JOURNAL OF
JAPAN SOCIETY OF
NURSING RESEARCH
Volume 41 Number 5 December 2018 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[41巻 5号]

Japan Society of Nursing Research

会　　告（1）

2018年12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

記

一般社団法人日本看護研究学会第45回学術集会

メインテーマ：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（グランキューブ大阪）
〒530-0005　大阪市北区中之島 5 丁目 3 番51号
TEL：06-4803-5555（代表）　FAX：06-4803-5620
URL：https://www.gco.co.jp/

【プログラム】

1．会長講演：「研究成果をためる　つかう　ひろげる」
泊　　祐子（大阪医科大学看護学部　教授）

2．特別講演：「質的研究の構築と発展―理論から実践へ―」
鯨岡　　俊（京都大学　名誉教授）

3．基調講演：「ケアの科学と政策」
広井　良典（京都大学こころの未来研究センター　教授）

4．教育講演

1）「臨床研究データの集積と活用法―Research Electronic Data Capture（REDCap）―」
新谷　　歩（大阪市立大学大学院医学研究科　教授）

2）「産官学連携により研究成果をつくり，つかい，ひろげるために」
江川　隆子（関西看護医療大学　学長）

3）「看護ガイドラインの基盤となる研究成果の活用と構築」
神田　清子（群馬大学大学院保健学研究科　教授）

5．シンポジウム

1）「社会にひろげる看護の成果・知恵・経験」

演者：三輪　恭子（よどきり医療と介護のまちづくり株式会社　取締役）

多田真寿美（株式会社ナースあい　代表取締役）

宇都宮宏子（在宅ケア移行支援研究所　宇都宮宏子オフィス　代表）

2）「診療報酬につながる研究成果の示し方・つかい方」

演者：箕浦　洋子（兵庫県立尼崎総合医療センター　副院長兼看護部長）

渡邉　眞理（横浜市立大学医学部　教授）

叶谷　由佳（横浜市立大学医学部　教授）

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

7．その他（ランチョンセミナー，企業展示，書籍展示　他）

【懇親会】

日　時：2019年 8 月20日（火）

場　所：大阪国際会議場　12階 「グラントック」

会　費：5,000円

【参加費】

	事前	当日
会　員	10,000円	12,000円
非会員	12,000円	14,000円
学　生	（事前受付なし）	3,000円

※事前参加申し込みは，2019年 2 月 1 日（金）～ 6 月28日（金）までです。

※「学生」は，当日の参加登録のみとなります。

大学院生および看護師資格を有する研修学校生などは含みません。

※「学生」料金には，学術集会抄録集を含みません。

申し込みは学術集会ホームページ（http://jsnr45-2019.umin.jp/）よりお申し込みください。

【一般社団法人日本看護研究学会　第45回学術集会運営事務局】

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

E-mail：jsnr45-2019@intergroup.co.jp

一般社団法人日本看護研究学会第45回学術集会　一般演題募集

一般社団法人日本看護研究学会第45回学術集会は，下記の要領で募集いたします。多数の方々のご参加をお待ちしております。

2018年12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

［**一般演題募集要項**］

■募集期間

2019年 1 月21日（月）正午～ 3 月15日（金）正午まで

■演題募集の受付

演題登録は原則として学術集会ホームページ（http://jsnr45-2019.umin.jp/）からのオンライン登録に限ります。期間中は何回でも演題登録内容の確認および修正ができます。

＊尚，郵送による応募は受付けませんのでご注意ください。

■演題登録資格

・発表演者，共同演者を含めて全員が本学会会員であることが必要です。
・発表演者の方は，ご自身を含め共同演者全員の会員番号および2019年度の会費納入をご確認ください。
学会発表時までに2019年度会費未入金の方がありますと発表できません。
・未入会の方は，演題申し込みまでにあらかじめ，入会手続き（入会金の納入）と2019年度会費の納入を済ませてください。
・大学，短期大学，専修学校在学中の学生は本会には入会できませんが，2019年 3 月末卒業予定の学生の方は，演題申し込みまでには入会手続きをしてください。
（会員資格の発効は2019年 4 月以降になりますが，会員番号は入会承認が下りた時点でお知らせします。演題登録画面には発行された会員番号をご入力ください。）
・万が一，入会手続きが間に合わない場合は一般社団法人日本看護研究学会事務局へご相談ください。

※入会申し込み方法・会員番号確認方法

・入会申し込みは，日本看護研究学会ホームページ「入会のご案内」から手続きしてください。
・会員番号は，受領される封筒の宛名部分の右下に記しておりますので，ご確認ください。
・お問い合わせは
一般社団法人日本看護研究学会事務局（株式会社ガリレオ内）へお願いします。
FAX：03-5981-9852　　E-mail：g027jsnr-support@ml.gakkai.ne.jp

■演題登録方法

・はじめに新規登録画面よりメールアドレスを登録してください。演題入力画面のURLを案内するメールが届きます。
・メールが届かない場合，迷惑メールとして振り分けられていないかをご確認ください。
・大学や研究機関のメールアドレスやネットワークから登録された場合，メールセキュリティシステムによって案内メールがブロックされる事例があります。学外のメールアドレスやネットワーク外から再度お試しください。
・演題登録完了時に，受付番号が発行されます。受付番号とパスワードは登録者の責任で確認・保管してください。
・演題募集期間中は何度でも確認・修正をすることができます。［確認・修正画面へ］ボタンから，登録番号とパスワードを使って修正画面にアクセスしてください。
・登録期間は厳守してください。締切り後はアクセスができなくなります。

■発表形式

・一般演題（口演発表・示説発表）を募集いたします。発表形式は，「口演，示説，どちらでも良い」からいずれかを選択してください。
尚，発表形式の決定は会長に一任願います。最終発表形式はご希望と異なる可能性もありますことをあらかじめご了承ください。
・演題は発表当日の時点で未発表のものに限ります。他学会への二重発表は認められません。
・発表演者としての申し込みはお1人につき口演1演題，示説1演題，計2演題までとさせて頂きます。
・連番による発表を希望される場合には，演題名に順序が判るよう表現してください。連番は原則3題までの申し込みとします。

◆口演発表の形式

・発表時間は1演題10分間（発表7分間，質疑3分間）を予定しています。
・会場に準備するPCのOSは，Windows8です。アプリケーションソフトは，「Windows版PowerPoint 2007/2010/2013/2016」となります。
・Power Pointに標準搭載されているフォントのみ使用可能です。
・発表者専用表示の発表者ツールは使用できません。
・動画，音声の使用はできません。静止画を使用する場合はJPEG形式としてください。
・発表データはUSBフラッシュメモリーにてご持参ください。
・発表データはPC受付でご確認の上，発表会場ではご自身で操作して発表していただきます。

◆示説発表の形式

・一定時間を設け，討論します。発表者を中心にポスターを囲んで討論していただきます。発表者は準備したポスターを所定の位置に時間厳守で掲示してください。
・パネル上でポスターが貼れる範囲は，縦180cm×横90cmです。
・演題番号を表示するためにパネル左上のスペース（20×20cm）は空けておいてください。事務局が演題番号を貼ります。

■登録項目

発表演者の氏名	発表者を筆頭演者にしてください。
共同演者名	10名以内（筆頭演者を含む）
所属機関	5 施設以内
演題名	副題も含めて全角60字以内
抄録本文	最大全角900字以内，図表を掲載する場合は全角700文字 本文には【目的】【方法】【結果】【考察】を記述してください。 研究方法には，研究対象に対する倫理的配慮を必ず記述してください。
備考	事務局への連絡事項などありましたら，ご記入ください。
パスワード	半角英数文字 6 ～ 8 文字，大文字・小文字は区別されます。

■演題区分

申し込み演題の区分を以下から選択してください。

1	基礎看護・看護技術	16	地域看護
2	看護教育（基礎教育）	17	在宅看護
3	看護教育（継続教育）	18	公衆衛生看護
4	看護教育（その他）	19	健康増進・予防看護
5	看護管理（病院管理・医療安全）	20	感染看護
6	看護管理（新人教育・その他）	21	がん看護
7	急性期看護	22	終末期ケア・緩和ケア
8	慢性期看護	23	看護理論・看護診断・看護過程
9	リハビリテーション看護	24	看護情報
10	外来看護	25	看護倫理
11	老年看護	26	災害看護
12	精神看護	27	国際看護
13	小児看護	28	看護史
14	母性看護	29	放射線看護
15	家族看護	30	その他

■図表の挿入

・図，表，写真は 1 点のみ掲載できます。（複数を 1 点にまとめる事は問題ありません。）図表がある場合は，本文の文字数は全角700字以内になります。
・ExcelやWordで作成した図表はPDFに変換してください。ファイルサイズは 3 MB までとなります。
・掲載する図表は，最大で8.0cm×6.0cmです。大きさを考慮の上，読めるようご作成ください。
・図表も登録画面からアップロードできます。
・図表を訂正する際は再度アップロードしてください。

■採否の通知

・ご応募いただいた演題については査読の上，採否を決定いたします。査読の結果，抄録の修正をお願いする場合があります。

・最終的な採否の結果は，会長に一任願います。最終的な採否の結果，一般演題プログラム番号，発表時間等は学術集会ホームページ上に掲載します。

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は，一般社団法人日本看護研究学会第45回学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。また，ご入力いただいた個人情報は，必要なセキュリティー対策を講じ，厳重に管理いたします。

■お問い合わせ

①登録システムに関する技術的な問い合わせはこちらになります。

（株）セカンド内
担当　富永　jsrm-k@secand.jp
〒862-0950　熊本市中央区水前寺４丁目39－11
TEL：096-382-7793　　FAX：096-386-2025

②演題内容や学術集会に関すること

第45回学術集会運営事務局
E-mail：jsnr45-2019@intergroup.co.jp

③入会，会員登録に関すること

一般社団法人日本看護研究学会事務局　株式会社ガリレオ学会業務情報化センター内
〒170-0002　東京都豊島区巣鴨１丁目24－１－4F
FAX：03-5981-9852　　E-mail：g027jsnr-support@ml.gakkai.ne.jp

＊お問い合わせは2019年３月15日（金）正午までにお願いいたします。土・日曜日は業務時間外のため，お問い合わせへの対応がしかねますことをご了承ください。

［交流集会募集要項］

■募集期間

2019年１月21日（月）正午～３月15日（金）正午まで

■応募資格

・発表演者，共同演者を含めて全員が本学会会員であることが必要です。

・未入会の方は，交流集会の申し込みまでにあらかじめ，入会手続き（入会金の納入）と2019年度会費の納入を済ませてください。

■交流集会申し込み方法

・発表者全員の氏名・所属・会員番号，代表者の連絡先，交流集会のテーマ，1,200文字以内の抄録を，学術集会ホームページ（http://jsnr45-2019.umin.jp/）の「交流集会募集」ページよりダウンロードした申込用紙に入力してください。
・申込用紙は，下記の学術集会運営事務局宛にE-mailでお送りください。
・ファイル名は「JSNR45交流集会応募__代表者氏名」としてください。
・オンラインによる応募は受け付けておりませんのでご注意ください。

※交流集会申し込み先

第45回学術集会運営事務局　　E-mail：jsnr45-2019@intergroup.co.jp

■実施方法

・交流集会は代表者を中心に，自主運営です。それぞれのテーマで自由な形式で発表及びフロア参加者とのディスカッションを行っていただきます。
・交流集会の開催時間は１セッション60分です。
・決定した交流集会の代表者に，事務局より会場・方法等の詳細をお知らせいたします。
・お申し込み時のご希望に添えない場合もございますので，あらかじめご了承ください。

■採否の結果

・ご応募いただいた演題については査読の上，採否を決定いたします。査読の結果，抄録の修正をお願いする場合があります。
・最終的な採否の結果は，会長に一任願います。最終的な採否の結果，日時などの連絡は，全て代表者のE-mail宛に送付いたします。
・E-mailアドレスが変更になった場合は，運営事務局までE-mail（jsnr45-2019@intergroup.co.jp）にてご連絡ください。

■個人情報について

ご登録いただいた個人情報は，一般社団法人日本看護研究学会第45回学術集会の準備・運営目的以外には使用いたしません。

会　　告（2）

日本看護研究学会雑誌41巻 3 号掲載を下記の通り訂正いたします。

(1) 以下の通り訂正いたします。

P260・264・345　時間・講演内容変更

誤　11：30〜12：40
笑いの現場から学ぶ！最強医療コミュニケーション「なんでやねん力」
演 者：Wマコト（中山　真・中原　誠）（株式会社WMcommons）

正　11：40〜12：40
大切にしたい自分の体〜 2 度の子宮がんを経験して〜
演 者：原　千晶（よつばの会　代表）

(2) 以下の通り訂正いたします。

P267　共同発表者削除

誤　15　ディスポーザブルウェットタオルとタオルによる清拭の効果
—皮膚常在細菌，角層水分量等の比較から—
○松本　智晴[1]，有松　操[2]，古村　沙織[3]，南家　貴美代[1]，福山　美季[1]，河野　宏明[1]，前田　ひとみ[1]
[1]熊本大学大学院生命科学研究部看護学講座，[2]鹿児島純心女子大学看護栄養学部，
[3]熊本大学大学院保健学教育部博士前期課程看護学分野

正　15　ディスポーザブルウェットタオルとタオルによる清拭の効果
—皮膚常在細菌，角層水分量等の比較から—
○松本　智晴[1]，有松　操[2]，古村　沙織[3]，南家　貴美代[1]，福山　美季[1]，前田　ひとみ[1]
[1]熊本大学大学院生命科学研究部看護学講座，[2]鹿児島純心女子大学看護栄養学部，
[3]熊本大学大学院保健学教育部博士前期課程看護学分野

(3) 以下の通り訂正いたします。

P270　所属変更

誤　31　保健師助産師看護師法と憲法の問題　〜看護における男性差別を考える〜
○立林　春彦[1]
[1]城西国際大学看護学部看護学科

正　31　保健師助産師看護師法と憲法の問題　〜看護における男性差別を考える〜
○立林　春彦[1]
[1]東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

(4) 以下の通り訂正いたします。

P271　発表者変更

誤　46　複数介助者で実施する車椅子移乗方法の検討―第二報

○中山　麻由[1]，加悦　美恵[1]，森本　紀巳子[1]

[1]久留米大学医学部看護学科

正　46　複数介助者で実施する車椅子移乗方法の検討―第二報

中山　麻由[1]，○加悦　美恵[1]，森本　紀巳子[1]

[1]久留米大学医学部看護学科

(5) 以下の通り訂正いたします。

P287・482　演題取下げのため削除

示説　183　病棟看護師を対象とした退院支援に関する継続教育　－国内文献の動向－

○北林　真美[1]

[1]日本赤十字秋田看護大学

(6) 以下の通り訂正いたします。

P346　講演内容変更

誤

◆ランチョンセミナー 3 ◆

笑いの現場から学ぶ！
最強医療コミュニケーション「なんでやねん力」

株式会社WMcommons　Wマコト（中山真・中原誠）
協　賛：ニプロ株式会社

背景・目的

昨今，医療の高度化・複雑化に伴い，チーム医療・地域医療が推進される中，医療・看護におけるコミュニケーションの在り方が問われている。また医療安全や接遇向上，他職種連携において質の高いコミュニケーションは必要不可欠である。そこで今回のセミナーでは，チーム連携強化や一人一人が活き活きと働ける環境づくり・関係づくりを実現している一流芸人の“人を喜ばせる・人を輝かせるコミュニケーション術”や笑顔で人が育つ“人財笑育術”を伝授。仕事の本質である物事を紐解く力“なんでやねん力”を身につけることで，よりよい医療・看護の提供，患者様の心も体も満たすサービスの実現を目的とする。

講演内容

日本初漫才式セミナー講師Wマコトによる“笑い”を活用したコミュニケーション講演。

・コミュニケーションにおける笑いの効果・効能
　なぜ医療・看護の現場に笑いが必要なのか？
・即現場で活用できるコミュニケーション術講座
　明るく楽しい職場づくりを実現するために，笑いの現場で活用されている質の高い 5 つのコミュニケーション・スキルを体感。
・コミュニケーションＱ＆Ａ
　一流芸人が活用しているコミュニケーション術をクイズ形式で紹介（笑いの現場から学べる究極のホスピタリティ，コミュニケーションのノウハウ，仕事へのモチベーションなど）。
・総括
　一流芸人はどのようにして良好な人間関係やチームを築いているのか？患者様との良い関係を継続的に作り，看護職にやりがい・誇りを感じ，ニーズ対応型をアイデア提案型に変える仕事の本質“なんでやねん力”について解説。

正

◆ランチョンセミナー３◆

大切にしたい自分の体
～２度の子宮がんを経験して～

よつばの会　代表　原　　千　晶
協　賛：ニプロ株式会社

30代で２度の大きながんを経験。がん宣告をうけたときの綺麗事だけではすまされない心の機微，悩み苦しみ，そしてその苦しみを乗り越えいたった思いなどをお話しさせていただきます。

女性特有のガンで苦しむ女性が少なくなってほしい……もっと女性として，自分を大切にして欲しい……女性として傷つくことがなくなってほしい……世の中の女性が沢山の幸せを感じられる存在になってほしい……

そんな願いをこめて，語りつくせぬほどの思いを伝えさせていただきます。

経　歴

1974年　北海道帯広市生まれ
1994年　第21代クラリオンガールとして芸能界デビュー。
以降，TVや雑誌，ラジオなどを中心にタレントとして活動。
2005年　30歳の時に子宮頸がんを経験。
　　子宮の一部を切除する手術を受ける。
2010年　35歳の時に，再び子宮の体部・頸部にがんが発覚し，子宮全摘手術・抗がん剤治療を受け，現在に至る。

２度にわたるがんの経験を元に，2011年７月に婦人科がんの患者会「よつばの会」を設立。
以降，タレントとして，よつばの会の代表として各地でがん啓発に関する講演会やイベント出演などを積極的に行っている。
よつばの会の会員は現在650名を超え，東京のみならず日本各地に会員がいる。

自身のがん経験をつづった著書に「原千晶39歳がんと私，明日の私，キレイな私」（光文社）がある。

現在TBS「ひるおび！」火曜日コメンテーターをつとめる。

以　上

（7）以下の通り訂正いたします。

P384　共同発表者削除

誤

15）ディスポーザブルウェットタオルとタオルによる清拭の効果　－皮膚常在細菌，角層水分量等の比較から－

○松本智晴[1]，有松　操[2]，古村沙織[3]，南家貴美代[1]，
福山美季[1]，河野宏明[1]，前田ひとみ[1]
[1]熊本大学大学院生命科学研究部看護学講座，[2]鹿児島純心女子大学看護栄養学部，[3]熊本大学大学院保健学教育部博士前期課程看護学分野

【目的】
本研究は，ディスポーザブルウェットタオルによる部分清拭（以下ディスポ清拭）とタオルによる部分清拭（以下タオル清拭）による皮膚常在細菌の変化，角層水分量と経皮水分蒸散量の推移，リラクセーション効果について明らかにする。
【方法】
対象は65歳以上の健康な女性26名とし，対象者１人にディスポ清拭とタオル清拭を３日以上あけてランダムに実施した。調査は清拭前後の皮膚常在細菌，清拭前・直後，10分・20分・30分・60分後の角層水分量と経皮水分蒸散量を測定した。測定器機はCorneometer-CM825を使用した。リラクセーション効果については，POMS2日本語版検査用紙成人用短縮版（以下POMS2）とタオル素材の質問紙で評価した。ディスポタオルは抗菌性と保湿性を持つ10枚パックのものを電子レンジで加熱し使用した。タオルは綿100％の新しいものを滅菌処理し，清拭の直前に滅菌蒸留水をタオルに散布し電子レンジで加熱した。皮膚常在細菌の培養はSCD寒天培地及び黄色ブドウ球菌を選択的に分離する卵黄加マンニット食塩寒天培地を使用し，35℃で48時間培養した後，発育した細菌コロニーをカウントした。研究遂行にあたっては，所属機関の研究倫理委員会の承認を受けた（承認番号：先進第2188号）。
【結果】
ディスポ清拭とタオル清拭の皮膚常在細菌はどちらも有意に減少した（P＜.01）。しかし，黄色ブドウ球菌についてはディスポ清拭のみが有意に減少した（P＜.05）。清拭後の角層水分量は上肢，下肢全てにおいてディスポ清拭が高く，上肢は直後と30分後，下肢は直後，10分後，20分後に統計的有意差を認めた（P＜.05）。経皮水分蒸散量は両群ともに統計的有意差は認められなかった。POMS2の比較では，ディスポ清拭はTMDが清拭前より清拭後が有意に低下した（P＜.05）。タオル清拭は「疲労－無気力」と「緊張－不安」が清拭前より清拭後が有意に低下し，「友好」は清拭後が有意に高かった（P＜.05）。タオル素材の評価は，柔らかさおよび肌ざわり，拭き心地，フィット感についてディスポ清拭の方が有意に高かった（P＜.01）。
【考察】
2006年，日本では清拭に使用するタオルを含むリネンが原因と考えられるBacillus cereusによるアウトブレイクが報告された。ディスポ清拭は，黄色ブドウ球菌を有意に減少させ，清拭後の角層水分量の維持に有効であるとともに，タオル清拭と同様にリラクセーション効果も得られた。日々の清拭に抗菌性と保湿性を持つディスポタオルを使用することは，安全性や感染防止の点からも有効であることが示唆された。

正

15）ディスポーザブルウェットタオルとタオルによる清拭の効果　－皮膚常在細菌，角層水分量等の比較から－

○松本智晴[1]，有松　操[2]，古村沙織[3]，南家貴美代[1]，
福山美季[1]，前田ひとみ[1]
[1]熊本大学大学院生命科学研究部看護学講座，[2]鹿児島純心女子大学看護栄養学部，[3]熊本大学大学院保健学教育部博士前期課程看護学分野

【目的】
本研究は，ディスポーザブルウェットタオルによる部分清拭（以下ディスポ清拭）とタオルによる部分清拭（以下タオル清拭）による皮膚常在細菌の変化，角層水分量と経皮水分蒸散量の推移，リラクセーション効果について明らかにする。
【方法】
対象は65歳以上の健康な女性26名とし，対象者１人にディスポ清拭とタオル清拭を３日以上あけてランダムに実施した。調査は清拭前後の皮膚常在細菌，清拭前・直後，10分・20分・30分・60分後の角層水分量と経皮水分蒸散量を測定した。測定器機はCorneometer-CM825を使用した。リラクセーション効果については，POMS2日本語版検査用紙成人用短縮版（以下POMS2）とタオル素材の質問紙で評価した。ディスポタオルは抗菌性と保湿性を持つ10枚パックのものを電子レンジで加熱し使用した。タオルは綿100％の新しいものを滅菌処理し，清拭の直前に滅菌蒸留水をタオルに散布し電子レンジで加熱した。皮膚常在細菌の培養はSCD寒天培地及び黄色ブドウ球菌を選択的に分離する卵黄加マンニット食塩寒天培地を使用し，35℃で48時間培養した後，発育した細菌コロニーをカウントした。研究遂行にあたっては，所属機関の研究倫理委員会の承認を受けた（承認番号：先進第2188号）。
【結果】
ディスポ清拭とタオル清拭の皮膚常在細菌はどちらも有意に減少した（P＜.01）。しかし，黄色ブドウ球菌についてはディスポ清拭のみが有意に減少した（P＜.05）。清拭後の角層水分量は上肢，下肢全てにおいてディスポ清拭が高く，上肢は直後と30分後，下肢は直後，10分後，20分後に統計的有意差を認めた（P＜.05）。経皮水分蒸散量は両群ともに統計的有意差は認められなかった。POMS2の比較では，ディスポ清拭はTMDが清拭前より清拭後が有意に低下した（P＜.05）。タオル清拭は「疲労－無気力」と「緊張－不安」が清拭前より清拭後が有意に低下し，「友好」は清拭後が有意に高かった（P＜.05）。タオル素材の評価は，柔らかさおよび肌ざわり，拭き心地，フィット感についてディスポ清拭の方が有意に高かった（P＜.01）。
【考察】
2006年，日本では清拭に使用するタオルを含むリネンが原因と考えられるBacillus cereusによるアウトブレイクが報告された。ディスポ清拭は，黄色ブドウ球菌を有意に減少させ，清拭後の角層水分量の維持に有効であるとともに，タオル清拭と同様にリラクセーション効果も得られた。日々の清拭に抗菌性と保湿性を持つディスポタオルを使用することは，安全性や感染防止の点からも有効であることが示唆された。

(8) 以下の通り訂正いたします。

P394　所属変更

誤

31) 保健師助産師看護師法と憲法の問題　～看護における男性差別を考える～

○立林春彦[1]
[1]城西国際大学看護学部看護学科

【目的】
男女の平等・共同参画が叫ばれている昨今，女性専用車両に男性が立てこもり，ニュースとなる事件が起こった。男女の平等・共同参画の議論をする場合，これまでは女性の権利の拡大，女性への差別の防止と根絶を唱えていた。今回の女性専用車両の問題などにみられれるように，男性側の権利意識，男性への差別の問題を議論する段階に来ているのはないかと考える。看護学の研究において，男性差別をテーマにした研究は，ほとんど聴く機会がこれまでなかった。社会の変化と意識の多様化につれて男女平等の問題を看護学の分野で真剣に議論していくために，看護における男性差別の問題を明らかにしていくことを目的とした。
【方法】
これまで，保健師助産師看護師法の問題点を憲法との関連を正面から研究したものは皆無である。保健師助産師看護師法の条文が憲法の規定と合致しているか，憲法との相違点，問題点を調査し，違憲性は認められるのかを法律面から検討した。
【結果】
保健師看護師法第三条は，「この法律において助産師とは，厚生労働大臣の免許を受けて，助産又は妊婦，じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう。」と女子のみと規定している。この規定は，日本国憲法第十四条「すべて国民は，法の下に平等で，あって，人種，信条，性別，社会的身分又は門地により，政治的，経済的又は社会的関係において，差別されない。」と相違点がある。他の性別で異なる法律の規定には，結婚できる年齢が性別で異なること，また，強姦罪は男性が強制的に女性と性交する場合のみの規定が，女性が強制的に男性と性交しても罰する法律がないことが，憲法第十四条の規定に違反していることが問題とされてきた。昨年には女性が男性に対して強制的に性交した場合も男性と同じく罰するというように強制性交等罪と法律の名称が変わり，男性も被害者となるように刑法が改正された。女性の婚姻年齢が男性の18歳と比べて16歳から結婚できるという民法の改案を国会に提出されることになっている。一方，助産師に女性しかなれないと規定されている保健師助産師看護師法は，未だにそのままである。
【考察】
保健師看護師法の第三条は，助産師なれるのが女子のみと規定しているこの条文は，日本国憲法第十四条に適合しているとはいえないと考える。男女平等・男女共同参両社会の実現を目指しているわが国の動きに逆行している。この看護が抱える男女差別の問題に対して，研究すら行われなかったのは遺憾である。女性の差別撤廃に関して活躍した著名な弁護士から「女性しかなることができないというのは本当なのか。」と逆に聞かれるほどであった。他の弁護士らも憲法違反の疑いがあるとしており，憲法違反の疑いがある可能性は極めて強いと考える。

正

31) 保健師助産師看護師法と憲法の問題　～看護における男性差別を考える～

○立林春彦[1]
[1]東北文化学園大学医療福祉学部看護学科

【目的】
男女の平等・共同参画が叫ばれている昨今，女性専用車両に男性が立てこもり，ニュースとなる事件が起こった。男女の平等・共同参画の議論をする場合，これまでは女性の権利の拡大，女性への差別の防止と根絶を唱えていた。今回の女性専用車両の問題などにみられれるように，男性側の権利意識，男性への差別の問題を議論する段階に来ているのはないかと考える。看護学の研究において，男性差別をテーマにした研究は，ほとんど聴く機会がこれまでなかった。社会の変化と意識の多様化につれて男女平等の問題を看護学の分野で真剣に議論していくために，看護における男性差別の問題を明らかにしていくことを目的とした。
【方法】
これまで，保健師助産師看護師法の問題点を憲法との関連を正面から研究したものは皆無である。保健師助産師看護師法の条文が憲法の規定と合致しているか，憲法との相違点，問題点を調査し，違憲性は認められるのかを法律面から検討した。
【結果】
保健師看護師法第三条は，「この法律において助産師とは，厚生労働大臣の免許を受けて，助産又は妊婦，じよく婦若しくは新生児の保健指導を行うことを業とする女子をいう。」と女子のみと規定している。この規定は，日本国憲法第十四条「すべて国民は，法の下に平等で，あって，人種，信条，性別，社会的身分又は門地により，政治的，経済的又は社会的関係において，差別されない。」と相違点がある。他の性別で異なる法律の規定には，結婚できる年齢が性別で異なること，また，強姦罪は男性が強制的に女性と性交する場合のみの規定が，女性が強制的に男性と性交しても罰する法律がないことが，憲法第十四条の規定に違反していることが問題とされてきた。昨年には女性が男性に対して強制的に性交した場合も男性と同じく罰するというように強制性交等罪と法律の名称が変わり，男性も被害者となるように刑法が改正された。女性の婚姻年齢が男性の18歳と比べて16歳から結婚できるという民法の改案を国会に提出されることになっている。一方，助産師に女性しかなれないと規定されている保健師助産師看護師法は，未だにそのままである。
【考察】
保健師看護師法の第三条は，助産師なれるのが女子のみと規定しているこの条文は，日本国憲法第十四条に適合しているとはいえないと考える。男女平等・男女共同参両社会の実現を目指しているわが国の動きに逆行している。この看護が抱える男女差別の問題に対して，研究すら行われなかったのは遺憾である。女性の差別撤廃に関して活躍した著名な弁護士から「女性しかなることができないというのは本当なのか。」と逆に聞かれるほどであった。他の弁護士らも憲法違反の疑いがあるとしており，憲法違反の疑いがある可能性は極めて強いと考える。

（9）以下の通り訂正いたします。

P403　発表者変更

誤

46）複数介助者で実施する車椅子移乗方法の検討 －第二報

○中山麻由[1]，加悦美恵[1]，森本紀巳子[1]
[1]久留米大学医学部看護学科

【目的】
我々は，これまでに介助者二人で療養者をベッドから車椅子へ移乗する方法を検討してきた。今回は，移乗時の心拍数の変化から身体的負担の少ない方法について考察する。
【方法】
対象は，患者役を女子看護大学生11名，介助者役は女性看護師 8 名とし，看護師は二人一組となって複数回実験に参加した。データは11回組分を収集した。方法は，二人の看護師が主介助者，副介助者となって，自力で立てない患者を端座位から車椅子へ移乗する場面とし，患者を前後から支える前後支持法と，患者の左右両側から支える左右支持法の 2 種類を行った。主介助者，副介助者および患者役それぞれに心電図モニターを装着し，毎回 2 分間の安静後，各移乗動作を 3 回実施した。心拍数は移乗開始から約90秒間計測した。分析は，前後支持法と左右支持法のそれぞれについて，安静時の値を基準に，移乗中（約10秒間），移乗直後（約20秒間），移乗後（ 1 分間）の変化量をみた。統計手法は一元配置分散分析，多重比較にはScheffe法を用い，有意水準は 5 %とした。倫理的配慮として，研究目的，方法を対象者に説明し同意を得た上で，実験は安全に留意し行った。なお，久留米大学倫理委員会にて承認を得た。
【結果】
前後支持法における主介助者の心拍数は，平均92.04±6.91回／分，副介助者は79.37±7.05回／分，患者は72.86±11.24回／分であった。左右支持法では，主介助者は90.84±6.9回／分，副介助者は80.27±7.84回／分，患者は74.19±9.48回／分であった。変化量については，両方法において，主介助者，副介助者ともに，安静時に比べ移乗中に有意な増加がみられた。移乗直後は，主介助者においては左右支持法で，副介助者においては前後支持法で有意な増加が認められた。移乗後 1 分では両方法において主，副介助者とも安静時の値に戻っていた。患者役においては，両方法とも移乗中には心拍数の増加はみられず，移乗直後に左右支持法において有意な増加が認められた。移乗後 1 分では，いずれも有意に減少していた。
【考察】
複数人で介助を受けた患者役の心拍数の変化において，左右支持法は，移乗直後に増加していたことから，患者にとっては前後支持法より身体的負担があると考えられた。しかし，移乗後 1 分程度で安静時の状態に戻っていたことから，それほど大きな負担を負わせる動作ではないと考える。看護者にとっては，移乗中に心拍数の増加が認められたが，前後支持法と左右支持法は同程度の負荷と考えられた。以上より，これら 2 種類の方法は，患者の心機能に応じて使用可能な介助方法であると考えられた。この取り組みは，平成26－29科学研究費助成事業（基盤研究（C）課題番号26463227）の助成を受けて行った。

正

46）複数介助者で実施する車椅子移乗方法の検討 －第二報

中山麻由[1]，○加悦美恵[1]，森本紀巳子[1]
[1]久留米大学医学部看護学科

【目的】
我々は，これまでに介助者二人で療養者をベッドから車椅子へ移乗する方法を検討してきた。今回は，移乗時の心拍数の変化から身体的負担の少ない方法について考察する。
【方法】
対象は，患者役を女子看護大学生11名，介助者役は女性看護師 8 名とし，看護師は二人一組となって複数回実験に参加した。データは11回組分を収集した。方法は，二人の看護師が主介助者，副介助者となって，自力で立てない患者を端座位から車椅子へ移乗する場面とし，患者を前後から支える前後支持法と，患者の左右両側から支える左右支持法の 2 種類を行った。主介助者，副介助者および患者役それぞれに心電図モニターを装着し，毎回 2 分間の安静後，各移乗動作を 3 回実施した。心拍数は移乗開始から約90秒間計測した。分析は，前後支持法と左右支持法のそれぞれについて，安静時の値を基準に，移乗中（約10秒間），移乗直後（約20秒間），移乗後（ 1 分間）の変化量をみた。統計手法は一元配置分散分析，多重比較にはScheffe法を用い，有意水準は 5 %とした。倫理的配慮として，研究目的，方法を対象者に説明し同意を得た上で，実験は安全に留意し行った。なお，久留米大学倫理委員会にて承認を得た。
【結果】
前後支持法における主介助者の心拍数は，平均92.04±6.91回／分，副介助者は79.37±7.05回／分，患者は72.86±11.24回／分であった。左右支持法では，主介助者は90.84±6.9回／分，副介助者は80.27±7.84回／分，患者は74.19±9.48回／分であった。変化量については，両方法において，主介助者，副介助者ともに，安静時に比べ移乗中に有意な増加がみられた。移乗直後は，主介助者においては左右支持法で，副介助者においては前後支持法で有意な増加が認められた。移乗後 1 分では両方法において主，副介助者とも安静時の値に戻っていた。患者役においては，両方法とも移乗中には心拍数の増加はみられず，移乗直後に左右支持法において有意な増加が認められた。移乗後 1 分では，いずれも有意に減少していた。
【考察】
複数人で介助を受けた患者役の心拍数の変化において，左右支持法は，移乗直後に増加していたことから，患者にとっては前後支持法より身体的負担があると考えられた。しかし，移乗後 1 分程度で安静時の状態に戻っていたことから，それほど大きな負担を負わせる動作ではないと考える。看護者にとっては，移乗中に心拍数の増加が認められたが，前後支持法と左右支持法は同程度の負荷と考えられた。以上より，これら 2 種類の方法は，患者の心機能に応じて使用可能な介助方法であると考えられた。この取り組みは，平成26－29科学研究費助成事業（基盤研究（C）課題番号26463227）の助成を受けて行った。

目　　次

－原　著－

看護学臨地実習における看護大学生の自己調整学習に関する研究 …… 833
熊本大学　伊　山　聡　子
熊本大学大学院生命科学研究部　前　田　ひとみ

看護系大学の学生が臨地実習を通して「個人の特性」のコンピテンシーを形成していくプロセス …… 841
東京医療保健大学　山　田　恵　子
いわき明星大学　小　林　紀　明

フィリピン・セブ州に長期滞在する日本人が医療機関を受診した経験の特徴 …… 853
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科　中　井　あ　い
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科　山　田　和　子
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科　森　岡　郁　晴

子どもの見方を変えていくしなやかさ：
療育教室に参加する母親と看護者との対話を通した協働的な学び …… 863
岐阜県立看護大学育成期看護学領域　山　本　真　実
名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻　浅　野　みどり

授乳を行う母親の体験
― 質的研究のメタ・サマリー ― …… 875
東京慈恵会医科大学医学部看護学科母性看護学　濱　田　真由美
城西国際大学看護学部看護学科　佐々木　美　喜
日本赤十字看護大学　住　谷　ゆかり
日本赤十字看護大学大学院博士後期課程　鈴　木　健　太
日本赤十字看護大学　仁昌寺　貴　子

呼気筋訓練による健康成人女子の換気機能と呼吸筋力への影響 …… 891
国立病院機構鈴鹿病院　中　村　真　弓
三重県立看護大学　玉　田　　章

認知症に対する中高年期男女の態度と知識の実態および予防行動実行に関連する要因 …… 899
神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科　富　塚　美　和
名古屋市立大学看護学部　門　間　晶　子
名古屋市立大学看護学部　尾　﨑　伊都子

－研究報告－

開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫患者の病気体験のプロセス …… 911
香川大学医学部附属病院　森　　光　代
同志社女子大学看護学部看護学科　當　目　雅　代

化学療法により生存期間が延長できた進行がん患者の配偶者の死別前後の体験の分析 …… 923
鹿児島大学医学部保健学科　久　松　美佐子
鹿児島大学医学部保健学科　堤　　由美子
鹿児島厚生連病院看護部　福　崎　伊豆美

レビー小体型認知症者を在宅で介護する家族の体験
― 家族が異変に気づいてから診断を受けるまで ― …… 935
富山県立中央病院　米　山　真　理
富山県立大学　竹　内　登美子
富山大学　新　鞍　真理子
富山大学　青　木　頼　子
富山大学　牧　野　真　弓

学部教育で統合実習を経験して大学病院に入職した入職 3 か月期の新人看護師の臨床における意識 …… 945
群馬大学医学部附属病院　伊　藤　歩　美
新潟県立看護大学　岩　永　喜久子
群馬大学大学院保健学研究科　中　村　美　香

自宅で限られた命を生きるがん患者の“生と死”に関する体験 …… 959
群馬大学大学院保健学研究科　京　田　亜由美
群馬大学大学院保健学研究科　神　田　清　子

新任プリセプターの新人看護師指導における困難および困難を乗り越えるための行動と求める支援 …… 971
元慶應義塾大学看護医療学部　平　野　蘭　子
日本赤十字広島看護大学　小　山　眞理子

壮年期男性における虚血性心疾患患者の入院前と退院 3 か月後の Quality of Life の変化に関連する要因 …… 983
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科　金　澤　鉄　也
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科　山　田　和　子
和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科　森　岡　郁　晴

－資料・その他－

医療安全に関する院内教育の実態
― 医療安全管理者を対象とした質問紙調査から ― …… 995
大阪医科大学看護学部　池　西　悦　子
滋慶医療科学大学院大学医療管理学研究科　飛　田　伊都子

看護職者が起こしやすい個人情報漏えい事故の原因に関する分析
― 2017年の改正個人情報保護法施行までに起きた事故事例をもとに ― …… 1005
大分県立看護科学大学人間科学講座　品　川　佳　満
川崎医療福祉大学医療福祉学部子ども医療福祉学科　橋　本　勇　人
大分県立看護科学大学基礎看護科学講座　伊　東　朋　子

看護学分野での統計改革を目指して：
*t*検定における*d*族効果量の報告状況とその普及に向けた課題 ……1013
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻　長　島　俊　輔

看護師の直観に基づく意思決定に関する文献レビュー ……1021
富山大学大学院医学薬学研究部　山　田　理　絵

CONTENTS

Original Papers

A Study of Self-Regulated Learning in Clinical Nursing Practice among Nursing Students 833
Course of Nursing, Graduate School of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Satoko Iyama
Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan : Hitomi Maeda

The Process by Nursing College Students Form Competency "Personal Characteristics" through Clinical Nursing Practice 841
Tokyo Healthcare University : Keiko Yamada
Iwaki Meisei University : Noriaki Kobayashi

Experiences of Utilizing Healthcare Services among Long-Stay Japanese Living in Cebu, Philippines: A Qualitative Study 853
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Ai Nakai
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Kazuko Yamada
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Ikuharu Morioka

"Flexibility" for Understanding Children: Cooperative Learning Through Dialogs Between Mothers and Nurses Participating in Rehabilitation Classes 863
Nursing of Children and Child Rearing Families, Gifu College of Nursing : Mami Yamamoto
Department of Nursing, Nagoya University Graduate School of Medicine : Midori Asano

Mothers' Experiences of Feeding Their Babies: A Meta-Summary of Qualitative Research 875
The Jikei University School of Nursing : Mayumi Hamada
Josai International University : Miki Sasaki
Japanese Red Cross College of Nursing : Yukari Sumiya
Doctoral program, Japanese Red Cross College of Nursing : Kenta Suzuki
Japanese Red Cross College of Nursing : Atsuko Nishoji

Effects of Expiratory Muscle Training on Ventilatory Function and Respiratory Muscle Strength among Healthy Adult Women 891
National Hospital Organization Suzuka National Hospital : Mayumi Nakamura
Mie Prefectural College of Nursing : Akira Tamada

Attitude towards and Knowledge of Dementia in Middle-agers and Factors Influencing Dementia Prevention Behaviors 899
Faculty of Health and Social Work, Kanagawa University of Human Services : Miwa Tomizuka
School of Nursing, Nagoya City University : Akiko Kadoma
School of Nursing, Nagoya City University : Itsuko Ozaki

Research Reports

The Disease Process as Experienced by Malignant Glioma Patients Who Underwent Postcraniotomy Chemoradiotherapy 911

Kagawa University Hospital : Mitsuyo Mori

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts : Masayo Toume

Before-and-After Analysis of the Experience of the Spouses of Patients with Advanced Cancer Whose Lives Have Been Extended Due to Chemotherapy 923

School of Health Sciences Faculty of Medicine, Kagoshima University : Misako Hisamatsu

School of Health Sciences Faculty of Medicine, Kagoshima University : Yumiko Tsutsumi

Nursing Department, Kagoshima Kouseiren Hospital : Izumi Fukuzaki

Experiences of Family Caregivers Providing Homecare for Individuals with Dementia with Lewy Bodies: From Detection of First Signs to Diagnosis 935

Toyama Prefectural Central Hospital : Mari Yoneyama

Toyama Prefectural University : Tomiko Takeuchi

University of Toyama : Mariko Niikura

University of Toyama : Yoriko Aoki

University of Toyama : Mayumi Makino

The Clinical Consciousness of Novice Nurses Who Enter a University Hospital at Third Month of Employment after Experiencing Integrated Practicum in Undergraduate Education 945

Gunma University Hospital : Ayumi Ito

Niigata College of Nursing : Kikuko Iwanaga

Department of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Mika Nakamura

Experiences Related to "Life and Death" among Terminal Cancer Patients Who Face Death at Home 959

Department of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Ayumi Kyota

Department of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Gunma University : Kiyoko Kanda

Novice Preceptors' Difficulties with Clinical Instructions for Newly Graduated Nurses, their Behaviors and Support Needs to Overcome these Difficulties 971

Formerly Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University : Ranko Hirano

Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing : Mariko Koyama

Factors Related to the Change in Quality of Life between Prehospital and 3 Months after Discharge in Middle-Aged Male Patients with Ischemic Heart Disease 983

Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Tetsuya Kanazawa

Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Kazuko Yamada

Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Ikuharu Morioka

Preliminary Session

The Current Situation of In-Service Education Regarding Healthcare Safety:
From a Questionnaire Survey by Medical Safety Managers 995
Osaka Medical College Faculty of Nursing : Etsuko Ikenishi
Graduate School of Health Care Sciences, Jikei Institute : Itoko Tobita

Analysis of Factors Associated with Personal Information Leakage Predominantly Caused by Nursing Staff:
Based on Events Reported before Enforcement of
the Amended Personal Information Protection Act in 2017 1005
Department of Health Sciences, Oita University of Nursing and Health Sciences : Yoshimitsu Shinagawa
Department of Medical Welfare for Children, Faculty of Health and Welfare,
Kawasaki University of Medical Welfare : Hayato Hashimoto
Department of Basic Nursing, Oita University of Nursing and Health Sciences : Tomoko Ito

Toward Statistical Reform in Nursing Science:
Reporting the *d*-family of Effect Size for *t*-test and a Problem for Spreading it in Nursing Science 1013
Human Health Sciences, Graduate School of Medicine, Kyoto University : Shunsuke Nagashima

Decision-Making Based on Intuition of Nurses: A Literature Review 1021
Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama : Rie Yamada

doi:10.15065/jjsnr.20180403017

－原　著－

看護学臨地実習における看護大学生の自己調整学習に関する研究

A Study of Self-Regulated Learning in Clinical Nursing Practice among Nursing Students

伊　山　聡　子[1)]　　前　田　ひとみ[2)]
Satoko Iyama　　Hitomi Maeda

キーワード：臨地実習，自己効力感，自己調整学習
Key Words：clinical nursing practice, self-efficacy, self-regulated learning

緒　言

医療の高度化に加え，医療提供体制が変化するなかで，看護師の果たしうる役割はますます拡大している。多様化する医療ニーズに対応できる看護職者を確保するためには，「何を学ぶか」に加え，「どのように学ぶか」が重要である。看護基礎教育課程において主体的，能動的に学習する態度を獲得できる教育は教育機関の重要な課題であり，その取り組みが模索されている（文部科学省，2011）。アメリカの教育心理学者であるZimmerman（2000）は，社会的認知理論をもとに，動機づけの研究から「予見（計画）の段階」「遂行の段階」「自己省察の段階」の3段階の循環的なプロセスである自己調整学習（self-regulated learning）の循環的段階モデルを提案した。自己調整とは学習プロセスのなかで，自分の思考や行動を認知する高次の認知能力であるメタ認知，自己の有能さや自律性を認知する動機づけ，社会的・物理的環境を選択・構成・創造する行動に学習者自身が能動的に関与することである。このサイクルを循環させる重要な要素として，自己調整学習方略，自己効力感，目標への関与がある。学業が優秀な学生は自己効力感が高く，自己調整学習方略を使用していた（Zimmerman，2000）ことから，自己調整学習理論は『自ら学ぶ力』のメカニズムを説明できる理論として注目されている。

自己調整学習方略とは，学習者が情報やスキルを習得するための行動やプロセスである。学習者の目標達成に向けて自己調整学習方略が適応されると，得られた結果によって自己効力が高まり，それが学習の動機づけとなってさらなる知識や技術の獲得を目指して自己調整学習方略を適応し続けようとする。このように自己調整学習は，動機づけの側面と学習方略の側面をもつ（Zimmerman，1989）。学習方略は，学習に成功する確率を高め，意味のある検索可能な記憶をつくり，問題解決のような高次の認知課題の実行につながる行動であり，学習方略の自己調整的な使用は，学生が自分自身の学習に対する大きな責任を受け入れ，生涯学習者になることに役立つ（Weinstein，1994）。伊藤（2014，p.17）は，学習に対してやる気だけがあっても学習のやり方がわからなければ成績につながらず，その結果，逆にやる気を低下させる可能性があることから，動機づけと学習方略の両者は，統合的かつ連関的にとらえなければならない，と述べている。

看護基礎教育課程における臨地実習は，学内での聴講やノートをとるなどといった一般的な座学とは学習過程が異なり，これまでに修得してきた知識と知識を結びつける統合力や看護実践能力が学生に求められる。臨地実習における動機づけについて，岡田・桝本（2011）は，自らの疑問や課題に取り組んだ結果，それらが解決・改善したことや患者から感謝されたことで看護学生の達成動機が高まったことを明らかにしている。加えて，松枝・安永・安田・大見（2008）は，患者や看護師，教員など臨床にかかわるすべての人からの援助を受けていると実感できたことで内発的動機づけが高まったことを示している。また，Kuiper, Murdock, & Grant（2010）は，臨地実習時間の増加は，自己評価の促進や臨床問題を解決する際の意思決定における自己効力感の向上につながる，と述べている。その一方で，Sharples & Moseley（2011）は，実習プログラムに対する学生の経験についてコホート評価を行った結果，看護大学生は臨地実習をすれば必ずしも自身の学習に対し自発的な能力が身につくわけではないことを示している。そして，学生はメタ認知方略を採用する可能性が低いことから，学習者が自己に必要な自己調整スキルを発達させ，学習経験を構築できるような教育プログラムが重要であることを指摘している。しかし，自己調整学習に関する研究は小中学生を対象とするものが多く，看護学生を対象とした

1）熊本大学　Course of Nursing, Graduate School of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan
2）熊本大学大学院生命科学研究部　Department of Nursing, Faculty of Life Sciences, Kumamoto University, Kumamoto, Japan

研究は国内外ともに少ない。

先行研究を検討した結果，看護学実習における自己調整学習をアセスメントできる尺度は見当たらなかった。そこでわれわれは，『動機づけ』と『学習方略』から構成される，Motivated Strategies for Learning Questionnaire（MSLQ）（Pintrich, Smith, Garcia, & McKeachie, 1991）をもとに看護大学生の臨地実習における自己調整学習尺度（Self-Regulated Learning Scale in Clinical Nursing Practice: SRLS-CNP）を作成した。座学を中心とした自己調整学習尺度は，講義聴講や試験勉強に対する項目で構成されている。しかし，SRLS-CNPは，因子分析の結果，とくに『学習方略』において，臨地実習に必要な知識や看護技術，多角的な思考といった座学とは異なる方略が抽出された。

そこで，本研究ではSRLS-CNPを使用して，臨地実習における自己調整学習と自己効力感との関係，また，学年と臨地実習における自己調整学習の関連を明らかにすることを目的とした。臨地実習における自己調整学習と自己効力感との関係が明らかになれば，看護学生の主体的，能動的な学習への教育的介入の視点を示すことができると考える。

Ⅰ．方　法

1．研究方法

a．調査対象

日本看護系大学協議会の地方区域をベースに，全国の看護系大学を6ブロック（1．北海道・東北，2．関東，3．中部，4．関西・近畿，5．中国・四国，6．九州・沖縄）に分け，各ブロックから国立，公立，私立大学各1校ずつ乱数表を用いて無作為に抽出した。抽出できた大学に所属し，受け持ち患者をとおして看護過程の展開を実践した経験のある看護大学2～4年生を対象とした。

b．調査期間

2015年7月～10月。

c．データ収集の手順

看護系大学の責任者に調査を依頼し，調査協力の承諾が得られた大学に調査依頼文書，質問紙，個別の返信用封筒を送付した。研究対象者への配布は，大学責任者をとおして行い，質問紙の回収は，対象者自ら返信用封筒に入れ郵送してもらった。

d．調査内容

調査は属性（年齢，性別），SRLS-CNP，Generalized Self-Efficacy尺度で構成した。

⑴　SRLS-CNP

臨地実習における自己調整学習は，The MSLQをベースとし，臨地実習や看護技術に関する先行研究を参考に2015年に作成した。なお，詳細の公表は2017年に“Japan Journal of Nursing Science”に掲載した（Iyama & Maeda, 2017）。この尺度は，『動機づけ』7項目2因子，『学習方略』9項目3因子で構成され，選択肢は，「全くそうではない」を1点とし，「全くそうである」を5点とした5件法で，得点が高いほど臨地実習における自己調整学習を獲得している。SRLS-CNPのCronbach's α係数は.853であり，信頼性・妥当性・安定性ともに確保されている。

SRLS-CNPの『動機づけ』は，「看護大学生が臨地実習に対し好奇心をもち，意欲的に取り組むためのきっかけになるもの」と定義し，「内発的動機づけ」「達成動機づけ」からなる。『学習方略』は，「看護大学生が臨地実習において目標達成に向け，既存の知識や技術を使い学習方法や学習環境を選択したり，創造していくこと」と定義し，「知識と看護技術の統合」「多角的思考」「努力コントロール」で構成されている。

⑵　自己効力感

自己効力感について本研究では，「看護大学生が未経験の新しい状況においても適応的に処理できるという効力を認知している」ことと定義し，Sherer, et al.（1982）が作成したGeneralized Self-Efficacy尺度を成田ら（1995）が翻訳したGeneralized Self-Efficacy（特性的自己効力感）尺度を用いた。この尺度は，性別や年齢にかかわらず高い信頼性があり，Cronbach's α係数は.88で妥当性ともに検証されている。得点範囲は23～115点であり，得点が高いほど自己効力感が高いとされる。

2．分析方法

SRLS-CNP総得点と下位尺度の『動機づけ』と『自己効力感』は，Shapiro-Wilk検定によって正規性が確認できたが，『学習方略』は，正規性が確認できなかった。そのため，SRLS-CNP総合点と『自己効力感』の関係についてはPearsonの積率相関係数を算出し，『動機づけ』および『学習方略』の下位因子（5因子）と『自己効力感』の関係についてはSpearman順位相関係数を算出した。

SRLS-CNPを構成する『動機づけ』および『学習方略』の下位因子と『自己効力感』の観測変数から仮説モデルを作成し，共分散構造分析によって適合度を検討した。モデルの評価には，GFI≧.90，AGFI≧.90，CFI≧.90，RMSEA≦.08を判定の基準とした（小笠原・松木，2012）。また，『自己効力感』に影響を及ぼす要因を探るために単変量解析によるオッズ比を算出した後，ロジスティック回帰分析による多変量解析から調整オッズ比を算出した。

学年別のSRLS-CNP総得点はShapiro-Wilk検定によって正規性が確認できたため，一元配置分散分析とTukeyのHDS法による多重比較を行った。『動機づけ』と『学習方略』の下位因子の各得点は，正規性が示されなかったた

表1　SRLS-CNP

動機づけ
第1因子：内発的動機づけ
私は，むずかしくても実習が好きだ。
私は，よい成績をとれなくても，実習が好きである。
私は，新しいことを学べるので実習が好きだ。
私は，実習に一生懸命，取り組む自分に満足している。
第2因子：達成動機づけ
私は，他の学生よりも，実習でよい成績をとりたい。
実習でよい成績をあげることは，私の能力を周囲の人に示すことになる。
私にとって，実習でよい成績をとることは，とても重要なことだ。
学習方略
第1因子：知識と看護技術の統合
私は，患者へ実施する看護技術について事前に確認してからケアを行う。
私は，実習で学んだ重要なポイントを自分の言葉で説明できるようにする。
私は，患者の個別性に合わせた実施方法を考えながら行う。
私は，受け持ち患者に関連することを実習に入る前から学習する。
私は，実習期間中，自主的に看護技術の練習をする。
第2因子：多角的思考
私は，実習で学んだことをもとに，自分の考えを発展させようとする。
私は，実習で学んだことについて，他の考え方もあるのではないかと考える。
第3因子：努力コントロール
私は，実習指導者や担当教員の言っていることがむずかしくても，理解しようと努力している。
私は，実習のなかで新しいことを体験したとき，これまでに学んだ知識を関連づけようとする。

め，Kruskal-Wallis検定を行った後，有意差を認めた因子についてKruskal-Wallis検定の多重比較を行った。

統計解析は，“IBM SPSS Statistics ver. 24”“IBM SPSS Amos ver. 24”を使用した。

3．倫理的配慮

本研究は熊本大学大学院生命科学研究部倫理審査委員会の承認を得て実施した（第975号）。

調査においては，対象者の大学責任者へ研究概要，研究方法，大学および対象者への倫理的配慮，研究結果の公表などについて文書で説明し，調査協力の承諾を得た。調査票は，個人や大学名が特定されないように無記名とし，対象者に対しては，調査協力の任意性，協力できない場合でも成績等への不利益を被ることはないこと，調査協力への同意は，調査票の返送をもって得られたものとすること，回収データの厳重な管理，研究結果の公表などについて文書で説明した。また，質問がある場合に備え，説明文書には研究者への問い合わせ先なども併記した。

Ⅱ．結　　果

調査を依頼した23大学のうち，6大学（26.1％）から研究協力の承諾が得られた。大学の内訳は，国立大学1校，公立大学1校，私立大学4校であった。これらの大学の2年生から4年生766人に質問紙を配布し，437人（回収率57.0％）の回答が回収できた。このうち欠損値のなかった376人（有効回答率86.0％）を分析の対象とした。

対象者の年齢は，10歳台が22人（5.9％），20歳台が350人（93.1％），30歳台が4人（1.1％）であった。性別は，女性335人（89.1％），男性41人（10.9％）であった。SRLS-CNP総得点および下位尺度，自己効力感の学年の変化について年齢，性別による有意差がみられなかったため，本研究の分析において年齢，性別は問わないこととした。また，学年の自己調整学習については，学年が識別できた278人を分析対象とした。学年の内訳は2年生95人（34.2％），3年生94人（33.8％），4年生89人（32.0％）であった。

1．看護大学生の臨地実習における自己調整学習と自己効力感との関係

a．SRLS-CNPと『自己効力感』の関係について

SRLS-CNP総得点の平均点±標準偏差，下位尺度の『動機づけ』と『学習方略』および各下位因子の中央値（得点範囲）については，表2に示した。

全対象者のSRLS-CNP総得点と『自己効力感』は$r = .464$とやや強い正の相関があった。『自己効力感』は，『動機づ

け』の「内発的動機づけ」（ρ = .755），「達成動機づけ」（ρ = .688）と中程度から強い正の相関を示し，『学習方略』の「知識と看護技術の統合」（ρ = .400），「多角的思考」（ρ = .363），「努力コントロール」（ρ = .321）と弱いから中程度の正の相関がみられた（**表 3**）。

b．『動機づけ』ならびに『学習方略』の下位因子と『自己効力感』の因果関係

SRLS-CNPを構成する『動機づけ』ならびに『学習方略』の下位因子と『自己効力感』の観測変数からパス解析を行った。その結果，**図 1** に示すように『学習方略』の 3 因子すべてが『自己効力感』に影響しており，『自己効力感』は『動機づけ』の 2 因子に影響を及ぼし，さらに『学習方略』の「知識と看護技術の統合」は，「内発的動機づけ」に影響しているというパス図が示された（GFI = .989，AGFI = .961，CFI = .993，RMSEA = .054）。

c．各下位因子と『自己効力感』の影響の強さの検討

『自己効力感』の中央値を基準に低値群と高値群の 2 群に分けたところ，自己効力感の高値群は175名，低値群は201名であった。『学習方略』 3 因子の高値群，低値群については**表 4** に示した。パス解析の結果からパスの方向性に従い，『自己効力感』を目的変数，『学習方略』の下位因子を説明変数としオッズ比を算出した。その結果，単変量解

表 2　SRLS-CNPおよび自己効力感の得点

（n = 376）

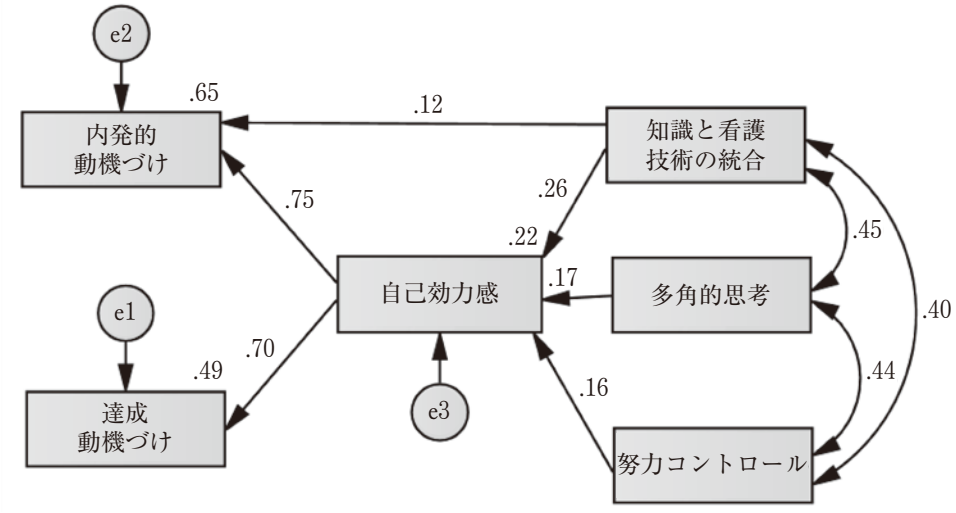
SRLS-CNP総得点		平均 ± 標準偏差	56.5 ± 8.05
動機づけ		中央値（得点範囲）	22（ 7 − 35）
	内発的動機づけ	中央値（得点範囲）	12（ 6 − 19）
	達成動機づけ	中央値（得点範囲）	10（ 4 − 15）
学習方略		中央値（得点範囲）	35（23 − 45）
	知識と看護技術の統合	中央値（得点範囲）	19（12 − 25）
	多角的思考	中央値（得点範囲）	8（ 2 − 10）
	努力コントロール	中央値（得点範囲）	8（ 3 − 10）
自己効力感		中央値（得点範囲）	70（38-106）

表 3　SRLS-CNPおよび自己効力感との相関関係

（n = 376）

	SRLS-CNP総得点	動機づけ		学習方略		
		内発的動機づけ	達成動機づけ	知識と看護技術の統合	多角的思考	努力コントロール
自己効力感	.464**	.755**	.688**	.400**	.363**	.321**

［注］自己効力感とSRLS-CNP総得点はPearson積率相関係数。自己効力感と内発的動機づけ，達成動機づけ，知識と看護技術との統合，多角的思考，努力コントロールはSpearman順位相関係数。**：ρ < .01.



GFI = .989，AGFI = .961，CFI = .993，RMSEA = .054

図 1　『動機づけ』ならびに『学習方略』の下位因子と『自己効力感』のパス図

析における『自己効力感』に対する『学習方略』の下位因子のオッズ比は，「知識と看護技術の統合」3.98，「多角的思考」2.70，「努力コントロール」2.60で，いずれも有意であった（$p<.01$）。そこで，これらの3変数を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った結果，オッズ比はそれぞれ，「知識と看護技術の統合」3.08，「多角的思考」1.83，「努力コントロール」1.62となり，「知識と看護技術の統合」と「多角的思考」は，統計学的な有意性が示された（$p<.05$）。この結果から，『自己効力感』には，特に「知識と看護技術の統合」が影響していることが明らかとなった。

さらに，「内発的動機づけ」を目的変数，「知識と看護技術の統合」と「自己効力感」を説明変数とした単変量解析によるオッズ比は「知識と看護技術の統合」が3.28（95% CI：2.13－5.05），「自己効力感」が11.77（95% CI：7.12－19.46）であった。そこで，この2変数を説明変数とした多重ロジスティック回帰分析を行った結果，「知識と看護技術の統合」の調整オッズ比は1.94（95% CI：1.17－3.19）で有意であった（$p<.01$）ことから，「知識と看護技術の統合」は，「内発的動機づけ」にも強く影響していることがわかった。

2．学年による自己調整学習の比較

各学年のSRLS-CNP総得点の平均値（±標準偏差）は2年生55.41（±8.30），3年生55.68（±7.99），4年生61.37（±7.39）であり，一元配置分散分析の結果，有意な差が見られた〔F（2,275）＝16.429，$p<.001$〕。また，TukeyのHDS法による多重比較の結果，2・3年生に対し4年生の得点が有意に高かった（$p<.001$）。

『動機づけ』および『学習方略』の下位因子得点の中央値（範囲）は，**表5**に示した。各下位因子のなかでも『動機づけ』の「内発的動機づけ」と『学習方略』の「知識と看護技術の統合」は，2・3年生に比べ4年生が高い得点であった。Kruskal-Wallis検定を行った結果，「内発的動機づけ」「知識と看護技術の統合」「多角的思考」「努力コントロール」については，学年間で有意な差が認められた

表4　『学習方略』の下位因子と『自己効力感』との関係

					自己効力感 高値群（n＝175）			
					単変量解析		多変量解析	
	下位因子	得点	人	（%）	OR（95% CI）	P値	OR（95% CI）	P値
学習方略	知識と看護技術の統合	0－19	64	（17）	1.00		1.00	
		20－25	111	（30）	3.98（2.59－6.12）	＜.01	3.08（1.96－4.85）	.00
	多角的思考	0－ 7	62	（17）	1.00		1.00	
		8－10	113	（30）	2.70（1.78－4.11）	＜.01	1.83（1.16－2.88）	.01
	努力コントロール	0－ 7	32	（9）	1.00		1.00	
		8－10	143	（38）	2.60（1.61－4.20）	＜.01	1.62（0.96－2.74）	.07

表5　各学年の臨地実習における自己調整学習の得点および分析結果

（n＝278）

			2年生（95）	3年生（94）	4年生（89）	検定統計量
SRLS-CNP総得点		平均点（SD）	55.41（8.30）	55.68（7.99）	61.37（7.39）	16.429***
動機づけ						
	内発的動機づけ	中央値（範囲）	12（ 4－19）	13（ 5－17）	15（ 5－20）	＜0.001***
	達成動機づけ	中央値（範囲）	10（ 3－15）	9（ 3－15）	9（ 3－15）	0.967
学習方略						
	知識と看護技術の統合	中央値（範囲）	19（12－25）	19（12－25）	21（13－25）	＜0.001***
	多角的思考	中央値（範囲）	7（ 2－10）	7（ 2－10）	8（ 4－10）	＜0.01**
	努力コントロール	中央値（範囲）	8（ 5－10）	8（ 4－10）	8（ 5－10）	＜0.01**

［注］**：$\rho<.01$，***：$\rho<.001$.

($p < .01$)。これら4因子すべてにおいて2年生と3年生では有意な差がなかった。2年生と4年生では，「努力コントロール」以外の3因子で有意な差があった。3年生と4年生では4因子すべてに有意な差が認められた（$p < .01$)。

Ⅲ．考　察

1．臨地実習における自己調整学習と自己効力感との関係

今回の結果から，臨地実習における看護学生の『学習方略』の「知識と看護技術の統合」「多角的思考」「努力コントロール」3因子すべてが『自己効力感』を高め，そして，『動機づけ』を高めることが示された。村上ら（2002）は，看護技術について，単に手順の模倣ではなく原理に基づいた技術と対象への理解を統合する力が必要と述べ，学内演習で「知る」レベルから「身につける」レベルへ進み，そして，臨地実習で「使える」レベルへと技術を高めていく必要性を述べている。『学習方略』の第一因子：「知識と看護技術の統合」を構成する“患者へ実施する看護技術について事前に確認してからケアを行う”“実習期間中，自主的に看護技術の練習をする”の2項目は，看護学生が座学や演習で「知った」看護技術を使用し，「身につける」レベルになることを目指す行為を表している。そして，“実習で学んだ重要なポイントを自分の言葉で説明できるようにする”という自分のなかに落とし込み，“患者の個別性に合わせた実施方法を考えながら行う”という「使える」レベルに高めていくための方略が反映されている。このことから，看護学生が「知識と看護技術の統合」の『学習方略』をうまく活用できることは実習目標の達成につながり，自己効力感に影響すると考えられる。

さらに，「知識と看護技術の統合」は，「内発的動機づけ」にも直接，影響することが示された。伊藤（2014, p.81）は，『学習方略』をよく用いている人が『動機づけ』の面でも高い自律性を示すと述べており，今回の結果は，『学習方略』に対する支援が『動機づけ』を高めることにつながる可能性を支持する結果だと考える。さらに，オッズ比から『学習方略』の3項目のなかで「知識と看護技術の統合」が『自己効力感』と「内発的動機づけ」に影響する重要な要素を含んだ『学習方略』であることが明らかになった。可視化することがむずかしいとされる『動機づけ』であるが，看護学生が座学や演習で獲得した『学習方略』が単なる模倣でなく，「知る」レベルから「使える」レベルへと高められ，臨地実習での実践をとおして，その『学習方略』の学習成果を実感できるような支援が『動機づけ』を高めることに有効であると考える。

2．学年と臨地実習における自己調整学習の関連

SRLS-CNP得点から学年の自己調整学習について分析した結果，総得点および『動機づけ』の「内発的動機づけ」，『学習方略』の「知識と看護技術の統合」「多角的思考」の下位因子において4年生が2・3年生よりも有意に高いことが示された。なかでも，「内発的動機づけ」と「知識と看護技術の統合」の得点は，2・3年生に比べ4年生が高かった。Pintrich & Zusho（2002）は，学生の自己調整能力は，課題を遂行するなかでの経験や専門知識の習得によって向上する，と述べている。また，伊藤（2014）は，大学生・短大生を対象にした調査の結果，学習方略を自ら獲得した方法で最も多かったのは「経験や実体験」であったと報告している。これらのことから，臨地実習を通し，実際に患者へ看護を実践する経験が看護学生の学習方略の獲得につながることが考えられる。本調査は7月～10月であったことから，対象となった2年生の臨地実習経験は基礎看護学実習のみであり，3年生も領域別実習の経験が浅い時期であった。そのため，2・3年生の得点には有意な差がなかったが，領域別実習をほぼ終了した段階の4年生は2・3年生よりも有意に得点が高くなったものと考える。加えて本研究の結果から，臨地実習の経験を重ねることは，看護学生が保有する『学習方略』が増えるだけでなく，臨地実習に対する「内発的動機づけ」も高まることも示された。

一方，『動機づけ』の「達成動機づけ」には，学年による有意な差はなかった。SRLS-CNPの「達成動機づけ」は，看護学生がよい成績をとることを重要視する内容で構成されている。Keller（2009/2010）は，個人の学習意欲を維持するためには，学習プロセスとその結果に満足しなければならないと述べ，満足感を感じさせる外部要因の一つによい成績をあげている。また，外的目標を動機づけとする学生は，よりよい成績を上げるなどの外的報酬に重点をおくことが知られている（Wolters, Yu, & Pintrich, 1996)。これらのことから，よい成績の獲得は看護学生にかかわらず学生であれば保有する可能性が高い要因であるため，本研究においても学年による有意な差が認められなかったと考える。

また，2年生と4年生の「努力コントロール」には有意な差がなかった。「努力コントロール」には，看護学生が困難な作業を継続させようとする学生自身の努力が含まれる内容で構成されている。加藤ら（2008）は，基礎実習を終えた学生は，看護を学ぶことや実習に対する期待と向上心から，実習後の学習意欲が高まっていたことを報告している。一方で，根岸ら（2015）は，看護大学1～4年生の自己学習力を比較した結果，学習環境の慣れ等により，3年生の自己学習力が他の学年よりも低かったことを報告し

ている。これらのことから，「努力コントロール」は，看護学生の実習に対する期待度によって変化する可能性が推測できる。

看護師を目指す看護学生にとって，臨地実習での経験の一つひとつが患者への最適な看護援助につながる学習方略の獲得の機会である。看護実践の経験の積み重ねによって，新たな学習方略を獲得し，最適な看護実践に発展できた実感が自己効力感を高め，自己の学習過程に対し能動的な姿勢につながる動機づけとなる。そして，このサイクルは，次の臨地実習や看護実践時の土台となり，看護学生の臨地実習における自己調整学習を継続させていくことが今回の結果から示された。

Ⅳ．結　　論

臨地実習に対する看護大学生の自己調整学習尺度（SRLS-CNP）を使用し，自己調整学習と自己効力感の関係性および因果関係，そして，学年と臨地実習における自己調整学習の関連について分析した結果，以下のことが明らかになった。

1．『動機づけ』と『学習方略』で構成する看護大学生の臨地実習における自己調整学習は，『自己効力感』と関連し，『動機づけ』『学習方略』『自己効力感』の間でも関連していた。

2．臨地実習における『学習方略』は『自己効力感』に，『自己効力感』は『動機づけ』に影響すること，さらに，『学習方略』の「知識と看護技術の統合」は「内発的動機づけ」に直接，影響していたことから，『学習方略』3因子のなかでも「知識と看護技術の統合」が重要であることが示された。

3．SRLS-CNP総得点は，最終学年の4年生が有意に高かったことから，臨地実習の経験を重ねることにより，自己調整学習が獲得されていくといえる。

本研究の限界と今後の展望

自己効力感には，課題や場面に特異的に行動に影響を及ぼす自己効力感と特定の場面や課題に依存しない特性的自己効力感がある。特性的自己効力感は，特定の状況だけでなく，未経験の新しい状況においても適応的に処理できるという期待に影響を及ぼすことが示唆されていることから，今回は，自己効力感尺度としてGeneralized Self-Efficacy尺度を用いた。臨地実習は，学習の対象者の発達段階や疾患が異なるだけでなく，学習の場自体も複雑な環境下にある。そのため，臨地実習という特定の状況の自己効力感を測定するには，今回用いたGeneralized Self-Efficacy尺度では限界があると考える。今後は，臨地実習という場面に特異的な自己効力感尺度の開発を行い，看護学生の主体的な学びである自己調整学習について，追究していきたい。

謝　　辞

本調査にご協力いただきました看護大学生の皆さまに心より感謝申し上げます。なお，本研究は，平成28年度修士論文に加筆修正を加えたものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要　　旨

本研究は看護大学生の臨地実習における自己調整学習と自己効力感との関係および自己調整学習の学年による変化を明らかにすることを目的とした。看護大学生776名を対象に臨地実習における自己調整学習尺度（Self-Regulated Learning in Clinical Nursing Practice: SRLS-CNP）とGeneralized Self-Efficacy尺度による調査を実施した。376名の解析結果から，SRLS-CNPを構成する学習方略の第一因子である「知識と看護技術の統合」は，自己効力感や可視化のむずかしい動機づけを高める項目を含んだ重要な因子であることが示された。また2・3年生に比べ4年生のSRLS-CNP総得点は有意に高かった（$p<.001$）ことから，臨地実習の経験によって臨地実習における自己調整学習が獲得されることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to investigate the relationship between self-regulated learning and self-efficacy in the clinical nursing practice of nursing students at university and the changes in self-regulated learning depending on the students' year. The Self-Regulated Learning Scale in Clinical Nursing Practice（SRLS-CNP）and the Generalized Self-Efficacy

Scale were administered to 776 nursing students at university. The analysis of data from 376 responses indicated that the first learning strategies factor comprising the SRLS-CNP, “Integrated Knowledge and Clinical Nursing Skills”, is the principal factor to enhance self-efficacy and hard to visualize motivation. Moreover, the result that 4th year students’ total scores on the SRLS-CNP were significantly higher ($p < .001$) compared to 2nd and 3rd year students indicates that self-regulated learning in the clinical nursing practice is acquired through the experience of clinical nursing practice.

文　献

伊藤崇達（2014）．自己調整学習の成立過程：学習方略と動機づけの役割．京都：北大路書房．

Iyama, S. and Maeda, H.（2017）. Development of the Self-Regulated Learning Scale in Clinical Nursing Practice for nursing students: Consideration of Its reliability and validity. *Japan Journal of Nursing Science*. doi:10.1111/jjns.12191［Epub ahead of print］.

加藤法子，渕野由夏，永嶋由理子，津田智子，山名栄子，中野榮子（2008）．基礎看護実習Ⅰにおける教育効果の検討：実習前後の学習意欲の変化から．福岡県立大学看護学研究紀要，5(2)，52-60.

Keller, J. M.（2009/2010）．鈴木克明（監訳），学習意欲をデザインする：ARCSモデルによるインストラクショナルデザイン．9-11, 京都：北大路書房．

Kuiper, R., Murdock, N., and Grant, N.（2010）. Thinking strategies of baccalaureate nursing students prompted by self-regulated learning strategies. *Journal of Nurse Education*, 49(8), 429-436.

松枝美智子，安永薫梨，安田妙子，大見由紀子（2008）．精神看護実習で学生の患者ケアへの内発的動機づけが高まる要因．福岡県立大学看護学研究紀要，5(2)，66-79.

文部科学省（2011）．大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告．http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/__icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf（検索日2017年９月29日）

村上明美，石田貴美子，那須則子，川端佳子，太田深雪，伊藤賀重，田中靖子（2002）．新カリキュラムにおける成人看護技術の習得状況：学生の自己評価からの一考察．神戸市看護大学短期大学部紀要，21, 91-102.

成田健一，下仲順子，中里克治，河合千恵子，佐藤眞一，長田由紀子（1995）．特性的自己効力感尺度の検討：生涯発達的利用の可能性を探る．教育心理学研究，43(3)，306-314.

根岸貴子，柴田滋子，藤井広美，本多和子，横山正江，永田倫人，佐山多実子，佐藤みつ子（2015）．看護大学生における学年ごとの自己学習力の特徴．了徳寺大学研究紀要，9, 193-201.

小笠原知枝，松木光子（2012）．これからの看護研究―基礎と応用―（第３版）．136-138, 東京：ヌーヴェルヒロカワ．

岡田初恵，桝本朋子（2011）．基礎看護学実習Ⅱにおける実習過程に伴う看護学生の思い：達成動機が高まった学生を対象とした調査から．川崎医療短期大学紀要，31, 7-13.

Pintrich, P. R., Smith, D. A. F., Garcia, T., and McKeachie, W. J.（1991）. A Manual for the Use of the Motivated Strategies for Learning Questionnaire（MSLQ）. MI: University of Michigan, National Center for Research to Improve Postsecondary Teaching and Learning.

Pintrich, P. R. and Zusho, A.（2002）. The development of academic self-regulation: The role of cognitive and motivational factors. In: Wigfield, A. and Eccles, J. S.（eds.）, Development of Achievement Motivation. 249-284, NY: Academic Press.

Sharples, K. and Moseley L. G.（2011）. Learning to learn self-regulation in practice: A 2 cohort evaluation. *Nurse Education in Practice*, 11(6), 345-350.

Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., and Rogers, R. W.（1982）. The Self-Efficacy Scale: Construction and Validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663-671.

Weinstein, C. E.（1994）. Strategic learning/strategic teaching: Flip sides of a coin. In: Pintrich, P. R., Brown, D. R., and Weinstein, C. E.（eds.）, Student Motivation, Cognition, and Learning: Essays in Honor of Wilbert J. McKeachie. 257-273, NJ: Lawrence Erlbaum.

Wolters, C. A., Yu, S. Y., and Pintrich, P. R.（1996）. The relation between goal orientation and students’ motivational beliefs and self-regulated learning. *Learning and Individual Differences*, 8(3), 211-238.

Zimmerman, B.J.（1989）. A social cognitive view of self-regulated academic learning. *Journal of Educational Psychology*, 81(3), 329-339.

Zimmerman, B.J.（2000）. Attaining self-regulation: A social cognitive perspective. In: Boekaerts, M., Pintrich, P. R., and Zeidner, M.（eds.）, Handbook of Self-Regulation. 13-39, NY: Academic Press.

［平成29年12月11日受　付
平成30年４月３日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180408013

ー原　著ー

看護系大学の学生が臨地実習を通して「個人の特性」のコンピテンシーを形成していくプロセス

The Process by Nursing College Students Form Competency "Personal Characteristics" through Clinical Nursing Practice

山田恵子[1)]　小林紀明[2)]
Keiko Yamada　Noriaki Kobayashi

キーワード：コンピテンシー，看護大学生，臨地実習，修正版グランデッドセオリー
Key Words：competency, nursing college students, clinical nursing practice, modified version of grounded theory

はじめに

文部科学省は「大学における看護系人材養成のあり方に関する検討会」において，看護専門職者の能力と教育のコアを明らかにした（2011）。看護基礎教育においては，使える知識にしていくための基礎力の養成，多岐にわたる対象・地域への適応とともに，変化に富む未来に対し，生涯にわたり適応し続けられる看護師の育成が求められている。

看護師として生涯にわたり働き続けるためには，看護基礎教育をはじまりとし，その後の看護師の立場や職位に応じた能力を獲得する必要がある。そして，継続した学習と自己研鑽により，複雑な状況に応じた看護実践能力の発揮が望まれる。そのためには，個々がおかれた状況に適したコンピテンシーを獲得する必要がある。コンピテンシーとは，人材に備わる根源的な特性であり「さまざまな状況を超えて，かなり長期間にわたり，一貫性を持って示される行動の思考方法」で，性格とは異なりある程度は開発可能であり，高業績の行動として観察される（Spencer & Spencer, 1993/2001）ものである。

武村（2014）は，Spencerらの定義を看護に活用し，看護におけるコンピテンシーを，「知識や技術を特定の状況や背景のなかに統合し，倫理的で効果的な看護を行うために必要な能力」と定義し，看護管理者への行動結果面接から，看護管理者のコンピテンシー・モデルとして，5領域，計25のコンピテンシーで構成した。そのなかの「個人の特性」領域は，①信念の維持，②正確な自己評価，③感情の自己認識，④セルフ・コントロール，⑤内省力，⑥自己研鑽・学習力の6つのコンピテンシーから構成されている。「個人の特性」領域は，他の4領域に影響する基礎となり，パーソナリティといえ，学習や訓練によって獲得・向上することがむずかしいが，これが備わっていることで自分自身を開発し続けることができるため，努力して獲得することが望ましいとしている。

オレゴンヘルスサイエンス大学看護学部のChristine A. Tannerは，学士課程の教育について，急激に変化し，多職種協働が発展するなか，看護職に求められる能力として，10のコンピテンシーを重視したカリキュラムを展開している（野嶋ら，2011）。日本での講演で，日本の学士課程においても，コアとなる看護実践能力と卒業時到達目標として，20のコアとなる看護実践能力を明らかにしている。そのなかでも，「ヒューマンケアの基本に関する実践能力」「専門職として研鑽し続ける基本能力」については，生涯にわたって発展させていく専門職としての能力であるため，学士課程早期より，人間形成の根幹となる自己を主体的に確立させていくことのできる基盤を育成する必要性を明示している（野嶋ら，2011）。その育成方法や評価方法についての研究は重ねられているが，学士課程でどこまで実践能力を育成するかという点については明らかになっていない（松谷ら，2010）。

看護系大学に入学してくる多くの学生は，18歳という青年期にあり，アイデンティティ確立の時期にあたる。4年間の学生生活を送るなかで，思いどおりにならないことが生じたり，自分自身の無力を感じたり，周囲から自分自身に対する指導を受けることで，自分を見失うような経験を重ねながら，アイデンティティを形成していく。その経験は，人間形成の根幹となり，「一貫性をもって示される行動の思考方法」に大きな影響を与え，将来の看護実践行動となって現れると考えられる。その根幹の形成に重要なものが，他者の存在であろう。とくに看護系大学の学生は，

1）東京医療保健大学　Tokyo Healthcare University
2）いわき明星大学　Iwaki Meisei University

臨地実習におけるクライエントや他学生や看護師などの，他者との関係を通して学習しており，学習が成立するためには，他者との相互関係が重要である（山里・堀，2014）。臨地実習を終了した学生の自己教育の様相には，学習時に抱いた学生個別の目的を一貫して保つ，学習過程の途中で新たに自己確認を得たことにより主体的な学習に変化する，実習終了直後の感情に影響を受け自らの目的がつくれない，という3つのパターンがあり（河部，2015），必ずしも実習によってよい変化が起こるともいえず，学生生活における継続した学習支援が必要である。しかしながら，看護系大学における学習は，臨地実習における看護実践能力の獲得が中心にあり，かつ「個人の特性」のコンピテンシーは，臨地実習を中心とした他者との相互作用によって形成されやすいと考える。

コンピテンシーは，その職業や立場において必要とされる能力であるため，その内容や深さは職業や職位によって異なる。しかし，武村が述べる看護管理者の「個人の特性」は，パーソナリティといえる領域である（2014）。すなわち，「個人の特性」は，看護管理者になるために獲得するのではなく，看護管理者である前に看護師のコンピテンシーとして，継続的に獲得された「個人の特性」であると考えるならば，看護基礎教育の時期において，「個人の特性」のコンピテンシーは獲得されているのか，獲得されているのであれば，どのように形成されていくのかを明らかにする必要がある。

「個人の特性」を構成する6つのコンピテンシー一つひとつの，学生の現状および影響する要因に関する研究は進められている。しかし，6つのコンピテンシーは，相互に影響しあいながら「個人の特性」として形成されていくと考えられる。特に，看護系大学の学生が揺らぎを感じながら，自分自身を形成していくと考えられる臨地実習において，どのような他者とのどのようなかかわりが，看護系大学の学生の「個人の特性」を形成していくのかを明らかにしたい。「個人の特性」を形成するプロセスが明らかになれば，看護基礎教育において，生涯にわたり適応し続けられる看護師の育成のための方略の示唆を得ることができると考える。

Ⅰ．研究方法

A．研究目的

看護系大学の学生の臨地実習における体験から，患者・指導者・教員・自分にとっての大切な他者とのかかわりを通して，「個人の特性」が，どのようなプロセスで形成されるのか明らかにする。

B．用語の定義

コンピテンシー：知識や技術を特定の状況や背景のなかに統合し，倫理的で効果的な看護を行うために必要な能力（武村，2014）。

個人の特性：他のコンピテンシーにも影響を与える重要な部分であるが，個人の行動の核となる部分。①信念の維持，②正確な自己評価，③感情の自己認識，④セルフ・コントロール，⑤内省力，⑥自己研鑽・学習力の6つで構成される（武村，2014）。

C．研究方法

1．研究デザイン

修正版Grounded Theory Approach（M-GTA）による質的記述的研究。

2．研究対象者

高校卒業後，看護系大学に入学し，受け持ち患者に対する看護実践を行った学生。研究内容に賛同の得られた首都圏看護系大学3校の4年次の女子学生9名と男子学生1名の計10名。

看護系大学に入学する前の社会的影響を考慮し，高校卒業後すぐに入学した学生に限定した。さらに，性差を問わず3年次の実習を終了した4年次の学生とすることで，臨地実習での経験を中心とし，その前後において影響した他者の存在を検討することとした。

3．データ収集

平成28年5月～6月にかけて，1時間前後の半構成面接を行った。インタビュー平均時間は56分であった。インタビューガイドは，武村（2014）の「個人の特性」を参考に，①日常生活における相談相手・困ったときの相談相手，②自分の強み・弱み，③自分自身の感情の変化や起伏，④日常生活におけるストレスへの対処，⑤試験や実習における学習時間と主な学習方法，⑥臨地実習における自分の考えや行動の振り返り，⑦臨地実習での看護実践において大事にしていることで構成した。さらに，臨地実習において「自分自身が変化したと思う体験」について，患者・指導者・教員・自分にとっての大切な他者（グループメンバー・友人・家族など）とのかかわりを交えて語ってもらった。

4．分析方法

「個人の特性」を形成するプロセスについて，他者との相互作用および「個人の特性」の6つのコンピテンシーの相互作用を明らかにするため，M-GTAを用いた。M-GTA

の分析手順に沿って，逐語録が完成したものから順に，分析ワークシートに沿って，解釈・概念生成を行った。分析テーマは，『「個人の特性」を形成するプロセス』とし，分析焦点者である『患者を受け持ち，学生としての看護実践を行ってきた大学4年生』の視点から継続的比較分析を行いながら，概念名を生成した。その後，生成された概念間の関係を考え，カテゴリーを検討し，カテゴリー名を生成し，結果図を作成した。8事例目の分析まで，新しい概念が生成されたが，それ以降新しい概念は生成されず，10名のデータ分析で，プロセスの構造を説明できると判断した。概念生成および結果図の作成における研究者の解釈内容に対し，看護基礎教育に精通している教員によるスーパーバイズを受けながら，研究者間で納得が得られるまで修正を繰り返した。最後に，M-GTAに精通した教員と分析内容を確認することで，本研究の妥当性と正確性を確保した。

D．倫理的配慮

目白大学倫理審査委員会の承認を受け実施した（承認番号：015研-038）。調査対象者に研究の趣旨と協力の自由意思，拒否する権利について口頭および文書で説明し，協力の意思があり，同意が得られた場合に同意書を得てインタビューを行う。その際，データは研究のみに使用すること，個人が特定できないよう匿名化すること，学校とは無関係であること，研究協力は自由意思であること，承諾後も断ることができること，断ったとしても不利益は受けないこと，学会・学会誌において発表し，その際にも個人を特定しないことを説明し，同意を得た。

Ⅱ．結　　果

分析の結果，『「個人の特性」を形成するプロセス』の構造として27の概念を生成し，それぞれの概念にあう定義を設定した（**表1**）。また，継続的比較分析により，8カテゴリーを抽出した。以下，カテゴリーを〈　〉，概念名を【　】，学生の言葉を「　」，研究者の言葉を（　）で表す。

A．ストーリーライン（図1）

『「個人の特性」を形成するプロセス』における中核となるうごきは，自分のなかで問い続ける〈それは本当か考える〉カテゴリーであった。

4年次の学生は，3年次までに行われたさまざまな実習のなかで，うまくいかず〈慌てていた自分〉に強く印象づけられていた。〈慌てていた自分〉を支えてくれたのは〈同じく学生〉であり，母親や看護教員という〈支援者の支え〉であった。支えのなかで，〈慌てていた自分〉を自覚し，落ち着きを取り戻していき，さらに〈支援者の支え〉を受けつつ，〈患者と同じ目標に向かう〉プロセスと，学生間で〈バランスをとる〉こと，臨床看護師の看護実践を通し〈患者が求めている看護を知る〉こととの相互作用によって，自己理解と看護への問いを深めていく。これら，実習におけるタイムリーな検討と振り返りの記憶は，〈それは本当か考える〉機会を生み出す。そのときはベストであると思って実践してきた援助が，時をおいて，大学でさらに学び直すなかで，自分が【いままで持ち続けた基準】について，〈それは本当か考える〉ようになり，入学時の学生としてではなく，もうすぐ看護師になる学生として，看護の意味を問い直し，〈改めて看護師になる〉ことが自覚されていた。

B．「個人の特性」の形成プロセスを構成するカテゴリーと概念

1．〈慌てていた自分〉〈同じく学生〉〈支援者の支え〉における相互作用

このカテゴリーは，実習開始当初に起こるとまどいである。その時，自分と近い立場にある学生と自身を比較することで，いまの自分に向き合っていた。また，動揺が大きいときには，身近な存在である母親や教員の支援を受けることで落ち着きを取り戻していた。

a．〈慌てていた自分〉のカテゴリー

4年次の学生が，3年次までの実習を通して，強く印象づけられていた場面は，患者の言葉や拒否的な態度により【関係が築けない】ことであった。学生Eは，*「『何でできないんだ。役立たず』みたいな感じに仰られて。そのときは正直，役立たずとも言われたんで，かかわりたくないな，これ以上って，ちょっと思った」*と語っている。また，技術不足により【安楽なケアができない】という反省や，患者の言葉に【何といえばいいかわからない】と動揺しやすい。そのため，患者の言葉より【自分の思いが優先】した行動をとったり，指導者や教員の言うとおりに【とりあえずやってみる】という行動をとりやすく，そのなかで対象への看護の方法を学んでいた。学生によっては，【義務としての実習】という与えられた課題への取り組みをするなかで，落ち着きを取り戻し，主体的な実習へと向かう準備を整えていた。

b．〈同じく学生〉のカテゴリー

順調に実習を進める学生と比較して，うまくいかない自分の実習状況に【ストレスを自覚する】反面，似たような環境にある学生との会話により，【同じだからわかる】思いに支えられ，少しずつ落ち着きを取り戻していた。

c．〈支援者の支え〉のカテゴリー

揺れ動きの大きな時期に，母親や信頼のおける看護教員の支えを受けることは，【あるがままの自分を受け止める】

表1　概念名一覧

カテゴリー名	概念名	定義
慌てていた自分	【関係が築けない】	患者の言葉や拒否的な態度により，援助関係を築くことができず，学生の感情が大きく揺れ動くこと
	【安楽なケアができない】	技術不足により安全・安楽なケアを提供することができないことによるとまどい
	【何といえばいいのかわからない】	突然表出された患者の言葉に対応できないことによるとまどい
	【義務としての実習】	看護学生として求められているものに答えるために，義務として実習を行うこと
	【自分の思いが優先する】	学生の焦りから解決を急ぐため，目の前の現象と過去の知識との単純な関連づけが生じ，自分の思いが先立ってしまう
	【とりあえずやってみる】	患者への看護実践の必要性や指導された内容の理解，納得が得られていないが，経験者の意見や行動をそのまま受け入れて同じように実践してみること
同じく学生	【同じだからわかる】	同じ看護大学生同士だから理解しあえること
	【ストレスを自覚する】	実習中に受けた他者からの刺激により，感情が学生自身のなかにたまり込み，ストレスな状況におかれること
支援者の支え	【あるがままの自分を受け止める】	目の前の状況に対応できず，大きく気持ちが揺れ動いているが，教員や母親に感情を表出することで，いまの自分の感情に気づき受け止めていくこと
	【ヒントに気づく】	いまの自分の思いを受け止め，理解してくれる人のアドバイスに耳を傾けられるようになること
患者と同じ目標に向かう	【よりよい援助への問い】	周囲の意見を取り入れて，そのとき，その日のうちに，自己の看護実践を振り返りよりよい看護実践を模索すること
	【自分の考えの主張】	自信がもてる範囲で，主張する相手を選択しながら，自分のやりたい看護を主張すること
	【解決方法の広がり】	学生の個性や問題の内容によって，相談相手や相談の場，タイミングを学生自身が選択し，解決方法を決めること
	【患者の支えを得る】	自分の力不足や援助への不安を感じながらも，患者に支えられながら，自分が可能な限りの学習をして援助に臨む
バランスをとる	【意見の対立】	自分とは違う考えをもつ学生と，同じ立場であるから交わせる意見のぶつけあい
	【折り合いのつけ方】	自分の考える看護に関して主張をする一方で，自分とは違う看護に関する考えをもつ他者を認めていくこと
患者が求めている看護を知る	【こんな看護師になりたい】	臨床の看護師から受けるよい感覚。自分もこうなりたい，こうしていこうなど将来と結びつけて考えられること
	【看護実践への疑問】	患者の言葉や思いに触れたり，教科書と照らし合わせて感じる，看護師の看護実践に対する疑問
それは本当か考える	【患者の思いのいちばんの理解者】	一人の患者とじっくりかかわれるという学生の強みを生かした実習を重ねたことにより，患者の思いだけは，自分がいちばん理解しているという自信の表れ
	【いまもわからないこと】	過去に行った看護実践の意味や看護に関する理解が深まるが，理解の途中であるため，具体的に説明することがむずかしい
	【患者の本当の思いは何か】	実習中は，患者の思いをわかったつもりでいたが，再考するきっかけを得たことによって，あのときの患者の言動・行動の意図を再検討すること
	【教員から問いかけられた記憶】	自分のやりたい看護への思いとの対立や不足していた看護に対する教員からの問いかけを思い起こすこと
	【いままで持ち続けた基準】	いままで大切だと思って持ち続けていた自分のなかの大切なものの基準
	【自分のなかへの取り込み】	周囲の人たちの考えに影響されながら，自分に取り込んでいくこと
改めて看護師になる	【いまの私ができることとできないこと】	経験を内省したことによって，いまの私ができていることとできていないことが述べられるようになること
	【私の目指す看護】	いまの自分が目指したい理想の看護や目標とする看護を思い描くこと
	【弱みの克服への努力】	よい看護実践のために不足している力を，今後獲得していこうという意思

ことにつながり，さらに自分に向けられた支援者の言葉を受け，自分で【ヒントに気づく】ことができるようになっていく。

2．〈患者と同じ目標に向かう〉〈バランスをとる〉〈患者が求めている看護を知る〉における相互作用

落ち着きを取り戻した学生は，このカテゴリーにおける相互作用により，自分にとって譲れないものを意識したり，よい看護実践とは何かを検討していた。そして，自分の思いと患者の思いを重ね合わせて検討し，お互いの目標を確認するなかで，患者の希望に寄り添えるようになっていた。

a．〈患者と同じ目標に向かう〉カテゴリー

〈支援者の支え〉を受けつつ，【よりよい援助への問い】

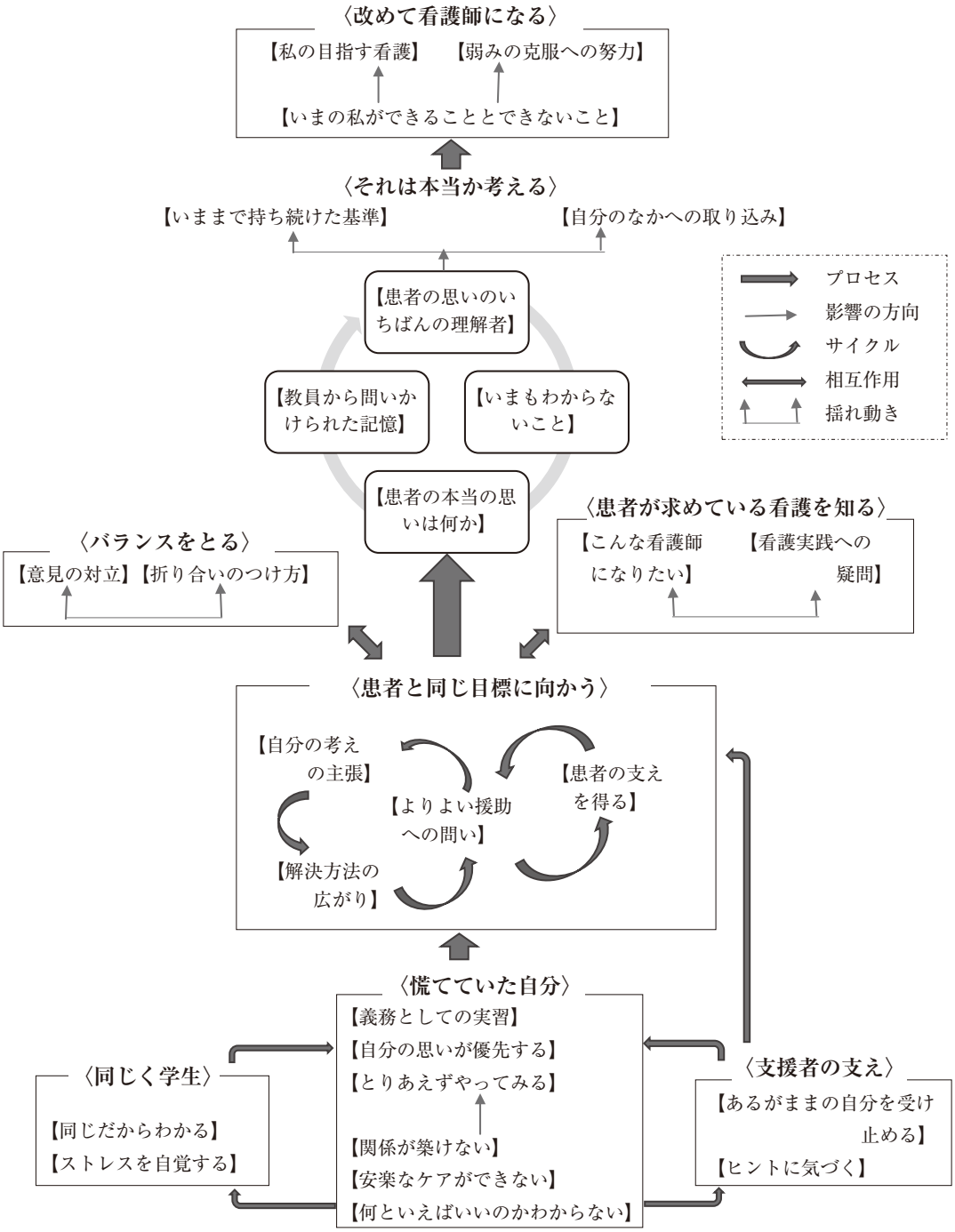


図1　結果図：『個人の特性』の形成プロセス

を行うなかで，学習が進んだ箇所や患者理解について自信がある部分に関し，【自分の考えの主張】をするが，必ずしも自分の考えに自信があるとは限らないため，関係構築がされている，思考の整理や感情を受け止める役割の教員にまず【自分の考えの主張】することが多い。そして，学生Ⅰは，*「教科書に書いてあることを，まず羅列して，聞いてやって，そこからわからないことに関して，指導者さんに，私はここはこうだと思うんですけど，この人の性格からしたらどうなんですかっていう質問とか」*と徐々に相談相手を広げ，行動するなかで，【解決方法の広がり】に至っていた。適切な看護を導き出すことと同時に，未熟な技術やコミュニケーション力を感じながらも提供される援助のなかで，徐々に患者との関係が形成され，学生の存在を受け入れてもらうとともに【患者の支えを得る】ようになる。

【よりよい援助への問い】を中心とした2つのサイクルが，継続的に繰り返されることで，〈患者と同じ目標に向かう〉ことができるようになる。

b．〈バランスをとる〉カテゴリー

〈患者と同じ目標に向かう〉途中で，看護実践に対する考えの相違により【意見の対立】が起きるが，学生Hは，*「先生に間に入ってもらって。とことん話して……解決は，結局はしないんですけど，お互い譲り合ってっていう感じです。お互い譲れない部分はそのまま」*と語り，さらに*「お互いちょっとずれてた部分はあったので，相手が譲れない部分は，私はちょっと，じゃここはあきらめて，っていう感じで……」*と，一方的な自己主張に終始せず，他者を受け入れながら【折り合いのつけ方】を学んでいた。

c．〈患者が求めている看護を知る〉カテゴリー

看護師が提供する看護実践や人間関係を成立させる技術をともに体験することやその場面に立ちあうこと，さらに看護を受けている対象からの言葉により，【こんな看護師になりたい】という思いを描く。反面，学生Bのように，*「『いいのいいの。大丈夫だから』っていうふうにおっしゃって，友だちは『はい』ってなって。その後に，こういうことあったんだけど，どう思うとか。私たちは，教科書を見てやってるんだけど，それには何か理由があるのかなと思う。時間を優先してるのかな，とか……」*と【看護実践への疑問】を感じることがある。それは，いままで抱いてきた看護師像や将来の看護師像を想像すること，またいままでの学習と照らし合わせて感じる違和感であり，多くは臨床の看護師の行動から感じる。それらの対処として，学生同士でなんとなく話して終えたり，自分のなかにしまい込んでいた。

3．〈それは本当か考える〉から〈改めて看護師になる〉へ向かうプロセス

この2つのカテゴリーは，ときをおいて振り返る機会により，そのときは精一杯で気がつかなかったり，十分できたと思っていた自分のかかわりに疑問を抱く。それは，新たな気づきを促し，自分のなかの基準を揺るがしていた。そして，いまの自分について検討し，もうすぐ看護師になる学生として，〈改めて看護師になる〉ことを自覚していた。

a．〈それは本当か考える〉カテゴリー

〈患者と同じ目標に向かう〉ことができた成功体験は，ときをおいて，大学でさらに学び直すなかで，自分がそのときはベストであると思って実践してきた援助が，〈それは本当か考える〉ようになる。一人の患者とじっくりかかわれるという，学生の強みを生かした実習を重ねたことにより，学生Dは*「看護師さんも知らなかったみたいで，そういう気持ちを。『そうだったんだね。だからああいう態度が出てきちゃったのかな，っていう話をしてくれて，さらにそういうところを，学生さんなりに見てくれたらうれしい』っていうことをいわれたので，そういう感じで行こうって……」*という成功体験が，【患者の思いのいちばんの理解者】という自信につながっていた。

その反面，あのときに行った看護実践の意味や患者の思いについて，学生Bは*「ほんとはたぶん放射線療法やりたくなかったんです，患者さんは。でも……やれば治るっていうし……どうしたらいいんですかね，そんとき。いまでもわかんないんですけど」*と【いまもわからないこと】が存在する。あるいは，あのときは患者の思いをわかったつもりでいたが，時間が経ったいま，学生Eは*「もっとまわりに，意見をもうちょっと集められたら，もしかしたらもう少し変わってたのかなっていうのはいまになって……。このときは，最後はちょっと，いい感じで終われたからいいかなって思ってたんですけど。（時間が経ってみて）1年ぐらい経ってみて……」*と語り，【患者の本当の思いは何か】と再考していた。学生Aは，【教員から問いかけられた記憶】が蘇ることで，*「先生との不一致があったのであれば，どこがいちばん，折り合いがいいところなのかっていうことを，やっぱり，キャッチボールはしないといけなかったんだな，ってのは」*と，【いままで持ち続けた基準】が揺るがされていた。

さらにこの学生Aは，*「すごい嫌でしたけど，言われたからこそ考えられたし，危機的状況に陥るとやっぱ考えるじゃないですか。やんなきゃいけないんだなっていう状況に，嫌でもなったのは，先生ないし指導者さんがいたからかなとは……。一般的なものも受け入れる……準備だったのかなー」*と【自分のなかへの取り込み】を行っていた。

b．〈改めて看護師になる〉カテゴリー

学生生活において終始行われた，自分を振り返ることによって得られた自己理解の深まりにより，【いまの私ができることとできないこと】を認識していた。それは，入学時の学生としてではなく，もうすぐ看護師になる学生として，【私の目指す看護】を考えていた。人に自分を開かせないと語っていた学生Gは，*「やっぱり，一人で解決できる問題じゃないので，誰かに話すっていうことは大切なのかなって思います」*と【弱みの克服への努力】によって，成長して行こうと思えるようになっていた。

Ⅲ．考　察

本研究の分析テーマ『「個人の特性」を形成するプロセス』に沿って分析した結果，看護基礎教育にある学生においても，武村（2014）の「個人の特性」に関する6つのコンピテンシーについて，深さは異なるものの獲得していると考えられるため，Spencer & Spencer（1993/2001）および武村（2014）の定義に照らして考察していく。Spencer & Spencer（1993/2001）の根源的特性には，①動因，②特性，③自己イメージ，④知識，⑤スキルの5つがあり，円

の中心に動因・特性，次の中間層に自己イメージ，最も外側の層に知識・スキルが位置している（図 2）。円の中心にある動因・特性は，他のコンピテンシーに影響を与えるため重要であるとされている。

A．円の中心にある動因・特性

動因とは，個人が行動を起こす際に常に考慮し，願望する様々な要因であり，個人の行動をゴールに向けて『駆り立て，導き，選択する』または『回避する』ように導くものである（Spencer & Spencer, 1993/2001）。特性は，感情のコントロールやイニシアティブに関する特性である。これは，〈慌てていた自分〉〈同じく学生〉〈支援者の支え〉のカテゴリーを中心に行われている。

1．動因としての「正確な自己評価」

「正確な自己評価」とは，自分の強み，弱み，限界を正しく評価し自覚して正しく行動する能力（武村，2014）であるが，学生の多くは，青年期にあたり，自分とはどういう存在か，他者とのかかわりのなかで知っていく段階である。

これは，〈慌てていた自分〉に始まる。感情の揺れ動きがどのように認識されるかによって，その後の行動が変化する。つまり，目の前にある課題に対し，達成動機を高くもてるか，自分にはできないという思いを強く抱き，回避行動として現れるか，という違いと考えられるが，本研究においては，達成動機によって導かれた結果として【とりあえずやってみる】【自分の思いが優先する】行動として現れており，回避行動は見られなかった。これは，看護師になるためには実施しなければならないという思いが優先され，【義務としての実習】としてとらえられている結果ではないかと考えられる。そして，〈同じく学生〉のカテゴリーにおいて行われる，他者との対話や比較を経て，〈支援者の支え〉を得ながら，自分と向き合うことを通して，少しずつ自分の強み，弱み，限界を知り，「正確な自己評価」の能力の形成へとつながっていると考える。

2．特性としての「感情の自己認識」

「感情の自己認識」とは，自己の感情を正しく認識し，その感情が仕事に与える影響について自覚し，率先して行動する能力（武村，2014）である。学生は，実習を通して揺れ動きを感じながら，自分の感情に目を向け，その感情や変化を受け止めていた。

「感情の自己認識」の能力の獲得プロセスは，〈慌てていた自分〉に始まる。そこで感じる自分自身の揺れ動きやとまどい，進む先が見えない状況におかれることは，自分の感情に関心を向けさせる。その感情を他者に表出するなかで，自分自身への問いが起こり始めていく。ここでの他者とは，相談しやすい母親や気のおける仲間，話しやすい教員であることが多く，ここでの自分の感情の放出が，少しずついまの自分の感情を理解し，その感情が周囲に与える影響，とくに患者に与える影響について自覚する。そして，困っているのは患者であり私ではない，という思いに後押しされながら前に進む準備を整えていく。

感情労働に関して，看護師より学生のほうが共感的理解は高く演技をしない傾向（重本・大蔵・室津，2015）にあるが，本研究においても，臨地実習において，感情に関す

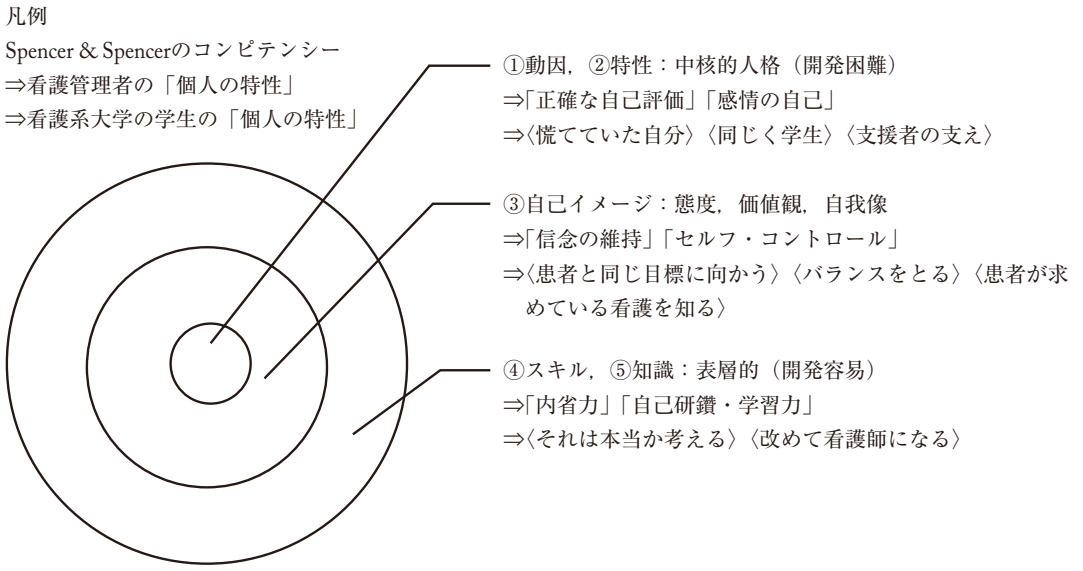


図 2　看護系大学の学生の「個人の特性」の中核と表層のコンピテンシー

〔Spencer & Spencer（1993/2001，p.14）より一部改変〕

る演技をしている語りはなかったが，共感的理解に関する語りは多く聞かれ，個別の患者へのコミットメントに向かって努力している様子が伺えた。それは，学生自身の感情を使って患者と向き合っていることとなり，感情が大きく揺れ動くなかで，自分の感情と患者の感情とを重ね合わせながら，いまの私の「感情の自己認識」を深めていると考える。

以上のように，その学生なりの方法で自分を知りながら，中間層である自己イメージへと進み始める。

B．円の中間層にある自己イメージ

自己イメージは，「個人の態度，価値観，自我像」である（Spencer & Spencer, 1993/2001）が，これには，「信念の維持」「セルフ・コントロール」が含まれると考えられ，〈患者と同じ目標に向かう〉〈バランスをとる〉〈患者が求めている看護を知る〉のカテゴリーを中心に行われている。

1．自己イメージとしての「信念の維持」

「信念の維持」とは，看護観・倫理観に裏づけられた信念で（武村，2014），学生の看護観や倫理観の醸成は，主に臨地実習におけるロールモデルを通して行われている。〈患者が求めている看護を知る〉なかで，患者から信頼をおかれる看護師の対応や卓越した技術が提供されたときの患者の反応，看護師の言動・行動をどのように感じているか患者から聞くことによって検討されていた。反対に，看護実践に対する違和感は，看護師は忙しいのは理解できるが患者がかわいそう，という患者と同じ目線で考えて感じる違和感であったり，看護師の看護実践が教科書と違うが，納得する説明が得られない，などであった。学生は違和感が生じたとき，同意を得られやすい学生同士で確認するが，解決につながらず，違和感をそのままにする傾向がみられた。しかし，その時々のよい看護実践を検討することが，「信念の維持」ではなく，信念の形成につながっていると考える。

2．自己イメージとしての「セルフ・コントロール」

「セルフ・コントロール」とは，ストレス耐性を身につけ，プラス思考で行動する能力（武村，2014）であるが，〈バランスをとる〉カテゴリーを中心に行われていた。

〈慌てていた自分〉から〈患者と同じ目標に向かう〉という看護の方向がわかるまでの間に，学生は揺れ動きや模索のなかでストレスを感じるが，〈同じく学生〉のカテゴリーにおいて，自分だけではないという思いに支えられたり，〈バランスをとる〉なかでセルフ・コントロール能力を形成しているのではないかと考えられる。学生のストレス対処行動として，回避と抑制が高まり，他者を巻き込んだ情動発散行動が低くなる（金子・樅野，2015）が，本研究では，【ストレスの自覚】をし，自分のなかに閉じ込めたり，【折り合いのつけ方】という学生間の関係を維持することを優先する回避と抑制という行動だけではなく，自分の思いを表現し，ときには【意見の対立】によって，お互いが妥協しあえる答えを導き出すことによって，解決に向かっている様子が伺えた。どちらの行動が良い悪いということではなく，同じような状況にあったときに，乗り越えられたという経験が，プラス思考の能力を培っていると考えられ，それは「セルフ・コントロール」の形成に至っていると考えられる。

そして，動因・特性および自己イメージに動機づけられ，知識・スキルの能力を形成していくと考えられる。

C．円の外側にある知識・スキル

知識は複雑なコンピテンシーであるが，知識テストは仕事上の業績を予見することが不可能である。スキルには，分析的思考と概念化思考が含まれる（Spencer & Spencer, 1993/2001）。これには，「内省力」「自己研鑽・学習力」が含まれると考えられ，〈それは本当か考える〉〈改めて看護師になる〉カテゴリーを中心に行われている。

1．知識・スキルとしての「内省力」

「内省力」は，自分の行動を振り返り，他者の評価を受け入れて，行動変容を試みる能力（武村，2014）である。〈患者と同じ目標に向かう〉なかで行われる内省は，「行為のなかのリフレクション」であり，〈それは本当か考える〉なかで行われる内省は「行為についてのリフレクション」(Jasper, 2003/2014）であると考えられる。

a．〈患者と同じ目標に向かう〉なかで行われる「行為のなかのリフレクション」

日々の援助を通しての内省は，“行為のなかのリフレクション”である。それは，患者への清潔援助や安楽な呼吸への援助，コミュニケーションといった看護技術に関することが多い。学生はまず，ロールモデルの実践を見学し，支援を受けながらの実践をするなかで，自分と熟達者の比較を自分のなかで行う。そして，ロールモデルを参考に援助を実施した後に，指導者や教員からの気づきの点が伝達される。そのような支援や指導を経て行う意見交換は，自分の学びが明確になると同時に共有されることで，気づきが自分のものとなる。その気づきが，記録というかたちで文章化されることで，言葉が意味をもって，自分のなかに刻み込まれていくと考えられる。

b．〈それは本当か考える〉なかで行われる「行為についてのリフレクション」

「行為についてのリフレクション」は，3年次の実習を

終えて，時間が経ってから行われる内省である。それは，カンファレンスや学生同士の語り，看護系大学での講義やゼミを通して，意図的に振り返った記憶と合わせて想起されていた。

〈それは本当か考える〉カテゴリーにおいて，それまでの患者と同一視の関係から脱しはじめ，【患者の本当の思いは何か】と考える。いままで獲得してきた周囲の意見と自分の考えを，【いままで持ち続けた基準】に照らして，自分で必要と判断できたときに，【自分のなかへの取り込み】が行われていると考えられる。これは，【いまの私ができることとできないこと】の認識となり，いまある自分を受け止めていけると考える。

2．知識・スキルとしての「自己研鑽・学習力」

「自己研鑽・学習力」は，あらゆる機会や経験から学び続けること（武村，2014）であるが，学生にとっては，学習の必要性を理解し，主体的に学ぶ能力の形成と考えられる。学習サイクルの出発点は，学習者が出会う問題と既有知識や経験との間で生じるコンフリクト（松下，2015）であるが，「自己研鑽・学習力」の能力の形成は，【関係が築けない】【安楽なケアができない】【何といえばいいのかわからない】というコンフリクトに始まり，少しずつ人間関係を形成しながら，コンフリクトの解決を進めていく。〈患者と同じ目標に向かう〉プロセスにおいて，自分なりにベストだと思った看護について，教員に【自分の考えの主張】をすることで思考の過不足を確認する。不足していた知識や思考が明確になることは，知識や思考の再構築を行いやすくする。再構築の繰り返しは，学生自身のよりよい看護に関する判断に自信をつけさせ，徐々に学びのネットワークを広げ，教員や指導者，学生カンファレンス，患者の反応など，周囲の意見を自分のなかに取り込んでいく。それは，誰か一人の考えに左右されるのではなく，多くのアドバイスや選択肢のなかから【解決方法の広がり】を繰り返すことで，コンフリクトの解決に至る。コンフリクトの解決という経験により，自分の成長と変化を自ら感じ取れることが，生涯にわたる「自己研鑽・学習力」の基盤を形成する。そして，「自己研鑽・学習力」の基盤が形成され学生が自ら立てた【私の目指す看護】という目標であるがゆえ，【弱みの克服への努力】をしながら，生涯にわたり適応し続ける看護師として，自己研鑽し続けられると考える。

看護基礎教育への示唆と今後の課題

本研究によって，心の揺れ動きが大きいときほど，学生自身が信頼する他者に，自分の思いを打ち明けることが明らかになった。そのとき，看護教員は，看護系大学の学生の「個人の特性」の醸成のために，誰に打ち明けるかを問題にするのではなく，学生自身が打ち明けることができる信頼関係のある他者が存在しているかどうかを把握することが大切である。その存在があれば，あるがままの自分を受け入れ，感情の揺れ動きに向き合いながら，自分自身を正しく評価する能力を形成していくことができる。また，自分に合った問題への向き合い方を選択しながら，目の前の課題に取り組むことを可能にする。

看護観や倫理観，セルフ・コントロール能力の形成のためには，学生自身が，その日その時にタイムリーに考えることが必要である。そのためには，検討材料としての，ロールモデルの存在と，その看護師は，なぜそのように判断したのか，その根拠を説明することが必要である。そして，看護教員として大切なことは，学生が何を見て学び，その場面から何を考えたのか聞いたうえで，学生がさらに患者の立場や看護師としての振る舞いを考えられるような問いを与えることが重要である。問いに対する学生の考えを，積極的に発言し，共有する場をもつことは大切である。しかし，最も重要なことは，看護師の看護観・倫理観に触れる機会を大切にするとともに，いま目の前の学生ではなく，時を重ねる中で少しずつ深まりをみせていく学生の成長を信じ，問いかけ，見守ることである。青年期の揺らぎのなかであるからこそ，「個人の特性」は，変化をする幅があり，また4年間かけて形成する「個人の特性」は，看護師であり続けるその人を支え続けていくと考える。

Ⅳ．結　　論

A．看護系大学の学生の「個人の特性」の形成のプロセスは，〈慌てていた自分〉〈同じく学生〉〈支援者の支え〉との相互作用にはじまり，〈患者と同じ目標に向かう〉〈バランスをとる〉〈患者が求めている看護を知る〉との相互作用により，自己理解を深める。そして，〈それは本当か考える〉という内省を経て，〈改めて看護師になる〉へと進む。

B．看護系大学の学生の「個人の特性」の形成における影響の大きな他者のかかわりは，プロセスの始まりほど友人・母親・信頼のおける教員であることが多く，プロセスが進むと患者・医療関係者へと変化していく。さらに時をおいた内省では，それまでに関わった多様な人々が影響する。

C．Spencerのコンピテンシー，武村の「個人の特性」，本研究における看護系大学の学生の「個人の特性」のカテゴリーは，中核から外側に向かい，以下のような関係があった。

1．動因・特性＝「正確な自己評価」「感情の自己認識」＝〈慌てていた自分〉〈同じく学生〉〈支援者の支え〉
2．自己イメージ＝「信念の維持」「セルフ・コントロール」＝〈患者と同じ目標に向かう〉〈バランスをとる〉〈患者が求めている看護を知る〉
3．知識・スキル＝「内省力」「自己研鑽・学習力」＝〈それは本当か考える〉〈改めて看護師になる〉

謝　辞

本研究に際し，調査にご協力いただきました看護系大学の学生の皆さま，大学関係者の皆さま，広く意見をいただきました関係者の皆さま，そして，木下康仁先生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

領域別実習を実施している首都圏看護系大学4年次の学生10名を対象に，半構成面接を実施した。M-GTAを用いて，分析テーマ「『個人の特性』を形成するプロセス」に沿って分析を行った結果，27概念と8カテゴリーを抽出した。それは，〈慌てていた自分〉は，〈同じく学生〉〈支援者の支え〉の関係のなかで落ち着きを取り戻し，〈患者と同じ目標に向かう〉ことと〈バランスをとる〉〈患者が求めている看護を知る〉との相互作用により看護への問いを深め，〈それは本当か考える〉ことで，看護師となる学生として看護の意味を問い直し，〈改めて看護師になる〉ことが自覚されていくプロセスであった。個人の特性は，「正確な自己評価」「感情の自己認識」によって動機づけられ，「信念の維持」「セルフ・コントロール」の能力を形成する。最も外側にある知識・スキルの獲得には，「内省力」の高まりを受け，「自己研鑽・学習力」へと進んでいた。

Abstract

A semi-structured interview was conducted with 10 fourth year students of nursing colleges in the Greater Tokyo area clinical training. Using M-GTA, based on the results of analysis on the theme “formation of ‘personal characteristics’,” 27 concepts and 8 categories were extracted. The results indicate a process by which the student goes from a state of “self in a hurry” to a state of regained composure within the confines of the relationship between “fellow students” and “other assisting persons,” then delves deeply into questions on nursing implications through the mutual interaction of “achieving balance” and “know what patients want” by “orienting towards the same goal as the patient,” and gains self-perception about “becoming a nurse anew” by “contemplating about true meaning” and rethinking about nursing implications as a student. Personal characteristics are motivated by “accurate self-evaluation” and “self-recognition of feelings” and constitute the abilities of “maintaining beliefs” and “self-control.” In acquiring the outermost peripheral knowledge and skills, the results suggest that proceeding to develop “self-study/learning ability” is likely as the “introspection ability” increases.

文　献

Jasper, M.（2003/2014）．中田康夫，光成研一郎，山崎麻由美（監訳）．ナースのための反省的実践：教育と臨床をむすぶ学びのコア．16-17，東京：ゆみる出版．
金子さゆり，樅野香苗（2015）．基礎看護学実習における看護学生のストレス因子構造と対処行動．名古屋市立大学看護学部紀要，14，51-59.
河部房子（2015）．自己の看護体験を評価する学習過程における看護学生の自己教育の様相．日本看護学教育学会誌，25(1)，1-14.
木下康仁（2003）．グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い．東京：弘文堂．
木下康仁（2007）．ライブ講義M-GTA：実践的質的研究法　修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチのすべて．東京：弘文堂．
厚生労働省（2011）．看護教育の内容と方法に関する検討会報告書．http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000001310q-att/2r9852000001314m.pdf（検索日2017年1月5日）
小薮智子，黒田裕子，合田友美，新見明子（2007）．看護学生の職業的アイデンティティ形成に関する研究（第二報）：経年的変化から考える教育的支援．川崎医療短期大学紀要，27，25-29.
前田ひとみ，津田紀子（2008）．構成的グループエンカウンターとリフレクション．看護研究，41(3)，217-227.
松下佳代（2015）．ディープ・アクティブラーニング：大学授業を深化させるために．8，東京：勁草書房．
松谷美和子，三浦友理子，平林優子，佐居由美，卯野木健，大隈香，……佐藤エキ子（2010）．看護実践能力：概念，構造，および評価．聖路加看護学会誌，14(2)，2010.
文部科学省（2011）．大学における看護系人材養成の在り方に関す

る検討会最終報告. http://www.mext.go.jp/a_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/__icsFiles/afieldfile/2011/03/11/1302921_1_1.pdf（検索日2016年10月 2 日）
野嶋佐由美, 中山洋子, 井上智子, 太田喜久子, 片田範子, 香春知永, ……横尾京子 (2011). 看護系大学におけるモデル・コア・カリキュラム導入に関する調査研究. http://www.mext.go.jp/a_menu/koutou/itaku/1307331.htm（検索日2017年 7 月16日）
落合幸子, 紙屋克子, マイマイティ　パリダ, 落合亮太, 本多陽子, 藤井恭子（2006）. エキスパート・モデルが看護学生の職業的アイデンティティに及ぼす影響：自己効力感・評価懸念との関連からみた効果. 茨城県立医療大学紀要, 11, 71-78.
関根　正, 奥山貴弘（2006）. 看護師のアイデンティティに関する文献研究. 埼玉県立大学紀要, 8, 145-150.
重本津多子, 大蔵雅夫, 室津史子（2015）. 看護学生と看護師の感情労働のスキル獲得プロセスの検討. 日本医学看護学教育学会誌, 24(1), 2-6.
Spencer, L. M. and Spencer, S. M.（1993/2001）. 梅津祐良, 横山哲夫, 成田　攻（訳）, コンピテンシー・マネジメントの展開：導入・構築・活用. 11-15, 東京：生産性出版.
鈴木貴美子, 長江美代子（2012）. 大学生の友人関係のありかたとアイデンティティの発達. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 7(1), 133-144.
武村雪枝（2014）. 看護管理に生かすコンピテンシー. 10-29, 東京：メヂカルフレンド社.
山里久美, 堀　薫夫（2014）. 成人教育の視点からみた, 看護学生の社会的スキルと看護実践能力を育む教育の可能性. 大阪教育大学紀要（教育科学）, 63(1), 181-192.

平成30年 1 月 5 日受　　付
平成30年 4 月 8 日採用決定

doi:10.15065/jjsnr.20180427028

－原　著－

フィリピン・セブ州に長期滞在する日本人が医療機関を受診した経験の特徴

Experiences of Utilizing Healthcare Services among Long-Stay Japanese Living in Cebu, Philippines: A Qualitative Study

中井あい　山田和子　森岡郁晴
Ai Nakai　Kazuko Yamada　Ikuharu Morioka

キーワード：日本人，フィリピン，健康管理，面接，質的研究
Key Words：Japanese, Philippines, health care, interview, qualitative study

緒　言

社会においてグローバル化が進むなか，外国で暮らす在留邦人が増加している（外務省，2016）。日本の領土外に在留する邦人の総数は2015年の時点で約132万人にのぼり，1968年以降最多となっている（外務省，2016）。滞在地域はアジア圏が多く，なかでもフィリピンは上位国である（外務省，2016）。フィリピンに在留する邦人総数は1万7,021人で，マニラを含むルソン地方（フィリピン北部）に全体の約78％，ビサヤ地方（フィリピン中部）にあるセブ州には約11％で，マニラに次いで多い（在フィリピン日本国大使館，2012）。

近年，退職後の第二の人生としての生きがいや資金の有効活用などの価値観が多様化し，海外に長期滞在する向老者や高齢者も増加している（ロングステイ財団，2017）。その影響を受けて，多くの国では，さまざまな取り組みを行うことにより長期滞在者を募集している。たとえば，フィリピン観光省や退職庁は，退職者へのビザの緩和，情報や資料の提供を行っている（フィリピン政府観光省，2016；フィリピン退職庁，2017）。長期滞在を計画する日本人にとって，温暖な気候で日本より低コストで，異文化の生活を楽しむことができる点が魅力的で，人気がある（Kohno, Musa, et al.，2016；Kohno, Nik Farid, et al.，2016；ロングステイ財団，2017；Miyazaki, 2008）。

日本人向老者や高齢者が海外に住むと，異なる文化や医療サービスへの適応が問題となる。向老者や高齢者は，一般に高血圧などの罹患率が高く，健康の維持や疾病の治療のために医療機関を受診することが必要である（内閣府，2017）。海外滞在日本人の受診に関連した先行研究をみると，海外での医療は，これまで慣れてきた日本の医療と異なるため，種々の困難を経験することが多く（濱田・福島，2011），高血圧などの慢性疾患があっても受診する者が少なく（打越ほか，2003），受診を躊躇している状況である。公用語がマレー語であるマレーシアに居住する日本人退職者が医療機関を利用した状況はすでに報告されている（Kohno, Musa, et al.，2016；Kohno, Nik Farid, et al.，2016）。海外においてもアメリカ人がメキシコやパナマに移住した際の受診状況（Sloane, Cohen, Haac, & Zimmerman，2013），イギリス人がスペインに移住した際の受診状況（Legido-Quigley, Nolte, Green, la Parra, & McKee，2012）やアメリカに移民したメキシコ人男性の生活習慣への認識（Martinez, Powell, Agne, Scarinci, & Cherrington，2012）についても報告されている。日本人は主として英語を習得していることを考えると，前述のように公用語が英語でない国の場合と，フィリピンのように公用語が英語である国の場合とでは，日本人が経験する困難の種類が異なることが想定される。しかし，英語を公用語とする国での報告は少ない。

海外に住む日本人向老者や高齢者が医療機関を受診した情報は，退職して海外に住むことを考える個々人のみならず，高齢旅行者（中尾・山内・岩山，2008）に対しても日本の医療機関からの支援を検討するうえで有用であると考える。そこで，英語を公用語とするフィリピンに長期滞在する日本人が現地医療機関を受診した経験の特徴を明らかにし，海外に長期滞在する日本人の看護支援を検討する基礎資料を得ることを目的に，現地医療機関を受診した日本人に対してインタビュー調査を行ったので報告する。

Ⅰ．方　法

1．研究対象者

本研究の対象者は，有意抽出を行った。フィリピン・セブ州の日本人サークルの代表者に研究の趣旨と方法を説明し，研究協力を依頼した。代表者に承諾を得た後に，サークル入会者で，3か月以上セブ州に滞在し，現地医療機関

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科　Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University

の受診経験がある者20名を選定してもらった。なお，3か月以上としたのは，外務省（2016）による長期滞在の定義を用いた。

フィリピン・セブ州には，公立病院と私立病院がある。公立病院は，施設や人材が限られている（Japan International Cooperation Agency, 2017）。日本人滞在者は，医療の質や個人サービスのために私立病院を選ぶことが多い。フィリピンにおける邦人診療所は，海外法人医療基金がマニラに開設しているが，セブ州には開設されていない（海外邦人医療基金，2017；在フィリピン日本国大使館，2015）。

2．データ収集方法

対象者に自由に語ってもらうため，面接ガイドによる半構造化面接法を用いた質的研究とした。対象者の語りの内容の出現頻度を数量的なデータとして分析するため内容分析法を用いた。

日本人サークルの代表者の説明によりすでに参加同意を得ているが，インタビュー当日，対象者に研究の趣旨と方法を説明し，再度参加同意を確認した。20名全員から参加同意が得られた。面接は，日本人サークルの代表者から提供を受けた静かな，プライバシーの確保できる部屋で，対象者個人の都合のよい日時に実施した。

質問内容は，①現地医療機関を受診したときの印象，②治療を受けたときの印象，③現地治療やスタッフに対して期待すること，④現地での健康情報の入手方法，⑤健康について相談する医療スタッフの有無，⑥自らの健康に気をつけていることであった。

面接時間は約30分であった。会話内容は，対象者の同意を得てICレコーダに録音し逐語録を作成した。データ収集は2016年11月に実施した。

3．分析方法

逐語録の記述内容を精読し，Berelson（1952/1957）の内容分析手法を参考に分析を行った。以下，手順を示す。

⑴ 各質問項目に対する記述内容を1文脈単位とし，主語，述語からなる単文を記録単位とすることを原則とした。しかし，本研究の目的を考慮し，内容的に前文とのつながりが強い場合については複数文を記録単位として抽出した。

⑵ 記録単位はすべてを分析対象とし，何度も読み返して，記述内容を理解できない，記述内容の意味が不明である等の記録単位は分析から除外するか，表現を修正した。

⑶ 記録単位を意味内容の類似性に基づいて分類整理した。記述内容が損なわれないように留意しながら類似した表現をまとめてサブカテゴリーとし，その集約を抽象化してカテゴリーとした。

⑷ カテゴリー，サブカテゴリー内の記録単位の個数と全記録単位に対する割合を算出した。集計には“Microsoft Excel 2013 for Windows”を使用した。

4．本研究の信頼性

インタビューは，質的データの収集経験があり，研究テーマに関して経験がある日本人研究者1名が担当した。

記録単位の分析からの除外，修正および分析の全過程において，共同研究者間で検討を繰り返し行い信頼性の確保に努めた。分析の全過程において，質的研究に精通した専門家のスーパーバイズを受け，常にデータに戻り分析を繰り返し，研究の厳密性を担保した。

5．倫理的配慮

研究対象者には，研究の目的ならびに参加の自由意思の尊重，参加に同意した後に途中辞退しても不利益は一切生じないこと，プライバシーの十分な保護，データは研究以外には使用しないこと，学会誌などで発表することについて口頭と文書で説明し，文書で同意を得た。面接中は，誘導的や強制的にならないよう十分な配慮に努めた。

本研究は，和歌山県立医科大学倫理審査委員会の承認を得た（承認番号：1839）。

Ⅱ．結　果

1．対象者の概要

研究対象者20名の平均年齢は65.7（標準偏差2.9）歳，男性15名，女性5名，滞在年数は5年以上が16名であった（**表1**）。職業の有無では，働いている者が7名であった。英語力は，日常生活に不便がない者が12名であった。

2．分析結果

対象者20名の記述内容は，160文脈単位，524記録単位となった。記述内容が理解できない，記述内容の意味が不明である等の記録単位を分析から除外した結果，404記録単位を抽出した。記録単位は，意味内容の類似性により6カテゴリー，29サブカテゴリーに分類された。記録単位である記述内容，サブカテゴリー，カテゴリーを**表2**に示す。なお，抽象度の高い順にカテゴリーを【　】，サブカテゴリーを〈　〉で示し，記録単位割合が高い順に記述を示す。*斜体*は会話内容を示す。

分析の結果，【現地医療施設の受診を少なくするための健康意識とその行動】【医療スタッフの質に左右される多様な受診経験】【求めるサービスの得られにくさ】【意思疎通の困難さ】【新しい患者・医師関係を形成する必要性の

表1　対象者の概要

（n =20）

年齢	40歳台	1
	50歳台	6
	60歳台	5
	70歳台	4
	80歳台	4
性別	男性	15
	女性	5
滞在年数	1年未満	2
	1～2年未満	1
	2～3年未満	1
	3～5年未満	0
	5年以上	16
職業	有	7
	無	13
語学力	日常生活に不便はない	12
	あいさつ程度ならできる	4
	単語のみ	2
	全くできない	2

自覚】【現状をふまえた適切な医療への要望】の6カテゴリーが抽出された。さらに，この6カテゴリーは，内容から『受診前』『病院受診時』『受診後』という一連の流れに分類できた。

a．受診前の段階

(1) 【現地医療施設の受診を少なくするための健康意識とその行動】

このカテゴリーは，91記録単位から構成され，総記録単位数の22.5％に該当した。カテゴリーは，〈疾病の予防対策〉〈日本人サークルの活用〉〈受診を控える〉〈健康情報の入手に向けた行動〉〈日本人医師への信頼〉〈健康の自己管理〉〈現地治療への不安〉の7つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は〈疾病の予防対策〉として，うがいや手洗いを行い，運動や食生活などに気をつけていた。〈日本人サークルの活用〉では，緊急時の連絡先やマニラの日本人医師の健康相談など，日本人同士での情報の共有をはかっていた。

表2　医療機関における受診経験の特徴

段階	【カテゴリー】	〈サブカテゴリー〉
受診前	現地医療施設の受診を少なくするための健康意識とその行動（91）22.5％	疾病の予防対策（21）5.2％ 日本人サークルの活用（20）5.0％ 受診を控える（17）4.2％ 健康情報の入手に向けた行動（15）3.7％ 日本人医師への信頼（10）2.5％ 健康の自己管理（5）1.2％ 現地治療への不安（3）0.7％
病院受診時	医療スタッフの質に左右される多様な受診経験（133）32.9％	説明と同意，治療に関する不適切な対応（36）8.9％ 帰国して治療を受ける選択（23）5.7％ 適切な治療の経験（17）4.2％ 現地医療スタッフへの不信感や憂慮（16）4.0％ 療養環境の不備（14）3.5％ 医療スタッフのていねいな対応（13）3.2％ 病院により異なる医療スタッフの質（8）2.0％ 現地で治療を受ける選択（6）1.5％
	求めるサービスの得られにくさ（81）20.0％	日本と異なる医療サービス（59）14.6％ 受診システムの複雑さ（14）3.5％ 日本の保険制度の利用が困難（5）1.2％ 医療設備の格差（3）0.7％
	意思疎通の困難さ（51）12.6％	医療通訳の必要性（20）5.0％ 意思疎通の困難さ（14）3.5％ 複雑な医療英語のむずかしさ（12）3.0％ 患者・医師間のコミュニケーションの不足（5）1.2％
受診後	新しい患者・医師関係を形成する必要性の自覚（26）6.4％	日本とは異なる医師とのかかわり（19）4.7％ ホームドクターへの信頼（4）1.0％ 紹介受診の適切性（3）0.7％
	現状をふまえた適切な医療への要望（22）5.4％	フィリピン人医師の労働環境の悪さ（8）2.0％ 日本人医師の不在（7）1.7％ 医療への要望（7）1.7％

［注］（　）内の数字は記録単位数を示す。

まず日本人サークルでつくったのが医者リストや緊急連絡先です。私たちが利用しやすい病院や歯科医院を掲載しています。

日本人サークルでは，マニラの日本人の先生に年に数回来ていただいてもらってます。

また，検査等が不要な病気の場合は受診しても，そうでない場合は受診を控え，経過を見ながら自然治癒を待つような〈受診を控える〉行動をとっていた。

風邪とか腕が痛い程度なら受診しますが，内臓を診てもらう受診はなるべく避けています。

さらに，電子媒体などで疾患や症状を調べるなど，多くの情報源を利用して〈健康情報の入手に向けた行動〉をしていた。何か異変を感じるとマニラの日本人医師に相談するなど〈日本人医師への信頼〉が高く，場合によっては紹介状を書いてもらい帰国治療していた。

ネットやフェイスブックのコミュニティで（病状について）調べて受診し，こうなんじゃないのとかいう感じで先生に聞いてます。

マニラの日本人の先生は信頼できるので，何かあれば紹介状を書いてもらい，日本で受診するようにしています。

一方，健診を活用し，心身の健康に配慮した〈健康の自己管理〉も行っていた。この背景として，緊急時や受診時を想定した〈現地治療への不安〉があげられた。

仕事をしてないのでストレスはないですが，ためないように気をつけていますね。

常に不安があるのは，何かあったときどこに相談したらいいのか，どこに行ったらいいのかということですね。

b．病院受診時の段階

⑴ 【医療スタッフの質に左右される多様な受診経験】

このカテゴリーは，133記録単位から構成され，総記録単位数の32.9％に該当した。カテゴリーは，〈説明と同意，治療に関する不適切な対応〉〈帰国して治療を受ける選択〉〈適切な治療の経験〉〈現地医療スタッフへの不信感や憂慮〉〈療養環境の不備〉〈医療スタッフのていねいな対応〉〈病院により異なる医療スタッフの質〉〈現地で治療を受ける選択〉の８つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は，内服薬，検査や治療についての説明がないことや手術前に検査がないこと，日本での再手術を経験したことから，〈説明と同意，治療に関する不適切な対応〉を経験していた。そのため，手術の場合などは〈帰国して治療を受ける選択〉をしていた。

血圧のときもとりあえず薬を出されて，日本だと注意する点について言われるけど，こちらは今度からこの薬を飲みなさい，という感じです。

お腹が痛くなって病院に行って手術を受けましたが，日本に帰国したときにもう一度手術しなおしたほうがいいと言われて，再手術をしました。

その一方で，現地医師からの適切な専門医の紹介や継続して受診できる歯科医師の技術など，〈適切な治療の経験〉をし，医療のクオリティは悪くないと感じていた。

こちらの知り合いの医者に診てもらったら，スペシャリストがいるからそこに行ってきたらって言われて，紹介してもらって５回ほど通って治っちゃった。

医療スタッフとの関係では，不適切な対応のために〈現地医療スタッフへの不信感や憂慮〉が形成されていた。

受診はしても，（スタッフを）100％信用していいのかなという思いがありますね。３軒受診して処方箋もらっても，日本に行って診てもらいました。

入院を経験した者は，入院中は頻回な検温や食事があわないなど〈療養環境の不備〉が精神的，身体的負担を助長していることが浮き彫りになった。

インターンの学生や色んな人が入ってきて，血圧を何度も測って同じ質問をします。夜もこんな調子だから睡眠不足で，本当に具合が悪い方はかえって具合が悪くなるくらい。

しかし，ていねいな術後のフォロー，看護師の親切な対応など〈医療スタッフのていねいな対応〉を受けている者もおり，病院により医療スタッフの対応に差があり，病院によっては現地医師の対応が悪くないことから〈病院により異なる医療スタッフの質〉を認識していた。

こちらの医者がここまでくると手術するか薬飲むしかないですよって言うので，薬は嫌だから，手術しますって言いました。すると，骨の模型を使ってていねいに説明してくれるんですよ。手術した後も２，３回定期健診が無料でありましたね。

先生は思っているほど悪くはないと思います。無愛想な先生もいますが，きちんと治してくれる先生もあります。

こちらの看護師は思ったより親切だし，とくに悪い点はないです。

対象者は海外滞在を自ら選択していることから，緊急時は〈現地で治療を受ける選択〉をしていた。

何かあったときは仕方ないです。もう，こちらにいると治療を任せざるをえないです。

⑵ 【求めるサービスの得られにくさ】

このカテゴリーは，81記録単位から構成され，総記録単位数の20.0％に該当した。カテゴリーは，〈日本と異なる医療サービス〉〈受診システムの複雑さ〉〈日本の保険制度の利用が困難〉〈医療設備の格差〉の４つのサブカテゴリーから構成された。

〈日本と異なる医療サービス〉では，待ち時間が常態化していることや保険が効かないことによる高額な治療費，オープンシステムを採用しているため，受診者は病院の設備を借りて検査する外来診療体制のなか，処方箋をもって

自分で注射器や薬剤を購入するなどのわずらわしさを経験していた。公立病院と私立病院では医療形態が異なり，入院すると家族によるケアが必要になるということも経験していた。

病院の中にクリニックがあって，クリニックの先生たちは病院の所属ではないので，病院の設備を使って検査や手術をします。

体調が悪くて病院に来てるのに，（病院の外にある）薬局まで炎天下のなかでふらふらになりながら注射器や薬剤を買いにまわったのはつらかったです。

さらに，対象者は診療科が細かく分かれていて，受診してもどこに行けばいいのかわからない，必要書類を何度も記載することによるわずらわしさなどから，〈受診システムの複雑さ〉を感じていた。

受付がわからなくてウロウロして，救急外来で振り分けてもらっていました。

受付では（会計を）先払いする制度のため，何回も住所や問診票を書くわずらわしさはあります。

日本の医療保険の使用条件や医療請求が複雑であることから保険制度への理解と活用がむずかしく，〈日本の保険制度の利用が困難〉と感じていた。

外国人には高額医療費の請求がむずかしいですね。日本の保険に入っていますよ，1週間以上入院しないと返ってこないですけど。

対象者は私立病院を選ぶことが多いが，そのなかでも〈医療設備の格差〉を認識し，受診する医療機関を選定していた。

プライベートの病院は公立病院に比べると設備機器のレベルが高いですね。

感染症が怖いので，設備がしっかりしているところを選びます。

⑶ 【意思疎通の困難さ】

このカテゴリーは，51記録単位から構成され，総記録単位数の12.6％に該当した。カテゴリーは，〈医療通訳の必要性〉〈意思疎通の困難さ〉〈複雑な医療英語のむずかしさ〉〈患者・医師間のコミュニケーションの不足〉の4つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は受診時，医療スタッフとのコミュニケーションがむずかしいため〈医療通訳の必要性〉を感じ，医療通訳のいない場合の問題点をあげていた。

病院ではまず医療通訳サービスがないです。あなたの知っている通訳さんを呼んでくださいと言われるので，英語が得意ではない日本人は困りますね。

そして，病院内で必要な英語はむずかしいため，家族に付き添ってもらわないと医療スタッフとコミュニケーションがとりにくいことから〈意思疎通の困難さ〉を経験していた。

やっぱ病院（のスタッフとの会話に）は知らない単語が出てきますよね，そういう意味でストレスがたまりやすいです。

片言では通用しないですから，一人では絶対病院に行けないので，娘や誰かについていってもらいます。

さらに，医療英語や医師に微妙な症状の表現を伝えることがむずかしかった経験から〈複雑な医療英語のむずかしさ〉を感じ，紙に書いてもらうなどをして理解に努めていた。

日常の英会話なら問題ないのですが，手術のときは細かい説明をされてよくわからなかったですね。医学英語は特殊なので紙に書いてもらいます。

先生の診察で簡単な質問には答えられますが，症状について詳しく話したいときはつらいですね。日本のようなキリキリ痛いなどの表現（を英語で言うこと）がむずかしいです。

また，日本人患者を診る経験が豊富でない現地医師と医療英語を使用したコミュニケーションとなるため，詳しいことが聞けない，うまく言えないなど〈患者・医師間のコミュニケーションの不足〉が生じていた。

こちらは日本語が話せるお医者さんがいません。日本人に慣れていない先生だと会話がむずかしいかも知れません。

日本人の患者さんの場合は，お医者さんも困っているし，患者も困っている。コミュニケーションが不足しますね。

c．受診後の段階

⑴ 【新しい患者・医師関係を形成する必要性の自覚】

このカテゴリーは，26記録単位から構成され，総記録単位数の6.4％に該当した。カテゴリーは，〈日本とは異なる医師とのかかわり〉〈ホームドクターへの信頼〉〈紹介受診の適切性〉の3つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は，受診時の経験から日本とは異なる医師と新たな関係を構築する必要性や現地のホームドクター制を受け入れる必要性を自覚し，〈日本とは異なる医師とのかかわり〉をもつことが〈ホームドクターへの信頼〉につながっていた。

ファミリーまでのお付き合いのあるお医者さんは，先生の身内の誕生日に行くまでの関係ですね。フィリピンの伝統ですね。

こちらの医師は患者さんをクライエント（お客さん）としてみています。ていねいに対応してくれますよ。

こちらではホームドクターが通常スタイルなので，それにかかわれているかどうかが非常に重要ですよね。

また，医師の紹介により受診の手続きがスムーズであったり，日本と同様の適切な治療が受けられたりと〈紹介受診の適切性〉も経験していた。

医者に紹介されて入院した病院は，その医者がよく使っている医療機関でした。わずらわしい手続きがなく，ていねいに治療してくれました。

⑵ 【現状をふまえた適切な医療への要望】

このカテゴリーは，22記録単位から構成され，総記録単位数の5.4％に該当した。カテゴリーは，〈フィリピン人医師の労働環境の悪さ〉〈日本人医師の不在〉〈医療への要望〉の3つのサブカテゴリーから構成された。

対象者は現地医師に対して，低給料水準のため資格を取得すればアメリカなどの外国へ出てしまっていると考えており，そのため現地の人材が不足して〈フィリピン人医師の労働環境の悪さ〉がセブ州に蔓延していることを危惧し，現地医師の待遇の改善と自国に留まってほしいという思いを抱いていた。

現地医師のお給料水準が上がれば，もう少しよい医療が受けられるのではないかと思います。エキスパートの先生にはこちらに残ってほしいです。

そして，現地で医師免許を取得したとしても外国人医師は開業できない法律のため，〈日本人医師の不在〉を含め〈医療への要望〉が沸き起こっていた。

日本人，外国人（医師）の開業をフィリピン政府は認めない。特別区のなかでは認めるとかそういう制度をフィリピン政府に求めていかないといけないですね。

健診も日本のような医療保険のなかで相談できるような制度などあればいいですね。

Ⅲ．考　　察

1．受診前から予測される困難とそれに対処するための実践

海外の医療サービスは日本と異なることが予測されることから，対象者は現地医療施設の受診を少なくするために健康意識を高め，セルフケアを実践していた。これまでの研究では，受診時の問題点や受診を控える背景要因をとらえる試みがなされているが，本研究のように受診を控えるために行っている行動を明らかにしたものは見当たらない。今回対象者が健康の保持増進に努めていることが明らかになった。

セルフケアとは，自分の健康を増進し，疾病を予防し，病気から回復しようとする個々人の活動である（Levin & Idler, 1983）。対象者は健診を受けるなど，健康の自己管理とともに，手洗い，うがいなど個人的な予防対策を実践していた。

波川・久津沢・林・菊池・飯田（2012）は，海外渡航者が現地の医療機関受診時に必要としている医療情報の入手方法として，ガイドブック，インターネット，サークルや現地情報誌，医療機関冊子の活用を指摘している。本研究の対象者においても，日本人サークルを活用して医師リストや緊急連絡先の作成を行い，電子媒体などから健康情報を入手するなど，専門家の知識を活用するが専門家に助けを求めない集団的セルフ・ケア（宮坂，2013，pp.81-82）を行っていた。さらに，日本人医師を信頼し，マニラの日本人医師に年に数回来てもらい相談にのってもらう，紹介状を書いてもらうなど，専門家の助けを利用した集団的セルフ・ケア（宮坂，2013，pp.81-82）も実践していた。なお，日本人サークルに入会していない者は集団的セルフ・ケアを行うことがむずかしい。今後は入会していない者の健康状態や受診状況，さらには健康支援のあり方も検討していくことが必要である。

打越ら（2003）は，海外の医療機関から日本人の受診状況を調査し，急性疾患での受診は多いが，慢性疾患では受診を躊躇している傾向である，と述べている。本研究においても，病気になっても自然治癒を待ち医療機関の受診を控える対象者がみられた。このような背景として，濱田・福島（2011）がアジア4か国における日本人の受診状況を調査し，最近は受診システム，医療レベル，なかでも医療費に関する問題が増加しており，これらが受診を躊躇する要因の一つであると報告している。本研究においても，対象者はこれまでの受診からこのような問題を経験しており，この経験が現地医療への不安以外にも受診を控えている要因であることが考えられる。

2．受診時に得た多様な受診経験

病院受診時に該当するカテゴリーは3つあり，いずれのカテゴリーも記録単位数が多く，対象者は受診時に多様な受診を経験していたことが浮き彫りになった。

海外においては医療制度やスタッフの教育が日本と異なる。このような違いが受診経験の評価に関連する。本研究では，受診経験は医療スタッフの質に左右され，マレーシアに住む日本人退職者と同様に（Kohno, Musa, et al., 2016），受診経験の評価が分かれた。日本国内や同一文化圏でも起こりうるように，医療スタッフの質のとらえ方には，外国においても個人差がみられた。

これまでの報告をみると，アジア4か国に長期滞在する日本人は，医療費，オープンシステムによる外来やホームドクター制度による受診システム，医療レベルを不満点としてあげていた（濱田・福島，2011）。マレーシアに滞在する日本人退職者は，看護ケアの問題点を述べていた（Kohno, Musa, et al., 2016；Kohno, Nik Farid, et al., 2016）。スペインで受診したイギリス人は，病院での個人的な医療や疼痛緩和の処置に不満を訴えていた（Ligro-Quigly, et al., 2012）。本研究においても，対象者は医師からの説明がないなど医療スタッフの説明と同意，治療に関する不適切な対応や病院食などの療養環境の不備をあげるとともに，医療費の高さや病院の中にオフィスやクリニックがあるオープンシステムなどの，日本と異なる医療サービスや重複記載で手続

きがわずらわしいなどの受診システムの複雑さ，さらに，複雑な日本への医療費請求など日本の保険制度の利用が困難であるなどの受診システムの問題点をあげていた。

このような問題点から，対象者は医療スタッフに期待していないなど現地医療スタッフへ不信感や憂慮を抱いており，手術が必要な場合は帰国して治療を受けることを選択していた。病院によりスタッフの対応に差があることから病院によってスタッフの質が異なることを認識し，また，医療設備に格差があることから，受診の際は設備が整っている私立病院を選択していた。病状に応じて医療機関を選択し，医療へのニーズを満たしていることが推察された。

文化の特質は，日本人のヘルスケアに対する価値観に影響する（田代，2015a，p.67）。日本の病院では，待ち時間を減らすために予約制を採用し，看護師など医療スタッフが専門的に支援し，受診しやすいように窓口が工夫されているところが多い。さらに，皆保険制度により国民誰もが等しく安価で医療を受けることができる。入院においても治療上必要な安静が維持されるように配慮されているところが多い。このような状況は高レベルの医療サービスであるが（大野，2013b，pp.43-44），自国の文化を無意識に「普通」と感じ，それを基準に他国の文化を判断してしまう。したがって，オープンシステムによる外来や，入院すると家族によるケアが主流であるという看護ケアなど，医療状況の違いがあるにもかかわらず，自国の文化を基準にフィリピン・セブ州の医療では求めるサービスが得られないと判断し，医療スタッフの対応が不適であると判断したと推測された。マレーシアに住む日本人退職者も医療サービスに不信を述べていた（Kohno, Musa, et al.，2016；Kohno, Nik Farid, et al.，2016）。

一方，現地医療機関においても定期的に通院できるような適切な治療や現地看護師は親切であると思えるような医療スタッフのていねいな対応を経験した者も少なくなく，医療のクオリティは悪くないと感じていた。メキシコやパナマに移住したアメリカ人は，医療人のサービスをほめていた（Sloane, et al.，2013）。

慢性疾患では受診を控え，帰国して医療を受けることができても，急性疾患の場合はそのような対応はできない。そのため，不安があるけれども自己責任として現地で医療を受ける選択もしていた。このことは，打越ら（2013）の報告と同様であった。

現地医療スタッフへの不信感の背景には，医療スタッフとの意思疎通の困難さに起因していることも考えられる。英語が公用語でないマレーシアに住む日本人退職者は，言葉の障壁と口頭での情報交換の困難性を述べていた（Kohno, Musa, et al.，2016）。本研究の対象者は日常生活に不便がない程度の英語を話す者が12名であったが，英語が公用語である医師や看護師と治療の話をする際には，その英語能力は十分でなく，マレーシアの場合と同様に英語の特殊性から複雑な医療英語はむずかしいと判断していた。しかし，紙に書いてもらうなど筆記による情報収集に努めている点がマレーシアの場合と異なっていた。さらに，医療英語がむずかしいことは，医師からの説明なしの投薬や検査，治療について説明してくれないなど患者・医師間のコミュニケーション不足につながっている可能性が考えられる。

コミュニケーションによるメッセージの65％は，非言語的なコミュニケーションであっても（田代，2015b，pp.215-216），医療スタッフと会話ができないとミスコミュニケーションが生じやすい。そのため医療英語を含めた会話が必要となり，ストレスを感じるほどの意思疎通の困難さを感じていることから，医療通訳の必要性を訴える者が多かった。セブ州における医療通訳の養成は確立されておらず，その養成活動が活発でないため，医療通訳が医療機関に十分に整備されていない現況もあるが，日常英会話ができることから医療英語も理解できると判断してしまい医療通訳を活用しない者もみられた。したがって，英語圏においても医療スタッフとの良好なコミュニケーションのためには，医療通訳の積極的な活用が望まれる。

3．受診経験による現状への適応と今後の希望

現地医療機関においても，適切な治療やていねいな対応を経験することは可能であり，その背景として現地のホームドクター制を活用した日本とは異なる医師とのかかわりであることが示唆された。対象者はホームドクター制を活用することで親身な対応であったり，適切な病院を紹介してくれたりと，日本に近い医療サービスを経験し，このことがホームドクターへの信頼につながっている可能性が示唆された。

海外で医療サービスを受ける際，国による違いや医療内容の違いもあるが，紹介制度など日本と同様の医療サービスを受けるためには，良好な患者・医師関係の形成が必要不可欠である。しかし，日本人は専門医を受診する傾向にあり，ホームドクター制度にはなじみがない（濱田・福島，2011）。本研究の対象者では，記録単位数からみると新しい患者・医師関係を形成する必要性を自覚していると考えられる者は少なく，受診して新しい医師との関係を形成するという現地の医療制度に適応していない状況がうかがえた。

稲村（1980，pp.162-165）は，異文化の適応過程として，海外移動の後に，まず言語や文化の異なる環境で生きる困難に直面する時期（不満期）があり，やがて不満は残るもののありのままをとらえる時期（傍観期）を迎える，と述べている。本研究の対象者は5年以上滞在しているものが

16名で，英語力が日常生活に不便がない者が12名であり，すでに傍観期を過ぎて異文化に適応していると考えられるが，日常生活ではなく医療制度や医療機関に適応するにはより長期的あるいは何らの機会が必要であると考えられた。

対象者は現状をふまえた適切な医療への要望も訴えていた。グローバル社会においては，人，情報，物質が移動しても（田代，2015a，p.67），医療システムまで共通にしていくことはむずかしい。フィリピン人医師は労働環境の悪さからアメリカなど海外へ流出しており，その一方で，外国人医師は開業できないため，日本人医師は不在である。対象者は日本と異なる医療システムを受け入れても，残っている課題を医療への要望というかたちで訴えたものと考えられる。

4．今後の看護支援の方向性

海外に長期滞在を希望している者は，日本を出発するまでの間に，現地の医療システムについて十分な情報収集が必要である。移住した際には慣れない健康システムにアクセスしなければならない困難（濱田・福島，2011；大野，2013a，p.16）を経験することが多く，本研究においては，オープンシステムによる医療環境や医療費の問題が数多く述べられた。一方，フィリピン・セブ州においてはホームドクター制を活用するとよいサービスが得られやすいことが示唆された。さらに，日本と同様の医療を受けることがむずかしいことを認識しておく必要がある。日本でこれまで受療してきた経験が基盤となり形成された基準で，医療環境が日本と異なる滞在先の医療機関での受診状況を判断すると，自己の求めるサービスが得られにくい，すなわち欲求が満たされないことにつながる。これは，非常に重要な要素である。

看護師は，信頼できる現地の医療機関を見つけられるような働きかけが必要である。アジア4か国における日本人は海外受診に際し，多様な方法で受診に必要な情報を入手しており，家族，知人・友人の医療機関の評価も大きく貢献している（波川ら，2012）。現地の医師，看護師だけでなく他の医療スタッフの質や医療サービスの状況を熟知し，認識することが，医療スタッフや医療サービスを信頼する要因である（Kohno, Musa, et al., 2016）。さらに，ハイクオリティのヘルスケアに関連する要因には，十分な医療，施設の清潔やケアをする者の人間性もあることから（Legido-Quigley, et al., 2012），医療機関におけるこのような情報も入手しておく必要がある。このような情報は，海外医療機関のホームページで入手することになると考えられるが，医療英語はむずかしく，またその内容がわかりにくいことも多いので，看護師はその内容を理解し，渡航者にわかりやすく伝えることが大切である。また，現地看護師との連携も必要である。

看護師による渡航前後の支援により，長期滞在者の健康の保持増進に関するセルフケア能力の向上が期待できる。本研究の対象者では，医療機関をなるべく受診しなくてもすむように日々努力している状況がうかがえた。自国とは異なる地域社会で滞在するには，居住状況などの生活はもとより心身の健康をマネジメントする能力が必要であり（樋口，2009，p.165），本研究おいても医療状況が日本とは異なる地域で健康行動をすることが重要な要素であることが示された。

住む国が変わると，その医療状況にあわせて健康づくりを行う能力が求められている。フィリピン・セブ州のような英語圏であっても医療英語はむずかしいこと，また医療通訳が医療機関に十分に整備されていない状況から，現地医療スタッフと信頼を形成することがむずかしい。したがって，現地医療スタッフからの健康行動に関する情報の収集には限界があり，日本人サークルや援助団体，インターネットなどを活用することになることから，情報を入手し，管理し，有効に活用するスキルが必要であると考えられる。とくに，インターネットには多くの情報が掲載されているため，看護師は健康情報にアクセスして活用する能力であるヘルスリテラシー（Nutbeam, 2000）を高めていく支援が必要である。

一方，看護師は長期滞在者が一時帰国したときを健康の保持増進に対する支援の機会ととらえることが望まれる。本研究の対象者のように滞在期間が長くなると，異なる文化の規範にあわせた生活様式が確立していると考えられる。したがって，看護師は対象者の大切にしている文化的価値観や生活様式を尊重し（Leininger, 1992/1995, pp.5-6，p.53），抱えている困難を理解し，適切な情報発信や健診の推奨を行うことが大切である。

Ⅳ．本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は，日本人長期滞在者であり，対象者が自分の受けた医療の質を的確に判断しているかどうか不明である。しかし，筆者らはフィリピン・セブ州における日本人滞在者の居住状況が的確に把握できていないことから，対象者の選定において日本人サークルに依頼することが妥当な方法であったと考える。また，対象者の病気については把握していない。病気により必要な医療や対応が異なり受療経験が異なることが予測される。今回の調査で対象者が受診を控えるため健康の保持増進に努めていることが明らかになったが，具体的な健康増進活動について明確にできなかった。本研究結果の活用は限定的であるが，今

後の問題提起の基になると考える。今後は，公用語が英語でない国の状況，実際に取り組んでいる健康増進行動，医療制度や医療機関に適応したきっかけなど，長期滞在者に関するさらなる調査が必要である。

結　論

フィリピン・セブ州に長期滞在する日本人20名が現地医療機関を受診した経験を半構造化して面接した結果から，【現地医療施設の受診を少なくするための健康意識とその行動】【医療スタッフの質に左右される多様な受診経験】【求めるサービスの得られにくさ】【意思疎通の困難さ】【新しい患者・医師関係を形成する必要性の自覚】【現状をふまえた適切な医療への要望】の要素が抽出された。これらは，『受診前』『病院受診時』『受診後』に分類できた。記録単位数は，『病院受診時』が最も多かった。対象者は現地医療機関を受診した際に求めるサービスが得られないことから健康増進の必要性を認識していた。看護師は，長期滞在者のセルフケアを積極的に支援する必要性が示唆された。

謝　辞

本研究の趣旨を理解しご協力いただきました日本人サークルの代表者さま，ならびに快く面接に応じてくださいました協力者の皆さま，その他ご協力をいただきました皆さまに謹んで感謝申し上げます。また，分析にあたりましてご指導を賜りました和歌山県立医科大学大学院，鹿村眞理子元教授に感謝申し上げます。

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，JSPS科研費16K01794の助成を受けて行った研究の一部である。

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

本研究は，フィリピンに長期在住の日本人が医療機関を受診した際の経験を明らかにすることを目的とした。セブ州に住み，医療機関の利用経験がある日本人20名に，半構造化面接法を行った。内容分析法を用いて分析した。対象者の平均年齢は65.7歳で，12人は日常生活に不便がない程度の英語能力であった。404の記述内容から【現地医療施設の受診を少なくするための健康意識とその行動】【医療スタッフの質に左右される多様な受診経験】【求めるサービスの得られにくさ】【意思疎通の困難さ】【新しい患者・医師関係を形成する必要性の自覚】【現状をふまえた適切な医療への要望】の6カテゴリーが抽出された。看護師は，現地に住む日本人に求めるサービスを得ることがむずかしいことを伝え，望ましい患者-医師関係の形成を支援するとともに健康増進のための自己管理を支援する必要性が示唆された。

Abstract

This study was conducted to define the experiences long-stay Japanese living in the Philippines underwent when consulting physicians. We conducted semi-structured interviews with 20 Japanese who had lived in Cebu, Philippines, and had experienced utilizing healthcare services. Qualitative content analysis method was used. Participants were 65.7 years old on average and 12 had lived daily life without trouble communicating in English. A total of 404 comments were obtained. Numerous examples of medical examination were expressed including “Health consciousness and actions to reduce visits of local medical facilities” (22.5%). At the hospital visit, the participants had “Diverse experiences of receiving medical examination depending on the quality of medical staff” (32.9%). Some stated distrust of healthcare providers, but some praised healthcare services. They expressed “Difficulties in receiving desired services” (20.0%) and “Difficulties in communication” (12.6%). The experience of visiting hospital had brought “Awareness of need to form a new patient - doctor relationship” (6.4%). The participants also articulated “Needs of an appropriate medical treatment based on current situations” (5.4%). Nurses should provide Japanese living there with information regarding difficulties in receiving desired services and advice on improving their self-management for the health promotion, as well as fostering desirable patient-doctor relationships.

文　献

Berelson, B.（1952/1957）. 稲葉三千男，金　圭煥（訳）. 内容分析. 東京：みすず書房.

フィリピン政府観光省（2017）. http://www.premium-philippines.com/（検索日2018年 5 月 4 日）

フィリピン退職庁（2017）. Philippine Retirement Authority. http://jp.pra.gov.ph/（検索日2018年 1 月 2 日）

外務省（2016）. 海外在留邦人数調査統計（平成29年要約版）. 外務省領事局政策課. http://www.mofa.go.jp/mofaj/files/000260884.pdf（検索日2018年 5 月 4 日）

濱田篤郎，福島慎二（2011）. 海外長期滞在者の医療機関利用について. 日本渡航医学会誌，5(1)，7-10.

樋口まち子（2009）. 第 5 章異文化理解と国際看護活動：国際看護活動に必要な能力. 田村やよひ（編），新体系看護学全書39：看護の統合と実践③国際看護学. 165，東京：メヂカルフレンド社.

稲村　博（1980）. 日本人の海外不適応. 162-165，東京：日本放送出版協会.

Japan International Cooperation Agency（2017）. フィリピン医療情報（2017年 2 月 9 日更新）. https://libportal.jica.go.jp/library/public/data/MedicalInformation/SoutheastAsia/Philippines.pdf（検索日2018年 1 月 2 日）

海外邦人医療基金（2017）. 基金の事業内容. http://www.jomf.or.jp/about/jigyou/shindan/manila.html（検索日2018年 5 月 4 日）

Kohno, A., Musa, G., Nik Farid, N.D., Abdul Aziz, N., Nakayama, T., and Dahlui, M.（2016）. Issues in healthcare service in Malaysia as experienced by Japanese retirees. *BMC Health Services Research*, 16, 167.

Kohno, A., Nik Farid, N.D., Musa, G., Abdul Aziz, N., Nakayama, T., and Dahlui, M.（2016）. Factors affecting Japanese retirees' healthcare service utilisation in Malaysia: A qualitative study. *BMJ Open*, 6(3), e010668.

Legido-Quigley, H., Nolte, E., Green, J., la Parra, D., and McKee, M.（2012）. The health care experiences of British pensioners migrating to Spain: A qualitative study. *Health Policy,* 105(1), 46-54.

Leininger, M.M.（1992/1995）. 稲岡文昭（監訳）. レイニンガー看護論：文化ケアの多様性と普遍性. 5-6，53，東京：医学書院.

Levin, L.S. and Idler, E.L.（1983）, Self-care in health. *Annual Review of Public Health*, 4, 181-201.

ロングステイ財団（2017）. ロングステイ財団について. http://www.longstay.or.jp/about/（検索日2018年 5 月 4 日）

Martinez, J., Powell, J., Agne, A., Scarinci, I., and Cherrington, A.（2012）. A focus group study of Mexican immigrant men's perceptions of weight and lifestyle. *Public Health Nursing*, 29(6), 490-498.

宮坂忠夫（2013）. 第 2 章保健・医療と健康教育： 8　セルフ・ケアと健康教育. 宮坂忠夫，川田智恵子，吉田　亨（編），最新保健学講座 別巻 1 ：健康教育論（第 2 版）. 81-82，東京：メヂカルフレンド社.

Miyazaki, K.（2008）. An aging society and migration to Asia and Oceania. *Senri Ethnological Reports*, 77, 139-149.

内閣府（2017）. 平成29年度版高齢社会白書（全体版）： 3 高齢者の健康・福祉. http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2017/zenbun/pdf/1s2s_03.pdf（検索日2018年 5 月 4 日）

中尾清孝，山内　宏，岩山英之（2008）. 海外旅行保険症例からからみた渡航者の疾病，外傷の傾向：約44,000例の集計から. 日本渡航医学会誌，2(1)，14-18.

波川京子，久津沢りか，林　啓一，菊池宏久，飯田忠行（2012）. 海外渡航者が海外医療機関受診に際し必要としている医療情報. 日本渡航医学会誌，6(1)，31-35.

Nutbeam, D.（2000）. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International,* 15(3), 259-267.

大野夏代（2013a）. 1 章　グローバル・ナーシング（グローバル看護）とは何か： 2　グローバル看護学の概念. 南　裕子（監），国際看護学：グローバル・ナーシングに向けての展開. 16，東京：中山書店.

大野夏代（2013b）. 2 章　異文化・多文化と看護を一緒に考える： 2　看護の実際と課題. 南　裕子（監），国際看護学：グローバル・ナーシングに向けての展開. 43-44，東京：中山書店.

Sloane, P.D., Cohen, L.W, Haac, B.E, and Zimmerman, S.（2013）. Health care experiences of U.S. retirees living in Mexico and Panama: A qualitative study. *BMC Health Services Research*, 13, 411.

田代麻里江（2015a）. 第 4 章　多文化共生看護概論. 柳澤理子（編），国際看護学：看護の統合と実践（開発途上国への看護実践を踏まえて）. 67，東京：PILAR PRESS.

田代麻里江（2015b）. 第14章　多文化共生看護学各論. 柳澤理子（編），国際看護学：看護の統合と実践（開発途上国への看護実践を踏まえて）. 215-216，東京：PILAR PRESS.

打越　暁，濱田篤郎，飯塚　孝，奥沢英一，Unachak, V., Thomas, J., 馬杉則彦（2003）. 発展途上国に滞在する日本人成人の受療疾患に関する検討. 日本職業・災害医学会会誌，51(6)，432-436.

在フィリピン日本国大使館（2012）. 在フィリピン日本国大使館よりのお知らせ：フィリピンの在留邦人数実態調査結果の概要（平成24年 3 月29日）. http://www.ph.emb-japan.go.jp/pressandspeech/osirase/2012/032912.htm（検索日2018年 5 月 4 日）

在フィリピン日本国大使館（2015）. 領事関連情報：フィリピン医療案内. http://www.ph.emb-japan.go.jp/visiting/consular_j/medical.htm（検索日2018年 5 月 4 日）

［平成29年 9 月15日受　　付
平成30年 4 月27日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180428033

ー原　著ー

子どもの見方を変えていくしなやかさ：
療育教室に参加する母親と看護者との対話を通した協働的な学び

"Flexibility" for Understanding Children:
Cooperative Learning Through Dialogs Between Mothers and Nurses Participating in Rehabilitation Classes

山　本　真　実[1)]　　浅　野　みどり[2)]
Mami Yamamoto　　Midori Asano

キーワード：しなやかさ，コミュニケーション，ナラティヴ，相互作用，子育て
Key Words：flexibility, communication, narrative, interaction, child rearing

緒　言

本稿では，療育教室に参加する母親が身につける子どもを理解するための考え方を提示する。療育教室は，成長発達上の課題をもつ就園前の子どもとその保護者を対象とした教室であり，子どもの成長発達を促し，親の子育てを支援する場である。療育教室に通う子どもの成長発達上の課題はさまざまであるが，本研究では，とくにコミュニケーションの困難さをもつ子どもの母親に注目する。子どものもつこれらの困難さは，自閉症スペクトラム（autism spectrum disorder: ASD）という視点から研究が進められている。ASDのある子どもを育てる親の経験のうち，子どもを理解することに関連する報告では，親が子どもとの向き合い方を探し直すこと（山本・門間・加藤，2010）や，わが子のあるがままを受け止めていく葛藤（渡邊，2014）が報告されており，子どもと向き合うことは，育児への姿勢の変化や親自身の成長（今西，2013）でもあるとされる。親たちは子どもをわかろうと葛藤しながら，自分自身の考え方や子どもの見方を変えていくが，それは決して容易なことではなく，コーピングによって親たちが怒りと悲しみに答えを探すこと（Lutz, Patterson, & Klein, 2012）や，多様な役割と親自身の感情，子どもの行動を調整すること（Safe, Joosten, & Molineux, 2012）が報告されている。葛藤や調整を伴いながら身につける母親自身の考え方や子どもの見方は，母親と子ども，周囲の人々との相互作用のなかでつくられ，そして相互作用において母親自身の考え方や子どもの見方が変わっていくその変化が，周囲の人々の考え方をさらに変えていく。母親の経験を理解するためには，語られた経験や物語だけではなく，相互作用における変化として，母親自身の語りや他者とのかかわりあいを円環的に理解することが必要である。これまで相互作用における変化として親の語りを理解しようとした取り組みはない。本稿では，語られた語りと看護者のかかわりを相互円環的な視点から理解することを試みる。相互作用を外側から眺めることで普遍的な事実を明らかにするのではなく，看護者である第一著者自身も円環的相互作用の主体であるとし，母親と第一著者との関係性や，双方の考え方の変化を記述することによって，子どもを理解することがどのようなことであるかを提示する。この取り組みは，先行研究が明らかにした母親の物語や経験，そして看護者のかかわりを，円環的な変化として理解する見方を提案すると考える。

本稿は，療育教室に通う子どもと母親のコミュニケーションのありようを，相互の関係性や意味の変化として記述し，対話を通し，親子のコミュニケーションの協働的理解に取り組んだ質的記述的研究の一部である。本稿では，子どもと母親のコミュニケーションのありようのうち，子どもを理解するための考え方について報告する。本稿の目的は，療育教室に参加する母親が身につける子どもを理解するための考え方を，相互円環的に物事を見るコミュニケーションという視座から提示するとともに，母親が子どもを理解していく対話において看護者が担う役割を，相互作用における変化として提案することである。

Ⅰ．理論的視座

A．コミュニケーションという考え方

本稿では，相互円環的な視点から，対話を通して母親が身につける考え方や対話における看護者の役割を検討す

1）岐阜県立看護大学育成期看護学領域　Nursing of Children and Child Rearing Families, Gifu College of Nursing
2）名古屋大学大学院医学系研究科看護学専攻　Department of Nursing, Nagoya University Graduate School of Medicine

る。そのため相互作用を基本原理とし，語りと物語を扱うナラティヴの源流ともなったBateson（1972/2000）のコミュニケーション理論に依拠する。Batesonのコミュニケーション理論は，相互作用するシステムを単位として論じられており，円環的な物事の見方を提案している。

Batesonは，観念や考え方は，個ではなく相互作用するユニット全体に生じるとした。たとえば，対話は，「わたし」と「あなた」で言葉を交わしているが，対話には，言葉，声のトーン，仕草，表情などによってつくられる対話全体が帯びる雰囲気があり，これは「わたし」でも，「あなた」でもなく，「わたしとあなた」のユニットに生じるものである。こうした相互作用のユニットに生じる変化，生じる差異を読み取りながら私たちは対話を続ける。この相互作用に生じる差異をコンテクストといい，コンテクストとは，言葉や行動で伝えられるメッセージの読み取り方を伝えるメタ・メッセージである。たとえば，意図的なまばたきが何かのたくらみのしるしであるという社会的コードによって，まばたきが目配せになるように，まばたきをどのように解釈するのか，その解釈の仕方を伝えるものがコンテクストである。私たちは，対話においてコンテクストを読みながら意味を解釈しており，コンテクストの読み取り方を主体が学習していくことになる。本稿における子どもを理解するための考え方の変化とは，対話におけるコンテクストの読み取り方の変化である。

コンテクストは，影響しあう円環的な関係のなかで「わたしとあなた」というユニットに生じるものであるため，コンテクストの学習は「わたしとあなた」が単位となって進む学習である。対話という相互作用では，お互いが影響しあいながら，それぞれの理解の仕方は変化する。つまり，相手だけではなく，対話を交わす看護者もまた変化する主体なのである。本稿が明らかにする子どもを理解するための考え方とは，母親と看護者の双方が，コンテクストの読み取り方を身につけていくことである。

B．社会構成主義とナラティヴ

コミュニケーションという視点では，相互作用を一つのユニットとして理解していくことになるから，何が原因で，何が結果かと直線的に理解することはできない。影響しあう円環的なものとして相互作用に生じる意味や関係性を問うことになる。意味や関係性として相手が生きる現実をとらえようとするとき，現実とは，人と人とが関係しあい社会的につくられるもの（Hoffman, 1992/1997, p.28）となる。こうした立場を社会構成主義といい，社会構成主義では，“現実とは，当事者による特定の出来事や対象への意味付与によって能動的に作り出されるもの”（Flick, 1995/2002, p.40）と考える。社会構成主義の立場から，物語や語りとして現実をみるナラティヴでは，“人は他者とともに作り上げた物語的な現実によって自らの経験に意味とまとまりを与え，そうして構成された現実を通して自らの人生を理解して生きる”（Anderson & Goolishian, 1992/1997, p.62）とし，物語的現実に注目する。語りと物語は“相互的で連続的”（野口，2002，p.21）であるとし，相手の経験に関心をもちながら聞く“無知の姿勢（Not-Knowing）”（Anderson & Goolishian, 1992/1997, pp.59-88；Anderson & Goolishian, 1992, pp.25-39）により，対話を通して，物語をコラボレイティヴにつくるという協働的な関係性を重視する。そして，対話において新たな物語を協働的につくろうとする関係にある者を対話のパートナーとよぶ。“会話こそが物語の著者”（Hoffman, 1992/1997, p.45）とされるように，「わたしとあなた」によってつくられる「対話」を一つの人格として扱い，対話のなかで新しい物語が自然に浮上すると考える。つまり“現実とは共同で制作される”（Anderson, Goolishian & 野村，2013，p.50）ものであり，唯一の正しい現実があるのではなく，新たな現実が協働的につくられていくと考えることになる。

Ⅱ．方　法

A．研究デザイン

本稿では，第一著者（以下，私とする）を円環的相互作用の中に位置づけ，母親と私の対話における，子どもを理解するコンテクストの変化を丁寧に記述し，そこから子どもを理解するための考え方を明示する。

研究全体の目的である親子のコミュニケーションのありようとその協働的理解には，子どもと母親，そして私との言葉でのやりとりだけではなく，その対話に生じる雰囲気，非言語的なメッセージ，そして私自身の気づきまでも含んでいる。また，親子が参加する療育教室という場の理解も必要となる。そのため本研究では，参与観察が適切であると考えた。参与観察では，“研究者は，起こっていることを観察すること，活動に参加すること，そして見たこと，行われたことについて集団メンバーに質問することによって，その集団の実践と考え方について深い理解を得る”（Roper & Shapira, 2000/2003, p.4）とされる。こうした参与観察によるフィールドワークでは，生活環境や人的環境，人々の身ぶりなどが，人々の発言や行動に与える影響を念頭において，記述と分析を進められるという特徴をもつ（佐藤，2015，p.161）。また本研究では，相互の関係性や意味の変化，つまり対話に生じる子どもを理解するコンテクストの変化にも注目する。そのため，継続的に母親と私の対話の機会をもつこととした。以上から本研究で

は，参与観察と母親と私の継続的な対話によるフィールドワークを実施した。

B．データの収集方法

療育教室には，子どもの抱える成長発達上の課題によりいくつかのクラスがある。本研究への参加者は，言語発達の遅れ，やりとりができにくい，落ち着きがない，変化が苦手といった特徴をもつ子どもと親が参加する2つのクラスにて，2010年3月～4月の期間にクラスで出会い，その後も私と継続して会うことが可能な親子とした。研究を始める前に，私は，クラスの目的，クラスに参加する親子の様子，クラスの雰囲気や活動の流れを知るために，各クラスに参加した。1つのクラス（以下，さくらクラスとする。）は，週1回程度の頻度で約1年間，ボランティアスタッフとしてクラスに参加した。もう1つのクラスは短期間の個別療育を行う教室であり，2回の見学を行った。どちらのクラスにおいてもボランティア参加時や見学の初回には，私の所属や大学院生であるという立場，親子のコミュニケーションに関心があることを自己紹介した。研究依頼の際には，母親に対し，本研究の主旨として，①日常場面における子どもと母親のコミュニケーション，②子どもとのコミュニケーションについての母親の解釈と母親にとっての意味，③それらの変化を記述により明らかしたいこと，を伝えたうえで，研究についての詳細な説明を行った。研究について説明した母親は，ボランティア期間や見学時に出会った母親であったが，研究に参加する以前の私とのかかわりは日常会話を交わす程度であった。

参与観察は，さくらクラスあるいは子どもと母親が過ごす場で行った。さくらクラスや子どもと母親が過ごす場の状況，そこで私が感じた雰囲気，研究に参加する親子の様子，母親と私が話した内容などをフィールドノーツに記載した。またさくらクラスでは，活動に参加しながら，その日の活動内容や参加人数，私が同席したときの母親と他の母親との対話の内容を記載した。

母親と私との対話は，研究参加者の自宅や公共施設，公園などで，1～4か月ごとに実施した。先行文献やさくらクラススタッフの助言から，親子のコミュニケーションの変化について語り合うために3か月1回の対話を予定し，そのうえで親子の都合や希望，母親の考え方の変化によって実施時期を決定した。対話では，母親から，子どもとのコミュニケーションや子育てについて自由に話してもらうことを基本とし，その日に母親が語りたいことを話題とした。母親の気持ちが語られたときや，私がより詳しく教えてほしいことについては，対話の流れに配慮して母親に尋ねることとした。対話は，承諾を得て録音し，逐語録を作成した。対話の雰囲気，対話時にそばにいた子どもの過ごし方，きょうだいや父親の同席の有無については，対話をしながら私が気づいたことについてフィールドノーツに記載した。

本研究では，対話を行う私自身も相互作用において変化する主体であるため，親子のコミュニケーションについての私自身の理解の仕方や，その変化，対話において考えたこと，迷いや疑問，観察点の変化についても継続的にフィールドノーツに記載した。こうして作成したフィールドノーツ，録音記録と逐語録をデータとした。

フィールドノーツは，療育教室の合間，療育教室終了直後，あるいは母親との対話直後に，私の印象も含めてメモをとり，速やかに作成した。フィールドノーツの作成においては，参与観察後に印象をメモすること，観察の記載と研究者の解釈を区別すること，そして進行中の調査プロセスを反省し記録すること，フィールドワークにおける問題や課題を記述すること（Flick, 1995/2002, pp.211-218）が薦められており，これらの点も踏まえて作成した。

C．データの分析方法

データの分析は，データ収集開始から半年後に始め，データの収集とデータの分析は併行して行った。フィールドノーツと逐語録をもとに，母親ごとに，対話の内容，よく話題になること，親子のコミュニケーションに関する語りの変化によって語りを大別し，母親と私の対話が，何を語る対話であるのか，そのテーマを探った。子どもと母親のコミュニケーションのありようを相互の関係性や意味の変化として記述するという研究課題に基づき，母親ごとに，テーマと，テーマをめぐる話題を図に描いて整理し，図をつくり変えながら，研究疑問，テーマ，テーマをめぐる話題の関係性を把握した。この作業により，それぞれの母親と私の対話には，子どもの理解という大きなテーマがあることがわかった。そしてどの母親も，何かしらの葛藤を語っており，対話には，これまでとは異なる子どもの理解を語り合う機会が生じていた。そこで母親ごとに，母親にとって印象深い経験，葛藤，子どもの理解の仕方の変化を整理し，子どもを理解するための考え方とその変化を記述した。テーマ，テーマをめぐる話題との関係性の検討，図の検討は，それぞれの母親の分析を進めながら，またフィールドワークを行いながら繰り返し行った。

その後，一表を作成し，7名の母親の記述を俯瞰的に眺め，テーマとサブテーマが相互にどのような関係にあるか（佐藤，2008, p.93）を検討した。この一表は，佐藤（2008, pp.114-118）が，複数の事例から一貫した筋立ての物語をつくりあげていくために，継続的比較を可能にするものとして提案した“事例―コード・マトリックス”を参考に作成した。一表により7名の母親の語りを俯瞰し，コンテク

ストにどのような質的な変化があるのかを検討した。そして，７名の母親の語りから，療育教室に通う母親の子どもを理解するための考え方とその変化を明らかにした。最終的に一表では，相反する見方の狭間における葛藤，母親自身に向けた問い，親子としての考え方をサブテーマとした。

一方，私自身の変化については，フィールドノーツを見直し，母親の葛藤や問い，親子としての考え方を語る対話において私が考えたこと，対話を通した私自身の考えの変化を整理した。

データの厳密性（rigor）の確保のために以下を行った。分析手順やデータ分析を進める思考過程について，意識的にフィールドノーツに記載し，後からたどれるようにした。大学院のゼミの機会，第二著者との話し合い，コミュニケーションやナラティヴを専門とする研究者との話し合いにより，広い視野から分析が行えるよう努めた。また対話における母親の経験や語りの内容をまとめ，母親から違和感や意味の齟齬について意見を求め，意見に基づき修正した。分析において注目している視点についても，母親から意見を求め，意見をもとに注目するテーマを検討した。

D．倫理的配慮

研究の開始にあたり，第一著者である私から，療育教室の長と母親それぞれに本研究の目的，研究方法，研究参加や参加中断の自由，匿名化の方法，プライバシー保護の方法，研究参加による利益と不利益について紙面を用いて口頭で説明し，研究参加の承諾を得た。対話が２時間を超えた場合には，母親に負担の有無を尋ね，対話の実施日時は，親子や家族の都合を優先した。また長期にわたる研究参加の負担について聞き，途中で研究参加をやめる自由やそれによる不利益が生じないことを伝えた。また変化やなじみのない人に不安をもちやすいといった子どもの性格にあわせ，子どもに最も負担のない方法を母親と相談し，参与観察や対話の場所を決め，子どもとの距離などに配慮し，フィールドワークを実施した。本研究は，名古屋大学医学部生命倫理委員会から承認を得て実施した（承認番号：9-177）。

なお本稿で用いる研究参加者の氏名，教室名，施設名はすべて仮名である。

Ⅲ．結　　果

A．母親が身につける子どもの見方を変えていくしなやかさ

療育教室に参加する母親は，子どもを理解するための相反する見方の狭間で葛藤しながら，親子としての考え方を学んでいた。そしてそれは子どもの見方を変えていくしなやかさを身につけることであった。７名の母親のしなやかさを**表１**に示す。

以下に，母親が身につけた子どもの見方を変えていくしなやかさのありようを記す。逐語録やフィールドノーツの記述は*斜体文字*で示す。文中の（　）は，対話の内容がわかりやすいように補った言葉や，対話における表情や仕草，そのときに私が考えたことを表す。対話における子どもの名前は，息子，子どもなどに置き換えた。またひばり学園とは，知的障害児通所施設ひばり学園のことであり，児童福祉法の改正により2012年４月１日より児童発達支援センターひばり学園となった。

１．子どもと親，周囲の人々とのかかわりあいとして考えていく

母親は，子どもと親，周囲の人々とのかかわりあいとして子どもを理解する考え方を身につけていった。以下に，ミナさんと私の対話を記す。

a．ミナさんの葛藤と問い

ミナさんは，その子なりの伸びという見方と，同年齢の子どもとの違いという見方の狭間で葛藤していた。その子なりの伸びという見方に立てば，わが子ができるようになるペースに目を向けられるが，同年齢の子どもとの違和感から目を背けているのではないかという不安が生じた。一方で，同年齢の子どもと違うという見方に立てば，他の子どもとの違いに向き合うことができるが，できなくても仕方がないと考えてしまうことで，わが子がもつ伸びる可能性を奪ってしまうのではないかと不安になった。そしてミナさんは，その葛藤のなかで，いつ，何ができることが普通なのか？　を，自分たち親子としてどのように考えるのか問い直していった。

【2010年９月】

ミナさん：自閉症だったりとか，発達障がいだったりするかもしれないし，違うかもしれない。（中略）「おっ！できるようになったじゃん！」とか。いまはそんな感じで。でも，それが現実逃避といわれればそうかもしれないし。（中略）もしかしたら認めてないのかもしれないし，可能性のほうだけをみてて，現実をみてないのかもしれないとも思っちゃうんですけど。むずかしいですけど。

私：（確かに，可能性をみることは現実逃避といえるかもしれない。障がいという限界と可能性という２つの見方をどのように考えればよいのだろうか。いま，ミナさんは，現実逃避かと迷いながらも，懸命に子どものもつ力に目を向けようとしているのだろう。このように私は考え，いまのミナさんの見方を後押ししようとして話し始める）他の子と比べるよりも，その子の１か月前と比べるって他のお母さ

表1　子どもの見方を変えていくしなやかさ

母親の名前 参加時の年齢 《私との対話回数》 子ども 性別 参加時の年齢 診断名など	相反する見方の狭間における葛藤	母親自身に向けた問い	親子としての考え方		
			子どもと親，周囲の人々とのかかわりあいとして考えていく 子どもと親，子どもと周囲の人々のかかわりあいとして子どもを理解していく考え方	**素直な要求による素のままの私たちとして考えていく** 先入観やあるべき論から離れ，子どもとわかりあいたいという母親の素直な要求から考えていく素のままの私たちとして子どもを理解していく考え方	**子どもの見方を変え続ける過程として考えていく** 葛藤しながら，子どもの見方を変え続ける過程として子どもを理解していく考え方
ミナさん 30代《5回》 **子ども** 男・1歳10か月 広汎性発達障がい	その子なりの伸び／同年齢の子どもとの違い	いつ，何ができることが普通なのか？	ミナさんは，「やらせてかなきゃいけないよね？って（2011年2月）」と親が子どもの伸びる可能性を信じて努力を続ける大切さを語り，「その時々のブームみたいですよ。自分がやりたいときとか（2011年2月）」として，親の努力と子どもの準備段階（やる気や興味）のかかわりあいにより，いつ，何ができるかは決まるという考え方を語った。	ミナさんは，「しっかり育てなきゃって思うからなのか，他の子どもにはイライラしないことも，わが子には怒っちゃう。（中略）それが親子なんだね。真剣に向きあってるんだろうなって（2011年8月）」と，イライラせずに接するべきとするあるべき論を離れ，気持ちを伝えたいと願い，真剣に向きあわずにはいられない自分たちのあり方こそが親子であると語った。	
やよいさん 30代《8回》 **子ども** 男・2歳7か月	その子なりの伸び／他の子どもとの比較	他者と違うことは問題なのか？	やよいさんは，他の子どもと比べてできないと考えがちな保育園での子どもの様子を，他の子どもたちとの微笑ましいやりとりとして語り，その理由を，「（障がいや困難さがあってもどの子も）困ることなく生活できている。だから別に脳性まひ（などの障がいや困難さ）があることは問題じゃない（2011年7月）」と，わが子と他の子どもたち，その親が，互いに補完しあい，かかわりあう全体として支障がないという子どもの理解を語った。		
かなさん 30代《8回》 **子ども** 男・4歳5か月 高機能自閉症	先入観やあるべき論／子どもも自分も，自分らしくいられること	先入観やあるべき論から離れる見方とは？	かなさんは，「思っていた子どもと親との関係は，一方的なんですよね。親の絶対の命令があって子どもが従うって感じなんですけど，そうじゃなくって，子どもの想いっていうのを汲んであげたときに，子どものほうも変わるんですね（2010年7月）」と，子どもの想いを汲んだかかわりあいとして親子のあり方を語った。	かなさんは，「この子とコミュニケーションとってみたい（2011年8月）」という素直な要求から考えることで，「どの子もいっしょで，見た目の年齢じゃなく，その子にあわせてやっていけばとくに問題はないような気がする（2011年8月）」と先入観を離れ，親子がお互いに安心できる親子のあり方から子どもを理解する考え方を語った。	かなさんは，「こうやって育っていくのねって。落ち着いて（子どもを）見れるようになってるのかな。（中略）特別視はしてないです。でもそれを言えるようになったのは最近かもしれないです（2011年8月）」と，先入観やあるべき論から離れようと努力してきたことで，満足できるいまの自分達親子になってきたという考え方を語った。
サラさん 40代《11回》 **子ども** 男・4歳1か月 広汎性発達障がい	普通である／障がいがあること	“この子のため”をどのように考えるのか？	サラさんは，「あの子が言うならやってあげようかって思われるような？（中略）感じの子に育ってくれればなって思うんだけど（2011年11月）」「（ひばり学園の母親たちは）もぅ天然なんだからとか，面白いほうに言ってくれるので，それはすごくうれしい。どこが大変だねとか，そういうふうな重い話よりも，そっちに。あの子ってそっちのイメージ（2011年11月）」と，子どもと他の子ども，その母親たちとのかかわりあいから見て，子どもが困ることなく生活できているという考え方を語った。		サラさんは，ひばり学園での3年間を振り返り，「（保育士たちのかかわり）で少しずつ私が変われて，それがいい方向だった？いまのあの子を見てれば？（考えながら話す）あの子らしいっていうのかな？（笑う）（2013年3月）」と，“この子のため”を繰り返し考え，その答えを変えていくことが，結果として“この子のため”になっていくとする考え方を語った。
文さん 30代《16回》 **子ども** 男・3歳3か月 変化が苦手な性格	他の子どもとは異なるわが子／そのままのその子を受け入れること	普通とは何か？		文さんは，「“ゴンゴン”（頭を床に打ちつける動作）してるのも，何でだろうって思ってたけど，あの子と，交流をもちたいというか，あの子に伝えたいというか。（中略）何でも私も口に出して，あの子も口に出したら，楽になってるのかな？って思って。（2010年8月）」と言葉のやりとりとしては噛み合わなくても，気持ちを伝えあいたいという素直な願いから，親子のやりとりを考えることを語った。	文さんは，“ゴンゴン”をめぐる対話の記述を読み，「すべてのことには意味があり，つながりもあること。いまの子どもとのやりとり（様相が変わった“ゴンゴン”）も，これまでとは違ったかたちでのあの子の成長かもしれないですし，私の気持ちの余裕があるときは，ゆっくりと付き合いたいと思います（2011年11月のメール）」と綴った。“ゴンゴン”が完全になくならなくても，わが子も成長して変わっていくことに確信がもて，そのとき，その場で対応していくことが，成長につながるとする考え方を語った。
睦さん 30代《13回》 **子ども** 女・8歳 男・3歳6か月 2名ともにさくらクラスに参加	自分が不安にならないように先回りして予防する／子どもの気持ちに目を向けること	子どもの気持ちに目を向けることができているのだろうか？	睦さんは，子どものために何をすればよいかわからない状態を“悪い出来事”としておそれていた。対話を続けるうちに徐々に“悪い出来事”は話題にならなくなり，「（“悪い出来事”は）ないことはないけど，足で踏んでる感じ（2012年5月）」とかたわらにある“悪い出来事”を意識することで，親の想いだけではなく，常に子どもの気持ちに関心を寄せて子どもと向きあっていく考え方を語った。		睦さんは，「自閉症，もしそういう何かがあるとして，結局はね育児に手を抜くなよって言われてるような感じかな？（中略）どっかで楽をしたいと思っても，何かしら新しい課題はやってくる。たぶん，これは，ほぼ永遠についてくるんだろうなって（2012年5月）」と，子どもの気持ちに目を向けようと悩み，手をかけていく繰り返しが，子どもを育てるということだとする考え方を語った。
さつきさん 30代《7回》 **子ども** 男・2歳5か月 広汎性発達障がい	その子なりの伸び／年齢相応にできるか・できないかということ	どちらの見方を優先すればよいのか？		さつきさんは，子どもと過ごす大切な時間であるお風呂について「いっしょに抱っこしたり，温まって，指で数を数えてみたり。そういう意味でコミュニケーションがとりやすい場所。（中略）言葉でのコミュニケーションができなくても，なんとなく成長がみえる場所っていう意味で，楽しみでもあるし，うれしい場所でもある（2010年11月）」と，日々のすべきことから離れ，子どもとやりとりを楽しみたいという素直な願いから子どもを理解する考え方を語った。	ひばり学園入園後，さつきさんは，すでに2年後になる入学先について悩んでいると話し，「先のことはわからないのだからいま考えても仕方がないと思いつつも夜になると悩んでしまう（笑う）（2012年5月）」といまも変わらず相反する見方の狭間における葛藤はあり，その時々で納得できる見方を選んでいくというスタンスを語った。子どもの見方は，葛藤しながらその時々で選んでいくものであり，どの見方も選ばれる価値を等しくもつものとする考え方を語った。

んから聴きました。

ミナさん：そうなんですよ！　同じ年の子（と比べると），「何が普通なの？」ってなっちゃうんで。「どれができるのが普通なの？　積み木が出来るの？」って。それは客観的に見た？　これができたらって決めたのは大人だし。興味がない子はできないし。

この後，ミナさんの子どもは広汎性発達障がいと診断を受けた。診断から数日後の対話で，ミナさんは，*「何かが変わるわけじゃなくって。診断されただけじゃないですか？　やってくこともいっしょだしって（夫と）言って。（2011年2月）」*と語った。私は，ミナさんの言うことに納得しつつ，診断は一つの見方になるけれど，ミナさんにとって診断を受ける意味ってなんだろうかと考えながら*「そうですよね」*と答えた。そしてミナさんは，*「やればできることもあるから。診断されたからって，あぁできないんだねこの子，って思うとやらなくなる。できなくてあたり前って思っちゃうじゃないですか。それはダメだなって思ったから！（強調して言う）。やらせてかなきゃいけないよね？って。（2011年2月）」「頑張ろうねって。自閉症だっていわれてもできることはあるから。ただ，いっぱいやらないとダメだよ。（2011年2月）」*とわが子の伸びる可能性を信じて努力する，という子育てにおける信条を，自分に言い聞かせるように繰り返し語った。

b．子どもの準備状況を含めた親子のかかわりあいとして考える

ミナさんは，親が子どもの伸びる可能性を信じて努力を続け，そこに子どものやる気が重なったときにできるようになるとする考え方を身につけていった。この考え方では，いつ，何ができるかは，親の努力だけはなく，子どものやる気や興味，成長発達の状況といった準備段階を含め，親と子どものかかわりあいによってつくられるものと考えられていた。この考え方においては，その子なりの伸びという見方と，同年齢の子どもとの違いという見方の狭間における葛藤は，それほど大きな問題ではなくなっていった。この考え方はブームとして語られた。以下に，ブームについての対話を記す。

【2011年2月】

ミナさん：1日だけ，奇跡的な日があって（ニコニコしながら話す）。（子どもが）レーズンを食べてて，「ちょうだい。あーん」って言ったら，（レーズンを）くれたんですよ！（中略：そのときの状況を詳しく説明する）

私：その日，初めて「ちょうだい」って言ってみたんですか？　ミナさん。

ミナさん：そうなんですよね！（中略：隣にいた夫も参加し，いっしょに驚きを話す）奇跡的な1日でした！

（中略：感動を話し合う）

ミナさん：毎日，「あーん」とかって言っても，横向いちゃって！その時々のブームみたいですよ。自分がやりたいときとか。

またミナさんは，夫婦が強く願っていたおしゃべりについても*「いろんなこと毎日ちゃんとやってこうねって。ブームがいつか来ると思ってね。おしゃべりブーム。（2010年9月）」*と語った。ミナさんは，年齢や診断名といった一般論としての理解ではなく，自分のかかわりとわが子の準備状況があうときがあるということに納得していった。そして，ブームと考えることで*「イライラがちょっと笑いに変えれるようになったりとか。余裕がでてきたんですよね。（2011年2月）」*と，ミナさんは，葛藤があること自体がそれほど問題ではなくなったことを語った。

*この対話の1年3か月後（2012年5月），歌を歌っているミナさんの子どもを見て，私が「おしゃべりブームが来ましたね！」と言うと，ミナさんは「来たね！」と笑った。私はミナさんとの対話から，ブームとは，ミナさんが日々の子どもとのかかわりから納得した考え方であり，その考え方を共有しようと語り合うことが，母親と同じ考え方で子どもを理解することになる（2013年2月のフィールドノーツ内容の要約）*と感じた。

子どもと親，周囲の人々とのかかわりあいとして子どもを理解する考え方は，他の母親からも語られた。かなさんは，親子のあり方は*「親の絶対の命令があって子どもが従う」のではなく，「子どもの想いっていうのを汲んであげたときに，子どものほうも変わる。」*と語り，子どもの想いを汲んだ双方向的なかかわりあいとしての親子のあり方に納得していった。睦さんもまた，親の想いだけではなく，常に子どもの気持ちに関心を寄せて子どもと向き合っていく考え方を語った。そしてやよいさんとサラさんは，わが子のみを見て困難さを考えるのではなく，わが子と他の子ども，そしてその親が，お互いに補完しあうかかわりあい全体としてみたときに支障がない，とする考え方から子どもの理解を語った（**表1**）。この考え方では，その子なりの伸び，他の子どもとの比較，広汎性発達障がいといった子ども個人に焦点を当てた見方よりも，親子や周囲の人々とのかかわりあいとしてみたときの困難さや生活のしにくさの有無が重視されていた。そのことにより，その子なりの伸びという見方，同年齢の子どもとの違いという見方，といった見方同士の狭間における葛藤は，大きな問題ではなくなっていった。

2．素直な要求による素のままの私たちとして考えていく

母親は，診断名，年齢，母親や親子としてのあるべき姿，といった先入観やあるべき論から離れ，子どもとわかりあいたいという素直な要求から考えていく素のままの私

たちとして子どもを理解する考え方を身につけていった。以下に，かなさんと私の対話を記す。

ａ．かなさんの葛藤と問い

かなさんは，勝ち負け，支援すべき相手，診断名や年齢といった先入観やあるべき論から解放される考え方を探して試行錯誤していた。そしてかなさんは，その子らしさが認められ，そして自分らしく子育てができる親子のあり方を問い直していった。以下に，かなさんの居場所についての語りと，支援の考え方をめぐる悩みを記す。

【2010年7月】

「ものすごい厳しいお母さんだったんです。私」とかなさんは子育てを振り返った。だから子どもはそれなりにできることも多かったと語り，「でもあんまり笑わない子だったんです。笑うんですけど，すごく楽しそうに笑わなかった」と話した。そしてあるとき，子どもができないことをそのまま受け入れ，子どもを認めて褒める母親と接したとき，心から楽しそうに笑うわが子を見て，「負けたなぁ」と大きな衝撃を受けたという経験を語った。この経験が契機となり，かなさんは，これまでの親子のあり方を問い直すことになった。「勝つとか負けるじゃなくて，お互いの妥協点を見つける生き方があるって聞いて。それで，ちょっとずつ楽になろうって思って」と，子どもができることもできないこともそのまま認められ，かなさんの子育ても勝ち負けではなくそのまま認められる関係が，子どもも自分も安心できる居場所になったという経験を語った。

【2011年8月】

かなさん：この子が生きやすくなるために用意した課題も，それを押し付けてしまうのはエゴだし。（中略）自分も実際，絵カードを持って追いかけまわしちゃうこともあるんですよ。思い入れが強すぎて。支援とエゴの間というかね？その線引きってすごくむずかしいんだなって思って？

私：（かなさんの語りを聞きながら，私は，支援という言葉はよく使われるけれど，何をもって相手のための支援となるのか，支援者としてのかかわりも見方を変えればエゴになるのかもしれない，と考えていた）生きやすくなるためっといえば言葉ではいっしょでも，反対に（支援からエゴに）なることもあるんですね。

ｂ．子どもも自分も安心できる居場所という考え方

かなさんは，子どもとわかりあいたいという，かなさん自身の素直な要求に戻って考えていくことで，先入観やあるべき論を離れ，子どもも自分も安心でき，お互いが自分らしくいられる“居場所”という考え方を身につけていった。

【2011年8月】

かなさん：見た目とか，診断名とかに惑わされずに，その子がいまやってる行動とか，言ってることとかを見て，それにあわせて対応していけばいいんだと思うというか。

私：そう考えるようになって，楽になったり，変わったりしたことってありますか？

かなさん：（少し考えた後，障がい名がついたわが子を，可哀想だと上から見ていたり，どう接してよいかわからず怖いと思っていたのではないか，とこれまでの自分の見方を振り返って語る）そういう怖さ（どう接してよいかわからない怖さ）がなくなって，とりあえず「この子とコミュニケーションとってみたいな」とか思えるようになったというか。どの子もいっしょで，見た目の年齢じゃなく，その子にあわせてやっていけばとくに問題はないような気がする。聞き取りが上手ではない子には筆談とかもあるだろうし。他の人には苦痛かもしれないけど，私はたいしたことではないなって思えるようになりました。

素直な要求による素のままの私たちとして子どもを理解する考え方は，他の母親からも語られた。言葉のやりとりは噛み合わなくでも，気持ちを伝えあいたいという素直な願いから親子のやりとりを考えること（文さん），子どもとのやりとりを楽しみたいという率直な願いから子どもを理解すること（さつきさん）が語られた（**表1**）。この考え方により，母親は，親子が大切にしたい関係から子どもを理解していくことになり，相反する見方の狭間における葛藤は，以前ほど深刻なものではなくなっていった。

３．子どもの見方を変え続ける過程として考えていく

母親は，葛藤しながら子どもの見方を変え続ける過程として子どもを理解する考え方を身につけていった。以下に，サラさんと私の対話を記す。

ａ．サラさんの葛藤と問い

サラさんは，普通であるとする見方と，障がいがあるとする見方の狭間で葛藤していた。普通であるとして生活しようとすると，障がいがあることは否定できるが，わが子に無理を強いることになり，この子のもつ朗らかさを潰してしまうと感じていた。一方，障がいがあるとして生活するならば，この子のよいところを伸ばせるが，わが子に障がいがあることを認めなくてはならなかった。そしてサラさんは，何がこの子のためか？を繰り返し問い，“この子のため”の答えを変えていった。

【2010年6月（ひばり学園入園から2か月）】

サラさんは，入園先を決めた心境について，「普通のなかに入れたかった」と小さな声で語り始めた。そして，“この子のため”を考える契機になった経験として，厳しく叱るサラさんを笑顔にしようとして，子どもが叱られて泣きながらもサラさんに笑いかけたという出来事を語った。そしてこの出来事をきっかけに考えるようになった，何が子どものためかを選ぶときの拠り所を「そのときがきたときに，あぁダメだっ

たんだ，じゃあこうしようとか，あぁよかったんだ，こうしようって決めていこうって」と語った。

サラさん：（入園にあたり）どの先生もひばり学園のほうがいいって言ったの。病院の先生も，小児科の先生も，言語（言語療法士）も，心理（臨床心理士）も。

私：そっか。（私も同じ立場なら，“この子のため”とひばり学園を勧めただろう。改めて考えてみると，その考え方は，本当に“この子のため”だったのだろうか。と考えながら聴く）

サラさん：だって，養護学校ですよね？って私言ったんだけど。そしたら，あそこは本当にプロでっていう説明を言語の先生とかはしてくれて。「子どもにとって何がいいかっていうことを考えないといけない」って言って。「それは考えてる！」って言ったんですよ。私。「あの子にとって，いちばんいいのは何かっていうのは常に考えてる！」と！でも考えてなかったのかもしれない。だけど，嫌だったの。ひばり学園が。でも，きっとたぶん，ひばり学園に入れてよかったんだって思ってる。うん。じゃないと。（言葉を切って沈黙）

私：（サラさんの葛藤を知り，サラさん自身も，何が“この子のため”なのか迷っていることを強く感じる。私も“この子のため”をどのように考えればよいのかと悩み，ひばり学園に入園してよかったと安易に後押しすることはできず，沈黙のままうなづく）

サラさんは，*「最初はね，やっぱり“まもり”に入って。（子どものことを）言わなかったり，いろんな人に会わせないとか，そうすることが，あの子を“まもる”感じに思ってたとこあったから。（2010年9月）」*と語り，そして*「あの子が楽しいとか，あの子ができるようになったことが増えたとか，そういうことのほうがやっぱり，重きがおかれてくるんだと思う。（2010年9月）」*と*“この子のため”*が変わっていったことを語った。そして，時間の経過に伴い，*“この子のため”*は，「（周囲の人々に）あの子が言うならやってあげようかって思われるような？同じことするのにも，許してもらえるような感じの子に育ってくれればなって思うんだけど。（2011年11月）」*と周囲とのかかわりあいのなかで気にかけてもらえる子に育つことになり，*「たまには，あの子が困ることもあるよっていうのを伝えたほうが，“あの子のため”かな（強調して話す）と思って。（2013年3月）」*と，他者と暮らすうえで必要となる強さを養うことへと変わっていった。

b．答えを変え続けることが“この子のため”になっていく

サラさんは“この子のため”について考え続け，その答えを変えていった。そして“この子のため”を変わり続けるものとし，答えを問い直し続けることが“この子のため”になっていく，と考えていった。

【2013年3月（ひばり学園卒業時）】

サラさんは，これまでを振り返り，「ひばり学園の3年間があったから，いまがあるんだと思う。（中略）それ（保育士たちがかかわってくれたこと）で少しずつ私が変われて，それがいい方向だった？（考えながら話す）いまのあの子を見てれば。あの子らしいっていうのかな（笑う）」と語り，以下の対話へと続いた。

サラさん：きっとよかったんだろうって思って。ひばり学園の3年間は本当にうまくやれてきたんだなと。

私：入園したころって，悩みもあったと思うんです。（入園して）よかったのか？とか。でも振り返ってみると，（ひばり学園に入園して）よかったんだろうなって思います。（サラさんの考える“この子のため”がわかり，またサラさんが“この子のため”を変えてきたことをよかったと感じていることがわかって，迷わず応える）

サラさん：ねぇ？正解だったんだろうなって。

私：彼のいいところが，育まれていることを感じるので。

サラさん：本当に。あれであの子，本当によかったんだと思う。幸せな子なんだと思う。

子どもの見方を変え続ける過程として子どもを理解する考え方は，他の母親からも語られた。先入観やあるべき論から離れようと努力してきたことで，満足できるいまの自分たち親子になってきたこと（かなさん），すべてのことはつながっていて意味があり，その時，その場で対応していくことがわが子の成長につながること（文さん），悩みながら手をかけていくその繰り返しこそが子どもを育てることであること（睦さん），子どもの見方は一つではなく，葛藤しながらその時々で選んでいくものであること（さつきさん），が語られた（**表1**）。葛藤と問いを繰り返し，子どもの見方を変えていく過程として子どもを理解することで，葛藤があること自体が受け入れられ，葛藤との付き合い方も変わっていった。

4．7名の母親の子どもの見方を変えていくしなやかさ

療育教室に参加する母親は，子どもと親，周囲の人々とのかかわりあいとして，素直な要求による素のままの私たちとして，子どもの見方を変え続ける過程として子どもを理解することで，見方を変えていくしなやかさを身につけていった。子どもがタイミングよくレーズンをくれたことで，子どもとやりとりが実感できた感動から，ミナさんが親子としての考え方に納得したように，あるいは，かなさんが，他の母親とのやりとりで子どもが心から笑う姿を見て衝撃を受け，親子のあり方を問い直したように，サラさんが，泣きながらも笑いかけてきた子どもに心を打たれ，拠り所となる考え方を見つめ直したように，母親が子どもの見方を変えていく契機は，親子として納得できる考え方

があることへの気づきであり，これは子どもから教えられるものであった。そして，相反する見方がせめぎあう葛藤のなかで，母親は，一般的な考え方，あるべき論，障がいをめぐる価値観，これまでの親子のあり方を自分自身に問い，試行錯誤しながら，親子としてのユニークな考え方を身につけていった。そしてこれらの考え方に立って子どもを理解するとき，一つの見方だけではなく，他の見方もあると考えられるようになることで，葛藤があること自体が問題ではなくなっていった。

B．母親との対話を通した看護者の学習

ミナさんが現実逃避かもしれないと迷いを語るとき，私は，異なる見方をどのように考えればよいのかと迷った。また，かなさんが支援とエゴについて問いを投げかけるとき，私も何をもって支援となるのかを考えることになり，サラさんがこの子のためについて語るときには，私自身がこの子のためをどのように考えているのかと自問することになった。母親たちが，相反する見方の狭間で葛藤を語り，子どもを理解するための考え方を問い直すとき，看護者は，安易にどちらの見方がよいとはいえない状況におかれる。その理由は，母親たちが語る葛藤が，どちらの見方を選ぶのかへの迷いではなく，親子としてどのように子どもを理解するのかを問うものであると気づくからである。親子として，どのように子どもを理解するのか，という問いに向きあっていくと，「どのような子どもの理解が求められているのか？」「私はどのように母親の葛藤や問いに向きあうのか？」と，一般論や自分のなかであたり前になっていた見方を問い直すことになっていく。そして私が，ミナさんのブーム，かなさんの居場所，サラさんのこの子のため，という考え方に納得できたように，看護者も母親との対話を通じ，いま，この対話に参加する自分と母親のあいだで納得できる子どもの理解の仕方を学んでいく。つまり看護者も母親と同時に，これまでの自分の見方を問い直し，いまこの対話における理解があるという考え方を身につけている。

Ⅳ．考　察

A．母親が身につける子どもの見方を変えていくしなやかさ

1．子どもの見方を変えていく術

母親は，葛藤を語りながら，自分たち親子が何を大切にしたいのか？と，子どもの理解や，親子のあり方を問い直していた。そして母親は，子どもを理解するための親子としての考え方を身につけていった。親子としての考え方を身につけることをBatesonの学習とコミュニケーションの階型論（Bateson，1972/2000，pp.382-419）[註1)]から考察する。学習とコミュニケーションの階型論とは，コミュニケーションにおけるコンテクストの質的な変化を論じたものである。子どもと親，周囲の人々とのかかわりあい，素直な要求による素のままの私たち，子どもの見方を変え続ける過程という親子としての考え方は，自閉症，あるべき論，その子なりの伸び，他児との違い，といった異なる子どもの見方を，親子としてどのように考えるのかを表しており，それは子どもの見方を理解するためのメタな考え方である。コンテクストの変化として眺めると，子どもを理解することとは，一つひとつの見方から，それらの見方を親子として解釈するための考え方へと，子どもを理解するときのコンテクストをよりメタなコンテクストに変えていくことであるといえる。母親たちは，葛藤と向きあいながら，親子としての考え方を身につけ，子どもを理解するためのコンテクストをよりメタなものへと進化させていく。そして，母親たちが対話において，葛藤を深刻な問題として語らなくなっていったように，子どもを理解するコンテクストがメタなものへと変わることによって，葛藤があること自体が問題ではなくなり，葛藤との付き合い方も変わっていくと考える。

2．子どもの見方を変えていくしなやかさと葛藤

対話において子どもを理解していくとき，母親は相反する見方の狭間における葛藤を経験していた。コンテクストがよりメタなコンテクストへと移行するとき，物事と解釈

註1　学習とコミュニケーションの階型論（The Logical Categories of Learning and Communication）
Bateson, G.（1972，pp.279-308；1972/2000，pp.382-419）が提唱した理論である。この理論は，コンテクストのコンテクストを学ぶというように，抽象度を上げて俯瞰的になるコンテクストの質的な変化について述べている。よりメタなコンテクストを学んでいく変化を，すでに学んだ知識であるゼロ学習から，学習Ⅰ，学習Ⅱ，学習Ⅲという論理階型として整理している。学習Ⅰとは，すでに学んだ知識（ゼロ学習）にコンテクストがあることを学ぶことであり，刺激に対する反応は一つではなく，コンテクストによって別の場合があることを学ぶことである。これに対し学習Ⅱは，コンテクストそのものが，相互作用に生じる関係性によって任意に選ばれることを学ぶ学習である。学習Ⅱは，これまでの経験から学んだ意味とは，異なる意味があることを知ることであり，それは“経験世界の書き換え（野村，2008，pp.157-158）”でもある。学習Ⅱは，自分自身と相手，周囲の人々との相互作用によって生じる学習である。さらに学習Ⅲとは，よりメタなコンテクストを学習するという行為自体を再考し，新たな知の形を創造することであるとする。この理論では，学習内容の高尚さではなく，学習の抽象度の間の関係を問う（野村，2012，p.82）。試行錯誤により論理階型が変わることがなくなり，すでに学んでしまった知識となれば，それはゼロ学習となる（野村，2008，p.158；野村，2012，p.183）とされる。

の間に矛盾が生じ，その矛盾と向きあうことから逃れられない関係においてダブルバインドという葛藤が付随する（Bateson, 1972/2000, pp.294-295, p.411）とされる。母親が向き合う，相反する見方がせめぎあう葛藤は，どちらか一方の見方に立てば，他の見方が立ちゆかなくなるという矛盾が生じ，さらに親子である故に試行錯誤から逃れることができないというものであり，これはまさにダブルバインドであったといえる。子どもの見方を変えていくしなやかさには必ずダブルバインドがつきまとい，親子としての考え方は，葛藤し試行錯誤する渦中に生じていくと考える。対話において，母親たちは，親子としての考え方を語りながらも，繰り返し葛藤を語った。いくつかの先行研究も，母親たちが子どもを理解する考え方に至っても，その考えに留まることはなく，再び，葛藤と試行錯誤に戻ることを報告している。たとえば，母親たちは，暗中模索することと，子どものことがわかるようになることを循環しており（山本ら，2010），また子どもの障がいを親が受容する過程では，親には，障がいの肯定と否定という両方の感情が常に存在する（中田，1995）とされる。子どもと親，周囲の人々とのかかわりあい，素直な要求による素のままの私たち，子どもの見方を変え続ける過程という親子としての考え方は，常にその考え方に留まれるものではなく，葛藤を語る対話のなかで言葉になり，語ること通じて実感していくものであると考える。

B．ともにわかっていくという看護者の役割

子どもの見方を変えていくしなやかさという変化は，母親と看護者がともに歩むプロセスである。私が自分自身の考え方に問いを向けることになったように，対話を通して，看護者自身にも子どもを理解する考え方を身につけることが求められる。

母親が葛藤を語り，母親自身の考え方を自問するとき，対話における問いは，「正しい見方を選ぶこと」から「どのように子どもを理解するのか」へと変わる。対話における関心の質が変わるため，対話に参加する看護者も，子どもを理解するための看護者自身の考え方を問い直すことになる。先行研究では，親の障がい認識や障がい受容への対話を通した援助として，「障がい」と「この子らしさ」の間で揺れ動き続ける苦しみをじっくりと聴き，どちらの視点も大切にしていくことをともに考えること（柳楽・吉田・内山，2004），家族が障がいをどのように意味づけるか（説明モデル）を共有すること（紀平，2002）が提案されている。これらには，看護者自身の変化は含まれていない。対話に生じる「どのように子どもを理解するのか」という問いは，母親に向けた問いであると同時に，“いま，この対話”において，どのような考え方で語りを聴くのか，という看護者に向けた問いでもある。

佐藤（1984）が提案した知の論理カテゴリー[註2)]では，コンテクストがメタなものに進化するとき，関心を向ける対象が変わるとされている。相手に向けていた関心が，相手を知ろうとする「わたし」の解釈の仕方に向けられる。つまり，「相手の変化」を知ろうとする理解から，「相手の変化を知ろうとするわたしと，相手との関係」を含めた理解へと変わることになる。

理解の変容における看護者自身に向けた問いについて述べた文献として，経験の枠組み（意味パースペクティブ）の変容について述べた変容的学習では，判断の前提に疑問を投げかける省察は，意味を理解する学習においてきわめて重要である（Mezirow, 2010/2012, p.22）とする。また専門家の反省的実践では，実践者は，問題を設定する新たなやり方（枠組み）を，行為のなかの省察により構成する（Schön, 1983/2001, p.108）としている。対話において，看護者には，母親が語る親子としての考え方を理解するだけではなく，子どもを理解する看護者自身の考え方，対話における看護者自身のスタンスを問い直すことまでが求められる。対話における看護者の役割とは，これまでの役割や専門家としての子どもの見方をいったん横におき，その対話における子どもの理解の仕方を探し直すことであると考える。治療的会話とは，対話を通して人がともに探索し，互いにとって新たな領域に足を踏み入れることである（Anderson, et al., 2013, pp.31-32）とされる。看護者も変化する主体であることを意識し，対話において看護者自身の考え方を問い直すことが求められる。

C．子どもとのかかわりをしなやかさから理解する意義

子どもの見方を変えていくしなやかさとは，対話という舞台で，母親と看護者の両者が，子どもを理解するための考え方を身につけていくことである。子どもを理解することをしなやかさとして考えることは，相互円環的な観点から子どもとのかかわりを見つめ直すことを促す。療育教

註2　知の論理カテゴリー
「コミュニケーションと学習の階型論」における，知的関心を向ける対象の変化を論じたものであり，知的領域（知域）Ⅰ・Ⅱ（佐藤，1984）を提案している。知ろうとする相互作用における「わたし」の介在の仕方が変わり，それによって知的関心の向かう先が変わるとする。知域Ⅰでは，知ろうとする相互作用に「わたし」が介在しないため，知的関心は対象を知ることに注がれる。これに対し，知域Ⅱでは，知ろうとする相互作用に「わたし」が含まれ，「わたし」の“知り方”というメタなコンテクストに知的関心が向けられる。知域Ⅱでは，知的関心は，対象とそれを知ろうとする「わたし」との関係に向けられるとする。

室に参加する母親は，多くの専門職者，同じ境遇にある母親，そして家族などさまざまな人々と対話の機会をもつ。しかし，母親が葛藤や問いを語り，子どもを理解するための親子としての考え方をともに身につけていく対話，これまでの変化の過程を振り返り，子どもへの素直な想いや要求をともに見つめ直す対話は少ない。こうした相互円環的な観点から子どもを理解していく対話に，看護がかかわることができるのではないかと考える。そして，子どもの見方を変えていくしなやかさに注目した対話は，結果として，子育ての拠り所となる親子の関係性や親子のあり方を見つける支援にもつながっていくと考える。

D．限界と今後の展望

本稿では，子どもを理解するための考え方として，子どもの見方を変えていくしなやかさを明示した。このしなやかさの詳細については，一人の母親や一組の親子を取り上げ，療育教室における多様な対話を分析することで，さらに明らかになると考える。またしなやかさには，母親と子どもとのかかわりあいが影響していると考えられ，今後，母親と子どものコミュニケーションについても検討する必要がある。本稿では，療育教室に参加する母親との対話から，子どもの見方を変えていくしなやかさを提示したが，乳幼児健康診査や子育て相談など，子どもの理解が求められる機会において，子どもの見方を変えていくしなやかさという考え方がどのように活用できるかを検討する必要がある。

Ⅴ．結　　論

療育教室に参加する母親は，子どもを理解するための相反する見方の狭間で葛藤しながら，親子としての考え方を見つけることで，子どもの見方を変えていくしなやかさを身につけていた。そして，看護者には，“いま，この対話”における相手と看護者自身の関係から，子どもを理解するための看護者自身の考え方を問い直すことが求められる。子どもの見方を変えていくしなやかさとして子どもを理解することは，相互円環的な見方を促し，母親と看護者がともに自分自身の考え方を問いながら，親子としての考え方を見つけていくことを促進すると考える。

謝　　辞

本研究を進めるにあたり，長期にわたって対話を続け，暖かく見守ってくださったお母さま方，ともに時間を過ごした子どもたち，ご家族，また療育教室のスタッフの皆さまに心よりお礼申し上げます。またGregory Batesonの理論やナラティヴの理解についてご指導いただきました野村直樹先生（名古屋市立大学大学院人間文化研究科特任教授）に深く感謝いたします。

本稿は，名古屋大学大学院医学系研究科博士課程後期課程に提出した学位論文の一部を加筆・修正したものです。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究の一部は，日本看護医療学会第 2 回研究助成を受けて行われた。

著者貢献度

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

要　　旨

本稿では，療育教室に参加する母親が身につける子どもを理解するための考え方を，コミュニケーションという視座から提示するとともに，子どもを理解していく対話における看護者の役割を提案する。参与観察，第一著者と母親の継続的な対話によるフィールドワークを行い，子どもを理解するための考え方とその変化を記述した。母親は，子どもを理解するための相反する見方の狭間で葛藤しながら，親子としての考え方を見つけることで，子どもの見方を変えていくしなやかさを身につけていった。親子としての考え方とは，子どもと親，周囲の人々とのかかわりあいとして，素直な要求による素のままの私たちとして，子どもの見方を変え続ける過程として，子どもを理解することであった。対話では看護者自身も変化の主体であり，看護者の役割は，対話において，子どもを理解する看護者自身の考え方を問い直しながら，母親とともに子どもを理解するプロセスを歩むことである。

Abstract

The aim of this study was to examine a mothers' way of thinking for understanding her child participating in rehabilitation class from the standpoint of circular interaction. We also suggest the role of nurses in this way of thinking. Data were

collected through fieldwork involving participative observation and discussion between mothers and the first author. The mothers' way of thinking and changes were described. The mothers experienced conflict for several viewpoints, but became flexible on changing their views to understand their children based on the mother-child relationship. The perspectives were "relationship with child: parents, classmates and classmates' mothers," "primary mother-child stance and hopes", and "the process of changing one's point of view to understand the child". Moreover, nurses need to rethink their understanding of the learning process through discussions with mothers.

文　献

Anderson, H. and Goolishian, H.（1992）. The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. McNamee, S. and Gergen, J.K.（Eds.）, Therapy as social construction. 25-39, London, Thousand Oaks, & New Delhi: SAGE.

Anderson, H. and Goolishian, H.（1992/1997）. 野口裕二，野村直樹（訳），クライアントこそ専門家である：セラピーにおける無知のアプローチ. McNamee, S. and Gergen, K.J.（編），ナラティヴ・セラピー：社会構成主義の実践. 59-88, 東京：金剛出版.

Anderson, H., Goolishian, H., 野村直樹（2013）. 協働するナラティヴ―グーリシャンとアンダーソンによる論文「言語システムとしてのヒューマンシステム」. 東京：遠見書房.

Bateson, G.（1972）. Steps to an ecology of mind: Collected essays in anthropology, psychiatry, evolution, and epistemology. 279-308, Chicago & London: University of Chicago Press.

Bateson, G.（1972/2000）. 佐藤良明（訳），精神の生態学（改訂第 2 版）. 東京：新思索社.

Flick, U.（1995/2002）. 小田博志，山本則子，春日　常，宮地尚子（訳），質的研究入門：“人間の科学”のための方法論. 東京：春秋社.

Hoffman, L.（1992/1997）. 野口裕二，野村直樹（訳），家族療法のための再帰的視点. McNamee, S. and Gergen, K.J.（編），ナラティヴ・セラピー：社会構成主義の実践. 23-57, 東京：金剛出版.

今西良輔（2013）. 発達障害児を育てる父親の生活体験：3 人の父親と息子達の歩み. 北海道医療大学看護福祉学部学会誌，9(1)，27-34.

紀平省悟（2002）. 自閉症児の早期養育者面接：説明モデルの共有と障害受容. 発達障害研究，24(3)，293-303.

Lutz, H.R., Patterson, B.J., and Klein, J.（2012）. Coping with autism: A journey toward adaptation. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(3)，206-213.

Mezirow, J.（2010/2012）. 金澤　睦，三輪健二（監訳），おとなの学びと変容：変容的学習とは何か. 東京：鳳書房.

柳楽明子，吉田友子，内山登紀夫（2004）. アスペルガー症候群の子どもを持つ母親の障害認識に伴う感情体験：「障害」として対応しつつ，「この子らしさ」を尊重すること. 児童青年精神医学とその近接領域，45(4)，380-392.

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.

野口裕二（2002）. 物語としてのケア―ナラティヴ・アプローチの世界へ. 16-22, 東京：医学書院.

野村直樹（2008）. やさしいベイトソン：コミュニケーション理論を学ぼう！. 157-158, 東京：金剛出版.

野村直樹（2012）. みんなのベイトソン：学習するってどういうこと？. 東京：金剛出版.

Roper, J.M. and Shapira, J.（2000/2003）. 麻原きよみ，グレッグ美鈴（訳），看護における質的研究 1 ：エスノグラフィー. 4, 東京：日本看護協会出版会.

Safe, A., Joosten, A., and Molineux, M.（2012）. The experiences of mothers of children with autism: Managing multiple roles. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 37(4), 294-302.

佐藤良明（1984）. ベイトソンのおけいこ. 現代思想，12(6)，140-149.

佐藤郁哉（2008）. 質的データ分析法：原理・方法・実践. 東京：新曜社.

佐藤郁哉（2015）. 社会調査の考え方　下. 東京：東京大学出版会.

Schön, D.A.（1983/2001）. 佐藤　学，秋田喜代美（訳），専門家の知恵：反省的実践家は行為しながら考える. 108, 東京：ゆみる出版.

渡邊充佳（2014）. わが子が「自閉症」と診断されるまでの母親の経験の構造と過程：自閉症児の母親の葛藤のストーリー. 社会福祉学，55(3)，29-40.

山本真実，門間晶子，加藤基子（2010）. 自閉症を主とする広汎性発達障害の子どもをもつ母親の子育てのプロセス. 日本看護研究学会雑誌，33(4)，21-30.

［平成29年 7 月11日受　　付
平成30年 4 月28日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180504023

－原　著－

授乳を行う母親の体験

― 質的研究のメタ・サマリー ―

Mothers' Experiences of Feeding Their Babies: A Meta-Summary of Qualitative Research

濱　田　真由美[1)]　佐々木　美　喜[2)]　住　谷　ゆかり[3)]
Mayumi Hamada　Miki Sasaki　Yukari Sumiya
鈴　木　健　太[4)]　仁昌寺　貴　子[3)]
Kenta Suzuki　Atsuko Nishoji

キーワード：母乳育児，母親，体験，メタ・サマリー，質的研究統合
Key Words：breastfeeding, mother, experience, meta-summary, synthesizing qualitative research

Ⅰ．研究の背景

WHO/UNICEFは1991年以降，母乳育児促進運動を展開し，最低生後６か月までは完全母乳育児を行うよう勧めている。日本においても母乳育児に取組む母親の割合は「子どもが健やかに育つ社会」の指標として用いられており（厚生労働省，2015），心身ともに健康な子どもを育てる授乳方法として母乳育児が推進されている。

こうした世界的な母乳育児推進の潮流に伴い，母乳育児に関する研究や専門書が国内外で活発に出版されている。しかし，それらが示す「母乳育児を行う母親の体験」は，論文によって大きく食い違っている。たとえば，母乳育児を通じて母親役割獲得や子どもへの愛着形成が促される（稲田・北川，2010；小林・黒田・成田，2009；児玉，2011；Locklin & Naber，1993；南里，2009）という母親のポジティヴな体験は，母乳育児を推進する根拠にもなっている。その一方で，母親は思うように母乳育児が行えない困難に直面し，罪悪感や自己喪失といったネガティヴな体験をすることも示されている（Fahlquist & Roeser，2011；井上・久米，2008；Palmér, Carlsson, Mollberg, & Nyström, 2012；Schmied, Sheehan, & Barclay，2001；嶋岡・岸田，2005）。事実，2011年，わが国において母乳育児に悩む母親が新生児を殺害し，母親も自殺未遂するといった事件が発生した（神奈川新聞，2011）。

先行研究において，母親の体験は授乳支援を担う助産師にとって援助の方法や方向性を見つめ直す契機となっていることが明らかになっている（濱田，2016，p.82）。すなわち，母親の授乳体験の多様性を理解することが，医療者の実践をより深化させることにつながると考えられる。ところが母親の授乳体験を網羅的に示した研究は，母乳育児に焦点を当て21文献をレビューしたDebevec & Evanson（2016）のみであった。母乳育児に関する専門書であっても，その内容は児との温かさや親密さというポジティヴな体験を強調する傾向にある（Badinter，2010/2011；Blum, 1993）と指摘されているように，母乳育児を行う母親の多様な体験はポジティヴな体験として収束しているか，個々の論文のなかに散逸したままの状況で留まっているようにみえる。

そこで本研究は，母乳や人工乳を子どもに与え授乳を行う母親の体験をその多様性を損なうことなく網羅的に明らかにすることを目的とし，質的研究結果の統合を行った。母乳育児に限らず人工乳も含めた授乳体験を抽出することによって，現状の母乳育児を中心とする授乳支援や研究に新たな知見や取組むべき課題をもたらすものと思われる。なお本研究では，母乳育児が社会的価値や規範と関連している（Badinter，2010/2011；Lee，2007；濱田，2012；Murphy，1999；Wall，2001）ことを鑑み，研究者および研究参加者が日本人であり，かつ母乳育児に関する論文が激増した2000年以降に日本で発表された質的研究結果を統合することとした。

Ⅱ．研究目的

本研究の目的は，授乳を行う母親の体験を網羅的に明らかにすることである。

１）東京慈恵会医科大学医学部看護学科母性看護学　The Jikei University School of Nursing
２）城西国際大学看護学部看護学科　Josai International University
３）日本赤十字看護大学　Japanese Red Cross College of Nursing
４）日本赤十字看護大学大学院博士後期課程　Doctoral program, Japanese Red Cross College of Nursing

Ⅲ．用語の定義

1．授　乳

本研究では，清水（2011）の母乳育児に関する定義を参考に，「授乳」とは母親が母乳や人工乳を子どもに与え発育を促していくこととし，搾乳や卒乳も含めた。なお，本文中に記載した「母乳育児」とは完全母乳栄養から混合栄養までを含む。

2．体　験

本研究では「体験」に関する中木・谷津（2011，p.101）の定義を参考にし，人的・物的・社会的環境との相互作用を通じて，授乳を行う母親に生じた身体的・精神的な変化，母親であることや子どもを世話することについての解釈とした。

Ⅳ．研究方法

1．研究デザイン

本研究では質的研究結果の統合法の1つであり，一次研究の意図や結果を可能な限り保つメタ・サマリー（Sandelowski & Barroso, 2007，pp.151-197）を行った。

2．一次研究の収集

a．収集期間

2015年 8 ～ 9 月。

b．収集方法

⑴　プロトコル，選定基準の作成

全著者によって，プロトコルを作成し，選定基準は以下①～⑥に決定した：①研究デザインが質的研究である（mixed methodsは除く），②研究参加者に産後の女性（母親）が含まれている，③研究過程に人権侵害が生じていない，④研究結果がデータによって支持されている，⑤論文が解説や会議録，抄録でない，⑥研究結果は研究者の解釈が記述されている。

⑵　データベースサーチ

分析対象とする質的研究は日本で発表された論文とし，「母乳育児」「人工栄養」「授乳」「母親」「質的研究」「体験」「経験」「関わり（かかわり）」をキーワードに，著者1名（MH）が“医中誌Web（ver. 5）”“CiNii”メディカルオンライン”“Google Scholar”で電子検索した。分析対象に含む検索する年数は2000年から2015年とし，81件がヒットした。

⑶　該当論文の選定（図1）

選定基準に従い，まず著者 2 名（MH，MS），著者に含

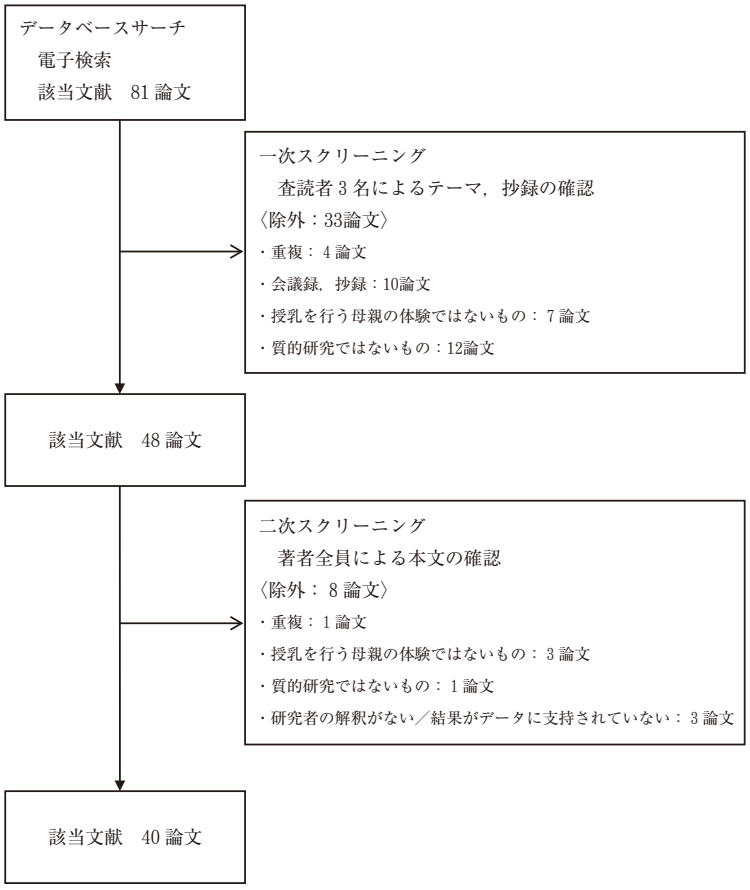


図1　一次研究選定過程

まれない助産学および質的研究を専門とする研究者１名が査読者となり，81論文のテーマおよび抄録をおのおので精査し，33論文を除外した。次に，全著者で本文全体を精査し協議したうえで40件を分析対象とした。一次研究の全体的・網羅的な統合を目指すメタ・サマリーでは，実践報告レベルの論文であっても実践に役立つ潜在的価値があると考えるため（Sandelowski & Barroso，2003，p.228；谷津・濱田，2012，p.272），論文の質だけを理由に除外することはしなかった。また，研究デザインの記載がない論文に関しては，本文の分析方法や結果を確認し精査した。

c．データ分析方法

対象となった一次研究は，以下のステップを踏んでデータを分析した。

⑴ 結果の抽出と編集（コード化）

各著者はあらかじめ決めていたフォームを用いて担当した一次研究から母乳育児を行う母親の体験に関する結果を抽出し，読み手が理解できる文章にするため，最小限の編集を行った。内容を全著者で確認した結果，616コードが抽出された。

⑵ 結果の要約（カテゴリー化）

616コードの類似性と相違性に着目しながら抽出した結果をまとめていき，30の統合結果が示された（全著者）。

⑶ 結果の分類（トピックへの分類）

30の統合結果の共通性と差異性に着目して９のトピックに分類した。⑵，⑶は前後しながら繰り返された（全著者）。

⑷ 頻度／強度effect sizesの算出

30の統合結果それぞれに含まれていた文献数が全一次研究数（40件）に占める割合（頻度のeffect sizes）と，各一次研究内に含まれている結果が統合結果数（30）に占める割合（強度のeffect sizes）を算出した（全著者）。なお本論文には，統合結果を支持する一次研究の割合を表す「頻度のeffect sizes」を示し，母親の授乳体験として頻出していた結果を記述する。

Ⅴ．倫理的配慮

本研究で分析対象とする一次研究は著作権法第31条，第32条，第47条の７で定められた条件のもとで利用した。

Ⅵ．結　　果

１．一次研究の概要（表１）

分析対象とした一次研究（40件）の第一著者が所属する領域は，看護学39件と社会学１件であった。研究参加者であった産後の母親は，各論文に１名から103名含まれ，延べ588名であった。その内訳は，初産婦のみ14件，初産婦および経産婦12件，早産児の母親（初産婦・経産婦ともに含む）５件，双子の母親（初産婦・経産婦ともに含む）４件，高齢初産婦２件，HTLV-1抗体陽性の母親１件，不明２件であった。研究参加者の授乳方法は，母乳育児（母乳育児の定義が不明なもの含む）28件，混合栄養と人工乳２件，搾乳２件，不明（多くは母乳育児と推測される）８件であった。一次研究の約７割は主として正期産・単胎児の母親と思われる研究参加者で構成され，母乳育児の体験が９割を占め，搾乳や人工乳に関する体験は１割以下であった。

２．授乳を行う母親の体験

a．メタ・サマリーから示された「授乳を行う母親の体験」の概要

一次研究から616のコードが導かれ，授乳を行う母親の体験として30の結果に統合された。30の《統合結果》は，９の【トピック】に分けることができた（**表２**）。丸ゴシック体は本研究結果を支持する一次研究結果を示し，抜粋した文章には（文献番号－コード番号），意味内容が通じるように文脈を踏まえて〈研究者が加筆した言葉〉を加筆した。記述中の“　”は，一次研究のインビボコードであることを示す。

⑴ トピック１：授乳に必要とされる自律性を発揮する体験

母親は主体的に授乳に必要な知識や技術を獲得し，自己や生活の調整を行ったり，母子のニーズを満たしたりしていた。繰り返し行われる授乳のなかで《母親は自らの力で授乳に必要な知識・技術を獲得し》《母乳育児や搾乳に伴う自己や生活の調整を行った》。母親は子どもや過去の経験を通じて，「母親」としてのあり方を自己調整した。早産児の母親は，搾乳を中心とした生活時間の調整や搾乳にとらわれたり，少ない母乳分泌量を気に病んだりしないよう“気持ちの切り替え”を行った。また母親は，母子双方にとってメリットがある母乳をより多く子どもに飲ませようと試みたり，授乳のサインやタイミング，子どものニーズをとらえたりすることで《自分のニーズや子どものニーズを満たそうとしていた》。

たとえば，母親は授乳を求める“子どもからの強い働きかけ”や“過去の体験”と現在の育児状況の擦り合わせを行ったり，試行錯誤した末に，子どもへのかかわり方や母親役割，時間感覚を調整したりしていた。

子どもの様子を見て，母親が過去の育児の記憶をたどりながら，自分自身の子どもにかかわるスタンスを確認し，新しい自己の役割認識の作業を行っていると解釈した（18-30：稲田・北川，2010，p.48）

表1　一次研究の概要

No.	著者（発行年）	論文タイトル	研究デザイ（分析方法）	研究参加者	データ収集時期	授乳方法
1	松永（2002）	断乳を受け入れるまでの母親のゆらぎ	記述的研究（Krippendorffの内容分析）	初産婦4名，経産婦4名	産後11か月～1年8か月	母乳育児
2	葉久・大橋（2004）	オレムの依存的ケアモデルを適用した母乳哺育継続制限要因の探究	記述的研究	母親103名（初経不明）	産後1か月	混合人工乳
3	芦田（2005）	HTLV-Ⅰ抗体陽性のKさんが母乳哺育を選択した理由	記述ケーススタディ	経産婦1名（HTLV-1抗体陽性）	産後6週以後	母乳育児
4	土江田（2005）	出産後3か月間の授乳の体験―子どもとのかかわりの中で自分なりの授乳を見いだしていくプロセス	Giorgiによる現象学的分析方法を参考に記述	初産婦4名	①出産前 ②産後3～4日目 ③産褥退院後1週間 ④産後1か月 ⑤産後3か月	混合人工乳
5	渡邉・上別府（2005）	母乳哺育を6か月間継続した母親の体験― Baby-Friendly-Hospitalにおけるインタビュー調査から	質的研究	初産婦18名	産後6か月前後	母乳育児
6	藤本ら（2006）	NICU入院児の母親の搾乳体験―搾乳方法の違いによる検討	記述的	初産婦13名，経産婦7名	産後30～124日目	搾乳
7	柏原・森（2006）	早期新生児の哺乳行動に対する母親の体験の変化	質的，因子探索，縦断的研究	初産婦9名	産後2～5日目	母乳育児
8	大崎・美野・阿部・池内（2006）	A病院における母児同室の振り返り―開始後10ケ月間の母親の自由記載から	定性分析法	母親42名（初経不明）	産後4日目	母乳育児
9	藤井（2007）	双子を持つ母親の退院後1か月間の育児体験	事例検討による質的研究デザイン	初産婦2名，経産婦2名	産後1か月	母乳育児
10	加藤（2007）	子育て期の母親における「被援助性」とサポートシステムの変化（2）	記載なし（ライフコース研究を参考）	初産婦1名，経産婦7名	第1子が小学校低学年	不明
11	前原（2007）	産褥早期の授乳場面における母親の発話	記載なし	初産婦10名	産後1～6日目	母乳育児
12	清水ら（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	質的記述的研究	初産婦2名，経産婦21名	乳幼児期	不明
13	井上・久米（2008）	母乳育児に対する母親の認識―満足する母乳育児が確立するまでの原動力	質的帰納的デザイン	初産婦10名，経産婦5名	産褥退院後～産後2か月	母乳育児
14	笹野・坂井（2008）	3か月間母乳哺育を継続した初産婦の体験	記載なし	初産婦15名	①産後4～5日目 ②産後2週間 ③産後1か月 ④産後2か月 ⑤産後3か月	母乳育児
15	服部・布原・名和・秋山（2009）	赤ちゃんにやさしい病院で母乳育児を体験した母親にとっての母乳育児の意味	質的記述研究	初産婦14名，経産婦11名	産後1年	母乳育児（不明1名）
16	藤井（2010a）	3か月から1歳6か月までの双子の母親の離乳への思いと離乳の方法	質的記述的デザイン	初産婦3名，経産婦2名（双胎）	産後1年3か月～1年6か月	不明
17	藤井（2010b）	出産後3か月までの双子の母親が授乳方法を形成するプロセス	グラウンデッド・セオリー・アプローチを参考にした質的記述的デザイン	初産婦3名，経産婦2名（双胎）	①産褥入院中 ②産後1か月 ③産後3か月	母乳育児
18	稲田・北川（2010）	産褥期の母乳育児をする母親の母親役割の体験	質的帰納的	初産婦5名，経産婦7名	出産直後～1か月	母乳育児
19	井関・白井（2010）	実母からの授乳・育児支援のなかで娘が体験した思いとその思いに関係する要因	質的分析（KJ法を参考）	初産婦11名	産後1か月	母乳育児
20	神谷・志村（2010）	分娩直後のカンガルーケアのプロセスにおける母親の体験―カンガルーケア実施後のふり返りから	質的記述的デザイン	初産婦7名，経産婦3名	産褥1日目	不明
21	永森ら（2010）	母乳育児をしている母親の混乱や不安を招いた保健医療者のかかわり	質的記述的研究	初産婦34名，経産婦6名	第1子の年齢が6か月以下または7か月以上	母乳育児
22	小川・熊田・土本・中島（2010）	母児同室を望み体験した母親の思い	記載なし	初産婦20名	産後5もしくは6日目	不明
23	堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010）	NICUに入院した早産児の母親の搾乳の体験	質的記述的研究	初産婦9名，経産婦4名（出生体重2,000g未満）	産後1か月～5か月	搾乳
24	柏原・森（2011a）	初めて母乳哺育を行う母親が困難感を抱く新生児の哺乳行動	質的・記述的研究	初産婦13名	インタビューは4日目 観察は生後2～7日目	母乳育児
25	柏原・森（2011b）	母親が困難と感じた哺乳行動と観察された哺乳行動との関係―初めて母乳哺育をする母親を対象として	質的・記述的研究	初産婦13名	インタビューは4日目 観察は産後2～3日目 産後4～5日目	母乳育児
26	公庄・井岡・雁金・阪本（2011）	母乳育児に影響する助産師の言動―母親の受けとめ方を通して	質的調査研究	初産婦13名，経産婦16名	産後3か月～9年	母乳育児（不明2名）

No.	著者（発行年）	論文タイトル	研究デザイ（分析方法）	研究参加者	データ収集時期	授乳方法
27	立木・成田（2011）	Late Preterm児を出産した母親の授乳や育児に関連する困難と乗り越えるのに影響した要因	質的帰納的研究方法	初産婦３名（早産）	産後38～58日目	母乳育児
28	楠田・高田・羽田野（2012）	授乳困難から保護器を使用した母親の授乳への思い	質的に分析	初産婦４名，経産婦１名	産後1か月半～１年7か月	母乳育児
29	村上・中新・鈴井（2012）	双子の母親の育児ストレスに関する研究―乳児期の双子育児をする母親の体験から	質的帰納的研究	初産婦４名，経産婦６名（双胎）	産後４か月～２年	不明
30	菅林・森・石井（2012）	初産の母親のわが子の泣きに関する成功体験	質的・帰納的方法	初産婦14名	産後30～50日目	母乳育児 人工乳
31	田中・永見（2012）	早産児を出産した母親が母乳育児を通して親役割獲得に向かう過程	質的記述的研究	初産婦６名，経産婦１名（早産）	産後79日～122日目	母乳育児
32	鈴木・近藤（2013）	初産婦の母児同室への認識と実際について	KJ法	初産婦10名	産後２日目	母乳育児
33	北田・香春（2014）	母親と助産師における産後ケアの捉え方	記載なし	初産婦５名	産後１か月～５か月	不明
34	水谷・岡田・山口（2014）	初めて母乳育児を行う母親の情緒的側面に作用した家族のかかわり	質的記述的研究	初産婦17名	産後１か月	母乳育児
35	西村・永山（2014）	産褥早期の初産婦の母乳育児をめぐる実母の関わりの特徴	質的記述的研究（エスノグラフィーを参考）	初産婦10名	産褥退院後３～９日目	母乳育児
36	田中ら（2014）	早産児を出産した母親が母乳育児を通して母親としての自己を形成していく過程	質的帰納的	初産婦６名（早産児，帝王切開術）	産後91～126日目	母乳育児
37	畠山・藤城・松井（2015）	40歳以上の初産婦における産後１ヵ月間の育児に関する思い	質的記述的研究	高齢初産婦７名	①産後２週間前後 ②産後１か月	不明
38	森本・濱嵜・岡﨑（2015）	産後１カ月の母親が母乳育児を継続する信念に影響する要因	質的帰納的研究方法（Berelsonの内容分析を参考）	初産婦３名，経産婦９名	産後１か月	母乳育児
39	村田（2015）	授乳が作り出す社会関係―厳格な食事制限をともなう母乳哺育を行う母親の語りと実践から	記載なし	初産婦１名，経産婦１名	産後２年～２年２か月	母乳育児
40	矢岡ら（2015）	高齢初産婦の初回授乳時から退院時までの母乳育児に対する思いの変化	修正版グランデッド・セオリー・アプローチを参考	高齢初産婦４名（帝王切開術）	産褥退院前日～２日前	母乳育児

note：研究デザインの記載がない論文は分析方法を記載

⑵ トピック２：意思をもって授乳方法を選択する体験

母親は何らかの理由をもって母乳育児や搾乳を希望したり継続したいと思っていた。同様に，母親は理由をもって母乳育児から遠ざかっていた。母親は，母乳を子どもに与えるメリットや母乳育児に付随する母性イデオロギー，母乳を大事に思う価値観，子どもが“未熟児”であることや前回母乳育児できなかったという《理由や意思をもって母乳育児を希望した》。その一方で，母親は喫煙や薬の内服，身体的・精神的疲労，母乳育児への関心の欠如，母乳分泌不足，自己防衛，人工乳の利点といった《理由や意思をもって母乳育児をやめた》。

たとえば，初産婦にとって母乳育児のメリットや利点を示す情報は，母乳を与えることが“自然な母親役割”であることを意味し，母親が母乳育児に取組み始めるきっかけとなった。

> 母乳育児のメリット，必要性，利益について情報を収集した母親は，〈自然な母親役割として母乳育児〉を知覚し，母乳育児を開始した（14-1：笹野・坂井，2008，p.3）

一方で，サポートを受けた後でも母乳育児を重荷と感じ続けたり，母乳分泌に不安がある母親は人工乳を使用したりしていた。

> 医療者の判断に基づいて評価することに満足しなかった母親たちは，母乳分泌に不安を感じ，母乳分泌量に非現実的な期待を寄せた。こうした状況において，母親はストレスや混乱のために人工乳を使用した。（14-10：笹野・坂井，2008，p.5）

⑶ トピック３：母乳を与えようと努力する体験

母親は直接授乳や母乳を子どもに与えることを目標にし，母乳分泌を維持したり促進したりするために努力した。また，授乳体験を振返り，困難を乗り越えたことに価値を感じていた。とくに，初産婦や早産児の母親は，《母乳を与えるという目標のために努力し》，分娩後の疲労があるなかでも“授乳能力の獲得”に向けて，授乳や搾乳に励んだ。一方，早産児の母親は，直接授乳できる日まで母乳分泌が維持するよう，自らの気持ちを奮い立たせ搾乳に身を投じた。そして，子どもが乳房から直接母乳が飲める時期になると，新たな母子の“挑戦”として直接授乳を目指した。母親にとって《授乳や搾乳の継続や困難を乗り越えたことが糧とな》る体験になった。母親は，葛藤を乗り越えたり，努力し続けることによって，母乳育児の方向性

表 2　トピック・統合結果の一覧

NO.	トピック	統合結果	effect size	一次研究
1	授乳に必要とされる自律性を発揮する体験	母親は母乳育児や搾乳に伴い自己や生活の調整を行った	10%	畠山・藤城・松井（2015），稲田・北川（2010），堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010），矢岡ら（2015）
		母親は自らの力で授乳に必要な知識・技術を獲得した	33%	土江田（2005），藤井（2007），藤井（2010b），畠山・藤城・松井（2015），稲田・北川（2010），柏原・森（2006），北田・香春（2014），前原（2007），森本・濱嵜・岡﨑（2015），村田（2015），笹野・坂井（2008），菅林・森・石井（2012），立木・成田（2011）
		母親は自分のニーズや子どものニーズを満たそうとしていた	3%	稲田・北川（2010）
2	意思をもって授乳方法を選択する体験	母親は理由や意思を持って母乳育児を希望した	20%	芦田（2005），藤井（2007），畠山・藤城・松井（2015），北田・香春（2014），森本・濱嵜・岡﨑（2015），村田（2015），笹野・坂井（2008），堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010）
		母親は理由や意思を持って母乳育児をやめた	10%	藤井（2007），葉久・大橋（2004），笹野・坂井（2008），渡邉・上別府（2005）
3	母乳を与えようと努力する体験	母親は母乳を与えるという目標のために努力した	8%	藤本ら（2006），笹野・坂井（2008），堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010）
		母親は授乳や搾乳の継続や困難を乗り越えたことが糧となった	10%	畠山・藤城・松井（2015），森本・濱嵜・岡﨑（2015），清水ら（2007），堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010）
4	母乳に母子関係を投影する体験	母親は母乳を通じて子どもとの精神的・身体的な結び付きを感じた	18%	畠山・藤城・松井（2015），服部・布原・名和・秋山（2009），森本・濱嵜・岡﨑（2015），田中・永見（2012），田中ら（2014），笹野・坂井（2008），堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010）
		母親は母乳育児が子どもとの力関係を争う場になっていると感じた	3%	渡邉・上別府（2005）
5	母乳に「母親」を投影する体験	母乳育児できた母親は「母親」としての価値や喜びを感じた	33%	藤井（2007），服部・布原・名和・秋山（2009），稲田・北川（2010），井上・久米（2008），神谷・志村（2010），楠田・高田・羽田野（2012），森本・濱嵜・岡﨑（2015），堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010），田中・永見（2012），田中ら（2014），笹野・坂井（2008），鈴木・近藤（2013），渡邉・上別府（2005）
		母乳育児がうまくいかない母親は自己否定に陥った	25%	藤井（2007），藤本ら（2006），畠山・藤城・松井（2015），稲田・北川（2010），井上・久米（2008），神谷・志村（2010），柏原・森（2006），小川・熊田・土本・中島（2010），笹野・坂井（2008），渡邉・上別府（2005）
		早産した母親は子どもへの申し訳なさを搾乳することで償った	3%	堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010）
6	断乳・卒乳・離乳と折り合いをつける体験	母親は断乳・卒乳について模索したり予期的悲嘆を行った	5%	土江田（2005），松永（2002）
		母親は断乳や離乳によって生じたアンビバレントな気持ちに折り合いをつけていた	5%	藤井（2010a），松永（2002）
		断乳した母親は心配事や乳房への認識が変化した	3%	松永（2002）
7	授乳に関する否定的な体験	母親は母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛を味わった	38%	藤井（2007），藤本ら（2006），葉久・大橋（2004），畠山・藤城・松井（2015），稲田・北川（2010），北田・香春（2014），柏原・森（2011a），柏原・森（2011b），森本・濱嵜・岡﨑（2015），村上・中新・鈴井（2012），小川・熊田・土本・中島（2010），笹野・坂井（2008），清水ら（2007），立木・成田（2011），堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010）
		早産した母親は疲労と搾乳への義務感との間で葛藤した	5%	藤本ら（2006），堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010）
		里帰りした母親は自宅で授乳するための再調整に身体的・精神的負担を感じた	5%	藤井（2007），畠山・藤城・松井（2015）
		母乳育児のイメージと実際の落差を感じた	3%	笹野・坂井（2008）
		経験不足，依存傾向，基本的ニーズ未充足の母親は子どものニーズを読み取ることが困難であった	5%	葉久・大橋（2004），稲田・北川（2010）
		HTLV-1抗体陽性の母親は出産の度に授乳方法の選択が迫られた	3%	芦田（2005）
8	支援に満足した体験；医療者・医療体制，家族，夫，実母・義母，ピアサポーター	母親は入院中や退院後に受けた助産師・保健師のケアによってエンパワメントされていた	18%	藤井（2007），服部・布原・名和・秋山（2009），北田・香春（2014），渡邉・上別府（2005），公庄・井岡・雁金・阪本（2011），森本・濱嵜・岡﨑（2015），村田（2015）
		母親は母子同室により授乳への満足感が高まった	3%	大崎・美野・阿部・池内（2006）
		母親は家族からの支援に支えられた	8%	水谷・岡田・山口（2014），森本・濱嵜・岡﨑（2015），渡邉・上別府（2005）
		母親は夫からの共感的支援により母乳育児が支えられた	10%	芦田（2005），水谷・岡田・山口（2014），森本・濱嵜・岡﨑（2015），田中・永見（2012）
		母親は実母や義母の支援によって支えられた	15%	水谷・岡田・山口（2014），森本・濱嵜・岡﨑（2015），西村・永山（2014），加藤（2007），菅林・森・石井（2012），渡邉・上別府（2005）
		母親はピア支援に支えられた	8%	森本・濱嵜・岡﨑（2015），菅林・森・石井（2012），堤・藤本・黒野・神崎・相羽（2010）
9	支援に不満を抱いた体験；医療者，家族，夫	母親は医療者から十分な支援を受けることができなかった	10%	芦田（2005），森本・濱嵜・岡﨑（2015），村上・中新・鈴井（2012），永森ら（2010）
		母親は家族から受けた対応にストレスを感じた	10%	井関・白井（2010），水谷・岡田・山口（2014），森本・濱嵜・岡﨑（2015），村上・中新・鈴井（2012）
		母親は夫からの関わりに不満を抱いた	3%	水谷・岡田・山口（2014）

が見出せ，次のステージへ進んだ。そして，母乳育児や搾乳を続けられたことや困難を乗り越えたことを評価し，納得したり自信に変えたりした。

たとえば，母乳育児を頑張って継続し，育児に慣れてきた母親は，困難を乗り越えた経験が“自信”になっていた。

母乳を頑張って続けてこれたことが，自信になっている（37-19：畠山・藤城・松井，2015，p.141）

⑷ トピック4：母乳に母子関係を投影する体験

母親は，母乳育児や搾乳を通じて，子どもとの関係をとらえ直していた。《母親は母乳を通じて子どもとの精神的・身体的な結びつきを感じ》る場合もあれば，《母乳育児が子どもとの力関係を争う場になっていると感じ》る場合もあった。母親は，母乳育児や搾乳を母親である自分にしかできない行為と受け止め，子どもにとって自分は必要な存在だと認識していた。また，直接授乳を行うなかで得られる肌と肌との触れ合いや幸福感，楽しさや安楽を得た母親は，子どもへの愛情や関係性が深まるととらえていた。その一方，母乳育児は“子どもに支配されるか，自分が子どもを支配するか”といった力関係を争う場とも感じており，母乳育児を通じて“緊張感”ある子どもとの関係を感じとっていた。

〈《赤ちゃんとの緊張関係》とは〉児に支配されるか，自分が児を支配するかという均衡に緊張感のある関係の体験である（5-3：渡邉・上別府，2005，p.67）

⑸ トピック5：母乳に「母親」を投影する体験

母親は直接授乳できるか否か，子どもに十分な量の母乳を与えることができるか否かによって，「母親」である自分自身の価値を査定したり，母乳を与えることで「母親」としての罪を子どもに償おうとした。直接授乳や母乳分泌を維持できた母親は，「母親」になったという実感や覚悟，《「母親」としての価値や喜び》，満足感，有能感を感じた。一方，《母乳育児がうまくいかない母親は自己否定に陥》り，母乳分泌不足の母親は自責の念を感じていた。そして，子どもの欲求に応じて授乳できないことに対して，罪悪感や葛藤を抱えた。また早産児の母親は，早産したことによる子どもへの“罪悪感”や“後ろめたさ”を“搾乳することで埋め合わせ”ようとしていた。さらに，授乳の大変さを軽くするために育児サポートを得ることは，母親によっては「母親失格」の烙印を自らに押すことを意味した。

たとえば，授乳に関連するライフスタイルの変化や疲労により母親は育児サポートを必要としたが，「悪い母親」になることをおそれてサポートを求めなかった。サポートを得た場合も，母親は子どもへの“愛情が不足しているのではないか”と感じ，自らの「母親らしさ」に疑念を抱いた。

〈退院後3～4週間ごろにB氏は〉寝不足や頭痛により，母親自身の体力に自信がないときは，実父母に育児を任せて休息をとるという体験を通して，子どもに対する愛情が不足しているのではないかと感じていた（9-15：藤井，2007，p.81）

⑹ トピック6：断乳・卒乳・離乳と折り合いをつける体験

母乳育児を終えることを予期したり，実際に断乳や卒乳することによって，母親は悲嘆感情を抱いたり，新たな心配事を抱えたりした。予期的な段階において母親は，断乳のタイミングや方法を考えたり迷ったりし，卒乳した後に生じるであろう寂しさを予期し，《断乳・卒乳について模索したり予期的悲嘆を行っ》ていた。また，実行の段階では，断乳による子どもや乳房の変化に戸惑ったりしながらも，《母親は断乳や離乳よって生じたアンビバレントな気持ちに折り合いをつけ》，離乳を進めていた。さらに，断乳した母親は《心配事や乳房への認識が変化し》，断乳したにもかかわらず月経が再来しないことを心配したり，子どもに栄養を与える乳房から女性を象徴する乳房へと意識が変わっていた。

たとえば，母乳を与えることに未練が残る母親は，子どもも断乳によってつらい状況にあるのだと気づき，未練をもっている自身を恥じたりした。そして，断乳により子どもが“「赤ちゃん」から「子ども」”に成長したことを感じたりすることで，母親は母乳を与えることへの未練を断ち切り，断乳を進めていた。

母親は子どもが乳房を見ても，母乳を欲しがるしぐさをみせずにいる姿を見て，ほんとうはがまんをしているのではないかと感じていた。その子どもの反応により，母親は母親自身が授乳に強い未練をもっていると認識するようになっていた。この認識により母親は，子どもに対して恥ずかしいという気持ちになり，もう授乳はできないと諦めることができていた（1-28：松永，2002，p.54）

⑺ トピック7：授乳に関する否定的な体験

母親は母乳育児や搾乳を行うなかで，身体的・精神的・社会的苦痛や困難を体験した。ライフスタイルの変化，子どもの存在，身体の不調，知識や技術の未熟性，予測不可能な事態の発生によって《母親は母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛を味わった》り，《母乳育児のイメージと実際の落差を感じ》たりしていた。里帰りした母親の場合は，里帰り先から自宅に戻る際に《自宅で授乳するための再調整》をしなければならず，そのことに《身体的・精神的負担を感じ》ていた。また，小さな子どもとかかわった経験が少なかったり，助産師の支援に依存的であったり，身体的な回復が遅れている場合，母親は《経験不足，依存傾向，基本的ニーズ未充足》の状態にあり，《子どものニーズを読み取ることが困難であった》。

一方，早産児の母親は，搾乳手技のむずかしさや他の子どもを世話しながらの搾乳，夜中であっても搾乳しなければならないことに疲労していた。搾乳をやめたいという願望をもつものの，“やらねばならない”という“脅迫観念”があり，《疲労と搾乳への義務感との間で葛藤した》。直接母乳を与えることにより子どもを感染させる可能性がある《HTLV-1抗体陽性の母親は出産のたびに授乳方法の選択が迫られ》ることにストレスを感じていた。

たとえば，産褥早期といった分娩からの身体的な回復が不十分であり，母親の基本的ニーズが満たされていない状況において，母親は“子どものニーズを子どもの様子そのものから判断せず”，子どものニーズが読み取れないまま，子どもに応答していた。

母親は，身体的な回復にとらわれている産褥早期であり，子どものサインを知覚したが，支援者の支持に依存し母親自身で子どもの〈授乳の〉ニーズを確認する行動を起こさなかった（中略）母親として子どものニーズを確認するという能力が抑制されている（18-3，18-4：稲田・北川，2010，p.44）

⑻ トピック8：支援に満足した体験；医療者・医療体制，家族，夫，実母・義母，ピアサポーター

母親は，助産師や保健師，実母や義母，夫，家族，ピアサポーターから受けた支援，母子同室という医療施設の体制を自分に役立つ援助として受け止め，満足していた。《母親は入院中や退院後に受けた助産師・保健師のケアによってエンパワメントされ》《母子同室により授乳への満足感が高ま》る体験をしていた。また母親は，《実母や義母の支援》《ピア支援》《家族からの支援》に支えられ，《夫からの共感的支援により母乳育児が支えられた》と感じていた。

たとえば，母親は入院中に医療者から受けた授乳方法の直接的で頻回な指導，保証的な言動を役立つ援助として受け止めた。母親にとって入院中に役立った支援は，授乳支援，精神的支援，家族支援に分けられた。頻回授乳のすすめや授乳技術の指導，乳房ケア，母乳への信念の伝達，出生直後の授乳体験，休息のための人工乳補充の提案，何度も見に来てくれること，母親の気持ちを支え励ますかかわり，医療スタッフによる家族への支援は，母乳育児に取組む母親にとって役に立つ支援であった。また退院後，医療者から技術的・精神的支援を受ける場があることは，母乳育児を継続するうえで重要であると母親は考えていた。話を傾聴してもらえる場や支援者の存在があることで，母親は安心したり，母乳育児を継続する原動力にしたりしていた。

D氏は，（中略）ある助産師に「助産師は皆，母乳だけで大丈夫と言うが，限界である」と訴えた。その助産師が〈母乳だけでは限界であるという母親の〉悩みを受容し，人工乳の補充を否定しない返答をしたところ，D氏は「気持ちが楽になった」（9-27：藤井，2007，p.82）

⑼ トピック9：支援に不満を抱いた体験；医療者，家族，夫

母親は，医療者や家族，夫から受けた支援に，不十分さやストレス，不満を感じていた。医療者からの母乳育児や人工乳の押し付け，対処方法や解決策についての説明がないこと，母乳育児の大変さやつらさを理解しないかかわり，一貫性のない情報提供は，母親を混乱させたり，劣等感や恐怖心を抱かせたりした。《母親は医療者から十分な支援を受けることができなかった》という思いを抱き，つらい体験として記憶していた。

また，HTLV-1抗体陽性である母親の場合，医療者から母親の選択が否定されたり，別の考えを押し付けられたりすることは“悔し”い体験であり，母乳を与えるという母親の“選択を尊重してほしい”と願っていた。さらに母親は，無神経な発言，昔の経験や人工乳の押し付け，思いやりのない態度を示す《家族から受けた対応にストレス》を感じていた。さらに，母乳育児に関心がなく，“父親になりきれない”夫の行動や“里帰りにより限定された”夫の《関わりに不満を抱く》母親もいた。

たとえば，不安や疑問を解決しようと複数の医療者から情報を収集しても，小児科医と助産師，薬剤師や保健師から異なる情報を提供された母親は，戸惑い，自己判断によって決定したり，どちらか一方の意見を信じたりするしかない状況に立たされた。

小児科医と助産師間での情報交換がないために，母親は正反対の指示をされていた。母親は判断に戸惑いを感じていたが，一方の指示に従っていた（21-17：永森ら，2010，p.23）

b．一次研究で出現頻度が高かった「授乳を行う母親の体験」

以下では，一次研究から抽出された「授乳を行う母親の体験」に関する統合結果のうち頻度のeffect sizesが20％以上であった結果について記述する。一次研究のなかで最も多く現れた「授乳を行う母親の体験」は，《母親は母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛を味わった》（38％）という体験であった。次いで，《母乳育児できた母親は「母親」としての価値や喜びを感じた》（33％），《母親は自らの力で授乳に必要な知識・技術を獲得した》（33％），《母乳育児がうまくいかない母親は自己否定に陥った》（25％），《母親は理由や意思をもって母乳育児を希望した》（20％）という体験であった。

⑴ 《母親は母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛を味わった》（38％）

母親は母乳を与えたり，搾乳したりすることに伴い，身

体的・精神的苦痛を体験していた。母親の身体的・精神的苦痛は，授乳それ自体から派生している場合もあれば，子どもの反応や授乳に対する知識・技術の未熟さ，また前回の体験との比較や予想外の出来事によって生じている場合があった。この結果を含んでいた一次研究15件のうち，産後早期の母親に焦点を当てた研究3件，産後1か月までの母親に焦点を当てた研究6件，その他の研究は産後3か月以上であり，最長は子育て期全般に焦点を当てたものがあった。一次研究において，導き出された結果と結果が現れた時期とを関連づけて記述していた研究は2件のみであった。しかし，母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛を味わう体験に含まれた全53コードのうち約7割（37コード）は，産褥早期または産後1か月までの母親に焦点を当てた研究結果であった。

産褥早期または産後1か月までの母親は，子どもの反応や行動，授乳に関する知識・技術に未熟であり，母乳育児を行うことに困難感を抱いていた。母親が困難感を抱く子ども側の要因として，啼泣や続かない吸啜，定頸していないことへのこわさ，傾眠傾向や吸着困難，双子であることやNICUに入院していたことがあがった。一方，母親側の要因は，初めての授乳であること，授乳のタイミングや適切な哺乳量がわからないこと，知識・技術の未熟さであった。

母親が吸わせようとしたときに，〈子どもが〉目を閉じて眠る，少ししか飲まずに寝るなど，子どもが吸おうとせず，寝てしまう行動〈は母乳育児を行ううえで困難と感じてること〉を示していた（24-5：柏原・森，2011a，p.273）

搾乳している早産児の母親や母乳育児を行っている産後1か月までの母親は母乳育児や搾乳によって生じる肩こりや手首の痛み，乳房・乳頭の疼痛に身体的苦痛を感じていた。そして母乳育児によって十分な睡眠がとれないこと，服装や外出が制限されること，授乳や搾乳に追われ時間的余裕のないライフスタイルへ変わることも，母親にとっては苦痛の種となっていた。また，母乳分泌不足の初産婦は，子どもが泣くことによってストレスや混乱が生じ，身体的・精神的に疲れ切っていた。

これらの母親は母乳不足感をもっていた。実際，彼らは赤ちゃんが泣くことによってストレスを感じたり，混乱したりした。なぜなら，彼らは母乳分泌量が少なく，赤ちゃんの1日体重増加量が20gと低かったからである。母乳育児の満足と喜びもまた低かった。彼らは身体的心理的に疲れ切っており，困難感を抱えていた（14-32：笹野・坂井，2008，p.5）

また双子の母親は，産後1か月までの間に単胎児を育てた前回の体験との違いや入院中には予測していなかった事柄が生じることで，授乳に対して「大変」「不安」「どうしようもない」といった否定的な感情が生じていた。

経産婦の抱く「どうしようもない」「不安」等の否定的な思いを反映する言動は，前回（単胎）の出産や育児と比較し，授乳方法の違い（D氏）〈退院直後〉や体の不調（C氏〈出産後1か月〉・D氏〈退院後2週目〉）等の体験を通してみられた（9-41：藤井，2007，p.83）

⑵《母乳育児できた母親は「母親」としての価値や喜びを感じた》（33%）

母親は直接授乳や母乳分泌の維持ができたこと，母乳を与えるという行為に「母親」としての価値や喜びを感じていた。母親は直接授乳できることによって母親になったという実感や覚悟，価値づけをし，満足感や有能感を感じていた。また，搾乳であっても母乳分泌を維持し続けたことに母親は満足した。さらに，授乳を通じて得た医療者の評価や子どもの成長も母親の価値を高め，母親の喜びとなっていた。

母親の「嬉しい」「楽しい」等の肯定的な思いを反映する言動は，直接母乳を吸着できる（B・C氏）（中略）等，双子の成長を感じることや直接母乳ができた時にみられた（9-34：藤井，2007，p.82）

また母親にとって母乳育児は，“哺乳類の本能”，生理機能，身体的感覚を発揮することであった。母乳育児は女性性を象徴するものであり，母乳を与えることで女性性が発揮できることに母親は満足していた。

女性に備わった生理機能を発揮できる満足や，女性としていわゆる美しくありたいという欲求が満たされる体験である（5-5：渡邉・上別府，2005，p.68）

⑶《母親は自らの力で授乳に必要な知識・技術を獲得した》（33%）

母親は自らの体験や経験，子どもとの相互作用，主体的な問題解決行動，判断力によって，母乳育児に必要な知識や技術を獲得した。母乳育児を続けるなかで母親自身が得た体験や経験は，“見聞きしただけ”では理解できない知識や自信となり，母親が母乳育児を続ける原動力にもなっていた。また，子どもとの相互的なやりとりの繰り返しや子どもを中心とした時間を共有することによって，母親は子どもの反応を理解できるようになり，応答できる能力を身につけていた。さらに母親は，子どもが母乳を飲んでいる様子を視覚的に確認し，授乳を評価していた。そして授乳に慣れてくると，子どもが乳房を吸啜している感覚によって授乳を非視覚的に評価できるようになった。

視覚的な観察はしていないが，子どもの吸啜を乳房で感じて，その感覚から授乳の評価ができるようになっていると解釈した（18-27：稲田・北川，2010，p.48）

一方，母親は失敗を避けたり問題を解決したりするために，主体的に支援者へアドバイスを求め，周囲から助言を

得たりしていた。しかし適切な助言が得られない場合，母親は本やインターネットを検索することによって，自力で問題解決をはかっていた。

乳腺炎について，出産した助産院でも支援は得られなかったため，仕方なくネットや本で調べてマッサージを受けたり，冷やしたりといった対処療法を試みていた（39-6：村田，2015，p.83）

⑷《母乳育児がうまくいかない母親は自己否定に陥った》（25%）

母親は母乳分泌が不足していたり，子どもの欲求に応じて授乳できなかった場合に，自責の念や罪悪感，葛藤を抱いていた。母親は，母乳の質や母乳分泌量の評価に敏感になっており，自身の母乳が子どもにとって栄養に富み，免疫力を高めるものであるかどうかや乳汁分泌が止まるのではないかと不安に思ったり，心配したりしていた。そして実際に，母乳分泌が不足している場合は，自分や子どもを憐れんだり，自責感を抱いたりしていた。

母親は，母乳分泌量の多少についての自分の認知や他からの評価に対して非常に敏感であり，これによって不安になったり，自責感を覚えたり，自尊感情を高めたりしていた。（5-4：渡邉・上別府，2005，p.68）

また身体が思うように動かない場合や乳頭痛がある場合，授乳よりも優先したいことがある場合，母親は子どものニーズと自らのニーズとが相反する状況となった。そして，子どもの欲求に応じて授乳することと，自らの身体的苦痛や社会的役割との間で“葛藤”が生じた。

母親が分娩後の身体回復のニーズと，授乳の開始による身体的な苦痛を有するなかで，子どものニーズに応答しながら，自分のニーズを満す期待との間で葛藤している（18-17：稲田・北川，2010，p.46）

さらに，授乳に関連するライフスタイルの変化への適応が困難であったり，疲労が蓄積している母親は家族からの育児サポートの必要性が高まった。しかし，サポートを得ることは母親にとって「悪い母親になる」というおそれを抱く体験であり，そのためサポートを要求しない場合があった。実父のサポートを得て休息をとった母親は，“子どもに対する愛情が不足しているのではないか”という疑念を自らに抱いていた。また，双子を出産した母親は，２児を同時に抱きあやしてあげられないことに対して，罪悪感や不憫さを感じていた。

退院後３～４週間ごろには，２児が夜泣きをするようになったが，泣き続ける２児に対して同時に対応できず，生まれたばかりの時期に十分に相手をすることができないことで，子どもに対し「かわいそう」な思いを抱いていた（9-14：藤井，2007，p.81）

⑸《母親は理由や意思をもって母乳育児を希望した》（20%）

母親は，明確な理由や意思をもって子どもに母乳を与えることを希望した。母乳育児や搾乳を希望する理由は，母乳のメリット，イデオロギー，母乳への固執，子どもの状態や過去の体験があげられた。

母親は，母乳には多くの利点があるという情報や自らが感覚的に得た母乳の価値を実感することによって母乳育児や搾乳を希望した。また，女性性や“自然”なこと，“母親の務め”という母乳育児に付随するイデオロギーも，母親が母乳育児を希望する動機づけとなっていた。母親にとって母乳は，たとえ十分な量が産生されていない場合であっても“大事”なものであり，完全母乳育児は目指すべき授乳方法であった。

乳汁分泌が児の必要量以下の場合でも完全母乳同様に母乳育児を大事に考え継続することを示していた（38-2：森本・濱嵜・岡﨑，2015，p.761）

一方，子どもが早産児であった場合，母乳を通じて早産児を守るメリットは時に母乳を通じてATLウイルスを子どもに感染させるリスクよりも重要な事柄となり，母親は母乳を与える決断をした。

家族の気持ちに後押しされ，家族の見守りのなかで〈HTLV-1抗体陽性である〉Kさんは母乳哺育を決断した。しかし，いちばん大きな決め手は「未熟児」という要因だった。「未熟児」という要因はKさんの心の迷いをかき消してくれる正当な理由となった（3-8：芦田，2005，p.455）

また，過去に母乳育児が行えなかったり，納得した母乳育児が行えていない場合，そして今回が最後の授乳になると予測される場合に，母親は“母乳育児したい”という思いをより強くしていた。

Ⅶ. 考　察

本研究は，2000～2015年に日本で発表された「授乳を行う母親の体験」に関する質的研究結果をメタ・サマリーによって統合した本邦初の研究である。本研究で得られた重要な知見は３点ある。第１に授乳を行う母親の体験として最も多く示されていた結果は，母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛であったこと，第２に母乳育児は母子関係の深まりよりも「母親」としての自己価値や存在意義として体験され，それらは母乳育児の成否によって揺るがされていたこと，第３に母親は授乳に関する知識・技術を自律的に獲得し，また自らの意思に基づいて母乳育児をするかしないかの選択をしていたことである。以下ではこれらの知見に焦点を当て，得られた結果について考察する。

A．母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛

本研究において，一次研究のなかに最も多く現れていた「授乳を行う母親の体験」は，《母親は母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛を味わった》体験であったことが頻度のeffect sizesを算出することにより初めて実証的に示された。これまで母乳育児は，「自然なことである」という言説とともに推進され（濱田，2012；梶谷，2010；Wall, 2001），女性たちに母乳育児は簡単で楽しいというイメージを与えてきた（Tarrant, Dodgson, & Wu，2014）。しかし実のところ，母乳育児は簡単な授乳方法ではなく，むしろ困難に満ちたものであることを母親たちは体験して初めて知ることとなっていた。

海外の先行研究においても，母乳育児の困難さは母親に共通してみられる結果である（Andrews & Knaak, 2013；Debevec & Evanson，2016，p.470）。乳房・乳頭の疼痛や睡眠不足，ライフスタイルの変化や制限といった母乳育児に伴う身体的・精神的苦痛は，母乳育児を行う女性に総体的にみられ，アメリカやカナダ，イギリス，スウェーデン，オーストラリアといった文化や経済状況が異なる国であっても共通している（Debevec & Evanson，2016，p.470）といわれている。本研究結果においても，同様の苦痛が認められ，母乳育児に取組むことによって生じる母親の身体的・精神的苦痛は先進国の女性に共通した体験であることが示唆された。

また本研究では搾乳に関する一次研究も分析対象としたことから，身体的・精神的苦痛が直接乳房から母乳を与えている母親だけでなく，搾乳によって母乳を与える母親にも生じていたことが示された。しかし搾乳を行う母親の体験を扱っていた一次研究は，わずか2件のみであった。したがって母乳育児支援を考えるためには，搾乳を行う母親の苦痛にも焦点を当てた研究を行う必要があると考える。

一方，《母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛を味わった》という母親の体験を示した一次研究の約7割は，産褥早期または産後1か月までの母親に焦点を当てていた。産後3か月の初産婦にインタビューを行ったBrouwer, Drummond, & Willis（2012）は，産後3か月の母親は母乳育児が以前よりもより簡単に素早く行えるようになったと語る反面，夜泣きや嘔吐といった新たな問題に直面していた（pp.1349-1350）と指摘する。これらから，本研究で示された母乳育児や搾乳によって生じる身体的・精神的苦痛のいくつかは，産後1か月までに生じる苦痛であった可能性があり，時間の経過とともに消失したり別の問題が浮上したりしていることが推測される。しかし，本研究において身体的・精神的苦痛とそれらが現れた時期とを関連づけて記述していた一次研究は2件のみであった。そのため，母親が体験する苦痛の経時的・内容的変化をとらえることはできなかった。母親の身体的・精神的苦痛は，助産師にとっても母乳育児支援の是非を自問する大きな問題である（濱田，2016，p.80）。したがって，今後の研究では母親が体験する身体的・精神的苦痛とそれらの経時的変化について調査し，母親がより安楽に授乳できる支援について検討することが求められると考える。

B．「母親」としての価値や喜びと自己否定

授乳を行う母親の体験に関する一次研究のなかで，母乳育児や搾乳に伴う苦痛の次に頻出していた結果は，母乳育児ができた場合の「母親」としての価値や喜びを感じた体験であった。そして，これとは対照的な体験である《母乳育児がうまくいかない母親は自己否定に陥った》も出現頻度が高かった体験であった。

このように，母乳育児の成否によって母親としての価値が揺らぐ体験は，授乳を行う母親の経験を調査した海外の質的研究結果（Andrews & Knaak，2013，p.95；Andrew & Harvey，2011，pp.55-56）と一致する。こうした体験の背景には，WHO/UNICEFをはじめとする国内外の「母乳育児が最善である」という医学的・文化的メッセージが母親たちにとって「母親らしさの基準」として内在化していることが関係しているといわれている。Andrews & Knaak（2013）は，母親は母乳を推奨する医学的ガイドラインを母親らしさの基準として用い，自らの授乳や他の母親の授乳行動を評価し，ランクづけしたと述べている（p.101）。日本においても国レベルで母乳が推奨されていることから，日本の母親たちも母乳育児を行う母親が「よい母親」であるという考え（Badinter，2010/2011，p.87；Brouwer, et al.，2012，p.1348；Debevec & Evanson，2016，p.466；濱田，2012；Lee，2007；Marshall, Godfrey, & Renfrew，2007；Murphy，1999；Murphy，2000；Payne & Nicholls，2010；Stenhouse & Letherby，2010）を内在化し，母乳育児を通して自らの母親らしさを評価している実態があることが示唆された。

さらに本研究では，母乳育児の成否に加えて，授乳を行う母親の負担を減らすためのサポートを得るか否かも，母乳育児を行う母親の自己価値に影響を与えていることが示された。一次研究に含まれた母親のなかには，母乳育児の大変さを軽くするためのサポートを必要としながらも，サポートを得ることに対して子どもへの“愛情が不足しているのではないか”と自らを非難し，サポートを求めない者もいた。これは，授乳を行う母親のなかに，「よい母親」とは十分な量の母乳を子どもに与えることができ，かつそうした行為が自分一人でこなせる母親であるという考えがあったことを示す結果であると考えられる。多くの母親に

とって身体的・精神的苦痛を伴う母乳育児を行っていくには周囲からのサポートが不可欠である。そのため，「よい母親」の条件に「母親一人でこなすこと」が加わった言説が認められたことは，困難感を抱えながら母乳育児を行っている母親をさらに窮地に追い込みかねない社会的規範が日本社会に存在していることを示唆する結果であると考えられた。したがって，母親を支援する立場にある医療者は，母乳育児がうまくいかないことやサポートを得て楽をすることに対して，母親が罪悪感を抱いてしまわないようなかかわりを実践する必要があるだろう。

このように，母乳育児を推進することは母乳育児が理想の母親像と結びつくため，皮肉にも母親にとっては健康な自己の感覚を害する（McBride-Henry, 2010）状況をもつくり出していることが示唆された。そして【母乳に「母親」を投影する体験】（33%，25%，３%）と【母乳に母子関係を投影する体験】（18%，３%）に関する統合結果の頻度のeffect sizesから，母親にとって母乳育児が母子関係よりもむしろ，母親としての価値と結びついた体験になっていたことが明らかとなった。またこれらはいずれも，ポジティヴな体験もあればネガティヴな体験となっている場合があった。これらから，母子の愛着形成や母親役割の獲得を促すことを理由に母乳育児を推進する言説は，母乳育児のポジティヴな一側面のみを切り取っており，偏りがあることは否めない。またこれは，母乳育児のネガティヴな側面が母乳育児成功の通過儀礼ととらえられ，軽んじられてきた結果であるともいえるだろう。こうした傾向は母乳育児の理想と現実との乖離をますます大きくするばかりであると思われる。

一方，本研究に含まれた一次研究の約７割は主として正期産・単胎児の母親と思われる研究参加者で構成され，母乳育児の体験が９割を占めていた。18歳未満の子どもがいる母親の就業率の高さ，高齢初産婦や不妊治療の増加といった近年の社会的状況をふまえると，双子の母親や早産児の母親，高齢・若年初産婦，仕事をもつ母親，人工乳を使用する母親などに調査を広げ，より幅広い授乳体験を明らかにすることによって母親の多様性に即した支援を考えていく必要があるのではないかと考えらえる。

C．母親の自律性，意思

本研究では，《母親は自らの力で授乳に必要な知識・技術を獲得した》り，《母親は理由や意思をもって母乳育児を希望した》といった母親の自律性や意思に基づいた体験が示された。これらの体験は，支援に満足や不満を抱いた体験よりも一次研究内に普及しており，母親が一方的に支援されたり指導されたりする存在ではないことを示す結果と考えられる。

母乳育児支援に関する母親の知覚と経験についてメタ・エスノグラフィーを用い31文献を統合したSchmied, Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., & Dykes（2011）によれば，母親たちは情報やサポートの提供のされ方に注目しており，パートナーシップモデルや学習者中心モデル，フレイレによって説明された批判的ペタゴジーという概念に似た促進的スタイル（facilitative style）で提供された支援を役立ったととらえていた（pp.53-56）。促進的スタイルは，正確で詳細，多面的で相互的な情報提供，母親との対話，体験の共有が鍵となり，押し付けやプレッシャーを与える説教的なかかわりとは大きく異なる（p.54）。これは，本研究結果で示された【支援に満足した体験】【支援に不満を抱いた体験】の内容とも一致する。本研究においても，授乳方法の押し付けや情報提供不足，非共感的な態度に《母親は医療者から十分な支援を受けることができなかった》という思いを抱いていた。反対に，エンパワメントされるかかわりや共感的な支援を母親は役立つととらえていた。言い換えれば，母親の授乳体験を共有しながら共感的態度のなかで提供される医療者からの詳細な情報提供は，母親の自律性や意思を尊重するかかわりとして役立つといえるだろう。

しかし，褥婦へのネガティブサポートに対する助産師の認識について調べた千葉（2008）は，助産師がネガティブサポートであったと感じた場面の６割が母乳育児支援であったことを明らかにした（p.83）。一方で，授乳支援に携わる助産師の経験を探究した研究（濱田，2016）では，６名中５名の助産師が母親を支援することは実のところ非常にむずかしい場合があると告白している（p.39）。これらは，母親の自律性や意思を尊重した授乳支援を行うことがいかにむずかしいことかを物語っている結果といえよう。しかし，授乳支援における助産師のかかわりについて，その詳細を記述した先行研究は見当たらない。よりよいかかわりの方途を明らかにするための研究が求められていると考えられた。

Ⅷ．研究の限界と今後の課題

本研究にはいくつかの限界と課題がある。第一の限界は，母乳育児という定義の曖昧さである。本研究に含まれた一次研究において母乳育児の定義を明確に設定していた研究は少なく，そのため本研究では母乳育児を完全母乳栄養から混合栄養まで含む授乳方法として扱わざるを得なかった。的確な支援につなげるためにも，研究対象の授乳方法について明確な定義をした一次研究の実施が求められる。第二の限界は，本研究に含まれた一次研究の数である。本研究では一次研究を日本で出版された論文に限り，

またキーワードに母乳育児や授乳を含むものとした。そのため，授乳を行う母親の体験を記述した論文すべてを含んでいない可能性がある。産後の母親が参加者である研究のなかには，授乳を行う母親の体験を含む結果が示されていることが考えられるため，分析対象とする一次研究の検索範囲を広げる必要があると考える。

結　論

1．授乳を行う母親の体験は30の結果に要約され，それらは 9 のトピックに分類された。
2．「授乳を行う母親の体験」として一次研究のなかに最も多く現れていたのは，母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛であった。
3．母親にとって母乳育児は母子関係よりもむしろ，母親としての価値と結びついた体験になっていた。
4．母乳を通じて母親に生じる身体的・精神的苦痛や自己価値の揺らぎといった問題状況に取組み，また調査対象とする母親や授乳方法を広げることによって，多様化する母親の自律性や意思を尊重した支援を生み出す取組みが必要である。

謝　辞

本研究開始と継続にあたって心強い励ましと助言をくださった谷津裕子先生に心より感謝申し上げる。内容の一部は，第36回日本看護科学学会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。

研究助成情報

本研究は，本研究はJSPS科研費JP26893295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，論文作成に寄与し，最終原稿を確認した。

要　旨

目的：授乳を行う母親の体験に関する質的研究結果を統合する。
方法：質的研究40件を抽出し，メタ・サマリーを行った。
結果：授乳に必要とされる自律性を発揮する体験，意思をもって授乳方法を選択する体験，母乳を与えようと努力する体験，母乳に母子関係を投影する体験，母乳に「母親」を投影する体験，断乳・卒乳・離乳と折り合いをつける体験，授乳に対する否定的体験，支援に満足した体験，支援に不満を抱いた体験の 9 トピックと30の結果に統合された。出現頻度が高かった結果（effect sizes 20～38％）は，母乳育児や搾乳に伴う身体的・精神的苦痛，「母親」としての自己価値が揺るがされる体験，母親の自律性や意思を示す体験であった。
結論：母乳を与えることに伴う母親の身体的・精神的苦痛や自己価値が揺るがされる問題状況に取組み，母親の自律性や意思を尊重した支援創出に向けた研究が必要である。

Abstract

Purpose: To integrate the results of qualitative research on the experiences of how mothers feed their babies.
Methods: The information in forty qualitative research papers published in Japan from 2000 - 2015 was extracted to create a meta-summary.
Results: The findings were summarized as thirty statements, with the following nine topics of experience identified: demonstrating the autonomy needed to make the choice as to method of feeding their infant; independently choosing the method of feeding; making efforts to breastfeed; projecting the mother-child relationship onto the act of breastfeeding; projecting oneself as a mother onto giving breast milk; coping with weaning at different rates; being negative about feeding; feeling happy with the support provided; and feeling disappointed with the support provided. The highest-frequency effects（effect sizes 20-38%）included experience of physical and mental pain associated with breastfeeding and pumping; questioning of one's self-worth as a mother; and demonstrating maternal autonomy and determination.
Conclusions: Further studies need to be conducted on addressing problem situations surrounding breastfeeding mothers, such as physical and mental suffering caused by breastfeeding and their self-worth being shaken, and on creating appropriate support that respects mothers' autonomy and wishes.

文　献

Andrew, N. and Harvey, K.（2011）. Infant feeding choices: Experience, self-identity and lifestyle. *Maternal & Child Nutrition*, 7(1), 48-60.

Andrews, T. and Knaak, S.（2013）. Medicalized mothering: Experiences with breastfeeding in Canada and Norway. *The Sociological Review*, 61(1), 88-110.

芦田千恵美（2005）. HTLV-I抗体陽性のKさんが母乳哺育を選択した理由. 助産雑誌, 59(5), 453-459.

Badinter, E.（2010/2011）. 松永りえ（訳）, 母性のゆくえ：「よき母」はどう語られるか. 東京：春秋社.

Brouwer, M.A., Drummond, C., and Willis, E.（2012）. Using Goffman's theories of social interaction to reflect first-time mothers' experiences with the social norms of infant feeding. *Qualitative Health Research*, 22(10), 1345-1354.

Blum, L.M.（1993）. Mothers, babies and breastfeeding in late capitalist America: The shifting contexts of feminist theory. *Feminist Studies*, 19(2), 290-311.

千葉邦子（2008）. 褥婦へのネガティブサポートに対する助産師の認識. 日本赤十字看護学会誌, 8(1), 81-89.

Debevec, A.D. and Evanson, T.A.（2016）. Improving breastfeeding support by understanding women's perspectives and emotional experiences of breastfeeding. *Nursing for Women's Health*, 20(5), 464-474.

土江田奈留美（2005）. 出産後3か月間の授乳の体験：子どもとのかかわりの中で自分なりの授乳を見いだしていくプロセス. 日本助産学会誌, 19(2), 9-18.

Fahlquist, J.N. and Roeser, S.（2011）. Ethical problems with information on infant feeding in developed countries. *Public Health Ethics*, 4(2), 192-202.

藤井美穂子（2007）. 双子を持つ母親の退院後1か月間の育児体験. 日本助産学会誌, 21(2), 77-86.

藤井美穂子（2010a）. 3か月から1歳6か月までの双子の母親の離乳への思いと離乳の方法. 日本赤十字看護大学紀要, 24, 13-23.

藤井美穂子（2010b）. 出産後3か月までの双子の母親が授乳方法を形成するプロセス. 日本助産学会誌, 24(1), 4-16.

藤本紗央里, 横尾京子, 中込さと子, 村上真理, Fujimoto, S., Yokoo, K., Nakagomi, S., and Murakami, M（2006）. NICU入院児の母親の搾乳体験―搾乳方法の違いによる検討（Mothers' experiences of expressing breast milk for neonates in the NICU: Difference between hand and electric breast pump expression）. 広島大学保健学ジャーナル, 6(1), 65-70.

葉久真理, 大橋一友（2004）. オレムの依存的ケアモデルを適用した母乳哺育継続制限要因の探究. 日本助産学会誌, 18(1), 6-18.

濱田真由美（2012）. 初妊婦の授乳への意思に影響を与える社会規範. 日本助産学会誌, 26(1), 28-39.

濱田真由美（2016）. 授乳支援を行う助産師の経験. 日本看護研究学会雑誌, 39(4), 75-87.

畠山矢住代, 藤城優子, 松井弘美（2015）. 40歳以上の初産婦における産後1ヵ月間の育児に関する思い. 母性衛生, 56(1), 137-145.

服部律子, 布原佳奈, 名和文香, 秋山寛子（2009）. 赤ちゃんにやさしい病院で母乳育児を体験した母親にとっての母乳育児の意味. 岐阜県立看護大学紀要, 9(2), 27-33.

稲田千晴, 北川眞理子（2010）. 産褥期の母乳育児をする母親の母親役割の体験. 日本助産学会誌, 24(1), 40-52.

井上友里, 久米美代子（2008）. 母乳育児に対する母親の認識―満足する母乳育児が確立するまでの原動力. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 7, 57-66.

井関敦子, 白井瑞子（2010）. 実母からの授乳・育児支援のなかで娘が体験した思いと, その思いに関係する要因. 母性衛生, 50(4), 672-679.

梶谷真司（2010）. 母乳育児の近代性―乳を介した母子関係の歴史的変化. 看護歴史研究, 5, 5-12.

神谷摂子, 志村千鶴子（2010）. 分娩直後のカンガルーケアのプロセスにおける母親の体験：カンガルーケア実施後のふり返りから. 日本ウーマンズヘルス学会誌, 9(1), 104-115.

神奈川新聞（2011）. 横浜・瀬谷の新生児殺害で母親不起訴, 専門家らは出産後の「孤立」支えるケア体制づくりを訴え. 2011年2月9日号. http://www.kanaloco.jp/article/24945

加藤道代（2007）. 子育て期の母親における「被援助性」とサポートシステムの変化（2）. 東北大学大学院教育研究科研究年報, 55(2), 243-270.

柏原英子, 森　恵美（2006）. 早期新生児の哺乳行動に対する母親の体験の変化. 日本母性看護学会誌, 6(1), 1-8.

柏原英子, 森　恵美（2011a）. 初めて母乳哺育を行う母親が困難感を抱く新生児の哺乳行動. 母性衛生, 52(2), 270-277.

柏原英子, 森　恵美（2011b）. 母親が困難と感じた哺乳行動と観察された哺乳行動との関係：初めて母乳哺育をする母親を対象として. 母性衛生, 52(2), 278-285.

北田ひろ代, 香春知永（2014）. 母親と助産師における産後ケアの捉え方. 助産師, 68(3), 52-57.

小林なつみ, 黒田裕子, 成田　伸（2009）. 母乳育児支援に対する助産師の意識―助産師会栃木県支部会員調査の結果から. 栃木母性衛生, 35, 8-12.

児玉浩子（2011）. 小児科医と母乳育児推進. 日本小児科学会雑誌, 115(8), 1363-1364.

公庄成美, 井岡洋子, 雁金那実子, 阪本喜代子（2011）. 母乳育児に影響する助産師の言動：母親の受けとめ方を通して. 奈良県母性衛生学会雑誌, 24, 18-21.

厚生労働省（2015）. 分割版：3(2)「健やか親子21（第2次）」基盤課題A. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000060348.html

楠田真子, 高田律美, 羽田野花美（2012）. 授乳困難から保護器を使用した母親の授乳への思い. 母性衛生, 53(1), 89-97.

Lee, E.（2007）. Health, morality, and infant feeding: British mothers' experiences of formula milk use in the early weeks. *Sociology of Health & Illness*, 29(7), 1075-1090.

Locklin, M.P. and Naber, S.J.（1993）. Does breastfeeding empower women? Insights from a select group of educated, low-income, minority women. *Birth (Berkeley, Calif)*, 20(1), 30-35.

前原邦江（2007）. 産褥早期の授乳場面における母親の発話. 千葉大学看護学部紀要, 29, 15-20.

Marshall, J.L., Godfrey, M., and Renfrew, M.J.（2007）. Being a 'good mother': Managing breastfeeding and merging identities. *Social Science & Medicine*, 65(10), 2147-2159.

松永佳子（2002）. 断乳を受け入れるまでの母親のゆらぎ. 日本助産学会誌, 16(1), 48-57.

McBride-Henry, K.（2010）. The influence of the "they": An interpretation of breastfeeding culture in New Zealand. *Qualitative Health Research*, 20(6), 768-777.

南里清一郎（2009）. 母乳哺育と母子関係の確立. 産科と婦人科, 76(1), 40-42.

水谷さおり, 岡田由香, 山口桂子（2014）. 初めて母乳育児を行う母親の情緒的側面に作用した家族のかかわり. 家族看護学研究, 20(1), 13-25.

森本眞寿代，濱嵜真由美，岡﨑美智子（2015）．産後１カ月の母親が母乳育児を継続する信念に影響する要因．母性衛生，55(4)，759-767.

村上淳子，中新美保子，鈴井江三子（2012）．双子の母親の育児ストレスに関する研究：乳児期の双子育児をする母親の体験から．川崎医療福祉学会誌，22(1)，79-86.

村田泰子（2015）．授乳が作り出す社会関係：厳格な食事制限をともなう母乳哺育を行う母親の語りと実践から．関西学院大学社会学部紀要，121，77-91,

Murphy, E.（1999）.'Breast is best': Infant feeding decisions and maternal deviance. *Sociology of Health & Illness*, 21(2), 187-208.

Murphy, E.（2000）. Risk, responsibility, and rhetoric in infant feeding. *Journal of Contemporary Ethnography*, 29(3), 291-325.

永森久美子，土江田奈留美，小林紀子，中川有加，堀内成子，片岡弥恵子，菱沼由梨，清水　彩（2010）．母乳育児をしている母親の混乱や不安を招いた保健医療者のかかわり．助産学会誌，24(1)，17-27.

中木高夫，谷津裕子（2011）．質的研究の基礎としての《体験》の意味：Dilthey 解釈学の伝統を継ぐドイツ語圏の哲学者の文献検討とその英語・日本語訳の比較から．日本看護研究学会雑誌，34(5)，95-103.

西村香織，永山くに子（2014）．産褥早期の初産婦の母乳育児をめぐる実母の関わりの特徴．日本助産学会誌，28(2)，229-238.

小川宏美，熊田蓉子，土本麻知子，中島陽子（2010）．母児同室を望み体験した母親の思い．日本ウーマンズヘルス学会誌，9(1)，33-42.

大崎敬恵，美野智子，阿部　慈，池内和代（2006）．A病院における母児同室の振り返り：開始後10ケ月間の母親の自由記載から．香川母性衛生学会誌，6(1)，45-49.

Palmér, L., Carlsson. G., Mollberg, M., and Nyström, M.（2012）. Severe breast feeding difficulties: Existential lostness as a mother-Women's lived experiences of initiating breastfeeding under severe difficulties. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 7(1), 1-10.

Payne, D. and Nicholls, D.A.（2010）. Managing breastfeeding and work: A Foucauldian secondary analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 66(8), 1810-1818.

Sandelowski, M. and Barroso, J.（2003）. Creating metasummaries of qualitative findings. *Nursing Research*, 52(4), 226-233.

Sandelowski, M. and Barroso, J.（2007）. Handbook for synthesizing qualitative research. NY: Springer.

笹野京子，坂井明美（2008）．３か月間母乳哺育を継続した初産婦の体験．金沢大学つるま保健学会誌，32(2)，1-12.

Schmied, V., Beake, S., Sheehan, A., McCourt, C., and Dykes, F.（2011）. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: A metasynthesis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 38(1), 49-60.

Schmied, V., Sheehan, A., and Barclay, L.（2001）. Contemporary breastfeeding policy and practice: Implications for midwives. *Midwifery*, 17(1), 44-54.

嶋岡暢希，岸田佐智（2005）．育児をしている母親の母乳に関する評価．母性衛生，46(1)，163-169.

清水俊明（2011）．母乳育児の定義．日本小児科学会雑誌，115(8)，1364-1367.

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.

Stenhouse, E. and Letherby, G.（2010）. Multidisciplinary research in midwifery: Reflecting on a collaborative working relationship. *Evidence Based Midwifery*, 8(1), 17-20.

菅林直美，森　恵美，石井邦子（2012）．初産の母親のわが子の泣きに関する成功体験．千葉看護学会会誌，18(2)，1-8.

鈴木由美，近藤桂子（2013）．初産婦の母児同室への認識と実際について．日本ウーマンズヘルス学会誌，12(1)，89-96.

立木歌織，成田　伸（2011）．Late Preterm児を出産した母親の授乳や育児に関連する困難と乗り越えるのに影響した要因．日本母性看護学会誌，11(1)，59-65.

田中利枝，永見桂子（2012）．早産児を出産した母親が母乳育児を通して親役割獲得に向かう過程．日本助産学会誌，26(2)，242-255.

田中利枝，永見桂子，和智志げみ，盆野元紀，權野さおり，藤代朋子，藤原京子（2014）．早産児を出産した母親が母乳育児を通して母親としての自己を形成していく過程．母性衛生，55(2)，405-415.

Tarrant, M., Dodgson, J.E., and Wu, K.M.（2014）. Factors contributing to early breast-feeding cessation among Chinese mothers: An exploratory study. *Midwifery*, 30(10), 1088-1095.

堤　美恵，藤本栄子，黒野智子，神﨑江利子，相羽訓子（2010）．NICUに入院した早産児の母親の搾乳の体験．せいれい看護学会誌，1(1)，9-16.

Wall, G.（2001）. Moral constructions of motherhood in breastfeeding discourse. *Gender & Society*, 15(4), 592-610.

渡邉久美，上別府圭子（2005）．母乳哺育を６か月間継続した母親の体験：Baby-Friendly-Hospitalにおけるインタビュー調査から．小児保健研究，64(1)，65-72.

矢岡真紀子，小倉央子，竹浦和子，庵原貴子，甲斐さおり，光武由美子（2015）．高齢初産婦の初回授乳時から退院時までの母乳育児に対する思いの変化．助産雑誌，69(3)，250-255.

谷津裕子，濱田真由美（2012）．質的研究の統合―メタ・シンセシスに焦点を当てて．看護研究，45(3)，266-274.

平成29年10月１日受　　付
平成30年５月４日採用決定

doi:10.15065/jjsnr.20180531024

－原　著－

呼気筋訓練による健康成人女子の換気機能と呼吸筋力への影響

Effects of Expiratory Muscle Training on
Ventilatory Function and Respiratory Muscle Strength among Healthy Adult Women

中　村　真　弓[1)]　　玉　田　　章[2)]
Mayumi Nakamura　　Akira Tamada

キーワード：術後無気肺，呼気筋訓練，換気機能，呼吸筋力，健康女子
Key Words：postoperative atelectasis, expiratory muscle training, ventilatory function, respiratory muscle strength, healthy women

はじめに

無気肺や肺炎などの呼吸器合併症は，術後合併症のなかでも頻繁に認められる合併症の１つである（大山・竹内・北川，2010）。とくに開胸・開腹術を受けた術後患者は，手術侵襲で横隔膜呼吸が抑制され，上胸部優位の浅く速い呼吸パターンのために下葉は局所性低換気に陥り肺胞が虚脱する（辻，2003）。さらに，全身麻酔に伴う陽圧換気および筋弛緩薬の影響や，気管挿管や乾燥ガスの刺激によって生じる気管内分泌物の排泄障害などが原因となって術後無気肺が発症する（中島，2010）。術後無気肺などの呼吸器合併症を予防するために肺胞を十分に拡張させるための腹式呼吸，あるいは吸気流速や吸気容量を増大させて肺容量を増やすことを目的としたCoach 2®などの吸気訓練器具を用いた呼吸訓練が術前または術後に実施されている（三宅，2009）。しかし，肺容量を増加させるだけでなく，痰などの気管内分泌物を咳嗽によって喀出しなければ無気肺を予防することはできない。その咳嗽は，深呼吸の後に声門を閉鎖し，呼気筋である内肋間筋と腹筋などのすべての補助呼気筋の強力な収縮により胸腔内圧を高め，声門を一気に開口し，気管の空気を激しくフラッシュさせて行う（Kapandji，2005/2008）。したがって，術後無気肺を予防するためには，肺胞の拡張や肺容量の増大のみならず，呼気筋とその補助呼気筋の筋力（呼気筋力）が増強することによって痰の喀出が容易となり無気肺予防につながる。

気管内分泌物の排泄に影響する呼吸筋力は直接的に測定できないことから，最大呼気圧（maximum expiratory pressure: MEP），最大吸気圧（maximum inspiratory pressure: MIP）が指標として用いられる（菊池，1984）。斎藤ら（1996）は，食道癌患者の術後について努力肺活量（forced vital capacity: FVC）と１秒量（forced expiratory volume in one second: FEV_1）の低下とともに，MEPとMIPも低下していることを報告している。また酒井ら（1992）は，肺切除術後患者のMEPを測定し，術後に自己排痰が困難であった患者は，自己排痰が容易であった患者に比べてMEPが低値であったとしている。これらのことから術後のMEPの低下は，痰などの気管内分泌物の喀出を困難とし，術後無気肺の発症には呼気筋力が関係していると考えられる。

一方で山下・柿崎（2011）は，高齢者に呼気筋訓練器具を用いて呼気筋訓練を行った結果，MEPが増加したと報告している。また，Kim, Davenport, & Sapienza（2009）も65歳以上の高齢者を対象に器具を用いた呼気筋訓練により，MEPが増加したとしている。このように呼気筋訓練の報告の多くは，高齢者を対象としたものや，パーキンソン病などの神経疾患患者を対象としたもの（Saleem, Sapienza, & Okun，2005）であり，術後の無気肺予防としての実施はみられない。さらに，呼気筋訓練によりMEPが増加したとする報告の多く（Kim, et al.，2009；Saleem, et al.，2005；山下・柿崎，2011）が，いずれも訓練期間を５週間以上としていることや，筋力の増加には通常４から６週間を要する（神津，2008）とされていることから，MEPの増加を期待するには４週間以上の訓練期間が必要と考えられる。しかし，手術を受ける患者の多くは，手術適応の診断を受けて手術に至るまでの期間が約２週間ほどであり，MEPの増加に必要な十分な訓練期間を確保することは困難である。また，術後無気肺は手術翌日から翌々日にかけて，つまり術後１日目から２日目の術後早期に発症することが多く（高橋，2002），その予防のためには術後早期に呼気筋力等が回復し，痰などの気管内分泌物が喀出されることが必要である。

１）国立病院機構鈴鹿病院　National Hospital Organization Suzuka National Hospital
２）三重県立看護大学　Mie Prefectural College of Nursing

以上のことから，手術を受ける患者に呼気筋訓練を実施し，無気肺予防としての効果を検証することがわれわれの最終的な研究目的である。本研究ではその前段階として健康女子を対象に，これまでの報告より短期間の呼気筋訓練，すなわち患者が診断から手術に至るまでの期間（2週間）を想定した呼気筋訓練による呼吸筋力や換気機能への影響を明らかにし，術後無気肺予防の可能性を考察することを目的とする。

用語の定義

①呼気筋訓練：呼気筋訓練は，呼気に関連する内肋間筋および内・外腹斜筋，腹横筋等の呼気筋の筋力を増加させることを目的として行う訓練のこととする。

②換気機能：換気機能は，臨床では一般的に「呼吸機能検査」と呼ばれる検査で把握される。肺の機能としては，肺胞から酸素が赤血球に結合するガス交換機能も有するが，吸気と呼気による空気の出し入れのことを換気機能とする。

Ⅰ．方　法

1．実験期間

平成25年5月から平成25年8月とした。

2．研究対象者

今回の研究で評価指標とする呼吸筋力や換気機能には性差があり，身長に正比例し，年齢とは逆比例し人種，民族で異なる（Ruppel, 1986/1990）とされている。本研究は呼気筋訓練の基礎的研究であることから，A大学A学部に所属する18歳から22歳の健康成人女性である日本人女子学生全員（約400名）を被験者対象とした。喫煙歴がある者は非喫煙者に比べ換気機能の低下がみられる（加藤ら，2012）ことから，除外することとした。また，呼吸器疾患や心臓疾患と診断されている者，日常的にスポーツを行っている者も被験者から除外した。

研究対象である女子学生は，同一の大学に所属し，実験群となる被験者には呼気筋訓練器具を無償提供することから，不公平感を避けるために，まずは対照群の被験者募集と実験を行い，対照群の実験終了後に実験群被験者の募集と実験を行った。

3．実 験 群

実験群の被験者には，呼気筋訓練を開始する前に換気機能と呼吸筋力の測定を行った。その後，説明書を用いて呼気筋訓練方法を説明し，その日の夕から訓練を開始した。訓練期間は14日目の昼の訓練をもって終了とした。換気機能と呼吸筋力測定は，訓練開始前の他に7日目，14日目（実験終了時）の合計3回行った。なお，実験期間中は新たな激しい運動を行わず，呼気筋訓練を行うこと以外は普段どおりの生活を送るように被験者に依頼した。

⑴ 呼気筋訓練器具

実験群が行う呼気筋訓練の訓練器具には，Threshold®（Philips Respironics）を使用した。呼気筋訓練器具には，Threshold®の他にSouffle®が代表的なものとしてあげられるが，Souffle®は，器具内に排出した呼気を再吸入させるために二酸化炭素が蓄積し，使用時には換気量，呼吸回数，呼吸様式，意識状態，低酸素状態などに注意が必要とされる（丸川，2010）。Threshold®は，呼気が器具の先端から抜け，吸気時には外気を吸入できる構造になっており，呼気中の二酸化炭素の蓄積は生じない。また，呼気への負荷圧をかけることができ，5 cmH_2Oから20cmH_2Oの範囲で調節が可能である。大きさも4×15cm程度でSouffle®と比較して携帯性がよいことからもThreshold®を選択した。

なお，Threshold®には，吸気筋訓練に用いるThreshold® IMTと，呼気筋訓練に用いるThreshold® PEPがあるが，本文中に表記するThreshold®は，呼気筋訓練用のThreshold® PEPを示す。

⑵ 呼気筋訓練方法

実験群が行うThreshold®を用いた呼気筋訓練は，最大吸気位から最大呼気努力を行う方法とした。訓練は，吸気と呼気で1回として数え，これを連続して繰り返すこととした。われわれ（玉田，2010）は，インセンティブ・スパイロメトリーを使用した吸気訓練において，最大吸気が十分に維持された訓練であれば1セット10回の訓練を1日に4セット行うことで換気機能の向上が期待できるとの結果を得ている。このことから，本研究の呼気筋訓練においても10回を1セットとして朝，昼，夕，就寝前の4セットを行うこととした。また山科ら（2011）は，背臥位，45度座位，端座位の姿勢でCPF（cough peak flow），肺活量（vital capacity: VC），最大呼気口腔内圧（maximal expiratory pressure: PEmax, MEPと同義），最大吸気口腔内圧（maximal inspiratory pressure: PImax，MIPと同義）を測定し，すべての測定項目において端坐位の値が他の姿勢よりも有意に高いことを報告している。このことから効率が最もよいと考えられる座位を訓練姿勢とした。

訓練期間は，手術決定から手術施行日までの期間がおよそ2から4週間とされていることを想定し14日間（2週間）とした。訓練は実験群の被験者の日常生活において自主的に行うこととしたが，訓練の実施を促す目的と実施状況の確認のために「訓練チェック表」を作成し，実施の有無を記入してもらった。なお，朝昼ないし昼夕などの2

セット連続で訓練が実施できなかった場合は，分析対象から除外することとした。

⑶ 呼気筋訓練器具の負荷圧

前述のように実験群が使用するThreshold®は，呼気への負荷を5 cmH_2Oから20cmH_2Oの範囲で調節可能である。Kim, et al.（2009）やSaleem, et al.（2005）は，被験者のMEPに対して75％の負荷圧をかけた呼気筋訓練により，MEPが増加したことを報告している。また，山下・柿崎（2011）は，被験者のMEPに対して50％の負荷圧をかけた呼気筋訓練でMEPが増加したことを報告しているが，それぞれの研究者が独自に負荷圧の設定を行っており，その根拠については示されていない。さらに，慢性閉塞性肺疾患患者の理学療法診療ガイドラインにおいて，吸気筋訓練時の負荷圧についてはMIPの30～60％での訓練を推奨（千住ら，2011）されてはいるが，呼気筋訓練については言及されていない。本研究で実験群が使用するThreshold®の負荷圧は，運動効果をあげるうえでの運動強度は日常生活活動水準より過負荷であることが必要（竹島，2005）とされることから，Threshold®で可能な最大負荷圧である20cmH_2Oとした。

4．換気機能測定および呼吸筋力測定

⑴ 換気機能測定

呼気筋訓練の換気機能への効果を評価するために，実験群と対照群の被験者には電子スパイロメータ（フクダ電子SP370）を使用し，FVCを測定した。FVCを測定した際に得られる測定指標から呼気に関する指標となるFEV_1，1秒率（forced expiratory volume in one second percent: FEV_1%），最大呼気流速（peak expiratory flow: PEF）を採用した。

FVCは3回測定し，得られた値の最大値を測定値として採用した。電子スパイロメータは，測定前に標準校正ポンプを用いて校正し，測定時の室温については電子スパイロメータの自動取り込みにより補正を行った。測定を行う部屋の室温は25℃前後に調整した。

換気機能は朝に低値となり，昼前後に最大値となるため（相澤ら，2000），測定は11時から15時までの間で測定することとした。また，一般的に呼吸機能測定は座位でされることと（解良，2002），測定時の体位の違いが換気機能の測定値に影響することから（相澤他ら，2000），本研究では両足を床につけた座位で測定した。

⑵ 呼吸筋力測定

両群の被験者には先のFVCの測定に引き続き，呼吸筋の指標となるMEP，MIPを測定した。MEP，MIPはそれぞれ2回測定し，より大きい数値を測定値として採用した。呼気筋には，吸気筋の収縮を促進させる等の吸気補助筋としての働きもあるため（宮川，1988），MEPの測定に加え，吸気筋力の指標となるMIPの測定も行うこととした。呼吸筋力の測定も体位が測定値に影響することから（相澤ら他，2000），両足を床につけた座位で測定した。

5．対 照 群

対照群の被験者は，実験前，7日目，14日目（実験終了時）の合計3回，実験群と同様に換気機能と呼吸筋力測定を行った。換気機能と呼吸筋力への影響が予想されるため，実験期間中の14日間は，新たな激しい運動は行わず，普段どおりの生活を送るように被験者に依頼した。

6．分析方法

測定データの分析には統計解析ソフト“IBM SPSS Statistics ver. 24”（IBM）を使用した。換気機能測定と呼吸筋力測定の各項目の対照群と実験群の2群間の比較にはt検定を用いた。対照群，実験群の各測定項目の実験前，7日目，14日目の経日的な比較には，一元配置分散分析を行い，有意差のみられた測定項目ついては，さらにBonferroniの多重比較を施した。有意水準は5％未満とした。

7．倫理的配慮

研究対象者に対して，研究趣旨および実験方法，自由意思による参加であること，途中辞退可能であること，辞退した場合でも不利益を被ることは一切ないこと，実験で得られた個人データに関しては厳重に保管し，研究目的以外では使用しないことについて口頭および書面で説明した。説明後に同意書への署名をもって研究参加の意思を確認した。また，実験群の被験者には，訓練中に過換気症状が出現した場合の対処法と，訓練は無理をせず途中休憩しながらでも1セット10回の実施でよいことの説明も加えた。

その他に，交差感染を予防するためにThreshold®と肺機能検査用フィルターおよびディスポーザブル紙マウスは，1人につき1個，新品を使用した。

なお，本研究開始に先立って，三重県立看護大学研究倫理審査会の承認を得た（通知書番号122903，個別の承認番号なし）。

Ⅱ．結　　果

1．被験者の属性

研究参加の同意が得られた対象者のうち前述の除外条件に該当しない者を被験者として採用し，呼気筋訓練を実施しない対照群14名，訓練を実施する実験群14名を被験者とした。対照群，実験群のいずれの群も実験を途中で辞退または中断した者はなかった。また，実験群において呼気筋訓練を2セット連続で実施できずに分析対象から除外した

者もなかった。

身長と体重については，対照群と実験群の両群間に統計学的な有意差は認められなかった（**表1**）。しかし，前述のように対照群と実験群の被験者間の不公平感を避けるため，対照群と実験群の実験は意図的に時期を分けて実施したことにより，学年によって実験参加が可能な時期が分かれ，対照群の被験者は1年生および2年生となり，実験群の多くが4年生となった。そのために年齢に有意差（p = .007）が生じた（**表1**）。

2．換気機能の変化

対照群と実験群の換気機能（FVC，FEV_1，FEV_1%，PEF）の変化を，**図1**に平均値と標準偏差で示した。FVC，FEV_1，FEV_1%，PEFの各測定項目において実験前の対照群と実験群の両群間に有意差は認められなかった。対照群および実験群のFVC，FEV_1，FEV_1%については，実験前，7日目，14日目の経日的な推移において有意差は認められなかった。対照群のPEFについては，実験前6.22±1.10L/S，7日目6.53±1.26L/S，14日目は6.57±1.15L/Sと経日的に平均値は変化したが，有意差は認められなかった。しかし，実験群のPEFは，実験前6.20±0.80L/S，7日目6.47±0.90L/S，14日目6.84±0.83L/Sと増加し，実験前と14日目（p = .006），7日目と14日目（p = .034）において有意な増加が認められた。

3．呼吸筋力の変化

対照群と実験群の呼吸筋力（MEP，MIP）の変化を，**図2**に平均値と標準偏差で示した。MEP，MIPについても実験前の両群間の平均値には有意差は認められなかった。対照群のMEPは経日的な有意差は認められなかった。しかし，実験群のMEPにおいては，実験前は56.89±19.32cmH_2Oであったが，7日目に70.5±16.56cmH_2O，14日目には79.08±17.94cmH_2Oと増加し，実験前と7日目（p = .0001），実験

表1　被験者の属性

	被験者（人）	年齢（歳）	身長（cm）	体重（kg）
対照群	14	19.2±1.3	156.6±6.5	51.9±6.5
実験群	14	21.4±0.6 *	159.1±6.6	52.6±5.4

［注］平均値±SD，*：p＜.05

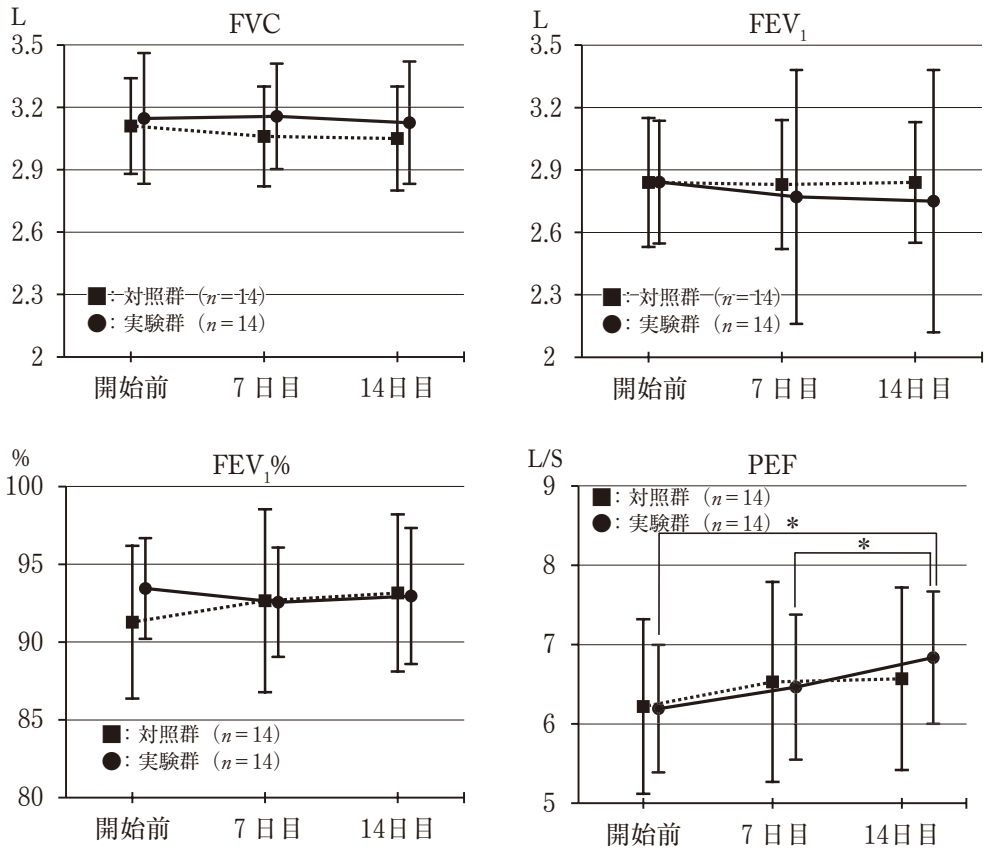


図1　換気機能の変化（*：p＜.05）

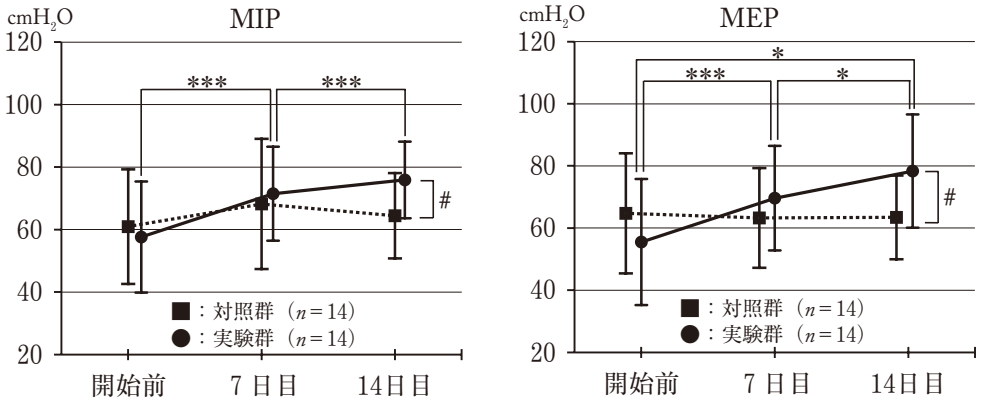


図2　呼吸筋力の変化（***：$p < .001$，*：$p < .05$，#：$p < .05$ *vs*実験群）

前と14日目（$p = .004$），7日目と14日目（$p = .039$）に有意な増加が認められた。また，MEPの対照群と実験群の群間の比較において7日目では有意差は認められなかったが，14日目については実験群が有意に高くなった（$p = .015$）。

MIPについては，対照群の実験前60.94±18.33cmH_2Oであった数値が，7日目には68.21±20.83cmH_2Oと上昇したが，経日的な推移には統計学的な有意差は認められなかった。しかし，実験群のMIPは実験前には58.39±17.47cmH_2Oであったが，7日目に72.30±14.77cmH_2O，14日目には76.62±12.04cmH_2Oとなり，実験前と7日目（$p = .00005$），実験前と14日目（$p = .0002$）において有意な増加が認められた。また，MEPと同様に14日目は対照群より実験群が有意に高くなった（$p = .019$）。

Ⅲ．考　察

本研究の指標として使用した換気機能や呼吸筋力は，性別・身長・体重・年齢の個体差によって数値が異なることが知られている。性別は女性に統一し，対照群，実験群の実験前の身長，体重については両群間に有意差はみられなかったが，年齢については実験群のほうが約2歳，有意に高くなった。年齢に有意差は生じたものの被験者の年齢は18歳から22歳に限られていることや，呼気筋力は55歳以降で低下し（Black & Hyatt, 1969），換気機能は20歳から30歳で最大（相澤ら，2000）とされていることから，換気機能等の測定値には年齢の有意差による影響はないと考えられる。そのことは，実験前の換気機能（FVC，FEV_1，FEV_1%，PEF）と，呼吸筋力（MEP，MIP）それぞれの測定項目において対照群，実験群の両群間に有意差が生じなかったことからもいえる。以上のことから，今回の研究において対照群と実験群の個人条件には，大きな偏りはなかったと考えられる。

1．器具を用いた呼気筋訓練の効果

(1)　換気機能への影響

今回の研究では，FVC，FEV_1，FEV_1%については対照群，実験群ともに実験前，7日目，14日目の経日的な測定値に有意差はみられず，7日目と14日目においての対照群と実験群間にも有意差がなかった。高齢者を対象に呼気筋訓練を実施した山下・柿崎（2011）の研究においてもFVC，FEV_1の変化を認めていない。これらのことは，呼気筋訓練が深呼吸訓練等のように肺容量増加を目的とした訓練ではないために，変化が生じなかったと考えられる。さらに，測定項目のFEV_1は呼出した最初の1秒の呼気量を，FEV_1%はFVCに対するFEV_1の比率を表す測定項目であるが，これらは高齢者や気道閉塞がない者であれば比較的正常に保たれる（Ruppel, 1986/1990）。本研究の被験者は健康女子を対象として実験を行い，実験前の測定において正常値からの逸脱はなかったことや，本研究と同様に健康成人を対象に呼気筋訓練を行ったSasaki（2007）も，FVC，FEV_1への変化を認めていないことからも，健常者への呼気筋訓練は吸気容量や呼気容量の変化は生じないことが考えられる。

PEFについては，対照群では経日的な変化に有意差は認められなかったが，実験群では実験前と14日目の間，7日目と14日目の間で有意な増加が認められた。PEFは，最大吸気位からの努力性呼気で得られる最大の呼気速度であることから（Ruppel, 1986/1990），Kim, et al.（2009），永崎・岡田・甲斐・高橋（2010），山下・菊池・伊藤（2010）は，咳嗽に相当する呼気速度の指標として研究に用いている。また，高齢者を対象に本研究と同じThreshold®を使用した呼気筋力トレーニングを実施した研究において，PEFやMEP，PCF（peak cough flow，CPFと同義）の有意な増加を認めている（山下・柿崎，2011）。その一方で，山下ら（2010）は，リハビリテーション目的で入院している脳卒中患者を対象にThreshold®による呼気筋トレーニングを実

施した研究では，MEP，FEV_1の有意な増加は認めたもののPEFは有意差がなかったと報告している。その脳卒中患者へのThreshold®の使用方法について山下らは，深い吸気のあとに吸気の2～3倍の時間をかけて呼気を行う訓練としたことによって，呼吸筋はゆっくりとした等張性収縮に近くなり，咳嗽時のような瞬発的なパワーを要求される筋収縮とは様式が異なったことをPEFの有意差がなかった原因としてあげている（2010）。

⑵ 呼吸筋力への影響

呼気筋力の指標であるMEPは，対照群では経日的な変化に有意な変化は認められなかったが，実験群では経日的に有意な増加が認められた。呼吸筋訓練の効果を示した研究は，Leith & Bradley（1976）の報告が先駆けとなっている。彼らは，他の骨格筋と同様に呼吸筋力も訓練による増加が可能であるかを検証するために，健常者を対象に1回30分，週に5日を5週間，呼吸に抵抗負荷をかけた呼吸筋訓練を行い，呼吸筋力が増加することを明らかにしている（Leith & Bradley, 1976）。また，Threshold®を用いた呼気筋訓練では「15回で1セットの呼気を1日4セットで5週間（山下・柿崎，2011）」や，「5回の呼気を2分間隔で5セットを1日2回で4週間（Kim, et al, 2009）」の訓練期間においてMEPが増加したとする報告がされている。いずれの報告においても本研究で行った「10回1セットを1日4セットで14日間（2週間）」よりも多くの訓練回数と訓練期間を要している。呼吸筋は骨格筋で構成され，骨格筋は訓練による負荷によって筋線維が肥大して筋力が増加するが，肥大するには通常4から6週間の訓練期間を要するとされる（神津，2008）。骨格筋トレーニングの初期にみられる筋力の増加は筋肥大を伴わず，筋量の増加よりむしろ神経系の適応により随意的に動員できる筋線維の数が多くなる効果とされている（Moritani & deVries, 1979；川上，2003）。したがって，本研究において14日間の呼気筋訓練によるMEPの増加は，呼吸筋の肥大による効果ではなく，訓練によって筋線維への神経伝達の効率が向上し，普段は使用されていない呼気筋の筋線維の収縮によるものと推察される。

骨格筋は，収縮特性と代謝特性から収縮速度が遅い遅筋（slow-twitch oxidative: SOまたはタイプⅠ）線維と，収縮速度が速い速筋（fast-twitch glycolytic: FGまたはタイプⅡd）線維，それらの中間型（fast-twitch oxidative glycolytic，FOGまたはタイプⅡa）の線維に分類される（町田，2011）。SO線維は，収縮速度は遅いが疲労耐性が高く，逆にFG線維は，収縮速度は速いが疲労耐性は低い。FOG線維は収縮速度がある程度速く，疲労耐性もある程度有する中間型である（町田，2011）。呼吸に重要な横隔膜や肋間筋は，遅筋と速筋の中間型の収縮特性をもつとされ，横隔膜についてはSO線維が55％，FOG線維が21％，FG線維が24％で構成される（宮川，1988）。持続的な呼吸に加えて，瞬発的な咳やくしゃみに必要な高出力の筋力を必要とする呼吸の特性から考えても理にかなっている。術後無気肺の発症を防ぐためには，気管内分泌物を咳嗽によって喀出することが大切であり，その咳嗽には，横隔膜や補助呼気筋の瞬発的な収縮が必要となり，筋肉の瞬発的な収縮には，収縮速度が速いFG線維やFOG線維を訓練する必要がある。骨格筋トレーニングで筋力を増強させるためには，筋線維を支配している運動ニューロンの刺激を増加させるか，筋肉を肥大させる必要がある。トレーニングによって顕著に肥大するのはFG線維（タイプⅡd）とされる（町田，2011）が，前述のように筋肉が肥大するまでには長期間の訓練が必要となる。また，筋力トレーニングの原則として日常行っている運動では，筋力を向上させる負荷とはならず，それ以上の負荷をかけた訓練が必要であり（宮川，1988），筋肥大には最大筋力の70～90％の負荷で，4～12回の反復が必要とされる（町田，2011）。今回の呼気筋訓練では，Threshold®を用いて20cmH_2Oの負荷圧をかけて，10回1セットを1日4セットで14日間行う訓練としたが，対照群の訓練開始前のMEPの平均は60.94±18.33cmH_2O，実験群は56.89±19.32cmH_2Oであったことから，筋肥大に必要とされる水準より低い負荷での訓練となった。しかしながら，呼気筋訓練を実施した実験群においてのMEPが経日的に有意な増加が認められたことから，前述のように，筋肥大を伴わないが神経系の活性化によって呼気時の収縮に動員できる筋線維が増加した効果と考えられる。またMEPが増加したことによって瞬間的な呼気流量が増し，PEFの増加につながったと考えられる。

さらに本研究では，吸気筋力の指標となるMIPの増加もみられた。秋吉・高橋・菅原・佐竹・塩谷（2001）も，呼気筋訓練によるMEPの増加に加えて，MIPも増加したとする結果を報告している。秋吉ら（2001）は，呼気筋訓練は単に呼気筋のみならず吸気筋強化としての意味もあわせもつとしている。つまり，呼気筋訓練時には，最大吸気を行った後に呼出をしていることから呼気筋のみならず吸気筋への訓練効果も生じてMIPへの効果も認められたと考えられる。

⑶ 術後無気肺予防への効果

術後無気肺予防のためには，咳嗽を行い，痰などの気管内分泌物を喀出させることが重要となるが，咳嗽は，初めに吸気を行って胸腔内圧を高め，次に一気に呼出させることで痰などの気管内分泌物などを気管外に喀出させる。有効な咳嗽には，呼気筋の収縮が必要であり（Kapandji, 2005/2008），咳嗽は初めに行う吸気位の深さが大きいほど胸腔内圧は高まり，一気に呼出させる際の呼気の強さや速

度にも関与する（Kapandji, 2005/2008）。気管内分泌を喀出させる効果的な咳嗽には，強く速い呼気筋の収縮と，それを行う前段階に深い吸気を行う，吸気筋の収縮の双方の力が発揮されることが理想であると考える。本研究では対象を健康成人女子としたことからFVC，FEV_1などの肺容量に変化はなかったが，MIPの増加によりPEFを増加させたと推察される。

また，本研究での訓練期間は14日間であったが，7日目にはすでにPEF，MEP，MIPの増加がみられ，訓練期間が7日間よりさらに短期間であっても呼気筋訓練のPEF，MEP，MIPへの効果が期待でき，術後早期に呼気筋訓練を実施することにより，無気肺予防となる可能性が示唆される。

2．今後の展望

本研究では，訓練器具としてThreshold®を用いて，1セットあたり10回の呼気筋訓練を1日4セット，14日間行い，実験7日目にはPEF，MEP，MIPが増加し，この効果については筋肥大ではなく普段に使用されていない呼気筋の筋線維の収縮が動員されることが考えられた。そのため，さらに短期間で効果が出現している可能性があり，今後，検証していく必要がある。また，本研究は健康女子を対象とした研究であり，実際の周術期患者を対象としたものではないことから，周術期患者を対象とした臨床研究によって呼気筋訓練の効果を確認することが必要と考えられる。

結　論

健康成人女子を対象に訓練器具を用いた呼気筋訓練を行い，換気機能・呼吸筋力への影響を検討した結果，以下の点から術後無気肺の予防策としての可能性が示唆された．

1．実験群のFVC，FEV_1，FEV_1%の経日的な変化および対照群との比較において有意差がなかったことから，呼気筋訓練は健常者への吸気や呼気の容量変化には影響しない。

2．実験群のMEPとPEFの経日的な増加が認められたこと，また14日目のMEPについては対照群よりも実験群が有意に高くなったことから，気管内分泌物喀出の効果が示唆された。

3．呼気筋訓練によるPEF，MEPの増加は，訓練期間が短期間であったことから筋肥大を伴うものではなく，筋線維への神経伝達の効率が向上し，普段は使用されていない呼気筋の筋線維の収縮によるものと推察された。

4．14日間の呼気筋訓練によるPEF，MEPの増加は，実験7日目において認められたことから，さらに短期間での呼気筋訓練の効果が期待された。

5．MEPの増加に加えてMIPも増加したことから，呼気筋訓練には吸気筋への効果も示唆された。

謝　辞

本研究に協力いただいた被験者の皆さまに深くお礼申し上げます。また，学術的助言者として，本研究をまとめるにあたりご指導いただいた三重県立看護大学看護学研究科の齋藤真教授ならびに教員の皆さまに深謝いたします。

本論文は，中村真弓が平成25年度に三重県立看護大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

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

健康成人女子に器具を用いた呼気筋訓練を行い，呼吸筋力と換気機能から術後無気肺予防としての有効性を検討した。訓練は吸気と呼気で1回，10回を1セットで1日に4セットを14日間継続した。FEV_1（forced expiratory volume in one second），FEV_1%（forced expiratory volume in one second percent），PEF（peak expiratory flow），MEP（maximum expiratory pressure），MIP（maximum inspiratory pressure）を実験前，7日目，14日目に測定し，実験群のPEFとMEPが経日的に有意に増加した。筋肥大に必要な期間より短期間で変化したため，普段は使用しない呼気筋々線維の動員と推察された。以上から呼気筋訓練の術後無気肺予防への有効性が示唆された。

Abstract

The present study examines healthy adult women who engaged in equipment-aided expiratory muscle training to determine whether this exercise technique can prevent postoperative atelectasis by affecting respiratory muscle strength and ventilatory function. Participants performed four training sets daily for 14 consecutive days. A training set was defined as

10 breaths, with a single breath consisting of one sequence of inspiration and expiration. Measurements of forced expiratory volume in one second (FEV_1), forced expiratory volume in one second percentage (FEV_1%), peak expiratory flow (PEF), maximum expiratory pressure (MEP) and maximum inspiratory pressure (MIP) were taken before the experiment and on days 7 and 14. It was consequently found that the experimental group exhibited a significant chronological rise in PEF and MEP. Because the change occurred within a time span shorter than for the onset of muscular hypertrophy, it is postulated that training mobilized normally unused respiratory muscle fibers. The findings suggest expiratory muscle training may be effective for preventing postoperative atelectasis.

文　献

相澤好治，阿部　直，川城丈夫，木田厚瑞，工藤翔二，佐々木英忠，高崎雄司，西村正治，冬木俊春（2000）．高齢者の肺機能に関する調査研究報告書（抄）．全国労働衛生団体連合会．http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/04/dl/s0420-6n.pdf（検索日2013年12月１日）

秋吉史博，高橋仁美，菅原慶勇，佐竹將宏，塩谷隆信（2001）．呼気筋強化が呼吸筋力に及ぼす影響，理学療法学，28(2)，47-52.

Black, L.F. and Hyatt, R.E.（1969）. Maximal respiratory pressures: Normal values and relationship to age and sex. *American Review of Respiratory Disease*, 99(5), 696-702.

Kapandji, A.I.（2005/2008）．荻島秀男（監訳），嶋田智明（訳），カパンディ　関節の生理学：脊椎・体幹・頭部．142-184，東京：医歯薬出版．

加藤元一，寺西　敬，小林岳彦，出原裕美，樋上雄一，古下義彦，丸毛　聡，長谷川喜一，武田真幸，三浦幸樹，川島正裕（2012）．症状なく腎炎外来を受診した喫煙者のHRCT，肺機能はすでに障害されている．*Pharma Medica*，30(4)，94-99.

川上泰雄．トレーニングと骨格筋肥大．山田　茂，福永哲夫（編）（2003），生化学・生理学からみた骨格筋に対するトレーニング効果（第２版）．24-42，東京：ナップ．

解良武士（2002）．呼吸筋力の測定．理学療法科学，17(4)，265-271.

菊池喜博（1984）．呼吸筋の指標．呼吸，3(10)，1282-1288.

Kim, J., Davenport, P., and Sapienza, C.（2009）. Effect of expiratory muscle strength training on elderly cough function. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 48(3), 361-366.

神津　玲（2008）．器具を用いた呼吸筋トレーニング．石川　朗，神津　玲，高橋哲也（編），呼吸理学療法標準手技．76-77，東京：医学書院．

Leith, D.E. and Bradley, M.（1976）. Ventilatory muscle strength and endurance training. *Journal of Applied Physiology*, 41(4), 508-516.

丸川征四郎（2010）．ICUのための呼吸理学療法：早期離床を目指す理論と実践．61-66，大阪：メディカ出版．

増田　崇，田平一行，北村　亨，東村美枝，鴨川久美子，吉村　淳（2008）．開腹手術後の咳嗽時最大呼気流速の変化．理学療法学，35(7)，308-312.

町田修一（2011）．スポーツ選手の骨格筋機能．樋口　満（編），スポーツ現場に活かす運動生理・生化学．49-60，東京：市村出版．

宮川哲夫（1988）．呼吸筋トレーニング．理学療法学，15(2)，208-216.

三宅清美（2009）．術前の呼吸練習と生活習慣指導．呼吸器ケア，17(12)，36-41.

Moritani, T. and deVries, H.A.（1979）. Neural factors versus hypertrophy in the time course of muscle strength gain. *American Journal of Physical Medicine*, 58(3), 115-130.

永崎孝之，岡田裕隆，甲斐　悟，高橋精一郎（2010）．吹矢を用いたトレーニングが呼吸機能に及ぼす影響―呼気筋トレーニングとの比較―．理学療法科学，25(6)，867-871.

中島佳緒里（2010）．インセンティブ・スパイロメータの術後呼吸器合併症への予防効果．日本赤十字豊田看護大学紀要，5(1)，27-32.

大山隆史，竹内裕也，北柄雄光（2010）．呼吸器合併症（無気肺・肺炎）．消化器外科NURSING，15(6)，23-28.

Ruppel, G.（1986/1990）．浦田誓夫（訳），肺機能検査マニュアル．1-37，東京：医歯薬出版．

斎藤　元，阿保七三郎，北村道彦，南谷佳弘，松本秀一，天満和男，斎藤礼次郎，本山　悟，松崎郁夫（1996）．呼吸筋力測定からみた食道癌術後早期の呼吸機能の検討．日本消化器外科学会雑誌，29(5)，955-959.

酒井桂太，本間千鶴子，大竹　朗，佐竹將宏，石川卓志，石神重信（1992）．肺切除術後の呼吸筋力．理学療法学，19(5)，467-470.

Saleem, A.F., Sapienza, C.M. and Okun, M.S.（2005）. Respiratory muscle strength training: Treatment and response duration in a patient with early idiopathic Parkinson's disease. *NeuroRehabilitation*, 20(4), 323-333.

Sasaki, M.（2007）. The effect of expiratory muscle training on pulmonary function in normal subjects. *Journal of Physical Therapy Science*, 19(3), 197-203.

千住秀明，神津　玲，北川知佳，田中貴子，朝井政治，宮川哲夫，真渕　敏，石川　朗（2011）．12. 慢性閉塞性肺疾患（COPD）理学療法診療ガイドライン．理学療法診療ガイドライン第１版．日本理学療法士協会．http://jspt.japanpt.or.jp/guideline/1st/（検索日2013年12月１日）

高橋則子（2002）．術後合併症予防と発症時の対応．青木照明，小路美喜子（編），系統看護学講座別巻１：臨床外科看護総論．374-376，東京：医学書院．

竹島伸生（2005）．レジスタンス（筋力）トレーニング．佐藤祐造（編）．生活習慣病対策および健康維持・増進のための運動療法と運動処方．230-233，東京：文光堂．

玉田　章，長谷川智之，竹山育恵，名倉真砂美（2010）．Incentive Spirometryを使用した呼吸訓練による換気機能回復への効果，日本看護研究学会雑誌，33(4)，13-19.

辻　哲也（2003）．開胸・開腹術後．*Journal of Clinical Rehabilitation*，12(5)，408-415.

山科吉弘，田平一行，増田　崇，井出　宏，長瀬有希，玉村悠介（2011）．姿勢が咳の最大流量（Cough Peak Flow）に与える影響．バイオフィリアリハビリテーション研究，7(1)，1-5.

山下弘二，柿崎彩加（2011）．ケアハウスの高齢者に対する呼気筋トレーニングが随意的咳嗽力に及ぼす効果．理学療法科学，26(6)，777-780.

山下弘二，菊池信愛，伊藤和夫（2010）．脳卒中患者に対する呼吸筋トレーニングが呼吸筋力と咳嗽力に及ぼす効果．理学療法科学，25(6)，849-853.

平成30年２月１日受　付
平成30年５月31日採用決定

doi:10.15065/jjsnr.20180622025

－原　著－

認知症に対する中高年期男女の態度と知識の実態および予防行動実行に関連する要因

Attitude towards and Knowledge of Dementia in Middle-agers and Factors Influencing Dementia Prevention Behaviors

富塚美和[1)]　門間晶子[2)]　尾﨑伊都子[2)]
Miwa Tomizuka　Akiko Kadoma　Itsuko Ozaki

キーワード：認知症，態度，知識，予防行動
Key Words：dementia, attitude, knowledge, Prevention Behaviors

緒　言

高齢化が急速に進むなか，65歳以上の高齢者の認知症有病率は2025年には19％にもなると推計され（朝田ら，2013），認知症にかかわる介護費用の増大が社会問題となっている。認知機能を維持することは，健康寿命を延長させ高齢期の暮らしをより豊かなものにする。そういった観点からも，認知症の早期発見，治療に加え危険因子に対する予防的介入の方策を探ることは，公衆衛生看護における優先課題である。

近年の報告によれば，高血圧症や糖尿病などの生活習慣病それぞれが認知症発症のリスクとされており，中年期に脂質異常などの心疾患系危険因子をもつほど，65歳以降にアルツハイマー型認知症（以下ADとする）を発症しやすいことが明らかにされている（Li, et al., 2011）。また，ADを引き起こすアミロイドβタンパクは，認知機能低下による症状が顕在化する10年以上も前から，すでに脳内に蓄積していることが報告されている（Jack, et al., 2010）。したがって，40～50歳から生活習慣をコントロールしていくことが20年後の将来を左右すると述べられており（光山・森下・堀内，2013），中高年期からの認知症予防に対する取り組みが非常に重要である。さらに，中高年期にある人々への認知症予防教育の充実は対象者本人のみならず，親世代の認知症予防や早期発見，また認知症の人が住み慣れた地域でその人らしく暮らすことができる社会をつくるうえでも，資するところが大きいと考える。

中高年期にある人々は仕事や家庭など取り巻く環境が変化しやすいことから，自身や家族の健康問題に関心をもちやすい。一方で，職場や社会活動において重要な役割を担う立場にあり，自身の健康管理より仕事や家庭での役割が優先されてしまうという傾向ももちあわせている。そこで，中高年期からの認知症予防教育充実に向け，中高年期にある人々の認知症に対する態度や知識，予防行動の実態およびそれらの関連要因を明らかにする必要がある。

認知症予防行動の実態やその関連要因については，高齢者大学に通う健康な高齢者を対象とした研究（田中・内田・大塚，2012）や，中学生以上の住民を対象とした研究（大澤ら，2007）などがある。田中ら（2012）は，約5割の者が認知症の予防行動を実行しており，男性より女性のほうが有意に認知症への関心や不安を強く感じ，予防行動を実行していたことを報告している。また，認知症の人に対する態度や知識については，金・黒田により態度および知識を評価するための尺度が開発されるなかで，認知症の人に対して寛容な態度をとるためには認知症に関する知識が重要であることが示されている（2011）。さらに，本尺度を用いたいくつかの研究により，認知症の知識には興味や関心の有無が有意に関連し，認知症の知識と態度には有意な相関が示されている（杉山ら，2014；藤原・小松・奥永・上城，2013；三浦ら，2013）。また，大澤ら（2007）は，認知症への関心は年齢とともに上昇することや，予防行動の実行には性別，認知症への関心，予防法への理解が影響していることを報告している。しかし，いずれの研究も高齢者や学生を対象としており，中高年期にある人々に焦点を当てた研究は限定されていた。そこで本研究は中高年期にある人々に焦点を当て，以下の2点を目的として取り組んだ。

1．認知症への態度と知識および予防行動の実態を明らかにすること。
2．認知症予防行動の関連要因を検討すること。

1）神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部看護学科　Faculty of Health and Social Work, Kanagawa University of Human Services
2）名古屋市立大学看護学部　School of Nursing, Nagoya City University

Ⅰ．研究方法

1．用語の操作的定義

本研究では認知症予防行動と認知症への態度を，以下のとおり定義した。

⑴ 認知症予防行動

個人が自ら意識して認知症発症の前段階で認知症を理解し，発症を予防するためにとる包括的な行動」（山本ら，2015）

⑵ 認知症への態度

「認知症という疾患そのものおよび認知症の人に対する個人の心のかまえ，考え方，行動傾向」（Abraham & Shanley, 1992/2001；Dawson, 1992；岩淵・田中，1978；新村，2018；Altmann, 2008）

2．研究対象と調査方法

本研究では，中高年期にあたる人々の認識を幅広く知るため，A市2区に在住の40歳以上65歳未満の市民77,673人（2015年10月年齢各歳別人口）のうち，住民基本台帳から無作為に抽出した971名を調査対象とした。郵送にて調査を依頼し，有効回答の得られた299名（有効回答率31.6％）を分析対象とした。

3．調査期間

調査期間は，2015年10月～11月であった。

4．調査内容

⑴ 個人特性

性別・職業・学歴・現病歴・認知症家族歴・健康に関する個人特性について尋ねた。

健康に関する個人特性のうち，健康観の測定にはケーゲルスらの作成した保健行動の優先性尺度を用いた（Kegeles, 1969）。本尺度は保健行動を他の生活行動より優先させようとする態度を測定するものであり，先行研究において信頼性と妥当性が検証されている（高橋・佐久間，2011；宗像，1996）。質問は全4項目からなり，「はい」「いいえ」の2件法で尋ね，「はい」を1点とし，合計点（0～4点）にて評価した。また，生活習慣の評価には，米国で開発されわが国でも数多くの研究（森本，1991；中野・矢部・安村，2005；早川・井上，2008）で用いられているBreslowらの健康習慣をもとに全7項目で構成し，「はい」「いいえ」の2件法で尋ねた。良い生活習慣を選択した場合を1点とし，合計点（0～7点）にて評価した。さらに自身の健康状況および生活習慣を評価するための指標としては，健康度・生活習慣診断検査（Diagnostic Inventory of Health and Life Habit Invetry: DIHAL.2）（12項目）を使用した。この指標は松本（1987）が作成し，徳永（2005）が簡略化したもので信頼性と妥当性が検証されている。質問項目，選択肢はオリジナルのまま用い，「あてはまらない」1点から「よくあてはまる」4点の4件法で回答を求め，合計点（12～48点）で評価した。

⑵ 認知症への態度

認知症への態度は，認知症そのものおよび認知症予防行動への関心，認知症に対する罹患性の認識，認知症の人に対する態度について尋ねた。

認知症および認知症予防行動への関心については，関心の有無を「あり」「なし」「どちらともいえない」の3件法で尋ねた。罹患性の認識に関しては，「認知症になるかもしれないと思うことがありますか」という問いに対して，「はい」「いいえ」「どちらともいえない」の3件法で尋ねた。認知症の人に対する態度については，認知症の人に対する態度尺度（15項目）を用いた。本尺度は，認知症の人への肯定的ないし否定的感情とともに受容的または否定的な行動の向きを測定する尺度であり，「寛容」「拒否」「距離感」「親近感」の4つの下位尺度で構成されている（金・黒田，2011）。回答項目，選択肢はオリジナルのまま用い，15項目に対して「全く思わない」1点から「そう思う」4点の4件法で回答を求め，合計点（15～60点）で評価した。なお，逆転項目については合計点を算出する際，点数が高いほど肯定的となるよう処理を行った。

⑶ 認知症および認知症予防行動に関する知識

認知症に関する知識量の評価については，いくつかの尺度が開発されているが（金・黒田，2011；久木原ら，2013；杉原・山田・武地，2005；杉山ら，2014），質問項目が少なく回答者の負担が少ないことなどを理由に，本研究では金・黒田の開発した認知症に関する知識尺度（15項目）（2011）を用いた。本尺度は，認知症に関する一般的な知識とともに認知症の行動・心理および症状への対応方法により構成されている。回答は，「正しい」「誤り」「わからない」の3件法で尋ね，正答を1点，誤答とわからないを0点とし，合計点（0～15点）にて評価した。点数が高いほど知識があることを示す。

認知症予防行動に関する知識については，「認知症を予防するための行動を具体的に知っていますか」との問いに対して，「知っている」「まあまあ知っている」「あまり知らない」「知らない」「どちらともいえない」の5件法で尋ねた。知っている予防行動の具体的内容については，「知っている」「まあまあ知っている」と答えた者にのみ自由記述にて尋ね，その情報源を多項選択法（複数回答）で尋ねた。選択肢は，先行研究を参考に，テレビ，新聞，映画，ドラマ・小説，ラジオ，講演会・勉強会・講座，家族・親戚，友人・知人，医療機関・福祉機関・役所関係，イン

ターネット，その他とした（藤原ら，2013）。

⑷ 認知症予防行動の実態

認知症予防行動については，「実行している」「意識しているが実行していない」「意識も実行もしていない」の3件法で尋ね，先行研究（別所ら，2000）を参考に，実行している者を《実行型》，意識しているが実行していない者を《ギャップ型》，意識も実行もしていない者を《無関心型》と命名した。そして，《実行型》の者には認知症予防行動の具体的な内容を，《ギャップ型》，《無関心型》の者には実行しない理由について自由記述にて尋ねた。

5．分析方法

認知症への態度と知識および認知症予防行動の実態について検討するため，性別，年齢層別に単変量解析（χ^2検定，Mann-WhitneyのU検定，Kruskal-Wallis検定）にて比較分析した。さらに，認知症に関する知識の高低に関連する要因を検討するため，認知症に関する知識尺度合計点が平均値以上と平均値未満の2群に分け，認知症予防行動に関する知識の有無，認知症そのものおよび認知症予防行動への関心の有無，認知症に対する罹患性の認識，認知症の人に対する態度尺度合計点について，単変量解析（χ^2検定，Mann-WhitneyのU検定）にて比較分析を行った。

続いて，認知症予防行動の関連要因の検討には「個人特性」「認知症への態度」「認知症に関する知識」を独立変数，「認知症予防行動の実行状況」を従属変数とし，単変量解析（Mann-WhitneyのU検定，χ^2検定）により分析を行った。その結果，有意差が認められた項目を独立変数とし，ステップワイズ法によるロジスティック回帰分析を行った。

分析の際，認知症予防行動の実行状況については，《ギャップ型》と《無関心型》を非実行群，《実行型》を実行群とする2群に分類した。独立変数のうち年齢については，40歳代，50歳代，60歳代の3群に，認知症に対する罹患性の認識，認知症そのものおよび認知症予防行動への関心の有無については，「あり」群と，「ない」「どちらともいえない」の「なし」群の2群に分類した。認知症予防行動に関する知識については，「知っている」「まあまあ知っている」を「知識あり」群，「知らない」「あまり知らない」「どちらともいえない」を「知識なし」群の2群に分類した。量的データについては，平均値を基準に高群，低群の2群に分類した。

統計解析は“IBM SPSS Statistics ver. 22”を用い，有意水準は5％未満とした。

自由記述については，先行研究（山本ら，2015；田中ら，2012）の項目を参考にカテゴリー化し，記述内容を集計した。

6．倫理的配慮

研究対象者には，質問紙と共に同封した依頼文にて，まず市の定める所定の許可手続きを経たうえで住民基本台帳より無作為に宛先を特定した旨を説明した。続いて，研究の概要，個人情報の管理方法，匿名性の確保，研究の公表方法，任意性の確保等について説明し協力を依頼した。研究協力への同意確認は，質問紙の返送をもって同意が得られたものとした。

本研究は，名古屋市立大学看護学部研究倫理委員会の承認を受け実施した（承認ID：15010-5）。

Ⅱ．結　果

1．質問紙の回収状況

A市2区の住民基本台帳から，年齢に基づき無作為抽出した971名を対象に自記式質問紙を郵送にて配布し，所在不明により返送された25名を除く946名のうち305名（回収率32.2％）から回答が得られた。回答者のうち，全質問項目の20％以上未回答だった1名，従属変数とした項目に回答が得られなかった5名を除外した299名（有効回答率31.6％）を分析対象とした。

2．対象者の基本特性（表1）

対象者の性別は，男性132名（44.1％），女性166名（55.5％），無回答1名であった。年齢は50歳代が最も多く，平均年齢52.9±7.0歳であった。

最終学歴は大卒以上が100名（33.4％）であった。就業状況は雇用形態を問わず，有職者が全体の約8割を占めており，無職の者は男性より女性のほうが有意に多かった。

現病歴は，「あり」と答えた者が106名（35.5％）であり，治療中の疾患は多いものから順に高血圧，糖尿病，脂質異常症であった。現在と過去の家族の認知症への罹患は，「あり」と答えた者が108名（36.1％）であった。

健康度・生活習慣診断検査，Breslowの健康習慣，保健行動の優先性尺度の平均点および標準偏差については**表1**に示した。

3．認知症への態度と知識および予防行動の実態

⑴ 認知症への態度（表2，3）

認知症への態度の概況を**表2**に示す。認知症そのものおよび認知症予防行動に対して，6割以上の者が関心をもっていたが，男性は女性より関心をもつ者の割合が有意に低かった。一方，年齢層別にみると，認知症そのものへの関心については年齢による有意差は認められなかったが，認知症予防行動については，関心がある者の割合が50歳代92名（49.7％）で他の年代に比べ有意に高かった。認知症に

表1　対象者の基本特性

（n = 299）

		人数（%） 平均値（±SD）
性別	男性	132（44.1）
	女性	166（55.5）
	無回答	1（ 0.3）
年齢		52.9（±7.0）
年齢層	40歳代	94（31.4）
	50歳代	141（47.2）
	60歳代	63（21.1）
	無回答	1（ 0.3）
最終学歴	中学校	11（ 3.7）
	高等学校	103（34.4）
	短大・専門学校	79（26.4）
	大学・大学院	100（33.4）
	その他	5（ 1.7）
	無回答	1（ 0.3）
就業状況	職業あり	247（82.6）
	職業なし	49（16.4）
	無回答	3（ 1.0）
雇用形態	正職員	133（44.5）
	契約・派遣社員	18（ 6.0）
	パート・アルバイト	68（22.7）
	その他	27（ 9.0）
	無職	49（16.4）
	無回答	4（ 1.3）
現病歴	あり	106（35.5）
	なし	192（64.2）
	無回答	1（ 0.3）
治療中の疾患（複数回答）	心疾患	3（ 1.0）
	脳卒中	1（ 0.3）
	高血圧	33（11.0）
	糖尿病	17（ 5.7）
	脂質異常症	17（ 5.7）
	消化器疾患	8（ 2.7）
	悪性疾患	3（ 1.0）
	その他	51（17.1）
認知症家族歴	あり	108（36.1）
	なし	191（63.9）
健康度・生活習慣診断検査合計点		34.8（±5.0）
Breslowの健康習慣合計点		5.0（±1.3）
	4点以下	97（32.6）
	5点以上	201（67.4）
保健行動の優先性尺度合計点		1.8（±1.5）

対する罹患性の認識は，「あり」166名（55.9%）であり，男女別にみると女性が有意に高かったが，年齢層による有意差は認められなかった。

認知症の人に対する態度尺度の合計点は平均40.3±6.3点であり，男性39.3点，女性41.2点と，女性のほうが認知症の人に対する態度が肯定的な傾向にあった。質問項目ごとの回答分布を**表3**に示した。ややそう思う，そう思うを合計すると，約8割の人が「認知症の人もまわりの人と仲良くする能力がある」「認知症の人が困っていたら手を貸せる」「認知症の人も地域活動に参加したほうがよい」と肯定的な回答をしていた。しかし，その一方で，約7割以上の人が「認知症の人はまわりの人を困らせることが多い」「認知症の人はいつ何をするかわからない」と思っており，約6割の人が「認知症の人にどのように接したらいいかわからない」と否定的な回答をしていた。

⑵　認知症に関する知識（表2，4）

認知症に関する知識の概況を**表2**に示す。認知症の知識尺度の平均点は10.4±3.1点であり，男性9.6点，女性11.1点と女性のほうが有意に高かった。また，認知症予防行動に関する知識について「知識あり」と答えた者は，86名（29.2%）であり，その割合は女性より男性のほうが有意に低く，年齢層では40歳代の者の割合が有意に低かった。

認知症予防行動に関する知識の内容については，記述内容をカテゴリー化した結果，記述個数は合計303個であった。記述の多かった上位5項目は，「運動」65個であり，次いで「コミュニケーション」44個，「食習慣」44個，「知的思考」23個，「生活習慣」22個であり，記述人数，個数ともに女性のほうが有意に多かった。知識の情報源については，テレビが最も多く43.1%，次いで新聞18.7%，インターネット8.7%であった。

続いて，認知症に関する知識尺度合計点の高低に関連する要因を検討した結果を**表4**に示す。認知症に関する知識尺度の合計点が高いほど関心や罹患性の認識も高く，認知症の人に対する態度が肯定的であった。

⑶　認知症予防行動（表2）

認知症予防行動の概況を**表2**に示す。認知症予防行動は，「意識も実行もしていない」《無関心型》101名（33.9%），「大切だと意識しているが実行していない」《ギャップ型》128名（43.0%），「実行している」《実行型》69名（23.1%）であった。性別および年齢層別に比較した結果，性別においては《実行型》で女性の割合が有意に高かった。年齢層別では，《実行型》で40歳代の者の割合が有意に低く，60歳代の者のみが《実行型》の者が最も多かった。

さらに，認知症予防行動を「実行群」「非実行群」の2群に分類した結果，「非実行群」は229名（76.9%），「実行群」は69名（23.1%）であり，実行群の40歳代の割合が有意に低く，40歳代，50歳代では「非実行群」が圧倒的に多いのに対して，60歳代では2群の差は僅かであった。

実行している予防行動に関する自由記述をカテゴリー化した結果，女性152個，男性21個と女性のほうが圧倒的に多く記述していた。実行している認知症予防行動は，多いものから順に「運動」54個，次いで「食習慣」18個，「知

表 2　認知症への態度と知識および認知症予防行動の実態

			全体	性別		p値	年齢層別			p値
				男性	女性		40代	50代	60代	
			人（%）	人（%）	人（%）		人（%）	人（%）	人（%）	
認知症への態度	認知症への関心（n＝298）	関心なし	82（27.5）	52（63.4）	30（36.6）	.000**[a]	31（37.8）	36（43.9）	15	.347[a]
		関心あり	216（72.5）	80（37.0）	136（63.0）		63（29.2）	105（48.6）	48（18.3）	
	認知症予防行動への関心（n＝298）	関心なし	112（37.6）	68（60.7）	44（39.3）	.000**[a]	45（39.8）	49（43.4）	19（22.2）	.046*[a]
		関心あり	186（62.4）	64（34.4）	122（65.6）		49（26.5）	92（49.7）	44（16.8）	
	認知症に対する罹患性の認識（n＝297）	認識なし	131（44.1）	68（51.9）	63（48.1）	.016*[a]	37（28.2）	63（48.1）	31（23.8）	.50[a]
		認識あり	166（55.9）	63（38.0）	103（62.0）		56（33.7）	78（47.0）	32（23.7）	
	認知症の人に対する態度尺度合計点		平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）		平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	
			40.3（±6.3）	39.3（±6.5）	41.2（±6.0）	.004**[b]	40.0（±6.5）	40.8（±6.4）	39.8（±6.0）	.460[c]
認知症に関する知識	認知症に関する知識尺度合計点		平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）		平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	
			10.4（±3.1）	9.6（±3.3）	11.1（±2.8）	.000**[b]	10.6（±3.0）	10.7（±3.0）	9.7（±3.4）	.123[c]
	認知症予防行動に関する知識（n＝295）		人（%）	人（%）	人（%）		人（%）	人（%）	人（%）	
		知識なし	209（70.8）	113（54.1）	96（45.9）	.000**[a]	75（35.9）	94（45.0）	40（19.1）	.023*[a]
		知識あり	86（29.2）	19（22.1）	67（77.9）		17（19.8）	47（54.7）	22（25.6）	
認知症予防行動	認知症予防行動への意識と実行状況（3群比較）（n＝298）		人（%）	人（%）	人（%）		人（%）	人（%）	人（%）	
		意識も実行もしていない《無関心型》	101（33.9）	56（55.4）	45（44.6）		43（42.6）	42（41.6）	16（15.8）	
		大切だと意識しているが実行していない《ギャップ型》	128（43.0）	60（46.9）	68（53.1）	.000**[a]	40（31.0）	68（52.7）	21（16.3）	.000**[a]
		実行している《実行型》	69（23.1）	16（23.2）	53（76.8）		11（16.2）	31（45.6）	26（38.2）	
	認知症予防行動の実行状況（2群比較）（n＝298）	非実行群《ギャップ型》＋《無関心型》	229（76.9）	116（50.7）	113（49.3）	.000**[a]	83（36.1）	110（47.8）	37（16.1）	.000**[a]
		実行群《実行型》	69（23.1）	16（23.2）	53（76.8）		11（16.2）	31（45.6）	26（38.2）	

［注］[a]：χ^2検定，[b]：Mann-WhitneyのU検定，[c]：Kruskal-Wallis検定，*：p＜.05，**：p＜.01。

表 3　認知症の人に対する態度尺度の回答分布

質問項目	n	全く思わない	あまり思わない	ややそう思う	そう思う
		人（%）	人（%）	人（%）	人（%）
認知症の人もまわりの人と仲良くする能力がある。	298	5（ 1.7）	47（15.8）	133（44.6）	113（37.9）
普段の生活でもっと認知症の人とかかわる機会があってもよい。	298	23（ 7.7）	102（34.2）	132（44.3）	41（13.8）
認知症の人が困っていたら迷わず手を貸せる。	299	4（ 1.3）	67（22.4）	151（50.5）	77（25.8）
認知症の人も地域活動に参加したほうがよい。	297	8（ 2.7）	63（21.2）	152（51.2）	74（24.9）
認知症の人と喜びや楽しみを分かちあえる。	298	8（ 2.7）	66（22.1）	157（52.7）	67（22.5）
認知症の人とちゅうちょなく話せる。	298	9（ 3.0）	83（27.9）	141（47.3）	65（21.8）
認知症の人が自分の家の隣に引っ越してきてもかまわない。	297	14（ 4.7）	124（41.8）	100（33.7）	59（19.9）
認知症の人はまわりの人を困らせることが多い。	299	2（ 0.7）	53（17.7）	179（59.9）	65（21.7）
認知症の人はわれわれと違う感情をもっている。	299	69（23.1）	142（47.5）	66（22.1）	22（ 7.4）
家族が認知症になったら世間体や周囲の目が気になる。	299	70（23.4）	113（37.8）	94（31.4）	22（ 7.4）
家族が認知症になったら近所づきあいしにくくなる。	299	79（26.4）	126（42.1）	82（27.4）	12（ 4.0）
認知症の人にどのように接したらいいかわからない。	296	21（ 7.1）	89（30.1）	120（40.5）	66（22.3）
認知症の人の行動は，理解できない。	298	25（ 8.4）	126（42.3）	118（39.6）	29（ 9.7）
認知症の人はいつ何をするかわからない。	296	7（ 2.4）	71（24.0）	157（53.0）	61（20.6）
認知症の人とは，できるだけかかわりたくない。	298	36（12.1）	149（50.0）	104（34.9）	9（ 3.0）

的思考」17個，「交流・社会参加」13個，「趣味的な活動」12個であった。

認知症予防行動を実行していない理由をカテゴリー化した結果，記述個数は合計187個であり，「知識の欠如」が最も多く68個，次いで「現実味・危機感の欠如」42個，「時間的余裕の欠如」31個であった。

4．認知症予防行動に関連する要因（表 5，6）

「認知症予防行動」を「実行群」と「非実行群」の2群に分類し行った単変量解析の結果を**表 5** に示す。「認知症予防行動」の実行には，「個人特性」のうち，性別，年齢，職業の有無，認知症の家族歴の有無，健康度・生活習慣診断検査合計点，Breslowの健康習慣合計点，保健行動の優先性尺度合計点が有意に関連していた。「認知症への態度」

表 4　認知症に関する知識尺度合計点と各要因との関連

		認知症に関する知識尺度合計点		p値
		平均値未満	平均値以上	
		人（%）	人（%）	
認知症への関心	関心なし	49（59.8）	33（40.2）	.002*a
	関心あり	87（40.1）	130（59.9）	
認知症予防行動への関心	関心なし	66（58.4）	47（41.6）	.000**a
	関心あり	70（37.6）	116（62.4）	
認知症に対する罹患性の認識	認識なし	73（55.7）	58（44.3）	.001*a
	認識あり	62（37.1）	105（62.9）	
認知症予防行動に関する知識の有無	知識なし	115（54.2）	97（45.8）	.001*a
	知識あり	21（24.1）	66（75.9）	
認知症の人に対する態度尺度合計点		平均値（SD）	平均値（SD）	
		38.3（±5.5）	42.0（±6.4）	.000**b

［注］a：χ^2検定，b：Mann-WhitneyのU検定，*：$p<.05$，**：$p<.01$。※欠損値は除く。

表 5　認知症予防行動と各要因との関連

（$n=299$）

			全体	認知症予防行動　人数（%）		p値
				非実行群	実行群	
個人特性			人	人（%）	人（%）	
	性別	男性	132	116（87.9）	16（12.1）	.000**a
		女性	166	113（68.9）	53（32.3）	
	年齢	40代	94	83（88.3）	11（11.7）	.000**a
		50代	141	110（78.0）	31（22.0）	
		60代	63	37（58.7）	26（41.2）	
	職業	なし	49	32（65.3）	17（34.7）	.039*a
		あり	247	195（78.9）	52（21.1）	
	学歴	中学・高等学校	114	89（78.1）	25（21.9）	.761a
		短大以上	179	137（76.5）	42（23.5）	
	現病歴	なし	192	146（76.0）	46（24.0）	.658a
		あり	106	83（78.3）	23（21.7）	
	認知症の家族歴	なし	191	157（82.2）	34（17.8）	.004**a
		あり	108	73（67.6）	35（32.4）	
			平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	
	健康度・生活習慣診断検査合計点		34.8（±5.0）	34.2（±4.9）	37.0（±4.6）	.000**b
	Breslowの健康習慣合計点		5.0（±1.3）	4.8（±1.4）	5.6（±1.0）	.000**b
	保健行動の優先性尺度合計点		1.8（±1.5）	1.7（±1.5）	2.2（±1.4）	.007**b
認知症への態度			人	人（%）	人（%）	
	認知症への関心	なし	82	76（92.7）	6（ 7.3）	.000**a
		あり	217	154（71.0）	63（29.0）	
	認知症予防行動への関心	なし	113	105（92.9）	8（ 7.1）	.000**a
		あり	186	125（67.2）	61（32.8）	
	認知症に対する罹患性の認識	なし	131	105（80.2）	26（19.8）	.231a
		あり	167	124（74.3）	43（25.7）	
	認知症の人に対する態度尺度合計点		平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	
			40.3（±6.3）	39.7（±6.1）	42.6（±6.5）	.000**b
認知症に関する知識			人	人（%）	人（%）	
	認知症予防行動に関する知識	なし	209	193（92.3）	16（ 7.7）	.000**a
		あり	87	34（39.1）	53（60.9）	
	認知症に関する知識尺度合計点		平均値（SD）	平均値（SD）	平均値（SD）	
			10.4（±3.1）	10.0（±3.1）	11.8（±2.9）	.000**b

［注］a：χ^2検定，b：Mann-WhitneyのU検定，*：$p<.05$，**：$p<.01$。※欠損値は除く。

表6　認知症予防行動に関連する要因（ロジスティック回帰分析：ステップワイズ法）

		オッズ比	オッズ比の95%信頼区間		p値
			下限	上限	
年齢（n＝298）	40歳代	1.000			
	50歳代	2.775	1.292	5.960	.009**
	60歳代	1.738	0.922	3.278	.088
Breslowの健康習慣合計点（n＝297）	平均値未満	1.000			
	平均値以上	2.387	1.128	5.052	.023*
認知症予防行動への関心（n＝299）	関心なし	1.000			
	関心あり	2.111	1.055	4.224	.035*
認知症予防行動に関する知識（n＝298）	知識なし	1.000			
	知識あり	6.023	3.463	10.477	.000**
認知症の人に対する態度尺度合計点（n＝290）	平均値未満	1.000			
	平均値以上	2.163	1.242	3.766	.006**

［注］*：$p<.05$，**：$p<.01$。

では，認知症そのものおよび認知症予防行動への関心の有無，認知症の人に対する態度尺度合計点が，「認知症に関する知識」では，認知症予防行動に関する知識の有無，認知症に関する知識尺度合計点が，「認知症予防行動」の実行に有意に関連していた。

続いて，単変量解析の結果有意差が認められた項目を独立変数とした多変量解析の結果を**表6**に示す。「年齢が50歳代であること」「Breslowの7つの健康習慣合計点が平均値以上であること」「認知症予防行動への関心があること」「認知症予防行動に関する知識があること」「認知症の人に対する態度尺度合計点が平均値以上であること」の5項目が，「認知症予防行動」の実行に有意な関連を示した。

Ⅲ．考　察

1．本研究における対象者の特徴

本研究の対象者の学歴は，短期大学等卒業以上の者が59.8％を占めていた。対象者の平均年齢が52.9歳であったことをふまえ，昭和50年代の大学・短期大学への進学率に関する総務省の統計（進学率：昭和55年37.4％，平成25年55.1％）と比較すると，教育レベルの高い集団であったと考えられる（総務省統計局，2013）。一般的に，郵送調査による回答者は教育程度や社会的地位が高いというバイアス（石井・田尾，2011）と，本調査が政令指定都市で実施されていたことが要因となっていると推測した。

健康に関する個人特性としては，治療中の疾患がある者の割合は35.5％で，平成25年の国民生活基礎調査による通院者率378.3（人口千対）とほぼ同様の値であり，全国的にみた通院者の状況と近似する対象者であった。また，保健行動の優先性尺度の合計点が，0～2点までの者が6割以上を占めており，回答者は生活のなかで健康よりも優先すべきことがあり，職場や家庭において重要な役割を担っているという典型的な中高年期の特徴を有していたと考えられる。その一方で，Breslowの健康習慣の合計点は，先行研究においては4つから5つ以上の健康習慣をもつ者をよい健康習慣の者と評価している研究が多く，本研究では5点以上の者が7割弱を占めていたことから，比較的よい健康習慣をもつ集団であったと考えられる。

2．認知症への態度と知識および認知症予防行動の実態

⑴　認知症への態度

認知症そのものへの関心および認知症予防行動への関心，罹患性の認識，認知症に対する態度尺度の結果について考察する。

本研究対象者における認知症そのものへの関心がある者は約7割であり，高齢者を対象とした研究における約9割，高校生を対象とした研究における約6割（田中・内田・大塚，2011；藤原ら，2013）との比較から，認知症への関心は高齢になるほど高まることが推察された。

一方，認知症予防行動への関心がある者は約6割であり，認知症そのものへの関心に比べると，認知症予防行動への関心があると答えた者の割合のほうがやや低い結果となった。先行研究では認知症予防行動に限定して回答を得ているものはないため比較できないが，認知症が予防できる疾患であるという知識の普及が十分でないことがその要因の一つであると考えた。

本研究では認知症への態度の一つとして「罹患性の認識」を扱ったが，罹患性と類似した概念として，認知症に対する不安を感じている者の割合は約7割（小林・木村・神谷・山田，2009），あるいは5割強（大澤ら，2007）であった。このことから本研究も含め過半数の人が認知症への不安や，罹りやすさの認識をもっていることが推測された。一

方で，認知症予防行動を実行しない理由についての自由記述に「現実味・危機感の欠如」に関する記述が多かったことは，高齢者を対象とした報告（田中ら，2012）と異なっており，中高年期にある人々の特徴であると考えられる。中高年期にある人々は，年齢的に認知症をまだ先のことで他人事と考える傾向にあり，認知症に対する罹患性の認識は高いとはいえない状況にあることが推測された。

これらのことから，中高年期にある人に向けた認知症予防への取り組みは，仕事や家庭内で重要な役割を担っているなか，認知症それだけを意識して注意喚起することはむずかしく，かつ効果的ではないと考える。そこで職場におけるメンタルヘルスや生活習慣病対策と関連させた支援を充実させていく必要がある。

本研究における認知症の人に対する態度尺度合計点の平均は40.3±6.0点であり，20～80歳代の成人を対象とした金・黒田（2011）の39.8±6.5点，高校生を対象とした藤原ら（2013）の40.7±3.7点とほぼ同様の値であった。また，項目ごとの回答分布も，金・黒田（2011）の調査と近似する傾向が認められ，認知症の人を尊重し受け入れようとする姿勢はみられるものの，認知症の人との直接的なかかわりに関しては疑問や不安からためらいを感じており，認知症に関する情報提供の必要性が示唆された。

⑵ 認知症に関する知識

認知症そのものに関する知識と認知症予防行動に関する知識について考察する。

本研究対象者における認知症に関する知識尺度の正答率は約7割であった。同様の尺度を用いた金・黒田（2011）や，藤原ら（2013）の調査によれば，大学生の正答率が約6割，高校生が約5割であったことから，中高年期にある人々のほうが学生より知識が高かった。一方，本研究で用いた尺度とは異なるが，一般高齢者がもつADについての知識量と関連要因を検討した研究によれば，5割以上の人が周辺症状や治療について誤った認識をもっており，高年齢の者ほど知識が低かった（杉原ら，2005）。

これら先行研究と本研究の実施時期には5～10年ほどの隔たりがあることから，その間の認知症施策を背景に，認知症に関する知識の普及が進んだことが知識の高さの要因と考える。また，中高年期にある人々は，親の介護の機会や認知症の人とのかかわりが多くなる世代であるため学生より関心が高まることが考えられる。加えて，中高年期にある人々は，高齢者と比較すると記憶力や情報収集能力が高いことが推測されることから，学生や高齢者よりも知識が高かったと考える。

人は一般的に歳を重ねることで新たな知識に対する記憶力は徐々に低下するが，それまでに培った経験や知識は知恵として維持され，日常生活に生かすことが可能である。そこで，早い時期からの認知症に関する知識の積極的な普及の積み重ねにより，現在中高年期にある人々が将来高齢者となるときに，認知症に関する知識や態度をより豊かなものにすることができる可能性とその意義を示唆した結果であったと考える。

認知症に関する知識の情報源については，テレビが最も多く約4割，次いで新聞が2割弱であり，認知症に関する知識の普及におけるマスメディアの影響が大きいことが推測できる。国の施策である認知症サポーター等の活動に加え，近年報道でも認知症に関する特集を多くみかけるようになった。しかし本間は，情報源として頻度の高いテレビは病名の認識率向上には資することが大きいが，受動的な情報源であり，症状が現れたときに役立つものではないことを主張している（2001，p.350）。マスメディアの影響力は大きい一方で，関心がない人は受け取ることができないうえに，人々のリテラシー能力は一定でないことから，知識に偏りが生じる危険性が危惧される。そこで，メディア等による話題性をうまく活用しながら，保健師として適切な情報提供をしていくことが求められていると考える。

一方，本研究では認知症予防行動について知っていると認識している者が3割弱であったのに対し，高齢者大学に通う高齢者を対象とした報告では5割強であった（田中ら，2012）。田中らの研究の対象者は高齢者大学に通う比較的意識の高い集団であり，年齢的に認知症を身近なものとしてとらえ，積極的に認知症の予防行動に関する知識を得ていることで，自らが予防行動について知っていると認識している者が多いことが要因と推測できる。しかし，このことを考慮しても，中高年期にある人々は高齢者と比較し，認知症予防行動を知っていると認識できている者が少なく，知識普及の必要性が示唆された。

今回用いた認知症に関する知識尺度は，予防行動については詳細に触れられていない。したがって，認知症予防行動の知識についてはあくまで自己評価であり，人々の認知症予防行動に関する知識の程度を客観的に評価したものとはいえない。そこで，認知症に関する知識と同様に，予防行動に関する知識についても定量的に評価するための尺度開発の必要性があると考える。

⑶ 認知症予防行動の実態

認知症予防行動を実行している人の割合は，高齢者を対象とした田中ら（2012）の研究では約5割であったが，本研究ではわずか2割強であった。このことは，本研究が中高年期の人々を対象としたことから，ほぼ予測できたことであった。

認知症予防行動に関する意識と実行との関係では，大切だと意識しているが実行していない《ギャップ型》が最も多く約4割を占めていた。変化のステージモデルによれ

ば，一般的に人が行動を起こす際，関心期，準備期を経て行動期に移行するとされている。本研究における《ギャップ型》の者は関心期，準備期にあると推測でき，働きかけにより行動期に移行させやすい対象であることが考えられるため，支援充実の必要性や意義が再確認された。

次に，実行している予防行動についての記述内容を分析した結果，「運動」に関するものが最も多く，次いで「食習慣」「知的思考」と続いたが，「運動」が50個以上の記載があったのに対し，他の項目は20個を上まわるものはなく，偏りのある結果となった。また「知的思考」や「回想」など認知症予防に特徴的な項目の記載は少なく，一般的な生活習慣病予防のための行動と類似した項目が多かった。予防行動のなかでも，認知症に特化した予防法を実行しているというより，一般的に健康によいとされている行動が多く選ばれている傾向にあったことは，対象者が中高年期にある人々であり，認知症をまだ他人事ととらえる傾向にあることが要因と考える。平成25年の国民健康・栄養調査によれば，１回30分以上の運動を週２回以上する習慣のある者の割合は増加傾向にある一方で，20～50歳代では低く60歳代以降で増加することが報告されている（厚生労働省，2013）。60歳代で仕事をリタイアすることにより運動のための時間を確保しやすくなることが要因の一つとして考えられており，中高年期にある人々にとって運動は，日常的に実行することのむずかしい健康習慣であるにもかかわらず，認知症予防行動として実行しているものは，「運動」が最も多かった。一般的に保健行動同士は相互関連をもちやすく，ある保健行動をとる人は，他の保健行動もとりやすいとされている（宗像，1996）。認知症予防においても，積極的に健康行動を実行する者のほうが，予防行動を実行する傾向にあることが推測された。

認知症予防行動を実行しない理由として「何をしたらいいかわからない」など，知識の欠如に関する記述が圧倒的に多かった。一方，認知症予防行動に関する知識は，実行している認知症予防行動と同様に「運動」に関する記述が最も多かった。このことから，認知症予防行動としては，とくに運動以外に関する知識が不十分であることが明らかになった。前述の国民栄養調査による20～50歳代の運動習慣の低さも考慮すると，認知症予防行動として広く普及されているものが運動であることは，中高年期にある人々にとって予防行動実行へのハードルを上げ，大切だと意識しつつも実行することができない要因の一つとなっていると推測した。そこで，認知症予防行動のなかでも運動以外の知識についてさらに普及させることで，行動に伴う負担感を最小限にし，行動変容につなげることができる可能性が示唆された。認知症予防に対するポピュレーション・アプローチについては，矢冨が生きがい型，目的型，訓練型の３つのタイプを想定することができ，生きがい型のアプローチは，認知症予防の意識はなくても日常生活のなかで楽しみや生きがい，健康づくりとして行っている行動習慣，つまり個人的な趣味活動として，あるいは生涯教育の一環として，場合によっては仕事として行える活動を増やすことを提案するアプローチであると述べている（矢冨，2006，p.384）。そこで，時間的に余裕がないと感じている中高年にとって，生きがい型のポピュレーション・アプローチは，行動変容に伴う負担感を最小限にできることから有効な支援方法となる可能性が示唆された。また，バンデューラによる自己効力理論において行動の先行要因として結果期待と自己効力感を説明していることからも，日常的に行っている行動のなかでも趣味や，仕事として実行できる活動が認知症予防に対して効果があるという結果期待を強調した支援をすることで，自らが認知症予防に関する知識があると認識し，それならば自分にも取り組むことができるという自己効力感を高め，効果的に行動変容につなげることができると考えた。

さらに，認知症に対する支援においては，専門職による働きかけには限界があり，地域住民が認知症予防を学び主体的に地域に広げていくことが望ましいといわれている（横井・国友・草野・勅使河原，2009）。そこで，認知症予防への支援の効果を個人レベルでとどめることなく地域活動へと発展させ，中高年期にある人々が認知症になっても暮らしやすい社会づくりの担い手となれるよう，支援を充実させていく必要があると考える。認知症予防行動を男女別にみると，実行している者も，知識が多い傾向にある者も女性が有意に多く，認知症予防行動の知識に関する自由記述においても，圧倒的に記述内容が豊富であった。このことから，女性にピアエデュケーターとしての役割を担ってもらうことで，認知症予防に向けた効果的な知識の普及・啓発につなげていくことができる可能性が示唆された。

３．認知症予防行動に関連する要因

⑴ 「認知症予防行動」と「個人特性」との関連

「個人特性」のうち年齢が認知症予防行動と有意な関連を示し，40歳代に比べ50歳代のほうが認知症の予防行動をとっていることが明らかになった。認知症という疾患の特性上，若いほど認知症予防行動をとる者の割合が低いという仮説を裏づける結果であった。ADの発症にかかわる脳内物質は，中高年期から蓄積し始め（Jack, et al., 2010），中高年期の生活習慣病が認知症の発症に影響しているという報告（Li, et al., 2011）があることからも，中高年期の中でも比較的若い40歳代にある男性への支援充実の必要性が示唆されたと考える。わが国における認知症施策は，新オレンジプランに基づき認知症サポーターの養成や認知症カ

フェの設置などにより，一般市民に対し認知症に関する啓発活動が進められ一定の効果が得られている。しかし，参加者はまだ一部の者に限られているのが現状である。そこで，中高年期にある人々も地域で開催されている行事に積極的に参加できるよう，職場や公共施設への掲示などにより情報提供を強化していくとともに，産業保健における保健指導の一環として認知症予防についての教育をすすめる必要があると考える。

また，Breslowの健康習慣合計点が平均値以上の者が，平均値未満の者に比べ認知症予防行動をとっていたことから，健康によい生活習慣をもつ者は，認知症予防にも積極的に取り組む傾向にあることが明らかになった。認知症予防行動には，認知症予防に特徴的なものがある一方で，生活習慣病予防と重複するものが多くあることも要因となっていると推測した。また，本研究においては認知症予防行動の内容を具体的に限定して質問していないことから，認知症予防に効果がある行動を実行していたとしても，自身では自覚できていないことが推測される。そこで，そのような対象に対しては，看護職として行動への意味づけをしていくことにより意識が高まり，さらに予防行動を促進させることができる可能性が示唆された。

⑵ 「認知症予防行動」と「認知症に関する知識」との関連

本研究では，認知症予防に関する知識があると認識している者が，そうでない者より認知症予防行動を実行していることが明らかになった。一方，認知症に関する知識尺度合計点についても保健信念モデルに基づき，予防行動に関連すると推測していたが，有意な関連は示されなかった。

単純に認知症に関する知識量が多いだけでは予防行動にはつながらず，自分は知識があると自覚することの重要性が明らかになった。自由記述においても予防行動をしない理由として「認知症予防に関する知識の欠如」が最も多くあげられていたことから，中高年期にある人々への認知症予防に関する情報提供をするとともに，知識を再確認できる機会の必要性が示唆された。

一方，樫本（2012，p.69）は，予防の呼びかけや認知症の症状に関する知識の普及そのものが負のイメージの醸成につながり，偏見やスティグマの助長につながる危険性を指摘している。認知症に対する偏見やスティグマは，初期症状の否認や受診回避の要因となり，早期発見や予防の妨げとなる危険性をはらんでいることから，情報提供の際には認知症という疾患に対する脅威や重大性ばかりが強調され偏って理解されることがないよう十分配慮する必要がある。認知症に対する対応方法や予防および治療法に関する知識に焦点を当てた支援や，リテラシー能力の向上に向けた支援が重要であると考える。

⑶ 「認知症予防行動」と「認知症への態度」との関連

「認知症に対する態度」のうち，認知症予防行動への関心があることと，認知症の人への態度が肯定的であることが，認知症予防行動の実行に有意な関連を示した。

Prochaska & DiClementeによる変化のステージモデルでは，人が行動変容を起こしてそれが維持されるには，無関心期，関心期，準備期を経て行動期，維持期に至るとされている（1983）。今回の結果も認知症予防行動への関心をもつことと予防行動が関連しており，変化のステージモデルにより説明できるものと考える。関心は行動変容を誘起させる要因であり，関心をもち，知識を得ることで自ら知識があると認識し，準備期を経て行動につながるものと推測した。

また，認知症の人に対する態度尺度の合計点が高い人，つまり態度が肯定的なほうが認知症予防行動をとっていることが明らかになった。保健信念モデルによれば，疾患に対する脅威を感じることが保健行動を起こす動機になるとされている（Becher & Maiman，1975；Rosenstock，1974）。認知症に対する態度が否定的な傾向にある者のほうが脅威を強く感じ，認知症予防行動に結びついている可能性があるのではないかと推測していたが，それは否定される結果となった。認知症の人に対する態度については，いくつかの先行研究においてその関連要因が検討されている（金・黒田，2011；杉山ら，2014）。藤原ら（2013）は，認知症に関する知識と認知症の人に対する態度に有意な相関が示されたことを報告している。このことから，認知症の人に対し肯定的な態度をとることには，認知症に関する知識をもちあわせていることが影響しているものと推測される。本研究においても，認知症の人に対する態度と認知症への知識間には関連があることが明らかになっていることから，認知症の人に対する態度と認知症予防行動実行との関係性には，認知症に関する知識が介在要因として影響している可能性があると考えた。

Ⅳ．研究の限界と課題

本研究は都市部における郵送法による調査であったことから，対象者は比較的教育レベルが高い傾向にあった。また，対象者の 4 割に認知症の家族歴があり，認知症への関心も高い傾向にあったことから，積極的バイアスの存在が考えられ，研究結果は意識の高い傾向にある者の特徴をとらえている可能性が考えられる。

また，今回の調査では認知症予防行動への取り組みの実態を包括的に把握することを目的としたため，予防行動の内容を具体的に限定し質問していない。このことから，予防行動を実行していないと答えた者のなかに，認知症予防

に効果のある行動を無意識に実行している人々が含まれている可能性および反対に認知症予防の観点からはエビデンスレベルの低い行動を実践している人々が含まれている可能性がある。そこで，今後は客観的指標を用いた認知症予防行動の実態との比較検討の必要があると考える。

本研究は，以上の限界と課題を有するものの，都市部に在住する中高年期にある人々の認知症予防行動の実態と関連要因を検討することができたことから，中高年期からの支援に寄与できるものと考える。

謝　辞

本研究を進めるにあたりご協力くださいました対象者の皆さまに心より感謝申し上げます。

本研究は平成27年度名古屋市立大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆・修正したものであり，結果の一部を日本地域看護学会第19回学術集会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要　旨

本研究の目的は中高年期にある人々の認知症への態度と知識および予防行動の実態を明らかにするとともに認知症予防行動の関連要因を検討することである。40～64歳971名を対象に自記式質問紙調査を実施し有効回答の得られた299名を分析対象とした。結果，約 7 割が認知症予防行動に関心をもつ一方で実行している者は 2 割であった。認知症に関する知識の関連要因を検討した結果，知識が高いほど関心や罹患性の認識が高く，認知症の人への態度が肯定的であった。多変量解析の結果，年齢が50歳代であること，Breslowの健康習慣得点が高いこと，認知症予防行動への関心および知識があること，認知症の人への態度が肯定的であることが認知症予防行動実行に有意な関連を示した。そこで，中高年期でもとくに40歳代を中心とした世代に対する支援の必要性と，知識の普及により認知症への態度を肯定的にすることで予防行動につながる可能性が示唆された。

Abstract

This study aimed to clarify the attitudes towards and knowledge of dementia and related factors among dementia prevention behavior, focusing on middle-aged people. The study was conducted on 971 citizens above 40 and below 65 years old who were randomly extracted; 299 people who gave effective responses were analyzed. The results showed that 70% of the people were interested in dementia prevention; on the other hand, the percentage of those who practiced such preventive behaviors was only 20%. By examining related factors of knowledge on dementia, the higher the knowledge and recognition of concern and susceptibility, the more positive were the attitude towards people with dementia. Through Multivariate analysis, the following items were identified as significantly related factors of dementia prevention behavior: "The age range is the fifties", "Breslow's health habit score is higher than the average value", "they have interest and knowledge in dementia prevention", and "they have a positive attitude towards people with dementia". Therefore our findings suggested that the necessity of support for the younger generation especially centered on those in their forties. Additionally, it was suggested that promoting the dissemination of knowledge and having a positive attitude towards dementia could lead to dementia prevention behavior.

文　献

Abraham, C. and Shanley, E.（1992/2001）．細江達郎（訳），ナースのための臨床社会心理学：看護場面の人間関係のすべて．29-30，東京：北大路書房．

Altmann, T.K.（2008）．Attitude: a concept analysis. *Nursing Forum*, 43(3), 144-150.

朝田　隆，泰羅雅登，石合純夫，清原　裕，池田　学，諏訪さゆり，角間辰之（2013）．「都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応．厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業平成23年度～平成24年度総合研究報告書．http://www.tsukuba-psychiatry.com/?page_id=806（検索日 2016年 1 月 5 日）

Becher, M.H. and Maiman, LA.（1975）．Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13(1), 10-24.

別所遊子，出口洋二，長谷川美香，日下幸則，出口博美，谷崎美香世，木下里美（2000）．壮年期地域住民の健康行動パターンの分析．北陸公衆衛生学会誌，26(2)，56-62.

Dawson, K.P.（1992）．Attitude and assessment in nursing education. *Journal of Advanced Nursing*, 17(4), 473-479.

藤原和彦，小松洋平，奥永盛太，上城憲司（2013）．高校生における認知症の知識と態度に関する予備的研究．医学と生物学，

157(6-2), 1101-1106.
早川瑞希, 井上和夫（2008）. Breslow健康指数と生活習慣危険因子および食生活習慣と関連. 厚生の指標, 55(1), 1-8.
本間　昭（2001）. 地域住民を対象とした老年期痴呆に関する意識調査. 老年社会科学, 23(3), 340-351.
石井京子, 多尾清子（2011）. ナースのための質問紙調査とデータ分析第 2 版. 51, 東京：医学書院.
岩淵千明, 田中国夫（1978）. 社会的態度の構造的研究―態度構造研究の概観―. 関西学院大学社会学部紀要, 37, 89-99.
Jack, C.R. Jr., Knopman, D.S., Jagust, W.J., Shaw, L.M., Aisen, P.S., Weiner, M.W., Petersen, R.C., and Trojanowski, J.Q.（2010）. Hypothetical model of dynamic biomarkers of the Alzheimer's pathological cascade. *The Lancet Neurology*, 9(1), 119-128.
Li, J., Wang, Y.J., Zhang, M., Xu, Z.Q., Gao, C.Y., Fang, C.Q., Yan, J.C., and Zhou, H.D.（2011）. Vascular risk factor promote conversion from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, 76(17), 1485-1491.
樫本直樹（2012）. 認知症を予防することと受け入れること：MCI（軽度認知障害）という概念を手がかりに. 医療・生命と倫理・社会, 11, 66-72.
Kegeles, S.S.（1969）. A field experimental attempt to change beliefs and behavior of women in urban ghetto. *Journal of Health and Social Behavior*, 10(2), 115-124.
金　高謨, 黒田研二（2011）. 認知症の人に対する態度に関連する要因：認知症に関する態度尺度と知識尺度の作成. 社会医学研究, 28(1), 43-55.
小林尚司, 木村典子, 神谷智子, 山田久美（2009）. 三好町住民の認知症に関する知識と不安. 日本赤十字豊田看護大学紀要, 4(1), 21-27.
厚生労働省（2013）. 平成25年国民健康・栄養調査報告. http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/h25-houkoku.html（検索日 2016年 2 月16日）
久木原博子, 安藤満代, 長柄真澄, 馬場才悟, 内山久美, 原　利恵, 浅田有希, 小幡順子（2013）. 医療系大学生における加齢に関する知識と認知症に対する認識. キャリアと看護研究, 3(1), 73-80.
松本壽吉（1987）. 健康度診断検査についての研究. 健康科学, 9, 110-111.
三浦千佳, 曾田信子, 緒形明美, 小林尚子, 長屋央子, 郷間宏史, 杉浦伸一, 岸奈生子, 大八木美恵, 髙木真心美（2013）. 認知症サポーターとキャラバンメイトに対するＡ大学看護学生の認知度と関心度およびその関連要因. 日本看護医療学会雑誌, 15(2), 48-62.
光山勝慶, 森下竜一, 堀内正嗣（2013）. 認知症を防ぐために生活習慣病を見つめなおす～CLIP：Cognition Link Project～. 血圧, 20(10), 1039-1043.
森本兼曩（1991）. ライフスタイルと健康：健康理論と実証研究. 5-6, 東京：医学書院.
宗像恒次（1996）. 最新 行動科学からみた健康と病気. 96-99, 107, 124-129, 東京：メヂカルフレンド社.
中野匡子, 矢部順子, 安村誠司（2005）. 地域高齢者の健康習慣指数（HPI）と生命予後に関するコホート研究. 日本公衆衛生雑誌, 53(5), 329-337.
大澤ゆかり, 松岡広子, 百瀬由美子, 藤野あゆみ, 志水大地, 今井正子, 岡本和士（2007）. 地域住民の認知症に対する関心と不安およびイメージの検討. 愛知県立大学紀要, 13, 9-14.
Prochaska, J.O. and DiClemente, C.C.（1983）. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395.
Rosenstock, I.M.（1974）. Historical origins of health belief model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
新村　出（2018）. 広辞苑第七版. 1690, 東京：岩波書店.
総務省統計局（2013）. 第25章 教育：25-12　進学率と就職率. http://www.stat.go.jp/data/nihon/25.htm（検索日2015年12月10日）
杉原百合子, 山田裕子, 武地　一（2005）. 一般高齢者がもつアルツハイマー型認知症についての知識量と関連要因の検討. 日本認知症ケア学会誌, 4(1), 9-16.
杉山　京, 川西美里, 中尾竜二, 澤田陽一, 桐野匡史, 竹本与志人（2014）. 地域住民における認知症の人に対する態度と認知症の知識量との関連. 老年精神医学雑誌, 25(5), 556-565.
高橋　晶, 佐久間春夫（2011）. 医療従事者における健康行動の優先性と生活習慣行動の実態. 奈良女子大学スポーツ科学研究, 13, 47-56.
田中敦子, 内田有紀, 大塚眞理子（2011）. 認知症の予防の実態に関する調査研究：高齢者大学学生の性別にみる認識と実践の分析から. 日本認知症ケア学会誌, 10(2), 425.
田中敦子, 内田有紀, 大塚眞理子（2012）. 高齢者大学に集う健康な高齢者の認知症予防に関する認識と予防行動の実態. 日本認知症ケア学会誌, 11(3), 690-699.
徳永幹雄（2005）.「健康度・生活習慣診断検査（DIHAL.2）」の開発. 健康科学, 27, 57-70.
山本　愛, 代田純一, 首藤　賢, 園田　薫, 岸川雄介, 杉野正一, 寺嶋繁典（2015）. 地域で実行されている認知症予防活動の予防効果の検証について. 心身医学, 55(3), 255-260.
矢冨直美（2006）. 認知症予防の戦略的アプローチ. 老年社会科学, 28(3), 381-386.
横井和美, 国友登久子, 草野良子, 勅使河原浩美（2009）. 住民主体の認知症予防活動をめざした実践的研究認知症予防活動の継続活動者と非継続活動者の比較からの支援方法の検討. 人間看護学研究, 7, 9-18.

平成29年10月 7 日受　　付
平成30年 6 月22日採用決定

doi:10.15065/jjsnr.20180312007

－研究報告－

開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫患者の病気体験のプロセス

The Disease Process as Experienced by Malignant Glioma Patients Who Underwent Postcraniotomy Chemoradiotherapy

森　光代[1)]　Mitsuyo Mori
當目雅代[2)]　Masayo Toume

キーワード：悪性神経膠腫，開頭術，放射線化学療法，病気体験
Key Words：malignant glioma, craniotomy, chemoradiotherapy, disease experience

はじめに

日本における原発性脳腫瘍の登録数は年間約4,000人であり，その中で神経膠腫は約25％を占めている（日本脳神経外科学会，2009）。神経膠腫は，WHOの脳腫瘍分類でGrade ⅠからⅣまで分類されており，GradeⅢ以上は悪性神経膠腫とよばれる。5年生存率は，GradeⅢ（退形成性星細胞腫）では23.4％，GradeⅣ（膠芽腫）では7％である。神経膠腫は脳実質内のどの部位にも発生するため，症状は，麻痺や感覚障害，言語障害，視野障害，高次脳機能障害，痙攣，意識障害など多岐にわたる（永根，2016；本郷，2014）。

神経膠腫の治療では，腫瘍の組織診断と，正常脳神経を傷害しない範囲での腫瘍摘出を目的として，まず開頭腫瘍摘出術が行われる。組織診断の結果，GradeⅢ以上と診断された悪性神経膠腫では，腫瘍の増殖を防止するために，術後に放射線化学療法が追加される。2006年，日本では悪性神経膠腫に対するテモゾロミドの保険診療が認可された。テモゾロミド併用の放射線化学療法は，42日間のテモゾロミドの内服と総線量60Gy前後の放射線治療が行われる。放射線治療の主な有害事象は，脱毛や放射線皮膚炎，全身倦怠感，脳浮腫であり，テモゾロミドの主な有害事象は，悪心・嘔吐，便秘，骨髄抑制である。放射線化学療法終了後は，維持療法として4週ごとに5日間のテモゾロミドの内服が継続される（永根，2016；本郷，2014）。

患者は麻痺や頭痛などの症状を契機として医療施設を受診し，脳腫瘍の疑いを指摘され，開頭術を受ける。開頭術を受ける患者は，脳にメスを入れる手術という意識から，「植物状態になるのではないか」「術後に後遺症が出るのではないか」などさまざまな恐怖や不安をもつとされている（藤島・松田，2015）。また，術後には創部痛やドレーンチューブ類による苦痛などを体験すると考えられる。さらに悪性神経膠腫と診断された患者は，術後に病名告知を受け，新たに放射線化学療法へと取り組んでいかなければならない。放射線化学療法では，放射線照射部位のみの脱毛が起こるため，患者は「まだら脱毛が起こる衝撃」や「ボディイメージの変化への抵抗」などの心理的変化を体験するとされている（朝倉ら，2005）。放射線化学療法が終了すると，患者は麻痺や痙攣などさまざまな症状を抱えながら退院し，化学療法を継続する。このため，リハビリテーションや生活の再編，化学療法へのセルフケアも必要となる。先行研究（佐藤・山﨑・内堀・大木・本多，2011）より，神経膠腫の外科的治療後に高次脳機能障害をきたした患者の生活の再編成は，「高次脳機能障害を伴う行為により生じた違和感」を意識し，「障害を目の当たりにした感情の揺さぶられ」を伴いながら現状を受け止め，「障害をもっても生きられる術の探求」により新たな生活を見い出し，「垣間見える将来」に至るとされている。また脳機能障害をもつ原発性悪性脳腫瘍患者が，「悪性脳腫瘍罹病の脅威」「死との対峙」「自分らしさの喪失」「自己尊厳の低下」「生活力の減退」の5つの苦悩を体験していることも明らかとなっている（神間・佐藤・桑原，2008）。

悪性神経膠腫を有する患者は，発症から開頭術，病名告知後の放射線化学療法，退院後の化学療法へと続く長い治療過程のなかで，大きな苦痛や困難を体験していると考えられる。先行研究より，放射線治療を受けた脳腫瘍患者の体験や神経膠腫の外科的治療後に高次脳機能障害をきたした患者の体験，脳機能障害をもつ原発性悪性腫瘍患者の体験など，断片的な体験は明らかとなっている。しかし，これまで悪性神経膠腫を有する患者の病気体験を発症から退

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看護学科　Department of Nursing, Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts

院後までプロセスとして明らかにした研究は行われていない。患者の病気体験のプロセスを明らかにすることで，患者をより深く理解し，長い治療過程を継続して支援する看護援助を検討し，看護の質向上につながると考える。

Ⅰ．研究目的

本研究の目的は，悪性神経膠腫を有する患者の発症から開頭術，放射線化学療法，退院後の化学療法へと続く治療過程での病気体験のプロセスを明らかにすることである。

Ⅱ．用語の定義

病気体験：体験とは，広辞苑第六版では「実際に身をもって経験することやその経験自体を指し，主観と客観とに分けられる以前の，個々人の主観のなかに直接見られる生き生きとした意識過程や意識内容」とされている。本研究では，病気体験を，「悪性神経膠腫を有する患者が，開頭術と放射線化学療法を受け，退院後の化学療法までに，実際に身をもって経験した内容」と定義する。

Ⅲ．研究方法

A．研究デザイン

本研究は，Anselm StraussとJuliet Corbinの提唱するグラウンデッド・セオリー・アプローチ（grounded theory approach: GTA）を使用した質的帰納的記述研究（Corbin & Strauss, 2008/2012）である。

GTAは，ある現象に対してデータに基づいて分析を行い，概念間の関連性とそこに至るまでのプロセスを明確にする方法である。本研究では，開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫を有する患者の病気体験について，データに基づいて概念間の関連性とプロセスを明らかにすることを目的としてGTAを採用した。

B．研究対象者

研究施設は，A県内のB病院である。研究対象者は，B病院の脳神経外科に入院し，開頭術後に悪性神経膠腫の診断告知をされ，放射線化学療法を受け，退院後も化学療法を継続している患者で，研究参加の同意が得られた患者である。対象者は月1回外来受診し，4週間ごとに5日間内服での化学療法を継続している。また意識障害，高次脳機能障害等がなく，コミュニケーション可能な患者とした。

C．データ収集方法

1．データ収集期間

平成26年5月～平成27年2月であった。

2．データ収集方法

B病院脳神経外科の診療科長と外来担当医に研究協力を依頼し，研究対象に該当する患者の紹介を受けた。研究参加の同意が得られた患者に対して，外来受診時にプライバシーの守られる個室で，インタビューガイドに基づき半構造的面接法を行った。また継続比較分析により，インタビューガイドは適宜内容を追加・修正した。インタビューガイドは，発症時の出来事と思い，開頭術を受けるまでの思い，術後の合併症，病名告知を受けた際の思い，放射線化学療法の意思決定，放射線化学療法の有害事象とその対処方法，退院後の化学療法と日常生活，病気になってからの支え，現在の自分の病気に対する思いで構成した。長い経過を想起することでのバイアスを避けるために，「インタビューガイドは発症から退院までの経過に沿って構成し，順を追って思い出せるようにする」「出来事の前後の状況や文脈も含めて思い出し語ってもらう」の2点に留意した。面接内容は，研究対象者の同意を得てICレコーダに録音し，逐語録に起こしてデータとした。診療録より対象者の背景（年齢，性別，診断名，症状，手術，放射線化学療法，入院期間，職業，医師の説明内容）についてデータ収集した。

3．データ分析方法

GTAを参考に継続比較分析を行った。面接内容を逐語録に起こし，意味内容でデータを切片化しラベルをつけた。3次ラベルまで抽象度を上げ，データの特性と次元を検討した。理論的サンプリングによるデータ収集と分析を繰り返し，継続比較分析を行った。3次ラベルで，全データを合わせ，データは3名以上から発言のあった内容を採用した。6次ラベルまで抽象度を上げ，サブカテゴリーとカテゴリーを抽出した。カテゴリー間の関係性とそのプロセスを検討し，コアカテゴリーを抽出した。またそれぞれのカテゴリーが示す内容を検討し，意味する内容から各カテゴリーは3つの体験に分けられた。3つの体験と各カテゴリーを検討し，病気体験のプロセスを抽出した。

D．真実性と妥当性の確保

データ分析の真実性と妥当性の確保のために，以下を行った。面接は，研究者の先入観を排除するために，研究対象者が使用した言葉の意味を確認しながら行った。抽象度を上げ，ラベル付けをする際に，もとのデータまで戻

り，ラベルがデータを意味していることを確認した。データ分析は，GTAによる質的研究の経験者のスーパーバイスを受けた。理論的サンプリングによって，研究対象者を選定し，9名のデータ分析が終了した後に，抽出されたカテゴリーとその関連性について，10名目の研究対象者に確認し，内容に誤りやずれがないことを確認した。

E．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行った（平成26-009）。また，研究施設の責任者に研究協力の同意を得た。研究対象者に，研究の意義・目的，プライバシーの保護，個人情報の管理，研究参加の自由意思，研究同意撤回の権利，研究結果の公開について文書と口頭で説明し，研究同意書に署名を得た。研究終了後にも，必要であれば研究者に連絡できるように，研究者の連絡先を研究説明書に記載し説明した。また研究対象者は化学療法中であるため，精神的・身体的負担に配慮して面接を行った。過去の体験を語ることによって精神的な動揺や倦怠感・頭痛などの症状が起こる可能性があることを説明し，同意を得た。また，必要時は担当医の診察を受けられるように配慮した。

Ⅳ．結　果

A．研究対象者の概要

研究対象者は10名であり，面接時間は，平均30.4分であった。詳細を**表1**に示す。

B．開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫を有する患者の病気体験

分析の結果，コアカテゴリー『頭の中に居座り続ける腫瘍消滅への一縷の望み』と，9個の【カテゴリー】，22個の《サブカテゴリー》が抽出された。詳細を**表2**に示す。また**図1**は，カテゴリー関連図である。

1．コアカテゴリー『頭の中に居座り続ける腫瘍消滅への一縷の望み』

定義：手術や放射線化学療法を受けても，頭の中に居座り続ける腫瘍に，完治することはむずかしく一生付き合っていかなければならない現実を理解しながらも，取り除けるものなら何としてでも取り除きたいと願い，わずかでも望みを持ち続けている気持ち。

コアカテゴリーである『頭の中に居座り続ける腫瘍消滅への一縷の望み』は，9個のカテゴリーで構成されている。それぞれのカテゴリーの意味する内容を検討し，患者の病気体験のプロセスを考えるなかで，9個のカテゴリーは意思決定に関するカテゴリーによる〔治療への選択肢がないなかでの意思決定〕，脳腫瘍特有の症状に関するカテゴリーによる〔脳腫瘍特有の身体的実感〕，周囲の人との関係に関するカテゴリーによる〔周囲の人との関係性〕の3つの体験に分けられた。【　】はカテゴリー，《　》はサブカテゴリー，インタビューデータは*「斜字」*で示す。

2．カテゴリー間の関連性（ストーリーライン）

データの特性として，病気体験のプロセスの各時期における治療や治療の意思決定，身体症状，患者の心理があり，それぞれの次元として，各時期の治療の受け止めや意思決定方法，身体症状への対処，心理や思いの変化があげられた。これらの特性と次元から，各カテゴリーと3つの体験の関連性を検討し，病気体験のプロセスを明らかにした。また以下のストーリーラインと関連図（**図1**）を抽出した。

患者にとって，脳腫瘍は全く想定外であり，【まさか自分がなるとは思わない脳腫瘍】と認識した。医師より手術以外に選択肢がないと説明され，【イメージできない“脳”を触る手術への決意】をする。術後，経験したことのない頭の痛みを体験しながら，【術後思うように身体を動かせ

表1　対象者の概要

対象者	性別	年齢	疾患	症状	職業	手術	放射線治療	化学療法	入院期間	面接時期
A氏	女	30歳代	右頭頂葉膠芽腫	頭痛，めまい	有	開頭腫瘍摘出術	60Gy	テモゾロミド内服	83日	退院後1年
C氏	男	60歳代	左前頭葉退形成性乏突起膠腫	頭痛，視野障害	無	覚醒下開頭腫瘍摘出術	60Gy	テモゾロミド内服	82日	退院後3年
D氏	女	30歳代	右前頭葉退形成性星細胞腫	痙攣	有	開頭腫瘍摘出術	60Gy	テモゾロミド内服	77日	退院後3年
E氏	男	60歳代	左側頭葉膠芽腫	無	有	開頭腫瘍摘出術	60Gy	テモゾロミド内服	83日	退院後4年
F氏	男	30歳代	右基底核退形成性星細胞腫	無	有	開頭腫瘍生検術	60Gy	テモゾロミド内服	99日	退院後5年
G氏	男	60歳代	左側頭葉膠芽腫	痙攣	無	開頭腫瘍摘出術	60Gy	テモゾロミド内服	76日	退院後2年
H氏	男	30歳代	左前頭葉膠芽腫	痙攣，麻痺	有	開頭腫瘍摘出術	60Gy	テモゾロミド内服	100日	退院後3年
I氏	女	50歳代	右前頭葉退形成性星細胞腫	痙攣，めまい	有	開頭腫瘍摘出術	60Gy	テモゾロミド内服	76日	退院後1年
J氏	女	40歳代	脳梁膨大部星細胞腫	頭痛	有	開頭腫瘍生検術	60Gy	テモゾロミド内服	82日	退院後5年
K氏	女	60歳代	右頭頂葉膠芽腫	視野障害，麻痺	無	開頭腫瘍摘出術	60Gy	テモゾロミド内服	84日	退院後1年

表 2　開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫患者の病気体験のプロセスのカテゴリー一覧

コアカテゴリー	体験	カテゴリー（9）	サブカテゴリー（22）
頭のなかに居座り続ける腫瘍消滅への一縷の望み	治療への選択肢がないなかでの意思決定	イメージできない“脳”を触る手術への決意	イメージができない頭を開ける手術への怖さ
			手術だけしか治療する方法がないためやむなくした決意
		取り切れない腫瘍へ完治の望みをつなげる放射線化学療法	手術では取りきれない腫瘍への憤り
			完治の望みをつなげる放射線化学療法への決意
		腫瘍が大きくならないために嫌でも飲み続ける抗がん剤	飲みたくない抗がん剤
			腫瘍が大きくならないために抗がん剤を飲み続ける覚悟
			工夫すれば何とかいつもどおりの生活ができる抗がん剤の副作用
		取りきれない腫瘍との折り合い	残っている腫瘍と一生付き合っていく覚悟
			何としてでも取りたい残っている腫瘍
	脳腫瘍特有の身体的実感	まさか自分がなるとは思わない脳腫瘍	脳腫瘍にはつながらない多様な初発症状
			命を脅かす怖い病気
			考えたこともなかった脳腫瘍
		術後思うように身体を動かせないベッド上での安静	動きたいのに動けないベッド上安静へのもどかしさ
			これまで体験したことのない頭の痛み
			何もできない程の術後のしんどさ
		放射線治療の部分だけ脱毛するのは病気の証	放射線治療で起こるのは脱毛だけ
			部分脱毛で人に病気がわかるのを気にする
		後遺症のために以前の自分には戻れない現実	後遺症のために制限される日常生活
			何が出てくるかわからない後遺症
			病気になる前の自分には戻れない
	周囲の人との関係性	支えられるだけではない周囲の人との関係性	信頼している医療者にすべて任せることへの安心感
			家族や友人とのかかわり方を見直す

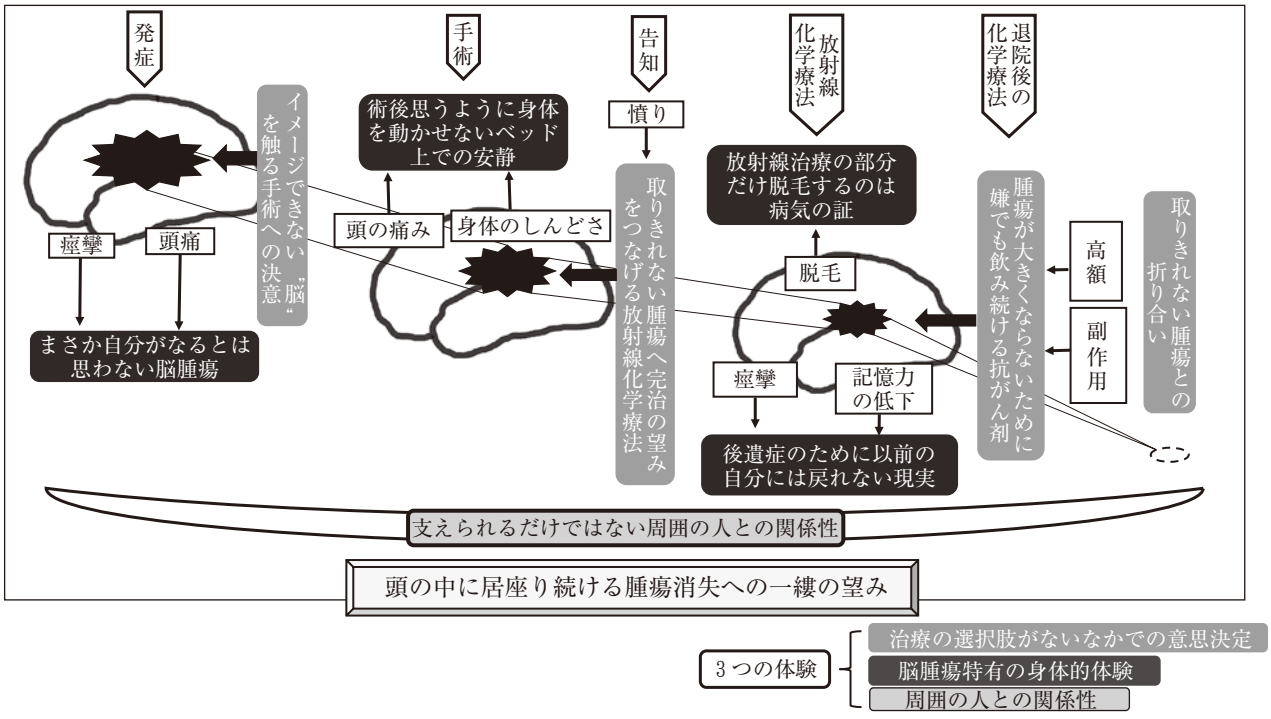


図 1　開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫患者の病気体験のプロセス

ないベッド上での安静】を強いられる。術後に悪性神経膠腫の告知と腫瘍が取りきれなかったことを知らされ，手術の結果に納得がいかない憤りを感じるが，【取りきれない腫瘍へ完治の望みをつなげる放射線化学療法】の意思決定をする。放射線治療による脱毛のために，周囲に自分が“頭の病気”だとわかってしまい，【放射線治療の部分だけ脱毛するのは病気の証】と感じる。手術と放射線化学療法を受けても腫瘍は消滅せず，【腫瘍が大きくならないために嫌でも飲み続ける抗がん剤】を覚悟する。退院後は麻痺などの症状により，仕事や日常生活が以前のようにできなくなり，また今後どんな後遺症が起こるかわからないとも感じ，【後遺症のために以前の自分には戻れない現実】に直面する。治療過程のなかで，取りきれない腫瘍と一生付き合っていく覚悟と，何としてでも腫瘍を取りたいという願いの間で【取りきれない腫瘍との折り合い】をつけている。周囲の人に支えられる一方で，病気になっても頼れない，脳腫瘍であることを隠したいという思いから距離をとることもあり，【支えられるだけではない周囲の人との関係性】を考えながら治療を受けている。

またこのプロセスは，手術や放射線化学療法，退院後の化学療法で他に選択肢がないなかで治療の決断を行わなければならない〔治療への選択肢がないなかでの意思決定〕，脳腫瘍の発症時や術後の合併症，放射線治療での部分脱毛，退院後の後遺症など〔脳腫瘍特有の身体的実感〕，病気になってからの周囲の人との関係を示す〔周囲の人との関係性〕の3つの体験から構成されている。

3．各カテゴリーの説明

病気体験のプロセスは9つのカテゴリーから構成されており，9つのカテゴリーは〔治療への選択肢がないなかでの意思決定〕〔脳腫瘍特有の身体的実感〕〔周囲の人との関係性〕に分けられている。以下に，各カテゴリーを3つの体験ごとに説明する。

a．〔治療への選択肢がないなかでの意思決定〕の体験

この体験は，【イメージできない“脳”を触る手術への決意】【取りきれない腫瘍へ完治の望みをつなげる放射線化学療法】【腫瘍が大きくならないために嫌でも飲み続ける抗がん剤】【取りきれない腫瘍との折り合い】の4つのカテゴリーが含まれている。

⑴ 【イメージできない“脳”を触る手術への決意】

【イメージできない“脳”を触る手術への決意】は，患者自身が見ることも触れることもできない脳の手術をイメージできず恐怖を感じるが，手術以外の選択肢はなく，悩み，考えあぐねた結果，手術を決意することを示す。このカテゴリーは，《イメージができない頭を開ける手術への怖さ》《手術だけしか治療する方法がないためやむなくした決意》の2つのサブカテゴリー―から構成された。

患者は，頭を開ける手術がどういうことかイメージができず，手術に対して大きな恐怖を感じる。

「ええと，まあやっぱり頭蓋骨出して，そこの腫瘍の所を取るっていうことでしたね。やっぱり怖かったです。頭だけに」（Ⅰ氏）

また，医師から手術を勧められ，他に治療の選択肢はないため，悩んだ末に手術を決意していた。

「それはもうあれですわ。腫瘍がでけとるから，手術しかないという話でしたね。時間かけて何回か話あって，そういう話になったんですけど」（C氏）

⑵ 【取りきれない腫瘍へ完治の望みをつなげる放射線化学療法】

【取りきれない腫瘍へ完治の望みをつなげる放射線化学療法】は，術後に腫瘍が取りきれなかったことに納得がいかず憤りを感じるが，残っている腫瘍を縮小するために，放射線化学療法を受けるしかないと，完治の望みをつなげることを示す。このカテゴリーは，《手術では取りきれない腫瘍への憤り》《完治の望みをつなげる放射線化学療法への決意》の2つのサブカテゴリーから構成された。

患者は術前に医師から，腫瘍が取りきれない可能性も説明されているが，手術で全摘されることを期待している。患者は術後に腫瘍が取りきれなかったと知らされ，納得がいかない憤りを感じる。

「やっぱり吹っ切れんところありますよね。どうしても残ってるいうことは」（C氏）

また患者は，残っている腫瘍を治すためには，放射線化学療法を受けるしかないと，その治療に望みをつなげ，気持ちを切り替えている。

「もうしかしこれはどうしようもないことやし。あとは続けてやるその治療，これに頼るしかないんで」（C氏）

⑶ 【腫瘍が大きくならないために嫌でも飲み続ける抗がん剤】

【腫瘍が大きくならないために嫌でも飲み続ける抗がん剤】は，高額な抗がん剤の費用負担や副作用から，本当は飲みたくないと思っているが，腫瘍がこれ以上大きくならないように，副作用に対処しながら覚悟をして飲み続ける抗がん剤への思いを示す。

このカテゴリーは，《飲みたくない抗がん剤》《腫瘍が大きくならないために抗がん剤を飲み続ける覚悟》《工夫すれば何とかいつもどおりの生活ができる抗がん剤の副作用》の3つのサブカテゴリーから構成された。

患者は，高額な抗がん剤の費用負担や副作用，抗がん剤への抵抗感から，本当は抗がん剤を飲みたくないと感じている。

「不安なこともう1個思い出しました。飲んでると精子が減っ

て子どもができんくなるって」（F氏）

しかし放射線化学療法を受けても，腫瘍は消滅せず，患者は残っている腫瘍がこれ以上大きくならないように，退院後も抗がん剤を飲み続ける覚悟をしている。

「自分としては（抗がん剤）飲んで腫瘍が大きくならなければいいなとそうです」（H氏）

また抗がん剤の内服で，食欲不振や便秘，倦怠感などの副作用を感じるが，食事などを工夫することで，何とか普段どおり生活ができている。

「最初は食欲もなくて，いまはもうないですけどね。麺類とか，すーっと入っていくようなものは，ご飯とかパンとかそんなんよりかは，すーっと入りよかったです」（F氏）

⑷ 【取りきれない腫瘍との折り合い】

【取りきれない腫瘍との折り合い】は，手術や放射線化学療法を受けても残っている腫瘍と一生付き合っていく覚悟と，あらゆる手段を使って何としてでも腫瘍を取りたいという願いの，両方の気持ちが共存している状態を示す。このカテゴリーは，《残っている腫瘍と一生付き合っていく覚悟》《何としてでも取りたい残っている腫瘍》の2つのサブカテゴリーから構成された。

患者は自分の病気が完治しないことを察しており，腫瘍と一生向き合っていく心構えをしている。

「いやもう，一生付き合っていかないかんのやろうなと」（F氏）

一方で患者は取りきれない腫瘍に対して，新しい治療法ができることを期待し，もう一度手術を受けても取れるものなら取りたいと思っている。

「もう結構あの手術も痛かったですけど，またあの痛みをしてもし取れるんだったら取りたいですね。いつそれが大きくなるかわからんですから。できることなら取りたいです」（F氏）

b．〔脳腫瘍特有の身体的実感〕の体験

この体験には，【まさか自分がなるとは思わない脳腫瘍】【思うように身体を動かせないベッド上の安静】【放射線治療の部分だけ脱毛するのは病気の証】【後遺症のために以前の自分には戻れない現実】の4つのカテゴリーが含まれている。

⑴ 【まさか自分がなるとは思わない脳腫瘍】

【まさか自分がなるとは思わない脳腫瘍】は，患者が脳腫瘍と診断され，信じられないと思いながらも，病気の重大さを感じ，命にかかわる怖い病気だと認識することを示す。このカテゴリーは，《脳腫瘍にはつながらない多様な初発症状》《命を脅かす怖い病気》《考えたこともなかった脳腫瘍》の3つのサブカテゴリーから構成された。

患者は脳腫瘍の症状をほとんど知らず，頭痛や痙攣などが起こっても，まずは脳梗塞などの身近な病気を疑い，脳腫瘍にはつながらなかった。

「まずね，会社でいたときに残業してての急に倒れたんですよ。意識がなくなって。（中略）かみさんはもう脳の血管が詰まってもういかんと思ったらしい。脳梗塞や思うたらしい」（G氏）

また患者は，かかりつけ医から大きな病院に紹介され，脳腫瘍と診断されたことで，自分の病気の重さを感じ，自分が死ぬのではないかと感じている。

「へたしたら死ぬかもしれないじゃないですか。まあ治ってもね，治ったとしても後遺症が残るとか，いうことかな」（G氏）

患者は，これまで自分の健康について関心をもっていたが，想定外の脳腫瘍と診断され，信じられないという気持ちをもつ。

「僕も，どっちかっていうと，あんまり風邪とかもひかん，健康なほうだったんで。まさか自分がそんな病気になるとは思わん」（F氏）

⑵ 【術後思うように身体を動かせないベッド上の安静】

【術後思うように身体を動かせないベッド上の安静】は，術後これまで体験したことのない頭痛を感じながら，手術侵襲や麻酔の影響，合併症の回避のために，ベッド上安静を強いられることを示す。このカテゴリーは，《動きたいのに動けないベッド上安静へのもどかしさ》《これまで体験したことのない頭の痛み》《何もできないほどの術後のしんどさ》の3つのサブカテゴリーから構成された。

患者は自分では動きたいと思うが，術後合併症の回避のために，ベッド上での安静を余儀なくされ，自分の身体が思うようにならないイライラする気持ちをもつ。

「動きたいのに動いたらだめという状況ですんで。自分では歩きたいなという気持ちはそうなっとるんですが，現実は歩いたらだめ，今日はここまでと全部厳しく決められとって」（E氏）

また患者は，開頭術によって，頭の傷の痛みだけでなく，頭蓋内圧亢進による頭の痛みも感じる。

「頭の痛みが結構ありましたね，2・3日は。傷なんかな，頭なんかな。どっちなんでしょうね。ずきずきした痛みが結構あったんですけど」（F氏）

さらに患者は，長時間に及ぶ手術の侵襲や麻酔の影響などのために，術後に何もできないほどの身体のしんどさがあり，食事も全く受け付けず，無気力な状態となっている。

「何か個室にいたとき，全然食べられなかったし，もう無気力でぐったり」（I氏）

⑶ 【放射線治療の部分だけ脱毛するのは病気の証】

【放射線治療の部分だけ脱毛するのは病気の証】は，頭部の放射線治療のために，照射部位だけの脱毛が起こり，

周囲の人に「頭の病気」だとわかってしまうことに抵抗を感じることを示す。このカテゴリーは，《放射線治療で起こるのは脱毛だけ》《部分脱毛で人に病気がわかるのを気にする》の2つのサブカテゴリーから構成された。

放射線治療の副作用には，食欲低下や倦怠感などがあるが，患者は副作用として脱毛をいちばんに自覚しており，食欲低下や倦怠感はあまり感じていない。

「毎日放射線受けて，しんどいとかはなかったです。元気にやらしてもらいました。しんどいとかはなかったです」（H氏）

しかし照射部分だけの脱毛が起こり，患者は一部分だけ髪の毛がないことで周囲の人に自分が脳の病気とわかってしまうと感じる。

「痛みとかそういうのはなかったですけど，大事な髪，あの病気の証になるんでね」（E氏）

⑷ 【後遺症のために以前の自分には戻れない現実】

【後遺症のために以前の自分には戻れない現実】は，麻痺や痙攣といった後遺症のために，以前はできていたことができなくなり，また今後どんな後遺症が起こるかわからない不安を感じながら，自分自身の変化に戸惑い，もとの自分には戻れないと実感することを示す。このカテゴリーは，《後遺症のために制限される生活》《何が出てくるかわからない後遺症》《病気になる前の自分には戻れない》の3つのサブカテゴリーから構成された。

患者は，麻痺や痙攣などのために，家事や仕事が以前のようにできなくなり，生活を大きく制限される。

「あと，すごく記憶力が下がってるのが生活にときどき支障が出るぐらい，自分でもわかるぐらいは下がってるけど」（A氏）

また患者は，脳の手術を受けたことで何か後遺症が起きてくるのではないかという不安を感じ，身体の不調をすべて手術に結び付けてしまう傾向がある。

「それ（記憶の低下，手の振戦）が手術のせいかどうかはまでは，ちょっと自分でも断定はできないです」（A氏）

さらに患者は，以前はできていたことが思うようにできなくなったことで，病気になる前の自分には戻れないと感じている。

「前の自分とは，完全には戻れないって思ってるんです。せつないですけどね。はい」（D氏）

c．〔周囲の人との関係性〕の体験

この体験は，【支えられるだけではない周囲の人との関係性】の1つのカテゴリーである。

⑴ 【支えられるだけはない周囲の人との関係性】

【支えられるだけではない周囲の人との関係性】は，脳腫瘍になり，医療者や家族・友人に支えられる一方で，病気になっても頼れない，脳腫瘍であることを隠したいなどの気持ちから家族・友人から距離をとるという，病気になってからの周囲の人との関係性を示す。このカテゴリーは，《信頼している医療者にすべて任せることへの安心感》《家族や友人とのかかわり方を見直す》の2つのサブカテゴリーから構成された。

患者は，医療者の支えに感謝し，医療者を信頼し，治療について任せることで安心感を得ている。

「最初先生から教えていただいたとおりで，いまは安心して治療受けさせていただいています」（J氏）

しかし，家族や友人が支えになる一方で，脳腫瘍であることを隠したい，人には頼れないという気持ちもあり，患者は周囲の人とのかかわり方を見直している。

「病気のことは家族しか，知らない。友達には言うてない」（F氏）

Ⅴ．考　察

開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫を有する患者の病気体験のプロセスについて，〔治療への選択肢がないなかでの意思決定〕〔脳腫瘍特有の身体的実感〕〔周囲の人との関係性〕の3つの体験に分けて考察し，看護実践への示唆について述べる。

以下，開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫を有する患者を“本患者”と表記する。

A．〔治療への選択肢がないなかでの意思決定〕

1．手術の意思決定

悪性神経膠腫の治療は，手術，放射線化学療法が主体であり，組織診断の目的も含めて，手術が第一選択である。本患者は医師から手術の説明を受け，《イメージできない頭を開ける手術への怖さ》感じながら，《手術だけしか治療する方法がないためやむなくした決意》として，手術の意思決定をしている。他のがん患者と比較すると，若崎・掛橋・谷口は，乳がん患者の術前の心理状況として，手術内容と術後の見通しに対する心の準備のあやふやさをあげているが，同時に乳房への未練や愛着もあると述べている(2006)。本患者も手術に対して十分な心の準備ができておらず，手術に不安や恐怖を感じているという点では乳がん患者と同様であると考える。しかし乳がん患者が乳房への未練や愛着を感じており，術後の身体の変化を具体的に理解しているのに対して，本患者は頭を開けるという手術自体が具体的にイメージできていない。脳は直接見ることも触れることもできず，本患者は手術のイメージがもちにくいと考えられる。このため本患者は，手術や術後の状態をイメージができないまま，他には治療法がないため，【イメージできない“脳”を触る手術】の意思決定をしていると考えられる。

2．悪性神経膠腫の病名告知と放射線化学療法の意思決定

本患者は，術前に医師より悪性腫瘍であれば手術では取りきれない可能性も説明されているが，腫瘍が全摘出されることを期待して手術を受けている。そのため術後に，自分が悪性神経膠腫であることや腫瘍が取りきれなかったことを知らされ，《手術では取りきれない腫瘍への憤り》という強い感情を抱いている。下舞・山口・小田は，告知を受けたがん患者の心理的変化には，『衝撃』『不確かさ』『期待』『失望』『安らぎ』『悟り』『諦め』があると述べている（2011）。しかし本患者の抱く『憤り』という感情は，下舞らの述べる告知後の心理的変化にはあてはまらない。これは，本患者にとって，開頭術に対する不安や恐怖が強く，そのぶん手術に大きく期待していたために生じている感情であると推察され，特徴的な心理であると考える。

しかし，本患者は残存している腫瘍の増殖を防ぐために，放射線化学療法を受けるしかなく，【取りきれない腫瘍へ完治の望みをつなげる放射線化学療法】へと気持ちを切り替えざるをえない。このため本患者は，自分の病気や放射線化学療法に対して十分な理解や受け入れができていない状態で，放射線化学療法の意思決定をし，治療を開始していると考えられる。

3．退院後の化学療法への意思決定

本患者は，放射線化学療法を完遂した後に退院し，維持療法として化学療法を継続する。本患者は，抗がん剤の費用負担や副作用から，《飲みたくない抗がん剤》と感じているが，腫瘍の再発への不安から，《腫瘍が大きくならないために抗がん剤を飲み続ける覚悟》をしている。他のがん患者と比較すると，瀬山・吉田・田邉・神田は，化学療法を継続する進行消化器がん患者の治療に対する意思決定要因として，『自分の力だけでは変えられない境遇』があり，この要因には，選択肢のない状況を生きている現実，望ましい治療効果がないという医学の限界が含まれると述べている（2006）。本患者も同様に，悪性神経膠腫の罹患という自分で力では変えられない境遇におかれ，再発への不安から化学療法を継続するしかなく，選択肢のない状況を生きていると考えられる。本患者は，抗がん剤への抵抗感と再発への不安のなかで，【腫瘍が大きくならないために嫌でも飲み続ける抗がん剤】を継続している。

4．意思決定の最終段階として腫瘍との折り合い

本患者は，選択肢がない状況で治療の意思決定をし，取りきれない腫瘍と付き合っていくなかで，腫瘍との折り合いに至る。本患者は，病気と一生付き合っていく覚悟と何としても腫瘍を取りたいという願いとの間で，【取りきれない腫瘍との折り合い】をつけている。片山・小笠原（2008）は，がんとともに生きる患者の経験として，「がんとの折り合い」があげられており，がんとともに生きなければならない現実に対する適応スタイルの一つであると述べている。本患者も，同様に病気と一生付き合っていく覚悟と，何としても腫瘍を取りたいという願いの2つの相反する思いの間で折り合いをつけ，治療と向き合っていると考えられる。

B.〔脳腫瘍特有の身体的実感〕

1．脳腫瘍の発症時の体験

発症時の体験として，本患者は【まさか自分がなるとは思わない脳腫瘍】と感じており，頭痛や痙攣などの症状が起こっても脳腫瘍とは思わなかった。最新がん統計（国立がんセンター，2016）では，がん罹患全国推計値は851,537人（2011年）である。一方，日本における原発性脳腫瘍の登録数は年間約4,000人であり（日本脳神経外科学会，2009），がん患者のなかで脳腫瘍の患者は非常に少ない。このため本患者にとって，脳腫瘍は考えたこともない想定外の病気であったと考えられる。

2．開頭術後の体験

開頭術後では，脳出血や痙攣，脳浮腫などの合併症予防のために，集中治療室での全身管理が行われ，ベッド上安静が必要となる（藤島・松田，2015）。このため本患者は，《動きたいのに動けないベッド上安静へのもどかしさ》を感じている。また術後の疼痛に関しては，《これまで体験したことのない頭の痛み》と感じており，創部の疼痛だけでなく，脳浮腫に伴う頭蓋内圧亢進による頭痛も感じていると考えられる。このような創部痛だけではない頭の痛みも伴う状態で，ベッド上安静を強いられることは，本患者にとって非常に苦痛の強い体験であったと考えられる。

3．放射線化学療法での体験

頭部への放射線治療では，有害事象として照射部位のみに脱毛が生じ，50Gy以上の照射では永久脱毛となる可能性がある（藤本，2011）。朝倉らは，放射線療法を受ける脳腫瘍患者は，まだら脱毛に対して「ボディイメージの変化への抵抗」を感じ，以前の自分を失った喪失感，まだら脱毛である自分を見られたくない拒絶感や羞恥心をもつと述べている（2005）。本患者も同様に，《部分脱毛で人に病気が分かるのを気にする》行動をとっており，人に自分が脳の病気とわかってしまうことに大きな抵抗を感じている。本患者は，照射部位だけの脱毛によってボディイメージの変化を余儀なくされ，以前の自分との変化を実感していると考えられる。このため本患者は，【放射線治療の部分だけ脱毛するのは病気の証】ととらえている。

4．後遺症をもちながら生活する退院後の体験

本患者は，麻痺や記憶力の低下，痙攣などの症状から，退院後の生活を大きく制限され，家事や育児が以前のようにできない，仕事を辞めざるを得なかった等の体験をしている。また2013年の道路交通法の改正により，一定の病気等に係る運転者対策として，診断した医師の届け出制度や運転免許の暫定的な停止制度が定められた（警察庁，2013）。一定の病気にはてんかんが含まれ，痙攣がある患者や抗痙攣剤を内服している患者も対象となっている。このように，本患者はさまざまな要因によって退院後の生活に制限を受けている。

また本患者は，脳の手術によって，今後どんな後遺症が出るかわからないと考えており，《何が出てくるかわからない後遺症》への不安を感じている。このため本患者は，身体の不調をすべて脳の手術と結び付けてしまう傾向があり，些細な症状にも後遺症の不安を感じている。

このような体験をするなかで，本患者は自分が病気になる前とは変わってしまったと実感し，【後遺症のために以前の自分には戻れない現実】に直面している。先行研究（神間ら，2008）から，悪性脳腫瘍患者は，自分たる所以である脳を腫瘍に侵され，日々積み重なる脳機能障害に自分らしさが失われていく脅威を知覚し，自分らしさの拠り所や証を失い，自分自身でなくなった感覚を体験するとされている。本患者も，自分自身が病気によって変わってしまったことを実感し，以前の自分には戻れない現実に直面していると考えられる。

C.〔周囲の人との関係性〕

本患者にとって，家族や友人が治療の支えとなっている。一方で本患者は，《家族や友人とのかかわり方を見直す》行動をとっており，周囲の人と距離をとった患者もいた。田中・田中（2012）は，初めて化学療法を受ける就労がん患者には，自分のつらさを理解してくれない他者との関係性があり，そのため『他者に病気を隠す』という対処をすると述べている。本患者も同様に，病気による苦痛や困難を周囲に理解されないと感じている可能性がある。また本患者は，自分が病気になる前とは変わってしまったことに喪失感を感じており，周囲に自分が脳の病気だとわかってしまうことに抵抗も感じている。このため，本患者は家族などからは支えられているが，友人や知人などには病気を隠し距離をとるという行動をとっていると考えられる。

D．看護実践への示唆

本患者は，開頭術の具体的なイメージがもてないまま手術の意思決定をし，術後には想像していた以上の苦痛を体験している。このため手術や術後合併症について，患者がより具体的に理解し対処できるような教育支援が必要であると考える。しかし，在院日数の短縮化に伴い，入院から治療開始までの期間が短く，患者への教育支援が十分に行えない現状がある。現在，多くの施設で入退院に関する専門部署が設置され，入院前から患者の身体的・社会的・精神的側面をとらえ，多職種で連携し退院後を見据えた支援を行うシステムが導入されている（畠山・川口，2015）。このようなシステムを導入することで，入院前より患者の情報収集やアセスメントを行い，支援を開始することが可能となる。また入院前患者教育を行い，手術や術後の経過，術後合併症について患者の理解を促し，入院後の患者教育につなげることもできると考える。

次に，本患者は治療過程のなかで常に他には治療の選択肢がない状況におかれ，他には選択肢がないことが治療の意思決定につながっている。このため，患者は自分で治療を決定したという実感をもちにくく，治療への意欲低下やセルフケア不足などにつながる可能性も考えられる。竹之内（2015）は，がん患者の意思決定支援の3つのステップとして，①情報の共有，②思いの傾聴，③最善策の検討をあげている。本患者が治療法の選択肢がないなかで，意思決定し主体的に治療に向き合うには，竹ノ内の述べるようにまず十分な情報提供と共有が必要である。次に看護師は患者が自分の考えや思いを表出できるように支援し，思いを傾聴していかなければならない。竹之内の意思決定の3つのステップでは，最終段階は最善策の検討になる。本患者では，他に治療法を選択できないが，これまでの情報提供や思いの傾聴などの支援の過程で，医療者との信頼関係を築き，その治療が最善であると患者が納得することで，治療への意思決定につながると考える。

最後に，本患者は麻痺や痙攣などの症状のために，退院後の日常生活を大きく制限されている。また悪性神経膠腫は再発率が高く，本患者は常に再発への不安を持ち続けている。このように本患者の在宅療養には多くの支援が必要であり，在宅療養支援や社会資源の整備についてはさらなる検討が必要である。がん対策推進基本計画では，『がんと診断された時からの緩和ケアの推進』があげられており，身体的・心理社会的問題に直面している患者や家族に対して，『早期からの多職種からなる緩和ケアチームによる全人的なケアの必要性』が求められている（厚生労働省，2012）。本患者に対しても，入院前から退院後まで継続してかかわり，患者の療養生活を支援できるようなシステムづくりが必要である。

Ⅵ．まとめ

コアカテゴリーとして『頭の中に居座り続ける腫瘍消滅

への一縷の望み』が抽出された。選択肢のないなかで治療の意思決定を行い，病気のために以前の自分には戻れない現実に直面しながらも，周囲の人との関係性のなかで，取りきれない腫瘍を何としてでも取り除きたいと願い，わずかでも望みを持ち続けている体験が明らかとなった。

Ⅶ．本研究の限界と今後の課題

本研究は，10事例を対象としており，開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫を有する患者すべてに共通する結果ではなく，一般化には不十分である。

謝　辞

本研究に，ご協力いただきました研究対象者の皆さまと病院関係者の皆さまに，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：悪性神経膠腫を有する患者の発症から開頭術，放射線化学療法，退院後の化学療法へと続く治療過程での病気体験のプロセスを明らかにする。

方法：開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫を有する患者10名を対象として，半構造化面接を行い，グラウンデッド・セオリー・アプローチで分析した。

結果：コアカテゴリー『頭の中に居座り続ける腫瘍消滅への一縷の望み』と，9個のカテゴリーが抽出された。他には選択肢のないなかで治療の意思決定を行い，放射線治療による照射部位だけの脱毛や後遺症のために以前の自分には戻れない現実など脳腫瘍特有の体験をしながら，周囲の人との関係性のなかで，取りきれない腫瘍を何としてでも取りたいとわずかでも望みを持ち続けているプロセスが明らかとなった。

考察：看護実践への示唆として，患者の意思決定支援，教育支援，入院前から退院後まで継続した支援を行うためのシステム整備の必要性が得られた。

Abstract

Objective: To clarify the disease process as experienced by malignant glioma patients during the treatment process from onset through to craniotomy, chemoradiotherapy, and outpatient chemotherapy following hospital discharge.

Method: Data from semi-structured interviews of 10 patients with malignant glioma who underwent postcraniotomy chemoradiotherapy were analyzed based on a grounded theory approach.

Results: The core category “Ray of hope that the lingering brain tumor would be eradicated”, and nine categories were identified. The disease experience included making decisions amidst a lack of treatment option, and physical experiences unique to brain tumors; contending with patchy alopecia in the irradiated areas and sequelae that prevented a return to their former selves, and relationships with others, the patients holding onto the ray of hope that the lingering tumor could somehow be removed.

Discussion: In the context of nursing care practice, our findings highlight the need to establish systems to support patient decision-making and education and to provide ongoing support from before admission to after discharge.

文　献

朝倉恵美，篠原裕子，桶　晶子，田丸典子，高田弘美，片瀬智子，土田麻奈美，小野塚恵，山内由美子（2005）．放射線療法を受ける脳腫瘍患者のまだら脱毛に対する心理的変化とその要因．日本看護学会論文集：成人看護Ⅱ，36，157-159.

Corbin, J. and Strauss, A.（2008/2012）．操　華子，盛岡　崇（訳），質的研究の基礎：グラウンデッド・セオリー開発の技法と手順（第3版）．東京：医学書院．

藤本美生（2011）．第Ⅱ章　各論：2節 放射線治療の看護 2．有害事象対策　A頭部ケア．井上俊彦，山下　孝，齋藤安子（編），がん放射線治療と看護の実践：部位別でわかりやすい！　最新治療と有害事象ケア．208-212，東京：金原出版．

藤島則子，松田好美（2015）．第4章　脳腫瘍患者の周手術期看護：2脳腫瘍（神経膠腫）で開頭術を受ける患者の看護．竹内登美子（編），講義から実践へ　高齢者と成人の周手術期看護4：脳神経疾患で手術を受ける患者の看護（第2版）．112-123，東京：医歯薬出版．

畠山真由美，川口幸子（2015）．事例を通して考えるPFMにおける看護の役割．看護実践の科学，40(6)，6-16.

本郷一博（2014）．第6章　脳腫瘍：E神経上皮性腫瘍（神経膠腫）．児玉南海雄・佐々木富雄（監修），標準脳神経外科学（第13版）．184-193，東京：医学書院．

神間洋子，佐藤禮子，桑原麻理子（2008）．脳機能障害をもつ原発性悪性脳腫瘍患者の苦悩．日本がん看護学会誌，22(1)，77-85.

片山美子，小笠原明彦（2008）．がん患者の入院治療経験によるこころの苦痛と看護介入に関する仮説．日本看護科学会誌，28(3)，52-58.

警察庁（2013）．道路交通法等の改正．https://www.npa.go.jp/bureau/traffic/law/index.html（検索日2017年 3 月25日）

国立がん研究センター（2016）．最新がん統計．https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html（検索日2017年 3 月25日）

厚生労働省（2012）．がん対策推進基本計画．http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/gan_keikaku.html（検索日2017年 3 月25日）

永根基雄（2016）．11章　脳腫瘍：4 脳腫瘍各論：1 星細胞系腫瘍．大田富雄（総編集），脳神経外科学（改訂12版）．1463-1530，京都：金芳堂．

日本脳神経外科学会（2009）．REPORT OF BRAIN TUMOR REGISTRY OF JAPAN（1984-2000）12th Edition. *Neurologia medico-chirurgica*, 49（Supplement）, S1-S96. https://www.jstage.jst.go.jp/browse/nmc/49/Supplement/_contents（検索日2017年 3 月25日）

佐藤由紀子，山﨑智子，内堀真弓，大木正隆，本田彰子（2011）．神経膠腫の外科的治療後に高次脳機能障害を有した患者の生活の再編成．日本がん看護学会誌，25(1)，5-13.

瀬山留加，吉田久美子，田邉美佐子，神田清子（2006）．化学療法を継続する進行消化器がん患者の治療に対する意思決定要因：化学療法を継続しながらも転移や増悪をきたした患者．群馬保健学紀要，27，43-53.

下舞紀美代，山口哲朗，小田正枝（2011）．がん患者の病名告知から終焉までの心理的変化とその要因．日本がん看護学会誌，25(3)，30-38.

竹之内沙弥香（2015）．がん患者への意思決定支援の質を高める：診断時から終末期までの「意思決定支援」と「アドバンス・ケア・プランニング」．看護管理，25(2)，125-133.

田中登美，田中京子（2012）．初めて化学療法を受ける就労がん患者の役割遂行上の困難と対処．日本がん看護学会誌，26(2)，62-73.

若崎淳子，掛橋千賀子，谷口敏代（2006）．周手術期にある乳がん患者の心理的状況：初発乳がん患者により語られた内容の分析から．日本クリティカルケア看護学会誌，2(2)，62-74.

［平成29年 5 月27日受　　付
平成30年 3 月12日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180312008

－研究報告－

化学療法により生存期間が延長できた進行がん患者の配偶者の死別前後の体験の分析

Before-and-After Analysis of the Experience of the Spouses of Patients with Advanced Cancer Whose Lives Have Been Extended Due to Chemotherapy

久　松　美佐子[1)]　堤　由美子[1)]　福　崎　伊豆美[2)]
Misako Hisamatsu　Yumiko Tsutsumi　Izumi Fukuzaki

キーワード：がん化学療法，配偶者，悲嘆，体験
Key Words：cancer chemotherapy, spouse, grief, experience

はじめに

近年のがん治療薬の開発は目覚ましく，根治が望めない患者でも化学療法の実施により生存年数が大きく延長されるようになってきている。このような患者の家族は，患者の死は免れないと知らされた後も，治療効果を期待しつつ，長期に闘病することになる。その闘病期間において，患者家族は治療手段や効果がなくなり死が訪れることに脅える一方で，死を否定するために必死に治療に取り組むことが推測される。

実際，進行がんで化学療法中の患者の家族を対象とした研究では，不確実性や将来に関する恐怖や（Borneman, et al., 2003），在宅療養移行への負担感（大垰・安部・萩野，2012），受け入れがたい現実を認識することで生じる苦しみをもつことが報告されている（瀬山・武居・神田，2013）。その一方，化学療法の不安とよさを実感しながら，長く生きてほしいと思ったり（竹内・藤野，2012），限られた命を少しでもつなぎ止めたいという望みをもっていることも示されている（本間・鳴井・中村，2006）。しかし，これらの報告は，家族の体験の一側面のみに焦点を当てて調査しており，根治が望めないとされるなかで，家族がどのような思いを抱きながら治療に取り組んでいるのかについて全般的な体験は明らかにしていない。

そして，治療効果により，知らされていた余命期間よりも生存期間を延長できた場合には，なお一層患者家族の治療効果への期待は高まり，副作用に苦しみながらも，ひたすら生きることに傾倒した闘病生活を送ることになると考えられる。そのため，ついに治療手段がなくなり，死が身近な事態になるまで，家族は十分な予期悲嘆を体験することなく経過し，死別の衝撃が強いことが推測される。さらに，大切な人との死別体験はその後の生活や精神的健康に大きな影響をもたらす（坂口ら，1999）とされることから，治療効果に期待し生きることのみに傾倒した介護体験は，死別や死別後の生活へより一層大きな影響をもたらすと考えられる。

遺族の体験に焦点を当てた研究では，親喪失者に比べ配偶者喪失者のほうが大きな心残りを感じる割合が高く（坂口・池永・田村・恒藤，2008），心残りは死別後の罪責感や自己非難を強めることや（Weinberg, 1995），生きる意味・生活の張りの喪失を体験するなかで（宮林，2016），実在しなくなった対象との夫婦としての存在の仕方を再構築できるようになること（Stroebe, 1993；小林，2005）などが報告されている。しかし，化学療法により生存期間を延長できた進行がん患者の配偶者の場合，闘病中から死別後までの体験がどのようなものであるのかを経過としてとらえ示した報告は見当たらない。進行がんに対する治療効果が期待できるようになった今日，進行がん患者の家族の闘病体験と死別や死別後体験について，一連の現象としてとらえ，闘病中の体験が死別後の体験にどのように影響しているのか，そしてどのような支援が必要であるかを検討することは非常に重要であると考える。

A．研究目的

本研究は，化学療法により生存期間を延長できた進行がん患者の配偶者の闘病中から死別後の体験を調査し，その一連のプロセスを明らかにする。

B．用語の定義

本研究において，「体験」については，環境との相互作用を通して心身ともに変化し続けている存在（中木・谷

1）鹿児島大学医学部保健学科　School of Health Sciences Faculty of Medicine, Kagoshima University
2）鹿児島厚生連病院看護部　Nursing Department, Kagoshima Kouseiren Hospital

津，2011）における心理的側面の反応を通してとらえることにした。また「プロセス」は，ある現象に属する行為／相互行為が時間の経過とともに進行する連なりの様子（山本・萱間・太田・大川，2002）とされ，また行為／相互行為の要素となるものは個人の考えや感情，判断，行為，戦略的な対処，相互作用（戈木，2013）とされていることから，体験の一連のプロセスを，対象が自身のおかれた状況と相互作用しどのように心理的に反応しつつ変化しているか，時間的経過をもとにとらえた。

Ⅰ．研究方法

A．対　　象

余命半年以内と説明を受け，化学療法を受けていたがん患者の配偶者遺族で，死別後3年以上経過した人を対象にした。対象は，著者の死別前のがん患者配偶者の心理の調査の研究協力者（久松・丹羽，2011）であり，闘病時にかかわりをもった5名であった。調査時期を死別後3年以上とした理由は，悲嘆の作業は個人差が大きいものの2年前後から4年程度を要する（坂口，2010；宮林，2005）とされることから，悲嘆作業を経て安定した生活を送れるようになっていると推測されたためである。

B．期　　間

データ収集期間は，2012年4月～2013年12月であった。

C．データ収集方法

本研究では，半構造的面接法を用いた面接を1人につき2回行った。1回目の面接では，化学療法時期から調査時点までにどのようなことを感じ，考え，判断し，過ごしてきたか（行為／相互行為）について聴取し，2回目は1回目に収集データを分析して抽出したラベルを時間経過に沿って整理し研究参加者に示し，話した内容や思いの程度，時間的経過のとらえ方について確認・修正を行った。

面接の際，参加者から同意を得られた場合は，ICレコーダに録音した。面接中は，参加者の表情や姿勢，話し方や声のトーンなどから状況を察しながら，敬意をもって傾聴し共感的態度で臨んだ。面接中のメモは最小限にして会話に集中し，面接後に，参加者の表情の変化や動作など気づいたことをメモした。

D．データの分析方法

分析は，質的帰納的に行った。具体的な分析手順は，①逐語録を作成してそのデータを丹念に読み込み，1つの内容ごとにデータを切片化した。②切片化したデータをよく読み，データに即した意味を抽出しラベル名をつけた。③ラベル同士を見比べ類似するもの同士に分類し，共通する意味ごとにサブカテゴリ名をつけた。これらの作業中，何度もデータに戻り，分析がデータからそれていないか確認した。⑤参加者の体験のプロセスをとらえるために死別前と死別後の時間的経過に沿い，サブカテゴリ同士の関係を検討しながら状況，行為／相互行為，帰結に分類し，個別パラダイムを作成した。⑥全参加者の個別パラダイムのサブカテゴリの類似性を検討して統合パラダイムを作成し，カテゴリを抽出した。⑦カテゴリ同士を関連づけ，化学療法により生存期間が延長できた進行がん患者の配偶者の体験の流れを表すカテゴリ関連図を作成した。

E．解釈の信用性

カテゴリ開発にあたっては，2回目の面接時に，研究参加者にラベル名を提示し，語られた内容の解釈に飛躍はないか時間的経過のとらえ方が適切かを確認した。また，全過程を通して研究分担者2名とともに，ラベルやサブカテゴリ，カテゴリの表現が，発言の意味を反映した適切な表現となっているかを，データをもとに検討した。

F．倫理的配慮

本研究は，鹿児島純心女子大学研究倫理委員会の承認（承認日：2012年2月4日：個別の承認番号なし）を得たうえで，参加者の自由意志の尊重やプライバシーの保護，データの取り扱い等について文書と口頭で説明し，同意が得られた場合には同意書へ署名を得た。面接はプライバシーの保たれる個室を利用した。また，面接実施中や終了後は研究参加者の精神状態や気分不良の有無を把握し，問題が生じた場合は直ちに中止するとともに，その後も連絡をとり対応できる体制をとった。

Ⅱ．結　　果

A．研究参加者の概要

研究への協力が得られたのは5名であった。その内訳は，男性が3名，女性が2名であった。化学療法の効果がなければ余命数か月（3～6か月）と伝えられてから死別までの期間は1年6か月から3年9か月，化学療法を中止したと認識してから死別までの期間は0日（治療中と認識）から8週間，死別から面接までの期間は3年6か月から5年3か月であった。1回の面接時間は，40分から75分であった。研究参加者1名は，身体的理由で面接を行うことがむずかしくなったため，2回目は電話で聴き取りを行った（**表1**）。

表1　研究参加者の概要

ID	年齢	続柄	余命を伝えられてから死別までの期間	化学療法中止と認識してから死別までの期間	死別後から面接までの期間
A	70代	夫	1年6か月	2週間	4年3か月
B	70代	妻	1年9か月	2週間	4年2か月
C	70代	妻	1年11か月	8週間	4年4か月
D	60代	夫	3年9か月	3週間	3年6か月
E	60代	夫	2年0か月	0日（治療中と認識）	5年3か月

B．化学療法により生存期間が延長できた進行がん患者の配偶者の死別前後の体験

個別パラダイムを統合した結果（表2），配偶者の体験として，死別前が5，死別後が10，計15のカテゴリが抽出された（表3）。以下，カテゴリを【　】，サブカテゴリを《　》，会話例を「　」，研究参加者IDを（　）で表す。

1．ストーリーライン

配偶者は，化学療法により患者の生存期間が延長すると【現状維持の期待の膨らみ】をもつようになっていた。しかし，副作用の増強や治療効果の薄れにより【医療への信頼のゆらぎ】が出現した際，【諦められないながらもよき余生への支援】をする配偶者と【生き続けられることへ傾倒】する配偶者がいた。その後，いよいよ死別が近づいた際，全員が【あっけない結末への気持ちの追いつけなさ】を体験していた。死別後の体験として，【諦められないながらもよき余生への支援】した配偶者は【空虚感のなかでの患者へのねぎらい】を行い，【死別後の対応による悲しむ余裕のなさ】がひと段落すると【ひとりの悲しみの殻にこもる】体験をしていた。そして【伴侶としての役目を果たしてきた自負】を意識し【人生のあり方を自問し段階的な生活の立て直し】を行うことで，故人を【傍にいてくれる存在として据え直し】【ひとりでも生きていく努力】を行っていた。一方，【生き続けられることへ傾倒】した配偶者の死別後は，【飲み込めない死の現実】の動揺がみられ，【死別後の対応による悲しむ余裕のなさ】のあと【生きていたころへの固執】を体験していた。その後，【伴侶としての役目を果たしてきた自負】を支えに【平然とした日常の装い】を行っていた。

2．死別前の体験

a．【現状維持の期待の膨らみ】（A，B，C，D，E）

このカテゴリは，化学療法により生存期間が延長し《余命とされた期日を過ぎても元気でいることへの安堵》と《治療・ケアしてもらえている安心感》をもち，1～3年にわたり繰り返し行われた化学療法を《これまで何度も乗り越えてきたように乗り越えていける期待》となって，一層治療効果への期待が高まることを表す。

「最初半年って言われて，そのときは，その半年，毎日ビクビクしていました。あ，あと5か月，あと4か月ってね。でも，その後もわりと普通の生活ができていたんで。あ，治らなくてもこのままがずっと続けばいいやって」（D）

b．【医療への信頼のゆらぎ】（A，B，C，D，E）

このカテゴリは，副作用の増強や治療効果の薄れにより《治療効果と患者の状態とのギャップ》がみられ介護負担が増え《先の見えない介護のストレス》も溜まるようになることを示す。また，《症状緩和重視への切り替え》が行われたり《疑問をもちながら治療の継続》するなかで，《説明や対応に対する医療者への不満》や《医療者へ予後を聞く気兼ね》により，これまで期待していた治療や医療者への信頼がゆらぐ状況を表す。

「副作用がひどくて抗がん剤を3か月休んで。その後，進んでいるからまた薬を変えてやりましょうってことになって。それからがまた大変で。もうもう，吐いたりね。検査結果は良好と書いてくださっているけれど，本人の状態を見たらね。明らかに悪い。だから，そのころからすっごく，もう，迷いとか苦しみとかでした」（B）

c．【諦められないながらもよき余生への支援】（B，C，D）

このカテゴリは，《死別することの割り切れなさ》ももちながらも《治療の限界を推測》し，《1日1日を大切に長く生きることの願望》をもって，よい時間が過ごせるよう《伴侶として最期まで尽くす覚悟》をする。そして，《患者の望む療養場所の選択》や《患者のやりたいことのサポート》をすることで，《伴侶として役立てている充実感》も感じることを表す。

「（治療の限界が）そろそろなのかな～って思ってからは，とにかく毎日を大事にしようって。少しでも長く抗がん剤が効いて少しでも長生きしてほしいって気持ちになりました」（B）

d．【生き続けられることへ傾倒】（A，E）

このカテゴリは，《死別の打ち消し》や《回復することだけを考える》ことを行い，《治療ができるよう全力を尽

表2　統合パラダイムNo. 1

	A氏パラダイム	B氏パラダイム	C氏パラダイム	D氏パラダイム	E氏パラダイム	カテゴリ
状況		余命とされた期日を過ぎても元気でいることへの安堵	余命とされた期日を過ぎても元気でいることへの安堵	余命とされた期日を過ぎても元気でいることへの安堵		現状維持の期待の膨らみ
		これまで何度も乗り越えてきたように乗り越えていける期待		これまで何度も乗り越えてきたように乗り越えていける期待	これまで何度も乗り越えてきたように乗り越えていける期待	
	治療・ケアしてもらえている安心感			治療・ケアしてもらえている安心感		
行為／相互行為		治療効果と患者の状態とのギャップ	治療効果と患者の状態とのギャップ		治療効果と患者の状態とのギャップ	医療への信頼のゆらぎ
	説明や対応に対する医療者への不満			説明や対応に対する医療者への不満	説明や対応に対する医療者への不満	
		医療者に予後を聞く気兼ね		医療者に予後を聞く気兼ね	医療者に予後を聞く気兼ね	
				先の見えない介護のストレス		
		疑問を持ちながらの治療の継続				
			症状緩和重視への切り替え			
		伴侶として最期まで尽くす覚悟	伴侶として最期まで尽くす覚悟	伴侶として最期まで尽くす覚悟		諦められないながらもよき余生への支援
		患者のやりたいことのサポート	患者のやりたいことのサポート	患者のやりたいことのサポート		
		死別することへの割り切れなさ	死別することへの割り切れなさ	死別することへの割り切れなさ		
		1日1日を大切に長く生きることの願望		1日1日を大切に長く生きることの願望		
		患者の望む療養場所の選択				
			治療の限界を推測	治療の限界を推測		
			伴侶として役立てている充実感			
	回復することだけを考える				回復することだけを考える	生き続けられることへ傾倒
	回復を願い無理にでも食べさせる				死別の打ち消し	
					治療ができるように全力を尽くす	
					代替療法の試み	
	気づかないうちの危篤の衝撃	気づかないうちの危篤の衝撃				あっけない結末への気持ちの追いつけなさ
		今日とは予測しなかった死への展開	今日とは予測しなかった死への展開	今日とは予測しなかった死への展開	今日とは予測しなかった死への展開	
		状況を理解できずに混乱	状況を理解できずに混乱	状況を理解できずに混乱		
				あっけなく死に向かうことの驚き	あっけなく死に向かうことの驚き	
		闘病をがんばった患者への感謝とねぎらい	闘病をがんばった患者への感謝とねぎらい	闘病をがんばった患者への感謝とねぎらい		空虚感のなかでの患者へのねぎらい
		あっけない死による空虚感		あっけない死による空虚感		
		苦しみのない臨終への安堵感		苦しみのない臨終への安堵感		
		治療で苦しめた申し訳なさ				
			患者が痛みから解放された安堵感	患者が痛みから解放された安堵感		
	何もできないほどの動揺				何もできないほどの動揺	飲み込めない死の現実
	断たれた回復の願いの無念さ				断たれた回復の願いの無念さ	
	対応の忙しさによる悲しむ時間のなさ	対応の忙しさによる悲しむ時間のなさ	対応の忙しさによる悲しむ時間のなさ	対応の忙しさによる悲しむ時間のなさ	対応の忙しさによる悲しむ時間のなさ	死別後の対応による悲しむ余裕のなさ
	疲労の蓄積による体調の崩し	疲労の蓄積による体調の崩し		疲労の蓄積による体調の崩し		
			忙しさによる気の紛れ			
					十分な別れもままならないほどのあわただしさ	

表2　統合パラダイムNo. 2

	A氏パラダイム	B氏パラダイム	C氏パラダイム	D氏パラダイム	E氏パラダイム	カテゴリ
行為／相互行為		しみじみと感じるひとりのわびしさ	しみじみと感じるひとりのわびしさ	しみじみと感じるひとりのわびしさ		ひとりの悲しみの殻にこもる
		故人とのつながりを求める	故人とのつながりを求める	故人とのつながりを求める		
		流れのまま悲しむ	流れのまま悲しむ	流れのまま悲しむ		
		外界との接触を避ける				
		励ましの受け入れ困難				
		治療で苦しめた後悔				
			周囲へ関心の狭まり	周囲へ関心の狭まり		
				必要最低限のことしかこなせない		
	故人への執着				故人への執着	生きていた頃への固執
	考えまいとする				考えまいとする	
	上手く事が運ばないことを実感				上手く事が運ばないことを実感	
	他者への羨望					
	病院の対応への不満					
					居てくれたらとばかり思う	
					治療への心残り	
	精いっぱい介護した自負			精いっぱい介護した自負	精いっぱい介護した自負	伴侶としての役目を果たしてきた自負
		患者の望むことをしてあげられた自負	患者の望むことをしてあげられた自負			
		しっかり供養してあげられた自負				
			最期まで看取ってあげられた安堵	最期まで看取ってあげられた安堵		
		人生このままでよいのか自問	人生このままでよいのか自問	人生このままでよいのか自問		人生のあり方を自問し段階的な生活の立て直し
		落ち込み続けることの周囲への気兼ね	落ち込み続けることの周囲への気兼ね			
		少しずつ周囲との付き合いの再開	少しずつ周囲との付き合いの再開			
		ひとりの生活への慣れと自信の回復	ひとりの生活への慣れと自信の回復	ひとりの生活への慣れと自信の回復		
			外へ向ける気持ちの奮い起こし	外へ向ける気持ちの奮い起こし		
				故人に捉われた行動の控え		
		心の中での話し相手としての存在	心の中での話し相手としての存在			傍にいてくれる存在として据え直し
		見守ってくれる安心感		見守ってくれる安心感		
		傍にいる感覚				
帰結		ひとりの老後の懸念	ひとりの老後の懸念	ひとりの老後の懸念		ひとりでも生きていく努力
		健康を保つ努力	健康を保つ努力	健康を保つ努力		
		今の生活でまあ良しとする	今の生活でまあ良しとする			
		楽しみややりがいの再獲得		楽しみややりがいの再獲得		
		他者との交流の中で世間の見方の広がり	他者との交流の中で世間の見方の広がり			
		自然の摂理として諦める				
	仕方のないと思うしかない				仕方のないと思うしかない	平然とした日常の装い
	たんたんと日々のことをする				たんたんと日々のことをする	
					仕事や趣味で気の紛らわし	
	生きる意味の見失い					
	子供に迷惑をかけないよう生きる					

表3　化学療法により生存期間が延長できた進行がん患者の配偶者の体験のカテゴリ

カテゴリ	サブカテゴリ
現状維持の期待の膨らみ	余命とされた期日を過ぎても元気でいることへの安堵 治療・ケアしてもらえている安心感 これまで何度も乗り越えてきたように乗り越えていける期待
医療への信頼のゆらぎ	治療効果と患者の状態とのギャップ／先の見えない介護のストレス 疑問をもちながら治療の継続／症状緩和重視への切り替え 説明や対応に対する医療者への不満／医療者に予後を聞く気兼ね
諦められないながらもよき余生への支援	治療の限界を推測／死別することへの割り切れなさ １日１日を大切に長く生きることの願望／伴侶として最期まで尽くす覚悟 患者の望む療養場所の選択／患者のやりたいことのサポート 伴侶として役立てている充実感
生き続けられることへ傾倒	死別の打ち消し／回復することだけを考える 治療ができるよう全力を尽くす／代替療法を試みる 回復を願い無理にでも食べさせる
あっけない結末への気持ちの追いつけなさ	気づかないうちの危篤の衝撃／今日とは予測していなかった死への展開 あっけなく死に向かうことの驚き／状況を理解できずに混乱
空虚感のなかでの患者へのねぎらい	あっけない死による空虚感／治療で苦しめた申し訳なさ 患者が痛みから解放された安堵感／苦しまなかった臨終の安堵感 闘病をがんばった患者への感謝とねぎらい
飲み込めない死の現実	何もできないほどの動揺／断たれた回復の願いの無念さ
死別対応による悲しむ余裕のなさ	十分な別れもままならないほどのあわただしさ／忙しさによる気の紛れ 対応の忙しさによる悲しむ時間のなさ／疲労の蓄積による体調の崩し
ひとりの悲しみの殻にこもる	しみじみと感じるひとりのわびしさ／介護の心残り 治療で苦しめた後悔／故人とのつながりを求める 周囲への関心の狭まり／励ましの受け入れ困難／外界との接触を避ける 最低限の事しかこなせない／流れに任せて悲しむ
生きていたころへの固執	うまく事が運ばないことを実感／他者への羨望 いてくれたらとばかり思う／故人への執着 病院の対応への不満／治療への心残り／考えまいとする
伴侶としての役目を果たしてきた自負	患者の望むことをしてあげられた自負／精いっぱい介護した自負 最期まで看取ってあげられた安堵／しっかり供養してきた自負
人生のあり方を自問し段階的な生活の立て直し	落ち込み続けることの周囲への気兼ね ／人生このままでよいのか自問 外に向ける気持ちの奮い起こし／少しずつ周囲との付き合いの再開 故人にとらわれた行動の控え／ひとりの生活への慣れと自信の回復
傍にいてくれる存在として据え直し	心のなかでの話し相手として再配置／傍にいる感覚 見守ってくれる安心感
ひとりでも生きていく努力	自然の摂理として諦める／いまの生活でまあよしとする ひとりの老後の懸念／健康を保つ努力 楽しみややりがいの再獲得／他者との交流のなかで世間の見方の広がり
平然とした日常の装い	仕方ないと思うしかない／仕事や趣味で気の紛らわし／生きる意味の見失い たんたんと日々のことをする／まわりに迷惑をかけないよう生きる

くす》ことや《代替療法を試みる》《回復を願い無理にでも食べさせる》など，ひたすら患者が生き続けられるよう介護することを表す。

「副作用はあったから心配だったけど，思わないもん，そんな悪くなっていく一方なんて。(抗がん剤) 治療してもらっているんだから，効いてくれるって，よくなるもんだって信じるしかなかったもんね」（E）

e．【あっけない結末への気持ちの追いつけなさ】（A，B，C，D，E）

このカテゴリは，長年乗り越えてきた闘病生活から一転して切迫した状況に直面し，《気づかないうちの危篤の衝撃》《今日とは予測していなかった死への展開》《あっけなく死に向かうことの驚き》を体験し，《状況を理解できずに混乱》することを表す。

「明日皆さんでいらしてくださいってことで，そんなにみんなで来ないといけないのかなって感じの様子だったんで。そしたら昼ぐらいにバタバタと看護師さんたちが入ってきて，いろいろつなぎ出して，先生も直ぐ来ますからって言われるもんだから，……それから30分ですよ。亡くなるまでが。そんなに簡単に逝くとは思いもしないから。だから何年も看病して，なんてあっけないって」（D）

3．死別後の体験

a．【空虚感のなかでの患者へのねぎらい】（B，C，D）

このカテゴリは，配偶者遺族が，患者を支え続けた生活が一気に幕を閉じ《あっけない死による空虚感》のなか

で，《苦しまなかった臨終の安堵感》や《患者が痛みから解放された安堵感》《治療で苦しめた申し訳なさ》を感じ，《闘病をがんばった患者への感謝とねぎらい》の思いが生じることを表す。

「ぽかっと空いて，なんかおかしかったですね。気分的にも。なんか，なんか，気が抜けたっていうか」（B）

「あ～，あっけないなって思って……それからこみ上げてきて，（患者は）よくがんばったなって言って顔や頭をさするのが精いっぱいでした」（D）

これは，死別前に【諦められないながらもよき余生への支援】をしていた配偶者遺族にみられた。

b．【飲み込めない死の現実】（A，E）

このカテゴリは，配偶者遺族が，あっけない死を飲み込めず《何もできないほどの動揺》をし，《断たれた回復への願いの無念さ》に打ちひしがれることを表す。

「あれ（長男）がいてくれてありがたかったです。なんでなんでって。もう自分は，とにかく信じられなくて。何も考えられんかったし，何にもできなかった」（A）

これは，死別前に【生き続けられることへ傾倒】し必死に治療できるよう取り組んできた配偶者遺族にみられた。

c．【死別後の対応による悲しむ余裕のなさ】（A，B，C，D，E）

このカテゴリは，儀式等への対応によって《十分な別れもままならないほどのあわただしさ》を感じ，《対応の忙しさによる悲しむ時間のなさ》のなかで《忙しさによる気の紛れ》も体験する。また，長期間の闘病の支えのストレスの後に死別後の忙しさが加わり《疲労の蓄積による体調の崩し》を起こしてしまうことを表す。

「そのときは，寂しいとかつらいとかってことは思っていられなかったですよ。何も思う暇もないっていうか。子どもたちやら，親戚やら来て，もう大変でしょう。病院から帰ってきて，葬式をして，もう……次々で」（A）

d．【ひとりの悲しみの殻にこもる】（B，C，D）

このカテゴリは，《しみじみと感じるひとりのわびしさ》が起こり，闘病時を思い出しては《介護の心残り》や《治療で苦しめた後悔》に苛まれながら，故人の好物をつくって供えるなど《故人とのつながりを求める》行動をとる。また，外界に対して気持ちが向かず《周囲への関心の狭まり》が起こり，《励ましの受け入れ困難》《外界との接触を避ける》状況になったり，《最低限のことしかこなせない》状態で《流れに任せて悲しむ》ことを表す。

「なんか，テレビ見てても泣いたりさ，涙がぼろぼろ出ていたり，ベッドで1人で寝ていればさ，なんかひとりになってしまったって思ってね」（C）

「（故人を）想う流れにのせて，もう無理しないと思っていたんです。気が済むまで悲しもうって」（B）

これは，死別前に【諦められないながらもよき余生への支援】をしてきた配偶者遺族にみられた。

e．【生きていたころへの固執】（A，E）

このカテゴリは，故人がいないことで《うまく事が運ばないことを実感》し，配偶者がいる《他者への羨望》をもち，《いてくれたらとばかり思う》ことや何度も墓に行くなど《故人への執着》した行動を繰り返えす。また，《治療への心残り》や《病院の対応への不満》が沸き起こり，故人や闘病時のことを《考えまいとする》ことを表す。

「もう考え出したら後悔ばかりよ。もうちょっと，どうにかいい治療をできなかったんだろうかって。でも，おらん人をいつまでも考えてもしょうがないからね。戻ってくるわけでもなし。想ってもしょうがないから，できるだけ想わんようにして」（E）

これは，死別前に【生き続けられることへ傾倒】した配偶者遺族にみられた。

f．【伴侶としての役目を果たしてきた自負】（A，B，C，D，E）

このカテゴリは，生前を思い返し《患者の望むことをしてあげられた自負》や《精いっぱい介護した自負》《最期まで看取ってあげられた安堵》をもったり，死別直後から現在まで《しっかり供養してきた自負》をもつことを表す。

「自分ができることはもう，最大限したって思って。これ以上のことはできなかったし，いま二度とできない，歳もとるし。家内のことではやれることはやったしよくがんばった」（E）

g．【人生のあり方を自問し段階的な生活の立て直し】（B，C，D）

このカテゴリは，いつまでも《落ち込み続けることの周囲への気兼ね》が生じ《人生このままでよいのか自問》し，《外に向ける気持ちの奮い起こし》をして《少しずつ周囲との付き合いの再開》をしたり《故人にとらわれた行動の控え》を行い，生活基盤を整えていくことで《ひとりの生活への慣れと自信の回復》が起こることを表す。

「1年忌を済ませた後で，私はこのままうつ状態でずっといくのか？って，自分で自分に確かめたのよ。このまま～っと（故人を）想ってうつ状態でいくのか，それとも，ちゃんとして自分の残り少ない人生を過ごすかって」（C）

これは，1～2年の間【ひとりの悲しみの殻にこもる】体験をした配偶者遺族にみられた。

h．【傍にいてくれる存在として据え直し】（B，C，D）

このカテゴリは，故人を《心のなかでの話し相手として再配置》し，《傍にいる感覚》や《見守ってくれている安心感》をもつことを表す。

「落ち込んで落ち込んでって時期が1年くらいあったけど，いまは，心も何とか落ち着いています。こう，近くにいて守っ

てくれる位置にいるって思えることで，気持ちが落ち着いています」（B）

これは，【ひとりの悲しみの殻にこもる】体験をした配偶者遺族にみられた。

ⅰ．**【ひとりでも生きていく努力】**（B，C，D）

このカテゴリは，死別を《自然の摂理として諦める》《いまの生活でまあよしとする》ように考えられるようになることを表す。また，今後の人生について《ひとりの老後の懸念》をもち《健康を保つ努力》を行ったり，《楽しみややりがいの再獲得》をし《他者との交流のなかで世間の見方の広がり》を実感する状態を表す。

「ひとりになってしまったことはもうどうしょうがないことですもんね。これからは自分のことも考えて。歳をとっても子どもたちに迷惑をかけないように，もうぽっくり逝きたいですね。だから，ま，楽しみももちつつ健康には気をつけるようにしています」（D）

これは，【ひとりの悲しみの殻にこもる】体験をした配偶者遺族にみられた。

ⅱ．**【平然とした日常の装い】**（A，E）

このカテゴリは，死別を《仕方ないと思うしかない》とし《仕事や趣味で気の紛らわし》を行ったり，《生きる意味の見失い》《たんたんと日々のことをする》や《まわりに迷惑をかけないように生きる》ことを行う状態を表す。

「想ってたってしょうがないんだから。たまに気晴らしをしたり。やらないといけないこと（家業）があるから，毎日，やらんといけないことをやって過ごすだけよ」（E）

「4年経つけど。ま，本当に，もう，死んでいい，いつ死んでいいって思うばっかり。もういい。もう私は。やるべきこと（供養・子育て等）はみんな済んだから。」（A）

これは，【生きていたころへの固執】をした配偶者遺族にみられた。

Ⅲ．考　察

配偶者の体験として，結果で述べた15カテゴリが明らかとなったが，これらのカテゴリを時間的経過に沿って整理すると，**図1**のようにとらえることができる。ここでは，**図1**をもとに化学療法により生存期間が延長できた進行がん患者の配偶者の体験の特徴に着目し考察する。

A．化学療法により生存期間が延長できた進行がん患者の配偶者の死別前後の体験の特徴について

1．死別前の体験の特徴について

化学療法により生存期間が延長できた患者の配偶者は，【現状維持の期待の膨らみ】をもち，【医療への信頼のゆらぎ】を体験しても，【諦められないながらもよき余生への支援】や【生き続けられることへの傾倒】を行っていた。近年，最期の過ごし方の意思決定としてAdvance Care Planningの重要性が取り上げられている（Wright, et al., 2008）。しかし，化学療法で生存期間が延長できた場合，治療にゆらぎが生まれたとしても，《死別することへの割り切れなさ》や《回復することだけを考える》というようになかなか諦められなかったり，生き続けることに傾倒したりという特徴がみられたことから，すぐに死別を覚悟し予期悲嘆を体験し死別の準備をすることは容易なことではないと考える。

そのなかでも今回，【医療への信頼のゆらぎ】が出現した際，配偶者によって【諦められないながらもよき余生への支援】をする者（B，C，D）と，【生き続けられることへ傾倒】する者（A，E）の2つの反応の仕方がみられた。【諦められないながらもよき余生への支援】をした配偶者（B，C，D）は，諦められないながらも治療の限界を推測し少しずつ失うことを意識するようになっており，このことが，残された日々を少しでも長くよい時間を過ごすことを支える介護へと変化をさせていた。佐野らは，成長感をストレスフルな体験による個人的な成長を本人の内面的な変容に基づいたポジティブな変化とし，がん患者家族の死別後の成長感にかかわる要因の1つとして「看取りの覚悟」をあげている（佐野ら，2014）。今回のように長期間の化学療法の効果による生存の期待が持続していた配偶者は，失うことを意識し出しても十分に看取りの覚悟ができたとはいいがたく，死別後の成長感に至るまでの過程にも影響を及ぼす可能性がある。

一方，【生き続けられることへ傾倒】した配偶者（A，E）は，医療への信頼がゆらぎ出しても，《死別の打ち消し》をし，ひたすら回復を願い事実との向き合いを避けようとする特徴がみられた。この心情には，治療により【現状維持の期待の膨らみ】が大きく，また乗り越えていけるという期待に加え，《説明や対応に対する医療者への不満》や《医療者に予後を聞く気兼ね》により状況を十分に理解できていない状態が認められた。そしていよいよ死別が近づいた際，【あっけない結末への気持ちの追いつけなさ】として《気づかないうちの危篤の衝撃》を受けたり《状況を理解できずに混乱》しており，とくにA氏とE氏はこの衝撃が強くみられた。緩和ケア病棟に入院していたがん患者の遺族において，75.7％が「死別への心の準備」があり89.4％が「死の受容」ができている（武富・田淵・藤田，2016）一方で，化学療法を受けている患者の家族は，疾患・治療を理解することの困難さを抱えていることが報告されている（二井谷・宮下・森山，2007）。今回の結果より，【生き続けられることへ傾倒】し続けたことが，患者の病状の理解や予後の見通しをさらに不確実なものにし

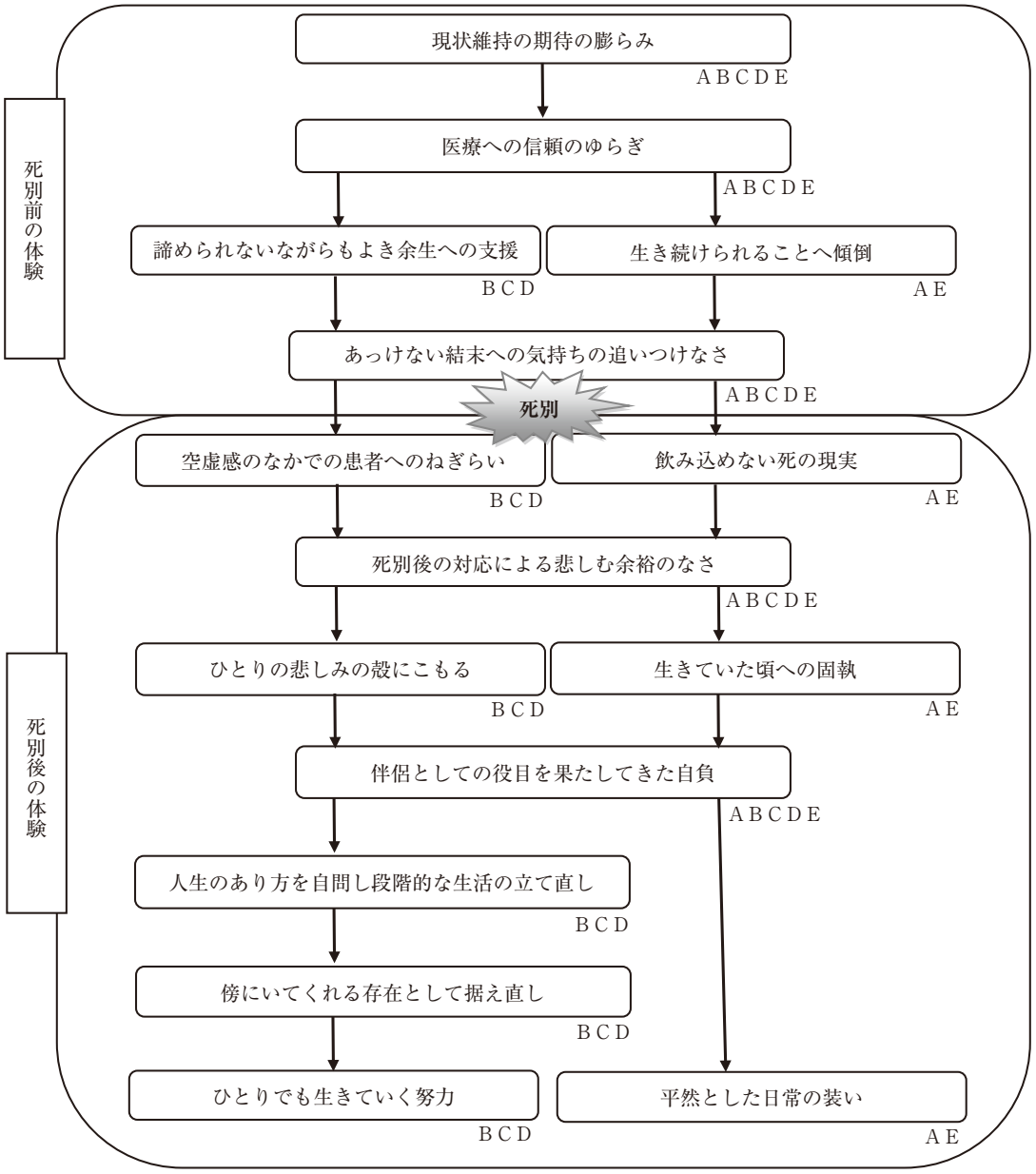


図１　化学療法により生存期間が延長できた進行がん患者の配偶者の体験の流れ

死別への心の準備や受容を先延ばしにすることとなったため，【あっけない結末への気持ちの追いつけなさ】として目前に死が迫った際や死別時の動揺の大きさにつながっていたことが考えられる。

２．死別後の体験の特徴について

死別後の体験もまた，化学療法で生存期間が延長したことによる特徴がいくつかみられた。まず，死別直後の配偶者遺族は，【空虚感のなかでの患者へのねぎらい】と【飲み込めない死の現実】の２つがみられた。これらは程度の違いはあるものの，どちらも亡くなってしまった空虚感や飲み込めなさという死別を受け止められない一面をもっていた。一般的にがん患者は，死亡数週間前までADLが維持される場合が多いため（Seow, et al., 2011），家族は患者の死期を予測することは困難であるが，今回のような配偶者は，何度も化学療法を乗り越え生存期間が延長できたことにより，死期を予測することに加え迫る死別を現実的にとらえることも困難な状態にあったため，実際の死の衝撃が大きいものになったと考えられる。

また今回，死別前に【諦められないながらもよき余生への支援】を行った配偶者遺族（Ｂ，Ｃ，Ｄ）と【生き続けられることへの傾倒】をした配偶者遺族（Ａ，Ｅ）によって，死別後の体験の反応に特徴がみられた。

まず，【諦められないながらもよき余生への支援】を行った配偶者遺族（Ｂ，Ｃ，Ｄ）は，【空虚感のなかでの患者へのねぎらい】を行い，【ひとりの悲しみの殻にこも

る】体験をしていた。そして【伴侶としての役目を果たしてきた自負】を意識し【人生のあり方を自問し段階的な生活の立て直し】を行うことで，故人を【傍にいてくれる存在として据え直し】【ひとりでも生きていく努力】を行っていた。【空虚感のなかでの患者へのねぎらい】や【ひとりの悲しみの殻にこもる】ようになったことは，死別前に治療の限界を推測し，諦められないながらも死を認識していたため，死別後も死別を事実とて認識し，ねぎらいの念が生まれたり悲しみに浸ることができていたと考える。しかし，【ひとりの悲しみの殻にこもる】体験が1～2年続き，自分の人生として生きる努力をし始めるまでに時間を要していた。これには，生存期間が延長し闘病を一緒にがんばった患者との一体感の強さや諦めきれない気持ちの持続，また長期間生活全般を占めていた介護が一気に断ち切られひとりきりになってしまった実感の強さなどの影響が考えられる。その後【ひとりの悲しみの殻にこもる】ことをした配偶者遺族は，故人を【傍にいてくれる存在として据え直し】を行って，【ひとりでも生きていく努力】をするようになっていた。喪の営みは直面化と再構成を含んだ認知的な過程である（Stroebe, 1993）とされるが，今回，【伴侶としての役目を果たしてきた自負】のように自分のやってきたことに肯定感をもつことと，【人生のあり方を自問し段階的な生活の立て直し】によって生活基盤が安定していくことが，故人の存在を据え直し再構成していくために必要であることが示唆された。

一方，死別前に【生き続けられることへ傾倒】した配偶者遺族（A，E）では，【飲み込めない死の現実】として死別の動揺や無念さが強く，不満や後悔が先行し【生きていたころへの固執】をするようになっていた。そしてその後，【伴侶としての役目を果たしてきた自負】を支えに【平然とした日常の装い】を行っていた。死ぬまでの猶予期間にやり残しの課題をやり終えるように家族を方向づけるなら，悲嘆の緩和にも貢献できるとされている（Worden, 2009/2011）が，これらの配偶者は，Wordenの示す予期悲嘆の課題の一つである患者との死別を認識し建設的に対処していくことが困難であったと考える。そのため，死別後も生前の故人に執着し，不満や心残りが膨らみ考えないことでやり過ごそうとしていたことが推察できる。その後配偶者は，【平然とした日常の装い】を行い生活するようになっていたが，そこには，沸き起こる不満や心残りに対し，【伴侶としての役目を果たしてきた自負】を支えとし処理して，ひとりの生活の寂しさを紛らわし，日常を装う生活に至っていたことがうかがえた。死亡時期が思っていたよりも早かったと感じた家族は，抑うつや悲嘆反応の水準が高く，またケアに対する評価が低いほど悲嘆反応の水準が高い（坂口・宮下・森田・恒藤・志真，2013）という報告があるが，生存期間の延長により【生き続けられることへ傾倒】するなかで死別を体験したり，治療の心残りや対応への不満が強く【生きていたころへの固執】があった配偶者の体験は，生きる意味を見失い日常を装う生活となるような悲嘆反応の水準にも影響するおそれがあることが示唆された。

B．看護への示唆

本研究の結果と考察を踏まえ，生存期間が延長したがん患者の配偶者とかかわる看護師は，治療効果の持続が不確かな状況のなかで，配偶者がどれだけ治療効果による現状維持に期待を寄せているのか，治療の状況と患者の状態や余命をどのように理解し失うことの悲しみをどう体験しているのかを把握することが必要であるといえる。とくに，【生き続けられることへ傾倒】していた配偶者は，《回復することだけ考える》特徴があったことから，その都度患者の状況をどのようにとらえているのか確認し理解できるよう説明することや，《治療ができるよう全力を尽くす》ことがみられ患者や自身のQOLよりも治療を優先していたことから，家族の失いたくない思いを受け止めつつも，無理をし過ぎず，患者と配偶者にとって大事な時間としてQOLも意識して過ごしていけるように支援することの重要性が示唆された。また，看護師は，配偶者が医療への不満や心残りを残さないよう患者と配偶者の思いを聴くとともに，配偶者が患者の望みに沿った介護ができたと自負できるように支援していくことが大切である。そして，実際の死が近づきを配偶者が認識し動揺がみられるようになった際には，その動揺を受け止めつつ，死別への心の準備ができるよう支援していくことも重要であると考える。

なお，本研究は限られた人数から得られたデータに基づく分析である。今後はより詳細な要素を明らかにするため，研究協力者数を増やし，さまざまな状況を検討する必要がある。

謝　辞

本研究に快くご協力してくださいました研究協力者の皆さまに謹んでお礼申し上げます。

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] 本研究は，化学療法で生存期間が延長した進行がん患者の配偶者の闘病中から死別後までの体験を調査し，その体験の特徴を明らかにすることである。

[方法] 配偶者遺族に半構造的面接を行い，質的帰納的に分析した。

[結果] 配偶者は，死別前に【現状維持の期待の膨らみ】をもつ特徴があることが明らかとなった。その後，死別が免れないことを意識し出した配偶者は，死別後に【ひとりの悲しみの殻にこもる】体験のあと【ひとりでも生きていく努力】を行っていた。しかし【現状維持の期待の膨らみ】が持続した配偶者は，【生き続けられることへ傾倒】し，死別後も【生きていたころへ固執】し【平然とした日常の装い】に至っていた。

[結論] 死別前に配偶者が治療効果にどれだけ期待を寄せているか把握し，支援することの重要性が示唆された。

Abstract

[Purpose] The present study investigated the spouses of patients with advanced cancer whose lives had been extended due to chemotherapy in order to clarify the characteristics of these spouses' experience from the start of treatment of the patients until after their death.

[Methods] Semi-structured interviews were conducted with the spouses of deceased patients, and the obtained data were analyzed in a qualitative and inductive manner.

[Results] The analyses revealed that the spouses of patients "desired to maintain the patients' conditions" before their death. Later on, spouses who began to realize that the patients' death was unavoidable "made an effort to live their lives alone" after the patients had died. However, spouses who continued desiring to maintain the patients' conditions believed in the possibility of continued survival and, after the patients' death, they became fixated on the patients' past and pretended that they were leading a normal life.

[Conclusion] The results of our study suggest the importance of understanding the expectations spouses have of therapeutic effects before the patients' death and supporting them.

文　献

Borneman, T., Chu, D.Z., Wagman, L., Ferrell, B., Juarez, G., McCahill, L.E., and Uman, G.（2003）. Concerns of family caregivers of patients with cancer facing palliative surgery for advanced malignancies. *Oncology Nursing Forum*, 30(6), 997-1005.

久松美佐子，丹羽さよ子（2011）．終末期がん患者の家族の不安への対処を支える要因．日本看護科学会誌，31(1)，58-67.

本間ともみ，鳴井ひろみ，中村惠子（2006）．外来で科学療法を受ける進行がん患者の家族の心理社会的問題と看護援助．青森県立保健大学雑誌，7(2)，271-279.

小林裕子（2005）．夫を亡くした妻の喪失体験の意味づけ：夫婦としての存在の意味づけ．日本看護研究学会雑誌，28(5)，71-79.

宮林幸江（2005）．日本人の死別悲嘆反応：グループ療法の場を活用した記述の分析．日本看護科学会誌，25(3)，83-91.

宮林幸江（2016）．遺族期に起こる"スピリチュアルペイン"：(1) 配偶者喪失遺族の生きる意味・生活の張り（生活充実感）の喪失．ホスピスケアと在宅ケア，24(2)，56-65.

中木高夫，谷津裕子（2011）．質的研究の基礎としての《体験》の意味：Dilthey解釈学の伝統を継ぐドイツ語圏の哲学者の文献検討とその英語・日本語訳の比較から．日本看護研究学会雑誌，34(5)，95-103.

二井谷真由美，宮下美香，森山美知子（2007）．外来で化学療法を受ける進行・再発消化器がん患者の配偶者が知覚している困難と肯定感．日本がん看護学会誌，21(2)，62-67.

大垣美樹，安部睦美，萩野　浩（2012）．進行がん患者の家族への負担感に関連する要因：在宅療養移行の実現に向けて．米子医学雑誌，63(2)，67-72.

戈木クレイグヒル滋子（2013）．質的研究ゼミナール（第2版）．134-135，東京：医学書院．

坂口幸弘（2010）．悲嘆学入門：死別の悲しみを学ぶ．31-33，京都：昭和堂．

坂口幸弘，池永昌之，田村恵子，恒藤　暁（2008）．ホスピスで家族を亡くした遺族の心残りに関する探索的検討．死の臨床，31(1)，74-81.

坂口幸弘，柏木哲夫，恒藤　暁，平井　啓，池永昌之，田村恵子（1999）．遺族が抱える精神的問題の実態：故人との続柄別での検討．ターミナルケア，9(3)，228-233.

坂口幸弘，宮下光令，森田達也，恒藤　暁，志真泰夫（2013）．ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆，抑うつ，希死念慮．*Palliative Care Research*，8(2)，203-210.

佐野知美，草島悦子，白井由紀，瀬戸山真理子，玉井照枝，廣岡佳代，佐藤隆裕，宮下光令，河　正子，岡部　健（2014）．在宅終末期がん患者家族介護者の死別後の成長感と看取りに関する体験との関連．*Palliative Care Research*，9(3)，140-150.

Seow, H., Barbera, L., Sutradhar, R., Howell, D., Dudgeon, D., Atzema, C., Liu, Y., Husain, A., Sussman, J., and Earle, C.（2011）. Trajectory of performance status and symptom scores for patients with cancer during the last six months of life. *Journal of Clinical Oncology*, 29(9), 1151-1158.

瀬山留加，武居明美，神田清子（2013）．進行がん患者の家族が抱える苦しみの検討．日本看護研究学会雑誌，36(2)，79-86.

Stroebe, M.(1993). Coping with bereavement: a review of the grief work of hypothesis. *OMEGA*, 26(1), 19-42.

武富由美子，田渕康子，藤田君支（2016）．がん患者遺族の心的外傷後成長の特徴とストレスコーピング・ソーシャルサポート

との関連．日本看護研究学会雑誌，39(2)，25-33.
竹内抄與子，藤野文代（2012）．外来化学療法を受けているがん患者の家族の体験．ヒューマンケア研究学会誌，3，17-24.
Weinberg, N.（1995）. Does apologizing help? The role of self-blame and making amends in recovery from bereavement. *Health & Social Work*, 20(4), 294-299.
Worden, J.W.（2009/2011）．山本　力（監訳），悲嘆カウンセリング：臨床実践ハンドブック．216-221，東京：誠信書房．
Wright, A.A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J.W., Trice, E., Balboni, T., Mitchell, S.L., Jackson, V.A., Block, S.D., Maciejewski, P.K., and Prigerson, H.G.（2008）. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *Journal of the American Medical Association*, 300(14), 1665-1673.
山本則子，萱間真美，太田喜久子，大川貴子（2002）．グラウンデッドセオリー法を用いた看護研究のプロセス．13-14，東京：文光堂．

［平成29年 6 月 8 日受　　付
平成30年 3 月12日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180322018

－研究報告－

レビー小体型認知症者を在宅で介護する家族の体験
― 家族が異変に気づいてから診断を受けるまで ―

Experiences of Family Caregivers Providing Homecare for Individuals with Dementia with Lewy Bodies:
From Detection of First Signs to Diagnosis

米 山 真 理[1)] 竹 内 登美子[2)] 新 鞍 真理子[3)]
Mari Yoneyama Tomiko Takeuchi Mariko Niikura
青 木 頼 子[3)] 牧 野 真 弓[3)]
Yoriko Aoki Mayumi Makino

キーワード：レビー小体型認知症，家族介護者，体験
Key Words：dementia with Lewy bodies, family caregivers, experiences

はじめに

わが国の65歳以上の認知症者数は2012年では462万人であったが（朝田，2013），2025年には675万人にまで増加すると予想されている（二宮，2015）。この現状をふまえ，認知症施策推進総合戦略にて新オレンジプラン（厚生労働省，2015）が発表され，認知症の早期診断・早期対応のためにかかりつけ医の認知症対応力向上や認知症疾患医療センター等の設備が戦略として掲げられている。このように，認知症の早期発見や早期対応のための早期診断に対する取り組みは非常に重要な課題となっている。

レビー小体型認知症（dementia with Lewy body; DLB）は認知症全体の20%を占め，アルツハイマー型認知症（dementia of Alzheimer type; DAT）に次いで 2 番目に頻度の高い変性性認知症疾患である（小阪，2012）。DATと比較した場合に，DLBの主訴は多様であり（太田ら，2012），自律神経障害や睡眠障害が認められ（神戸ら，2014），注意や意識の動揺を伴う認知障害，具体的内容の反復性の幻視，パーキンソニズムの合併や，反復する転倒や失神，抗精神病薬への過感受性などが特徴である（西川・大西，2009）。しかし，その特徴から他の疾患と誤診されることも多く，いまだ十分に理解されていない現状がある（小阪，2012）。これらの特徴からDLB者を介護する家族は，DAT者を介護する家族とは異なる体験をしているのではないかと考えた。

先行研究において，認知症の診断を受けるまででは，家族介護者は認知症者の異変に気づき，受診までの手はずを整える体験が明らかにされている（安武・五十嵐・福嶋・小玉，2007）。また，異変に気づいてから病院受診までの家族の認識の過程として，認知症を疑いつつもやり過ごす段階や受診を決意する段階，納得の診断を得るまで立ち向かう段階があると報告されている（木村・相場・小泉，2011）。しかし，どの報告も症状がそれぞれ異なるDAT，DLB，VD（vascular dementia; 脳血管性認知症），FTD（fronttemporal dementia; 前頭側頭型認知症）等の 4 大認知症を区別せずに調査されており，DLB者を在宅で介護する家族に限定して研究する必要があると考えた。

DLB者を在宅で介護する家族の体験に関しては，家族が幻視や妄想を生活の一部として受け入れるまでの過程が報告されている（西崎・尾崎・村岡，2013）。さらにこの研究では，DLB患者の家族の特徴として，幻視・妄想といった鮮明な精神症状に出会い，強い驚きと恐怖を感じ翻弄される体験，世間体を気にして周囲の人に患者の異常性を隠蔽したい態度の 2 点が示唆されていた。また，DLBの特徴的な症状である薬剤過敏について焦点を当て，副作用症状出現時の対応方法等といった薬物療法に関する家族のニーズ（湯本・諏訪，2013）が報告されていた。しかし，異変に気づいてからDLBとの診断を受けるまでの家族の体験に焦点を当てた報告は見当たらなかった。さらにDLBの特徴から先に述べた認知症者全般における認知症と診断されるまでの体験とDLB者を介護する家族が体験したことは異なることが想定されたため，DLBの診断を受けるまでの家族の体験は十分に明らかにされたとはいえない現状であった。

1）富山県立中央病院　Toyama Prefectural Central Hospital
2）富山県立大学　Toyama Prefectural University
3）富山大学　University of Toyama

そこで本研究では，DLB者を介護する家族への理解を深めるために，家族が異変に気づいてから，DLBとの診断がつくまでの家族介護者の体験を明らかにすることを目的とした。

Ⅰ．用語の定義

本研究において「家族介護者」とは，同居・別居にかかわらず主となって介護した経験のある人とした。また，「体験」とは，介護者自身が経験したこととし，そのときの精神面，すなわち感情や意志，思いを含むとした。

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

Sandelowski（2007/2013）によると，質的記述的研究は，ある出来事について，そうした出来事が起きている日常の言葉で包括的にまとめるものであり，現象の率直な記述が求められるときに選択すべき方法である，と述べている。そのため，DLB者を在宅で介護する家族の体験を日常の言葉で表現し，包括的に要約することで，家族介護者の理解を深めることができると考え，質的記述的研究を選択した。

2．研究参加者

研究参加者（以下，参加者とする）は，研究の同意を得られたDLB者を在宅で介護する20歳以上の家族とした。なお，DLB者の施設入所や逝去によって，すでに在宅での介護を終えている家族介護者も参加者とし，DLB者の介護に直接的にかかわっていない者は参加者から除外した。

3．調査方法

2009年に発足した関東に本部のあるDLB家族会の代表者，およびX県内の認知症専門医による物忘れ外来のある病院の診療科長に，文書を用いて研究協力の説明を行い，研究協力機関としての了解を得た。次に，今回の研究内容に合致するDLB者の家族介護者で自らの体験を語りたいと申し出た者に，研究参加協力のお願いに関する文書と切手を貼った返信用封筒，連絡票が入った封筒一式を手渡してもらった。返信用封筒で連絡票が届いた後，家族介護者に連絡をとり，家族介護者の都合のよい時間・場所にて，研究への参加協力に関する説明同意文書を用いて，研究の趣旨や倫理的配慮を説明し，自由意思により同意書を得た者を参加者とした。

4．データ収集方法

データ収集は半構造化面接法で行った。インタビューでは，異変を感じてからの在宅介護の体験を自由に語ってもらい，その後，その内容を補足するかたちで「はじめに気がついた異変は何であったか」「DLBの診断を受けるまでに気がついた異変や症状にどう対応し，どんな思いをしたか」という質問を行った。なお，事前に参加者に同意を得てインタビュー内容をICレコーダに録音した。

5．調査期間

2015年1月～2015年8月。

6．分析方法

質的帰納的分析を下記の手順で行った。①逐語録を精読した上で目的に沿って意味のあるまとまりに区切り名前をつけ，コードとした。②参加者の語りの全体像を把握するため，コードを用いて予備的要約を作成した。③コードを事例ごとに時間軸に沿って並べ，同じような特徴をもつものをまとめて名前をつけ，《サブカテゴリー》とした。④時間経過を確認しながらサブカテゴリーを互いに比較し，同じような特徴をもつものをまとめて名前をつけ，【カテゴリー】とした。⑤各カテゴリー間の関連性を検討したうえで家族介護者の体験を図示しストーリーとして記述した。

7．分析結果の厳密性の確保

研究の信憑性を保つため，分析の全過程において老年看護学の専門家および質的研究の専門家よりスーパーバイズを受けた。さらに，データの解釈が妥当であるか，真実を示しているかどうかについて，研究参加者2名に分析の結果および考察までを終えた段階で，その結果と考察についてのメンバーチェッキングを依頼した。

8．倫理的配慮

本研究は富山大学臨床・疫学研究等に関する倫理審査委員会の承認（臨認：26-107）を得た後に実施した。DLB家族会とX県内の認知症専門医による物忘れ外来のある病院の診療科長には，研究協力への強制力が働かないよう，参加者に連絡票等が入った封筒一式を手渡してもらうのみとした。連絡票の返送があった場合に，研究の目的，意義，協力内容等を文書と口頭で説明し，同意文書に署名を受けた。その際，研究参加は自由意思であり，同意以後でも研究代表者に連絡をとることで自由に辞退できることを説明した。さらに，インタビューは静かでプライバシーの守られた場所にて行い，気分が悪くなった場合にはすぐに中止することを伝えた。得られたデータは個人情報を削除

して連結可能匿名化し，対応表は鍵のかかる保管庫にて厳重に保管した。また，そのデータはUSBメモリに入れて管理し，インターネットに接続していないコンピューターで分析した。発表後5年間はすべてのデータを保管し，その後破棄することとした。

Ⅲ．結　果

1．参加者の概要

DLB家族会の代表者を通じて，関東・北陸・関西の家族介護者に12通，外来受診されたDLB者の付き添い家族に2通の研究協力依頼一式を渡してもらった。連絡票が返信されてきたのは9通であった。このうち，本研究の選定基準に合致した研究参加者は，20代後半から60代後半の7名であり，在宅介護期間は1年1か月から8年6か月であった。家族介護者が異変に気づいてからDLBとの診断を受けるまでは1年から5年であり，1名のみ異変に気づいてから最初の医療機関を受診するまでに1年かかったものの，その他の6名は異変から数日で医療機関を受診していた。しかしその6名すべてがすぐにDLBであるとの診断がつかず，すぐにDLBだと診断を受けた者は，受診までに1年を要した1名（F氏）だけであった。これらの7名が，DLBの診断を受けてから本研究のインタビューまでは，10か月から7年6か月経過していた。7名中，原因不明が1名，異常なしと診断された者が1名，パーキンソン病と誤診されたのは3名，うつ病と誤診されたのは1名であった。なおインタビュー時間は1時間3分から2時間10分であった（**表1**）。

2．DLBの診断を受けるまでの家族介護者の体験

インタビュー内容より101のコードが得られた。それらのコードより15のサブカテゴリーが見出され，さらに5のカテゴリーが見出された。以下に，その詳細を述べる。なお，カテゴリーは【　】，サブカテゴリーは《　》で示した。また，結果には研究参加者の視点の理解のため生のデータを用い，参加者の語りは「　」で示し，その最後に参加者のIDを示した。

⑴ 【生活の中での違和感】

家族介護者は，ともに暮らすなかで最初に気づいた異変を，それまでの本人の様子と比較することで違和感に気づいていた。その異変はパーキンソニズムや幻覚，性格の変化等さまざまであり，本人の気持ちを思いやりながら，医療機関を受診するという行動に至っていた。このカテゴリーは以下の5つのサブカテゴリーから構成された。

《認知機能の低下におかしいと思う》

何度も同じことを聞くことや，更衣といったいままでできていたことができなくなったことで本人の異変を感じとっていた。祖母のもの忘れを感じ病院受診に付き添った孫は以下のように語った。*「物忘れとかも何回も同じこと聞いちゃったりとかして。おかしいなあみたいになったときに（中略）本当に病院だなみたいな感じで病院にいったんですけど。（A）」*

《性格の変化が信じられない》

家族介護者は本人が無表情や怒りっぽくなり，その変化が信じられないと感じていた。*「母のもともとの性格が明朗快活な感じで正直でよく笑うとか明るい感じだったので，一変してるんですよねそこで。本当姿が全然違うんです。怒りっぽくなってきたなって順々にそう思ってたんですけど（中略）本当に明るさとかばーっと消えてだいぶ本当になくなった感じで。で，家族も本当，（その変化に）信じられなくて。（G）」*

《身体の動きの変化におかしいと思う》

本人の歩幅が異常に小さくなることに気づき，病院受診を勧めた娘は以下のように語った。*「ある時母が（中略）歩く歩幅が異常に小さくなっていて，ちょこちょこ歩いてたんですね。それでおかしいと思いました。あまりにも歩幅が小さいので，病院に行ってちょっと検査してもらいなさいって言ったんです。（D）」*

《本人の視覚がおかしいと感じる》

家族介護者には見えないものが本人には見えていると感

表1　研究参加者の概要

参加者ID	性別	年齢	続柄	異変から最初に医療機関を受診するまで	一度医療機関を受診してから診断がつくまで	DLB者		
						年齢	性別	誤診の有無（当時の診断）
A	女	20代	孫	数日	1年6か月	80代	女	無（原因不明）
B	女	60代	娘	数日	3年	80代	男	有（異常なし）
C	女	30代	娘	数日	1年1か月	60代	女	有（パーキンソン病）
D	女	50代	娘	数日	5年	70代	女	有（パーキンソン病）
E	男	50代	息子	数日	5年	80代	女	有（パーキンソン病）
F	女	50代	嫁	1年	−	80代	女	無
G	女	60代	妻	数日	3年	60代	男	有（うつ病）

じたことや，色の見え方がおかしいと感じたことで異変に気づいていた。*「医療靴，姑の好きな色選んでもらったんです。そしたらこの色がよいわって言ってあのまあ綺麗なベージュ色ね。（中略）仮縫いのときに改めて行ったら，私こんな色選んだかなっていうようなリアクションだったんです。で，帰りにね（中略）姑が，私靴，あのバスの色（若草）にしたような気がするんやけどっていうようなことを言わはったんです。もの凄い違和感感じました（中略）色，視覚が，ちょっとおかしいんじゃないかなと。ストレートに思いました。色の見え方おかしいんちゃうのって。それが最初の違和感です。（F）」*

⑵ 【本人の変化に対する調整】

【生活の中での違和感】を感じた家族介護者は，その違和感による【本人の変化に対する調整】を行いながら生活していた。それは本人の気持ちを思いやる行動であったり，本人の変化によって生じた出来事によって本人が傷つかないよう配慮するといった行動であった。このカテゴリーは以下の 2 つのサブカテゴリーから構成された。

《本人の気持ちを思いやる》

家族は本人の異変に気づきながらも本人のことを思い，本人の気持ちを思いやった行動をとっていた。*「異変として感じたのは性格の変化で（中略）たとえば何々してほしいって言って，ごめんねちょっと今手離せないから待っててねっていう，そのちょっとの待っててねが待てなくて。結局，自分の意見に固執するというか，自己主張がなんかすごく強くって，柔軟な考え方がちょっとできない状態だったので，とりあえず，うんうんって受け止めて，気持ちをくみとりながら話すっていうことをしてましたね。（C）」*

《本人が傷つかないよう配慮する》

家族は本人の変化に合わせて自宅での生活を続けようとしていた。以下は本人の異変を考慮し，狩猟の免許更新を自らやめることを勧めた語りである。*「鉄砲（中略）なんかちょっと精神的なことを検査して，でそれに合格した人がこう免許申請できるっていうふうなのに，制度がちょっと変わるとこだったのかな。それで，そういう検査をされて，あなたは駄目ですよっていうふうに言われて免許をとられるよりも，自分でもう80歳になったからもうやめようかなっていうふうにやめたほうがなんかこう，本人をあまり傷つけなくていいかなという，そんな気持ちとかもあったんで。（B）」*

⑶ 【幻覚症状や誤診による翻弄】

【生活の中での違和感】に気づき，【本人の変化に対する調整】をしていた家族介護者は，病院を受診しても医師から原因がわからないと言われ戸惑い，医師の説明や対応を不満に思っていた。また，他の疾患と誤診される場合もあり，適切な治療を受けることができなかった。異変は壮絶な幻視の訴えや，幻視が原因となって生じた妄想といった症状にまで悪化し，家族はその異変に振りまわされていた。このカテゴリーは以下の 3 つのサブカテゴリーから構成された。

《医師から原因がわからないと言われ戸惑う》

医療機関を受診し，原因がわかり適切な治療を受けることができると思っていた家族介護者は，医師から原因不明と言われ戸惑っていた。*「なんかもうとりあえず近くの総合病院に行くしかないねって感じで行ったけど，院長が見てもわからんみたいな。（中略）入院はなんかそのときは10日ぐらいしたけど，ちょっとよくわかんないからいったん家帰ってって言われて。（中略）最初は本当内科のほうもわからんって言われて。（中略）わからん，わからん，みたいな。え，みたいな。（A）」*

《医師の説明や対応を不満に思う》

医師から原因不明と言われ戸惑うだけでなく，誤診され不適切な治療が続けられるなかで症状が改善せず，医師の対応そのものに不満を覚えていた。以下は激しい幻覚症状に対応できず，病院に入院させてほしいと希望したが，入院を断られた語りである。*「私たちの家族の希望としては，今の状態だとちょっと家族自身もつぶれてしまいそうなので，できればあの，入院しながら，様子を一緒に観察してもらえませんかっていうかたちでお願いしたんですけど，検査してからじゃないと入院できませんって断られて，それが，ちょっと私たちにはつらすぎたので，検査まで待てないので。（C）」*

また，原因がわからないうえに，医師から何の説明もなかったときに医師への不満を募らせ，追い込まれていった家族もいた。*「母がどんどんどんどん悪くなってくときに，なぜかということがわからないんですね。（中略）医者もわからなかったわけですけども，誰も助けてくれない，だから非常に孤独で，孤立無援な感じ，医者も助けてくれない。あのときは本当に極限状態だったなっていうふうに思いますね。（D）」*

《壮絶な幻視の訴えや暴言に振りまわされる》

誤診や医師に原因不明と言われた場合に適切な治療がなされず症状は悪化していった。また，医師の診察を受けるまでにも症状は進行し，とくに家族介護者には理解しがたい幻視や妄想に振りまわされていた。*「幻視もなんだか坂を転がり落ちるようにどんどんひどくなっていって，でそのうちＹ市の私に毎日電話をしてきて，私が血だらけで寝てるんだけど一体どうしたんだって電話をしてくるようになったんですね。私はそっちにいっていない，私はずっとＹ市にいるんだっていうことをもうものすごく長い，何十分も 1 時間も時間をかけて話すんですけども，それをこううんうんって聞いてるんですけども，最後に病院に行こうとかって言って，全然その通じてないっていうことが毎日毎日起こって，毎日泣きながら電話をしてくるということが続いて。もう本当に私もどうすればよいのか，何がどうなっているのかわからないし，どうすればよいかわからないという状態でした。（D）」*

また，以下は入院中であったが，病院を拷問施設だと思い込むため退院を余儀なくされたときの語りである。「*1回ちょと外泊して気分転換はかりましょうって言われて，実は家帰ってきたんですけど，2泊3日くらいの外泊で，母はどうしても（病院に）帰りたくない，あそこでは私がいじめられるって。先生と先生が決闘して負けたから私は病室から出ていかなければならないとか，私はいま拷問を受けているからこんで死んでしまうから，（中略）もうあの拷問される病院には帰りたくないと言われて，ちょっと退院せざるをえなくなって。（C）*」

⑷ 【認知症の可能性への気づき】

【幻覚症状や誤診による翻弄】を体験しながらも，家族介護者は本人の異変の理由を推測し，原因を調べていた。そこで知り得た知識を本人の症状と照らし合わせ，DLBが本人の様子に当てはまると感じていた。また，年齢等を考慮した結果，認知症の可能性を疑う家族介護者もいた。このカテゴリーは以下の3つのサブカテゴリーから構成された。

《異変の理由を推測する》

本人の異変の原因を家族介護者自身で調べ，原因を推測し，その原因を取り除く等おのおので対応方法を考えていた。なかでも幻視の原因を抗精神病薬の内服だと推測し，医師にその処方を中止するよう求めた家族介護者は以下のように語った。「*主治医と話したときに，（中略）抗精神病薬剤出していませんかって言った。そしたら，出してますと。うん。いや出してるんやったら何で言ってくれなかったんや。（中略）じゃなぜそういうふうに聞かれるんですかって主治医が言ったから，あの幻視はあまりにも異常やと。うん。その精神病薬剤の副作用じゃないかって言った。（E）*」

《DLBの症状に本人の様子が当てはまると思う》

本人の症状について調べていく中でDLBを知り，異変の原因はDLBではないかと考えるようになっていた。以下は新聞記事にDLBについて載っており，その記事を見てDLBの可能性を疑った家族介護者の語りである。「*新聞にレビー小体型認知症の記事が出たのを見て，どうも，お母さんこれじゃないかということで（中略）はじめてそこでこの病気を知って，で調べるとどうもすごく当てはまっていて（中略）その母のパーキンソンの先生に，パーキンソンの受診のときにレビー小体型認知症っていう病気があるんですけども，どうも母これじゃないでしょうかっていうふうに言ったんですね。（D）*」

《認知症の可能性を疑う》

家族介護者は処方された薬剤や本人の年齢を考慮し，認知症の可能性を疑っていた。「*家族にしてみたら，普通なんだけどなんか変がまじってるっていうそういう感じなんです。明らかにおかしいとかじゃなくてそんな感じなんです。で，当時76，7になりますと，やっぱり認知症発症のまあ適齢期といいますか，好発年齢といいますか疑いましてね。（F）*」

⑸ 【認知症専門医による治療への期待】

やっとの思いでDLBの可能性を疑った家族介護者は，認知症専門医を受診し初めてDLBとの診断を受け，その診断に納得していた。また，なかには認知症専門医に診てもらうため，受診を嫌がる本人の説得を試みる場合もあった。一方，認知症専門医の診断ではじめてDLBを知った家族の場合は，DLBを詳しく知りたいと感じていた。そしてどの家族介護者も認知症専門医からの適切な治療に対する期待を抱いていた。このカテゴリーは以下の3つのサブカテゴリーから構成された。

《受診を嫌がる本人を説得して受診させる》

異変の原因について認知症を疑った家族は認知症専門医の診察を受けたいと思うが，本人は精神科に行くことに抵抗があった。その際に，家族介護者は本人に認知症専門医の診察を受けるよう説得や根まわしを行っていた。「*認知症＝アルツハイマー病と思っていましたので，すでにアリセプトがあることは知ってましたから，早く飲めば進行遅らせることができるという知識だけでその姑に受診を進めましたけれども，すごく嫌がりましたよね。まあけれども最終的には（中略）みんな心配してるから大丈夫やっていうことを確認してもらいに行きましょう（中略）ということで当時かかりつけだった（中略）循環器内科の先生にまず私が相談しに行って，どうも姑ちょっとおかしい節があるので，様子がちょっとおかしい節があるので，認知症専門医につないでもらいたいって，ご相談したんです。（F）*」

《認知症専門医の診断に納得する》

自分自身の情報収集によりDLBや認知症全般を疑っていた家族介護者は，認知症専門医からのDLBの診断に納得していた。「*やっぱりかと思いました。ほぼその幻覚でね，幻覚とそのままネットで調べた状態から言うと，そうかなって疑いが非常に濃厚になってきて（中略）最後まあ決定打みたいな感じだったので，やっぱりそうなんだっていう。（G）*」

《DLBがわからず詳しく知りたいと思う》

認知症を疑っていてもDLBを知らなかった場合や，症状が悪化し入院した病院に偶然認知症専門医がいたため診断がついた場合は，診断時にDLBを初めて耳にしていた。そのため，どのような病気かわからず詳しく知りたいと感じていた。「*さまざまな検査の結果，もうボケが始まっていますね，レビー小体型認知症です。もう，あの気丈な姑が，もう明らかにがっくりと肩を落としましたね。私としても，認知症といえばアルツハイマー病だと思っていたのでレビーって何，まず知りたかったのはこの病気はどうなる，これから姑はどうなっていくのか，私はどうすればいいのか，それを知りたかったんですけれど。（F）*」

3．DLBの診断を受けるまでの家族介護者の体験のストーリー

先述したDLBの診断を受けるまでの家族介護者の体験を，図を用いて説明する（**図1**）。

家族介護者は《本人の視覚がおかしいと思う》といった【生活の中での違和感】に気づいていた。そして【本人の変化に対する調整】をしながら数日後に医療機関を受診していた。しかし，原因不明と言われ戸惑い，症状が改善しないので複数の病院を受診し，【幻覚症状や誤診による翻弄】を体験していた。そのため，次第に自ら異変の理由を調べるようになり，DLBの症状に当てはまると感じた家族介護者は，【認知症の可能性への気づき】に至っていた。そしてこの気づきによって，認知症専門医の診察を受け，そこで初めてDLBと告げられていた。このようにDLBとの診断を受けるまでには長くて5年もの期間を要しており，やっと適切な治療を受けることができると思い【認知症専門医による治療への期待】を寄せていた。

Ⅳ．考　察

本研究における家族介護者の体験では，まず異変に気づいてから最初の医療機関に受診するまでの期間は，数日程度であった。木村ら（2011）は認知症高齢者全般を，もの忘れ外来に受診させるまでの家族のプロセスとして，疑いつつもやりすごす段階，次に受診を決意する段階がある，と述べている。本研究においては，事例Fのみ異変が出現してから受診までに1年を要していたが，DLB者が納得して受診できるよう根まわしをしていたために長引いたのであり，受診をやり過ごすといった体験は見出されなかった。また，事例F以外のDLB者を介護する家族の場合は，その異変に気づいて数日で医療機関を受診しており，本研究においては受診を躊躇する家族の体験は見出されなかった。そのため，DLB者を介護する家族の体験の特徴として，はじめの異変に気づいてから最初の医療機関に受診するまでの期間が短いということがあげられた。また，DATをはじめとする認知症者全般の場合は，はじめに気づいた異変が加齢による症状と区別がつかず，早期受診がむずかしいと報告されている（安武ら，2007；木村ら，2011）。そのため，もの忘れを主訴とする頻度が高く（太田ら，2012），加齢による症状か判別しにくいDATに比べ，幻視やパーキンソニズムといった明らかに非日常的であると判断できる症状をもつDLBは，早期受診が容易であったと推察された。また，そのDLBの特徴から，すぐさま認知症を疑わず，認知症に対するマイナスイメージを抱くことがないことも一般医や家庭医への受診を躊躇しない理由ではないかと推察された。

しかし，早期受診ができてもDLBと診断されるまでに1年から5年もの期間を要しており，DLB者を介護する

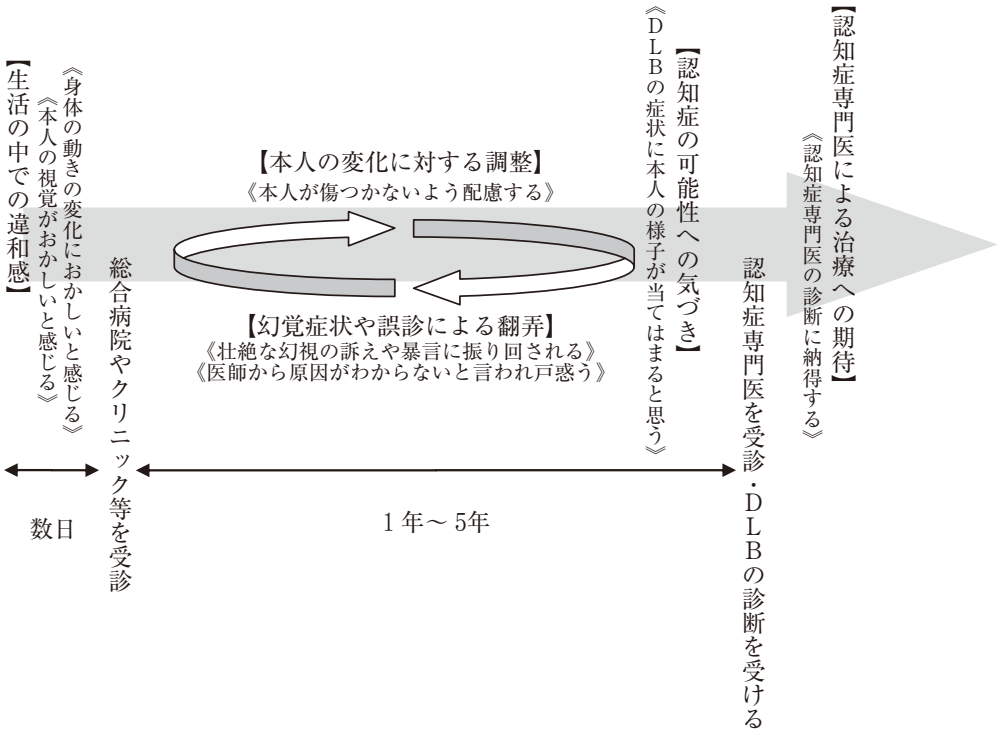


図1　DLBの診断を受けるまでの家族の体験

家族の場合は，早期診断に至ることがむずかしいということが示唆された。これは，家族介護者がDLB者の異変の原因の見当がつかず，認知症専門医を受診しようと思えなかったからだと推察された。さらに，本研究の場合では，医療機関を受診してもDLBの認知度の低さから医療者も原因がわからなかったことが考えられた。現在は徐々にDLBの認知度が上がってきているとはいえ，小阪（2012）の報告でもDLBは誤診されることが多いと述べられているように，その多様な症状のために診断が非常にむずかしいことが推察された。藤瀬・矢田部・池田（2014）の報告においても，DLBと診断されて入院していた患者において，最初からDLBと診断されていたのは22％に過ぎず，うつ病が46％，DATが５％と，その初期病像は多彩で初期診断は困難なことが多いと述べられている。本研究においては，うつ病との誤診で３年間を過ごした方が１名おり，初期診断のむずかしさが考えられた。

このように，診断までに時間がかかる結果，家族は【幻覚症状や誤診による翻弄】を体験していた。DATを含む認知症全般の場合においても，医療機関を受診しても不確実な診断の場合には，対処への迷いや医療者への不信感を抱くことが報告されている（松岡・村井，2014）。しかし，先に述べたように幻視やパーキンソニズムといった明らかに非日常的であると判断できる症状をもつDLBの場合においては，家族は明らかに異常を訴えているのにもかかわらず診断がつかないことや症状が改善しないことから，より一層医療者への不信感を募らせていたのではないかと推察された。西崎ら（2013）の報告でも本研究と同じように，DLB者の家族は幻視・妄想に対し強い驚きと恐怖を感じ翻弄される体験が特徴であると報告されており，DLBと早期に診断されないために適切な治療がなされず，より一層症状が悪化し，【幻覚症状や誤診による翻弄】をしていたと推察された。

次に，DLBの診断に至ったきっかけは，家族介護者が書籍やインターネットによる自身の情報収集により認知症の可能性に気づき，認知症専門医を受診できたことであった。安武（2011）も認知症診断前の家族は，日常のかすかな変化を認識し，認知症の症状に気づくものの認知症の確定診断をするまでの不確実さをたどる，と述べている。このように認知症全般の場合と同様に，DLBの診断を受けるまでの家族も，認知症の診断を受けるまでの不確実さを感じていたといえるが，その期間が長いという点に特徴がある。診断がつくまでの期間が長いゆえに，家族は自身で情報収集をしていたと考えられた。加えて，家族介護者自身によって情報収集が行われた理由として，医療者から原因不明と言われ戸惑い，他の疾患と誤診された体験から，医療者への不信感を募らせ，介護者自身で情報収集することを余儀なくされていたからだと推察された。さらに，その情報収集により認知症の可能性に気づいたことで，いままでとは違い納得のいく診断が得られると期待し，認知症専門医を受診していたと考えられた。本研究において唯一誤診されずに診断にまで至った事例Ｆの場合は異変に気づいてすぐ認知症を疑い，認知症専門医を受診するための手はずを整えていた。そのため，DLBの診断に至るためには【認知症の可能性への気づき】が非常に重要な体験であったといえる。

さらに木村ら（2011）は，認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ外来に受診させるまでのプロセスとして，納得の診断を得るまで立ち向かう段階がある，と述べている。本研究でも《医師から原因がわからないと言われ戸惑う》ことにはじまり，最終的に【認知症専門医による治療への期待】という体験が見出されており，納得の診断を得るまで立ち向かうという姿勢は，認知症の原因疾患を問わず共通する体験であった。

以上より，次のような看護への示唆を得ることができた。医療者のDLBの認知度は徐々に高まってきているとはいえ，DLBのその症状の多様性から初期には診断が非常にむずかしい。しかし，認知症施策推進総合戦略における新オレンジプラン（厚生労働省，2015）のなかで，認知症の早期診断・早期対応のためにかかりつけ医の認知症対応力向上があげられているように，初期にDLBの診断がつき，早期に適切な治療を受けることができるよう，まず，医師や看護師らがDLBの正しい知識を習得することが必須である。そのうえで，異変を感じてから数日で医療機関を訪れたにもかかわらず，DLBだという早期診断ができていないという医療者側の現状を改善するために，外来看護師はDLB者と家族が医療に必要な情報を漏れなく適切に医師に提供できるよう，医師とDLB者・家族との橋渡しをする必要性が示唆された。

Ⅴ．本研究の限界と今後の課題

DLBと診断されている人自体が少ないなか，インタビューに応じて話せるという状況にあるDLB家族介護者は，時間的・体力的に限られていた。この意味で本研究対象の７名は，年齢に幅が生じたという限界が生じたものの貴重な対象者であった。参加者のなかには，DLBの診断を受けてから３年以上経過している者５名が含まれており，記憶が曖昧となった箇所が存在した可能性がある。

今後の課題として，本研究では診断がつくまでの体験を明らかにしたが，診断がついてからの家族介護者の体験を継続して探究し，さらに研究内容を深めていく必要がある。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要　旨

目的：家族が異変に気づいてからレビー小体型認知症（dementia with Lewy body; DLB）と診断がつくまでの家族介護者の体験を明らかにする。

方法：DLB者を在宅で介護する家族7名に半構造化面接法を行い，質的帰納的分析を行った。

結果：研究参加者は20代から60代の女性6名男性1名であった。家族介護者は【生活の中での違和感】に気づき【本人の変化に対する調整】をしながら早期に受診するも原因不明と言われ時間だけが過ぎていった。幻覚などの症状が悪化し【幻覚症状や誤診による翻弄】をされ，自ら異変の理由を調べ【認知症の可能性への気づき】に至っていた。そして認知症専門医の診察を受け初めてDLBと告げられ【認知症専門医による治療への期待】を寄せていた。

考察：DLBの症状や誤診に翻弄されることなく早期にDLBの診断を受けるために，専門職者へのDLBの知識普及が喫緊の課題だと推察された。

Abstract

Objective: To elucidate the experiences of family members providing homecare for individuals with dementia with Lewy bodies (DLB) from the time they noticed the first signs to diagnosis.

Methods: Semi-structured interviews were conducted with seven family caregivers with experience of providing homecare for individuals diagnosed with DLB. The collected data were analyzed through qualitative inductive analysis. Questionnaire survey conducted from January, 2015 to August, 2015.

Results: The study participants were six women and one man in their 20s to 60s. Family caregivers noticed the individual's "unusual behaviors in everyday life" and sought early medical consultation while doing "the adjustment for the individual's"; however, they were told that the cause was unknown, and thus consulted multiple hospitals. They were "baffled by the affected individual's hallucinations and the misdiagnoses". Consequently, the family caregivers researched the cause of the signs themselves, which led them to "realize the possibility of dementia". Diagnosis of DLB for the first time after consulting a dementia specialist led to "expectations for the treatment by the dementia specialist".

Discussion: There is a need to disseminate knowledge of DLB to family members and professionals to diagnose early DLB without baffling by the affected individual's hallucinations and the misdiagnoses.

文　献

朝田　隆（2013）．都市部における認知症有病率と認知症の生活機能障害への対応．厚生労働科学研究費補助金認知症対策総合研究事業　平成23年度～平成24年度総合研究報告書．http://www.tsukuba-psychiatry.com/wp-content/uploads/2013/06/H24Report_Part1.pdf（検索日2016年2月23日）

藤瀬　昇，矢田部裕介，池田　学（2014）．認知症の幻覚妄想：コタール症候群と認知症の抑うつ．*Dementia Japan*，28(3)，245-251.

神戸泰紀，織茂智之，安田朝子，木之下徹，河野禎之，川瀬康裕，森田昌宏，奥村　歩，長光　勉，榊原隆次，水上勝義，朝田　隆，小阪憲司（2014）．DLBの自律神経障害および睡眠：多施設共同観察研究．老年精神医学雑誌，25(11)，1243-1253.

木村清美，相場健一，小泉美佐子（2011）．認知症高齢者の家族が高齢者をもの忘れ外来に受診させるまでのプロセス：受診の促進と障壁．日本認知症ケア学会誌，10(1)，53-67.

小阪憲司（2012）．第二の認知症：増えるレビー小体型認知症の今．23-123，東京：紀伊国屋書店．

厚生労働省（2015）．認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）：認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて（概要）．http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/nop1-2_3.pdf（検索日2016年2月23日）

松岡広子，村井美紀（2014）．認知症高齢者の家族介護者の心情：文献研究が明らかにするその経時的様相．日本認知症ケア学会誌，12(4)，796-803.

二宮利治（2015）．日本における認知症の高齢者人口の将来推計に関する研究．厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業平成26年度総括・分担研究報告書．

西川　隆，大西久男（2009）．認知症の原因疾患による症状行動の特徴とケアの方針．*Journal of Rehabilitation and Health Sciences*，7，1-7.

西崎未和，尾崎章子，村岡宏子（2013）．レビー小体型認知症患者の家族介護者における生活の常態化．日本看護科学会誌，33(3)，91-99.

太田一美，井関栄三，村山憲男，藤城弘樹，笠貫浩史，千葉悠平，佐藤　潔，新井平伊（2012）．レビー小体型認知症の臨床症状

の出現に関連する心理社会的要因：アルツハイマー型認知症との比較．老年精神医学雑誌，23(4)，457-465.
Sandelowski, M.(2007/2013)．谷津裕子，江藤裕之（訳），質的研究をめぐる10のキークエスチョン：サンデロウスキー論文に学ぶ．139，東京：医学書院．
安武　綾，五十嵐惠子，福嶋龍子，小玉敏江（2007）．認知症高齢者の家族の体験：症状発現から診断まで．老年看護学，12(1)，32-39.
安武　綾（2011）．認知症患者を介護している家族の体験のメタ統合．家族看護学研究，17(1)，2-12.
湯本晶代，諏訪さゆり（2013）．レビー小体型認知症療養者と家族の薬物療法に関するニーズ．千葉看護学会会誌，19(1)，19-26.

［平成29年 8 月11日受　　付
平成30年 3 月22日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180412020

－研究報告－

学部教育で統合実習を経験して大学病院に入職した入職３か月期の新人看護師の臨床における意識

The Clinical Consciousness of Novice Nurses Who Enter a University Hospital at Third Month of Employment after Experiencing Integrated Practicum in Undergraduate Education

伊　藤　歩　美[1)]　　岩　永　喜久子[2)]　　中　村　美　香[3)]
Ayumi Ito　　Kikuko Iwanaga　　Mika Nakamura

キーワード：新人看護職，意識，統合実習
Key Words：novice nurse, consciousness, integrated practicum

序　論

急速な少子高齢化の進展，疾病構造の変化，医療の高度化・専門化，入院期間の短縮化など，わが国の看護を取り巻く環境は変化しており，ますます看護職には質の高い看護の提供が求められている。一方で，その看護職を養成する看護基礎教育においては，看護業務の複雑化や多様化，国民の医療安全に対する意識の変化などによって，臨地実習で看護学生が実施できる看護技術の範囲や機会が限定される傾向にある。そのため，看護基礎教育で修得できる看護技術と実際の臨床現場で求められる看護技術にはギャップが生じ，卒業して臨床現場に入職した新人看護職の臨床実践能力の低下（厚生労働省，2007）や離職が問題となった。とくに，病院における新卒看護職員の離職率は，平成15年度から平成17年度までは9.3％，平成18年度から平成20年度は9.2％と変化はみられず改善されなかった（日本看護協会，2009）。

以上のような背景から，厚生労働省は，看護基礎教育の充実と新人看護職員の臨床実践能力向上の必要性を示し，看護基礎教育においては平成21年度から，在宅看護論と看護の統合と実践を統合分野とした新カリキュラムを導入した。看護の統合と実践は，既修の内容をより臨床実践に近いかたちで学習し，知識・技術を統合する内容である。看護の統合と実践における臨地実習（以下，統合実習とする）では，複数の患者を受け持ち，一勤務帯を通した実習を行うこと，夜間の実習も可能な範囲で実践することなどを新たに加え，臨床実践のなかで必要な基礎的知識と技術を統合的に体験することが盛り込まれた（厚生労働省，2007）。また，新人看護職員の臨床実践能力向上については，平成22年度より新人看護職員研修が制度として努力義務化され，厚生労働省が策定したガイドラインのもと（厚生労働省，2014），各医療機関ではそれぞれの施設の特性や職員構成などに合わせた新人看護職員の研修が開始された。

旧カリキュラムの看護基礎教育を受けた新人看護師を対象とした定量的な先行研究では，ことに，入職３か月期の困難感に関する報告が多い。具体的には，対人関係やコミュニケーションのむずかしさ（佐居ら，2008），リアリティショックの存在（水田，2004），仕事量の多さと身体的疲弊感（糸嶺・鈴木・叶谷・佐藤，2006）などであり，初めて入職した臨床現場において，これまでに経験したことのなかった多くの困難感に見舞われていた。また，入職３か月期は最も不安が強い時期（吉田，2007）であり，自己効力感が低く，精神健康度が悪化し，離職や転職の意思が高まる時期でもある（竹内・杉山，2011）。このような時期にあるからこそ，定性的な調査により新人看護師の認識や思考，感情などを詳細に明らかにする必要があると考えられる。しかしながら，この時期における強い困難感をもった新人看護師へのインタビューにはむずかしさがあり，先行研究の多くは，入職６か月から１年以上の経過の後，新人看護師時代を振り返ったものが多かった。入職３か月期の新人看護師を対象としたインタビュー調査の先行研究は，旧カリキュラムの看護基礎教育を受けた対象のものは少なく，新カリキュラムのものは見当たらない。旧カリキュラムのものでは，３か月間の臨床実践能力獲得への経験を明らかにしたもの（藤好・藤丸・納富・兒玉・奥野，2008）や，３か月期における個人のリアリティショックの体験を探ったもの（岡本・松浦，2015）が存在する

１）群馬大学医学部附属病院　Gunma University Hospital
２）新潟県立看護大学　Niigata College of Nursing
３）群馬大学大学院保健学研究科　Department of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Gunma University

が，特定の診療科病棟における調査や一事例研究であるなど，調査内容や調査対象は限られていた。また，新カリキュラムの看護基礎教育を受けた入職3か月期以降の新人看護師を対象とした調査では，依然としてリアリティショック（瀧上ら，2015）やストレスの存在（友野・本田・根本，2016）について報告されていた。よって，このターニングポイントともとらえられる入職3か月期の時点における，新カリキュラムでの看護基礎教育を受けた新人看護師視点での，彼らの入職後の認識や思考，感情などについてさらなる解明が必要と考える。

入職3か月期以外の時点におけるインタビュー調査によって，新人看護師の認識や思考，感情に類似した事象を取り扱った先行研究は，看護技術習得に関する「認識」を明らかにした調査（小田，2010）や，看護技術実践時の「感覚」を明らかにした調査（山口，2012），新人看護師にとっての，ある研修の意味を明確にするために「経験」を明らかにした調査（澁谷ら，2017）のように，看護技術や教育手法に着目したものであった。また，何を感じ，どのような困難を感じたのかを「思い」として明らかにした調査（井出・太田・坂口，2010）や，患者対応で困惑した場面において自らの看護実践を振り返る「省察」の状況を把握した調査（木佐貫・藤井・宮腰，2016）や，印象に残った「体験」の語りから成長を読み取った調査（高木・中澤・吉岡・田中・鈴木，2016）など，場面や目的を限定したものであった。入職3か月期の新人看護師が，自身がいまおかれている状態や，周囲の状況をどのように認識し，どのような思考をもち，どのような感情を抱いているのかをとらえるためには，これらの先行研究で扱われていた事象を包含する「意識」としてとらえる必要があると考えた。入職3か月期の新人看護師が，臨床という初めての環境に身をおいてどのような意識をもっているかを理解するためには，インタビューによって帰納的に新人看護師の意識を明らかにする必要がある。

意識について，『広辞苑』では，①認識し思考する心の働き・感覚的知覚に対しての純粋な内面的精神活動，②いま，していることが自分でわかっている状態であり知識・感情・意志などあらゆる働きを含みそれらの根底にあるものと説明されている（新村，2008）。Moore（1922/1960）は，単に知覚されているということではなく，最も単純な感覚から反省などの最も発達した感覚までの，あらゆる経験の分析において等しく含まれる，と述べている。一方で，Newman（1994/1995）は，意識とは一点にとどまらない拡張するものであり，人間そのものを表すものとしている。また，個人としての人間は，時間や空間などの環境と相互に作用するシステムであり，環境との相互作用によりゆらぎながら進化し，より高いレベルの意識へと拡張するものである，ととらえている。

以上のことから，学部教育において看護基礎教育の科目である統合実習を臨床実践に近いかたちで受けた新人看護師は，入職3か月期の臨床現場という新たな環境におかれて，それまでの経験をふまえながら，どのようなことを感じ，どのように思い，環境と相互作用しながら臨床現場においてどのように進化しているかを表す意識について明らかにすることで，入職3か月期の新人看護師への理解が深まると考えられる。そこで，統合実習を学部教育で受け，あえて，この入職3か月期の新人看護師にインタビュー調査を行うこととした。本研究では，平成21年度の新カリキュラム改正後の初回の統合実習を履修した入職3か月期の新人看護師の臨床における意識が明らかになる。ただし，本研究は，新カリキュラムの効果を検証するものではなく，新カリキュラムの看護基礎教育という背景をもつ新人看護師の入職3か月期の意識に着目し，焦点を当てたものである。入職3か月期の新人看護師の臨床における意識を明確にすることにより，今後，統合実習を経験して臨床へ入職してくることになる新人看護師の育成への貢献ができるものと考える。

Ⅰ．本研究の概念枠組み

本研究の概念枠組みを**図1**に示す。入職3か月期の新人看護師が成長発達していく姿をBenner（2001/2005）の看護技能習得のドレイファスモデルを参考にして横軸に示す。初心者レベルは，臨床経験がなくとも理解できる原則を学んでいるが，その状況に適切に対応するための実践経験がない者とされており，学生時代を表す。新人レベルとは，一般的ガイドラインに沿って業務をこなし，臨床実践で繰り返し遭遇する重要なパターンにようやく気づき始めた段階とされており，本調査対象である入職3か月期が含まれる。将来的には新人レベルから一人前，中堅，達人レベルへと発展していく。また，新人看護師の意識が多くの経験を通して拡大拡張して成長する姿をNewman（1994/1995）の拡張する意識を参考にして縦軸に示す。拡張する意識とは，キャリア発達段階に応じて新人看護師の臨床現場における感情・意思・気づき・思い・感覚・内省などのあらゆる心の働きが深まり大きくなっていく様子であり，乏しかった看護への気づきや感情が，経験を積むことによって，看護師としての成長に従い段々と太く大きくなる様子を螺旋で示した。さらに，図の外枠実線は本研究対象が受けた看護基礎教育と入職後3か月間の新人看護師としての経験と成長発達の軌跡を示し，点線は今後の経験と成長発達段階である。本研究対象は，4年制大学における統合実習を含む看護基礎教育を終え，入職後臨床現場で

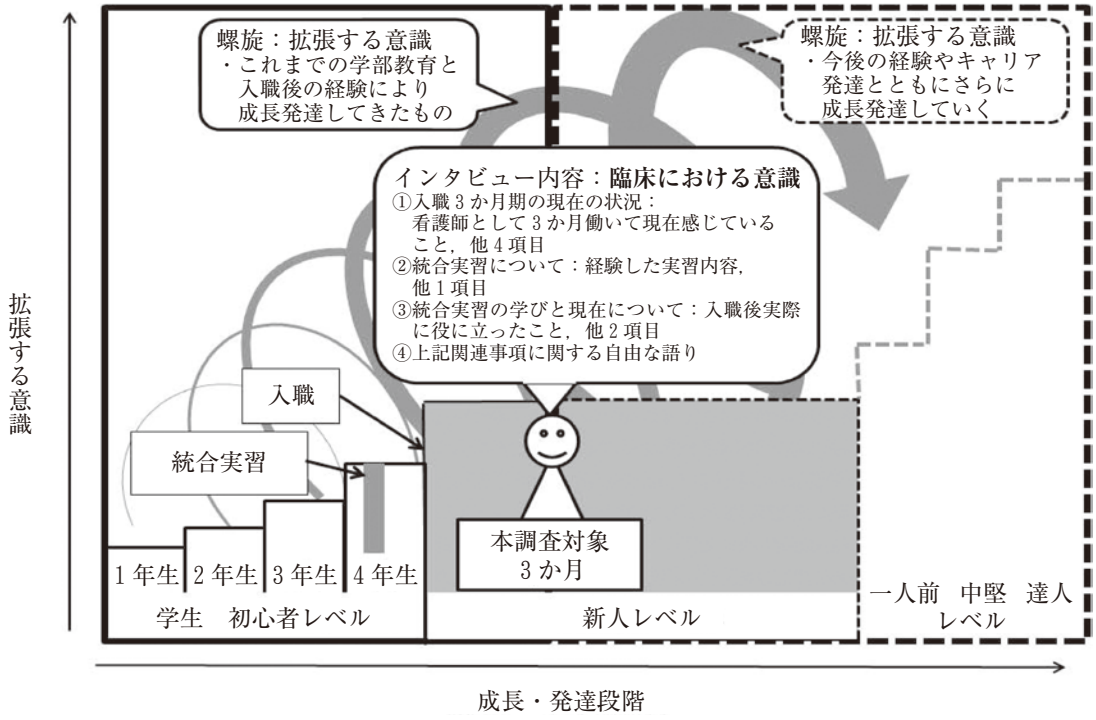


図1　本研究の概念枠組み

の看護師としてのキャリア期が3か月の者であり，国のガイドラインに沿った，入職先の新人看護職員研修を3か月間修めた者である。本研究は，この研究対象の臨床における意識について，インタビューを通して明らかにするものである。

Ⅱ．研究の目的

本研究の目的は，学部教育において統合実習を経験して大学病院に入職した新人看護師は，3か月期の時点で臨床現場での経験を通して，どのような意識をもっているかを明らかにすることである。

Ⅲ．用語の定義

1．意　　識

本研究における意識とは，『広辞苑』（新村，2008）と，Moore（1922/1960）による説明を参考に，学部教育において統合実習を経験して大学病院に入職した入職3か月期の新人看護師の臨床現場における感情・意思・気づき・思い・感覚・内省などのあらゆる心の働きとする。この意識は，新人看護師が，各学年で行われた実習を含める学部教育や，入職後3か月間の看護実践の経験を通して感じたこと，その経験から振り返るものも含めるものと定義する。

2．拡張する意識

拡張する意識とは，新人看護師が自己成長・発展していく各段階で，新人看護師の臨床現場における感情・意思・気づき・思い・感覚・内省などのあらゆる心の働きが深まり大きくなっていく様子と定義する。看護師としての成長に従い経験を積むことによって，乏しかった看護への気づきや感情は，段々と太く大きくなるものとする。

Ⅳ．研究方法

1．研究デザイン

半構成的面接による質的記述的研究。

2．対 象 者

対象は，A大学医学部附属病院（以下，A大学病院とする）において行われたA大学看護教育機関の統合実習を履修し卒業した者で，A大学病院に入職した新人看護職員35名のうち，本研究への同意が得られた新人看護師8名である。統合実習は，各教育機関により履修内容が異なることを考慮し，同一の統合実習を履修した対象者を選定した。A大学病院看護部より選定条件該当者をリストアップしてもらった後，参加協力に関する資料を対象者へ配布した。3週間留め置きとし，参加・不参加にかかわらず返信用封筒を用いて回収し，インタビュー実施者が協力を可能とする者と連絡しインタビュー日程を決めた。なお，同時期の

インタビュー実施者が所属する病棟への選定条件に該当する新人看護師の配属はなかった。

3．データ収集期間

平成25年7月。

4．データ収集方法

対象者1名につき1回，A大学病院の個室で，看護基礎教育と統合実習ならびに新人看護職員研修にかかわらなかった者が単独で半構成的インタビューを実施した。インタビュー内容は，①入職3か月期の現在の状況について（看護師として3か月間働いて現在感じていること，就職して看護師になったことと学生時代とを比較し感じたこと，4年間の学習・実習で学んだことと臨床現場の共通点と思えること，相違点やリアリティショックを感じたこと，困ったこと），②統合実習について（経験した実習内容，経験した内容からの学び），③統合実習の学びと現在について（入職後，実際に役に立ったこと，活かされていると感じること，学んだことと異なると感じることについて）によって質問項目を構成し，これらに関連したことについても自由に語ってもらった。この内容をインタビューガイドとしてインタビューに用い，対象者の同意を得てICレコーダに録音した。データ収集に際しては，インタビュー実施者以外，共同研究者や看護部・職場の上司等にインタビュー内容や対象者について一切知られることがないようにし，個人情報にかかわる内容については暗号化して語ってもらうよう対象者へ依頼した。

5．データ分析方法

⑴ 分析手法

本調査におけるデータ分析には，内容分析の手法を用いた。Krippendorff（1980/1989）は，内容分析をシンボリックなコミュニケーションとしてのデータを分析するための方法としている。本研究において明らかにしようとする意識を対象者のこれまでの経験に伴い拡張してゆくものであるととらえると，本インタビューにより対象者の語りから得られた内容は，対象者の意識を象徴するものであると考えられる。よって，本研究でインタビューから得られたデータは，内容分析の手法を用いて分析することが適切であると考えた。

⑵ 分析方法

ICレコーダの録音内容から，個人情報を暗号化した逐語録を作成した。逐語録を熟読したのち，対象者が臨床現場において感じた感情・意思・気づき・思い・感覚・内省などの心の働きに合致した意味合いの語りの部分を文脈で記録単位として抽出した。記録単位の内容を比較し，類似性のあるものをまとめ，意味内容を変化させないよう，対象者の語った言葉を使用しコード化した。コードの内容をさらに比較し，類似性のあるものをまとめて集め，類似する特徴の概念としてコード化段階より抽象度を上げた命名をしてサブカテゴリー化した。さらにサブカテゴリー化した内容から類似性のあるものをまとめて概念グループ化し，最後に抽象度の高い命名をしてカテゴリー化した。このすべての過程において，対象者の語った内容が損なわれることのないよう，解釈の際はデータに誠実に向き合い信頼性が保てる分析に努め，不明確なところは逐語録まで戻り何度も熟読し，真実性を確保した。また分析全過程において，新人看護職員研修や新人看護師教育と内容分析に精通したスーパーバイザーや研究者間で，データ解釈と概念化に問題がないか繰り返し検討を重ね，分析の客観性と妥当性の確保に努めた。

6．倫理的配慮

研究対象者の個人の尊厳および人権の尊重，個人情報の保護を遵守するため，本研究の目的と内容，自由意思による研究への参加，個人のプライバシー保護，参加による利益・不利益，参加中止の自由および中止による不利益の有無，不利益に対する対処の方策，収集したデータの取り扱い等について説明書を用いて説明した。協力の意思を示した者に対し，インタビュー当日，改めてインタビュー実施者が文書を用いて説明し，書面による同意を得た。なお，本研究は群馬大学医学部疫学研究に関する倫理審査の承認を受け（受付番号25-1），対象施設看護部の研究協力の承認を受けたのち実施した。

Ⅴ．結　果

1．対象者の概要

8名の対象者は全員が看護基礎教育をA大学で受け，統合実習を履修しており，インタビュー時間は36～100分（平均51分）であった。対象の特定を避けるため，年齢・性別などの属性情報は一切収集しなかった。

2．入職3か月期の新人看護師の臨床における意識

対象者へのインタビュー内容から【就職して感じる不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張】【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】【フォローされていた学生時代から自分でする判断へ】【統合実習の経験がもたらす安心感】【働きだして感じる看護の意味】の5つのカテゴリーが形成された（**表1－1～1－3**）。以下，カテゴリー【　】，サブカテゴリー〈　〉，コードを［　］と表記し，それぞれのカテゴリーについて記述する。

⑴ 【就職して感じる不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張】

このカテゴリーは，〈就職して体験する業務のむずかしさと不安〉〈3か月経っても成長できない自分自身〉〈患者対応の悩みともどかしさ〉〈先輩たちとのかかわりにおける迷いと緊張〉〈他の部署・他の職種だったらよかった〉の5サブカテゴリーより構成された。

［初めてする技術もたくさんあって，できないことがすごく不安だった］［長い勤務の拘束時間にぐったりしている］［全く未知だった申し送りはむずかしい］といった3か月間の経験に対する〈就職して体験する業務のむずかしさと不安〉とともに，［こんなに先輩たちによくしてもらっているのに，こんなに遅く成長している自分がいる］と，〈3か月経っても成長できない自分自身〉を感じていた。また，［患者の気持ちをどう受け止めて介入していくか悩む］［一気に増えた受持ち患者に右往左往していた］という〈患者対応の悩みともどかしさ〉や，［先輩にわからないことを聞きたいが，聞くタイミングを迷う］［先輩によって技術のやり方も違うので，「あー」と困った］という，〈先輩たちとのかかわりにおける迷いと緊張〉という意識をもっていた。さらに，［最近やっぱり配属された病棟とは違う病棟に行きたいと思う］［配属先が実際にどうなるかなんて，自分ではどうしようもないことだ］のように〈他の部署・他の職種だったらよかった〉と配属に関する思いももっていた。

⑵ 【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】

このカテゴリーは，〈先輩の輪の中に入れてもらえている心強さ〉〈3か月経過の楽しさ，嬉しさ，山越えた感覚〉〈前よりも成長した自分〉〈迷うなかにも頑張ろうという決心〉〈リアリティショックというものの意義〉〈手厚い新人教育がある雰囲気のよさ〉〈お手本となる先輩のやり方を真似したい〉〈今後興味がある分野を詳しく勉強したい〉の8サブカテゴリーより構成された。

［先輩達のサポートはすごく心強い］［先輩へ育ててもらった恩返しができるように頑張りたい］など先輩からの指導や［先輩に声をかけてもらえて，病棟の輪の中に入れてもらえていると感じる］という先輩との関係から〈先輩の輪の中に入れてもらえている心強さ〉を感じていた。そして，入職3か月期の現在については，［いま，強く思うことは，楽しいということだ］［3か月経ってちょっとだ

表1－1　入職3か月期の新人看護師の臨床における意識

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	言及した対象者（人数）
【就職して感じる不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張】	就職して体験する業務のむずかしさと不安	初めてする技術もたくさんあって，できないことがすごく不安だった	A，B，C，D，E，F，G，H（8）
		就職して初めての業務であたふたした	A，C，D，F（4）
		限られた時間で終わらせなければいけないことは，かなりプレッシャーだ	D，F，H（3）
		長い勤務の拘束時間にぐったりしている	B，E，F，G，H（5）
		受持ち業務で何かあったときの責任と，インシデントレポートを書くつらさを感じる	A，B，D，G（4）
		全く未知だった申し送りはむずかしい	C，D，E（3）
		先輩たちの患者さんとのかかわり方を見て，「あれれ」と，ある意味でリアリティショックを感じた	A，D，G（3）
		今日一日どうだったのか自分で反省してもわからない	D，F（2）
	3か月経っても成長できない自分自身	最初のころも思うようにならなかったし，3か月経ったいまも不安マックスだ	A，B，C，D，G，H（6）
		こんなに先輩たちによくしてもらっているのに，こんなに遅く成長している自分がいる	B，C，D，E，F，G，H（7）
	患者対応の悩みともどかしさ	患者対応に時間のなさと応えられないもどかしさを感じる	A，B，C，D，E（5）
		患者の気持ちをどう受け止めて介入していくか悩む	B，C，E，H（4）
		一気に増えた受持ち患者に右往左往していた	A，F，H（3）
	先輩たちとのかかわりにおける迷いと緊張	先輩にわからないことを聞きたいが，聞くタイミングを迷う	A，D，E，F（4）
		先輩によって技術のやり方も違うので，「あー」と困った	E，F（2）
		医師とかかわることは緊張し疲れる	B（1）
		最初は職場は過酷な人間関係だなと思っていた	F（1）
	他の部署・他の職種だったらよかった	最近やっぱり配属された病棟とは違う病棟に行きたいと思う	B（1）
		配属先が実際にどうなるかなんて，自分ではどうしようもないことだ	B（1）
		ずっと看護師やっていくなら，病棟がいいのだろうとは思う	H（1）
		他の職種を見ていると，その職種の資格をとりたくなるだろうとちょっと不安に感じる	C（1）

け，小さい山を越えた］など〈3か月経過の楽しさ，嬉しさ，山越えた感覚〉ととらえていた。自分自身の成長について，［最近は，前よりちょっと先が見えたり，読めたり，状況がわかるようになってきた］［3か月いると，不安ですって言える人ができてきた］と，〈前よりも成長した自分〉を意識していた。また，［何かあったときに怖いが，しっかりちゃんとしなければならない］［ここで仕事を辞めるのは自分が許せないので，しがみついてやっている］といった，〈迷うなかにも頑張ろうという決心〉があった。リアリティショックについては，［学生のときといまとのギャップはあまりなく，リアリティショックはなかった］［リアリティショックは確かにあるが，意義のあるもの，

表1－2　入職3か月期の新人看護師の臨床における意識（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	言及した対象者（人数）
【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】	先輩の輪の中に入れてもらえている心強さ	先輩たちのサポートはすごく心強い	B，D，F，G（4）
		先輩へ育ててもらった恩返しができるように頑張りたい	D，G（2）
		先輩がすごく優しいので，それだけはよかった，それだけが救いだ	B，G（2）
		先輩に声をかけてもらえて，病棟の輪の中に入れてもらえていると感じる	C，D（2）
		プリセプターに見守られながら夜勤をしている	C，D（2）
		育ててもらった恩返しができるまでは病棟を離れられない	D（1）
		師長さんも声をかけてくれたりよくしてくれ，見てくれていると感じる	D（1）
		先輩から，指導をもらい，そういうふうに看るんだとびっくりした	D（1）
	3か月経過の楽しさ，嬉しさ，山越えた感覚	いま，強く思うことは，楽しいということだ	D，G，H（3）
		入職して3か月目だが，つらいと思うことはない	B，C，G（3）
		3か月経ってちょっとだけ，小さい山を越えた	C，D，G（3）
		患者さんに手際よくなったねって言われたときには，ちょっと嬉しい	E（1）
		最近夜勤で，夜起きているのには，ちょっと慣れてきた	F（1）
		毎日ミスなく無事に終わればホッとする	H（1）
	前よりも成長した自分	最近は，前よりちょっと先が見えたり，読めたり，状況がわかるようになってきた	B，D，E（3）
		学生に見られていれば、成長できるかもしれないな	A，H（2）
		3か月いると，不安ですって言える人ができてきた	D（1）
		自分でも責任を意識してやるようになってきた気がする	D（1）
		大丈夫じゃないときに，大丈夫じゃないと言えるようになった	D（1）
		いまようやくちょっとかっこいい感じに略語を使い始めたところだ	D（1）
	迷うなかにも頑張ろうという決心	希望しなかった部署だったが，配属されたからには頑張ろうと心に決めた	A，B（2）
		何かあったときに怖いが，しっかりちゃんとしなければならない	D（1）
		いまは仕事を辞めないで現状維持で頑張ろうと思う	A（1）
		先輩に声をかけていいのかなと迷いながら毎回声をかけていた	D（1）
		ここで仕事を辞めるのは自分が許せないので，しがみついてやっている	D（1）
		患者さんが思っている本当のことはわからないので，これから頑張らなければいけない	C（1）
	リアリティショックというものの意義	学生のときといまとのギャップはあまりなく，リアリティショックはなかった	A，B，C，D，G（5）
		リアリティショックは確かにあるが，意義のあるもの，大事なもの，きっと必要なことだ	A（1）
	手厚い新人教育がある雰囲気のよさ	職場の環境も雰囲気もいい	C，F（2）
		手厚い感じで新人教育やっているような感じがある	C（1）
		最初過酷だと思っていた先輩たちとの人間関係が，実際には温かかった	F（1）
	お手本となる先輩のやり方を真似したい	忙しいなかでも患者さんと近い関係にあるという先輩たちの姿はお手本となっている	G（1）
		先輩たちみたいになりたいと思う	F（1）
		違うやり方をしているそれぞれの先輩に一回全部聞いてみて，真似したい	F（1）
		教科書に書いてあったことを実際に先輩がやっている	D（1）
	今後興味がある分野を詳しく勉強したい	これからは，緩和かＤＭのことに興味がある	E（1）
		緩和と迷っているが，がん看護を詳しく勉強したい	G（1）
		患者さんの話を聴いたり，マッサージや足浴など，絶対やらなくちゃいけないこと以外のこともできたらいいなと思う	G（1）

表1－3　入職3か月期の新人看護師の臨床における意識（続き）

カテゴリー	サブカテゴリー	コード	言及した対象者（人数）
【フォローされていた学生時代から自分でする判断へ】	学生時代の勉強を振り返りつつ，活かそうとする気持ち	やっぱり，傾聴することも技術も，授業や教科書のようにはいかないな	B，C，D，E，F，G，H（7）
		4年間の学習がいまにそのまま活きている	B，C，D，G，H（5）
		学生のときに勉強しておけば，いま，もう少し病棟でもいろいろできたのかなと思う	C，D，H（3）
	学生時代と違う，自分でする判断と仕事をする意味	学生のときと比べて，働き出してからのほうが大変だ	A，B，C，D，H（5）
		実習生として病棟に行くのと，いざお金をもらって仕事するのでは自分の心持ちと責任が違う	A，B，D，E，G（5）
		学生時代は，頼れる存在が明確であったが，就職してからは，自分で誰に頼るか選んでいる	A，D（2）
		できることとできないことを自分で判断して，技術はできるようにしておかなければならない	A，D（2）
	実習時フォローされていたことへの気づき	実習はよそ者，お客さんとして病棟に来て，患者さんを受け持たせてもらっていた	A，F，G（3）
		看護師の立場になり，学生だから許されるようなことをフォローされていたと気づいた	A，C（2）
【統合実習の経験がもたらす安心感】	いまに活きている統合実習の学び	統合実習があったから，師長さんや副師長さんの仕事も意識できている	B，D，E，G（4）
		統合実習で教えてもらったバイタルサインのとり方はいまでも残っている	F，G（2）
		働き出して初めて，統合実習が意味をもってくることがわかった	C，E，H（3）
		複数受持ちの経験は，病棟に出てすごくよかった	C，G（2）
		統合実習でできなかったことがいまはできるようになっている	E，G（2）
		統合実習で病棟だけでなく，いろんな部門に行けてよかった	D，E（2）
		統合実習で見学したことがわかっていたので，就職して役に立っている	H（1）
	統合実習を通したスムーズな入職	統合実習があったことで結果的にリアリティショックは和らいで，自分でもびっくりだ	B，C，G（3）
		4年生で全く実習しないで病院に来るよりは，病院の雰囲気を少しでも取り戻して入職できたのがよかった	A，B，C（3）
		統合実習で思ったことは，いま，働いてからの印象に近いと思う	A，C，D（3）
		いま思うと，統合実習があったから，3年生から4年生，社会人の移行がスムーズだった	A，B（2）
		統合実習でクリニカルラダーの流れが見えたので，いまラダーのここにいることを実感できている	H（1）
	統合実習の大事な経験	統合実習は，看護師の仕事をイメージするうえで大事な経験だったと感じている	A（1）
		統合実習をした病棟に入職できてすごくありがたかった	A（1）
		統合実習で，病棟に行けて，患者さんとかかわる機会があったことはよかった	G（1）
		統合実習自体があるのとないのとではすごく大きいと思う	H（1）
	統合実習を通して感じる安心感	統合実習で，プリセプター制度などについて聞き，それがいまの安心感につながっている	H（1）
		統合実習で話した先輩が自分のことを覚えてくださっていることもあり安心だ	A（1）
		統合実習で知ることのできた部分は，圧倒的に安心感がある	C（1）
【働き出して感じる看護の意味】	患者サイドにいる看護師の姿勢	看護師でも学生でも患者さんへの接し方は一緒だ	B，C，F，G（4）
		思ったよりベッドサイドに長くいようとする先輩の姿勢が嬉しい	D，G（2）
		看護師はドクターとは違って，患者さん寄りだ	D（1）
	看護の意味としてのとらえ方	看護は，患者さんの生活が少しでもスムーズに，穏やかに過ごせるようにしていくものだ	C（1）
		看護師だからこそ，よりこういうふうにできると思う	C（1）
		自分で個別性のある看護を見つけて，どう動いていくか	C（1）
	目で手で触って確かめる患者さんの心	手で触れるだけで，患者さんとの距離は縮まるのかなと思う	E（1）
		ただお薬飲んでもらって，点滴してではなく，自分の目で手で触って確かめることって大事だ	E（1）
		病院は病気を治すところだが，心がうまくいかないと，身体もうまくいかないのだと感覚的に感じる	C（1）
	記録の大事さへの気づき	どんな記録をしていくかによって，何を見るかの視点も変わってくる	C（1）
		記録が業務に占める割合が多いことに気がつき，大事だと思った	C（1）
		記録は，そのときの状況をそのときだから残せるので，大事だと思う	F（1）
	働き出して感じる知識・技術の大事さ	実際，働き出したら診療科ごとの知識ってすごく必要だと思った	C（1）
		実際に働いてみると，やっぱり技術は大事だとすごく思う	A（1）
	業務としての看護	看護というよりも業務という形相が増え，看護は仕事，業務なのかって思った	C（1）
		看護は自分一人でやるのは無理なんだと気づいた	D（1）

大事なもの，きっと必要なことだ］と〈リアリティショックというものの意義〉を感じていた。職場環境については，［職場の環境も雰囲気もいい］［手厚い感じで新人教育やっているような感じがある］といった〈手厚い新人教育がある雰囲気のよさ〉としてとらえていた。［忙しいなかでも患者さんと近い関係にあるという先輩たちの姿はお手本となっている］［先輩たちみたいになりたいと思う］と〈お手本となる先輩のやり方を真似したい〉と先輩からの指導に対する思いもあった。さらに，［これからは，緩和かDMのことに興味がある］［緩和と迷っているが，がん看護を詳しく勉強したい］など〈今後興味がある分野を詳しく勉強したい〉と考えていた。

⑶ 【フォローされていた学生時代から自分でする判断へ】

このカテゴリーは，〈学生時代の勉強を振り返りつつ，活かそうとする気持ち〉〈学生時代と違う，自分でする判断と仕事をする意味〉〈実習時フォローされていたことへの気づき〉の3サブカテゴリーより構成された。

現在の状況について，［やっぱり，傾聴することも技術も，授業や教科書のようにはいかないな］［4年間の学習がいまにそのまま活きている］と〈学生時代の勉強を振り返りつつ，活かそうとする気持ち〉があった。また，［学生のときと比べて，働き出してからのほうが大変だ］［実習生として病棟に行くのと，いざお金をもらって仕事するのでは自分の心持ちと責任が違う］といった〈学生時代と違う，自分でする判断と仕事をする意味〉をとらえ始めていた。さらに，［看護師の立場になり，学生だから許されるようなことをフォローされていたと気づいた］のように〈実習時フォローされていたことへの気づき〉をしていた。

⑷ 【統合実習の経験がもたらす安心感】

このカテゴリーは，〈いまに活きている統合実習の学び〉〈統合実習を通したスムーズな入職〉〈統合実習の大事な経験〉〈統合実習を通して感じる安心感〉の4サブカテゴリーより構成された。

［統合実習で教えてもらったバイタルサインのとり方はいまでも残っている］［働き出して初めて，統合実習が意味をもってくることがわかった］と〈いまに活きている統合実習の学び〉を実感していた。また，［統合実習があったことで結果的にリアリティショックは和らいで，自分でもびっくりだ］［いま思うと，統合実習があったから，3年生から4年生，社会人の移行がスムーズだった］という〈統合実習を通したスムーズな入職〉を感じていた。［統合実習は，看護師の仕事をイメージするうえで大事な経験だったと感じている］のように〈統合実習の大事な経験〉としてとらえており，さらに［統合実習で，プリセプター制度などについて聞き，それがいまの安心感につながっている］など，〈統合実習を通して感じる安心感〉を感じていた。

⑸ 【働き出して感じる看護の意味】

このカテゴリーは，〈患者サイドにいる看護師の姿勢〉〈看護の意味としてのとらえ方〉〈目で手で触って確かめる患者さんの心〉〈記録の大事さへの気づき〉〈働き出して感じる知識・技術の大事さ〉〈業務としての看護〉の6サブカテゴリーより構成された。

看護師の姿勢や看護の意味について，［看護師でも学生でも患者さんへの接し方は一緒だ］などの〈患者サイドにいる看護師の姿勢〉や，［看護は，患者さんの生活が少しでもスムーズに，穏やかに過ごせるようにしていくものだ］という〈看護の意味としてのとらえ方〉，［手で触れるだけで，患者さんとの距離は縮まるのかなと思う］［病院は病気を治すところだが，心がうまくいかないと，身体もうまくいかないのだと感覚的に感じる］といった，〈目で手で触って確かめる患者さんの心〉のようにとらえていた。そして，働き出してから［記録が業務に占める割合が多いことに気がつき，大事だと思った］などといった，〈記録の大事さへの気づき〉や，［実際に働いてみると，やっぱり技術は大事だとすごく思う］のように，〈働き出して感じる知識・技術の大事さ〉を実感していた。一方で，［看護というよりも業務という形相が増え，看護は仕事，業務なのかって思った］のように，〈業務としての看護〉というとらえ方をしていた。

Ⅵ. 考　察

学部教育において統合実習を経験して大学病院に入職した入職3か月期の新人看護師は，【就職して感じる不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張】【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】【フォローされていた学生時代から自分でする判断へ】【統合実習の経験がもたらす安心感】【働き出して感じる看護の意味】という意識をもっていた。

入職し，新たな環境のなかで，【就職して感じる不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張】という否定的な意識をもちながら，【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】を感じ，看護基礎教育でのこれまでの経験から，【統合実習の経験がもたらす安心感】という肯定的な意識をもっていた。また，【フォローされていた学生時代から自分でする判断へ】【働き出して感じる看護の意味】のように，臨床現場での3か月間の経験のなかで，学生から看護師への過渡期にある意識をもっていると考えられた。

1．入職3か月期の新人看護師の臨床現場における否定的な意識

学部教育で統合実習を経験して大学病院に入職した入職3か月期の新人看護師は，【就職して感じる不安・迷い・

悩み・もどかしさ・緊張】のカテゴリーで示したように，臨床現場という初めての環境において，不安や迷い・悩み・もどかしさ・緊張といった，いわゆる困難感をもって勤務していることがわかった。〈就職して体験する業務のむずかしさと不安〉のサブカテゴリーからは，初めて行う技術や業務に不安を感じ，あたふたとした様子や，限られた時間で終了させる必要のある業務や長い勤務の拘束時間，受け持ち業務に対する責任とインシデントが生じた場合のレポートを書くつらさなど，勤務における困難感がありありと語られ，初めて体験する業務のなかで，苦境に直面していた様子がうかがえる。とくに，「初めてする技術もたくさんあって，できないことがすごく不安だった」のコードは対象者全員が語りを示していた。このカテゴリーの内容は，未熟な技術を実施する怖さ（小田，2010），看護技術に関する苦痛（水田，2004），新人看護師は緊張し余裕がない（鈴木，2011），身体的疲弊を感じている（糸嶺ら，2006）などと同様であり，リアリティショック（平賀・布施，2007；井出ら，2010）につながるものであった。つまり，先行研究と同様の結果であった。

新人看護師は，入職3か月期の時点で，離職への傾向が強いこと（竹内・杉山，2011）から，この時点での新人看護師への指導においては離職につながらないためのサポートが重要である。新人看護職員研修制度の影響もあり，平成25年の新卒看護職員の離職率は，同研修制度開始前の９％前後から7.9％へと漸減した（日本看護協会，2014）が，新人看護師が困難感をもちながら勤務をしているという点は，まだ変わりはないようである。よって，この【就職して感じる不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張】のカテゴリーから，入職3か月期の新人看護師は，臨床に近いかたちで学ぶ統合実習を経験してもなお，臨床へ適応していくうえで困難感という意識をもっているととらえることができる。入職3か月期の新人看護師が困難感をもち，リアリティショックを抱えながら勤務をしていることは，先行研究からも予測されたが，その困難感についての語りを入職3か月期の時点での彼らの言葉で表すことができたことは意義があることと考える。

２．入職3か月期の新人看護師の臨床現場における肯定的な意識

一方で，入職3か月期の新人看護師は，臨床現場という環境との相互作用から【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】という意識とともに，これまでの看護基礎教育での経験から生じた【統合実習の経験がもたらす安心感】という肯定的な意識を持ち合わせていた。

【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】のカテゴリーからは，手厚い新人教育や，お手本となる先輩のやり方が身近にあり，よい環境といえる臨床現場での3か月間の経験のなかで，山を越えた感覚や，楽しさや嬉しさを感じ，さらに自分の成長を感じるといった，職場環境との相互作用により肯定的な意識が生じていたと考えられる。この肯定的な意識は，〈先輩の輪の中に入れてもらえている心強さ〉があるがゆえに感じることができているものと考えられる。Andersson & Edberg（2010）も，新人看護師がチームの一員として受け入れられることや同僚として尊重されると感じることは，新人看護師時代の経験として特徴的なものであると，述べている。今回，入職3か月期の新人看護師が感じていた，輪の中に入れてもらえているという感覚は，新人看護師の成長に際してきわめて重要であり，かつ必要な感覚であると考える。これは，新人看護職員研修により新人へのサポート体制が構築され，新人看護師を受け入れる部署のスタッフが一丸となって，新人看護師が部署になじめるようなかかわりをしていたことが結果に表れたものといえるだろう。

また，【統合実習の経験がもたらす安心感】のカテゴリーが示すように，統合実習があったことでリアリティショックが和らいだという思いから入職がスムーズであったこと，統合実習での学びを現在の臨床実践に活かせているという思いから安心感を得たことが，肯定的な意識の形成を容易にしたとも考えられる。そして，統合実習の経験を自分のなかで大事なものと認識し，現在看護師として働くなかに学びを活用できているという感覚は，自分の成長を実感することへとつながったものと考える。

大西（2009）は，ターミナルケアに携わる看護師は“肯定的な気づき”により，死から逃げずに患者にかかわることができる態度へと変容していった，と報告している。このように肯定的な気づきにより態度の変容がよい方向へと向かうことは，入職3か月期の新人看護師にも同様のことがいえるのではないか。本研究で明らかになったように，入職3か月期の新人看護師が【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】のように肯定的といえる意識をもち，その意識に自分自身で気づくことにより，新人看護師はさらに成長することができるのだろう。

３．学生から看護師への過渡期にある意識

【フォローされていた学生時代から自分でする判断へ】【働き出して感じる看護の意味】のカテゴリーより，入職3か月期の新人看護師は，自分で判断をしなければならないことの責任を感じ，職業としての看護の意味を考えるようになるなど，看護師であるという自覚が芽生えていた。しかし同時に，自分自身の学生時代の振り返りをしていることや，現在と学生時代を比較し，その違いに気づいている状態にもあることがわかる。つまり，入職3か月期の新

人看護師の臨床における意識は，看護学生と看護師の過渡期にあるものと考えられる。Bridges（1994/2014）は，このような人間の内的な過渡期のプロセスを「トランジション」とよんでいる。トランジションは，人が変化し成長する過程であり，そのなかにいる人は，自分がトランジションにいることを認識し，その意味を理解し，有意義にその過程を推し進めていく必要がある。トランジションのなかでも「ニュートラルゾーン」という自己の内面において変容が進行している時期は，人の成長にとってきわめて重要な時期であると説明されている。意識として過渡期にある新人看護師は，現実的に自分のおかれている立場が変化していることを実感しながらも，内面では，4年間の看護学生としての学習と3か月間の看護師としての経験を通して看護を見つめているという，変容が進行している状態にある。つまり，入職3か月期の新人看護師は，自身の過渡期を認識し，自己の意識に向き合いながら，まさに成長・発達している段階にあると考えられる。よって，この時期の新人看護師への指導的なかかわりは，その後の新人看護師の成長・発達にとくに大きな影響を与えうるものになるといえる。

4．臨床現場において拡張する意識

拡張する意識を説いたNewman（1994/1995）は，生命を脅かすような疾病や破滅的な出来事の経験において「ねばる」必要性が超越につながり，意識の進化の転換点となりうると述べている。新人看護師の意識は，考察1で述べたような困難感の存在があり，そのなかでも，考察2【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】のサブカテゴリーで示したような〈リアリティショックというものの意義〉を見出し，さらに〈迷うなかにも頑張ろうという決心〉が生まれること，つまり「ねばる」ことによって，入職3か月期の新人看護師の意識には進化の転換点が生じ，さらに拡大していくと期待・予測される。

また，［先輩から，指導をもらい，そうゆうふうに看るんだとびっくりした］［先輩によって技術のやり方も違うので，あー，と困った］［違うやり方をしているそれぞれの先輩に一回全部聞いてみて，真似したい］［やっぱり，傾聴することも技術も，授業や教科書のようにはいかないな］といったコードから，入職3か月期の新人看護師は，臨床現場に出て，これまで4年間の学習で学んできた，形式的・論理的で言語によって説明することができる形式知（村上，2006）とは異なる，臨床現場に多く存在する，言語化が困難であるため他者への伝授が難しい暗黙知（村上，2006）に触れて驚き，ある意味での違和感をもっていた。Polanyi（1966/1980）が述べているように，知識の成立には，経験を能動的に形成・統合する活動が必要とされる。Benner（2001/2005）は，「経験とは，理論にニュアンスや微妙な違いを加える数多くの現実の具体的な状況に遭遇することであり，理論は，明確にできるものや形式化できるものを示すが，臨床実践は常に理論よりも複雑で，理論だけでは把握できない数多くの現実を突きつけてくる。理論を使ってケアをしたことのある看護師ならば誰でも，公式の理論では表現しきれない現実の差に気づいている」と述べている。本研究の対象者から導き出されたことからもわかるように，入職3か月期の新人看護師は，臨床現場において数多く存在する現実の具体的状況（パターン）に遭遇し，それに気がつき始めている段階にある。「つまり100人患者がいれば100とおり，100人看護師がいれば100とおりのケアがある」ともいえるような，暗黙知の経験を4年間の学習で得た形式知のうえに蓄積させ始めているところであると考えられる。暗黙知に触れた驚きやある意味での違和感といった意識を新人看護師が認識し，自身の経験と結びつけていくことにより，知識を探求させ，自らを成長させることにつながるのであろう。このことからも，入職3か月期の新人看護師は，意識をまさに拡大させている最中にあると考えられ，これが本研究でとらえる意識の拡張である。

村上（2006）は，看護実践には知識伝授プロセスが存在し，暗黙的伝授の洗練と形式知への変換が同時進行していることを明らかにしており，真の知識伝授とは，“思い”を伝える暗黙的伝授が成否の鍵となる，と述べている。看護学生から看護師への過渡期にある新人看護師は，形式知と暗黙知とが混在する臨床現場において両者のギャップを目の当たりにし，驚き，違和感を覚えているのかもしれない。入職3か月期の新人看護師が暗黙知に触れて感じている意識のなかには，困った・教科書のようにはいかないという否定的なとらえ方がある一方で，先輩のやり方を聞いてみて真似してみたいという肯定的なとらえ方もある。新人看護師が，臨床現場で暗黙知に触れた際に，それを肯定的なものとしてとらえ，吸収できるように援助する必要があると考えられる。そのためには，一つひとつの暗黙知なるものを指導者が対話を通して，入職3か月期の新人看護師が理解し経験として統合することができるよう指導する者の“思い”をあわせて伝えることが重要である。

【就職して感じる不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張】のカテゴリーから，入職3か月期の新人看護師は困難感ともいえる否定的な意識をもっており，多くの先行研究と共通するものであった。しかしながら，本研究では，入職3か月期の時点の新人看護師は，否定的な意識をもちながらも，肯定的な意識を持ち合わせており，さらにその意識は看護学生から看護師への過渡期であり，まさに意識を拡大させ成長段階にある者であることが明らかとなった。臨床

現場における意識をあらゆる心の働きとして広くとらえたため，学部教育において統合実習を経験して大学病院に入職した入職3か月期の新人看護師がもつ，これらの意識の様相は新たな知見であると考える。本研究は，臨床に近いかたちで学習する統合実習を受けた新人看護師を対象としたものである。肯定的な意識をもっていたことについては，統合実習履修の経験や入職先である医療機関での新人看護職員研修，職場環境などの要因も関連していたかは定かではない。本研究の知見を活かすことができるとすれば，新人看護師が十分に自分自身を理解し，肯定的な意識をさらに伸ばし，拡大させ，看護師として成長していくことを促せるような職場環境のもと，対話を通した先輩たちのかかわりが重要であり求められているという点である。

Ⅶ. 本研究の限界と課題

概念枠組みにおいて前述したように，本研究では，意識という，ある意味ではとらえにくく，焦点化が困難な事象を主題としたため，本研究においては，意識について定義をおいた。しかしながら，このたびのインタビュー内容では，十分にとらえきれず意識の分析に偏りがあったとも考えられる。また，定義のなかで参考にした意識とは異なる，成長を表すことができるような意識の他のとらえ方が存在することも考えられる。加えて，本研究の対象は一教育機関を卒業した限定された者であるため，結果を一般化するには限界がある。今後は，意識の概念をさらに明確にして，対象を増やして分析する必要がある。

結　　語

学部教育において統合実習を経験して大学病院に入職した入職3か月期の新人看護師が臨床現場での経験を通してもっている意識として，【就職して感じる不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張】【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】【フォローされていた学生時代から自分でする判断へ】【統合実習の経験がもたらす安心感】【働き出して感じる看護の意味】の5つのカテゴリーが見出された。入職3か月期の新人看護師は，旧カリキュラム看護基礎教育下の，統合実習を受けていない新人看護師と同様に，①不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張という否定的な意識をもっていた。しかし，②輪の中に入れてもらえているという実感，統合実習経験がもたらす安心感から，自己の成長を感じるという肯定的な意識につながり，③学生時代はフォローされていたことを実感し，やがて自分でする判断へ，働き出して看護の意味を感じ出しているという，看護学生から看護師への過渡期にある意識をもち，意識を拡大させ，成長している段階にあったことが，新たな知見として見出された。

謝　　辞

本研究に快くご協力いただきました参加者の皆さまをはじめ，協力施設看護部の塚越聖子さま，大谷忠広さまに深く感謝いたします。

本論文は，2014年度群馬大学大学院保健学研究科に提出した修士論文に加筆・修正をしたものであり，第41回日本看護研究学会学術集会にて発表したものである。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

すべての著者は，研究の構想およびデザイン，データ収集・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：学部教育において統合実習を経験して大学病院に入職した新人看護師は，入職3か月期の時点で臨床現場での経験を通してどのような意識をもっているかを明らかにする。

方法：統合実習履修後に大学病院に入職した入職3か月期の新人看護師8名を対象に半構成的インタビューを実施した。インタビューから逐語録を作成し，研究目的に合致した文脈を内容が損なわれないようにカテゴリー化した。

結果：【就職して感じる不安・迷い・悩み・もどかしさ・緊張】【輪の中に入れてもらえて感じる自分の成長】【フォローされていた学生時代から自分でする判断へ】【統合実習の経験がもたらす安心感】【働きだして感じる看護の意味】の5カテゴリーが形成された。

結論：対象者は，先行研究と同様に否定的な意識をもつ一方で，肯定的な意識を持ち合わせていること，さらに学生から看護師への過渡期にあり，意識を拡大させ成長段階にあることが示された。

Abstract

Objective: The aim of this study was to clarify the consciousness that novice nurses obtain through their experiences in clinical settings three months after entering employment after experiencing integrated nursing practicum in undergraduate education.

Methods: We conducted semi-structured interviews with eight novice nurses three months after they had started working at a university hospital after taking an integrated nursing practicum course. The context of the nurses' narratives that matched the study objective was categorized so that no content was distorted.

Results: Five categories were generated: "anxiety, confusion, worry, frustration and nervousness felt after entering employment", "self-growth perceived after being allowed into the team", "moving from being followed-up during one's university days to making decisions independently", "peace of mind arising from experiences of integrated practicum", and "perceiving the significance of nursing through starting work".

Conclusion: While the nurses had a negative consciousness, which was a similar to the findings of previous studies, the results of this study demonstrated that nurses also had a positive consciousness. The nurses were in a stage of growth where they were expanding their consciousness in the period of transitioning from student to nurse.

文　献

Andersson, P.L. and Edberg, A.K.（2010）. The transition from rookie to genuine nurse: narratives from Swedish nurses 1 year after graduation. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(4), 186-192.

Benner, P.（2001/2005）. 井部俊子（監訳）, ベナー看護論 新訳版：初心者から達人へ. 11-32, 東京：医学書院.

Bridges, W.（1994/2014）. 倉光　修, 小林哲郎（訳）, トランジション―人生の転機を活かすために. 東京：パンローリング.

藤好貴子, 藤丸千尋, 納富史恵, 兒玉尚子, 奥野由美子（2008）. 大学病院小児科病棟新人看護師の臨床実践能力獲得への3ヶ月間の経験. 日本小児看護学会誌, 17(2), 9-15.

平賀愛美, 布施淳子（2007）. 就職後3ヶ月時の新卒看護師のリアリティショックの構成因子とその関連要因の検討. 日本看護研究学会雑誌, 30(1), 97-107.

井出恭代, 太田由起美, 坂口けさみ（2010）. 新卒看護師の半年間の思い：インタビューを通して―. 長野県看護研究学会論文集, 30, 130-132.

糸嶺一郎, 鈴木英子, 叶谷由佳, 佐藤千史（2006）. 大学病院に勤務した新卒看護職者のリアリティ・ショックに関与する要因. 日本看護研究学会雑誌, 29(4), 63-70.

木佐貫尚美, 藤井宝恵, 宮腰由紀子（2016）. 就職1カ月目の新卒新人看護師の省察と省察を促すインタビューの試み. 日本職業・災害医学会会誌, 64(5), 287-293.

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2012年10月31日）

厚生労働省（2014）. 新人看護職員研修ガイドライン【改訂版】. http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000049466_1.pdf（検索日2017年11月26日）

Krippendorff, K.（1980/1989）. 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明（訳）, メッセージ分析の技法：「内容分析」への招待. 東京：勁草書房.

水田真由美（2004）. 新卒看護師の職場適応に関する研究―リアリティショックと回復に影響する要因―. 日本看護研究学会雑誌, 27(1), 91-99.

Moore, G.E.（1922/1960）. 國嶋一則（訳）, 観念論の論駁. 105-152. 東京：勁草書房.

村上成明（2006）. 看護実践の知識伝授プロセスにみられる暗黙知伝授の有用性の検討：看護管理者の知識伝授体験より. 日本看護管理学会誌, 9(2), 50-57.

Newman, M.A.（1994/1995）. 手島　恵（訳）, マーガレット・ニューマン看護論：拡張する意識としての健康. 13-60. 東京：医学書院.

日本看護協会（2009）. 2008年病院における看護職員需給状況調査. 日本看護協会調査研究報告, 80. http://www.nurse.or.jp/home/publication/seisaku/pdf/80.pdf（検索日2014年12月30日）

日本看護協会（2014）. 2013年病院における看護職員需給状況調査. 協会ニュース, 3.

小田みどり（2010）. 入職後10カ月までの看護技術習得に影響を与える新人看護師の認識. 看護教育研究集録（教員養成課程看護教員養成コース）, 35, 92-97.

岡本響子, 松浦美晴（2015）. 就業3か月における新人看護師のリアリティショックの体験. 日本保健医療行動科学会雑誌, 30(1), 72-80.

大西奈保子（2009）. ターミナルケアに携わる看護師の"肯定的な気づき"と態度変容過程. 日本看護科学会誌, 29(3), 34-42.

Polanyi, M.（1966/1980）. 佐藤敬三（訳）, 暗黙知の次元：言語から非言語へ. 13-47, 東京：紀伊国屋書店.

佐居由美, 松谷美和子, 平林優子, 高屋尚子, 村上好恵, 桃井雅子, 寺田麻子, 飯田正子, 西野理英, 佐藤エキ子, 井部俊子（2008）. 看護学生の卒直後と卒後3ヶ月の「臨床実践能力」の比較. 日本看護学会論文集（看護管理）, 39, 155-157.

澁谷　幸, 山本直美, 中岡亜希子, 三谷理恵, 田中亮子, 香川秀太（2017）. 2段階ローテーション研修を受けた新人看護師の経験. 日本看護学会論文集（看護教育）, 47, 151-154.

新村　出（2008）. 広辞苑（第六版）. 145, 東京：岩波書店.

鈴木文香（2011）. 臨床における新人看護師と先輩看護師の思いとズレ：2005～2010年の文献レビューから. 看護教育研究集録, 36, 170-177.

高木桃子, 中澤淑子, 吉岡　恵, 田中髙政, 鈴木真理子（2016）. A大学を卒業した第1回生が語った新人看護師の体験の意義：体験の語りから成長の軌跡を探る. 佐久大学看護研究雑誌, 8(1), 39-47.

竹内久美子, 杉山由香里（2011）. 新卒看護師の入職後1年間の心理的状況の変化について：自己効力感・離転職意思・精神健康度の縦断的調査. 目白大学健康科学研究, 4, 29-36.

瀧上恵子, 森元文代, 坂口始津代, 三浦美穂, 阿部昌子, 戸田登美子, 山里久美, 森迫京子, 楠本万里子（2015）. 介護老人保健施設における新人看護師の職場適応の特徴：急性期病院における新人看護師との比較. 日本看護学会論文集（看護教育）, 45, 278-281.

友野真弥，本田智之，根本莉那（2016）．入職後6ヶ月目の新人看護師が抱くストレスについての分析：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（看護教育），46, 191-194.
山口みのり（2012）．新人看護師の看護技術の習得過程：先輩看護師と実施する体位変換時の身体感覚に焦点を当てて．日本看護技術学会誌，11(3)，4-12.
吉田由貴美（2007）．新人看護師のSTAI調査による『不安』の実態及び経時的変化．日本看護学会論文集（看護管理），38, 321-323.

［平成29年7月29日受　付
平成30年4月12日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180413019

－研究報告－

自宅で限られた命を生きるがん患者の“生と死”に関する体験

Experiences Related to “Life and Death” among Terminal Cancer Patients Who Face Death at Home

京　田　亜由美　　神　田　清　子
Ayumi Kyota　　Kiyoko Kanda

キーワード：生と死，終末期，がん，患者，在宅
Key Words：life and death, terminal, cancer, patients, home

緒　言

わが国では，迫りくる超高齢多死社会に向けて終末期をどこで，どのように過ごすかという終末期医療のあり方が問い直されている。一般市民の実に81.4％が，余命が１～２か月に限られるのなら，自宅で過ごしたい（日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団，2012）と回答しており，終末期の在宅緩和ケアへの潜在的ニードの高さが伺える。加えて，2006年40～64歳のがん終末期患者への介護保険給付開始，2007年「がん対策推進基本計画」など法制度の整備により，がん患者を対象とした在宅療養が推進されている。また，2025年を目途に，可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けることができるよう，地域包括ケアシステムの構築が推進されている。そのため今後は，在宅緩和ケアを受ける終末期がん患者の増加が予想される。在宅終末期がん患者に関する先行研究は，患者を支える家族の体験（東，2009；柴田・佐藤，2007；山手，2009）や，在宅移行調整に関する研究（樋笠・井澤・木村，2010；喜多・岡本・浜田・吉野・網，2004）が大半を占める。患者は，普通の人として社会に存在することを望み，最期まで自宅で生き抜こうと考えている（安井・海老・村山，2004）。一方で，患者が自らの“生と死”をどのようにとらえているかをはじめとする患者の心情を明らかにした研究は見当たらず，患者の心情の理解と看護介入は個々の現場における看護師の力量に委ねられているのが現状である。

“生と死”への考え方，すなわち死生観について目を転じると，日本人の死生観についての著述は，文学，史学，社会学や心理学など多様な分野で発表されている。明治維新や第二次大戦での敗戦という歴史的過渡期にあった近代日本人は，武士道の思想を残しながら血縁や農村共同体のなかで死にあらがわずに「よい死に方をする」ことを重要視していた（Kato, Reich, & Lifton，1977/1977）。しかし現代では，都市化や核家族化に伴い共同体が脆弱化したことで，高い集団志向性から死をとらえる文化ではなくなってきている。海外を含めた医療分野においては，1969年「死の受容理論５段階説」（Kübler-Ross, 1969/1971）を皮切りに，1980年代に入るとホスピスケア，予期悲嘆に対する関心の高まりから「死生学」が発展した。2000年以降は，終末期医療の画一化への反省から，「望ましい死（good death）」の体系的調査（Steinhauser, et al.，2001；Hirai, Miyashita, Morita, Sanjo, & Uchitomi，2006；Miyashita, Sanjo, Morita, Hirai, & Uchitomi，2007）が行われている。また，日本独自の死生観尺度（平井・坂口・安部・森川・柏木，2000）が開発され，死を苦痛からの解放ととらえる（細井・川邉・川原・平井，2001）など，終末期がん患者の死に対する肯定的，積極的な表現が明らかとなっている。このように，医療分野の死生観に関する研究は計量的に測定できる分野では大きく発展している。しかし，在宅での看取りにおける心理的ケアに関する研究の少なさから，病状の変化に伴い揺れ動く患者や家族に対する看護師の支援不足が指摘されている（藤本・橋本・森田・田村，2013）。患者は病気体験を通して自己を振り返り，生き方や価値観の転換が起こる（山本，2004）。このような死を意識せざるをえない患者の死生観を，体験を通して質的に研究された報告は乏しい（京田ら，2010）。そのため，患者の語りから“生と死”に関する体験を明らかにし，患者の死生観の本質に迫る意義は大きい。

本研究は，終末期を自宅で過ごすがん患者の“生と死”に関する体験を言語化することで，看護師の患者理解への一助となり得る。本研究は，在宅療養という特殊性はあるものの，終末期がん患者の体験にも共通する内容があり，緩和ケアの質向上に寄与する可能性がある。

群馬大学大学院保健学研究科　Department of Nursing, Graduate School of Health Sciences, Gunma University

Ⅰ．研究目的

本研究の目的は，在宅緩和ケアを受ける終末期がん患者（以下，在宅終末期患者と記す）の“生と死”に関する体験を明らかにすることである。

Ⅱ．研究方法

1．研究デザイン

看護援助の対象となる人々の語りから，その人々の体験を明らかにするために，現象学的心理学アプローチを用いた質的記述的研究デザインを採用した。

2．用語の定義

⑴ “生と死”に関する体験

先行研究（高岡・紺谷・深澤，2009）を参考に，「がん体験を通して一人称の死として自分の死を見つめ，現在に至るまでの自らの生と死への考え，感情，意思を包括した体験」と定義する。

⑵ 在宅緩和ケア

本研究は終末期がん患者が対象であるため，1989年のWHOの定義を参考とし，「治癒を目指した積極的治療が有効でなくなった患者に対する，できる限り最高のQuality of Life（QOL）を実現しながら自宅で過ごすことを目標とした積極的な全人的ケア」とする。

3．研究対象者の選択とデータ収集方法

A診療所で在宅緩和ケアを受けている臨床的予後半年以内のがん患者で，がん以外の重篤な既往もしくは合併症がなく，自身で在宅療養を選択した者。医師，看護師から面接調査が可能であると判断され，研究協力に同意が得られた者を対象者とした。A診療所の院長，看護師長に研究趣旨を説明した後，研究候補者の選定を依頼した。候補者の了解が得られた場合は，訪問看護師とともに訪問し，口頭と文書で説明を行い，研究協力への同意を得た。調査期間は2011年４月～12月であった。調査は以下の方法を用いた。

半構造的面接調査：ナラティブ・インタビュー（Flick, 1995/2002）を参考に，それまでどのような人生を送り，がんと診断され，現在どのような感情，考えをもっているか，対象者の自由な語りを促した。１回の面接は60分程度，１対象者３回程度とした。１回目の面接でライフストーリーを聴取し，２～３回目は曖昧な部分の明確化や深い思いの表出を促した。面接内容は対象者の同意を得てICレコーダに録音した。

参加観察法：面接中の表情，仕草などをメモした。面接が３回未満の場合は語りを深く理解することを目的として，対象者の許可を得て訪問看護に同行し，「生や死」に関する語りを可能な限り正確に記述し，分析対象とした。

基本的属性：対象者の同意が得られた場合は，診療録などから年齢，疾患名，在宅移行の経緯などの基本属性について情報を収集した。

4．倫理的配慮

本研究は，群馬大学人を対象とする医学系研究倫理審査委員会による承認を受け実施した（承認番号：9-30）。対象者へ研究の趣旨，自由意志による研究への参加，途中辞退による不利益が生じないことおよび個人情報の保護について口頭と文書で説明し，同意書への署名を得た。対象者の身体的・精神的負担を考慮し，面接日は対象者，家族，訪問看護師と相談したうえで決定し，対象者の希望に応じて家族，訪問看護師に面接への同席を依頼した。

5．分析方法

面接で得られた録音データより逐語録を作成する。録音できない場合は，対象者の目の届かないところでメモし，その後可能な限り正確に記録する。得られた逐語録を５段階のGiorgi（2009）の現象学的心理学アプローチを用いて，分析方法する。

①全体の意味をとらえるため全体を繰り返し読む。

②心理学的，看護学的な態度で意味の変化を読み取り，意味単位に分ける。

③以下の方法を用いて意味変更を行う。各意味単位における対象者の表現の記述を，現象学的還元を行いながら，想像自由変更を使って意味変更を行うことで意味を顕在化させる。現象学的還元とは，研究者の経験による先入観を括弧の中に入れ「ある」「存在する」ということに関する確信を控えることである（Giorgi, 2004/2004）。また想像自由変更とは，偶然ではなく，その現象であるにはそうでなくてはならない，現象の本質を導き出す姿勢である。たとえば，B氏の「がん治療後６年後に再発をした」という内容の語りに対し，「６年」は「子供が小学校を卒業する時間」なのか，「親の介護と同じ時間」なのか，「５年生存率といわれるように再発への心配が減ってほっとする時間」なのか等，その対象者にとってどのような意味であるか逐語録全体を繰り返し読むことで言葉の意味の本質をとらえる姿勢である。B氏の語り全体から，５年生存率などの統計的な意味合いの言葉がなかったこと，子育てや介護の語りもなかったことなどからB氏にとって「６年」に特別な意味合いはないと判断し，最終的に「何年も」という言葉に意味変更を行った。各意味単位によって回数は異なるが１～４回の意味変更を行った。

④以下の方法を用いて「個別的心理構造」に統合する。各対象者について，子ども時代から就職，結婚，子育て，がんの診断，積極的治療，再発，在宅移行から現在までのすべての記述の意味変更の内容を時系列に沿って「個別的心理構造」に統合する。その際，“生と死”に関する考え方，感情，意思が含まれる体験部分を構成要素の候補としてマーキングする。

⑤以下の方法を用いて「構成要素」を導き出し「一般的心理構造」に統合する。各対象者の「個別的心理構造」にある構成要素の候補のなかから，5名の対象者に共通であり，かつ想像自由変更を使って今回の対象者以外の在宅終末期患者にも当てはまると判断される共通の“生と死”に関する体験を「構成要素」として決定する。また，5つの構成要素のつながりは各対象者の「個別的心理構造」および逐語録を再度確認し，要素に関する対象者の語りにある「だから」「それで」などつながりを表す言葉から明らかにする。同時に，構成要素が「個別的心理構造」にどのように記述されていたかに着目し，がんと診断される前から現在までの全対象者に共通の“生と死”に関する体験を「一般的心理構造」に統合する。

具体例としては，後述するB氏の個別的心理構造の，「自分が近親者を看病した経験から，家族に迷惑をかけたくないと考え，尊敬する家族の，自分の死を悟った逝き方を真似したいと願い」，D氏の「壮絶だった妻の死に方からあのような死に方はしたくないという“よくない死に方”の像を想起し」，C氏の「姉妹で介護しながら入退院を繰り返す母親を看取った経験から，自分も家族に迷惑をかけているが，それでも母親のように病院で死ぬより自宅で過ごすことを“よい死に方”と認識していた」などの体験から，一般的心理構造では「近親者の看取りの体験を通し“よい死に方・よくない死に方”の像を抱いていた」に統合された。このような統合を経て，最終的に一般的心理構造を導き出した。

なお，現象学においては，対象者の語りが豊かな言語表現に満ちているかが重要視されるため，サンプルサイズは1～6例程度（Sandelowski, 1995）と意図的に小さいものとなる（グレッグ・西村，2014，p.47）。

6．真実性確保のための手続き

研究の前段階としてGiorgiの研修等に参加し，現象学的心理学アプローチの習得に努めた。また研究方法，分析においては本研究方法に精通した心理学の学識経験者，研究のすべての段階において質的研究に精通したがん看護学の学識経験者のスーパーバイズを受けた。

Ⅲ．結　果

1．対象者の概要（表1）

研究への同意を得られた7名のうち，病状悪化で面接困難となった者を除く5名を分析対象者とした。対象者Aは病状悪化から3回目の面接が困難となったため，その後の参加観察法で得られた対象者の語りも分析対象とした。各面接は約1週間あけたため，調査期間は平均19.6±6.7日間であった。1回の面接時間は平均54.9±12.7分であった。初回面接時にベッド上生活を表すPerformance Status（PS）4であった2名の対象者は，いずれも積極的治療中の下半身麻痺が原因であった。Palliative Prognostic Index（PPI）は，6点以上で，3週間以内の死亡確率が陽性反応適中度71％，陰性反応適中度90％（Morita, Tsunoda, Inoue, & Chihara, 1999）である。調査終了時には2名の対象者がPPI 6点以上となり，死が間近に迫っていると判断された。

2．個別的心理構造（例）

分析過程を明瞭化させるため，分析の途中経過を示す。分析の第4段階として対象者5名それぞれの個別的心理構造を導き出した。今回は，例として体験についての語りが豊富なB氏の“生と死”に関する体験の「個別的心理構造」を記述する。また，“生と死”に関する考え方，感情，意思が含まれる体験部分を下線で示す。

「B氏は，一般的だと認識する家庭環境に生まれ，兄弟の世話や家の手伝いをしながら幼少期を過ごした。（中略）その後，戦争により，突然生命の危機にさらされる極限の恐怖を味わった。（中略）その後，B氏と夫は自営業を営み，子どもたちや従業員を守るために一生懸命働き，お金がなくてもまずは困っている他者を助けるという生き方をしてきた。

表1　対象者の概要

対象者	年齢	性別	疾患名	がんの闘病期間	在宅療養の期間	調査期間（初回面接より）	面接回数	PSの変化	PPIの変化	主介護者
A	60歳代	女性	甲状腺がん	5年	13か月	22日間	2	4→4	3.5→6.5	娘
B	80歳代	女性	卵巣がん	13年	5か月	30日間	3	1→2	0→0	娘
C	50歳代	女性	乳がん	11年	4か月	13日間	3	4→4	2.5→2.5	夫
D	80歳代	男性	肺がん	半年	1か月	15日間	3	2→4	0→8.5	なし（独居）
E	50歳代	女性	乳がん	7年	1か月	18日間	3	1→0	0→0	夫

そろそろ夫婦2人の隠居生活を考えていたころ，夫が終末期のがんに罹り，仕事の重圧と，精神的な支えを失う恐怖を認識した。B氏は同じころ，自分の体調不良を感じたが，がまんし，動けなくなるほどに症状が悪化した後，がんと診断された。B氏はこのとき，家族に大きな負担をかけたと認識している。すでに根治治療は不可能といわれながらも，つらい治療を受けた。夫と自分は一心同体でそれまで生活してきたから，命の危険性のある病気にも一緒に罹ったのだとあきらめようとしたができなかった。自らの死と，夫という半身を失う恐怖から苦悩し，自らの心を鎮めるために，それまで漠然としか信仰していなかった宗教にすがったと認識している。B氏は，宗教を信じ切っている訳ではないが，真剣に苦悩したときは他に拠り所がなく，助かりたくて真剣に悩んだ結果，すべてのものはいつかは消える，死ぬという教えが，生の限界を突き付けられた自分の唯一の救いだったと認識している。（中略）その後，再発を経験した。いつ再発するかと怖れながらも，身体の不調を感じずに何年も生活できたのは幸運だったと考えることで，死ぬことも覚悟したと認識している。

2度目の再発のときには，心の片隅に死をおきながら生活した時間を経て，長生きだとB氏が思える年齢になったことで，がんと診断されたときほどではないが，それでも死への恐怖は認識している。体験から命は人間の力を超えたものであり，寿命がくるのを受け入れるしかないと考えているが，それを一人でただ待つのは気持ちがふさぐ。「頂いた時間」が過ぎ，人間としての人生の終焉の時期がきたのだとあきらめる気持ちがある一方で，日々生きたいと強く望み，揺れ動き，そのような自分を中途半端だと感じている。死を覚悟してから時間が経過し，生きられる可能性を感じることで，死への恐怖が再度強くなり，わずかでも延命の可能性がある治療を受けないことにも迷いが生じている。（中略）

B氏は自分が近親者を看病した経験から，家族に迷惑をかけたくないと考え，尊敬する家族の，自分の死を悟った逝き方を真似したいと願い，先立った家族と仏に祈っている。そんななかでも，病院や在宅療養を支えてくれる専門家への信頼と家族への感謝を認識している。

徐々に体力が低下し，機能の喪失を実感した。（中略）面接時に家族のためにできることは，生きることだと思っている。

以前，真剣にすがった宗教の教えを，面接時にも半分は信じており，眠れないときに仏の顔を思い浮かべるときがある。ずっと以前に，西方浄土とはこういう所だろうと感動した，夫との思い出の風景を想起し，先立った夫がそこから迎えに来ると認識している。B氏は一つの卓越した考え方ではなく，日々考えが揺れ動くと認識している」

3．在宅終末期患者の“生と死”に関する体験の一般的心理構造

分析の最終段階では，5名の対象者の「個別的心理構造」から，今回の対象者以外のすべての在宅終末期患者に共通の“生と死”に関する体験として以下のような「一般的心理構造」が導き出された。また，構成要素は【 】で示す。

在宅終末期患者は，健康なときから親より先には死ねないなどの通説や漠然とした信仰に従い，近親者の看取りの体験を通し“よい死に方・よくない死に方”の像を抱いていた。

がんと診断され，患者は自らの死を意識するが積極的治療による身体的苦痛からの解放により，まだ生きられる自分を実感した。その後がんが進行し，医療者の言葉や症状の変化などの身体感覚から，自らの命の有限性を実感し，残された時間を漠然と予測した。患者は医療者から積極的治療の限界を突き付けられ，見放された，または入院を継続しても回復の見込みがないと考え，家族の協力を得て在宅療養を決断した。

在宅療養に移行した患者は【残された時間は長くはないと自覚しながらも抱き続ける生への希求】と，【逃れられないのならせめて“自然な死”を望む】気持ちから，【生への希求とせめて穏やかな死への望みの間の揺らぎ】を体験していた。在宅療養を維持するうえで必要不可欠な支援を受けながら，【生にも死にもつながりうる家族や周囲の人への思い】を抱いていた。また，がんという病の体験から【自己を超越した存在】をより意識し，頂いた命を生き切りたいという希望と，寿命ならせめて“自然な死”をと望む気持ちの両方を抱いていた。患者は残された時間の長さへの認識にかかわらず，生や死に対して揺れ動きながら最期のときを過ごしていた。

4．在宅終末期患者の“生と死”に関する体験の構成要素

在宅終末期患者の“生と死”に関する体験として，導き出された5つの構成要素を対象者の語りを基に説明する。以下，対象者の語りはゴシック体表示の「 」で記述する。

⑴ 【残された時間は長くはないと自覚しながらも抱き続ける生への希求】

在宅終末期患者は，医療者の言葉や身体感覚から自らの命の有限性を実感し，残された時間を漠然と予測していた。患者は，日々の身体症状の変化や転移による新たな症状の出現から死の近づきを実感するが，一方で主体的に生きたいと望んでいた。A氏は，新たなリンパ節転移から確実に病気が進行していることを実感しながらも，日々張り合いをもって生きていこうと自分を鼓舞していた。

「昨日も先生が来て，首がちょっと腫れてるからどうした

のかなって聞いたら，リンパへ転移してるかもねって言ったの。じゃあリンパに転移したらあとどのぐらいで？って聞いたらそれはその病気によって早い人も遅い人もいるから何とも言えないってさ。……家族がいろいろしてくれるから，めそめそしてても悪いし。（涙）でも夜になっちゃ〜一人で泣いてみたりしてるわけ。でも生きられるだけ頑張って。1日1日を大切にしていこうかなって思ってます。（中略）こうやって寝てたりしてるとぼ〜っとしちゃう。だから編み物始めようと思って。挑戦してみようかなって。編みきって，まだ生きていられるか，賭けだね」

また，避けられない死や，近づきつつある死への過程への恐怖から逃れたいという気持ちから，生への希求を抱く患者もいた。患者は「食べるイコール生きる」ととらえ，おいしいと思って食べられることで生きる意欲の湧き上がりを実感すると同時に，生きたいという切実な望みから食べることに執着していた。B氏は，表面上は死んでもいいと言ってもやはり死は恐怖だと認識し，生を諦められず体から湧き上がる食べることや生への渇望を実感し，少しでも生きたいと望み，食べるために行動していた。

「（死んだ叔母に）そろそろ呼びに来ていいよって言うんだけど，ご飯は食べるんだよ。口じゃ生意気なこと言ったってね。先に断っとかなくちゃ，生意気なこと言ったってね，ちゃんと時間が来ればお腹がぐーぐー鳴って。……今年のうちに迎えに来るんかどうか知らないけど。年忌に人が迎えに来るって言うから。もうそれでも結構だ。ただ，死ぬのは怖いよね。怖くないなんて嘘だよ。……（中略）このまま（死んだ）お父さんの所にいくのも何だか。まだ本当の胸の中はもやもやしているものがあるんだ。正直には，本当の話は，このままもういいんだよって，要するに全然そこまで行い済ませてないんだよね。……（中略）少しでも食べたいし，食べるには動かないと。（般若心経を学んで）頭ではお終いは空（くう）だって思っても，身体の中が食べたいからさ。たとえ人の物を盗んででも，拾ってでも食べないと。それを止めることは人間できないんだよね」

⑵ 【逃れられないのならせめて“自然な死”を望む】

在宅終末期患者は，病状の悪化に伴い，それまでできていたことができなくなり，自立性の低下もしくは喪失を体験していた。また，コントロールしきれない身体的苦痛を抱いている場合もあった。患者はそれらの苦悩は生きている限りずっと続くという認識をもち，苦悩からの解放として死を望む気持ちも抱いていた。患者は「食べるイコール生きる」ととらえ，食べられなくなりつつある現実から，確実に死が近づいてきていると認識し，逃れられないのならせめて“自然な死”を迎えたいと望んでいた。その際，近親者やがん仲間の死に際を見てきた経験から“よい死に方・よくない死に方”の像を具体的に想起し，自分にとっての“自然な死”をとらえていた。

A氏は局所再発に伴う食事の誤嚥による窒息を経験し，近い将来訪れる食事摂取困難や呼吸困難を想起した。また，とりきれない身体的苦痛やベッド上の生活，死への恐怖は生きている限り付きまとい，死を唯一の解放と捉えていた。A氏は食べられないことを「死」ととらえ，生きたいという切実な望みから輸液療法にすがりながらも，胃瘻で延命していた他患者の終末期の姿を自分にとっては“よくない死に方”ととらえ，死が避けられないのならせめて苦痛なく安らかに眠らせてもらう“自然な死”を望んでいた。

「（窒息のとき）気管に入っちゃって，大騒ぎしちゃった。あのときも死んじゃうかなと思ったけど，いま生きてて。（病院で）管（胃瘻）入れて，食事ですよって流動食を流している患者さんなんかいっぱい見てきた。そういうただ心臓が動いているだけじゃ。（中略）こんな大ごとして，食べているなら，つっかえたりして，死んじゃえば，楽だよな〜って思うよ。足もしびれてるし身体も動かないし。楽になるんだろうなって。たびたび，そう思いますよ」「食べられなくなってきちゃって……もう長くはないって思う。（窒息しないか）いつも不安。最後は苦しまずに楽に亡くなりたい。眠らせてほしい。ご飯が食べられなくなったら，息苦しくなる前に寝かせてほしい。それで自然に逝きたい。（末梢）点滴はしてほしい。この中に眠れる薬を入れてくれればいいのに。それで自然に……」

D氏は，疼痛や食欲不振などの身体感覚からがんの進行を実感し，残された時間が短いことを実感していた。壮絶だった妻の死に方からあのような死に方はしたくないという“よくない死に方”の像を想起し，自分はなるべく疼痛が緩和され他者に迷惑をかけずに眠るように死ぬことを“自然な死”ととらえ，望んでいた。

「がんと友達になろうと思っても，とてもなれない。そんな簡単なものじゃない。結局がんの進行はおそらく進んでいると思う。痛みが徐々にだんだん出てきているような気がするんです。食欲がなくなったり，いろいろな面で。（中略）だからこれから先，おそらく○月（面接の2か月先）が，目途だと思って。それを一つの目途にね。本当にそういければいいんだけどね，そうすれば本当にピンピンコロリでね（涙）……そうなりたいものだね。……（中略）女房ががんやって。痛い思いで。本当に死ぬ間際まで（痛くて）駄目だったんですよ。焼火箸を押し付けるような痛さだって先生が言うんだよ。それで女房が死ぬ間際に殺してくれ，殺してくれって何回も言ったんですよ。それが頭にこびりついてる（涙）（中略）……死ぬっていうのはむずかしいんだよね。人間自分から死ぬっていうのはよくないし。他人に迷惑かけないで。後の面倒までちゃんとみてっていう訳にもいかないし。まぁ自

然に本当は逝きたいんだけどね。（中略）最初からがんで死ぬって思ってたから。延命治療はいらない。それで女房がうんと苦しがったから，なるべくなら痛みを最小限にしてもらって。本当ならこのまま〜っと寝てるときに息引き取るのが一番いい」

⑶ 【生への希求とせめて穏やかな死への望みの間の揺らぎ】

在宅終末期患者は，死への諦めを抱きつつ，生への希求を持ち続け，両者を行き来していながら絶えず揺れ動いていた。B氏は寿命がきていると認識し諦めの気持ちがありながらも，身体から沸き起こる切実な生への希求の間で揺れ動いていた。危険があっても劇的な症状緩和や延命の可能性がある治療を受けられないかと思うときもあれば，1日でも長く生きるために危険を冒したくないと思うときもあると語った。

「もう寿命が尽きるんだけれども。（中略）人間として終わりの時期が来たんだっていう心はある程度できた。そういうふうな思いになる日もあるし，そんな訳ないやって思う日もあるし……で，迷い。諦めもあるけど，でも明日もご飯が食べたいって思うの。中途半端なの……（中略）皆，頂いた時間だけは，生きるんだよね。だから，その順番が来るまでやってましょって。なかなかむずかしいけどそれも。いざとなるとつい，根を上げてね。……どうしよう，どうしようって」「手術をすれば。場所が悪いからね。でも，いまでも，手術をしてそのときにだめだったらさ，それでもいいやって思う日もなくはないのよ。だけど，人間は贅沢でね。思った日もあるし。あぁいやだ，1日でも長いほうがいいって日もあるし」

E氏は生と死の間の揺らぎをジェットコースターのようだと語った。

「これからお葬式のことなんか考えたり。もう気分的にこうなんですよ。ジェットコースター乗ってるような感じ。今日はいいけど，次の日はもう，自分のいない生活のことを考えてみたりとかね。昔のアルバム持ってきてみたりとか」

⑷ 【生にも死にもつながりうる家族や周囲の人への思い】

在宅終末期患者は，身近にいて自分を介護してくれる家族への愛情と信頼から，自立性を失いつつある自分でも家族のためにできることがあると思うことで生への希求につなげていた。C氏は，いっそ早く死にたいと思うほど苦悩しながらも介護されている自分を仕方がないと受け入れたことで，たとえ寝たきりであっても，生きているだけで家族のためになると気づくことができた。

「（退院直後は，夫にオムツ交換も頼まないといけない）こんな人生でもう死んだほうがいいって思っていた。……でもね，この生活もこうかなと思って。（中略）いまはもう介護に慣れたっていうか。これはこれでしょうがない。（中略）私がこれで亡くなれば一応親も悲しんでくれるだろうし。だから親より先には死ねないなと思って。ベッドに寝ていても，生きているから。一番はそれだよ。旦那には迷惑かけているけどね」

一方で，日々介護してくれる家族にこれ以上迷惑をかけたくないという思いから，死を望む気持ちも抱いていた。B氏は，自らが母親を長期に介護した経験から，自分の子どもには同じような苦労をかけたくないと考え，いっそ早く死んでしまってもいいとも思っていると語った。

「（母親は）3年，病院にいました。だから，毎日通いました。今日は妹の日，今日は私の日って交替して。……（中略）（自分たち夫婦）2人仕事も一緒で，一緒に（がんに）なったから（仕事ができなくなって），大騒ぎで。……その後も子どもも大変だった。本当，こうなったら，早くもうお迎えが来ていいよ。なかなか来ないね。……（中略）……娘も歳とってね。自分も調子悪い騒ぎ始まったからね。いまね。……孫も面倒みなくちゃならないし」

在宅終末期患者は，がん仲間や友人などの周囲を取り巻く人々への愛情を感じ，生きる活力を貰ったり渡したりしていた。D氏は，先が短いと感じるようになっても，友人と話すことで生きる活力が出るうえ，自分が友人の力にもなれていると語った。

「人が来て，今日もだからお友達が来たでしょ？　それでしゃべってると，気分がうんと紛れてね。元気が出てくる。（笑）気分的なあれがあるからね。……（中略）……さっきも友達のなかにうつ病の人が1人いたんですよ。その人もね，いや〜Dさん見習いたいね〜なんてね。俺もそんなふうに，そういう心境になりたいよって言って帰ったけどさ。だから，まあ，1人でもそういう人にね，力になれればね」

一方で，立場が違う他者には自らの苦悩はわからないという疎外感も抱いていた。A氏は同じ歳の健康な人は，自分で自由に動けるのに，それができない自分にもどかしさを感じていた。健康な友人の言葉を素直に激励ととることもあるが，卑屈にとることもあると語った。

「私と同じ歳で健康な人はまだ車にも乗ったり。あっちこっち行けたりできるのに。どこにも行けないんだ。……歯がゆい。……（中略）……（ショールを）同じく編めって言うの。（友人）2人が。1人分だけ編めて，（亡くなっちゃって）1人分が編めなかったら困るから。はあ。ひどいよね（笑）。……まったく。いいんだか，悪いんだか。励みになるんだか。嫌味なんだか。皆ピンピンして。……どうに考えていいんかわかんない。……まったくね」

在宅終末期患者は，医療・福祉関係者に愛情と信頼を抱き，在宅での生活に安心感を抱いていた。D氏は病院の連携室を含めた在宅療養を支えてくれる関係者への信頼と愛

情を語った。

「まわりの人がもう本当にいい人ばかりでね。（涙）……最後に（在宅の）先生に握手してね。いい先生に巡り合えたって。今日。最後に先生にありがとうって。先生も「Dさんとは本当に深い馴染みでね。よかったよ」なんて。時間の問題じゃないんだね。病気を治すとか治さないとかそういうのだけじゃなくて。そこまで突っ込んでお医者さんと付き合わないと。……（中略）……病院で抗がん剤もだめだってことがわかって，下の階の緩和ケアに相談してみろって言われて。それで行ったら看護師さんからすぐに（在宅の）先生に電話してくれて。それで全部任せて。（ヘルパーも薬局も）みんな（在宅医療機関と）つながりがあって，お互いに知り合った仲でね。だからそこに頼めたってことが一番ね。一番の安心」

一方で，過去の不自由な入院生活や，医療への不信の体験を想起し，入院への否定的感情がみられた患者もいた。A氏は入院中の医療者への不信や不自由な入院生活から入院はもうしたくないと考え，症状緩和のための手術を一度は拒否したが，その後，状態悪化から再度手術を受けられないかと考えるようになったと語った。

「これ（腫瘍）がどうにかなってくれればいいけど。ほっとくと，あれ（窒息）だろうな……痰がからんだら……食べ物がちょっといっぱい入れるとつっかえちゃうし。でも。もう手術はしない。ここ（腫瘍）取って管入れて流動食してもらってもやだから，もう手術はたくさんって言って断った。……中略……入院中担当の先生に「どういう状態なんですか？」って質問したんだけど何の返答も返ってこない。様子見だって逃げてた。……中略……（入院中の洗濯や食事が大変だった話の後）……だからもう入院はたくさん。（涙）」

その後A氏は窒息を経験「もう考えたってしょうがないけど考えちゃう。（窒息が）また起こるんじゃないかと思うと。これ（腫瘍）を手術で取ってくれるってなればね。もうしょうがないと言われているけど，病院の先生に意見を聞きたい」

⑸ 【自己を超越した存在への意識】

在宅終末期患者は，子どものころから親を含めた周囲の大人たちが，仏壇に線香をあげるなどの先祖崇拝を風習として行っているさまを見ていた。また，近親者との死別をはじめとする人生における困難体験において，多少なりとも宗教の教えに触れるきっかけが生じていた。これらの風習や宗教的な教えを，どのように自分の生活や考えに取り込むかは個人差が認められるが，対象者の心理的な背景に浸透していた。対象者は，風習や宗教的考え方と，それまでの人生における実体験から，死後の世界観を形成していた。B氏は，ずっと以前に，西方浄土とはこういう所だろうと感動した，夫との思い出の風景を想起し，先立った夫がそこから迎えに来ると語った。

「海が青くってね～。（結婚して夫のもとに）行ったときに，あ～西方浄土っていうのはこういうところなんだと思いましたよ。おどろいちゃって。……（中略）……だから，眼をつむれば，あの海に沈む夕日が，いつでも出てくるから。あの中からお父さんが迎えに来るなんて思っているわ（笑）」

在宅終末期患者は，がんの闘病生活において一度は死を覚悟したり，いっそ死にたいと望みながらも死ななかった経験を通して，自分ではコントロールできない生死を実感していた。E氏は宗教的な背景に加えて，死ぬかもしれないと強く認識するが，死ななかった体験を通して，自己を超越したなにものかへの意識を抱いた。そして，その後の時間を頂いた命と認識し，家族のためにも1日を大切に生きたいと望んでいた。

「私は，主人もそうですけど信仰をもっていましたから。心の状態はよい状態でいられた。（症状悪化時は）死のスパイラルに入って。死を迎える準備をしなくちゃならない状態だった。それが回復して。何か不思議な力を頂いた。あの時点で自分の人生は終わって。おまけの人生を頂いた。身体は丈夫じゃないから何ができるとかじゃなくても。こうやって息ができて。一生懸命生きている。生きているだけでも喜んでくれる，こんなに心配してくれる人を，一人でも悲しませないように。1日1日を大事に生きていって，人のお役に立てればなっていう気持ちが前より強くなりました」

A氏は自分ではコントールできない生死という実感から，寿命というすでになにものかに決定されている命への認識を抱いていた。

「落ち込んで，泣くときもある。……でもね。死ねないんだから。そうかと言って自殺すれば家族に迷惑かかるし。（涙を浮かべて）まださ，寿命があるんだから」

Ⅳ．考　察

1．在宅終末期患者の“生と死”に関する体験の現象と意味

本研究の結果，在宅緩和ケアを受ける終末期がん患者の“生と死”に関する体験は【残された時間は長くはないと自覚しながらも抱き続ける生への希求】【逃れられないのならせめて“自然な死”を望む】【生への希求とせめて穏やかな死への望みの間の揺らぎ】【生にも死にもつながりうる家族や周囲の人への思い】【自己を超越した存在への意識】で構成された。まず患者の“生と死”に関する体験について考察したのち，本研究の特徴である【自己を超越した存在への意識】と“自然な死”の視点を加える。

⑴ 周囲への複雑な思いを抱きながら揺らぎ続ける在宅終末期患者の“生と死”に関する体験

在宅終末期患者は【逃れられないのならせめて“自然な死”を望む】ことで近い将来訪れる自らの死と対峙しようとしていた。一方で，【残された時間は長くはないと自覚

しながらも抱き続ける生への希求】からわずかでも延命の可能性がある治療を受けたい気持ちもあり，【生への希求とせめて穏やかな死への望みの間の揺らぎ】から終末期医療処置の意思決定の揺らぎを経験していた。また，過去の入院体験を含む【生にも死にもつながりうる家族や周囲の人への思い】も複雑に影響していた。患者はそれまでの人生経験やがんという死を意識せざるをえない病気体験により【自己を超越した存在】をより意識し，頂いた命を生き切りたいという希望と，寿命ならせめて“自然な死”をと望む気持ちの両方を抱いていた。

終末期患者の“生と死”に関する体験を考察するうえで重要な概念に死の受容がある。死の受容過程理論で最も広く普及しているのがKübler-Ross（1969/1971）の5段階説であるが，段階という概念への批判もある。段階という順序性から最終段階である受容を達成目標とする傾向を強くし，受容という段階に至れれば，平和に，威厳をもって死ぬことができるという印象を抱かされる（青柳，2005）。これにより患者に死の受容を促すべきだという誤解が生じている。しかしこの場合の受容とは感情がほとんど欠落した状態であり，死を受け入れながらも前向きに日々を生きるような能動的で意欲的な状態ではない。

緩和ケア領域を専門とする看護師である河（2010）は，患者が「自分の死を受け容れた状態」として不安や恐怖におそわれたり，抑うつ的な状態に陥ることもあるが，それにとらわれ続けはせず，気持ちが揺れるにしても，その人固有の何らかの支えがあったうえでの揺れる状態であり，そこには心の安定，おだやかさがある，と述べている。

研究で明らかにされた在宅終末期患者の【残された時間は長くはないと自覚しながらも抱き続ける生への希求】と【逃れられないのならせめて“自然な死”を望む】気持ちと【生への希求とせめて穏やかな死への望みの間の揺らぎ】という体験は死の受容の一つと言える。

また【生にも死にもつながりうる家族や周囲の人への思い】を抱いていた。生や死に対する関係は自己認識が「アトム的自己」か「つながりの自己」かによって異なる（大井，2008）。「アトム的自己」とは，自己を他者と切り離された存在ととらえる認識であり，欧米で優勢である。一方「つながりの自己」とは，自己と他者をつながった存在ととらえる認識であり，アジア，アフリカなどで優勢である。本研究でみられた，家族や周囲の人への複雑な感情が生にも死にもつながることは，日本人としての「つながりの自己」の現れである。

【自己を超越した存在への意識】については後述する。

このように在宅終末期患者は，自らの死を認識し，自己を超越した存在や周囲の人への複雑な感情を抱きながら“生と死”の両方の望みの間で揺らぎ続ける体験をしている。

⑵ 自己を超越した存在への意識の意味

在宅終末期患者は，先祖崇拝の風習を見て育ち，さまざまなタイミングで宗教の教えに触れていた。これらは個人差があるが，患者の背景に浸透していた。そのうえで，闘病中の生き延びた体験を通して自己を超越した存在を意識化し，頂いた命を精一杯生きようという生への希求につなげていた。同時に，先立った人たちのもとに逝くという死後の世界観から自らの死や運命を諦め，「自然な死」を望む気持ちをもっていた。

一般的に日本人は，霊魂が人を生かす存在であり，人が死ねば霊魂は祖霊となってあの世とこの世を行き来できる身近なものとなると信じている（黒塚，2006）。これは，本研究の対象者が語った先立った人たちのもとに逝くという死後の世界観に類似している。また，本研究における「なにものか」から頂いた命や「なにものか」によってすでに決定されている寿命という認識は，Kato, et al.（1977/1977）が指摘した自分自身を包み込む調和的宇宙観に共通する。調和的宇宙はすべての自然，生物や死者の魂さえも包摂し，明瞭な認識の対象にはなりえないものであり，キリスト教などのように“生と死”に関する絶対的な存在がいない日本人に特徴的な考えである。同様に田崎・松田・中根（2001）も，日本人のスピリチュアリティ観は個人差が大きいものの，特定の宗教をもたないにしても何か絶対的な力の存在を感じる者が多いことを指摘している。

日本人の多くは特定の宗教を信仰していないと誤解されることがあるが，初詣やご来光，七五三，困ったときの神頼みなど，程度の差はありながらも何かしらの宗教的な考えや風習を根底にもっている。そのうえで，患者は，がんによる自らの死に最も接近した体験を通して，それまではあまり意識してこなかった自らを包み込む超越した存在を意識化する。患者は明瞭になってしまった迫りくる自らの死に対し【自己を超越した存在】を意識化することで，生死は自分ではコントロールできないのだから仕方がないと治まらない心をなんとか治めようとする。これにより，自らの死や運命への諦めを後押しながらも，頂いた命を生き切ろうとする活力となる。

⑶ “自然な死”の意味と終末期医療処置の意思決定

在宅終末期患者は，身体感覚から残された時間が短いことを実感し，生への希求を抱きながらも避けられない自身の死に対してせめて“自然な死”を迎えたいと望んでいた。その際，近親者やがん仲間の死に際を見てきた経験から“よい死に方・よくない死に方”の像を具体的に想起し，自分にとっての理想の“自然な死”を思い浮かべていた。これは世間一般のよい死に方とは異なり，「個人的な」ものである。長く病気と付き合ってきた病人は，それぞれ

が「生存の哲学」（川口，2010）をもっている。患者は，それぞれの人生経験に根付いた個人的な“自然な死”の像をもとに，死が避けられないのなら，今後どのような緩和ケアを受けるか，最期のときをどこでどのように過ごすかを選択する。

医療や介護体制の進歩に伴い，在宅で受けられる終末期医療の内容は高度化した。しかし，それでも24時間医療者が観察でき，さまざまな医療機器が揃っている病院と全く同じ医療を在宅で受けることはできない。残された時間が長くはないと認識する終末期がん患者が療養場所を在宅と選択する際，「医療のなかの患者」から「住み慣れた環境のなかの生活者」へと視点の転換が求められる。そのため，在宅療養を決断した終末期患者は入院中の患者に比べ，「自然に」過ごし生活することをより重要視し，それが“自然な死”への望みへとつながっている可能性がある。

一方で，一度在宅療養を決定した後も，患者はわずかでも延命の可能性があったり，身体的苦痛が和らぐのならあらゆる方法を試したいと思う。しかし過去の入院体験への否定的な感情から，入院しなければ受けることができない症状緩和のための医療処置ならばと躊躇する気持ちも抱いていた。本研究は，在宅療養者を対象としたため，入院への否定的感情をもつ患者の割合が高い可能性はある。しかし入院中であっても，医療者から積極的治療が困難と言われ，見放されたと感じながら過ごす終末期がん患者は少なくないと予想される。過去の医療への不信感の体験が，どのような終末期医療を受けるかの意思決定に影響を及ぼすことを医療者は十分に理解する必要がある。

加えて，患者は「食べるイコール生きる」ととらえていた。そして徐々に食べられなくなることで死が迫っていると認識するが，それを容易に受け入れることはできない。ある対象者は，自分の理想の“自然な死”像と，それでも生きたいという強い思いのなかで苦悩し，食べることが困難となりつつある現状から，栄養補給のためにどのような医療処置を受けるかで迷い続けていた。以前は経口摂取が低下した終末期がん患者に対して，中心静脈栄養や末梢輸液などの輸液療法が広く一般的に行われてきた。しかし近年，消化管閉塞以外の原因で経口摂取が低下した終末期がん患者に対して輸液はQOLを改善させないばかりか，胸水，腹水，浮腫，気道分泌による苦痛を悪化させる可能性が指摘されている（細矢，2013）。そのため在宅でも病院でも必要以上の輸液療法を行わない終末期医療が広がってきている（橋本ら，2015；渡邉，2015）。対して，日本人の約33～50％が「輸液は亡くなるまでの間，最低限の標準的なものとして続けられるべき」と考えている（長谷川，2013）。また，食べられない患者を看ている家族の71％が「何もしてあげられない」無力感や自責感，「点滴をしないと食べられないために死んでしまう」という認識などからつらさを感じている（山岸・森田，2010）。この結果は，医学的な専門知識がない一般市民の水分・栄養摂取に対する認識として患者にも共通していると予想される。また，患者の意思決定に家族の意向が大きく影響する日本人の特徴として，家族のつらさが患者の意思決定への揺らぎに通じる。患者や家族は輸液療法への意思決定一つをとっても，何も治療ができないことへの焦りや生への希求と，家族に負担をかけずになるべく苦しまずに楽に逝きたいという“自然な死”への望みの間で揺らぐ。

このように患者は，自分の理想の“自然な死”の像と，それでも少しでも長く生きたいという切実な生への希求の間で揺れ動き，最期の最期までどのような症状緩和のための医療処置を受けるかを迷い続ける。看護師は，患者が終末期医療処置への意思決定をする際，なぜそのような選択をしたのか，患者の本心をていねいに聴きながら，最期まで揺れ動き続ける患者に寄り添い，支えることが重要である。

加えて，患者は近親者の看取りやがん仲間の死などの実体験から，個人的な“自然な死”の像をもっていた。これは，先立った家族の話を促すことが，患者にとっての“自然な死”を知る手がかりとなることを示している。たとえば患者の「今日，母親の命日なの」という言葉に対し，「命日」という言葉に動揺せずに語りを促すことができれば，患者は母親の死を通した自分にとっての“自然な死”と今の自分の状況への思いを語ってくれるかもしれない。それにより患者の“生と死”に関する体験を知るきっかけになる可能性がある。

また，家族も同席した状況を設定することで，自然に患者と家族が“生や死”について話し合う機会となり，残された時間をどのように過ごすかの意思決定を支える援助となり得る。

2．本研究の成果の意味と今後の課題

本研究では，人生を振り返る問いかけが，対象者の“生と死”に関する体験の豊富な語りにつながっていた。広瀬は，これまでの自分の生を振り返って語ることを通して，自分の生を意味づけることを援助できる場合がある，と言及している（2003，p.168）。人生の振り返りは，看護師が患者の個人的な“生と死”に関する体験をとらえる一助となりうることに加え，患者の生の意味づけを促し，残された時間を精一杯生き切るための生の活力につながる可能性がある。

本研究は対象者の生活背景を超えて，体験の本質を導き出すことを目指しており，対象者の年齢，性別，疾患，治

療期間，治療の内容，宗教などが異なったことは，本研究の分析方法である現象学の想像自由変更を行ううえで大変有用であった。しかし，戦争体験が今回の対象者の“生と死”に関する体験にどのような影響を及ぼしたかまでは分析できていない。また，近親者の看取り体験が結果に影響を及ぼしていたため，若年齢や生産年齢のがん患者については，今後さらに研究を進めていく必要がある。また，「食べる」ことを“生と死”に関連してとらえられていたため，積極的治療中に食事摂取が不可能となり長期栄養療法が必要な患者の体験とは相違する可能性がある。

本研究は在宅緩和ケアを受ける終末期がん患者を対象者としており，今回明らかになった“生と死”の体験には在宅療養患者の特殊性が含まれる可能性がある。終末期がん患者の大半は一般病院やホスピスなどの入院施設で療養している現状がある。そのため，今後さらに一般病院やホスピス入院中の患者を対象者とした研究を行うことで，在宅療養患者と入院患者の“生と死”の体験の共通点と相違を明らかにすることが求められている。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は，JSPS科研費JP17H06556の助成を受けたものである。

著者貢献度

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

要　旨

【目的】在宅緩和ケアを受ける終末期がん患者の“生と死”に関する体験を明らかにすることである。

【方法】予後半年以内で，在宅緩和ケアを受けている患者5名を対象に，半構造的面接法と参加観察法を用いてデータを収集し，Giorgiの現象学的心理学アプローチの方法を用いて分析した。

【結果】在宅終末期患者は【残された時間は長くはないと自覚しながらも抱き続ける生への希求】と【逃れられないのならせめて“自然な死”を望む】気持ちから，【生への希求とせめて穏やかな死への望みの間の揺らぎ】となっていた。また在宅療養を支える周囲への感謝と負担感という【生にも死にもつながりうる家族や周囲の人への思い】を抱きながら，【自己を超越した存在】を意識していた。

【結論】看護師が患者にそれまでの人生を振り返る問いかけを行うことの有効性と，家族とともに過去の看取り体験への語りを促すことの重要性が示唆された。

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to clarify experiences related to “life and death” among terminal cancer patients receiving home palliative care.

Methods: The subjects were five patients with cancer who were receiving home palliative care and had predicted survival periods of no longer than six months. Data were collected through semi-structured interviews and participant observations, and were analyzed with reference to the phenomenological psychological approach of Giorgi.

Results: Experiences related to “life and death” among terminal cancer patients receiving home palliative care consisted of “longing to live, even though they realized their limited life”, “hope for a ‘natural death’ if death is inevitable”, “thinking about family and others who provide support”, “awareness of a being beyond the self”, and “wavering between life and death”.

Conclusion: This study suggested that asking questions that reflect on the patient’s life and holding conversations that involved the patient’s family were important for communication between patients and nurses.

文　献

青柳路子（2005）．E.キューブラー＝ロスの思想とその批判：シャバンによる批判を手がかりに（上）．死生学研究，6，259-277.

Flick, U.（1995/2002）．小田博志，春日　常，山本則子，宮地尚子（訳），質的研究入門：「人間の科学」のための方法論．122-142，東京：春秋社.

藤本悦子，橋本和子，森田なつ子，田村美子（2013）．在宅での看取りに取り組む訪問看護師の困難に関する文献検討．看護・保健科学研究誌，13(1)，83-87.

Giorgi, A.（2004/2004），吉田章宏（訳）．看護研究への現象学的方法の適用可能性．看護研究，37(5)，421-429.

Giorgi, A.（2009）．The Descriptive Phenomenological Method in Psychology: A Modified Husserlian Approach. Pennsylvania: Duquesne University Press.

グレッグ美鈴，西村ユミ（2014）．第2部研究方法としての現象学：第1章質的研究のなかの現象学．松葉祥一，西村ユミ

(編), 現象学的看護研究：理論と分析の実際. 47, 東京：医学書院.
長谷川久巳（2013）. Ⅱ章背景知識：10精神面・生活への影響. 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会（編), 終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン（2013年版）. 53-57, 東京：金原出版.
橋本孝太郎, 佐藤一樹, 内海純子, 出水　明, 藤本　肇, 森井正智, 佐々木琴美, 宮下光令, 鈴木雅夫（2015）. 在宅緩和ケアを受けた終末期がん患者の実態調査. *Palliative Care Research*, 10(1), 153-161.
樋笠麻理, 井澤絵美, 木村　琴（2010）.「よくなって家に帰りたい」ターミナル患者と家族への援助. ホスピスケアと在宅ケア, 18(3), 359-363.
東　清巳（2009）. 高齢終末期がん患者を在宅介護する配偶者の生活世界：高齢期における配偶者介護の意味. 家族看護学研究, 15(2), 99-106.
平井　啓, 坂口幸弘, 安部幸志, 森川優子, 柏木哲夫（2000）. 死生観に関する研究：死生観尺度の構成と信頼性・妥当性の検証. 死の臨床, 23(1), 71-76.
Hirai, K., Miyashita, M., Morita, T., Sanjo, M., & Uchitomi, Y. (2006). Good death in Japanese cancer care: A qualitative study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(2), 140-147.
広瀬寛子（2003）. 看護カウンセリング（第 2 版）. 168, 東京：医学書院.
細井　順, 川邉圭一, 川原啓美, 平井　啓（2001）. ホスピス患者の死生観. 死の臨床, 24(1), 58-61.
細矢美紀（2013）. Ⅲ章推奨：概念的枠組みと全般的な推奨. 日本緩和医療学会緩和医療ガイドライン委員会（編), 終末期がん患者の輸液療法に関するガイドライン（2013年版）. 65-68, 東京：金原出版.
Kato, S., Reich, M., and Lifton, R.J. (1977/1977). 矢島　翠（訳), 日本人の死生観　下. 東京：岩波書店.
河　正子（2010）.「死を受け容れた状態」は多様である. 清水哲郎, 島園　進（編), ケア従事者のための死生学. 300-316, 東京：ヌーヴェルヒロカワ.
川口有美子（2010）. 社会が決める「終末期」. 清水哲郎, 島園　進（編), ケア従事者のための死生学. 196-202, 東京：ヌーヴェルヒロカワ.
喜多貴子, 岡本恵子, 浜田美禰子, 吉野明子, 網乃里子（2004）. 寝たきり状態となった癌末期患者の在宅への試み：外出をきっかけとした患者と夫の気持ちの変化から. ホスピスケアと在宅ケア, 12(3), 223-227.
Kübler-Ross, E. (1969/1971). 川口正吉（訳), 死ぬ瞬間：死にゆく人々との対話. 東京：読売新聞社.
黒塚信一郎（2006）. 逝きかた上手：元気なうちに考える「往生」のヒント. 170-173, 東京：ワニブックス.
京田亜由美, 加藤咲子, 中澤健二, 瀬山留加, 武居明美, 神田清子（2010）. 死を意識する病を抱える患者の死生観に関する研究の動向と課題. 群馬保健学紀要, 30, 49-58.
Miyashita, M., Sanjo, M., Morita, T., Hirai, K., and Uchitomi, Y. (2007). Good death in cancer care: A nationwide quantitative study. *Annals of Oncology*, 18(6), 1090-1097.
Morita, T., Tsunoda, J., Inoue, S., and Chihara, S. (1999). The Palliative Prognostic Index: A scoring system for survival prediction of terminally ill cancer patients. *Support Care in Cancer*, 7(3), 128-133.
日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団（2012）.「ホスピス・緩和ケアに関する意識調査」報告書要約：全国の男女1000名に聞いた「余命が限られた場合, どのような医療を受け, どのような最期を過ごしたいか」: 余命が限られている場合, 自宅で過ごしたい人の割合. http://www.hospat.org/research1-3.html（検索日2015年10月31日）
大井　玄（2008）. 第 9 章「自分の死」を死ぬとは. 島園　進, 竹内整一（編), 死生学 1 ：死生学とは何か. 222-226, 東京：東京大学出版会.
Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), 179-183.
柴田純子, 佐藤禮子（2007）. 在宅終末期がん患者を介護している家族員の体験. 千葉看護学会会誌, 13(1), 1-8.
Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., McNeilly, M., Grambow, S., Parker, J., and Tulsky, J.A. (2001). Preparing for the end of life: Preferences of patients, families, physicians, and other care providers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(3), 727-737.
高岡哲子, 紺谷英司, 深澤圭子（2009）. 高齢者の死生観に関する過去10年間の文献検討：死の準備教育確立に向けての試み. 名寄市立大学紀要, 3, 49-58.
田崎美弥子, 松田正己, 中根允文（2001）. スピリチュアリティに関する質的調査の試み：健康およびQOLの概念のからみの中で. 日本医事新報, 4036, 24-32.
渡邉千春（2015）. 終末期がん患者への輸液療法に対する看護の実態調査（第 1 報）：看護師の観察・アセスメントに焦点を当てて. 新潟医学会雑誌, 129(3), 113-123.
山岸暁美, 森田達也（2010）. 第Ⅲ尚 付帯研究 7 ：遺族からみた水分・栄養摂取が低下した患者に対する望ましいケア.「遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究」運営委員会（編), 遺族によるホスピス・緩和ケアの質の評価に関する研究. 63-68, 大阪：日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団.
山本直美（2004）. 病気体験がもたらした意味：予防的手術を受けた無症候性脳血管障害患者の体験. 日本看護医療学会雑誌, 6(2), 7-15.
山手美和（2009）. 在宅で終末期がん患者と共に生活する主たる介護者の生活の様相. 日本がん看護学会誌, 23(3), 24-32.
安井真由美, 海老真由美, 村山正子（2004）. 在宅療養中の終末期がん患者の思い： 3 例の終末期がん患者を通して. 日本地域看護学会誌, 7(1), 49-54.

平成28年 4 月 7 日受　　付
平成30年 4 月13日採用決定

doi:10.15065/jjsnr.20180427022

－研究報告－

新任プリセプターの新人看護師指導における困難および困難を乗り越えるための行動と求める支援

Novice Preceptors' Difficulties with Clinical Instructions for Newly Graduated Nurses, their Behaviors and Support Needs to Overcome these Difficulties

平　野　蘭　子[1)]　　小　山　眞理子[2)]
Ranko Hirano　　Mariko Koyama

キーワード：新任プリセプター，指導上の困難，乗り越えるための行動，支援，新人看護師
Key Words：novice preceptor, difficulty with clinical instructions, overcoming behavior, support, newly graduated nurse

緒　言

新人看護師（以下，新人）の臨床実践に関する実地指導や評価等を行うプリセプターの役割は重要である。今日，多くの病院ではプリセプターの役割を担うことが看護継続教育の一環として位置づけられており，約2～4年の経験を経た看護師がその役割を初めて担うことが多い。また，任期中はプリセプターの役割に加え，リーダー業務や医療チーム内での連絡調整，委員会などの複数の役割が求められ，新任のプリセプター（以下，新任プリセプター）は病棟内で中心的存在として周囲から期待されることが多い。このように次々と新たな課題が与えられるなか，プリセプターは新人，プリセプター自身，システム，サポートに関すること等に対して困難や不安を抱いているとの報告がある（原田ら，2009；中垣・千葉，2008；佐々木・西田，2014；澁谷・石崎・三上，2008）。さらに，新人看護師から看護技術の指導や業務遂行の援助，精神的な配慮を求められ（唐澤ら，2008；大久保・平林・瀬川，2008），心身の負担感やストレスが大きいといわれている（吉田・山田・森岡2011）。

人は一定以上のストレスを受けると身体的，心理的，社会的な不適応状態に陥るなど，心身に健康障害を生じる場合があり（Lazarus & Folkman，1984/1991），指導上の困難を抱くプリセプターのバーンアウトや離職につながる可能性がある。一方で，ストレスや心的外傷など，苦痛や困難の体験が心理面の肯定的な変化をもたらすともいわれている（Calhoun & Tedeschi，2006；羽鳥・小玉，2009）。また，苦痛や困難への対処過程を経て自己成長感が得られたとの報告もある（神原，2009；中村，2010；奥野，2011；吉田，2012）。プリセプターの場合，指導者の役割を担った後の成長や学びの報告がされている（寺澤，2003；平野，2013）ことから，指導上の困難を乗り越えることにより，プリセプターとしての成長につながるのではないかと考える。しかし，新任プリセプターがどのように指導上の困難を乗り越えていくのかを明らかにした研究はほとんどない。

また，プリセプターへの支援については，職場や病棟全体で新人看護師教育を支援する必要性が示されている（和泉ら，2005；中根ら，2001；澁谷ら，2008；山本，2003）が，新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるために実際に支えにしていることに関する先行研究はほとんど見当たらない。加えて，プリセプターを支援する者には広い視野からの問題の構造を見極める能力が高く求められているが，実施できていない実態が明らかにされており（和住ら，2010），新任プリセプターへの支援はいまだ十分とはいえない。とくに新任プリセプターは臨床経験や教育経験が少ないため，指導上の困難を抱きやすく具体的な支援を必要としている。加えて，初めての指導の経験はその後の指導者としての教育観や指導方法に大きく影響すると考えられる。

本研究の目的は，新任プリセプターが新人看護師指導において体験する指導上の困難とその困難を乗り越えるためにとった行動や求める支援を明らかにし，新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるための支援を検討することである。本研究で用いる「新任プリセプター」とは，初めてプリセプターの役割を担った者で，病棟業務を行いながら新人指導を担う看護師のことを指し，「指導上の困難」とは，新任プリセプターが新人へ指導するうえで実践したり解決することがむずかしいと感じる体験のことをいう。新任プリセプターが体験している指導上の困難と行動を分析

1）元慶應義塾大学看護医療学部　Formerly Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University
2）日本赤十字広島看護大学　Japanese Red Cross Hiroshima College of Nursing

し，具体的な支援を検討することにより，新任プリセプターの成長を促す方法への示唆が得られ，新人教育および看護継続教育の質を向上していくうえで有意義であると考える。

Ⅰ．研究方法

1．研究デザイン

新任プリセプターが初めて体験する指導上の困難や，それを乗り越えるためにとった行動，求める支援を研究参加者の語りをとおしてありのままにとらえるために，質的記述的研究デザインを用いた。

2．研究参加者

A県内で病院機能評価の認定を受けている300床以上の一般病院および地域医療支援病院でプリセプター制度をとっている病院のうち，承諾が得られた5病院の初めてプリセプターの役割を担う看護師25名（各病院5名）に研究参加を依頼した。病院機能評価の認定を受けた300床以上の病院であれば，毎年複数名の新人の入職があり，研究参加者を確保できる可能性が高く，研究参加者間での院内教育や支援体制に対する差の影響が小さいと考えたためである。研究への参加条件は，一般病棟に勤務し，臨床経験が3年以上5年以内であり，指導上の困難を体験した者とした。参加依頼は，看護部を通して依頼書入りの封筒を研究参加者へ配布してもらい，研究参加者本人が同意書を研究者へ直接返送した。

3．データ収集方法

研究参加者が研究課題について，自身の体験や考えを自身の言葉で幅広く語ることができるように，インタビューガイドを用いて半構成的面接を行った。面接は1名に対し1回，約1時間実施し，プリセプター役割を担った期間全体を想起して語ってもらった。内容は，新人を指導するうえで困った具体的内容や場面，指導上の困難を乗り越えるためにとった行動とその行動をとった理由，行動をとる際に支えとなったこと，指導上の困難を乗り越えるために求める支援などであった。面接は個室にて行い，その内容を研究参加者の許可を得てICレコーダに録音した。データ収集期間は平成23年1～4月であった。

4．データ分析方法

研究参加者ごとに作成した逐語録を精読し，意味のある一つの内容を表す文章で区切った。次に指導上の困難，指導上の困難を乗り越えるためにとった行動，行動をとる際に支えとなったこと，求める支援のそれぞれに該当する文章を抽出し，コード化した。コード化するにあたっては，抽出したデータごとに不要な文字データを削除し，可能な限り研究参加者の言葉を用いた。次にコードの相違点，共通点について比較し，類似した複数のコードを集め，サブカテゴリーを形成した。さらに類似したサブカテゴリーを集め，同様の手順でカテゴリー，大カテゴリーを形成した。その後，再びインタビュー内容に戻って各カテゴリーがインタビューの文脈に一致しているかを確認し，コード，サブカテゴリー，カテゴリー，大カテゴリー間の一貫性を確認した。また，サブカテゴリーやカテゴリー等の形成過程において，類似するコードがない場合は無理にまとめないように留意した。厳密性の確保は，面接の前にインタビュー・トレーニングを実施し，新人指導経験のあるプリセプター数名に対して面接のプレテストを行い，面接法や面接内容を改善した。データの分析過程ならびに分析結果については，看護教育・看護管理を専門とする研究指導者1名と質的研究の指導者1名からスーパーバイズを受けた。また，面接後に引き続き協力の得られた5名の研究参加者に分析結果についてメンバーチェッキングを行った。

5．倫理的配慮

研究依頼施設の看護部長および研究参加者には，研究目的や方法，匿名性の保持，情報の管理や取り扱い，研究成果の公表等について文書ならびに口頭で説明し，同意の得られた者のみを対象とした。また研究への参加は自由意思であり，途中で辞退しても不利益を被らないことを保証し，研究同意書は看護部長を介さずに，直接研究者宛に返送してもらった。なお，本研究は神奈川県立保健福祉大学研究倫理審査委員会の承認（22-041）を得て実施した。

Ⅱ．結　果

1．研究参加者の概要

研究参加者の概要を**表1**に示す。本研究への同意が得られた研究参加者は女性10名，男性1名の計11名であった。臨床経験年数は3年9名，4年2名であり，このうち9名が入職時より同じ病棟で勤務していた。所属する病棟は外科系4名，内科系1名，混合が4名，小児科2名であった。参加者は4病院からそれぞれ2名，1病院から3名であった。プリセプターの主な役割は新人看護師への看護技術の指導，病棟業務の指導，精神的支援等であった。すべての研究参加者はプリセプターの役割を担う直前または初期に，院内または院外の研修を受け，プリセプターが集まり相談や情報交換をするプリセプター会へ定期的に参加していた。またほとんどの所属病棟では相談役が配置されていたが，相談役が配置されていない病棟ではプリセプター会で師長や教育担当者へ相談できる体制であった。

表1　研究参加者の概要

参加者	性別	経験年数	病棟の勤続年数	所属病棟	所属病棟のサポート体制
A	女	3	3	外科系	・相談役の配置（教育担当者） ・師長，教育委員等による面接
B	女	3	3	混合	・相談役の配置（教育担当者） ・師長，主任，教育委員等による面接
C	女	3	3	外科系	・相談役の配置（アソシエイトナース） ・プリセプター会
D	女	3	3	小児科	・相談役の配置（チームリーダー，先輩） ・プリセプター会
E	男	4	2	外科系	・相談役の配置（アソシエイトナース） ・教育計画の調整（教育委員）
F	女	3	3	混合	・プリセプター会
G	女	3	3	混合	・相談役の配置（アソシエイトナース，主任，師長）
H	女	3	3	小児科	・相談役の配置（教育担当者） ・プリセプター会
J	女	4	4	混合	・相談役の配置（教育担当者）
K	女	3	1	内科系	・相談役の配置（教育担当者） ・プリセプター会
L	女	3	3	外科系	・相談役の配置（アソシエイトナース） ・プリセプター会

2．新任プリセプターが体験する指導上の困難

新任プリセプターが体験する指導上の困難は，〔新人に対する困難〕〔プリセプター自身の困難〕〔周囲に対する困難〕の3つの大カテゴリーに分類された（**表2**）。なお，本文中で用いる〔　〕は大カテゴリー，【　】はカテゴリー，〈　〉はサブカテゴリーである。また，カテゴリーの内容を表す語りは*「斜字体」*で表示し，省略部分は(略)，内容を補足する部分は（　）で示す。以下にそれぞれの指導上の困難の内容を述べる。

(1)　新人に対する困難

新任プリセプターは，新人に対して【新人の理解度を把握するむずかしさ】【新人へ伝えることのむずかしさ】【新人の状況に合わせてかかわるむずかしさ】の指導上の困難を抱いていた。

【新人の理解度を把握するむずかしさ】のなかで新任プリセプターは，〈新人の理解の程度を見極めることがむずかしい〉状況であり，自分の〈予測や期待と異なる新人の行動を理解しがたい〉と感じ，新人が夜勤に入り始めると〈新人との勤務があわず到達度の把握がむずかしい〉状況

表2　新任プリセプターが体験する指導上の困難

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
新人に対する困難	新人の理解度を把握するむずかしさ	新人の理解の程度を見極めることがむずかしい 予測や期待と異なる新人の行動を理解しがたい 新人との勤務があわず到達度の把握がむずかしい
	新人へ伝えることのむずかしさ	看護で大事なことを新人に伝えることがむずかしい 新人のマナーや態度を改める必要性が伝わらない 病棟独自の文化やルールを伝えるのがむずかしい
	新人の状況に合わせてかかわるむずかしさ	新人が主体的に学ぶように促すことがむずかしい 新人とのかかわりがむずかしい
プリセプター自身の困難	自分の知識や指導への自信のなさ	自分の知識や経験が浅いために新人に教える自信がない 自分が指導できているのか自己評価できない
	他の役割を掛け持ちしながらの指導	役割の重複により負担がある 時間的に余裕がない
周囲に対する困難	同僚からの指導の協力の得にくさ	先輩に指導の協力をしてほしいと言いにくい 新人のミスやできていないことで自分が指摘される

に陥っていた。

【新人へ伝えることのむずかしさ】において新任プリセプターは，新人に危険を回避するための視点や行動について何度指導してもわかってもらえず，〈看護で大事なことを新人に伝えることがむずかしい〉と痛感し，さらに患者や先輩に対して失礼な言動をしている〈新人のマナーや態度を改める必要性が伝わらない〉と悩んでいた。そして，病棟で十分な経験を積んでいない新人に，〈病棟独自の文化やルールを伝えるのがむずかしい〉と感じていた。

また，【新人の状況にあわせてかかわるむずかしさ】では，とくに新人が2年目になる時期が近づくと，新任プリセプターは〈新人が主体的に学ぶように促すことがむずかしい〉と焦り始めていた。そして，新人指導をしていくには新人との信頼関係を築くことが何よりも大切と考えながらも，新人から本音を言ってもらえず，〈新人とのかかわりがむずかしい〉状況であった。

(2) プリセプター自身の困難

プリセプター自身の困難は【自分の知識や指導への自信のなさ】【他の役割を掛け持ちしながらの指導】であった。【自分の知識や指導への自信のなさ】では，新任プリセプターは新人教育を担当する立場となったが，〈自分の知識や経験が浅いために新人に教える自信がない〉ことに加え，経時的な他者評価がないため，〈自分が指導できているのか自己評価できない〉状況であり，最後まで手探りで新人にかかわっていた。

【他の役割を掛け持ちしながらの指導】では，新任プリセプターは新人指導の他に複数の委員会の役割を担い，〈役割の重複により負担がある〉および〈時間的に余裕がない〉状況であった。

E氏は〈自分が指導できているのか自己評価できない〉について，次のように語っていた。

「精神的フォローの役割の具体的な内容がなかったので，最終的に評価もどうなのかなと。(新人に)『今月できたね』って言っても，あまり実感がないみたいで。精神的に追い込んではないと思うけど，でもこれで(精神的な)フォローができているのか微妙ですよね」(E氏)

G氏は〈役割の重複により負担がある〉について，次のように語っていた。

「……他の委員会の仕事が3つくらい全部重なって，年末からはそのウエイトが他の委員会とか，看護研究の仕上げとかに向いて。定期的にプリセプター研修があるので，そのときに『自分できてないな』って落ち込んで……，それがつらかった」(G氏)

(3) 周囲に対する困難

周囲に対する困難は【同僚からの指導の協力の得にくさ】であった。新任プリセプターは，プリセプターに新人指導を任せきりにする周囲の雰囲気に孤立し，周囲に自分の指導に対する考えを伝えることができず，〈先輩に指導の協力をしてほしいと言いにくい〉環境にいた。加えて〈新人のミスやできていないことで自分が指摘される〉ことに理不尽さを感じていた。

3．新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるためにとった行動

新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるためにとった行動は，〔新人への指導方法の模索〕〔問題解決に向けた助言や協力の獲得〕〔同期との感情の共有〕の3つの大カテゴリーに分類された(**表3**)。以下に指導上の困難

表3　新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるためにとった行動

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
新人への指導方法の模索	新人の学びを促す機会の提供	新人が理解できるように自分の経験に基づいて説明する
		新人と一緒に振返る
		新人の学習状況にあわせた知識を提供する
		新人へ課題を与える
	新人のおかれている状況の把握	新人の状況を把握する
		先輩や後輩から新人の情報を収集する
	新人の到達レベルを満たす方法の検討	新人が到達レベルに満たないままではいけないと思い直す
		到達レベルに満たない新人を何とかしようと必死になる
	指導方法の見直し	自分の指導を評価して指導方法を見直す
問題解決に向けた助言や協力の獲得	上司や先輩への相談	職場の上司に相談する(主任・師長)
		職場の先輩に相談する(アソシエートナース・先輩・教育担当者)
		学生時代の恩師に相談する
	同僚への新人指導の協力依頼	病棟全体に新人教育の内容を伝達し協力を依頼する
		先輩に新人指導の協力を依頼する
		新人が話しやすい後輩に相談役を依頼する
同期との感情の共有	同期との悩みやつらさの共有	同期や指導者間で悩みや困難を共有する
		同期に愚痴やつらい気持ちを表出する

を乗り越えるためにとった行動の内容を述べる。

⑴ 新人への指導方法の模索

〔新人への指導方法の模索〕には【新人の学びを促す機会の提供】【新人のおかれている状況の把握】【新人の到達レベルを満たす方法の検討】【指導方法の見直し】の行動が含まれていた。

【新人の学びを促す機会の提供】において，新任プリセプターは知識量の少ない〈新人が理解できるように自分の経験に基づいて説明する〉ことや，その場で〈新人と一緒に振り返る〉ことをしていた。さらに，実践に必要な学習会を開き，〈新人の学習状況にあわせた知識を提供する〉ことや，〈新人へ課題を与える〉など，一方的に教えるだけではなく，学びを文書で提出してもらうなど学習の促し方を変えていた。K氏は〈新人へ課題を与える〉について，次のように語った。

「全部教えると（新人が知識を）覚えられないし自分で調べてほしいので，まずは調べてから質問するようにしてもらいました」（K氏）

また，〈新人の状況を把握する〉ことや，〈先輩や後輩から新人の情報を収集する〉ことで，新人をありのままにとらえ，【新人のおかれている状況の把握】をしていた。F氏は〈新人の状況を把握する〉について，次のように語った。

「新人が先輩からきつく言われていたので，『大丈夫だった？』『近況はどうなの？』とか。（略）まずは彼女（新人）がどういう思いで仕事に来ているのかをわからないと，アドバイスの仕方もわからないと思って」（F氏）

さらに，新任プリセプターは指導期間の終わりが近づくと【新人の到達レベルを満たす方法の検討】をしていた。新人が次年度には看護師として自立した行動をとれるように〈新人が到達レベルに満たないままではいけないと思い直す〉ことで奮起して，〈到達レベルに満たない新人を何とかしようと必死になる〉状況であった。そして，自分は新人指導ができているのか不安になり，いままでの【指導方法の見直し】をしていた。

⑵ 問題解決に向けた助言や協力の獲得

〔問題解決に向けた助言や協力の獲得〕には【上司や先輩への相談】【同僚への新人指導の協力依頼】の行動が含まれていた。【上司や先輩への相談】では，新任プリセプターは指導上の困難に対する適切な助言を得て解決につながるきっかけを得ていた。相談相手は先輩，教育担当者，主任，師長などの職場内が多く，C氏は看護学生時代の恩師にも相談していた。

「インシデントを繰り返している新人の状況を考えるときに，マズローの話が出てきて，『彼女（新人）は安全が脅かされてその階層が満たされていないから，その上の段階に行けない。彼女が心を開けるように，あなたが味方になることも必要ではないか』って（恩師に言われて）。（略）確かに（新人は）多方向からあれこれ言われていたので，私は新人が責められていると感じないように意識して話してみようと思いました」（C氏）

【同僚への新人指導の協力依頼】では，〈病棟全体に新人教育の内容を伝達し協力を依頼する〉だけではなく，〈先輩に新人指導の協力を依頼する〉〈新人が話しやすい後輩に相談役を依頼する〉など，自分にはできない部分について周囲と調整して指導上の困難の具体的な解決に向けた行動をとっていた。J氏は〈新人が話しやすい後輩に相談役を依頼する〉について，次のように語っていた。

「（新人が）私たちには相談しづらいこともあるし，（新人の）愚痴を聞いてくれるのは1年上の先輩なので，2年目看護師に新人と仲良くなってもらうように頼んで，（新人の愚痴を）聞いてもらう」（J氏）

⑶ 同期との感情の共有

新任プリセプターは，〈同期や指導者間で悩みや困難を共有する〉〈同期に愚痴やつらい気持ちを表出する〉ことをしていた。そして，他のプリセプターの指導状況が自分と同じであることを確かめ，互いのつらい気持ちを分かちあうことで，悩んでいるのは自分一人ではないと安心していた。また，自己を肯定し，指導に対する意欲を維持するためにほめあい，励ましや慰めの言葉をかけあっていた。

4．新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるための支え

新任プリセプターは指導上の困難を乗り越えるために，〔他の看護職者からの支援〕および自らの〔指導する動機〕を精神的な支えとしていた（**表4**）。以下に指導上の困難を乗り越えるための支えの内容を述べる。

⑴ 他の看護職者からの支援

〔他の看護職者からの支援〕には【上司や同僚からのサポート】【同期のプリセプターとのかかわり】が含まれていた。【上司や同僚からのサポート】では，新任プリセプターは〈上司や先輩からの新人指導への手助けや助言〉や〈新人指導に集中できる業務の調整〉により，時間を確保し，新人の状況を把握していた。また，さりげない〈上司や先輩からの声かけ〉により，精神的に自分を追い込まずに，気持ちを楽にしていた。

【同期のプリセプターとのかかわり】では，新任プリセプターは同期や自分と同じ境遇の他のプリセプターに自分の悩みを理解，共感してもらうことで「悩んでいるのは自分一人ではない」と安心し，本音を打ち明けることができる〈同期のプリセプターの存在〉や，プリセプター会等の〈自分の悩みを相談できる機会〉を支えにしていた。L

表4　新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるための支え

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー
他の看護職者からの支援	上司や同僚からのサポート	上司や先輩からの新人指導への手助けや助言
		新人指導に集中できる業務の調整
		上司や先輩からの声かけ
	同期のプリセプターとのかかわり	同期のプリセプターの存在
		自分の悩みを相談できる機会
指導する動機	新人が成長した実感	新人の成長を感じる行動や変化の把握
		新人の頑張る姿
	自分の成長の実感	新人への指導を認めてもらえたこと
		指導方法に対する考えの変化
	指導者としての自覚	新人を指導しようとする気持ちをもつこと

氏は〈同期のプリセプターの存在〉について，次のように語っていた。

「やっぱり一人じゃないのって大きい。同じことでみんなも悩んでいたりするので，一人で悶々としていたら相談できるし，色んな意見をもらえるので心の支えになった」（L氏）

⑵　指導する動機

〔指導する動機〕には【新人が成長した実感】【自分の成長の実感】【指導者としての自覚】が含まれていた。【新人が成長した実感】では，新任プリセプターは新人が同僚にほめられたり，いままでできていなかったことができるようになったことから新人の成長をとらえ，指導の励みにしていた。D氏は〈新人の成長を感じる行動や変化の把握〉について，うれしい気持ちを次のように語った。

「計算が苦手な新人から『今日は早くできました』とすごいうれしそうに報告してくるので，（新人が）できるようになると私もうれしい。さらに（新人のために滴下計算の）練習問題をつくろうと思った」（D氏）

【自分の成長の実感】では，新任プリセプターは主任や同期から〈新人への指導を認めてもらえたこと〉で指導に対するやる気がわいていた。また，自分の弱みは強みにもなると認識を変えたり，新人指導は自分一人ではなく，みんなでやっていくものであると気持ちを切り替えるなどの〈指導方法に対する考えの変化〉により，前向きな気持ちで指導に臨んでいた。加えて，新人から頼りにされるプリセプターとして「きちんと教えてあげたい」という思いから，【指導者としての自覚】が芽生えており，その自覚を高めることで新人指導への意欲を維持していた。

5．新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるために求める支援

新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるために求める支援は〔指導体制の整備〕〔精神的支援〕〔指導方法の伝授〕の3つの大カテゴリーに分類された（表5）。新任プリセプターが求める支援の内容について以下に述べる。

⑴　指導体制の整備

〔指導体制の整備〕には【チームで新人を育てる体制の

表5　新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるために求める支援

大カテゴリー	カテゴリー	サブカテゴリー	コード（例）
指導体制の整備	チームで新人を育てる体制の整備	チームやスタッフの新人への積極的なかかわり	・プリセプターに任せきりにしない
			・看護技術や知識は指導経験のある先輩から新人へ助言する
		周囲への新人指導の情報共有の方法の確立	・新人教育の具体的な流れや指導内容を全員に示す
		新人への定期的な勉強会の提供	・病棟で定期的に勉強会を開催する
	周囲からの理解	指導を学ぶ者としての周囲への意識づけ	・プリセプターは指導される立場でもあるという視点をもつ
		周囲から求められる役割が一致していること	・看護部と病棟との求めるプリセプターの役割を一致させる
	勤務や業務の調整	新人や教育委員らとの面接をするための勤務調整	・プリセプターが休日出勤をしないために面接日の勤務をあわせる
		新人と話すための業務調整	・新人と話す場や時間がとれるように業務を調整する
精神的支援	悩みを相談できる機会の提供	悩みを相談する場の提供	・指導上の困難を気軽に相談できる場をつくる
		同年代の複数のプリセプターの配置	・同年代のプリセプター数名を同部署に配置する
	精神的支援者の配置	プリセプターの精神面を支援する者の配置	・教育担当者のプリセプターへの精神的支援の強化
			・プリセプターをほめてモチベーションを上げる
指導方法の伝授	指導内容や方法の伝授	具体的な指導計画の提示	・新人教育の年間の具体的な指導内容を示す
		新人の成長にあわせた指導方法を学ぶ機会の提供	・新人の成長の変化にあわせた指導方法の研修を開く

整備】【周囲からの理解】【勤務や業務の調整】の支援が含まれていた。【チームで新人を育てる体制の整備】では，新人指導が自分に任せきりであると負担を感じていた経験や，自分の新人時代の経験をもとに〈チームやスタッフの新人への積極的なかかわり〉を求めていた。そして，新人指導を円滑に進めるために〈周囲への新人指導の情報共有の方法の確立〉や〈新人への定期的な勉強会の提供〉などの支援を求めていた。

【周囲からの理解】では，新任プリセプターは周囲からその役割が期待されていることに対して重圧感を感じていた。そして，プリセプターの役割について〈指導を学ぶ者としての周囲への意識づけ〉がされる必要性を感じていた。さらに，院内の研修で説明されたプリセプターの役割と，実際に病棟で求められる役割の内容の違いに戸惑った経験から，〈周囲から求められる役割が一致していること〉を望んでいた。

また，新人や教育委員等との面接日の調整においては，それぞれの勤務があわないため新任プリセプターがやむをえず休日出勤をすることも多く，勤務時間内に新人の状況を把握することがむずかしいため，新人指導にかかわる【勤務や業務の調整】がされることを支援として求めていた。

⑵ 精神的支援

〔精神的支援〕には【悩みを相談できる機会の提供】【精神的支援者の配置】の支援が含まれていた。【悩みを相談できる機会の提供】は，新任プリセプターが指導上の困難を一人で抱え込まずに解決策や方向性を見出すために求められていた。とくに，新任プリセプターは相談のしやすさから同じ病棟で〈同年代の複数のプリセプターの配置〉が必要であると認識していた。

【精神的支援者の配置】は新任プリセプターが，相談役として配置されていた教育担当者へ相談しても，実際には十分に対応してもらえなかったという経験からの切実な要望であった。また，自己の新人指導に対するモチベーションを上げるための一つの方法として先輩にほめてほしいと思っていた。

⑶ 指導方法の伝授

新任プリセプターは病棟の先輩との連携を図るために，新人が1年間のどの期間にどのような内容の習得を目指すのかなどの，病棟全体への〈具体的な指導計画の掲示〉を望んでいた。また，新人教育の長期的なビジョンを念頭に置いて指導したいと考えており，具体的な指導方法についての研修など，1度のみではなく，〈新人の成長にあわせた指導方法を学ぶ機会の提供〉がされることを必要な支援として求めていた。

Ⅲ．考　察

1．新任プリセプターが直面する指導上の困難の特徴

⑴ 予測や期待と異なる新人の行動および指導者像

新任プリセプターは自分の予測や期待とは異なる新人の行動から指導上の困難を感じ，自信がなく不安を抱え，思い描いたように指導できずにいた。新人指導において，指導する側の新人に対する理解が十分でないことや（高岡・安藤・笹渕・瀬尾，2007），自己に肯定的な指導者像を描いていること（尾立・梅崎・志田，2013）などがいわれている。このことから，新任プリセプターは，新人や自身への期待や理想が高く，目標と現状のギャップが生じ，思いどおりに進まない指導に焦燥感や不安を募らせやすい特徴があると推測される。今後は，予測される指導上の困難への対処法についての事前研修の導入が必要である。新人の傾向と自己の抱く新人像とのギャップを明確にし，指導上の陥りやすい困難へのシミュレーションの実施など，事前に指導上の困難を乗り越える疑似経験を積む機会を提供することで，その乗り越え方の幅が広がるのではないかと考える。

⑵ 新人や周囲とコミュニケーションのとりにくい関係

新任プリセプターにはその役割を担うための新たなコミュニケーションや周囲との関係構築が求められるようになるが，実際は周囲からの協力が得られにくい雰囲気であった。これは，自分の考えとは異なる先輩からの指示に従わざるを得ない新任プリセプターの立場の弱さがあるのではないかと考える。【チームで新人を育てる体制の整備】や，指導を学ぶ立場としての【周囲からの理解】を支援として求めていることからも，新任プリセプターが必要時に周囲に助けを求めることができる体制の整備に加え，指導者として自分の考えを発信できるようアサーティブなコミュニケーション技法を事前に習得する機会を設けることで，プリセプター役割への負担感や疎外感を減らすことができるのではないかと考える。

また，新任プリセプターは新人へのかかわり方や伝え方に困難を感じており，新人との関係構築に課題があった。新人も同様に，プリセプターに対してコミュニケーションがとりにくい関係と感じていることが報告されている（山田・前田・津田・串間，2008；平賀・布施，2006；大久保ら，2008）。これらのことから，新人指導において新任プリセプターは新人を受け止める余裕がなく，伝えたいことが表現できない特徴があると考える。加えて新任プリセプターが役割の期間を通して新人指導にかかわる【勤務や業務の調整】を支援として求めていることからも，マンツーマン指導のような初期に限定した新人との勤務調整のみならず，その後も両者の関係を維持できる支援が必要と考える。

2．新任プリセプターにとっての指導上の困難を乗り越える意味

新任プリセプターは指導上の困難を乗り越えるために，上司や同僚などからの新人指導についての承認や肯定的なフィードバック，新人や自身の変化や成長をとらえたこと等により，新人指導に対する自己認識や考えを肯定的に変換させていた。水野・三上（2000）は上司や同僚からの支援は看護に対する考え方，自己認識等に影響を与え，役割の付与は仕事に対する取り組みの変化，自信や意欲の高まり，視野の拡大等の新たな能力を獲得する，と述べている。これらより，新任プリセプターはプリセプター役割への挑戦をとおし，他者評価や自己評価をとおして自他共に成長を認められることで，新たな経験を積むことができたと自身を肯定的にとらえることができるようになると推測される。

また，新任プリセプターは指導上の困難に直面したとき，【指導者としての自覚】を強くもつことで，投げ出したい気持ちを抑え，自分なりに指導方法を模索しながらより質の高い指導を目指す行動へと変化していた。臨床経験3，4年の時期は自律性が大きく高まる時期にある（菊池，1999；武口，2011）ことからも，指導上の困難を乗り越えるために行動することは，指導者としての責任感や自律性を育み，その成長を促すのではないかと考える。寺澤（2003）はプリセプターへの支援方法において，スタッフからの指導や助言よりもロールモデルを示す重要性を述べているが，本研究ではそれらの方法にかかわらず，新任プリセプターの教育観とは異なる他者の教育観に触れることが重要であった。他者の教育観に触れることで，視野の広がりや学びを培う機会となり，“教育のやりがい”という新たな価値観の形成につながるのではないかと考える。

以上より，新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるために行動することは，視野の拡大をとおした自己認識や行動の肯定的な変化であり，新たな価値観の形成と成長の機会であると考えられ，周囲の新人指導に対する考えを自身の考えと比較できる機会を意図的につくることが不可欠である。

3．新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるために必要な支援

⑴ 同期や同僚との心理的繋がりの構築を軸とした支援体制の整備

新任プリセプターは〔問題解決に向けた助言や協力の獲得〕や〔同期との感情の共有〕の行動をとるなかで，同期や同僚からの共感，励まし等の受容的なコミュニケーションをとおして情緒の支えを得ていた。悩みなどの感情体験を身近な他者に開示することを社会的共有という（Rimé, Philippot, Boca, & Mesquita, 1992）。この社会的共有のなかで，とくに身近な他者との受容的なコミュニケーションは，開示者の感情をポジティブにし（川西，2008），心理的つながりや信頼関係を築く（吉田，2012；羽鳥・小玉，2009）といわれている。加えて，本結果で「悩みを気軽に相談できる場がほしい」「モチベーションを上げるためにほめてほしい」等の〔精神的支援〕が求められていたことからも，新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるには，本人の感情の開示やその受け止めが重要であり，相談役の主な役割であると考える。さらに悩みを他者へ開示する行動には，当事者の視点の変換を促進させ，自己成長が促進されるといわれている（吉田，2012）ことからも，支援として新任プリセプターが情緒の支えの獲得をとおして同期および同僚との密接な関係を築くことができるような働きかけが不可欠である。具体的には，新任プリセプターが悩みを共有できる機会の提供や周囲に依頼や相談をしやすい指導環境への整備等が必要と考える。また，新任プリセプターは相談相手の選定において，感情の処理には同期や身近な同僚を選び，具体的な問題解決や状況の改善には上司や立場が上の先輩看護師を選ぶ傾向があった。これより，配置された相談役以外の看護職者も相談役になりうることを自覚する必要があり，とくに師長や主任等には，新任プリセプターの感情の受け止めに加え，相談内容に応じた問題解決への助言や対応が役割として求められると考える。

また今日では，新人看護職員研修制度の開始後の調査において，看護職全体や看護部以外の意識がよくなったことから全職員で新人看護師を育てるという考え方が浸透してきた（佐々木・西田，2014）。このことからも，いままでの先行研究において必要であると言及されている他者からの組織的な支援は，病院や病棟により程度の違いはあるが実際に行われていると予測される。しかし，本結果では新任プリセプターは上司や同僚より支えられた経験はあるものの，指導上の困難を乗り越えるためには病棟スタッフの組織的な支援が十分ではなかったと感じている者も多かった。新任プリセプターがその役割を担う際には，同期や同僚との心理的繋がりの構築への支援を含めた，病棟全体での指導体制のさらなる改善が課題であり，新任プリセプターの状況の把握とともに実施した支援を評価する必要がある。

⑵ 指導する動機を高める働きかけ

新任プリセプターは指導上の困難を乗り越えるために，他者に新人や自分の成長を認められたうれしさからやる気を出し，自発的に【指導者としての自覚】を強める等，自己認識や気持ちを切り替えて〔指導する動機〕を高めていた。動機づけは2種類あり，本人の外から与えられる外発

的なものと，自分で自分を動機づける内発的なものがあり，内発的動機づけが自律的な行動に結びつくといわれており（Deci & Flaste, 1995/1999），個人の成長において本人の内発的な変化に着目する重要性を示唆している。本結果においては，プリセプター役割の付与という外発的なきっかけであったが，新任プリセプターは指導上の困難を乗り越えるための行動をとおして，意欲や自己認識に変化が生じ，自律的に行動するようになった。これらのことから，他者からの承認や指導者としての自覚を高めること等が，新任プリセプターの新人指導へのやりがいや意欲に影響を与えていると推測され，プリセプター経験を肯定的に受け入れることで新任プリセプターに内発的な変化が生じたと考えられる。新任プリセプターがその役割や経験を肯定的にとらえられるように導くことが，新任プリセプターの自律的な行動を促す支援の一つであり，今後はプリセプター役割を担う直前のみではなく，その準備段階としてある程度の期間をかけて，新任プリセプターの〔指導する動機〕を高める働きかけを意図的に実施する必要がある。具体的には，上司や同僚，新人等からの承認や肯定的なフィードバック，困難体験を意味づけできるような自己評価の視点の付与等の支援が必要と考える。

Ⅳ．看護継続教育への示唆

新任プリセプターの成長は，直面する指導上の困難をどのように乗り越えるのかが鍵となる。新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えていくためには，予測される指導上の困難に対する事前研修の導入，新人や同僚との関係構築への介入，周囲と協働するためのコミュニケーション法の習得，新任プリセプターが支援を求めやすい指導環境の整備等の周囲から提供される支援のみではなく，新任プリセプターが自身の経験や役割を肯定的に理解できるように，指導する動機を高める働きかけが不可欠である。加えて，新任プリセプターの成長にあわせた段階的な役割拡大や研修プログラムの実施が必要であり，その役割を終えた者の指導経験が，次年度以降にも活かせるような教育体制や配置を検討することが望ましい。

Ⅴ．研究の限界と今後の課題

本研究はA県内の比較的プリセプターへの院内研修等の教育体制が整備されている5病院の11名を研究参加者とする質的研究であり，本結果を全国の病院に勤務する新任プリセプターに一般化するには限界がある。今後は，対象病院や研究参加者を拡大し，量的研究による検証や，プリセプター着任後から任期終了までの時期別の困難に関する研究が必要である。

Ⅵ．結　論

1．新任プリセプターの新人看護師への指導上の困難は，〔新人に対する困難〕〔プリセプター自身の困難〕〔周囲に対する困難〕の3側面があり，自分の予測や期待と異なる新人の行動や，理想と異なる指導者像，新人や周囲とのコミュニケーションのとりにくい関係から生じていた。これらの予測される指導上の困難への対処法，指導者としてのコミュニケーション技法の習得についての事前研修が必要である。

2．新任プリセプターは指導上の困難を乗り越えるために〔他の看護職者からの支援〕や自ら〔指導する動機〕を高めることを精神的な支えとして，〔新人への指導方法の模索〕〔問題解決に向けた助言や協力の獲得〕〔同期との感情の共有〕の行動をとっていた。これらは視野の拡大をとおした自己認識や行動の肯定的な変化であり，新たな価値観の形成と成長の機会となっていた。

3．新任プリセプターが求める支援は〔指導体制の整備〕〔精神的支援〕〔指導方法の伝授〕であり，感情の開示や受け止めによる同期や同僚との心理的つながりの構築，指導する動機を高める働きかけ，プリセプター経験を肯定的にとらえることができるようにするかかわりが重要である。

謝　辞

本研究にご協力くださいました研究参加者の皆さまならびに看護部長，教育担当の皆さまに心よりお礼申し上げます。また，本研究の実施においてご助言くださいました東京情報大学特命副学長（看護学部担当）の加納佳代子先生に深謝いたします。なお本研究は，神奈川県立保健福祉大学大学院保健福祉学研究科に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものであり，結果の一部を日本看護学教育学会第22回学術集会および第32回日本看護科学学会学術集会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要　旨

目的：新任プリセプターが新人看護師指導において体験する指導上の困難とその困難を乗り越えるためにとった行動や求める支援を明らかにし，指導上の困難を乗り越えるための支援を検討する。

方法：初めてプリセプターの役割を担う看護師11名に対し，半構成的面接を行い質的記述的に分析した。

結果：指導上の困難は新人の理解度を把握するむずかしさ，自分の知識や指導への自信のなさ，同僚からの指導の協力の得にくさ等であった。困難を乗り越えるために新任プリセプターは同期とのかかわりや指導者としての自覚等を支えに，上司や先輩への相談，同期との悩みやつらさの共有等の行動をとっており，精神的支援者の配置，指導内容や方法の伝授等の支援を求めていた。

結論：新任プリセプターが指導上の困難を乗り越えるための支援として，指導体制の整備，同期や同僚との心理的つながりの構築，プリセプター経験を肯定的にとらえられるようなかかわりが重要である。

Abstract

Purpose: This study aims to clarify novice preceptors' difficulties in providing clinical instructions to newly graduated nurses, their behaviors to overcome these difficulties, and the support they require, in order to consider various measures for supporting preceptors.

Methods: We performed semi-structured interviews with 11 novice preceptors and qualitatively analyzed the data.

Results: The main difficulties experienced by novice preceptors were strenuousness in grasping the comprehension level of newly graduated nurses, lack of self-confidence in their knowledge and teaching, and complications in cooperating with their colleagues on particular educational subjects. The preceptors attempted to overcome these difficulties by consulting with supervisors and senior co-workers, sharing their concerns with nurses who began working in the same year, and other behaviors involving support, such as forming better associations with colleagues and achieving greater self-awareness of being an instructor. The support they required included understanding from teammates, placement of mental health supporters, and more instruction on the teaching-learning content and methodologies.

Conclusions: Novice preceptors' support needs for overcoming difficulties included an education system, greater mental health support, strengthening bonds with colleagues, and more positive management of their experiences.

文　献

Calhoun, L.G. and Tedeschi, R.G.(2006). The foundation of posttraumatic growth: An expanded framework. Calhoun, L.G. and Tedeschi, R.G. (Eds.), Handbook of Posttraumatic Growth: Research and Practice. 3-23, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Deci, E.L. and Flaste, R. (1995/1999). 桜井茂男（訳），人を伸ばす力：内発と自律のすすめ. 197-220, 東京：新曜社.

原田慶子，唐澤由美子，大脇百合子，千葉真弓，中村　惠，坂本規子（2009）. プリセプターが捉えたプリセプティの就職半年後の困難や課題とプリセプターの対応. 長野県看護大学紀要，11, 19-27.

羽鳥健司，小玉正博（2009）. 我々は困難な状況でどう成長するのか：困難体験に対する肯定的意味づけの視点から. ヒューマン・ケア研究，10(2)，101-113.

平賀愛美，布施淳子（2006）. 新卒看護師のリアリティショックに関する文献を用いた構成要因の分類. 北日本看護学会誌，8(2)，13-25.

平野蘭子（2013）. 新任の実地指導者の新人看護師指導を通した学び. 日本看護科学学会学術集会講演集，33, 477.

和泉比佐子，横溝輝美，佐伯和子，宇座美代子，大野昌美，大倉美佳，大柳俊夫（2005）. 中堅指導者の新任者教育に関する継続教育プログラムの評価（第1報）：プリセプター役割機能に焦点をあてて. 北海道公衆衛生学雑誌，18(2)，135-141.

唐澤由美子，中村　惠，原田慶子，太田規子，大脇百合子，千葉真弓（2008）. 就職後1ヶ月と3ヶ月に新人看護者が感じる職務上の困難と欲しい支援. 長野県看護大学紀要，10, 79-87.

神原知愛（2009）. 大学生の挫折経験に関する心理学的考察：挫折観と自己成長感との関連. 慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要，67, 59-66.

川西千弘（2008）. 被開示者の受容・拒絶が開示者に与える心理的影響：開示者・被開示者の親密性と開示者の自尊心を踏まえて. 社会心理学研究，23(3)，221-232.

菊池昭江（1999）. 看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連：経験年数ごとにみた比較. 看護研究，32(2)，92-103.

Lazarus, R.S. and Folkman, S. (1984/1991). 本明　寛，春木　豊，織田正美（訳）. ストレスの心理学：認知的評価と対処の研究. 3-24, 東京：実務教育出版.

水野暢子，三上れつ（2000）. 臨床看護婦のキャリア発達過程に関する研究. 日本看護管理学会誌，4(1)，13-22.

中垣明美，千葉朝子（2008）. OJTにおけるプリセプターシップに関する研究の動向と今後の課題：プリセプターへの支援の視点から. 愛知医科大学看護学部紀要，7, 55-67.

中村由子（2010）. 配置転換による中堅看護師の「一皮むけた経験」. 日本看護研究学会雑誌，33(1)，81-92.

中根　薫，出羽澤由美子，中西睦子，山本和代，永石かずみ，井上敏子，梶山紀子（2001）. プリセプターシッププログラムの現状分析：プリセプターへの支援体制に焦点を当てて. 日本看護管理学会誌，4(2)，46-53.

尾立篤子，梅崎奈美，志田祐子（2013）. 新人看護師を迎えるプリセプターが抱く自己の指導者像. 防衛衛生，60(9-10)，153-158.

大久保仁司，平林志津保，瀬川睦子（2008）. 新卒看護師が入職後

3ヶ月までに感じるストレスと望まれる支援．奈良県立医科大学医学部看護学科紀要，4，26-33.
奥野洋子（2011）．対人援助職におけるポジティブな変化について：看護師の自己成長感の特徴について．近畿大学臨床心理センター紀要，4，19-30.
Rimé, B., Philippot, P., Boca, S., and Mesquita, B.（1992）. Long-lasting cognitive and social consequences of emotion. *European Review of Social Psychology*, 3, 225-258.
佐々木幾美，西田朋子（2014）.「新人看護職員研修制度」開始後の研修の実態と実施上の課題①：質問紙調査の結果から．看護管理，24(6)，521-526.
澁谷恵子，石崎邦代，三上智子（2008）．プリセプターの困難と思いの分析からのプリセプター支援検討（1）：支援体制・時期，研修企画について．日本看護学会論文集（看護教育），39，157-159.
高岡哲子，安藤　慈，笹渕弘美，瀬尾真里子（2007）．現任教育の事例検討場面における中堅看護師の指導に関する認識：指導が出来た理由と出来なかった理由から．北日本看護学会誌，9(2)，60-66.
武口真里花（2011）．リフレクションによる中堅看護師の自律の芽生えに関する実践的検討．日本看護管理学会誌，15(2)，147-157.
寺澤明子（2003）．プリセプターシップにおけるプリセプターの看護専門職としての成長過程．日本赤十字広島看護大学紀要，3，45-52.
和住淑子，大室律子，佐藤まゆみ，荒屋敷亮子，黒田久美子，後藤妙子，鈴木康美，砥石和子，中山珠美，西山ゆかり（2010）．新人看護師のプリセプターを支援する者に必要な能力と資質に関する全国調査：プリセプター支援者の背景によるちがいに焦点を当てて．千葉大学看護学部紀要，32，1-8.
山田美幸，前田ひとみ，津田紀子，串間秀子（2008）．新卒看護師の離職防止に向けた支援の検討：就職3か月の悩みと6か月の困ったことの分析．南九州看護研究誌，6(1)，47-54.
山本英子（2003）．プリセプターのストレスとサポートシステム：影響因子の分析．看護展望，28(7)，102-110.
吉田えり，山田和子，森岡郁晴（2011）．卒後2～5年目の看護師における自己効力感とストレス反応との関連．日本看護研究学会雑誌，34(4)，65-72.
吉田琢哉（2012）．青年期女子における怒りの感情体験による自己成長感の獲得：社会的共有における聞き手の受容的反応を含めた制御方略の影響．感情心理学研究，20(1)，1-8.

平成29年10月3日受　　付
平成30年4月27日採用決定

doi:10.15065/jjsnr.20180614027

－研究報告－

壮年期男性における虚血性心疾患患者の入院前と退院3か月後のQuality of Lifeの変化に関連する要因

Factors Related to the Change in Quality of Life between Prehospital and 3 Months after Discharge in Middle-Aged Male Patients with Ischemic Heart Disease

金澤鉄也　山田和子　森岡郁晴
Tetsuya Kanazawa　Kazuko Yamada　Ikuharu Morioka

キーワード：虚血性心疾患，壮年期男性，QOL，仕事，重回帰分析
Key Words：ischemic heart disease, middle-aged male, quality of life, job, multiple linear regression analysis

Ⅰ．研究の意義と目的

虚血性心疾患（以下，本疾患）は，入院治療後も長期にわたる内服，食事制限，運動などの自己管理が必要であり，慢性疾患としての側面が大きい。慢性疾患患者の治療目標の一つは，生活の質（以下，QOL）を高めることであり，QOLの向上に向けたケアが必要である。これまで本疾患患者のQOLに関する研究は多いが，対象者には高齢者が多い（直成・折笠・泉野，2001；松岡ほか，2006）。

近年における生活の変化などに伴い心疾患のリスクファクターをもつ若者が増え，本疾患がより若い年齢層に広がってくるであろうという指摘がある（水野ほか，2013）。本疾患壮年期男性の調査では，「復職までに心臓が仕事に耐えうるか不安」「家庭・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」が退院後の不安としてあげられている（平良・中村・内海，2010）。壮年期は社会的・市民的責任が大きく期待される時期であり（舟島，2011），有職者の場合，退院直後にできていた自己管理が職場復帰後に困難になり，さまざまな不安を抱えつつ生活を過ごすことになる（常盤，2009）。また，初回入院群でSF-36の下位尺度である日常役割機能（身体）・日常役割機能（精神）・社会生活機能が入院前に比べ退院3か月後に低下したことや（青山・柴山・中村・石井，2003），入院前に比べ退院後に日常役割機能（身体）が低下したとの報告もあり（畑野・竹下・有田・山中，2007），本疾患罹患により入院前に比べ退院後にQOLが低下することが報告されている。

先行研究におけるQOLに関連する要因をみると，本疾患で外来通院中の患者のQOLには，年齢，仕事，家族を含むソーシャルサポート（松岡ほか，2006），役職，学歴，発作や死への不安（斎藤・勝木・萱場・内本・住吉，1990），QOLの経時的変化には，学歴や生きがい（畑野ほか，2007）があげられている。このような研究の対象者の平均年齢は，いずれも60歳以上であった。また，仕事を含めた関連要因を検討しているものは少なかった。

そこで本研究は，壮年期男性の本疾患患者に焦点を当て，入院前と職場復帰をしていると予想される退院3か月後のQOLの調査から，QOLの変化とそれに関連する要因について仕事を含めて明らかにし，退院後のケアを検討する資料を得ることを目的とする。

Ⅱ．用語の定義

壮年期とは，40歳から64歳までとした。本疾患患者とは，心筋梗塞や狭心症で入院し，内服治療やカテーテル治療を受けた者とした。バイパス術を受けた者は，身体への侵襲度合いが異なるので対象から除外した。

Ⅲ．研究方法と対象

A．対 象 者

調査期間中に本疾患の治療を目的に4か所の協力病院に入院した壮年期男性患者60名であった。

B．調査方法

入院後1週間以内と仕事復帰を果たし生活が安定していると考えられる退院3か月後（以下，退院後）に，記名自記式質問紙調査を2回実施した。

各協力病院の医師と看護師に調査の趣旨や方法，倫理的配慮について文書と口頭で説明し調査の協力を得た。本疾患で40歳以上64歳以下の対象者が入院した場合に協力病院

和歌山県立医科大学大学院保健看護学研究科　Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University

から連絡を受け，研究者から対象者に調査の趣旨や方法，倫理的配慮について文書と口頭で説明し，記名により調査への同意を得た。

調査票は，記入後封をして病棟に設置した回収箱に入れてもらい回収した。退院後は，対象者宅へ調査票を郵送し，郵送で回収した。調査期間は，平成27年2月から10月であった。

C．調査項目

調査項目については，先行文献を参考に研究者間で検討し，協力病院の看護師にプレテストで内容の確認を依頼した。入院中の調査項目は，入院前1～2週間（以下，入院前）の状況について回答を依頼した。

1．入院前のみの質問項目

年齢，身長，体重，最終学歴，家族構成，職業，雇用形態，役職の有無，入院前の本疾患の治療の有無，入院前の本疾患以外の治療の有無，通院頻度について質問した。

2．入院前と退院後の質問項目

a．症状と内服について

症状の有無（「胸痛」「動悸」「冷や汗」「肩・背中の痛み」「意識消失」「その他」「症状なし」），内服薬の有無（「血圧」「不整脈」「脂質代謝異常症」「糖尿病」「抗血小板薬」「その他」「内容がわからない」），指示どおりの内服，内服薬の薬効を知っているかについて質問した。

b．生活について

ブレスローの7つの健康習慣（Berkman & Breslow, 1983/1989）を参考に「喫煙習慣」「1週間の飲酒頻度」「1回の飲酒量」「睡眠時間」「運動頻度」「朝食の摂取状況」「間食の摂取状況」「1日の摂取エネルギーを考えた食事」「適正体重維持」を質問した。また，対象者は壮年期男性であることから研究者らの経験をふまえて，「自由に過ごせる時間」「家族の配慮」「人付き合いの程度」「生活習慣の改善意識」について尋ねた。

c．仕事について

残業，収入満足度，職業上のストレスについて質問した。

職業上のストレスには，職業性ストレス簡易調査票（以下，ストレス調査票）を使用した。信頼性・妥当性はすでに検証されている（下光ほか，2000）。職業性ストレス簡易調査票は57項目からなり，「ストレスの原因と考えられる因子」「ストレスによって起こる心身の反応」「ストレス反応に影響を与える他の因子」の大きく3つから構成されている。回答は4段階で，選択肢に1点から4点の得点を与え，尺度得点を算出した素点換算表を用いて，各尺度に該当する各項目の点数を算出した。「ストレスの原因と考えられる因子」は，心理的な仕事の負担（量），心理的な仕事の負担（質），自覚的な身体的負担度，職場の対人関係でのストレス，職場環境によるストレス，仕事のコントロール度，技能の活用度，仕事の適正度，働きがいの項目に分類される。仕事のコントロール度，技能の活用度，仕事の適正度，働きがいの4項目は，得点が高いほうがストレスの原因となるリスクが高く，他の項目は，得点が低いほうがストレスの原因となるリスクが高いと評価される。「ストレスによって起こる心身の反応」は，活気，イライラ感，疲労感，不安感，抑うつ感，身体愁訴の項目に分類される。活気以外の項目は，得点が高いほうがストレス反応が強いと評価される。「ストレス反応に影響を与える他の因子」は，上司からのサポート，同僚からのサポート，家族や友人からのサポート，仕事や生活の満足度に分類される。いずれの項目も，得点が高いほうがストレス反応を増悪させるリスクが高いと評価される。

d．QOLについて

QOLの測定にはSF-12（福原・鈴鴨，2015）を使用した。SF-12は日本での使用に対して，信頼性・妥当性が検証されている。8つの下位尺度〔身体機能：PF，日常役割機能（身体）：RP，体の痛み：BP，全体的健康感：GH，活力：VT，社会生活機能：SF，日常役割機能（精神）：RE，心の健康：MH〕ごとに得点を算出し，その下位尺度得点を国民標準値の平均値と標準偏差を用いて標準化し，重みづけ係数を用いて，「身体的側面（以下，身体スコア）」「精神的側面（以下，精神スコア）」「役割・社会的側面（以下，役割スコア）」を表す3つのサマリースコアを算出した（以下，QOL得点）。3つのサマリースコアの得点は標準値が50点となるようにされており，得点が高いほどQOLが高い。本研究ではサマリースコアの退院後から入院前の点数を引いたため，この差が正の場合はQOLの上昇／改善を示している。

3．退院後のみの質問項目

入院時のカテーテル検査・治療，退院後の仕事の変化，退院後の症状の出現頻度，退院後の症状出現の不安について質問した。

D．分析方法

入院前と退院後の2回とも調査に協力を得られた対象者（以下，2回協力者）と入院前の調査のみに協力を得られた対象者（以下，1回協力者）における入院前の身体・精神・役割スコアの平均値の比較にはt検定を用いた。

2回協力者において，関連要因を検索するために重回帰分析（stepwise法）を行うこととした。SF-12の身体・精神・役割の3つのサマリースコアの退院後から入院前の点

数を引いたものを従属変数とし，重回帰分析（stepwise法）を行った。重回帰分析では一般的に投入した独立変数の5倍以上の例数が必要であるといわれているため，本研究の対象者数が38名であったことから8個までの独立変数とし，質問項目を8個までに制限した領域分けを行った（**表1**）。たとえば，「属性」として年齢，BMI，学歴，家族構成を1つの領域とした。

独立変数として，間隔尺度と順序尺度は回答の数値を用いた（**表2**の回答の横に記載した数字）。名義尺度である最終学歴，家族構成，職業，雇用形態，指示どおりの内服，入院時のカテーテル検査・治療，症状の有無（「胸痛」「動悸」「冷や汗」「肩・背中の痛み」「その他」「症状なし」），内服薬の有無については，「0」「1」の2群分けし，ダミー変数を使用した（**表2**の回答の横に記載した数字）。職業は職業ごとのダミー変数とし，「会社員」を「1」，それ以外を「0」と，「公務員」を「1」，それ以外を「0」と，「農林水産業・その他」を「1」，それ以外を「0」と入力した。

1つの質問項目で2群分けしたときに一方が5人未満の場合は2群分けできないと判断し，解析から除外した。

ストレス調査票の尺度のうち仕事のストレス要因や修飾要因も大切であるが，ストレス反応に問題が多い場合にはとくに早めに対応することが重要であることから（下光ほか，2000），活気・イライラ感・疲労感・不安感・抑うつ感の5つの項目をあわせた心理的ストレス反応を重回帰分析では解析に使用した。

各領域で採択された項目をあわせて，もう一度重回帰分析（stepwise法）を行った。2回目の重回帰分析は扱う変数を変えたのみで，数値はそのまま用いた。

統計解析には“IBM SPSS Statistics ver. 22”を用い，有意確率は5％未満とした。

E．倫理的配慮

各協力病院の医師と看護師に研究の趣旨や方法を文書と口頭で説明し，調査協力について承諾を得た。対象者に調査の趣旨や方法，研究の協力は自由意思であり協力しなくても不利益がないこと，同意の撤回も自由であることを研究者から文書と口頭で説明し，同意書に記名をするかたちで同意を得た。質問紙における個人を特定できる情報は，データ連結後に削除し分析を行った。

本研究は就業者を調査対象にしていたが，対象者数が少ないことが想定されたため，また本疾患で入院した壮年期男性の全体像を把握するためにも，入院時の調査では就業していない方にも調査協力を依頼した。本研究は，和歌山県立医科大学倫理審査委員会の承認（1526）と，協力病院における倫理審査委員会の承認を受けて開始した。

表1　重回帰分析における領域と質問項目

領域	選択肢
属性	年齢，BMI，最終学歴，家族構成
就業状況	職業，雇用形態，役職の有無
入院前治療状況	本疾患の治療の有無，本疾患以外の治療の有無，通院頻度
入院前症状 退院後症状	胸痛，動悸，冷や汗，肩・背中の痛み，意識消失，その他の症状，症状ない
入院前内服 退院後内服	内服薬の有無（血圧）（不整脈）（脂質代謝異常症）（糖尿病）（抗血小板薬）（その他）（内容がわからない），指示どおりの内服，内服薬の薬効
入院前生活①	喫煙習慣，1週間の飲酒頻度，1回の飲酒量，睡眠時間，運動頻度，朝食の摂取状況，間食の摂取状況
退院後生活①	
入院前生活②	1日の摂取エネルギーを考えた食事，適正体重維持，生活習慣の改善意識，自由に過ごせる時間，家族の配慮，人付き合いの程度
退院後生活②	
仕事関連	残業の有無，収入満足度，仕事の変化なし
入院前職業性ストレス①	心理的な仕事の負担量，心理的な仕事の負担質，自覚的な身体負担度，職場の対人関係でのストレス，職場環境によるストレス，仕事のコントロール度，技能の活用度，仕事の適正度
退院後職業性ストレス①	
入院前職業性ストレス②	働きがい，活気，イライラ感，疲労感，不安感，抑うつ感，心理的ストレス反応，身体愁訴
退院後職業性ストレス②	
入院前職業性ストレス③	上司からのサポート，同僚からのサポート，家族や友人からのサポート，仕事や生活の満足度
退院後職業性ストレス③	
退院後のみの質問項目	入院時カテーテル検査，入院時カテーテル治療，カテーテルは緊急or予定，退院後の症状出現の不安，退院後の症状の出現頻度

Ⅳ．結　果

A．調査の応諾状況

本研究に60名から同意が得られた。入院前の調査に回答が得られたのは56名であった（回収率93.3%）。

本研究では仕事を含めたQOLの変化に関連する要因の検討を目的としているため，退院後調査票は入院前に仕事をしていなかった5名を除いた51名に送付し，38名（回収率63%）から返信があり，全員が有効回答であった。

1回協力者は18名，2回協力者は38名であった。

B．対象者の概要

本研究の目的は入院前と退院後の比較のため，これ以降は2回協力者について分析を進めることとした。

2回協力者の概要を**表2 - a～c**に示す。年齢では50代・60代が33名（87%）で，平均年齢±標準偏差は56.1±7.1歳であった。最終学歴では，中学が4名（11%），高校が12名（32%）であった。家族構成では，一人暮らしが5名（13%）であった。職業では，会社員が19名（50%）であった。入院前の本疾患の治療では「あり」が22名（58%）であった。退院後の仕事の変化については，38名とも退院後に職場復帰し，「勤務時間短縮」3名（7%），「勤務場所変更」3名（7%），「休職」2名（5%），「仕事内容変更」1名（2%），「退職」1名（2%）であったため，この項目は2群分けできないと判断し，「仕事の変化」というくくりにした。また，入院前に仕事をしていた方のみを対象に2回目の協力を依頼したため，仕事の有無は入っていない。

C．QOL得点について

3つのサマリースコアとも1回協力者と2回協力者で入院前のQOL得点に差がないことを確認した（**図1**）。

2回協力者の入院前と退院後のQOL得点の比較を**表3**に示す。いずれのスコアとも入院前と退院後に有意な差はなかった。退院後から入院前の点数を引いた得点をみると，身体スコアが3.2±11.0点，精神スコアが1.7±9.8点，役割スコアが－2.5±9.2点であった。

表2 - a　質問項目の回答状況（入院前のみ項目）

質問項目	選択肢	入院前	
		人数	%
年齢	31～39歳以下	1	3%
	40～49歳以下	4	11%
	50～59歳以下	19	50%
	60～64歳	14	37%
最終学歴	0：中学	4	11%
	1：高校	12	32%
	0：専門・専修学校・大学．大学院	22	58%
家族構成	1：一人暮らし	5	13%
	0：夫婦のみ	7	18%
	0：夫婦と子ども・夫婦と親・夫婦と子どもと親・その他	26	68%
職業	1：会社員	19	50%
	0：公務員	5	13%
	0：農林水産業・その他	6	16%
	0：商工自営業・専門職・技術職	8	21%
退院後仕事の変化	1：変化あり	9	24%
本疾患の治療の有無	1：あり	16	42%
入院前の本疾患以外の治療の有無	1：あり	16	42%
入院前の本疾患治療の有無	1：あり	22	58%
雇用形態	1：正社員	31	82%
	0：派遣	2	5%
	0：契約	2	5%
	0：パートタイム・アルバイト	3	8%
役職有無	1：あり	19	50%
入院前通院頻度	1：週に1回以上	2	5%
	2：2週間に1回程度	4	11%
	3：月に1回程度	14	37%
	4：通院していなかった	16	42%

［注］2つの選択肢の場合のみ片方を表記。

表2 - b　質問項目の回答状況①（入院前と退院後の項目）

質問項目	選択肢	入院前		退院後	
		人数	%	人数	%
残業の有無	1：よくあった	10	26%	6	16%
	2：ときどきあった	6	16%	10	26%
	3：ほとんどなかった	12	32%	12	32%
	4：なかった	9	24%	6	16%
収入満足度	1：満足	4	11%	10	26%
	2：やや満足	19	50%	12	32%
	3：やや不満	10	26%	9	24%
	4：不満	4	11%	3	8 %
胸痛	1：あり	24	63%	5	13%
動悸	1：あり	6	16%	5	13%
冷や汗	1：あり	11	29%	0	0%
肩・背中の痛み	1：あり	10	26%	6	16%
症状ない	1：あり	31	82%	13	34%
内服薬の有無（血圧）	1：あり	18	47%	29	76%
内服薬の有無（不整脈）	1：あり	2	5%	5	13%
内服薬の有無（脂質代謝異常症）	1：あり	14	37%	27	71%
内服薬の有無（糖尿病）	1：あり	11	29%	14	37%
内服薬の有無（抗血小板薬）	1：あり	19	50%	36	95%
内服薬の有無（飲んでいなかった）	1：あり	28	74%	38	100%
指示どおりの内服	1：きっちり内服していた	24	63%	35	92%
	2：ときどき忘れることがあった	4	11%	3	8%
	3：内服するのをやめた	0	0 %	0	0%
内服薬の薬効	1：よく知っていた	22	58%	19	50%
	2：少し知っていた	5	13%	17	45%
	3：あまり知らなかった	1	3%	1	3%
	4：まったく知らなかった	0	0%	1	3%
喫煙習慣	1：毎日吸っていた	12	32%	4	11%
	2：ときどき吸っていた	1	3%	2	5%
	3：やめていた	14	37%	20	53%
	4：もともと吸わなかった	11	29%	12	32%
飲酒頻度	1：毎日飲んでいた	6	16%	6	16%
	2：週の半分くらい	6	16%	4	11%
	3：ほとんど飲まない	8	21%	13	34%
	4：まったく飲まない	18	47%	15	39%
1回の飲酒量	1：飲まない	18	47%	18	47%
	2：1合未満	6	16%	9	24%
	3：1から3合未満	11	29%	9	24%
	4：3合以上	3	8%	2	5%
睡眠時間	1：8時間以上	1	3%	0	0%
	2：7から8時間未満	3	8%	8	21%
	3：4から7時間未満	33	87%	28	74%
	4：4時間未満	1	3%	2	5%
運動頻度	1：定期的にしていた	5	13%	10	26%
	2：ときどきしていた	10	26%	16	42%
	3：ほとんどしていなかった	16	42%	7	18%
	4：まったくしていなかった	7	18%	5	13%

［注］ 2つの選択肢の場合のみ片方を表記。

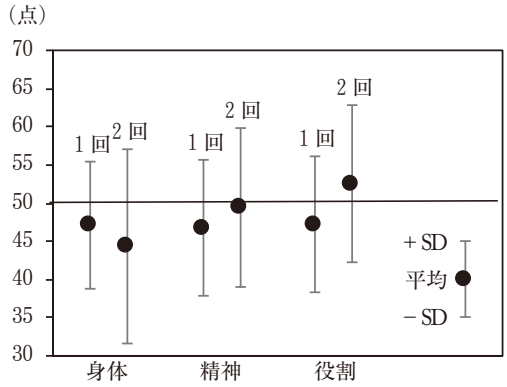
表2 - b　質問項目の回答状況②（入院前と退院後の項目）

質問項目	選択肢	入院前		退院後	
		人数	%	人数	%
朝食の摂取状況	1：毎日食べていた	35	92%	36	95%
	2：ときどき食べない日もあった	1	3%	1	3%
	3：ほとんど食べてなかった	1	3%	1	3%
	4：まったく食べてなかった	1	3%	0	0%
間食の摂取状況	1：毎日食べていた	7	18%	2	5%
	2：ときどき食べない日もあった	18	47%	20	53%
	3：ほとんど食べてなかった	10	26%	13	34%
	4：まったく食べてなかった	3	8%	3	8%
1日の摂取エネルギーを考えた食事	1：とても気にしていた	3	8%	5	13%
	2：ときどき気にしていた	17	45%	18	47%
	3：ほとんど気にしていなかった	13	34%	12	32%
	4：全く気にしていなかった	5	13%	3	8%
適正体重維持	1：とても思っていた	6	16%	17	45%
	2：ときどき思っていた	24	63%	20	53%
	3：ほとんど思っていなかった	7	18%	1	3%
	4：全く思っていなかった	1	3%	0	0%
生活習慣の改善意識	1：とても思っていた	12	32%	14	37%
	2：ときどき思っていた	18	47%	21	55%
	3：ほとんど思っていなかった	7	18%	1	3%
	4：全く思っていなかった	1	3%	2	5%
自由に過ごせる時間	1：かなりあった	10	26%	8	21%
	2：ときどきあった	17	45%	18	47%
	3：ほとんどなかった	11	29%	2	5%
	4：全くなかった	0	0%	0	0%
家族の配慮	1：かなり気を遣ってくれていた	12	32%	14	37%
	2：ときどき気を遣ってくれていた	19	50%	21	55%
	3：ほとんど気を遣ってくれていなかった	5	13%	2	5%
	4：全く気を遣ってくれていなかった	1	3%	1	3%
人付き合いの程度	1：かなり減った	0	0%	1	3%
	2：少し減った	4	11%	7	18%
	3：ほとんど変わらなかった	18	47%	10	26%
	4：全く変わらなかった	16	42%	20	53%

表2 - c　質問項目の回答状況（退院後のみ項目）

質問項目	選択肢	退院後	
		人数	%
入院時カテーテル検査	1：受けた	35	92%
入院時カテーテル治療	1：受けた	31	82%
カテーテルは緊急or予定	1：予定	13	34%
退院後症状出現の不安	1：とても不安である	4	11%
	2：少し不安である	10	26%
	3：あまり不安でない	22	58%
	4：全く不安でない	2	5%
退院後の症状出現頻度	1：よくある	2	5%
	2：ときどきある	2	5%
	3：ほとんどない	12	32%
	4：全くない	16	42%
	5：入院前症状なかった	6	16%

［注］ 2つの選択肢の場合のみ片方を表記。



［注］SD：standard deviation，t検定.

図1　協力回数別にみた入院前QOL得点の比較（n =56）

表3　2回協力者の入院前と退院後のQOL得点の比較（点）

（n =38）

	時期	平均	SD	p値
身体スコア	入院前	44.7	12.4	.216
	退院後	47.9	9.8	
精神スコア	入院前	50.2	9.5	.367
	退院後	51.9	9.2	
役割スコア	入院前	51.0	9.0	.091
	退院後	48.5	8.5	

［注］SD：standard deviation, paired t-test.

SF-12の下位尺度毎のQOL得点をみると，「GH」が有意に上昇していた（**表4**）。

D．QOL得点の関連要因

1回目の重回帰分析結果を**表5 - a～c**に示す。身体スコアでは，属性の「家族構成：夫婦と子どもと同居・夫婦と親と同居・夫婦と子どもと親と同居・その他」，退院後内服の「退院後内服薬有無（糖尿病）」「退院後内服薬有無（血圧）」，退院後生活①の「退院後1回飲酒量」，入院前職業性ストレス③の「入院前仕事や生活の満足度」が採択された。精神スコアでは，就業状況の「農林水産業・その他」，入院前生活②の「入院前家族の配慮」，退院後症状の「退院後の症状ない」，仕事関連の「退院後の収入満足度」，退院後職業性ストレス②の「退院後働きがい」，退院後のみの質問項目の「退院後症状出現の不安」が採択された。役割スコアでは，仕事関連の「仕事の変化なし」と「退院後の収入満足度」が採択された。

2回目の重回帰分析結果を**表6 - a～c**に示す。身体スコアには「家族構成」「退院後1回飲酒量」が，精神スコアには「退院後症状出現の不安」が，役割スコアには「退院後の収入満足度」が採択された。

表4　2回協力者の入院前と退院後のSF-12下位尺度の得点の比較（点）

（n =38）

下位尺度	時期	平均	SD	p値
PF	入院前	82.9	23.7	.902
	退院後	82.2	22.1	
RP	入院前	84.5	20.0	.880
	退院後	83.9	17.4	
BP	入院前	82.9	23.7	.544
	退院後	86.2	22.7	
GH	入院前	40.8	27.9	.006
	退院後	57.4	22.8	
VT	入院前	57.9	23.7	.485
	退院後	53.9	24.7	
SF	入院前	86.2	20.4	.774
	退院後	87.5	18.8	
RE	入院前	86.5	17.1	.632
	退院後	84.5	18.2	
MH	入院前	72.7	20.7	.802
	退院後	71.4	24.1	

［注］SD：standard deviation, paired t-test.

Ⅴ．考　察

本研究は壮年期の男性の本疾患患者56名のうち2回協力を得ることができた38名（回収率74.5%）を対象に，QOLの変化に関連する要因を仕事を含めて明らかにすることを目的に，自記式質問紙調査を実施した。QOLの変化をみると，身体・精神・役割スコアとも有意な差はみられなかった。下位尺度でみると，「GH」が有意に上昇していた。QOLの変化に関連する要因として，身体スコアには「家族構成」「退院後1回飲酒量」が，精神スコアには「退院後症状出現の不安」が，役割スコアには「退院後の収入満足度」があげられた。

A．QOL得点の変化

1回協力者と2回協力者で入院前のQOL得点を比較したが，3つのサマリースコアとも有意な差は無かった。したがって，入院前のQOL得点は，協力回数による偏りがないと考えられる。

2回協力者のSF-12下位尺度毎のQOL得点の入院前と退院後の変化をみると，「GH」のみが退院後に有意に上昇していた。「GH」は入院前の得点が他の下位尺度より低いことから，本疾患の症状により就業を含む日常生活への影響を受け，自己の健康感が脅かされたことにより得点が低下したが，治療により症状が落ち着き，職場復帰できたことで得点が上昇したと考えられる。

表5　各領域別QOLの変化に関連する要因（1回目の重回帰分析の結果）

a）身体

領域	質問項目	標準化係数	*t*値	*p*値	調整済みR^2
属性	家族構成（夫婦と子ども・夫婦と親・夫婦と子どもと親と同居，その他）	−.415	−2.733	.010	.149
退院後内服	退院後内服薬（糖尿病）	.403	2.631	.017	.171
	退院後内服薬（血圧）	.333	2.172	.033	
退院後生活①	退院後1回飲酒量	.328	2.084	.044	.083
入院前職業性ストレス③	入院前仕事や生活の満足度	−.382	−2.264	.031	.117

b）精神

領域	質問項目	標準化係数	*t*値	*p*値	調整済みR^2
就業状況	職業（農林水産業・その他）	−.401	−2.593	.014	.137
入院前生活②	入院前家族の配慮	−.420	−2.7	.011	.152
退院後症状	退院後の症状ない	.360	2.313	.027	.105
仕事関連	退院後の収入満足度	−.467	−2.991	.005	.194
退院後職業性ストレス②	退院後働きがい	−.403	−2.527	.016	.137
退院後のみの質問項目	退院後症状出現の不安	.558	3.861	.000	.290

c）役割

領域	質問項目	標準化係数	*t*値	*p*値	調整済みR^2
仕事関連	仕事の変化なし	−.358	−2.303	.029	.204
	退院後の収入満足度	−.356	−2.29	.037	

表6　QOLの変化に関連する要因（2回目の重回帰分析の結果）

a）身体

領域	質問項目	標準化係数	*t*値	*p*値	調整済みR^2
属性	家族構成	−.445	−3.149	.014	.265
退院後生活①	退院後1回飲酒量	.366	2.586	.026	

b）精神

領域	質問項目	標準化係数	*t*値	*p*値	調整済みR^2
退院後のみの質問項目	退院後症状出現の不安	.583	3.993	.000	.318

c）役割

領域	質問項目	標準化係数	*t*値	*p*値	調整済みR^2
仕事関連	退院後の収入満足度	−.348	−2.130	.041	.094

B．QOL得点の変化に関連する要因

本疾患壮年期男性のQOL得点の変化に関連する要因として，身体スコアで「家族構成」「退院後1回飲酒量」，精神スコアで「退院後症状出現の不安」，役割スコアで「退院後の収入満足度」があげられた。

「家族構成」が「夫婦と子どもと同居・夫婦と親と同居・夫婦と子どもと親と同居・その他」の場合，身体スコアの低下に関連していた。先行研究（泉，2004）でも「同居1人」より「同居2人以上」のほうが「PF」「BP」「GH」が有意に低かったと報告しており，本研究はそれと同様の結果であった。同居2人以上ということは，妻と子どもや親との同居である。壮年期の発達課題には，「経済力の確保と維持」「子どもの成長の援助」「年老いた両親の世話」がある（舟島，2011）。本研究対象者も仕事や養育などの役割を果たす必要があり，このような課題があるとストレスがかかり身体スコアが低下すると考えられる。

「退院後1回飲酒量」で飲酒習慣のあるものが身体スコアの上昇に関連していた。軽度〜中程度の飲酒が健康関連QOLに対して望ましい効果を与えることから（Saito, Okamura, & Fukuhara, et al., 2005），一定量の飲酒習慣がQOLに望ましい影響を与えている。壮年期男性という特徴から考えると，友人や仕事上の付き合いなど飲酒を伴う

社会的活動に参加できるまで身体スコアの改善がみられたとも考えられる。

「退院後症状出現の不安」が「強い」と精神スコアの低下に関連していた。退院後も自覚症状がある者は国民標準値より身体・精神スコアが低いことや（西山ほか，2005），自覚症状の有無が精神的QOLに関連していること（緒方・高見沢・北村，2012），本疾患患者では，入院中に心臓に負荷のかからない生活をするよう指導を受け，症状に対して神経質になることなどから，退院直後は抑うつ傾向になる（舘山・高橋，2002）ことが報告されている。これらのことより，退院後に症状が改善していると感じている場合は不安が軽減し精神スコアが上昇するが，退院後も症状が持続していたり症状出現への不安が強かったりすると，精神スコアの低下につながると考えられる。

「退院後の収入満足度」が「低い」と役割スコアの低下に関連していた。働く目的が「お金を得るため」である者の割合は20～50代にかけて高く，とくに30～40代後半が高く，働く目的が「生きがいをみつけるため」である者の割合は，40代後半からしだいに高くなる（厚生労働省，2008）。このことから壮年期男性における仕事は，「お金を得るため」とともに「生きがい」でもある。治療後に思うように働けないと，収入満足度や働きがいの低下につながり，役割スコアの低下がもたらされると考えられる。

2回目の重回帰分析結果では採択されなかったが，QOL得点の変化に関連する要因としていくつかの項目があげられた。

本研究は仕事を中心にQOLの変化に関連する要因を検討することを目的としているため，仕事に関連する項目に着目すると，身体スコアの低下には「入院前仕事や生活の満足度」の「高い」場合が関連していた。精神スコアの低下には，職業が「農林水産業・その他」の場合，「退院後働きがい」の「低い」場合が関連していた。役割スコアの低下には退院後「仕事の変化なし」の場合が関連していた。

身体スコアに関連していた「入院前仕事や生活の満足度」については，入院前に仕事や生活を疾患の影響なく自分の思うように過ごせていたのが，本疾患の罹患に伴い塩分やエネルギー制限・継続した内服・禁煙など制限がかかった生活をしなければならないことで，日常生活の拘束感を認識し，心負荷軽減を意識し，身体スコアが低下すると考えられる（緒方ほか，2012）。

精神スコアに関連していた職業では，「農林水産業・その他」が精神スコアの低下に関連していた。身体的負担が大きい農林水産業などに従事する者は，本人以外に仕事の代わりを担う者の確保がむずかしいため，仕事の継続や収入の確保などの不安が生じやすいと考えられ，これによって精神スコアの低下につながると考えられる。

「退院後働きがい」については，職業性ストレス簡易調査票の「働きがい」は得点が高いほうがストレスの原因となるリスクが高いとされており，働きがいがあるほど（得点が低いほど）精神スコアが高くなるという結果であった。働きがいは精神的自覚症状の程度と負の相関が，生活満足度と正の相関があることから（丸山・佐藤・森本，1991），治療による症状の軽減につれて退院後に職場復帰でき，働きがいをもって仕事ができることは壮年期男性の精神的健康に必要であると考えられる。

役割スコアには退院後の「仕事の変化なし」が関連していた。壮年期有職者の男性では，生活活動の中心が仕事であり，仕事を優先させるため保健行動に対する動機づけが弱い（板垣ほか，1997）。本疾患壮年期男性患者は疾患による身体への影響を配慮し仕事をしていくという本疾患患者としての生き方を模索しながらも，社会からは社会人としての仕事や役割を求められ，どのように折り合いをつけていくべきなのかという葛藤を抱いている（大畑・八木，2014）。入院前は仕事などの社会的役割を普通に行えていたが，退院後は症状や疾患管理のために仕事など社会的役割に制限が生じ，仕事の調整ができなくなり，自分が担うべきと思っている役割を果たせない状況になることから，「仕事の変化なし」は役割スコアが低下する要因になったと考えられる。また，男性通院透析患者の場合，趣味・家族・健康を大切に考えて生活を維持しようとしているが，仕事や生活上の負担感・困難感を抱えており，約半数がうつ傾向にあることが示唆されている（山野内・中村・工藤・田村・小笠原，2013）。症状や生活習慣の変化によりQOLが変化したり，生活習慣の変化への負担感を感じたりしていることは本研究と同様の結果であった。

病状・治療に関する項目でみると，「退院後内服薬有無（糖尿病）」「退院後内服薬有無（血圧）」が身体スコアの変化に関連していた。内服が入院前に開始されると身体スコアの上昇に関連していたことより，初発者のほうが治療後に身体スコアが上昇しやすい，もしくは入院前のスコア低下が強いことが考えられる。「退院後の症状」の「ない」が精神スコアの上昇に関連していた。治療により症状が消失した場合は，入院により危機的状況を脱することができたという安心感で精神スコアが改善すると考えられる。インスリンを使用している糖尿病患者では毎日の注射による煩わしさや低血糖への不安が糖尿病患者のQOLを評価するためのDQOLスケールの得点を低下させること（佐野ほか，2001）やC型肝炎およびInterferon療法を受けている患者ではSF-36の下位尺度のすべてが治療前に比べ3か月後に低下しており，治療の倦怠感や疲労感などの副作用が背景として考えられている（濱田・宮腰・井上・高橋，

2005)。これらの研究は，症状がQOLの変化に関連していることを示しており，本研究の結果と同様であった。

「入院前家族の配慮」で家族が気を遣ってくれている傾向が強いと，退院後の精神スコアの改善に関連していた。本疾患患者の精神的健康には，家族サポートおよび家族環境の組織性との関連がある（松岡ほか，2006）ことから，再発のおそれがある慢性疾患患者においては入院前からの家族のサポートが重要である。

QOLの変化に関連する要因の検索を目的として実施した重回帰分析の結果では，決定係数（R^2）が低かった。これは，QOLが多様な概念であり，少ない独立変数ではとらえきれないことを示していると考えられる。

先行研究（畑野ほか，2007）では，本疾患患者のQOL得点の変化に関連する要因として「学歴」もあげられていたが，本研究では要因として抽出されなかった。これに関しては，先行研究では「中学校まで」「高校・専門学校以上」の2つで分析していたが，本研究は「高校」とそれ以外の2つで分析したことから，分析方法の違いがあることと，最終学歴が「中学校」の割合が先行研究では30％程度で，本研究では11％であり，このような分布の違いにより，本研究では「学歴」が項目に採択されなかった可能性が考えられる。

本研究の結果より，「家族構成」「飲酒量」「症状出現の不安」「収入満足度」と家族や仕事・生活習慣・病状とさまざまな背景からQOLの変化に関連する要因が示唆された。本疾患中年期男性が疾患罹患後に抱える思いとして，「心筋梗塞の体験による不安と恐怖」「健康意識に対する後悔」「心筋梗塞を抱えた生活への関心の芽生え」「生活習慣を変えることへの実践」「心筋梗塞と共生していこうとする決意」「家族からの支援の実感」があるとされている（本島・関・南澤・藤澤，2012)。本研究でも，疾患の再発や死への恐怖を抱えながらも，再発を予防するために生活習慣を改善しようと努力するが，仕事や家庭を含めた入院前の生活に戻るなかで生活習慣の改善に伴う苦痛や負担を感じていることが考えられた。壮年期本疾患男性患者においては疾患を抱えながらも社会人，家族の一員としての役割を担っていくことができるように，医療職は入院したときからあるいは通院時においても仕事を含めた日常生活のストレスや不安を把握し，周囲の人からサポートを得られるように働きかけることの重要性が示唆された。

Ⅵ．本研究の限界と今後の課題

本研究の限界として以下のことがあげられる。サンプルサイズが38例と少なかった。4病院を対象にしたが，8か月間に入院する壮年期の男性患者は限られており，今後対象病院を増やして症例を集める必要がある。調査項目の網羅性については，本研究が最初の試みであり，治療状況・症状・内服・生活に加え，職業を有しているものを対象としたため職業性ストレス簡易調査票も用いた。質問項目がかなり多くなり，このため回答状況に影響が出た可能性がある。今後は質問項目を精選して調査を行う必要がある。

Ⅶ．ま と め

虚血性心疾患患者壮年期男性における入院前と退院3か月後のSF-12の変化をみると，身体・精神・役割スコアで有意な差はみられなかった。下位尺度でみると，GHが有意に上昇していた。

SF-12の変化に関連する要因として，身体スコアには「家族構成」「退院後1回飲酒量」が，精神スコアには「退院後症状出現の不安」が，役割スコアには「退院後の収入満足度」が挙げられた。

壮年期本疾患男性患者の退院後のケアでは，家族など周囲からのサポート状況，「収入満足度」を含む仕事復帰の状況，「症状出現の不安」などの精神状況を入院前から継続してフォローする必要性が示唆された。

謝　辞

本研究の趣旨を理解しご協力いただきました対象者さま，ならびに協力いただいた病院関係者さまに謹んで感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要　旨

本研究は，虚血性心疾患（以下，本疾患）患者の壮年期男性における入院前と退院3か月後のQOLの変化に関連する要因を明らかにすることを目的とした。

対象者は，本疾患の治療のために4病院に入院している患者で，入院前と退院3か月後の2回自記式質問紙調

査を行った。QOLはSF-12で測定し，関連要因の検討には重回帰分析を用いた。

QOLは，入院前と退院後の間に有意な変化がみられなかった。QOLの変化に関連する要因として，身体スコアには「家族構成」「退院後1回飲酒量」が，精神スコアには「退院後症状出現の不安」が，役割スコアには「退院後の収入満足度」があげられた。

本疾患患者の壮年期男性における退院後のケアでは，患者の状況や家族など周囲からのサポート状況，「収入満足度」を含む仕事復帰の状況，「症状出現の不安」などの精神状況を継続してフォローする必要性が示唆された。

Abstract

The aim of this study was to examine factors related to the change in quality of life (QOL) between prehospital and 3 months after discharge in middle-aged male patients with ischemic heart disease. The QOL was evaluated using SF-12. The related factors were evaluated using multiple linear regression analysis. Physical, mind, and role scores showed no significant difference between prehospital and 3 months after discharge. "General Health" score among subscales significantly increased. As factors related to changes in scores, physical score was related to "family constitution" "amount of alcohol at each drinking after discharge". Mind score was associated with "anxiety against symptom development after discharge". Role score was related to "satisfaction with income after the discharge".

These results suggest that in the cares after discharge in middle-aged patients with ischemic heart disease, it is necessary for medical staff to follow the progress of support from family, getting back into business including "satisfaction with income" and mental condition including "anxiety against symptom development" attentively and continuously from in-hospital day.

文　献

青山ゆかり，柴山健三，中村純子，石井潤一（2003）．経皮的冠動脈形成術後の健康関連Quality of Lifeの変化．日本集中治療医学会雑誌，10(3)，207-209.

Berkman, L.F. and Breslow, L.（1983/1989）．森本兼曩（監訳），生活習慣と健康．60-98, 東京：HBJ出版局．

福原俊一，鈴鴨よしみ（2015）．SF-36 v2™日本語版マニュアル（2015年1月版），京都：iHOPE International.

舟島なをみ（2011）．看護のための人間発達学（第4版）．東京：医学書院，55-56.

濱田佳代子，宮腰由紀子，井上正規，高橋祥一（2005）．Interferon療法開始後3ヶ月までのC型慢性肝炎患者のQOLとSelf-efficacy. 広大保健学ジャーナル，4(2)，59-66.

畑野富美，竹下達也，有田幹雄，山中順子（2007）．虚血性心疾患患者の経時的QOL変化に関連する要因．和歌山医学，58(3)，126-132.

板垣恵子，萩原晴美，小林淳子，杉山敏子，渡邊裕美，寺島美紀子，石田眞知子，山崎登志子，柏倉栄子，伊藤尚子，庄子由美（1997）．50歳以上の人々の保健行動．東北大学医療技術短期大学部紀要，6(1)，35-40.

泉　唯史（2004）．虚血性心疾患患者の生活の質（Quality of Life）評価表の妥当性に関する検討．鈴鹿医療科学大学紀要，11，86-93.

厚生労働省（2008）．平成20年版労働経済白書（労働経済の分析），85. http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/roudou/08/dl/02_0001.pdf（検索日2018年6月25日）

丸山総一郎，佐藤　寛，森本兼曩（1991）．労働者の働きがいと健康習慣・自覚症状との関連性，日本衛生学雑誌，45(6)，1082-1094.

松岡　緑，川上千普美，樗木晶子，篠原純子，長家智子，赤司千波，原　頼子（2006）．冠動脈インターベンションを受けた虚血性心疾患患者のQOLに関する因子．日本循環器看護学会誌，2(1)，24-33.

水野幸一，仲島麻里可，足利光平，中野恵美，松田央郎，宮崎秀和，佐々木俊雄，原田智雄，明石嘉浩（2013）．35歳以下で発症した急性心筋梗塞5症例の検討．心臓，45(8)，972-979.

本島亜希子，関　竜子，南澤久美子，藤澤里光（2012）．心筋梗塞を体験した中年男性患者が生活の中で抱える思い．長野赤十字病院医誌，26，70-74.

直成洋子，折笠秀樹，泉野　潔（2001）．慢性の循環器系疾患患者のHealth Related QOL：SF-36による測定．新潟県立看護短期大学紀要，7，113-119.

西山信一郎，百村伸一，石綿清雄，代田浩之，原　和弘，西村重敬，中村正人，山科　章，白井徹郎，西裕太郎，山崎　力（2005）．日本人における虚血性心疾患の生活の質：SF-36を用いた多施設共同実態調査の結果．*Journal of Cardiology*，46(6)，211-220.

緒方久美子，高見沢恵美子，北村愛子（2012）．冠動脈バイパス術を受けた患者のセルフケアモデルとその関連要因．せいれい看護学会誌，2(2)，1-9.

大畑恵利子，八木千乃（2014）．心筋梗塞を発症した壮年期男性患者の「見通し」の意味．日本看護学会論文集（成人看護Ⅰ），44，149-152.

Saito, I., Okamura, T., Fukuhara, S., Tanaka, T., Suzukamo, Y., Okayama, A., and Ueshima, H.（2005）. A cross-sectional study of alcohol drinking and health-related quality of life among male workers in Japan. *Journal of Occupational Health*, 47(6), 496-503.

斎藤宗靖，勝木孝明，萱場一則，内本定彦，住吉徹哉（1990）．心筋梗塞患者のQuality of Lifeとその規定因子．*Therapeutic Research*，11(8)，2452-2459.

佐野浩斎，浅尾啓子，松島雅人，懸　俊彦，日下正久，佐々木敏行，谷島雄一郎，山本　泉，清水英佑，田嶌尚子（2001）．糖尿病患者におけるQuality of Life評価の試み　第2報：Quality of Lifeに影響を与える患者背景因子と合併症，糖尿病，44(1)，57-62.

下光輝一，原谷隆史，中村　賢，川上憲人，林　剛司，廣　尚典，荒井　稔，宮崎彰吾，古木勝也，大谷由美子，小田切優子（2000）．

Ⅲ-2-1　職業性ストレス簡易調査票の信頼性の検討と基準値の設定．労働省平成11年度「作業関連疾患の予防に関する研究」労働の場におけるストレス及びその健康影響に関する研究報告書，126-138.

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.

舘山光子，高橋章子（2002）．虚血性心疾患患者の回復期における不安状態とその関連要因．北日本看護学会誌，5(1)，17-25.

常盤文枝（2009）．壮年期虚血性心疾患患者の罹患初期における健康関連行動と心理的社会的状況．埼玉県立大学紀要，11，25-33.

山野内靖子，中村令子，工藤牧子，田村京子，小笠原陽子（2013）．男性透析患者の精神的健康度とQOL．八戸短期大学研究紀要，36，67-75.

［平成29年10月13日受　　付
平成30年6月14日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180413026

－資料・その他－

医療安全に関する院内教育の実態
― 医療安全管理者を対象とした質問紙調査から ―

The Current Situation of In-Service Education Regarding Healthcare Safety:
From a Questionnaire Survey by Medical Safety Managers

池　西　悦　子[1)]　　飛　田　伊都子[2)]
Etsuko Ikenishi　　Itoko Tobita

キーワード：現任教育，質問紙法，安全管理
Key Words：in-service education, questionnaire study, healthcare safety

緒　言

医療安全教育は，医療事故に対する考え方の変遷に影響を受けてきた。これまで医療事故は個人の注意不足と非難され，懲罰的対応がとられてきたこともあり，医療訴訟を回避するために組織的隠蔽が行われた過去もある。しかしながら，欧米において，20世紀後半から医療事故に対する社会的関心が高まり，2000年に報告された“To Err is Human”は「人は誰でも間違える」と邦訳され，従来の医療安全に関する概念を大きく変革させた（Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000）。

医療安全教育は，世界各地で独自に行われてきており，医療職者の卒前教育の枠組みとして代表的なものにオーストラリアにおける患者安全教育構想（Australian Patient Safety Education Framework: APSEF）がある（Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005）。また，これをもとに2009年に世界保健機関（WHO）が医学生を対象としたWHO医療安全カリキュラムガイド（World Health Organization, 2009）を発表し，医療安全教育に対する国際的な教育指針を構築する必要性が認識された。さらに，医療事故の防止は個人の注意だけでなく，チームや組織のあり方を改善することが不可欠であり，職種や職位に関係なく医療に携わる全員が患者安全の概念と原理に精通しなければならないという考え方に基づき，2011年にすべての医療従事者を対象としたWHO患者安全カリキュラムガイド多職種版（World Health Organization, 2011）へと発展し，医療安全に関する標準的な教育の指針として提案された。

わが国においては，2006年改正の医療法第六条の十において，医療安全に関する職員研修が全国医療機関に義務づけられた。その目的は「医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について，当該研修を実施する病院等の従業者に周知徹底を行うことで，個々の従業者の安全に対する意識，安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図る」ことであり，職種横断的に行うものであることが望ましいことや当該病院等全体に共通する安全管理に関する内容について，年２回程度定期的に開催するほか，必要に応じて開催することが規定されている。それにより，それまで各医療機関に委ねられていた医療安全研修の目的や内容についての考え方が統一された。また，この目的に基づいて2007年に医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針が出され，研修の企画にあたり職員参加型であることや，具体的な事例を用いた対策の検討，患者・家族，各分野の専門家等の講師を選定すること，対象者についても職種横断的か，部門・部署の横断的か，職階別か等を考慮することが示されている。また，研修内容は，医療従事者の責務と倫理，患者・家族や事故の被害者から学ぶ，患者，家族，医療関係者間での信頼関係を構築するためのコミュニケーション能力の向上等をあげている。しかし，日本病院会「医療の安全確保推進委員会」（2015）が実施した医療安全に係る実態調査において，教育プログラムを有する医療施設は37.8％であり，教育内容の統一や体系化にはいまだ至っていないのが現状である。

医療施設においては，これら全職種を対象とした医療安全に関する研修に加え，職種ごとの継続教育も実施されている。看護職員においては新人看護職員研修ガイドラインに示されるように安全管理に関する教育が義務づけられている。このように医療施設においては，全職種，職種ごとなど，さまざまな医療安全に関する教育が実施されている現状がある。

１）大阪医科大学看護学部　Osaka Medical College Faculty of Nursing
２）滋慶医療科学大学院大学医療管理学研究科　Graduate School of Health Care Sciences, Jikei Institute

また，これまで医療職者の卒前教育として，職種毎の縦型教育が中心に行われてきたことや卒前教育と卒後教育の連携が不十分であること（Maeda, Kamishiraki, Starkey, & Ehara, 2011），医療施設において教育・研修の企画・運営を担う医療安全管理者が施設当たり１～２名（厚生労働省，2008）という少人数で，マンパワー不足などの課題が山積する。

そこで，全国の300床以上の医療施設を対象に，医療安全に関する院内教育の実態について質問紙調査を実施した。本稿では，質問紙調査の結果から，医療施設における医療安全に関する院内教育の対象，内容，方法，教育担当者の現状を明らかにし，安全管理に資する職種横断型の院内教育を実現するための課題を検討することを目的とする。

ここでいう院内教育とは，医療職者が免許取得後に新しい知識・技術の獲得や概念の整理を目的に行われる集合研修や，集合教育で学習したことの応用能力向上のために部署や職種単位で，上司や先輩からの助言や指導を受けたりする教育を指すこととする。

Ⅰ．方　法

１．対　象

全国の300床以上の医療機関1,505施設（厚生労働省地方厚生局，2013）の医療安全管理者（各施設１名）を対象とした。

２．調査方法

調査対象施設の医療安全管理者宛に調査概要と研究の主旨の説明文書，調査票を郵送し，調査への回答を依頼した。調査時期は，平成25年12月から平成26年１月であった。

３．調査内容

⑴　調査対象施設の概要

設置主体および病床数を尋ねた。

⑵　医療安全教育の現状

平成25年度に院内で実施した，もしくは実施する予定である医療安全教育の内容について尋ねた。医療安全管理者として企画研修する際の教育内容は，医療安全管理者業務指針（厚生労働省，2007）に示されているが，研修のみならず院内における医療安全にかかわる教育活動を全般的に調査する必要があると考えた。そのため国際的に推奨される医療安全教育の内容である，①APSEF（Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005），②WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition（WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版）（World Health Organization, 2011），③米国コア・コンピテンシー（Institute of Medicine, 2003），④日本の医学教育モデル・コア・カリキュラム（文部科学省，2007），に含まれる教育内容から重複したものを除外した25項目をAPSEFの７つの学習カテゴリーに分類した。

７カテゴリー（本稿では【　】で示す）とは，【効果的なコミュニケーション】【有害事象】【科学的根拠】【安全な労働】【倫理的問題】【継続的学習】【具体的な問題】である。これらのカテゴリーはそれぞれ２から５項目の教育内容で構成されており，総数25項目となる。それら（本稿では「　」で示す）は，「１．患者と家族の医療への参加」「２．リスクについてのコミュニケーション」「３．情報開示（有害事象発生後の患者との正直なコミュニケーション）」「４．同意の取得（インフォームドコンセント）」「５．異なる文化や宗教，民族を尊重し，理解する」「６．有害事象と有害でなかったインシデントの認識，報告，管理，活用」「７．リスク管理（潜在的問題・有害事象の効果的な管理のための文化，過程，構造を含む）」「８．医療上のエラーに関する理解」「９．苦情への対応」「10．エビデンスに基づく医療の実践」「11．安全性向上のための情報技術の利用」「12．チームの一員となり，リーダーシップを発揮」「13．ヒューマンファクターズの理解」「14．複雑な組織性の理解」「15．医療の継続性の実現」「16．疲労とストレスの管理」「17．診療や業務の適切な維持」「18．倫理的な行動と職務」「19．現場に出てからも学び続ける」「20．現場において指導者になる」「21．部位，手技，患者間違いの予防」「22．投薬の安全確認」「23．感染管理」「24．医療者の社会的責任」「25．医療者の法的責任」である。

これらの教育内容について実施した内容，教育方法，全職種を対象にした教育実施の有無，教育担当者の職種について回答を求めた。また，教育方法は，講義，グループワーク，シミュレーションから該当するものすべてを選択する方式とし，教育担当者は医療安全担当者か否かを尋ね，担当者でない場合はその職種の記述を求めた。

４．分析方法

対象施設の設置主体，病床数，院内の医療安全教育の内容，全職種を対象にした教育の実施施設数，教育方法および教育担当者の職種については記述統計とした。また，院内の医療安全教育の内容については，実施施設数を回答数で除したもの，全職種を対象にした教育の実施施設数ならびに教育方法は，各項目の実施施設数で除したものを示した。

5．倫理的配慮

滋慶医療科学大学院大学研究倫理委員会の承認を得て実施した（滋慶大学第2-17号，平成25年12月11日承認）。研究対象者に研究目的および意義，研究参加の任意性について文書で説明し，質問紙の返送をもって同意とした。調査協力施設はID番号で処理し，協力施設が特定されないよう配慮した。回収した質問紙は，データの紛失および漏洩がないように研究者が厳重に管理した。

Ⅱ．結　　果

1．調査協力施設の概要

⑴　回答数

回収数138件（回答率9.2%）であり，有効回答数130件（有効回答率8.6%）であった。

⑵　調査協力施設の設置主体

設置主体の主なものは，医療法人が39施設（30.0%），公立病院が34施設（26.2%），大学病院が20施設（15.4%）であった。

⑶　病床数

病床数の中央値は441床，最小値は300床，最大値は1,505床であった。

2．教育内容別の実施施設数

院内における医療安全教育の各項目の実施施設数および全職種対象の施設数，またその教育方法の結果を**表1**に示す。25項目別の結果をみると，最も実施施設数の多かった教育内容の項目は「7．リスク管理（潜在的問題・有害事

表1　院内における医療安全教育の実施施設数・全職種対象の施設数・教育方法

	教育内容	実施施設数[*1]	全職種対象[*2]	教育方法[*3]		
				講義	PBL等グループワーク	シミュレーション等の演習
コミュニケーション 効果的な	1．患者と家族の医療への参加	31（ 23.8）	23（ 74.2）	25（ 80.6）	6（ 19.4）	2（ 6.5）
	2．リスクについてのコミュニケーション	71（ 54.6）	53（ 74.6）	67（ 94.4）	22（ 31.0）	10（ 14.1）
	3．情報開示（有害事象発生後の患者との正直なコミュニケーション）	39（ 30.0）	32（ 82.1）	37（ 94.9）	5（ 12.8）	3（ 7.7）
	4．同意の取得（インフォームドコンセント）	46（ 35.4）	28（ 60.9）	42（ 91.3）	3（ 6.5）	1（ 2.2）
	5．異なる文化や宗教，民族を尊重し，理解する	11（ 8.5）	8（ 72.7）	11（100.0）	1（ 9.1）	0（ 0.0）
有害事象	6．有害事象と有害でなかったインシデントの認識，報告，管理，活用	80（ 61.5）	64（ 80.0）	61（ 76.3）	19（ 23.8）	4（ 5.0）
	7．リスク管理（潜在的問題・有害事象の効果的な管理のための文化，過程，構造を含む）	99（ 76.2）	65（ 65.7）	80（ 80.8）	43（ 43.4）	12（ 12.1）
	8．医療上のエラーに関する理解	60（ 46.2）	42（ 70.0）	54（ 90.0）	9（ 15.0）	3（ 5.0）
	9．苦情への対応	48（ 36.9）	35（ 72.9）	38（ 79.2）	3（ 6.3）	11（ 22.9）
科学的根拠	10．エビデンスに基づく医療の実践	32（ 24.6）	14（ 43.8）	26（ 81.3）	4（ 12.5）	14（ 43.8）
	11．安全性向上のための情報技術の利用	32（ 24.6）	16（ 50.0）	24（ 75.0）	3（ 9.4）	11（ 34.4）
安全な労働	12．チームの一員となり，リーダーシップを発揮	33（ 25.4）	17（ 51.5）	28（ 84.6）	9（ 27.3）	5（ 15.2）
	13．ヒューマンファクターズの理解	77（ 59.2）	44（ 57.1）	67（ 87.0）	19（ 24.7）	9（ 11.7）
	14．複雑な組織性の理解	19（ 14.6）	11（ 57.9）	18（ 94.7）	1（ 5.3）	0（ 0.0）
	15．医療の継続性の実現	8（ 6.2）	6（ 75.0）	7（ 87.5）	0（ 0.0）	0（ 0.0）
	16．疲労とストレスの管理	15（ 11.5）	8（ 53.3）	14（ 93.3）	2（ 13.3）	1（ 6.7）
倫理的問題	17．診療や業務の適切な維持	8（ 6.2）	6（ 75.0）	6（ 75.0）	0（ 0.0）	0（ 0.0）
	18．倫理的な行動と職務	46（ 35.4）	30（ 65.2）	37（ 80.4）	8（ 17.4）	0（ 0.0）
継続的学習	19．現場に出てからも学び続ける	37（ 28.5）	13（ 35.1）	23（ 62.2）	4（ 10.8）	11（ 29.7）
	20．現場において指導者になる	16（ 12.3）	7（ 43.8）	11（ 68.8）	6（ 37.5）	2（ 12.5）
具体的な問題	21．部位，手技，患者間違いの予防	74（ 56.9）	38（ 51.4）	59（ 79.7）	7（ 9.5）	24（ 32.4）
	22．投薬の安全確認	94（ 72.3）	33（ 35.1）	76（ 80.9）	9（ 9.6）	14（ 14.9）
	23．感染管理	83（ 63.8）	76（ 91.6）	76（ 91.6）	6（ 7.2）	30（ 36.1）
	24．医療者の社会的責任	40（ 30.8）	27（ 67.5）	35（ 87.5）	1（ 2.5）	1（ 2.5）
	25．医療者の法的責任	60（ 46.2）	36（ 60.0）	55（ 91.7）	2（ 3.3）	0（ 0.0）

［注］[*1]：実施施設数（単位%；実施施設数を回答数130件で除したもの）
[*2]：全職種対象の実施施設数（単位%；全職種対象の実施施設数を各項目の実施施設数で除したもの）
[*3]：教育方法別の実施施設数（単位%；教育方法別の実施施設数を各項目の実施施設数で除したもの）

象の効果的な管理のための文化，過程，構造を含む)」が99件（76.2％），「22．投薬の安全確認」が94件（72.3％），「23．感染管理」が83件（63.8％）の順であった。実施施設数の少ない項目としては，「15．医療の継続性の実現」が8件（6.2％），そして「17．診療や業務の適切な維持」が8件（6.2％）であった。

3．全職種対象の教育内容

院内で実施している医療安全教育のなかで，教育内容別実施施設数のうち全職種を対象とした施設の割合が高い教育内容は，「23．感染管理」が76件（91.6％），「3．情報開示（有害事象発生後の患者との正直なコミュニケーション)」が32件（82.1％），「6．有害事象と有害でなかったインシデントの認識，報告，管理，活用」が64件（80.0％）の順で高率を示した。一方，割合の低い教育内容は「22．投薬の安全確認」が33件（35.1％），「19．現場に出てからも学び続ける」が13件（35.1％），「10．エビデンスに基づく医療の実践」が14件（43.8％）の順であった。

4．教育内容別の教育方法

教育方法について複数選択可能な形式で質問したところ，どの項目でも講義形式が最も高い割合を示し62.2％から100％であった。とくに高率を示したものは，「5．異なる文化や宗教，民族を尊重し，理解する」は11件（100％），「3．情報開示（有害事象発生後の患者との正直なコミュニケーション)」は37件（94.9％），「2．リスクについてのコミュニケーション」が67件（94.4％）であった。PBL等のグループワークの形式を採用している項目は，「7．リスク管理（潜在的問題・有害事象の効果的な管理のための文化，過程，構造を含む)」が43件（43.4％），「20．現場において指導者になる」が6件（37.5％），「2．リスクについてのコミュニケーション」が22件（31.0％）の順で高率を示した。また，シミュレーション等の演習形式を採用している項目は，「10．エビデンスに基づく医療の実践」が14件（43.8％），「23．感染管理」が30件（36.1％），「11．安全性向上のための情報技術の利用」が11件（34.4％）の順で高率を示した。

5．教育担当者

院内における医療安全教育の担当者の職種についての結果を**表2**に示す。医療安全教育の担当者について尋ねた結果，25項目中14項目は医療安全管理者が担当していた。その教育内容をカテゴリー別にみると【有害事象】は4項目すべて，【効果的なコミュニケーション】および【安全な労働】【具体的な問題】においては5項目中3項目，【科学的根拠】の2項目中1項目であった。一方，【倫理的問題】および【継続的学習】の内容については，医療安全担当者が担っている施設は皆無であった。

さらに教育を担当する者の職種についての記述内容を整理したところ，17の職種に分類することができた。医師や看護師，薬剤師などの医療職者のみならず，患者家族，弁護士，警察関係者，大学教員など，医療職者ではない職種が医療安全教育を担っている場合があることが明らかになった。さらに，製薬会社，保険会社，コンサルタントなどの企業も担当していた。

職種別に担当している教育内容をみると，医師，看護師は25項目すべてにおいて教育担当者となっていた。それ以外は，職種や立場によって担当する教育内容が異なっていた。

薬剤師は，「22．投薬の安全確認」や「23．感染管理」等を含む【具体的な問題】のすべての項目において教育担当者となっていた。他にも，【効果的なコミュニケーション】5項目中「2．リスクについてのコミュニケーション」「4．同意の取得（インフォームドコンセント)」の2項目，【有害事象】4項目中「9．苦情への対応」以外の3項目，【科学的根拠】2項目すべて，【安全な労働】のなかの「13．ヒューマンファクターズの理解」を担っていた。臨床工学技士は，【科学的根拠】2項目すべて，【安全な労働】の「13．ヒューマンファクターズの理解」，【継続的学習】の「19．現場を出てからも学び続ける」，【具体的な問題】の「21．部位，手技，患者間違いの予防」「22．投薬の安全確認」を担っていた。さらに理学療法士・作業療法士は，【効果的なコミュニケーション】の「2．リスクについてのコミュニケーション」や【有害事象】の「6．有害事象と有害でなかったインシデントの認識，報告，管理，活用」，【継続的学習】の「19．現場に出てからも学び続ける」，【具体的な問題】の「21．部位，手技，患者間違いの予防」「22．投薬の安全確認」の教育を担っていた。臨床検査技師は，【効果的なコミュニケーション】の「5．異なる文化や宗教，民族を尊重し，理解する」や【有害事象】の「6．有害事象と有害でなかったインシデントの認識，報告，管理，活用」「7．リスク管理（潜在的問題・有害事象の効果的な管理のための文化，過程，構造を含む)」，【科学的根拠】の「10．エビデンスに基づく医療の実践」，【具体的な問題】の「21．部位，手技，患者間違いの予防」「23．感染管理」の教育を担っていた。診療放射線技師は，【有害事象】の「6．有害事象と有害でなかったインシデントの認識，報告，管理，活用」および【科学的根拠】の「10．エビデンスに基づく医療の実践」の教育を担っており，診療情報管理士は，【効果的なコミュニケーション】の「4．同意の取得（インフォームドコンセント)」および【科学的根拠】の「11．安全性向上のための情報技術の利用」の教育を担っていた。精神保健福祉士は，【安全な労働】の5項目すべてを担って

表2　院内における医療安全教育の担当者の職種

教育内容		医療安全担当者	職種															
			医師	看護師	薬剤師	臨床工学技士	理学・作業療法士	臨床検査技師	診療放射線技師	診療情報管理士	精神保健福祉士	メディエーター	その他のコメディカル	事務職員	患者家族	弁護士	警察関係者	大学教職員	企業
効果的なコミュニケーション	1．患者と家族の医療への参加	○	○	○										○	○			○
	2．リスクについてのコミュニケーション	○	○	○	○		○						○	○	○		○	○
	3．情報開示（有害事象発生後の患者との正直なコミュニケーション）	○	○	○							○						○	○
	4．同意の取得（インフォームドコンセント）		○	○	○				○				○		○		○	○
	5．異なる文化や宗教，民族を尊重し，理解する		○	○				○							○		○	
有害事象	6．有害事象と有害でなかったインシデントの認識，報告，管理，活用	○	○	○	○		○	○	○				○					○
	7．リスク管理（潜在的問題・有害事象の効果的な管理のための文化，過程，構造を含む）	○	○	○	○			○					○				○	○
	8．医療上のエラーに関する理解	○	○	○	○								○			○		○
	9．苦情への対応	○	○	○								○	○	○	○	○	○	○
科学的根拠	10．エビデンスに基づく医療の実践		○	○	○	○		○	○									○
	11．安全性向上のための情報技術の利用	○	○	○	○	○				○			○					○
安全な労働	12．チームの一員となり，リーダーシップを発揮	○	○	○							○							
	13．ヒューマンファクターズの理解	○	○	○	○	○					○			○			○	○
	14．複雑な組織性の理解	○	○	○							○					○		
	15．医療の継続性の実現		○	○							○							
	16．疲労とストレスの管理		○	○							○							
倫理的問題	17．診療や業務の適切な維持		○	○												○		
	18．倫理的な行動と職務		○	○									○	○		○		○	○
継続的学習	19．現場に出てからも学び続ける		○	○		○	○												
	20．現場において指導者になる		○	○															
具体的な問題	21．部位，手技，患者間違いの予防	○	○	○	○	○	○	○					○		○				○
	22．投薬の安全確認	○	○	○	○	○	○												○
	23．感染管理		○	○	○			○					○					○	○
	24．医療者の社会的責任		○	○	○											○		○	○
	25．医療者の法的責任	○	○	○	○										○	○	○	○	○

［注］件数に関係なく，回答がみられた職種に○印を記す。

いた。メディエーターは，「3．情報開示（有害事象発生後の患者との正直なコミュニケーション）」および「9．苦情への対応」の教育を担っていた。

医療職者以外においては，患者家族は【効果的なコミュニケーション】の「1．患者と家族の医療への参加」および「2．リスクについてのコミュニケーション」，【具体的な問題】の「21．部位，手技，患者間違いの予防」「25．医療者の法的責任」の教育を担っていた。弁護士は，【効果的なコミュニケーション】の4項目「1．患者と家族の医療への参加」および「2．リスクについてのコミュニケーション」「4．同意の取得（インフォームドコンセント）」「5．異なる文化や宗教，民族を尊重し，理解する」，【有害事象】の「9．苦情への対応」，【倫理的問題】の「17．診療や業務の適切な維持」「18．倫理的な行動と職務」，【具体的な問題】の「24．医療者の社会的責任」「25．医療者の法的責任」の教育を担っており，警察関係者は，【有害事象】の「8．医療上のエラーに関する理解」「9．苦情への対応」，【安全な労働】の「14．複雑な組織性の理解」，【具体的な問題】の

「25. 医療者の法的責任」の教育を担っていた。大学教職員が教育を担当する場合もあり，内容は「2．リスクについてのコミュニケーション」を含む【効果的なコミュニケーション】5項目中4項目，【有害事象】4項目中2項目，【安全な労働】のなかの「13. ヒューマンファクターズの理解」，【倫理的問題】のなかの「18. 倫理的な行動と職務」，【具体的な問題】のなかの「23. 感染管理」「24. 医療者の社会的責任」「25. 医療者の法的責任」の3項目であった。企業は，医師および看護師についで多くの教育内容を担当しており，25項目中17項目における医療安全教育を担っていたことが明らかになった。とくに，【有害事象】および【科学的根拠】，【具体的な問題】に関しては，すべての教育内容の担当者となっていた。

Ⅲ．考　察

全国の300床以上の医療施設における医療安全に関する院内教育の結果から，安全管理に資する職種横断型の院内教育を実現するための課題を考察する。

1．院内教育における教育の内容と対象者

国際的に推奨される医療安全教育の内容を25項目，APSEF（Australian Council for Safety and Quality in Health Care, 2005）の7つのカテゴリーで分類し調査した結果，教育内容により実施施設数に差があることが明らかになった。

実施施設数が多い「リスク管理」は，潜在的リスクを評価し組織的対策を講じるという安全管理に不可欠な内容であり，「投薬の安全確認」「感染管理」は，医療法施行規則第一条において安全管理のため病院等の管理者に責任者の配置と研修の実施が課されている内容となっていた。また，これらは，実施施設が少ない「医療の継続性の実現」や「診療や業務の適切な維持」と比べ，「具体的な事例を用いた対策の検討」が可能で，配置された責任者が教育を担当することができる内容であった。医療安全管理に関する教育・研修の実施状況において「教育・研修の教材が確保されている」施設が25.6％と低いという結果（日本病院会「医療の安全確保推進委員会」，2015）からも，教育内容の採用には，法的に定める事項であること，具体的な事例を用いた対策の検討が行いやすいこと，教育できる担当者の存在が影響していると考える。

医療に係る安全管理のための職員研修の目的は，「医療に係る安全管理のための基本的考え方及び具体的方策について，当該研修を実施する病院等の従業者に周知徹底を行うことで，個々の従業者の安全に対する意識，安全に業務を遂行するための技能やチームの一員としての意識の向上等を図る」ことにある。この目的達成には，安全管理に関する知識を体系的に学ぶことが重要である。しかし，教育内容別実施施設数のうち全職種を対象とした施設の割合をみると，医療法施行規則において研修が課されている「感染管理」，患者，家族，医療関係者間での信頼関係の構築に直結する内容である「情報開示」など，医療職だけでなく非医療職においても日々の実践においてルールが遵守されるべき内容では高く，「投薬の安全確認」など，実際に投薬にかかわる職員が限定できる内容では低くなっていた。このように医療安全に関する院内教育においては，教育内容によって対象者を「職種横断的か」「部門・部署の横断的か」を検討し，実施されていることが明らかとなった。

WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版（World Health Organization, 2011）では，医療安全に関する現在の知識体系に基づいたトピックを年度毎に異なる教育内容にターゲットを当て実施することが推奨されているが，すべてを全職種が学ぶということではなく，職種や職階に応じて必要な内容やその到達度レベルを考慮することが必要である。今後は，職種や職階に応じて求められる内容と到達レベルを明らかにすることが課題である。

2．院内教育における教育方法

教育方法をみると，すべての教育内容で講義を採用している施設が多く，グループワーク，演習は，採用している施設が少なく，教育内容により採用割合が異なることが明らかとなった。

講義法がすべての内容で採用されていたのは，基本的な知識を少ないマンパワーでも多くの対象者に効率的に伝える方法として有効であり，グループワークや演習においても基盤となる知識の理解が不可欠であるためと考える。

本結果においてグループワークが高い割合で採用されていたのは，「リスク管理」「リスクについてのコミュニケーション」であった。これらコミュニケーションやチームで働く技術は，医療におけるエラーを減らすために重要とされ，チームステップス（Team STEPPS）などのトレーニングツールを用いたグループワークが実践されている（鈴木・種田，2013）。グループワークは，活動に参加する過程で，学習者同士のコミュニケーションが活発となり，他人の経験から学習をし，自分の意見を見つめなおす場となる（中井，2014）ことから，教育のねらいにあわせて方法が選択されているといえる。また，演習が採用されていたのは，「エビデンスに基づく医療の実践」や「感染管理」等の知識，技術，態度すべての習得が求められる内容であった。シミュレーション学習は，失敗が許される，再現性が担保できる，経験しにくいことを経験できる，自分の判断が試行できる，振り返りや気づきができる等の利点がある（日本医学教育

学会教材開発・SP小委員会，2011）ことから，実践に近い状態で学ぶ必要がある内容において採用されていたと推察できる。

これらの方法は，指導者のマンパワーや指導能力，学習環境の整備が必要となるため，多忙な医療職者が各自の空いた時間帯に実施できるｅラーニングのような教育ツールなど，病院の規模に関係なく導入しやすい教育ツールのパッケージの開発やシミュレーションが可能な環境整備が求められる。

3．院内教育を担う職種とその教育内容

本研究において，医療機関内で医療安全教育を担う担当者は，すべての項目で医師および看護師が担っていることに加え，医療安全担当者や薬剤師も多くの教育分野を担当している傾向にあった。また，精神保健福祉士は安全な労働に関する内容を担い，メディエーターは苦情への対応と情報開示の内容を担うなど，その職種の専門性が発揮できる教育内容を担っていることが明らかとなった。また，非医療職である患者家族，弁護士，警察関係者，大学教職員，さらには製薬会社，保険会社などの企業も教育を担っていた。医療安全管理者の業務指針において，「患者・家族，各分野の専門家等の講師を選定」することが指針に示されているが，今回の結果から医療安全に関する院内教育では，教育内容に見合った専門家の活用が不可欠であり，実践している施設が存在する実態が明らかとなった。

一方で，【倫理的問題】【継続的学習】等の専門職独自の事例検討や，キャリア教育の一貫として卒前から継続して実施される内容は，教育担当者が医師と看護師等，限られた職種で担当しており，内容に応じて教育担当者が検討，活用されていることがわかった。

多職種との連携は，相互に顔が見える関係をつくることが重要である。講師や助言者としての招聘を通して，受講者が連絡しやすくなる，誰に言えば解決するのか役割がわかる，効率がよくなるなど，教育の場を連携の契機として活用することができると考える。

今後，教育内容別にそれぞれの職種がどのように連携をはかって教育を行っているのかについて明らかにすることが課題である。

4．今後の医療安全に関する院内教育への提言

本調査において，医療安全の院内教育の実態把握を試みた。その結果をふまえ，今後の安全管理に資する職種横断型の院内教育の実現に向けた提言について述べる。

①安全管理に資する職種横断型の院内教育を推進するには，法的に課された内容や事実に基づいた対策が検討できる内容に加え，安全管理に関する知識を体系的に学ぶことも必要である。しかし，すべてを全職種が学ぶということではなく，職種や職階に応じて必要な内容やその到達度レベルを考慮することが必要である。今後は，職種や職階に応じて求められる内容と到達レベルを明らかにすることが課題である。

②医療安全に関する院内教育の方法として，講義を採用することが効率的であるものの，学習者の能動的な参加を取り入れたアクティブ・ラーニングの活用が望まれる。多忙な医療職者が各自の空いた時間帯に実施できるｅラーニングのような教育ツールの開発や病院の規模に関係なく導入しやすいパッケージを用意することが望まれる。

③医療安全に関する院内教育では，教育内容に見合った専門家の活用が不可欠であり，実践している施設が存在する実態が明らかとなった。今後，教育内容別にそれぞれの職種がどのように連携をはかって教育を行っているのかについて明らかにすることが課題である。

Ⅳ．本調査の課題と限界

本調査は，平成25年度に全国の医療機関を対象に，医療機関において実施されている医療安全教育の現状と課題を明らかにすることを目的に実施した調査である。しかし，回収率が低く十分なデータが得られなかったことから本調査の結果のみでは全国の実態を把握するには限界がある。今後は，調査内容の精緻化をはかり，医療安全管理者が調査協力しやすい時期の選定を行う等の工夫により再度正確な実態を把握したいと考える。

Ⅴ．結　　論

全国の300床以上の医療施設を対象に，医療安全に関する院内教育の現状を明らかにし，職種横断型の教育の実現に向けた課題を検討することを目的とした調査を実施し，以下の結果を得た。

1．国際的に推奨される医療安全教育の内容25項目から医療機関における医療安全に関する院内教育の内容は，「7．リスク管理（潜在的問題・有害事象の効果的な管理のための文化，過程，構造を含む）」「22．投薬の安全確認」「23．感染管理」の実施が多く約70％から80％の施設で実施されていた。これら教育内容の採用には，法的に課されている内容であること，具体的な事例を用いた対策の検討が行いやすいこと，教育できる担当者の存在が影響していると考えられた。

2．全職種を対象にしている教育内容は，「23．感染管理」「3．情報開示（有害事象発生後の患者との正直な

コミュニケーション)」「6．有害事象と有害でなかったインシデントの認識，報告，管理，活用」など全職種に周知徹底が必要な内容が約80％から93％であり，「投薬管理」など関連職種に限定している教育内容は低い割合となっていた。教育内容によって対象者を「職種横断的か」「部門・部署の横断的か」検討し，実施されている施設があることが明らかとなった。

3．教育方法は，すべての項目で講義形式が最も多く採用されており，とくに「5．異なる文化や宗教，民族を尊重し，理解する」「3．情報開示（有害事象発生後の患者との正直なコミュニケーション)」「14．複雑な組織性の理解」は約95％から100％の施設で採用されていた。また，グループワークは，「7．リスク管理（潜在的問題・有害事象の効果的な管理のための文化，過程，構造を含む)」「20．現場において指導者になる」「2．リスクについてのコミュニケーション」で約30％から45％の施設が採用しており，演習は，「10．エビデンスに基づく医療の実践」「23．感染管理」「11．安全性向上のための情報技術の利用」で，約30％から45％の施設が採用していた。教育のねらいに応じて方法が選択されていると考えられた。さらに，参加型の教育方法を採用するためには，指導者のマンパワーや指導能力，学習環境の整備が課題となる。

4．医療安全の教育を担当する職種をみると，医師，看護師は25項目すべてにおいて担当者となっていた。さらに，患者家族を含む，薬剤師，臨床工学技士，理学・作業療法士，臨床検査技師，診療放射線技師，情報管理士，精神保健福祉士，事務職員，弁護士，警察関係者，大学教職員，企業等が，その独自性や専門性が発揮できる教育内容において教育担当者となっていた。今後，教育内容別にそれぞれの職種がどのように連携をはかって教育を行っているのかについて明らかにすることが課題である。

謝　辞

本調査にご協力いただきました医療安全管理者の皆さまにお礼申し上げます。

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

全国の300床以上の医療施設を対象に，医療施設において実施されている医療安全教育の現状を調査した。その結果，国際的に推奨される医療安全教育内容25項目のうち「7．リスク管理（潜在的問題・有害事象の効果的な管理のための文化，過程，構造を含む)」を教育する施設が最も高率を示した。教育方法は，講義形式が最も多く採用されており，一部の教育内容では，PBL等やグループワークやシミュレーション等の演習形式も採用されていた。全職種を対象にしている教育内容は，「23．感染管理」が最も高率を示し，医師，看護師はすべての教育内容の担当者となっていた。さらに，教育内容によっては，薬剤師や臨床工学技士だけでなく，患者家族や弁護士，企業等が教育を担っていることも明らかになった。安全管理に資する職種横断型の院内教育を推進するには，医療安全の知識を体系的に学び，その教育において患者・家族と各職種が専門性を発揮することが必要である。

Abstract

A national questionnaire survey was conducted regarding the current situation of healthcare safety education at medical institutions with more than 300 beds. Education regarding clinical risk management (No. 7) had the highest rate of implementation among 25 internationally recommended content areas medical institutions. Lectures were the most frequently adopted method of education, and exercises, such as PBL, group work, and simulation, were adopted in some educational contents. Infection control (No. 23) had the highest rate of educational content targeting all occupations, and physicians and nurses were in charge of all educational content. Furthermore, depending on the educational content, the results revealed that not only pharmacists and clinical engineering technicians, but also patients' families, lawyers, enterprises, and others, were responsible for healthcare safety education. It is necessary to systematically teach knowledge of healthcare safety, and to demonstrate expertise among patients/families and other healthcare professionals regarding their roles, as part of the in-service education, in order to promote cross-sectional hospital education that contributes toward healthcare safety management.

文　献

Australian Council for Safety and Quality in Health Care (2005). National Patient Safety Education Framework. http://www.safetyandquality.gov.au/wp-content/uploads/2012/01/framework0705.pdf (検索日2017年 8 月12日)

Institute of Medicine (2003). Health Professions Education: A Bridge to Quality. Washington D.C.: National Academies Press. http://books.nap.edu/openbook.php?record_id=10681 (検索日2017.08.12)

Kohn, L.T., Corrigan, J.M., and Donaldson, M.S. (2000). To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington D.C.: National Academies Press.

厚生労働省 (2007). 医療安全管理者の業務指針および養成のための研修プログラム作成指針：医療安全管理者の質の向上のために. http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/03/s0309-12.html (検索日2018年 2 月 2 日)

厚生労働省 (2008). 診療報酬改定結果検証に係る特別調査 (平成19年度調査)：医療安全管理対策の実施状況調査報告書.

厚生労働省地方厚生局 (2013). 設置基準等に係る届出事項 (届出受理医療機関名簿). http://kouseikyoku.mhlw.go.jp/ (検索日2013年11月 1 日)

Maeda, S., Kamishiraki, E., Starkey, J., and Ehara K. (2011). Patient safety education at Japanese nursing schools: Results of a nationwide survey. *BMC Research Notes*, 4, 416.

文部科学省 (2007). 医学教育モデル・コア・カリキュラム (平成19年度改訂版). http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/033/toushin/1217987_1703.html (検索日2017年 8 月12日)

中井俊樹 (2014). 看護現場で使える教育学の理論と技法：個別指導や参加型研修に役立つ100のキーワード. 108, 大阪：メディカ出版.

日本病院会「医療の安全確保推進委員会」(2015). 平成26年度医療安全に係わる実態調査報告書.

日本医学教育学会教材開発・SP小委員会　編 (2011). シミュレーション医学教育入門. 22, 東京：篠原出版新社.

鈴木　明, 種田憲一郎. (2013). チームSTEPPS (チームステップス) ―チーム医療と患者の安全を推進するツール―. 日本臨床麻酔学会誌, 33(7), 999-1005.

World Health Organization (2009). Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools. http://www.who.int/patientsafety/information_centre/documents/who_ps_curriculum_summary.pdf#search=%2715%29+World+Health+Organization%3A+Patient+Safety+Curriculum+Guide+for+Medical+Schools.+2009.%27 (検索日2017年 8 月12日)

World Health Organization (2011). Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501958_eng.pdf (検索日2017年 8 月12日)

[平成29年 9 月12日受　付
平成30年 4 月13日採用決定]

doi:10.15065/jjsnr.20180417016

－資料・その他－

看護職者が起こしやすい個人情報漏えい事故の原因に関する分析
― 2017年の改正個人情報保護法施行までに起きた事故事例をもとに ―

Analysis of Factors Associated with Personal Information Leakage Predominantly Caused by Nursing Staff: Based on Events Reported before Enforcement of the Amended Personal Information Protection Act in 2017

品 川 佳 満[1)]　橋 本 勇 人[2)]　伊 東 朋 子[3)]
Yoshimitsu Shinagawa　Hayato Hashimoto　Tomoko Ito

キーワード：個人情報，情報漏えい，看護職，医師
Key Words：personal information, information leakage, nursing staff, physicians

はじめに

2005年 4 月に全面施行された「個人情報の保護に関する法律（個人情報保護法）」が，2015年 9 月に改正され，2017年 5 月30日にその改正法が全面施行された。「個人情報保護法」は，個人情報を利活用しながら保護をはかるための法律となっているが，改正法が施行されるまでの12年間において不適切な取り扱いによる漏えい事故が数多く発生している。なかでも，医療分野においては，扱う情報の大部分がセンシティブな患者の個人情報を含むため慎重に取り扱う必要があるにもかかわらず，業種のなかでは漏えい事故の報告件数が上位に入る傾向にある（日本ネットワークセキュリティ協会，2017a，p.8）。漏えい事故を減らすためには，医療現場で発生している漏えい事故の現状を把握し，防止策を考えることが重要となる。

これまで医療機関で発生した漏えい事故に関する先行研究として，原因や媒体，関わった専門職種，経年変化などについて，その特徴や傾向について分析されており，原因として紛失，媒体としてUSBメモリが多く，2013年あたりまでそれらを原因や媒体とする事故の割合が増加傾向にあることが報告されている（相澤，2008；品川・橋本，2014a；品川・橋本，2014b；品川・橋本，2015）。また，事故にかかわった専門職種は，1位が医師であり事故全体の約 4 割を占め，2位が看護師であり 1 割を占める結果となっている（品川・橋本，2014a，p.315）。これらの先行研究から医療機関全体の傾向を知ることはできるが，多くの専門職種が，それぞれ異なった業務を行っている病院等においては，職種ごとに個人情報の漏えい事故を引き起こしやすい場面や状況が異なっていると考えられる。しかし，これまで職種の違いによる漏えい事故の特徴を分析した研究はない。とくに，病院内で働く専門職種として看護師の職員数がもっとも多いことを考えれば（厚生労働省，2016，p.24），看護職者に着目し，起こしやすい事故原因を分析・整理しておく必要性は高い。

そこで本研究では，「個人情報保護法」が全面施行された2005年 4 月から改正法が全面施行された2017年 5 月までに公表・報道された医療機関で発生した患者の個人情報漏えい事故について分析し，看護職者が起こしやすい事故原因を明らかにすることを目的とした。そして，明らかになった事故原因に対する防止策を考察することで，事故減少に向けた示唆を得ることができると考えた。

Ⅰ．研究方法

1．分析対象

「個人情報保護法」が全面施行された2005年 4 月 1 日から改正法が全面施行された2017年 5 月30日までに公表（メディア報道も含む）された，医療機関における看護職者が関係した患者の個人情報漏えい事故を分析対象とした。ここでいう看護職者が関係した事故とは，看護職者自身が事故を起こした場合だけでなく，個人情報を含んでいだ媒体を主に看護職者が利用・管理する立場にあり，それが第三者により盗難，不正アクセスされた場合等も含まれる。

2．データ収集方法

分析対象は，Webブラウザ（Google Chrome）を用いて，次の①から④の手順によりインターネット上から収集した。

1）大分県立看護科学大学人間科学講座　Department of Health Sciences, Oita University of Nursing and Health Sciences
2）川崎医療福祉大学医療福祉学部子ども医療福祉学科
Department of Medical Welfare for Children, Faculty of Health and Welfare, Kawasaki University of Medical Welfare
3）大分県立看護科学大学基礎看護科学講座　Department of Basic Nursing, Oita University of Nursing and Health Sciences

①情報セキュリティや個人情報関連のニュース配信サイトである「Security NEXT」（http://www.security-next.com）の個人情報漏えい事件・事故一覧に掲載されている記事を1件ずつ閲覧し，分析対象に該当する事故記事を収集した。
②全国47都道府県・52参加新聞社と共同通信の内外ニュースサイトである「47NEWS」（http://www.47news.jp）および朝日新聞記事データベース「聞蔵Ⅱテキスト・フォーライブラリー」（http://database.asahi.com）を用いて，キーワード検索（用いたキーワードおよび検索式は品川・橋本（2014a，p.313）の文献を参照されたい）を行い，ヒットした記事を閲覧し，分析対象に該当する事故記事を収集した。
③前述の①，②により収集した情報をもとに当該病院もしくはその管轄機関のWebサイトから事故報告が発見できた場合は，その情報も収集した。また，検索サイトGoogle（https://www.google.co.jp）を用いて発見できた事故記事も収集した。
④前述の①から③により得た事故記事のなかで重複していたものは除外した。

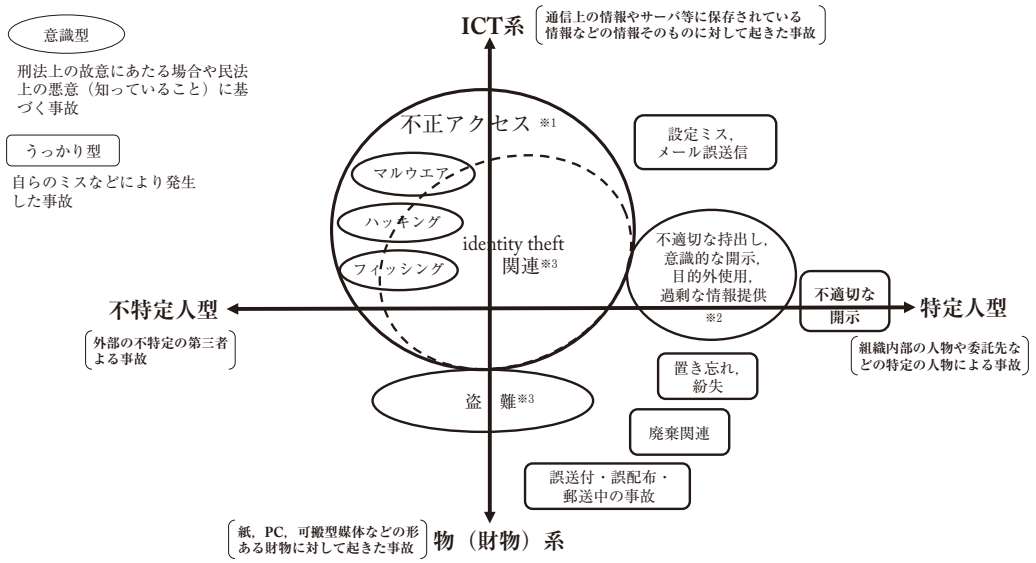
3．データ分析方法

収集したデータから事故の経緯等をふまえ事故原因を判断し，各事故原因の報告件数を集計することで，看護職者の起こしやすい事故原因を明らかにした。事故原因の判断については，日本ネットワークセキュリティ協会が用いている区分（2017b，pp.13-15）や，品川・橋本が作成した事故原因モデルがあるが（2017a；2017b），本研究では，医療機関の事故データをもとに作成された品川・橋本のモデル（後述）を用いた。その際，事故の内容によっては，複数の原因が関係する場合もあるが，本研究では経時的にみて，最初の原因をその事故の原因と判断した。たとえば，無断持ち出し後に盗難にあった（紛失した）といった事故の場合は，「無断持ち出し」が事故原因となる。収集したデータすべてについて判断した後，事故原因ごとに件数・割合を求め，さらに具体事例を整理した。

なお，本研究では他の医療専門職種として医療機関で発生した漏えい事故において，もっとも報告件数が多い医師（退職者，研修医を含む）（品川・橋本，2014a，p.315）を比較対象として取り上げ，その違いをみていくことで看護職者が起こしやすい事故原因について考察した。

4．事故原因モデル

図1に本研究で用いた個人情報漏えいの事故原因モデルを示す。本モデルは，アメリカで発生した医療提供者による個人情報漏えい事故事例をもとに抽出した事故原因をカテゴリ化し，その全体像を3つの視点（対象が財物か情報そのものか，引き起こした者が特定人か不特定人か，意識型かうっかり型の事故か）から図式化したものになっている（品川・橋本，2017a）。また，本モデルは，日本の事例への適用可能性も検証されている（品川・橋本，2017b）。



※1　許可されていない情報へアクセスした場合が該当する。
※2　情報へのアクセスは許可されているが，その情報の不適切な持出し，意図的に第三者へ開示，目的外の使用，必要以上に提供した場合が該当する。また，許可なくUSBメモリ等の小型の可搬型媒体へコピーした場合についても，データを移した時点で占有・管理が移っているため不適切な持ち出しに該当する。なお，持ち出し行為について，ルールを破るなどの不適切な行為があったか判断できない場合は，持ち出し後に起きた原因をその事故の原因とする。
※3　アメリカでは有体物，無体物に限らずID情報となるが，ここでは，不正取得した情報の移転，使用，所持といった犯罪に関連した行為があったものを【不正アクセス】のidentity theft関連とし，財物に対するものでidentity theft以外のものが【盗難】となる。

図1　個人情報漏えいの事故原因モデル

（品川・橋本（2017a，2017b）の文献を元に作成）

本研究では，モデルに示されている８つの事故原因（【盗難】【置き忘れ，紛失】【廃棄関連】【誤送付・誤配布・郵送中の事故】【設定ミス，メール誤送信】【不適切な持出し，意識的な開示，目的外使用，過剰な情報提供】【不適切な開示】【不正アクセス】）のどれに該当するか判断した。なお，本文中の【　】はモデル上の原因を表すものとする。

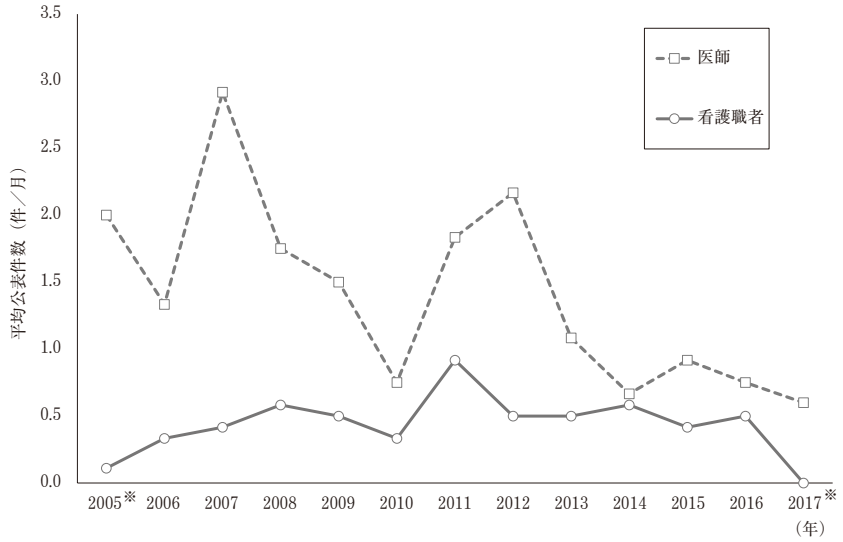
Ⅱ．結　　果

１．事故の件数

収集できた事故記事は，看護職者が関係した事故が68件，医師が関係した事故が210件であった。**図２**に各年における漏えい事故の月あたりの平均公表件数の推移を示す。医師は，年により変動はあるが，個人情報保護法施行後は，2.0件／月程度であったものが徐々に低下し，2014年以降は，1.0件／月以下になっている。看護職者は，「個人情報保護法」施行後から2008年まで徐々に増加した後，2016年まで0.5件／月程度で推移している。

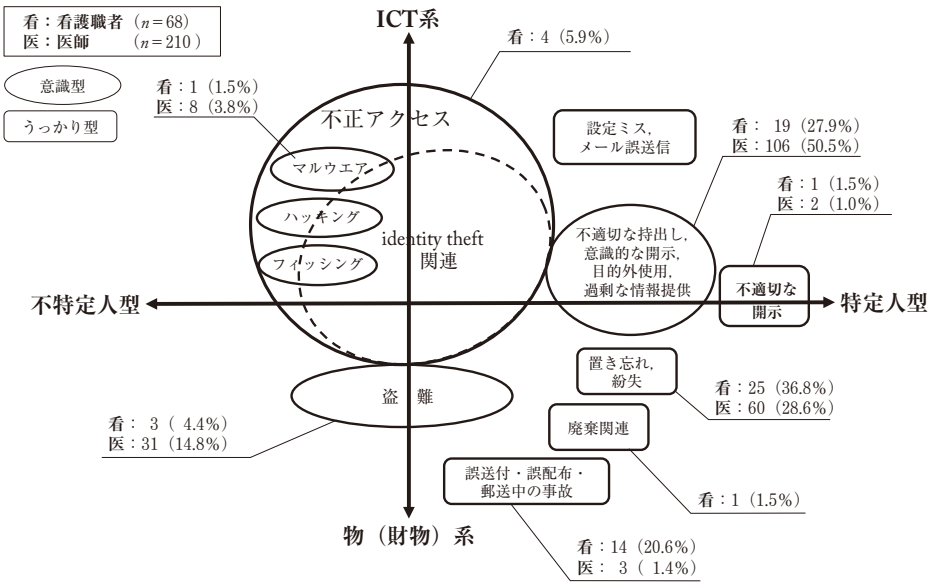
２．事故の原因

図３に事故原因モデルに当てはめた結果を示す。図内には職種ごとの発生件数および看護職者，医師それぞれの合



※2005年は４月１日から，2017年は５月30日までの公表件数をもとにしている。

図２　各年における漏えい事故の平均公表件数（件／月）



図内の数値は公表件数，括弧内は職種ごとの合計件数に対する割合を示している。

図３　事故原因モデルへの当てはめ結果

計に対する各原因の割合を示している。

看護職者については，【置き忘れ，紛失】が25件（36.8%）ともっとも多く，次いで【不適切な持ち出し，意識的な開示，目的外使用，過剰な情報提供（以下，【不適切な持ち出し等】とする)】19件（27.9%），【誤送付・誤配布・郵送中の事故】14件（20.6%）であった。

医師については，【不適切な持ち出し等】が106件（50.5%）ともっとも多く，次いで，【置き忘れ，紛失】60件（28.6%），【盗難】31件（14.8%）であった。

医師のみにみられた事故原因はなかったが，看護職者のみにみられた事故原因はいくつかあり，そのなかでも【不正アクセス】が4件（5.9%）発生しており看護職者の4位の事故原因となっていた。

3．各事故原因の具体事例

表1に事故原因別に整理した具体的な事故内容と件数を示す。なお，事故原因の表記順は，看護職者が起こした事故原因の割合が高い順になっている。

表1　原因別の事故内容と件数

原因[†1]	事故内容	件数（%） 看護職者 $n=68$	医師 $n=210$
置き忘れ，紛失	・院内（ロッカーや白衣のポケットに入れた後，PCに接続した後，所定の場所等から）で各種媒体（PC，USBメモリ，書類など）が所在不明になった。	23 (33.8)	38 (18.1)
	・PC，USBメモリ，書類などの媒体を院外（院外・院内不明な場合を含む）で紛失した[†2]。	2 (2.9)	15 (7.1)
	・電車やタクシー内でPCやUSBメモリ等が入ったカバンを置き忘れた[†2]。	0 (0.0)	6 (2.9)
	・許可を得て持ち出した媒体を紛失した。	0 (0.0)	1 (0.5)
不適切な持ち出し，意識的な開示，目的外使用，過剰な情報提供等	・「持ち出し禁止」「持ち出す際の許可や暗号化・匿名化」「USBメモリやPCの利用・コピー禁止」等のルールを守らずPC，USBメモリ，書類等の媒体を持ち出し（媒体へコピーし），事故（紛失した，盗難に遭った等）を起こした。	17 (25.0)	96 (45.7)
	・第三者に患者の個人情報を伝えた。	1 (1.5)	1 (0.5)
	・SNSに，患者の情報・写真等を掲載した。	1 (1.5)	1 (0.5)
	・患者情報を不正に持ち出し，挨拶状（開院案内）を送付した。	0 (0.0)	8 (3.8)
誤送付・誤配布・郵送中の事故	・検査結果等を誤った患者に交付した。	12 (17.6)	3 (1.4)
	・番号を間違えて第三者にFAXを誤送信した。	2 (2.9)	0 (0.0)
不正アクセス	・電子カルテを目的外に閲覧し，周囲等に漏らした。	4 (5.9)	0 (0.0)
盗難	・院内のPC，USBメモリ，デジタルカメラ等が盗まれた。	1 (1.5)	13 (6.2)
	・許可を得て持ち出したPC，書類等が盗まれた（車上荒らし，ひったくり等)。	1 (1.5)	2 (1.0)
	・持ち出したPC，USBメモリ，書類等が盗まれた（車上荒らし，ひったくり等）[†2]。	0 (0.0)	16 (7.6)
	・カルテを盗み，第三者に渡した。	1 (1.5)	0 (0.0)
不正アクセス（マルウエア）	・自宅に持ち帰った患者情報がファイル共有ソフト（Winnyなど）を介して，ウイルス感染し流出した[†2]。	1 (1.5)	7 (3.3)
	・院内のPCがウイルス感染した。	0 (0.0)	1 (0.5)
不適切な開示	・ブログに掲載した写真や学会発表時のスライドに患者の名前等が写りこんでいた。	1 (1.5)	2 (1.0)
廃棄関連	・持ち出したメモを投棄した[†2]。	1 (1.5)	0 (0.0)

［注］[†1]：看護職者の事故原因割合が高い順に示している。
[†2]：持ち出しに関するルールが決められており，そのルールに違反した場合は，【不適切な持ち出し等】を事故原因とするが，記事上，持ち出しに関すルールが不明なもので，院外（院外・院内不明な場合を含む）に持ち出したうえで発生しているものが該当する。

【置き忘れ，紛失】の事故では，「院内で各種媒体が所在不明になった」ケースが看護職者，医師ともに多くみられた事故であった。具体的には，「院内の所定の場所からなくなった」「USBメモリを白衣のポケットに入れた後やPCに接続したまま席を離れた後に紛失した」などのケースであった。また，医師においては，「持ち出したPCやUSBメモリ等の入ったカバンを電車やタクシーに置き忘れた」という事故も発生していた。

【不適切な持ち出し等】に関する事故は，「持ち出し禁止」「持ち出す際には許可や暗号化・匿名化が必要」「USBメモリやPCへのコピー禁止」等のルールがあるにもかかわらずそれに違反し，紛失する・盗難にあうといったケースが，看護職者，医師ともに大部分を占めた。また，医師のみに「患者情報を不正に持ち出し，挨拶状（開院案内）を送付した」という目的外使用の事故がみられた。

【誤送付・誤配布・郵送中の事故】では，看護職者を中心に「検査結果等を誤った患者に交付した」「番号を間違えて第三者にFAXを誤送信した」がみられた。

【不正アクセス】による事故は，看護職者のみにみられた原因であり，その内容は「看護師が電子カルテを目的外に閲覧し，周囲等に漏らした」というものであった。

【盗難】による事故は，院内のPC，USBメモリ，デジタルカメラ等が盗まれる事故が，医師を中心にみられていた。また，医師の場合，「持ち出した媒体が車上荒らしやひったくりにあった」ケースが多く発生していた。

【不正アクセス（マルウエア）】の事故は，「自宅に持ち帰った媒体をPC接続した後，PCにインストールしていたファイル共有ソフト（Winny等）の利用がもとでウイルス感染し，情報漏えいを起こした」という内容であり，医師を中心にみられた事故であった。

Ⅲ．考　察

1．看護職者が起こした事故の特徴

日本ネットワークセキュリティ協会（Japan Network Security Association: JNSA）の報告によると，個人情報漏えい事故の公表件数はここ数年減少している（2017a，p.8）。また，同報告内に示されている業種別の結果において医療，福祉分野も同様の傾向にあり，2010年～2012年にかけては年間100件を超えていた公表数が，2015年52件，2016年25件と減少している（2017a，p.8）。本研究では，看護職者と医師の関係した事故に着目して，公表データを収集したが，医師の場合，2011～2012年とここ数年の件数を比較すると減少傾向にあり，JNSAが報告している傾向とほぼ一致する。一方で，看護職者は，もともと公表件数は少なく2008年から2016年に至るまでほぼ一定の件数で推移している。全業種の減少傾向についてJNSAは，インシデント1件あたりの漏えい人数が少ない場合，個人情報が暗号化されていた場合，機微な個人情報が漏えいしなかった場合は，公表不要と判断するようになったことを理由としてあげている（2017a，p.1）。しかし，医療機関で扱う個人情報は，他の分野と比較して機微な情報であることや，品川・橋本の研究（2014a，p.315）で示されている医療機関の事故においてパスワードなどのセキュリティ設定を施していたケースが少ないことを考えると，医師の事故が減少している背景には，別の理由があると思われる。一つは，医療機関において医師の事故が非常に多いということから（品川・橋本，2014a，p.315），ルールの強化や意識向上のための教育・研修が進んだことが考えられる。また，その他としてUSBメモリの代わりにクラウドストレージの利用が紛失や置き忘れの事故防止につながったことも要因の一つとして推察される。

看護職者の事故について，公表件数が少ないことは，「個人情報保護法」施行当時から個人情報の保護に対する意識が高いということも考えられるが，医師ほどに通常の業務以外で，個人情報を利活用する場面が少ないことも理由として考えられる。しかし，近年は看護職者においても看護の質向上のためのデータ分析や看護研究の必要性から利活用の場面も増えている。また，看護職者の起こした事故には，「電子カルテへの不正アクセス」といった最近になって出現し始めた事例もある。これらのことを考えれば，事故公表件数が増加していないことに安心することはできず，また医師のように減少していないことは，今後の対策・教育への取り組みが重要になるといえる。

看護職者が起こした事故原因として【置き忘れ，紛失】の件数がもっとも多く，全体の1／3を超える結果となった。また，【不適切な持ち出し等】【誤送付・誤配布・郵送中の事故】についてもそれぞれが2割を超えており，これら上位の3つの原因で全体の85％を占めていた。つまり，【置き忘れ，紛失】【不適切な持ち出し等】【誤送付・誤配布・郵送中の事故】の3つが看護職者の起こしやすい漏えい事故の原因であるといえよう。なかでも，院内での媒体の紛失，誤配布といった自らのミスに起因する原因（**図1**“うっかり型”）が多いことが特徴として表れている。一方で，医師の場合は，【不適切な持ち出し等】が事故の半数を占め，「持ち出し禁止」「持ち出す際には許可や暗号化・匿名化が必要」といったルールがあるにもかかわらず，それに違反した行為が事故につながった原因（**図1**“意識型”）が中心となっていた。つまり，看護職者は“うっかり型”，医師は“意識型”の漏えい事故を起こしやすいということが，本研究の結果からみえてきた。この背景には，それぞれの業務内容が大きく関係していると考えられる。

医師は，日常の業務量が多いことに加えて，研究活動や外勤を行っているケースが多く，これらの要因が，持ち出し行為につながっていると考えられる。また，医師は，他の専門職種と比較してもっとも裁量の範囲が広い。そのため情報保護の必要性は理解しつつも，情報の利活用を優先させてしまい，結果として“意識型”の事故を引き起こしている可能性がある。

看護職者は，業務の特性上，患者のもとへ出向く行動が頻繁に発生し，その行動も定時によるものだけでなくナースコール等で突然に呼ばれることが多い（大場ら，2016）。その結果として，「PCに接続したまま」「机に置いたまま」「ポケットに入れ持ち歩く」といった状況を引き起こし，紛失や置き忘れという“うっかり型”の事故につながる一つの要因になっていると考えられる。なお，医師ほど事故の割合は高くないものの，看護職者においても【不適切な持ち出し等】の原因が第2位となっていることは，医師同様，業務量の多さや研究活動の必要性といったことが持ち出し行為につながり“意識型”の事故を引き起こしていると考えられ，今後看護職者が注意すべき事故原因の一つといえよう。また，現段階では数件であるが看護師のみに【不正アクセス】による事故がみられている。これは情報化の進展に伴い電子カルテの導入が進んだことにより（保健医療福祉情報システム工業会，2016，p.1），容易に患者情報へアクセスできるようになったことが，目的外の閲覧につながり，その結果として表れた事故と考えられる。

2．看護職者の起こしやすい事故を防止するために

本研究の結果から，看護職者の事故原因の中心となっている【置き忘れ，紛失】【不適切な持ち出し等】【誤送付・誤配布・郵送中の事故】を防止することが，事故減少につながることが明らかになった。ただし，【誤送付・誤配布・郵送中の事故】に関するものは，紙媒体を中心とした従来から存在する事故であり，1度の事故での漏えい人数も少ないことから，本研究では，1度の事故で大量の個人情報漏えいにつながるデジタル系媒体が主に関係する【置き忘れ，紛失】と【不適切な持ち出し等】に対する防止策について考えてみる。そうすると，次の3点を徹底することが重要となる。

・持ち出し禁止（媒体へのコピーも含む）
・匿名化
・暗号化

厚生労働省の『医療情報システムの安全管理に関するガイドライン』において，持ち出しに関する組織的な方針を定めることが必要であることが述べられている（2017，pp.64-67）。本研究の結果を踏まえると，原則として，個人情報の持ち出し禁止が，【不適切な持ち出し等】に起因する事故の防止につながるといえる。また，あわせてUSBメモリ，ポータブルHDDといった可搬型媒体へのコピーも可能な限り禁止することが，【置き忘れ，紛失】の事故防止につながる。

しかしながら，業務の都合上，媒体へのコピーや持ち出しが必要な場合もある。そのような場合は，個人が特定されないように匿名化の加工や，ファイルの暗号化といったセキュリティ対策を施すようにする。これらの処理により，媒体の【置き忘れ，紛失】が発生しても，第三者がファイルの閲覧をしたり個人を特定したりすることができなくなる。このようなケースは，実質的に外部へ個人情報が漏えいしていないと判断されることから（個人情報保護委員会，2017，p.3），匿名化や暗号化は，個人情報漏えい事故を防止するうえで，重要な意味をもつ。

なお，前述したように近年，置き忘れや紛失を防止するためにUSBメモリ等の可搬型媒体を用いず，クラウド上のストレージを利用する場合もあるが，サイバー攻撃などにより情報漏えいが発生する危険性もある。そのため，クラウドストレージの利用が，持ち出しと同様の行為であることを組織やスタッフが理解したうえで，組織で利用方針を決定すると同時に，利用を許可する場合には，匿名化や暗号化の実施を義務づけることが必要となる。

3．本研究の限界と今後の課題

本研究で分析対象としたデータは，公表・報道されたもののみであり，実際に起きている個人情報漏えい事故の氷山の一角にすぎない。この点が，本研究法の限界といえる。そのため，今後は，公表までに至らなかった「ヒヤリハット」に該当する事例や，「電子カルテの不正閲覧」といった公には出てきにくい事故事例について，データを収集していく必要がある。具体的には，実際に現場で働く看護職者に対して，インタビュー調査などを実施していくことが必要になる。

まとめ

本研究により，看護職者が起こしやすい主な事故原因が，【置き忘れ，紛失】【不適切な持ち出し等】【誤送付・誤配布・郵送中の事故】であることが明らかになった。医師が起こした事故と比較した場合，看護職者の事故は自らのミスによる“うっかり型”のものが多い。しかし，看護師の業務・裁量範囲の拡大が叫ばれている現在（日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会，2011；大釜・中筋，2013），今後，看護職者においても医師が起こした事故の大部分を占めていたルール違反の意識ある行為が事故につながった“意識型”の事故が増加する可能性も十分あ

る。そのため，看護職者にとって，“意識型”の事故を今後増加させないことも重要となる。【置き忘れ，紛失】および【不適切な持ち出し等】の事故を未然に防ぐためには，個人情報の持ち出し禁止（媒体へのコピーも含む）を徹底するとともに匿名化，暗号化といったセキュリティ対策を実施することが必要となる。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は，JSPS科研費JP17K12133の助成を受けて実施したものの一部である。

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

改正「個人情報保護法」施行までに発生した医療機関における個人情報漏えい事故を分析することで，看護職者が起こしやすい事故原因を明らかにすることを目的とした。2005年4月～2017年5月までに公表された医療機関で起きた患者の個人情報漏えい事故をもとに，看護職者が関係した事故の原因について分類し，医師の関係した事故原因との比較を通してその特徴を探った。結果として，看護職者の起こした主な事故原因は，【置き忘れ，紛失】（36.8％），【不適切な持ち出し等】（27.9％），【誤送付・誤配布・郵送中の事故】（20.6％）であった。医師については，【不適切な持ち出し等】（50.5％），【置き忘れ，紛失】（28.6％），【盗難】（14.8％）であった。医師の場合は，ルール違反の意識ある行為が事故につながったものが中心であったが，看護職者の場合は，自らのミスにより発生した事故が多いという特徴が現れていた。

Abstract

This study aimed to clarify factors associated with personal information leakage predominantly involving nursing staff. Personal information leakage events occurring in medical facilities prior to enforcement of the amended Personal Information Protection Act were investigated and analyzed. Such leakage events that were publicly announced or reported in the media between April 2005 and May 2017 were reviewed to identify those involving nursing staff and to thereby allow classification according to the causes. Subsequently, the causes of leakage events were compared with those involving physicians to investigate the tendencies for different professions. The results revealed the following to be the main factors contributing to leakage events caused by nursing staff: mislaying or loss (36.8%), inappropriately being taken out of medical facilities or other relevant actions (27.9%), and posting/distribution/delivery errors (20.6%). As to the events involving physicians, the main causes were: inappropriately being taken out of medical facilities or other relevant actions (50.5%), mislaying or loss (28.6%), and theft (14.8%). These results indicated that the causes of leakage involving nursing staff were often associated with errors made by the staff themselves, whereas in many cases involving physicians, actions despite awareness of breaches led to information leakage.

文　　献

相澤直行（2008）．個人情報の事故事例から見た医療情報の安全管理．月刊新医療，35(6)，121-124.

保健医療福祉情報システム工業会（2016）．オーダリング・電子カルテシステム病院導入状況調査報告書［2015年（H27年）調査版］：JAHIS医療情報システム導入調査結果．https://www.jahis.jp/files/user/（印刷版）2015導入調査報告書.pdf（検索日2017年9月1日）

個人情報保護委員会（2017）．個人データの漏えい等の事案が発生した場合等の対応について（平成29年個人情報保護委員会告示第1号）．https://www.ppc.go.jp/files/pdf/iinkaikokuzi01.pdf（検索日2017年10月1日）

厚生労働省（2016）．平成28年（2016）医療施設（動態）調査・病院報告の概況：Ⅱ　病院報告：4　病院の従事者数．http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/16/dl/02_02.pdf（検索日2017年10月1日）

厚生労働省（2017）．医療情報システムの安全管理に関するガイドライン第5版．http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000166260.pdf（検索日2017年10月1日）

日本学術会議 健康・生活科学委員会 看護学分科会（2011）．高度実践看護師制度の確立に向けて―グローバルスタンダードからの提言―．http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-21-t135-2.pdf（検索日2015年4月1日）

日本ネットワークセキュリティ協会（2017a）．2016年 情報セキュリティインシデントに関する調査報告書～個人情報漏えい編～（第1.2版）．http://www.jnsa.org/result/incident/data/2016incident_survey_ver1.2.pdf（検索日2017年10月1日）

日本ネットワークセキュリティ協会（2017b）．情報セキュリティインシデントに関する調査報告書：別紙（第1.0版）．http://www.

jnsa.org/result/incident/data/2016incident_survey_attachment_ver1.0.pdf（検索日2017年10月１日）
大場　薫，佐々木由紀，長能みゆき，工藤智佳子，大城みゆき，岸野信代，小林敏子，奥谷佐智子，増渕孝子，屋良千鶴子，原田恭子，山田　緑（2016）．タイムスタディによる看護業務量調査．東邦看護学会誌，13，15-22.
大釜信政，中筋直哉（2013）．本邦における高度実践看護師の裁量権拡大に関する文献検討．ヒューマンケア研究学会誌，4(2)，37-45.
品川佳満，橋本勇人（2014a）．医療機関における患者の個人情報に関する事故の現状―電子媒体が関係したケースの分析―．医療情報学，33(6)，311-319.
品川佳満，橋本勇人（2014b）．医療機関における患者情報の取り扱い事故に関する経年変化―個人情報保護法制定後10年間の分析―．川崎医療福祉学会誌，24(1)，103-109.
品川佳満，橋本勇人（2015）．患者の個人情報取扱い事故のパターンと違反したルールに関する分析．川崎医療福祉学会誌，24(2)，221-227.
品川佳満，橋本勇人（2017a）．アメリカで発生した医療提供者による個人情報に関する事故原因の図式化．川崎医療福祉学会誌，26(2)，264-272.
品川佳満，橋本勇人（2017b）．アメリカの事例から作成した医療提供者による個人情報漏えいの事故原因モデルの検証：日本の事故事例への適用．日本医療情報学会看護学術大会論文集，18，167-170.

［平成29年12月27日受　　付
平成30年４月17日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180422032

－資料・その他－

看護学分野での統計改革を目指して：
*t*検定における*d*族効果量の報告状況とその普及に向けた課題

Toward Statistical Reform in Nursing Science:
Reporting the *d*-family of Effect Size for *t*-test and a Problem for Spreading it in Nursing Science

長　島　俊　輔
Shunsuke Nagashima

キーワード：効果量，*t*検定，統計解析，量的研究
Key Words：efect size, *t*-test, statistical analysis, quantitative study

はじめに

統計学の発展もあり，近年の量的研究に求められるデータは，多様かつ難解である。また，研究倫理として研究実施前にもサンプルサイズを設計することが求められており，データ解析とは異なる新たな統計知識も必要である。そのため，われわれ研究者に求められる統計の知識と技術は，時代を追うごとに高度になってきている。

近年，多くの分野で議論されている統計の話題に効果量がある。効果量は，サンプルサイズに影響を受けずに差や関連の大きさを表す値（大久保，2009，p.89）であり，2009年のAmerican Psychological Association（APA）の論文作成マニュアル（以下，APAマニュアル）第6版の改訂に伴い論文での記述が推奨されている。APAマニュアル第6版（American Psychological Association，2009）では，「結果の意味を十分に伝えるためには，効果量，信頼区間，そして詳細な説明が不可欠であることを，APAは強調します。（中略）すべてのAPAの論文誌において，著者には最低限，仮説検定の結果および適切な効果量と信頼区間をすべて報告することが期待されます（p.33）」〔日本語訳は，石井・吉田・岡田・南風原（2013，p.234）による〕と述べられており，効果量の重要性を強調している。このような効果量の報告が推奨される背景には，*p*値では効果や差の大きさを表すことができないという問題点があるからである。もともと，量的研究の統計解析は，統計量から算出される有意確率（*p*値）が，事前に取り決めた有意水準（一般的には5％）を下まわる場合に，有意であった（差があった，関連があった）と判断してきた。この*p*値による統計解析は，多くの先行研究で用いられており，現代の量的研究の解析になくてはならない手法である。しかし，*p*値は，差や関連の大きさを表す値ではないうえに，サンプルサイズに影響を受けてしまうため，サンプルサイズを大きくしていけば，いつかは有意（$p < .05$）と判定される問題を含んでいる。波田野・吉田・岡田（2015）は，心理学分野の研究において*p*値と効果量の関係を調査した結果，大きな差や関連がないにもかかわらず，大規模なサンプルサイズによって，有意と判定されている論文が少なからず存在していると問題視している（p.158）。そのため，APAマニュアルを採用している心理学分野の多くの学術雑誌は，効果量の記載を必須としている。

一方，看護学分野でも，APAマニュアルを採用している学術雑誌は多い。しかしながら，APAのマニュアルを採用している看護学分野の学術雑誌を見ても，効果量を記載している論文はまだ少ない。とくに，*t*検定をはじめとするデータ間の差の大きさを表す*d*族効果量は，相関分析や回帰分析の*r*族効果量に比べて，その報告はかなり少ない。これらの事実から，サンプルサイズを含めた効果量の知識は，研究を進めていくうえで必須となりつつあるが，看護学分野ではその知識はあまり普及しているとはいえない。そこで本論文では，看護学分野における効果量の普及状況を明らかにすることを目的とし，APAマニュアルを投稿規定に採用している日本看護研究学会雑誌に掲載されている論文における*d*族効果量の報告状況，および効果量と統計学的有意性との関係について考察した。

Ⅰ．方　　法

1．対　　象

本研究の対象は，日本看護研究学会雑誌に掲載されている*t*検定を使用したと判断できる研究論文とした。日本看護研究学会雑誌では，2012年に投稿規定がAPAマニュアルに準拠するというかたちに改定された。そのため，対象

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

となる論文の掲載年度は2012年から2016年の5年間とした。

2．d族効果量について

t検定の効果量には，d族効果量に属するいくつかの値が知られている。本論文では，大久保・岡田の書籍（2012, pp.52-68）を参考に，Cohen's d（Cohen, 1988, p.20：式1－1，2），Hedges' g（Hedges, 1981, p.110：式2－1，2），g_{adj}（Hedges & Olkin, 1985, p.81：式3），Glass' Δ（Smith & Glass, 1977, p.753：式4），d_D（Cohen, 1988, pp.8：式5－1，2，3）の5つを調査の対象とした。

$$\text{Cohen's } d = \frac{|M_A - M_B|}{\sqrt{\frac{(n_A-1)\times s_A{}^2 + (n_B-1)\times s_B{}^2}{n_A+n_B}}} \quad (1-1)$$

M_A：A群の平均値
M_B：B群の平均値
n_A：A群のn数
n_B：B群のn数
s_A：A群の不偏標準偏差
s_B：B群の不偏標準偏差

$$\text{Cohen's } d = t \times \frac{n_A+n_B}{\sqrt{n_A n_B \times (n_A+n_B-2)}} \quad (1-2)$$

t：統計量t値
n_A：A群のn数
n_B：B群のn数

$$\text{Hedges' } g = \frac{|M_A - M_B|}{\sqrt{\frac{(n_A-1)\times s_A{}^2 + (n_B-1)\times s_B{}^2}{n_A+n_B-2}}} \quad (2-1)$$

M_A：A群の平均値
M_B：B群の平均値
n_A：A群のn数
n_B：B群のn数
s_A：A群の不偏標準偏差
s_B：B群の不偏標準偏差

$$\text{Hedges' } g = t \times \sqrt{\frac{1}{n_A}+\frac{1}{n_B}} \quad (2-2)$$

t：統計量t値
n_A：A群のn数
n_B：B群のn数

$$g_{adj} = g \times \left\{1 - \frac{3}{4\times(n_A+n_B)-9}\right\} \quad (3)$$

g：Hedges' g
n_A：A群のn数
n_B：B群のn数

$$\Delta = \frac{|M_E - M_C|}{s_C} \quad (4)$$

M_E：実験群の平均値（EはExperimental groupの頭文字）
M_C：コントロール群の平均値（CはControl groupの頭文字）
s_C：コントロール群の不偏標準偏差

$$d_D = \frac{|M_1 - M_2|}{s_{1-2}} \quad (5-1)$$

M_1：1回目の平均値
M_2：2回目の平均値
s_{1-2}：対応のあるデータ間の差の不偏標準偏差

$$d_D = \frac{|M_1 - M_2|}{\sqrt{s_1{}^2 + s_2{}^2 - 2\times r \times s_1 \times s_2}} \quad (5-2)$$

M_1：1回目の平均値
M_2：2回目の平均値
s_1：1回目の不偏標準偏差
s_2：2回目の不偏標準偏差
r：1回目と2回目のデータの相関係数

$$d_D = \frac{|t|}{\sqrt{n}} \quad (5-3)$$

t：対応のあるt検定での統計量t
n：n数

3．解析方法

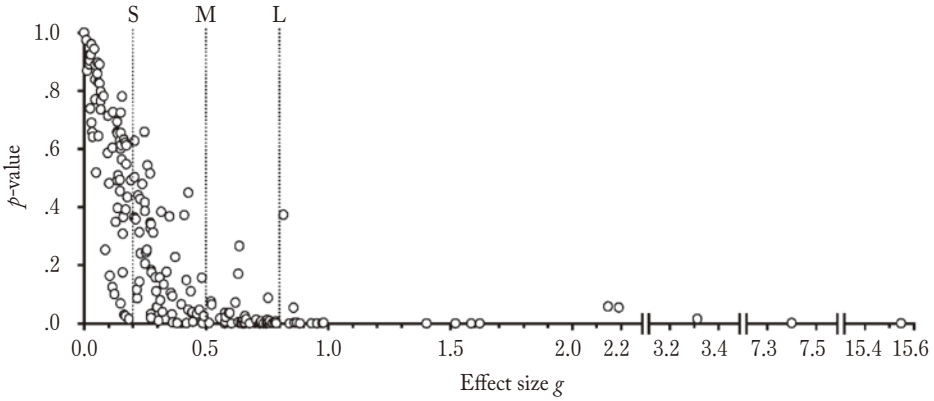
上記の5種類のd族効果量が報告されていると判断できる論文数を集計した。また，日本看護研究学会雑誌における効果量と統計学的p値の関係を明らかにするために，対象となった論文中のすべてのt検定の結果から効果量g（対応のないt検定）と効果量d_D（対応のあるt検定）を算出した。そして，効果量をCohen（1988, pp.24-27）の基準（0.2：Small, 0.5：Medium, 0.8：Large）をもとに4段階（効果量をgと表記した場合：$0 \leqq g < 0.2$, $0.2 \leqq g < 0.5$, $0.5 \leqq g < 0.8$, $0.8 \leqq g$）に分け，またp値も.01，.05，.10を

基準に4段階（$0 \leqq p < .01$，$.01 \leqq p < .05$，$.05 \leqq p < .10$，$.10 \leqq p$）に分けて集計した。p値が表記されていない論文については，“Studentのt検定”の方法に基づいてp値を算出した。なお，効果量は式（2－1，2），（5－1，2，3）をもとに自作のMicrosoft Excelシート（d族効果量計算シート）を用いて算出した。なお，このMicrosoft Excelシートは，J-STAGE上で電子付録として公開している。本論文では，効果量を“効果の大きさ”と定義し，効果のベクトルは無視した。

Ⅱ．結　果

日本看護研究学会雑誌では，2012年から2016年の5年間で186報の論文が掲載されており，そのうち，t検定を用いたと表記されている論文は25報あった。論文種別の内訳は，原著論文が8報，研究報告が13報，技術・実践報告が1報，資料・その他が2報，奨学会助成金研究報告が1報であった。また，t検定の種別の内訳は，対応のないt検定を用いた論文が21報，対応のあるt検定を用いた論文が7報あった（対応のない・あるの両方を用いた研究3報を含む）。これらの論文のうち，今回対象としたd族効果量を報告している論文は0報であった。ただし，対応のないt検定を用いた論文で偏相関比ηを効果量として報告している論文が1報あった。

次に，論文に表記されているデータをもとに，効果量g（対応のないt検定）または効果量d_D（対応のあるt検定）を算出し，p値と合わせて集計した。対象となった25報の論文では，対応のないt検定が229検定，対応のあるt検定が85検定あった。しかし，これらの検定のうち，対応のないt検定では38検定（16.6％），対応のあるt検定では51検定（60.0％）で，算出に用いるデータの不足によって効果量を算出できなかった。対応のないt検定では“n数（サンプルサイズ）”，対応のあるt検定では，“対応のあるデータ間の相関係数”や“対応のあるデータ間の差の標準偏差”が記載されていなかったことが算出できなかった主な理由であった。算出された効果量gとp値の関係を**図1**に示した（論文数：$n = 14$，検定数：$n = 191$）。また，効果量とp値それぞれを4段階に分けて集計した結果を**表1**に示す。今回対象とした論文で有意と判定された検定の割合は，効果量が［$0 \leqq g < 0.2$］で4.3％，［$0.2 \leqq g < 0.5$］で28.6％，［$0.5 \leqq g < 0.8$］で85.0％，［$0.8 \leqq g$］で78.9％であった。効果量d_D（論文数：$n = 3$，検定：$n = 34$）についても，効果量gと同様にp値との関係，4段階に区分けした結果をそれぞれ**図2**，**表2**に示した。対応のあるt検定では，有意と判定された検定の割合は，効果量が［$0 \leqq d_D < 0.2$］で0％，［$0.2 \leqq d_D < 0.5$］で27.3％，［$0.5 \leqq d_D < 0.8$］で60.0％，［$0.8 \leqq d_D$］で83.3％であった。



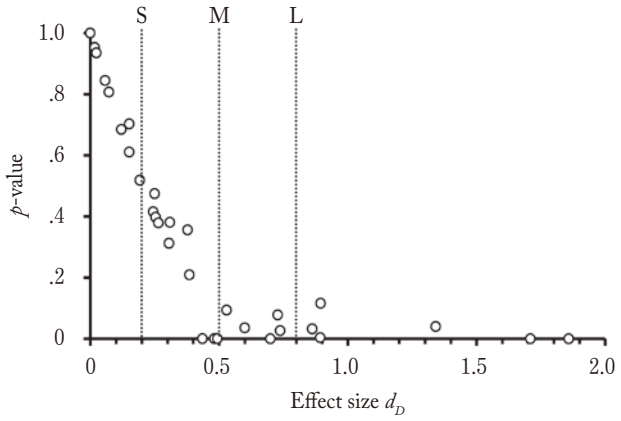
論文数：$n = 14$，検定数：$n = 191$，S：Small，M：Medium，L：Large

図1　効果量gとp値の分布

表1　効果量gとp値の段階別集計結果

		Effect size g			
		$0 \leqq g < 0.2$	$0.2 \leqq g < 0.5$	$0.5 \leqq g < 0.8$	$0.8 \leqq g$
p-value	$0 \leqq p < .01$	0（ 0％）	8（12.7％）	24（60.0％）	14（73.7％）
	$.01 \leqq p < .05$	3（ 4.3％）	10（15.9％）	10（25.0％）	1（ 5.3％）
	$.05 \leqq p < .1$	1（ 1.4％）	6（ 9.5％）	4（10.0％）	3（15.8％）
	$.1 \leqq p < 1$	65（94.2％）	39（61.9％）	2（ 5.0％）	1（ 5.3％）
Total		69（100％）	63（100％）	40（100％）	19（100％）

［注］論文数：$n = 14$，検定数：$n = 191$



論文数：n = 3，検定：n =34，S：Small，M：Medium，L：Large

図2　効果量d_Dとp値の分布

表2　効果量d_Dとp値の段階別集計結果

		Effect size d_D			
		$0 \leqq d_D < 0.2$	$0.2 \leqq d_D < 0.5$	$0.5 \leqq d_D < 0.8$	$0.8 \leqq d_D$
p-value	$0 \leqq p < .01$	0（　0%）	3（27.3%）	0（　0%）	3（50.0%）
	$.01 \leqq p < .05$	0（　0%）	0（　0%）	3（60.0%）	2（33.3%）
	$.05 \leqq p < .1$	0（　0%）	0（　0%）	2（40.0%）	0（　0%）
	$.1 \leqq p < 1$	12（100%）	8（72.7%）	0（　0%）	1（16.7%）
Total		12（100%）	11（100%）	5（100%）	6（100%）

［注］論文数：n = 3，検定数：n =34

Ⅲ．考　　察

日本看護研究学会雑誌の2012年から2016年の5年間に採択された論文を対象に，t検定でのd族効果量の報告状況を調査したが，d族効果量を報告している論文は1報もなかった。この結果は，APAマニュアルで重要視されている効果量の記述が，日本看護研究学会雑誌ではまだ十分に認知されていないことを示唆していた。APAマニュアルを投稿規定として採用し，日本での知名度も高い日本看護研究学会雑誌において，d族効果量の報告が全くなかったことは，日本の看護学分野全体でも効果量に対する認知が低いという可能性を示している。本調査の先行研究として，“基礎心理学研究”誌における効果量の報告状況を調査した調査がある（大久保，2009）。大久保らは2009年の時点でt検定におけるd族効果量の報告が1報もなかったことを報告しており，10年近くも前から効果量報告の重要性を説いている。この先行研究と一概に比較することはできないが，本調査の結果は，日本看護研究学会雑誌における効果量の報告状況は，心理学分野よりも10年以上遅れている可能性を示唆している。今後，APAマニュアルに準拠していくならば，日本看護研究学会雑誌でも効果量の表記や，それに関連した考察を普及，推進していく必要がある。

本論文では，効果量の報告状況とあわせて，先行研究における効果量とp値の関係も調査した。その結果，対応のないt検定では16.6%，対応のあるt検定では60.0%が効果量を算出できなかった。効果量はサンプルサイズ設計やメタアナリシスを行ううえで必須のパラメーターでもあるが，多くの検定結果がこれらに使えないことを，この結果は示している。効果量は表記されていなかったとしても，サンプルサイズ，平均値，標準偏差といった値から算出できる。これらの値は，結果の表記として必須であるはずだが，効果量が算出できなかった検定では，“サンプルサイズ”（対応のないt検定）や“対応のあるデータ間の相関係数”，“対応のあるデータ間の差の標準偏差”（対応のあるt検定）が表記されていなかった。しかし，万が一これらの表記がなくても，統計量tが書いてあれば算出できる。したがって，この結果は統計量tすら書かれていなかった論文が多く存在していたことを示している。APAマニュアルでは統計量の記述も必須としており，多くの論文で統計量が書かれていないのも問題である。さらに，今回の研究目的とは異なるが，p値の書き方も，APAマニュアルと異なる方法が多くみられた。APAマニュアル（2009，p.114）では，“p値については，正確なp値を少数点以下2桁ないし3桁で報告すること”〔日本語訳は邦訳

版（American Psychological Association, 2009/2011）から引用〕とされているが，多くの論文が正確なp値を記さずにp＜.05などの表記だった。論文の体裁としてどこまでマニュアルに準拠すべきなのかという問題もあるが，効果量やp値については，APAマニュアルに沿っていなくても論文が掲載されている。しかし，自らの研究が将来の研究にとって重要なデータとなるためにも，結果には必要なデータを過不足なく載せるAPAマニュアル方法に準拠すべきである。そのためにも，日本看護研究学会雑誌では適切なデータの表記方法を，投稿規定や査読段階で示す必要がある。

次に，有意となっていた効果量の基準について考察する。今回の調査では，効果量が0.5を超えていれば80％近い検定が有意と判定されていたのに対し，0.5を下まわると統計学的に有意となったのは30％以下だった。心理学分野の同等の研究（波多野ら，2015）では，効果量gでは［0≦g＜0.2］で7.8％，［0.2≦g＜0.5］で48.2％，［0.5≦g＜0.8］で71.4％，［0.8≦g］で100％が有意（p＜.05）であり，効果量d_Dでは，［0≦d_D＜0.2］で8.0％，［0.2≦d_D＜0.5］で44.1％，［0.5≦d_D＜0.8］で94.1％，［0.8≦d_D］で100％が有意（p＜.05）であった。この先行研究と比較すると，今回の日本看護研究学会雑誌の結果では［0.2≦効果量＜0.5］および［0.8≦効果量］で，有意となる検定の割合が10％以上低かった。この結果は，日本看護研究学会雑誌の有意となる効果量の基準が全体的に高かったことになり，これは研究のサンプルサイズが心理学分野よりも小さかったことを意味する。しかし，効果量が0.8を超えるような大きい場合でも有意とならない検定は，サンプルサイズが小さすぎて有意となっていない可能性がある。効果量の大きさとp値は，サンプルサイズの大きさが影響している。そのため，検定が適切なサンプルサイズ設計に基づいて行われることが重要であるが，今回の対象となった論文でサンプルサイズの設計について書かれた論文はほとんどなく，サンプルサイズが適切かどうかは不明であった。したがって，いくつかの検定ではサンプルサイズを見直す必要があるかもしれない。また，サンプルサイズが十分に確保できない場合には，効果量を用いるなど，別の方法で結果を考察することも考えなければならない。

このように，日本看護研究学会雑誌では，2017年の時点で効果量報告の必要性についてはほとんど認知されていないことが明らかになった。このような背景には，いくつかの理由が考えられる。1つ目は，d族効果量の文献や資料があまりに少ないという点である。d族効果量の値は，“R”など一部の統計ソフトウェアでは出力されるが，“SPSS”（日本IBM，東京）といった看護学分野でメジャーなソフトウェアでは，まだ出力されない。そのため，Microsoft Excelなどを使用して別に計算する必要がある。心理学分野では2010年のAPAマニュアルの改訂に伴い効果量に関する文献や論文が出版されてきているが，看護学分野の論文や統計参考書に効果量の記載はほとんどみられない。このように，d族効果量を計算する以前の問題として，“d族効果量”という言葉を目や耳にする機会が少ない背景がある。さらに，実際にd族効果量を計算する段階でも，d族効果量の種類やそれぞれの値の計算方法を学習するために統計学や心理学といった他分野の専門書を読み込む必要がある。したがって，看護学分野での効果量報告の普及のためには，効果量が研究結果として重要であることを述べると同時に，効果量の値がもつ意味と，その計算方法をわかりやすく示す必要がある。効果量の概念は，水元・竹内の論文（2008）や大久保・岡田の著書（2012）で詳細に記述されている。また，水元の論文では，効果量算出のためのMicrosoft Excelのシートも添付されておりダウンロードして用いることが可能である（Mizumoto, 2007）。しかし，d族効果量は数学の知識が多少なりともあれば容易にMicrosoft Excelなどの表計算ソフトウェアで計算が可能である。それゆえに，今後は多くの統計ソフトウェアに算出用のプログラムが搭載される可能性は十分にありうる。したがって，今後，効果量の重要性がより認知されれば，統計ソフトウェアでの出力も標準化され，相関分析や回帰分析でのr族効果量と同様に，報告件数は増加するかもしれない。

2つ目は，効果量の値をどのように考察するかが不明な点も関係しているかもしれない。Cohen（1988）は，効果量の基準として0.2をSmall，0.5をMedium，0.8をLargeと定義している。しかし，この定義は感覚的なものであり，明確な根拠が存在しているわけではない。そのため，効果量の基準は，研究分野や研究テーマによって異なるべきであると多くの先行論文で主張されている（波田野ら，2015，p.159；杉澤，1999，p.157；鈴川・豊田，2012，p.62）。効果量を一定の基準で評価できない例として，薬と看護ケアの比較をあげる。降圧薬Aが血圧に及ぼす効果量を1.0，看護ケアBが血圧に及ぼす効果量を0.3とする。この2つの効果量を比較した場合，看護ケアBは降圧薬Aよりも血圧に及ぼす効果は小さいと結論づけられる。しかし，他の看護ケアの効果量が軒並み0.1である，というような場合には，看護ケアBの効果量0.3は，“看護ケアとしては”血圧に対して比較的大きな効果があるということがいえるかもしれない。逆に，他の降圧薬Cの効果量が1.5というような場合には，降圧薬Aは“降圧薬としては”比較的効果が小さい薬と結論づけられる可能性もある。このように，効果量には数値としての一定の基準は定義されているが，研究分野や研究目的によってその値がもつ意味は異なってくる。したがって，看護学分野として効果量の値

をどのように評価すべきか，ということを考えていかなければならない。一般的に，看護ケアの病気に対する効果は治療や薬に比べて小さく，われわれの看護ケアの効果は統計学的にも十分に有意なものとしてはとらえられていない。しかし，上記の例からもわかるように，効果量の評価には，研究分野や研究テーマ独自の基準が存在するべきである。したがって，Cohenが定めた基準をもとに，看護ケアの効果は小さいと決めるのではなく，看護独自の基準に沿って考察を深めることが，今後の看護学研究の発展には必要不可欠であろう。そのためには，各研究者が効果量の報告と考察を重ねることが重要であり，それが看護学での効果量の基準を構築することにつながる。

おわりに

看護学分野における学術雑誌の多くが，投稿規定としてAPAマニュアルを採用していることからも，今後，看護学分野の論文でも効果量の記載は，さらに重要視されていくことが予想される。現在は看護学分野に限らず，多くの学術雑誌で効果量の記載は必須ではないため，効果量による結果の考察は，時期尚早なのかもしれない。しかし，未来のメタアナリシスや，新たな研究のサンプルサイズ設計にとって，自分の論文が価値のある先行研究となるためには，効果量の算出に必要な情報は載せておくべきである。そのためには，効果量がどのような値で，また，どのように計算されているのかを，すべての研究者が理解することが重要である。

謝　辞

卒業論文作成のかたわら，大量の論文を検索，確認してくださいました京都大学4回生の松本夏織さんに感謝申し上げます。また，効果量に関する論文や情報をくださり，論文執筆を温かいお言葉で応援して下さった元京都大学の升谷英子先生にもお礼申し上げます。最後に，お忙しいなか，ていねいに論文指導をしてくださいました京都大学の若村智子教授に感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

要　旨

APA論文作成マニュアルでは，研究結果に効果量の記載を必須としている。しかし，実際には，効果量を詳細に記載している論文はいまだ少なく，特に*d*族効果量の報告はほとんどない。そこで，本論文ではAPA論文作成マニュアルを採用している日本看護研究学会雑誌を対象に，*d*族効果量（Cohen's *d*，Hedges' *g*，Glass' Δ，g_{adj}，d_D）の報告状況を調査した。2012年から2016年に掲載された論文のうち，*t*検定を用いた論文を調査対象とした。結果として，*t*検定を用いた25の論文のうち，*d*族効果量を報告した論文はなかった。日本看護研究学会の知名度も考慮にいれると，この結果は日本の看護学分野全体でも効果量に対する認知が低い可能性を示唆している。効果量による研究の考察は，看護学研究のさらなる発展に寄与するものであり，今後，看護学分野でも効果量の記載を重要視していく必要がある。

Abstract

The Publication Manual of American Psychological Association（APA manual, 2009）indicates that all articles must report the effect sizes in the "Result" section of the study. However, few nursing research articles report the effect sizes as a study result. This study investigates whether nursing research articles in Japan report the effect sizes for results of statistical analyses. The subjects of this study were 186 articles published from 2012 to 2016 in "Journal of Japan Society of Nursing Research". I investigated whether articles using *t*-test in this journal reported the effect sizes of *d*-family（i.e., the effect size for *t*-test. For example, Cohen's *d*, Hedges' *g*, g_{adj}, and Glass' Δ）as a result of analysis. A total of 25 articles performed the *t*-test for statistical analysis. However, none of these articles reported the effect size of *d*-family. Only one study reported the partial correlation ratio（η）as the effect size. This result suggests that Japanese nursing researchers do not recognize the importance of reporting effect sizes in their studies. To accurately discuss the results of nursing research, all researchers need to understand the properties of effect sizes and report them in articles.

文　献

American Psychological Association（2009）. Publication manual of the American psychological association. 6th ed., Washington, D.C.: American Psychological Association.

American Psychological Association（2009/2011）. 前田樹海，江藤裕之，田中建彦（訳）. APA論文作成マニュアル（第2版）. p.124, 東京：医学書院.

Cohen, J.（1988）. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences. 2nd ed., Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

波田野結花，吉田弘道，岡田謙介（2015）.『教育心理学研究』におけるp値と効果量による解釈の違い. 教育心理学研究，63(2)，151-161.

Hedges, L.V.（1981）. Distribution theory for Glass's estimation of effect size and related estimation. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 6(2), 107-128.

Hedges, L.V. and Olkin, I.（1985）. Statistical Methods for Meta-analysis. San Diego, CA: Academic Press.

石井秀宗，吉田寿夫，岡田謙介，南風原朝和（2013）. 心理学研究における効果量の活用と報告：APAの指針を踏まえて. 教育心理学年報，52(0)，234-237.

Mizumoto, A.（2007）. *Stats staff. Mizumot.com*. MIZUMOTO ATSUSHI'S WEBSITE. http://www.mizumot.com/stats/effectsize.xls（検索日2018年2月27日）

水本　篤，竹内　理（2008）. 研究論文における効果量の報告のために：基礎的概念と注意点. 英語教育研究，31，57-66.

大久保街亜（2009）. 日本における統計改革：基礎心理学研究を資料として. 基礎心理学研究，28(1)，88-93.

大久保街亜，岡田謙介（2012）. 伝えるための心理統計：効果量・信頼区間・検定力. 東京：勁草書房.

Smith, M.L. amd Glass, G.V.（1977）. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *The American psychologist*, 32(9), 752-760.

杉澤武俊（1999）. 教育心理学研究における統計的検定の検定力. 教育心理学研究，47(2)，150-159.

鈴川由美，豊田秀樹（2012）.“心理学研究”における効果量・検定力・必要標本数の展望的事例分析. 心理学研究，83(1)，51-63.

［平成29年7月13日受　付
平成30年4月22日採用決定］

doi:10.15065/jjsnr.20180515029

－資料・その他－

看護師の直観に基づく意思決定に関する文献レビュー

Decision-Making Based on Intuition of Nurses: A Literature Review

山　田　理　絵
Rie Yamada

キーワード：直観，看護師，意思決定
Key Words：intuition, nurses, decision-making

緒　　言

医療の高度化や専門化，疾病構造の変化に伴い，看護師はケアにかかわる重大な決定，倫理的ジレンマの解決，不十分で不明確な情報をもとにした瞬時の予測など複雑な状況に日々遭遇している。混沌とした臨床実践の場で，絶え間なく行われる看護師の意思決定は，対象者に最適なケアを提供するうえで重要な役割を担う。意思決定は，ケアの質やアウトカムの向上のために，問題や状況を把握し複数の手段のなかから，１つを選択し決断する高度な認知的活動であり，論理的でシステマティックな思考に基づいている（Tanner, 2006）。そして，そのプロセスには，分析的思考と直観の両者が関与している（Benner, Tanner, & Chesla, 1996）。直観とは，論理的思考によらず（Benner & Tanner, 1987）微細な情報から全体像を瞬時に理解する能力であり（Gobet & Chassy, 2008），看護実践における倫理的問題の最善策を見出し（Sofaer, 1995），変化のないバイタルサインから患者の急変を予測しその原因を突き止め（Odell, Victor, & Oliver, 2009），死亡率の低下にも貢献している（Baird, Kernohan, & Coates, 2004）。すなわち，看護師の直観は，不測の事態や急変時における微細で曖昧な情報の本質を瞬時に見極め，それらを関連づけ全体像を瞬時にとらえる能力だといえる。

そして，直観が意思決定の本質的要素として位置づけられているその背景には，不測の事態が生じうる看護実践の場の特徴が影響していると考える。急変など予期せぬ状況下では，客観的データが不十分で不確かなことも想定される。そのため，可視的現象や測定可能なデータに焦点を当てる分析的思考だけでは，看護師の意思決定の困難さが予測される。しかし，意思決定のもう一つのプロセスである直観が採用されれば，状況の本質を瞬時に見極めることができ，複数のケアのなかから，目の前の対象者に最適などれか１つを選択，決断できると考えられる。だが，意思決定における直観と分析的思考の二極化が否定されているように（Standing, 2008），両者は相乗効果を生みながら，適切な意思決定を導いていると考えられる。では，看護実践において，きわめて重要な役割を担う直観に基づく意思決定はどこまで探究され，何が取り組むべき研究上の課題なのだろうか。

看護師の直観に関する先行研究では，測定尺度が開発され，構成要素としてスピリチュアルな関係性，良し悪しの感覚，サイン，身体的な気づきや感覚，エネルギーがあげられているが（Smith & Glaser, 2008），経験は含まれておらず，直観と経験には関連がないことや（Michael, et al., 2015），看護学生にも直観があり（Smith, 2006），直観が達人の特徴という根拠が不十分との指摘もある（Ruth-Sahd & Hendy, 2005）。そして，患者との親密な関係性（Pretz & Folse, 2011），前向きな姿勢や関心を示す態度が（Miller, 1995），直観を高めると報告されている。これらの先行研究より，経験を問わずあらゆる看護師が直観を用いており，患者との関係構築が直観の活用につながること，そして，直観の客観的指標も探究され，いかに看護師の直観に関心が寄せられ研究対象とされているかが理解できる。しかし，看護師の直観に基づく意思決定に関する研究の動向や現在生じている研究上の課題までは明らかにされていない。本研究で，看護師の直観に基づく意思決定に関する研究の動向や課題が明らかになれば，研究の今後の発展につながると考える。そこで，本研究は，看護師の直観に基づく意思決定に関する研究の動向を整理し，今後の研究課題を明らかにすることを目的とした。

Ⅰ．方　　法

１．文献の抽出

海外の文献収集にあたりPubMed，MEDLINE，CINAHLを用いて“intuition OR intuitive”AND“decision-making”

富山大学大学院医学薬学研究部　Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences for Research, University of Toyama

AND“nursing OR nurses”のキーワードをもとに検索した。また，国内の文献収集は『医学中央雑誌Web版（Ver.5）』を用いて，“直観”and“意思決定”and“看護 or 看護師”のキーワードをもとに検索した。

文献の採用条件は本研究目的に照らし合わせ，以下4点を満たすものとした。

①看護師を対象としているもの
②看護実践における直観に基づく意思決定に関するもの
③看護実践の場が病院，在宅，地域であるもの
④2017年9月までに発表されたもの

研究デザインは限定せず，質的研究および量的研究の両方とし，エビデンスに基づく原著論文を分析，検討しているレビュー論文も対象とした。なお，看護実践における直観に基づく意思決定を対象としているため，尺度開発を目的とした文献を除外対象とした。

2．文献の選択

検索の結果，PubMed 42件，MEDLINE 96件，CINAHL 175件が抽出された。国内文献は存在しなかった。抽出された313件のなかで，重複文献125件を除いた188件のうち，論文のタイトルと要約の内容から判断し147件が除外対象となった。質的研究21件，量的研究14件，レビュー論文6件に対し，研究目的の明確な記述の有無，データ収集および分析方法の適切さ，研究結果の明確な提示とその価値，倫理的配慮の有無について研究の質の評価を行い，19件が除外された。その結果，質的研究10件，量的研究10件，文献レビュー2件，合計22件がレビュー対象とされた。これらのプロセスを示したものが**図1**である。なお，初心者を臨床経験1～2年目の者や看護学生など，論文によりその定義に相違がみられた。Pretz & Folse（2011）は，看護学生と臨床経験が4年未満の看護師では，3つの直観測定尺度である“Acknowledges Use of Intuition in Nursing Scale”（Rew, 2000），“Smith Intuition Instrument”（Smith, 2006），“The Miller Intuitiveness Instrument”（Miller, 1995）において，両者に有意差がないことを報告している。すなわち，両者の直観は，看護師資格の有無による影響を受けないことが推察されるため，本研究では，初心者を看護学生と示した論文も対象とした。

3．研究結果の分析

ミックススタディレビューを行ったMelin-Johansson, Palmqvist, & Rönnberg（2017）は，彼らが採用した分析方法について，デザインが異なる研究論文を一定の基準に沿って統合し，レビューを行う手法だと述べている。本研究も質的研究と量的研究の両方をレビューの対象としている。彼らの明確な手法を参考にすれば，看護師の直観に基

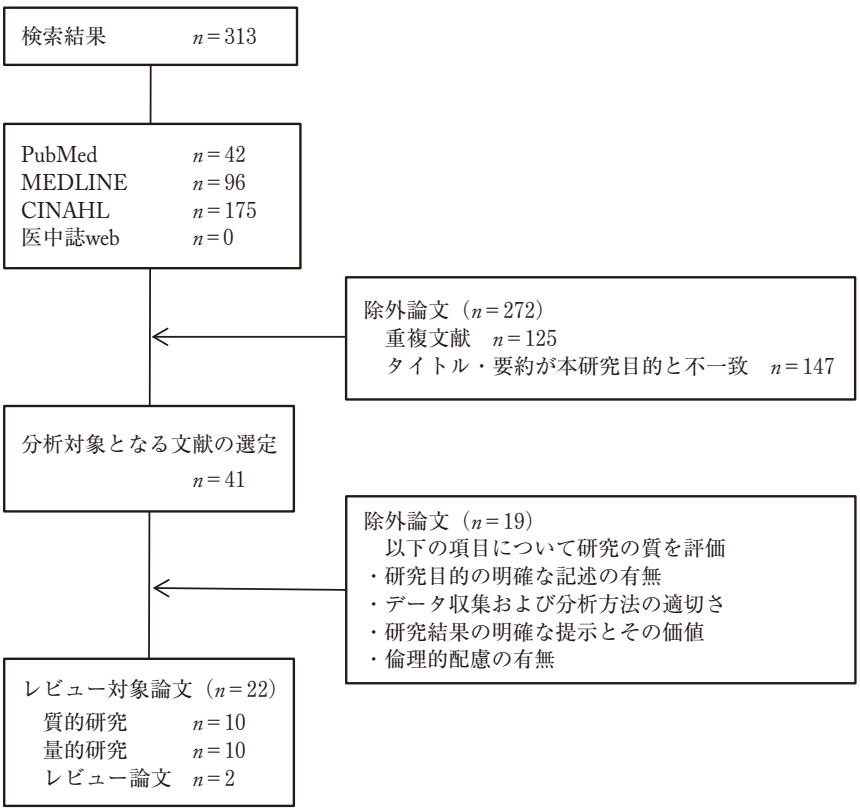


図1　本研究における文献レビューのプロセス

づく意思決定に関する研究を統合させ適切なレビューを行い，それらの動向や課題を明確にできると考え，以下の手順で分析を行った。

①文献1件ごとにレビューシートを作成し，著者名，発行年，研究デザイン，対象者と対象者数，研究結果を項目としてあげ整理した。

②前項①のシートをもとに，発行年別および国別に集計し，研究デザインは質的研究，量的研究，レビュー論文に分類した。

③研究結果を精読し，看護師の直観に基づく意思決定に関する部分を抽出してコード化し，コードの共通性を見出しながら抽象度を高めカテゴリーを生成した。分析のすべての過程において質的研究者よりスーパーバイズを受け，随時研究結果に戻り分析内容の適切さをチェックし修正した。

Ⅱ．結　果

看護師の直観に基づく意思決定に関する22件の発行年別の文献数は，1990年代は1件，2000年代は9件，2010年代は12件であった（**図2**）。国別の文献数はアメリカ13件，イラン3件，イギリス2件，オーストラリア2件，スウェーデン1件，台湾1件であった。研究デザイン別の文献数は，質的研究10件，量的研究10件，レビュー論文2件であった。

10件の質的研究で用いられていた研究方法論は，解釈学的現象学的アプローチ4件，質的記述的方法4件，エスノグラフィー2件であった。参加者の選定条件が初心者レベルの文献2件，経験年数3年以上の文献4件，熟達レベルと経験年数の両者の文献1件，明確な基準がない文献3件であり，データ収集方法はインタビューが8件，フォーカスグループインタビュー2件であった。10件の量的研究は，すべて質問紙を用いており実験研究はみられず，対象者が初心者レベルの文献3件，経験年数1年以上の文献1件，明確な基準がない文献6件であった。2件のレビュー論文は，両者ともミックスメソッドを用いていた。なお，研究デザインごとに作成したレビューシートを**表1～3**に示した。分析の結果，看護師の直観に基づく意思決定として3つのカテゴリーと8つのサブカテゴリーが生成された（**表4**）。以下では，【　】はカテゴリー，〈　〉はサブカテゴリーとし，サブカテゴリーを中心に結果を記述していく。

1．【直観に基づく意思決定と経験】

(1) 〈直観に基づく意思決定と経験年数，年齢等の関連性〉

直観に基づく意思決定と経験年数，年齢に関連した文献は6件あった。直観に基づく意思決定は，経験年数および年齢と関連があるという文献が4件（Bjørk & Hamilton, 2011；Chen, Hsu, Chang, & Lin, 2016；Melin-Johansson, et al., 2017；Parker, 2014），関連がないという文献が2件あった（Alba, 2016；Meeks-Sjostrom, 2013）。経験年数および年齢以外の要因としては，所属病棟，クリティカルシンキング，教育課程などが明らかにされていた。ナースプラクティショナーの直観は，所属病棟およびクリティカルシンキングと関連があり，内科病棟に所属する看護師は，産科病棟，小児科病棟，精神科病棟，クリティカルケア病棟の看護師より直観スコアが高く，また，クリティカルシンキングの構成要素であるホリスティックとリフレクティブは，直観と有意な関連があることが報告されていた（Chen, et al., 2016）。しかし，外科病棟に所属する看護師のほうが内科病棟の看護師より，直観を用いる機会が多いことも示されていた（Bjørk & Hamilton, 2011）。そして，教育課程についても，直観は教育課程と関連があるという文献や（Bjørk & Hamilton, 2011），関連がないという文献があった（Meeks-Sjostrom, 2013）。これらより，直観に基づく意思決定に関連する要因は示されていたものの，一定の見解には至っていなかった。

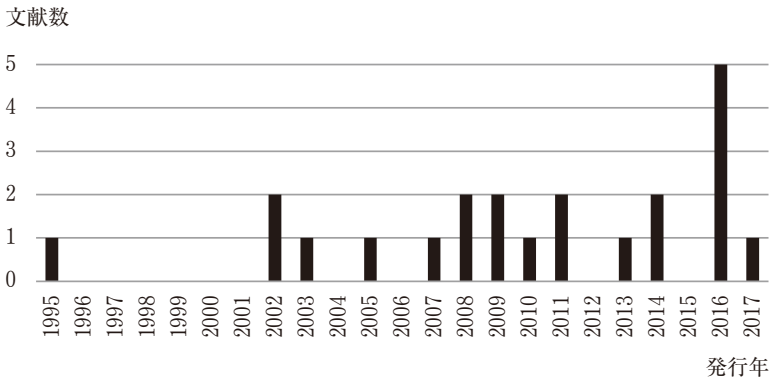


図2　発行年別の文献数

表1　質的研究の文献レビュー

（n =10）

著者・国・発行年	参加者	方法論・データ収集・分析	結果
Hassani, et al. イラン（2016）	クリティカルケアの経験が3年以上の看護師12名	解釈学的現象学的アプローチ 半構造化面接 解釈学的循環	・看護師は直観を“感覚”“思考”“サイン”“警告”としてとらえ，それをもとに意思決定を行っていた。 ・達人は直観により，瀕死の状態の患者が数日後に退院するという回復を予期したり，重症化の予防や死亡率の低下に貢献していた。
Traynor, et al. イギリス（2010）	看護師26名	エスノグラフィー フォーカスグループインタビュー ディスコース分析	・直観は素早く情報を意味づけるため，論理的でシステマティックな意思決定の最初の部分を担っていた。 ・経験を積み専門職として自律した看護師は，重大な意思決定の際に直観を用いて問題を特定していた。 ・あまりにも多忙で疲労困憊する過酷な労働環境では，直観に基づく意思決定が妨げられていた。
Dowding, et al. イギリス（2009）	心不全のスペシャリストナースの経験が3年以上の看護師12名	質的記述的方法 半構造化面接 主題・内容分析	・看護師は2つの状況で直観を用いていた。①薬物マネジメントで効果と副作用を見極める際，直観と分析的思考の両者を用いていた。②病状の進行が予測できず，情報不足のなか，緩和ケアのタイミングを意思決定する際，直観を用いて適切な意思決定をしていた。
Ramezani-Badr, et al. イラン（2009）	クリティカルケアの経験が3年以上の看護師14名	質的記述的方法 半構造化面接 質的帰納的分析	・看護師は患者の問題を特定し適切なケアを決定するために，直観を活用していた。 ・看護師は，感覚としてとらえた直観を信頼していた。 ・看護師が直観を活用するのは，曖昧で複雑な状況や患者に検査を行ったり，観察することが困難で，十分な情報が得られないときであった。
Lyneham, et al. オーストラリア（2008）	救命救急の経験が5年以上の看護師14名	解釈学的現象学的アプローチ 半構造化面接 解釈学的循環	・達人の直観の3つの局面とは，①無意識に論理的なアセスメントを行う，②患者の身体的側面や言動から気づきを得る，③直観に多大な信頼を寄せることで，直観と実践がつながる，ことであった。
Patel, et al. アメリカ（2008）	トリアージナース5名	エスノグラフィー 半構造化面接 エスノグラフィックな分析	・達人は，直観をトリアージの基盤としており，初心者はトリアージのアセスメントのために病状や既往歴を重視していた。
Ruth-Sahd & Tisdell アメリカ（2007）	初心者の看護師16名	解釈学的現象学的アプローチ 半構造化面接 解釈学的循環	・初心者の意思決定にかかわる直観には3つの特徴があった。①家族の死など過去の経験の影響を受ける。②他者との関係性を通して直観に意味づけがなされる。③患者とかかわる時間や場所に関心を払うことで，直観的気づきが高まる。
Kosowski & Roberts アメリカ（2003）	初心者のナースプラクティショナー10名	解釈学的現象学的アプローチ 半構造化面接 解釈学的循環	・ナースプラクティショナーの直観的な意思決定のプロセスとは，“感覚”として捉えた最初の気づきを学んだ知識と統合し，ケアの提供へとつなげる過程であった。ケアの間，彼らとクライエントの誠実さや自尊感情，自信は維持されていた。 ・直観のプロセスの有効性や正当性が繰り返し確認されると，直観に対する彼らの自信や信頼が高まった。
Coen & Murray アメリカ（2002）	救急救命の経験が5年以上のエキスパートナース10名	質的記述的方法 フォーカスグループインタビュー 質的帰納的分析	・看護師は，情報が乏しいなか，瞬時に的確なアセスメントが求められるとき，“何か悪い予感がする”という直観に基づき意思決定を行っていた。
King & Clark オーストラリア（2002）	外科病棟の看護師30名とICUの看護師31名	質的記述的方法 半構造化面接 質的帰納的分析	・意思決定の構成要素である直観と分析的思考は，新人から達人までの各熟達レベルに存在していた。 ・達人と達人以外の意思決定の相違は，直観が存在するかどうかではなく，直観と分析的思考を効果的，かつ，巧みに使う能力があるか否かであった。

(2) 〈直観に基づく意思決定と看護師の熟達レベル〉

直観に基づく意思決定と看護師の熟達レベルに関する文献は8件あり，これらの文献に共通していたのは，初心者から達人まであらゆる熟達レベルの看護師が，直観に基づく意思決定を行っていることであった。初心者の直観に基づく意思決定は，家族の介護や死などの人生経験，ベビーシッターやカウンセラーなどの職務経験といういままでの経験の影響を受けており（Ruth-Sahd & Tisdell, 2007），また，年齢や自身の入院経験と有意な関連があった（Ruth-Sahd & Hendy, 2005）。初心者を除く各熟達レベルの看護師に関しては，直観と分析的思考の両者を用いて意思決定を行っており，新人の直観は患者の身体的および心理的状態の良し悪しに限局し，直観に自信がもてず，他者評価が気になるため言語化を躊躇し，一人前は意識しなくても顕著な臨床症状と生理学的変化における複雑な関係性が理解でき，中堅は患者を見ると即座に生理学的所見から全身状態を見極め，達人は非常に微細な情報から瞬時に患者の状態をとらえ，直観に基づく意思決定を信頼し医

表2　量的研究の文献レビュー

（n =10）

著者・国・発行年	対象	測定尺度	分析方法	結果
Alba アメリカ （2016）	n =182 救急救命の看護師	REI，CDMNS	ピアソンの相関分析	・救急救命の看護師の直観と倫理的意思決定能力は，有意な相関があった（r = .252，p = .001）。 ・経験年数と直観，所属病棟の経験年数と倫理的意思決定能力は，有意な相関はなかった。
Chen, et al. 台湾（2016）	n =197 ナースプラクティショナー	NDMI	カイ二乗検定，分散分析，重回帰分析，ピアソンの相関分析	・意思決定モデルの割合は，分析－システマティックモデル17.3％，分析的－直観モデル29.9％，直観－分析的モデル40.1％，直観－解釈モデル12.7％であった。 ・年齢，経験年数，病棟，クリティカルシンキング（ホリスティック，リフレクティブ）は，直観的意思決定スコアと有意な関連があった。
Price, et al. アメリカ （2016）	n =126 初心者の看護師	CDMNS	分散分析，ピアソンの相関分析，クラスカル・ワリス検定	・初心者は，直観よりも分析的思考を信頼していたが，精通している合併症では直観を用いていた。 ・初心者は意思決定で分析的思考を信頼していたが正確さと関連がなかった。一方，直観への信頼は正確さと関連していた。
Cork アメリカ （2014）	n =360 外傷患者のデータ	Charge Nurse Questionnaire	t検定，ピアソンの相関分析	・一人前，中堅レベルは直観を基に意思決定を行っていた。 ・管理者のエキスパートナースは直観に基づく意思決定により，適切なケアを提供し死亡率の低下に貢献していた。
Parker アメリカ （2014）	n =87 1年以上RRTに属している急性期ケアの看護師	NDMI	分散分析，因子分析	・看護師の経験年数や所属病棟の経験年数が長い看護師は，分析的思考／直観モデルおよび直観モデルより，分析的思考モデルを用いる傾向があった。
Meeks-Sjostrom アメリカ （2013）	n =84 救急救命の看護師	Acknowledges Use of Intuition in Nursing Scale	t検定，重回帰分析	・高齢者虐待を特定する看護師の直観に基づく意思決定と年齢，教育課程，経験年数は差がなかった。
Bjørk & Hamilton アメリカ （2011）	n =2,095 看護師	NDMI	線形回帰分析	・意思決定における直観的解釈モデルの使用回数の増加は，経験年数，教育課程，男性，年齢が高いこと，外科病棟の経験と関連があった。 ・分析的－システマティックモデルは，情報収集（35.7％），実施と評価（31.1％）で用いられ，直観－解釈モデルはアセスメント（22.8％），計画立案（22.5％）で多く用いられていた。 ・意思決定モデルの割合は，分析的－システマティックモデル（22.0％），準論理的モデル（72.0％），直観－解釈モデル（6％）であった。
Pretz & Folse アメリカ （2011）	n =175 看護師145名と初心者看護師30名	REI, MBTI, TIntS, The Miller Intuitiveness Instrument, Acknowledges Use of Intuition in Nursing Scale, Smith Intuition Instrument	主成分分析	・初心者と他のレベルの看護師の直観は，行動への意思，創造力に富む，スピリチュアル，熟練した臨床の技，嫌な予感の項目で有意差がみられた。 ・経験年数は，直観の項目である熟練した臨床の技，嫌な予感，行動への意思と相関があった。 ・身体的な直観，スピリチュアルな直観は，経験年数と相関がなかった。
Ruth-Sahd & Hendy アメリカ （2005）	n =323 初心者の看護師	The Miller Intuiveness Instrument, RSES	分散分析	・初心者は，患者のケアを決定する際，頻繁に直観を用いていた。 ・初心者の直観は，年齢が高いこと，自身の入院経験，家族や友人からのソーシャルサポートと有意な関連がみられた。
Polge アメリカ （1995）	n =179 クリティカルケアの看護師	RIJS	スピアマンの順位相関分析	・新人から達人へ，そして，臨床経験が増すにつれ，直観に基づく意思決定を活用していた（p＜.0005）。

［注］REI：Rational-Experiential Inventory，論理的経験的質問紙（Pacini & Epstein，1999）
CDMNS：Clinical Decision-Making in Nursing Scale（Jenkins，1985）
NDMI：Nursing Decision-Making Instrument（Lauri & Salanterä，2002）
RRT：Rapid Response Teams，急変に対応する初動チーム
MBTI：Myers Briggs Type Indicator（Myers, McCaulley, Quenk, & Hammer，1998）
TIntS：Types of Intuition Scale（Pretz，2011）
RSES：Rosenberg Self Esteem Scale，ローゼンバーグ自尊感情尺度（Rosenberg，1965）
RIJS：Rew Intuitive Judgement Scale（Rew，1991）

表3　レビュー論文の文献レビュー

（n = 2）

著者・国・発行年	対象	方法	結果
Melin-Johansson, et al. スウェーデン（2017）	研究論文16件（質的研究11件，量的研究5件）	ミックススタディレビュー	・直観は単なる感覚以上のものであり，知識，経験，根拠に基づくものであった。 ・看護師は意思決定の際，分析的思考と直観を統合させていた。
Hassani, et al. イラン（2016）	研究論文15件（質的研究7件，量的研究8件）	システマティックレビュー	・直観は，ホリステックなケアを提供する際，細心の注意を払い用いられていた。その一方で，治療の過程では用いられていなかった。 ・看護の専門性が増すにつれて，複雑な状況の判断や意思決定のために直観を信頼するようになっていた。

表4　看護師の直観に基づく意思決定のカテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー	カテゴリーに関連した文献
直観に基づく意思決定と経験	直観に基づく意思決定と経験年数，年齢等の関連性	Melin-Johansson., et al.（2017）[c]，Alba（2016）[b]，Chen, et al.（2016）[b]，Parker（2014）[b]，Meeks-Sjostrom（2013）[b]，Bjørk & Hamilton（2011）[b]
	直観に基づく意思決定と看護師の熟達レベル	Hassani, et al.（2016）[a]，Cork（2014）[b]，Pretz & Folse（2011）[b]，Patel , et al.（2008）[a]，Ruth-Sahd & Tisdell（2007）[a]，Ruth-Sahd & Hendy（2005）[b]，King & Clark（2002）[a]，Polge（1995）[b]
看護実践における直観に基づく意思決定	直観に基づく意思決定に対する看護師の認識	Hassani, et al.（2016）[a]，Kosowski & Roberts（2003）[a]，Coen & Murray（2002）[a]
	直観に基づく意思決定と看護過程	Bjørk & Hamilton（2011）[b]，Traynor, et al.（2010）[a]，Ramezani-Badr, et al.（2009）[a]，Lyneham, et al.（2008）[a]，Ruth-Sahd & Hendy（2005）[b]
	直観に基づく意思決定が行われる看護実践の場面	Hassani, et al.（2016）[c]，Price, et al.（2016）[b]，Traynor, et al.（2010）[a]，Dowding, et al.（2009）[a]，Ramezani-Badr, et al.（2009）[a]
	直観に基づく意思決定と分析的思考	Melin-Johansson, et al.（2017）[c]，Chen, et al.（2016）[b]，Bjørk & Hamilton（2011）[b]
直観に基づく意思決定を育むストラテジー	直観に基づく意思決定に対する看護師の信頼	Price, et al.（2016）[b]，Ramezani-Badr, et al.（2009）[a]，Kosowski & Roberts（2003）[a]，King & Clark（2002）[a]
	直観に基づく意思決定を高める方法	Ruth-Sahd & Tisdell（2007）[a]，Ruth-Sahd & Hendy（2005）[b]

［注］[a]質的研究，[b]量的研究，[c]レビュー論文

療従事者と共有していることが報告されていた（King & Clark, 2002）。Pretz & Folse（2011）は，初心者と他の熟達レベルの相違について，直観の項目である行動への意思，創造力に富む，スピリチュアル，熟練した臨床の技，嫌な予感において有意差がみられることを明らかにした。そして，達人は高い頻度で直観に基づく意思決定を活用し（Patel, Gutnik, Karlin, & Pusic, 2008；Polge, 1995），直観と分析的思考を効果的，かつ，巧みに用いているため（King & Clark, 2002），重症化の予防や死亡率を低下させ（Cork, 2014），瀕死の患者が数日後に退院するという回復をも見極めていた（Hassani, Abdi, Jalali, & Salari, 2016）。これらより，あらゆる熟達レベルが直観に基づく意思決定を行っているが，各熟達レベルで相違がみられることが示されていた。しかし，直観に基づく意思決定によるアウトカムについて，達人レベルは示されていたが，他の熟達レベルについては言及されていなかった。また，経験年数から熟達レベルをとらえた文献もあったが，その根拠は示されておらず，各熟達レベルの明確な定義も検討されていなかった。

2．【看護実践における直観に基づく意思決定】

(1) 〈直観に基づく意思決定に対する看護師の認識〉

直観に基づく意思決定に対する看護師の認識に関する文献は3件あり，看護師は直観を“感覚”と認識し，意思決定の基盤にしていたことが示されていた。Kosowski & Roberts（2003）は，意思決定プロセスの最初のステージは，看護師にネガティブな“感覚”が沸き起こることであり，その“感覚”には一切の不自然さがなく，無意識，かつ，瞬時という要素が伴っていることを明らかにした。Coen & Murray（2002）も，トリアージナースは“何か悪い予感がする”という瞬間的な“感覚”をもとに意思決定を行っていると報告している。Hassani, et al.（2016）は，集中治療室のナースの“感覚”とは，“内面的感覚”“ひらめき”“個人的感覚”“第六感”であり，彼らはそれらの“感覚”を信頼していること，ネガティブな“感覚”だけでなく，患者の回復というポジティブな“感覚”を確信していることも報告していた。これらより，直観に基づく意思決定の最初のステージは，瞬時に立ち現れたネガティブな“感覚”が沸き起こることであった。しかし，その“感覚”が，論理的思考によらず瞬時に全体像を理解する“能力”

へと発展し，意思決定に組み込まれていくプロセスまでは探究されていなかった。また，看護実践で生じる現象に，ネガティブな“感覚”だけを抱く看護師とネガティブおよびポジティブな“感覚”の両者を抱く看護師の相違も検討されていなかった。

⑵ 〈直観に基づく意思決定と看護過程〉

直観に基づく意思決定と看護過程に関する文献は 5 件あった。Bjørk & Hamilton（2011）は，直観－解釈意思決定モデルの看護過程の割合について，情報収集8.4％，アセスメント22.8％，計画立案22.5％，実施と評価5.8％であることを報告した。Lyneham, Parkinson, & Denholm（2008）も，直観はアセスメントを担っていること，そして，看護師はそのアセスメントを無意識なのだが論理的に行っており，信頼を寄せていることを示していた。また，アセスメント以外では，直観が問題の明確化（Ramezani-Badr, Nasrabadi, Yekta, & Taleghani, 2009；Traynor, Boland, & Buus, 2010）および適切なケアの選択と決断にも貢献していることが報告されていた（Ramezani-Badr, et al., 2009；Ruth-Sahd & Hendy, 2005）。これらより，直観に基づく意思決定が，看護過程のアセスメント，問題の明確化，ケアの決断で活用されていることが示されていた。しかし，その意思決定が看護過程で用いられる部分に相違がみられることについて，研究デザインや測定尺度の違いなのか等までは探究されていなかった。

⑶ 〈直観に基づく意思決定が行われる看護実践の場面〉

直観に基づく意思決定が行われる看護実践の場面に関する文献は 5 件あった。クリティカルケアの看護師は，検査の実施が困難で患者の身体的データが曖昧，かつ，不十分な場面に直面した際，突然，彼らの心をよぎる直観をもとに，問題の特定や最適なケアの選択という意思決定を行っていることが報告されていた（Ramezani-Badr, et al., 2009）。心不全のスペシャリストナースは，疾患の進行が不確かで緩和ケアのガイドラインも存在せず，誤った意思決定が最悪な状況を招きかねない場面で，根拠が未確立な直観を頼りに緩和ケアの開始のタイミングを慎重に決断していた。そして，彼らが緊迫した場面で，直観に基づく意思決定を採用していた背景には，患者が少しでも楽になり自分らしく生きていくことを支えたいという一貫した思いが存在していた（Dowding, Spilsbury, Thompson, Brownlow, & Pattenden, 2009）。また，看護師が複雑に絡み合った臨床症状を示す患者や死に直面している患者へのケアを意思決定する場面で，直観を活用することにより，さらに患者に注意深く関心を向けるようになり，結果としてホリスティックなケアの提供につながることも示されていた（Hassani, et al., 2016）。初心者に関しては，呼吸困難など彼らが精通している合併症を有する患者のケアを意思決定する場面で，分析的思考より直観を用いていることが報告されていた（Price, Zulkosky, White, & Pretz, 2016）。すなわち，看護師は患者の情報が不十分，かつ，不明確で，一般的なアセスメントが困難な場面，また，複雑で重篤な疾患が絡み合っており，瞬時にそれらの関係性をとらえがたい場面，初心者は精通している合併症を有する患者のケアを決断する場面で直観に基づく意思決定を活用していた。一方で，その意思決定を妨げる場面として，形式主義を重視し非効率的な作業を強いられる場面，長時間労働が継続する場面，あまりにも多忙で疲労困憊するような過酷な場面があげられていた（Traynor, et al., 2010）。これらより，直観に基づく意思決定が阻害される場面は示されていたが，促進する場面については言及されていなかった。

⑷ 〈直観に基づく意思決定と分析的思考〉

直観に基づく意思決定と分析的思考に関する文献は 3 件あった。Chen, et al.（2016）は，ナースプラクティショナーを対象に，看護実践の場で用いる意思決定モデルの割合を調査し，分析的－システマティックモデル17.3％，分析的－直観モデル29.9％，直観－分析的モデル40.1％，直観－解釈モデル12.7％であることを示した。Bjørk & Hamilton（2011）も，同様の調査を看護師に行い，分析的－システマティックモデル22.0％，分析的－直観モデルと直観－分析的モデルの両者をあわせた準論理的モデル72.0％，直観－解釈モデル 6 ％であること，さらに，準論理的モデルは情報収集55.9％，アセスメント66.1％，計画立案53.0％，実施と評価63.6％であることを明らかにした。そして，心不全のスペシャリストナースも直観と分析的思考を意思決定に用いていることが報告されていた（Melin-Johansson, et al., 2017）。看護実践の約 7 割の場面において，直観と分析的思考の両者を統合させた意思決定が行われていた。しかし，どのような効果がもたらされるのかについては探究されていなかった。また，直観と分析的思考を統合させ意思決定に組み込んでいく思考過程も言及されていなかった。

3．【直観に基づく意思決定を育むストラテジー】

⑴ 〈直観に基づく意思決定に対する看護師の信頼〉

直観に基づく意思決定に対する看護師の信頼に関する文献は 4 件あった。初心者は，精通した合併症を有する患者へのケアを意思決定する際，直観よりも分析的思考を信頼していたが，分析的思考への信頼と意思決定の正確さには関連がなく，直観への信頼と正確さには正の相関があった（Price, et al., 2016）。この点に関して，King & Clark（2002）は，経験が浅い看護師は意思決定の際，直観が沸き起こる体験に困惑や不安を抱きそれを拒絶しようとしたり，直観に自信がもてず他者評価をおそれて，その言語化をため

らうが，専門性が高まるにつれ直観に信頼を寄せるようになり，複雑な状況で直観に基づく意思決定を駆使するようになると報告している。そして，Kosowski & Roberts（2003）も，初心者は，看護実践を通して直観に基づく意思決定の有効性や正当性を繰り返し確認すると，それに対する自信や信頼性を高めることを明らかにした。そして，Ramezani-Badr, et al.（2009）は，経験が5年以上の看護師は，直観により患者の不可視的な変化や感情をとらえてきた肯定的な経験と専門的な知識をあわせ，直観を培うことで“突然心をよぎる確かな感覚”を信頼していることを報告した。これらより，経験や専門性が，直観への信頼を高め，正確な意思決定につながることが示されていた。しかし，直観への信頼を高める要因は，経験と専門性だけなのか，その他の要因も存在するのか否かについては明らかにされていなかった。

⑵ 〈直観に基づく意思決定を高める方法〉

直観に基づく意思決定を高める方法に関する文献は2件あり，両者とも初心者を対象としていた。Ruth-Sahd & Hendy（2005）は，親密な関係性にある家族や友人からのソーシャルサポートは，直観に基づく意思決定と有意な関連があることを報告していた。また，Ruth-Sahd & Tisdell（2007）は，身近な他者だけでなく職場の同僚や患者との信頼関係の構築が，直観の構成要素であるスピリチュアルの源になることを示していた。さらに，初心者は，直観を高める時間や場所の存在を理解しており，21時や夜勤帯など彼らにとって特別な時間に，ベッドサイドの足元や病室など特別な場所に居合わせ，直観を高めて意思決定を行い，適切なケアの提供につなげていた。これらより，初心者が直観に基づく意思決定を高める方法として，ソーシャルサポートおよび他者との信頼関係の構築があげられていた。しかし，これらの方法は，初心者に限定されるのか，その他の熟達レベルにも適用されるのかについては言及されていなかった。

Ⅲ．考　察

看護師の直観に基づく意思決定に関する研究の動向を整理した結果に基づき，今後の研究課題について，文献数が8件と最多で研究者らの関心が向けられている〈直観に基づく意思決定と看護師の熟達レベル〉，研究者間で一定の見解が得られていた〈直観に基づく意思決定に対する看護師の信頼〉，そして，実践への適用の3点について考察する。

1．直観に基づく意思決定と看護師の熟達レベル

初心者から達人まであらゆる熟達レベルが直観に基づく意思決定を行っていた。しかし，各熟達レベルの定義は根拠に基づく明確なものではなく，アウトカムについても，達人レベルは示されていたが，他の熟達レベルは言及されていなかった。

まず，1つ目の各熟達レベルの定義だが，いくつかの文献は，熟達レベルの定義の根拠として，看護師の経験年数をあげていた。しかし，Benner（1982）は，看護師が何年間経験を積めば次の熟達レベルに移行できるかなど，熟達レベルと経験年数の関係については言及していない。また，達人と他の熟達レベルの相違については，経験の質と知識の深さの違いが強調されている（King & Clark, 2002）。これらより，熟達レベルの定義は，経験年数だけを基準にすることは困難であり，エビデンスが乏しいと考える。かつて，直観に関する研究は，その概念の不明瞭さ（Smith, 2009）やエビデンスの不十分さ（Woolley & Kostopoulou, 2013）から，研究対象として関心が向けられず，研究数は減少していった（McCormack, 1993）。熟達レベルの定義は，対象の選択基準やサンプリングにもかかわり，研究結果の質を左右する重要な部分である。根拠に基づき適切に各熟達レベルの定義づけが行われれば，直観に基づく意思決定に関するグレードの高いエビデンスが見出される可能性もあるだろう。さらに，それらを適用すべき熟達レベルに還元できるため，その集団の看護の質の向上も期待できると考える。直観に基づく意思決定と看護師の熟達レベルに関する研究のエビデンスのグレードが高まったり，新たな知見を生み出す研究として盛んに行われ，そして，発展していくには，まず，各熟達レベルの明確な定義について探究する必要があると考える。

次に，2つ目の各熟達レベルのアウトカムだが，上級実践看護師と看護師のケアに関するアウトカムでは，上級実践看護師のケアと患者のセルフケア行動，肺機能の評価，在院日数の短縮化，医療費削減に有意な関連がみられ（Duangbubpha, Hanucharurnkul, Pookboonmee, Orathai, & Kiatboonsri, 2013），老年看護学のエキスパートナースからコンサルテーションを受けたナーシングホームは，受けていないナーシングホームより，褥瘡の重症化，高齢者の体重減少，スタッフの離職率においてアウトカムが向上していた（Rantz, et al., 2012）。これらは，高い専門性と優れた臨床技術をもつ看護師のケアとそれらを獲得していない看護師のケアでは，アウトカムに相違が生じていることを示している。したがって，卓越した臨床実践能力をもつ達人とそれらの獲得に向けて取り組んでいる他の熟達レベルでは，直観に基づく意思決定のアウトカムが異なると考えられる。そのため，達人のアウトカムを他の熟達レベルに適用することは困難であり，各熟達レベルのアウトカムを探究する必要があると考える。直観に基づく意思決定の各熟

達レベルのアウトカムが明らかになれば，おのおのの看護師が達成すべき目標も明確になる。しかし，直観に基づく意思決定という現象の複雑さから，目標が明確にされても困難に感じる看護師もいるだろう。だが，明確で困難な目標は，その達成に向け関心と行動を方向づけ，適切な戦略を立てるよう個人を動機づける（Latham & Locke, 1991）。したがって，看護師は，おのおのの熟達レベルに応じた明確で困難な目標の達成に向けて関心を示し，経験を内省して学びを深めたり，試行錯誤しながら努力するなど，積極的に取り組むと考えられる。そして，前向きな姿勢，関心を示す態度，内省する能力は直観を高める（Miller, 1995；Rew & Barrow, 2007）。すなわち，明確で困難な目標の達成に向けて，真摯に取り組むことそのものが，直観の向上につながり，目標達成へと導くと考えられる。直観に基づく意思決定の各熟達レベルのアウトカムの探究は，看護師がその到達に向け取り組むうえで，重要だと考える。

2．直観に基づく意思決定に対する看護師の信頼

経験が浅い看護師は，直観が沸き起こる感覚に不安を抱き拒絶したり，他者評価をおそれ直観の言語化を躊躇していた。しかし，彼らは直観に基づく意思決定の効果を繰り返し確認したり，専門性を高めるにつれ，その意思決定を信頼し活用していた。また，直観への信頼と意思決定の正確さには，正の相関がみられた。

直観を信頼しない看護師は，看護実践の場で活用することはないように（Chilcote, 2017）。経験の浅い看護師も，直観に確信をもてずに不安を抱き，拒絶していた。しかし，彼らは不安が入り混じる直観を用いて意思決定を行い，その効果を繰り返し検証しながら，信頼を高めていた。彼らは，どのようにして，確信がもてない直観を意思決定に組み込み，信頼を深めているのだろうか。直観に基づく意思決定に対する信頼は，経験や専門性により高められることが報告されていたが，その一方で，経験や専門性と関連がないという研究もあり（Alba, 2016；Meeks-Sjostrom, 2013），一定の見解に至っていない。したがって，経験や専門性以外に，直観に基づく意思決定への信頼を高める要因が存在すると考えられるが，十分検討されていない。経験が浅い看護師の直観に基づく意思決定に対する信頼と正確さには，正の相関があることから，それらへの信頼性を高めたり低下させる要因の探究は，彼らの直観に基づく意思決定の正確さを向上させるために重要だと考える。

3．実践への適用

看護師は，瞬時に生じた“感覚”である直観を分析的思考と統合させて意思決定を行い，重症化の予防や死亡率の低下に貢献していた。しかし，看護師が，突然生じた“感覚”を論理的思考によらず瞬時に全体像を理解する“能力”である直観へと発展させ，意思決定に組み込んでいくプロセス，また，直観と分析的思考を統合させるプロセス，すなわち，直観に基づく意思決定の思考プロセスの構造とはどのようなものかまでは言及されていなかった。

看護師は，ケア提供時，自身の思考プロセスに意図的に意識を向けることはなく，直観を説明できるとは限らない（Hampton, 1994）。したがって，彼らが，ある現象に直面した際，瞬時に生じた“感覚”である直観をもとに，その現象をどのようにとらえ，分析し意思決定に至ったのかという思考プロセスに関心を向けなければ，その言語化は困難だといえる。また，たとえ，彼らが，直観に基づく意思決定を活用した経験を振り返り言語化を試みたとしても，それはリアリティ豊かな内容と異なることが予測される。なぜなら，想起された過去は，現在のアイデンティティに適合するように，書き換えられたり編集されるからである（Riessman, 2008）。このように，直観に基づく意思決定の思考プロセスの構造を探究することは，きわめて難解であると考える。しかし，看護師の直観に基づく意思決定の思考プロセスの構造が言語化されれば，それらを獲得していない看護師にも継承することができ，看護の質の向上が期待できると考えられる。現在，この優れた直観に着眼し，直観の効果的な育成方法について取り組んでいるのは，もはや看護学だけではない。脳科学分野では，機能的磁気共鳴画像法を用いた準実験研究にて，直観的思考時に尾状核が活性化し，訓練後の直観的思考の上昇と尾状核の活動が相関関係にあることを報告している（Wan, et al., 2012）。また，複雑な直観を理解するために，看護学と心理学，教育学，医学との共同研究の必要性がうたわれている（Hassani, et al., 2016）。本研究で採用した22件の文献は，記述的研究デザインと相関研究デザインのみであった。だが，今後は，他の学問分野と協働し，直観に基づく意思決定の思考プロセスの探究に向けて，より高度な研究に取り組み，多忙な看護実践の場で活用できるよう，その構造を具体的，かつ，明瞭に提示する必要があると考える。

Ⅳ．結　論

看護師の直観に基づく意思決定に関する22編の文献を整理した結果，以下の課題が明らかになった。

1．直観に基づく意思決定と経験年数や年齢等の関連性が検討されていたが，一定の見解には至っていなかった。また，各熟達レベルの明確な定義や達人以外の他の熟達レベルのアウトカムも言及されていなかった。

2．直観に基づく意思決定の最初のステージは，ネガティ

ブな“感覚”が沸き起こることであったが，“感覚”が直観という“能力”へと発展し，意思決定の基盤となるプロセス，また，直観と分析的思考を統合させ，意思決定に組み込む思考プロセスも探究されていなかった。

3．経験や専門性が，看護師の直観への信頼を高め，正確な意思決定に繋がることが示されていたが，その他の要因については明らかにされていなかった。また，初心者以外の他の熟達レベルが，直観に基づく意思決定を高める方法は検討されていなかった。

今後は，直観に基づく意思決定の思考プロセスの構造を探究するために，他の学問分野と協働し，より多角的な視点で研究に取り組むこと，そして，多忙な看護実践の場で活用できるよう，その構造を具体的，かつ，明瞭に提示する必要がある。

謝　辞

本研究を行うにあたり，西武文理大学図書館司書の高橋千晴さま，野島直人さまには大変お世話になり心よりお礼申し上げます。研究の全過程において，ご指導いただきました元西武文理大学看護学部教授岩沢純子先生に心より感謝申し上げます。

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，西武文理大学共同研究費の助成を受けたものである。

要　旨

目的：看護師の直観に基づく意思決定に関する研究の動向を整理し，今後の研究課題を明らかにする。

方法：PubMed，MEDLINE，CINAHL，医学中央雑誌Web版を用いて“intuition（直観）”“intuitive”“decision-making（意思決定）”“nursing（看護）”“nurses（看護師）”をキーワードに2017年 9 月までに発表された論文を検索し22件をレビューの対象とした。

結果：22件の文献を分析した結果，【直観に基づく意思決定と経験】【看護実践における直観に基づく意思決定】【直観に基づく意思決定を育むストラテジー】の 3 つのカテゴリーが抽出された。介入研究は見当たらず，探索的研究と記述的研究のみであった。

結論：今後は直観に基づく意思決定の思考プロセスの探究のため，他の学問分野と協働しその構造を具体的で簡潔に提示する必要がある。

Abstract

Purpose: This study was carried out to summarize the trend of research on nurses' decision making based on intuition and clarify research subjects for the future.

Methods: I searched studies published by September 2017 through PubMed, MEDLINE, CINAHL, and Ichushi-Web（the Japan Medical Abstracts Society）utilizing “intuition”, “intuitive”, “decision-making”, “nursing”, and “nurses” as keywords, and selected 22 studies for review.

Results: According to analysis of the 22 studies, we extracted three categories: decision making based on intuition and the experience; decision making based on intuition in nursing practice; and strategy to cultivate decision making based on intuition. Only exploratory and descriptive studies were available. No intervention research was identified.

Conclusion: It is necessary to collaborate with other disciplines in order to explore the thought process of the decision making based on intuition, and to present the structure concretely and concisely.

文　献

Alba, B.（2016）. Factors that impact on emergency nurses' ethical decision-making ability. *Nursing Ethics*, pii: 0969733016674769.［Epub ahead of print］

Baird, C., Kernohan, G., & Coates, V.（2004）. Outcomes of advanced trauma life support training: Questioning the role of observer. *Accident and Emergency Nursing*, 12（3）, 131-135.

Benner, P.（1982）. From novice to expert. *The American Journal of Nursing*, 82（3）, 402-407.

Benner, P., & Tanner, C.（1987）. Clinical judgment: How expert nurses use intuition. *The American Journal of Nursing*, 87（1）, 23-31.

Benner, P., Tanner, C., & Chesla C.（1996）. Expertise in nursing practice: Caring, clinical judgment and ethics. NY: Springer.

Bjørk, I.T., & Hamilton, G.A.（2011）. Clinical decision making of nurses working in hospital settings. *Nursing Research and Practice* 2011, 524918.

Chen, S.L., Hsu, H.Y., Chang, C.F., & Lin, E.C.（2016）. An exploration of the correlates of nurse practitioners' clinical decision-making abilities. *Journal of Clinical Nursing*, 25（7-8）, 1016-1024.

Chilcote, D.R.（2017）. Intuition: A concept analysis. *Nursing Forum*,

52(1), 62-67.

Coen, K.J., & Murray, R. (2002). Characteristics, insights, decision making, and preparation of ED triage nurses. *Journal of Emergency Nursing*, 28(5), 401-406.

Cork, L.L. (2014). Nursing intuition as an assessment tool in predicting severity of injury in trauma patients. *Journal of Trauma Nursing*, 21(5), 244-252.

Dowding, D., Spilsbury, K., Thompson, C., Brownlow, R., & Pattenden, J. (2009). The decision making of heart failure specialist nurses in clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 18(9), 1313-1324.

Duangbubpha, S., Hanucharurnkul, S., Pookboonmee, R., Orathai, P., & Kiatboonsri, C. (2013). Chronic care model implementation and outcomes among patients with COPD in care teams with and without advanced practice nurses. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(2), 102-116.

Gobet, F., & Chassy, P. (2008). Towards an alternative to Benner's theory of expert intuition in nursing: A discussion paper. *International Journal of Nursing Studies*, 45(1), 129-139.

Hampton, D.C. (1994). Expertise: The true essence of nursing art. *Advances in Nursing Science*, 17(1), 15-24.

Hassani, P., Abdi A., Jalali, R., & Salari, N. (2016). The perception of intuition in clinical practice by Iranian critical care nurses: A phenomenological study. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 31-39.

Jenkins, H.M. (1985). A research tool for measuring perceptions of clinical decision making. *Journal of Professional Nursing*, 1(4), 221-229.

King, L., & Clark, J.M. (2002). Intuition and the development of expertise in surgical ward and intensive care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 37(4), 322-329.

Kosowski, M.M., & Roberts, V.W. (2003). When protocols are not enough. Intuitive decision making by novice nurse practitioners. *Journal of Holistic Nursing*, 21(1), 52-72.

Latham, G.P., & Locke, E.A. (1991). Self-regulation through goal setting. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 212-247.

Lauri, S., & Salanterä, S. (2002). Developing an instrument to measure and describe clinical decision making in different nursing fields. *Journal of Professional Nursing*, 18(2), 93-100.

Lyneham, J., Parkinson, C., & Denholm, C. (2008). Explicating Benner's concept of expert practice: Intuition in emergency nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 380-387.

McCormack, B. (1993). Intuition: Concept analysis and application to curriculum development. II. Application to curriculum development. *Journal of Clinical Nursing*, 2(1), 11-17.

Meeks-Sjostrom, D.J. (2013). Clinical decision making of nurses regarding elder abuse. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 25(2), 149-161.

Melin-Johansson, C., Palmqvist, R., & Rönnberg, L. (2017). Clinical intuition in the nursing process and decision-making: A mixed-studies review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 3936-3949.

Michael, R., Areti, S., Nektaria, K., Michael, S., Despoina, S., Manolis, L., & Nikolaos, R. (2015). Evaluation of intuition levels in nursing staff. *Health Science Journal*, 9(3), 1-7.

Miller, V.G. (1995). Characteristics of intuitive nurses. *Western Journal of Nursing Research*, 17(3), 305-316.

Myers, I.B., McCaulley, M.H., Quenk, N.L., and Hammer, A.L. (1998). The MBTI manual: A guide to the development and use of the Myers-Briggs Type Indicator. 3rd ed, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Odell, M., Victor, C., & Oliver, D. (2009). Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: Systematic literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 1992-2006.

Pacini, R., & Epstein, S. (1999). The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs, and the ratio-bias phenomenon. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(6), 972-987.

Parker, C.G. (2014). Decision-making models used by medical-surgical nurses to activate rapid response teams. *Medsurg Nursing*, 23(3), 159-164.

Patel, V.L., Gutnik, L.A., Karlin D.R., & Pusic, M. (2008). Calibrating urgency: Triage decision-making in a pediatric emergency department. *Advances in Health Sciences Education : Theory and Practice*, 13(4), 503-520.

Polge, J. (1995). Critical thinking: The use of intuition in making clinical nursing judgments. *The Journal of the New York State Nurses' Association*, 26(2), 4-9.

Pretz, J.E. (2011). Types of intuition: Inferential and holistic. Sinclair, M. (ed.), Handbook of Intuition Research. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing.

Pretz, J.E., & Folse, V.N. (2011). Nursing experience and preference for intuition in decision making. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2878-2889.

Price, A., Zulkosky, K., White, K., & Pretz, J. (2016). Accuracy of intuition in clinical decision-making among novice clinicians. *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1147-1157.

Ramezani-Badr, F., Nasrabadi, A.N., Yekta, Z.P., & Taleghani, F. (2009). Strategies and criteria for clinical decision making in critical care nurses: A qualitative study. *Journal of Nursing Scholarship*, 41(4), 351-358.

Rantz, M.J., Zwygart-Stauffacher, M., Hicks, L., Mehr, D., Flesner, M., Petroski, G.F., Madsen, R.W., & Scott-Cawiezell, J. (2012). Randomized multilevel intervention to improve outcomes of residents in nursing homes in need of improvement. *Journal of the American Medical Directors Association*, 13(1), 60-68.

Riessman, C.K. (2008). Narrative Methods for the Human Sciences. Thousand Oaks, CA: Sage.

Rew, L. (1991). Intuition in psychiatric-mental health nursing. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric and Mental Health Nursing*, 4(3), 110-115.

Rew, L. (2000). Acknowledging intuition in clinical decision making. *Journal of Holistic Nursing*, 18(2), 94-108.

Rew, L., & Barrow, E.M. Jr (2007). State of the science: Intuition in nursing, a generation of studying the phenomenon. *Advances in Nursing Science*, 30(1), E15-25.

Rosenberg, M. (1965). Society and the Adolescent Self-Image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Ruth-Sahd, L.A., & Hendy, H.M. (2005). Predictors of novice nurses' use of intuition to guide patient care decisions. *The Journal of Nursing Education*, 44(10), 450-458.

Ruth-Sahd, L.A., & Tisdell, E.J. (2007). The meaning and use of intuition in novice nurses: A phenomenological study. *Adult Education Quarterly*, 57(2), 115-140.

Smith, A.J. (2006). Continued psychometric evaluation of an intuition instrument for nursing students. *Journal of Holistic Nursing*, 24(2), 82-89.

Smith, A.J., & Glaser, D. (2008). Confirming the factor structure of an

intuition instrument for nursing students. *Southern Online Journal of Nursing Research*, 8(1), 1-11.

Smith, A. (2009). Exploring the legitimacy of intuition as a form of nursing knowledge. *Nursing Standard*, 23(40), 35-40.

Sofaer, B. (1995). Enhancing humanistic skills: An experiential approach to learning about ethical issues in health care. *Journal of Medical Ethics*, 21(1), 31-34.

Standing, M. (2008). Clinical judgement and decision-making in nursing: Nine modes of practice in a revised cognitive continuum. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1), 124-134.

Tanner, C.A. (2006). Thinking like a nurse: A research-based model of clinical judgment in nursing. *Journal of Nursing Education*, 45(6), 204-211.

Traynor, M., Boland, M., & Buus, N. (2010). Autonomy, evidence and intuition: Nurses and decision-making. *Journal of Advanced Nursing*, 66(7), 1584-1591.

Wan, X., Takano, D., Asamizuya, T., Suzuki, C., Ueno, K., Cheng, K., Ito, T., & Tanaka, K. (2012). Developing intuition: Neural correlates of cognitive-skill learning in caudate nucleus. *The Journal of Neuroscience*, 32(48), 17492-17501.

Woolley, A., & Kostopoulou, O. (2013). Clinical intuition in family medicine: More than first impressions. *Annals of Family Medicine*, 11(1), 60-66.

［平成29年 6 月 7 日受　　付
平成30年 5 月15日採用決定］

一般社団法人
日本看護研究学会会報
第　110　号
（平成30年12月20日発行）
一般社団法人日本看護研究学会事務局

目　　次

「一般社団法人日本看護研究学会　第44回学術集会を終えて」…… 1
一般社団法人日本看護研究学会
第44回学術集会印象記 …… 3
一般社団法人日本看護研究学会
第44回学術集会印象記 …… 5
一般社団法人日本看護研究学会
第44回学術集会印象記 …… 7

「一般社団法人日本看護研究学会　第44回学術集会を終えて」

一般社団法人
日本看護研究学会第44回学術集会
会長　前　田　ひとみ

一般社団法人日本看護研究学会　第44回学術集会を2018年 8 月18日（土）・19日（日）の 2 日にわたり熊本県立劇場で開催させていただき，無事終了することができました。両日ともに快晴に恵まれ，全国から1,252名のご参加をいただき，活発な討議が繰り広げられました。素晴らしい機会を与えていただきました一般社団法人日本看護研究学会　宮腰由紀子理事長をはじめ，理事・会員の皆様，ご参加いただきました皆様，協賛いただきました企業の皆様，ボランティアなどさまざまな形でご支援いただきました皆様に心より感謝申し上げます。

今回の学術集会は，看護学で培われてきた知の波が地域・社会の大きな波に発展してほしいという想いを込めて『看護が創る変化の波』をメインテーマとし，“地域に新しい風を吹き込む”というサブテーマを加えました。今回のプログラムは，看護学という学問領域の学術的豊かさを追究するとともに，看護学の躍進と発展をもたらす若手看護学研究者育成への可能性を拓く機会となることを目指し，企画いたしました。各講師の皆様には本学術集会の企画の趣旨をご理解いただき，企画者の予想を遥かに超える学びの多い，有意義な時間をご提供いただきましたことに対し，心からお礼申し上げます。

特別講演では，世界初の抗Human Immunodeficiency Virus（HIV）薬を開発され，エイズ治療に大きな変化の波を起こされた満屋裕明先生にご講演いただきました。満屋先生は，ご自身が卓越研究者というだけでなく，国内外で多くの優秀な研究者をたくさん育て，研究の波を広げていかれています。先生の“人々の毎日の苦しみを取り除き，和らぎ，日常を豊かにするのはサイエンスである。だからこそ，サイエンティストはかっこいい。若い人達が「カッコいいサイエンティストになりたい」と夢と希望を抱く社会を作り出すことは「研究者になってしまった」人々の大きな責務の一つである”という言葉は私の心に

深く響きました。さらに，本講演では，満屋先生をはじめとしたサイエンティストのエイズ治療への熱い挑戦により，HIV感染者が夢見ていた完治できる時代もそれほど遠くはないことを実感しました。

教育講演Ⅰでは陣田泰子先生に「看護現場学」の構造と特徴についてご講演をいただきました。波を作るためには，「暗黙知」のままにせず「見えにくい看護の知の見える化」をしなければならない，その方法としてのナラテイブ・ストーリー法について理解を深めることができました。また，教育講演Ⅱでは河村洋子先生に「ヘルスコミュニケーション」という概念についてご講演いただき，新たな看護の波を作るヒントを得ることができました。

若手研究者育成を目的としたプログラムとして，シンポジウム1「次世代の看護研究者育成の波を作る」と4題の研究方法セミナーを企画しました。シンポジウム1では，3名のシンポジストにご登壇いただき，海外での看護教育やテニュアトラック制についてご紹介いただきました。日本での若手看護教員の研究環境の状況から，看護研究者育成に向けてどのような改革をしていくべきか，今後の議論の必要性をつくづくと感じました。研究方法セミナーには，臨床の看護師の方々もたくさんご参加いただいており，これをきっかけに臨床現場での研究活動が広がっていくことを期待するとともに，臨床での研究活動の波を大きくするために，さらなる支援の方法を考えていく必要性を感じました。

看護職者の持つ叡知と知恵の波の拡がりを目的としたプログラムとしてはシンポジウム2「社会に広がる看護の力」，特別企画「熊本地震からの贈り物～くまもと復興支援ナース～」，市民公開講座「在宅での看取りを支える」を企画しました。シンポジウム2では看護職者ならではの発想をもとに，社会に波を発信されているシンポジストの創造性と独創性に感銘を受けました。市民公開講座には会場が満席になるくらいの沢山の市民の方々にご聴講いただき，関心の強さを改めて感じました。

2日目には，“くまもとサプライズ”でくまモンが特別出演してくれ，学びの場に癒しを提供してくれました。世界中，次々と自然災害が発生しており，心が痛む日々が続いています。今回，ご参加いただいた皆様には，平成28年4月の熊本地震から，一歩，一歩，着実に復興に向けた歩みを進めている，熊本の姿をご覧いただけたと思います。本学術集会を通して，熊本地震で賜った国内外から多くの方々のご支援に対する感謝の意を表するとともに，ご参加いただいた皆様のさらなる看護学の波の創造と拡がりのお役に立てたならば，学術集会長の冥利に尽きます。

最後に，学術集会にご参加くださった皆様，さまざまな形でご支援いただきました皆様に，改めて深く感謝申し上げます。

一般社団法人日本看護研究学会
第44回学術集会印象記

荒尾市民病院
西　村　一　代

日本看護研究学会第44回学術集会は，2018年８月18・19日の２日間にわたり熊本県立劇場にて開催された。テーマは，前田ひとみ会長（熊本大学大学院生命科学研究部　環境社会医学部門　看護学講座）にて，これまでの看護学研究の成果によって積み重ねられた知識を，地域や社会に向けて発信することによって，より大きな波に発展してほしいという想いが込められ「看護が創る変化の波～地域に新しい風を吹き込む～」であった。

２日間とも天候に恵まれ，日本全国（北海道から沖縄県）より大勢の参加があり，会場に熱気が感じられた。会長講演・特別講演・教育講演・シンポジウム・研究方法セミナー・ランチョンセミナーなど多岐にわたっており，一般口演・示説も多数の発表があった。また，会場である熊本県立劇場内に第１～９会場まで全て揃っており，自分が聴きたい会場への出入りがしやすく，抄録集を片手に会場移動と時間に余裕がもてた。

聴講できた一部を紹介する。

【教育講演Ⅰ】横浜市立大学看護キャリア開発支援センター長　淑徳大学客員教授　陣田泰子氏による「看護現場学　看護の知，発見～創造へ」では，先生のヒストリーを聴き，自分のヒストリーを作っていく事を学んだ。また，暗黙知と形式知の違いについて，医者と看護師で説明をされた。医師は物事を形式知で考え説明する。看護は言いにくい，言葉になりにくい知であり，暗黙知の特徴である情熱的・情念的，アナログ知，現場の知である。しかし，時代の流れとともに医者も学生実習で看護や介護について経験することで，看護に近づき，看護も伝えるために暗黙知を形式知に変えていかなければならないと学んだ。さらに陣田式概念化の説明があり，臨床現場の経験から感じ考え①過去の経験の中から②現在の自己認識の原点を辿り③未来・将来へと続く学びのテーマを見通すことを経て，自己の看護の価値の体系化を目指す帰納的プロセスであると説明された。先生のパワーあふれる講演を聴き，看護へのやる気が刺激され，純粋に看護を楽しみたい。そのために学び続けることの大切さを強く感じられた。

【研究方法セミナー３】茨城県立医療大学保健医療学部看護学科准教授　富田美加氏による「よりよい文献講読に必須の文献検索スキル」では，よりよい文献講読の現実のために①学術情報探索に関する基本的知識②探索主体の学術情報ニーズ③具体的な検索テクニックといった項目で講演があった。どのような文献をどういう方法で，どのぐらい読めばいいのだろう，時間も経済的にも負担等といった理想と現実とのギャップを感じていた。講演終了後に「看護における研究」のおすすめ本を手にしたのは，私だけではなかったと思う。

【交流集会 6】「これからの慢性心不全のケアと管理」循環器領域でここ数年の話題である心不全パンデミックに対する対策を各専門分野の方々により，医者の視点，専門看護師・認定看護師・訪問看護師の視点，理学療法士の視点を踏まえて講演があった。その中でも訪問看護師の方が，心不全パンデミックを迎え溢れるであろう在宅の心不全患者をどう見ていくのか，これからは訪問看護の時代がやってくる。救急看護を経験した看護師は，どんどん訪問看護師になり在宅で活躍してほしいと言われていたのが印象的だった。小さい会場であったが，立ち見が沢山でるほどの盛況ぶりであった。

最後に，私の勤務先は地方自治体病院で，2018年12月に第73回院内看護研究発表会が予定されている。前田ひとみ教授とのご縁があり，2014年より看護研究についてご指導を賜っている。今回，当院看護部からも 2 演題の口演発表を行った。一般演題の口演・示説には，大学関連施設からの参加が多いと考えられ参加にかなりの迷いがあった。しかし，発表会場では，さまざまな討論が繰り返され，発表が終了した後でも話が弾んでいた。「やっぱり悩みは皆一緒というのがわかりました。どこも試行錯誤しているのですね。」と，発表前は緊張していたスタッフの顔が，発表後には晴れやかな笑顔になっており，頼もしくもあり嬉しくなった。

一般社団法人日本看護研究学会
第44回学術集会印象記

首都大学東京
島　田　　恵

いきなり私事から始まりますが，熊本は私が大学 4 年間を過ごした場所であり，熊本県立劇場は卒業式の会場でした。熊本へは，卒業後何度も来ていますが，県劇は卒業以来でした。そして，大会長の前田ひとみ先生は，私の卒業研究をご指導いただいた先生です。その先生が掲げられた学会テーマは「看護が創る変化の波」であり，抄録集の「挨拶」には「看護学という学問領域の学術的豊かさを追究するとともに，めまぐるしく変化する社会に求められる看護学の躍進と発展をもたらす若手看護研究者育成への可能性を拓く機会となることを目指し」企画したと述べられています。そして「次の研鑽の場になることを祈りながら」と結ばれているとおり，大学教員・研究者のみならず大学院生等にも大変有意義な数々のセミナーが企画されていました。実は，本学会学術集会への参加は本当に久しぶりでしたので，今回は，発表（共同演者）はもちろんですが，多彩なセミナーで勉強するつもりで参加しました。都合により初日は午後からの参加となったため，会長講演と特別講演は拝聴できませんでした。しかし特別講演「HIV感染症とAIDSの治療薬の研究と開発：What is Success?」に登壇された満屋裕明先生は，私がHIV/AIDS看護を専門とするコーディネーターナースとして実践に携わっていた頃から存じ上げている先生であり，その講演の熱さは知っています。聞かれた方々から耳にした感想も面白かった，興味深かった等，大変好評であったと思います。医師，看護師と職種は違っても，目指すものに真摯に向かう姿勢やあきらめない情熱などは，大いに参考に，刺激になったと思います。

午後のプログラムからは，研究方法セミナーⅠ「英語論文の書き方―全体構成，文献のまとめ方，分かりやすいグラフの作成方法」（牧本清子先生）を選びました。他の看護系学会や本学でも，国際化，英語論文の執筆やプレゼンテーションの技能向上が課題となっており，カリキュラムの内外でどのように組み込み，教育していくか課題となっています。この課題の前提には，日本語で論文を書く，プレゼンテーションするという技能はどうなのか？そして，英語論文を書くために英語論文をたくさん読むということができているのか？ということがあると思います。そういう意味では，牧本先生のパワーポイントのタイトルが「（英語）論文の書き方のプロセス―まずは日本語で書くプロセスの紹介―」に変更され，冒頭「英語力の不足をどう補う」として英語論文の多読，しかも解析しながら読むことが書く力を磨くことであるというお話からスタートされたのは，大変納得できました。そして，（英語）論文の書き方のプロセスを具体的に解説下さり，大いに参考になりました。学生に取り組ませるには，それが当たり前の雰囲気や環境が必須だと思います。学生にどのように取り組ませるか考えるなら，教員が自らの行動をもって範を示さなければならないと，改めて思いました。

またポスター会場では，共同演者として発表者（久野暢子先生）とともにポスター「HIV陽性者へのセクシュアルヘルス支援における経験の浅い看護師の困難」の前に立ちました。テーマのマイノリティ性からか，日本エイズ学会以外の学会では，発表に対する反応があまり得られないことも多いのですが，性教育や倫理などの近接領域を専門とする教育者，研究者の方々と意見交換する機会に恵まれました。ま

た，研究の内容だけでなく，研究手法に関する情報交換では，質的研究の新たな取り組みに関する情報が得られ，今後チャレンジしてみようかと考えています。これも，この学会が「看護研究」を基盤とした幅広いテーマを扱っていることによる利点ではないかと思います。

2日目は，同じく共同演者として発表者（同上）の一般演題口演「HIV陽性者へのセクシュアルヘルス支援における経験豊富な看護師の困難」に同席しました。質疑応答では，研究背景となっている医療体制に関する質問をいただき，発表者に代わり現状に詳しい立場から回答させていただきました。セッション終了後，私がコーディネーターナースとして実践を行っていたのと同時期に，とあるエイズ診療拠点病院の看護部長でいらした座長の先生からお声をかけていただきました。もう10年近く前のことになりますが，拠点病院としての役割を院内の看護を拡大する好機ととらえ取り組まれていたというお話は，拠点病院体制における看護の進展に難渋していた者としては，大変ありがたいお話しでした。さらに，外来看護の重要性が増大する現代におけるHIV/AIDS看護の意義を改めて気づかせていただきました。本当に嬉しい再会であり，やる気をいただくことができました。その勢いのままに，今回発表した研究（質的研究）の次の段階の研究計画（量的研究）について，発表者とともにロビーの片隅で研究の打ち合わせを行いました。日ごろ，メールや電話でも打ち合わせをしていますが，直接会って意見交換できるこのような機会は貴重です。発表を終えてホッと一息つきながら，次の調査票作成や倫理審査について確認しました。私達だけでなく，会場内の至るところで同じような光景を目にしました。また次回の学会に向けて研究を進めていきたいと思います。

午後は，次なる研究の関係で研究方法セミナー4「尺度開発の留意点と落とし穴」（鳩野洋子先生）を選びました。質的研究から量的研究へと進めるために，確認しておきたいことが数点あったためです。鳩野先生ご自身の研究経験から具体的にお話し下さり，会場内には大学院生と思われる方々の姿も見受けられました。その後，ある方を介して鳩野先生に質問をさせていただき，回答をいただくことができました。これで確信をもって研究の手順を進められます。セミナー参加を通じて情報や人的資源が得られることは，専門家が集まる学会ならではですね。忙しくとも参加することに意義がある，と思わされます。

その後，発表者と別れ帰路につきました。久しぶりの，しかも懐かしの地での学会は，大変有意義でした。学会の企画，準備から当日運営と携わられましたすべての皆様に感謝申し上げます。市内中心部からのアクセスが決して良いとはいえませんでしたが，それを補って余りある皆様のホスピタリティーを感じました。

最後まで私事で恐縮ですが，実は宿泊したホテルロビーで偶然にも大学時代のサークルの仲間とばったり遭遇。卒業以来の再会でしたが，お互いにすぐ分かりました。なぜここにいるのか尋ねたところ，これからサークルの40周年記念パーティーがあるというではありませんか。私は宛先不明となっていたため，その案内をもらえなかったようです。「申し込みしとらんでもよかよか，一緒にいかんね（申し込みしてなくてもいいよ，一緒に行こうよ）」といわれ，連れられてパーティーに参加し，サークルの仲間達と思いもよらず旧交を温めました。みんなそれぞれに頑張っており，刺激を受けました。2日目の学会参加に対するやる気が高まったのは言うまでもありません。

一般社団法人日本看護研究学会
第44回学術集会印象記

聖マリア学院大学看護学部
鶴　田　明　美

第44回学術集会は，2018年 8 月18日・19日に 2 日間にわたり，熊本県立劇場において開催されました。本学術集会のテーマは「看護が創る変化の波～地域に新しい風を吹き込む～」でした。この度は実行委員として参加させていただきました。故郷熊本での開催に感慨深さとともに気持ちが昂りました。学会前日，会場となった熊本県立劇場に運営・実行委員が集結しました。かつてご指導をいただいた先生方や共に学んだ学友たちとの再会に心が弾みました。ご参加くださる方々に熊本の地での学術集会を有意義なものとして感じていただけるよう，心を尽くして任にあたろうと思いました。そこで今回は，実行委員としての任務を通した印象記を記したいと思います。

最初に，前田ひとみ先生による会長講演「看護が創る変化の波」を拝聴いたしました。先生は，ご専門である感染管理を主軸としてご講演されました。その中で，現況の手指衛生に関する研修や掲示物による啓発など，医療関連感染予防に向けた介入はいずれも一時的な効果にとどまっているという課題を提示されました。さらに，施設の課題に対し，できていないことに着目し外部の成功例を持ち込みトップダウン方式で改善しようとするProblem based approachの限界を指摘されました。一方，欧米では何ができるかという視点で集団の中での良い行動を発掘し，解決法を探るというPositive deviance approachによる感染管理が効果を上げていること，熊本地震の際，避難所でのボランティアによる手指消毒剤塗布の実例などをご紹介されながら，これまでの主流であった“何が問題か”という視点から“いかにそれをやるか”という視点への転換の必要性について述べられました。ご講演を拝聴し，これまでの自分は，事象を視るとき多角的視点と言いながらも一方的にしか視ていなかったのではないかと顧みる機会になり，今後の研究活動における重要な示唆をいただくことができました。

会長講演に続き満屋裕明先生の特別講演「HIV感染症とAIDSの治療薬の研究と開発：What is Success?」を拝聴いたしました。満屋先生は世界初の抗HIV薬を開発され，その後も新薬の開発に取り組まれエイズ治療に多大な貢献をされています。先生は，HIVやAIDSの機序，抗HIV薬の開発までの過程について，研究室でのエピソードやジョークを交えながらご講演され，どんどん引き込まれていきました。抗HIV薬について，私は現在においても，どの薬剤であっても一定時間毎にきっちりと内服する必要があり，たとえ就寝中であっても内服時間になったら起床して内服しなければならないという認識でおりました。しかし，現在では 1 日 1 回の服用で効果が期待できる薬剤が開発されているとお聴きし，驚きとともに自分の知識不足と認識の低さを痛感し猛省しました。

先生のお言葉の中で強く印象に残った言葉があります。「ひらめき」と「イノベーション」。先生は，イノベーションの発想の原点はひらめきであり，HIVの正体を知り尽くすことでひらめきを得たと話されていたように思います。さらに，既存の概念にとらわれず，創造し，新たな方向に進み，新たな価値をつくることがイノベーションであると。研究対象に対する強い関心と探求，追求が新たな発想を生み革新につながることを教えていただき，自分の研究姿勢を問い直すとともに前進する活力をいただけた好機とな

りました。

午後は，首藤　剛先生による看護薬理学公開セミナー「免疫学の視点から薬を考える―患者さんに自信を持って助言できる看護師となるために―」と，森山ますみ先生による学会特別企画 2 国際活動推進委員会企画「グローバル人材としての看護職者育成を進める国際医療福祉大学成田看護学部の試み」の運営を担いました。首藤先生のご講演は，公開セミナーということもあり一般の方や看護学生の方が多数参加されており，メモを取りながら聴講されている様子を後方から拝見し，免疫学や薬に関する意識の高さを感じました。また，森山先生は学部のカリキュラムや国際看護関連科目の内容など実際的な内容をご提示になり，その内容をふまえ今後のカリキュラムの在り方等について参加者の方々と踏み込んだ討論をされていらっしゃいました。参加者の方から，「国際看護」として独立した科目を立てて教育を行うということも人材育成としては重要ではあるが，今後はどの領域においても共通して国際的な視点をふまえた教育を行うことが重要ではないか，というご意見が出されました。看護の国際化が必然とされている現在，すべての研究者や教員，実践者が国際的な視野を基盤に自分たちの研究や教育，実践を組み立て，実行していくことが今後の人材育成につながるのだと感じました。両先生のご講演ともに無事に終えられ会場責任者として安堵するとともに新たな見識を得られたことに悦びを感じました。

学会 2 日目は，演者・座長受付を担当しました。受付を担いながら担当の先生方と教育や研究の情報交換ができ有益な時間を過ごすことができました。受付業務が一段落した後，ロビーフロアーでの対応をしました。ロビーに居りますと，かつての勤務先の上司や同僚がお声をかけてくださり，お互いの近況を語り合う楽しい時間を持つことができました。昼の時間帯には，くまモンが応援に駆けつけてくれました。参加者の方々がくまモンを囲み笑顔になっていらっしゃる様子を拝見し心が暖まりました。示説会場では，発表者と参加者の方々が活発な討論をされており研究にかける熱意と関心の高さを感じました。若手の研究者の方々も多数発表され，次なる研究成果の発表に期待が膨らみました。同時に，自分もうかうかしていられないなと自らに活を入れました。

学会閉会後，帰路につかれる参加者の方々をお見送りした後，学会運営に携わった仲間たちは，疲れを感じながらも晴れやかな表情に見えました。私自身も 2 日間の緊張が解け，心地よい疲れを感じながら帰路につきました。帰路の途中，車窓から見える街並みを見ながら，相次いだ自然災害によって避難を余儀なくされている多くの方々が一日でも早く日常を取り戻されるよう願いました。被災された方々や被災地の支援を続けていらっしゃる多くの方々にも思いを馳せました。

今回の学会での参加者の方々や運営・実行委員の方々との交流を通して，こうして学会に参加できたことへの感謝とともに，これからの責務に気持ちが引き締まる思いがいたしました。

あらためまして，今回の学術集会を企画・運営くださいました前田ひとみ会長をはじめとして，学会前日から閉会に至るまで尽力されました運営委員・実行委員の皆様方に心より感謝を申し上げます。

会長講演

ポスター会場での熱心な情報交換

くまモンの訪問もありました。

市民公開講座「在宅での看取りを支える」にもたくさんの市民のご参加がありました。

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1．投　稿　者

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

2．著者および研究貢献者

1）著者

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

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

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

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

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

2）研究貢献者

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

3．投稿の内容と種別

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

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

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

---

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

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

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

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。

原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総　説

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

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが，公表する価値がある。

4．研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は，本学会が定めた倫理綱領をはじめ，日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」（2004），文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」（2017）等にかなっていなければならない。

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

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

■ミスコンダクト

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

■断片的投稿

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

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は，取り下げざるをえない正

当な理由を添えて，編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合，この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5．投稿手続きおよび採否

1）本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェ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ヴ・チェック

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

7．投稿前チェックリスト

投稿する際には，投稿論文チェックリストで「雑誌投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し，電子投稿システムに登録する。

8．利益相反自己申告書

利益相反自己申告書で，著者全員が研究内容に関係する企業・組織または団体との利益相反状態を記載し，pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後，電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9．原稿の受付

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

10．投稿論文の採否

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

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

「不採用」と通知された場合で，その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には，不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てを1回に限りすることができる。

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。
16）平成30年11月23日　一部改正実施する。

原　稿　執　筆　要　項

一般社団法人日本看護研究学会編集委員会

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

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

1．投稿の際の電子書式等について

1）原稿は，本学会が定める電子投稿システムを使用して投稿する。

2）本文はMicrosoft社のWordを使用し，図表は図はWord・Excel・Power Point，表はWord・Excelで作成する。ExcelまたはPowerPoint以外のソフトで作表した図表は，JPEGまたはPDF形式で保存する。

なお，図表については以下の点に留意されたい。論文に必要不可欠な場合は，カラーの写真や図の掲載が認められる場合がある。

Word……Excelの表をWord上に貼付して画像化させている場合は，もとのExcelのデータも提出すること

JPEG……解像度が350dpi以上の低圧縮の状態で提出すること

PDF……パスワードはかけず，フォント埋め込みの状態で提出すること（可能であれば，JPEGまたはTIFF形式が望ましい）

3）本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し，書式は左右余白30mm，上下余白50mm，入稿とし，文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると，10.5ポイントの場合，1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので，実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。

4）本文には必ずページ数を中央下に挿入する。

5）1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し，1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。

6）数式については，Microsoft数式を使用する。

2．文体ならびに句読点について

1）文章は簡潔でわかりやすく記述する。看護学は理系・文系にまたがるところがあるが，文体は「である調」を基本とする。

2）論文は横書き2段組で印刷するため，読点は縦書きの際に通常使用する「、」ではなく「，（全角コンマ）」とし，句点は読点との区別を明瞭にするために「。（全角句点）」とする。

3）漢字の使用については，原則的に「常用漢字表」に則るものとする。なお，専門用語に類するものについてはその限りではない。ただし，接続詞や副詞の多くと名詞や動詞，助動詞などの一部には「ひらがな書き」が定着していることに配慮する。

［例］「さらに…」「ただし…」「および…」「または…」「すぐに…」「ときどき…」「…すること」「…したとき」「…ている」

4）本文や図表中（文献は除く）で用いられる数字（「二者択一」や「一朝一夕」のような数量を表す意味で用いられているのではないものを除く）および欧文については，原則として半角文字を使用する。ただし，1桁の数字および1文字のみの欧文（例：A施設，B氏，方法X，など）の場合は全角文字とする。また，量記号（サンプル数のnや確率のpなどの数値すなわち量を表す記号）に対しては，欧文書体のイタリック体（斜体）を使用する。

5）整数部分が0で理論的に1を超えることのない数値は，たとえば，相関係数rやCronbach's αでは「.68」のように小数点以下だけを表現し，縦に揃える場合は小数点の位置で揃える。

3．見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

1）見出しは「MSゴシック」体を用い，外国語・数字には**Times New Roman Bold**を用いる。

2）見出しの階層は第1階層から第7階層までとする。

3）第1階層は論文タイトルで，見出しに数字やアルファベットを付けない。論文タイトルは印刷時には中央揃えになる。

4）本文の見出しは，以下に示す第2階層から第7階層までの6つの階層から構成する。見出しに付ける数字・記号，およびピリオドは全角を使用する。

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……：中央揃え
第3階層：A．B．C．……：左端揃え
第4階層：1．2．3．……：左端揃え
第5階層：a．b．c．……：見出しのみ，本文左端より1字下げる
第6階層：（1）（2）（3）……：上位の見出しより1字下げる
第7階層：（a）（b）（c）……：上位の見出しより1字下げる

5）「はじめに」や「序論」「序説」，または「緒言」および「おわりに」や「結語」，「謝辞」を使用する場合は第2階層ではあるが，本文中では見出し数字・記号は使用せず，単に中央揃えとする。

6）論文中で使用する見出しの階層が3階層までの場合は数字記号，すなわち第2階層と第4階層と第6階層を使用する。

7）4階層以上になる場合は上位から順に使用する。

8）ある階層に下位階層をつくる場合，下位階層の項目は必ず2つ以上の項目をつくる。項目が1つしかない場合には，下位階層の項目とはしない。

4．表について

1）効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X．若年者と高齢者の課題達成の割合

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

2）表はひとつずつA4判用紙に配置し，最上段左端に，出現順に「表1」のように通し番号を振り，そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。

3）表は，それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら，その表は不要である。

4）表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ，縦罫線は使用しない。縦罫線のかわりに十分な空白を置く。

5．図について

1）図はひとつずつA4判用紙に配置し，最下段左端に，出現順に「図1」のように通し番号を振り，そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。

2）図表は，原稿本文とは別にまとめて巻末に添える。図表を原稿に挿入する箇所は，原稿の右側余白に図表番号を朱書きする。

6．引用について

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

著作権法

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

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

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

7．引用形式について

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

■本文中の引用

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

— 例 —

a．山口（2011）によると「……は……である」(p.3)。　※引用が複数頁にまたがる場合は「pp.xxx-xxx」とする。

b．「……は……である」と山口は述べている（2011, p.3)。

c．山口は，……は……である，と主張している（2011, p.3)。

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

— 例 —

a．山口・黒田（2011）によると「……は……である」(p.3)。

b．「……は……である」と山口・黒田は述べている（2011, p.3)

c．山口・黒田は，……は……である，と主張している（2011, p.3)。

d．Yamaguchi & Kuroda（2011, p.3）は……　※欧文文献では，2名の姓を「&」でつなぐ。

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

— 例 —

a．……であることが明らかにされている（山口・福岡・佐賀・熊本・宮崎ほか，2011)。

c．……であることが明らかにされている（Mason, Lee, Draper, Roper, & Smith, et al., 2011)。

※欧文文献では，最後の著者姓の前に「&」を入れる。

4）著者が6名以上の場合は，初出・再引用にかかわらず，筆頭著者の姓のみに「ほか」(欧文の場合は「et al.」）を付す。

5）複数文献を同一個所で引用した場合には，（黒田，2011，pp.3-7；山口・長崎，2010，pp.100-101）というように筆頭著者のアルファベット順に表示する。

6）同一著者による，同じ年に発行された異なる文献を引用した場合は，発行年にアルファベットを付し，これらの文献を区別する。なお，本文末の文献リストにおいても，同様の扱いとする。

---

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

— 例 —

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

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

— 例 —

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

8）翻訳本を引用した場合には，原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant（2005/2008）によると……

■本文末の文献リスト

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

1）和文名と欧文名は同一基準で取り扱い，和文名をヘボン式ローマ字で記載したものとの比較で順序を定める。文献リストにおいて，著者名は原著にあがっている全員をあげる。

2）欧文原稿の場合はすべて半角文字を使用し，雑誌名および書籍名をイタリックで表示する（注意：和文の場合は斜字体にしない）。

3）雑誌名は原則として省略しない。誌面の都合等で省略しなければならない場合は，邦文誌では医学中央雑誌，欧文誌では，INDEX MEDICUSおよびINTERNATIONAL NURSING INDEXの雑誌略名に従う。なお，省略形を用いる場合は，省略不可能な文献を除き，すべて省略形で統一する。

① 雑誌の場合：

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

— 例 —

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

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

② 書籍の場合：

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

— 例 —

研究太郎（1995）．看護基礎科学入門．23-52，大阪：研究学会出版．

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

③ 翻訳書の場合：

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

— 例 —

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

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者（監修者）が存在する場合：

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

— 例 —

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

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

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

－著者名（出版年）．論文名．誌名．巻（号），頁．doi: xx,xxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. Title of article. *Title of journal,* vol（no）, xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx（accessed Year-Month-Day）

・DOIのない学術論文

－著者名（出版年）．論文名．誌名．巻（号），頁．http://www.xxxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. Title of article. *Title of journal*, vol（no）, xxx-xxx. Retrieved from http://www.xxxxxxx（accessed Year-Month-Day）

◆電子書籍

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）．書籍名．doi: xx,xxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. *Title of book.* doi: xx,xxxxxx（accessed Year-Month-Day）

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）．書籍名．http://www.xxxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. *Title of book*. Retrieved from http://www.xxxxxxx（accessed Year-Month-Day）

◆電子書籍の 1 章または一部

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．doi: xx,xxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. *Title of chapter.* In C. Editor, & D. Editor（Eds.）, *Title of book*（pp. xxx-xxx）. doi: xxxxxx（accessed Year-Month-Day）

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）．章のタイトル．編集者名（編），書籍名（pp. xxx-xxx）．出版社名．http://www.xxxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A., & Author, B. B.（Year）. *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor（Eds.）, *Title of book*（pp. xxx-xxx）. Retrieved from http://www.xxxxxxx（accessed Year-Month-Day）

◆Webサイト，Webページ

－著者名（投稿・掲載の年月日）．Webページの題名．Webサイトの名称．http://www.xxxxxxx（参照 年 - 月 - 日）

－ Author, A. A.（Year, Month, Day）. *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from http://www.xxxxxxx（accessed Year-Month-Day）

8．投稿時の必要情報の入力について

1）原稿の種類は「投稿規程」の中の表に示された特徴から，自己判断して適切なものを選択する。査読者および編集委員会の審議の結果，希望する種別では不採用となったり，採用可能な別の種別を勧告する場合がある。

2）和・英の論文タイトル，およびキーワード（5 語以内，医中誌WebおよびCINAHLのシソーラスであることを確認すること），本文枚数，図枚数（用紙 1 枚につき 1 つ），表枚数（用紙 1 枚につき 1 つ），写真点数（用紙 1 枚につき 1 点で，図としてタイトルをつける），著者氏名（著者全員の会員番号，氏名〔日本語，その下にローマ字〕，所属・部署〔日本語，その下に英文〕，連絡先住所（連絡者氏名，住所，電話番号，ファクシミリ番号，E-mailアドレス）を入力する。

3）初稿受付後の筆頭著者と共著者の変更は認めない。

9．抄録について

1）英文抄録は200語以内とし，原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる。すべての論文に英文抄録を必要とする。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック（英語を母国語とする人によるチェック）の確認書を必要とする。

2）和文抄録は400字以内とする。

10. 利益相反

著者全員について，研究内容と関係がある利益相反状態を「利益相反の開示」として明記する。利益相反状態がない場合は，「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

国や自治体から受けた研究費（科学研究費補助金，厚生労働科学研究費補助金など）は，利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は，「研究助成情報」として記載する。

11. 著者貢献度

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

［例］

著者貢献度

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

12. 原稿用紙および原稿の長さ

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

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

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。

(注)

1．論文目録

日本看護研究学会雑誌に掲載された原著論文および研究報告等，全ての論文について原稿種類別，巻号別，掲載順にまとめた。

著者名：標題，英文標題，巻（号），掲載頁，発行年（西暦）．の順に掲載した。

2．著者索引

原著論文および研究報告等，全ての論文の著者名をあいうえお順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。なお，筆頭著者の頁はゴチック体にした。

3．事項索引

論文ごとに，その標題より若干の用語を選定した。配列は邦文をあいうえお順，次に欧文をアルファベット順に並べ，該当する掲載論文の巻（号），掲載開始頁の順に示した。

1．論　文　目　録

第 41 巻

[原著]

山下舞琴，堀田佐知子，長島俊輔，東條千章，若村智子：冬の日照時間が短い地域に住む日本の高齢者における，冬と夏の睡眠の質に関連する要因，Factors Affecting Sleep Quality in Winter and Summer among the Japanese Elderly Living with Short Daylight Hours in Winter，41(1)，19-28，2018.

松本智美，古賀明美，熊谷有記：自尊感情が慢性透析患者の自己管理行動に及ぼす影響，Effects of Self-Esteem on the Self-Care Behavior of Chronic Dialysis Patients，41(1)，29-35，2018.

中本明世，池田七衣，新井祐恵，北尾良太，森岡広美，山中政子，山中純瑚：成人看護学演習において模擬患者を演じた上級生の経験 ― リフレクションに基づいた教育的効果の検討 ―，Experience of Senior Nursing Students Acting as Simulated Patients for the Adult Nursing Practice : Examination of Educational Effect Based on Reflection，41(2)，129-136，2018.

濵松恵子，伊東美佐江，片山由加里：実践的な臨地実習における看護学生の感情労働の構成概念の検討とその尺度化，A Study of the Constructive Concept and Scaling of Emotional Labor of Nursing Students in Practical Clinical Training，41(2)，137-146，2018.

久保典子，森鍵祐子，叶谷由佳，布施淳子，小林淳子：臨床経験10年以上の看護職者の針刺し反復に影響する要因 ― パーソンアプローチの観点から ―，Factors Influencing Repeated Needlestick Injuries Among Nurses Having More Than 10 Years of Clinical Experience: A Person Approach Analysis，41(2)，147-158，2018.

丸山純子，太湯好子：介護老人保健施設の看護職者がターミナルケアを実践するうえでの困難さとその構造，Perceived Difficulties and Challenges of Nurses Providing Terminal Care at Geriatric Health Service Facilities，41(2)，159-170，2018.

中谷章子，森　千鶴：看護師のコミュニケーションスキルとセルフエフィカシー，専門職的自律性との関連，Relationship Between Nurses' Communication Skills and Their Self-Efficacy and Professional Autonomy，41(2)，171-183，2018.

真鍋知香，當目雅代：「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，41(4)，637-649，2018.

大塚敏子，巽あさみ：“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”，41(4)，651-663，2018.

西田実紗子，上野栄一：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，41(4)，665-674，2018.

北林真美：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-Agrd Patients after Coronary Artery Bypass Grafting，41(4)，675-684，2018.

今井多樹子，高瀬美由紀，佐藤健一：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，41(4)，685-700，2018.

佐々木美幸，星　美鈴，土肥眞奈，叶谷由佳：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，41(4)，701-712，2018.

牧　茂義，永井邦芳，安藤詳子：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，41(4)，713-722，2018.

伊山聡子，前田ひとみ：看護学臨地実習における看護大学生の自己調整学習に関する研究，A Study of Self-Regulated Learning in Clinical Nursing Practice among Nursing Students，41(5)，833-840，2018.

山田恵子，小林紀明：看護系大学の学生が臨地実習を通して「個人の特性」のコンピテンシーを形成していくプロセス，The Process by Nursing College Students Form Competency “Personal Characteristics” through Clinical Nursing Practice，41(5)，841-851，2018.

中井あい，山田和子，森岡郁晴：フィリピン・セブ州に長期滞在する日本人が医療機関を受診した経験の特徴，Experiences of Utilizing Healthcare Services among Long-Stay Japanese Living in Cebu, Philippines: A Qualitative Study，41(5)，853-862，2018.

山本真実，浅野みどり：子どもの見方を変えていくしなやかさ：療育教室に参加する母親と看護者との対話を通した協働的な学び，“Flexibility” for Understanding Children: Cooperative Learning Through Dialogs Between Mothers and Nurses Participating in Rehabilitation Classes，41(5)，863-874，2018.

濱田真由美，佐々木美喜，住谷ゆかり，鈴木健太，仁昌寺貴子：授乳を行う母親の体験 ― 質的研究のメタ・サマリー ―，Mothers’ Experiences of Feeding Their Babies: A Meta-Summary of Qualitative Research，41(5)，875-889，2018.

中村真弓，玉田　章：呼気筋訓練による健康成人女子の換気機能と呼吸筋力への影響，Effects of Expiratory Muscle Training on Ventilatory Function and Respiratory Muscle Strength among Healthy Adult Women，41(5)，891-898，2018.

富塚美和，門間晶子，尾﨑伊都子：認知症に対する中高年期男女の態度と知識の実態および予防行動実行に関連する要因，Attitude towards and Knowledge of Dementia in Middle-agers and Factors Influencing Dementia Prevention Behaviors，41(5)，899-910，2018.

［研究報告］

小沢久美子，木立るり子，五十嵐世津子，坂本保子，木村　緑，田口千尋，一戸とも子，木村千代子，笹竹ひかる，坂本弘子，市川裕美子，下川原久子，久保宣子，工藤美恵子：看護学生におけるSNS利用とITリテラシー教育および道徳的感受性との関連，The Relationships of SNS Usage and IT Literacy Education with Moral Sensitivity in Nursing Students，41(1)，37-46，2018.

鈴木洋子，河津芳子：卒後2年目看護師のリアリティショック，Reality Shock in Nurses in their Second Year after Graduation，41(1)，47-57，2018.

木野有美，岩瀬信夫，小松万喜子：統合失調症患者を有する家族システムにおける家族関係のプロセス ― 母親のとらえる家族サブシステムの勢力構造 ―，The Process of Family Relationships in the Family Systems for Patients with Schizophrenia: The Power Structure of Family Subsystem from Mothers' Perspectives，41(1)，59-72，2018.

髙橋智子：終末期がん患者の清潔ケアにおける緩和ケア病棟看護師の実践知，Nurse's Practical Knowledge of the Personal Hygiene Care to End-stage Cancer Patients in Palliative Care Units，41(1)，73-83，2018.

柴田恵子，川本起久子：看護学生における生命倫理の学習内容と教材化 ― 看護学生と他学科学生の比較 ―，Teaching Materials Used in the Teaching of Bioethics to Nursing Students: Comparison of Content Learned by Undergraduate Nursing Students and Undergraduate Non-Nursing Students，41(2)，185-195，2018.

落合順子，前田ひとみ：神経難病の子どもを長期にわたり在宅で養育する親の経験，Parental Experience Nurturing Pubescent Child with Intractable Central Nervous System Disease at Home，41(2)，197-208，2018.

河相てる美，宮城和美，境美代子，小出えり子，金森昌彦：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，41(4)，723-732，2018.

髙柳智子：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，41(4)，733-739，2018.

山本知世，百田武司：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，41(4)，741-751，2018.

鈴木惠子，水野正之，小澤三枝子：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，41(4)，753-762，2018.

浅田有希，原　理恵，古賀明美，熊谷有記：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，41(4)，763-770，2018.

香川里美，名越民江：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，41(4)，771-782，2018.

明野伸次，樋之津淳子，村松真澄：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 ―，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，41(4)，783-794，2018.

森　光代，當目雅代：開頭術後に放射線化学療法を受けた悪性神経膠腫患者の病気体験のプロセス，The Disease Process as Experienced by Malignant Glioma Patients Who Underwent Postcraniotomy Chemoradiotherapy，41(5)，911-921，2018.

久松美佐子，堤由美子，福崎伊豆美：化学療法により生存期間が延長できた進行がん患者の配偶者の死別前後の体験の分析，Before-and-After Analysis of the Experience of the Spouses of Patients with Advanced Cancer Whose Lives Have Been Extended Due to Chemotherapy，41(5)，923-934，2018.

米山真理，竹内登美子，新鞍真理子，青木頼子，牧野真弓：レビー小体型認知症者を在宅で介護する家族の体験 ― 家族が異変に気づいてから診断を受けるまで ―，Experiences of Family Caregivers Providing Homecare for Individuals with Dementia with Lewy Bodies: From Detection of First Signs to Diagnosis，41(5)，935-943，2018.

伊藤歩美，岩永喜久子，中村美香：学部教育で統合実習を経験して大学病院に入職した入職 3 か月期の新人看護師の臨床における意識，The Clinical Consciousness of Novice Nurses Who Enter a University Hospital at Third Month of Employment after Experiencing Integrated Practicum in Undergraduate Education，41(5)，945-957，2018.

京田亜由美，神田清子：自宅で限られた命を生きるがん患者の“生と死”に関する体験，Experiences Related to“Life and Death”among Terminal Cancer Patients Who Face Death at Home，41(5)，959-969，2018.

平野蘭子，小山眞理子：新任プリセプターの新人看護師指導における困難および困難を乗り越えるための行動と求める支援，Novice Preceptors' Difficulties with Clinical Instructions for Newly Graduated Nurses, their Behaviors and Support Needs to Overcome these Difficulties，41(5)，971-981，2018.

金澤鉄也，山田和子，森岡郁晴：壮年期男性における虚血性心疾患患者の入院前と退院 3 か月後の Quality of Life の変化に関連する要因，Factors Related to the Change in Quality of Life between Prehospital and 3 Months after Discharge in Middle-Aged Male Patients with Ischemic Heart Disease，41(5)，983-994，2018.

[資料・その他]

小笠美春：慢性疾患患者の療養生活に関するセルフマネジメント尺度の現状と課題，The Current Status and Issues of Self-Management Scale in Recuperation of Patients with Chronic Disease，41(1)，85-97，2018.

松谷ひろみ，石橋照子，金城祥教：精神科デイケアにおける糖尿病をあわせもつ精神疾患患者の糖尿病管理に向けた支援実態の分析，Analysis of the Current Status of Support for Diabetes Mellitus Management among Patients with Mental Disorders and Coexisting Diabetes at Psychiatric Day-care Facilities，41(2)，209-218，2018.

大浦早智，宇座美代子，當山裕子：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，41(4)，795-801，2018.

池西悦子，飛田伊都子：医療安全に関する院内教育の実態 ― 医療安全管理者を対象とした質問紙調査から ―，The Current Situation of In-Service Education Regarding Healthcare Safety: From a Questionnaire Survey by Medical Safety Managers，41(5)，995-1003，2018.

品川佳満，橋本勇人，伊東朋子：看護職者が起こしやすい個人情報漏えい事故の原因に関する分析 ― 2017年の改正個人情報保護法施行までに起きた事故事例をもとに ―，Analysis of Factors Associated with Personal Information Leakage

Predominantly Caused by Nursing Staff: Based on Events Reported before Enforcement of the Amended Personal Information Protection Act in 2017，41(5)，1005-1012，2018.

長島俊輔：看護学分野での統計改革を目指して：*t*検定における*d*族効果量の報告状況とその普及に向けた課題，Toward Statistical Reform in Nursing Science: Reporting the *d*-family of Effect Size for *t*-test and a Problem for Spreading it in Nursing Science，41(5)，1013-1019，2018.

山田理絵：看護師の直観に基づく意思決定に関する文献レビュー，Decision-Making Based on Intuition of Nurses: A Literature Review，41(5)，1021-1032，2018.

2. 著者索引

あ
青木頼子 41(5) 935
明野伸次 41(4) **783**
浅田有希 41(4) **763**
浅野みどり 41(5) 863
新井祐恵 41(2) 129
安藤詳子 41(4) 713

い
五十嵐世津子 41(1) 37
池田七衣 41(2) 129
池西悦子 41(5) **995**
石橋照子 41(2) 209
市川裕美子 41(1) 37
一戸とも子 41(1) 37
伊藤歩美 41(5) **945**
伊東朋子 41(5)**1005**
伊東美佐江 41(2) 137
今井多樹子 41(4) **685**
伊山聡子 41(5) **833**
岩瀬信夫 41(1) 59
岩永喜久子 41(5) 945

う
上野栄一 41(4) 665
宇座美代子 41(4) 795

お
大浦早智 41(4) **795**
大塚敏子 41(4) **651**
小笠美春 41(1) **85**
尾崎伊都子 41(5) 899
小沢久美子 41(1) **37**
小澤三枝子 41(4) 753
落合順子 41(2) **197**

か
香川里美 41(4) **771**
片山由加里 41(2) 137
門間晶子 41(5) 899
金澤鉄也 41(5) **983**
金森昌彦 41(4) 723
叶谷由佳 41(2) 147, 41(4) 701
河相てる美 41(4) **723**
河津芳子 41(1) 47
川本起久子 41(2) 185
神田清子 41(5) 959

き
北尾良太 41(2) 129
木立るり子 41(1) 37
北林真美 41(4) **675**
木野有美 41(1) **59**
木村千代子 41(1) 37
木村緑 41(1) 37
京田亜由美 41(5) **959**
金城祥教 41(2) 209

く
工藤美恵子 41(1) 37
久保宣子 41(1) 37
久保典子 41(2) **147**
熊谷有記 41(1) 29, 41(4) 763

こ
小出えり子 41(4) 723
古賀明美 41(1) 29, 41(4) 763
小林淳子 41(2) 147
小林紀明 41(5) 841
小松万喜子 41(1) 59
小山眞理子 41(5) 971

さ
境美代子 41(4) 723
坂本弘子 41(1) 37
坂本保子 41(1) 37
佐々木美喜 41(5) 875
佐々木美幸 41(4) **701**
笹竹ひかる 41(1) 37
佐藤健一 41(4) 685

し
品川佳満 41(5)**1005**
柴田恵子 41(2) **185**
下川原久子 41(1) 37

す
鈴木惠子 41(4) **753**
鈴木健太 41(5) 875
鈴木洋子 41(1) **47**
住谷ゆかり 41(5) 875

た
高瀬美由紀 41(4) 685
髙橋智子 41(1) **73**
髙柳智子 41(4) **733**
田口千尋 41(1) 37
竹内登美子 41(5) 935
巽あさみ 41(4) 651
玉田章 41(5) 891

つ
堤由美子 41(5) 923

と
土肥眞奈 41(4) 701
東條千章 41(1) 19
當目雅代 41(4) 637, 41(5) 911
當山裕子 41(4) 795
飛田伊都子 41(5) 995
富塚美和 41(5) **899**

な
中井あい 41(5) **853**
永井邦芳 41(4) 713
長島俊輔 41(1) 19, 41(5)**1013**
中谷章子 41(2) **171**
中村真弓 41(5) **891**
中村美香 41(5) 945
中本明世 41(2) **129**
名越民江 41(4) 771

に
新鞍真理子 41(5) 935
西田実紗子 41(4) **665**
仁昌寺貴子 41(5) 875

は

橋本勇人　41(5)1005
濱田真由美　41(5) **875**
濵松恵子　41(2) **137**
原　理恵　41(4) 763

ひ

久松美佐子　41(5) **923**
樋之津淳子　41(4) 783
百田武司　41(4) 741
平野蘭子　41(5) **971**

ふ

福崎伊豆美　41(5) 923
布施淳子　41(2) 147
太湯好子　41(2) 159

ほ

星　美鈴　41(4) 701
堀田佐知子　41(1) 19

ま

前田ひとみ　41(2) 197, 41(5) 833
牧　茂義　41(4) **713**
牧野真弓　41(5) 935
松谷ひろみ　41(2) **209**
松本智美　41(1) **29**
真鍋知香　41(4) **637**
丸山純子　41(2) **159**

み

水野正之　41(4) 753
宮城和美　41(4) 723

む

村松真澄　41(4) 783

も

森　千鶴　41(2) 171
森　光代　41(5) **911**
森岡郁晴　41(5) 853, 41(5) 983
森岡広美　41(2) 129
森鍵祐子　41(2) 147

や

山下舞琴　41(1) **19**
山田和子　41(5) 853, 41(5) 983
山田恵子　41(5) **841**
山田理絵　41(5)**1021**
山中純瑚　41(2) 129
山中政子　41(2) 129
山本知世　41(4) **741**
山本真実　41(5) **863**

よ

米山真理　41(5) **935**

わ

若村智子　41(1) 19

3．事　項　索　引

あ

ITリテラシー　41(1)　37
悪性神経膠腫　41(5) 911
安全管理　41(5) 995
安楽　41(4) 783

い

育児ストレス　41(4) 795
医師　41(5)1005
意識　41(5) 945
意思決定　41(5)1021
移動運動　41(4) 733

え

SNS　41(1)　37

お

親　41(2) 197

か

介護職　41(4) 701
介護老人保健施設　41(2) 159
開頭術　41(5) 911
回復期　41(4) 733
家族介護者　41(5) 935
家族関係　41(1)　59
家族システム　41(1)　59
語り　41(4) 733
がん　41(5) 959
がん化学療法　41(5) 923
がん患者　41(1)　73
換気機能　41(5) 891
看護学生　41(1)　37，　41(2) 137
　41(2) 185
看護技術　41(4) 783
看護教育　41(1)　37
看護師　41(1)　47，　41(2) 171
　41(4) 637，　41(4) 753
　41(5)1021
看護職　41(4) 701，　41(5)1005
看護大学生　41(5) 841
患者　41(5) 959
患者の意思の尊重　41(2) 185
患者の思い　41(2) 185
感情労働　41(2) 137
緩和ケア　41(1)　73

き

季節性　41(1)　19
QOL　41(5) 983
教材化　41(2) 185
共分散構造分析　41(4) 753
虚血性心疾患　41(5) 983

け

血液透析患者　41(4) 763
健康管理　41(5) 853
健康女子　41(5) 891
現任教育　41(5) 995

こ

効果量　41(5)1013
口腔ケア　41(4) 665
口腔ケア行動意図　41(4) 665
構成概念　41(2) 137
高齢者総合的機能評価　41(4) 741
呼気筋訓練　41(5) 891
呼吸筋力　41(5) 891
個人情報　41(5)1005
子育て　41(5) 863
子ども　41(2) 197
コミュニケーション　41(5) 863
コミュニケーションスキル　41(2) 171
混合分析法　41(4) 685
困難さ　41(2) 159
コンピテンシー　41(5) 841

さ

在宅　41(5) 959
再入院　41(4) 713

し

支援　41(2) 209，　41(5) 971
自己管理行動　41(1)　29

自己効力感 41(5) 833
自己調整学習 41(5) 833
仕事 41(5) 983
自尊感情 41(1) 29
実技演習 41(2) 129
実践知 41(1) 73
質的帰納的分析 41(4) 685
質的研究 41(2) 197, 41(5) 853
質的研究統合 41(5) 875
質的データ 41(4) 685
質問紙法 41(5) 995
指導上の困難 41(5) 971
しなやかさ 41(5) 863
尺度 41(1) 85, 41(4) 637
重回帰分析 41(5) 983
修正版グランデッドセオリー 41(5) 841
終末期 41(5) 959
熟練看護師 41(4) 783
術後無気肺 41(5) 891
首尾一貫感覚 41(4) 763
趣味 41(4) 795
循環器 41(4) 675
情報漏えい 41(5)1005
職場 41(1) 47
職場復帰支援 41(4) 675
新人看護師 41(4) 685, 41(5) 971
新人看護職 41(5) 945
新任プリセプター 41(5) 971

す
睡眠 41(1) 19
ストレス対処 41(4) 763

せ
生活の質 41(4) 763
清潔の援助 41(1) 73
精神科長期入院患者 41(4) 771
精神科デイケア 41(2) 209
精神科病棟看護師 41(4) 665
成人看護 41(2) 129
精神疾患患者 41(2) 209
生と死 41(5) 959
生命倫理 41(2) 185
勢力構造 41(1) 59
セルフエフィカシー 41(2) 171
セルフケア 41(1) 85
セルフマネジメント 41(1) 85
専門職的自律性 41(2) 171
専門職連携 41(4) 651

そ
相互作用 41(5) 863
壮年期男性 41(5) 983

た
ターミナルケア 41(2) 159
体位変換 41(4) 783
退院支援 41(4) 771
体験 41(5) 875, 41(5) 923
41(5) 935
態度 41(5) 899
多職種 41(4) 771

ち
地域移行 41(4) 713
地域在住高齢者 41(4) 723
地域定着 41(4) 713
知識 41(5) 899
直観 41(5)1021

て
t 検定 41(5)1013
テキストマイニング 41(4) 685
手の使い方 41(4) 783

と
統計解析 41(5)1013
統合実習 41(5) 945
統合失調症 41(1) 59, 41(4) 713
道徳的感受性 41(1) 37
糖尿病管理 41(2) 209
特別養護老人ホーム 41(4) 701

な
ナラティヴ 41(5) 863

に
日常生活 41(4) 723

日常生活活動 41(1) 73
日照時間 41(1) 19
日本人 41(5) 853
認知症 41(5) 899

の
脳血管障害 41(4) 733
脳卒中 41(4) 741
乗り越えるための行動 41(5) 971

は
パーソンアプローチ 41(2) 147
配偶者 41(5) 923
母親 41(4) 795, 41(5) 875
母親の語り 41(1) 59
針刺し反復 41(2) 147

ひ
悲嘆 41(5) 923
ヒューマンスキル 41(4) 637
病院看護 41(4) 713
評価尺度 41(4) 771
病気体験 41(5) 911

ふ
フィリピン 41(5) 853
復職 41(4) 753
服薬アドヒアランス 41(4) 741
文献レビュー 41(1) 85

ほ
保育士 41(4) 651
放射線化学療法 41(5) 911
保健師 41(4) 651
母乳育児 41(5) 875

ま
慢性透析患者 41(1) 29

め
メタ・サマリー 41(5) 875
面接 41(5) 853

も
模擬患者 41(2) 129

や
役割期待 41(4) 651

よ
養育 41(2) 197
予防行動 41(5) 899

り
リアリティショック 41(1) 47
リフレクション 41(2) 129
量的研究 41(5)1013
臨床看護師 41(4) 675
臨床看護職者 41(2) 147
臨地実習 41(2) 137, 41(5) 833
41(5) 841

れ
レビー小体型認知症 41(5) 935
連携 41(4) 701

ろ
労働条件 41(4) 753
ロコモティブシンドローム 41(4) 723

A

activities of daily living 41(1) 73
adult nursing 41(2) 129
attitude 41(5) 899

B

bioethics 41(2) 185
breastfeeding 41(5) 875

C

cancer 41(5) 959
cancer chemotherapy 41(5) 923
cancer patients 41(1) 73
care staff 41(4) 701
cerebrovascular disorders 41(4) 733
challenges 41(2) 159
chemoradiotherapy 41(5) 911
child 41(2) 197
child rearing 41(5) 863
chronic dialysis patients 41(1) 29
circulatory organ 41(4) 675
clinical nurses 41(2) 147, 41(4) 675
clinical nursing practice 41(5) 833, 41(5) 841
clinical training 41(2) 137
communication 41(5) 863
communication skills 41(2) 171
community settlement 41(4) 713
community transition 41(4) 713
community-dwelling elder 41(4) 723
competency 41(5) 841
Comprehensive Geriatric Assessment 41(4) 741
consciousness 41(5) 945
constructive concept 41(2) 137
co-operation 41(4) 701
craniotomy 41(5) 911

D

daily life 41(4) 723
daylight hours 41(1) 19
decision-making 41(5)1021
dementia 41(5) 899
dementia with Lewy bodies 41(5) 935
diabetes mellitus management 41(2) 209
difficulty with clinical instructions 41(5) 971
discharge support 41(4) 771
disease experience 41(5) 911

E

efect size 41(5)1013
emotional labor 41(2) 137
evaluation scale 41(4) 771
experience 41(5) 875, 41(5) 923
experiences 41(5) 935
expert nurse 41(4) 783
expiratory muscle training 41(5) 891

F

family caregivers 41(5) 935
family relationship 41(1) 59
family subsystem power structure 41(1) 59
family system 41(1) 59
flexibility 41(5) 863

G

geriatric health services facility 41(2) 159
grief 41(5) 923

H

health care 41(5) 853
healthcare safety 41(5) 995
healthy women 41(5) 891
hemodialysis patients 41(4) 763
hobbies 41(4) 795
home 41(5) 959
hospital nursing 41(4) 713
human skills 41(4) 637

I

information leakage 41(5)1005
in-service education 41(5) 995
integrated practicum 41(5) 945
intention to take oral care 41(4) 665
interaction 41(5) 863
interprofessional collaboration 41(4) 651
interview 41(5) 853
intuition 41(5)1021
ischemic heart disease 41(5) 983
IT literacy 41(1) 37

J

Japanese 41(5) 853
job 41(5) 983
job re-entry 41(4) 753

K

knowledge 41(5) 899

L

life and death 41(5) 959
literature review 41(1) 85
locomotion 41(4) 733
locomotive syndrome 41(4) 723
long-term hospitalized psychiatric patients 41(4) 771

M

malignant glioma 41(5) 911
medication adherence 41(4) 741
meta-summary 41(5) 875
middle-aged male 41(5) 983
mixed analysis method 41(4) 685
modified version of grounded theory 41(5) 841
moral sensitivity 41(1) 37
mother 41(5) 875
mothers 41(4) 795
mothers' narratives 41(1) 59
multiple linear regression analysis 41(5) 983
multi-professional 41(4) 771

N

narrative 41(5) 863
narratives 41(4) 733
newly graduated nurse 41(5) 971
newly graduated nurses 41(4) 685
novice nurse 41(5) 945
novice preceptor 41(5) 971
nurse 41(1) 47
nursery teacher 41(4) 651
nurses 41(2) 171, 41(4) 637
41(4) 701, 41(4) 753
41(5) 1021
nursing college students 41(5) 841
nursing education 41(1) 37
nursing homes 41(4) 701
nursing skill 41(4) 783
nursing staff 41(5) 1005
nursing student 41(1) 37
nursing students 41(2) 137
nurturing 41(2) 197

O

oral care 41(4) 665
overcoming behavior 41(5) 971

P

palliative care 41(1) 73
parenting stress 41(4) 795
parents 41(2) 197
patient comfort 41(4) 783
patients 41(5) 959
patients with mental disorders 41(2) 209
patients's feelings 41(2) 185
person approach 41(2) 147
personal hygiene care 41(1) 73
personal information 41(5) 1005
Philippines 41(5) 853
physicians 41(5) 1005
postoperative atelectasis 41(5) 891
postural changes 41(4) 783
practical knowledge 41(1) 73
practice 41(2) 129
Prevention Behaviors 41(5) 899
professional autonomy 41(2) 171
psychiatric day-care 41(2) 209
psychiatric word nurse's 41(4) 665
public health nurse 41(4) 651

Q

QOL 41(4) 763
qualitative analysis 41(4) 685
qualitative data 41(4) 685
qualitative research 41(2) 197
qualitative study 41(5) 853
quality of life 41(5) 983
quantitative study 41(5) 1013
questionnaire study 41(5) 995

R

readmission 41(4) 713
reality shock 41(1) 47
recovery 41(4) 733
reflection 41(2) 129
repeated needlestick injuries 41(2) 147
respecting patients's wishes 41(2) 185
respiratory muscle strength 41(5) 891
role expectation 41(4) 651

S

scale 41(1) 85, 41(4) 637
schizophrenia 41(1) 59, 41(4) 713
seasonality 41(1) 19
self-care 41(1) 85
self-care behavior 41(1) 29
self-efficacy 41(2) 171, 41(5) 833
self-esteem 41(1) 29
self-management 41(1) 85
self-regulated learning 41(5) 833
sense of coherence 41(4) 763
simulated patient 41(2) 129
sleep 41(1) 19
social networking service 41(1) 37
spouse 41(5) 923
statistical analysis 41(5)1013
stress coping 41(4) 763
stroke 41(4) 741
Structural Equation Modeling 41(4) 753
support 41(2) 209, 41(5) 971
support for return to work 41(4) 675
synthesizing qualitative research 41(5) 875

T

teaching materials 41(2) 185
terminal 41(5) 959
terminal care 41(2) 159
text mining 41(4) 685
t-test 41(5)1013

U

undergraduate nursing student 41(2) 185

V

ventilatory function 41(5) 891

W

ways of touching 41(4) 783
work environment 41(4) 753
workplace 41(1) 47

事 務 局 便 り

1．2019年度会費納入のお願い

2018年12月中に2019年度会費納入のお願いをお送りいたします。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　東京都豊島区巣鴨１－24－１　４Ｆ
㈱ガリレオ学会業務情報化センター内
TEL：03－3944－8236　　FAX：03－5981－9852
E-mail：g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp
開所曜日：（平日）月～金曜日　　開所時間：９：30～18：00

日 本 看 護 研 究 学 会 雑 誌

第41巻　5号

無 料 配 布

平成30年12月20日　印刷
平成30年12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
委　員　吾郷美奈恵（会　員）島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）福井大学学術研究院医学系部門
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
本田　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　東京都豊島区巣鴨
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
ホームページアドレス
http://www.jsnr.jp/
E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp
発行責任者　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そちらをご利用下さい。）

1．**大学，短期大学，専修学校在学中の学生は入会できません。**なお，前述の身分に該当する方で，学術集会への演題申込みのためにあらかじめ発表年度からの入会を希望される場合は，発表年度にはこれに該当しないことを入会申込書欄外に明記して下さい。

2．入会を申し込まれる場合は，評議員の推薦，署名，捺印，入会申込み本人氏名，捺印が必要です。下記入会申込書の各欄に必要事項を楷書でご記入下さい。ご本人の捺印のない場合があります。ご注意下さい。

3．入会申込書の送付先：〒170-0002　東京都豊島区巣鴨１－24－１　第２ユニオンビル４階
株式会社ガリレオ　学会業務情報化センター内
一般社団法人日本看護研究学会

4．理事会承認後，その旨通知する際に入会金３，０００円，年会費８，０００円，合計１１，０００円の郵便振込用紙を送付します。振込用紙到着後14日（２週間）以内にお振込み下さい。

5．専門区分の記入について：専門区分のいずれかに○印を付けて下さい。尚，その他の場合は，（　）内に専門の研究分野を記入して下さい。

6．送付先について：送付先住所の自宅・所属いずれかに○印をご記入下さい。

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

8．会員番号は，会費等の納入を確認ののち，お知らせいたします。

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

（ 切り取り線より切ってお出しください ）

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	印	生年	西暦　　年　　月　　日　　性別　男・女
所属			
	TEL	FAX	
送付先住所	自宅・所属（いずれかに○）	〒	
E-mail			
自宅	TEL	FAX	
評議員推薦者氏名	印	会員番号	
推薦者所属			
事務局記入欄	理事会承認年月日		
	受付番号	年度入会会員番号	
	受付日	巻　　号～	
	通知番号	送付日	

地区割

地区名		都道府県名
1	北海道	北海道
2	東北	青森，岩手，宮城，秋田，山形，福島
3	関東	千葉，茨城，栃木，群馬，新潟
4	東京	東京，埼玉，山梨，長野
5	東海	神奈川，岐阜，静岡，愛知，三重
6	近畿・北陸	滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山，福井，富山，石川
7	中国・四国	島根，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おりません。送付先を「勤務先」から「自宅」に変更の場合は，ご自宅住所を明記してお知らせ下さるようお願いいたします。

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

Japan Society of Nursing Research