生に 1年前の自分を重ね合わせ、改めて看護を熟考し、看護行 為に対して意味づけを行っていたと考える。安藤・加世 田・中越・中野(2008)は、臨地実習前の3年生と実習後 の4年生では明らかな看護観の違いがあることを明らかに しており、実習前の講義によって得た看護観や知識を、臨 地実習という経験を通してより深めることができると述べ ている。しかし、実習での経験がどんなに豊かであって も、その体験の認識が学生の意識化に至らなければ、主観 的な体験で終わってしまう (浅井・小林・荒井・齋藤, 2007)。そのため、その経験を意識化できる場は重要であ るといえ、本研究において上級生がSPを演じる経験こそ が意識化につながったと推察できる。リフレクションは、 理論と実践のギャップを埋める鍵となるものである (Hatlevik, 2012) が、本研究で明らかとなったリフレク ティブな行為によって、理論と実践が一貫性のあるものと して認識されることにつながるものと考えられる。

以上より、上級生SPを導入した演習は、本来、上級生

自身の学びを意図した演習ではないが、上級生はSPを経験することによって自己の学習軌跡や実習での豊かな経験を意識化し内省していたことから、上級生SP経験はリフレクションを促すことができていた。このことは、継続的な学習としての看護実践における自らの課題に取り組むことの重要性の理解や、継続的に自分の能力の維持・向上に努めること、ひいては看護の質の改善に向けた活動である専門性の発展につながる(厚生労働省、2011)などの教育的効果が見込め、看護基礎教育における効果的な教育としての一方法であることが示唆された。

最後に、本研究でグループインタビューを行うことによって上級生自身がSPの経験を言語化できたことがリフレクションを促す一端を担っていたとも考えられる。リフレクションを促すためにはありのままの自分を表出できるような場の醸成が重要であり(上田・宮崎、2010)、学生が看護実践や授業をリフレクションする場合、自分で表現できることや意識できることには限界があるため、リフレクションを通してファシリテーターと対話することで、自分で気づけなかったり、意識できなかったりしたことが明確になる(藤井・田村、2008)。したがって今後は、SPを演じた上級生自身が経験を言語化し共有できる環境づくりも視野に入れた教育方法も検討していく必要がある。

Ⅵ. 結論

- 1. SPを演じた上級生の経験として、【患者を大切にしたかかわりに気づく】【患者の心情を実感する】【看護職者として自分の看護に意味づける】【先輩の視線で下級生の援助をみる】の4カテゴリーが見出された。
- 2. 上級生がSPを演じる経験は、看護者としての視点、 患者としての視点、先輩としての視点の多角的視点から 自らの看護を振り返る機会となり、看護に対するリフレ クションが促されたと考える。

3. 上級生がSPを演じる経験は、リフレクションを促し、専門職者として自己研鑽する能力を高める教育的効果が見込め、看護基礎教育における効果的な一方法であることが示唆された。

Ⅷ. 研究の限界と今後の課題

本研究における上級生 SPは、学習者教育のための SPとしての一定の研修を受けていないが、演習・実習経験や事前説明により SPとしての質を担保した。しかし、上級生の演習参加は任意であるものの、上級生が SPとして演習参加することは正規のカリキュラムでないため単位認定に関係しないうえに、時間的拘束を余儀なくされる。上級生 SPの経験は看護実践能力の向上が期待でき、また、一般 SPと比較して SPの人数の確保が容易でありコストの削減にもつながると考えられる。今後は、上級生 SPの教育的効果や上級生 SPの質の保証など多角的に検討を重ねていくことで、学年を超えた共同単元など教育カリキュラムのあり方への提言が可能になると考える。

謝 辞

研究にご協力いただきましたA看護系大学の学生の皆さまに心より感謝申し上げます。なお、本研究の結果の一部は、第41回日本看護研究学会学術集会にて発表を行った。

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:看護学部3年生対象の成人看護学演習で上級生が模擬患者を演じた経験を明らかにし、上級生のリフレクションにつながる上級生SPの教育的効果について検討することとした。

方法: A大学 4 年生18名にSPを演じた経験について半構成化グループインタビューを実施した。

結果:【患者を大切にしたかかわりに気づく】【患者の心情を実感する】【看護職者として自分の看護に意味づける】【先輩の視線で下級生の援助をみる】の4カテゴリーが見出された。

結論:上級生SPの経験は、看護者としての視点、患者としての視点、先輩としての視点など多角的な視点から自らの看護を振り返る機会となっていた。とくに、実感した患者の心情、客観視できた看護者の態度や行動から看護職者としての自己への気づきを深め、看護そのものについて熟考していたと考える。したがって、上級生のSP経験は看護へのリフレクションを促す教育的効果があることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to identify the experiences of senior nursing students who acted as simulated patients (SP) in the practical exercise class of the third-year nursing course and to examine the educational effect of the experience connected with the senior students' reflection. A semi-structured group interview was conducted with 18 senior students who acted as SP regarding their experiences. The results found 4 main categories; [Noticed the involvement that values patients], [Realized patients' feelings], [Gave meaning to providing nursing care as a professional nurse], and [Observing junior students helping patients from the view of a senior student]. The SP experience for senior students gave them the opportunity to gain a multidirectional view; as a patient, as nursing personnel, and as a senior student, to look back at their own nursing acts. In particular, it can be considered that they deepened their self-awareness as a nursing professional and were reflective about nursing itself from actually experiencing a patient's feelings and objectively observing nurses' attitudes and behaviors. Therefore, it was indicated that senior students' SP experience has an educational effect that encourages reflection toward nursing.

文 献

- 安藤詩乃,加世田有季,中越登子,中野正博(2008). 臨地実習前後における看護観の変化:看護学生の患者の捉え方に対する考え方の比較,バイオメディカル・ファジィ・システム学会誌,10(2),1-7.
- 新井祐恵,北尾良太,池田七衣,中本明世,山中純瑚,竹村節子 (2013). 上級生模擬患者による看護学生の学び.千里金蘭大 学紀要,10,85-93.
- 浅井直美,小林瑞枝,荒井真紀子,齋藤やよい (2007). 看護早期 体験実習における学生の意味化した経験の構造. *Kitakanto Med J*, 57(1), 17-27.
- Bressmann, T. and Eriks-Brophy, A. (2012). Use of simulated patients for a student learning experience on managing difficult patient behaviour in speech-language pathology contexts. *Int J Speech Lang Pathol*, 14(2), 165-173.
- Epp, S. (2008). The value of reflective journaling in undergraduate nursing education: A literature review. *Int J Nurs Stud*, 45(9), 1379-1388.
- 深田あきみ,新橋澄子,下高原理恵,峰 和治,李 慧瑛,緒方重 光(2015). 学生のリフレクションを促す経験型実習:主体的 に学ぶ力を育成するための取り組み. 鹿児島大学医学部保健 学科紀要, 25(1), 1-18.
- 藤井さおり、田村由美 (2008). わが国におけるリフレクション研究の動向. 看護研究, 41(3), 183-196.
- Hatlevik, I.K.R. (2012). The theory-practice relationship: Reflective skills and theoretical knowledge as key factors in bridging the gap between theory and practice in initial nursing education. $JAdv\ Nurs$, 68(4), 868-877.
- 本田多美枝,上村朋子 (2009). 看護基礎教育における模擬患者参加型教育方法の実態に関する文献的考察:教育の特徴および効果,課題に着目して.日本赤十字九州国際看護大学*IRR*,7,67-77.
- 厚生労働省 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. 厚生労働省ホームページ. http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/ 2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf (検索日2017年 6 月 5 日)
- 日下菜摘,池田智子. (2016). 看護基礎教育学習者のリフレクションに関する文献レビュー. 日本医学看護学教育学会誌, 25(1), 8-14.
- MacLean, S., Kelly, M., Geddes, F., and Della, P. (2017). Use of simulated patients to develop communication skills in nursing education: An integrative review. *Nurse Educ Today*, 48, 90-98.

- 前川幸子,原田千鶴,マーナ豊澤英子 (2005). 省察的学習により 上級生が捉えた看護学実習におけるカンファレンスの効果 (その2). 日本看護学会論文集 (看護教育),36,170-172.
- 文部科学省 (2011). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. 文部科学省ホームページ. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/__icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf (検索日2016年9月26日)
- 森谷利香,池田七衣,新井祐恵,九津見雅美,竹村節子 (2012). 模擬患者を導入した演習による看護系大学生の学び―第3 報:演習参加者の学びの特徴.日本看護科学学会学術集会講 演集,32,339-339.
- 中村もとゑ,山崎 歩,渡邉聡美,鈴木香苗,眞崎直子 (2016). 看護系大学における模擬患者演習の養成および活用の現状と 課題.日本赤十字広島看護大学紀要,16,29-38.
- 中野雅子,伊藤良子,徳永基与子 (2010). 看護学生間の演習における看護師役・患者役体験の学びと課題. 京都市立看護短期大学紀要,35,101-107.
- 新垣洋美,岩脇陽子,柴田明美,滝下幸栄,山中龍也 (2015). 看 護実践におけるリフレクションによる効果に関する文献検 討.京都府立医科大学看護学科紀要,25,9-18.
- 高橋幸子,嘉手苅英子 (2015). 看護基礎教育の技術演習における 学生のリフレクションに関する国内文献の検討. 沖縄県立看 護大学紀要,16,97-107.
- 田村由美, 藤原由佳, 中田康夫, 森下晶代, 津田紀子 (2002). オックスフォード・ブルックス大学におけるリフレクションを活用した看護教育カリキュラムの背景と概要. Quality Nursing, 8(4), 321-327.
- 田村由美, 津田紀子 (2008). リフレクションとは何か: その基本 的概念と看護・看護研究における意義. 看護研究, 41(3), 170-181.
- 上田修代, 宮崎美砂子 (2010). 看護実践のリフレクションに関する国内文献の検討, 千葉看護学会会誌, 16(1), 61-68.
- 和田裕子 (2015). 看護学生のリフレクションプロセスに焦点をあて た授業プログラムの検討. 砂川市立病院医学雑誌, 28(1),56-63.

[平成29年3月2日受 付] [平成29年8月29日採用決定]

-原 著-

実践的な臨地実習における看護学生の感情労働の 構成概念の検討とその尺度化

A Study of the Constructive Concept and Scaling of Emotional Labor of Nursing Students in Practical Clinical Training

濵 松 恵 子1)伊 東 美佐江2)片 山 由加里3)Keiko HamamatsuMisae ItoYukari Katayama

キーワード:感情労働、看護学生、臨地実習、構成概念

Key Words: emotional labor, nursing students, clinical training, constructive concept

緒 言

実践能力を培ううえで臨地実習はきわめて重要であり, 看護学生は患者を通して苦痛や孤独、死といった人生の現 実に触れ、人とかかわる仕事としての看護はどういうもの かを学習する。看護師免許取得前の看護学生であっても, 臨地実習では一人の患者と向き合い、その人のさまざまな 感情へのむずかしい対処が求められる。ヒューマンケアの 基本的能力は看護基礎教育として強化すべき内容であり (厚生労働省, 2011), コミュニケーション技術の教育方法 としても模擬患者やリフレクションツールを用いた演習が 展開されている (奈良, 2009; 齋藤ら, 2016)。実践能力 への期待に対して、医療の高度化や入院患者の高齢化、患 者の安全の確保や権利意識の向上、在院日数の短縮等に伴 い入院患者に占める重症患者の割合の増加、さらには大学 の急増に伴う実習施設確保の困難等により、臨地実習にお ける実施内容が制限される傾向が生じ、卒業時の看護実践 能力の強化が課題になっている(厚生労働省, 2011)。こ のように、医療をめぐる状況が変化するなかで対象者の複 雑性・多様性に対応したより総合的な看護ケアが求めら れ、臨地実習における教育方法の検討が非常に重要であ る。また、近年の若者全般の傾向である生活体験の乏しさ や臨地実習で受けるストレス(加島・樋口, 2005;近村 ら、2007) をふまえても、臨地実習の教育的課題は多い。

看護学生が主体的に学ぶには、「自己の内なるものに突き動かされる状況」と「看護の専門職者と同じ立場に立つ」ことが必要であり、この状況的学習としての場が臨地 実習であり、学生の体験について看護の専門家も含めて協 働的な振り返りをすることが教育方法として重要である (前川, 2007)。組織への参加による学びに焦点を当てた正 統的周辺参加論(legitimate peripheral participation:LPP) においても, 学習を単なる個人的な知識, 技能の獲得過程 としてではなく、実践共同体(community of practice)への 参加(participation) 過程ととらえている(Lave & Wenger, 1991/1993)。看護師になるという過程は教科書での知識の 理解だけでなく、その所属する看護チームの一員としての モラルに裏打ちされた相応しい振る舞いや言動、思考を身 につけ、同時にチームメンバーとして認められていくこと である(山田・齋藤, 2009)。看護学生は患者との出会い を通して知識だけでは看護はできないことに直面し、看護 を模索する。看護師をはじめとした周囲との協働関係が必 須となり、看護師の看護の力を借りることで看護チームの 一員であることに気づくとともに担当教員とのかかわりを 通して経験の意味を深化させ、看護の世界に巻き込まれな がら成長していく。

Hochschildは、相手に適切な感情を引き起こすために、 自らの感情をコントロールし、外見や表情を適切に維持す る労働を感情労働と定義し、労働のなかに感情という要素 を取り上げ、人間はある社会規則に基づいて自分の感情を コントロールしたり、組織から求められる感情に一致させ たりしているとした(1983/2000, pp. 3-24)。看護分野でも、 感情労働の概念が自分達の仕事を表現するものとして看護職 に受け入れらており(Smith, 1992/2000;武井, 2001)、看護師 が提供する感情労働を明らかにするための、「看護師の感情 労働測定尺度(Emotional Labor Inventory for Nurse:ELIN)」 が開発され(片山・小笠原・辻・井村・永山、2005)、看

¹⁾ 元川崎医療福祉大学大学院医療福祉学研究科修士課程

Formerly Master's Programs, Graduate School of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare

²⁾ 川崎医療福祉大学保健看護学科 Department of Nursing, Kawasaki University of Medical Welfare

³⁾ 同志社女子大学看護学部 Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts

護行為の理解や評価に活用されている (片山, 2010; 水渓 ら, 2011; 重本・大蔵・室津, 2015)。

これまでに、学生が実習を通じた患者とのかかわりや看 護師の影響を受けながら、感情管理方法を身につけていく ことは明らかにされているが(片山・細田, 2014, p.5), 学生に着目して感情労働の構成概念を検討した研究はみら れない。Hochschildは、感情労働に共通する特徴について、 「第一に、対面あるいは声による顧客との接触が不可欠で ある。第二に、相手の中に何らかの感情の変化を起こさせ なければならない。第三に、雇用者は研修や管理体制を通 じて、感情労働に従事する者の感情活動をある程度支配す る」と述べている (1983/2000, p. 170)。 感情労働はおのおの の感情が交換されるなかでなされ、常に賃労働のためになさ れるものではなく (Bolton, 2000), 看護学生は臨地実習にお いて感情労働の一端を経験していると報告している(Smith、 1992/2000; 武井, 2001)。不可視なものながら、看護実践に 影響を及ぼす看護学生の感情労働を概念化することで、臨 地実習の学習を効果的に進めていくための示唆が得られると 考えた。感情労働は、組織が望む感情になるように自分の感 情を管理し、調整する心理的なプロセスであることからも (関・古川, 2012), 感情労働という概念を適用すること が、看護学生が医療チームという組織のなかで学ぶという 臨地実習特有の教育的支援のあり方を追及するうえで手が かりになると考える。

I. 研究目的

本研究の目的は、看護学生の医療チームへの参加による 学びを支援するために、看護学生の感情労働の因子構造を 明らかにし、尺度の信頼性・構成概念妥当性を検証するこ ととした。

Ⅱ. 用語の定義

本研究では、医療チームが看護学生を受け入れ、看護学生がその医療チームの実際に巻き込まれていくという臨地実習特有の教育的支援のあり方を追求する。本研究において、「感情労働」は、「相手にとって適切であるとみなす感情を、相手に対して表現する行為」と定義した。感情労働は組織のなかの同僚や上司、部下との関係性のなかでも発揮されるとされ(Steinberg & Figart, 1999, pp. 8-26)、対象は患者のみでなく、患者家族、看護師、担当教員、実習グループメンバー、医師などその他の職種のチーム全体を含めた。

Ⅲ. 研究方法

1. アイテムプールの作成

アイテムプールは、感情労働にかかわる先行研究や書籍 (片山, 2006; 荻野・瀧ヶ崎・稲木, 2004; 関谷・湯川, 2014; Smith, 1992/2000) から作成した。なかでもELIN (片山ら, 2005) は、患者に対する看護師の感情労働を測 定するため、すべての質問項目を使用した。ELINは、適 切な感情の表現方法を探しながら患者への理解を示す行為 である「探索的理解」、感情を装う行為である「表層適応」、 看護師が自分の感情を抑えたり、感情を隠したりする行為 である「表出抑制」、ケアの動作によって患者に伝わる感 情を表現する行為である「ケアの表現」、実際に感じてい る感情と表している感情の違いを自覚したり、適切と判断 する感情を創り出したりする行為である「深層適応」の5 因子26項目から構成される。ELINの使用は開発者から書 面による承諾を得た。さらに,感情労働と組織の相互関連性 や組織的支援について記述のある先行文献からも(星野. 2011; 関・古川、2012; 田村、2014) 質問項目を作成した。

2. プレテスト

看護学生(4年次生)6名を対象にプレテストを行い、 質問の意図が正しく伝わるか、表現の不適切な部分はない か、質問の重要度はどうか等について意見を求め、表面妥 当性の検討として、看護学生が理解して回答しやすいよう 質問紙4項目の表現を修正した。

3. 内容妥当性の検討と項目の修正

共同研究者間で各項目の内容妥当性の検討を重ね、看護 学生の感情労働を測定する尺度の原案として38項目の質問 を設けた。

4. 本調査

a. 対象者

対象者は中国地方と近畿地方の6つの看護系大学の看護 学生で、可能な限り実際に行われている看護学生の感情労 働に即した知見を得るために4年次生とした。

b. 質問内容

質問内容は対象者の性別、年齢、卒業後の進路希望、看護学生の感情労働測定尺度原案、「情動知能尺度(Emotional Intelligence Scale: EQS)」(内山・島井・宇津木・大竹、2001)である。看護学生の感情労働測定尺度原案の回答は、ELINと同様に「行わない」から「いつも行う」までの5件法とした。

情動知能とは、自己と他者の感情をみつめ、それらの感情を識別し、自分の考えや行動を導くために情報を利用で

きる社会的能力である (Salovey & Mayer, 1990)。 EQS は情 動知能を、その対象から「自己対応」「対人対応」「状況対 応」という3領域とその各領域に因子が設定された65の質 問項目である。「自己対応」は、自己の心の動きについて 知り、行動を支え、効果的な行動をとる能力であり、「対 人対応」は他者の感情に関する認知や共感をベースに, 他 者との人間関係を適切に維持することのできる能力,「状 況対応」は自己を取り巻く、あるいは自己と他者を含む集 団を取り巻く状況の変化に耐える力、リーダーシップ、ま たは自己対応領域と対人対応領域の能力を状況に応じて適 切に使い分ける統制力を評価する能力とされる。回答は、 「まったくあてはまらない」から「非常によくあてはまる」 までの5件法である。EQSの因子的妥当性および構成概念 妥当性は確認されており、Cronbach's α係数は .701~ .857 であることから信頼性も確認されている(内山ら、2001)。 感情労働は、看護師個人の感情に関する技術である情動知 能が影響することが明らかとなっており(中村・坪井, 2011). 看護学生の情動知能は感情労働とある程度の関連 があると推測し、併存的基準として用いた。

c. データ収集方法

(1) 調査方法

調査期間は2015年5月~10月で,看護系6大学の学部または学科責任者に文書で依頼し,研究協力に関する同意があった大学に実施した。

質問紙配布および説明は、対象の看護学生の自由意思を 尊重できる立場にある教員に依頼し、無記名自記式質問用 紙を用いて調査を行った。回収方法は回収箱への投函、ま たは郵送法の2種類を設定し、回答者がその方法を選択し た。

(2) 分析方法

データの統計解析には、統計解析パッケージソフトウェア『IBM SPSS Statistics 22.0J for Windows』および共分散構造分析パッケージソフトウェア『IBM SPSS Amos 22.0J』を用い、すべての分析で有意水準を5%未満とした。

5. 項目分析

対象者の概要を確認した後、欠損値の頻度、天井効果と 床効果、項目間相関分析・項目-尺度得点相関分析(I-T 相関分析)・G-P分析(Good-Poor analysis;上位-下位分 析)を行い、項目を削除するか否かを判断した。天井効果 と床効果は、個人差の弁別できる項目を確認するためのも のであり、項目の平均値±標準偏差が尺度得点の上限以上 や下限以下になるかどうかを削除基準とした。項目間相関 分析は、おおむね、70以上を基準とし項目相互の内容を照 合し類似性がある場合には削除対象とした。I-T相関分析 は、各項目とそれ以外の項目の合計得点の相関を確認する ものであり、おおむね.25を基準に確認した。G-P分析は 上位-下位2群間の平均得点の差の検定を行い有意差を確 認した。

6. 探索的因子分析

探索的因子分析(主因子法,プロマックス回転)を行い、尺度を構成する因子および項目(固有値≥1.0,因子負荷量≥.40)を採択し、複数の因子に著明に高い負荷量をもつ項目がないことを確認した。

7. 信頼性と妥当性の検討

内的整合性の確認のため、尺度全体と各因子のCronbach's α係数を求め、.75以上を基準とした。基準関連妥当性の検討として、EQSとのSpearman順位相関係数を算出し、妥当性を検討した。

8. 確認的因子分析

確認的因子分析を実施した。モデルの全体的評価には、GFI(Goodness of Fit Index)、AGFI(Adjusted Goodness of Fit Index)、CFI(Comparative Fit Index)、RMSEA(Root Mean Square Error of Approximation)の適合度指標を使用した。また、モデルの部分的評価は、各パス係数の検定統計量を求め、有意であるかを評価した。

9. 下位尺度の命名

因子分析により抽出された各因子の項目から,看護学生 の感情労働のどのような要素を意味するかを研究者らで検 討し,各下位尺度として命名した。

10. 倫理的配慮

本研究は、川崎医療福祉大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:15-005)。質問紙は無記名とし、研究目的・意義、プライバシー保護のための対策、研究協力を拒否・中断しても一切不利益は生じないこと、成績評価との無関係性を文書および口頭で説明し、質問紙の回答をもって研究参加への同意とみなした。

Ⅳ. 結 果

6 大学の学生386名に質問紙を配布し、204名から回答が 得られ(回収率52.8%)、そのうち有効回答が得られた188 名(有効回答率48.7%)を分析対象とした。

1. 対象者の属性

性別内訳は,男性15人(8.0%),女性173人(92.0%)であった。年齢は,23歳未満176人(93.6%),23~25歳4人

(2.1%), 26~29歳1人 (0.5%), 30歳以上6人 (3.2%), また卒業後の進路希望は, 看護師が153人 (81.4%), 保健師が7人 (3.7%), 助産師が5人 (2.7%), 養護教諭が16人 (8.5%), 進学が5人 (2.7%), その他が2人 (1.1%) であった。

2. 項目分析(表1)

各項目の平均値と標準偏差からは、尺度原案38項目のうち、8項目に天井効果が認められた。項目間相関分析として、38項目について相関係数.70をおおむね基準に分析を行った結果、項目間に強い相関はなく、I-T相関分析では、38項目すべてに正の相関がみられた。G-P分析として、合

計得点の上位25%と下位25%の2群を項目ごとにt検定を行った結果、全項目とも上位群は下位群に比べ有意に得点が高かった(p<.01)。以上により、看護学生の感情労働の尺度原案から、項目分析で天井効果のみられた8項目を削除し、30項目とした。削除項目は、「相手の立場に立って考える」「どんな患者にも共感しようとしている」「患者のための雰囲気づくりをする」「患者の感情に敏感になるようにする」「患者の感情を理解することを大切にしている」「自分が相手に表している感情に注意を払う」「自分の口調や表情やふるまいを意識する」「どのような人なのか相手のことを知ろうとする」であった。

表 1 看護学生の感情労働測定尺度原案(38項目)と項目分析の結果

(n = 204)

	質問項目	欠損の頻 (%)	度 M ± SD	項目間相関	項目-尺度 得点相関 (I-T相関)	G-P分析 平均値の差	天井効果, 床効果
1.	相手の立場に立って考える	3.0	4.49 ± 0.64	$-0.09 \sim 0.58$	0.43 **	4.24 ***	削除(天井効果)
2.	その場に応じた感情の表し方を探す	3.0	4.17 ± 0.80	$-0.07 \sim 0.58$	0.43 **	4.62 ***	
3.	どんな患者にも共感しようとしている	3.0	4.40 ± 0.68	$-0.09 \sim 0.58$	0.54 **	2.83 ***	削除(天井効果)
4.	患者のための雰囲気づくりをする	3.4	4.28 ± 0.77	$-0.08 \sim 0.61$	0.67 **	3.81 ***	削除(天井効果)
5.	患者の感情に敏感になるようにする	3.0	4.37 ± 0.71	$-0.07 \sim 0.65$	0.66 **	4.41 ***	削除(天井効果)
6.	患者の感情を理解することを大切にしている	3.0	4.66 ± 0.60	$-0.13 \sim 0.65$	0.61 **	3.22 **	削除(天井効果)
7.	緊張感をもって自分の役割を持続させる	3.4	4.12 ± 0.78	$-0.11 \sim 0.52$	0.51 **	3.81 ***	
8.	自分が相手に表している感情に注意を払う	3.9	4.28 ± 0.76	$-0.08 \sim 0.54$	0.60 **	5.86 ***	削除(天井効果)
9.	患者の期待を裏切らない感情を示す	4.4	4.04 ± 0.79	$-0.03 \sim 0.58$	0.62 **	7.04 ***	
10.	何も感じていないようにふるまう	3.0	2.49 ± 1.16	$-0.13 \sim 0.34$	0.47 **	3.25 **	
11.	驚いたり緊張したりするふりをする	3.9	2.49 ± 1.14	$-0.11 \sim 0.52$	0.53 **	5.73 ***	
12.	喜びや親しさなどの肯定的感情を装う	3.4	3.17 ± 1.14	$-0.02 \sim 0.58$	0.47 **	8.22 ***	
13.	悲しさやつらさなどの否定的感情を装う	3.0	2.45 ± 1.14	$-0.07 \sim 0.58$	0.32 **	4.85 ***	
14.	自分の気持ちを容易に出さないように気を引き締める	3.0	3.31 ± 1.07	$-0.07 \sim 0.58$	0.50 **	5.45 ***	
15.	不安や怒りなどの否定的感情を隠す	3.0	3.42 ± 1.19	$0.04 \sim 0.60$	0.52 **	6.26 ***	
16.	驚いたり緊張したりしてもその気持ちを隠す	3.0	2.88 ± 1.06	$-0.02 \sim 0.60$	0.47 **	4.97 ***	
17.	状況によっては自分の感情を抑えようとする	3.4	3.49 ± 1.07	$0.03 \sim 0.46$	0.51 **	5.74 ***	
18.	自分の口調や表情やふるまいを意識する	3.0	4.33 ± 0.78	$-0.03 \sim 0.44$	0.44 **	4.76 ***	削除(天井効果)
19.	心に感じていることとの違いを自覚しながら感情を表す	3.0	3.35 ± 1.02	$-0.01 \sim 0.53$	0.56 **	7.44 ***	
20.	無関心なことでも関心をもとうとする	3.4	3.79 ± 0.97	$0.03 \sim 0.53$	0.53 **	7.38 ***	
21.	期待される感情を心の中でイメージする	3.0	3.53 ± 1.03	$0.05 \sim 0.53$	0.56 **	7.77 ***	
22.	期待される態度や気づかいを提供する ●	3.4	3.92 ± 0.87	$0.01 \sim 0.60$	0.69 **	7.85 ***	
23.	心が穏やかであるように装う	3.0	3.63 ± 1.05	$0.02 \sim 0.60$	0.55 **	8.46 ***	
24.	おもしろさや楽しさなどの感情を隠す ●	3.4	2.50 ± 1.18	$-0.01 \sim 0.35$	0.42 **	4.47 ***	
25.	自分の口調や表情やふるまいによってケアをする ●	3.4	3.36 ± 1.01	$0.00 \sim 0.66$	0.61 **	6.95 ***	
26.	患者との関係や患者の状況によってケアの表し方を調節する	3.0	3.64 ± 1.02	$0.05 \sim 0.66$	0.51 **	6.98 ***	
27.	注意されてもできるだけ笑顔で対応する ※	3.0	2.88 ± 1.20	$-0.08 \sim 0.35$	0.27 **	4.65 ***	
28.	自分の気持ちを隠す ※	3.0	3.21 ± 1.01	$-0.10 \sim 0.68$	0.40 **	5.90 ***	
29.	思っても伝えないようにする ※	3.4	2.99 ± 1.02	$-0.18 \sim 0.68$	0.23 **	4.49 ***	
30.	嫌な気持ちになったとき、気持ちを切り替えるようにする ※	3.0	3.72 ± 1.00	$-0.07 \sim 0.50$	0.39 **	4.21 ***	
31.	相手に不快な思いをさせないよう自分の感情を抑制する ※	3.4	3.71 ± 0.97	$-0.10 \sim 0.62$	0.39 **	5.09 ***	
32.	理不尽なコメントに対して感情を抑える ※	3.0	3.63 ± 0.97	$-0.22 \sim 0.62$	0.35 **	4.15 ***	
33.	どのような人なのか相手のことを知ろうとする ※	3.0	4.15 ± 0.89	$-0.01 \sim 0.35$	0.34 **	4.06 **	削除 (天井効果)
34.	自分の考えが正しいかどうか相手の顔色をうかがう ※	3.0	3.81 ± 0.94	-0.04 ~ 0.43	0.24 **	3.24 **	
35.	組織にとって望ましい感情を表す※	3.0	3.56 ± 0.91	$-0.08 \sim 0.46$	0.36 **	4.79 ***	
36.	楽しそうにするようにしている ※	3.9	3.34 ± 1.05	0.08 ~ 0.46	0.40 **	6.77 ***	
37.	相手に自分の気持ちや考えを率直に伝える ※	3.4	3.30 ± 1.03	$-0.22 \sim 0.71$	0.22 **	3.02 **	
38.	素直な気持ちで相手と接する※	3.4	3.52 ± 1.06	$-0.14 \sim 0.71$	0.25 **	2.95 **	

[注] ※は、チームとのかかわりについて質問した項目. ●は、プレテストの結果、表現を修正した項目. ***: p<.001、**: p<.01、*: p<.05.

3. 探索的因子分析と因子の命名

30項目とした尺度原案について探索的因子分析を行い,因子負荷量から尺度全体への寄与率が低いと判断した項目は除外し,複数の因子に著明に高い負荷量をもつ項目がないことを確認した。共通性やCronbach's α係数を確認しながら,削除する項目によって生じる因子構造の変化を確認する手続きを繰り返し,因子パターンが最も単純になる分析結果を採用した。その過程で,「自分の気持ちを容易に出さないように気を引き締める」「不安や怒りなどの否定

的感情を隠す」「驚いたり緊張したりしてもその気持ちを 隠す」「状況によっては自分の感情を抑えようとする」「お もしろさや楽しさなどの感情を隠す」「自分の考えが正し いかどうか相手の顔色をうかがう」「組織にとって望まし い感情を表す」「楽しそうにするようにしている」の8項 目が削除され、最終的に4因子からなる22項目を採用し、 これを看護学生の感情労働測定尺度とした。尺度全体に対 する4因子の累積寄与率は46.55%であった(表2)。

また、Shapiro-Wilkの正規性検定の結果、看護学生の感

表 2 看護学生の感情労働測定尺度の因子分析結果(主因子法-プロマックス回転)

(n = 188)

田子友一番日	因子負荷量				
因子名・項目	第I因子	第Ⅱ因子	第Ⅲ因子	第Ⅳ因子	
全体(Cronbach's α 係数 = 0.83)					
第 I 因子(10項目)【 患者への敏感な感情の努力 】 Cronbach's α 係数 = 0.86					
期待される態度や気づかいを提供する	.85	06	.04	07	
患者の期待を裏切らない感情を示す	.65	02	03	07	
期待される感情を心の中でイメージする	.65	.05	.01	.07	
無関心なことでも関心をもとうとする	.61	.11	02	.04	
緊張感をもって自分の役割を持続させる	.58	.02	31	.01	
患者との関係や患者の状況によってケアの表し方を調節する	.58	08	.22	.03	
心に感じていることとの違いを自覚しながら感情を表す	.58	11	.18	.10	
自分の口調や表情やふるまいによってケアをする	.58	04	.18	.01	
心が穏やかであるように装う	.56	.03	.23	10	
その場に応じた感情の表し方を探す	.46	.17	28	.16	
第Ⅱ因子(6 項目)【 チームへの表出抑制 】 Cronbach's α 係数 = 0.75					
理不尽なコメントに対して感情を抑える	.05	.75	02	15	
自分の気持ちを隠す	.10	.68	13	05	
相手に不快な思いをさせないよう自分の感情を抑制する	05	.68	.23	01	
思っても伝えないようにする	13	.59	.17	08	
嫌な気持ちになった時、気持ちを切り替えるようにする	.17	.50	20	.11	
注意されてもできるだけ笑顔で対応する	20	.43	.21	.31	
第Ⅲ因子(4項目)【 患者への表層適応 】Cronbach's α 係数 = 0.75					
喜びや親しさなどの肯定的感情を装う	.21	.06	.68	04	
悲しさやつらさなどの否定的感情を装う	.02	.07	.67	04	
驚いたり緊張したりするふりをする	.03	04	.65	03	
何も感じていないようにふるまう	04	.05	.49	.19	
歴 W 田 フ (0 香 日) 【 オー) 。 の 白] の 志 川 【 〇 、1 、1) <i>版 教</i> 。 0 0 4					
第Ⅳ因子 (2項目) 【 チームへの自己の表出 】 Cronbach's α係数 = 0.84 相手に自分の気持ちや考えを率直に伝える	01	00	00	01	
相子に日かの気持ちで考えを挙直に伝える 素直な気持ちで相手と接する	01	09	.08	.91	
新世な気持ちで相手と接する 固有値	.08 4.87	01 2.34	04 1.76	1.26	
寄与率(%) 思珠发与束(g())	22.16	10.62	8.02	5.75	
累積寄与率(%) 因子間相関	22.16 I	32.78 II	40.80	46.55 IV	
		П	Ш	IV	
I	27				
II	.27	15			
III	.23	.15			
IV	.25	04	08		

情労働測定尺度の全体得点は、正規分布であることが確認 された (p = .719)。

各因子の解釈は以下のとおりである。

第 I 因子には、10項目が含まれた。ELINの5 因子のうちの「探索的理解」「表層適応」「ケアの表現」「深層適応」から各 1~3 項目ずつ含まれていた。これらは内容的に、学生が自分と患者との違いを自覚しながらも患者の期待に応えられるよう、適切な感情の表現方法を探しながら役割を遂行しようと努力する行為から構成されており、【患者への敏感な感情の努力】と命名した。

第Ⅱ因子は、看護師や担当教員、他職種など患者以外の人とのかかわりについて、6項目が含まれた。これは看護学生が、患者だけでなく看護師など組織に対しても自分の感情を抑えたり感情を隠したりする行為として解釈し、【チームへの表出抑制】と命名した。

第Ⅲ因子は、4項目が含まれた。これらは、ELINにおける「表層適応」の項目とも対応しており、実際とは異なる感情を装う行為と解釈し、【患者への表層適応】と命名した。

第Ⅳ因子は、看護師や担当教員、他職種など患者以外の人とのかかわりについての2項目が含まれた。積極的に人間関係を形成しようとしている行為と解釈し、【チームへの自己の表出】と命名した。

4. 確認的因子分析(図1)

標本数やデータの偏りの影響、任意性が高いなどの可能

性を考慮し、探索的因子分析で得られた結果にデータが合 致するかを検討するため、共分散構造分析を行った。看護 学生の感情労働の因子構造は、探索的因子分析で得られた 因子により構成されていると仮定し、潜在変数として各因 子を想定したモデルを作成した。

分析の結果,適合度指数としてGFI = .796, AGFI = .746, CFI = .801, RMSEA = .088であった。標準化係数はすべての係数で .40以上であり,統計学的に有意であった(p< .001)。これらの結果から,説明力は基準よりもやや低いがRMSEAは .088と .1を下まわることから探索的因子分析をおおむね支持する結果が得られたとし、モデルを採用した。

5. 信頼性の検討(表2)

Cronbach's α 係数は、尺度全体が .83、下位尺度が .75~ .86 であり、内的整合性が確認された。

6. 基準関連妥当性の検討(表3)

看護学生の感情労働測定尺度とEQSとの関連では、【患者への敏感な感情の努力】とEQSの3領域との関連が認められた。【チームへの自己の表出】においてもEQSの3領域とも低いながらも有意な相関が認められた。第Ⅱ因子【チームへの表出抑制】と第Ⅲ因子【患者への表層適応】については有意な相関は認めなかった。

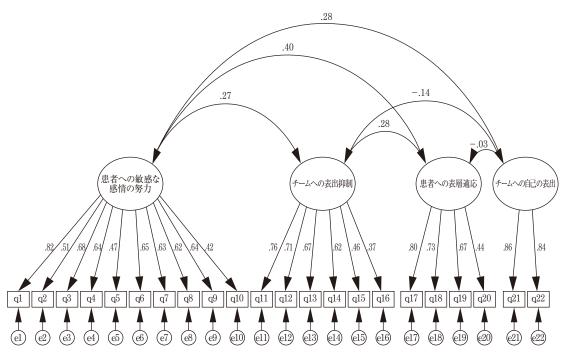


図1 看護学生の感情労働モデルの確認的因子分析 (n = 188)

[注] 適合度指数はGFI = .0796, AGFI = .0746, CFI = .801, RMSEA=.088. 誤差変数は省略, すべての係数は統計学的に有意 (p < .001).

表 3 看護学生の感情労働測定尺度と既存尺度との相関

(n = 188)

		看護学生の感情労働測定尺度			
		患者への 敏感な感情の努力	チームへの 表出抑制	患者への 表層適応	チームへの 自己の表出
	自己対応	.31**	02	.04	.26**
EQS	対人対応	.42**	.06	01	.22**
	状況対応	.24**	12	01	.23**

[注] Spearman の順位相関係数.

EQS:情動知能尺度 (Emotional intelligence scale).

**: *p* < .01.

Ⅴ. 考 察

1. 看護学生の感情労働尺度の信頼性と妥当性

本尺度は内的整合性が確認され、探索的因子分析の結果、看護学生の感情労働測定尺度は4因子となった。確認的因子分析によって因子構造モデルに対する適合性も確認された(図1)。内容的妥当性について、原案作成時の構成概念と因子分析後の構成概念を比較したところ、「探索的理解」「ケアの表現」「深層適応」「表層適応」の一部の項目は第I因子【患者への敏感な感情の努力】に、「表層適応」は第II因子の【患者への表層適応】に集約された。原案作成時に設けた構成概念のうち「表出抑制」の該当項目は因子分析の過程ですべて除外されたが、「組織への感情の努力」は第II因子【チームへの表出抑制】と第IV因子【チームへの自己の表出】に含まれた。因子分析後の構成概念の妥当性はある程度支持され、確認的因子分析によりそれぞれの因子構造がデータにおおむね合致していることが確認された。

学生を対象に、患者のみでなく患者家族、看護師、担当教員、実習グループメンバー、医師などその他の職種のチーム全体を含めて、感情労働の相手として調査した結果、【チームへの表出抑制】【チームへの自己の表出】が抽出されており、看護学生の感情労働の構成概念として組織との相互関連性が明らかとなった。以上のことから、構成概念妥当性がおおむね確保された。

作成した看護学生の感情労働測定尺度とEQSとの関係において有意な相関が示されたが、第Ⅱ因子【チームへの表出抑制】と第Ⅲ因子【患者への表層適応】において相関が認められなかった。とくに看護学生は、患者との関係形成に「傾聴」「共感」「受容」が重要な態度であることは強く認識しており、【患者への表層適応】とは相関しなかったと推測する。学生はチームメンバー間の報告・相談などにより自分の考えを伝える必要があることから、【チームへの自己の表出】との相関に影響していると考える。以上のことから、本尺度はEQSとの関連において、基準関連妥当性を有していると考える。

2. 看護学生の感情労働の構成要素

本研究では、Hochschildの感情労働の概念を基盤に看護師の患者に対する感情労働を解明したELINをもとに枠組みを構築した。看護学生の感情労働ではELINの下位因子である患者への「表出抑制」の項目が、項目分析や因子分析の過程で削除され全く抽出されなかった。この患者に対して感情を隠したり抑えたりする行為は、看護学生にとっては有用な測定項目にはならず、看護師と看護学生の感情労働とではやや異なる特徴をもっていることが示された。

因子分析による第 I 因子は【患者への敏感な感情の努力】で、看護学生が自分と相手の違いを自覚しながらも、 患者の期待に応えられるよう適切な感情の表現方法を探しながら役割を遂行しようと努力する行為から構成され、因子寄与率も22.16%と最も高かった。患者との人間関係を構築していくうえで、傾聴的、共感的態度で接することの重要性を看護学生は強く認識しており、患者との関係において欠くことはできない。看護は患者と看護師との人間関係が基盤であり、教育の課題でもあることから重要不可欠な概念であると考える。

第Ⅱ因子の【チームへの表出抑制】は、患者とのかかわりにおける感情労働に着目するだけでなく、組織内で発生する感情労働をとらえている。看護学生は指導のもとに看護を提供し看護師とは異なる感情表出に関するルールや患者とのかかわりがある。感情労働の内容を多元的にとらえることの必要性が求められており(関・古川、2007、p.54)、看護学生の感情労働について、看護学生と患者および組織の相互関連性を示す因子が抽出されたものと考える。

第Ⅲ因子の【患者への表層適応】は、ELINの「表層適応」の項目とも対応し、「表層適応」について片山らは、組織の一員としての立場では、心に抱いた感情をそのまま表現することは不適切であると判断される状況も起こり得うると述べている(2005、p. 25)。つまり看護学生は自分のものの見方や考え方をそのまま表現するのではなく、看護学生として、また組織の一員として期待される感情を表現しているものと考えられる。

第Ⅳ因子の【チームへの自己の表出】は、臨地実習が学

生と患者という二者関係のみで成立するものではないことが示され、第Ⅱ因子同様に組織内で発生する感情労働をとらえている。項目数が2項目となり、尺度としての実用化に課題が残ったが、学生の感情労働をとらえるうえで意図しているものにこだわった。今後さらに検討する必要がある。

感情労働の中心概念としてHochschildは「表層演技」と 「深層演技」を位置づけ、意図的な一方略として報告して いる (1983/2000)。感情労働に関する測定尺度の先行研究 においては、感情をいかに管理するかという方略的側面で ある「表層演技」と「深層演技」を中心的な下位概念とし て扱うものと, 感情の不一致状態である感情不協和に着目 して下位概念を構成するものが適宜使い分けられてきた (関谷・湯川, 2013)。今回抽出された4因子【患者への敏 感な感情の努力】【チームへの表出抑制】【患者への表層適 応】【チームへの自己の表出】は、関谷・湯川による感情 労働尺度日本版 (ELS-J) (2014) や片山らの ELIN (2005) に代表されるような方略的側面として下位概念が扱われて いる尺度の一群に分類が可能であろう。近年の感情労働研 究に関しては概念を多面的に捉える動きがある。本研究の 結果は、Hochschildが提示した中心概念を包含し、方略的 側面からの細分化がなされたといえ、概念的な精緻化や弁 別につながるものと考える。また、看護学生の感情労働 が、患者だけではなく組織との相互作用の視点で示唆され た。構成された因子と項目は新たな内容であり、これに よって看護学生自身が感情労働を行っている認識をもつこ とが容易になり、課題を客観的に把握することができる。 その結果、「相手にとって適切であるとみなす感情を、相手 に対して表現する行為」である感情労働をより主体的に行 うことにつながると考える。感情労働については達成感の 向上や、患者とのつながりによる満足感の高まりなど肯定 的側面が先行研究によって明らかになっており (McQueen, 1997, pp. 233-240;Huynh, Alderson, & Thompson, 2008),臨 地実習における教育的支援を考えるうえで意義あるものと 考える。Huynh, et al. は肯定的側面を述べる一方で、スト レスとの関連や自己効力の低下など否定的側面も提示して いる (2008)。看護学生に援用するうえでは感情労働にお ける否定的側面への着目は欠かせない。構成された4因子 22項目を核として検討を重ねることで看護学生の感情労働 とその否定的側面への関連検証が可能になることから、さ まざまな感情への対処が求められる看護学生への適切な支 援に有効な示唆をもたらすものと考える。

実践における学びに焦点を当てたLPPの看護師への適応が近年注目されているが(柳原、2000;山田・齋藤、2009;奥野、2013)、LPPにおいて学ぶという営みは単なる特定の知識や技能の学習を示すのではなく、実践コミュニティにおいて新たなアイデンティティを形成していくこ

ととされる(Lave & Wenger, 1991/1993)。医療チームへの参加によって行われる臨地実習の指導上の特徴は教員と看護師が協働して行うところにあり、その必要性は問われ続けている。臨床学習環境の概念化を試みた細田(2007)は、臨床学習環境に「大学と臨床の連携」が最も強い影響を及ぼしており、連携システムを整備することが学生の臨床学習環境の質の保証につながると述べている。第Ⅱ因子と第Ⅳ因子に組織に対する感情労働が抽出され、看護学生のチーム内のさまざまなかかわりを通した感情労働が具体的に示された。看護学生の学びは、臨地実習を行っているそのチームに参加しさまざまなかかわりを通して成立していることが本研究結果からも示唆され、看護学生をチームの一員として受け入れる体制や看護学生とチームの関係の安定をはかる教育的支援について考えるうえで、有用な指標になると考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究は、看護系6大学のみの看護学生を対象としており、回答に偏りがある可能性は否めない。確認的因子分析により構成概念の妥当性を検討したが、説明力は基準よりもやや低い結果となった。また、項目数の少ない因子を認め、尺度としての実用性に課題が残った。今後、さらなる尺度の洗練が必要である。

以上の限界はあるものの,看護学生の感情労働の構成概念の検討と尺度化において一定の信頼性と妥当性を示すことができたことについては意義があり,医療チームへの参加による実践的な学びの支援に向けて研究の蓄積が課題である。

結 語

本研究では、看護系大学の看護学生188名を対象に、看護学生が行っている感情労働に焦点を当て、看護学生の感情労働の因子構造を明らかにし、尺度の信頼性・妥当性を検証した。その結果、22項目 4 因子が抽出され、【患者への敏感な感情の努力】【チームへの表出抑制】【患者への表層適応】【チームへの自己の表出】と命名した。内的整合性により信頼性が確認され、構成概念妥当性に関してはやや課題を残したが、基準関連妥当性の検討により妥当性がおおむね確認された。

謝辞

本研究の実施にあたりご協力いただきました看護学生の皆さま、大学関係者の皆さまに深く感謝申し上げます。なお、本研究は、川崎医療福祉大学に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。

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:看護学生の感情労働の因子構造を明らかにし、尺度の信頼性・妥当性を検証することを目的とした。

方法:感情労働に関する文献検討や先行研究をもとに、38項目からなる看護学生の感情労働測定尺度原案を作成した。 看護系大学4年次生386名を対象とする自記式質問紙調査を実施し、188名を分析対象とした(有効回答率48.7%)。

結果:探索的因子分析の結果,【患者への敏感な感情の努力】【チームへの表出抑制】【患者への表層適応】【チームへの自己の表出】の4因子22項目が抽出された。全体のCronbach's a 係数が .83で内的整合性が示された。項目作成時の構成概念との比較および確認的因子分析により構成概念妥当性を認め、情動知能尺度との相関により基準関連妥当性がおおむね確認された。

結論:看護学生の感情労働は4因子22項目で構成され、その尺度の信頼性妥当性がおおむね確保されたが、さらなる検討が必要である。

Abstract

Purpose: This study aimed to clarify the conceptual structure of emotional labor in nursing university students, and examine its reliability and validity.

Methods: Based on a comprehensive literature review, a preliminary scale consisting of 38 items was prepared. A question-naire survey was conducted with 386 nursing students from a four-year college. One hundred eighty-eight responses (valid response rate 48.7%) were analyzed.

Result: Four factors, with a total of 22 items were identified by the exploratory factor analysis: "Effort concerning the sensitive feelings toward a patient", "Expression of restraint toward the team", "Surface adjustment toward a patient", and "Expression of the self toward the team". The reliability of the scale was confirmed by a Cronbach's a internal consistency reliability coefficient of .83. The construct validity was assessed through the comparison of the construct-concept of explanatory factor analysis as the construct-creating items, and confirmatory factor analysis. The criterion-related validity was approximately confirmed by the correlation between the emotional intelligence scale and the emotional labor scale.

Conclusion: The results indicate that this emotional labor scale for nursing students with the four factors from 22 items predominantly possesses construct validity and high internal consistency reliability.

文 献

- Bolton, S. C. (2000). Who cares? Offering emotion work as a 'gift' in the nursing labour process. *J Adv Nurs*, 32(3), 580-586.
- 近村千穂,石崎文子,小山 矩,青井聡美,飯田忠行,小林敏生 (2007). 看護臨床実習におけるストレス状況と性格との関連. 人間と科学(県立広島大学保健福祉学部誌),7(1),187-197.
- 関 瑜, 古川久敬 (2012). 感情労働に関する研究の概括と展望. 九州大学心理学研究, 13,49-56.
- Hochschild, A. R. (1983) / 石川 准,室伏亜紀 (2000). 管理される心:感情が商品になるとき. 京都:世界思想社.
- 星野幸子 (2011). 感情労働に関連を示す組織環境についての考察: 対人サービス業における認知変数,態度変数が感情労働に与 える影響. 経営行動科学学会年次大会発表論文集,14,477-482.
- 細田泰子 (2007). 看護学士課程の学生のメタ認知的な臨床学習環境に影響を及ぼす教育インフラストラクチャーの検討. 日本看護科学会誌, 27(4), 33-41.
- Huynh, T., Alderson, M., and Thompson, M. (2008). Emotional labour underlying caring: An evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs*, 64(2), 195–208.

- 加島亜由美,樋口マキエ (2005). 臨地実習における看護学生のストレッサーとその対処法. 九州看護福祉大学紀要,7(1),5-13. 片山はるみ (2010). 感情労働としての看護労働が職業性ストレスに及ぼす影響. 日本衛生学雑誌,65(4),524-529.
- 片山由加里,小笠原知枝,辻 ちえ,井村香積,永山弘子 (2005). 看護師の感情労働測定尺度の開発.日本看護科学会誌,25(2), 20-27.
- 片山由加里 (2006). 看護師の感情と認識が感情労働に及ぼす影響. 日本看護福祉学会誌, 11(2), 163-173.
- 片山由加里, 細田泰子 (2014). 実習指導看護師と学生の看護実践 力に関連する感情労働. 日本医学看護学教育学会誌, 23(1), 1-6
- 厚生労働省 (2011). 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書. 厚生労働省ホームページ. http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/ 2r9852000001vb6s-att/2r9852000001vbiu.pdf (検索日2017年1月 31日)
- Lave, J. and Wenger, E. (1991) / 佐伯 胖,福島真人 (1993). 状況 に埋め込まれた学習:正統的周辺参加.東京:産業図書. 前川幸子 (2007). 看護基礎教育における臨地実習の教育方法. 日

- 本看護研究学会雑誌, 30(2), 135-137.
- McQueen, A. (1997). The emotional work of caring, with a focus on gynaecological nursing. *J Clin Nurs*, 6(3), 233-240.
- 水渓雅子,永井邦芳,三上勇気,奥村太志,三品浩司,登坂裕明 (2011). 精神科に勤務する女性看護師の感情労働の特徴と抑 うつ:一般診療科看護師との比較を通して.日本看護医療学 会雑誌,13(2),36-44.
- 中村史江, 坪井良子 (2011). 看護師の感情労働と情動知能との関連. 日本看護研究学会雑誌, 34(3), 172.
- 奈良知子 (2009). 看護学生のコミュニケーション技術教育の効果 と問題点. 弘前医療福祉大学紀要,1(1),59-66.
- 荻野佳代子,瀧ヶ崎隆司,稲木康一郎 (2004). 対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響. 心理学研究,75(4),371-377.
- 奥野信行 (2013). 新卒看護師の看護実践コミュニティへの参加過程における学びの経験:正統的周辺参加論の視点によるエスノグラフィック・ケーススタディー. 京都橋大学研究紀要,39,100(241)-76(265).
- 齋藤孝子,中原るり子,櫻井美奈,中村昌子,星野麻衣子,池田恵都子(2016). 基礎看護学実習 I にむけたリフレクションツールを活用したコミュニケーション演習の効果. 共立女子大学看護学雑誌, 3, 49-61.
- Salovey, P. and Mayer, J. (1990). Emotional intelligence. *Imagin Cogn Pers*, 9 (3), 185-211.
- 関谷大輝,湯川進太郎 (2013). 感情労働尺度日本版 (ELS-J) の 作成. 感情心理学研究, 21(3), 169-180.

- 重本津多子,大蔵雅夫,室津史子 (2015). 看護学生と看護師の感情労働のスキル獲得プロセスの検討. 日本医学看護学教育学会誌,24(1),2-6.
- Smith, P. (1992)/武井麻子, 前田泰樹 (2000). 感情労働としての 看護. 東京: ゆみる出版.
- Steinberg, R. J. and Figart, D. M. (1999). Emotional labor since the managed heart. *Ann Am Acad Pol Soc Sci*, 561(1), 8-26.
- 武井麻子 (2001). 感情と看護:人とのかかわりを職業とすること の意味. 東京: 医学書院.
- 田村尚子 (2014). ホスピタリティ性を求められる対人サービス従事者の「感情労働」における組織的支援モデル. 西武文理大学サービス経営学部研究紀要, 25, 35-45.
- 内山喜久雄,島井哲志,宇津木成介,大竹恵子 (2001). EQS マニュアル.東京:実務教育出版.
- 山田 香, 齋藤ひろみ (2009). 新人看護師が臨床現場において一 人前の看護師になるまでの学習過程: 正統的周辺参加論の視 点から. 山形保健医療研究, 12, 75-87.
- 柳原真知子 (2000).「正統的周辺参加 (LPP)」としての臨床実習: 訪問看護実習での学びを検証して. 東北大学医療技術短期大 学部紀要, 9(1), 9-22.

[平成29年3月21日受 付] [平成29年8月29日採用決定]

-原 著-

臨床経験10年以上の看護職者の針刺し反復に影響する要因

一パーソンアプローチの観点から —

Factors Influencing Repeated Needlestick Injuries Among Nurses
Having More Than 10 Years of Clinical Experience:
A Person Approach Analysis

久 保 典 子¹⁾ 森 鍵 祐 子²⁾ 叶 谷 由 佳³⁾
Noriko Kubo Yuko Morikagi Yuka Kanoya

布 施 淳 子²⁾ 小 林 淳 子²⁾
Junko Fuse Atsuko Kobayashi

キーワード:針刺し反復,臨床看護職者,パーソンアプローチ Key Words:repeated needlestick injuries, clinical nurses, person approach

緒 言

わが国の針刺しの職種別分類によれば、受傷者の約50% は看護師であり(職業感染制御研究会, 2014a), 病院の 約30~70%の看護師に針刺し経験がある(久保・久保、 2007; 小田邉・尾崎, 2008; 青木・内海・藤井, 2013, p.329)。厚生労働省のB型肝炎に関する調査報告において、 針刺しなどは同一人が繰り返し起こす場合が多いといわれ ている (厚生労働省, 2006)。 久保・久保 (2007) の A 県 下 5 施設の看護職者を対象とした調査では、628名中の139 人(22%)に複数回の針刺し経験があった。また、複数回 の針刺しの経験がある者が一定数存在することが明らかに なった。しかし、看護職者の針刺し反復の要因については 未解明である。わが国の針刺し防止対策は、ヒューマンエ ラーの観点から、注射針形状・防御装置などの工学的技術 管理や針刺し防止教育等が実施されてきた(木村,2003; 職業感染制御研究会,2016)。また,2011年の厚生労働省 の通達によって「使用済みの注射針へのリキャップの原則 禁止」「注射針専用の廃棄容器等の適切な配置」「針刺しの 防止に配慮した安全器材の活用」「感染制御チームの設置」 などの針刺し防止に関する組織的取り組みが指導され、各 病院でも対策が進められてきている(厚生労働省, 2011)。 しかし針刺しの反復は生じており、針刺しの反復によって 血液曝露による感染の危険性はいっそう高くなる。そこ で、針刺し防止対策の検討のために、ヒューマンエラーの 個人要因に着目した。ヒューマンエラーの事故防止対策の

ひとつとして、パーソンアプローチ (person approach) が ある (Reason, 2000)。これは、性格特性や安全対策意識 など、個人の要因に基づいた事故防止対策である。針刺し 反復に関連する個人の要因について、 先行研究ではさまざ まな報告があげられているが、対象とする病院や、取り 上げている関連要因が限局しており、断片的な報告にと どまっている (久保・久保, 2007; 小田邉・尾崎, 2008; Smith, et al., 2009;青木ら, 2013, p.329)。海外の先行研 究でも, 複数回の針刺しの要因に関する大規模調査の報告 はない。全国調査で得られたデータをもとに、施設の針刺 し防止対策の実態を明らかにし、看護職者の針刺し反復に 影響する要因を「パーソンアプローチ」の観点から実証的 に検証することができれば、針刺し防止対策において針刺 しの反復を防ぎ、どのような対処が有効であるか、方策を 提案していくための基礎資料を得ることになると考えた。 期待される成果は、看護職者の安全対策の遵守をより徹底 させ、針刺し発生率を低下させることである。このこと は,看護職者自身の健康を維持することであり,医療従事 者が安全に業務を実施する能力の向上に対しても有意義で ある。以上より本研究は、全国の病院を対象に針刺し防止 対策の実態を明確にすることと、看護職者の針刺し反復に 影響する要因を「パーソンアプローチ」の観点より、実証 的に検証を行うことを目的とした。

¹⁾ 東海大学医療技術短期大学看護学科 Tokai University Junior College of Nursing and Medical Technology

²⁾ 山形大学医学部看護学科 School of Nursing, Faculty of Medicine, Yamagata University

³⁾ 横浜市立大学医学部看護学科 Nursing Course, School of Medicine, Yokohama City University

I. 用語の定義

A. 針刺し

針刺しとは、患者に使用後の血液で汚染した注射針等による刺傷や切創を指す。最近の研究では「針刺し事故」の「事故」や「誤刺」には受傷者の過失やミスの意味合いが色濃く含まれるため、事象をそのまま「針刺し」と表現するよう提案があり(職業感染制御研究会、2014b)、本研究においても「針刺し・切創」を『針刺し』と表記する。

B. 針刺しの反復

針刺しの反復とは、医療従事者が針刺しを 2 回以上経験 することと定義する。

Ⅱ. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は、関係探索型横断研究である。自記式質問紙調査を2段階で実施した(図1)。

B. 調 査

1. 1次調査

1次調査の目的は、医療施設の針刺し防止対策の実態 の把握である。調査内容は、施設の概要と針刺し防止対

策に関する事項である。針刺し防止対策に関する8項目 は、針刺し防止策に関する先行研究(職業感染制御研究 会, 2014a; 木村, 2003; 木戸内ほか, 2016, p.244; 吉 川, 2006;井川・竹下・橋本・飯沼・一山, 2005) を参考 に設けた(図1)。看護職者の針刺し反復に影響する要因 を「パーソンアプローチ」の観点より実証的に検証を行う ために施設の条件を考慮し、対象施設を一般病床数が300 床以上の病院とし、全国の病院を対象に悉皆調査を実施し た。一般病床数300床以上の病院は、厚生労働省(2012a; 2012b) の「平成24年度診療報酬改定」に新設された「感 染防止対策加算1」の基準を満たす対応を行っている可能 性が高いためである。本研究の趣旨と倫理的配慮について 記述されている調査依頼文と調査用紙を郵送し、調査用紙 の返送をもって調査協力の同意を得たものとした。また, 1次調査用紙に、2次調査への協力の可否を回答する欄を 設け、協力可能な施設には、調査対象となる看護職者の人 数の記入を求めた。

2. 2次調査

a. 調査目的・調査内容

2次調査の目的は、看護職者の針刺し反復に影響する要因を「パーソンアプローチ」の観点から実証的に検証を行うことである。対象者は2次調査に協力が得られた施設に属する一般病棟、外来勤務の看護職者である。従属変数は針刺し反復の有無である。針刺しの回数が0回および1回を「針刺しの反復がない群」、針刺しの回数が2回以上を

自記式質問紙調査の2段階での実施

1次調査

- 1)調査目的:医療施設の針刺し 防止対策の実態把握
- 2)対象:全国の一般病床数が 300床以上の病院
- 3)調査内容
- (1) 施設の概要
- (2) 施設の針刺し防止対策
 - ①感染管理看護師の配置
 - ②マニュアルの整備
 - ③リキャップの禁止
 - ④針捨て容器の準備
 - ⑤手袋着用の取り決め
 - ⑥安全器材の準備
 - ⑦採血時の分注を行わない方針
 - ⑧針刺し防止に関する研修の設定

2次調査

- 1)調査目的:看護職者の針刺し反復に 影響する「パーソンアプローチ」の 要因について実証的に検証を行う
- 2) 対象:1次調査に回答のあった施設の うち2次調査に協力が得られた施設に 所属する一般病棟,外来勤務の看護職者
- 3)調查内容
 - (1) 針刺しの回数
 - (2) パーソンアプローチの変数
 - ①性別
 - ②臨床経験年数
 - ③針を取り扱う看護職者の行動
 - ④効率性を重視する考え方:価値志向性尺度の下位尺度「経済性」の程度
 - ⑤看護エラーに関する経験
 - ⑥注射針の扱いに慣れていると認識する程度
 - ⑦針刺し防止の知識に関する事項
 - ⑧業務は常に時間に追われていると認識する程度
 - 9楽観性

図1 調査の概要

「針刺しの反復がある群」とし、2群に分類した。独立変数は、「パーソンアプローチ」の観点から、看護職者の点滴・注射・採血時の針刺しの反復にかかわると考えられる事象である。

調査内容は、回答者の自己申告による針刺しの回数と、性別、臨床経験年数、針を取り扱う看護職者の行動、効率性を重視する考え方、看護エラーに関する経験、楽観性などとした(図1)。

効率性を重視する考え方は、酒井・山口・久野 (1998) の「価値志向性尺度」の下位尺度「経済志向性の因子」の 12項目を使用した。1因子を単独で使用することは、尺度 の開発者に確認し、下位尺度ごとに信頼性妥当性の検討を 行っているため差し支えないと回答を得た。本尺度は5件 法で、合計点は12点から60点にわたり、高得点者には効率性を重視する考え方の傾向があると解釈できる。価値志向 性尺度中の下位尺度「経済」因子の Cronbach の α 係数は .62である。

看護エラーに関する経験は、芳賀・中村・山出(2006)の「看護職者のためのエラータイプチェックリスト」を使用した。本尺度は看護医療現場でのエラーやミスの傾向をみるために開発された尺度であり、「業務ミス」10項目、「日常的なうっかりミス」6項目、「違反」4項目の3因子20項目からなる。それらのエラーを自分が起こす頻度について5段階評定で回答し、3つの下位尺度ごとに評定値を合計すれば、回答者がどのようなエラーをおかしやすいタイプなのかを大まかにとらえることが可能である。尺度の信頼性については、下位尺度の「業務ミス」因子のCronbachの α 係数は .78、「日常的なうっかりミス」因子の α 係数は .72、「違反」因子の α 係数は .62である。

楽観性に関しては、吉村(2007)の、「楽観性尺度」を用いた。この尺度は全10項目からなり、「気楽さ」 5 項目「前向きさ」 5 項目の 2 因子から構成される。 2 因子ともに 5 段階評定で回答し、尺度の信頼性については、「気楽さの因子」の C Cronbachの α 係数は .728、「前向きさの因子」の C Cronbachの α 係数は .718である。気楽さの得点が高いと、リスクテイキング行動をとることが示されている。

また、針刺しの経験があると回答した者には、職業感染制御研究会(2016)の血液曝露後の対応を参考に、感染の抗原が陽性になった経験の有無を尋ねた。

b. 調査方法

調査協力を得られた病院の看護管理者宛に、本研究の趣旨と倫理的配慮について記述された調査依頼文と調査用紙を送付し、対象者への配布を依頼した。調査期間は調査用紙が回答者の手元に届いてから10日以内を目安にし、回答者自身が添付の封筒に調査用紙を入れ厳封するよう求めた。病院で取りまとめのうえ、研究者あてに返送するよう

依頼した。また、3か所の施設は、管理者の希望により回答者が直接郵送する方法を選択した。返信は施設ごとに見分けがつくように印をつけた返信封筒を準備し、個別郵送とした。

c. 研究期間

1次調査は平成25年4月から5月に実施し、2次調査は 平成25年6月から8月に実施した。

d. 分析方法

既存の尺度を使用している 3 項目については、Cronbach の α 係数を算出し信頼性の検証を行った。多重ロジスティック回帰分析では、独立変数の選択目的で、針刺し反復の有無を従属変数とし、変数の名義尺度の比較は χ^2 検定、順序尺度の比較にはMann-Whitney U 検定を行い、多重共線性が認められないことを確認後、単変量解析でp<.25の変数を独立変数とした。有意水準を 5 %未満とし、統計解析には "IBM SPSS Statistics ver. 22" を使用した。

C. 倫理的配慮

1次調査は本研究の趣旨と倫理的配慮について記述した調査依頼文にて説明を行った。調査用紙の返送をもって本調査への同意を得たとした。1次調査では2次調査のデータを連結させるため施設名の記入を求めたが、データを連結した後は、施設名はコード化した番号でデータ入力し施設名が特定されないように処理を行った。2次調査は調査依頼文にて説明を行い、回答した調査用紙は同封の封筒に回答者自身が入れて厳封し、対象者の特定ができないよう配慮した。個人の自由意思であり、施設で強制的に回収しないよう依頼した。質問紙の返送をもって、本研究への協力の同意とした。本研究は山形大学医学部倫理審査委員会の承認を得て実施した(平成25年1月21日承認受付番号:158)。

Ⅲ. 結果

1次調査に回答のあった施設は、全国903施設中254施設(回収率28.1%)であり、さらに2次調査に協力可能で、かつ調査対象のすべての看護職者への、調査協力の意思を表明した病院は100施設であった(有効回答率39.4%)。調査協力病院100施設の一般病棟、外来勤務の看護職者(保健師、助産師、准看護師も含む)は30,662名であり、30,662名中22,126名(回収率72.2%)の看護職者から回答を得た。今回の研究は、針刺し反復の有無が従属変数であるため、針刺し経験の有無についての質問項目に対して未回答の206名と、針刺しの回数についての質問項目に対して未回答の30名を除き、21,890名(有効回答率71.4%)の看護職者を分析の対象とした。

A. 対象者が所属する施設の概要と針刺し防止対策 (表 1)

1. 施設の概要

調査協力病院100施設のうち, 一般病院は64施設 (64.0%), 特定機能病院は7施設 (7.0%), 地域医療支援病院は24施設 (24.0%) であった。入院基本料が7対1である施設は76施設 (76.0%), 10対1である施設は21施設 (21.0%) であった。

2. 針刺し防止対策

感染管理看護師の配置がある施設は83施設(83.0%), 針刺し防止マニュアルの作成がある施設は97施設(97.0%) であった。マニュアルの新採用職員への周知がある施設 は96施設(96.0%)であった。マニュアルの新採用以外の 職員への周知がある施設は50施設(50.0%)であった。リ キャップを禁止している施設は93施設(93.0%)であった。 針捨て容器の準備がある施設は86施設(86.0%)であった。 注射・点滴・静脈血採血時に手袋を着用するきまりがある 施設は96施設(96.0%)であった。検査・検診用手袋を採 用している施設は73施設(73.0%)であった。施設で一般 的に行われているシリンジ採血後の血液の分注方法につ いて複数回答可で回答を求めたところ、採血管 (試験管) のゴム栓と注射針を外して血液を分注する施設は11施設 (11.0%), 採血管(試験管)のゴム栓に注射針を刺して血 液を分注する施設は66施設(66.0%),血液分注用の安全 器材を用いて、血液を分注する施設は26施設(26.0%)採 血時の分注を行わないと回答した施設は11施設(11.0%) であった。前年度に針刺し防止に関する研修を設けている 施設は67施設(67.0%)であった。

B. 対象者の概要(表 2)

対象者の性別は女性20,663名 (94.3%), 男性1,237名 (5.7%) であった。平均年齢は35.6±10.3歳であった。臨床経験年数は平均12.5±9.9年であり、臨床経験年数の中央値は10.25年であった。臨床経験年数10年以上の看護職者が11,459名 (52.3%) であった。現業務上の資格は、看護師20,380名 (93.1%), 准看護師697名 (3.2%), 助産師747名 (3.4%) であった。

C. 針刺し防止の知識に関する事項(表3)

針刺し防止に関する安全教育を看護職の免許を取得する教育課程で学んだことがある者は13,491名(61.6%),安全器材の取り扱いに関する知識のある者は20,565名(93.9%)であった。針刺し防止に関するマニュアルを読んだ経験がある者は16,776名(76.6%),過去3年以内の針刺し防止に関する研修の受講がある者は10,498名(48.0%)であり,

表 1 対象者が所属する施設の概要と針刺し防止対策

/			0
(N)	=	11)	()

	(N	=100
	n	%
病院の種別		
一般病院	64	64.0
特定機能病院	7	7.0
地域医療支援病院	24	24.0
施設の一般病棟が現在算定している入院基本料		
7対1	76	76.0
10対 1	21	21.0
感染管理看護師の配置		
あり	83	83.0
なし	15	15.0
		10.0
あり	97	97.0
		31.0
あり あんく ニュールの利休用収録・200月知	96	96.0
新採用以外の職員へ、毎年の針刺し防止マニュス		知 50.0
あり	50	
なし	31	31.0
針刺し防止マニュアルにリキャップ禁止について 、、		
あり	93	93.0
なし 	1	1.0
針捨て容器の準備		
あり	86	86.0
なし	8	8.0
注射・点滴・静脈血採血時の手袋着用の取り決ぬ	b .	
あり	96	96.0
検査検診用手袋の採用		
はい	73	73.0
いいえ	21	21.0
その他	4	4.0
施設で一般的に行われているシリンジ採血後の5 (複数回答可)	予注の方	法
採血管(試験管)のゴム栓と注射針を 外して血液を分注する	11	11.0
採血管(試験管)のゴム栓に注射針を 刺して,血液を分注する	66	66.0
血液分注用の安全器材を用いて,血液を 分注する	26	26.0
分注は行わない	11	11.0
その他	12	12.0
安全器材の準備	_ ,	
あり	96	96.0
なし	3	3.0
前年度の針刺し防止に関する研修		
あり	67	67.0
なし	31	31.0

[注]「無回答・不明」は記載を省略した。

表 2 対象者の概要

(N = 21,890)

		(2	. =1,000/
		n	%
	女性	20,633	94.3
性別	男性	1,237	5.7
	不明	20	0.1
年齢 (歳)	平均値 ± 標準偏差	35.6	± 10.3
	1 年未満	1,713	7.8
	1年以上2年未満	1,199	5.5
	2年以上3年未満	1,176	5.4
	3年以上4年未満	1,095	5.0
	4年以上5年未満	1,043	4.8
mts also have man the state	5年以上6年未満	960	4.4
臨床経験年数 (年)	6年以上7年未満	902	4.1
(4)	7年以上8年未満	872	4.0
	8年以上9年未満	780	3.6
	9年以上10年未満	691	3.2
	10年以上	11,459	52.3
	平均値 ± 標準偏差	12.5	± 9.9
	中央値(最小-最大)	10.25	(0 - 55)
	看護師	20,380	93.1
	准看護師	697	3.2
現業務上の資格	助産師	747	3.4
	保健師	33	0.2
	不明	33	0.2
511 7 1W 1 11 W			

[注] 構成比の数値は小数点以下第2位を四捨五入しているため、個々の集計値の合計は必ずしも100%とならない場合がある。

表 3 針刺し防止の知識に関する事項

(N = 21,890)

56.9

37.3

68.2

5,967

3.915

7,160

		n	%
針刺し防止に関する安全教育を看護職の 免許を取得する教育課程で学んだ経験	あり	13,491	61.6
安全器材の取扱いに関する知識	あり	20,565	93.9
針刺し防止に関するマニュアルを 読んだ経験	あり	16,776	76.6
過去3年以内の針刺し防止に関する 研修の受講	あり	10,498	48.0
「研修あり」の内訳(複数回答あり)		(n = 10)	,498)
柳杉めり」の内訳(後数四合めり)		n	%
1) 針刺し防止マニュアルの説明	あり	6,546	62.3
2) 標準予防策の教育	あり	6,631	63.2

あり

あり

あり

研修の内訳(複数回答)は、「針の廃棄方法」「標準予防策の教育」「針刺し防止マニュアルの説明」の割合が高かった。

D. 針刺しの経験(表4)

3) 安全器材の使用方法

5) 針の廃棄方法

4) 針刺し防止の技術の教育

針刺しの回数が0回の者は13,154名(60.1%), 1回が

5,622名 (25.7%), 2 回以上針刺しを経験している看護職者は3,114名 (14.2%) であった。針刺しを経験したことがある看護職者8,736名のうち、針刺し後に抗原が陽性化した者は158名 (1.8%) で、1 回目の針刺しで感染症の抗原が陽性化した看護職者は158名中102名 (64.6%) であった。針刺しで感染症の抗原が陽性化した看護職者のうち、何回目の針刺しなのか、わからないと回答したもの(不明)は34名 (21.5%) であった。

表 4 針刺しの経験

(,	/V =	= 2]	1,891	J)

		(2)	21,000)
		n	%
	0 回	13,154	60.1
	1 回	5,622	25.7
	2 回	2,251	10.3
	3 回	638	2.9
	4 回	84	0.4
針刺しの回数	5 回	94	0.4
	6 回	19	0.1
	7 回	2	0.0
	8 回	5	0.0
	10回	18	0.1
	30回	3	0.0
公却1 の日復	なし(針刺しの回数が 0回と1回)	18,776	85.8
針刺しの反復	あり(針刺しの回数が 2回以上)	3,114	14.2
		(n = 8,736)	(%)
針刺し後の 感染症の抗原	陽性化した	158	1.8
の状況 の状況	陽性化しない	8,507	97.4
	不明	71	0.8
		(n = 158)	(%)
	1回	102	64.6
何回目の針刺し 抗原が陽性化	で 2回	13	8.2
九原が陽性化 したか	3 回	7	4.4
	4 回	2	1.3
	不明	34	21.5

E. 針を取り扱う看護職者の行動

針を取り扱う行動で、安全について肯定的な回答率が最も高かったのは、「採血後にリキャップを全く行わない」(58.1%)、次いで「採血や静脈注射のときに手袋を着用する」(52.6%)で、2項目とも半数以上が遵守していた。また抜針時の手袋の着用は48.7%が常に行っていた。点滴の抜針時に耐貫通性の針捨て容器を常に持参していると回答した者は8,042名(36.7%)であった。針を取り扱う行動で、安全について否定的な回答率が最も高かったのは「採血管のゴム栓に注射器の針を刺して血液を分注すること」で、「常に行っている」「時々行っている」と回答した者は合計61.5%であった。

[[]注]「なし」「無回答・不明」は記載を省略した。

F. 注射針の扱いに慣れていると認識する程度

「自分は注射針の扱いは慣れている」という問いに対して、「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した者は合計55.3%であった。

G. 業務は常に時間に追われていると認識する程度

「業務は常に、時間に追われている」という問いに対して、「あてはまる」「ややあてはまる」と回答した者は合計76.9%であった。

H. 看護職者の針刺しの反復に関連するパーソンアプローチの観点による要因の検討

1. 既存の尺度の信頼性の検証

価値志向性尺度下位尺度「経済因子」12項目の α 係数は .72, 看護職者のためのエラータイプチェックリストの下位尺度「業務ミス」因子10項目の α 係数は .82, 「日常的なうっかりミス」因子 6 項目の α 係数は .73, 「違反」因子 4 項目の α 係数は .74, 楽観性尺度の下位尺度「気楽さ」因子 5 項目の α 係数は .84, 「前向きさ」因子 5 項目の α 係数は .76であった。いずれも下位尺度の α 係数が .70以上であったため,信頼性は高いと判断した。

2. 針刺し反復の有無と個人の背景との関連性の検討

独立変数に多重共線性が認められなかったため、従属変 数は「針刺しの反復あり:1」「針刺しの反復なし:0」 として、単変量解析で有意水準p<.25の変数をすべて共 変量に投入し、多重ロジスティック回帰分析のステップワ イズ法の尤度比による変数増加法と変数減少法を試みた。 結果, Hosmer-Lemeshow 検定のp値がp<.05であり, 回 帰式が適合していなかったため、変数の投入について再 構成を行った。畑中・門・高橋・小泉(2006), 佐和・山 嵜・尾家・神谷(1998)の先行研究と、本研究の対象者の 経験年数の中央値が10.25年であったことをふまえ、対象 者の経験年数を「10年未満:0」「10年以上:1」とした。 多重ロジスティック回帰分析の共変量には、 ①臨床経験年 数、②針刺し防止に関する安全教育を看護職の免許を取得 する教育課程で受けた経験、③安全器材の取扱いに関する 知識, ④過去3年以内の針刺し防止に関する研修の受講, ⑤採血後にリキャップを行わないこと、⑥採血・静脈注射 時の手袋着用、⑦抜針時の手袋着用、⑧針の廃棄容器の持 参, ⑨採血時に分注を行わないこと, ⑩注射針の扱いに慣 れていると認識する程度、①エラータイプ下位尺度「業務 ミス」の経験の程度(合計得点), ⑫エラータイプ下位尺 度「日常のうっかりミス」の経験の程度(合計得点), ③ エラータイプ下位尺度「違反」の経験の程度(合計得点)

の計13項目を投入し、再度ロジスティック回帰分析を実施した(表5)。臨床経験年数10年未満の看護職者を1とした場合、臨床経験年数10年以上の看護職者は針刺し反復のオッズ比(odds ratio: OR)が2.798であった。他にも看護職の免許を取得する教育課程で受けた経験の針刺し反復のORが0.687、過去3年以内の針刺し防止に関する研修の受講の針刺し反復のORが0.842であったが、臨床経験年数10年以上であることが針刺し反復に最も大きな影響要因であることが明らかとなったため臨床経験年数10年以上の対象者についてさらに分析を行った。

I. 臨床経験年数10年以上の看護職者の針刺し反復に関連するパーソンアプローチの観点による要因

臨床経験年数10年以上の看護職者の針刺しの反復の有無とパーソンアプローチとの関連について単変量解析を行った結果,有意確率が、25未満の項目は,性別,最終学歴,針を扱う看護職者の行動などの計16項目となり,変数間の多重共線性は認められなかった。単変量解析量解析で選択された変数を独立変数として,変数減少法ステップワイズ尤度比の多重ロジスティック回帰分析を実施した(表6)。モデル χ^2 検定の結果はp<.01で有意であり,df(自由度)= 1,Hosmer-Lemeshow検定の結果はp=.102であった。また判別的中率は79.0%であった。実測値に対して,予測値が±3 SDを超えるような外れ値は存在しなかった。この解析の結果,針刺しの反復に影響するパーソンアプローチの観点からの要因として,以下の8項目が選択された(CI: confidence interval)。

- ①男性 (OR: 1.531, 95% CI: 1.210-1.938)
- ②看護基礎教育の安全教育を受けていないこと (OR: 1.346, 95% CI: 1.217-1.489)
- ③リキャップを行うこと (OR:1.117, 95% CI:1.074-1.162)
- ④針捨て容器を持参しないこと(OR: 1.086, 95% CI: 1.048-1.126)
- ⑤業務は常に時間に追われていると認識する程度が高い こと (OR: 1.063, 95% CI: 1.001-1.129)
- ⑥分注を行うこと (OR: 1.058, 95% CI: 1.021-1.097)
- ⑦看護エラーに関する「業務ミス」の経験得点が高いこと (OR: 1.051, 95% CI: 1.037-1.066)
- ⑧楽観性「気楽さ」の得点が低いこと(OR: 0.984, 95% CI: 0.972-0.997)

臨床経験10年以上の看護職者の針刺し反復に影響する要因

表 5 針刺し反復に関連するパーソンアプローチの観点からの要因

		偏回帰係数	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	オッズ比	Ехр (β)	の 95%信頼区間
(従属変数 n = 21,890)		油凹滞除奴	保华识左	vvaid	日田及	有思唯竿	オッス比	下限	上限
臨床経験年数	10年未満						1.000		
四面 / 八	10年以上	1.029	0.055	351.499	1	.000	2.798	2.512	3.115
針刺し防止に関する安全教育を看護 職の免許を取得する教育課程で受け	なし						1.000		
た経験	あり	-0.375	0.047	64.336	1	.000	0.687	0.627	0.753
過去3年以内の針刺し防止に関する	なし						1.000		
研修の受講	あり	-0.172	0.044	15.260	1	.000	0.842	0.772	0.918
採血後にリキャップを行わないこと		-0.108	0.017	39.751	1	.000	0.898	0.868	0.928
抜針時の針捨て容器の持参		-0.096	0.016	36.377	1	.000	0.908	0.880	0.937
採血時に分注を行わないこと		-0.061	0.016	14.616	1	.000	0.941	0.912	0.971
注射針の扱いに慣れていると認識 する程度		0.127	0.024	27.226	1	.000	1.135	1.083	1.191
エラータイプ下位尺度「業務ミス」 の経験		0.053	0.006	80.569	1	.000	1.055	1.042	1.067
エラータイプ下位尺度「違反」の経験		0.031	0.010	9.908	1	.002	1.032	1.012	1.052
		- 2.982	0.189	248.150	1	.000	0.051		

[注] モデル χ^2 検定, p < .01.

(多重ロジスティック回帰分析,変数増加法,尤度比)

投入変数:臨床経験年数、針刺し防止に関する安全教育を看護職の免許を取得する教育課程で受けた経験、安全器材の取扱いに関する知識、過去3年以内の針刺し防止に関する研修の受講、採血後にリキャップを行わないこと、採血・静脈注射時の手袋着用、抜針時の手袋着用、針の廃棄容器の持参、採血時に分注を行わないこと、注射針の扱いに慣れていると認識する程度、エラータイプ下位尺度「業務ミス」の経験の程度(合計得点)、エラータイプ下位尺度「日常のうっかりミス」の経験の程度(合計得点)、エラータイプ下位尺度「違反」の経験の程度(合計得点)・Hosmer-Lemeshow検定、p=.091;判別的中率86.1%・

表 6 臨床経験年数10年以上の看護職者の針刺し反復に関連するパーソンアプローチの観点からの要因

			Inc. W. S.D. M.		مقدران مقد	at a site sola sila		Exp (β)	 の 95%信頼区間
(従属変数 n = 11,459)		偏回帰係数	標準誤差	Wald	自由度	有意確率	オッズ比	下限	上限
性別	女性						1.000		
[生力]	男性	0.426	0.120	12.581	1	.000	1.531	1.210	1.938
針刺し防止に関する安全教育を看護 職の免許を取得する教育課程で受け	あり						1.000		
た経験	なし	0.297	0.051	33.313	1	.000	1.346	1.217	1.489
採血後にリキャップを行うこと		0.110	0.020	30.449	1	.000	1.117	1.074	1.162
抜針時の針捨て容器の不持参		0.083	0.018	20.047	1	.000	1.086	1.048	1.126
業務は常に時間に追われていると 認識する程度		0.061	0.031	3.946	1	.047	1.063	1.001	1.129
採血時に分注を行うこと		0.057	0.018	9.761	1	.002	1.058	1.021	1.097
エラータイプ下位尺度「業務ミス」 の経験		0.050	0.007	48.184	1	.000	1.051	1.037	1.066
エラータイプ下位尺度「違反」の経験		0.023	0.012	3.488	1	.062	1.023	0.999	1.047
楽観性「気楽さ」		- 0.016	0.006	6.140	1	.013	0.984	0.972	0.997
定数		- 3.346	0.216	240.793	1	.000	0.035		

[注] モデル χ²検定, p<.01.

(多重ロジスティック回帰分析,変数減少法,尤度比)

投入変数: 性別,最終学歷,現業務上の資格,針刺し防止に関する安全教育を看護職の免許を取得する教育課程で受けた経験,採血後にリキャップをする(R),採血や静脈注射の時に手袋を着用する,抜針時に手袋を着用する,点滴の抜針時に耐貫通性の針捨て容器を持参する,採血管のゴム栓に注射器の針を刺して血液を分注する(R),業務は常に時間に追われていると認識する程度,価値志向性尺度下位尺度「経済」(合計得点),エラータイプ下位尺度「業務ミス」(合計得点),エラータイプ下位尺度「日常のうっかりミス」(合計得点),エラータイプ下位尺度「違反」(合計得点),楽観性下位尺度「気楽さ」(合計得点),楽観性下位尺度「前向きさ」(合計得点).Hosmer-Lemeshow検定,p=1.02: 判別的中率 79.0%.

Ⅳ. 考 察

A. 医療施設の針刺し防止対策の実態

今回,対象者が所属する施設の87.8%で感染管理看護師を配置していた。針刺し防止に関するマニュアルは97.5%の施設が作成し、新採用の職員へも高率で周知を行ってい

た。このように、対象施設では針刺し防止対策を高率で実施している実態が明らかになった。対象者の所属する施設では、概して針刺し防止対策が85~90%以上で実施されていた。一方、採血管(試験管)のゴム栓に注射針を刺して血液を分注する施設は66施設(66.0%)という結果で、血液分注用の安全器材の普及率は高くないということも明らかになった。施設の方針として採血時に常態的に採血管の

ゴム栓に注射器の針を刺して血液の分注が行われている場合,他の安全な手技を選択することは困難であると考えられる。西内(2013)は、血液分注器の導入効果について調査を行い、経験値などに関係なく作業を簡素化でき、分注作業の安全性、効率性、正確性の各項目において最も評価が高かったと報告した。新しい方法をタイムリーに普及させることは可能であり、針刺し防止に効果的であると示している。しかし、鈴木ら(2006、pp.39-45)では、針刺し防止の安全器材導入後に手技の習得が不完全で起きた針刺しも報告され、既存の方法に慣れている者が、手技の変更に戸惑うことも考慮する必要がある。現任研修でも継続的に新しい技術の習熟状況の確認が必要であると考える。

今回、調査を行った施設の96.0%で注射・点滴・静脈 血採血時に手袋を着用する決まりがあったが、検査・検 診用手袋を採用している施設は73施設(73.0%)であっ た。わが国においては、日本工業規格(Japanese Industrial Standard: [IS) が定める医療用手袋の規格があり、注射・ 採血には、JIS T9115「使い捨て検査・検診用ゴム手袋」お よびJIS T9116「使い捨て検査・検診用ビニル手袋」に規 定されたものを使用することが推奨されている (渡邊, 2011)。岡田・廣川・坂尻 (2010) は、手袋素材の違いに よる手袋の適合性を調査し、合成ゴムのニトリル製が指先 感覚鈍麻・操作困難とも少なく、「絆創膏がつかない」と 好感触な回答が多かったと報告している。このことより, 採血に適したゴム手袋を病院が採用することが必要と考え るが、本研究結果より、施設がコスト等の面から検査・検 診用手袋を採用しない現状があることも否めない。手袋の 装着について、わが国にはいまだ法的な規制は存在しない が、現場で働く看護職者が、より安全な環境で医療に従事 できるように環境を整備すべきであり、そのことが手袋着 用率の向上につながると考える。

B. 臨床看護職者の針刺し反復に影響するパーソンアプローチの観点による要因

1. 看護職者の針刺し反復の実態

本研究は、針刺しを起こした人の実態に基づき、初めて 実証的検証を実施した。その結果、調査対象者の14.2%が 針刺し反復者であり、2回以上針刺しを経験する看護職者 の存在と割合が明らかになった。今回の調査では針刺しの 起きた状況は不明であるが、臨床経験年数10年未満の看護 職者を1とした場合に、臨床経験年数10年以上の看護職者 は針刺し反復のORが2.798であった(CI:2.512-3.115)。 今回対象者に針刺しを経験した時期は問うておらず、針刺 しの回数は調査時の累計のデータであったが、経験年数を 増すごとに針刺しの反復のリスクが高くなることは示され た。経験年数を重ねれば針を取り扱う累積量も増加し、針 刺しを繰り返すリスクも高くなるということがいえよう。

2. 臨床経験年数10年以上の看護職者の針刺し反復の影響要因

臨床経験年数10年以上の看護職者の針刺し反復に影響するパーソンアプローチの観点による要因として以下が明らかになった。

a. 性 差

性別による針刺しの傾向の差は、先行研究では明らか にされていなかった。今回の調査の結果「男性」(OR: 1.531) であった。本研究では、対象者の背景が調査され ていないが、杉野ら(2014)は、男性看護師の配属先は内 科系病棟、混合病棟が最も多く、男性看護師が興味をもつ 分野は、救急看護や災害看護、急性期看護であると述べて いる。またそのような分野は、臨機応変な対応を求めら れ、現場における行動力や使命感も強いと述べている。針 刺し反復の要因として、処置等で鋭利器材を多く取り扱う ことも考えられ、緊急時は自己の安全よりも患者の利益を 優先させる状況も否めない。針刺し反復を防止するため に、男性看護師の現状に配慮した針刺し防止に関する研修 を企画し、危険な手技が常態化していないかなど、現場の 課題を共有しつつ、針刺し防止の安全策を当事者がポジ ティブに受け止められるように浸透させることが重要と考 える。

b. 看護基礎教育の針刺し防止に関する安全教育を受けていないこと

本対象では,「看護基礎教育の針刺し防止に関する安全 教育を受けていないこと」(OR:1.346) が針刺しの反復 に影響があることがわかり、看護基礎教育が有効であるこ とが明らかとなった。平成23年3月に、文部科学省諮問機 関「大学における看護系人材養成の在り方に関する検討 会」の最終報告が出され、学士課程教育のコアとなる看護 実践能力と,卒業時到達目標,教育内容,学習成果が提示 された(文部科学省, 2011)。針刺し防止に関する事項は, 看護実践能力の「安全なケア環境を提供する能力」に該当 する。これは、安全マネジメントとして、 医療事故防止対 策や安全環境管理、感染予防対策を理解し、そのために必 要な行動をとることができる能力のことであり(日本看護 系大学協議会, 2011), 学習成果は感染防止対策と標準予 防策についての理解と実施である(文部科学省, 2011)。 日本看護系大学協議会は,「看護学教育においては,これ らの基本的な知識と安全マネジメントやリスクマネジメン トの知識を教授することはもちろんのこと、安全を守るこ との困難さを具体的な事例を通して学ぶ機会を提供し、安 全なケアを価値として内在化するように導いていくことが 求められる」(2011)と述べている。現在、各大学は教育

理念や大学がおかれている状況に応じ、看護における安全や感染の概念的な知識を教授し、技術についても演習の事前学習・事後の振り返りを通して確実に習得できるようにしている(日本看護系大学協議会、2011)。また、現場で遭遇しやすいアクシデント事例の検討やロールプレイを通して、学生がより具体的な場面を想起し、看護者としての対応方法、予防方法についての理解を深めるよう工夫している(日本看護系大学協議会、2011)。しかし、経験が長い看護職者は、看護基礎教育で安全教育をいまの時代ほど受けていない可能性や、看護基礎教育を終えたあとに研究が進み、新たな技術が開発されることもある。そのため、現任教育等で職場の現状に対して改革意識を持ち続け、情報を発信し、自ら学び続ける人材を育てることが、安全な職場文化の醸成につながると考える。

c. 注射針のリキャップと針捨て容器の不持参

「リキャップを行うこと」(OR:1.117),「針捨て容器の不持参」(OR:1.086)で、リキャップを行うことと針捨て容器の不持参は、針刺し反復につながることが明らかになった。今回の結果を振り返ると、針を取り扱う看護職者の安全行動を徹底させることが針刺しの反復防止につながると考えられるため、物品の整備とともに、注射針のリキャップと針捨て容器の不持参のような、針刺しにつながる行動を禁止するルールを周知徹底させる体制と、ルール遵守について職員の理解が伴う指導を検討することの必要性が示唆された。

d. 業務は常に時間に追われていると認識する程度

「業務は常に時間に追われていると認識する程度」(OR: 1.063)で、時間に追われているという認識は、針刺し反復を誘発することが示唆された。医療技術の目まぐるしい発展、高齢化の進展により看護現場は複雑化、多忙化している。林(2016, p.188)は、重症度、医療・看護必要度を基本に病棟内の忙しさに応じた人員配置の方法を検討し、病棟間の応援体制の実施を報告している。時間に追われている状況を改善するには、看護密度に応じた適切な人員配置を行っていく体制の工夫が必要と考える。

e. 採血時の分注

「採血時に分注を行うこと」(OR: 1.058)で、採血時の分注は、針刺し反復につながることが明らかになった。現在、真空採血器具の普及によって、シリンジでの採血は減少しているが、患者の状態によってはシリンジによる採血を選択している現状がある。標準採血法ガイドライン(渡邊、2011)に準じて、分注専用の安全器材を用いない手技は選択しないよう、鋭利器材を取り扱う看護基礎教育の段階で徹底させ、既存の手技に潜在する危険について理解できる感受性の涵養が、教育にさらに求められる。また、看護基礎教育で針刺し防止に関する教育を受けていない職員

を対象とした定期的な研修の実施を検討し, 現任教育で安全についての実践能力を向上させる機会を設けることも重要であると考える。

分注による針刺しを防止する対策としては、以下を提案 したい。

- ①施設が真空採血法を原則とし、やむを得ずシリンジ採血 で分注を行わなければならない場合は、分注用の安全器 材を使用するよう物品を整備し指導を徹底させること。
- ②採血管のゴム栓に針を刺す分注の手技が常態化している 看護職者に対しては、研修で新しい手技や器具の取り扱 いについて指導し、安全な手技を普及させること。
- ③看護基礎教育において、静脈血採血の手技は原則真空採血法を採用し、やむをえず分注を行う場合は、分注用の安全器材を使用するよう指導を徹底させること。

f. 針刺しの反復とエラータイプ下位尺度「業務ミス」 との関連性

エラータイプ尺度の「業務ミス」の経験(OR:1.051) で、業務上のミスを起こすエラーの傾向は、針刺し反復に つながることが示唆された。芳賀ら(2006)の「看護職者 のためのエラータイプチェックリスト」の下位尺度「業務 ミス」因子の項目は、「与薬をし忘れてしまった」「混合し てはいけない薬剤などを間違えて混注してしまった」「与 薬時間を間違えてしまった」「同姓の別の患者のカルテに 書き込んでしまった」「採血時に採血量を誤った」などの 通常の看護業務にかかわるエラーやミスである。今回、こ れらのエラー傾向と針刺しの反復とは関連性があることが 示唆された。芳賀ら(2006)は、ヒューマンエラーはシス テムの内外に存在するさまざまな要因が働いて起きるもの であり、個人の資質や行動特性に原因を求めるべきではな いが、起こしやすいエラーの種類、不注意のタイプ、リス クの受容や敢行には個人差があることも事実であると述べ ている。日常業務の中での自分のミスの傾向を知ることは, 針刺しの反復を防ぎ、血液曝露による感染のリスクを防止 する一助になると考えられる。また、病院ではエラーが起 こったときは、当事者が再発防止のためにどのように行動 すべきか、具体的に説明できるレベルまで、ヒヤリ・ハッ トの振り返りを行うような対策を検討する必要があろう。

g. 楽観性「気楽さ」

吉村(2007)は、「このくらい大丈夫だろう」「自分には 危険が及ばないだろう」といった楽観性が高いと、いくつ かのリスクテイキング行動をとることを示しているが、本 研究では、楽観性「気楽さ」のORは0.984であった。戸ヶ 崎・坂野(1993)は、パーソナリティ特性としての楽観性 を「物事がうまく進み、悪いことよりもよいことが生じる だろうという信念を一般的にもつ傾向」と定義している。 医療現場は医療従事者にとって非常にストレスフルな環境 である。楽観的な傾向はストレスフルな事態にあっても, ポジティブな結果を導く要因となり, 先行研究とは異なっ た結果となったと考える。

V. 本研究における針刺しの反復防止に関する新たな知見

A. 現任の看護職者を対象とした針刺し防止に関する研修 強化の必要性

今回の調査で、臨床経験年数が長くなるほど、針刺しの 反復のリスクが高くなる事実が明らかになった。熟練した 実践家は安全に関する技能も習得しているはずであると考 えがちであるが、経験年数を重ねれば、針を取り扱う累積 量も増加すること、基礎教育では学ばなかった新たな安全 対策が提言されても、長年培ってきたやり方を変更しにく くなってくる点をふまえ、ベテランの看護職者の視点での 現任教育を行っていく必要があるという点が本研究の新 たな知見である。現任の看護職者が、研修会を定期的に 受け、ルール遵守の理解を促進させることは重要と考え る。今回の結果では、52.6%の看護職者が採血や静脈注射 時に手袋を装着すると回答したが、海外の遵守率60~70% (Little, Hussein, Lambert & Dickson, 2007; Trim, Adams & Elliott, 2003) と比較すると低率である。廣瀬 (2001), 青 木・小久保 (2002). 岡田・合田・安井・島・後藤 (2008). 岡田ら(2010)は、わが国の採血時の手袋着用率が低い要 因として、「患者に対して失礼ではないか」「失敗したら患 者に負担がかかる」等の個人の認識をあげている。看護職 は奉仕的、自己犠牲的な人が多いと予想され、たとえば手 袋装着により採血を失敗し患者に迷惑をかけることを懸念 し、手袋未装着で採血をする等、自己の安全よりも患者の 利益を優先させることがあるのではないかと予測される。 安全に関する現任教育のなかで、針刺しにより看護職が感 染症を発生することで患者にどれほどの不利益を与えるか という視点での教育を組み込む等の工夫が必要と考える。 また, 針刺し防止に関する研修が相対的に新任期に多いこ とについても見直しが必要であろう。Reason (1997/1999) は、安全文化は突如生まれるものではなく、実用的で地に 足がついた対策を一貫して継続することによって徐々に かたちづくられるものであると述べている。2006年およ び2010年の診療報酬改定における医療安全対策加算の要 件には、全職員を対象とした医療安全教育が課されてお り、看護職への継続教育は個々の看護職がおかれた環境に 応じ、系統的に行うことが望ましいとされる(日本看護協 会, 2013, p.51)。針刺し防止に関する研修も, 継続して 行うことが針刺しの反復防止につながると考えられ、すべ ての看護職者が安全に職務を遂行できるよう, 研修の実施 時期, 対象, 内容を検討する必要があると考える。

VI. 本研究の限界

A. 本研究のなかで針刺し反復の性差をどう考えるか

今回の調査対象者は、一般病棟、外来勤務の看護職者であるが、男性職員が鋭利器材を頻繁に取り扱う業務に配属されているかなど、勤務の状況については調査されておらず、業務内容による偏りがあることは否めない。その点は、本研究の限界である。

B. 他者が原因の針刺しを本研究のなかでどのように考えるか

久保・久保(2007)の調査では、「手術室で縫合針を投げ返されて刺した」「点滴の介助中に刺された」等、いわゆる「もらい事故」が対象者の16.4%を占めた。また、久保・久保(2007)の針刺し当事者の自由回答に、針刺しの原因は「周囲の認識不足」「針を取り扱うシステムに問題がある」「針の廃棄システムが不十分」「安全教育が不十分」という意見もあった。針刺しの問題を、個人の注意・不注意の発想のみで講じるのは、真の問題解決とならない。今回の対象者には、他者が原因で複数回針刺しを経験している看護職者も含まれている可能性はある。その点については調査されていないことは本研究の限界である。

C. 針刺し回数の偏り

本調査では、「針刺し回数」は看護職者の自己申告であった。そのため、回答者の記憶による偏り、自己申告による偏りがあることは否めない。その点は、本研究の限界である。

D. 注射針の扱いに慣れていると認識する程度と業務は 常に時間に追われていると認識する程度

本調査では、「注射針の扱いに慣れていると認識する程度」と「業務は常に時間に追われていると認識する程度」 は調査時点での回答であり、針刺しの時点での認識と相違 があることは否めない。その点は、本研究の限界である。

E. 針刺し反復の臨床経験年数別の要因検討

今回は、対象者の臨床経験年数の中央値が10.25年であったという結果と、臨床経験年数10年以上の看護職者は10年未満と比較し、針刺し反復のORが2.798であった結果から、臨床経験年数10年以上の看護職者の針刺し反復の影響要因について検討を行った。今後の課題として、臨床経験

の浅い看護職者の針刺し反復の要因も分析を行うこと,今 後の教育の指針についての検討を行ううえで,それぞれの 群に共通する要因や異なる要因を明らかにすることが重要 となろう。

Ⅷ. 結 論

本研究は、針刺しを起こした人の実態に基づき、全国調査により実証的に検証した。その結果、調査対象者の14.2%が針刺し反復者であることが明らかになった。また、臨床経験年数10年以上の看護職者は10年未満と比較し、針刺し反復のORが2.798であった。臨床経験年数10年以上の看護職者の針刺し反復の影響要因として、

- ①男性 (OR: 1.531)
- ②看護基礎教育の安全教育を受けていないこと (OR: 1.346)
- ③リキャップを行うこと (OR: 1.117)
- ④針捨て容器を持参しないこと (OR: 1.086)
- ⑤業務は常に時間に追われていると認識する程度が高い こと(OR:1.063)
- ⑥分注を行うこと (OR: 1.058)
- ⑦看護エラーに関する「業務ミス」の経験の得点が高い こと (OR: 1.051)

⑧楽観性「気楽さ」の得点が低いこと(OR:0.984) が影響することを明らかにした。これらのパーソンアプローチの観点からの要因をふまえ、病院内で針刺し防止対策について対応するのはもちろんのこと、個人特性を踏まえ、一人ひとりがルールを遵守できる対策を検討する必要性が見出された。

謝 辞

本研究にあたり、調査にご協力くださいました全国の各病院の皆さま、ご指導くださいました諸先生方、ご支援を 賜りました皆様に深く感謝申し上げます。

本研究は、山形大学大学院医学系研究科看護学専攻博士 後期課程に提出した博士論文の一部を加筆修正したもので 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。

著者貢献度

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

要 旨

本研究は全国調査によって看護職者の針刺し反復に影響する要因をパーソンアプローチの観点より明らかにした。看護職者21,890名中、3,114名(14.2%)が針刺し反復者であり、臨床経験年数10年以上は10年未満と比較し、針刺し反復のオッズ比(OR)が2.798であった。臨床経験年数10年以上の看護職者の針刺し反復に影響する要因として「男性」(OR:1.531)、「看護基礎教育の安全教育を受けていないこと」(OR:1.346)、「リキャップを行うこと」(OR:1.117)、「針捨て容器の不持参」(OR:1.086)、「業務は常に時間に追われていると認識すること」(OR:1.063)、「採血時に分注を行うこと」(OR:1.058)、エラータイプ尺度の「業務ミス」の経験(OR:1.051)、楽観性「気楽さ」(OR:0.984)が抽出された。病院内で個人特性に応じた針刺し防止策を検討する必要性が示唆された。

Abstract

Individuals in the nursing field are at the highest risk for needlestick injuries, and there are cases where nurses have experienced it repeatedly. This research is the first to empirically verify person approach factors influencing repeated needlestick injuries among nurses through a countrywide survey. Of 21,890 nurses, 3,114 (14.2%) had experienced repeated needlestick injuries. When nurses with ≥ 10 years of clinical experience were compared to those with < 10 years of experience, the odds ratio (OR) for repeated needlestick injuries was 2.798. "Maleness" (OR=1.531), "not having taken a basic nursing education safety class" (OR=1.346), "conducting recapping" (OR=1.117), "not carrying a container to dispose of needles" (OR=1.086), "recognizing that one is always pressed for time in their duties" (OR=1.063), "giving a divided injection at the time of blood collection" (OR=1.058), a "work mistake" on the error-type scale (OR=1.051), and optimism "Kirakusa" (OR=0.984) were factors influencing repeated needlestick injuries among nurses with ≥ 10 years of clinical experience. It was found that it is necessary to take measures focused on individual characteristics to prevent such injuries in hospitals.

対 対

- 青木昭子, 内海健太, 藤井 徹 (2013). 八王子医療センターにおける針刺し損傷後の対応 (会議録). 日本環境感染学会誌, 28(1), 329
- 青木謙典,小久保荘太郎 (2002). 末梢静脈確保の成功率に及ぼす 手袋装着の影響. 聖隷浜松病院医学雑誌, 2(1-2), 18-21.
- 芳賀 繁,中村玲香,山出康世 (2006). 看護職のためのエラータイプチェックリストの開発. 医療の質·安全学会誌,1(1),15-22.
- 畑中重克, 門谷美里, 高橋陽一, 小泉祐一 (2006). 当院における 針刺し切創の現状と今後の課題. 環境感染, 21(3), 185-190.
- 林 真樹 (2016). 重症度, 医療・看護必要度を用いた応援体制と, 部署別看護職員の適正配置. 日本医療マネジメント学会雑誌, 17(suppl), 188.
- 廣瀬裕子 (2001). 採血時の手袋着用に対する看護婦と患者の意識. 山梨県立中央病院年報, 28, 45-46.
- 井川順子, 竹下麻美, 橋本陽子, 飯沼由嗣, 一山 智 (2005). 安全装置付き翼状針および静脈留置針の経年的な針刺し防止効果の評価. 環境感染, 20(4), 259-263.
- 木戸内清, 李 宗子, 吉川 徹, 満田年宏, 網中眞由美, 黒須一見, 森澤雄司, 和田耕治, 森屋恭爾 (2016). 血液・体液曝露エピネット日本版サーベイランス (JES2015) のデータ解析 (会議録). 日本環境感染学会誌 (1882-532X), 31(Suppl), 244.
- 木村 哲 (2003). 医療従事者における針刺し・切創の実態とその 対策に関する調査. 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学 特別研究事業平成14年度研究報告書, 4-7.
- 厚生労働省 (2006). B型肝炎について (一般的なQ&A) (改訂 第2版).
- 厚生労働省(2011). 医療機関等における院内感染対策について (医政指発0617第1号). http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/01/ dl/tp0118-1-76.pdf(検索日2016年5月1日)
- 厚生労働省 (2012a). 平成24年度診療報酬改定について: 第 2 改定の概要: 2. 個別改訂項目について. http://www.mhlw. go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken15/ (検索日2016年5月1日)
- 厚生労働省 (2012b). 感染防止対策地域連携加算チェック項目表. 83-90. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryou/iryouhoken/iryouhoken15/dl/5-2-2-7.pdf (検索日2016年5月1日)
- 久保典子, 久保義郎 (2007). 看護職者の針刺しに伴う経験の構造. ヒューマン・ケア研究, 8, 10-15.
- Little. M.A., Hussein. T., Lambert. M., and Dickson.S.J, (2007). Percutaneous venepuncture practice in a large urban teaching hospital. *Clinical Medicine (London, England)*, 7(3), 243-249.
- 文部科学省(2011). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/__icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf(検索日2016年12月20日)
- 日本看護系大学協議会(2011). 看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究. 平成22年度先導的大学改革推進委託事業報告書. http://www.janpu.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/04/H22ModelCoreCurriculum.pdf(検索日2016年5月1日)
- 日本看護協会 (2013). 医療安全推進のための標準テキスト. 51. https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/anzen/pdf/text.pdf (検索日2016年5月1日)

- 西内由香里 (2013). 費用対効果の具体例:血液分注器の導入効果の検討. *INFECTION CONTROL*, 22(5), 495-500.
- 小田邉真紀, 尾崎フサ子 (2008). 看護師の針刺しに関する要因 の文献検討1997~2007. 新潟大学医学部保健学科紀要, 9(1), 205-214
- 岡田淳子,合田 礼,安井初美,島 彬子,後藤友紀 (2008). 採 血時手袋装着率向上のための有効策の検討. 日本環感染学会 誌,23(4),267-272.
- 岡田淳子,廣川恵子,坂尻明美 (2010). 採血時の手袋着用率向上 における手袋素材の比較検討. 日本赤十字広島看護大学紀要, 10,1-6.
- Reason, J. (1997) / 塩見 弘 (監訳) (1999). 組織事故:起こるべくして起こる事故からの脱出. 第9章, 東京:日科技連出版社.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. British Medical Journal, 320 (7237), 768-780.
- 酒井恵子,山口陽弘,久野雅樹 (1998). 価値志向性尺度における 一次元的階層性の検討:項目反応理論の適用. 教育心理学研 究,46(2),153-162.
- 佐和章弘,山嵜紘道,尾家重治,神谷 晃 (1998). 針刺し事故に 影響する各種要因の解析当院看護職員に対するアンケート調 査の結果より.環境感染,13(3),173-178.
- Smith, D.R., Mihashi, M., Adachi, Y., Shouyama, Y., Mouri, F., Ishibashi, N., and Ishitake, T. (2009). Organizational climate and its relationship with needlestick and sharps injuries among Japanese nurses. *American Journal of Infection Control*, 37 (7), 545-550.
- 杉野健士郎,前田貴彦,立松生陽,辻本雄大,伊藤大輔,北澤強志,荒木 学,水谷あや,古川陽介,上杉佑也 (2014). 男性看護師の就業環境に関する認識と実際. 日本看護学会論文集 (看護管理),44,79-82.
- 鈴木理恵,木村 哲,新谷良澄,内田美保,森澤雄司,奥住捷子, 吉田 敦,菅野谷幸恵,森屋恭爾,小池和彦(2006). 安全装 置付き翼状針導入による針刺しに対する効果. 感染症学雑誌, 80(1),39-45.
- 職業感染制御研究会 (2014a). エピネット日本版サーベイ2013結果概要報告. http://jrgoicp.umin.ac.jp/index_jes2013.html (検索日2016年2月7日)
- 職業感染制御研究会(2014b). 8月30日を「針刺し予防の日」に 制定. http://jrgoicp.umin.ac.jp/(検索日2014年3月20日)
- 職業感染制御研究会 (2016). エピネット日本版について. http://jrgoicp.umin.ac.jp/index_epinetjp.html (検索日2016年 2 月24日)
- 戸ヶ崎泰子, 坂野雄二 (1993). オプティミストは健康か? 健康 心理学研究, 6(2), 1-12.
- Trim, J.C., Adams, D., and Elliott, T.S. (2003). Healthcare workers' knowledge of inoculation injuries and glove use. *The British Journal of Nursing*, 12(4), 215-221.
- 渡邊 卓 (編) (2011). 標準採血法ガイドライン: GP4-A2. 36, 東京:日本臨床検査標準協議会.
- 吉川 徹 (2006). 採血時の針刺し切創とその予防. 臨床検査, 50(3), 311-316.
- 吉村典子 (2007). 楽観性が健康に及ぼす影響:リスクテイキング 行動,生活習慣,楽観的認知バイアス,健康状態との関連から.甲南女子大学研究紀要(人間科学編),43,9-18.

[平成29年 2 月 3 日受 付 ⁻ [平成29年 9 月11日採用決定 ₋

-原 著-

介護老人保健施設の看護職者が ターミナルケアを実践するうえでの困難さとその構造

Perceived Difficulties and Challenges of Nurses Providing Terminal Care at Geriatric Health Service Facilities

丸 山 純 子¹⁾ 太 湯 好 子²⁾ Junko Maruyama Yoshiko Hutoyu

キーワード:介護老人保健施設,ターミナルケア,困難さ Key Words:geriatric health services facility, terminal care, challenges

序 論

わが国の2015年の総人口に占める65歳以上人口の割合(高齢化率)は、過去最高の26.7%となり急速な高齢化を迎えている(内閣府,2014)。また、少子化や核家族化、共働き家庭の増加といった家族形態の多様化に伴う老親扶養意識の変化により、高齢者を支える基盤も大きく変化している。これらの社会情勢に対応するために、これまで家族間で支え合ってきた家事や介護をサービスとして社会で担う介護の社会化を目的として、介護保険法が2000年に施行された(厚生労働省,2013)。この介護保険法における施設サービスには、生活介護を中心とした介護老人福祉施設(以下、特養)、在宅復帰のリハビリを中心とした介護者人保健施設(以下、老健)、医療を中心とした介護療養型医療施設(以下、療養病床)の3つの介護保険施設が整備され、これらの介護保険施設は、それぞれの機能を活かし介護を必要とする高齢者を支えてきた。

しかし、介護保険法の施行から15年が経過し、要介護者の増加や重度化に伴い、各介護保険施設においては施設の機能を活かすだけではなく、利用者である高齢者が最期までその人らしく生き、よかったと思える終焉を迎えるための終末期のあり方が問われている(小野・原、2014)。さらに、今後予想される多死社会の受け皿として対応するべく、各介護保険施設のターミナルケアへの取り組みは、社会的課題であると指摘されている(全国老人保健施設協会、2012a)。このようななか、介護保険施設での死亡割合は増加傾向にあり、病院と在宅、病院と特養の中間施設として創設された老健でのターミナルケアを実践している割合は約半数を占め(全国老人保健施設協会、2012a)、2015年の死亡者数は29,000人を超えている(総務省、2016)。2008年には従来の老健よりも医療措置を強化した介護療養

型老人保健施設(新型老健)が新たに承認された(厚生労働省,2011)。この新型老健は、医療費削減や入院期間の短縮を目的として療養病床の廃止案(2018年3月末まで猶予)を受けた転換政策として創設され、夜間の看護師の配置を義務づけることや、気管切開、血糖値管理、ターミナル期などの医療的なケアを重点的に行い、看取りまで対応が可能な施設として期待されている。2009年には特養に続き従来型老健でもターミナルケア加算の算定が認められ、2012年には、ターミナルケア加算がより強化された傾斜配分に改定された(厚生労働省,2014a)。このように、老健は在宅復帰を目的としていながらも、高齢者を対象とした介護保険の入所施設の一つとして、ターミナルケアに取り組んでいかなければならない現状があり(全国老人保健施設協会、2012b)、看護職者の果たす役割は重要といえる。

そこで介護保険施設での看取りを鑑みると、高齢者が生活を維持しながら充実した時間を過ごすための援助、臨終の場を整えるための援助、医療機関や他職種、家族との連携に困難さがあることが報告されている(小林、2012)。また、これまで在宅復帰に向けた中間施設としての機能を果たしてきた老健では、ターミナルケアの実践や取り組みは施設によってさまざまであり、ケアスタッフは、家族へのかかわり方や医療設備等の整備が十分ではない施設環境でのターミナルケアに取り組むことに対して、葛藤や迷い等の揺らぎを感じていると報告がある(原・小野・大畑・岩郷・沼本、2010)。

一方、老健での看取りを可能にする要因として、併設病院の有無、施設長の方針、看護管理者の看取りに対する高齢者観、死生観、看取り体験に基づいたリーダーシップがあげられている(清水、2005)。しかしながら、その多くが施設内で看取りを実施している老健からの報告であり、看取りをしないことを基本方針として医療機関へ搬送して

¹⁾新見公立大学 Niimi College

²⁾ 元 吉備国際大学 Formerly at the Kibi International University

いる老健の看護職者を対象とした報告はみられなかった (丸山、2013)。

以上のことをふまえ、今後需要が高まることが予測される老健でのターミナルケアに対し、本研究では看取りを実施している老健と、看取りは実施せずに医療機関へ搬送している老健の看護職者のターミナルケアを実践するうえでの困難さの構造を、立場が異なる看護管理者と看護師の両面からとらえ、質的に明らかにすることを目的とした。

I. 用語の定義

「看護職者」とは、看護管理者と看護師をあわせた総称 とし、「看護師」とは、正看護師と准看護師をあわせた総 称として示した。

「困難さ」とは、老健の看護職者が、「ターミナルケアに 携わるなかで、非常にむずかしいと感じること、またター ミナルケアのなかで感じる苦しみや悩み」と定義した。

「ターミナルケア」とは、「死期が確実に近づいて、積極的治療を行わないと決定された利用者に、症状の緩和と利用者および家族の精神的支えを提供するケア(全国老人保健施設協会、2014a)」と定義した。なお、老健における「ターミナルケア加算」とは、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した入所者について、本人またはその家族等の同意を得て、入所者のターミナルケアに係る計画を作成し、医師、看護師、介護職員等が共同して、随時、本人またはその家族への説明を行い、同意を得てターミナルケアが行われていること、が算定条件となっている(厚生労働省、2014a)。また、「ターミナルケア加算」は、定める基準に適合するターミナルケアを受けた入所者が死亡した場合に、死亡日を含めて30日を上限として、老健において行ったターミナルケアを段階的に評価するものである。

「看取り」とは、死期まで見守ることと定義した。

Ⅱ. 方 法

1. 調査対象

A県内の老健83施設中,2013年度までにターミナルケア加算を算定した実績のある75施設から,A県下で1施設のみであった新型老健を含め,看取りを実施している老健と,看取りは実施せずに医療機関へ搬送している老健を,地域性の偏りを避けるために中山間地域と中核市から各3施設選択した。

また、看護管理者と看護師の両面の立場から困難さをとら えるため、これらの6施設の看護管理者と看護師各1名を調 査対象とし、看護師の選定は各施設の看護管理者に依頼した。 なお、老健と新型老健の両方の看護管理者を兼務していた施設が1施設あったため、新型老健を残し、一方の施設を除外した。そのため、分析には新型老健を含む5施設の看護管理者と看護師のデータを用いた。

2. 調査期間

2015年2月~5月。

3. データ収集方法

抽出した施設の看護管理者に電話し、研究の趣旨と匿名 性の保持等の倫理的配慮について口頭で説明し、面接の了 解を得た。その後、施設に赴き施設長または看護管理者に 再度口頭と文書にて説明し、同意書への署名をもって協力 を得た。

ターミナルケアを実践するうえでの困難さに関して、対象者の複雑な思いや困難さを自由に語ることができるよう、質問紙を用いた半構造化面接とした。面接は、各施設においてプライバシーに配慮のできる場所で実施し、面接時間は精神的・業務的負担とならないように1時間程度とした。調査内容は、①対象施設の概要と対象者の属性、②老健における看護職者のターミナルケア実践についての認識、③ターミナルケアにおける取り組みの実際、④老健における看護職者のターミナルケアにおける困難さとした。対象者に承諾を得てICレコーダに録音し、逐語録を作成して分析データとした。

4. 分析方法

(1) 「質的統合法(KJ法)」を適用した根拠

質的統合法(KJ法)は、KJ法創案者である川喜多二郎によって発案され、その後、山浦晴男が長年のKJ法の実践・指導を通して探究した手法である(山浦, 2012)。

本研究は、老健で実践するターミナルケアに関する対象者の複雑な思いや困難さを中心に、混沌とした語りをデータとして、データそれ自体に語らしめるという KJ法 (川喜多、1967)の目的に合致し、ターミナルケアに関する困難さを抽出するには、「事例のもつ個性・独自性を把握しつつ、事例に内在する論理を抽出・発見できる」特徴をもつ質的統合法(KJ法)(山浦、2012)が適していると判断した。分析の手順については以下に示す。

(2) 分析手順

分析は、逐語録をもとに①ラベル作成、②グループ編成、③表札作り、④空間配置図およびストーリーの作成、 ⑤総合分析の順に整理をした。

最終ラベルの関係性を構造化した空間配置図を作成後、 抽出されたそれぞれの最終ラベルに、シンボルマークを付 けた。シンボルマークは内容を凝縮した事柄とエッセンス の 2 重構造で表現し,「シンボルマーク (事柄:エッセンス)」で示した。

(3) 信頼性と妥当性の確保

逐語録から抽出したデータを山浦の『質的統合法(KJ法)』(山浦,2012)の手順によって分析し、分析の信頼性と妥当性を確保するために研究者自身が『質的統合法(KJ法)』の基礎訓練を受け実施した。逐語録からラベルを作成後、そのラベルの意味内容の類似性に着目してグループ化し、集約したラベル全体の意味を一文で表し新たなラベルとした。この作業を繰り返し実施し、最終ラベルを得た。これらの最終ラベルの関係性に着目し、空間配置図を作成後、最終ラベルの内容を端的に表すシンボルマーク(事柄とエッセンス)を示した。ラベルのグループ編成後の空間配置図作成の過程で、KJ法に精通している研究者1名と老年看護学の研究者1名からスーパーバイズを受けた。ラベル作成、グループ編成、空間配置図およびストーリーの作成、総合分析は研究者間で検討、確認、修正を行った。

5. 倫理的配慮

研究対象となる個人の人権の擁護に関して、研究参加への自由意思を尊重し、研究のいかなる段階でも被験者の自由意思に基づき研究を中止することや、同意を撤回することができること、また、研究で得られたデータは、無記名化にて匿名性を保持し、研究終了まで鍵のかかる場所で厳重に保管し、研究目的以外には使用せず、研究終了後は速やかに破棄することを口頭と文書にて説明した。結果の公表に関して、被験者の個人情報が特定されないように記号化し、学会および学術誌上で公表する以外には用いないことを説明し、了解を得た。

なお,本研究は新見公立大学倫理審査委員会の承認(承 認番号:65)を得た。

Ⅲ. 結果

1. 調査対象施設の特徴とターミナルケアに対する取り組み

設置形態や地域特性、ターミナルケアに対する施設の方針については、表1に示した。延命措置の希望などを記す事前指示書を有し、老健でターミナルケアを受け入れて看取りまで実施している老健が3施設、事前指示書は有さずに、看取りは医療機関へ搬送している老健が2施設であった。1施設は新型老健であったが、有床診療所が併設しており、看取りは医療機関へ搬送していた。各施設の職員体制の概要は表2に示した(厚生労働省、2014b)。夜間の看護職の配置体制は、常勤が4施設、夜間に看護職が不在になる施設が1施設であった。

2. 調査対象者の基本属性(表3,表4)

対象者は全員が女性であり、看護管理者の平均年齢は54.0 (±1.9) 歳、看護職としての経験年数は全員25年以上で、現在の老健における勤務年数は10年から25年であった。取得資格は、正看護師資格のほか、介護支援専門員を有する者が3名、社会福祉主事と認知症ケア専門士を有する管理者が1名であった。看護師の平均年齢は47.8(±3.8)歳、看護職としての経験年数は全員15年以上で、現在の老健における勤務年数は3年から17年であった。取得資格は、正看護師が3名、准看護師が2名であった。面接時間は18分~64分(平均40.3分)であった。

3. 看護職者(看護管理者と看護師)のターミナルケアを 実践するうえでの困難さの構成要素

老健で看取りを実施している3施設と看取りを実施していない2施設の看護管理者5名と看護師5名の語りを個別に分析し、最終的に抽出できたラベル〔表札〕総数は500

表 1	対象	施設概要	1)(平成26年度)
TH. 7 =	T 17 47.	THE A SHIPM	ターミナルケア

施設 番号	地域特性	設置形態	施設床数	個室数	平均入所日数 (日)	要介護度 平均	ターミナルケア 加算取得件数 ²⁾ (件)	施設内看取り 件数(件)	ターミナルケア 基本方針	ターミナルケア に関する事前 指示書の有無
1	中山間地	有床診療所 併設	50	26	605	2.7	0	0	施設内でできるところ まで実施し、看取りは 病院へ搬送	無
2	中核市	有床診療所 併設	80	10	523	3.7	5	8	施設内で 看取りまで実施	有
3	中山間地	有床診療所 併設 新型老健	40	1	332	3.7	3	0	施設内でできるところ まで実施し、看取りは 病院へ搬送	無
4	中核市	介護老人福祉 施設併設	100	0	510	3.2	4	4	施設内で 看取りまで実施	有
5	中核市	病院併設	100	14	339	3.6	14	22	施設内で 看取りまで実施	有

[[]注] 1) 施設概要は、厚生労働省介護情報公開システムによる。

²⁾ ターミナルケア加算は、国の算定要件に基づき、死亡日以前30日を上限として算定可能である。 急変による死亡時には、ターミナルケア加算を算定しない場合があることから、施設内看取りの件数とターミナルケア加算の取得件数が異なる。

表 2 対象施設の職員体制 1)(平成26年度)

施設 番号	医師数 (常勤換算人数)	看護職員数 (常勤換算人数)	介護職員 (常勤換算人数)	PT/OT (常勤換算人数)	介護支援専門員 (常勤換算人数)	夜勤平均人数 (看護職・介護職合計)	医師の 夜間体制	看護職員の 夜勤体制
1	0.7	4.6	18.6	1.1	1	3	電話指示 必要時来所	不在時電話指示 必要時来所
2	1.1	7.7	19.8	3	1.4	4	電話指示 必要時来所	夜間常勤
3	0.4	6.3	13	1	0.5	2	電話指示 必要時来所	夜間常勤
4	1.2	10.5	32.2	4.1	2	4	電話指示 必要時来所	夜間常勤
5	2.6	18.6	58	5	2	10	電話指示 必要時来所	夜間常勤

[注] 1) 職員体制は、職員厚生労働省介護情報公開システムによる。

表 3 看護管理者の属性

看護管理者	性別	年齢	取得資格	看護職経験年数(年)	現在の老健における 勤務年数 (年)
CN 1	女	50代前半	正看護師	25	10
CN 2	女	50代後半	正看護師 介護支援専門員	38	19
CN 3	女	50代後半	正看護師 介護支援専門員	36	23
CN 4	女	50代前半	正看護師 介護支援専門員 社会福祉主事 認知症ケア専門士	38	25
CN 5	女	50代前半	正看護師	27	17

表 4 看護師の属性

看護師	性別	年齢	取得資格	看護職経験年数 (年)	現在の老健における 勤務年数(年)
N 1	女	50代前半	正看護師	25	10
N 2	女	40代後半	准看護師	15	14
N 3	女	50代前半	正看護師	32	3
N 4	女	40代後半	准看護師	24	14
N 5	女	40代後半	正看護師	23	12

枚であった。この500枚のラベル〔表札〕をもとにそれぞれ施設別,看護管理者と看護師別に個別分析した結果,最終ラベルとして70のシンボルマークが抽出できた。この70のシンボルマークを用いて個別分析と同様の手順で総合分析を行った結果,7つのシンボルマーク(事柄とエッセンス)に整理できた。表5は,個々の看護職者から抽出した最終ラベルの70のシンボルマークを総合分析によって整理したマトリックス表である。以下,シンボルマーク(事柄)を【】で示す。

この総合分析により得られた7つのシンボルマーク(事柄)は、【1. 医療処置の限界と麻薬使用への不安】【2. 状態変化や胃瘻造設の判断のむずかしさ】【3. 多床室における生と死の共存のむずかしさ】【4. 介護職員の不安と職員の労働負担感の見極めのむずかしさ】【5. 後悔しないターミナルケアを家族とともに築くむずかしさ】【6. 多職種間での協議と経験の積み重ねによるターミナルケアの質の担保】【7. やりがいや喜びにつながるその人らしい自然な看取り】であった。

表 5 看護職者の語りから抽出された最終ラベルのシンボルマークのマトリックス表

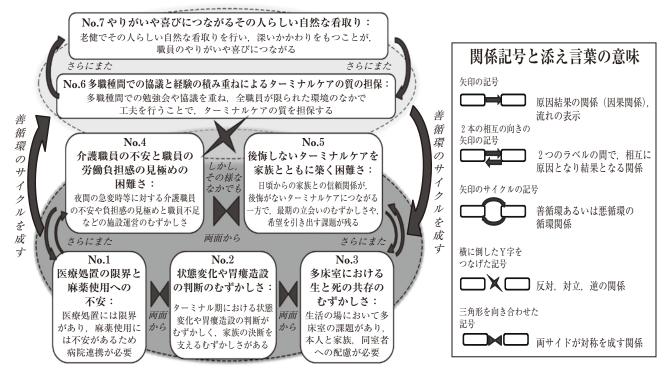
										田哉 w 田 B B B B B B B B B B B B B B B B B B	(N3)		
										心タシ第多タシ 意一ス・戦ース	(N1)		
									H頃からの信頼 関係: 家族との信頼関係を 家族との信頼関係を が、やりがいに つながる (N3)	職ミ究職を法員が:負目な	(CN1)	(事柄:エッセンス) (施設番号) (施設番号) 施している老健 施していない老僧	
(ス)							ターミナルケアへの意見の相違: 必能で最後までなる。 なく、親見の相違がある。 る。	(N3)	看護職としての 満足: ご家族の納得と ご家族の納得と カー: ナルケア (CN3)	看護鞭と介護職 での看取り: 小の看取り: 小窓職員と協働 する看取りの課題	(N2)	シンボルマーク (事柄:エッ+ CN:看護管理者 (施設番号) N:看護師 (施設番号) : 看取りを実施している名 : 看取りを実施していると	
(事柄:エッセン	医明老医きな壊縮健療るい	(N3)					高齢者施設選替 の困難さ: 医療依存度の高 度化に向き合う ための施設選官 のむずかしき	(N1)	希取りへの課題: 高: A 大や家族の希望な力を出せていない課題 いない課題 (N5)	編 織 的 取 り 組 み : み : 組織全体で看取 り ケアにかかわ り たいという思い	(N2)	※ ※ N N N N N N N N N N N N N N N N N N N	
ボルマーク	併携 設: 取設	(N3)					職員が始く よ	(N1)	最悪の対象いの むずかしな: かずかしな: ※ 数の る 報に 行うちばかいや 行うちずかしい	経験加の積み重ね: ね: お: 経験や勉強会の 重ねで、対応で きるようになっ た	(N4)		
終ラベルのシン	麻磨麻用る 弾:薬に	(CN3)			ター::ナルケア への環境整備: 個室の確保と職 員確保	(N3)	職員が始く心理 的困難さ: 夜間や急変時の 負担感や不安感	(N1)	家族との連携: 家族との連携が うまくいくこと が膨離につなが り、喜びとなる (N4)	限られた環境内 での工夫: チーム内での協力	(N2)	看取りの体制機 高: 機後まで老健で 結れる体制の整	(N3)
各施設の看護職者の個別分析から抽出された最終ラ	医療費の限界: 麻薬使用や医療 費の 限界 があ り、病院連携が 必要	(CN1)	高齢者施設か46 へ困嫌な: ターニナンケフ るにおいて、指れ るは断ラインの 多さ	(N1)	生活環境での 死: 死: 生活の賑わいの なかでのターミ ナルケアのむず かしさ	(CN3)	労働負担級の判 断: ターミナルケア と職員の負担感 との見極めがむ ずかしい	(CN3)	代しなに辞り後 章: 章: 章: 歩つくり館でか かわるにとのた ずかしな (N4)	タールナルケア の質の向上: 日々のケアに選 動したターミナ ルケア		ターボナルケア への思い: 出来る限りの老 催ならではの ターボナルケア の振り返り	(N1)
の個別分析から	限りあるを 能つ の の版基本国: 系素の管理やど 着みの対応のウ パケール	(N4)	迷える判断: 医療機関へ搬送 する判断のむず かしさ	(CN3)	居室の課題: 隣の方への配慮 が必要	(CN1)	共 通 理解 と 不 安: 通理解が重要 共通理解が重要 だが、職員は不 依と迷いと怖き を抱えている	(CN3)	連絡時の描らぐ 本国者: を国報: を開発に医師や ※族へ連絡する のむずかしい	多職権協働での ターボナルケ 7: 名談の専門性で 多職種をつなぐ	(CN ₂)	老 健 と して の ターミナルケア 力針: 音でつながず、 積極的治療は実 施しない施設方 針	(CN3)
1設の看護職者	医療処置の限界: 界: 包括医療内での 医療処置には限界がある 昇がある	(N2)	本人の意思確認 と家族の迷い: 胃療護状や症院 胃療療状や症院 験の意思確認と 家族とのやりと り	(N4)	慣れ親しんだ場 所 での死: 多床室でも最後 の過ごし方を尊 重する	(N2)	を構めケーボナルケアへの今後 の課題: を確で行うター ボナルケアへの 不安	(CN1)	て家族と一緒に 有収を: 有家族と一緒に 有収をとの 有収をなめの参 職種による意思 の統一 (N2)	参 基	(CN2)	港館で行うター バ・ナルケアの遊 ル・ナルケアの遊 ル・ウカの人生の 一 瞬 で は ある が、 光館でかか わりをもてた 選	(CN1)
	麻膳宅 第:性は多	(CN2)	施命治療をする かしないかの家 族の決断を支え るむずかしむ: 国療造設に関す るのた方のもず かしさと家族の かしたと参談の	(N2)	多床室で行う ター:ナルケア: 同室者と家族へ の配慮	(N4)	理想と現状との ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	(CN1)	条様への回流と めなる。 かなかる。 からのを ができなった。 が回避ってはい なかったよう。 なかったは でかった、 である。 (CN5)	タヘ 亡 ヘ 日 か	(CN2)	ター:*ナレケア のやりがい: 金糠貝がター: ナルケアを受け 入れていること がやりがいや喜 びとなる	(N2)
	麻薬使用のむず かにな: かの態能と小酸膜 での筋筋上、 薬使用はむずか	(CN4)	予測 しがたい %: 高齢者のター: ・ル時期を判断 するむすかしさ	(N2)	本人と家族の希 撃: 生活空間で最切 生活空間で最切 しては課題が残 る	(CN2)	介護機員の不安 と負担: 死への不安と医 療体制や教育・ 人手不足の現状 による負担	(CN1)	を修における ターミナルケイ にかける起い: にかけるのの 離が今後のター ミナルケイの終 続につながる (CN4)	春の死を勉携 諸週に有弱す	(CN4)	ターミナルケア の真髄: その人らしい姿 で見送ること	(N2)
	格能での包括版 様: ターニナルケア には必要な医療 処置であり問題 連載はない	(CN4)	胃療造設への迷い: い: 胃療造設時の判 所には家族も顕 所には家族も顕 あるといが生じる	(CN4)	多床室で行う者 取りの不安: 他利用者への配 意のむずかしさ	(CN4)	介護職員の不 安: 看取りケアに対 する恐怖や不安	(N ₂)	医師不在時の困	協議と能験の植みに み面ね: 舒たなケーミナ ドケケ への ス ナップ	(CN2)	必能での看収り: り:: 自然な看収りに 精神的な深いか かわりをもり	(CN2)
	衛安條使すり、弾圧さ	(CN2)	ター、ナルケケー における指のぐ、 当所: カーミナルケアを のもののむずかし ミとケーミナル加算 に緊当するという	(CN2)	施設内の多床室 で看収る死: 生と死が共存し 年と死が共存し でいることへの 配慮	(CN2)	今護職の恐怖心 と不安: ター:ナル期の みー:ナル期の 恐怖心や何もで 診砕がいに~の 不安	(CN4)	*** **** ************** *************	クの音で造しまれる	(CN2)	自動物の成り行き 他である痛取りケーク ファッション ター・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	(CN4)
統合した最終ラベル	ター、ナルケアに必要な 医療機関には限界があり、 発生を痛などに対応する。 からの医療用係薬の使用 には不安があり、 むずか して、 一点、 一点、 一点が 取である。		高齢者施設として、予測 しがかの困難をがあり、ラーン・ボル関に対り、ラーン・ルの国に対し、 る状態変化や胃瘻造設の 当期所がウェケーへ、 の決断を大えるウェケー がある。		生活のなかで最期を過ご す場所としては、多体室 の課題があり、本人と家 族、同発者への配慮が必 要である		老権で行うターミナルケアに理想はあるが、夜間の急変時等に対するかが、夜間の急変時等に対するかに の急変時等に対するかに 職員の不安々負担艦。将 支援の無さがあり、職員 の負担態の見極めと職員 不足をとの施設運送のも、まれると、まれると、無しまれる。	9 11-11-511-80-8	家族との細やかな連携を日 切から行い、信頼関係を装 てしたが、などともに係 備がないゲーニナルケアに うながる方で、原即の ないの方すかしまや、医即の 不在時に死の質告を所 不在時に死の質告を所 不在時に死の質告を所 言、本人や業を成るを出る き出せていない課題が残る	多職種間での勉強会や協	を担保することにつながる	老健で出来る限りの事を して、その人らしい自然 な希頂の存在でして。 ものではな深いかかもりを もっことが、職員のやり がいや幕びにつながる	
ンボルマークエッセンス	医療処置には限 界があり、麻薬 使用には不安が あるため病院と の連携が必要		ターミナル間における状態変化や 胃 糠 造 散の 判断がもずかし 、 家族の決断を支えるかずがして、 家族の決断を支えるもずかししさがある		生活の場において多味等の課題 があり、不入と があり、不入と の配慮が必要		後回の急後時等に対する介護職員の不安や負担協の工権を負担を受いし権力と職員の工程を負担機の工権の工権の工権と関連を対し、		日頃からの家族 との信 頼 関 係 が、後値がない ターミナルケフ で、原即の立会 いのちずかしさ や、希望を引き 出す課題が残る	多職種間での他 協会や協議を重わ、主職員が限 られた環境のなって工夫環境のなって工夫を アルー・ターニ ナルケアの質を 担保する		老権でその人の しい自然な看取 りを行い、深い かかわりをもつ ことが、難員の やりがいや専び にしが、難員の	
統合分析のシ事柄	医 医 母 発 を 田 ト の 系 素 め の の の の の の の の の の の り り り り り り り り		状態変化や 判験される 対断のむず かしさ	_	参床室にお ける生と死 の共存のむ ずかしさ		作 で と の の の の の の の の の の の の の の の の の の		後々ケとくさ悔ートととくさし…をとれずいなけ家のがいかいかいかいかいかいないないないないないないないないないないないないないない	多の の の の の の の の が の の が の の の の の の の の の の の の の		やりがいや 感びにつな がるその人 らしい自然 な看限り	
No.	-		23		ಣ		4		rc	9		I -	

これらのシンボルマークは、見取りの実施の有無にかか わらず抽出された。また、どのシンボルマークに関して も、看護管理者と看護師の両者から抽出でき、立場の異な る看護職間で困難さに違いは見出せなかった。しかし、抽 出されたシンボルマークを、看取りを実施している施設と 実施していない施設で比較すると、【5.後悔しないター ミナルケアを家族とともに築くむずかしさ】は10対2で あった。同様に、【6. 多職種間での協議と経験の積み重 ねによるターミナルケアの質の担保】は、11対3であっ た。一方、【4. 介護職員の不安と職員の労働負担感の見 極めのむずかしさ】は、2対9であった。さらに、新型老 健である1施設では、看取りは併設の医療機関(有床診療 所)へ搬送していたことから、【1. 医療処置の限界と麻 薬使用への不安】として麻薬鎮痛剤の使用には躊躇があ り、老健でどこまで医療的処置ができるのかわからないこ と、【2. 状態変化や胃瘻造設の判断のむずかしさ】とし て、医療機関へ搬送する判断のむずかしさが抽出された。 また.【3. 多床室における生と死の共存のむずかしさ】 として、生活の賑わいのなかでのターミナルケアのむずか しさや個室の確保が困難な現状は他の従来型老健と同様で あった。【4. 介護職員の不安と職員の労働負担感の見極 めのむずかしさ】は、職員は不安と迷いと怖さを抱えてい ることや、職員の労働負担感の見極めがむずかしいこと、 職員内で意見の相違があることが抽出された。

4. 看護職者(看護管理者と看護師)のターミナルケアを 実践するうえでの困難さの構造

次に、総合分析で得た7つのシンボルマークの構造をみるために空間配置図を作成した(図1)。この7つのシンボルマークは、5つの困難さと、困難さがありながらも老健でのターミナルケアに取り組んでいこうとする2つの決意から構成された。

老健の看護職者がターミナルケアを実践するうえでの困 難さの構造として,病院とは異なる【医療処置の限界と麻 薬使用への不安】を抱くとともに、高齢者の特徴である予 測しがたい【状態変化や胃瘻造設の判断のむずかしさ】が 抽出された。また、他の入所者との生活の場である老健で の看取りケアとして最期を迎える【多床室における生と死 の共存のむずかしさ】が生じていた。さらに、老健の特性 からくる【介護職員の不安と職員の労働負担感の見極めの むずかしさ】を抱いていた。加えて、夜間や休日に医師が 不在となる施設運営上、医師が来るまで死の宣告ができな いつらさや最期の立会いのむずかしさ、本人と家族の希望 を引き出すことに課題が残るなど【後悔しないターミナル ケアを家族とともに築くむずかしさ】を語っていた。それ とともに、これら5つの困難さは相互に影響しあってい た。しかし一方で、抽出された困難さに対し、多職種間で の勉強会や協議を重ね、困難さがありながらも全職員が限 られた環境のなかで工夫を行うことで、【多職種間での協



(総ラベル数:500枚. 個別分析から抽出された最終ラベルの合計数70枚)

図1 老健の看護職者がターミナルケアを実践する上での困難さとその構造の全体像(総合分析)

議と経験の積み重ねによるターミナルケアの質の担保】に 努め、老健でのターミナルケアに体験としてかかわりをも つことで、【やりがいや喜びにつながるその人らしい自然 な看取り】としてよりよいターミナルケアを構築していこ うとする決意へと善循環のサイクルを成していた。

Ⅳ. 考 察

老健の看護職者がターミナルケアを実践するうえでの困難さとその構造は、5つの困難さと、困難さがありながらも老健でのターミナルケアに取り組んでいこうとする前向きな姿勢から生じる2つの決意で構成されていた。また、これらの困難さは、老健でのターミナルケアの質を規定する構成要素となり、看取りのサイクルに影響していた。以下、詳細について考察していく。

1. 看護職者(看護管理者と看護師)がターミナルケアを 実践するうえでの困難さ

看護職者(看護管理者と看護師)がターミナルケアを実 践するうえでの5つの困難さである【医療処置の限界と麻 薬使用への不安」は、施設内における看取りの実施にかか わらず、すべての施設から抽出された。このことは、医療 機関や特養と異なる老健の特性として、一部規定の緊急時 治療や特定治療以外の日常的な投薬、酸素吸入などの医療 費には保険請求が認められず、施設サービス費に包括され ることから生じる困難さであると考える。さらに、他科受 診の際には医療機関で算定できない項目の制約があり、そ の費用を老健が負担することに加え、併設の医療機関への 受診では、初診料や再診料・外来診療等が算定できないな どの制約も存在する(全国老人保健施設協会, 2014b)。そ のため、老健で医療処置を実施する際には、経済的負担と 施設運営との兼ね合いを熟考する必要がある。それゆえ に,看護職者は医療者としての自己の思いと老健で実施可 能な医療の現状に対し苦境に立たされていた。これらの複 雑な医療保険請求のしくみが、老健でのターミナルケアを 実践するうえで、看護職者が医療処置の限界ととらえるこ とに影響したと考える。本研究の結果、とくに、看取りを 実施していない施設の看護管理者・看護師が、老健での医 療処置の限界に直面し、困難さを有していることが明らか となった。しかし、看取りを実施している施設の看護管理 者・看護師は、老健特有の医療保険請求の制約があるなか でも、ターミナルケアに必要なこととして認識しており、 入所者の安楽のために実施する補液や酸素投与の準備に関 し、施設長や事務長との協議を重ねて善処していた。

また, 医療処置のなかでも麻薬の使用に関する不安は, 看取りの実施の有無にかかわらず, 新型老健を含むすべて の施設から抽出されたが、麻薬の使用経験はなかった。老 健ではターミナルケアに介護職もかかわることや、認知症高 齢者も多く療養しているため、管理や配薬時に厳重な注意 が必要となる。そのため、老健の看護管理者・看護師とも に、麻薬の管理方法に不安を抱いており、老健の麻薬使用 に困難さを感じていた。先行研究においても、老健の医療 処置に限界があることを報告している(原ら、2010;草場、 2008)。しかし、これらの先行研究では、看護職者が行う老 健の医療処置として、疼痛の緩和やコントロールを実施し ていると表現されているに留まり、麻薬使用の現状や不安 に関する具体的な内容の明記は明らかとされていなかった。

「医療用麻薬適正使用ガイダンス」によると、自宅以外 の療養場所における麻薬の管理について、介護施設があげ られており (厚生労働省, 2012), 老健であっても, 医療 用麻薬の保管・管理は基本的に自宅と同様と認められてい る。加えて、職員が他の利用者の薬剤と混同しないよう氏 名を記すなど適切に管理し、本人が痛みを訴える場合には 速やかにレスキュー・ドーズを服用させることができる介 護環境づくりを指導する必要があると明記されている。一 方で、老健に対する薬剤師配置は実情に応じた適当数とさ れているが、通達では定員300人に対して1名以上の薬剤 師配置を標準としており (厚生労働省, 2000), 本研究に おいて薬剤師を配置している施設はなかった。実質、病院 併設型以外の老健や小規模施設では、薬剤師が不在の老健 が多数存在する。このような現状において、麻薬の使用や 管理に対し看護職者の責任や不安は増強することが推察で きる。よって、老健の看護職者は、医療の専門職として正 しく情報を認識し、適切な対応ができるように医師や施設 長、介護職者、地域の薬剤師などとの研修や協働をはかっ てくことが必要であろう。

【状態変化や胃瘻造設の判断のむずかしさ】では、ターミナル期の状態変化の判断のむずかしさ、延命治療につながる胃瘻造設を判断するむずかしさ、胃瘻造設に関する家族への伝え方などの判断のむずかしさを感じていた。医療処置を強化している新型老健からも、医療機関へ搬送する判断のむずかしさが抽出されており、看取りの実施の有無や新型・従来型にかかわらず、共通する困難さであることが推察できた。高齢者はさまざまな慢性疾患をもち、長い年月をかけて身体機能が低下した状態である一方で、時には急激な変化を伴うなど状態の変化が著しい。そのため、ターミナル期の状態変化を予測し、判断することはむずかしく、延命治療にもつながる胃瘻造設の判断をするむずかしさや、胃瘻造設をするか否かを家族へ伝える判断のむずかしさにつながったと考える。

また、ターミナルケアが必要となる判断基準の1つである経口摂取が困難になってきた状態において、胃瘻を造設

するか否かの決断に対し、家族も職員も迷いが生じると語 られていたように、入所者本人の認知機能の低下や、家族 機能の弱体化により、家族や代理人との合意形成の困難さ が生じていると考えられる。さらに、老健での生活を身近 で支援してきた深いかかわりによって、利用者本人に対す る看護職者の思い入れが強くなり、看護職者として中立的 な立場が揺らぐ状況もあるなど、家族へ伝える判断のむず かしさを有していた。このようななか、看取りを実施して いる老健では、ターミナルケアに関する事前指示書を有し、 家族へ詳細な説明を行っていた。胃瘻造設を代理意思決定 した家族への看護支援に関する先行研究においても、家族 が胃瘻の必要性を認識し受け入れるための支援を行うこと や、家族の意思を尊重してかかわっていく必要性が報告さ れている (加々美ら, 2015)。よって、老健の看護職者は、 医療の専門職として中立的な対場に立ち、本人と家族に寄 り添いながら支援していくために、適切な知識の提供と医 療ケアチームでの協議を重ねていくことが重要である。

【多床室における生と死の共存のむずかしさ】は、施設 が保有する個室の有無や看取りの実施にかかわらず抽出さ れた。さらに、医療措置を強化した新型老健においても、 生活の賑わいのなかでのターミナルケアのむずかしさや個 室の確保が困難な現状は、他の従来型老健と同様であっ た。老健では、個室を有していても生活の場としての個室 であるがゆえに、病院のようにターミナルケアのための頻 繁な部屋替えを行うことがむずかしい。また、経営上、空 き室は少なく、個室であっても共有リビングに面したユ ニット型であることなどから、生活者と同じ空間でターミ ナル期を過ごすこととなる。老健の多床室で行うターミナ ルケアは、活気あふれる生活場面のなかに医療的な空間が 生じることの違和感と, 臨終に至るまでの時間を家族が静 かに見送るための場所を提供することの困難さを表わして いた。また、個室利用時には、個室利用料として入所者に かかる経済的負担が多大となることも影響していると推察 する。さらに、本研究では、多床室の課題として、看護職 者が同室者へ真実を伝えるべきか否か躊躇していることが うかがえ、老健の特性として他利用者への配慮にも課題が あることが示された。一方で、看取りを実施している老健 の看護管理者からは、ターミナル期もこれまでの生活と同 様のかかわりを続けていることが語られており、老健にお いても、死は生活の場のなかでの自然なこととして、他利 用者も一緒に他者のお見送りをするという受入れ方もある ということが示唆された。

【介護職員の不安と職員の労働負担感の見極めのむずかしさ】は、看護管理者,看護職者からともに抽出されたが、看取りを実施していない施設の看護職者から多く抽出された。このことは、看取りを実施していないことにより、介

護職員が、看取りに至るまでのターミナルケアの経験や死 に直面した経験が少ないためと考える。老健の職員配置は、 常勤換算法にて、医師は入所者数を100で除した数以上、 看護・介護職員は入所者数を3またはその端数を増すごと に1人以上とし、その総数の2/7程度を看護職員(准看 護師含む), 5/7程度を介護職員とすること, が標準と されている (厚生労働省, 1999)。これは, 入所者100人に 対し, 医師1人以上, 看護職員10人以上 (新型老健では18 人),介護職員24人(新型老健では18人)以上となる。この ように、生活の介護を主とする介護職員が多数となる施設 において、ターミナルケアにおける介護職の不安は大きい。 このことは、介護職者は、人の死や看取りに対する漠然と した不安や怖さ, 嫌悪感, 利用者の衰えや苦痛を目の当た りにして感じるつらさ、どうすればよいかわからない戸惑 いなど揺らぐ体験をしているとの報告(小野・原, 2011) と同様であり、特養など他の介護保険施設の研究において も課題とされていることであった(仁科・小林, 2015)。と くに、 看取りを実施していない老健では、 経験していない がゆえに具体的にイメージができないことに加えて、看取 りに至るまでのターミナルケアを対症療法的に成り行きで 実施していた。そのため、職員の心意気が統一されていな いことが語られていた。さらに、日々のケアの多忙さに加 え, 最期の看取りケアは医療機関へ委ねることから, 職員 には労働負担感や虚無感が蓄積されていた。このように、 成り行きで行っていたターミナルケアでは、振り返りがで きていないことにより、経験知が蓄積されず、ターミナル ケアを実践するうえでの困難さにつながっていたと推察さ れる。また、この困難さは新型老健においても抽出された。 これらのことから、今後、医療的なケアをより重点的に行 い、看取りまでの対応を期待されている新型老健の取り組 むべき課題といえる。よって、看護管理者は、職員が抱え る労働負担感を見極めながら、労働環境の整備や職員のス トレス対策を適切に講じていくことが必要不可欠であると 考える。そのために看護管理者は、リーダーシップをとり ながら実施したターミナルケアを全職員で振り返り,心意 気の統一をはかっていくことが重要であろう。看取りを実 施していた老健では、実施するターミナルケアについて職 員全員の認識や不安な思いを確認していた。看取りを実施 していない老健でも、今後老健での看取りを引き受けてい くことが増加すると考えられ、職員のターミナルケアに対 する意識調査やターミナルケアの実践についての勉強会や 研修を通じ、多職種で協働していくことが必須であると考 える。また、今回看取りを実施していない老健は、2施設 とも中山間地域であった。このことから、医療機関の少な さや, 医師や看護師, 介護職員不足といった中山間地域が 抱える地域特性、過疎地域における少子高齢化による家族 介護力の低下なども、老健のターミナルケアを実践するう えでの困難さに影響を与えていることが推察される。

【後悔しないターミナルケアを家族とともに築くむずか しさ】は、家族の希望を引き出すことができていないむず かしさ、家族が望むような最期の立ち会いを行うむずかし さに加えて、医師の不在時にご家族に死の宣告ができない つらさがあることなどが示されており、 看取りを実施して いる施設から多く抽出された。このことは、看取りを実施 している施設の看護職者のよりよい看取りを実施したいと いう探求心からくるものであると考える。家族が望むよう な最期の立ち会いのむずかしさは、高齢者の状態変化の予 測がむずかしいことや、家族が遠方であること、「連絡は 何かあったときでかまわない」といったような本人と家族 の疎遠な関係性が影響していることも考えられる。そのな かで、看取りを実施している老健では、ターミナルケアに 関する事前指示書を有し、看護管理者、看護職者ともに、 家族が臨終に間に合い、後悔のない最期の立会いが実施で きるように早めに連絡を入れる等、尽力している姿があっ た。Murray, McDonald, & Atkin (2015) は、終末期には対 象者の個別性を重視し、ニーズに合ったケアやコミュニ ケーションをとることの重要性を提示している。今後、高 齢者が急増する社会において、老健でもこのような多様な 家族関係を有する状況が増加することが考えられ. これら の支援対策として、看護職者が利用者の家族や支援者と細 やかなかかわりをもつことが重要であると考える。また. 施設の規模によっては、夜間や休日に医師が不在となる老 健も存在し、臨終の際、医師が来るまで家族へ死の宣告が できない状況がある。後悔しないターミナルケアの実践の ためには、医療機関とは異なる施設の特性を入所時からて いねいに家族に説明すると同時に、日々のケアにおける細 やかな変化を家族に報告することが重要であろう。そして、 医師が到着するまでの間、看護職者は死の宣告はできない までも,本人と家族を労い,安らかな最期の時となるよう, 支援することが求められる。看護職者の関係構築機能は. 重要なケア機能であり、看護師が誠実な態度で何度もかか わることによって本人や家族から信頼され、真の意向を引 き出すことができる(松村,2001)。老健の看護職者にも 同様の関係構築機能のケア機能が必要なことが考えられ. 看護職者は, 誠実な態度で本人と家族, または家族と職員 の関係を紡ぎながらともにかかわり続けることにより、後 悔しないターミナルケアの実践が可能となるであろう。

2. 看護職者(看護管理者と看護師)がターミナルケアに取り組んでいこうとする決意

本研究でターミナルケアを実施する困難さを分析した結果, 前述した困難さがありながらも全施設から, 老健での

ターミナルケアに前向きに取り組んでいこうとする,【多職 種間での協議と経験の積み重ねによるターミナルケアの質 の担保】と【やりがいや喜びにつながるその人らしい自然 な看取り】の2つの決意が示された。老健は、医師や看護 職、介護職、リハビリ職、介護支援専門員、相談職、栄養 士といった多職種が連携して高齢者の自立を支援するため に、医学的管理のもと、看護・介護といったケアはもとよ り、リハビリテーション、栄養管理や入浴などの日常サー ビスまであわせて提供できる施設である。このような老健 において、看取りとは、日ごろのケアの延長線上にあり、 困難さがありながらも日々のケアを通じて全職員の心意気 を統一し、実施するものであった。小野・原(2011)は、 日常生活の直接ケアに携わる看護職や介護職だけではな く、かかわるすべての職種がキャッチした入所者・家族の 気持ちや思いをチームで話し、すりあわせることで、納得 する合意形成を目指すことにつながるのではないかと報告 している。本研究でも、看取りを始める前には看護管理者 が中心となり職員に勉強会を実施していたことが語られて おり、看取りを実施した当初は恐怖心が強かった介護職も, 勉強会で知識をつけ、看取りを経験することで自分たちの 役割のなかにターミナルケアが存在するのだ、ということ を受け入れていた。このように、ターミナルケアに対する 困難さを乗り越えた体験が経験知となり、これらの蓄積が ターミナルケアの質の担保につながることが示された。

また、同様に抽出された【やりがいや喜びにつながるそ の人らしい自然な看取り】は、老健でできる限りの自然な 看取りを行うことで、その人らしい最期を支えられたこと が、家族からの感謝につながり、このことが職員のやりが いや喜びとなることを意味していた。さらに、老健で看取 りを実践して間違いはなかったのだと全職員で再確認し、 そのときの困難さや課題を、次のターミナルケアへと継続 し、善循環のサイクルを成していることが示唆された。大 西(2009)は、看護師による死から逃げる態度から死から 逃げない態度への変容には、肯定的な気づきが関係してお り、臨床での経験、教育的な働きかけの享受経験、ライフ ヒストリーの経験によって促されることを明らかにしてい る。本研究の結果、老健の看護職者は、老健での看取りは 老衰に近い自然な看取りとしてとらえており、 看護職者 は、本人や家族と精神的な深いかかわりをもち、在宅での 看取りと同じようなターミナルケアを老健でも行い、その 人らしい姿で見送ることで、老健ならではのターミナルケ アに対してやりがいや喜びを抱くことにつながったと考え る。このように、老健でのターミナルケアの実践において も、看護職者はもとより職員全員が、やりがいや喜びを経 験し、肯定的な意味づけができることが、ターミナルケア の質の向上に寄与していくであろう。

袖井 (2012) は、『人生の質』や『生活の質』 (quality of life: QOL) があるように、死が間近に迫ったときには、安 らかな死を求める QOD (quality of death/dying), 『死の質』 の実現をはかることが必要であると述べている。老健での ターミナルケアにおいても、高齢者の特性に配慮した過少 でも過剰でもない適切な医療、および残された期間の『生 活の質』(QOL) を大切にしながら日々のケアに活かすこ とで、『死の質』(QOD) を高めることができるだろう。 このように、『生活の質』(QOL)を支えながら『死の質』 (QOD) を高めるターミナルケアは、看護職者にとって永 遠の課題であり、看護の真髄であると考える。今回、老健 の看護職者が、おのおのの施設の実状においてターミナル ケアを実践するうえでの困難さに直面しながらも、死から 逃げない態度で実践したことが、【多職種間での協議と経 験の積み重ねによるターミナルケアの質の担保】と【やり がいや喜びにつながるその人らしい自然な看取り】の善循 環をもたらしたと考える。

これらのことから、老健のターミナルケアの実践には、施設内での看取りの実施にかかわらず、老健でできる限りのターミナルケアを多職種で模索しながら経験知を積み重ね、老健での『死の質』すなわち『看取りの質』を高めることに向き合うことが重要であることが示された。そのためには、その方の生活の延長線上に存在する看取りまでを意識し、日々のケアが充実したものとなるよう、看護職者が、介護職者とともに協働していく必要がある。さらに、看護管理者がリーダーシップをとりながら老健におけるターミナルケアを全職員で共通認識し、困難さに対処するための知識や方法を習得できるための教育環境の整備を行う必要性が示唆された。

V. 結 論

老健の看護職者がターミナルケアを実践するうえでの困難さの構造は、病院とは異なる【医療処置の限界と麻薬使用への不安】を抱くとともに、高齢者の特徴である予測しがたい【状態変化や胃瘻造設の判断のむずかしさ】が抽出された。また、他の入所者との生活の場である老健での看取りケアとして最期を迎える【多床室における生と死の共存のむずかしさ】が生じていた。さらに、老健の特性からくる【介護職員の不安と職員の労働負担感の見極めのむずかしさ】を抱いていた。加えて、夜間や休日に医師が不在となる施設運営上、医師が来るまで死の宣告ができないつらさや最期の立会いのむずかしさ、本人と家族の希望を引き出すことに課題が残るなど【後悔しないターミナルケアを家族とともに築くむずかしさ】を語っていた。それとともに、これら5つの困難さは相互に影響しあっていた。し

かし一方で、抽出された困難さに対し、多職種間での勉強会や協議を重ね、困難さがありながらも全職員が限られた環境のなかで工夫を行うことで、【多職種間での協議と経験の積み重ねによるターミナルケアの質の担保】に努め、老健でのターミナルケアに精神的な深いかかわりをもつことで、【やりがいや喜びにつながるその人らしい自然な看取り】として、さらによりよいターミナルケアを構築していこうとする決意への善循環のサイクルを成していた。

また、どのシンボルマークに関しても、看護管理者と看護師の両者から抽出され、立場の異なる看護職間で困難さに違いは見出せなかった。

看取りを実施している施設では、【後悔しないターミナルケアを家族とともに築くむずかしさ】【多職種間での協議と経験の積み重ねによるターミナルケアの質の担保】において、困難さを示す内容が具体的に多く抽出された。一方、看取りを実施していない施設では、【介護職員の不安と職員の労働負担感の見極めのむずかしさ】の困難さを示す内容が、具体的に多く抽出された。

VI. 研究の限界

本研究はA県内の5施設の10名の看護職者を対象として、聞き取り調査を行った研究であり限定された結果である。また、本調査では新型老健は1施設であったが、有床診療所に併設しており、看取りは実施していなかった。よって、老健の施設特性や地域性に着目し、対象を拡大したさらなる研究への取り組みが必要である。

謝 辞

本研究にあたり、ご多忙のなか、調査にご協力下さり貴重な体験を語って下さいました老健の看護管理者、看護師の皆さま、分析過程においてご指導いただきました情報工房代表、千葉大学大学院看護学研究科山浦晴男先生、吉備国際大学の先生方に心よりお礼申し上げます。

本研究は、2015年度吉備国際大学大学院に提出した修士 論文の一部に加筆・修正を加えたものであり、本論文の一 部は、日本看護研究学会中国・四国地方会第29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。

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】介護老人保健施設(以下,老健)の看護職者がターミナルケアを実践するうえでの困難さの構造を明らかにすることを目的とした。

【方法】①対象: O県内 6 施設の看護管理者と看護師各1名, ②期間: 2015年2月~5月, ③分析: 半構造化面接(約1時間)で得たデータを, 質的統合法(KJ法)により分析した。

【結果】〈医療処置の限界と麻薬使用への不安〉〈状態変化や胃瘻造設の判断のむずかしさ〉〈多床室における生と死の共存のむずかしさ〉〈介護職員の不安と職員の労働負担感の見極めのむずかしさ〉〈後悔しないターミナルケアを家族とともに築くむずかしさ〉〈多職種間での協議と経験の積み重ねによるターミナルケアの質の担保〉〈やりがいや喜びにつながるその人らしい自然な看取り〉で構成された。

【考察】老健の看護職者は、困難さがありながらもさらによりよいターミナルケアの構築に取り組む構造が明らかとなり、多職種間での協議や経験を積み重ねていく重要性が示唆された。

Abstract

[Purpose] To clarify the challenges that nurses face in practicing terminal care in geriatric health service facilities (GHSF). [Methods] 1) Participant: One nurse manager and one nurse from each of the six institutions from O Prefecture participated in the study. 2) Period: February 2015 to May 2015. 3) Analysis Method: We conducted an interview with each subject for approximately 40 minutes using a semi-structured questionnaire, and analysis was subsequently performed using qualitative synthesis (KJ method).

[Results] Seven symbol marks were extracted as follows: "Limitations of medical treatment and anxiety about drug use", "Challenges in determinations related to state change or gastrostomy", "Challenges concerning coexistence of life and death in multi-bed room", "Challenges in judging anxiety of nursing care staff and labor burden of staff member", "Challenges in building non-regrettable terminal care with family", "Quality assurance of terminal care through multidisciplinary consultation and accumulated experience", and "Natural caregiving leading to a sense of satisfaction and gratification".

[Discussion] Nurses are required to utilize relationship building function among the multidisciplinary team, create an environment for education, and in particular, create awareness of terminal care in day-to-day-care among care workers.

文 献

- 原 祥子,小野光美,大畑政子,岩郷しのぶ,沼本教子 (2010). 介護老人保健施設におけるケアスタッフの看取りへのかかわりと揺らぎ.日本看護研究学会雑誌,33(1),141-149.
- 加々美莉帆, 徳永友里, 小山ひろ子, 渡邊桂子, 古江和美, 千葉由 美 (2015). 高齢者の胃瘻造設を代理意思決定した家族に対し て看護師が行っている支援. 横浜看護学雑誌, 8(1), 20-27.
- 川喜多二郎 (1967). 発想法: 創造性開発のために、東京: 中央公 論新社.
- 小林尚司 (2012). 介護保険施設における高齢者の看取りに関する 文献検討. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7(1), 65-75.
- 厚生労働省 (1999). 介護保険法「介護老人保健施設の人員,施設及び設備並びに運営に関する基準」(平成十一年厚生省令第四十号). http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=411M50000100040&openerCode=1 (検索日2018年1月18日)
- 厚生労働省 (2000). 介護老人保健施設の人員,施設及び設備並び に運営に関する基準について. 老企第四四号,厚生省老人保 健福祉局企画課長通知. http://www.city.hiroshima.lg.jp/www/ contents/1283159688079/simple/common/other/4cad9841018.pdf (検索日2018年1月18日)
- 厚生労働省 (2011). 介護療養型医療施設・介護療養型老人保健施設の基準・報酬について. 第84回社会保障審議会(介護給付費分科会)資料. http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uuqn-att/2r9852000001uutw.pdf (検索日2014年12月5日)

- 厚生労働省 (2012). 医療用麻薬適正使用ガイダンス. http://www.mhlw.go.jp/bunya/iyakuhin/yakubuturanyou/other/iryo_tekisei_guide.html (検索日2015年12月25日)
- 厚生労働省 (2013). 公的介護保険制度の現状と今後の役割. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Rouken kyoku/000080254.pdf (検索日2015年11月1日)
- 厚生労働省 (2014a). 平成27年度介護報酬改定に向けて (介護老人保健施設,介護療養型医療施設について). 第105回社会保障審議会 (介護給付費分科会) 資料. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000053838.pdf (検索日2014年12月5日)
- 厚生労働省 (2014b). 介護事業所・生活関連情報検索介護サービス情報公表システム. http://www.kaigokensaku.jp (検索日2015年6月11日)
- 草場美千子 (2008). 2006介護老人福祉施設 (特養)・介護老人保 健施設 (老健) における看取りの現状. 日本看護学会論文集 (地域看護), 38, 118-120.
- 丸山純子 (2013). 介護老人保健施設の看取りに対する看護職者の関わりと課題:過去13年間の関連文献のレビューから. インターナショナル Nursing Care Research, 12(4), 125-135.
- 松村ちづか (2001). 熟練訪問看護者の判断内容から導かれる終末 期療養者の自己決定を実現するためのケア機能:終末期在宅 療養者の自己決定と家族の意向が不一致な状況から. 順天堂 医療短期大学紀要, 12, 66-76.
- Murray, C.D., McDonald, C., and Atkin, H. (2015). The communication experiences of patients with palliative care needs: A systematic

- review and meta-synthesis of qualitative findings. *Palliative & Supportive Care*, 13(2), 369-383.
- 内閣府 (2014). 平成28年版高齢社会白書:第1章「高齢化の状況」. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2016/zenbun/pdf/ 1s1s_1.pdf (検索日2017年4月1日)
- 仁科聖子, 小林貴子 (2015). 介護保険施設における看取りに関わる 看護職と介護職との連携. 日本在宅看護学会誌, 4(1), 167-175.
- 小野光美,原 祥子 (2011). 老健における看取りケアに携わる介護職者の体験. 島根大学医学部紀要, 34, 7-16.
- 小野光美,原 祥子 (2014). 介護老人保健施設の看取りにおいて 専門職が提供するケアと多職種連携の実態. 島根大学医学部 紀要, 37, 9-25.
- 大西奈保子 (2009). ターミナルケアに携わる看護師の"肯定的な 気づき"と態度変容過程. 日本看護科学会誌, 29(3), 34-42.
- 清水みどり (2005). 介護老人保健施設での死の看取りを可能にする要因の考察: 看護管理者へのインタビューから. 新潟青陵大学紀要, 5, 347-358.
- 袖井孝子 (2012). 高齢者の終末期ケア: QOLから QODへ. 生活 福祉研究, 80, 1-10.
- 総務省 (2016). e-Stat政府統計の総合窓口. https://www.e-stat. go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&tstat=0000010 28897&cycle=7&year=20160&month=0&tclass1=000001053 058&tclass2=000001053061&tclass3=000001053065&result_ back=1&second2=1 (検索日2018年1月18日)

- 山浦晴男 (2012). 質的統合法入門:考え方と手順. iv, 東京:医 学書院
- 全国老人保健施設協会 (2012a). 介護老人保健施設が持つ多機能の一環としての看取りのあり方に関する調査研究事業報告書. 平成23年度老人保健事業推進費等補助金 (老人保健健康増進等事業分)報告. http://www.roken.or.jp/wp/wp-content/uploads/2012/07/3e7f98e5ec0c763ac53e011cb8a8ea76.pdf (検索日2015年1月18日)
- 全国老人保健施設協会 (2012b). 運営規程等:介護老人保健施設 における看取りのガイドライン. http://www.roken.or.jp/wp/ info/regulation (検索日2015年1月18日)
- 全国老人保健施設協会 (2014a). 平成26年度版介護白書:老健施設の立場から. 175, 東京:オフィスTM.
- 全国老人保健施設協会 (2014b). 介護老人保健施設他科受診の手引き. 東京: 社会保険研究所.

「平成29年1月16日受 付] 「平成29年9月28日採用決定」

-原 著-

看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー, 専門職的自律性との関連

Relationship Between Nurses' Communication Skills and Their Self-Efficacy and Professional Autonomy

中 谷 章 子¹⁾ 森 千 鶴²⁾ Shoko Nakatani Chizuru Mori

キーワード:看護師、コミュニケーションスキル、セルフエフィカシー、専門職的自律性

Key Words: nurses, communication skills, self-efficacy, professional autonomy

緒 言

C.W. Mills (1963/1971) は、①安定した社会状況においては、行動に至る動機は他者にも理解されやすく安定していること、②他者とのコミュニケーションで自らの発した言語のうちには、それを語る者の動機が含まれており、言語によって将来の行動が示されることから、相手はその言葉を受けとめられる、ということを論じた。一方、Bandura (1977) は社会認知理論において、行動の先行要因としての自らの効力に関する期待について、セルフエフィカシーという概念を提唱した。この2つの過去の偉大な研究成果より、安定した社会状況での他者とのコミュニケーションにおいては、個人の発する語彙に含有された動機と、個人の認知としてのセルフエフィカシーが、コミュニケーションを通した行動の一連に存在していることが導き出される。

これを看護実践に置き換えると、看護師のうちにセルフエフィカシーが内在し、看護師としてのコミュニケーションの中に動機が含まれているということになる。看護師の看護実践における専門職としての動機は看護の目的に始まるのであるが、看護の目的は看護師が自らの看護実践を通して達成しようとしているもののことで、看護対象が抱える何らかの不足や妨げられているもの、疾患に関連した諸問題の解決へ向けて、対象の健康と福祉を増進し、よく生きられるようにするところにある(野島、1984; Wiedenbach、1964/1984)。また、看護師のコミュニケーションにおいて、コミュニケーションスキルは看護実践の基礎力であり、その向上は看護の質の向上を導く(Wiedenbach、1964/1984; Wiedenbach & Falls、1978/2007)。それをもって看護実践力が習得され、看護対象や協働する者との間の社会的相互作用も促進される(King、

1981/1985)。対人援助が職務の中心である看護師にとって コミュニケーションスキルは欠くことのできない重要な 技能であるので (Wiedenbach, 1964/1984; Wiedenbach & Falls, 1978/2007), このスキルを身につけることは必須で ある。コミュニケーションは、あらゆる生命システム、個 人あるいは組織の存在,成長,変化ならびに行動の土台を なす力動的プロセスであると定義され (Cherry, 1978), 集 団間のみならず個人間においても、相互作用をもたらし情 報処理プロセスには欠かせない。さらに、コミュニケー ションには文脈があり相互作用が生じることから、その主 体の内外で影響を及ぼすような力動的変化が、個人内にお いてももたらされるのである (King, 1981/1985)。看護師 個人内における省察や分析的思考を内包した看護実践のプ ロセスによって、看護師の専門職としてのコミュニケー ションが展開され(楠見・道田, 2015), 文脈と相互作用 に伴う認知的処理や感情調節も含めた一連のプロセスとし て表される (伊藤, 2014)。このような看護師のコミュニ ケーションスキルについて中谷・井田 (2015) は、患者と その家族に対するスキルと看護スタッフに対するスキルと いう観点から尺度を作成した。2つの尺度では、職務中の 看護師のコミュニケーション対象を看護スタッフまたは 患者とその家族と想定した。対看護スタッフ看護コミュ ニケーションスキル尺度は、「スタッフ理解スキル」 3項 目,「スタッフ配慮スキル」3項目,「職務遂行スキル」3 項目,「状況共有スキル」3項目,「表現力スキル」3項目 の5因子15項目からなり、看護スタッフに対する看護師の コミュニケーションスキルを測定する尺度である。スタッ フ理解スキルの質問項目は「私は困っているスタッフに対 し、何が問題なのか尋ねている」、スタッフ配慮スキルは 「私は勤務中にイライラしてもスタッフに気づかれないよ うにしている」、職務遂行スキルは「私は自分の気持ちを

¹⁾ 筑波大学大学院人間総合科学研究科 Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba

²⁾ 筑波大学医学医療系 Faculty of Medicine, University of Tsukuba

素直にスタッフに伝えている」、状況共有スキルは「私は 必要時、すぐにスタッフに相談している」、表現力スキル は「私はスタッフに笑顔で接している」などから構成され ている。対患者・家族看護コミュニケーションスキル尺度 は「信頼形成スキル」12項目、「支援形成スキル」9項目 の2因子21項目からなり、患者やその家族に対する看護師 のコミュニケーションスキルを測定する尺度である。信頼 形成スキルは基礎的なコミュニケーションスキルとしての 内容を含み「私は相づちを打って患者・家族の話を聞いて いる」などから、支援形成スキルは看護目標に向けたより 高度なかかわり方の内容を含んでおり、「私は患者・家族 にとっての重要な問題を聴き出している」などの項目から 構成されている。いずれの尺度も看護師が看護実践に必要 な認知的処理や自他の感情調整も行いながら、主体的にコ ミュニケーションスキルを発揮することで、看護師として の職務を果たしていると確認される質問項目から構成され ていた。以上のことから、看護師はコミュニケーションス キルを基に看護実践力を習得し、自らの意思決定に基づい てそれが発揮され、専門職としての自律性を獲得していく ことがわかる(古地, 2013)。

菊池・原田(1997) は看護師の専門職としての自律性 (専門職的自律性) について、看護師が他に促されるので はなく主体的に職務を遂行することであるととらえ、職務 遂行過程のなかに表現される、状況の「認知」「判断」「実 践」から構成されるものとして尺度を作成した。その結 果、職務遂行中の予測的思考や患者理解、気づきや共感等 を含んだ「認知能力」、看護技術の遂行や遂行時の落ち着 き, 手際のよさ, 適切な患者対応, 多職種連携を含んだ 「実践能力」、患者からの情報収集とニーズや問題抽出、状 況と状態のアセスメントおよび正確な理解と適切な対応を 含んだ「具体的判断能力」,看護モデルや理論と科学的根 拠をもとにした予測と看護の適切性の吟味を含んだ「抽象 的判断能力」、患者のいまの状況に対して最も適切な看護 実践を自立して考えられる「自立的判断能力」という5つ の構成因子を導いた。認知能力の質問項目は「私は治療が 患者に及ぼす心理的影響を予測することができる」、実践 能力は「私は緊急時にも落ち着いて看護を行うことができ る | 具体的判断能力は「私は患者の多くの情報から必要 な看護を選択することができる」、抽象的判断能力は「私 は看護研究の結果など最新の情報を活用し看護を決定でき る」、自立的判断能力は「私は患者が心情を表現してこな いと精神的援助を計画できない (逆転項目)」などから構 成され、いずれも主体的に看護をすることについて尋ねる 内容である。専門職的自律性は臨床経験年数3年を境に大 きく高まり、その後一時低下あるいは安定ののち、10年を 超えるとさらに上昇すると報告されている(菊池・原田、

1997)。このことは看護師の専門職的自律性としての実践力の向上を表しており、尺度の質問項目には患者・看護師間の相互作用に関連した看護師のさまざまな技能が表現されていることから、看護実践におけるコミュニケーションスキルの向上は専門職的自律性の向上を表すとも推察される。

看護師が専門職として成長していく際、実践力が向上す ることで自信をもって職務遂行できるようになるが、性格 傾向などの個人特性がコミュニケーションに影響を及ぼ し、人によってはコミュニケーションスキルの向上が、そ のまま専門職的自律性とはつながらず、自信やセルフエ フィカシーに還元されない場合も考えられる。看護実践 は、看護師が目的をもって熟慮して行う一貫性のある行為 によってはじめてひとつの援助となるのであるが、熟慮し て行う行為にとって欠くことのできないものは看護目標 を達成しようとする思考であり、それは対象との相互作 用によって引き起こされる (Wiedenbach, 1964/1984)。看 護目標を達成しようとする思考は達成動機であり、セル フエフィカシーも達成動機のひとつである(宮本・奈須, 1995)。このことから、看護師の個人特性としてのセルフ エフィカシーがコミュニケーションスキルに関与し、看護 実践に関連した専門職的自律性にも影響を及ぼすと推察さ れるが、わが国においてこのことについて明らかにした研 究は、これまでのところ見当たらない。

近年の看護研究において、看護実践とセルフエフィカ シーとの間には相関があること (Zhu, Norman, & While, 2013), セルフエフィカシーの高さが予期的実践行動を導 くこと (Wade, 2011), 看護師の予期的特性が役割拡大の セルフエフィカシーを導くこと(Wade, 2011) などが明 らかにされ、看護師のセルフエフィカシーと看護実践との 関連についての研究が進められるようになった (Salanova, Lorente, Chambel, & Martinez, 2011)。 さらに、看護師の 実践力とセルフエフィカシーが、個人のワーク・エンゲ イジメントを高めることも報告されている (Salanova, et al., 2011; Ouweneel, Le Blanc, & Schaufeli, 2013; Bakker & Leiter, 2010/2014)。看護実践力とセルフエフィカシーが看 護実践の質を高め(Wong, Spence Laschinger, & Cummings, 2010), 結果的に個人の身体的・精神的な健康と組織の 健全運営を導く (Schaufeli & Bakker, 2004; 島津, 2009; Salanova, et al., 2011) ことから、将来的な個人の健康と組 織パフォーマンスの両方を促進するために、まずわが国で はまだ明らかになっていない看護師の個人特性としてのセ ルフエフィカシーと看護実践におけるコミュニケーション スキル、専門職的自律性との関連について明らかにしてい くことが必要である。以上のことから、本研究の概念枠組 みを図1に表した。

看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー、専門職的自律性との関連

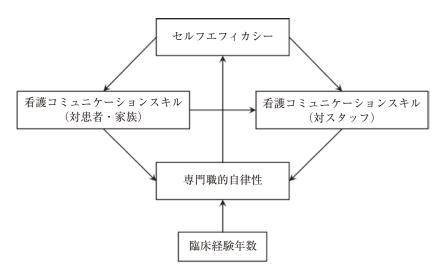


図1 本研究における概念枠組み

I. 研究目的

本研究の目的は、わが国での看護実践における看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー、専門職的自律性との関連を明らかにしたうえで、看護師のタイプ分けを試みてその特徴を探ることとした。

Ⅱ. 用語の定義

- 1. 看護実践におけるコミュニケーションスキル:より質の高い看護を提供することを目指して、看護実践の場と状況に応じて行われる、専門職としての看護師のコミュニケーション技能のことで(伊藤、2014)、看護師が看護実践に必要な認知的処理や自他の感情調整も行いながら、主体的にコミュニケーションスキルを発揮することで、看護師としての職務を果たしている質問項目で、看護スタッフに対するコミュニケーションスキルと患者とその家族に対するコミュニケーションスキルから構成される尺度(中谷・井田、2015)を用いて測定する。
- 2. セルフエフィカシー: Bandura (1971/1974; 1977) により提唱された概念で、本人が認識した自らの効力に関連する期待のことである。本研究では、課題固有のセルフエフィカシーではなく、個人の特性的なセルフエフィカシーについて測定する。
- 3. 看護師の専門職的自律性:看護師の職務遂行中の意思 決定や行動のあり方に影響を与えるような、状況の「認 知」「判断」「実践」という3側面からなる、専門職とし ての主体的な思考過程を含む適切な判断と的確な実践に ついて、「認知能力」「実践能力」「具体的判断能力」「抽 象的判断能力」「自立的判断能力」の5つの側面から測 定する尺度(菊池・原田、1997)を用いて測定する。

Ⅲ. 方 法

1. 調査対象者

本研究の対象者選定手順は、まず多段抽出法により抽出した施設に対して文書を郵送し、調査協力の可否について尋ね、返信用はがきにより看護部責任者の署名および調査協力承諾の得られた日本国内6施設(首都圏3施設、地方都市3施設)を対象施設と決定し、同施設に勤務する常勤の看護師600名を対象とした。調査に際し、質問紙の配布は対象施設に委託し、所属する常勤のスタッフ看護師に配布すること、調査協力を強制しないことを依頼した。部署や勤続年数、臨床経験年数については制限しなかった。自己投函方式によって郵送回収できた317名(首都圏3施設153名、地方都市3施設164名、回収率52.8%)の回答のうち、師長以上の看護管理者と准看護師ならびにデータ欠損のあるものを除いた283名(有効回答率47.2%)を分析対象とした。

2. データ収集方法

調査対象施設において2014年5月から10月の期間に,無 記名自記式質問紙調査への協力を依頼した。個人の自由 意思による調査協力であること,個人が特定されないこ と,回答しなくても何ら不利益を被らないこと等の倫理的 配慮と調査内容について明記した調査説明書を用いて説明 した。各自の自由意思により回答された回答済みの質問紙 は,質問紙にあらかじめ添付した料金後納郵便の返信用封 筒を用いて,回答者自身によりポスト投函されたものを郵 送にて受け取った。また調査説明書において,回答済み質 問紙の郵送回収をもって調査協力の同意とみなすことを明 記した。

3. 使用尺度

本研究では、対看護スタッフ看護コミュニケーションスキル尺度(中谷・井田、2015)、対患者・家族看護コミュニケーションスキル尺度(中谷・井田、2015)、特性的自己効力感尺度(成田ら、1995)、看護の専門職的自律性測定尺度(菊池・原田、1997)の4つの尺度を用いて調査を実施した。

(1) 「対看護スタッフ看護コミュニケーションスキル尺度 (Communication skills scale for nursing for nursing staff: CSN 1)」ならびに「対患者・家族看護コミュニケーションスキル尺度 (Communication skills scale for nursing for patients and their familie: CSN 2)」(中谷・井田、2015)

病期や働く部署に制限されることなく一般的な看護実践の場を念頭に作成された尺度で、本研究の対象者と合致することから、CSN 1 (5 因子15項目)、CSN 2 (2 因子21項目)の尺度を採用することとした。回答選択肢は「1.全くあてはまらない」「2.あてはまらない」「3.ややあてはまらない」「4.ややあてはまる」「5.あてはまる」「6.非常にあてはまる」の6件法で回答し、得点が高いほどコミュニケーションスキルが高い。いずれも信頼性・妥当性が確認された尺度である(中谷・井田、2015;中谷・森、2016)。

(2) 特性的自己効力感尺度 (セルフエフィカシー) (成田ら、1995)

Sherer, et al. (1982) によるThe self-efficacy scaleの日本 語版である。典型的な日本の都市型住民の13歳から92歳の 1,524名 (男性663, 女性861) を調査対象として日本語版 が23項目で作成された。性別年齢に影響されず人格特性的 なセルフエフィカシーを測定できる尺度で, 「一般性セル フ・エフィカシー尺度」(坂野・東條, 1986) と比べて尺 度作成時の回答対象者が広く汎用性が高いこと、セルフエ フィカシーとしてより望ましいと考えられる質問項目から 構成されていることから、成田ら(1995)の尺度を採用 した。「1. 全くそう思わない」から「5. 全くそのとお り」の双極の5件法で回答し、得点が高いほど自己効力感 が高いと判定する。「重要な目標を決めてもめったに成功 しない(逆転項目) | 「私は自分から友だちをつくるのがう まい」などの質問項目からなる信頼性・妥当性が確認さ れた高次1因子4下位尺度21項目の尺度である(成田ら、 1995;中谷・浮谷, 2017)。

(3) 看護の専門職的自律性測定尺度(専門職的自律性) (菊池・原田, 1997)

前述のとおり、「認知能力」14項目、「実践能力」14項目、「具体的判断能力」7項目、「抽象的判断能力」7項目、「自立的判断能力」5項目の5因子47項目からなる看

護師の専門職としての自律性について、「1. 全くそう思わない」「2. あまりそう思わない」「3. どちらともいえない」「4. 少しはそう思う」「5. かなりそう思う」の5件法で測定する尺度で、得点が高いほど自律性も高い。信頼性・妥当性が確認された尺度である(菊池・原田、1997)。臨床で働く看護師が回答するにあたり、質問内容を理解しやすく、自らの看護実践について振り返りながら回答できるといった回答しやすさをもつ尺度であること、個人特性に関連した主体的な専門職的自律性を測定することが本研究の考えと合致することから本尺度を採用した。

4. 分析方法

得られたデータの分析は、記述統計、項目分析、正規性 の検定を実施したのち、概念枠組みに基づいて、セルフエ フィカシー、看護スタッフに対するコミュニケーションス キル. 患者とその家族に対するコミュニケーションスキル. 専門職的自律性の各尺度の合計得点と臨床経験年数を観測 変数としたモデルを作成し、これらの関係性について解析 した。続いて、より適合しているモデルを見出すために、 概念枠組みから検討した4つのモデルについて共分散構造 分析によるモデル探索を試みた。さらに個人特性に着目し て、看護スタッフに対するコミュニケーションスキルと患 者とその家族に対するコミュニケーションスキルを合算し た合計点、セルフエフィカシー合計点をもとに、階層的ク ラスター分析(ward法)によるタイプ分けを試みたうえで、 タイプを独立変数、看護スタッフに対するコミュニケー ションスキル・患者とその家族に対するコミュニケーショ ンスキル合計点とセルフエフィカシー合計点を従属変数と した1要因の分散分析を行い、各群のコミュニケーション スキル合計点とセルフエフィカシー合計点についての特徴 を探った。続いてタイプを独立変数、専門職的自律性合計 点を従属変数として1要因の分散分析による群間比較を実 施し、各タイプの自律性得点の特徴について分析した。

5. 倫理的配慮

本研究は、立正大学大学院心理学研究科研究倫理委員会による審査・承認(承認番号なし:承認日2014年5月14日)、ならびに対象施設による調査協力承諾を得たうえで調査を実施した。対象施設の部署責任者および対象者に対し、自由意思による無記名の調査協力で個人が特定されないこと、回答途中で協力辞退をしても差し支えないこと、得られたデータは研究目的以外には使用しないこと、研究結果の公表への了承確認等の倫理的配慮について文書による説明をおこない、回答済みの無記名自己記入式調査用紙の自己投函による郵送回収をもって、調査協力の同意を得たものとした。

Ⅳ. 結 果

1. 分析対象者の基本属性と項目分析

調査協力承諾の得られた日本国内 6 施設に常勤勤務する看護師283名を分析対象とした。母比率Pの区間推定によるサンプルサイズ385名(δ = 5%, $1-\alpha$ = 95%, P = 50%)は満たさなかった(社会情報サービス, 2014;南風原, 2002;永田, 2003)。分析対象者の基本属性を表 1 に示した。本研究の分析対象者は,臨床経験年数10年を超えるベテラン看護師が半数以上を占めていた。項目分析において,各尺度項目の共通性が高いものは,セルフエフィカシー23項目のうちの 2 項目(項目 7:会いたい人を見かけたら,向こうから来るのを待たないでその人のところへ行く,項目20:人に頼らないほうだ)のみであった。この尺度は高次 1 因子 4 下位尺度構造であり 21項目での妥当性が確認されている(中谷・浮谷、2017)ことから分析上必要

な手続きとして共通性の高かった 2 項目を削除し、各尺度合計点の正規性を検定すると、回収されたデータは 4 尺度すべてで正規性を仮定できた(Kolmogorov-Smirnov検定、p>0.5)。各尺度間の相関分析と平均値・標準偏差、95%信頼区間、得点範囲結果を表 2 に示した。得られたデータは、すべての尺度において各尺度平均値が95%信頼区間(confidence interval, CI)内の値で、かつデータの正規性が仮定されることから、パラメトリック手法による統計的検定を行うこととした。

2. CSN 1, CSN 2, 専門職的自律性, セルフエフィカシー, 臨床経験年数からなる概念枠組みについての分析各尺度合計得点を観測変数とした概念枠組みのモデルにおいて, その関係性を調べたところ, 臨床経験年数からスタッフに対するコミュニケーションスキルならびに患者と家族に対するコミュニケーションスキルにパスを引くとモ

表 1 対象者の基本属性

	n	%
性別		
男性	15	5.3
女性	266	94
不明	2	0.7
臨床経験年数		
1年以内	12	4.2
1年~3年以内	19	6.7
3年~5年以内	29	10.2
5 年~10年以内	66	23.3
10年~20年以内	84	29.7
20年~30年以内	57	20.1
30年~	16	5.7
看護師免許	283	100
うち助産師	4	1.4
うち保健師	1	0.4
うち認定看護師	5	1.8
うち専門看護師	1	0.4
(重複所持者なし)		
所属部署		
病棟	174	61.5
外来	52	18.4
手術室	17	6.0
透析室	10	3.5
集中治療室	0	0
化学療法室	0	0
訪問看護	0	0
入所施設	3	1.1
その他	18	6.4
不明	9	3.2
平均年齢(標準偏差), (範囲)	38.4 (9.4),	(62 - 22)
臨床経験年数平均 (標準偏差), (範囲)	14.3 (9.4),	(40年 - 3 か月)

デルが成立せず、臨床経験年数から自律性へのパスは成立するものの有意な値は得られなかった。概念枠組みのモデルの適合度はp値が0.3でモデルは正しいという帰無仮説が採択され、GFI(goodness of fit index)が .99、AGFI(adjusted goodness of fit index)が .97と .9以上の値であり、RMSEA(root mean square error of approximation) は .01と、.05以下であり大変良好であった(豊田、2007)。

続いて、本研究の対象者は臨床経験年数 5 年を超える看護師が78.8%で、モデルの結果に影響を与えていると考えられたので、臨床経験年数によって自律性合計点に差がないのか、臨床経験年数を 6 群(1 年以内、1 年~3 年以内、3 年~5 年以内、5 年~10年以内、10年~20年以内、20年を超える群)に分け、自律性を従属変数とする分散分析を実施した。その結果、 $F(5, 277)=6.876, p<0.01, \hat{\eta}^2=.11, 1-\beta=.99と0.1%水準で群間差が有意であり、大きな効果量と高い検定力が認められた(鈴川・豊田、2012;大久保・岡田、2012;南風原、2014)。特に臨床経験年数 3 年以内までの看護師と 5 年を超える看護師の間に専門職的自律性得点の差があった。$

3. CSN 1, CSN 2, 専門職的自律性, セルフエフィカシーと臨床経験年数からなる概念枠組みと臨床経験年数の影響を考慮したモデル比較

概念枠組みから構成したモデルで臨床経験年数の影響を考慮した4つのモデルの適合度についての比較検討を行った。その結果を表3および図2に表した。表3および図2をみると、Model1よりもModel2のほうが適合度は高く、さらに臨床経験年数のパスを削除したModel3よりも、臨床経験年数の観測変数そのものを削除したModel4のほう

が、4つのモデルのなかでは最も適合度が高かった。とくにAIC(Akaike information criterion)の比較検討から本研究のデータにはModel 4 が最も適していると考えられた(豊田、1998:2007)。Model 4 で成立した有意なパスは、患者と家族に対するコミュニケーションスキルからスタッフに対するコミュニケーションスキルから専門職的自律性、専門職的自律性からセルフエフィカシー、セルフエフィカシーからスタッフに対するコミュニケーションスキルであった。決定係数は、患者と家族に対するコミュニケーションスキルであった。対するコミュニケーションスキルが、57と最も高かった。対するコミュニケーションスキルが、57と最も高かった。

4. 看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシーによる階層的クラスター分析

行動の先行要因としてのセルフエフィカシーを含んで看護師の個人特性に関連した特徴を探るために、コミュニケーションスキル合計点とセルフエフィカシー合計点による階層的クラスター分析を試み、4つのタイプ分けが確認できた。得られた4タイプを独立変数、セルフエフィカシーの合計点、スタッフに対するコミュニケーションスキルと患者と家族に対するコミュニケーションスキルの合計点を従属変数とした分散分析を行いタイプごとの特徴を探った。各得点の高さで順序づけを行うと、セルフエフィカシー合計点は1>2>3>4 (クラスター)、スタッフに対するコミュニケーションスキルと患者と家族に対するコミュニケーションスキルと患者と家族に対するコミュニケーションスキルの合計点は1>3>2>4 (クラスター) であった。セルフエフィカシー合計点はF (3, 279) = 11.91, p<0.01, $\hat{\eta}^2=0.59$, $1-\beta=0.00$, ス

	2	3	4	M (SD)	[95% CI]	Range
1. CSN1	.73**	.52**	.55**	67.99 (8.63)	[66.98, 69.00]	91 – 38
2. CSN2	_	.45**	.65**	92.07 (12.14)	[90.65, 93.49]	126 - 56
3. セルフエフィカシー		_	.55**	65.49 (10.59)	[64.25, 66.73]	103 - 31
4. 専門職的自律性			_	162.56 (23.2)	[159.84, 165.27]	229 - 65

表 2 各尺度合計点の相関係数,平均点・標準偏差,95%信頼区間,得点範囲

[注] N=283. CSN1: 対看護スタッフ看護コミュニケーション尺度,CSN2: 対患者・家族看護コミュニケーション尺度,セルフエフィカシー: 特性的自己効力感尺度,専門職的自律性: 看護の専門職的自律性測定尺度。**:p<.01.

表 3 看護コミュニケーションスキル、セルフエフィカシー、専門職的自律性、臨床経験年数によるモデルの適合度比較

	χ^2	df	p	GFI	AGFI	CFI	RMSEA [90% CI]	PCLOSE	AIC	BIC
Model 1ª	3.302	3	.347	.995	.977	.999	.019 [.000, .104]	.614	27.302	71.047
Model 2ª	3.359	4	.500	.995	.982	1.000	.000 [.000, .083]	.771	25.359	65.459
Model 3ª	14.522	5	.013	.980	.939	.981	.082 [.035, .133]	.117	34.522	70.976
Model 4 ^b	0.387	1	.534	.999	.993	1.000	.000 [.000, .134]	.658	18.387	51.196

[注] n = 283. GFI: goodness of fit index, AGFI: adjusted GFI, CFI: comparative fit index, RMSEA: root mean square error of approximation, PCLOSE: probability of close fit, AIC: Akaike information criterion, BIC: Bayesian information criterion. ** : 臨床経験年数あり, ** : 臨床経験年数なし。

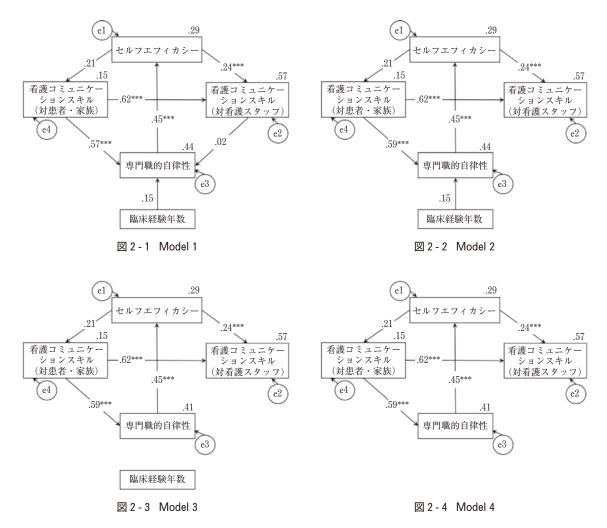


図 2 概念枠組みにおける 4 モデルの比較 (***: p < .001)

タッフに対するコミュニケーションスキル・患者と家族に対するコミュニケーションスキル合計点はF(3, 279) = 291.42, p<.01, $\hat{\eta}^2$ =.76, $1-\beta$ =1.00となり、いずれも0.1%水準で群間差が有意であり、大きな効果量と高い検定力が認められた(鈴川・豊田、2012;大久保・岡田、2012;南風原、2014)。階層的クラスター分析と分散分析で得られた結果の4タイプを図3に表した。

5. 看護師のコミュニケーションスキルタイプごとの専門 職的自律性得点

看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシーについて、階層的クラスター分析で得られたタイプごとの専門職的自律性得点を表 4 に表した。表 4 によると、自律性平均点が最も高かったタイプは第 1 クラスター、最も低かったタイプが第 4 クラスターであった。 さらにこれらの 4 タイプを独立変数、自律性合計得点を従属変数とした分散分析を行ったところ、F (3, 279) = 60.18, <math>p<< .01、 $\hat{\eta}^2 = .39$ 、 $1 - \beta = 1.00$ と0.1%水準で群間差が有意であり、大きな効果量と高い検定力が認められた(鈴川・豊

田,2012; 大久保・岡田,2012; 南風原,2014)。各クラスター間の平均値の差において,第2クラスターと第3クラスターの間には差が認められなかったが,それ以外のクラスター間には0.1%水準で有意差が認められた。

Ⅴ. 考 察

1. 本研究におけるサンプルと効果量、検定力について

量的研究において調査前にサンプル数を算出することは、対象者負担が最小限となるよう配慮し、適切な標本数で効果的な研究結果を得るために望ましい。本研究では調査前のサンプル数設計において母比率Pを50%と仮定し、誤差 δ を5%、第一種の誤りの確率 α (有意水準)を5%、 $1-\alpha$ を95%として算出した。これは100回中95回、標本比率と母比率との差が \pm 5 %範囲内に収まることを表している。本研究のサンプル数は、算出標本数385件を満たさなかったが、データ分析の結果、検定力が高く、効果が認められたため、サンプル数を満たさなかったことを問題にはしなかった。また、統計学的検定を行う場合に、

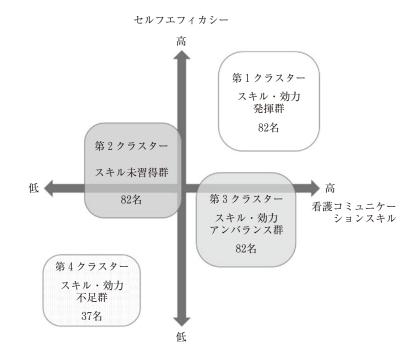


図3 セルフェフィカシーと看護コミュニケーションスキル各合計得点によるタイプ分け

表 4 看護師のコミュニケーションスキルタイプごとの専門職的自律性得点

	n	Min	Max	M (SD)	[95% CI]	平均値の差
第1クラスター:スキル効力発揮群	82	130	229	181.00 (19.26)	[176.77, 185.23]	
第2クラスター:スキル未習得群	82	125	187	156.33 (14.53)	[153.14, 159.52]	***
第3クラスター:スキル効力アンバランス群	82	110	198	162.88 (17.34)	[159.07, 166.69]	***
第4クラスター:スキル効力不足群	37	65	180	134.78 (23.94)	[126.80, 142.77]	***
全体	283	65	229	162.56 (23.20)	[159.84, 165.27]	***

[注] 専門職的自律性合計得点を従属変数とした分散分析。F (3, 279) = 60.18, ρ < .01, η^2 = .39, $1-\beta$ = 1.00, ***: p < .001.

サンプル数と 2 種類の誤り α および β を考え,正規性の検定を実施することが前提である。これに加えて近年の研究報告では,有意性検定のp値や平均値の報告だけでなく,その信頼区間や効果量を同時に報告することが求められている(大久保・岡田、2012;南風原、2014)。研究結果を正しく報告するために,看護研究においても今後はこれらの数値を報告することが必要である。分散分析における効果量 $\hat{\eta}^2$ は、01で小、.06で中、.14で大きな効果量とされ,検定力は0.8を超えれば慣習的に十分な検定力とみなされる(鈴川・豊田、2012;大久保・岡田、2012)。本研究で得られたすべての効果量は十分高く,検定力も0.99から1.00と高い値であったので,結果的に本研究の標本数がN=283であったとしても,十分な効果量と検定力を得られており推測統計学的に意味があると判断した。

2. 看護師のコミュニケーションスキルおよび専門職的自律性とセルフエフィカシー, 臨床経験年数のモデルについて本研究の結果, スタッフに対するコミュニケーションス

キル. 患者と家族に対するコミュニケーションスキル. 自 律性, セルフエフィカシーの各尺度得点が高ければ, 他の 得点も高い正の相関関係が成立していた。とくにスタッフ に対するコミュニケーションスキルと患者と家族に対する コミュニケーションスキルは非常に強い正の相関関係にあ り、本研究で使用した信頼性・妥当性が確認された異な る尺度間において.5以上の正の相関係数が得られること は、十分な強さの相関関係にあると判断できた。また図2 より、患者とその家族に対するコミュニケーションによっ て、看護スタッフに対するコミュニケーション、専門職的 自律性が導かれるという因果関係が認められた。患者とそ の家族に対するコミュニケーションスキルを高めると、ス タッフに対するコミュニケーションスキルも高められ、専 門職的自律性も向上できると推察されることから、看護師 のコミュニケーションスキルについての教育として、患者 とその家族に対するコミュニケーションスキルについての 継続教育を続けていくことの意義が示された。図2-1と 図2-2では、臨床経験年数からスタッフに対するコミュ

ニケーションスキル、患者とその家族に対するコミュニ ケーションスキルに向けたパスはモデルが成立せず、臨床 経験年数から自律性への有意でない.15のパスが成立した だけであった。このことから本研究で得られたデータでは、 臨床経験年数は看護師のコミュニケーションスキルや自律 性とは関連がないことが示された。しかしながら、表1に 示したとおり本研究の分析対象者はベテランが半数以上を 占めていたことから、この影響を考慮する必要がある。こ れに加えて、臨床経験年数別に専門職的自律性得点を従 属変数とした分散分析では、高い検定力で有意差と大き な効果量が認められ、とくに臨床経験年数3年以内の看護 師と5年を超える看護師との間に専門職的自律性得点差が あることを鑑みると、本研究のデータにおいては図2-4 のModel 4 が最良だとしても、臨床経験年数の関与を否定 することはできない。今後はとくに教育的介入が必要な新 人看護師を対象に調査を実施し、他のモデル適合を確認す る必要がある。その際、本研究結果と菊池・原田(1997) の報告から、新人期から臨床経験5年までの看護師におい て、専門職的自律性得点に臨床経験年数の影響が存在す ると考えられること、ならびに新人期にある看護師のモ デルとして、表3におけるモデル適合度指標RMSEAの信 頼区間上限が.1を超えず、PCLOSE (probability of close fit ≤ .05) が .77と表 3 のなかでは最も大きい図 2 - 2 の Model 2 が最も理想的であると適合度指標(豊田, 2007) から推察されることから、5年目までの看護師を対象とす る場合、臨床経験年数も変数として取り入れ検討すること を推奨する。

また, Model 4 (図2-4) で成立した有意で.4以上の パス係数は、患者と家族に対するコミュニケーションスキ ルからスタッフに対するコミュニケーションスキルが.62, 患者と家族に対するコミュニケーションスキルから専門職 的自律性が.59,専門職的自律性からセルフエフィカシー が.45であったこと、決定係数は専門職的自律性が.41,ス タッフに対するコミュニケーションスキルが.57であった こと、モデル適合度が大変良好であったことから、本研究 のデータにおいては患者と家族に対するコミュニケーショ ンスキルからスタッフに対するコミュニケーションスキル へ. 患者と家族に対するコミュニケーションスキルから専 門職的自律性へ、専門職的自律性からセルフエフィカシー への因果関係が確認された。決定係数より、患者と家族に 対する看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィ カシーによって、看護スタッフに対するコミュニケーショ ンスキルの半分以上が説明され、看護師のコミュニケー ションスキルならびに臨床経験年数で自律性の 4 割が説明 されることがわかる。このことより、看護師のコミュニ ケーションスキル教育に取り組む場合、特に患者とその家 族に対するコミュニケーションスキルを向上させることで 専門職的自律性の向上をはかり、結果的に個人特性として のセルフエフィカシーを向上させることも可能であると考 えられる。また、患者と家族に対するコミュニケーション スキルは尺度としての予測精度が高いことが報告されてお り (中谷・森, 2016), その高い共変関係から、患者と家 族に対するコミュニケーションスキルを測定することで看 護スタッフに対するコミュニケーションスキルも予測可能 となる。よって、患者と家族に対するコミュニケーション スキルを用いてコミュニケーションスキルを測定すること は、看護スタッフに対するコミュニケーションスキルと専 門職的自律性の高さを予測する方法の一つと示され、対患 者・家族看護コミュニケーションスキル尺度の尺度活用価 値が認められた。本研究の結果、看護師のコミュニケー ションスキルを高めると専門職的自律性を高められると推 察され、これまで経験的に行われてきた看護師のコミュニ ケーションスキル向上の取り組みについての科学的根拠を 示すことができた。看護師の専門職的自律性に臨床経験年 数による差が存在することを考えると、特に患者とその家 族に対するコミュニケーションスキルの教育を入職時から 行うことで看護師の専門職的自律性が高められ、看護の質 の向上が期待できると考えられる。新人看護師の時期か ら. 患者と家族に対するコミュニケーションスキルの下位 尺度である患者や家族との信頼関係を築くための「信頼形 成スキル」と、患者や家族への支援を導く「支援形成スキ ル」を向上するための取り組みを始めることが、看護師の 専門職的自律性の向上とセルフエフィカシーの向上に最も 望ましい介入になると考えられた。今後は各尺度の下位尺 度の関係性についても検討し、看護師のコミュニケーショ ンスキル教育を行う際の具体的な介入点について、詳細に 提示することが求められる。

また、看護スタッフ同士のコミュニケーションは看護実践を行ううえで重要だが、本研究ではスタッフに対するコミュニケーションスキルと専門職的自律性得点との相関係数の高さの一方で、因果関係を示すパスは成立しなかった。このことは、CSN 1 が協働する看護スタッフに対するコミュニケーションスキルとしての質問内容であるのに対し、専門職的自律性尺度の質問内容の対象は患者が中心で、協働者との関係性を想定した質問項目が47項目中2項目のみであったことが影響していると考えられる。質問内容の対象の相違からこのような結果となったと推察されるため、本研究結果である「スタッフに対するコミュニケーションスキルと専門職的自律性の間に有意なパスが成立しないこと」が、「看護スタッフに対するコミュニケーションスキルと専門職的自律性が示す看護実践とは無関係」を示すものではない。したがって今後は、調査に使用するコ

ミュニケーションスキルや専門職的自律性を測定する尺度 の採用においても、研究目的に応じて慎重に吟味すること が求められる。

看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシーとの関連

本研究の結果、Zhu & While (2013) の看護師の専門的 実践とセルフエフィカシーとの間には相関があるという研 究結果を支持し、あわせて因果関係の方向性も示すことが できたと考える。とくにモデルで、看護師のコミュニケー ションスキルの前提や専門職的自律性の結果としての個人 特性的なセルフエフィカシーが存在することが確認でき, Zhu & While (2013) の述べた看護実践とセルフエフィカ シーと相関について、看護師のコミュニケーションスキル と専門職的自律性という主体的な観点を加えて補足でき た。セルフエフィカシーから患者と家族に対するコミュニ ケーションスキルへのパスは有意ではなかったが、有意性 検定だけで結果を捨て去ることはしないので(大久保・岡 田, 2012), 今後検証していくことが必要である。本研究 で、看護師が専門職としてコミュニケーションスキルを用 いて看護を行うことで専門職的自律性が高まり、その結果 としてセルフエフィカシーが高められていくモデルの有効 性と、看護師のコミュニケーションスキルを高める教育 的介入が結果的にセルフエフィカシーの向上へとつなが ることが示された。先行研究で、コミュニケーションス キルは看護実践の基礎力であり、その向上は看護の質の 向上を導き (Wiedenbach, 1964/1984; Wiedenbach & Falls, 1978/2007), セルフエフィカシーが看護実践に関連するこ と (Salanova, et al., 2011), 看護実践力とセルフエフィカ シーが看護の質を高めることで (Wong, et al., 2010), 結 果的に個人の身体的・精神的な健康と組織の健全運営を導 くこと (Schaufeli & Bakker, 2004; 島津, 2009; Salanova, et al., 2011) が報告されている。これらに基づき、わが国 における看護師のコミュニケーションスキルと専門職的自 律性, 個人特性としてのセルフエフィカシーとの関連性に ついて検証した本研究において、統計学的に再現できたこ とで、アウトカムとしての個人と組織の健康が導かれると 推察されると考える。

4. 看護師のコミュニケーションスキルタイプと専門職的 自律性との関連

看護師のコミュニケーションスキル合計得点とセルフエフィカシー得点を階層的クラスター分析し、得られた4つのタイプについて検討した。第1クラスターは82名、スタッフに対するコミュニケーションスキルと患者と家族に対するコミュニケーションスキルの合計点とセルフエフィ

カシー合計点が平均より高いタイプであった。すべての得 点が平均より大きく上まわり、エキスパートとよばれる看 護師の存在を表していると考えられたことから「スキル・ 効力発揮群」と命名した。第2クラスターは82名で、コ ミュニケーションスキル合計点が全体の平均をやや下まわ り、セルフエフィカシー合計点が全体の平均と同等のタイ プであった。第2クラスターは、セルフエフィカシーの高 さに問題はないものの、今後コミュニケーションスキルの 向上を目指した教育が必要と考えられることから「スキル 未習得群」と命名した。第3クラスターは82名で、コミュ ニケーションスキル合計点が平均を上まわり、セルフエ フィカシー得点が平均よりやや低いタイプであった。この 第3クラスターは、コミュニケーションスキルがあるのに セルフエフィカシー得点が高くないアンバランス状態であ ることから「スキル・効力アンバランス群」と命名した。 第4クラスターは37名で、コミュニケーションスキル合計 点、セルフエフィカシー合計点の両方がいずれも平均を下 まわり、得点が低いタイプであった。第4クラスターは、 コミュニケーションスキル・セルフエフィカシーともに不 十分であることから「スキル・効力不足群」と命名した。

区分された4タイプのスタッフに対するコミュニケー ションスキルと患者と家族に対するコミュニケーションス キル、セルフエフィカシー各合計得点について分析し特徴 を探ったところ、大きな効果量で明らかな群間差が認めら れた。このことは、臨床で働く看護師の集団において実際 にこのようなタイプが存在することを示唆するもので、コ ミュニケーションスキルとセルフエフィカシーによる看護 師の個人特性についてのタイプ分けを試みることが教育的 介入の指標を得ること、ならびに看護の質の向上と看護師 個人と組織の健全運営を将来的な目標とする意味でも有意 義と考える。また、表4のとおり、各クラスター間の専門 職的自律性得点平均値の差において、第2クラスターと第 3クラスターの間には差が認められなかったが、これ以外 のクラスター間には有意差が認められた。この結果も看護 師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシーによ るタイプ分けの有効性を表している。Wade (2011) の研 究によると、看護師のセルフエフィカシーの高さは予期的 な実践行動を導くことが報告されており、看護師の予期的 実践行動の増加のためにもセルフエフィカシーを向上する 取り組みが必要であると考える。第1クラスターのスキ ル・効力発揮群のスタッフは、臨床で働く看護師を導いて いく役割を担うタイプの看護師であると推察され、周囲の スタッフによい影響を与えられる人材である。組織の好循 環をもたらすために、スキル・効力発揮群に属するスタッ フを積極活用することも重要である。また、特に課題を抱 えていると思われる第4クラスターのスキル・効力不足群

は、コミュニケーションスキルとセルフエフィカシー得点 の両方が低く、この群が他の群に比べて少なかったことは 看護師の職業的役割を考えると社会的に望ましいところで ある。このスキル・効力不足タイプへの教育的介入は看護 の質の向上と人材育成の点でとくに重要である。

本研究では新人期にある看護師の対象者が少なかったが、今後は新人期の看護師を対象に調査を行うことで、教育的介入点についての視座を得られると考える。さらに成田ら(1995)や Sherer, et al.(1982)によってセルフエフィカシーと抑うつとの関連について述べられているように、本研究の4タイプと抑うつの関係についても調査し、うつ傾向や離職意思、それとは逆のポジティブな認知との関連についても探っていくことも求められる。

以上のことから、看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシーによるタイプ分けを行うことには意味があり、看護師のタイプ別に必要な教育的介入点が示されうると考える。タイプに適した教育的介入が効果的に行われると、専門職的自律性が向上すると推察されることから、看護の質の向上ももたらされる。つまり、主体的かつよりよい看護実践のために、コミュニケーションスキルとセルフエフィカシーは、看護師の個人資源として充実させたほうが望ましいと結論づけられる。

VI. 本研究の限界と今後の課題

本研究により、わが国の看護師を対象とした推測統計学的に処理された結果は科学的根拠を示すものとして評価に値する。しかしながら、新人期にある看護師に調査を行う必要があり、本研究で得られたデータによる分析の限界である。また、今回使用した特定の尺度で測定された一側面からみた一研究としてのとらえ方であることは否めず、一方向からの視点という偏りがあるとするならば、この点も今後の課題である。今回は、新人看護師が少なかったため下位尺度ごとの分析を実施しなかったが、今後、教育的介入をより具体的に計画するために、下位尺度ごとの分析も試みることが望ましい。

結 論

看護師の看護実践におけるコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー,専門職的自律性との関連を明らかにすることを目的に、看護師283名から得られた回答を分析した結果、以下のことが明らかになった。

- 1. 本研究の分析対象者のように臨床経験年数5年を超える看護師が多い集団の場合,看護師の看護実践におけるコミュニケーションスキルと専門職的自律性は,臨床経験年数とは関連がない。
- 2. 患者と家族に対するコミュニケーションスキルを高めると専門職的自律性が高められ、スタッフに対するコミュニケーションスキルも向上できる。
- 3. 看護師の看護実践におけるコミュニケーションスキル を高めると、専門職的自律性を介して結果的にセルフエ フィカシーの向上へとつながる。
- 4. 看護師のコミュニケーションスキル得点とセルフエフィカシー得点によるタイプ分けで4つのタイプが確認でき、各タイプの自律性得点は、スキル未習得群とスキル効力アンバランス群の間を除いて、群間差が認められた。

謝 辞

本研究にあたり、ご協力くださいました看護師の皆さま に心より感謝申し上げます。

本論文の研究結果の一部は、ICP2016/日本心理学会第80回大会ならびに日本看護研究学会第42回学術集会にて発表したものである。

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、データ分析、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] 看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー, 専門職的自律性との関連を検討することを目的とした。

[方法] 病院で働く看護師283名を分析対象として,看護コミュニケーションスキル,特性的自己効力感,専門職的自律性の尺度を用いて,質問紙調査を実施した。

[結果] データは正規性が仮定された。共分散構造分析の結果、モデル適合は良好であった。患者と家族に対する看護師のコミュニケーションスキルが、看護師間のコミュニケーションや専門職的自律性に影響していた。また、コミュニケーションスキルとセルフエフィカシーによって対象者を4タイプに分類できた。

[結論] 患者と家族に対する看護師のコミュニケーションスキルが、看護実践における中核のスキルとして大変 重要であると示唆された。セルフエフィカシーとコミュニケーションスキルによる看護師のタイプについて、新 たな知見を提供できた。

Abstract

[Purpose] The aim of this study was to examine the relationship between nurses' communication skills and their self-efficacy and professional autonomy.

[Methods] Nurses in Japan (N = 283) were administered four questionnaires that included questions on communication skills in nursing, general self-efficacy, and professional autonomy. The data were analyzed using structural equation modeling (SEM), clustering, and ANOVA.

[Results] The data from this sample were normally distributed. The results of the SEM showed that our model fitted the data well. Both nurses' communication skills with staff nurses and their professional autonomy were influenced by their communication skills with patients and their families. We found that to be professionally autonomous nurses need communication skills, especially for communication with patients and their families. In addition, we classified the nurses' communication skills and self-efficacy into four levels.

[Conclusion] These results suggest that nurses' communication skills with patients and their families are highly significant core skills. Moreover, our findings have important implications in terms of nurses' communication skills and self-efficacy.

文 献

- Bakker, A.B. and Leiter, M.P. (2010) / 島津明人 (総監訳) (2014). ワーク・エンゲイジメント: 基本理論と研究のためのハンドブック. 東京: 星和書店.
- Bandura, A. (1971) / 原野広太郎,福島脩美 (1974). 人間行動の形成と自己制御:新しい社会的学習理論.東京:金子書房.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
- Cherry, C. (1978). On human communication: A review, a survey, and a criticism. 3d ed., London: The MIT Press.
- 南風原朝和 (2002). 心理統計学の基礎: 統合的理解のために. 東京: 有斐閣.
- 南風原朝和 (2014). 続・心理統計学の基礎: 統合的理解を広げ深める. 東京: 有斐閣.
- 伊藤まゆみ (編) (2014). 看護に活かすカウンセリング 1:コミュニケーション・スキル:対象の生き方を尊重した健康支援のためのアプローチ. 12, 京都:ナカニシヤ出版.
- 菊池昭江,原田唯司(1997). 看護の専門職的自律性の測定に関する一研究. 静岡大学教育学部研究報告(人文・社会科学篇), 47,241-254.
- King, I.M. (1981) / 杉森みど里 (1985). キング看護理論. 東京: 医学書院.
- 古地順子(2013). スタッフ看護師の臨床的自律性とその関連要因:参加観察による記述と解釈. 神戸市看護大学大学院博士 論文(未公刊).
- 楠見 孝, 道田泰司(編) (2015). ワードマップ 批判的思考: 21 世紀を生きぬくリテラシーの基盤. 東京: 新曜社.
- Mills, C.W. (1963) / 青井和夫,本間康平 (監訳) (1971). 権力・政治・民衆. 東京: みすず書房.
- 宮本美沙子, 奈須正裕 (編) (1995). 達成動機の理論と展開:続・達成動機の心理学. 東京:金子書房.
- 永田 靖 (2003). サンプルサイズの決め方. 東京:朝倉書店.
- 中谷章子,井田政則 (2015). 看護コミュニケーション尺度作成の試み:看護スタッフおよび患者・家族に対する看護師のコミュニケーション一. 立正大学心理学研究年報, 6, 53-66.
- 中谷章子,森 千鶴 (2016). 看護師のコミュニケーションスキル と専門職としての自律性との関連. 日本看護研究学会雑誌,

- 39(3), 263.
- 中谷章子, 浮谷秀一 (2017). 自己効力感の構成概念についての検 討. 日本応用心理学会第84回大会発表論文集, 116.
- 成田健一,下仲順子,中里克治,河合千恵子,佐藤眞一,長田由紀子 (1995). 特性的自己効力感尺度の検討:生涯発達的利用の可能性を探る.教育心理学研究,43(3),306-314.
- 野島良子 (1984). 看護論. へるす出版.
- 大久保街亜, 岡田謙介 (2012). 伝えるための心理統計: 効果量・ 信頼区間・検定力. 東京: 勁草書房.
- Ouweneel, E., Le Blanc, P.M.L., and Schaufeli, W.B. (2013). Do-it-yourself: An online positive psychology intervention to promote positive emotions, self-efficacy, and engagement at work. *Career Development International*, 18(2), 173-195.
- 坂野雄二, 東條光彦 (1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. 行動療法研究, 12(1), 73-82.
- Salanova, M., Lorente, L., Chambel, M.J., and Martínez, I.M. (2011). Linking transformational leadership to nurses' extra-role performance: The mediating role of self-efficacy and work engagement. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (10), 2256-2266.
- Schaufeli, B.W. and Bakker, A.B. (2004). Job demands, job resources, and their relationship with burnout and engagement: A multisample study. *Journal of Organizational Behavior*, 25, 293-315.
- 社会情報サービス(2014). 統計Tips: 必要なサンプルサイズの計算. 統計WEB. http://software.ssri.co.jp/statweb2/cgi-bin/tips_1.cgi (検索日2014年4月11日)
- Sherer, M., Maddux, J.E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., and Rogers, R.W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51 (2), 663-671.
- 島津明人 (2009). 職場のポジティブ心理学: ワーク・エンゲイジメントの視点から. 産業ストレス研究, 16(3), 131-138.
- 鈴川由美,豊田秀樹 (2012). "心理学研究" における効果量・検 定力・必要標本数の展望的事例分析,83(1),51-63.
- 豊田秀樹 (1998). 統計ラブラリー共分散構造分析〈入門編〉: 構造方程式モデリング. 東京:朝倉書店.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析 [Amos編]: 構造方程式モデリング. 東京:東京図書.
- Wade, C.H. (2011). Relationships among voluntary specialty certification

- in nursing role breadth self-efficacy, and nurses' self-efficacy use of proactive work behaviors, doctoral dissertation. Chapel Hill: ProQuest Dissertations Publishing.
- Wiedenbach, E. (1964) / 外口玉子,池田明子 (1984). 臨床看護の本質:患者援助の技術 (改訳第 2 版). 東京:現代社.
- Wiedenbach, E. and Falls, C.E. (1978) / 池田明子 (2007). 新装版 コミュニケーション:効果的な看護を展開する鍵. 東京:日 本看護協会出版会.
- Wong, C.A., Spence Laschinger, H.K., and Cummings, G.G. (2010).
 Authentic leadership and nurses' voice behavior and perceptions of care quality: Authentic leadership. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 889-900.
- Zhu, D.Q., Norman, I.J., and While, A.E. (2013). Nurses' self-efficacy and practices relating to weight management of adult patients: A path analysis. *The International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 10, 131-131.

[平成29年4月6日受 付] [平成29年10月5日採用決定]

-研究報告-

看護学生における生命倫理の学習内容と教材化

一 看護学生と他学科学生の比較 一

Teaching Materials Used in the Teaching of Bioethics to Nursing Students: Comparison of Content Learned by Undergraduate Nursing Students and Undergraduate Non-Nursing Students

> 柴 田 恵 子 川 本 起久子 Keiko Shibata Kikuko Kawamoto

キーワード:生命倫理,看護学生,教材化,患者の思い,患者の意思の尊重

Key Words: bioethics, undergraduate nursing student, teaching materials, patients's feelings,

respecting patients's wishes

はじめに

保健医療福祉を学ぶ学生にとって生命倫理の学習は抽象 的で内容が理解しづらいものであるが、医療活動における 原理・原則の考え方を知り、学生が自身の倫理性を育むう えで欠かせない。そのため、入学直後に講義を受講し、そ の後の専門性へとつなげていく必要がある。しかしなが ら、保健医療福祉の専門用語を知らない学生にとっては馴 染みのない言葉も多く、原理・原則といった考え方を理解 するには時間を要する。だが、「専門職 (professional) に 対する生命倫理学教育には、社会が期待している使命を達 成するための一連の職業的義務が含まれる」といわれるよ うに (浅井・坂井・スリングスビー, 2004, p.88), 学生 が専門職性を身につけるためにも早い段階から生命倫理 の学びを高める必要性がある。また、看護師が看護専門 職としての中核をなすものとして「道徳的な価値,義務, 原則」を擁護することを目指している、との指摘もある (Ulrich, et al., 2010, p.2511)。以上のことから、患者の権利 擁護がなされる医療を実現し、患者中心の医療のためにそ れぞれの専門性を発揮できるためのチーム医療を実践する ためには生命倫理の学習が不可欠である。

看護学において生命倫理の教育は「看護婦(士)教育の基本的考え方、留意点等」によると基礎分野の「科学的思考の基盤」に位置づけられ、基礎分野における留意点は「職務の特性に鑑み、人権の重要性について十分に理解させ、人権意識の普及・高揚が図られるような内容を含むことが望ましい」とされていた(金子、1998、p.2)。そして講義等の内容は、「人間の生命に対する基本的理念および倫理観を育成すると共に、医療・看護を行う際に課題となる事項について、考え方や価値観を明確にさせる」であっ

た(金子, 1998, p.6)。指定規則における内容の取り扱いについては、看護倫理については、1951年の「保健師助産師看護師学校養成所指定規則」から位置づけられてはいたが、その後の改正ごとに内容と取り扱いは異なっていた。生命倫理の学習内容が含まれるようになったのは1989年からで、その次の改正の1997年にはそれ以前よりも取り扱う範囲と内容がともに増えている。つまり、看護基礎教育における生命倫理の学習は、近年、ますます重要になってきているといえるのである(表1)。

これまで著者らは看護学実習を終了した1年次と4年次 の学生を対象とした調査を、2008 (平成20) 年度を皮切り に実施してきた (川本・柴田, 2012)。看護学生を対象と し、生命倫理を基盤とした看護学実習における組織的、計 画的な学習内容の展開を目指すために、その基礎資料とな るデータ収集を目的とした。しかし、看護学生の特徴につ いては他学科との比較によってより明らかになると考え、 社会福祉, リハビリテーション, 鍼灸スポーツ, 口腔保健 の4学科学生のデータも加え分析、考察することとした。 調査票については、それまでの先行研究の内容を参考には したが倫理教育、脳死・臓器移植に限られていたため(柴 田・川本, 2010), 質的研究を計画し, 生命倫理の講義受 講後に調査に協力できる学生を募り、応募に応じた学生か らの記述内容をもとにカテゴリー化し、調査項目 [「いの ちの尊さ(11項目)」「患者のQOL (quality of life) (7項 目)」」として設定した。これらの項目が今回の調査内容 で、毎年度、同一調査票による調査の実施によって経年的 なデータを収集した (柴田・川本, 2012)。

本研究は、これまでに生命倫理の学習内容について蓄積してきたデータをもとに教材化の可能性を探ることとした。学習内容を展開するのに適切なのは臨床を経験できる

表 1 指定規則の時期ごとの生命倫理の取り扱い

	時期	内容
第I期	1951年~1966年	
第Ⅱ期	1967年~1988年	
第Ⅲ期	1989年~1996年	生と死をめぐる問題、インフォームド・コンセント、患者の権利
第Ⅳ期	1997年~	生命倫理の基礎, 生と死をめぐる問題, インフォームド・コンセント, 患者の 権利, 社会的背景

〔伊藤千晴・太田勝正 (2007). 教科書からみた戦後の看護倫理教育内容の変遷. 日本看護学教育学会誌. 17(1). 29-40. の内容を一部抜粋し作成〕

臨地実習で、その教授活動には教員の教材化の能力が必要になり、そのためには教材としてふさわしい内容の特定化を看護と他学科とを比較し、分析、考察を行うことにした。

I. 文献検討

看護学生を対象とした生命倫理の研究は、脳死(内 田, 2000; 齋田, 2007), 臓器移植(内田, 2000; 齋田, 2007; 白浜, 2002), ターミナルケア (宮脇・宮林・足立, 1999;安藤・西川・松村, 2002) についての意識調査, 質 問紙調査があった。そのなかで臨地実習に関連した研究 は看護体験による意識変化(内田, 2000, pp.120-127)で あった。近年の研究では、事前指示による筋萎縮性側索硬 化症(amyotrophic lateral sclerosis: ALS)患者の生命維持治 療中止に関する研究、および生命維持治療中止法制化に関 する研究成果を生命倫理・医療倫理教育に応用した調査が あった。情報系学生,看護学生,医学部学生,歯学部学生 を対象とした調査で、学生の意識が、臨床経験のある医療 者により近い認識に変化する可能性が示唆されたとの報告 であった (伊藤, 2016, p.51)。 「いまや国際的に、医療の 倫理は、バイオエシックスに基づくものに変わっている」 といわれ (近藤・藤木, 1999, p.22), 生命倫理の学習は 不可欠であるが、一方で、看護における倫理の学習につい て「生命倫理の考え方も、小さい時から家庭教育の中で教 えていく必要があるのではないでしょうか」(有田, 1993, pp.598-600),「倫理的問題の認識がなくては、倫理的決断 はなしえない」との指摘もあった(岡本, 2002, pp.657-662)。そして、教育のあり方として「症例が示す具体性が 倫理問題に入りやすくするという利点もある」といった 教育方法の提示(村岡, 2001, pp.83-86),「看護学生の倫 理的感受性を育てるために、コミュニケーション能力の 向上, 患者および医療チームとしての視点を加えること, 個々の学生を尊重した共に考える教育を行うことなども必 要」であるとされていた(岡田・工藤・須藤・手塚・中 村, 2003, pp.617-624)。

次に、教材については「翻訳語 "教授材料" の略語」であるとされ、狭義と広義の意味があるといわれていた(杉

森・舟島,2004, p.222)。また,授業の構成要素4つのうちの1つとして教材は位置づけられていた。4つとは,「教育目標」「教材・教具」「教授行為・学習形態」「教育評価」で,教材については「直接に学習する対象となる具体的・特殊的な事実・事物・事件・現象」で「教育目標を実現する媒体」である(田中,2007, pp.16-17)。また,「教育内容をよりよく伝えるため,つまり教育目標をより善く達成するために選ばれた題材のこと」という説明もあった(田中・水原・三石・西岡,2005, p.162)。これらを踏まえ,看護学における生命倫理の学習内容を教材化するうえで先行研究を概観した。

教材化について、授業形態の違いでは看護学実習を対 象とした研究がみられ (鰺坂・安斎, 2006, pp.161-169; 岩井ら, 2012, pp.15-28; 小川, 2002, pp.1-11; 川本・柴 田, 2012, pp.342-345; 吉富·定廣·舟島, 2004, pp.65-78), 臨床における看護現象の教材化が必要であるとされて いた (小川・舟島, 1998, pp.54-60)。とくに, 鰺坂・安 斎は「看護師の行動の中にある学習モデルとしての要素」 (2006, p.169) という"生きた"素材の教材化という困難 であるが実習でなければ経験できない学習のあり方を示し ていた。一方、講義においては、松本・伊藤によって「意 図的」(2009, p.78),「意識的」(2010, p.144) という言葉 を用い教材化の必要性が説明されていた。さらに講義で の教材化については,「臨床と教育の場の連携,抽象と具 体の行き来」(蔵谷・服部, 2003, p.64), 「講義の中で教 材を工夫し, 実習で関連付けられるような教授活動を展開 する」(藤堂・近藤・影本・濱松・中西, 2011, p.37) と いった内容があり、講義と実習の連動性や学生の理解を手 助けすることを示唆していた。教材化は、前述した「現象 を教材として加工する」と教材としての「素材の選択」が 示されていたが (真嶋ら, 2000, p.178), いずれも目標達 成を目指すためのものである。この活動としては「教授活 動」と表現された文献もあり(山下・舟島・中山・吉富, 2007, p.35), 用語の概念規定からは教材を媒介にすると されていた。

Ⅱ. 概念枠組み

学生は生命倫理の学習をもとにした臨地実習の経験をすることで、専門職として必要な看護倫理の習得につながると考えた。これは「倫理原則主義が生命倫理の分野を広く支配」し、その後の看護倫理綱領(1976年)へと影響を与えたという経緯があり(堀井、2010、p.61)、また原則から応用といった学習の段階性を踏まえるものでもある。生命倫理の学習内容は抽象的、概念的であるが、学生が臨床で経験するのは実際的で具体的な実習の内容である。そのため教員にはこれらを照らし合わせ、詳細な説明を行うという教授活動が求められる。教授活動とは、山下らの説明によると教材を媒介とした学習支援である(2007、p.30)。

本研究では「学習状況把握」「実習調整」「学習モデル」の3つが教材化に影響を与えると考えた(図1)。学習状況は学生の生命倫理の学習状況で、教員はそれを把握しておくことで実習においてより的確な指導が可能である。実習調整は臨床での学習環境の整備および学生の理解できる学習促進のためである。実習モデルとは教員を含む看護職者のことで、生きた教材でもあり、同一化の試みは態度の習得につながる。そして、これらは相互に関係しあい、教員は教授活動内容として学生の生命倫理の学習促進にかかわる。そこで以下のように用語を統一した。

- ①学習状況把握:今回の研究では、著者らが過去の研究で 見出した生命倫理で学習を経験する「いのちの尊さ(11 項目)」と「患者のQOL(7項目)」についての状況で、 項目間の違いは教材化に影響する。
- ②実習調整:表1をもとにすれば看護職者の生命倫理の学

- 習経験には違いがあり、混在しているのが臨床の場である。臨床のその場が教材となり、教員が学習環境として成立するために調整をすることで学生の学習内容との照らし合わせや説明が可能になる。
- ③学習モデル:看護実践は日本看護協会(2007, p.14)によると「看護職が対象に働きかける行為であり、看護業務の主要な部分を成す」とあり「看護そのものに最も近い用語」で、看護職者と患者の存在と看護ケアの行為によって成立する。そのため、教員および看護職者は生きた素材として教材になる。
- ④教材化:上記の①から③を教材として,教員が学生の学習支援をすることである。

今回の研究において教材化とは、学習状況把握を中心としており、対象は生命倫理での学習内容「いのちの尊さ」と「患者のQOL」のなかから看護と他学科の学生を比較し、看護学実習で教育方法、指導の工夫が必要な生命倫理の項目を特定する。

Ⅲ. 研究目的

生命倫理の内容の教材化に向けた学習内容を抽出し、学 習支援に必要な教授活動およびその内容を明らかにする。

Ⅳ. 研究方法

A. 生命倫理の講義実施状況

開講時期は1年次第1学期,講義回数は15回で修得単位

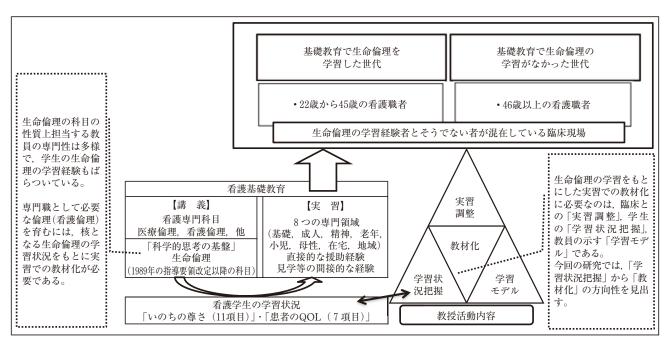


図1 本研究の概念枠組み

数は2単位の授業で、授業内容について一覧として示す (表2)。担当者は4名、内訳は法学と医学の教授が各1 名、看護学が2名で前者は非常勤講師であった。

表 2 生命倫理の講義内容

講義	講義内容
1	現代社会と生命倫理
2	生命の質(QOL)
3	インフォームド・コンセント
4	尊厳死
5	安楽死
6	終末期ケア
7	演習:死に関する生命倫理
8	自律と患者の権利
9	自律とパターナリズム
10	パターナリズムとケア
11	医療資源の配分
12	生命の誕生とパーソン論
13	応用倫理学の発展
14	規範倫理学の時代
15	演習:医療における生命倫理

B. 研究期間

2011年度から2015年度の5年間であった。

C. 研究対象

2011年度から2015年度に開講された生命倫理講義受講者 1,281名を対象とし、生命倫理の講義内容終了時に調査を 実施した。クラスは看護学科(以下、看護と略す)と看護 学科以外の社会福祉、リハビリテーション、鍼灸スポー ツ、口腔保健の学科(以下、4 学科と略す)で、履修で必 修科目となっているのは看護、鍼灸スポーツ、口腔保健の 3 学科、他の 2 学科は選択であった。

D. 方 法

調査内容は、大学入学前に経験した生命倫理の学習の有

無、これまでの研究で明らかになった学習状況を示す"いのちの尊さ"11項目と"患者のQOL"7項目である(以下、項目は〔〕で示す)。設問は講義受講後の教育内容の関心についてで、回答は関心の程度の強さを5段階から1つを選ぶこととした。「そう思う・とても強い」に5点、「そう思わない・とても弱い」を1点とし、回答段階を得点とした後に平均得点、標準偏差を項目ごとに『IBM SPSS Statistics 19』にて分散分析を行った。学生の関心の高さと有意差の有無から教材化に適した項目を判定した。また、看護と4学科との相違を明らかにした。

E. 倫理的配慮

実施については九州看護福祉大学倫理委員会に審査を申請し承認を得た(承認番号:23-006)。配布と回収の担当者は別にし、調査票配布は一括して行い、個別に期限までに所定の場所に提出したものを回収した。研究の対象者には文書で、調査の目的、調査の途中辞退は可能で協力しないことで何らかの不利益が生じることはないこと、成績評価には影響しないこと、得られた結果は公表するが個人が特定されることはないと説明した。なお、研究終了後には一定期間の保管の後に一切のデータを裁断し破棄することも伝えた。以上のことを記載した調査の説明と研究協力における倫理的配慮の用紙と調査票、返信用封筒を配布し、各自が投函することを依頼した。調査票は記号化し個人が特定できないようにし、研究室内の鍵のかかる戸棚で管理した。

Ⅴ. 結 果

A. 回答状況

看護と4学科に分け,年度ごとに回答状況を一覧にした (表3)。回収数(率)は865(67.5%),回答に不備があった調 査票を除いた結果,有効回答数(率)は854(66.7%)であった。

表 3 看護学科および 4 学科の回答状況

年度	対象	実施日	配布数	回収数	回収率(%)	有効回答数	有効回答率(%)
2011年度	看護学科	2011年7月22日	117	106	90.6	105	89.7
2011年度	4 学科	2011年7月22日	217	104	47.9	102	47.0
2012年度	看護学科	2012年 7 月21日	115	89	77.4	85	73.9
2012平及	4 学科	2012年7月21日	134	99	73.9	98	73.1
2013年度	看護学科	2013年 7 月19日	112	99	88.4	98	87.5
2015年度	4 学科	2013年7月19日	134	85	63.4	84	62.7
2014年度	看護学科	2014年7月11日	98	82	83.7	81	82.7
2014平及	4 学科	2014年7月11日	118	59	50.0	59	50.0
2015年度	看護学科	2015年 7 月24日	124	103	83.1	103	83.1
2010年度	4 学科	2015年7月24日	112	39	34.8	39	34.8

B. 回答者のこれまでの生命倫理の学習経験

看護と4学科に分け、回答者が小学校から高等学校までに生命倫理を学習した経験の有無について整理した(表4)。 小学校から高等学校までに生命倫理の学習経験があったの は合計364名(42.6%)であった。

表 4 高校までの生命倫理を学習した経験の有無

年度	対象	学習経験あり	学習経験なし・ わからない
2011年度	看護学科	42	63
2011年度	4 学科	49	53
9019年度	看護学科	29	55
2012年度	4 学科	25	73
2013年度	看護学科	37	61
2010年度	4 学科	28	55
2014年度	看護学科	26	55
2014平段	4 学科	8	51
2015年度	看護学科	88	15
2010年度	4 学科	32	6
計	看護学科	222	249
H	4 学科	142	238

C. "いのちの尊さ"の結果(表5)

1. 看護と他学科で平均得点が3点台の項目

平均得点が3点台だったのは5年間で看護は5項目,他

学科は8項目であった。看護と他学科の両方で該当した項目は、「生そのもの」「日常の生活」「老い」「生命の危機」 [個別性の違い]の5項目であった。

2. 教育内容への学生の関心度 (表 6)

a. 年度ごとの平均得点の高い項目

5 学科対象で項目別得点の最も高かったのは、看護の [患者の思い](2013年度)で平均得点値4.58±0.69であった。

看護の場合,前述の〔患者の思い〕(2013年度,看護) を除けば他の年度は〔死〕であった。

4 学科は 4 項目があがり、5 年間のうちで 2 回あがっていたのは 2 項目で〔患者の思い〕(2011, 2013年度) と〔死〕(2013, 2015年度)であった。1 回のみの項目が〔生命の誕生〕(2012年度)と〔家族の存在〕(2014年度)であった。

b. 年度ごとの平均得点の低い項目

5 学科対象で項目別得点の最も低かったのは、4 学科の [日常の生活] (2012年度) で平均得点値3.66 ± 0.76であった。

看護の場合,最も低い平均得点の項目は2項目で,〔日常の生活〕と〔老い〕であった。4学科は3項目があがり,〔日常の生活〕(2012年度),〔生命の危機〕(2015年度),〔老い〕であった。

表 5 看護学科学生と4学科学生の"いのちの尊さ"に関する平均値と標準偏差

対象	項目	2011年	度 ((n = 105)	2012年	度 ((n = 85)	2013年	度	(n = 98)	2014年	度	(n = 81)	2015年月	度 ((n = 103)	有意差
刈家	- 現日	平均值		標準偏差	平均值	ŧ	票準偏差	平均值	ŧ	標準偏差	平均值		標準偏差	平均值		標準偏差	有 息 左
	生そのものについて	4.16	±	0.89	4.07	±	0.75	4.16	±	0.72	3.98	±	0.76	4.09	±	0.79	
	生きることについて	4.37	\pm	0.82	4.14	\pm	0.77	4.37	±	0.71	4.15	\pm	0.81	4.27	\pm	0.69	
	生命の誕生について	4.37	\pm	0.82	4.36	\pm	0.69	4.38	±	0.77	4.19	\pm	0.94	4.34	\pm	0.86	
	日常の生活について	3.86	\pm	0.81	3.73	\pm	0.86	3.87	±	0.87	3.74	\pm	0.82	3.90	\pm	0.85	
看	家族の存在について	4.30	\pm	0.86	4.12	\pm	0.84	4.23	±	0.86	4.21	\pm	0.83	4.25	\pm	0.76	
護学	死について	4.57	\pm	0.65	4.36	\pm	0.77	4.54	±	0.68	4.33	\pm	0.71	4.45	\pm	0.67	
科	老いについて	3.85	\pm	0.79	3.81	\pm	0.76	4.01	±	0.88	3.81	\pm	0.87	3.83	\pm	0.77	
学生	生命の危機について	3.99	\pm	0.84	3.84	\pm	0.86	4.06	±	0.83	3.95	\pm	0.88	3.90	\pm	0.89	
生	生命始まりからいのちの 尊さについて	4.27	±	0.78	4.28	±	0.68	4.34	±	0.69	4.16	±	0.92	4.22	±	0.74	
	患者の思いについて	4.41	±	0.70	4.22	±	0.76	4.58	±	0.69	4.20	±	0.80	4.26	±	0.80	2013年度と2012年度* 2013年度と2014年度** 2013年度と2015年度*
	個別性の違いについて	4.22	±	0.77	4.04	±	0.73	4.06	±	0.94	3.99	\pm	0.87	4.12	\pm	0.80	
対象	項目	2011年	度 ((n = 102)	2012年	度((n = 98)	2013年	度	(n = 84)	2014年	度	(n = 59)	2015年	度	(n = 39)	有意差
刈氷		平均值		標準偏差	平均值	ŧ	票準偏差	平均值	ŧ	標準偏差	平均值		標準偏差	平均值		標準偏差	有 忌 左
	生そのものについて	4.17	\pm	0.79	3.96	\pm	0.77	3.96	±	0.77	3.85	\pm	0.78	4.13	\pm	0.66	
	生きることについて	4.39	\pm	0.72	4.12	\pm	0.73	4.17	\pm	0.71	3.98	\pm	0.86	4.23	\pm	0.71	2011年度と2014年度*
	生命の誕生について	4.26	±	0.89	4.28	±	0.70	4.06	±	0.87	3.88	±	0.77	4.33	±	0.74	2011年度と2014年度* 2012年度と2014年度* 2014年度と2015年度*
	日常の生活について	3.98	\pm	0.87	3.66	\pm	0.76	3.88	±	0.83	3.78	\pm	0.72	4.00	\pm	0.89	
4 学	家族の存在について	4.34	\pm	0.87	4.14	\pm	0.76	4.20	±	0.82	4.20	\pm	0.79	4.21	\pm	0.87	
科	死について	4.34	\pm	0.83	4.23	\pm	0.84	4.26	±	0.78	4.17	\pm	0.81	4.38	\pm	0.67	
· 科 学 生	老いについて	3.82	\pm	0.99	3.85	\pm	0.83	3.77	±	0.93	3.68	\pm	0.9	3.95	\pm	0.89	
Ξ.	生命の危機について	4.02	\pm	0.91	3.73	\pm	0.79	3.98	±	0.81	4.12	\pm	0.66	3.93	\pm	0.84	
	生命始まりからいのちの 尊さについて	4.24	±	0.80	4.08	±	0.81	4.02	±	0.89	3.93	±	0.79	4.08	±	0.87	
	患者の思いについて	4.42	\pm	0.81	4.05	±	0.77	4.26	±	0.78	4.05	\pm	0.77	4.15	\pm	0.81	2011年度と2014年度* 2011年度と2012年度**
	個別性の違いについて	4.17	±	0.82	3.89	±	0.84	4.06	±	0.83	3.78	±	0.87	4.10	±	0.91	

[[]注] *:p<.05, **:p<.01.

3. 項目別にみた年度ごとの有意差の有無

a. 看護学科

〔患者の思い〕のみ2013年度と2012年度・2015年度で有 意差がみられ (p<.05), 2013年度と2014年度 (p<.01)

b. 4 学科

[生きること] [生命の誕生] [患者の思い] の3項目に有 意差がみられ、他の8項目は有意差がみられなかった。〔生 きること〕は2011年度と2014年度 (p < .05), 〔生命の誕生〕 は2014年度と2011年度・2012年度・2015年度 (p<.05) に おいてで、〔患者の思い〕は2011年度と2014年度 (p<.05), 2011年度と2012年度 (p<.01) で有意差があった。

D. "患者のQOL" の結果 (表 7)

1. 看護と他学科で平均得点が3点台の項目

平均得点が3点台だったのは5年間で看護は1項目,他 でも有意差はみられたが、他の10項目ではみられなかった。 学科は3項目であった。看護と他学科の両方で該当した項 目はなく, 看護のみが〔家族の意思を尊重する〕, 他学科 が〔その人にあった日常生活〕〔患者の自立〕〔患者が治療 を受容する〕であった。

2. 教育内容への学生の関心度(表8)

a. 年度ごとの平均得点の高い項目

5 学科対象で項目別得点の最も高かったのは、看護の

表 6 "いのちの尊さ"の教材化

	教育内容	の関心度	- 有意差のあった項目
_	平均得点の最も高い項目	平均得点の最も低い項目	- 有息定りめつた項目
5 学科	患者の思い (看護・2013年度)	日常の生活(4学科・2012年度)	
毛 灌 <i>巴</i> 到	患者の思い (2013年度)	日常の生活(2012~2014年度)	患者の思い
看護学科 —	死(2011・2012・2014・2015年度)	老い (2011・2015年度)	
	患者の思い (2011・2013年度)	日常の生活(2012年度)	生きること
4 24A)	死(2013・2015年度)	生命の危機 (2015年度)	生命の誕生
4 学科 — —	生命の誕生(2012年度)	老い (2011・2013・2014年度)	患者の思い
	家族の存在(2014年度)		

表 7 看護学生と4学科学生の"患者のQOL"に関する平均値と標準偏差

11.45	~C D	2011年月	变 (n	ı = 105)	2012年	度((n = 85)	2013年	度	(n = 98)	2014年	度	(n = 81)	2015年	度	(n = 103)	+ **
対象	項目	平均值	標	栗準偏差	平均值	ŧ	標準偏差	平均值		標準偏差	平均值	. 7	標準偏差	平均值		標準偏差	有意差
	その人にあった日常生活	4.26	±	0.72	4.09	±	0.75	4.30	±	0.75	4.16	±	0.87	4.26	±	0.84	
	患者の意思を尊重する	4.57	\pm	0.59	4.41	\pm	0.60	4.55	\pm	0.60	4.41	\pm	0.74	4.48	\pm	0.68	
看	患者の自立	4.14	\pm	0.70	4.13	\pm	0.69	4.24	\pm	0.77	4.04	\pm	0.84	4.17	\pm	0.79	
護学	患者の回復	4.20	\pm	0.71	4.19	\pm	0.65	4.37	\pm	0.66	4.23	\pm	0.78	4.27	\pm	0.72	
生	患者が治療を受容する	4.17	\pm	0.77	4.06	\pm	0.78	4.21	\pm	0.72	4.10	\pm	0.80	4.19	\pm	0.72	
	周囲の支えがある	4.36	±	0.70	4.23	±	0.70	4.35	\pm	0.73	4.20	\pm	0.78	4.24	\pm	0.72	
	家族の意思を尊重する	4.16	\pm	0.83	4.00	\pm	0.73	3.90	\pm	0.90	4.11	\pm	0.94	4.13	\pm	0.79	
対象	項目	2011年月	芰 (n	1 = 102)	2012年	度((n = 98)	2013年	度	(n = 84)	2014年	度	(n = 59)	2015年	度	(n = 39)	有意差
刈氷	次口	平均值	標	標準偏差	平均值	ŧ	標準偏差	平均值		標準偏差	平均值	. 7	標準偏差	平均值		標準偏差	有总左
	その人にあった日常生活	4.18	±	0.85	3.90	\pm	0.74	4.31	\pm	0.74	3.93	\pm	0.90	3.97	±	0.90	2012年度と2013年度**
4	患者の意思を尊重する	4.41	±	0.75	4.14	\pm	0.77	4.36	\pm	0.72	4.17	\pm	0.78	4.28	\pm	0.65	
4 学	患者の自立	4.08	\pm	0.83	3.89	\pm	0.75	4.04	\pm	0.75	3.89	\pm	0.77	4.05	\pm	0.83	
科	患者の回復	4.12	\pm	0.85	4.06	\pm	0.77	4.12	\pm	0.77	4.05	\pm	0.83	4.10	\pm	0.64	
学生	患者が治療を受容する	4.13	\pm	0.83	3.94	\pm	0.73	4.12	\pm	0.77	4.00	\pm	0.77	4.13	\pm	0.74	
土	周囲の支えがある	4.42	\pm	0.75	4.11	\pm	0.67	4.31	\pm	0.73	4.22	\pm	0.82	4.03	\pm	0.89	2011年度と2012年度* 2011年度と2015年度*
	家族の意思を尊重する	4.20	\pm	0.93	4.07	\pm	0.78	4.17	\pm	0.73	4.03	\pm	0.77	4.28	\pm	0.80	

[注] *:p<.05, **:p<.01.

表 8 "患者のQOL"の教材化

	—————————————————————————————————————	の関心度	大字学のよ よ面目
	平均得点の最も高い項目	平均得点の最も低い項目	有意差のあった項目
5 学科	患者の意思を尊重する (看護・2011年度)	患者の自立(4 学科・2012年度)	
看 護	患者の意思を尊重する (2011~2015年度)	患者の自立(2011・2014年度)	
相 践		家族の意思を尊重する (2013・2015年度)	_
	患者の意思を尊重する (2012・2013年度)	その人にあった日常生活(2015年度)	その人にあった日常生活
4 学科	周囲の支えがある (2011・2014年度)	患者の自立 (2011~2014年度)	周囲の支えがある
	家族の意思を尊重する (2015年度)		

[患者の意思を尊重する] (2011年度) で平均得点値4.57±0.59であった。

看護の場合,すべての年度で〔患者の意思を尊重する〕であった。4学科は3項目があがり,内訳は2回が2項目で〔患者の意思を尊重する〕(2012,2013年度)と〔周囲の支えがある〕(2011,2014年度),1回が〔家族の意思を尊重する〕(2015年度)であった。

b. 年度ごとの平均得点の低い項目

5 学科対象で年度ごとの項目別得点で最も低かったのは、4 学科の〔患者の自立〕(2012年度)で平均得点値3.89±0.75であった。

看護の場合,7項目中で平均得点の最も低い項目は2項目があがり,〔患者の自立〕(2011,2014年度)と〔家族の意思を尊重する〕であった。4学科も2項目で,〔その人にあった日常生活〕(2015年度)と〔患者の自立〕であった。

3. 項目別にみた年度ごとの有意差の有無

a. 看護学科

項目別で年度間の有意差のある項目はなかった。

b. 4 学科

有意差がみられたのは〔その人にあった日常生活〕が 2012年度と2013年度(p<.01),〔周囲の支えがある〕は 2011年度と2012年度・2015年度(p<.05)であった。

Ⅵ. 考 察

A. 高等学校までの生命倫理の学習経験

生命倫理の学習経験について、「学習経験なし」もしくは「わからない」の回答が「学習経験あり」を2011年度から4年間は上まわっていたが、2015年度のみ8割が「学習経験あり」という回答であった。高校までに教科として生命倫理を学習した経験はないと思われるが、iPS細胞からいじめ問題による自殺まで生命および生命倫理に関する報道は日々あふれている。このような社会状況に初等・中等教育に携わる教員も対応する必要があり、文部科学省も2015(平成27)年7月に「中学校学習指導要領解説:特別の教科道徳編」を公表し、指導の方向性を明示した。「指導の要点」においては「生命倫理」の記述があり、現代的な課題として取り上げ、生命尊重への学びを深めるという説明であった(文部科学省、2015)。学習指導要領に生命倫理が挙げられたことから、内容を回答できるような質問にしていく必要がある。

B. "いのちの尊さ"の教材化

平均得点の高さは教育内容の関心度の高さであり、11項

目中4項目(「患者の思い」「死」「生命の誕生」「家族の存在」)で高く、有意差があったのは3項目で「患者の思い」 [生命の誕生」「生きること」であった。一方で、平均得点3点台で看護と他学科で重複していた5項目(「生そのもの」「日常の生活」「老い」「生命の危機」「個別性の違い」)は有意差もなく、このことは「すぐれた教材の条件」としてあげられていた目標を代表する教材であることという「典型性」としての教材には該当しない5項目であると判断した(田中、2005、p.11)。

5 学科のすべてで教育内容への関心度が高く有意差がみられた項目は〔患者の思い〕で、"いのちの尊さ"を学習するには〔患者の思い〕に目を向けさせる指導や教材の内容に取り入れることで学生は共感しやすく、学習が進みやすくなると思われた。この項目は〔患者の思い〕に目を向けることの重要性であり、患者へ関心を向けること、人としての患者といった視点への気づきであると考えられた。「看護の特質」として用語の解説には以下のような記述があった。

対象者の身近にあり、関心を寄せかかわることにより、看護職は気がかり、苦痛や苦悩等の対象者のニーズに気づき、人間的な配慮と尊厳を守る個別性のある看護を行うことができる(日本看護協会、2007、p.11)。

看護は、看護者が患者の思い(気がかり、苦痛や苦悩等の対象者のニーズ)に気づくことから始まる。生命倫理の開講時期が1年次第1学期で、看護について学び始めた学生であっても〔患者の思い〕に注目することへの関心が高いと思われた。大林は「従来のブールズ流の「科学的」な「病気」概念において、欠けていた視点、すなわち、病気である患者の生活世界への視点・まなざしの復活についての強調である。これはそのまま、患者中心、患者主体の医療を目指し、協調するバイオエシックスの視点でもある」と述べており(1999、p.19)、学生は生命倫理を学ぶことで患者中心の医療が実現するには〔患者の思い〕を知らなくてはならない、という考えに触れることができたと思われた。

次に、教育内容の関心度について、看護学科と4学科で共通して高かったのは〔死〕であった。〔死〕については著者らが報告した「看護学実習での生命倫理の学び」(柴田・川本、2010、pp.174-182)においても先行研究に「脳死・臓器移植」があり、生命倫理の議論の始まりにおいて問われた、医療技術の進歩に伴う"いのちの操作性"の知識を得ることで生命倫理への理解が深まる。とくに、平均得点の状況からも明らかであるが、看護学科は4学科よりも得点が高く、しかも2013年度の1回を除いた他の年度でも最高平均得点であったことから学生の関心の高さが伺え

た。 4 学科を構成している学生は、将来、保健医療福祉職に従事することを希望しているが、直接または間接援助者もしくはウェルネスを支援する職種の従事者である。その点、看護学生はターミナルケアにかかわるあるいは緊急時の応急処置における救命といった患者の直接援助者として命にかかわることになるので、看護と 4 学科の学生の違いが表れたと推測できる。

そして、「生命の誕生」については、2012年度においての看護学科(4.36±0.77)と 4 学科(4.28±0.7)の平均得点が高いという結果であった。 4 学科においては有意差もみられていた。生命倫理においては前述の「死」と同様、「生命の誕生」も含めた"いのちの操作性"について学習する。これは「新たに、バイオエシックスの名とともに成されはじめたのが、いわゆる「植物人間」、「脳死」、「臓器移植」、「体外受精」をめぐる医療技術の進歩により出現した倫理的問題についての議論である」(大林、1987、pp.255-262)といわれるように、専門職者としての生命への向きあい方を学ぶのである。"いのちの尊さ"を学ぶうえでの教材として「死」と「生命の誕生」の 2 項目が適切であることを確認できた。

〔家族の存在〕と〔生きること〕については、看護では 項目があがらず4学科でみられた項目で、〔家族の存在〕 は平均得点が高い項目で、〔生きること〕は有意差がみら れた項目であった。看護に比べ 4 学科は異なる学科の学生 の集合で、入学後4か月間の学習とはいえ、それぞれの学 科の特徴が反映されたためであると考えるならば、項目の 選択傾向は自ずと多様になったと思われる。〔家族の存在〕 と〔生きること〕については、これら2項目は患者の背 景、信条にも関係し、患者の生存という"いのち"を左右 する要因であり個人の価値意識ともつながりが見出せるも のである。Maserは生命倫理学教育の目的を明らかにして いたが、5つのうちの1つである「3)学習者に臨床的判 断の基礎になる倫理原則や価値に関する前提をはっきりと 認識させ」ることとも重なる (浅井ら, 2004, pp.80-89)。 だが、看護学生の指導の際には、他の専門職との共通認識 をもつために必要であること, 生命倫理の認識を再度確認 するための教材として意識的に取り扱う必要がある。

最後に、教育内容の関心度が平均得点で低い項目についてである。4学科は〔日常の生活〕〔生命の危機〕〔老い〕の3項目があがり、看護は〔日常の生活〕と〔老い〕の2項目であった。これらの項目は、学生にとっては"いのちの尊さ"との関連性を見出しにくい事柄だったと思われる。〔日常の生活〕は患者にとっては療養生活であり、看護学生にとっては患者の療養生活にかかわることで"倫理的問題の感受性"を高められるものであると考えられ、〔老い〕については高齢化、認知症に伴う介護と生命倫理

との関連性も重要である。「特にケアの個別化が叫ばれ,ユニットケアを柱に据えようという現在,介護する側の人権を視野に入れながら,介護者および被介護者双方の人権にしながら,両者を支える介護システムを構築していくことが早急に求められているのである」という指摘もある(堀井,2004, p.59)。学生の関心度の低い項目については,教員の意図的な教材化によって再認識を目指す必要がある。

C. "患者のQOL" の教材化

教育内容の関心度が高かったのは、看護学科が〔患者の意思を尊重する〕、4学科は〔患者の意思を尊重する〕であった。そして、有意差があったのは4学科のみで〔その人にあった日常生活〕と〔周囲の支えがある〕であった。平均得点3点台で有意差のあった項目が〔その人にあった日常生活〕であったのは、年度ごとの学生の関心の度合いに違いがあるためであるが、「すぐれた教材の条件」の1つに予想をひっくり返す教材として「意外性」があり(田中、2005、p.11)、そのため平均得点の高さのみで教材化に該当するかを判断する必要はない。

〔患者の意思を尊重する〕については、5学科を対象と しても看護と4学科に分けてみた場合でも、最も平均得点 の高い項目であった。医療において実施されているイン フォームド・コンセントは1997年の医療法改正により医療 提供の理念として明示された。それまでよりもなお一層、 患者と医療者は対等な関係が求められるようになり、イン フォームド・コンセントの実施において不可欠な情報開 示、患者の意思決定は不可欠となり、医療においての患者 の意思の尊重へとつながっている。患者の自律は自己決定 に代表されるように自律性に基づく個の尊重で(Burkhardt & Nathaniel, 1998, p.40), 生命倫理の原理を具現化するも のである。医療環境は"善行モデル"から"自律モデル" へと転換してきており、学生は具体的な経験として臨地実 習において患者・家族に対して、臨地実習に関する説明と 実習指導者の指導のもとに同意を得るという経験、そして 患者・家族は同意を拒否できるということも学習する。こ のような医療状況を学習するという経験に加え学生の関心 度も高いことから、患者の意思の尊重についてはより深い 理解が期待される。

次に〔周囲の支えがある〕は、4学科において平均得点が最も高くかつ2011年度と2012年度・2015年度において有意差もみられた項目である。一方、看護学科の平均得点は4.20~4.36点で一定の関心がみられていた。1年次学生の"患者のQOL"についての理解に、周囲との関係に目を向け、支援の有無により左右されるとの気づきがみられた

と考えられる。QOLについて、三重野によると「『生活の質』では、良いか、悪いかという道徳的な側面とともに、自由、ないしは自由度(個人とともにシステムの観点、選択の自由度など)が関係している」と述べ(2013、p.175)、「医療における『生活の質』は、各自の人生における自由度と関連している」(2013、p.179)としていた。そのため教員は、1年次の気づきに加え実習における指導内容として、「生活の質」について価値判断や人生における自由度について考える機会を設ける必要があると考えられた。

「家族の意思を尊重する」は4学科の平均得点の最も高い項目で、一方で看護では平均得点の最も低い項目でもあった。『保健師助産師看護師学校養成所指定規則』(最終改正平成23年)の別表3「看護師教育の基本的考え方、留意点等」によると、「家族」についての記述は、表内の留意点おいて以下の2か所にみられた。

基礎分野:人間と社会を幅広く理解する内容とし、家族論、人間関係論、カウンセリング理論と 技法等を含むものとする。

統合分野: 在宅看護論では地域で生活しながら療養する人々とその家族を理解し地域での看護の基礎を学ぶ内容とする。

"患者のQOL"に関する〔家族の意思を尊重する〕については、看護学生の関心度は低いため、実習における教材化には工夫が必要であると思われた。

最後に、教育内容の関心度が平均得点で低い項目につ いて、〔患者の自立〕〔家族の意思を尊重する〕〔その人に あった日常生活〕の3項目があった。「生活の質」につい ては「良いか、悪いかという道徳的な側面とともに、自 由、ないしは自由度(個人とともにシステムの観点、選択 の自由度など) が関係している」といわれるように (三重 野, 2013, pp.175-176), 自立することは自由を手に入れ ることになる。このような自立の意義を説明するといった 指導が必要になると考えられた。また、「『生活の質』が 潜在的な『帰属・貢献意識』により規定され、『帰属・貢 献意識』は、『相互関心』、『信頼関係』といった潜在的変 数により規定される」と結語で述べられていた(三重野, 2007, p.157)。家族や日常生活については,「生活の質」 という概念のなかにある「脱物質志向」や「ものからここ ろ, 関係性」(三重野, 2007, p.147) に方向が変わってき たという経緯を含め、学生の視点を患者のみならず家族、 日常生活へ向ける説明を教員が意識的に行い、学生の理解 を深められるような教材化が必要であると考えられた。教 員が生命倫理の内容を教材化するのに最適で必要性が高い 授業は臨地実習である。臨床における現象は複雑で多様な 看護学の内容が内包されており、そのなかから教育活動を

行ううえでふさわしい内容を選択し構成するのは困難さを 伴うものでもある。看護学生の生命倫理の学びは他の学科 と異なっており、生命倫理の教材化のために必要な内容と 方法を見出していくことの重要性が確認された。

Ⅷ. 結 論

生命倫理の学習においては倫理的問題に対する感受性が 重要であるとされる。今回の調査で看護学科と4学科では 異なる結果となり、問題意識に対する学生の感受性の違い なのかを今後は明らかにする必要がある。

"いのちの尊さ"と"患者のQOL"について、看護学生の関心度から教材化の容易な内容と困難な内容を項目名から区分した。また、看護学生を対象とした教授活動において、生命倫理の教材化がより必要であるとされる内容を見出した。

- 1. 看護学科と 4 学科の共通する教材化につながりやすいのは、"いのちの尊さ"は [患者の思い]、"患者のQOL"は、[患者の意思を尊重する] の内容であった。
- 2. 看護学科の学生においては、"いのちの尊さ"の教材化には〔死〕の内容が適していた。
- 3. 生命倫理の教材化にふさわしい内容は6項目で、"いのちの尊さ"は〔生命の誕生〕〔家族の存在〕〔生きること〕、"患者のQOL"は〔周囲の支えがある〕〔家族の意思を尊重する〕〔その人にあった日常生活〕であった。これらの項目を看護学生が学ぶには、教授活動における教育方法、指導の工夫は必要である。
- 4. 本研究の課題は一大学を対象とした調査であることから、今後はデータを追加し検証が必要である。

銊 链

本調査研究にご協力いただいた学生の皆さまに感謝申し上げます。

研究助成情報

本研究は、JSPS科研費JP15K11543の助成を受けたものである。

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:看護学生が学習する生命倫理の内容から教材を調査することを目的とした。

方法:1学部内の看護と他学科(社会福祉、リハビリテーション、鍼灸スポーツ、口腔保健)で2011年から2015年の1,281名を対象とした。"いのちの尊さ"11項目と"患者のQOL"7項目について生命倫理受講後に回答した。データは『IBM SPSS Statistics 19』にて分散分析を行った。

結果:回答は865であった。看護と他学科の共通項目は"いのちの尊さ"の〔患者の思い〕,"患者のQOL"の〔患者の意思を尊重する〕であった。看護学生の関心は"いのちの尊さ"の〔死〕であった。"いのちの尊さ"の3項目(〔生きること〕〔生命の誕生〕〔家族の存在〕)と"患者のQOL"の3項目(〔周囲の支えがある〕〔家族の意思を尊重する〕〔その人にあった日常生活〕)の6項目は教材であると示された。

結論:看護と他学科の学生では生命倫理の関心の違いがみられた。

Abstract

Aims: This study aimed to determine what materials are used in the teaching of bioethics to undergraduate nursing students. Methods: A questionnaire study was conducted between 2011 and 2015 on 1,281 students in a nursing department and non-nursing department (social welfare, rehabilitation, sports acupuncture and moxibustion, and oral health science) in one faculty at our university. The questionnaire included 11 items on "respect for life" and 7 items on "patient QOL", and was completed by students following education in bioethics. Data were analyzed by analysis of variance using IBM SPSS Statistics 19.

Results: Responses were received from 865 students. Respondents in both types of departments indicated being interested in 'patients' feelings' in "respect for life" and 'respecting patients' wishes' in "patient QOL". However, in "respect for life", nursing students were interested in 'death'. Overall, 6 items were found to have been effectively learned by the students: 'living my life', 'the birth of life', and 'existence of patients' families' in "respect for life" and 'support from surrounding people', 'respect for the patients' families' wishes', and 'daily life that matches the patient' in "patient QOL".

Conclusions: There were differences between nursing students and non-nursing students in their interest in bioethics.

文 献

- 鰺坂由紀,安斎三枝子 (2006). 学習モデルとしての『看護師の行動』についての検討 第2報:1年次基礎看護学実習まとめレポートの分析より.京都市立看護短期大学紀要,31,161-169.
- 有田幸子 (1993). 看護における生命倫理とは. 看護学雑誌, 57(7), 598-600.
- 浅井 篤, 坂井孝壱郎, スリングスビー B.T. (2004). 医療システムと倫理: 医学系学生に対する生命倫理学教育と倫理的態度の不一致. 臨床倫理学, 3, 80-89.
- 安藤詳子,西川晶子,松村悠子 (2002). ターミナルケアにおける 倫理教育. 生命倫理, 12(1), 175-182.
- Burkhardt, M.A. and Nathaniel, A.K. (1998). *Ethics & issues in contemporary nursing*. 40, USA: Delmar Publishers.
- 堀井泰明 (2004). 痴呆介護と人権―倫理の視点から―. 人間学紀 要,34,51-60.
- 堀井泰明 (2010). 看護倫理とケアリング―看護倫理の基底をめぐる一考察―. 天使大学紀要, 10, 57-65.
- 伊藤千晴,太田勝正 (2007). 教科書からみた戦後の看護倫理教育 内容の変遷. 日本看護学教育学会誌,17(1),29-40.
- 伊藤道哉 (2016). 事前指示による筋萎縮性側索硬化症 (ALS) 患者の生命維持治療中止に関する調査研究の生命倫理教育への応用. 日本医療・病院管理学会誌, 53(1), 51-59.
- 岩井眞弓,内山久美,大井美樹,大坪昌喜,船越和美,大澤早苗 (2012). 看護学実習における指導プロセスの関連要素:1996 年から2009年の国内先行文献の分析. 保健科学研究誌,9,15-28
- 金子道子 (1998). 看護基礎教育における教育カリキュラムと『看

- 護系大学』. 2,東京:日本看護協会出版会.
- 川本起久子,柴田恵子 (2012). 臨地実習指導者の生命倫理に関する経験と学生指導状況. 第42回日本看護学会論文集(看護総合),342-345.
- 蔵谷範子,服部紀子(2003). 基礎看護学および老年看護学担当教師の授業内容に対する関心. 東海大学医療技術短期大学総合看護研究施設論文集,13,55-75.
- 近藤喜代太郎,藤木典生 (1999). 医療・社会・倫理. 22,東京: 放送大学教育振興会.
- 真嶋由貴恵,淘江七海子,舟越和代,細原正子,堀美紀子,白石裕子,松下文夫,橋本禮治,塩野 充(2000). WWWを用いた看護教育教材の検討:ホームページの実態調査と教材開発を通して.電子情報通信学会技術研究報告(ET,教育工学),99(713),171-178.
- 松本珠美, 伊藤ちぢ代 (2009). 看護基礎教育における患者の安全 保証に向けた取り組みの現状と課題. 園田学園女子大学論文 集, 43, 69-83.
- 松本珠美,伊藤ちぢ代 (2010). 看護学生の学習過程で生じる医療安全に向けた学びの体験. 園田学園女子大学論文集, 44, 133-146.
- 三重野卓 (2007). 共生をめぐる意識と「生活の質」志向. 応用社会学研究, 49, 147-161.
- 三重野卓 (2013). 「生活の質」概念の再構築へ向けて: その現代的意義. 応用社会学研究, 55, 175-185.
- 宮脇美保子,宮林郁子,足立みゆき (1999). 看護基礎教育における倫理教育への取り組み. 生命倫理, 9(1), 75-80.
- 文部科学省(2015). 中学校学習指導要領解説:特別の教科 道徳

- 編. http://www.mext.go.jp/component/a_menu/education/micro_detail/__icsFiles/afieldfile/2016/01/08/1356257_5.pdf
- 日本看護協会 (2007). 看護にかかわる主要な用語の解説―概念的定義・歴史的変遷・社会的文脈―. 東京:日本看護協会. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/2007/yougokaisetu.pdf
- 小川妙子 (2002). 研究と経験が支える看護学実習の展開. 看護教育学研究, 11(1), 1-11.
- 小川妙子, 舟島なをみ (1998). 看護学実習における教員の教授活動: 学生と患者との相互行為場面における教員行動に焦点を当てて. 千葉看護学会会誌, 4(1), 54-60.
- 大林雅之 (1987). バイオエシックスを支えるもの:日米の議論をめぐって一. 産業医科大学雑誌, 9(2), 255-262.
- 大林雅之 (1999). 医療における哲学の役割: Bioethics をめぐって. 科学哲学, 32(2), 15-23.
- 岡本恵里 (2002). がん看護・ターミナルケアにおける倫理的問題:看護者・看護学生が抱える倫理的問題状況への悩みと対処行動. 臨牀看護, 28(5), 657-662.
- 村岡 潔 (2001). 医療倫理教育におけるケーススタディの役割: 看護学生と一般学生を対象とした倫理演習. 医学教育, 32(2), 83-86
- 岡田一義,工藤たみよ,須藤邦子,手塚キミ,中村志保子 (2003). 看護師への生命倫理教育充実の必要性について.日大医学雑誌,62(11),617-624.
- 齊田菜穂子 (2007). 脳死・臓器移植に対する看護学生とその親の 認識. 生命倫理, 17(1), 100-109.
- 柴田恵子,川本起久子 (2010). 看護学実習での生命倫理の学び. 生命倫理,21(1),174-182.

- 柴田恵子, 川本起久子 (2012). 看護学実習における生命倫理の学 びと学習指針の方向性. 生命倫理, 22(1), 102-111.
- 白浜喜恵子 (2002). 看護学生の死の概念と臓器提供の意思. 生命 倫理, 12(1), 147-153.
- 杉森みど里, 舟島なをみ (2004). 看護教育学. 222, 東京: 医学書院. 田中耕治 (2007). 授業を構成する要素. 田中耕治 (編), よくわかる授業論. 16-17, 京都: ミネルヴァ書房.
- 田中耕治 (編) (2005). よくわかる教育評価. 11, 京都:ミネルヴァ書房.
- 田中耕治,水原克敏,三石初雄,西岡加名恵(2005).新しい時代の教育課程.162,東京:有斐閣.
- 藤堂由里,近藤栄津子,影本妙子,濱松恵子,中西啓子 (2011). 学生による成人看護学慢性期・終末期の実習指導評価.川崎 医療短期大学紀要,31,33-38.
- 内田宏美 (2000). 看護体験による脳死・臓器移植に対する意識の変化が問いかけるもの. 生命倫理, 10(1), 120-127.
- Ulrich, C.M., Taylor, C., Soeken, K., O'Donnell, P., Farrar, A., Danis, M., and Grady, C. (2010). Everyday ethics: Ethical issues and stress in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, 66 (11), 2510-2519.
- 山下暢子, 舟島なをみ, 中山登志子, 吉富美佐江 (2007). 実習目標達成を導く教授活動の構造:「看護学実習教授活動理論」の開発に向けた仮説の導出. 看護教育学研究, 16(1), 29-37.
- 吉富美佐江,定廣和香子,舟島なをみ(2004). 看護学実習における現象の教材化の解明. 看護教育学研究, 13(1), 65-78.

[平成28年11月15日受 付] [平成29年11月 7 日採用決定]

一研究報告一

神経難病の子どもを長期にわたり在宅で養育する親の経験

Parental Experience Nurturing Pubescent Child with Intractable Central Nervous System Disease at Home

落 合 順 子¹⁾ 前 田 ひとみ²⁾ Junko Ochiai Hitomi Maeda

キーワード:養育、親、子ども、質的研究

Key Words: nurturing, parents, child, qualitative research

I. 研究の背景と意義, 目的

1. 研究の背景と意義

神経難病とは、はっきりした原因や治療法がなく、四肢や体幹の筋力低下や筋萎縮が徐々に進行する神経の病気である。研究者はかつて、神経系の疾患から意識障害となり人工呼吸器を装着している患者の訪問診療に初めて同行した際、訪問したその家の明るく和やかな雰囲気に、とまどいを感じたことが深く印象に残っている。その家では、余命半年と言われ在宅療養を開始し、当時幼かった子どもがすでに青年期を迎えていた。さまざまな医療機器に囲まれた子どものかたわらで、24時間の介護を続けている母親は、冗談を交えながら子どもの変化を報告したり、無駄のない動きでケアを行ったりしていた。このような状況を見わたしたとき、心身の状態が少しずつ悪くなっていく子どもの養育を続けながら、生涯の大半を暮らすということは、親にとって如何なる経験なのであろうという思いが残った。

近年の在宅医療を取り巻く状況を見ても、小児期医療の 進歩により、原疾患自体や合併症がありながら思春期・成 人期を迎える患者は多くなってきている。横谷ら(2014) は、移行期医療について、対象とする年齢が整理統一され ておらず、小児期医療も成人期医療も適切に対応できてい ない現状を報告している。重症児の在宅療養を始めたばか りで、これから何が起こるのかと不安を抱えている親や、 子どもと家族の生活や心身の健康をともに考える立場の看 護において、当事者がどのような経験をしているのかとい う知見はこれからますます重要なものになると考えられ る。医療的ケアの必要な重症児を養育する親についての先 行研究を概観すると、複数の経験から共通の過程を明らか にしたものや、個々のケースを医療的ケアの視点やある枠 組みでとらえた文献がいくつかみられた。

田中(2007)は、重症児を養育する親へのインタビュー から、父親の体験として、【ショックと現状の克服】【命を 守る】【妻の負担を軽減するために育児の役割や責任を調 整する】【育児と仕事のバランスをとる】【父親としての自 分を模索する】【家族と育児の喜びを共有する】が抽出さ れたことを報告している。また、牛尾 (2010) は、小児期 から成人期への長期にわたる親の経験として父親を対象と したインタビューから、高齢の父親の養育態度と心情を明 らかにしている。子どもの障害がわかったときには、父親 らはショックを受けながらも在宅で養育を行う決心をして いたが、仕事を理由にいったん養育から遠のき、退職後に 子どもの世話を行うようになっていた。その後、妻へのわ びの気持ちや子どもに対する感謝の思いをもつようになっ たこと, 親亡き後の子どもの生活の不安や, 現状の障害 者福祉に不満を感じていたことが報告されている (牛尾, 2010, pp.134-135)_o

一方、重症児を養育する母親の体験として田中(2010)は、【母親としての自分を模索する】【子どもの障害を引き受け子どもと一緒に生きる自分を見出す】【子どものペースに応じてきずなを確認する】【期待が叶わなかったことを受け入れる】【育児の喜びや意欲を見いだす】【この子の母親としての自分に気づく】が抽出されたことを報告している。

胃瘻や気管切開などの医療的ケアの導入にあたって、母親は、退院後家で生活するために、子どものQOL (quality of life) の向上を最優先に考えて決断していた (小倉・佐藤・濱邉・葉山、2012)。また、医療的ケアの必要な就学中の子どもの保護者らは、【子どもの特性による対応の難しさ】があるために【安心して預けられる場所がない】【自由度の少ない生活】を送っており、学校に子どもを預けることを【子どもの成長のために必要なこと】とか【子どもと離れ自分の人生を取り戻せる】時間などと認識して

¹⁾ 九州看護福祉大学看護福祉学部看護学科 Kyushu University of Nursing and Social Welfare

²⁾ 熊本大学大学院生命科学研究科 Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University

いた(鈴木,2009)。宮崎(2002)は、このように在宅療養での努力をするなかで、就学前の障害児をもつ母親らは、【これから先のことが知りたくてたまらなかった】という思いをもっていたことを明らかにし、子どもの成長や発達に伴って直面する体験や問題を明らかにすることの重要性を示している(pp.424-427)。

高橋(2014)の文献検討の結果から、医療的ケアを必要とする子どもと家族の在宅療養について、家族のライフサイクル各期の変化に伴う出来事や、家族の関係性の変化に関する研究の必要性や、現段階において如何にして障害児や医療的ケアの必要な子どもとその家族の経験を明らかにすることができるのか、という課題が示されている。

本研究は、1組の親子の経験を対象としている。在宅療養中の子どもを養育する父親と母親のそれぞれの語りから、長い年月のなかで、何が起こったかということに加えて、その出来事が親にとってどのような経験であったのか、そしてその出来事を親がどのようにとらえたのかという内容をつぶさに記述することによって、さまざまな立場の読み手が自分の問題に置き換えて考えることを可能にし、新たな認識や理解を示すことができるのではないかと考える。

2. 研究の目的

本研究の目的は、子どもが高校生のときに神経難病と診断され、長期にわたり養育を続けてきた父親と母親の語りを通して、父親と母親それぞれの経験と夫婦としての経験を記述することとした。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究デザイン

病気の子どもの養育をしてきた父親と母親の語りを聞き取り、彼らの視点から解釈する方法として、桜井・小林(2005)のライフストーリー・インタビューを参考にした。桜井・小林(2005, p.29)は「従属的で抑圧された人々のライフストーリーは、彼らの表現であり、自らの社会的世界に意味をあたえ、さまざまな問題を明るみに出すばかりでなく、自己理解を促進し、アイデンティティや自らの生き方を想像する助けとなる」という。本事例の子どもの病気は神経難病であり、社会的マイノリティーとなった親の長期にわたる養育の経験には、ありのままに伝えることでしか理解し得ない多くの出来事や思いが含まれていた。そのためには、研究協力者の自由な語りから経験を明らかにするこの研究方法を参考にして分析することが有効であると考えた。

2. 研究協力者の選定方法と研究者との関係性

研究協力者の選定は、在宅医療にかかわっている医師に、研究の主旨を説明したうえで、長期間在宅で子どもを養育している夫婦の紹介を依頼し、条件にあう3家族を選定してもらった。そのうち1家族は子どもの意識が清明であることから、家庭内でインタビューに応じることはむずかしいことと、子どもを家に置いて外に出向くこともむずかしいことを理由に辞退された。そのため、本研究の協力者は2組の夫婦となった。研究の同意が得られた後、訪問診療に2回ずつ同行した。本稿ではそのなかの1組の夫婦を対象としている。

3. 研究協力者の背景

研究協力者は、61歳の学校事務をしている父親Aさんと 同年齢の専業主婦のBさんであった。長男Cさんは、小学 生のときは不器用と言われており、走るのも遅かった。身 体は細く胸の幅もかなり薄かったという。近医で診ても らったが、もっと身体を鍛えるようにと言われた。10代に なってよく転んだり足が硬直したりするようになり、17歳 のとき、神経難病と診断された。20歳ごろまではどうにか 歩行ができた。その後電動車椅子を使用するようになり, 徐々に身体機能が低下した。25歳のとき気管切開を施行し たが、常時人工呼吸器が必要な状態ではなかったため、日 中は人工呼吸器を装着していなかった。30歳のとき、母親 が買い物から帰ってくると呼吸が停止しており、救急搬送 され意識障害となった。インタビュー時は意識障害となっ て7年が経過していた。現在、37歳になったCさんと両親 と次男家族(次男夫婦と3人の孫)は二世帯住宅で生活し ており、両親と次男との関係は子どものころから良好で あった。

4. データの収集期間および方法

データ取集期間は5か月間であった。研究協力者の年齢 や病気の進行状況を明記したため、データ収集日は明らか にしないこととする。

インタビューは、父親と母親の希望する場所で個別に3回ずつ行い、研究者の「Cさんとの生活を通して、現在までに経験された出来事や思いについてお話しください」という問いにより始め、了解を得てICレコーダに録音した。

介護時間への配慮からインタビューは2回に分けた。3回目は、2回分の逐語録を読んでもらった後の面談での語りであるがインタビュー内容として扱った。事前に2度訪問診療に同行していたこともあり、夫婦はインタビューに協力的であった。回を重ねるごとに、同じ話題であっても内容に深まりがみられるようになった。また、どこまでがインタビューで、どこからが雑談なのか区別することがむ

ずかしいこともあった。研究者は傾聴の態度を心がけたが、自然な流れから途中で共感したり質問も行った。また、2度の訪問診療時に観察した内容や、インタビュー時の家庭の雰囲気や生活の様子も分析をする際の参考にした。

5. データ分析の手順

最初に、父親と母親の逐語録を個別に作成した。作成の 手順は、音声データから語りをありのままに記述したあ と、病気の進行に伴う出来事を中心に、時系列にまとめ直 した。インタビューで使われた言葉はできるだけそのまま 使用したが、固有名詞などは匿名化し第三者に特定されな いようにした。結果の理解のために、出来事と年齢を明ら かにする必要があると考え了解を得て記載した。逐語録全 体は、子どもの病気に関すること以外にも、父親母親自身 の個人的なことや、社会や他者への見解など多岐にわたっ た。

次に、逐語録から研究の目的に沿って、子どもが病気になったことと、それによって生じた病気に関係のある出来事、そして、それらに関連する親の思いの表れている語りを選択し、ある程度の時間軸に沿ってこれまでの出来事を構成した。

分析方法は、過去に経験された出来事が、その当時どのようにとらえられ、後にそれがどのようにとらえ直されているのかということに着眼し、語り手の経験をありのままに解釈することを目指した。分析する際、逐語録と選択した語りの内容と研究者の解釈を何度も読み返し、気になる部分は逐語録を聞き直した。その際、特徴的な言葉使いや言い回し、語りの流れの抑揚や声の強弱などに気をつけた。質的研究の指導に定評のある研究者や、質的研究の経験のある研究仲間などに、解釈が妥当であるかの確認をとりながら自身のもつ価値観に自覚的になるよう努めた。

結果の記述の方法は、父親と母親の逐語録からの語りの構成と分析を個別に行った後、シークエンスごとに章立てして、その内容を現すタイトルをつけ、2人の語りとその解釈を時間軸に沿って1つに構成した。同一タイトルにおける語りであっても父親と母親の語りが表す内容が異なる場合には、それぞれにサブタイトル〈〉をつけて記した。タイトルとサブタイトル、および語りはゴシック体で示した。語りからの引用は「」、想起された言葉や他者の言葉は『』、研究者が補足した言葉は()でくくった。何回目のインタビューでの語りかがわかるように、「」ごとに番号を付けた。同じ回の語りの場合は最後の「」に番号を付けた。

6. 真実性・信憑性の検討方法

インタビューで語られた内容で曖昧な言い回しや、研究者が解釈するうえでわかりにくかった部分は本人に確認した。また、できあがった逐語録は本人に返して確認した。データ分析の際には、記述を何度も読み返してデータと記述の内容に乖離はないか確認した。また、分析内容の真実性、信憑性を確保するために質的研究の専門家2名、質的研究の経験のある看護研究者4名と検討を重ね、さらに質的研究の指導に定評のある哲学研究者1名のスーパーバイズを受けた。

7. 倫理的配慮

研究は熊本大学大学院医学薬学研究部等一般研究倫理委員会の承認を得て実施した(受付番号:倫理第357号)。研究協力者には、研究の主旨、個人情報の厳守、研究協力の任意性と途中辞退の自由、その際、研究参加に同意しなくても紹介医師の診療にはなんら影響を与えないこと、研究結果の公表について文書と口頭で説明し文書で同意を得た。また、研究協力者に逐語録を確認してもらい公表について問題がないか確認をとった。

8. 用語の説明

本研究における「介護」とは、家族が行う医療的ケアや 身体介護のことをいう。「養育」とは、介護を含む子育て 全般のことをいう。研究協力者が用いる場合には、区別し ない。

Ⅲ. 結果

Aさんのインタビューは本人の自宅で 2 回,病院休憩所で 1 回行い,Bさんは 3 回とも本人の自宅で行った。面接時間は,A さんは $65\sim130$ 分,B さんは $72\sim135$ 分であった。

神経難病のある子どもを長期にわたり養育する父親と母親の経験として、1.子どもが病気になって世の中の見方が変わる、2. おかしいとは思っても病気には結びつかない、3. 本人の希望をかなえられてよかった、4. もう無理をする必要はないと気づく、5.子どもの楽天性に助けられる、6.行くところがあるのがいちばん大切、7. どうやって伝えれば先生たちにわかってもらえるのか、8. わかってもらえる先生に出会えてよかった、9. 意識障害になったけど亡くなってないのが救い、10. もう意識は戻らないと理解はしている、11. 介護を続けるためには自分も発散させないと、12. 父親と母親は互いの違いを認めて介護に向き合う、13. 訪問看護の時間を子どもの社会参加ととらえる、14. 現実に沿ってわれわれはきた、15. 親が

先に逝った後の看護は誰がするのか、というタイトルで構成された。

1. 子どもが病気になって世の中の見方が変わる

a. 〈はっきり言って人ごとだった〉

Aさん「正直言って長男がこうなるまでは本当に身障者、それだけですよね。はっきりと言って認識不足でしたよね。人ごとのようでした。はっきり言って、こういうことになって、もう、見方は変わりましたよね、はっきり言って。いままでは自分には関係ないと、自分の家族には関係ない、というのが正直言って本音です。長男がこうなってからそういう車いすの方とか見ると、家庭ではどうされてるのかなぁ、というのを思うようになりましたよね。やはりすれ違ったときに、見る、目で見るんではなくて心で見るようになったわけですよね」(1回目)

わが子が障害をもつようになるまで、障害者の問題は、 自分とは「関係ない」「人ごと」であったことを「正直 言って」「はっきり言って」と繰り返しながら、Aさんの 「本音」として語られた。そして、当事者となったいまで は、車いすに乗っている人の生活を「心の目で見るように なった」ほど大きく「見方は変わ」ったのである。

b. 〈人に知られるのは大変な問題〉

Bさん「人に話すのも、なかなか、その、最初だったらできない……そうそうそう。なんかばかばかしい話だけど。世界に一人だけで住んでいるなら、どんなに気が楽だろう、と思うこともありましたよ。でもほらやっぱりほら、その、偏見とか、いろいろあるじゃないですか、日本なんかとくに」(2回目)「そこにほら、全部に知られるというのは一つの大変な問題だっていうか、それもやっぱりかなり最初はそう思いましたね。だから隠す。隠してる間はとってもつらい。だけど言ってしまえばもうなんてことない」(3回目)

Cさんの病気について、最初Bさんは、周囲の「偏見」をおそれて「隠して」いた。いまとなっては「言ってしまえばもうなんてことない」「ばかばかしい話」と語ることができるのだが、当時は子どもの病気のことをまわりに「知られるというのは一つの大変な問題」だと思っていた。子どもの病気がわかった当時は、これまでのすべての関係性が意味をもたなくなり、Bさんは「世界に一人だけで住んでいるなら、どんなに気が楽だろう」と思うほど孤独な状態であった。

2. おかしいとは思っても病気には結びつかない

a.〈食の細さが気になっていただけだった〉

A さん「ただ、私自身は猛反省してるのは、あまりにも厳しくしすぎたと。これが長男だからと厳しくしすぎたなあ、というのは正直なところありますね。しつけとか、食事をた

くさん食べろとか、それが本人にとっては苦痛だったのかなあ、といま思うとそれですよね。家内がいつも言うんですよ『お父さんはご飯食べるときは怒ってばかりいた』と」(2回目)「本人が食が細いということだけだったですよね、私は。だから食べろ食べろと。だからまさかこういう神経のどうのこうのというのは全く考えてなかったです」(3回目)

子どもが神経難病であったことを知り、Aさんは厳しかった自分の子育てを「猛反省」していた。妻から当時のことを責められると苦しいのだが、「私は」病気のことは「全く」知らなかったし、食の細さが気になっていた「だけだった」のだと強調したくなるのであった。

b. 〈不器用とは思っていた〉

Bさん「小学4年生の通知表に確か『ボールが飛ばない』と書いてありましたね。あー、そのころから少し……、やっぱ不器用とは思ってましたね。そういう病気とか全く思いもしないもんだから……気にもあんまり……。(高校生になると)あんまり話をしないし、2階が子どもの部屋だったので、ちゃんと洋服を着てくるんですね。そして病院に連れて行ったとき、ボタンをうまく(とめることが)できない。『こんなに悪かったのか』と、もうびっくりしました」(1回目)

Bさんは通知表で「ボールが飛ばない」と指摘されたことが記憶に残っていた。このような気がかりに対して、Bさんは「不器用」だからと自分なりの解釈をしていた。しかし病院で「ボタンをうまく(とめることが)できない」事実を目の当たりにしたとき「こんなに悪かったのか」とBさんは「びっくりした」のである。

3. 本人の希望をかなえられてよかった

Cさんは高校を卒業後、親元を離れて生活した。その間 次男も含め家族全員が、何度もCさんの様子を見に行った り、移動に付き添ったりと協力し、Cさんの下宿生活を応 援した。

A さん「近くにもあるじゃないかと言ったんですけど、いやあどうしても○県のほうに行きたいというから『じゃあ行きなさい。いいだろう』ということで、○県の短大に行きました」(1回目)「やっぱ外に出す……本人の希望をかなえてやりたいというのがもう、そりゃそばにはいてほしかったですけどね。でもやっぱりいっぺん出してみるのもいいのかなと、いう気持ちはありましたよね」(2回目)

B さん「も、それもやりたくなくて、やりたくなくて、心配で心配で。もう、家から通えるところに行きなさいと言って、だいぶ言ったんです。でも本人がどうしても行きたいというもんですから。で、〇県に 2 年下宿してましたねぇ。でも考えてみたら、あのとき行っといてよかったなぁ、と思います。家を出て一人、生活をして楽しそうでした」(1 回目)

神経難病とわかって間もなく、Cさんは進学して一人暮

らしを楽しんだという。当時Bさんは「心配で心配で」仕方がなかった。しかし「楽しそう」に一人で生活していたCさんの姿を思い出し「あのとき行っといてよかったなぁ」と嬉しそうな表情を見せた。Aさんも「いっぺん外に出してみるのもいいかな」と父親らしく息子の自立に理解を示した。親元を離れ自由に暮らしたい、という思春期の息子の希望を叶えることができたことは、2人にとって悔いのない少し晴れがましい思い出となった。

4. もう無理をする必要はないと気づく

Bさん「Cが『車いすに乗りたい』と言ったんですよね。でも『ダメダメ少しでも歩かないと』と、そういう面で無理させた面はあるのはあります。車いすになるのが、なるべくなってほしくないっていう気持ちはやっぱりあるわけですよね」「松葉杖で歩いている人がいて『ちょっと行ったら疲れる。それを無理しないで電動車に乗り替えたら、すごく行動範囲が広くなって』というような話を聞いたんですよね。それで本当に治るならそれでいいけど、もうあんまり無理する必要はないかなあと思いましたね」(1回目)

Bさんは病気の進行をおそれる気持ちから、息子に車いすに乗ることを許すことができなかった。そのようなとき、耳にした松葉杖の人の言葉をきっかけに、無理をしないで電動車に乗り換えることによって「行動範囲」に差が出ることにBさんは気がついた。そして、「本当に治る」のでなければ「無理する必要はない」というように、Cさんのおかれた状況を受け止め、現実に沿った考え方ができるようになったのである。

5. 子どもの楽天性に助けられる

いつかは足が不自由になって10年後には車いすになることを医師から聞いたBさんは、それをCさんに伝えた。すると、Cさんは「10年後でしょう?」と答えて深刻にならなかったという。

Bさん「Cがけっこう明るくて楽天的なんです、性格が。あんまり深刻に考えるタイプじゃなかった。それでずいぶん救われたと思いますね。家のまわりをいつも電動車で回ったりとか、町に行っても電動車にいっぱい買い物してぶら下げて帰ってましたよ(笑)。Cの性格にはだいぶ助けられたと思います」「とにかく本人が悩むとかつらい思いをするというのがやっぱりいちばん見たくない、というかこっちもつらくなると思うんですね」(1回目)

子どもが自分の身体はどうなっていくのかと「深刻に考え」たり、人生に希望を失くして「つらい思いをする」のではないかということをBさんはもっともおそれていた。日々の生活が次第に不自由になっていくなかで「電動車」を使って、楽しそうに行動するCさんの姿にBさんは大い

に助けられていたのである。

6. 行くところがあるのがいちばん大切

Aさん「陸上の身障者大会っていうのがあるんですよね。そういうところに出てこられる方はまだいいんですけど、Cみたいに完全に寝たっきりの人は一切出てこられないわけですよね。そういう方々に対してのあれがどうなっているのかと」(1回目)

Bさん「家にだけじっとしてるということは何とか(ないように)、どこかに行くところをつくってやりたかったのでいろいろ探して。でもだんだん自立しとかなきゃいけないので、生活面で、洋服とかそういうのができなくなって。もうやっぱり行くところがなくなってしまうんですね。それがやっぱりつらかったですね。行くところがあるのがやっぱり一番大切なことですよね。はあ……」(1回目)

身体障害者のためのスポーツ大会であっても「寝たっきりの人は一切」参加できないことに、Aさんは不満を感じていた。「自立」できない人は、家の外に居場所はなくなり、社会との接点がなくなっていくことにBさんはつらい思いをしていた。

7. どうやって伝えれば先生たちにわかってもらえるのか

Cさんは病気の進行に伴い気管切開となった。その後の 定期的なカニューレ交換にまつわる医師とのやりとりを、 Bさんは次のように語った。

Bさん「(カニューレが) なかなか抜けない,入らない。それで本当は7号を入れないといけないのに,もう6号,そして次行くときは5号。だんだん小さく。いつも病院につれていくときは『あー,今日は無事に連れて帰れるかなー』という気持ちでしたね。はぁ……。そういう……,とっても大変でしたね……。そう。いつも心配でしたねぇ。『(担当医に)耳鼻科に行ってもう一回,気切やりなおしたいんですけど』といっても『そんなことしないほうがいい,危険を伴う』とか言われるんですよ」(1回目)

何度もこのようなやりとりが繰り返されていたが、そんなとき、赴任してきた研修医がCさんの担当医となった。

Bさん「その研修医の先生に『別の病院に診ていただきたいんですよ』と言ったらその先生が『僕もそれがいいと思います』『担当の先生に話します』と言ってくださって、もう安心しましたねー! そして、(別の病院で)また気切やり直してもらって7号入れていただいて。『あーもっと早く来ればよかったなー!』といった感じでした」「それをどうやって伝えればわかってくださるんだ、先生たちは。また、うるさいおばちゃんくらいにしか思われないし。でも本人はそういう状態が続くでしょ? だから、無駄なやっぱり、苦しい時間を……本人に過ごさせたような……。だから、そういう面で

は、やっぱあのころは、もちろんCの病気のことで大変だけ ど、ある半面そういうので大変な時期でしたね……」(1回 目)

カニューレのサイズが細くなってゆくことへのBさんの 危機感と、医師の態度には乖離があり、それを埋めるため に「どうやって伝えればわかってくださるんだ」とBさん は不安と焦燥感を抱いていた。「そういうのでとっても大 変」とは、医師とのやりとりのむずかしさを指している。 どんなに訴えても自分が「うるさいおばちゃんくらいにし か」思われていないことを医師の反応から察していた。そ のようなとき、研修医の一言で問題が解決したのだが、そ れはBさんにとって「安心」感を得た経験としてよりも 「無駄な」「苦しい時間を……本人に過ごさせた」ことへの 申し訳なさと、訴えを聞いてもらえなかった悔しさとして 語られた。

8. わかってもらえる先生に出会えてよかった

Aさん「(訪問診療の) 先生はほんとに慎重でしょ。私はもう、あ一この先生にかかってよかったなと、先生がこられたら私はホッとしますね。先生は容体が悪いと、夜遅くまででも患者さんの自宅で待機されるでしょ。9時でも10時でも病院が終わってからでも行かれるわけでしょう。ああいう先生というのは私いらっしゃらないと思うんです。はっきり言って。だから私、逆に先生の身体のことは心配しますね。われわれはその先生がいなくなったら、じゃあ後の患者はだれが診るの?って、それがやっぱり私は心配ですね」(2回目)

Bさん「だから(訪問診療の)先生との出会いもすごく、その先生がよくほらわかってもらえるし。こっちが言ってることを。いままでだったら『もうそんなことは』とか言われるようなことでも、即対応してくださるし、すごく安心ですよね」(1回目)

訪問診療にやって来る在宅医は、「慎重」で「言ってることを」「わかってもらえる」し「即対応」してもらえるということから2人にとって「すごく安心」な存在であった。しかしいまはよくても、もしその医師がいなくなったらあとはどうなるのかという将来への不安も感じていた。

9. 意識障害になったけど亡くなってないのが救い

Cさんが低酸素脳症による意識障害になったことは、A さんとBさんにとって、病名の告知に次ぐ、2度目の衝撃的な出来事であった。

Aさん「連絡があって、私は普通の痰が絡んだと思って、のんきに病院に行ったわけですよ。そしたら家内の顔色が青くて。『普通の痰が絡んだんだろう? 耳鼻科に行けばいいんだろう』といったら『いいや。いまから集中治療室』って言

うて。そしたら要するにそのときの経緯は、もう酸素吸入やらたまにしてましたのでね、家内が買い物に行くので『酸素吸入して行こうか?』と本人に聞いたら、本人が『いい』と言ったから、家内が買い物に行ったわけですよね。そこ30分くらいだったらしいんですよ。そして帰ったらチアノーゼですか。それが出て家内がびっくりして、救急車呼んで病院にいった、ということで集中治療室に入れて『もうおそらく意識は戻りません』ということでした」(2回目)

Aさんは、当時の状況に関して理解している事実のみを述べると、聞き手からの質問を遠ざけるように、口を結んだ。この出来事は、研究者に語られるまでに2人の間でいくどとなく話し合われてきたのではないかと思えた。Bさんの後悔や苦しみをAさんはよく理解しており、自分自身も同じつらさを感じていたのであろう。また、昼間一人で家事と介護を担っていた妻に、大きな責任を負わせていたことへの申し訳なさもあったのではないだろうか。

Bさん「7年前に結局、意識障害になったんですよ。そのときは、私がちょっと買い物というか、一つ、あのとき行かなければよかったんですけどね。やっぱりご飯の準備をしなければいけないもんですから……、足りないものがあってそれを買いに行って……。ただいまーと帰ってきたら『あら、C!』私も近眼で、で、そばに行ってみたら、もう、それこそもう、もう紫色、チアノーゼ出てたのか……。で、身体を触ったらまだ温かかったんですよ。も、それで、もう、アンビューを一生懸命して、そして、ピンク色に唇がなったので、その間にもう電話で救急車……呼んで。あれはほんと……ショックでしたねぇ……。でも……、うん……、ま、障害、こういう状態でもあのとき亡くなってないから救いです。はあー……」(2回目)

買い物から帰ってくると、Cさんの身体は「紫色」になっていた。そのときの衝撃が、当時の状況を説明するBさんの緊張した表情に表れていた。そのときから7年が過ぎた今も「あのとき行かなければよかった」と後悔の念が沸き起こるのだが、いまもCさんが生きていることにBさんは救いを得ていた。

10. もう意識は戻らないと理解はしている

Cさんは低酸素脳症による意識障害となって7年が経っていた。

a. 〈もう1回子どもの声を聞きたい〉

Aさん「私としてはいまでも一縷の望みをもってますよ。 私の内臓やって息子がもとどおり話ができるとかなれば、私 は喜んでやろうと思います。もう1回長男の声を聞きたいで す。『お父さん』っていう(涙ぐむ)」「こうなったらもういま は開き直りじゃありませんけども、どうにかならんかなと。 これがいちばんの願いですよね。歩かなくてもいいから、声 は出してほしい (涙ぐむ)」(2回目)「もう理解はしてます よね, 戻らないと」(3回目)

Aさんは、インタビューの間に子どもの意識はもう「戻らない」と理解していることを何度か口にした。それは研究者に向けて、わかってますよ、と伝えているように聞こえた。一転して自分の思いを語り始めると、ただただ子どもの「声を聞きたい」という望みを捨てきれない親の思いがあふれていた。

b. 〈深刻にはもう考えない〉

Bさん「いま何考えてるかなあという思いは常にあります。 それはやっぱりありますよね。ありますけど,それを考えて もどうなるわけでもないし,つらくなるってことだから。そ んなに深刻にはもう考えないことにしてますね。そんなこと してたら,もうそれこそ……だからいいように考えればいい と思って」(3回目)

心の底では、子どもが「いま何考えてるかなあと」「常に」思っているのだが、意識して「深刻にはもう考えないことにしてい」た。「そんなことしてたら、もうそれこそ……」と、それから先は言葉にしなかった。自然に任せていると思考はいつのまにか過去の出来事へとさかのぼり自らを追い詰める。Bさんは、この苦しみから逃れるために、つらいことは「もう考えないことにして」、その代り「いいように考え」ることで毎日の生活を継続できるように感情のコントロールをしていた。

11. 介護を続けるためには自分も発散させないと

若いころから陸上選手として活躍していたAさんは、最近では審判として競技会への参加を楽しみにしていた。B さんも訪問看護の時間は、お茶や踊りの稽古に出ていくようになっていた。

Aさん「Cがこんな状況になったときには、なんか、もう1回元気な姿になってほしいという気持ちが強かったですよね。いまはその、介護に押しつぶされたくない。どっか人間発散させないと。そのためには、外に出て行けるんであればそれは必要だと思いますよね。ずーっとですよ、家の中で介護ばかりやったら絶対つぶれると思いますよ」(3回目)

Bさん「趣味があれば生活のリズムというか、早くから段取りしてそして行って、って感じで。また別な、介護と離れて別なことをするのはいいかなあと思いますね。介護してるから何もできないとなると、すべて介護のせいにして、介護してることが嫌ぁなことになってしまうじゃないですか」(2回目)

子どもが病気になったばかりのとき、Aさんは「もう1回元気な姿になってほしいという気持ち」で頑張ることができたが、そのころから約20年経ったいまでは「介護に押しつぶされたくない」という思いが強くなった。「家の中

で介護ばかり」していたら「絶対つぶれる」という語りからは、Aさんがいまぎりぎりのところにいることが伝わってくる。AさんにとってもBさんにとっても、長期に及ぶ介護を続けるために、気分転換をするのは重要なことになっていた。

12. 父親と母親は互いの違いを認めて介護に向き合う

Aさん「家内ばかり任せとけばいい、おれは知らんという ことになったら、そりゃ家内はダウンするだろうと思う。だ けどそれはわかってるんだけども、やっぱり夜はついつい家 内に任せてしまう」「普通ならば家内が起きて食事をつくって それを食べて出ていく、これが普通だろうと思うんですよね。 けれどもそこはやはり何ていうんですかね、その、家内がそ うやって2回3回起きるわけですから、私はもう自分でつ くって自分で食べて出ていくと。それがやっぱり協力じゃな いでしょうか」(2回目)「痰引くのは私,実際怖いんですよ ね。でも家内はもう毎日やってるからコツがわかってる。私 の場合はまだコツがわからない。だから私の場合は全く家内 のサポートに徹しようと思ってますね」「介護については2人 でたまには夫婦喧嘩もします。やっぱりお互いきついことも あるでしょう? そしたらちょっとした言葉のあれで喧嘩に なるんですよね。けれども、あ一家内には悪いなあ、申し訳 ないなあ、と思いながら」(3回目)

Aさんは妻に夜中の介護を任せていることもあり、朝食は「自分でつくって自分で食べて出て行く」ことが自分にできる協力ととらえていた。そして自分の役割は「コツがわかってる」「家内のサポートに徹」することだと考えていた。実際に毎日の介護が続くと些細なことで夫婦喧嘩になるというのだが、妻に対して「悪いなあ」「申し訳ないなあ」という思いは自然と湧き上がってくるのであった。

Bさん「『1人で看ない、ということが大切』と言われる けど、こんな状態で在宅(療養)するというのは、ある程度 自分1人でもやる、というような覚悟は必要だと思いますね。 それで家族が手伝ってくれたらもうけもの」「母親と父親とい うのは、子どもがそういう状態になったときやっぱ違うと思 うんですよ。それを母親と同じようなものを、父親に求めて しまったら無理がくるような気がしますね」「いま(おむつ を)代えたばかりなのに便が何回も出ることがあるんですよ。 そこで『また?』って言ったら、そうなってしまうので『あー C, いいね, 便がよく出て』というと, 主人も『よかったね, C』って言ってます(笑)」「主人には言いたい放題言ってま す。それ言えるだけいいのかな。若いころはそれでよかった けど。このごろは向こうも疲れてきたようで、少し考えなけ ればいけなくなってきてます」(2回目)「主人はお風呂上が りに顔を拭いてやるんですよ。熱いから気持ちよかろうって。 私は少し刺激になるし、冷たいほうがいいかなって、水で拭 いて、C, 冷たいから気持ちよかろうって。おかしい(笑)。 全然違うこと言いながら(笑)」(3回目)

Bさんは夫に「母親と同じようなもの」を「求めてしまったら無理がくる」と考えていた。そこには、介護を「自分1人でもやる覚悟」があった。家族の手伝いがない状態が当たり前であれば、手伝いがあったときは「もうけもの」と考えていた。そして、おむつ交換のとき「また?」という言葉を発すれば、現場を「そう」、つまり嫌なものにしてしまうという。そこで「いいね、便がよく出て」と声をかけることで、『また』便が出たことをよかったことにして、それを聞いた夫から「よかったね、C」という言葉を引き出していた。介護の技術は十分ではなくても「言いたい放題」言える夫の存在はBさんにとって大きく、歳を重ねて夫へのいたわりの気持ちが大きくなっていた。そして、夫婦は互いに違う温度のタオルでCさんの顔を拭き、自分のタオルの温度は気持ちいいだろうと考える自由さももっていた。

13. 訪問看護の時間を子どもの社会参加ととらえる

Bさん「在宅(療養)してたら、どうしても子どもを親はやっぱり守るような気持ちになりますよね。見てたらいろんなことも言いたくなるし、人にしてもらうということがやっぱり心配な面があるので。訪問看護師さんとかヘルパーさんとか来てらっしゃったときは、自分はほかのことしたほうがいいと思いますね。やっぱり一緒にいたらどうしても口出したくなるんですよ。『それ、危ないですよ』とかですね。そしたら親離れできないし子離れできないし。それから少し離れるというか。Cもそれが一つの社会参加にもなるしと思って」(2回目)

在宅で何年も子どもの看護や介護を続けていると、親は子どもを「守るような気持ち」になるという。また、看護師のケアに対して「いろんなことも言いたくなるし」「心配な面もある」という。それでもBさんは「親離れ」「子離れ」するために、その場から「少し離れる」ことにしていた。社会に出ていけないCさんにとって、訪問看護の時間が「社会参加」の機会であるという考え方をして気持ちを切り替えていた。そうすることで子どもを他者に託す心の準備をしていた。

14. 現実に沿ってわれわれはきた

Aさん「現実がわかってきたっていったらおかしいけど、現実に沿ってわれわれはきたんじゃないかな。受け入れるとか何とかじゃなくて、やっぱ本人のそういう状況に合わせてわれわれも自然と……自然と受け入れたっていうのはちょっと言葉おかしいけど、そういうふうになったんじゃないかなあ」(3回目)「だからもう、こうなった以上はもう、私と家

内の2人に与えられた運命やとあきらめる, といったらおか しいですけども, これはわれわれ2人に与えられた宿命だな, とは思ってますね | (3回目)

現実に沿っていくうちに診断から20年が経っていた。子どもが病気になったことは「受け入れるとか何とかじゃなくて」「自然と受け入れたっていうのはちょっと言葉おかしいけど」というように、何年経っても認めたくはないのだが、夫婦一緒に背負うのであれば「2人に与えられた運命やとあきらめる」こともAさんには可能に思えるのである。

Bさん「わが家の場合は二男がおりますけど、あんな若い人は感覚はまた私たちと違って、私なんかが『お兄ちゃんがね……』とかいうと『お母さん、人間はいつかは死ぬんだから』とか言って(笑)。『それもそうね』(笑)そういう感じです」(2回目)「意識があって楽しく話してというのは理想だけど、ないものを、できないものをいくら追ってもつらくなるだけだし……と思いますね。だからやっぱり受け入れないとしょうがないというか、時間っていうか。いつの間にかそうなってました、というくらいしかわかんないかもしれないし」(3回目)

常にCさんの容体を気にしていた母親とのやりとりで、「人間はいつかは死ぬんだから」と二男が発した言葉は、深刻になりがちなBさんの気持ちを軽くした。そして「それもそうね」と返事をしたと笑いながら語った。そのような家族のやりとりのなかで「いつの間にかそうなってました」という感覚にいまではたどり着いたのである。

15. 親が先に逝った後の看護は誰がするのか

a.〈日本の制度ははっきり言って不十分〉

Aさん「われわれはいつでもシャワーかかろうと思ったら できるわけですよね。お兄ちゃんの場合はそれができないわ けでしょう。不潔にはしときたくない。あそこに行ったら便 の臭いがしていたというのは絶対したくない。とにかく清潔 にはしといてやりたいというのがいちばんですよね」「まだ まだ日本はそういうのに対してははっきり言って不十分であ るなぁと、じゃあどこまですれば十分なんですか、と言われ たらその答えはないですけれども」(2回目)「やっぱどうし ても親が先に逝くわけでしょ。後の看護は誰がするのかと. それがいちばんのいまは心配ですね、はっきり言って。かと いって殺すわけいかんからね。殺すならもう犯罪ですから。 かといってじゃあ、病院に預けるとやはり満足のいく看病、 看護、これができるのかなあと。これはできないだろうと思 いますね。看護師さんによってはさまざまでしょう、失礼で すけど。ていねいにされるところもあれば、ていねいじゃな いとこもあるでしょう?」(3回目)

「失礼ですけど」と、看護師である聞き手に遠慮しなが

ら、ケアのていねいさは「看護師さんによってさまざまでしょう」と語った。自分が「逝」った後のことを考えると「殺すわけいかん」と否定しながらも、「殺す」という言葉を発してしまうほど、どのようなケアをCさんが受けることになるのかということが、心配でたまらないのである。

b. 〈子どもが看護師さんたちに怒られたりしないか心配〉

Bさん「入院しているときは『あ一また怒られてないかなあ』と気が気じゃなかったですね。同じ部屋の方に『おばちゃんおしっこさせて』って、よく言ってたみたいだけど。看護師さんに言ったら『また?』とか怒られるから、その人に頼んでたんでしょうね。自分でできるならいいけど、頼まないといけないといったらまた大変でしょうからね」「いつまでも子ども子どもという気持ちでいるんだけど、37歳といったら立派な大人ですよね。だからもう、親が看れなくなったらそのときはもう病院にお願いして、ということになると思います」「もしCが意識があって、看護師さんたちに怒られたりとかしたら心配だけど、いまはもう意識がないから怒られることもないかなあと」(3回目)

Bさんは、Cさんに「意識がない」ことや、年齢的には「立派な大人」である、と考えることによって「親が看れなくなったらそのときは病院にお願い」する覚悟をしていた。親にとって、自分の目の届かないところで子どもががまんを強いられたり、悲しい思いをしたりすることはとてもつらいことであり、子どもの意識がなくなったことですら、不安を軽減するための要素となっていた。そして、AさんとBさんが子どものケアで思い詰めて悩んでいることは、どれも特別なことではなく、排泄や清潔といった健常者にとっては当たり前のことがほとんどだからこそ、居ても立ってもいられなくなるのである。

Ⅳ. 考 察

AさんとBさんの語りと分析結果から、1. 長期にわたる重症の病気である子どもの養育を支えてきたもの、2. 重症の病気である子どもを養育するために親が必要とする医療者からの支援、について考察し、さらに、3. 本研究の成果と今後の方向性、について述べる。

1. 長期にわたる重症の病気である子どもの養育を支えてきたもの

a. あらゆる苦しみを分かち合ってきた夫婦のあり方

医療的ケアや介護に関して、Aさんの「サポートに徹」するあり方を、Bさんは「母親と同じようなものを父親に求めてしまったら無理がくる」と認めながらも、介護場面では状況をよく理解した言葉かけによってうまく夫のサポートを引き出していた。そして、Bさんにとって夫は

「言いたい放題」言うことのできる心を許せる存在であった。

医療的ケアや介護に携わる時間は、外で仕事をする夫 と比べると妻のほうが長くなることから、住吉 (1998, p.845) は、妻は夫の協力不足を感じ、夫は仕事への妻の 無理解を不満に思っていたことを報告している。障害のあ る乳幼児を養育する両親についての研究で、佐藤 (2008, pp.49-50) は、育児をうまく協働できている夫婦は、「父 親が世話をしやすいように」そして、「父親のやる気を失 わせないように」母親が配慮しながら支援的にサポートを 促しており、それが父親の育児行動への自信や主体的なサ ポートにつながっていたことや、夫婦間のコミュニケー ション力が低い場合は、夫婦はうまく協働できていなかっ たことを報告している。芳賀ら(2015, p.13)の5~10歳 になる障害児の両親を対象とした研究では、父親は自分の 役割を模索しつつ、子育ては妻に任せ自らはできることを やっていることや、母親は四六時中母親としてできる精一 杯のことをやっていることが報告されている。

これらの先行研究やAさんとBさんの養育への向き合い 方から、父親は養育経験の長さに関係なく、自立して養育 の中心的役割を担うことがむずかしく、母親の配慮や支援 的なサポートを必要としていることが理解できる。在宅療 養を始めたばかりの親にとって、子どものケアに慣れるこ とや、介護に対する父親と母親の協力体制をどのようにし て整えるかは、夫婦が最初に直面する課題であろう。しか し、10年、20年のスパンで子どもの養育に携わるというこ とは、夫婦の機能としてケアの習得や介護を協力するとい う側面のほかに、次々と生じる困難な出来事や悲しみに夫 婦で立ち向かい、経験を分かち合うことに意味があるので はないだろうか。予後不良の慢性疾患の場合、長期になれ ばなるほど、状況は厳しくなる。母親の外出中にCさんが 意識障害になった出来事も、夫の支えがなければBさんは 立ち直れなかったかもしれない。Aさんがいままでの出来 事を「われわれ2人に与えられた宿命」と受け入れること ができたのも、夫婦で同じ時間をともにしてきたからでは ないだろうか。

b. 不安を抑えて子どもの自立を認める親のあり方

Cさんが親もとを離れ、2年間の一人暮らしを実現できたことは、AさんとBさんにとっても思い出に残る経験となった。「家を出て一人、楽しそう」だったと語るBさんの表情は明るく、「じゃあ行きなさい。いいだろう」と許したことを語るAさんの口調も頼もしかった。思春期を迎えたCさんが自由を満喫していた記憶は、「あのとき行っといてよかったなぁ」というBさんの言葉からも、その後Cさんの身体機能が低下していくなかで、2人の気持ちを支える力となったことが伝わってくる。徐々に身体が動か

なくなるという厳しい状況のなかで一人暮らしをさせると いうことは大きな決断だったが、親の役割を果たすことが できた一つの貴重な経験となった。子どもの慢性疾患の場 合、親は障害の側面や、悪くなっていくことへの心配か ら、予防的・保護的態度をとりやすい。汲田・山口(2016. pp.340-341) は、思春期になった慢性疾患のある子どもの 自立に気づきながら、療養生活の管理を続けようとする親 が、その後、努力をして子どもの行動に納得しようとする プロセスを報告している。神経難病であることがわかって も、Cさんは、目先の心配よりも親もとを離れた自由な生 活への希望が大きかった。小児期から成人期に移行する時 期の親子の関係性はただでさえ問題が生じることが多い。 疾患による障害がある場合、療養上のケアは継続している なかで、子どもの自立を認め、内面の変化に親が対応する ことは簡単ではないが、Bさんが「親離れ」「子離れ」す るためにその場から「少し離れる」とか、年齢的にはCさ んは「立派な大人」である、ととらえる視点は一つのあり 方を提示している。意識的に親が子どもの内面的な成長に も目を向けることで、子どもの自立への支援を新たな目標 とすることができ、疾患中心であった子どもへの関心とは 異なる関係性をもたらし、新しい親子のあり方を可能にす るのではないだろうか。

c. 困難な状況に自分の態度を決めて向き合うあり方

病気の発症、病気の進行に伴う身体機能の低下、そして B さんの留守中に、C さんが意識障害となったこと等、A さんとB さんにとって、つらい出来事が次々と起こった。 苦しい記憶を深刻に考え続けることによって、答えのない 落とし穴に自らも陥り、まわりの人もはまりこませてしまうことがある。いま、B さんは、意識して「深刻には考えない」「いいように考える」という考え方をしていた。 A さんも「開き直」って自分の信じたいように信じることにしていた。これは、子どもの病状が進行し、いちいち落ち込んでいては成り立たない厳しい現実のなかで見出された、困難な状況を乗り越えるための2人の態度であった。

2. 重症の病気である子どもを養育するために親が必要とする医療者からの支援

a. 安心して親が子どもを託せるための看護

親亡き後の子の生活やサポート体制,養育者への無理解に対する父親たちの不安が大きいことが,牛尾 (2010, p.133) や芳賀ら (2015, p.13) の研究で明らかにされているが,本研究においても親は同じ不安を抱いていた。「看護師さんによってはさまざまでしょう,失礼ですけど。ていねいにされるところもあれば,ていねいじゃないとこもあるでしょう?」「もしCが意識があって,看護師さんたちに怒られたりとかしたら心配だけど,いまはもう意識が

ないから怒られることもないかなあ」と、2人はこれまで の経験から、もしものとき子どもを看護師に託すことに不 安を感じていた。このような患者や家族の思いに応えるた めにはいったいどのようにするとよいのだろうか。Aさん とBさんの語りのなかからみえてきたものは、これまで医 療者とのやりとりで、言いたいことを言えずに悶々とする 姿であった。Cさんのように動くことのできない患者の場 合、とくに、看護師のあり方が患者のQOLに深く関係す る。AさんとBさんが大きな信頼を寄せる医師が訪問診療 医であった。その医師には親の「言ってることをわかっ て」もらえた。それが何より2人に安心感をもたらしてい た。子どもの在宅医療を担当する医療専門職者にとって, ベテランの親の存在はときには重たく感じるかもしれな い。しかし、看護師をはじめとする医療専門職者は、反省 的に自己のあり方を再確認し、訴えをありのままに聴いて 誠実に対応する、という基本的な態度で接することによっ て親の不安はかなり軽減されるのではないかと考えられ

b. 親の苦しみへの理解と支援

Cさんの病気が神経難病であると診断されたというこ とは、治療による回復の見込みがないということである。 徐々に身体が動かなくなり、最後には意思を伝えることも 呼吸をすることもむずかしくなる子どもの養育を、長期に わたって続けるということは、親にとってこれ以上ないほ どつらい喪失体験であったといえる。子どもの障害告知を 受けた母親の体験を, 宮崎(2002, p.424)は, 死にたい 思いや気が狂いそうなつらさ、そして社会や家族からの強 い孤独感があったことを報告している。本研究において も、Aさんは障害者の親となって初めて、その立場で生き なければならない人たちの生活の厳しさを知り、Bさんは 他者の目を恐れ「世界に一人だけで住んでいるなら、どん なに気が楽だろう」といった殺伐とした気持ちになった。 このように、子どもの予後不良の病気は、家族全体に深刻 な心理的・社会的問題を生じさせるが、子どもの治療を担 当する医療専門職者は、親の抱える問題に向き合う時間の 確保やその深刻さを把握することがむずかしい。親が心身 の健康を維持しながら養育を続けるために、身近にかかわ る医療専門職者は、子どもの病気や治療に関することのみ ならず、親自身が抱える悩みや苦しみの存在にも注意を払 い、耳を傾け、必要であれば他の専門職につなぐなどの対 応も必要であると考える。

3. 本研究の成果と今後の方向性

本研究では、子どもの病気としては一般化されにくい神 経難病という特殊な事例を対象としており、このような立 場の親の思いや医療専門職者に対する患者理解への見方を 示すことができた。しかし、事例そのものがもっている可能性を十分に生かすためには、研究者自身が事例に対する理解を深め、内容により適した手法を探求することが求められる。そして、重症の疾患のある子どもを、長期にわたり養育する親の経験についてのリサーチクエスチョンに答えていくためには、さらなる研究成果の蓄積が必要であるが、子どもの病気を中心とした経験の理解を示していく方向性の他に、事象における家族や親子の関係性に着目した探求の試みも今後の方向性として考えられる。

謝辞

本研究を行うにあたり貴重な経験をお話くださったご夫婦に深謝いたします。研究にご協力いただきました,医療法人おがた会理事長 緒方健一先生,学術的助言を賜りました,姫路大学副学長看護学部研究科長 牛尾禮子先生,

大阪府立大学大学院看護学研究科准教授 冨川順子先生, 熊本大学名誉教授放送大学熊本学習センター所長 岡部勉 先生に心より感謝申し上げます。

本論文は2011年熊本大学大学院に提出した修士論文の一部に加筆・修正を加えたものである。本論文の一部は,第36回日本看護科学学会学術集会,日本看護研究学会第42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。

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

小児期から成人期移行への医療体制において、家族を中心とした包括的な医療を提供することが求められており、そのためには長期にわたる家族の経験を理解する必要がある。

本研究の目的は、思春期に神経難病が明らかになった子どもの成人期に至るまでの、父親と母親の養育の経験や夫婦としてのあり方を当事者の視点に立ってありのままに記述することとした。

データは非構造的インタビューにより収集し、ライフストーリー研究を参考に質的記述的に分析を行った。

本稿が対象とした夫婦は養育への向き合い方にいくらかの違いはあったが、互いに支えあって現実に沿って長期にわたる養育を続けていた。その過程における経験から、医師や看護師をはじめとする医療職者の、患者や家族へのかかわり方への反省的な見直しが必要であることが示唆された。

Abstract

There is an expectation the healthcare system will provide comprehensive medical care for children during their transition to adulthood. To do so, however, necessitates understanding the respective family experience and dynamic. The purpose of this study is to describe the long-term self-reported experiences of both the father and mother while nurturing a child suffering from Intractable Central Nervous System Disease.

Data was collected in an unstructured interview style and analyzed using qualitative descriptions based on a life story study approach. The study focused on one family's experience. The paper considers a couple who shared and cooperated with nurturing duties for a long time, although there was a slight imbalance with the overall nurturing load. Experiences shared and results obtained suggest a need for the medical profession to review existing patient and family care practice. Reflective, careful thought should be given to better understanding the family dynamic.

文 献

芳賀亜紀子,遠山京子,徳武千足,米山美希,坂口けさみ,金井誠,市川元基,大平雅美 (2015). 在宅で重症心身障害児を育てる両親の障害受容から考える養育に対する思い. 長野県母子衛生学会誌,17,8-17.

汲田明美,山口桂子 (2016). 思春期患児の成長過程における母子の相互作用により,慢性疾患患児の親が子離れを余儀なくされるプロセス. 思春期学,34(3),335-345.

宮崎史子 (2002). 障害児を抱える母親の養育体験に関する研究. 小児保健研究, 61(3), 421-427.

小倉邦子, 佐藤朝美, 濵邉富美子, 葉山香里 (2012). 在宅重症心

身障害児(者)の医療的ケア導入の決断における母親の思い. 埼玉医科大学看護学科紀要,5(1),23-30.

桜井 厚, 小林多寿子 (2005). ライフストーリー・インタ ビュー: 質的研究入門. 東京: せりか書房.

佐藤奈保 (2008). 乳幼児期の障害児をもつ両親の育児における協 働感と相互協力の関連. 千葉看護学会誌, 14(2), 46-53.

住吉智子 (1998). 障害をもつ児の在宅ケアに向けた家族への援助: 父親の参画を中心に. 小児看護, 21(7), 843-847.

鈴木真知子 (2009). 在宅療養中の重度障害児保護者の子育で観. 日本看護科学会誌, 29(1), 32-40.

高橋 泉 (2014). 医療的ケアを必要とする障害がある子どもと家

- 族の在宅療養に関する文献検討. 日本小児看護学会誌, 23(2), 41-47.
- 田中美央 (2007). 重症心身障害のある子どもを育てる父親の体験. 自治医科大学看護学ジャーナル, 5, 15-23.
- 田中美央 (2010). 重症心身障害のある子どもを育てる母親の子ど もへの認識の体験. 聖路加看護学会誌, 14(2). 29-36.
- 牛尾禮子 (2010). 重症心身障害のある子をもつ「高齢の父親」の養育態度と心情に関する研究. 日本重症心身障害学会誌, 35(1), 131-136.
- 横谷 進, 落合亮太, 小林信秋, 駒松仁子, 増子孝徳, 水口 雅, 南 砂, 八尾厚史 (2014). 小児期発症疾患を有する患者 の移行期医療に関する提言. 日本小児科学会雑誌, 118(1), 98-106.

[平成29年4月13日受 付] 平成29年11月13日採用決定]

- 資料・その他-

精神科デイケアにおける糖尿病をあわせもつ精神疾患患者の 糖尿病管理に向けた支援実態の分析

Analysis of the Current Status of Support for Diabetes Mellitus Management among Patients with Mental Disorders and Coexisting Diabetes at Psychiatric Day-care Facilities

> 松 谷 ひろみ¹⁾ 石 橋 照 子¹⁾ 金 城 祥 教²⁾ Hiromi Matsutani Teruko Ishibashi Yoshinori Kinjo

キーワード:精神疾患患者、糖尿病管理、精神科デイケア、支援

Key Words: patients with mental disorders, diabetes mellitus management, psychiatric day-care, support

はじめに

精神疾患患者における肥満や糖尿病の発症には、日常生活における活動性の低下や療養環境に基づく運動不足、抗精神病薬による過鎮静、不規則な食習慣などの要因が指摘されている(Brown, Birtwistle, Roe & Thompson, 1999;角田・野村・田宮、1992;長嶺、2001)。加えて、1990年代に導入された非定型抗精神病薬の副作用として肥満や高血糖が重要視されるようになった。2005年には世界精神保健連盟が統合失調症患者のメタボリックシンドローム予防として、食事や運動など生活支援の重要性を示したことから(Usher, Foster & Park, 2006)、精神科領域でも生活習慣病に関する患者教育の必要性がいわれるようになっている。

精神科病院という環境と無為傾向などの症状が重なり合い,精神障害者で糖尿病を合併している患者は多く(長嶺, 2001),統合失調症患者の糖尿病有病率が高いことは,多くの研究においていわれている(Tabata, et al., 1987;Okumura, et al., 2010)。

糖尿病治療としては服薬治療だけでなく,食事療法や運動療法が重要であるが,認知行動障害を伴う精神疾患患者にとって,疾患を自覚し管理を続けていくことは困難を伴う。実際に,精神疾患患者への糖尿病の治療は薬物療法が中心となり,食事療法・運動療法の指導を行うことに困難を感じている医療者も多く存在すると考えられる。

そこで研究者らは、精神疾患患者の糖尿病教育の検討資料を得ることを目的とし、全国の公立病院精神科病院入院中の統合失調症患者の血糖コントロール困難の要因を調査するとともに(石橋・岡村・飯塚、2010)、糖尿病をあわせもつ精神疾患患者を参加者とした、糖尿病の自己管理に向けた介入研究を行った(Ishibashi, et al., 2010)。具体的

には、通常の糖尿病教育プログラムと異なり、参画の原理と心理教育の進め方を主軸に、参加者の希望にあわせフリーに展開する患者参画型糖尿病教室を実施する教育方法の開発を目指した。糖尿病の自己管理に向けた参加者の行動変容を目的として実施したが、参加者に糖尿病管理に関する行動変容だけでなく、エンパワーのプロセスが漸進したことを確認した(石橋・松谷・大森、2016)。

精神疾患患者の治療は、入院中心の医療から地域支援へ の医療へと移行しており、今後ますます地域で生活する精 神疾患患者の増加が見込まれている。地域で生活する精神 疾患患者の多くが利用する精神保健福祉施設では、福祉ス タッフが多く, 医療的知識をもって身体健康の管理や食事 療法・運動療法などの糖尿病管理への支援にあたることは 困難であると推測できる。さらに、外来通院中の精神疾患 患者は入院患者に比べ食事コントロールがむずかしく, 患 者が自律的に糖尿病の管理を実施・継続させることが困難 な場合が多い。また、精神症状によっては糖尿病治療が中 断され、血糖コントロールが不良となり、さらには血糖コ ントロールしなければならないことがストレスとなり、精 神症状が悪化するという悪循環に陥るケースも少なくな い。このことからも、糖尿病をあわせもつ精神疾患患者の 悪化予防には、糖尿病の自己管理ができるような効果的な 医療・看護介入が必要であるといえる。以上より、地域で 生活する精神疾患患者の多くが利用する精神保健福祉施設 のなかでも看護師が専従する精神科デイケアは糖尿病自己 管理に向けた効果的な看護介入がしやすいのではないかと 研究者らは考えた。それと同時に、精神科デイケアに通所 する糖尿病をあわせもつ精神疾患患者の糖尿病管理不良に は、精神科デイケアでの糖尿病教育の実施の有無や、医療 スタッフ介入の有無、教育手法などの実施方法が影響を及

¹⁾ 島根県立大学 The University of Shimane

²⁾ 名桜大学 Meio University

ぼしているのではないかと考えた。

精神科デイケアにおいて、どの程度糖尿病をあわせもつ精神疾患患者がいるのか、どのような支援が行われているのかなどの実態については、病院単位の調査や事例報告など限定されたものばかりで(渡・山口・佐々木、2005;平山・若園、2014;畑・山崎・国下・山瀬・前田;2007)、いまだ全国規模の実態調査は行われていなかった。

そこで、本研究においては、糖尿病をあわせもつ精神科デイケア利用者への支援と糖尿病管理に関する実態を把握し、地域で生活する精神疾患患者の糖尿病自己管理に向けた支援の示唆を得ることを目的とした。

I. 研究目的

本研究は、糖尿病をあわせもつ精神科デイケア利用者への支援と糖尿病管理の実態についての全国調査結果から、糖尿病自己管理に向けた支援の示唆を得ることを目的とした。

Ⅱ. 研究方法

1. 研究対象

(1) 対象施設

全国の精神科病院が運営する精神科デイケアを対象とし、日本精神科病院協会ホームページおよび全国自治体病院協議会ホームページに掲載されている精神科病院のうち、精神科デイケアを運営している施設979施設を選択した。研究依頼は、精神科デイケア代表者に文書を用いて郵送法にて行った。同時に調査用紙も送付した。その結果、134施設より回答が得られた。

(2) 対象利用者

回答のあった134施設より情報が得られた、糖尿病をあわせもつ利用者702名を対象利用者とした。

2. 調査期間

2015年11月~2015年12月。

3. データ収集方法

自作の調査用紙による無記名の自記式質問紙郵送法を実施した。研究の目的,倫理的配慮,記入方法,問い合わせ先について記載した調査依頼文と調査用紙および返信用封筒を同封した封書を,精神科デイケア代表者宛に郵送した。また,依頼文には,2015年10月1日現在の施設概要に関する調査用紙と糖尿病をあわせもつ施設利用者に関する調査用紙の2種類について,精神科デイケア代表者に回答していただくよう明記した。研究参加に同意した場合に、

回答した無記名の調査用紙を返信用封筒に入れ,差出人は 明記せず郵送してもらった。

4. 調査内容

糖尿病をあわせもつ精神科デイケア利用者への支援の実態に関する項目を含めた「施設概要」、また糖尿病管理の実態に関する項目を含めた「糖尿病をあわせもつ施設利用者の属性」を調査内容とした。詳細な内容は以下のとおりである。

(1) 施設概要

精神科デイケアの機能,利用者の精神科診断別人数,糖尿病合併利用者,スタッフ職種,糖尿病教育の実施状況(実施の有無),実施方法(教育にかかわるスタッフ職種,実施形態[個別・集団]),糖尿病教育中断理由・未実施理由,糖尿病教育を実施するうえでの困難などとした。

(2) 糖尿病をあわせもつ施設利用者の属性

年齢,性別,糖尿病家族歷,精神科における診断名,入院経験,糖尿病型,検査成績(BMI, HbA1c,空腹時血糖値,尿糖),治療状況(食事療法,運動療法,経口糖尿病薬,インスリン療法の有無),糖尿病管理がうまくいかない要因について回答を求めた。

5. 分析方法

HbA1c値が7.0%以上の利用者を「糖尿病管理不良群」 (以下,不良群とする),7.0%未満の利用者を「糖尿病管理良好群」(以下,良好群とする)の2群に分類し,対象患者の属性および施設環境との関連について χ^2 検定,Mann-Whitney U検定を行った。日本糖尿病学会では2013年より血糖コントロールのためのHbA1c値(NGSP値)の目標値を見直し、合併症を予防するための目標を7.0%未満としており、本研究においても7.0%を基準値に用いた。統計解析ソフトウェアには『IBM SPSS Statistics ver.23.0 for Windows』を使用し、有意水準は5%とした。

なお,施設利用者の属性の項目にある,糖尿病家族歴, 検査成績の空腹時血糖値・尿糖,糖尿病管理がうまくいか ない要因については回答が少なく,今回の分析対象から除 外した。

6. 倫理的配慮

本研究は島根県立大学出雲キャンパス倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:148,承認日:2015年1月26日)。対象施設代表者宛に調査依頼文,調査用紙,返信用封筒を郵送した。調査の趣旨,目的,調査方法,調査への参加は自由意思であること,得られたデータは施設名が明かされることのないよう厳密に処理し研究目的以外での使用はないこと,研究結果を専門の学会・雑誌にて公表

することはあるが施設名は特定できないように処理すること,不明点の問い合わせ先を依頼文に明記した。また,回答は無記名とし,調査用紙の提出をもって同意とみなした。

施設利用者の糖尿病管理に関する情報についても施設代表者に回答を求めたが,施設代表者に対して施設利用者への口頭での説明を依頼し,施設利用者の承諾を得たうえで回答を得た。また,調査用紙には施設および利用者が特定できる内容についての記載は求めず,得られたデータは漏洩のないよう厳重に管理した。

Ⅲ. 結果

1. 対象施設の概要

対象施設979施設へ調査用紙を配布し、134施設より回収できた(回収率13.7%)。また、糖尿病教育実施状況の項目に記載がなかった施設を除いた133施設(有効回答率13.6%)を分析対象とした。回答の得られた133施設の概要を表1に示す。

対象施設133施設の規模は,「30人未満」が25.6%,「30~50人未満」が24.1%と,50人未満の施設が約半数を占めていた。

表 1 対象施設の概要

			— 100 / 匝 [[X
		N	%
施設規模	30人未満	34	25.6
	30~50人未満	32	24.1
	50~70人未満	25	18.8
	70~100人未満	14	10.5
	100~150人未満	16	12.0
	150人以上	8	6.0
	無回答	4	3.0
糖尿病教育実施	実施している	44	33.1
	実施していない	73	54.9
	過去に実施していた	16	12.0
糖尿病教育 実施施設	N = 44		
糖尿病教育の	集団教育のみ	5	33.1
実施方法	個別教育のみ	29	54.9
	集団教育と個別教育	10	12.0
糖尿病教育に	精神科医師	10	22.7
かかわるスタッフ	内科医師	13	29.5
(複数回答あり)	栄養士	29	65.9
	看護師	35	79.5
	薬剤師	6	13.6
	その他	13	29.5
糖尿病教育実施上	かかりつけ内科医との連携	15	34.1
の悩み	家族との連携	12	27.3
(複数回答あり)	プログラムのマンネリ化	9	20.5
	スタッフ不足	6	13.6
	利用者の病識・理解力の低さ	12	27.3
	その他	6	13.6
糖尿病教育 過去実施	施設 N = 16		
糖尿病教育	対象者がいない	4	25.0
中止理由	教育のできるスタッフが不足していた	1	6.3
	教育の効果がみられなかった	6	37.5
	その他	3	18.8
	無回答	2	12.5
糖尿病教育 未実施施	設 N = 73		
糖尿病教育	対象者がいない	9	13.0
未実施理由	教育のできるスタッフが不足していた	15	21.7
(複数回答あり)	他院で治療中であった	38	55.1
	その他	21	30.4

利用者に対する糖尿病教育実施状況は、「実施している」が44施設(33.1%)、「実施していない」が73施設(54.9%)、「過去に実施していた」が16施設(12.0%)であった。

糖尿病教育を実施している44施設のうち、糖尿病教育の 実施方法は、「集団教育のみ」が5施設(33.1%)、「個別 教育のみ」が29施設(54.9%)、集団と個別教育を組み合 わせている施設は10施設(12.0%)であった。個別教育で は、看護師、栄養士による指導が約半数あり、複数の専門 職スタッフの個別指導を組み合わせた施設も約半数あっ た。

糖尿病教育にかかわるスタッフは、看護師35施設(79.5%) が最も多く、次いで栄養士29施設(65.9%)であった。精神科デイケア施設基準の従事者に含まない内科医師も13施設(29.5%)で糖尿病教育にかかわっていた。

糖尿病教育を実施するうえでの悩み・困難は、「かかりつけ内科医との連携」15施設(34.1%)が最も多く、次いで「家族との連携」「利用者の病識・理解力の低さ」ともに12施設(27.3%)であった。

糖尿病教育を実施していない73施設における糖尿病教育を実施していない理由として、「他院で治療中であった」38施設(55.1%)が最も多かった。その他の内容として、「外来時の栄養指導を利用する」などがあった。

2. 対象施設利用者の属性(表2)

精神科デイケアの総利用者8,069名中, 男性は4,977名 (61.7%), 女性3,092名 (38.3%) であった。また精神科診断では、F2 (統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害)が5,535名 (68.6%) と最も多く、次いでF3 (気分[感情] 障害)1,044名 (12.9%)であった。

現在,糖尿病と診断されている者は702名 (8.7%) であり,男性468名 (9.4%),女性234名 (7.6%)であった。

3. 糖尿病をあわせもつ施設利用者の基本的属性(表3)

精神科デイケアを利用する糖尿病患者702名のうち, HbAlc 値が把握できた515名 (男性343名, 女性172名, 平均年齢57.81±10.46歳)を分析対象とした。糖尿病管理状況をみると,良好群324名 (62.9%),不良群191名 (37.1%)であった。

平均年齢は、良好群59.68±10.30歳(中央値:61.0歳)に対し不良群55.69±10.43歳(中央値:58.0歳)であり、良好群に比べ不良群の平均年齢が有意に低かった。また、年齢区分をみると、39歳以下では良好群12名(3.7%)に対し不良群18名(9.4%)であり、不良群に39歳以下が有意に多かった。65歳以上では良好群109名(33.6%)に対し不良群40名(21.0%)であり、不良群に65歳以上が有意に少なかった。

食事療法,運動療法,経口糖尿病薬,インスリン注射の糖尿病治療状況について,良好群・不良群の2グループ間で有意差が認められた項目は,経口糖尿病治療薬およびインスリン注射の2項目であった。経口糖尿病薬の投与を行っている割合は良好群198名(61.1%)に対し不良群150名(78.5%),また,インスリン注射を行っている割合は良好群18名(5.6%)に対し,不良群44名(23.0%)であり,不良群に有意に多かった。

BMIはデータの得られた367名について分析し、BMI 25.0以上の利用者のうち良好群217名中125名(57.6%)に対し、不良群150名中114名(76.0%)であり、不良群にBMI 25.0以上が有意に多かった。

表 2 対象施設利用者の基本的属性

	衣 2 対象地設利用目の基本的属は		n = 8,069
		n	%
性別	男性	4,977	61.7
	女性	3,092	38.3
精神科診断	F0 (病状性を含む器質性精神障害)	176	2.2
(複数回答あり)	F1 (精神作用物質使用による精神および行動の障害)	361	4.5
	F2 (統合失調症, 統合失調型障害および妄想性障害)	5,535	68.6
	F3 (気分 [感情] 障害)	1,044	12.9
	F4 (神経症性障害, ストレス関連障害および身体表現性障害)	342	4.2
	F5 (生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群)	22	0.3
	F6 (成人の人格および行動の障害)	85	1.1
	F8 (心理的発達の障害)	258	3.2
	その他	246	3.0
	無回答	4	0.05
糖尿病合併	有	702	8.7
	(うち男性)	468	9.4
	(うち女性)	234	7.6
	無	7,367	91.3

		糖尿病管理状況の良否			2 44-	
		良好群	良好群 (n = 324) 不		(n = 191)	- χ²値 または <i>U</i> 値
		n	%	n	%	よたはひ胆
性別* ¹	男性	217	67.0	126	66.0	0.55
注 例	女性	107	33.0	65	34.0	n.s.
平均年齢* ² ±SD		59.68 ± 10.30 55		55.69	± 10.43	25,427.0 **
	39歳以下	12	3.7	18	9.4	4.4.0.4.0
年齢区分*1	40~64歳	203	62.7	133	69.6	14.346 **
	65歳以上	109	33.6	40	21.0	-11-
精神科入院経験 (n = 484) *1	有	287	94.4	168	93.3	0.232
相种作人的混造版(第一404)	無	17	5.6	12	6.7	n.s.
糖尿病型*1	I型	4 1.2 4	4	2.1	0.581	
始	Ⅱ型	320	98.8	187	97.9	n.s.
糖尿病治療状況						
食事療法*1	有 148	45.7	87	45.5	0.001	
及事源仏	無	176	54.3	104	54.5	n.s.
運動療法*1	有	70	21.6	45	23.6	0.265
产到水石	無	254	78.4	146	76.4	n.s.
経口糖尿病薬*1	有	198	61.1	150	78.5	16.647
性口语从州未	無 126 38.9	38.9	41	21.5	**	
インスリン療法*1	有	18	5.6	44	23.0	34.676
1マハノマが仏	無	306	94.4	147	77.0	**
BMI $(n = 367)^{*1}$	25.0未満	92	42.4	36	24.0	13.215
DIVII $(n-901)$	25.0以上	125	57.6	114	76.0	**

表 3 糖尿病をあわせもつ施設利用者の基本的属性

性別,精神科入院経験,糖尿病型の項目に関して,良好群・不良群の2グループ間に有意差は認められなかった。

4. 糖尿病教育実施状況・実施方法と糖尿病管理状況の関連 (表 4)

糖尿病教育実施状況,糖尿病教育の実施方法別(集団,個別,集団と個別の組み合わせ)にみた実施の有無に関して,良好群・不良群の2グループ間に有意差は認められなかった。

糖尿病にかかわるスタッフ職種別(精神科医、内科医、栄養士、看護師、薬剤師、その他スタッフ、複数スタッフ)の介入の有無について、良好群・不良群の2グループ間に有意差が認められた項目は「その他のスタッフ」のみであり、良好群に比べ不良群へのその他のスタッフの介入が有意に多かった。その他のスタッフは精神保健福祉士、作業療法士が多く、介入している割合は良好群321名中32名(10.0%)に対し不良群188名中33名(17.6%)であった。

Ⅳ. 考 察

本調査の対象施設の概要は、厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神・障害保健課、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が実施した「平成25年度6月30日調査」(厚生労働省、2013)の対象となった単科精神科病院の精神科デイケアと比較して、男女比や疾患分類別患者数といった属性はほぼ同じであった。したがって、本調査の対象となった精神科デイケアは、2013年におけるわが国の単科精神科デイケアの状況を表していると考えられた。なお、年齢構成については、本調査では糖尿病をあわせもつ利用者の年齢のみ調査しているため、年齢層が高めであった。

1. 精神科デイケアにおける糖尿病有病者の実態とその特徴

精神科デイケア利用者の属性において8.7%が糖尿病を合併していることが明らかになり、この結果は、Tabata, et al. (1987) やOkumura, et al. (2010) が報告している8.0~8.6%という統合失調症患者の糖尿病有病率と同等の結果であった。また、その約4割の者の糖尿病管理状況が不良であり、地域で生活する精神疾患患者の糖尿病自己管理の

[[]注] *1: χ^2 検定, *2:U検定 **:p<.01 n.s.: not significant

[[]注] 平均年齢については年齢の差の分析には中央値を用いたが、表には平均年齢 ±SDを示している。

表 4	糖尿病教育実施状況・	実施方法と糖尿病管理状況との関連
12 7		大心力がら地が内自生がからり対圧

				糖尿病管理	状況の良否		
			良好群 (n = 324)		不良群 (n = 191)		χ²值
			n	%	n	%	
糖尿病教育実施状況		実施	135	42.7	82	42.9	0.079
		未実施	189	58.3	109	57.1	n.s.
			良好群(n = 321	不良群(n = 190	
糖尿病集団教育実施		有	85	26.5	38	20.0	2.742
		無	236	73.5	152	80.0	n.s.
糖尿病個別教育実施		有	152	47.4	85	44.7	0.328
		無	169	52.6	105	55.3	n.s.
糖尿病集団+個別教育実施		有	56	17.4	27	14.2	0.918
焙水州来凹 ^ュ	一個別教育天旭	無	265	82.6	163	85.8	n.s.
			良好群(n = 321	不良群(n = 188	
糖尿病教育	精神科医師の介入	有	32	10.0	19	10.1	0.002
仍仍仍得我用		無	289	90.0	169	89.9	n.s.
	内科医の介入	有	47	14.6	35	18.6	1.386
		無	274	85.4	153	81.4	n.s.
	栄養士の介入	有	96	29.9	53	28.2	0.168
		無	225	70.1	135	71.8	n.s.
	看護師の介入	有	123	38.3	72	38.3	0.000
		無	198	61.7	116	61.7	n.s.
	薬剤師の介入	有	18	5.6	12	6.4	0.129
		無	303	94.4	176	93.6	n.s.
	その他のスタッフの介入	有	32	10.0	33	17.6	6.122
		無	289	90.0	155	82.4	*
	複数スタッフの介入	有	119	37.1	71	37.8	0.024
	後数人タッノの介入	無	202	62.9	117	62.2	n.s.

[注] χ^2 検定, *: p < .05 n.s.: not significant

困難さがうかがえたとともに、糖尿病の自己管理へ向けた 支援は喫緊の課題であると考えられた。

糖尿病をあわせもつ精神科デイケア利用者の治療状況と して、経口糖尿病薬、インスリン治療については、良好群 と不良群において有意な差がみられ、不良群に経口糖尿病 薬、インスリン治療が多くみられた。糖尿病管理が不良な ため経口糖尿病薬の内服、インスリン治療を行う必要があ るとも考えられる。しかし、厚生労働省健康局(2004)が 行った平成14年度糖尿病実態調査によると、医師により糖 尿病といわれた人の治療内容(複数回答)は、食事指導 73.5%. 運動指導45.9%. 飲みぐすり60.3%. インスリン 注射6.3%であり、本調査の良好群・不良群のそれぞれの 糖尿病治療状況割合と比較しても、良好群の経口糖尿病 薬・インスリン療法を除いて、食事療法および運動療法の 割合は低く、経口糖尿病薬およびインスリン療法の割合は 高かった。このことより、一般的に糖尿病治療として勧め られる食事療法,運動療法よりも,経口糖尿病薬やインス リン治療への依存度が高く,不良群の場合はよりその傾向 が強いことが考えられた。経口糖尿病薬法・インスリン療 法のいずれにおいても、薬物療法は糖毒性の影響が考えられる際にやむを得ず使用されるものであり、漫然と投与されるのではなく、常に減量・中止の可能性を考慮しつつ行われる治療法である。したがって、薬物療法に依存しないよう、自制や正しい認識につながるような教育・指導方法を検討し、働きかけていくことが重要である(石橋ら、2010)が、かかわるスタッフが食事療法、運動療法といった日常生活に基づく生活改善への教育・指導の困難さを抱えていることも示唆された。

また、BMI 25.0以上の者が不良群に有意に多く、良好群に比べ不良群の年齢が有意に低いこと、また年齢区分においても39歳以下の不良群が有意に多いことから、抗精神病薬や精神症状による影響、そして生活リズムの不調からくる若い年代からのメタボリックシンドロームや糖尿病を含む生活習慣病の発症が要因として考えられる。統合失調症のある外来患者は入院患者と比較して、メタボリックシンドロームの罹患率が高いという報告(Sugawara, et al., 2011)があり、久保・小鳥居(2014)も外来患者は自身が主体的に生活を営み、食事、運動、服薬などにおける自由

度は入院患者とは比較できないほど高いため、患者の自主性が問われるとともに、医療者による介入は彼らの行動に大きな影響をもつ、と述べている。生活全般に自律性が求められる地域で生活する精神科デイケア利用者においても、医療スタッフが介入した食事・運動を含めた生活習慣改善に向けた糖尿病教育が必要であると考えられた。

2. 精神科デイケアにおける糖尿病教育実施状況

本研究の対象となった精神科デイケアのうち、糖尿病教育未実施の施設は7割弱を占めていた。過去糖尿病教育を実施していた精神科デイケアが糖尿病教育を中止した理由として、「糖尿病教育の効果がみられなかった」が最も多いこと、糖尿病教育を実施していない精神科デイケアの未実施理由として、「他院で治療中であった」が最も多かったことからも、効率的かつ有効的な糖尿病教育プログラムの構築がいまだなされておらず、"糖尿病は糖尿病専門の内科医での診察・指導・支援、精神疾患は精神科医やその他のスタッフにおいて診察・支援"というように支援が縦割りに分断され、精神疾患患者の特性を踏まえた糖尿病管理のための包括的な支援ができていない可能性が考えられた。

当初は糖尿病管理不良に糖尿病教育実施状況による影響 があるのではないかと予測していたが、良好群・不良群の 2 グループ間に治療環境による相違はほとんどみられな かった。この結果から、精神科デイケアでの糖尿病教育を 実施している施設において、集団教育、個別教育にかかわ らず精神疾患患者の特性を踏まえた継続的な糖尿病自己管 理につながるような糖尿病教育を運営できていない可能性 があると考えられた。また、糖尿病の管理状況の不良群 では、精神保健福祉士や作業療法士といった医師・栄養 士・看護師以外のスタッフの糖尿病教育への介入が有意に 多かった。その理由として、不良群においては、生活全般 にわたって生活習慣の改善をはかる必要があるために、精 神疾患および糖尿病の疾患の治療のみならず生活機能や社 会機能の向上といった生活全般の全人的な支援が必要であ り、精神保健福祉士や作業療法士の介入が必要となってい ると考えることができる。久保・小鳥居(2014)は統合失 調症患者の肥満・脂質異常に対する介入として、栄養士に よる栄養指導のみならず、作業療法士を中心とした運動指 導, 医師や看護師による糖・脂質代謝異常のモニタリング や生活指導、薬剤師による服薬継続の支援、精神保健福祉 士による社会資源活用のためのアドバイスなど、患者にか かわる多くの職種による生活習慣改善のための介入が望ま しいと述べているように、糖尿病をあわせもつ精神疾患患 者に対して、多職種連携による糖尿病教育を進めていくこ との必要性が示唆された。多職種連携による糖尿病教育が 求められる一方で、糖尿病管理不良の主要因が、利用者 の糖尿病の病識欠如,生活習慣の乱れ,抑制欠如であり,過去の研究において糖尿病のコントロールに精神状態の影響が強いことが明らかになっていることから(石橋ら,2010),精神疾患とともに糖尿病に関する医療的知識をもつ専門職が,糖尿病をあわせもった利用者にかかわり,教育・指導していくことも重要であると考えられる。

3. 地域で生活する精神疾患患者の糖尿病自己管理に向けた支援への示唆

本研究による結果から、精神疾患の知識や対応を心得た多職種医療スタッフの元で、糖尿病のコントロール支援ができる場が必要であり、糖尿病をあわせもつ精神疾患患者に対し包括的に支援できる場として、精神科デイケアに期待される役割は大きいと考えられた。また、精神科デイケアにおける糖尿病教育実施上の主な悩みとして、「かかりつけ医との連携」、「家族との連携」、「プログラムのマンネリ化」、「利用者の病識・理解力の低さ」があった。そのことからも、今後、精神科デイケアにおいて、かかりつけ内科医や利用者家族を巻き込みながら、精神疾患患者への糖尿病自己管理に向けた継続可能な糖尿病教育の実施が求められるだろう。

そして、精神科デイケアでの糖尿病教育においても、糖尿病をあわせもつ精神疾患患者に対して、多職種が連携し糖尿病教育を進めていくことが望ましく、そのなかでも、糖尿病血糖値等のモニタリングや生活指導の実施、栄養士や他専門職への橋渡し、かかりつけ医や家族との調整役などの患者を取り巻く細やかな指導や環境調整などの支援は看護師が専門性を活かしながら担うべき役割であると考えられる。精神科デイケアの区分によっては看護師が専従することを必要としない場合もあることから、どの区分の精神科デイケアにおいても積極的に看護師が配置されていくことが望まれる。

また、精神科デイケアとかかりつけ内科医との連携を今後推し進めるものとして、厚生労働省(告示第65号平成26年4月1日適用)より告示された「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が示されている。その指針によると「精神障害者の居宅等における保健医療サービス及び福祉サービスの提供」に関して、精神科外来等で身体疾患の治療が必要となった場合、精神科と他の診療科の医療間連携が円滑に行われるよう推進することとなっている(厚生労働省、2014)。今後、若年層の精神疾患患者のメタボリックシンドロームの増加や精神疾患患者の高齢化に伴い、糖尿病を含む身体疾患を併発する者が増加する可能性も考えられ、精神科デイケアを含む精神科と糖尿病のかかりつけの内科医との連携を進めていくなかで、診療科の枠組みにとらわれず、その精神疾患患者

の医療が分断されず包括的に支援をしていけるような体制 づくりが行われていくことが期待される。

糖尿病患者に対する一般的な情報提供型の糖尿病教育で は、必ずしも患者の行動変容に結びつくとはかぎらないこ とが指摘されているように(吉田、1993)、記憶力・理解 力・問題解決能力などの認知機能の低下を生じやすい精神 疾患患者にとって、情報提供型の糖尿病教育だけでは病 識・理解力の獲得はむずかしく、患者自らが主体的に生活 改善に取り組んでいくことは困難であると考えられる。田 尻・須貝・染矢(2015)は、統合失調症患者の糖耐能異常 に関しては、定期的な空腹時血糖値、HbA1c値のモニタ リングに加え, 患者に対して食生活の改善など生活習慣の 是正を含めた心理教育を包括的に行い、患者自身が体重や 血圧を通して自身の健康状態を把握できるような介入が重 要であると述べている。心理教育は、精神疾患やエイズな ど受容しにくい問題をもつ人たちに、正しい知識や情報を 心理面への十分な配慮をしながら伝え、病気や障害の結果 もたらされる諸問題・諸困難に対する対処方法を取得して もらうことによって、主体的な療養生活を営めるよう援助 する技法(統合失調症の治療およびリハビリテーションの ガイドライン作成とその実証的研究心理社会的介入共同研 究班, 2004) である。精神科デイケアでは糖尿病治療デー タについて把握していない場合もあると考えられるが、精 神疾患患者自身からの聞き取りや糖尿病かかりつけ医との 連携によって、患者自身が自己の血糖値、HbA1c値、食 生活などをモニタリングし、患者とともにデータを振り返 りながら目標に向かって生活改善に取り組むことが望まれ るだろう。また、患者自身が学びたい内容を糖尿病教育に 取り入れたり、患者の病識や理解度にあった学習内容で繰 り返し学習するといったように患者が参画しながら糖尿病 教育を進めていくことによって、患者の病識や理解力の獲 得につながり、さらには患者自身の自己理解・自己決定を 支え、行動変容を促していくことができるとともに、患者 自らが学びたい内容を選択することからも糖尿病教育内容 のマンネリ化も予防することにつながると考えられる。そ して、糖尿病教育にかかわるスタッフが患者のできない部 分に注目するのではなく、 患者ができるようになったこ と、頑張っていることに注目して承認していくこと、糖尿 病教育にディスカッションを取り入れるなどしながら患者 同士の承認や改善に向けた意見交換などをしていくことに より、糖尿病教育の場が安心できる場となり、参加者同士 で支え合いながら糖尿病自己管理の継続にもつながってい くと考えられる。ただし、精神科デイケアを利用する精神 疾患患者の糖尿病管理においては食事など第三者が関係す る内容もあり、自宅で生活している場合は家族が食事をつ くっていたり、グループホームなどで生活している場合は 弁当を注文し食事をとっていたりする場合もあるため、患者自身への教育・指導では限界があることも考えられるだろう。そのため、本人の了解を得たうえで家族・福祉スタッフへの情報提供や食事内容の確認、必要時指導などを行いながら、家族や福祉スタッフとともに生活改善を進めていけるよう支援していくことが必要である。今後、糖尿病をあわせもつ精神疾患患者が、精神疾患と糖尿病をあわせもちながらも、地域でよりQOLの高い生活を送ることができることを目指し、より効果的な糖尿病教育を実施していくことが期待される。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、当初研究者が予測していた、精神科デイケアにおける糖尿病をあわせもつ利用者の糖尿病管理不良への糖尿病教育実施状況の影響はみられなかった。その理由として、効率的かつ有効的な糖尿病教育プログラムの未構築や精神疾患患者の特性を踏まえた糖尿病管理のための包括的な支援ができていない可能性があると考えられたが、精神科外来での糖尿病教育の実施状況やかかりつけ内科医との具体的な連携状況などのより詳細な実態は把握できていない。また、今回の質問紙における精神科デイケアスタッフが糖尿病教育に対してどのような困難・課題を抱えているのかの自由記述部分の質的分析も引き続き行っていく必要がある。

今後も研究者らが実施している精神科デイケアでの実証 研究を進め、地域で暮らす糖尿病をあわせもつ精神疾患患 者に対する糖尿病教育の有効性について検証を重ねていき ない。

結 論

本研究により、精神科デイケアを利用する糖尿病をあわせもつ精神疾患患者の実態と精神科デイケアの糖尿病教育実施状況が明らかとなった。また、HbA1c値により、対象を糖尿病管理良好群と不良群の2グループに分け、個人の基本的属性や糖尿病教育実施状況との関連を比較・分析した結果、個人の基本的属性では、「年齢(平均年齢・年齢区分)」「糖尿病治療状況(経口糖尿病薬・インスリン療法)」「BMI」が、糖尿病教育実施状況では、「糖尿病にかかわるスタッフ職種(その他のスタッフ)」に有意な差がみられた。精神疾患の知識や対応を心得た多職種医療スタッフのもとで、糖尿病のコントロール支援ができる場が必要であり、糖尿病をあわせもつ精神疾患患者に対し包括的に支援できる場として、精神科デイケアに期待される役割は大きいと考えられた。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解いただき,調査にご協力くださいました精神科デイケアの皆さまに心より感謝申し上げます。

本論文の一部は日本看護研究学会第42回学術集会(2016年, つくば市)において発表した。

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JP15K11809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:糖尿病をあわせもつ精神科デイケア利用者への支援と糖尿病管理の実態についての全国調査結果から、糖 尿病自己管理に向けた支援の示唆を得ることを目的とした。

方法:全国精神科病院が運営する精神科デイケアに、施設概要、糖尿病をあわせもつ利用者に関する無記名の自 記式質問紙郵送法を実施した。

結果:精神科デイケア利用者の糖尿病有病率は8.7%であった。HbA1c値により、対象を糖尿病管理良好群と不良群に分け、基本的属性や糖尿病教育実施状況との関連を分析した結果、「年齢」「治療状況(経口糖尿病薬・インスリン療法)」「BMI」、「糖尿病教育にかかわるスタッフ職種(その他のスタッフ)」に有意な差がみられた。

考察:精神疾患の知識や対応を心得た医療スタッフのもとで、糖尿病コントロール支援ができる場が必要であり、糖尿病をあわせもつ精神疾患患者に対し包括的に支援できる場として、精神科デイケアに期待される役割は大きいと考えられた。

Abstract

Objectives: To obtain implications for support of self-management of diabetes mellitus, based on results of the national survey on the current status of support for psychiatric day-care users with coexisting diabetes, and of management of diabetes mellitus.

Methods: We performed a survey by sending an anonymous, self-reporting questionnaire to psychiatric day-care facilities run by national psychiatric clinics about the outlines of the facilities and their users with coexisting diabetes.

Results: The prevalence of diabetes in patients with mental disorders was 8.7%. Based on the HbA1c values, the patients were divided into two groups, a group of patients whose diabetes was well-managed and another group whose diabetes was not well managed, to compare and analyze their collation to the basic attributes and others. As the results, significant differences were observed in age, treatment situation, BMI, and staff.

Conclusion: It is necessary to provide places that can offer support for diabetes control under the guidance of medical staff who have sufficient knowledge about mental disorders and who know how to deal with this situation. We believe the future role of psychiatric day-care facilities for the comprehensive support of patients with mental disorders and coexisting diabetes will be significant.

文 献

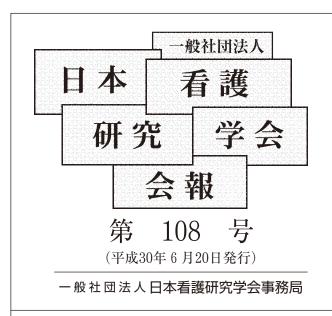
- Brown, S., Birtwistle, J., Roe, L., and Thompson, C. (1999). The unhealthy lifestyle of people with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 29(3), 679-701.
- 畑美由紀,山崎みゆき,国下淑代,山瀬一茂,前田珠美 (2007). デイケアでのSSTウェルネスプログラムの取り組み.新薬と 臨床,56(10),1730-1735.
- 平山広美,若園琴美(2014).精神科デイケアにおける身体管理 に対する取り組み.日本精神科看護学術集会誌,57(1),212-213
- Ishibashi, T., Fujii, A., Fukushima, S., Kadowaki, K., Suto, N., Sato, M.,

- Kaneori, Y., and Shimogaki, K. (2010). Diabetes class by patient participation in planning in an anonymous mental hospital. *2nd Japan China Korea Nursing Conference*, 2(1), 212-213.
- 石橋照子, 松谷ひろみ, 大森真澄 (2016). 患者参画型糖尿病教育 に参加する精神障がい者のエンパワメントプロセス. 日本医 学看護学教育学会誌, 25(2), 18-27.
- 石橋照子, 岡村 仁, 飯塚桃子 (2010). 糖尿病を合併する統合失調症患者の治療の実態と血糖コントロール困難の要因. 島根県立大学短期大学部出雲キャンパス研究紀要, 4, 1-8.
- 厚生労働省 (2013). 精神保健福祉資料 (医療計画・障害福祉計画関連):平成25年度 6月30日調査の概要. http://www.ncnp.

- go.jp/nimh/keikaku/630/(検索日2016年11月8日)
- 厚生労働省 (2014). 良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針 (大臣告示). http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaisei_seisin/dl/kokuji_anbun_h26_01.pdf (検索日2016年11月11日)
- 厚生労働省健康局 (2004). 平成14年度糖尿病実態調査報告. http://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0318-15.html (検索日 2016年11月8日)
- 久保慎司,小鳥居湛 (2014). 統合失調症患者の肥満・脂質異常に 対する系統的な介入. 精神科治療学, 29(2), 219-224.
- 長嶺敬彦 (2001). 精神病院入院患者における高脂血症の頻度. 精神医学, 43(11), 1263-1268.
- Okumura, Y., Ito, H., Kobayashi, M., Mayahara, K., Matsumoto, Y., and Hirakawa, J. (2010). Prevalence of diabetes and antipsychotic prescription patterns in patients with schizophrenia: A nation-wide retrospective cohort study. *Schizophrenia Research*, 119 (1-3), 145-152.
- Sugawara, N., Yasui-Furukori, N., Sato, Y., Kishida, I., Yamashita, H., Saito, M., Furukori, H., Nakagami, T., Hatakeyama, M., and Kaneko, S. (2011). Comparison of prevalence of metabolic syndrome in hospital and community-based Japanese patients with schizophrenia. Annals of General Psychiatry, 10, 21.
- Tabata, H., Kikuoka, M., Kikuoka, H., Bessho, H., Hirayama, J., Hanabusa, T., Kubo, K., Momotani, Y., Sanke, T., Nanjyo, K., Higashi, Y., Miyamura, K. (1987). Characteristics of diabetes mellitus in schizophrenic patients. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 70(Suppl 2), 90-93.

- 田尻美寿々, 須貝拓郎, 染矢俊幸 (2015). 統合失調症と身体リスク:メタボリック症候群を中心に. 分子精神医学, 15(3), 176-182.
- 統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究心理社会的介入共同研究班(2004)、心理教育を中心とした心理社会的援助プログラムガイドライン(暫定版)、厚生労働省精神・神経疾患研究委託費 統合失調症の治療およびリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究 研究成果、http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/psycho_education_guide_line.pdf(検索日2017年3月13日)
- 角田雅彦, 野村和彦, 田宮 崇 (1992). 精神分裂病入院患者における成人病について. 臨床精神医学, 21(10), 1589-1595.
- Usher, K., Foster, K., and Park, T. (2006). The metabolic syndrome and schizophrenia: The latest evidence and nursing guidelines for management. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(6), 730-734.
- 渡 千恵,山口由香,佐々木友子 (2005). 単科精神病院外来統合 失調症患者の糖尿病実態調査. 病院・地域精神医学, 48(1), 39-40
- 吉田 亨 (1993). 保健社会学Ⅱ 健康教育・保健行動. 20, 東京: 有信堂高文社.

[平成28年12月 9 日受 付] [平成29年11月 7 日採用決定]



目 次

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第 4 回理事会 議事録 …

般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第5回理事会 議事録 …………… 8

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第 4 回理事会 議事録

日 時:平成30年1月21日(日) 13:00~16:25

会 場:東京八重洲ホール 611会議室

出 席:川口孝泰, 本田彰子, 宮腰由紀子, 石井範子, 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, 神田清子, 吉田澄恵, 安藤詳子,

宇佐美しおり (以上, 常任理事・理事15名),

松田たみ子,渡邉順子(監事2名)

欠 席:岩本幹子, 荒木田美香子, 青山ヒフミ, 村嶋幸代, 吉沢豊予子, 任和子, 山勢博彰

陪 席:竹下清日,上原孝之(ガリレオ社)

議事進行:理事長 川口孝泰

書 記:佐藤政枝 (順不同・敬称略)

配布資料:

- 1. 会員動向報告
- 2. 平成29年度上半期決算報告書
- 3. 第5回評議員選挙報告
- 4. 編集委員会資料
- 5. 将来構想検討委員会資料
- 6. 国際活動推進委員会資料
- 7. 第43回学術集会 決算書案
- 8. 平成30年度奨学研究選考経過及び授与候補者について
- 9. 大規模災害支援事業委員会規程(改定案)·施行細則案
- 10. 学会事務局委託業務契約改定に向けた概算見積書

- 11. 平成30年度事業計画(案)
- 12. 平成30年度予算(案)
- 13. 入会申込理事会承認一覧(回収資料)
- 14. 学会ウェブサイト リニューアル案

番号なし 平成29年度 第3回理事会議事録 (案)

平成29年度 会員総会議事録 (案)

平成29年度 第2回臨時理事会(書面)議事録

平成29年度 第3回臨時理事会(書面)議事録

別紙:第43回学術集会実施報告

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3回理事会
- 2) 平成29年度 第2回臨時理事会(書面)
- 3) 平成29年度 第3回臨時理事会(書面) 上記,メール配信にて確認済みの議事録の内容が再確認された。
- 4) 平成29年度 会員総会 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。2018年1月21日現在の会員総数は6,456名(内訳:名誉会員15名、評議員165名、一般会員6,276名)であり、2018年1月10日入金分までの会費納入率は約85%であることが報告された。

2) 平成29年度上半期決算・会計監査報告(資料2-1,2,3,4)

会計担当・岩本理事に代行して宇佐美理事からの挨拶があり、事務局担当・竹下氏より、資料に基づき、上半期決算・会計監査の内容が報告された。昨年度予算分の学会誌39巻5号の印刷製本費については発行遅れにより年度内に処理できず、今年度一般会計の経常費用に計上されていることが報告された。また、上半期の予算執行率は25.4%であるとの説明があった。

3) 第5回評議員選挙(平成29年度)報告(資料3)

総務担当・本田副理事長より、資料に基づき、web選挙の投票率は24.3%(前回16.6%)であり、一覧の通り評議員が選出されたこと、また現在は役員を選出中であることが報告された。

- 4)委員会報告
 - (1) 編集委員会(資料4)

委員長・法橋理事より、資料に基づき、2017年の論文投稿数が106本と過去最高であること、また、その他の報告として、「日本看護研究学会雑誌のアーカイブ化の終了」、「任期終了の査読委員

一覧の40巻5号への掲載」、「修正後の投稿論文チェックリスト・最終原稿チェックリスト・利益相 反自己申告書の修正と仕様」、「エディターの追加(1名→2名)」、「第43回学術集会における編集 委員会企画の参加状況(115名)」、「J-STAGEでの論文の公開方法」の内容が説明された。

(2) 奨学会委員会(資料なし)

委員長・石井理事より、平成30年度奨学会奨学金授与者について、1月8日に選考会議にて候補者1名を選出し、本日の理事会にて審議となる旨が報告された。

(3) 学会賞・奨励賞委員会(資料なし)

委員長・荒木田理事に代行して石井理事より、平成29年度受賞候補者について、1月8日の選考会議にて選出し、次回理事会にて審議となる旨が報告された。

(4) 将来構想検討委員会(資料5)

委員長・川口理事長より、資料に基づき、今期改革プランの進捗状況が報告された。2017年度の主な事項としては、会員への情報サービスの充実化を目指し①メールアドレスの把握(1/20現在:72%)、学会webリニューアルが挙げられた。2018年度以降に継続される事項としては、学会事務局の業務委託の精査、委員会組織の再編および活動内容の見直し、地方会組織のあり方の検討、社会貢献事業の検討、利益相反に関する指針の作成が挙げられ、次期理事会の課題として継続審議が必要であることが確認された。とくに、利益相反に関する指針の作成については、5月までに方向性を提案したいとの説明があった。

(5) 研究倫理委員会(資料なし)

委員長・青山理事に代行して川口理事長より、倫理審査対象となる可能性のある案件(1件)あること、第44回学術集会にて交流集会を開催予定であり内容を検討中であることが報告された。

(6) 国際活動推進委員会(資料6)

委員長・前田理事より、資料に基づき、入会手続きおよび原稿執筆要領の英語文(案)が示された。この後、1月末まで理事会メンバーより修正等の意見を募り、その後決定とすることが説明された。イヤーブックについては、時代に即さないとの意見もあり、継続の必要性も含めて検討することが確認された。さらに、第44回学術集会での交流集会開催に向けて準備を進めてい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、審議事項にて取り扱う議題がある旨の報告があった。

(8) 渉外・広報 (学会webページ) (資料なし)

担当・塩飽理事より、webページに第44回学術集会に関連するリンクを作成していること、また、11月より学会webページのリニューアルに向けての作業を進めており、スマートフォン対応により地方会の一部コンテンツの仕様が変わる可能性があること、サーバーは安価で使い勝手のよいものに移行する予定であることが報告された。

(9) 看保連ワーキング(資料なし)

担当・山口理事より、平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定の内容について、詳細が公表され次第、メール等で情報共有すること、また、看保連からの助成を受けて実施している研究プロジェクトについては、活動を継続していくことが報告された。

5) 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、日本看護系学会協議会の活動の見直しの一環として、ニュースレター速報 (2017, vol.4) にも掲載されているように、第7回理事会より、医療安全調査機構の調査部会に、各学会から委員を推薦してほしいとの依頼があり、複数名の委員選出を実現できるよう調整中であることから、要請があった場合には協力していただきたいとの説明があった。また、各学会の企画事業については学会協議会が事務的支援をする方向で調整が進んでいること、日本看護協会、日本看護系学会協議会、日本看護系大学協議会の三者間の話し合いを密にすることが提案され、その取り組みが開始されたことが報告された。

(2) 日本看護系学会協議会 災害看護連携会議(資料なし)

担当・中西理事より、災害看護に関する取り組みを実践している学会が集まり、社会貢献について話し合いを進めており、その名称が「災害における看護の学会連携会議」となったこと、また災害看護に関する具体的活動の実態を把握する目的で調査が予定されており、準備が進められていることが報告された。本年度中に調査を実施し、その結果を基に今後の活動方針を明確化していく予定であると説明があった。

- (3) 看護系学会等社会保険連合(資料なし) 担当・山口理事より、上記の看保連ワーキングの内容と共に報告された。
- (4) 日本学術会議(資料なし)

担当・川口理事長より、看護学分科会の主要な3つのミッションが継続されていることが報告された。

6) 第43回学術集会について(資料7および別紙:第43回学術集会実施報告)

学術集会長・山口理事より、資料に基づき、第43回学術集会にて319題(口演:72題、示設:247題)の発表があり盛況のうちに閉会したことが報告された。平日開催であり、病院関係者(管理者層)からは参加が難しかったとの声が聞かれたこと、また、県内の複数の高等学校で授業日と重複しており、ナーシング・サイエンス・カフェの参加者が少数であったこと、市民フォーラムでは100名程度の参加があったことが補足説明された。収支としては、公共施設および大学キャンパスの利用により会場費を抑えることができ、正味財産期末残高は約279万円であったこと、また学術集会事業操出金を全額返還することができた旨の説明があった。

示説で5題の演題取消(連絡なし・掲示なし)があり、今後の対応として、会告にて演題取消を発表するとともに、抄録から発表者および演題を削除する予定であることが報告された。この点については、学会の倫理規定や学会員の行動規範として明文化していくことが必要との意見がだされた。

7) 第44回学術集会について(資料なし)

学術集会長・前田理事より、1月23日から3月15日まで演題登録を受け付け、その後、評議員への 査読および座長の依頼が行われる予定であること、また市民公開講座、日本薬理学会との共催セミ ナーを開催予定であることが報告された。

8) 地方会の活動について(資料なし)

担当・本田副理事長より、九州・沖縄地区の選挙が1月に実施され、約39万円の補助金を支給したこと、また、近畿・北陸地区も既に選挙が終了しており、これから経費の精算が行われることが報告された。

3. 審議事項

1)編集委員会(資料4)

委員長・法橋理事より、資料を基に、下記7項目についてそれぞれ説明があり、検討を行った。

(1) 学術集会の抄録のJ-STAGEでの公開について

学術集会の抄録号(20巻3号以降:約8,000本)をPDF化してJ-STAGEで公開するか否かを検討する材料のひとつとして,正文社の見積額(約1,700万円)が示され,年間予算や業者の作業能力を考慮し4~5年計画で完了とする提案がなされた。審議の結果,抄録号を公開する方向とし,委託する作業レベルや委託先業者の選定等,予算をおさえるための追加調査を行うこととなった。

(2) 臨時査読委員の手当てについて

非会員の臨時査読委員への手当てとして、図書カード(5,000円)に変更することが提案され承認された。

(3) 雑誌投稿規程の改正について

論文投稿の際に、研究倫理審査委員会の承認書の写し(PDF)の提出を義務づけることとし、投稿規程の「4.研究倫理」の項目に、「<u>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</u>システムに登録する。」の一文を加筆することが提案され承認された。

(4) 原稿執筆要項の改正について

「1. 投稿の際の電子書式等について」の項目に、「6. 数式については、Microsoft数式を使用する。」を、「投稿時の必要情報の入力について」の項目に、「3. 初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。」を、さらに、「9. 抄録について」の項目に、「原著論文、研究報告は、英文抄録を必須とする。技術・実践報告、総説、資料・その他においても、英文抄録をつけることが望ましい。」という一文をそれぞれ追加することが提案され承認された。その他、「10. 利益相反」の項目では、「利益相反状態を「利益相反の開示」として明記する。」「国や自治体から受けた研究費~該当しない。これらの~として記載する。」を追加すること、また、新たな項目として、「12. 電子付録について」の内容が提案され、すべて承認された。

(5) 専任査読委員の委嘱について

専任査読委員の人員の確保および査読プロセスの質の担保を目的として、委員選定の条件が提案された。論文投稿数の増加に伴い、専任査読委員数(現在318名)が不足しており、今後50名程度の追加が必要なこと、また、査読委員の新たな条件として「研究論文10編以上を有すること」を追加し、さらには「特別な事情がない限り依頼を断らない」「査読の諾否の回答を速やかに行う」「査読の期限を守る」ことが難しい者には継続依頼しないこととしたい旨が説明された。審議の結果、専任査読委員の条件を厳しくすることは、委員数を増やすことと相反する部分もあり慎重に決定すべきとの意見がだされた。結論として、編集委員会にて再検討し次回理事会にて提案することとなった。なお、査読委員の諾否や情報登録の方法については、専用webサイトおよびScholarOne Manuscriptsを活用する提案のとおり進めることで合意された。

(6) 論文の一次資料と二次資料の整理について(前回からの継続審議)

本学会が著作権を有する論文の一次資料は、既にJ-STAGEで無料公開されており、リファレンス等の訂正済みファイルを有料公開(商業利用)しているMedicalFinder(医学書院)との契約を2018年3月末で終了することが提案され承認された。

(7) 会告・会報の扱いについて(前回からの継続審議)

会告・会報は、次回公開(4月)までに掲載準備が整っている事項のみ採用することとし、それ 以外のものは、以降の号で順次掲載とすることが提案され承認された。

2) 平成30年度奨学会奨学金授与者について(資料8)

委員長・石井理事より、資料に基づき、5名からの応募があり選考の結果、近藤由香氏「在宅療養中の認知症高齢者の主介護者に対する呼吸法による睡眠の質改善の評価」(奨学金額50万円)を候補者として選出したことが報告され承認された。ただし、奨学会委員会作成の通知文に記載された「研究方法に関する提言(2点)」の内容は、予算変更にも関わる指摘であり強要すべきではないという意見がだされ、審議の結果、「~のような意見がありましたので参考にしてください」等の表現に修正することとなった。

3) 大規模災害支援事業委員会規程および施行細則について(資料9)

委員長・中西理事より、資料に基づき、委員会規程については現行に即した改訂案として、第4条 1)および第5条の修正点が示され承認された。また、新たに作成される施行細則については、「大 規模災害の定義」、「事業の実施」、「実施報告」の内容について、下線部を中心に説明と確認がなされ 承認された。また、委員会規程については、次回社員総会での承認が必要であることが確認された。

4) 学会ウェブサイトのリニューアルについて(資料14)

担当・塩飽理事より、資料に基づき、過去7年間の運用してきた学会ウェブサイトには現在578のコンテンツページがあり、サイトリニューアルにかかる経費の見積総額は約421万円であることが報告された。今後のスケジュールとして、4月中にスマートフォンやタブレット端末に対応可能なデザインを完成させ、5月~7月にかけて安価なサーバーへの移行作業を行い、8月に内容および動作の検証を経て、順調に進めば9月~10月に公開できる予定である旨の説明があった。以上、見積額および作業プロセスについて承認された。なお、各委員会の関連ページについては、途中段階でデザインや構成等を確認する必要があるとの意見がだされ、その手順を経ることで合意された。

5) 第43回学術集会決算について(資料7)

学術集会長・山口理事より、残額の約270万円について、本学術集会の査読から運営すべてに全面協力してくださった東海地方会に150万円、残額を大規模災害支援事業に寄付したいとの提案があり承認された。

6) 学会事務局委託業務について(資料10-1,2,3,4)

川口理事長より、学会事務局業務を委託しているガリレオ社とのこれまでの話し合いの経緯が概説された。その後、ガリレオ社・上原氏より、資料に基づき、現契約と改定契約案の対照、事務局の業務体制、さらに契約改定に向けた概算見積書の内容が説明された。固定的事務委託費の見直し理由について、①契約当初には想定していなかった業務があること、②運用途中で新規業務が追加されていること、の2点が挙げられ、新規の主要な業務は、学会誌の投稿・査読に関わる支援であることが説明された。現行の業務内容(H29年度実績)により算出された固定的事務委託費の見積額は、8,219,400円(47%増)であり、現契約からの増減率(事務局管理業務:225%増、会員管理業務:89%増、会費請求業務:23%減、会計業務:20%増、発送業務:64%減、庶務業務:127%増、HP運営:100%減、合計:47%増)が一覧にて示された。また、ガリレオ社内での業務体制について、本学会の専任担当は存在しないが、各人の業務分担が明確化されたことが組織図にて示された。

審議の結果,平成30年度一般会計予算(案)によると予算的には不可能な支出額ではないが,次回 理事会までに各理事からの意見を募り,改めて提案されることが説明され,継続審議となった。

7) 平成30年度事業案について(資料11)

総務担当・本田副理事長より、資料に基づき、今年度からの主な変更点として、国際活動推進事業のイヤーブックの発行については廃止の方法で検討中であること、将来構想に関する事業では継続審議が進められており今後変更の可能性があること、社会貢献事業のナーシング・サイエンス・カフェは第44回学術集会では実施しない方向であること、その他の部分も検討しながら、次回理事会で確定することが提案され承認を得た。

8) 平成30年度予算案について(資料12)

担当・岩本理事に代行して宇佐美理事より、資料に基づき、平成30年度予算案が説明された。また、事務局担当・竹下氏より、年会費については前年度実績を踏まえ納入率90%で算出したため減額になっていること、将来構想検討事業については活動内容が未定の部分もあり仮予算となっていること等の補足説明があった。各委員会の次年度活動計画を踏まえ予算額を更新し、次回理事会にて確定することで承認された。

9) 第47回(平成33年度)学術集会会長推薦について(資料なし) 川口理事長より、5月の社員総会までには決定したいとの説明があった。

10) その他

- (1) 入会申込理事会承認(資料13:回収資料) 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。
- (2) 次回理事会について 3月中の開催を予定し、メールにて日程調整が行われることが確認された。
- (3) その他

社員総会の日程を、5月20日を候補とすることが確認された。

一般社団法人日本看護研究学会 平成29年度第 5 回理事会 議事録

日 時:平成30年3月21日(水) 13:00~16:30

会 場:東京八重洲ホール 611会議室

出 席:川口孝泰, 宮腰由紀子, 岩本幹子, 石井範子, 青山ヒフミ, 法橋尚宏, 中西純子, 山口桂子, 塩飽仁, 佐藤政枝, 良村貞子, 神田清子, 宇佐美しおり (以上, 常任理事・理事13名),

松田たみ子(監事1名)

欠 席:本田彰子, 荒木田美香子, 前田ひとみ, 村嶋幸代, 吉沢豊予子, 吉田澄恵,

安藤詳子, 任和子, 山勢博彰, 渡邉順子

陪 席:竹下清日,海老根潤,上原孝之(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. 第5回役員選挙報告

3. 編集委員会資料

- 4. 第44回学術集会での奨学研究発表予定者について
- 5. 第45回学術集会のご案内
- 6. 近畿·北陸地方会 世話人代表選挙報告
- 7. 平成29年度学会賞・奨励賞推薦書・申請書
- 8. 地方会の学会内規程における位置づけについて
- 9. 学会事務局委託業務契約改定に向けた概算見積書
- 10. 平成29年度事業報告(案)
- 11. 平成30年度事業計画(案)
- 12. 平成30年度予算(案)
- 13. 名誉会員推薦について
- 14. 入会申込理事会承認一覧(回収資料)

番号なし 平成29年度 第4回理事会議事録 (案)

別紙:日本看護研究学会 定款

別紙:日本看護研究学会 委員会組織

別紙:看保連平成29年度第1回診療報酬体系のあり方に関する検討委員会・介護報酬体系のあ

り方に関する検討委員会

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4回理事会

メール配信済みの議事録について、内容の再確認が依頼された。

2. 報告事項

1)会員数の動向(資料1)

総務担当・本田副理事長の代行で川口理事長より、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。2018年3月19日現在の会員総数は6,489名(内訳:名誉会員15名,評議員165名,一般会員6,309名)であり、2018年3月10日入金分までの会費納入率は約86.59%であることが報告された。

2) 第5回役員選挙(平成29年度)報告(資料2)

総務担当・本田副理事長の代行で川口理事長より、資料に基づき、選挙結果(投票率61.0%)として、選出理事候補者10名が報告された。

- 3)委員会報告
 - (1) 編集委員会(資料3)

委員長・法橋理事より、資料に基づき、予定通り40巻5号まで出版済みであり、論文投稿数が107本と過去最高であること、投稿数の増加を受けて専任査読委員の増員を検討していることが報告された。また11本を早期公開(オンラインファースト)しており、部分的に41巻1号に掲載予定であること、査読委員は5月で全員が任期終了するため、41巻2号に318名全員の名簿を掲載予定であることが報告された。MedicalFinderとの契約中止は円満に進み、4月末をもって終了となることが報告された。第44回学術集会にて特別交流集会を開催予定であることが報告された。

また,前回理事会にて既に審議を終えている臨時査読委員に係る編集委員会規程の改正について,次回社員総会の審議事項とすることが説明された。

(2) 奨学会委員会(資料4)

委員長・石井理事より、資料に基づき、第44回学術集会にて、平成28年度奨学研究授与者の西田 千夏氏が「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」 について発表予定であ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・荒木田理事に代行して石井理事より、平成29年度受賞候補者について、本日の審議事項である旨が説明された。

(4) 将来構想検討委員会(資料なし)

委員長・川口理事長より、地方会のあり方等の課題に引き続き取り組んでおり、本日の審議事項となることが報告された。会員メールアドレスの調査は終了したが、さらに把握率を上げるために継続した会員への働きかけが必要であるとの発言があった。

(5) 研究倫理委員会(資料なし)

委員長・青山理事より、11月に倫理審査の申請が一件なされたが、書類内容不備のため修正を依頼し、修正後の書類を検討した結果、外部委員を含めた審査に耐え得る内容にないと判断され再度 修正を依頼したとの報告があった。 第44回学術集会にて交流集会を開催予定であり、国立がん研究センター所属の候補者に依頼していることが報告された。

(6) 国際活動推進委員会(資料なし)

委員長・前田理事に代行して川口理事より、イヤーブックの廃止時期が2017年度末となることが報告された。既に学会webで廃止予定である旨を公表しており、今後は既存の発行物は閲覧可能な状態で残し、新規受付を行わないことが確認された。

(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との発言があった。

(8) 渉外・広報 (学会webページ) (資料なし)

担当・塩飽理事より、webページのリニューアル作業および英語入会ページの作成を進めていること、看保連等の様々な連絡事項をあげていることが報告された。その他、委員会関連のページについては、各委員会にて確認してほしい旨の依頼があった。

(9) 看保連ワーキング (別紙:資料)

担当・山口理事より、資料に基づき、本学会から提出されたH30年度診療報酬改定に向けた要望書の評価状況が報告された。去る3/7の会議で提示された資料のとおり、本学会からの要望(p.1:新規2)、既収載4))については、今回の評価では認められなかったが、ただし、既収載4)小児に対する「定期の訪問看護基準料」の点数見直しについては、小児看護学会に問い合わせがあり対応していただいた結果、一部加算料が追加された(500円から1,000円に加算)ことが補足説明された。

次年度の看保連の研究助成の公募があり、全会員向けにメール配信にて周知した結果、4件の応募があり、理事長、副理事長、渉外担当理事による客観的評価の結果、1件を採択し、さらに診療報酬改定に伴い期待される成果を加筆していただいた上で申請に至ったことが報告された。各種の関係資料については、学会事務局で保管されており希望すれば閲覧が可能であることが補足説明された。

4) 関連会議

(1) 日本看護系学会協議会(資料なし)

担当・宮腰副理事長より、①日本学術会議委員の任期終了後の交代に伴う指名理事の変更とこれに関係する定款の改正、②各種活動の活性化(医療安全推進、APN実践プロジェクト、災害看護等)、③公的研究費における看護の取得割合の拡大、④参加費の値上げおよび基金化等について、次回理事会で検討される予定であることが報告された。詳細については、月末発行のニュースレターを閲覧してほしいとの説明があった。

(2) 看護系学会等社会保険連合(資料なし) 担当・山口理事より、上記の看保連ワーキングの内容と共に報告された。

(3) 日本学術会議(資料なし)

担当・川口理事長より、昨年10月より第24期が始まり、3事業が継続されることが報告された。 また、健康・生活科学委員会において、「少子高齢社会におけるケアサイエンス分科会」が新設されたとの情報提供があった。

5) 第44回学術集会について(資料なし)

学術集会長・前田理事に代行して川口理事長より、3/19現在演題数は230件であり、これから査読 依頼に入る予定であることが報告された。交流集会については、web登録上の不具合があり0件で あったが、既に修正して応募を継続している状況であり、学会企画の特別交流集会に関しては、4/20 を期限に1,200字程度の抄録の提出が依頼された。

6) 第45回学術集会について (資料5)

川口理事長より、資料に基づき、8/20-21に大阪国際会議場にて開催されることが報告された。学術集会長・泊会員からの報告事項として、会場費等の予算の都合上、参加人数1,500名を目標としていることが伝えられた。

7) 地方会の活動について(資料6)

総務担当・本田副理事長に代行して川口理事長より、資料に基づき、近畿・北陸地方会の平成30~31年度の世話人代表選挙の概要が報告された。

8) その他

川口理事長より、報道(マスコミ)対応に関する2件の報告があった。1件は、鳥取県内の看護系大学での大学院設置認可申請に関連したNHKからの問い合わせ(必要性についての意見)、もう1件は学会賞受賞論文についての朝日新聞社(香川支局)からの問合せであり(採択理由)、今回は、理事長采配で対応したが、学会の総意を社会に発信することにも繋がっており、今後の対応に向けて、学会組織として回答準備を慎重に進める必要があると説明された。

3. 審議事項

1)編集委員会(資料3)

委員長・法橋理事より、資料に基づき、下記2項目について説明があり審議を行った。

(1) 学術集会の抄録のJ-STAGEでの公開について

学術集会の抄録号(20巻3号以降:8,349本)をPDF(OCR対応)化してJ-STAGEにて公開するための作業について、正文社の見積額(約1,800万円)が示され、年間予算600万円を計上し、3年間をかけて実施することが提案され、審議の結果、予算的にも妥当であり実現の方向で進めることで承認された。なお、学術集会の抄録がJ-STAGEに掲載されることについて、会員には学術集会にて周知していく必要があり、また今後は毎年60万円程度の予算計上が必要になることが確認された。

(2) 専任査読委員の委嘱について

350名の確保を目標としており、必要数に満たなければ追加依頼が必要となることが確認された。「専任査読委員」の依頼文について、「今回より、過去に論文(共著を含む)を10本以上執筆していることを条件とさせていただきます。論文とは、査読制度のある学会誌などに掲載された論文をさしますが、大学紀要は除きます」および「なお、特別な事情がない限り、査読をご依頼した際にはお引き受けくださるようお願いします。原則として、1年に論文1本のご担当を予定しております」を加えることが提案され、査読の質を担保するためには、上記のような基準が必要であることが説明された。

意見として、基準を設けることは必要であるが、基本的な考え方として、基準に満たない場合は 資格なしとするのではなく、あくまでも先方に自己評価の上で判断していただけるよう、依頼する 側の丁寧な説明と姿勢が重要であることが共有された。また、「論文10本以上執筆」に関しては、豊 富な査読経験を活かしていただくという意味合いが伝わるような表現を工夫することが提案された。 2) 平成29年度学会賞・奨励賞推薦について(資料7)

荒木田委員長に代行して委員長・石井理事より、資料に基づき、下記の6件の推薦が提案され承認された。

●学会賞(1件)

堀田涼子氏「成人期にある脊髄損傷者の職業人としての自己に対する意味づけ」

●奨励賞(5件)

玉川優芽氏「無作為比較試験による笑いマッサージのストレスに対する生理的・心理的効果」 佐々木美喜氏「産婦による分娩環境の情報の抽出と活用」

小檜山敦子氏「産褥1ヶ月の貧血非改善を妨げる影響要因|

新井惠津子氏「「リンパ浮腫患者用自己管理スキル尺度」の開発と信頼性・妥当性の検討」 田中聡美氏「病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデル」

3) 地方会関連規定の改定について(資料8)

川口理事長より,地方会については,活性化に加えて会計・税務処理上の問題から補助事業化も含めた位置づけの見直しが必要となっていることが説明され,続いて,事務局・海老根氏より,資料に基づき,現行を踏まえた地方会関連規定の改定案について,下記のような説明があった。

本学会の特色である地方会をどのように位置づけるのか、さらなる活性化に向けてどのような仕組みが必要かを検討する際に、活動の現状や運営実態と定款および地方会関連規定の内容にかなりの開きがあり、その点で課税のリスクを抱えている。改定案は、現状および補助事業化に即した内容としている。ただし、地方会施行細則の改定案1.補助要件の「(4)役員のうち1名は当該地方会に属する本会役員であること」については、本会側からの強制力がない「連絡員として置くことができる」等の表現にとどめてもよいだろう。いずれの場合にも、改定案ではこれまで地方会が有してきた強いガバナンスが薄れる傾向にあり、本学会の特色としての地方会の活性化を考えると逆に効果的でないとの見方もある。地方会に活動の主体を移せば、本会の課税対象ではなくなる。

上記の説明に対し、地方会活動とは自発的に発足したものであり、補助事業となると本質とは違ってくるとの意見があった。さらに、別々の3つの課題(①地方会を活性化させること、②規程を現状に合わせること、③課税対象の問題をクリアすること)について、どこから解決するのか優先順位を決めてから検討を始めるべきであり、とくに活性化が目的であれば、時間をかけて話し合うべきであるとの意見も出された。また、課税対策よりもむしろ地方会への事務的な作業負担の増大や、さらなる組織基盤強化の必要性など、他に考慮すべき課題が多くあるとの意見も出された。

地方会の活動については、定款に明記しなくとも、会計上では明確にしておく必要があり、今後、 事務局より各地方会の収支を調査することが提案された。これまでは、本会からの補助金分のみ収支 報告を行っていたが、活動全てとなると膨大な作業となることから、各地方会の会計に十分な説明を した上で、実施までには猶予期間が必要であることが確認された。本件は、次期理事会での継続審議 となることが確認された。

- 4) 学会事務局委託業務について(資料9) 川口理事長より、資料に基づき、ガリレオ社との契約内容が提案され承認された。
- 5) 平成29年度事業報告について (資料10)

総務担当・本田副理事長に代行して川口理事長より、資料に基づき、今年度の事業報告の内容が確

認された。将来構想にアドレス調査と地方会のあり方検討を追加、編集委員会の2,3の項目を合わせて特別交流集会を追加、全体的に文言を統一し、29年度事業計画を確認の上、修正し後日改めてメール配信にて最終確認することとなった。

6) 平成30年度事業計画案について(資料11)

総務担当・本田副理事長に代行して川口理事長より、資料に基づき、次年度事業計画案の内容が確認され承認された。国際交流委員会のイヤーブックの発行は削除する。学会webページの英文化は継続とする。看保連ワーキングについては年度を外し診療報酬改定等に向けての2プロジェクト活動とする。J-STAGEへの登録のための整備事業も追加する。これらを加筆した修正版を後日メール配信にて最終確認することとなった。

7) 平成30年度予算案について(資料12)

担当・岩本理事より、資料に基づき、次年度予算の概要が説明された。一般会計予算書について、入会者数を500名から400名に変更したため前回より収入が減っている。Webサイトのリニューアル費用は計上済みである。J-STAGEへの公開については学会費編集事業に600万円を追加,事務局委託費も200万円を追加計上する。予備費は250万円となっているが、黒字が続いていることから会計監査で活動活発にするようにとの指摘を受けているため、今年度赤字になったとしても予算を執行していくことが報告された。その他、イヤーブックを削除、J-STAGEへの新規分登録費60万円を追加、平成29年度決算に基づき修正して最終版とすることが確認された。

- 8) 第47回(平成33年度)学術集会会長推薦について(資料なし) 川口理事長より、東北地方での開催を視野に入れ、5月の社員総会までに決定したいとの説明が あった。
- 9) 名誉会員推薦について(資料13)

川口理事長より、資料に基づき、紙屋克子氏を名誉会員として推薦することが提案され、この後、 理事長からご本人の意向を確認することで承認された。

- 10) その他
 - (1) 入会申込理事会承認(資料14:回収資料) 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。
 - (2) 次回理事会について 5月20日午前(社員総会前)の開催とし、メールにて時間調整することが確認された。
 - (3) その他

入会手続きに評議員の推薦(押印)が必要な理由について質問があり、今後不要とすることで入会がしやすくなるのではないか等の意見があった。これまでの経緯としては、会費納入や学術集会での演題取り下げ等のトラブルが生じたケースもあり、推薦者を置くことが望ましいとの判断であったが、推薦の方法も含めて、今後検討の必要があることが確認された。また、入会時の評議員の推薦については、定款に明記されており、変更の場合は改正が必要になることが事務局より指摘された。

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)だけではなく、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マ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)等にかなっていなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。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、研究全体の重要性と価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文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クリスとにしたがって、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ヴ・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

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

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	0	0	0		
萌	芽	性		0	0		
発	展	性		0	0	0	
技術	前的 有	用性			0	0	
学術的	的価値性・ク	有用性	0	0		0	0
信	頼	性	0			0	
完	成	度	0				

[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 $1/4\sim1/2$ 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、IPEG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で提出すること

PDF ……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態で提出すること(可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい)

- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する(「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること)。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。
- 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) 論文中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

		若年者			高齢者	
課題の困難さ	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ならない。

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

^{*} 引用に際しての「正当な範囲内」とは、①主従関係:引用する側とされる側は、質的量的に主従の関係が明確である、②明瞭区分性:本分と引用文は明確に区分されている、③必然性:それを引用するの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。

原著論文 10ページ
 研究報告 10ページ
 技術・実践報告 10ページ
 総 説 10ページ
 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。

理事会承認の上,24巻5号会報57号でお知らせしましたように,任期終了に伴い査読者のご氏名については,本号で以下のように公表させて頂きます。

日本看護研究学会査読委員

(アイウエオ順)

(平成22年~平成30年5月20日)

青山ヒフミ	青山美智代	朝倉 京子	浅野みどり	阿曽 洋子	天野 瑞枝	網島ひづる
安藤 詳子	飯村 直子	池田 敏子	石井 範子	石川ふみよ	一戸とも子	市村久美子
井上 智子	井上真奈美	上野 栄一	宇座美代子	浦田 秀子	大石 朋子	大島 弓子
大津 廣子	大西 文子	岡田 佳詠	岡山 寧子	小田 正枝	小幡 光子	掛橋千賀子
角濱 春美	門間 晶子	金井 一薫	叶谷 由佳	川西千恵美	川野 雅資	神田 清子
岸田 泰子	北川 公子	國方 弘子	黒田(佐藤)裕子	小板橋喜久代	小林 淳子	小林 康司
小松万喜子	小山 幸代	斎藤 真	斉藤ひさ子	佐伯 由香	坂梨 薫	佐藤 正美
佐藤みつ子	真田 弘美	柴田 真志	澁谷 幸	白尾久美子	塩飽 仁	新道 幸惠
鈴木 啓子	關戸 啓子	高橋 眞理	滝内 隆子	武田 利明	田中 幸子	田中マキ子
田中美智子	田中 洋子	谷口 千絵	田淵 紀子	津島ひろ江	土屋八千代	坪倉 繁美
登喜 和江	永野みどり	成田 伸	西沢 義子	西田 直子	西村 ユミ	新田 真弓
任 和子	野口 眞弓	野崎真奈美	野澤美江子	旗持知恵子	鳩野 洋子	濵園 環
早川 和生	東 サトエ	日高紀久江	人見 裕江	平 典子	平元 泉	深井喜代子
藤井 徹也	藤原千惠子	前田ひとみ	真嶋由貴恵	桝本 妙子	町浦美智子	松下由美子
松田 宣子	松田 光信	眞鍋えみ子	丸岡 直子	三重野英子	三上 れつ	三木 明子
水田真由美	水谷 幸子	光木 幸子	宫腰由紀子	森 一恵	森 千鶴	安田 智美
山口 桂子	山勢 博彰	山勢 善江	山本 恭子	良村 貞子	米田 昌代	李 節子
渡邉 順子					(敬利	「略) (120名)

(アイウエオ順)

(平成23年~平成30年5月20日)

長谷川雅美 (敬称略)(1名)

(アイウエオ順)

(平成24年~平成30年5月20日)

赤瀬 智子 東 ますみ 相原ひろみ 赤澤 千春 秋元 典子 阿南あゆみ 荒川 満枝 石垣 恭子 今留 荒木田美香子 石井智香子 井上 都之 忍 岩永 和代 岩本テルヨ 宇城 内野 聖子 真紀 江守 陽子 大名門裕子 令 江藤 大森美津子 岡﨑美智子 岡田 由香 蛎崎奈津子 掛田 崇寛 風間 眞理 桂 敏樹 鎌田佳奈美 神里みどり 菊池麻由美 岸 恵美子 北村 愛子 清村 紀子 北岡 和代 北島 謙吾 北村 有子 吉良 淳子 草間 朋子 工藤せい子 国府 浩子 工藤 美子 グライナー智恵子 小泉美佐子 小島 善和 近藤 暁子 近藤真紀子 紺家千津子 坂口 桃子 坂間伊津美 佐々木くみ子 佐藤 香代 佐藤 洋子 篠﨑惠美子 生野 繁子 城生 弘美 末次 典恵 末弘 理惠 須釜 淳子 杉浦美佐子 杉田 聡 鈴木みずえ 住谷ゆかり 陶山 啓子 祖父江育子

髙橋みや子 高橋由起子 高見沢恵美子 竹熊 千晶 多田 敏子 田中 愛子 玉田 章 樗木 晶子 千葉 京子 千葉 邦子 堤 雅恵 禎子 祐子 美加 出口 泊 富田 中尾 久子 中根 中嶋恵美子 中島美津子 中嶋有加里 薫 長弘 千恵 名越 恵美 千枝 楢木野裕美 西片久美子 西田真寿美 沼本 教子 猫田 泰敏 乗越 乗松 貞子 服部 淳子 濱田真由美 林 裕栄 林 みよ子 原田 千鶴 原田 広枝 東野 督子 平松 知子 廣瀬 幸美 藤村 一美 細田 泰子 深田 順子 藤田 君支 古瀬みどり 堀田 法子 本田 彰子 松下 年子 宮脇美保子 宏子 眞茅みゆき 丸山マサ美 村岡 村上 明美 村上 好恵 村田加奈子 望月 留加 百瀬由美子 森 恵子 柳澤 理子 山口みのり 山田紀代美 山内 一史 結城美智子 米澤 純子 和賀 徳子

(敬称略) (125名)

(アイウエオ順)

(平成27年4月1日~平成30年5月20日)

足立 久子 阿部 祝子 荒木 孝治 井手知恵子 伊東美佐江 岩本 幹子 遠藤 英子 大西美智恵 岡山 久代 越智 百枝 片岡 純 川口 孝泰 桑原 ゆみ 河野あゆみ 小竹久実子 玲子 幸子 鈴木 玲子 高嶋 榮 鈴木 高島 尚美 伸子 竹田 恵子 塚本 尚子 中西 純子 名越 民江 行田 智子 新田 紀枝 深田 美香 堤 由美子 布施 淳子 二渡 玉江 舟越 和代 堀内 ふき 松田たみ子 三国 久美 南 妙子 箕浦 哲嗣 村嶋 幸代 安酸 史子 谷津 裕子 渡邉タミ子 (敬称略) (40名)

(アイウエオ順)

(平成28年10月1日~平成30年5月20日)

片岡 三佳 吾郷美奈恵 字佐美しおり 大野かおり 邂. 祥子 片山由加里 勝山貴美子 茅島 江子 越村 利惠 城戸 滋里 楠葉 洋子 久米弥寿子 酒井 明子 佐々木真紀子 佐藤 幸子 島袋 香子 城丸 瑞恵 長家 智子 杉浦 太一 竹内久美子 豊田久美子 中西 陽子 原 祥子 百田 武司 松下由美子 三橋 睦子 宮林 郁子 村井 文江 森本美智子 屋宜譜美子 山口 曜子 山田 聡子 吉沢豊予子 (敬称略) (33名)

臨時査読委員

(アイウエオ順)

(平成26年5月18日~平成30年5月20日の期間中)

 伊部 亜希 浦出 美緒 大津 美香 中澤 港 樋之津淳子 本田 順子 宮島多映子

 矢野 久子 矢野 理香 (敬称略)(9名)

局 便 事 務

1. 平成30年度会費納入のお願い

平成30年度会費未納の方は、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

8,000円 年 会 費 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・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合に は、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレス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、雑誌は、 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 4F

㈱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 2 号

無料配布

平成30年6月20日 印刷

平成30年6月20日 発行

編集委員 委員長

法橋 尚宏 智治 孝治 会会会会会会 秋山 荒木 市江 和子 上野 栄一 宏美 内田 会会会 川西千恵美 河原 宣子 木立るり子 小西美和子 (会 公会会会理 定方美恵子 高島 尚美 (恵純澄) 竹田 中吉若

(理

事) 神戸大学大学院保健学研究科 員) 太陽国際大学看護学部員) 大阪医科大学看護学部

員)聖隷学園聖隷クリストファー大学看護学部

貝) 生練子園堂線クリストファー大学看護学部員) 福井大学学術研究院医学系部門員) 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員) 関西福祉大学員) 京都橘大学看護学部員) 弘前大学大学院保健学研究科員) 兵庫県立大学看護学部員) 新潟大学大学院保健学研究科員) 新潟大学大学院保健学研究科員

員)新潟大学大学院保健学研究科 員)関東学院大学看護学部 員)川崎医療福祉大学医療福祉学部保健看護学科

事) 愛媛県立医療技術大学保健科学部 事) 東京医療保健大学千葉看護学部 員) 京都大学大学院医学研究科 (五十音順)

発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巣鴨 1 - 24 - 1 4 F 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) 7 FAX 03 - 5981 - 9852

http://www.jsnr.jp

ホームページアドレス

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

腰 由紀子 宮 責任者

印刷所 (株) 正 文 社 〒260-0001 千葉市中央区都町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,仮登録することができます。この手続きにより入会登録を迅速に処理する ことができますのでできるだけそちらをご利用下さい。)

- 1. 大学,短期大学,専修学校在学中の学生は入会できません。なお,前述の身分に該当する方で,学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は,発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。
 - 2. 入会を申し込まれる場合は、評議員の推薦、署名、捺印、入会申込み本人氏名、捺 印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺 可のない場合があります。ご注意下さい。
- 3. 入会申込書の送付先:〒170-0002 東京都豊島区巣鴨1-24-1 第2ユニオンビル4階 地上でもおおい、これを地ではおい、これ、地へ地ではおいい。上午
 - 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1,000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。

一(切り取り線より切ってお出しください)

7 条 单 公

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿 豊会の趣旨に替同し会員として西暦 年1

_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。)

Ш

皿

枡

申込年月日

(人女子)又は、どうし而へしてい。)	() 學(年 月 日 <u>開</u> 男 · 女	12		1 1 1	地区名	北海道北海道	東北 青森,岩手,宮城,秋田,山形,福島		A	東京 東京, 埼玉, 山梨, 長野	東海 海 神奈川、岐阜、静岡、塚知、 三重	大条 山原 冰笛 少岁 山野 万井 水石 在馬山 近井 也已	虹酸・孔磨 滋貝, 牙郁, 入败, 共卑, 宗艮, 和歌田, 福井, 畠田, 石川	文章 一年 一日日 一日日 日十二日 日日 日十二日 日十二日 日十二日 日十二日 日十二	中国・四国 局稅, 局収, 尚山, 厶局, 山口, 偲局, 香川, 変漿, 局知	九州·沖縄 福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄
イドイ	. 医学				R			П	2	cr		4	22		o 	_ _	-	
	専門区分 春護学・医学・その他		(片 J) 生 年 西暦		FAX	4 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7				FAX		(E IJ) 会員番号			年度入会会員番号		巻	送付日
貝石シを目に見凹し石丸の しい凹眉	+		名	ľ	海 TEI			Mr (いずれかにつ)	i 1	全 TEL			属	理事会承認年月日	局一受付番号	_	欄一一一個一個一個	通知番号
コ (A) (A) (A)) H						4	付先任	m a		樂		者所		綴		\prec	
K H	7 1)	1	出	i i	<u>F</u>		7	型 成 口	E -	垣	12	推薦	推薦		1 1		교	

変 更 届

左

Ħ

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。

			4	刀	Ц
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 Eメール:	FAX	-	_		
勤務先の変更 所 属 名: 所属住所 〒 -					
電話及びFAX					
T E L – –	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おりません。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。

