

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 42 Number 1 April 2019 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[42巻1号]

会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会国際活動推進委員会規程第 3 条 4 . に基づいて、国際活動推進委員に以下の 2 名が選任されましたのでお知らせいたします。

中平 みわ氏 (京都光華女子大学)

森山 ますみ氏 (国際医療福祉大学)

2018年11月23日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 宮 腰 由紀子

会 告 (2)

2019年 4 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

〒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/access/

【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)
座長：前田ひとみ (熊本大学大学院生命科学研究部)
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)
座長：泊 祐子 (大阪医科大学看護学部)
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)
座長：小林道太郎 (大阪医科大学看護学部)
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)
座長：田中マキ子 (山口県立大学看護学部)
 - 2) セラピーアイランド淡路島の構築を基盤とした地域活性化と看護教育カリキュラム開発

—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（関西看護医療大学看護学部）

座長：清水 安子（大阪大学大学院医学系研究科保健学専攻）

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（高崎健康福祉大学保健医療学部）

座長：山勢 博彰（山口大学大学院医学系研究科）

5. シンポジウム

1) 社会にひろげる看護の成果・知恵・経験

シンポジスト

三輪 恭子（大阪府立大学地域保健学域）

多田真寿美（株式会社ナースあい）

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）

座長：荒木 孝治（大阪医科大学看護学部）

祖父江育子（広島大学大学院医歯薬保健学研究院）

2) 診療報酬につながる研究成果の示し方・つかい方

シンポジスト

箕浦 洋子（関西看護医療大学看護学部）

渡邊 眞理（横浜市立大学医学部）

叶谷 由佳（横浜市立大学医学部）

座長：山口 桂子（日本福祉大学看護学部）

越村 利恵（大阪大学医学部附属病院看護部）

6. 市民公開講座「ちょっとしたコツで変わるオーラルケア—古くて新しい方法—」

寺井 陽彦（大阪医科大学口腔外科学教室）

座長：松上美由紀（大阪医科大学附属病院看護部）

7. 学会委員会企画

1) 編集委員会「投稿前チェックリストをうまく活用するために」

吉田 澄恵（東京医療保健大学千葉看護学部）

座長：工藤 美子（兵庫県立大学看護学部）

2) 国際活動推進委員会「在留外国人・訪日外国人増大に伴い看護はどこに向かうのか」

パネリスト：大橋 一友（大阪大学）

外国人医療看護コーディネーター（講師交渉中）

森山ますみ（国際医療福祉大学成田看護学部）

座長：岡 美智代（群馬大学）

吉沢豊予子（東北大学）

3) 将来構想委員会 看護保険連合WG「2020年の診療報酬改定に向けての要望

医療的ケア児と家族の暮らしを支える訪問看護の礎となる診療報酬の拡大」

濱田 裕子（九州大学医学研究院保健学部門）

市川百香里（岐阜県看護協会重症心身障がい在宅支援センターみらい）

遠渡 絹代（岐阜県立希望が丘こども医療福祉センター）

座長：泊 祐子（大阪医科大学看護学部）

4) 将来構想委員会 広報WG「学会ウェブサイトをもっと活用しよう！」

塩飽 仁（東北大学医学部）

5) 研究倫理委員会「質的看護研究における倫理」

北 素子（東京慈恵会医科大学）

座長：山勢 博彰（山口大学大学院医学系研究科）

8. 看護薬理学公開セミナー「クスリの効き方にはなぜ個体差があるのか

—ひとりひとりの患者さんの違いを大切にす看護のために—

藤尾 慈（大阪大学大学院薬学研究科）

座長：柳田 俊彦（宮崎大学医学部看護学科）

9. 一般演題（口演，示説），交流集会

10. 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） 17：30～19：30（時間予定）

場所：大阪国際会議場 12F レストラン「グラントック」

会費：5,000円

研究会セミナー 2019年8月19日（月） 15：00～18：20

1) セミナー1「質的研究をはじめするために —現象学的アプローチを中心に—」

小林道太郎（大阪医科大学看護学部）

2) セミナー2「量的研究をはじめするために —データ分析の基礎—」

仲下祐美子（大阪医科大学看護学部）

【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。

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

【一般社団法人日本看護研究学会 第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

E-mail : jsnr45-2019@intergroup.co.jp

TEL : 06-6372-3051 FAX : 06-6376-2362

目 次

第44回一般社団法人日本看護研究学会学術集会講演記事

会長講演

看護が創る変化の波	1
熊本大学大学院生命科学研究部 前田ひとみ	

教育講演 I

看護現場学	
—看護の知，発見から創造への帰納的アプローチ—	5
横浜市立大学看護キャリア開発支援センター 淑徳大学客員教授 陣田泰子	

シンポジウム I

次世代の看護研究者育成の波を作る	8
座長 神戸大学大学院 法橋尚宏 熊本大学大学院 三笥里香	

オーストラリアにおける大学院教育の特徴：多様なニーズの尊重	9
安田女子大学看護学部 高瀬美由紀	

看護科学領域における研究教育とは？ 課題と展望	12
筑波大学医学医療系 国際看護学 竹熊カツマタ 麻子	

若手看護学研究者が必要とする支援：

テニュアトラック制は未来を切り拓くキャリアパスの一つになりえるか？	15
宮崎大学テニュアトラック推進機構 吉永尚紀	

一原 著一

青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築	17
日本赤十字九州国際看護大学 山本孝治 日本赤十字九州国際看護大学 中村光江	

新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で看護を实践するうえでの取り組み

—KJ法を活用した面接内容の構造化から—	31
安田女子大学看護学部看護学科 今井多樹子 県立広島大学保健福祉学部看護学科 岡田麻里 安田女子大学看護学部看護学科 高瀬美由紀	

看護師にとっての清拭の意味

—清拭のエスノグラフィー—	43
神戸市看護大学 澁谷幸	

化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から 退院後1か月までの病気体験のプロセス	53
香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科	岡 西 幸 恵
同志社女子大学看護学部看護学科	當 目 雅 代

— 研究報告 —

がん患者への受動的筋弛緩法の介入による指標と主観による評価	65
群馬大学大学院保健学研究科	近 藤 由 香
群馬大学大学院保健学研究科	中 村 美 香
群馬大学医学部附属病院	今 井 裕 子

産婦人科病院・診療所の助産師が「気になる親子」を 他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス — 子ども虐待の発生予防を目指して（第1報） —	75
国立看護大学校	唐 田 順 子
聖隷クリストファー大学	市 江 和 子
常葉大学	濱 松 加 寸 子
和歌山県立医科大学大学院保健看護研究科	山 田 和 子

在宅認知症者の介護者がうつ状態に至る要因における性差	87
国際医療福祉大学福岡看護学部精神看護学分野	齋 藤 嘉 宏
九州大学大学院医学研究院保健学部門	鳩 野 洋 子

初期キャリア形成期看護師のピア・コーチングの様相とその効果 — フォーカスグループインタビューによる分析 —	99
大阪府立大学大学院看護学研究科	富 田 亮 三
大阪府立大学大学院看護学研究科	細 田 泰 子

家族介護者の介護力構造因子における関連要因と介護負担感への影響	111
福岡県立大学看護学部	櫛 直 美
福岡県立大学看護学部	尾 形 由 起 子
福岡県立大学看護学部	江 上 史 子

— 資料・その他 —

東日本大震災で被災した災害救援者の経時的ストレス反応	123
医療法人社団健育会石巻健育会病院	庄 司 正 枝
横浜市立大学医学部看護学科	叶 谷 由 佳
横浜市立大学医学部看護学科	本 多 由 起 子

CONTENTS

Original Paper

Rebuilding of the Life of Middle-Aged Pre-Adolescence-Onset Crohn's Disease Patients	17
Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing : Koji Yamamoto	
Japanese Red Cross Kyushu International College of Nursing : Mitsue Nakamura	
Efforts of Newly Graduated Nurses in Dealing with More than One Patient Simultaneously:	
Analyzing Data Collected through Interviews with Newly Graduated Nurses, Using the KJ Method	31
Faculty of Nursing, School of Nursing, Yasuda Women's University : Takiko Imai	
Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima : Mari Okada	
Faculty of Nursing, School of Nursing, Yasuda Women's University : Miyuki Takase	
The Significance of Bed Baths to Nurses: An Ethnographic Study of Bed Baths	43
Kobe City College of Nursing : Miyuki Shibutani	
Experience of Patients with Head and Neck Cancer who Received Chemoradiotherapy, from Cancer Onset to 1 Month Post-Discharge	53
Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences : Sachie Okanishi	
Department of Nursing, Faculty of Nursing, Doshisha Women's College of Liberal Arts : Masayo Toume	
Research Reports	
Physiological and Subjective Assessments of Passive Muscle Relaxation Intervention in Cancer Patients	65
Gunma University Graduate School of Health Sciences : Yuka Kondo	
Gunma University Graduate School of Health Sciences : Mika Nakamura	
Gunma University Hospital : Hiroko Imai	
The Processes by Which Midwives at Maternity Clinics Recognized "Parents and Children of Concern" and Decide Pass on This Information to Other Institutions: with an Aim to Preventing Child Abuse (Report 1)	75
National College of Nursing, Japan : Noriko Karata	
Seirei Christopher University : Kazuko Ichie	
Tokoha University : Kazuko Hamamatsu	
Graduate School of Health and Nursing Science, Wakayama Medical University : Kazuko Yamada	
A Study of Differences between the Sexes on the Caregiver's Depression Factors for People with Dementia at Home	87
Development of Nursing, School of Nursing at Fukuoka, International University of Health and Welfare : Yoshihiro Saito	
Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University : Yoko Hatono	

The Nature and Effects of Peer Coaching for Nurses During the Initial Career-Development Period: Analysis Using a Focus Group Interview	99
Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University : Ryozo Tomita	
Graduate School of Nursing, Osaka Prefecture University : Yasuko Hosoda	
 Influence of Relevant Factors among the Structural Factors Associated with Care Capacity on the Sense of Care Burden of Family Caregivers	 111
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University : Naomi Ichiki	
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University : Yukiko Ogata	
Faculty of Nursing, Fukuoka Prefectural University : Fumiko Egami	
 Preliminary Session	
 Time-Course Stress Response among the Disaster-Relief Workers Affected by the Great East Japan Earthquake	 123
Ishinomaki Ken-iku Kai Hospital, Ken-iku Kai Medical Corporation : Masae Shoji	
Nursing Course, School of Medicine, Yokohama City University : Yuka Kanoya	
Nursing Course, School of Medicine, Yokohama City University : Yukiko Honda	

第 44 回

一般社団法人日本看護研究学会学術集会

講演記事

2018年8月18日（土）、19日（日）

学術集会長 前田ひとみ

於 熊本県立劇場

注) 掲載に賛同し、入稿された原稿に限定して掲載しています。

◆会長講演◆

看護が創る変化の波

熊本大学大学院生命科学研究部 前田ひとみ

はじめに

一般社団法人 日本看護研究学会は、私が現在所属している学会の中で最初に入会した学会であり、本学会の前身の「四大学看護学研究会」は研究発表のデビューを果たした思い出深い学会である。当時は、教育学部に特別教科(看護) 教員養成課程を持つ熊本・徳島・千葉・弘前の4つの国立大学を中心に看護学教育の検討とともに研究発表が行われていた。本学会は早くから若手研究者育成に向けた研究奨学事業にも取り組んでおり、研究者の卵時代に私も研究奨学金の助成をいただき、育ててくださった学会でもある。このような伝統ある、そして感謝深い学会の学術集会長を拝命し、光栄であるとともに、貴重な機会を与えていただいた本学会理事長の宮腰由紀子先生をはじめ、理事・会員の皆様に深謝の意を表したい。また、本学術集会を開催するにあたり企画・運営に携わっていただいた企画・運営委員の皆様、ご協賛いただきご支援くださった企業の皆様、ご参加くださった皆様、ボランティアの皆様にご感謝申し上げます。

I. 本学術集会のテーマとプログラムについて

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『看護学が創る変化の波』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た。

全世界的に高齢・少子化が進み、保健医療福祉サービスを必要とする人々の割合が増加している。さらに医療は高度化し、ケアニーズも複雑化していく中で、限りある資源を有効に使い、必要なサービスを組織化していくことが求められている。めまぐるしく変化する医療や看護を取り巻く環境の中で、看護職には健康な生活と質の高い医療の確保に向けた専門性の強化と役割拡大が求められており、今まさに、看護の力が問われる時代となっている。そこで、看護学研究によって積み重ねられたさまざまな成果を、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を込めて、テーマを決定した。

看護学は人を対象とし、人と人との関係性を基盤とした実践の科学である。そのため、同じ現象を見ていたとしても、観察するものや関係性の中で見えるものが異なってくる。例えば、有名なだまし絵であるルビンの壺を見た時に、

壺が見える人もいれば、向き合っている二人の顔が見える人もいる。見え方が違えば理解が異なり、行動も変わってくる。人を対象とする医療の場は様々な要因が複雑に絡み合っていることから、ただそのことを知っているというだけではなく、多角的に物事を見ることによって得られる広く深い理解や技術が含まれる。そのため形式知のみでは、実践につながらないことも多く、経験知と形式知がうまく変換されることによって新たな知が創造されていく。より良い看護実践を求めるならば、経験知を客観的な知である形式知として見える形にして蓄積していく必要がある。そのような知の構築には、学問の壁を越えた知識や技術の統合が求められる。本学会の特徴として、研究会の時代から、看護学を狭い範囲にとらえるのではなく、他学問領域の研究者や実践家との対話を通じた知恵を融合することによって、看護学の発展に寄与してきたことが挙げられる。そこで、本学術集会の特別講演、教育講演では、看護学領域の研究に加え、医学並びにヘルスコミュニケーション学の研究者から知の探究方法や研究者のあり方について学ぶ機会を設けることを企画した。

特別講演では、世界初の抗Human Immunodeficiency Virus (HIV) 薬を開発し、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くことにした。満屋先生は日本とアメリカの両国に研究室を持ち、複数の抗HIV薬を開発されているという偉業を成し遂げられている。さらに、満屋先生は、“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カッコいい。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、国内外で優秀な研究者をたくさん育てていらっしゃる。私は、若い時に米国国立がん研究センターにある満屋研究室で研究員として働かせていただいたことがある。当時私は医学博士を取得したばかりで、免疫学はかじってはいたものの看護学という分野違いの者を雇用して下さるか心配であった。しかし満屋先生は、どのような研究技術を持っているかを問われ、そして雇ってくださった。実験で思うような結果がなかなか出ない時に、満屋先生から「治療がうまくいかない時、臨床医は患者さんに何て言うか知ってる？」と聞かれたことがある。「もう

少し、様子を見てみましょう。と言うんだよ。」と言われた。一生懸命になりすぎていると、見えているのに見えなくなってしまうことがある。力を抜いて見ると見えてきたり、時には時間が解決してくれることもある。このときに、物事を見つめる心の余裕を持つことの重要さと、余裕を持つためには自分を信じていることができる幅広い知識と経験を得る必要があると強く感じた。

日本における看護学の発展が本格化しはじめたのは、大学院が増え始めたここ四半世紀に過ぎない。未だに看護系大学や大学院が年々増え続けている一方で、看護学研究者・教育者の育成が追いついておらず、看護教員の奪い合いの状況が続いている。本学術集会を通して、社会の大きな変化の波の中で、看護職者の持つ叡知と知恵の創造と広がりの可能性を探っていききたいという思いと、次世代の看護学発展のために、若手看護実践者・看護学研究者、指導的立場にある看護研究者・看護学教育者各々が、自分にできることは何か、何をすべきかを立ち止まって考える機会になることを望んで、本学術集会のテーマとプログラムを決定した。

II. 変化の小さな波から大きな波へ：positive deviance

医療・福祉施設の感染管理は看護師が中心的役割を果たしているといっても過言ではない。抗菌薬の発達により、先進国では感染症は過去の疾患と思っている人も少なくない。しかし、抗菌薬の誤った使用、高齢化や治療の発達による易感染性宿主の増加、環境破壊、温暖化等の影響で感染症による健康被害は増加している。以前は院内感染、市井感染と分けられていたが、現在では入院日数の短縮や在宅医療などによる医療の場の多様化に伴って、病原体曝露の場所の特定が難しいことから、医療関連感染と呼ばれるようになった。

感染管理担当者は、手指衛生などの研修やポスターなどの掲示物による啓発、手指衛生行動のモニタリングなど、医療関連感染予防に向けたさまざまな介入をおこなっているが、どの介入も効果は長続きせず、一時的に終わることが多い。現在行われている感染管理対策は、施設の課題に対し、できていない部分を探し出し、外部で成功した解決法を持ち込んで改善を図ろうとする Problem based approach が一般的である。近年、欧米諸国では、このようなできていないことに着目し、外部から解決策を持ち込むのではなく、その集団の中で行われている良い方法や行動を見つけ出し、それを集団の中で広げることによって解決を図ろうという新たな発想である Positive deviance approach (以下、PDアプローチ) による感染管理が注目されている。そのいくつかの例を紹介しよう。

ドアを開ける時やパソコンのキーボードを打つ時、そし

てエレベータの開閉ボタンや行先階のボタンを押す時など、常にノックするように中指を曲げて操作する「ノックル・レディ」と呼ばれる看護師がいた。この行動について細菌学的に検証した結果、ノックするように中指を曲げると、物体と接着する面積が狭くなるため細菌の伝播を劇的に減らすことができる¹⁾ことがわかった。「ノックル・レディ」の方法は誰でもできる簡単な行動である。もし、どうしても手指消毒ができない時には、細菌の伝播を減少させるために「ノックル・レディ」の方法を活用してみてもどうか。

もうひとつの成功例として、2015年に私が訪問したコロンビア共和国ボゴタ市にある公立 El Tunal 病院を紹介する。この病院は小児救急、乳幼児、小児及び成人の集中治療室を持つ高次医療機関であり、methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) 感染対策に PD アプローチを試行的に用いるパイロット病院に立候補した病院である。パイロット病院のメリットは、米国の Centers for Disease Control and Prevention (以下、CDC) からの「PD コーチ」の助けを得られることである。この病院では、最初は外部の力を借りながら、組織内での関心を高めていった。El Tunal 病院における感染対策部の専属メンバーは2人であったが、この2人の専属スタッフが MRSA 感染予防対策に積極的な医師や看護師、その他のコメディスタッフ、清掃係、受付係などを巻き込んでプロジェクトチームを作っていった。ある時、このプロジェクトチームは、小児の集中治療室で2年間にわたり、MRSA 感染が起こっていないことに気づいた。その原因を突き止めるにあたって、医療スタッフや家族などさまざまな人に話を聞いたり、行動を観察した。すると集中治療室の入り口には手指消毒剤が置いてあるにもかかわらず、集中治療室の入り口で手指消毒剤の入った容器を持ち歩き、医師、看護師、家族などそれ違った人の手に手指消毒剤を振りかける事務職員の存在が浮き上がってきた。感染予防の基本は手指衛生である。その後、El Tunal 病院では、この一人の事務職員の行動の小さな波を拡げるために、各病棟の入り口のドアの前に手指消毒剤を振りかける職員を配置するといったシステムの大きな波に発展させていった(写真1)。

似たような姿を熊本地震の避難所でも見ることができた。熊本地震では、ピーク時には約900箇所の避難所が開設され、18万人を超える住民が避難した。2,000人を超える避難所もあり、インフルエンザやノロウイルスによるアウトブレイクを起こさないような感染予防対策が講じられた。そのような中、ある避難所では、食料配給を待つ人の列にアルコール手指消毒剤を持ったボランティアを配置し、並んでいる人の手にアルコール手指消毒剤を塗布している光景が見られた。人々は食料を手にする直前に必ず手



写真1 EI TUNAL病院のICU前の受付の事務職員ICUに入る全ての人の手に手指消毒剤を振りかける

指消毒ができるのである。この行動は特に目新しいものではないが、感染対策の基本であり、感染を予防するために有効な手段である。

Ⅲ. 看護が創る変化の波：熊本県感染管理ネットワークの取り組み

熊本では熊本県地域医療再生基金に基づく事業の一環として、熊本県内の医療機関における感染管理担当者による熊本県感染管理ネットワーク（以下、ネットワーク）を発足した。本ネットワークでは、中小規模の医療施設の感染管理のレベルアップを図り地域における耐性菌感染拡大を防止することを目標に、人材育成や、ネットワークに参加する医療機関における耐性菌分離状況の把握と情報の共有、また医療関連施設間の情報交換や教育支援などを行ってきた（図1）。

熊本県からの交付金によって4年間で、感染管理認定看護師養成コースへの進学者23名（18施設）、感染管理認定看護師認定審査の合格者18名（15施設）、感染制御実践看護師進学および資格取得者1名（1施設）を輩出することができた。看護師以外の職種でも、感染制御認定薬剤師、抗菌化学療法認定薬剤師、感染制御認定臨床微生物検査技師、インフェクションコントロールドクターといった感染管理関連の新たな資格取得者を増やすことができた。この交付金によって資格を取得した人は自施設だけでなく、研修会の講師やネットワークのホームページに寄せられる質問への回答を作成してもらうなど、地域に貢献してもらうことを条件としており、これらの活動を通して、専門家同士の連携を深めていった。

ネットワークでは、熊本地震発生後すぐに避難所の感染管理活動を開始した。本震2日後にはネットワークの感染管理認定看護師のメーリングリストを通して、避難所の情報共有を行った。例えば、ゾーニングの問題として「床上での避難生活であり履物（外履き・内履き）のゾーニングが徹底できていない。」「避難所によっては、ペットも避難所の中で生活している。」など、また衛生上の問題として「水が不足しているため、流水と石鹸による手洗い・歯磨き等が行えていない。」「仮設トイレは排泄物の汲み上げのみで清掃等は行き届いていない。」など、連携の問題として「さまざまな団体の医療の専門家が入っているが、多くの団体が入っている箇所は情報共有が十分ではないところもある。」など、次々と情報が集まってきた。そこで、本震4日後にはホームページを通じてネットワークとしての活動方針を示し、自施設の診療優先を前提に、会員間の情報共有と避難所における感染防止対策の支援を依頼した。そして、ネットワークから各施設の病院長宛にインフェク



図1 平成24年～平成27年 地域医療再生臨時特例交付金熊本県における感染管理のためのネットワーク構想

ションコントロールチームの派遣依頼書を送付し、各施設の業務として避難所ラウンドに協力していただく体制が整った。本震16日後の5月の連休には、熊本市内の6施設の協力のもと、共通のリスクアセスメント用紙を用いて、熊本市内5区の避難所のリスクアセスメントを開始し、毎日情報共有を行った。この時点で熊本市内では約8,300人の避難者が避難所で生活していた。この取り組みの成果もあって、熊本地震では避難所における大きな感染症のアウトブレイクは発生しなかった。

おわりに

看護学研究とは、生活者と共に存在し、健康に関わる課題を解決するためのケアの開発に取り組むものだと考える。知識とは、ただ知っているというだけでなく、多角的に物事を見ることによって得られる。看護学は、人文・社会・自然科学の領域の知識を学際的に活用しながら、独自の学問領域として知識体系を築いてきた。私たちの周辺で良い結果をもたらしているにも関わらず、目新しいものではないためにあたりまえと見逃されている行動はないだろうか。専門的知識があるが故に、見えなくなってしまう

ているものはないだろうか。広く深い知の構築には、詳細な観察と他学問領域の研究者や実践家との対話を通じた知恵の融合が求められる。社会の大きな変化に対応するためには、これまで主流であった“何が問題か”という視点から、“いかにそれをやるか”“どうやったらできるか”という視点の転換が求められる。最も成熟した知識人は、物事の理解に対する熱意と広い人脈を持っているとも言われる。専門家だけではなく、当事者を巻き込みながら小さな波を見つけ出し、それを大きな波に変化させていく。難しく、時間がかかるかもしれないが、挑戦しなければ先には進めない。

文 献

- 前田ひとみ, 河村洋子, 上野洋子, 南家貴美代 (2017). ポジティブを探せ! 院内感染コントロール 小さな波から始まるポジティブ, 公衆衛生, 81(1), 85-90
- Singhal A & Greiner K (2007). “When the Task is Accomplished, Can We Say We did it Ourselves?” A Quest to Eliminate MRSA at the Veterans Health Administration’s Hospitals in Pittsburgh, <http://www.lean.org/FuseTalk/Forum/Attachments/Positive%20Deviance%20Pittsburgh%20VA%20MRSA%200709041.pdf> (参照 2019年1月29日)

看護現場学

—看護の知，発見から創造への帰納的アプローチ—

横浜市立大学看護キャリア開発支援センター 淑徳大学客員教授 陣田 泰子

はじめに

看護現場学は、臨床現場から教育の場へ職場が変わったときの「なぜ、今までの長い経験が、教員の活動に活かしてこないのだろうか」という自問自答から誕生したわたしの勝手な造語である（2006年）。

今回、このような機会をいただき、その経過と看護現場学の構造の特徴について、そして看護への危機感とそれでもなお未来の看護への希望、この間で揺れる現状についてお伝えしたい。

I. 看護現場学の構造、その特徴

1) 見えにくい看護の知の見える化が必要：暗黙知と形式知、という2種類の知について知ったのは、看護教員を辞めてからだだった。長年看護師を経験しても「うまく言えない・表現できない」「客観的に言わなくては、と思っても……」と、実践家は「話す」「書く」ことは苦手意識を持っている人が多い。それでも「看護は実践だから……、実践こそが看護だから」と、私自身は言い訳にしていたことは否めない。

暗黙知と形式知この二つの知の特徴を知り、看護は、暗黙知の部分が多い、ということが理解できたのは、その経験の後だった。臨床で協働する時間が長いのは医師である。しかし“わかってもらえない……”その代表者でもある医師は、形式知を中心とした「医学は科学である」という教育を受けて臨床に出る。実は分かり合えない両者は、看護と医学の、あるいはその人との対立ではなく、根底に教育の違いであることもまた見えてきた。そして知れば知るほど、であるならば、なお「暗黙知」のままにせず「見えにくい看護の知の見える化」をしなければ自己満足、あるいは「やってもやっても見えてこない」「実践しているにも関わらず、手ごたえが得られない」状況が続くことになる。私自身の職場を変えたときの経験、それは看護経験26年を経てようやくはっきりしてきた。

2) 看護は、実践の科学—実践は認識に導かれる！：実践は、しっばなしでは、次々と実践をしているだけで終わる。この実践を、意味あるものに自他ともに了解できるようにしていかなければならないが、ではどのようにしたらよいか。「実践は、認識に導かれる」この言葉を知ったの

はずいぶん前であるが、薄井担子先生の講義であった。そして庄司和晃先生の「認識の3段階連関理論」とつながった時、認識と実践行動の関係がわかった。

そして現象の海の中で看護をしている、その現場のできごとに嬉しかったり、悲しかったりしながら生から死までの様々な現象から学ぶ方法「看護現場学」へと発展していった。

(1) 看護の特徴は暗黙知である—暗黙知であるから、すべて形式知へ変換することではない。むしろその暗黙知こそ看護実践の特徴であるから、その特徴が一番表現されているのは患者への看護の中にある。それはパトリシア・ベナーからの学びで得た“ナラティブ・ストーリー”であった。

(2) 記憶に残る患者への看護—この記憶の中に「看護の証し」がある。しかし、この記憶はおぼろげであることが多い。その記憶の片鱗をたどって徐々にプロットされ、時間をかけて全体像を描く。この過程こそ、見えにくい看護の知の見える化の過程「概念化～言語化へのプロセス」である。この帰納的な概念化の過程は、個人の作業と仲間との（チーム）との知の相互作用の両方が重要であり、両者が充実してこそ認識が発展し、看護実践が質的に発展していく。これは年数がたてば自然と向上していくかというところではない。

P. ベナーは厳しい言葉で表現している。“どんなに長い経験を経ても、専門的発達に至っていない人もいる”。

これらの発展過程がDPC以後、余りのスピード化により実践が文脈をなさず「見えにくい看護の知が、さらに見えにくくなり、今にも消えそうな現状がある。

(3) 実践を記憶し、想起し、振り返りながら書いて、語って「看護経験の概念化」をしていく。看護の知の概念化の際に「できごと・現象の構造や看護の本質にとってその意味を熟慮していく。個人作業と、仲間との語り合いの中で「看護の知の広がり」と深まり」が起きていく。ただし、そこで起きていることが「知の広がり」と深まりが起きている」と見えにくい知が見えてこない、気づかずに次々と話しては、生まれては消えていく。「やっているにもかかわらず、自覚できない看護」の状況は、知があることに気づけない場合である。気づくためには、話したり、言語化が

必要になる。スピード医療が通常化した現代では、話す—聴く、書いて振り返る、という時間がそぎ落とされていく。知が醸成されていくゆとりがない。チームの対人感度は上がらない。目の前にあっても、あまりにも当り前で「看護の知」と気づく人が少なければ、相手にフィードバックされない。この知の特徴を知った上で意識的に<場>を創っていきましょう、それにはこのような方法がありますよ、というのが「看護現場学の方法」である。それは現場で起きている現象に目を向けることができる感度・感性があることと、見たことをそのままにしないで考え続け、表現していく場や環境が必要であり、その環境の中で同僚・先輩らとの知の相互作用をへて、「概念化～言語化」へと認識が発展していく。その認識が、実践を導き、再認識という発展過程があれば、それは再実践という、一見同じように見えても中で進化・発展している看護が提供されていく。認識は頭の中の作業であるので、それが見えるように「認識の3段階連関理論」をもとに「看護の認識の3段階」を考えたのが図1である。

II. 看護経験の概念化、それは内発的発展学習

1) 人間は、成長発達と共に概念化能力が発達する：看護現場学が言及しているのは、一般的な概念化能力ではなく、見えにくい「看護の知の概念化」の促進である。それは「看護経験の概念化」を経てさらに言語化による、専門職として認識と実践行動の一貫性をめざすものである。その方法はいくつか考案しているが、中心的な看護経験の概念化は、記憶を辿って浮かび上がるような場の中で知の相互作用を通してよみがえる“ナラティブ・ストーリー法”である。

2) それは、「私の実践論」の原型である：記憶は時間と共に薄れ忘れていくが、ナースは何年、何十年たっても記憶から流さなかった看護の知を持っている。それは無意識に気になっていた個人の気がかり、こだわり等である。P.ベナーは「懸念」と言っているが、それはまさにパラダイムケースと言えるものである。

3) 内発的発展学習：ナースが本当は大切にしたいこと。いまこの時代の中で置き忘れそうになって心の中で不安を感じていること、本当は一番したいことは何なのか。それは、小さい時に、今よりもずっと前に多くの職業の中から「ナースを選択した」と言うことの中に現れている。楽をして給料を得る職業を選択するのだったらそれはナース、という職業ではなかったはずである。いわば、みすみす大変な仕事を選んだ人たちである。だから厳しい中でも辞めずにやってきたのである。一番手にしたいこと、それは「人の役にたっている……」という実感ではないだろうか。いまその実感が得られないまま「実践し続けている……」ことを嘆いているのではないかと私には思える。看護は決してビジネスモデルではない。ずっと以前の内発的動機から発展、継続してきた看護現場の<いのちの学び>である。それは内発的な動機から気がつけば現在に至る、文脈学習である。暗黙知は、文脈になった時にその意味が見えてくるのである。

III. 理論と実践の統合体—未来に向かって看護の知を磨き続ける専門職

1) 統合体としてのナース：自問自答し探求してきた現在までの答えは「実践だけでもなく、理論だけでもなく、それは実践と理論の統合体としての専門職である」と言う

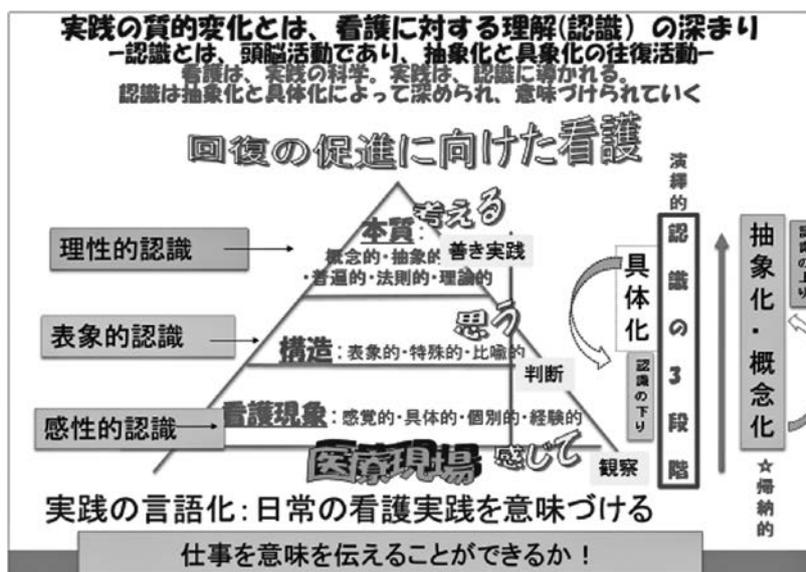


図1 看護の認識の3段階

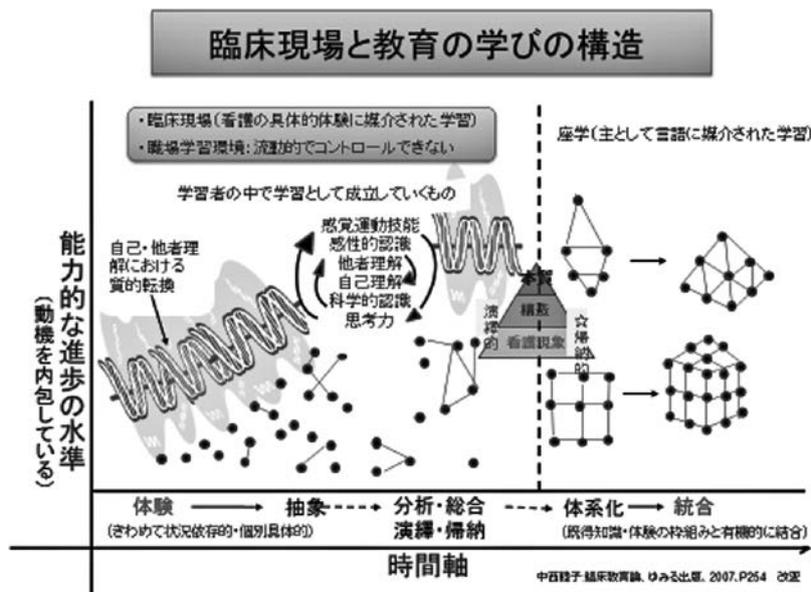


図2 臨床現場と教育の学びの構造

ことだった。実践を通して見えてきた概念の広がりや深まりを言語化して、さらに探求していく。それは本学会のような研究と言う形になるかもしれないし、雑誌投稿の形になる場合もあるだろう。統合体であるためには、認識のほりとおり、つまり概念化・抽象化していく帰納的探求と、既存の理論から具体的に観ていく演繹的探求も重要になってくる。中西が「臨床現場の具体的経験に媒介された学習と、主として言語に媒介された学習」と言っているが、両者の学びが効果的に為されるとき学びは促進し、「体験を土台にして学習者の内部に起こっているのが真の学習であり、それは患者―看護師関係を軸とした看護実践を通して獲得される自己・他者理解の深まりを同じく主軸にすえつつ相関的に発達していく感性的認識と科学的認識としてとらえられる」と言っている(図2)。そしてさらに「感性的認識と科学的認識も本来ならば相関的に発達するのが望ましいが、これは訓練の仕方によって相当程度影響を受ける」と言っているのである。

まずは実践者が、この偏りを自覚し、実践したことの意味を見出し、「概念化～言語化を通してより「意味ある実践、質のよい実践」があったことを自他共に見える化していくことである。

2) 不透明で、何が起こるか予測もつかない未来を進む時: 実は「暗黙知」は、このような時代に強い知と言える。形式知は、すでに明らかにされた知を客観的に示したもの

である。暗黙知は、いまこの場で発生している出来事を通して、まだ見ぬ、見えてこない知を、いまこの現状から考えていく動く知である。まさに看護がめざす一人ひとりの個別にあった看護提供であり、一般論は踏まえているが人間一人ひとりのオーダーメイドが看護実践の基本である。

3) “不透明な未来に最強の知”にするために: そのために必要な「看護の知の見える化」、看護経験の意味を自らの身体から引き出しながら(埋め込まれた身体知)言語化して看護の証を残していきましょう。

おわりに

実践していないので“できてない私……”と嘆くことは当たり前ですが、”実は実践しているのにも関わらず、“実践できていると思えない”のでは余りにも残念です。

看護の知は、自分自身の内省と、そして共に働く仲間と共に“看護の知を語る・伝え合う”ことを、日常の仕事場面の中でほんの少し意識することで、見えてくるのではないかと思います。

現場で学び続けるナースたち自身の看護の知の見える化によって、未来・将来に向けて“看護の知”という初めは小さな波が、チームに、組織全体に、そして地域へと、本学会が目指した“地域に新しい看護という風を吹き込む”ことの一つの動きにつながるのではないかと思います。

◆シンポジウム I ◆

次世代の看護研究者育成の波を作る

座長 神戸大学大学院 法 橋 尚 宏
熊本大学大学院 三 笥 里 香

日本の研究力の衰退が指摘されるようになり、世界における日本の論文生産は量と質共にポジションが低下している（文部科学省科学技術政策研究所，2013）。看護学分野においても、学部・大学院教育が急速に進んでいるが、その基盤となる研究力の国際的なプレゼンスは決して高くない。

例えば、2018年の“QS世界大学ランキング（QS World University Rankings）”の看護学分野をみると（100位まで）、世界の51位から100位に東京大学がランキングされている（QS Quacquarelli Symonds, 2018）。これをアジア圏に絞ってみると（10位まで）、シンガポール国立大学が1位（世界10位）で、その後、国立台湾大学（世界22位）、香港中文大学（世界29位）、香港理工大学（世界35位）、香港大学（世界48位）の順であり、東京大学がようやく10位にランキングされている。

アジア圏でトップを独走しているシンガポール国立大学医学部看護学科（Alice Lee Centre for Nursing Studies, Yong Loo Lin School of Medicine, National University Singapore）は、2006年8月に学士課程教育を開始したばかりである。しかし、大学で使われている言語が英語であり、世界から優秀な研究者を集結させたことが功を奏している。本シンポジウムの座長である法橋の研究フィールドは、アメリカ、中国、インドネシアなど、海外を中心としており、長年の経験からすると日本の看護学の立ち位置を残念ながら承服せざるを得ない。とくに、現在の中国における研究に対する熱気と意欲には、圧倒されるものがある。

学問としての看護学を底上げするにはいくつかの方略が

考えられるが、その中で、次世代の看護研究者の育成は不可欠であろう。第一線でグローバルに活躍できる研究者を教育することが望ましい。本シンポジウムでは、高瀬美由紀氏がオーストラリアの大学院教育（教育プログラム、教育提供方法、学生サポートプログラムなど）の強み、竹熊カツマタ麻子氏がアメリカとの比較から看護研究の教育において必要とされる項目とその教育方法、吉永尚紀氏がテニュアトラック制による若手看護学研究者を取り巻く現状の打開法について、ご自分の体験をもとにご発表いただいた。本シンポジウムは、会場における熱気もさることながら、その後、大きな反響を生んでおり、『医学界新聞』にも取り上げられた（医学書院，2018）。これを契機に、次世代の看護学研究者を育成できる土壌が築かれ、将来の日本の看護学に変革がもたらされることを祈念している。

引用文献

- 医学書院（2018年9月24日）. 第44回日本看護研究学会開催. 週間医学界新聞第3290号. http://www.igaku-shoin.co.jp/paperDetail.do?id=PA03290_02（参照2018年12月3日）
- 文部科学省科学技術政策研究所（2013年4月22日）. 日本の大学における研究力の現状と課題. NISTEP科学技術・学術政策ブックレットVer.2. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/gijyutu/gijyutu0/shiryu/_icsFiles/afldfile/2013/08/16/1334113_01.pdf（参照2018年12月3日）
- QS Quacquarelli Symonds. (February 28, 2018). QS World University Rankings by subject 2018. Top Universities. Retrieved from <https://www.topuniversities.com/university-rankings/university-subject-rankings/2018/nursing> (accessed November 3, 2018)

（文責 法橋尚宏）

◆シンポジウムⅠ◆

オーストラリアにおける大学院教育の特徴：多様なニーズの尊重

安田女子大学看護学部 高瀬 美由紀

はじめに

言うまでもなく我が国では、看護系大学の急速な増加に伴い、優れた看護実践力と教育・研究力を兼ね備えた看護系教員の養成が喫緊の課題となっている。また、人口構造の変化に伴う疾病構造の変化により、複数の慢性疾患を抱える高齢者数やハイリスク出産数が増加しており、これに伴う医療費の増大を抑制するためには、費用対効果の高い革新的な看護提供方法を創出できるような研究者の養成が求められている。さらに大学のグローバル化が強調される今日では、単に国内に向けて教育研究成果を発信できる人材ではなく、看護において国際的リーダーシップを発揮できる人材が必要とされている。また、大学のグローバル化は、海外からの優れた学生の招致も意味しており、大学として、いかに国際的に魅力のある教育プログラムを提供し、日本国内におけるグローバルな視点を持った研究者、および研究指導者の育成ができるかが、今後の鍵となってくると考える。つまり今日では、国際的視点や国際的な研究成果発信力を兼ね備えた看護研究者の育成が必要とされているといえる。

しかしながら、平成28年度大学間交流協定等に基づく日本人留学生の内、看護等の保健学分野を専門とする者は、全体の5%にとどまっているのが現状である（日本学生支援機構、2017）。また我が国における海外に向けた論文発信数は欧州と互角と言われる中、看護においては十分ではないのが現状である。例えば、2004～2013年に42国立大学所属の看護教員が出版した英論文数は増加傾向にあるものの、その多くが日本の雑誌であり、また教員数一人当たりの英論文出版数を計算すると、共著を含めて一人当たり平均1.39本、筆頭著者論文に限ると0.33本というのが現状である（Kameoka et al., 2016）。

それでは、どのようにして国際的リーダーシップが発揮できる次世代の研究者を養成していくべきだろうか？その方法の一つとして、海外での就学・研究経験を通じた研究力の育成があると考えられる。また国外に頼るだけではなく、国内でも、国際的に魅力ある大学づくりを通して、海外からの優秀な研究者・院生の招聘と彼らとの交流を通して、自国内での国際性豊かな研究者を養成することが肝要と考えられる。

そこで簡単ではあるが、オーストラリアの大学院教育を

例に挙げながら、海外で学ぶことの利点や国際的にも魅力ある大学づくりについての資料を提供したいと考える。

オーストラリアにおける大学院教育

オーストラリアの大学院教育の特徴は、学生の多様なニーズを尊重した教育プログラムの提供といえる。勿論、これはオーストラリアに特化したことではないが、我が国では見習うべきことが多くあると感じる。その中でも、多様な1) 教育プログラム、2) 教育提供方法、3) 学生サポートプログラム、そして4) 大学間・医療施設間連携の4つの視点に絞って話を進めていきたい。

A. 多様な大学院教育プログラム

オーストラリアの大学院教育の特徴は、学生の多様なニーズを尊重した教育プログラムの提供といえる。我が国における大学院教育では、講義科目と研究科目を組み合わせた博士前期（または修士）・後期課程の2種類の教育課程が主流であるが、オーストラリアの教育プログラムは多岐に渡る。例えば臨床実践能力を高めたいが研究や2年間の修学は困難という学生のために、Postgraduate Certificate（6ヶ月）やPostgraduate Diploma（1年間）コースが準備されている。これらのコースは、緩和ケアやクリティカルケアなどの専門領域ごとに高度な知識と技術が習得できるように課程が設定されている。後述するが、看護師の専門性を重視するオーストラリアでは、病院と大学が連携して、病院に勤務しながら看護師継続教育の一環として、自身の専門分野におけるPostgraduate Certificateコースをパートタイムで受講できる制度を取り入れているところもあるため、大学院でPostgraduate Certificateコースを受講する学生は非常に多い。また習得した単位は博士前期課程での互換が可能であるため、博士前期課程に進学するためのモチベーションともなっている。

また博士前期（修士）・後期課程においても、多様なプログラムが整備されている。例えば前期課程では、主に3つのコースが準備されている。一つ目は、Nurse practitionerコースなど、専門分野における知識や技術の習得に特化したMaster by Coursework（つまり講義科目を中心としたコース）である。2つ目は、日本と同様に講義と研究科目が組み合わされたMaster by Coursework and Researchである。そ

して3つ目は、前期課程入学前に研究経験を有する者や研究科目を履修済みの学生を対象とした研究のみのコース（Master by Research）である。博士後期課程においても、前期課程と同様、研究または科目履修のみのコースや、これらを組み合わせたコースがある。これらの中から、学生は自身のニーズに応じたコースを選択できるようになっている。

B. 多様な教育提供・履修方法

オーストラリアの大学院における授業形態は、講義中心であるが、学生によるプレゼンテーションや演習、そして講義目的によっては企業見学なども含まれている。講義中心の授業といえども、学生による問題提起やディスカッションが授業中に活発になされるため、授業では体系的な知識を教授されながらも、学生の主体的な授業参加が求められる。またコースによっては、看護以外の科目（例えば教育学やOccupational Health & Safetyコースの科目など）を選択履修できることから、分野を超えた幅広い専門知識の習得が可能である。

教育プログラム同様、その履修方法も多様である。オーストラリアにおける大学入学時期は、年2回（2・7月入学）と決められているが、研究のみの博士後期課程の場合にはいつでも入学が可能となっている大学が多い。履修方法は日本同様、Full-timeとPart-timeでの履修が可能であるが、日本のように年単位ではなく科目単位で授業料を納入できるため、自分のペースに合わせた科目数の選択ができるようになっている。つまり、勤務をしながらでも、その時々業務量に合わせて学習が継続しやすい環境が整備されているといえる。またオーストラリアでは、元々へき地に居住する学生の教育支援のために、コースや科目を通信やonlineで受講できるシステムが整えられている。そのため、通学することなく、自身の自由な時間に受講できる大学院コースも少なくない。

C. 多様な学生サポートプログラムの提供

各大学で、独自の学生サポートプログラムが展開されている。例えば、プレゼンテーションやレポート作成などの一般的な学習スキルを身につけるためのプログラムから、統計分析方法など専門的な学習スキルを身につけるためのプログラムまで、学生のニーズに合わせた多様なスキル・プログラムを、ほとんど無料で学生に提供している大学もある。また多くの大学では、研究支援の一環として学生や教員に対するstatistical consultationを提供している。さらに留学生が多いオーストラリアでは、留学生のための論文執筆支援（English support）も充実している。これらに加え、オーストラリアでは、政府による授業料支援や、大学によ

る研究費支給もあり、学生の就学を経済面からもサポートしている。前述した、多様な学生ニーズに配慮した教育プログラムの提供や履修形態、そしてこれらの学生サポート体制の提供は、学生にとって、大学院を手の届きやすいレベルにするための工夫であると考ええる。

D. 多様な大学間・医療施設間連携

オーストラリアの大学では、海外の大学との教育・研究連携が活発になされている。例えば、シドニー大学では、41か国に270以上の大学間exchange programsを展開している。海外の提携大学で履修した単位は、シドニー大学でも認められるため、学生は休学することなく海外の大学で単位取得を継続することができる（The University of Sydney, 2018.）。勿論、シドニー大学でも多くの（交換）留学生を受け入れているため、多様な国籍・文化的背景を持つ学生間の交流を通して、学生の国際的視野の拡大が可能となっている。

国際連携だけではなく、国内での連携も盛んである。例えばオーストラリアの大学と病院が連携し、共同の看護研究センターを病院内に設置することにより、臨床側の看護職員と大学教員が協働して臨床研究と教育を推し進めている所も多い。また大学と病院が連携して、病院に勤務しながらPostgraduate Certificate Coursesを修了できるシステムもある。例えば、Royal Melbourne Hospitalでは、Australian Catholic UniversityとUniversity of Melbourneと連携し、卒後プログラムの一環として、これらの大学が提供するPostgraduate Certificate Coursesを、勤務を継続しながら受講できるシステムを確立している。実際、2018年には、161名の新卒看護師がこのPostgraduate Certificate Coursesを受講し、その内、117名の看護師がこのコースを修了している（The Royal Melbourne Hospital, 2018）。これにより、医療機関側は専門領域に勤務する新卒看護師のレベルアップが図れ、大学側としては、Postgraduate Certificate Coursesにおける大学院生の確保と、コース修了後に研究コース（博士前期・後期課程）へと進学する学生数の増加が期待でき、win-winの関係を構築している。

最後に

以上を踏まえて、最後に「次世代の研究者を育成するためにはどのようにしたらよいのだろうか？」ということを考えると、次の2点が挙げられると考える。

1. 現在では、大学の国際競争力を高めるためにも、国際的なリーダーシップが取れる研究者の養成が課題となっている。そのため、海外での就学・研究経験を通じた国際的視点の涵養や研究力の育成が必要と考える。海外には多くの教育・研究プログラムがある。オーストラリア

における多彩な教育プログラムの提供は、大学院進学を、様々な教育背景やニーズを持つ学生の手の届きやすい位置に近づけるための工夫である。そのため、言葉の壁はあっても、日本の看護教育・研究者も、是非海外に行き、様々な学習の機会を生かしてほしいと考える。短期間でも、海外に行って世界の研究動向や様々な看護の考え方をすることは大切である。また海外に行けば留学生のニーズも理解できるため、今後、日本で留学生や海外からの研究者を受け入れる際に役立つと考える。

2. また国際性豊かな研究者を国内で養成するためには、留学生や海外からの研究生の受け入れを活発にしていかなければならない。そのためには、国際的に魅力ある大学づくりが肝要である。留学生にとって魅力のある大学とは、それぞれの学生のニーズに沿った多種多様な教育プログラムやサポートが受けられる大学である。従って、今後わが国でも、多種多様な教育サービスの開発が必要となってくると考える。

上記の情報が、国際性豊かな次世代の看護研究者養成のための教育プログラム構築の資料となることを期待したい。

引用文献

- Kameoka, J., Iwazaki, J., Takahashi, F., Sato, F., Sato, K., Taguchi, A., Nakamura, Y., Ishii, S., & Kagaya, Y. (2016). Number of papers published in English from the nursing departments of 42 national universities in Japan in the past ten years. *Nurse Education Today*, 38, 138-143. doi:<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.028>
- 日本学生支援機構. (2017, 12). 平成28年度協定等に基づく日本人学生留学状況調査結果. 独立行政法人 日本学生支援機構. https://www.jasso.go.jp/about/statistics/intl_student_s/2017/index.html#no4 (参照2018年6月10日)
- The University of Sydney. (2018). Study abroad and student exchange. The University of Sydney. <https://sydney.edu.au/study/study-abroad-and-student-exchange.html> (参照2018年6月10日)
- The Royal Melbourne Hospital. (2018). Post graduate nurse program. The Royal Melbourne Hospital. <https://www.thermh.org.au/health-professionals/continuing-education/nursing-education/post-graduate-nurse-program> (参照2018年6月10日)

◆シンポジウムⅠ◆

看護科学領域における研究教育とは？ 課題と展望

筑波大学医学医療系 国際看護学 竹熊カツマタ 麻子

はじめに

本シンポジウムでは、「次世代看護研究者養成」というテーマで様々な方向から看護科学領域における研究の発展とそれを担う研究者の養成という視点から提言がなされた。このテーマを受け、本稿では日本の看護科学領域における看護研究と研究教育の役割、その課題と展望を述べる。

Ⅰ. 看護教育のこれまでの軌跡を振り返り現状を認識する

次世代看護研究者育成というテーマを考える時、日本における看護教育と看護研究の発展の軌跡を振り返り現状を認識することが重要である。日本における看護教育が急速に高等教育へ移行し始めた1990年代から現在に至るまで、日本における看護研究とその教育は看護学以外の領域での学問を修めた教員が看護教育を支えてきた歴史がある。看護教育の高等教育化を切り開き支えてこられたパイオニアのご苦勞には並々ならぬものがあったと思う。私自身、1990年代の半ばに十分な経験と教育も終えていない状況で看護大学の助手として5年間勤務するという経験をした。研究のトレーニングも大学での教育の経験の浅い私が助手として体験したことは、忙しく看護教育に携わる傍ら、研究といわれるもの全てに自信がないまま、手探りで「研究のようなこと」をする日々であった。このまま大学でこの様な事を続けて良いのだろうかと思悩んだ末に、私は助手を辞めた。その後、臨床看護に従事しながら米国の看護大学の大学院の博士課程で看護科学領域における研究という事について一から学ぶ事になった。その経験を通じて私が学んだ事は、研究に関しても看護の教育のレベルによってそれぞれに期待されている役割があるという事である。

Ⅱ. 科学的根拠に基づく看護実践(EBP)を行うための看護の知と研究

医療が高度化、細分化されると共に、社会においては人口の高齢化、複数の病態を抱えながら生活している人々とその家族のケアが看護に求められるようになってきた。そのような状況のなかで、質の高い看護実践ができる人材を育成するために、欠かすことができない教育の要素に科学的根拠(エビデンス)に基づく実践(Evidenced Based Practice: EBP)がある。EBPには1) エビデンスを生み出

す研究者の力(研究博士号(PhD)), 2) エビデンスが臨床実践に応用できるものであるかどうか検証をする力(臨床博士号(DNP)), 3) 研究によるエビデンスをレビューし臨床活用できるように他のスタッフにも説明し、臨床の現場で実践をリードしていく力(看護学修士号(MSN)), 4) 臨床実践において何が最もよい実践であるのかを文献を検索して探し、それを批判的に読み、自らエビデンスの質を判断できる力(看護学士号(BSN))が必要である。すなわち、看護基礎教育から大学院における教育の各レベルにおいて、EBPに必要とされる教育レベルとそれによって期待される役割が存在する。各レベルの教育課程において、エッセンシャルズ(必ず含まれなければならない教育の内容)というものがあり、各レベルの教育を修了した時に学生はその知識を実践に活かすことができる様にカリキュラムが組まれていた。この様な考え方に基づいて、日本の高等教育の看護教育課程において私が取り組んでいる学士レベルと修士レベルの研究教育のコンテンツの紹介をする。

A. 看護学士課程(BSN)における研究教育

研究の良き消費者になることを目指す。エビデンスに基づく看護実践(EBP)について理解をする。臨床実践に係るトピックスについて、エビデンス検索し、それを読み、文献の質などを批判的に評価できる能力を持つこと。すなわち、臨床家として実践の場で問題解決のために最も効果のある看護実践をするために質の高い研究によって明らかにされたエビデンスを参考にすることができるようになる事を目指す。研究方法のコースの達成課題には以下のことが含まれる。

- 研究とは何か？
- 看護における研究の役割
- 研究方法と哲学の関係：サイエンスとアート・実証と主観的な意味
- 研究のプロセスを知る
- 質の高い文献をどのように検索するかを知る
- Evidence Based Practice (EBP) とは何か？
- PICO (T) クエスチョンを明らかにする
- エビデンスの質を査定するプロセスを経験する
- システマティックレビューを検索できる

- システマティックレビューを読む
- システマティックレビューのクリティークを通じて学術的なレポートを作成するプロセスを経験する (APA フォーマット)

B. 看護学修士課程 (MSN) における研究教育

臨床の現場においてスタッフナースのリソースとなり、エビデンスに基づく看護実践 (EBP) を促進する役割を担うという事を意識づけすることが重要である。博士前期課程であるということから、研究についての基礎的な知識を持ち、系統的に文献レビューを実施することが出来ること、文献を批判的に評価する能力を持つことを目標とする。修士レベルの研究方法のコースの達成課題には以下のことが含まれる。

- 研究とは何か？
- 看護における研究の役割
- 研究方法と哲学の関係：サイエンスとアート・実証と主観的な意味
- 研究の方法とプロセスを学ぶ
- 研究の問いを明確にする・PICO (T) クエスチョンを明らかにする
- 自らの研究の問いに基づき研究手法を定める
- 図書館のリソースを使えるようになる (データベース・レファレンスマネジメント)
- Evidence Based Practice (EBP) とは何か？
- エビデンスの質を査定する方法を学ぶ
- 研究トピックについて分かっていることと分かっていないことを系統的な文献レビューを通じて明らかにする (知識のギャップを明確にする)
- 学術的なレポートを作成するプロセスを経験する (APA フォーマット)

学士レベルのコースとコンテンツは重複するところがあるが、内容の深さと、より具体的な方法論とそれについてのクラス内でのディスカッションが含まれる様になる。

C. 看護学博士課程 (PhD) における研究教育

オリジナルの研究を独自で遂行する能力を持ち、新しい知識を創出することができる能力を培う事を目指す。私が学んだ米国イリノイ州、イリノイ大学シカゴ校看護学部の博士課程ではカリキュラムの中に専門基礎科目として以下の様な主要な柱となるが5つコースワークが設けられていた。

- 健康科学の哲学 3 単位
- 看護研究のための理論と理論構築 3 単位
- 研究デザイン 4 単位
- 健康科学研究における測定方法 4 単位

■ アドバンスレベルの統計学 6 単位

これは修士課程の上に積み重ねる基礎科目であり必須科目として学ぶ。特に健康科学の哲学という科目は、看護科学が実証学的なピュアサイエンスという枠組のみで構築されている知識体系ではないということから、様々な哲学を学び、看護研究者が看護に関連した「現象」を捉え理解をする事により、看護科学の知識の構築について広い視点を持つために大変重要な科目である。カリキュラムの時間数が日本と米国では異なるので比較することは難しいが、研究教育を行う上で学生は必須で研究デザインと測定方法を学び、コースは「研究の問い」に答えるための最も有効な研究方法とデータの測定法を選択しアプリケーションする能力の開発に力を入れていた。学生達はそれぞれ自分の研究テーマにより指導を受ける教員も領域も異なるが、これらのコースワークを履修する事により研究者としての「基礎付け」がなされ、自分の研究領域とは異なる研究についても深い敬意を持つようになるのである。

博士課程における指導者からの影響は多大なものがある。私個人の経験からもそれを疑わない。私の恩師であるマクマレー博士は学生に「思考のプロセスはスパイラルのように発展するのです。」と語りかけていた。学生がなかなか理解出来ない内容でも、時間をかけて繰り返し学び、思考をする事により理解する力や分析をするための新しい視点が生まれてくるのである。これは時間をかけながら構築されていくものなので、セミナーや指導者との間で交わされるディスカッションや「問答」がとても重要である。博士課程とは指導者が学生に時間をかけて指導を行う事により質の高い研究者を育てるプロセスなのである。

Ⅲ. 現任の看護系教員の研究活動：スカラーシップを発展させるために

看護教育の大学における教育課程の拡大は大学の看護系教員に臨床と教育実践能力、それに加えて研究能力を求めようになった。それにより、実際にはどれも満足に充足できず、多くの教員が苦悩している現状があるのではないだろうか。教育に従事する看護系教員の研究活動についての悩みは日米を問わずに存在する。特に修士号を取得して看護系大学の教員として奉職している場合、大学における教員の役割ははるかに授業と臨床実習とが中心となり、研究活動に取り組む余裕さえないという声を聴く。このような悩みをどのように解決していけばよいのかを、看護系教員の臨床実践に活かせる学術的な関りと臨床と教育のコラボレーションという可能性を通じて考えてみるということが出来ないだろうか。先に述べた、教育レベルに見合った学術活動 (スカラーシップ) の推進、実習病院や地域の医療施設との協力しながら臨床のスタッフたちと科学的根拠

に基づく実践（EBP）について学ぶ活動に関わることや、問題解決のためのプロジェクトを行うなど、看護ケアの向上と看護の実践を発展させることができるのではないだろうか。

- ガイドラインなどの導入・評価プロジェクトへの協力
- 修士レベルの学生などの現場のケアの質向上のプロジェクトをサポートする
- 看護師の継続教育やプロフェッショナルディベロップメントの機会を通じて教育研究活動を発展させる

上記の例に挙げたように修士レベルの教育を受けた教員も学術活動を通じて質の高い看護実践への貢献が出来る。また何よりも学術・教育の場にいる教員と臨床の現場で働くクリニシャンとの協力関係を向上させることは看護師たちの看護実践への取り組みをポジティブなものにするであろう。

看護の課題と展望について

日本の看護は今分岐点に立っている。看護教育の高等教育化が推進された今日、看護研究と教育の質が問われていると言えよう。これからが正念場である。シンポジウムでの発表を終えるにあたり以下のようなメッセージを示したい。

- 研究者の養成には時間と投資、メンターシップが必

要である。基礎教育からエビデンスに基づいた実践とスカラシップを大切にすることを育てる努力をすること。

- 看護領域の学術活動（スカラシップ）と研究の教育のカリキュラムは基礎教育から大学院の教育過程まで発展的な継続性が重要である。
- 教育のプロセスにおいて、ディスカッション、問答や継続性のあるメンターシップを大切にすること。
- 学位レベルとそれに求められる能力を明らかにすることで、カリキュラムとインストラクションの方向性が見えてくる。大学においては、教員の教育レベルに適したスカラシップの促進と臨床現場とのコラボレーションを通じて臨床看護の質の向上に取り組む事を目指す。

研究は科学的根拠に基づく看護実践のバックボーンとして欠かせない要素である。臨床の現場と学術教育機関のコラボレーションは看護の未来に不可欠である。全ての看護師が研究というものを身近に感じ、臨床実践に取り入れていくことができるように看護研究者や教育者ができることがまだまだ多くあるはずである。ともに切磋琢磨しながら日本の看護に貢献できるスカラシップの発展に尽くしたいと願っている。

◆シンポジウムⅠ◆

若手看護学研究者が必要とする支援： テニュアトラック制は未来を切り拓くキャリアパスの一つになりえるか？

宮崎大学テニュアトラック推進機構 吉永尚紀

I. 看護学系大学の若手教員を取り巻く研究環境の現状

次世代を担う若手研究者育成は、看護学領域において優先して取り組むべき重要課題の一つに位置づけられている(日本看護科学学会, 2011)。若手看護学研究者を取り巻く現状については、日本看護科学学会(2013)が39歳以下の学会員を対象に、研究の実施状況や阻害要因に関する調査を行ったものがある。この報告によると、看護系大学に勤務する若手教員の90%が研究活動に自信を持つことができていなかった。また、仕事全体に対する研究活動時間が平均で15%(8割が25%以下)と少なく、過去3年間に発表した査読付論文数は平均2.1件、筆頭著者に限定した場合0.9件と低調であった。研究活動の主な阻害要因としては、「英語を読む/書く力の不足」「英語論文執筆にあたっての指導者不足」「講義や演習、実習などの教育業務」などが挙げられていた。このような現状を踏まえ、日本学術会議・看護学分科会(2014)は、看護学が今後さらに深化・発展を遂げるための提言として「ケアの時代を先導する若手看護学研究者育成」をまとめた。この提言では、若手が研究に専念できる一定期間を確保するための環境整備や支援策の重要性に加え、若手自身も受け身的に研究環境の改善を待たず、早期から「研究者」としてのキャリア構築を考えていく必要性が強調されている。

筆者自身も大学院生だった当時、看護系大学の教員を目指す上で、学位取得直後(研究能力の開発途上)の段階で、研究と教育を両立できるか不安を抱えていた。そのような時に、研究活動に5年間専念できる「テニュアトラック制」というものがあり、宮崎大学で日本初となる看護学領域のテニュアトラック教員公募があることを知った。そこで筆者は、まずは研究力を磨くことを念頭に置き、博士号取得後のキャリアパスとしてこの制度を利用することを選択した。

II. テニュアトラック制の概要とメリット

優れた研究成果を上げた研究者の多くは、30代~40代前半にその成果の基礎となる研究を行っていたことが知られている(図1)。欧米では、若手研究者に独立して研究室を

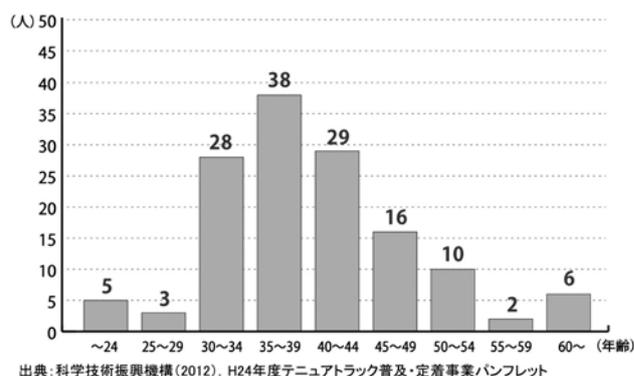


図1 ノーベル賞受賞者が受賞のきっかけとなった業績を発表したときの年齢の分布(1987~2006年)

主宰させながら、大学等の高等教育機関における安定雇用の教員ポスト(テニュアポスト)の審査を行う「テニュアトラック制」が定着しており、確固たる実績があればそのチャンスは十分にある。しかし本邦では、看護領域に限らず、若手が自立して活躍できる研究環境が整備されていないことが指摘されてきた。また近年では、大学等機関の基盤的経費や人件費の削減等が進められた影響などにより、若手研究者の割合が減少する傾向にあるため、若手が将来展望を描きにくくなっていることも指摘されている。そこで文部科学省は、2006年度からテニュアトラック制を本邦に導入するモデル事業に着手し、2011年度からはモデル事業の成果等を踏まえ「テニュアトラック普及・定着事業」を開始した。

テニュアトラック制は、公正で透明性の高い選考により採用された若手研究者が、審査を経てテニュアポストを得る前に、任期付の雇用形態で自立した研究者として経験を積むことができる仕組みである。全体像を図2に示すが、細かな実施体制は各機関によって異なる。2015年度までに全国56の大学等機関がこの制度を導入し、461名が採用されている。

高レベルの研究力と教育力を求められる看護系大学教員を目指す若手にとって、この制度を利用するメリットは3つあると考える。1つ目は冒頭でも述べた通り、研究室主宰者として自らの判断と責任の下、自立した環境で研究に

若手看護学研究者が必要とする支援：テニュアトラック制は未来を切り拓くキャリアスの一つになりえるか？

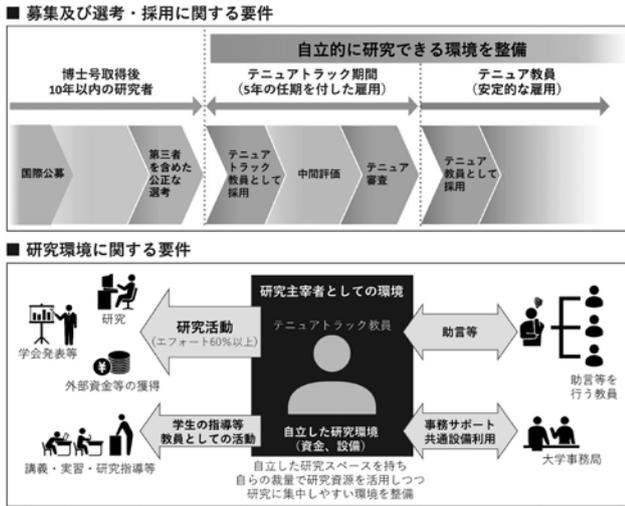


図2 テニュアトラック制実施機関に求められる要件

専念できることである。また宮崎大学では、テニュアトラック教員を「自立させるが、孤立させない環境」をモットーに、学内外／専門領域内外のメンター教員が配置されるため、初めて経験する研究室運営等について助言を受けられる。筆者は、新任地での研究フィールド開拓や看護学科内外の教員と連携する上で、メンター教員からのサポートにより円滑に研究活動をスタートできた。さらに、大学から一定の研究資金が毎年配分されるなど資金的サポートも受けられる。2つ目は、教育経験を積むこともできる点である。特に看護領域では、学部や大学院での講義や臨地実習等の教育経験も重視されるため、一定期間とはいえ研究に専念することに不安を抱く若手もいるだろう。しかしテニュアトラック制では、研究に費やす時間を60%以上確保することを前提に、教育活動に関与することができる。本学では、「採用2年目以降は教育活動に関与することを義務」としており、全国的にも高く評価されている特色の一つである。3つ目は、異分野の若手教員との交流である。本学では、医療系以外に農学、工学、人文社会学と多様なテニュアトラック教員が採用されており、年に数回、日本語または英語で互いの研究を紹介し、意見交換を行う機会がある。これらの交流を通して、異分野の研究者に自身の研究の魅力を伝える「説明力」が磨かれ、分野をまたぐ共同研究に発展することもある。冒頭で紹介した日本学術会議の提言でも「異分野融合による人材育成強化」が重視されており、そのための人材確保策の一つに「テニュアトラック制の活用」が盛り込まれていることから、この「異分野交流」は若手に必要な経験であることが伺える。

Ⅲ. テニュアトラック制の利用を目指すにあたって

この制度の利用を考えている若手は、まずは採用審査を

受けるにあたって一定の研究業績が求められ、特に査読付論文が重要となる（英語で書かれたものが望ましい）。もう一つ大事なことは、採用に至った場合、自立した環境で自身の研究を推進し、研究者ネットワークを広げ、5年後に控える最終審査（テニュア審査）に耐えうる実績を出すための「備え」が必要である。本学では、最終審査の際に「研究業績」「自立性（筆頭・責任著者としての論文数、研究費獲得実績など）」「リーダーシップ（構築した研究者ネットワーク、セミナーやシンポジウムの企画運営など）」「学生の研究指導・教育力」といった項目に従った評価が行われる。これらの審査項目からは、大学が育成しようとしている研究者像が読み取れ、若手が身につけるべき研究者としての能力・素養であると考えられる。しかしこれらの能力・素養は、テニュアトラック教員になってからいきなり備わるものではない。もちろんテニュアトラック制の中で飛躍的に磨かれる（鍛えられる）ものではあるが、若手自身、大学院在学中から意識し、育てていく必要があるだろう。

おわりに

冒頭で紹介した日本科学学会（2013）の調査結果が示すように、看護学領域の若手の研究環境は恵まれたものではないかもしれない。しかし近年では、複数の看護系学会が様々な若手支援策を実行している（若手向けのセミナー企画、研究者ネットワーク構築支援、研究助成など）。またテニュアトラック制だけでなく、2017年4月には東京大学に日本初となる看護の研究センター（グローバルナースリサーチセンター）が設立されるなど、若手がキャリアの初期に研究に集中可能な期間を確保できるチャンスが今後さらに広がる可能性もある。このような状況の中で、若手自身もチャンスを「待つ」だけではなく、あらゆるチャンスを「生かす」ためには、研究者としてのキャリア構築を早期から意識し、着実に努力を積み重ねることが大事だと考える。

【文献】

- 日本学術会議健康・生活科学委員会看護学分科会（2014）. 提言：ケアの時代を先導する若手看護学研究者の育成. <http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-22-t193-7.pdf>（参照2018年10月1日）
- 日本看護科学学会（2011）. 将来構想に関する報告書：日本看護科学学会の今後の発展とその方向性. http://jans.umin.ac.jp/kenkai/future_direct.pdf（参照2018年10月1日）
- 科学技術振興機構（2012）. H24年度テニュアトラック普及・定着事業パンフレット. http://www.jst.go.jp/tenure/pdf/pamph/h24/tenure_pamph24_all.pdf（参照2018年10月1日）

青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築

Rebuilding of the Life of Middle-Aged Pre-Adolescence-Onset Crohn's Disease Patients

山本 孝治 中村 光江
Koji Yamamoto Mitsue Nakamura

キーワード：クローン病， 中年期， 生活の再構築

Key Words : Crohn's disease, middle-age, rebuilding of the life

はじめに

クローン病は再燃と寛解を繰り返す非特異性の慢性炎症を腸粘膜に生じる疾患で、はっきりした原因は解明されていない指定難病である（小林・日比，2009）。

クローン病は10歳代から20歳代の青年期に好発することから、若年層に多い疾患というイメージがあるが、近年では40代以降の患者が全体の54.6%を占めており、中年期の患者が増加している（厚生労働省，2017）。これは長期の療養生活を経た40代中年期の患者が増加しつつあることを示しており、今後もその傾向は継続することが予測される。また、長期的には老年期のクローン病患者も増加していくと予想され、クローン病患者への支援については、長期にわたる療養生活を予測し、中年期以降の発達段階を考慮した支援が重要になると考えられる。

クローン病患者は下痢症状による生活への支障や食事制限の苦しさを経験するだけでなく、主に青年期に発症するため交友関係への影響、社会的孤立感、将来の生活設計のむずかしさなど、さまざまな生活上の困難を経験することが報告されている（木戸，2014；小松ら，2005；富田，2008；富田・片岡・矢吹，2007）。クローン病は完治しないため患者は、発達段階に応じて、何度も生活を再構築することが必要となる。

がんや糖尿病患者は病気による喪失を肯定的にし、生きている意味、価値観を見出しさまざまな困難を乗り越え、失敗と成功を繰り返し施行錯誤し自分の生活に応じた対処を編み出すことが報告されている（前田・大石・葉山，2012；森・秋元，2012；高樽・藤田，2008）。

クローン病患者の生活への対処については、体調を考慮した運動の実践とその効果（藤本ら，2017）や食事制限に対応した食生活の変容（吹田・鈴木，2009）、セルフマネジメントに焦点をあてている研究報告（石橋・薮下・簾持，2016）がある。しかしながら、長期に療養生活を続け

中年期に至ったクローン病患者が、自分らしく生きるためにどのように生活の再構築をしてきたのか、その実態について明らかにした研究はない。わが国におけるクローン病患者に関する研究の多くは、対象者の平均年齢は30代で、海外においても長期予後について報告（Canavan, Abrams, Hawthorne, Drossman, & Mayberry, 2006）がなされているが、対象者の年齢の幅は広く、長期に療養生活を送る中年期のみ焦点をあてた研究はない。

以上のことから、本研究において青年期以前にクローン病を発症し療養している中年期のクローン病患者が、発症からその後の経験をふまえ、これまでどのように生活を再構築してきたのか、さらに将来についてどのように考え、病気とともに生活しようとしているのかを明らかにしたいと考えた。

なお、クローン病は再燃およびストーマ造設の有無、重症度によって療養を含めた生活および心理状態は異なり、生活の再構築の様相は異なることが予想されたため、本研究ではストーマ造設者は除外し寛解期にある患者を対象にした。

I. 用語の定義

- ① 中年期：Levinson（1978/1992，pp.110-112）は40歳から65歳までを中年期と設定し、それまでの人生を見直し評価し、未来について考える時期である、と述べている。本研究では、40歳から65歳までを中年期と定義する。
- ② 青年期：Levinson（1978/1992，pp.117-122）は17歳から22歳までを「成人期への過渡期」とし、おとなの世界のもつ可能性を模索し、最初の選択をいくつか試み、暫定的だが成人期最初の生活構造を築く時期である、と述べている。本研究では、22歳以下を青年期以前と定義する。
- ③ 生活の再構築：生活の再構築に関する先行研究（前田ら，2012；森・秋元，2012）を参考に、本研究では以下

のように定義する。

病気や療養が日常生活に及ぼす影響への対処だけでなく、病気をどのように受け止め、いかに人生との折り合いをつけながら、自分らしい生活を整えようとしているのかを指す。これらは病気をもって生きるなかで試行錯誤されるものであり、病気とともに生きていくその将来についての予測や展望を含む。

II. 研究の方法と対象

1. 研究デザイン

質的記述的研究。

2. 研究方法

Atkinson (1995/2006) によるライフストーリーインタビューの考え方に準じ、対象者が語りをとおしてクローン病発症以降、病気とともに生活した経験を振り返ることで、いかに病気と生活との折り合いをつけて生活を再構築してきたのか明らかにできると考え、この方法を採用した。

3. 研究対象

(1) 対象者の選定条件

下記の条件をすべて満たすクローン病患者を研究対象とした。

- ① 青年期である22歳以前に発症した者
- ② 40歳から65歳までの者
- ③ 外来に通院中で寛解期にある者
- ④ ストーマ造設していない者：ストーマ造設者は、クローン病の療養に加えてストーマ管理が必要となり、生活の再構築の様相が大きく異なることが予想されたため、除外した。
- ⑤ 精神疾患がなく言語的コミュニケーションに問題がない者
- ⑥ ICレコーダの録音を承諾した者

(2) 対象者の選定

施設責任者および看護の責任者に研究の目的と方法、倫理的配慮、対象者の条件について口頭および文書で説明し、研究の協力と研究対象候補者の紹介を依頼した。施設側が候補者を選出し研究者への紹介の是非を確認し同意が得られた後、研究者より研究の詳細について説明し、同意が得られた者を研究対象者とした。

4. データ収集方法

インタビュー内容を主要データとし、インタビュー中の対象者の表情や反応の記録を副次的データとした。

主要なデータ収集は、半構成的面接により行った。面接はインタビューガイドに従って進め、病気とともにどのように生活してきたのか、病気とともに今後どのように生活していきたいかについて質問し、その後は会話の流れに沿って進め自由に語ってもらった。面接は状況に応じ2～数回実施した。1回につき60分程度をめどとし、日時は対象者の希望により調整した。プライバシーが確保できる個室をインタビューの場所として確保した。対象者の許可を得て、ICレコーダに録音した。

データ収集期間は、2014年2月から同年9月であった。

5. データ分析

データ分析は、谷津(2010)による質的看護研究の分析手法に準じた方法で行った。部分と全体を意識しながらデータ収集と分析・解釈をし、それに基づいてさらにデータを収集するというプロセスを繰り返した。

(1) 分析の視点

分析は語られた対象者のデータより以下の3つの視点から行った。

- ① いかに病気と生活との折り合いをつけ生活を再構築してきたのか、今後どのように病気とともに生活しようとしているのか
- ② 生活の再構築をどのように考え、行動してきたか
- ③ 青年期から成人前期、中年期に移行していくなかでの内面的変化

(2) 分析の手順

- ① 逐語録を作成後熟読し、対象者の生活の再構築について意味のある文節あるいは項目を取り出しコード化した。コード化は可能なかぎり対象者の言葉を使用し、データに忠実であることを大切にした。
- ② 文脈を考慮しながら類似性、相違点を比較しながら同じような特徴をもつものを分類し個人ごとのカテゴリーを抽出し、小カテゴリーとした。
- ③ コード、小カテゴリーのつながりやパターンを視覚的に示すため、個人における小カテゴリーの関係性を図式化した。
- ④ 個人ごとに抽出された小カテゴリーを全対象者で類似性、相違点を比較し中位のカテゴリーとしてまとめ、中カテゴリーとした。
- ⑤ 中カテゴリーを図式化し関係性を明確にした後、類似性、相違点を比較し大カテゴリーを抽出した。
- ⑥ ③、⑤において図式化した小、中カテゴリー間の関係性を参考にしてデータおよびこれまでの分析過程に基づいた大カテゴリー間の関係を図に示し、同時にストーリーラインとして文章化した。

6. 分析の真実性・妥当性

インタビューの2回目以降に、前回の面接で言葉の意味や関係性が不明確な部分について確認した。また結果を対象者本人へ提示し、研究者の解釈した内容を確認してもらい分析の真実性を確保した。また、分析の経過を適切に記録に残し、質的研究に精通した専門家のスーパーヴィジョンを受けるとともに、検討会の場を設け妥当性の確保に努めた。

7. 倫理的配慮

研究協力施設における臨床研究の倫理審査委員会の承認(承認番号: R13-034)を得た。対象者には、研究の目的、方法、逐語録やインタビュー内容のデータはパスワードのかかった電子保存媒体に保存し、記録物は鍵のかかった場所に保管し、研究の目的以外に用いることはないことを説明した。さらに研究への参加は自由意志であり、承諾後の辞退も自由であり、参加を拒否しても診療や治療および看護に一切影響しないこと、個人が特定できないようにデータ処理を行い、学会および学術雑誌へ公表することを文書と口頭で説明し、同意を受けて同意書に署名を受けた。

III. 結 果

1. 研究対象者の概要

研究協力施設より対象候補者10名の紹介を受けたが、3名は複数回のインタビューに応じられないと辞退の申し出があり、最終的に研究対象者となったのは、男性2名、女性5名の計7名であった。7名のうち既婚者が5名、就労している対象者が6名であった(表1)。平均年齢は50.3歳(42~62歳)、発症年齢の平均は18.7歳(17~22歳)、平均罹患年数は30.6年(22~43年)であった(表2)。

実施したインタビュー回数は1人あたり平均3.4回(3~5回)で、1回の平均インタビュー時間は54.3分であった(表2)。

表2 対象者の概要

性別	男性(人)	2
	女性(人)	5
平均年齢(歳)		50.3 [42-62]
平均発症年齢(歳)		18.7 [17-22]
平均罹患年数(年)		30.6 [22-43]
インタビュー回数平均(回)		3.4 [3-5]
インタビュー時間平均(分)		54.3 [11-100]

[注] [] は最小値-最大値を示す。

2. 分析結果

9つの大カテゴリー、23の中カテゴリー、99の小カテゴリーを抽出した(表3)。まず明らかになった大カテゴリーについて説明した後、ストーリーラインを示す。以下、文中では大カテゴリーを[], 中カテゴリーを「 」, 小カテゴリーを『 』として示した。対象者の語りについては“ ”内に斜体で表記し、()内に対象者A~Gを示した。個人の特定を避けるため、方言の一部は話の筋を変えずに標準語に修正した。

3. 抽出されたカテゴリーの説明

(1) [再構築の契機となる経験]

この大カテゴリーは、何度も繰り返し生じる生活の再構築の契機となる経験を示しており、「食事と体調のバランスが崩れる悪循環」「再燃すると生活がままならない」「病気を宿命と悟るまでの葛藤」の3つの中カテゴリーから構成された。

対象者は『食べて繰り返された体調不良』のように、脂

表1 対象者の属性

年齢(歳)	性別	発症年齢(年)	罹患年数(年)	外科的治療の有無	現在の治療	成分栄養剤の摂取	現在の症状	職業	同居家族	インタビュー回数
A	50代女性	20代	39	1回	infliximab 寛解維持投与	夜間経鼻	下痢, 倦怠感	専業主婦	夫, 娘	5回
B	40代女性	20代	22	5回	免疫抑制剤	経口	下痢	アルバイト	夫	3回
C	60代男性	10代	43	1回	infliximab 寛解維持投与	経口	下痢	会社員	なし	4回
D	40代女性	10代	30	3回	adalimumab 寛解維持投与	なし	下痢	事務職	父母	3回
E	50代女性	10代	30	1回	adalimumab 寛解維持投与, 免疫抑制剤	なし	下痢, 倦怠感	アルバイト	夫, 娘	3回
F	40代女性	10代	27	1回	免疫抑制剤	なし	たまに狭窄に伴う腹痛, 下痢	専業主婦	夫, 娘	3回
G	40代男性	10代	23	なし(入院歴なし)	整腸剤のみ内服	経口	たまに狭窄に伴う腹痛, 下痢	会社員	妻	3回

[注] infliximab (抗TNF-α抗体製材, 商品名: レミケード), adalimumab (抗TNF-α抗体製剤, 商品名: ヒュミラ)

表3 青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
再構築の契機となる経験	食事と体調のバランスが崩れる悪循環	食べて繰り返された体調不良 (F) 極端な食事制限は逆効果 (B) 体調と食事のバランスが崩れる (E) 体調を優先できずいまだに失敗 (G)
	再燃すると生活がままならない	再燃による制限された生活 (B) 再燃による退職と自己嫌悪 (D) 出産と育児で調子が崩れる (F) 就職後再燃して結局は退職 (C) 下血を繰り返して体調コントロールを覚悟 (C)
	病気を宿命と悟るまでの葛藤	違う人生への憧れ (D) 病気は宿命だと身に染みる (C)
調子のよさを維持させる	調子のよさを維持させる	人生は体調コントロール次第 (B) 治すのではなく調子のよさを持続させる (D) 自分を優先して維持させる (E)
体調コントロールの軸は自分	体調コントロールの軸は自分	医療者や同病者から情報を得て自分なりの模索 (D) 悩んでもどうにかしてきた (A) 経験から得た知識を大事にする (A) 患者からの助言よりも自分流 (B) 自分の経験を優先させる (C) 自分なりの工夫が確実 (G)
体調を優先させて生きる強さをもつ	体調を優先させた選択	体調にあわせた働き方 (C) 家族をもたない選択 (C) 限られた選択肢から厳選 (B) 体調を優先した生活のペース (G) 働き続けるための職の選択 (D) 体調を優先した役割分担と関係性の構築 (D)
	図太く断る強さをもつ	どんと構えて楽になる (A) 年を重ねたからこそ図太さ (G) がまんせずいやだと伝える (B) 横着さと妥協する選択も必要 (F) 体調次第で図太く断る (F)
自分の感覚が頼り	目に見えない身体のサイン	データ化されない身体のサイン (D) 症状は検査に表れにくい (A)
	腸の詰まりを察知	通りの悪さを察知 (B) 腸が詰まる危機感を持ち続ける (G) 腸が詰まる感覚による食の調整 (F)
	悪化する感覚をもつ	再燃する予兆の感覚をもつ (C) 悪化のサイクルの見極め (F) 自分の感覚が事実になる (E)
体得した自分流の工夫を生活に組み入れる	楽しんで食を調整する	自分にあう食べ物を選択 (F) 無理なく継続できる食事制限 (C) 繊維物はとらない (B) 繊維類は食べない (E) 楽しみながら選んで食べる (A) 調整しながら食を楽しむ (D)
	万能なエレンタールは生命線	夜間EDで間違いはない (A) エレンタールは生命線 (B) エレンタールは欠かせない (C) エレンタールをはじめる決意 (E) 万能なエレンタールで調整 (G)
	下痢を見据えた対策	日常的な下痢への対処 (C) 下痢と便漏れへの準備 (A) 下痢を予測しておく (B) どんなときでもトイレを確保 (F) 下痢を見据えておく (D)

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
体得した自分流の工夫を生活に組み入れる	必要に応じてお腹が悪いと伝える	理解ある人と付き合う (B) 病名をあえて伝えない (C) 病気は信頼できる人にしか言わない (E) 病気について話したほうが楽 (A) 病名ではなくお腹が悪いと話す (B) 病気を隠さない (D) 話したほうが気づかいを得られる (F) 言いづらくても必要に応じて病気を伝える (G)
	頼れる存在を確保する	頼れる心強い存在を確保 (A) 万一のときは姉弟の協力 (C) 子どもの世話を頼める先を確保 (E)
	ストレス疲労をためず手を抜く	ストレス・疲労はためない (C) 疲れの自覚と何より休息 (D) ストレスかけずに手を抜く (E) しんどさをためこまない (G)
加齢や合併症出現による将来の生活の不安	安心して治療ができる病院にかかる	自分にあった病院と治療との出会い (B) 自分にあった治療をできる限り続ける (A) 専門病院の治療は安心できる (C) すぐに対応してくれる専門病院にかかる (E) 将来のために近医にもかかる (A)
	体調悪化と合併症への脅威	老後と体調悪化への不安 (B) 加齢と合併症の心配 (C) 病気の進行と短腸への脅威 (D) 他疾患と再燃による不安の増大 (F) 歳とともに湧き上がる不安 (A)
	加齢による生活への不安	遠い専門病院への通院の不安 (D) 老後の下の世話への不安 (E) 老いていく親への責任感 (D) 子どもに迷惑かけず生きていく (E)
乗り越えてきた喜びと自信	葛藤を乗り越えてうまれた喜び	頑張ってきたことを誇りに思う (F) 濃厚で誇れる人生 (E) 葛藤を乗り越えた喜び (A)
	家族の気づかいを感じながら踏ん張れた	さりげない家族の気づかい (E) 家族のために頑張れた (F) 病気で生まれた夫婦の絆 (B) 受けてきた感謝を恩返し (F) 家族の気づかいに基づく暗黙のルール (A)
豊かに生きていく	生きがいで体調のよさを実感	新たな生きがいで体調のよさを実感 (B) 刺激のある仕事との出会い (E) 働き続けて社会とつながる (D) 生きがいの発見 (F)
	面倒でも不幸じゃない	面倒でも不幸じゃない (E) 病気がもたらした強み (G) 病気を理由にしたくない (A)

[注] 夜間ED：夜間成分栄養剤を経腸栄養療法により摂取する方法。エレンタール：成分栄養剤の商品名。()内は研究対象者の記号。

質や繊維質の過剰摂取で下痢や腹痛、倦怠感の出現や体重が減少し、「食事と体調のバランスが崩れる悪循環」をきたしていた。また身体面だけでなく、『再燃による制限された生活』や繰り返される『再燃による退職と自己嫌悪』を抱き、「再燃すると生活がままならない」ことを実感した。寛解を維持していても、『出産と育児で調子が崩れる』『就職後再燃して結局は退職』のようにライフイベントによる影響を受け、体調の変化が生じることもあった。診断

直後は『違う人生への憧れ』のように同年代の健康な友人と自分を比較することもあったが、再燃による入院を繰り返す、罹患した事実を認識し『病気は宿命だと身に染みる』ようになっていった。

“脂っこいもの食べたら「あっちょっと痛いな……」ってなることもありましたが……その繰り返しでした。繰り返すんですけど、やっぱりがまんできないんですよ、がまんできずに食べて、痛くなってどんどん体重が落ちていって……”

また入院みたいな……”（事例F）

“友だちは健康でなんでもやってる訳ですよーそういうの見て、自分は夢も希望もないって…（中略）…調子が悪くなって入院するとクローン病っていう病気……ちょっと厄介な病気にかかったんだって認識するんですよ。…（中略）…繰り返すうちにそしてだんだんこういう病気なんだしって、もう宿命かなって思うようになりましたよ”（事例C）

(2) 【調子のよさを維持させる】

この大カテゴリーは、自分にとって調子のいい状態をいかに維持させるかを示しており、同名の中カテゴリー「調子のよさを維持させる」から構成された。

再燃を繰り返したことで、体調の良し悪しは日常生活だけではなく、進学や就労、結婚といったライフイベント、人生にも影響することを実感し、『人生は体調コントロール次第』であると認識するようになっていた。『治すのではなく調子のよさを持続させる』ことを目指すことや、体調を気づかい他者や仕事よりも『自分を優先して維持させる』ようになっていた。

“調子がいいのを持続させるために気をつけないといけなかったんですよ……。治った！っていうんじゃなくて、んー調子がよくなった！っていうこと……この病気とは一生付き合っていくといけなから”（事例D）

(3) 【体調コントロールの軸は自分】

この大カテゴリーは、体調は医療者を含めた他者がコントロールするものではなく、自分が軸となる存在であることを示しており、同名の中カテゴリー「体調コントロールの軸は自分」から構成された。療養に限らず就職や育児の悩みを他者に相談できる機会は少なかったが、『医療者や同病者から情報を得て自分なりの模索』をしていた。同病であっても症状、治療、療養は多様であるため、『悩んでもどうにかしてきた』ことが語られた。

“同じ病気ということで……いろいろお互いどういふふうな経験したーとか、こういうところを気をつけるーとか、エレンタールはやっぱりいいよーとか……そういう情報交換はしましたよね。それで参考にできそうなところは参考にしましたよ”（事例C）

(4) 【体調を優先させて生きる強さをもつ】

この大カテゴリーは、体調を優先するには精神的に図太くなることや選択肢をもち生きていく強さを示しており、「体調を優先させた選択」と「図太く断る強さをもつ」の2つの中カテゴリーから構成された。

「体調を優先させた選択」には、睡眠や休息の確保、下痢をふまえた日々の生活におけるペース調整だけでなく、『体調にあわせた働き方』、『家族をもたない選択』といった人生設計に関する選択も含まれていた。

対象者は無理をしたことでストレスがたまり再燃した経

験があるため、『どんと構えて楽になる』といった何ごとにも完璧でなくてもよいという自分を許す気持ちをもつようになっていた。また、発病当初に比べて『年を重ねたからこそこの図太さ』をもてるようになり、がまんをしないで体調の変化に応じた家事や仕事の調整ができるようになっていた。

“前は朝起きて、これをしてこれをしてってきちんとしてたんです。でももうもたないなあって思ったんです……。もうおおざっぱでいこう、ずぼらでいこうと決めたんです、がんばりすぎないっていうかね。「いいやー」っていうのが楽ですよ”（事例A）

(5) 【自分の感覚が頼り】

この大カテゴリーは、自分にしかわからない感覚を頼りにして体調を維持させていくことを示しており、「目に見えない身体のサイン」「腸の詰まりを察知」「悪化する感覚をもつ」の3つの中カテゴリーから構成された。

対象者は体調コントロールの目安として血液検査だけでなく、『データ化されない身体のサイン』を重視していた。腹部膨満や腹痛、腸蠕動の亢進によるグルグルといった音を知覚するなど『通りの悪さを察知』したり、『腸が詰まる危機感を持ち続ける』ようになっていた。『再燃する予兆の感覚をもつ』ことは、長年の療養で培われ、普段の下痢と体調が悪いときの下痢の違いについて感覚的にとらえるようになっていた。

“データにはでてこないところもこの病気はあると思うんですよ……。それをわかってもらうのが苦労しますよね。こういうデータには出てこない身体のだるさとか下痢の回数とかは、自分にしかわからないと思いますよ”（事例D）

“こう細くなってるところがある程度決まってるからーその痛みには敏感になってますよ…（中略）…お腹が張ってきて、もう下痢がでてきてー、詰まってるなーって……流れるたびにこう腸管がいてて……ってくるから……”（事例G）

(6) 【体得した自分流の工夫を生活に組み入れる】

培われてきた経験と情報を手掛かりに生活しやすさを模索するなかで独自に構築され、さまざまな生活の場面に組み込まれている自分流の工夫について示す大カテゴリーである。「楽しんで食を調整する」「万能なエレンタールは生命線」「下痢を見据えた対策」「必要に応じてお腹が悪いと伝える」「頼れる存在を確保する」「ストレス疲労をためず手を抜く」「安心して治療ができる病院にかかる」の7つの中カテゴリーから構成された。

対象者は脂質の多いものや繊維類は控えるなどの『自分にあう食べ物を選択』するとともに、苦にならず『無理なく継続できる食事制限』を実践し、「楽しんで食を調整する」ようにしていた。

“自分の調子をみながら食べるようになりましたね…(中略)…誘われたときは食べれるように準備しておくっていうんですか……あと調子が悪いときはちょっと食事少しやめておこう……とか予防線が働くんですよ……”(事例D)

対象者にとって成分栄養剤である「万能なエレンタールは生命線」であり、医療者に頼らず自ら体調にあわせた調整ができるツールといえるものであった。

“体調がいざ悪くて食べれないときにエレンタールあるって思ったらいいですよね、自分でなんとかできるじゃないですか”(事例E)

“ちょっと(下痢の)回数が増えたら食事を減らしてエレンタールを増やしますよ…(中略)…自分の食べ合わせの問題だから、そうならんように食事を気をつけとけばいいからですね”(事例G)

対象者にとって下痢は習慣化しており、不意な便意で便漏れが生じるため、「下痢を見据えた対策」として外出先のトイレの場所を把握することやオムツや失禁パッドを常備するといった『日常的な下痢への対処』を実践していた。

“2～3回(便が)出たらあとは大丈夫ぐらいに自分自身がなってるから…(中略)…何十年住み慣れている街の中でも、トイレだけは把握しておきます”(事例A)

“ガスだと思ったら便が漏れちゃって…(中略)…家族にも隠れて下着を洗って、もうその惨めさっていうのはないですよ。だからパッドはもう手放せないわけですよ…”(事例A)

近所、職場における対人関係に対する工夫として、クローン病が見た目は病気であるとわかりにくいいため、誤解が生じないように「必要に応じてお腹が悪いと伝える」ことを実践していた。周囲に病気を伝えておくことは、再燃時に協力を依頼できる「頼れる存在を確保する」ことにもつながっていた。

また、寛解維持においても「ストレス疲労をためず手を抜く」ことや専門的な検査と治療を受けるために、「安心して治療ができる病院にかかる」ことは重要な工夫の1つであった。

“大きな病院でもクローンの専門っていうんですか？ そういう病院じゃないとダメなんだなって……大学病院ってどこも進んでると思ってたんですけど、そうじゃないんだって”(事例E)

(7) [加齢や合併症出現による将来の生活の不安]

この大カテゴリーは、併発する合併症や年齢を重ねることにより現れる生活への不安について示しており、「体調悪化と合併症への脅威」「加齢による生活への不安」の2つの中カテゴリーから構成された。

中年期となった対象者は『老後と体調悪化への不安』を

抱き、がん化や短腸症候群といった合併症を併発し悪化をきたす脅威を感じていた。また、クローン病以外の疾患に罹患する不安を抱いていた。

“今後年とっていつて……、いまの状態では絶対いられないから……。どうなるんだろうなっていう不安がもちろんあります”(事例B)

また、加齢による身体機能の衰えによって生じる『遠い専門病院への通院の不安』『老後の下の世話への不安』のように将来対処できなくなる事項を具体的に予測し、対策を講じようとしていた。

“もしも体調が悪くなったら、病院も(家から)遠いので……病院に通えるかなっていうのもあります”(事例D)

“下痢がすごく多いのでそういう汚してしまって、自分でわからなくなったときにすごく迷惑をかけるだろうなっていうのがあります…(中略)…自分でできなくて、人にもしてもらうのがすごく申し訳ない……。そこを何とか考えられるうちに対策をとって思っています”(事例E)

(8) [乗り越えてきた喜びと自信]

この大カテゴリーは、病気とともに生活するなかで苦悩しながら乗り越え得られたものを示しており、「葛藤を乗り越えてうまれた喜び」と「家族の気づかいを感じながら踏ん張れた」の2つの中カテゴリーから構成された。

中年期となった対象者は試行錯誤しながら自分なりに『頑張ってきたことを誇りに思う』とともに、病気だったからこそ得られた喜びを感じるようになっていた。また、療養のなかで『さりげない家族の気づかい』を感じ、子どもの行事に参加するために体調コントロールを強化するなど『家族のために頑張れた』経験が語られた。

“試行錯誤しながらできる道を探りながらやってこれたんだなって。あんな痛みに耐えながら…(中略)…頑張ってきたなって言ってもいいかなって思います。病気になって30年近く経ちますから、もう病気なしでは考えられません”(事例F)

(9) [豊かに生きていく]

この大カテゴリーは、将来に向けて豊かに自分らしく生きていくことを示しており、「生きがいで体調のよさを実感」と「面倒でも不幸じゃない」の2つの中カテゴリーから構成された。

対象者は病気や療養ばかりに目を向けるのではなく、仕事や趣味、家庭での役割といった生きがいを見つけ楽しみながら自分らしく豊かに生きていこうとしていた。生きがいにより充実感を得て体調のよさを実感し、生きがいを楽しむために体調を維持しようとしていた。

“いまは他に最大の楽しみができたので…(中略)…調子をよくしとかなないといけないじゃないですか。体調悪かったらきつくて楽しめないし、トイレのことばかり気にしとか

ないといけないう、だからそれ(病気)以上に楽しいことが見つかったっていうのが一番じゃないかな……”(事例B)

病気は『面倒でも不幸じゃない』と語り、病気だったからこそその出会いや生きるうえでの刺激、感動を覚えた経験から『病気がもたらした強み』を得ていた。

“健康な人から見たら全然不便なんですけど……精神的なものとかそれは全然不幸ではないですよ。病気で得られたって言ったら変ですけど……いろんな出会いがあつて……”(事例E)

4. ストーリーライン

以下に大カテゴリー間の関係をストーリーラインとして示す。

(1) 繰り返される生活の再構築(図1)

青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築は、繰り返される特徴をもっていた。

生活の再構築には、[再構築の契機となる経験]が存在した。「食事と体調のバランスが崩れる悪循環」により、「再燃すると生活がままならない」ことを痛感し、葛藤しながら病気を宿命と悟るようになっていった。再燃やライフイベントにより、何度となく再構築の契機は訪れるため繰り返される。

繰り返される[再構築の契機となる経験]によって、3つの内面の変化が生じた。病気を治すのではなく[調子のよさを維持させる]ことを重視するようになり、必要な情報を得ながら自分の経験を優先させ[体調コントロールの軸は自分]であることを認識し、[体調を優先させて生きる強さをもつ]ようになり、状況に応じた妥協を含む選択をするようになっていった。体調のよい状態を保つために、3つの内面の変化は相互に影響しあっていた。

内面の変化とともに中年期クローン病患者は療養により培ってきた[自分の感覚が頼り]にし、「目に見えない身体サイン」を重視しながら、[体得した自分流の工夫を生活に組み入れる]ことを実践するようになっていった。あらゆる生活の場面で試行錯誤された工夫は生活に根づいていった。自分流の工夫は不変のもので、感覚を頼りにしながら実践され、体調や生活の変化、ライフイベントに応じて繰り返し修正がなされより自分にあったものとして洗練される。また、自分流の工夫が繰り返し修正されることは、調子のよさをキープすることにつながり、体調のよい状態を保つことを再度重要視するようになることから、内面の変化は強化される。中年期となった患者は[加齢や合併症出現による将来の生活の不安]を感じながらも将来起きうる問題を予期し、それに応じた準備を検討しはじめていることから、加齢や合併症は新たな[再構築の契機となる経験]といえるものであった。

(2) 生活の再構築のコアとなるテーマ(図2)

中年期クローン病患者の生活の再構築のなかには、これまでの療養でさまざまな困難を[乗り越えてきた喜びと自信]と、[豊かに生きていく]将来に向けた希望というコアとなるテーマが存在した。この2つのテーマに示された喜びや自信、豊かさは、前述した繰り返される生活の再構築(図1)によって生まれ、互いに影響しあいながら培われるものであった。同時にこれらは再構築を支える礎でもあり、再構築が繰り返されることによって豊かさを増し強固なものになっていった。よって9つの大カテゴリーのなかでも、[乗り越えてきた喜びと自信][豊かに生きていく]をコアとなるテーマとし、繰り返される生活の再構築(図1)の中核に存在するものとした。本来これらは3次元で示され、図2は、図1に重なるものであるが、紙面上での表記がむずかしいため2つの図にした。

IV. 考 察

青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築は、[再構築の契機となる経験]を繰り返し、体調を維持していくために内面を変化させながら、生活への支障とライフイベントに応じた修正により自分流の工夫を洗練させるものであった。また中年期となり新たな契機となる老後をふまえ、乗り越えてきた自信をもとに豊かに生きていこうとしていることが明らかになった。

1. 加齢や老後をふまえ病気とともに生きる

中年期となった本研究の対象者は、長期の寛解を維持し就労や結婚によって生活基盤を築いていた。クローン病に関する多くの先行研究(木戸, 2014; 富田ら, 2007)は対象者の平均年齢が30歳代であり、病状の不安定さから日々の生活はもとより将来について不安を抱きやすいことが報告されている。発症から30年経過し中年期となった対象者は、病状の不安定さを克服する術といえる[自分の感覚が頼り]としながら[体得した自分流の工夫を生活に組み入れる]ことにより、長期的に寛解を維持し、特有の下痢の症状など日々の生活の支障に対処しており、安定した生活を獲得したといえる。

その一方で中年期特有の新たな課題として、がん化や短腸症候群といった長期罹患と[加齢や合併症出現による将来の生活の不安]が出現した。クローン病は再燃してもADL低下をきたしにくい(小松ら, 2005)。中年期の患者においても現時点でADLに問題はないが、老年期になると合併症や加齢による身体機能の低下をきたし、体得した自分流の工夫が実践できず生活に支障をきたすことを危惧していた。中年期パーキンソン病患者の研究では、コ

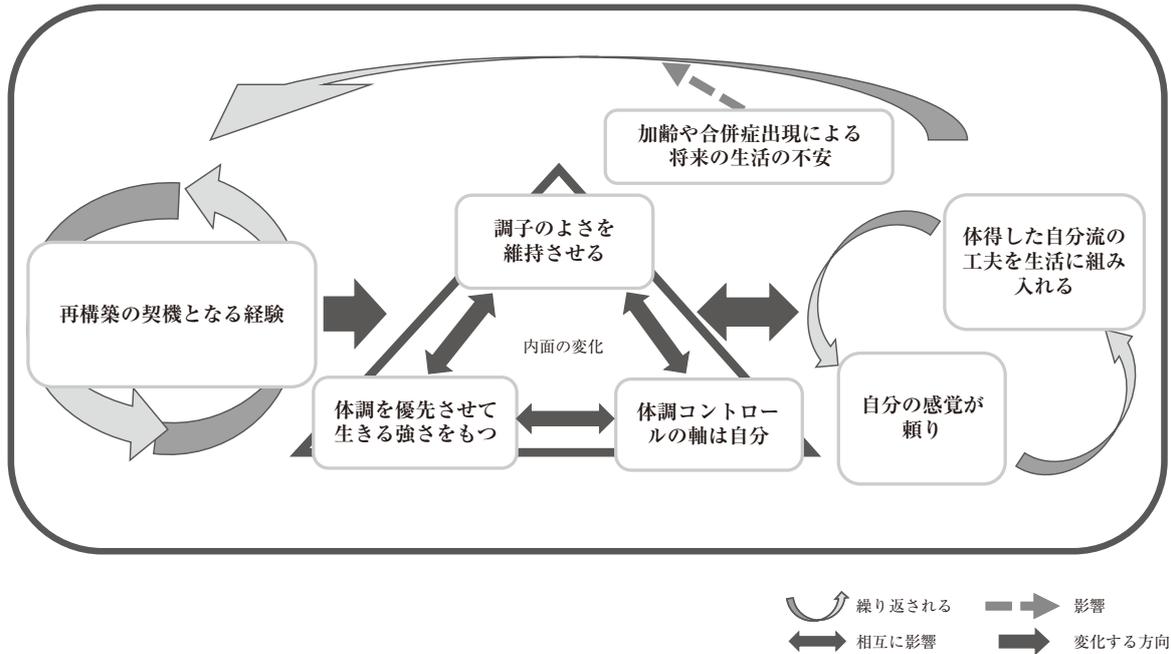


図1 青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築（繰り返される生活の再構築）

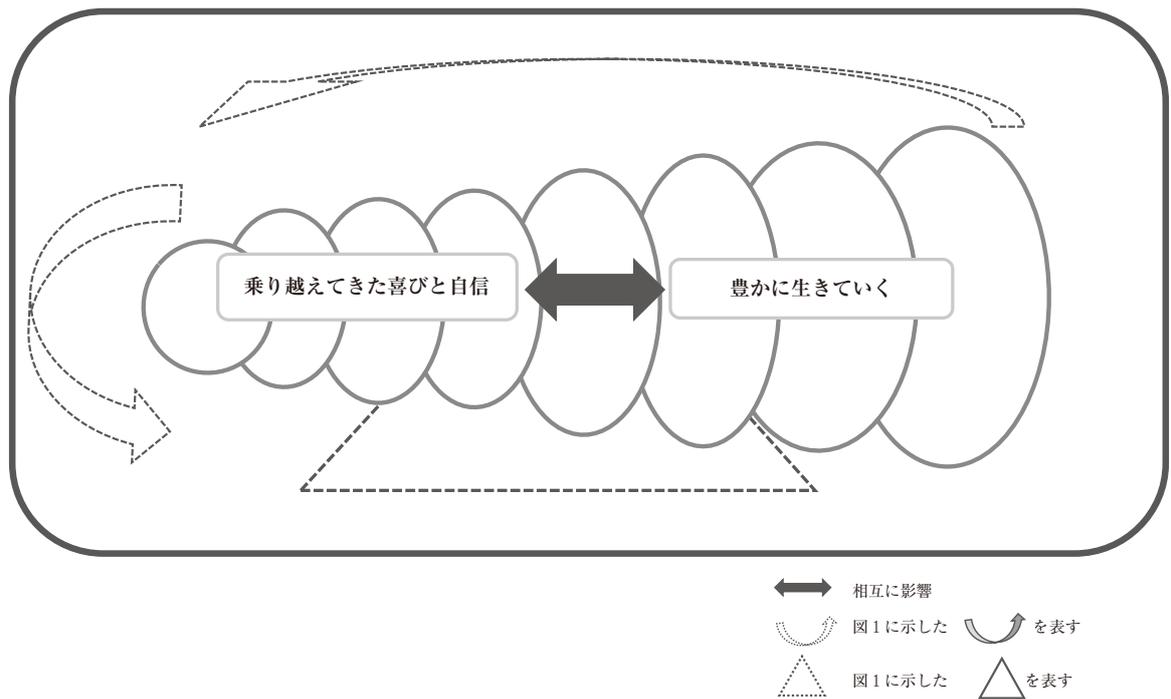


図2 青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築（生活の再構築のコアとなるテーマ）

ントロールの困難さから衰えを先どりした体験（佐々木、2003）や自分の行く末は目をそむけたいことが報告されている（出村・岩田、2012）。中年期クローン病患者の将来の生活の不安は漠然としたものでなく、『老後の下の世話への不安』のように今後起こりうる問題を具体的に予測できていた。患者にとって加齢による影響で自分流の工夫の実践が困難になることは脅威であるが、目をそらすの

ではなく、長期療養で培った知恵と経験を活用し乗り越えようとしているのである。本研究の対象者は平均罹患年数が30.6年と人生の半分以上をクローン病とともに生きており、その経験から身体の状態を的確にとらえることができるため、自分のおかれた状況を客観的にとらえ現実に即した判断ができる力が身についたものと考えられる。これは問題中心型のコーピング（Lazarus, 1990/1990）にあてはま

り、中年期クローン病患者の特徴であり、加齢や老後も新たな生活の再構築の契機ととらえることが可能であると考えられる。

2. 繰り返される生活の再構築

青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築は繰り返される特徴をもち、発症前の生活を取り戻すのではなく、一度構築した生活であっても、[再構築の契機となる経験]が生じ何度も修正がなされていた。

中年期のクローン病患者はライフイベントやライフスタイルに応じて、生活様式や人生設計を修正してきた。食道切除術後患者の生活の再構築では、対象者が成人期以降の発症であるため経済的に安定した生活をすでに築き、いままでどおりに生きることのむずかしさを感じながら生活様式を獲得することを報告されている(森・秋元, 2012)。本研究の対象者は、クローン病の特徴といえる青年期に発症した患者であった。青年期は生活習慣をすでに身につけているが、経済的に自立しておらず、将来のありたい自分を模索する時期である(Levinson, 1978/1992, pp.110-117)。発症間もない青年期、成人前期の患者ではD氏のように他者と自分を比較し(富田ら, 2007; 小野, 2002), 『違う人生への憧れ』を抱きやすいが、病気をふまえた人生設計ができず体調を崩す経験により内面に変化をきたし、中年期になると「体調を優先させた選択」が可能になることが本研究において明らかになった。クローン病は生涯にわたり療養が必要であり、食事や排泄といった日常生活だけでなく、仕事や結婚といった人生設計にも影響を及ぼすため、病気による影響をふまえ生活を再構築することで自分らしさを発揮できることが重要となる。

また、患者は病状の変化に応じて柔軟に体調コントロールの方法や生活の支障への対処といった自分流の工夫を洗練させていた。吹田・鈴木(2009)はクローン病患者が試行錯誤を繰り返し、身体と生活にあった食事制限を主体的に見出す体験学習による食生活の再構築が起きることを明らかにしている。本研究の対象者は、体調に応じた成分栄養剤への切り替えや休息を確保する調整はもとより、「下痢を見据えた対策」としてトイレの場所を把握するように、症状や療養が生活に及ぼす影響について対処していく能力も培っていた。中年期となり、食事だけでなく排泄や休息、家事や仕事など社会的役割とのバランスのとり方などさまざまな生活事象について調整していることが明らかになった。これらは発症時より自分なりに試行錯誤し修正を重ね、あらゆる状況に応じて柔軟に調整ができるようになったものと考えられる。療養は一生続ける必要があるため、「楽しんで食を調整する」のように自分流の工夫は長期的視点で無理なく継続できることが重要である。

また、療養上行われる工夫は自立性が高く、その理由として3点が考えられた。1つめに、クローン病は症状の個別性が高いため病気の徴候がとらえにくく「目に見えない身体サイン」や「腸の詰まりを察知」など患者の感覚に基づいたコントロールが重視される。こうした感覚は患者にしかりかわりえないもので、長期にわたる経験で鋭敏化する。2つめに、ストレスが症状に与える影響は大きいため、「ストレス疲労をためず手を抜く」のように自分で24時間、症状にあわせ休息や食事の調整がなされる。3点めに、クローン病患者はADLのなかでも排泄について重視しており、「下痢を見据えた対策」が習慣化していることがあげられる。下痢や漏便は珍しいことではなく患者にとって羞恥心が伴うため、汚染した下着の処理など他者に迷惑をかけずに処理できることが重要となる。

3. 人生を豊かに生きていく

生活の再構築には、その他の大カテゴリーに影響するコアとなるテーマ[乗り越えてきた喜びと自信]と[豊かに生きていく]が存在した。このテーマは発症したときから存在し、さまざまな経験を積み重ねることにより無意識でありながら成長するものであった。また、成長とともに強固でありながら柔軟性ももち豊かさを増していくものであった。強固さとは長年にわたり病とともに培った揺るがない自信であり、新たな困難についてもこれまで培ってきた経験をフル稼働させ切り開く柔軟さも兼ね備えるものであった。

青年期クローン病患者は、日々の生活を症状なく過ごすことが精一杯であると報告されている(Lynch & Spence, 2008)。中年期クローン病患者は病気に振り回されるのではなく、「生きがいで体調のよさを実感」するようになり、仕事や趣味の充実や家族のために寛解の維持は必須だと認識し行動できるようになっていた。無理は禁物で、『体調にあわせた働き方』や『体調次第で図太く断る』といった病気や療養とのバランスをとることも豊かに生きる1つの術として体得していた。

クローン病患者の治療や療養に伴う生活の制限は、社会的孤立を感じさせアイデンティティの喪失を抱きやすいと報告されている(Pihl-Lesnovska, Hjortswang, Ek & Frisman, 2010)。本研究においても、対象者も発症当初は病気や療養による生活への支障により面倒さや孤立することを経験したが、人生の半分以上をクローン病患者として生き、体調コントロールや生活の工夫を実践し安定した生活の獲得と成功体験による誇りを感じるに至った。誇りとともに「葛藤を乗り越えてうまれた喜び」を実感し、病気による面倒さを不幸とは感じることはなくなり、人生における病気の意味づけを強化していた。

中年期になると体力の低下といった身体感覚の変化が、アイデンティティの基盤を脅かし自己の生き方について内省と問い直しを促し、そのままのアイデンティティではその後を支えきれないという自覚をもたせ軌道修正に向かわせる（岡本，1995）。対象者は中年期以前から症状に伴う身体感覚の変化を感じてきたため、幾度もアイデンティティの危機に直面し、軌道修正を繰り返してきた。中年期の発達課題ともいえる「加齢による生活への不安」に加え、病気に伴う「体調悪化と合併症への脅威」により、さらなるアイデンティティを成熟させようとしていると考えられる。中年期の慢性疾患患者の生活に関する研究（出村・岩田，2012；宮宇地・名越・南，2012）では、病気はアイデンティティに影響する反面、新たな自己価値の発見を促すと報告されている。対象者も病気に振り回されない自分のありようを模索し続けてきた。すでに病気は対象者自身の一部となり、この先の人生を見据え、体調コントロールや症状への対処といった現状を維持することに留まらず、病気をふまえた自分らしさを追求しており、コアとなるテーマは今後も成長し続けると考えられる。

4. 看護実践の示唆

中年期クローン病患者は、老後について不安を感じあらかじめ対策を講じることで豊かに生活していきたいと考えていた。患者がこれまで培った自分流の工夫を状況に応じ修正し、より発展できる支援が必要である。そのためにも病状や心理状態だけでなく、発達段階やライフイベントを総合的にとらえることで、患者のニーズに応じた情報の提供につなげることができる。

中年期クローン病患者は長期療養を通して、さまざまな生活の工夫を実践していることが明らかになった。患者支援組織では、より生活に即した情報共有ができる。こうした情報は、実体験をふまえた内容であるため、発症間もない患者にとっては、同病という同じ立場だからこそ信頼でき実践につなげられるものである。看護師も積極的に患者支援組織に携わる必要がある。

クローン病患者の療養は一生続ける必要があるため、自分流の工夫は無理なく継続できることが重要である。発症初期や再燃時だけでなく、寛解期にある外来通院時も相談に応じられる支援体制を整備する必要がある。

また仕事や家庭での役割をもつことは、こうした生きがいを楽しみ充実させるためにも寛解維持は必須であるという認識や行動化につながり、体調コントロールに有効であることが示唆された。長期の寛解を維持できる療養支援のみならず、患者が病気や療養とのバランスをとり役割や生きがいを発掘できる支援も必要である。患者が今後どのように過ごしたいと考えているのか、発達段階の節目など人

生における展望について傾聴する機会をもち、ともに考えていくことも重要である。

V. 本研究の限界と今後の課題

本研究の対象者は青年期以前に発症し寛解期にあり、ストーマを造設する者を除外するという条件であったことから、中年期にあるすべてのクローン病患者の生活の再構築を網羅するものではない。一施設に通院する患者7名と対象者数が少なく、性別や発症時期による違いが生活の再構築に影響するのか詳細に示すことには限界があったため、今後条件を上げ対象者を増やしデータ分析する必要がある。また、本研究の対象者は全員が一度は成人として生活基盤を築いていたのが特徴であった。成人として生活基盤を築いていない場合、生活の再構築は困難となることが推測される。未婚や就労経験がないなど成人としての生活基盤がない対象者への研究を実施し、必要な支援を提示することが今後の課題である。

VI. 結 論

1. 青年期以前に発症した中年期クローン病患者は「再構築の契機となる経験」を繰り返し、「調子のよさを維持させる」「体調コントロールの軸は自分」「体調を優先させて生きる強さをもつ」といった内面に変化をきたしていた。
2. 中年期クローン病患者の生活の再構築は、「自分の感覚が頼り」としながら「体得した自分流の工夫を生活に組み入れる」ことを実践し、体調や生活の変化、ライフイベントに応じた修正を繰り返していた。
3. 生活の再構築にはコアとなるテーマ「乗り越えてきた喜びと自信」と「豊かに生きていく」が存在し、これにより中年期となり「加齢や合併症出現による将来の生活の不安」を感じていたが、将来起きうる問題を具体的に予測し乗り越えようとしていた。
4. 患者が病気や療養とのバランスを保ち、自分流の工夫を修正させ発展できるように継続した支援の必要性が示唆された。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解くださり、快くインタビューに応じてくださいました対象者の皆さまに心よりお礼申し上げます。

本研究は山本孝治の福岡大学大学院医学研究科修士課程看護学専攻に提出した修士論文の一部に加筆・修正をしたものであり、第21回日本難病看護学会学術集会で発表をした。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

本研究の目的は、青年期以前に発症した中年期のクローン病患者がこれまでどのように生活を再構築してきたのか、今後どのように病気とともに生活しようと考えているのかを明らかにすることである。中年期クローン病患者7名を対象とし、半構成的面接から得られたデータを質的に分析した。その結果、[再構築の契機となる経験][調子のよさを維持させる][体調コントロールの軸は自分][体調を優先させて生きる強さをもつ][自分の感覚が頼り][体得した自分流の工夫を生活に組み入れる][加齢や合併症出現による将来の生活の不安]の7つのカテゴリー、[乗り越えてきた喜びと自信][豊かに生きていく]の2つのコアとなるカテゴリーが抽出された。生活の再構築は繰り返され、病気や加齢による影響をふまえ、自分らしく豊かに生きていこうとするものであった。患者が自分流の工夫を実践し振り返りながら修正させ発展できるような支援が必要である。

Abstract

This study focuses on middle-aged patients with pre-adolescent onset Crohn's disease and aims to elucidate how they have rebuilt their lives and how they plan to live their life with this disease. We conducted semi-structured interviews of seven middle-aged patients with Crohn's disease and assessed the qualitatively obtained data. The results recognized the following seven categories: "incidences that prompt rebuilding lifestyle", "having prolonged remission", "self-control over health", "having the strength to live prioritizing health", "listening to one's own body", "incorporating changes that have been previously beneficial into daily life", and "uncertainty about future related to aging and possible development of new complications". In addition, the following two core categories were recognized: "joy and confidence pertaining to having overcome past challenges" and "living a fulfilling life". The rebuilding of life is repeated, and with the effects of illness and aging in mind, patients tried to live a life that was fulfilling and unique to each. Thus, it is essential to provide continuous support that encourages patients to implement, evaluate, and modify their lifestyle changes until they find what works for them.

文 献

- Atkinson, R. (1995/2006). 塚田 守 (訳), 私たちの中にある物語: 人生のストーリーを書く意義と方法. 京都: ミネルヴァ書房.
- Canavan, C., Abrams, K.R., Hawthorne, B., Drossman, D., & Mayberry, J.F. (2006). Long-term prognosis in Crohn's disease: Factors that affect quality of life, *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 23(3), 377-385.
- 出村佳美, 岩田浩子 (2012). 中年期にあるパーキンソン病患者の生活体験. *日本看護研究学会雑誌*, 35(2), 103-112.
- 藤本 悠, 水野 光, 瀬戸奈津子, 布谷麻耶, 市川奈央子, 清水安子 (2017). クローン病患者の運動の捉え方と影響要因の検討. *日本難病看護学会誌*, 21(3), 181-193.
- 石橋千夏, 藪下八重, 旗持知恵子 (2016). 看護師がとらえるクローン病患者のセルフマネジメント. *日本難病看護学会誌*, 20(3), 205-213.
- 木戸恵美 (2014). 思春期から青年期にクローン病をもつ人の療養法を遵守できない体験. *日本小児看護学会誌*, 23(3), 18-25.
- 小林 拓, 日比紀文 (2009). 炎症性腸疾患の概念・定義と疫学. *日本内科学会雑誌*, 98(1), 5-11.
- 小松喜子, 前川厚子, 神里みどり, 渋谷優子, 山崎京子, 片平洸彦 (2005). クローン病 (CD) 患者の人生の満足度に関わる要因について. *日本難病看護学会誌*, 9(3), 179-187.
- 厚生労働省 (2017). 衛生行政報告例: 2016年度特定疾患 (難病) 医療受給者証所持者数 (性・年齢階級・対象疾患別). <http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/images/csv.gif> (検索日2017年11月1日)
- Lazarus, R.S. (1990/1990). 林 峻一郎 (訳), ストレスとコーピング: ラザルス理論への招待. 東京: 星和書店.
- Levinson, D.J. (1978/1992). 南 博 (訳), ライフサイクルの心理学 (上). 82-163, 東京: 講談社.
- Lynch, T. & Spence, D. (2008). A qualitative study of youth living with Crohn disease. *Gastroenterology Nursing*, 31(3), 224-232.
- 前田絵美, 大石ふみ子, 葉山有香 (2012). 骨盤内臓全摘術後に直腸がん患者が生活を再構築していくプロセス. *日本がん看護学会誌*, 26(2), 6-16.
- 宮宇地秀代, 名越民江, 南 妙子 (2012). 壮年期腹膜透析療養者のライフスタイルの明確化. *香川大学看護学雑誌*, 16(1), 39-48.
- 森 恵子, 秋元典子 (2012). 食道切除術後の回復過程において補助療養を受けた患者の術後生活再構築過程. *日本がん看護学会誌*, 26(1), 22-31.
- 岡本祐子 (1995). 人生半ばを越える心理. 南 博文, やまだようこ (編), 講座 生涯発達心理学 (5): 老いることの意味—中年・老年期. 53-66, 東京: 金子書房.
- 小野正子 (2002). クローン病患者の日常生活における困難: 6事例の面接調査から. *秋田大学医療技術短期大学部紀要*, 10(2), 139-148.
- Pihl-Lesnovska, K., Hjortswang, H., Ek, A.C., & Frisman, G.H. (2010).

青年期以前に発症した中年期クローン病患者の生活の再構築

- Patients' perspective of factors influencing quality of life while living with Crohn disease. *Gastroenterology Nursing*, 33(1), 37-46.
- 佐々木栄子 (2003). 壮年期にあるパーキンソン病患者の自己概念の様相. *日本難病看護学会誌*, 8(2), 114-123.
- 吹田摩耶, 鈴木純恵 (2009). クローン病の食生活体験のプロセス. *日本看護研究学会雑誌*, 32(5), 19-28.
- 高樽由美, 藤田佐和 (2008). 糖尿病で視覚障害をもつ人の生活の編みなおし. *高知女子大学看護学会誌*, 33(1), 17-27.
- 富田真佐子 (2008). クローン病患者におけるQOL関連要因の探索とモデルの構築. *四国大学紀要 (人文・社会科学編)*, 30, 215-226.
- 富田真佐子, 片岡優実, 矢吹浩子 (2007). クローン病患者において病状の不安定さがもたらす日常生活への心理社会的影響. *日本難病看護学会誌*, 11(3), 198-208.
- 谷津裕子 (2010). *Start Up 質的看護研究*. 103-145, 東京: 学研メディカル秀潤社.

[2017年11月18日受 付]
[2018年7月6日採用決定]

新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で 看護を实践するうえでの取り組み

— KJ法を活用した面接内容の構造化から —

Efforts of Newly Graduated Nurses in Dealing with More than One Patient Simultaneously:
Analyzing Data Collected through Interviews with Newly Graduated Nurses, Using the KJ Method

今井 多樹子¹⁾ 岡田 麻里²⁾ 高瀬 美由紀¹⁾
Takiko Imai Mari Okada Miyuki Takase

キーワード：新人看護師，複数患者，受け持ち患者，看護実践，KJ法

Key Words：newly graduated nurses, more than one patient/multiple patient, patient in charge, nursing practice, KJ method

はじめに

看護基礎教育を修了したばかりの圧倒的多数の若者たちは、看護師として病院に就職し（日本看護協会出版会，2017，pp.120-123），職場の支援体制の下で（今井・高瀬，2017），看護専門職としての道を歩む。新人看護師にとって職場の支援体制は、能力開発と同時に、看護師としてクリアすべき成長課題を見出し克服させる側面をもつ。しかし、免許取得後に初めて就労する新人看護師にとって、自己の成長課題を見出し克服することは並大抵のことではない。事実、新人看護師の就業時の実態を調査した研究では、リアリティ・ショック（Duchscher，2009；谷口・山田・内藤・内海・任，2014）をはじめ、職場適応をめぐる困難さ（Fink, Krugman, Casey, & Goode, 2008；今井・池田，2013）や、離職要因（Cho, Lee, Mark, & Yun, 2012；山口・徳永，2014；内野・島田，2015）に関するテーマが国内外で数多く着手されている。これらの研究からは、新人看護師が仕事をとおして多様な成長課題に直面し、苦しい境遇・立場にある様相がみてとれる。

一般的に、新人とよばれる人は、仕事をとおして多様な変化や出来事を経験するなかで、その経験を自分の記憶にある先行経験と対比させ、入職前のイメージと入職後の現実の違いに対して驚きを感じ、ショックを受ける（Duchscher，2012，pp.13-53；中原，2012，pp.60-66）。リアリティ・ショックや transition shock（転換ショック）とよばれるこの状況は、新人が新しい職場に適応する際に直面する可能性の高い問題である。しかし、リアリティ・ショックにおいては、一種の通過儀礼（勝原，2007，pp.36-43）

という見方もあり、新人看護師が新しい職場環境に適応する際の reorient（再適合／再方向付け）として（Kralik, Visentin, & van Loon, 2006），単にネガティブな問題とはいえない。とはいえ、多くの場合、リアリティ・ショックは新人看護師にストレスと不安を与えるため（McKenna & Green, 2004；O'Shea & Kelly, 2007），問題点を放置すれば、新人看護師の職場適応を阻害し、早期離職を喚起することになりうる。

加えて、（医療職ではない）企業のビジネスパーソンに目を向けると、組織参入時（入職時）のネガティブ情報を含む「組織・職務のリアルで生々しい情報」は、初期期待を抑制することに寄与し、離職を防止できる可能性が示唆されている。つまり、組織参入時の初期期待が高ければ高いほど、組織参入時のリアリティ・ショックは激しくなり、受ける精神的ダメージは大きくなる（中原，2012，pp.56-60）。この現状を新人看護師に置き換えてみると、彼らは大学卒業後に職業が決まる一般の大学生とは異なり、大学（看護基礎教育）への進学の前には、看護師という職業が存在し、臨地実習をとおして、看護の組織・職務のリアルで生々しい情報を知りえているはずである。言い換えれば、新人看護師の場合、組織参入時のリアリティ・ショックは、少なくとも一般企業に就職する新人に比べて少ないものと推察でき、職場定着しやすいものと考えられることができる。しかしながら、新人看護師の早期離職をめぐる問題は、続いている現状にある。

なかでもとくに、職場定着を阻害している主要因として看護基礎教育修了時点の能力と臨床で求める能力とのギャップがあげられる（日本看護協会中央ナースセンター

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

2) 県立広島大学保健福祉学部看護学科 Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare, Prefectural University of Hiroshima

事業部, 2005; 厚生労働省, 2007)。そしてさらに, このギャップを生み出す一因として, 看護基礎教育では一人の受け持ち患者の看護を中心に学ぶのに対して, 臨床では複数の患者を同時に受け持つ体制下で看護を展開する現状が指摘されている(厚生労働省, 2007)。ゆえに, 新人看護師は複数の患者を同時に受け持つ体制下で, 自分の能力と仕事で求められる能力との狭間で役割葛藤を抱え, この試練がリアリティ・ショックとなり, 早期離職を喚起することも考えられている(厚生労働省, 2007; Fink, et al., 2008; Cubit & Ryan, 2011; Bisholt, 2012; Parker, Giles, Lantry, & McMillian, 2014)。このように, 新人看護師が看護基礎教育と臨床との違いに戸惑い, リアリティ・ショック, ひいては早期離職に追い込まれる現状は, 四半世紀以上前より続いている(Kramer, 1974, pp.1-8; 井部・上泉: 1896)。この現状を受け, 臨床では卒後臨床研修(厚生労働省, 2014)を講じるなど, 新人看護師をめぐる職場の支援体制は, これまで以上に手厚いものとなったといえる(今井・高瀬, 2017)。

ある調査では, 新人看護師の92%は就業時に困難を経験し(Fink, et al., 2008), 就労後3か月の時点で離職願望を抱く者が約7割に達すると報告している(水田・上坂・辻・中納・井上, 2004)。とはいえ, 実際の離職率に目を向けると, 直近(2016年)の病院看護実態調査では新人看護師の離職率は7.8%で(2011年度に前年度の8.1%から7.5%に減じて以降, 7%代後半で推移), 中堅看護師の10.9%を下まわっている(日本看護協会, 2017)。

事業所(会社)規模や学歴にもよるが, 一般的企業では10~30%程度の新卒者が1年以内に離職している(厚生労働省, 2016)なかで, 現在の新人看護師の離職率は決して高いわけではない。言い換えれば, 圧倒的多数の新人看護師は, 仕事をとおして直面するリアリティ・ショックや, 多様な自己の成長課題を克服し, 苦難を乗り越え職務継続に至っているのである。当然のことながら, 新人看護師とはいえ, 職務を継続する過程では複数の患者を同時に受け持つことになる。つまり, 新人看護師は, かつて経験したことのない複数の患者を同時に受け持つ体制下で, 苦難のなかで自分なりに何かに取り組んでいるのである。

先行研究に目を向けると, たとえば, 森・亀岡・定廣・舟島(2004)の研究では, 就職直後3週間の新人看護師の行動について, 看護師としての責務を自覚するあまり他者への支援要請を躊躇したり, 否定的評価を避けることに関心を集中させやすい状態にあるという特徴が明らかにされている。このように, 新人看護師の就業時の実態を総体的に解明した研究は数多く散見されるなかで, 複数患者を同時に受け持つ体制下で, そもそも新人看護師が看護を実践するのに, どのように取り組んでいるのかという実態解明

には至っていない。したがって, 複数患者を同時に受け持つ体制下で, 新人看護師が看護を実践するうえでの取り組みを解明できれば, 新人看護師の支援体制を構築するうえでの教育的示唆となり, 看護実践の質向上に資するものと考えられる。

I. 研究目的

本研究の目的は, 新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で看護を実践するうえでの取り組みを明らかにすることである。

II. 研究方法

本研究は半構造化面接をもとにしたKJ法(川喜田, 1970)による質的記述的研究である。

1. 調査期間

平成25年12月~平成26年2月。

2. 対象者

対象者は, 次の基準を満たす者とし, 看護部長に選定・調査を依頼した: ①看護系大学の卒業生, ②職務継続に至っている現役の新人看護師(看護師経験年数1年未満), ③病棟で直接的な患者・家族ケアに従事する者。

対象者の所属施設は, 次の基準を満たす施設(中国地方)とし, 研究に同意が得られた3病院とした: ①看護系大学の実習施設を担う地域医療支援病院(急性期病院), ②学生の就職状況から新人看護師の採用・教育力を有すると判断できる病院。なお, 対象者の所属施設を地域医療支援病院(急性期病院)としたのは, 圧倒的多数の臨床看護師が就職していることによる。対象者数は, 後の分析方法に示す「探索ネット」の全体感からデータの飽和状況を確認したうえで決定した。

3. 調査内容

本研究は「統合実習」の教育プログラムの構築に向けた基礎的研究として行われた「新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で直面する多重課題への対応力に関する調査」の一部である。主な調査内容は, 新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で, ①直面する多重課題の実際(内容), ②その多重課題対応の際に感じる, 自分自身の欠くところ, 弱いところ, ひいてはうまくいかなさの感覚, つまり不全感がどのようなものであるのか, ③複数患者を同時に受け持つ体制下で看護を実践するうえでの取り組みであった。本研究では, 「③複数患者を同時に受け持

つ体制下で看護を実践するうえでの取り組み」の部分分析対象とした。研究者がインタビュアーとなり、インタビューガイドに基づき、対象者に語ってもらった。インタビュー内容は、対象者の承諾を得てICレコーダに録音し、後に逐語録に起した。上記①～③の面接調査に要する時間は1時間以内とし、対象者の所属施設の個室で1名のインタビュアーが1名の対象者に対して行った。

4. KJ法の活用

KJ法を活用して、次の手順でデータを図解化し、構造を明らかにしたうえで叙述化した。KJ法の採用理由は、渾沌としたデータ全体を、研究者の恣意的な解釈に陥らずに、「データそれ自身をして語らしめよ（川喜田, 1970, pp.7-12）」というように、対象者から取材したデータそのものに語らせる方法で、創造的に発想し、統合することによって質的データを構造化し、その本質をシンボリックに明らかにできることによる^{*1}。この方法でデータを構造化することによって、調査の対象者自身にも隠された真実、つまり、語られた内容にどのような真実が潜んでいるのかを、対象者の個別性・固有性を越えて、本研究ならば「新人看護師」の抽象度で、明らかにすることが可能である。そのため、データの構造化によって得られた知見を臨床での教育・指導に活用しやすいと考えた。なお、KJ法の活用の際に、本研究者はKJ法教育・研修を受講した。また、図解化・叙述化にあたっては、看護管理に関する論文業績が豊富な研究者と、質的研究の経験を有する複数の研究者が行い、結果における真実性の確保に尽くした。

(1) ラベルづくり

調査内容の逐語録を熟読し、新人看護師の語りから「複数患者を同時に受け持つ体制下で看護を実践するうえでの取り組み」に関係のある部分を抽出し、適切に単位化・圧縮化してラベル化した。このとき、文脈や語り手の意図を歪めない範囲で表現を整えた。次に、すべてのラベルを模造紙に配置した「探検ネット」を作成し、ラベル群の全体感（質のバラエティーや重複感）をとらえた。そして、「多段ピックアップ」という技法により「探検ネット」上のラベル群から、「なんだか気にかかる」と感じられたシンボリックなラベルを段階的にピックアップする作業を繰り返した。

以上のプロセスを経て、精選したラベル（元ラベル）を用いて、次のグループ編成（統合）を行った。

なお、KJ法は「広義のKJ法」と「狭義のKJ法」に大別される。「探検ネット」と「多段ピックアップ」はともに「広義のKJ法」における技法の一つであり、「探検ネット」によってデータの全体感を把握したうえで、「多段ピックアップ」によって適切にラベルを精選することが可能となる。精選したラベル群を用いて、以下の「グループ編成→図解化→叙述化」を行うのが「狭義のKJ法」に相当する。「探検ネット」を作成することで、テーマをめぐって360度の視角からデータが取材されているかという、質のバラエティーと全体感を確認し、「多段ピックアップ」によってバランスよくシンボリックにラベルをピックアップすることで、取材（面接調査）されたデータの全体感を損なうことなく「狭義のKJ法」によって適切に構造化することが可能となる。

(2) グループ編成（統合）

まずはすべての元ラベルを抜げて熟読し（ラベル抜け）、ラベル群の全体感を背景とした相対的な「志」の近さを吟味して、他のどのラベルよりも「志」に近いラベルを2～5枚ずつ集めた（ラベル集め）。このとき、同一の単語にとらわれて分類したり、論理的なストーリーでつなぐようにセットしないことを心がけた。セットになった複数のラベルには、「表札」とよばれる統合概念を記す作業を行った（表札づくり）。また、セットにならないラベルは「一匹狼^{*2}」とよばれ、後述の図解化（図1）で示すように、●は「一匹狼」の印であり、●の数が何段階目で一匹狼になったかを示す。

以上の「グループ編成」を、最終的にラベルが10束以内になるまで繰り返した。本研究では、2段階の統合により、最終的に10個のグループ（ラベル群）に統合された。図解上、統合された10個のグループ（ラベル群）は「島」とよばれ、最終統合の各島には「シンボルマーク」とよばれる象徴概念を記す。

(3) 図解化と叙述化

図解化にあたっては、新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で看護を実践するうえでの取り組みについて、各島のイメージをもとに「どういう本質が潜んでいる

^{*1} : KJ法は、「帰納法」でも「演繹法」でもなく、「発想法」である。データに対し、数の多さによってその重要度を判断するものでもなく、既成の理念やカテゴリーによって分類・分析するものでもなく、データ全体を背景として、個々のデータが研究者に象徴的に語りかけてくる質（KJ法では「志」と呼ぶ）を、創造的に発想・統合することによって、データ全体の構造を明らかにする方法である。

^{*2} : 例えば一段階目のグループ編成で「一匹狼」ならばそのラベルの末尾に「●」を、セット（1グループ）になった複数のラベルにつけられた表札の末尾には「①」をつけるが、二段階目のグループ編成では、「一匹狼」も1枚で1グループと思って扱う。二段階目のグループ編成で「①」のついた表札が「一匹狼」ならば「①●●」を記し、「●」のついていた「一匹狼」のラベルが再度「一匹狼」となれば末尾の印は「●●」となる。

のか」という視点で島同士の関連性を検討した。そのうえで、10個の島は配置と移動を繰り返し、試行錯誤しながら論理的に落ち着きのよい空間配置^{*3}を見出し、統合のプロセスが明示されるよう図解化した。10個の島にはそれぞれ島のイメージを端的かつ象徴的に表す「シンボルマーク」を記し、島同士の関係を関係線（波及、生起順〔あるいは因果関係〕、関係あり、以上図1参照）で示した。なお、表札に記した文章末尾の丸付き数字は、何段階目の統合時の表札であるかを示す（①：グループ編成第1段階の表札，②：グループ編成第2段階の表札）。また、図解上『最終表札』は各島の最上部に配置して下線を付し、その『シンボルマーク』を【 】で示した。〈下位の表札〉は次元にかかわらず太い破線で、また『元ラベル（原文）』は細い線で、おのおの四角で囲んで示した。

次に、図解を踏まえて、シンボルマークを用いて叙述化し、最後に図解全体のイメージを表すタイトルを記した。叙述化（「V. 結果」において、シンボルマークを用いて概略を述べ、さらに各島の詳細を叙述化した）においては、シンボルマークを【 】、最終表札を下線、下位の表札を〈 〉、元ラベル（原文）（逐語録から作成し、多段ピックアップで精選されたラベル群）を『 』で示した。

5. 倫理的配慮

本研究は、県立広島大学研究倫理委員会の承認（承認番号：第13MHO45号）を受けて実施した。研究協力機関の看護部長には、研究の趣旨を口頭と文書で説明し、承諾書で研究参加への同意を得た。そのうえで、対象者本人には口頭と文書で本研究の趣旨を説明し、研究協力の可否を同意書で求め、自由意思の尊重と匿名性を遵守した。

Ⅲ. 結 果

対象者となる新人看護師は、3か所の地域医療支援病院（総病床数226～715床）に勤務する7名であった。彼らの概要を表1に示した。面接の平均時間は約32分間（範囲18～46分間）であった。逐語録から作成したラベルの合計は571枚で、多段ピックアップにより35枚を精選し、2段階の統合を経て10個の島（グループ）に統合された（図1）。

まず、図解全体の構造についてシンボルマークを用いて簡略に述べる。

新人看護師が認識している自己の取り組みとして、図解

表1 対象者の概要

年齢	性別	専門領域	面接時間
20代	女性	循環器内科	22分間
20代	女性	循環器内科	32分間
20代	女性	精神科	39分間
20代	女性	NICU	46分間
20代	女性	婦人科	44分間
20代	女性	産婦人科	18分間
20代	女性	整形外科	26分間

から顕著に把握できるのは、複数患者を同時に受け持つ体制下での看護実践において、治療に関する医学的知識のなさを実感し、それを立て直すべく、先輩の指導に忠実に従いつつ、機会あるごとに自分の看護を振り返り、実践力を獲得・精練しているさまであった。つまり、複数患者の看護という新たな経験をとおして、治療について【知らないことの怖さによる奮起】が原動力となり、【先輩の指導に従順】であることと【機会あるごとの振り返り】を軸に、【経験による新たな知識・技術の習得】に奮闘しているさまである。看護師として患者を受け持つ以上は、その日の業務の初動段階で患者の病態や治療をめぐる情報収集と、業務上の調整は不可欠である。ゆえに、新人看護師は、先輩看護師の指導下で、受け持ち患者の【病態理解と情報収集に尽力】すると同時に【先を見越した業務の段取り】を行っていた。そして、【先輩との人間関係の構築】【看護専門職として行うべき報告・相談の創意工夫】に努めながら、【先輩の支援下でむずかしい実践に挑戦】していた。さらに、【経験による新たな知識・技術の習得】は、【主体的で柔軟な職場学習】によって強化され、実践力の獲得・精練につながっていた。

以上の新人看護師の取り組みは、看護学生から看護専門職に転換したばかりの新人看護師が、看護に必要な患者の治療にかかわる医学知識のなさを自覚し、看護実践能力の獲得に向けて努力している所以の構図といえ、図解タイトルを「専門的な知識不足の自覚を媒介とした看護実践能力の獲得努力」とした。各島の詳細は、次のとおりであった。

1. 【知らないことの怖さによる奮起】

最終表札は、実践による経験と学習をとおして、薬剤の作用など、看護師として治療に関する専門的知識のなさとその怖さを知り、看護が実践できないことを実感した①●

*3：実際には十人十色になる空間配置が、どういう状況の時に適切な空間配置といえるのかKJ法の著書（川喜田，2003，p.80）には次のように書かれている：①なによりもまず、作業をしている本人に一種のさわやかな快感がおこるということ。②もう少し理性的なチェックの方法として、空間配置が適切であるかどうかを知りたい時に、その配置の意味する内容をすらすらとストーリーにして、つないでしゃべれるかどうか、口のなかでつぶやいてみることである。円滑につながれば、それはそれなりによい空間配置である。（本研究でも、10個の島の全体感を背景とした「志」の感受を大切に、図解全体を説明する上で説得力のある構造化を心がけた。）

●であった。

新卒で就職し、仕事を始めると、多くのほとんどの新人は仕事ができない。つまり、新人は、職務を遂行するうえで、新たな知識・技術を獲得しなければならない。『先輩に教えてもらった薬剤は、自分で調べて、その重要性や怖さを知り、知らない（薬剤の知識がない）ことの怖さを痛感した』という言葉が示すように、人命にかかわる職務上、新人看護師は患者の治療（薬剤）に関する知識を急務に獲得しようとする最中で、知識のなさが脅威となっていた。治療（薬剤）に関する知識がなければ、看護師として患者の身体を観察し、正常と異常を判断することができない。また、患者の異常がわからなければ、急変を回避するための対応もできない。『看護するなかで治療のことを知らないと、うまく対応できないことを痛感した』にも、看護師として治療（薬剤）に関することを知らない自己の至らなさを悔やむ認識がにじんでいた。

2. 【先輩の指導に従順】

最終表札は、観察のポイントや、報告の創意工夫点、そして業務の優先順位づけに至るまで、先輩から受けた指導内容を忠実に実行している①●●であった。

ミスが許されない人命にかかわる職場で、臨床経験のない新人看護師が職務を遂行するには、職場の支援が不可欠である。ゆえに、免許取得後に初めて就労する新人が担う業務は、ほとんどすべて先輩の指導下で進められるといっても過言ではない。『朝の時点で、先輩から観察のポイントなどの指導を受けるので、その指導に基づいて、受け持ち患者の観察を進め、報告時に（観察の是非を）確認する』という言葉が示すように、新人看護師は先輩から受けた指導内容を忠実に実行していた。また、『報告の際、ただ聞くだけでは駄目だと指導を受けたので、自分なりのアセスメントを入れて報告するようにしている』『入職時から業務の優先順位を決めることの重要性を言われ、今一番すべきことは、例えば点滴とトイレだったらトイレに行く人の状況にもよるが、点滴に関することを優先的に考える』というように、新人看護師が先輩から受ける指導内容は、観察のみならず、報告や業務の優先順位づけに至るまで、多岐にわたっていた。どれも看護業務を遂行するのに不可欠なものばかりで、臨床経験のない新人看護師は、先輩の指導に従順にならざるをえないさまがみてとれた。

3. 【機会あるごとの振り返り】

最終表札は、複数患者の看護という新たな経験をとおして、失敗と向き合いながら、機会あるごとに自分の看護を振り返り、次の看護実践に活かしている②であった。

職務を遂行するうえで、失敗などの経験を振り返り、自

己の課題、ひいては教訓を見出し、次に活かすことは、経験を学習につなげる行為となる。『点滴の管理で、点滴漏れや、投与時間の遅れなど、失敗をとおして、少し早めに確認すべきだったなど、学んでいる』『経験を積まないといけないと思うので、少しでも失敗というか、反省点があったときは先輩に相談して、自分でも振り返って、次に活かせるようにしている』という言葉が示すように、新人看護師は失敗を振り返り、そこから教訓を見出し、次の看護に活かしていた。また、『報告は、患者、業務双方にとって重要であると同時に、自分に何が足りないかなど、わかる機会なので、積極的に行っている●』というように、報告の機会を活用し、機会あるごとに振り返りを行っているさまがみてとれた。

4. 【経験による新たな知識・技術の習得】

最終表札は、注射や人工呼吸器の取り扱いなど、実施経験のない看護技術を段階的に、そして繰り返し経験することで学習し、習得している②であった。

身体侵襲を伴う看護技術は、看護学生とはいえ、無資格者が実施できる範囲は限られるため、実習でもほとんど経験できない。ゆえに、多くのほとんどの新人看護師は、注射をはじめとした診療補助技術の実施経験がない。『実習で経験したことがない注射は、就職して初めて経験し、大変ながら繰り返し経験することで何とかできるようになった』という言葉が示すように、新人看護師は実施経験のない注射の技術を繰り返し経験することで習得していた。また、『経験のないことは3回見学して、3回指導の下で実施して、合格すれば独り立ちという決まりごとのなかで、チェックリストで確認しながら進めている●』というように、臨床では新人看護師の経験に応じて、段階的に看護技術を習得できるように教育プログラムが講じられているさまがみてとれた。

5. 【病態理解と情報収集に尽力】

最終表札は、わからなくても、事前に自分で調べて勉強し、看護実践の土台となる対象（患者の疾患・病態）理解と、そのために必要な情報収集に尽力している②であった。

情報収集は、看護過程を展開する初動段階の行為であり、看護展開の要である。それゆえ、看護師として患者を受け持つ以上は、その日の業務の初動段階で、患者（病態・治療）の情報収集を行う行為は不可欠である。『患者の病態がわからなかったら、その場で調べる』『翌日の受け持ち患者は、前日にわかるので、自分の受け持ち患者の疾患を事前に勉強してくるようにしている』という言葉が示すように、新人看護師は、患者を理解するために、疾患

や病態について、わからないことを事前に自分で調べて勉強していた。学習が疾患・病態に向かうのは、看護の対象となる人が患者であり、病気の治療を受けていることによる。『基本だが、患者の状態把握のための病態理解と情報収集に尽くしている』にも、疾患や病態をめぐる情報収集に重きがおかれていることがにじんでいた。そして、『情報収集は、必要な情報や、収集源（何を使って）がわからず大変だが、時間をかけてやっている』というように、対象理解に資する情報収集に尽力しているさまがみてとれた。

6. 【先を見越した業務の段取り】

最終表札は、自分で業務の段取りを考え、先を見越して朝早く出勤するなど、早めに行動し、時間内に業務が終わるように尽力している①●●であった。

先を見越して、業務の段取りをつける行為は、看護業務を遂行するうえで重要である。とくに、臨床経験のない新人看護師が職務を遂行するには時間を要するため、勤務時間内に職務を終えることは必然的に課題となる。『時間外勤務にならないように、朝早くきて情報収集し、清潔ケアは午前中に済ませるように、スケジュールを考えて動いている』という言葉が示すように、新人看護師にとって、勤務時間内に業務を終えることは課題となっていた。このため、朝早く出勤するなど、先を見越して行動している。『複数の患者を受け持つなかで、時間の使い方や、ケア・処置の優先順位などを考えながら、勤務時間内に終わるように動いている』にも、勤務時間内に業務を終わらせようと先を見越して行動しているさまがにじんでいた。そして、複数患者の看護をとおして、優先順位を考え、業務の段取りをつけているさまがみてとれた。

7. 【先輩の支援下でむずかしい実践に挑戦】

最終表札は、患者・家族への対応や診療補助技術など、自分で経験したことのない（自分一人では対応できない）項目は、先輩の支援下で実践している①●●であった。

新人看護師は、臨床経験がないとはいえ、看護師として医療チームの一員である以上は、自ら主体的に先輩に相談し、指導を仰ぎながら、経験のないむずかしい実践に臨むこともありうる。『イレギュラーなケア・処置が入ることで自分の考えた段取りが崩れることは多々あるが、（先輩に）報告・相談することで何とか対応している』という言葉が示すように、臨床では予定外の業務にも対応しなければならない。その業務内容が、対応がむずかしい患者・家族への看護介入や、患者急変時の対応のように、自分一人では対応できない場合、新人看護師も経験ある看護師も一人で対応できない場合は、自ら主体的に他の看護師の支援を

仰ぎながら業務を遂行しなければならない。『自分一人では対応できないときは、先輩に声をかけ、サポートしてもらっている』にも、新人看護師が自ら主体的に他の看護師（先輩看護師）の支援を要請しているさまがにじんでいた。

8. 【看護専門職として行うべき報告・相談の創意工夫】

最終表札は、新人とはいえ、専門職として行うべき報告・相談の仕方を心得ており、先輩に声をかけるときは、自分の考えを述べたり、自分で事前に調べるなど、創意工夫をしている②であった。

看護専門職として行うべき報告・相談は、適切な相手に、適切なタイミングで、自分の考えや、看護アセスメントを踏まえて行うことが求められる。さらに、看護アセスメントを行うには知識が必要になるため、わからなかったら自分で事前に調べるという行為が求められる。『（先輩に）聞き過ぎはよくないと思うので、聞き方には気をつけて、「私はこの様におもっていますが、どうでしょうか？」など、自分の考えを添えるようにしている』『先輩に自分がわからないことを聞くとき、自分で一度調べてから、聞くようにしている』という言葉が示すように、看護師が行う報告・相談には自分の考え（看護アセスメント）を述べたり、必要なことは事前に調べるなど、専門職として行うべき報告・相談の仕方がある。新人看護師は、報告・相談を実践するなかで、その仕方を学んでいる。そして、『患者・家族の訴えや、血圧に変動があったときなど、大きく変化したことは、リーダーに伝えている』というように、報告・相談のタイミングを考えて実践しているさまがみてとれた。

9. 【先輩との人間関係の構築】

最終表札は、自ら主体的に先輩に歩み寄り、職務のうえでいつでも相談できるように、先輩との人間関係の構築に努めている①●●であった。

新人看護師が看護業務を遂行するには、職場のサポートが不可欠である。彼らにとって先輩看護師は、最も身近な頼れる存在であり、よき支援者といえる。ゆえに、新人看護師が業務を遂行するには、支援者となる先輩看護師との人間関係の構築は重要である。『指導についてくれた先輩とは、自分から積極的にコミュニケーションをはかり、いつでも相談できるように人間関係を築く努力をした』『人間関係が築けていない先輩に対して聞きづらさはあるが、勇気をもって自ら声をかける（質問する）ように努力している』という言葉が示すように、新人看護師は、自分の指導にあたる先輩看護師との人間関係を自ら主体的に構築しようと歩み寄っていた。新人看護師にとって、先輩看護師が相談しやすい存在となれば、看護の質向上につながるからである。

10. 【主体的で柔軟な職場学習】

最終表札は、大学での既習内容とは異なる職場での看護業務を自ら主体的かつ柔軟な姿勢で学習し、対応している①●●であった。

学生から看護師になるとき、学校で学んだ知識や既存の価値を見つめ直し、新たに学び直すことが必要になる。当然のことながら、これには既存の経験（知識、技術、態度）にとらわれない柔軟性が必要である。『(実習中は自分に余裕がなかったため)就職して初めて看護師ってこんなふうに動いて、こんなことをしていたのかと知ることができたので、先輩の動きをしっかりとみて学んでいる●』という言葉が示すように、新人看護師は大学（実習）とは異なる職場での業務内容を、自ら柔軟な姿勢で学んでいた。さらに、『手技など、先輩の指導内容に納得できないときは、別の先輩に相談している（言われればなしにはしない）●』というように、疑問に思ったことは放置せずに、自分で考えて柔軟に対応しているさまがみてとれた。

IV. 考 察

新人看護師の取り組みの本質は、図解タイトルに示す「専門的な知識不足の自覚を媒介とした看護実践能力の獲得努力」にあると考えられた。そして、治療について【知らないことの怖さによる奮起】が原動力となり、【先輩の指導に従順】であることと【機会あるごとの振り返り】を軸に、【経験による新たな知識・技術の習得】に奮闘し、実践力を獲得・精錬しているさまが浮き彫りとなった。

【知らないことの怖さによる奮起】が示すように、新人看護師は治療（薬剤）に関する知識のなさとその怖さを知り、うまく看護が実践できないことを実感していた。このように、新人看護師が医学知識を苦手とする状況は、看護基礎教育に遡り、学生時代から継続する学修上の課題である。現代の大学生は、主体的な学修時間が不足しており（中央教育審議会大学分科会大学教育部会、2012）、看護学生においては医学知識の学習がむずかしい現状（林正、2007）が指摘されている。この現状は、われわれ教員がみても、年々顕著になってきている。とくに、薬剤の作用のような医学知識は、覚えてもすぐに忘れてしまう可能性が高い。出口（2012, pp.70-79）によれば、記憶には、①一度どこかで見たことがある、②理解している、③反復し、定着している、④使いこなす、という一連の条件が必要である。つまり、「覚える」という行為は、努力しても、そう簡単にできるものではない。新人看護師の場合、学生時代に試験や実習で薬剤の作用を覚える機会があったとしても、出口（2012, pp.70-79）が述べるように反復し、定着するところまでの実務経験はない。この現状は、看護基礎

教育の段階では必然である。ゆえに、学生から臨床看護師に転換したばかりの新人看護師の場合、看護専門職として必要な医学知識（薬剤など治療関連の知識）のなさを自覚し、専門職とよばれる職業に就く者として、看護実践能力を獲得すべく努力しているさまが浮かび上がるのは必然といえる。しかし、看護師として薬剤に関する知識がなければ、治療中の患者の身体的変化や急変の予測もできないため、患者の生命に責任をもつことはできない。この状況は、新人看護師にとっては脅威となり、結果的に観察や、業務の優先順位に至るまで【先輩の指導に従順】にならざるを得ない状況を招いていると考えられた。

とはいえ、臨床では看護が優先され、教育・指導は後まわしになる場面は多々ある。また、新人看護師とはいえ、看護師として臨床にいる以上は、自分で考えて主体的に行動しなければならないという暗黙の（つまり、明文化されていない）ルールもありうる。事実、新人看護師は【先輩の指導に従順】でありながら、複数の受け持ち患者の看護をとおして、『翌日の受け持ち患者は、前日にわかるので、自分の受け持ち患者の疾患を事前に勉強してくるようにしている』というように、自ら主体的に受け持ち患者の【病態理解と情報収集に尽力】していた。また、『時間外勤務にならないように、朝早くきて情報収集し、清潔ケアは午前中に済ませるように、スケジュールを考えて動いている』というように、自分で考えて【先を見越した業務の段取り】を行っていた。さらに、『(先輩に)聞き過ぎはよくないと思うので、聞き方には気をつけて、「私はこのように思っていますが、どうでしょうか？」など、自分の考えを添えるようにしている』というように、【看護専門職として行うべき報告・相談の創意工夫】にも取り組んでいた。これらの新人看護師の取り組みは、自分の成長課題を自覚したうえでの行動姿勢といえ、看護業務を遂行するうえで、必然的に職場で求められる。

しかし、現実的には病態理解に基づく情報収集や、業務の段取り、報告・相談を、職場で求められるように新人看護師が実践するには困難な側面もある（川西ら、2012；今井・池田、2013；今井・岡田・松森、2014）。中原（2012, pp.93-94）は、仕事において人には、現有能力を超えてこなすハードでストレッチのある経験をとおして成長することが求められ、これには「受苦」のイメージが強いと述べている。さらに、同氏はMaCauley, Ruderman, Ohlott, & Morrow (1994) の論文を引用して「現有能力を超えてこなさなければならない挑戦的で新規の業務経験においては、人は創意工夫が求められ、試行錯誤をするため、能力の伸張が起こりやすい」とも述べている。心理学の分野では「問題意識をもって挑戦的で新規性のある課題に取り組む姿勢」をストレッチといい、いままで経験したことのな

い新規性のある課題や困難な課題に取り組むと、新たな知識やスキルを獲得し、人は成長する(松尾, 2011, pp.69-84)と考えられている。事実、新人看護師は、複数の受け持ち患者の看護をとおして、【先輩の支援下でむずかしい実践に挑戦】し、【経験による新たな知識・技術の習得】にも取り組んでいた。新人看護師にとって自分の現有能力を超える高い行動目標は、個人の成長を促すものと考えられることができる。ゆえに、【知らないことの怖さによる奮起】には、新人看護師が脅威・不安であるがゆえに必死になり、そこに気迫が生まれるという含意があり、ほかのすべての島の原動力になっていると考えられた。

経験学習のサイクルに目を向けると、人は「具体的経験」をした後、その内容を「内省し(振り返り)」,そこから「教訓」を引き出して、その教訓を「新しい状況に適用」することで、学んでいる(松尾, 2011, pp.55-59)。この理論に基づいて考えると、新人看護師が自分の現有能力を超えた挑戦的で新規性のある経験はすべて、単に経験するだけ(活動レベル)ではなく、経験を資源として振り返り、そこから次の看護に活かすための改善策(教訓)を導き出すという行為を伴っているはずである。事実、新人看護師は複数の受け持ち患者の看護をとおして『経験を積まないといけないと思うので、少しでも失敗というか、反省点があったときは先輩に相談して、自分でも振り返って、次に活かせるようにしている』というように、【機会あるごとの振り返り】により、先輩看護師との対話をとおして次の看護に活かすための改善策(教訓)を導き出していた。このように対話を通じた学習は、人と人が話し合い、ともに考え、創造的に探求していく営み(対話学習)(高橋, 2013)として、またリフレクシオンを促進する要素(池西・田村・石川, 2007)として考えられている。

中原(2012, pp.131-138)によれば、若手社員が職場で受ける他者からの支援には、①業務に関する助言指導を行う「業務支援」、②仕事のあり方を客観的に折に触れて振り返り返らせることを可能にする「内省支援」、③精神的な安息を提供する「精神的支援」があり、「内省支援」をいかに職場の他者から得るかということが本人の「能力向上」にとって非常に大きな要因となる。これら3つの支援体制は、新人看護師の教育・指導場面でも見出されている(今井・高瀬, 2017)。ゆえに、職場の支援の下で対話をとおして行われる【機会あるごとの振り返り】は、新人看護師の看護実践の質を支える最も強力な彼ら自身の取り組みといえ、ほかのすべての島の原動力になりうるものと考えられた。

【機会あるごとの振り返り】は、当事者(新人看護師)だけでなく、彼らの指導的立場にある先輩看護師の「内省支援」によって高いレベルにもなりうる。さらに、【先

輩の指導に従順】【先輩の支援下でむずかしい実践に挑戦】というように、新人看護師の看護実践において、先輩看護師の存在を切り離して考えることはできない。事実、新人看護師にとって、先輩看護師との職場での関係性は、肯定的(よい関係性)であれば、実践力の向上、ひいては職場適応の要素となるが、逆に否定的(悪い関係性)であれば職場適応を阻み、離職要因となりうる(山口・徳永, 2014; 今井・高瀬, 2016)。言い換えれば、先輩看護師との職場での関係性は、よくも悪くも新人看護師の看護実践そのものに大きく影響する。ゆえに、先輩看護師の指導下にある新人看護師にとって、【先輩との人間関係の構築】は、新人の看護実践の質向上、ひいては成長において不可欠な取り組みといえる。とくに、近年の新人看護師はもちろんのこと、若手看護師はコミュニケーションが不得意であり、その意味でも【先輩との人間関係の構築】は、新人がいままで経験したことのない課題といえ、自分の現有能力を超えた取り組みといえる。

さらに、【主体的で柔軟な職場学習】が示すように、新人看護師の取り組みには挑戦性のみならず、柔軟性もみてとれた。挑戦性や柔軟性が高い個人であればあるほど、経験から学習する能力が高いという見方がある(楠見, 1999; 中原, 2010, pp.27-32)。新人看護師は『(臨床での)ケア・処置の方法は、大学で学んだ方法とは異なるが、病棟での方法をしっかり覚えて、自分なりに柔軟に対応している●』というように、大学(実習)とは異なる職場での業務内容を、自ら柔軟な姿勢で学び、【主体的で柔軟な職場学習】を展開していた。新人看護師は、新しく入ってきたものの見方や経験を、組織として活用できるような柔軟性を備え、新しい経験をとおして、組織におけるアンラーニング、すなわち「新しい情報や行動を獲得するために、組織や個人が過去に学習したことの価値を認め、それを解き放つこと(高橋, 2013)」を行い、組織の一員として学び直していると考えられた。これにより、新人看護師は【経験による新たな知識・技術の習得】にも円滑に取り組むことができ、組織社会化、すなわち「組織の規範・価値・行動様式を受け入れ、職務遂行に必要な技能を習得し、組織に適応していく過程(高橋, 1993)」を歩んでいると考えられた。

免許取得後に初めて就労する新人においては何らかの逆境や困難は避けられない。ゆえに、新人看護師が組織社会化を歩むためには、逆境や困難のなかで自己の成長課題と向き合い、乗り越える態度が必要である。したがって、本研究で見出されたKJ法図解に示す10個の島は、新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下での取り組みをなす要素といえ、新人が備えるレジリエンス(逆境力)、すなわち「逆境や困難、強いストレスに直面したときに、適応

する精神力（久世，2015，pp.37-39）」から生み出されたものと考えられた。その結果，専門的な知識不足の自覚に届することなく，これを原動力として，看護実践能力の獲得努力に至るものと考えられた。

上記で述べたように，本研究は「統合実習」の教育プログラムの構築に向けたものである。本研究をとおして，新人看護師が複数患者を同時に受け持つ体制下で看護を実践するうえでの取り組みの現状と課題を把握することができた。得られた研究成果は，「統合実習」において，複数の患者を同時に受け持つ際に，「初心者レベル（Benner, 1984/2005）」の看護師として何が求められるのか示唆に富むものといえ，この点をふまえた実践的な教育プログラムを構築し，その成果も示されている（今井ら，2017；岡田ら，2017）。事実，われわれの臨床・教育経験からみても，本研究成果は，新人看護師が看護実践能力を獲得・精錬し，職場適応するうえで不可欠な内容といえる。ゆえに，本研究成果は，看護基礎教育や就業時の早い段階で学生／新人看護師に提示し，振り返りはもちろんのこと，評価に活用することで，看護学生／看護師としてクリアすべき成長課題を見出し克服させる一助となりうるものと考えられた。また，①疾患（病態）や治療（薬剤）に関する医学的知識の獲得，②情報収集と観察，③先を見越した業務の段取り，④報告・相談の創意工夫，⑤振り返り，などは看護基礎教育（実習）の段階で，どの教育機関においても普遍的に学習できる内容といえる。しかし，必ずしもすべての看護学生／新人看護師が等しく学習しているわけではない。つまり，個人差はありうる。したがって，上記①～⑤について，個々の看護学生／新人看護師がある一定のレベルまで到達できるように，現行の教育内容の質を高めることが肝要と考えられた。

V. 今後の課題と研究の限界

本研究成果をもとに，看護基礎教育および新人看護師の教育プログラムを開発することが今後の課題である。なかでもとくに，一人の受け持ち患者の看護を中心に学ぶ看護基礎教育では，本研究成果をもとに，複数の患者を同時に受け持つ体制下で医学知識を活用し，根拠に基づく看護を展開することを視野に入れ，実践的な教育内容を検討する必要がある。さらに，本研究成果から，新人看護師の看護

実践の質は，先輩看護師の実践力と教育力によるところが大きいのと考えられた。今後の研究では，新人看護師がクリアすべき成長課題と，新人を教育する立場にある先輩看護師がクリアすべき育成課題をあわせて検討する必要がある。

また，KJ法では研究者が異なれば新たな発想が生まれる可能性があり，本研究における研究者のみの発想の限界はある。今後の研究では，同じ研究課題に対して別の研究者の研究との生産的でダイナミックな討論をとおして研究を継続させ，定量調査により検証する必要がある。

VI. 結 論

新人看護師は，複数患者の看護という新たな経験をとおして，治療について【知らないことの怖さによる奮起】を原動力として，【先輩の指導に従順】であることと【機会あるごとの振り返り】を軸に，【経験による新たな知識・技術の習得】に奮闘していた。この過程では，先輩看護師の指導下で，受け持ち患者の【病態理解と情報収集に尽力】すると同時に【先を見越した業務の段取り】を行っていた。そして，【先輩との人間関係の構築】【看護専門職として行うべき報告・相談の創意工夫】に努めながら，【先輩の支援下でむずかしい実践に挑戦】していた。【経験による新たな知識・技術の習得】は，【主体的で柔軟な職場学習】によって強化され，実践力の獲得・精錬につながっていた。以上の新人看護師による取り組みの本質は，「専門的な知識不足の自覚を媒介とした看護実践能力の獲得努力」にあると考えられた。

謝 辞

本研究をまとめるにあたり，ご協力くださいました施設ならびに対象者の皆さまに深く感謝申し上げます。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

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

複数患者を同時に受け持つ体制下での新人看護師の取り組みを明らかにした。新人看護師7名に半構造化面接を行い，KJ法で構造化した。新人看護師は複数患者の看護という新たな経験をとおして，治療について【知らないことの怖さによる奮起】が原動力となり【先輩の指導に従順】であることと【機会あるごとの振り返り】を

軸に、【経験による新たな知識・技術の習得】に奮闘していた。この過程では、先輩看護師の指導下で患者の【病態理解と情報収集に尽力】すると同時に【先を見越した業務の段取り】を行っていた。そして【先輩との人間関係の構築】【看護専門職として行うべき報告・相談の創意工夫】に努めながら【先輩の支援下でむずかしい実践に挑戦】していた。【経験による新たな知識・技術の習得】は【主体的で柔軟な職場学習】により強化され、実践力の獲得・精錬につながっていた。専門的な知識不足の自覚を媒介とした看護実践能力の獲得努力所以の構図であった。

Abstract

We aimed to clarify the efforts of newly graduated nurses in dealing with more than one patient simultaneously. Data were collected from 7 newly graduated nurses using semi-structured interviews and analyzed using the KJ method. The newly graduated nurses were inspired to “learn new knowledge and skills through experience” through the novel experience of nursing more than one patient simultaneously based on “Obedience toward senior nurses” and “Reflection on each occasion”. In this situation, “struggle due to fear of ignorance” about the treatment was the driving force for newly graduated nurses. In this process, newly graduated nurses were performing both “efforts toward understanding pathology and gathering information” and “preparation of proactive business” with the support of senior nurses. Additionally, newly graduated nurses were performing “challenging, difficult nursing practices with the support of seniors nurses” while striving to “build human relations with seniors nurses” and derive “inventive ideas for reporting and consultation required for nursing professionals”. “Learning new knowledge and skills through experience” was strengthened with “independent and flexible work place learning”, leading to the acquirement and refinement of nursing competence. The results demonstrated the efforts to gain nursing competence by awareness of lack of expertise.

文 献

- Benner, P. (1984/2005). 井部俊子 (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.
- Bisholt, B.K. (2012). The professional socialization of recently graduated nurses--experiences of an introduction program. *Nurse Education Today*, 32(3), 278-282.
- Cho, S.H., Lee, J.Y., Mark, B.A., and Yun, S.C. (2012). Turnover of new graduate nurses in their first job using survival analysis. *Journal of Nursing Scholarship*, 44(1), 63-70.
- 中央教育審議会大学分科会大学教育部会 (2012). 予測困難な時代において生涯学び続け主体的に考える力を育成する大学へ. http://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afldfile/2012/04/02/1319185_1.pdf (検索日2016年9月5日)
- Cubit, K.A. and Ryan, B. (2011). Tailoring a graduate nurse program to meet the needs of our next generation nurses. *Nurse Education Today*, 31(1), 65-71.
- 出口 汪 (2012). 「考える力」を身につける本. 70-79, 東京: フォレスト出版.
- Duchscher, J.E.B. (2009). Transition shock: The initial stage of role adaptation for newly graduated registered nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 65(5), 1103-1013.
- Duchscher, J.E.B. (2012). From Surviving to Thriving: Navigating the First Year of Professional Nursing Practice. 2nd ed., 13-53, Saskatoon, Canada: Nursing the Future.
- Fink, R., Krugman, M., Casey, K., and Goode, C. (2008). The graduate nurse experience: Qualitative residency program outcomes. *Journal of Nursing Administration*, 38(7-8), 341-348.
- 井部俊子, 上泉和子 (1986). 新卒看護婦のリアリティショック. *看護展望*, 11(6), 8-14.
- 池西悦子, 田村由美, 石川雄一 (2007). 臨床看護師のリフレクションの要素と構造: センスメイキング理論に基づいたマイクロメント・タイムラインインタビュー法の活用. 神戸大学医学部保健学科紀要, 23, 105-126.
- 今井多樹子, 池田敏子 (2013). ICU, CCU, および救命救急センターに配属された新人看護師における就業時の看護実践上の困難: テキストマイニングによる臨床看護師と新人看護師の自由回答文の解析から. *日本看護学教育学会誌*, 23(2), 13-20.
- 今井多樹子, 岡田麻里, 松森直美 (2014). 新人看護師が就業時に直面する看護実践上の多重課題: KJ法による新人看護師の面接内容の構造化. 第34回日本看護科学学会学術集会講演集, 245.
- 今井多樹子, 高瀬美由紀 (2016). 「離職を踏み止まった理由」: テキストマイニングによる自由回答文の解析から. *日本職業・災害医学会誌*, 64(5), 279-286.
- 今井多樹子, 高瀬美由紀 (2017). 新人看護師の看護実践の質向上に資する職場の支援体制: KJ法による看護管理者の面接内容の構造化から. *日本職業・災害医学会誌*, 65(3), 111-117.
- 今井多樹子, 岡田麻里, 永井庸央, 船橋眞子, 井上 誠, 近藤美也子, 木村幸生, 土路生明美, 松森直美 (2017). 学年進行と共に段階的に進める「看護の統合と実践」における教育に関する研究: 各論実習前に実施した統合実習の教育的有用性と課題の検討. *人間と科学*, 17(1), 31-41.
- 勝原裕美子 (2007). 看護師のキャリア論: 多くの節目を越えて生涯にわたる成長の道筋を見出すために. 36-43, 横浜: ライフサポート社.
- 川喜田二郎 (1970). 続・発想法: KJ法の展開と応用. 2-219, 東京: 中央公論新社.
- 川西美佐, 眞崎直子, 山村美枝, 村田由香, 中信利恵子, 笹本美佐, 小園由味恵, 奥村ゆかり, 中村もとゑ (2012). 新人看護師が困難になる多重課題場面: 看護管理者への調査から. *日本赤十字広島看護大学紀要*, 12, 89-95.
- 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2016年9月5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2016年9月5日)
- 厚生労働省 (2016). 新規学卒者の離職状況：離職状況に関する資料一覧. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000137940.html> (検索日2016年8月5日)
- Kralik, D., Visentin, K., and van Loon, A. (2006). Transition: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 55(3), 320-329.
- Kramer, M. (1974). Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing. 1-8, St Louis: Mosby.
- 楠見 孝 (1999). 中間管理職のスキル, 知識とその学習. 日本労働研究雑誌, 474, 39-49.
- 久世浩司 (2015). 仕事で成長する人は, なぜ「不安」を「転機」に変えられるのか? : キャリアに生かす「レジリエンス」仕事術. 37-39, 東京: 朝日新聞出版.
- MaCauley, C.D., Ruderman, M.N., Ohlott, P.J., and Morrow, J.E. (1994). Assessing the developmental components of managerial jobs. *Journal of Applied Psychology*, 79(4), 544-560.
- 松尾 睦 (2011). 職場が生きる人が育つ「経験学習」入門. 48-119, 東京: ダイアモンド社.
- McKenna, L.G. and Green, C. (2004). Experiences and learning during a graduate nurse program: An examination using a focus group approach. *Nurse Education in Practice*, 4(4), 258-63.
- 水田真由美, 上坂良子, 辻 幸代, 中納美智保, 井上 潤 (2004). 新卒看護師の精神健康度と離職願望. 和歌山県立医科大学看護短期大学部紀要, 7, 21-27.
- 森 真由美, 亀岡智美, 定廣和香子, 舟島なをみ (2004). 新人看護師行動の概念化. 看護教育学研究, 13(1), 51-64.
- 中原 淳 (2010). 職場学習論：仕事の学びを科学する. 27-32, 東京: 東京大学出版会.
- 中原 淳 (2012). 経営学習論：人材育成を科学する. 51-154, 東京: 東京大学出版会.
- 日本看護協会中央ナースセンター事業部 (2005). 2005年 新卒看護職員の入職後早期離職防止対策報告書. https://www.nurse-center.net/nccs/scontents/sm01/SM010801_S1701.html (検索日2016年9月5日)
- 日本看護協会 (2017). 「2016年 病院看護実態調査」結果速報. http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20170404155837_f.pdf (検索日2017年4月4日)
- 日本看護協会出版会 (2017). 平成28年 看護関係統計資料集. 120-123, 東京: 日本看護協会出版会.
- 岡田麻里, 今井多樹子, 井上 誠, 近藤美也子, 土路生明美, 船橋真子, 永井庸央, 松森直美 (2017). 既習の知識と技術を統合する多重課題演習とシャドウイング実習から得られた3年次看護学生の学び. 日本看護学会誌, 37, 446-455.
- O'Shea, M. and Kelly, B. (2007). The lived experiences of newly qualified nurses on clinical placement during the first six months following registration in the Republic of Ireland. *Journal of Clinical Nursing*, 16(8), 1534-1542.
- Parker, V., Giles, M., Lantry, G., and McMillian, M. (2014). New graduate nurse's experience in their first year of practice. *Nurse Education Today*, 34(1), 150-156.
- 林正健二 (2007). 「ゆとり教育」1期生の1年間の教育を終えて. 看護教育, 48(7), 588-592.
- 高橋弘司 (1993). 組織社会化研究をめぐる諸問題：研究レビュー. 経営行動科学, 8(1), 1-22.
- 高橋 潔 (2013). 全球的人材育成のためのラーニング：積極的忘却のススメ. 生活福祉研究, 85, 21-35.
- 谷口初美, 山田美恵子, 内藤知佐子, 内海桃絵, 任 和子 (2014). 大卒新人看護師のリアリティショック：スムーズな移行を促す新たな教育方法の示唆. 日本看護研究学会雑誌, 37(2), 71-79.
- 内野恵子, 島田涼子 (2015). 本邦における新人看護師の離職についての文献研究. 心身健康科学, 11(1), 18-23.
- 山口曜子, 徳永基与子 (2014). 新人看護師の離職につながる要因とそれを防ぐ要因. 日本看護医療学会雑誌, 16(1), 51-58.

〔2018年2月20日受付〕
〔2018年7月19日採用決定〕

看護師にとっての清拭の意味

— 清拭のエスノグラフィー —

The Significance of Bed Baths to Nurses: An Ethnographic Study of Bed Baths

澁谷 幸
Miyuki Shibutani

キーワード：清拭，看護技術，エスノグラフィー，看護師の専門性
Key Words：Bed Baths, nursing skill, ethnography, nursing professionalism

緒 言

看護技術は、看護専門職とそうではないものを分ける重要な手立てである（川島，2010，p.36）。そして、日常生活援助技術は、看護が担う療養上の世話という役割の具現化である。なかでも清拭は、看護師が手と目を使って実施するケアの代表格であり、看護の原点といわれる（川島，2011）。また、看護師が「看護」や「看護技術」という言葉で思い浮かべるケアである（阿曾ら，2006）ともいわれることから、看護師にとって特別な意味づけがなされていると思われる。

しかし、「身体を拭く」という行為自体は日常的な生活行動である。そのため清拭は、改めて学習し習得しなければならぬ高度な技術だと認識されにくく、看護の専門性がわかりにくい技術である。そのわかりにくさは、清拭の実施者が看護師から看護補助者へと移行する傾向（中岡・澁谷・富澤・三谷，2017）とも無関係ではないだろう。臨床看護師の49%が「清潔ケアに負担を感じている」という報告（深田ら，2007）もあることから、清拭が看護の原点であるという看護学研究者の認識は、現場の看護師の認識とは必ずしも一致していない可能性がある。

清拭に関する先行研究は、EBN志向の高まりや看護基礎教育における技術教育の重要性の影響により、清拭の効果を検証し技術のエビデンスを導こうとする実験的研究や技術教育の評価に関する研究が多い（細矢，2010）。近年は、感染予防や経済性の観点から従来使用されてきた綿タオルの細菌学的危険性を指摘する研究（松村・深井，2014a）や、綿タオルに代わって普及しつつある化繊タオルの保湿性や肌触り感の検討（松村・深井，2014b）などが行われている。清拭が及ぼす患者への効果についても、背部温タオルによる主観的快適感の影響（山口・宮田・久富・宍戸・矢野，2015）や術後患者の清拭援助に対する認

識に関する研究（松浦・内山，2013；賤川ら，2011）など、患者の満足度への効果が検討されている。一方で、看護師の清拭に対する考えに関する調査では「業務が忙しく時間的なゆとりがないため学校で学んだ方法を実施できない」など、看護師が多忙な業務によって自らも納得のいかない清拭を提供している可能性が示唆されている（三輪木・鎌田・竹田，2005）。このような状況について、清拭による安楽の提供、自然の回復過程を整えるという看護本来の意味が、看護実践現場において軽視されているのではないかと危惧する声もある（川嶋，2017）。

現在は、専門看護師、認定看護師の養成に加え、認知症や糖尿病などの特定の疾患や、救急、感染などの領域に特化した実践が追求され、さらにはより高度な診療補助行為に携わるための特定行為研修が実施されている。また、在宅療養の推進による在院日数の短縮化や医療の高度化により、病棟において看護師に期待される活動は診療面が多くなる傾向にある。このような状況においては、看護師が意識化する看護の役割も、療養生活援助者としてよりも、診療補助者としての役割が大きくなるものと思われる。こういったことから、患者の療養生活をより快適に安楽にすることで、人間が本来もつ自然の回復過程を整えるという看護独自の専門性は、見えにくくなる可能性がある。しかし、「看護の原点」といわれ（川島，2011）、安楽を提供する有効な手立てとして実施されてきた、いわば看護独自の専門性を象徴するといえる清拭が、現在の看護実践現場において、看護師にどのように捉えられ実践されているのか、病棟のケア全体の中でどのように位置づけられ、看護師たちの看護実践への考え方や行動様式とどのような関連をもって実施されているのかについては明らかにされていない。これらは、高度化する医療現場において、看護師がどのような活動を看護の専門的活動だと考えているのかということと深く関連していると思われる。また、看護実践現

場における清拭の実践や看護師たちの認識を知ることは、これからの医療現場において、看護師が自らの専門性をどのように発揮していくべきかを明確にしていくことにつながるものと考えられる。以上のことから、本研究は、現在の看護実践現場において、看護師が清拭をどのように捉え実践しているのかについて明らかにすることを目的とする。

I. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、エスノグラフィーによる質的帰納的研究デザインである。エスノグラフィーは、他者が「世界をどのように見て、何を喜び、どのような行動をとるのか、その背景にあるその人の文化を描くことである」(箕浦, 1999, p.2)。エスノグラフィーは、文化は、人の日常行動や考え方や価値観などにも反映され、当人には感知されないくらいその人に深く埋め込まれているという前提に立ち、その人の生きている世界を文脈ごと抽出する試みである(箕浦, 1999, p.2)。看護技術は、実践する当事者にはうまく説明できない暗黙知や実践知が含まれ(福島, 2009, p.21)、それらは文化的な内容を豊かに含んでいるといわれる(石垣, 2008, pp.11-12)。したがって、暗黙知や実践知を含み、文化的な実践である看護技術の一つである清拭について記述するには、実践者が言明できる語りだけではなく、研究者が実践現場に入り、看護実践者とともにさまざまな体験をしながら参加観察することが重要である(石垣, 2008, p.13)。このような意図で行われる参加観察では、行われている実践を単に客観的に観察するのではなく、インサイダーの見方であるイーミック(emic)な見方と、アウトサイダーの見方であるエティック(etic)な見方の両方を持ち込むことが要求される。エスノグラフィーを方法論とすることで、看護師によって意味づけられた清拭の実践世界を描き、実践当事者である看護師自身はうまく説明できない清拭の実践や、あえて問われない限り表だって現われない清拭に対する思いや考え、その背景にある価値観や看護観などについて明らかにすることができる。それは、清拭という看護技術と看護師たちの日々の看護実践や行動様式との関連を知り、他の活動を含めた病棟の実践全体における暗黙裏の位置づけ、すなわち、看護師たちがお互いに口に出さないで了解していることや慣習的な活動、そのもととなっているルールなどと清拭との関連をも知ることにつながると考えられる。

2. データ産出方法

(1) 研究フィールド

本研究では、①組織的体系的に看護継続教育プログラム

が実施されている病院、②主に看護師によって清拭が行われている病棟、③熟達した清拭の技術をもっていると同僚か上司から評価される看護師が勤務する病棟という3条件を満たし、師長含む看護師全員から研究参加の合意が得られた病棟をフィールドとした。

(2) データ産出期間

2012年3月から2014年9月(2年6か月)。

(3) データ産出方法

フィールドワークによるデータ産出を行った。フィールドワークは、文化人類学者による指導のもと、訓練を経て開始した。参加観察は、対象となる看護師にそのつど了解を得て、清拭に限らずほとんどの行動をとるのに行った。また、病棟カンファレンス、病棟会議などにも参加した。インフォーマルインタビューは、看護師の行動の意図、清拭に対する認識について業務に支障がないタイミングで実施し、文脈が失われないようにフィールドノートに記載した。また、フォーマルインタビューは、参加観察から新たに生じた疑問を整理し、そのつど依頼し、許可を得て録音し逐語録を作成した。フィールドワークは、開始当初の約2か月間は、4日から1週間に1回程度、それ以降は1週間から2週間に1回、終盤は1か月から2か月に1回程度で、合計77日間(563時間)行い、フォーマルインタビューは、10名の研究参加者に合計19回実施した。

3. データ分析方法

データ産出と分析を同時並行で進めた。フィールドノートと逐語記録から、①看護師にとって清拭はどのような技術か、②看護師がどのように清拭を実践しているのかを分析視点として、看護師の活動や発言の意味、文脈が失われないように、意味が了解できる最少単位の文節をコード化し、コードの類似性・相違性を検討してカテゴリ化した。この過程で生じた疑問は、フィールドノートや逐語録に戻り再分析した。それでも解決しない疑問は、その疑問に焦点化したフィールドワークを行いデータを追加して分析した。これらを繰り返しながらテーマを抽出した。分析結果の厳密性の確保として、研究の全過程において質的研究やエスノグラフィーを専門とする複数の看護学研究者のスーパービジョンを受けた。また、博士後期課程大学院生の意見をもらい、解釈、分析の支持を得た。さらに、メンバーチェックにより実践者の認識や実践と相違ないことを確認した。

4. 倫理的配慮

神戸市看護大学倫理委員会の承認を得た(承認番号:2011-2-18)。研究依頼はフィールド条件に該当する複数病棟に行い研究参加の諾否が研究者以外に知られないようにし

た。また、研究の趣旨、方法、研究参加が自由意思であること、途中辞退ができること、プライバシー保護、研究成果の発表について説明した。参加観察やフォーマルインタビューでは、看護師にそのつど承諾を得た。

Ⅱ. 結 果

本研究のフィールドは、関西圏都市部にある約200床の一般病院消化器外科・緩和ケアの病棟で、看護スタッフは3名の看護補助者を含む全36名であった。看護体制は、手術期担当と緩和ケア担当の2チームによる固定チームナーシングであった。清拭は、蒸しタオルと泡沫洗浄剤によって実施されていたが、患者の状態に応じて石けん清拭や重曹清拭も行われていた。さらに、術直後の患者と重症患者の清拭は必ず看護師2名で実施することになっており、その人員と時間は、毎朝の業務調整において看護師全員で調整されていた。

本病棟の看護師にとっての清拭は、患者に快を与える、患者がみえる、清拭しないで看護したとはいえない、と捉えられ、実践されている看護技術であった。そして、これら3つのテーマで説明される看護師の実践や清拭に対する思いや考えは、本病棟の看護師の看護に対する思いや考えと密接に関連していた。以下に、テーマごとにこれらについて述べる。なお、カテゴリは〈 〉で、看護師や患者の発言、看護師の活動場面はゴシック体で示す。また、本稿で使用する看護師の氏名はすべて仮名である。

1. 患者に快を与えられる

このテーマは、〈快適で苦痛のない清拭にこだわる〉〈看護師だからできる清拭をする〉〈患者が必ず気持ちよいく感じる〉の3カテゴリで構成された。

看護師は、清拭は患者が快を得られる最適の機会であるため、気持ちよさを感じられる実践でなければならず、絶対に苦痛を与えてはいけなく考え〈快適で苦痛のない清拭にこだわ(る)〉っていた。

看護師は、清拭の際は必ず最初に蒸しタオルを患者の胸や背中いっぱい広げ、少し時間をおいてから拭き始める。看護師の多くが、清拭をする際には「患者さんを温めることにはこだわっています」あるいは「患者さんが寒さを感じると意味がないですから」と述べていた。つまり、看護師は、清拭では患者が温かさを感じる事が大切だと考えている。それは、たとえば、夜勤帯でオムツ交換を行う際に、清拭車に熱いオムツ交換用綿花がない場合でも、「ちょっとでもチン（電子レンジで温めて）しておくとか温かくて気持ちいいので」と言って、電子レンジで温め直してから使うというように徹底されていた。さらに、タオルが冷

めにくいように、また、細部まで指が届くようにと、タオルの使い方もさまざまに工夫されていた。

また、清拭によって患者に苦痛が生じないように、清拭の人員やタイミングが調整されていた。たとえば、緩和ケアを受けている患者には、鎮痛剤がいちばん効いているタイミングを受け持ち看護師が観察して、そのタイミングに他の看護師もあわせて実施されていた。このような実践について、ペインコントロールを受けている患者の清拭を行った前田看護師（20代、7年目）は次のように語った。

「苦痛のある患者さんの『よし、いま』っていうタイミングって割とむずかしいんです。でも、そこを見抜けないと、患者さんに苦痛を与えてしまうでしょ。清拭って、患者さんに気持ちよくなってもらうためのものなんで、その瞬間が苦痛になっては台無しでしょ。だから絶対に苦痛にならないように、いちばんよいタイミングでしたいと思っています」

このように看護師は、清拭が患者にとって苦痛なく快適なものであるように患者の痛みなどを常にモニターし、温かさや拭き方にこだわりながら実施していた。そして、このような実践は、〈看護師だからこそできる清拭をする〉という意志に支えられていた。それは、次のように語られた。

「苦痛の大きい患者こそ、看護師が清拭しなくちゃいけないって思います。うちは緩和ケアを受けている人が多いんで、そういう患者さんって、何を行うにも何らかの苦痛を伴うじゃないですか。だからって何もしないで寝かせておくのは違うと思うんです。看護師がするからそういう患者さんでも苦痛なく清拭が受けられるんじゃないですかね。患者に負担をかけるから清拭しないっていうんじゃないですかね（内田看護師、30代、15年以上）」

このような清拭は、チームで知恵を出しあって実現されていた。たとえば、円背があるうえに肛門癌のために仰臥位がとれなくなった患者に、仰臥位にならずに体位変換して清拭する方法を考えるなど、どうすれば患者が苦痛を感じずに清拭を受けることができるかがカンファレンスで真剣に検討され実施されていた。看護師は「素人では思いつかないような方法でできるところが看護師ならではのところです（患者にあった体位や可動域で実施すること）に専門知識を使わなくちゃ、看護師をやっている価値がないでしょう」と言い、〈看護師だからこそできる清拭をする〉ことに自信と誇りをもっていた。

このような看護師の自信や誇りは、清拭がもたらす患者への効果を実感しているからであった。看護師たちは、清

拭を受ける患者は必ず「気持ちいい」と言う、と自信满满で話していた。看護師が行うさまざまな努力や工夫は、その快が入院患者にとってとても大事であると考えているからで、それは次のように述べられた。

「保清って治療じゃないんでね。痛くないでしょ。基本、安楽を目指しているっていうか。それにね、患者が絶対に『よかった』って、『気持ちいい』っていう表情になるの。絶対に。そんな表情になるのは、入院生活ではそんなになんかと思うんですよ。それを1回でもたくさんつくるのが看護師の仕事でしょ。その表情もらうのに手取り早いんですよ、清拭は(笑)。保清って、入院生活のなかで安楽を得られる数少ない場ですからね。(研究者：だから看護師が行わないといけませんか?) そうそう。安楽を提供するのが看護師のいちばんの役割ですから」(鈴木看護師, 30代, 10年目)

このように、患者にとって唯一ともいえる癒やしの時間である清潔ケアを大切にしたいという思いで清拭が行われていた。看護師にとって清拭は〈患者が必ず気持ちよいく感じ〉援助であり、「気持ちよくなったって言われると、今日も仕事に来た甲斐があったなって思えるんです。やりがいていって、患者さんにそう言ってもらえる瞬間かな」(前田看護師, 20代, 7年目)と、自分にとっての仕事のやりがいとしてもとらえていた。

2. 患者がみえる

このテーマは、〈患者の感覚を感じる〉〈患者と深くかかわる〉〈患者の全体がみえる〉の3カテゴリで構成された。

看護師は、「患者がみえる」という言葉をときどき口にする。この「みえ方」は、患者理解という言葉では置き換えられない意味があるようだった。看護師にとって清拭は、より深く「患者がみえる」ことにつながる実践であり、かつ、清拭という実践のなかで看護師が「患者がみえる」と知覚できる実践であった。

看護師は、清拭や足浴などの清潔ケアの際に、患者が感じている感覚を自分の感覚であるかのように表現することがある。それは次のような場面であった。

遠藤看護師(20代, 5年目)は、タオルを巻き付けた指先を患者の身体の細部に滑り込ませながら「ここ大丈夫かな?今日は、痛みはどうか?」と探るように拭いていた。このときの遠藤看護師は痛そうに顔をしかめていた。また、意識障害のある患者の清拭後に軟膏を塗布しながら「ここよ。かゆいところ」と言い、皮膚と皮膚の間に指を突っ込んで塗っていた。清拭後に遠藤看護師は「ああいう(意識障害のある)患者さんとは指先で会話するんですよ」と笑いながら

「痛みとか、気持ちよいか?とか、指先で確かめながら拭いていると思います」と、自分の意識を指先に集中させて清拭していることを語った。

さらに、看護師は、清拭の際に患者の身体に触れることによって、患者の身体の状態を把握していた。たとえば、「清拭すると食事が納まってきたなってわかる時があります。栄養状態っていうのじゃなくて、『ああ、入るようになったな』って。皮膚の張り具合とか、浮腫とかとも関係あるのかもしれませんが、もっと感覚的なもので」と、清拭で患者の身体に触れることを通して、食物が吸収できるようになってきたことを感じとっていた。また、清拭途中に「ちょっと血圧測らせてもらえますか?」と言って血圧を測りはじめた看護師がいた。その理由を確認すると、「そうですね。ちょっと身体が湿っぽいていうか……」と、患者に触れることで血圧低下を察知したと語った。また、別の看護師は、「清拭していると、手に患者さんの調子って伝わってくるんですよ。患者さんがしんどいときは、『しんどい』ってここ(手)に感じます」と話した。

このように清拭時に患者に触れるということを通して、看護師は自分でもうまく説明できない感覚で患者の状態を把握していた。また、看護師は清拭時に患者の身体に触れながら、とても豊かに表情を変える。それは、満足そうな表情や痛そうな表情などで、患者自身が感じている感覚にあわせて看護師の表情も変わっていた。つまり、清拭は〈患者の感覚を感じる〉ように行われていた。

また、日々の看護実践のなかで、清拭は看護師にとって患者とゆっくりかかわる絶好の機会である。看護師は、それを意図的に実践していた。和泉看護師(20代, 4年目)は「清拭すると、患者さんが自分のことをよく覚えてくれるんです。『あんた、重いお湯もってきて拭いてくれた子やな』とか言ってくれてね。そうすると話しやすくなるんですよ」と、患者との関係づくりのきっかけになっていると言った。普段無口で不機嫌な患者も、清拭のときには心を開いてくれたり、心の奥底にある思いが吐露されることがある。だから、看護補助者に任せてもよいような清拭でも自分で行うことがあると言う。

また、清拭時に築かれる患者と看護師の関係は、看護師からの一方的なものではなく、患者と看護師がお互いに近づき歩み寄るように結ばれていた。それは、次のような場面に見られた。

夜勤で田中看護師(20代, 7年目)が受け持った胆管癌の熊谷さん(83歳男性)は、背部の清拭を受けながら「あんたは子どもさんおらんのか?」と田中看護師に尋ねた。田中看護師は「もうすぐ3歳になる坊主がいますよ」と答えた。熊

谷さんは、「今日は花火大会やで。音、聞こえてるやろ。あんたが仕事してたら、子どもさん連れて行ってあげられへんな。かわいそうにな」と言った。田中看護師は「いいの、いいの。子どもはまだ小さいし、私は人ゴミ苦手やし。それよりも、熊谷さん、花火見に行きます？ ベッドでお連れできますよ」と熊谷さんを気づかした。熊谷さんは「いいわ。音だけで。わしも人ゴミは苦手やからな」と言って笑った。熊谷さんは、清拭後の更衣をしてもらいながら、若いころに妻や子どもと行った花火大会や、先だった妻、疎遠になった子どもたちへの思いを話し、「もう、いつお迎えが来てもいいんや。嫁が待ってるからな」と自らの死への覚悟を語った。

この場面では、患者が自らの死への思いを告白しているにもかかわらず、二人の会話はその後も笑い声と温かな雰囲気満ちていた。熊谷さんは、夜勤帯にもかかわらず背中を温めながら清拭してくれる田中看護師の子どものことを気づかい、田中看護師は、熊谷さんが看護師の手を煩わしていると思わずにすむような冗談交じりの返答をしていた。そして、動けない身体で花火の音に耳を澄ましていた熊谷さんの気持ちを察して、ベッドのまま花火を見に行こうと誘っている。清拭時の患者と看護師のかかわりは、互いを気づかいあう関係をつくり出し、その距離を縮めているようであった。熊谷さんは、この数日後に亡くなったが、田中看護師は「ゆっくりと話ができてよい時間になりました。ほんの少しでもゆったりしてもらえる時間があってよかったです」と振り返っていた。

このように、清拭は、少しでも安楽になってほしいと祈りながら清拭する看護師の思いと、清拭によって吐露された患者の思いが交差し結ばれる場であり、〈患者と深くかかわる〉実践であった。そして、患者と深くかかわり、患者の感覚を感じながら実施される清拭によって、看護師は〈患者の全体がみえる〉ようになると述べていた。

「清拭すると患者さんのことがよくみえます。それこそ隅々まで。(研究者：それは何がみえる、わかるということですか?) そうですね。その人その人によって微妙な接し方のコツみたいなものあるでしょ。ああ、こういう人なのかってこと。カルテには書かれていないようなことなんです。でも、結構大事で。観察してわかるようなものじゃないんです。清拭して、接するからこそ初めてわかること」(鈴木看護師, 30代, 10年目)

看護師は、清拭のときに患者と深く接するなかで把握した細やかな患者の心の動きや微細な痛みの推移なども含めてその人の全体が把握できることを〈患者の全体がみえる〉と表現していた。このように、看護師にとって清拭は

患者がみえる実践であった。

3. 清拭しないで看護したとはいえない

このテーマは、〈清拭しないと患者のことがわからないから看護できない〉〈看護師が大事だと思えることがすべて清拭に入っている〉〈清拭しないのは看護をしていないのと同じ〉の3カテゴリで構成された。

看護師は、清拭することでみえてくる患者の姿は、看護師が看護活動をしていくうえでの多くの重要な情報を含んでいるため、〈清拭しないと患者のことがわからないから看護できない〉と考えていた。それは次のような言葉で表現されていた。

「清拭せずに、もし勤務が終わったら、本当に患者さんをちゃんと全部わかってケアしたっていう感覚というか、患者さんのことを知り尽くして一日ケアしたっていう感覚にはなれないと思います。だから、清拭せずに終わったら、なんか気持ち悪いというか、ケアした気じゃないみたいな感じになるんだと思う」(内田看護師, 30代, 15年以上)

また、看護師は、多忙な勤務のなかで時間に追われ、ときには看護補助者に清拭を頼むことがあるという。しかし、これについて内田看護師は次のように考えていた。

「清拭自体はね、助手さんでもすることはあるし、拭くという単独の行為なら気持ちよさは提供できるかもしれませんが。だけど、そのことと、患者さんがケアを受けたと感ぜられるかどうかとは違うのじゃないかな?」

つまり、看護師が行う清拭はケアを意図した清拭であるので、看護補助者の行う清拭とは違うと考えている。したがって、清拭を看護補助者に依頼することが続くと、「清拭とか保清をせずに何日か過ぎると、罪悪感のような気持ちを感じます。私、点滴しかしていないな。何してるんやろうって」(山野看護師, 40代, 15年以上) というように罪悪感さえ抱いてしまう。さらに、清拭は、点滴などの診療補助技術とは異なる意味をもつ技術だと考えられていた。このようにとらえている理由を、鈴木看護師(30代, 10年目)は次のように話した。

「清拭だけが、ケアではないと思うけど、看護の基礎中の基礎だと思います。清拭には、いろいろなことが入っている。(中略)とにかく看護師が大事だと思えることは、すべて清拭に入っていると思う」

つまり、看護師は、〈清拭は看護の大切な要素がすべて

入っている」と考えていた。また、鈴木看護師は、忙しくて看護補助者に清拭を依頼する日が続くと、「『ああ、最近、看護してないな』って思うんですね。」と述べ、清拭を誰かに任せていたのでは、看護を行ったことにならないと考えていた。さらに、清拭は、「患者に感謝されるためや、『気持ちいいわ』って言うてもらうためにだけにやっているのではなく、看護できたのかどうか、専門職としてこんな仕事をしたいと思うように行動したのかどうか」（山野看護師）だととらえていた。つまり、この病棟の看護師にとっては、〈清拭しないのは看護をしていないのと同じ〉であった。このような看護師の思いは、次の語りに象徴された。

「清拭せずにケアってできます？ 清拭だけ他の人にやってもらってケアって成り立ちます？ バイタルとかだけとって、点滴だけして、患者さんのことを把握したことになります？（清拭は）やっぱり患者さんの全体をみれるっていうか、単なる観察ではないんですよ。清拭には、いろいろなこと、看護にとって大事にしたいことが集約されていると思います。安楽になってもらうとか、快適になってもらうとか、そういう基本的なことを大事にしないで、それを他人任せにして、看護したとはいえないです」（師長、40代、20年以上）

このように、清拭は、看護師にとって日々の実践が看護であるかどうか、看護したといえるかどうかを決めるものとしてとらえられており、看護師が清拭しないで看護したとは言えないと捉える実践であった。

Ⅲ. 考 察

1. 専門的・創造的看護実践としての清拭

清拭は、看護の専門性の高い実践だとはみなされず、看護師の手から看護補助者へと委譲されていく傾向がある。看護師と看護補助者の業務分担に関する師長を対象とした調査（中岡ら、2017）では、現在、清拭を完全に看護補助者の業務としている施設は2%以下であるが、今後は看護補助者のみが実施するべきだと考える割合は10%に上昇している。逆に、現在、看護師だけで実施している施設は47.6%であるが、今後も看護師だけで実施するべきだと考える割合は15.8%と大きく低下する。この調査からは、清拭の実践者が看護補助者へと移行する傾向がうかがえる。看護補助者の活用を促す急性期看護補助体制加算（2012年診療報酬改定）は、看護師がより高度な専門的業務に専念するために導入された。しかし、これを機に、看護補助者に清拭を委ねていこうとする傾向が生じていることは、看護師自身が清拭を高度な専門的業務だと認識していないこ

とを示していると考えられる。

しかし、本研究において看護師は、「清拭しないで看護したとはいえない」と考え、清拭を自分たちの看護実践には欠かせないケアに位置づけていた。この病棟において清拭がこのように位置づけられているのは、患者に安楽を提供することが看護師の専門的役割として大切であるという認識が看護師間で共有されているからだと考えられる。看護師の一人は、「患者が気持ちよいという表情になる機会を1回でもたくさんつくるのが看護師の仕事」だと述べていた。佐居（2009, p.20）は、看護師が実践する安楽なケアの様相を明らかにしている。これによると、熟練看護師は、患者にとっての安楽な状態や、実践の結果、患者がどうなることを期待しているかという援助の目的を意識化して看護実践を行っているという。さらに、看護師は、患者を安楽にする条件として、看護師の人手や時間的ゆとりではなく、看護師としての専門的力をあげていることも明らかになっている。本病棟の看護師たちも、患者にとってつらいことが多い入院生活のなかで、安楽を提供するのが看護師の重要な役割だととらえていると思われる。そして、清拭はその数少ない機会の一つであると考えることが、清拭を大切にしたい気持ちにつながっているものと考ええる。

また、看護師たちは、清拭の重要性を説明するときに、その比較の対象として点滴などの診療補助技術をあげていた。看護師は、点滴などに追われて清拭できないときには罪悪感さえ抱いていた。これは、彼らが診療補助技術と清拭とは価値の異なる技術だと考えていることを示している。さらに、彼らは「看護師にしかできない清拭」をしようとしていた。つまり、清拭は看護の知識が存分に発揮できる創造的で専門的な実践なのである。点滴などの診療補助技術は、医師の指示が前提にあり、定型的なやり方が決まっている。しかし、清拭は、看護師が他の専門職からの介入を受けずに独自に判断でき、自分の考えややり方の許容範囲が広い技術なのである。彼らの実践からは、清拭は看護の独自性を発揮して自律的創造的に実践できる技術であることがわかる。

看護師の専門性や自律性に関する議論において、近年は専門看護師や認定看護師の養成、特定行為研修の開始によって、看護師の専門領域や権限が拡大していくとの見方がある（日本看護協会、2015）。一方で、このような状況が必ずしも看護職の専門職化を保障したり、自律性の獲得に結びつくものではなく、むしろ看護師が患者の生活援助から遠ざかることを看護の危機だと認識する研究者も存在する（林、2012；川島、2009）。本研究における病棟においても、認定・専門看護師の活動促進や看護補助者との協働、ケアの合理化などを迫られる状況は他施設と同様で

あった。しかし、看護師たちは、看護師が本来大切にするべき生活援助に看護師としての誇りをもって実践していた。清拭を自分たちの看護実践の重要なケアだとする考えは、病棟のほとんどの看護師によって語られており、その考えは病棟全体に浸透しているものと考えられた。このような彼らの実践は、社会変化に対応すべく看護実践現場が変化を迫られたとしても、軸となる看護観を共有できる組織であれば、本来の意味での看護実践が継続できることを示していると考ええる。

患者の療養生活の安寧をより専門的創造的に実践していくことが、看護師が自信と誇りをもって主張できる専門性である。看護師自身が清拭をはじめとする日常生活援助の価値や専門性を認識せず、その実践機会を無資格者に渡し、技術が劣化していくとすれば、療養生活援助者としての看護の専門性自体が揺らぐことになる。本研究で明らかになった「清拭しないで看護したとはいえない」という看護師の思いは、清拭が看護師の業務ではない状況では、本来の看護実践ができないことを示している。清拭は、看護の独占業務ではないが、その実践の卓越性をもって看護の専門性を示すことができる技術である。医療の高度化はこれからも進展することは間違いなく、現状では看護師が診療補助にかかわらないわけにはいかない。そのような状況にあるからこそ、高度な医療を受ける患者にいかに安らぎを与えるかという点に看護師のもつ専門性が発揮される必要がある。清拭が価値ある実践であることを看護師自身が認識することは、その本質的实践が継続されることに通じると考える。

2. 清拭の「わざ」

生田・北村(2011)は、「技術」「技能」に関する議論を詳細に検討したうえで、『技』ではなく、『わざ』を使用している。生田・北村(2011)は、伝統芸能やスポーツ、あるいは看護においても、卓越した実践が、単なる身体技術、あるいはそれを個人の能力として立体化した身体技能ではなく、その実践世界全体の理解を基盤にして実現されていることに着目している。そして、そのような実践を記述するうえで「一義的な技術あるいは技能としてとらえられるのを避けるために、あえて『わざ』という表記を用いている」(生田・北村, 2011, p.8)。さらに、この「わざ」には、「状況のなかで理解され」「身体全体でわかっていく」「自らの生活との意味連関のなかでわかっていく」というケアリング概念における学びとの共通性があるとも述べている(生田・北村, 2011, p.27)。

清拭の第一義的な目的は、身体を清潔にすることである。しかし、本研究において看護師は、清拭を患者とゆっくりとかかわれる時間だと考え、患者との関係を築き、患

者のことを知る機会として重要視していた。彼らは、清拭を「患者がみえる」技術だととらえ、他のケアではできない理解が清拭時にはできると考えていた。さらに、この実践がないと看護できない、清拭によって患者に気持ちよいと言われることが、仕事のやりがいだとも述べていた。つまり、清拭は、彼らの実践の中核として実践のなかに埋め込まれその価値とともに学ばれ実践されており、看護師である自身の生き方との関連で意味づけられていると考えられる。すなわち、彼らにとって清拭は単に身体を清潔にする技術ではなく、看護実践の「わざ」であるといえる。

清拭がこのような「わざ」として実践される背景として、彼らが患者の感覚を自分の感覚のように感じながら実践していることが考えられる。看護実践において、看護師の身体は、「主体的に働きかけていくと同時に、客体的に働きかけられている」(望月・吉本・伊藤・山本・酒井, 2008, p.78)というような主客が融合した、あるいは相互主体的な関係が基盤にあり、「観ると同時に観られる身体」(池川, 2005, p.150)であるといわれる。また、望月ら(2008)は、看護における身体性について、看護師の身体が、単なる客観的対象や感覚受容体ではないこと、そして、他者との関係を構築する基盤であり、触れたり触れられたりする存在であること、さまざまな慣習や文化や意味や価値が織り込まれた存在であることなどをあげて説明している。清拭の際に看護師が患者の感覚を知覚し、患者と看護師の感覚が融合するような現象は、患者と看護師の相互主体的な関係性を基盤に、触れ、また触れられる身体のありようが立ち現れた瞬間であり、看護における身体性の発露であると考えられる。

このような看護の身体性は、患者の苦痛という状況に看護師のこころと身体が動かされることによって生じる(池川, 2009)。また、身体性の基盤には、看護師が患者との関係に喜びを見出し、患者が喜ぶことによって看護師自身が喜ぶという関係があるともいわれる(望月ら, 2008)。看護師たちが「患者が気持ちよさを感じることは自分自身のやりがいだ」と語っていることから、清拭は、看護師から患者へ一方的に提供されるだけではなく、看護師自身にもやりがいや喜びをもたらす技術であるといえる。つまり、清拭は、患者と看護師双方にとっての心地よさやよい状態をもたらす実践なのである。

さらに、身体性は、非言語的のシグナルを声として聞き取り変換するという高度なコミュニケーション能力であるともいわれている(内田・三砂, 2006, p.185)。つまり、清拭は、看護師自身が何をよしとしているのかという価値観や、高度なコミュニケーション能力を基盤にすることで、患者の声にならない声を聞くことができる「わざ」として実践されていると言える。

身体を拭くという行為は人の日常的行為であり、清拭は看護補助者や家族によっても実施されている。そのため清拭には専門性や卓越性が見出しにくく、看護師でなくてもできるという認識や、看護補助者への委譲へとつながっている。しかし、患者の安楽や快適さを自身の喜びとする看護師の価値観や信念に基づいて実践されるとき、看護の「わざ」になるといえる。

3. これからの看護実践現場における清拭

近年、経済性や感染予防を理由に、清拭タオルとして不織布ディスプレイタオルが普及しつつある。一方で、自然の回復過程を整える有用な技術として熱いタオルによる清拭を価値あるものとする研究者もいる（川嶋，2017）。本研究において看護師は、清拭について語る際に「看護師だからこそ」「看護師なのだから」という枕詞をつけていた。また、患者の状態にあわせて物品や方法を工夫することが病棟全体の暗黙の了解として行われていた。この様子から、看護師として実践したい看護をするために創意工夫すること、清拭を病棟の看護として重要な実践と位置づけることが病棟全体で共有されていることがうかがえた。

清拭だけではなく看護実践は、経済性、人員などさまざまな制約を受けている。したがって、個々の看護師のひたむきさや努力だけでは、卓越した看護技術を実践し継承していくことはむずかしい。しかし、社会変化から受ける看護への制約と看護実践のニーズのバランスを上手にとり、専門職としての実践を維持する方略を見出すこともまた、専門職として課せられた役割である。本研究結果は、看護師が看護を貫く姿勢をチームで共有し創造力を発揮することで、それが実現できる可能性を示しているといえる。

IV. 本研究の限界と今後の課題

本研究結果は、一病棟における実践である。清拭は、病

棟の看護実践における位置づけによって、実践のありようは異なる技術であると思われる。したがって、看護師たちの考え方が異なる組織においては、異なる認識や実践がなされている可能性が高い。今後は、看護師や看護組織に影響するさまざまな社会変化との関連から、看護技術の実践・継承について探究していく必要がある。

結 語

本研究では、一般病院外科・緩和ケア病棟においてフィールドワークを行うことにより、看護師にとっての清拭の意味を明らかにした。その結果、看護師にとっての清拭は、患者に快を与えられる技術であり、専門的知識を使い、創造的かつ専門職としての誇りと自信をもって実践される技術であった。また、患者との感覚の一体化がみられ、患者との関係を深め患者がみえる技術として実践されていた。さらに、看護にとって欠かせない実践であり、清拭しないで看護したとはいえないととらえられている技術であった。

謝 辞

本研究の実施にあたり研究者を温かく受け入れご協力くださいました研究参加者の皆さまに深く感謝申し上げます。また、本研究の全過程でご指導くださいました神戸市看護大学、グレッグ美鈴先生はじめ、本研究の遂行に貴重なご助言をいただきました皆さまに心より感謝申し上げます。

付 記

本稿は、神戸市看護大学大学院博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。

要 旨

目的：本研究の目的は、看護師が清拭をどのようにとらえ実践しているのかを明らかにすることである。

方法：研究方法はエスノグラフィーで、一般病院外科病棟において参加観察とインタビューを行った。

結果：看護師は、清拭を〔患者に快を与えられる〕技術として、専門的知識を活用して創造的に実践していた。また、患者との感覚の共有によって、より深く患者とかわることで〔患者がみえる〕ととらえていた。看護師は清拭を看護実践には欠かせない技術だと認識し〔清拭しないで看護したとはいえない〕と考えていた。

結論：清拭は、安楽の提供という看護師の役割を遂行する最も有効な手段であり、看護職としての自信ややりがい、誇りを見出すことができる技術である。清拭は、看護師が自分の価値観や信念を込め、専門的創造的自律的に実践できる技術であり、看護の専門性が発露される、看護実践の拠り所となる技術である。

Abstract

Purpose: The purpose of this study was to determine how nurses view and perform bed-bathing.

Methods: The study was conducted using ethnographic methods; participant observation and interviews were conducted in the surgical ward of a general hospital.

Results: It was found that nurses perform bed-bathing creatively using expert knowledge as a technique for [granting comfort to patients]. In addition, by sharing sensations with patients, nurses viewed bed-bathing as an opportunity to [better understand the patient] by closely associating with them. Nurses viewed bed-bathing as an essential practice in nursing, believing that [It isn't nursing practice without bed baths].

Conclusions: Bed-bathing is the most effective measure available to nurses in the performance of their role of providing comfort to patients. Through bed-bathing, nurses can find confidence, worth, and pride in their chosen profession. Nurses can also integrate their values and conviction into bed-bathing, a technique that can be performed expertly, creatively, and autonomously. Furthermore, bed-bathing is a manifestation of nurses' expertise and a foundation of nursing practice.

文 献

阿曾洋子, 細見明代, 久米弥寿子, 三上 洋, 小笠原知枝, 矢野祐美子, 東 照正, 井上智子 (2006). 看護技術提供時の動作分析による作業効率性の評価と看護経済性の指標の開発. 文部科学省科学研究費2006年度研究成果報告書.

深田美香, 松田明子, 南前恵子, 石倉弥生, 笠城典子, 宮脇美保子, 内田宏美 (2007). 看護師の行う清潔援助の方法と実施頻度および使用用具についての実態. 日本医学教育学会誌, 16, 66-70.

福島真人 (2009). 暗黙知再考: その由来と理論的射程. インターナショナルナーシングレビュー, 32(4), 19-22.

林 千冬 (2012). 産業・労働・職業に関する社会的アプローチと看護学への示唆. インターナショナルナーシングレビュー, 35(3), 44-50.

細矢智子 (2010). 清拭に関する研究内容の分析—過去10年間の研究論文を通して—. 医療保健学研究, 1, 55-65.

池川清子 (2005). 第4章 実践知としてのケアの倫理. 川本隆史 (編), ケアの社会倫理学. 137-158, 東京: 有斐閣.

池川清子 (2009). 看護における実践知: 為すことに含まれる知の意味. インターナショナルナーシングレビュー, 32(4), 14-18.

生田久美子, 北村勝朗 (2011). わざ言語: 感覚の共有を通しての「学び」へ. 3-31, 東京: 慶應義塾大学出版会.

石垣和子 (2008). 第2章 日本文化型看護学創出のための方法論: I 実践知の抽出 (暗黙知→形式知)・統合・理論化へのプロセス. 千葉大学大学院看護学研究科千葉大学21世紀COEプログラム日本文化型看護学の創出・国際発信拠点 (編), 日本文化型看護学への序章—実践知に基づく看護学の確立と展開. 5-13.

川島みどり (2009). 看護の危機と未来: 今, 考えなければならない大切なこと. 横浜: ライフサポート社.

川島みどり (2010). 看護技術の基礎理論. 横浜: ライフサポート社.

川島みどり (2011). 触れる・癒やす・あいだをつなぐ手: TE-ARTE学入門. 東京: 看護の科学社.

川嶋みどり (2017). 優れたわざをどう伝えるか 技術の「背後にある意味」を教える: 第9回 その意味と価値を死語にはならない 熱布清拭. 看護教育, 58(9), 780-785.

松村千鶴, 深井喜代子 (2014a). 綿タオルと化繊タオルの細菌学的検討. 日本看護技術学会誌, 13(3), 243-246.

松村千鶴, 深井喜代子 (2014b). 3種類のディスプレイ用ウェットタオルの部分清拭効果の比較. 日本看護技術学会誌, 13(3), 237-242.

松浦文則, 内山千春 (2013). 術後一日目に清潔ケアを受ける患者の思い. 浜松医療センター学術誌, 7(1), 101-104.

箕浦康子 (1999). フィールドワークの技法と実際: マイクロ・エスノグラフィー入門. 京都: ミネルヴァ書房.

三輪木君子, 鎌田恵利, 竹田千佐子 (2005). 臨床における「清拭」の実態と看護師の認識—教育内容との相違の要因を探る—. 静岡県立大学短期大学部 平成17年度教員特別研究報告書, 8.

望月由紀, 吉本照子, 伊藤隆子, 山本利江, 酒井郁子 (2008). 第4章 「身体性」と看護. 千葉大学大学院看護学研究科千葉大学21世紀COEプログラム日本文化型看護学の創出・国際発信拠点 (編), 日本文化型看護学への序章—実践知に基づく看護学の確立と展開. 86-92.

中岡亜希子, 瀧谷 幸, 富澤理恵, 三谷理恵 (2017). 質の高いケアをめざす看護師・看護補助者協働システム確立のための基礎的研究, 科学研究費助成事業研究成果報告書.

日本看護協会 (2015). 「特定行為に係る看護師の研修制度」に対する日本看護協会の考え方と今後の活動方針. News Release (2015年3月13日). http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20150313150606_f.pdf (検索日2018年2月20日)

佐居由美 (2009). 看護師の実践する「安楽」なケアの様相: 安楽要素による「安楽なケア」のグループ化. 聖路加看護学会誌, 13(1), 17-23.

賤川和佳, 岡崎 豊, 濱口一宏, 山本美和, 原 昭恵, 森本純子 (2011). 清潔の援助に対する患者の思いを知る: 整形外科手術後患者を対象としたインタビュー調査より. 中国四国地区国立病院機構・国立療養所看護研究学会誌, 6, 264-267.

内田 樹, 三砂ちづる (2006). 身体知—身体が教えてくれること. 東京: パジリコ.

山口由香, 宮田莉英, 久富咲貴子, 宍戸 穂, 矢野理香 (2015). 清拭による背部温タオル貼用効果の男女比較. 日本看護技術学会学術集会講演抄録集, 14, 143.

[2018年2月26日受 付]
[2018年9月20日採用決定]

—原 著—

化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から 退院後1か月までの病気体験のプロセス

Experience of Patients with Head and Neck Cancer who Received Chemoradiotherapy,
from Cancer Onset to 1 Month Post-Discharge

岡西 幸 恵¹⁾ 當 目 雅 代²⁾
Sachie Okanishi Masayo Toume

キーワード：頭頸部がん，化学放射線治療，病気体験

Key Words：head and neck cancer, chemoradiotherapy, disease experience

はじめに

頭頸部がんとは、脳や脊髄、眼窩内に発生する悪性腫瘍を除く、頭部・顔面・頸部に発生する悪性腫瘍の総称である(林, 2007)。頭頸部領域は、音声言語、呼吸、咀嚼、嚥下、嗅覚、味覚、聴覚など、人が生きていくために最低限必要な機能、あるいは社会生活上重要な機能を受け持ち(石川・岸本, 2000)、これらの機能が障害を受けることで日常生活やQuality of Life (QOL) に深刻な影響を及ぼす。そのため、頭頸部がんの治療では、がん病変を根治し、かつ治療後のQOLを高水準に保持することを目標として治療する必要があり(林, 2007)、手術・放射線治療・化学療法を組み合わせた集学的治療が基本となる。なかでも、化学放射線治療は、化学療法との同時併用による効果が明らかにされ、根治性も高く、形態・機能温存がはかれることから、頭頸部がんの治療において第一選択とされている。しかし、頭頸部領域における化学放射線治療は、治療の効果を期待できる一方で、治療は60Gy以上の照射を必要とし、この照射量は他の部位のがんに対する照射量のなかでも最も多く、患者に出現する有害事象も重度となる(藤井・高原・村山・奥野・渡辺, 2005)。また、頭頸部領域への照射は、口腔や唾液腺を含まざるをえないため、他の有害事象に比べ、とくに口腔内の有害事象(味覚障害・口腔内乾燥・口腔粘膜炎)の出現率は高く(大釜・片山, 2010)、その苦痛は、治療完遂を目指す患者にとって大きな障害となる。多くの頭頸部がん患者が、有害事象を抱えながら治療を受けているが、なかにはその苦痛に耐えきれず治療を継続することが困難になる患者もいる。また、治療後も続く有害事象は、退院後の生活に懸念を抱かせ、退

院への自信がつくまで入院したいと希望する患者もいることから、継続的に患者を支援する必要がある。

放射線治療を受ける頭頸部がん患者の先行研究では、放射線皮膚炎や口腔粘膜障害の実態(嘉戸ら, 2014; 山本・北川・渡部・得能, 2014)および症状緩和や予防に向けたケアの効果(永尾・菊池・神田, 2016; 平・内, 2010)、食事摂取など日常生活への影響(竹井・荒尾, 2013; 大釜・片山・大釜, 2011)、有害事象の評価(野中, 2015; 吉田ら, 2014)など、治療の有害事象や看護ケアに関する報告が多い。いずれも有害事象である口腔粘膜炎や口腔内乾燥、放射線皮膚炎など、個々の身体症状に焦点が絞られており、治療完遂のためには有害事象への症状マネジメントが重要となる。また、頭頸部がんで放射線治療を受けている患者は、疾患および治療から派生する機能・形態的障害、能力障害、社会的不利を被りやすいこと(岡光・大田・藤田・林田, 2001)や、治療後も続く有害事象のため入院前とは異なる生活を余儀なくされること(上野ら, 2016)を報告し、治療の有害事象は長期にわたって患者のQOLに影響を及ぼしている。

化学放射線治療を受ける頭頸部がん患者は、がんに罹患し、化学放射線治療を選択してから退院後までさまざまな苦痛や困難を体験していると考えられる。しかし、これまで化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者の病気体験を、がん罹患から退院後までのプロセスとして、身体的、心理・社会的側面から明らかにした研究は報告されていない。患者の病気体験のプロセスを明らかにすることは、治療完遂、退院後の生活適応に向けて患者の体験を見据えた看護支援の示唆が得られ、よりよい看護を提供する一助となると考える。

1) 香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科

Department of Nursing, Faculty of Health Sciences, Kagawa Prefectural University of Health Sciences

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

I. 研究目的

本研究の目的は、化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月ま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

a. 有害事象

有害事象とは、放射線治療や化学療法によって生じる有害反応（副作用）である。放射線治療は、発生時期により急性有害反応（照射中～照射開始後3か月）と晩期（遅発性）有害反応（照射開始後3か月以降）に分けられる（出水・小田・村上，2008）。本研究では、化学放射線治療開始後3か月以内に発生する急性有害反応（副作用）と定義する。

b. 病気体験

体験とは、『大辞泉第二版』によると、自分で実際に経験することを指し、個々の主観のうちに直接的または直観的に見出される生き生きとした意識過程やその内容とされている（松村，2012）。本研究では、化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月の過程で経験する疾患および治療に関連した出来事や行動、それに対する考えや思いを含めたものと定義する。なお、退院後1か月は、本研究における有害事象が発生する時期（治療開始後3か月以内）に相当する。退院後の生活に慣れ始める時期であり、退院して間もない時期にある患者の体験を明らかにすることで、より現実に即した看護支援の検討につながると考えた。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

本研究は、Corbin & Strauss（2008/2012）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である。

GTAの理論的基盤であるシンボリック相互作用論は、人間はものごとに対して付与する意味に基づいて行為するものであり、その意味は社会的相互作用過程において生み出され、その意味は人間によって解釈されるものであることを前提としている（船津・宝月，1995，pp.6-7）。つまり、人が行動を起こすときには、その人が与えられた状況に対してどのように理解し、意味づけているかということがその人の行動を規定する（山本・萱間・太田・大川，2002，p.34）とされている。本研究は、化学放射線治療を

受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月までの病気体験を明らかにすることであり、対象がその体験をどのようにとらえ、どのように意味づけて行動しているかを把握することができ、がん罹患から退院後1か月のプロセスとしてとらえようとしているため、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病院の耳鼻咽喉科・頭頸部外科に入院し、化学放射線治療（抗がん剤投与および60Gy以上の放射線照射）を受け、退院して1か月が経過した外来通院中の頭頸部がん患者で、病名・病状の説明を受けており、研究参加の同意が得られた患者である。また、日常会話が可能程度の認知・言語能力・意識レベルを有し、調査時点で、治療に伴う有害事象が面接調査に影響せず、身体および精神状態が面接に耐えうる状態であると医師が判断した患者とした。

C. データ収集方法

1. データ収集期間

平成23年9月から平成24年10月であった。

2. データ収集方法

B病院耳鼻咽喉科の診療科長と外来担当医に研究協力を依頼し、研究対象者に該当する患者の紹介を受け、退院前に書面と口頭で説明し研究協力への同意を得た。調査は、対象者の要望にあわせ、退院後1か月の定期外来受診の後に、プライバシーを確保できる部屋を使用し、半構成的面接法で実施した。面接は、インタビューガイドに基づき「病院を受診した経緯についてお話し下さい」から質問を始め、告知、治療選択、治療中、退院後に経験した出来事や思いについて、経過を追って想起できるように、対象者の自由な語りの流れに沿って進めた。面接回数は1回であり、対象者の身体的・精神的負担がかからないことを最優先に考えて1人あたり約60分の予定で面接した。面接内容は、対象者の許可を得てICレコーダに録音し、逐語録を作成した。また、対象者の背景を理解するために、基本属性として年齢、性別、診断名、既往歴、職業、家族構成、治療内容に関する情報を診療録から収集した。

3. データ分析方法

データ分析は、GTAを参考に継続比較分析を行った。分析の手順は以下のとおりである。面接内容は逐語録に起こし、文章の意味内容でデータを切片化した。データを読み返しながらか次ラベルまで抽象度を上げ、データの特性と次元を確認し、意味内容を検討しながら繰り返し修正した。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、3名以上からの発言のあった内容を採用した。5次ラベルまで抽象度を上げ、サブカテゴリー、カテゴリーの順に抽出した。カテゴリーは、データ、ラベル、サブカテゴリーの特性と次元を確認し、整合性を吟味しながら精選させた。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、各カテゴリーの意味する内容を検討し、その内容から2つの体験に分けた。2つの体験と各カテゴリーを検討し、ストーリーラインを見出した。

D. 真実性と妥当性の確保

面接では聞き手である研究者の思い込みを排除するために、対象者が用いた言葉の意味を確認しながら進めた。データ分析の過程では、抽象度を上げ、ラベルづけをするたびに、もとのデータまで戻り、そのラベルがデータを意味しているかを確認するとともに、その意味内容が対象者を表しているかを耳鼻咽喉科・頭頸部外科病棟で勤務経験のある看護師に意見を聞きながら検討を重ねた。また、GTAによる質的研究に精通した研究者にスーパーバイズを受けた。さらに、研究対象者1名に抽出された結果を説明し、分析結果が対象者自身の体験と乖離がないことを確認した。データ収集、分析、解釈、執筆の期間を通して継続比較を行い、真実性の確保に努めた。

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受け（平成23-33）、関連部署の責任者に研究協力の承諾を得た。担当医より紹介された患者への研究協力依頼は、入院中の治

療、看護に影響を与えないよう退院前に行い、文書と口頭で説明した。研究協力説明書・同意書には、研究の目的と方法、研究参加の拒否や途中辞退の自由が保障され、それに伴う治療や看護への不利益は生じないこと、診療録を閲覧し必要な情報を得ること、得られたデータは目的以外に使用しないこと、発表に際しては匿名化し個人情報を厳守することについて詳細に記載した。また、途中辞退や同意撤回についての意思表示についても、文書を事前にわたし、いつでも断ることができることを保証した。また、必要時には担当医の診察を受けられるようにした。

IV. 結果

A. 対象者の概要

研究対象者は8名であり、概要は表1に示すとおりである。対象者の性別は、男性6名、女性2名、年齢は、40歳代が2名、50歳代が2名、60歳代が4名であった。面接時間は、最短53分、最長185分、平均88.7分であった。

B. 化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者の病気体験

分析の結果、コアカテゴリー『もとのままでいられるために踏み堪える』と、10個のカテゴリー、およびカテゴリー関連図が抽出された。表2はカテゴリー一覧、図1はカテゴリー関連図である。本文中では、コアカテゴリーを『 』、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを《 》、インタビューデータを「斜字」で示す。

表1 対象者の概要

対象者	性別	年齢	既往歴	疾患名	放射線治療	化学療法	現在まで続く有害事象	同居家族	仕事
A氏	男性	60歳代	高血圧	中咽頭がん	66Gy/33回	ネダプラチン	疼痛・味覚障害 口渇・口腔粘膜炎	妻	無
B氏	男性	60歳代	高血圧	口蓋がん	70Gy/35回	シスプラチン TS-1	疼痛・味覚障害 口渇・口腔粘膜炎	妻	有
C氏	男性	60歳代	高血圧	喉頭がん	70Gy/35回	ネダプラチン TS-1	疼痛・味覚障害 口渇・口腔粘膜炎	独居	有
D氏	男性	50歳代	胆石	左声門がん	70Gy/35回	ネダプラチン	疼痛・味覚障害 口渇・口腔粘膜炎	妻	有
E氏	男性	40歳代	肝炎	下咽頭がん	70Gy/35回	ネダプラチン TS-1	疼痛・味覚障害 口渇・口腔粘膜炎	両親	有
F氏	女性	40歳代	子宮内膜症	中咽頭がん	66Gy/33回	ネダプラチン TS-1	疼痛・味覚障害 口渇・口腔粘膜炎	夫・子	有
G氏	女性	50歳代	なし	左中咽頭がん	70Gy/35回	ネダプラチン TS-1	疼痛・味覚障害 口渇・口腔粘膜炎	独居	有
H氏	男性	60歳代	高血圧 大腸がん	中咽頭がん	70Gy/35回	ドセタキセル TS-1	疼痛・味覚障害 口渇・口腔粘膜炎	妻	有

表2 化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月まで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	サブカテゴリー	
もとのままでいられるために踏み堪える	“悪いところは喉だけ”に取まらない身体的苦痛	ガンと思わずに放っておいた喉の異変	喉の異変をないがしろにしたことへの後悔 なかなかどりつかなかったガン治療 長引く喉の不調にうすうすガンに気づく ずっと続く口の渇きと粘つき	
		喉の痛みと口の粘つきで食べられないつらさ	痛みで一気に飲み込めないつらさ 当たり前に見えることへの感謝	
		食欲に影響する味の変化	味が変わって食べたいと思えないつらさ だんだんと味が戻ってくることによる回復の実感	
		治療が進むにつれて悪くなっていく体調		
		やせて体力が落ちていく姿	やせていくことへの嫌悪感 体力の衰えに自信をなくす	
		悪化・再発に結びつけてしまう戻らない体調	体調の見極めに苦勞しながらの生活 よくなる体調に先が見えない	
		声を失いたくない思いで選んだ治療	手術との迷いのなかで期待した化学放射線治療 声が失われるのを避けて選んだ化学放射線治療	
		まとわりつく苦痛のなか希望をもち立ち向かう	食べ続けるためのやむをえない処置	ためらいはあったけど痛みをとってくれる麻薬 飲み込むつらさを楽にしてくれる鼻やお腹の管
			喉の違和感を気にしながらの食事の工夫	喉の違和感を抱えた食事の不安 食べられるのは喉越しのいい食事
			前向きに取り組むための支え	支えとなる家族や医療者の存在 治療前の生活に戻ることを想定した目標

1. コアカテゴリー『もとのままでいられるために踏み堪える』

コアカテゴリー『もとのままでいられるために踏み堪える』は、「声を失わずして治療前の生活に戻れることを糧に、いつまでもまとわりつく苦痛に立ち向かうための努力を重ねている状態」と定義する。これは、10個のカテゴリーで構成され、がん症状および治療に伴う身体症状に関するカテゴリー〔“悪いところは喉だけ”に取まらない身体的苦痛の体験〕と、その苦痛に対処するカテゴリー〔まとわりつく苦痛のなか希望をもち立ち向かう体験〕の2つの体験に分けられた。

2. カテゴリー間の関連性（ストーリーライン）

ストーリーラインは、データの特性と次元から、各カテゴリーと2つの体験との関連性を検討し導き出した。データの特性は、疾患や治療に関連する身体症状およびその対処をあげ、それぞれの次元は、疾患や治療に伴う身体症状およびその対処に関連する心理や思いの変化をあげた。以下は、ストーリーラインとカテゴリー関連図（図1）である。なお、カテゴリー関連図の網掛け台形部分は、口腔内の症状や体調を示し、治療の進行に伴い悪化していく経過を表した。治療の終盤では、悪化の経過をたどるなかで対処行動をとりながら体調を維持している状態を表した。治療終了後、徐々に有害事象は改善に向かうものの、退院後

1か月の時点では、まだ治療前の状態に戻っていないことを表した。

化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者は、声がかれる、喉の調子がおかしいといった【ガンと思わずに放っておいた喉の異変】に気づきながらも対処を怠ったことを後悔していた。がん告知後、声を失う手術を覚悟しながらも手術との選択に迷ったが、声を失わなくても大丈夫であるという医師の後押しで、【声を失いたくない思いで選んだ治療】である化学放射線治療に希望を託し意思決定した。治療中は、有害事象の影響により【食欲に影響する味の変化】や【喉の痛みと口の粘つきで食べられないつらさ】を感じながらも経口摂取を望み、食べる努力を続けていた。治療開始当初は、照射すること自体、楽であると感じていたものの、思うように食事が摂れなくなり、【治療が進むにつれて悪くなっていく体調】を自覚した。経口摂取継続への限界を感じるようになり、【食べ続けるためのやむをえない処置】である経管栄養チューブや麻薬性鎮痛薬の使用は、体調を維持し治療を乗り越えるために必要なものとなった。治療後も有害事象の影響は続き、退院に向けて一番の心配事が食事であった。退院後は、治療前の状態に戻そうと【喉の違和感を気にしながらの食事の工夫】で栄養を摂り、体力回復に努めた。しかし、思うように体重は増えず、【やせて体力が落ちていく姿】に嫌悪を抱き、【悪化・再発に結びつけてしまう戻らない体調】に焦りや先の

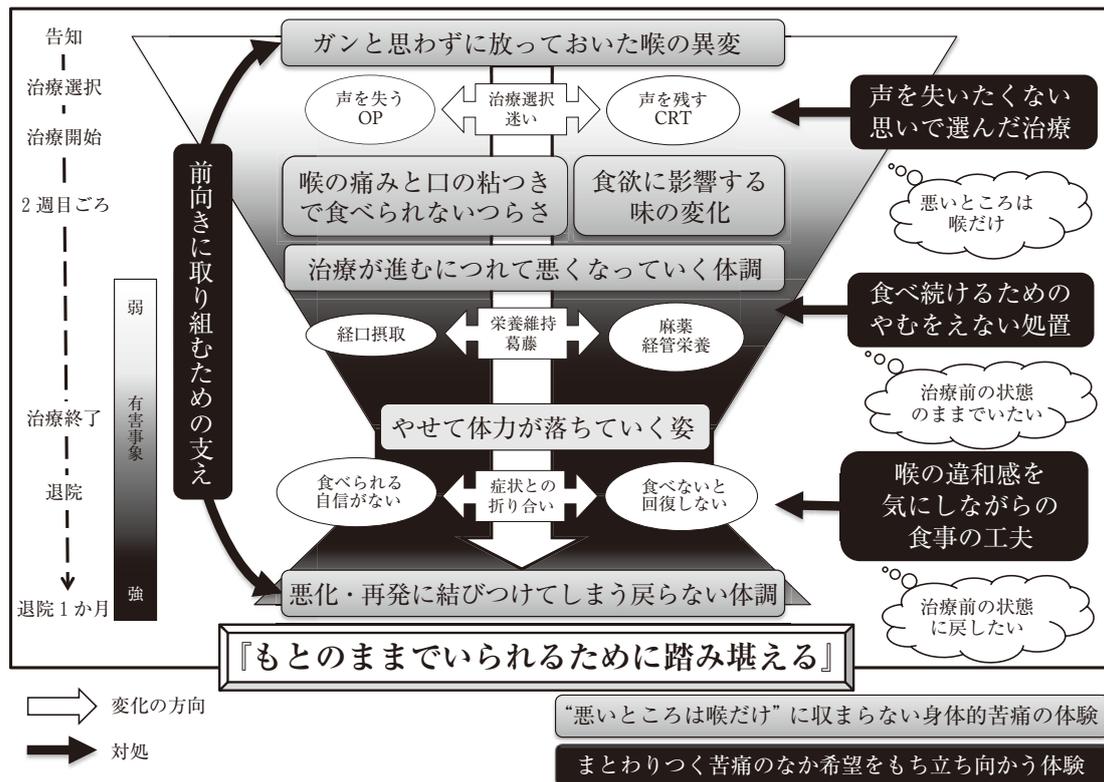


図1 化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月までの病気体験のプロセス

見えない不安を感じていた。しかし、声を失わずに生きられる希望のもと、家族や医療者の存在、今後の目標が、気持ちを調整する【前向きに取り組むための支え】となり、いつまでもまとわりつく苦痛に立ち向かうと努力を重ねていた。

また、このプロセスは、治療前の状態でいられる思いのなかで悪化の一途をたどる戻らない身体症状を示す〔“悪いところは喉だけ”に取まらない身体的苦痛の体験〕と、身体的苦痛のなかで治療前の状態でいようと対処し続けることを示す〔まとわりつく苦痛のなか希望をもち立ち向かう体験〕の2つの体験から構成されている。

3. 各カテゴリーの説明

『もとのままでいられるために踏み堪える』は、10個のカテゴリーで構成されており、〔“悪いところは喉だけ”に取まらない身体的苦痛の体験〕と、〔まとわりつく苦痛のなか希望をもち立ち向かう体験〕の2つの体験に分けられている。以下では、2つの体験に沿って、各カテゴリーを説明する。

a. 〔“悪いところは喉だけ”に取まらない身体的苦痛の体験〕

これは、【ガンと思わずに放っておいた喉の異変】【喉の痛みと口の粘つきで食べられないつらさ】【食欲に影響する味の変化】【治療が進むにつれて悪くなっていく体調】

【やせて体力が落ちていく姿】【悪化・再発に結びつけてしまう戻らない体調】の6つのカテゴリーが含まれている。

(1) 【ガンと思わずに放っておいた喉の異変】

【ガンと思わずに放っておいた喉の異変】は、喉や声の異変を大した問題ではないと判断し、対処を怠ったことへの後悔を意味する。これは、《喉の異変をないがしろにしたことへの後悔》《なかなかたどりつかなかったガン治療》《長引く喉の不調にうすうすガンに気づく》の3つのサブカテゴリーで構成された。

患者は、声がかかる、喉の調子がおかしいことに気づきながらも、大した症状ではないと判断し、症状を放っておいたことを後悔した。

「急に腫れたんや、鏡見たら“うわあ、これおかしいな”と思ったけど、“まあええわ”と思って放ついたら……もっと早く気づいていたかもしれんし、後悔やの」(H氏)

これまで患者は、喉や声の異変が耳鼻咽喉科領域のがん症状と結びつかなかった。適切な医療機関にたどりついた後も、診断・治療方針の決定に時間を要し、がん進行に不安を高めていた。

「“がんであることは間違いない”って言われて、1か月近く検査ばかりで何もやってない状態、“口の中がおかしいな”って気づいてから考えると実際に治療が始まるまでに2か月以上経ちますからね、その間にもっともっと進行してくるんじゃないかなという懸念はありましたね」(B氏)

また患者は、喉や声の調子が一向によくないことに加えて、専門の医療機関に紹介されることで“がん”が頭をよぎっていた。

「ちょっと声がれがあったから“おかしいな、治らんしヤバいかな”っていうんは少しあった。だから“がん”って言われて、あーそっかあ」(D氏)

(2) 【喉の痛みと口の粘つきで食べられないつらさ】

【喉の痛みと口の粘つきで食べられないつらさ】は、化学放射線治療の有害事象である口腔内乾燥や口腔粘膜炎症に伴う疼痛により、思うように食べられないことへの苦痛を意味する。これは、《ずっと続く口の渴きと粘つき》《痛みで一気に飲み込めないつらさ》《当たり前食べられることへの感謝》の3つのサブカテゴリーで構成された。

患者は、治療の影響で口腔内の乾燥や粘つきを自覚し不快な状態が続いていた。

「うがいをしても爽快感がなくて、どんなにうがいしても口の中が変なの、すぐにネバネバになって」(F氏)

また患者は、口腔粘膜炎症の痛みにより咀嚼や嚥下をすることに苦痛を感じていた。

「喉を通る瞬間ザクとした感じの痛さが走るから、チビチビ、舐めるようにしか飲めん。それだけでも激痛が走るし、刃物で切られたような痛さ」(E氏)

さらに患者は、治療の影響で食事が摂れない体験を通して、これまで当たり前食べられていたことにありがたさを感じていた。

「当たり前食べられて当たり前ということがいかに大事か今回わかった。普通に普通の当たり前のことがね、お茶をゴクゴク飲むのがいかにありがたいか」(C氏)

(3) 【食欲に影響する味の変化】

【食欲に影響する味の変化】は、照射による唾液腺や舌の味蕾細胞の障害で生じた味覚の変化が食欲に影響を及ぼすことを意味する。これは、《味が変わって食べたいと思えないつらさ》《だんだんと味が戻ってくることによる回復の実感》の2つのサブカテゴリーで構成された。

患者は、治療に伴う味覚の変化により食欲が低下し、食べることへの必要性を感じながらも食べられないことにつらさを感じていた。

「2週間くらいからかな、味がわからないのではなくて、味が変わった味になってしまう、そっこのほうが嫌だったかな、痛みより……食べたいと思わなくなる」(D氏)

一方で患者は、味覚の回復により食欲が戻り、もとの状態に戻る回復を実感していた。

「“あーご飯がほしいな”、“あれが食べたいな”っていうのがフツと出てきて、食欲が出てくると、51kg、52kgになって“あーようなつとるな”……」(C氏)

(4) 【治療が進むにつれて悪くなっていく体調】

【治療が進むにつれて悪くなっていく体調】は、照射を重ねるごとに増強する有害事象の影響から、がんを治療しているのに体調は悪化していくという相反する経過に、気持ちの余裕がなくなっていくことを意味する。

「当てるのは3～4分やろ、効きよる実感はない。体調は明らかに悪くなっている。自覚症状が出てるのはわかるけど、根本的にガンが一体どうなっていくよんか……自分の感覚的には全くわからん。身体に感じるのはなんせ悪くなっていきよる。声が出ん、喉が痛い、飯も食えん、いろんな症状が出て……」(E氏)

(5) 【やせて体力が落ちていく姿】

【やせて体力が落ちていく姿】は、退院後まで食べられない状況が続き、身体がやせて体力が落ち、治療前の状態ではない姿から体調の悪化を強く感じていることを意味する。これは、《やせていくことへの嫌悪感》《体力の衰えに自信をなくす》の2つのサブカテゴリーで構成された。

患者は、次第にやせていく自身の姿に嫌悪を抱くとともに、治療前とは違う変わり果てた姿を人に見られたくないと感じていた。

「足首やってこんな細くなかったのに……自分で鏡見ても嫌になる。」(E氏)

また患者は、思うように身体を動かさなくなり、体力に自信がもたなくなっていた。

「外に出る自信もないしね、体力も落ちてるしね。足とかね、手とかね、上がりかねますもんね」(G氏)

(6) 【悪化・再発に結びつけてしまう戻らない体調】

【悪化・再発に結びつけてしまう戻らない体調】は、退院してもなかなかもとに戻らない体調に不安や焦りを感じ、病気の悪化や再発を懸念していることを意味する。これは、《体調の見極めに苦労しながらの生活》《よくない体調に先が見えない》の2つのサブカテゴリーで構成された。

患者は、退院しても日々変化する体調に一喜一憂し、その体調を見極めながら生活することへのむずかしさを感じていた。

「なんか何もできん日もあって、かえってガクッときてしまつて、体調の波と気持ちの波と……」(F氏)

また患者は、治療の有害事象がいつ癒えるのか目途が立たず、よくない体調に焦り、先が見えない不安を抱いていた。

「よくなっているはずなのに体調が戻らん、それやったらこっちもよならんといかんって思ってしまう……最初のうちはね、“あーよかった”って、“でもよくなったんだったらもうちょっとね”って、だんだん欲が出てきて朝起きたら“なんで口が渴くん？ 口の中なんでカラカラなん？”って……」(G氏)

b. 【まとわりつく苦痛のなか希望をもち立ち向かう体験】

これは、【声を失いたくない思いで選んだ治療】【食べ続けるためのやむをえない処置】【喉の違和感を気にしながらの食事の工夫】【前向きに取り組むための支え】の4つのカテゴリーが含まれている。

(1) 【声を失いたくない思いで選んだ治療】

【声を失いたくない思いで選んだ治療】は、手術を覚悟しながらも迷い、医師の後押しや“悪いところは喉だけ”の認識から治療後の生活への希望を見出し、声を失わない化学放射線治療を選択することを意味する。これは、《手術との迷いのなかで期待した化学放射線治療》《声が失われるのを避けて選んだ化学放射線治療》の2つのサブカテゴリーで構成された。

患者は、治療効果が同等であるという医師の説明や原爆、震災による放射能汚染への不安から治療選択に迷いが生じていたが、医師の説明を信じて新しい治療法である化学放射線治療に期待した。

「1歳のときに原爆が落ちて、やっぱり身のまわりでいっぱい影響があった人はいましたからね。でもやっぱり、まあそういう治療があるっていうか、手術ではない最新の治療と思っていましたし」(B氏)

また患者は、声を失わなくても大丈夫であるという医師の言葉から“悪いところは喉だけ”と認識し、手術による失声や外観の変化を避けて化学放射線治療を選択した。

「喉頭がんだったからまだわりと軽く考えていたから、内臓だったらなんか大変やないですか、イメージ的に。まあ、声なくなるのはできるだけ避けて、仕事もありますし。“あーここでよかったなあ、あー俺はここだけ”……」(C氏)

(2) 【食べ続けるためのやむをえない処置】

【食べ続けるためのやむをえない処置】は、麻薬性鎮痛薬や経管栄養チューブの使用に否定的であったが、治療前の状態でいようと栄養を維持するために、喉に負担をかけない方法を受け入れることを意味する。これは、《ためらいはあったけど痛みをとってくれる麻薬》《飲み込むつらさを楽にしてくれる鼻やお腹の管》の2つのサブカテゴリーで構成された。

患者は、麻薬性鎮痛薬に対して末期患者が使用するものの、中毒性があるものとしてとらえ、使用に抵抗を感じていたが、痛みを緩和するために必要不可欠なものとなった。

「痛かったけど麻薬は使いたくなかった。中毒になったらいかん、あれはいかん、我慢はせないかんと思っとった。でもきつくて我慢できんかった。あれがあったから、ちょっとは楽になっとった」(H氏)

また患者は、治療による疼痛増強から経口摂取に限界を

感じ、仕方なく試した経管栄養は、飲み込むつらさを和らげ、栄養維持に不可欠なものとなった。

「我慢して食べられるなら口から食べてやるって思いよった。でも先生から、もしいかんかったら鼻から管通すか、腹開けて胃に入れるとか、これは嫌やけん、とにかく食べんと、食べないかんって思って。でも食欲はない、食べたいけど身体が全然受けつけん、管通すのも嫌やし、もうどうしようって……で、仕方なしに……」(H氏)

(3) 【喉の違和感を気にしながらの食事の工夫】

【喉の違和感を気にしながらの食事の工夫】は、退院後の食事に不安を抱えながらも身体をもとの状態に戻していくために、喉の違和感と折り合いをつけて食べる努力を続けることを意味する。これは、《喉の違和感を抱えた食事の不安》《食べられるのは喉越しのいい食事》の2つのサブカテゴリーで構成された。

患者は、治療の有害事象が癒えないまま退院となり食事に不安を抱えていた。

「とにかく自分で食べられるようにせないかんから何を食べるか……食事が不安やったな、ギリギリまでチューブ入れとったけん、全然食べられんかったけん」(E氏)

また患者は、飲み込みづらさを緩和するために、喉越しのいい食事を採り、食べやすく調理するなど試行錯誤を重ね、食べる努力を続けていた。

「退院して帰った当初は、コンビニで飯を買って食べたり、パンを牛乳で浸して軟らかくして、ご飯を炊いて軟らかくして、とにかく体重を増やさないかんと思って一生懸命いろんな飯食べたり……」(C氏)

(4) 【前向きに取り組むための支え】

【前向きに取り組むための支え】は、家族や医療者の存在、患者自身の今後の目標が、がん罹患、治療に伴う苦痛、退院後の生活に立ち向かうための支えになっていることを意味する。これは、《支えとなる家族や医療者の存在》《治療前の生活に戻ることを想定した目標》の2つのサブカテゴリーで構成された。

患者は、家族や医療者の存在に支えられ、つらい治療を乗り越えられたと感じていた。

「途中でやめたいって言うたときも、みんな(医師や看護師)の励ましはうれしかった。励みになったな、心配して言うてくれとると思って頑張れたで」(A氏)

また患者は、“悪いところは喉だけ”の認識のもと、治療前の生活に戻ることを期待して、仕事復帰や社会復帰を目標に、いつまでも続く苦痛に立ち向かう努力を重ねていた。

「治療が終わって、何とか後半年で(学生)卒業させてっていうかいまの自分の課題です……だから頑張れたんでしようね」(B氏)

V. 考 察

化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月までの病気体験のプロセスは、『もとのままでいられるために踏み堪える』で表すことができた。このプロセスは、治療前の状態でいられる思いのなかで〔“悪いところは喉だけ”に収まらない身体的苦痛〕を体験しながらも、治療前の状態でいようと〔まわりつく苦痛のなか希望をもち立ち向かう〕ための努力を重ねているプロセスであった。以下では『もとのままでいられるために踏み堪える』を構成する〔“悪いところは喉だけ”に収まらない身体的苦痛の体験〕と〔まわりつく苦痛のなか希望をもち立ち向かう体験〕の2つの体験を、「治療に至るまでの体験」と「化学放射線治療および退院後1か月の体験」の時間的プロセスから考察し、看護実践への示唆について述べる。

また、本文中では、化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者を“本患者”と表記する。

A. 〔“悪いところは喉だけ”に収まらない身体的苦痛の体験〕

1. 治療に至るまでの体験

頭頸部がんは、初期症状が軽微なため医療機関への受診が遅れることや受診していても当該診療科に受診せずに放置されていること（清水・鈴木，2011）、他領域に比べて症例数が少なく、それを専門とした医師の絶対数も少ない（飯田，2007）ことから、頭頸部がんの知識が広く普及しているとは言い難く、発見が遅れる診断上の問題がある。本患者も、喉の異変に気づきながらも大した症状ではないととらえ発見が遅れている。また、診断がつくまでに時間がかかり、一向に回復の兆しが見えない《長引く喉の不調にうすうすガンに気づく》ようになるとともに、《なかなかたどりつかなかったガン治療》に対して《喉の異変をないがしろにしたことへの後悔》やがん進行への不安を高めていた。患者が自らががんかもしれないという疑念をもつことは、がんと診断されたも同然の激しい衝撃体験となる（鈴木，1993；吉田，2002）。本患者は、がん診断前から危機的状況に陥っており、自分ががん罹患したことを想定して悩みながら過ごしてきたと考える。このため本患者は、発症からこれまでの経緯を振り返り【ガンと思わずに放っておいた喉の異変】ととらえていた。

本患者は、がんを現実のものにとらえながらも、医師の説明により“悪いところは喉だけ”とがんを肯定的に受け止めようとしていた。これは、廣川（2006）の「他の病気と比べてがんはましかととらえることで、気持ちの調整をする体験」（p.29）と一致する。また、「発症から告知までの期間が長く受診科数が多い受診行動をとった患者は、告

知時に『現実を見つめて新しい価値観や自己イメージの確立を示す』という危機的状況の後期に近い心理反応を示す」（伊藤・浅沼・鈴木・瀧島，2002，p.74）ことから、本患者は、告知に至るまでの間に否認や怒り、後悔などさまざまな心理的反応を経ていたと考えられる。

2. 化学放射線治療および退院後1か月の体験

本患者は、治療中、有害事象である口腔粘膜炎や痛み、味覚障害による食べられないことへの苦痛を感じていた。化学放射線治療に伴う味覚障害、口腔内乾燥、口腔粘膜炎の3つの有害事象は、20/30/50Gyの時期を境としてその症状が段階的に悪化し、照射量の累積とともに食欲の低下を来す（大釜・片山・大釜，2011）。本患者も照射線量20Gyの時期にあたる治療開始2週目ごろから有害事象が出現し、《ずっと続く口の渇きと粘つき》や《痛みで一気に飲み込めないつらさ》《味が変わって食べたいと思えないつらさ》を退院後まで抱え、食べられない体験を通して《当たり前食べられることへの感謝》の念を抱いていた。そして、退院1か月ころには、《だんだんと味が戻ってくることによる回復の実感》を得ており、味覚の回復により食欲を取り戻すことで身体の回復へとつながっていた。食欲は健康のバロメーターであり、生活の満足感をもたらす源（前原・野口，2005）であることから、本患者にとって【食欲に影響する味の変化】は、食べられないことへの苦痛につながる一方で、回復の兆しを感じるものであったといえる。

本患者は、治療の有害事象により食事摂取が困難となり、体重減少、体力低下を来していた。体力低下は、疲労感や倦怠感につながり、日常生活の制限を強いられる。神里（1999）は、放射線治療を受けるがん患者の倦怠感について、第2週目から第4週目にかけて倦怠感が上昇し、対象者の86%に軽度から重度の倦怠感の出現がみられたと報告している。本患者も《やせていくことへの嫌悪感》を抱き、《体力の衰えに自信をなくす》など【やせて体力が落ちていく姿】に不安を高め、照射を重ねるごとに増強する有害事象、それに伴う倦怠感が影響して全身状態の悪化を感じていたと考える。そのため本患者は、【治療が進むにつれて悪くなっていく体調】ととらえ、病状悪化への懸念や治療への不信感、闘病意欲の低下につながっていた。さらに退院後は、長引く治療の影響により《体調の見極めに苦勞しながらの生活》となり、日々一進一退する《よくなる体調に先が見えない》不安を抱いていた。これは、体調に不安を抱えながらの退院で、自身で悪化した体調や変化した姿を取り戻そうと努めるが日常生活や仕事に影響を及ぼし十分な適応に至っていなかったと推察する。思うように報われない成果から、【悪化・再発に結びつけてし

まう戻らない体調】への自身の対処方法に不安を高め、治療前の生活に戻れない苛立ちや焦りから、想像以上の苦痛に対応しかねていたといえる。このため本患者は、“悪いところは喉だけ”では収まらない悪化の一途をたどる戻らない体調から、治療前の状態でいられない現実と直面し、身体的、心理・社会的苦痛を伴っていたと考える。

B. 【まわりつく苦痛のなか希望をもち立ち向かう体験】

1. 治療に至るまでの体験

頭頸部がんの治療は、手術、放射線治療、化学療法を組み合わせた集学的治療が一般的である。本患者も複数の治療法が提示され、当初は、声を失ってでも生きたいと手術による失声を覚悟していた。これは、長瀬・澤田の喉頭摘出術選択過程において「治るためには失声を免れることはできないと覚悟をしていた」の報告(2009, p.20)と一致しており、頭頸部がん患者の治療選択における第一義的な考えは、失声と生命維持の問題であると推察できる。しかし、本患者は、医師から手術と同等の治療効果である化学放射線治療の説明を受け、声を失うことへの覚悟が揺らいでいた。医師の説明やがん治療に関するさまざまな情報、同病者や家族の意見に左右され、自己決定しがたい状況であったと考える。また、手術と迷う要因として放射能汚染へのおそれや治療効果への不安があった。日本が被爆国であることが放射線治療に対する抵抗感を高め、不安や恐れを引き起こしたこと、がん治療は手術が基本であるという根強い考えから、手術ほどの治療効果が期待できないのではないかという放射線治療への疑問を抱かせたと考えられる。しかし、医師の説明は、患者が放射線治療を新しい治療法として受け入れることを可能とし、治る望みを医師に託して《手術との迷いのなかで期待した化学放射線治療》に臨む覚悟を決めていた。

また、本患者にとって治療選択の決め手になったのは“声を失わなくても大丈夫である”という医師の後押しであった。医師の後押しは、声を失わずに生きられる希望を抱かせ、“悪いところは喉だけ”とがん罹患を肯定的な受け止めへと転換させたと考える。これは、森本・佐藤の放射線治療を受けるがん患者の構えにおいて、「治療を終えれば治癒の可能性が高いという医師からの保証のもとに治癒を目指す」という報告(2000, p.50)と一致する。治療選択の決定に影響を与えていたのは医師であったが、“声を失わなくても大丈夫である”という医師の後押しは、がん罹患、失声という危機的状況から免れ、これまでの生活に戻ることを意識した《声が失われるのを避けて選んだ化学放射線治療》の治療選択を可能にさせたと考える。このため本患者は【声を失いたくない思いで選んだ治療】である化学放射線治療を意思決定し、治療に臨んでいた。

2. 化学放射線治療および退院後1か月の体験

本患者は、治療の有害事象で食べられない状況のなか“口から食べたい”と治療終了まで経口摂取への希望と執着を示した。しかし、治療の経過に従って、経口摂取継続に限界を感じ、食べられないことへの対処である経管栄養チューブや麻薬性鎮痛薬の使用を受け入れざるをえない状況となっていた。対処が遅れた要因として、口腔粘膜炎や疼痛があるなかでの経管栄養チューブ挿入処置への不安や恐怖があげられる。また、声を失わない化学放射線治療を選択したことで、治療前の状態のままでいられるととらえていたために、経管栄養チューブや麻薬性鎮痛薬の使用という日常とかけ離れた方法での食事に抵抗を感じていたと推察する。近森(1993)は、「口からの食物摂取ということが、いかに人が人としての尊厳を保つうえに重要であるか」と述べている(p.51)。本患者にとって、経口摂取は人間らしく生きたいと願う生活の質や生きる意欲を生み出すものであり、闘病意欲を維持、向上させる支えになっていたと考える。一方、水谷・市来・花田・森田・高橋は、「食べられないと生きられない」という食への思いを明らかにしており、「食」は生への執念にもつながっていると報告している(2006)。経管栄養チューブや麻薬性鎮痛薬の使用は、《ためらいはあったけど痛みをとってくれる麻薬》《飲み込むつらさを楽にしてくれる鼻やお腹の管》として、栄養を維持するための必要不可欠な処置となり、治療前の状態のままで治療を乗り越えるためのやむをえない対処であったと考える。このため本患者は、経管栄養チューブや麻薬性鎮痛薬の使用を【食べ続けるためのやむをえない処置】ととらえていた。

また本患者は、有害事象が癒えないままの退院となり、《喉の違和感を抱えた食事の不安》があるなかで、《食べられるのは喉越しのいい食事》と考え、軟らかさや味付けを調整するなど、喉に負担をかけない方法で食べる努力を続けていた。本患者にとって食べられないことへの対処は、治療に伴う栄養低下、体重減少、体力低下をおそれて、栄養状態の維持・改善に重きをおいた生きるために必要な対処であったと考える。また、外見が変貌することでセルフイメージが変化し、それが自尊感情の低下につながる(田村, 2011)ことから、【治療が進むにつれて悪くなっていく体調】や【やせて体力が落ちていく姿】【悪化・再発に結びつけてしまう戻らない体調】への自覚は、治療前の生活に戻れなくなることを危惧しており、それをかき消すための方略として、変化した自己像を取り戻そうと食への努力を怠らなかったと考える。そのため本患者は、治療前の状態に戻そうと希望をもち、いつまでも続く喉の違和感と折り合いをつけて【喉の違和感を気にしながらの食事の工夫】を重ねていた。これらは、“悪いところは喉だけ”の

認識が影響した治療前の状態であり続けるための対処であったと推察する。この認識は、治療前の状態のまま治療を乗り越えたいというこだわりとなり、治療を乗り越える原動力となる一方で、治療に必要な処置や治療経過の受け入れを妨げる要因になっていたといえる。

本患者は、《支えとなる家族や医療者の存在》や《治療前の生活に戻ることを想定した目標》をもつことで希望を見出し、まとわりつく苦痛に対処していた。副作用による苦痛の忍耐は患者の生への思いである（永吉，2008）ことから、本患者が持ち続けていた希望は“悪いところは喉だけ”の認識のもと、治療前の状態のまま生きていきたいという希望であり、その希望を見失わないように家族や医療者が支えていたと考える。このため、本患者は、自身の目標や家族、医療者の存在を【前向きに取り組むための支え】とし、がん罹患から退院後までまとわりつく苦痛に対処する気持ちの調整を行っていたと考える。

C. 化学放射線治療を受ける頭頸部がん患者への看護支援

本患者は、がん診断前から危機的状況に陥っていたが“悪いところは喉だけ”の認識のもと、声を失わずに生きられることに希望を見出し化学放射線治療を選択したが、想像以上の苦痛を体験するなかで、治療前の状態できょうと立ち向かうための努力を重ねていた。このため、告知に至る段階から退院後まで患者の苦痛と希望を支える一貫した継続看護が必要であると考える。

告知や治療方針にかかわる看護師は、告知に至るまでの患者の体験に寄り添い、疾患や治療への思い、患者が求める情報を把握し、患者自身が希望を見出し、主体的な意思決定ができるよう支援するとともに、入院前から多職種と連携して入院後の患者教育につなげる必要がある。また、治療にかかわる看護師は、治療前に、患者が、疾患や治療をどのようにとらえているか、治療後の目標などを把握し、治療中から出現する有害事象と対処方法について、患者が想像する治療経過と実際との間に差が生じることがないように教育支援が必要である。とくに食と体調の変化を念頭においた情報提供を行い、治療に向けた備えができるようかかわる必要がある。また、治療中は、出現する有害事象への対処能力を高めるとともに心理面への変化を的確にとらえ支援する。本患者の“悪いところは喉だけ”の認識は、治療を乗り越える原動力となる一方で、治療前の状態のままにいたいことへのこだわりとなり、治療に必要な処置や治療経過の受け入れを妨げる要因となっていた。そのため、できるだけ患者の治療前の生活に近い状態で治療を乗り越えられるよう早期から患者とともに最善の方法を検討する必要がある。さらに、退院に向けて患者の望む生活にかかわる課題や解決策について患者と話しあい、疾患のみならず有害事象を抱

えた新たな生活を再調整できるよう支援する。退院後は外来通院となるため入院時よりも看護師とかかわる機会が少なくなることを念頭に、外来看護師との調整をはかる必要がある。外来看護師は、患者が抱える有害事象の影響や再発への不安など、身体的、心理・社会的苦痛を理解し、これまでの治療過程や退院後の生活における患者の努力を支え、希望を持ち続けられるような支援が必要であると考える。

以上より、化学放射線治療を受ける頭頸部がん患者の看護支援として、入院前から退院後まで患者の苦痛と希望を継続的に支えるフォローアップ体制の整備が必要である。

VI. 本研究の限界

本研究は、対象施設を1施設とし、対象者も8名と少なく、対象者の条件である頭頸部がんは、7つの原発病巣に分類されるが、原発病巣を限定していないため、化学放射線治療を受けた頭頸部がん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。

結 論

化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月までの病気体験のプロセスを分析した結果、コアカテゴリー『もとのままでいられるために踏み堪える』と10個のカテゴリーが抽出された。声を失わない化学放射線治療を選択したにもかかわらず、“悪いところは喉だけ”に収まらない身体的苦痛を体験するなかで、治療前の状態に戻そうと希望をもち、まとわりつく苦痛に立ち向かうための努力を重ねているプロセスが明らかとなった。入院前から退院後まで長期的に患者の苦痛と希望を支えるための継続したフォローアップ体制を整備する必要性が示唆された。

謝 辞

本研究に、ご協力いただきました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。本研究は、香川大学大学院医学系研究科看護学専攻修士課程における修士論文の一部を加筆修正したものである。

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：化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者のがん罹患から退院後1か月までの病気体験のプロセスを明らかにする。

方法：化学放射線治療を受けた退院後1か月の頭頸部がん患者8名を対象に、半構成的面接を実施し、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『もとのままでいられるために踏み堪える』と10個のカテゴリが抽出された。声を失わない化学放射線治療を選択したにもかかわらず、“悪いところは喉だけ”に収まらない身体的苦痛を体験するなかで、治療前の状態に戻そうと希望をもち、まとわりつく苦痛に立ち向かうための努力を重ねているプロセスが明らかとなった。

結論：入院前から退院後まで長期的に患者の苦痛と希望を支えるための継続したフォローアップ体制を整備する必要性が示唆された。

Abstract

Objective: To elucidate the experience of patients with head and neck cancer who underwent chemoradiotherapy, from cancer onset to 1 month post-discharge.

Methods: Semistructured interviews were conducted at 1 month after discharge of 8 patients with head and neck cancer who had undergone chemoradiotherapy, and the results were analyzed using the grounded-theory approach.

Results: A core category, “endure the distress to live as before”, and 10 other categories were extracted. The results showed that, even though they had selected chemoradiotherapy, which does not cause voice loss, the patients expressed a desire to return to their pretherapy condition while they were experiencing distress over physical symptoms that were not limited to the throat, and they engaged in a process of continuous effort to cope with that distress.

Conclusion: The findings suggested the need for a system of continuous, long-term follow-up from before admission to after discharge that supports patients in coping with their distress and fulfilling their wishes.

文 献

- 近森美美子 (1993). “経口摂取”の持つ意味：なぜ口から食べることにこだわるのか. 看護技術, 39(2), 50-52.
- Corbin, J. and Strauss, A. (2008/2012). 操 華子, 森岡 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.
- 出水祐介, 小田康江, 村上昌雄 (2008). がん放射線治療の基礎知識. 藤本美生 (編), 放射線治療を受けるがん患者の看護ケア. 22, 東京：日本看護協会出版会.
- 藤井可奈子, 高原陽子, 村山理都子, 奥野優美, 渡辺久美 (2005). 放射線治療経過表が頭頸部がん患者の療養生活に及ぼす影響：患者への面接による放射線治療経過表の評価. 看護実践の科学, 31(8), 75-80.
- 船津 衛, 宝月 誠 (1995). シンボリック相互作用論の世界. 6-7, 東京：恒星社厚生閣.
- 林 隆一 (2007). 頭頸部がん. からだの科学, 253, 37-41.
- 廣川恵子 (2006). 身体の異常に気づいてから外来でがん告知を受けるまでの患者の体験. 高知女子大学看護学会誌, 31(1), 27-34.
- 飯田善幸 (2007). 頭頸部扁平上皮がんの病期診断, 治療ガイドライン. がん看護, 12(5), 502-503.
- 石川紀彦, 岸本誠司 (2000). 頭頸部がんとはどういう病気か—臨床像と治療の現状—. ターミナルケア, 10(1), 5-10.
- 伊藤美由紀, 浅沼良子, 鈴木美奈子, 瀧島美紀 (2002). 肺がんで告知を受けた患者の心理的反応と告知までの受診行動の分析. 東北大学医療技術短期大学部紀要, 11(1), 65-75.
- 嘉戸怜子, 城田智子, 豊田郁子, 高橋友美, 馬場由紀, 吉岡靖生, 田墨恵子 (2014). 化学放射線療法を受ける頭頸部がん患者の皮膚障害の発生に関する調査. 大阪大学看護学雑誌, 20(1), 41-46.
- 神里みどり (1999). 放射線治療中の癌患者の倦怠感に関する研究. 日本がん看護学会誌, 13(2), 48-59.
- 前原澄子, 野口美和子 (2005). 機能別臨床看護学：第3巻 栄養機能の障害と看護. 61, 東京：同朋舎メディアプラン.
- 松村 明 (2012). 大辞泉 第二版 (下巻). 2176, 東京：小学館.
- 水谷美之, 市来博美, 花田麻衣子, 森田公美子, 高橋悦子 (2006). 放射線化学療法を受ける食道がん患者の食に対する思い. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 37, 59-61.
- 森本悦子, 佐藤禮子 (2000). 放射線療法を受けるがん患者の構えに関する研究. 日本がん看護学会誌, 14(1), 45-52.
- 永尾京美, 菊池貴子, 神田誠子 (2016). 頭頸部がん患者における放射線皮膚炎に対するセラミド含有保湿剤の有用性の検討. がん看護, 21(5), 571-575.
- 長瀬睦美, 澤田愛子 (2009). 喉頭摘出者のコミュニケーション手段の再獲得過程における問題と支援. 日本看護研究学会雑誌, 32(4), 17-28.
- 永吉真澄 (2008). 化学放射線同時併用療法を受けた頭頸部がん患者の思いの明確化. 神奈川県立がんセンター看護師自治会看護研究部会看護研究集録, 14, 120-126.
- 野中雅人 (2015). 頭頸部がん患者の放射線療法に伴う急性期有害事象に関するプロトコルの検討. 日本がん看護学会誌, 29(2), 71-78.
- 大釜徳政, 片山知美 (2010). 放射線治療を受ける頭頸部がん患者の20Gyの時期における食事に関する因果モデルの検討. ヒューマンケア研究学会誌, 1(1), 1-8.
- 大釜徳政, 片山知美, 大釜信政 (2011). 頭頸部がん患者における

- 放射線治療に伴う有害事象と食事摂取に関する検討. ヒューマンケア研究学会誌, 2(1), 1-10.
- 岡光京子, 大田直実, 藤田倫子, 林田裕美 (2001). 頭頸部がん患者の放射線治療中に体験する問題とその対処に関する研究. 高知医科大学紀要, 17, 69-77.
- 清水 颯, 鈴木 衛 (2011). 頭頸部癌患者の特殊性. *JOHNS*, 27(3), 381-383.
- 鈴木正子 (1993). 検診で自らを痛と感じた患者の体験世界: 患者—看護婦関係を重視した面接法による調査をもとに. 臨床看護研究の進歩, 5, 143-154.
- 平亜樹子, 内 洋子 (2010). 頭頸部癌放射線治療における口腔ケアの充実と冷却効果の有効性: アズレンスルホン酸ナトリウムアイスボールの導入. 日本看護学会論文集 (成人看護Ⅱ), 41, 57-59.
- 竹井友理, 荒尾晴恵 (2013). 頭頸部放射線療法後にみられる口腔内乾燥を訴える患者の日常生活における問題と対処行動. 大阪大学看護学雑誌, 19(1), 33-38.
- 田村里子 (2011). 頭頸部がん患者の心理社会的な課題とその支援. 緩和ケア, 21(1), 26-29.
- 上野かおり, 松木麻美, 土橋由美子, 山口敬子, 古城邦子, 川野範子 (2016). 放射線治療を一時中断しその後完遂した頭頸部癌患者の支えについての検討: 4事例へのインタビューより. 日本放射線看護学会誌, 4(1), 12-19.
- 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. 34, 東京: 文光堂.
- 山本知美, 北川善子, 渡部昌美, 得能裕子 (2014). 化学放射線治療を受けた頭頸部がん患者の口腔粘膜炎に伴う疼痛の実態調査. 木村看護教育振興財団看護研究集録, 21, 80-117.
- 吉田浩二, 宮地麻美, 銀治朋子, 朝長さつき, 伊藤陽子, 川久保真弓, 中島香葉美, 佐藤良信 (2014). 放射線治療を受けた咽頭がん患者の有害事象評価—放射性皮膚炎を中心に—. 日本放射線看護学会誌, 2(1), 12-18.
- 吉田みつ子 (2002). 患者の体験をプロセスとして理解する: 女性患者のがん告知の体験をもとに. 月刊ナーシング, 22(3), 32-36.

[2018年4月13日受付]
[2018年9月20日採用決定]

— 研究報告 —

がん患者への受動的筋弛緩法の介入による指標と主観による評価

Physiological and Subjective Assessments of Passive Muscle Relaxation Intervention in Cancer Patients

近藤 由香¹⁾ 中村 美香¹⁾ 今井 裕子²⁾
Yuka Kondo Mika Nakamura Hiroko Imai

キーワード：筋弛緩法, 受動的筋弛緩法, リラクゼーション

Key Words: muscle relaxation, passive muscle relaxation, relaxation

はじめに

がん患者は、症状による身体的苦痛や不安などの精神的苦痛、また、家族や経済面への心配などの社会的苦痛や生きる意味の喪失などのスピリチュアルペインを生じるが、患者は、これらの苦痛が影響しあった全人的苦痛を体験する（荒尾, 2018, pp.305-306; 松本, 2014, pp.6-7）といわれている。このことより、がん患者は、常に交感神経が緊張した状態になっていることが推測される。

リラクゼーション法は、リラクゼーション反応を引き起こし、副交感神経を優位な状態にできる技法であるが、人はリラクゼーション反応が得られた状態では、精神的静かさを保ち、癒しの感覚を体験できる（荒川, 2001, pp.10-12）といわれている。したがって、がん患者がリラクゼーション法を自身の生活のなかで活用できることは、心身のQOLの維持・向上のために重要であると考えられる。

筋弛緩法は、米国のJacobsonによって開発されたリラクゼーション技法であるが、ストレスマネジメントの方法の一つとして、今日までに多くの人々に用いられている（Snyder, Pestka, & Bly, 2002, p.310）。筋弛緩法は、意図的に骨格筋の緊張と弛緩を繰り返すことによって全身をリラックスさせていく能動的筋弛緩法と、骨格筋を緊張させず弛緩のみで進めていく受動的筋弛緩法に分けられている（Bernstein & Borkovec, 1973, pp.33-38）が、筋弛緩法で現在までに報告されている研究のほとんどは、能動的筋弛緩法である漸進的筋弛緩法に関するものである。がん患者に対するその主な効果としては、睡眠や倦怠感の改善（Demiralp, Oflaz, & Komurcu, 2010）、疼痛（Kwekkeboom, Hau, Wanta, & Bumpus, 2008; Sloman, Brown, Aldana, & Chee, 1994; 吉田, 2002）や化学療法による悪心（Arakawa, 1997; Molassiotis, Yung, Yam, Chan, & Mok, 2002）の緩和、不安やうつへの改善（Chan, Richardson, & Richardson,

2011; Zhou, et al., 2015）、コルチゾールの減少（Kim, Na, & Hong, 2016）などが明らかにされている。

能動的筋弛緩法は、筋骨格筋の緊張と弛緩を繰り返し、弛緩時の心地よさを体験することによって、リラクセス感や心身の苦痛緩和などの効果をもたらす。しかし、能動的筋弛緩法は、筋肉の緊張と弛緩を繰り返すため患者への負担が生じやすい（小板橋, 2001, p.31; Kondo, Koitabashi, & Kaneko, 2009）ことも明らかとなっている。一方、受動的筋弛緩法は、筋肉を緊張させず呼気にあわせて筋肉を弛緩させていく方法であるため、負荷がかかりにくく、前頭筋の緊張を緩和できる（Haynes, Moseley, & McGowan, 1975）ことも報告されている。しかし、受動的筋弛緩法についての先行研究は、ほとんどみられておらず、がん患者への介入研究はみられていない。

本研究の目的は、がん患者に受動的筋弛緩法を導入し、その評価を生理的・主観的指標より明らかにすることである。これらを明らかにすることによって、臨床での活用の推進と、がん患者など体力が低下しやすい人々の症状緩和や心身の安寧に寄与すると考える。

I. 用語の定義

1. 受動的筋弛緩法 (passive muscle relaxation: PMR)

呼吸法（腹式呼吸）を伴いながら筋肉を緊張させずに、力を緩めていくリラクゼーション技法である。両腕、両下腿、両大腿、臀、腹、胸、肩、頸、顔（額、目、下顎）の順に筋肉の緊張している部位に意識を集中させた後に、呼気にあわせて、身体の力を抜いていく技法である（小板橋, 2001, p.45）。

2. 受動的筋弛緩法の実施による体験

受動的筋弛緩法を実施することによって、対象に引き起こされた知覚である。

1) 群馬大学大学院保健学研究科 Gunma University Graduate School of Health Sciences

2) 群馬大学医学部附属病院 Gunma University Hospital

II. 研究方法

1. 対象者

(1) 選定条件

対象者は、地方の一施設の医療機関に入院中で、以下の①から⑦の条件を満たし、主治医・病棟師長の許可を得た者を対象とした。①がんの診断・告知を受けている、②20歳以上、③精神疾患の既往がない、④症状が落ち着いている、⑤精神的状態が安定している、⑥循環器機能と聴力に異常がない、⑦研究参加に同意する。

(2) 対象の選定手順

- ①看護師長に選定条件が合致した対象者をリストアップしてもらい、対象者への研究介入について、主治医の許可を得てもらった。
- ②看護師長より、対象者に、研究について説明を受ける意思があるかを確認してもらった。
- ③対象から研究についての説明を受けてもよいという許可が得られた際、研究者は対象を訪問し、説明文書に基づく説明を行った。対象より同意を得られた場合、署名をいただき、研究対象者として決定した。

2. 介入の手順

- ①研究者は、対象者に対して、介入の約1時間30分前より、飲食を控えることを説明した。
- ②研究者は、対象者に対して、介入の10分前より、ベッド上で安静にしてもらうよう依頼した。
- ③研究者は、対象者に対して、介入開始日に、受動的筋弛緩法の方法と注意点についてデモンストレーションを行いながら説明した。両腕、両下腿、両大腿、臀、腹、胸、肩、頸、顔（額、目、下顎）の順に筋肉の緊張している部位に意識を集中させた後に、呼気にあわせて、身体力を抜いていくように指導した。研究者らが作成したCD（小板橋、2014）を用いて、統一した介入を行った。対象者には、CDを聴きながら、ベッド上（臥位）で受動的筋弛緩法を3日間、実施してもらった（14分間：16時30分から18時前）。集中して聴いてもらうためにイヤホン付のCDプレイヤーを使用した。

3. 測定指標

(1) 収縮期血圧値、拡張期血圧値、脈拍数

自律神経の反応を明らかにするために測定した。介入の直前・直後に、上腕式の自動血圧計（オムロン）にて測定した。

(2) インタビュー（PMRの実施による体験）

1日目と3日目の介入後の約5分後に、インタビューガイドに基づき、インタビューを10～20分間実施した。イン

タビューガイドの内容は、PMR実施後の身体的・精神的な状態、PMRの方法についてなどであった。インタビューの内容は、許可を得てからICレコーダにて録音を行った。音声録音の許可が得られなかった1名には、インタビュー内容を記述する許可を得て、その場で記録した。

(3) 基本的属性

電子カルテより、対象の性別、年齢、病名、治療・主な症状の情報を得た。

4. 分析

(1) 収縮期血圧値、拡張期血圧値、脈拍数

1日目と3日目の介入の実施前後はウィルコクソン符号順位検定を、1日目と3日目の介入前後差の比較は、マン・ホイットニー検定にて分析した。分析は統計ソフト“IBM SPSS statistics ver. 22.0”を用い、有意水準は $p < .05$ とした。

(2) PMRの実施による体験

インタビューより逐語録を作成した。逐語録は、内容分析の手法（舟島、2007、pp.51-78）にて分析を行った。逐語録よりPMRを実施したことによる体験を表現している文脈を抽出し、記録単位とした。1つの文脈の中で異なる体験内容を表す言動が複数あった場合には、その種類毎に分けて複数の記録単位として扱った。そして、記録単位より意味内容の類似性に従いコードを作成した。コード化したものを意味内容の類似性に基づき抽象度を高めて分類し、サブカテゴリ化、そしてカテゴリ化した。分析の全過程においては、共同研究者間で分析内容が一致するまで検討を行い、信頼性を確保するよう努めた。2名の看護学の研究者に対して、抽出されたカテゴリ分類の一致率をスコットの式に基づき算出した。その結果、一致率は、1日目は88.0%と76.0%であり、3日目は100.0%と100.0%であった。

5. 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の承認を得た（承認番号：15-113）。研究参加者には、研究の趣旨と研究方法について文書と口頭にて説明した。研究参加は、自由意思であり途中で辞退することも自由であること、研究によって得られたデータの匿名化とプライバシーの保護、また研究に協力することによって、リラクゼーション感を得られる可能性があること、さらに、起こりうる不利益とそれが生じた場合の対処法などを説明した。また、PMR実施中は、安全面に配慮した。研究参加者が同意書に署名した後より介入を実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 対象者の背景 (表 1)

9名が研究に参加した。しかし、そのうち1名は、症状の悪化のため、途中で研究参加を辞退した。本研究では、3日間、14分間の受動的筋弛緩法を実施できた8名を分析の対象とした。8名の対象の性別は、女性5名、男性3名であった。平均年齢は、53.9歳 (SD 9.0歳) であった。疾患名は、子宮頸がんが4名 (病期: II B期2名, III B期1名, IV A期1名) で最も多かった。PSより、対象者のほとんどが歩行可能で、自分の身のまわりのことはできていた。

2. PMRの介入後の評価

a. 収縮期血圧値, 拡張期血圧値, 脈拍数 (表 2)

収縮期血圧値は、1日目と3日目において、また、拡張期血圧値は、1日目において、実施前に比べて実施後は減

少していたが、有意差はみられなかった。脈拍数は、1日目において、実施前後に有意差がみられた ($p < .05$)。

b. PMRの実施による体験 (表 3, 表 4)

以下、【 】 カテゴリ, 〈 〉 サブカテゴリ, 記録単位「 」とする。

(1) 1日目 (表 3)

逐語録を内容分析した結果、カテゴリ数は8、サブカテゴリ数は18、コード数は38、記録単位数は74であった。カテゴリは、【リラクスの感覚】【身体の安楽】【気持ちのリフレッシュ】【緊張への気づき】【効果への期待】【技法を用いることの容易さ】【技法を用いることのむずかしさ】【変化なし】が抽出された。

【リラクスの感覚】は、心身がゆったりとすることやくつろぐことを示しており、〈リラックスする〉〈温かくなる〉の2サブカテゴリより形成され、「気持ちはすごくゆったりした感じである」「手足は温かくなったような気がする」などがあげられた。【身体の安楽】は、身体が楽

表 1 対象の属性

事例	年齢	性別	疾患名	PS*	治療	主な症状
A	40歳代	女	子宮頸がん	1	化学放射線療法	下腹部痛
B	40歳代	女	子宮頸がん	1	化学放射線療法	下腹部痛, 悪心
C	50歳代	男	右眼窩内腫瘍	1	放射線療法	右眼周囲の発赤・疼痛
D	70歳代	男	大腸がん	3	放射線療法	臀部痛
E	50歳代	男	食道がん	2	化学放射線療法	両掌のしびれ
F	50歳代	女	上咽頭がん	2	化学放射線療法	口内炎
G	50歳代	女	子宮頸がん	3	化学放射線療法	夜間頻尿
H	40歳代	女	子宮頸がん	2	化学放射線療法	悪心, 下腹部痛

[注] *: PS (ECOGのPerformance Status, Japan Clinical Oncology Group, 2018)

1: 肉体的に激しい活動は制限されるが、歩行可能で、軽作業や座っての作業は行うことができる。

2: 歩行可能で身のまわりのことはすべて可能だが作業はできない。日中の50%以上はベッド外で過ごす。

3: 限られた自分の身のまわりのことしかできない。日中の50%以上をベッドか椅子で過ごす。

表 2 受動的筋弛緩法実施前後の収縮期血圧値, 拡張期血圧値, 脈拍数

測定指標	日数	1日目		3日目	
		中央値 (範囲)	p値	中央値 (範囲)	p値
収縮期血圧値 (mmHg)	PMR前	116.5 (95.0-148.0)	ns .18	111.5 (96.0-162.0)	ns .672
	PMR後	113.5 (97.0-146.0)		107.0 (101.0-161.0)	
	PMR前後差	-1.5 (-13.0-5.0)		-1.0 (-8.0-5.0)	
拡張期血圧値 (mmHg)	PMR前	71.0 (64.0-85.0)	ns .345	65.5 (54.0-86.0)	ns .324
	PMR後	68.0 (63.0-85.0)		66.5 (53.0-91.0)	
	PMR前後差	0.0 (-9.0-3.0)		1.0 (-4.0-6.0)	
脈拍数 (回/分)	PMR前	71.5 (55.0-87.0)	* .042	62.0 (53.0-67.0)	ns .523
	PMR後	66.0 (51.0-79.0)		61.0 (54.0-68.0)	
	PMR前後差	-4.5 (-13.0-3.0)		0.0 (-4.0-3.0)	

[注] PMR: 受動的筋弛緩法。

PMR前後: ウィルコクソンの符号順位検定。

PMR前後差の経時的比較: マン・ホイットニー検定。

*: $p < .05$

表3 受動的筋弛緩法による体験（1日目）

(n = 8, 複数回答)

カテゴリ	記録単位数	サブカテゴリ	記録単位数
リラクスの感覚	16	リラククスする	9
		温かくなる	7
身体の安楽	2	身体が楽になる	2
		すっきりする	3
気持ちのリフレッシュ	8	気分転換になる	3
		新鮮な感覚である	2
緊張への気づき	2	緊張した部位に意識を向けられる	2
効果への期待	12	効果を期待する	11
		生活で役立つことを期待する	1
技法を用いることの容易さ	8	簡単にできる	5
		むずかしくない	2
		手軽にできる	1
技法を用いることのむずかしさ	21	緩めることができない	13
		緊張している状態がわからない	3
		緊張感がある	3
		不安がある	1
変化なし	5	疲労感がある	1
		変化は感じない	5

表4 受動的筋弛緩法による体験（3日目）

n = 8 (複数回答)

カテゴリ	記録単位数	サブカテゴリ	記録単位数
リラクスの感覚	13	リラククスする	12
		温かくなる	1
入眠の促進*	8	入眠しやすい	4
		夜間覚醒時に再入眠できる	4
気持ちのリフレッシュ	6	すっきりする	4
		爽やかである	1
緊張への気づき	1	気分がよい	1
		緊張した部位に意識を向けられる	1
緊張の緩和*	8	緊張を緩めるイメージが湧く	4
		緊張を緩めることができる	4
自身にとってプラス作用の実感*	11	自分の心身にとってよい体験であると感じる	9
		身体に効果があると感じる	2
効果への期待	10	効果を期待する	7
		生活で役立つことを期待する	3
リラクゼーション法が広まることへの期待*	7	リラクゼーション法が多くの人に広まることを期待する	7
		慣れた	8
技法を用いることの容易さ	14	むずかしくない	4
		手軽にできる	1
		集中することができる	1
技法を用いることのむずかしさ	7	体調が落ち着いている人でないと実施はむずかしい	3
		緊張感がある	2
		緊張をほぐす感覚がイメージできない	1
		やり方によってはストレスになる	1
変化なし	5	変化は感じない	5

[注] *: 3日目に新たに抽出されたカテゴリ。

になることを示しており、〈身体が楽になる〉の1カテゴリより形成され、「腰と肩が楽になったような気がする」

などがあげられた。【気持ちのリフレッシュ】は、気持ちを一新することや気分が爽やかになることを示しており、

〈すっきりする〉〈気分転換になる〉〈新鮮な感覚である〉の3サブカテゴリより形成され、「頭がすっきりする感じである」「気分転換になる」などがあげられた。【緊張への気づき】は、自分自身で身体の緊張している部分に気づくことができることを示しており、〈緊張した部位に意識を向けられる〉の1サブカテゴリより形成され、「足とか、手とか、身体の緊張した場所に意識を向けられた」などがあげられた。【効果への期待】は、効果が現れることを期待していることを示しており、〈効果を期待する〉〈生活で役立つことを期待する〉の2サブカテゴリより形成され、「病気にもいい効果が現われるなら、是非、やりたかった」「気持ちが悪ければよいと期待している」などがあげられた。【技法を用いることの容易さ】は、技法を用いることを容易であることとらえていることを示しており、〈簡単にできる〉〈むずかしくない〉〈手軽にできる〉の3サブカテゴリより形成され、「自分のペースでできた」「自分なりに楽なようにやったら、全然、むずかしくなかった」などがあげられた。【技法を用いることのむずかしさ】は、技法を用いることをむずかしいこととらえていることを示しており、〈緩めることができない〉〈緊張している状態がわからない〉〈緊張感がある〉〈不安がある〉〈疲労感がある〉の5サブカテゴリより形成され、「緊張からほぐれるという感覚がよくわからなかった」「初めてのことで、緊張感があった」などがあげられた。【変化なし】は、技法を用いても心身の変化を感じないことを示しており、〈変化は感じない〉の1サブカテゴリより形成され、「身体の変化はわからなかった」「気持ち的にも変わっていない」などがあげられた。

記録単位数（ ）は、【技法を用いることのむずかしさ】(21) が最も多くあげられ、次いで【リラクスの感覚】(16)、【効果への期待】(12)、【気持ちのリフレッシュ】(8)、【技法を用いることの容易さ】(8)の順に多くあげられた。

(2) 3日目(表4)

逐語録を内容分析した結果、カテゴリ数は11、サブカテゴリ数は24、コード数は40、記録単位数は90であった。カテゴリは、【リラクスの感覚】【入眠の促進】【気持ちのリフレッシュ】【緊張への気づき】【緊張の緩和】【自身にとってプラス作用の実感】【効果への期待】【リラクセーション法が広まることへの期待】【技法を用いることの容易さ】【技法を用いることのむずかしさ】【変化なし】が抽出された。【入眠の促進】【緊張の緩和】【自身にとってプラス作用の実感】【リラクセーション法が広まることへの期待】のカテゴリは、3日目に新たに抽出された。この【入眠の促進】【緊張の緩和】【自身にとってプラス作用の実感】【リラクセーション法が広まることへの期待】につ

いて、以下に記していく。

【入眠の促進】は、短時間の睡眠導入や夜間覚醒時の再入眠など、入眠への促進の効果を示しており、〈入眠しやすい〉〈夜間覚醒時に再入眠できる〉の2サブカテゴリより形成され、「やっているうちに眠れてしまった」「夜覚醒して眠れないときに、呼吸法をしたら眠ることができた」などがあげられた。【緊張の緩和】は、筋肉の緊張を緩めることができることを示しており、〈緊張を緩めるイメージが湧く〉〈緊張を緩めることができる〉の2サブカテゴリより形成され、「深い呼吸をしながら、緊張をほぐせた」などがあげられた。【自身にとってプラス作用の実感】は、自分の身体にとってプラスの作用があると実感することを示しており、〈自分の心身にとってよい体験であると感じる〉〈身体に効果があると感じる〉の2カテゴリより形成され、「やったほうが私はよかったような気がします」「気分的にいいことをした感じがする」などがあげられた。【リラクセーション法が広まることへの期待】は、リラクセーション法が多くの人に広まることを期待していることを示しており、〈リラクセーション法が多くの人に広まることを期待する〉の1サブカテゴリがより形成され、「職場の同僚に伝授できればよい気がする」「筋弛緩法が徐々に広まってくればよい」などがあげられた。

記録単位数（ ）は、【技法を用いることの容易さ】(14) が最も多くあげられ、次いで【リラクスの感覚】(13)、【自身にとってプラス作用の実感】(11)、【効果への期待】(10)、【入眠の促進】(8)、【緊張の緩和】(8)の順に多くあげられた。

(3) PMRの実施による体験の経過別変化

【技法を用いることの容易さ】の記録単位数は、1日目に比べて3日目は増加した。一方、【技法を用いることのむずかしさ】の記録単位数は、1日目の21から、3日目は7と減少した。【変化なし】の記録単位数は、1日目と3日目は同様であった。

IV. 考 察

収縮期血圧値・拡張期血圧値・脈拍数およびPMRの実施による体験について考察した後に、PMRによる看護支援について考察していく。

1. 収縮期血圧値、拡張期血圧値、脈拍数

今回、脈拍数は、1日目において介入前後で有意差がみられた。一方、収縮期血圧値は、1日目と3日目において、また、拡張期血圧値は、1日目において介入後に減少したが、有意差はみられなかった。

PMRは、腹式呼吸を伴いながら筋肉を緊張させずに、

力を緩めていくリラクゼーション技法である。腹式呼吸による横隔膜や肺の規則的な動きは、腹部内の迷走神経を静かに刺激し、その結果、副交感神経を促進させる（五十嵐, 2015, p.29）。副交感神経が優位な状態であるリラクゼーション反応が生じると、心拍数・血圧値・呼吸数・筋緊張は低下し、精神は安定し落ち着いた状態となる（荒川, 2001, pp.10-11）。先行研究においても、腹式呼吸は、脈拍数の減少や脳波 α 波の増加（柳・小池・小坂橋, 2003）、副交感神経活動指標の有意な増加（大平・町浦・斎藤・村本, 2013；田中・長坂・矢野・小林・榊原, 2008）を生じることが明らかにされている。また、呼吸法を組み合わせた能動的筋弛緩法の介入後においても、収縮期血圧値・拡張期血圧値・脈拍数が減少することが明らかにされている（Kim, et al., 2016；Molassiotis, et al., 2002；Shue, Irvin, Lin, & Mar, 2003）。

今回、1日目の脈拍数のみに有意差がみられたが、これはPMRによるリラクゼーション反応によって生じた可能性があると考えられる。しかし、インタビューの〈緊張感がある〉「初めてのことで、緊張感があった」より、対象は介入1日目に緊張感を抱いていた。そのため、介入前の脈拍数が多くなり、今回の結果に影響していたことも考えられる。収縮期・拡張期血圧値と3日目の脈拍数に有意差がみられなかったのは、3日間では、緊張している部位に意識を向けて力を緩めるPMRの習得は困難であったこと、また、対象数が少なかったことなどが要因であると考えられる。

2. PMRの実施による体験

PMRの実施による体験では、1日目は8カテゴリ、3日目は11カテゴリが抽出された。

抽出されたカテゴリを、副交感神経への働きかけに有効と判断できるカテゴリ、二次的な効果をもたらしたと考えられるカテゴリ、無反応のカテゴリ、技法に関するカテゴリごとに考察する。

a. 副交感神経への働きかけに有効と判断できるカテゴリ

(1) 【リラクスの感覚】【気持ちのリフレッシュ】

PMRは、能動的筋弛緩法のように全身の骨格筋の緊張と弛緩を繰り返していく技法ではなく、腹式呼吸を伴いながら筋肉を弛緩していく技法である。今回、PMRの体験後においても、能動的筋弛緩法の先行研究（近藤, 2008）と同様の【リラクスの感覚】が抽出された。これは、前述したように、腹式呼吸による横隔膜や肺の規則的な動きによって、副交感神経が促進された（五十嵐, 2015, p.29）ことや、骨格筋の緊張緩和によって、弛緩した感覚が体性神経を通して大脳皮質を刺激した（小坂橋・柳, 2015, p.290）ことが影響したと推測される。また、呼吸法の先

行研究（大平ら, 2013）と同様に、【気持ちのリフレッシュ】も抽出された。腹筋を使う呼吸法によって生じる脳波 α 波は、爽快ですっきりした感覚である（有田・中川, 2009, pp.68-76）ともいわれていることより、【気持ちのリフレッシュ】が抽出されたと考えられる。

b. 二次的な効果をもたらしたと考えられるカテゴリ

(1) 【入眠の促進】【身体の安楽】

筋緊張が残っていると筋紡錘は残余緊張を感受するが、その結果、脳幹網様体への刺激量が増え、橋・間脳にある睡眠中枢が興奮されるため寝つけなくなる（小坂橋・柳, 2015, p.289）。【入眠の促進】が抽出されたのは、PMRの実施によって筋緊張が緩み、脳幹網様体への刺激量が減少したことが影響したと推測される。また、【身体の安楽】も筋緊張の緩和によって、抽出されたと考えられる。

(2) 【効果への期待】

対象からは、「病気にもいい効果が現われるなら、是非、やりたいと思った」「気持ちが落ち着けばよいと期待している」など、効果を期待している意見が聞かれた。今回の研究では、身体の症状は安定している者を対象としたが、対象は、治療の効果や予後への不安などの精神的苦痛を抱いていたと推測される。がん患者は、さまざまな心理状態が交錯し揺れ動くなかでも、根底に希望をもっている（藤本, 2014, p.153）といわれている。今回の対象は、リラクゼーション法が少しでも自分の病状の改善や心身によるいい効果を生じることを期待し、その結果、【効果への期待】が抽出されたのだと考えられる。

(3) 【自身にとってプラス作用の実感】【リラクゼーション法が広まることへの期待】

前述したように、今回の対象は、3日間の継続したPMRで、繰り返す快適感やリラクゼーション反応を知覚することによって、自分の身体にとってよいものであると実感する【自身にとってプラス作用の実感】が抽出されたと考えられる。その結果、自分の身体にとってよいPMRを他の人にも体験してもらいたい気持ちとなり、【リラクゼーション法が広まることへの期待】につながったと考えられる。

c. 無反応のカテゴリ

(1) 【変化なし】

【変化なし】は、1日目と3日目に同様の記録単位数がみられた。リラクゼーション反応によってもたらされる主観的な感情は、個人差がある（Benson, 2000/2001, p.167）といわれている。しかし、リラクゼーション法は、すぐに目に見える効果が得られがたいという特徴もある（小坂橋, 2001, p.50）。このことより、【変化なし】が抽出されたのは、介入が3日という短期間であったことも影響したと考えられる。また、【技法を用いることのむずかしさ】〈緩めることができない〉も多くあげられたことより、3日間

は、PMRの技法の習得が困難であったことも【変化なし】の抽出に影響したと考えられる。

d. 技法に関するカテゴリ

(1) 【緊張への気づき】【緊張の緩和】【技法を用いることの容易さ】

PMR実施によって1日目より【緊張への気づき】が、また、3日目には【緊張の緩和】があげられた。このことより、筋肉の緊張と弛緩を繰り返さず、緊張した筋肉に意識して力を抜いていくのみのPMRより開始しても、自身の身体の緊張している部分に気づき、筋肉を緩める感覚を感じとれる可能性があることが示唆された。【技法を用いることの容易さ】の記録単位数は、1日目に比べ、3日目には増加していた。これは、PMRは、両腕、両下腿・大腿、臀部、腹部、胸部、肩、頸部、顔の筋肉の緊張している部位に意識を集中させた後に、呼吸にあわせて、身体の力を抜いていくのみの簡単な技法であること、また、3日目に【緊張の緩和】を知覚できるようになったことが影響したと考える。

(2) 【技法を用いることのむずかしさ】

【技法を用いることのむずかしさ】の記録単位数は、1日目より多く抽出された。筋肉は弛緩させようとすると逆に緊張状態を高めてしまいがちであるため、能動的筋弛緩法では、一度筋肉を緊張させてから力を抜く逆説的な方法を用いる(五十嵐, 2015, p.58)。また、筋弛緩法を開始する際は、緊張と弛緩を繰り返す能動的筋弛緩法から実践することによって、筋肉の緊張度を知覚しやすい(小板橋, 2001, p.31)ともいわれている。このことより、PMRよりも能動的筋弛緩法から開始した方が、自分自身の緊張状態に気づきやすくなると思う。したがって、今回、〈緩めることができない〉〈緊張している状態がわからない〉などが抽出されたと考える。

3. 受動的筋弛緩法による看護支援

筋弛緩法は、筋肉の緊張と弛緩を繰り返す能動的筋弛緩法の16筋群が基本であり、16筋群の能動的筋弛緩法を習得してから、徐々に簡略化した方法を取り入れていくことによって、筋肉の緊張度を知覚しやすい(小板橋, 2001, p.31)といわれている。

しかし、がんなど体力が低下した対象の場合、はじめから、能動的筋弛緩法を実施することは負担感を感じたり、実施が困難の場合もある(近藤, 2008; Kondo, et al., 2009)。今回の結果より、筋肉に意識を集中させ弛緩していくのみのPMRでも、実施後に脈拍数の減少や、主観的なリラクスの感覚等をもたらすことが示唆された。また、開始から3日目には、【技法を用いることの容易さ】の記録単位数が増加したことより、PMRは、実施しやす

い技法であることも示唆された。

その一方、開始日には、【技法を用いることのむずかしさ】が多くあげられていた。このことより、緊張の緩和を知覚しにくい者に対しては、部分的に一度筋肉を緊張してから力を緩める能動的筋弛緩法を取り入れるなど、個々の状態にあわせた支援が必要であると考えられる。筋弛緩法の実施前は、対象の心身の状態をよくアセスメントし、対象のペースや希望にあわせて、ともに実施していく必要性が示唆された。

V. 研究の限界と今後の課題

本研究では、対象数の不足および疾患・病期を統一できなかったことより、結果の一般化には限界がある。今後の課題として、対象数の増加や疾患・病期を統一することが必要である。また、【技法を用いることのむずかしさ】が抽出されたことより、汎用性のあるプログラムの作成も必要であると考えられる。

結 論

がん患者8名に受動的筋弛緩法を3日間介入した結果、以下のことが明らかとなった。

1. 収縮期血圧値は、1日目と3日目において、また、拡張期血圧値は、1日目において、実施前に比べて実施後は減少していたが、有意差はみられなかった。脈拍数は、1日目において、実施前後に有意差がみられた($p < .05$)。
2. 1日目のPMRの実施による体験では、【リラクスの感覚】【身体の安楽】【気持ちのリフレッシュ】【緊張への気づき】【効果への期待】【技法を用いることの容易さ】【技法を用いることのむずかしさ】【変化なし】の8カテゴリが抽出された。
3. 3日目のPMRの実施による体験では、【リラクスの感覚】【入眠の促進】【気持ちのリフレッシュ】【緊張への気づき】【緊張の緩和】【自身にとってプラス作用の実感】【効果への期待】【リラクセーション法が広まることへの期待】【技法を用いることの容易さ】【技法を用いることのむずかしさ】【変化なし】の11カテゴリが抽出された。
4. 3日目のPMRの実施による体験は、1日目に比べて、【技法を用いることのむずかしさ】の記録単位数が減り、【技法を用いることの容易さ】の記録単位数が増えていた。
5. がん患者は、受動的筋弛緩法を3日間、実施することによって、緊張緩和を体験できることが示唆された。しかし、【技法を用いることのむずかしさ】も抽出され

たことより、緊張の緩和を知覚しにくい者に対しては、部分的に筋肉を緊張してから力を緩める能動的筋弛緩法を取り入れるなど、個々の状態にあわせた支援が必要であると考える。また、汎用性のあるプログラムの作成の必要性も示唆された。

謝 辞

本研究にご協力いただきました対象の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究の一部は第32回日本がん看護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、JSPS 科研費JP25463294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：がん患者に受動的筋弛緩法を導入し、その評価を生理的・主観的指標より明らかにすることである。

方法：がん患者8名に受動的筋弛緩法を3日間導入し、介入前後に収縮期・拡張期血圧値と脈拍数の測定、介入後にインタビューを実施した。ウィルコクソン符号順位検定と内容分析の手法にて分析を行った。

結果：脈拍数は、1日目において、実施後、有意に減少した ($p < .05$)。PMRの実施による体験では、主に【リラクサスの感覚】【気持ちのリフレッシュ】など、1日目は8カテゴリ、3日目は11カテゴリが抽出された。3日目は、あらたに【入眠の促進】【緊張の緩和】などが抽出され、また、【技法を用いるむずかしさ】の記録単位数は減り、【技法を用いることの容易さ】が増えていた。

結論：受動的筋弛緩法の3日間の実施によって、がん患者は緊張緩和を体験できるようになることが示唆された。

Abstract

Objective: The present study aimed to evaluate the effects of passive muscle relaxation (PMR) in cancer patients based on physiological and subjective assessments.

Methods: Eight cancer patients received PMR intervention for 3 days. Their systolic and diastolic blood pressure and pulse rate were measured before and after the intervention. Additionally, the patients were interviewed after the intervention and the data were analyzed using the Wilcoxon signed-rank test and content analysis.

Results: The analysis revealed a significant reduction in pulse rate ($p < .05$) on the first day of the intervention. In terms of the experience of performing PMR, 8 categories were reported on the first day and 11 on the third day, of which [The feeling of relaxation] and [Feeling refreshed] were reported most frequently. Categories such as [Improvement in sleep onset] and [Relaxation of tension] were reported only on the third day. Further, the recorded frequency decreased for [Difficulty of performing the technique] and it increased for [Ease of performing the technique] on the third day.

Conclusion: These results suggest that cancer patients' tension was relieved by performing PMR for 3 days.

文 献

- Arakawa, S. (1997). Relaxation to reduce nausea, vomiting, and anxiety induced by chemotherapy in Japanese patients. *Cancer Nursing*, 20(5), 342-349.
- 荒川唱子 (2001). リラクセーションの歴史と最近の動向. 荒川唱子, 小坂橋喜久代 (編), 看護にいかすリラクセーション技法: ホリスティックアプローチ. 2-14, 東京: 医学書院.
- 荒尾晴恵 (2018). 緩和ケア: 全人的苦痛の理解. 大面和子, 飯野京子, 平松玉江 (編), がん看護学: 臨床に活かすがん看護の基礎と実践 (第2版). 305-306, 東京: ヌーヴェルヒロカワ.
- 有田秀穂, 中川一郎 (2009). 「セロトニン脳」健康法: 呼吸, 日光, タッピングタッチの驚くべき効果. 68-76, 東京: 講談社.

- Benson, H. (2000/2001). 中尾睦宏, 熊野宏昭, 久保木富房 (訳), リラクセーション反応. 91-118, 164-180, 東京: 星和書店.
- Bernstein, D.A. and Borkovec, T.D. (1973). *Progressive Relaxation Training: A Manual for the Helping Professions*. 33-38, Champaign, IL: Research Press.
- Chan, C.W., Richardson, A., and Richardson, J. (2011). Managing symptoms in patients with advanced lung cancer during radiotherapy: Results of a psychoeducational randomized controlled trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(2), 347-357.
- Demiralp, M., Oflaz, F., and Komurcu, S. (2010). Effects of relaxation training on sleep quality and fatigue in patients with breast cancer undergoing adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Nursing*,

- 19(7-8), 1073-1083.
- 藤本巨史 (2014). 精神症状とケア: 6 希望を支える. 岩崎紀久子, 酒井由香, 中尾正寿 (編), 一般病棟でもできる! 終末期がん患者の緩和ケア (第3版). 153, 東京: 日本看護協会出版会.
- 舟島なをみ (2007). 質的研究への挑戦 (第2版). 51-78, 東京: 医学書院.
- Haynes, S.N., Moseley, D., and McGowan, W.T. (1975). Relaxation training and biofeedback in the reduction of frontalis muscle tension. *Psychophysiology*, 12(5), 547-552.
- 五十嵐透子 (2015). リラクゼーション法の理論と実際 (第2版): ヘルスケア・ワーカーのための行動療法入門. 28-36, 55-75, 東京: 医歯薬出版.
- Japan Clinical Oncology Group (2018). ECOGのPerformance Status (PS) の日本語訳. <http://www.jcog.jp/doctor/tool/ps.html> (検索日2018年3月1日)
- Kim, K.J., Na, Y.K., and Hong, H.S. (2016). Effects of progressive muscle relaxation therapy in colorectal cancer patients. *Western Journal of Nursing Research*, 38(8), 959-973.
- 小坂橋喜久代 (2001). 漸進的筋弛緩法. 荒川唱子, 小坂橋喜久代 (編), 看護にいかすリラクゼーション技法: ホリスティックアプローチ. 30-50, 東京: 医学書院.
- 小坂橋喜久代 (2014). 筋弛緩法 (CD). 東京: プレム・プロモーション.
- 小坂橋喜久代, 柳奈津子 (2015). 安楽・安寧を保つケア. 深井喜代子, 前田ひとみ (編), 基礎看護学テキスト (改訂第2版): EBN志向の看護実践. 288-293, 東京: 南江堂.
- 近藤由香 (2008). がん患者に対する漸進的筋弛緩法の継続介入の効果に関する研究. *日本がん看護学会誌*, 22(1), 86-97.
- Kondo, Y., Koitabashi K., and Kaneko Y. (2009). Experiences of difficulty that patients with cancer faced in the learning process of progressive muscle relaxation. *Japan Journal of Nursing Science*, 6(2), 123-132.
- Kwekkeboom, K.L., Hau, H., Wanta, B., and Bumpus, M. (2008). Patients' perceptions of the effectiveness of guided imagery and progressive muscle relaxation interventions used for cancer pain. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 14(3), 185-194.
- 松本俊子 (2014). 終末期のがん患者: 身体的・精神的特徴. 岩崎紀久子, 酒井由香, 中尾正寿 (編), 一般病棟でもできる! 終末期がん患者の緩和ケア (第3版). 6-7, 東京: 日本看護協会出版会.
- Molassiotis, A., Yung, H.P., Yam, B.M., Chan, F.Y., and Mok, T.S. (2002). The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: A randomised controlled trial. *Supportive Care in Cancer*, 10(3), 237-246.
- 大平肇子, 町浦美智子, 斎藤 真, 村本淳子 (2013). 月経前症候群の症状を有する女性に対する呼吸法のリラクゼーション効果. *母性衛生*, 53(4), 497-504.
- Sheu, S., Irvin, B.L., Lin, H.S., and Mar, C.L. (2003). Effects of progressive muscle relaxation on blood pressure and psychosocial status for clients with essential hypertension in Taiwan. *Holistic Nursing Practice*, 17(1), 41-47.
- Slooman, R., Brown, P., Aldana, E., and Chee, E. (1994). The use of relaxation for the promotion of comfort and pain relief in persons with advanced cancer. *Contemporary Nurse*, 3(1), 6-12.
- Snyder, M., Pestka, E., and Bly, C. (2002). Progressive Muscle Relaxation. In: Snyder, M. and Lindquist R. (Eds.), *Complementary / Alternative Therapies in Nursing*. 4th ed., 310-319, New York: Springer Publishing.
- 田中美智子, 長坂 猛, 矢野智子, 小林敏生, 榎原吉一 (2008). 健康成人女性を対象とした腹式呼吸による自律神経反応と尿中ホルモンの変化. *日本看護研究学会雑誌*, 31(4), 59-65.
- 柳奈津子, 小池弘人, 小坂橋喜久代 (2003). 健康女性に対する呼吸法によるリラクゼーション反応の評価. *The KITAKANTO Medical Journal*, 53(1), 29-35.
- 吉田亜紀子 (2002). がんの痛みに対する漸進的筋弛緩法とイメージ法の効果. *高知女子大学看護学会誌*, 27(1), 51-58.
- Zhou, K., Li, X., Li, J., Liu, M., Dang, S., Wang, D., and Xin, X. (2015). A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 54-59.

[2018年4月11日受付]
[2018年9月20日採用決定]

産婦人科病院・診療所の助産師が「気になる親子」を 他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス

— 子ども虐待の発生予防を目指して（第1報） —

The Processes by Which Midwives at Maternity Clinics Recognized
“Parents and Children of Concern” and Decide Pass on This Information to Other Institutions:
with an Aim to Preventing Child Abuse (Report 1)

唐田 順子¹⁾ 市江 和子²⁾ 濱松 加子³⁾ 山田 和子⁴⁾
Noriko Karata Kazuko Ichie Kazuko Hamamatsu Kazuko Yamada

キーワード：子ども虐待，発生予防，周産期，産科医療機関，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ
Key Words：child abuse, prevention, perinatal period, maternity clinics, Modified Grounded Theory Approach (M-GTA)

緒 言

子ども虐待により被害を受けた子どもは、その後の人生において、発達の障害、情緒面の問題、対人関係の問題、非行・犯罪等のリスクを負うような行動と関連することが示されている（Butchart, Harvey, Mian & Fürniss., 2006/2011；Child Welfare Information Gateway, 2015；藤野, 2008；杉山, 2007）。子どもの健やかな成長・発達を考えた場合、子ども虐待は予防されることが重要である。子ども虐待による死亡事例検証の第1次から第13次までの報告をとおして0歳児の死亡事例は最も多い割合を占め、第13次報告では57.7%であった（厚生労働省, 2017）。0歳児の死亡を防ぐために、2009年から乳児家庭全戸訪問事業（こんにちは赤ちゃん事業）、特定妊婦への支援がスタートした。2016年の児童福祉法の改正を受け、子育て世代包括支援センターが2017年には全国展開されることになった（厚生労働省, 2016）。2015年に『全国妊娠SOSネットワーク』が組織され、0歳児死亡のなかで最も多い0日死亡の主な要因である「望まない妊娠」への取り組みが全国に広がり、妊娠前からの支援も本格化した。このように、0歳児の虐待発生予防のために妊娠前からの支援が整備されてきているが、その支援が効果を発揮するためには、妊娠・出産管理を行う産科医療機関と保健・福祉機関の連携が重要である。小林（2010）は乳幼児の虐待死亡事例の鍵機関は保健と医療であるとし、産科医療機関で早期にハイリスク児を把握し、保健機関と連携することの重要性を述べている。わが国では、ほぼ全例の妊娠・出産管理は産科医療機関で

行われる。助産師は妊娠期から親子にかかわり、ときには直接肌に触れケアを提供していく。子ども虐待、とくに0歳児である乳児の虐待発生予防に向けた妊娠期からの支援には、産科医療機関の看護職者が、「気になる親子」に気づき、保健・福祉機関に連携することが重要である。

ハイリスク親子の発見については、リスクアセスメント指標の活用と有用性が報告されている（佐藤, 2008；中板・佐野, 2012；山下・吉田, 2004）。平岡ら（2006）は、周産期医療分野の子ども虐待発生予防の活動をとおして、養育困難・ネグレクトは妊娠期から問題があり、養育困難家庭の把握にはすべての関係職種が共通の視点で連携することの重要性を示し、共通アセスメントツールの必要性を報告した。しかしこれらの先行研究は、虐待が発生していない予防の段階で、産科医療機関においてどのようにハイリスク親子を発見し、他機関と連携するのか具体的には報告されていない。唐田・市江・濱松（2014）は、産科医療施設（総合病院）の看護職者が「気になる親子」をどのように発見し、情報提供ケースとして確定するののかのプロセスを明らかにし、「気になる親子」の判断には【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことが重要であり、その視座を育むためには他機関からの情報提供による他機関の支援内容と退院後の親子の生活理解が不可欠であることを示した。

本研究では、産科医療機関のなかでも総合病院を除く分娩を取り扱う20床以上の産婦人科を中心とした単科に近い病院（以下、産婦人科病院）および19床以下の産婦人科診療所（以下、診療所）に焦点をあて、そこに勤務する助産師が「気になる親子」を発見し、情報提供ケースとして確

1) 国立看護大学校 National College of Nursing, Japan

2) 聖隷クリストファー大学 Seirei Christopher University

3) 常葉大学 Tokoha University

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

定するプロセスを明らかにする。

産科医療機関でも総合病院と産婦人科病院・診療所では、以下のような相違がある。わが国の分娩の約半数（45.7%）を担うのは診療所である（母子衛生研究会，2017）。しかし助産師の就業割合は，病院75.1%，診療所24.9%と，助産師の就業が病院に偏在している（厚生労働省，2015b）。産婦人科病院・診療所においては，少ない助産師数で出産にかかわる援助を看護師と協働で行っていることになる。また，産婦人科病院・診療所は医師が個人で開業している場合が多く，病院経営者である医師個人の価値観や診療方針により提供される看護も変化する。周産期母子医療センターを含む総合病院では，ハイリスク出産を取り扱っており，一方，産婦人科病院・診療所はローリスクな出産が中心である。このように多くの妊産婦が産婦人科病院・診療所で出産するが，その医療・看護の体制や援助の内容は総合病院と異なる点がある。産婦人科病院・診療所に焦点をあてることで，先に明確化した総合病院（唐田ら，2014）とのプロセスとの類似点や差異を検討し，産婦人科病院・診療所の特徴を導き出したい。そして，産婦人科病院・診療所の特徴にあわせた「気になる親子」を発見し情報提供するための対策を検討することで，子ども虐待の発生予防に寄与できると考える。

I. 目的

産婦人科病院・診療所に勤務する助産師が妊婦健診や分娩前後の入院期間中に，どのように「気になる親子」に気づき，情報提供ケースとして確定していくのか，そのプロセスを明らかにする。

II. 用語の定義

- ①気になる親子：現在のところ明らかな虐待の所見はないが子ども虐待のリスク因子が存在し，親子の様子に違和感や不自然さをもち他機関へ情報提供したいと感じる親子，とする。
- ②産婦人科病院・診療所：産婦人科を中心とした病床数20床以上の単科に近い病院と，19床以下の産婦人科診療所，とする。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ（M-GTA）による質的記述研究。

B. 研究参加者

研究参加者は，産婦人科病院・診療所に勤務する「気になる親子」を支援した経験をもつ，産科経験年数3年以上の助産師である。産科経験3年以上とした根拠は，Benner（1984/2005）の中堅看護師の定義を参考に，「気になる親子」に気づき，他機関との連携に向けた行動ができるのは，親子の子育てという長期目標をふまえて状況の意味を認識できる中堅看護師者であると考えたからである。

C. データ収集方法

データは2012年2月から2012年7月にかけて収集した。機縁法により8名の研究参加者を得た。インタビューは半構造化面接により行った。面接は各施設内でプライバシーの保たれる個室で実施した。主なインタビュー内容は，①「気になる親子」に気づいたのはどのようなことからか，②「気になる親子」を他機関に情報提供しようと思った理由やきっかけ，③実際にはどのような手順を経て情報提供が行われたのか，等であるが，できるだけ研究参加者の語りをさえぎらず自由に語ってもらえるように配慮した。インタビュー内容は研究参加者の許可を得て録音した。

D. 倫理的配慮

インタビュー実施前に研究参加者に対して協力依頼説明書を用いて，調査の目的，調査方法・所要時間，自由意思による参加である，途中辞退を含む辞退する権利がある，辞退した場合も不利益を受けない，得たデータは研究目的以外には使用せず厳重に管理する，プライバシーへの配慮を行う，答えたくない質問には答えなくてもよい，研究結果の公表の了解を得ること，等の倫理的配慮を説明し，同意書への署名を得た。研究計画書は聖隷クリスティーファ大学研究倫理審査委員会の承認を得た（認証番号：11042）。

E. 分析方法

本研究は，M-GTAを用いて分析を行った。M-GTAは研究対象となる現象が社会的相互作用，プロセス的特性をもち，研究結果が実践的に活用される研究に適しているとされている（木下，2003）。本研究は助産師が，「気になる親子」にどのように気づき，情報提供ケースとして確定するのかを明らかにするものであるが，この行為はプロセス的性格をもっている。また助産師と対象の親子・看護師・他職種者との社会的相互作用性の要素が強い。また得られた結果を看護実践に活用できることから，M-GTAが本研究の分析に適していると判断した。

具体的な分析手順は次のとおりである。

- ①インタビュー内容から作成した逐語録を熟読し，分析

テーマと分析焦点者に照らしてデータを解釈し、概念を生成した。概念の生成には、分析ワークシートを使用し、概念名、定義、具体例、理論的メモを記載した。

- ②生成した概念の定義に照らし合わせてデータを継続比較分析し、類似例だけでなく対極例を探し、解釈が恣意的に進まないよう配慮した。
- ③概念名や定義は、追加される具体例を的確に表現できるように見直し修正した。
- ④概念の生成過程において、その概念と関係する他の概念や、分析により明らかになるプロセスとの関係を推測的に検討し、そのアイデアを理論的メモに記載していった。
- ⑤理論的メモや分析テーマを参考に、複数の概念の関係を図式化しながらカテゴリーを生成した。なかには複数の概念のまとまりを内包するカテゴリーが生成され、その場合、カテゴリー内の概念間のまとまりでサブカテゴリーを生成した。
- ⑥分析テーマを念頭に、プロセスの全体を構成する概念やサブカテゴリー、カテゴリー相互の関連性を示す結果図を作成した。最後にプロセス全体を、生成した概念、サブカテゴリー、カテゴリーで文章化したストーリーラインを作成した。ストーリーラインは実践する産科医療機関の看護職者に理解してもらいやすいよう、データから直接生成した概念のすべてを含め、具体的に記述した。概念の生成から結果図、ストーリーラインの作成までの過程において、M-GTAに精通した質的研究者のスーパービジョンを受けた。また分析過程において、小児・母性看護、母子保健を専門とする研究者と定期的に検討した。

IV. 結 果

A. 研究参加者の概要 (表1)

8人の助産師から本研究への同意が得られ、各人1回のインタビューを行った。インタビューは、データ分析によ

り概念がこれ以上生成できない状況に至ったことを確認し、8人で終了とした。

研究参加者の年齢は29歳～61歳で、平均年齢45.3 (±11.7) 歳であった。経験年数は6年～36年で、平均16.9 (±9.6) 年であった。研究参加者の所属は、診療所が7施設、産婦人科単科の病院が1施設であった。インタビュー時間は平均91分であった。

B. 分析結果

分析の結果、30の概念、3つのサブカテゴリー、8つのカテゴリーが生成された。図1に結果図を示す。〈 〉は概念、《 》はサブカテゴリー、【 】はカテゴリーを表し、ストーリーラインではゴシック体で表記する。

1. ストーリーライン (図1)

産婦人科病院・診療所に勤務する助産師が、親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセスは、助産師が親子の気になるサインに気づいた後、助産師・師長という【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】ことで、【長期的な子育てを見据え判断する】。【院長という権限者の方針】に沿い結論を出し、母親・家族の【同意のハードルを越える】ことであった。担当者が中心となり、追加情報を得てリスクを確認し、長期的な子育てを見据えて判断し、院長という権限者の方針に沿い、同意のハードルを越えるために母親・家族へ説明し、他機関への情報提供を行っていた。プロセスの具体的な全容は、以下である。

プロセスは、助産師があらかじめ子ども虐待のリスク要因等の〈観察の視点をもつ〉という準備をしたうえで、母親の赤ちゃんへの接し方等を〈さまざまな援助のなかで観察する〉【援助のなかでリスクを探る】ことから始まる。リスクを探ることにより、母親の〈育児行動が気になる〉〈精神的な不安定さが気になる〉〈家族の状況が気になる〉〈サポート状況が気になる〉といった【気になるサインに気づく】。気になるサインは、〈手がかりをもとに関連情報を得

表1 研究参加者の概要

事例	年齢	経験年数 (年)	施設の医療法 区分	インタビュー 時間 (分)
1	40歳代前半	12	診療所	106分
2	50歳代前半	26	診療所	107分
3	30歳代前半	10	診療所	73分
4	40歳代後半	15	診療所	101分
5	20歳代後半	6	診療所	60分
6	60歳代前半	36	診療所	86分
7	40歳代前半	15	病院 (産婦人科単科)	96分
8	60歳代前半	15	診療所	99分

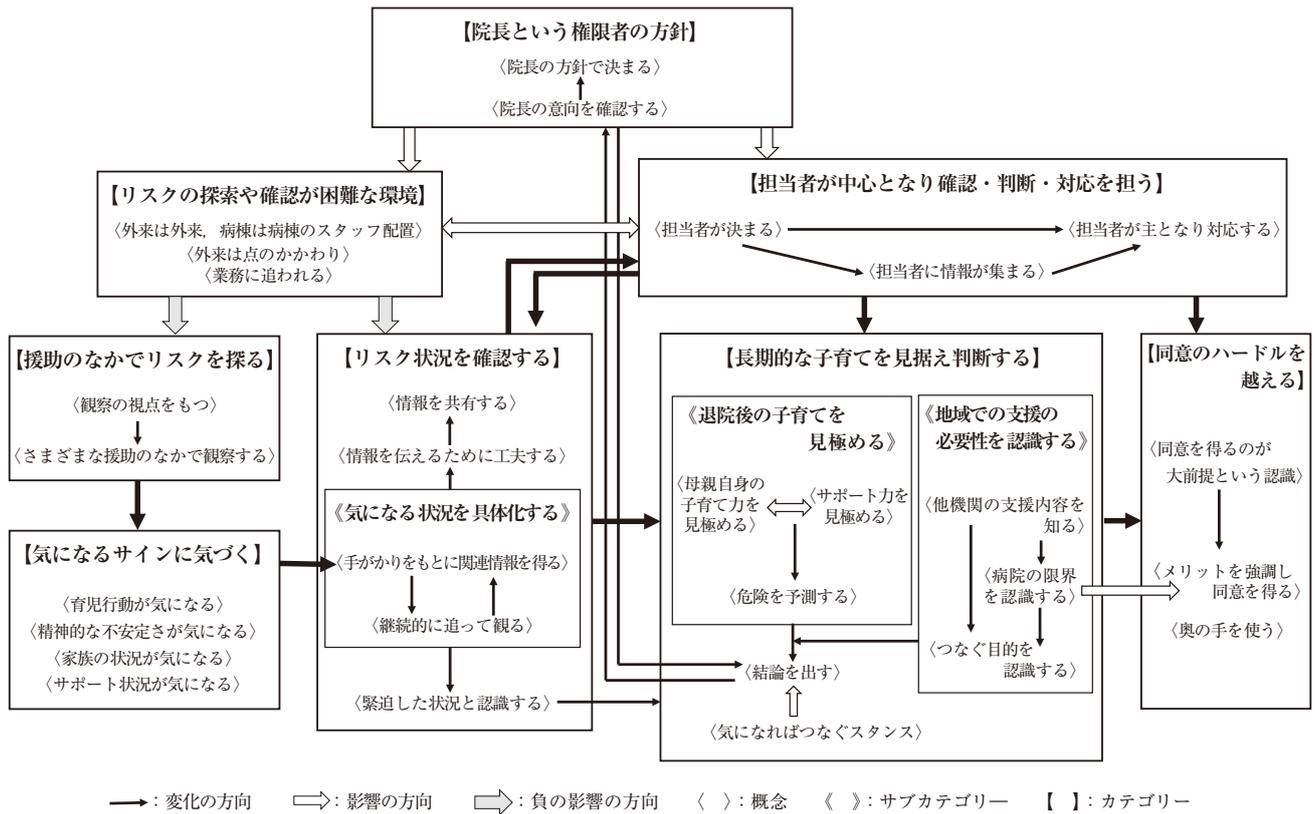


図1 産婦人科病院・診療所の助産師が親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセス

る) ことを〈継続的に追って観る〉ことで《気になる状況を具体化する》。具体化した情報は〈情報を伝えるために工夫する〉ことで、看護職者間で〈情報を共有する》【リスク状況を確認する】状況となる。気になる状況が〈緊迫した状況と認識する〉場合は、直ちに情報提供ケースとしての判断へと進んでいた。施設によっては院長の方針により、外来には外来のスタッフが、病棟には病棟のスタッフが固定化された〈外来は外来、病棟は病棟のスタッフ配置〉や、外来の看護職者は医師の診察の介助にとどまる〈外来は点のかかり〉〈業務に追われる〉といった【リスクの探索や確認が困難な環境】があり、リスクへの気づきや状況の確認に負の影響を与えていた。

看護職者間で情報を共有しているうちに、日勤勤務が多い助産師や師長に〈担当者が決まる〉。担当者が決まるとそれ以後、〈担当者に情報が集まる〉ことで〈担当者が主となり対応する〉ことになり、【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】。担当者を中心に、〈母親自身の子育て力を見極める〉〈サポート力を見極める〉と2つの力のバランスを見極め〈危険を予測する〉ことで《退院後の子育てを見極める》。その状況をもとに、情報提供すべきケースか否かの〈結論を出す〉。〈他機関の支援内容を知る〉ことは〈病院の限界を認識する〉ことにもつながり、それらが〈つなぐ目的を認識する〉、すなわち「気になる親子」に対して

何のためにどのような支援が必要なのかを認識させ、情報提供への動機づけとなっていた。《地域での支援の必要性を認識する》ことは、情報提供ケースとして〈結論を出す〉ことにつながっていた。施設の〈気になればつなぐスタンス〉は、情報提供ケースとして結論を出すことを容易にしていた。このように担当者は、退院後の親子の子育てを見極め、地域の支援を含め【長期的な子育てを見据え判断する】行動をとっていた。

情報提供が必要だと担当者が結論を出しても〈院長の意向を確認する〉必要があり、最終的には〈院長の方針で決まる〉。院内の看護体制や他機関への情報提供は【院長という権限者の方針】のもと決定されていた。担当者が中心的役割を担うことは【リスクの探索や確認が困難な環境】を補完していた。

「気になる親子」の情報を提供するためには【同意のハードルを越える】必要があり、〈同意を得るのが大前提という認識〉をもち、〈メリットを強調し同意を得る〉。〈病院の限界を認識する〉ことは、他機関支援の〈メリットを強調し同意を得る〉ことを促していた。母親・家族から同意が得られない場合でも担当者は、他機関に同意を得ていないことを明示したりと、〈奥の手を使う〉ことで情報提供を可能にしていた。最終的には【同意のハードルを越える】ことで、他機関に情報提供するケースとして確定していた。

2. 各カテゴリーと概念

以下に各カテゴリーを、サブカテゴリー、概念、研究参加者の語りを用いて説明する。語りは『ゴシック体』で示し、() は文脈を明確にするために研究者が補った。

a. 【援助のなかでリスクを探る】

プロセスの始点であり、子ども虐待の観察の視点を持ち、助産師が妊婦健診での問診や保健指導、授乳・育児援助、退院指導等、さまざまな援助のなかでリスクの探索を行うことである。〈観察の視点をもつ〉〈さまざまな援助の中で観察する〉の2つの概念からなる。

『私たちが実際にかかわっていて、この人はって思うのは、サポート体制があるかということ、指導しながらかわっていくなかで、育児行動がうまくできているのかとか、愛着のある言動が聞かれないとか、そういったところが視点ではありますね』(事例3)

『(見ていくのは) 同室している、授乳しているところとか、家族が面会に来ている感じですかね。退院指導とかで退院後の話とかを聞いて、この人はどこに帰るとか。その辺ですかね。』(事例5)

b. 【気になるサインに気づく】

外来や病棟でのさまざまな援助のなかでリスクを探っている際に、母親と家族の小さなサインに対して「気になる」と感じている状況である。4つの概念からなる。

〈育児行動が気になる〉は、育児に不慣れ、育児に積極的でない、児への否定的な言動、妊婦健診の定期受診ができない等である。〈精神的な不安定さが気になる〉は、母親の不安が強い言動やうつ的な言動や行動、目が合わない、落ち着きがない等である。〈家族の状況が気になる〉は、家族の不仲、DV、未婚、父親の違うきょうだい、多産等である。〈サポート状況が気になる〉は、育児の支援者がいない等である。

『産んでから「おっぱいをあげたくない」って言って、ずっと(赤ちゃんを)預けっ放しにしたり、ぬいぐるみの人形は抱っこするけど赤ちゃんは抱っこしない』(事例4)

『ここ(外来の保健指導室)へ来ていても視線が合わないような、何かこれは問題があるなというような感じがすることもあります』(事例6)

『分娩時に点滴のラインをとろうとしたら、腕とか肩にあざがあったんですよ。夫のDVじゃないか、何か怪しいねって言っていたのです』(事例5)

『40歳代の初産婦さんは、(親は)70(歳)とかになりますよね。そうすると、母は病気なので、育児を手伝ってもらえませんかとか、入院中ですか。ご主人も管理職とかについている人が多かったりとかすると手伝ってもらえない。そうすると、まるっきり一人で家に帰って、何でもやらなきゃってなっちゃう』(事例7)

c. 【リスク状況を確認する】

手がかりから継続的に関連情報を得たり、看護職者間で情報を共有しリスク状況を確認することである。2つの概念からなるサブカテゴリーと3つの概念からなる。

サブカテゴリー《気になる状況を具体化する》は、継続的に情報を得て気になる状況を具体化することで、〈手がかりをもとに関連情報を得る〉〈継続的に追って観る〉の2つの概念からなる。

『あんまり汚い格好をしていると、経済的にこの人どうなのかとか、聞いてみる。子どもがたくさんいるようなときは、いろいろと聞いてみたりしますよね』(事例6)

『(外来で気になった母親は)4・5日間の入院期間のなかで保健指導のときの様子とかを見ていて、あら、案外大丈夫じゃない、とか、やっぱり心配とか思います』(事例8)

助産師はリスクに関する情報を、申し送りやメモ等で〈情報を伝えるために工夫する〉ことで、看護職者間で〈情報を共有する〉。

『ノートがあって、予定日と問題になることは一言で書けるようにしています。大変な人のことは日誌に張り紙がしてある』(事例2)

助産師が親子と出会い観察し、直ちに〈緊迫した状況と認識する〉場合もあった。その場合は直ちに、情報提供ケースとして結論を出していた。

『30何週になってから来た人で、未婚で親が連れてきて、どうも妊娠しているみたいだ。母子手帳ももらっていないので、こっちから保健センターに連絡しました』(事例6)

d. 【リスクの探索や確認が困難な環境】

施設の看護体制や分娩の集約化による業務の多忙さなどから、助産師が「気になる親子」のリスクへの気づきや、追加情報を得てリスクの状況を確認することが困難な環境にあることである。〈外来は外来、病棟は病棟のスタッフ配置〉〈外来は点のかかわり〉〈業務に追われる〉の3つの概念からなる。とくに、スタッフが外来・病棟と配置が分かれ情報が共有されない場合は、病棟の助産師は親子との出会いが入院時点からのスタートとなり、退院までの短期間では連携までの対応が困難なことがあった。

『(診療所の)システム上、妊娠中からかわることが少ないので、お産に入っていくなり、一期一会じゃないけれども、その短い時間に(かかわっています)』(事例2)

『外来も点でしかないから、そこまで見抜けないかもしれない。妊婦健診は、(医師から)元気だねって言われれば、そのまま妊婦さんは帰っちゃうわけです』(事例1)

『うちなんて、お産難民をつくらないための施設のようなものだから、もう本当に忙しくて、手のすき間からこぼれているのじゃないかなって感じはあるのです』(事例2)

e. 【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】

日勤勤務が多い助産師や師長に担当者が決定し、担当者が主となりリスク状況の確認や情報提供するケースか否かの判断、母親・家族・他機関との対応等を担うことである。「気になる親子」の気づき以降のすべてのプロセスを担当者が中心となり進めていた。〈担当者が決まる〉〈担当者に情報が集まる〉〈担当者が主となり対応する〉の3つの概念からなる。

『みんな勤務がばらばらだから、一人（の助産師）で追いかけるのはできないから。（日勤が多い）私と師長さんみたいな感じに、自然になっちゃう』（事例1）

『私はいま（師長なので）、なるべく、全体を見て、気になる患者（妊産婦）さんがいればその人につきっきりになるような感じの勤務の仕方をしているので、私が担当して、情報はみんなこっち（私）に上げてくるのです』（事例3）

『退院の日はスタッフが少なく、お産が多いと、その人（気になるケース）に誰もかかわれないと思ったから。保健センターと先生（医師）とのやりとりを、全部私が知っているから、私が行ったほうが話がわかりやすいと思ったから、出（休日だけど出勤し）て行きました』（事例1）

f. 【長期的な子育てを見据え判断する】

退院後長く続く子育てを、母親自身の子育て力とサポート力のバランスを見極め危険を予測し、地域の支援を含めて見据え、情報提供するケースか否かを判断することである。2つのサブカテゴリー、8つの概念からなる。

サブカテゴリー《退院後の子育てを見極める》は、母親の子育て力と周囲のサポートのバランスを考え危険を予測し、退院後の子育てを見極めることであり、〈母親自身の子育て力を見極める〉〈サポート力を見極める〉〈危険を予測する〉の3つの概念からなる。

『全くサポートがなくても自分で育てていくって意志が明らかに見えていて、この人は大丈夫ってところは私たちも判断するのです』（事例3）

『結局、実家に帰っていてもしょっちゅう電話がかかってくる、質問の内容は全く同じで。そういうふうだったので、保健センターに（連絡しました）』（事例4）

『夫のDVを受けていそうとか、そういう感じになってくると、子どももDVとかネグレクトみたいな感じになってもっているんで、送っています』（事例5）

サブカテゴリー《地域での支援の必要性を認識する》は、親子に対し何のために、地域のどのような支援が必要かを認識することであり、〈他機関の支援内容を知る〉〈病院の限界を認識する〉〈つなぐ目的を認識する〉の3つの概念からなる。

『退院後の人（精神疾患のお母さん）は、精神科の病院の受診をコーディネートしてくれたりとかはありますよ』（事

例1）

『保健師さんが、産む前に訪問してくれるケースもありますし。それから、産んだら連絡をください、病院で、こちらで（一度面談して）っていうのもある』（事例6）

『ここ（診療所）で接するのはせいぜい4日から5日なのです。入院期間がね。だものだから、その間に全部というのはむずかしいですよ。あとはやっぱり行政に（連絡しています）』（事例6）

『（診療所に勤務する）自分たちが（退院後）直接（支援）できないにしても、サポート体制をそのまま継続していけるような状況ができればということに関心をもてるようになります』（事例3）

〈他機関の支援内容を知る〉には対極例である、他機関の支援内容がわからないが存在し、情報提供につながりにくい状況を示していた。

『保健センターがどういう動きをしてくれているかがわからなかったの、気になる人はこっちで電話していました』（対極例：事例3）

『保健センターでどうやるかっていうのをわかっていないのです。だから私たちの医院で何とかしようと思っているのかもしれない』（対極例：事例2）

担当者を中心に退院後の親子の子育てを見極め、地域での支援の必要性を認識して、情報提供すべきケースか否かの〈結論を出す〉。

『みんな話して。やっぱりおかしいんだってなって、じゃあ、やっぱり保健師さんに言ったほうがいいねって（決めます）』（事例1）

施設全体に〈気になればつなぐスタンス〉があれば、情報提供ケースという結論を出すことを容易にしていた。

『（気になったケースでも）入院生活を送ってみて、お母（祖母）さんたちとか、家族のサポートがあって大丈夫そうだね、という人もいます。でも一応、送っておこうかという感じですかね』（事例7）

〈気になればつなぐスタンス〉には対極例である、大きな問題がなければつながないスタンスが存在し、情報提供ケースという結論を出すことを困難にしていた。

『本当にちょっとこの人は気になるって、明らかにみんなが気づくような人しか紹介（情報提供）していないと思います』（対極例：事例5）

g. 【院長という権限者の方針】

産婦人科病院・診療所に勤務するスタッフ全員が守らなければならない、院長の病院・診療所の理念や経営・診療・支援等の方針である。外来での看護体制や他機関との連携を要する決定に対して大きな影響を与えていた。〈院長の意向を確認する〉〈院長の方針で決まる〉の2つの概念からなる。

〈院長の意向を確認する〉は、業務に関して助産師が院長に報告・相談し、院長の意向を確認し許可を得ることである。具体的には、他機関への情報提供、家庭訪問、院外の会議への出席等を指す。

『(保健センターに連絡するときは院長に) 言わないといけないですね。一応。全部知っていないといけません』(事例1)

『(院長に相談したら) 基本はオーケーですね。だめとは言われたことがないと思います。でも、院長先生には必ず相談します』(事例5)

〈院長の方針で決まる〉は、院長(理事長)の方針で、診療所における親子への治療・支援(「気になる親子」の発見や他機関連携等)の方針等、さまざまなことが決定することである。院長の方針によっては、他機関連携が進まない場合もあった。

『ただそれ(保健センターとの定例会議)も、院長が動いてくれないことには、私たちだけじゃ動けないんですよ。いい(不要だ)よそれは、と言われたら終わりですからね。変なPRは医院の中ではできないので。(市の)パンフレットも置けないし。それも医師(院長)の意向。開業医だから』(事例2)

『(外来の)保健指導はちょっと手薄いので、やらなくちゃいけないっていうのを助産師はみんなが思っているけれど、産婦人科病院っていうのは、その医者(院長)の方針で決まるので、なかなかできない』(事例2)

『私たちが、たとえば意見があったとしても、やはりこの病院はその先生(院長)の病院っていうのがあるので、先生の考え方一つでもうすべてが覆されるということがあります』(事例1)

施設によっては、他機関連携は助産師に任せる院長もあり、助産師への役割と権限の移譲されている施設もあった。

『すごく理解がある院長先生なので、お産に関しては助産師さん、みたいな感じなので、先生こうしようって言うと、じゃあそうしよう、みたいなところもある』(事例3)

院長の方針により、「気になる親子」の発見や他機関連携への取り組みの状況は異なっていた。

h. 【同意のハードルを越える】

情報提供するという結論を出した後、母親や家族から情報提供に対する同意を得て、他機関への情報提供ケースと確定することである。〈同意を得るのが大前提という認識〉〈メリットを強調し同意を得る〉〈奥の手を使う〉の3つの概念からなる。〈奥の手を使う〉は、助産師が母親・家族から同意を得られない場合でも、情報提供するための手段をとり情報提供することである。具体的には同意を得ていないことを明示して情報提供する、新生児訪問依頼書・出

生連絡票を確実に出す、こと等である。

『情報提供についての同意っていうのを、本人とか若年だったりするとご両親にとったりとかもするので。一応、同意を得られた人だけ、いまは提出している感じですね』(事例3)

『(同意をとるときには、退院後も保健センターから)訪問のサポートが得られると言っています。いい感じのことを強調して。だから来てもらうにあたって、私から、ママのお産がこうだった、いまはこういうことで困っていると、情報を入れてもいいですかって聞くと、ほとんど100%近くいいですって言うてくれる』(事例5)

『なかには同意を得ないときがあります。もともと精神の既往がありますと紹介状があると、産後も気をつけなきゃいけないっていう義務感。そういう場合は、そういうふう(同意を得ていないことを)言えば、その人は同意を得るまでもなく(情報が)行くべきだと思うから』(事例1)

『(保健師さんに訪問に)行ってもらうには、はがきが、新生児訪問連絡票が要ります。このはがきを出しておけば(保健師さんに)来てもらえるから出しましょうかって言って、いま、書いておいてもらえば、私が投函しておきますよって言っています。気になるケースだから、これは絶対に出す(訪問に行ってもらおう)しかないと思っています』(事例4)

V. 考 察

A. 産婦人科病院・診療所における「気になる親子」の発見から情報提供ケースとして確定するプロセスと産科医療機関(全体)としての基本プロセス

産婦人科病院・診療所の助産師が「気になる親子」に気づき、情報提供ケースとして確定するプロセスは、子ども虐待の観察の視点をもったうえで【援助のなかでリスクを探る】ことで【気になるサインに気づく】。助産師・師長という【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】ことにより、【リスク状況を確認】し【長期的な子育てを見据え判断する】。【院長という権限者の方針】に沿い結論を出し、【同意のハードルを越える】ことで情報提供ケースと確定するプロセスであった。

唐田ら(2014, pp.52-56)が報告した総合病院におけるプロセスは、子ども虐待の要因である〈定型因子を念頭におく〉準備をし、援助の【多様な場面や方法でリスクを探る】ことで、【気になるサインに気づく】。継続的に情報を得て【リスク状況を明確にする】。長く続く子育てを認識し【長期的な視座に立ち子育てを見据える】ことでチームで結論を出し、最後に【同意のハードルを越える】ことで、情報提供ケースとして確定していた。

以上の産婦人科病院・診療所と総合病院のプロセスを照

らし合わせてみると、共通しているものが多い。共通する要素として、①子ども虐待の視点をもち援助のなかでリスクを探る、②気になるサインに気づく、③追加情報を得てリスク状況を確認する、④長期的な子育てを見据え判断する、⑤同意を得て情報提供ケースとして確定する、の5つである。この5つのプロセスは、産科医療機関が「気になる親子」に気づき他機関への情報提供ケースとして確定する基本プロセスといえるだろう。栗原ら（2010, p.75）は、医療機関における子ども虐待予防システムの基本構造を、「疑いをもつ」「情報を収集する」「複数で検討する」「専門職へ連携する」「支援を継続する」であると示した。本研究におけるプロセスは情報提供ケースとしての確定までであるが、栗原ら（2010, p.73）の基本構造の「疑いをもつ」が①子ども虐待の視点をもち援助のなかでリスクを探る、「情報を収集する」が②気になるサインに気づく・③追加情報を得てリスク状況を確認する、「複数で検討する」が④退院後の子育てを見据え判断する、「専門職へ連携する」が⑤同意を得て情報提供ケースとして確定する、におおの対応しているといえ、虐待予防のための基本的なプロセスをふまえていると考えられる。「疑いをもつ」ためには、虐待の視点をもつことが必要である（栗原ら、2010, p.75）といわれており、本研究および唐田ら（2014, pp.52-56）の総合病院の結果も、リスクを探るプロセスには、子ども虐待の〈観察の視点をもつ〉〈定型因子を念頭におく〉というリスクを探るための準備をしていた。「気になる親子」の発見のためには、子ども虐待の基礎的な知識をもつことの必要性が確認された。精神疾患のある妊婦や望まない妊娠等の特定妊婦は、妊娠中から出産後も継続してリスク評価を行い、保健機関等と情報を共有し支援を継続する必要性（中板、2016）が示されている。産科医療機関の基本プロセス③追加情報を得てリスクを確認する、においては、〈継続的に追って観る〉ことでリスク状況を具体化しており、複数回の査定が行われていた。「複数で検討する」には、施設の規模や特色、スタッフの構成にあわせた「複数の検討」システムを構築することの重要性（栗原ら、2010, p.75）が報告されている。本研究では産婦人科病院・診療所は助産師や師長が中心となって検討・判断を担っており、施設の規模やスタッフ構成にあわせた検討のシステムができていると考える。以上のように、産科医療機関における「気になる親子」の発見から他機関への情報提供ケースとして確定する基本プロセスは、医療機関における子ども虐待予防のシステムの基本構造（栗原ら、2010, pp.69-77）に必要な要素を具体的な行動レベルで内包しており、子ども虐待予防に向けた、「気になる親子」の発見のための重要なプロセスであると考えられる。

B. 産婦人科病院・診療所の助産師が親子に対して「気になる」と感じ、他機関に情報提供するケースとして確定するプロセスの特徴

先行研究（唐田ら、2014, pp.52-56）による総合病院の「気になる親子」の発見から情報提供ケースとして確定するプロセスと、産婦人科病院・診療所におけるプロセスの異なっていた点は、①担当者が中心となりリスクの確認や判断・母親・家族への対応を担う、②院長という権限者の方針に沿って情報提供するか否かの結論が出される、③リスクの探索や確認に困難な環境があることの3点であった。この3点は総合病院にはない産婦人科病院・診療所の特徴であるといえる。この3点について、以下に考察する。

1. 担当者が中心となり確認・判断・対応を担うことによる窓口の一本化

産婦人科病院・診療所では、「気になるサイン」に気づいた後、リスク状況を確認するため、関連情報を得てスタッフ内で情報を共有する間に、日勤勤務が多い助産師、師長等に担当者が決定していた。助産師が少ない施設では、必然的にその数人の助産師の誰かが担当者になっていた。担当者を中心に、追加情報を得てリスク状況を確認し、情報提供ケースと判断し、母親・家族に同意を得て、他機関に連絡をするまでを担当していた。「気になる親子」の気づき以降のすべてのプロセスを、担当者が中心となり担っていた。子ども虐待の連携においては、院内外の窓口を一本化することが望ましく（小林、2012；杉下ら、2011）、その役割を担うのは、助産師、MSW、心理士等、施設の特性に適した人材をあてるのが妥当である（栗原ら、2010, p.75）と報告されている。産婦人科病院・診療所は施設規模が小さく、施設にMSWや心理士がいることはまれである。そのため、子ども虐待予防に関心の高い助産師や、日勤で継続して観察することのできる師長が担当者の役割を担うことは、施設の特性に適した人材が選ばれ、かつ窓口の一本化ができているといえる。窓口の一本化は他機関との連携において、担当者他機関の専門職者との間に「顔の見える関係」が構築しやすい。「顔の見える関係」が地域連携に及ぼす影響として、連携しやすくなる、誰に言えば解決するか役割がわかる、効率がよくなる、責任を感じる等が報告されている（森田・野末・井村、2012）。担当者が中心に「気になる親子」の対応を担うことは、窓口の一本化による他機関との「顔の見える関係」の構築により連携が促進されることが期待できる。

一方、担当者以外の看護職者の関心が低下することが懸念される。親子の気になるサインに気づくには、産婦人科

病院・診療所を受診するすべての親子を、全看護職者が援助のなかでリスクを探るため、全看護職者が子ども虐待のリスク等の知識を有する必要がある。院内での学習会や担当者の連携事例からの学びを、他の看護職者に伝達講習等することが有効であると考えられる。

2. 情報提供するか否かの結論は院長という権限者の方針に強い影響を受ける

院長の方針は、「気になる親子」を他機関に情報提供するという最終決定をはじめ、施設の理念や経営・診療・支援の方針に大きな影響を与えていた。院長の方針により外来におけるリスク発見のための保健指導がなかなか進められなかったり、保健センターとの会議への参加ができなかったりしていた。しかし施設によっては、助産師に役割と権限が一部移譲されている施設もあった。施設により状況が異なり、院長という権限者の方針が強く影響していた。

協働に関連した仕事は多くの場合、所属機関の本来の業務とは別に担わなければならない、所属機関の理解なしには他施設・機関との長期的な協働は維持しにくいとされている（渋沢、2002）。個人病院においては、所属機関の理解とは院長の理解のことを指すことが多い。子ども虐待の予防という他機関との連携を伴う本来業務とは別の仕事を担うためには、院長の理解を得ることが重要である。

宮本（2008）の調査によると、医師（小児科・脳外科・整形外科）は通告義務を知っているが、実際に通告することについて60%前後は抵抗があるとし、その背景に、家族とのトラブルの心配をあげ、それに対し医師への法律上の免責規定や公的機関による医師へのサポート体制の整備の必要性を提言している。産科で出会う「気になる親子」や要支援親子は虐待状況が発生しているわけではなく、予防のための他機関との連携である。産科医師の認識によっては、トラブル回避のため情報提供に積極的になれない場合もあると推測する。0歳である乳児の死亡事例が減少しない現状に鑑み、2016年度の児童福祉法の改正では、支援を要する妊産婦を把握した場合の産科医療機関の医師・看護師等の市町村に対する情報提供を義務とし、刑法の秘密漏洩罪の規定その他の守秘義務に関する法律の規定は情報提供を妨げるものと解釈してはならないとされた。また、母子保健施策が児童虐待の発生予防・早期発見に資するものであると明記された（厚生労働省、2016）。このように産科医療機関と母子保健が連携をとり、子ども虐待の発生予防に取り組むための体制は整備されてきている。改正された法律の内容を周知し、子ども虐待発生予防に関する認識の低い産婦人科病院・診療所の院長の認識を高めていく必要がある。

先駆的な取り組みを行う自治体では、地域の産科医療機関を巻き込んだ事例検討やアセスメントツールの作成（宮崎、2013）、母子保健事業でのスクリーニングであがったハイリスク妊婦を医療機関へ逆紹介を行い、保健機関と医療機関で連携をとりながら支援するシステムづくり（塩之谷、2011）、子ども虐待発生予防の観点から診療所を含めた産科医、小児科医、保健師とが協働し要支援ケースの検討支援（松岡、2014）の報告がある。このような取り組みをめざし、行政が主導で医師職能団体を巻き込み地域のシステムづくりを行い、産婦人科病院・診療所もそれに参加できるような働きかけが必要であると考えられる。

3. リスクの探索や確認に困難な環境がある

産婦人科診療所では、〈外来は外来、病棟は病棟のスタッフ配置〉〈外来は点のかかわり〉〈業務に追われる〉という看護職者の配置や業務の多忙さの環境が、「気になる親子」の発見やリスク状況の確認に負の影響を与えていた。

総合病院では母親の服装や臭い、上の子への接し方等の生活の状況がわかりやすい外来の場を、リスク探索において有効に活用されていた。（唐田ら、2014、pp.52-54）。しかし、産婦人科病院・診療所では、外来と病棟の看護職者の配置が固定化されたうえ、外来での妊婦へのかかわりが医師の診察介助のみと短時間にならざるを得ない状況が多く、リスクを探索するには困難な状況であった。近年、分娩を取り扱わない病院が年々増加し、分娩の集約化が起きている（厚生労働省、2015a）。分娩取り扱い施設では外来における妊婦健診数が増加し、多忙な状況もリスクの発見に影響を与えていると考えられる。子ども虐待発生予防において、妊娠期からの切れ目のない支援の必要性が強調されているのは、妊娠期から産後の生活・育児全般への支援を視野に入れた体制の整備・充実が必要だからである（山本、2013）。産後の入院期間は短縮傾向にあり、産後では支援の体制整備は困難なことが多く、妊娠期における「気になる親子・要支援親子」の発見と支援のスタートが必要である。産婦人科病院・診療所には多忙な状況も乗り越え、妊娠期からリスクのある妊婦の早期発見に努力する必要があるといえるだろう。短いかかわりのなかでも漏れなくリスクを探るためには、子ども虐待のリスクアセスメントツールの使用が有用であると考えられる。平岡ら（2006）と宮崎（2013）は、医療機関と関係機関の共通アセスメントツールの有用性を報告している。このことからアセスメントツールは、産婦人科病院・診療所の所在地区で開発されたものがあればそれを第一選択とし、できるだけ短時間でチェックできるものから始めていく等、支援を必要としている親子を発見するために、外来でのスクリーニングの取り組みを進める必要がある。

VI. 本研究の限界と課題

本研究で得られた結果は産婦人科病院・診療所に限定されたものであり、3点の総合病院との差異を明確にした。しかし、基本的なプロセスは総合病院と共通しており、産婦人科病院・診療所の特徴は十分浮かび上がらなかったといわざるを得ない。しかし逆に、産科医療機関の共通プロセスが解明されたとも解釈できる。今後は得られた理論をもとに、産科医療機関の看護職者に向けた教育プログラムの開発を行いたい。その際は、「気になる親子」の発見は決して悪者探しではなく、支援を必要とする親子に必要な支援を提供し、専門職者や子育ての仲間・社会が伴走しながら子育てしていく力を育むためだという理念を伝えていきたい。

VII. 結 論

1. 産婦人科病院・診療所の看護職者が「気になる親子」に気づき、情報提供ケースとして確定するプロセスは、助産師が子ども虐待の観察の視点をもったうえで、【援助のなかでリスクを探る】ことで、【気になるサインに気づく】。助産師・師長という【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】ことで、【長期的な子育てを見据え判断する】。【院長という権限者の方針】に沿って結論を出し、本人・家族の【同意のハードルを越える】ことであった。
2. 産婦人科病院・診療所では日勤勤務が多い助産師、師長等に担当者が決定し、担当者が中心となり、リスクの

判断、情報提供の説明と同意、他機関への連絡を担っており、窓口の一本化ができていた。

3. 院長という権限者の影響が大きく、子ども虐待発生予防への取組状況は施設によって異なっていた。
4. 産婦人科病院・診療所においては、リスクの探索や確認が困難な〈外来は外来、病棟は病棟のスタッフ配置〉〈外来は点のかかわり〉〈業務に追われる〉という環境がある。

謝 辞

本研究を進めるにあたりご協力くださいました助産師の皆さま、M-GTA研究会の皆さまに心より感謝申し上げます。本研究は、2013年度 聖隷クリストファー大学大学院の博士論文の一部に加筆・修正したものである。本研究の一部は日本子ども虐待防止学会第19回学術集会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費 JP24593458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: 産婦人科病院・診療所の助産師がどのように「気になる親子」に気づき、情報提供ケースとして確定していくのか、そのプロセスを明らかにする。

方法: 助産師8人を対象としたインタビューで得られたデータを、M-GTAの手法で分析した。

結果: 産婦人科病院・診療所の助産師が「気になる親子」を情報提供ケースとして確定するプロセスは、助産師が子ども虐待の観察の視点をもったうえで、【援助のなかでリスクを探る】ことで、【気になるサインに気づく】。助産師・師長という【担当者が中心となり確認・判断・対応を担う】ことにより、【長期的な子育てを見据え判断する】。【院長という権限者の方針】に沿って結論を出し、本人・家族の【同意のハードルを越える】ことであった。

結論: 担当者が中心となり対応し、窓口の一本化ができていた。院長という権限者の影響が大きい、リスクの探索や確認の困難な環境があるという特徴があった。

Abstract

Purpose: This study aimed to elucidate the process by which midwives at maternity clinics recognized “parents and children of concern” and decide to pass on the information on these case to prevent child abuse.

Methods: Data obtained from interviews of eight midwives were analyzed using the Modified Grounded Theory Approach (M-GTA).

Results: From the perspective that midwives are able to recognize potential child abuse, the processes by which midwives at maternity clinics identify parents and children of concern and decide to pass on this information involve “looking for risks during care” and “noticing signs for concern”. Then, “the anticipated long-term child rearing is determined” based on the “verifications, judgments, and support primarily by the individuals in charge”, i.e., midwife and head nurse. Decisions were made in accordance with “the guidance from the authority, i.e., the medical director”, and the next stage will be “overcoming the hurdle of gaining agreement from the mother and family”.

Conclusions: Individuals in charge provided support for “parents and children of concern” at maternity clinics; hence, a centralized service was established for cooperation with other institutions. We found that the medical director, who held an authoritative position, had great influence on our decision-making. This study also recognized environmental characteristics of maternity clinics, where detecting risks and confirming situations were difficult.

文 献

- Benner, P. (1984/2005). 井部俊子 (監訳), ベナー看護論 (新訳版): 初心者から達人へ. 東京: 医学書院.
- 母子衛生研究会 (編) (2017). 母子保健の主なる統計: 平成28年度刊行. 47-48, 東京: 母子保健事業団.
- Butchart, A., Harvey, P.A., Mian, M., and Fürniss, T. (2006/2011). 坂戸美和子, 富田 拓, 市川佳代子 (訳), エビデンスに基づく子ども虐待の発生予防と防止介入—その実践とさらなるエビデンスの創出に向けて—. 23-39, 東京: 明石書店.
- Child Welfare Information Gateway (2015). Understanding the Effects of Maltreatment on Brain Development. https://www.childwelfare.gov/pubPDFs/brain_development.pdf (検索日2016年8月15日).
- 藤野京子 (2008). 児童虐待が後年の生活に及ぼす影響について. 犯罪心理学研究, 46(1), 31-43.
- 平岡えり子, 大竹静香, 鈴木律子, 森本俊子, 堀 雅博, 松林 正 (2006). 周産期からの児童虐待防止システム構築への取り組み—周産期チェックリストの作成—. 子どもの虐待とネグレクト, 8(1), 119-124.
- 唐田順子, 市江和子, 濱松加子 (2014). 産科医療施設 (総合病院) の看護職者が「気になる親子」を他機関への情報提供ケースとして確定するプロセス—乳幼児虐待の発生予防を目指して—. 日本看護研究学会雑誌, 37(2), 49-61.
- 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. 89-91, 東京: 弘文堂.
- 小林美智子 (2010). 虐待問題が日本の社会に鳴らした警鐘—虐待防止法までの10年, その後の10年, そしてこれからの10年—. 子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 8-24.
- 小林美智子 (2012). 児童虐待とは. 医療, 66(6), 243-249.
- 厚生労働省 (2015a). 平成26年 (2014) 医療施設 (静態・動態) 調査・病院報告の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/14/> (検索日2016年1月4日)
- 厚生労働省 (2015b). 平成26年衛生行政報告例 (就業医療関係者) の概況: 1. 就業保健師・助産師・看護師・准看護師. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/14/dl/kekka1.pdf> (検索日2017年5月5日)
- 厚生労働省 (2016). 児童福祉法等の改正について. 第42回社会保障審議会児童部会配布資料1-4. https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000060781_6.pdf (検索日2017年5月2日)
- 厚生労働省 (2017). 子ども虐待による死亡事例等の検証結果等について. 社会保障審議会児童部会児童虐待等要保護事例の検証に関する専門委員会第13次報告. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11900000-Koyoukintoujidoukateikyoku/0000177954.pdf> (検索日2017年10月11日)
- 栗原佳代子, 杉下佳文, 池田真理, 山崎あけみ, 古田正代, 山本弘江, 大塚寛子, 上別府圭子 (2010). 周産期のメンタルヘルスと虐待予防のための育児支援システム構築に関する研究 (2)—医療機関からの検討—. 子どもの虐待とネグレクト, 12(1), 69-77.
- 松岡幸一郎 (2014). 地域で取り組む虐待への対応—大分県—. 周産期医学, 44(1), 79-84.
- 宮本信也 (2008). 医療現場における実態: 小児医療からのレポート. 津崎哲郎, 橋本和明 (編), 児童虐待はいま—連携システムの構築に向けて—. 129-139, 京都: ミネルヴァ書房.
- 宮崎晃子 (2013). 周産期からの児童虐待予防事業の取組: 医療機関と地域保健機関との連携. 母子保健情報, 67, 75-79.
- 森田達也, 野末よし子, 井村千鶴 (2012). 地域緩和ケアにおける「顔の見える関係」とは何か? *Palliative Care Research*, 7(1), 323-333.
- 中板育美, 佐野信也 (2012). 産後の母親のうつ傾向を予測する妊娠期要因に関する研究: 子ども虐待防止の視点から. 小児保健研究, 71(5), 737-747.
- 中板育美 (2016). 周産期からの子ども虐待予防・ケア: 保健・医療・福祉の連携と支援体制. 83-99. 東京: 明石書店.
- 佐藤拓代 (2008). 保健分野における乳幼児虐待リスクアセスメント指標の評価と虐待予防のための体系的な地域保健活動の構築. 子どもの虐待とネグレクト, 10(1), 66-74.
- 渋谷田鶴子 (2002). 対人援助における協働: ソーシャルワークの観点から. 精神療法, 28(3), 270-277.
- 塩之谷真弓 (2011). 周産期医療機関と保健機関の連携による子育て支援—ハローファミリーカードを含めた愛知県における取組. 月刊「母子保健」, 621, 8-9.
- 杉下佳文, 栗原佳代子, 塩之谷真弓, 高宮智典, 花山美奈子, 山下洋, 上別府圭子 (2011). 医療機関に求められる保健・福祉との連携—妊娠期からの虐待1次予防を含めて—. 子どもの虐待とネグレクト, 13(1), 32-39.
- 杉山登志郎 (2007). 子ども虐待という第四の発達障害. 8-111, 東京: 学研プラス.
- 山本恒雄 (2013). 子ども虐待の現状. 母子保健情報, 67, 1-7.
- 山下 洋, 吉田敬子 (2004). 自己記入式質問紙を活用した産後うつ病の母子訪問地域支援プログラムの検討: 周産期精神医学の乳幼児虐待発生予防への寄与. 子どもの虐待とネグレクト, 6(2), 218-231.

〔2017年10月26日受付〕
〔2018年10月1日採用決定〕

在宅認知症者の介護者がうつ状態に至る要因における性差

A Study of Differences between the Sexes on the Caregiver's Depression Factors
for People with Dementia at Home

齋藤 嘉宏¹⁾ 鳩野 洋子²⁾
Yoshihiro Saito Yoko Hatono

キーワード：在宅、認知症、介護者、うつ状態、共分散構造分析

Key Words：home, dementia, caregiver, depression, covariance structure analysis

はじめに

わが国の高齢化率は2017年で27.3%であるが、2065年には38.4%に達し、2.6人に1人が65歳以上になると推測されている。高齢化率の上昇とともに要介護者数の増加が顕著であるが、「平成29（2017）年度 国民生活基礎調査」によると、要介護者の介護が必要となった要因として認知症が第1位の18.0%を占めており、今後も増加していくことが懸念されている（厚生労働省、2018）。この状況に対応するため、2013年から「認知症施策推進5か年計画（オレンジプラン）」に基づき、認知症の早期診断・早期対応、認知症への理解を深めるための普及・啓発、見守りなどの、本人および介護者に対する生活支援の充実が行われているが、質・量ともに十分とはいえない状況がある（厚生労働省、2018）。

介護者にとって不慣れた介護環境での負担やストレスは、時として要介護者に対する虐待へと発展するといわれており、実際、介護事件の加害者の半数は何らかの精神的な問題を抱えているという報告もある（小野、2009）。認知症者の増加、介護者の虐待件数の増加などの社会背景のなか、介護者が介護破綻に至ることなく介護を継続してゆくためには、精神的な問題に至る要因を明らかにすることが重要と考えられる。

介護者の精神的な問題に至る要因を実証したものは諸外国では少数みられ（Lee, Kim, & Kim, 2006）、認知症を患った要介護者の認知障害の程度、問題行動などにより介護者が介護負担感を感じ、その結果、うつなどの精神的な問題を生じさせること、経済的背景は介護者の精神的な問題に至る要因を考慮する際、重要な役割を担っていることなどが明らかになっている。一方、わが国では、ストレスコーピングとストレス反応との関係において、肯定的なストレ

スコピングを行っている者はストレス反応が低い（宇佐美、2014）ことは指摘されているが、ストレスやうつを生じさせる要因に着目して検討されたものは少なく、在宅認知症者の介護者がうつ状態に至る要因についての実証的な研究は見当たらない。

そのため本研究では、認知症者の介護者における心理学視点、社会学視点を統合した包括的なストレスモデルを提起しているPearlinの「認知症者介護ストレスモデル」を参考にし（Pearlin, Mullan, Semple, and Skaff, 1990）、精神状態のなかでのうつに着目して、在宅認知症者の介護者がうつ状態に至る要因の性差を明らかにすることを目的とした。本研究でうつ状態に至る要因に着目した理由として、介護負担感がうつと関係があるとされ（渡邊・千葉・小林・西田、2014）、うつなどの精神的な問題が虐待などの二次的な問題に発展する可能性も示唆されており（小野、2009）、うつ状態に至る要因を包括的観点から明らかにすることは重要であると考えたためである。

また、介護者を性差で検討する理由として、男性介護者、女性介護者それぞれに適した支援を明らかにすることが必要と考えたからである。わが国では、男性介護者が介護者全体の34.0%に達し（厚生労働省、2018）、男性介護者から要介護者への虐待件数の増加が社会問題となっている（厚生労働省、2016）。しかし、男性と女性の介護におけるとらえ方が異なることは明らかになっているが（松本・小園・森川、2014）、先行研究では女性介護者について言及されたものが多く、うつ状態に至る要因を男女の差異に着目して検討されたものは見当たらない。そのため、男性、女性に分けて検討し、それぞれのうつ状態に至る要因を明らかにすることで、うつ状態の予防、虐待件数の減少につながる基礎資料になると考えた。

1) 国際医療福祉大学福岡看護学部精神看護学分野

Development of Nursing, School of Nursing at Fukuoka, International University of Health and Welfare

2) 九州大学大学院医学研究院保健学部門 Department of Health Sciences, Faculty of Medical Sciences, Kyushu University

I. 用語の定義

A. 認知症者

医師が認知症であると介護者に告知し、介護者も要介護者が認知症であると認識している者（診断確定は介護者が望まない場合もあったため、診断の有無については適格基準とせず）。

B. 介護者

在宅で認知症者を介護する主介護者。

C. 要介護者

在宅で介護者から何らかの介護を要する認知症者（日常生活自立度Ⅰの要介護者であっても、見守りのみは含まず）。

II. 概念枠組み

本研究では、Pearlin (1990) の在宅認知症介護者のストレスを説明するために開発されたモデルを参考にした。Pearlinのモデルは、ストレスの発生機序を把握し、それによって生じるストレス反応を説明・評価する認知理論モデルである。

Pearlinのモデルは、ストレス反応に至る過程について、患者や介護者の属性等の「背景・文脈」があり、介護することにより介護負担感などの「1次ストレス」が生じ、それは経済的問題等の「2次の役割負担」や、自己効力感や自尊感情等の低下から生じる「2次的精神的負担」の心理状態を経て、うつなどの「ストレス反応」を生じさせる。しかし、そのおのおの過程、負担を軽減させるものとしてソーシャルサポート等の「媒介要因」があることを示すとともに、各要因が相互に影響を及ぼしている、と

するモデルである。

本研究では、1次ストレスとして介護負担感、2次的精神的負担として自己効力感と自尊感情、ストレス反応としてうつに焦点を当て、図1に示した概念枠組みを作成した。介護者の背景に影響され介護負担感が生じ、その結果としてうつ状態に至る。しかし、介護を行うなかで自己効力感、自尊感情を経由することで、うつ状態の軽減につなげることができると想定した。本研究でPearlinのモデルに基づいて、介護負担感、自己効力感、自尊感情、うつに焦点を当て概念枠組みを作成した理由として、同手法にてPearlinのモデルを修正し、検証された文献でもモデルの適合性が示されていること (Lee, et al., 2006)、さらに自己効力感、自尊感情などの自己肯定感の低下が、うつ状態としてのストレス反応と関連するといわれていること (Pearlin, 1990)、自己肯定感が高いときに心理的ストレス反応は低い状態にあることから (光貞・二宮・棚崎・田中, 2013)、介護負担感、自己効力感、自尊感情、うつとの関係性を明らかにすることは重要であると考えたためである。

III. 研究方法

A. 調査対象

本研究に対して協力の得られたA県内の訪問看護ステーション11施設、病院（精神科の外来）・クリニック（認知症の専門外来）5施設で要介護者がケアを受けている、またはA県内の家族会1団体、B県内の家族会1団体に所属している在宅で認知症者を介護する介護者227名である。

B. 調査方法

本研究を実施するに際し、事前に施設の責任者に、研究の趣旨、調査内容、倫理的配慮などについて口頭・書面にて説明を行ったうえで同意を得、対象者へのアンケートの

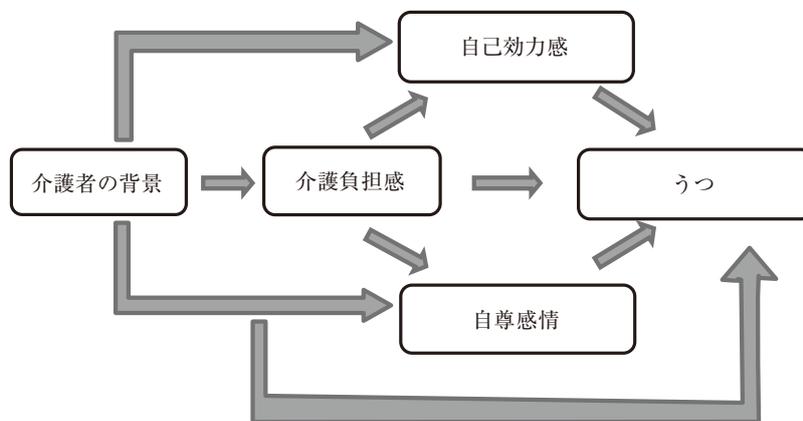


図1 概念枠組み：認知症者の介護者がうつ状態に至る過程

配布依頼をした。対象施設の選定は機縁法にて行った。アンケートの回収は、対象者ならびに対象施設の状況によって異なり、郵送法を用いたのが14施設と2団体、留置法を用いたのが2施設であった。

C. 調査期間

2015年9月15日～12月31日。

D. 調査項目

Pearlinの「認知症者介護ストレスモデル」を参考に、質問項目を決定した。介護者の背景では、性別、年齢、続柄、介護時間、健康状態、介護者になった理由、仕事の有無、経済状況について調査した。要介護者の背景では、性別、年齢、続柄、家族構成、介護度、認知症の有無、認知症の種類、認知症の程度、利用しているサービスについて調査した。介護者のうつ状態に至る過程の評価では、介護負担感「Zarit介護負担尺度」、自己効力感「GSES一般性セルフ・エフィカシー尺度」、自尊感情「Rosenberg自尊感情尺度」、うつは「うつ性自己評価尺度」を用いた。

介護負担感の測定に用いた「Zarit介護負担尺度日本語版」は、Arai, et al. (1997) によって翻訳、作成された22項目の質問項目から構成されており、「いつも、よく、ときどき、たまに、思わない」の5件法で評価している。自己効力感の測定に用いた「GSES一般性セルフ・エフィカシー尺度」は、坂野・東條 (1986) によって作成された16項目の質問項目から構成されており、「はい」「いいえ」の2件法で評価している。自尊感情の測定に用いた「Rosenberg自尊感情尺度日本語版」は、星野 (1970) によって翻訳、作成されている自尊を肯定的に表現する5項目と逆方向の否定的な表現の5項目の計10項目の質問項目から構成されており、「全くあてはまらない」「あてはまらない」「あてはまる」「非常にあてはまる」の4件法で評価している。うつの測定に用いた「うつ性自己評価尺度」(self-rating depression scale: SDS) は、Zung (1965) により抑うつ尺度として開発され、福田・小林 (1973) によって翻訳、作成されたものである。20項目の質問項目から構成されており、「いつも」「しばしば」「ときどき」「めったにない」の4件法で評価している。SDSは自己評価の可能な一般成人から高齢者に対して有用であるとされ、うつ状態を測る妥当性の高いテストとされている。SDS得点において、40点未満は「抑うつ状態はほとんどなし」、40点台で「軽度の抑うつ性あり」、50点以上で「中等度の抑うつ性あり」と示し、一般臨床において50点以上になるとうつ傾向があるとしている。

なお、本研究で使用したすべての尺度は信頼性、妥当性が確保されている。

E. 分析方法

介護者の背景、要介護者の背景に対する調査項目について介護者の性別で単純集計を実施した。次に介護負担感尺度、自己効力感尺度、自尊感情尺度、うつ性自己評価尺度の尺度得点の平均を性別に分けて t 検定を行い、4尺度間の相関をPearsonの相関係数によって求めた。次に、介護者の背景項目について因子分析（主因子分析、バリマックス回転）を行い、潜在的な因子を求めた。

因子分析の結果から得られた因子を加えて概念枠組みに基づいたパス図を作成し、共分散構造分析を実施した。介護者全体のデータで共分散構造分析を実施した後、介護者の性別ごとに共分散構造分析を実施した。モデルの適合性を得るため、因子間の相関係数とモデルの適合度指標を参考に、因子およびパスの加除を行い、最も適合度のよいモデルを探索した。最終的に得られたモデルに基づいて性差による多母集団同時分析を実施した。モデルの適合度指標は、GFI、AGFI（修正済みGFI）、CFI（比較適合度指標）、RMSEA（平均二乗誤差平方根）を採用した。採用基準は、GFI、AGFI、CFIはいずれも.90以上、RMSEAは.05以下とした。データの集計、解析には“IBM SPSS Statistics for Window ver. 22.0”、“IBM SPSS Amos for Window ver. 23.0”を用い、5%未満を有意水準とした。

F. 倫理的配慮

研究対象者に対し、書面にて研究テーマ、研究目的、調査内容、プライバシーの保護、アンケート調査には15分程度の時間的な制約が生じ、疲労や負担感に繋がることが予想されるため不参加や中断しても不利益は生じないこと、データの取り扱い、研究成果の公表に関する内容を説明した。

研究参加への同意は、郵送法による回収のものは研究者の手元にアンケート用紙が届いた時点で同意が得られたものとし、留置法によるものは対象施設内に設置した回収箱にアンケート用紙が投函された時点で同意が得られたものとした。なお、郵送法、留置法ともにデータの管理は研究者1名にて行った。本研究を開始するにあたり、九州大学医系地区部局臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：27-195）。

IV. 結果

回収された241名（回収率82.0%）のアンケートのうち、郵送法は86名（回収率35.7%）、留置法は155名（回収率64.3%）であり、欠損データがある者、同居でない者の14名を除く227名（有効回答率77.2%）を本研究の対象と

した。男性介護者は103名（45.4%）、女性介護者は124名（54.6%）であり、対象者全員が認知症者を介護していた。

A. 介護者の属性

介護者の属性を表1に示した。性別による有意差がみられたのは年齢、介護時間の2項目であった。年齢では、男性介護者のほうが高かった（ $p < .01$ ）。介護時間では、女性介護者のほうが平均で2時間以上長かった（ $p < .05$ ）。

B. 要介護者の属性

要介護者の属性を表2に示した。性別による有意差がみられたのは介護者が介護を行う要介護者の性別、年齢の2

項目であった。男性介護者の場合89.3%が女性を介護していたが、女性介護者が女性を介護している割合は50.0%で男性介護者が多かった。男性介護者の場合10.7%が男性を介護していたが、女性介護者が男性を介護している割合は50.0%で女性介護者が多かった（ $p < .01$ ）。年齢では、女性が介護している要介護者の年齢のほうが高かった（ $p < .05$ ）。

C. 介護負担感、自己効力感、自尊感情を介したうつ得点の性差と相関関係

介護負担感、自己効力感、自尊感情を介したうつ得点の4尺度の性差を表3に示したが、性別による有意差はみられなかった。尺度間の相関関係については表4に示した。

表1 男女別にみた介護者の属性

(N = 227)

調査項目	カテゴリー	男性介護者	女性介護者	t 値 ^{b)}	p 値 ^{a)}
		(n = 103) n (%), 平均 ± 標準偏差	(n = 124) n (%), 平均 ± 標準偏差	χ^2 (df) 値 ^{c)}	
介護者の年齢		68.8 ± 12.5	64.6 ± 11.3	2.688	**
	30～39歳	1 (1.0)	1 (0.8)	8.20 (5)	n.s.
	40～49歳	7 (6.8)	10 (8.1)		
介護者の年代	50～59歳	16 (15.5)	29 (23.4)		
	60～69歳	26 (25.2)	42 (33.9)		
	70～79歳	32 (31.1)	29 (23.4)		
	80歳以上	21 (20.4)	13 (10.5)		
要介護者との続柄	親 (男性)	8 (7.8)	9 (7.3)	5.59 (4)	n.s.
	親 (女性)	36 (35.0)	56 (45.2)		
	配偶者	56 (54.4)	53 (42.7)		
	兄弟	3 (2.9)	3 (2.4)		
	その他 (子, 親戚, 祖母)	0 (0.0)	3 (2.4)		
同居家族					
	2人暮らし	59 (57.3)	64 (51.6)	0.347 (3)	n.s.
	2人暮らし以外	44 (42.7)	60 (48.4)		
内訳	3人暮らし	23 (22.3)	41 (33.1)	6.628 (4)	n.s.
	4人暮らし	17 (16.5)	15 (12.1)		
	5人暮らし	4 (3.9)	4 (3.2)		
	無職	70 (68.0)	86 (69.4)		
就労状況	会社員	12 (11.7)	12 (9.7)	2.172 (2)	n.s.
	役員	8 (7.8)	2 (1.6)		
	自営業	5 (4.9)	9 (7.3)		
	その他	8 (7.8)	15 (12.1)		
健康状態	健康	56 (54.4)	72 (58.1)	1.676 (1)	n.s.
	あまり健康でない	38 (36.9)	47 (37.9)		
介護者になった理由	介護に支障がある	9 (8.7)	5 (4.0)	1.676 (1)	n.s.
	家族だから	103 (100)	122 (98.4)		
	その他	0 (0.0)	2 (1.6)		
経済状況	十分ゆとりがある	11 (10.7)	11 (8.9)	3.539 (2)	n.s.
	生活に支障なし	80 (77.7)	87 (70.2)		
	生活に支障あり	12 (11.7)	26 (21.0)		
介護期間 (月)		60.5 ± 41.8	65.7 ± 58.4	-0.755	n.s.
介護時間		8.8 ± 7.6	11.3 ± 8.2	-2.370	*

[注] 1) a) **: $p < .01$, a) *: $p < .05$, †: $p < .10$, n.s.: not significant.

2) 検定方法は間隔尺度では t 検定^{b)}, それ以外は χ^2 検定^{c)} を実施。

うつは介護負担感と正の相関を示し ($p < .01$), 自己効力感, 自尊感情と負の相関を示した ($p < .01$)。

表2 男女別にみた要介護者の属性

(N = 227)

調査項目	カテゴリー	男性介護者	女性介護者	t 値 ^{b)}	p 値 ^{a)}
		(n = 103) n (%), 平均 ± 標準偏差	(n = 124) n (%), 平均 ± 標準偏差	χ^2 (df) 値 ^{c)}	
要介護者の性別	男性	11 (10.7)	62 (50.0)	39.873 (1)	**
	女性	92 (89.3)	62 (50.0)		
要介護者の年齢		79.2 ± 9.1	82.0 ± 8.8	-2.426	*
要介護者の年代	40~49歳	1 (1.0)	1 (0.8)	5.728 (4)	n.s.
	50~59歳	2 (1.9)	1 (0.8)		
	60~69歳	7 (6.8)	6 (4.8)		
	70~79歳	39 (37.9)	32 (25.8)		
	80歳以上	54 (52.4)	84 (67.7)		
	脳血管型	9 (8.7)	10 (8.1)		
認知症の種類	アルツハイマー型	76 (73.8)	86 (69.4)	0.955 (3)	n.s.
	レビー小体型	3 (2.9)	4 (3.2)		
	老人性認知症	15 (14.6)	24 (19.4)		
	介護認定なし	10 (9.7)	10 (8.1)		
要介護度	要支援 1~2	5 (4.9)	8 (6.5)	1.134 (3)	n.s.
	要介護 1~2	47 (45.6)	63 (50.8)		
	要介護 3~5	41 (39.8)	43 (34.7)		
	I	16 (15.5)	27 (21.8)		
日常生活自立度	II a	24 (23.3)	15 (12.1)	9.368 (3)	*
	II b	35 (34.0)	32 (25.8)		
	III以上	28 (27.2)	50 (40.3)		
利用サービス					
利用あり					
内訳①	訪問サービス	42 (40.8)	44 (35.5)	10.547 (5)	†
	1つ	28 (27.2)	22 (17.7)		
	2つ以上利用	14 (13.6)	22 (17.7)		
内訳②	デイケア・	64 (62.1)	88 (71.0)	2.069 (2)	n.s.
	デイサービス				
	1つ	57 (55.3)	77 (62.1)		
	2つとも利用	7 (6.8)	11 (8.9)		
その他の内訳	ショートステイ	22 (21.4)	28 (22.6)	0.049 (1)	n.s.
	住宅改修	13 (12.6)	17 (13.7)		
	その他	20 (19.4)	16 (12.9)		
利用なし	利用なし	10 (9.7)	10 (8.1)	0.189 (1)	

[注] 1) a) **: $p < .01$, a) *: $p < .05$, †: $p < .10$, n.s.: not significant.

2) 検定方法は間隔尺度では t 検定^{b)}, それ以外は χ^2 検定^{c)} を実施。

表3 介護負担感, 自己効力感, 自尊感情, うつ得点の性差

N = 227

尺度得点	男性介護者	女性介護者	t 値 ^{b)}	p 値 ^{a)}
	(n = 103) n (%), 平均 ± 標準偏差	(n = 124) n (%), 平均 ± 標準偏差		
介護負担感	39.3 ± 20.7	38.5 ± 18.6	0.325	n.s.
自己効力感	8.9 ± 4.3	8.5 ± 4.1	0.639	
自尊感情	17.2 ± 5.0	16.5 ± 4.5	1.191	
うつ	44.6 ± 9.3	44.7 ± 9.5	-0.018	

[注] 1) n.s.: not significant.

2) t 検定^{b)} を実施。

D. 因子分析による介護者背景因子の抽出

因子分析を行う過程において、因子負荷量が低い項目（.40未満）を削除しながら分析を進め、累積寄与率が51.14%を示したことを確認し、「経済状況」「健康状況」「介護者の年齢」の3項目を得た。因子負荷量が低く削除された項目は、「同居家族人数」「就労状況」「介護者になった理由」「介護時間」「介護期間（月）」であった。「健康状況」はどちらの因子にも高い因子負荷量を示したが、共通性が高く（.61）、他の因子との関連性から削除の対象ではないと判断した。また、認知症者を介護する介護者は、認知症の周辺症状の影響から介護負担感が高いことが明らかにされており、認知症者の家族介護者のうつに至る要因を明らかにする際、認知症の周辺症状が時間の経過とともに変化することを考慮すると、最終的な段階で因子負荷量が低いため削除とされた「介護時間」「介護期間（月）」は、「健康状況」と同じく、他の因子との関連性から削除の対象ではないと判断した。最終的に得られた因子分析の結果を表5に示した。

次に、抽出された因子の命名について、「介護期間（月）」「経済状況」「健康状況」からなる因子は、介護者が以後介護を継続して行っていく過程において重要な要因となりうると判断し、第1因子として【介護継続因子】と命名した。「介護者の年齢」「介護時間」からなる因子は、介護者が現

在介護を行っている状況において重要な要因となりうると判断し、第2因子として【介護可能因子】と命名した。

E. 共分散構造分析によるうつ状態へ至る因果関係の検証

1. 介護者全体の結果

本研究で作成した因果モデルの検討を行うため、因子分析の結果から得られた2つの因子を加えてパス図を作成した。なお、自己効力感と自尊感情は相関関係が強かったため共分散を引き、また、すべての変数に対して介護者の背景因子が影響しているとし、介護者全体の共分散構造分析を実施したところ、モデルとしての適合性が得られた。

しかし、このモデルに基づき、介護者全体で使用した同一の因子構造が想定できると仮定し、男女各母集団で適合度指標をみた結果、男性介護者・女性介護者ともにモデルの適合性が得られなかった。そのため、因子間の相関係数とモデルの適合度指標を参考に因子およびパスの加除を行い、モデルの修正を重ね、最終的に図2の結果を得た。モデルの適合性を検討した結果、GFI = .993、AGFI = .975、CFI = 1.00となり、いずれも.90以上であった。RMSEA = .000であり、.05以下であった。因子から観測変数に対するパス係数はすべて有意を示し、因子と観測変数は適切に対応していた。また、観測変数から観測変数に対するパス係数は、介護負担感から自尊感情へのパス係数に有意はみられなかったが、その他の観測変数間すべて

表4 介護負担感、自己効力感、自尊感情、うつ得点の相関関係

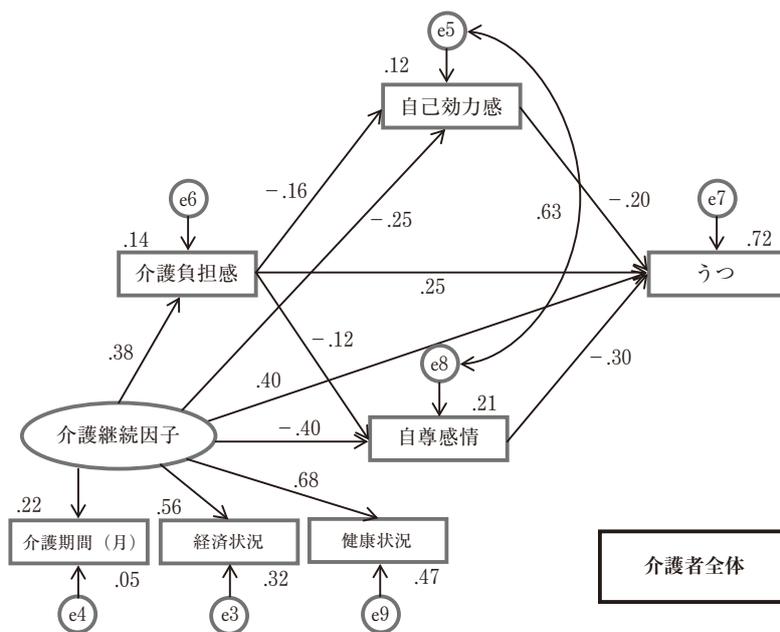
	介護負担感	自己効力感	自尊感情	うつ	Mean	SD
介護負担感	—	-.25 ***	-.27 ***	.53 ***	38.88	19.54
自己効力感		—	.68 ***	-.59 ***	8.68	4.19
自尊感情			—	-.68 ***	16.81	4.70
うつ				—	44.64	9.39

[注] ***: $p < .001$.

表5 介護者背景項目の因子分析結果

	因子負荷量	
	第1因子	第2因子
第1因子（3項目）【介護継続因子】		
介護期間	.22	.12
経済状況	.67	-.16
健康状況	.67	.48
第2因子（2項目）【介護可能因子】		
年齢	-.06	.65
介護時間	.17	.26
固有値	1.64	1.17
因子寄与率	.97	.76
累積寄与率	19.40	34.53

[注] 因子分析：主因子分析，バリマックス回転。因子を形成する項目を太字で記載。



e3～e9：誤差変数, $\chi^2=5.713$, 自由度 = 8, 有意確率 = .679, 5%未満を有意水準とした。

図2 介護者全体の因果モデル

において有意を示した。

介護者の背景である【介護継続因子】が、介護負担感 (.38)、自己効力感 (-.25)・自尊感情 (-.40)、うつ状態 (.40) に至る過程に直接効果を与えていた。【介護継続因子】がうつに与える直接効果は、介護負担感がうつに与える直接効果 (.25)、介護負担感から自己効力感を介してうつに至る間接効果 (.03)、介護負担感から自尊感情を介してうつに至る間接効果 (.04) に比べて大きく、その他の間接効果と比較した際も同様の結果が得られた。また、【介護継続因子】からの直接効果は健康状況 (.68) が他の介護期間 (.22)、経済状況 (.56) に比べて最も高かった。

2. 介護者の性別による結果

介護者全体の結果で得られたモデルに基づいて、性差による多母集団同時分析を実施し、図3の性別ごとのモデルを得た。GFI = .988, AGFI = .959, CFI = 1.00となり、いずれも .90以上であった。RMSEA = .000であり、.05以下であった。

a. 男性介護者の結果

因子から観測変数に対するパス係数は、【介護継続因子】から自己効力感、【介護継続因子】から介護期間の2つにおいて有意はみられなかったが、その他のパス係数は有意を示した。また、観測変数から観測変数に対するパス係数は、介護者全体と同様に、介護負担感から自尊感情へのパス係数に有意はみられなかったが、その他の観測変数間すべてにおいて有意を示した。介護者全体のときと同様、【介護継続因子】が、介護負担感 (.31)、自己効力感 (-.18)・

自尊感情 (-.27)、うつ状態 (.32) に至る過程に直接効果を与えていた。【介護継続因子】がうつに与える直接効果は、介護負担感がうつに与える直接効果 (.28)、介護負担感から自己効力感を介してうつに至る間接効果 (.09)、介護負担感から自尊感情を介してうつに至る間接効果 (.09) に比べて大きく、その他の間接効果と比較した際も介護者全体と同様に、介護継続因子からうつに至る直接効果のほうが大きいとの結果が得られた。また、【介護継続因子】からの直接効果も介護者全体と同様に、健康状況 (.79) が他の介護期間 (.20)、経済状況 (.56) に比べて最も高かった。

b. 女性介護者の結果

因子から観測変数に対するパス係数は、【介護継続因子】から介護期間において有意はみられなかったが、その他のパス係数は有意を示した。また、観測変数から観測変数に対するパス係数は、介護負担感から自己効力感、介護負担感から自尊感情、自己効力感からうつへの3つのパス係数に有意はみられなかったが、その他の観測変数間すべてにおいて有意を示した。介護者全体、男性介護者のときと同様、【介護継続因子】が、介護負担感 (.43)、自己効力感 (-.34)・自尊感情 (-.54)、うつ状態 (.46) に至る過程に直接効果を与えていた。【介護継続因子】がうつに与える直接効果は、介護負担感がうつに与える直接効果 (.22)、介護負担感から自己効力感を介してうつに至る間接効果 (.00)、介護負担感から自尊感情を介してうつに至る間接効果 (-.03) に比べて大きく、その他の間接効果と比較した際も介護者全体、男性介護者と同様に、介護継続因子からうつに至る直接効

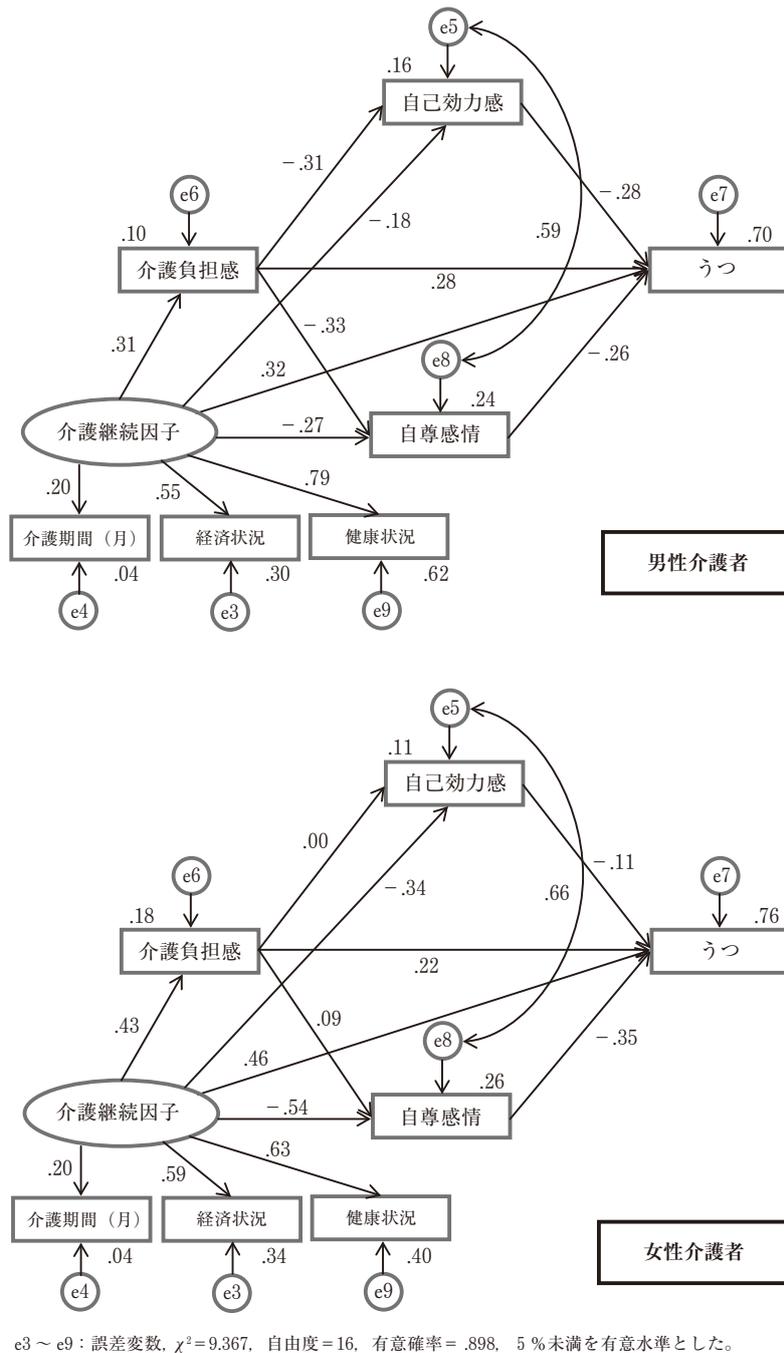


図3 性別にみた因果モデル

果のほうが大きいとの結果が得られた。また、【介護継続因子】からの直接効果も介護者全体、男性介護者と同様に、健康状況 (.63) が他の介護期間 (.20), 経済状況 (.59) に比べて最も高かったが、介護者全体、男性介護者と比較した際、健康状況と経済状況の直接効果に大きな違いがみられなかった。

c. 男性介護者と女性介護者の比較

介護継続因子のうつに与える直接効果を比較すると、男性 (.32), 女性 (.46) と女性介護者の直接効果のほうが高かった。また、介護負担感のうつに与える直接効果を比

較すると、男性 (.28), 女性 (.22) と男性介護者の直接効果のほうが高かった。最後に、自己効力感のうつに与える直接効果を比較すると、男性 (-.28), 女性 (-.11) と男性介護者の直接効果のほうが高かった。

V. 考 察

A. 介護者、要介護者の特性

本研究における結果と介護者の性別の割合を厚生労働

省が2013年度に行った調査とを比較すると（厚生労働省，2014），全国調査は男性31.3%，本研究45.4%であり，全国調査に比べて男性介護者の割合が高かったため，介護者全体の分析においては，男性介護者の状況が全国の認知症介護者の状況よりも若干強く反映されている可能性が考えられる。

性別でみた介護者の属性で有意差がみられた項目は，介護者の年齢と介護時間で，介護者の年齢は男性のほうが高齢である一方，介護時間は女性のほうが長かった。認知症の介護者に対して，大きな規模で行われている他の研究においても同様に，介護者の年齢は男性のほうが高齢であり，介護時間は女性のほうが長く（杉浦・伊藤・三上，2004），介護者の属性では先行研究と比較して大きな相違はみられなかった。

性別でみた要介護者の属性で有意差がみられたものは，要介護者の性別，要介護者の年齢，日常生活自立度であった。男性介護者は約9割が女性を介護している一方，女性が介護している対象の性別は同率であったが，これは全国調査（斎藤，2010）でも同様の結果がみられている。年齢に関しては女性が介護している要介護者の年齢が若干高く，親を介護している割合が男性は42.8%に対し，女性は52.5%であることが影響していると考えられた。日常生活自立度に関しては，女性のほうが重度の人を介護している状況がみられた。認知症の介護においては日常生活自立度Ⅲ以上では介護負担感が大きいという先行研究もみられている。本研究は，介護負担やうつといった介護者の精神状態に関して焦点を当てており，男女別での検討の際には，この点を留意して解釈を行う必要性が考えられた。

B. 介護者の心理尺度得点の性差

本研究の介護者の介護負担感得点において，性別での有意差は認めなかった。認知症者の介護者を対象とした複数の先行研究では，女性のほうが男性と比較して介護負担感が高いことが述べられている（一瀬，2001；藤原・上城・小池・山口・原口，2014）。しかし，認知症介護者の介護負担感，性別ではなく，認知症患者の活動性が高いことが影響するという結果が得られている研究もある（青木ら，2003）。本研究では，要介護度に差はみられないものの，女性に比べて男性のほうが日常生活自立度の高い要介護者を介護している割合が若干高い。これは男性のほうが活動性の高い認知症患者を介護していることを示しており，男性の介護負担感得点に影響を与えている可能性が考えられた。

本研究の介護者の自己効力感得点において，性別による有意差はみられなかった。女性に比べて男性のほうが自己効力感が高いことが複数の研究で明らかになっているが

（稲葉ら，2006；和氣ら，2006），介護者全体，認知症介護者を対象として，性別での違いに言及した先行研究はみられなかった。Banduraは，人は自己効力感を通して，自分の考えや感情・行動などをコントロールしていると述べており（Bandura，1982），男性介護者を対象とした先行研究では，介護に対する向き合い方やサポート体制を主体的にコントロールするという男性の要因が述べられている（中村・永井・松原，2011）。本研究における男性の社会サービスの利用が女性と比較して有意差がみられなかったことを考慮すると，先行研究で明らかになっている，他者に助けを求めない（一瀬，2001；和泉ら，2010；小松・寺島・中村・深沢，2011）といったような男性の要因に比べ，本研究の対象となった男性は，積極的にサービスなどを利用しながら介護に向き合っている，自己効力感が高い集団であったのではないかと考えられる。

本研究の介護者の自尊感情得点において，性別による有意差はみられなかった。同様の尺度を用いて調査した先行研究と比較すると（馬庭・飯田，1997），介護者全体では本研究の介護者の得点のほうが低かった。ただし，男女別にみた際，本研究で対象とした介護者と同様，男性介護者と女性介護者の平均得点には有意差はみられていない。この得点の低い理由に関して，先行研究では初期認知症者の家族介護者が情報を得ることで問題解決型コーピング技術を身につけ，用いることで自尊感情を高める可能性について述べているものがあるが（野村，2007），本研究の対象者は訪問看護などのサービスを利用している介護者が多く，介護情報は入手していることが考えられるため，この要件とは合致しない。

本研究の介護者のうつ得点を，介護者の疾患を限定せずすべての介護者を対象とし，同様の尺度を用いて調査した先行研究と比較すると（馬庭・飯田，1997），介護者全体では本研究の介護者のうつ得点のほうが高かった。また本研究で，うつ状態と判断される40点以上の得点を示したものは全体の約7割を占めていたが，認知症以外の介護者のうつ状態をみた先行研究においては，この割合は約3割程度とされている。しかし，認知症者の介護者を対象とした先行研究と比較すると，介護者全体での得点において大きな相違はみられなかった（安田・村田，2011）。そのため，うつの観点からは，本研究対象者は認知症介護者のなかで特別な状況にある対象ではないことが考えられた。

介護者を男女別にみた際，うつ状態の得点，またうつ状態を示す対象の割合について，本研究において有意差はみられなかった。しかし，本研究において認知症介護者のうつ状態の割合の高さが確認されたことは，認知症介護者のうつ状態を生じさせる要因の解明の必要性を確認させるものであったといえる。

C. 介護者のうつ状態に至る要因の性差

Pearlinの「認知症者介護ストレスモデル」を参考にし、本研究で作成したうつ状態に至る因果モデルに関して共分散構造分析を用いて検討したところ、介護継続因子が介護負担感を高め、高まった介護負担感が自己効力感、自尊感情を低下させるが、自己効力感、自尊感情の高さはうつ状態を弱める関係性に有意に働くこと、また、介護継続因子は、介護負担感、うつ状態に正の直接的な影響を、自己効力感、自尊感情には負の直接的な影響を有すること、このモデルが良好な適合度を得たことにより、本因果モデルは検証された。

Pearlinは、介護者の背景が人々の曝されるストレスの種類の強さに主として影響していると述べ、また認知症者を対象とした先行研究では、介護者のうつ状態を考慮するうえで、介護者の背景は重要な要因となることを指摘している（青木ら、2003；平・樺山・榊原・伊藤・三上、2012）。本研究において、うつ状態に対して最も強い影響力を有したのは、介護継続因子とした介護期間、経済状況、健康状況であった。この結果は、介護者のうつ状態予防を考えるうえで、この3項目に着目することの重要性を示唆するものであった。

また、介護継続因子のなかでも、とくに経済状況と健康状況の影響の強さはあっても、自己効力感や自尊感情といった自己肯定感とうつ状態を弱める影響を与えていることが示された。認知症を対象とした先行研究においては、自己効力感や自尊感情といった自己に対する肯定感からうつ状態への効果について言及された文献は見当たらないが、認知症の介護者においては自己肯定感が高いときに心理的ストレス反応は低い状態にあることが指摘されている（光貞ら、2013）。本研究の結果にて自己肯定感からうつ状態への因果関係を検証することができたことで、自己効力感や自尊感情に働きかけることが、うつ状態を軽減させる重要な要素となりうることが示された。

介護者を性別でみた際、男性介護者は「介護継続因子→うつ」への正の直接効果が最も高かったが、女性に比べると影響はやや小さかった。男性介護者の介護継続因子がうつ状態に強く影響した要因として、介護継続因子のなかで健康状況が最も影響が強いことから、男性介護者の健康状況が考えられる。先行研究において、男性介護者のうつ状態に至る要因を考えるうえで、介護者背景が重要な要素になることが指摘されており（森田・中島・桂山・宮藤・和泉、2010）、本研究においてもその影響の強さが確認された。健康状況の増悪は男性介護者に介護状況の悪化や介護継続への不安を抱かせることにつながるが予想される。男性の介護に対する気持ちが、男性の介護継続因子お

いて健康状況を重要な要素とさせる可能性があり、うつ状態に強く影響する要因の一つとなるものと考えられた。

また、男性介護者は「介護負担感→うつ」への正の直接効果も同様に強い影響を示し、女性に比べて影響が大きかった。本研究において、介護負担感得点、うつ得点自体は性別での違いはないが、介護負担感が強いと、男性のほうがうつ状態につながりやすいという結果となった。男性介護者の介護負担感がうつ状態に強く影響した要因として、男性の介護へのとらえ方が影響した可能性があると考えられる。男性介護者は、女性の介護を行うこと、慣れない家事を行うこと等に対してストレスを感じ（和泉ら、2010）、避けられない現実としての妥協という負の感情を抱きながら介護にあたっている状況が明らかになっている。そのことが要因となって、介護負担感の程度は同じであっても、男性のほうがうつ状態につながりやすくなるのではないかと考えた。

一方、男性介護者では「自己効力感→うつ」への負の直接効果が女性に比べて高く、女性介護者では「自尊感情→うつ」への負の直接効果が男性に比べて高かった。これは、男性介護者は自己効力感、女性介護者は自尊感情がうつ状態の防御因子となる可能性が高いことを示唆している。男性介護者は、サービスの質を見極めるなどの行動によって、介護に対する向き合い方やサポート体制を主体的にコントロールし（青木ら、2003；中村・永井・松原、2011）、自らのやり方で介護を行うことが明らかになっている。自己効力感が低いと主体的は生じないと考えられ、介護を行ううえで男性にとって自己効力感は重要な要因となることが想定される。サポート体制を主体的にコントロールし、そのうえで得られた結果は、介護への満足感を高めることにつながり、介護に対する自己効力感を高め、そのことがうつ状態を軽減させる要因の一つとなった可能性が考えられた。女性介護者は、介護を行うなかでの対処行動として、自身で積極的に感情を調整することが明らかになっている（青木ら、2003）。自尊感情が高くないと、介護を継続するなかで自身の状況を把握し、感情を整えることは困難であると考えられ、女性は男性に比べて社会資源の利用に積極的であることが明らかになっていることから、女性介護者は介護状況を的確にとらえ、社会資源を利用することによって介護負担感を軽減させ、結果として自尊感情を高めるため、うつ状態を軽減させる要因の一つとなった可能性が考えられた。

以上のように、介護者の介護継続因子、介護負担感、自己効力感、自尊感情がうつ状態に強く影響すると思われ、介護継続因子、介護負担感とうつ状態を強め、男性では自己効力感、女性では自尊感情を介することでうつ状態は軽減される可能性が考えられた。

しかし、本研究は、既存の「認知症介護ストレスモデル」

から概念枠組みを作成し、そのうえで因果モデルの検証を行ったものであること、また、認知症者の介護者のみを対象としていることから、本研究結果が認知症介護者特有の因果モデルであるのかについては検討できていない。今後は、認知症以外の介護者との比較検討を行うなど、継続した研究が必要であるといえる。

VI. 本研究の限界

本研究の限界として、本研究における対象者は、訪問・通所などのサービスや、通院などの継続的介入・支援をすでに受けている者が多いため、地域で認知症者を介護している介護者を代表しているとはいえ、一般化には限界がある。また、介護者のうつ状態に至る過程を検討しているが、要介護者の背景との関係性について検討していないこと、自己効力感、自尊感情のみに焦点を当てていること、ストレスを軽減させる可能性があると言われる対処やソーシャルサポートについて検討していないことも本研究の限

界である。今後は、介護者の対象者数を増やし、対処やソーシャルサポート等の媒介要因も考慮し、介護者のうつ状態につながる要因を検討していく必要があると考える。

謝 辞

本研究を行うにあたり、アンケート調査にご協力をいただいた、介護者さま、ならびに、研究対象者さまをご紹介していただいた各施設長さまに深くお礼を申し上げます。本研究は、九州大学大学院に提出した修士論文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

目的：本研究ではPearlinの「認知症介護ストレスモデル」に基づいた概念モデルを作成し、在宅認知症者の介護者がうつ状態に至る要因を明らかにすることを目的とした。

方法・結果：質問紙調査を行い、男性103名、女性124名を分析対象とした。介護者の64.8%にうつ状態がみられたが、性差はみられなかった。介護負担感、自己効力感、自尊感情の得点も性差はなかった。介護者の背景要因の因子分析を行い、抽出した因子をモデルに投入して性差による多母集団同時分析を実施し、良好な適合度を得た。介護者は、背景要因が最もうつ状態に影響していた。男性介護者は、介護負担感、自己効力感のパス係数が女性と比較して大きかったが、女性介護者は自尊感情が大きかった。

結論：介護者の背景要因に加え、男性介護者では自己効力感、女性では自尊感情の維持に働きかけることが、うつ状態の予防において重要な要因となることが考えられた。

Abstract

Purpose: This study aimed to investigate depression factors of home caregivers for people suffering from dementia.

Method・Results: A conceptual model based on Pearlin's caregiver stress model for people with dementia was used for this purpose. A questionnaire was conducted, and the responses of 103 males and 124 females were analyzed. Depressive conditions were seen in 64.8% of all caregivers surveyed, though no significant difference between the sexes was found. There were no differences between the sexes in the scores for caregivers' burden, self-efficacy and self-esteem. After descriptive analysis, factor analysis was conducted to extract latent factors from caregivers' backgrounds, after which such factors were introduced into the model. Multiple-group analysis owing to gender difference was performed, and good conformity was obtained. For caregivers, the background factors had a strong effect on the depressed state. Pass coefficients of caregivers' burden and self-efficacy of males were also larger than those of females. But self-esteem of females was larger than those of males.

Discussion: In addition to the background factors of the caregiver, it was suggested that proactively maintaining male's self-efficacy and female's self-esteem are an important factor in preventing depression.

文 献

青木頼子, 山田美紀, 松元祐美, 川村知也, 中口恵子, 塚崎恵子, 長沼理恵, 高崎郁恵 (2003). 痴呆性高齢者の男性介護者の介護負

担感の要因: 女性介護者の介護負担感と関連要因及び対処行動との関連性を比較分析して. 北陸公衆衛生学会誌, 30(1), 6-11.
Arai, Y., Kudo, K., Hosokawa, T., Washio, M., Miura, H., and Hisamichi,

- S. (1997). Reliability and validity of the Japanese version of the Zarit Caregiver Burden Interview. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 51(5), 281-287.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- 藤原和彦, 上城憲司, 小池伸一, 山口隆司, 原口健三 (2014). 在宅認知症者の家族介護者における介護負担感とコーピングの性差の検討: 男性介護者・女性介護者の特徴. *日本作業療法研究学会雑誌*, 17(1), 31-40.
- 星野 命 (1970). 感情の心理と教育 (二). *児童心理*, 24, 1445-1477.
- 福田一彦, 小林重彦 (1973). 自己評価式抑うつ性尺度の研究. *精神神経学雑誌*, 75(10), 673-679.
- 一瀬貴子 (2001). 在宅痴呆症高齢者に対する老老介護の実態とその問題: 高齢男性介護者の介護実態に着目して. *家政学研究*, 48(1), 28-37.
- 稲葉康子, 大淵修一, 岡浩一朗, 新井武志, 長澤 弘, 柴 喜崇, 小島基永 (2006). 虚弱高齢者の身体活動セルフ・エフィカシー尺度の開発. *日本老年医学会雑誌*, 43(6), 761-768.
- 和泉京子, 中島佐和子, 森田こずえ, 片桐貴子, 桂山真希, 宮藤やよい (2010). 男性介護者の高齢者虐待に関連する要因. *老年社会科学*, 32(2), 235.
- 小松みどり, 寺島陽子, 中村妙子, 深沢香織 (2011). 在宅での男性介護者の実態と支援方法の検討. *長野赤十字病院医誌*, 24, 60-65.
- 厚生労働省 (2014). 平成25年 国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa13/> (検索日2018年9月24日)
- 厚生労働省 (2016). 平成28年度「高齢者虐待の防止, 高齢者の養護者に対する支援等に関する法律」に基づく対応状況等に関する調査結果. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000196989.html> (検索日2018年9月24日)
- 厚生労働省 (2018). 平成29年 国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa17/> (検索日2018年9月24日)
- Lee, H.S., Kim, D.K., and Kim, J.H. (2006). Stress in caregivers of demented people in Korea--a modification of Pearlin and colleagues' stress model. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(8), 784-791.
- 光貞美香, 二宮寿美, 棚崎由紀子, 田中正子 (2013). 認知症グループホームにおけるケアスタッフの心理的ストレス反応と心理的側面の関連. *宇部フロンティア大学看護学ジャーナル*, 6(1), 37-42.
- 馬庭恭子, 飯田澄美子 (1997). 在宅介護における男性介護者の性役割と介護に関わる心理要因. *聖路加看護学会誌*, 1(1), 27-34.
- 松本京子, 小園由味恵, 森川千鶴子 (2014). 認知症高齢者を介護する男性配偶者の介護の思いの様相. *日本看護福祉学会誌*, 19(2), 155-167.
- 森田こずえ, 中島佐和子, 桂山真希, 宮藤やよい, 和泉京子 (2010). 男性介護者の介護の実態とニーズをふまえた支援の検討 (2報) 男性介護者のつどいより. *日本公衆衛生学会総会抄録集*, 69, 379.
- 中村もとゑ, 永井真由美, 松原みゆき (2011). 認知症高齢者を在宅で介護する向老期・老年期にある男性介護者のよりよく生きる力とそれを育む要因. *老年看護学*, 16(1), 104-110.
- 野村美千江 (2007). 地域における初期認知症高齢者と家族介護者への支援方法: 文献検討. *愛媛県立医療技術大学紀要*, 4(1), 35-42.
- 小野ミツ (2009). 男性介護者による虐待の要因と支援方法. *コミュニティケア*, 11(2), 40-43.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J., and Skaff, M.M. (1990). Caregiving and the stress process: an overview of concepts and their measures. *The Gerontologist*, 30(5), 583-594.
- 斎藤真緒 (2007). 「男性介護者全国調査」報告. http://www.hew.coop/wp-content/uploads/2010/11/070131_01.pdf (検索日2018年9月24日)
- 坂野雄二, 東條光彦 (1986). 一般性セルフ・エフィカシー尺度作成の試み. *行動療法研究*, 12(1), 73-82.
- 杉浦圭子, 伊藤美樹子, 三上 洋 (2004). 在宅介護の状況および介護ストレスに関する介護者の性差の検討. *日本公衆衛生雑誌*, 51(4), 240-251.
- 平 和也, 榊山 舞, 榊原一恵, 伊藤美樹子, 三上 洋 (2012). 在宅介護での男性介護者におけるうつ得点の二峰性分布の検討. *日本老年医学会雑誌*, 49(6), 820-821.
- 宇佐美尋子 (2014). 心理的ストレスプロセスにおけるレジリエンスの機能について: 大学生を対象とした検討. *聖徳大学研究紀要*, 24, 11-16.
- 和氣綾美, 山本浩二, 藤塚千秋, 藤原有子, 橋本昌栄, 米谷正造, 木村一彦 (2006). 中学校期の心の健康に及ぼす運動の影響と学校の工夫について. *川崎医療福祉学会誌*, 16(2), 247-259.
- 渡邊 勉, 千葉淳弘, 小林敦郎, 西田裕介 (2014). 介護者の介護負担感に影響を及ぼす要因の検討. *静岡理学療法ジャーナル*, 29, 29-32.
- 安田直史, 村田 伸 (2011). 要介護高齢者を介護する主介護者の介護負担感に影響を及ぼす因子の検討. *西九州リハビリテーション研究*, 4, 59-64.
- Zung, W.W. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*, 12, 63-70.

[2018年1月9日受付]
[2018年10月3日採用決定]

— 研究報告 —

初期キャリア形成期看護師のピア・コーチングの様相とその効果

— フォーカスグループインタビューによる分析 —

The Nature and Effects of Peer Coaching for Nurses During the Initial Career-Development Period:

Analysis Using a Focus Group Interview

富田 亮三 細田 泰子
Ryozo Tomita Yasuko Hosoda

キーワード：ピア・コーチング, 効果, 初期キャリア形成期, 看護師
Key Words : peer coaching, effects, initial career-development period, nurse

はじめに

2009年の法律改正により看護職の臨床研修等の努力義務化が実現され、2012年には「継続教育の基準」が改訂された。「継続教育の基準」は、看護職が一定水準以上の継続教育を受けられるよう、組織の教育提供体制および教育内容を充実するための指針であり（日本看護協会, 2012）、継続教育による看護師の能力開発は、積極的に取り組むべきものといえる。なかでも、卒後2・3年目は基礎的な知識や技術を土台として、より高度な看護ケアに発展させていく段階である（谷脇, 2006）。そして、できるだけ早く職務要件に十分応えられるだけの実務能力を形成することがきわめて重要な時期を初期キャリアとよぶことから（Schein, 1978/1991, pp.42-50；若林, 1988, pp.231-235）、卒後2・3年目は初期キャリア形成期と位置づけることができる。初期キャリア形成期の看護師は臨床実践能力不足やその不足によるストレスを抱えているが（石井・星・藤原・本田・石田, 2003；真壁・木下・古城, 2006；山田・横川・村松・三上・内田, 2014）、新人看護師に比べて職場の教育的支援が充実しているとは言い難く、卒後1年目に比べ初期キャリア形成期への支援が不足しているという報告もある（神島・中村・須田・平尾・三浦, 2009；吉田・山田・森岡, 2011；成田・石井, 2015）。したがって、この時期への教育的支援を検討することは重要な課題といえる。

Schön (1987) は、自己省察や相互作用といったプロセスに焦点をおいたコーチングを提唱しており、コーチが話したり行動で示したりしたことをコーチされる者が自身の経験の枠組み内で解釈して、そこから新しいパフォーマンスを学ぶとしている。そして、コーチングによりコーチされる側だけでなくコーチもパフォーマンスが向上するとし

て、相互啓発的關係について述べている。つまり、コーチングとはコーチとコーチされる者の双方向のコミュニケーションによって、そこから互いが新しいパフォーマンスを学ぶことである。そして、「同年代や社会的立場が同じ人」を意味するピア（peer: Oxford University Press, 2017）によるコーチングであるピア・コーチングは相互関係に基づく教育的支援としての効果が期待できる。

ピア・コーチングとは、非評価、類似の経験、協同作業、成長という要素を含む、2人以上の専門職の同僚の間でなされるプロセスである（Robbins, 1991, pp.1-7; Waddell & Dunn, 2005）。ピア・コーチングは、看護学生や看護スタッフ、成人などを対象に幅広く用いられ、研究が行われている（Broscious & Saunders, 2001; Waddell & Dunn, 2005; Thalluri, O'Flaherty, & Shepherd, 2014; McQuiston & Hanna, 2015; Nyamathi, et al., 2015）。Ladyshefsky (2010) は、ピア・コーチングが非評価者による支援であるため、評価を伴う指導を受けるというストレスから解放される可能性があるとしている。国外ではピアの有効性やピア・コーチングにおける方法論が研究されているが、国内では希少である。そのような状況において、富田・細田・紙野 (2016) は、初期キャリア形成期の看護師が同期入職看護師（以下、同期とする）を精神的な支えとし、互恵的にさらなる可能性を探り、同期を介してケアを再構成しているという、初期キャリア形成期看護師同士が行っているピア・コーチングによる成長のプロセスを明らかにしている。

先行研究より、ピア・コーチングが初期キャリア形成期看護師を成長させる教育的支援として有効であることが示された。国内では成長のプロセスが明らかにされているが、さらに、日常的に臨床で行われているピア・コーチングの様相を解明し、その効果を明らかにすることで、初期

キャリア形成期看護師に対する教育的アプローチを探究するための示唆を得ることにつながる。

I. 研究目的

初期キャリア形成期看護師が行っているピア・コーチングの様相とその効果について明らかにする。

II. 用語の定義

1. 初期キャリア形成期

Schein (1978/1991, pp.42-50), 若林 (1988, pp.231-235), 谷脇 (2006) を参考に, できるだけ早く職務要件に十分応えられるだけの実務能力を形成することがきわめて重要な時期である卒業後 2・3 年目とする。

2. ピア・コーチング

Robbins (1991, pp.1-7), Waddell & Dunn (2005) を参考に, 知識・技術の洗練や問題解決のために, 同期と非評価的で支持的な関係を築きつつ行われる, 実践の振り返りや教えあうという協同を通じた行動のことであり, 認識を含むものとする。

3. 様相と効果

様相とは, 物事のありさまや様子のことであり, 本研究では, 認識を含む具体的行動のこととする。また, 効果とは, ある働きかけによって現れる望ましい結果のことであり, 様相 (具体的行動) によって現れる自身がとらえる望ましい結果のこととする。

III. 研究方法

1. 研究協力者

一般病床数500床以上の医療施設から便宜的に選択した3施設 (地方独立行政法人1施設, 公立大学法人1施設, 私立大学法人1施設) に勤務している看護師15名で, 次の条件を満たす者とした。①社会人経験がない卒業3年目の者, ②同一部署に継続して勤務している者, ③部署に同期入職の看護師がいる者である。なお, 外来, 手術室に所属する看護師は除いた。外来, 手術室に所属する看護師を除いた理由は, 外来については, 同一部署に継続して勤務している者という条件から考えて, 1年目から外来に配属される看護師が少ないと考え, 手術室については一般病床との看護の性質の違いから統一性を確保するために除外した。

2. データ収集方法

施設の看護部長と看護研究責任者に研究の協力を依頼し, 研究協力者の条件に該当する研究協力候補者に研究協力依頼書を配布してもらった。個別の返信で研究協力の意向があった研究協力候補者に研究の目的と方法, 倫理的配慮等を文書と口頭で説明し, 研究協力の同意を得た。

初期キャリア形成期看護師の間で行われるピア・コーチングの具体的行動とその効果を明らかにするためにフォーカスグループインタビュー法 (focus group interviews: FGI) を用いて, 施設別に5名ごとの3グループに分け, 1グループ1回の半構成的面接を行った。FGIは個別面接法と比較すると, 参加メンバーの協働の作業の結果としてさまざまな角度から検討されたグループとしての意見を構築でき, グループダイナミクスによって自発的な発言が促され, 潜在的な意見を引き出すという特徴をもつ (安梅, 2001, pp.6-7)。そのため, メンバーによる相互作用からより豊かなデータが得られると考え, 本研究ではFGIを採用した。

インタビュー内容は, 初期キャリア形成期看護師におけるピア・コーチングをテーマに, 「①卒業2・3年目におけるピア・コーチングの具体的場面, ②ピア・コーチングによって成長できたこと」である。研究協力者の了承を得たうえで, 録音をして逐語録にした。また, メンバーの非言語表現をメモに記録した。面接は施設内のプライバシーが確保できる個室で行った。期間は2016年9月から10月であった。

3. 分析方法

初期キャリア形成期看護師の同期とのピア・コーチングの具体的行動を様相として抽出した。また, その具体的行動による自身の変化をピア・コーチングの効果として抽出した。データを抽出する際は, メンバーの反応をメモで確認し, 抽出したデータは, 文脈に留意し意味内容を損なわないようにコード化, カテゴリー化を行った。様相と効果のそれぞれのカテゴリー, サブカテゴリー, コード, データを熟読し, データの文脈に基づき相互の関係を検討した。

分析の信用可能性を確保するために, 質的研究に精通している研究者2名からスーパーバイズを受けながら分析を進めた。さらに, 各グループの研究協力者にメンバーチェックを行ってもらい, 分析結果を確認してもらった。

IV. 倫理的配慮

研究協力者に研究の意義・目的・方法, 研究への参加の自由意思, 研究参加に同意した後であっても何時でも辞退

できること、研究協力を拒否することにより不利益が生じないこと、プライバシーに関する配慮、データの匿名性の保持や保管に関することなどを説明し、同意を得て実施した。そして、インタビューの日程が、研究協力者の仕事や日常生活の妨げにならないように調整した。インタビュー実施の際は、番号で互いを呼びあうことでプライバシーの配慮に努めた。研究協力者には、インタビュー実施中は互いの意見を尊重しながら発言するように依頼し、建設的な話し合いが行われるように注意を払った。また、本研究は大阪府立大学大学院看護学研究科研究倫理委員会の承認を得たうえで実施した（申請番号：28-01）。

V. 結 果

施設別の3グループからなる合計15名の卒業3年目の看護師（男性2名、女性13名）にインタビューを実施した。グループの詳細は、女性5名の1グループと男性1名と女性4名の混合の2グループであった。グループ内に同じ部署からの参加者はおらず、研究協力者の同一部署にいる同期の人数は、1～6名であった（表1）。1グループにおけるインタビュー時間は、平均1時間2分45秒であった。

分析の結果、初期キャリア形成期看護師のピア・コーチングの様相として、5つのカテゴリー、22のサブカテゴリー、64のコードが抽出され、その効果として、6つのカテゴリー、18のサブカテゴリー、61のコードが抽出された。以下、様相のカテゴリーは【 】, 様相のサブカテゴリーは [], 様相のコードは「 」, 効果のカテゴリーは《 》, 効果のサブカテゴリーは〈 〉, 効果のコードは { }, 具体例を『斜体』で表記し、具体例内の（ ）は文

脈の流れやメンバーの反応、意味が伝わるように説明を加えたものとする。

1. ピア・コーチングの様相

ピア・コーチングの様相として、【絆を深める】【同期を身近な目標とする】【同期とのかかわりから生じる自発的な行動】【ともに学びあう機会をもつ】【同期を通じた自分なりのケアの模索】の5つのカテゴリー、22のサブカテゴリーが抽出された（表2）。

初期キャリア形成期看護師は、【絆を深める】というかわりとして、[仕事以外でも気軽に集まる][同期の前で自分らしく振る舞う]といったかかわりを行っていた。また、[同期をあてにする]や[同期と力を合わせる]といった行動もしており、同期との関係性を深めて信頼関係を築いていた。ある看護師は『仕事のミスが続いたりして、自信がなくなるし、業務に対してもあんまり前向きに仕事できひんかった時期があるんですけど、そういうときに、同期と一緒に頑張ろうとか、励ましてくれたりしたので、仕事を続けてくれた（メンバーもうなずいて聞いている）』と語り「仕事がつらいときに一緒に頑張ろうと励まされる」ことで、[同期と精神的に支えあう]というかわりをもっていった。

同期とは先輩や後輩に比べて身近な存在であるため、[同期に関心を寄せる]や[同期をライバル視する]ことにつながる。ある看護師が『その子はいつも穏やかで、落ち着いてて、どんな人に対してもきれいに話をしてたり、落ち着いて話をしてる姿をみてたりすると、どんなときでもそうやってしないといけないとか、そういうの尊敬する』と語るように、「ていねいな態度で接する同期の姿勢に一目

表1 研究協力者の背景

G	所属部署	所属部署の同期の人数	最終学歴
1	・血液・膠原疾患科	4	専門学校（3年課程）
	・整形外科・形成外科	6	専門学校（3年課程）
	・耳鼻科	5	専門学校（3年課程）
	・腫瘍内科	4	専門学校（3年課程）
	・消化器内科	3	専門学校（3年課程）
2	・眼科・皮膚科・形成外科・総合診療科	2	大学
	・呼吸器心臓外科	4	大学
	・消化器・内分泌代謝内科	3	大学
	・泌尿器科	1	大学
	・脳神経外科	5	大学
3	・集中治療室	3	大学
	・消化器内科	2	大学
	・外科	2	大学
	・消化器内科	2	専門学校（3年課程）
	・整形外科	2	専門学校（3年課程）

置く」ことで「同期の存在を認める」という行動をし、同期の言動や姿勢を身近な目標とする【同期を身近な目標とする】という行動をとっていた。

同期という対等な関係であるからこそ、互いに刺激する関係が生まれ、『(メンバーが負けず嫌いという自分の性格を打ち明け、同期と同じようになりたいという思いを語り、自分のとっている行動を話した。その流れを受けて、) (同期から) 教えられることとかがあったりすると、自分でもわかってなかったんや、その自分のできていないところの気づきにもつながるので、(中略) 1年目とかに比べると勉強力とか、落ちてきてることとかもあったりするんで、そういったところで、自分の知識不足とかを振り返って、自己学習の時間を増やしたりとか』と、ある看護師は自分の経験を語り「同期の意見をきっかけに自分のできていない部分と向きあう」など、「同期の存在が刺激となり自ら行動を起こす」という行動をとっていた。さらに、「同期を通じて自分の現状を自覚する」や「同期から刺激を受けて前向きな気持ちへと切り替える」という行動もしていることが明らかとなり、同期とのかかわりをきっかけとした自ら進んでする【同期とのかかわりから生じる自発的な行動】が行われていた。

初期キャリア形成期看護師にとって、同期は対等で非評価的な関係であるため、気軽に集まることができる。【ともに学びあう機会をもつ】とは、同期と学びにつながる経

験を一緒にするという行動であり、「同期と一緒にケアについて考える」ことや「目の前の問題と一緒に取り組む」こと、「集まって学習する機会を同期ともつ」ことである。ある看護師は『自分の受持ち患者さんとかで、内科なので、結構、緩和ケアとか多くって、その患者さんの感じてる思いと、こっちがしてあげたい看護っていうので、ジレンマがあったりとかすることが多かったですけど、そういうときのかかわりをどうしたらいいかっていうのは、(同期と) よく話しあったりとかして』と「かかわりに悩んだ患者について同期と話しあう」ことについて語り、「目の前の問題と一緒に取り組む」ことをしていた。

同期は精神的な支えであり、よきライバルであるため、互いに協同しながら、同期とのかかわりを通して自分なりのケアの方法を探し求める行動をとっていた。「同期と互いのもつ情報を共有する」ことや「自分に必要な情報を同期から入手する」ことといった情報交換や「自分とは異なる同期の視点から意見をもらう」こと、「同期に自分の視点を確かめる」ことといった視野の拡大を行っていた。そして、「同期とのかかわりをきっかけにケアについて考える」ことや「よりよいケアの方法を模倣しあう」こと、「同期の動きから自分の動きをイメージする」こと、「同期から得た情報を活用する」ことといったケアを自分のものにするための行動である【同期を通じた自分なりのケアの模索】を行っていた。ある看護師は、『(メンバーが先輩と

表2 ピア・コーチングの様相

カテゴリー	サブカテゴリー
絆を深める	仕事以外でも気軽に集まる
	同期の前で自分らしく振る舞う
	同期をあてにする
	同期と力を合わせる
	同期と精神的に支えあう
同期を身近な目標とする	同期に関心を寄せる
	同期をライバル視する
	同期の存在を認める
同期とのかかわりから生じる自発的な行動	同期の存在が刺激となり自ら行動を起こす
	同期を通じて自分の現状を自覚する
	同期から刺激を受けて前向きな気持ちへと切り替える
ともに学びあう機会をもつ	同期と一緒にケアについて考える
	目の前の問題と一緒に取り組む
	集まって学習する機会を同期ともつ
同期を通じた自分なりのケアの模索	同期と互いのもつ情報を共有する
	自分に必要な情報を同期から入手する
	自分とは異なる同期の視点から意見をもらう
	同期に自分の視点を確かめる
	同期とのかかわりをきっかけにケアについて考える
	よりよいケアの方法を模倣しあう
	同期の動きから自分の動きをイメージする
同期から得た情報を活用する	

同期との関係の違いを話しており、その流れを受けて) 同期がこんなことでできたら、こういうふうにはやっていけばいいんやなっていう、1つのやり方が見れたら、今度こうやってみようかなとか、1つのきっかけみたいになりやすいのは、同期かかって思っちゃいます。(中略) ケアのやり方とか、患者さんへの声かけとか、ですかね。自分が受け持ったときに次、どうしてみようみたいな、(考える) きっかけになるのは、もちろん、先輩もなりますけど、やっぱり、同期かかって(メンバーもうなずいている)』と語り、「同期のケアの様子から自分が患者を受け持つときをイメージする」という行動をとっていた。

2. ピア・コーチングの効果

ピア・コーチングの効果として、《モチベーションの高まり》《同期という心の支えの獲得》《互いに高めあう存在への変化》《自発的行動への変容》《ケアの幅の広がり》《同期と協力することによる成功体験》の6つのカテゴリー、18のサブカテゴリーが抽出された(表3)。

初期キャリア形成期看護師にとって同期とのピア・コーチングは、〈同期の存在によってやる気が湧き起こる〉や〈同期をきっかけに前向きになる〉といった精神的な側面に影響を及ぼしていた。ある看護師は『(メンバーが対抗心ではないが、張りあうような気持ちになることがあると語り、その話を受けて、競争心ではないと言いながら) (同期と) 同じ年数頑張ってきたから、同じ分だけできるようになりたいっていう気持ちがあって、頑張ろうっていう気持ちにはなりますね』と「同期と同じ分だけできるようになりたいし頑張ろうという気持ちになる」について語り、〈同期の存在によってやる気が湧き起こる〉ことで、同期の存在が《モチベーションの高まり》となっていることが明らかとなった。

ピア・コーチングを通して、モチベーションが高まるだけでなく、『(メンバーの、同期がいるだけで頑張ろうという気持ちになり、モチベーションが高まるという話の流れで、先輩との関係との違いの話になり、) 先輩だったら、評価されてるのかなって思うときがあって緊張というか。なんというか、(同期に対しては) さらけ出せるというか、お互い自分の悪いところとかも、全然普通に言えるのかな』と同期との関係を語り、「同期には自分の悪いところとかも普通にさらけ出せる」など、〈同期の前で素直になれる〉関係性が築かれていた。また、〈同期と同じ意見であることが自信となる〉や〈同期とのかかわりから安心感が得られる〉〈同期と励ましあうことで仕事を続けることができる〉〈なんでも言いあえる自分の支えとなる同期ができる〉といった同期となんでも言いあえ、心の支えとなる関係が構築されるということを示す《同期という心の支えの獲得》がみら

れた。

さらに、同期とのかかわりによって、〈同期と一緒に探求するようになる〉や〈切磋琢磨していける関係になる〉といった同期とともに成長に影響を及ぼしあう関係に変わっていく《互いに高めあう存在への変化》が示された。ある看護師は『(管理者より同期と事例検討を行うように言われて、) そのときは強制というか、やってくださいって言ってたんですけど、(中略) やっぱり、一番悩むことって言った、患者さんとかかわりかかって(同期と) 話になって、自主的に自分たちからしたいってことを言って、1~2か月に1回ぐらいで開催してる感じですよ』と「同期と事例検討会を行っていくうちに自主的に自分たちで続けて行いたいという思いが生まれる」について語り、〈同期と一緒に探求するようになる〉という効果が得られていた。

同期という自分と立場の同じ存在とのピア・コーチングは、〈同期をみて自分を振り返る〉や〈同期をみて自分もやろうと決心する〉といった変化をもたらしていた。ある看護師は『(メンバーが同期とケアの方法などを教えあい、真似しあうという話をしており、その話の流れで) 同期に、これこれこうやってるよって言われて、こうなったらどうするんやろって、同期だったら疑問が生まれることとかもあつたりします。(中略) こういうときとかはどうしてるんかかって思って、自分もちゃんと調べようとは思うかもしれないんですけど、で、調べて。(中略) イレギュラーなこととか起こっても先輩だったら、こうこうこうしてって言われたらそうするけど、そういうイレギュラーとかには対応できないんだろなとか思ったりすると、ちゃんと調べとかかって思って、自分でも調べます』と「同期のやり方から疑問が生まれることがあり自分で調べる」について語り、〈対等な同期からの情報だからこそ自分でも確認するようになる〉と、同期とのかかわりをきっかけとして自分から行動を起こすようになるといった《自発的行動への変容》を示した。

同期とのかかわりは、精神的な側面や自身の変化以外にケアについても効果をもたらしていた。《ケアの幅の広がり》とは、同期とのかかわりを通じて新しい知識やケアの視点を取り入れ、ケアの質が向上していくことであり、〈同期の行動や意見によってできていないケアを自覚する〉や〈同期と話しあうことで相手の考えやケアの方法を得る〉〈同期の自分とは異なる視点によって新たな見方に気づく〉〈同期の意見を取り入れ自分の行動に用いる〉〈同期と一緒に考えることで自分の考えがつけられていく〉といった効果を示した。ある看護師は、『(同期と一緒に励ましあって、仕事を続けてこれたとメンバーが語り、精神面だけではなく、ケアの方法などお互いに得るものが多いという話の流れで) 時間があいたときとかに、同期をみてたら、そ

他の同期は、たとえば、ベッド周囲の環境調整やったりとか、点滴のルートをきれいにやったりとか、患者さんとお話とか結構普通、時間とってやったりとかしてたりとか、そういうかわりとかみて、なんか、自分にはできてないことが同期はできてるんだなっと思って』と『同期のケアをみて同期にはできているが自分にはできていないと気づく』について語り、〈同期の行動や意見によってできていないケアを自覚する〉という《ケアの幅の広がり》をみせていた。

同期とのピア・コーチングは成功体験をもたらし、ある看護師は、〈同期と協力することで成功体験を得る〉の『同期と患者のかかわり方を一緒に考えることで患者から前向きな反応が得られ楽しさが生まれる』について、『(同期と認知症患者へのかかわり方について相談し、その方法を真似して) 結局、最終的に私の名前も覚えてくれるようになって、そこから、仕事全体がすごい、楽しさもちょっとできてきたというか、業務だけじゃなくって、同期がいたから、そういう気持ちになれたというか』と語った。同期と協力することで仕事において楽しみが生まれるという《同期と協力することによる成功体験》が示された。

3. ピア・コーチングの様相と効果の関係性

初期キャリア形成期看護師は、同期とのピア・コーチングによってさまざまな効果を得ていた。ある看護師は、『同期から得るものってやっぱり大きくあると思う、いっぱいあるんですけど、患者さんの対応だったりとか、ケアの方法だったりとか、さまざまなこと、同期から教わったりと

か、一緒に考えたりとか。自分で学習する、自分が調べる動機につながったりするのは、やっぱり同期からの影響が、私は大きくあったかなと』と語り、『同期と一緒にケアについて考える』という【ともに学びあう機会をもつ】ことで、〈同期の存在によってやる気が湧き起こる〉という《モチベーションの高まり》をみせていた。同様に、つらそうなときに互いに気づかい〔同期と精神的に支えあう〕という【絆を深める】ことや同期が自分よりも先にいると実感して学習に取り組むという〔同期の存在が刺激となり自ら行動を起こす〕といった【同期とのかかわりから生じる自発的な行動】によっても、やる気が湧き起こったり、精神的に前向きになったりと《モチベーションの高まり》を示していた。

《同期という心の支えの獲得》は【絆を深める】という行動によって得られていた。〔仕事以外でも気軽に集まる〕という【絆を深める】かかわりによって、〈同期と励ましあうことで仕事を続けることができる〉。ある看護師は『(同期と) つらい時期って同じタイミングになることが多くて、そこで、1人で殻に閉じこもるんじゃなくって、同期が何人も声かけてくれたりだとか、一緒にご飯に行ったりとかもするんですけど、苦しみとかつらいこととかを共有することで、一緒に乗り越えていこうみたいな、こう気持ちの切り替えとかっていうのもありますし、(中略)、愚痴とかを言いあったりだとかっていうところで、技術的にも精神的にも軽くなるっていうかわりが多いかなっていうのはありますね』と語り、心の支えを獲得していた。

〔同期の存在を認める〕といった【同期を身近な目標と

表3 ピア・コーチングの効果

カテゴリー	サブカテゴリー
モチベーションの高まり	同期の存在によってやる気が湧き起こる
	同期をきっかけに前向きになる
同期という心の支えの獲得	同期の前で素直になれる
	同期と同じ意見であることが自信となる
	同期とのかかわりから安心感が得られる
	同期と励ましあうことで仕事を続けることができる
	なんでも言いあえる自分の支えとなる同期ができる
互いに高めあう存在への変化	同期と一緒に探求するようになる
	切磋琢磨していける関係になる
自発的行動への変容	同期をみて自分を振り返る
	同期をみて自分もやろうと決心する
	対等な同期からの情報だからこそ自分でも確認するようになる
ケアの幅の広がり	同期の行動や意見によってできていないケアを自覚する
	同期と話しあうことで相手の考えやケアの方法を得る
	同期の自分とは異なる視点によって新たな見方に気づく
	同期の意見を取り入れ自分の行動に用いる
	同期と一緒に考えることで自分の考えがつけられていく
同期と協力することによる成功体験	同期と協力することで成功体験を得る

する】ことや施設外研修に同期と参加するといった【ともに学びあう機会をもつ】ことは、《互いに高めあう存在への変化》につながっていた。ある看護師は『(同期が) うまいこと動いているから自分もちょっと参考にして、同期のケアを真似してとか、相談にのって自分の成長につなげることができるとかなど、振り返ってみて考えることがあったりとかしたんで、ただ仲いいだけじゃなくって、お互いに切磋琢磨していけるような関係に、そういう関係になってきたんかなっていうふうを感じることはありますね』と語った。

《自発的行動への変容》には、【同期を身近な目標とする】【同期とのかかわりから生じる自発的な行動】【ともに学びあう機会をもつ】【同期を通じた自分なりのケアの模索】が影響していた。『一年生の指導のこととか、同期に相談することはあります。自分だけだったら偏った考えになっているから、こういう指導をしたら、こうやって反応されたんだけど、それ以上、自分はいうことができなかったけど、みんなやったらどうやっていってる？ って、言葉を求めたりします。実際、どういっているかとか、そういうのを聞いたりして、次、そういうことがあったら、それを1回試したりみたりはするんです』と語るように、[目の前の問題と一緒に取り組む]という【ともに学びあう機会をもつ】ことで、そこで話しあった内容を次回に試すという《自発的行動への変容》がなされていた。さらに、『(同期がすごく積極的でその姿をみて、自分にとって) 未経験な処置とかあったら、自分があたることもあるけど、やっぱりあたらないこともあって、違う人(同期)があたったら、それを見学させてもらおうとか、自分から先輩なり誰かに声をかけて、見させてもらったりして、で、経験するようにはしてます』と語るように、同期の存在が刺激となり、《自発的行動への変容》を遂げていた。

初期キャリア形成期看護師の【同期を通じた自分なりのケアの模索】は、《ケアの幅の広がり》と関係があり、『同期と同じレベルをやってきて、だいたい一緒に物事を教えてもらってきてるんですけど、そのなかでも、(同期とは) 考えることが違うというか、見る視点が違うんで、(同期に) いろんなアドバイスとか聞いたりとか、ここどう思うとか？ というようなことを教えてもらって、いままで自分、狭い考えだったのが、1つのことに(同期と) 3人でしゃべったりして、あ、こんなもあるんやって、意見聞いて、ちょっと、広く考えられるようになったんかなって。(中略)、(先輩よりは) 同期のほうが聞きやすいとか、結構、意見を聞くことが多いんで、それを結構、実際の看護に活かしたりだとか、何かやってるなかでも使っているんじゃないかな』と語った。[同期と互いのもつ情報を共有する]ことや[自分とは異なる同期の視点から意見をもらう]こと、[同期に自分の視点を確かめる]ことで〈同期の自分とは異なる視点

によって新たな見方に気づく〉ことや〈同期の意見を取り入れ自分の行動に用いる〉という《ケアの幅の広がり》をみせていた。

ピア・コーチングは同期との協同であるため、【ともに学びあう機会をもつ】ことや【同期を通じた自分なりのケアの模索】によって成功体験を得ていた。ある看護師は、『(自分も同期もリーダーのとき、患者の対応が求められる状況で) 自分のチーム内で患者さんが熱出たとか、相手チームの患者さんが熱出たってなったときに、リーダー間で相談したりもするんですけど、相手のチームのリーダーが、〇〇さん熱出てるんだけど、どうしよう？ ってなって、(中略)、一緒にその患者さんの対応をして、(中略)、患者さんに変化があったときに同期間で一緒にアセスメントして、対応したときに、そのあと、先生の診察記録とかみて、私らも肺炎を疑ってたんで、先生らも肺炎所見を精査してたので、うちのアセスメント間違ってたんやなって、あとでカルテでみてわかったりすることがあって、まだリーダーぜんぜん慣れてないですけど、そうやって、2人で相談したりしたことと、こうちょっとは迅速に対応できたかなって』と語り、患者の対応の仕方を同期と一緒に模索することを通して、《同期と協力することによる成功体験》を得ていた。

VI. 考 察

1. ピア・コーチングの様相と効果

ピア・コーチングの様相として抽出されたカテゴリーは、【絆を深める】【同期を身近な目標とする】【同期とのかかわりから生じる自発的な行動】【ともに学びあう機会をもつ】【同期を通じた自分なりのケアの模索】の5つであった。

【絆を深める】とは、[仕事以外でも気軽に集まる]や[同期と精神的に支えあう]ことであり、気を許せるピアの関係にある同期だからこそその行動である。Waddell & Dunn (2005) は、ピア・コーチングにおける「非評価」の重要性を述べており、非評価的で対等な同期とのかかわりがピア・コーチングの特徴であるといえる。Ladyshevsky (2010) も、ピア・コーチングに必要な要素として「非評価的フィードバック」をあげている。さらに「信頼の構築」という要素をあげており、【絆を深める】ことは同期との信頼の構築、深化を促し、より非評価的で対等な関係をつくり出すことによって、互いにフィードバックすることを可能にしていると考えられる。

【同期を身近な目標とする】では、同期が非評価的で対等な関係であるため負けたくないという思いをもつことで[同期をライバル視する]ようになる。【同期を身近な目標とする】はピア・コーチングの要素である「達成目標

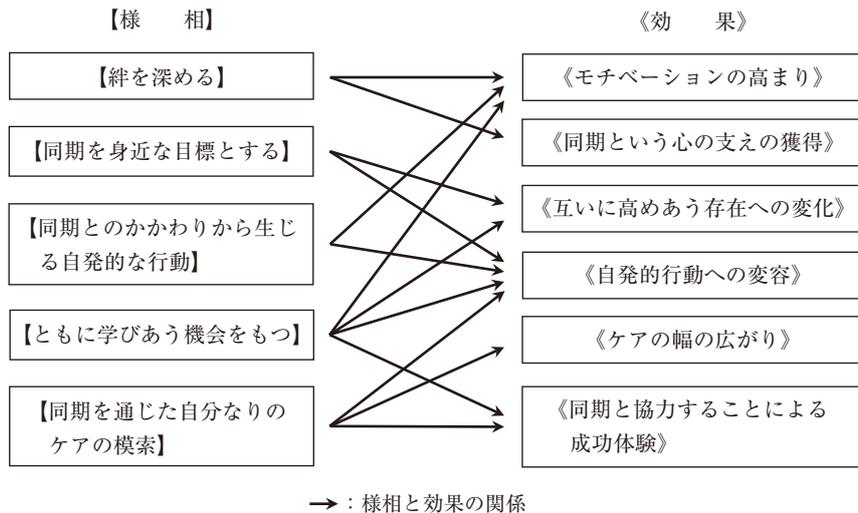


図1 ピア・コーチングの様相と効果の関係

の設定」(Ladyshefsky, 2010) であると考えることができ、同期が自分と同レベルの成長発達段階にあることで、高すぎない目標の設定につながった。また、【同期とのかかわりから生じる自発的な行動】によって、[同期を通じて自分の現状を自覚する]ことができた。そして、自分を同期と比べることで自分の現状を把握し、比較対象となる同期の存在が自分を振り返るために有用となった。つまり、比較対象が非評価的で対等な者であったことで、身近な目標を見出すことにつながっていた。ピア・コーチングとは自発的な関係 (Waddell & Dunn, 2005; McQuiston & Hanna, 2015) においてなされるものであるため、【同期とのかかわりから生じる自発的な行動】がピア・コーチングの具体的行動であり、富田ら (2016) も述べているように、同期からの刺激を自分の原動力として行動を起こしていると考えられる。

【ともに学びあう機会をもつ】は、[目の前の問題と一緒に取り組む]ことや[集まって学習する機会を同期ともつ]ことであり、同期は学習行動の協働者となり、課題解決に向けて支えあいを行っていた。同期を「つらさを共感できる相手」(神島ら, 2009) ととらえていることから、精神的な支えとなる同期とは行動をともにしやすいと考えられる。【同期を通じた自分なりのケアの模索】は初期キャリア形成期看護師のピア・コーチングの中核を担う行動であり、看護実践能力を向上させるための行動であると考えられる。看護実践能力に不安を覚える初期キャリア形成期看護師は、[同期と互いのもつ情報を共有する]ことや[よりよい方法を模倣しあう]ことを通して、自分なりのケアの模索を行っていた。これは、ピア・コーチングという実践の振り返りや能力の洗練、広がり、新しいスキルの構築、アイデアの共有、問題解決などの協同作業 (Robbins, 1991, pp.1-7) と重なるものであった。

ピア・コーチングの効果として抽出されたカテゴリーは、《モチベーションの高まり》《同期という心の支えの獲得》《互いに高めあう存在への変化》《自発的行動への変容》《ケアの幅の広がり》《同期と協力することによる成功体験》の6つであった。

《モチベーションの高まり》や《同期という心の支えの獲得》は、初期キャリア形成期看護師のピア・コーチングによる精神的な側面における効果であるといえる。ピア・コーチングは、ピアという非評価的で対等な関係にある同期との間で行われるものである。そのため、【絆を深める】や【ともに学びあう機会をもつ】という行動によって、同期との関係性が構築されていく。さらに、同期は「感情を吐露できる場所」(神島ら, 2009) といわれており、精神的な支えとなり得る同期と一緒にピア・コーチングを行うことで、より互いの距離を縮めることができると考える。

《互いに高めあう存在への変化》や《自発的行動への変容》は、【同期を身近な目標とする】ことや【ともに学びあう機会をもつ】ことによる効果である。ピア・コーチングは同期がいて成り立つものであり、同期とのかかわりによって同期と自分を比較し振り返る機会となる。その振り返りによって自分の現状を再認識し、目標設定や次の行動へとつなげている。成人教育理論では、自己決定性の獲得を成人教育の到達目標の一つとし、学習者と教育者の相互作用により互いが変化し、学習者の自律性と自己決定性が変容するとされており (Cranton, 1992/2010, pp.27-33), 成人教育の方法の一つといえるピア・コーチングにおいても、《互いに高めあう存在への変化》や《自発的行動への変容》という効果が得られたと考える。

《ケアの幅の広がり》については、初期キャリア形成期看護師が同期と行うピア・コーチングの内容に関係があると考えられる。初期キャリア形成期看護師は、[同期と互いの

もつ情報を共有する]や[自分とは異なる同期の視点から意見をもらう]などして、同期と問題を解決するために協力していた。つまり、ピア・コーチングによって同期同士で協力して問題解決に努めることで、患者への対応など看護実践を拡大していると考えられ、《ケアの幅の広がり》という効果が得られているのだといえる。また、ピア・コーチングによって、新しい知識とスキルを実践に統合し看護師の実践を改善すること (Waddell & Dunn, 2005) や看護の知識とエビデンスに基づいたケアを広げること (Peinhardt & Hagler, 2013) が報告されていることから、ピア・コーチングによる看護実践の幅の広がりとは、看護実践能力の向上に影響すると考えられる。また、初期キャリア形成期看護師は、《同期と協力することによる成功体験》を得ていた。これは、同期と協力することで困難を乗り越えるという体験を得ていることを示すカテゴリーであり、同じレベルの学生同士や専門家同士の助けあいであるピア・コーチング (Himes & Ravert, 2012) によって、成功経験がもたらされたと考える。

初期キャリア形成期看護師は、[同期と一緒にケアについて考える]ことや[目の前の問題と一緒に取り組む]なかで自分自身を振り返り、〈同期の自分とは異なる視点によって新たな見方に気づく〉ことや〈同期の意見を取り入れ自分の行動に用いる〉ことをしながらキャリアを積んでいる。つまり、初期キャリア形成期看護師は、同期とのピア・コーチングによって自分の経験の意味を問い直し、新たな気づきを生み出し、自分の実践のなかに組み入れつつ成長していた。ここでいう成長とは、早川 (1994) の Dewey の言葉を借りた「経験の再構築であり、経験の意味の豊富化、もしくは拡充」のことであり、ピア・コーチングが初期キャリア形成期看護師の成長を促したと考える。

2. 初期キャリア形成期看護師の教育における提言

初期キャリア形成期看護師にとって、同期の存在は精神的な支えとして非常に重要であり、仕事を続けていくうえでもかけがえのない存在といえる。さらに、よきライバルとして互いに切磋琢磨していく存在としても注目され、同期とのピア・コーチングは《互いに高めあう存在への変化》をもたらす。中原 (2010) は日本企業に勤務するビジネスパーソンを対象に調査を行い、同僚・同期からの「業務支援」「内省支援」が能力向上に正の影響を与えていることを明らかにしており (pp.99-101)、看護分野においても、同期の存在が成長に影響を及ぼす重要な要因であるといえる。

本研究によって初期キャリア形成期看護師が、同期とのピア・コーチングによって《モチベーションの高まり》や

《同期という心の支えの獲得》をして、《自発的行動への変容》といった人間性の成長と《ケアの幅の広がり》という看護師としての成長をするという効果が明らかとなった。さらに、同期とのピア・コーチングの様相である具体的な行動を明らかにすることで、ピア・コーチングがどのようなものであるかを示すことができ、教育的支援としてのピア・コーチングによる介入をどのようにすればよいのかを考える示唆が得られた。本研究の結果を活用し、看護師の教育的支援において上司や先輩が行うものであるという従来の方法に、同期同士とともに成長するという横のつながりを活かした教育的支援を取り入れることで、より効果的な支援が行えると考えられる。同期との関係性を構築する場をつくり、同期とのピア・コーチングを用いることで、初期キャリア形成期看護師の成長に寄与することができると考えられる。

Ⅶ. 研究の限界と今後の課題

本研究では、社会人経験がなく、同一部署に継続して勤務しており、部署に同期入職の看護師がいる初期キャリア形成期の者を研究協力者としている。また、研究協力者が各施設の組織文化や教育体制に影響を受けている可能性があり、研究結果の転用については、限定性に配慮する必要がある。今後は本研究の質的な結果を参考に、ピアの関係づくりを促すような初期キャリア形成期看護師を支援する取り組みが必要である。

謝 辞

本研究に快くご協力くださいました看護師の皆さま、病院関係者の皆さまに厚くお礼申し上げます。また、熱心にご指導いただきました大阪府立大学の旗持知恵子教授、長畑多代教授に深く感謝申し上げます。

付 記

本研究の一部は、日本看護学教育学会第27回学術集会と日本看護研究学会第43回学術集会において発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的：初期キャリア形成期看護師のピア・コーチングの様相とその効果を明らかにする。

方法：卒後3年目の看護師15名にピア・コーチングの経験について、フォーカスグループインタビューを実施し、質的記述的に分析を行った。

結果：ピア・コーチングの様相は、【絆を深める】【同期を身近な目標とする】【同期とのかかわりから生じる自発的な行動】【ともに学びあう機会をもつ】【同期を通じた自分なりのケアの模索】から構成された。効果は、《モチベーションの高まり》《同期という心の支えの獲得》《互いに高めあう存在への変化》《自発的行動への変容》《ケアの幅の広がり》《同期と協力することによる成功体験》から構成された。

考察：初期キャリア形成期看護師は、ピア・コーチングによって精神的支援が得られ、自発的行動を行うようになり、ケアの幅が広がるという成長をする。したがって、ピア・コーチングの有効性が示唆された。

Abstract

Purpose: This study aimed to clarify the nature and effects of peer coaching for nurses during the initial career-development period.

Method: Focus group interviews on peer coaching experiences were conducted with 15 nurses in their third year after graduation. These data were analyzed using a qualitative descriptive method.

Results: According to nurses, the nature of peer coaching comprised the following: “strengthen the bond,” “set the peer as a short-term target,” “spontaneous behavior based on relationship with the peer,” “have the opportunity to learn together,” and “exploring care in my way with the peer.” The effects of peer coaching included “surge of motivation,” “acquisition of mental support from the peer,” “change to a mutually enhancing existence,” “transition to spontaneous behavior,” “expanding the scope of care,” and “successful experience by cooperating with the peer.”

Discussion: Peer coaching helped nurses obtain mental support, mature spontaneously, and expand their scope of care. It is therefore suggested that peer coaching be made available to nurses.

文 献

- 安梅勅江 (2001). ヒューマン・サービスにおけるグループインタビュー法：科学的根拠に基づく質的研究法の展開. 1-3, 東京：医歯薬出版.
- Broschius, S.K. and Saunders, D.J. (2001). Peer coaching. *Nurse Educator*, 26(5), 212-214.
- Cranton, P.A. (1992/2010). 入江直子, 豊田千代子, 三輪建二 (訳). おとなの学びを拓く：自己決定と意識変容をめざして. 27-33, 東京：鳳書房.
- 早川 操 (1994). デューイの探究教育哲学：相互成長をめざす人間形成論再考. 2-3. 名古屋：名古屋大学出版会.
- Himes, D.O. and Ravert, P.K. (2012). Situated peer coaching and unfolding cases in the fundamentals skills laboratory. *International Journal of Nursing Education Scholarship*, 9(1), 1-19.
- 石井京子, 星 和美, 藤原千恵子, 本田育美, 石田宜子 (2003). 中堅看護師の職務ストレス認知がうつ傾向に及ぼす要因分析に関する研究：新人看護師と比較して. *日本看護研究学会雑誌*, 26(4), 21-30.
- 神島滋子, 中村恵子, 須田恭子, 平尾明美, 三浦博美 (2009). 救急部門に勤務する卒後3年目までの看護師の職場適応構造：インタビューの分析より. *日本救急看護学会雑誌*, 11(1), 1-11.
- Ladyshevsky, R.K. (2010). Building competency in the novice allied health professional through peer coaching. *Journal of Allied Health*, 39(2), e77-e82.
- 真壁幸子, 木下香織, 古城幸子 (2006). 職業経験5年以内の看護師の早期離職願望と仕事への行き詰まり感. *新見公立短期大学紀要*, 27, 79-89.
- McQuiston, L.S. and Hanna, K. (2015). Peer coaching: An overlooked resource. *Nurse Educator*, 40(2), 105-108.
- 中原 淳 (2010). 職場学習論：仕事の学びを科学する. 東京：東京大学出版会.
- 成田真理子, 石井範子 (2015). 看護師の看護実践環境と職務満足との関連：卒後2～3年目の特徴を探る. *秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻紀要*, 23(2), 105-117.
- 日本看護協会 (2012). 継続教育の基準 ver. 2. <http://www.nurse.or.jp/nursing/education/keizoku/pdf/keizoku-ver2.pdf> (検索日2017年11月1日)
- Nyamathi, A., Salem, B.E., Zhang, S., Farabee, D., Hall, B., Khalilifard, F., and Leake, B. (2015). Nursing case management, peer coaching, and hepatitis A and B vaccine completion among homeless men recently released on parole: Randomized clinical trial. *Nursing Research*, 64(3), 177-189.
- Oxford University Press (2017). *Oxford Advanced Learner's Dictionary*. https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/definition/english/peer_1?q=peer (検索日2017年11月1日)
- Peinhardt, R.D. and Hagler, D. (2013). Peer coaching to support writing development. *The Journal of Nursing Education*, 52(1), 24-28.
- Robbins, P. (1991). How to Plan and Implement a Peer Coaching Program. 1-7, Alexandria, VA: Association for Supervision and Curriculum Development.
- Schein, E.H. (1978/1991). 二村敏子, 三善勝代 (訳). キャリア・ダイナミクス：キャリアとは、生涯を通しての人間の生き方・表現である. 42-50, 東京：白桃書房.
- Schön, D.A. (1987). Educating the Reflective Practitioner: Toward a New Design for Teaching and Learning in the Professions. San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- 谷脇文子 (2006). 卒後2～3年目看護師の臨床能力の発展に関する研究：卒後2年目と3年目看護師の臨床能力の向上・促進と経験の特質. 高知女子大学紀要 (看護学部編), 55, 39-50.
- Thalluri, J., O'Flaherty, J.A., and Shepherd, P.L. (2014). Classmate peer-coaching: "A Study Buddy Support scheme". *Journal of Peer Learning*, 7, 92-104.
- 富田亮三, 細田泰子, 紙野雪香 (2016). 初期キャリア形成期の看護師におけるピア・コーチングの相互関係の構造. 日本看護学教育学会誌, 25(3), 13-24.
- Waddell, D.L. and Dunn, N. (2005). Peer coaching: The next step in staff development. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 36(2), 84-89.
- 若林 満 (1988). 組織内キャリア発達とその環境. 若林 満, 松原敏浩 (編), 組織心理学. 231-235, 東京: 福村出版.
- 山田典子, 横川亜希子, 村松真澄, 三上智子, 内田雅子 (2014). 大卒看護職の初期キャリアにおける就職満足感と離職願望. 札幌市立大学研究論文集, 8(1), 19-29.
- 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.

[2017年11月13日受 付]
[2018年10月4日採用決定]

家族介護者の介護力構造因子における関連要因と介護負担感への影響

Influence of Relevant Factors among the Structural Factors Associated with
Care Capacity on the Sense of Care Burden of Family Caregivers

櫛 直 美 尾 形 由 起 子 江 上 史 子
Naomi Ichiki Yukiko Ogata Fumiko Egami

キーワード：家族介護者，介護力，介護負担感

Key Words：family caregivers, care capacity, care burden

緒 言

わが国は、世界に類をみないスピードで高齢化が進展しており、平成27年度では高齢者世帯数は全世帯の約47%を占め、その内訳は夫婦のみの世帯がいちばん多く約3割を占めているが、将来的には「ひとり親と子からなる世帯」が大きく増加すると見込まれている（厚生労働省，2016）。また社会生活基本調査によると、介護者の状況として年齢別構成比では男女とも50～59歳の人数が最も多く、子や子の配偶者が介護を担うケースが多いわが国にあっては、その世代にあたる、いわば働き盛りの世代の介護の負担が増すことが予想される（総務省統計局，2013）。そのため介護を理由とした離職者は経済的問題も大きく、介護の重度化や長期化は家族介護者の介護負担を増すだけでなく生活の破綻を招きかねない。このように高齢者の介護問題はさらに複雑化し、緊急かつ重要な課題として保健・医療分野をはじめ幅広い領域で支援策が検討され、家族介護者にも早期からの支援が重要であることが認識されてきた。

2000年に創設された介護保険法は、孤立した介護者を生み出さないよう利用者の主体性および選択制を保証するシステムとして開始されたが、介護保険サービスだけでは対応できない生活課題や対応が十分でないことから生じる問題も露呈された（厚生労働省，2008）。総務省の調査では、同居の介護者の7割近くが「悩みやストレス」があると答えており、その原因で最も多いのは男女ともに「家族の病気や介護」であった。この状況において在宅介護を継続するためには、社会資源を活用しつつも家族介護者の内的資源である介護力を最大限に引き出し、介護負担感を軽減していくことが重要であると考えられる。白澤は、インフォーマルサポートやフォーマルサポートのような社会資源や高齢者自身の内的資源も活用して、ケアマネジメントが進められるべきである、と述べている（1992，p.110）。また広

瀬・岡田・白澤（2005）も、要介護高齢者やその家族介護者を支援するには、介護者の資源を含めた効果的な活用が今後一層望まれる、と述べている（pp.52-57）。そこで家族介護者のもつ内的資源、すなわち“介護力”とはどのようなものなのか、そしてこの介護力に関連する要因が何であるかを明らかにする必要があると考えた。

先行研究では、介護力を『要介護者の世話をする能力』として扱われていることが多く、介護をするための知識や技術、そしてそれを獲得するための方法や手段をもちえているか、そのための介護環境の調整能力という視点において評価されていた。具体的には介護の判断、介護行動の選択、介護の実践、介護の学習という視点である。しかし、長期間にわたる介護において家族介護者が介護継続意思を持ち続けるためには、介護を肯定的にとらえる視点が重要であると考えた。介護の肯定的評価についてKramer（1997，pp.218-232）は、介護の肯定的評価は否定的評価の裏返し概念ではなく独立した概念として介護者の精神的健康に関連している、と述べている。そして介護の肯定的側面を探求する重要性について、第一に、肯定的評価は自己価値を高め、要介護者との深い親近感等の意味づけをしていく能力における自信につながることをあげている。また櫻井（1999，pp.203-210）が開発した「介護肯定感尺度」に含まれる感情や思いは介護に伴うストレスを軽減する効果があると指摘しており、とくに介護の限界感である「介護をやめたい」「介護を代わってほしい」といった介護者が心身ともに追い詰められることを防ぐ効果があることを明らかにしている。

そこで家族介護者の介護力を獲得していくための支援について検討するためには、家族介護者の内的資源としての介護肯定感を形成する力を含めた介護力構造因子とその関連要因を明らかにすること、ならびにその介護力構造因子が介護負担感にどのような影響を及ぼしているのかを明らかにすることが必要であると考えた。

I. 研究目的

本研究の目的は、家族介護者の内的資源としての介護肯定感を形成する力を含めた介護力構造因子とその関連要因を明らかにすることと、介護力構造因子が介護負担感に及ぼす影響を明らかにすることで、家族介護者の介護力を獲得するための支援について示唆を得ることを目的とした。

II. 研究方法

1. 用語の定義

(1) 介護負担感

Zarit, Reever, & Back-Peterson (1980) は介護負担を「親族を介護した結果、介護者が情緒的、身体的健康、社会生活および経済状態に関して被った被害の程度」と定義しており、介護が及ぼす問題として精神的、肉体的、経済的な側面において介護者の主観に基づく介護負担とした。

(2) 介護肯定感

日々の介護を経験している過程の中でフィードバックを

繰り返し、介護者自身が培ってきた成果や介護の影響を受けて形成されてきた「介護をしてきてよかったと思える」などの介護に対する認識の肯定的な側面である。

(3) 家族介護者

要支援または要介護者を同居して介護を行っている主たる介護者とした。

2. 本研究の枠組み

本研究では、まず家族介護者の介護力構造因子に着目し、家族介護者の特性、要介護者の特性、介護状況が関連すると仮定した。さらに、介護力構造因子には介護肯定感形成のための行動やストレス対処に関連する行動も含まれることから、Kramer (1997) や Marshall & Dunkel-Schetter (1987) が述べたように介護負担感にも影響を及ぼすと仮定した (図1)。

3. 対象者

高齢者率の全国平均を上まわる2県に居住する家族介護者で、介護保険サービスを利用している1,200人。これは

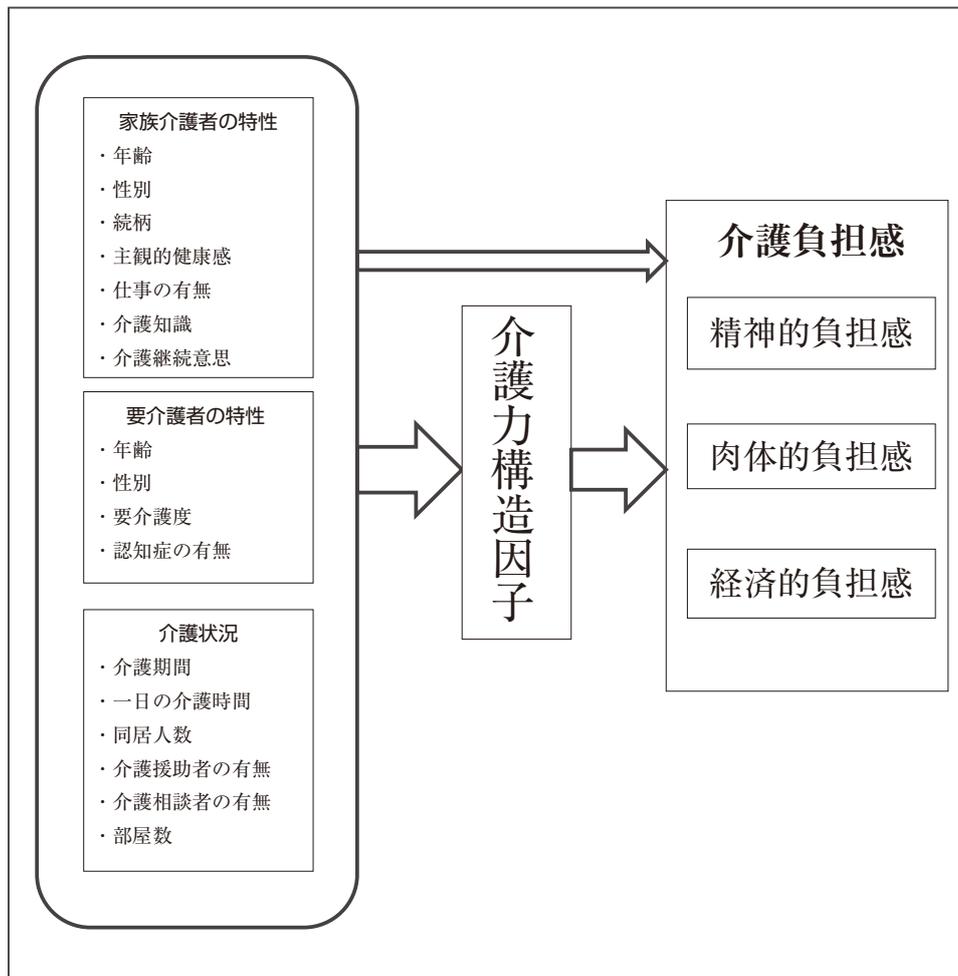


図1 研究の枠組み

介護保険サービスを利用しつつも家族介護者が抱く介護負担感に、介護力構造因子がどのように影響しているのかを明らかにするためである。調査の趣旨や内容について介護支援専門員を通して、口頭と書面にて説明を行い、承諾を得られた家族介護者とした。ただし、事業所が回答困難と判断した家族介護者は除外した。

4. 調査期間

2012年5月から2012年8月。

5. データ収集方法

調査方法は、配布するにあたり各県の介護支援専門員連絡協議会を訪問し、調査の趣旨を口頭書面で行った。その後、電話にて調査協力の説明の機会を得られた居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所に直接訪問して管理者に研究の説明を口頭と書面で行い、同意を得られた介護支援専門員より家族介護者1,200名に調査票を手渡した。回収方法は、アンケート調査はすべて無記名とし、返信用封筒に厳封して郵送により直接研究者へ返信とした。

6. 調査内容

(1) 家族介護者の特性 (7項目)

年齢、性別、主観的健康感、続柄、仕事の有無、介護方法に関連する知識(以下、介護知識)、介護継続意思とした。回答について、主観的健康感は「健康である」:4点、「まあまあ健康である」:3点、「あまり健康でない」:2点、「健康でない」:1点の4件法とした。仕事の有無は、「仕事をしている」「仕事をしていない」とした。介護知識は、「よく知っている」:6～「全く知らない」:1の6件法とした。介護継続意思は、「最期まで在宅介護したい」:4、「できるかぎり在宅介護したい」:3、「仕方なく在宅介護している」:2、「今すぐ在宅介護をやめたい」:1の4件法とした。

(2) 要介護者の特性 (4項目)

性別、年齢、要介護度、認知症の有無とした。回答について要介護度は、要支援1～要介護5までの7段階とした。認知症については、「ある」:1点、「少しある」:2点、「ない」:3点の3件法とした。

(3) 介護状況 (6項目)

介護期間、一日の介護時間、同居人数、介護援助者の有無、介護相談者の有無、住居の部屋数とした。回答について介護時間は、「4時間以内(一日の生活のなかでときどき介護している)」:1点、「4時間から8時間くらい(日中、介護とそれ以外の時間がほぼ同程度である)」:2点、「8時間から16時間くらい(ほぼ介護に携わっているが、寝る時間はある)」:3点、「16時間以上(ほぼ一日中介護

をして寝る時間もない)」:4点の4件法とした。介護相談者と介護援助者は、その有無と関係について尋ねた。住居の部屋数については記述とした。これら介護状況の質問項目は、野川(2000)の介護環境要因の項目(p.66)および「家族生活力量アセスメントスケール」(家族ケア研究会, 2002)を参考とした。野川(2000)によれば、介護環境要因には心理的、物理的距離について住宅問題や介護相談者、協力者が含まれているとし、そのことが介護継続意思に深く関連しているとの報告(pp.66-73)がなされている。住宅問題では、物理的距離を保つための部屋の広さより、個室の数に関連していることが示唆されていたため、今回の介護状況の質問として部屋数を加えた。

(4) 介護負担感

介護の状況においてさまざまな介護負担が推測されるが、本研究では家族介護者の主観的負担としての「感情」に焦点を当て、精神的負担感、肉体的負担感、経済的負担感を設定し、「非常に大きい」:1～「ほとんどない」:5までの5件法とした。分析においては、「ほとんどない」:1点から「非常に大きい」:5点までと逆転させた。

(5) 介護力調査項目 (38項目)

介護力調査項目の38項目については、「よくそう思う」:4点、「どちらかといえばそう思う」:3点、「どちらかといえば思わない」:2点、「ほとんどそう思わない」:1点の4件法とした。

介護力調査項目の作成については、先行研究(Kramer, 1997; Lawton, Moss, Kleban, Glicksman, & Rovine, 1991; 翠川, 1993; 岡林・杉澤・高梨・中谷・柴田, 1999; 斉藤・國崎・金川, 2001; 櫻井, 1999; 陶山・河野・河野, 2004; 和気・矢富・中谷・冷水, 1994)より介護力に関する文献を選択し、573項目を抽出した。項目のなかでの重複した内容や表現方法の不明瞭な内容について項目を削除し322項目を選定した。類似した内容ごとにカテゴライズして「介護意欲」「周囲との人間関係」「感情・ストレスコントロール能力」「家族の役割獲得」「介護対処法の認知」「社会資源の活用」「経済力」「病気の理解」の8カテゴリーとした。次に在宅において介護を実践している家族介護者にインタビューを実施し、その結果を質的帰納的に分析した。その結果190のコードより23のサブカテゴリーを抽出し、さらに7のカテゴリーとした。これらの7カテゴリーと前述の文献より得られた8カテゴリーを整理し、最終的に「介護力の概念」として11カテゴリーを抽出し介護力調査項目原案を作成した。さらに家族介護者への4回のプレテストを実施し、高齢者対象に理解できるか等について意見交換を行い、質問項目の削除、修正を行った。最終的に38項目の介護力調査項目を設定した。

7. 分析方法

まず介護力調査項目について探索的因子分析により介護力構造因子を抽出した。続いて介護力構造因子の関連要因を明らかにするために、家族介護者の特性（7項目）、要介護者の特性（4項目）、介護状況（6項目）を独立変数とし、介護力構造因子を従属変数として重回帰分析を行った。さらに介護力構造因子を含む要因を独立変数とし、精神的負担感、肉体的負担感、経済的負担感を従属変数として強制投入法による順次重回帰分析を実施し、標準偏回帰係数を求めた。

介護力構造因子の抽出については、介護力調査項目の欠損値の多い項目や正規分布から大きく外れて偏りのみられる天井効果、フロア効果のある項目、各項目と介護力合計点との相関がPearsonの積率相関係数.4未満の低い項目を削除した。また因子負荷量.4以下の項目を削除し、38項目のうち計10項目を削除した28項目について主因子法によるプロマックス回転を行い、因子を抽出した。下位尺度の相関はPearsonの積率相関係数を算出し、信頼性の検討は、Cronbachの α 係数にて行った。

また介護負担感は認知症と深く関連することが考えられるため、介護負担感と認知症について一元配置分散分析による平均値の比較を行った。多重比較法はTukey検定を行った。統計解析は“IBM SPSS Statistics 20.0 J for Windows”を用い、有意水準は5%未満とした。

8. 倫理的配慮

対象者には、研究の概要、結果の公表方法、回答は自由意志であり協力の可否により施設利用において不利益がないこと、協力する場合も答えたくない質問には答えなくてよいこと、調査は無記名であり個人は特定されないこと、データは統計的に処理すること、調査紙の記入と提出をもって研究への参加承諾を得られたとすることを文書と口頭で説明した。本研究は、福岡県立大学研究倫理委員会の承認を得て開始した（承認番号：69）。

Ⅲ. 結 果

有効回収数は661（有効回収率55.1%）であった。

基本属性と介護状況に関する質問項目の回答の各度数を以下に示した。ただし、有効回収数のうち、欠損値の取り扱いとして項目ごとに除外したため、それぞれの n 数に違いがある。

1. 対象の概要（表1）

(1) 家族介護者の特性

男性130人（20.0%）、女性520人（80.0%）で、年齢は

平均 64.1 ± 11.2 歳であった。要介護者との続柄は親361人（55.4%）で最も多かった。家族介護者の主観的健康感、「健康である」「まあまあ健康である」をあわせて466人（72.9%）であった。介護知識については、7割以上が介護知識をもっていると評価していた。介護継続意思は、「できるかぎり在宅介護したい」と考えている人は最も多く408人（69.3%）であった。

(2) 要介護者の特性

男性208人（32.7%）、女性427人（67.1%）で、年齢は平均 83.0 ± 8.5 歳であった。要介護度別は、要介護1が164人（25.7%）で最も多かった。認知症は「ある」179人（27.7%）、「少しある」217人（33.6%）、「ない」214人（33.1%）であった。

(3) 介護状況

介護期間は平均 5.04 ± 4.7 年、最長35年で、介護時間については、一日の生活のなかで4時間以内が334人（55.9%）で半数を占めている。ほぼ一日中16時間以上で寝る時間もないと回答した家族介護者も22人（3.7%）いた。同居人数の二人暮らしでは夫婦が最も多く、次いで親子となっていた。介護援助者が存在したのは6割以上で、8割以上の家族介護者は介護相談者が存在した。部屋数については、4～6部屋ある家庭が全体の62%を占めた。

2. 介護力構造因子の抽出（表2）

(1) 介護力構造因子のネーミング

第1因子は7項目より構成され、要介護者への親近感や愛情を感じるとともに介護をとおして自己成長していこうと介護の肯定的側面に目を向けることによって、介護を継続しようと考えられることから、【介護を肯定的にとらえる力】とした。第2因子は7項目より構成され、介護に関する知識や技術の習得などから【介護ケア実践力】とした。第3因子は5項目より構成され、家族介護者自身が自分の健康に気を配っていることから【自己の健康管理力】とした。第4因子は3項目より構成され、介護生活を切り離し、介護に距離をおいたり、時間配分がうまくでき自分だけの時間をもつことができることから【介護生活からの転換力】とした。第5因子は3項目より構成され、他者との関係性において介護を援助してもらうことから【周囲の援助活用力】とした。第6因子は3項目より構成され、家族介護者自身の感情を表出し精神的安定をはかるための方法などから【介護に対する負の感情表出力】とした。各因子の下位尺度得点の平均は、第1因子が 2.72 ± 0.75 、第2因子が 2.93 ± 0.61 、第3因子が 2.96 ± 0.62 、第4因子が 2.80 ± 0.82 、第5因子が 2.64 ± 0.75 、第6因子が 2.36 ± 0.76 であった。

(2) 内的整合性の確認

因子の信頼性については、内的一貫性を信頼性係数

表1 対象の概要

		人数	割合 (%)		
家族介護者の特性	年齢 (n = 645)	mean ± SD (min - max)	64.1 ± 11.2 (35 - 94)		
	性別 (n = 650)	男	130	20.2	
		女	520	80.0	
	続柄 (n = 652)	夫	131	20.1	
		妻	85	13.0	
		親	361	55.4	
		祖父母	11	1.7	
		親戚	4	0.6	
		その他	60	9.2	
	主観的健康感 (n = 639)	健康である	130	20.3	
		まあまあ健康である	336	52.6	
		あまり健康でない	145	22.7	
		健康でない	28	4.4	
	仕事 (n = 651)	している	288	44.2	
		していない	363	55.8	
	介護知識 (n = 648)	よく知っている	52	8.0	
		まあまあ知っている	193	29.8	
		少しは知っている	237	36.6	
		あまり知らない	122	18.8	
		ほとんど知らない	35	5.4	
全く知らない		9	1.4		
介護継続意思 (n = 589)	最期まで在宅介護したい	114	19.4		
	できるかぎり在宅介護したい	408	69.3		
	仕方なく在宅介護している	57	9.7		
	いますぐ在宅介護をやめたい	10	1.7		
	その他	29	4.4		
要介護者の特性	年齢 (n = 643)	mean ± SD (min - max)	83.0 ± 8.5 (42 - 104)		
	性別 (n = 636)	男	208	32.7	
		女	427	67.1	
		不明	1	0.2	
	要介護度 (n = 638)	要支援 1	60	9.4	
		要支援 2	75	11.8	
		要介護 1	164	25.7	
		要介護 2	109	17.1	
		要介護 3	114	17.9	
		要介護 4	72	11.3	
		要介護 5	44	6.9	
	認知症 (n = 646)	ある	179	27.7	
		少しある	217	33.6	
		ない	214	33.1	
		わからない	29	4.5	
		不明	7	1.1	
	介護状況	介護期間 (n = 592)	mean ± SD (min - max)	5.04 ± 4.72 (0 - 35)	
		介護時間 (n = 598)	4時間以内	334	55.9
			4時間から8時間くらい	122	20.4
			8時間から16時間くらい	120	20.1
16時間以上			22	3.7	
同居人数 (n = 643)		mean ± SD (min - max)	2.96 ± 1.52 (1 - 9)		
介護援助者 (n = 648)		いる	394	60.8	
		いない	216	33.3	
		どちらともいえない	38	5.9	
介護相談者 (n = 641)		いる	542	84.6	
	いない	62	9.7		
	どちらともいえない	37	5.8		
部屋数 (n = 641)	mean ± SD (min - max)	5.24 ± 1.85 (1 - 13)			
家族介護者の介護負担感	精神的負担感 (n = 646)	非常に大きい	137	21.2	
		大きい	294	45.5	
		どちらでもない	99	15.3	
		あまりない	88	13.6	
		ほとんどない	28	4.3	
	肉体的負担感 (n = 645)	非常に大きい	105	16.3	
		大きい	246	38.1	
		どちらでもない	142	22.0	
		あまりない	122	18.9	
		ほとんどない	30	4.7	
経済的負担感 (n = 646)	非常に大きい	62	9.6		
	大きい	191	29.6		
	どちらでもない	186	28.8		
	あまりない	162	25.1		
	ほとんどない	45	7.0		

[注] nは欠損値を除いた数。

表2 介護力の構造因子

項目	因子						
	1	2	3	4	5	6	
第1因子 介護を肯定的にとらえる力							
32) 要介護者といえるのが楽しいと感じる	.866	-.056	-.034	-.021	-.055	.070	
34) 介護をしてよかった	.843	.013	-.118	.018	.016	.015	
36) これからもできれば介護していきたい	.835	.020	-.025	-.005	.010	-.096	
33) 要介護者を尊重する気持ちももてる	.812	.053	-.012	.030	.031	-.055	
35) 要介護者が世話に感謝したり、喜んでいて感じる	.761	-.008	.010	-.016	.014	.032	
31) 介護をすることによって満足感が得られる	.699	.003	.063	-.065	.025	.152	
30) 要介護者も頑張っている	.685	.009	.099	.044	-.042	-.056	
第2因子 介護ケア実践力							
4) 要介護者の急変時の対応策を考えている	-.059	.850	-.082	.044	-.024	-.015	
5) 要介護者の状態や変化にあわせて対応をしている	.013	.823	.064	.065	-.079	-.143	
3) 要介護者の食事や排泄などの介護の仕方はわかっている	.013	.748	-.031	.056	-.040	-.077	
2) 発熱や脱水など健康問題の発見が遅れないように観察している	.025	.718	.037	-.077	-.101	.118	
6) 役所や医師、看護師などの専門家に相談している	-.023	.597	.024	.023	.109	-.027	
7) 要介護者の行動や言動に動揺しないで対処している	.085	.579	.135	-.004	.020	-.178	
1) 介護に役立つ情報を集めている	.012	.424	-.142	-.076	.111	.251	
第3因子 自己の健康管理力							
25) 自分の体力を保つため睡眠、食事等に気を配っている	-.018	.006	.889	-.229	-.031	.171	
26) ほぼ規則的な生活をしている	-.079	-.010	.753	.049	-.119	-.012	
22) できる範囲で無理をしないで介護するようにしている	.009	-.026	.605	.134	.217	-.246	
23) 私は、自分の生活の仕方を自分なりに工夫している	.081	-.004	.536	.317	-.035	-.073	
24) 自分自身の健康意識が高まった	.107	.106	.531	-.114	.038	.148	
第4因子 介護生活からの転換力							
9) 自分の好きなことをして気分転換をしている	-.024	.003	-.046	.831	-.081	.100	
10) ストレスを感じたとき、解消する方法もっている	.043	.100	-.096	.876	-.020	.140	
21) 介護以外の楽しみの時間ももてる	.013	-.221	.214	.556	.211	-.012	
第5因子 周囲の援助活用力							
19) 家族や親戚、近所の人々が介護を手伝ってくれている	.005	-.037	-.110	-.065	.875	-.121	
18) 一人で何でもやろうとしないでまわりの人に協力を頼んでいる	.009	-.013	-.097	.121	.704	-.076	
16) 介護の大変さやつらさを理解してくれる人がいる	.065	.019	-.122	.058	.401	.180	
第6因子 介護に対する負の感情表出力							
12) つらいときは、泣いたり怒ったりしている	.059	-.049	-.098	.116	-.122	.607	
11) 自分で自分をほめたり励ましたりしている	.014	-.199	.236	.275	-.121	.588	
14) 介護をしている人同士で励ましあっている	-.049	.000	.005	-.003	.368	.409	
	下位尺度間相関	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子	第5因子	第6因子
	第1因子	1.000	.552	.556	.387	.439	.235
	第2因子		1.000	.448	.296	.453	.448
	第3因子			1.000	.634	.433	.304
	第4因子				1.000	.439	.299
	第5因子					1.000	.511
	第6因子						1.000

[注] 因子抽出法：重みなし最小二乗法，回転法：Kaiserの正規化を伴うプロマックス法。

(Cronbachの α 係数)によって検討した。28項目全体のCronbachの α 係数は.92であり高い値が得られた。さらに下位次元ごとに検討を行うと、第1因子.92、第2因子.85、第3因子.81、第4因子.86、第5因子.68、第6因子.62となり、高い値が得られ信頼性は担保された。

3. 介護力構造因子の関連要因 (表3)

介護力構造因子に関連があった項目は、【介護を肯定的にとらえる力】では介護知識がある ($p < .05$)、在宅での

介護継続意思がある ($p < .01$)であった。【介護ケア実践力】では介護知識がある ($p < .01$)、在宅での介護継続意思がある ($p < .01$)、要介護度が高くなる ($p < .01$)、介護期間が長い ($p < .05$)であった。【自己の健康管理力】では年齢が高い ($p < .01$)、介護知識がある ($p < .01$)、また介護時間が短い ($p < .01$)、在宅での介護継続意思がある ($p < .01$)であった。【介護生活からの転換力】では介護知識がある ($p < .01$)、介護時間が短い ($p < .01$)、介護相談者がいる ($p < .01$)、在宅での介護継続意思がある

($p < .01$)であった。【周囲の援助活用力】では男性より女性 ($p < .01$)、主観的健康感が高い ($p < .01$)、介護期間が短い ($p < .05$)、介護援助者がいる ($p < .001$)であった。【介護に対する負の感情表出力】では男性より女性 ($p < .05$)、介護知識がある ($p < .05$)、認知症が「ある」 ($p < .05$)、介護相談者がいる ($p < .01$)であった。

4. 介護負担感の関連要因

まず、介護力構造因子では【介護を肯定的にとらえる力】【介護生活からの転換力】【介護ケア実践力】および【介護に対する負の感情表出力】の4つの因子が関連した。

【介護を肯定的にとらえる力】および【介護生活からの転換力】が高いほうが精神的、肉体的、経済的負担感のいずれも低く、逆に【介護ケア実践力】および【介護に対する負の感情表出力】が高いと、いずれも高かった(表3)。

次に認知症との関連では、精神的負担感は認知症が「ある」のは「ない」より有意に高かった ($p < .001$)。認知症の「少しある」のは「ない」より有意に高かった ($p < .001$)。肉体的負担感と認知症との関連は、認知症の「ある」のは「ない」より有意に高かった ($p < .01$)。認知症の「少しある」のは「ない」より有意に高かった ($p < .05$)。経済的負担感と認知症との関連はなかった(表4)。

表3 介護力に関連する要因：重回帰分析の結果(標準偏回帰係数)

説明変数	介護力構造因子							介護負担感			
	介護を肯定的にとらえる力	介護ケア実践力	自己の健康管理力	介護生活からの転換力	周囲の援助活用力	介護に対する負の感情表出力	介護力合計	精神的負担感	肉体的負担感	経済的負担感	
家族介護者	年齢	.137	-.047	.239 **	-.013	.118	-.057	.076	-.009	.063	.077
	性別	-.024	-.006	.025	-.026	.169 **	.139 *	.024	-.011	.067	.058
	続柄	.037	-.003	.006	-.061	.185	.052	.038	.007	.083	.078
	主観的健康感	.044	-.013	.072	.105	.148 **	.092	.056	-.002	-.164 **	-.052
	仕事の有無	.016	.094	.051	.074	.063	.015	.080	.033	.003	.080
	介護知識	.128 *	.322 ***	.160 **	.145 **	.059	.118 *	.262 ***	-.091	-.031	-.044
	介護継続意思	.337 ***	.107 *	.134 **	.153 **	.054	.035	.202 ***	-.156 **	-.085	-.003
要介護者	年齢	-.038	.038	-.025	.092	-.057	.036	.026	.028	-.072	-.026
	性別	.045	-.033	-.005	.062	-.027	-.051	.000	-.062	.009	-.029
	要介護度	.099	.174 **	.001	-.030	.011	-.027	.092	.085	.201 ***	.189
	認知症	-.019	.070	-.038	-.018	.019	.107 *	-.049	-.089	-.028	-.049
介護状況	介護期間	-.061	.116 *	-.008	.024	-.100 *	.053	-.093	.022	.011	.063
	介護時間	.062	.084	-.162 **	-.161 **	-.040	.079	-.028	.198 **	.186 **	.116
	同居人数	-.006	.016	.040	-.028	.007	.043	-.008	-.022	-.037	-.034
	介護援助者	.023	-.045	.010	.050	.322 ***	-.057	.053	-.042	.007	-.001
	介護相談者	.041	.061	.088	.182 **	.096	.190 **	.139 *	.066	.050	.044
	部屋数	-.059	-.042	-.008	.045	.010	.088	-.010	-.013	-.035	.099
介護力構造因子	介護を肯定的にとらえる力								-.344 ***	-.265 ***	-.247 ***
	介護ケア実践力								.205 **	.267 ***	.164 **
	自己の健康管理力								-.038	-.045	-.021
	介護生活からの転換力								-.173 **	-.145 *	-.216 ***
	周囲の援助活用力								.028	.017	.007
	介護に対する負の感情表出力								.212 **	.166 **	.185 **
重相関係数 (R)	.453 ***	.463 ***	.364 ***	.371 ***	.482 ***	.369 ***	.426 ***	.579 ***	.597 ***	.494	
R ²	.206	.215	.133	.138	.233	.136	.181	.336	.357	.244	
F値	5.496	5.760	3.353	3.504	6.670	3.346	4.255	7.055	7.740	4.459	

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

表4 認知症の程度による介護負担感の比較

項目	精神的負担感				
	n	平均値	SD	p	
認知症の程度	認知症がある	178	2.08	0.99	***
	認知症が少しある	213	2.19	0.99	
	ない	210	2.74	1.17	
項目	肉体的負担感				
	n	平均値	SD	p	
認知症の程度	認知症がある	177	2.34	1.06	**
	認知症が少しある	21	2.54	1.04	
	ない	211	2.87	1.18	
項目	経済的負担感				
	n	平均値	SD	p	
認知症の程度	認知症がある	177	2.75	1.12	ns
	認知症が少しある	213	2.89	1.07	
	ない	211	3.08	1.10	

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

IV. 考 察

1. 介護力構造因子の検討

第1因子の【介護を肯定的にとらえる力】は介護力のなかで最も重要な因子となっている。この因子は「要介護者といえるのが楽しいと感じる」や「要介護者を尊重する気持ちがある」といった要介護者との関係性における介護肯定感の項目から構成されている。櫻井（1999）の「介護肯定感尺度」でも、「介護状況に対する充実感」および「高齢者との一体感」というような、介護している相手を慈しむ思いや絆に似た構成について述べている。大変な介護という役割のなかで、いかに介護を肯定的にとらえるかが家族介護者支援の重要な鍵となる。

第2因子の【介護ケア実践力】は、介護力カテゴリーの「介護に関する知識と技術の獲得」や「病気（認知症）への理解」「自己成長感に認識」といった、介護していくうえで必要な技術や知識を習得し実践する力やその力が身につくことによる自己成長感の項目から構成されている。この因子は、Bandura（1982）のその結果を生ずるのに必要な行動をうまく行うことができるといった「効力期待（自己効力）」に合致する内容であり、家族介護者が在宅で要介護者を介護するための知識や技術を単に知っているだけでなく、おそらくこれを実践すれば介護できるだろうという期待である。介護することがよい結果を生むとわかっても、必要とされる行動をうまく実行できる自信が得られない場合があり、介護ができそうにないなどの効力期待が低い場合には介護の継続に影響を及ぼすと考えられる。しかし反面、自信があるからこそ、他者に頼らず自分の力で遂行しようという介護に積極的な行動となり、和気ら（1994）や岡林・杉澤・高梨・中谷・柴田（1999）の「問題解決型」の対処行動に類似することからも、自己の限界を超え頑張ることでのバーンアウトの危険性も示唆される。

第3因子の【自己の健康管理力】は、介護カテゴリーの「介護役割遂行意識の変容」および「自己の健康意識の向上」の自分の健康を維持していく必要性を理解して、自分のできる範囲で無理なく介護するといった項目から構成されている。このことは、岡林ら（1999）の「ペース配分型」や永井（2005）の「自己管理能力」に類似する内容であり、家族介護者の自分自身をケアするといった介護力の重要な要素である。とくに介護初期では介護に没頭し自分自身の身体を壊してしまい、将来を悲観し介護継続ができなくなるケースが多く、この意識づけや支援は介護継続には重要である。

第4因子の【介護生活からの転換力】は介護カテゴリーの「介護との折り合い」の項目から構成されており、岡林

ら（1999）の「回避型」のように介護負担感を軽減するためには、介護に物理的、心理的に距離をおきストレスを回避する行動と同様であり、この介護力は介護者の介護負担感を軽減し肯定的な認識をもつうえで効果的な行動であると考えられる。

第5因子の【周囲の援助活用力】は「介護カテゴリーの「社会資源の活用」および「周囲との関係性の構築」「家族機能の成長」の項目から構成されており、家族や親せき、近所の方、そして当事者同士の支援についてインフォーマルサポートとして社会資源に位置づけている。和気ら（1994）は、その当事者をとりまくソーシャルサポートといったインフォーマルな資源は、当事者のもつ潜在的な力を引き出し、強化していくエンパワメントに重要な役割を果たしている、と述べている。したがって、家族介護者は自分自身の力だけでなく、周囲の力をうまく活用していく力が介護には必要である。

第6因子の【介護に対する負の感情表出力】は介護力カテゴリーの「感情の発散」と「周囲との関係性の構築」の項目から構成されている。この因子は介護肯定感形成のための対処行動や、ストレス対処行動においては見当たらない項目である。むしろ介護負担感尺度において負の感情として取り扱われている。しかし、介護は肯定的な感情と否定的な感情が常に交差しているため、介護が辛い、大変で苦しい、といった負の感情を表出し、発散することで心のバランスをとり、間接的に介護肯定感が形成されると考えられる。

2. 介護力構造因子に関連する要因の特徴について

本研究で明らかとなった介護力構造因子に関連する家族介護者の要因は、性別と年齢、介護知識、主観的健康感、介護継続意思であった。そのうち最も影響を及ぼしていたのは、介護知識であり、5因子と関連していた。このことから、介護力を獲得するための重要な要素であると考えられる。病気や介護方法の知識を十分もつことは、介護の不安を軽減させ、自信をもって介護を実践できることで自己効力感にもつながると考える。Bandura（1982）のよい結果を生み出すために必要な行動をうまくとることができるかどうかの確信（pp.122-147）である効力期待を高めるためには、まず必要な行動とは何かを考えるための知識が必要である。また野川（2000）も家族の介護役割の継続性はキャリア発達の過程にみられる自己認識、達成感、満足感などは、状況に対する十分な知識とそれに対応する技術をもっていれば、問題によりよく対応できるという前提が存在する（pp.41-44）、と述べている。

介護継続意思も4因子と関連しており、強く関連していたのは【介護を肯定的にとらえる力】であった。これは

野川（2000）や陶山ら（2004）の研究結果と一致していた。つまり、家族介護者が介護継続意思を持ち続けるためには、要介護者の理解を深め、相手を思いやることや自己成長感などを感じることが必要であり、そのためには【介護生活からの転換力】や【自己の健康管理力】といった自分自身を労わる心理的余裕をもてるよう配慮する必要がある。

そして性別や年齢については、家族介護者が高齢であるほど【自己の健康管理力】が高くなっており、介護による共倒れへの不安からも健康意識が高まるのではないかと考える。また男性は女性に比べて【周囲の援助活用力】が低く、【介護に対する負の感情表出力】が低かった。これは、男性介護者は周囲との関係性を構築したり、周囲に弱音を吐くことが苦手であり、村山（2011, p.9）が指摘しているように、介護の危機的状況にあっても、男性介護者は介護に関連するニーズを表出しない傾向にある。そのことが高齢者の虐待につながる可能性があり、息子や夫に高齢者虐待の割合が多くなると考えられるため、性差による支援方法について検討する必要がある。

また家族介護者の主観的健康感と【周囲の援助活用力】に正の相関があることから、自分自身が健康でないと感じている場合には周囲に支援を求めにくく、介護のストレスを抱え込んでしまう傾向があるといえる。したがって、介護している家族介護者の主観的健康感を高く維持するためには【周囲の援助活用力】を高めることが必要である。和気ら（1994）は、介護者は問題に対処する生活者であり、問題の解決にあたっては、身近にあり、活用しやすい家族や友人、当事者同士といったインフォーマルサポートが重要である。また、専門職者にも共感による癒しと相互支援という協同関係を築き、双方向的態度が必要である（pp.23-34）、と述べている。このような当事者同士、あるいは専門職者によるインフォーマルサポートが容易に可能となる環境を整えることで、【周囲の援助活用力】が高まり、家族介護者の主観的健康感も高まると考えられる。

次に、要介護者の要因としては、要介護度と認知症の有無と関連していたことである。要介護度が重度になるほど、介護の様々な技術も身に付き【介護ケア実践力】が高かった。しかし、認知症がある場合は【介護に対する負の感情表出力】に関連しているが、【介護ケア実践力】には関連していなかったことから後述しているように介護度と認知症の重度化は分けて考える必要がある。

介護状況の要因としては、介護期間、介護時間、介護援助者、介護相談者との関連が明らかになった。介護期間が長いほうが【介護ケア実践力】は高かったが【周囲の援助活用力】は低かった。介護期間が長くなれば実践力は高まるが、周囲に援助を求めにくい要因として、わが国の老親

扶養をめぐる世代間の価値観の差異が大きいことや介護についても一定の役割意識をもっている（和気ら、1994）ことが起因していると考えられる。また介護時間が増えることで、【自己の健康管理力】と【介護生活からの転換力】が低下することから、介護時間は負の要因となる。介護援助者とは物理的に介護を助けてくれる人であり【周囲の援助活用力】は高かったが、【自己の健康管理力】や【介護生活からの転換力】とは関連がない。しかし介護相談者がいる家族介護者は【介護に対する負の感情表出力】と同時に【介護生活からの転換力】も高かったことから、誰かに相談できる環境は精神的な支えとなりプラスの要因であると考えられる。

3. 介護負担感に関連した要因について

家族介護者の約7割は精神的負担感があり、肉体的負担感や経済的負担感よりも多かった。この精神的負担感、多くの先行研究において介護負担感のなかで共通に含まれる尺度であり、家族介護者の介護継続意思や主観的健康感に大きく影響を及ぼすものとされ（中谷・東條、1989, pp.27-36；岡林ら、1999, pp.486-491；櫻井、1999, pp.203-210；陶山ら、2004, pp.461-469）、精神的負担感と主観的幸福感やQOLは密接に関連していると指摘している。本研究においても精神的負担感のほとんどない家族介護者は、非常に大きい家族介護者よりも介護継続意思が有意に高かった。この結果は、Kramer（1997）の、家族介護者の精神的負担感に介護適応に大きく影響を及ぼし、精神的負担感が高い家族介護者は低い場合より介護適応を困難とする内容と一致している。また陶山ら（2004）の、精神的負担感が低いほど、介護者の能力における自信につながり、自己価値を高めていくという結果とも同様であった。この点からも、精神的負担感に介護力をみるうえでも重要な要素と考えられる。

そして、精神的および肉体的負担感が介護期間より介護時間に関連していたことから、介護ストレスが、一日のなかで介護者自身の自由な時間の確保がむずかしい場合ほど拘束感が増していた。岡林ら（1999）は介護ストレスを軽減するために気分転換をして介護拘束度を減らすことが有効であるが、介護に拘束される時間を減らすことができない場合にはベース配分を行うことが重要である（pp.491-492）、と述べている。

介護力構造因子との関連でみていくと、【介護を肯定的にとらえる力】【介護生活からの転換力】は、精神的、肉体的、経済的負担感のいずれも軽減させる効果があった。とくに【介護を肯定的にとらえる力】は介護力の最も重要な要素であると同時に、介護負担感軽減にも大きな効果をもつ力である。これを高めていくためには、まず要介護者

の病気や症状を理解するための知識をもつことが必要である。それは要介護者自身も病気のためつらい思いをし、葛藤しているという要介護者の状況を理解することができるからである。広瀬ら（2005, pp.52-57）は、否定的評価が高い状況にあっても、介護状況に肯定的な解釈や評価をしようとする介護者は危機的状況に陥っているとはいえない、と述べている。介護をとおして自己実現していくためには、【介護を肯定的にとらえる力】を引き出し向上させていくことが何よりも重要不可欠であると考えられる。また、【介護生活からの転換力】には、Kramer（1997）や岡林ら（1999）の介護対処行動が含まれており、介護負担感が軽減できると考えられる。

一方で【介護ケア実践力】および【介護に対する負の感情表出力】は、介護の精神的・肉体的・経済的負担感のいずれも高まった。その要因として【介護ケア実践力】は、要介護度や介護期間と相関関係にあることから、介護が重度化、長期化することで、介護の知識や技術も身につく、実践力が高まったと考えられる。とくに本結果で多かった「子どもが親を介護」するケースでは、親の面倒は子どもが看るといった役割遂行意識や世間体にも起因していると考えられ（野川，2000）、周囲に援助を求めずに一人で介護を背負い込むことが推測される。その結果、肉体的負担感が高まるが、その限界は予知できず共倒れしてしまうという櫻井の指摘（1999）や、岡林ら（1999）の主観的健康感が低下することで燃えつきに結びつくと考えられる。

【介護に対する負の感情表出力】は認知症や介護相談者との関連があることや、質問項目の「つらいときは、泣いたり怒ったりしている状況」が多いことから、認知症高齢者の介護により、【介護に対する負の感情表出力】が高い状況においては、精神的健康の危機的状況であることも推測できる。なぜなら、認知症の行動・心理症状について長谷川（2008, pp.48-49）は、認知症のある人が、自分を取り巻くさまざまな環境に適応しにくく、そのときの心理症状が行動障害として現れると述べており、家族介護者にとって思いもかけない変化に強く戸惑う。その対応に大きなストレスを感じ疲労困憊していくのではないかと考える。

このように介護力構造因子で関連をみると、先行研究で述べている介護力の高い介護者は介護負担感が低く、健康度が高いため介護継続意思も高いが、反対に介護力得点の低い介護者は介護負担感が高く、QOLは低い傾向にある（浜井ら，2002, pp.9-11；松本ら，1999, pp.38-40；永井，2005, pp.34-40）という結果とは異なった。このことは、介護力とは家族介護者のもつ力には違いないが、介護力構造因子によって、介護負担感や必要とするニーズが異なるということを示している。

4. 介護力を獲得していくための支援のあり方

本研究で明らかとなった介護力構造因子で【介護を肯定的にとらえる力】は介護負担感軽減の効果が大きく、介護継続意思を維持するために最も重要な因子であった。この因子は要介護者との関係性において介護している相手を慈しむ思いや絆のような介護肯定感から構成されていた。すなわち【介護を肯定的にとらえる力】は、良好なケアリング関係の上に成り立つ、まさに家族介護者自身が癒され自己成長を遂げる力であり、相互作用により自己実現できると考えている（Mayeroff, 1971/1987, pp.17-32）。しかし長きにわたる介護生活のなかで、良好なケアリング関係を維持することは容易ではない。そこで、要介護者との良好なケアリング関係を築き、【介護を肯定的にとらえる力】をもつことができるまでの過程には周囲の支援が不可欠である。窪田（1994, pp.49-51）は、対象のエンパワメントをはかるためには専門家のもつ知識技術のみによっては創出しえない、専門家の共感による癒しと相互支援の場が必要であると述べているように、とくに家族介護者の苦勞を理解してくれる、あるいは理解しようとしてくれている専門職が介護初期の段階からかかわる支援が重要であると考えられる。

また、【介護に対する負の感情表出力】や【介護ケア実践力】が高い場合は、介護力全体ではなく、その具体的要因を明らかにしたうえで、要介護者の疾患や行動の意味について理解を深めていくことが重要である。とくに【介護に対する負の感情表出力】が高い場合には、その要因を確認し、負の感情の受け止め方や意識の変容を促すよう支援していくことが必要である。その確認作業において、専門職の役割は、専門的な考えを押し付けたり指示するのではなく、家族介護者自身の気づきや語りを促すことである。専門職と家族介護者とは従属的な関係ではなく、パートナーシップとして家族介護者と協同していくことが重要となる。佐伯（2006）は、認知症高齢者の介護の特殊性として家族員同士の交流により精神的負担感が軽減し、「愚痴や心配を聴き、励ましてくれる」といった情緒的サポートこそが認知症の家族介護者には重要である（p.59）、と述べており、当事者同士による相互支援の効果について、Gartner & Riessman（1977/1985）はヘルパー・セラピー原則として、他者を援助することによる自己の客観化と役割をもつことによる意識変容をもたらすという点において重要である（pp.32-34）、と述べている。また今回は仕事の有無と介護力構造因子および介護負担感との関連はみられなかったが、松岡（1993）は、仕事は介護者のストレスを小さくする方向への影響力をもっている（pp.101-112）、と述べており、「子どもが親を介護する」ケースにおいてはとくに仕事と介護の両立が重要となる。仕事が介護から

解放されストレス解消できるというプラスの側面となるよう、【介護生活からの転換力】や【周囲の援助活用力】を高め介護に没入しないための支援が必要であると考えます。

以上より家族介護者の介護力獲得への支援として、病気に関する客観的な理解を促し、誤解や偏見を取り除くとともに、適切な介護の技術や方法を身につけ、介護用品や社会福祉サービスなどの社会資源の積極的、効果的な利用を促すことが必要である。また、こうした現実的なスキルの習得と並行して、家族介護者個々人の疑問や悩みに対するカウンセリングを随時行いながら、当事者同士が悩みや問題を分かち合い、情緒的なサポートを相互に行う機会を提供して、側面的な支援を行っていくことが重要であると考えます。

結 語

1. 結 論

- ①介護力構造因子は【介護を肯定的にとらえる力】【介護ケア実践力】【自己の健康管理力】【介護生活からの転換力】【周囲の援助活用力】【介護に対する負の感情表出力】で構成されていた。
- ②介護力構造因子に関連する要因として、家族介護者の要因では介護知識、年齢と性別、主観的健康感、介護継続意思であり、要介護者の要因では要介護度と認知症が関連していた。介護状況の要因では介護期間、介護時間、介護援助者、介護相談者と関連していた。
- ③介護力構造因子と介護負担感との関連では、【介護を肯定的にとらえる力】【介護生活からの転換力】と精神的・肉体的・経済的負担感では負の相関関係であった。【介護ケア実践力】および【介護に対する負の感情表出力】では精神的・肉体的・経済的負担感では正の相関関係であった。

2. 研究の課題と限界

今回の調査では2つの県内で実施しているため、全国的な動向を反映しているかどうかは不明である。また介護力

構造因子が介護負担感への影響を示すことはできたが、2つの因子については介護負担感が高まっており、その具体的要因については今回の調査からは明らかにはできなかった。本調査結果のように家族介護者の半数以上が子どもであることから、介護以外の生活要因からくるさまざまな負担感も混在している可能性があり、精神的・肉体的・経済的な側面ではとらえることが困難な負担感があったのではないかと考えるが、本研究で得られたデータによる分析の限界である。

さらに5年ごとの「社会生活基本調査」では既に2016年度調査が実施されており、「ひとり親と未婚の子からなる世帯」も増加しつつあることから、家族介護者の特性や介護状況が変化している可能性は否めない。今後はさらなる家族介護者と要介護者との関係性や多様な介護状況を調査の対象として検証を深めることが必要である。

謝 辞

本論文での調査に理解を示して下さり、多大なるご協力をいただいた家族会の会長をはじめ会員の皆さま方、介護施設の職員さま、社会福祉協議会の職員さま、介護支援事業所のケアマネジャーさま、そして調査に快く応じてくださいました家族介護者の皆さまに心より感謝申し上げます。また本研究は北九州市立大学大学院社会システム研究科の博士論文に修正を加えたものであり、ご指導・ご助言をくださいました松尾太加志教授をはじめ大学の諸先生方、有志の皆さま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。

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、家族介護者に必要な介護力構造因子に関連する要因、およびその介護力構造因子が介護負担感に及ぼす影響を明らかにすることを目的とした。対象者は家族介護者1,200名で、無記名自記式質問紙調査を実施した。有効回収数は661(有効回収率55.1%)であった。介護力構造因子の関連要因は要介護度、認知症、介護知識、年齢、性別、主観的健康観、介護期間、介護時間、介護援助者、介護相談者、介護継続意思であった。また介護力構造因子と介護負担感との関連では、【介護を肯定的にとらえる力】【介護生活からの転換力】は、高いと介護負担感が低く、一方【介護ケア実践力】【介護に対する負の感情表出力】は、高いと介護負担感も高かった。家族介護者に必要な介護力獲得への支援として、【介護を肯定的にとらえる力】を高めるとともに、情緒的なサポートや適切な介護方法を身につけ、介護生活から転換するための支援の必要性が示唆された。

Abstract

The present study aimed to clarify the factors related to care capacity required by family caregivers and determine how care capacity affects sense of care burden. Anonymous self-administered questionnaires were distributed to 1,200 family caregivers. A total of 661 valid questionnaires were returned (recovery rate of 55.1%). Analysis revealed six factors about care capacity and the following relevant factors associated with care capacity: level of care need, dementia, care expertise, age, sex, self-rated health, care period, care time, care assistants, care consultants, and desire to continue providing care. In the relationship between the six factors and sense of care burden, “capacity to see care positively” and “capacity to make a mental switch from caregiving” were associated with a low sense of care burden. In contrast, “practical care skills” and “capacity to express negative emotions about care” were associated with a higher sense of care burden. These results suggest that increasing the “capacity to see care positively” may help family caregivers increase the care capacity they need, and that family caregivers need emotional support, help learning appropriate caregiving methods, and assistance making a mental switch from caregiving.

文 献

- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37(2), 122-147.
- Gartner, A. and Riessman, F. (1977/1985). 久保絃章 (監訳). セルフ・ヘルプ・グループの理論と実際: 人間としての自立と連帯へのアプローチ. 東京: 川島書店.
- 浜井貴代美, 野末 緑, 川開美由紀, 石村真理, 紺谷厚子, 鳥山公代, 林 和美 (2002). 在宅介護に向けての家族援助: 家族介護力評価表を用いた看護介入の有効性. *日本看護学会論文集 (地域看護)*, 33, 9-11.
- 長谷川和夫 (2008). やさしく学ぶ 認知症のケア. 48-49, 大阪: 永井書店.
- 広瀬美千代, 岡田進一, 白澤政和 (2005). 家族介護者の介護に対する認知的評価を測定する尺度の構造: 肯定・否定の両側面に焦点をあてて. *日本在宅ケア学会誌*, 9(1), 52-60.
- 家族ケア研究会 (2002). 家族生活力量モデル: アセスメントスケールの活用法. 79-80, 東京: 医学書院.
- 厚生労働省 (2008). これからの地域福祉のあり方に関する研究会報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/03/s0331-7a.html> (検索日2018年4月3日)
- 厚生労働省 (2016). 平成27年国民生活基礎調査の概況: 世帯数と世帯人員の状況. <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa15/dl/02.pdf> (検索日2018年1月30日)
- Kramer, B.J. (1997). Gain in the Caregiving Experience: Where are We? What Next? *The Gerontologist*, 37(2), 218-232.
- 窪田暁子 (1994). 精神障害者の社会復帰とクラブハウスモデル: 患者役割からの脱出とスタッフ・メンバーの共働的相互関係. *東洋大学社会学部紀要*, 32(1), 49-66.
- Lawton, M.P., Moss, M., Kleban, M.H., Glicksman, A., and Rovine, M. (1991). A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *Journal of Gerontology*, 46(4), 181-189.
- Marshall, G. and Dunkel-Schetter, C. (1987). Conceptual and methodological issues in the study of coping: Dimensionality of coping. Paper presented at the 95th annual meetings of the APA, New.
- 松本泰子, 西中利恵, 高寄弘子, 岡本智子, 福井久美子, 井村絹代 (1999). 在宅介護に向けた家族介護力評価表の検討: 1事例を通して. *日本看護学会論文集 (地域看護)*, 30, 38-40.
- 松岡英子 (1993). 在宅要介護老人の介護者のストレス. *家族社会学研究*, 5(5), 101-112.
- Mayeroff, M. (1971/1987). 田村 真, 向野宣之 (訳), ケアの本質: 生きることの意味. 17-32, 東京: ゆみる出版.
- 翠川純子 (1993). 在宅障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究. *社会老年学*, 37, 16-26.
- 村山紀子 (2011). 認知症高齢者を介護する男性がもつニーズ特性の検討: 高齢者虐待を防止する支援に向けて. 2009(平成21)年度在宅医療助成 勇美記念財団 成果報告書, 1-10.
- 永井真由美 (2005). 認知症高齢者の家族介護力評価とその関連要因. *老年看護学*, 10(1), 34-40.
- 中谷陽明, 東條光雅 (1989). 家族介護者の受ける負担: 負担感の測定と要因分析. *社会老年学*, 29, 27-36.
- 野川とも江 (2000). 介護家族のQOL: 介護家族のQOLを支える地域ケアシステムの構築をめざして. 東京: 中央法規出版.
- 岡林秀樹, 杉澤秀博, 高梨 薫, 中谷陽明, 柴田 博 (1999). 在宅障害高齢者の主介護者における対処方略の構造と燃えつきへの効果. *心理学研究*, 69(6), 486-493.
- 佐伯あゆみ (2006). 認知症高齢者を介護する家族の家族機能および家族システムが主介護者の介護負担感に及ぼす影響. *日本赤十字九州国際看護大学 intramural research report*, 5, 55-62.
- 斉藤恵美子, 國崎ちはる, 金川克己 (2001). 家族介護者の介護に対する肯定的側面と継続意向に関する検討. *日本公衆衛生雑誌*, 48(3), 180-189.
- 櫻井成美 (1999). 介護肯定感がもつ負担軽減効果. *心理学研究*, 70(3), 203-210.
- 白澤政和 (1992). ケースマネジメントの理論と実際: 生活を支える援助システム. 110-125, 東京: 中央法規出版.
- 総務省統計局 (2013). 平成23年社会生活基本調査の結果. <http://www.stat.go.jp/data/shakai/2011/index.html> (検索日2018年4月3日)
- 陶山啓子, 河野理恵, 河野保子 (2004). 家族介護者の介護肯定感の形成に関する要因分析. *老年社会科学*, 25(4), 461-469.
- 和気純子, 矢富直美, 中谷陽明, 冷水 豊 (1994). 在宅障害老人の家族介護者の対処 (コーピング) に関する研究—2—規定要因と効果モデルの検討: 社会福祉援助への示唆と課題. *社会老年学*, 39, 23-34.
- Zarit, S.H., Reever, K.E., and Back-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *The Gerontologist*, 20(6), 649-655.

[2018年4月20日受 付]
[2018年10月23日採用決定]

東日本大震災で被災した災害救援者の経時的ストレス反応

Time-Course Stress Response among the Disaster-Relief Workers Affected
by the Great East Japan Earthquake

庄 司 正 枝¹⁾ 叶 谷 由 佳²⁾ 本 多 由 起 子²⁾
Masae Shoji Yuka Kanoya Yukiko Honda

キーワード：東日本大震災，ストレス反応，災害救援者，改訂出来事インパクト尺度
Key Words：The Great East Japan Earthquake, the stress response, recovery workers,
Impact of Event Scale Revised (IES-R)

はじめに

日本において、2011年3月11日に発生した東日本大震災は、津波を伴った未曾有の大震災であった。巨大地震発生後の大津波によって、家屋の流失やライフラインの停止といった大規模な被害が生じ、死者・行方不明者は18,000人を超えた。大津波発生を特徴とするこの災害は、戦後の日本において、最も被害をもたらした自然災害として歴史に刻まれた。

東日本大震災の被災地では、医療者や介護職員、消防隊員などの多くが人命救助を優先し、自らも被災者でありながら災害救援者として、避難場所や食料の確保、傷病者・避難者の受け入れや復旧作業など、過度のストレスを抱えながら救援業務に従事した。阪神・淡路大震災以降、こうした災害救援活動のなかで生じる救援者の精神的ストレスが注目され、メンタルヘルスケアが検討されるようになった(加藤・飛鳥井, 2004)。阪神・淡路大震災から13か月後、加藤・飛鳥井(2004)が行った消防隊員への大規模調査では、被災地内に勤務する消防隊員のストレスについて、個人的な被災体験が心身に大きな影響を及ぼすと報告している。さらに東日本大震災から1年後、総務省消防庁(2013)によって被災地に勤務する消防職員を対象としたストレス調査が行われており、1年経過後であっても外傷後ストレス障害症状(Post Traumatic Stress Disorder: PTSD)のリスクがあることが示された。被災地に勤務する消防隊員の精神的ストレスについては継続的に調査が行われ、メンタルヘルスケアの充実・強化が行われている。一方、2007年新潟県中越沖地震1か月後(丹野・山崎・松井・山影, 2011)と1年後(丹野・山崎・松井, 2012)に介護職員に対するストレス調査が行われている。消防隊員

と同様に、介護職員も1年経過後PTSDのリスクがあり、被災1か月後のストレスと変わらない結果であったことを示した。いずれの調査においても、災害救援者にとって被災体験が長期的に心身に影響していることを客観的に示した結果、PTSDリスクの高さを指摘している。

これらより、災害救援者も含めた被災者に対する精神的ストレスへのケアが必要と考える。

地震や津波などの自然災害の犠牲者が、PTSDをはじめとする精神的問題を抱えるリスクが高いことは国際的にも指摘されている(Goenjian, et al., 1994; van Griensven, et al., 2006)。災害や紛争における人道援助の質、被災者への人道援助システムの説明責任を向上させる目的で、NGOと国際赤十字と赤新月運動によって1997年にスフィア・プロジェクト(Sphere Project)が開始され、人道憲章と人道対応に関する最低基準が定められた。この基準は2000年に作成され、2004年、2011年に改訂された(スフィア・プロジェクト, 2011, pp.4-5)。Henderson, Elsass, & Berliner(2016)は、このスフィア・プロジェクトの2011年改訂基準がアジアにおける津波後の心理社会的介入として、災害に対する精神的・社会的健康への対応ができていのかどうかを検証している。その結果、2004年12月26日のインド洋の津波をはじめとする災害後の長期的心理社会的介入として全般的によく適応されているが、改善の余地があることを指摘している。Kang, et al.(2015)は被災時の救援者の心理的影響に着目した研究が少ないことを指摘し、2010年に中国青海省王樹県チベット族自治州で発生した大地震の救援者を対象に被災から8か月後にPTSDの発生率やQOLについて調査している。その結果、現地の救援者であること、40~50歳であること、看護師であること、チベット人であること、深刻な危険を経験した救援者が有意

1) 医療法人社団健育会石巻健育会病院 Ishinomaki Ken-iku Kai Hospital, Ken-iku Kai Medical Corporation

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

にPTSDを発生し、地震前にメンタルトレーニングを受けていた救援者はPTSDの発生が低かったことを明らかにしている。このことより、救援者になる可能性のある者の普段からのメンタルトレーニングの実施の必要性、また長期に精神的ストレスを受けている実態を明らかにし、その後の支援を検討していく必要がある。

Kawashima, et al. (2016) は、東日本大震災において救援者として活動したDMAT (Disaster Medical Assistance Team, 医師・看護師他による「災害急性期に活動できる機動性をもった、トレーニングを受けた医療チーム」) の長期的な精神的ストレスに着目し、被災1か月後と4年後に行った縦断調査から、救援者のメンタルヘルスへの定期的なアセスメント体制確立の重要性を提唱している。しかし、被災地の病院に現地職員として従事し、救援者として活動した病院職員に対して、被災後時間を追って、精神的ストレスを継続的に調査した報告はほぼない。東日本大震災のような津波被害を伴う大規模な災害において津波被害が被災地で働く病院職員の心身にどのような影響を及ぼすかを解明することは、将来予測されている災害への準備教育およびメンタルヘルスケアを含めた災害救援者の支援の充実につながりうると考える。

I. 研究目的

東日本大震災で壊滅的な被害を受けながら救援活動を続けた災害救援者の、被災3か月後と1年後におけるストレス反応の大きさ、被害状況とストレス反応の関連、ストレスの内容等の経時変化について明らかにし、災害救援者に対する支援について検討することを本研究の目的とする。

II. 調査内容

1. 調査対象者と調査対象施設の概要および被害状況

東日本大震災当時、宮城県内沿岸地域にあるA病院に勤務していた病院職員139名を対象とした。

A病院は、135床を有する慢性期医療を担う民間病院である。東日本大震災では建物1階が津波被害を受け、ライフラインが停止し、病院としての機能を失った。入院患者と家族、職員は病院上階へと避難し難を逃れた。消防や警察等へ物資の救援を求めたが、地域全体が混乱状態にあったため支援は得られず、被災4日目になりA病院系列の他地域の病院から物資の支援が初めて届いた。その後、公的機関からの支援が届いたのは被災7日目であった。外部からの支援が入る間、病院内にいる職員と在庫(食料や医薬品、衛生材料など)を駆使し医療を継続した。病院近隣

は、津波による浸水と家屋や車などの漂流物により道路が分断されたため、調査対象となった職員は帰宅困難となり、被災当日勤務ではなかった職員は出勤できない状況が5日間続いた。また、地震直後、病院職員3名が津波被害に遭い、死亡している。その他、病院周辺から死者が多数発見されるという経験をしている。

2. 調査時期

東日本大震災発生から3か月経過後(以下、3か月後)の2011年7月4日から7月11日に1回目の調査(以下、調査1とする)を行い、1年後の2012年3月5日から3月14日に2回目の調査(以下、調査2とする)を行った。2回実施された調査対象の集団は同一であるが対応する状態で回収しなかったため、対応はしていない。

3. 調査内容

無記名自記式質問紙調査を行った。調査項目を以下に示す。

(1) 属性、被災した場所、被害状況、ストレス反応

属性(性別、年代、勤続年数、所属部署)と被災した場所(院内で被災したか、院外で被災したか)、どのような被害を受けたか、具体的な内容を調査した。これらの違いによってストレス反応の大きさに差があるか検討するため、ストレス反応の測定として、改定出来事インパクト尺度[Impact of Event Scale Revised: IES-R (飛鳥井, 1999)]の回答を求めた。

IES-Rとは、Horowitz, et al. が1979年に外傷によるストレス症状を評価するために開発されたIESを、米国のWeiss & Marmar (Wilson & Keane, 1996) がPTSDの診断基準にあわせ覚醒亢進症状を加えたもので、22項目より構成された自記式質問紙である。

調査項目22項目は、「0. 全くなし」「1. 少し」「2. 中くらい」「3. かなり」「4. 非常に」の0~4点で採点し評価する。採点法は、各選択肢の得点0~4点を合計し、尺度全体ないし下位尺度ごとの合計得点で計算する。Asukai, et al. (2002) は、このIES-Rの日本語版を作成し、一般成人で2週間後の再テストにおいてスピアマンの順位相関係数.86と十分な再テスト信頼性を確認している。また、一般成人および中学生対象でのCronbach's α 係数も総得点で.94, .90と内部一貫性を確認している。尺度全体のカットオフを24点/25点とすることでPTSDのスクリーニング尺度としても有用とされており(飛鳥井・西園マール・三宅, 1999)、すでにわが国では、災害、性暴力、毒物混入事件、いじめ、交通事故などトラウマ体験に遭遇した集団を対象として幅広く使用されている。

本研究ではIES-Rの測定を東日本大震災から3か月後、

1年後の2回実施した。

(2) ストレスの内容とストレスはどのようなことで軽減したか

被災当日と3か月後のストレスの内容(24項目)、およびそのストレスはどのようなことで軽減したか(22項目)を調査1で、同様に調査2では、被災から1年後のストレスの内容とそのストレスはどのようなことで軽減したかを、それぞれ選択式で複数回答を求めた。なお、調査1でのストレスの内容について、予期せぬ災害に遭遇したこと、またA病院およびその周辺の壊滅的な被害状況から、被災者であり救援者でもある病院職員がどのようなストレスを抱いていたか、把握することが重要ととらえ、被災当日の回答も求めた。

災害救援者のストレスの要因について、丹野ら(2011)は2007年新潟県中越沖地震の被災介護施設職員に対する調査のなかで、先行文献(大塚・松本, 2007)からストレスの要因は、平時では考えられない救援活動、災害がもたらす悲惨な光景やそのなかで感じる救援者自身の生命の危機など救援時(ケア時)の要因と、家族や知人の安否がわからない、自宅や地域が被災している、不規則・不十分な生活環境など救援者自身の生活や家族の要因であるとしたうえで、それらがPTSDを促進するストレスの要因である可能性を述べている。本研究において、この2つの視点である、救援時に関連する内容、救援者自身の生活や家族に関連する内容を参考に、研究者の東日本大震災での経験をもとにストレスの内容を24項目抽出した。さらに丹野ら(2011)の調査では、被災施設への支援が災害救援者の間接的なストレスケアにつながり、被害のあった職員に対しては生活上の支障を和らげる工夫を行うことがストレスケアにおいて重要であると述べている。本研究における「ストレスはどのようなことで軽減したか」の22項目は、これらの先行研究の視点である、被災施設での軽減要因、生活上の支障の軽減要因を参考に設定した。

4. 分析方法

一次集計後、IES-Rについて調査1と調査2間で差がないか、また、IES-R得点と属性項目・被害状況・ストレスの内容・どのようなことで軽減したかの項目との関連について分析を行った。本研究は、救援者のストレス反応について経時的な変化の把握を目的として行ったため、尺度全体の合計得点のみでの検証とした。検定方法は、*t*検定を使用し有意水準は5%未満とした。また、PTSDの高リスク該当者割合の信頼区間はClopper-Pearson法を用いて算定した。

5. 倫理的配慮

質問紙はA病院の各所属長から職員へ配布、記入者が特定できないように無記名とし、他者の目に触れることがないように各部署に設置した回収袋に自由に投函してもらった。回収袋は調査終了日に各所属長が回収した。調査は自由意思のもと、参加するよう対象者に説明し、調査に協力できない場合、あるいは被災を思い出し調査を中断した場合であっても、不利益を受けることがないことを調査用紙に明記し説明した。また、質問紙に回答中・回答後、フラッシュバックや心的外傷後ストレス症状などが生じたり、増悪した場合は、A病院内職員相談窓口へ相談するよう、質問紙配布時に説明した。本研究は、医療法人社団健育会 石巻健育会病院倫理審査委員会の承認(承認番号: 2011-01)を得て実施した。

Ⅲ. 結 果

調査対象者139名中調査1では130名より、調査2では124名より質問紙を回収し、回収率はそれぞれ93.5%、89.2%、有効回答率は、それぞれ93.5%、89.2%であった。

1. 対象者の属性、被害状況、ストレス反応

対象者の所属部署では、調査1、2とも看護部が最も多く、71名54.6%、70名56.5%であり、2番目に多かったのはリハビリ部であった(22名16.9%:19名15.3%)。被災場所は、調査1では院外が63名48.5%、院内が67名51.5%、調査2では院外が57名46.0%、院内が67名54.0%で、両調査ともほぼ同数であった。年代では、調査1、2とも30代が最も多く(42名32.6%:40名32.3%)、2番目に多かったのは20代(41名31.8%:36名29.0%)であり、勤続年数では、調査1では5~10年が最も多く(33名25.4%)、10年以上が2番目に多かったが(32名24.6%)、調査2では、10年以上が最も多く(40名32.3%)、3~5年以上が2番目に多かった(32名25.8%)。性別ではいずれも女性が多く、調査1では99名76.2%、調査2では97名78.2%であった。被害状況では調査1、2ともに車流出が最も多く(81名62.3%:81名65.3%)、自宅浸水が次に多かった(39名30.0%:37名29.8%)(表1)。

IES-R得点では、調査1では平均23.5±14.0点、調査2では23.5±14.7点と調査1、2間で有意差はなかった。PTSDのリスクが高いとされる25点以上の者は調査1では57名43.8%、調査2では55名44.4%であった(表2)。

2. 被災当日と3か月後、1年後のストレスの内容

救援時に関連するストレス内容では、被災当日、「正確な情報がない」をあげた者が最も多く49名37.7%、「食

表1 対象者の属性、被害状況

項目	調査1 (n = 130)		調査2 (n = 124)		
	n	%	n	%	
所属部署	医師	1	0.8	1	0.8
	看護部	71	54.6	70	56.5
	リハビリ部	22	16.9	19	15.3
	薬剤科	3	2.3	3	2.4
	放射線科	1	0.8	0	0.0
	検査科	1	0.8	1	0.8
	医療相談室	4	3.1	4	3.2
	栄養科	13	10.0	11	8.9
	事務部	8	6.2	7	5.6
	営繕係	2	1.5	4	3.2
被災場所	院外	63	48.5	57	46.0
	院内	67	51.5	67	54.0
年代	20代	41	31.8	36	29.0
	30代	42	32.6	40	32.3
	40代	24	18.6	24	19.4
	50代以上	22	17.1	24	19.4
	勤続年数	1年未満	12	9.2	0
勤続年数	1～2年	25	19.2	27	21.8
	3～5年	28	21.5	32	25.8
	5～10年	33	25.4	25	20.2
	10年以上	32	24.6	40	32.3
	性別	女	99	76.2	97
男		31	23.8	27	21.8
被害状況 (複数回答)	家族の死	6	4.6	4	3.2
	自宅全壊	25	19.2	29	23.4
	自宅半壊	36	27.7	18	14.5
	車流失	81	62.3	81	65.3
	自宅浸水	39	30.0	37	29.8
	現金財産喪失	19	14.6	19	15.3
	友人死亡	28	21.5	33	26.6
	自身の津波経験	2	1.5	0	0.0
	自身の浸水	8	6.2	9	7.3
	自身のけが	1	0.8	1	0.8
	家族のけが	1	0.8	0	0.0
	その他	24	18.5	14	11.3

料・物資の不足」(29名22.3%)、「病院へ行けない、勤務できない」(25名19.2%)が次いだ。3か月後は「地域全体の様子」が33名25.4%と最も多く、「病院の耐震」(32名24.6%)、「院内環境」(22名16.9%)が次いだ。1年後は「病院の耐震」(45名36.3%)が最も多く、「地域全体の様子」(30名24.2%)、「院内環境」(12名9.7%)が次いだ。

救援者自身の生活や家族に関連するストレス内容では、被災当日、「家族の安否」(104名80.0%)が最も多く、「ライフラインの不備」(49名37.7%)、「余震への不安」(31名23.8%)が次いだ。3か月後では、「余震への不安」が66名、50.8%と最も多く、「将来や生活への不安」(50名38.5%)、「津波への不安」(39名30.0%)が次いだ。1年後では、「余震への不安」が61名49.2%と最も多く、「津波への不安」(58名46.8%)、「将来や生活への不安」(38名30.6%)が次いだ(表3)。

3. 被災3か月後と1年後のストレスの軽減要因

ストレスはどのようなことで軽減したかと尋ねたところ、被災施設での軽減要因について、被災3か月後では「仕事のできたこと」が最も多く、27名20.8%、「職員間コミュニケーション」(21名16.2%)、「支援物資が届いたこと」(16名12.3%)が次いだ。1年後では、「仕事のできたこと」が33名26.6%と最も多く、「支援物資が届いたこと」(26名21.0%)、「職員間コミュニケーション」(20名16.1%)が次いだ。

生活上の支障の軽減要因について、被災3か月後、1年後ともに「ライフラインが整えられたこと」が最も多く(54名41.5%；54名43.5%)、「家族の安否が確認できたこと」(47名36.2%；40名32.3%)、「家族の支えがあったこと」(43名33.1%；36名29.0%)が次いだ(表4)。

4. IES-R得点に関連する属性、被害状況、ストレスの内容、ストレスの軽減要因

IES-R得点に関連する属性で、調査1では、看護部職員が看護部以外の職員に比し、有意にIES-R得点が高かった

表2 ストレス反応

	調査1 (n = 130)		調査2 (n = 124)		
	平均	標準偏差	平均	標準偏差	
IES-R得点 (点) ^{*1}	23.5	14.0	23.5	14.7	
	n	%	n	%	
IES-Rによる リスク	PTSDのリスク低	73	56.2	69	55.6
	PTSDのリスク高	57	43.8	55	44.4
	PTSDのリスク高の 95%信頼区間 (%) ^{*2}	35.2-52.8		35.4-53.5	

[注] ^{*1}：調査1と調査2間でt検定した結果、平均IES-R得点に有意差なし ($p = .86$)。

^{*2}：Clopper-Pearson法。

表3 被災当日と3か月後、1年後のストレスの内容

項目	調査1 (n=130)				調査2 (n=124)		
	(被災当日)		(3か月後)		(1年後)		
	n	%	n	%	n	%	
救援時に関連する内容	正確な情報がない	49	37.7	3	2.3	10	8.1
	食料・物資の不足	29	22.3	2	1.5	3	2.4
	勤務体制	3	2.3	6	4.6	11	8.9
	衛生材料・医薬品の不足	2	1.5	0	0.0	1	0.8
	病院へ行けない、勤務できない	25	19.2	1	0.8	7	5.6
	職員の安否	17	13.1	1	0.8	3	2.4
	長時間勤務	10	7.7	2	1.5	8	6.5
	病院の耐震	10	7.7	32	24.6	45	36.3
	院内環境	6	4.6	22	16.9	12	9.7
	地域全体の様子	1	0.8	33	25.4	30	24.2
	自分の命	2	1.5	3	2.3	9	7.3
	患者の安否	5	3.8	1	0.8	6	4.8
	救援者自身の生活や家族に関連する内容	家族の安否	104	80.0	3	2.3	7
通勤手段		9	6.9	30	23.1	15	12.1
ライフラインの不備		49	37.7	6	4.6	3	2.4
自宅の被害		28	21.5	20	15.4	21	16.9
身体の不調		4	3.1	14	10.8	20	16.1
災害時の行動		4	3.1	13	10.0	13	10.5
将来や生活への不安		10	7.7	50	38.5	38	30.6
余震への不安		31	23.8	66	50.8	61	49.2
津波への不安		18	13.8	39	30.0	58	46.8
お金がない		2	1.5	8	6.2	13	10.5
自家用車が流された		14	10.8	14	10.8	16	12.9

表4 被災3か月後と1年後のストレスはどのようなことで軽減したか

項目	調査1 (n=130)		調査2 (n=124)		
	n	%	n	%	
被災施設での軽減要因	職員間コミュニケーション	21	16.2	20	16.1
	患者さんのケアができたこと	1	0.8	1	0.8
	患者さんとコミュニケーションができたこと	5	3.8	5	4.0
	仕事のできたこと	27	20.8	33	26.6
	勤務時間が短縮	6	4.6	6	4.8
	業務内容が災害バージョン	8	6.2	15	12.1
	病院に人員が派遣されたこと	10	7.7	13	10.5
	支援物資が届いたこと	16	12.3	26	21.0
	ボランティアの手伝い	1	0.8	6	4.8
	生活上の支障の軽減要因	自分のつらさを誰かに話した	28	21.5	29
仕事を休むこと		12	9.2	9	7.3
ライフラインが整えられたこと		54	41.5	54	43.5
住居や入浴・洗濯場所の確保		22	16.9	27	21.8
道路が整備されたこと		2	1.5	14	11.3
家族の支えがあったこと		43	33.1	36	29.0
家族の安否が確認できたこと		47	36.2	40	32.3
趣味の時間を設けたこと		8	6.2	11	8.9
街並みが片付いてきたこと		20	15.4	22	17.7
物資が流通してきたこと		22	16.9	10	8.1
車が購入できたこと		15	11.5	15	12.1
燃料の確保ができたこと	11	8.5	11	8.9	
自宅の清掃が終わったこと	9	6.9	9	7.3	

(26.4±15.0 : 19.9±11.9, $p < .01$)。調査2では、40歳以上が40歳未満に比し (26.8±12.4 : 21.4±15.6, $p = .04$)、勤続年数が10年以上は10年未満に比し (28.9±13.1 : 20.9±14.7, $p < .01$)、看護部職員が看護部以外の職員に比し (27.4±15.3 : 18.4±12.2, $p < .01$)、有意にIES-R得点が高かった。

IES-R得点に関連する被害状況で、調査1では、「家族の死亡」がある者がいない者に比し (37.8±15.1 : 22.8±13.6, $p < .01$)、「自宅全壊」した者がそうでない者に比し (29.1±14.1 : 22.1±13.7, $p = .02$)、「友人の死亡」がある者がいない者に比し (28.3±14.3 : 22.1±13.7, $p = .03$)、有意にIES-R得点が高かった。調査2では、「家族の死亡」がある

者がいない者に比し (44.0±15.5 : 22.8±14.2, $p < .01$)、「自宅全壊」した者がそうでない者に比し (29.7±12.3 : 21.6±14.9, $p < .01$)、「友人の死亡」した者がそうでない者に比し (34.1±13.7 : 19.6±13.1, $p < .01$)、「自身の浸水」がある者がいない者に比し (37.2±16.1 : 22.4±14.1, $p < .01$)、有意にIES-R得点が高かった (表5)。

IES-R得点に関連したストレスの内容で、調査1 (被災当日)では、「家族の安否」をあげた者はあげなかった者に比し (24.8±14.2 : 18.0±11.9, $p = .03$)、「勤務体制」をあげていない者はあげた者に比し (23.9±13.9 : 5.7±2.3, $p < .01$)、有意にIES-R得点が高かった。調査2では、「家族の安否」をあげた者はあげなかった者に比し (38.1±

表5 属性、被害状況とIES-R得点の関連

項目	調査1 (n=130)				調査2 (n=124)			
	n	平均値	標準偏差	p値	n	平均値	標準偏差	p値
属性								
性別	男性	31	24.2	14.4	27	20.4	13.5	.27
	女性	99	21.0	12.6				
年代	40歳未満	83	22.6	13.9	76	21.4	15.6	.35
	40歳以上	47	25.0	14.2				
勤続年数	10年未満	98	22.7	14.3	84	20.9	14.7	.26
	10年以上	32	25.9	13.0				
所属部署	看護部	71	26.4	15.0	70	27.4	15.3	<.01
	看護部以外	59	19.9	11.9				
被災場所	院内	67	23.3	14.5	63	23.6	14.3	.91
	院外	63	23.6	13.5				
被害状況								
家族の死亡	あり	6	37.8	15.1	4	44.0	15.5	<.01
	なし	124	22.8	13.6				
自宅全壊	あり	25	29.1	14.1	29	29.7	12.3	.02
	なし	105	22.1	13.7				
自宅半壊	あり	26	23.0	14.5	18	27.7	17.4	.86
	なし	104	23.6	13.9				
車流失	あり	81	24.3	14.8	81	23.6	15.2	.38
	なし	49	22.1	12.5				
自宅浸水	あり	39	24.4	14.2	37	22.1	15.7	.61
	なし	91	23.1	14.0				
現金財産喪失	あり	19	25.9	12.4	19	21.1	13.3	.40
	なし	111	23.0	14.2				
友人の死亡	あり	28	28.3	14.3	33	34.1	13.7	.03
	なし	102	22.1	13.7				
自身の津波経験	あり	2	27.5	26.2	0	-	-	.68
	なし	128	23.4	13.9				
自身の浸水	あり	8	23.1	12.2	9	37.2	16.1	.94
	なし	122	23.5	14.1				
自身のけが	あり	1	26.0		1	37.0		.85
	なし	129	23.4	14.0				
家族のけが	あり	1	29.0		0			.69
	なし	129	23.4	14.0				

17.9 : 22.6 ± 14.1, $p = .01$), 「長時間勤務」をあげた者はあげなかった者に比し (38.6 ± 12.5 : 22.4 ± 14.3, $p < .01$), 「身体の不調」をあげた者はあげなかった者に比し (30.4 ± 9.0 : 22.1 ± 15.2, $p = .02$), 「災害時の行動」をあげた者はあげなかった者に比し (32.5 ± 18.5 : 22.4 ± 13.9, $p = .02$), 「津波への不安」をあげた者はあげなかった者に比し (27.7 ± 13.5 : 19.8 ± 14.8, $p < .01$), 「病院の耐震」をあげた者はあげなかった者に比し (28.3 ± 14.1 : 20.7 ± 14.3, $p = .01$), 有意にIES-R得点が高かった。

IES-R得点に関連した軽減要因で、調査1では、「ライフラインが整えられたこと」をあげた者があげなかった者に比し (20.4 ± 13.8 : 25.6 ± 13.8, $p = .04$), 「物資が流通してきたこと」をあげた者があげなかった者に比し (16.0 ± 11.8 : 25.0 ± 14.0, $p = .01$), 有意にIES-R得点が低かった。調査2では、「ライフラインが整えられたこと」をあげた者があげなかった者に比し (18.4 ± 12.9 : 27.4 ± 14.8, $p < .01$), 「家族の安否が確認できたこと」をあげなかった者があげた者に比し, 有意にIES-R得点が低かった (表6)。

IV. 考 察

本研究では、東日本大震災で壊滅的な被害を受けながら救援活動を続けた災害救援者の、被災3か月後と1年後におけるストレス反応の大きさ、被害状況とストレス反応の関連、ストレスの内容等の経時変化について検証した。

1. 属性について

両調査において、所属部署では看護部が最も多く、被災場所は院外・院内ほぼ同数だった。対象者の7割以上が女性で、被害状況では車流出が最も多く、次に自宅浸水が多かった。しかし、勤続年数は調査1では5~10年が多かったが、調査2では10年以上が最も多かった。このことから、調査1で対象になった者が調査2でも対象となり年月が経過したぶん、勤続年数の最も多い集団が変化したと思われる。本研究で対象となった集団は医療を提供している場所で被災に遭い、1年後であっても職場を変えることなく現地で復興を目指しながら医療を提供し続けている集団であると考えられる。

表6 IES-R得点に関連するストレスの内容、軽減要因^{*1}

項目	調査1 (n=130)				調査2 (n=124)				
	n	平均値	標準偏差	p値	n	平均値	標準偏差	p値	
ストレスの内容 ^{*2}									
家族の安否	該当	104	24.8	14.2	.03	7	38.1	17.9	.01
	非該当	26	18.0	11.9		117	22.6	14.1	
長時間勤務	該当	10	19.1	17.2	.31	8	38.6	12.5	< .01
	非該当	120	23.8	13.7		116	22.4	14.3	
身体の不調	該当	4	27.5	22.5	.74	20	30.4	9.0	.02
	非該当	126	23.3	13.7		104	22.1	15.2	
勤務体制	該当	3	5.7	2.3	< .01	11	27.2	17.0	.38
	非該当	127	23.9	13.9		113	23.1	14.4	
災害時の行動	該当	4	12.5	6.2	.11	13	32.5	18.5	.02
	非該当	126	23.8	14.0		111	22.4	13.9	
津波への不安	該当	18	22.1	15.6	.65	58	27.7	13.5	< .01
	非該当	112	23.7	13.8		66	19.8	14.8	
病院の耐震	該当	10	18.1	14.2	.21	45	28.3	14.1	.01
	非該当	120	23.9	13.9		79	20.7	14.3	
軽減要因									
ライフラインが整えられたこと	該当	54	20.4	13.8	.04	54	18.4	12.9	< .01
	非該当	76	25.6	13.8		70	27.4	14.8	
家族の安否が確認できたこと	該当	47	26.0	13.8	.13	40	28.6	13.5	.01
	非該当	83	22.0	14.0		84	21.0	14.6	
物資が流通してきたこと	該当	22	16.0	11.8	.01	10	21.0	16.5	.58
	非該当	108	25.0	14.0		114	23.7	14.6	

[注] ^{*1} : 有意差のある項目のみ掲載。

^{*2} : ストレス内容の調査1については、被災当日のデータ。

2. 対象者のストレス反応について

両調査において、対象者のIES-R得点の平均値がほぼ同値で有意差はなく、PTSD高リスク者は両調査とも4割以上と同じ割合であった。このことから、被災3か月後も1年後も災害救援者のストレス反応の大きさは変わらず、また1年経過してもストレスは軽減しないという傾向が示された。さらに本研究において高リスク者4割以上という結果は、過去に例をみない被災の規模の大きさ、津波が物語る被害の大きさの現れであると推察される。先行研究において、阪神・淡路大震災から13か月後の調査では被災地内勤務の消防隊員の15.8%（加藤・飛鳥井，2004）が、新潟県中越沖地震から1年後の調査では介護施設職員の18.5%（丹野ら，2012）がPTSD高リスク者であった。これら過去の調査結果に比べ、東日本大震災が被災した災害救援者の心身に多大なる影響を及ぼしたことが推測される。

3. 属性、被害状況とストレス反応について

属性では、調査1、2とも看護部所属の者がそれ以外に比し、有意にストレス反応が大きい結果であった。Kang, et al. (2015)の研究でも、看護師であることが有意にPTSDの発症に影響していることが示され、その理由について、看護師は被災直後から死体や深刻な障害をもつ対象に直面し、継続的に多面的にかかわること、また先行研究によって明らかにされているPTSDに罹患しやすい女性が多いことをあげている。本研究においても、看護師は上述と同様の状況にあること、さらに、被災後の看護の対象は被災前から看護を提供しているため、親近感をもって看護を提供していた対象が受けた被害状況に直面することがストレスを増強させたと考える。また、Kang, et al. (2015)の研究では、被災前からメンタルヘルストレーニングを受けていた者は有意にPTSD発症が少なかったことも明らかにしており、看護師に対してはとくに研修等にメンタルヘルストレーニングを計画的に取り入れる等の日常的な対策が必要と考える。加えて、40歳以上や経験年数が10年以上の職員は1年後のストレス反応が有意に大きい結果となった。Kang, et al. (2015)の研究でも40～50歳代が、20～30歳代、30～40歳代に比べ、有意にPTSDを発症している結果となり、年齢は先行研究よりPTSDの発症リスクであることを理由にあげて考察している。そのため、年代が高く経験年数が高い職員に対しては、被災後の継続的な心のケアが必要と考える。

被害状況では、家族の死亡を経験した職員、自宅全壊を経験した職員、友人の死を経験した職員のストレス反応が有意に大きかった。これは被災3か月後も1年後も同様の結果であり、この3項目の1年後のIES-R得点の平均値は3か月後の平均値より高い結果となった。阪神・淡路大震

災後の消防隊員への調査では、家屋被害、人的喪失など個人的な被災体験が心身に長期的に影響することが明らかにされており、PTSDの発症が懸念されていた（加藤・飛鳥井，2004）。津波によって、すべてを失うという喪失感は大きなストレスにつながり、またこれは時間が解決してくれるものではないことが平均値の高さから推察された。本研究においても先行研究同様に、個人の被害状況が対象者の心身に長期的に影響を及ぼす可能性があること示唆され、とくにこのような被害を被った災害救援者の長期的な心のケアが求められる。

4. 経時的なストレスの内容とストレス反応との関連について

被災当日は、「家族の安否」と「ライフラインの不備」「正確な情報がないこと」「食料・物資の不足」へのストレスが大きく、これは生活条件が十分に確保されていない状況で生じる「基本的ストレス」であるといえる（山崎，2011）。目の前の過酷な現実へのストレスであったことが確認された。また、被災当日の「病院へ行けない、勤務できない」ことへのストレスは病院職員の特徴的なストレスであり、医療者としての使命感の現れではないかと推察される。これらは3か月後には激減していた。3か月後、回答が多かったストレスは、「余震への不安」「将来や生活への不安」「津波への不安」「病院の耐震」「地域の様子」であり、被災当日から変化している。これらの項目は1年後のストレスの内容と同様であり、1年経過してもストレスは変化していないことが明らかになった。とくに、「余震への不安」と「津波への不安」は約半数の回答者が1年後もストレスに感じていた。これらのストレスは生命を脅かされるような出来事からくる「危機的ストレス」（山崎，2011）とよばれ、津波を伴う災害の特徴が顕著に現れたといえる。

また、被災当日のストレスの内容では「家族の安否」をあげた職員は有意にストレス反応が大きく、「勤務体制」をあげなかった者は有意にストレス反応が大きい結果であった。後者については、被災当日、勤務体制まで考える余裕はなかったと考えられ、それよりむしろ目の前の被災状況に対するストレスがあったと推察される。被災1年後では、「家族の安否」「長時間勤務」「身体の不調」「災害時の行動」「津波への不安」「病院の耐震」をあげた職員のストレス反応が有意に大きかった。このことより、「家族」の喪失感是最もストレスな状況を招くため、「家族の安否」を確認することができるような配慮が必要と考える。また、時間経過とともに慢性的な体調不良が出現しストレスとなること、今後の災害への恐怖がストレスとなると考える。そのため、災害救援者には長期的な健康管理と体調に

配慮した勤務等今後の被災に備えた対策を早期に整えることが重要と考える。

5. ストレスの軽減要因とストレス反応の関連について

本研究において、3か月後および1年後も、ストレスは「仕事ができただこと」「支援物資が届いたこと」「職員間コミュニケーション」「ライフラインが整えられたこと」「家族の支えがあったこと」「家族の安否確認ができたこと」によって軽減していた。このことより、支援物資を迅速に供給し、仕事ができる体制を整えること、生活の基盤を整えるための時間や家族との時間の確保のための勤務調整や、災害救援者であり被災者でもある職員たちがお互いにおかれている状況を認めあい共感しあう職場環境づくりが求められると考える。

ストレスの軽減要因とストレス反応の関連で、3か月後では、ストレスの軽減要因として「ライフラインが整えられたこと」「物資が流通してきたこと」をあげた職員、1年後では「ライフラインが整えられたこと」をあげた職員のストレス反応が有意に低かった。対象施設は、被災後、4日目に系列病院から物資の支援が届いたという現状があり、そのことが背景となっていると考える。このことから、普段から被災した際のライフラインの復旧対策、物資の流通体制について行政や地域全体で話し合いをもち対策を講じておくこと、また、訓練等を行っていくことが重要と考える。施設における食料や水の備蓄については、3日間の備えが推奨されているが、大規模災害の場合、外部支援の遅れが予測されるため4日以上での備蓄が必要なのではないかと考える。また1年後では、ストレス軽減要因として「家族の安否が確認できたこと」をあげた職員は有意にストレス反応が大きかった。これは家族の安否確認ができない職員が該当者となっており、ストレスが軽減したといっても家族の安否確認が不要な職員に比べ、ストレスが慢性的に高い状況であることが背景にあり、家族の安否が確認できない職員への配慮が重要であると考えられる。

V. 研究の限界

第1に、東日本大震災で被災した災害救援者のなかでも、沿岸部にあり津波被害を受けた1つの病院職員のみを対象としたため、妥当性に限界がある。しかしながら、被災しながらも調査期間1年間の協力を得て調査した本研究結果は、一施設の同じ対象者であり、一定の信頼性は担保できるものと考えられる。

第2に、IES-Rの測定について、本研究では合計得点での検証とし、下位尺度である侵入症状、回避症状、覚醒亢進症状の検証を行っていないことがあげられる。このこと

から、どの症状が合計得点に影響していたかの確認はできなかった。

VI. 結 論

東日本大震災で被災した災害救援者の、被災3か月後と1年後におけるストレス反応の大きさ、被害状況とストレス反応の関連、ストレスの内容等の経時的変化について検証した結果、以下のことが明らかになった。

- 被災した災害救援者のうちPTSD高リスク者の割合は、3か月後は43.8%（95%信頼区間：35.2-52.8%）および1年後は44.4%（95%信頼区間：35.4-53.5%）という高い結果であった。IES-R得点に有意差がなかったことから、被災から1年経過してもストレスの大きさに変わりはなかった。
- 被災3か月後、看護部所属の者、家族の死亡、自宅全壊、友人の死亡を経験した者のストレス反応が大きく、これらは1年後も持続していた。さらに1年後では、40歳以上の者、勤続年数10年以上の者、自身の浸水を経験した者のストレスが大きくなっていった。
- 被災当日は「家族の安否」をストレス内容にあげた者はストレス反応も大きく、1年後も持続していた。1年後、「長時間勤務」「身体の不調」「災害時の行動」「津波への不安」「病院の耐震」をあげた者のストレス反応が大きくなっていった。
- 生活上の支障のストレスに対して、3か月後も1年後も「ライフラインが整えられたこと」をあげた者は、ストレス反応は小さかった。しかし、1年後、軽減要因に「家族の安否が確認できたこと」をあげた者のストレス反応は大きく、時間が経過しても慢性的にストレスは大きい状況だった。

以上のことから、未曾有の被災を経験した災害救援者には長期的な心のケアが必要であり、とくに家族を失った者、家族の安否が確認できない者、40歳以上であり勤続年数が長い者には特別な配慮が必要であると示唆された。

また、看護部職員には被災前からのメンタルヘルストレーニングを検討すること、被災後の救援者の健康管理や体調に配慮した勤務にすることが肝要となり、被災しながらも活動する災害救援者にはこれらの支援が必要になると示唆された。

謝 辞

本研究の実施にあたり、調査にご協力いただきました病院職員の方々、医療法人社団健育会 石巻健育会病院院長の勝又貴夫先生、本部の森智美さまに深く感謝しお礼を申し上げます。また、この大被災で亡くなられた方々のご冥

福をお祈りいたします。

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・分析および解析に寄与し、論文の作成に関与し、最終原稿を確認した。

要 旨

東日本大震災で被災した災害救援者139名を対象として被災3か月後と1年後にストレス反応をImpact of Event Scale Revised (IES-R)で調査し、被害状況等との関連を検討した。

その結果、3か月後も1年後も、PTSD高リスク者は4割以上であり、看護部職員であること、家族の死亡、自宅全壊、友人の死亡を経験した者、ストレス内容では、「家族の安否」をあげた者のIES-R得点が有意に高かった。ストレス軽減要因として、3か月後も1年後も「ライフラインが整えられたこと」をあげた者のIES-R得点が有意に低かった。

これらより、災害を経験した救援者には長期的な心のケアが必要であり、被災前からのメンタルヘルストレーニングや被災後の勤務調整等の支援が必要になると示唆された。

Abstract

We assessed the stress response of 139 disaster-relief workers who were affected by the Great East Japan Earthquake. The assessment was conducted in two phases—three months and one year after the earthquake—using the Impact of Event Scale-Revised (IES-R). We investigated the association between the subjects' stress response and the status of those who experienced damage as a result of the earthquake. The results indicated that the subjects who were at high-risk for posttraumatic stress disorder (PTSD) were over 40% in both phases. The IES-R score was significantly higher among subjects who were staff members at the nursing department; who experienced the loss of family, friends, or their home; and who mentioned “safety of family” as the stress-related issue. To conclude, our findings reveal that the disaster-relief workers who were affected by the earthquake need long-term mental health support. Furthermore, the findings suggest that regular psychological training before and an appropriate working environment after disaster strikes need to be provided for the subjects.

文 献

- 飛鳥井望 (1999). 不安障害：外傷後ストレス障害 (PTSD). 臨床精神医学, 28(増刊), 171-177.
- 飛鳥井望, 西園マーハ文, 三宅由子 (1999). 改訂出来事インパクト尺度 (IES-R) 日本語版およびPTSD診療診断面接尺度 (CAPS) 日本語版開発. 平成10年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班」研究報告会抄録.
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., and Nishizono-Maher, A. (2002). Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 175-182.
- Goenjian, A.K., Najarian, L.M., Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Manoukian, G., Tavosian, A. and Fairbanks, L.A. (1994). Posttraumatic stress disorder in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *The American Journal of Psychiatry*, 151(6), 895-901.
- Henderson, S.E., Elsass, P., and Berliner, P. (2016). Mental and social health in disaster: The Sphere standards and post-tsunami psychosocial interventions in Asia. *Disasters*, 40(3), 432-451.
- 加藤 寛, 飛鳥井望 (2004). 災害救援者の心理的影響：阪神・淡路大震災で活動した消防隊員の大規模調査から. *トラウマティック・ストレス*, 2(1), 51-59.
- Kawashima, Y., Nishi, D., Noguchi, H., Usuki, M., Yamashita, A., Koido, Y., Okubo, Y., and Matsuoka, Y.J. (2016). Post-Traumatic stress symptoms and burnout among medical rescue workers 4 years after the Great East Japan Earthquake: A longitudinal study. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 10(6), 848-853.
- Kang, P., Lv, Y., Hao, L., Tang, B., Liu, Z., Liu, X., Liu, Y., and Zhang, L. (2015). Psychological consequences and quality of life among medical rescuers who responded to the 2010 Yushu earthquake: A neglected problem. *Psychiatry Research*, 230(2), 517-523.
- 大塚映美, 松本じゅん子 (2007). 災害救援者の二次受傷とメンタルヘルス対策に関する検討. *長野県看護大学紀要*, 9, 19-27.
- 総務省消防庁 (2013). 大規模災害時等に係る惨事ストレス対策研究会報告書. 52-57.
- スフィア・プロジェクト (2011). 人道憲章と人道対応に関する最低基準. 4-5, 難民支援協会. https://www.refugee.or.jp/sphere/The_Sphere_Project_Handbook_2011_J.pdf (検索日2016年8月12日)
- 丹野宏昭, 山崎達枝, 松井 豊, 山影有利佐 (2011). 2007年新潟県中越沖地震の被災介護施設職員のストレス反応. *日本集団災害医学会誌*, 16(1), 19-26.
- 丹野宏昭, 山崎達枝, 松井 豊 (2012). 2007年新潟県中越沖地震の被災介護施設職員のストレス反応 (2): 被災1年後の質問紙調査結果. *日本集団災害医学会誌*, 17(3), 431-437.
- van Griensven, F., Chakkraband, M.L., Thienkrua, W., Pengjuntr, W.,

Lopes Cardozo, B., Tantipiwatanaskul, P., Mock, P.A., Ekassawin, S., Varangrat, A., Gotway, C., Sabin, M., and Tappero, J.W. (2006). Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand. *Journal of the American Medical Association*, 296(5), 537-548.

Wilson, J.P. and Keane, T.M. (1996). *Assessing psychological trauma and PTSD*. 399-411, New York: The Guilford Press.

山崎達枝 (2011). 救援者に必要とされる心のケア. *Nursing Today*, 26(4), 38-40.

[2017年11月22日受 付]
[2018年10月31日採用決定]

一般社団法人
日本 看護 研究 学会
会報

第 111 号

(2019年 4月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

一般社団法人日本看護研究学会
 平成30年度第2回理事会 議事録 1

一般社団法人日本看護研究学会
 平成30年度会員総会 議事録 6

一般社団法人日本看護研究学会
 平成30年度第3回理事会 議事録 9

一般社団法人日本看護研究学会
 平成30年度第5回臨時理事会 議事録 14

一般社団法人日本看護研究学会
 平成30年度第2回理事会 議事録

日 時：平成30年 8月17日（金） 15：00～17：30

場 所：熊本県立劇場 2階 中会議室

出 席：宮腰由紀子，安藤詳子，深井喜代子，阿部幸恵，石川ふみよ，岡田由香，神田清子，
 工藤せい子，国府浩子，鈴木みずえ，祖父江育子，高見沢恵美子，任和子，山口桂子，
 山勢博彰，吉沢豊予子，吉田澄恵，良村貞子（以上，常任理事・理事18名）
 西田真寿美，渡邊順子（監事2名）
 前田ひとみ（第44回学術集会会長），泊裕子（第45回学術集会会長）

欠 席：宇佐美しおり，岡美智代，工藤美子，佐藤洋子

陪 席：竹下清日 海老根潤（ガリレオ社）

議事進行：理事長 宮腰由紀子

書 記：鈴木みずえ

配布資料：

1. 会員動向報告
2. 編集委員会資料
3. 第45回学術集会のご案内
4. 北海道地方会役員選挙結果・会計報告
5. 銀行口座再編成案
6. 2019年度奨学研究募集資料
7. 第46回学術集会開催日程（札幌）
8. 入会申込理事会承認一覧

番号なし

平成30年度第1回理事会議事録

平成30年度定時社員総会議事録

平成30年度第3回臨時理事会議事録

平成30年度第4回臨時理事会議事録

平成30年度 一般社団法人日本看護研究学会 会員総会資料

渉外担当報告資料

大規模災害支援事業委員会資料

学術集会会長挨拶

第44回学術集会 前田ひとみ会長から学術集会開催に向けてのご挨拶があった。

宮腰由紀子理事長挨拶

宮腰理事長より、挨拶があり、議事が開始された。

1. 報告事項

1) 会員数の動向について (資料1)

総務担当・深井副理事長から資料1に沿って、2018年度8月10日現在、会員総数6,236名（名誉会員15名、評議員148名、一般会員6,073名）であること、2018年度新入会員数306名、入会待機者43名、退会者数29名であること、会費納入率は79.67%であることが報告された。

2) 委員会報告

(1) 編集委員会 (資料2)

委員長・高見沢恵美子理事より学会誌の発行に関して報告がされた。

- ・ 4月20日に41巻1号、6月20日に41巻2号、41巻3号は7月26日第44回学術集会抄録集として発行した。
- ・ 9月20日に41巻4号を発行予定で、掲載巻号未決定論文35編（うち早期公開済み18件）のうち、15編を掲載する予定である。

(2) 奨学会委員会 (資料なし)

委員長・神田清子理事より、2019年度の奨学研究募集についての検討を行ったことが報告された。

(3) 学会賞・奨励賞委員会委員 (資料なし)

委員長・工藤せい子理事より、新たな報告はないことが報告された。

(4) 将来構想検討委員会 (資料なし)

宮腰由紀子理事長より下記について検討を行っていることが報告された。

- ① 学術集会の決定
- ② ニュースレターの再開
- ③ 地方会支援の充実
- ④ 学術集会への本会からの支援について

- ⑤ 学術集会演題登録システムについて
- ⑥ 大規模災害支援事業の今後について
- (5) 研究倫理委員会（資料なし）
- 委員長・山勢博彰理事より、以下の2点が報告された。
- ・申請があった倫理審査については、審査の結果「要再申請」で通知をしたが現時点では再申請はされていない。
 - ・第44回学術集会での企画：学会特別企画「看護研究を実施するために理解しておくべき看護倫理」一家綱邦先生の講演を企画した。
- (6) 国際活動推進委員会（資料なし）
- 委員長・吉沢豊予子理事より、以下について報告があった。
- ・ホームページの英文化は、現在、予算との関係で検討中である。
 - ・論文投稿規程の英文化について、翻訳は完了しており、今後、ホームページに掲載予定である。
 - ・イヤーズブックは2017年度で終了した。
 - ・第44回学術集会で学会特別企画「グローバル人材としての看護職者育成をすすめる国際医療福祉大学成田看護学部の試み」森山ますみ先生の講演を予定している。
- (7) 大規模災害支援事業委員会（資料なし）
- 委員長・山口桂子理事より、「平成30年7月豪雨」について今年度事業を立ち上げることを審議事項で提案する旨が報告された。
- (8) 渉外・広報（ホームページ）・関連会議（番号なし 渉外担当報告資料）
- 渉外担当・安藤詳子副理事長より、以下の報告があった。
- ・日本学術会議24期における看護学関連の分科会「看護学分科会（健康生活・科学委員会）」、「少子高齢化社会におけるケアサイエンス分科会」およびそのミッションについて、資料に基づき説明がなされた。さらに看護分科会では、「地域共生社会形成班」、「高度実践看護師班」「ケアサイエンス班」などの検討班で検討していることが報告された。
 - ・6月に開催された日本看護系学会協議会（JANA）社員総会について
平成29年度の事業報告の内容が資料に基づき説明され、事業報告・決算報告が承認されたことが報告された。
また、平成30年度については、より組織基盤を充実し予算を充当していきたいとのことであったが、会費値上げを伴う内容であったため、平成30年度の事業計画・予算案は否認された。10月の臨時総会で再度審議が行われることが報告された。本会の場合は、会費は8万円から20万円となる予算案であった。
- (9) 看保連ワーキング・関連会議（資料なし）
- 委員長・山口桂子理事より、第44回学術集会で学会特別企画として「診療報酬を獲得できるエビデンスを積み重ねるPartⅢ—重度障がい児と家族の生活世界を広げる支援プロジェクト—」が泊委員から発表されることが報告された。
- また、看保連については前回理事会以降新たな報告はないが、会費の値上げ見込まれるため検討が必要である旨の報告があった。

3) 第45回学術集会について (資料3)

第45回学術集について泊祐子会長より、報告された。

2019年8月20日(火)～21日(水)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, 場所は大阪国際会議場で開催予定である。

4) 地方会の活動に関して (資料4)

宮腰由紀子理事長より、資料4にある北海道地方会の役員選挙の結果および会計報告がなされた。

5) 会員総会について (会員総会資料)

宮腰由紀子理事長より、会員総会の議事次第および資料について確認された。

2. 審議事項

1) 保有銀行口座の再編について (資料5)

ガリレオ会計担当の海老根潤氏より、資料に基づいて、千葉銀行など複数に口座を開設しており、現在の事務局としては取り扱いが困難であることから口座の再編について提案がなされた。前回理事会では「みずほ銀行」に口座をまとめる提案が行われたが、リスク分散のため「三菱UFJ銀行」の口座も加えての再編案が説明され、承認された。

2) 2019年度奨学会研究募集について (資料6)

委員長・神田清子理事より、資料6に基づいて2019年度奨学会研究募集について説明され、承認された。

3) 第46回学術集会について (資料7)

日時: 2020年8月27日(木)・28日(金), 場所: 札幌コンベンションセンターと決定された。

4) その他

① 入会申し込みについての承認 (資料8)

資料に基づき、入会希望者のリストが確認され、全員の入会が承認された。

② 大規模災害支援について (番号なし 大規模災害支援事業委員会資料)

委員長・山口桂子理事より、資料に基づき「平成30年7月豪雨」を対象とした、平成30年度大規模災害支援事業についての説明が行われた。実施要領および、寄付金の募集をメール配信および学会ウェブサイト上の告知によって開始することが承認された。

実施要領記載の支援対象者の表現が「本学会会員の看護学研究者」となっていると臨床看護師などの実践家が応募しにくいために、「本学会会員の方」などとしたほうがよいのではないかという提案が理事よりあり、規程や施工細則と照らし合わせて、変更可能な範囲で修正することとなった。

今後、「大規模災害」の定義を見直すとともに、災害があった際に、即発動できるようなシステムを委員会で検討し、規程・細則の見直しの提案を行っていくことで合意した。

③ 学術集会会長の候補者の選出・会期について

宮腰由紀子理事長より、現在は、3年後の学術集会会長までを決定するシステムとなっているが、学術集会準備を考えると、今後は、さらに1年先の4年後の学術集会会長を決定したいとの提案がなされ、承認された。2019年度の会員総会で、第48回(2022年)、第49回(2023年)の学術集会会長を決定する。

また、第47回学術集会会長が、8月18日の会員総会で承認された場合には、会期 2021年8月21・22日、会場 仙台国際センターでの開催とすることが承認された。

学術集会開催時期は8月下旬というイメージはあるが、開催地の都合や会場手配などの関係上8月に限定することはできないため、従来どおり、6～9月の間くらいで学術集会会長が決定するという事で合意した。

今後、本学会のカラーを明確にし、学術集会の参加者が増加するように検討していく必要がある。学術集会の招聘講演について、本会から補助金をだしていくこと等についても、将来構想検討委員会で検討していきたい。

④ 地方会に関する検討について

宮腰由紀子理事長より、地方会が本会にとって特徴的な存在であるため、地方会の力をつけていくことが本会の学術集会の活性化にも繋がるのではないかと考えられるとの意見があった。

東北・関東・東京の3地区は地方会がない、地区割に課題があるなどの問題点については、継続して検討していくことで合意した。

また、本会から地方会への補助金の額や、地方会で開催される研修会・講演会に対する資金援助についても検討する。

⑤ 日本看護系学会協議会（JANA）・看保連の会費の値上げに関して

・看保連は、従来の7万円から30万円に会費が値上げとなる可能性がある。

本会が、診療報酬に関係することなどで、看保連を効果的・組織的に活用できればよいが、そうでない場合は30万円の会費は高いとも考えられる一方、脱退することは現実的ではない。組織体制の安定化のための事務局専任職員の雇用、日本看護協会の家賃など700万円が新規の経費として計上されているが、事務局の仕事の内容など詳細に説明したものが提出されていない。事務局のあり方や経費の妥当性について納得可能なように説明してもらいたい旨を申し入れることとなった。

・JANAにおいて、本学会の場合、会費は8万円から20万円を要求された。6月の総会では2018年度の事業計画は否認され、再度、総会が開催される予定である。追加の情報が出た時点で再度検討するものの、基本方針として、①JANAの存在と活動の看護界における重要性を認識して今後も支援するが、②経費がかかる単独事務局設置には反対する、③学会運営支援業者の活用などでJANAの活動の理事負担軽減を図り、④会費値上げ額は現行の倍額までとすることとした。

一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度会員総会 議事録

日 時：平成30年 8月18日（土） 11：20～12：20

会 場：熊本県立劇場 コンサートホール（第1会場）

理事長挨拶

会員総会をはじめに当たり、宮腰 由紀子理事長から挨拶があった。

議長：定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）

3. 会員総会の議長は、その年度の学術集会会長が当たる。

第44回学術集会会長 前田 ひとみ氏。

書記の任命

引き続き、評議員から2名の書記の推薦・任命が行われた。

宇都 由美子 評議員

近藤 由香 評議員

総会成立の確認

定款 第7章 会員総会 第29条（会員総会）4. 会員総会は会員の10分の1以上の出席がなければ議事を開き議決することはできない。に基づき、会員総会成立の確認がなされた。

会員総数 6,241名（8／18現在）

欠席委任状 2,418名（8／26現在）

当日出席者 58名

出席者と欠席委任状の総数は2,476名で、会員の10分の1（625名）以上の出席（欠席委任状含む）があった。

議事事項

報告事項

1. 会員数の動向について

深井 喜代子副理事長より、平成30年 8月10日現在、一般会員6,236名、評議員148名、名誉会員15名で、総数6,073名で漸増していること、平成30年度会費納入率：79.67%であるとの報告があった。

2. 平成29年度事業報告

宮腰 由紀子理事長と各委員会委員長より、資料2頁に基づき事業報告があった。

3. 平成29年度決算報告

1) 会計報告

任 和子会計担当理事より、資料3～26頁について会計報告があった。平成29年度は選挙が行われ、一般会計から1,000,000円を繰り入れし、経常費用は1,440,922円であったと説明があった。また、災害支援特別会計に、一般会計から1,000,000円、学術集会会計から1,291,298円の合計2,291,298円を繰り入れたと報告があった。

2) 監査報告

渡邊 順子監事より、資料27頁に基づき、平成29年度決算について適正であった旨の監査報告があった。監査意見として、会員サービス、研究支援、研究倫理啓発、社会貢献も含めた学会諸事業を活性化させるような事業計画・将来構想を立案し、資産の有効活用の検討を期待する旨が報告された。

また、資料28頁にある税理士の金子 和寛氏による会計調査報告書について、渡邊 順子監事の代読にて報告された。

4. 平成30年度事業計画について

深井 喜代子副理事長より、資料29頁に基づいて事業計画の報告があった。

5. 平成30年度予算について

任 和子会計担当理事より、30～36頁に基づいて予算報告があった。事業活動費の中で特に額の大きな項目として、学会誌J-Stageへの過去の学術集会抄録の登録、ホームページ関連経費、および事務業務の効率化を目的とする事務局委託費等について、説明が行われた。

6. 奨学会研究助成について（平成30年度）

奨学会委員会委員長 神田 清子理事より、平成30年度奨学研究助成授与者として、近藤 由香氏が選考されたことが報告された。

7. 学会賞・奨励賞選考について（平成29年度）

学会賞・奨励賞委員会委員長 工藤 せい子理事より報告があった。

1) 平成29年度学会賞について：1名が選考された。

2) 平成29年度奨励賞について：5名が選考された。

8. 第44回学術集会について

前田 ひとみ学術集会会長より、予定通り順調に進んでいるとの報告があった。

9. 第45回学術集会について

泊 祐子学術集会会長より、平成31年8月20日、21日に大阪府立国際会議場（大阪市）にて開催予定であることが報告された。

10. その他

・日本学術会議について

安藤 詳子副理事長より、日本学術会議の3つのミッションと事業について報告があった。

・日本看護系学会協議会の活動について

安藤 詳子副理事長より、平成29年度の社員総会について報告があった。

・看護系学会等社会保険連合（看保連）の活動について

山口 桂子担当理事より、看保連の活動について報告があった。

・地方会の活動について

安藤 詳子副理事長より、北海道、東海、近畿・北陸、中国・四国、九州・沖縄の各地方において、活発に活動が行われている旨が報告された。

・大規模災害支援事業委員会

委員長 山口 桂子理事より、平成30年7月豪雨に対して支援業務を行うことが決定した旨が報告された。実施要領については、学会ウェブサイトに掲載し、メール配信にて告知する。

審議事項

1. 第47回（平成33年度）学術集会会長について

宮腰 由紀子理事長より、第47回（平成33年度）学術集会会長について、理事会で推薦された東北大学の塩飽 仁氏が報告され、審議の結果、学術集会会長として承認された。

2. 名誉会員の承認

理事会において推薦された紙屋 克子先生が報告され、名誉会員として承認された。

以上で会員総会を終了した。

会員総会終了後に以下の事項が行われた。

・第45回（平成31年度）学術集会会長挨拶

泊 祐子氏（大阪医科大学）より、第45回（平成31年度）学術集会について、平成31年8月20日・21日に大阪府立国際会議場（大阪市）で開催することの説明がされた。

・平成30年度奨学会奨学金授与

宮腰 由紀子理事長より、近藤 由香氏に奨学金目録が授与された。

・平成29年度学会賞

宮腰 由紀子理事長より、学会賞の表彰がされた。

堀田 涼子氏

・平成29年度奨励賞表彰

宮腰 由紀子理事長より、奨励賞の表彰がされた。

田中 聡美氏

佐々木 美喜氏

玉川 優芽氏

小檜山 敦子氏

新井 恵津子氏

一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第3回理事会 議事録

日 時：平成30年11月23日（金・祝） 13：00～16：00

場 所：東京八重洲ホール 611会議室

出 席：宮腰由紀子，安藤詳子，深井喜代子，宇佐美しおり，岡田由香，工藤せい子，国府浩子，
鈴木みずえ，祖父江育子，高見沢恵美子，任和子，山口桂子，山勢博彰，吉田澄恵，
良村貞子（以上，理事15名）

西田真寿美，渡邊順子（監事2名）

赤澤千春（第45回学術集会長泊祐子代理参加）

欠 席：阿部幸恵，石川ふみよ，岡美智代，神田清子，工藤美子，佐藤洋子，吉沢豊予子

陪 席：竹下清日，海老根潤（ガリレオ社）

議事進行：理事長 宮腰由紀子

書 記：岡田由香

配布資料：

1. 会員数の動向
2. 平成30年度上半期決算報告書
3. 平成30年度看護系学会等社会保険連合 臨時社員総会資料
4. 第44回学術集会特別会計決算書案
5. 第45回学術集会特別会計予算書案・日本看護研究学会第45回学術集会チラシ
6. 奨学会委員会 奨学金授与者が辞退を申し出た場合の対応に関する資料一式
7. 国際活動推進委員会メンバー
8. 謝金および講師等の旅費に関する申し合わせ（案）
9. 平成30年度大規模災害支援事業実施要領・ご寄附のお願い
10. 日本看護系学会協議会役員選挙 被選挙人推薦資料
11. 大規模災害支援事業 平成30年度支援額（案）
12. 編集委員会資料
13. 入会申込理事会承認一覧 要回収

番号なし 平成30年度 第2回理事会議事録（案）

平成30年度 日本看護研究学会 会員総会議事録

（追加）看護系学会等社会保険連合（看保連）臨時社員総会議事次第

議題

1. 議事録の確認

- 1) 平成30年度第2回理事会議事録について確認された。なお，欠席理事の承認を得るために，最終承認は後日メールで得ることが承認された。
- 2) 平成30年度会員総会議事録について意義なく承認された。

2. 報告事項

1) 会員数の動向について

総務担当の深井副理事長より、資料1に基づき、2018年11月16日現在、会員総数6,312名（名誉会員16名、評議員148名、一般会員6,148名）であること、2018年度新入会員数392名、入会待機者15名で増加傾向にあること、退会者数41名で会費の納入率は84.15%であることが報告された。

2) 第45回学術集会について

学術集会長代理参加の赤澤千春氏より、資料5に基づき、学術集会の予算について、参加者1,300名を想定して1,395万円の集会参加費の見込みの他、寄付金30万円、協賛金補助金160万円、一般会計からの繰入70万円等で収入は2,199万円であること、それに対し支出が、会場である大阪国際会議場の会場費が740万強と高く、当日の運営費等を含めると事業費支出が約2,112万円となるが、約86万の黒字となる予定であることが報告された。

また、演題発表システムについて、業者変更に伴い本文の文字数制限が900字に変更されたことの報告と、学術集会への参加および演題発表募集の案内があった。

3) 平成30年度上半期 決算・会計監査報告

任和子会計担当理事より、資料2-1一般会計、資料2-2奨学会特別報告、資料2-3選挙事業積立金特別会計、資料2-4災害支援金特別会計について、それぞれ報告があった。

一般会計について、収入は順調で執行も順調であること、今後各委員会での計画的な執行の依頼があった。なお、奨学会は50万円の奨学金を執行している。また、本年度は選挙実施がないため選挙事業には動きはなく、災害支援金についてはこれから執行される予定であることが報告された。

渡邊順子監事より、昨年からの予算が執行されていない実態を踏まえて、今後は各委員会で具体的な執行計画を提出してほしい旨依頼された。

4) 委員会報告

(1) 編集委員会（資料12）

委員長 高見沢恵美子理事より、学会誌発行状況および原稿受付の状況報告がされた。

委員会として、編集委員会規定の改正、エディター1名追加した2名体制、エディター業務・費用、採用論文文献リストの検索確認作業の外部依頼、編集委員マニュアルの修正、2校校正業務内容等について検討し、この後での審議が依頼された。

(2) 奨学会委員会（資料なし）

神田清子委員長代理 工藤せい子理事より、以下の2点が報告された。

- ・2019年度奨学研究募集案内を理事長名で会員に広告している。12月7日（金）が締め切りとなり、その後応募のあった者の審査を各委員が行い、2019年1月13日に委員会を開催・検討し、推薦する予定である。
- ・奨学金授与者から奨学金辞退の申し出があった。これに対し、前例がない事案であったため委員会で検討し、宮腰理事長に確認後「奨学研究授与者の辞退への対応に関する内規（案）」を作成することになり、本会の審議事項になっている。

(3) 学会賞・奨励賞委員会（資料なし）

委員長 工藤せい子理事より、2018年度の対象論文（著者が本学会会員歴3年以上で2015年度38巻4号から2018年度41巻2号までに掲載された原著論文）の27編を各委員が評価し、2019年1月13

日に委員会を開催して検討，その結果を2月中に，宮腰理事長に關係書類をそろえて申請する予定であることが報告された。

(4) 将来構想検討委員会（資料なし）

委員長 宮腰由紀子理事長より，新たな報告はないことが報告された。

(5) 研究倫理委員会（資料なし）

委員長 山勢博彰理事より，以下の2点が報告された。

- ・倫理審査した1件について，要修正になった後，返事がない状況である。
- ・次回の学術集会で例年通り特別セミナーを企画する予定である。

(6) 国際活動推進委員会（資料なし）

委員長 吉沢豊予子理事（欠席のため，宮腰由紀子理事長が代理）より新たな報告はないことが報告された。

(7) 大規模災害支援事業委員会（資料9）

委員長 山口桂子理事より，資料「平成30年度大規模災害支援事業実施要領」について種々の災害による被災状況を想定してまとめたこと，今年度は2回締め切りを設定し，公募した旨報告された。

(8) 渉外・広報（ホームページ）

宮腰由紀子理事長より，新たな報告はないことが報告された。

(9) 看保連ワーキング

山口桂子理事より，看保連ワーキングでは医療保険点数とのからみもあり，2プロジェクト（①在宅小児の生活を支える ②高齢者の生活を支える 拘束をしない看護について文献検討）に現在取り組んでいることが報告された。

5) 関連会議

① 看護系学会等社会保険連合（資料3，追加資料）

山口桂子理事より，10月30日に開催された臨時社員総会において，新会費の値上げについて資料3「新会費についての承認決議に関する審議過程の概要」に沿って説明があり，種々の質疑応答ののち投票により可決されたこと，本学会は会員数が4,000名以上であることから30万円に値上げとなることが報告された。

また，追加資料「臨時社員総会議事次第」にある平成31年度役員改選について，現理事の4月退任にともない，本学会が看保連の会員を新理事として推薦することが可能であるが，本学会からは推薦しないことで承認を得た。

② 日本看護系学会協議会（資料なし）

渉外担当 安藤詳子副理事長より，10月27日に開催された臨時社員総会において，事業案・予算案は承認されたが，会費の変更については再提案があったものの決定にはいたらなかったことが報告された。

6) 第44回学術集会について（資料4）

会計担当 宇佐美しおり理事より，第44回学術集会決算について，学術集会参加者が増え予算額より収入が増額となったこと，しかしながら，予定よりも多くの演題と企業展示があったことから機材費，設営費，人件費などの支出も予算額より増えたことが説明された。現状では，348,722円の黒字

となっているが、まだわずかに残務整理が発生するため、資料の支出額は途中経過であり、改めて最終報告が提出される旨報告された。

7) 地方会の活動について

宮腰由紀子理事長より、新たな報告はないことが報告された。

3. 審議事項

1) 日本看護研究学会雑誌投稿規程の変更について (資料12)

編集委員長 高見沢恵美子理事より、投稿規定の変更について、資料12の新旧対照表のとおり、5.「投稿手続きおよび採否」での誤字があり、「チェックリスト」に修正すること 10.「投稿論文の採否の異議申し立て」において「1回に限り」を追加する旨説明があり、承認された。

2) 学会誌編集業務について (資料12)

編集委員長 高見沢恵美子理事より、エディター業務・費用について資料12のとおり提案され、業務の「作業の流れ」、「エディター確認事項」について承認された。ただし、4)「論文の内容が正しく表現されているか」の文言を「文章が正しく表記されているか」に修正することで合意された。また採用論文文献リストの検索確認作業の外部依頼について、見積書の説明がされたが、編集費用とともに検討を要する事案のため次回理事会での継続審議となった。

3) 奨学会研究の中止への対応について (資料6 取扱注意)

神田清子委員長代理 工藤せい子理事より、資料に沿って奨学金授与辞退者の申し出があった経緯と委員会の対応など説明され、種々の意見交換の結果、以下の2点が同意された。

① 今後、奨学金を受けた研究者が病気や災害にあう場合(死亡、被災者)、現職を何らかの理由で辞する場合などで奨学会研究を中止することを想定すると、「奨学会規程の第5条(義務)、第7条(罰則)」、「奨学会委員会規程の第4条2)の……不履行の査問等につき……」、について課題が残るため、規程の見直しあるいは「細則または内規(申し合わせ)」を作成することを再検討し、次回理事会での継続審議となった。

② 今回の辞退申し出者に対する対応:大学への委任経理金として寄付し決済済であるため、返納は不可能である。ただし、本人が返納の強い希望がある場合は、学会へ寄付として受け取ることは可能である。その旨を理事長名の文書(委員会で作成し、理事長に承認を得、必要時弁護士の助言をうける)で本人に通知する。

4) ニュースレターの作成について (資料なし)

宮腰由紀子理事長より、初回ニュースレターを会員総会案内に同封する予定で発行する提案がされ、承認を得た。ニュースレター発行のスケジュールは1月に原案の作成、次回理事会で審議、4月中には印刷会社に入稿する旨が説明された。

5) 国際活動推進委員会委員の追加について (資料7)

担当委員欠席のため、宮腰由紀子理事長より資料7に基づき、今後より活発な活動を遂行するため新たに2名(森山先生、中平先生)を追加することが提案され、承認された。

6) 謝金および講師等の旅費に関する申し合わせについて (資料8)

宮腰由紀子理事長より、学術集会等講演での講師等の謝金、旅費等の申し合わせがないため、資料8の案を作成した旨説明があり、その内容を審議した。種々審議した結果、次回理事会までに内容を

整理し、継続審議することで合意された。

なお、理事会に先立って常任理事会で別表の会員外の講師の料金は職位にかかわらず一律50,000円とする修正案が提案され合意を得た。

7) 入会手続きの見直しについて (資料なし)

ガリレオ事務担当の竹下清日氏より、以下の報告がされた。

ホームページ担当の塩飽仁総務協力員より、ホームページのリニューアルに伴い、入会申込フォームを見直すことについて検討依頼があった。現状のシステムは事務手続きが煩雑であり、現在組み込まれている申込フォームの改修および英語版入会フォームの作成には多大な費用がかかる。ガリレオのオンライン入会システムを使用することは可能であるが、現状では推薦システムは搭載されていない。また、ガリレオのオンライン入会システムと会員情報管理システムには英語版も整備されていない。ただし、オンライン入会システムの英語版は25万程度で作成可能である。

種々審議した結果、以下の2点が合意された。

- ① ガリレオのオンライン入会システムを使用する。
- ② ガリレオは、オンライン推薦システムをなるべく早く搭載できるように進めるが、学会ウェブサイトのリニューアルに間に合わない場合は、暫定的に、推薦者のID、名前、メールアドレスを入会希望者が入力することにより推薦者を確認することとする。

また、現状の日本語のオンライン入会システムに英文表記を付与する方向で進める。

8) 平成30年度 大規模災害支援事業支援金支給について (資料11)

委員長 山口桂子理事より、申し込み者1人(整理番号H30-1)について資料11に基づき説明があり、あわせて過去の支援者のデータも示され、過去住居被災が全壊の場合、満額20万円を支給していたため、今回のケースも全壊のため20万円で支給することの提案があり、承認された。

今年度の今後の申請については、資料9の通りですすめ、申請締め切りについては3回目を設定し、日時を2月15日とする。なお、12月の2回目、2月の3回目の申請者がある場合はメール審議もしくは次回の理事会で審議し、なるべく速やかに対応し給付する旨提案があり、承認された。

なお、寄付金の募集の周知については、12月の会員会費振込依頼の際に文書と振り込み用紙を全会員に郵送することで承認を得た。

9) 日本看護系学会協議会2019-2020年度役員選挙 被選挙人の推薦について (資料10)

安藤詳子副理事長より、資料10の説明があり、本学会からは引き続き宮腰由紀子理事長と総務担当の深井喜代子副理事長を推薦したい旨提案があり、承認された。

10) その他

- ① 入会申込理事会承認 (資料13 回収資料)

資料に基づき、入会希望者57人のリストが確認され、全員の入会が承認された。

- ② その他

次回理事会の予定：2019年3月2日(土)

各委員会より次年度から詳細な予算を立てたものを提出してもらう。

次年度の社員総会開催 2019年5月19日(日) 場所は今後検討する。

以上

一般社団法人日本看護研究学会 平成30年度第5回臨時理事会 議事録

本理事会は一般社団法人日本看護研究学会定款第23条第2項に基づき理事総数22名および監事2名全員の同意により開催された。

下記の議案に関して、理事全員が同意書もしくは電磁的記録により同意の意思表示をするとともに、各々の監事からは異議が述べられなかったため、定款第23条第2項に基づき、各議案を可決する旨の理事会の決議があったとみなされた。これを証するため、本議事録を作成する。

日 時：2019年1月25日（金） ※本理事会の決議があったとみなされる日

場 所：書面による

出席者：【理事】 宮腰由紀子理事長，安藤詳子副理事長，深井喜代子副理事長，阿部幸恵理事，
石川ふみよ理事，宇佐美しおり理事，岡美智代理事，岡田由香理事，神田清子理事，
工藤せい子理事，工藤美子理事，国府浩子理事，佐藤洋子理事，鈴木みずえ理事，
祖父江育子理事，高見沢恵美子理事，任和子理事，山口桂子理事，山勢博彰理事，
吉沢豊予子理事，吉田澄恵理事，良村貞子理事
【監事】 西田真寿美監事，渡邊順子監事

議 案：

第1号 本理事会は平成30年度大規模災害支援事業 支援金申請（第2回締切分）に対する支援金額を別添一覧（全4件 支援金合計750,000円）のとおり承認する。

議事録作成に係る職務を行った理事氏名：鈴木みずえ

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

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

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

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

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

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

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

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

2) 研究貢献者

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

3. 投稿の内容と種別

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

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

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

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

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

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

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。
原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

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

■技術・実践報告

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

■総説

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

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2017)等にならなければならない。

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

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

■ミスコンダクト

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

■断片的投稿

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

■二重投稿

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

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正

当な理由を添えて、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 投稿手続きおよび採否

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

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

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

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「雑誌投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、電子投稿システムに登録する。

8. 利益相反自己申告書

利益相反自己申告書で、著者全員が研究内容に関係する企業・組織または団体との利益相反状態を記載し、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9. 原稿の受付

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

10. 投稿論文の採否

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

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

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てを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提出すること
PDF……パスワードはかけず、フォント埋め込みの状態提出すること（可能であれば、JPEGまたはTIFF形式が望ましい）
- 3) 本文の文字の大きさはMS明朝体の10.5ポイントを使用し、書式は左右余白30mm、上下余白50mm、入稿とし、文字数は40字×20行となるように設定する（「文書のレイアウト」で40字×20行と設定すると、10.5ポイントの場合、1行の数が40字以上になる。35字×20行という設定で指定の文字数となることが多いので、実際に1ページあたりの字数と行数を確認すること）。
- 4) 本文には必ずページ数を中央下に挿入する。
- 5) 1ページ目の最上段に論文タイトルを記載し、1行空けて本文を開始する。著者名および所属など投稿者を特定できる情報を書いてはいけない。
- 6) 数式については、Microsoft数式を使用する。

2. 文体ならびに句読点について

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

3. 見出しについて

論文の構成をわかりやすく提示するために見出しを階層化する。

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

第2階層：Ⅰ．Ⅱ．Ⅲ．……………：中央揃え

第3階層：A．B．C．……………：左端揃え

第4階層：1．2．3．……………：左端揃え

第5階層：a．b．c．……………：見出しのみ、本文左端より1字下げる

第6階層：(1) (2) (3) ……………：上位の見出しより1字下げる

第7階層：(a) (b) (c) ……………：上位の見出しより1字下げる

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

4. 表について

- 1) 効果的な表のレイアウトを下に示す。

表X. 若年者と高齢者の課題達成の割合

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

- 2) 表はひとつずつA4判用紙に配置し、最上段左端に、出現順に「表1」のように通し番号を振り、そのあとに全角スペース分空けてからタイトル名を簡潔に示す。
- 3) 表は、それ自体が結果のすべてを語る力をもっている。本文中での表の説明は要点を示すのにとどめなければならない。すべての内容について論じるのなら、その表は不要である。
- 4) 表の罫線は必要な横罫線だけにとどめ、縦罫線は使用しない。縦罫線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：それを引用するの必然性が存在している、④引用された著作物の出典が明示されている、など条件をクリアしていることである。

— 例 —

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

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

— 例 —

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

- 8) 翻訳本を引用した場合には、原作出版年／翻訳本出版年を表示する。

— 例 —

Walker & Avant (2005/2008) によると……

■本文末の文献リスト

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

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

① 雑誌の場合:

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

— 例 —

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

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

② 書籍の場合:

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

— 例 —

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

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

③ 翻訳書の場合:

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

— 例 —

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

④ 分担執筆の文献で著者と書籍に編者 (監修者) が存在する場合:

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

— 例 —

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

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

⑤ 電子文献の場合：

◆電子雑誌

・DOIがある学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない学術論文

－著者名（出版年）. 論文名. 誌名. 巻（号）, 頁. <http://www.xxxxxxx>（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). Title of article. *Title of journal*, vol (no), xxx-xxx. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. doi: xx,xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 書籍名. <http://www.xxxxxxx>（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of book*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆電子書籍の1章または一部

・DOIがある書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. doi: xx,xxxxxx（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). doi: xxxxxx (accessed Year-Month-Day)

・DOIのない書籍

－著者名（出版年）. 章のタイトル. 編集者名（編）, 書籍名 (pp. xxx-xxx). 出版社名. <http://www.xxxxxxx>（参照年-月-日）

－ Author, A. A., & Author, B. B. (Year). *Title of chapter*. In C. Editor, & D. Editor (Eds.), *Title of book* (pp. xxx-xxx). Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

◆Webサイト, Webページ

－著者名（投稿・掲載の年月日）. Webページの題名. Webサイトの名称. <http://www.xxxxxxx>（参照年-月-日）

－ Author, A. A. (Year, Month, Day). *Title of Web page*. *Title of Web site*. Retrieved from <http://www.xxxxxxx> (accessed Year-Month-Day)

8. 投稿時の必要情報の入力について

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

9. 抄録について

- 1) 英文抄録は200語以内とし, 原則としてTimes New Romanの12ポイントを用いる。すべての論文に英文抄録を必要とする。英語抄録に間違いがないことを証明するネイティブチェック（英語を母国語とする人によるチェック）の確認書を必要とする。
- 2) 和文抄録は400字以内とする。

10. 利益相反

著者全員について、研究内容と関係がある利益相反状態を「利益相反の開示」として明記する。利益相反状態がない場合は、「本研究における利益相反は存在しない。」と記載する。

国や自治体から受けた研究費（科学研究費補助金、厚生労働科学研究費補助金など）は、利益相反自己申告の対象には該当しない。これらの研究費を受けた場合は、「研究助成情報」として記載する。

11. 著者貢献度

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

[例]

著者貢献度

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

12. 原稿用紙および原稿の長さ

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

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

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

13. 電子付録について

付録文書、音声、高解像度画像、動画などのファイルで、著作権の侵害とならないものを論文の付録として公開できる。例えば、開発した尺度のpdfファイル、データ解析するためのMicrosoft ExcelのファイルなどをJ-STAGEの電子付録として公開できる。なお、これらのファイルには、コピーライトを付記しておく。

電子投稿システムのファイルアップロードのステップにおいて、ファイルの内容を「サプリメンタリーファイル（Supplementary Files）」としてこれらのファイルをアップロードする。ファイル容量の上限は、合計10MBを推奨する。

14. 英語論文について

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

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

この要項は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成10年7月30日 一部改正実施する。
- 4) 平成12年4月22日 一部改正実施する。

- 5) 平成15年 7 月23日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年 7 月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年 8 月 2 日 一部改正実施する。
- 8) 平成21年11月 5 日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年 9 月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年 2 月22日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 13) 平成29年 8 月28日 一部改正実施する。
- 14) 平成30年 1 月21日 一部改正実施する。

事務局便り

1. 2019年度会費納入のお願い

2019年度会費納入のお願いをお送りいたしました。ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。
会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。
また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

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

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<https://www.jsnr.or.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・追加をしていただきますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局あてご連絡ください。

3. E-mailアドレスご登録についてのお願い

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

4. 学会誌の公開について

現在、学会誌『日本看護研究学会雑誌』はオンラインジャーナルであり、すべての掲載論文は、J-STAGE（科学技術情報発信・流通総合システム）にて公開しておりますので、必要な論文のpdfファイルをダウンロードして閲覧してください。また、雑誌は、学会のWebサイトで全号を公開しております。

〈事務局〉

〒170-0002 東京都豊島区巢鴨 1-24-1 4F
株ガリレオ学会業務情報化センター内
TEL：03-3944-8236 FAX：03-5981-9852
E-mail：g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp
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42巻 1号

無料配布

2019年4月20日 印刷

2019年4月20日 発行

編集委員 委員長

高見沢恵美子 (理事)	関西国際大学看護学研究科
吾郷美奈恵 (会員)	鳥根県立大学大学院看護学研究科
池内和代 (会員)	四国大学看護学部
岩佐幸恵 (会員)	徳島大学大学院医歯薬学研究所
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
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 東京都豊島区巢鴨
1-24-1 4F
株式会社ガリレオ
学会業務情報化センター内
☎ 03-3944-8236 (直通)
FAX 03-5981-9852
ホームページアドレス
<https://www.jsnr.or.jp/>
E-mail: g027jsnr-mng@ml.gakkai.ne.jp

発行者 印刷所

宮腰由紀子

(株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

