

# JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 41 Number 4 September 2018 ISSN 2189-6100

## 日本看護研究学会雑誌

[41巻4号]

# 会 告 ( 1 )

一般社団法人日本看護研究学会定款第10章 第33条 (委員会) により下記の通り委員会を構成しました。  
2018年 6 月29日

一般社団法人日本看護研究学会  
理事長 宮 腰 由紀子

記

## 一般社団法人日本看護研究学会 委員会委員名簿

理事役職名・委員会名	氏 名
理 事 長	宮 腰 由紀子
副理事長・総務担当理事 (長) 〈兼任〉	深 井 喜代子
総務担当理事	鈴 木 みずえ
総務協力員 (ホームページ等)	塩 飽 仁
副理事長・渉外担当理事 (長) 〈兼任〉	安 藤 詳 子
渉外担当理事	山 口 桂 子
渉外協力員 (日本学術会議等)	川 口 孝 泰
会計担当理事 (長)	任 和 子
会計担当理事	石 川 ふみよ
会計担当理事	宇佐美 しおり
会計担当理事	国 府 浩 子
編集委員会委員 (長)	高見沢 恵美子
編集委員会委員	工 藤 美 子
編集委員会委員	吉 田 澄 恵
編集委員会委員	吾 郷 美奈恵
編集委員会委員	池 内 和 代
編集委員会委員	岩 佐 幸 恵
編集委員会委員	上 野 栄 一
編集委員会委員	岡 田 淳 子
編集委員会委員	勝 山 貴美子
編集委員会委員	木 立 るり子

理事役職名・委員会名	氏 名
編集委員会委員	國 方 弘 子
編集委員会委員	古 賀 明 美
編集委員会委員	清 水 安 子
編集委員会委員	出 口 禎 子
編集委員会委員	藤 田 君 支
編集委員会委員	法 橋 尚 宏
編集委員会委員	本 田 育 美
編集委員会委員	前 田 樹 海
編集委員会委員	道 重 文 子
奨学会委員会委員（長）	神 田 清 子
奨学会委員会委員	阿 部 幸 恵
奨学会委員会委員	岡 田 由 香
奨学会委員会委員	工 藤 せい子
奨学会委員会委員	良 村 貞 子
学会賞・奨励賞委員会委員（長）	工 藤 せい子
学会賞・奨励賞委員会委員	阿 部 幸 恵
学会賞・奨励賞委員会委員	岡 田 由 香
学会賞・奨励賞委員会委員	神 田 清 子
学会賞・奨励賞委員会委員	良 村 貞 子
将来構想検討委員会委員（長）	宮 腰 由紀子
将来構想検討委員会委員	安 藤 詳 子
将来構想検討委員会委員	鈴 木 みずえ
将来構想検討委員会委員	任 和 子
将来構想検討委員会委員	深 井 喜代子
将来構想検討委員会委員	山 口 桂 子
研究倫理委員会委員（長）	山 勢 博 彰
研究倫理委員会委員	佐 藤 洋 子
研究倫理委員会委員	祖父江 育 子
研究倫理委員会委員	勝 山 貴美子
国際活動推進委員会委員（長）	吉 沢 豊予子
国際活動推進委員会委員	岡 美智代
看保連ワーキング（長）	山 口 桂 子
看保連ワーキング	叶 谷 由 佳

理事役職名・委員会名	氏 名
看保連ワーキング	泊 祐 子
大規模災害支援事業委員会委員（長）	山 口 桂 子
大規模災害支援事業委員会委員	工 藤 せい子
大規模災害支援事業委員会委員	楠 葉 洋 子
監事	西 田 真寿美
監事	渡 邊 順 子

## 会 告 ( 2 )

一般社団法人日本看護研究学会平成30年度会員総会において、次の事項1. ～ 2. について提案のとおり決定されましたのでお知らせいたします。

2018年8月18日

一般社団法人日本看護研究学会  
理事長 宮 腰 由紀子

### 記

1. 第47回 (2021年度) 学術集会会長は、東北大学 塩飽仁氏に決定した。
2. 一般社団法人日本看護研究学会定款第3章第6条3) により、以下の1名が名誉会員として承認された。

第二十一号 紙屋克子氏

## 会 告 ( 3 )

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、2019年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。

2018年9月3日

一般社団法人日本看護研究学会  
理事長 宮 腰 由紀子

# 一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

## 第1条（名 称）

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

## 第2条（目 的）

本会は日本看護研究学会の事業の一として、優秀な看護学研究者の育成の為に、その研究費用の一部を授与し、研究成果により看護学の発展に寄与することを目的とする。

## 第3条（資 金）

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

## 第4条（対 象）

日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者で、申請または推薦により、その研究目的、研究内容を審査の上、適当と認められた者若干名とする。

2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上発表をしている者であること。

3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

5) 奨学金は1題50万円以内、年間合計100万円を上限とし、適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

## 第5条（義 務）

この奨学金を受けた者は、対象研究課題の1年間の業績成果を2年以内に、日本看護研究学会学術集会において口頭発表し、その学術集会号に奨学会報告を掲載する義務を負うものとする。

2) 奨学会研究の成果を原著レベルの論文として誌上発表する義務を負うものとする。

## 第6条（授与者の報告）

日本看護研究学会理事長が授与者を会員総会で報告する。

## 第7条（罰 則）

奨学金を受けた者が義務を怠り、また日本看護研究学会会員として、その名誉を甚だしく毀損する行為のあった場合は、授与された奨学金の全額を返還しなければならない。

## 第8条

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

## 附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成29年4月23日に一部改正し、実施する。

# 一般社団法人日本看護研究学会奨学会 2019年度奨学研究募集要項

## 1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー6部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。または、申請用紙は返信用切手82円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

## 2. 応募資格

- 1) 日本看護研究学会会員として3年間以上の会員歴がある者で、研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において少なくとも1回以上の発表をしている者。
- 3) 単独研究もしくは共同研究者の責任者であること。

## 3. 応募期間

2018年9月25日から2018年12月7日の間に必着のこと。

## 4. 選考方法

日本看護研究学会奨学会委員会（以下奨学会委員会と略す）は、応募締切後、規程に基づいて速やかに審査を行い当該者を選考し、その結果を理事長に報告、会員に公告する。

## 5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長	神田清子	理事	（群馬大学大学院保健学研究科）
委員	阿部幸恵	理事	（東京医科大学医学部看護学科）
	岡田由香	理事	（日本福祉大学看護学部）
	工藤せい子	理事	（弘前大学大学院保健学研究科）
	良村貞子	理事	（北海道大学）

## 6. 奨学金の交付

選考された者には、年間50万円を上限とし、適当と認められた研究課題の費用に充当するものとして贈る。

## 7. 応募書類は返却しない。

## 8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0002

東京都豊島区巢鴨1-24-1-4F

（株）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

奨学会委員会 委員長 神田清子

### （註1）

審査の結果選考され奨学金の交付を受けた者は、この研究に関する全ての発表に際して、本奨学会研究によるものであることを明らかにすること。

## 会 告 ( 4 )

一般社団法人日本看護研究学会第45回学術集会を、下記のとおり大阪市で開催しますのでお知らせいたします。

2018年9月20日

一般社団法人日本看護研究学会  
第45回学術集会

会 長 泊 祐 子  
(大阪医科大学看護学部 教授)

### 記

テーマ：「研究成果をためる，つかう，ひろげる —社会に評価される看護力—」

会 期：2019年8月20日（火）・21日（水）

会 場：大阪国際会議場

〒530-0005 大阪市北区中之島5丁目3番51号

#### ◆学術集会事務局（座長・演者・講演内容に関する問い合わせ先）

大阪医科大学 看護学部

〒569-0095 大阪府高槻市八丁西町7番6号

事務局長：赤澤千春

Email：jsnr45@osaka-med.ac.jp

#### ◆運営事務局

株式会社インターグループ

〒531-0072 大阪市北区豊崎3-20-1 インターグループビル

TEL：06-6372-3051 FAX：06-6376-2362

Email：jsnr45-2019@intergroup.co.jp

以上

# 目 次

## —原 著—

「看護師ヒューマンスキル尺度」の開発と信頼性・妥当性の検討	637
香川大学医学部附属病院 真 鍋 知 香 同志社女子大学看護学部 當 目 雅 代	
“気になる子ども”をもつ保護者への支援における保健師と保育士の連携経験と相互役割期待	651
浜松医科大学医学部看護学科 大 塚 敏 子 浜松医科大学医学部看護学科 巽 あさみ	
精神科病棟看護師の精神障害者へ向けた口腔ケア行動意図尺度の開発	665
福井医療短期大学看護学科 西 田 実紗子 福井大学医学部看護学科基礎看護学 上 野 栄 一	
急性期病院に勤務する中堅看護師が職場復帰支援に感じる困難	
— 冠動脈バイパス術を受けた中年期患者への実践を通して —	675
日本赤十字秋田看護大学看護学部看護学科 北 林 真 美	
質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性	
— 新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文の解析例から —	685
安田女子大学看護学部看護学科 今 井 多樹子 安田女子大学看護学部看護学科 高 瀬 美由紀 広島大学原爆放射線医科学研究所計量生物研究分野 佐 藤 健 一	
特別養護老人ホームの介護職からみた看護職との連携と	
施設属性・看護体制・医療依存度の高い入所者の看護職の対応状況との関連	701
横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻修士課程 佐々木 美 幸 横浜市立大学附属病院 星 美 鈴 横浜市立大学医学部看護学科 土 肥 眞 奈 横浜市立大学医学部看護学科 叶 谷 由 佳	
3か月以内に再入院した統合失調症患者に対する地域定着に向けた中堅・熟練病院看護師の支援プロセス	713
椋山女学園大学看護学部看護学科 牧 茂 義 豊橋創造大学保健医療学部看護学科 永 井 邦 芳 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻基礎・臨床看護学講座 安 藤 詳 子	

—研究報告—

ロコモティブシンドロームの自覚に対する日常生活の工夫

— 自立している地域在住高齢者のインタビューから — ..... 723

日本赤十字豊田看護大学看護学部 河 相 てる美

富山福祉短期大学社会福祉学科 宮 城 和 美

富山福祉短期大学看護学科 境 美代子

富山福祉短期大学看護学科 小 出 えり子

富山大学大学院医学薬学研究部人間科学1 講座 金 森 昌 彦

ベッド・車椅子間移乗が見守り支援から自立に至った回復期脳血管疾患患者がとらえた経験知 ..... 733

新潟県立看護大学 高 柳 智 子

在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスと高齢者総合的機能評価との関連 ..... 741

日本赤十字広島看護大学 山 本 知 世

日本赤十字広島看護大学 百 田 武 司

再就業看護師の「再就業前の予想と現実との負の不一致」と「再就業の満足感」の関連 ..... 753

千葉県立保健医療大学健康科学部看護学科 鈴 木 恵 子

国立看護大学校 水 野 正 之

国立看護大学校 小 澤 三 枝 子

血液透析患者におけるSOCの違いによるQOLおよびストレス対処方略の比較 ..... 763

佐賀大学医学部看護学科 浅 田 有 希

純真学園大学保健医療学部看護学科 原 理 恵

佐賀大学医学部看護学科 古 賀 明 美

佐賀大学医学部看護学科 熊 谷 有 記

精神科長期入院患者の退院支援にかかわる保健医療従事者の包括的退院支援評価尺度の開発 ..... 771

香川大学医学部看護学科 香 川 里 美

香川大学医学部看護学科 名 越 民 江

看護師と看護学生の手の使い方の違い

— 体位変換技術における手指・手掌の接触部位にかかる力に焦点を当てて — ..... 783

北海道医療大学看護福祉学部看護学科 明 野 伸 次

札幌市立大学看護学部 樋之津 淳 子

札幌市立大学看護学部 村 松 真 澄

—資料・その他—

3歳児をもつ母親の趣味と育児ストレスとの関連 ..... 795

名桜大学人間健康学部看護学科 大 浦 早 智

琉球大学名誉教授 宇 座 美代子

琉球大学医学部保健学科 當 山 裕 子

# CONTENTS

## Original Papers

- Developing a Human Skills Scale for Nurses and Testing its Reliability and Validity ..... 637  
Kagawa University Hospital : Tomoko Manabe  
Faculty of Nursing, Doshisya Women's College of Liberal Arts : Masayo Toume
- The Experience of Cooperation Between Public Health Nurses and Nursery Teachers and  
Their Mutual Role Expectations on the Support to Parents of "Children of Concern" ..... 651  
Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine : Toshiko Otsuka  
Faculty of Nursing, Hamamatsu University School of Medicine : Asami Tatsumi
- Development of the Scale to Assess Nurses' Intention to  
Take Oral Care of Inpatients with Psychiatric Disorder ..... 665  
Fukui College of Health Sciences : Misako Nishita  
Fundamental Nursing department, College of Nursing, Faculty of Medical Sciences,  
University of Fukui : Eiichi Ueno
- Difficulty Faced by Clinical Nurses Working in Acute Hospitals in Support for Return to Work:  
Care for Middle-Aged Patients after Coronary Artery Bypass Grafting ..... 675  
Japanese Red Cross Akita College of Nursing : Mami Kitabayashi
- Usefulness of Mixed Analysis Method in Combination with Text Mining in Qualitative Data:  
Analysis of Free-Answer Comments about Turnover Factors of Newly Graduated Nurses ..... 685  
Yasuda Women's University, Faculty of Nursing, School of Nursing : Takiko Imai  
Yasuda Women's University, Faculty of Nursing, School of Nursing : Miyuki Takase  
Hiroshima University Department of Environmetrics and  
Biometrics Research Institute for Biology and Medicine : Kenichi Satoh
- Association between Cooperation Status among Nurses and Care Workers,  
Type of Health Facility, Nursing System, and Provided Nursing Care for High-Need Patients ..... 701  
Department of Nursing, Graduate School of Medicine, Yokohama City University : Miyuki Sasaki  
Yokohama City University Hospital : Misuzu Hoshi  
Nursing course, School of Medicine, Yokohama City University : Mana Doi-Kanno  
Nursing course, School of Medicine, Yokohama City University : Yuka Kanoya
- The Process of the Support by the Proficient and Expert Hospital Nurses for the Community Settlement of  
the Discharged Schizophrenia Patients Who Were Readmitted within Three Months ..... 713  
Sugiyama Jogakuen University School of Nursing Department of Nursing : Shigeyoshi Maki  
Toyohashi Sozo University School of Health Sciences Department of Nursing : Kuniyoshi Nagai  
Fundamental and Clinical Nursing, Department of Nursing,  
Nagoya University Graduate School of Medicine (Health Sciences) : Shoko Ando

## Research Reports

- Raising Awareness about Locomotive Syndrome in the Daily Life of the Elderly ..... 723  
Faculty of Nursing, Japanese Red Cross Toyota College of Nursing : Terumi Kawai  
Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science : Kazumi Miyagi  
Department of Nursing, Toyama college of Welfare Science : Miyoko Sakai  
Department of Nursing, Toyama college of Welfare Science : Eriko Koide  
Department of Human Science 1, Graduate School of Medicine and  
Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama : Masahiko Kanamori
- Experience-Based Knowledge of Patients with Post-Acute Cerebrovascular Disease Requiring Observation as a  
Basis for the Achievement of Bed-Wheelchair Transfer Independence ..... 733  
Niigata College of Nursing : Tomoko Takayanagi
- Relationship between Comprehensive Geriatric Assessment and Medication Adherence among  
Home-Bound Elderly Stroke Survivors ..... 741  
Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing : Chise Yamamoto  
Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing : Takeshi Hyakuta
- Relationship of “Negative Mismatch Between Expectation before Re-Employment and Reality” and  
“Satisfaction with Re-Employment” in Re-Employed Nurses ..... 753  
Chiba Prefectural University of Health Sciences Department of Nursing : Keiko Suzuki  
National College of Nursing, Japan : Masayuki Mizuno  
National College of Nursing, Japan : Mieko Ozawa
- A Comparison of the Quality of Life and Stress Coping Strategies Based on  
Differences in the SOC of Hemodialysis Patients ..... 763  
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Yuki Asada  
Institute of Nursing, Faculty of Health Sciences, Junshin Gakuen University : Rie Hara  
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Akemi Koga  
Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University : Yuki Kumagai
- Development of an Evaluation Scale for Healthcare and Medical Professionals to  
Comprehensively Support Long-Term Hospitalized Psychiatric Patients toward Discharge ..... 771  
School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Satomi Kagawa  
School of Nursing, Faculty of Medicine, Kagawa University : Tamie Nagoshi
- Differences in Use of Hands by Nurses and Nursing Students:  
Force Exerted by the Fingers and Palms on the Area of Contact in Postural Change ..... 783  
School of Nursing and Social Services, Health Sciences University of Hokkaido : Shinji Akeno  
School of Nursing, Sapporo City University : Atsuko Hinotsu  
School of Nursing, Sapporo City University : Masumi Muramatsu

Preliminary Session

The Association between Hobbies and Parenting Stress in Mothers of Three-Year-Old ..... 795

Department of Nursing, Faculty of Human Health Sciences, Meio University : Sachi Oura

Professor-emeritus, University of the Ryukyus : Miyoko Uza

Department of Health Science, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus : Yuko Toyama



—原 著—

## 「看護師ヒューマンスキル尺度」の開発と信頼性・妥当性の検討

Developing a Human Skills Scale for Nurses and Testing its Reliability and Validity

真鍋知香<sup>1)</sup>  
Tomoko Manabe當目雅代<sup>2)</sup>  
Masayo Toumeキーワード：ヒューマンスキル，尺度，看護師  
Key Words：human skills, scale, nurses

## 緒 言

厚生労働省（2012）は、患者や家族を中心とした質の高い医療を実現するためには、多種多様な医療スタッフがそれぞれの高い専門性を活用し、互いに連携・補完しながら、患者の状況に的確に対応した医療を提供する「チーム医療」を推進することが重要であるとしている。そして、チーム医療を推進するためには、看護師は、看護の専門性を発揮していくとともに、他職種と連携をはかることが求められる。そこでは、看護師は患者だけではなく、多くの医療スタッフとどのように向き合うのか、他者と協働するためのスキルが必要である。しかし、新人看護師の育成において、箕浦・高橋（2012）は、「幅広い年齢層との人間関係の構築が不得手である」ことを指摘している（p.3）。そのため、多くの医療スタッフとの関係を円滑にしつつ、看護師としての役割を果たすためには、対人関係にかかわるスキルの育成が必要と考えた。

対人関係に必要なスキルとして、コミュニケーションスキルや社会的スキルがある。コミュニケーションスキルは、自分の考えや感情を効果的に他者に伝達したり、他者の考えや感情を敏感にとらえて応答したりするスキルである（余語，1999，p.278）。社会的スキルは、相手の立場や状況を考えて対応をしたり、対人関係を円滑に運ぶための技能である（菊池，2014，p.190）。この2つのスキルについて、藤本・大坊（2007）は、コミュニケーションスキルが基礎となり、その上位に社会的スキルがあって、それぞれのストラテジー（文化や社会への交流・適応）を行っている述べている。

これらのスキルには、看護師のスキルを知るための尺度が開発されている。上野（2005）の看護師における患者とのコミュニケーション尺度は、『情報収集』『話のスムーズさ』『積極的傾聴』『パーソナルスペース・視線交差』『ア

サーション』で構成されている。この尺度により、看護師のコミュニケーションスキルの未熟さが就業継続を困難にしていること（大重，2015）、自尊感情や職業性ストレスとの関連（池田ら，2014；高橋ら，2013）などが示唆されている。そして、〈看護師〉と〈社会的スキル〉にかかわる文献では、患者—看護師間のスキル、看護師自身のスキルの2つにおおまかに分類できる。前者では、千葉・相川（2000）の看護における社会的スキル尺度（Scale of Social Skill for Nursing：SSSN）があり、『患者尊重』『情報の収集と提示』『表出行動』『身体接触』『積極的接近』『空間距離』の6因子で構成されている。さらに、岩城（2008）は、SSSNの短縮版4因子『患者尊重共感』『表出行動』『身体接触』『説明確認』を作成していた。また、看護師自身の社会的スキルでは、菊池（2001）の「Kikuchi's Social Skill Scale・18項目版：KiSS-18」が用いられ、自己効力感との関連（藤澤・村中，2014）、看護実践力との影響（菱刈・菊池・石渡・細野・菱岡，2014）などが示唆されていた。このように、これらのスキルは、看護師として働くうえで、対人関係を円滑にするために必要なスキルであるといえる。

しかし、それだけではなく、専門職として他職種と連携し働く看護師は、周囲の人と協働していくための対人関係のスキルが求められると考える。このような、他者や集団との関係を豊かにすることに関する能力で、目的達成のために他職種や他部門と協働していく能力として、太田（2015）は、ヒューマンスキル（対人関係能力）があると述べている（p.90）。

ヒューマンスキル（対人関係能力）は、Katz（1974／1982）が提唱した、組織人に必要な3つのスキルの1つである。3つのスキルとは、テクニカルスキル、ヒューマンスキル、コンセプチュアルスキルである。そして、ヒューマンスキルとは、グループの一員として手際よく仕事を

1) 香川大学医学部附属病院 Kagawa University Hospital

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

し、自分の率いるチーム内で力を合わせて努力する場を作り上げる能力としている (Katz, 1974/1982)。もともとの由来としては、ヒューマンスキルは、管理者に求められる能力である。そして、プロジェクトマネジメントの成功には、ヒューマンスキルが不可欠であり、その側面の教育が重要である (Pant & Baroudi, 2008)。また、佐々木 (2008) は、階層を問わずに絶対的に欠かせぬ能力で、一度身につけると容易に錆びつかない、だからこそ若いうちから鍛える必要があると述べている。さらに、渥美 (2013) は、マネージャーの育成にはヒューマンスキルの開発が必要で、その開発は、一定の経験を積んだマネージャーになってからではむずかしく、専門職として働くためには、就職して早期に身につけるべき能力と述べている。そのため、よりよい組織づくりのためにも、就職したときから、ヒューマンスキルを育成することが大切であるといえる。このように、ヒューマンスキルは、看護師という職種において、職位や経験年数に限らず全看護師に求められる能力であるといえる。

佐々木 (2014) は、ヒューマンスキルを、周囲の人々との関係をうまくやっていく能力、周囲の人々を動かしていく能力と定義し、5つに分類していた (p.78)。さらに、佐々木 (2014) は、対人関係能力は磨きにくい能力で、意識的に鍛える機会を増やしていくことや、自分が認識すること、気づくことが大切であると述べている。

このことから、『看護師として、組織で他者と協働するための能力』として、看護師ヒューマンスキルが必要であると考えられる。しかし、これまで、看護師ヒューマンスキルが具体的にどのようなもので、それを客観的に測る指標がなかった。そこで、看護師として必要なヒューマンスキルを明確にし、育成するための指標となる尺度の開発が必要である。

このように、「看護師ヒューマンスキル尺度」を開発することは、看護師個々が組織の一員としての能力を発揮するための手がかりを得ることとなり、看護の質を向上することに活用できると考える。そこで本研究では、看護師を対象とした「看護師ヒューマンスキル尺度」を開発し、信頼性と妥当性を検証することを目的とした。

## I. 方法

### A. 用語の定義

①ヒューマンスキル (対人関係能力)：組織の一員として、他者と協働していく能力である。組織のなかで、専門職としての役割を発揮していくために必要な能力である。本研究では、佐々木 (2014, p.78) の5つの項目指標

《パーソナルスキル：自己理解・自己表出能力 (以下、PS)、インターパーソナルスキル：他者理解・他者対応能力 (以下、IPS)、グループスキル：集団形成能力 (以下、GS)、インターグループスキル：集団間調整能力 (以下、IGS)、オーガニゼーションビヘイビアスキル：組織化能力 (以下、OBS)》を構成概念の基盤とした。

②コミュニケーションスキル：対人関係において、自分の考えや感情を効果的に他者に伝達する一方で、他者の考えや感情を敏感にとらえて応答する能力である。  
③社会的スキル：対人関係を円滑に運ぶために役立つスキル (菊池, 2014, p.190)。思いやりや気配りといった考え方や行動そのものについての能力とする。

### B. 看護師ヒューマンスキル尺度の項目作成

#### 1. 構成概念の基盤の検討

『医中誌Web』(ver. 5) と『NII学術情報ナビゲータ (CiNii)』を用い、「ヒューマンスキル」をキーワードとして、2005から2015年で検索した。結果、66件検索され、原著論文は1件であった。原著論文では、松尾・武藤・小笠原 (2014) は、診療放射線技師のヒューマンスキルとして、〔患者・家族とのコミュニケーション力〕〔医師とのコミュニケーション力〕〔同僚、他職種との連携・コミュニケーション力〕〔組織マネジメント力・リーダーシップ力〕〔外部組織・人材とのネットワーク力〕〔病院の位置づけ、地域医療のあり方の理解〕〔部下・後輩を指導・育成する力〕の7つの項目をあげていた。他の文献において、看護師のヒューマンスキルを明確にしている文献や尺度はなかった。診療放射線技師のヒューマンスキルの分類は、医療従事者として類似する部分もあると思われた。しかし、ヒューマンスキルは、それぞれの組織や職種で違いがあると考え、看護師を対象とした調査をして項目抽出することとした。また、佐々木 (2014) は、ヒューマンスキルを5つの類型で分類していた (p.78)。この5つの類型を用いることで、看護師ヒューマンスキルを多角的にとらえることができると考えた。そこで、看護師ヒューマンスキル尺度の質問項目の作成において、この類型を構成概念の基盤とし、項目指標として用いた。

#### 2. 質問項目候補の作成

##### a. 対象者とデータ収集期間

B大学病院の看護師31名に自由記述式質問紙調査 (留置法) を実施し、20部を回収 (64.5%) した。分析対象者の属性は、看護師3名、副看護師長13名、看護師長3名、無記入1名であった。看護師経験の平均年数は、22.9年 (SD 5.3) であった。データ収集期間は、平成26年9月18日から30日であった。

## b. 質問内容

質問内容は、「看護師として働くうえで、対人関係をよくするために自分が大切であると思っている考えや行動」〔新人や看護師スタッフなどを育成しているとき、対人関係をよくするためにしてほしい考え方や行動〕を具体的場面での自由記述を求めた。

## c. 項目収集から原案の作成

質問項目候補の作成の手順は、自由記述回答を意味内容で区切り、(1) 佐々木の項目指標を用いて分類、(2) 分類した内容の類似項目を集約してカテゴリー化、(3) カテゴリー内容をもとに仮の質問文を作成、(4) その内容で類似項目をさらに集約した(表1)。

初回の分類では、合計389項目を収集した。次に、類似内容で項目の集約を繰り返しカテゴリー化して質問文に変換し、129項目を抽出した。さらに、意味が類似する項目は統合して集約し、すべての看護師が回答できるかを検討し、合計48の質問項目候補を抽出した。また、尺度開発経験看護師2名と看護師3名の計5名に、48項目が5つの項目指標のどれに該当するかを検討してもらい、5名中3名が該当としたものを抽出した。項目収集から原案作成までの過程では、研究者、臨床で教育にかかわる看護師、尺度開発経験のある看護学の専門家の3名で検討した。さらに、回答のしやすさや、簡潔的な表現について検討した。そして、5つの項目指標に各7項目の計35項目を精選し、「看護師ヒューマンスキル尺度(原案)」を作成した。

## d. プレテストの実施

「看護師ヒューマンスキル尺度(原案)」でプレテストと聞き取り調査を10名に実施した。対象者の年齢は、23から49歳(平均36.3歳, SD 8.4)で、性別は全員が女性であった。看護師経験は、1から24年(平均13.5年, SD 7.5)で、

職位は、看護師6名、副看護師長3名、看護師長1名であった。

プレテストにおいて、「看護師ヒューマンスキル尺度(原案)」35項目で、天井・床効果が生じた項目はなかった。しかし、ヒストグラムで、ばらつきが少なく回答が偏っている項目が6つあった。そこで、聞き取り調査もあわせて項目内容を検討した。そして、6項目は、表現が曖昧で回答が偏っていたと考えられた。これらの項目の文言を修正し、「看護師ヒューマンスキル尺度(試案)」35項目を作成した。

## C. 本調査

### 1. 対象者およびデータ収集期間

A県内の3施設(特定機能病院, 公立総合病院, 私立総合病院)の看護師1,107名に質問紙を配付した。データ収集期間は、平成27年5月初旬から5月下旬であった。

### 2. データ収集方法

各病院の看護部長に研究内容を説明し、対象者への質問紙の配付と回収袋の設置を依頼した。調査に同意が得られ、対象者が記入した回答用紙は、各施設で留め置きしてもらい、後日回収した。

### 3. 質問用紙の構成

質問用紙は、「看護師ヒューマンスキル尺度(試案)」とともに、基準関連尺度として「コミュニケーション・スキル尺度ENDCOREs」(藤本・大坊, 2011)と「KiSS-18」(菊池, 2001)を用いた。そして、対象者の基本属性で構成した。使用尺度については各開発者に承諾を得た。

「看護師ヒューマンスキル尺度(試案)」は35項目で、看

表1 質問項目候補の作成

	(1) 初回分類	(2) カテゴリータイトル	(3) 質問文に変換	(4) 類似集約
① パーソナルスキル (PS)	98	「自己能力の客観視」「自己感情の客観視」 「自己の傾向を振り返る」「自己の考えを伝える」 「思考の言語化」「報告・連絡・相談」 「わからないことを質問する」	38	9
② インターパーソナルスキル (IPS)	94	「傾聴する姿勢」「他者を理解しようとする」 「他者への興味」「状況を把握した対応」	27	12
③ グループスキル (GS)	79	「チーム意識」「役割分担」「コミュニケーション」 「協力姿勢」「他者依存」	26	8
④ インターグループスキル (IGS)	51	「共通理解」「部署の課題を知る」「メンバーの理解と関係調整」 「問題共有」「情報共有」 「グループ間での役割意識」	17	8
⑤ オーガニゼーション ビヘイビアスキル (OBS)	67	「組織内の役割意識」「メンバーシップ」 「役割モデル」「目標理解」「スキルアップ行動」	21	11
合計	389		129	48

看護師として仕事をするときの状況について、7点（非常にあてはまる）から1点（全くあてはまらない）で回答する7件法のリッカートスケールとした。

「コミュニケーション・スキル尺度ENDCOREs」は、言語および非言語による直接的なコミュニケーションを適切に行う技能であるコミュニケーション・スキルを測定する尺度である。《自己統制》《表現力》《解読力》《自己主張》《他者受容》《関係調整》の下位スキルで構成している。「コミュニケーション・スキル尺度ENDCOREs」は、7点（かなり得意）から1点（かなり苦手）の7件法で回答を求めた。

「KiSS-18」は、社会的スキルを身につけている程度を測定する尺度である。そして、《初歩的なスキル》《高度のスキル》《感情処理のスキル》《攻撃に代わるスキル》《ストレスを処理するスキル》《計画のスキル》の6種類のスキルを含んでいるとしている。基本的には総合得点のみを問題にし、領域別の得点は取り上げない（菊池，2004）として、下位尺度別に分類はされていない。「KiSS-18」は、5点（いつもそうだ）から1点（いつもそうでない）の5件法で回答を求めた。

対象者の属性は、看護師ヒューマンスキルに関連する要因として、年代、性別、看護師経験年数、職位、現部署、現部署経験年数、職歴（看護師以外の就労経験）の有無を質問項目とした。

#### D. 倫理的配慮

本研究は、香川大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：27-2）。本研究の目的や方法は説明文書を添付した。説明文書には、回答は自由参加で、拒否することで不利益とならないこと、回答することで研究協力の同意を得ることなどを記載した。質問用紙は無記名とし、3施設からの回答用紙を混合してナンバリングし、連結不可能匿名化でデータ処理した。

#### E. 分析方法

本研究では、『IBM SPSS Statistics ver. 22』と『IBM SPSS Amos ver. 22』を用いて分析を行った。

「看護師ヒューマンスキル尺度（試案）」の天井・床効果と、全項目相関行列で項目分析をした。そして、探索的因子分析したのち、因子モデルの適合度を、確認的因子分析で確認した。また、Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) の標本妥当性の測度と、Bartlettの球面性検定で因子分析妥当性を確認した。適合度指標は、Goodness of Fit Index (GFI), Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI: 修正適合度指標), Comparative Fit Index (CFI), Akaike's Information Criterion (AIC), Root Mean Square Error Approximation (RMSEA)

を基準とした。

さらに、Cronbach's  $\alpha$  係数と、項目とその項目以外の合計得点の相関 (I-R相関: Item score-Remainder score) で内の一貫性を確認した。尺度得点に当該の項目も含まれ、相関の値が高めに出るため、当該項目を除くその他の項目で尺度得点を計算する（南風原・市川・下山，2001），I-R相関とした。また、「コミュニケーション・スキル尺度ENDCOREs」「KiSS-18」との相関を確認した。そして、因子分析で抽出したものの項目分布から、構成概念妥当性を検討した。

## II. 結果

### A. 対象者の概要

1,107名に質問紙を配付し、1,045名から回答を得た（回収率94.4%）。そして、全項目で欠損値のない914名（87.5%）を有効回答として分析対象とした。対象者の内訳や概要は、表2に示した。

### B. 「看護師ヒューマンスキル尺度（試案）」の項目分析

「看護師ヒューマンスキル尺度（試案）」35項目で天井・床効果を生じている項目はなかった。35項目全体では、平均値=4.9であった。また、全項目間相関の結果、 $r = -.001$ から $r = .712$ で、 $r = .8$ 以上を示す項目は認めなかった。

### C. 「看護師ヒューマンスキル尺度（試案）」の因子構造

「看護師ヒューマンスキル尺度（試案）」35項目について探索的因子分析（主因子法・プロマックス回転）し、スクリープロットを確認し、試行を繰り返して、3因子固定として、共通性.4以上かつ因子負荷量.35以上を設定基準とした。

因子分析の1回目の回転で、設定基準以下が17項目で、この項目を削除し、2回目の回転を行った。次に、共通性.4未満が2項目あり、これを削除して3回目の回転を行った。そして、設定基準は満たしたが、因子負荷量.35以上で二重負荷が1項目あった。この1項目を削除し、4回目の回転を行い、3因子15項目を抽出した。因子分析の設定基準以下での削除項目は表3に示した。また、因子分析の結果は、表4に示した。この因子分析における累積寄与率は、55.8%であった。因子間相関は、 $r = .688$ から $r = .763$ であった。また、KMOの標本妥当性の測度は.946、Bartlettの球面性検定は、 $\chi^2 (df = 105) = 7517.755$ ,  $p = .000$ であった。

表2 対象者の概要

(N = 914)

		n (%またはSD)
性別	男性	89 ( 9.7 )
	女性	825 ( 90.3 )
年齢	10歳代	1 ( 0.1 )
	20歳代	321 ( 35.1 )
	30歳代	256 ( 28.0 )
	40歳代	190 ( 20.8 )
	50歳代	138 ( 15.1 )
	60歳代	8 ( 0.9 )
	看護師経験年数	
	1年未満	62 ( 6.8 )
	2～5年	213 ( 23.3 )
	6～10年	149 ( 16.3 )
	11～15年	150 ( 16.4 )
	16～20年	101 ( 11.1 )
	21～25年	90 ( 9.8 )
	26～30年	88 ( 9.6 )
	31年以上	61 ( 6.7 )
職位	看護師 (保健師・助産師を含む)	817 ( 89.4 )
	副師長・主任	55 ( 6.0 )
	看護師長	37 ( 4.0 )
	副看護部長・看護部長	5 ( 0.5 )
	最終学歴	
	看護専門学校	582 ( 63.7 )
	短期大学	49 ( 5.4 )
	大学	230 ( 25.2 )
	大学院	15 ( 1.6 )
	衛生看護科・准看護師養成	30 ( 3.3 )
	その他	8 ( 0.9 )
現所属部署	内科系病棟	184 ( 20.1 )
	外科系病棟	149 ( 16.3 )
	外科・内科混合病棟	154 ( 16.8 )
	手術室	47 ( 5.1 )
	集中治療室	52 ( 5.7 )
	小児科系病棟	48 ( 5.3 )
	母性・MFICU	60 ( 6.6 )
	救命救急センター	69 ( 7.5 )
	外来	101 ( 11.1 )
	看護管理室	8 ( 0.9 )
	その他	42 ( 4.6 )
	現所属部署経験年数：平均 (SD)	3.7 ( ± 4.4 )
職歴 (看護師以外の 就労経験)	あり	134 ( 14.7 )
	なし	780 ( 85.3 )

## 1. 因子の構造

第1因子は5項目で、「20. 私は、病院の理念に基づいて看護をしている」「10. 私は、自分の病院が行っている看護の特徴を知っている」など、病院の理念・看護の特徴や、自分の所属している組織の理解にかかわる内容で、『知識的組織理解』と命名した。第2因子は6項目で、「1. 私は、看護をするうえで、他の看護スタッフに自分の考え

を積極的に伝えている」「18. 私は、看護師として、患者カンファレンスに積極的に情報提供している」などで構成していた。この因子は、他の看護スタッフや医師などに、積極的に自分の考えを伝える内容で、『積極的自己開示』と命名した。第3因子は4項目で、「33. 私は、自分と意見が異なる看護スタッフとは、話し合って解決している」「32. 私は、他の看護スタッフが間違った行動をした場合、

表3 設定基準以下での削除項目

回転	基準外該当内容	項目内容
1回目	共通性 .4未満かつ 因子負荷量 .35未満	3. 私は、部署の連絡事項や周知事項は必ず目を通して (GS)
		4. 私は、病院のどの職員にも、自分から挨拶している (IGS)
		13. 私は、他の看護スタッフの働き方を意識している (GS)
		15. 私は、自分の希望より組織が決めた部署への配置に応じている (OBS)
		22. 私は、他の看護スタッフの知識や技術にあわせて言葉や表現を変えている (IPS)
	共通性 .4未満	2. 私は、他の看護スタッフの良いところを心がけてほめている (IPS)
		5. 私は、自分の上司が自分に期待している役割を知っている (OBS)
		6. 私は、看護師として必要な知識でわからないことは、「わからない」と他のスタッフに言っている (PS)
		8. 私は、自分の仕事が終わったとき、他の看護スタッフを手伝っている (GS)
		12. 私は、他の看護スタッフの得意なケアを把握している (IPS)
		16. 私は、看護師として自分の考えが間違っていると思ったとき、すぐに間違いを認めている (PS)
		17. 私は、自分と違う年代の他の看護スタッフの考え方に興味をもっている (IPS)
		19. 私は、自部署の都合の前に、他部署を考慮している (IGS)
		21. 私は、看護師としての自分の能力の範囲 (限界) を知ったうえで仕事している (PS)
		27. 私は、他の看護スタッフに自分の意見を一方的に押し付けない (IPS)
35. 私は、自分の都合より組織の服務規程を優先している (OBS)		
因子負荷量 .35未満	14. 私は、他の職種者の人たちの役割を理解しながら、かかわっている (IGS)	
2回目	共通性 .4未満	7. 私は、他の看護スタッフと話すときに、話しやすい雰囲気をつくるようにしている (IPS) 26. 私は、看護師としての自分の強みと弱みを知っている (PS)
3回目	二重負荷	24. 私は、医師と意見が違ったときに、医師の価値観を理解し、看護師としての考えを伝えている (IGS)

[注] 各項目の ( ) 内は、想定していた項目指標を記載。

表4 看護師ヒューマンスキル尺度の探索的因子分析結果

	第1因子	第2因子	第3因子	共通性
第1因子『知識的組織理解』				
20. 病院の理念に基づいて看護している (OBS)	.828	-.160	.059	.561
10. 自分の病院の看護の特徴を知っている (OBS)	.824	.169	-.252	.415
25. 病院が組織の方針をどのように決定するのかを知っている (OBS)	.566	-.112	.199	.626
30. 自分の所属している看護部門の教育システムを知っている (OBS)	.522	.113	.148	.527
29. チーム医療のため、協働の目標をもって看護をしている (IGS)	.440	.146	.232	.572
第2因子『積極的自己開示』				
1. 看護をするうえで、自分の考えを積極的に伝える (PS)	-.198	.780	.134	.573
18. 患者カンファレンスで積極的に情報提供している (GS)	-.007	.703	.074	.480
9. 医師や他職種者と患者の情報共有する (IGS)	.055	.623	-.026	.399
11. 自分の得意な看護技術では積極的にかかわる (PS)	.241	.604	-.095	.558
31. 看護をするうえでの自分の考えを自分の言葉で伝えている (PS)	.082	.398	.307	.555
23. 他の看護スタッフには自分の考えの要点をまとめて伝えている (GS)	.139	.383	.233	.526
第3因子『協働的問題解決』				
33. 自分と意見が異なる看護スタッフとは話し合っ解決している (GS)	-.050	.003	.872	.529
32. 他の看護スタッフの間違った行動では、なぜそうしたのか一緒に考えている (IPS)	-.070	.045	.833	.674
34. 医師や他職種に看護の専門性を理解してもらえようにかかわっている (IGS)	.167	.063	.638	.707
28. 自部署で起こる問題を率先して解決している (GS)	.259	.191	.374	.663
	回転後の負荷量の平方和	5.85	6.28	6.05
	累積寄与率	48.30	52.85	55.77
	因子間相関			
	第1因子	-	.736	.688
	第2因子		-	.763
	第3因子			-

[注] 因子抽出法：主因子法，回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法。  
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) 標本妥当性の測度 = .946, Bartlettの球面性検定  $p < .000$ 。  
各項目の ( ) 内は、因子分析前に想定していた項目指標を記載。

なぜそうしたのかを相手と一緒に考えている」などで構成していた。この因子は、他の看護スタッフや医師などと話し合い、互いに理解しあい、問題を解決する内容で、『協働的問題解決』と命名した。

## 2. 確認的因子分析

因子構造の妥当性を検証するため、「看護師ヒューマンスキル尺度」の3因子間に『看護師ヒューマンスキル』という高次因子を仮定し、二次確認的因子分析を行った。結果を図1に示した。適合度指標は、 $\chi^2$  (df=87) = 658.117,  $p = .000$ , GFI = .911, AGFI = .877, CFI = .923, RMSEA = .085, AIC = 724.117であった。AICは、他のモデル候補と比較して低い値であった。

## 3. 構成概念の項目集約

「看護師ヒューマンスキル尺度 (試案)」は、項目指標の5つの構成概念別に各7項目の計35項目で構成した。因子分析では、『知識的組織理解』『積極的自己開示』『協働的問題解決』の3因子が抽出された。5因子から3因子15項目となった構成概念への移行した内容について、図2に示した。因子分析で精選された15項目を「看護師ヒューマン

スキル尺度 (第一版)」とした。

## 4. 「看護師ヒューマンスキル尺度」の尺度得点

「看護師ヒューマンスキル尺度 (第一版)」の各下位尺度は、項目数が異なるために、全項目得点と各下位尺度得点を100点満点として算出した。

『尺度全体得点』では、平均値 = 66.1, SD = 11.3であった。下位尺度では、第2因子『積極的自己開示』が平均値 = 69.7, SD = 11.8で最も高かった。次が、第1因子『知識的組織理解』が、平均値 = 64.9, SD = 12.5であった。また、第3因子『協働的問題解決』が平均値 = 62.8, SD = 13.9で得点が最も低く、ばらつきが大きかった。

## D. 信頼性の検討

信頼性分析の結果は、表5に示した。『尺度全体得点』の $\alpha$ 係数は.930で、I-R相関で、.558から.752範囲であった。『知識的組織理解』の $\alpha$ 係数は.829で、I-R相関は.562から.670の範囲であった。『積極的自己開示』の $\alpha$ 係数は.853で、I-R相関は.582から.689の範囲であった。『協働的問題解決』の $\alpha$ 係数は.869で、I-R相関は.638から.756の範囲であった。

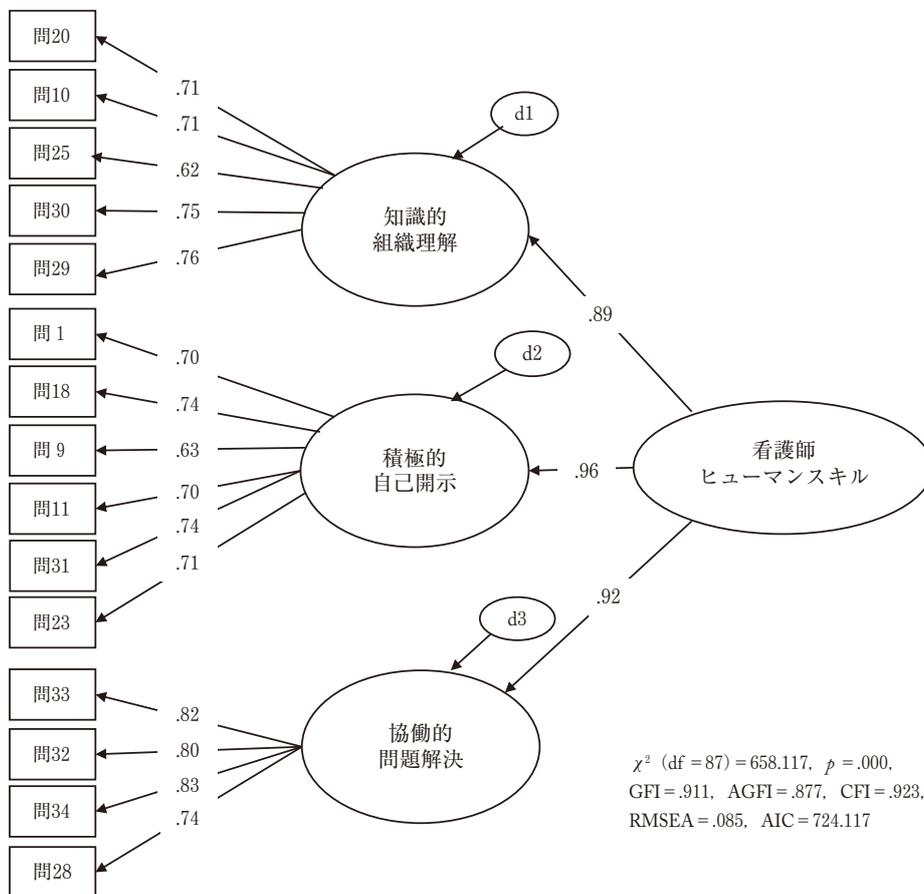


図1 「看護師ヒューマンスキル尺度」の確認的因子分析 (二次因子構造モデル)

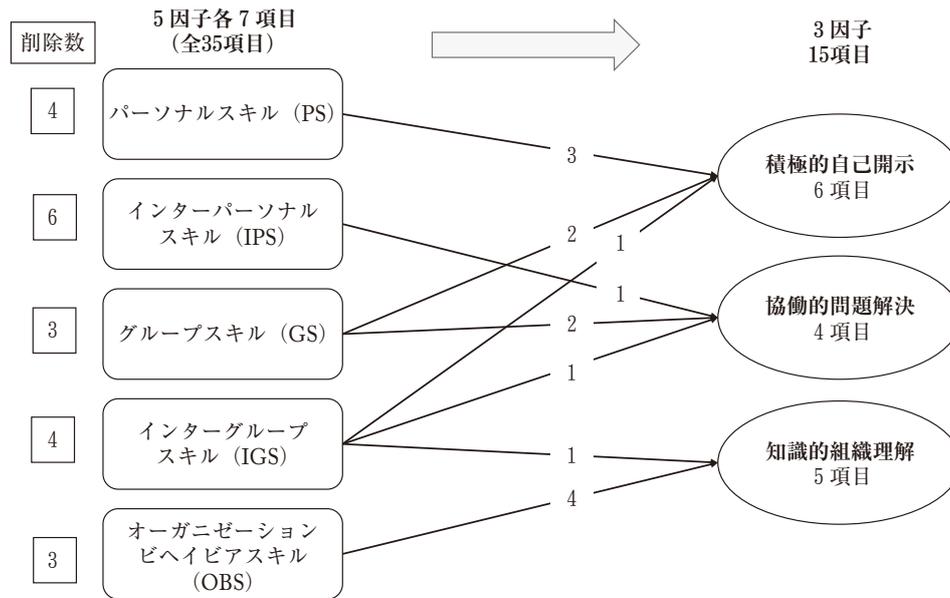


図2 看護師ヒューマンスキル尺度の項目集約

E. 基準関連妥当性の検討

基準関連妥当性の結果は表6に示した。「看護師ヒューマンスキル尺度（第一版）」の『尺度全体得点』や各下位尺度と、「コミュニケーション・スキル尺度ENDCOREs」の下位尺度との相関係数を算出した。『知識的組織理解』は、『自己統制』で中程度の相関を認めた。さらに、『尺度全体得点』『積極的自己開示』『協働的問題解決』は、『表現力』『自己主張』で中程度の相関を認めた。また、「コミュニケーション・スキル尺度ENDCOREs」は6因子で構成されているが、データ収集時に《関係調整》項目の脱落があり、完全回答を得ることができなかった。「看護師

ヒューマンスキル尺度（第一版）」の『尺度全体得点』や各下位尺度と、「KiSS-18」との相関係数を算出した。「看護師ヒューマンスキル尺度（第一版）」の『尺度全体得点』や各下位尺度と「KiSS-18」で中程度の相関を認めた。

Ⅲ. 考 察

A. 対象者の基本属性

本研究における回収率は94.4%で、分析対象者は914名であった。男女比は1：9で、全国の看護師就業者数の平成26年看護師総数は1,142,319人で、男性73,968人（6.4%）（日本看護協会，2016）であり、男性がやや多めであった。年代においては、平成26年の全国の看護師就業者数は、30歳未満21.3%、30歳代29.2%、40歳代27.2%、50歳代17.0%、60歳以上5.3%であった（日本看護協会，2016）。本研究の対象者は、30歳未満が全国の看護師の約1.6倍で、40歳代以上が12.7%少なく、全国と比較してやや若い年齢層で、性別では男性が3.3ポイント多いが、おおむね年代

表5 「看護師ヒューマンスキル尺度（第一版）」信頼性分析

	Cronbach's $\alpha$	I-R相関
『尺度全体得点』	.930	.558～.752
『知識的組織理解』	.829	.562～.670
『積極的自己開示』	.853	.582～.689
『協働的問題解決』	.869	.638～.756

表6 「看護師ヒューマンスキル尺度（第一版）」と基準関連尺度との相関係数

		コミュニケーション・スキル尺度ENDCOREs					KiSS-18
		自己統制	表現力	読解力	自己主張	他者受容	
看護師 ヒューマン スキル尺度	『尺度合計得点』	.391**	.502**	.364**	.540**	.265**	.582**
	『知識的組織理解』	.400**	.372**	.301**	.388**	.255**	.462**
	『積極的自己開示』	.335**	.495**	.353**	.538**	.252**	.563**
	『協働的問題解決』	.323**	.492**	.328**	.535**	.206**	.550**

[注] \*\*:  $p < .01$ .

ともに構成はほぼ同じで、対象者としては適当であると考えられる。

また、看護職員の通算就業年数では、5年未満16.4%、5～10年未満17.0%、10～20年未満27.5%、20～30年未満23.9%、30年以上12.8%であった（厚生労働省、2011）。調査対象の区分に1年の誤差はあるが、看護師経験年数において、本研究対象者は5年未満が多く、31年以上が少ないが、それ以外の割合はほぼ同程度であった。このことから、全国調査と比較して、看護師経験年数では、5年未満の経験が浅い看護師が多いといえる。

また、本研究の管理職者の割合は、全体の10.4%を占めていた。病床規模別看護管理者数（日本看護協会医療政策部、2015）を参考に、病床数を基準とした3病院の推定看護管理者数の合計は112.1名であった。3病院の看護職員は1,107名で、推定看護管理者数における管理者の割合は、10.1%となった。このことから、本研究と全国平均の看護管理者の割合はほぼ同値で、調査対象として適切であったと判断した。

## B. 項目分析の検討

「看護師ヒューマンスキル尺度（試案）」35項目の天井・床効果とヒストグラムで得点が極端な偏りはなく、得点のばらつきを確認した。さらに、全項目間相関で $r = .8$ 以上を示す項目はなかった。そのため35項目で同一的な内容はなく、削除すべき項目はないと判断した。

## C. 探索的因子分析の検討

探索的因子分析で、共通性.4未満や因子負荷量.35未満が19項目あった。さらに、二重負荷の項目が1項目あった。そこで、この20項目（表3）を検討した。また、因子分析前に想定していた項目指標は、表3、表4の各項目の文末の括弧内に記した。

PSとしていた4項目は、場面や状況で変化しやすい内容で、共通性が少ない項目であったと判断した。IPSとしていた6項目は、対人関係の誰を想定するのか、場面や状況により回答が変化し、共通性が少なかったと判断した。次に、GSにかかわる内容と考えた3項目は、GSとして共通性が少ない項目であったと判断した。さらに、IGSと考え作成した3項目は、項目の独自性があり、共通性が少ないものであったと考える。また、「24. 私は、医師と意見が違ったときに、医師の価値観を理解し、看護師としての考えを伝えている」は、二重負荷の項目で、因子の解釈性から削除することとした。そしてOBSとして考えていた3項目は、状況設定が漠然で評価しづらい項目で、共通性や因子負荷量が低い項目になったと判断した。

以上、削除した20項目は、各項目の独自性が高い内容で

あったと判断した。また、削除項目により、尺度全体の項目数が半減し、説明力を保っているかどうか危惧された。しかし、累積寄与率は55.8%であり、因子の説明力は保たれていると考えた。また、3因子15項目は、因子の解釈妥当性を検討したうえで、因子数や項目を決定した。以上から、項目削除は妥当であると判断した。

さらに、因子分析の適合性として、KMOは1に近いほど標本の妥当性が高く、.8以上であれば因子分析をする価値が十分にある標本とされている。Bartlett検定の数値は、5%水準で棄却されれば標本は因子分析に適合していると判断される（小田、2007）。本研究におけるKMOは、.946で基準値を十分に満たしていた。また、Bartlett検定は、 $p = .000$ で $p < .05$ であり、3因子15項目の因子分析の妥当性が確保された。

## D. 因子構造の検討

探索的因子分析を行い、3因子を抽出した。抽出した各項目内容から、『知識的組織理解』『積極的自己開示』『協働的問題解決』と命名した。

確認的因子分析で、2次因子構造モデルとして適合度を確認した。このモデルにおいては、 $\chi^2 (df = 87) = 658.117$ ,  $p = .000$ で有意であった。有意になった場合、モデルは棄却されデータに適合していない（朝野・鈴木・小島、2005）と判断される。しかし、標本数が500以上の大標本では、適合度指標であてはまりを評価するといわれる（朝野・鈴木・小島、2005）。本研究においても、モデルが棄却され、適合度指標のあてはまりが重要となる。適合度指標は、GFI、AGFI、CFIは一般的に.9以上であれば、説明力のあるパス図であると判断される（朝野・鈴木・小島、2005）。RMSEAは、.05以下であればあてはまりがよく.1以上であればあてはまりが悪いと判断される（小塩、2012）。このことから、AGFIは.9に満たないが近い値であり、GFI、CFIは基準を満たしていた。RMSEAは.05以下の基準を満たさなかったが、.1以下であり、モデルの適合性があると判断した。さらに、AICは、低いほうがよりよいモデルとされている。他のモデルと検討したなかでは、比較して低い値であった。以上により、このモデルの適合度は妥当であると判断した。

## E. 信頼性の検討

「看護師ヒューマンスキル尺度（第一版）」の信頼性を確認するため、 $\alpha$ 係数とI-R相関を算出し検討した。尺度全体、各下位尺度の $\alpha$ 係数、I-R相関は、基準値を十分に満たしていた。そのため、内の一貫性を確認し信頼性が確保された。

## F. 妥当性の検討

### 1. 内容妥当性

先行研究で、看護師ヒューマンスキルを明らかにした論文はなかった。そこで、佐々木の5つの構成概念の基盤とし、実際に対象となる看護師に調査して項目を抽出した。調査では、看護師の対人関係にかかわる個々の考えや行動について想起して、多角的な状況を取り入れた。さらに、項目抽出から尺度開発までの過程で、看護師や尺度開発の経験者とともに、スキルを測定できるか、看護師に必要な内容が網羅されているかを検討した。また、項目精選の段階では、研究に直接かかわらない第三者にも項目を検討してもらった。以上により、「看護師ヒューマンスキル尺度（第一版）」の内容妥当性を確保した。

### 2. 基準関連妥当性

「看護師ヒューマンスキル尺度」は、看護師という専門職として、人を巻き込み動かしていくためのスキルを測定する尺度である。そのため、対人関係におけるコミュニケーションスキルや社会的スキルと関連していると考え、基準関連尺度を選定した。そして、それぞれの尺度との相関から類似性を検討した。

看護師ヒューマンスキルでは、コミュニケーションスキルの《表現力》や《自己主張》とのかかわりが明らかとなった。『積極的自己開示』は、積極的に自分の考えを伝えるということである。コミュニケーションにおいて、自分の考えを開示するという《表現力》や積極的な《自己主張》の概念と類似していたと考える。また、『協働的問題解決』においても、人と協働するためには、自分の意見を主張する《自己主張》や、問題解決においてともに相手を巻き込み動かすために《表現力》の概念が類似していたと考える。さらに、『知識的組織理解』において、組織理解は、組織の一員として自分の立場を考えることにつながる。そのため、組織の一員として、《自己統制》の概念が類似していたと考える。このことから、「看護師ヒューマンスキル尺度」は、「コミュニケーション・スキル尺度 ENDCOREs」の《表現力》や《自己主張》の概念と類似しており、『知識的組織理解』においては、《自己統制》の概念と類似していたと考える。なお、本研究において、「コミュニケーション・スキル尺度 ENDCOREs」の項目の脱落により《関係調整》については、検討できなかった。しかし、他の項目においては、基準関連妥当性があると判断した。

また、「KiSS-18」との相関から、「看護師ヒューマンスキル尺度（第一版）」において、社会的スキルと概念が類似していることが明らかとなった。以上から、基準関連妥

当性が確保できたと判断した。

### 3. 構成概念妥当性

「看護師ヒューマンスキル尺度（試案）」は、5つの構成概念を基盤として作成した。しかし、因子分析で、『知識的組織理解』『積極的自己開示』『協働的問題解決』で構成されていた。5因子から3因子となった内容について、図2に示した。

『知識的組織理解』は、OBSとして作成した質問項目が5項目中に4項目であった。残り1項目はIGSとして作成した「29. 私は、チーム医療のため、協働の目標をもって、患者の看護をしている」である。この項目は、チーム医療をするという点でIGSとして考えていた。しかし、協働の目標もつという点で組織理解につながる内容として、『知識的組織理解』に集約されたと考える。また、松尾・武藤・小笠原（2014）は、診療放射線技師のヒューマンスキルの7つの下位概念のなかの1つに〔病院の位置づけ、地域医療のあり方の理解〕をあげていた。ヒューマンスキルは、組織やチームのなかで専門職としての役割を発揮するものである。そのため、組織理解にかかわる項目が集約されたと考える。ヒューマンスキルにおけるこの概念は、対人関係のスキルであるコミュニケーションスキルや社会的スキルと違う点であると考えられる。

次に、『積極的自己開示』は、看護師という専門職としてヒューマンスキルを発揮するには、積極的に自分の考えを伝えるという因子である。『積極的自己開示』の6項目中3項目が、PSとして作成した項目が含まれていた。その項目は、「1. 私は、看護をするうえでの自分の考えを積極的に伝えている」「11. 私は、自分の得意な看護技術が発揮できる場面では、積極的にかかわっている」などであった。さらに、「18. 私は、看護師として、患者カンファレンスで積極的に情報提供している」など2項目は、GSとしていた。この項目は、集団のなかで自己表現するもので、PSに類似した内容と考える。そして、「9. 私は、医師や他の職種者と患者に関する情報を共有している」は、IGSとして作成した。しかし、この項目は、他者との連携のなかで自分の考えを開示してかかわるものである。患者とのコミュニケーションスキル（上野、2005）の《アサーション》や、コミュニケーション・スキル尺度 ENDCOREsの《自己主張》など、自分の考えを開示するといった項目がある。ヒューマンスキルにおいて、コミュニケーションスキルに類似した項目が集約した概念であると考えられる。

また、『協働的問題解決』は、看護師という専門職としてヒューマンスキルを発揮するに、他者を理解して協働して問題を解決するという因子である。この因子には、GS

としていた「33. 私は、自分と意見が異なる看護スタッフとは、話し合っ解決している」などの2項目、IPSとしていた「32. 私は、他の看護スタッフが間違っ行動をした場合、なぜそうしたのか一緒に考えている」、IGSとしていた「34. 私は、医師や他の職種者に看護の専門性を理解してもらえるようにかかわっている」で構成されていた。太田(2015)は、ヒューマンスキルについて、目的達成のために他職種や他部門と協働していく能力と述べていた。そのため、『協働的問題解決』は、ヒューマンスキルの主要な概念として、問題を解決するため、他者を理解し協働する内容が集約されたと考える。

看護師は、24時間の一貫したケアのための同僚同士での連携が必要とされる。そのため、看護師の集団としての組織が形成され、そこでの目標やコミュニケーションが重要となる(中西, 2003)。本研究において、看護師ヒューマンスキルが3因子構成となったのは、専門職の独自性や特徴が明確化され、5因子の項目が分散して3因子に集約されたと考える。以上から、「看護師ヒューマンスキル」の概念を構成していると判断した。

#### IV. 尺度の活用と教育への示唆

##### A. 本尺度の活用

市島(2007)は、ヒューマンスキルは、組織の一員として効果的に活動し、組織の凝集性を高め、組織メンバーを組織目標達成に向けてリードしていく対人能力であり、そのスキルはマネジメントを行うあらゆる場面で不可欠であると述べている。一人ひとりが組織の一員として看護師ヒューマンスキルを発揮することは、組織全体の看護の質を向上させることにつながる。また、個人の職業を通じての成長や発達と組織の目的達成を通じての拡充や発展を統合し、相互の開発を目的としたものである(平井, 2002)ともいわれている。このように、個人と組織の相互作用としてキャリア開発が必要である。そして、キャリア開発とは、個人が仕事に対する自らの考え方や志向性を自覚し、それらに基づいて意欲的に仕事に取り組めるようにすることである(荒木, 2006)。一人ひとりが組織の目標に向けて自律した行動ができる看護師を育成するためには、業務への取り組みや姿勢や意欲・達成度などを客観的に評価し、看護の質の向上と組織の活性化をはかること(平井, 2009)などが指摘されている。そこで、「看護師ヒューマンスキル尺度」は、業務への取り組みや姿勢や意欲などを客観的に評価するための指標の1つとして活用できると考える。

##### B. 本尺度の看護基礎教育への示唆

看護師として就職してヒューマンスキルを発揮するには、就職してから育成するのではなく、看護師になるための教育を受ける段階から育成していくことが望ましいと考える。今回、作成した尺度は、看護師が専門職として働くうえで必要とされるヒューマンスキルの内容である。この内容について、看護基礎教育の段階から、理念教育やアサーティブネスの技術、協調学習などでの育成が必要であると考えられる。

#### V. 研究の限界と今後の課題

本研究は、1地域3施設の調査のため、地域による偏りの可能性は否定できない。また、看護師以外の他職種と違いがあるのかは比較していないため言及できない。

この尺度の精度を高めるためには、他の地域や施設を変えての再テストや、使用しての効果などを評価し検討する必要がある。さらに、看護師ヒューマンスキル尺度の得点における看護実践能力の違いや、スキル得点がどのような影響を与えるかなどの検討が必要である。

#### VI. 結 論

「看護師ヒューマンスキル尺度」は、『知識的組織理解』『積極的自己開示』『協働的問題解決』の3因子15項目で構成されていた。「看護師ヒューマンスキル尺度(第一版)」は、因子分析妥当性、内容妥当性、基準関連妥当性が確認された。また、 $\alpha$ 係数、I-R相関から、信頼性も確認された。

このことから、「看護職ヒューマンスキル尺度(第一版)」の信頼性・妥当性が確保された尺度として、看護師におけるキャリア開発の指標として活用できると考える。

##### 謝 辞

本研究にご協力いただきました皆様に深く感謝申し上げます。また、本研究は、香川大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程における修士論文の一部を加筆修正したもので、日本看護研究学会第42回学術集会で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、データ収集・分析および解釈に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

## 要 旨

本研究の目的は、看護師を対象とした「看護師ヒューマンスキル尺度」を開発し、信頼性と妥当性を検証することとした。看護師31名の質問紙調査から「看護師ヒューマンスキル尺度」の項目を抽出し、35項目の試案を作成した。この試案を用いて、質問紙調査を行い、914名を分析対象とした。探索的因子分析と確認的因子分析で、『知識的組織理解』『積極的自己開示』『協働的問題解決』の3因子15項目が抽出された。尺度全体のCronbach's  $\alpha$  係数は.930で内的一貫性が確認された。さらに、「コミュニケーション・スキル尺度ENDCOREs」と「KiSS-18」で基準関連妥当性が確認された。そして、「看護師ヒューマンスキル尺度」は、信頼性と妥当性が確認された。この尺度は、看護師におけるキャリア開発の指標として活用できると考える。

## Abstract

The objective of the present study was to develop a “Human Skills Scale for Nurses”, and to test the scale’s reliability and validity. After analyzing the questionnaire responses of 31 nurses, 35 relevant items were identified and a draft version of the scale was developed. Subsequently, another questionnaire was completed by 914 nurses and the draft version of the scale was used to analyze their responses. Exploratory and confirmatory factor analyses identified three core factors, namely “knowledge-based understanding of organizations”, “proactive self-disclosure”, and “collaborative problem solving”. From these core factors, 15 scale items were identified. The Cronbach’s alpha coefficient for the scale was .930, indicating good internal consistency. The scale’s criterion-related validity was confirmed based on the ENDCOREs communication skills scale and the KiSS-18 scale. The scale’s reliability and validity were also confirmed. These findings suggest that the “Human Skills Scale for Nurses” can be used as an indicator of nurse career development.

## 文 献

- 荒木淳子 (2006). キャリア開発の考え方. 中原 淳 (編著), 企業内人材育成入門. 257-258, 東京: ダイヤモンド社.
- 朝野照彦, 鈴木督久, 小島隆矢 (2005). 入門: 共分散構造分析の実際. 119-122, 東京: 講談社.
- 渥美崇史 (2013). 管理職への成長を見据えたヒューマンスキルの開発. 看護展望, 38(7), 42-46.
- 千葉京子, 相川 充 (2000). 看護における社会的スキル尺度の構成. 看護研究, 33(2), 139-148.
- 藤本 学, 大坊郁夫 (2007). コミュニケーション・スキルに関する諸因子の階層構造への統合の試み. パーソナリティ研究, 15(3), 347-361.
- 藤本 学, 大坊郁夫 (2011). コミュニケーション・スキル尺度 ENDCOREs. 堀 洋道 (監修), 吉田富士雄, 宮本聡介 (編), 心理測定尺度集 V: 個人から社会へ〈自己・対人関係・価値観〉. 272-277, 東京: サイエンス社.
- 藤澤美香, 村中陽子 (2014). 看護実習における自己効力感・社会的スキル・職業アイデンティティの関連性: 受け持ち患者数の違いに焦点をあてて. 日本看護学会論文集 (看護教育), 44, 134-137.
- 南風原朝和, 市川伸一, 下山晴彦 (2001). 心理学研究法入門: 調査・実験から実践まで. 71-77, 東京: 東京大学出版会.
- 平井さよ子 (2002). 看護職のキャリア開発: 変革期のヒューマンリソースマネジメント—. 57, 東京: 日本看護協会出版会.
- 平井さよ子 (2009). 改訂版 看護職のキャリア開発: 転換期のヒューマンリソースマネジメント. 147, 東京: 日本看護協会出版会.
- 菱刈美和子, 菊地きよ美, 石渡智恵美, 細野知子, 菱岡奈帆子 (2014). 臨地実習における看護実践力育成方法の検討: 看護実践力と影響要因 (社会的スキル, 自尊感情, 自己教育力) の実態調査. 日本看護学会論文集 (看護教育), 44, 98-101.
- 市島哲也 (2007). これからの情報システム部門の役割と人材育成—A社 人材モデル “ITコンサルト” 育成方策の検討を通して. *Unisys Technology Review*, 91, 64-86.
- 池田優子, 高橋裕子, 野本悦子, 小林瑞枝, 佐藤未和, 土屋智子, 塚越聖子 (2014). A病院における新人看護師への多角的研修の効果の検討. 日本看護学会論文集 (看護管理), 44, 293-296.
- 岩城直子 (2008). 「看護における社会的スキル」尺度短縮版の作成の試み. 富山大学看護学会誌, 8(1), 21-31.
- Katz, R.L. (1974/1982). スキル・アプローチによる優秀な管理者への道. 75-89, 東京: ダイヤモンド社.
- 菊池章夫 (2001). Kiss-18. 堀 洋道 (監修), 吉田富二雄 (編), 心理測定尺度集 II: 人間と社会のつながりをとらえる〈対人関係・価値観〉. 170-174, 東京: サイエンス社.
- 菊池章夫 (2004). KiSS-18研究ノート. 岩手県立大学社会福祉学部紀要, 6(2), 41-51.
- 菊池章夫 (2014). さらに/思いやりを科学する: 向社会的行動と社会的スキル. 190, 東京: 川島書店.
- 厚生労働省 (2011). 報道発表資料 2: 看護職員就業状況等実態調査結果 (平成23年 3月31日). <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh-att/2r98520000017cnt.pdf> (検索日2017年 7月 29日)
- 厚生労働省 (2012). 平成24年度 チーム医療普及推進事業報告書について. <http://www.pref.okayama.jp/hoken/hohuku/tuuchi/iryoujii130814-6.pdf> (検索日2017年 7月 29日)
- 松尾 睦, 武藤浩史, 小笠原克彦 (2014). 診療放射線技師の経験学習のプロセス. 日本診療放射線技師会誌, 61(3), 269-276.
- 箕浦とき子, 高橋 恵 (2012). 看護職としての社会人基礎力の育て方: 専門性の発揮を支える 3つの能力・12の能力要素. 3, 東京: 日本看護協会出版会.
- 中西睦子 (2003). 看護組織論. 井部俊子, 中西睦子 (監修), 看護管理学習テキスト第1巻: 看護管理概説. 52-55, 東京: 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会医療政策部 (編) (2015). 日本看護協会研究報告 89: 2014年 病院における看護職員需給状況調査. 12, 東京: 日本看護協会出版会.

- 日本看護協会 (2016). 平成28年看護関係統計資料集：就業状況看護師就業者数. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/toukei/> (検索日2017年7月29日)
- 小田利勝 (2007). ウルトラビギナーのためのSPSSによる統計解析入門. 187-198, 安曇野：プレアデス出版.
- 大重育美 (2015). 新人看護師の職業性ストレス尺度とコミュニケーションスキルの1年間の時期的変化とその関連. 日本医療マネジメント学会雑誌, 16(2), 92-98.
- 太田加世 (2015). はじめての看護管理7つのエッセンス10：リーダーシップを発揮する①. 看護管理, 25(1), 88-91.
- 小塩真司 (2012). 研究事例で学ぶSPSSとAmosによる心理・調査データ解析 (第2版). 268, 東京：東京図書.
- Pant, I. and Baroudi, B. (2008). Project management education: The human skills imperative. *International Journal of Project Management*, 26(2), 124-128.
- 佐々木聡 (2008). オフィスにおける「ハウレンソウ」の問題点と実践的改善策. ヒューマンスキル教育研究, 16, 38-45.
- 佐々木聡 (2014). 対人関係能力の高め方. ヒューマンスキル教育研究, 22, 78-84.
- 高橋裕子, 池田優子, 小林瑞枝, 佐藤未和, 土屋智子, 塚越聖子, 野本悦子 (2013). A病院における新人看護師へのコミュニケーション研修の効果の検討. 第43回日本看護学会論文集 (看護管理), 295-298.
- 上野栄一 (2005). 看護師における患者とのコミュニケーションスキル測定尺度の開発. 日本看護科学会誌, 25(2), 47-55.
- 余語真夫 (1999). コミュニケーションスキル訓練. 中島義明, 子安増生, 繁榊算男, 箱田裕司, 安藤清志, 坂野雄二, 立花政夫 (編), 心理学辞典. p.278, 東京：有斐閣.

〔平成29年5月22日受 付〕  
〔平成29年11月23日採用決定〕



## “気になる子ども”をもつ保護者への支援における 保健師と保育士の連携経験と相互役割期待

The Experience of Cooperation Between Public Health Nurses and Nursery Teachers and  
Their Mutual Role Expectations on the Support to Parents of “Children of Concern”

大塚 敏子 巽 あさみ  
Toshiko Otsuka Asami Tatsumi

キーワード：役割期待, 保健師, 保育士, 専門職連携

Key Words: role expectation, public health nurse, nursery teacher, interprofessional collaboration

### 緒 言

発達障害児の保護者は落ち着きのなさなどの子どもの特性等によりストレスが高く（浅野ら, 2011）、抑うつになりやすい（Hayes & Watson, 2013；野邑ら, 2010）。さらに、発達障害に対する保護者の気づきとその診断には1～4年のタイム・ラグがあり（宮地, 2012；中田, 1995）、漠然とした不安を抱えたこの時期が保護者にとって心理的に最もつらい（夏掘, 2001）。よって診断の有無にかかわらず“気になる子ども”と認識された段階から保護者にかかわり、受容の過程に寄り添って不安の軽減をはかっていく支援が重要である。そのことが早期からの子どもへの適切なかかわりや療育を可能にして後年のよい社会適応につながる（McEachin, Smith, & Lovaas, 1993；杉山, 1996）。地域でこうしたきめ細い支援を行うためには保健・医療・福祉といった多分野の連携が不可欠である。

「発達障害者支援法」（2005）においては、発達障害の早期発見や発見後の専門機関への紹介、継続的支援を市町村や都道府県の責務として定めており、近年では地域差やマンパワー不足などの課題を残しながらも発達障害への支援体制が整備されつつある。こうした体制のなかで市町村保健師は障害の気づきの段階から直接的に保護者支援を行うとともに支援にかかわる多くの専門職や機関と連携して間接的な支援も行っており（植松, 2015）、こうした他職種・機関との連携は保健師の特徴的な機能でもある（岡本ら, 2006）。また支援の際に保健師と連携する機会が多い職種として保育所保育士があげられる（大脇ら, 2009；鈴木ら, 2012；谷川, 2011）。子どもと接する時間が長く保護者とも日常的に接点をもつ保育士は、発達障害の発見や発達支援のみならず、発達に課題を抱える子どもの保護者への積極的支援も求められるようになってきている（厚生

労働省, 2008, p.177)。しかし、多くの保育士がこうした保護者への支援に対する困難感を抱えていることが報告されている（木曾, 2014；斎藤・中津・栗飯原, 2008）。

保健師と保育士（以下、両職種）の具体的な連携内容は、園訪問やケース検討会による情報共有や支援の検討などがあり（中山・斎藤, 2007）、両職種とも互いの専門職・所属機関を重要な連携先と認識している（谷川, 2011；津田・木村, 2014）。しかし一方で、保健師と連携している他職種がとらえた保健師像を調査した研究において、保育士は昨今の保健師は他機関・他職種とうまく連携できていないと認識していた（金藤・宮腰・小野, 2011）。そこで保健師の他職種との連携に関する研究を概観すると、行政保健師と他職種の連携の実態（渥美・安齋, 2013；筒井・東野, 2006）や職域保健との連携状況（三橋・錦戸, 2010；2012）を明らかにした研究はあるものの保育士との連携に関する研究は少なく（高野ら, 2004）、さらに保健師と連携相手の他職種、双方の視点から連携実態や互いの職種への思い等を明らかにしたものは見当たらなかった。また、発達障害児や“気になる子ども”をもつ保護者への保健師の支援に関する研究では保健師の役割や支援実態を明らかにする研究（小尾・文珠, 2011；中山・斎藤, 2007；中山・斎藤・牛込, 2008）がいくつかみられたが、いずれも支援における保育士との連携を主題としたものではなかった。発達障害への支援体制が整備されつつある昨今において、両職種がそれぞれの職種の機能を発揮し、保護者支援をさらに充実させていくためには、両職種の連携の実態や連携のなかで互いの職種に抱えている役割期待を明らかにすることが必要と考える。

よって本研究は“気になる子ども”をもつ保護者への支援における市町村保健師（以下、保健師）と保育所保育士（以下、保育士）の連携の経験と相互役割期待について明らかにすることを目的とした。

## I. 研究方法

### A. 用語の操作的定義

#### 1. 気になる子ども

発達障害の診断は受けていないが定型発達からの軽度の遅れや発達のゆがみを持ち、保健師や保育士が何らかの特別な支援が必要であると認識し支援を開始した子ども。

#### 2. 連携

“気になる子ども”をもつ保護者が前向きに子育てに向き合えるようになるという共通の目的をもつ保健師と保育士が、主体的に協力関係を構築して目的達成に向けて取り組む相互関係の過程における手段のこと。本研究では保護者が前向きに子育てに向き合うまでの過程におけるかわりも含めて連携とする。なお、本定義は保健福祉医療領域における連携の基本的概念を整理した吉池・栄（2009, pp.115-116）の定義を参考にした。

#### 3. 経験

保健師または保育士が互いの職種との連携において行ったことや見聞きしたこと。また、その際に生じた感情。

#### 4. 相互役割期待

両職種の相互関係のなかで認知された、互いの職種の役割に寄せる期待のこと。

### B. 研究デザイン

本研究は、“気になる子ども”をもつ保護者支援に関する保健師および保育士の連携の経験と相互役割期待について、その際生じる感情を含めて具体的に記述するため、看護概念創出法（舟島, 2007）を用いた。看護概念創出法は、人が目標を達成する過程で生じた行動や経験で構成されたさまざまな現象から質的データを抽出し、それらを表す概念の創出、全体構造の解明を目的とする帰納的アプローチによる質的帰納的研究法である。看護概念創出法ではインタビュー実施から分析の最終段階まで一貫した視点で分析を行うために“持続比較のための問い”を用いる。持続比較のための問いは研究目的に対応して設定される。本研究における持続比較のための問いは、両職種の連携の経験については「“気になる子ども”をもつ保護者支援における保育士（または保健師）との連携について、保護者が前向きに子育てに向き合えるという目標達成の視点からみるとどのような経験か」とした。相互役割期待については「“気になる子ども”をもつ保護者支援において、保護者が前向きに子育てに向き合えるという目標達成の視点からみると、

保育士（または保健師）にどのような役割を期待しているのか」として分析に使用した。分析はまずインタビューの内容を逐語録にして質的データとし、既定の分析フォームを用いてコード化した。コード化は「初期コード」「一般的経験コード」「一般的経験コード—持続比較のための問い対応コード」の3段階で行う。まず逐語録から持続比較の問いに答える箇所を抜き出して「初期コード」を作成し、さらに初期コードを「一般的な人間の経験（または期待）としてみるとどのような経験（または期待）か」という視点で抽象度を上げ命名して「一般的経験（または期待）コード」とした。次に「一般的経験（または期待）コード」に持続比較のための問いをかけ、その問いに対する回答を命名し「一般的経験コード—持続比較のための問い対応コード」とした（以下「一般的経験コード—持続比較のための問い対応コード」をコードと表記する）（表1）。さらに「一般的経験コード—持続比較のための問い対応コード」の同質性や異質性により統合し、持続比較のための問いをかけながらそこに存在する保健師と保育士の連携や相互役割期待の性質の共通性を発見・命名しながらサブカテゴリ、カテゴリ、コアカテゴリと抽象度を上げていく方法で分析した。インタビューが終了するごとにコード化を行い、どのような現象を収集したのかを把握した。それをもとにさらにデータ収集を継続し、面接内容に持続比較のための問いをかけてもその回答はすべてこれまで収集したものと同様であり、これ以上新しい回答は出現しないという飽和化の時点まで収集を続けた。結果、保健師では9名目、保育士では10名目で性質の異なる回答がなくなった。データの飽和化が確実であることを確認するため、さらに両職種各2名のインタビューを続行した結果、この2名から得られた回答内容はそれまでの対象者から得られた内容と同質であった。すなわち、データは保健師では11名目、保育士では12名目で飽和化が確実であることを確認し

表1 保健師のインタビューにおけるコード化の例

初期コード	園から、見た目はあんな感じだけど子どものこと結構よくやってくるとかっていう（中略）園生活を送るなかでの情報で、（保健師も）このお母さんなら大丈夫かなってという判断も実際できているから、園から得る情報はかなり大きいです
一般的経験コード	保育園からは園生活のなかからの情報が得られ、その情報は“このお母さんは見た目はあんな感じだけど子どものことは結構よくやってくれているからここは許せる”というように母親を評価する一材料になっているので、園からの情報は大きく、かなり助けられている
一般的経験コード—持続比較のための問い対応コード	園から提供される生活のなかで得られた具体的な情報が母親評価の好材料になると認識

た。また、本分析の全過程において筆頭筆者および研究領域に関する知識と実践に富み看護概念創出法に習熟した共同研究者で確認と検討を重ねながら進めた。

### C. 研究対象および選定方法

研究対象者は両職種ともに各職種の経験3年以上で、“気になる子ども”の保護者への支援経験がある者とした。対象者の選定は、A市の所管課から施設の紹介を受け、各施設から条件に合う者の紹介を受けた。紹介された対象者に個別に文書にて研究に関する説明を行い、郵送にて調査協力の可否を確認のうえ、承諾を得られた者にインタビュー調査を行った。

### D. データ収集方法

対象者へのインタビューは半構造化面接法にて行った。インタビューでは“気になる子ども”をもつ保護者に直接支援を行った事例を1ケース想起してもらい、ケースの展開に沿って相手職種とどのように連携したかについて尋ねた。なお、“気になる子ども”や連携については対象者の解釈に齟齬が生じないように本研究における用語の操作的定義に沿って事前に説明を行った。インタビュー内容は対象

者の承諾のもとICレコーダに録音した。対象者の経験年数などの基本属性は、自記式質問紙を用いて把握した。調査期間は2013年10月～2014年9月であった。面接時間は30分程度で1回とした。

### E. 倫理的配慮

研究対象者に対し、研究の目的、調査内容、拒否の権利や匿名性の確保など倫理的配慮について文書および口頭で説明を行い、同意を得られた場合、同意書への署名を得た。本研究は研究者の所属する大学の倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：第24-148号）。

## II. 結果

### A. 対象者の特徴と事例の概要（表2）

#### 1. 保健師

6か所の市町村保健センターに所属する11名で全員が女性、支援当時の立場は地区担当保健師であった。1人当たりのインタビュー実施時間は平均35分（25分～42分）であった。

表2 インタビュー対象者の属性と支援事例の概要

	記号	経験年数	年代	事例	
				支援開始年齢	児の性別
保健師	a	21	40	妊娠中	女兒
	b	8	30	2歳	男児
	c	8	30	妊娠中	男児
	d	17	30	2歳	男児
	e	7	20	妊娠中	男児
	f	7	30	1歳	女兒
	g	19	40	1歳	男児
	h	4	20	1歳	男児
	i	8	30	妊娠中	女兒
	j	23	40	1歳 3歳	男児 男児
	k	8	30	1歳	男児
保育士	A	12	30	5歳	女兒
	B	17	30	3歳	女兒
	C	19	40	3歳	男児
	D	7	20	4歳	男児
	E	13	30	5歳	女兒
	F	18	40	3歳	男児
	G	20	40	4歳	男児
	H	34	50	2歳	男児
	I	10	40	2歳	男児
	J	21	40	3歳	女兒
	K	23	40	4歳	女兒
	L	16	30	11か月	女兒

## 2. 保育士

6か所の公立保育所に所属する12名で全員が女性、支援時の立場は担任であった。1人あたりのインタビュー実施時間は平均29分（25分～40分）であった。

### B. 保健師へのインタビュー結果（表3）

インタビューデータから保育士との連携や役割期待に関する311のコードが抽出された。このコードは、53サブカテゴリ、19カテゴリ、6コアカテゴリを形成した（以下、コアカテゴリは【 】、カテゴリは《 》、対象者の語りは「斜体（対象者記号）」で示す）（表3）。

#### 1. 保育士との連携の経験

##### a. 【保育士からのリアルな情報の提供による保護者支援の前進】

このコアカテゴリは保健師が園訪問などで保育士から子どもや保護者の情報を得ることにより、保護者支援の開始や保護者理解の深まりなど、支援の進展を経験したことを表していた。

保健師は基本的には年に1～2回程度、また必要時に《園訪問等による気になる母子に関する情報収集》を行っていた。また集団のなかでの子どもの様子や保護者の日常の姿など、保健師では得られにくい《保育士ならではの情報による母子への理解の深まり》を感じていた。

「園から、見た目あんな感じだけど子どものこと結構よくやってくるとかっていう（中略）園生活を送る中での情報で、（保健師も）このお母さんなら大丈夫かなってという判断も実際にできているから、園から得る情報はかなり大きいです（保健師c）」

さらに保育士からの事前情報により、乳幼児健康診査時の保護者との短時間のかかわりであっても発達相談等の専門的支援につなげることができたなど、《保育士の情報提供が有効な支援につながる」との認識があった。

また保健師は、園訪問で保育の頑張りや困り感を直接見聞きしながら互いの母子像をすりあわせることで、《園訪問による保育士への共感や課題の共通認識》をしていた。「（保育士から）連絡帳に平仮名がすごく多かったり、お母さんが知的に低い印象はあったんです、と。（保健師からは）ご両親揃ってすごく一生懸命で素直な印象がある、というようなお話をし、（中略）ご両親の性質とか療育的などところで見解が一致して、共通認識を持ってましたね（保健師b）」

##### b. 【園との良好な関係性での連続的な連携による支援進展】

このコアカテゴリは保育士との連続的なやりとりにより、さらに有効な支援ができた経験を表していた。

保健師は保育士と、保護者の様子や支援内容を伝えあい連携を続けることで、《継続的なやりとりが双方の有効な支援につながった経験》をしていた。

「（園訪問の）その後、園からお母さんが療育にちょっと興味を示すような発言をしたってという報告の電話をくれ、その直後にすぐ私からお母さんにお電話をしました。で、うまく（療育に）つながった（保健師b）」

またこうした連続的な連携のなかで、《園からの情報に対する具体的対応とフィードバックへの保育士の期待を感知》していた。

「やっぱり困っているから保健師に相談してくださると言うことがあると思う。そのことは私たちもきちんと意識して（情報を）返したり、困っておられることへの対応を続けていかなければいけない（保健師e）」

また、園との関係性によって得られる情報量や連携の深さが異なるといった経験から、《有効な支援には園との良好な関係性が重要との認識》をもっていた。

「（園の）保健師の受け入れがあまりよくないと連携につながらないし。園訪問も断られることもあって、園に（母子の様子を）確認できない状況になってしまう。やっぱり関係性が大事（保健師d）」

##### c. 【母子の利益を基準に選択した園への情報提供や支援】

このコアカテゴリは保健師から保育士への情報提供や助言は母子にとって利益になるかどうかを基準に行われていることを表していた。

保健師は《よい保育につながるかを判断基準に園へ情報提供》をしていた。また《保護者との信頼関係の維持に留意した園への情報提供》で個人情報の保護を意識していた。

「個人情報なので、何かのときに（保育士が）ぼそっと言ってしまおうと困る（中略）。それに先生（保育士）もやっぱり人間なので聞いたことかかわり方が偏ってしまうと子どもにも母にもよくない、不利になっちゃうのはよくないと思うから（保健師i）」

また、保護者と保育士の認識のずれが大きくなり、母子への支援に悪影響がでないよう《園と保護者の関係性を良好に保つための両者の橋渡し》をしていた。

「（発達相談の結果を）園のほうにもやっぱり伝えたほうがいいよ、就学に向けての準備を園と一緒にしていけるといいんじゃないかねって（保護者に）言って（保健師j）」

##### d. 【かかわりの糸口がない母子に関する園からの相談への困難感】

このコアカテゴリは園から気になる母子として相談があった場合、これまで保健師がかかわっていないケースや園から保護者に何も指摘をしていない場合にはかかわるきっかけがないため、支援に困難を感じていることを表していた。

表3 “気になる子ども”の保護者支援における保育士との連携経験と役割期待（保健師）

	コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
	保育士からのリアルな情報の提供による保護者支援の前進	園訪問等による気になる母子に関する情報収集	平素は年1、2回程度の園訪問で保健師が気になっている母子に関する情報を収集 保育士の負担にならないよう限られた時間のなかで効率よく情報を収集
		保育士ならではの情報による母子への理解の深まり	園からの具体的でリアルタイムな情報提供による保護者像の理解の深まり 園訪問で児の普段の様子を直接見て発達状況を確実に把握 毎日子どもの生活を見て母親とも接する保育士の視点での情報を大切にしている気持ち
		保育士の情報提供が有効な支援につながるとの認識	気になる母子を保健師につないでくれることへの感謝とその有効性を感知 園からの事前情報により健診時の短時間のかかわりでも支援につながりやすいと認識
		園訪問による保育士への共感や課題の共通認識	園訪問での情報交換や具体的場面の共有による互いの課題認識の合致 園訪問での保育士との直接的なかわりや保育士の頑張りや困り感を実感 保育士の大変さの実感を起点とした加配に向けた保護者への手帳の申請の勧奨 情報交換による保育士との母子への見立ての違いの確認
園との良好な関係性での連続的な連携による支援進展	園からの情報に対する具体的な対応とフィードバックへの保育士の期待を感知	継続的なやりとりが双方の有効な支援につながった経験	園と保健師の情報の積み上げによる保護者像の深まり 情報共有後も支援内容や母子の様子を伝えあうことが有効な支援につながった経験 園と保健師が補完しあうことで有効な支援ができた経験 園からの情報提供に対し保健師のかかわりがあれば情報提供し今後の方針を伝達
		園に対する園の困り感が保健師への情報提供につながっていると感知	母子に対する園の困り感が保健師への情報提供につながっていると感知 保健師との情報交換やその後の具体的対応に対する園の期待を感知 園からの相談に対する保健師の支援結果のフィードバックとその必要性を感知 保護者の特性に関する情報提供とそれを踏まえたかかわり方の助言へのニーズの感知 保健師の見立てや支援内容を伝えることによる園の安心感を感知
		有効な支援には園との良好な関係性が重要との認識	有効な支援にはスムーズに情報交換できる関係性のよさが重要と感知 保健師と園との関係性により得られる情報やできる支援に差があることを感知 保健師受入が不良な園との連携意欲低下によるさらなる関係性の希薄化 地区担当保健師の交替を意識することによる園との当たらず障らずの関係性
		よい保育につながるかを判断基準に園へ情報提供	よい保育につながるかが園への情報提供内容を判断する基準 保健師の情報が保育士の保育や支援を偏らせる危険性も考慮して提供範囲を決定 園から保護者に情報が洩れることによるトラブルの経験や危惧 園への信頼感が園への情報提供の範囲を判断する基準 保護者の承諾がない場合はそのことを確実に共通認識することの重要性を認識
母子の利益を基準に選択した園への情報提供や支援	保護者との信頼関係の維持に留意した園への情報提供	園と保護者の関係性を良好に保つための両者の橋渡し	園と母親の認識のずれを少なくして両者の関係を良好に保つための支援
	かかわりの糸口がない母子に関する園からの相談への困難感	園が全く指摘をしていないケースのアプローチへの困難感	これまでかかわりのないケースに関する園からの相談への対応のむずかしさを感知 これまでかかわりのないケースに関する園からの相談には園からの相談勧奨や保護者の承諾を依頼 園から保護者に心配を伝えていない状態での保健師のアプローチのむずかしさを感知
「保健師」への認識の低さと自身の役割に関する迷い	まずは保育士に保健師の役割を知ってもらう必要性を感知	現状での園との連携における保健師自身の役割に関する迷い	保育士の保健師への認識は低いのではないかと危惧 園訪問以外の機会もかかわって保健師を知ってもらうことの重要性の感知 保育園毎に保健師の受入れに大きな差があることを認識 園に保健師の役割を理解してもらったうえで連携が有効な支援につながるの認識 まずは保健師を知ってもらうために園への保健師に関するPR活動の実施 発達への支援体制が整うなかで保健師として園とのかかわりや役割に関する迷い 保育士が力をつけてきたいま、保健師として園とどう連携すべきかの悩み 保育士の保健師に対する期待は何か不明で知りたい気持ち
	日々母子にかかわることを活かした支援への期待	療育に通えない母子へののていねいなかわりへの期待	毎日子どもにかかわっている保育士の気づきは母親に受け止めてもらいやすいと感知 保育士が先を見越して母親に投げかけておいてくれるとその後支援しやすいと認識 毎日保護者と顔を合わせる園ならではの保護者支援のしやすさとむずかしさを認識 保護者が専門的支援に踏み出せるような声かけによる後押しを期待 専門的支援開始後も継続に向けた母親の気持ちを育てるかわりを期待 保健師をはじめ外部機関をもっと活用してほしいとの期待 園が保護者に対し保健師等関係職種との連携への理解を促してくれることへの期待 園でののていねいなかわりによる子どもの発達促進が保護者支援にもなるの思い 療育に通えない保護者の子どもへの理解を深めるていねいな対応を期待
保育士への役割期待に関するカテゴリ	大役だが養育上の課題がある母子を毎日フォローする役割を期待		養育上課題のあるケースへフォローや身近な相談役としての期待 要保護ケースで園に期待される役割への重圧感を推察 要保護児童の場合はよりこまめな情報のやりとりを実施

保健師はこれまで《保健師のかかわりが無いケースのアプローチへの困難感》や《園が全く指摘をしていないケースのアプローチへの困難感》をもっていた。そうした場合、まずは園から保健師のアプローチについて保護者に承諾を得てもらうなど、保健師が支援を開始する足がかりをつくってもらおうとよいと感じていた。また、園から直接発達相談などの専門的支援につないでもらうよう依頼する場合もあった。

#### e. 【「保健師」への認識の低さと自身の役割に関する迷い】

このコアカテゴリは園との連携の際、保健師の役割が知られていないことを感じるとともに、発達障害に対する支援体制が整備されつつある現状における保健師自身の役割への迷いを表していた。

保健師は保育士が保健師についてあまり知らないことをあげ、有効な連携のためには《まずは保育士に保健師の役割を知ってもらう必要性を感知》していた。また、園への療育専門機関による巡回相談の開始や保育士への発達障害に関する研修体制の整備による資質向上を受け、《現状での園との連携における保健師自身の役割に関する迷い》を感じていた。

「いまは園も（巡回相談の）療育施設もすごくよくやってくださっていて、昔と違いむしろ私たちとのかかわりが薄くなってきているところで、ズコズコと（園）訪問に行くと、いろいろ聞いたりいろいろ言えない……なんかむずかしいなーってすごく感じる（保健師c）」

## 2. 保育士への役割期待

### 【日々母子にかかわることを活かした支援への期待】

このコアカテゴリは保健師が日々母子にかかわれるメリットを活かした保育士ならではの保護者支援や保健師への情報提供に期待をしていることを表していた。

保健師は、日々保育に携わり保護者とも接する機会が多い保育士の特徴を生かした支援に期待していた。子どもの普通の姿をよく知る保育士は、毎日保護者と顔を合わせることでむずかしさはあるものの、《母親の気づきを促す適任と認識》しており、発達相談等の勧奨に直接つながらなくても《専門的支援活用に向け保護者の気持ちを育てる日々のかかわりを期待》していた。そうしたアプローチがその後の保健師の支援の受入れにも役立つと考えていた。また保健師を含め《外部資源を活用して保護者支援を前に進めることを期待》していた。

「たぶん、園は（保護者と）関係性があって否定的なことは言いにくいと思うので、言いづらいところはたとえば保健師に投げただいて、園は都度、お母さんに日々の子どもの情報をフィードバックしてもらってると、やっぱり私たちが入りやすい（保健師h）」

また“気になる子ども”が増加していることや保護者の状況により、必要性はあるものの専門機関での療育を受けられない子どもがいることから、《療育に通えない母子へのいいなにかかわりへの期待》があった。

「お母さんたちは働いてるので、実際（療育施設に通うことが）できるかって言ったらむずかしいケースも多い。そうすると園で日ごろいかにどこら辺までできるのかが大事で、そこをやってもらってお母さんにも伝えてもらえるとうごくいい（保健師f）」

加えて、発達上の課題だけではなくネグレクトなどの養育上の課題を抱えた母子もおり、そうしたケースの身近な相談役、見守り役として、《大役だが養育上の課題がある母子を毎日フォローする役割を期待》していた。

「園としてはちょっと重いのかなーと思いつつも、ただ発達だけじゃなくそれにプラスして、やっぱり家庭環境的などころだとかの人たちのフォローも期待してる（保健師c）」

## C. 保育士へのインタビュー結果（表4）

インタビューデータから保健師との連携や役割期待に関する176のコードが抽出された。このコードは、32サブカテゴリ、12カテゴリ、5コアカテゴリを形成した（表4）。

### 1. 保健師との連携の経験

#### a. 【園訪問を主とした情報共有による有効な保護者支援】

このコアカテゴリは保健師による園訪問の機会を主とした情報共有によってより、保護者にあった支援ができた経験を表していた。

保育士は主に《園訪問による情報提供や情報収集》をしており、《園訪問や園長からの働きかけを契機とした保健師との連携》に発展している場合もあった。保育士は《保健師からの情報提供でより保護者にあった支援を実現》していた。

「保健師さんがお宅に訪問したその情報が伝わってきて、家での様子とかお母さんが見えてきて、（母親への）提案とかもどこまで言っているのかとか私たちが考えることができましたね（保育士L）」

#### b. 【保健師とはかかわりが少なく連携にまで至らないと感知】

このカテゴリは保育士は保健師との連携経験について、かかわりが少ないために「連携」しているとの感覚をもちにくいことを表していた。

保育士は虐待など特別なケース以外では、保健師とは年に1～2回程度の園訪問でのかかわりのみであることが多く、《接触の少なさのため保健師と関係性が深まらないと感知》していた。

「虐待がらみだったときは、いまの状況を電話しあったこと

表4 “気になる子ども”の保護者支援における保健師との連携経験と役割期待（保育士）

	コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ	
保健師との連携の経験に関するカテゴリ	園訪問を主とした情報共有による有効な保護者支援	園訪問による情報提供や情報収集	園で把握している情報を園訪問で保健師に提供 園訪問での双方の気になる子どもの様子確認と情報共有	
		園訪問や園長からの働きかけを契機とした保健師との連携	園訪問時の情報共有を契機に保健師との連携開始 園長から積極的に働きかけて保健師と連携	
		保健師からの情報提供でより保護者にあった支援を実現	保健師の情報提供による保護者理解の深まり 同じ方向性での保健師の保護者支援や情報提供による有効な支援の実現	
	保健師とはかわりか少く連携にまで至らないと感知	接触の少なさのため保健師と関係性が深まらないと感知	保健師とは虐待ケースを除いて園訪問以外にあまりかわりか感知 保健師とのつながりの薄さによる情報共有や役割分担のしにくさ 不定期で低頻度の接触や担当保健師の交替による関係の深まらなさを感知 日頃の関係性の薄さによる保健師との連携への意識の低さ 保健師と頻繁にかかわりがある状況では連携のとりやすさを感知	
		環境が整っていないことによる連携しづらさ	保育士・保健師双方の忙しさによる連携する余裕のなさを感知 現体制での両職種間の情報共有のむずかしさを感知 園と保健師が連携して親子を見守る体制の確立と保護者への周知の必要性を感知	
	一方通行感による保健師との連携の意義の感じづらさ	保健師からのフィードバックが少ないことへの問題意識	園からは情報提供するが保健師からはその後の情報がないことへの問題意識 保健師の園訪問は保健師側のニーズで実施されているとの印象 保健師からも支援内容や経緯が園に伝達されるような双方向のやりとりを希望 もっと頻繁に情報交換しパートナーとして支援できれば良いという気持ち 保健師とのもっと気軽な情報のやりとりへの希望	
		期待どおりでない保健師の対応による不全感	期待したような具体的対応がみられないことへの納得いかない気持ち 保健師間の情報共有が十分でないとの印象	
	保健師への役割期待に関するカテゴリ	保健師の役割への印象に起因した連携のしづらさ	保健師の役割の理解不足による保育士からのアプローチの躊躇	保健師の役割への認識不足と重要性を感知 保育士側からも保健師にアプローチする必要性の認識とその方法の理解不足の感知
			保健師は保護者との関係構築がむずかしいとの認識による支援役割への懐疑的な気持ち	保健師は母親とかかわる時間が少ないことにより関係づくりが困難であるとの認識 保健師は保護者から拒否されやすくどこまで保護者支援を期待してもよいか不明 保健師・保護者間の関係が悪いケースに関する保健師からの情報提供依頼の経験
		行政職・看護職であることを活かした支援への期待	保育士では把握できない情報の提供や家庭への支援を期待	保育士が把握できない入園までの経過や家庭について情報提供を期待 家庭に入っている状況把握や家族の生活全体への支援ができる保健師の支援への期待
保育園、保護者、関係機関のつなぎ役を期待			保育園、保護者、医療機関などの関係者のつなぎ役を期待 専門家として発達の遅れについて伝え助言する役割を期待 乳幼児健診で親の気づきを促しその後の筋道をつける役割を期待 保育士の事前情報を活かして乳幼児健診での判断を母親に伝えることを希望	

もあるけど、基本的には園訪問で話すのが1年に1回か2回ぐらいで、正直そこ（連携）までいかない（保育士D）」

また互いに職務が多忙で余裕が無いことや両職種が連携して母子を見守る体制であることが一般に知られていないことなど、《環境が整っていないことによる連携しづらさ》を感じていた。

「もうちょっと気軽に連携をとればと思うけど、保健師さんは担当の家庭をたくさんもってられるんですね。（中略）保育士もきちきちでやっている。連携をとるにはお互い余裕がないと。いまはどこもいっぱいいっぱい、本当に厳しい（保育士A）」

c. 【一方通行感による保健師との連携の意義の感じづらさ】

このカテゴリは、保健師に情報提供してもその後のフィードバックが少ないとの認識により、保健師との連携に意義を感じにくいことを表していた。

保育士は園訪問などで保健師に情報提供をするが、《保

健師からのフィードバックが少ないことへの問題意識》をもっていた。

「園のほうは情報提供するんです、地域の保健師さんだから。たまに（情報が）返ってくる時はあるんですよ、園長に。でもこっちからの情報提供が多い（保育士G）」

また情報提供したことに対する具体的な対応がみえないこと、逆に保育士に対応を依頼されるといった《期待どおりでない保健師の対応による不全感》があった。

「園に来られたときに、こういう子で園でも困っていてという話はしました。でも、発達相談はどうかという話をしたら、（保健師に）“先生（保育士）からよろしく”とか言われちゃって（保育士B）」

2. 保健師への役割期待

a. 【保健師の役割への印象に起因した連携のしづらさ】

このカテゴリは保健師への役割期待以前にその役割がよくわからないことや、保健師は保護者との関係構築のむず

かしいといった保育士の印象が連携のしづらさにつながっていることを表していた。

保育士には《保健師の役割の理解不足による保育士からのアプローチの躊躇》があった。

「正直、保健師さんのことをよくわかっていないので、こちらから何か言っていくところまでいけないというか（保育士E）」

また《保健師は保護者との関係構築が難しいとの認識による支援役割への懐疑的な気持ち》を持っていた。

「自分の子どものことを言われるってすごいデリケートなことですよ。信頼がないと。毎日会っている私たちでも何年もかかった。それをときどきかわる人（保健師）にっていうと実際むずかしいと思います（保育士G）」

#### b. 【行政職・看護職であることを活かした支援への期待】

このカテゴリは保育士が、家庭での生活の様子が把握できたり他機関との連携のコーディネートができるといった行政職ならではの機能や、医学的知識で子どもをアセスメントできる看護職としての機能をあわせもつ保健師特有の機能を発揮して支援を行うことへの期待を表していた。

保育士は、保健師に《保育士では把握できない情報の提供や家庭への支援を期待》していた。

「やっぱり家庭訪問とか、家庭に入っていけるのは保健師さん。私たちは子どもが言っていることを信じるぐらいしかできないです。実際、家庭の問題には入っていけない（保育士E）」

また保健師に《保育園、保護者、関係機関のつなぎ役を期待》していた。

「お母さんが（専門機関に）うまく伝えられないとき、先回りして園の様子を含めて伝える……その役目、保健師さんがやってくれと。保育園、医療機関、そのつなぎがあるとすごいありがたい（保育士D）」

また保健師は医療の知識を持ち発達に対する判断を保護者に伝える立場との認識から、乳幼児健康診査等の機会に《発達の遅れを保護者に伝えて支援につなげる役割を期待》していた。

「やっぱり健診って大事で、あそこで医学的な知識のある保健師さんにちゃんと発見してもらって、そこからの筋道をつけてもらえれば園でもその話をしやすいし、お母さんも動きやすい（保育士B）」

### Ⅲ. 考 察

“気になる子ども”をもつ保護者への支援における市町村保健師と保育所保育士の連携の経験について、保健師で5つ、保育士で3つのコアカテゴリが、また相互役割期待について保健師で1つ、保育士で2つのコアカテゴリが明

らかになった。考察では本研究で創出されたコアカテゴリから今後の両職種の連携における課題について述べる。

#### A. 保健師と保育士の連携の経験

##### 1. 情報共有から連続的な連携へ

“気になる子ども”の保護者支援における両職種間の情報のやりとりにおいて、保健師は【保育士からのリアルな情報の提供による保護者支援の前進】を、保育士は【園訪問を主とした情報共有による有効な保護者支援】ができたと感じており、互いの情報が保護者への理解を深めるのに有効であるという共通の認識をもっていた。さらに保健師では園訪問について、単に情報交換の場としてだけでなく、その後も続いていく連携の基盤としての意義を感じていると考えられた。

また保健師は【園との良好な関係性での連続的な連携による支援進展】を経験していた。保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念を整理した吉池・栄（2009）の研究によると、連携は目的達成のための手段的概念であり複数の段階を包含している。そのなかでも「連続的な協力関係の展開」は「情報の共有」に続く連携の最終段階として示されている。本研究では情報共有したケースに関して、その後も支援内容を伝えあひながら保護者支援を展開していた。“気になる子ども”はすぐには診断の確定がむずかしいことが多く、こうした場合、多くの保護者が障害への肯定と否定の感情を繰り返すことが報告されている（中田、1995）。また“気になる子ども”では状態が理解しにくいことから、支援者と保護者の間（木曾、2014）や職種間（大河内・田高、2014；高野ら、2004）で子どもの発達に対する認識のずれが生じる場合がある。これらのことから、多職種による“気になる子ども”の保護者支援においては単なる情報共有に留まらず、連続的な協力関係をもつことで保護者を含む関係者の認識のずれを少なくし、揺れ動く保護者の心情に沿った支援が可能になると考えられた。

また園との関係性により連携の可否や程度に差があることから、有効な保護者支援のためには園や保育士と良好な関係を築くことが重要であると認識していた。行政保健師と保育所保育士の連携には、その前提として行政と保育所という組織レベルで連携が必要である。地域の子育て支援関係者による連絡会などさまざまな機会をとらえて園との顔の見える関係性の構築を試みることに加え、行政として両職種の連携を後押しする取り組みが必要であると考えられた。

##### 2. 保育士がとらえた保健師との連携に対する認識

保育士には保健師からの情報でより保護者にあった支援が実現できるとの認識がある一方で、【保健師とはかわりが少なく連携にまで至らないと感知】し、園訪問で保育

士から情報を提供しても保健師からはフィードバックが得られないといった経験から【一方通行感による保健師との連携の意義の感じづらさ】があったことは、保健師の語りにはなく重要な点であった。先行研究でも保育士からの保健センターへの情報提供に対する報告が少ないことが示されている(津田・木村, 2014)。これらのことから保育士は、保健師がともに支援しているとの意識をもちづらく、保健師との情報交換に意義を見出しにくい状況であった。その要因の一つとして保健師の情報のやりとりに関する考え方の特徴が考えられる。本研究で保健師は【母子の利益を基準に選択した園への情報提供や支援】をしていた。つまり保健師から保育士への情報が母子への先入観や入園拒否といった母子の不利益につながらないように意識し、提供する情報を選択していた。こうした意図が伝わらないまま、結果として情報が一方通行であるとの印象になっている可能性がある。また、先行研究では連携職種がとらえる保健師像として、必要な経験が揃っておらず、多職種と共有すべき情報の選定が曖昧になっているとの指摘がある(金藤・宮腰・小野, 2011)。本研究で明らかとなった保健師の「母子の利益になるか」という基準による提供情報の選定は、対象の母子や情報提供先の状況などを勘案した総合的なアセスメントが必要であり、高度な看護技術であるといえる。こうした技術を向上させるためには実際の事例にかかわりながらの現任教育が必要と考えられた。さらに保健師には、園から情報が漏れることにより保護者との信頼関係が損なわれることへの危惧があった。先行研究でも保健師が園に個人情報を提供することに不安やむずかしさを感じていることが報告されている(小尾ら, 2009; 高野ら, 2004)。関係職種での情報共有は保護者の了承を得ることを基本としつつも(子吉・田村, 2013)、保護者の承諾のない情報交換時にはそのことを確実に共通認識しておく必要がある。一方で保育士からは、個人情報の保護や情報提供による保護者との関係性悪化を危惧するカテゴリは創出されなかった。行政保健師は保育士以上に対象者の家庭内の情報ももちうる立場といえる。両職種とも個人情報の保護を求められる職種であるが、前述した保健師の職種としての特性から、保健師では個人情報保護の意識がより高く、保育士への情報提供に慎重になっていると考えられた。また自治体の人口規模が大きいほど園への情報提供に「上司との相談」が必要であったとの報告(三橋ら, 2005)もあり、研究対象自治体は人口規模が大きかったことも影響しているかもしれない。こうした課題に対し、先行研究では全町的な関係機関同士の個人情報のやりとりに関するルール作成、保健事業のなかで発達障害の支援体制について保護者に説明をして個人情報の共有に関する同意を得るなどの取組みが紹介されている(植松, 2015)。以上のこ

とを踏まえ、両職種が安心、納得して必要な情報のやりとりができるような行政としてのルール作りと関係者間での共通認識が必要であると考えられた。

また保育士に保健師との連携の意義を感じてもらい、より有効な支援につなげていくためには、保護者支援の視点に加え、保育士にとって保育上の困難感が強い“気になる子ども”(本郷・澤江・鈴木・小泉・飯島, 2003; 大河内・田高, 2014)の日々の保育に役立つ情報提供や専門機関の助言を受けるための支援(中山・齋藤, 2007)といった保育士の保育上の困難感への具体的な解決策の検討も積極的に行っていく必要があると考えられた。

保育士は、保健師とのかかわりが連携にまで至らないと感じる一方で、虐待を伴うケースでは連携が密であったとの語りがあった。これは児童虐待ハイリスク事例に関する両職種の連携についての先行研究(尾形・有本・村嶋, 2011)と同様であった。虐待に比べ“気になる子ども”の事例では児童虐待事例で行われるような厳密な管理となりにくく、積極的な連携に至らない傾向があるかもしれない。事例によっては個別支援計画を立案し両職種で共有することも有効であると考えられた。

## B. 相互役割期待

保護者支援において、両職種とも相手職種に対して自身の職種にはない特徴を活かした役割を果たすことを期待していた。

まず、保健師の保育士に対する役割期待について述べる。保健師は保育士に毎日母子にかかわれるメリットを活かした【日々母子にかかわることを活かした支援への期待】をしていた。保育士は保護者に対し子どもの発達への気づきを促したり、専門的支援の活用やその利用継続に向けて気持ちを育てていくといった支援を行っている(大塚・巽, 2016)。これらの保護者支援は保健師自身も行う支援であるが(中山ら, 2008)、よりタイムリーなかわりが可能な点や毎日の保育実践に裏打ちされた実践的な助言が可能な点で、保育士への期待が大きいと考えられた。しかし一方で保健師は、保育士が毎日顔を合わせる保護者に否定的なことを伝えることのむずかしさについても言及していた。保育士は“気になる子ども”の保護者に気がかりを伝える際、保護者の思いを優先させる傾向にあり、それが伝えることの困難感の要因となっているとの報告もある(Hashimoto, Kimura & Tsuda, 2015)。保健師は保育士が感じる保護者支援のむずかしさの側面も認識しながら、支援方法とともに検討していくことが必要であると考えられた。

また保健師は保育士に対し、園の体制のなかでできる範囲での“気になる子ども”の特性に応じたていねいな保育や、そのことにより保護者が子どもへの対応を学べること

を期待していた。今後“気になる子ども”や働く保護者の増加に伴い、療育施設の通所にはならず通常の保育所で過ごす“気になる子ども”が増えることが予想される。保健師は日々の保育のなかでできる発達促進を着実に行うことの母子双方への意義を保育士と共有していく必要があると考えられた。

また、養育上課題がある母子への支援も保育士への期待としてあげられていた。児童虐待などのケースではとくに日常的な見守りや身近に相談相手がいることが重要である。しかし保護者は乳幼児健康診査などで接する職員に対しカウンセリング感が強く、相談があげさに取り上げられてしまうことへの懸念をもつ場合があり（金井・齋藤, 2014）、行政職・看護職である保健師の支援に警戒感をもっていることもある。これらのことから保護者のより身近で気兼ねな相談相手としての機能を発揮することへの期待があると考えられた。一方でその役割が保育士への重圧になっていることも認識していた。支援の方向性の定期的な確認などの密な連携で保育士の負担感を軽減することも重要であると考えられた。

さらに、保健師をはじめとする社会資源をうまく活用して、保護者支援をより有効に機能させることへの期待もあった。中島（2015）は、発達障害の気づきの起点は主に乳幼児健康診査であるが、一部は保育所・幼稚園であると報告している。まずは気づいた機関が適切に社会資源を活用し支援をスタートさせる必要がある。発達支援に関する社会資源が増えるなか、そうした資源の実際の活動を理解できる研修の導入など保育士の社会資源活用促進に向けた対策が必要であると考えられた。

次に保育士の保健師に対する役割期待について述べる。保育士の保健師に対する役割期待の特徴は、保健師のもつ行政職・看護職としての強みを活かした支援役割への期待と保健師の役割がわかりづらく何を期待してよいかわからないという点であった。

保育士は保健師に対して【行政職・看護職であることを活かした支援への期待】をしていた。もっとも語られていたのは、乳幼児健康診査を起点として保護者に子どもの特徴を伝えることへの期待であった。保健師が乳幼児健康診査で確実にスクリーニングを行い、その結果を踏まえて保護者に子どもの特徴を伝えることで、保護者も気づきを得られ、そうした下地があると専門機関への相談勧奨などの保育士の保護者支援もスムーズになると考えていた。金藤ら（2011）は保育士が、保健師は知識の裏づけのもとに課題の早期発見ができ、保護者に対して時に指導的立場も担う職種であるとの認識をもっていることを報告している。多くの保育士が子どもの発達の特徴を保護者に伝えることへの困難を感じており（木曾, 2011）、さまざまな保健事

業を実施する保健師が医療の知識をもつ専門職として保護者に伝えることへの期待が大きいと考えられた。

また保育士は、保健師の「家庭に入れる」機能を活かした情報の提供や保護者支援を期待していた。たとえば家庭での実際の養育状況に関する情報は保育士の保護者支援に直接参考になるだけでなく、保育士の支援が家庭での養育に実際にどう活かされているのか知る手がかりにもなる。保健師が家庭訪問などの活動結果をフィードバックする際に、保育士が行っている保護者支援を踏まえて行うことも連携促進に有効であると考えられた。さらに経済的問題、児童虐待、DV（domestic violence）、保護者自身の理解力の低さなど養育上の課題が存在するケースの場合、家庭全体への支援を行うことへの期待も語られていた。近年、保育所にはこうした課題をもつケースへの支援も求められているが、保育所だけで取り組むことはむずかしい。保健師には福祉関連課や児童相談所、医療機関などの関係機関と連携して経済的支援や養育支援などにより生活全体を支援することで、子どもの発達を下支えすることへの期待があると考えられた。またさまざまな機関や職種がかかわる“気になる子ども”をもつ保護者への支援においては、保健師には園と保護者、関連機関のつなぎ役となることが期待されていた。本研究では保健師は、保護者と保育士との認識のずれが大きくならないよう、両者の情報交換を助ける声掛けや情報提供などの橋渡しを行っていた。先行研究では両職種とも保護者と子どもの発達に関する問題を共有することのむずかしさを感じながら支援を行っていることが報告されており（本郷ら, 2003；木曾, 2014；大脇ら, 2009）、時に支援者と保護者とのパートナーシップ形成がむずかしい場合もある。そのようななか、保健師が本来もっている関係機関との連携を密にして総合的な調整をはかり、効果的な保健活動を展開する役割（厚生労働省, 2013）を果たすことが重要であると考えられた。

2つ目の特徴である保育士に保健師の役割が認識されていない要因について、両職種の外部資源とのかかわり方の違いもあるかもしれない。担任保育士は園長や主任といった管理職を介して、一方保健師は各地区担当保健師が自ら直接外部との連携を行うことが多い。このことで担任保育士の保健師への認識が低い可能性がある。さらに保育士は、保健師は保護者とかわる時間が少ないことや保護者に発達の遅れを指摘する立場（金藤ら, 2011）であるために保護者との関係づくりがむずかしいと感じていた。その結果、保護者支援に関して保健師の役割をどうとらえてよいかかわからない可能性が考えられた。保健師自身も保育士の【「保健師」への認識の低さと自身の役割に関する迷い】を感じ、保健師の活動を知ってもらふ必要性を感じていた。看護師と医療保育士の協働に関する先行研究（山北・

浅野, 2012) ではよりよい協働のためには互いの専門性に関する両者の認識の一致が必要であり, そのために自身の言葉でその役割を相手職種に伝えることの重要性を指摘している。また近年, 全国的に療育機関等による園への巡回相談制度の導入や発達障害に関する保育士への研修の充実など園を支援する体制整備が進められており, 保育士が保健師に求める役割が変化していることが考えられる。こうした現状を踏まえ, 研究協力自治体では現在, 保健師が積極的に各園を訪問し保健師を知ってもらうための活動が開始されているが, 行政としてのこうした取り組みは現場での連携促進につながると考えられる。谷口 (2016) は連携の過程における問題として, 連携のチームメンバーが専門職として果たすことができる役割に対する互いの認識の不足があり, それによって他職種への過大評価や失望が生じるとしている。他の先行研究においても職種間での協働や連携の阻害要因として互いの専門性に関する知識の欠如 (榮, 2010) や職種間の協働に対する認識の差 (山北・浅野, 2012) が指摘されている。保健師の専門的能力に係るキャリアラダー (厚生労働省, 2016) では, 他組織への理解に関する記述はあるが, 連携を発展させていく能力についての記載はない。今後は, まずは保健師が連携における自身の役割認識を確かなものにする必要があるが, 加えて連携のコーディネーターとして職種間での連携に関する認識の共有, 互いの役割や限界への理解を深められるような働きかけ等, 連携の過程で生じる問題を解決しながら保護者支援を展開していく能力が保健師に求められると考えられた。両職種を含む関係職種合同での事例検討など, 各自治体の状況にあわせより効果的な連携のかたちを確認する機会の設定も有効と考えられた。

本研究は“気になる子ども”をもつ保護者への支援における行政保健師と保育所保育士の連携や相互役割期待について両職種の視点で明らかにし, その共通性や相違から今後の課題について示唆を得ることができた点で意義のある研究である。今後は発達障害への支援体制の異なる地域や異なる立場の保健師・保育士, また他の関係専門職への調査を行い, “気になる子ども”の保護者支援におけるより有効な連携について検討する必要がある。

## 要 旨

**目的:** “気になる子ども”をもつ保護者への支援における保健師と保育士の連携経験と相互役割期待を明らかにすることを目的とした。

**方法:** 看護概念創出法を用い保健師11名, 保育士12名への半構造化面接の内容を分析した。

**結果:** 保健師は連携のなかで【保育士からのリアルな情報の提供による保護者支援の前進】を経験し, 【日々母子にかかわることを活かした支援への期待】をしていた。一方で【「保健師」への認識の低さと自身の役割に関

## 結 語

“気になる子ども”をもつ保護者への支援における行政保健師と保育所保育士の連携について, 保健師の園訪問の機会を中心として母子に関する情報の共有が行われていた。保健師にとっては保育士の園生活を基盤とした母子のリアルな情報が保護者支援に役立っており, さらに情報共有後も互いの支援について報告しあうといった連続的な連携による保護者支援の進展を感じていた。一方で保育士は保健師との情報共有が支援に役立つと感じながらも, 情報が保育士から保健師への一方通行であることが多く連携にまで至らないとも感じていた。相互役割期待については, 保健師は保育士に対し日々母子にかかわっていることを活かした支援を, 保育士は保健師に対し妊娠中や家庭の情報の提供や子どもの発達を見極めて保護者に伝えるといった行政職・看護職ならではの支援を期待していた。また保育士では保健師の役割の理解不足などから, 保健師においても近年の発達障害支援体制が整備されてきたことによる自身の役割に対する迷いがあることが明らかになった。

## 謝 辞

本研究にご協力いただきました保健師および保育士の皆さまに深く感謝申し上げます。

なお, 本論文の一部は, 第5回日本公衆衛生看護学会学術集会 (仙台) で発表した。

## 研究助成情報

本研究は, JSPS 科研費 JP24593436 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。

する迷い】も抱いていた。保育士には【一方通行感による保健師との連携の意義の感じづらさ】があった。また家庭に入れるといった【行政職・看護職であることを活かした支援への期待】があった。

結論：両職種の連携は“気になる子ども”の保護者支援を充実させていた。今後、連携における両職種の役割を共通認識できるような取り組みが必要と考えられた。

## Abstract

**Purpose:** This article aims to clarify the experience of cooperation between public health nurses and nursery teachers and their mutual role expectations on the support to parents of “children of concern”.

**Methods:** We conducted a semi-structured interview with 11 public health nurses and 12 nursery teachers by using the methodology for conceptualization of nursing.

**Results:** Public health nurses experienced “the progress of the support to parents by nursery teachers’ offer of practical information” and had an “expectations of support that utilized nursery school teachers’ daily contacts with mothers and children”. They also held “nursery teachers’ low level of awareness about the job of public health nurses, and the latter’s doubt about their own roles”. Nursery teachers had “the difficulty in feeling the significance of cooperation due to the feeling of a one-way attempt”. There were also “expectations of support that utilized the professionalism of public health nurses as administrative and nursing posts”.

**Conclusion:** Cooperation between public health nurses and nursery teachers contributed to fulfill the support to parents of “children of concern.” It would be necessary to improve the conditions in which they can raise shared awareness of each role.

## 文 献

- 浅野みどり, 古澤亜矢子, 大橋幸美, 吉田久美子, 門間晶子, 山本真実 (2011). 自閉症スペクトラム障害の幼児を持つ母親の育児ストレス, 子どもの行動特徴, 家族機能, QOLの現状とその関連. 家族看護学研究, 16(3), 157-168.
- 渥美綾子, 安齋由貴子 (2013). 行政保健師が行う個別支援における連携内容. 日本地域看護学会誌, 16(2), 23-31.
- 舟島なをみ (2007). 質的研究への挑戦 (第2版). 136-200, 東京, 医学書院.
- Hashimoto, I., Kimura, R., and Tsuda, A. (2015). A study of difficulties experienced by childcare workers in informing parents of their children’s need for special care: Through focus group interviews. *Journal of the Tsuruma Health Science Society Kanazawa University*, 39(2), 75-83.
- Hayes, S.A. and Watson, S.L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629-642.
- 本郷一夫, 澤江幸則, 鈴木智子, 小泉嘉子, 飯島典子 (2003). 保育所における「気になる」子どもの行動特徴と保育者の対応に関する調査研究. 発達障害研究, 25(1), 50-61.
- 金井智恵子, 齋藤正典 (2014). 子どもの行動特性や母親の心理的な状態によりどのような子育てで支援が求められるか: 幼児期の子どもを育てる母親の養育環境別の検討. 小児保健研究, 73(3), 437-445.
- 金藤亜希子, 宮腰由紀子, 小野ミツ (2011). 連携する他職種が捉える保健師像: 保健師教育の方向性を探る. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 109-118.
- 木曾陽子 (2011). 「気になる子ども」の保護者との関係における保育士の困り感の変容プロセス: 保育士の語りの質的分析より. 保育学研究, 49(2), 200-211.
- 木曾陽子 (2014). 保育における発達障害の傾向がある子どもとその保護者への支援の実態. 社会問題研究, 63, 69-82.
- 厚生労働省 (編) (2008). 保育所保育指針解説書. 177, 東京: フレーベル館.
- 厚生労働省 (2013). 地域における保健師の保健活動について. 健発0419第1号.
- 厚生労働省 (2016). 保健師に係る研修のあり方等に関する検討会最終とりまとめ: 自治体保健師の標準的なキャリアラダー. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000119166.html> (検索日2016年9月9日)
- McEachin, J.J., Smith, T., and Lovaas, O.I. (1993). Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment. *American journal of mental retardation*, 97(4), 359-372.
- 三橋美和, 福本 恵, 榎本妙子, 齋藤幸子, 橋本一子, 高野 陽 (2005). 保健師からみた保健所・市町村と保育所の連携: 京都市内市町村の人口規模別比較から. 京都府立医科大学看護学科紀要, 14, 61-69.
- 三橋祐子, 錦戸典子 (2010). 自治体に働く保健師を対象とした職域保健との連携状況ならびにその関連要因に関する全国調査: 保健所設置市と市町の比較を通して. 日本公衆衛生雑誌, 57(9), 771-784.
- 三橋祐子, 錦戸典子 (2012). 地域・職域連携の成果に関する自治体保健師の認識と関連要因の検討. 日本地域看護学会誌, 15(2), 55-63.
- 宮地泰士 (2012). 発達障害児の家族(親)への診断告知: HFPDD児の親への診断告知状況調査をふまえて. 本城秀次, 野邑健二, 日本発達障害福祉連盟(日本発達福祉連盟)(編), 発達障害医学の進歩 24. 52-59, 東京: 診断と治療社.
- 中島正夫 (2015). 発達障害の特性がある幼児の早期の気づきと親・家族を含めた支援体制のあり方に関する検討. 椋山女学園大学看護学研究, 7, 1-10.
- 中田洋二郎 (1995). 親の障害の認識と受容に関する考察: 受容の段階説と慢性的悲哀. 早稲田心理学年報, 27, 83-92.
- 中山かおり, 齋藤泰子 (2007). 発達障害児とその家族に対する保健師の支援技術の明確化: 就学前の子どもの社会性を身につけるための支援. 小児保健研究, 66(4), 516-523.
- 中山かおり, 齋藤泰子, 牛込三和子 (2008). 就学前の発達障害児とその家族に対する保健師の支援技術構造の明確化: 支援の

- 開始から保護者の障害受容までの支援に焦点を当てて. 日本地域看護学会誌, 11(1), 59-67.
- 夏堀 撰 (2001). 就学前期における自閉症児の母親の障害受容過程. 特殊教育学研究, 39(3), 11-22.
- 子吉知恵美, 田村須賀子 (2013). 発達障害児の保護者の発達障害に対する受容状況および発達障害児とその保護者への保健師による援助方法. 家族看護学研究, 18(2), 83-94.
- 野呂健二, 金子一史, 本城秀次, 吉川 徹, 石川美都里, 松岡弥玲, 辻井正次 (2010). 高機能広汎性発達障害児の母親の抑うつについて. 小児の精神と神経, 50(4), 429-438.
- 小尾栄子, 文珠紀久野, 比志真美, 金丸淳子 (2009). 広汎性発達障害児を育てている家族への支援: 山梨県の状況から. 木村看護教育振興財団看護研究集録, 16, 27-52.
- 小尾栄子, 文珠紀久野 (2011). 広汎性発達障害児を育てている家族への支援 (第一報): 山梨県下で保健師が行う乳幼児期支援の実際から. 小児保健研究, 70(5), 637-645.
- 尾形玲美, 有本 梓, 村嶋幸代 (2011). 児童虐待ハイリスク事例に対する個別支援時の行政保健師による保育所保育士との連携内容. 日本地域看護学会誌, 14(1), 20-29.
- 岡本玲子, 塩見美抄, 鳩野洋子, 岩本里織, 中山貴美子, 尾島俊之, 別所遊子, 千葉由美, 井上清美 (2006). 今特に強化が必要な行政保健師の専門能力. 日本地域看護学会誌, 9(2), 60-67.
- 大河内彩子, 田高悦子 (2014). 「気になる子ども」の概念分析: 保健・医療・保育・教育職の認識. 横浜看護学雑誌, 7(1), 1-8.
- 大塚敏子, 巽あさみ (2016). 発達上“気になる子ども”の保護者に対する保育園の保育士の支援内容. 日本公衆衛生看護学会誌, 5(3), 219-229.
- 大脇百合子, 内田雅代, 竹内幸江, 白井 史, 島 玲子, 安田貴恵子, 足立美紀 (2009). 慢性疾患や障がいをもつ子どもの家族とのパートナーシップ形成に向けた看護職者の関わりに関する研究: 市町村および県・中核市保健所における保健師を対象とした調査. 日本小児看護学会誌, 18(3), 18-26.
- 斎藤愛子, 中津郁子, 栗飯原良造 (2008). 保育所における「気になる」子どもの保護者支援: 保育者への質問紙調査より. 小児保健研究, 67(7), 861-866.
- 栄セッコ (2010). 「連携」の関連要因に関する一考察: 精神障害者退院促進支援事業をもとに. 桃山学院大学総合研究所紀要, 35(3), 53-74.
- 杉山登志郎 (1996). 乳幼児健診と早期療育. 乳幼児医学・心理学研究, 5(1), 1-18.
- 鈴木 茜, 亀田茉奈, 立川あみ, 久保田睦子, 進藤ゆかり, 河原田まり子 (2012). 発達障害児の両親の障害受容過程における保健師支援の実態: 父親への支援に焦点を当てて. 北海道公衆衛生学雑誌, 25(2), 123-130.
- 高野 陽, 齊藤幸子, 安藤朗子, 福本 恵, 三橋美和, 橋本一子, 金本由利恵, 加藤忠明, 門脇睦美 (2004). 保育所と地域保健の連携における子育て支援のあり方に関する研究: 母子保健と保育所の連携に関する保健師の意識調査. 日本子ども家庭総合研究所紀要, 40, 117-125.
- 谷川和子 (2011). 保育所・幼稚園における自閉症児に対する社会的支援システムとの連携に影響する要因: 構造方程式モデルによる解析. 山口医学, 60(4), 85-95.
- 谷口由紀子 (2016). その4: 多職種との連携. 平成27年度 小児等在宅医療地域コア人材養成講習会・研修資料 (各論1 地域連携・多職種協働: さまざまな職種と協力して, 小児在宅患者が住みやすい地域を作る). 国立成育医療研究センター.
- 津田朗子, 木村留美子 (2014). 保育所における発達障害の早期発見・早期介入を阻害する要因の検討: 「気になる子ども」に対する保育士の認識と支援体制から. 金沢大学つるま保健学会誌, 38(2), 25-33.
- 筒井孝子, 東野定律 (2006). 全国の市区町村保健師における「連携」の実態に関する研究. 日本公衆衛生学会誌, 53(10), 762-775.
- 植松勝子 (2015). 就学前発達障がい児支援の基盤整備に関する検討: 母子保健活動と保育園・幼稚園との連携. 日本公衆衛生看護学会誌, 4(2), 139-147.
- 山北奈央子, 浅野みどり (2012). 看護師と医療保育士の子どもを尊重した協働における認識: 医療保育士の専門性に焦点をあてて. 日本小児看護学会誌, 21(1), 1-8.
- 吉池毅志, 栄セッコ (2009). 保健医療福祉領域における「連携」の基本的概念整理: 精神保健福祉実践における「連携」に着目して. 桃山学院大学総合研究所紀要, 34(3), 109-122.

〔平成29年2月27日受付〕  
〔平成29年11月29日採用決定〕



# 精神科病棟看護師の精神障害者へ向けた 口腔ケア行動意図尺度の開発

Development of the Scale to Assess Nurses' Intention to  
Take Oral Care of Inpatients with Psychiatric Disorder

西田 実紗子<sup>1)</sup> 上野 栄一<sup>2)</sup>  
Misako Nishita Eiichi Ueno

キーワード：口腔ケア行動意図, 口腔ケア, 精神科病棟看護師  
Key Words : intention to take oral care, oral care, psychiatric word nurse's

## 序 論

わが国では2011年に「歯科口腔保健の推進に関する法律」(歯科口腔保健法)が制定され, 歯科口腔の健康保持増進への取り組みが進められている。慢性的な精神障害をもつ人々は非常に大きな口腔ケアニーズがあり, 治療や予防的サービスやプログラムの必要性が高い(迫田, 2005; 小山・松田, 2009)。精神障害をもつ患者の口腔ケアの欠如は誤嚥や窒息, 口腔疾患のみでなく, 口腔健康の悪化から生じる口臭や歯口の審美性の面において, 社会復帰後のコミュニケーションが問題となることで, 社会適応性を欠く要因にもなりかねないとされている(窪田・宮澤・菅野・清水, 1989; 向井, 2005)。しかし精神障害者には, 歯科診療のネガティブな経験からくる診療拒否, アプローチのむずかしさ, 疾患に関する理解等が介入への障壁となりうるということが報告されている(Perssons, Olin, & Ostman, 2010)。高橋(2015)は, 精神科看護師に向け, 看護職員が自分の行っているケアを意識して行う意図的な口腔ケアを強調したい, としている。堀越(2015), Marriner-Tomey, & Alligood (2002/2004), Orem (1979/2014)らは, 看護師の行動の前には, その看護師自身による知的な活動があり, その後の行動を決定づけるとしている。つまり先の行動を偶然ではなく目的として明確に意図しているかが, 専門職として求められる資質であるものと考え。上野・栗原(2005)は, 精神科看護で用いられる技術の多くは, 個別的なもので客観性に乏しく, 看護師自身の人間性や自我の成熟度に伴う能力を道具にする特殊な方法が用いられることがある, としている。また鋤柄(2013)は, 「看護師の行動が変わらなければ患者の行動も変わらない」と述べている。つまり精神科看護師が患者に向け, どの程

度意図しかかわっているかがその後のケアを決定するといえる。その意図には看護師のアセスメントも含まれるが, それも含めWiedenbach (1964/1984)が「目的の明確化と明白な哲学とは看護師が行うことに一貫性を与え, 偶発的な親切な行為と専門職としてのサービスを区別するものである」と示すように, 先の行動を偶然ではなく目的として明確に意図しているかが専門職として求められる資質であるものと考え。そのため, 精神科看護師の口腔ケアの質向上のためには, 実態調査やチェックリスト作成ではなく, より説明力のある評価指標が必要である。寫田・平井・藤原・賀沢・飯島(2010)は, 精神科看護技術を数値として可視化することが必要であるとし, 精神科における看護技術評価尺度を開発しているが, 口腔ケア介入時の精神科看護師の意図に関するものは見当たらない。

## 1. 研究の意義

精神科看護師が患者へ口腔ケア介入をする際の精神科看護師の行動意図を測定することで, 口腔ケアの際の行動意図の質を評価できる。

## 2. 研究目的

本研究では, 長期入院中で口腔ケア介入の必要性がある精神障害者に対する口腔ケア実施の際に看護師がその行動の意図を自己評価し, 効果的な口腔ケアに結びつけるための評価指標として使用するための道具とすることを目標に「口腔ケア行動意図尺度」を開発することを目的とする。

## 3. 用語の操作的定義

### a. 口腔ケア

角(2009)が, 自分で口腔清掃が行えない要介護者に対

1) 福井医療短期大学看護学科 Fukui College of Health Sciences

2) 福井大学医学部看護学科基礎看護学 Fundamental Nursing department, College of Nursing, Faculty of Medical Sciences, University of Fukui

して、看護師・介護者、家族などが簡単に行える、安全で効果的な標準化された口腔ケア、と定義した。そこで本研究では口腔ケアを、精神科病棟看護師が精神障害者へ向け、精神障害者自身が行えない部分に対し精神科病棟看護師が実施する普及型の口腔ケアとする。

**b. 口腔ケア行動意図**

本研究で定義する口腔ケア行動意図とは、精神科病棟に勤務する看護師が、患者に対し口腔ケアを実施する際、その行為に先立って結果を追求し目標を明確化する思考とする。

**c. 精神障害者**

本研究で対象とする精神障害者を、精神科に長期入院中の患者で、統合失調症の症状や長期入院環境から、セルフケア能力低下があるものとする。

**4. 精神科看護師の精神障害者へ向けた口腔ケア行動意図についての概念枠組み**

精神科口腔ケアで文献検討を実施し、精神科看護師が患者へ口腔ケアを実施する際の行動意図となるものと考えられる内容を収集した。また、精神科に勤務する看護師1名に30分程度の面接を実施し、4名にそれぞれのケアの際の行動意図の内容についてフォーカス・グループインタビューを実施した。これらから得られた精神科看護師の口腔ケアに向けた行動意図と考えられるデータを短い単語および文章でコード化、グループ化し、精神科看護師の口腔ケア行動意図測定尺度を構成概念、構成要因等を基盤とし、概念図の作成を試みた(図1)。

野嶋・粕田・宇佐美(2000)は、回復期における患者と看護者の補完関係による患者教育は、患者にセルフケアを再獲得させる過程であるとしており、また向井(2005)は、口臭がコミュニケーション障害となりうるため、社会生活を営むうえでの対人関係づくりには口腔ケアが必要であることを示している。さらに鋤柄(2013)は、患者教育

について、看護師が無理やりに患者の行動を変えようとしても成功率は低いとしている。新谷ら(2007)は、日々の看護師の継続した声かけ、生活リズムに刺激を与え口腔ケアを行うようになった、称賛し励ますことは口腔ケアを行う意欲となり自主性を引き出した、としている。新井・齋藤(2013)は、長期に繰り返し継続指導していくことが大切、とセルフケア能力が低下する傾向にある患者へ向けた口腔ケアの自立には、看護師の継続的な介入が効果的としている。つまり、口腔ケアの際の看護師の意図には口腔の保清だけではなく患者の社会性獲得を促すこと、患者に対するケアの継続を支えるための患者・看護師の関係構築に対する意図が含まれるものとする。次に高橋・戸原・寺尾(2010)は、精神科での口腔ケアが満足に行われない原因の一つには、看護師の知識技術の不足が影響している、としている。また、総合病院の看護師を対象とした由良・大賀・大井・泉山(2006)の調査においても、看護師が知識・技術を習得することや、苦手意識をなくし、動機づけを高めることが今後の問題としている。遂行とは、成し遂げることとある。つまり、口腔ケアを成し遂げるための看護師としての意図が含まれるものとする。

一方、総合病院精神科での田原・五百川・陰山・桑原・上杉(2009)の調査によると、精神科ケアは、安楽以上に安全の必要性が高いとしている。鈴木(2002)は、口腔ケアにおける医療事故防止に向けて、誤嚥・窒息のリスク、歯肉・口腔粘膜の損傷のリスク、感染のリスク、嘔吐・窒息のリスク・転倒のリスク、外傷のリスク等をあげている。大西(2015)は、精神科の患者は、人との距離をもつことにアンビバレントであり、距離が遠すぎではかかわりをもてないが、人とのかかわりが時に脅威となってしまう、と距離のとり方には注意が必要であるとしている。これらのことより患者・看護師の安全確保に関する意図が含まれるものとする。

以上のことから、精神科病棟看護師の精神障害者へ向け

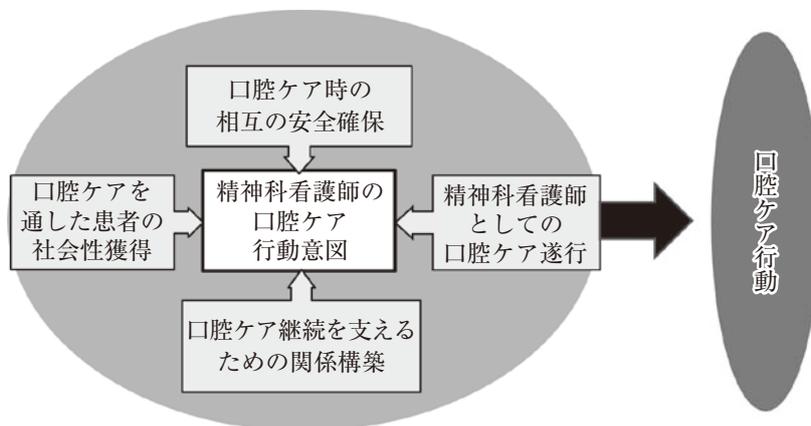


図1 概念枠組み

た口腔ケア行動意図を構成する因子として、「口腔ケアを通じた患者の社会性獲得」「口腔ケア継続を支えるための関係構築」「口腔ケア時の相互の安全確保」「精神科看護師としての口腔ケア遂行」の合計4概念とした。

## I. 研究方法

### 1. 研究デザイン

尺度開発, 因子探索型研究。

### 2. 質問紙調査票の作成と妥当性検討

概念枠組みから抽出された質問項目は, 精神科看護師に対するインタビューおよび文献検討から得られたデータと概念枠組みをより口腔ケア行動意図の概念の要素としてあてはまるキーワードを演繹的に抽出した。「口腔ケアを通じた患者の社会性獲得」に関する23項目, 「口腔ケア継続を支えるための関係構築」23項目, 「口腔ケア時の相互の安全確保」12項目, 「精神科看護師としてのケア遂行」19項目の合計72項目とした。回答を評価するための選択肢は, ①いつもそうでない, ②たいていそうでない, ③どちらでもない, ④たいていそうだ, ⑤いつもそうだ, の5段階評価のリッカート法とした。それぞれを1から5とした。また表面妥当性の検討として研究者所属施設の精神科看護師6名にパイロットスタディを実施後, 心理学者からのスーパーバイズを受け内容を見直した。

### 3. 調査対象・調査期間・調査方法

厚生労働省の医療施設動態調査(2013)では, 病床がすべて精神病床である病院を, 単科の精神科病院としている。2015年時点では, 単科精神科病院は全体の63.0%と過半数を占めている。本研究での調査対象病院は精神科を標榜する病院とし, 長期入院中でセルフケア能力の低下がみられる精神障害者を看護する立場にある看護師を対象としていたので, 在院日数が少ない総合病院・大学病院は対象から除いた。福井県, 石川県, 富山県で精神科を標榜する病院(クリニックは除く)35施設で協力が得られた病院を対象とした。対象者の選定に関しては, 精神障害が慢性化する傾向があり寛解と増悪を繰り返す疾患であることや, 退院後の受け入れ先が見つからず社会的入院となっている患者が存在することを考慮し, 急性期病棟にも疾患が慢性化した状態の患者が入院している可能性が考えられたため対象病棟については限定せず, 統合失調症の陰性症状または長期入院による施設症等によりセルフケア能力の低下がみられる患者を看護している病棟と研究の趣旨を看護部長または担当者に説明し承諾を得たうえで実施した。回収方法は, 1回目は配布から2週間後に病棟でとりまとめたの

返送を依頼した。また, 無作為に抽出した再テスト対象者には個人に切手付きの封筒を渡し, 回答後に郵便ポストへの投函を依頼した。調査期間は平成27年8月17日から平成28年3月31日とし, 無記名の自記式質問紙調査法にて実施した。

### 4. 調査内容

#### a. 対象者の属性

性別, 年齢, 職位, 最終学歴, 所属病棟, 所属病棟の病棟区分, 看護師勤務年数, 精神科勤務年数, 口腔ケアマニュアルに対する認知の有無, 口腔ケアに関する研修への参加頻度, 口腔ケアについての他職種連携の有無2問, 口腔ケアについての意見の計13項目について質問した。

#### b. 併存妥当性の検討

精神科における看護技術評価尺度(全36項目)(以下, 併存妥当性尺度)を用いて調査することとした。精神科看護師に特化した尺度作成を試みていたため, 精神科看護師を対象とした尺度を使用対象とし検討した。この尺度を使用するにあたり, 尺度開発者に許可を得たうえで使用した。

#### c. 調査上の倫理的配慮

福井大学医学部倫理審査委員会で承認(2015年8月17日, 承認番号:20150044)を得て, 調査施設(北陸3県の精神科を標榜する病院)の看護部長または担当者に研究の主旨, 目的, 研究方法, 回収方法について調査上の倫理的配慮等を説明し, 了解を得た。了解の得られた施設に対して看護部長または担当者宛に, 研究目的, 調査方法, 調査内容, 対象者への倫理的配慮を記載した文書を同封し調査依頼をした。研究の承諾が得られた施設の調査対象者に依頼書にて説明した。

#### d. 分析方法

因子的妥当性検討のため因子分析, G-P分析を実施し, 併存妥当性の検討のため「精神科における看護技術評価尺度」(寫田ら, 2010)で測定しPearsonの積率相関係数を求めた。尺度の信頼性の検討のため, Cronbachの $\alpha$ 係数を算出して内的整合性を検討し, I-T分析での信頼性の検討を実施した。統計解析ソフトは“IBM SPSS Statistics ver. 17.0”を使用した。

## II. 結果

### 1. 調査の回収率

研究の対象は, 北陸3県の精神科を標榜し, 調査の許可が得られた病院(クリニックは除く)に勤務中の看護師全数, 466名に調査票を配布し, そのうち96名には, 調査用紙をもう一部配布し, 本調査から2週間後の再調査を, 研究の依頼文に明記し依頼した。回収数は369部で回収率は

79.1%で、有効回答率は99.1%であった。再テストの調査票は96部配布中、回収が55部（57.2%）、有効回答数は44部であった。

## 2. 対象者の背景

口腔ケアマニュアルは、過半数の病棟には浸透していない実態が明らかになった（表1）。口腔ケアに関する研修

参加頻度は、1年に1回もない群と、研修に1年に1度も参加しない群が7割を超えていた。他職種との連携は、連携していない群が7割を超えており、対象は総合病院や大学病院を除いた施設であり、歯科医および歯科衛生士等が病院に専従している施設が少ないため、連携の機会をもちにくいことが推察された。

表1 対象者の背景

(n = 363)

属性	区別	人数	割合 (%)
性別	男	105	28.9
	女	258	71.1
職位	看護師	285	78.9
	主任	49	13.6
	副看護長	1	0.3
	看護長	26	7.2
最終学歴	専門学校2年	105	28.9
	専門学校3年	193	53.2
	5年一貫	15	4.1
	短大	20	5.5
	大学	4	1.1
	大学院	1	0.3
	その他	22	6.1
所属病棟	無回答	3	0.8
	閉鎖	277	76.3
	開放	74	20.4
	その他	11	3.0
病棟区分	精神科救急	15	4.1
	精神科急性期治療	54	14.9
	精神療養	133	36.6
	精神一般	125	34.4
	その他	24	6.6
口腔ケアマニュアル	無回答	12	3.3
	あり	94	25.9
	なし	175	48.2
	わからない	81	22.3
口腔ケアに関する研修参加頻度	無回答	13	3.6
	1年に1回もない	270	74.4
	1年に1回	78	21.5
	1年に2回	9	2.5
	1年に3回以上	2	0.6
他職種連携	無回答	4	1.1
	連携している	71	19.6
	連携していない	282	77.7
連携職種	無回答	10	2.7
	歯科医師	18	5.0
	歯科衛生士	12	3.3
	歯科医師、衛生士	10	2.7
	その他	3	0.8
その他	ST	3	0.8
	その他	18	4.9
無回答	10	2.7	

3. 尺度の妥当性と信頼性

a. 因子的妥当性と各因子間の相関

因子的妥当性を検討するために全71項目の因子分析を行った(表2)。まず、因子数を固有値から決定するため

にスクリープロットを描記し、因子数を4個とした。次に主因子法のプロマックス回転を行い、.390以上の因子負荷量の項目を選定した。その後、質問項目51個を主因子法のプロマックス回転を行い、因子分析を実施した結果、最終

表2 精神科病棟看護師の精神障害者へ向けた口腔ケア行動意図尺度の因子的妥当性と因子間相関

(n = 363)

質問番号	質問内容	I	II	III	IV
11	歯ブラシ交換の必要があるときは、患者がそのことに関心を向けられるようにかかわろうと思う。	.847	.098	-.237	.067
8	患者が歯の健康に関心を持てるようにかかわろうと思う。	.825	.079	-.105	.032
6	患者の口腔ケアの目標は、患者にとって達成可能な内容を設定しようと思う。	.801	.006	-.123	.081
5	患者の健康保持増進のためには、口腔ケアをすることでよい効果があるということを伝えようと思う。	.775	-.077	.039	.046
13	患者への口腔ケア方法の説明は、言葉よりも具体的な方法を提示しようと思う。	.764	-.053	.055	.001
16	患者が、口腔ケアを続けることに意味があることを伝えようと思う。	.700	.005	.057	.068
1	患者に対し口腔ケアのための効果的な方法を伝えようと思う。	.693	-.072	.114	.011
14	患者が口腔ケアを通じて口腔内が清潔になったことを自覚できるようにしようと思う。	.690	-.014	.131	-.034
10	患者が退院後も口腔ケアを実施できるようにかかわろうと思う。	.663	.291	-.096	-.105
3	声をかけるだけでなく、実際に患者が口腔ケアできているのかどうか確認しようと思う。	.655	-.173	.218	-.084
4	患者が無為状態であっても可能な部分は自分で口腔ケアできるようにかかわろうと思う。	.648	-.077	.038	-.047
17	患者が口腔ケアを拒否している場合には、ケアする方法を模索しようと思う。	.555	-.008	.292	-.125
18	患者の口腔ケアの行動が停止することがあった場合、できるまで待とうと思う。	.406	.302	-.066	-.043
62	患者が間食を多くするのならば、口腔ケアの回数を多くしようと思う。	-.059	.957	-.174	-.055
61	口腔ケアは、ジスキネジアなどの口腔の不随意運動がある患者にはとくに実施しようと思う。	-.108	.809	.035	.076
65	患者の口腔ケアは、患者が地域に戻るためにしようと思う。	-.012	.765	.023	-.012
63	患者が定期的に歯科受診し、専門的な治療を受けられるようにしようと思う。	.041	.678	-.023	.001
67	患者の口腔ケアを促すため、患者の自己決定を支えるかわりをしようと思う。	.009	.662	.212	-.072
56	口腔ケアに対し患者がどう考えているのかを把握しようと思う。	.070	.640	.053	.077
60	患者の残菌が無い場合は、義歯の使用や調整をしようと思う。	.014	.575	-.062	.053
39	最近、処方変更があった患者に対して口腔ケアをするときは、副作用などの状態の変化が出ていないかを観察しようと思う。	.184	.555	-.078	.100
59	患者の口腔ケアは、患者へのリハビリテーションとして実施しようと思う。	-.219	.544	.491	-.112
66	患者のセルフケア能力向上のためにも、口腔ケア能力を向上しようと思う。	-.002	.521	.317	.028
38	患者に対し口腔ケアをするために、患者との信頼関係をつくらうと思う。	.141	.474	.226	-.046
35	患者の口腔ケアにかかわる時間は患者とのコミュニケーションの機会にしようと思う。	.281	.435	.058	-.028
53	口腔ケアをすることで、患者の誤嚥を防ごうと思う。	-.076	-.108	.798	.001
70	患者に対し口腔ケアを毎日繰り返すことに意味があると思うので、繰り返しケアしようと思う。	.075	-.177	.752	.075
58	患者に対する口腔ケアを他の看護師がしていないと感じても、自分はしようと思う。	-.063	.085	.737	-.072
52	患者に口腔ケアを促すためには、まずは看護師が関心を示そうと思う。	.065	.030	.657	.079
51	患者への口腔ケアは1日に1度だけではなく、定期的にしようと思う。	-.005	.028	.647	.138
21	患者がよりよい状態に変わるために、口腔ケアしようと思う。	.273	-.038	.640	-.114
54	患者に対する自分の口腔ケア技術を向上しようと思う。	-.041	.170	.582	.103
34	患者の口腔衛生状態が不足している部分を補おうと思う。	.186	.053	.558	.072
68	患者が口腔ケアに対し、無関心であることは病気の影響であるためケアしようと思う。	-.022	.332	.512	-.050
71	患者の口腔内は見ることがむずかしいが、ケアしようと思う。	.086	.069	.499	.136
22	患者に口腔ケアを拒否される日があっても、諦めずに促しを続けようと思う。	.193	.070	.412	-.124
41	患者の精神状態によっては口腔ケアを複数のスタッフで行おうと思う。	-.014	.189	.403	.063
30	患者が口腔乾燥などの症状のために不快な思いが少なくなるようにしようと思う。	.244	.156	.390	.086
49	患者への口腔ケア中に、患者の予測不可能な行動がある可能性があると考え対処しようと思う。	.035	.094	-.176	.860
50	口腔ケア時に、他害の危険がある患者に対しては、安全への配慮を優先しようと思う。	-.114	-.172	.219	.788
46	衝動行為がある患者に口腔ケアをするときは、パーソナルスペースを考慮しようと思う。	-.032	.130	.150	.563
45	患者の口腔ケア時には、患者周囲の安全確認をしようと思う。	.103	.057	.128	.545
寄与率 (%)		43.135	6.843	4.732	3.469
累積寄与率 (%)		43.135	49.978	54.71	58.18
各因子相関					
		I	1		
		II	.664***	1	
		III	.693***	.782***	1
		IV	.457***	.551***	.63***

[注] 主因子法：プロマックス回転。\*\*\*:  $p < .001$ 。尺度全体のCronbachの $\alpha$ 係数=.967。

的に全体の因子数は51項目から42項目となった。各因子の相関は $r = .457 \sim .782$  ( $p < .001$ ) と有意であった(表2)。第1因子の因子負荷量は、質問項目11「歯ブラシ交換の必要があるときは、患者がそのことに関心を向けられるようかかわろうと思う」.847などの13項目から構成され、社会性獲得のための看護師の教育的な視点を含む項目と判断し「社会性獲得へ向けた教育」と命名した。第2因子の因子負荷量は、質問項目62「患者が間食を多くするのならば、口腔ケアの回数を多くしようと思う」.957などの12項目から構成され、患者との良好な援助関係を保ったうえでのケア実施のための意図に関する項目と判断し、「援助的関係に基づく口腔疾病予防」と命名した。第3因子の因子負荷量は、質問項目53「口腔ケアをすることで、患者の誤嚥を防ごうと思う」.798などの13項目から構成され、ケアを継続することを重要視しながらも、患者の状況に応じ柔軟に対応することに関する項目と判断し、「継続的ケア遂行のための柔軟な対応」と命名した。第4因子の因子負荷量は項目49「患者への口腔ケア中に、患者の予測不可能な行動がある可能性があると考え対処しようと思う」.860などの患者、看護師相互の安全確保に関する項目であると判断し「相互の安全確保」と命名した。第1因子から第4因子までの項目数は42項目であった。累積寄与率は58.18%であった。

#### 4. 尺度の信頼性の検討

##### a. Cronbachの $\alpha$ 係数

Cronbachの $\alpha$ 係数で尺度の信頼性の確認を行った。その結果、第1因子は.931、第2因子は.925、第3因子は.921、第4因子は.847であった。また尺度全体のCronbachの $\alpha$ 係数は.967であった。

##### b. G-P (good-poor analysis) 分析

G-P分析を行った結果、すべての項目で $p = .000$ であった。

##### c. I-T分析 (Spearmanの順位相関係数)

I-T分析を行った結果、 $r = .405 \sim .783$ であった。

##### d. 再現性の確認 (Pearsonの相関係数)

尺度の合計点間は $r = .600$  ( $p < 0.001$ ) であった。各因子間では、第1因子が $r = .672$  ( $p < 0.001$ )、第2因子が $r = .396$  ( $p < 0.001$ )、第3因子が $r = .607$  ( $p < 0.001$ )、第4因子が $r = .567$  ( $p < 0.001$ ) であった。

併存妥当性検討尺度の再現性は、.673 ( $p < 0.001$ ) であった。

##### e. 決定尺度の妥当性の検討

精神科における看護技術評価尺度との相関係数は、 $r = .436$  ( $p < 0.001$ ) であり、精神科における看護技術評価尺度の下位概念と本尺度の構成因子との相関係数は $r = .219 \sim .467$  ( $p < 0.001$ ) であった(表3)。

### Ⅲ. 考 察

松木・小笠原(1996)によると、G-P分析とは各項目の得点が全体の得点とどの程度関連しているのかを確認するものである。上位群のほうが下位群よりも高いことを確認することであり、差が大きい項目が、合計得点に大きく寄与している、よい項目となる。本研究ではMann-WhitneyのU検定の結果、全項目に0.1%水準の有意差が認められ、すべての項目で内的整合性があり、棄却すべき項目がないことを確認した。個々の項目得点と尺度全体の得点の相関の検討として、Spearmanの順位相関係数でI-T分析を行い、すべての項目で.4以上の相関が確認できた。D.F. Politら(2004/2010)によると測定用具の信頼性とは、測定用具が、標的とする属性を測定するときの一貫性をいい、測定の安定性、一貫性、または明解性を指すといっている。α係数は、測定が繰り返し行われたときの得点間の相関係数の推定値であり、0から1の間の値をとり、1に近いほど信頼性が高いことを示す。本研究での信頼性α係数は非常に高い値を示したといえる。基準関連尺度の再現性は、.673 ( $p < 0.001$ ) であり、本尺度は基準関連と同程度の再現性を得ることができたものとする。各因子間では、第2因子がやや低い相関となった(対馬, 2011)。第2因子は、地域へ向けた口腔ケアの予防的要素を含んでいる。また、歯科受診や義歯調整など、具体的に外へ向けた行動意図に関する質問項目であり、閉鎖病棟勤務の看護師が7割を超えている環境では、歯科医院へのアクセス等で、現実として物理的な影響や家族の協力体制が回答に影響を与えた可能性が推察された。D.F. Politら(2004/2010)によると、再テスト法は、比較的簡単に信頼性を推定する方法であるが、短所としては多くの特性が、測定法の安定性にかかわらず時間とともに変化するという点である。態度、行動、知識、身体状況などは、2回のテストの間の経験によって変化することがある。一般に、短期の再テストでは、長期の再テスト(1~2か月以上)よりも、信頼性係数が高い傾向がある(Polit & Beck, 2004/2010)。本研究の再テストは、1回目実施後より2週間後と短期間に設定したが、質問項目が長く、集中できなかった、との記載もあり、1回目と2回目の誤差に影響した可能性がある。今後は、質問項目の表現内容や回答方法、回答数の精選が必要である。また、再テスト法の短所として1回目の回答やコーディングの記憶に影響されることがある。自由記載欄には、本調査をきっかけに、口腔ケアの大切さを再認識した、との記載が多く見られた。本研究の長期的な目的は、精神科看護師が精神障害者へ向けた口腔ケアの実施を充実させていくことである。本調査での数名の自由記載からは、臨床場面での看護師の口腔ケア行動意図を強める可

表3 信頼性の確認 (G-P分析, I-T分析)

(n = 363)

下位概念	質問番号	G-P分析			I-T相関係数	有意確率
		上位群平均点	下位群平均点	有意確率		
I	11	210.11	116.05	.000	.627	.000
	8	214.75	111.52	.000	.693	.000
	6	200.82	125.12	.000	.606	.000
	5	202.05	123.91	.000	.626	.000
	13	205.03	121.01	.000	.599	.000
	16	210.71	115.47	.000	.675	.000
	1	208.40	117.72	.000	.639	.000
	14	207.80	118.31	.000	.639	.000
	10	215.11	111.17	.000	.688	.000
	3	200.98	124.96	.000	.548	.000
	4	197.75	128.11	.000	.474	.000
	17	201.71	124.24	.000	.625	.000
	18	205.18	120.87	.000	.516	.000
II	62	204.40	121.63	.000	.604	.000
	61	208.73	117.39	.000	.695	.000
	65	210.57	115.60	.000	.660	.000
	63	209.67	116.48	.000	.638	.000
	67	212.69	113.53	.000	.700	.000
	56	218.38	107.99	.000	.738	.000
	60	199.54	126.36	.000	.537	.000
	39	215.79	110.51	.000	.658	.000
	59	202.46	123.52	.000	.609	.000
	66	209.11	117.03	.000	.704	.000
III	35	207.31	118.79	.000	.608	.000
	38	217.76	108.59	.000	.716	.000
	53	197.05	128.79	.000	.507	.000
	70	203.03	122.96	.000	.569	.000
	58	203.50	122.50	.000	.598	.000
	52	213.41	112.83	.000	.698	.000
	51	209.62	116.53	.000	.661	.000
	21	206.43	119.64	.000	.647	.000
	54	209.32	116.82	.000	.664	.000
	34	208.04	118.07	.000	.689	.000
IV	68	206.00	120.06	.000	.632	.000
	71	209.08	117.06	.000	.644	.000
	22	204.06	121.95	.000	.537	.000
	41	200.32	125.60	.000	.529	.000
	30	206.87	119.22	.000	.678	.000
	49	193.78	131.99	.000	.462	.000
	50	186.55	139.04	.000	.405	.000
46	200.43	125.49	.000	.539	.000	
45	200.73	125.21	.000	.548	.000	

[注] G-P分析：Mann-Whitney検定, I-T分析：Spearmanの順位相関係数。

能性のあるポジティブな内容が記載されていた。行動意図が看護師の行動に影響を与えるか否かは本研究では明らかにしていないが、今後は、調査後の看護師の行動変化にも焦点を当て調査をしていく必要がある。

本尺度は、予想した概念と同じ4因子からなることが明らかとなった。しかし精神科看護師としての口腔ケア遂行は、患者に対する行動意図ではなく看護師の行動に与える

影響要因としての意味合いが強く概念としての構成要素には含まれなかったものとする。第2因子「援助的關係に基づく口腔疾病予防」、第3因子「継続的ケア遂行」は、内容がそれぞれ入れかわり因子が構成されることとなったが、精神科看護の基礎となる「援助的關係」や、長期入院や再入院者が多くを占める精神障害者を対象とした「継続的」看護を提供する看護師の行動意図として特徴的な内容

表4 属性ごとの比較

(n = 363)

	性別	n	口腔ケア行動意図尺度合計			併存妥当性尺度合計			
			平均値	標準偏差	有意確率	平均値	標準偏差	有意確率	
性別	男	105	144.1	27.6	.002	115.3*	22.5	.039	
	女	258	153.6**	19.8		109.9	22.3		
所属病棟	閉鎖病棟	277	149.4	21.6	.028	110.5*	22.5	.020	
	開放病棟	74	156.0*	25.4		117.6	21.4		
	その他	12							
口腔ケアマニュアルの有無	あり	94	155.5*	22.6	.049	114.7	22.4	.295	
	なし	175	149.6	22.4		111.7	21.9		
	わからない	81							
	欠損値	13							
口腔ケアに関する研修頻度	1年1回以上	89	158.9***	18.1	.000	116.3*	22.4	.023	
	1年1回も無い	270	147.7	23.2		109.6	22.3		
	欠損値	4							
他職種との連携	連携あり	71	160.4***	23.5	.000	115.1	20.4	.436	
	連携なし	282	148.5	17.0		111.0	22.6		
	欠損値	10							

[注] t検定, \*:  $p < .05$ , \*\*:  $p < .01$ , \*\*\*:  $p < .001$ .

(n = 363)

	年代別	n	口腔ケア行動意図尺度合計			併存妥当性尺度合計		
			平均値	標準偏差	有意確率	平均値	標準偏差	有意確率
年代別	～31歳未満	25	265.2	31.0	.634	112.5	19.9	.762
	31～41歳未満	81	256.6	39.4		110.0	21.1	
	41歳～	253	259.8	37.1		112.0	23.2	
	欠損値	4						
看護師経験年数別	～6年未満	44	253.4	37.5	.563	106.4	22.0	.272
	6～11年未満	45	260.7	40.7		111.7	21.6	
	11年以上	267	260.2	36.9		112.4	22.8	
	欠損値	7						
精神科経験年数別	～6年未満	112	260.8	38.2	.361	104.2	23.0	.000
	6～11年未満	73	253.8	34.0		107.4***	23.1	
	11年以上	170	261.7	38.6		118.3***	20.2	
	欠損値	8						

[注] 一元配置分散分析: Bonferroni検定, \*\*\*:  $p < .0003$ .

となったものと考え。

開発尺度による口腔ケア行動意図の性別比較(表4)では、口腔ケア行動意図については女性が有意に高く、併存妥当性尺度では男性が有意に高いという違いが明らかとなった。小代・久保田・南(1990)の報告にある、セルフケア行動の性差や職務における性差(矢島, 2015)が影響したことが示唆された。また、閉鎖病棟と開放病棟での比較(表4)においても、口腔ケア行動意図得点は開放病棟が高く、併存妥当性尺度では閉鎖病棟が高いという逆転した結果となった。急性期病棟では主に患者の安全確保が優先され、閉鎖病棟の看護師は精神運動性興奮状態の患者に対応する機会があるため精神科救急の看護技術として得点が高く出る結果となったものと考え。また、開放病棟は

地域移行へ向け一時的に失われた自律性を回復するうえで基本的な生活レベルに関する支援が主となるため、口腔ケア行動意図得点が高く出るといった結果につながったものと考え。

口腔ケア行動意図について、口腔ケアに関する研修参加の有無、口腔ケアマニュアルの有無、他職種との連携の有無の間では有意性がみられた(表4)ことは、多職種連携による効果検証(内田ら, 2007; 亀子・村上・井口・大曾, 2009; 柴田・隅田・日山・福島, 2014)やアセスメントツールの開発(水谷・山本・石井・東・川端, 2013)からの効果を裏づけるものであり、口腔ケア行動意図を高める要因となるものと考え。また、口腔ケアの手技手法や重要性への理解について精神科看護師それぞれが接する機

会が臨床現場でまだ得られていない可能性があることが推察された。これらの結果は、本尺度の対象者が慢性期であり、セルフケア能力低下がある患者に対応する機会のある精神科看護師を対象に設定しており、本尺度の併存妥当性を証明するうえでの基礎資料となるものと考え。今後は精神科看護師の口腔ケア実施率や病棟患者の入院期間の関係についての検証が必要となる。

#### IV. 本尺度の活用と今後の課題

精神科看護師の精神障害者へ向けた口腔ケアを数値化できる評価尺度対象は、長期入院中の精神障害者で、セルフケア能力の低下がある患者に向けて口腔ケアをする機会のある病棟に勤務している精神科看護師であり、急性期の患者やセルフケア能力が高い患者は対象として含まれない。しかし、精神疾患が寛解と増悪を繰り返すという特徴があるため、ほぼすべての病棟で勤務する看護師が使用可能な対象となりうると考える。対象の選定として急性期病棟を除くという意味ではなく、ある程度精神症状が小康状態である患者を対象としているという意味として解釈し使用可能と考える。評価の正確性については、主に精神科看護師自身の評価を日々の臨床現場での口腔ケアを評価してもらうことで、正確性が確認できる。しかし、意図とは客観的に評価できるものではないため、今後は客観的に評価できる行動の指標を作成し、行動意図との関連を調べていく必要がある。また、対象とする患者の年齢層についてはとくに限定はしていなかったが、人口の高齢化に伴い精神科病棟においても認知症患者が増加しているが、対象者として含むことが妥当といえるのか否かは、今後の検証が必要である。本研究では、北陸地域が対象となっているが、口腔衛生に関する地域差があることも明らかとなっており(8020財団, 2003)、今後は対象地域を増やし検証を続ける必要がある。また、本研究では北陸地方の精神科病棟に勤務している看護師に限定した調査となったが、今後はサン

プル数を拡大しデータの検証が必要である。

#### V. 結 論

精神科病棟看護師の精神障害者へ向けた口腔ケア行動意図尺度の作成を試みた。概念枠組みに基づき質問紙原案を作成し、次の結果を得た。

1. 因子分析により第1因子は【社会性獲得へむけた教育】、第2因子は【援助的關係に基づく口腔疾病予防】、第3因子は【継続的ケア遂行のための柔軟な対応】、第4因子は【相互の安全確保】と命名し、4因子、42項目が抽出された。
2. 本尺度は、内容妥当性、表面妥当性、因子的妥当性、内的整合性、併存妥当性を検討し、ある程度信頼性、妥当性のある尺度であることが示された。一貫性と有用性を高めるために今後も検証が必要である。
3. 今後は本尺度と口腔ケア行動との関連を検証する必要がある。

#### 謝 辞

本研究にご協力いただきました病院関係者の皆さま、ご指導くださいました福井大学の先生方、宮城学院女子大学学芸学部心理行動科学学科の友野隆成先生にお礼申し上げます。また、尺度使用を快諾いただきました名古屋大学大学院医学系研究科精神看護学助教の畠田盛光先生に、心よりお礼申し上げます。

#### 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

#### 著者貢献度

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

#### 要 旨

**【目的】** 本研究の目的は、精神科病棟看護師の精神障害者へ向けた口腔ケア行動意図尺度を作成し、その信頼性と妥当性を検討することである。

**【方法】** 精神科病棟看護師の精神障害者へ向けた口腔ケア行動意図尺度施策案は、質問72項目のリッカートスケールとした。対象者363名に質問紙法で実施した。

**【結果】** 主因子法プロマックス回転にて因子分析を実施し、第1因子は【社会性獲得へむけた教育】、第2因子は【援助的關係に基づく口腔疾病予防】、第3因子は【継続的ケア遂行のための柔軟な対応】、第4因子は【相互の安全確保】と命名し、4因子、42項目が抽出された。信頼性はCronbachの $\alpha$ 係数.967であり、内的整合性が確認できた。

**【結論】** 本尺度は、精神科病棟看護師が入院中の精神障害者に向けて口腔ケアを実施する際の行動意図を自己評価できる尺度であり、質向上のための基礎資料となる。

## Abstract

The aim of this study was to examine the reliability and validity of a scale developed to measure the degree of nurse's intention to take oral care of inpatients with psychiatric disorder. The proposed nurse's intention to take oral care of inpatients with psychiatric disorder was a Likert scale comprising 42 questionnaire items. [Remark 1] self-administrated questionnaire were conducted with 336 participants, and factor analysis was conducted using promax rotation of principal components. A total of 13 questionnaire items were used including the first factor "training to get sociality", the second factor "prevention of oral disease in supportive relationship", the third factor "execution oral care continuously" and the fourth factor "ensure the mutual safety". Cronbach's alpha coefficient for reliability was .967, which confirmed internal consistency. This scale enables individuals with psychiatric nurses' intention who take oral care to psychiatric patient who declining self care ability or inaction because of negative symptom or long term hospitalization.

## 文 献

- 新井美津代, 齋藤大吾 (2013). 口腔ケア自立向上の取り組み: 実態調査と介入を試みて. 日本精神科看護学術集会誌, 53(3), 183-187.
- 堀越 勝 (2015). ケアする人の対話スキルABCD. 株式会社日本看護協会出版会, p13-197.
- 亀子麻衣, 村上桃香, 井口靖子, 大曾契子 (2009). 看護師の口腔ケアに対する意識調査: 口腔嚥下チームの介入がもたらした変化. 信州大学医学部附属病院看護研究収録, 38(1), 158-167.
- 厚生労働省 (2013). 医療施設 (動態) 調査・病院報告の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/> (検索日2015年12月26日)
- 小山 淳, 松田幸子 (2009). 看護と言語聴覚士 (ST) が協働することで嚥下・口腔ケアの質は向上する. 精神科看護, 36(7), 22-26.
- 窪田明久, 宮澤忠蔵, 菅野圭樹, 清水秋雄 (1989). 精神障害者の歯科保健対策 第二報: 口腔清掃指導とその関連因子の分析. 奥羽大歯学誌, 16(2), 91-101.
- Marriner-Tomey, A., and Alligood, M.R. (2002) / 都留伸子 (訳) (2004). 看護理論家とその業績. (pp92-93). 東京: 医学書院.
- 松本光子, 小笠原一枝 (1996). これからの看護研究: 基礎と応用. 347-353, 東京: スーベルヒロカワ.
- 水谷文香, 山本圭一, 石井幸枝, 東 禎二, 川端 厚 (2013). 当院における口腔ケアアセスメント表の作成と改良. 日本環境感染学会誌, 28(4), 223-230.
- 向井美恵 (2005). 精神科患者に特有な口腔の問題と重要性: 生活の質の向上と社会参加に向けて. 精神科看護, 32(8), 15-19.
- 平賀牧夫, 野嶋佐由美, 粕田孝行, 宇佐美しおり (2000). セルフケア看護アプローチ. 176, 名古屋: 日総研出版.
- 大西香代子 (2015). 精神科看護における患者との「距離」. 精神科看護, 42(9), 4-7.
- Orem, D.E. (1979) / 小野寺杜紀 (訳) (2014). オレム看護論看護実践における基本概念. (pp113-114). 東京: 医学書院.
- Persson, K., Olin, E., and Ostman, M. (2010). Oral health problems and support as experienced by people with severe mental illness living in community-based subsidised housing: A qualitative study. *Health and Social Care in the Community*, 18(5), 529-536.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004/2010). 近藤潤子 (監訳), 看護研究: 原理と方法 (第2版). 東京: 医学書院, 430, 432, 436, 540.
- 迫田綾子 (2005). オーラルヘルスプロモーションの現状と課題: The 17th Congress of the International Association for Disability and Oral Healthに参加して. 日本赤十字広島看護大学紀要, 5, 53-54.
- 柴田由美, 隅田好美, 日山邦枝, 福島正義 (2014). 歯科衛生士介入による病棟看護師の口腔ケアに対する認識変化. 日本歯科衛生学会雑誌, 8(2), 70-83.
- 寫田盛光, 平井さよ子, 藤原奈佳子, 賀沢弥貴, 飯島佐知子 (2010). 精神科における看護技術評価尺度の開発と信頼性・妥当性の検証. 日本看護学会論文集: 看護総合, 41, 10-13.
- 新谷夏紀, 山下久美, 岩本 翼, 西村美須恵, 沖 孝義, 松川裕子 (2007). 精神科長期入院患者の口腔ケアへのアプローチ: 患者の興味・関心が口腔ケアの実施につながった一事例. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 3, 239-242.
- 小代聖香, 久保田加代子, 南 裕子 (1990). 成人のセルフケア行動とその関係要因. 聖路加看護大学紀要, 16, 35-48.
- 鋤柄増根 (2013). 看護心理学: 看護に大切な心理学. 3-12, 139-145, 京都: ナカニシヤ出版.
- 角 保徳 (2009). 歯科衛生士が担う「専門的口腔ケア」ってどんなこと? ~定義や考え方を理解しよう~. デンタルハイジーン, 29(12), 1322-1326.
- 鈴木俊夫 (2002). 口腔ケアにおけるセーフティマネジメント: 医療事故防止に向けて. 看護技術, 48(4), 372-375.
- 高橋清美, 戸原 玄, 寺尾 岳 (2010). 精神科看護らしい口腔ケアへの探求. 8-31, 東京: 精神看護出版.
- 高橋清美 (2015). 精神疾患を持つ人への摂食嚥下機能支援. 精神科看護, 42(4), 13-23.
- 田原愛美, 五百川蘭見, 陰山文枝, 桑原広子, 上杉江美 (2009). 総合病院精神科の看護業務における必要度と満足度. 日本精神科看護学会大会学会誌, 34, 372-373.
- 対馬栄輝 (2011). SPSSで学ぶ医療系データ解析. 28, 東京図書株式会社, 80.
- 上野恭子, 栗原加代 (2005). 入院中の精神疾患患者に対する看護師の認知と専門的ケア行動選択に関する研究. 日本看護研究学会雑誌, 28(1), 73-82.
- 内田信之, 荻原 博, 金井典子, 小池慈子, 山崎 円, 大久保百子, 堀 直子, 天田ふみ江, 一倉房江, 清水正代 (2007). NSTにおける歯科衛生士の役割: 歯科のない病院の挑戦. 静脈経腸栄養, 22(3), 359-362.
- Wiedenbach, E. (1964/1984) / 外口玉子, 池田明子 (訳), 臨床看護の本質: 患者援助の技術 (改訂第2版). 27-37, 東京: 現代社.
- 矢島直樹 (2015). 臨床での男性看護師の実態に関する文献検討と支援のあり方の一考察. 福井県立大学論集, 44, 147-163.
- 由良晋也, 大賀則孝, 大井一浩, 泉山ゆり (2006). 口腔ケアについての看護師を対象とした意識調査. 北海道歯学雑誌, 27(1), 28-32.
- 財団法人8020推進財団, 世界口腔保険報告書 (翻訳). <http://www.8020zaidan.or.jp/databank/report.html> (検索日2015年5月22日)

[平成29年5月8日受 付]  
[平成29年12月2日採用決定]

—原 著—

## 急性期病院に勤務する中堅看護師が職場復帰支援に感じる困難

— 冠動脈バイパス術を受けた中年期患者への実践を通して —

Difficulty Faced by Clinical Nurses Working in Acute Hospitals in Support for Return to Work:

Care for Middle-Aged Patients after Coronary Artery Bypass Grafting

北 林 真 美

Mami Kitabayashi

キーワード：職場復帰支援, 臨床看護師, 循環器

Key Words: support for return to work, clinical nurses, circulatory organ

## 序 論

平成26年度医科診療医療費を主傷病による傷病分類別にみると、循環器系の疾患の割合はもっとも多く、20.5%である。循環器系の疾患に分類される心疾患（高血圧性のものを除く）の受療率（人口10万対）は、入院50、外来130で、そのうち虚血性心疾患は、入院23、外来75と心疾患全体の約半数を占める。また、北東北の心疾患の年齢調整死亡率（人口10万対）は、全国の男性74.2、女性39.7に対し、男性79.4～98.8、女性38.5～44.9、受療率（人口10万対）は、全国の入院200、外来755に対し、入院204～234、外来809～954であり、いずれも全国に比べ高い（厚生労働統計協会、2015、p.412, 446, 448）。よって、北東北における虚血性心疾患への介入は重要である。

しかし、わが国は少子高齢化と労働人口減少が課題となり、医療費の削減と医療費財源の確保がむずかしい現状にある。そのため、平成25年に「持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革に関する法律」が成立し、社会保障財源における医療費の削減が進められている。よって、疾患を患っても可能な限り社会の担い手として活躍できる社会支援を行うことで、受益と負担の均衡がとれた持続可能な社会支援を確立する必要がある。

だが、職場復帰を支える企業の体制は十分に整っていない。企業の勤務時間制度・年休制度として、年次有給休暇以外で利用できる病気休暇制度が「ある」とする企業は47.6%で、そのうち取得日数の上限は1か月以下とする企業が25.4%を占めている。また、病気休暇の時間単位取得制度があるのは、12.9%の企業である（労働政策研究・研修機構、2013、p.26）。心疾患患者の復職率は65.6%であり、がん患者の復職率47.5%を約20%上まわっている。しかし、障害者手帳を取得して休職をしている心疾患患者合

は、がん2.5%であるのに対し、20.4%となっている（労働政策研究・研修機構、2013、p.58, 81）。そのため、虚血性心疾患をもつ中年期患者は、職場復帰後を果たすことができたとしても職場環境は十分に整えられておらず、何からの困難を抱えながら労働をしている可能性がある。とくに、北東北の企業は中小企業が約90%を占める（中小企業庁、2016、p.402）。企業は規模が小さくなるほど専属の産業医がない割合が高くなり、社員からの治療と仕事の両立に関する相談受付が不十分になる（労働政策研究・研修機構、2013、p.7, 12）。そのため、循環器系の疾患のなかでも、とくに虚血性心疾患を患い、かつ北東北県内の中年期患者は、企業からの支援を受けることがむずかしい現状にある。

心筋梗塞発症後の中年期患者は、復職することで心理的安定が得られる（Mirmohammadi, et al., 2015, p.139）。一方で、心臓が仕事に耐えうるかという不安、家庭や仕事における役割が縮小することへの危惧、生活習慣の改善に伴う困難を抱えている（平良・中村、2012、p.43；平良・中村・内海、2010、p.56）。そのため、仕事上の理由で適切な治療を受けることができない場合は、疾病に対する患者自身の不十分な理解や、職場の理解・支援体制不足を招き、離職に至ることが予測される。よって、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者には、仕事と疾患管理のバランスを調整することができるような職場復帰支援が必要である。

現在、心臓リハビリテーションにかかわる職種として心臓リハビリテーション指導士がおり、普遍的な包括的心臓リハビリテーションの定着を目指すことを目的に活動している（牧田、2010、p.740）。しかし、資格保有者数の地域差と職種による資格保有者数のばらつきや活動場所の違いから、具体的に統一された活動内容は不明確である。

よって、冠動脈バイパス術後患者に対する支援には、病棟看護師の取り組みが重要である。しかし、虚血性心疾患の在院日数は短縮が顕著であり、昭和62年の44.0日から平成20年には13.3日まで減少している（日本循環器学会ら、2015, p.6）。そのため、看護師は冠動脈バイパス術後患者への支援を行う時間が十分に確保できない現状にある。

Havighurstの発達理論によると、中年期の発達課題は大人としての市民的・社会的責任を達成すること、一定の経済的生活水準を築き維持することである。とくに30歳ごろからは職業的役割が拡大し、50歳代半ばからは社会的責任が大きい（鈴木・藤田、2014, pp.55-57）。また、中年期患者の特徴として生活管理の主体性が高く、主体的な意志判断が自己管理行動にもっとも影響すること（直成・泉野・澤田・高間、2002, p.25）、自己実現を達成するために重要な社会的役割が大きいことがある（平良・中村、2012, p.57）。そのため、中年期患者には疾患の管理や退院後の就業においても、主体的な意志決定を尊重したかわりが求められる。

Benner（2001/2005, pp.23-26）によると、中堅看護師は全体を見ながらもっとも重要な部分に焦点化してかわり、その場の状況を患者にとってよりよい方向へと導く能力がある。また、中堅看護師は困難事例や葛藤場面と向き合い、看護として意味づけることができることや（横山・長谷川、2016, p.113）、患者の状態変化に応じた計画変更の可能性を予測し、主治医と調整をしたり、患者から意図的に情報を引き出し判断する能力を有すること（木戸・井上、2015, p.37）が明らかとなっている。そのため、中堅看護師は冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対して、状況を判断した効果的な職場復帰支援を実践しているといえる。

よって、中堅看護師が職場復帰支援に感じる困難を明らかにし改善することは、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する円滑な職場復帰支援への示唆を得ることにつながると思われる。

## I. 研究目的

急性期病院に勤務する中堅看護師が冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する職場復帰支援に感じる困難を明らかにする。

## II. 本研究における用語の定義

1. 中年期：Havighurstによる発達段階の中年期にあたる30～55歳ごろ。
2. 中堅看護師：Benner（1984/1992, pp.19-21；2001/200,

p.20）による中堅レベルの能力を有する看護師を経験年数4～10年の看護師、また、類似の科の患者を3～5年ほどケアしてきた看護師にあたる急性期病院の循環器系病棟での臨床経験が3年以上10年未満の看護師。

3. 退院指導：心筋梗塞の心臓リハビリテーション区分第Ⅱ期前期回復期（日本循環器学会ら、2015, p.4）に準じて行う、服薬、栄養、生活（禁煙、飲酒、体重管理、血圧管理、運動負荷、ストレス、感染予防）に関する指導。
4. 職場復帰支援：中央労働災害防止協会（2009, p.3）は、職場復帰支援について、休業していた労働者が復職するにあたって、就業上の配慮などの個別具体的な支援と定義していることより、冠動脈バイパス術を受けたことによる生活上の制限と就労を両立するために行う個別の情報や手段、方法の提供。

## III. 研究方法

### A. 研究デザイン

質的帰納的研究

### B. 研究参加者

選択基準は、北東北県内にある急性期病院の循環器系病棟での臨床経験が3年以上10年未満の看護師15名程度。除外基準は、認定看護師や専門看護師、心臓リハビリテーション指導士といった資格保有者や副院長や師長といった役職者。

### C. データ収集方法

2015年版北海道・東北病院情報（2015）から北東北県内の35件の急性期病院のリストを作成した。リストにあがった病院の病院長と看護部長に対し、研究参加者の紹介依頼ならびに本研究の目的・方法・内容・対象者の選定条件を明記した研究計画書および倫理に関する書類を送付した。後日、同意書の返信が得られた7件の病院の看護部長のもとを訪問し、口頭および文書にて、改めて本研究の趣旨を説明し、研究の承諾を得た。研究参加者については、本研究の選択基準に該当する看護師の紹介を受け、選定した。

データ収集期間は、平成28年6月から平成28年9月であった。本研究では、1回60分程度の半構造化面接を実施した。理由は、中堅看護師の多様な職場復帰支援への困難を明らかにするためには、面接調査で得られた質的データの文脈的表象から意味内容を抽出し、個々の事例を分析する必要があると考えたためである。具体的には、インタ

ビューガイドに沿って質問し、自由に語ってもらった。その際、研究参加者の承諾を得て、ICレコーダによる録音を行った。面接実施場所は、研究参加者が勤務する院内にある会議室や相談室などの個室を借用して行った。

インタビューガイドの内容は、①研究参加者の基本情報（年齢、看護師経験年数、循環器系病棟での経験年数、中堅看護師としての業務内容）、②研究参加者が介入することで、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者の職場復帰支援がうまくいったと感じる出来事、③前述の②に対する具体的な時期と実際の看護介入、④前述の②における研究参加者のスタッフへのかかわり、⑤前述の②における研究参加者の他職種へのかかわり、⑥冠動脈バイパス術を行った中年期患者への職場復帰支援でもっと工夫すればよかったと思う出来事、⑦前述の⑥に対する理由、⑧中年期患者への職場復帰支援で他の年代と比べて気をつけていること、である。

#### D. 分析方法

本研究は、研究参加者がおかれている状況、研究参加者もつ見方・考え方・感じ方、研究参加者の行為の意味を理解することが中心となる。よって、データをもとにそこから文脈に関して再現可能かつ妥当な推論を行うための調査技法（Krippendorff, 1980/1989, p.21）である内容分析が妥当であると判断した。録音した面接内容の逐語録を作成した。逐語録を繰り返し読み、全体の文脈を把握した後、職場復帰支援における困難を語っている部分の意味を損なわないように、1つの意味を含む単位ですべて抽出し、素データとした。素データの内容を保ったまま簡潔な表現に変換したものをコードとした。コードの意味内容の共通性を解釈してまとめたものに名前をつけ、サブカテゴリとした。サブカテゴリを比較検討しながら類似したものを統合しカテゴリとした。分析過程においては、逐語録と分析結果について、分析結果が真実であることの信頼性を確保するために、研究参加者によるメンバーチェックを行った。また、指導教員に依頼し、コードやサブカテゴリ、カテゴリの抽象度が一定であるかのスーパーバイズを受けた。くわえて、質的データを用いた研究経験をもつ看護学研究者2名に依頼し、カテゴリの一致率をScottの計算式に基づき算出した。これは、分離され得る偶然性と結果の共起を統制する信頼係数であり、信頼性の判断基準は70%とした（舟島, 2007, p.46-47）。

#### E. 倫理的配慮

本研究は日本赤十字秋田看護大学・日本赤十字秋田短期大学研究倫理審査委員会の承認を得て行った（承認番号：27-141）。研究参加者には文書と口頭で、研究目的、研究

内容、研究参加に関する拒否や途中辞退の権利の保障、データ管理方法、個人情報保護について説明し、署名で同意を得た。また、いつでも研究に関する説明を求めることができるように、研究者の氏名、所属、連絡先を明示した。

データの管理・保護については、録音内容のテープ起こしは研究者が行った。研究参加者の氏名は、IDとして本人とは関係のない数字で記載し、IDと氏名は対応表を作成した。対応表とデータは異なる場所に保管した。研究者が保有する研究全般のデータ管理および同意書については、鍵付きロッカーに保管した。また、USBメモリはパスワードをつけた。パソコンはインターネットに接続されていないもので、研究者の研究室でのみ使用した。

## IV. 結果

### A. 研究参加者の属性（表1）

研究参加者10名（全員女性）の年齢は平均27.7歳（SD±2.0）、経験年数は平均6.7年（SD±2.2）、うち循環器系病棟経験年数は平均4.6年（SD±1.9）であった。

### B. 急性期病院に勤務する中堅看護師が冠動脈バイパス術を受けた中年期患者への職場復帰支援に感じる困難の厳密性（表2）

分析にあたり、コード数の抽出は全コード97に対し、約20%にあたる19のコードを無作為に抽出した。抽出方法は、サブカテゴリごとに各コードに番号をつけその番号と同じサイコロを振り、出た番号を抽出する方法で行った。また、四捨五入や切り捨てを行うことで値の正確さを損なわないようにするため、小数第4位以下切り捨てとした。

中堅看護師が感じる冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する職場復帰支援への困難について、一致率をScottの計算式により算出した。結果は、筆者と研究者のカテゴリ一致率は、研究者Aが94.7%、研究者Bが84.2%であった。筆者と研究者のサブカテゴリ一致率は、研究者Aが77.5%、研究者Bが83.1%であった。

### C. 各カテゴリの説明

中堅看護師が冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する職場復帰支援への困難において、97のコード、17のサブカテゴリ、5つのカテゴリ【看護師の業務負担が増加しかねないことへの抵抗】【専門性が発揮できないことによるためらい】【実践が評価できないことによる不達成感】【職場復帰支援困難となる体制の実状】【他業務を優先せざるを得ない実状】が導出された（表2）。カテゴリは

表1 研究参加者の属性

ID (性別)	年齢	看護師経験年数	循環器・心臓血管 外科病棟経験年数	中堅看護師としての現在の役割
A (女)	30	9	3	委員会業務 (1種類)
B (女)	27	6	3	プリセプター
C (女)	29	8	4	日々リーダー
D (女)	25	4	4	委員会業務 (2種類)
E (女)	30	9	9	委員会業務 (2種類)
F (女)	26	5	5	チームリーダー, プリセプター, 夜勤リーダー
G (女)	27	6	6	後輩指導
H (女)	30	9	6	なし
I (女)	28	7	7	委員会業務 (3種類)
J (女)	25	3.4	3.4	プリセプター
平均27.7 (SD±2.0)		平均6.7 (SD±2.2)	平均4.6 (SD±1.9)	

【 】, サブカテゴリは『 』, 「 」は研究参加者の発言,  
( ) は内容を補足するための加筆として用いる。

### 1. 【看護師の業務負担が増加しかねないことへの抵抗】

看護師は、『周手術期看護を担うことへの優先的意識』と『業務的負担を回避したい気持ち』があった。また、中堅看護師としての役割を担っていることによる『自身の業務負担回避のための看護スタッフへの譲渡』、職場復帰支援を看護師の業務ととらえないことによる『自身の業務負担回避のための患者への譲渡』『自身の業務負担回避のための他職種への譲渡』を行っていた。

看護師は、「中期患者は高齢の方と比べて元気になるのが早いので、退院が早く職場復帰支援を行う余裕はない」や「職場復帰支援をしなくても自然に退院していく」と話し、『周手術期看護を担うことへの優先的意識』があった。そのうえで、「外来で手術を決めてからの入院なので、患者自身が（職場の）部署調整はしていきいていると思う。だから職場復帰支援は必要ない」という職場復帰支援を行う意識の欠落から職場調整を『患者への譲渡』していた。また、「心りハの人たちが復帰後に気をつけることを話してくれていると思う」や、「中堅になると全体をみることが多いので、患者の細かいところがわからないです。（職場復帰支援は）他の看護師に任せています」と話し、他職種や看護スタッフへ職場復帰支援を委託する『他職種への譲渡』を行っていた。

これらは、「（職場復帰支援の）すべての情報の中心に病棟看護師がいると負担ですね」や「日ごろからすべて看護師の仕事にされていると感じます。だから、職場復帰支援も負担に感じます」という発言から、職場復帰支援における負担や責任を負うことへの危惧から『業務的負担を回避したい気持ち』によるものである。

### 2. 【専門性が発揮できないことによるためらい】

中堅看護師は、職場復帰支援の経験不足や他職種との比較による『十分な知識提供ができないことによる介入へのためらい』、中期患者に対する『信頼関係構築困難からくるためらい』、看護師が行う指導が就労や医師の存在と比較すると軽視されていると感じ、『指導が過小評価される経験からくるためらい』や『他職種が敬われる経験からくるためらい』から、専門性が発揮できないことによる職場復帰支援への困難を感じていた。

看護師は、「（中期患者の職場復帰にかかわっても）次に活かす経験が少ないので、自信がない」という職場復帰支援の経験不足や、他職種と比較した際に十分な知識提供ができないという思いから、他職種に比べて患者に『十分な知識提供ができないことによる介入へのためらい』を感じていた。また、「（中期患者にとって）看護師はいくら経験があっても年下なので、なめられているというか、私の言葉に重みを感じていないと思うときがあるので、職場復帰支援はやりにくい」と、患者との『信頼関係構築困難からくるためらい』から職場復帰支援に困難を感じていた。くわえて、「中期患者は、仕事と日常生活の両立に関する指導に対して、口ではわかったよというが、本当は仕事が優先されていて、（指導を）聞いてくれない」や「中期患者は、どこかで自分を若いから大丈夫と思っている。だから、職場復帰後の指導を聞かない」と患者の個性にあわせて指導を工夫しても就労が優先される経験から、『指導が過小評価される経験からくるためらい』を感じていた。また、「私たち（看護師）の言葉と先生の言葉では、内容は同じでも先生の言うことを聞くので（職場復帰支援はやりたくない）」と、医師が敬われる経験を通して、『他職種が敬われる経験からくるためらい』を感じていた。

表2 急性期病院に勤務する中堅看護師が冠動脈バイパス術を受けた中年期患者への職場復帰支援に感じる困難

カテゴリ	サブカテゴリ	主なコード
看護師の業務負担が増加しかねないことへの抵抗	周手術期看護を担うことへの優先的意識	回復の早い中年期患者に対する早期退院の促し 身体管理への介入の重視 自宅療養後に考えるべきだという認識 術後管理がよければ、職場復帰支援は必要ないという認識
	自身の業務負担回避のための患者への譲渡	職場復帰は自己選択であるという認識からくる職場復帰支援の欠落 患者による職場調整が済んでいるという認識からくる職場復帰支援の欠落 職場調整は患者の役割であるという認識からくる職場復帰支援の欠落
	自身の業務負担回避のための他職種への譲渡	経験を考慮した心臓リハビリテーション看護師への支援委託 専門性を考慮した心臓リハビリテーション専門家への支援委託 多忙による他職種への支援の委託 業務範囲外であるという認識からくる他職種との不連携 業務外であるという認識からくる他職種への支援の委託
	自身の業務負担回避のための看護スタッフへの譲渡	全体把握の役割を担うことによる部下への支援の委託 職場復帰支援の認識の欠落による看護スタッフ間で話し合いの不実施 職場復帰支援役割の認識の欠落による働きかけ不実施 患者の詳細情報把握困難による部下への支援の委託
	業務的負担を回避したい気持ち	中心的存在となることで背負う負担の危惧 患者の援助全般を担う責任に対する危惧 意欲のある看護師が負担を担うことへの危惧
専門性が発揮できないことによるためらい	十分な知識提供ができないことによる介入のためらい	職場復帰支援の経験不足からくる介入のためらい 曖昧な指導しかできないという思いからくる介入のためらい 具体的な職場復帰支援方法がわからないことによる介入のためらい
	信頼関係構築困難からくるためらい	関係性構築困難による介入のためらい 年齢差から生じる違和感をもたらす介入のためらい 看護師の言葉を軽視されていると思うことによる介入のためらい 部下のように扱われる思いからくる介入のためらい 専門家として話をきいてもらえない経験からくる介入のためらい 存在を軽視されている経験からくる介入のためらい
	指導が過小評価される経験からくるためらい	仕事内容が優先され、指導が軽視されることによるためらい 若さが優先され、指導が軽視される経験によるためらい 回復するという誤解から指導が軽視されることによるためらい 仕事復帰が優先され、指導を聞いてもらえない経験からくるためらい
	他職種が敬われる経験からくるためらい	医師の言葉が効果的であるという経験からくるためらい 医師の言葉が重要視される経験からくるためらい 医師の言葉であれば受け入れられる経験からくるためらい 患者には医師の言葉が心に響くという経験からくるためらい
	実践が評価できないことによる不達成感	フォローアップ先の病院からの評価がないことによる不達成感 地域他職種からの評価がないことによる不達成感 外来から評価が得られないことによる不達成感
職場復帰支援困難となる体制の実状	夜勤業務が多い体制による職場復帰支援時間確保困難	夜勤勤務が多い勤務体制による職場復帰支援時間確保困難 予測しない夜勤が生じることによる職場復帰支援時間確保困難 日勤勤務が続かない勤務体制による職場復帰支援時間確保困難
	一貫した患者管理ができない体制による継続的職場復帰支援困難	退院決定後に転棟する運営方針による継続的職場復帰支援困難 プライマリ・ナーシング制を敷かない運営方針による継続的職場復帰支援困難 治療を優先する病院の特徴からくる継続的職場復帰支援困難 治療を専門とする病院であることからくる継続的職場復帰支援困難
	早期退院を掲げる体制による職場復帰支援の中断	治療後、早期退院となる運営方針による職場復帰支援の中断 入院患者の受け入れを目的とした早期退院の促しによる職場復帰支援の中断 急患受け入れを目的とした早期退院の促しによる職場復帰支援の中断
他業務を優先せざるを得ない実状	過剰な業務量をこなさなければいけない実状	多忙による職場復帰支援の連携不足 業務圧迫感からくる職場復帰支援介入困難 多重業務による職場復帰支援介入困難
	人材育成を優先せざるを得ない実状	新人教育による多忙からくる職場復帰支援介入困難 人材育成の兼務による職場復帰支援介入困難 先輩指導による多忙からくる職場復帰支援困難

### 3. 【実践が評価できないことによる不達成感】

看護師は、職場復帰支援を実践しているものの『他部署からの評価が得られないことによる不達成感』『患者からの評価が得られないことによる不達成感』『自己評価ができないことによる不達成感』といった【実践が評価できないことによる不達成感】があり、職場復帰支援への困難を感じていた。

看護師は、「退院後の情報がないので、職場復帰支援がうまくいったかはわからない」や「病棟でやった職場復帰支援が、後日外来から評価が返ってくることはない」と看護師が実践した職場復帰支援が『他部署からの評価が得られないことによる不達成感』を感じていた。また、「退院後の患者と話す機会がないので、自分のやった職場復帰支援でいいのか、いつもわからない」や「再入院して来なければ、無事に職場復帰をして退院後の生活を送っているのだろうという判断しかできない」と実践した職場復帰支援に対する『患者からの評価が得られないことによる不達成感』を感じていた。くわえて、「帰ってみたいと患者さんが実際に退院後の生活ができるかわからないので、職場復帰支援はむずかしい」や「退院する時点ではやってねとしか言えないので、職場復帰支援はむずかしい」と実践した職場復帰支援に対する『自己評価ができないことによる不達成感』を感じていた。

### 4. 【職場復帰支援困難となる体制の実状】

看護師は夜勤リーダー業務を担わなければならない、夜勤回数や勤務変更の増加による『夜勤業務が多い体制による職場復帰支援時間確保困難』、病院機能による『一貫した患者管理ができない体制による継続的職場復帰支援困難』や『早期退院を掲げる体制による職場復帰支援の中断』ということにより、【職場復帰支援困難となる体制の実状】におかれていた。

看護師は、「自分の日勤が少なく、日勤も1個しかなくてすぐ夜勤だから、職場復帰支援をする時間がない」や「フリー（業務）としてやれる人は決まってくるじゃないですか。そうすると、突然（勤務が）準準になったりするので、職場復帰支援をする時間がない」と話し、『夜勤業務が多い体制による職場復帰支援時間確保困難』な実状におかれていた。また、「（受け持ち患者は）手術に出すと別の受け持ち（看護師）に変わってしまったので、職場復帰支援が継続できない」や「大学病院なので、フォローアップが他の病院になるので、職場復帰支援が継続できない」と話し、『一貫した患者管理ができない体制による継続的職場復帰支援困難』な実状におかれていた。くわえて、「治療のことを話して退院ってなると、すぐに患者はいなくなってしまうので、職場復帰支援ができない」や

「（退院は）急がないといけない。急性期（病院）なので、慢性期（患者）はおいておけない。だから、職場復帰支援をする時間はない」から『早期退院を掲げる体制による職場復帰支援の中断』という実状におかれていた。

### 5. 【他業務を優先せざるを得ない実状】

中堅看護師は、『過剰な業務量をこなさなければいけない実状』や『人材育成を優先せざるを得ない実状』におかれ、職場復帰支援よりも【他業務を優先せざるを得ない実状】におかれていた。

看護師は、「忙しくて、この人（中年期患者）、職場復帰支援必要だから、みんな（他職種）で集まろうなんて言うことはない」や「（看護記録を書くようにスタッフに言っても）記録すら書けないくらい忙しいし、職場復帰支援を行う余裕はないです」と業務圧迫感や多重業務により、『過剰な業務量をこなさなければいけない実状』から、職場復帰支援に困難を感じていた。また、「仕事は、新人さんや若い人（看護スタッフ）の指導をしながら（なので忙しい）。だから、職場復帰支援までできない」や「うちの病棟は年齢層が若いし、自分より（年齢が）上でも、私より後に入ってきた先輩もいるので指導が必要です。だから、職場復帰支援まで至らない」と話し、『人材育成を優先せざるを得ない実状』を兼務することから、職場復帰支援への困難を感じていた。

## V. 考 察

急性期病院に勤務する中堅看護師が冠動脈バイパス術を受けた中年期患者への職場復帰支援に感じる困難について検討した結果、中堅看護師から生じる内的な構成要素と中堅看護師を取り巻く環境から生じる外的な構成要素が明らかとなった。この要素を考察し、中堅看護師が職場復帰支援に感じる困難を改善に向けて、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する円滑な職場復帰支援を行うための看護のあり方を検討する。

中堅看護師が職場復帰支援に困難を感じる内的な構成要素としては、業務負担感、不達成感、ためらいがあった。それには、中堅看護師と患者がおかれている社会的立場、中堅看護師と他者との職場復帰支援のとらえ方の相違が影響していた。

中堅看護師の業務負担感は、職場復帰支援という新たな知識の獲得や看護介入への抵抗感に起因する。中堅看護師は、患者への看護を行いながら病棟全体を把握し、看護スタッフが働きやすいように業務や他職種との調整を担っていた。そのため、中堅看護師自身へのさらなる業務負担の回避を目的に、看護スタッフ、患者、他職種へ職場復帰支

援における役割の譲渡を行っていた。

本研究に参加した看護師(表1)は、状況を読み、状況によりよく反応できるようになるにつれて、抽象的な専門的知識に価値をおくという基礎を喪失していく時期にある(Benner, Tanner, & Chesla, 2009/2015, p.175)。そのため、よりよく反応できる周手術期看護に価値をおきやすい。冠動脈バイパス術を受けた患者の多くは、急性期病院を退院後、自宅療養を経て職場復帰を果たす。そのため、急性期病院に勤務する看護師は周手術期看護における専門的知識に加えて、退院支援における専門的知識が求められる。しかし、中堅看護師は職場復帰支援に対する知識の獲得や看護介入への抵抗感のほうが強くなり、また、自分自身へのさらなる業務負担の回避する目的から役割の譲渡を行っていたと考えられる。

中堅看護師の不達成感は、他部署、患者からのフィードバックが得られないことで、自己評価ができないことに起因していた。中堅看護師は、組織における他者からのフィードバックおよび評価を受ける機会が減少することで、仕事の達成感が得にくくなる(関, 2015, p.108)。しかし、他部署や患者からフィードバックが得られないことは、それらと中堅看護師の間で職場復帰支援のとらえ方に相違があるためだったが、中堅看護師はそれに気づいていなかった。そのため、「自分のやっている職場復帰支援は、患者さんにあっていいのかよくわからない。これでよかったのだろうかという気持ちでいつも働いている」と、自己評価ができないことを訴え、職場復帰支援への方策を見出すことができていなかった。

病棟看護師は、入院中のケアに直結する患者の生活環境や患者・家族の希望の把握は行うが、退院後の生活状況の把握、退院後のケアに向けての準備、多職種連携を活用した支援については、十分実施できていない現状にある(近藤ら, 2016, p.34)。つまり、病棟看護師は入院から職場復帰に至るまでの経過を職場復帰支援の評価基準にしている可能性がある。一方、他部署は病棟看護師が行った職場復帰支援の後、職場復帰後の経過を評価基準にしている。また、入院中の中年期患者は治療の回復に対する不安にくわえて、治療後のソーシャル・サポート、職場内部での人間関係、家族の協力、将来的に負う障害の程度に不安を感じている(直成ら, 2002, p.26)。つまり、中年期患者は入院中から職場復帰の継続に関する不安を抱いており、職場復帰は通過点ととらえている。よって、看護師と他部署や患者の間には職場復帰支援のとらえ方に相違がある。しかし、急性期病院における多職種参加のためのカンファレンスの開催・定着は、不十分な状況にある(藤澤, 2012, p.63)。本研究においても、職場復帰支援に対する定期的なカンファレンスは設けられていなかった。そのため、中

堅看護師は職場復帰支援のとらえ方の相違に気づくことができず、職場復帰支援に対する不達成感を抱いていたと考えられる。

中堅看護師のためらいには、十分な知識提供ができないこと、中年期患者との信頼関係構築困難、看護師の指導に対する過小評価、他職種が敬われることという4つのためらいがあった。これらのためらいは、患者自らが職場復帰後に予測される不安に対処する能力を習得できることを目的とした、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者と中堅看護師の良好な患者―看護師関係を築けていないことに起因する。これには、中年期患者と中堅看護師が互いにQOLを向上することができない状況におかれていることが影響する。

中年期患者のQOLは、入院前の生活習慣が維持できること、就業ができることで向上する(松下, 松島, 2004, p.160)。しかし、中年期患者は手術による自覚症状と入院や休職による心理状態から、生活の変化や喪失のおそれを抱き(林・森本・神原・中村・谷村, 2011, p.54)、QOLが低下している。

一方、中堅看護師のQOLは自己のキャリア開発の時間が確保できることで維持できる(相川・三村・金山・鈴木, 2014, p.667)。しかし、中堅看護師は目標や役割が見出せず、日々の業務に充実感が得られない現状におかれていることから(宮本・藤本, 2012, p.336)、「日ごろからすべての仕事が看護師の業務にされ、何でも屋さんになっているように感じる」と話していた。くわえて、中堅看護師にあたる年齢は他者評価に比べて自己評価が高い傾向にあり、その差が大きい場合、看護師のQOLは維持されにくい(石丸, 2016, p.66)。面接において、J看護師は、「子どもと同じくらいの看護師に説明を受けると、それだけで癪に障る中年期患者もいる」と話し、E看護師は、「中年期患者のなかには、看護師を部下だと思って接してくる人がいる」「看護師を専門職として扱っていない」と話していた。これらの状況による看護師のQOLの低下は、患者への配慮と看護師の倫理観の低下を招き、中堅看護師と冠動脈バイパス術を受けた中年期患者は、良好な患者―看護師関係を築くことができないと考えられる。

以上のような内的な構成要素を改善し、職場復帰支援を円滑に行うためには、中堅看護師が実践した職場復帰支援の事例を振り返り課題を共有する機会が必要である。

看護師は、患者とのかかわりから自身の成長や存在意義を認識し、次の目標に向かう存在であり(宮本・藤本, 2012, p.336)、退院支援に関する意識を向上するには、患者・家族の安心した生活につながっているという成功体験を得ることが必要である(藤澤, 2013, p.75)。また、中堅看護師は患者への関心と積極的なかかわりから、対応し

たさまざまな状況を識別する能力を獲得するにつれ、直感的にある局面が重要だと見抜くことができる存在である (Benner, 2001/2005, p.20)。そのため、中堅看護師の継続教育には状況把握能力がもっとも要求される事例研究を行い、帰納的に指導することが効果的である (Benner, 2001/2005, p.25)。

本研究で、中堅看護師は他職種や患者との関係性から職場復帰支援に関する業務負担感、不達成感、ためらいといった事柄を多く経験していた。また、冠動脈バイパス術を受けた患者の職場復帰は、仕事の作業強度に影響を受けやすい (高瀬ら, 2016, p.184)、一次産業や中小企業が多い北東北の中堅看護師は、困難を感じやすく、積極的な職場復帰支援が阻害されやすい。よって、中堅看護師が職場復帰支援に感じる内的な構成要素を改善するためには、実践した職場復帰支援の事例を振り返り課題を共有する機会が必要である。

中堅看護師が職場復帰支援に困難を感じる外的な構成要素としては、病院体制と業務における課題があった。病院体制で感じる課題には、「夜勤のリーダーができる人が少なく夜勤勤務が多い。日勤勤務が多ければ、支援ができるかもしれない」と勤務体制により職場復帰支援を行う時間の確保ができないことがあった。また、C看護師は「循環器は重症な患者さんが多いので、退院が決まった冠動脈バイパス術手術後患者は他病棟に転棟してしまい、退院までかかわれないことがある」と話し、早期退院を掲げる病院体制により一貫した患者管理ができないことで、職場復帰支援が中断されると感じていた。業務で感じる課題について、E看護師は「循環器疾患患者は急変が多いので、職場復帰支援よりもスタッフの指導に重点をおいています」と話し、人材育成と過剰な業務により職場復帰支援にまで及ばないことがあった。

中堅看護師が職場復帰支援より病院体制や現在の業務を優先せざるを得ない理由には、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者へのリスク回避と制度上の評価の優先がある。冠動脈バイパス術を受けた中年期患者へのリスク回避とは、必ずしも職場復帰支援を実践しなくても患者の治療経過や退院には直接の支障をきたすものではないため、リスク管理を優先する意識である。中堅看護師が行うリスクマネジメントは2つある。1つ目は、本来なら医師が判断すべき範囲のデータについて確認し、医師の指示に関する実施可能性とリスクの最終チェックである (朝倉・籠, 2013, p.51)。2つ目は、術後観察や看護ケアなど患者に適切に提供しなければいけないケアを継続するために、新人や後輩、異動してきた新しいメンバーに対して、意図的にロールモデルになり、自らの技術を見せ、その前後に具体的なアドバイスをタイムリーに提供することである (木

戸・井上, 2015, p.37)。これらは、確実に行わなければ患者に何らかのリスクを与える可能性がある。冠動脈バイパス術は虚血性心疾患の治療として有効であるが、合併症として周手術期心筋梗塞、脳梗塞、感染症といった重症な合併症が報告されている (日本循環器学会ら, 2012, pp.7-9)。そのため、中堅看護師は職場復帰支援よりも患者へのリスク回避を優先していた。

制度上の評価とは、看護介入による職場復帰支援が診療報酬やその他の制度に反映されないことである。本研究に参加した看護師は、特定機能病院と地域医療支援病院に勤務する看護師である。どちらも急性期医療を担い、診療報酬の改定に伴う在院日数の短縮化が強く求められる病院である。急性期病院における中堅看護師は、診療計画の適用を管理する機能がある (木戸・井上, 2015, p.38)。これは、治療と看護ケアを効果的・効率的に実施することで診療計画の遂行を支援するものであり、在院日数の短縮化に貢献している。そのため、中堅看護師が急性期治療への対応に重点をおき、かつ、交替勤務をしながら在院日数の短い患者に退院支援を行うことは困難が大きい (大谷ら, 2016, p.132)。よって、中堅看護師が職場復帰支援の必要性や職場復帰支援に貢献できると予測をしたとしても、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者へのリスク回避や制度上の評価が優先させざるを得ない現状にある。

このような現状において、中堅看護師が円滑な職場復帰支援を行うには、中年期患者へのリスク回避や制度上の評価が優先させざるを得ないという外的構成要素の改善と職場復帰支援のバランスが確保できる組織的な取り組みが必要である。それには、看護師と他部署・他職種がそれぞれの専門的背景を理解し、職場復帰支援における共有した目標をもつことで、職場復帰支援の価値を高めることが有効である。冠動脈バイパス術を受けた中年期患者への職場復帰支援には、患者の病態、運動耐容能、合併症を考慮した業務内容や職場環境の調整が必要である (高瀬ら, 2016, p.185)。つまり、職場復帰支援の内容は多岐にわたるため、中堅看護師は病棟看護の職場復帰支援における専門性を見極め、心臓リハビリテーション外来や循環器外来、雇用主といった他部署や他職種との連携を強化することで、価値の高い職場復帰支援を行うことが求められる。

しかし、本研究において、中堅看護師と他職種の連携が十分ではない現状が明らかとなった。その理由は2つある。1つ目は、中堅看護師に他職種との協働という認識の欠如があったこと、一方、他職種は中堅看護師が行った職場復帰支援のフィードバックを十分に行わないという現状にあったことである。2つ目は、認定看護師や専門看護師の存在や心臓リハビリテーション設置の有無といった病院組織に差があり、すべての病院で十分な職種間連携が整っ

ていなかったことである。多職種連携は、看護職個人の力量だけでなく組織的な取り組みが必要であり、病棟での看護支援体制を整える必要がある（土田ら、2013、p.44）とされている。よって、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する職場復帰支援は、中年期患者へのリスク回避や制度上の評価が優先させざるを得ないという外的構成要素の改善と職場復帰支援のバランスが確保できる組織的な取り組みが必要である。

## VI. 結 論

急性期病院に勤務する中堅看護師が、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者の職場復帰支援へ実践に感じる困難として、【専門性が発揮できないことによるためらい】【看護師の業務負担が増加しかねないことへの抵抗】【実践が評価できないことによる不達成感】【職場復帰困難となる体制の実状】【他業務を優先せざるを得ない実状】が導出された。これらのカテゴリより、急性期病院に勤務する中堅看護師が冠動脈バイパス術を受けた中年期患者の職場復帰支援に感じる困難の要素として、看護師と患者や他職種との職場復帰へのとらえ方の相違、患者へのリスク回避と制度上の評価という内外的要素が考えられる。そのため、看護師が冠動脈バイパス術を受けた中年期患者への職場復帰支援を行うためには、中堅看護師が実践した職場復帰支援

の事例を振り返り課題を共有する機会を設けること、中堅看護師のおかれている現状と職場復帰支援のバランスが確保できる組織的な取り組みが必要である。

## VII. 研究の限界と課題

本研究の対象は、北東北という限局した地域の10名の中堅看護師という限界がある。くわえて、研究を依頼した病院は冠動脈バイパス術が実施できる病院であり、病院の機能や病院組織体制に偏りがある。そのため、一般化には再考の余地が残されている。今後は、実践に感じる困難をより明確にすることで、冠動脈バイパス術を受けた中年期患者の円滑な職場復帰支援につなげる必要がある。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、快く調査にご協力くださいました病院関係者の皆さま、および看護師の皆さまに、深く感謝申し上げます。また、研究計画書から論文作成まで熱心にご指導くださいました山田典子教授に深くお礼申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 要 旨

急性期病院に勤務する中堅看護師が冠動脈バイパス術を受けた中年期患者に対する職場復帰支援に感じる困難を明らかにすることを目的に、循環器系病棟に勤務する中堅看護師10名に半構造化面接を実施し、内容分析(Krippendorff)を行った。結果、【看護師の業務負担が増加しかねないことへの抵抗】【専門性が発揮できないことによるためらい】【実践が評価できないことによる不達成感】【職場復帰支援困難となる体制の実状】【他業務を優先せざるを得ない実状】が導出された。中堅看護師は、患者や他職種との職場復帰へのとらえ方の相違、患者へのリスク回避と制度上の評価という内外的要素から職場復帰支援に対する困難を感じている。円滑な職場復帰支援につなげるには、実践した職場復帰支援の事例を振り返り課題を共有する機会を設けること、中堅看護師のおかれている現状と職場復帰支援のバランスが確保できる組織的な取り組みが必要である。

## Abstract

**Purpose:** To investigate the difficulty faced by clinical nurses working in acute hospitals in support with returning to work for middle-aged patients after coronary artery bypass grafting (CABG).

**Method:** Semi-structured interviews were conducted with 10 senior clinical nurses working in acute hospitals and analyzed with content analysis (Krippendorff).

**Results:** The nurses experienced the following themes: [A feeling of resistance to the burden of nursing services and duties], [Hesitation due to lack of expertise], [Mismatch between expectation and achievement], [Issues with the reinstatement support system], and [Need for the system to prioritize other duties].

**Conclusion:** The nurses experienced both self and external support-based difficulties in terms of how to balance reinstatement with a patient and other types of jobs, risk aversion with regard to patients, and institutional evaluation. There is a need to recognize and prioritize the necessity and expertise of reinstatement support and the value of the return to work support of nurses.

## 文 献

- 相川沢弥, 三村未美, 金山美鈴, 鈴木理香 (2014). A病院における看護師のストレス実態調査. 日本農村医学会雑誌, 63(4), 665-669.
- 朝倉京子, 籠 玲子 (2013). 中期キャリアにあるジェネラリスト・ナースの自律的な判断の様相. 日本看護科学学会誌, 33(4), 43-52.
- Benner, P. (1984/1992). 井部俊子 (監訳), ベナー看護論: 達人ナースの卓越性とパワー. 19-21, 東京: 医学書院.
- Benner, P. (2001/2005). 井部俊子 (監訳), ベナー看護論 (新訳版): 初心者から達人へ. 20, 25, 東京: 医学書院.
- Benner, P., Tanner, C., and Chesla, C. (2009/2015). 早野 ZITO 真佐子 (訳), ベナー 看護実践における専門性: 達人になるための思考と行動. 175, 東京: 医学書院.
- 中央労働災害防止協会 (編) (2009). 改訂 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き. 1, 3, 川崎: 労働者健康福祉機構. [https://www.johas.go.jp/Portals/0/pdf/johoteiky/return\\_all2.pdf](https://www.johas.go.jp/Portals/0/pdf/johoteiky/return_all2.pdf)
- 中小企業庁 (2016). 中小企業白書 (2016年版): 未来を拓く稼ぐ力. 402, 日経印刷.
- 藤澤まこと (2012). 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第1部) —医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化—. 岐阜県立看護大学紀要, 12(1), 57-65.
- 藤澤まこと (2013). 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究 (第2部) —退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検討—. 岐阜県立看護大学紀要, 13(1), 67-80.
- 舟島なをみ (2007). 質的研究への挑戦 (第2版). 46-47, 東京: 医学書院.
- 林 陽子, 森本美智子, 神原千比呂, 中村珠恵, 谷村千華 (2011). 入院患者における自覚症状ならびにストレス認知と心理的状態の関係. 日本看護研究学会雑誌, 34(2), 49-56.
- 石丸智子 (2016). 救急外来部門における看護師のマネジメント能力: 自己評価と他者評価の比較. こころの健康, 31(1), 64-70.
- 木戸倫子, 井上智子 (2015). 中堅看護師の看護実践からみた急性期病院における看護の機能. 日本医療マネジメント学会雑誌, 16(1), 34-41.
- 近藤浩子, 牛久保美津子, 吉田 亨, 豊村 暁, 佐光恵子, 神田清子, 常盤洋子, 堀越政孝, 松崎菜々子 (2016). 群馬県内病院看護職の在宅を見据えた看護活動に関する実態調査. 北関東医学会誌, 66, 31-35.
- 厚生労働統計協会 (編) (2015). 国民衛生の動向2015/2016年. 厚生労働省の指標増刊. 62(9), 448.
- Krippendorff, K. (1980/1989). 三上俊治, 橋元良明, 椎野信雄 (訳). メッセージ分析の技法: 「内容分析」への招待. 21, 東京: 勁草書房.
- 牧田 茂 (2010). 心臓リハビリテーション指導士の活動状況について. 臨床スポーツ医学, 27(7), 739-743.
- 松下年子, 松島英介 (2004). 中高年齢者のQOL (Quality of life) と生活習慣の関連. 日本保健科学学会誌, 7(3), 156-163.
- Mirmohammadi, S.J., Sadr-Bafghi, S.M., Mehrparvar, A.H., Gharavi, M., Davari, M.H., Bahaloo, M., Mostaghaci, M., Sadr-Bafghi, S.A., and Shokouh, P. (2014). Evaluation of the return to work and its duration after myocardial infarction. *ARYA Atheroscler*, 10(3), 137-140.
- 宮本栄子, 藤本陽子 (2012). 悩む中堅看護師へのナラティブ・アプローチ実践の成果—看護にやりがいがある職場作りへの取り組み—. 第42回日本看護学会論文集 (看護管理), 335-337.
- 日本循環器学会, 日本冠疾患学会, 日本冠動脈外科学会, 日本胸部外科学会, 日本心血管インターベンション治療学会, 日本心臓血管外科学会, 日本心臓病学会, 日本糖尿病学会 (2012). 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2010年度合同研究報告): 虚血性心疾患に対するバイパスグラフトと手術術式の選択ガイドライン (2011年改訂版). 7-9, 東京: 日本循環器学会.
- 日本循環器学会, 日本冠疾患学会, 日本胸部外科学会, 日本小児循環器学会, 日本心臓病学会, 日本心臓リハビリテーション学会, 日本心電学会, 日本心不全学会, 日本理学療法士協会, 日本臨床スポーツ医学会 (2015). 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2011年度合同研究報告): 心血管疾患におけるリハビリテーションに関するガイドライン (2012年改訂版). 4, 6, 東京: 日本循環器学会.
- 大谷忠広, 牛久保美津子, 堀越政孝, 金井好子, 富田千恵子, 杉本厚子, 尾上悦子, 荻原京子, 佐光恵子, 近藤浩子, 常盤洋子, 神田清子 (2016). 大学病院看護職員における地域完結型看護の実践度評価. 北関東医学会誌, 66(2), 129-137.
- 労働政策研究・研修機構 (2013). メンタルヘルス, 私傷病などの治療と職業生活の両立支援に関する調査. 7, 12, 26, 58, 81, 東京: 労働政策研究・研修機構. <http://www.jil.go.jp/institute/research/2013/documents/0112.pdf>
- 関 美佐 (2015). キャリア中期にある看護職者のキャリア発達における停滞に関する検討. 日本看護科学学会誌, 35, 101-110.
- 直成洋子, 泉野 潔, 澤田愛子, 高間静子 (2002). 循環器系疾患患者の自己管理行動および自己効力感に影響する要因. 富山医科薬科大学看護学会誌, 4(2), 21-31.
- 鈴木志津枝, 藤田佐和 (編) (2014). 成人看護学: 慢性期看護論 (第3版). 55-57, 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- 平良由香利, 中村美鈴, 内海香子 (2010). 心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応 (第1報). 自治医科大学看護学ジャーナル, (8), 51-60.
- 平良由香利, 中村美鈴 (2012). 心筋梗塞を発症した成人の復職に伴う困難と対応 (第2報). 日本クリティカルケア看護学会誌, 8(1), 40-51.
- 高瀬高詩, 松尾善美, 平林伸治, 村上直也, 小田 実, 小倉理代, 日浅芳一 (2016). 壮年期循環器疾患患者の復職に関わる要因. 心臓リハビリテーション, 21(4), 180-186.
- 土田美樹, 大竹まり子, 森鍵祐子, 鈴木育子, 細谷たき子, 小林淳子, 叶谷由佳, 佐藤千史 (2013). 医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取り組みと病棟看護職の実践. 日本看護研究学会雑誌, 36(4), 39-46.
- 横山恵子, 長谷川真美 (2016). 中堅看護師が他者に語れる看護観を持つことの意味—看護観のキャリア研修を実施して—. 第46回日本看護学会論文集 (看護管理), 111-114.

平成29年7月13日受 付  
平成30年1月14日採用決定

—原 著—

# 質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性

## — 新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する 自由回答文の解析例から —

Usefulness of Mixed Analysis Method in Combination with Text Mining in Qualitative Data:  
Analysis of Free-Answer Comments about Turnover Factors of Newly Graduated Nurses

今井 多樹子<sup>1)</sup>      高瀬 美由紀<sup>1)</sup>      佐藤 健一<sup>2)</sup>  
Takiko Imai      Miyuki Takase      Kenichi Satoh

キーワード：質的データ，混合分析法，テキストマイニング，質的帰納的分析，新人看護師  
Key Words：qualitative data, mixed analysis method, text mining, qualitative analysis, newly graduated nurses

### はじめに

看護学のように人を対象とした分野の研究では、対象者の実態を総体的にとらえる必要性があるため、数値には還元できない（つまり、量的研究では明らかにできない）感情や認識、考え方を明らかにできる質的研究が積極的に用いられている。とくに、看護学の分野では看護実践との親和性が高い研究方法として（Holloway & Wheeler, 1996/2003, pp.3-9；岡村, 2004），質的研究の貢献度は計り知れない。

分析の基礎として言葉、すなわち質的データを用いる質的研究には（Burns & Grove, 2005/2007, pp.577-618），言葉を度数に変換しないでそのまま行う手法と，言葉を度数に変換して行う手法がある。その代表的なものとして，前者では質的帰納的分析が，また後者ではテキストマイニング（text mining: TM）があげられる。質的帰納的分析の場合，研究者自身の深い洞察に基づく性質上，人の視点や判断，解釈が無意識のうちに入る可能性がある。これにより，研究者の主観や恣意によるところが研究結果の反復（再現性）を困難にし，分析の信憑性が担保しにくい点が指摘されている（瀬島・杉澤・大滝・前沢, 2001；藤井, 2005, pp.14-28；Burns & Grove, 2005/2007, pp.577-618）。これは量的研究と大きく異なる点である。このため，質的研究では分析が恣意的・独断的にならないように，分析の客観性を高めるための努力がなされている（大谷, 2008）。その一手法として，希少ではあるが内容分析（神原, 2014）やKJ法（田垣, 2009），グラウンデッド・セオリー・アプローチ（稲葉・抱井, 2011；稲葉・抱井, 2016）という質

的帰納的分析にTMを併用し，相補的に分析結果の信憑性を高める試みが注目されている。これらの手法は，研究者自身の洞察による質的帰納的分析と，コンピュータによるTMを統合した，いわゆる混合研究法（mixed methods research: MMR）の一つである。わが国では，稲葉・抱井（2016）が，グラウンデッド・セオリー・アプローチとTMを組み合わせた変換型混合デザインに基づく混合分析法（grounded text-mining approach: GTMA）を提唱している。

TMとは，TMソフトウェアを用いて，テキスト（文書データ）から知識を発見する分析方法である（大隈・横原, 2004；喜田, 2008）。一般的には，質的データを形態素（意味をもつ最小の言語単位）に分解した後に，それらの形態素を数量化し，多変量解析を用いて形態素間の関連性を掘り起こす分析方法のことである。TMの利点は，①大量（数多くの研究対象者数）のデータ処理が可能であること，②形態素を数値に置き換え，統計解析を用いて処理するため，研究者によるデータの恣意的な解釈を回避できること，③バラバラにみえるデータから共通性を見出すことが可能であること，などがあげられ，研究者の解釈では明らかにすることができなかった事柄を導き出せるところにある（日和, 2013）。②の利点に着目すると，たとえば質的データから構成概念を導く過程では，後の図1に示すように，TMは統計解析を行う性質上，質的帰納的分析に比べて研究者の解釈が入る余地がきわめて少なく，結果の再現性が高い。これは，TMの強みといえる。

TMのアカデミックな活用としては，経営学を中心として，さまざまな学問領域で見受けられるが（喜田, 2008,

1) 安田女子大学看護学部看護学科 Yasuda Women's University, Faculty of Nursing, School of Nursing

2) 広島大学原爆放射線医科学研究所計量生物研究分野

Hiroshima University Department of Environmetrics and Biometrics Research Institute for Biology and Medicine

pp.9-13), 混合研究法というよりはTM単独で活用されるケースが圧倒的に多い。また, 看護学の分野でもTMの有用性は論じられているが(服部・鷺田, 2008; いう, 2013), TMの活用としては2003年以降からであり, 活用実績としては日が浅く, 文献数としても希少である。たとえば, TMを活用した調査研究について, 同一の筆頭著者による継続した先行研究を概観すると, 表1に示すように, 内容としては臨地実習を中心とした学修状況の把握や, 新人看護師の実態解明など, 看護教育での活用が目立つ。

TMは, コンピュータ処理(TMソフトウェア)によって言葉から抽出したキーワードを数量化し, 多変量解析による概念化も可能であることから(林, 2002, pp.11-12), 質的データから人の洞察では明らかにできない定量的かつ客観的な結果を導き出すことができる唯一の手法である。さらに, 分析過程は明示的で再現性を有することから, 研究者が異なれば結果も異なるという従来の質的研究の問題点を解決できる利点もある(藤井, 2005, pp.14-28)。しかし, TMにも限界はある。そもそも複数の人による言葉には曖昧さが存在するため, 質的データが人の感情や認識, 考え方をそのままストレートに表していない場合, その言葉は文脈のなかで解釈しなければ意味をなさない(藤井, 2005, pp.14-28)。この場合, 後の図1に示すように, 質的帰納的分析では分析者が文脈のなかで言葉の意味を解釈しながら分析できるが, TMでは文脈のなかで言葉の意味をTMソフトウェア自体が解釈しながら分析することはできない。さらに, TMでは言葉の出現頻度が低い言葉は分析できないため(田垣, 2009), 多くのデータは落とされる。このため, たとえば「TMだけでは, 新しい知見を発見したり, 従来漠然と知っていることを言語化したりすることはむずかしく, KJ法の活用が必要である(田垣, 2009)」というように, TMと質的帰納的分析の併用の必要性を示唆する見方もある。

以上のように, 質的帰納的分析法とTMにはそれぞれに一長一短があり(図1参照), 互いに補いあうべきアプローチ(樋口, 2014, pp.18-19)という見方もある。そこで, 混合分析法の一つである, TMと質的帰納的分析の両手法を用いてお互いの弱みを補完し, 強みを生かす混合分析法の活用が期待される。とはいえ, そもそもコンピュータを用いた分析によって, 伝統的な手作業による分析と同じ結果が得られるかどうか, 十分には確認されていない問題である(樋口, 2014, p.51)。つまり, 現段階では実際の質的データを基に, 研究者自身の洞察による質的帰納的分析と, コンピュータによるTMで得られる分析結果(構成概念)の違いから, 両手法の共通点と相違点を検証したうえで, 混合分析法の有用性が検討されているわけで

はない。看護研究では, 数値ではとらえきれない人の認識や気持ちといった, 人の経験によって構築された抽象的な内容を表象する構成概念(田崎, 2008, pp.14-16)を構築することが多い。この分析法(構成概念化)には, TMよりも質的帰納的分析が用いられるケースが圧倒的に多い。しかし, データの件数(研究対象者数)が多くなると質的帰納的分析は困難となり, TMによる構成概念化が有用といえる。質的研究が進む分野の研究で, 実際の質的データをもとに, 質的帰納的分析とTMによる両手法から共通点と相違点を検証し, 混合分析法の有用性を検討することで, より厳密に質的データを分析するための示唆を得ることができる。これにより, 質的データの分析, ひいては看護研究の信頼性向上に貢献できると考える。

## I. 研究目的

本研究の目的は, 新人看護師が「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文の分析例から, 質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性を検討することである。そのために, 自由回答文をコンピュータによるTMと, 研究者自身の洞察による質的帰納的分析を用いておのおの分析し, その分析結果(構成概念)の共通点と相違点を明らかにした。

## II. 研究方法

### A. 研究対象者

中国・四国地方にある急性期病院において, 研究に同意が得られた5病院に勤務する卒後12か月目の新卒の新人看護師279名を研究対象者とした。

### B. 調査方法

2012年3月に, 無記名の自記式質問紙による調査を行った。質問紙と依頼文書, および返送用封筒を同封したアンケートパッケージを, 各病院の管理者を通じて新人看護師に送付した。新人看護師には, 質問紙への回答後, 同封された返送用封筒(料金受取人払郵便)で質問紙を返送するよう求めた。

なお, 本研究は新人看護師の離職要因を量的縦断的に調査した研究の一部である。先に示した新人看護師279名は, 卒後3, 6, 9, 12か月目に質問紙を受け取り, 調査に同意した者だけが毎回, 記入済み質問紙を研究者に返送した。本研究では, 卒後12か月目の調査で回答を求めた「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文を分析対象とした。

表1 テキストマイニングを活用した看護研究の一例<sup>†1</sup>

発表年	筆頭著者 <sup>†2</sup>	論文タイトル	研究分野 <sup>†3</sup> (看護教育)	掲載紙
2003	入江 拓	精神看護実習を行う看護学生の眺める「風景」の視覚化：データマイニングとその活用	●	聖隷クリストファー大学看護学部紀要
2004	入江 拓	精神看護実習における看護学生への介入に関する一考察：統合失調症及び気分障害患者の症状のプロフィールと看護学生の眺める「風景」に焦点をあてて	●	聖隷クリストファー大学看護学部紀要
2007	入江 拓	R	●	聖隷クリストファー大学看護学部紀要
2008	入江 拓	精神看護実習における患者との体験が看護大学生の保護室に対する受けとめおよび影響：テキストマイニングによる探索的分析	●	聖隷クリストファー大学看護学部紀要
2010	入江 拓	看護大学生が捉える精神障がい者のイメージの講義による変化：学生が課題に対処する際の志向性の違いに焦点をあてて	●	聖隷クリストファー大学看護学部紀要
2014	入江 拓	看護大学生の特性をふまえた精神科看護に必要な対人理解の素養の育成に関する研究	●	せいらい看護学会誌
2014	入江 拓	予期的社会化プログラムを視野に入れた精神看護学教材の作成と活用の検討：看護大学生の特性と眺める対人状況の風景の違いに焦点を当てて	●	聖隷クリストファー大学看護学部紀要
2007	安藤 満代	精神看護学実習の学習効果に影響を及ぼす要因の探索的研究：精神的健康度と困難な点からの検討	●	聖マリア学院紀要
2010	安藤 満代	精神看護学実習における学生の精神的健康度と実習での困難点と有効点に関する質的研究：テキストマイニングを用いて	●	聖マリア学院大学紀要
2007	一ノ山 隆司	データマイニングを用いた精神看護学実習記録からみた看護学生の学びの分析	●	日本看護学会論文集：看護教育
2011	一ノ山 隆司	絵本の教材化と対人関係の教育に関する研究：言語的・非言語的刺激を用いた対人教育の効果	●	共創福祉
2013	一ノ山 隆司	臨床看護師が実践している術後せん妄発症予防の取り組み	●	医学と生物学
2011	加藤 千佳	テキストマイニングを用いた病棟看護師の実習指導に対する語りの分析	●	昭和大学保健医療学雑誌
2011	加藤 千佳	医中誌データベースを用いた看護専門領域別実習に関する研究動向の分析	●	日本看護学会論文集：看護教育
2011	小平 朋江	統合失調症の闘病記の分析 古川奈都子「心を病むってどういうこと？：精神病の体験者より」の構造のテキストマイニング	●	日本精神保健看護学会誌
2013	小平 朋江	ナラティブ教材を用いた精神看護学授業での統合失調症のイメージの変化：テキストマイニングによる特徴語と評価語の分析	●	日本精神保健看護学会誌
2013	小平 朋江	統合失調症当事者の語りのテキストマイニング：闘病記のタイトル分析を中心に	●	看護研究
2011	藤永 新子	成人期にある看護学生の健康の意識と対処行動（第一報）	●	日本看護学会論文集：看護教育
2012	藤永 新子	看護大学生の健康の意識と対処行動の意義（第二報）	●	甲南女子大学研究紀要
2011	松浦 純平	外科領域における術後せん妄発症予測要因	●	医学と生物学
2012	松浦 純平	テキストマイニングによる看護師の考える術後せん妄発症予測について	●	日本看護学会論文集：成人看護Ⅰ
2013	松浦 純平	看護師が実践している術後せん妄発症予防について：テキストマイニングを利用した分析	●	医学と生物学
2012	城丸 瑞恵	日本の医療における「ストレスとコーピング」研究の動向：テキストマイニングによる医中誌文献タイトルの分析	●	札幌保健科学雑誌
2013	城丸 瑞恵	「乳がん研究の動向」と「患者の語り」のテキストマイニング活用例	●	看護研究
2012	橋弥 あかね	養護教諭養成課程における臨床実習の学びの分析	●	大阪教育大学紀要 第三部門（自然科学・応用科学）
2014	橋弥 あかね	養護教諭養成課程における臨床実習の感想文の分析	●	大阪教育大学紀要 第三部門（自然科学・応用科学）
2013	井田 歩美	ソーシャルメディア上のビッグデータを分析して：乳児をもつ母親の関心事	●	看護研究
2014	井田 歩美	乳児をもつ母親の予防接種に関する疑問や不安：ソーシャルメディアにおける発言のテキストマイニングによる分析	●	母性衛生
2015	井田 歩美	新生児をもつ母親の育児上の不安や疑問：ソーシャルメディアにおける発言のテキストマイニングによる分析	●	母性衛生
2013	今井 多樹子	「初心者レベル」の看護師に求められるICU看護の知識の概念化	●	日本看護研究学会雑誌
2013	今井 多樹子	ICU、CCU、および救命救急センターに配属された新人看護師における就業時の看護実践上の困難：テキストマイニングによる臨床看護師と新人看護師の自由回答文の解析から	●	日本看護学会教育学会誌
2015	今井 多樹子	ICU、CCU、および救命救急センターに配属される新人看護師に必要な基礎教育内容：テキストマイニングによる臨床看護師と新人看護師の自由回答文の解析から	●	日本看護学会教育学会誌
2013	武田 江里子	産後1ヵ月の母親のストレスの本質の探索：テキストマイニング分析によるストレス内容の結びつきから	●	母性衛生
2014	武田 江里子	1歳6ヵ月児をもつ母親の育児の楽しさに関連する要因：健診時の問診票と「愛着—養育バランス」尺度から	●	保健師ジャーナル
2014	尾黒 正子	周手術期看護学実習における学習内容の検討	●	インターナショナルNursing Care Research
2015	尾黒 正子	テキストマイニングを用いた周手術期看護学実習における学習内容の検討（第1報）：1人受け持ちと複数受け持ちの比較	●	日本看護学会論文集：急性期看護
2015	尾黒 正子	テキストマイニングを用いた周手術期看護学実習における学習内容の検討（第2報）：受け持ち患者の診療科別手術による比較	●	日本看護学会論文集：急性期看護
2014	賛 育子	母性看護学実習に対する女子学生の事前のイメージ、実習中感じたこと、実習後の思い：テキストマイニングによる分析	●	ヒューマンケア研究学会誌
2014	賛 育子	母性看護学実習における男子学生の思い	●	ヒューマンケア研究学会誌
2014	山口 淑恵	高校生を対象とした生活習慣病予防のピアエデュケーション体験からの看護学生の学び	●	福岡女学院看護大学紀要
2014	山口 淑恵	体験的学習方法を取り入れた地域看護学教育プログラムによる学生の一次予防に対する意識と行動の変化	●	福岡女学院看護大学紀要
2015	鈴木 秀樹	看護学生の早期体験実習における教育評価（1）	●	東北文化学園大学看護学科紀要
2015	鈴木 秀樹	看護学生の早期体験実習における課題レポートの分析：テキストマイニングの手法を用いて	●	東北文化学園大学看護学科紀要

[注] <sup>†1</sup>: 「医中誌Web (Ver.5)」のキーワード「テキストマイニング」(看護文献 [会議録除く])による主題検索で抽出された既存文献の初出は2003年で、計154件のうち、同一の筆頭著者による継続した(ヒット件数が2件以上)の調査研究43件を上記に示した。  
<sup>†2</sup>: 筆頭著者は、論文の初出年度が早い順、かつ五十音順に示した。  
<sup>†3</sup>: 論文の内容が「看護教育」であるものに「●」で示した。

## C. 調査内容

新人看護師には「現在の職場を去りたいと思った理由」を自由回答文で求めた。調査内容と自由回答文の選定理由は、次のとおりであった。

### 1. 「現在の職場を去りたいと思った理由」

新人看護師の「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文をTMと質的帰納分析を併用した混合分析法の有用性検討のための基礎的データとした理由は、TMが苦手とする行間を読む必要が少ない、つまり比較的明快な回答（記述）が得られると考えられたことによる。また、以下に示すように既存研究の蓄積があるため、混合分析法の有用性を考察する際に十分な検討が可能と考えられた。

新人看護師の早期離職の背景には、「transition shock（転換ショック）」（または、reality shock）という問題が存在する。看護学生は、他の多くの職業人よりもはるかに長い時間を臨地実習に割いて実世界（臨床看護）を理解し、適応しようとしているにもかかわらず（Daehlen, 2008）、卒業後、学生から専門職として最初の役割転換に直面する際は、多大な試練を体験し（Cubit & Ryan, 2011）、ショックを受けることになる（Duchscher, 2012, pp.13-53）。この状況は、新人看護師が新しい環境に適応するための内的な再適合（再方向づけ）であると同時に、大きな不安とストレスを新人看護師に与えるものであり（Kraikik, Visentin, & van Loon, 2006; McKenna & Green, 2004; O'Shea & Kelly, 2007）、最終的に職場を去ることを選択せざるをえない状況を惹起しうる。新人看護師の離職の一因として、たとえば看護基礎教育では1人の受け持ち患者の看護を通して看護過程を展開する実習が主流だが、臨床（つまり、実際の看護）では複数の患者を同時に受け持つ現状の違いがあげられる。この現状は、四半世紀以上前から現代に至るまで看護の世界に根強く残る問題である（Kramer, 1974; 井部・上泉, 1986; 日本看護協会中央ナースセンター事業部, 2005; 厚生労働省, 2007）。つまり、新人看護師の離職要因は、看護基礎教育にまで遡る研究課題といえる。そのため、看護基礎教育の研究では効果的な教育の実現に向けて、新人看護師を対象とした離職要因に関する調査が長年数多く行われており、先行研究の蓄積がある。

### 2. 自由回答文

自由回答式質問は、多肢選択式質問を用いた量的研究で補完的に用いられるケースが多く、回答の集計の困難さから調査の規模が大きくなるほど活用度は低くなる傾向にある（那須川・諸橋・長野, 1999）。このため、自由回答式質問におけるデータ（自由回答文）の分析には、そのなか

から有効な知識を獲得できるTMが注目されている。そこで、本研究では質的データにおけるTMを併用した混合分析法の有用性を検討するにあたり、その先駆けとして自由回答文を選定した。

## D. データ分析

本研究では、自由回答文の分析をTMと質的帰納的分析で図1に示すように行い、おのおのの構成概念を抽出した。そして、TMと質的帰納的分析による分析結果が、どの程度対応しているのか比較検討し、共通点と相違点から2つの手法による混合研究法の有用性を考察した。TMと質的帰納的分析はそれぞれ異なる研究者が行い、結果の独立性を確保した。

### 1. TM

TMは、SPSS社の“PASW Modeler13”および“Text Mining for Clementine 2.2”（以下、TMC）および“IBM SPSS Statistics 24 for Windows”を用いて、以下のように行った。なお、TMでは質的データをそのままTMソフトウェアに投入し、形態素解析の結果をもとに、TMソフトウェアに備わる辞書機能を活用して形態素（単語）の登録作業、つまり以下のデータクリーニングを行った後に、言及頻度と品詞情報をもとに、分析に採用する形態素（単語）の基準を決め、分析に入る（図1）。

#### a. データクリーニング

多数の対象者によって記述された質的データには、さまざまな表現が入り混じっている。TMでは「概念」が分析対象となり、「概念」は「名詞」にほかならない（喜田, 2008）。そこで、本研究では独立した意味をなす「名詞」を分析対象とした。しかし、後の結果に示すように、本研究では「現在の職場を去りたいと思った理由」について回答した者は39名に過ぎず、構成概念を抽出した際、「名詞」だけでは十分な解釈ができないと判断し、解釈が可能な「形容詞」「動詞」も分析対象とした。分析対象となる「名詞」「形容詞」「動詞」の抽出にあたっては、質的データの原文に戻りながら、品詞情報と分かち書き処理・形態素解析の結果を確認した。これをもとに、「Ns」「Pt」などの未知語判定単語を登録し、「Ns」「看護師」「Pt」「患者」などの表現が異なる同義語を1つの単語に変換した。また、結果の解釈に不要な「辞める」「去る」「為」「何」「今」「なる」「ある」「いる」などの単語制御を行った。これら一連の作業は、出力された単語が分析に使用できるまで繰り返した。そして最後に、条件抽出ノードで独立した意味をなさない単語を破棄し、解釈可能な「名詞」「形容詞」「動詞」を抽出した。なお、TMCでは分析対象となる単語は、はじめに「主要語」として出力（表現）される

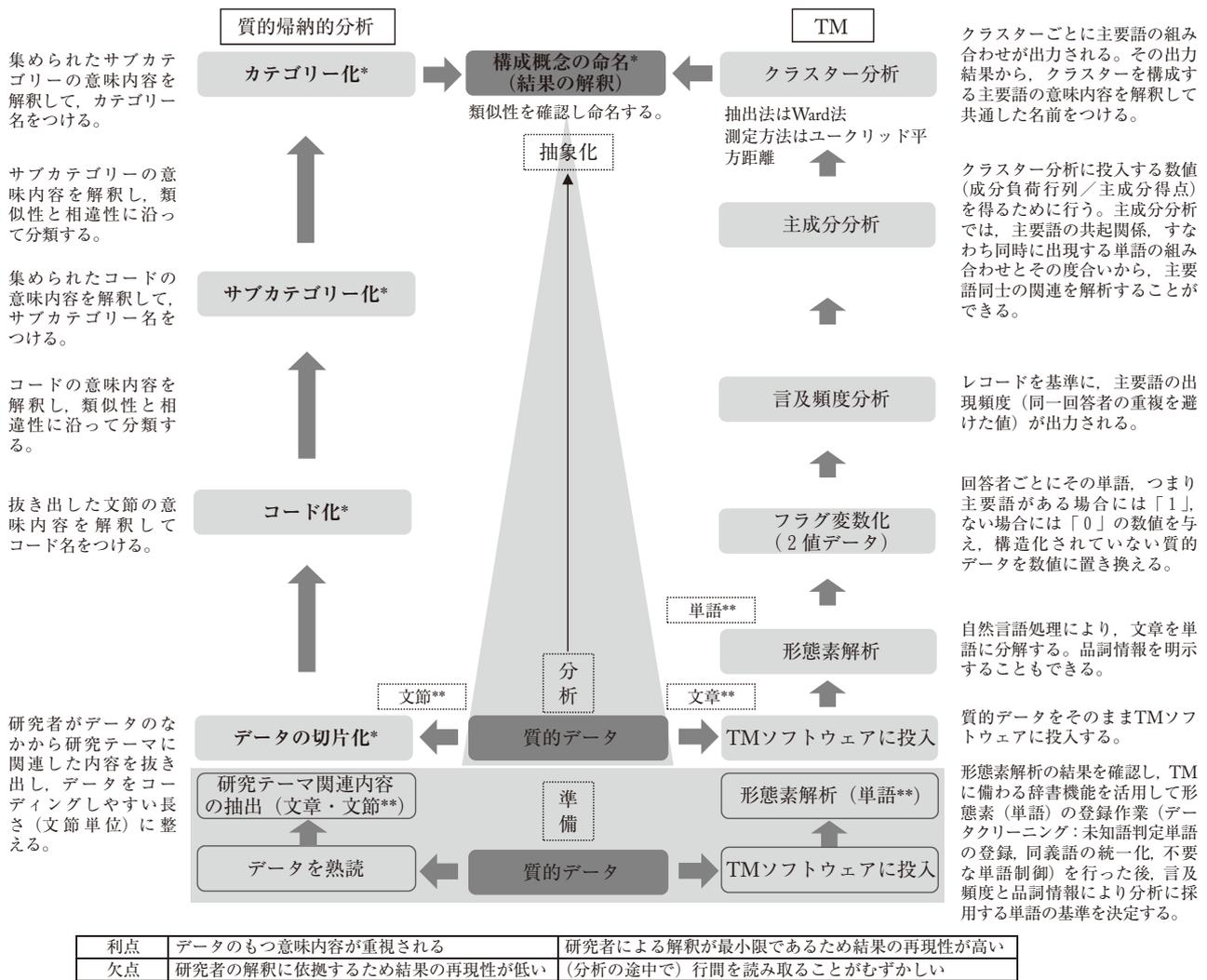


図1 質的帰納的分析とTMにおける構成概念化プロセス

が、データクリーニング後は「変換後主要語」として出力（表現）される。以下の記述では「変換後主要語」を「主要語」と表記した。

**b. 主要語の分析**

TMでは、出現頻度が2回以上の主要語を抽出し、出現頻度が高い順に並べてみる言及頻度分析（喜田，2008）を行い、上位5位以内のキーワードとなる（つまり、出現頻度が高い）特徴的な主要語を明らかにした。出現頻度は、主要語を記述した回答者数を数値化したもので、同一の回答者による重複を避けた値である。次に、構成概念を抽出するために、出現頻度が2回以上の主要語をフラグ変数化し、藤井の研究（2003）を参考に、主成分分析から得られた成分負荷行列に階層クラスター分析（抽出法はWard法、測定方法はユークリッド平方距離）を施し（李，2005，pp.90-93；Tajunisha & Saravanan, 2011）、各クラスターを

構成する主要語から構成概念を命名した。命名にあたっては、TMCに備わるコンコダンス機能（特定のキーワードを含む文だけを抽出する検索機能）を活用し、主要語を含む原文に戻りながら主要語と構成概念を解釈した。主成分分析は、成分（主要語）の抽出基準を初期解の固有値1.0以上かつ、成分負荷量が1つの主成分について.30以上を基準とし（合成変数に対して関係の低いものを除外）、抽出語の負荷量平方和（累積%）を確認しながら行った。各クラスターを構成する主要語は、主成分分析の第1主成分と第2主成分（成分負荷量）の布置図を示し、組み合わせ（位置）を確認した。なお、フラグ変数化とは、対象者の記述のなかに該当する語があれば「1」、なければ「0」というように2つの値に数値化することである。

PASW Modeler13およびTMCの操作（出力結果）の信頼性を確保するために、TMはSPSS社のトレーニングコー

スを受講した研究者が行った。さらに、出力結果と解釈の妥当性・信憑性を確保するために、看護教育・管理の研究者、および統計の専門家によるスーパービジョンを受けた。

## 2. 質的帰納的分析

図1に示すように、質的帰納的分析では、記述文を意味ある文節に区切りコード化した後に、コード内容の類似性に沿ってグループ化し、サブカテゴリー化(命名)した。そして、サブカテゴリー内容の類似性に沿ってグループ化し、カテゴリー化(命名)した。分析にあたっては、質的経験を有する複数の研究者で行うと同時に、看護教育・管理の研究者によるスーパービジョンを受け、結果における真実性の確保に尽くした。

## E. 倫理的配慮

本研究は、広島大学大学院保健学研究科倫理審査委員会の承認(承認番号22-11)を受けて実施した。研究協力機関の看護部長には、研究の趣旨を口頭と依頼文書で説明し、承諾書(文書)で研究参加への同意を得た。依頼文書は対象者である新人看護師にも送付し、質問紙の回答および返送をもって研究参加への同意を確認した。

## Ⅲ. 結 果

合計で96名(回収率22.1%)の新人看護師から回答を得、その内「現在の職場を去りたいと思った理由」について回答した者は39名(有効回答率40.6%)であった。新人看護師の概要として、平均年齢は約22歳、性別は男性3名、女性35名、不明(無回答、以下同)1名、最終学歴は大卒26名、非大卒12名、不明1名、臨床領域は一般病棟(内科・外科)17名、クリティカルケア10名、その他11名、不明1名であった。

### A. テキストマイニング

形態素解析の結果、記述文を総計した文字数、文数、形態素数、および抽出した主要語の概要は表2に示すとおりであった。文中では構成概念を【 】、主要語を『 』で

示した。

言及頻度分析の結果(表3)、上位5位以内の名詞は『時』を筆頭に、以下『自分』『患者』『看護師』『人間関係』『毎日』『人間』『先輩看護師』『インシデント』『職場環境』『職業』であった。

主成分分析の結果(表4)、50種類語の主要語からは最終的に負荷量の値が高い特徴的な21種類語の主要語を抽出した(抽出後の負荷量平方和は全分散の59.5%)。第1主成分と第2主成分(成分負荷量)の布置図を示した(図2)。5つの主成分を成す成分(主要語)において負荷量の値が.5以上のものを降順にみると、第1主成分では『かかわる(.936)』を筆頭に、以下『重さ(.936)』『命(.815)』『責任感(.808)』『職場環境(.685)』『精神的(.580)』であった。第2主成分では『悩む(.552)』を筆頭に、以下『厳しい(.543)』『注意する(.543)』であった。第3主成分では『比べる(.591)』を筆頭に以下、『業務内容』であった。第4主成分では『亡くなる(.639)』であった。

次に、成分負荷行列を用いてクラスター分析を行った結果(図3)、布置図(図2)に示す組み合わせ(位置)が確認できた。距離5に基づいてクラスターを解釈すると、クラスター1は『かかわる』『重さ』『責任感』『命』からなり【人命にかかわる責任の重さ】と命名した。クラスター2は『精神的』『休暇』『辛い』『職場環境』『人間関係』からなり【身体的・精神的負担を与える職場環境】と命名した。クラスター3は『違う』『同期』『比べる』『業務内容』『怒る』からなり【人と比べられる叱られ方】と命名した。クラスター4は『亡くなる』『患者』からなり【患者の死】と命名した。クラスター5は『厳しい』『注意する』『インシデント』『先輩看護師』『悩む』からなり【インシデントに対する先輩看護師による厳しい指導】と命名した。上記のクラスターのうち、第1主成分で.8~.9台の負荷量を示した『かかわる』『重さ』『命』『責任感』はすべてクラスター1に分類され、また.5~.6台の負荷量を示した『職場環境』『精神的』はクラスター2に分類された。また、第2主成分で.5台の負荷量を示した『厳しい』『注意する』『悩む』はすべてクラスター5に分類された。

表2 主要語の概要

質問内容	文字数 (文字)	文数 (文)	形態素数 (語)	名詞		動詞			形容詞			採用語の総計		
				総計 (語)	言及頻度2以上 (種類)	総計 (語)	言及頻度2以上 (種類)	総計 (語)	言及頻度2以上 (種類)	総計 (語)	採用語の総計 (種類)			
「現在の職場を去りたいと思った理由」	3,310	103	745	419	128	25	234	87	21	39	13	4	228	50

[注] 形態素とは、意味をもつ最小の言葉単位(単語)を意味する。

言及頻度2以上の「語」および「種類」は、条件抽出ノード使用後の数値、すなわち採用語の数値である。

表3 言及頻度分析：「現在の職場を去りたいと思った理由」において用いられた主要語

(n = 39)

主要語 <sup>†1</sup>	出現頻度 <sup>†2</sup> 回答者頻度	主要語 <sup>†1</sup>	出現頻度 <sup>†2</sup> 回答者頻度
時(とき)*	22	命	3
思う	18	考える	3
自分*	14	働く	3
患者*	10	続く	3
看護師*	10	怒る	3
行う	10	悩む	3
感じる	9	上手(うま)い	3
できる	7	このまま	2
人間関係*	6	重さ	2
毎日*	5	1人	2
人間*	5	精神的	2
先輩看護師*	5	疎外感	2
インシデント*	5	業務内容	2
職場環境*	5	病院	2
職業*	5	起こす	2
看護	4	亡くなる	2
言う	4	続ける	2
行く	4	違う	2
多い	4	比べる	2
つらい	4	かかわる	2
休暇	3	認める	2
同期	3	向く	2
上司	3	終わる	2
病棟	3	注意する	2
責任感	3	厳しい	2

[注] <sup>†1</sup>: 独立した意味を成す名詞を [ ] で示し、言及頻度 5 以上の上位語に該当する名詞を「\*」で示した。

<sup>†2</sup>: 出現頻度は、主要語を記述した回答者数(延べ出現頻度から同一回答者の重複を削除)である。

## B. 質的帰納的分析

質的帰納的分析では、6 カテゴリー、14 サブカテゴリー、30 コードが抽出された(表5)。6 カテゴリーは以下のとおりで、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉、コードを〔〕、原文を『』で示した。

### 1. 【勤務条件への不満】

このカテゴリーは〈過剰な業務量・勤務時間に対する不満〉〈職場での待遇に対する不満〉の2 サブカテゴリーで構成された。

〈過剰な業務量・勤務時間に対する不満〉では『休日が少ない』『休みの日などに勉強会があることも多いので嫌になることがある』など、[休日がない・少ない] が述べられていた。そして、『業務量も多く、勤務時間内に終わらない』『2～3時間の残業が毎日続いたとき』など、[業務量の多さ] が述べられていた。

〈職場での待遇に対する不満〉では『さらに最新の知識を学びたい』『新人研修の内容がしょもない』『狭くて古いやり方がまかりとおっているのが、腹が立つ』など、[看護師としての成長機会の欠如] が述べられていた。そして、『他の病院で務めている友人の給料などの福利厚生を聞いたとき』『稼働率99.9%なのに人員の補充もなく給与も変わらない現状がいやになり辞めたいと考えました』など、[報酬・待遇の悪さ] が述べられていた。

### 2. 【理想と現実のギャップによる精神的葛藤】

このカテゴリーは〈目標の喪失〉〈理想の(思い描いた)看護と現実のギャップ〉の2 サブカテゴリーで構成された。

〈目標の喪失〉では『看護の意味がわからない。自分のなりたい姿が見つからない』など、[看護の意味がわからない(目標の喪失)] が述べられていた。そして、『1年間働き、自分が何のために看護師になったのかわからなく

表4 主成分分析：「現在の職場を去りたいと思った理由」

成分負荷行列		(n = 39)				
主要語	第1主成分	第2主成分	第3主成分	第4主成分	第5主成分	
かかわる	.936	-.005	.168	.114	.164	
重さ	.936	-.005	.168	.114	.164	
責任感	.808	-.017	.082	.113	.192	
命	.815	.034	.119	.402	-.070	
精神的	.580	-.067	-.045	-.195	.224	
休暇	.470	-.076	-.153	-.204	.252	
つらい	.401	-.138	.099	-.322	-.057	
職場環境	.685	.090	.095	-.150	-.207	
人間関係	.388	.046	.123	-.565	-.542	
違う	-.151	-.584	.403	-.048	-.003	
同期	-.181	-.519	.369	-.029	.155	
比べる	-.178	-.534	.591	.211	.097	
業務内容	-.077	-.559	.529	-.201	-.318	
怒る	-.148	-.125	.042	.323	.222	
亡くなる	.021	.087	-.076	.639	-.477	
患者	.094	.329	.424	.477	-.485	
厳しい	-.154	.543	.421	-.084	.238	
注意する	-.154	.543	.421	-.084	.238	
インシデント	-.179	.478	.240	.005	.164	
先輩看護師	-.210	.192	.442	.095	.392	
悩む	-.060	.552	.431	-.341	-.277	
<b>抽出後の負荷量平方和</b>						
合計	4.658	2.538	2.045	1.694	1.566	
分散の%	22.2	12.1	9.7	8.1	7.5	
累積%	22.2	34.3	44.0	52.1	59.5	

[注] 因子抽出法：主成分分析

なった』など、[なぜ看護師になったのかわからない（動機・目標の喪失）]が述べられていた。

〈理想の（思い描いた）看護と現実のギャップ〉では『思っていたものと違ったギャップを感じたとき』など、[思っていた看護とのギャップ]が述べられていた。そして、『忙しさのあまり患者さん一人ひとりとゆっくり会話ができなかつたり、配慮ができなかつた際に大学病院ではなく、別の医療機関のほうが私には向いているのかと思つたことがあります』など、[患者との時間が十分に確保できない]ことが述べられていた。そしてさらに、『もっと看護師を専門職として認めてくれるところで働きたい』など、[看護師が専門職として認められない]ことが、また『仕事が終わっても達成感がないとき』など、[仕事への達成感がない]ことが述べられていた。

### 3. 【職務における人間関係の悩み・悪さ】

このカテゴリーは〈他看護師との人間関係の悩み・悪さ〉〈他職種との人間関係の悩み〉〈患者との関係に対する悩み〉の3サブカテゴリーで構成された。

〈他看護師との人間関係の悩み・悪さ〉では『人間関係がよくない。休憩室で悪口が聞こえる』など、[職場での人間関係の悩み・悪さ]が述べられていた。そして、『一部の先輩は、新人をバカにしすぎる。ほかの先輩がいないところで直接「しばく」とか言ってくる。人としてありえないと思う。先輩として全く尊敬できない。その下では働けない』『先輩方の暴言と暴力により同期が1人、2人と辞めていき私も退職を決意しました』など、[先輩看護師・上司との人間関係不全（いじめ）]が述べられていた。そしてさらに、『看護学校から同じところの人ばかりで若干の疎外感がある』など、[同期・周囲との疎外感]が述べられていた。

〈他職種との人間関係の悩み〉では『上司や医者に一方的に怒られたとき』など、[医者からの叱責]が述べられていた。

〈患者との関係に対する悩み〉では『患者にどなられた』『患者さんとの関係に困ったとき』など、[患者との関係がうまくいかない]が述べられていた。

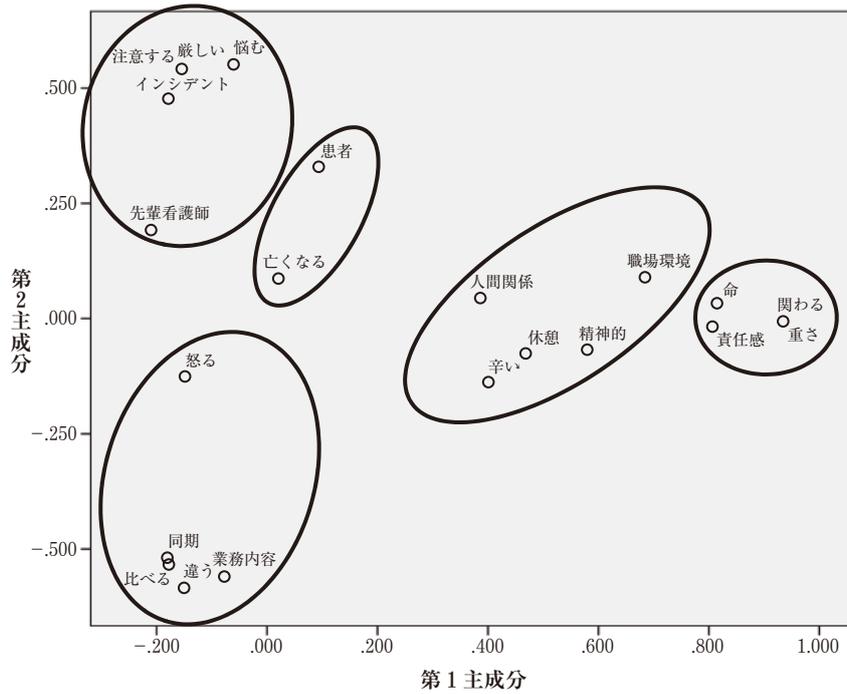
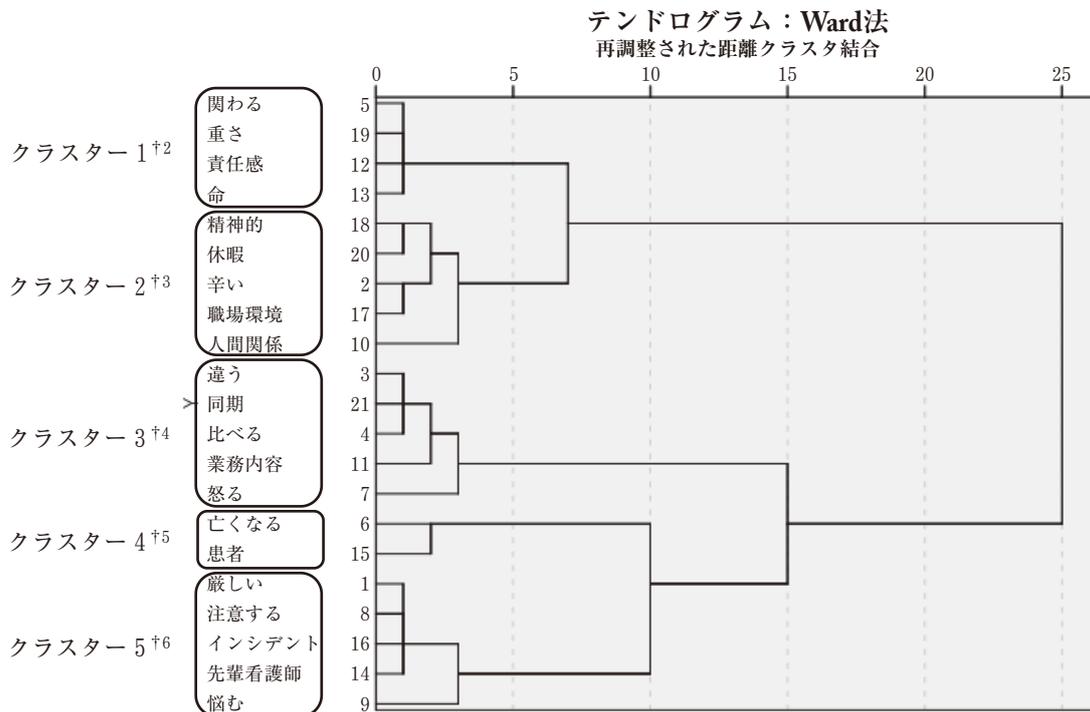


図2 主成分分析による布置図 (n = 39)



[注] †1: 階層クラスター分析: 抽出法はWard法, 測定方法はユークリッド平方距離による。  
 †2: クラスタ1: 【人命にかかわる責任の重さ】  
 †3: クラスタ2: 【身体的・精神的負担を与える職場環境】  
 †4: クラスタ3: 【人と比べられる叱られ方】  
 †5: クラスタ4: 【患者の死】  
 †6: クラスタ5: 【インシデントに対する先輩看護師による厳しい指導】

図3 階層クラスター分析 †1 による構成概念: 「現在の職場を去ろうと思った理由」 (n = 39)

表5 Manual分析による構成概念：「現在の職場を去ろうと思った理由」

(n = 39)

カテゴリー (記録単位数・%)	サブカテゴリー (記録単位数)	コード (記録単位数)
勤務条件への不満 (12・16.0%)	過剰な業務量・勤務時間に対する不満 (7)	休日がない・少ない (3) 業務量の多さ (4)
	職場での待遇に対する不満 (5)	看護師としての成長機会の欠如 (3) 報酬・待遇の悪さ (2)
理想と現実のギャップ による精神的葛藤 (6・8.0%)	目標の喪失 (2)	看護の意味がわからない (目標の喪失) (1) なぜ看護師になったのかわからない (動機・目標の喪失) (1)
	理想の (思い描いた) 看護と現実のギャップ (4)	思っていた看護とのギャップ (1) 患者との時間が十分に確保できない (1) 看護師が専門職として認められない (1) 仕事への達成感がない (1)
職務における人間関係 の悩み・悪さ (18・24.0%)	他看護師との人間関係の悩み・悪さ (15)	職場での人間関係の悩み・悪さ (4) 先輩看護師・上司との人間関係不全 (いじめ) (9) 同期・周囲との疎外感 (2)
	他職種との人間関係の悩み (1)	医者からの叱責 (1)
	患者との関係に対する悩み (2)	患者との関係がうまくいかない (2)
肉体的・精神的疲弊 (5・6.7%)	家でも気が休まらない (2)	休日も気が休まらない (1) 家に帰っても気が休まらない (1)
	職場での肉体的・精神的疲労 (3)	仕事がつらい (1) つらいことが多い (1) 肉体的・精神的疲労 (1)
業務責任に対する自己 の能力不足 (28・37.3%)	業務に対する自信の欠如・喪失 (16)	インシデントを起こしたことによる自信喪失 (5) 患者の死に直面したことによる自己の看護に対する自信喪失 (4) 重症患者を看護する自信がない (3) 仕事がつまらなくできない・いけない (4)
	業務におけるプレッシャー (8)	周囲からのプレッシャー (5) 責任の重さ (3)
	自己の成長が感じられない・感じてもらえない (4)	自己の成長が感じられない・感じてもらえない (4)
	勤務地・病棟選択の失敗 (5)	病棟選択の失敗 (1) 地理的要因 (4)
私的問題 (6・8.0%)	私生活における問題 (1)	私生活における問題 (1)

[注] % : 6 カテゴリーの総記録単位数 (75) から算出。

#### 4. 【肉体的・精神的疲弊】

このカテゴリーは、〈家でも気が休まらない〉〈職場での肉体的・精神的疲労〉の2サブカテゴリーで構成された。

〈家でも気が休まらない〉では『休日も勉強しなくては、トリフレッシュしきれず常に仕事のことが頭のなかにある』など、[休日も気が休まらない]ことが述べられている。そして、『家に帰ってもナースコールや内線の音が聞こえてくるような気がしたり、寝ていても職場にいる場面ばかりで熟睡感が得られないことが多く何のために看護師になり働いているのかわからなくなりました』など、[家に帰っても気が休まらない]ことが述べられていた。

〈職場での肉体的・精神的疲労〉では『仕事がつらいので。しんどいので』など、[仕事がつらい]ことが述べられていた。そして、『なりたいて思って看護師になったが、

つらいことがたくさんあったため』など、[つらいことが多い]ことが、また『肉体的、精神的に疲労がたまってきた』など、[肉体的・精神的疲労]が述べられていた。

#### 5. 【業務責任に対する自己の能力不足】

このカテゴリーは〈業務に対する自信の欠如・喪失〉〈業務におけるプレッシャー〉〈自己の成長が感じられない・感じてもらえない〉の3サブカテゴリーで構成された。

〈業務に対する自信の欠如・喪失〉では『患者に付き添っていながら、転倒のインシデントを起こしてしまった。先輩にも厳しく注意され、自分でも転倒のリスクの高い患者であるとわかっていながら、最近ではADL拡大できているためそこまで注意していなかったうえでのインシ

デントであった。自分は看護師に向いていないとそのインシデントを起こして以来悩んだ』など、[インシデントを起こしたことによる自信喪失]が述べられていた。そして、『患者さんが亡くなってしまったときや、急変にあたったとき。自分は何もできなかったときに、情けなさを感じ、このまま看護師を続けて、今後も急変などにあたったとき、ちゃんと適切に素早く動けるのかという不安を感じ、怖くなった』『死の場に看護師としてかかわることがつらい。家族や患者にどのように声をかければいいかわからない。もう少し勉強を深めて看護師としてターミナルの患者にかかわらなければならないと思った』など、[患者の死に直面したことによる自己の看護に対する自信喪失]が述べられていた。そしてさらに、『担当する患者さんの重要度が高くなって、自分には対応しきれないと感じたとき』など、[重症患者を看護する自信がない]ことが、また『仕事ができない自分は看護師に向いていないのではないかと感じます』『自分の失敗が続くとき』など、[仕事がかうまくできない・いかない]ことが述べられていた。

〈業務におけるプレッシャー〉では『先輩からのプレッシャーです』『指摘・指導が厳しすぎたときに去りたいと思いました』『同期とは仕事内容が違うのに比べられたとき』『いまの自分の力量以上のことを求められる』など、[周囲からのプレッシャー]が述べられていた。そして、『自分の行った看護で、患者さんの命にかかわることがあるという責任の重さを感じたときがあり、そのときに職場を去りたいと思ったことはあります』など、[責任の重さ]が述べられていた。

〈自己の成長が感じられない・感じてもらえない〉では『自身の業務をしながらでは技術確認してもらう時間がなく、技術の自立がなかなかできないとき。このままこの病院で働いていても技術の自立ができないのではないかと考えた』『毎日、何をすることも注意され、できていない、成長がないと言われ続け、毎日(仕事に)行きたくないと思っていた。いまま思う』など、[自己の成長が感じられない・感じてもらえない]ことが述べられていた。

## 6. 【私的問題】

このカテゴリーは〈勤務地・病棟選択の失敗〉〈私生活における問題〉の2サブカテゴリーで構成された。

〈勤務地・病棟選択の失敗〉では『なんで、この病棟を選んだのだらうかと感じたこともあります。他の科に行ってみたいなあとと思うことはいまでも思います』など、[病棟選択の失敗]が述べられていた。そして、『実家から離れるし、近い将来仕事を辞めて戻りたい』など、[地理的要因]が述べられていた。

〈私生活における問題〉では『プライベートがかうまく

いっていないとき』など、[私生活における問題]が述べられていた。

## IV. 考 察

TMでは、少数派の回答を反映できないなどの限界をはらみつつも、新人看護師の離職要因を表す特徴的かつ代表的な主要語と構成概念を抽出することができたと考える。以下では、TMと質的帰納的分析による分析結果が、どの程度対応しているのか比較検討し、共通点と相違点を踏まえて、質的データにおけるテキストマイニングを併用した混合分析法の有用性を考察したい。

### A. TMと質的帰納的分析の共通点

新人看護師の離職要因として、人間関係の問題が複数の先行研究で判明している(内野・島田, 2015)。これは、TMによる言及頻度分析から『人間関係』が、また主成分分析とクラスター分析による類型化から『人間関係』を含む【身体的・精神的負担を与える職場環境】が抽出された点と一致していた。

TMと質的帰納的分析の分析結果の共通点をみると、TMによる【身体的・精神的負担を与える職場環境】は、質的帰納的分析による①[休日がない・少ない]に代表される【勤務条件への不満】、②[職場での人間関係の悩み・悪さ][先輩看護師・上司との人間関係不全(いじめ)]に代表される【職務における人間関係の悩み・悪さ】、③[仕事がつらい][肉体的・精神的疲労]に代表される【肉体的・精神的疲弊】のコードと対応していた。

次に、TMによる【人命にかかわる責任の重さ】は、質的帰納的分析による[責任の重さ]に代表される【業務責任に対する自己の能力不足】のコードと対応していた。TMによる【人と比べられる叱られ方】もまた、質的帰納的分析による『同期とは仕事内容が違うのに比べられたとき』など、[周囲からのプレッシャー]に代表される【業務責任に対する自己の能力不足】と対応していた。

質的帰納的分析による【業務責任に対する自己の能力不足】が示すように、自己の能力不足は、新人看護師の代表的な離職要因である。今回、TMでは表現のうえで自己の能力不足を示す構成概念を抽出できなかった。その理由として、質的帰納的分析による【業務責任に対する自己の能力不足】という表現は、研究者が文脈の内容から考えた表現である(つまり、直接使われた言葉ではない)のに対して、TMでは使用された言葉を文からそのまま抽出した表現であるという違いが考えられた。事実、TMによる【人と比べられる叱られ方】【患者の死】【インシデントに対する先輩看護師による厳しい指導】は、いずれも自己の能

力不足に起因する内容と考えることができる。たとえば、TMによる【患者の死】は、質的帰納的分析による[患者の死に直面したことによる自己の看護に対する自信喪失]に代表される【業務責任に対する自己の能力不足】のコードと対応していた。TMによる【インシデントに対する先輩看護師による厳しい指導】もまた、質的帰納的分析による[インシデントを起こしたことによる自信喪失]に代表される【業務責任に対する自己の能力不足】のコードと対応していた。このように、TMと質的帰納的分析で表現が異なるのは必然といえ、そのうえで内容に共通性が見受けられることが示された。

先行研究では、新人看護師の離職要因として、人間関係の問題(内野・島田, 2015)をはじめ、「先輩たちへの気兼ねと恐怖心」「同期に対する劣等感と自己の未熟さの認知」(山口・徳永, 2014)が、また新人看護師のリアリティショックの要因として「患者の死に対する対応」(平賀・布施, 2007)が判明している。業務過剰によるワーク・ライフバランスの乱れ(Duchscher, 2008)や職場における心身の疲労の蓄積(内野・島田, 2015)もまた、新人看護師の離職要因に寄与する主要因子である。さらに、自己の看護実践能力不足に起因した看護師としての自信の喪失は、新人看護師が職務を継続していくうえで大きな障壁となっている(Duchscher, 2012, pp.13-53)。このように、人間関係をはじめ、実践能力や身体・精神的な問題は、いずれも新人看護師の離職要因や看護実践上の問題として普遍的に浮上する内容である(日本看護協会中央ナースセンター事業部, 2005; 厚生労働省, 2007; 箕浦, 2012, pp.2-5)。

以上のように、表現上の違いはあるが、TMと質的帰納的分析はともに、先行研究でも明らかにされている新人看護師の主要離職要因を明確にとらえられていた。つまり、TMと質的帰納的分析はともに、研究上ターゲットになるトピックを抽出できることが判明した。この両手法における分析結果の整合性は、質的帰納的分析からみると、研究者の主観や恣意による研究結果の反復(再現性)の困難さ(瀬島ら, 2001; 藤井, 2005, pp.14-28; Burns & Grove, 2005/2007, pp.577-618)という弱点を打開するものといえる。また、TMからみると、人ではないコンピュータ(TMソフトウェア)では行間を読み取ることができないという弱点が、最終的には原文に戻りながら行間を読み取り出力結果を解釈することで打開できる(つまり、それなりの結果が得られている)ことを示す一つの証拠と考えることができる。言い換えれば、TMと質的帰納的分析は、互いの分析結果の妥当性を裏づける重要な指標になると考えられた。したがって、TMと質的帰納的分析を用いて質的データを検討することは、分析結果をより堅固なものに導くも

のと考えられた。

## B. TMと質的帰納的分析の相違点

先に述べたように、TMと質的帰納的分析はともに、共通した新人看護師の主要離職要因を明確にとらえられていたが、同時に新人看護師の離職要因を表す概念の構成が異なることも示された。たとえば、TMによる【身体的・精神的負担を与える職場環境】は、質的帰納的分析による【勤務条件への不満】【職務における人間関係の悩み・悪さ】【肉体的・精神的疲弊】と対応し、これら3カテゴリーを統合したものであった。反対に、質的帰納的分析による【業務責任に対する自己の能力不足】は、TMによる【人命にかかわる責任の重さ】【人と比べられる叱られ方】【患者の死】【インシデントに対する先輩看護師による厳しい指導】と対応し、これら4クラスターを統合したものであった。このように、同じ質的データを扱ってもTMと質的帰納的分析で概念の構成に差が生じる一因として考えられることは、TMと質的帰納的分析の分析方法の違いである。

まず、TMによる概念化手法では、対象者の記述(もしくは語り)のなかに該当する主要語(つまり、形態素[単語])があれば「1」、なければ「0」というように2値に数値化したものを主成分分析とクラスター分析に投入することで類型化した(李, 2005, pp.90-93; Tajunisha & Saravanan, 2011)。主成分分析では形態素(単語)間の共起関係、つまり、同時に出現する単語の組み合わせとその度合いから、形態素同士の関連を解析する。そして、主成分分析で得た成分負荷行列にクラスター分析を施すことで、構成概念の解釈が容易になる(李, 2005, pp.90-93)。このように、TMでは形態素(単語)間の共起関係から、どの言葉が出てきたときに、どの言葉がともにあげられているかを検証することができる。

次に、質的帰納的分析では、コードからサブカテゴリーへ、そしてサブカテゴリーからさらに抽象度が高いカテゴリーと意味内容を集約していくことによって(Polit & Beck, 2004/2010, pp.582-612)、質的データ全体から共通のテーマを見出すことに主眼をおいている。つまり、TMに比べて、質的帰納的分析では研究者の知識や感性の影響を受けやすいため、語られた(もしくは記述された)言葉(単語)の共起関係が分析上重視されるか否かは研究者によって異なり、TMとは異なる事象間の関連性を表す可能性がある。このため、質的帰納的分析では【勤務条件への不満】【職務における人間関係の悩み・悪さ】【肉体的・精神的疲弊】の3カテゴリーが独立した離職要因として表されたのに対して、これらのカテゴリーはTMでは【身体的・精神的負担を与える職場環境】に統合されたと考えら

れた。そして、TMでは仕事が『つらい』なかで、『人間関係』や『休暇』が取れないなどの『職場環境』が『精神的』な負担因子になっていることを、同時に述べていることが読み取れた。このように、TMでは新人看護師が体験している離職要因となり得る事象間の共起関係が統計的に検証されるため、研究者の知識や感性が影響しやすい質的帰納的分析に比べて、関連がある2つ以上の意味内容を示す言葉（主要語）が分解されずに構成概念が構築される。これはTMによる概念化手法の強みであり、大きな特徴といえる。

また、TMでは【人命にかかわる責任の重さ】【人と比べられる叱られ方】【患者の死】【インシデントに対する先輩看護師による厳しい指導】の4クラスターが独立した離職要因として表されたのに対して、これらのクラスターは質的帰納的分析では【業務責任に対する自己の能力不足】に統合された。これは、言葉（単語）が同時に語られなかった（もしくは記述されなかった）ために、TMでは独立して抽出された概念が、質的帰納的分析では内容の類似性に沿って再構成された結果、そこから【業務責任に対する自己の能力不足】という共通テーマに統合されたものと考えられることができる。

ここで、TMによる【人命にかかわる責任の重さ】に着目すると、これをなす『かかわる』『重さ』『命』『責任感』は、主成分分析の第1主成分で.8～.9の他の主要語に比べて高い負荷量を示した。第1主成分には観察された情報が集約され、負荷量は形態素（単語）同士の関係性を示している。この性質から、【人命にかかわる責任の重さ】は、新人看護師の離職要因を考えるうえで特徴的な因子と考えることができる。たとえば、【人命にかかわる責任の重さ】は、新人看護師に対して、その責任に対する能力不足を自覚させる主要因子と考えることもできる。このように、統計学的な根拠に基づく結果の解釈が可能な点は、TMによる概念化手法の強みといえる。

しかしその一方で、質的帰納的分析による【理想と現実のギャップによる精神的葛藤】【私的問題】は、TMでは抽出できなかった。その理由として、従来指摘されている①TMが得意とする形態素解析は、複数の単語で構成されて意味をなすものまで分解する性質上、文脈のなかで解釈する（行間を読む）ことができない点、②TMでは言葉の出現頻度が低い言葉は分析できない点（藤井，2005，pp.14-28；田垣，2009）が考えられた。これらは、TMにおける最大の弱点といえる。事実、本研究では出現頻度が2回以上の主要語を分析に用いた。つまり、1名の新人看護師が用いた言葉は分析対象外であった。言い換えれば、質的帰納的分析による【理想と現実のギャップによる精神的葛藤】【私的問題】は、新人看護師の離職要因としては、

少数派の意見と考えることができる。つまり、TMではとらえることができない少数派の意見を質的帰納的分析ではとらえることができる。TMは、研究対象者が有する一般性や普遍性を重視する量的研究（大谷，2008）の要素を含む性質上、少数派の意見が落ちることは避けられない。したがって、研究対象者が有する少数派の意見を明らかにするには質的帰納的分析の方が適している。質的帰納的分析は研究対象者の個性や多様性に即した分析が行われる性質上（大谷，2008）、研究対象者が有する一般性や普遍性を重視する（つまり、量的研究の要素を含む）TMの弱点を補完できると考えられた。

以上のように、TMと質的帰納的分析はともに、新人看護師の主要離職要因をとらえることができる一方で、概念の構成法の違いから、分析結果（構成概念）に差が生じることが示された。混合分析法の重要な前提は、量的・質的アプローチを組み合わせることで、どちらか一方の研究アプローチを用いるよりも研究課題に関するよりよい理解が得られるところにある（Creswell & Plano Clark, 2010, pp.5-6）。たとえば、今回のTMと質的帰納的分析の結果を統合して、以下のようなストーリーラインを考えることができる。

「新人看護師にとって【人命にかかわる責任の重さ】は、その責任に対する自己の能力不足を自覚させる。とくに、彼らにとって【人と比べられる叱られ方】【患者の死】【インシデントに対する先輩看護師による厳しい指導】という経験は、【業務責任に対する自己の能力不足】を如実に感じさせていた。さらに、新人看護師のなかには、もともと職務継続を左右する【私的問題】【勤務条件への不満】を抱える者も存在した。そして、新人看護師はいろいろな思いを抱えながら、慣れない職場での業務や厳しい指導を通して【職務における人間関係の悩み・悪さ】【理想と現実のギャップによる精神的葛藤】に直面し、【肉体的・精神的疲弊】を余儀なくされていた」

以上のように、TMと質的帰納的分析を併用することで、相補的な解釈が実現すれば、両手法の強みを活かし、弱みを補完することができる。これにより、質的データ全体から共通のテーマを見出しながら、同時に概念間の共起関係を検証することが可能となり、より深く事象を追求することができる。しかし、大量（数多くの研究対象者数）のデータを収集した場合、質的帰納的分析は困難となるため、TM単独の活用が有効となる。この場合、TMは限界をはらみつつも、形態素（単語）間の共起関係を調べ、質的帰納的分析と同様に、研究上ターゲットになるトピックを抽出できる。その意味では、TMによる構成概念化でも新しい知見を発見することや、従来漠然と知っていることを言語化することは十分可能と考えられた。たとえ

ば、TMではデンドログラム（図3）が示すように、距離が近いクラスターをみると、【人命にかかわる責任の重さ】【身体的・精神的負担を与える職場環境】からは、過酷な労働環境の存在と、そうした労働環境に対して身体的・精神的に疲弊している様相がうかがえた。一方、【人と比べられる叱られ方】【患者の死】【インシデントに対する先輩看護師による厳しい指導】からは、患者、同期、先輩看護師という人の存在と、そうした人を通して自らの実践力のなさを感じている様相がうかがえた。とくに、新人看護師にとって、患者の死やインシデントを通して、先輩看護師から厳しく指導を受けるといった人間関係は自らの実践力のなさを浮き彫りにしていることが考えられた。そしてさらに、研究対象者数が増えれば、今回抽出できなかった少数派の意見も見出される可能性は十分あることも考えられた。

## V. 本研究の限界と今後の課題

本研究では、自由回答文をTMと質的帰納的分析の両手法を用いて分析した。そして、質的帰納的分析が十分に可能なデータ件数（研究対象者数）であれば、TMとの混合分析法が可能であり、有用な分析手法となり得ることが考えられた。しかし、質的帰納的分析は、研究者が異なれば結果の解釈が異なる可能性があるため、本研究で得られたTMと質的帰納的分析による分析結果（構成概念）の共通点と相違点が必ずしも他の研究者によって再現できるとは限らない。そして、自由回答文においては、対象者が用いた言語にもともと曖昧な性質があることに加え、対象者数が十分でないことから、TMが得意とする大量（数多くの研究対象者数）のデータ処理が可能点を活かし切れなかった。また、本研究では2つの分析手法が互いの弱みを補完しうることが考えられたが、質的帰納的分析には他にもいくつかの分析手法があり、TMにもさまざまな種類のソフトウェアが存在するため、本研究の結果の解釈は慎重に行う必要がある。ゆえに、2つの分析結果をどのように統合し再構築すべきか、という点についてはストーリーラインの考察に留まった。混合分析法による結果の導出法については、今後さらなる追及と検証が必要である。そのうえで、質的帰納的分析が不可能となる大量のデータ件数

（研究対象者数）になった場合の混合分析法の検討も望まれる。

## VI. 結 論

同じ質的データの分析であっても、TMと質的帰納的分析には得られる結果（構成概念）に共通点と相違点があった。共通点として、表現上の違いはあるが、TMと質的帰納的分析はともに、研究上ターゲットになるトピックを抽出できることが判明した。この分析結果の整合性は、互いの分析結果の妥当性を裏づける重要な指標になると考えられた。相違点として、TMでは関連がある2つ以上の意味内容を示す言葉（主要語）の共起関係が表されるのに対して、質的帰納的分析では類似した意味内容を集約しTMとは異なる事象間の関連が表される。この概念の構成法の違いから、TMと質的帰納的分析による分析結果（構成概念）に差が生じることが示された。さらに、質的帰納的分析では分析可能な出現頻度が低い言葉（つまり、少数派の意見）を、TMでは分析できない。以上から、質的帰納的分析が十分に可能なデータ件数（研究対象者数）であれば、TMと質的帰納的分析の両手法を用いてお互いの弱みを補完し、強みを生かす混合分析法は可能であり、有用な分析手法となりうるということが考えられた。しかし、両手法によって得られた結果（構成概念）をどのように統合すべきか、という課題は残された。

## 謝 辞

本研究にご協力くださいました病院ならびに新人看護師の皆さまに深く感謝申し上げます。なお、本研究は日本看護研究学会第41回学術集会において発表した。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 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

質的データにおけるテキストマイニング（TM）を併用した混合分析法の有用性を明らかにするために、新人看護師の「現在の職場を去りたいと思った理由」に関する自由回答文を定量的なTMと定性的な質的帰納的分析でおのおの解析し、共通点と相違点を検討した。調査は自記式質問紙法とし、39名の新人看護師から回答を得た。TMでは【人命にかかわる責任の重さ】など5つの構成概念が判明した。質的帰納的分析では【職務における人

間関係の悩み・悪さ】など6つの構成概念が判明した。TMと質的帰納的分析はともに新人看護師の離職要因として人間関係に関する内容をとらえるなど、研究上ターゲットになるトピックを抽出できることが判明した。両手法における概念の構成法の違いから、TMと質的帰納的分析の分析結果に差が生じることも判明した。TMと質的帰納的分析を用いて互いの弱みを補完し、強みを生かす混合分析法の有用性が示唆された。

## Abstract

This study aimed to clarify the usefulness of mixed analysis method in combination with text mining in qualitative data. Data were collected using paper-based open-ended questionnaires from 39 newly graduated nurses, who were asked about turnover factors. The data were analyzed using text mining and qualitative analysis. We examined the similarities and differences between the results of the two methods. The data were classified by text mining into five categories including "Gravity of pressure of responsibility for human life", and by qualitative analysis into six categories including "Trouble and discontent regarding human relations in the workplace". Text mining and qualitative analysis together could identify information about human relations as turnover factors among newly graduated nurses. The present findings demonstrate that both methods could be used together to extract topics of the research question. However, differences between the two methods also led to differences in results. It is suggested that the mixed analysis method can complement the weaknesses and utilize the strengths of text mining and qualitative analysis.

## 文 献

- Burns, N. and Grove, S.K. (2005/2007). 黒田裕子, 中木高夫, 小田正枝, 逸見 功 (監訳). パーンズ&グローブ 看護研究入門: 実施・評価・活用. 577-618, 東京: エンゼビア・ジャパン.
- Creswell, J.W. and Plano Clark, V.L. (2007/2010). 大谷順子 (監訳). 人間科学のための混合研究法: 質的・量的アプローチをつなぐ研究デザイン. 5-6, 京都: 北大路書房.
- Cubit, K.A. and Ryan, B. (2011). Tailoring a graduate nurse program to meet the needs of our next generation nurses. *Nurse Education Today*, 31(1), 65-71.
- Daehlen, M. (2008). Job satisfaction and job values among beginning nurses: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(12), 1789-1799.
- Duchscher, J.B. (2008). A process of becoming: The stages of new nursing graduate professional role transition. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 39(10), 441-450.
- Duchscher, J.B. (2012). From surviving to thriving: navigation the first year of professional nursing practice. 2nd ed., 13-53, Saskatoon: Nursing The Future.
- 藤井美和 (2003). 大学生のもつ「死」のイメージ: テキストマイニングによる分析. 関西学院大学社会学部紀要, 95, 145-155.
- 藤井美和 (2005). テキストマイニングと質的研究. 藤井美和, 小杉考司, 李 政元 (編), 福祉・心理・看護のテキストマイニング入門. 14-28, 東京: 中央法規出版.
- 服部兼敏, 鷺田万帆 (2008). 学際的技術としてのテキストマイニング: その意義と看護における可能性. *看護研究*, 41(3), 239-248.
- 林 俊克 (2002). Excelで学ぶテキストマイニング入門. 11-12, 東京: オーム社.
- 樋口耕一 (2014). 社会調査のための計量テキスト分析: 内容分析の継承と発展を目指して. 17-63, 京都: ナカニシヤ出版.
- 平賀愛美, 布施淳子 (2007). 就職後3ヶ月時の新人看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討. *日本看護研究学会誌*, 30(1), 97-107.
- 日和恭世 (2013). ソーシャルワーク研究におけるテキストデータ分析に関する一考察. *評論・社会科学*, 106, 141-155.
- Holloway, I. and Wheeler, S. (1996/2003). 野口美和子 (監訳). ナースのための質的研究入門. 3-9, 東京: 医学書院.
- 井部俊子, 上泉和子 (1986). 新卒看護婦のリアリティショック. *看護展望*, 11(6), 568-574.
- 稲葉光行, 抱井尚子 (2011). 質的データ分析におけるグラウンデッドなテキストマイニング・アプローチの提案: がん告知の可否をめぐるフォーカスグループでの議論の分析から. *政策科学*, 18(3), 255-276.
- 稲葉光行, 抱井尚子 (2016). 混合研究法としてのグラウンデッドなテキストマイニング・アプローチ. *看護研究*, 49(1), 25-36.
- いとうたけひこ (2013). テキストマイニングの看護研究における活用. *看護研究*, 46(5), 475-484.
- 神原裕子 (2014). 新人看護師教育に関わる看護師が認識するリフレクシオンの効果. *日本看護学教育学会誌*, 23(3), 47-58.
- 喜田昌樹 (2008). テキストマイニング入門: 経営研究での活用法. 1-41, 東京: 白桃書房.
- 厚生労働省 (2007). 看護基礎教育の充実に関する検討会報告書. <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/04/dl/s0420-13.pdf> (検索日 2017年3月19日)
- Krakik, D., Visentin, K., and van Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329.
- Kramer, M. (1974). Reality shock: why nurses leave nursing. 1-8, St. Louis: Mosby.
- McKenna, L.G. and Green, C. (2004). Experiences and learning during a graduate nurse program: an examination using a focus group approach. *Nurse Education in Practice*, 4(4), 258-263.
- 箕浦とき子 (2012). 看護技術以外・以前の「もっと根本的なもの」. 箕浦とき子, 高橋 恵 (編), 看護職としての社会人基礎力の育て方: 専門性の発揮を支える3つの能力・12の能力要素. 2-5, 東京: 日本看護協会出版会.
- 那須川哲哉, 諸橋正幸, 長野 徹 (1999). テキストマイニング: 膨大な文書データの自動分析による知識発見. *情報処理*, 40(4), 358-364.
- 日本看護協会 中央ナースセンター事業部 (2005). 2005年新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書. [https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/sm01/SM010801\\_S1701.html](https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/sm01/SM010801_S1701.html) (検索日 2017年3月19日)
- 岡村 純 (2004). 質的研究の看護学領域への展開: 社会調査方法

- 論の視点から. 沖縄県立看護大学紀要, 5, 3-15.
- 大隈 昇, 横原 東 (2004). テキスト・マイニングが目指すもの: 最近の動向, そしていま何を必要とするか. マーケティングジャーナル, 23(3), 4-17.
- 大谷 尚 (2008). 質的研究とは何か: 教育テクノロジー研究のいっそうの拡張をめざして. 教育システム情報学会誌, 25(3), 340-354.
- O'Shea, M. and Kelly, B. (2007). The lived experiences of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1534-1542.
- Polit, D.F. and Beck, C.T. (2004/2010). 近藤潤子 (監訳). 看護研究: 原理と方法 (第2版). 582-612, 東京: 医学書院.
- 李 政元 (2005). 主成分分析・クラスター分析. 藤井美和, 小杉考司, 李 政元 (編), 福祉・心理・看護のテキストマイニング入門. 90-93, 東京: 中央法規出版.
- 瀬島克之, 杉澤康晴, 大滝純司, 前沢政次 (2001). 質的研究の背景と課題: 研究手法としての妥当性をめぐって. 日本公衆衛生雑誌, 48(5), 339-343.
- 田垣正晋 (2009). 市町村障害者基本計画のニーズ調査の自由記述回答に対するKJ法とテキストマイニングの併用のあり方. 社会問題研究, 58, 71-86.
- Tajunisha, N. and Saravanan, V. (2011). An efficient method to improve the clustering performance for high dimensional data by Princial Component Analysis Modified K-means. *International Journal of Database Management Systems*, 3(1), 196-205.
- 田崎勝也 (2008). 社会科学のための文化比較の方法: 等価性とDIF分析. 14-16, 東京: ナカニシヤ出版.
- 内野恵子, 島田涼子 (2015). 本邦における新人看護師の離職についての文献研究. 心身健康科学, 11(1), 18-23.
- 山口曜子, 徳永基与子 (2014). 新人看護師の離職につながる要因とそれを防ぐ要因. 日本看護医療学会雑誌, 16(1), 51-58.

[平成28年7月1日受 付]  
[平成30年1月14日採用決定]

—原 著—

## 特別養護老人ホームの介護職からみた看護職との連携と 施設属性・看護体制・医療依存度の高い入所者の 看護職の対応状況との関連

Association between Cooperation Status among Nurses and Care Workers,  
Type of Health Facility, Nursing System, and Provided Nursing Care for High-Need Patients

佐々木 美 幸<sup>1)</sup> 星 美 鈴<sup>2)</sup> 土 肥 真 奈<sup>3)</sup> 叶 谷 由 佳<sup>3)</sup>  
Miyuki Sasaki Misuzu Hoshi Mana Doi-Kanno Yuka Kanoya

キーワード：看護職，介護職，特別養護老人ホーム，連携

Key Words：nurses, care staff, nursing homes, co-operation

### はじめに

高齢者施設入所者に求められる医療行為は多様化しており（日本老年看護学会介護施設の看護職におけるケア管理研究班，2010；全国国民健康保険診療施設協議会，2011；日本看護協会，2005），2012年の「社会福祉士及び介護福祉士法」改正により，介護職による喀痰吸引や経管栄養等の一部の医療行為が実施可能となった（厚生労働省，2013）。高橋・沼澤・叶谷（2013）によると，法改正後に，胃瘻の経腸栄養は介護老人福祉施設および介護老人保健施設で30%以上，口腔の喀痰吸引は介護老人福祉施設で約80%，介護老人保健施設で30%以上の施設の介護職が実施していること，30%の施設で介護職が行った医療行為のアクシデント・インシデントの発生があった。これらより，安全で質が保証されたケア提供が高齢者施設に求められる。Gittell, et al. (2000) は，急性期病院において看護職と他の医療従事者間の連携がよいと術後疼痛，滞在日数が減少し，ケアの質が向上することを明らかにしている。このことより，高齢者施設入所者への医療行為を含めたケアの質保証のために看護職と介護職との効果的な連携が必要と考える。

現在までに，日本の高齢者施設における看護職と介護職の連携に関する先行研究が多くなされてきた。鎌田・今磯・小西・井上（2006）は，全国高齢者ケア協会の会員対象に職場における看護と介護の連携について調査し，看護と介護の連携の現状について，「どちらかといえば問題」「問題が多い」と回答した者が，看護職では49.2%，介護

職では55.9%であったことを示した。小林・泉宗・伊藤（2010）は，山梨県内すべての介護老人保健施設と介護老人福祉施設の看護職，介護職を対象に調査を行った結果，「看護・介護それぞれの役割について理解していると思わない」と両職種とも8割以上が，「互いの意見を尊重できていない」と両職種とも7割が回答したことを明らかにしている。島田（2008）は，看護職と介護職を対象に，F病院の連携の現状について調査した結果，看護と介護の連携ができていないと回答したのは，看護師25%，准看護師32%，介護福祉士23.1%，ヘルパー51.7%，看護助手23%と職種によって差があること，連携の必要性を痛感しているのは，看護職では90%以上であったのに対し，介護職は70%台と相違があったことを示している。金原・岡田・白澤（2012）は，介護職315人を対象とし，医療的ケアが増えてきた介護老人福祉施設において介護職が「医療行為」を担うことへの「役割ストレス」を明らかにした結果，業務分担の認識相違から生じる困難感があげられたことを報告している。大山（1998）は，介護老人保健施設・介護老人福祉施設に勤務する看護職13名と社会福祉士12名を対象に調査した結果，看護と介護の連携上，問題に感じていることでは，互いの職種に対する理解不足，情報交換不足，意見統一不足が多かったことを明らかにしている。

上記より，連携上の困難があることが明らかにされている。また，看護職と介護職が協働する工夫をすることで連携が改善することを示す事例や質的研究もみられる（柴田ら，2003；二木，2010；松田，2012）。柴田ら（2003）は，介護保険施設の看護職6名と介護職6名を対象にグループ

1) 横浜市立大学大学院医学研究科看護学専攻修士課程 Department of Nursing, Graduate School of Medicine, Yokohama City University

2) 横浜市立大学附属病院 Yokohama City University Hospital

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

インタビューを行った結果、業務分担について、指示・命令型、独立・分業型は連携上、課題があるが、相互・調整型は円滑であることを示した。二木（2010）は、特別養護老人ホームにおいて看護職が、介護職との連絡・報告体制を改善し、看護職が生活援助場面に関わる工夫をする、介護職とともに事例検討会を開催する等の改善を行った結果、改善後、介護職の71.8%が以前より、相談・依頼しやすくなったこと、対応方法が明確になったと回答したことを示している。松田（2012）は、有意抽出した介護老人保健施設3施設を対象とし看護職、介護職、管理者対象に看護職と介護職の協働の実態を明確化することを目的にインタビューした結果、看護職と介護職がペアで動くと、介護職は看護職に質問がしやすく、看護職は介護職に指導ができるという内容を抽出した。

これらより、連携上の困難を解決するために、看護職のほうから働きかける体制がある、看護職と介護職と一緒に業務にあたる機会があると、連携が向上することが予測され、その結果、ケアの質が高まることが予想される。しかし、どんな体制がとれると連携が促進されるかという視点で系統的に抽出された標本で検討された研究はない。

成瀬・阪井・永田（2014）は地域の訪問看護師を対象に信頼性、妥当性を検証した日本語版relational coordination (J-RCS) 尺度を用いて主治医、居宅介護支援専門員、同僚看護師との連携状況について明らかにしているが、高齢者施設の看護職と介護職の連携について尺度を用いて把握し、効果的に連携をはかる方法について検討した研究もない。したがって本研究では、連携を促進させる看護体制や医療依存度の高い入所者の生活場面で看護職と介護職が連携することがとくに大切ではないかと考え、施設属性、看護体制、介護職からみた医療依存度の高い入所者等の看護職の対応状況等を調査し、介護職からみた看護職との連携をJ-RCS尺度で測定し、その関連を明らかにすることを目的とした。

## I. 研究目的

特別養護老人ホームにおいて施設属性、看護体制、介護職からみた医療依存度の高い入所者等の看護職の対応状況と介護職からみた看護職・介護職間の連携との関連を明らかにすることを目的とした。

## II. 概念枠組み (図1)

概念枠組みを図1に示す。

## III. 用語の定義

### (1) 特別養護老人ホーム

「老人福祉法」が定める老人福祉施設の1つであり、「介護保険法」では、施設サービスの1つである。特別養護老人ホームと介護老人福祉施設は同じ施設をさすが、本論文では、特別養護老人ホームの呼称を用いた。その他、高齢者に関する施設を総称して意味する場合は高齢者施設と称し、先行研究結果を述べる際に、介護保険上の施設サービスを対象としている場合は、介護老人福祉施設の呼称を用いている。

### (2) 連携

看護職と介護職が高齢者のQOLを高めることを目標とし、日常生活援助のなかで協力関係を継続させること、とした。

## IV. 研究方法

郵送法による無記名自記式質問紙調査を実施した。

### 1. 研究対象者

全国の特別養護老人ホーム（1,000施設）に勤務する看

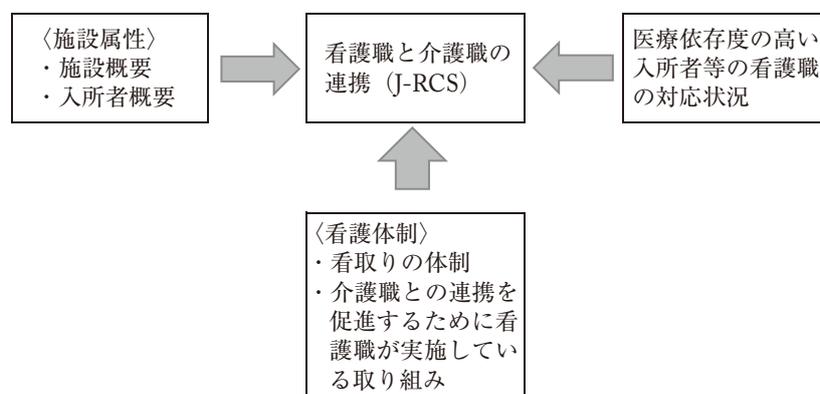


図1 概念枠組み

看護職と介護職の代表者各1名ずつ、計2,000名とした。

## 2. 調査期間

平成27年8月20日～同年9月18日。

## 3. 調査方法

福祉保健医療情報「WAMNET」より、全国の約7,000か所の特別養護老人ホームのうち日本老年看護学会介護施設の看護職におけるケア管理研究班(2010)の研究にならい、1,000施設を無作為抽出した。選定した特別養護老人ホームの施設長宛に研究調査依頼文・調査票2種と封筒(看護職代表者用と介護職代表者用)・返信用封筒を郵送し、施設長には看護職と介護職の代表者を選出してもらった。看護職、介護職にはそれぞれ無記名で回答を求め、それぞれ封筒に入れて厳封し、厳封された封筒をさらに施設ごとの返信用封筒に入れて返信を求め、回答を得た。

## 4. 調査項目

( ) 内で書かれた職種は回答を求めた職種を示す。

### (1) 施設属性(看護職)

- ・施設概要：開設年、施設、併設施設、職種人数(医師、看護職、介護職の常勤、非常勤、有資格の有無)、日中の勤務実務者数、看護職属性(性別、年代、経験年数、資格保持者)
- ・入所者概要：性別、年齢、介護度、認知症・日常生活自立度、寝たきり度

### (2) 看護体制(看護職)

介護職に対する医療知識提供を目的とした研修・勉強会等を看護職が主催して行うことが看護職と介護職の連携促進に影響することが示唆されている先行研究(鎌田ら、2006；小林ら、2010；島田、2008；二木、2010)や、連携している職種の優先順位として、看護職は介護職と連携していると答えた数が多かったことから(袖山・志田・小林・北谷、2012)、看護職と介護職の過ごす時間も長く、看護職が主体となって構築する看護体制がJ-RCS尺度に関連するのではないかと考えた。また、看取りの場面は最も介護職が不安に思う場面であること(小野・原、2011；榎田ら、2017)、特別養護老人ホームにおける看取りの阻害要因に関する研究において、介護職は阻害要因として看取りの研修がない等の施設体制について挙げていた結果(橋本・小野、2014)より介護職との連携を促進する看取り体制をとることが重要であると考え、看護職代表者に以下の項目を尋ねた。

- ・看取りの体制：看取りへの対応の有無、看取り加算算定状況、看取りに関する勉強会・研修、打ち合わせの実施状況、看護職の夜勤体制

・介護職との連携を促進するための看護職が実施している取り組み：先行研究(鎌田ら、2006；小林ら、2010；島田、2008；二木、2010)の研究結果をもとに、連携を促進すると思われる看護職が行っている取り組みを抽出し、老年看護を専門とする研究者7名で検討し13項目の調査項目を設定した。それぞれの取り組みについて「1：全く思わない」から「5：非常にそう思う」の5段階で回答を求めた。

### (3) 医療依存度の高い入所者等の看護職の対応状況(介護職)

医療依存度が高い入所者が増えると、介護職は介護職のみでケアを実施することに困難感を感じると思われる、看護職と連携することでケアが円滑に遂行できるため(全国国民健康保険診療施設協議会、2011)、介護職の役割である生活の支援という視点で医療依存度の高い入所者の生活場面で看護職がどのくらい対応しているかを尋ねた。

介護職からみて医療依存度の高い入所者に対する看護職による判断や援助が必要だと思われるケースについて、『介護現場での看護と介護の役割等に関する調査研究事業報告書』(全国国民健康保険診療施設協議会、2011)を参考に食事、更衣、排泄、入浴、整容、環境整備、内服への看護職の対応を「1：全く対応していない」から「5：非常に対応している」の5段階で回答を求めた。

### (4) 介護職と看護職との連携(介護職)

介護職からみた看護職との連携はJ-RCS尺度を用いて調査した。J-RCSは「特定の職務」を遂行する際の、職務に関連する「特定の相手」とのチームワークを評価できる自記式の尺度であり、「特定の相手」は研究者の研究意図によって設定できるようになっている(Havens, Vasey, Gittell, & Lin (2010)；成瀬ら、2014)。これは、特定の相手のコミュニケーションの良好さ4項目(①コミュニケーションの頻度、②タイミング、③正確さ、④問題解決姿勢)と仕事に関する特定の相手との関係の良好さ3項目(⑤目標共有、⑥役割認識、⑦尊重の態度)の合計7項目で構成される(成瀬ら、2014)。回答方法は5択で尋ねる。得点は、全7項目の質問の合計点を7で除した値を算出し、得点が高いほど連携がとれていることを示す(成瀬ら、2014)。得点可能範囲は1～5点である。合計点の得点可能範囲は、5～35点である。成瀬ら(2014)は、J-RCS尺度の信頼性、妥当性について検証している。使用に際しては開発者とJ-RCSを検証した研究者に許可を得た。

多職種間の連携測定尺度に関する先行研究では、山岸・青木・國江(2015)が実施した特別養護老人ホームの介護管理者と看護管理者を対象に、医師・看護師協働尺度を使って看護師と介護士の関係を明らかにした研究、杉本・

亀井（2011）が開発した高齢者施設に勤務する看護職員、介護職員、介護支援専門員等を対象とした学際的チームアプローチ実践評価尺度の信頼性妥当性を検証した研究がある。しかし、前者の医師・看護師協働尺度は、31項目と質問項目が多く、介護職に対して該当しない質問項目を除外して使用しており、尺度として一般的に使用できるための信頼性妥当性を検証した手続きをとっていないこと、後者の学際的チームアプローチ実践評価尺度は32項目と項目数が多く、チームアプローチ実践状況について自己評価を行うための尺度であり、介護職からみた看護職との連携状況を評価するには適切ではないことから、これらの尺度を本研究では用いなかった。以上より、Relational Coordination尺度は海外でも用いた研究があること、日本語版での信頼性、妥当性があり、質問項目が本研究目的と合致していること、質問項目が7項目と対象者の負担が少ないと考え、J-RCS尺度を使用した。

先行研究では、介護職より看護職のほうが主に連携がとれていると評価していると述べている（島田，2008；鎌田ら，2006；袖山ら，2012）。井上（2006）は看護と介護の連携上の課題について述べており、介護職の医療知識の不足が原因で発見が遅れ、看護職の訪問が手遅れになり、利用者に負担がかかっているケースがあるという指摘につながる、と述べている。特別養護老人ホームにおいて介護職は最も入所者の身近でケアを行い、入所者の変化を最初に把握する立場にあるため、介護職が看護職と円滑に連携できていないと評価することは看護職に相談しにくい状況となり、介護職の医療知識の不足がある場合、入所者の対応が遅れることになり、入所者のケアの質に直結する。そのため、看護職との連携場面において介護職がどのように思っているのか、介護職に尋ねることによりケアの質向上のための看護職との連携の必要性がわかるのではないかと考え、介護職にJ-RCSの「特定の相手」を看護職と設定して尋ねた。

## 5. 分析方法

統計ソフト“IBM SPSS Statistics ver. 22.0 for Windows”を用いて集計及びデータを分析した。調査した項目ごとに記述統計値を算出した。施設の職種人数については、施設あたり職種ごとに常勤と非常勤の割合で計算し、平均で示した。日中の平均勤務実務者数、看護職属性、施設入所者概要、介護職概要、を求めた。相関分析についてはSpearmanの相関係数を用い、2群の差の検定についてはt検定を用いた。なお、J-RCSを従属変数とした関連を分析する際には、極端な偏りがないことが確認できた場合に限って尺度の合計点をJ-RCSの得点として用いることが可能であるため（成瀬ら，2014）、分布の作成と正規性の検

定を行い、極端な偏りがない場合は合計得点を用いることとした。

## 6. 倫理的配慮

本研究は横浜市立大学医学研究倫理委員会から倫理審査を受け承認を得た（受付番号：A150723015）。施設長、看護職代表者および介護職代表者に対し、書面にて研究の目的や内容、研究参加は任意であることを説明した。個人情報保護については、質問用紙に無記名で回答した後、看護職代表者、介護職代表者それぞれ封筒に厳封し、厳封された封筒をさらに返信用封筒に入れて返送するように依頼した。なお、返信用封筒には氏名等、個人情報を記載しないように説明した。質問紙の返信をもって同意したとみなした。

## V. 結果

特別養護老人ホーム1,000件中、137件から回答を得、看護職のみの回答であった施設は5件あり、従属変数であるJ-RCSに欠損のみられた施設は1件あった。看護職と介護職からの回答があり、J-RCSに欠損のないものを有効回答としたところ、有効回答は131件であった（回答率13.7%、有効回答率13.1%）。

### 1. 施設属性

対象となった特別養護老人ホームの開設年数は平均 $21.0 \pm 12.8$ 年、施設定員は平均 $77.9 \pm 28.9$ 床だった。医師は常勤で雇用している施設はなく、非常勤が平均 $1.6 \pm 1.1$ 人、看護師は常勤の人数が多く平均 $2.1 \pm 1.4$ 人だった。次に、准看護師では常勤の人数が多く平均 $1.8 \pm 1.4$ 人だった。介護職（有資格）のなかでは常勤の人数が多く平均 $25.4 \pm 12.0$ 人、介護職（無資格）では常勤の人数が多く平均 $4.9 \pm 5.6$ 人だった。平成27年8月1日時点の日中の勤務実務者数を尋ねたところ、看護師実務者数は平均 $2.5 \pm 1.6$ 人だった。看護師常勤数は平均 $1.7 \pm 1.3$ 人だった。准看護師実務者数は平均 $2.2 \pm 1.5$ 人であり、准看護師常勤数は平均 $1.5 \pm 1.2$ 人だった。看護職実務者総数は平均 $4.7 \pm 2.0$ 人であり、看護職実務者総数中の看護師割合は平均 $53.6 \pm 27.4\%$ であった（表1）。

施設入所者概要では、入所者の性別では女性が多く平均 $59.5 \pm 22.7$ 人、割合は平均 $79.8 \pm 8.3\%$ だった。入所者の年齢で最も多かったのは、85歳以上で平均 $49.0 \pm 20.9$ 人、割合は平均 $66.2 \pm 14.0\%$ だった。入所者の要介護のなかで最も多かったのは要介護5であり、平均 $25.5 \pm 11.6$ 人、割合は平均 $34.9 \pm 10.5\%$ だった。入所者の認知症・日常生活自立度のなかで最も多かったのは、ランクⅢであり平均

表1 施設属性（施設概要）

(N = 131)

施設概要		n	mean	(SD)
開設年数（年）		126	21.0	(12.8)
施設定員（床）		129	77.9	(28.9)
職員概要		平均した1施設あたりの人（人）		
職種	資格別勤務形態	回答施設数	mean	(SD)
医師	医師／常勤	114	0.0	(0.1)
	医師／非常勤	116	1.6	(1.1)
看護職	看護師／常勤	128	2.1	(1.4)
	看護師／非常勤	128	0.8	(1.2)
	准看護師／常勤	128	1.8	(1.4)
	准看護師／非常勤	128	0.7	(1.1)
介護職	介護職（有資格）／常勤	94	25.4	(12.0)
	介護職（有資格）／非常勤	94	4.6	(5.2)
	介護職（無資格）／常勤	94	4.9	(5.6)
	介護職（無資格）／非常勤	94	2.4	(2.8)
日中の勤務実務者数・割合 （平成27年8月1日時点）		n	mean	(SD)
看護師実務者数（人）		125	2.5	(1.6)
看護師常勤数（人）		125	1.7	(1.3)
准看護師実務者数（人）		125	2.2	(1.5)
准看護師常勤数（人）		125	1.5	(1.2)
看護職実務者総数（人）		125	4.7	(2.0)
看護職実務者総数中の看護師割合（％）		125	53.6	(27.4)

31.5±16.9人、割合は平均42.7±16.6%だった。入所者の寝たきり度のなかで最も多いのはランクBであり、平均41.1±19.4人、割合は平均55.8±15.0%だった（表2）。

## 2. 看護体制

看取りへの対応をしているのは100件（77.5%）だった。看取りの対応をしている施設のうち、施設の1年間の看取り対応件数は平均10.2±8.6件だった。看取り加算の算定有は69件（64.5%）だった。看護職が主催する介護職対象の看取りに関する勉強会・研修を実施している施設は76件（72.4%）だった。研修を実施している施設の1年間の実施数は平均1.8±1.6回だった。看護職と介護職による看取り場面での対応に関する事前打ち合わせでは最も多かったのは、「している」76件（69.1%）で、次に「非常にしている」10件（9.1%）が多かった。看護職の夜勤体制で最も多いのは、「オンコール体制をとっている」98件（74.8%）だった（表3）。

介護職との連携を促進するための看護職が実施している取り組みの項目について、「非常にそう思う」「そう思う」を合わせた回答のなかで最も多かったのは、「看護職は介護職の意見を聞き入れ、看護方針に生かしている」108件（87.9%）、次に多かったのは「看護職は、介護職が入所者について、報告しやすく、意見を言いやすいような雰囲気をつくっている」「看護職は介護職とともに入所者のケア

の方針を話し合うため、カンファレンスを開催している」「看護職は介護職と入所者のケアについて、率直な意見交換をし、方針を共有している」が103件（83.1%）だった（表4）。

## 3. 医療依存度の高い入所者等の看護職の対応状況

介護職からみた医療依存度の高い入所者等の看護職の対応について、「やや対応している」「非常に対応している」を合わせた回答のなかで最も多かったのは、食事101件（77.0%）、次いで内服93件（71.6%）だった（表5）。

## 4. 介護職と看護職との連携および関連

J-RCS得点は、平均3.5±0.6点、合計得点は24.2±4.4点だった（表6）。成瀬ら（2014）の研究に従って、J-RCS得点の平均について得点分布と信頼性を計算したところ、歪度が-0.458と標準誤差の2倍を超えないこと、また7項目中の中で、1つの回答に70%を越える回答の偏りがなかったこと、Cronbachのα係数は.896と.8を超えたことから信頼性が高いと判断した。

J-RCS合計得点の分布図を作成し、Kolmogorov-Smirnov検定を行ったところ、 $p = .20$  ( $p > .05$ ) だったことから正規分布していると判断し、二次分析では合計得点を用いることとした。

介護職との連携を促進するための看護職が行っている取

表2 施設属性（入所者概要）

入所者概要		平均した1施設あたりの人数(人)		平均した1施設あたりの割合 <sup>†</sup> (%)		
項目	回答肢	回答施設数	mean	(SD)	mean	(SD)
性別	男	127	14.7	(6.8)	20.2	(8.3)
	女	127	59.5	(22.7)	79.8	(8.3)
年齢	65歳未満	114	0.7	(0.9)	1.4	(4.8)
	65歳～74歳	114	4.1	(3.3)	6.7	(10.1)
	75歳～84歳	114	18.5	(8.5)	25.7	(9.7)
	85歳以上	114	49.0	(20.9)	66.2	(14.0)
介護度	要介護1	121	1.9	(2.4)	2.6	(3.3)
	要介護2	121	6.1	(5.1)	8.2	(5.9)
	要介護3	121	15.5	(8.2)	20.7	(7.4)
	要介護4	121	24.7	(10.6)	33.7	(7.9)
	要介護5	121	25.5	(11.6)	34.9	(10.5)
認知症・日常生活自立度	ランクI	115	2.9	(3.3)	3.9	(4.1)
	ランクII	115	13.8	(10.4)	20.2	(14.7)
	ランクIII	115	31.5	(16.9)	42.7	(16.6)
	ランクIV	115	20.5	(16.1)	27.5	(17.6)
	ランクV	115	4.0	(7.4)	5.6	(9.7)
寝たきり度	ランクJ	113	0.7	(1.5)	1.0	(2.2)
	ランクA	113	12.0	(9.2)	17.0	(12.3)
	ランクB	113	41.1	(19.4)	55.8	(15.0)
	ランクC	113	18.6	(13.1)	26.2	(15.3)

[注] <sup>†</sup>: 1項目ごと、1施設ごとに回答肢を足した合計数を分母とし、各回答肢を分子として計算した割合の平均値。

表3 看護体制（看取りの体制）

項目	回答肢	回答施設数	(%)
看取りへの対応	している	100	(77.5)
	していない	29	(22.5)
看取りの対応をしている施設の1年間の平均対応件数 mean (SD) (n=94)		10.2	(8.6)
看取り加算	算定有	69	(64.5)
	算定なし	30	(28.0)
	今後加算導入予定	8	(7.5)
看護職が主催する介護職対象の看取りに関する勉強会・研修	実施している	76	(72.4)
	実施していない	27	(25.7)
	今後する予定	2	(1.9)
研修を実施している施設の1年間の平均実施数 mean (SD), 最小-最大 (n=73)			1.8 (1.6), 1-12
看護職と介護職による看取り場面での対応に関する事前打ち合わせ	非常にしている	10	(9.1)
	している	76	(69.1)
	どちらともいえない	10	(9.1)
	あまりしていない	6	(5.5)
看護職の夜勤体制（複数回答） N=131	夜勤に看護職が含まれる	8	(6.1)
	オンコール体制をとっている	98	(74.8)

り組みとJ-RCSとの関連をみたところ、13項目中11項目に低い正の相関があった ( $r = .18 \sim .30, p < .001 \sim .042$ )。

医療依存度の高い入所者等の看護職の対応状況とJ-RCSとの関連をみたところ、排泄 ( $r = .47, p < .001$ ), 食事 ( $r =$

$.45, p < .001$ ), 環境整備 ( $r = .40, p < .001$ ), 入浴 ( $r = .40, p < .001$ ), 更衣 ( $r = .33, p < .001$ ), 整容 ( $r = .30, p < .001$ ), 内服 ( $r = .28, p = .001$ ) に低い～中程度の正の相関がみられた (表7)。

表4 看護体制（介護職との連携を促進するための看護職が実施している取り組み）

取り組みの項目	回答施設総数	全く思わない		あまり思わない		どちらでもない		そう思う		非常にそう思う		そう思う、非常にそう思うを足した施設数	そう思う、非常にそう思うを足した人数の割合
		回答施設数	(%)	回答施設数	(%)	回答施設数	(%)	回答施設数	(%)	回答施設数	(%)		
看護職は、介護職が入所者について、報告しやすく、意見を言いやすいような雰囲気をつくっている	124	0	(0.0)	7	(5.6)	14	(11.3)	85	(68.5)	18	(14.6)	103	(83.1)
看護職は介護職の意見を聞き入れ、看護方針に活かしている	123	0	(0.0)	3	(2.4)	12	(9.7)	81	(65.9)	27	(22.0)	108	(87.9)
看護職は、介護職に対し入所者の異常の早期発見のために、介護職が役立つ医療知識や技術の向上を目的とした研修会を実施している	123	7	(5.7)	23	(18.7)	21	(17.1)	63	(51.2)	9	(7.3)	72	(58.5)
看護職は介護職の経験に応じて必要な知識を指導や研修会で提供している	124	7	(5.6)	20	(16.1)	28	(22.6)	60	(48.4)	9	(7.3)	69	(55.7)
看護職は介護職に対し、介護職が経験したことのない医療処置が必要になったときに、勉強会や研修を実施している	122	7	(5.7)	14	(11.5)	34	(27.9)	56	(45.9)	11	(9.0)	67	(54.9)
看護職は介護職とともに入所者のケアの方針を話し合うため、カンファレンスを開催している	124	4	(3.2)	6	(4.8)	11	(8.9)	65	(52.5)	38	(30.6)	103	(83.1)
看護職は介護職と入所者のケアについて、率直な意見交換をし、方針を共有している	125	1	(0.8)	8	(6.4)	13	(10.4)	79	(63.2)	24	(19.2)	103	(82.4)
看護職は1日の業務のなかで、適切に介護職と話し合う場をもっている	125	0	(0.0)	15	(12.0)	30	(24.0)	67	(53.6)	13	(10.4)	80	(64.0)
看護職は入所者に生じる困難事例について、介護職とともにタイムリーに情報共有し専門性を出し合って解決している	125	1	(0.8)	10	(8.0)	24	(19.4)	75	(60.5)	14	(11.3)	89	(71.8)
入所者の看護目標と介護目標は一致している	124	2	(1.7)	14	(11.6)	34	(28.1)	62	(51.2)	9	(7.4)	71	(58.6)
看護職、介護職、互いの役割について理解できるような、オリエンテーションや研修会を設定している	122	7	(5.7)	26	(21.3)	43	(35.3)	38	(31.1)	8	(6.6)	46	(37.7)
看護職、介護職の代表者同士がケアの質保証のために、共同して体制上の問題解決をはかっている	124	4	(3.2)	14	(11.2)	26	(21.0)	62	(50.0)	19	(14.6)	81	(64.6)
看護職は、介護職と入所者のケアについて、必要に応じて業務を分担可能な体制をとっている	124	1	(0.8)	8	(6.5)	23	(18.5)	79	(63.7)	13	(10.5)	92	(74.2)

表5 医療依存度の高い入所者等の看護職の対応状況

項目	回答施設総数	全く対応していない		ほとんど対応していない		どちらでもない		やや対応している		非常に対応している		やや対応している、非常に対応しているを足した施設数	やや対応している、非常に対応しているを足した割合
		回答施設数	(%)	回答施設数	(%)	回答施設数	(%)	回答施設数	(%)	回答施設数	(%)		
食事	130	9	(6.9)	16	(12.3)	5	(3.8)	54	(41.6)	47	(35.4)	101	(77.0)
更衣	130	17	(13.1)	45	(34.6)	24	(18.5)	30	(23.0)	14	(10.8)	44	(33.8)
排泄	130	17	(13.1)	48	(36.9)	12	(9.2)	37	(28.5)	16	(12.3)	53	(40.8)
入浴	130	41	(31.5)	30	(23.1)	10	(7.7)	32	(24.6)	17	(13.1)	49	(37.7)
整容	129	21	(16.3)	42	(32.5)	27	(20.9)	33	(25.6)	6	(4.7)	39	(30.3)
環境整備	129	22	(17.1)	43	(33.3)	31	(24.0)	24	(18.6)	9	(7.0)	33	(25.6)
内服	130	4	(3.1)	25	(19.1)	8	(6.2)	37	(28.5)	56	(43.1)	93	(71.6)

表6 J-RCSの得点分布と信頼性

	回答 施設数	mean	(SD)	得点範囲	歪度	歪度 標準誤差	尖度	Cronbachの $\alpha$ 係数
J-RCS 得点 (7で除した得点)	131	3.5	(0.6)	1.6-4.7	-0.458	0.212	0.048	.896
J-RCS 合計得点	131	24.2	(4.4)					

表7 J-RCS得点と看護体制, 医療依存度の高い入所者等の看護職の対応状況との関連

	回答施設数	mean	(SD)	
J-RCS 得点 (7で除した得点)	131	3.5	(0.6)	
J-RCS 合計得点	131	24.2	(4.4)	
介護職との連携促進のために看護職が実施している取り組み内容 <sup>†1</sup> とJ-RCS得点の関連		$r^{\dagger2}$	$p$	
看護職は, 介護職が入所者について, 報告しやすく, 意見を言いやすいような雰囲気をつくっている		.29	.001	
看護職は介護職の意見を聞き入れ, 看護方針に活かしている		.27	.002	
看護職は, 介護職に対し入所者の異常の早期発見のために, 介護職が役立つ医療知識や技術の向上を目的とした研修会を実施している		.22	.015	
看護職は介護職の経験に応じて必要な知識を指導や研修会で提供している		.18	.042	
看護職は介護職に対し, 介護職が経験したことのない医療処置が必要になったときに, 勉強会や研修を実施している		.24	.009	
看護職は介護職とともに入所者のケアの方針を話し合うため, カンファレンスを開催している		.14	.127	
看護職は介護職と入所者のケアについて, 率直な意見交換をし, 方針を共有している		.22	.016	
看護職は1日の業務のなかで, 適切に介護職と話し合う場をもっている		.24	.007	
看護職は入所者に生じる困難事例について, 介護職とともにタイムリーに情報共有し専門性を出し合って解決している		.25	.006	
入所者の看護目標と介護目標は一致している		.30	.001	
看護職, 介護職, 互いの役割について理解できるような, オリエンテーションや研修会を設定している		.26	.004	
看護職, 介護職の代表者同士がケアの質保証のために, 共同して体制上の問題解決をはかっている		.21	.019	
看護職は, 介護職と入所者のケアについて, 必要に応じて業務を分担可能な体制をとっている		.14	.119	
医療依存度の高い入所者等の看護職の対応 <sup>†3</sup> とJ-RCS得点の関連		$r^{\dagger2}$	$p$	
食事		.45	<.001	
更衣		.33	<.001	
排泄		.47	<.001	
入浴		.40	<.001	
整容		.30	<.001	
環境整備		.40	<.001	
内服		.28	.001	
入所者の要介護度		要介護5の定員に対する割合	.25 .006	
2015年8月1日の日中勤務看護職実務者総数中の看護師割合			.28 .001	
項目	J-RCS			
	回答施設数	mean	(SD)	$p^{\dagger4}$
看取りに対応しているかしていないか	あり	100	24.6 (4.4)	.046
	なし	29	22.7 (4.5)	

[注] <sup>†1</sup>: 看護職が実施している取り組みについては, 全く思わない = 1, あまり思わない = 2, どちらでもない = 3, そう思う = 4, 非常にそう思う = 5, と数字をおいた。

<sup>†2</sup>: Spearmanの順位相関係数。

<sup>†3</sup>: 医療依存度の高い入所者等の看護職の対応については, 全く対応していない = 1, ほとんど対応していない = 2, どちらでもない = 3, やや対応している = 4, 非常に対応している = 5, と数字をおいた。

<sup>†4</sup>:  $t$ 検定。

(1) 医療依存度が高くケアの密度が高い入所者に要求されるケアとJ-RCSとの関連

医療依存度が高くケアの密度が高くなると看護職と介護職の連携がさらに要求されると予想されるため, 看取りの対応の有無や最も要介護度の高い要介護5入所者割合とJ-RCSとの関連を分析した。その結果, 看取りに対応

している施設のほうが対応していない施設に比し, 有意にJ-RCSが高かった ( $p = .046$ )。また, 要介護5の定員に対する割合とJ-RCSの間に低い正の相関が認められた ( $r = .25, p = .006$ ) (表7)。

(2) 看護職中の看護師割合とJ-RCSとの関連

看護師は主体的にケアを行う役割をもち, 必要なケア遂

行のために関連する職種を巻き込み、コーディネートしていく能力があると思われるため、看護職の割合がJ-RCSに関連するのではないかと考えた。そのため、日中勤務看護職実務者総数中の看護職割合とJ-RCSの関連をみたところ、低い正の相関が認められた ( $r = .28, p = .001$ ) (表7)。

## VI. 考 察

### 1. 対象者の属性

本研究では、施設定員の平均数は77.9人、常勤の看護職(准看護師を含む)は平均3.9人、常勤介護職員は30.3人、要介護度3の割合の平均は20.7%、要介護度4の割合の平均は33.7%、要介護度5の割合の平均は34.9%と「平成26年介護サービス施設・事業所調査結果の概況」(厚生労働省, 2015a)とほぼ同じ結果であった。施設での看取りについては、日本老年看護学会介護施設の看護職におけるケア管理研究班(2010)の調査では、「施設で看取る」のは201施設中51.3%と約半数であったが、本研究では、看取りへの対応を行っているのは、104件(77.0%)であり看取りが大幅に多かった。介護報酬の看取り加算についても日本老年看護学会(2010)の調査では「加算の算定がある」のは212施設54.1%であったが、本研究では、71件(62.8%)と多かった。これは、2006年に看取り加算が新設されてから、特別養護老人ホームにおける看取りの需要増加とともに、2015年介護報酬改正により死亡日以前4日以上30日以下の期間に医師の説明と同意、多職種が共同で作成した計画書と入所者の同意を得ることの条件が追加されたものの、加算の点数が高くなったためと考える(厚生労働省, 2015)。

以上のことから、看取りについては他の調査結果より変化しているが、これは介護報酬改正の影響と考えられ、他の全国調査結果とほぼ同じ傾向であることから、本研究対象は母集団を反映していると考えられるが、看護職と介護職の連携がよく看取り率の高い施設からの回答が多かったことも否定できない。

### 2. 看護職と介護職が連携を促進するために実施している取り組みについて

本研究で、J-RCSの得点は平均3.5点であった。先行研究(成瀬ら, 2014)では、訪問看護師からみたJ-RCSについて調査されており、主治医に対し平均3.06点、居宅介護支援専門員に対し平均3.84点、同僚看護師に対し平均4.21点であることが明らかとされている。これらより、本研究結果は訪問看護師からみた主治医の得点よりは高いものの、それ以外の職種に対する得点よりは低かった。これは、島田(2008)の研究で看護職と介護職との連携ができ

ていると回答したのが看護職よりも介護職の方の割合が低かったことから、介護職から見た看護職との連携について改善の余地があるという解釈もできると考える。

介護職との連携促進のための看護職が行っている取り組み13項目中、J-RCSとの間に低い正の相関がみられたのは11項目であった。篠田(2011)は異なる専門職で構成される組織に横軸を入れる教育体制・方法・教材・リーダーをつくるのが重要と述べている。また、看護職と介護職の連携促進のために話しやすい雰囲気やお互いの意見を出し合える場づくりが重要であることが先行研究で指摘されている(鎌田ら, 2006; 袖山ら, 2012; 全国高齢者ケア協会編, 2013; 上村, 2010; 柴田ら, 2003)。本研究でも、看護職は、介護職が入所者について、「報告しやすく、意見を言いやすいような雰囲気を作っている」とJ-RCSの相関は $r = .29$ であった。柴田ら(2003)は、介護職は看護職に本音が言えないという思いであることを明らかにしていること、二木(2010)は、特別養護老人ホームで、看護職が主体となって介護職との連携体制を改善した結果、介護職が相談・依頼しやすくなったことを明らかにしていることから、看護職が意図的に連携強化の取組を行うことで、お互いの専門性を発揮できる雰囲気が促進され、連携が良好となると考えられ、今後、特別養護老人ホームに医療依存度の高い入所者が増えることも考えると、看護職がリーダーシップをとって、連携強化のための意図的な取組をしていく必要があると考える。また、 $r$ が最も高かった項目は、「入所者の看護目標と介護目標は一致している」( $r = .30$ )だった。看護職と介護職がお互いの専門性を発揮し、入所者の方針についてディスカッションされると、目指す目標も一致すると考えられ、それは円滑な連携のもと、行われていると解釈でき、入所者への質の高いケアの提供を考えると非常に重要な視点であると考えられる。しかし、「入所者の看護目標と介護目標は一致している」にそう思う、非常にそう思うと回答した看護職の割合は58.6%と6割に満たなかった。このことから特別養護老人ホームに勤務する看護職に対し、看護目標と介護目標を一致するような方針で関わる必要性について研修等で特に教育していく必要があると考える。

介護職から見た医療依存度の高い入所者等の対応において看護職が実際どの程度関わっているかとJ-RCSの関連を分析したところ、食事、排泄、環境整備、入浴、更衣、整容、内服にJ-RCSと低い～中程度の正の相関が認められた。先行研究で看護職は日常生活面で、服薬介助を担当する割合が高いことが報告されている(林ら, 2010)。本研究においても、食事や内服場面で看護職が非常に対応している、やや対応していると回答した介護職は約7割であった。これらから、医療依存度が高い入所者は嚥下機能が低

下している者が多いことが予想され、その結果、安全に食事を摂取するよう援助したり、確実な服薬投与が必要となり、看護職が対応していると看護職と介護職の連携が円滑になっていると考える。また、排泄の場面で看護職の対応とJ-RCS得点の $r$ が最も高く、.47であった。また、介護職との連携促進のための看護職が行っている取り組みとJ-RCSとの間に見られた相関係数より、医療依存度の高い入所者等の看護職の対応との相関係数のほうが強い相関を示した。このことから、医療依存度の高い入所者の日常生活場面での援助に介護職は困難感を感じていることが予想され、まず、看護職は介護職が困難感を感じているニーズに優先的に関わっていく必要があると考える。要介護度が高くなると、便秘等の医療的介入を必要とする入所者が多くなり、看護職との連携が必要となるため、看護職が対応していると連携がよいと評価されることに結びついたと考える。しかし、排泄の場面で看護職が非常に対応している、やや対応していると回答した介護職は約4割であった。このことより、看護職は入所者の排泄について日頃より介護職から情報収集をしてアセスメントし、介護職と連携しながら対応していく必要がある。

本研究結果では看取りの対応をしている施設は有意にJ-RCSが高かった。要介護5入所者割合とJ-RCSとの間に低い正の相関が認められた。看取りはいつ、どのようなときに起こるか予測が出来ず、夜間に看護職が常駐している施設は少ない上、看取りの際には、入所者の苦痛の軽減のため、点滴や喀痰吸引、酸素等医療処置を行う機会が多い。そのような環境の中、介護職にとって看取りに対する不安は大きいと考えられる。そのため、入所者へのケアの質保証のために必然的に連携が強化され、連携と相関したと考える。各施設等で介護職の看取りに対する不安軽減や介護職の知識技術の向上のために、看護職が勉強会を主催し、看取りの際の打合せ等を行う必要がある。

要介護5の介護が必要になった主な原因で多いのは、脳血管疾患（脳卒中）、認知症等であると報告されている（厚生労働省、2010）。要介護5の入所者の脳血管疾患の再発を防ぐために、内服管理、血圧管理、リハビリ等看護職による予防的援助がより重要になってくる。また、脳血管疾患により摂食、嚥下障害を引き起こすこともあり、食事の際や呼吸状態により介護職の喀痰吸引が必要になってくると考えられる。今後、介護度が高い入所者が多くなると、その際の指導や援助方法の確認等介護職と看護職の連携は益々必要になってくる。また、認知症では介護度が高くなるほど、理解力の低下や、夜間せん妄等の症状が著しいため医療的な視点を持つ看護職からの援助が必要であり、連携の必要性が高まると考えられる。したがって、要介護5入所者割合とJ-RCSに低い正の相関が見られたと考える。

看護職実務者総数中の看護師割合とJ-RCSの関連をみたところ、低い正の相関が認められた。このことから、看護師は入所者に必要なケアについてアセスメントし、介護職の役割も理解したうえで、必要な援助をしていると考えられる。これらのことより、看護師が特別養護老人ホームで多く勤務するような環境づくりも必要と考える。

## VII. 研究の限界と今後の課題

全国の特別養護老人ホーム1,000施設を抽出し、その施設に勤務する看護職と介護職の代表者各1名ずつ、計2,000名を対象に、郵送にて回答を得たが、有効回答数は131施設（13.1%）だった。本研究は回答率が1割と低く、かつ看護師の取り組みとJ-RCSの間の相関が低かったことから連携を積極的に行っている施設が多く回答した可能性がある。

今後は、調査施設を拡大し、対象のデータを多く収集し、特別養護老人ホームの看護職と介護職の連携とそれに関連する要因を明らかにしていく必要がある。今後は、効果的な連携方法を用いた研修プログラムの開発・提供など、ケアの質向上に向けて取り組んでいく必要がある。

## VIII. 結 論

ケアの質保証のために看護職と介護職の効果的な連携が必要と考え、特別養護老人ホームにおける看護職と介護職の連携について看護職と介護職の代表者各1名ずつに調査した結果、131施設から回答を得た。分析の結果、以下のことが明らかになった。

1. 介護職からみた看護職との連携の評価で、J-RCSは平均 $3.5 \pm 0.6$ だった。
2. 介護職との連携促進するための看護職が行っている取り組みの中で13項目中、J-RCSとの間に低い正の相関がみられたのは11項目だった。
3. 介護職から見た医療依存度の高い入所者等の看護職の対応では、食事、更衣、排泄、入浴、整容、環境整備、内服のすべての項目で看護職の対応の程度とJ-RCSとの間に低い～中程度の正の相関があった。
4. 入所者の要介護度5の定員に対する割合とJ-RCSとの間には低い正の相関があった（ $r = .25, p = .006$ ）。また、看取りの対応をしている施設はしていない施設に比し、有意にJ-RCSが高かった（ $p = .046$ ）。
5. 看護職実務者総数中の看護師割合とJ-RCSとの間に低い正の相関があった（ $r = .28, p = .001$ ）。

## 謝 辞

本研究を実施するにあたり、質問調査用紙に御協力頂いた全国の特別養護老人ホームの施設長様、看護職代表者様、介護職代表者様に厚く御礼申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費 JP26463455 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

特別養護老人ホームの介護職からみた看護職と介護職の連携と施設属性・看護体制・医療依存度の高い入所者の看護職の対応状況との関連を調査した。介護職からみた看護職との連携評価は、J-RCS 平均  $3.5 \pm 0.6$  だった。介護職との連携を促進するための看護職が実施している取り組みの11項目中で、J-RCS との間に低い正の相関がみられた。要介護度5の入所者割合とJ-RCS との間 ( $r = .25, p = .006$ )、看護師割合とJ-RCS との間 ( $r = .28, p = .001$ ) に相関があった。看取り対応している施設は有意にJ-RCS が高かった ( $p = .046$ )。以上より看護職が介護職と意図的に連携強化することと共に、看護師が多く勤務できる環境づくりの必要性が示唆された。

## Abstract

We examined the association between the cooperation status among nurses and care workers assessed by the care workers, type of health facility, nursing system, and provided nursing care for high-need patients. The average score of the Japanese version of the Relational Coordination Scale (J-RCS), evaluating co-operation between nurses and care staff, was  $3.5 \pm 0.6$ . The J-RCS score was positively correlated with those efforts in which nurses and care staff were more engaged with each other. There was a positive correlation between the J-RCS score and the ratio of clients receiving nursing care level 5 to all clients per facility, and between the J-RCS score and the ratio of registered nurses in nursing staff. The nursing homes that provided terminal care had significantly higher J-RCS scores than those that did not provide terminal care. We recommend that nurses increase their co-operation with care staff to improve the work environment of nursing homes for both groups.

## 文 献

- Gittell, J.H., Fairfield, K.M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., …and Zuckerman, J. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: A nine-hospital study of surgical patients. *Med Care*, 38(8), 807-819.
- 橋本美香, 小野幸子 (2014). 特別養護老人ホームにおける看取りの阻害要因: 看取りの推進に困難性を抱える施設調査. *死の臨床*, 37(1), 142-147.
- Havens, D.S., Vasey, J., Gittell, J.H., and Lin, W.T. (2010). Relational coordination among nurses and other providers: Impact on the quality of patient care. *Journal of Nursing Management*, 18(8), 926-937.
- 林 隆司, 泉谷利彦, 縄井清志, 星 虎男, 澤田和彦, 杉野一行, 椎名清和, 丸井明美, 佐々木美樹, 宮崎 泰 (2010). 介護老人保健施設における専門職の役割—リハビリテーション職・看護師・介護福祉士・ソーシャルワーカーの連携の視点から—. *医療保健学研究*, 1, 41-54.
- 井上千津子 (2006). 看護と介護の連携. *老年社会科学*, 28(1), 29-34.
- 鎌田ケイ子, 今磯純子, 小西美智子, 井上千津子 (2006). 看護と介護の連携に関する調査結果. *老人ケア研究*, 24, 1-17.
- 金原京子, 岡田進一, 白澤政和 (2012). 介護老人福祉施設の介護職が感じる看護職との連携における「役割ストレス」の構造. *介護福祉学*, 19(1), 42-50.
- 小林たつ子, 泉宗美恵, 伊藤健次 (2010). 看護職と介護職の連携に関する調査報告書—結果の概要と考察. *コミュニテケア*, 12(9), 53-59.
- 厚生労働省 (2011). 平成22年国民生活基礎調査の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa10/> (検索日 2015年12月2日)
- 厚生労働省 (2013). 介護職員等による喀痰吸引等の実施のための制度について. [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/1-1-1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/tannokyuuin/dl/1-1-1.pdf) (検索日 2015年5月27日)
- 厚生労働省 (2015a). 平成26年介護サービス施設・事業所調査結果の概況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service14/> (検索日 2015年12月24日)
- 厚生労働省 (2015b). 平成27年度介護報酬改定について. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000080101.html> (検索日 2015年12月27日)
- 松田直正 (2012). 介護老人保健施設における看護職と介護職の協働に関する研究—協働の類型に焦点をあてて—. *日本看護学会論文集: 看護管理*, 42, 541-544.
- 成瀬 昂, 阪井万裕, 永田智子 (2014). Relational coordination 尺度 日本語版の信頼性・妥当性の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 61(9), 565-573.
- 日本看護協会 (2005). 2004年介護保険事業所における看護実態

- 調査, 日本看護協会調査研究報告, No.74. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/seisaku/pdf/74.pdf>
- 日本老年看護学会介護施設の看護職におけるケア管理研究班 (2010). 介護施設の看護職におけるケア管理に関する調査研究事業報告書.
- 二木はま子 (2010). 特別養護老人ホームにおける介護職との連携・協働を円滑にする看護職の認識と行動. 飯田女子短期大学紀要, 27, 41-45.
- 小野光美, 原 翔子 (2011). 介護老人保健施設における看取りケアに携わる介護職者の体験. 鳥根大学医学部紀要, 34, 7-15.
- 大山晶子 (1998). 看護と介護の専門性と連携—看護職と介護職の思考過程の違いから考える—. 神奈川県立教育大学校看護教育研究集録, 23, 48-55.
- 柴田 (田上) 明日香, 西田真寿美, 浅井さおり, 沼本教子, 原 祥子, 中根 薫 (2003). 高齢者の介護施設における看護職, 介護職の連携, 協働に関する認識. 老年看護学, 7(2), 116-126.
- 島田久代 (2008). F病院における看護と介護の連携の実態における考察: アンケート調査による意識調査の結果を踏まえて. 松本短期大学研究紀要, 17, 129-144.
- 篠田道子 (2011). 多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル. 東京: 医学書院.
- 袖山悦子, 志田久美子, 小林由美子, 北谷幸寛 (2012). 高齢者ケアを実践している専門職の専門性・弱点に関する認識と多職種連携. 新潟医療福祉学会誌, 12(2), 41-47.
- 杉本知子, 亀井智子 (2011). 高齢者ケア施設における学術的チームアプローチ実践評価と尺度の開発—信頼性・妥当性の検討—. 日本看護科学会誌, 31(4), 14-23.
- 高橋直美, 沼澤さとみ, 叶谷由佳 (2013). 介護保険施設で行われる医療行為の現状と介護職が医療行為を行う上での課題. フランスベッド・メディカルホームケア研究・助成財団研究助成・事業助成報告書, 23, 325-336.
- 樋田小百合, 弥宜佐統美, 小木曾加奈子, 渡邊美幸, 佐藤野八千子, 角谷あゆみ (2017). 特別養護老人ホームで働くケア実践者の看取りケアに対する不安の実態. 教育医学, 62(3), 385-391.
- 上村聡子 (2010). 特別養護老人ホームの看護職と介護職の連携を阻害する要因: 終末期ケアにかかわる看護職と介護職のズレを中心に. 甲南女子大学研究紀要: 看護学・リハビリテーション学編, 4, 145-152.
- 山岸まなほ, 青木雅子, 國江慶子 (2015). 病院の医師・看護師間と特別養護老人ホームの看護師・介護職間の協働: 関東地方4都県の質問紙調査より. 武蔵野大学看護学研究所紀要, 9, 29-36.
- 全国国民健康保険診療施設協議会 (2011). 平成22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: 介護現場での看護と介護の役割等に関する調査研究事業報告書.
- 全国高齢者ケア協会 (2008). 介護と看護の連携のためのマニュアル: 新たな高齢者ケアの創造に向けて (改訂版). 東京: 高齢者ケア出版.

〔平成28年12月16日受 付〕  
〔平成30年2月9日採用決定〕

—原 著—

### 3 か月以内に再入院した統合失調症患者に対する地域定着に向けた 中堅・熟練病院看護師の支援プロセス

The Process of the Support by the Proficient and Expert Hospital Nurses for the Community Settlement of  
the Discharged Schizophrenia Patients Who Were Readmitted within Three Months

牧 茂 義<sup>1)</sup> 永 井 邦 芳<sup>2)</sup> 安 藤 詳 子<sup>3)</sup>  
Shigeyoshi Maki Kuniyoshi Nagai Shoko Ando

キーワード：地域定着，再入院，統合失調症，病院看護，地域移行

Key Words：community settlement, readmission, schizophrenia, hospital nursing, community transition

#### はじめに

厚生労働省精神保健福祉対策本部（2004）は精神保健福祉改革ビジョン「入院治療から地域生活中心へ」を発表し，精神病床の平均在院日数は，1994年468日（厚生省大臣官房統計情報部，1996）から2014年281日（厚生労働省大臣官房統計情報部，2014）と20年間に187日短縮している。しかし，精神科病院を退院後に再入院し，その後入退院を繰り返す場合があり，地域に定着できず地域生活から遠ざかる危険性が指摘されている（田井ら，2010）。

入退院の繰り返しは，患者の回復遅延，障害の固定化，家族関係の破綻，就業の困難などを招くともいわれている（遠田・中西・杉角・北村，2014）。再入院患者に対する地域定着に向けた看護ケアの実態を調査した研究によれば，地域資源との連携やサポートネットワークへの介入が行われていないこと（宇佐美・岡田，2003）や，退院後の安心できる居場所探しと社会資源活用の準備，症状管理，セルフケアの獲得の支援はなされているが，入院の仕方，地域での生活の仕方，患者の疾患，再入院の理由などを理解した個別的な看護ケアは十分に展開されていない現状（宇佐美・中山・野末・藤井・大井，2014）が明らかにされている。長期入院統合失調症患者の退院支援に関する熟練看護師の看護実践のプロセスに関する研究（香川・名越・栗納・松岡・南，2013）では，患者をとらえ直すことで患者の退院可能性を見出し，心の奥底にある退院への希望を引き出し，1対1のかかわりから自信をもたせることで退院に向けた自己効力感を高める看護実践を行っていることが明らかにされている。

以上のように，再入院患者に提供される看護実践の実態

は報告されているが，看護実践が具体的に提供されるプロセスを明らかにした研究は，長期入院統合失調症患者への退院支援に関するものにとどまっている。地域生活を継続することが困難な統合失調症患者の地域移行・地域定着を考えるにあたり，患者が再入院した時点から退院するまでに提供される具体的な支援のプロセスを明らかにする必要がある。しかし，統合失調症患者に提供される支援を，再入院した時点から退院するまでの一連のプロセスとして，明らかにした研究は見当たらない。本研究においては，統合失調症患者の再入院から地域定着に向けた病院看護師の支援のプロセスを明らかにすることを目的とする。

## I. 研究方法

### 1. 調査対象者

対象施設は，精神保健福祉施策である地域定着に向けた支援を行っている公立精神科病院のうち，協力を得られた2施設である。対象施設に勤務する精神科病棟勤務経験年数5年以上で，かつ看護部長に中堅または熟練であると推薦を受けた看護師を調査対象者とした。精神科病棟経験年数を5年以上としたのは，Benner（2001/2005）によれば，中堅レベルの実践は通常，類似の科の患者を約3～5年ほどケアしてきた看護師にみられる（p.26）といわれており，Cutcliffe（1997）は経験年数5年以上の看護師を熟練と定義していることによる。

### 2. 調査方法

2015年6月～9月，各病院内のプライバシーの守られる静かな個室で半構造化面接を以下の手順で実施した。面接

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

2) 豊橋創造大学保健医療学部看護学科 Toyohashi Sozo University School of Health Sciences Department of Nursing

3) 名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻基礎・臨床看護学講座

Fundamental and Clinical Nursing, Department of Nursing, Nagoya University Graduate School of Medicine (Health Sciences)

内容をICレコーダに録音し、逐語録に起こしてデータとした。

- ①面接調査に先立ち、調査対象者に統合失調症患者を想起し（以下、想起した患者）事例概要シートに情報を記入するように依頼した。想起する患者の条件は、精神科病院へ3か月以内に再入院し、入院治療を受けた後に3か月を超えて地域生活できた患者で、精神遅滞・脳器質性疾患・薬物依存・アルコール依存・認知症の合併はない者とした。地域生活の期間について3か月を指標としたのは、入院中の看護ケアの効果を明らかにするためには退院後の短期的な指標の採用が現実的である、としたうえで退院後3か月を指標とした研究（宇佐美・岡田，2003）を参考にした。記入する情報は、想起した患者について、性別・再入院時の年齢・再入院の時期・再入院を退院後の地域での生活期間・家族構成・再入院を退院後に利用した社会資源、調査対象者について、性別・年齢・精神科病棟勤務経験年数である。
- ②面接調査は、看護部長がとくに推薦する精神科での経験豊富な熟練看護師に対して、最初に実施した。分析を同時に進めながら、対象看護師の勤務病院・性別・年齢・精神科病棟勤務経験年数・対象看護師の予定を考慮して、面接調査を行う対象看護師の順番を決めた。
- ③面接調査では、インタビューガイドをもとに、想起した患者の再入院中における、患者の病気や生活に関するとらえ方・家族との関係・看護問題とその理由・看護師が行った介入とその理由・介入の結果・想起した患者が退院後に利用した社会資源に関する調査対象者のとらえ方と判断を聞いた。
- ④面接と分析を同時進行する過程で、不足している情報や重点的に聴く項目を追加し、インタビューガイドを修正しながら調査を進めた。

### 3. 分析方法

Grounded Theory Approach（戈木，2013）を参考に、以下の手順で質的帰納的に分析した。なお、一連の分析はデータ収集と同時進行で行うとともに、データ同士を継続的に比較した。

- ①データを意味ごとに切片化し、各切片データのプロパティとディメンションを抽出し、データに即すラベル名をつけた。
- ②ラベルを類似グループに分け、特徴を端的に表すサブカテゴリー名を命名した。分類の際、看護師が支援を決定するプロセスをとらえるのに有用なTanner（2006）の臨床判断に関する4段階の枠組みを参考にした。その枠組みにより、看護師が支援を行う前に活用する情報を「気づき：Noticing」、支援前の看護師の認識や思考を「解釈：

Interpreting」、支援内容を「反応：Responding」、支援後の患者の様子をふまえた認識や思考を「省察：Reflection」ととらえた。ただし、枠組みに当てはめることがないよう、データには従順に分析を進めた。

- ③サブカテゴリーをプロパティとディメンションを用いて関連を検討しながら、パラダイム（状況・行為／相互行為・帰結）を用いて、その因果関係および順序性を検討し、各事例で関連図を描いた。
- ④関連図を重ねて、プロパティとディメンションで関連を検討しながら、類似のサブカテゴリーを集めてカテゴリーを作成し、カテゴリー名を命名した。
- ⑤カテゴリーを複数の現象に分類するとともに、各カテゴリー同士をプロパティとディメンションで関係づけ、各現象の構造とプロセスを見出し、現象ごとにカテゴリー関連図を描いた。
- ⑥現象に含まれるカテゴリーを包括的に表す現象名を命名するとともに、プロパティとディメンションで現象同士を関係づけるとともに、カテゴリー関連統合図を描いた。
- ⑦17名を研究対象者として面接調査を行ったが、16人目と17人目の分析において、新たなカテゴリーは生成されなかったため、17名でデータ収集と分析を終了した。
- ⑧各調査対象者に解釈の大ききずれがないか、再度面接して確認し、意見を得て修正を加えた。

分析の信頼性と妥当性の確保に努めるにあたり、複数の質的研究の経験がある研究者で協議した。③で用いたパラダイムは、各事例により流動的であるため、カテゴリー関連統合図には明記していない。

### 4. 倫理的配慮

各病院長および看護部長に、研究協力の承諾を得て研究を実施した。看護部長には研究協力には強制力が働かない工夫と、研究に協力しなくても不利益が生じない配慮をするよう口頭と書面で依頼をした。調査対象者の研究協力の意思是、調査対象者が郵送で書面を返信することで確認した。面接調査実施直前に書面と口頭で、研究の趣旨と方法・プライバシーの保護・個人情報の保護・研究により生じる利益と不利益・不利益に対する配慮・研究は自由参加であること・途中中断の保証・研究に協力しないことによる不利益は生じないことを説明し、同意書を取得した。なお、本研究は名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会の承認（承認番号：14-141）を得て実施した。

## II. 結果

### 1. 対象看護師の背景

対象看護師17名（表1）の年齢は20～50歳代で、男性11

表1 調査対象看護師と調査時に想起した患者の背景

(n=17)

調査対象看護師					想起した患者						
性別	年齢 (歳代)	経験 年数 <sup>†1</sup> (年)	勤務 病院		性別	年齢 <sup>†2</sup> (歳代)	再入院の時期 <sup>†3</sup> (年・月前)	地域生活継続 期間 (年・月)	退院後の生活先	家族構成	
A	男	50	α	a	男	40	10年	5年	家族と同居	母, 弟	
B	男	20	α	b	男	30	6月 <sup>†5</sup>	6月	グループホーム	単身(家族と絶縁)	
C	女	40	α	c	男	30	1年8月	8月	家族と同居	父, 母	
D	男	30	α	d	男	20	3年11月	6月以上	家族と同居	父, 母	
E	男	30	β	e	男	30	6月	3月	家族と同居	父, 母, 兄	
F	女	50	β	f	女	40	2年	1年	独居(アパート)	息子と疎遠	
G <sup>†4</sup>	男	40	β	g	男	60	3年	1年3月	グループホーム	単身(家族と絶縁)	
H	女	40	β	h	女	60	2年	1年	グループホーム	単身(家族は高齢)	
I	女	20	α	i	男	40	3年8月	3年	家族と同居	父, 母	
J	男	40	α	j	男	20	1年4月	1年	家族と同居	父, 母, 姉, 他	
K	男	40	β	k	男	30	1年2月	10月	家族と同居	父, 母, 弟	
L	女	40	β	l	男	50	22年	3年	施設	単身(姉と疎遠)	
M	男	40	β	m	男	20	5年	2年	家族と同居	父, 母	
N	男	40	β	n	男	30	5年	2年	家族と同居	父, 母	
O	男	40	β	o	男	50	2年2月	2年	独居(持ち家)	家族と死別	
P	女	40	β	p	男	60	2年	1年5月	グループホーム	単身(弟は遠方)	
Q	男	40	β	q	男	40	1年3月	1年	独居(アパート)	母は遠方	

[注] <sup>†1</sup>: 精神科病棟経験年数。<sup>†2</sup>: 再入院時の年齢(歳代)。<sup>†3</sup>: 調査時点から何年何か月前に患者が退院後3か月以内の再入院をしたかを表す。<sup>†4</sup>: 認定看護師。<sup>†5</sup>: 6か月3週間。

名・女性6名, 精神科病棟勤務経験年数は平均13.6 (SD = 7.2, 5~30)年, 認定看護師が1名含まれていた。面接時間は平均56(44~73)分で, 分析結果の確認は対象看護師2名が断り, 承諾した15名に実施した。面接調査は表1におけるアルファベット順に行った。

## 2. 対象看護師が調査時に想起した患者の背景

想起した患者17名(表1)は, 男性15名・女性2名, 再入院時の年齢は20~60歳代で, 対象看護師が語った支援が行われた入院を退院した後の地域生活継続期間は平均1年6か月であった。退院後の生活先は, 家族と同居9名, グループホーム・施設5名, 独居3名で, 対象看護師が語った支援が行われた入院を退院した後に患者が利用した社会資源は, 訪問看護5名, デイケア4名, 作業所2名で, 生活保護受給は1名のみ確認された。退院後に社会資源を利用しなかったのは, C・J・Nの3名の看護師が語った事例で, いずれも退院後には家族と同居していた。

## 3. 再入院から地域定着に向けた病院看護師の支援のプロセス

統合失調症患者の再入院から地域定着に向けた病院看護師の支援のプロセスに関して5現象38カテゴリーを抽出

し, 病院看護師の支援のプロセスを描いたカテゴリー関連統合図(図1)を作成した。以下に5現象について, カテゴリー〈 〉, プロパティ“ ”, デイメンション《 》, 対象看護師の語り「 」を順に示す。

### a. 現象1: 患者の理解者としての課題抽出と退院後の生活のイメージ

統合失調症患者が再入院した際, 看護師は, 患者の“性格”“発達課題”“病状”“対人関係の傾向”“物事のとらえ方”をとらえ, 〈1-1統合失調症の特性をふまえた患者の人となりをつかみ, 全体像を描く〉きながら, 〈1-2患者の思いを慮り, 患者の理解者となる〉よう接していた。看護師が患者の全体像を描くなかで, “患者との関係形成の困難”が《有》の場合, 〈1-3看護師が自分一人では患者の課題をつかむことができない状況をとらえ(る)〉ていた。このとき, 看護師の視点は患者のみでなく, スタッフにも向いていた。看護師は, 〈1-4退院支援に向け, 日ごろからスタッフ間の助け合いを意識(する)〉し, 〈1-5患者が話しやすい看護師を通して, スタッフ間で情報を共有する〉ことで, 患者の理解に努めていた。看護師は〈1-6日常的にかかわる看護師として, 患者が困ることを普段から把握しておく〉という姿勢で患者とかわることが, 〈1-7印象的な出来事や気にかかる生活状

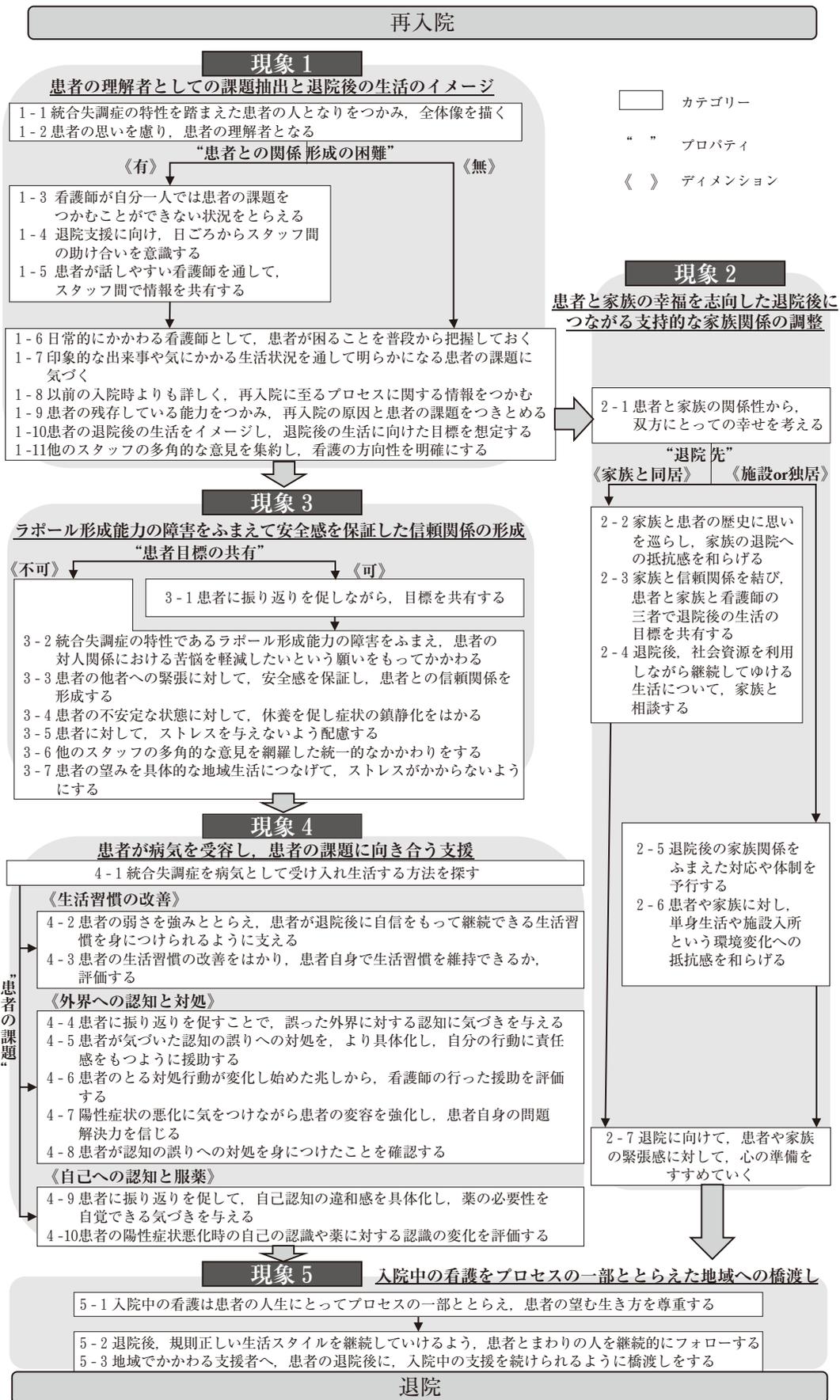


図1 3か月以内に再入院した統合失調症患者に対する地域定着に向けた中堅・熟練病院看護師の支援プロセスに関するカテゴリー関連統合図

況を通して明らかになる患者の課題に気づく) ことにつながっていた。看護師は気づいた課題をもとに、〈1-8以前の入院時よりも詳しく、再入院に至るプロセスに関する情報をつかむ) ことで、〈1-9患者の残存している能力をつかみ、再入院の原因と患者の課題をつきとめ(る)) していた。そして、看護師は〈1-10患者の退院後の生活をイメージし、退院後の生活に向けた目標を想定する) ことで、行うべき支援を考えていた。カテゴリ-1-10に関して、B看護師は「(退院したときの日常生活を) 想像できない看護師さんは退院支援はできない。(中略) 看護師が退院後の生活をいかにイメージするか。それが日常生活のケアに、生きてくる」と語った。看護師は再入院の原因が短期的な支援で解決できるものか、そうでないかを判断し、短期的に解決できる場合には、原因が解決した生活をイメージし、短期的には解決できない場合に関しては、直接的な原因解決ではなく、対処法を工夫して、その生活をイメージしていた。A看護師は、生活リズムが崩れることで症状が悪化し再入院した患者について語り、生活リズムが整った生活をイメージしていた。一方B看護師は、集団行動が苦手なことからそこでつまずき、症状が悪化した患者について語り、集団活動の少ないグループホームでの生活をイメージしていた。想定した目標を基に、〈1-11他のスタッフの多角的な意見を集約し、看護の方向性を明確に(する)) していた。

#### b. 現象2：患者と家族の幸福を志向した退院後につながる支持的な家族関係の調整

看護師は、〈2-1患者と家族の関係性から、双方にとっての幸せを考える) ことで、患者の退院先を想定していた。カテゴリ-2-1に関して、J看護師は「家族がいなくなったら、単身(生活)で失敗して、もしかしたら、病院の人になっちゃう。(中略) 会話とか(聞いていると)、たぶん、そのほう(家族といたほう)が、均衡がとれて幸せなんじゃないかな」と、患者が退院後、家族と離れる場合と家族と同居する場合をイメージし、どちらが患者と家族にとって幸せかを考えていた。

退院後、“家族と同居”する場合、看護師は、〈2-2家族と患者の歴史に思いを巡らし、家族の退院への抵抗感を和らげ(る))、〈2-3家族と信頼関係を結び、患者と家族と看護師の三者で退院後の生活の目標を共有(する)) して、〈2-4退院後、社会資源を利用しながら継続してゆける生活について、家族と相談(する)) していた。カテゴリ-2-4に関して、A看護師は退院後に訪問看護を利用しながら生活する患者について、昼型の生活を維持していくために患者の母に協力を求めた場面を「お母さんにも、朝起きてこなかったら、声かけてもらって起こしてあげてください。(中略) 昼型の生活を目指しましょうと言って、お

母さんにも本人と同じように話したね」と、語った。

退院先が“施設”や“独居”の場合、看護師は〈2-5退院後の家族関係をふまえた対応や体制を予行(する)) して、退院が近づくと、〈2-6患者や家族に対し、単身生活や施設入所という環境変化への抵抗感を和らげ(る)) していた。そして、いずれの場合も退院に関するケア会議などを通し、看護師は〈2-7退院に向けて、患者や家族の緊張感に対して、心の準備を進めてい(く)) た。

#### c. 現象3：ラポール形成能力の障害をふまえて安全感を保証した信頼関係の形成

看護師は〈3-1患者に振り返りを促しながら、目標を共有(する)) していた。“患者目標の共有”が《不可》の場合も、看護師は〈3-2統合失調症の特性であるラポール形成能力の障害をふまえ、患者の対人関係における苦悩を軽減したいという願いをもってかかわ(る)) して、〈3-3患者の他者への緊張に対して、安全感を保障し、患者との信頼関係を形成する) ことをより重要ととらえていた。とくに、退院後に社会資源を利用しなかったC・J・N看護師が語った患者は、支援者に対する不信感が強く、信頼関係を形成することに看護師は重点をおいていた。C看護師は、不信感の強い患者に対して、カンファレンスで患者の情報を共有しながら、安全感を保証した信頼関係を看護チームとして形成したことについて語った。そして、統合失調症の陽性症状が活発な患者を前にし、看護師は〈3-4患者の不安定な状態に対して、休養を促し症状の鎮静化をはか(る)) っていた。カテゴリ-3-4に関して、H看護師が「早めに休ませるとか休養をよくとらせて、まず症状を抑えてから、落ち着きを取り戻してからじゃないと、この人耳に入らないのもわかっているんで、症状をまずよくする」と語った。看護師は鎮静化をはかりながら、〈3-5患者に対して、ストレスを与えないよう配慮(する)) していた。おおむね休養がとれたところで、看護師は他のスタッフと意見を交わし〈3-6他のスタッフの多角的な意見を網羅した統一的なかかわりを(する)) して、〈3-7患者の望みを具体的な地域生活につなげて、ストレスがかからないように(する)) していた。

#### d. 現象4：患者が病気を受容し、患者の課題に向き合う支援

看護師は〈4-1統合失調症を病気として受け入れ生活する方法を探す) 姿勢をもち、患者が3課題《生活習慣の改善》《外界への認知と対処》《自己への認知と服薬》に向き合うように支援していた。

“患者の課題”が昼夜逆転の生活といった《生活習慣の改善》にある場合、〈4-2患者の弱さを強みととらえ、患者が退院後に自信をもって継続できる生活習慣を身につけられるように支え(る)) して、〈4-3患者の生活習慣の改善

をはかり、患者自身で生活習慣を維持できるか、評価（する）していた。

カテゴリー4-2に関して、A看護師は、患者の同じことを続ける強迫性を弱さでなく強みととらえ、規則正しく生活できたらチェックをつける表を作成し、患者が退院後にもチェックを継続できるよう入院時から支援した。患者をほめてチェック継続の強化もしていた。「強迫的なところがあるから。(中略) ますい部分ではあるんだけど、ちょっと視点を変えてあげれば、それを継続できるから、結構強みになる。チェック表は説明してしようねという感じで。(中略) 朝起きたら、(チェック表を)つけて。(中略) 入院中に修正して。それをほめて、続けさせるってこと」

カテゴリー4-3に関し、A看護師は生活習慣に関するチェック表を用いることで、患者が昼型の生活習慣を継続していけるかを評価していた。「チェック表がしっかり自分でされてたら、うまくいってるなって。(中略) できてるから(患者がチェック表を)見てほしいっていう。そうなったときはうまくいってるなって思ったね」

“患者の課題”が、他者の目が気になり自分を脅かそうとしていこうと考えると、威圧するような《外界への認知と対処》にある場合、患者の病識は乏しく、病気であることを認められない・認めたくないという気持ちが強かった。そこで看護師は、〈4-4患者に振り返りを促すことで、誤った外界に対する認知に気づきを与え(る)〉ていた。カテゴリー4-4に関して、D看護師は「(患者は)身体が自分よりでかい人に向かって殴りかかろうとしたりとか(中略)、(考えが)敵か味方かみたいな感じで、極端だったので、(中略)なんで敵かって思う(かと、話をすすめる)と、自分が気になるから、っていうところがあったので、そこは敵じゃなくて、自分が気になる人っていうふう(に話をして)」と語った。そして、看護師は〈4-5患者が気づいた認知の誤りへの対処を、より具体化し、自分の行動に責任感をもつように援助(する)〉し、〈4-6患者のとする対処行動が変化し始めた兆しから、看護師の行った援助を評価(する)〉していた。そこで看護師は、患者が「病気である」ことをすぐに直面化させるのではなく、患者の病気であることを認めたくない・認められない気持ちを大切にしながら、患者のもつ違和感へのより有効な対処を話し合っていた。患者の対処方法の変更による不安に対し、看護師は患者を見守ったり、寄り添ったりして支え、〈4-7陽性症状の悪化に気をつけながら患者の変容を強化し、患者自身の問題解決力を信じ(る)〉ながら、〈4-8患者が認知の誤りへの対処を身につけたことを確認(する)〉していた。

“患者の課題”が病識の不確かさからくる服薬の不安定さといった《自己への認知と服薬》にある場合、患者は自分が感じている違和感が、統合失調症によるものだと多か

れ少なかれ感じていたり、認めているが、有効な症状マネジメントの習得には至っていなかった。そこで看護師は患者の《症状悪化時の状況》に対して、〈4-9患者に振り返りを促して、自己認知の違和感を具体化し、薬の必要性を自覚できる気づきを与える〉ことで、病識と服薬の必要性の話につなげていた。看護師は〈4-10患者の陽性症状悪化時の自己の認識や薬に対する認識の変化を評価(する)〉していた。

#### e. 現象5：入院中の看護をプロセスの一部ととらえた地域への橋渡し

看護師は入院中の看護で患者の課題がすべて達成されたとは考えず、〈5-1入院中の看護は患者の人生にとってプロセスの一部ととらえ、患者の望む生き方を尊重(する)〉していた。カテゴリー5-1に関する看護師の語りとして、K看護師の「要は私自身が、一看護師が、これですべて完結できるとはとらえてなくて」があげられる。また看護師は〈5-2退院後、規則正しい生活スタイルを継続していけるよう、患者とまわりの人を継続的にフォローする〉を“退院前後”に行っていた。カテゴリー5-2に関して、G看護師は「病棟のような過ごし方とか、かかわり方を施設職員に話してましたね。(中略)施設職員が不安に思ったことを紙に書いて、(中略)訪問看護にて僕がフォローしてっていうのをやりましたね」と語った。看護師は継続的なフォローをするとともに〈5-3地域でかかわる支援者へ、患者の退院後に、入院中の支援を続けられるように橋渡しをする〉ことも行っていた。

### Ⅲ. 考 察

本調査の対象看護師は40歳代が多く、精神科病棟勤務経験は平均13.6年と熟練した看護師層である。そして、統合失調症患者の再入院から地域定着に向けた病院看護師の支援のプロセスは、患者の課題抽出と退院後の生活のイメージ、退院後につながる支持的な家族関係の調整、ラポール形成能力の障害をふまえた信頼関係の形成、病気を受容し患者の課題に向き合う支援、地域への橋渡しの5現象から構成されることが明確になった。本研究は、統合失調症患者が再入院した時点から、退院後に受ける支援につながるまでの、病院看護師による一連の支援プロセスを具体的に示した。

#### 1. 退院後の患者の生活のイメージをもとにした支援目標の想定

本研究において、看護師は再入院した統合失調症患者の以前の入院時よりも詳しく患者の情報を収集し、全体像を描き、退院後の生活をイメージしたうえで目標を想定して

いることが明らかになった。退院後の生活のイメージは、再入院の原因が短期的な支援で解決できるものか否かに基づいて、形成されていた。

宇佐美ら（2014）は、再入院した患者の支援に関して、地域生活の仕方、疾患、再入院の理由を理解した看護ケアが十分に行われていない、と指摘している。しかし、本調査対象者は、患者の地域定着に向けた支援のプロセスにおいて、退院後の地域生活をイメージした支援・統合失調症の特性をふまえて支援をしていることが明らかになった。調査対象看護師に、3か月を超えて地域生活できた患者に対する支援という成功事例に限定した面接調査を行ったため、本研究の結果が得られたと考える。

本研究の結果から、看護師は患者が再入院した時点で、以前の入院時よりも詳しく患者の情報を収集し、患者の退院後の生活のイメージを再構築していることが明らかになった。退院後の生活のイメージを再構築することの必要性を述べた研究は他になく、この点が再入院した患者に対する支援において、重要であると考えられる。Bandura（1993）は、多くの人間の行動は目標をもった予測によって制御される、と述べている。患者の退院後の生活イメージは、地域定着に向けた支援の目標を形づくり、支援の駆動力になると考える。病院看護師には、患者の退院後の生活のイメージを再構築するための知識や、イメージを再構築することが重要であるととらえる認識が必要になる。また、退院後の生活をイメージする際には、再入院の原因が短期的な支援で解決できるかを判断したり、短期的には解決できない再入院の原因に対しては、患者はどのようにすれば原因を回避しながら生活してゆけるかを吟味することが重要である。

## 2. 退院後につながる支持的な家族関係の調整による患者と家族のストレス緩和

看護師は患者の退院後の家庭環境をイメージしたうえで、患者と家族の双方の幸せを考え、退院後の家族関係をふまえた対応や体制を予行するとともに、家族に退院後の生活に関する協力を求めることで、退院後の家庭環境が、入院中の患者に対する看護師の支持的な人的環境と融和するように整えていた。

再入院した統合失調症患者の退院後につながる支持的な家族関係の調整は、患者への対応方法に関する家族支援や、家族への安全・安心感の提供（宇佐美ら，2014）、家族に今後の生活の注意点として規則正しい生活の大切さを話すこと（田井ら，2010）が報告されている点と一致する。統合失調症患者は新しい環境に慣れることが困難で、非社会的になるという障害特性をもつ（白石，2013）といわれており、人的環境の変化に順応するには時間が必要であると考えられる。退院後の家族の状況をふまえた対応や体制

を予行することによって、患者の感じる人的環境の変化を小さく留め、患者の退院後のストレスを和らげて症状再燃を防ぎ、地域移行をスムーズにすることが重要である。本研究においては、3か月以内に再入院した統合失調症患者という社会への適応に困難感をもつ患者について面接調査をしており、語られた事例には、外界への認知のゆがみによって円滑な対人関係や社会生活を送ることに課題をもつ患者が含まれていた。武井（2005，pp.62-63）は、入院治療について、対人スキルを学ぶ社会学習の場として利用することができる、と述べている。対人関係の形成や社会生活の営みに困難感をもつ再入院した患者に対しては、再入院という場において、家族を含めた対人関係を調整することが必要になる。

本研究の結果から、家族に協力を求めて退院後の患者の人的環境を整えるだけでなく、退院後の人的環境に合わせたかかわり方を看護師が入院中に行うといった、看護師の自己活用の仕方を検討することが必要であると浮き彫りになった。具体的な退院後の患者の人的環境を想定した看護師の自己活用の仕方は、今後の検討課題となる。

## 3. 統合失調症の特性をふまえて安全感を保証した信頼関係の形成

看護師は患者目標を共有し、統合失調症の特性であるラポール形成能力の障害をふまえて、安全感を保障した信頼関係を形成し、病状が鎮静化するのを待つ支援をしていた。

深尾（2013）は、統合失調症患者の場合、ラポール形成能力が早くから障害される、と述べている。また、渡邊・國方（2014）は、地域生活を送る統合失調症患者とうつ病者の自己概念の変容プロセスに関して、患者のことを理解しようとするメンバーで患者の抱える課題を検討することにより、自分自身の課題に向き合いやすくなる、と述べている。本研究においても、統合失調症患者と看護師が安全感を保証した信頼関係を形成することで、看護師は患者が課題に向き合う支援につなげていた。統合失調症が再発し、再入院をした際には、自我境界が脅かされやすい（深尾，2013）。患者の理解者となり、ありのままの患者を受け入れ、信頼関係を形成することが、再入院した患者にはとくに重要になる。再入院した統合失調症患者の地域定着に向けた支援として、看護師は安全感を保証した患者との信頼関係の形成をもとに、患者自身の課題に向き合う支援につなげていく必要があると考える。

## 4. 患者をとらえ直したうえで行う支援と、患者が自己を見つめ直すための支援

看護師は患者が病気を受容し、患者の課題「生活習慣の改善」「外界への認知と対処」「自己への認知と服薬」に対

し向き合う支援について、患者の弱さを強みととらえ直したり、認知に働きかけたりしていた。

長期入院統合失調症患者の退院支援に関して、熟練看護師は患者をとらえ直すことで退院の可能性を見出す（香川ら、2013）、と報告されている。本研究においても、看護師は生活習慣に対して、弱さを強みとしてとらえ直すことにより、強みを生かした支援を行っていた。患者をとらえ直すことは、長期入院統合失調症患者の退院支援だけでなく、再入院した患者への地域定着に向けた支援においても必要であることが示唆された。

また、渡邊・國方（2014）は地域生活を送る統合失調症患者とうつ病者の生活習慣について、周囲との関係性をもとにした安全感のなかで、患者に生活習慣への自負が形成され、人に煩わされない感覚という内的変化が生じ、新生した自分や充実した生の体感という自己概念を導く、と報告している。本研究においても、看護師は患者が自信をもって行える生活習慣を身につけるための支援を行っていた。患者が自信をもって行う生活習慣を身につけることにより、自己肯定感が高まり、地域定着につながった可能性がある。

看護師は患者の誤った認知に対して、患者のとった不適切な行動とそのときの患者の感情や思いを一緒に振り返りながら、誤った認知への気づきを与えていた。看護実践への反省をする精神科看護師は、自身や他者の感情を評価する能力が高い（Ishii, et al., 2015）といわれている。患者に振り返りを促すときには、患者のとった不適切な行動とそのときの患者の感情や思いを適切に汲み取ることが重要である。患者の感情や思いを適切に把握するためには、看護師が患者の生きる世界に入って、患者の感情を看護師自身が感じ、振り返ることが必要であると考えられる。患者に振り返りを促し、誤った認知に気づきを与える看護実践能力の向上には、看護師が自身を振り返ることが有効であると示唆される。

看護師は患者へ振り返りを促すことによって、患者の誤った認知を客観視するよう支援していたと考えられる。深尾（2013）は統合失調症の自我障害について、自我（自己）の内部と外部の区別が障害され、内部で起こっている現象が外部に起こっていると感じる状態である、と述べている。看護師は患者の外界への認知に対し振り返りを促すことによって、患者に認知の客観視を促し誤った認知に気づきを与えて、対処につないでいたと考える。また、統合失調症患者に客観的視点から自己を認識するように援助することが病気の認識の改善につながる可能性がある（大森・森、2012）と指摘されている。本研究においても、看護師は振り返りを促し、患者の外界への認知や自己への認知に気づきを与え、認知の気づきへの対処や服薬の必要性

の認識に繋げていた。患者の対処や服薬行動が確立することで、地域定着が可能になることが示唆される。

本研究で明らかとなった再入院した統合失調症患者に対する課題に向き合うための支援は、再入院した統合失調症患者の症状マネジメント習得に向けたケアに関する服薬への支援と、服薬以外の対処法習得への支援（田井ら、2010）の報告と一致する。しかし本研究においては、患者の病識に応じて課題に向けた支援をしていることや、患者の認知に振り返りを促して、気づきを与えるといった支援をしていることが、具体的に明らかになった。これは本研究において、看護支援を症状マネジメント習得に向けたケアに限定せず、幅広くとらえて面接調査したためと考える。

## 5. 入院中の看護をプロセスの一部ととらえた地域移行を容易にする橋渡し

看護師は、患者が退院後にも入院中に受けた支援を引き続き受けられるように、訪問看護師にその情報を伝えて橋をかけ、患者の周りの人々を継続的にフォローしていた。

精神科訪問看護師や介護スタッフの支援困難感として、訪問看護導入期の利用者の悩みを適切に把握することのむずかしさ（船越・宮本・萱間、2006）や、支援関係の構築に時間と手間がかかること（井倉・宮越・西出・河田・畑下、2015）が報告されている。看護師が訪問看護師や施設スタッフの支援困難感を和らげることで、患者と訪問看護師や施設スタッフとの関係構築が容易になり、患者は地域での生活の場を安心できる居場所と考えることができたと思われる。

また、再入院のリスク要因として、地域でのサービスを受けていないこと（Bemet, 2013）や、入院中に計画された地域サービスへのノンコンプライアンス（Mgutshini, 2010）があげられている。本研究の想起した患者14名は地域サービスを受け、地域へ橋をかける支援により、患者はサービスにアクセスしやすくなり、地域サービスへのコンプライアンスが高まったことが示唆される。宇佐美・岡田（2003）は、地域資源との連携やサポートネットワークへの介入が実施されていない点を指摘したが、2004年における精神保健福祉改革ビジョン「入院治療から地域生活中心へ」の発表により徐々に変化し、病院看護師は地域へ橋をかけるようになったと考える。

一方、本研究で退院後に地域でのサービスを受けていない患者においては、家族と同居し、支援者に対する不信任は強い傾向にあった。看護師はそのような患者に対して、チームで患者と信頼関係を構築することを重要視していた。武井（2005, pp.68-69）は、入院治療の重要な要素として、修正感情体験をあげている。患者は過去に味わえなかった感情交流を不安なしに体験することで、過去の傷

が癒され、以前の葛藤パターンを放棄することが可能になる、といわれている。再入院した統合失調症患者が退院後に地域サービスを受けることなく、支援者に対して不信任を抱いていたとしても、安全感を保証した信頼関係を構築することが、患者の3か月以上の地域生活の継続につながっていくことが示唆される。

本研究では、病院看護師による患者の地域移行の支援として、入院中の支援を地域で患者にかかわる支援者が継続できるように橋渡すこと以外は語られなかった。そこから、病院看護師による地域移行の支援は、地域で提供される支援を考慮したものではなく、十分でない浮き彫りになった。今後の課題として、病院看護師が患者の退院後に地域に出て、一定期間支援を続け、退院後の生活に適した支援を提供しながら、地域の支援者に橋渡しをする体制について検討することがあげられる。

#### IV. 本研究の限界と課題

本研究における患者情報は対象看護師のとらえ方や記憶から得られたもので、とらえ方の誤りや成功した支援の側面に対する記憶の偏りといったバイアスが生じている可能性がある。研究者が患者情報をカルテや参加観察等から得たうえで、看護師の支援のプロセスを検討する必要がある。しかし、統合失調症患者が再入院した時点から退院後に受ける支援につながるまでの病院看護師による一連の支援のプロセスを具体的に示した研究は、他にはない。本研究により、患者の退院後の生活のイメージを再構築し、人的環境を整えたいと、地域に橋渡すことが重要であると明らかになった。本研究の結果は熟練看護師層から得られたもので、熟練看護師の臨床知を多く含んでいる。これにより、精神医療を実践する看護師が、再入院した統合失調症患者に対する支援の方向性を考える際に、助けになると思われる。今後、支援の有効な要因を抽出する調査を看護師と患者の両側面から進め、本研究で得られた知見について、精度を高めていきたい。

#### 要 旨

**目的:** 統合失調症患者の再入院から地域定着に向けた病院看護師の支援のプロセスを明らかにする。

**方法:** 精神科病棟勤務経験5年以上の看護師に再入院した統合失調症患者へ行った支援について面接し、内容を戈木(2013)のグラウンデッド・セオリー・アプローチを参考に質的帰納的に分析した。

**結果:** 17名の看護師に面接した結果、支援は「患者の理解者としての課題抽出と退院後の生活のイメージ」[患者と家族の幸福を志向した退院後につながる支持的な家族関係の調整] [ラポール形成能力の障害をふまえて安全感を保証した信頼関係の形成] [患者が病気を受容し、患者の課題に向き合う支援] [入院中の看護をプロセスの一部ととらえた地域への橋渡し]の5段階を経ていた。

**結論:** 退院後をイメージした支援により、患者は退院後に継続できる生活を身につけることができ、地域への橋

#### 結 論

統合失調症患者の再入院から地域定着に向けた病院看護師の支援は、以下の5つのプロセスを経ることが明らかとなった。

1. 患者の理解者としてかわり、患者の課題をつかみ、退院後の生活をイメージした目標を想定する。
2. 患者と家族の幸せを考えて、患者が退院後にも継続できる生活について相談し、退院後につながる支持的な家族関係の調整をする。
3. 統合失調症の障害特性であるラポール形成能力の障害をふまえて、安全感を保証した信頼関係を形成し、患者が課題に向き合うように支援する。
4. 患者の課題である生活習慣の改善、外界への認知と対処、自己への認知と服薬に対し、患者をとらえ直したり、認知に働きかけたりし、症状を病気として受け入れたうえで継続できる生活を患者が獲得できるよう支援する。
5. 入院中の看護をプロセスの一部ととらえ、退院後に地域で患者にかかわる人々が入院中のかかわりや支援を継続できるように橋渡しをする。

#### 謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆さまに心から感謝申し上げます。なお、本稿は名古屋大学大学院医学系研究科に提出した修士論文を加筆修正したもので、一部を第36回日本看護科学学会学術集会において発表した。

#### 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

#### 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。

渡して、患者は退院後の支援を受けることが容易になった。

## Abstract

**Purpose:** This study aimed to identify the process of support by hospital nurses for discharged schizophrenia patients.

**Methods:** Participants were 17 proficient or expert psychiatric nurses. A semi-structured interview was conducted, through which the researcher investigated the types of support provided by nurses. Data were analyzed using a qualitative approach.

**Results:** Hospital nurses provided support through the following five steps: [As a sympathizer; understanding the patient's tasks and predicting the post-discharge life of each patient], [Mediating between the patient and the family, with consideration for the happiness of both the patient and his/her family after discharge], [Establishing a relationship of trust with the patient, ensuring the patient's sense of security, and considering his/her impaired ability to establish rapport], [Supporting the patient so that he/she can accept his/her illness], and [Bridging the gap between the community and the hospital, including nursing in the hospital, as part of the process].

**Conclusions:** Nurses made predictions regarding the patient's life after discharge and provided support. With the nurses' support, the patient acquired a lifestyle that he/she could maintain. Nurses bridging the gap between the community and hospital enabled the patient to accept support after discharge.

## 文 献

- Bandura, A. (1993). Perceived Self-Efficacy in Cognitive Development and Functioning. *Educational Psychologist*, 28(2), 117-148.
- Benner, P. (2001/2005). 井部俊子 (監訳), ベナー看護論 (新訳版): 初心者から達人へ. 26, 東京: 医学書院.
- Bernet, A.C. (2013). Predictors of psychiatric readmission among veterans at high risk of suicide: The impact of post-discharge aftercare. *Archives of Psychiatric Nursing*, 27(5), 260-261.
- Cutcliffe, J.R. (1997). The nature of expert psychiatric nurse practice: A grounded theory study. *Journal of Clinical Nursing*, 6(4), 325-332.
- 深尾憲二期 (2013). 第2部 統合失調症の基礎と研究: 第25章 精神病理学. 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 笠井清登 (編), 統合失調症. 281-290, 東京: 医学書院.
- 船越明子, 宮本有紀, 萱間真美 (2006). 訪問看護ステーションにおいて精神科訪問看護を実施する際の訪問スタッフの抱える困難に対する管理者の認識. *日本看護科学会誌*, 26(3), 67-76.
- 井倉一政, 宮越裕治, 西出りつ子, 河田志帆, 畑下博世 (2015). 地域における精神障害者に対する訪問支援者の実態に関する調査. *三重看護学誌*, 17(1), 13-22.
- Ishii, S., Katayama, S., Mori, N., Sugita, Y., Suda, Y., and Itabashi, M. (2015). Relationship between Emotional Intelligence and Reflection of Psychiatric Nurses in Japan. *International Journal of Biomedical Soft Computing and Human Sciences*, 20(1), 21-26.
- 香川里美, 名越民江, 栗納由記子, 松岡美奈子, 南 妙子 (2013). 長期入院統合失調症患者の退院支援に関する熟練看護師の看護実践のプロセス. *日本看護科学会誌*, 33(1), 61-70.
- 厚生省大臣官房統計情報部 (1996). 平成7年 (1995) 医療施設調査・病院報告の概況: 第2編 病院報告: 1 患者数: (4) 平均在院日数. <http://www1.mhlw.go.jp/toukei/isc/htm/isc024.html> (検索日2017年8月19日)
- 厚生労働省大臣官房統計情報部 (2014年). 平成26年 (2014) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況: II 病院報告: 3 平均在院日数. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/dl/2-3.pdf> (検索日2017年8月19日)
- 厚生労働省精神保健福祉対策本部 (2004). 精神保健医療福祉の改革ビジョン(概要). <http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf> (検索日2017年8月19日)
- Mgutshini, T. (2010). Risk factors for psychiatric re-hospitalization: An exploration. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19(4), 257-267.
- 大森圭美, 森 千鶴 (2012). 統合失調症における病識の関連要因: 精神障害者観, 自尊心感情, 認知的洞察の関連から. *日本看護科学会誌*, 32(3), 25-34.
- 戈木クレイグヒル滋子 (2013). 質的研究法ゼミナール第2版: グラウンデッド・セオリー・アプローチを学ぶ. 72-199, 東京: 医学書院.
- 白石弘巳 (2013). 第2部 統合失調症の基礎と研究: 第31章 障害論—障害概念と地域福祉システム. 福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 笠井清登 (編), 統合失調症. 336-342, 東京: 医学書院.
- 田井雅子, 野田智子, 大川貴子, 大竹真裕美, 濱尾早苗, 中山洋子, 遠藤 太, 田上美千佳, 新村順子 (2010). 再入院した統合失調症患者の症状マネジメント習得と支援体制確立に向けたケア. *日本精神保健看護学会誌*, 19(1), 63-73.
- 武井麻子 (2005). 精神看護学ノート (第2版). 59-69, 東京: 医学書院.
- Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.
- 遠田大輔, 中西清晃, 杉角俊信, 北村 立 (2014). 精神科救急病棟入院患者の再入院に関連する要因の検討. *精神科救急*, 17, 123-130.
- 宇佐美しおり, 中山洋子, 野末聖香, 藤井美香, 大井美樹 (2014). 再入院予防を目的とした精神障害者への看護ケアの実態. *日本精神保健看護学会誌*, 23(1), 70-80.
- 宇佐美しおり, 岡田 俊 (2003). 精神障害者の地域生活を維持・促進させる急性期治療病棟における看護ケア: 急性期ケアプロトコル開発をめざして. *看護研究*, 36(6), 493-504.
- 渡邊久美, 國方久子 (2014). 地域生活をおくる精神障害者の自己概念の変容プロセス: 自尊心回復グループ認知行動看護療法プログラム参加者へのインタビューから. *日本看護科学会誌*, 34(1), 263-271.

〔平成29年10月4日受付〕  
〔平成30年3月8日採用決定〕

## — 研究報告 —

## ロコモティブシンドロームの自覚に対する日常生活の工夫

## — 自立している地域在住高齢者のインタビューから —

## Raising Awareness about Locomotive Syndrome in the Daily Life of the Elderly

河 相 てる美<sup>1)</sup> 宮 城 和 美<sup>2)</sup> 境 美代子<sup>3)</sup>  
 Terumi Kawai Kazumi Miyagi Miyoko Sakai

小 出 えり子<sup>3)</sup> 金 森 昌 彦<sup>4)</sup>  
 Eriko Koide Masahiko Kanamori

キーワード：地域在住高齢者，ロコモティブシンドローム，日常生活

Key Words：community-dwelling elder, locomotive syndrome, daily life

## 緒 言

わが国は急速に高齢社会を迎え65歳以上の高齢者人口が3,459万人，その総人口に占める割合（高齢化率）は平成28年10月1日現在，過去最高の27.3%に達している（内閣府，2016）。2025年には3,657万人，2042年には3,878万人となり（厚生労働省，2015）ピークを迎えることが予測されており，世界有数の長寿国として進展し続けている。

このため，厚生労働省（2012）は，健康寿命の延伸を目標として，平成25年度からの10年間の健康政策として「国民健康づくり運動プラン（健康日本21，第二次）」を実施している。さらに，2025年を目途に，高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで，可能な限り住み慣れた地域で，自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう，地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進している（厚生労働省，2013）。このように，今後は最期まで自宅にて生活できるように，地域ぐるみで高齢者を支え，健康づくりを行い，健康寿命を延ばす取り組みが重要となる。

高齢者は加齢や運動不足に伴う身体機能の低下や運動器疾患による痛みなどにより，要支援・要介護状態になっているのが現状であり，このような背景から日本整形外科学会（2007）では，骨・関節・筋肉・神経といった運動器の障害により移動機能の低下をきたし，要介護になるリスクの高い状態になることをロコモティブシンドローム（運動器症候群：以下「ロコモ」とする）として提唱するに至った。

高齢者の骨折の多くは転倒によるものであり，骨折は寝たきりになる主要な要因の一つである（村田・津田，2006）。看護領域においても地域在住高齢者における転倒予防に関する研究が注目されるようになり，地域で継続してかかわり転倒予防に貢献することが望まれている（征矢野，2009）。すなわち高齢者が，いつまでも日常生活を自立して行い，閉じこもりなどで運動不足が生じ，転倒により骨折を引き起こし寝たきりにならないように予防することが重要である。

そして，老年期は人間のライフサイクルにおいて最終段階であり，定年退職などによる仕事の喪失，配偶者や親しい友人との別れなど失うものが多く，絶望感を意識するが，その一方で，人生を統合し，いきいきと生きる強さに転換できる場合もある。喪失を体験することが多い老年期において，高齢者自身を支えるための生きがいをテーマにした研究（長谷川・藤原・星・新開，2003；近藤・鎌田，2004）は多くみられる。本研究では，高齢期の心理社会的葛藤・課題を視野に入れながら，調査としては「ロコモ」に焦点をおき，地域で生活する高齢者へのインタビューから，「ロコモ」に対する自覚と日常生活の工夫について構造化することを目的とした。そのことで，高齢者が「ロコモ」という課題に向き合いながら前向きに健康寿命延伸をはかれるように，看護職者が地域に密着してどのような支援が可能かについての示唆を得ることができると考えた。

1) 日本赤十字豊田看護大学看護学部 Faculty of Nursing, Japanese Red Cross Toyota College of Nursing

2) 富山福祉短期大学社会福祉学科 Department of Social Welfare, Toyama College of Welfare Science

3) 富山福祉短期大学看護学科 Department of Nursing, Toyama college of Welfare Science

4) 富山大学大学院医学薬学研究部人間科学1講座

Department of Human Science 1, Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

## I. 用語の定義

地域在住高齢者：病院や施設ではなく、自宅にて生活している高齢者とする。

## II. 研究方法

### 1. 研究デザイン

地域在住高齢者の「ロコモ」に対する自覚と日常生活の工夫を明らかにするために、半構造化インタビューをもとにしたKJ法による質的記述的研究。

### 2. 研究対象者

対象者は、北陸地方のA市とB市で生活している、自立歩行可能であり認知機能に問題なく質問を理解し返答できる地域在住高齢者である。調査時の高齢化率はともに28%を超えており、全国平均と比べ高齢化率の高い地域である。A市とB市の老人会に調査協力を依頼し、年齢、性別、職業の有無、配偶者との死別などにおいてバラエティを考慮してサンプリングした。研究者が研究の趣旨を説明し、同意の得られた7人を研究対象者とした。

### 3. データ収集期間

2016年1月から2016年2月。

### 4. データ収集方法

研究対象者に対して、年齢や性別などの特性に関する質問、および日常生活において「ロコモ」に対する思いについて自由に話ることができる半構造化面接とした。「日常生活において動作が鈍くなったり、不自由さを感じる」「転倒しそうになったり、つまずいたりしたときのこと」「日常生活で気をつけていること」についてをインタビューガイドとした。インタビュー内容は、研究対象者の了承を得てICレコーダに録音し、逐語録を作成した。

### 5. KJ法

本研究で用いたKJ法は民族地理学者・川喜田二郎(1996)の創案による「渾沌をして語らしめる」方法であり、収集された情報を分析や分類によらず、創造的に発想して統合することによって、渾沌としたデータ群を構造化し、本質をシンボリックに明らかにする方法論である。本研究における研究対象者の語りを、対象者個人々の自覚的な認識を越えて、「地域在住高齢者」の認識として構造化するためには、個々のデータを研究者が恣意的に解釈するのではなく、あくまで取材されたデータ全体を背景として、個々のデータの質の相対的な近さを吟味しながら、そ

の語りかけをシンボリックに感受することで構造化できるKJ法が適切であると判断した。またKJ法は、広義のKJ法と狭義のKJ法に大きく分けられる。狭義のKJ法は、ラベルづくりに始まり、ラベル群のグループ編成による統合を行い、最終的に図解化・叙述化まで行う。広義のKJ法は、狭義のKJ法の前提となる取材の技法や、問題解決のための累積的な活用までを含む。今回、全過程において、KJ法の教育者にスーパービジョンを受け、信頼性と妥当性の確保に努め、次の手順で進めた。

#### (1) ラベルづくり

研究対象者の語りから得られた逐語録をよく読み、適切に単位化・圧縮化し、1枚のラベルに1つの志(全体感を背景としたシンボリックな訴えかけ)の内容が収まるように体言止めを避けた表現でラベル化する。

#### (2) 探検ネット

すべてのラベルを模造紙に配置して「探検ネット」を作成し、ラベル群の質のバラエティと全体感をつかむ。この段階では、テーマに関係のありそうなデータをあらゆる角度から出し切ることがねらいであり、構造化には至らない。

#### (3) 多段ピックアップ

「探検ネット」上のラベルを「多段ピックアップ」によって、段階的にピックアップして精選する。この技法で精選されたラベル群を用いて「狭義のKJ法」を行うことで、探検ネット上のすべてのラベルを用いて「狭義のKJ法」を行うのに匹敵する構造化が可能となる。

#### (4) 狭義のKJ法

(3)で精選されたラベルを元ラベルとして「狭義のKJ法」を実施する。「狭義のKJ法」では、元ラベルを「グループ編成(ラベル上げ・ラベル集め・表札づくり)」によって統合し、その結果を図解化することで構造を浮かび上がらせ、叙述化までを行う。「グループ編成」において、ラベル群の全体感を背景として、個々のラベルの質の相対的な近さを吟味することでグループ化する。グループにならないラベルは「一匹狼」とよび、セットになったラベルには「表札」とよばれる統合概念を文章として与える。最終的にラベル群が10束以内になるまでこの「グループ編成」を繰り返す。さらに、10束以内に統合されたものを、模造紙に図解として表現する。図解上ではグループになったラベル群を「島」とよぶ。最終統合の各島には「シンボルマーク」とよばれる端的な象徴的概念を与え、島同士の関係関係線を示し、図解全体のタイトルを考案する。この図解をもとにして、構造を意識して叙述化する。

### 6. 倫理的配慮

対象者に対して研究前に書面を用いて口頭にて、研究の

趣旨と内容および参加は対象者の自由意思によるものであり、参加の拒否により不利益を被ることはないこと、研究の途中で同意撤回や辞退が可能であること、匿名性の保持およびプライバシーの厳守と、得られた情報は研究以外には使用せず、鍵のかかる棚に保管することを説明し、研究の参加と結果の公表について署名をもって同意を得た。なお、本研究は富山福祉短期大学倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：H27-019号）。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 研究参加者の属性と特徴（表1）

研究対象者である65歳以上の地域在住高齢者の7人の平均年齢は75.7±5.88歳、男性3人女性4人、同居家族は夫婦のみ4人、息子と二人暮らし2人、子供夫婦孫と同居1人、配偶者との死別の有無は、死別有3人、死別無4人、職業の有無は、職業あり3人、職業なし4人であった。

#### 2. インタビュー内容のKJ法による図解化

参加者それぞれの逐語録から作成したラベルの合計は、105枚であった。次に2段階による多段ピックアップを経て、36枚のラベルを精選した。この36枚のラベルを元ラベルとして狭義のKJ法を実施し、3段階の統合（グループ編成）を経て、最終的に5つの島（グループ）【身体機能の低下の実感】【先行き不安】【自覚的な転倒予防】【「古い」の役割意識】【「運動」を意識した日常生活】に統合された図解が完成した（【 】はシンボルマーク）。2段階目の統合以降が示された略図が図1である（図解中、ラベル末尾の○数字は、何段階目の統合による表札であるかを表す。①は第一段階のグループ編成による表札、②、③はそれぞれ、第二段階の表札、第三段階の表札であることを表す。また●は「一匹狼」の印であり、●の数が、何段階目のラベル集めの際に一匹狼になったかを表している）。

つまり、「地域在住高齢者のロコモティブシンドロームを自覚した日常生活の工夫」の図解は、地域在住高齢者の【身体機能の低下の実感】が、【先行き不安】を感じる方向と【身体機能の低下の実感】はみられるものの【「古い

の役割意識】をもち【自覚的な転倒予防】を行い、さらに【「運動」を意識した日常生活の工夫】につながってゆく方向とに影響を与えていることを示している。そして、【自覚的な転倒予防】と【「運動」を意識した日常生活】は相互関係にあることを示している。

すなわち、それまでは無自覚であった「ロコモ」を自覚したことから、今後の身体にまつわる全般的な不安が増幅する方向性と、自身の身体機能への意識を明確化する方向性とが生じている。「ロコモ」を自覚することにより、先行きの不安を感じながらもこれといった対策を講じることができないでいるのか、果たせる役割を身体面でも精神面でも意識し、社会や家族との関係を積極的に維持しながら、自覚的に転倒予防に努めようとするのか、二方向に分極している状況が示された。

#### 3. 「地域在住高齢者のロコモティブシンドロームを自覚した日常生活の工夫」の叙述化

以下の文中において、「 」は元ラベル、〈 〉は1段階目の表札、《 》は2段階目の表札、《〈 〉》は3段階目の表札、【 】はシンボルマーク、を表している。

起点となる【身体機能の低下の実感】の島は《〈転倒や生活行動の不自由により、身体機能の低下を実感している〉》ことを示している（図2）。転倒については、「朝の散歩中にトントントンとブレーキが利かなくなってドンと転んで頭を打ってしまった」「何もないところで足が前に出ない感じだつまずく」「舗装している道は車が来るから避け、舗装していない道を歩くようにするがそうすると小さい砂利石でもつまずく感じがする」と《車に注意して歩いているが小さな砂利石や何もないところでもつまずいたり転んだりする》ことに衝撃を受けている。また、「柵のないベッドから起きるのがむずかしくなった」「靴下をはくときは安定性が悪く片脚でははけなくなった」と日々のなげない生活行動のなかで、以前には感じなかった不自由さを体験し、《加齢に伴う身体機能の低下で、生活行動に不自由を感じている》ことがわかる。いずれからも、いままではこんなことでつまずいたり転んだりしなかったのに、簡単にこれができていたのに、といった思いを感受で

表1 対象者の属性

	年齢	性別	同居家族	配偶者との死別	職業の有無
A	68	男性	夫婦二人	無	有
B	69	女性	息子と二人	有	有
C	74	女性	子供夫婦と孫	有	有
D	77	男性	夫婦二人	無	無
E	77	女性	夫婦二人	無	無
F	81	男性	夫婦二人	無	無
G	84	女性	息子と二人	有	無

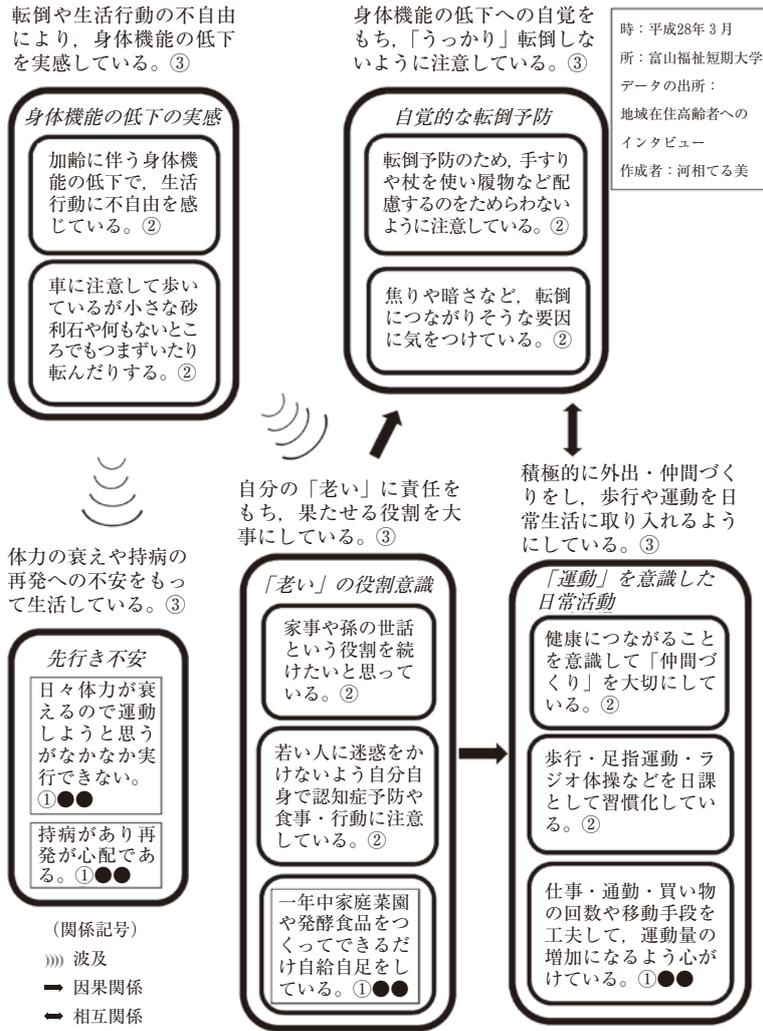


図1 地域在住高齢者のロコモティブシンドロームを自覚した日常生活の工夫

転倒や生活行動の不自由により、身体機能の低下を実感している。③

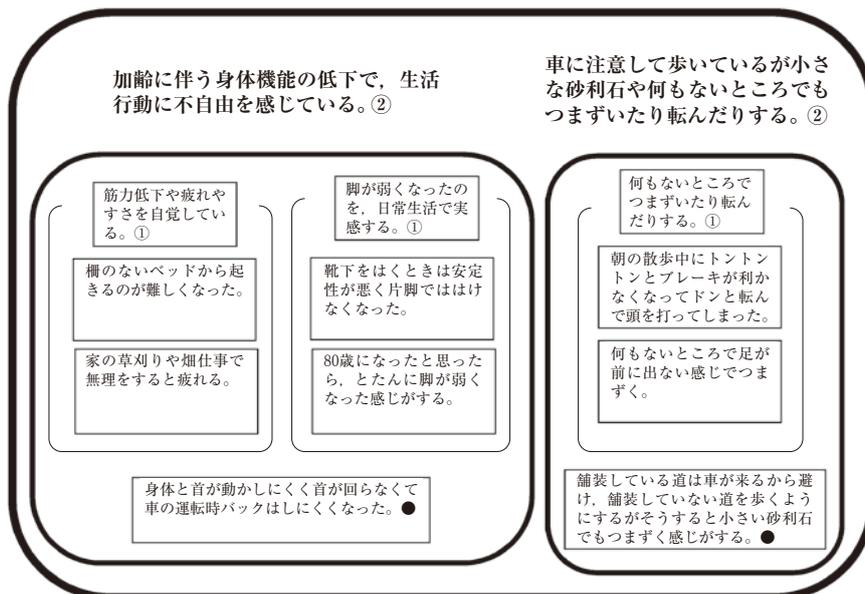


図2 身体機能の低下の実感

きる。日々ささいなところで実感する身体機能の低下に、衝撃を受けている地域在住高齢者の姿がうかがわれる。

【身体機能の低下の実感】はネガティブな方向性として、【先行き不安】を生んでいる（図3）。【先行き不安】とは、《〈体力の衰えや持病の再発への不安をもって生活している〉》ことを意味している。「日々体力が衰えて運動しないのはよくないが定期的には運動も体操もしていない」と老化へと向かう現実のなかで、「体操などテレビであればこれもいいといった情報を見るがなかなか実行できない」と

いうメディアの情報にも刺激されて、運動や体操をやらなければよくないとは思いつつ、実行しづらいことで自己否定感を認知し、また「椎間板ヘルニアで腰痛があるが、手術はしないで、だましだまし過ごしている」「めまいがして耳の治療をしていたため、再発しないかが心配である」と、過去の病歴や持病の再発をおそれ、【先行き不安】を抱えて生活している。

【身体機能の低下の実感】という体験により得た感覚は、年老いていく日々の生活においても、健康でありたいと願う高齢者の思いが行動へとつながった、【「老い」の役割意識】【自覚的な転倒予防】【「運動」を意識した日常生活】の島に影響を及ぼしている。まず、【「老い」の役割意識】とは、《〈自分の「老い」に責任をもち、果たせる役割を大事にしている〉》を示している（図4）。研究参加者は、「栄養のバランスを考えて食事を節制している」「若い人たちに迷惑をかけないように自分自身で医師に聞いて行動に注意している」「認知症にならないように漢字を思い出したり日記をつけたりミシンを使ったりしている」と、《若い人に迷惑をかけないように自分自身で認知症予防や食事・行動に注意している》といった具合に自分の「老い」に対する責任をもち、できるだけ若い人に迷惑をかけたくないと望み、心身の機能維持に熱心である。《家事や孫の世話という役割を続けたいと思っている》、《一年中家庭菜園や発酵食品をつくってできるだけ自給自足をしている》など、果たせる役割を大事にしていることもわかる。【「老

体力の衰えや持病の再発への不安をもって生活している。③

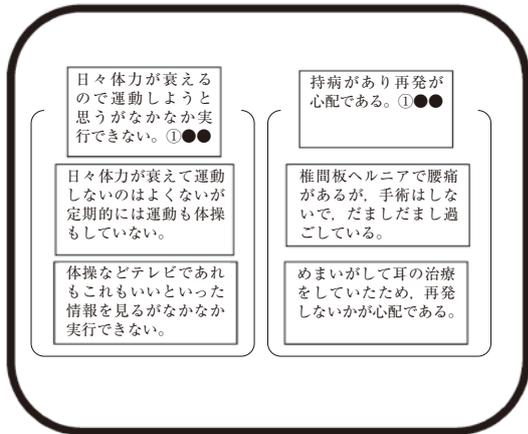


図3 先行き不安

自分の「老い」に責任をもち、果たせる役割を大事にしている。③

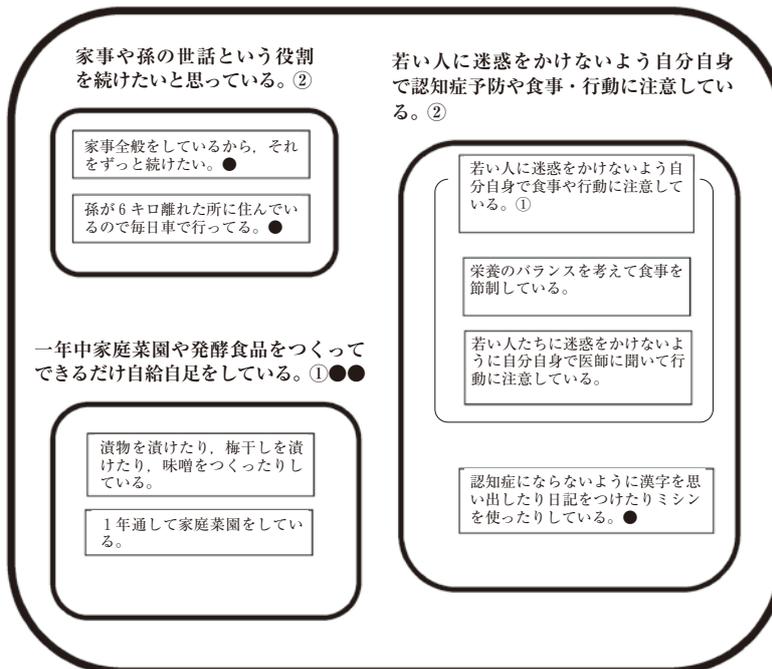


図4 「老い」の役割意識

い」の役割意識】は、【自覚的な転倒予防】と【「運動」を意識した日常生活】とを導き出している。

【自覚的な転倒予防】は、《〈身体機能の低下への自覚をもち、「うっかり」転倒しないように注意している》》ことを示している（図5）。「うっかり」転倒しないように、《転倒予防のため、手すりや杖を使い履物などに配慮するのをためらわないように注意している》ことと、「日常生活は分単位で急ぐことはしない」「夜中トイレに行くときは電気をつけて足元に気をつけている」といった《焦りや暗さなど、転倒につながりそうな要因に気をつけている》ことがわかる。このように研究参加者は日常生活において転倒予防のために注意している行動のポイントがあり、それらのポイントを、日々の生活において意識しながら行動している。

【「運動」を意識した日常生活】は、《〈積極的に外出・仲間づくりをし、歩行や運動を日常生活に取り入れるようにしている》》ことを示している（図6）。つまり、心身の健康や機能維持のモチベーションを上げるためにも、家に閉じこもらず、社会とかかわる機会をもつことを意識している。「仲間づくり」については「年に数回友人と近くの山へウォーキングに行っている」や「夫が亡くなってから仲間づくりをしている」など、《健康につながることを意識して「仲間作り」を大切にしている》ことがわかる。また、《歩行・足指運動・ラジオ体操などを日課として習慣化している》ことや《仕事・通勤・買い物の回数や移動手段を工夫して、運動量の増加になるよう心がけている》というように、歩行や運動を工夫して日常生活のなかに取り入れている。いずれも、日常生活が、家の中に偏ったり、運動の乏しいものにならないよう、社会性や習慣の力を意識して自覚的なモチベーション向上をねらっているといえよう。

以上のように、【身体機能の低下の実感】を起点として、心身の先行きへの不安を抱え込んだまま対策を講じられずに停滞してしまうのか、果たせる役割や日常生活の工夫と機能維持・転倒予防への意欲における「自覚性の強さ」というものを発揮してゆくのか、二方向に分極してしまう状況があると把握できる。

#### IV. 考 察

KJ法図解をもとに、研究対象である地域在住高齢者の、老年期の心理社会的葛藤としてのあり方を把握しつつ、また、日常生活における工夫の質を吟味することで、どのような支援が効果的かについて考察する。

##### 1. 「ロコモ」に直面後の方向性の分極

人間にとって老化は絶対に避けることができない現象である。老化とは、広い意味では誕生から死への全過程を指すこともあるが、一般的には、成熟期以降にみられる加齢に伴い生体の機能が衰弱する変化のことである。本研究でKJ法により構造化された図解における【身体機能の低下の実感】の島では、高齢者が、日常生活においていまままでできていたことがむずかしくなり、また、転倒しやすくなったりすることから、老いていく身体への悲哀が感じられる。そして、生が尽きるまでの余生を送る高齢者にとって、体力の衰えや持病の再発への心配をもちながら日常生活を送っているため【先行き不安】という状況ももたらされる。しかし小寺（2000）は、「老い」の受容には、人生の前半の上昇的・効率的な価値観とは異なる、人生の後半の価値観を必要とし、そのためには自らの内面性への気づきが不可欠であると述べている。本研究においても、【身

身体機能の低下への自覚をもち、「うっかり」転倒しないように注意している。③

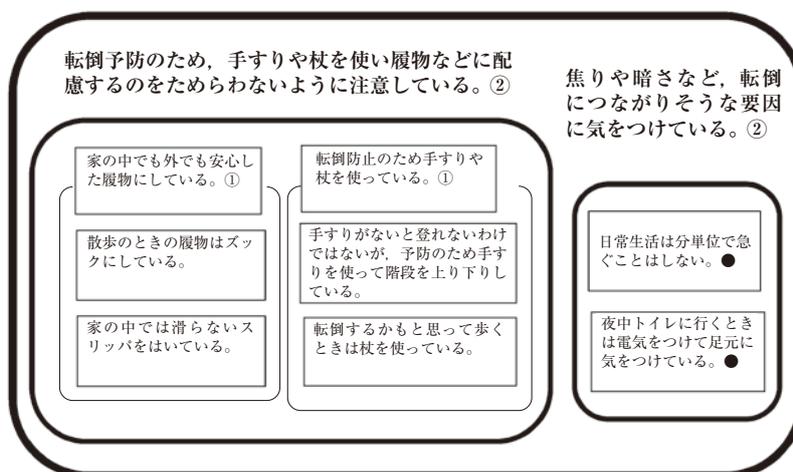


図5 自覚的な転倒予防

積極的に外出・仲間づくりをし、歩行や運動を日常生活に取り入れるようにしている。③

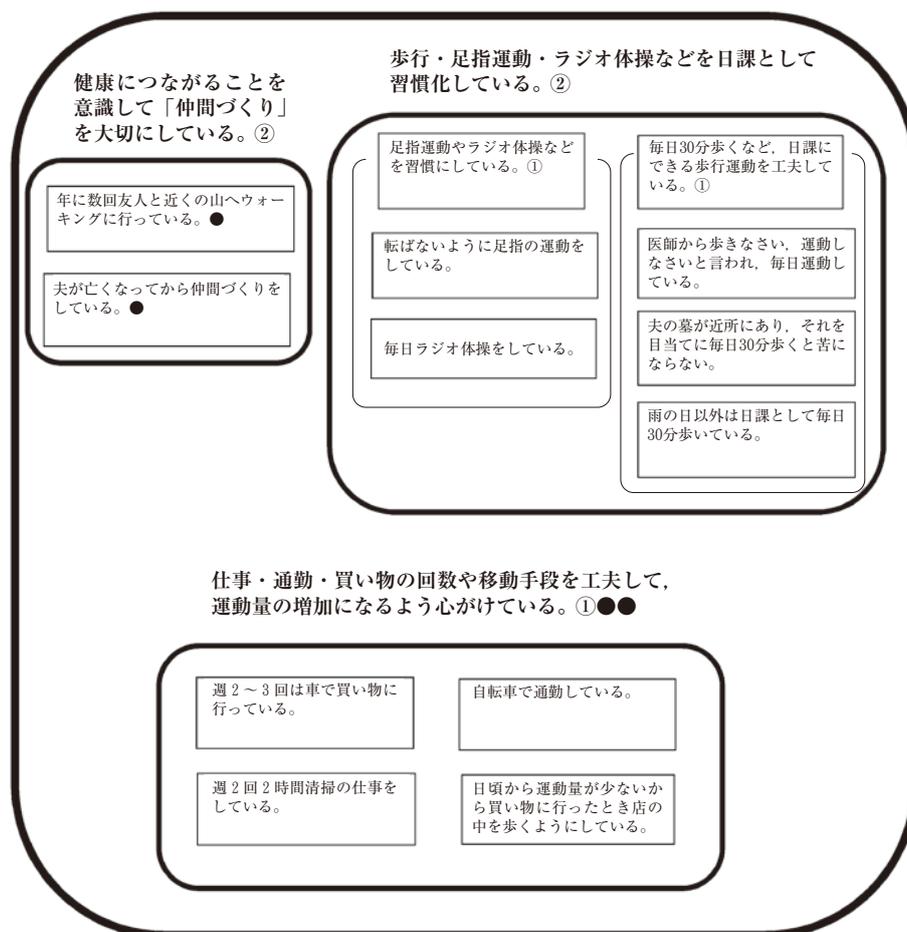


図6 「運動」を意識した日常生活

【身体機能の低下の実感】によって、老いていく身体を受容へとつながり自覚へと変化した方向性も把握できる。内面性の気づきを示す【身体機能の低下の実感】の島から、ネガティブな感情を示す【先行き不安】の方向と、ポジティブな方向を示す【「老い」の役割意識】【自覚的な転倒予防】【「運動」を意識した日常生活】が生じたと考える。このように、「身体機能の低下の実感」に直面した後の方向性に分極が生じている。

高齢者は老化という避けられない状況であっても、ただ老化を憂いているのではなく、そこから転倒しないように予防策を考えるという前向きな姿勢に至っている。つまり、【先行き不安】というネガティブな感情で停滞してしまうのではなく、ポジティブな方向へと変容させることができるかどうか、高齢者の健康や健康観にとっての重要な課題となると考えられる。

健康を身体が丈夫だという身体面に重きをおく高齢者は、身体機能の低下を実感することで、健康に対する認識の変化が求められる。生活の質（quality of life : QOL）について永田ら（1989）は、「身体的にも心理的にも、社会

的にも倫理的にも満足のできる状態」であると述べている。ポジティブな方向は身体面の健康だけでなく、自発的にQOLを意識して行動していると思われる。【「老い」の役割意識】は高齢者が、家族との関係において、家事や孫の世話という自分のできる役割を見出し、家庭菜園や発酵食品をつくったりと趣味を楽しみながら、自分らしい老い方を模索している状況と推察する。老年期は退職により社会との交流が少なくなり、生活の場が家庭中心になるため家族と関係形成が大切になってくる。そこで、高齢者は、心身ともに健康に生活することで家族へ負担をかけないようにしたいと思い、また、家族のなかで自分の存在価値を見出していると考えられる。近藤・鎌田（2004）は生きがいを、家族や人の役に立つ存在であり、自分がいなければという自覚をもって生きていく張り合い意識であると定義している。人間関係が狭まる高齢者が【身体機能の低下の実感】からポジティブな方向へ進むには、家族や身近な人との人間関係のなかで生きがいをもって生活できるかどうか深く関係していると推察する。地域で生活する高齢者が【「老い」の役割意識】をもつために、高齢者の内面的な強

だけでなく家族の支えが必要であると考え。

また、【「古い」の役割意識】をもって生活する高齢者は、心身ともに健康で家族に依存せず自立していたいとの思いが推察され、そのためにも【自覚的な転倒予防】行動につながっていくと思われる。

さらに、宮原・西・萩（2010）は、身体的・社会的な活動を維持している高齢者が、自立の維持に関連していることを示唆している。また、曾根ら（2015）は、終末期の生活において自分らしさに価値を見出していると述べている。【「運動」を意識した日常生活】を送ろうとする心がけは、最後まで元気な身体で自分らしく生きたいという思いから、社会と交流を行い、日常生活のなかでの健康づくりの工夫につながっていると推察する。

つまり、【古いの役割意識】から、うっかり転倒しないような予防策を考えている【自覚的な転倒予防】の方向と、積極的な仲間づくりや習慣化、運動増加という【「運動」を意識した日常生活】の方向が導き出され、2つの島同士は、相互にバランスをとりながら具体策として意識してゆく相互関係にあると考える。

地域在住高齢者は、日常生活において身体機能の低下を実感することで【先行き不安】というネガティブな感情を抱く。しかし一方で【「古い」の役割意識】【自覚的な転倒予防】【「運動」を意識した日常生活】という3つの島から、「古い」を受容し、家族を中心とした狭まった人間関係のなかで、自分の存在価値を見出し、日常生活に運動を取り入れながら、心身ともに健康でありたいと切望している高齢者の思いが明らかに示された。

このように、ネガティブな感情で停滞するのか、責任をもって家族や社会との関係において自身の役割や生きがいを見出すことで健康を維持しようと望むのか、分極する状況があることの把握は、支援の方向性への示唆に富む。

## 2. 地域在住高齢者の「運動」を意識した日常生活を送るための支援のあり方

「地域在住高齢者のロコモティブシンドロームを自覚した日常生活の工夫」の図解において、【身体機能の低下の実感】が【「運動」を意識した日常生活】につながってゆくプロセスは、地域在住高齢者の「運動」を意識した日常生活を送るための支援のあり方についての示唆に富むため、以下に考察する。

まず、地域在住高齢者が【身体機能の低下の実感】から【「古い」の役割意識】【自覚的な転倒予防】へと進むための支援が重要である。

身体機能の低下を実感し、【先行き不安】で停滞してしまう高齢者は、社会的役割が減り、このまま家にひきこもった生活では、どんどん身体が衰退してしまうとわかっ

てはいるが、自主的に行動に移せないでいると思われる。本研究における【「古い」の役割意識】は、地域在住高齢者が家族との関係性を大切にして、自発的に自分の役割を見出していることが示された。無藤・高橋・田島（1990）は、老年期は家族員と深いかかわりを持ち、他の集団や機関では、家族でサポートされるような充足感が得られないため、家族からのサポートの重要性を説明している。家族は高齢者の特技や定年後にやりたいと思っていた趣味、家族の一員として存在価値を見出せる家事や孫の世話などの役割をもって生活できるようにサポートすることが大切であると考え。また、沖中（2017）は、独居高齢者の老いの生き方について、人生経験のなかで習得してきた技を通して自分にしかできない役割を果たすことや異世代との新たな交流を通して自らの生活を活動的に変容させていると述べている。核家族化が進行し、高齢者の独居世帯が増加している現代では、独居高齢者が家に閉じこもらずに地域住民の一員として社会的な責任をもって役割を担える社会づくりが必要である。金森（2009）は「運動器の加齢には社会的要求度と精神的な背景が関与している」と説明している。【「古い」の役割意識】をもつことができるよう高齢者にかかわることで、高齢者は「ロコモ」を自覚しながら、うっかり転倒しないようにと自己意識が変容し、行動に移すことにつながると推察する。

【「運動」を意識した日常生活】は、高齢者が地域で生活するなかにおいての、積極性や社会性、運動につながる生活の工夫が含まれている。それは、【「古い」の役割意識】を持ち、いつまでも自立して自分らしく生活したいという思いであり、そのために何が必要かを意識しているという内容である。さらにいえば、本研究では、高齢者が受け身の姿ではなく、自分から進んで、人や地域社会と交流しているということが導き出されており、高齢者が受身的に社会や地域に支えられる存在ではなく、主体性を持った存在として、その人らしく生きることが重要な課題であるという齋藤（2008）に支持されるものである。また、佐藤ら（2014）は高齢者が地域社会において役割を遂行し、社会貢献がしやすい社会環境整備について、青木（2014）は在宅高齢者の精神的健康状態を改善させるためには生きがい感を高める施策や環境を整えることの重要性を述べている。

地域在住高齢者が運動を意識した生活を送るための支援として重要なことは、高齢者に自分らしく生活してもらうため、高齢者の家族や身近にいる人間が、若い人に迷惑をかけないで生活したい、「うっかり」転倒しないように注意している高齢者の自立した生活を送りたいという思いを尊重しながら、家でできる体操や転倒予防につながる運動を継続できるように支援をすることが大切である。地域社会

においては地域包括支援センターと地域の老人クラブなどが連携を深め、仲間づくりをサポートして高齢者を社会的に孤独にさせないような環境づくりが重要である。また、核家族化が進行している現代社会において、高齢者の独居世帯が増加し、地域社会との希薄化も問題視されている。安孫子・原田（2017）は、独居高齢者が地域で自主的に実施している活動へ継続参加することを通して、活動継続を支える人との出会いや地域住民との交流の広がりを楽しむことが独居生活を支える自立への一助となると説明している。老年期は退職などにより人間関係が狭まる環境において、家族との関係の修復や地域社会と交流をもつことが必要になる。看護職者は地域に密着して、地域住民同士で支えあって、地域在住高齢者が最後まで住み慣れた地域で生活できるよう関係性をつなぐ橋渡しの役割もあると考える。

さらに、高橋・波多野（1990）は、高齢者を支える方法として、「高齢者の知的有能さを生かし、できるかぎりその有能さを発揮できるように助けること」であると述べている。高齢者に対して、価値ある役割遂行の課題を見出すことで、高齢者自身もQOLを維持した日常生活を送りたいと願い、「ロコモ」を自覚しながらも、うっかり転倒しないように自覚的な転倒予防行動を起こし、さらに運動を意識した日常生活の工夫へとつながると考える。つまり、「ロコモ」に直面した後、家族や社会とのかかわりにおいて孤独にさせず、責任や役割を意識できるようにする支援が、自発的な「運動」の工夫につながると考えられる。

#### 本研究の限界と課題

本研究は対象者を年齢、性別、職業、家族構成などバラエティのあるように配慮したことで、取材地域においてはある程度多角的に質のバラエティを確保できたが、取材地域という限定性があることと、自立歩行可能な高齢者を対象としたため、一般化するには限界がある。また、地域在住高齢者の「ロコモ」を自覚した日常生活の工夫には、高齢期の抱える普遍的な葛藤・課題を視野に入れつつ、いか

に高齢者の個性にあわせて家族や社会との関係を生産的に構築し、運動継続の意欲を高めるかが重要であり、地域行政と協力して個別的な支援のための企画を検討していくことが課題である。

## V. 結 論

地域在住高齢者へのインタビュー内容を構造化したことにより、「ロコモ」に直面した高齢者の思いは、身体機能の低下を実感することを起点として、先行きの不安を感じながらもこれといった対策を講じることができないでいるのか、責任のある老いを身体面でも精神面でも意識し、社会や家族との関係を積極的に維持しながら、自覚的に転倒予防に努めようとするのか、二方向を示している。ポジティブな方向に進むためには、高齢者が家族・社会との関係において孤独にならず責任や役割を意識できるように、高齢者の内面性の強さや自主性・自立性を支持することが重要である。老年期の普遍的な葛藤・課題を視野に入れつつ、看護職者が地域に密着して、高齢者一人ひとりに合わせて継続した運動が日常生活に取り込まれるように支援することの必要性が示唆された。

#### 謝 辞

本研究にご協力いただきました皆さまに心より感謝いたします。なお、本研究は日本看護研究学会第42回学術集会にて発表した。

#### 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

#### 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：**地域在住高齢者の「ロコモ」に対する自覚と日常生活の工夫を構造化する。

**方法：**高齢者7人を対象とし、半構造化インタビューをもとにKJ法を用いた。

**結果：**「地域在住高齢者のロコモティブシンドロームを自覚した日常生活の工夫」の図解は、【身体機能の低下の実感】が、【先行き不安】を感じる方向と【「老い」の役割意識】をもち【自覚的な転倒予防】を行い、さらに【「運動」を意識した日常生活の工夫】につながってゆく方向とに影響を与え、二方向に分極している状況が示された。

**結論：**「ロコモ」の実感より、先行きの不安を感じながらも対策を講じることができないでいるのか、責任のある老いを意識し、社会や家族との関係を維持しながら、自覚的に転倒予防に努めようとするのか、二方向を示している。老年期の普遍的な葛藤・課題を視野に入れつつ、継続した運動が日常生活に取り込まれるよう支援する必要性が示唆された。

## Abstract

**Purpose:** The purpose of this study was to identify the relationship between the awareness of locomotive syndrome and daily life in elderly individuals living independently in the community.

**Method:** We conducted semi-structured interviews with seven elderly individuals, and utilized the KJ method to summarize the ideas.

**Results:** The affinity diagram revealed that subjects became aware of locomotive syndrome which made them feel anxious about their future, and prompted them to become responsible for aging, try preventing falling themselves, and adjust daily life for exercise. Awareness of locomotive syndrome precipitated two different feelings.

**Conclusion:** Subjects' attitudes after realizing that they had developed locomotive syndrome were categorized into two types: Feeling anxious about their future, but being unable to take action; or becoming responsible for aging, maintaining a good relationship with their families and people in the community, and trying to prevent falling by themselves. These results suggested the need for healthcare professionals to provide support for elderly individuals that includes regular daily exercise, based on their feelings and issues in general.

## 文 献

- 安孫子尚子, 原田小夜 (2017). 自主グループ活動に参加する独居高齢者の継続参加への意味づけ. 聖泉看護学研究, 6, 9-18.
- 青木邦男 (2014). 在宅高齢者の精神的健康状態と社会関係, 生きがい感, 役割および身体的健康状態ほかの関連性. 老年精神医学雑誌, 25(8), 916-927.
- 長谷川明弘, 藤原佳典, 星 且二, 新開省二 (2003). 高齢者における「生きがい」の地域差—家族構成, 身体状況ならびに生活機能との関連—. 日本老年医学会誌, 40(4), 390-396.
- 金森昌彦 (2009). 運動器人間科学入門—よりよく生きるための「からだ」と「こころ」の調和—. 130-161, 東京: 新生出版.
- 川喜田二郎 (1996). KJ法—渾沌をして語らしめる—. 川喜田二郎著作集5, 21-169, 東京: 中央公論社.
- 小寺隆史 (2000). 老年期における危機と変容: 引退を契機にめまいを訴えた一症例. 精神療法, 26(4), 59-65.
- 近藤 勉, 鎌田次郎 (2004). 高齢者の生きがい感に影響する性別と年代からみた要因—都市の老人福祉センター高齢者を対象として—. 老年精神医学雑誌, 15(11), 1218-1290.
- 厚生労働省 (2012). 健康日本21(第二次): 国民の健康の増進の総合的な推進を図るための基本的な方針. 厚生労働省告示第四百三十号. [http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21\\_01.pdf](http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/dl/kenkounippon21_01.pdf)
- 厚生労働省 (2013). 地域包括支援システム: 1. 地域包括支援システム実現に向けて. [http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)
- 厚生労働省 (2015). 今後の高齢者人口の見通しについて. [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/dl/link1-1.pdf)
- 宮原洋八, 西三津代, 萩裕美子 (2010). 地域在住高齢者の自立と運動機能, 日常生活活動, 社会的属性との関連. 理学療法科学, 25(2), 217-222.
- 村田 伸, 津田 彰 (2006). 在宅障害高齢者の身体機能・認知機能と転倒発生要因に関する前向き研究. 理学療法科学, 33(3), 97-104.

- 無藤 隆, 高橋恵子, 田島信元 (1990). 発達心理学入門Ⅱ—青年・成人・老人—. 137-139, 東京: 東京大学出版会.
- 永田勝太郎, 姫野友美, 岡本章寛, 伊東充隆, 釜野安昭, 金子美恵, 奥秋 晟 (1989). QOL (quality of life) とその臨床評価における意義と実施法. 臨床医薬, 5(2), 211-235.
- 内閣府 (2016). 第1章 高齢化の状況. 平成29年版高齢社会白書(全体版): 平成28年度高齢化の状況及び高齢社会対策の実施状況. [http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/29pdf_index.html)
- 日本整形外科学会 (2007). 一般の方へ: ロコモティブシンドロームとは. <http://www.joa.or.jp/public/locomo/index.html>
- 沖中由美 (2017). ひとりで暮らす要支援・要介護高齢者の老いの生き方. 日本看護研究学会, 40(4), 649-656.
- 齋藤 静 (2008). 高齢期における生きがいと適応に関する研究—ネットワークの観点から—. 現代社会文化研究, 41, 63-75.
- 佐藤美由紀, 齋藤恭平, 若山好美, 堀籠はるえ, 鈴木佑子, 岡本麗子 (2014). 地域社会における高齢者に対する役割期待と遂行のための促進要因: フォーカス・グループ・インタビュー法を用いて. 日本保健福祉学会誌, 21(1), 25-34.
- 曾根千賀子, 渡辺みどり, 松澤有夏, 細田江美, 千葉真弓, 森野貴輝 (2015). 終末期の生活と介護に関する高齢者の意向. 長野県看護大学紀要, 17, 75-84.
- 征矢野あや子 (2009). 地域高齢者に対する転倒予防を目的とした看護研究の動向と課題. 看護研究, 42(3), 189-204.
- 高橋恵子, 波多野諄余夫 (1990). 生涯発達の心理学. 182, 東京: 岩波書店.

〔平成29年6月13日受付〕  
〔平成30年1月4日採用決定〕

## ベッド・車椅子間移乗が見守り支援から自立に至った 回復期脳血管疾患患者がとらえた経験知

Experience-Based Knowledge of Patients with Post-Acute Cerebrovascular Disease Requiring Observation as a Basis for the Achievement of Bed-Wheelchair Transfer Independence

高柳 智子  
Tomoko Takayanagi

キーワード：脳血管障害，移動運動，語り，回復期

Key Words：cerebrovascular disorders, locomotion, narratives, recovery

### I. はじめに

脳血管疾患は日本において要介護状態に至る原因疾患の第1位であり，その発症により自立した生活を奪われ，生活の再構築を余儀なくされる。脳血管疾患は，病巣部位や損傷範囲によって多彩な症状を呈する。なかでも，片麻痺をはじめとする運動麻痺は発生頻度が高く，患者の自由で主体的な生活行動を制約し，QOLにも大きな影響を及ぼす。実用歩行が困難で車椅子を移動手段とする患者にとって，移乗自立はリハビリテーション（以下，リハビリ）の鍵ともいわれる重要な動作である（金城，2010）。移乗は移乗そのものが目的ではなく，あらゆる生活行動に付随しており，たとえば排泄にはベッドから車椅子・車椅子からトイレへの移乗が含まれる。

その一方で，移乗は転倒発生につながりやすい動作でもあり，集中的なリハビリによる日常生活動作（activities of daily living: ADL）変化が著しい回復期ではとくに転倒発生率は高い（梅津，2010）。医療機関でのヒヤリハット事例を分析した川村（2006）は，転倒・転落事例の3/4は看護師の介入がない状況下で発生していることを報告している。さらに，井上ら（2010）は脳血管疾患患者のリハビリにおいても，転倒事故に伴うさまざまなトラブル回避のために，見守りから自立への移行はこれまで以上に慎重な対応が求められるようになってきていることを指摘している。移乗時の看護師の介入には，身体介助だけでなく見守りも含まれる。リハビリ看護では患者の力を最大限に引き出す目的で，安易な手出しは行わず安全に配慮しつつ患者自身ができることを見守る姿勢を大切にしている。Takayanagi（2010）は，回復期脳血管疾患患者のベッド・車椅子間移乗における見守り解除に関するアセスメント指標の開発に取り組み，そのなかで回復期リハビリ病棟での前向き調査

から，看護師の移乗時見守り解除の臨床判断に関連するアセスメント項目を明らかにした。しかし，見守り解除後の追跡調査（高柳・泉，2011）にて，見守り解除後の転倒発生と有意に関連していたのは，「発症から回復期リハビリ病棟転入までの期間」と「安全に移乗できない環境では他者に援助を依頼できる」の2つであり，上記の看護師の臨床判断に関連するアセスメント項目とは異なっていた。これらの研究成果から，見守り解除後にも安全かつ自立した移乗を遂行していくには，看護師が重要視する移乗の基本動作の定着よりむしろ，各移乗場面において危険を認知できる力と必要時には他者に援助を依頼できる自立と依存のバランスの重要性が示唆された。成人の学習は，子どもの学習とは大きく異なり，本人が理解・納得し望んだときに成立するといわれている（田中・宮下・大塚，2010）。成人である脳血管疾患患者も，医療者からの指導をそのまま従うだけではなく，日々の移乗から患者自身が何かを学びとり体得して移乗自立に至っていると推察され，移乗の見守りから自立への過程において，患者自身がどのような経験や学びを得て移乗自立へと移行できたのかを明らかにし，ケアに取り入れていくことが必要と考えられる。

山内（2007）は，片麻痺を伴う脳血管障害患者の発症から6週間における身体体験について解釈的現象学を用いて明らかにしている。それによると，患者の身体体験は《目覚める身体》《よそ者の身体》《向き合う身体》《自分自身の身体》という4段階を踏み，病棟で車椅子中心の生活となる《自分自身の身体》の時期において，「昔の身体が生きている」と実感し，「自分の身体となるが，じっくりこない」[道具が身体の一部となり，やがて邪魔になる]経験をすると報告している。また，牧野・泉・平松（2010）は，まだ単独では安全に遂行できない動作を試験的に行う障害たしかめ体験により転倒に至った回復期にある片麻痺

患者の思考プロセスに関する研究において、患者は転倒体験からくる思いを経て、障害たしかめ体験を実行したいけどいまはしない〔停滞〕と、失敗の原因とともに片麻痺での移動動作を考え再び実行する〔繰り返す〕にわかれると報告している。しかし、これらの研究は、移乗に焦点を当てた研究ではない。移乗自立への過程において、患者自身がどのような学びを得て自立に至ったのかを言及した研究はなく、経験知の掘り起こしのため、移乗自立に至った患者自身の語りから探索していくことが適切と考えた。

## II. 研究目的

ベッド・車椅子間移乗が自立に至った回復期脳血管疾患患者が、見守り支援から自立への過程でとらえた経験知を明らかにする。

## III. 用語の定義

- ①回復期：脳血管疾患（脳梗塞、脳出血、クモ膜下出血）を発症して2週間～6か月の期間で、全身状態が安定し、ADLの再獲得に向けたリハビリが実施されている時期を指す。
- ②移乗自立：移乗とは、乗り移る動作を意味する。本研究では、ベッド・車椅子間の移乗の自立を指す。本研究での移乗自立とは、機能的自立度評価法（function independence measure: FIM）において、6～7点と判断される状態を指す。
- ③経験知：経験とは、何かに直接ぶつかり、そこから技能・知識を得ることである。本研究では、回復期にある脳血管疾患患者が、ベッド・車椅子間移乗が見守り支援から自立に至った過程において、移乗自立に結びついたと認識している事柄を指す。

## IV. 研究方法

### 1. 研究デザイン

質的帰納的研究。

### 2. データ収集期間

2015年12月～2016年5月。

### 3. 研究参加者

A県の2施設の回復期リハビリ病棟に入院中の脳血管疾患患者のうち、当該病棟に入院中にベッド・車椅子間移乗が見守り支援から自立に至った患者で、言語的コミュニケーションが可能であり、30分程度のインタビューへの受

け答えが可能な者とした。

## 4. データ収集方法

同意の得られた研究参加者に対して、診療録および看護記録から、年齢、診断名、発症からの経過月数、回復期リハビリ病棟転入からの経過月数について情報を得た。また、1回30分程度の半構成的インタビューを行い、ベッドと車椅子間の移乗で留意していること、移乗時の見守りを受けていた際の看護者の支援で移乗自立に役立ったと感じていることについて、自由に語ってもらった。その際、インタビュー場所は院内の個室を借用し、参加者の同意を得てICレコーダに録音した。

## 5. データ分析方法

ICレコーダに録音したデータから逐語録を作成し、これらの内容を質的に分析した。まず、全体を精読し、参加者個人の経験から得た学びが語られている内容をまとまりごとに区切り、コード化した。次いで、上記のコードを類似性ならびに相違性に着目して類型化を繰り返し、サブカテゴリー・カテゴリーを導き出した。分析の過程において、リハビリ看護に精通する研究者ならびに脳卒中リハビリ看護の実践家と検討し、分析の妥当性を高めた。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、研究者の所属機関の倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号：015-18）。まず、研究協力機関に本研究の概要を文書と口頭にて説明し研究協力の同意を得た。次いで、研究参加者に対し、研究目的、内容、自由意思による参加と途中辞退の権利、データの管理方法、プライバシーの保護について、文書と口頭で説明を行い、署名にて同意を得た。

## V. 結果

### 1. 研究参加者の背景

研究参加者は、男性7名、女性4名で、年齢は56～86歳であった。疾患名は、脳梗塞6名、脳出血5名で、インタビュー時は発症から2～6か月经過しており、回復期リハビリ病棟に転入して1.5～4.5か月经過していた。

### 2. 見守り支援から移乗自立に至った回復期脳血管疾患患者がとらえた経験知

ベッド・車椅子間の移乗が見守り支援から自立に移行した回復期にある脳血管疾患患者がとらえた経験知として、7つのカテゴリーと、それらを構成する25のサブカテゴリーが抽出された（表1）。以下、カテゴリーを《 》、サ

表1 見守り支援から移乗自立に至った回復期脳血管疾患患者がとらえた経験知

カテゴリー	サブカテゴリー
車椅子のブレーキ操作の定着が移乗自立の絶対条件と心得る	車椅子のブレーキを必ずかけてから移乗する
	ブレーキ操作習得は看護師の繰り返しの指導の賜物
転倒リスクは皆無にできないことを認識する	ブレーキのかけ忘れは転倒に直結すると自覚する
	転倒経験で自身の移乗の課題を身をもって学習する
	必要時は援助を求めることを躊躇しない 転倒しないことを第一に考える 転倒リスクを自覚して見守りを受け入れる
障害による身体特性を意識して動く	車椅子のブレーキを過信しない
	夜や朝方は身体に力が入らないことを自覚する
	麻痺側下肢の接地と荷重を意識する 発症前とは異なる身体を意識する 身近な同病者の身体の使い方を参考に する
移乗の各局面における自分なりのポイントをつかむ	安定したバーを把持して移乗する
	麻痺側の靴のはき方を工夫する
	ゆっくり腰かける
	転落しないよう、臀部の位置を調節する 移乗目的物へと十分に方向転換して座る 肘をついて上体を起こす 移乗前後でフットレスト操作を忘れない
確実な移乗手順を遂行するために時間の余裕を確保する	トイレ目的の移乗は時間に余裕をもって行う
	急がず確実に移乗手順をふむよう努める
医療者の判断を受け入れる	医療者からの指導に従う
	医療者から習得のお墨つきを得る
訓練室とは異なる環境での移乗に折り合いをつける	訓練室で教わった移乗方法を病室環境にあわせてアレンジする
	片麻痺での布団操作を試行錯誤で習得する

ブカテゴリーを〈 〉、研究参加者の語りを「 」で示し、( )で意味内容を補足した。

(1) 車椅子のブレーキ操作の定着が移乗自立の絶対条件と心得る

《車椅子のブレーキ操作の定着が移乗自立の絶対条件と心得る》は、〈車椅子のブレーキを必ずかけてから移乗する〉〈ブレーキ操作習得は看護師の繰り返しの指導の賜物〉〈ブレーキのかけ忘れは転倒に直結すると自覚する〉の3つのサブカテゴリーで構成されていた。

研究参加者は、移乗前にブレーキ操作を忘れて、看護師に指摘される経験を何度もしており、そのなかで「ブレーキ、看護師さんに確認して、リハの人もちちゃんと見て、『大丈夫だな』ってときまで絶対に（単独移乗は）許可されませんもの」（E氏）と、ブレーキ操作が移乗自立の絶

対条件であることを認識していた。また、「『こういうふうにして、ブレーキかけて、こうするんですよ』と、よく教えてもらったから、それは意義があったというか助かったことですよね」（B氏）と、看護師の繰り返しの指導の賜物であることが語られていた。

(2) 転倒リスクは皆無にできないことを認識する

《転倒リスクは皆無にできないことを認識する》は、〈転倒経験で自身の移乗の課題を身をもって学習する〉〈必要時は援助を求めることを躊躇しない〉〈転倒しないことを第一に考える〉〈転倒リスクを自覚して見守りを受け入れる〉〈車椅子のブレーキを過信しない〉の5つのサブカテゴリーから構成されていた。

研究参加者11名のうち、10名が移乗時に転倒または転倒しそうになった経験を有していた。実際に転倒した参加者は、「（転倒して）怖いんだなと。前から『ブレーキ、ブレーキ』って、よく注意されていたんだけど。ブレーキかけないと大変なことになるんだなと。やっぱり体験しないと怖さがわからないんですね」（G氏）と語り、〈転倒経験で自身の移乗の課題を身をもって学習する〉機会となっていた。他にも、転倒や危うく転倒しそうになった経験から参加者は、〈必要時は援助を求めることを躊躇しない〉〈転倒しないことを第一に考える〉〈転倒リスクを自覚して見守りを受け入れる〉〈車椅子のブレーキを過信しない〉といった学びを得ており、「万が一、転倒とかもあるから、見守りが入るんです。転倒しちゃうと簡単に起き上がれないとかね。そういうこともありますよね」（A氏）、「一応ブレーキが止まっても、完全なものではありませんので」（K氏）と語っていた。

(3) 障害による身体特性を意識して動く

《障害による身体特性を意識して動く》は、〈夜や朝方は身体に力が入らないことを自覚する〉〈麻痺側下肢の接地と荷重を意識する〉〈発症前とは異なる身体を意識する〉〈身近な同病者の身体の使い方を参考にする〉の4つのサブカテゴリーから構成されていた。

研究参加者は、片麻痺をはじめとする障害による自身の身体特性を意識し動作を行っていた。「きちんと立つこと。麻痺していない足ばかりに頼らないで、麻痺している足にも体重をかけることかな。要するに、両足で立つことを基本にしてですね。安定した立ち方ですよ。一般的な健康な方はそうですね」（F氏）と健常者の立ち方を引き合いに出しながら安定した動き方を語ったことや、「私の母が脳梗塞になったんですよ。（中略）車椅子とか麻痺になって。母が麻痺になった身体で一生懸命教えていたし、（私は）見ていたし。覚えているの。しつけない身についているのかな。だから、自分がこうなっても新しいことはしていないです」（H氏）と、身近な同病者の身体の使い方

を思い出し、自身の移乗に活かしている者もいた。

(4) 移乗の各局面における自分なりのポイントをつかむ

《移乗の各局面における自分なりのポイントをつかむ》は、〈安定したバーを把持して移乗する〉〈麻痺側の靴のはき方を工夫する〉〈ゆっくり腰かける〉〈転落しないよう、臀部の位置を調節する〉〈移乗目的物へと十分に方向転換して座る〉〈肘をついて上体を起こす〉〈移乗前後でフットレスト操作を忘れない〉の7つのサブカテゴリーで構成されており、研究参加者が移乗動作のなかでも各自が特に留意している内容が語られていた。

「(麻痺側の)靴をはくときは、ズボンのすそを持って、片方の足をベッドの上にあげるんですけど、膝を曲げて平らになりますよね。足の先をベッドから出しておくんです。それ(靴)を足の方にひっかけて。そのようにしているんですけどね」(D氏)など、それぞれが移乗動作のなかでもとくに工夫や気をつけている動作を、身振り手振りや実際の動作を交えて具体的に語った参加者が多かった。

(5) 確実な移乗手順を遂行するために時間の余裕を確保する

《確実な移乗手順を遂行するために時間の余裕を確保する》は、〈トイレ目的の移乗は時間に余裕をもって行う〉〈急がず確実に移乗手順をふむよう努める〉の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

「トイレなんかは、ギリギリまでがまんして行くようなことしちゃうと、そういう失態するおそれがあるので、なるべく早め早めに行動して、ゆっくり行くようにしています」(B氏)など、とくに夜間のトイレ目的の移乗を語った者が多かった。また、「焦るじゃないですか。1秒2秒でも少しでも早く(トイレに)行きたいということで。いや、待てよ。これとこれだけは守ろうという整理をして。ブレーキとかスタンドに足をあげないと、そんなことで(リハビリが)振り出しに戻るのって悔しいじゃないですか。気持ちを落ち着かせて、これとこれだけは守らないといけないと、自分に言い聞かせてね」(G氏)と、急ぎたい移乗場面であっても、確実な移乗手順の遂行に心がけていた。さらに、トイレに間に合わなかった経験についても、「仕方ないなって、自分に言い聞かせないと、とても前に進めないですよ」(G氏)と語り、安全に移乗および移動できることを優先して考えていた。

(6) 医療者の判断を受け入れる

《医療者の判断を受け入れる》は、〈医療者の指導に従う〉〈医療者から習得のお墨つきを得る〉の2つのサブカテゴリーから構成されていた。

許可されていない単独移乗を看護師に発見されて、センサーマット設置となったエピソードを語った参加者は、「『もう絶対に(ナースコールを)押すから、(センサー

マット設置は)勘弁してくれ』と言ってね。一人で動かない。(中略)最初は厳しいあれ(指導)だと思ったけど、私のためによかった」(I氏)と話し、看護師の指導を守ったことにより、移乗自立に至ったことを感謝していた。また、「いまはほとんどいいかな。習慣になっているから。それ(移乗)を見て、一人で室内を自由に移動できる許可が出たんじゃないかと思っています」(B氏)と、医療者から見守り不要のお墨つきを得ることで移乗動作の習得を認識していた。

(7) 訓練室とは異なる環境での移乗に折り合いをつける

《訓練室とは異なる環境での移乗に折り合いをつける》は、〈訓練室に教わった移乗方法を病室環境にあわせてアレンジする〉〈片麻痺での布団操作を試行錯誤で習得する〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。

B氏は、「場所がね。寝て右側に傾いたときにすぐに柵はあるし、その柵が身体に接するようになってるから、どうしても柵のところに手でいったん(引っ張るような動作をしながら)。本当は肘を使って起こさなきゃいけないのが、手を使って本当はまずいんだけど。そうじゃないと、空いているところにちょうど起きて、車椅子に移行できない。そんな状況。現場を見てもらえば、わかる」と語り、起き上がりの際に掛け布団がずり落ちるのを防ぐために足側にベッド柵を設置しており、起き上がり時は下肢を高く挙上して柵を乗り越えていることを身振り手振りでも説明されていた。また、D氏は、「『自分でみんなしなさい』と言われるけど、やっぱり布団をかけるの大変だし、自分の身体で(布団を)踏んづけたり、(麻痺した)足も重いから。(看護師が)布団を柵に2か所くらい結んでくれたんです。それで、こうやって引っ張って、自分で布団かけて寝なさいって」と、片麻痺の影響で布団操作に試行錯誤し、看護師の一工夫で自立できたことが語られていた。

## VI. 考 察

本研究は、ベッド・車椅子間移乗が自立に至った回復期脳血管疾患患者のインタビューを通して、見守り支援から自立への過程での経験知を抽出することができた。

1. 回復期脳血管疾患患者が、ベッド・車椅子間移乗の見守り支援から自立への過程でとらえた経験知

研究参加者の多くから共通して抽出されたカテゴリーは、《車椅子のブレーキ操作の定着が移乗自立の絶対条件と心得る》《転倒リスクは皆無にできないことを認識する》の2カテゴリーであり、それぞれ1名を除く参加者からの語りで構成されていた。ブレーキ操作の定着に関しては、

車椅子移乗時の見守り解除を判断する際の看護師の視点の1つにあげられており(高柳・泉, 2013), 本研究においても, 参加者は, 看護師をはじめとする医療者によるブレーキ操作への手厚い指導により, その習得の重要性を認識していったと考えられる。くわえて, 二瓶ら(2013)の調査によると, 75%の医療・介護施設および在宅で, 車椅子のブレーキのかけ忘れによる転倒・転落が発生しており, ブレーキ操作は転倒予防の目的においても不可欠な学習といえる。機能回復が著しい回復期では, 自立心の高まりに伴う主体的な行動が増加し, 転倒につながることも少なくない。本研究の参加者は, 見守りから自立に至るまでの経験を語る事ができる認知面での障害は軽度の患者であったため, 転倒や危うく転倒といった経験から自身の移乗の課題を見出し, その後の移乗に活かすことができたことが推察される。金井(2015)は, 高次脳機能障害患者の転倒リスクへの対応について, 知識として安全への配慮を意識づけることはむずかしく, 転倒など危険に直面した際に内省を引き出すことで, リスク認知の変化を促す重要な過程になる, と述べている。本研究の参加者においても, 転倒やそれに近い状況を体験した際の内省により, 《転倒リスクは皆無にできないことを認識する》ことにつながっていったと考えられる。

また, 《確実な移乗手順を遂行するために時間の余裕を確保する》において参加者は, トイレ目的などの急ぎたい移乗場面で移乗手順がおろそかになりやすいことを学び, 移乗および移動に十分な時間を確保するといった共通の対応をとっている一方で, 《移乗の各局面における自分なりのポイントをつかむ》においては, 個人によりポイントとする部分がさまざまであり, 個々の身体機能や後遺症が反映されていた。長谷(2013)が, 運動スキルをみかく段階において当事者の関心は動作内容ではなく, 自らのパフォーマンスに向けられると述べているように, 本研究においても, 見守り支援から自立への移行時期では個々の課題に焦点化した学びを得て, 移乗を遂行していることがうかがえる。

《医療者の判断を受け入れる》においても, 前述の《確実な移乗手順を遂行するために時間の余裕を確保する》と同様に, 参加者は自由に動きたい欲求を抑え, 医療者の判断を受け入れたことが移乗自立につながったと認識していた。寺西ら(2013)は, 回復期リハビリ病棟での転倒事例の動作管理方法を分析し, 障害の回復に応じて行動範囲が拡大する回復期リハビリ病棟であるからこそ, 動作許可範囲を遵守するアドヒアランスが転倒予防に重要であることを指摘している。本研究での《医療者の判断を受け入れる》も同様にアドヒアランスの重要性を示していると考えられ, 参加者は医療者の専門的な観点からの助言を遵守

し, 自身の移乗能力を高めていったと推察される。《障害による身体特性を意識して動く》において, 参加者は発症前の自分, 身近な同病者, 昼夜の身体の動きの変化などの比較を通して, 自身の身体変化を困惑しながらも自覚し, それを補うための自分に見合った移乗を獲得していた。山内(2007)は, 片麻痺患者は回復過程のなかでもとの身体に戻らないことを自覚するようになるが, 当初思い描いていた身体像と実際の身体像の誤差が時間をかけて埋められ, 片麻痺を伴った身体がそのままの自身であったことを悟ることを報告している。本研究においても, 障害による身体特性を意識して動くことは生活の再構築に向けての過程であることがうかがえる。

一方で, 《訓練室とは異なる環境での移乗に折り合いをつける》においては, 回復期リハビリ病棟は本来, 生活に密着した実用性の高いリハビリを集中的に展開していく病棟であるにもかかわらず, なかには機能訓練室で習得した方法を生活の場である病室で適用できていない状況が示された。語られたエピソードはいずれも布団操作を片麻痺の身体で行うことの困難さに起因していた。回復期リハビリ病棟はセラピストも病棟専従ではあるが, 24時間ベッドサイドケアに携わる看護職とは異なり, 勤務体制上, 就寝以降のケアにかかわることはまれであるため, 布団操作の自立に対する関心は低くなりがちであることが報告されている(坪井・羽羽・山根・戸田, 2012)。移乗を生活場面で遂行していくにあたり, 布団操作は周辺動作として不可欠である。機能訓練で習得した基本動作を基盤に日常生活で実践していくうえで, 病棟での生活援助を担う病棟看護師の役割は大きい。看護師が個々の患者に適した生活動作を指導していくとともに, 他の職種にも積極的に情報発信し, 日常生活上の課題解決に向けて協働していくことが重要といえる。

## 2. 見守り支援から移乗自立に向けた看護援助

高柳・泉(2013)は, 脳卒中リハビリ看護実践5年以上の看護師によるフォーカス・グループ・インタビューの分析から, 回復期脳卒中患者の移乗時見守り解除の臨床判断の視点として, 認知能力, 移乗動作能力, 移乗に対する患者の思い, 睡眠薬の内服状況の4カテゴリーをあげている。このなかで, 移乗に対する患者の思いは, 患者が見守りなしの移乗を望んでいるとどうかが唯一のサブカテゴリーとして報告されている。一方, 患者自身の学びをとらえた本研究において, 見守り解除すなわち移乗自立までの過程で患者は, さまざまな学びを得て, それを安全安楽な移乗確立に活用していた。酒井(2005)は, 看護師が移動することを「できる」「できない」の能力評価のみで把握しようとする, 当事者である患者が移動にどのように携

わっているのかといったセルフケアエージェンシー発達の視点が抜け落ちてしまう危険性を指摘している。本研究の結果からも、リハビリの主体である患者が、自身の移乗をどうとらえ、どのような努力をしているのかを、看護師は日々のかかわりのなかで把握し、医療者側のリハビリ評価や支援の方向性とのすりあわせをはかっていく重要性が示唆された。とくに、《訓練室とは異なる環境での移乗に折り合いをつける》においては、患者から医療者への発信はなく、機能訓練内容と日常生活動作との乖離を患者自身で折り合いをつけようとしていた。患者が能動的にリハビリプログラムに参画できるよう、患者の学習ニーズの表出を促し、それを実際のプログラムに反映させていくことが重要であり、これらを通して看護師はリハビリの質向上に寄与できるものと考えられる。

### 3. 本研究の限界の今後の課題

本研究は、個々の研究参加者の経験の想起による学びの抽出であったことから、記憶や個人の言語表出能力による結果の偏りの可能性を否認しない。くわえて、研究参加者の年齢や移乗自立までの期間、麻痺をはじめとする後遺症の程度などの要因はさまざまであることから、結果の一般化には限界を有している。今後、患者の学びとケア内容を見守り支援の段階から縦断的に収集・分析とともに、患者と看護師の双方向からのデータ収集により、実践に即したケアプロトコルへと精選していく必要がある。

## 要 旨

本研究の目的は、ベッド・車椅子間移乗が自立に至った回復期脳血管疾患患者が見守り支援から移乗自立への過程でとらえた経験知を明らかにすることである。

回復期リハビリテーション病棟に入院中の脳血管疾患患者11名を対象に、半構成的インタビューを行い、質的帰納的に分析した。患者がとらえた経験知として、《車椅子のブレーキ操作の定着が移乗自立の絶対条件と心得る》《転倒リスクは皆無にできないことを認識する》《障害による身体特性を意識して動く》《移乗の各局面における自分なりのポイントをつかむ》《確実な移乗手順を遂行するために時間の余裕を確保する》《医療者の判断を受け入れる》《訓練室とは異なる環境での移乗に折り合いをつける》の7カテゴリーが抽出された。患者は移乗自立までの経験の中でさまざまな学びを得ており、看護師は、患者が自身の移乗をどうとらえ、努力しているのかを理解し、看護支援に反映させていく重要性が示唆された。

## Abstract

This study examined patients with post-acute cerebrovascular disease requiring observation for bed-wheelchair transfer to clarify the details of their experience-based knowledge as a basis for the achievement of independence in such transfer.

Semi-structured interviews were conducted with 11 patients with cerebrovascular disease hospitalized in the post-acute rehabilitation ward, and the obtained data were qualitatively and inductively analyzed. Their experience-based knowledge was represented by 7 categories: <regarding the ability to appropriately manipulate wheelchair brakes as indispensable for independent transfer>, <recognizing that the risk of falls cannot be completely eliminated>, <executing movements while considering disability-related physical characteristics>, <clarifying points to be noted during each phase of transfer>, <ensuring sufficient time to accurately perform transfer procedures>, <accepting medical professionals' judgments>, and <coming to

## VII. 結 論

回復期脳血管疾患患者が、ベッド・車椅子間移乗の見守り支援から自立へと至る過程でとらえた経験知として、《車椅子のブレーキ操作の定着が移乗自立の絶対条件と心得る》《転倒リスクは皆無にできないことを認識する》《障害による身体特性を意識して動く》《移乗の各局面における自分なりのポイントをつかむ》《確実な移乗手順を遂行するために時間の余裕を確保する》《医療者の判断を受け入れる》《訓練室とは異なる環境での移乗に折り合いをつける》の7カテゴリーが抽出された。

以上より、ベッド・車椅子間移乗が自立に向かうための患者の学びが明らかとなった。個々の患者がどのような学びを得て移乗を行っているのかを理解し、ケアに反映させていく重要性が示唆された。

## 謝 辞

本研究に快くご協力くださいました参加者の皆さまならびに調査施設のスタッフの皆さまに深謝いたします。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費JP26463347の助成を受けたものです。

terms with different transfer environments than the rehabilitation room). The patients acquired knowledge of various points through the experience of becoming able to transfer independently. Therefore, it may be important for nurses to understand how these patients perceive their transfer and make efforts, in order to provide appropriate nursing support for them based on such understanding.

## 文 献

- 長谷公隆 (2013). 運動学習理論に基づくリハビリテーション. 四條畷学園大学リハビリテーション学部紀要, 9, 51-56.
- 井上和章, 尾方恵子, 下山恭史, 新居田茂光, 松田秀之, 小林弘基, 長野吉宏, 前岡美帆, 甲田宗嗣, 廣澤隆行, 沖田一彦, 清水ミシェル・アイズマン (2010). 理学療法士は脳卒中片麻痺患者の自立歩行開始をどのように判断しているのか—広島県理学療法士会会員を対象としたアンケート調査—. 理学療法の臨床と研究, 19, 11-17.
- 金井 香 (2015). 高次脳機能障害者への援助の視点. リハビリナース, 8(1), 36-51.
- 川村治子 (2006). 2群ステップで考えよう 転倒・転落事故防止: 1,500事例の分析から. *Nursing Today*, 21(10), 18-19.
- 金城利雄 (2010). リハビリテーション看護の目的と方法: 活動の促進 (生活レベル). 酒井郁子・金城利雄 (編), リハビリテーション看護: 障害をもつ人の可能性とともに歩む. 122-139, 東京: 南江堂.
- 牧野真弓, 泉キヨ子, 平松知子 (2010). 転倒に至る障害たしかめ体験を行った片麻痺患者の思考プロセス. 金沢大学つるま保健学会誌, 34(1), 59-67.
- 二瓶美里, 出口弦舞, 山内閑子, 濱田浩美, 鎌田 実, 井上剛伸 (2013). 手動車いすのブレーキかけ忘れを原因とした転倒に関する実態調査. 日本生活支援工学会誌, 13(1), 39-45.
- 酒井郁子 (2005). セルフケアエージェンシーを育む: 移動に関するケア リハビリテーションにおける転倒予防. 酒井郁子 (編), 超リハ学: 看護援助論からのアプローチ. 164-171, 東京: 文光堂.
- Takayanagi, T. (2010). Development of assessment indicators to decide when to stop observing stroke patients during transfer based on clinical judgments made by nurses. 金沢大学つるま保健学会誌, 34(2), 25-35.
- 高柳智子, 泉キヨ子 (2011). 看護師の臨床判断を基盤とした脳卒中患者の移乗時見守り解除のアセスメント指標の評価: 見守り解除後の追跡調査から. 日本リハビリテーション看護学会誌, 1(1), 25-31.
- 高柳智子, 泉キヨ子 (2013). 脳卒中患者の移乗時「見守り解除」における看護師の臨床判断: 中堅看護師を対象としたフォーカス・グループ・インタビューを通して. 日本看護研究学会雑誌, 36(2), 69-77.
- 田中康之, 宮下 智, 大塚真理子 (2010). リハビリテーション看護の展開に必要な概論と理論: リハビリテーションを必要とする人への看護を展開するために. 酒井郁子・金城利雄 (編), リハビリテーション看護: 障害をもつ人の可能性とともに歩む. 96-99, 東京: 南江堂.
- 寺西利生, 近藤和泉, 谷野元一, 宮坂裕之, 櫻井宏明, 加賀順子, 鈴木由佳里, 松嶋文子, 川北美奈子, 園田 茂 (2013). 回復期リハビリテーション病棟における転倒の分析: 転倒事例の動作管理方法による決定木分類を用いた検討. *Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science*, 4, 7-13.
- 坪井里美, 出羽里美, 山根享子, 戸田あかね (2012). 回復期リハビリテーション病棟における布団操作への職種意識の違い. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 43, 34-37.
- 梅津博道 (2010). 回復期リハビリテーション病棟の転倒・転落の状況. リハビリナース, 3(5), 434-440.
- 山内典子 (2007). 看護を通してみえる片麻痺を伴う脳血管障害患者の身体体験: 発症から6週間の期間に焦点を当てて. 日本看護科学会誌, 27(1), 14-22.

〔平成29年8月27日受付〕  
〔平成30年1月16日採用決定〕



## 在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスと 高齢者総合的機能評価との関連

Relationship between Comprehensive Geriatric Assessment and Medication Adherence among  
Home-Bound Elderly Stroke Survivors

山本 知世 百田 武司  
Chise Yamamoto Takeshi Hyakuta

キーワード：服薬アドヒアランス，高齢者総合的機能評価，脳卒中

Key Words：medication adherence, Comprehensive Geriatric Assessment, stroke

### 序 論

脳血管疾患（以下，脳卒中）による死亡順位は65歳から79歳までの高齢者において第3位となっている（厚生労働統計協会，2016）。また，脳卒中は再発により症状が重症化するため，再発予防は重要な課題である。脳卒中の危険因子は，生活習慣に起因するものが多く，脳卒中の再発を予防していくためには，自らの生活習慣の是正とともに，服薬による管理が重要である。一方，2011年から非ビタミンK阻害経口抗凝固薬（non-vitamin K antagonist oral anticoagulant: NOAC）が導入された。NOACには，ワルファリンと比較して半減期が短いという特徴があるが（橋本，2012），これはワルファリンよりも飲み忘れが再発につながりやすいおそれがあることを示している。しかし，脳卒中発症から2年後のワルファリンの服薬遵守率は50%を下まわっている（Glader, Sjölander, Eriksson, & Lundberg, 2010）。そのため，NOACの導入によりいままでも以上に服薬遵守率を向上させていくための取り組みが必要であると考えた。

服薬遵守率低下の要因としては，在宅療養中の要介護者を対象とした研究で，独居，うつ存在，服薬自己管理能力の欠如があげられていた。一方，服薬管理者がいるにもかかわらず，服薬遵守率が低い要因として，服薬管理者が男性であり，さらにその管理者自体の健康状態が優れない場合といった要因があげられていた（Kuzuya et al., 2010）。また，その他の服薬遵守率を低下させる患者関連の要因として，一般的に認知機能，視力，聴力，日常生活活動（activities of daily living: ADL）の低下，病識の欠如，薬物副作用の経験，医療関係者への不信，自己判断，錠剤または散剤の嚥下困難があるとされている（葛谷，2007）。このように，高齢者の服薬遵守率低下の要因には，身体面，

精神面，社会面が関連しており，高齢者の服薬援助を行うためには，高齢者を総合的に評価する必要がある。そして，その方法として高齢者総合的機能評価（Comprehensive Geriatric Assessment: CGA）が有効であると考えた。CGAとは，疾患の評価に加え，日常生活機能評価として，日常生活活動度，手段的日常生活活動度，認知能，気分・情緒・幸福度，社会的要素・家庭環境などを確立した一定の評価手技に則って測定・評価することを指す（鳥羽，2003）。さらに，『高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015』（日本老年医学会，2015，pp.17-20）においても，CGAを用いて認知機能や日常生活動作，生活環境を評価することが，服薬管理能力の把握につながるとしている。そのため，CGAによる評価を活用して，服薬援助方法を検討していくことが必要であると考えた。

インフォームドコンセントの普及による医療者と患者の関係性の変化に伴い，患者の服薬はアドヒアランスで評価されるようになった（平島，2013，pp.323-330）。世界保健機構（World Health Organization: WHO）（2003）においても，「患者の行動が医療従事者の提供した治療方針に同意し一致すること」と定義されるアドヒアランスの概念を用いることを推奨している。また，脳卒中患者の服薬アドヒアランスに関する先行研究では，神島・野地・片倉・丸山（2008）が，WHOの定義に基づき，通院中の脳卒中患者を対象に，服薬行動尺度を用いて服薬アドヒアランスを調査し，それに関連する要因を明らかにした。しかし，この研究は対象者を高齢者に限定はしていなかったため，高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスは不明であった。また，神島ら（2008）の研究は，患者自身の疾病・服薬への認識や心理的側面にのみ焦点が当てられており，身体面，社会面の調査が十分に行われていなかった。そのため，高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスと身体面，精神面，社

会面の関連を明らかにすることが必要であると考えた。これらのことから、在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスとCGAの関連を明らかにすることで、在宅高齢脳卒中患者の服薬援助方法を検討することができると考えた。

## I. 目的

本研究は、在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスとCGA評価項目のうち、身体面ではADL、精神面ではquality of life (QOL)のなかの精神的側面、社会面ではソーシャルネットワークとの関連を明らかにすることを目的とした。

## II. 用語の操作的定義

### 1. 服薬アドヒアランス

アドヒアランスとは、患者や何らかの健康に関する援助を必要とする者が、健康を向上させるために保健医療従事者から提示された治療や保健指導等の助言を、自らの意思で実行することを指す。類義語であるコンプライアンスが治療や助言に対する「遵守」であるのに対し、アドヒアランスは、これらに対する被援助者の「執着」である。つまり、アドヒアランスは、被援助者の自立性や主体的関与をより強調する用語といえる(永井・田村, 2013)。これらを参考に、本研究では、服薬アドヒアランスを「患者自身が治療について理解、納得し、自らも参加して決定した服薬管理を行うこと」と定義した。また、服薬遵守を「患者が医療従事者の指示どおりに服薬すること」と定義した。どちらも指示どおりに服薬することを示す用語であるが、服薬アドヒアランスは患者の理解や納得といった患者の意思を前提とした指示どおりの服薬であることから、本研究では、服薬アドヒアランスの概念は、服薬コンプライアンスの概念を包含しているとした。一方で、アドヒアランスとコンプライアンスが同じ意味で使用されている現状を指摘している文献もある(葛谷, 2007)。実際に筆者らが文献検討を行ったなかにも、アドヒアランスという用語が、従来使用されてきたコンプライアンスと同じように使用されていた文献があった。つまり、服薬遵守率のみを評価しているにもかかわらず、その結果を服薬アドヒアランスとしている文献がみられ、言葉だけが置き換わっている現状があった(山本・百田, 2016)。そのため、本研究では、服薬コンプライアンスのみを示している用語に関しては、「服薬遵守」という用語で統一した。

### 2. CGA

CGAとは、疾患の評価に加え、日常生活機能評価とし

て、日常生活活動度、手段的日常生活活動度、認知能、気分・情緒・幸福度、社会的要素・家庭環境などを確立した一定の評価手技に則って測定・評価することを指す(鳥羽, 2003)。つまり、CGAは身体面、精神面、社会面の3つの側面から、高齢者の生活機能を総合的に評価するものである。本研究では、身体面はADL、精神面はQOLのなかの精神的側面、社会面はソーシャルネットワークで評価し、これら3つの評価をあわせてCGAと定義した。なお、本研究では、QOLを疾患そのものや治療、ケアから影響を受ける身体的・心理的・社会的健康と定義した(福原・鈴嶋, 2005)。また、ソーシャルネットワークは、規模、頻度、密度、方向性、多重性など、対人関係の構造的側面に着目したものと定義した(野口, 1991)。

## III. 研究方法

### 1. 対象者

通所リハビリテーションに通う利用者のうち、65歳以上の脳卒中患者で服薬治療を行っている者を対象とした。また、本研究では服薬アドヒアランスを調査しており、認知機能が低下している者は、治療についての理解が困難であると考えられるため、改訂長谷川式簡易知能評価スケール(Hasegawa's Dementia Scale Revised: HDS-R)を用いて20/30点以下は除外した。

### 2. 調査項目

#### a. 基本属性

基本属性は、高齢者の服薬遵守に関連する要因(Kuzuya, et al., 2010; 葛谷, 2007)、脳卒中患者の服薬アドヒアランスに関する研究(神島ら, 2008)を参考にし、年齢、性別、家族構成、介護保険の活用状況(要介護度、他のサービスの利用)、疾病状況(病名、罹患期間、再発の有無、危険因子の有無)、生活習慣(食習慣、運動習慣、睡眠、喫煙、飲酒の状況)、自覚的な身体状況(視力低下、聴力低下、嚥下障害の有無)、処方状況(薬剤種類数/日、薬剤数/日、内服回数/日、一包化の有無)、服薬管理状況(服薬管理者、対象者からみた服薬管理者の健康状態、服薬を忘れないための工夫)について調査した。なお、本研究では内服薬のみ調査を行った。

#### b. 服薬アドヒアランス尺度

上野・山崎・石川(2014)が作成し、信頼性、妥当性の確認も行われている服薬アドヒアランス尺度を使用した。この尺度は「服薬における医療従事者との協働性」「服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性」「服薬の納得度および生活との調和度」「服薬遵守度」の4つのカテゴリー14項目からなり、5段階で評価する尺度である。

この尺度は、得点が高いほど服薬アドヒアランスがよいことを示す。なお、使用については開発者に許可を得た。

### c. CGAを構成する各側面の評価項目

CGAには多くの評価項目があるが、対象者への負担を考え、高齢者の服薬遵守に関連する要因 (Kuzuya, et al., 2010; 葛谷, 2007) を参考にして、身体面ではADL, 社会面ではソーシャルネットワークを調査した。また、精神面ではQOLのなかの精神的側面の評価を行った。

ADLの評価には機能的自立度評価法 (Functional Independence Measure: FIM) を用いた。FIMは13項目の運動項目と5項目の認知項目からなり、おのおのを1点 (全介助) から7点 (自立) に採点し、合計点も算出する評価法である。なお、FIMは高い信頼性、妥当性が報告されている (日本脳卒中学会, 2015, pp.272-274)。

QOLのなかの精神的側面の評価には、8-Item Short-Form Health Surveyスタンダード版 (以下, SF-8) の精神的側面を用いた。SF-8は健康の8領域である身体機能, 日常役割機能 (身体), 身体の痛み, 全体的健康感, 活力, 社会生活機能, 日常役割機能 (精神), 心の健康を測定できる健康関連QOLの尺度である。SF-8は、サマリースコアとして身体的側面, 精神的側面それぞれの評価が行えるため、精神的サマリースコアおよび精神的サマリースコアに関連している下位尺度を用いることで、精神面の評価として使用することができると考えた。なお、SF-8は信頼性、妥当性が確認されている (福原・鈴嶋, 2005)。

ソーシャルネットワークの評価には、日本語版Lubben Social Network Scale短縮版 (以下, LSNS-6) を用いた。LSNS-6は、6項目の質問項目を6段階で評価する尺度である。LSNSは、ネットワークのサイズや接触頻度とともに、情緒的・手段的サポートに関する質問項目から構成されており、LSNS-6の質問項目は、情緒的・手段的サポートとして、ソーシャルサポートにおいてとくに重要なものを取りあげている。また、LSNS-6は、高齢者の社会的孤立を簡便にスクリーニングする尺度として国際的に広く使用されている。服薬遵守率低下の要因の一つに独居があげられており (Kuzuya, et al., 2010), LSNS-6を調査することで独居高齢者が陥りやすい社会的孤立との関連についても調査が可能であると考えた。なお、LSNS-6は信頼性、妥当性が確認されている (栗本ら, 2011)。

### 3. データ収集方法

調査は、対象が脳卒中後遺症でリハビリテーション中の患者であり、麻痺等により自記式が困難であることが予測されたため、対象者の答えを研究者が記載する他記式アンケートを用いて行った。他記式アンケートでは、服薬アドヒアランス尺度, SF-8, LSNS-6を調査した。また、基本

属性, FIM, HDS-Rは、通所リハビリテーションサービス提供記録よりデータを得た。なお、処方状況について、通所リハビリテーションサービス提供記録からの情報が不十分であった場合には、対象者に依頼して「お薬手帳」からデータ収集を行った。

### 4. データ分析方法

服薬アドヒアランス尺度全合計点および服薬アドヒアランス下位尺度の中央値から、中央値以上を「高群」、中央値未満を「低群」として2群に分けた。そして、服薬アドヒアランス尺度全合計点および服薬アドヒアランス下位尺度の高群・低群のCGAを構成する各側面の評価項目で、正規性が確認できた場合は対応のない*t*検定、正規性が確認できなければMann-Whitney *U*検定を行った。さらに、服薬アドヒアランス尺度全合計点および服薬アドヒアランス下位尺度の高群・低群と、基本属性で $\chi^2$ 検定を行った。なお、有意水準は5%未満とし、データ分析には“SPSS ver. 18”を用いた。

### 5. 倫理的配慮

本研究は、日本赤十字広島看護大学の研究倫理審査委員会 (No. M-1501) および調査実施施設での研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。対象者のリクルートは、通所リハビリテーションスタッフから対象となりうる利用者に研究について口頭で説明してもらい、研究者から研究についての説明を受けることに同意が得られた利用者の紹介を受けた。そして、研究者から、研究の目的、実施方法、参加の任意性、中断の自由、不参加でも不利益はないこと等について再度説明し、文書での同意を得た。また、通所リハビリテーションサービス提供記録の閲覧についても文書にて説明し同意を得た。なお、対象が通所リハビリテーションの利用者であるため、調査は送迎の待ち時間等を利用して行い、サービス提供時間に支障はきたさないように配慮した。

## IV. 結 果

### 1. 対象者の概要

施設スタッフから紹介を受けた対象者66人に研究への参加依頼を行い、63人の同意を得た (同意率95.5%)。このうち、4人は年齢, 病名, 認知機能の点で研究の対象条件を満たしておらず、59人を対象とした (有効同意率89.4%)。また、調査途中で辞退を申し出た者が2人いたため、57人が分析対象となった (有効回答率86.4%)。

対象者の平均年齢は、79.9±7.6歳で、性別は男性が29人 (50.9%), 女性が28人 (49.1%) であった。家族構

成は、配偶者と2人暮らしが20人(35.1%)、独居が18人(31.6%)、子供と同居が17人(29.8%)、その他が2人(3.5%)であった。病名は、脳梗塞が46人(80.7%)、脳出血が9人(15.8%)、くも膜下出血が1人(1.8%)、脳梗塞および脳出血のどちらの既往もある者が1人(1.8%)であった(表1)。処方状況は、薬剤種類数の平均は $7.9 \pm 3.2$ 種類/日、薬剤数の平均は $12.6 \pm 6.2$ 剤/日、内服回数の平均は $3.5 \pm 1.5$ 回/日であった。

## 2. 在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランス

服薬アドヒアランス尺度全合計点における平均値は $56.4 \pm 7.5$ 点、中央値は56.0点であった。中央値以上を高群、中央値未満を低群として2群に分類したところ、服薬アドヒアランス尺度全合計点では、高群が33人、低群が24人であった。また、高群の平均値は $61.4 \pm 3.9$ 点、低群の平均値は $49.5 \pm 5.5$ 点であった(表2)。なお、脳卒中の危険因子における服薬アドヒアランス尺度全合計点の平均値は、高血圧 $57.0 \pm 7.6$ 点、糖尿病 $52.8 \pm 9.3$ 点、脂質異常症 $58.4 \pm 6.5$ 点、心房細動 $52.9 \pm 7.7$ 点であった。

## 3. 在宅高齢脳卒中患者のCGAを構成する各側面の評価項目

身体面の評価として、ADLの評価尺度であるFIMは、平均値 $116.2 \pm 9.4$ 点であった。また、精神面の評価として、QOLの評価尺度であるSF-8の精神的サマリースコア(Mental component summary: MCS)は、平均値 $50.3 \pm 6.6$ 点であった。さらに、社会面の評価として、ソーシャルネットワークの評価尺度であるLSNS-6は、平均値 $12.9 \pm 6.1$ 点であった。

## 4. 服薬アドヒアランス尺度の2群比較

### a. 個人特性における服薬アドヒアランス尺度の2群比較

服薬アドヒアランス尺度全合計点の高群と低群では、個人特性で有意な差はみられなかった(表3)。

### b. CGA身体面(ADL)における服薬アドヒアランス尺度の2群比較

服薬アドヒアランス尺度全合計点の高群と低群では、FIM全合計点で有意な差はみられなかった。一方、FIMの下位尺度では、服薬アドヒアランス尺度全合計点の高群が低群よりも、FIM認知項目の記憶が有意に高かった( $p = .035$ )。また、服薬アドヒアランス下位尺度の服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性においても、高群が低群よりも、FIM認知項目の記憶が有意に高かった( $p = .013$ )。つまり、服薬アドヒアランスの高い在宅高齢脳卒中患者は、FIM認知項目の記憶が高かった。とくに、服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性

の高い在宅高齢脳卒中患者は、FIM認知項目の記憶が高かった(表4)。

### c. CGA精神面(QOLのなかの精神的側面)における服薬アドヒアランス尺度の2群比較

服薬アドヒアランス尺度全合計点の高群と低群では、SF-8下位尺度およびサマリースコアで有意な差はみられなかった。しかし、服薬アドヒアランス下位尺度では、服薬における医療従事者との協働性の高群が低群よりも、SF-8下位尺度のVT(活力)( $p = .048$ )が有意に高かった。つまり、服薬における医療従事者との協働性がはかれている在宅高齢脳卒中患者は活力の得点が高かった。また、服薬遵守度の高群が低群よりも、SF-8下位尺度のGH(全体的健康感)( $p = .012$ )と、RE(日常役割機能:精神)( $p = .046$ )が有意に高く、MCS(精神的サマリースコア)も有意に高かった( $p = .047$ )。つまり、服薬遵守度の高い在宅高齢脳卒中患者は、全体的健康感が高く、日常役割機能(精神)が高かった(表5)。

### d. CGA社会面(ソーシャルネットワーク)における服薬アドヒアランス尺度の2群比較

服薬アドヒアランス尺度全合計点の高群が低群よりも、LSNS-6が有意に高かった( $p = .038$ )。また、服薬アドヒアランス下位尺度の服薬の納得度および生活との調和度の高群が低群よりも、LSNS-6が有意に高かった( $p = .001$ )。つまり、服薬アドヒアランスの高い在宅高齢脳卒中患者は、ソーシャルネットワークが機能していた。とくに、服薬に対する納得度が高く、生活との調和がはかれている在宅高齢脳卒中患者は、ソーシャルネットワークが機能していた(表6)。

## V. 考察

### 1. 服薬アドヒアランスについて

本研究の服薬アドヒアランス尺度全合計点の平均値は、 $56.4 \pm 7.5$ 点であった。これは、1型糖尿病、2型糖尿病、リウマチ性疾患群、高血圧、脂質異常症、心疾患、アレルギー性疾患群の慢性疾患患者を対象として、本研究と同様の服薬アドヒアランス尺度で調査を行った上野ら(2014)の研究結果である58.5点と比較して低い得点となった。しかし、上野ら(2014)の研究対象者には、1型糖尿病やリウマチ性疾患群など、薬の使用が身体症状の緩和に不可欠な疾患を含んでおり、服薬アドヒアランスが高くなる可能性があると考えられる。そこで、脳卒中の危険因子である高血圧、2型糖尿病、脂質異常症の得点を比較した。その結果、本研究では、高血圧57.0点、2型糖尿病52.8点、脂質異常症58.4点であったのに対し、上野ら(2014)の研究では、高血圧54.0点、2型糖尿病47.8点、脂質異常症54.3点

表1 対象者の概要

(n = 57)

項目		人数 (%)
<b>【基本属性】</b>		
年齢 (M±SD 歳)		79.9±7.6歳
性別	男性	29 (50.9)
	女性	28 (49.1)
家族構成	配偶者と2人暮らし	20 (35.1)
	独居	18 (31.6)
	子供と同居	17 (29.8)
	その他	2 (3.5)
<b>【介護保険の活用状況】</b>		
要介護度	要支援1	5 (8.8)
	要支援2	16 (28.1)
	要介護1	19 (33.3)
	要介護2	7 (12.3)
	要介護3	10 (17.5)
	要介護4	0 (0.0)
	要介護5	0 (0.0)
他のサービスの利用	あり	30 (52.6)
ありの場合の使用しているサービス (複数回答)	訪問介護	15 (26.3)
	通所介護	14 (24.6)
	訪問看護	6 (10.5)
	短期入所生活・療養介護	5 (8.8)
<b>【疾病状況】</b>		
病名	脳梗塞	46 (80.7)
	脳出血	9 (15.8)
	くも膜下出血	1 (1.8)
	脳梗塞および脳出血	1 (1.8)
罹患期間	5年未満	22 (38.6)
	5年以上10年未満	17 (29.8)
	10年以上15年未満	8 (14.0)
	15年以上20年未満	5 (8.8)
	20年以上	5 (8.8)
再発	あり	8 (14.0)
危険因子 ありの場合の危険因子の病名 (複数回答)	あり	52 (91.2)
	高血圧	44 (77.2)
	脂質異常症	26 (45.6)
	糖尿病	14 (24.6)
	心房細動	11 (19.3)
<b>【生活習慣】</b>		
規則的な食習慣	あり	54 (94.7)
適度な運動習慣	あり	30 (52.6)
睡眠状態	よく眠れる	37 (64.9)
	眠れない	14 (24.6)
	どちらともいえない	6 (10.5)
喫煙	現在喫煙している	4 (7.0)
	以前喫煙していた	26 (45.6)
	喫煙なし	27 (47.4)
飲酒	ほぼ毎日	14 (24.6)
	付き合い程度	3 (5.3)
	ほとんど飲まない	40 (70.2)
<b>【自覚的な身体状況】</b>		
視力低下	あり	13 (22.8)
聴力低下	あり	14 (24.6)
嚥下困難	あり	14 (24.6)

表2 服薬アドヒアランス尺度

服薬アドヒアランス尺度	n (高群/低群)	全体		高群		低群	
		Mdn (点)	M±SD (点)	Mdn (点)	M±SD (点)	Mdn (点)	M±SD (点)
服薬アドヒアランス尺度全合計点	33/24	56.0	56.4±7.5	61.0	61.4±3.9	51.00	49.5±5.5
服薬における医療従事者との協働性	33/24	12.0	11.6±3.3	14.0	13.9±1.2	9.00	8.4±2.6
下位尺度 服薬に関する知識情報の入手と利用 における積極性	31/26	17.0	17.0±4.2	20.0	20.1±2.1	14.00	13.3±2.9
服薬の納得度および生活との調和度	29/28	15.0	13.8±1.6	15.0	15.0±0.0	13.00	12.6±1.5
服薬遵守度	33/24	15.0	14.0±1.6	15.0	15.0±0.0	13.00	12.5±1.5

[注] Mdn：中央値，M：平均値，SD：標準偏差。全体の中央値以上を高群，中央値未満を低群として2群に分類。

表3 服薬アドヒアランス尺度全合計点と個人特性の2群比較

	服薬アドヒアランス尺度全合計点		
	高群 (n=33)	低群 (n=24)	p値
<b>【基本属性】</b>			
年齢 (M±SD 歳)	79.3±8.0	80.7±7.2	.668 c
性別 (男性/女性)	17/16	12/12	1.000 a
家族構成 (独居/配偶者と2人暮らし/子供と同居/その他)	11/13/9/0	7/7/8/2	.332 b
<b>【介護保険の活用状況】</b>			
介護度 (要支援1/要支援2/要介護1/要介護2/要介護3)	2/9/12/5/5	3/7/7/2/5	.796 b
他のサービス利用 (あり/なし)	19/14	11/13	.429 a
訪問看護 (あり/なし)	5/28	1/23	.384 a
訪問介護 (あり/なし)	10/23	5/19	.547 a
通所介護 (あり/なし)	9/24	5/19	.757 a
短期入所生活・療養介護 (あり/なし)	3/30	2/22	1.000 a
<b>【疾患状況】</b>			
病名 (脳梗塞/脳出血/くも膜下出血/その他)	29/4/0/0	17/5/1/1	.270 b
罹患期間 (5年未満, 5-10年, 10-15年, 15-20年, 20年以上)	13/11/3/4/2	9/6/5/1/3	.499 b
再発 (あり/なし)	6/27	2/22	.446 a
危険因子 (あり/なし)	30/3	22/2	1.000 a
高血圧 (あり/なし)	27/6	17/7	.357 a
糖尿病 (あり/なし)	6/27	8/16	.224 a
脂質異常症 (あり/なし)	17/16	9/15	.420 a
心房細動 (あり/なし)	4/29	7/17	.173 a
<b>【生活習慣】</b>			
規則的な食習慣 (あり/なし)	32/1	22/2	.567 a
適度な運動習慣 (あり/なし)	18/15	12/12	.792 a
睡眠状態 (よく眠れる/眠れない/どちらともいえない)	20/9/4	17/5/2	.723 b
喫煙 (現在喫煙している/以前喫煙していた/喫煙なし)	2/17/14	2/9/13	.575 b
飲酒 (ほぼ毎日/付き合い程度/ほとんど飲まない)	7/2/24	7/1/16	.769 b
<b>【自覚的な身体状況】</b>			
視力低下 (あり/なし)	7/26	6/18	.759 a
聴力低下 (あり/なし)	10/23	4/20	.352 a
嚥下困難 (あり/なし)	10/23	4/20	.352 a

[注] a：Fischerの直接法，b：Pearsonの $\chi^2$ ，c：Mann-Whitney U検定 (参考値としてM±SDを表記)。

表4 服薬アドヒアランス尺度高群・低群の2群におけるFIM下位尺度得点

FIM下位尺度	服薬アドヒアランス尺度 全合計点		服薬アドヒアランス下位尺度												
	高群 (n=33)	低群 (n=24)	服薬における医療従事者 との協働性			服薬に関する知識情報の 入手と利用における積極性			服薬の納得度および生活 との調和度			服薬遵守度			
			M±SD	M±SD	p値	M±SD	M±SD	p値	M±SD	M±SD	p値	M±SD	M±SD	p値	
FIM全合計点 (126点)	115.9±10.6	116.5±7.7	.715	115.9±10.4	116.5±8.1	.974	116.7±11.1	115.6±7.2	.092	116.8±9.2	115.5±9.8	.631	116.0±10.0	116.5±8.8	.865
運動項目 (91点)	82.5±10.2	84.6±7.5	.485	82.9±10.1	84.1±7.7	.715	83.0±10.6	83.9±7.2	.612	83.7±9.2	83.1±9.2	.804	83.1±9.7	83.8±8.5	.814
セルフケア (42点)	38.6±6.2	39.7±4.3	.472	38.7±6.2	39.6±4.3	.567	38.6±6.4	39.6±4.1	.826	39.3±5.2	38.8±5.8	.578	38.8±5.7	39.4±5.1	.761
食事	7.0±0.2	7.0±0.0	.394	7.0±0.2	7.0±0.0	.394	7.0±0.2	7.0±0.0	.360	7.0±0.2	7.0±0.0	.326	7.0±0.2	7.0±0.0	.394
整容	6.6±1.0	6.8±0.7	.491	6.6±1.0	6.8±0.7	.491	6.6±1.0	6.7±0.7	.820	6.6±0.9	6.7±0.8	.734	6.6±0.9	6.7±0.9	.646
清拭	6.0±1.6	6.3±1.4	.415	6.0±1.7	6.2±1.4	.687	5.9±1.7	6.3±1.3	.247	6.2±1.4	5.9±1.7	.485	6.0±1.6	6.2±1.5	.806
更衣 (上半身)	6.2±1.7	6.5±1.2	.676	6.2±1.7	6.5±1.2	.676	6.2±1.7	6.4±1.2	.887	6.4±1.3	6.2±1.7	.704	6.3±1.6	6.3±1.3	.834
更衣 (下半身)	6.2±1.7	6.3±1.3	.949	6.2±1.7	6.3±1.3	.949	6.2±1.7	6.3±1.3	.865	6.4±1.3	6.1±1.7	.499	6.2±1.6	6.3±1.3	.949
トイレ	6.8±0.7	6.9±0.4	.444	6.8±0.7	6.8±0.5	1.000	6.7±0.7	6.9±0.4	.339	6.8±0.7	6.9±0.4	.779	6.8±0.6	6.9±0.6	.136
排泄 (14点)	13.9±0.5	14.0±0.0	.394	13.9±0.5	14.0±0.0	.394	13.9±0.5	14.0±0.0	.360	13.9±0.6	14.0±0.0	.326	14.0±0.0	13.9±0.6	.241
排尿	6.9±0.5	7.0±0.0	.394	6.9±0.5	7.0±0.0	.394	6.9±0.5	7.0±0.0	.360	6.9±0.6	7.0±0.0	.326	7.0±0.0	6.9±0.6	.241
排便	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000
移乗 (21点)	18.8±2.9	19.5±1.8	.583	19.1±2.8	19.1±2.1	.738	19.2±2.8	19.0±2.2	.292	19.2±2.6	19.0±2.5	.641	19.2±2.6	18.9±2.3	.230
ベッド、椅子、車椅子	6.6±0.9	6.8±0.5	.582	6.6±0.8	6.7±0.6	.895	6.7±0.8	6.6±0.7	.600	6.7±0.7	6.6±0.8	.752	6.6±0.8	6.6±0.7	.791
トイレ	6.5±0.9	6.8±0.4	.340	6.6±0.9	6.8±0.5	.794	6.6±0.9	6.7±0.6	.875	6.6±0.8	6.7±0.7	.964	6.6±0.8	6.7±0.8	.937
浴槽、シャワー	5.8±1.3	5.9±1.2	.711	5.9±1.3	5.7±1.3	.534	6.0±1.3	5.7±1.2	.277	5.9±1.3	5.8±1.3	.615	6.0±1.3	5.6±1.2	.234
移動 (14点)	11.2±2.1	11.5±2.2	.543	11.2±2.1	11.4±2.3	.669	11.3±2.2	11.3±2.1	.864	11.3±1.9	11.3±2.4	.910	11.0±2.4	11.7±1.7	.412
歩行、車椅子	6.0±1.0	6.2±0.9	.268	6.0±0.9	6.1±1.0	.456	6.0±1.0	6.1±0.9	.833	6.0±0.8	6.1±1.0	.446	6.0±1.1	6.2±0.7	.915
階段	5.2±1.4	5.3±1.5	.828	5.2±1.4	5.3±1.5	.874	5.3±1.5	5.2±1.4	.667	5.3±1.2	5.1±1.6	.902	5.0±1.6	5.5±1.2	.305
認知項目 (35点)	33.4±2.5	31.9±3.9	.065	33.0±2.9	32.5±3.6	.361	33.6±2.1	31.8±4.0	.075	33.1±2.8	32.5±3.6	.658	32.9±3.2	32.6±3.3	.648
コミュニケーション (14点)	14.0±0.0	13.8±0.7	.094	14.0±0.0	13.8±0.7	.094	13.9±0.5	13.9±0.4	.920	13.9±0.6	13.9±0.4	1.000	14.0±0.0	13.8±0.7	.094
理解 (聴覚、視覚)	7.0±0.0	6.8±0.7	.094	7.0±0.0	6.8±0.7	.094	6.9±0.5	6.9±0.4	.920	6.9±0.6	6.9±0.4	1.000	7.0±0.0	6.8±0.7	.094
表出 (音声、非音声)	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000	7.0±0.0	7.0±0.0	1.000
社会認識 (21点)	19.4±2.5	18.1±3.9	.122	19.0±2.9	18.7±3.6	.532	19.7±2.1	17.9±4.0	.053	19.2±2.8	18.5±3.6	.525	18.9±3.2	18.8±3.3	.883
社会的交流	6.5±1.0	6.3±1.5	.992	6.4±1.2	6.5±1.3	.477	6.6±1.0	6.2±1.5	.437	6.5±1.0	6.3±1.4	.934	6.4±1.2	6.4±1.2	.884
問題解決	6.3±1.1	5.8±1.6	.251	6.1±1.2	6.0±1.4	.758	6.4±1.0	5.7±1.5	.065	6.1±1.2	6.0±1.5	.993	6.0±1.4	6.1±1.3	.849
記憶	6.7±0.9	6.0±1.4	.035*	6.5±1.0	6.2±1.3	.380	6.8±0.6	5.9±1.4	.013*	6.6±1.0	6.2±1.2	.177	6.5±1.1	6.3±1.2	.494

[注] Mann-Whitney U検定 (参考値としてM±SDを表記)。\*:p<.05

表5 服薬アドヒアランス尺度高群・低群におけるSF-8下位尺度得点

SF-8下位尺度	服薬アドヒアランス尺度 全合計点		服薬アドヒアランス下位尺度												
	高群 (n=33)	低群 (n=24)	服薬における医療従事者 との協働性			服薬に関する知識情報の 入手と利用における積極性			服薬の納得度および生活 との調和度			服薬遵守度			
			M±SD	M±SD	p値	M±SD	M±SD	p値	M±SD	M±SD	p値	M±SD	M±SD	p値	
PF (身体機能)	46.9±9.4	44.7±9.8	.236 a	46.7±9.2	44.9±10.1	.487 a	46.7±9.6	45.2±9.5	.328 a	47.3±8.9	44.6±10.0	.256 a	46.8±8.4	44.8±10.9	.857 a
RP (日常役割機能: 身体)	48.3±9.4	45.1±12.9	.684 a	49.1±8.8	44.0±13.0	.165 a	47.3±10.2	46.5±12.0	.833 a	50.2±7.4	43.6±13.1	.079 a	48.7±10.0	44.5±12.0	.141 a
BP (体の痛み)	45.7±11.4	49.4±11.5	.212 a	45.9±11.4	49.1±11.5	.280 a	45.0±11.6	49.9±10.9	.100 a	46.0±11.6	48.6±11.4	.437 a	47.7±11.7	46.7±11.4	.639 a
GH (全体的健康感)	46.4±7.1	46.3±8.4	.929 a	47.0±7.3	45.5±8.0	.535 a	45.3±6.5	47.6±8.7	.229 a	48.4±6.4	44.3±8.3	.064 a	48.6±6.9	43.3±7.5	.012* a
VT (活力)	48.0±7.8	45.0±7.4	.100 a	48.3±8.2	44.6±6.6	.048* a	46.9±7.9	46.6±7.7	.919 a	48.2±7.4	45.2±7.8	.159 a	48.0±7.3	45.1±8.1	.235 a
SF (社会生活機能)	50.0±9.2	46.4±10.9	.159 a	49.5±9.4	47.2±10.9	.377 a	51.0±7.8	45.5±11.6	.059 a	50.5±9.2	46.4±10.6	.095 a	50.2±9.5	46.2±10.5	.082 a
RE (日常役割機能: 精神)	50.2±6.2	50.8±8.4	.331 a	50.2±6.2	50.8±8.4	.331 a	50.5±6.0	50.4±8.4	.570 a	51.3±5.8	49.6±8.4	.461 a	52.0±5.2	48.3±8.8	.046* a
MH (心の健康)	50.2±7.4	49.2±8.0	.649 a	50.2±7.4	49.2±8.0	.649 a	49.4±7.4	50.3±8.0	.557 a	50.5±6.7	49.1±8.6	.647 a	51.0±6.9	48.1±8.5	.195 a
PCS (身体的サマリースコア)	44.4±7.9	43.5±9.5	.700 b	44.9±7.6	42.9±9.7	.391 b	43.5±8.6	44.6±8.5	.785 a	45.6±7.6	42.4±9.3	.160 b	45.2±8.1	42.5±9.1	.349 a
MCS (精神的サマリースコア)	50.9±6.4	49.4±6.9	.414 a	50.6±6.2	49.8±7.1	.722 a	51.0±6.1	49.4±7.1	.442 a	51.2±5.6	49.3±7.4	.487 a	51.7±5.1	48.3±7.8	.047* b

[注] a : Mann-Whitney U検定 (参考値としてM±SDを表記)。b : 対応のないt検定。\*:p<.05

表6 服薬アドヒアランス尺度高群・低群におけるLSNS-6得点

服薬アドヒアランス尺度 全合計点			服薬アドヒアランス下位尺度												
			服薬における医療従事者 との協働性			服薬に関する知識情報の 入手と利用における積極性			服薬の納得度および生活 との調和度			服薬遵守度			
高群 (n=33)	低群 (n=24)	p値	高群 (n=33)	低群 (n=24)	p値	高群 (n=31)	低群 (n=26)	p値	高群 (n=29)	低群 (n=28)	p値	高群 (n=33)	低群 (n=24)	p値	
M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		M±SD	M±SD		M±SD
LSNS-6	14.3±5.9	11.0±5.8	.038*	14.1±6.2	11.3±5.5	.089	13.8±5.2	11.9±6.9	.235	15.4±5.6	10.3±5.5	.001**	13.2±6.2	12.5±5.9	.647

[注] 対応のないt検定. \*:  $p < .05$ . \*\*:  $p < .01$

であった。つまり、脳卒中の危険因子ごとの比較では、本研究の服薬アドヒアランスが、上野ら（2016）の研究結果より高くなっていった。このことから、脳卒中を発症したことが脅威となり、服薬アドヒアランスが高くなった可能性があると考えられる。また、抗血栓薬の服薬の価値判断と服薬アドヒアランスについて調査した研究（Bridge & Inoue, 2011）では、抗血栓薬の服薬に対する価値判断は、脳卒中の衝撃とトラウマの経験が関連することが示唆されており、本研究においても、脳卒中を発症したことが脅威となり、服薬アドヒアランスが高くなった可能性があると考えられる。さらに、本研究では、対象者の年齢、性別、病名、罹患期間、危険因子の有無と服薬アドヒアランスには関連を認めなかった。この結果は、通院脳卒中患者の服薬行動を、服薬行動尺度を用いて調査を行った神島ら（2008）の研究結果と類似した結果になった。これらのことから、本研究では、服薬アドヒアランスと個人特性の関連は低いと考える。

## 2. 服薬アドヒアランスとCGAを構成する各側面の評価項目との関連

本研究で、在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスとの関連が明らかになったCGAを構成する各側面の評価項目は、FIM認知項目の「記憶」と「ソーシャルネットワーク」であった。記憶に関しては、先行研究において、内服自己管理不可能群は内服自己管理群より、記憶が有意に低い得点であることが報告されていた（吉川ら, 2016）。しかし、吉川ら（2016）は、自己管理の可否を飲み忘れや過量服薬がないかという服薬遵守の視点から評価をしており、服薬アドヒアランスとの関連は調査していなかった。一方、本研究では、服薬アドヒアランスを調査しており、その結果、服薬アドヒアランス全合計点とともに、服薬アドヒアランス下位尺度の服薬に関する知識情報の入手と利用における積極性の高群が低群よりも、記憶が高いことが明らかになった。FIM認知項目における記憶とは、日常生活を行ううえで必要になる内容を覚えていられるかということを目図につくられている（千野, 1997）。脳卒中患者にとっての服薬は、再発予防のために欠かせないものであり、日常生活の一部になるべきことであると考えられる。そ

の服薬すること自体を覚えていられるかということは、服薬を継続していくためには重要なことであると考えられる。また、記憶の得点が低い患者は、自分の服薬している薬についての知識を記憶しておくことがむずかしく、自身の疾病や治療についての理解を継続することができていない状態であると考えられる。そのため、薬についての説明を繰り返し行うことにより、その都度、治療に対する理解を促すことで、服薬アドヒアランスを向上させていくことが必要であると考えられる。また、本人への服薬指導とともに、家族に対しても指導を行うことで、患者が記憶しておくことのむずかしい知識を、家族が補えるようなかわりが必要であると考えられる。さらに、服薬自体を忘れないためには、服薬ケースや服薬カレンダーの活用、薬を食卓近くに保管するなど、服薬を忘れていたとしても思い出せるような工夫をしていくことが必要であると考えられる。

服薬アドヒアランスと精神面の関連では、服薬アドヒアランス全合計点においては、SF-8下位尺度およびサマリースコアと有意な関連がみられた項目はなかった。しかし、服薬アドヒアランス下位尺度では、服薬における医療従事者との協働性の高群は低群よりも、VT（活力）が有意に高かった。つまり、活力の得点が高い患者は、医療従事者との協働を自ら積極的にはかることができていると考える。一方で、常に疲れを感じているような活力の得点の低い患者は、自ら訴えることが少ないため、医療者が患者の訴えを注意深く傾聴し、医療者から積極的に協働をはかるための働きかけを行っていくことが必要であると考えられる。また、服薬アドヒアランス下位尺度の服薬遵守度の高群は低群よりも、GH（全体的健康感）とRE（日常役割機能：精神）が有意に高かった。つまり、健康状態がよくないと感じている患者や心理的な理由により普段の活動が妨げられている患者は、指示通りに服薬できていないことがあると考える。そのため、患者が自身の健康状態をどのようにとらえているかということや、精神状況を把握し、服薬遵守できるように援助をしていくことが必要であると考えられる。

また、服薬アドヒアランスの高群が低群よりも、ソーシャルネットワークが機能していることが明らかになった。さらに、服薬アドヒアランス下位尺度の服薬の納得度

および生活との調和度の高群が低群よりも、ソーシャルネットワークが機能していることが明らかになった。慢性疾患患者は、病気とともに生きていかなければならず、病気と折り合いをつけながら生きていくことをサポートしていくことが、患者の家族や重要他者、そして医療職者に求められる重要な役割であるといわれている（黒江、2000）。服薬に関しても、ソーシャルネットワークが機能することにより、服薬遵守ができるというのみでなく、家族や友人とのかかわりによって、病気を抱えて生活している現状や、加齢による変化などを受け入れていくことにつながっていると考える。このように、ソーシャルネットワークが機能することにより、自身のおかれている現状に対する理解が促され、その結果が治療に対する納得につながり、服薬アドヒアランスの向上にもつながっていると考える。また、服薬を生活習慣の一部にしていくためには、患者の生活習慣を踏まえた服薬援助を行う必要があると考える。患者の状況によっては、生活習慣を変えることを余儀なくされることもあり、同居をしている家族の協力が必要となることもある。さらに、服薬を忘れないように確認をする家族の存在も重要であると考えられる。このように、服薬アドヒアランスを高めていくためには、家族や友人とのかかわりといったソーシャルネットワークが機能できるように援助をしていくことが重要であると考えられる。また、LSNS-6は、高齢者のためのソーシャルネットワーク尺度であり、12点未満は社会的孤立を意味するとされている（栗本ら、2011）。本研究で服薬アドヒアランス全合計点における低群のLSNS-6の平均値は11.0点であり、社会的孤立の状態にあった。今後、わが国では、高齢者夫婦世帯および高齢者単身世帯の増加が見込まれており、高齢者は社会的孤立に陥りやすいと考える。とくに、脳卒中患者では、麻痺などの後遺症により活動が制限されやすく、社会的孤立に陥りやすいと考える。そのため、社会的孤立のスクリーニングをするとともに、服薬援助を重点的に行っていくことが重要であると考えられる。

### 3. CGAの活用

本研究により、在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスに関連するCGAを構成する各側面の評価項目が明らかになった。つまり、CGAを活用することにより、服薬援助を重点的に行うべき患者を把握することができることが明らかになった。また、CGAによる評価は、本研究の対象施設である通所リハビリテーションのような居宅サービスの場でも行われている。そのため、このようなサービスの利用者のなかから、服薬援助を重点的に行うべき者を把握して、介入することで、在宅で生活している高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスを向上させることができ、脳卒

中の再発予防につなげていくことができると考える。

### 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究は在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスとCGAの関連を明らかにすることを目的とした。しかし、本研究では、CGA評価項目のうち、ADL、QOL、ソーシャルネットワークのみに焦点を当てて調査を行っており、CGAの他の評価項目が服薬アドヒアランスに影響している可能性も否定はできない。また、本研究は、他記式アンケート調査で行ったため、対象者の自分をよくみせたいという効果が働いている可能性があり、服薬アドヒアランスが高くなった可能性がある。さらに、服薬アドヒアランスは、アンケート調査で評価したため、すべての回答は自己申告によるものであった。そのため、実際に対象者が服薬について適切に理解をしているか、服薬遵守できているかということの評価については、本研究の限界であったと考える。

今後の課題として、CGAの他の評価項目に関しても調査を行い、服薬アドヒアランスとの関連を明らかにしていくことが必要であると考えられる。しかし、CGAは評価項目に規定はなく、施設により評価項目、評価尺度は異なっている。そのため、一般的に多く評価されているCGA評価項目を調査し、服薬アドヒアランスとの関連を明らかにしていくことが必要であると考えられる。また、本研究では、服薬アドヒアランスとCGAの関連を明らかにしたが、因果関係までは明らかにできなかった。今後、服薬アドヒアランスとCGAの因果関係を明らかにしていくことで、CGAを活用した服薬援助の検討につなげていくことができると考える。さらに、本研究では、服薬アドヒアランスを高めるための具体的な援助の方法は明らかにすることができなかった。そのため、服薬援助の方法と服薬アドヒアランスの関連について明らかにすることで、具体的な服薬援助の方法について検討していくことができると考える。その結果、在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスの向上につなげ、脳卒中の再発を予防していくことが必要であると考えられる。

## 結 論

本研究は、在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスとCGA評価項目のうち身体面ではADL、精神面ではQOLの中の精神的側面、社会面ではソーシャルネットワークとの関連を明らかにすることを目的とした。在宅で生活をしている65歳以上の脳卒中患者で、服薬治療を行っている者を対象に、他記式アンケート調査を行い、57人が分析対象となった。その結果、在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒア

ランスとCGAを構成する各側面の評価項目との関連について、以下のことが明らかになった。

1. 服薬アドヒアランスの高い在宅高齢脳卒中患者は、服薬アドヒアランスの低い患者よりも、ADLのうちFIM認知項目の「記憶」が高かった。
2. 服薬アドヒアランスの高い在宅高齢脳卒中患者は、服薬アドヒアランスの低い患者よりも、QOLのうちSF-8の精神的サマリースコアが高いという仮説は証明されなかった。しかし、服薬アドヒアランスの下位尺度では、服薬における医療従事者との協働性のある在宅高齢脳卒中患者は、QOLのうちSF-8の「活力」が高く、服薬遵守度の高い在宅高齢脳卒中患者は、SF-8の「全体的健康感」、「日常役割機能：精神」が高かった。
3. 服薬アドヒアランスの高い在宅高齢脳卒中患者は、服薬アドヒアランスの低い患者よりも、「ソーシャルネットワーク」が機能していた。

以上のことから、服薬アドヒアランスを高めていくためには、身体面ではFIM認知項目の記憶の低い患者、精神面ではSF-8の活力、全体的健康感、日常役割機能（精神）の低い患者、社会面ではLSNS-6の低い患者に対する、重

点的な服薬援助が必要であると考えられる。このような患者に対する重点的な介入により、在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスを向上させ、脳卒中の再発予防につなげていくことができると考える。

## 謝 辞

本研究を行うにあたり、快く調査にご協力いただきました通所リハビリテーションの利用者の皆さまに心より感謝を申し上げます。また、ご多忙のなか、調査にご協力いただきました通所リハビリテーション施設の施設長、看護部長、看護師、理学・作業療法士、介護士の皆さまに厚く御礼申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 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：**在宅高齢脳卒中患者の服薬アドヒアランスとCGA評価項目のうち身体面ではADL、精神面ではQOLのなかの精神的側面、社会面ではソーシャルネットワークとの関連を明らかにした。

**方法：**在宅で生活をしている65歳以上の脳卒中患者で、服薬治療を行っている者を対象に他記式調査を行った。CGAは、ADLにはFIM、QOLにはSF-8、ソーシャルネットワークにはLSNS-6を用いた。服薬アドヒアランス尺度の中央値で2群に分類し、CGAを比較した。

**結果：**服薬アドヒアランスの高い患者は、低い患者より、ADLの「記憶」が高く ( $p = .035$ )、LSNS-6が高かった ( $p = .038$ )。しかし、精神的側面では、服薬アドヒアランス尺度全合計点では関連がみられなかった。

**結論：**服薬アドヒアランスの高い在宅高齢脳卒中患者は、低い患者よりも、記憶が高く、ソーシャルネットワークが機能していた。

## Abstract

**Objective:** This study clarified the relationship between medication adherence and Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) items including ADL for the somatic domain, psychological aspect of QOL for the psychological domain, and social network for the social domain in home-bound elderly stroke survivors.

**Methods:** We conducted an interviewer-administered survey with home-bound stroke patients aged 65 years or older undergoing medication treatment. CGA was assessed with FIM (for ADL), SF-8 (for QOL), and LSNS-6 (for social network). Participants were divided into two groups based on the median score of the medication adherence scale, and CGA was compared.

**Results:** Patients high medication adherence had better memory (for ADL) ( $p=.035$ ) and a higher LSNS-6 score ( $p=.038$ ) compared to those with low adherence. However, for the psychological aspect of QOL, no relationship was found with any of the total scores for items of the medication adherence scale.

**Conclusion:** Home-bound elderly stroke survivors with high medication adherence had better memory and a stronger social network than patients with low medication adherence.

## 文 献

- Bridge, S. & Inoue, T. (2011). Stroke survivors's experience of anti-thrombotic therapy: The valuation of medication taking and the correlates of adherence behavior. *Journal of the Ochanomizu Association for Academic Nursing*, 5(2), 1-17.
- 千野直一 (1997). 機能的自立度評価法 (FIM). 千野直一 (編), 脳卒中患者の機能評価: SIASとFIMの実際. 41-96, 東京: シュプリンガー・フェアラーク東京.
- 福原俊一, 鈴嶋よしみ (2005). 健康関連QOL尺度—SF-8とSF-36. *医学の歩み*, 213(2), 133-136.
- Glader, E.L., Sjölander, M., Eriksson, M., & Lundberg, M. (2010). Persistent use of secondary preventive drugs declines rapidly during the first 2 year after stroke. *Stroke: A journal of cerebral circulation*, 41(2), 397-401.
- 橋本洋一郎 (2012). 薬剤: 新規経口抗凝固薬. *Brain Nursing*, 28(12), 1179-1181.
- 平島奈津子 (2013). 第V章 2-1: 薬物療法と心理療法 (精神療法). 上島国利, 上別府圭子, 平島奈津子 (編), 知っておきたい精神医学の基礎知識 [第2版]: サイコロジストとメディカルスタッフのために. 323-330, 東京: 誠信書房.
- 神島滋子, 野地有子, 片倉洋子, 丸山知子 (2008). 通院脳卒中患者の服薬行動に関連する要因の検討: アドヒアランスの視点から. *日本看護科学会誌*, 28(1), 21-30.
- 厚生労働統計協会 (2016). 国民衛生の動向2016/2017: 第2章 人口動態. 厚生指標, 63(9), 58-82.
- 栗本鮎美, 栗田圭一, 大久保孝義, 坪田 (宇津木) 恵, 浅山 敬, 高橋香子, 末永カツ子, 佐藤 洋, 今井 潤 (2011). 日本語版 Lubben Social Network Scale 短縮版 (LSNS-6) の作成と信頼性および妥当性の検討. *日本老年医学会雑誌*, 48(2), 149-157.
- 黒江ゆり子 (2000). 慢性疾患におけるアドヒアランス Adherence に関する研究. 京都大学大学院人間・環境学研究科博士論文.
- 葛谷雅文 (2007). 服薬管理させられなかった場合の対応策: コンプライアンス低下の要因と解決法. *Geriatric Medicine*, 45(11), 1415-1417.
- Kuzuya, M., Enoki, H., Izawa, S., Hasegawa, J., Suzuki, Y. & Iguchi, A. (2010). Factors associated with nonadherence to medication in community-dwelling disabled older adults in Japan. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(5), 1007-1009.
- 永井良三, 田村やよひ (監) (2013). 看護学大辞典 (第6版), 34, 東京: メジカルフレンド社.
- 日本脳卒中学会脳卒中ガイドライン委員会 (編) (2015). 脳卒中治療ガイドライン2015. 272-274, 東京: 協和企画.
- 日本老年医学会, 日本医療研究開発機構研究費・高齢者の薬物治療の安全性に関する研究班 (編) (2015). 高齢者の安全な薬物療法ガイドライン2015. 17-20, 東京: メジカルビュー社.
- 野口裕二 (1991). 高齢者のソーシャルサポート: その概念と測定. *社会老年学*, 34, 37-48.
- 鳥羽研二 (2003). はじめに: 本ガイドラインの意味. 鳥羽研二 (監), 高齢者総合的機能評価ガイドライン. 3-5, 東京: 厚生科学研究所.
- 上野治香, 山崎喜比古, 石川ひろの (2014). 日本の慢性疾患患者を対象とした服薬アドヒアランス尺度の信頼性及び妥当性の検討. *日本健康教育学会誌*, 22(1), 13-29.
- WHO (2003). Adherence to Long-term Therapies: Evidence for action. WHO. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf> (検索日2016年5月13日)
- 山本知世, 百田武司 (2016). 服薬アドヒアランスの評価に関する国内文献レビュー. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 16, 57-65.
- 吉川貴之, 田村広恵, 前田麻美, 中村昌恵, 木藤貴弘, 新谷好正, 伊東雅基, 岩崎素之, 馬淵正二, 川堀真人 (2016). 急性期脳神経外科病棟における自宅退院患者に対する服薬自己管理能力判定基準標準化に向けた評価方法: Functional Independence Measure (FIM) の有用性について. *Brain Nursing*, 32(6), 616-623.

[平成29年5月14日受 付]  
[平成30年1月17日採用決定]



## — 研究報告 —

## 再就業看護師の「再就業前の予想と現実との負の不一致」と 「再就業の満足感」の関連

Relationship of “Negative Mismatch Between Expectation before Re-Employment and Reality” and  
“Satisfaction with Re-Employment” in Re-Employed Nurses

鈴木 恵子<sup>1)</sup> 水野 正之<sup>2)</sup> 小澤 三枝子<sup>2)</sup>  
Keiko Suzuki Masayuki Mizuno Mieko Ozawa

キーワード：看護師，復職，労働条件，共分散構造分析

Key Words：nurses, job re-entry, work environment, Structural Equation Modeling

### はじめに

看護師の離職は病院の経済的損失である。とくに経験者の離職による看護の質の低下は、新卒者採用をして定員を満たすだけでは補えない。看護師の経験年数の違いは、看護実践能力、看護問題対処行動、専門的自律性の獲得、道徳的感性の違いとして報告されており（後藤・久米，2008；西田ら，2001；田村・田中久・田中沙・堀内，2010；辻ら，2007），経験者の離職は看護の質に影響を及ぼす。経験者を採用する背景には、再就業看護師への即戦力としての期待がある（半田，2012；神戸・細田・星，2012）。1年間に病院に再就業する看護職員は約8万人と推計されている（日本看護協会，2011）。再就業看護師は、転職者と潜在看護師に大別できる。転職者は新たな組織で働くために離職した者である。一方、潜在看護師は、看護師の免許をもちながら未就業状態にある者を指す（日本看護協会，2007）。都内の潜在看護師は5万人と推計され、その復職が期待されている（東京都，2011）。

新卒看護師と再就業看護師の1年以内の早期離職率を比較すると、再就業看護師の離職率（11.8%）は新卒看護師の離職率（5.5%）の2倍との報告もあり（岡戸，2009），再就業看護師の早期離職対策は大きな課題である。再就業看護師は再就業後に「再就業前の予想」と「経験する現実」の一致の程度を認知することが報告されている（伊東，2011）。社会心理学の分野において、予想どおりであることは、職務満足、組織コミットメント、役割の明確性、職務継続と正の相関関係があり、離職意図と負の相関関係があることが報告されている（Saks，1994）。一致の程度には、予想どおり「一致」、予想より現実がよい「正の不一致」、予想より現実が悪い「負の不一致」がある。予

想より悪いこと（負の不一致）は、職務満足と組織コミットメントを下げることや早期離職を引き起こす（Khalid, Malik, & Malik, 2009; Moser, 2005; Wanous, Poland, Premack, & Davis, 1992）。再就業看護師においても職務環境・職務内容の複数の項目で「負の不一致」が起こっていることが報告されている（伊東，2011；日本看護協会，2013）。

様々な理由・事情によって離職した看護師が、いろいろな情報源を活用して病院を選んで再就業したのに、1年以内の早期離職率が高い状況を改善したいと考え、再就業看護師の「予想と現実との負の不一致」と「再就業の満足感」の関連に着目した。再び看護師として働くために自分の条件や希望を整理し、施設を吟味して再就業した再就業看護師にとって、再就業の成否は重要である。そのため、単に職務継続するかどうかや離職するかどうかではなく、今の再就業先に再就業してよかったか、その成否をたずねる「再就業の満足感」を調査した。また、そのように再就業した再就業看護師にとって、「予想と現実との負の不一致」が起きることは問題である。どのような情報源を活用すれば「負の不一致」が起きにくいのか、情報源の活用状況と「負の不一致」の関連にも着目した。就業の際に用いた情報源は就業先の「外側の情報源」と「内側の情報源」に分けられ、「内側の情報源」を活用した就業者は「外側の情報源」をもとに就業した者と比べ、高い率で職務継続している（Khalid et al., 2009; Moser, 2005; Wanous, 1992; Wanous, Poland, Premack, & Davis, 1992）。「内側の情報源」のなかでも、勤務経験者からの率直な話といった「内側からの情報」と、実習の仕事体験といった「内側での体験」では、得られる情報が異なる。就業の際に用いた情報源の種類によって、職務満足、職務継続、組織コミットメント、業務実績に違いがあることが指摘されている（Breugh

1) 千葉県立保健医療大学健康科学部看護学科 Chiba Prefectural University of Health Sciences Department of Nursing

2) 国立看護大学校 National College of Nursing, Japan

& Mann, 1984; Khalid, et al., 2009; Moser, 2005; Wanous, 1992; Wanous, et al., 1992)。また、看護師が就業の際に用いた情報源と離職率の関係については、病棟実習を体験した者の1年後の離職率が低いとの報告がある(Williams, Labig, & Stone, 1993)。つまり、再就業の際に用いた情報源の種類によって再就業の前と後の予想との一致の程度が異なる可能性がある。

東京都内において、500床以上の病院の半数以上は新卒者を中心に採用する意向を示しているが、200床未満と300～500床未満の病院の4割程度は経験者を中心に採用する意向を示している(東京都, 2011)。都内の100～500床未満の病院数は292であり、500床以上の病院数49よりも多い(東京都福祉保健局, 2014)。看護師が再就業先を選ぶ際には、自宅から近い等の通いやすさが重視されるため(石井, 2003; 松永・酒井・柴田, 2012; 長井・青山・勝山・小笠, 2011)、都内で再就業看護師が多くいるのは100～499床の病院と推測できる。これらの病院に再就業した看護師が認知している「予想と現実との負の不一致」と「再就業の満足感」の関連を明らかにし、どのような情報源を活用すれば負の不一致が少なくなるかを検討することは、再就業看護師の再離職を防ぐ方策を検討するうえで有用と考える。

## I. 研究目的

病院に再就業した看護師の「予想と現実との負の不一致」と「再就業の満足感」の関連を明らかにする。また、「予想と現実との負の不一致」と再就業の際に用いた「情報源」との関連を明らかにする。

## II. 用語の操作的定義

再就業：再就業とは、過去に看護職として就業経験があり、新たに雇用関係を結び就業することであり、次の施設で働くために離職した転職と、離職期間を経て就業する復職の両方を含む。

「負の不一致」：「再就業前の予想」と「再就業後の現実」との一致の程度のうち、事前の予想より現実のほうが悪いこと。

「再就業の満足感」：前就業施設と再就業先との比較、再就業先への不満、再就業活動の評価を含めた再就業の成否のこと。

情報源：再就業前の看護師が再就業先を検討する際に用いた、再就業先の病院についての情報の入手元で、先行研究(Wanous, 1992; Williams, et al., 1993)を参考に、再就業先の病院の「外側の情報源」「内側からの情報」「内側で

の体験」の3つをいう。具体的には、「外側の情報源(1. 病院や看護部の広報, 2. 病院の見学会等への参加, 3. 職業紹介事業者の紹介)」「内側からの情報(4. 勤務経験がある看護職の率直な話, 5. 勤務経験がある他職種の率直な話)」「内側での体験(6. 実習への参加, 7. 前に働いたことがある)」の7種類と、「その他(家の近所, 友人知人の紹介等)」の計8種類である。

## III. 研究方法

### A. 調査対象

東京都内の100～499床の一般病院に2013年1月～12月に再就業した、常勤看護師および週30時間以上勤務している非常勤看護師とした。

### B. 調査方法

調査期間は、2013年12月～2014年3月である。病床数100～499床の東京都内一般病院281施設の看護部に研究協力を依頼し、協力の承諾が得られた病院の看護部経由で調査協力依頼状、無記名自記式質問紙調査票、返信用封筒を配布した。回答は対象者本人より研究者あて直接郵送してもらった。

調査は、日本看護協会「看護研究における倫理指針」に準拠して倫理的配慮を行い、国立国際医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号: NCGM-G-001482-00)。調査への協力は自由意思に基づき、回答しなくても不利益を受けることはないこと、結果は統計的に処理し個人が特定されることはないこと、調査票およびデータの管理は厳重に行うことを説明書に明記し、回答をもって同意とみなした。

### C. 調査内容

#### 1. 対象の属性

「今の病院」の所在地域(東京23区・外)、病床規模・開設者、雇用形態、再就業してからの期間、年齢、性別、看護教育を受けた学校、取得免許、看護経験年数、離職期間、10歳未満の子どもの有無と主に世話をしているかどうか等を調査した。

#### 2. 情報源

「今の病院や看護部の広報」「ナースバンク、ハローワーク、職業紹介事業者の紹介」「今の病院の見学会等への参加(病棟実習なし)」「今の病院での勤務経験がある看護職の率直な話」「今の病院での勤務経験がある他職種の率直な話」「今の病院の研修(病棟実習あり)、インターンシッ

プや仕事体験などの実習への参加」「あなた自身が今の病院で前に働いたことがある」「その他」から、情報を得たものすべてを複数回答で問う。

### 3. 職務環境・職務内容の「負の不一致」

#### a. 職務環境・職務内容

看護職が再就業先を決める際には、個々の生活を重視し、「通勤に便利」「希望にあった勤務形態」のところを探し、「負担が少ない業務内容」「設備・環境が整っている」「職場の雰囲気・人間関係がよい」「看護内容」「教育・研修の充実」といった条件が満たされるか予想して再就業先を決定（後藤ら，2008；栗原・出口・齊藤，2008；松永ら，2012；仙石・藤原・賀沢，2011；橘，2006）している。しかし、条件を吟味して再就業先を選択したにもかかわらず、再就業看護職員の約2割が辞めたいと考えており（飯尾ら，2012）、再就業看護師の約7割が離職を考えたことがある（村本ら，2011）。そこで、看護師や再就業看護師が「離職を考えた理由」や「離職した理由」を示す文献を精読し、離職や継続につながる要素を52の文献より抽出した。それを再就業看護師が職務を継続するかどうか評価する視点で内容を検討し4分類した。4分類は、『労働条件（休みのとりやすさ、超過勤務時間の長さ、働きに見あった給与）』『人間関係（働きやすい雰囲気、配属先での指導）』『看護ケア（患者都合にあわせたケアができる、納得いく看護ができる、ケア改善のための意見交換ができる）』『有用感と成長（自分の経験を活かすことができる、新たな学びがある）』である。この4分類10項目は、再就業看護師にとって就業継続の可否を決めるうえで重要な項目である。

#### b. 予想と現実との負の不一致

再就業看護師の予想と現実との一致の程度を、「1：予想していたより悪い」「2：予想していたよりやや悪い」「3：予想どおり」「4：予想していたよりややよい」「5：予想していたよりよい」の5段階で調査した。

産業分野や組織心理学では、重要な項目についての「負の不一致」のみが不満を形成すること、不満がある場合に組織を辞めることが先行研究によって報告されている（Moser, 2005; Wanous, et al., 1992）。本論文では、「負の不一致」あり（「1：予想していたより悪い」「2：予想していたよりやや悪い」）、「負の不一致」なし（「3：予想どおり」「4：予想していたよりややよい」「5：予想していたよりよい」）に分けて分析した結果について述べる。

### 4. 再就業の満足感

いまの病院に再就業して「1：よかったと思わない」～「5：よかったと思う」の5段階で調査した。

### D. 調査票の洗練

対象者を把握するための属性、職務継続を左右する職務環境・職務内容、「再就業の満足感」について、研究者間で検討を繰り返し、内容的妥当性を確認した。調査対象外の再就業看護師17名に対してプレテストを行い、質問の意図が通じるか、回答のしやすさ等について意見を求め、文言や選択肢を修正した。さらに9名に対してプレテストを行い、表面的妥当性を確認した。

### E. 分析方法

属性、「負の不一致」の有無、「再就業の満足感」それぞれについて記述統計値を算出し、関連についてはMann-WhitneyのU検定を用いて分析した。職務環境・職務内容の「負の不一致」の有無（あり：1、なし：0）と「再就業の満足感」との関連については共分散構造分析を行った。統計解析には、「IBM SPSS Statistics ver. 19.0J」と「IBM SPSS Amos ver. 21.0」を用い、すべての情報源と「負の不一致」の有無の分析には、 $\chi^2$ 検定を用いた。

なお、有意水準は5%未満に設定した。

## IV. 結果

### A. 回答者の概要

#### 1. 協力施設の特性

東京都内の100～499床の一般病院281施設に調査協力を依頼し、72施設から承諾を得た。看護部を通じて配布された調査票は667部であり、367人（回収率55.0%）から回答があった。このうち有効回答344部を分析対象とした。

#### 2. 回答者の属性

年齢は中央値33.0歳（20歳代29.2%、30歳代46.6%、40歳代19.8%、範囲22～60歳）、看護師としての経験年数は中央値8.5年（0～3年14.9%、4～5年15.4%、6～10年33.8%、範囲0.8～31.0年）、再就業前の離職期間は中央値1.0か月（0～1か月55.5%、2～12か月33.7%、範囲0～180か月）であり、再就業してからの期間は中央値8.0か月（6か月以内42.5%、範囲1～13か月）であった。

また、性別は女性329人（95.6%）、准看護師免許をあわせもつ者が100人（29.1%）である。看護教育を受けた学校（複数回答）は看護専門学校が281人（81.7%）、大学が41人（11.9%）。離職期間は、なし151人（43.9%）、あり（1年未満）144人（41.9%）。勤務形態は常勤が302人（87.8%）、病院所在地は23区内が257人（74.7%）、開設者は医療法人が185人（53.8%）、国公立が50人（14.5%）。病

床規模は100～199床が147人（42.7%）、300～399床が91人（26.5%）。病棟に所属する者が269人（78.2%）であった。また、10歳未満の子どものいる者は81人（23.5%）であった。「10歳未満の子どもがいない者」263人（76.5%）と「10歳未満の子どもがいるが主に世話を行っていない者」10人（2.9%）をあわせると273人（79.4%）であった。

## B. 職務環境・職務内容に関する「負の不一致」

職務環境・職務内容に関する予想と現実との一致の程度（10項目）について項目別の得点の分布と人数を表1に示す。10項目いずれも「3：予想どおり」が最も多く、「休みのとりやすさ」「働きやすい雰囲気」「新たな学びがある」の3項目で「3：予想どおり」「4：予想よりややよい」「5：予想よりよい」を合計した人数の割合は、72.0～74.2%であった。一方、それ以外の「超過勤務時間の長さ」「働きに見合った給与」「配属先での指導」「患者都合にあわせたケアができる」「納得いく看護ができる」「ケア改善のための意見交換ができる」「自分の経験を活かすことができる」の7項目については、「1：予想より悪

い」「2：予想よりやや悪い」を合計した人数、すなわち「負の不一致」の人数の割合は、25.9～52.6%であった。

## C. 「再就業の満足感」

### 1. 得点分布

今の病院への再就業について、「1：よかったと思わない」と回答したのは9.6%、以下、「2：あまりよかったと思わない」（14.0%）、「3：どちらともいえない」（26.5%）、「4：まあよかったと思う」（34.0%）、「5：よかったと思う」（16.0%）であった。全体の50.0%が「4：まあよかったと思う」「5：よかったと思う」と回答している一方、23.6%の看護師は「1：よかったと思わない」「2：あまりよかったと思わない」と再就業を否定的に評価していた。

### 2. 属性との関連

病院所在地では23区外に比べ23区内の満足感が有意に低かった（Mann-WhitneyのU検定、 $p = .003$ ）。10歳未満の子どもの有無では、子どものいない者の「再就業の

表1 予想と現実との一致の程度の分布

項目	(n = 344)				
	負の不一致あり		負の不一致なし		
	予想より悪い 1	予想よりやや悪い 2	予想どおり 3	予想よりややよい 4	予想よりよい 5
	(人)				
〈労働条件〉					
休みの取りやすさ	47 13.7%	46 13.4%	131 38.1%	76 22.1%	44 12.8%
超過勤務時間の長さ	56 16.3%	73 21.2%	133 38.7%	53 15.4%	29 8.4%
働きに見合った給与	63 18.3%	80 23.3%	145 42.2%	44 12.8%	12 3.5%
〈人間関係〉					
働きやすい雰囲気	33 9.6%	59 17.2%	113 32.8%	87 25.3%	52 15.1%
配属先での指導	46 13.4%	111 32.3%	114 33.1%	45 13.1%	28 8.1%
〈看護ケア〉					
患者都合にあわせたケアができる	48 14.0%	109 31.7%	144 41.9%	33 9.6%	10 2.9%
納得いく看護ができる	53 15.4%	128 37.2%	131 38.1%	27 7.8%	5 1.5%
ケア改善のための意見交換ができる	35 10.2%	95 27.6%	131 38.1%	63 18.3%	20 5.8%
〈有用感と成長〉					
自分の経験を活かすことができる	41 11.9%	79 23.0%	182 52.9%	35 10.2%	7 2.0%
新たな学びがある	28 8.1%	61 17.7%	134 39.0%	77 22.4%	44 12.8%

満足感」が有意に低かった (Mann-WhitneyのU検定,  $p = .043$ )。性別では男性に比べ女性の「再就業の満足感」が有意に低かった (Mann-WhitneyのU検定,  $p = .028$ )。

**D. 「負の不一致」の有無が「再就業の満足感」に及ぼす影響**

「負の不一致」の有無が「再就業の満足感」に及ぼす影響をみるため、「負の不一致」の有無(10項目)を観測変数として潜在変数『労働条件』『人間関係』『看護ケア』『有用感と成長』を作成し、この4つの潜在変数から影響を受ける観測変数を「再就業の満足感」として、共分散構造分析を行った (GFI = .949, AGFI = .903, AIC = 161.507, CFI = .929, RMSEA = .073, 図1)。『労働条件』『人間関係』『看護ケア』『有用感と成長』から「再就業の満足感」へのパス係数は「-.30」「-.31」「.11」「-.41」(いずれも  $p < .001$ )、決定係数  $R^2$  は .66であった。「再就業の満足感」と有意差がみられた「23区内・外」「10歳未満の子どもの有無」「性別」について、それぞれ2群に分けて分析してもこの傾向は変わらなかった。

**E. 「情報源」の活用状況と「負の不一致」の有無との関連**

「情報源」の活用状況を表2に示す。多く用いられていたのは「外側の情報源」で、職業紹介事業者の紹介172人(50.0%)、病院や看護部の広報167人(48.5%)、病院の見学会・就職説明会への参加51人(14.8%)等であった。「情報源」8種類を「外側の情報源」「内側からの情報」「内側での体験」の3分類でみると「外側の情報源」を用いたのは286人(83.1%)、「内側からの情報」は59人(17.2%)、「内側での体験」は39人(11.3%)であった。その他の情報源を記載した者は28人(8.1%)で家が近所、友人知人の紹介などの記載があった。

各再就業看護師がどのように「情報源」を活用したかについては、単独の情報源のみ活用した297人(86.3%)、複数の情報源を組み合わせて活用した47人(13.7%)であった。「外側の情報源」のみを用いた人数が240人(69.8%)と最も多かった(表3)。

本研究において再就業看護師の69.8%は「外側の情報源」のみを用いているが、「外側の情報源」から得られる情報

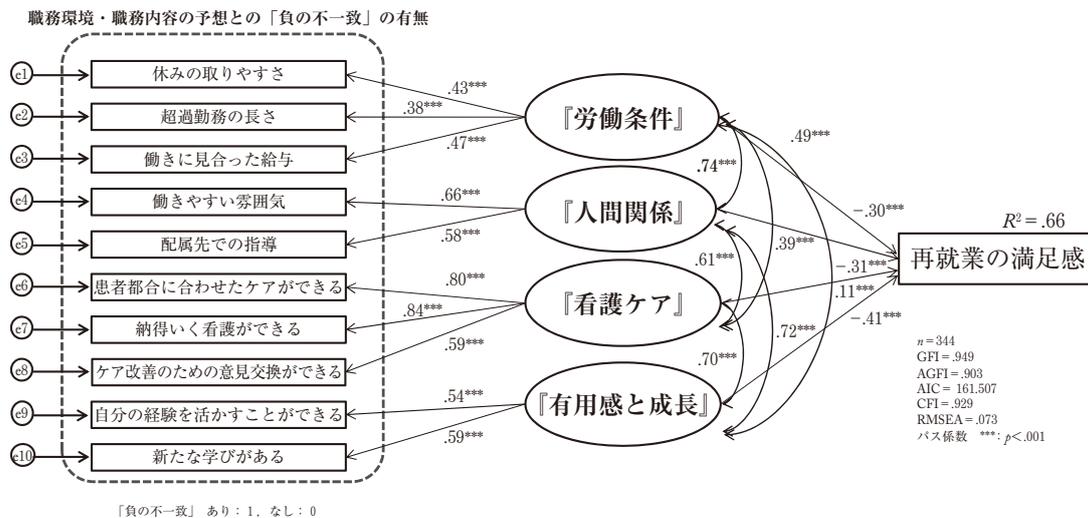


図1 職務環境・職務内容の「負の不一致」の有無と「再就業の満足感」との関係

表2 「情報源」の活用状況 (複数回答)

(n = 344)

分類	種類	人	(%)
外側の情報源	病院や看護部の広報	167	(48.5)
	病院の見学会、就職説明会への参加	51	(14.8)
	職業紹介事業者の紹介	172	(50.0)
内側からの情報	勤務経験がある看護職の率直な話	49	(14.2)
	勤務経験がある他職種の率直な話	12	(3.5)
内側での体験	病院の実習への参加	11	(3.2)
	前に働いたことがある	28	(8.1)

[注] %は、分析対象344人に対する割合。

表3 「情報源」の組み合わせ状況

		(n = 344)	
組み合わせ		人	(%)
単独	外側の情報源のみ	240	(69.8)
	内側からの情報のみ	20	( 5.8)
	内側での体験のみ	25	( 7.3)
	その他のみ	12	( 3.5)
複数	外側の情報源+内側からの情報	33	( 9.6)
	外側の情報源+内側での体験	8	( 2.3)
	内側からの情報+内側での体験	1	( 0.3)
	外側の情報源+内側からの情報+内側での体験	5	( 1.5)

だけでは不十分 (Khalid, et al., 2009; Moser, 2005; Wanous, 1992; Wanous, et al., 1992) とされている。そのことを確認するため、「外側の情報源のみを用いた群」と「それ以外の群」で職務環境・職務内容に関する「負の不一致」(10項目)の比較を行ったところ、「配属先での指導」で「外側の情報源だけを用いた群」が有意に「負の不一致」が多かった ( $\chi^2$ 検定,  $p = .007$ )。

## V. 考 察

### A. 予想と現実との「負の不一致」が「再就業の満足感」に及ぼす影響

『労働条件』『人間関係』『有用感と成長』の「負の不一致」から「再就業の満足感」を低くする方向へのパス係数は「-.30」「-.31」「-.41」(いずれも  $p < .001$ , 決定係数は .66, 図1)であることから、『労働条件』『人間関係』『有用感と成長』に関して「負の不一致」を感じていた再就業看護師の「再就業の満足感」は低かった。

『労働条件』『人間関係』は再就業看護師に限らず職務継続を支える要素である。『労働条件』については、予想と現実との「負の不一致」が起きないように、広報・説明会等の「外側の情報源」の不足部分を、再就業看護師自身が採用面接で確認し補う必要がある。『人間関係』については、管理者が再就業看護師を支える仕組み作りや働きやすい雰囲気づくりをすることが求められると考える。

『看護ケア』の「負の不一致」から「再就業の満足感」へのパス係数は .11であり、『看護ケア(患者都合にあわせたケアができる, 納得いく看護ができる, ケア改善のための意見交換ができる)』について「予想より悪かった」と思っているほうが「再就業の満足感」が高いという結果が得られた。再就業看護師には、再就業前に「〇〇についていけるか」といった不安がある(半田, 2012; 石井, 2003; 栗原・渡辺・田崎・齋藤・關本, 2012)。しかし、実際は「それほどでもなかった」といった安心感が「再就

業してよかった」と感じさせた可能性がある。『看護ケア(患者都合にあわせたケアができる, 納得いく看護ができる, ケア改善のための意見交換ができる)』が予想より悪いことは不満につながる可能性もあるが、再就業看護師は「チームの一員として行動できる」ことを目指し「そこでのやり方(組織ルーティン)」を学習し、その過程では自分のそれまでのやり方を保留にする(武村, 2011a)。本研究の対象者も、まずは組織ルーティンを覚えることに集中しているため、不満にはつながっていない可能性がある。さらに武村(2011b)は、「そこでのやり方」を覚えた後、「自分が大切に思う実践」を組み込んで組織ルーティンを越えていく、としている。本研究の対象者も、まずは組織ルーティンを覚えた後、自分のやりたい看護ケアを組み込んで実施していくと考えられ、再就業先の『看護ケア』が「予想よりも悪い」ことは、自分の看護ケアを組み込んで改善していける可能性を感じて「再就業の満足感」につながった可能性がある。

『有用感と成長』の「予想との負の不一致」から「再就業の満足感」へのパス係数は -.41であり、「再就業の満足感」への影響が最も大きかった。つまり、『有用感と成長(自分の経験を活かすことができる, 新たな学びがある)』について、予想を現実が下まわっていた場合に満足感が低くなっていた。回答者の4割以上は離職期間がない転職者である。再就業看護師には新たな勤務先で経験したことがない看護を経験して学ぶことへの期待があることから(伊東, 2011)、回答者は「新たな学びがある」ことを予想していた可能性がある。再就業看護師がとらえる職務キャリアの構成要素に「実践のなかでの研鑽」があり(薄井・原田・江島, 2010)、再就業看護師が成長を重要視していることから、「予想と現実との負の不一致」がある場合に「再就業の満足感」が低くなったと考える。

予想と現実との「負の不一致」があると職務満足や組織コミットメントが低くなり(Moser, 2005; Khalid, et al., 2009)、不満につながる(Wanous, 1992; Wanous, et al., 1992)。本研究の結果からも、『労働条件』『人間関係』『有用感と成長』

の「負の不一致」があると「再就業の満足感」が低くなる  
ことが示された。

先行研究では、『労働条件』『人間関係』『看護ケア』『有用感と成長』の4つがそれぞれ単独で「再就業の満足感」に影響していることを示していた。本研究において、『労働条件』『人間関係』『看護ケア』『有用感と成長』の4つが「再就業の満足感」に与える影響を同時に比較検討したことによって、それぞれの影響の大きさを比較することができた。分析の結果、「再就業の満足感」に最も大きく影響していたのは『有用感と成長』における「負の不一致」であった。自己の有用感と成長は組織コミットメントを促す重要な要素である（グレッグ、2005）。『有用感と成長』を重視して選択することが職務を継続していくうえで有用と考える。

## B. 再就業看護師の「再就業の満足感」を高めるための 方策

### 1. 予想との「負の不一致」を小さくするような情報収集・情報提供

『労働条件』『人間関係』『有用感と成長』の3つはそれぞれ「再就業の満足感」に影響するため、どれも重要である。再就業看護師の年齢、子どもの有無、受けた看護教育、取得免許、経験年数、再就業前の経験内容、離職期間、雇用形態等は多様である（伊東、2011；宮城、2008；薄井ら、2010）。再就業看護師はそれぞれの価値観や事情にあわせて、多様な病院のなかから自分にあった病院を選択する。「負の不一致」を起こさないためには、『労働条件（休みのとりやすさ、超過勤務時間の長さ、働きに見合った給与）』『人間関係（働きやすい雰囲気、配属先での指導）』『有用感と成長（自分の経験を活かすことができる、新たな学びがある）』の各視点から、再就業看護師が自分に本当にあった病院を選んで再就業できるよう情報提供する必要がある。

「内側での体験」は事前の役割認知に役立つ（Wanous, 1992）ことから、仕事の範囲や役割がイメージできるインターンシップの実施等が有用であろう。インターンシップの多くは学生が対象ではあるが、インターンシップを実施している病院の8割以上が「見学会との違いが明確である」「採用に結びつく」と回答し取り組んでいる（鈴木・本多、2014）。インターンシップに参加した学生が参加時に得られた就職先選定に有用だと考えた情報に、「休みがとりやすいか」「残業はどのくらいか」「病棟看護師の人間関係」「患者のケアを看護師同士で検討しているか」「指導を受けやすい施設か」「自分がやりたいことができるか」などがあった（本多・鈴木、2015）。この調査では就職後の現実との一致の程度は不明であるが、インターンシップ

という「内側での体験」から多くの「職務環境・職務内容」の情報が得られる可能性が示唆され、病院側には実施を、再就業看護師には参加を検討することが有用と考える。

しかしながら、鈴木・本多（2014）によると「病床規模が大きく、設置主体が国・公的病院で、手厚い看護師人員配置をとっている病院ほど、インターンシップへの取組比率が高い」ことから、再就業看護師が再就業を検討している病院がインターンシップを実施しているとは限らない。そのため、「外側の情報源」と「内側からの情報」を効果的に活用することにより事前の予想を再就業後の現実近づけていく必要がある。

「配属先での指導」と「働きやすい雰囲気」からなる『人間関係』については、「外側の情報源のみを用いた群」は「それ以外の群」よりも「配属先での指導」に対する「負の不一致」が多かった。病院や看護部の広報、見学会、就職説明会、職業紹介事業者の紹介では「配属先での指導」のイメージがつきにくいことが予測される。病院や看護部のホームページなどの「外側の情報源」には、採用後の十分なサポートがある旨掲載されていることが多い。病院側は即戦力を期待できる経験者には手厚いサポートは必要ないと考えているかもしれないが、「外側の情報源」しか活用しなかった再就業看護師が、経験者である自分も十分なサポートを受けられると思っていた場合は、「配属先での指導」の項目について「負の不一致」が生じた可能性がある。病院のホームページやパンフレットは不特定多数に広く情報発信されるため、病院側は採用に不利な情報を載せにくい。病院の見学会や説明会は実際に足を運んだ特定の対象者に対しての情報発信であるが、個別に具体的な説明の場がない場合や担当者が再就業看護師の知りたい具体的な情報を知らない場合は、現状を伝える場にならない可能性がある。

加えて、『人間関係』については、管理者が再就業看護師を支える仕組みづくりや働きやすい職務環境を整える努力をすることが求められると考える。再就業看護師は配属先から、プリセプターや相談相手、スタッフの助け、子育てへの理解等の指導体制といった支援を受けていると認識していることが報告されている（後藤ら、2008；京田、2010；持田・山本・恵美・荒井、2014）。再就業看護師は、同じ立場だった人との交流や話を通じて新たな組織でやっていく方法を模索していきたいと考えている。再就業看護師が経験を積んできたのは異なる施設、異なる組織文化のもとである。「配属先での指導」においては、再就業看護師の経験内容の他、本人の希望や不安も考慮しシャドウイングやプリセプターなどの支援の実施、配属先の管理者と相談しながらの独り立ちの時期の決定など段階を踏んで戦

力化を進めていく必要がある。

再就業看護師が個別に具体的な説明が受けられるのは、採用面接である。この採用面接の場で再就業看護師が求める『労働条件』『人間関係』『有用感と成長』を把握し、現状を開示するような情報提供を行うことが、予想と現実との「負の不一致」を小さくするために有効と考える。

## 2. 採用面接における管理者の役割

『労働条件』、『人間関係』は再就業看護師に限らず職務継続を支える要素である。『労働条件』については、広報、説明会等の不足部分を、採用面接で補う必要がある。再就業看護師の入職後のトラブルは面接時の話し合いと異なったときに発生することが多いため（宮城、2008）、管理者は採用時に無理な約束をすることは望ましくない。採用面接を担当する管理者が配属先の状況を正確に把握していない、または配属先によって条件が異なる項目は結果として、採用面接での情報をもとにした「予想と現実との負の不一致」を招くことになるため注意を要する。管理者には、採用面接の際「再就業看護師と配属先をつなぐ」「再就業看護師の未来と組織をつなぐ」の二つの役割を意識することを提案する。

### a. 再就業看護師と配属先をつなぐ

採用面接での約束を反故にしないためにも採用時に提示した条件は、配属先で実現可能なものを伝え、履行されるよう調整する必要がある。看護師の離職理由の上位に「休みのとりにくさ」「長時間勤務」があり、再就業看護師はこれらを情報源より吟味して再就業先を決定したはずである。ところが実際は「休みのとりやすさ」「超過勤務時間の長さ」「働きに見合った給与」の「負の不一致」は27.0%、37.5%、41.6%であり、これらの観測変数からなる『労働条件』の負の不一致が「再就業の満足感」を下げている。これは『労働条件』の実際を、再就業看護師が詳細に確認しなかった、採用面接担当者が説明しなかった、または採用面接担当者が配属先の実態を知らなかったなどの可能性がある。

2008年に日本看護協会が実施した時間外労働等の実態調査の自由意見によると、20歳代から50歳代の全年齢階層で「時間外の常態化」「サービス残業」が第1位と第2位を占めている（酒井・毛利・奥村・小川、2011）。もし再就業時に提示された労働時間よりも長く働き、それがサービス残業であれば働いた分の一部の給与は支払われない状況が発生し、「超過勤務時間の長さ」「働きに見合った給与」の負の不一致が生じる可能性がある。しかしながら本研究では、再就業看護師の勤務実態についての調査は行っていないため推測の範囲である。もし、「時間外の常態化」「サービス残業」が存在しそれを採用面接で伝えない場合は、

『労働条件』の負の不一致が生じ、再就業看護師の「再就業の満足感」を下げることになる。

### b. 再就業看護師の未来と組織をつなぐ

また、管理者は採用面接時に再就業看護師が求める看護や経験が自分の病院で可能か、さらに長期的なキャリアデザインを確認しておくことも重要である。再就業看護師の『自己の有用感と成長』が「再就業の満足感」に大きく影響していること、2年目以降の再就業看護師の離職意図を減らす主な因子として専門性の発展の機会が報告されていること（Tomietto, Rappagliosi, Sartori, & Bttistelli, 2014）からも、キャリア開発への取り組みが、結果的に再就業看護師の「再就業の満足感」を高めるのに有効と考える。

再就業看護師はこれまでの経験をもとに自分のキャリアの方向性を考え再就業している。また本研究の回答者の多くは自分の実践したい看護や身につけたい看護を求めて再就業した転職者であり、78.4%は経験年数が5年以上である。このように看護にコミットし向上心をもつ経験者を取り込むことは、再就業先の病院にとって単なる経験者の補充以上のものとなる。病院が再就業看護師のキャリア開発に取り組むことは、再就業看護師にその未来像を自分たち組織のなかに描かせることであり、自分たちの組織に迎え入れ、つなぐことになる。組織の一員となった再就業看護師が経験を活かし、さらに新たな学びを求め活き活きと働くことは再就業先の病院の大きな力になっていくと考える。採用面接で再就業看護師のキャリアデザインを確認することは、その第一歩である。

## VI. 本研究の限界と今後の課題

調査は2013年1月1日以降に再就業した看護師に対して2013年12月～2014年2月に行ったため、採用後1年以内に既に離職していた再就業看護師は調査対象に含まれていない。そのため、採用後1年以内に離職した再就業看護師が活用した情報源、職務環境・職務内容の「予想と現実との負の不一致」「再就業の満足感」についてはわからない。

また、離職期間がない転職者を4割以上含む東京都内100～499床の一般病院の再就業看護師の回答の分析結果であり、本研究の結果を一般化するうえで地域、病床規模、離職期間を考慮する必要がある。

## VII. 結 論

再就業看護師の「再就業の満足感」は、職務環境・職務内容の「予想と現実との負の不一致」の影響を受けていた。『労働条件』『人間関係』『看護ケア』『有用感と成長』が「再就業の満足感」に及ぼす影響を同時に比較検討した

結果, とくに、『有用感と成長』についての「予想と現実との負の不一致」が最も大きく影響していた。

## 謝 辞

調査協力を快く承諾いただいた都内100床～499床の一般病院の看護部長さま, ならびに調査にご協力いただきました再就業看護師の皆さまに心より感謝申し上げます。

本稿は, 国立看護大学校研究課程部看護学研究科に提出した特別研究論文(修士論文)の一部に, 加筆, 修正を加

えたものです。

## 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

**目的:** 再就業看護師の「再就業前の予想と現実との一致の程度」と「再就業の満足感」の関連を明らかにする。

**方法:** 都内100～499床の一般病院(72施設)の再就業看護師667名に無記名自記式質問紙を配布, 回収数367(回収率55.0%), うち344を分析対象とした。『労働条件(3項目)』, 『人間関係(2項目)』, 『看護ケア(3項目)』, 『有用感と成長(2項目)』の「予想と現実との負の不一致」と「再就業の満足感」の関連について共分散構造分析で分析した。

**結果:** それぞれの「負の不一致」が「再就業の満足感」に影響していた( $R^2 = .66$ )。「再就業の満足感」へのパス係数は『労働条件(-.30)』『人間関係(-.31)』『看護ケア(.11)』『有用感と成長(-.41)』であった。

**結論:** 「再就業の満足感」への影響が最も大きかったのは『有用感と成長』の「負の不一致」であった。

## Abstract

**Purpose:** We clarified the relationship between the “degree of match between expectation before re-employment and reality” and “satisfaction with re-employment” in re-employed nurses.

**Methods:** Anonymous self-administered questionnaires were distributed to 667 re-employed nurses working in general hospitals with 100-499 beds in metropolitan areas (72 facilities).

**Results:** A total of 367 responses were received (response rate 55.0%), of which 344 were analyzed. The relationships between “negative mismatch between expectation before re-employment and reality” and “satisfaction with re-employment” with regard to “working conditions (3 items)”, “human relations (2 items)”, “nursing care (3 items)”, and “feeling of own usefulness and growth (2 items)” was analyzed with structural equation modeling. Results showed that “negative mismatch” of expectations with reality influenced “satisfaction with re-employment” ( $R^2 = .66$ ). The path coefficient from “working conditions”, “human relations”, “nursing care”, and “feeling of own usefulness and growth” to “satisfaction with re-employment” was  $-.30, -.31, .11, -.41$ , respectively (all  $p < .001$ ).

**Conclusion:** The largest influence on “satisfaction with re-employment” was “feeling of own usefulness and growth”.

## 文 献

- Breaugh, J.A. and Mann, R.B. (1984). Recruiting source effects: A test of two alternative explanations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 57(4), 261-267.
- 後藤恭一, 久米美代子 (2008). 看護職の看護経験年数と専門的自律性獲得の実態に関する研究. *日本ウーマンズヘルズ学会誌*, 7, 107-113.
- 後藤瑠美, 向井加奈子, 石田弘美, 和田京子, 吉田重美, 野村佳世, 近田敬子 (2008). 看護師の再就職者における困難乗り越え体験の構造. *日本看護学会論文集: 看護教育*, 38, 138-140.
- グレッグ美鈴 (2005). 臨床看護師の組織コミットメントを促す経験. *岐阜県立看護大学紀要*, 6(1), 11-18.
- 半田光代 (2012). 中途採用された看護師の職務環境の認識に対する実態調査. *神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録*, 37, 202-209.

- 本多和子, 鈴木 恵 (2015). 看護学生が就職活動時のインターンシップで得た情報—就職先選定に有用だと考えた情報—. *横浜創英大学研究論集*, 2, 10-18.
- 飯尾美和, 土井理久實, 田岡真由美, 播金ヤスミ, 宮本良子, 平井孝子 (2012). 看護職員離職経験者の離職要因に関する実態調査: 離職時の状況と現在の心境からみた働き続けるための職場環境. *日本看護学会論文集: 看護管理*, 42, 187-190.
- 石井由紀 (2003). 転職者の入職時のストレスと克服・解決方法. *神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録*, 28, 260-267.
- 伊東美奈子 (2011). 中堅看護師が転職前に行う予測と転職後に遭遇する現実との相違の構造. *日本看護管理学会誌*, 15(2), 135-146.
- 神戸美輪子, 細田泰子, 星 和美 (2012). 病院看護部における潜在看護師の復職研修と受け入れに関する全国調査. *畿央大学紀要*, 9(1), 1-12.

- Khalid, G.K., Malik, A.H., and Malik, A. (2009). Recruitment Sources and Post-Hire Outcomes: The Mediating Role of Unmet Expectations. In Muncherji, N., Gopalakrishnan, C., and Dhar, U. (eds.), *Partners In Success: Strategic Hr and Entrepreneurship (1st)*. 187-198, New Delhi: Exel Books.
- 栗原美穂, 渡辺常子, 田崎明子, 齋藤智恵美, 關本翌子 (2012). 中途採用者が入職1年以内に求めるサポート: 中途採用者懇談会でのフォーカスグループインタビューを通して. 日本看護学会論文集: 看護管理, 42, 338-340.
- 栗原良子, 出口久世, 齊藤富美子 (2008). 潜在看護職の就業先決定理由と定着状況との関連性: 職場復帰支援研修受講後の調査から. 日本看護学会論文集: 看護管理, 38, 460-462.
- 京田寿恵 (2010). 中途採用の中堅看護師における職務継続に影響する要因について. 神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録, 35, 160-166.
- 松永美保, 酒井千尋, 柴田恵子 (2012). 小規模病院で働く中途採用看護師の職業継続を可能にする要因に関する研究. 日本看護学会論文集: 看護管理, 42, 357-360.
- 宮城恵子 (2008). ライフステージとキャリアデザインを考慮した看護師確保への道を拓く中途採用者への支援. 看護管理, 18(2), 100-106.
- 持田容子, 山下香織, 恵美彩香, 荒井葉子 (2014). 中途採用看護職の職務を継続できた要因. 日本看護学会論文集: 看護管理, 44, 91-93.
- Moser, K. (2005). Recruitment Sources and Post-Hire Outcomes: The Mediating Role of Unmet Expectations. *International Journal of Selection and Assessment*, 13(3), 188-197.
- 村本洋子, 成田康子, 藤久保真季, 箕浦洋子, 野倉やよい, 黒木みちる, 他 (2011). A県立病院における「既卒看護師入職後導入サポートプログラム改定版」の活用実態—既卒看護師への質問紙調査結果より. 日本看護管理学会学術集会抄録, 15, 147.
- 長井佐知子, 青山ヒフミ, 勝山貴美子, 小笠幸子 (2011). ライフイベントによる離職を経験した看護師が就業し就業継続するための環境要因. 日本看護管理学会学術集会抄録, 15, 79.
- 日本看護協会 (2007). 潜在ならびに定年退職看護職員の就業に関する意向調査報告書. [https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/sm01/SM010801\\_S1801.html](https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/sm01/SM010801_S1801.html) (検索日2017年7月25日)
- 日本看護協会 (2011). 日本の医療を救え: 看護職の健康と安全を守ることが患者の健康と安全を守る. 日本看護協会. <https://www.nurse.or.jp/nursing/practice/shuroanzen/jikan/pdf/sukue.pdf> (検索日2017年7月25日)
- 日本看護協会 (2013). 平成24年度都道府県ナースセンターによる看護職再就業実態調査報告書. [https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/sm01/SM010801\\_S2401.html](https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/sm01/SM010801_S2401.html) (検索日2017年7月25日)
- 西田文子, 中村美知子, 石川 操, 伊達久美子, 西田頼子, 根津次子, 村上美好, 大村久米子 (2001). 臨床看護婦(士)の道徳的感性の特徴: 施設と経験年数による比較. 山梨医科大学紀要, 18, 77-82.
- 岡戸順一 (2009). 看護職員の離職および就業の状況. 看護, 61(5), 84-91.
- 酒井一博, 毛利一平, 奥村元子, 小川 忍 (2011). 日本看護協会「時間外労働および夜勤・交代制勤務に関する実態調査」の自由意見欄に記載された看護師の労働・生活条件に関する訴えと改善要求. 労働科学, 87(3), 99-115.
- Saks, A.M. (1994). A psychological process investigation for the effects of recruitment source and organization information on job survival. *Journal of Organizational Behavior*, 15(3), 225-244.
- 仙石妙子, 藤原奈佳子, 賀沢弥貴 (2011). 中途採用看護職者の定着意志に関する研究: 退職理由, 再就職動機理由, 再就職理由に着目して. 日本看護研究学会雑誌, 34(3), 242.
- 鈴木 恵, 本多和子 (2014). 看護師インターンシップの実施状況と採用との関連: 神奈川県の実態調査から. 日本看護管理学会誌, 18(1), 47-55.
- 橋 達枝 (2006). 未就業看護者の再就職に向けての意識調査: 未就業看護者が意欲的に働く条件とは. 看護, 58(15), 66-73.
- 武村雪絵 (2011a). 看護師のキャリア発達支援: 組織と個人, 2つの未来をみつめて【第3回】組織ルーティンの学習(1). 週刊医学会新聞, 第2934号. [http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02934\\_04](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02934_04) (検索日2017年7月25日)
- 武村雪絵 (2011b). 看護師のキャリア発達支援: 組織と個人, 2つの未来をみつめて【第5回】組織ルーティンを超える行動化(1). 週刊医学会新聞, 第2942号. [http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02942\\_06](http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA02942_06) (検索日2017年7月25日)
- 田村沙織, 田中久美子, 田中沙紀, 堀内基衣 (2010). 看護問題に対応する経験年数別看護師の行動の特徴: 看護問題対応行動自己評価尺度を用いて. 日本看護学会論文集: 看護管理, 40, 246-248.
- 東京都 (2011). 東京都看護職員需給見通し(東京都看護職員需給見通し策定検討会報告).
- 東京都福祉保健局 (2014). 東京都の医療施設—平成24年医療施設(動態)調査・病院報告結果報告書一. 東京都福祉保健局総務部総務課. [http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kiban/chosa\\_tokei/iryosisetsu/heisei24nen.files/d24-8.pdf](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kiban/chosa_tokei/iryosisetsu/heisei24nen.files/d24-8.pdf) (検索日2017年7月25日)
- Tomietto, M., Rappagliosi, C.M., Sartori, R., and Battistelli, A. (2015). Newcomer nurses' organisational socialisation and turnover intention during the first 2 years of employment. *Journal of Nursing Management*, 23(7), 851-858.
- 辻 ちえ, 小笠原知枝, 竹田千佐子, 片山由加里, 井村香積, 永山弘子 (2007). 中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトー現象とその要因. 日本看護研究学会雑誌, 30(5), 31-38.
- 薄井嘉子, 原田千鶴, 江島伸興 (2010). 中途採用看護師の職務キャリアの因子構造の検討. 日本看護研究学会雑誌, 33(3), 301.
- Wanous, J.P. (1992). *Organizational Entry: Recruitment, Selection, Orientation, and Socialization of Newcomers*. 2nd ed., Boston: Addison-Wesley Publishing Company.
- Wanous, J.P., Poland, T.D., Premack, S.L., and Davis, K.S. (1992). The effects of met expectations on newcomer attitudes and behaviors: a review and meta-analysis. *The Journal of Applied Psychology*, 77(3), 288-297.
- Williams, C.R., Labig, C.E., and Stone, T.H. (1993). Recruitment sources and posthire outcomes for job applicants and new hires: A test of two hypotheses. *The Journal of Applied Psychology*, 78(2), 163-172.

〔平成29年4月6日受付〕  
〔平成30年1月27日採用決定〕

## 血液透析患者におけるSOCの違いによるQOL およびストレス対処方略の比較

A Comparison of the Quality of Life and Stress Coping Strategies Based on  
Differences in the SOC of Hemodialysis Patients

浅田 有希<sup>1)</sup> 原 理恵<sup>2)</sup> 古賀 明美<sup>1)</sup> 熊谷 有記<sup>1)</sup>  
Yuki Asada Rie Hara Akemi Koga Yuki Kumagai

キーワード：首尾一貫感覚, ストレス対処, 血液透析患者, 生活の質  
Key Words: sense of coherence, stress coping, hemodialysis patients, QOL

### 緒 言

血液透析は末期慢性腎不全に対する代表的な治療法であり、治療技術の発展に伴い透析患者数は増加を続け、2015年末には324,986人に及んでいる。また、長期生存が可能となり、10年以上の透析歴をもつ患者が全体の27.9%で、そのうち20年以上の患者が8.2%を占める。治療の長期化や高齢者が増えたことにより、種々の合併症をもつ重症な患者の割合も増加の一途をたどっている（日本透析医学会統計調査委員会, 2015）。

血液透析患者は、透析治療を半永久的に継続しなければならず、透析治療そのものによる苦痛や時間的拘束による影響、病気の増悪や合併症を予防するための水分や食事の管理が必要となることによって、慢性的なストレスを抱きやすい（春木, 1999）。透析患者を含む慢性疾患患者の生活においては、病気そのものや病気に伴うストレスの原因となるものを完全に排除することはできないため、病気の管理の状態だけではなく、病気を抱えながらもどれだけ心身の健康を維持しながら自分らしく生活できているかというQOLの評価も重要視されている（栗原・柳・奥野・戸村, 2006）。そして、QOLの維持・向上のためには、ストレスにうまく対処しながら病気と付きあっていく必要がある。

同じようなストレスを受けながらも心身の健康を害さず保持できているだけでなく、それらを成長や発展の糧に変えて明るく元気に生きている人々が存在し、この違いを生じさせる要因として注目されているのが、sense of coherence (SOC) である（山崎, 2009）。SOCは健康生成論の中心概念であり、ストレス対処・健康保持能力概念とよばれ、危険要因ではなく健康要因に注目している

（Antonovsky, 1987/2001）。SOCとは、その人の生活世界全般への志向性のことで、自分の生きている世界（生活世界）は首尾一貫している、つまり、筋道が通っている、訳がわかる、腑に落ちるという感覚のことである。SOCは3つの確信の感覚からなる。それは、自分のおかれている、あるいはおかれるであろう状況がある程度予測でき、または理解できるという「把握可能感」、何とかなる、何とかやっけていけるという「処理可能感」、ストレスへの対処のしがいも含め、日々の営みにやりがいや生きる意味が感じられるという「有意味感」である（Antonovsky, 1987）。SOCは30歳前後までの経験を通してその基盤となるものが確立されるが、その後の人生経験の積み重ねによって変化する可能性があり、向上させることも可能とされる。SOCが高い人は他者や知識など自分のもつ資源を適切に動員し、ストレスを成功的に対処することができる（戸ヶ里, 2008a; 戸ヶ里, 2008b）。

先行研究において、中高年者でSOCが高い人は、食事や運動に関してのよい健康習慣を行っていることや、ストレス対処において、原因を検討し次にどうすべきかを考える「計画立案」、よい面もあるだろうと考える「肯定的解釈」といった前向きな対処方略をとることが明らかにされている（高阪・戸ヶ里・山崎, 2010）。また、未破裂脳動脈瘤を抱えながらも健康を維持・増進するための行動をとっている患者の対処の過程で生じる感覚には、SOCの3つの確信の感覚と共通するものがあることが質的研究を通して明らかにされている（藤島・戸ヶ里・山崎, 2009）。一般住民や大学生、がん患者、冠動脈バイパス術後患者などを対象に、SOCとQOLの関連も明らかにされており、複数のQOL尺度を含めた先行研究のシステマティックレビューの結果、高いSOCは良好なQOLと関連しているこ

1) 佐賀大学医学部看護学科 Institute of Nursing, Faculty of Medicine, Saga University

2) 純真学園大学保健医療学部看護学科 Institute of Nursing, Faculty of Health Sciences, Junshin Gakuen University

とを示している (Eriksson & Lindström, 2007)。

血液透析患者を対象にした研究では、患者の自己管理を妨げる要因を明らかにしたものは散見されるが、患者の健康要因に着目したものは少ない。血液透析患者を対象にSOCを調査した研究では、SOCが高い血液透析患者の特性として、年齢が高い、経済状況がよい、趣味がある、家族が協力的、看護師・主治医との関係が良好、主観的健康感が高い、健康管理の自己評価が高いことであることが明らかにされている (永田・鈴木, 2012)。しかし、SOCとQOLおよびストレス対処方略との関係を調査したものはない。本研究では、血液透析患者のSOCの違いによるQOLおよびストレス対処方略について明らかにすることを目的とする。本研究の結果は、患者のSOCを高め、病気と折り合いをつけながら生活をしていくための支援を考察するうえで、基礎的資料になり得ると考える。

## I. 研究方法

### A. 分析枠組み (図1)

血液透析患者は、病気に伴うストレスをストレス対処能力であるSOCをもとに、何らかのストレス対処方略を使って対処していると考えられる。SOCが高い患者あるいは低い患者では、使用するストレス対処方略やQOLの程度が異なることが考えられる。

### B. 対象者

佐賀県、福岡県、宮崎県の6施設において、外来で維持血液透析療法を受けている20歳以上で質問紙に回答できる患者を対象とした。筆記が困難な患者で家族や医療スタッフなどの第三者からの協力を得られる患者は対象とした。

精神疾患や著しい認知機能障害があり、回答が困難であると医師から判断された患者は除外した。6施設266名に質問紙を配布し、242名より回答を得た (回収率90.9%)。各尺度の項目において1つでも欠損回答があった46名を除く196名 (有効回答率80.9%) を分析対象とした。定期的に治療を受けにくる透析患者を対象としており、その場所である透析室に回収箱を設置したことと、患者の希望により、透析中に研究協力者である医療スタッフの聞き取り調査も可能であるとしたことから、高い回収率につながった。検出力分析において、効果量 .5, 有意水準 .05において検出力 .8を保証するサンプルサイズは102であった。

### C. 調査項目

#### 1. 個人属性

年齢、性別、同居者の有無、就業の有無、透析期間。

#### 2. SOC

Antonovskyが提唱し、山崎らによって翻訳された日本語版SOC-13を用いた。その人が自分の生活世界をどのようにとらえているかを問うものであり、7件法で、「把握可能感」「処理可能感」「有意味感」の3つの下位尺度からなる合計13項目で構成されている。総得点の得点範囲は13~91点、「把握可能感」5~35点、「処理可能感」4~28点、「有意味感」4~28点で、得点が高いほどストレス対処能力が高いとされる。下位尺度のクロンバック  $\alpha$  係数は .85~.91と報告されている (Antonovsky, 1987/2001)。

#### 3. QOL

健康関連QOLを測定するための尺度として、信頼性と妥当性に優れ、国際的に広く使用されているSF-36に着目した。今回は、測定項目数の多さによる対象者への負担

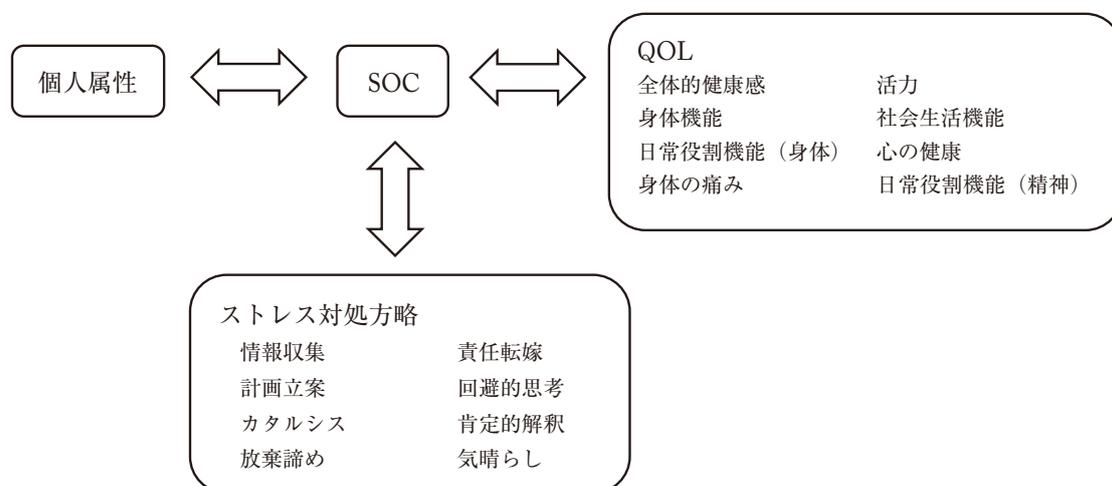


図1 研究の分析枠組み

を考慮し、SF-36および国民標準値との比較も可能なThe MOS 8-Item Short-Form Health Survey (SF-8) 日本語スタンダード版を用いた。「全体的健康感」「身体機能」「日常役割機能(身体)」「身体の痛み」「活力」「社会生活機能」「心の健康」「日常役割機能(精神)」の健康領域を測定する8項目と身体的および精神的サマリースコアの2項目で構成され、過去1か月間の健康状態を問う。5件法または6件法で評価し、得点が高いほど健康状態がよいとされる(福原・鈴嶋, 2004)。

#### 4. ストレス対処方略

神村・海老原・佐藤・戸ヶ崎・坂野(1995)の3次元に基づくストレス対処方略尺度Tri-axial Coping Scale (TAC-24)を用いた。「問題焦点-情動焦点」軸(具体的な問題解決を目指しているのか、情動調整を目指しているのか)、「接近-回避」軸(積極的にかかわろうとしているか、回避しようとするか)、「反応系(認知-行動)」軸(方法はどうするかを考えるか、行動に移すか)の3つの分類軸で、それらの軸の組み合わせによって8つの対処方略を示したものである。8つの対処方略は、「情報収集」(関与・問題焦点・行動)、「計画立案」(関与・問題焦点・認知)、「カタルシス」(関与・情動焦点・行動)、「放棄諦め」(回避・問題焦点・認知)、「責任転嫁」(回避・問題焦点・行動)、「回避的思考」(回避・情動焦点・認知)、「肯定的解釈」(関与・情動焦点・認知)、「気晴らし」(回避・情動焦点・行動)である。5件法で、下位尺度ごとにそれぞれ3項目の合計24項目で構成されている。得点範囲は各下位尺度3~15点であり、得点が高いほど、その方略を頻繁に使っていることを示す。クロンバック $\alpha$ 係数は各因子.65~.84である(神村ら, 1995)。これまでの多くのコーピングスケールを理論的に整理して3次元に集約したものであり、3つの分類軸によりストレスサーに対する向き合い方が把握でき、8とおりの具体的なストレス対処方略により対象者のストレス対処の方法が明確になりやすいと考え、この尺度を用いた。

#### D. データ収集方法

施設管理者に、電話および訪問にて調査協力を依頼した。承諾の得られた施設へ、調査依頼文書、質問紙を持参し、血液透析治療に来院した対象者への配布を看護師に依頼した。対象者に対し、同封の調査依頼文書を読んで研究への参加協力が可能な場合は、質問紙の記入と次回透析日までの持参を依頼した。透析室に回収箱を設置し、2週間の留め置き法で回収した。

#### E. 分析方法

対象者の基本属性、SOC-29、SF-2、TAC-24について記

述統計を行い、正規性の検定を行った。SOCは中央値で二分し、SOC高群とSOC低群とした。SOC高群・低群による個人属性の違いには $\chi^2$ 検定、QOLおよびストレス対処方略の違いにはMann-WhitneyのU検定を用いて分析した。統計解析には統計ソフト“IBM SPSS Statistics ver. 21”を使用し、有意水準は5%未満とした。

#### F. 倫理的配慮

研究協力施設の管理者の協力を得て、回答可能だと思われる対象者に、質問紙とともに調査依頼文書を同封して配布した。研究の目的・意義・方法と、参加は自由意思に基づくもので、参加の有無により不利益が及ぶことはないこと、調査資料はコード化され厳重に管理するなどプライバシーを遵守すること、研究終了後は速やかにデータの破棄を行うこと、研究成果の学会等での報告、研究者の連絡先などについて説明した。回答は無記名で、質問紙への記入と提出をもって研究参加の同意が得られたものとした。本研究は、平成26年7月12日純真学園大学倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号:7)。

## II. 結 果

### A. 対象者の概要とSOCの違いによる比較(表1)

分析対象とした196名の平均年齢は $64.9 \pm 11.3$ 歳であり、年代別にみると、60代が最も多く73名(37.2%)で、次いで70代41名(20.9%)、50代38名(19.4%)が多かった。男性は127名(64.8%)であった。同居者がいる人は157名(80.1%)であり、就業ありの人は57名(29.1%)であった。透析期間は、5年未満が73名(37.1%)、5年以上10年未満は45名(23.0%)、10年以上の患者は78名(39.8%)で、そのうち20年以上が33名(16.8%)であった。

SOC得点の高群と低群の比較において、個人属性に有意な差はなかった。

### B. SOC-13、SF-8、TAC-24の各尺度得点(表2)

SOC-13の「把握可能感」は $22.4 \pm 5.1$ 点、「処理可能感」は $16.6 \pm 3.0$ 点、「有意味感」は $15.9 \pm 2.9$ 点、合計は $54.9 \pm 7.7$ 点であった。

SF-8の「全体的健康感」は $47.1 \pm 7.4$ 点、「身体機能」 $43.4 \pm 9.7$ 点、「日常役割機能(身体)」 $42.9 \pm 10.1$ 点、「体の痛み」 $46.6 \pm 10.4$ 点、「活力」 $47.1 \pm 7.7$ 点、「社会生活機能」 $43.2 \pm 9.8$ 点、「心の健康」 $47.2 \pm 7.1$ 点、「日常役割機能(精神)」 $45.0 \pm 9.3$ 点であり、身体的サマリースコアは $43.1 \pm 9.2$ 点、精神的サマリースコアは $46.3 \pm 7.3$ 点であった。

TAC-24の「情報収集」は $8.9 \pm 2.9$ 点、「計画立案」 $9.8 \pm$

表1 血液透析患者の概要とSOCの違いによる比較

(N = 196)

項目	全体	SOC低群	SOC高群	p値	
		n = 78	n = 118		
	平均値 ± 標準偏差 または人数 (%)	中央値 または人数 (%)			
年齢 a)	全体	64.9 ± 11.3	64.4	65.2	.227
	20代	1 (0.5)			
	30代	4 (2.0)			
	40代	13 (6.6)			
	50代	38 (19.4)			
	60代	73 (37.2)			
	70代	41 (20.9)			
	80代	23 (11.7)			
性別 b)	男性	127 (64.8)	51 (65.4)	76 (64.4)	.888
	女性	69 (35.2)	27 (34.6)	42 (35.6)	
同居者 b)	あり	157 (80.1)	60 (77.9)	97 (82.9)	.387
	なし	37 (18.9)	17 (22.1)	20 (17.1)	
就業 b)	あり	57 (29.1)	25 (34.2)	32 (27.6)	.331
	なし	132 (67.3)	48 (65.8)	84 (72.4)	
透析期間 a)	全体	124.3 ± 106.2か月	101.4	94.0	.158
	5年未満	73 (37.1)			
	5年以上10年未満	45 (23.0)			
	10年以上20年未満	45 (23.0)			
	20年以上30年未満	22 (11.2)			
	30年以上	11 (5.6)			

[注] a) : Mann-WhitneyのU検定, b) :  $\chi^2$ 検定

表2 血液透析患者のSOC-13, SF-8, TAC-24得点

(N = 196)

項目	平均値 ± 標準偏差	中央値	最小値	最大値	
SOC-13	把握可能感	22.4 ± 5.1	23	5	33
	処理可能感	16.6 ± 3.0	17	8	25
	有意味感	15.9 ± 2.9	16	7	24
	合計	54.9 ± 7.7	56	26	70
SF-8	全体的健康感	47.1 ± 7.4	50.7	30.4	61.5
	身体機能	43.4 ± 9.7	41.9	13.5	53.6
	日常役割機能 (身体)	42.9 ± 10.1	42.6	15.7	53.9
	身体の痛み	46.6 ± 10.4	46.2	28.1	60.2
	活力	47.1 ± 7.7	45.3	28.3	59.6
	社会生活機能	43.2 ± 9.8	45.2	20.5	54.7
	心の健康	47.2 ± 7.1	45.0	28.8	57.5
	日常役割機能 (精神)	45.0 ± 9.3	44.5	13.5	54.3
	身体的サマリースコア	43.1 ± 9.2	44.1	14.4	58.3
精神的サマリースコア	46.3 ± 7.3	46.4	22.0	62.1	
TAC-24	情報収集	8.9 ± 2.9	9	3	15
	計画立案	9.8 ± 2.6	10	3	15
	カタルシス	8.6 ± 3.0	9	3	15
	放棄・諦め	8.1 ± 2.5	8	3	14
	責任転嫁	5.4 ± 2.1	5	3	12
	回避的思考	9.7 ± 2.3	10	3	15
	肯定的解釈	10.8 ± 2.3	11	3	15
	気晴らし	8.7 ± 2.9	9	3	15

2.6点, 「カタルシス」8.6±3.0点, 「放棄・諦め」8.1±2.5点, 「責任転嫁」5.4±2.1点, 「回避的思考」9.7±2.3点, 「肯定的解釈」10.8±2.3点, 「気晴らし」8.7±2.9点であった。

### Ⅲ. 考 察

#### C. SOCの違いによるQOLの比較 (表3)

SOC高群は低群よりも, 精神的サマリースコア ( $p = .018$ ), 下位尺度の「心の健康」( $p = .000$ ) および「日常役割機能 (精神)」( $p = .048$ ) が有意に高かった。その他の「全体的健康感」「身体機能」「日常役割機能 (身体)」「体の痛み」「活力」「社会生活機能」, および身体的サマリースコアについては有意な差はなかった。

#### D. SOCの違いによるストレス対処方略の比較 (表4)

SOC高群は低群よりも「計画立案」( $p = .032$ ), 「肯定的解釈」( $p = .000$ ) の得点が有意に高く, 「放棄・諦め」( $p = .001$ ), 「責任転嫁」( $p = .000$ ) の得点が有意に低かった。その他の「情報収集」「カタルシス」「回避的思考」「気晴らし」については有意な差はなかった。

#### A. 対象者の特徴

厚生労働省の患者調査によると, 透析患者の平均年齢は67.9歳で, 年齢層別にみると, 最も割合の多い年齢層は男女とも65~69歳であり, 男性が女性に比べ約2倍多い (日本透析医学会統計調査委員会, 2015)。本研究の対象者の平均年齢は64.9±11.3歳であり, 60代と70代で58.1%を占め, 男性127名, 女性69名であったことから, 年齢, 性別における構成割合が類似していた。また, 透析期間においても, 患者調査による結果と本研究対象者における結果で, 類似する構成割合を示していた。

これまでの研究でSOCは性差による違いはなく (戸ヶ里ら, 2015), 本研究でも同様の結果を示した。年齢とSOCの関連については, 先行研究によって結果は異なり (高阪ら, 2010; 戸ヶ里ら, 2015), 本研究では, 加齢に伴いSOCが上昇する傾向を示したものの有意差はなかった。SOCは, 適度な負荷となるストレスへの対処を繰り返すことで向上する可能性があることが明らかにされている

表3 血液透析患者のSOCの違いによるQOLの比較

項目	SOC低群 <i>n</i> = 78	SOC高群 <i>n</i> = 118	<i>p</i> 値
全体的健康感	50.7	50.7	.122
身体機能	41.9	48.5	.094
日常役割機能 (身体)	42.5	48.4	.051
身体の痛み	46.1	46.1	.064
活力	45.2	45.2	.284
社会生活機能	38.4	45.2	.144
心の健康	44.9	50.2	.000**
日常役割機能 (精神)	44.4	49.0	.048*
身体的サマリースコア	43.0	45.5	.121
精神的サマリースコア	45.3	46.8	.018*

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

表4 血液透析患者のSOCの違いによるストレス対処方略の比較

項目	SOC低群 <i>n</i> = 78	SOC高群 <i>n</i> = 118	<i>p</i> 値
情報収集	9.0	9.0	.898
計画立案	9.5	10.0	.032*
カタルシス	9.0	8.0	.383
放棄諦め	9.0	8.0	.001**
責任転嫁	6.0	4.5	.000**
回避的思考	10.0	10.0	.085
肯定的解釈	10.0	12.0	.000**
気晴らし	9.0	9.0	.170

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

(戸ヶ里, 2008c; 戸ヶ里, 2008d)。しかし、透析期間との関連もなく、療養生活を含むこれまでの生活における、ストレスの原因となり得る出来事に対する患者のとらえ方が影響した可能性が考えられる。就業や同居者については、有無だけではなく詳細な状況を把握したうえで、さらなる分析が必要である。

SOCの平均得点は、全国代表サンプルデータにおいて、55~64歳で $61.7 \pm 11.8$ 点であった(戸ヶ里ら, 2015)。また、急性心筋梗塞あるいは急性心不全で集中治療を受け入院した患者では $61.8 \pm 15.7$ 点であった(牧山, 2004)。本研究対象者の得点 $54.9 \pm 7.7$ 点は、それらと比較すると低かった。平均年齢 $64.6 \pm 11.5$ 歳の血液透析患者のSOC平均値は59.0点であり(永田・鈴木, 2012)、その得点よりもやや低かった。本研究対象者の平均年齢と大きな違いはなかったが、先行研究においてSOCの高さに関連していたものは、家族の協力があること、主治医・看護師との関係が良好であることなど、サポート状況が整っていることや、主観的健康観や自己管理の評価が高いこと、趣味があることであり(永田・鈴木, 2012)、今後、それらの状況も調査したうえでの分析が必要である。

本研究対象者のSF-8の平均得点は、国民標準値(福原・鈴嶋, 2004)と比較すると、サマリースコアおよびすべての下位尺度において、60~69歳男女および慢性疾患を2つ以上もつ人よりも低かった。この傾向は、血液透析患者を対象にした先行研究(Kusuba, et al., 2013)とも同様であり、本研究対象者の身体的サマリースコア $43.1 \pm 9.2$ 点、精神的サマリースコア $46.3 \pm 7.3$ 点は、先行研究の外来血液透析患者の身体的サマリースコア45.1点、精神的サマリースコア47.5点(Kusuba, et al., 2013)よりもやや低かった。

## B. SOCの違いによるQOL

SOCの高い人は低い人より「心の健康」「日常役割機能(精神)」のQOLが高く、サマリースコアでは、「精神的サマリースコア」の得点が高かった。SOCとQOLの関連については、冠動脈バイパス術後患者において、SOCがQOLに有意に関連していたことや(Dantas, Motzer, & Ciol, 2002)、負傷後2年半後の整形外科患者において、SOCが高いほど良好なQOLであったことが明らかにされている(Ristner, Andersson, Johansson, Johansson, & Ponzer, 2000)。重症心不全高齢患者のSOCは、SF-8の「全体的健康感」「活力」「社会生活機能」「心の健康」「日常役割機能(精神)」と正の相関関係があった(Ekman, Fagerberg, & Lundman, 2002)。また、無作為抽出された地域住民1,000人(平均年齢 $55.3 \pm 16.7$ 歳)を調査した結果では、SOCは、WHO/QOL尺度を用いて調査されたQOLの身体的領域、心理的領域、社会関係、環境の4領域すべてと強く関連し

ており、SOCを高めることによってこれらの健康が高められることを示唆していた(榎本, 2001)。本研究においても、SOC合計得点はSF-8の精神的サマリースコア、下位尺度の「心の健康」「日常役割機能(精神)」と関連があり、高いSOCはとくに精神面の主観的健康観と関連していることが示唆された。SOCが高ければ精神面のQOLが高いということが示されたが、身体的側面との間に関連がなかった。SOCは、把握可能感、処理可能感、有意味感という確信の感覚で、ストレス対処能力であるということから、身体的側面よりも精神的側面との関連が強いであろうことが想定される。精神的健康が、その後の療養生活に影響し身体的健康にもつながる可能性があるため、今後、縦断調査によるさらなる分析が必要である。

先行研究同様、本研究対象者である血液透析患者においても、すべての側面ではないものの、SOCとQOLが関連していることを示した。高いSOCは精神面における主観的健康度の高さと関連しており、SOCが高くストレス対処ができることで精神的健康度が高まることや、精神面への介入でSOCが高まる可能性が示唆されたが、因果関係についてはさらなる調査が必要である。

## C. SOCの違いによるストレス対処方略

SOCの高い人は低い人より「計画立案」「肯定的解釈」の得点が高く、ストレス対処において、ストレスの原因となることを避けるわけではなく、原因やこれまでのことをふまえて次にすることを考える「計画立案」や、よい面を見ついたり今後に期待して楽観的に考えるなどの「肯定的解釈」の対処方略をとりやすいことが明らかになった。一方で、SOCの低い人は高い人より「放棄・諦め」「責任転嫁」の得点が高く、直面する問題を避けようとし、解決を先送りにしたり諦めたりする「放棄・諦め」や、自分は悪くないと考えたり、責任は他の人に押し付ける「責任転嫁」の対処方略をとりやすいことが明らかになった。以上のような、血液透析患者のSOCの違いによるストレス対処方略のパターンは、中高年者や心疾患患者と同様であった(高阪ら, 2010; Asada, Hara, Uchiyama, & Kukihara, 2013)。

これまでに、血液透析患者はストレスの原因となることに対して、問題解決的対処よりも先に、「仕方がないこと」「運命であると受け止めた」というように気持ちを安定させようとし、次いで、「楽観的に考える」などの対処をとることが明らかにされている(原・林, 2004)。また、SOCが高い人は、ストレスの原因となるものを、一旦意識的に自らの関心の外においたり忘れてたりすることによって上手にやり過ごし、客観的な視点をもつことで、柔軟で適切に、対処のための資源や方略を選ぶことができるとされている(戸ヶ里, 2008a)。そのため、看護師はSOC

が低い血液透析患者がストレス対処方略の「放棄・諦め」「責任転嫁」をとったとしても、今後の見通しを立て、悪いことばかりではなくよい面を見つけていくことができるように支援することが必要である。

SOCが低い患者が「計画立案」や「肯定的解釈」のストレス対処方略をとることができるように支援することで、SOCが高まる可能性がある。SOCを高めることができれば、患者が新たなストレスに遭遇したとしても、自ら対処でき、その過程でさらにSOCが高まるという良循環を促すことにつながると考える。先行研究においても、慢性疾患患者で病気とともに生きるという過程でSOCが向上する可能性があることや (Moons & Norekvål, 2006)、SOC理論を基盤とした介入プログラムによってSOCが向上したことが報告されている (Forsberg, Björkman, Sandman, & Sandlund, 2010; Delbar & Benor, 2001; Langeland, et al., 2006)。血液透析患者のSOCを高め、さらにQOLを向上させるためにも、患者のストレス対処方略にも着目して支援していくことが看護師に求められると考える。

#### D. 研究の限界

本研究は、6施設に限った調査であるため結果の一般化はできない。分析においては、対象者のSOC得点を中央値を用いて2群化したが、大規模調査で算出された基準値よりも低い集団であることから、今後、適切なカットオフポイントの検討が必要である。また、今回対象とした患者の病気の重症度がそれぞれ異なる可能性が考えられる。さらに、病気経過に伴うSOCの変化などは明らかにできていないため、因果関係についてはさらなる検証が必要である。SOCの程度やストレス対処方略に着目した介入方法を検討するためには、患者のストレスの内容や対処の過程での経験について、質的なデータの分析も必要である。

## 要 旨

本研究の目的は、血液透析患者のSOCの違いによるQOLおよびストレス対処方略を明らかにすることである。血液透析患者を対象に、個人属性と、SOC-13, SF-8, TAC-24の各尺度項目を使用した質問紙調査を実施した。196名を分析対象とした。SOCは中央値で二分して高群、低群とし、 $\chi^2$ 検定、Mann-WhitneyのU検定を用いて分析した。SOCが高い人は、SF-8の精神的サマリースコア、「心の健康」「日常役割機能(精神)」のQOLが高かった。高いSOCはとくに精神面の主観的健康観と関連していることが示唆された。SOCが高い人は、「計画立案」「肯定的解釈」のストレス対処方略をとりやすく、低い人は、「放棄・諦め」「責任転嫁」の方略をとりやすいことが示された。SOCが低い患者に対しては、今後の見通しを立て、悪い面ばかりではなくよい面を見つけていけるように支援することが必要である。

## Abstract

The purpose of this study was to determine the quality of life (QOL) and stress coping strategies based on differences in the sense of coherence (SOC) of hemodialysis patients. A questionnaire survey including personal attributes and the

## IV. 結 論

血液透析患者を対象に、SOCの違いによるQOLおよびストレス対処方略の傾向について明らかにすることを目的として質問紙による調査を行った結果、以下のことが明らかとなった。

1. 血液透析患者のSOC-13得点は $54.92 \pm 7.73$ であり、日本人を対象にして行われた大規模調査で算出された55～64歳の基準値や心疾患患者と比較し低く、先行研究の血液透析患者よりもやや低かった。
2. SOCの高い人は低い人と比較し、SF-8の精神的サマリースコア、下位尺度の「心の健康」「日常役割機能(精神)」の得点が有意に高く、SOCが高い人は、とくに精神面のQOLが高いことが示された。
3. SOCの高い人は、TAC-24の「計画立案」「肯定的解釈」の得点が有意に高く、次にすることを考える、よい面を見つれたり今後に期待して楽観的に考えるなどの方略をとりやすいことが示された。一方で、低い人は、「放棄・諦め」「責任転嫁」の得点が有意に高く、解決を先送りにしたり諦めたり、自分のこととして考えないよいうにするという方略をとりやすいことが示された。

### 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。

SOC-13, SF-8, and TAC-24 was administered to hemodialysis patients. There were 196 subjects to be analyzed. Participants were classified into 2 groups based on the median: the high-SOC group and the low-SOC group. The data were analyzed using the chi-square test and the Mann-Whitney *U* test. Patients with a high SOC tended to have higher scores on the mental component summary score of the SF-8, the subscale “mental health” and “role emotional”. It is suggested that high SOC is particularly related to the mental aspects of the subjective view of health. In addition, patients with a high SOC were more likely to use “planning” and “positive interpretation” as coping strategies for stress, and those with low SOC tended to apply “abandonment”, “resignation”, and “responsibility shifting”. It is important to support patients with low SOC for future betterment and finding the good as well as bad sides.

## 文 献

- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health; How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987/2001). 山崎喜比古, 吉井清子 (監訳), 健康の謎を解く—ストレス対処と健康保持のメカニズム. 東京: 有信堂高文社.
- Asada, Y., Hara, R., Uchiyama, K., and Kukihara, H. (2013). Sense of Coherence (SOC) in Outpatients with Heart Disease, and Tendencies in Stress-Coping Strategies Related to Differences in SOC. *Journal of Nursing Health Science Research*, 14(1), 38-47.
- Dantas, R.A., Motzer, S.A., and Ciol, M.A. (2002). The relationship between quality of life, sense of coherence and self-esteem in persons after coronary artery bypass graft surgery. *International Journal of Nursing Studies*, 39(7), 745-755.
- Delbar, V. and Benor, D.E. (2001). Impact of a nursing intervention on cancer patients' ability to cope. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19(2), 57-75.
- Ekman, I., Fagerberg, B., and Lundman, B. (2002). Health-related quality of life and sense of coherence among elderly patients with severe chronic heart failure in comparison with healthy controls. *Heart Lung*, 31(2), 94-101.
- Eriksson, M. and Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944.
- Forsberg, K.A., Björkman, T., Sandman, P.O., and Sandlund, M. (2010). Influence of a lifestyle intervention among persons with a psychiatric disability: A cluster randomised controlled trial on symptoms, quality of life and sense of coherence. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1519-1528.
- 藤島直美, 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古 (2009). 未治療の病いをもちながら生きる体験: SOC理論を用いた質的データ分析の試み. *看護研究*, 42(7), 527-537.
- 福原俊一, 鈴嶋よしみ (2004). SF-8日本語版マニュアル: 健康関連QOL尺度. 京都: 健康医療評価研究機構.
- 原 明子, 林 優子 (2004). 血液透析患者のストレスサーと対処. *岡山大学医学部保健学科紀要*, 15(1), 15-21.
- 春木繁一 (1999). 透析患者の心とケア: サイコネフロジーの経験から. 大阪: メディカ出版.
- 神村栄一, 海老原由香, 佐藤健二, 戸ヶ崎泰子, 坂野雄二 (1995). 対処方略の三次元モデルの検討と新しい尺度 (TAC-24) の作成. *教育相談研究*, 33, 41-47.
- 高阪悠二, 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古 (2010). 中高年期におけるストレス対処能力 (SOC) と健康関連習慣の関係, *社会医学研究*, 27(2), 1-10.
- 栗原明美, 柳 久子, 奥野純子, 戸村成男 (2006). 血液透析患者の自己管理力に影響を及ぼす治療適応意識とその類型. *日本透析医学会雑誌*, 39(1), 51-55.
- Kusuba, Y., Hashizume, K., Kuroda, H., Sasaki, H., Uno, Y., and Fujino, Y. (2013). A study on the Quality of Life of patients on hemodialysis in Japan. *Medicine and Biology*, 157(2), 213-221.
- Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B.R., Nortvedt, M.W., Kristoffersen, K., and Wahl, A.K. (2006). The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems: A randomised controlled trial. *Patient Education & Counseling*, 62(2), 212-219.
- 牧山布美 (2004). 急性心疾患治療後の患者のクオリティ・オブ・ライフとコヒアランス感覚 (sense of coherence: SOC). *川崎医療福祉学会誌*, 14(1), 93-98.
- 榎本妙子 (2001). 健康生成論に基づく地域住民の健康実態, *立命館産業社会論集*, 36(4), 53-73.
- Moons, P. and Norekvål, T.M. (2006). Is sense of coherence a pathway for improving the quality of life of patients who grow up with chronic diseases? A hypothesis. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5(1), 16-20.
- 永田美奈加, 鈴木圭子 (2012). 血液透析患者における Sense of Coherence (SOC). *日本看護科学会誌*, 32(3), 96-99.
- 日本透析医学会統計調査委員会 (2015). わが国の慢性透析療法の現況. 一般社団法人日本透析医学会. <http://docs.jsdt.or.jp/overview/index.html> (検索日2017年5月20日)
- Ristner, G., Andersson, R., Johansson, L.M., Johansson, S.E., and Ponzer, S. (2000). Sense of coherence and lack of control in relation to outcome after orthopaedic injuries. *Injury*, 31(10), 751-756.
- 戸ヶ里泰典 (2008a). ストレス対処能力SOCとは. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (編), ストレス対処能力SOC. 3-24, 東京: 有信堂高文社.
- 戸ヶ里泰典 (2008b). SOCの形成要因. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (編), ストレス対処能力SOC. 39-53, 東京: 有信堂高文社.
- 戸ヶ里泰典 (2008c). 成人のSOCは変えられるか. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (編), ストレス対処能力SOC. 55-67, 東京: 有信堂高文社.
- 戸ヶ里泰典 (2008d). 患者のSOC. 山崎喜比古, 戸ヶ里泰典, 坂野純子 (編), ストレス対処能力SOC. 133-139, 東京: 有信堂高文社.
- 戸ヶ里泰典, 山崎喜比古, 中山和弘, 横山由香里, 米倉佑貴, 竹内朋子 (2015). 13項目7件法sense of coherenceスケール日本語版の基準値の算出. *日本公衆衛生雑誌*, 62(5), 232-236.
- 山崎喜比古 (2009). ストレス対処力SOC (sense of coherence) の概念と定義. *看護研究*, 42(7), 479-490.

平成29年7月18日受付  
平成30年1月30日採用決定

## 精神科長期入院患者の退院支援にかかわる保健医療従事者の 包括的退院支援評価尺度の開発

Development of an Evaluation Scale for Healthcare and Medical Professionals to  
Comprehensively Support Long-Term Hospitalized Psychiatric Patients toward Discharge

香 川 里 美      名 越 民 江  
Satomi Kagawa      Tamie Nagoshi

キーワード：精神科長期入院患者，退院支援，多職種，評価尺度

Key Words：long-term hospitalized psychiatric patients, discharge support, multi-professional, evaluation scale

### 緒 言

わが国の精神障害者に対する地域移行施策では、2006年の「精神障害者退院促進支援事業」の推進以降、「精神障害者地域移行支援特別対策事業」「精神障害者地域移行・地域定着支援事業」「精神障害者アウトリーチ推進事業」と、精神障害者に対する退院支援・地域生活支援が進められている。長期入院精神障害者は現在減少傾向にあるが、病床数はいまなお精神障害者全体の約3分の2を占めている（厚生労働省，2014a）。厚生労働省は精神科長期入院患者の地域移行対策として、精神科病棟を居住施設へと転換方針を打ち出したが、障害者団体からは病床の看板のかけかえに過ぎないという批判があり（中村，2014）、効果的な退院支援方法の確立には至っていない現状にある。

また、長期入院患者の退院支援には、本人とともに本人を取り巻く環境に対し多職種協働チームが必要である（Dixon, Dickerson, Bellack, et al., 2010）が、地域移行・地域生活の定着に向けて重要とされる医療機関と地域における諸機関との連携が十分に整っていない現状がある（Ng, 2008）。さらに、いったん退院しても16%の患者は再入院しており（厚生労働省，2013）、退院後いかに再入院を防ぎ、地域に定着するかが課題となっている。

長い間病院生活を送ってきた患者の場合、自立に対する自信の喪失から退院をあきらめていることが多く（藤野・脇崎・岡村，2007）、家族にとっても容易に受け入れられるものではない（Eakes, 1995；香川・越田・大西，2009；Rose, 1983）。退院の意思を育み実現に導くためには、長期にわたる継続した援助が必要であり、プライマリナースを中心に、多職種が連携しながら進めていくことが重要となる。

現在もなお、再入院するケースが少ない現状について、

院内の保健医療従事者は退院後も地域関係者と連携し、患者の状況を把握することが重要と考える。つまり、退院支援の目標は「退院そのもの」ではなく、「地域生活へのスムーズな移行と、その後の地域生活の安定」であり（安西，2011）、保健医療従事者が退院後の不安定な時期の患者の状況を明確に把握することは、地域関係者との連携・協力がスムーズになるとともに、再入院した場合でも早期に治療にとりかかることができ、入院の長期化を抑えることができると考える。

これらの実現のために多職種がかかわるチームミーティングは、患者を中心にすえてサポートするために不可欠であり、互いの専門性を共有するなかで、新たな解決法の発見や発想の転換ができる等の効果がある。そして、その効果を最大限発揮するには、まず、多職種が対等に語り合えることが必要といわれている（渡邊，2014）。つまり、退院支援にかかわる多職種のメンバーは、実際の支援においてはおのおの専門分野における知識・技術に基づいた役割を担いつつ、より満足度の高い退院支援を進めるために、チームとして密接に連携しながら、その専門性や視点を包括的に理解する必要がある。岡本ら（2015）は、看護師は患者を『医療モデル』でとらえる傾向があるのに対して、保健師や精神保健福祉士は、患者が障害を抱えながらも、本人が希望する地域で暮らす『生活モデル』を視点にとらえているため、職種間の合意が得られにくいと述べている。すなわち、長期化する精神科患者の退院に関して、多職種が同じ目標に向かってシームレスに連携（協働）していくためには、各専門職の支援に対する視点やその根拠について共通認識することが課題といえる。

臨床現場においては、計画的な退院支援のためにクリニカルパスを導入する施設が多くなり、退院調整看護師の配置の必要性も高まっている（末安，2009）。しかし、クリ

ニカルバスは、多職種におけるケアプランが明確で支援を実施する時期や進捗状況はわかりやすいが、項目数が少ないことや具体性に欠ける点から、各保健医療従事者がおのおのの支援を見直していくための評価項目としての活用はむずかしい。

これまで、精神科長期入院患者に対する退院支援の効果を評価する研究として、荻野・田代（2010）による退院援助評価スケールや、松枝ら（2011）による社会復帰援助レディネス尺度の検討が報告されている。また、一般病棟における退院支援を評価する尺度では、ディスチャージプランニングプロセス評価尺度（Discharge Planning-Process Evaluation Measurement: DCP-PEM）（千葉，2005）や退院支援看護師の職務行動遂行能力評価尺度（Nurses' Discharge Planning Ability Scale: NDPAS）（戸村・永田・村嶋・鈴木，2013）が報告されている。しかし、いずれの尺度も主な役割を担う看護師または精神保健福祉士を対象としており、病院内の保健医療従事者および地域関係者を含めた人々が活用できる尺度は見当たらない。

病院内で退院支援にかかわるプライマリナース、外来看護師、訪問看護師、精神保健福祉士、作業療法士等の保健医療従事者と、退院後地域でかかわる精神保健福祉士や保健師が、退院から地域定着までの支援について共通の評価項目をもとに、退院準備や地域移行への準備を共通認識のうえで支援することができれば、包括的でシームレスなサポートが実現できると考える。

そこで、本研究では、病院内の関係職種ならびに地域の関係者を含めた保健医療従事者の包括的退院支援評価尺度を開発することとした。精神科長期入院患者の退院支援にかかわる多職種の保健医療従事者が共通して活用できる尺度を使用できれば、おのおのの職種が退院支援の過程において評価した内容を多職種間で共有できるとともに、多職種ミーティングにおいても、同じ目的意識をもち、多職種協働に必要な情報の共有や自己の支援のフィードバックができ、必要な支援の確認や、より効果的な退院支援方法についての検討が可能となる。このようにして得られたエビデンスを積み重ねて視覚化することができれば、現在入院中の多くの長期入院患者に対してもその取り組みを加速させることができるとともに、保健医療従事者の退院支援に必要な技術および質の向上に貢献できると考える。

## I. 研究目的

本研究の目的は、精神科における長期入院患者の退院支援にかかわる保健医療従事者を対象とした「精神科長期入院患者用包括的退院支援評価尺度（Discharge Support Scale for Long-term Psychiatric Patients）」（以下、DSS-LPPとす

る）を開発し、その信頼性・妥当性を検証することである。

## II. 用語の操作的定義

### 1. 長期入院

厚生労働省において長期入院精神障害者の基準を、入院後1年としていること、入院して1年を超えた後は退院の可能性が減ることが明らかとなっている（池淵，2011）ことから、本研究での「長期入院」とは、入院後1年以上とする。

### 2. 保健医療従事者

本研究における「保健医療従事者」とは、精神科長期入院患者の退院支援にかかわる病院内の医療従事者である看護師、精神保健福祉士、作業療法士、ならびに地域で退院支援にかかわる精神保健福祉士、保健師を指すこととする。

### 3. 退院支援

本研究における「退院支援」は、入院中における患者・家族に対する退院に向けた支援に引き続き、退院後患者が地域に定着できるまでの支援とする。退院後の支援期間については、厚生労働省（2014b）は地域定着支援事業で取り組む期間を、利用者が円滑に医療機関や障害福祉サービスによる安定的な支援に移行するまでのおおむね6か月としていることから、本研究においても退院後6か月までの支援を退院支援とする。

## III. 研究方法

### 1. 開発する尺度の質問項目の作成

#### a. 質問項目の作成、選定

精神科における長期入院患者の退院支援について、田中（2009）は、退院の意思を育む時期、退院後の生活準備を行う時期、地域支援ネットワークを構築する時期の3段階のプロセスがあるとしている。また、退院支援には退院後の地域生活定着に向けたフォローアップが必要である（富沢，2011；永田，2015）ため、田中（2009）の3段階のプロセスに「フォローアップ」を加えた4つのプロセスを概念枠組みの主軸とし、さらに先行研究から退院支援のプロセスの概念枠組みを検討することとした。

また、退院支援の評価は複数時点で慎重に行う必要がある（永田，2015）ため、本尺度を使用する時期および目的としては、退院支援始動期、退院支援展開期、地域生活移行期、地域生活定着期の4つの時期に退院支援の実際を各

職種で自己評価し、各時期の進捗状況に沿った支援を確認するとともに、職種間で必要な情報共有や改善内容の検討に活用することとした。

質問項目を作成するために、まず「精神」「長期入院」「退院」をキーワードに、過去5年間（2008～2013年）における先行研究の文献を『医学中央雑誌』および“CiNii”にて検索を行った。ヒットした195件の文献から精神科における長期入院患者の退院支援に関する研究論文98文献を入手し、論文の著者が病棟看護師だけでなく、外来看護師、作業療法士、精神保健福祉士、保健師による文献が含まれることを確認し、38文献より精神科における長期入院患者の退院支援に必要な具体的内容を抽出した。

おのおの研究論文で明らかにされた効果的な退院支援内容について、研究者間で質的帰納的にデータをコード化し、類似性に基づきカテゴリー化を行った。その際、退院支援の4つのプロセスに注目しながら支援内容を抽出した。その結果、「領域1：社会適応能力アセスメント」「領域2：患者と家族に対する退院の動機づけ」「領域3：多職種連携における患者・家族の意思決定支援」「領域4：社会適応能力支援」「領域5：退院後の生活シミュレーション支援」「領域6：退院後の生活適応への支援」の6領域の概念および19個の下位概念が抽出された。この6領域の概念を尺度の構成概念とし、抽出された支援内容のコードから129の項目リストを作成した。さらに既存尺度のDCP-PEM（千葉，2005）、NDPAS（戸村ら，2013）、精神障害者社会生活評価尺度（岩崎ら，1994）の項目を参考に研究者間で検討し、精神科長期入院患者の退院支援に必要な86項目を選定した。

#### b. 質問項目の尺度化

質問項目86項目について、回答のしやすさ、理解しやすさを考慮し、語句と構文の表現を検討し成文化した。質問項目の表現は、保健医療従事者が普段思考する際に用いている言葉を使用し、回答方法は簡便で得点化が容易なリッカート法を用いることとした。リッカート法は3件法から7件法がよく用いられ、選択肢数は段階が少ない場合は回答者の負担を減らすことができるが、得られる情報が少なくなる。また、日本人は中性カテゴリーに反応することが多い（脇田，2007）ため、選択肢数は中性カテゴリーの使用を避け、退院支援の自己評価の程度を「十分できた：5点」「大体できた：4点」「どちらかといえばできた：3点」「どちらかといえばできなかった：2点」「ほとんどできなかった：1点」で回答する5件法を採用した。「十分できた」に対比する「全くできなかった」の選択肢については、対象者が保健医療従事者であることから、「全くできなかった」への回答はほとんどないことが予測され、選択肢から外し段階を減らすこととした。

#### c. 質問項目の内容妥当性の検討

作成された質問項目について、看護学の専門家2名、統計学の専門家1名で内容妥当性を検討した。検討内容は、作成された質問項目が精神科長期入院患者の退院支援を評価できる内容になっているか、臨床活用の妥当性、答えにくい内容や類似した内容の有無についてであった。検討の結果、68項目からなる「DSS-LPP原案」を作成した。

また、各質問項目に対する「自己評価」に加え、対象者の重要度に対する認識の調査として「重要度」の回答欄を設けた。「重要度」の選択肢は、自己評価と同様の5件法とし、「非常に重要である：5点」「たいてい重要である：4点」「どちらかといえば重要である：3点」「どちらかといえば重要でない：2点」「ほとんど重要でない：1点」とした。

#### d. プレテストの実施

DSS-LPP原案を精練するためにプレテストを実施した。対象者の選定は、原案の内容が退院支援を評価できる内容になっているか確認するため、精神科経験年数の設定を、Benner（1984/1998）のおおむね3年で統率力、偶発的な出来事への判断能力、管理能力が養えるとしていることを参考に、精神科経験が3年以上あることを条件とした。単科精神科病院の2施設および保健所1施設の施設管理者に、研究の趣旨・目的を文書と口頭で説明し、3年以上の精神科経験を有し1年以上の長期入院患者の退院支援を担当としてかわり、退院に結びついた経験のある保健医療従事者の研究協力を依頼した。依頼する職種は、病院の施設管理者には看護師（病棟・外来）・精神保健福祉士・作業療法士を、保健所の施設管理者には保健師の紹介を依頼した。プレテスト参加への同意が得られた研究協力者は14名で、対象者の職種は、病棟看護師4名、外来看護師2名、作業療法士2名、精神保健福祉士2名、保健師4名であった。性別は女性11名、男性3名、年齢は平均48.4±8.8歳であった。保健医療従事者としての経験年数は24.7年、精神科経験年数は14.7年であった。

調査終了後に、答えにくい項目や類似している項目はないか、退院支援の自己評価として活用できる項目になっているかについて口頭で確認し、回答にかかる時間を観察した。回答に要した時間は平均19.7±4.9分であった。

DSS-LPP原案68項目が、精神科長期入院患者への退院支援の自己評価の内容と程度のばらつきを測定できる尺度となっているかどうか、重要度の低い項目がないかについて“IBM SPSS Statistic ver. 20”を用いて記述統計量を算出した。また、DSS-LPP原案の各項目において、データに歪みが生じていないか、天井効果と床効果を確認した。

プレテストの結果をもとに、DSS-LPP原案を看護学および統計学の専門家にて検討した。対象者から類似してい

ると指摘のあった2項目を削除し、回答しづらいと指摘のあった5項目の文言の表現を修正した。また、重要度の結果をもとに専門家で検討し、重要度4.0未満の14項目を削除した。さらに、52項目となったDSS-LPP原案をプレテストへの協力施設である看護部長2名、プレテストの対象者のうち3名に内容の妥当性を確認し、回答しづらいとの意見のあった2項目について表現を修正し、「DSS-LPP試作版」とした。

## 2. 尺度の開発, 信頼性と妥当性の検討

### a. 対象者の選定

尺度開発における必要サンプル数は項目数の5~10倍とされており(石井, 2005), 本研究では52項目の尺度を検討するため, 260~520のサンプルを必要とする。そこで, 全国の単科精神科病院250施設および保健所・市区町村200施設の施設管理者に対し, 病院では1施設20名程度の看護師(病棟・外来)・精神保健福祉士・作業療法士の選定を, 保健所・市区町村では1施設3名程度の保健師または精神保健福祉士の選定を依頼した。施設管理者に, 本研究の趣旨と対象者の倫理的配慮, 協力の可否について文書にて説明し, 調査対象者の条件として1年以上の長期入院患者の退院支援を担当としてかかわった経験のあることを依頼した。

協力依頼を行う施設の抽出方法は, 病院は日本精神科病院協会加入病院および全国の精神科救急入院料認可施設のうち病床数200床以上の施設を, 保健所は全国保健所一覧から, 市区町村はワムネット障害者窓口から層化無作為抽出法にて抽出した。研究依頼を行った450施設のうち, 病院は38施設, 保健所・市区町村は26施設から研究協力の了承を得た。

### b. 調査方法・調査期間

承諾の得られた64施設の施設管理者に, 対象者として了承を得られた785名分の自記式質問紙票を郵送し, 対象者への配布を依頼した。回収方法は, 病院は留置き法もしくは個別郵送での返信とし, 保健所・市区町村は郵送での返信とした。調査期間は, 平成27年12月から平成28年2月であった。

### c. 質問紙票の構成

質問紙票は, 対象者の属性, 基準関連妥当性を検討するための「DCP-PEM」(千葉, 2005), 「DSS-LPP試作版」から構成した。

対象者の属性は, 性別, 年齢, 職種, 保健医療従事者としての通算経験年数, 精神科における経験年数, 退院支援により退院に結びついた経験(以下, 退院成功経験)の有無を設定した。

DCP-PEMは, 退院支援の実践能力を測定できる5段階

リッカート法の尺度で, 「スクリーニング」「アセスメント」「ケアプランニング」「実施」「モニタリング」の5つの下位尺度26項目で構成されている。精神科に限定されたものではないが, 退院支援のプロセスを標準化した指標であるため, DSS-LPPと正の相関関係があると予測した。DCP-PEMの5つの下位尺度のうち「スクリーニング」と「モニタリング」は特定の患者に対する支援内容ではなく退院調整に関する内容となっているため, 本研究では, 「アセスメント」「ケアプランニング」「実施」の3つの下位尺度20項目を設定した。

内容妥当性が確保された「DSS-LPP試作版」は5段階リッカート法の52項目の尺度である。対象者に対する質問紙の説明文には, 「これまであなたが長期入院患者さんへの退院に向けて支援したケースを想起していただき, 重要度と自己評価の両方についてご回答ください」とし, 補足として退院に結びついた経験のある場合は, そのケースを想起して回答するよう依頼した。また, 本研究では多職種が共通の評価項目で評価できる尺度の開発を目的としているため, ケースによって重要度および自己評価の程度が異なる場合は総合的に判断して回答するよう依頼した。なお, 質問項目の内容が職種によっては患者・家族に直接介入することが困難な支援内容の項目が含まれるため, 「あなたが直接実施した場合の他, 多職種カンファレンス等で支援を依頼したり, 情報を共有した場合を含む」の文言を追加した。

### d. 分析方法

統計パッケージ「IBM SPSS Statistics ver. 20.0J」を使用し, 以下の統計分析を行った。なお, 有意水準は5%とした。

#### (1) 項目分析

DSS-LPP試作版の項目のうち, 尺度項目に含めるのに適切ではない項目を除外するため, 自己評価の回答分布を確認し, 欠測数が多い項目(許容範囲: 2%以内), 回答が1つの選択肢に集中(90%以上)する項目, 天井・床効果がみられる項目を除外基準とした。天井効果・床効果は, 平均値±標準偏差が1以下または5以上を削除基準とした。項目間相関分析は, Pearson積率相関係数を用いて類似項目の精選を行い, 相関係数が.8以上のものを削除を検討する基準とした。I-T相関分析による確認を行い, .3未満の項目は尺度の信頼性を低下させる項目であると判断し, 削除を検討することとした。また, 重要度の平均値を求め, 4.0未満の項目を削除する基準とした。

#### (2) 因子分析

DSS-LPP試作版の質問項目の一貫性と因子構造を確認し, 構成概念妥当性を検討するため, 自己評価の得点について主因子法によるプロマックス回転を用いた探索的因子

分析を行った。因子数は、固有値が1以上、スクリープロットの落ち込み、因子の解釈可能性から検討した。質問項目においては、共通性が.4未満の項目は精神科長期入院患者への退院支援の評価内容として説明できる部分が小さいと判断し、削除を検討した。また、因子負荷量が.3未満の項目は精神科長期入院患者への退院支援の評価内容の構成概念との関係が低いものと判断し、削除を検討した。さらに、他の因子に.3以上の負荷量がある項目は識別度が低いものと判断し、削除を検討した。

### (3) 妥当性の検討

内容妥当性は、精神科の経験豊富な精神科病院の看護部長2名と看護学の専門家2名による検討、プレテストを通し、精神科長期入院患者への退院支援の評価内容が網羅された尺度になっているか、項目作成過程の適切さを検討した。

基準関連妥当性は、測定用具と外的基準との相関関係、基準群と統制群での有意差検定により判断することができる(村上, 2006)。外部基準との相関では、「DSS-LPP試作版」と「DCP-PEM」でPearsonの積率相関係数を算出し検討した。DCP-PEMの開発者には事前に尺度を使用することの承諾を得た。また、基準群と統制群での有意差検定では、基準群を退院成功経験がある群、統制群を退院成功経験のない群として尺度得点を比較した。長期入院患者への退院支援に重要な能力や技術を提供できている者のほうが退院に結びつきやすいと考えられ、退院成功経験のある群のほうが得点が高いと予測した。

構成概念妥当性は、探索的因子分析を行い尺度の因子構造を確認するとともに、対象者の職種によるDSS-LPPの得点および下位尺度得点を比較し検討した。

### (4) 信頼性の検討

尺度の内的整合性は、可能な限りあらゆるやり方で測定尺度を折半して相関を推定する方法であるCronbach's  $\alpha$ 信頼性係数を採用した。また、各項目と合計得点との相関(I-T相関)を算出した。I-T相関が.3未満の項目は、尺度の信頼性を低下させる項目であると判断し、削除を検討した。相関係数が.8以上のものを評価尺度として構成するか否かを検討した。

## 3. 倫理的配慮

本研究は、香川大学医学部倫理委員会の承認を得て実施した(承認番号:27-4)。研究の趣旨・目的、方法、自由意思による参加、プライバシーの保護、得られた結果を公表すること等について口頭と文書で説明した。また、プレテストにおいては対象者の承諾後に実施し、質問紙調査においては調査票の回収をもって同意を得たものとした。

## IV. 結果

### 1. 対象者の概要

退院支援経験のある保健医療従事者785名に質問紙票を郵送し、652名から回答を得た(回収率83.1%)。そのうち、「DSS-LPP試作版」の回答に1項目でも欠測を有するもの100名、1年以上の長期入院患者に対する退院支援経験のない67名を除外し、485名のデータを分析対象とした(有効回答率61.8%)。対象者の属性は表1に示すとおりで、性別は女性300名(61.9%)で平均44.7±10.6歳、男性

表1 対象者の属性

(n = 485)		
項目	人数	(%)
<b>性別</b>		
女性	300	(61.9)
男性	185	(38.1)
<b>年齢(年代別)</b>		
20代	49	(10.1)
30代	131	(27.0)
40代	152	(31.3)
50代	132	(27.2)
60代	19	(3.9)
無回答	2	(0.4)
<b>職種</b>		
病棟看護師	292	(60.2)
外来・訪問看護師	53	(10.9)
作業療法士	38	(7.8)
精神保健福祉士	64	(13.2)
地域関係者(保健師・精神保健福祉士)	38	(7.8)
<b>保健医療従事者通算経験年数</b>		
1～5年	47	(9.7)
6～10年	95	(19.6)
11～15年	76	(15.7)
16～20年	90	(18.6)
21～25年	54	(11.1)
26～30年	61	(12.6)
31年以上	60	(12.3)
無回答	2	(0.4)
<b>精神科経験年数</b>		
1～5年	95	(19.6)
6～10年	127	(26.2)
11～15年	101	(20.8)
16～20年	72	(14.8)
21～25年	33	(6.8)
26～30年	29	(6.0)
31年以上	25	(5.1)
無回答	3	(0.6)
<b>退院成功経験</b>		
あり	445	(91.8)
なし	39	(8.0)
無回答	1	(0.2)

185名 (38.1%) で平均40.8±8.9歳, 全体での平均年齢は43.2±10.2歳であった。保健医療従事者としての通算経験年数は平均18.0±10.0年, 精神科経験年数は平均13.4±8.8年であった。

## 2. 尺度の開発

### a. 項目分析

まず, 52項目について各項目の欠測数を確認した結果, 基準を満たしていた (0~1.8%)。なお, これ以降の分析は52項目に欠測のなかった485名のみを用いた。各項目の自己評価の平均値, 中央値, 最頻値, 最小値, 最大値を算出した。52項目のうち平均値が最も高かった項目は, 「患者の院内での日常生活の自立度をアセスメントする (3.71)」「家族自身の生活状況を確認し, 退院支援に協力可能な家族や支援者がいるか情報収集する (3.71)」で, 次いで「患者が服薬の必要性が理解できているかアセスメントし, 退院後も服薬の継続ができるか予測する (3.67)」「患者・家族の退院についての考え, 退院の時期, 退院後の受け入れ先の意向を確かめる (3.67)」であった。最も平均値の低かった項目は, 「退院後も多職種でのカンファレンスを行い, 地域適応状況の確認と情報共有を行う (2.59)」で, 次いで「退院後, 患者・家族が地域生活に負担を感じていないか確認し, 負担が軽減できる方法を検討する (2.68)」「作業療法の内容は, 患者の実生活に役立つ, 個人に意味のある作業内容を患者とともに選定する (2.78)」「退院後, 利用できるサービスが活用できているか確認する (2.80)」であった。

52項目の自己評価はすべて正規分布を示し, 歪度-0.528~0.257, 尖度-0.885~0.483で削除する項目はなかった。回答が1つの選択肢に集中する項目は認められず (0~52.2%), 天井効果・床効果を示す項目も認められなかった。

I-T相関分析を行い, 削除する項目はなかった (.522~.749の間)。項目間相関分析では, 相関係数が.8以上を示した質問項目の組み合わせが2組あったが, 質問項目相互の内容を検討し, 類似性が少ないことから削除しないこととした。

重要度の回答分布を確認した結果, 52項目のうち49項目が平均値4.0以上であり, 中央値, 最頻値はすべての項目が4.0以上であった。平均値が4.0未満の3項目についてDSS-LPPとして構成するか否かを検討し, 3項目を削除した49項目を選定した。

KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) の標本妥当性は.955で, データが因子分析に適合していることを確認した。

### b. 探索的因子分析による尺度の作成

49項目を主因子法・プロマックス回転による因子分析を

行った。スクリープロットで5~6の傾きが大きく, 固有値が1以上となる5か6で因子数を検討した。各因子を構成する質問項目は, 共通性が.4以上, 因子負荷量が.3以上の項目とし, 他の因子に.3以上の負荷量がある項目を削除した。また, 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くり返し行った。最終的に33項目5因子構造を採用し, DSS-LPPとした。

最終的な因子パターンと因子間相関を表2に示す。5因子での累積寄与率は64.73%であった。第1因子は, 退院後, 利用できるサービス活用ができていないか, 患者・家族が地域生活に負担を感じていないか, 服薬の継続の確認等に関する7項目で構成されており, 「退院後の生活適応への支援」と命名した。第2因子は, 患者との信頼関係構築, 退院への意欲の向上, 服薬指導等の10項目で構成されており, 「社会適応能力再獲得への支援」と命名した。第3因子は, 患者の病状を退院可能性の観点から再度アセスメントする, 服薬継続の予測, 退院支援に協力可能な支援者の情報収集等の6項目で構成されており, 「社会適応能力アセスメント」と命名した。第4因子は, 患者と家族との目標・課題共有への調整, 家族の負担軽減への情報提供等の5項目で構成されており, 「患者と家族の関係調整」と命名した。第5因子は, 居住予定地域への外出支援, 退院後の日常生活のシミュレーション等の5項目で構成されており, 「退院後の生活のシミュレーションと調整」と命名した。

## 3. 妥当性の検討

基準関連妥当性を検討するために, DCP-PEMとDSS-LPP試作版のすべての回答に欠測のない461名を対象に, 記述統計量, DSS-LPPとDCP-PEMとの相関係数を算出した。分析対象者461名のDSS-LPPの自己評価の項目平均得点は3.25±.65点で, DCP-PEMの項目平均点は3.27±.74点であった。DCP-PEMとの相関では各因子ともに中等度の相関 ( $r = .465 \sim .540$ ) が認められ, DSS-LPP全体得点との相関においても中程度の相関 ( $r = .623$ ) が認められた (表3)。次に, 基準群と統制群での有意差検定として, 基準群を退院成功経験がある群, 統制群を退院成功経験のない群として尺度得点を比較した。退院成功経験の質問に無回答であった1名を除き, 484名のDSS-LPP得点を $t$ 検定で比較した結果, 退院成功経験のある群のほうが尺度全体得点および下位尺度得点すべてにおいて有意に高かった (表4)。退院成功経験の有無による対象者の属性を表4に示す。年齢, 保健医療従事者としての通算経験年数, 精神科における経験年数を単純集計後 $t$ 検定にて比較した結果, 退院成功経験のある群のほうがない群よりも年齢が高く, 精神科経験年数が長かった。保健医療従事者通算経

表2 DSS-LPPの因子分析結果

因子名	概念 枠組み	項目	因子負荷量					共通性	
			全体のCronbach's $\alpha = .957$						
			1	2	3	4	5		
第1因子 退院後の生活 適応への支援 ( $\alpha = .944$ )	6	51	退院後、利用できるサービスが活用できているか確認する	.937	-.016	-.090	-.002	-.006	.793
	6	52	退院後、患者・家族が地域生活に負担を感じていないか確認し、負担が軽減できる方法を検討する	.914	.062	-.114	.058	-.074	.789
	6	48	退院後も、患者が服薬の継続ができていないか確認し、服薬指導を継続する	.899	-.003	.069	-.043	-.072	.745
	6	47	退院後、患者の日中の過ごし方について確認し、生活リズムの乱れや規則正しい食事ができているか確認する	.865	.079	.022	-.091	-.006	.751
	6	50	退院後も患者が支援者の支援を受け入れるように関係者間の信頼関係を保つ	.821	.044	-.046	.022	.019	.718
	6	49	退院後も多職種でのカンファレンスを行い、地域適応状況の確認と情報共有を行う	.725	-.045	-.035	.018	.163	.642
	6	46	退院後の通院状況を確認する	.685	-.088	.207	.030	.025	.606
第2因子 社会適応能力 再獲得への支援 ( $\alpha = .900$ )	4	32	患者が疲れたときや意欲が低下しているとき等、不調のサインを見逃さないようにし、患者の頑張りを認め支持する	.036	.925	-.122	-.019	-.071	.637
	4	33	短い時間でも頻回に患者とのかかわりを持ち、信頼関係を築く	-.016	.801	-.089	.034	-.065	.504
	4	38	患者に、症状・体調を自分で観察することの重要性を意識づけ、不調の兆候があれば自分から不調だといえるよう支援する	.075	.642	.097	-.012	-.029	.532
	4	30	患者の毎日の活動と休息が自立できるよう計画を立て、生活リズムが規則的に送れるように支援する	.013	.620	.045	.009	-.039	.409
	4	34	退院の準備が進行中、患者が退院への願望が継続しているか確認する	-.092	.593	.027	.078	.145	.531
	2	13	一度に高い目標を立てず、少しずつ目標が達成できるように働きかけることで、患者に自信をもたせる	.010	.517	.186	.061	-.039	.472
	2	9	患者に退院すれば何をしたいかを問いかけ、退院後のイメージをもたせることで退院への意欲を高める	.024	.481	.027	.024	.216	.490
	2	10	患者の行動範囲を、院内だけでなく病院外に広げられるよう働きかける	-.014	.477	.127	-.130	.209	.420
4	35	服薬回数や服薬方法等の調整を検討し、患者の能力にあった管理方法を見出す	.120	.436	.183	.064	.016	.508	
4	36	服薬指導を行う、または、他職種に服薬指導を依頼する	.054	.423	.157	.059	.020	.406	
第3因子 社会適応能力 アセスメント ( $\alpha = .866$ )	1	3	患者が服薬の必要性が理解できているかアセスメントし、退院後も服薬の継続ができるか予測する	.103	-.162	.843	.016	-.014	.604
	1	2	患者が自分自身の病状悪化の原因や誘因を理解しているかアセスメントする	-.016	.008	.744	-.021	.006	.539
	1	5	社会生活に必要とされる知識や能力が、現在患者にはどの程度身についているかアセスメントする	-.056	.025	.696	-.040	.075	.513
	1	1	患者の病状を退院の可能性の観点から再度アセスメントする	.003	.211	.656	-.005	-.099	.574
	1	4	患者の院内での日常生活の自立度をアセスメントする	-.176	.256	.618	-.058	.004	.527
	1	6	家族自身の生活状況を確認し、退院支援に協力可能な家族や支援者がいるか情報収集する	.051	.007	.497	.221	.015	.492
第4因子 患者と家族の 関係調整 ( $\alpha = .873$ )	3	17	家族のこれまでの苦勞を理解し、労う	.020	-.070	.007	.874	-.102	.622
	3	18	家族に患者との対応方法を説明し、外出や外泊時等での目標・課題を患者と家族が共有できるように調整する	-.033	.070	-.116	.814	.071	.668
	3	16	家族に、患者のセルフケアが改善された内容について情報提供する	-.075	.060	.031	.701	.024	.547
	3	19	家族が抱えている、退院後の経済的な不安に対して、負担が軽減できる詳細な説明をするとともに、他職種にも説明を依頼する	.077	.009	.020	.682	.011	.565
	3	20	患者・家族両者の要望を聞き、食い違いがある場合には両者が納得いく方向性を検討する	.007	.082	.093	.578	.062	.558
第5因子 退院後の生活の シミュレーションと調整 ( $\alpha = .896$ )	5	42	患者とともに退院先に向き、周辺の状況や生活環境について把握する	-.068	-.020	-.019	.008	.919	.739
	5	41	退院先が決定すれば、居住予定地域への外出支援を行う	-.030	-.081	.035	.032	.864	.694
	5	43	退院後の生活を想定して、患者とともに日常生活のシミュレーションを行う	.026	.179	-.070	-.056	.751	.672
	5	44	退院先が決定すれば、その居住地域の具体的な情報を提供し、退院後のスケジュールを話し合う	.139	.015	.004	.009	.698	.652
	5	45	退院後の食事について宅配サービスやヘルパーの食事づくりを検討する	.212	-.045	.101	.016	.512	.498
寄与率 (%)			42.47	9.72	4.73	4.05	3.75		
累積寄与率 (%)			42.47	52.19	56.92	60.98	64.73		
因子相関行列			1	2	3	4	5		
			1	-.009	.427	.518	.600		
			2		-.738	.665	.690		
			3			-.628	.631		
			4				-.597		
			5					-.000	

表3 DSS-LPPとDCP-PEMの相関係数

	アセスメント	ケアプラン	実施	DCP-PEM全体
DSS-LPP全体	.565**	.585**	.602**	.623**
第1因子	.406**	.468**	.490**	.489**
第2因子	.541**	.498**	.494**	.540**
第3因子	.443**	.427**	.441**	.465**
第4因子	.460**	.478**	.506**	.516**
第5因子	.461**	.512**	.530**	.537**

[注] Pearsonの相関係数, \*\* :  $p < .01$

表4 退院成功経験の有無によるDSS-LPP得点の比較と対象者の属性

( $n = 484$ )

	成功経験あり		成功経験なし		<i>t</i> 値	<i>p</i> 値
	$n = 445$		$n = 39$			
DSS-LPP得点	平均	SD	平均	SD		
尺度全体	3.30	.61	2.73	.73	4.688	**
第1因子	2.98	.97	2.16	1.04	4.733	**
第2因子	3.45	.62	3.03	.75	3.430	**
第3因子	3.60	.62	3.18	.70	3.646	**
第4因子	3.23	.78	2.75	.85	3.395	**
第5因子	3.13	.92	2.40	1.00	4.388	**
年齢	43.5	10.2	39.8	9.3	2.312	*
保健医療従事者通算経験年数	18.2	10.0	15.7	9.6	1.533	ns
精神科経験年数	13.7	8.8	9.1	7.0	3.849	**
性別	人数	(%)	人数	(%)	$\chi^2$ 値	<i>p</i> 値
女性	270	(60.7)	29	(74.4)	2.844	ns
男性	175	(39.3)	10	(25.6)		
合計	445	(100.0)	39	(100.0)		
職種	人数	(%)	人数	(%)	$\chi^2$ 値	<i>p</i> 値
病棟看護師	264	(59.3)	27	(69.2)	4.562	ns
外来・訪問看護師	49	(11.0)	4	(10.3)		
作業療法士	34	(7.6)	4	(10.3)		
精神保健福祉士	63	(14.2)	1	(2.6)		
地域関係者(保健師・精神保健福祉士)	35	(7.9)	3	(7.7)		
合計	445	(100.0)	39	(100.0)		

[注] \* :  $p < .05$ , \*\* :  $p < .01$

験年数に差はみられなかった。性別、職種については $\chi^2$ 検定を行い、退院成功経験の有無による差はみられなかった。

構成概念妥当性を検討するために、まずDSS-LPPの5因子と概念枠組みで予測した6つの領域を比較した(表2)。第1因子には領域6の退院後の生活状況が適応できるための支援に関する7項目すべてが入った。第2因子には、領域2の退院への動機づけに関する項目と、領域4の社会適応能力を再獲得できるための精神的サポートに関する項目が混在した。第3因子には領域1の退院の可能性を再度アセスメントする6項目が入った。第4因子には、領域3に含まれていた多職種連携による退院先の検討や社会資源の情報共有に関する項目が、複数の因子に寄与してい

ることで削除され、患者と家族の関係を調整する5項目が入った。第5因子には、領域5の退院後の生活のシミュレーションに関する項目が入った。

次に、職種別に下位尺度毎の平均値、SDを算出し、多重比較によって職種による差がみられるかどうか検討した(表5)。その結果、第1因子は外来・訪問看護師、病院精神保健福祉士、地域の関係者である保健師・精神保健福祉士(以下、地域関係者)が病棟看護師、作業療法士それぞれの比較において有意に高かった。第4因子では病棟看護師、外来・訪問看護師、病院精神保健福祉士が作業療法士よりも得点が高かった。第2・第3・第5因子では職種別の差はみられなかった。

4. 信頼性の検討

内的一貫性を検討するために、DSS-LPPの尺度全体と各下位尺度でCronbach's  $\alpha$  係数と相関係数を算出した。その結果、尺度全体のCronbach's  $\alpha$  係数は.957、各下位尺度のCronbach's  $\alpha$  係数は.866～.944と十分な値が得られた。尺度全体と各下位尺度との相関は、 $r = .775 \sim .879$ であった。下位尺度の得点は項目の合計得点を項目数で割った平均点とし、表6に示した。

V. 考 察

1. 開発した尺度の妥当性の検討

a. 内容妥当性

退院支援に関する文献調査から退院支援に効果的な支援の内容を抽出し、専門家で検討を重ね質問項目を検討した。また、質問項目の妥当性を検討するためプレテストを実施するとともに、退院支援の評価としての重要度の認識を調査し、専門家で質問項目の検討・修正を重ねた。さらに、病院内で患者にかかわる看護師、作業療法士、精神保健福祉士、地域に移行した患者にかかわる外来看護師・地域関係者の多方面から患者および家族に対する退院支援に関する評価内容について検討を重ねたことで、本尺度は退院支援評価内容を網羅できていると考える。

以上の結果から、DSS-LPPは、長期入院患者の退院支援にかかわる保健医療従事者に対する評価内容を網羅し、適切な質問項目で測定することができる尺度であると判断でき、内容妥当性は確保できたと考える。

b. 基準関連妥当性

併存妥当性を検討するため、DCP-PEMとDSS-LPPの相関を確認した結果、 $r = .623$ と中程度の相関が確認でき、DCP-PEMの下位尺度とDSS-LPPの下位尺度における相関でも、 $r = .406 \sim .541$ の中程度の相関が認められ、基準関連妥当性が確認された。また、退院成功経験の有無による尺度得点の比較では、退院成功経験のある群のほうが有意に尺度得点が高く、退院支援に重要な能力や技術の提供により、長期入院患者への退院に結びついたことが考えられた。対象者の属性(表4)をみると、退院成功経験のある群は精神科経験年数が長く、その実践力が得点差に反映されたのではないかと考えられる。

c. 構成概念妥当性

探索的因子分析により、5因子構造であることが検証された。DSS-LPPの5因子と概念枠組みで予測した6領域を比較すると、第1因子の「退院後の生活適応への支援」、第3因子の「社会適応能力アセスメント」、第5因子の「退院後の生活のシミュレーションと調整」は、それぞれ概念枠組みとはほぼ一致した。第2因子の「社会適応能力

表5 職種別のDSS-LPP全体得点と下位尺度得点の多重比較

(n = 485)

	①病棟看護師 n = 292	②外来・訪問 看護師 n = 53	③作業療法士 n = 38	④病院PSW n = 64	⑤地域関係者 n = 38	df	F	Tukey HSD
	平均 ± SD	平均 ± SD	平均 ± SD	平均 ± SD	平均 ± SD			
尺度全体	3.24 ± 0.66	3.31 ± 0.63	3.06 ± 0.71	3.33 ± 0.53	3.30 ± 0.61	4	1.3	
第1因子	2.72 ± 1.03	3.30 ± 0.83	2.68 ± 1.08	3.30 ± 0.74	3.39 ± 0.86	4	10.5	①<②* ①<④* ①<⑤* ③<②* ③<④* ③<⑤*
第2因子	3.46 ± 0.65	3.41 ± 0.68	3.38 ± 0.53	3.31 ± 0.60	3.27 ± 0.66	4	1.4	
第3因子	3.62 ± 0.64	3.48 ± 0.68	3.38 ± 0.67	3.52 ± 0.56	3.47 ± 0.67	4	1.8	
第4因子	3.23 ± 0.79	3.23 ± 0.71	2.68 ± 0.98	3.32 ± 0.60	3.08 ± 0.88	4	4.8	③<①* ③<②* ③<④*
第5因子	3.05 ± 0.95	2.98 ± 0.94	2.93 ± 1.11	3.20 ± 0.80	3.25 ± 1.02	4	1.0	

[注] PSW：精神保健福祉士、地域関係者：保健所・市区町村に所属する保健師・精神保健福祉士、\*： $p < .05$

表6 DSS-LPP尺度全体と各下位尺度の相関係数

(n = 485)

	尺度全体	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子
平均 ± SD	3.25 ± 0.64	2.91 ± 1.00	3.42 ± 0.64	3.56 ± 0.64	3.19 ± 0.80	3.07 ± 0.95
尺度全体	1	.786**	.879**	.775**	.778**	.839**
第1因子		1	.518**	.402**	.487**	.599**
第2因子			1	.726**	.649**	.680**
第3因子				1	.591**	.582**
第4因子					1	.566**
第5因子						1

[注] Pearsonの相関係数、\*\*： $p < .01$

再獲得への支援」は、概念枠組みの領域2に含まれる退院への動機づけに関する項目と、領域4に含まれる精神的サポートに関する項目が混在した。これは、退院支援計画の立案時には、患者の退院への思いや心配事を確認しながら退院の方針や目標を設定する必要がある（富沢，2011）、退院への動機づけを支援するためには患者への精神的サポートが欠かせないことから第2因子に含まれたと考えられる。第4因子の「患者と家族の関係調整」には、概念枠組み領域3に含まれていた多職種連携に関する項目が複数の因子に寄与していることで削除されたが、これは退院支援の内容すべてが多職種で行われていることに起因していることによるものと考えられる。

職種別の比較による検討では、第1因子は外来・訪問看護師、病院精神保健福祉士、地域関係者が病棟看護師、作業療法士よりも有意に高く、第4因子では病棟看護師、外来・訪問看護師、病院精神保健福祉士が作業療法士よりも有意に高かった。第1因子は退院後の生活状況を把握する必要があり、外来・訪問看護師、病院精神保健福祉士、地域関係者は退院後に患者とかかわる機会が多いことから得点が高かったといえる。第4因子は家族への支援内容であり、作業療法士は家族に直接介入する機会が少ないことによるといえる。他の3因子については職種間に差が認められなかったことから、各職種が各プロセスにおいて支援を行っていることによると推測される。

以上の結果から、概念枠組みで予測した6領域はほぼ妥当であったと考えられる。また、精神科長期入院患者に対する退院支援に必要な5因子からなる評価内容を抽出できたと判断した。

## 2. 開発した尺度の信頼性の検討

DSS-LPPのCronbach's  $\alpha$  係数は、尺度全体で .957、各下位尺度で .866～.944の範囲であり、I-T相関が .3未満の項目も認められなかったため、本尺度は十分な内的一貫性を有していた。

## 3. 開発した尺度の実用性

本研究で開発したDSS-LPPの質問項目は、精神科長期入院患者の退院支援のプロセスに沿った評価内容となっているため、プロセスごとに必要な退院支援の内容が明確化できる。『退院支援始動期』には「社会適応能力アセスメント」（第3因子）の項目を活用して退院可能性の再アセスメントを行うことができる。退院支援始動後の『退院支援展開期』には第3因子の項目に加えて「社会適応能力再獲得への支援」（第2因子）、「患者と家族の関係調整」（第4因子）、「退院後の生活のシミュレーションと調整」（第5因子）について評価しながらおのおの支援の改善なら

びに検討をくり返し、自己の支援についてフィードバックを行い、『地域生活移行期』には入院中における支援全体の評価として第2因子から第5因子を評価することができる。第1因子の「退院後の生活適応への支援」には、退院直後から地域生活が定着するまでの『地域生活定着期』における支援内容が網羅されているため、退院直後から活用ができる。すなわち、退院支援において必要な、支援の進行にあわせた複数回の評価が可能となるため、おのおのが各時期でまだ把握できていない情報等を明確にすることができる。つまり、DSS-LPPは退院支援にかかわる病院内の関係者ならびに地域関係者が一連の退院支援を包括的に評価することが可能であり、地域生活への定着にかかわる多職種間の支援内容の共通認識をはかることができる。

また、退院支援過程での多職種カンファレンス等では、各職種が事前にDSS-LPPを用いて自己評価することで、目的意識をもってチームミーティングに臨むことができ、ミーティングが活性化するとともに自己のフィードバックへつなげることができる。そこから、各職種における改善・検討すべき内容や必要事項が確認、明確化でき、そのうえで個々の患者に適した退院支援方法の比較検討にもつなげていけると考える。とくに、退院後は病院内の看護師や作業療法士は外来・訪問看護師や地域関係者との多職種カンファレンス等での情報共有の機会が少なく、地域生活の定着状況を把握できていないことが少なくない。そのため、病院内と地域関係者が「退院後の生活適応への支援」（第1因子）を活用し、地域生活が定着するまでの最も支援を必要とする“退院後の不安定な時期”に自己の支援内容を評価することは、病院内と地域関係者との連携につながると考えられる。

なお、本尺度の項目は、退院支援にかかわる保健医療従事者が普段思考する際に用いている抽象度が低い言葉で作成したため、退院支援の進行状況を把握しやすく、経験の浅い精神科保健医療従事者であっても適切に自己評価できる。以上より、本尺度の実用性は高いと考える。

## 4. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象とした職種は、看護師、外来・訪問看護師、作業療法士、精神保健福祉士、保健師に限定した。退院支援にかかわる医師が対象となっていないことに関し、多職種カンファレンスにおいて医師の意見は影響力が大きいためできるだけ後まわしにしたほうがよい（渡邊，2014）とされていることや、精神科医師が多忙を極めていることから病院内関係者に含めなかった。また、本研究の対象者は、各施設単位で依頼したため、職種の人数の割合に偏りが生じている。さらに、地域関係者として本研究では保健師と精神保健福祉士を対象としているが、現在の退

院支援施策では保健所・市区町村から相談支援事業所へと移行してきている。したがって、今後は医師や地域で支援を行っている相談員を含め活用できる職種を増やす必要がある。加えて、今回作成したDSS-LPPの33項目のさらなる信頼性と妥当性の検討を行い、標準化に向け、退院支援のプロセスにおける各時期での活用の可能性について検証を重ねることが課題である。

## VI. 結 論

本研究では、全国の看護師、作業療法士、精神保健福祉士、保健師の485名の調査から、精神科における長期入院患者の退院支援にかかわる保健医療従事者に求められる「精神科長期入院患者用包括的退院支援評価尺度 (DSS-LPP)」を開発し、その信頼性・妥当性を検証し、以下の結果を得た。

1. DSS-LPPは33項目からなり、「退院後の生活適応への支援」「社会適応能力再獲得への支援」「社会適応能力アセスメント」「患者と家族の関係調整」「退院後の生活のシミュレーションと調整」の5因子で構成されていた。
2. DSS-LPPの尺度全体と各下位尺度において内的一貫性が認められた。
3. DSS-LPPは、DCP-PEM得点との基準関連妥当性が

確認された。

4. DSS-LPPは、内容妥当性と構成概念妥当性が確認された。

以上のことから、「精神科長期入院患者用包括的退院支援評価尺度 (DSS-LPP)」の有用性が示唆された。

## 謝 辞

本研究にご協力くださった全国の看護師、精神保健福祉士、作業療法士、保健師の皆さまに深く感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 研究助成情報

本研究は平成25～28年度文部科学省科学研究費助成事業基盤研究 (C) (課題番号2546363200) において助成を受けて実施したものである。

## 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:** 本研究は、精神科長期入院患者の退院支援にかかわる保健医療従事者を対象とした「精神科長期入院患者用包括的退院支援評価尺度 (DSS-LPP)」を開発し、その信頼性・妥当性の検証を目的とする。

**方法:** 先行研究の精神科長期入院患者に対する退院支援の内容を質的帰納的に抽出後、内容妥当性の確認された52項目で構成される「DSS-LPP 試作版」を用いて質問紙調査を実施した。対象者は研究に同意を得られた485名であった。

**結果:** 探索的因子分析の結果、5因子33項目が抽出された。Cronbach's  $\alpha$  係数は .957で内的一貫性が確認された。DCP-PEM得点との間で有意な相関が確認されるとともに、退院支援成功経験の有無による比較から基準妥当性が確認された。

**結論:** DSS-LPPは信頼性と妥当性が確認され、精神科長期入院患者の退院支援にかかわる保健医療従事者を対象とした退院支援評価尺度として活用できる。

## Abstract

**Objective:** To develop an evaluation scale (Discharge Support Scale for Long-term Psychiatric Patients: DSS-LPP) for healthcare and medical professionals to support long-term hospitalized psychiatric patients toward discharge, and confirm its reliability and validity.

**Methods:** To determine appropriate questions, a questionnaire survey was conducted using a 52-item prototype of the DSS-LPP, created based on the results of qualitative and inductive analysis of the contents of discharge support for long-term hospitalized psychiatric patients, and confirmed to have sufficient content validity in a previous study. The respondents were 485 healthcare and medical professionals who had consented to cooperate with the present study.

**Results:** Five factors and 33 items were extracted through exploratory factor analysis. Cronbach's alpha for the DSS-LPP was .957, confirming its internal consistency. The scale was also shown to have sufficient criterion-related validity, as a significant

correlation was observed on evaluation using the Discharge Planning-Process Evaluation Measurement, while its item discrimination was confirmed through comparison between those with and without successful experience related to discharge support.

**Conclusion:** The DSS-LPP has sufficient reliability and validity, and is usable as an evaluation scale by healthcare and medical professionals to support long-term hospitalized psychiatric patients toward discharge.

## 文 献

- 安西信雄 (2011). 退院支援ガイドライン活用目的. 井上新平, 安西信雄, 池淵恵美 (編), 精神科退院支援ハンドブック: ガイドラインと実践的アプローチ. 2-6. 東京: 医学書院.
- Benner, P. (1984/1998). 井部敏子, 井村真澄, 上泉和子 (訳), ベナー看護論: 達人ナースの卓越性とパワー. 10-27, 東京: 医学書院.
- 千葉由美 (2005). ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証. 日本看護科学会誌, 25(4), 39-51.
- Dixon, L.B., Dickerson, F., Bellack, A.S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R.W., and ..... Kreyenbuhl, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70.
- Eakes, G.G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 77-84.
- 藤野成美, 脇崎裕子, 岡村 仁 (2007). 精神科における長期入院患者の苦悩. 日本看護研究学会雑誌, 30(2), 87-95.
- 池淵恵美 (2011). 退院困難要因の評価法, 基本的な考え方. 井上新平, 安西信雄, 池淵恵美 (編), 精神科退院支援ハンドブック: ガイドラインと実践的アプローチ. 13-17. 東京: 医学書院.
- 石井秀宗 (2005). 統計分析のここが知りたい: 保健・看護・心理・教育系研究のまとめ方. 東京: 文光堂.
- 岩崎晋也, 宮内 勝, 大島 巖, 村田信夫, 野中 猛, 加藤春樹, 上野容子, 藤井克徳 (1994). 精神障害者社会生活評価尺度の開発, 信頼性の検討 (第1報). 精神医学, 36(11), 1139-1152.
- 香川里美, 越田美穂子, 大西美智恵 (2009). 長期入院統合失調症患者の家族が退院を受け入れる心理プロセス: 同居と別居の差異. 日本看護科学会誌, 29(4), 88-97.
- 厚生労働省 (2013). 個別事項 (その2: 精神医療について). 中央社会保険医療協議会総会 (第261回) 資料 (総-3). <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12404000-Hokenkyoku-Iryouka/0000031076.pdf>
- 厚生労働省 (2014a). 「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめについて. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000051136.html>
- 厚生労働省 (2014b). 地域定着支援の手引き. <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/common/pdf/4-03-1area.pdf>
- 松枝美智子, 坂田志保路, 安永薫梨, 浅井 初, 梶原由紀子, 北川 明, 中野榮子, 安酸史子, 安田妙子, 政時和美, 松井聡子 (2011). 精神科超長期入院患者の社会復帰援助レディネス尺度の検討: 因子分析と信頼性の検証. 福岡県立大学看護学研究紀要, 9(1), 1-10.
- 村上宣寛 (2006). 心理尺度のつくり方. 京都: 北大路書房.
- 永田智子 (2015). 療養場所の円滑な移行に向けた退院支援方策の開発とその評価. 看護科学研究, 13(1), 18-21.
- 中村靖三郎 (2014). 精神病床「住まい化」波紋. (2014.6月18日), 朝日新聞, 4.
- Ng, C. (2008). Study visit on community mental health in Japan 6th-19th January. <http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/japancommunityreport.pdf>
- 荻野 雅, 田代 誠 (2010). 長期在院精神障害者の退院援助評価スケールの開発と有効性の検証. 日本精神保健看護学会誌, 19(1), 55-62.
- 岡本一郎, 中田弥生, 小野真由美, 藤田美保, 胎中美夏, 大東梨沙 (2015). 多職種・地域連携と地域移行支援の要としての看護師. 精神科看護, 42(8), 4-13.
- Rose, L.E. (1983). Understanding mental illness: the experience of families of psychiatric patients. *Journal of Advanced Nursing*, 8(6), 507-511.
- 末安民夫 (2009). 退院支援の推進力. 末安民夫 (編), 精神科退院支援ビギナーズノート. 2-5. 東京: 中山書店.
- 田中美恵子 (2009). 長期入院からの退院支援. 田中美恵子 (編), 精神障害者の退院計画と地域支援. 22-36. 東京: 医歯薬出版.
- 富沢明美 (2011). 病棟での退院支援計画とその実施. 井上新平, 安西信雄, 池淵恵美 (編), 精神科退院支援ハンドブック: ガイドラインと実践的アプローチ. 38-41, 東京: 医学書院.
- 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代, 鈴木樹美 (2013). 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発. 日本看護科学会誌, 33(3), 3-13.
- 脇田貴文 (2007). 尺度項目を作る. 小塩真司, 西口利文 (編), 質問紙調査の手順. 49-53. 京都: ナカニシヤ出版.
- 渡邊博幸 (2014). 退院支援のための多職種チーム構築と実践: 精神科医の立場から. 精神科治療学, 29(1), 19-24.

平成28年11月28日受 付  
平成30年2月1日採用決定

## — 研究報告 —

## 看護師と看護学生の手の使用方の違い

## — 体位変換技術における手指・手掌の接触部位にかかる力に焦点を当てて —

Differences in Use of Hands by Nurses and Nursing Students:  
Force Exerted by the Fingers and Palms on the Area of Contact in Postural Change

明野 伸次<sup>1)</sup> 樋之津 淳子<sup>2)</sup> 村松 真澄<sup>2)</sup>  
Shinji Akeno Atsuko Hinotsu Masumi Muramatsu

キーワード：看護技術，熟練看護師，手の使用方，安楽，体位変換

Key Words：nursing skill, expert nurse, ways of touching, patient comfort, postural changes

## 緒言

看護技術は看護師が自らの身体を使って対象者の身体に働きかけるといった特性をもつ（阿保，2009）。とくに，看護師の手は，清拭や洗髪，寝衣交換，移動移乗の援助などの看護行為において頻繁に用いられ，日常的に対象者の身体に直接触れている。この看護行為による手の接触は，看護師が対象者の身体に触れる機会でも多いとされる（浅井・田上・沼本・西田・高田，2002；江口・西片，2005；Oliver & Redfern, 1991）。

そこで，看護行為に伴う手の接触が対象者にもたらす意義について国内外の文献を概観したところ，その手の使用方によって，対象者の不安や緊張を軽減する効果や，快適さを促進する可能性が示唆されていた（明野，2016）。たとえば，洗髪における看護師の熟達した頭の支え方が患者に快の感覚をもたらすことや（柴田・仁平・登喜・高橋・高田，2002），痛みを伴う行為でさえ，看護師が行為の間，患者に触れる方法により，快適さを提供することができる（Vortherms, 1991）といわれていた。この看護行為における手の使用方を接触部位にかかる力で示した先行研究によると，初学者は看護師に比べて指先の圧力が高く，手掌を活用しないことが明らかにされていた（澤井ら，1996；加悦・平原，2014）。しかし，これらの研究は一連の動作を終えた時点での手の圧力を計測しており，看護行為に沿ってどのように指先や手掌を使っているかについては明らかにされていない。

対象者の頭部や四肢などの身体を扱う際に，指先を使わずに行うことは不可能であることから，指先を含めた手を看護行為に沿ってどのように使っているのかを明らかにすることが，対象者に安楽さをもたらす手の使用方を

検討するうえで求められる。以上から，本研究では，対象者の安楽さをもたらす手の使用方に関する基礎資料を得るため，看護技術の一つである体位変換技術の行為における，看護師と看護学生の手指・手掌の接触部位にかかる力の比較から，その手の使用方の違いを検討することを試みた。

## I. 研究目的

本研究の目的は，看護師と看護学生が実施する体位変換技術における手指・手掌の接触部位にかかる力と，体位変換技術を受ける対象者の主観的評価の違いを明らかにすることである。

## II. 研究方法

## 1. データ収集期間

2014年1月から3月。

## 2. 対象者

体位変換実施者は看護師および看護学生（以下，学生）各10名である。本研究では，対象者の安楽さをもたらす手の使用方に関する基礎資料を得るため，実施する看護師は体位変換技術が熟練していることが条件となる。そこで，管理者に体位変換技術に熟練している看護師の推薦を依頼した。また，Benner（2001/2005, pp.23-26）によると，3～5年の経験をもつ中堅レベルの看護師は，新人レベルの看護師には理解しづらい言葉や知覚に導かれて実践しているとされる。体位変換技術における熟練した手の使用方は，経験により獲得した知識であるため，Bennerのいう新人レベルの看護師には理解しづらいと解釈できる。よっ

1) 北海道医療大学看護福祉学部看護学科 School of Nursing and Social Services, Health Sciences University of Hokkaido

2) 札幌市立大学看護学部 School of Nursing, Sapporo City University

て、本研究で対象とする看護師は、体位変換技術を日常的に実施している部署に、看護師として5年以上勤務しているものとした。なお、部署による体位変換技術への影響を避けるため、1部署につき1名の対象者とした。また、学生は、A大学看護学科の2年生で、家族等の介護経験がなく体位変換の演習を受講したものとした。看護師、学生ともに、利き腕の違いによる手の使い方への影響を避けるため右利きとした。

体位変換技術を受ける対象者（以下、患者役）は1名である。患者役の選定条件として、入院患者の年齢分布において最も多いとされる60歳以上の男性とした。体格は、60歳以上の平均である身長160cm、体重60kgに近いものとした。また、体位変換を受けた際の率直な評価を得るため、看護教育や看護実践についての経験や知識がなく、かつ評価に影響する可能性のある知覚神経障害、運動神経障害等のないものとした。

### 3. 実験場所

研究者が所属する大学の看護学実習室。環境は、室温22～26℃、湿度35～65%に調整し、寝具はベッド（パラマウントベッド）にマットレス（プレグラースーパーマットレス、厚さ8cm×幅91cm×長さ191cm、パラマウントベッド）を置き、マットレスパット、綿シーツを敷き、枕は縦40cm×横55cm×高さ12cmのものを使用した。

### 4. 体位変換の方法

仰臥位から側臥位への体位変換とした。仰臥位から側臥位への体位変換は、頭部や体幹など身体のあらゆる部位を扱うこと、また、頭部や臀部などの重い部分を持ち上げる、手前や向こう側に動かす、体幹および上下肢を支える、関節運動を助けるなど、さまざまな手の使い方を必要とする動作が含まれる。本研究では、看護師と学生が実施する体位変換技術における手指・手掌の接触部位にかかる力の違いを明らかにすることを目的としていることから、身体のあらゆる部位を扱い、かつさまざまな手の使い方を必要とする動作が含まれる仰臥位から側臥位への体位変換

の行為が適していると判断した。

体位変換の方法については、研究開始時点において5年以内に発行された看護技術系の書籍（阿曾・井上・氏家、2011、pp.93-99；岩脇、2012、pp.106-111；水戸・大石、2014、pp.35-43；水戸、2009、pp.253-256；林、2014、pp.153-160；松尾・谷村、2013、pp.196-200；吉田・本庄、2012、pp.52-55）を参考に、以下の①から⑨の行為とした。なお、体位変換の実施は患者役から見て右側で行った。

- ①頭部に手指・手掌を差し入れる
- ②右手掌を頭部中央まで進めて頭部を支える
- ③頭部を右手で支え、左手で枕を向く側にずらす
- ④頭部を枕に戻す
- ⑤膝関節の内側に左手を入れ、右手を足関節に添えて膝を曲げる
- ⑥膝関節と足関節を支えて膝を立てる
- ⑦肩と大転子部の上に手を添えて身体を傾ける
- ⑧肩と大転子部を支えて側臥位にする
- ⑨左右の腸骨を支持し、上側の腸骨を右手で手前に引き下側の腸骨を左手で向こう側に動かす

### 5. データ収集

#### (1) 実験の手順

実験は以下の手順で行った（図1）。

看護師と学生の属性として、性別、年齢、身長、体重、手の大きさを調査した。手の大きさに関しては、縦〔手掌面で、手首の中心点（橈骨茎突点と尺骨茎突点を結んだ線と手首の幅の中心線の交点）から指尖点までの直線距離〕と横（手を最大限に広げたときの親指から小指まで）の長さを測定した。次に、手指・手掌の接触部位にかかる力を測定するためワイヤレス触覚測定システム（Finger TPS: PPS, 米国）のセンサを手指・手掌に装着した。その後、体位変換の方法を統一するために、仰臥位から側臥位への体位変換①から⑨について紙面で説明し、モデル人形を用いて10分間の練習を依頼した。なお、実施するベッドの高さに関しては、行為がしやすく腰部負担の少ない高さとなる実施者の身長比45%の高さに調整した（鈴

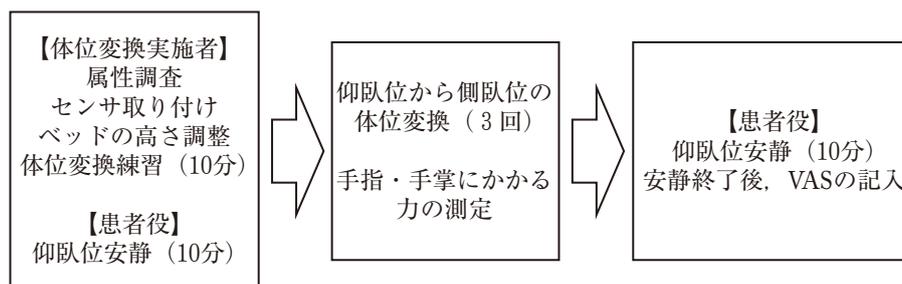


図1 実験の手順

木・サイド・原・小川, 2000; 田丸・本多・阿曾・伊部, 2012)。体位変換の練習後, 実験場所に入室し, 患者役に体位変換を3回実施した。1回の実施ごと, 患者役がベッドの中央部に戻っているかを研究補助者が確認した。患者役には, 体位変換の実施前後10分間仰臥位で安静にしてもらい, 実施後に体位変換が安楽だったかどうかを評価するため visual analog scale (VAS) の記入を依頼した。

なお, 手の使い方以外の要素が患者役の評価に影響しないように, 実験中に会話をしないように伝えた。また, 患者役には実施者が看護師か学生かについては伝えず, 実施者には髪をまとめパンツタイプの白衣の着用を依頼した。実験は, 1日1~2名とし, 2名実施する場合は1時間以上の間隔をあげキャリーオーバー効果を最小限にするよう努めた。また, 実施順による評価の影響がないように, 看護師と学生が交互に実施するように考慮した。

## (2) 体位変換実施者の手指・手掌の接触部位にかかる力の測定

ワイヤレス触覚測定システムのセンサを, 体位変換実施者の第1指から第5指および手掌に取り付け(図2), 実施行為に沿って経時的に接触部位にかかる力(単位: N)を測定した。ワイヤレス触覚測定システムは, 手指・手掌に装着するワイヤレスのセンサと, 附属のカメラから構成される。カメラで撮影される映像とセンサにかかる力をパソコン上でリアルタイムに表示でき, 映像と接触部位にかかる力(N)を記録できる。センサの形状は, 指サックタイプ(第1指~第5指用)とバンドエイドタイプ(手掌用)であり, 素材は伸縮性のある布である。そのため, 手指・手掌に装着しても体位変換の実施を妨げるようなことはない。また, 先行研究において, 歩行介助における介助者の手にかかる力の測定(東野ら, 2011)や, 心臓マッサージ時の手にかかる力の測定(Solevåg, et al., 2016)などに活用されていることから, 指と手掌を用いて力を作用させる体位変換技術における手指・手掌の接触部位にかかる力の測定に最適であると判断した。

### センサの位置

- 1: 第1指末節骨部
- 2: 第2指末節骨部
- 3: 第3指末節骨部
- 4: 第4指末節骨部
- 5: 第5指末節骨部
- 6: 手掌(短小指屈節部付近)



図2 センサの取り付け位置

3回の体位変換のうち1~2回目のデータは, 体位変換に慣れていないことを考慮し除外し3回目のデータを採用した。

## (3) 患者役の主観的評価の測定

患者役が体位変換を受けたことに対する安楽さの評価にはVASを活用した。①から④の行為を「頭を持ち上げ枕をずらす」, ⑤から⑧の行為を「仰臥位から側臥位にする」, ⑨の行為を「姿勢を安定させる」の3つの場面として, それぞれの場面の安楽さを, 「非常に苦痛である」を0cm, 「非常に楽である」を10cmとして, 10cmの線上に記入を依頼した。

## 6. データ分析

以下, すべての統計解析には「IBM SPSS Statistics 22」を用い, 有意水準は5%とした。

### (1) 看護師と学生的手指・手掌の接触部位にかかる力の比較

①から⑨の行為時の手指・手掌の接触部位にかかる力を抽出するため, 各行為の開始時点と終了点を設定した(表1)。設定した各行為の開始時点と終了点を記録された実施映像で確認し, ①から⑨の行為時の接触部位にかかる力を抽出した。なお, 抽出した力の値は1秒間につき40件である。そして, 本研究では看護師と学生の各行為の力の違いを比較するため, 各行為の行為開始時点から終了点までの平均値を手指・手掌の接触部位にかかる力とした。算出した各行為における左右の第1指から第5指および手掌それぞれの接触部位にかかる力を, 看護師と学生の2群に分け, 二元配置分散分析で比較した。また, 多重比較分析はBonferroniの方法を用いた。なお, ③の頭部を右手で支え, 左手で枕を向く側にずらす行為は, 左手は枕を扱っているため分析対象としなかった。

### (2) 患者役の主観的評価の比較

「頭を持ち上げ枕をずらす」「仰臥位から側臥位にする」「姿勢を安定させる」の3つの場面におけるVASの平均を算出した。算出した看護師と学生のVASの平均を, Wilcoxonの順位和検定で比較した。

## 7. 倫理的配慮

対象者には, 研究協力依頼文と口頭により, 研究の趣旨, 目的と方法, 倫理的配慮について説明し, 承諾を得た。研究協力は自由意思であり, いつでもとりやめることができること, 研究協力の有無は, 学業や成績の評価には一切関係しないことを説明した。また, 患者役の負担を考慮し, 適宜休憩を入れながら実施した。個人情報保護するため, 氏名は記号に置き換えて管理すること, 学会発表や研究論文において, 個人や集団が特定されるような提示

表1 各行為の行為開始時点と終了点

行為	行為開始時点と終了点
①頭部に手指・手掌を差し入れる	左右どちらかの手が患者役の頭部に触れてから、左手が離れるまで 上記の行為開始時点と終了点を2分割し、前半を①、後半を②とする
②右手掌を頭部中央まで進めて頭部を支える	②の終了時から、左手が枕から離れるまで
③頭部を右手で支え、左手で枕を向く側にずらす	左手が頭部に触れてから、両手が頭部から離れるまで
④頭部を枕に戻す	左右どちらかの手が膝関節の内側と足関節の上に触れてから、対象者の膝を立て、両手が離れるまで
⑤膝関節の内側に左手を入れ、右手を足関節に添えて膝を曲げる	上記の行為開始時点と終了点を2分割し、前半を⑤、後半を⑥とする
⑥膝関節と足関節を支えて膝を立てる	左右どちらかの手が患者役の身体に触れてから、対象者を側臥位にし、両手が離れるまで
⑦肩と大転子部の上に手を添えて身体を傾ける	上記の行為開始時点と終了点を2分割し、前半を⑦、後半を⑧とする
⑧肩と大転子部を支えて側臥位にする	左右どちらかの手が患者役の身体に触れてから、両手が離れるまで
⑨左右の腸骨を支持し、上側の腸骨を左手で手前に引き、下側の腸骨を右手で向こう側に水平に動かす	

はしないことを説明した。本研究は、北海道医療大学看護福祉学部・看護福祉学研究科倫理委員会の承認を受けた(承認番号:13N035034)。

### Ⅲ. 結 果

#### 1. 体位変換実施者および患者役の属性

体位変換実施者は、研究協力の同意を得た看護師と学生各10名を対象としたが、看護師1名は、測定機器の不具合により正確に値が得られなかったことが終了後に判明したため、分析対象から除外した。看護師と学生の身長、体重、手の大きさに有意差はなかった。属性を表2に示す。また、看護師の経験年数、臨床背景ならびに養成背景を表3に示す。患者役は67歳の男性で、身長164cm、体重54kgであった。

#### 2. 各行為における看護師と学生の所要時間の比較

頭部に手指・手掌を差し入れ、右手掌を頭部中央まで進めて頭部を支える行為において、看護師と学生の所要時間に有意な差があった( $p = .023$ )。その他の行為における所要時間に差はなかった(表4)。

#### 3. 看護師と学生の手指・手掌の接触部位にかかる力の比較

以下に、①から⑨の行為時の接触部位にかかる力の値と、看護師と学生の比較の結果を示す。数値は平均値±標準偏差を表す。

##### (1) 「①頭部に手指・手掌を差し入れる」行為の比較(図3)

看護師の手指・手掌の接触部位にかかる力は、第1指から手掌の順に、 $0.77 \pm 1.02N$ 、 $1.57 \pm 1.22N$ 、 $2.18 \pm 1.45N$ 、

表3 看護師の経験年数・臨床背景・養成背景

看護師経験年数	臨床背景	看護師養成背景
10	整形外科, 耳鼻科	専門学校
8	整形外科	大学
10	緩和ケア, 皮膚科	大学
16	耳鼻科, 呼吸器内科	短期大学
20	循環器外科, 消化器外科, ICU	短期大学
7	血液内科, 消化器内科	大学
6	リハビリ科	大学
18	脳神経外科, 神経内科	専門学校
9	形成外科, 皮膚科	大学

表2 体位変換実施者の属性

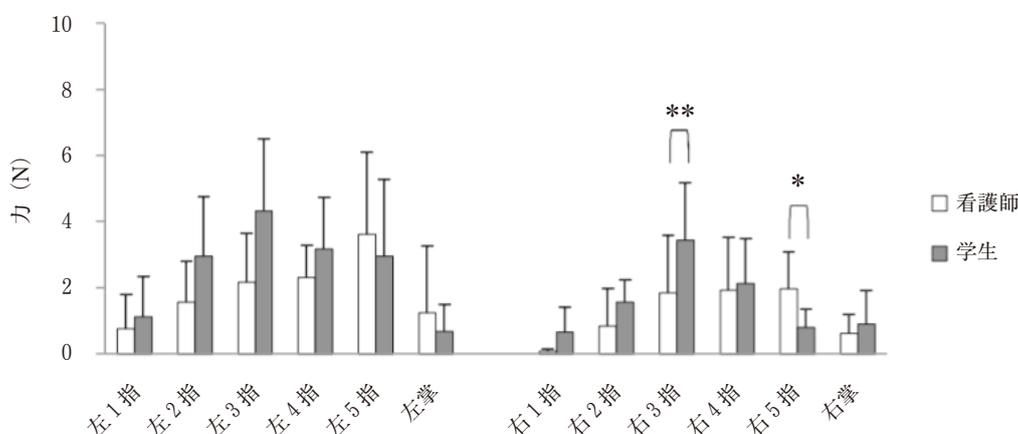
属性	看護師 (n=9)	学生 (n=10)	p	
性別	男性	1名	2名	-
	女性	8名	8名	-
年齢(歳)	38.1±9.3	19.6±1.3	-	
身長(cm)	160.7±4.4	161.8±8.7	.731	
体重(kg)	52.0±5.0	55.0±10.3	.440	
手の大きさ(cm)	縦	17.2±1.0	17.4±1.0	.606
	横	18.1±1.1	18.5±2.0	.658

[注] 数値は平均値±SDを示す。対応のないt検定。

表4 各行為における看護師と学生の所要時間の比較

行為	所要時間 (秒)		p
	看護師 (n=9)	学生 (n=10)	
①頭部に手指・手掌を差し入れる	2.33±0.41	2.8 ±0.41	.023*
②右手掌を頭部中央まで進めて頭部を支える			
③頭部を右手で支え、左手で枕を向く側にずらす	1.72±0.45	1.89±0.33	.371
④頭部を枕に戻す	1.93±0.14	2.02±0.7	.711
⑤膝関節の内側に左手を入れ、右手を足関節に添えて膝を曲げる	2.38±0.95	2.7 ±0.58	.391
⑥膝関節と足関節を支えて膝を立てる			
⑦肩と大転子部の上に手を添えて身体を傾ける	3.64±0.82	4.2 ±0.68	.128
⑧肩と大転子部を支えて側臥位にする			
⑨左右の腸骨を支持し、上側の腸骨を左手で手前に引き、下側の腸骨を右手で向こう側に水平に動かす	1.47±0.32	1.94±0.62	.056

[注] 数値は平均値±SDを示す。対応のないt検定。\*: p<.05。  
①と②、⑤と⑥、⑦と⑧は連続した行為であるため、所要時間をまとめて示す。



[注] 看護師: n=9, 学生: n=10。二元配置分散分析 (多重比較: Bonferroni), \*: p<.05, \*\*: p<.01。

図3 「①頭部に手指・手掌を差し入れる」行為における接触部位の力の比較

2.32±0.96N, 3.62±2.27N, 1.25±1.81N (以上, 左手), 0.07±0.06N, 0.84±1.03N, 1.84±1.64N, 1.93±1.6N, 1.98±1.1N, 0.61±0.58N (以上, 右手), であった。学生の手指・手掌の接触部位にかかる力は, 第1指から手掌の順に, 1.12±1.11N, 2.96±1.78N, 4.32±2.19N, 3.18±1.54N, 2.95±2.12N, 0.69±0.6N (以上, 左手), 0.65±0.64N, 1.56±0.67N, 3.45±1.72N, 2.13±1.35N, 0.79±0.55N, 0.9±0.92N (以上, 右手), であった。看護師と学生の手指・手掌の接触部位にかかる力に有意な主効果はみられなかったが, 右手に有意な交互作用 [F (5,102) = 3.035, p = .014] がみられた。多重比較の結果, 右手の第3指は, 学生の方が有意に強く (p = .003), 右手の第5指は, 看護師の方が有意に強かった (p = .025)。

(2) 「②右手掌を頭部中央まですすめて頭部を支える」行為の比較 (図4)

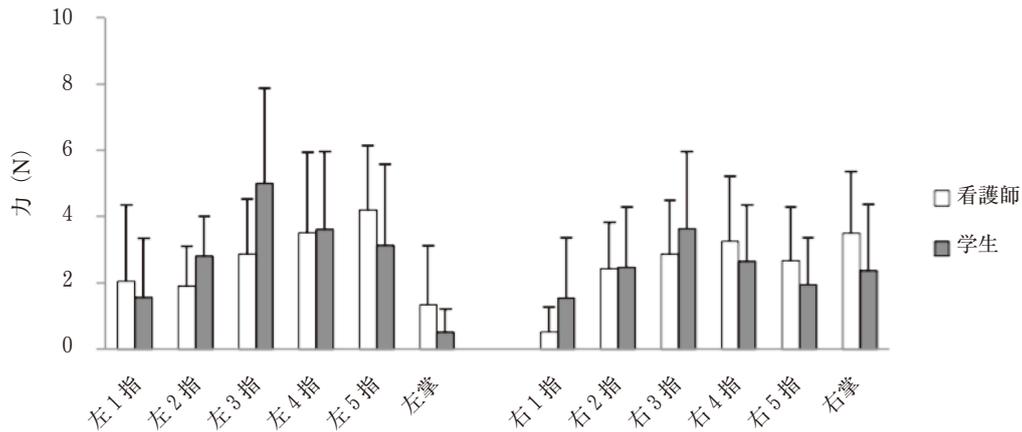
看護師の手指・手掌の接触部位にかかる力は, 第1指から手掌の順に, 2.04±2.13N, 1.92±1.18N, 2.88±1.65N,

3.53±2.3N, 4.21±1.98N, 1.35±1.57N (以上, 左手), 0.53±0.74N, 2.43±1.39N, 2.88±1.61N, 3.26±1.95N, 2.68±1.6N, 3.5±1.84N (以上, 右手), であった。学生の手指・手掌の接触部位にかかる力は, 第1指から手掌の順に, 1.58±1.6N, 2.82±1.19N, 5.01±2.87N, 3.63±2.33N, 3.14±2.42N, 0.52±0.6N (以上, 左手), 1.54±1.71N, 2.48±1.82N, 3.65±2.32N, 2.66±1.68N, 1.95±1.4N, 2.38±1.88N (以上, 右手), であった。看護師, 学生の手指・手掌の接触部位にかかる力に有意な主効果はみられなかった。また, 交互作用もみられなかった。

(3) 「③頭部を右手で支え、左手で枕を向く側にずらす」行為の比較 (図5)

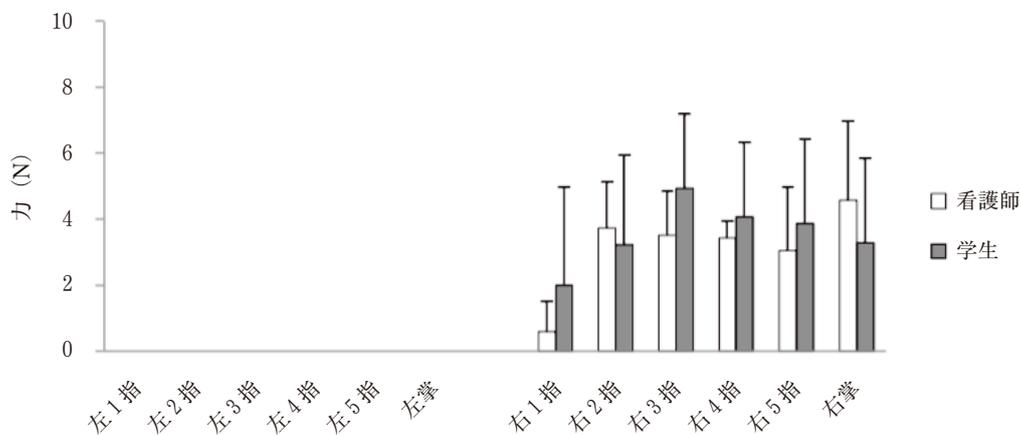
看護師の手指・手掌の接触部位にかかる力は, 第1指から手掌の順に, 0.62±0.8N, 3.74±1.39N, 3.51±1.33N, 3.43±0.52N, 3.07±1.91N, 4.59±2.36N (以上, 右手), であった。学生の手指・手掌の接触部位にかかる力は, 第1指から手掌の順に, 2.01±2.77N, 3.23±2.7N, 4.95±

看護師と看護学生の手の使い方の違い



[注] 看護師：n=9，学生：n=10。二元配置分散分析（多重比較：Bonferroni），\*：p<.05，\*\*：p<.01。

図4 「②右手掌を頭部中央まですすめて頭部を支える」行為における接触部位の力の比較



[注] 看護師：n=9，学生：n=10。二元配置分散分析（多重比較：Bonferroni），\*：p<.05，\*\*：p<.01。

図5 「③頭部を右手で支え、左手で枕を向く側にすらす」行為における接触部位の力の比較

2.25N, 4.09±2.33N, 3.88±2.54N, 3.3±2.33N（以上，右手），であった。看護師，学生の手指・手掌の接触部位にかかる力に有意な主効果はみられなかった。また，交互作用もみられなかった。

(4) 「④頭部を枕にもどす」行為の比較（図6）

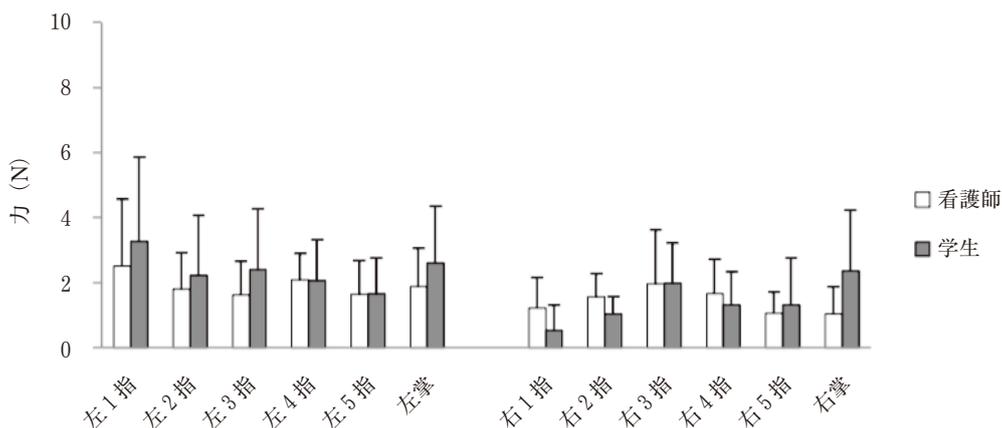
看護師の手指・手掌の接触部位にかかる力は，第1指から手掌の順に，2.52±1.94N, 1.81±1.01N, 1.62±1.03N, 2.08±0.82N, 1.66±1.01N, 1.89±1.16N（以上，左手），1.23±0.88N, 1.57±0.7N, 1.96±1.56N, 1.66±1.06N, 1.06±0.64N, 1.04±0.74N（以上，右手），であった。学生の手指・手掌の接触部位にかかる力は，第1指から手掌の順に，3.28±2.58N, 2.22±1.74N, 2.42±1.58N, 2.08±1.24N, 1.67±1.08N, 2.61±1.74N（以上，左手），0.54±0.65N, 1.05±0.52N, 1.99±1.22N, 1.33±1.01N, 1.33±1.32N, 2.37±1.84N（以上，右手），であった。看護師，学生の手指・手掌の接触部位にかかる力に有意な主効果は

みられなかった。また，交互作用もみられなかった。

(5) 「⑤膝関節の内側に左手を入れ，右手を足関節に添えて膝を曲げる」行為の比較（図7）

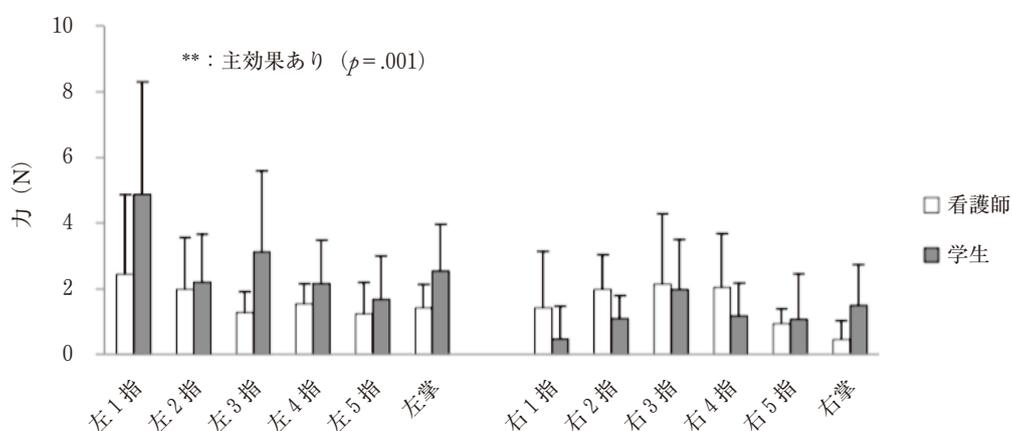
看護師の手指・手掌の接触部位にかかる力は，第1指から手掌の順に，2.46±2.31N, 1.99±1.48N, 1.28±0.63N, 1.54±0.6N, 1.25±0.85N, 1.42±0.71N（以上，左手），1.43±1.6N, 1.98±1.07N, 2.16±2.02N, 2.05±1.52N, 0.94±0.44N, 0.47±0.45N（以上，右手），であった。学生の手指・手掌の接触部位にかかる力は，第1指から手掌の順に，4.89±3.3N, 2.21±1.45N, 3.14±2.25N, 2.17±1.31N, 1.68±1.32N, 2.56±1.4N（以上，左手），0.5±0.78N, 1.1±0.7N, 2±1.51N, 1.19±0.89N, 1.09±1.27N, 1.51±1.13N（以上，右手），であった。看護師，学生の手指・手掌の接触部位にかかる力において，左手の接触部位の力に有意な主効果がみられたが [F(1,102)=11.749, p=.001]，交互作用はみられなかった。

看護師と看護学生の手の使い方の違い



[注] 看護師：n=9，学生：n=10。二元配置分散分析（多重比較：Bonferroni），\*： $p<.05$ ，\*\*： $p<.01$ 。

図6 「④頭部を枕にもどす」行為における接触部位の力の比較



[注] 看護師：n=9，学生：n=10。二元配置分散分析（多重比較：Bonferroni），\*： $p<.05$ ，\*\*： $p<.01$ 。

図7 「⑤膝関節の内側と足関節の上に手を添えて膝を曲げる」行為における接触部位の力の比較

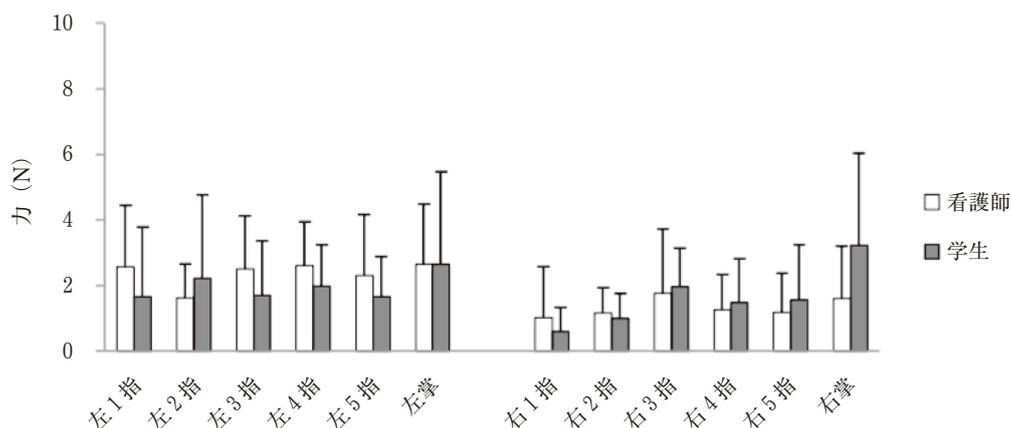
(6) 「⑥膝関節と足関節を支えて膝を立てる」行為の比較 (図8)

看護師の手指・手掌の接触部位にかかる力は、第1指から手掌の順に、 $2.58 \pm 1.87\text{N}$ 、 $1.64 \pm 1.01\text{N}$ 、 $2.52 \pm 1.6\text{N}$ 、 $2.62 \pm 1.32\text{N}$ 、 $2.32 \pm 1.85\text{N}$ 、 $2.65 \pm 1.83\text{N}$ （以上、左手）、 $1.02 \pm 1.24\text{N}$ 、 $1.17 \pm 0.77\text{N}$ 、 $1.77 \pm 1.86\text{N}$ 、 $1.27 \pm 1.07\text{N}$ 、 $1.18 \pm 1.09\text{N}$ 、 $1.61 \pm 1.49\text{N}$ （以上、右手），であった。学生の手指・手掌の接触部位にかかる力は、第1指から手掌の順に、 $1.68 \pm 1.8\text{N}$ 、 $2.23 \pm 2.35\text{N}$ 、 $1.70 \pm 1.55\text{N}$ 、 $1.99 \pm 1.26\text{N}$ 、 $1.66 \pm 1.21\text{N}$ 、 $2.66 \pm 2.71\text{N}$ （以上、左手）、 $0.61 \pm 0.7\text{N}$ 、 $1 \pm 0.75\text{N}$ 、 $1.97 \pm 1.17\text{N}$ 、 $1.48 \pm 1.24\text{N}$ 、 $1.57 \pm 1.5\text{N}$ 、 $3.23 \pm 2.61\text{N}$ （以上、右手），であった。看護師、学生の手指・手掌の接触部位にかかる力に有意な主効果はみられなかった。また、交互作用もみられなかった。

(7) 「⑦肩と大転子部の上に手を添えて身体を傾ける」行為の比較 (図9)

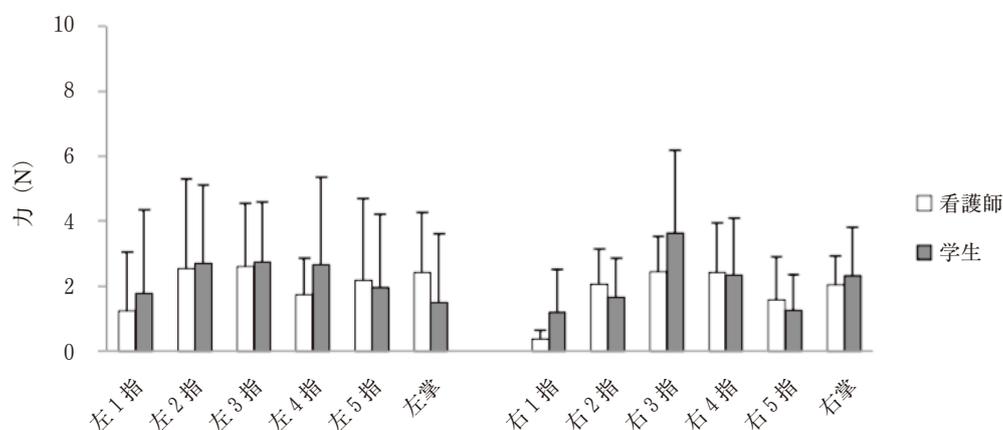
看護師の手指・手掌の接触部位にかかる力は、第1指から手掌の順に、 $1.24 \pm 1.69\text{N}$ 、 $2.55 \pm 2.65\text{N}$ 、 $2.61 \pm 1.94\text{N}$ 、 $1.75 \pm 1.11\text{N}$ 、 $2.2 \pm 2.5\text{N}$ 、 $2.43 \pm 1.74\text{N}$ （以上、左手）、 $0.38 \pm 0.27\text{N}$ 、 $2.08 \pm 1.07\text{N}$ 、 $2.45 \pm 1.06\text{N}$ 、 $2.43 \pm 1.5\text{N}$ 、 $1.58 \pm 1.32\text{N}$ 、 $2.05 \pm 0.87\text{N}$ （以上、右手），であった。学生の手指・手掌の接触部位にかかる力は、第1指から手掌の順に、 $1.79 \pm 2.44\text{N}$ 、 $2.72 \pm 2.3\text{N}$ 、 $2.76 \pm 1.73\text{N}$ 、 $2.67 \pm 2.58\text{N}$ 、 $1.96 \pm 2.4\text{N}$ 、 $1.51 \pm 1.99\text{N}$ （以上、左手）、 $1.21 \pm 1.19\text{N}$ 、 $1.67 \pm 1.19\text{N}$ 、 $3.64 \pm 2.54\text{N}$ 、 $2.35 \pm 1.74\text{N}$ 、 $1.26 \pm 1.09\text{N}$ 、 $2.33 \pm 1.47\text{N}$ （以上、右手），であった。看護師、学生の手指・手掌の接触部位にかかる力に有意な主効果はみられなかった。また、交互作用もみられなかった。

看護師と看護学生の手の使い方の違い



[注] 看護師：n=9，学生：n=10。二元配置分散分析（多重比較：Bonferroni），\*： $p<.05$ ，\*\*： $p<.01$ 。

図8 「⑥膝関節と足関節を支えて膝を立てる」行為における接触部位の力の比較



[注] 看護師：n=9，学生：n=10。二元配置分散分析（多重比較：Bonferroni），\*： $p<.05$ ，\*\*： $p<.01$ 。

図9 「⑦肩と大転子部の上に手を添えて体幹を傾ける」行為における接触部位の力の比較

(8) 「⑧肩と大転子部を支えて側臥位にする」行為の比較 (図10)

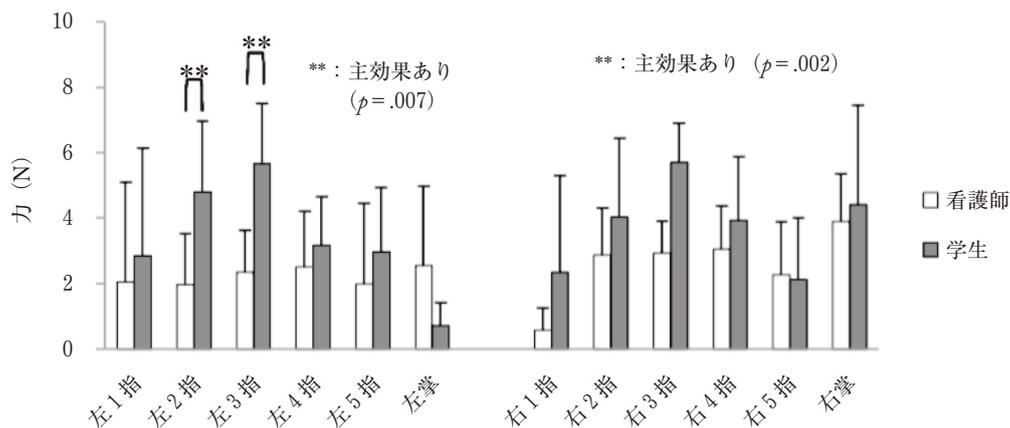
看護師の手指・手掌の接触部位にかかる力は、第1指から手掌の順に、 $2.06 \pm 2.93\text{N}$ 、 $1.98 \pm 1.54\text{N}$ 、 $2.35 \pm 1.26\text{N}$ 、 $2.51 \pm 1.69\text{N}$ 、 $1.99 \pm 2.34\text{N}$ 、 $2.55 \pm 2.12\text{N}$ （以上、左手）、 $0.58 \pm 0.57\text{N}$ 、 $2.88 \pm 1.43\text{N}$ 、 $2.95 \pm 0.97\text{N}$ 、 $3.06 \pm 1.31\text{N}$ 、 $2.27 \pm 1.61\text{N}$ 、 $3.9 \pm 1.47\text{N}$ （以上、右手）、であった。学生の手指・手掌の接触部位にかかる力は、第1指から手掌の順に、 $2.86 \pm 3.08\text{N}$ 、 $4.81 \pm 2.14\text{N}$ 、 $5.67 \pm 1.84\text{N}$ 、 $3.18 \pm 1.47\text{N}$ 、 $2.98 \pm 1.86\text{N}$ 、 $0.71 \pm 0.69\text{N}$ （以上、左手）、 $2.35 \pm 2.63\text{N}$ 、 $4.04 \pm 2.41\text{N}$ 、 $5.71 \pm 1.2\text{N}$ 、 $3.95 \pm 1.92\text{N}$ 、 $2.13 \pm 1.89\text{N}$ 、 $4.42 \pm 2.93\text{N}$ （以上、右手）、であった。看護師、学生の手指・手掌の接触部位にかかる力において、左手の接触部位の力に主効果 [ $F(1,102) = 7.652$ ,  $p = .007$ ] および交互作用 [ $F(5,102) = 3.378$ ,  $p = .007$ ]、右手に主効果 [ $F(1,102) = 10.597$ ,  $p = .002$ ] がみられた。多

重比較の結果、左手の第2指は、学生のほうが有意に強く ( $p = .006$ )、第3指も、学生のほうが有意に強かった ( $p = .001$ )。

(9) 「⑨左右の腸骨を支持し、上側の腸骨を左手で手前に引き、下側の腸骨を右手で向こう側に水平に動かす」行為の比較 (図11)

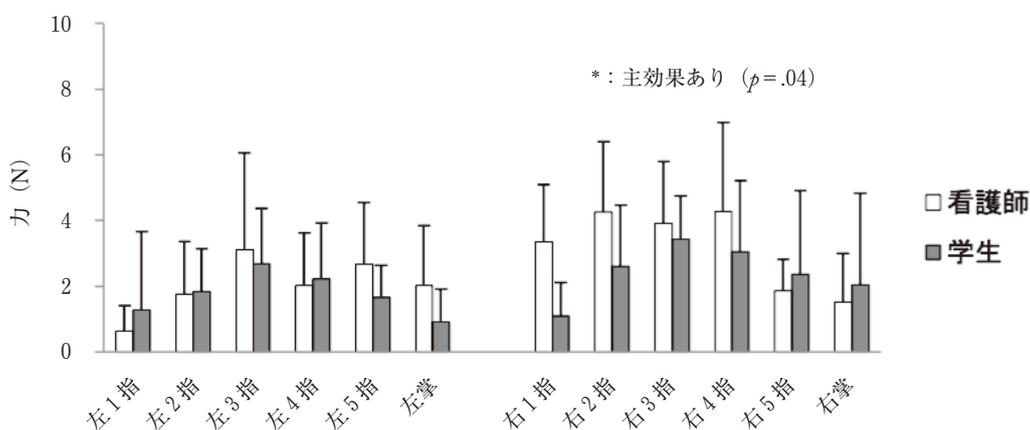
看護師の手指・手掌の接触部位にかかる力は、第1指から手掌の順に、 $0.63 \pm 0.68\text{N}$ 、 $1.77 \pm 1.58\text{N}$ 、 $3.12 \pm 2.84\text{N}$ 、 $2.03 \pm 1.61\text{N}$ 、 $2.68 \pm 1.87\text{N}$ 、 $2.02 \pm 1.83\text{N}$ （以上、左手）、 $3.36 \pm 1.72\text{N}$ 、 $4.27 \pm 2.13\text{N}$ 、 $3.92 \pm 1.88\text{N}$ 、 $4.29 \pm 2.7\text{N}$ 、 $1.87 \pm 0.96\text{N}$ 、 $1.53 \pm 1.37\text{N}$ （以上、右手）、であった。学生の手指・手掌の接触部位にかかる力は、第1指から手掌の順に、 $1.29 \pm 2.38\text{N}$ 、 $1.85 \pm 1.29\text{N}$ 、 $2.7 \pm 1.67\text{N}$ 、 $2.24 \pm 1.68\text{N}$ 、 $1.68 \pm 0.97\text{N}$ 、 $0.92 \pm 0.89\text{N}$ （以上、左手）、 $1.11 \pm 1.01\text{N}$ 、 $2.61 \pm 1.87\text{N}$ 、 $3.43 \pm 1.32\text{N}$ 、 $3.06 \pm 2.15\text{N}$ 、 $2.37 \pm 2.54\text{N}$ 、 $2.05 \pm 2.7\text{N}$ （以上、右手）、であった。看護師、学

看護師と看護学生の手の使い方の違い



[注] 看護師： $n=9$ ，学生： $n=10$ 。二元配置分散分析（多重比較：Bonferroni），\*： $p<.05$ ，\*\*： $p<.01$ 。

図10 「⑧肩と大転子部を支えて側臥位にする」行為における接触部位の力の比較



[注] 看護師： $n=9$ ，学生： $n=10$ 。二元配置分散分析（多重比較：Bonferroni），\*： $p<.05$ ，\*\*： $p<.01$ 。

図11 「⑨左右の腸骨を支持し，上側の腸骨を左手で手前に引き，下側の腸骨を右手で向こう側に水平に動かす」行為における接触部位の力の比較

生の手指・手掌の接触部位にかかる力において，右手の接触部位の力に有意な主効果 [ $F(1,102) = 3.635$ ,  $p = .04$ ] がみられたが，交互作用はみられなかった。

の3つの場面すべてにおいてVASの値は，看護師のほうが有意に高かった（表5）。

#### 4. 患者役の主観的評価の比較

「頭を持ち上げ枕をずらす」( $p = .035$ )，「仰臥位から側臥位にする」( $p = .004$ )，「姿勢を安定させる」( $p = .002$ )

#### IV. 考 察

看護師と学生が実施する仰臥位から側臥位の体位変換技術において，「頭部に手指・手掌を差し入れる」「膝関節の

表5 患者役の主観的評価の比較

場 面	VAS		$p$
	看護師 ( $n=9$ )	学生 ( $n=10$ )	
頭を持ち上げる (①②③④の行為)	6.4 ± 1.4	5.1 ± 0.7	.035*
側臥位にする (⑤⑥⑦⑧の行為)	6.5 ± 1.5	4.0 ± 1.2	.004**
姿勢を安定させる (⑨の行為)	6.4 ± 1.8	2.7 ± 1.6	.002**

[注] 数値は平均値 ± SDを示す。Wilcoxonの順位検定。\*： $p<.05$ ，\*\*： $p<.01$ 。

内側と足関節の上に手を添えて膝を曲げる」「肩と大転子部を支えて側臥位にする」「左右の腸骨を支持し、上側の腸骨を左手で手前に引き下側の腸骨を右手で向こう側に水平に動かす」の4つの行為に手指・手掌の接触部位にかかる力の違いが認められた。一方、体位変換を受けた患者役の安楽さの評価は、看護師のほうが高い値を示した。以上の結果から、看護師と学生の手の使用方の違いについて考察を述べる。

頭部に手指・手掌を差し入れる行為における右手の第3指、肩と大転子部を支えて側臥位にする行為における左手の第2指と第3指にかかる力が学生のほうが有意に強かった。これらの結果は、学生は看護師に比べて指先の力が強いという先行研究を支持するものであった。この指先の力が強いという結果は、対象者の身体をつかみながら行為していると指摘されている（澤井ら、1996）ことから、患者役の安楽さの評価において、看護師のほうが高い値を示した要因の一つであると考えられる。しかし、頭部に手指・手掌を差し入れる行為に続く、右手掌を頭部中央まで進めて頭部を支える行為、頭部を右手で支え、左手で枕を向く側にずらす行為には、手指・手掌にかかる力に差が認められなかった。同様に、肩と大転子部を支えて側臥位にする行為の前段階にあたる、肩と大転子部の上に手を添えて体幹を傾ける行為には接触部位の力の差は認められなかった。したがって、初学者である学生は常に指先に力が入っているわけではなく、頭を持ち上げる行為や仰臥位から側臥位にする連続した行為のなかで、指先に力が入ってしまう限定された箇所があると考えられる。

頭部を持ち上げる一連の行為は、人体の中で重い部分である頭部を扱うことや、臥床している状態では頭部は枕やベッドに接しているため、対象者の安楽さを考慮して頭部の下に手を差し入れることは難易度が高い。先行研究でも、看護学生は臥床患者のシーツ交換において体幹の下のシーツを取り除く際に、対象者の身体をつかんで体幹を傾けシーツを引き出す特徴があったことが明らかになっている（明野、2011）。学生の方が看護師と比べて行為の所要時間が有意に長い結果とあわせても、身体の重い部分の下に手を差し入れる際に、指先の限局した部分に力がかかると考えられた。一方で、看護師の方が、頭部に手指・手掌を差し入れる行為における右手の第5指にかかる力は強かった。第5指にかかる力の値が、第3指と第4指と同じ程度であった結果から考えても、看護師は指先の限局した部分ではなく、複数の指を頭部に当てて行為していたと推察できる。

また、仰臥位から側臥位にする一連の行為は、身体の中で最も重い部位である腰臀部を扱うため大きな力が必要になる。そのため、学生は対象者の体幹を手前に傾けるにし

たがって指先や手全体にかかる力が強くなり、つかむような手の使い方になったと考えられる。先行研究によると、体幹や肘を伸展させたまま体位変換すると指先に力が入りやすいこと（加悦・平原・野村、2013）、体位変換の際に熟練群の方が大腿直筋などの下肢の筋肉を使い、学生は上腕二頭筋などの上肢の筋肉のみで患者の体位を変える傾向にあること（Daikoku & Saito, 2008）が明らかになっている。つまり、体位変換技術において手指・手掌の接触部位にかかる力は、その手の使い方だけでなく、下肢も含めた身体全体の使い方が関与している可能性が高い。看護師のほうが、上側の腸骨を左手で手前に引き下側の腸骨を右手で向こう側に水平に動かす行為における右手全体の接触部位にかかる力は強かった結果からも、身体の重い部位を傾ける、あるいは動かすための大きな力を生み出すためには、実施者の身体全体の使い方を含めた検討が必要になると考えられる。

## V. 研究の限界

研究の限界は以下の点があげられる。準実験研究であることから、実施する体位変換技術は、あらかじめ設定した方法で行った。よって、任意に設定された方法での測定結果から手の使用方の違いを言及するには限界がある。今回は1校の学生を対象としていることから、学んだ方法を再現している可能性があるため、初学者の動きとするには限界がある。また、患者役1名の主観によって技術を評価したが、実施者の容姿による影響や、患者役の個人的な特性が評価に反映された可能性がある。今後は、患者役の盲検化について検討し、評価する患者役を増やす必要がある。

## 結 論

看護師と看護学生が実施する体位変換技術における手指・手掌の接触部位にかかる力と、体位変換技術を受ける対象者の主観的評価の違いから、以下が明らかとなった。

1. 頭を持ち上げる行為、仰臥位から側臥位にする行為、姿勢を安定させる行為において、看護師と看護学生の手指・手掌の接触部位にかかる力の違いが認められ、患者役による安楽さの評価では看護師による体位変換のほうが高い値を示した。
2. 体位変換技術において、学生は看護師に比べて右手の第3指、左手の第2指と第3指の力が強く、先行研究を支持する結果であった。しかし、学生は常に指先に力が入っているわけではなく、とくに、身体の重い部位を扱う際に、指先の限局した部分に力が入り、つかむような手の使い方になっていると考えられた。

## 謝 辞

本研究にご協力いただいた皆さまに心よりお礼申し上げます。本論文の一部は、第13回日本看護技術学会学術集会で発表した。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費JP 24792409の助成を受けたものである。

## 著者貢献度

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

## 要 旨

本研究の目的は、看護師と看護学生が実施する体位変換技術における手指・手掌の接触部位にかかる力と、体位変換技術を受ける患者役の主観的評価の違いを明らかにすることである。看護師と看護学生の第1指から第5指および手掌にセンサを取り付け、仰臥位から側臥位の体位変換時の手指・手掌の接触部位にかかる力を行為に沿って測定した。患者役の主観的評価は、安楽さをVASで測定した。結果、頭部を持ち上げる行為、仰臥位から側臥位にする行為、側臥位を安定させる行為で、手指・手掌の接触部位にかかる力に有意差が認められた。また、安楽さの評価は、看護師のほうが高い値を示した。学生は看護師に比べて、右手の第3指と左手の第2指と第3指の接触部位にかかる力が強い傾向にあったが、常に指先に力が入っているわけではなかった。とくに、身体の重い部位を扱う際に、指先の限局した部分に力がかかるため、つかむような手の使い方になっていると考えられた。

## Abstract

This study was performed to examine differences in the force exerted on the area of contact by the fingers and palms of nurses and nursing students in performing a change in body position. A subjective evaluation was made by a person who played the role of the patient. Sensors were placed on the thumbs to fourth fingers and palms of nurses and students to measure the force on the contact area during a change from a dorsal to a lateral position. The "patient" evaluated their comfort level using a visual analog scale. The results showed a significant difference in force exerted by the fingers and palms while lifting the head, changing the body from a dorsal to lateral position, and ensuring a stable lateral position. Nurses were also evaluated more favorably regarding the comfort level. Students tended to exert a stronger force with their right second and left first and second fingertips on the contact area, compared to nurses. However, they did not use this force at all times, but mainly when handling heavier parts of the body. This force seemed to be due to use of limited parts of the fingertips, as if they were grabbing the patient.

## 文 献

- 阿保順子 (2009). 看護における「言葉にならない技術」論：技術と判断について. *インターナショナルナーシングレビュー*, 32(4), 33-36.
- 明野伸次 (2011). リネンチェンジにおける学生の行為の特徴：身体性、順序性の観点から. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 7(1), 71-78.
- 明野伸次 (2016). 日常的な看護行為に伴う手の接触が対象者にもたらす意義の検討. *北海道医療大学看護福祉学部学会誌*, 12(1), 67-72.
- 浅井さおり, 田上明日香, 沼本教子, 西田真寿美, 高田早苗 (2002). 介護老人保健施設での看護場面におけるタッチの特徴. *老年看護学*, 7(1), 70-78.
- 阿曾洋子, 井上智子, 氏家幸子 (2011). *基礎看護技術* (第7版). 93-99, 東京：医学書院.
- Benner, P. (2001/2005). 井部俊子 (監訳). *ベナー看護論* (新訳版)：初心者から達人へ. 東京：医学書院.
- Daikoku, R. and Saito, Y. (2008). Differences between novice and experienced caregivers in muscle activity and perceived exertion while repositioning bedridden patients. *Journal of Physiological Anthropology*, 27(6), 333-339.
- 江口保子, 西片久美子 (2005). 援助者のタッチによる痴呆性高齢者の反応. *日本赤十字看護学会誌*, 5(1), 117-123.
- 林 静子 (2014). 体位変換. 任 和子, 秋山智弥 (編), *根拠と事故防止から見た基礎・臨床看護技術*. 153-160, 東京：医学書院.
- 岩脇陽子 (2012). 体位変換. 深井喜代子 (編), *基礎看護学③：基礎看護技術Ⅱ* (第2版). 106-111, 東京：メヂカルフレンド社.
- 加悦美恵, 平原直子 (2014). 看護学生と教員の手の流れの違い. *日本医学看護学教育学会誌*, 23(1), 42-44.
- 加悦美恵, 平原直子, 野村志保子 (2013). 看護ケアにおける手の触れ方と動作の関連. *日本看護研究学会雑誌*, 36(2), 87-94.
- 松尾ミヨ子, 谷村千華 (2013). 活動・運動を支援する技術. 志白岐康子, 松尾ミヨ子, 習田明裕 (編), *ナーシンググラフィカ*

- 基礎看護学③：基礎看護技術. 196-200, 大阪：メディカ出版.
- 水戸優子 (2009). 体位の保持と体位変換法. 香春知永, 斎藤やよい (編), 基礎看護技術：看護過程のなかで技術を理解する. 253-256, 東京：南江堂.
- 水戸優子, 大石朋子 (2014). 活動援助. 医療情報科学研究所 (編), 看護技術が見える vol. 1：基礎看護技術. 35-43, 東京：メディックメディア.
- Oliver, S. and Redfern, S.J. (1991). Interpersonal communication between nurses and elderly patients: Refinement of an observation schedule. *Journal of Advanced Nursing*, 16(1), 30-38.
- 澤井映美, 村本淳子, 金澤トシ子, 鈴木玲子, 國澤尚子, 岡本恵里, 大森武子, 阿部典子, 斎藤 真 (1996). 看護者による機能的で快適なタッチに関する研究 その1：下肢挙上時の手掌部及び指掌面にかかる圧力. 東京女子医大看護短期大学研究紀要, 18, 7-13.
- 柴田しおり, 仁平雅子, 登喜和江, 高橋千恵子, 高田早苗 (2002). 日常看護場面における看護婦・患者間のタッチの意味とそのタイプに関する研究. 神戸市看護大学紀要, 6, 29-40.
- Solevåg, A.L., Cheung, P.Y., Li, E., Aziz, K., O'Reilly, M., Fu, B., Zheng, B., and Schmölzer, G. (2016). Quantifying force application to a newborn manikin during simulated cardiopulmonary resuscitation. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(11), 1770-1772.
- 鈴木玲子, サイド・モハマッド, 原 孝介, 小川鑛一 (2000). 作業効率を考えた体位変換の研究：側臥位への体位変換の作業領域について. *バイオメカニズム学術講演会予稿集*, 21, 323-326.
- 田丸朋子, 本多容子, 阿曾洋子, 伊部亜希 (2012). ベッドの高さ別に見た患者上方移動援助時の横シート使用が看護師の腰部負担に与える影響. *看護人間工学研究誌*, 13, 11-17.
- 東野達也, 渡邊峰生, 川村和也, 井上 淳, 中島康貴, 貴嶋芳文, 東 祐二, 湯地忠彦, 藤元登四郎, 藤江正克 (2011). 片麻痺患者の骨盤動作アシストを行う歩行訓練ロボットの開発：理学療法士が行うハンドリング動作の計測. 生活生命支援医療福祉工学系学会連合大会2011講演要旨集, 96.
- Vortherms, R.C. (1991). Clinically improving communication through touch. *Journal of Gerontological Nursing*, 17(5), 6-10.
- 吉田みつ子, 本庄恵子 (2012). 写真でわかる基礎看護技術：基礎的な看護技術を中心に！. 52-54, 東京：インターメディカ.

〔平成28年11月29日受 付〕  
〔平成30年2月12日採用決定〕

## 3歳児をもつ母親の趣味と育児ストレスとの関連

The Association between Hobbies and Parenting Stress in  
Mothers of Three-Year-Old大浦 早智<sup>1)</sup> 宇座 美代子<sup>2)</sup> 當山 裕子<sup>3)</sup>  
Sachi Oura Miyoko Uza Yuko Toyamaキーワード：育児ストレス, 趣味, 母親  
Key Words : parenting stress, hobbies, mothers

## 緒言

内閣府の調査(2010)によると、「配偶者との家事・育児の分担割合を聞いたところ、夫1割、妻9割という回答者が31.6%」で最も多くなっている。また、育児を楽しみながら行っている母親がいる一方で、育児にストレスを感じているという声もよく耳にする。幼児をもつ母親の育児ストレスとして「一人になれる時間や自分の時間がない」(松村ら, 2005, p.27)ことや「子どもを連れての外出がむずかしく、家にばかりいる」(國分・久保・飯田・大野, 2008, p.118)ことが明らかとなっている。育児ストレスについて、三国ら(2003, p.32)は、子育て中の親が認知する親自身や子どもの特性、日常生活上のさまざまな状況から生じるストレスであり、島澤(2014, p.32)は、育児不安という困難感によって引き起こされるストレス反応を示すものを「育児ストレス」と定義している。育児ストレスに対し、「いままでの生活に見切りをつける」「子どもと離れる時間をつくる」といった行動も明らかにされている(川畑, 1998, p.76; 松村ら, 2005, p.26)。渡辺・石井は、母親の育児ストレスに対する支援対策をより強化するには、母親個人の自己効力感を高める介入が重要であると述べている(2009, p.142)。また、子育て期を幸福に過ごすことへの母親の工夫として「時間のコントロールから得る心のゆとり」「子どもとの時間、空間、気持ちの一体感」という結果が報告されている(清水ら, 2007, pp.27-29)。だが、具体的に育児ストレス対処の実践方法に着目した先行研究は見当たらない。

一般的なストレス対処として、筒井は、仕事以外に趣味など、自分の好きなことにうちこむ時間をもつことを提言している(1989, p.87)。高齢者では、「趣味」は閉じこも

りや認知症発症の予防因子(Wilson, et al., 2002; Verghese, et al., 2003)として注目されており、趣味「あり」の者は「なし」の者に比較して抑うつ「なし」や主観的健康感が「よい」等の心理的側面が良好なものが多いと報告している(近藤, 2007, p.57)。この視点は、子育て中の母親が「趣味」をもつことで、育児ストレスの緩和や育児環境改善の因子につながるのではと考えた。しかし、「趣味に時間を割いている母親は育児不安が弱い」とした報告(阿部, 2007, p.5)はあるが、母親の趣味と育児ストレスの関連について明らかにした研究は見当たらない。育児期のなかでも、3歳児の時期は第1反抗期をむかえ自己主張が強くなる時期でもあり、「子どもの自己主張などにふりまわされる」といった乳児期とは違った要因が育児不安や育児のイライラに関係してくるといわれている(山下・尾方, 2003, p.78)。3歳児は育児ストレスが増強する原因が多い時期であることから、育児ストレスを緩和する具体的助言が必要な時期であると考えた。

そこで本研究は、3歳児をもつ母親の「趣味」に着目し、育児ストレスとの関連を明らかにすることを目的とした。この研究の成果をもとに、子育て中の母親の育児ストレスの緩和や育児支援の充実につなげたい。

## I. 用語の定義

## 1. 育児ストレス

本研究における育児ストレスは、子育て中の親が感じるストレスであり、多くの母親が少なからず抱えているストレスを「育児ストレス」として定義した。育児ストレスを測定する尺度としては、101項目からなるParenting Stress Index (PSI) (奈良間ら, 1999)が多く使用されている。

1) 名桜大学人間健康学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Human Health Sciences, Meio University

2) 琉球大学名誉教授 Professor-emeritus, University of the Ryukyus

3) 琉球大学医学部保健学科 Department of Health Science, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus

しかし、この尺度は項目数が多く、対象者の負担が大きいと考え、本研究における育児ストレスは、対象者が簡便に記入することができる「主観的育児ストレス感」を4件法で求めて、使用した。

## 2. 趣味

仕事・職業としてではなく、個人が楽しみとしている事柄（松村，2012）。

## II. 研究方法

### 1. 対象者

A県の中核市であるB市において平成23年5月～8月に実施される3歳児健康診査の対象児716人の母親を対象とした。B市において、平成23年度の3歳児健康診査の対象である児は3,428人である。3歳児健康診査は年に40回あり、調査期間における健康診査回数は8回であり、本研究の対象者は全体の20.9%にあたる。

### 2. 対象地区の概況

本研究における研究対象地区B市は、A県の県都として人口31万人余を有する政治・経済・文化の中心地であり、年間の気温差も少なく、過ごしやすい土地である。平成23年度12月末時のB市の状況は、人口318,230人、年間出生3,397人である（那覇市企画財務部企画調整課統計グループ，2012，pp.32-36）。平成25年度より中核市に移行した。年間出生数は、A県内において最も多い（沖縄県保健医療部健康長寿課，2012，p.23）。B市においても「次世代育成支援対策推進法」に基づき、「B市次世代育成支援行動計画」（那覇市子ども・子育て支援事業計画（たたき台），2014，pp.18-25）を策定し、子育て環境を整備するための取り組みを行っている。育児ストレスを感じている親に対しては、訪問による育児支援を行うことで育児の負担感の軽減を行っている。

### 3. 調査方法

A県B市（健康推進課）に対し調査協力を依頼した。健康診査の対象者に問診票を郵送する際、本調査依頼書と母親用の調査票を、期間（4月～7月）を決めて同封した。調査票は、無記名自記式質問紙を用いた。記入した調査票は、健康診査当日に健康診査会場に設置された回収箱で回収した。健康診査に来場した者のなかには、調査票の郵送期間以外に問診票が届いており、本調査票が郵送されていない人もいる可能性があり、問診票の郵送日を確認した。そのうえで、4月～7月の郵送期間以外に問診票が送付された対象者に対し、健康診査当日、本研究の趣旨を書面と

口頭にて説明を行った。同意を得られた際に、調査票の記入依頼を行い、設置された回収箱に提出してもらった。

### 4. 倫理的配慮

本研究は、琉球大学疫学研究倫理審査委員会にて、調査実施の承認（平成23年5月9日、承認番号：83）を得た。事前にB市には、調査の趣旨や方法を説明し了承を得たのち、対象者への調査票配布の際、調査の趣旨、無記名調査であること、参加は自由意志によるものであること、断っても住民サービスには影響はないことを文書にて説明し、調査票の提出をもって同意を得たと判断した。データは匿名化（コード化）して入力し、個人が特定できないようにし、データは鍵のかかるキャビネットにて管理した。研究終了後、調査票はシュレッダーで粉砕し、データ分析に用いた電子記録は適切に管理する。

### 5. 調査内容

#### a. 母親の背景

年齢、職業、婚姻状況、出身地、最終学歴、居住形態、経済状態、子ども総数、育児の相談者の有無を尋ねた。

#### b. 趣味

趣味の定義は、「仕事・職業としてではなく、個人が楽しみとしている事柄」として調査票に表記し、現在の趣味の有無を「あり」「なし」で回答してもらった。

その後、趣味の内容を明記し多肢複数選択法を用いて回答を得た。趣味の内容は、全15項目である。うち8項目は、近藤の「スポーツの活動」「文化的活動」「音楽的活動」「創作的活動」「自然的活動」「視聴覚的活動」「観光的活動」「投資ギャンブル的活動」の趣味（2007，pp.135-136）を用いた。7項目は、「家族（子ども）との外出」「友人との交流や外出」「料理」「飲酒」「買物」「マンガや雑誌を読む事」「美容関係・サウナ」とした。これは、本研究の事前インタビューによって、子育て中の友人や知人に対し、本研究の趣味の定義を伝え、「あなたの趣味は何ですか？」と質問を行い、趣味の内容を確認するヒアリングを実施し、選定した。子育て中の母親の場合、母親役割遂行の点からも、先行研究が示した趣味（近藤，2007，pp.135-136）と異なる内容が考えられた。そのため、本研究では、事前インタビューで回答の得られた趣味内容を追加した計15項目の趣味に関して尋ねた。

#### c. 育児ストレス

「育児ストレスを感じていますか」という設問に対し、「まったく感じていない」「あまり感じていない」「ときどき感じている」「非常に感じている」の4件法で回答を得た。これは、設問として端的であり、A県以外でも育児ストレスの判断基準として母親の支援者である保健師や助産

師が乳幼児健康診査等の場面で指標として簡便に用いることができると考え使用した。

## 6. 分析方法

育児ストレスを従属変数、先行研究（渡辺・石井，2009；桑名・細川，2007）によって育児ストレスと関連が認められた要因および母親の趣味を独立変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。独立変数間に多重共線性の問題が起きていないかを相関係数で確認した。変数が正規分布していない項目があるため、Spearmanの相関係数を用いた。

分析を開始するにあたっては、回答数に偏りがあったため、以下の内容にカテゴリー化したものを用いて解析を行った。婚姻状況においては、「既婚」群と「未婚・離死別」群とした。育児ストレスにおいては、「まったく感じていない」「あまり感じていない」と回答した者を「感じていない」群、「ときどき感じている」「非常に感じている」と回答した者を「感じている」群とした。各検定における有意水準は.05未満とし、解析には統計パッケージ“IBM SPSS Statistics ver. 20”を使用した。検討を行う際には、欠損値を除いた値で分析を行った。

## Ⅲ. 結 果

### 1. 母親の背景（表1）

3歳児健康診査を受診した546人の児の母親のうち（受診率76.3%）、392人の母親から調査票は回収された（回収率54.7%）。本研究の分析対象者は、すべての項目に回答のあった母親348人（有効回答率48.6%）とした。

母親の平均年齢34.6歳であり、30代（68.7%）が最も多かった。有職率59.2%で、半数以上が職をもっていた。県内出身者は77.9%であった。最終学歴は、「専門学校・短大」が44.0%と最も多かった。子ども総数は、「2人」が46.3%と最も多く、次いで「1人」が20.1%であった。また、育児の相談者がいる者は95.1%で9割以上であった。

### 2. 母親の趣味の内容（表2）

趣味「あり」の者は250人（71.8%）、趣味「なし」の者は98人（28.2%）となっており、母親の7割以上が趣味をもっていた。15項目の趣味のうち、1人あたり平均7.2個の趣味をもっていた。趣味の内容としては、「家族（子ども）との外出」をあげた者が75.2%と最も多く、次いで、「友人との交流や外出」（72.7%）、「買物」（68.4%）の順に多かった。

表1 母親の背景

	N = 348 (%)
年齢	34.6歳 (21~47歳)
20~29歳	52 (14.9)
30~39歳	239 (68.7)
40歳~	57 (16.4)
職業	
あり	206 (59.2)
なし	142 (40.8)
婚姻状況	
既婚	330 (94.8)
未婚	6 (1.7)
離死別	12 (3.4)
出身地	
県内	271 (77.9)
県外	77 (22.1)
最終学歴	
小中学校・高校	124 (35.6)
専門学校・短大	153 (44.0)
大学・大学院	71 (20.4)
居住形態	
アパート・マンション	264 (75.9)
一戸建て	84 (24.1)
経済状態	
ゆとりがある	170 (48.9)
ゆとりがない	178 (51.1)
子ども総数	
1人	70 (20.1)
2人	161 (46.3)
3人	85 (24.4)
4人	23 (6.6)
5人	7 (2.0)
6人	2 (0.6)
育児の相談者	
あり	331 (95.1)
なし	17 (4.9)
趣味	
あり	250 (71.8)
なし	98 (28.2)
育児ストレス	
まったく感じていない	24 (6.9)
あまり感じていない	99 (28.4)
時々感じている	209 (60.1)
非常に感じている	16 (4.6)

### 3. 育児ストレスを従属変数とした二項ロジスティック回帰分析

育児ストレスを2つのカテゴリーに分けた場合、育児ストレスを「感じている」者は64.7%、「感じていない」者は35.3%であった。二項ロジスティック回帰分析の前に、

変数間の多重共線性を確認するため、相関係数行列を作成した(表3)。それぞれの相関係数は.018から.142と弱い相関を示したので、多重共線性の問題は起こらないと判断した。育児ストレスを従属変数とし、先行研究によって関連のみられた項目を独立変数とした二項ロジスティック回帰分析の結果を表4に示す。

育児ストレスは、趣味があること(オッズ比:2.21, 95%信頼区間:1.27-3.86)、子ども総数が増えること(オッズ比:1.36, 95%信頼区間:1.06-1.76)と有意な正の関連を示した。既婚の場合(オッズ比:0.32, 95%信頼区間:0.11-0.90)は育児ストレスと有意な負の関連を示した。

表2 母親の趣味の内容(重複回答)

	N = 250 (%)
スポーツ的活動	53 (21.2)
文化的活動	125 (50.0)
音楽的活動	116 (46.4)
創作的活動	69 (27.6)
園芸的活動	69 (27.6)
視聴覚的活動	167 (66.8)
観光的活動(ドライブ, 旅行)	124 (49.6)
投資ギャンブル的活動	12 (4.8)
家族(子ども)との外出	188 (75.2)
友人との交流や外出	181 (72.7)
料理	153 (61.2)
飲酒	88 (35.2)
買物	171 (68.4)
マンガや雑誌を読む事	135 (54.0)
美容関係, サウナ	127 (50.8)

[注] 平均趣味個数:7.2個/人

表4 育児ストレスを従属変数とした二項ロジスティック回帰分析

独立変数(説明変数)		AOR <sup>a</sup>	95%CI <sup>b</sup>
趣味	なし	1.00	
	あり	2.21**	1.27-3.86
年齢		1.00	
	年齢があがるごと	1.01	0.96-1.06
職業	なし	1.00	
	あり	1.15	0.70-1.89
婚姻状況	なし	1.00	
	あり	0.32*	0.11-0.90
出身地	県外	1.00	
	県内	1.07	0.60-1.94
最終学歴	小中高校	1.00	
	学歴があがるごと	0.94	0.67-1.32
居住形態	アパート・マンション	1.00	
	一戸建て	0.99	0.58-1.71
経済状態	ゆとりがない	1.00	
	ゆとりがある	1.31	0.80-2.14
子ども総数		1.00	
	数がふえるごと	1.36*	1.06-1.76
育児の相談者	なし	1.00	
	あり	3.29	0.72-15.10

[注] 従属変数:育児ストレス(感じていない:1, 感じている:0)。<sup>a</sup>:年齢, 職業, 婚姻, 出身地, 最終学歴, 居住形態, 経済状態, 子ども総数を調整したオッズ比。<sup>b</sup>:95%信頼区間。\*: $p < .05$ , \*\*: $p < .01$

表3 育児ストレスと各因子相関係数

(N = 348)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1 育児ストレス (0:感じている, 1:感じていない)	1										
2 趣味(0:なし, 1:あり)	.142**	1									
3 年齢	.053	-.040	1								
4 職業(0:なし, 1:あり)	.039	-.065	.019	1							
5 婚姻状況 (0:未婚・離死別, 1:既婚)	-.099	.085	.150**	-.168**	1						
6 出身地(0:県外, 1:県内)	.032	-.118*	-.036	.262**	-.093	1					
7 最終学歴 (1:小中高校, 2:専門学校・短大, 3:大学・大学院)	-.024	.058	.166**	.115*	.103	-.094	1				
8 居住形態 (0:アパート・マンション, 1:一戸建て)	.018	-.005	.193**	.086	-.050	.090	.072	1			
9 経済状態 (0:ゆとりがない, 1:ゆとりがある)	.047	.152**	.096	-.031	.073	-.130*	.295**	.026	1		
10 子ども総数	.087	-.047	.161**	-.047	.111*	.127*	-.173**	.021	-.191	1	
11 育児の相談者 (0:なし, 1:あり)	.112*	.066	.146**	.029	-.053	.104	.066	.003	.035	.052	1

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

#### IV. 考 察

本研究において、3歳児をもつ母親は趣味「あり」の者は71.8%を占め、趣味の内容としては「家族（子ども）との外出」をあげた者が最も多かった。次いで「友人との交流や外出」「買物」があげられた。阿部の研究では趣味の内容は不明であるが、「趣味に時間を割いている者は5割」であり（2007, p.3）、本研究の趣味「あり」の割合のほうが多くなっていった。斎藤らは、都市的地域では趣味活動が盛んであると述べており（2015, p.605）、本対象地域も中核市の都市的地域であることから、趣味を行う場の選択肢が多くあり、趣味「あり」の者が多くなったのであろう。本研究では趣味を「仕事・職業としてではなく、個人として楽しみとしている事柄」とし、趣味の内容に「家族（子ども）との外出」や「友人との交流や外出」等の項目を含めた。これらは母親の役割遂行上の一行動でもと考えられるが、本研究における事前インタビューによって得られた子育て中の母親の状況に即した項目を加えたことによって、これらの項目への回答が増えたのかもしれない。すなわち、母親の趣味の特徴として、家族や子ども、友人等の身近な人々と一緒に過ごすことを、楽しみな事柄としてとらえていることが明らかになったともいえよう。

二項ロジスティック回帰分析の結果、「趣味があること」「子ども総数が増えること」「婚姻がないこと」は、育児ストレスを「感じていない」者が有意に多いことに関連していた。

趣味があることで、育児ストレスを「感じていない」者が多くなっていった。これは本研究では、家族や友人等との外出や交流を趣味としている者が多く、これらを生きて中の子育ての中で楽しみとなる事柄と認識し、気分転換や息抜きの時間として育児ストレス緩和に関連したと考えられる。育児ストレスは、育児不安という困難感によって引き起こされるとして示されている（島澤, 2014, p.32）が、馬場・村山・田口・村嶋（2013）は、身近な人との効果的なかわりが、母親の育児ストレスの感じ方に関連すると報告している。子育て中の日々のなかにも、このような人々との楽しみとなる時間があることは、子育て時間の工夫手段となり、育児ストレス対処法としても有効であるといえよう。総務省の調査（2017）では、6歳未満の子どもをもつ母親の一日の育児時間は年々増加の一途をたどり、今後も育児時間は増加していくことが予測されており、母親の負担増加が懸念される。しかし、本研究の具体的趣味の内容で示されたように、家族や子どもとの外出等の母親としての役割とも見える活動が、趣味として楽しみとなる時間となっていることがわかった。このような生活の時間をうまく活用することが、育児ストレス緩和にもつなが

ると考えられる。「家族（子ども）との外出」は、内容によってはお金をかけずに行うこともできるため、外出を促すことは、子育てを行ううえでの取り組みとして有用であると考えられる。厚生労働省（2017）は、「地域子育て支援拠点事業」として、公共施設や保育所、児童館等の地域の身近な場所で、乳幼児のいる子育て中の親子の交流や育児相談、情報提供等の実施を掲げ、育児が充実するための工夫を行っている。そのような場合は、外出先として有用であると考えられるが、平日のみ利用できる施設がほとんどであり、仕事をしている場合や家族と休日に外出できる場として利用できない現状がある。また、仕事の有無にかかわらず公共施設を利用しない母親もおり、木脇のように「サポートしきれない少数派のニーズや、新たなニーズに対応する子育て支援の場が必要である」と指摘している報告（2012, p.37）からも、子育て支援の場は変容を求められている。日時にかかわらず子ども連れでも外出しやすい公共施設や公園等の整備は、母親の子育て支援として今後の課題であるといえる。

また、子どもの総数が増えることで、育児ストレスを「感じていない」者が多くなったことは、子どもが増えるとともに育児経験を積み、子どもの行動に対して母親が対処できるためと考えられる。第一子である母親は、第二子であるものよりも育児ストレスが高値であるとする結果（桑名・細川, 2007, p.261）からも、推察できるものである。育児ストレスを把握する際には、子どもの数によって、育児ストレスの感じ方が異なることを念頭におきながら接することも重要であることが示唆された。

一方、「婚姻がないこと」は、育児ストレスを「感じていない」者と有意な関連を示した。婚姻がないことは、育児の負担も大きい可能性が予測される。だが、母親の育児ストレスには、夫の育児へのかわりの満足度が大きく影響する（桑名・細川, 2007, p.259）といわれているが、婚姻がない場合、夫の育児支援の満足度に左右されることはない。これらのことから、「婚姻」が育児ストレスの感じ方に影響したと考えられる。育児ストレスの程度を判断する際は、夫の育児への参加状況や母親の意向も踏まえることが必要であろう。

以上のことより、楽しみとしている趣味の有無を把握することは、育児ストレスの判断指標のなかでも有用であると考えられる。家族や友人と過ごす「外出」の機会は、母親にとって育児のなかで楽しみとなる時間につながることを示唆された。先行研究において（川畑, 1998, p.76；松村ら, 2005, p.26）、ストレス軽減には母親一人の時間の確保が重要であるとされているが、子育て中の母親にとって、このような時間の確保はむずかしいことが予測される。だが、本研究の結果より、子どもや家族といった、身近な人

と一緒に過ごすような、生活のなかには楽しみとなる時間をもつことがストレスの感じ方に関連していることがわかった。しかし、子どもとの外出を楽しんでいる人は、育児ストレスが少ないととらえることもできるため、因果関係を明らかにすることは、今後の課題である。

趣味のアドバイスをを行う際には、趣味の内容を幅広くとらえることが必要であり、母親の生活に即したなかで「楽しみ」となる時間を認識してもらう必要がある。これらの趣味をもつことの働きかけは、地域や病院における乳幼児健康診査や育児学級において育児ストレス緩和法として、今後の育児支援に活用できると考える。

## V. 本研究の限界

今回の調査は、3歳児健康診査を受診した児の母親を対象に、B市のみで行った調査であり、すべての地域の3歳児の母親を代表するものではない。また、回答を得られた者が、育児に対して比較的関心の高い層に偏っていると考えられ、本研究結果で得られた趣味と育児ストレスに関連する要因を子育て中の母親全般に適用するには限界がある。

また、育児ストレスを「育児ストレスを感じていますか」という母親の主観的育児ストレス感を用いたため、単純には他の研究と比較できない。今後は、対象者や対象地域を広げ、趣味の内容の検討や育児ストレス尺度の開発を検討していきたい。

## 結 論

1. 3歳児をもつ母親は、趣味「あり」が71.8%を占め、趣味の内容としては「家族（子ども）との外出」をあげた者が最も多かった。次いで「友人との交流や外出」「買物」があげられた。
2. 育児ストレスを「従属変数」とした二項ロジスティック回帰分析を行った結果、「趣味の有無」「婚姻状況」「子ども総数」が関連していることが明らかとなった。
3. 子育て中の母親が趣味をもつことの働きかけは、育児ストレスの緩和に貢献することが示唆された。

## 謝 辞

本研究を実施するにあたりご協力いただいたB市健康推進課の皆さま、調査に協力していただいた皆さま、指導にあたっていただいた先生方に深く感謝いたします。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 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：**3歳児をもつ母親の「趣味」に着目し、育児ストレスとの関連を明らかにすることである。

**方法：**A県内B市において3歳児健康診査者の母親に対して、基本属性、育児の相談者、趣味の有無と内容、育児ストレスに関して無記名自記式の質問紙調査を実施した。有効回答の得られた348人の母親を分析対象とし、育児ストレスの感じ方を従属変数とした二項ロジスティック回帰分析を行った。

**結果：**育児ストレスを感じている者は64.7%、趣味がある者は71.8%であった。趣味の内容としては「家族（子ども）との外出」「友人との交流や外出」「買物」の順に多かった。3歳児をもつ母親の育児ストレス緩和に関連する要因は、趣味があること、子どもの数が増えることであった。また、既婚の場合、育児ストレスを感じることが示された。

**結論：**子育て中の母親へ趣味をもつことの働きかけは、育児ストレスの緩和に貢献すると考える。

## Abstract

**Objective:** The aim of this study was to identify the association between “hobbies” and parenting stress in mothers of three-year-old children by focusing on the mothers’ hobbies.

**Method:** Anonymous, self-administered questionnaires were distributed to mothers during their children’s three-year-old child health examination in City B, A Prefecture. The questionnaire collected information on basic attributes, availability of someone to discuss parenting issues, presence or absence of hobbies and details of the hobbies, and parenting stress. Valid responses from 348 mothers were analyzed using binomial logistic regression analysis with parenting stress as the dependent variable.

**Results:** The results showed that 64.7% of the mothers were experiencing parenting stress and 71.8% had hobbies. The most common hobby was “outings with the family (children),” followed by “networking and going on outings with friends” and “shopping” in that order. Factors associated with reduced parenting stress of mothers with three-year-old children were having hobbies and a greater number of children. Furthermore, parenting stress was evident in married mothers.

**Conclusion:** Encouraging mothers raising children to take up hobbies could contribute to reducing parenting stress.

## 文 献

- 阿部範子 (2007). 母親のライフスタイルおよび充実感と、育児不安の関係. 日本赤十字秋田短期大学紀要, 12, 1-6.
- 馬場千恵, 村山洋史, 田口敦子, 村嶋幸代 (2013). 乳児を持つ母親の孤独感と社会の関連について: 家族や友達とのソーシャルネットワークとソーシャルサポート. 日本公衆衛生雑誌, 60(12), 727-737.
- 川畑摩紀枝 (1998). 育児期の家族のストレス認知とコーピング行動: 生後3~4ヵ月の第一子を持つ核家族に焦点をあてて. 神戸大学医学部保健学科紀要, 14, 71-78.
- 木脇奈智子 (2012). 多様化する「子育て支援」の現状と課題: 新たなニーズとそれに対応する事例から. 藤女子大学QOL研究紀要, 7(1), 37-43.
- 國分真佐代, 久保恭子, 飯田美代子, 大野弘恵 (2008). 3~8ヶ月の子どもを育てている母親の希望ベスト3. 日本ウーマンズヘルズ学会誌, 7, 115-120.
- 近藤克則 (2007). 検証「健康格差社会」: 介護予防に向けた社会疫学的大規模調査. 東京: 医学書院.
- 厚生労働省 (2017). 地域子育て支援拠点事業の実施について (実施要綱). <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000103063.pdf> (検索日2017年12月1日)
- 桑名佳代子, 細川 徹 (2007). 1歳6か月児をもつ親の育児ストレス (1): 母親の育児ストレスと関連要因. 東北大学大学院教育学研究科研究年報, 56(1), 247-263.
- 松村 明 (2012). デジタル大辞泉第二版. 東京: 小学館.
- 松村恵子, 植村裕子, 三浦浩美, 野口純子, 小川佳代, 船越和代, 榮 玲子 (2005). 母親の育児ストレスに関する研究. 香川県立保健医療大学紀要, 2, 19-28.
- 三国久美, 深山智代, 広瀬たい子, 工藤禎子, 桑原ゆみ, 篠木絵理, 草薙美穂 (2003). 1歳6ヶ月児を持つ両親の育児ストレスとコーピングスタイル. 日本看護研究学会雑誌, 26(4), 31-43.
- 那覇市企画財務部企画調整課統計グループ (2012). 第51回平成23年版那覇市統計書, 32-36. <http://www.city.naha.okinawa.jp/cms/kakuka/kikakutyousei/nahasitokeijyoho/nahasitoukeisho/toukei2011.pdf> (検索日2017年1月12日)
- 那覇市子ども政策課 (2014). 那覇市子ども・子育て支援事業計画 (たたき台) 【平成27年度~平成31年度】. 18-25. <http://www.city.naha.okinawa.jp/nahashikodokokosodatekeikakuann.pdf> (検索日2017年1月12日)
- 内閣府 (2010). 平成21年度インターネット等による少子化施策の点検・評価のための利用者意向調査: 第2章4.(4) 夫婦の家事・育児の分担割合. [http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/cyousa21/net\\_riyousha/html/2\\_4\\_4.html](http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/research/cyousa21/net_riyousha/html/2_4_4.html) (検索日2017年1月12日)
- 奈良間美保, 兼松百合子, 荒木暁子, 丸 光恵, 中村伸枝, 武田淳子, 白畑範子, 工藤美子 (1999). 日本版Parenting Stress Index (PSI) の信頼性・妥当性の検討. 小児保健研究, 58(5), 610-616.
- 沖縄県保健医療部健康長寿課 (2012). 沖縄県の母子保健—平成24年度刊行・2012— (平成22年度資料). 32-36.
- 斎藤 民, 近藤克則, 村田千代栄, 鄭 丞媛, 鈴木佳代, 近藤尚己 (2015). 高齢者の外出行動と社会的・余暇的活動における性差と地域差: JAGESプロジェクトから. 日本公衆衛生雑誌, 62(10), 596-608.
- 総務省 (2017). 平成28年社会生活基本調査: 生活時間に関する結果要約. 平成29年9月15日報道資料. <http://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/pdf/youyaku2.pdf> (検索日2017年12月1日)
- 島澤ゆい (2014). 育児ストレスを抱える母親へのサポートに関する検討: 先行研究の動向をもとに. 金城学院大学大学院人間生活学研究科論集, 14, 29-41.
- 清水嘉子, 遠藤俊子, 松原美和, 松浦志保, 赤羽洋子, 宮澤美知留, 黒田祐子 (2007). 子育て期をより幸福に過ごすための母親の工夫とその効果. 日本助産学会誌, 21(2), 23-35.
- 筒井末春 (1989). ストレス状態と心身医学的アプローチ: 医療の現場から. 57, 東京: 診断と治療社.
- Verghese, J., Lipton, R.B., Katz, M.J., Hall, C.B., Derby, C.A., Kuslansky, G., Ambrose, A.F., Sliwinski, M., and Buschke, H. (2003). Leisure activities and the risk of dementia in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 348(25), 2508-2516.
- 渡辺弥生, 石井睦子 (2009). 乳幼児をもつ母親の育児ストレスにソーシャル・サポートおよび自己効力感が及ぼす影響について. 法政大学文学部紀要, 60, 133-145.
- Wilson, R.S., Mendes De Leon, C.F., Barnes, L.L., Schneider, J.A., Bienias, J.L., Evans, D.A., and Bennett, D.A. (2002). Participation in cognitively stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Journal of the American Medical Association*, 287(6), 742-748.
- 山下美弥, 尾方美智子 (2003). 子どもの発達段階別にみた母親の育児不安, 自我状態: 乳児期と幼児期の比較を通して. 香川医科大学看護学雑誌, 7(1), 73-79.

〔平成29年4月13日受 付〕  
〔平成30年3月2日採用決定〕



一般社団法人  
**日本 看護  
 研究 学会**  
**会報**

第 109 号

(平成30年 9 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

第45回学術集会開催のご挨拶	1
一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第1回臨時理事会 議事録	3
一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第2回臨時理事会 議事録	4
一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第1回理事会 議事録	5
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 議事録	11
一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第3回臨時理事会 議事録	16
一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第4回臨時理事会 議事録	17

第45回学術集会開催のご挨拶

一般社団法人

日本看護研究学会第45回学術集会

会長 泊 祐 子

(大阪医科大学看護学部 教授)

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。伝統ある一般社団法人 日本看護研究学会の第45回学術集会の会長を拝命し、大変光栄に存じます。会員の皆様にご心より感謝申し上げます。

第45回学術集会を2019年8月20日(火)～21日(水)の2日間にわたり、大阪国際会議場にて開催させていただくこととなりました。会員の皆様をはじめ、多くの方々のご参加を賜りたく、ここに謹んでご案内申し上げます。

本学会の前身である四大学看護学研究会は4つの国立大学教育学部特別教科(看護)教員養成課程の教員の先生方の勉強会から発足した日本で最初の看護の学会です。当時看護系大学はわずか10校足らずでした。現在、270校を超え看護基礎教育の大学化が当たり前となり、看護職の専門性の強化や役割拡大が求められ、大学院教育も発展し専門看護師(CNS)養成もすでに20数年になります。

この40数年の看護学の発展を見ると看護教育の高度化に伴い、確かな実践知や多くの研究成果が積み重ねられていますが、それらの看護実践や研究成果をどのように社会に発信し、価値づけができるのかを第45回学術集会では考えたいと思います。そこで、本学術集会のメインテーマを『研究成果をためる、つかう、ひろげる—社会に評価される看護力—』としました。臨床で埋没している正当な看護力を可視化し、それを一過性に終わらせず、継続させていくためには、どのようにすればよいのかを参加者の方々と熱く語り合いたいと考えております。

学術集会のプログラムでは、基調講演として広井良典先生(京都大学こころの未来研究センター)に「ケアの科学と政策(仮)」, 特別講演として鯨岡俊先生(京都大学名誉教授)に「質的研究の構築と発展

「理論から実践へ」, 教育講演として新谷歩先生(大阪市立大学大学院教授)には「臨床研究データの集積と活用法」, さらには, 産官学の連携によりブランディング事業を展開している江川隆子先生(関西看護医療大学学長)に「産官学連携による研究成果をつくり, つかう, ひろげる」, 神田清子先生(群馬大学教授)には「看護ガイドラインの基盤となる研究成果の活用と構築」についてご講演をいただきます。

シンポジウム1では, 特に, 社会に見える形で実践活動をされている方々に「社会にひろげる看護の成果・知恵・経験」を, また, シンポジウム2では, 「診療報酬につながる研究成果の示し方, つかい方」を討論していただき, 研究成果および実践知をためる, つかう, ひろげる, をご参加の皆様と考えたいと思います。

会員の皆様には, 日ごろの研究成果をご発表いただき, 討論を通して次につながる研鑽の場にしていただきたいと思います。

参加者の皆様にとって有意義な2日間になるように万全の準備を整えてまいりたいと存じます。多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

なお, 大学院生等若手研究者向けの「質的研究方法」と「量的研究方法」の2つの研究セミナーを学術集会前日の午後に企画しております。ご関心をおもちの方は, 是非こちらにもご参加いただければと存じます。

謹白

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第1回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成30年5月7日（月） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】川口孝泰理事長，本田彰子副理事長，宮腰由紀子副理事長，岩本幹子理事，石井範子理事，荒木田美香子理事，青山ヒフミ理事，法橋尚宏理事，中西純子理事，前田ひとみ理事，村嶋幸代理事，良村貞子理事，吉沢豊予子理事，神田清子理事，吉田澄恵理事，安藤詳子理事，山口桂子理事，任和子理事，山勢博彰理事，宇佐美しおり理事，佐藤政枝理事，塩飽仁理事  
【監事】松田たみ子監事，渡邊順子監事

### 議 案：

第1号 平成30年度予算案について

添付資料の内容で同意する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：佐藤政枝

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第2回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成30年5月9日（水） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】川口孝泰理事長，本田彰子副理事長，宮腰由紀子副理事長，岩本幹子理事，石井範子理事，荒木田美香子理事，青山ヒフミ理事，法橋尚宏理事，中西純子理事，前田ひとみ理事，村嶋幸代理事，良村貞子理事，吉沢豊予子理事，神田清子理事，吉田澄恵理事，安藤詳子理事，山口桂子理事，任和子理事，山勢博彰理事，宇佐美しおり理事，佐藤政枝理事，塩飽仁理事  
【監事】松田たみ子監事，渡邊順子監事

### 議 案：

第1号 定款施行細則の改定について

別紙通りの改定について同意する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：佐藤政枝

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第1回理事会 議事録

日 時：平成30年5月20日（日）10：30～11：30

会 場：東京医科歯科大学 3号館18階 保健衛生学科講義室1

出 席：川口孝泰，本田彰子，宮腰由紀子，岩本幹子，石井範子，荒木田美香子，青山ヒフミ，  
法橋尚宏，中西純子，前田ひとみ，良村貞子，神田清子，安藤詳子，山口桂子，任和子，  
山勢博彰，塩飽仁，佐藤政枝（以上，常任理事・理事18名）  
松田たみ子，渡邊順子（監事2名），泊祐子（第45回学術集会長）

欠 席：村嶋幸代，吉沢豊予子，吉田澄恵，宇佐美しおり

陪 席：竹下清日，海老根潤（ガリレオ社）

議事進行：理事長 川口孝泰

書 記：佐藤政枝

### 配布資料：

1. 会員動向報告
2. 編集委員会資料
3. 地方会を学会本体事業に取り組む場合に必要作業
4. 看保連研究助成 研究成果報告書
5. 第45回学術集会のご案内
6. 看護系学会等社会保険連合（看保連）社員総会 議事次第
7. 決算報告書（一般会計）
8. 保有銀行口座の再編と印鑑・トークン管理の分担について
9. 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5回理事会議事録

平成29年度第5回常任理事会議事録 ※ 常任理事のみ

平成30年度第1回臨時理事会議事録

平成30年度第2回臨時理事会議事録

別紙：将来構想検討委員会資料

別紙：第44回学術集会報告

別紙：学会ウェブサイトリニューアル案

別冊：平成30年度定時社員総会（資料）

### 川口孝泰理事長挨拶

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5回常任理事会・理事会

## 2) 平成30年度第1回, 第2回臨時理事会(書面)

事前に配信済みの議事録について, 再確認の依頼があった。

## 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5月14日現在の会員総数は6,140名(内訳: 名誉会員15名, 評議員165名, 一般会員5,960名)であり, 2018年5月14日入金分までの会費納入率は61.7%であることが報告された。

## 2) 委員会報告

## (1) 編集委員会(資料2)

委員長・法橋理事より, 資料に基づき, 下記の点が報告された。

## ① 学会誌編集の進捗状況について,

現在, 41巻1号まで発行済みであり, J-STAGEでも順次公開されている。また, 10本がオンラインファーストで公開されており, うち8本が41巻2号(6月20日)に掲載予定である。既にアクセプト済みの論文は27本あり, 校正作業に概ね5ヶ月程度を要する見込みである。2016年度以前に投稿された論文はすべて処理済みである。

## ② 任期終了の査読者名について

本日付で任期が終了する専任査読委員(318名)と臨時査読委員の氏名を, 41巻2号に掲載予定である。

## ③ MedicalFinderの契約中止について

医学書院との契約中止に伴い, 5月1日に学会webサイトからリンクが削除された。

## ④ 専任査読委員の委嘱について

367名(継続: 306名, 新規: 61名)に依頼し, 受諾は238名, 辞退は40名であった。未だ返信のない89名に対しては再確認の予定である。今回より設定した査読委員の資格要件については, 若干名から個別の問い合わせがあったが, 当初懸念していたような問題は生じなかった。

## ⑤ 学術集会抄録号のJ-STAGEでの公開について

20巻3号以降のJ-STAGEでの公開は, 3年計画で進められることが決まっており, 現在は39巻3号まで公開済みである。

## ⑥ 第44回学術集会での特別交流集会について

『研究成果を眠らせないで, 学会発表後に論文化するためのノウハウ』というテーマで特別交流集会を開催する。

## ⑦ 過去4年間の学術誌のリノベーションについて(総括)

2014年5月18日に新体制がスタートし, 「電子投稿システム(ScholarOne Manuscripts)の導入」, 「オープンアクセスジャーナル化(J-STAGEでの無料公開および情報源の一本化)」, 「オンラインファースト(早期公開)の導入」, 「電子付録の掲載開始」, 「doi(digital object identifier)の付与」, 「過去の全冊子体の電子アーカイブ化(学会webサイトでの無料公開)」, 「英語論文の受理開始」, 「雑誌投稿規程等の整理(利益相反の開示の義務化, 著者貢献度の明示化, 全論文における英語抄録の必須化)」, 「研究倫理審査委員会承認の確認強化」, 「選任査読委員と臨時査読

委員制度の充実化」に取り組んだ。Pubmedへの掲載については、次期委員会に引き継ぐ課題である。

(2) 奨学会委員会（別冊：平成30年度定時社員総会（資料）p.80）

委員長・石井理事より、資料に基づき、平成30年度の授与者が決定し、第44回学術集会にて授与式が執り行われることを、社員総会にて報告する旨が説明された。

(3) 学会賞・奨励賞委員会（別冊：平成30年度定時社員総会（資料）p.68）

委員長・荒木田理事より、資料に基づき、平成29年度受賞候補者（学会賞1名、奨励賞5名）について社員総会にて審議となる旨が確認された。今後の課題として、学会賞の意味合いや位置づけが当初から変化してきている経緯があり、これらを踏まえた再検討が必要であることを次期委員会に申し送っていききたいとの報告があった。

(4) 将来構想検討委員会（別紙：将来構想検討委員会資料、資料3）

委員長・川口理事長より、資料に基づき、2017年度改革プランの進捗結果と次期委員会への引継ぎ事項について説明された。会員のメールアドレスの把握、webページのリニューアル、学会事務局の業務委託の3項目に関してはほぼ完了しており、次期委員会への引き継ぎ事項として、「委員会組織の見直し」、「地方会組織の位置づけの見直しと改革」、「社会貢献事業の検討」、「利益相反に関する指針作成」が挙げられた。具体的な提案としては、次期委員会にて、現地方会や会員を対象とした地方会のあり方に関する意向調査、定款（第2条、第3条）の検討、地方会と選挙の区分けの見直しの3点を挙げて引き継ぐことが説明された。

なお、資料3については、これまでの審議内容を踏まえて事務局が作成したものであり、備忘録として次期委員会に申し送ることが説明された。

(5) 研究倫理委員会（資料なし）

委員長・青山理事より、外部委員2名を含めて構成される第1回研究倫理審査委員会を5月18日に開催し、1件の申請案件について審査を行った結果、内容の大幅修正が必要であり「条件つき承認」の扱いも難しいことから、再申請を促す審査結果を戻すことが報告された。

(6) 国際活動推進委員会（資料なし）

委員長・前田理事より、学会webページの英文化について、「原稿執筆要項」についてはこの後に掲載予定であること、「入会手続き」については、入会に関する新システムの導入や学会webページ改修の作業を鑑み、しばらく様子を見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、とくに新たな報告事項はないことが説明された。

(8) 渉外・広報（学会webページ）（別紙：学会ウェブサイトリニューアル案）

担当・塩飽理事より、資料に基づき、新しいMovable Typeへの移行作業を進めている学会webサイトのリニューアル案が説明された。また、入会手続きについては、今後、ガリレオ社のシステムを改変して使用する予定であり、見積額として55万円が提示されていること、入会手続きの具体的な方法（評議員の推薦等）についても再検討中であり、直ぐには新システムに移行することが難しい状況が補足説明された。学会ドメイン名について、「jsnr.jp」ではなく「jsnr.or.jp」が望ましいとの意見があり、急ぎ現使用状況を確認し、採用可能であれば移行するとともに、しばらくはリダイレクトにて対応することが確認された。

## (9) 看保連ワーキング（資料4）

担当・山口理事より、資料に基づき、平成29年度看保連研究助成成果報告書の内容が紹介された。2年間の研究成果を平成30年度診療報酬・介護報酬同時改定への提案事項の根拠として申請した結果、直接的な加算には至らなかったが、関連する小児診療改定のエビデンスとして示されたことが報告された。また、本研究は平成30年度将来構想検討委員会の事業にて継続予定であることが報告された。

## 3) 関連会議

## (1) 日本看護系学会協議会（資料なし）

担当・宮腰副理事長より、6月に社員総会が予定されていること、会費の値上げが検討されていることが報告された。

## (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、とくに新たな報告事項はないことが説明された。

## (3) 看護系学会等社会保険連合（資料6）

担当・山口理事より、資料に基づき、4月27日開催の社員総会について報告があった。主な報告事項として、平成30年度事業計画・予算にて、事務局正社員の新規雇用（予算約400万円計上）が報告されており、赤字決算を補填するための案として、会費の改定（値上げ）が示されたことが説明された。新会費案は、30万円（会員4,000名以上）となっており、10月の臨時総会にて決議される予定であることが補足説明された。

## (4) 日本学術会議（資料なし）

担当・川口理事長より、昨年11月に第24期が始まり、3つの事業が継続されてい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。

## 4) 第44回学術集会について（別紙：第44回学術集会報告）

学術集会長・前田理事より、資料に基づき、プログラムについて、最終的に一般演題が305題（口演：86題、示設：219題）、交流集会8題のエントリーがあったことが報告され、2日間のスケジュール案が示された。5つの学会特別企画（委員会特別交流集会）の配置について、会期中の委員会ならびに地方会の開催予定について、それぞれ確認の依頼がなされた。また、現時点での事前参加登録数は232名であり、可能な限り7月6日の期日までに事前参加登録を済ませていただきたいとの依頼があった。

## 5) 第45回学術集会について（資料5）

学術集会長・泊会員より、資料に基づき、第45回学術集会の概要が報告された。「研究成果を一ためる、つかう、ひろげる—社会に評価される看護力」というテーマにて、平成31年8月20-21日に大阪国際会議場で開催予定であり、会場費予算を鑑みると参加者1,300名の確保が必要であるとの説明があった。会員総会の開催時間と、演題登録申込期間について質問があり、いずれも学術集会の裁量でよいことが共有された。

### 3. 審議事項

#### 1) 平成29年度決算について（資料7，別冊：平成30年度定時社員総会（資料）p.42-65）

岩本理事より，資料に基づき，一般会計について，一般正味財産期末残高が79,634,861円であることが説明された。とくに事業費に関して，予算額と執行額に大きな差がある事業が散見されており，各委員会で執行率を確認の上，次回の事業予算を計画的に立てていただきたいとの依頼があった。

#### 2) 平成29年度会計監査報告について（総会資料p.66）

渡邊監事より，資料を基に，監査意見として「昨年に引き続き，本学会の資産をどのように活用していくかについて，会員サービス，研究支援，研究倫理啓発，社会貢献も含めた学会諸事業を活性化させるような事業計画・将来構想が求められる。特に研究倫理啓発事業および社会貢献事業については予算執行率が低い状況が見受けられ，それら事業の活性化とともに適正な予算計画・事業計画の立案と計画的な執行を目指すべきと考える。」との内容が示された。

上記を受けて，執行率の低さが活動の程度と比例するとは言いきれず，予算や時間の効率性を考慮した活動や，ボランティア的な活動等，個々の委員の努力により，結果として執行額が抑えられている現状があること，また，研究倫理委員会では，不確定な研究倫理審査会の開催を見越して予算が計上されており申請の有無によって執行率が流動的である等の意見が出された。結論として，予算執行率は100%前後で推移するのが理想であり，執行率が低いと十分な活動がなされていないようにみえてしまうことから，予算計上の段階でより具体的かつ計画的な検討が必要であることが共有された。また，今後は作業の一部を外部委託する等，予算節約よりも効果的に執行するための工夫と積極的な活動の見える化が求められるとの意見があった。

#### 3) 地方会 平成29年度活動報告・決算報告，平成30年度活動計画案・予算案について

（別冊：平成30年度定時社員総会（資料）p.10-35）

川口理事長より，5つの地方会のH29年度活動・決算報告ならびにH30年度活動計画・予算案について，社員総会までに確認するようにとの依頼があった。

#### 4) 保有銀行口座の再編と印鑑・トークン管理の分担について（資料8）

事務局・海老根氏より，資料に基づき，2つの地方銀行（千葉銀行，京葉銀行）がメインバンクとなっており，それぞれ1,000万円以上の預金額があるが，事務局の窓口対応が難しいこと，また万が一，銀行の破綻によりペイオフが適用された場合には一定額（1,000万円）しか補償されないことから，複数の口座をまとめる形でリスクヘッジをすることが提案された。具体的には，分散している13口座（千葉銀行，京葉銀行，三菱UFJ銀行）をメガバンクであるみずほ銀行に集約し，決済用普通預金（利息なし・銀行の破綻時には保険によって全額補償）とし，通帳は事務局で，印鑑（銀行印）については担当理事がそれぞれ管理すること，またネットバンキング管理権限は事務局で管理することが提案され，概ねこの方向性で進めることで承認された。その後，新理事会にて詳細を検討し，理事長交代に伴う登記変更の手続き完了のタイミングとして，8月の理事会にて最終決定することが確認された。なお，事務局作業の効率化を目的として，ゆうちょ銀行（振替口座）にネットバンキングの機能を追加することが事務局より提案され承認された。

#### 5) 編集委員会規程の改定について（資料2）

委員長・法橋理事より，資料に基づき，編集委員会規程（第3条（委員会）3，4，5，第5条（査読）2，3，4）の改定案が提示され承認された。特筆すべき事項としては，旧委員会から新委

員会への円滑な移行を目的とした新設項目として、第3条に「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。」という文言が追加されることが確認された。一部、資料に誤植があり、社員総会では口頭にて追加説明を行うこととなった。

6) 第47回(平成33年度)学術集会会長推薦について

川口理事長より、塩飽理事を推薦することが提案され承認された。

7) 平成30年度社員総会準備

特記すべき事項なし。

8) その他

① 入会申込理事会承認

資料に基づき、入会希望者のリストが確認され、全員の入会が承認された。

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度定時社員総会 議事録

日 時：平成30年 5月20日（日） 13：30～15：50

会 場：東京医科歯科大学 3号館18階 保健衛生学科講義室 1

社員（評議員）160名のうち、出席72名、欠席委任状86名、合計158名で、定款第27条の評議員の過半数（81名）以上の出席により、本会は成立することが確認された。

### 理事長挨拶

議 長：川口孝泰理事長

書記の任命：会議開始に伴い、理事長から推薦された書記が拍手で認められた。

書 記：赤澤千春（大阪医科大学）、川西千恵美（関西福祉大学）

### 報告事項：

#### 1. 会員数の動向について（本田彰子副理事長） 資料pp.2-3

社員総会資料に沿って、平成30年 4月 1日現在、会員総数6,029名（名誉会員15名・評議員165名・一般会員5,849名）であること、平成29年度新入会員数401名、退会者数599名、平成30年度新入会員数79名であること、平成29年度会費納入率が92.4%であったことが報告された。また、会員数の推移は、資料p.3に記載のとおりである。

#### 2. 第5回評議員・役員選挙（平成29年）について（本田彰子副理事長） 資料pp.4-7

第5回評議員・役員選挙が実施され、評議員選挙の投票率は24.3%であった。評議員のうち新任は資料pp.4・5に、新理事10名は資料p.69に記載のとおりである。

#### 3. 平成29年度委員会報告

##### ・編集委員会（法橋尚宏理事） 資料pp.8-9

平成29年度は、40巻 1 - 5号を発行し、掲載論文数36編で資料p.8に記載のとおりである。2018年度分としてオンラインファーストでJ-STAGEに10本公開済である。学会HPからJ-STAGE上へリンクされるようになった。また、現在27本がアクセプト済みである。原稿受付結果状況は、資料p.9のとおりであるが、査読・掲載ともにオンラインとなって大幅なタイムロスは解消されつつある。規定の一部変更が審議である。

##### ・奨学会委員会（石井範子理事） 資料p.40

平成29年度の奨学会研究授与は、吉田祐子氏であったこと、また平成30年度の選考を行ったことが報告された。

##### ・学会賞・奨励賞委員会（良村貞子理事） 資料p.40, p.68

資料p.68のとおり、平成29年度学会賞・奨励賞選考審査をおこなったことが報告された。対象者については社員総会内での審議となる。

・将来構想検討委員会（川口孝泰理事長） 追加資料1

会員のメールアドレスの把握と学会HPからJ-STAGE上へリンク等行った。

引き続き、学会HPのリニューアルを行っている。ウェブサイトのリニューアルは、追加資料1のとおり、PCとスマホの両方を検討中である。

地方会の位置づけについて本会の目的・事業内容と合わせて検討していく必要があること、学会自体の利益相反の指針等の検討が必要であることなど、2018年度に引き継いでいく旨が報告された。

・研究倫理委員会（青山ヒフミ理事） 資料p.40

第43回学術集会において啓発事業を行い、40名の参加があった。

研究倫理審査受け付けに関して3件の問い合わせがあり、そのうちの1件について審査をし、再申請となったことが報告された。

・国際活動推進委員会（前田ひとみ理事） 資料p.40

第43回学術集会において、今野理恵氏（関西国際大学）を講師に、特別交流集会を開催、HPを英文化、イヤブックを4件発行したことが報告された。イヤブックは、学会誌に英文での投稿が可能になったことから2017年度で終了となる旨報告された。

・大規模災害支援事業委員会（中西純子理事） 資料

平成29年度は大規模災害支援事業としての支援はなかったことが報告された。規定の一部変更が審議である。

・渉外広報（ホームページ）（塩飽仁理事）

将来構想で理事長報告済みで、特になし

4. 第44回学術集会について（前田ひとみ学術集会会長）

日程は平成30年8月18～19日で、一般演題305、232名の事前参加申し込みがあるが、できるだけ、事前参加申し込みをお願いしたい旨、報告された。

5. 第45回学術集会について（泊祐子学術集会会長）

日程は平成31年8月20～21日開催予定である旨、報告された。

6. その他

・日本学術会議について（川口孝泰理事長）

日本学術会議の正会員として看護学分野から2名が出ている。これまで看護分科会では、看護学の高度実践化に対応した提言とうことで、「ケアサイエンス」という新しい科学の必要性が「学術の動向」に掲載されたことで、他の学問分野にもその必要性が認識され、「少子高齢社会におけるケアサイエンス分科会」へと、分科会レベルに格上げされた。

その他、看護学分科会では前期に引き続き、高度実践看護師に関わる検討班、地域創生に関わる検討班、およびケアサイエンスに関する検討班の3班で、これまで通りの活動が進められている。

・日本看護系学会協議会の活動について（宮腰由紀子副理事長）

学術会議と共催で年3回ほど講演会を行い、医療安全にも力を入れている旨報告があった。6月の社員総会で活動費について審議が行われる予定である。

- ・看護系学会等社会保険連合（看保連）の活動について（山口桂子理事） 資料p.40

診療報酬のあり方委員会への出席，診療報酬・介護報酬同時改訂に向けての2プロジェクト活動の調査により，小児関連の増額部分に結びつく傾向があったこと，また，平成30年度の看保連の事業として常勤の職員雇用，看護協会へ家賃支払い等が決定された旨報告された。今後会費の値上げの審議がされる。

- ・地方会の活動について

平成29年度事業報告・会計報告・会計監査報告，平成30年度事業計画・予算・補助金使用予定計画が報告された。

北海道（良村貞子理事） 資料pp.10-15

東海（山口桂子理事） 資料pp.16-21

近畿・北陸（上野栄一評議員） 資料pp.22-26

中国・四国（中西純子理事） 資料pp.27-30

九州・沖縄（楠葉洋子評議員） 資料pp.31-35

#### 審議事項：

##### 1. 定款施行細則・規程改定について

- ・法橋尚宏編集委員長より，編集委員会規程第3条，5条に関する改定案の説明があり，拍手で承認された。資料p.36

主に，3条は，任期終了後もつつがなく編集作業等を継続するために1ヶ月程度，現委員の仕事の継続を依頼することを規程に明示した。

5条は，査読が学会メンバーでは査読が困難な場合に依頼する臨時査読委員に関して規程に明示した。

- ・中西純子大規模災害支援事業委員長より，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）の改定案の説明があり，拍手で承認された。資料p.37

実態に合わせた，文言の整理である。

合わせて，「大規模災害」を定義し，これまでの募集要領を「大規模災害支援事業委員会施行細則」として定めたことが報告された。

- ・川口理事長より

定款施行細則 第2章 第3条（委員会）に関して 資料p.39

社員全員にかかわる重要案件以外は，委員会規程変更の議決を，「社員総会」から「理事会」に変更したい旨，川口理事長から説明があり，拍手で承認された。

##### 2. 平成29年度事業報告について（本田彰子副理事長） 資料pp.40-41

社員総会資料に沿って，平成29年度の事業報告がなされた。拍手により賛成多数で承認された。

##### 3. 平成29年度一般会計・特別会計決算報告について（岩本幹子理事） 資料pp.42-65

社員総会資料に沿って，一般会計・特別会計決算報告について説明された。拍手により賛成多数で承認された。

#### 4. 監査報告について（渡邊順子監事） 資料pp.66-67

社員総会資料に沿って、平成29年度の会計監査報告がされ、いずれも適正であることを認めることが報告された。昨年から引き続き、様々な努力により、事業経費の縮減が進んだが、今後の課題としてそれにより生まれた財源をどのように生かすか、執行率が低い委員会等も含め、学会諸事業を活性化させるような事業計画・将来構想の検討を期待する旨が説明された。

また、資料p.67の税理士の会計調査報告書について代読された。

拍手により賛成多数で承認された。

#### 5. 学会賞・奨励賞 推薦について（良村貞子理事） 資料p.68

規程（p.94）に従い、学会賞は、筆頭著者への授与であるため堀田涼子氏とした。

奨励賞は、論文であるため、下記5本とした旨報告された。

- ・病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデル 第38号2号掲載論文
- ・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 第39号2号掲載論文
- ・「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 第39号5号掲載論文
- ・産婦による分娩環境の情報の抽出と活用 第40号1号掲載論文
- ・産褥1ヶ月の貧血改善を妨げる影響要因 第39号1号掲載論文

#### 6. 役員の選任について 資料p.69

- ・再任理事10名、・監事1名の信任決議 拍手により賛成多数で承認された。
- ・新理事候補者10名は、社員総会で拍手により賛成多数で承認された。
- ・理事長宮腰由紀子氏、副理事長安藤詳子氏、副理事長深井喜代子氏が拍手により賛成多数で承認された。
- ・理事長推薦理事として、石川ふみよ氏（上智大学）と岡田由香氏（日本福祉大学）が拍手により賛成多数で承認された。
- ・常任理事が理事長：宮腰由紀子氏、副理事長：安藤詳子氏、副理事長：深井喜代子氏を含め、下記のとおり拍手により賛成多数で承認された。

吉沢豊予子氏（国際）、神田清子氏（奨学会）、山口桂子氏（渉外・災害）、任和子氏（会計）、山勢博彰氏（研究倫理）、工藤せい子氏（学会賞・奨励賞）、鈴木みずえ氏（総務）、高見沢恵美子氏（編集）

- ・新監事

岡山大学の西田真寿美氏が拍手により賛成多数で承認された。

#### 7. 名誉会員の推薦について 資料p.70

紙屋克子氏了解の元、推薦され、拍手により賛成多数で承認された。

## 理事会報告：

1. 平成30年度事業案について（本田彰子副理事長） 資料pp.71－72  
社員総会資料に基づいて報告された。
2. 平成30年度予算案について（岩本幹子理事） 資料pp.73－79  
社員総会資料に沿って、平成30年度予算案が報告された。これまでの学術集会抄録のJ-STAGE公開3年計画の初年度として予算の計上が始まった。またホームページのリニューアル等により、単年度としては赤字になる旨、説明された。
3. 奨学会研究費授与候補者について（石井範子理事） 資料p.80  
5件の応募があり、審査・選考した結果、近藤由香氏に授与が決定したことが報告された。
4. 第47回（2021年）学術集会会長推薦について（川口孝泰理事長）  
塩飽仁理事（東北大学）に決定した旨報告された。
5. その他  
新理事長宮腰由紀子氏より、挨拶があった。

以上

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第3回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成30年6月29日（金） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】 宮腰由紀子理事長，安藤祥子副理事長，深井喜代子副理事長，阿部幸恵理事，石川ふみよ理事，宇佐美しおり理事，岡美智代理事，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，国府浩子理事，佐藤洋子理事，鈴木みずえ理事，祖父江育子理事，高見沢恵美子理事，任和子理事，山口桂子理事，山勢博彰理事，吉沢豊予子理事，吉田澄恵理事，良村貞子理事  
【監事】 西田真寿美監事，渡邊順子監事

### 議 案：

第1号 一般社団法人日本看護研究学会第45回学術集会参加費について以下の通りとすることを承認する。

事前		当日	
会員	非会員	会員	非会員
10,000円	12,000円	12,000円	14,000円

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：鈴木みずえ

## 一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第4回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：平成30年6月29日（金） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】宮腰由紀子理事長，安藤祥子副理事長，深井喜代子副理事長，阿部幸恵理事，石川ふみよ理事，宇佐美しおり理事，岡美智代理事，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，国府浩子理事，佐藤洋子理事，鈴木みずえ理事，祖父江育子理事，高見沢恵美子理事，任和子理事，山口桂子理事，山勢博彰理事，吉沢豊予子理事，吉田澄恵理事，良村貞子理事  
【監事】西田真寿美監事，渡邊順子監事

### 議 案：

第1号 本理事会は編集委員会，研究倫理委員会，大規模災害支援事業委員会，看保連ワーキングの各委員，および総務・渉外協力員を別添名簿のとおり承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：鈴木みずえ

別 添：名簿

任 期：承認日～2020年度定時社員総会終結の時まで

編集委員会	吾郷美奈恵	島根県立大学看護学部／大学院看護学研究科
	池内 和代	高知大学教育研究部医療学系看護学部門
	岩佐 幸恵	徳島大学医歯薬学研究部看護教育学分野
	上野 栄一	福井大学学術研究院医学系部門看護学領域基礎看護学講座
	岡田 淳子	県立広島大学保健福祉学部看護学科
	勝山貴美子	横浜市立大学医学部看護学科
	木立るり子	弘前大学大学院保健学研究科
	國方 弘子	香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科
	古賀 明美	佐賀大学医学部看護学科
	清水 安子	大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻
	出口 禎子	北里大学看護学部
	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
	法橋 尚宏	神戸大学大学院保健学研究科家族看護学分野
	本田 育美	名古屋大学大学院医学系研究科
	前田 樹海	東京有明医療大学看護学部看護学科
	道重 文子	大阪医科大学看護学部
研究倫理委員会	勝山貴美子	横浜市立大学医学部看護学科
大規模災害支援事業委員会委員	楠葉 洋子	長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻看護学講座
	工藤せい子	弘前大学大学院保健学研究科
看保連ワーキング委員	叶谷 由佳	横浜市立大学 医学部 看護学科老年看護学
	泊 祐子	大阪医科大学看護学部看護学科
ホームページ等総務協力員	塩飽 仁	東北大学大学院医学系研究科保健学専攻
日本学術会議等渉外協力員	川口 孝泰	東京情報大学看護学部

# 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掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲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、以下のものであれば、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ムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

#### ■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

### 4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2017)等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認され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、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文の中に明確に示さなければならない。

#### ■二重投稿

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

#### ■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正

当な理由を添えて、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

## 5. 投稿手続きおよび採否

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

## 6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

## 7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「雑誌投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、電子投稿システムに登録する。

## 8. 利益相反自己申告書

利益相反自己申告書で、著者全員が研究内容に関係する企業・組織または団体との利益相反状態を記載し、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

## 9. 原稿の受付

原稿は随時受けつけているが、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	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

## 11. ゲラ刷りの校正

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

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

## 12. 原稿掲載料・別刷料

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

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

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

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

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

## 13. 著作権

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

## 14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

### 附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 14) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 15) 平成30年1月21日 一部改正実施する。

# 原稿執筆要項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

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

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

## 1. 投稿の際の電子書式等について

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

## 2. 文体ならびに句読点について

- 1) 文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが、文体は「である調」を基本とする。
- 2) 論文は横書き2段組で印刷するため、読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「, (全角コンマ)」とし、句点は読点との区別を明瞭にするために「。(全角句点)」とする。
- 3) 漢字の使用については、原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお、専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし、接続詞や副詞の多くと名詞や動詞、助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。  
[例]「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」
- 4) 本文や図表中(文献は除く)で用いられる数字(「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く)および欧文については、原則として半角文字を使用する。ただし、1桁の数字および1文字のみの欧文(例: A施設, B氏, 方法X, など)の場合は全角文字とする。また、量記号(サンプル数の $n$ や確率の $p$ などの数値すなわち量を表す記号)に対しては、欧文書体のイタリック体(斜体)を使用する。
- 5) 整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は、たとえば、相関係数 $r$ やCronbach's  $\alpha$ 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) 論文中で使用される見出しの階層が3階層までの場合は数字記号、すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。
- 7) 4階層以上になる場合は上位から順に使用する。
- 8) ある階層に下位階層をつくる場合、下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には、下位階層の項目とはしない。

### 4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線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、掲載料は無料とする。その制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する」と定められている。

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

## 13. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

## 14. 英語論文について

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

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

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

### 附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。

- 5) 平成15年 7 月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年 7 月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年 8 月 2 日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月 5 日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年 9 月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年 2 月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 13) 平成29年 8 月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年 1 月21日 一部改正実施する。

# 事務局便り

## 1. 平成30年度会費納入のお願い

平成30年度会費未納の方は、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	
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

## 2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<http://www.jsnr.jp/>) から「会員情報管理システム」にアクセスして、ご自身で登録情報の修正・追加を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 東京都豊島区巢鴨 1-24-1 4F

(株)ガリレオ学会業務情報化センター内

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

E-mail: [g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp](mailto: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 4号

無料配布

平成30年9月20日 印刷

平成30年9月20日 発行

### 編集委員 委員長

高見沢恵美子 (理事)	関西国際大学看護学研究科
吾郷美奈恵 (会員)	鳥根県立大学大学院看護学研究科
池内和代 (会員)	高知大学教育研究部医療学系看護学部門
岩佐幸恵 (会員)	徳島大学大学院医歯薬学研究部
上野栄一 (会員)	福井大学学術研究部医学系部門
岡田淳子 (会員)	県立広島大学保健福祉学部
勝山貴美子 (会員)	横浜市立大学医学部
木立るり子 (会員)	弘前大学大学院保健学研究科
工藤美子 (理事)	兵庫県立大学看護学部
國方弘子 (会員)	香川県立保健医療大学保健医療学研究科
古賀明美 (会員)	佐賀大学医学部
清水安子 (会員)	大阪大学大学院医学系研究科
出口禎子 (会員)	北里大学看護学部
藤田君支 (会員)	九州大学大学院医学研究院保健学部門
法橋尚宏 (会員)	神戸大学大学院保健学研究科
前田育美 (会員)	名古屋大学大学院医学系研究科
前田樹海 (会員)	東京有明医療大学看護学部
道重文子 (会員)	大阪医科大学看護学部
吉田澄恵 (理事)	東京医療保健大学千葉看護学部 (五十音順)

### 発行所 一般社団法人日本看護研究学会

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨

1-24-1 4F

株式会社ガリレオ

学会業務情報化センター内

☎ 03-3944-8236 (直通)

FAX 03-5981-9852

ホームページ

<http://www.jsnr.jp/>

E-mail: [g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp](mailto:g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp)

### 発行者 責任者

宮腰由紀子

### 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早くご利用下さい。)

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な事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意ください。
3. 入会申込書の送付先：〒170-0002 東京都豊島区東郷1-24-1 第2ユニオンビル4階 株式会社ガリレオ 学芸業務情報化センター内  
一般社団法人日本看護研究学会

4. 理事会承認後、その旨通知する際に入会金3,000円、年会費8,000円、合計11,000円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日(2週間)以内にお振込み下さい。
5. 専門区分の記入について：専門区分のいずれかかか○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・所属いずれかか○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ち、お知らせいたします。

(切り取り線より切り取ってお出しく下さい)

## 入会申込書

一般社団法人日本看護研究学会理事長 殿

申込年月日 年 月 日

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

フリガナ	専門区分		看護学・医学・その他( )	
氏名	生年		西暦	性別
所属	TEL	FAX	年	男・女
送付先住所	自宅・所属 (いずれかか○)	〒	月	日
E-mail	TEL	FAX	年	
自宅			月	
議員			日	
推薦者氏名			年	
推薦者所属			月	
			日	
理事会承認年月日			年	
事務局	受付番号		月	
入会欄	受付日		日	
	通知番号		年	
			月	
			日	

### 地区割

地区名	都道府県名
1 北海道	北海道
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野
5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
7 中国・四国	高根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

# 変 更 届

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

年 月 日

会員番号 \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

変更する項目にご記入ください。

## 自宅住所の変更

〒 \_\_\_\_\_

## 電話及びFAX

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Eメール: \_\_\_\_\_

## 勤務先の変更

所属名: \_\_\_\_\_

所属住所

〒 \_\_\_\_\_

## 電話及びFAX

TEL \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Eメール: \_\_\_\_\_

フリガナ \_\_\_\_\_

氏名の変更 \_\_\_\_\_

## 地区の変更

### 地区割

地区名	都道府県名	地区名	都道府県名
1 北海道	北海道	5 東海	神奈川, 岐阜, 静岡, 愛知, 三重
2 東北	青森, 岩手, 宮城, 秋田, 山形, 福島	6 近畿・北陸	滋賀, 京都, 大阪, 兵庫, 奈良, 和歌山, 福井, 富山, 石川
3 関東	千葉, 茨城, 栃木, 群馬, 新潟	7 中国・四国	島根, 鳥取, 岡山, 広島, 山口, 徳島, 香川, 愛媛, 高知
4 東京	東京, 埼玉, 山梨, 長野	8 九州・沖縄	福岡, 佐賀, 長崎, 熊本, 大分, 宮崎, 鹿児島, 沖縄

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

送付先について、どちらかに○をご記入の上、ご指定ください。

勤務先 ( ) 自宅 ( )

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

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

