

JOURNAL OF JAPAN SOCIETY OF NURSING RESEARCH

Volume 42 Number 4 September 2019 ISSN 2189-6100

日本看護研究学会雑誌

[42巻4号]

会 告 (1)

一般社団法人日本看護研究学会2019年度会員総会において、次の事項1. および2. について提案のとおり決定されましたのでお知らせいたします。

2019年8月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 宮 腰 由紀子

記

1. 第48回（2022年度）学術集会会長は愛媛県立医療技術大学 中西純子氏，第49回（2023年度）学術集会会長は横浜市立大学 叶谷由佳氏に決定した。
2. 一般社団法人日本看護研究学会定款第3章第6条3）により，以下の1名が名誉会員として承認された。
第二十二号 中木高夫氏

会 告 (2)

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程に基づいて、2020年度奨学会研究の募集を行います。応募される方は、規程および募集要項に従って申請して下さい。

2019年9月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 宮 腰 由紀子

一般社団法人日本看護研究学会奨学会規程

第1条（名 称）

本会を一般社団法人日本看護研究学会奨学会（以下、奨学会）とする。

第2条（目 的）

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

第3条（資 金）

本会の資金として、前条の目的で本会に贈与された資金を奨学金に当てる。

会計年度は、4月1日より翌年3月31日迄とする。

第4条（対 象）

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

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

3) 単独研究、もしくは共同研究の責任者であること。

4) 推薦の手続きや様式は別に定める。

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

第5条（義 務）

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

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

3) 奨学金を受けた者が病気、災害（死亡、被災者）などの事由で、義務を果たすことができないと理事会が認めた場合はこの限りではない。

第6条（授与者の報告）

日本看護研究学会理事長が授与者を会員総会で報告する。

第7条（罰 則）

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

第8条（募 集）

奨学金を授与する者の募集規程は、委員会において別に定め、会員に公告する。

第9条（中斷・中止）

第5条3項に該当する場合の手続きは、委員会において別に定める。

附 則

この規程は、平成22年3月26日より実施する。

この規程は、平成23年8月6日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成29年4月23日に一部改正し、実施する。

この規程は、平成31年3月2日に一部改正し、実施する。

一般社団法人日本看護研究学会奨学会 2020年度奨学会研究募集要項

1. 応募方法

- 1) 当奨学会所定の申請用紙に必要事項を記入の上、鮮明なコピー6部と共に一括して委員長宛（後記）に書留郵便で送付のこと。
- 2) 申請用紙は学会ホームページからダウンロードして使用する。または、申請用紙は返信用切手84円を添えて委員長宛に請求すれば郵送する。
- 3) 機関に所属する応募者は所属する機関の長の承認を得て、申請者の当該欄に記入して提出すること。

2. 応募資格

- 1) 一般社団法人日本看護研究学会会員として3年以上の会員歴がある者。研究活動を継続している者。
- 2) 日本看護研究学会学術集会において、少なくとも1回以上の発表をしている者。
- 3) 本人の単独研究もしくは共同研究の責任者であること。

3. 応募期間

2019年9月24日（火）から2019年12月6日（金）の間に必着のこと。

4. 選考方法

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

5. 奨学会委員会

奨学会委員会は次の委員により構成される。

委員長 神田清子 理事（高崎健康福祉大学）

委員 阿部幸恵 理事（東京医科大学）

岡田由香 理事（日本福祉大学）

工藤せい子 理事（弘前大学）

良村貞子 理事（北海道大学）

6. 奨学金の交付

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

7. 応募書類は返却しない。

8. 奨学会委員会の事務は、下記で取り扱う。

〒170-0002

東京都豊島区巣鴨1-24-1-4F

（株）ガリレオ学会業務情報化センター内

一般社団法人日本看護研究学会

奨学会委員会 委員長 神田清子

（註1）

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

会 告 (3)

一般社団法人日本看護研究学会定款第4章第11条および、同評議員選出規程により、評議員選挙（2019年度）を行いますのでお知らせいたします。

評議員任期 2020年定時社員総会の日から2024年定時社員総会の前日まで

ただし、役員として選任されている評議員の任期は、2024年定時社員総会終結のときまで
2019年9月20日

一般社団法人日本看護研究学会
理事長 宮 腰 由紀子

会 告 (4)

一般社団法人日本看護研究学会第6回評議員選挙(2019年度)を、一般社団法人日本看護研究学会評議員選出規程第9条に基づき以下のとおり公示いたします。

2019年9月20日

一般社団法人日本看護研究学会
選挙管理委員会

委員長 村 井 文 江

記

- 1) 投票期間 2019年11月1日0時から11月30日24時まで
- 2) 投票方法 投票はインターネットを介したオンラインシステムで行われます。方法については、選挙人に対して別途送付する投票要領をご覧ください。
- 3) 選出する評議員の定数

1. 北海道	3名	2. 東北	4名	3. 関東	6名	4. 東京	9名
5. 東海	12名	6. 近畿・北陸	16名	7. 中国・四国	11名	8. 九州・沖縄	9名
							合計70名
- 4) 選出する評議員の任期
2020年定時社員総会の日から2024年定時社員総会の前日まで
ただし、役員として選任されている評議員の任期は、2024年定時社員総会終結のときまで

会 告 (5)

一般社団法人日本看護研究学会第46回学術集会を、下記のとおり札幌市で開催しますのでお知らせいたします。

2019年9月20日

一般社団法人日本看護研究学会第46回学術集会

会長 城 丸 瑞 恵

(札幌医科大学保健医療学部看護学科 教授)

記

テーマ：当事者とともに創る看護の知

会 期：2020年8月27日（木）・28日（金）

会 場：札幌コンベンションセンター

〒003-0006 北海道札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1

◆学術集会事務局（座長・演者・講演内容に関する問い合わせ先）

札幌医科大学保健医療学部看護学科

〒060-8556 北海道札幌市中央区南1条西17丁目

事務局長：桑原 ゆみ

◆運営事務局

札幌コンベンションセンター内 (株) コンベンションリンクエージ

〒003-0006 北海道札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1

TEL 011-817-1010 FAX 011-820-4300

E-mail jsnr46@c-linkage.co.jp

(株) 正文舎（事前参加および演題登録に関する問い合わせ先）

〒003-0802 北海道札幌市白石区菊水2条1丁目4-27

TEL 011-811-7151 FAX 011-813-2581

E-mail sank@jsnr46-2020.org

以上

目 次

—原 著—

自閉症を伴う在宅重度知的障害者に対する母親の肥満容認プロセス 725

梶山女学園大学看護学部 野 中 光 代
愛知県立大学看護学研究科 古 田 加代子
愛知県立大学看護学研究科 柴 邦 代

小児病棟看護師の急変対応に関する不安 735

藤田医科大学保健衛生学部看護学科 杉 浦 将 人
名古屋女子大学 盛 田 麻己子
同志社女子大学 萩 本 明 子

看護師における本来感と感情労働と職業的アイデンティティとの関連 749

滋賀医科大学医学部附属病院 光 岡 由紀子

父親の育児参加への育児参加要因およびソーシャルサポートの影響 763

弘前大学大学院保健学研究科 多喜代 健 吾
弘前大学大学院保健学研究科 北 宮 千 秋

産褥早期の乳汁分泌に及ぼす足湯の介入効果 775

愛知医科大学看護学部 小 島 徳 子

計画的行動理論に基づく看護師の転職意思決定モデルの構築 787

山形大学医学部看護学科 田 中 聡 美
山形大学医学部看護学科 布 施 淳 子

—総 説—

脳卒中患者のセルフマネジメントに関する国内外の文献レビュー 803

島根大学医学部看護学科 佐 藤 美紀子
島根大学医学部看護学科 原 祥 子
島根大学医学部看護学科 福 間 美 紀
島根大学医学部看護学科 加 藤 真 紀

—資料・その他—

在宅看護実習で訪問看護師が感じる実習指導上の困難とその対処 819

山形大学大学院医学系研究科看護学専攻 東海林 美 幸
山形大学大学院医学系研究科看護学専攻 古 瀬 みどり
山形大学大学院医学系研究科看護学専攻 森 鍵 祐 子
山形大学大学院医学系研究科看護学専攻 小 林 淳 子

CONTENTS

Original Papers

- Obesity Acceptance Process of Mothers Who are Taking Care of Their Adult Children,
with Severe Intellectual Disabilities and Autism 725
Department of Nursing, Sugiyama Jogakuen University : Mitsuyo Nonaka
Graduate School of Nursing & Health, Aichi Prefectural University : Kayoko Furuta
Graduate School of Nursing & Health, Aichi Prefectural University : Kuniyo Shiba
- Pediatric Nurses' Anxiety about Responding to Sudden Changes in Children's Condition 735
Fujita Health University : Masato Sugiura
Nagoya Women's University : Mamiko Morita
Doshisha Women's College of Liberal Arts : Akiko Hagimoto
- The Correlations of the Sense of Authenticity and Emotional Labor with the Professional Identity of Nurses 749
Shiga University of Medical Science Hospital : Yukiko Mitsuoka
- Influence of Childcare Participation Factors and Social Support on Participation of Father's Childcare 763
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Kengo Takidai
Hirosaki University Graduate School of Health Sciences : Chiaki Kitamiya
- Effect of *Ashiyu* Intervention on Lactation in the Early-Stage Postpartum Period 775
Aichi Medical University College of Nursing : Tokuko Kojima
- Development of a Decision-Making Model of Job Change in Nurses Based on the Theory of Planned Behavior 787
Yamagata University Faculty of Medicine, School of Nursing : Satomi Tanaka
Yamagata University Faculty of Medicine, School of Nursing : Junko Fuse
- ## General Remark
- A Review of the Literature from Japan and Other Countries on Self-Management in Patients with Stroke 803
School of Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University : Mikiko Sato
School of Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University : Sachiko Hara
School of Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University : Miki Fukuma
School of Nursing, Faculty of Medicine, Shimane University : Maki Kato

Preliminary Session

Visiting Nurses' Perceived Difficulties and Corresponding Measures in Providing Practical Guidance during Home-based Nursing Care Practical Training	819
---	-----

Major of Nursing, Yamagata University Graduate School of Medical Science : Miyuki Tokairin

Major of Nursing, Yamagata University Graduate School of Medical Science : Midori Furuse

Major of Nursing, Yamagata University Graduate School of Medical Science : Yuko Morikagi

Major of Nursing, Yamagata University Graduate School of Medical Science : Atsuko Kobayashi

—原 著—

自閉症を伴う在宅重度知的障害者に対する母親の肥満容認プロセス

Obesity Acceptance Process of Mothers Who are Taking Care of Their Adult Children,
with Severe Intellectual Disabilities and Autism野 中 光 代¹⁾ 古 田 加代子²⁾ 柴 邦 代²⁾
Mitsuyo Nonaka Kayoko Furuta Kuniyo Shibaキーワード：知的障害，自閉症，肥満，母親，修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ
Key Words：intellectual disabilities, autism, obesity, mother, M-GTA

はじめに

わが国の知的障害者の総数は平成23年に74万1千人である（内閣府，2015，p.33）。わが国の障害者政策は近年，施設から地域への移行が進められており（内閣府，2015，p.87），知的障害者の62万2千人約8割以上が在宅で暮らし，そのうち重度の者は24万2千人である（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部，2013）。在宅知的障害者の65歳以上の割合をみると，調査時点（平成23年）のわが国の高齢化率が23.3%（厚生労働統計協会，2012，pp.42-43）に対し，9.3%（内閣府，2015，p.35）と低く，知的障害者が高齢期に生存する割合は半分以下の水準で，健康面で問題を抱えている者が多いことが推察される。2001～2010年度の入所施設で死亡した知的障害者72人の死亡原因の調査によると，1位呼吸器系疾患43.1%，2位がん13.9%，3位循環器系疾患11.1%，4位脳・神経疾患9.7%で，生活習慣病とよばれる，がん，循環器系疾患，脳・神経疾患をあわせると34.7%であった（相馬ら，2013）。高齢知的障害者においては，呼吸器系疾患のなかでも最も多い肺炎予防も大事であるが，生活習慣病が健康上の問題として大きいことがわかる。そして生活習慣病の基盤として，肥満は大きな位置を占める（日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会，2000，p.18）といわれている。

アメリカ精神医学会が2013年に公表した『精神疾患の診断・統計マニュアル』第5版（Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition: DSM-5）（American Psychiatric Association, 2013/2014, pp.31-33）によると，知的障害は，知的機能・適応機能の発達期に発症する欠陥であり，コミュニケーション，社会参加，自立した生活などに継続的な支援を必要とする。そのため生活習慣は親や介護者の影響を大きく受け，親が認識する好ましい食事や運

動の障壁として「食べることが楽しみと思うと甘くなってしまう」「親自身の食事の取り方にも問題があると思う」「親の時間的問題」「親の体力の問題」などが報告されている（荒井・小嶋・山崎，2011）。在宅知的障害児（者）の食生活は，家族によって充実した支援が行われているとの報告（作田ら，2013；日本栄養士会全国福祉栄養士協議会，2009；George, Shacter, & Johnson, 2011）がある一方，食生活・運動習慣の問題として，障害特性や親の影響によって，よく噛まない，早食い，がまんできない等による過食や，活動量の少なさや運動習慣のないことによる運動不足があること（増田・田高・渡部・大重，2012；日本栄養士会全国福祉栄養士協議会，2010）が報告されている。その結果，肥満の割合は，わが国の知的障害者で30～50%（日本栄養士会全国福祉栄養士協議会，2010）と，日本人成人男性27.8%，成人女性20.5%（厚生労働省，2016）に比べて多い。海外においても，韓国の知的障害児で46.6%（Ha, Jacobson Vann, & Choi, 2010），アメリカの知的障害の青年で約45%（George, Shacter, & Johnson, 2011）と多く，問題となっている。とくに在宅で暮らす知的障害者は，施設で暮らす知的障害者と比べて肥満が3倍（Bhaumik, Watson, Thorp, Tyrer, & McGrother, 2008）との報告や，男性施設入所者の平均BMIが21.7に対し，男性通所者の平均BMIは25.5（川名・吉宇田，2014）と高いとの報告もあり，食事や間食，活動などの管理を家族に依存しており，健康管理はむずかしいと報告されている。

一方自閉症は，DSM-5（American Psychiatric Association, 2013/2014, pp.49-57）において自閉スペクトラム症と表現され，社会的コミュニケーションの欠陥に過剰な反復的行動，限局した興味，同一性保持を伴った状態とされている。そのため，激しい偏食や強固なこだわり等，食生活支援の困難さ（鴨下・土路生・林，2016；佐久間・廣瀬・藤

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

2) 愛知県立大学看護学研究科 Graduate School of Nursing & Health, Aichi Prefectural University

田・永田, 2013; 前田, 2013; 田辺ら, 2012) や, 身体活動支援の困難さ(鴨下ら, 2016)があり, 知的障害に自閉症を伴っている場合, 食事や運動の支援はなおさらむずかしい対象である。わが国では, 発達障害が「自閉症, アスペルガー症候群その他の広汎性発達障害, 学習障害, 注意欠陥多動性障害その他これに類する脳機能の障害であってその症状が通常低年齢において発現するものとして政令で定めるもの(「発達障害者支援法」第二条)」(総務省行政管理局, 2004)と定義され, 自閉症は発達障害に含まれる。発達障害と診断された者は平成23年に31万8千人と推計される(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部, 2013)。

自閉症を伴う在宅知的障害者本人および親への肥満に対する支援が必要と考えるが, 十分ではない現状がある。知的障害児(者)および自閉症児(者)の肥満に焦点を当てた研究はあるが, 断片的な実態調査であり, なぜそうなるのか明らかになっておらず, 親の視点から肥満に至るプロセスを検討した研究は見当たらない。肥満に至る一連のプロセスを親の視点から明らかにすることによって, 知的障害者の肥満の改善や管理に関する支援方法についての示唆が得られると考える。

I. 研究目的

自閉症を伴う在宅重度知的障害者が誕生してから肥満に至った現在までの親の肥満に関する認識と行動のプロセスを明らかにし, 知的障害者の肥満の改善や管理に関する支援方法についての示唆を得る。

II. 用語の定義

A. 在宅重度知的障害者

療育手帳A所持者で, 出生時から今日まで自宅で家族と生活している者とする。ショートステイ・短期入院経験者を含む。

B. 肥満に関する認識と行動

肥満についての思い, 考えを認識とし, それに基づいて行ったことを行動とする。

III. 研究方法

A. 研究デザイン

質的帰納的研究。

B. 研究参加者

研究参加者は, 18~39歳, 療育手帳A所持, 在宅, BMI 30以上, 自閉症をすべて満たす者の親とした。ただし二次性肥満の者・重複障害者の親は除いた。『全国知的障害関係施設・事業所名簿: 日本知的障害者福祉協会会員名簿2015年版』(日本知的障害者福祉協会, 2016)より, 研究参加者が存在すると思われる施設に研究者が電話連絡のうえ出向き, 施設長に基準にあう者のリストアップと紹介を依頼した。紹介された者に対して研究者が, 研究の趣旨を文書と口頭で説明し, 参加の同意が得られた者を研究参加者とした。

C. データ収集方法

研究参加者に体型経過表の事前記入を依頼し, それを見ながらインタビューガイドに基づいた半構造的面接を, 60分程度個室にて一対一で行った。面接内容は, 体型の経過のなかで記憶に残っている出来事についての子どもとのやりとり, 親の思い・考え・行動, 支援とした。面接内容は許可を得てICレコーダに録音し, 匿名化した逐語録を作成した。また面接前に研究参加者から, 自身の年齢, 子どもの通所までの経歴, 家族構成を聞き取り記録した。データ収集期間は2017年3月~9月であった。

D. 分析方法

データの分析には木下(2003)の「修正版グラウンデッド・セオリー・アプローチ」(Modified Grounded Theory Approach: M-GTA)を用いた。M-GTAはデータに密着した継続的比較分析であり, データを切片化せずに文脈の理解を重視した深い解釈を行うことができる。また, 人間と人間の直接的なやりとりである社会的相互作用に関係し, 人間行動の説明と予測に有効であり, 限定された範囲内に関しては優れた説明力をもつ理論を導くことができ, その理論は実践的活用を促す。さらに, 対象とする現象がプロセス的性格をもつ研究に適している。本研究の参加者は, コミュニケーションのむずかしい知的障害者本人, 他の家族員, 他の障害者家族, 保健医療福祉従事者および教育者などさまざまな人々との相互作用のなかで, 養育・介護をしてきており, 親が子どもの肥満をどのように思い, 考え, 行動してきたのかを明らかにするためには, M-GTAが適していると考えた。

分析の具体的方法としては, 分析焦点者を「肥満に至った自閉症を伴う在宅重度知的障害者の, 食事や身のまわりの介護を主として担っている親」, 分析テーマを「自閉症を伴う在宅重度知的障害者が誕生してから肥満に至った現在までの親の肥満に関する認識と行動のプロセス」とし

た。分析テーマに照らしてディテールが豊富なデータを1例選び、逐語録を熟読し、分析テーマに照らして関連性の強い文脈に着目した。そのデータが分析焦点者にとって何を意味しているか考え、他の類似具体例も説明できる意味を解釈し、概念の定義とした。そしてその定義を忠実に表現する概念名を考え、命名した。概念生成にあたっては、1概念1ワークシートを作成し、概念名、定義、具体例のヴァリエーション、理論的メモを記入した。同時並行で、他の具体例をデータから探し、具体例欄に追加した。類似例だけでなく、対極例についても比較の観点からデータをみていき、ワークシートの理論的メモ欄に記入した。生成した概念と類似していないデータがある場合は、同様にその意味を解釈し、新しいワークシートに概念を生成していった。これらの作業と同時並行で、生成した概念間の関係性を検討し、関係図にしていった。1例目の分析終了後、2例目以降も同様の手順で分析を行った。概念の意味にまとまりがあるものはカテゴリー化し、カテゴリー間あるいは別の概念との関係から結果図を作成し、それを簡潔に文章化してストーリーラインを作成した。理論的飽和化の判断は、7名目の分析より、生成した概念と類似しない新たな具体例の出現がなくなり、10名分の分析を終了した時点で、各概念に類似の具体例が出尽くし、対極例についてのデータチェックは十分であることを確認し、各概念の完成とした。また分析焦点者について、同意が得られたはじめの数名の母親の語りの分析を進めていく過程で、障害と対峙した養育や肥満にかかわる食事支援など、父親と違う、母親に限定される語りの多さや、子どもの肥満に関する経験の豊富さから、理論的サンプリングにより、親から母親に絞り込んだ。

研究の厳密性の確保としては、研究全過程において、看護学質的研究経験の豊富な指導教員2名のスーパーヴァイズを受けた。M-GTAはシンボリック相互作用論を哲学的基盤としていることから、参加者の語りの意味の解釈を

より信頼性の高いものにするために、面接に先立ち、研究参加者と子どものかかわる場面の観察を行った。また、M-GTA研究会に定期的に参加し、分析方法についての理解を深め、M-GTAの手法に詳しいスーパーヴァイザーより複数回にわたって分析結果の確認を受けた。

E. 倫理的配慮

施設長より紹介を受けた者に、研究者が口頭および文書にて研究の主旨を説明した。同意説明文書には、安全性の確保、研究協力に関する自由意志の尊重、辞退または中断により不利益が生じない保証、個人情報保護、研究成果の公表方法、データの厳重な管理と研究終了後の破棄、データの二次利用について明記し、署名により参加の同意を得た。施設長にも研究参加者が無理に承諾することのないよう配慮を求め、必要時のフォロー体制についても事前に依頼した。なお、本研究は愛知県立大学研究倫理審査委員会に申請し、承認を得た(28愛県大学情第6-48)。

IV. 結果

A. 研究参加者の概要(表1)

48施設に調査依頼の電話をかけ、40施設訪問し、研究参加者の条件を満たした者は13施設に18名おり、研究参加の同意が得られた者は9施設10名であった。研究参加者の年齢は50~60歳代、参加者の子どもは男性9名女性1名、平均年齢29.2歳、平均BMI 35.8であった。面接に先立っての親子のかかわる場面の観察は9名の承諾が得られ、実施した。面接時に全参加者から体型経過表の提出があり、面接内容録音の承諾が得られた。面接時間は平均66.5分(51~81分)であった。

表1 研究参加者の概要

コード	母親		子ども		同胞の状況
	年齢	年齢	性別	BMI	
A	50代	30	男	49	なし
B	60代	39	男	36	兄1名
C	50代	31	男	31	弟1名
D	60代	28	男	32	兄2名(1名中途失明)
E	50代	28	男	32	弟1名
F	50代	28	女	36	姉1名
G	50代	25	男	34	兄1名(重度知的障害・自閉症)
H	50代	19	男	44	兄1名(高機能自閉症)・姉1名(軽度知的障害)
I	60代	27	男	32	兄2名・弟1名
J	60代	37	男	33	妹1名・弟1名

B. 結果図とストーリーライン

生成された概念は18概念で、そのうち14概念から5カテゴリーが生成され、残り4概念はカテゴリーと同等の説明力をもつ概念であった。5カテゴリーのうち2つはこのプロセスにとって非常に重要なコアカテゴリーであった。図1に結果図「自閉症を伴う在宅重度知的障害者に対する母親の肥満容認プロセス」を示す。ストーリーラインは以下のとおりである。【 】はコアカテゴリー、[]はカテゴリー、〈 〉は概念を示す。

肥満に至った自閉症を伴う在宅重度知的障害者の母親は、子どもが生まれて障害に気づき、〔障害と対峙の必死の養育〕を始めていた。障害をもつわが子を養育するなかで、自閉症による激しい偏食や目の前にあるだけ食べ尽くす等のこだわり、脳機能の障害による満腹感欠如、摂食機能の未熟による丸飲み・早食い、食に対する意欲のなさ等〈食事摂取特異性に対する困惑〉を体験していた。また自閉症を伴っているため、幼児期から小学校低学年くらいまで多動があり、母親は子の安全を守ろうと〈必死の多動児追跡〉をしていた。〈食事摂取特異性に対する困惑〉と子どもの多動は、母親による〈子の食欲肯定〉を促進していた。また知的障害により子どもの理解力が乏しいことか

ら、多動を制御するために、母親は最も子どもの理解を得られやすい〈「食」による行動制御〉を用いていた。

〔障害と対峙の必死の養育〕で、新しいことをするのに時間を要し、同じ行動を好む自閉症の特徴を学び、子どもの食の好みも把握した母親は、意識的または無意識に〈自閉症ゆえの食支援パターン化〉で子どもに対応するようになっていった。子どもの成長につれて、障害をもつわが子には、同年代の者と比べて、楽しみが多くなく限られていると感じ、〈「食」の楽しみ優先的支援〉を行うようになり、〈自閉症ゆえの食支援パターン化〉を助長していた。さらに〈自閉症ゆえの食支援パターン化〉の行き過ぎや何らかのきっかけにより、こだわりが強化されると、母親は理解力が乏しい子どもがパニックを起こすことを予測し、強固なこだわりが続く間、〈食のこだわりに対する降参〉をしていた。このように母親は長年にわたって〔平和希求の食のパターン化支援〕を行っていた。また〔障害と対峙の必死の養育〕の経験から、母親に〈不憫さと離れ難さ〉の感情が生まれ、〈障害ゆえの甘さ〉となっていた。子どもが年齢を重ねても、障害により世話を必要とする状況は〔自立困難な子への愛着〕を深め、〔平和希求の食のパターン化支援〕を助長していた。

やがて母親は〈肥満の認知〉をし、〈肥満による悪影響

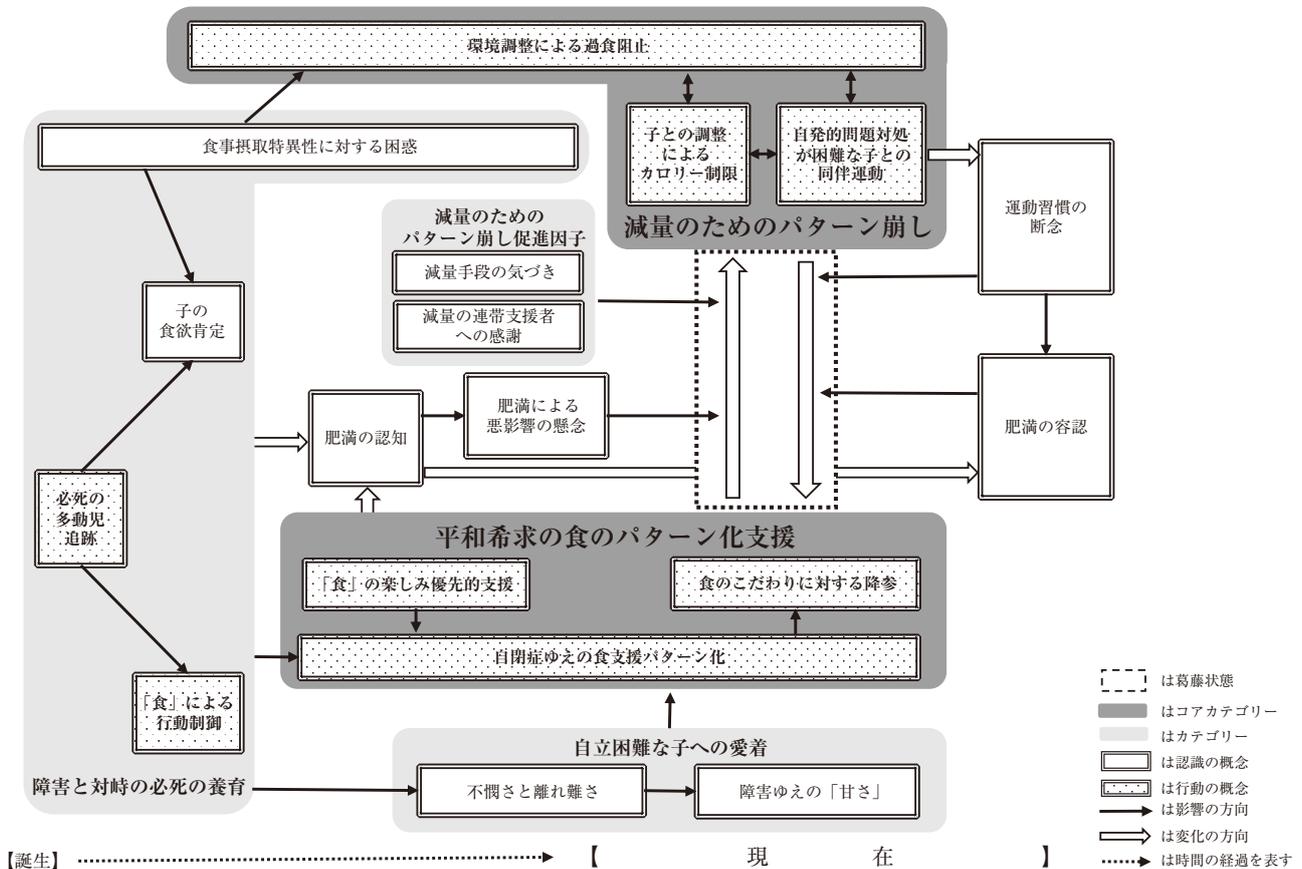


図1 自閉症を伴う在宅重度知的障害者に対する母親の肥満容認プロセス

の懸念)から【減量のためのパターン崩し】を試みていた。〈食事摂取特異性に対する困惑〉が幼少期から続いていたために、母親は〈環境調整による過食阻止〉を行っていたが、それに加えて障害により〈自発的問題対処が困難な子との同伴運動〉や〈子との調整によるカロリー制限〉を行い、この3つは互いに補強関係のなかで進められていた。そして【平和希求の食のパターン化支援】との間で葛藤状態となっていた。保健医療福祉従事者および教育者等とのかかわりから減量する手段に気づく〈減量手段の気づき〉、夫など〈減量の連帯支援者への感謝〉からなる〔減量のためのパターン崩し促進因子〕は【減量のためのパターン崩し】を促進していた。しかし【減量のためのパターン崩し】の〈自発的問題対処が困難な子との同伴運動〉は、本人の肥満の進行やこだわり、家族の加齢や忙しさ、就学後の施設での座位中心の作業や同伴するヘルパー不足などにより、〈運動習慣の断念〉へと変化していった。〔障害と対峙の必死の養育〕の経験、〔自立困難な子への愛着〕〈運動習慣の断念〉により、【平和希求の食のパターン化支援】は助長され、子どもの肥満は維持・進行していた。その結果、子どもが肥満である光景が常態化し、母親の〈肥満の認知〉は〈肥満の容認〉へと至っていた。この〈肥満の容認〉もまた、母親の葛藤状態を【平和希求の食のパターン化支援】に傾かせていた。しかし〈肥満による悪影響の懸念〉〔減量のためのパターン崩し促進因子〕の強化により、【減量のためのパターン崩し】を再び試みようとして揺り動かされる場合もみられていた。

C. プロセスを構成するカテゴリーと概念

次に、生成したカテゴリーおよび概念について、プロセスに沿って説明する。なお、具体例を『斜体』、概念の定義を“ ”で示し、具体例中の()には研究者による補足、各末尾の()には研究参加者のコードを示す。

1. 〔障害と対峙の必死の養育〕

〔障害と対峙の必死の養育〕は、障害に気づいた不慣れた母親が自閉症や重度知的障害と向き合い、必死に養育することであり、次の4概念を包含している。

〈食事摂取特異性に対する困惑〉は、“偏食や食行動の異常を認知し食事支援で困惑すること”である。自閉症による知覚過敏や慣れることに時間を要すること等が原因の激しい偏食や食に対する意欲がない等少食の場合と、自閉症による目の前にあるだけ食べ尽くす等のこだわりや、脳機能の障害による満腹感欠如、不十分な咀嚼による丸飲み・早食い等過食の場合の両方がみられ、幼少期から現在まで続いていた。

『小さいころから偏食でね。W小の特別支援学級の時も偏食

で。食べれなかった。(I)』

『やっぱり、こういう、自閉症の子ってなんか、食べ尽くさないと……いられない(中略)落ち着かない的なのがあって。お腹いっぱいでも本当に。あのおばあちゃんなんか来ると、いっぱいお菓子買ってきてくれちゃったりして(笑)(中略)そうすると、吐くまで食べちゃったりとか……。 (C)』

〈必死の多動児追跡〉は、“自閉症による多動の子どもの安全を守るために必死に追うこと”である。幼児期から小学校低学年くらいまで行われていた。

『まあ小学校に行ってる時がいちばん……大変でした。多動でしたし。何回も、警察のお世話になったりしましたから。だからいなくなって……。 (笑) 捜索願いですね。(B)』

〈子の食欲肯定〉は、“子どもの旺盛な食欲を肯定する気持ち”である。

『学校入ってから、担任の先生が、給食の時間使って、とにかく1口でも、何でも食べれるようになって……すこーしずつ、毎日毎日、努力してくださって。まあ小学校6年の間で、しっかり食べれるようになったってとこですね。(中略)おうやったやった。すばらしい。(H)』

〈「食」による行動制御〉は、“「食」を報酬にして、行動を制限したり、教育したりすること”である。母親は多動制御や物事を教えるときの報酬として、知的障害により子どもの理解力が乏しいことから、最も子どもの理解を得られやすい〈「食」による行動制御〉を用いていた。

『そのときはもう、全然、いまみたいな会話もできないですし、何言ってるかいまみたいなコミュニケーションもとれなくて、もう、なんか、パニックになると寝転がって、わーっとなって、家のガラスも割っちゃうし、(中略)だから何かするにも、まず、たぶんね、ちょっとおとなしくしててねってお菓子を置いたりなんか、してたんでしょね。(F)』

2. 【平和希求の食のパターン化支援】

【平和希求の食のパターン化支援】は、2つのコアカテゴリーのうちの1つであり、戦いのない平和な暮らしを望み、子どもの食べられる物や好みを優先し、規則正しくパターン化した食支援をすることであり、次の3概念を包含している。

〈自閉症ゆえの食支援パターン化〉は、“自閉症のために食事時間や食事内容を意識的または無意識に規則的にしていること”である。新しいことをするのに時間を要し、同じ行動を好む自閉症の特徴や、子どもの食の好みを考慮した、母親の意識的または無意識の対処方法であった。

『うちに帰ってきてから、3回、ジュース3回と、菓子パンを少しずつ3回食べるもんだから、それでねー、たぶん。また夕ご飯食べるでしょー。7時半に。(I)』

〈「食」の楽しみ優先的支援〉は、“多くはない限られた

楽しみである食に関する欲求や満足感を優先した支援をすること”である。母親は子どもの成長につれて、障害により、同年代の者と比べて、楽しみが多くなく限られていると感じ、その限られた「食」の楽しみはかなえたいと思っていた。

『でもちっとも守ってない。菓子パンはやめなさいねって言われても本人が菓子パン好きなので菓子パン食べさせたり(笑)、(菓子パンはだめって言われるんですねー。)言われまです。言われてました。ずっと。(D)』

〈食のこだわりに対する降参〉は、“食のこだわりに対して、体重増加を認知しつつも、意思疎通のむずかしい自閉症の子どもが、パニックを起こすことを予測し、親が考える対処をあきらめ、子どもの望む対処をすること”である。「これは食べられない・これを食べたい・飲みたい」等の自閉症によるこだわりが強化されたとき、母親は自身が考える対処をあきらめていた。

『3食食べてプラス。マックに行ったり、ケンタに行ったり。それは、新聞の広告を持って来て。(中略)で、なくすることができないもんねー。だから主人はやめとけていうけどそしたら怒るもんねー。うーん。ねえ。出るもんー。パンバンバン。たたいて。それで手が出てくる(引っこ掻く)。(I)』

3. [自立困難な子への愛着]

〔自立困難な子への愛着〕は、障害のある子どもに対する不憫さや、子どもとの離れ難さ、子どもや自分への甘さなどを含めた、年齢を重ねても自立がむずかしい子どもを愛おしく思う気持ちを示し、次の2概念を包含している。

〈不憫さと離れ難さ〉は、“障害のある子どもを不憫に思う気持ちと子どもを手放すのは寂しいという気持ち”である。母親は、子どもへの愛着から成人しても離れがたい気持ちになったり、成長しても同年代と比較し、子どもができないことを認識して不憫に思ったりしていた。

『弟や妹みたいに好きな物を買に行けないじゃないですか。(知的障害のため、危険等の対処や支払いができません、付き添いなく外出はできない)(J)』

『入所に入れるのも1つの手だけど……。まだしばらくはいいかなって思っ……。 (B)』

〈障害ゆえの甘さ〉は、“障害があるがゆえに子どもにも自分にも甘くなること”である。

『自閉ちゃんだと環境の変化にも弱いですし。なのであんまり、そういうことで家で締め付けてもってというのが……。食べたいのにこれは駄目よとか、駄目ーとか、こんだけだけー！とか……。ていうのもどう？ってというのがあって。(H)』

4. 〈肥満の認知〉

〈肥満の認知〉は母親が“子どもが肥満であるとはっきりと認めること”を示している。

『中学校入るころに、さすがにすごいデブだな(笑)って思っ……。 (C)』

5. 〈肥満による悪影響の懸念〉

〈肥満による悪影響の懸念〉は、“肥満と知的障害・自閉症の特性があわさることによって起こる悪影響を懸念したり、実感すること”を示している。一般的な生活習慣病の懸念だけでなく、生活習慣病による食事制限が理解できずパニックになることや、肥満で身体が大きくなると、周囲への配慮ができないためにぶつかってけがをさせること、身体が大ききことと理解が乏しいことで受診行動ができなくなること、介護者の身体的負担などの懸念や実感がみられた。

『病……気に……なったら、かわいそうじゃないですか(笑)。本人が。食べたい物食べれないし。(うんうん。さらにもっと制限されちゃうかもしれないしってことですね。)そうそうそう。めちゃうちゃ制限されちゃうじゃないですか。(J)』

6. [減量のためのパターン崩し]

〔減量のためのパターン崩し〕は、2つのコアカテゴリーのうちの1つであり、減量するために今までの生活習慣を一部変えることであり、次の3概念を包含している。

〈環境調整による過食阻止〉は、“子どもが過食にならないような環境を意識的に整えること”である。知的障害による理解不足や意思疎通困難を考慮した対処方法で、幼少期から行われることもあった。見えるところ、手の届くところに食べ物を置いておかないことや、噛まずに飲み込んでしまうことで過食につながるカレーライスや丼ぶり物の献立を避けることなどが行われていた。

『ご飯も残ってると気になって食べるから、ちょうどにしか炊かないとか。(C)』

『冷蔵庫の鍵がかかるように(笑)したときもありましたね。自分で開けないように。(D)』

〈自発的問題対処が困難な子との同伴運動〉は、“知的障害により危険や肥満などの問題に対処することができない子どもに同伴して減量のための運動をさせる行為”である。

『いちばん多いのがH。H公園。H動物園。3時間くらい歩かせてる。一生懸命歩かせてる。私も旦那も一緒に。(I)』

〈子との調整によるカロリー制限〉は、“子どもと折り合いをつけながらカロリーを制限すること”である。

『(笑)それで、全部食べさせることはないんで、お弁当も、うちでのお弁当は、買って来たコンビニ弁当をお弁当箱に詰

めて、野菜を入れてご飯を少なくしてとか。(D)』

7. 〈肥満の容認〉

〈肥満の容認〉は、子どもの肥満が長年にわたり、“子どもが肥満である光景が常態化し、肥満の子どもをよしとして許すこと”である。

『あとはずーっとまあ、デブなりに、あの一ここからこころへんぐらいずーっとそのままです。(B)』

8. 〈運動習慣の断念〉

〈運動習慣の断念〉は、“通所施設やヘルパーなどの社会的環境や、本人・家族の事情により運動習慣を断念すること”である。本人の肥満の進行やこだわり、家族の加齢や忙しさ、体育や部活動のあった就学期が終わり、通所施設での座位中心の作業になったことや、子どもに同伴するヘルパー不足などの社会的環境等によって、母親は子どもの運動習慣の継続を断念していた。

『まあ結局学生時代……、よいか、どうしてもここ（通所施設）入ると、散歩連れてってくれたりするんですけど、週3日くらい……ですし、徐々に運動量がねー……。落ち着いてっちゃんいますしね……。(C)』

9. 〔減量のためのパターン崩し促進因子〕

〔減量のためのパターン崩し促進因子〕は、母親による減量のためのパターン崩しを促進させる要因を示し、次の2概念を包含している。

〈減量手段の気づき〉は、“保健医療福祉従事者および教育者等とのかかわりから減量する手段に気づくこと”である。母親は自分から積極的に求めてはいないが、子どもの肥満について、保健医療福祉従事者および教育者等とのかかわりなかで、ジュースや菓子パンで太ることや、ご飯を小盛にすることやウォーキングで痩せること、体重測定の習慣づけなどを学んでいた。

『(ダイエット入院中に)一度あの一、日曜日だったかな。面会に行って、外に連れ出してもいいですよって言われて連れ出して一、それで、缶ジュースかなんか飲ませたんですよ。そして帰って、体重計ったら増えてたからって(笑)怒られました。(B)』

〈減量の連帯支援者への感謝〉は、“夫など、子どもの減量支援と一緒に取り組む者に感謝すること”である。

『まあ散歩に行こうって言って、ね。父親もそうですけど、休みのときにね。一緒に行こうって言って、そういったときもあるんですけど。(D)』

V. 考 察

A. 自閉症を伴う在宅重度知的障害者に対する母親の肥満容認プロセス

本研究は、自閉症を伴う在宅重度知的障害者が誕生してから肥満に至った現在までの家族の肥満に関する認識と行動はどのようなかを明らかにすることを目的として行った結果、母親が子どもの肥満を認知し、対処しながらも、〈肥満の容認〉に至っていったプロセスが明らかになった。まずこのプロセスについて考察する。

母親は、健常児でもまだコミュニケーションのむずかしい幼児のころから、自閉症、重度知的障害によって起こる〈食事摂取特異性に対する困惑〉や多動に、不慣れでありながら必死に対処し、それが〈子の食欲肯定〉につながり、時に「食」による行動制御であった。〈食事摂取特異性に対する困惑〉の激しい偏食や丸飲み、早食い、過食等は、自閉症児の母親を対象とした先行研究(田辺ら、2012、前田、2013、佐久間ら、2013)でも報告されている。母親はこの「障害と対峙の必死の養育」のなかで、子どもの障害特性を学び、子どもの食の好みを把握し、次第に子どもとの争いを減らし、平和で穏やかに暮らせるよう【平和希求の食のパターン化支援】を行うようになっていった。このように自閉症児・者の特徴の理解をふまえて対応策を考えることを、鈴木ら(2015)は、養育困難があるにもかかわらず、母親が良好に適応する要素の1つと述べており、うまく養育するために母親が知恵を絞り、工夫した結果の姿だったと考えられる。さらに【平和希求の食のパターン化支援】に含まれる「食」の楽しみ優先的支援は、先行研究(荒井ら、2011)にもあったが、子どもの成長につれて、母親は子どもの楽しみが限られていると感じ、食の楽しみを大事に思うようになっていった。

濱田(2008)によると、障害のある子どもをもつ母親は、生物学的なつながりのうえに、障害という未知な要素を加えた子どもと一体化し、療育に没頭し、そのプロセスを通して、子どもをかけがえのない存在として受け入れ、その絆を強めていくが、本研究でも養育の経験により、〔自立困難な子への愛着〕が深まり、その愛着が肥満につながる【平和希求の食のパターン化支援】を助長していた。一般的には子どもが成人期に入ると親離れ子離れの時期(鈴木・渡辺、2012、pp.46-50)といわれるが、重度知的障害者では成長後も継続的な支援が必要であり、子どもの親離れもむずかしく、親の子離れはさらにむずかしいと推察され、成人してもこの状態が続いていた。在宅知的障害者の食行動は、家族による充実した支援により、一般人に比べ、良好であるという報告(作田ら、2013;日本栄

養士会全国福祉栄養士協議会, 2009) があるが, このようなプロセスをたどった結果と考えられる。家族による充実した食行動支援が, 子どもの身体的成長の終わりや身体活動量の減少にあわせて摂取量を調節していない場合や, 食事内容が子どもの好みにあわせて偏っている場合には, 肥満の一因になる可能性も否定できないのではないかと考えられる。

やがて母親は〈肥満の認知〉をし, 〈肥満による悪影響の懸念〉から, 肥満を少しでも解消しようと【減量のためのパターン崩し】を試みるが, 【平和希求の食のパターン化支援】に比べて弱くなりがちであった。母親は子どもが幼少のころは〈自発的問題対処が困難な子との同伴運動〉として, 散歩やプールに連れて行ったが, 先行研究で指摘されている家族の忙しさや外出時の安全への懸念 (Spanos, et al., 2012), 親の時間的問題や体力の問題 (荒井ら, 2011) といった家族の問題に加えて, 本研究では通所施設での座位中心のかかわりや同伴するヘルパー不足等の社会的要因の影響もあり, 〈運動習慣の断念〉になっていった。肥満に関する認識としてこのような社会的要因が語られたことは, わが国の障害者政策が近年施設から地域へ進められ, 日中だけ施設に通うことや, ヘルパー等を使った外出や通勤・通学等, 知的障害者の社会的支援が普及してきたことが影響していると考えられる。母親がいまよりもさらにこうした社会的支援を必要としている表れではないかと推察できる。

このように〔障害と対時の必死の養育〕〔自立困難な子への愛着〕〈運動習慣の断念〉により, 肥満につながる【平和希求の食のパターン化支援】は助長され, 減量の試みにもかかわらず肥満は長期化し, 母親の〈肥満の認知〉は〈肥満の容認〉に至っていた。

このプロセスは, 限定された範囲内に関して優れた説明力をもつM-GTA (木下, 2003) で生成したことから, 在宅重度知的障害, 18~39歳, BMI 30以上, 自閉症の者で, 二次性肥満・重複障害のない者の母親という限定された範囲内での一般化は可能と考える。

B. 【平和希求のパターン化支援】と【減量のためのパターン崩し】の重要性

次に, 生成された2つのコアカテゴリーの本研究における重要性について考察する。

肥満につながる【平和希求の食のパターン化支援】は, 養育のなかで母親が子どもの障害特性を学び, 子どもの好みを把握して, 子どもと争いのない平和な暮らしをするための対処行動であった。一方, 肥満を少しでも解消しようとする【減量のためのパターン崩し】は, 子どもの肥満による悪影響に対する母親の対処行動であった。母親にとっ

てはどちらもわが子に大事な支援であり, 母親は子どもと同伴の散歩やご飯を少なくするなどの減量の試みをしながら, ジュースや菓子パンの間食習慣を守り, 揚げ物など好物を与えるという, 減量としては矛盾した行動をとっていた。今回の肥満者の母親は, 【平和希求の食のパターン化支援】が【減量のためのパターン崩し】に比べて大きくなっていったが, どちらの行動も母親が子どもを大切に思う認識がもとになっていることと, 小さくても2つとも行っていることが明らかになった。したがって, 母親が子どものためになると認識すれば, どちらにでも傾く可能性があると考えられる。

C. 自閉症を伴う在宅重度知的障害者の肥満の改善や管理に関する看護への示唆

自閉症を伴う在宅重度知的障害者の肥満の改善や管理としては, 減量の試みをしながらも, 肥満につながるパターン化した食事支援や食の楽しみを優先した支援が行われていないか, 母親に振り返ってもらい, 母親が, パターン化した食事のなかで, 減量できる物を見つけ, 減量の環境を整え, それを維持していけるよう支援することが考えられる。そのためには肥満による悪影響や適正体重を伝えて動機づけすることも有用であるが, 母親が障害と対峙して必死で養育してきたことや子どもへの愛着を深く理解し, 母親が子どもと争わない減量方法を提示することが重要であると考えられる。

D. 本研究の限界と今後の課題

本研究は, 肥満という一般的にネガティブにとらえられるテーマを扱っている。そのような中, 研究参加に同意の得られた母親は, 子どもの肥満に関心がある母親に偏っている可能性があり, このことが本研究の限界である。今後は父親や同胞にも対象者を広げることや, 本研究で得られた母親の認識と行動へのアプローチによる自閉症を伴う在宅重度知的障害者の肥満への介入プログラムの開発が課題である。

結 論

本研究では自閉症を伴う在宅重度知的障害者が肥満になっていく経過を, 母親の視点から, 一連のプロセスとして明らかにすることができた。母親は自閉症, 重度知的障害によって起こる食事や多動の問題に必死に対処するうちに, 〔自立困難な子への愛着〕にも助長され, 肥満につながる【平和希求の食のパターン化支援】をせざるをえなかったことがうかがえた。さらに〈肥満の認知〉後は【減量のためのパターン崩し】を試みるが, 【平和希求の食の

パターン化支援】に傾きがちであった。その要因としてこれまでの知見にない支援者不足などの社会的要因も関与していることが明らかになった。看護への示唆として【減量のためのパターン崩し】の強化と、【平和希求の食のパターン化支援】の弱化的必要性が示唆された。そのためには母親の必死の養育の経験や子どもへの愛着を深く理解し、母親が子どもと争わない減量方法の提示が重要である。

謝 辞

本研究の趣旨をご理解いただき、貴重なお話をしてくださいました皆さま、ご協力いただきました施設長・職員の皆さまに心より感謝申し上げます。また、スーパーヴァイザーとしてご指導いただきました国際医療福祉大学小

嶋章吾教授と、聖路加国際大学木下康仁特任教授はじめM-GTA研究会の皆さまに感謝いたします。なお、本稿は野中光代が2017年度愛知県立大学大学院看護学研究科博士前期課程に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものであり、第44回日本看護研究学会学術集会（熊本）で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的：自閉症を伴う在宅重度知的障害者が誕生してから肥満に至った現在までの母親の肥満に関する認識と行動のプロセスを明らかにし、肥満の管理に関する看護支援を検討すること。

方法：母親10名に体型の経過の中で記憶に残っている出来事について半構造化面接を行い、M-GTAを用いて分析した。

結果：自閉症を伴う在宅重度知的障害者の誕生から肥満に至るまでの母親の認識と行動のプロセスは、母親は自閉症、重度知的障害によっておこる食事や多動の問題に必死に対処するうちに、〔自立困難な子への愛着〕にも助長され、肥満につながる【平和希求の食のパターン化支援】をせざるを得ず、さらに〈肥満の認知〉後は【減量のためのパターン崩し】を試みるが、【平和希求の食のパターン化支援】に傾きがちで肥満容認に至っていた。

結論：看護への示唆として【減量のためのパターン崩し】の強化と【平和希求の食のパターン化支援】の弱化的必要性が示唆された。

Abstract

Aim: We aimed to clarify the process that how mothers thought and acted about their children's obesity in people with severe intellectual disabilities and autism, from their birth to the present. Nursing support for body weight management was also reviewed.

Method: We conducted semi-structured interviews of 10 mothers and analyzed the results using the modified grounded theory approach; M-GTA.

Result: The findings of this study indicated that mothers had to do "patterning support of the meal for the peace" which led to obesity, intensified by "the attachment to their children who had difficult independence", because mothers coped desperately with issues of diet and hyperkinesia caused by autism and severe intellectual disabilities during their child era. In addition, though mothers tried to "breaking patterns meal support to lose weight", they tend to do "patterning support of the meal for the peace".

Conclusion: These results suggest that nurses should help mothers to reinforce "breaking patterns meal support to lose weight" and to weaken "patterning support of the meal for the peace".

文 献

American Psychiatric Association (2013)／高橋三郎，大野 裕 監訳 (2014). DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル. 東京：医学書院.
荒井弘和，小嶋宏子，山崎由美 (2011). 知的障害者のメタボリックシンドローム予防に関する探索的研究. 日本健康教育学会

誌, 19(1), 15-25.

Bhaumik, S., Watson, J.M., Thorp, C.F., Tyrer, F. & McGrother, C.W. (2008). Body mass index in adults with intellectual disability: Distribution, associations and service implications: A population-based prevalence study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 52, 287-298.

- George, V.A., Shacter, S.D., & Johnson, P.M. (2011). BMI and attitudes and beliefs about physical activity and nutrition of parents of adolescents with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(11), 1054-1063.
- Ha, Y., Jacobson Vann, J.C., & Choi, E. (2010). Prevalence of overweight and mothers' perception of weight status of their children with intellectual disabilities in South Korea. *The Journal of School Nursing*, 26(3), 212-222.
- 濱田裕子 (2008). 障害のある子どもをもつ家族のつながり：父親役割に焦点をあてて. *家族看護*, 6(1), 58-64.
- 鴨下加代, 土路生明美, 林 優子 (2016). 肥満傾向にある学童期の発達障がい児への看護介入プログラムの効果：肥満度, 生活習慣の認識・行動の変化. *人間と科学：県立広島大学保健福祉学部誌*, 16(1), 53-62.
- 川名はつ子, 吉宇田和泉 (2014). 知的障害者の居住形態のちがひによる肥満の現状と課題. *日本保健福祉学会誌*, 20(2), 31-39.
- 木下康仁 (2003). *グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践：質的研究への誘い*. 東京：弘文堂.
- 厚生労働省 (2016). 平成26年国民健康・栄養調査報告. 98-99. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/eiyou/dl/h26-houkoku.pdf> (参照2016年5月19日)
- 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部 (2013). 平成23年生活のしづらさなどに関する調査（全国在宅障害児・者等実態調査）結果. http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h23.pdf (参照2015年7月28日)
- 厚生労働統計協会 (2012). 国民衛生の動向2012/2013. 厚生指標, 59(9), 42-43.
- 前田宣子 (2013). 知的障害を伴う自閉症スペクトラム生徒の青年期の食事指導. *自閉症スペクトラム研究*, 10(別冊), 73-80.
- 増田理恵, 田高悦子, 渡部節子, 大重賢治 (2012). 地域で生活する成人知的障害者の肥満の実態とその要因. *日本公衆衛生雑誌*, 59(8), 557-565.
- 内閣府 (2015). 平成27年版障害者白書. 東京：勝美印刷.
- 日本知的障害者福祉協会 (2016). 全国知的障害関係施設・事業所名簿：日本知的障害者福祉協会会員名簿2015年版. 東京：日本知的障害者福祉協会.
- 日本栄養士会全国福祉栄養士協議会 (2009). 平成20年度障害者保健福祉推進事業等（障害者自立支援調査研究プロジェクト）：地域で生活する障害児（者）の食生活・栄養支援に関する調査研究事業報告書. 3-82. 東京：日本栄養士会全国福祉栄養士協議会.
- 日本栄養士会全国福祉栄養士協議会 (2010). 平成21年度障害者保健福祉推進事業等（障害者自立支援調査研究プロジェクト）：地域における障害者の栄養・健康状態の実態及び意識・ニーズ調査研究事業報告書. 3-122. 東京：日本栄養士会全国福祉栄養士協議会.
- 日本肥満学会肥満症診断基準検討委員会 (2000). 新しい肥満の判定と肥満症の診断基準. *肥満研究*, 6(1), 18-28.
- 佐久間尋子, 廣瀬幸美, 藤田千春, 永田真弓 (2013). 自閉症スペクトラム障害をもつ幼児の食事に関する母親の認識とその対処. *日本小児看護学会誌*, 22(2), 61-67.
- 作田はるみ, 東根裕子, 奥田豊子, 坂本 薫, 橘ゆかり, 北元憲利, 内田勇人 (2013). 在宅で生活する知的障害者の食行動の特徴と肥満との関連. *肥満研究*, 19(3), 186-194.
- 相馬大祐, 五味陽一, 志賀利一, 村岡美幸, 大村美保, 井沢邦英 (2013). 高齢知的障害者の死亡原因と疾患状況：国立のぞみの園利用者の診療記録から. *厚生指標*, 60(12), 26-31.
- 総務省行政管理局 (2004). 発達障害者支援法. http://elaws.e-gov.go.jp/search/elawsSearch/elaws_search/lsg0500/detail?lawId=416AC1000000167 (参照2019年4月16日)
- Spanos, D., Hankey, C.R., Boyle, S., Koshy, P., Macmillan, S., Matthews, L., Miller, S., Penpraze, V., Pert, C., Robinson, N., & Melville, C.A. (2012). Carers' perspectives of a weight loss intervention for adults with intellectual disabilities and obesity: A qualitative study. *Journal of Intellectual Disability Research*, 57(1), 90-102.
- 鈴木和子, 渡辺裕子 (2012). 家族看護学理論と実践第4版 (pp. 46-50). 東京：日本看護協会出版会.
- 鈴木浩太, 小林朋佳, 森山花鈴, 加我牧子, 平谷美智夫, 渡辺京太……稲垣真澄 (2015). 自閉症スペクトラム児（者）をもつ母親の養育レジリエンスの構成要素に関する質的研究. *脳と発達*, 47(4), 283-288.
- 田辺里枝子, 曾我部夏子, 祓川摩有, 小林隆一, 八代美陽子, 高橋馨, 五関-曾根正江 (2012). 特別支援学校の児童・生徒の食生活の特徴と体格との関連について. *小児保健研究*, 71(4), 582-590.

〔2018年7月10日受付〕
〔2019年2月18日採用決定〕

小児病棟看護師の急変対応に関する不安

Pediatric Nurses' Anxiety about Responding to Sudden Changes in Children's Condition

杉浦 将人¹⁾ 盛田 麻己子²⁾ 萩本 明子³⁾
 Masato Sugiura Mamiko Morita Akiko Hagimoto

キーワード：急変対応，小児病棟看護師，不安

Key Words：responding to the sudden change, pediatric nurses, anxiety

緒 言

患者の急変は、予測のつきにくい不確かな出来事であることや生死を分ける重要な事象であることから、看護師には迅速かつ適切な対応が求められ、経験に関係なく大きな混乱や不安を覚える。このような不安は「誰にでも起こりうる人間的な心理現象である」と大橋（1998, pp.812-813）は述べている。また“不安”は北米看護診断協会（the North American Nursing Diagnosis Association International: NANDA-I）によると「自律神経系の反応を伴う、漠然として不安定な不快感や恐怖感（本人に原因は特定できないかわからないことが多い）で、危険の予感によって生じる気がかりな感情。身に降りかかる危険を警告する合図であり、脅威に対処する方策を講じさせる」と定義している（Herdman & Kamitsuru, 2017/2018, p.403）。このことから急変は合図となり、その結果、脅威に対する対処方法を講じさせるものとなる。

このような状況下での看護師の感情は、「患者への思い」「経験・知識不足から生じる思い」「蘇生チームのあり方に対する思い」「家族への思い」の4つがあると述べられた（丹下ら, 2006）。また、川崎・三根・藤村・瀬口（2009）は、看護師により「不安がある」「焦りがある」「慌ててしまい落ち着いて行動ができない」といったように急変に対する不安の思いが異なることを示し、夜間に勤務する看護師が少ない状況では、藤浦・古川（2010）が示したように、夜間看護師が急変時に困ったことや不安なことは、他患者への対処や家族・医師への連絡、物品準備があがっていた。しかも、ベッドサイドの患者および家族に接する機会が長い看護師は、急変の第一発見者になる可能性がきわめて高く、また、治療チームが機能するまでの初動対応をしなければならない可能性も高い。このようにさまざまな

感情をもちながら不安を抱いて勤務することになるが、脅威を抱いたまま急変に対応することは、適切な対処方法を講じることができないおそれがあると考えられる。

このため、看護師の急変時の判断や技術力の強化、看護師の抱く急変対応への不安軽減のための対策がとられ、病棟では一次救命処置BLS（basic life support: BLS）や小児二次救命処置（pediatric advanced life support: PALS）などの急変対応教育や頻度の多い急変事例を設定して教育を行うことが多くなった。また、シミュレーターを用いたPALS教育を積極的に行い、教育効果として急変対応に自信が付き不安が軽減したことが示されていた（梶野ら, 2010）。そして、鈴木・細田（2014）は、救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験のプロセスとして、自信を獲得することで救急領域の一員としての自覚が芽生えるようになり、救急領域での視野が拡大する経験により、技能習得に能動性が生まれることを示した。成人領域の研究では、急変時の不安についての意識調査をした後、結果を反映した急変対応のための教育プログラムを構築し、効果を検討した研究があり（川崎・三根・藤村・瀬口, 2009；伊藤ら, 2010）、個人の経験に応じた継続的なトレーニングの実施により、看護師全員が理解できているという安心感につながり落ち着いて対応できるという効果が示されていた。

一方、小児領域では子どもという別の側面も考えなければならず、脅威が増えると考えられる。入院する子どもの特徴として、身体的に予備能力が少なく、抵抗力が弱いことから、症状が急速に進み、急変する危険が高い（奈良間ら, 2015, pp.254-255）。また、痛みや苦しさを言葉で具体的に明確に表現できないことで、異常の発見が遅れやすく、症状が進行するのも大きな特徴である。さらに、子どもは潜在危険に対する予知能力や回避能力が未発達である

1) 藤田医科大学保健衛生学部看護学科 Fujita Health University

2) 名古屋女子大学 Nagoya Women's University

3) 同志社女子大学 Doshisha Women's College of Liberal Arts

ため、不慮の事故も起こしやすい（総務省統計局，2016）。このことから、小児にかかわる看護師は成人と比較し、予測のできない急変場面に遭遇する可能性が高いことが推察され、脅威に対する適切な対処にも違いが生じていることが予測される。しかし、小児病棟看護師が急変対応で抱く脅威などの不安の意味に焦点を当てた研究に関しては、現時点では明らかにされていない現状がある。したがって、小児病棟看護師の急変対応を考えていくうえで、実際にその不安の意味を知り、効果的な急変対応教育につなげるための示唆を得る必要があると考えた。以上により本研究では、小児病棟看護師が抱く急変対応に関する不安の意味内容を明らかにすることを目的とした。

I. 研究方法

A. 用語の定義

1. 急変対応

文部科学省（2004）は、「看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標（看護学教育の在り方に関する検討会報告）」において、看護実践能力の構成と卒業時到達度として「ヒューマンケアの基本に関する実践能力」「看護の計画的な展開能力」「特定の健康問題を持つ人への実践能力」「ケア環境とチーム体制整備能力」「実践の中で研鑽する基本能力」を、そのうちの「特定の健康問題を持つ人への実践能力」のなかの「健康の危機的状況にある人への援助」では、人が遭遇する健康の危機的状況における対応能力が述べられた。そこで、人が遭遇する健康の危機的状況における対応を急変対応とし、「急変した患児に応じて応援が到着するまでに行う救急処置や、高度な緊急治療が必要となる場面経過に応じた看護師の適切な言動」と定義した。また本研究では、急変患児への直接の対応はなかったが、勤務帯により何らかのかかわりがあった場合も間接的対応として急変対応に含むこととした。

2. 不安

不安は、Herdman & Kamitsuru（2017/2018）による定義（pp.401-403）およびSpielberger（1966）が体系づけている「状態—特性不安理論（A Trait-State Conception of Anxiety）」における状態不安（pp.16-19）より、「本人に原因は特定できないかわからないことが多く、急変という危険の予感によって生じる心配な感情」を表すこととし、性格特性としての不安や不安状態を軽減させようとして働く言動については考慮に入れない。ここでいう「感情」とは、急変時に感じて起こる喜怒哀楽などの心の状態をいう。

B. 研究デザイン

急変の場面や状況で小児病棟看護師が抱く不安の意味内容を明らかにするために、質的記述的研究を用いた。

C. 研究対象施設および研究協力者

研究対象施設は、大学病院1施設の乳児期から思春期の患児が入院する小児内科病棟と小児外科病棟の2病棟とした。研究協力者は、この2病棟に勤務する看護師20名とした。

D. データ収集方法

データ収集期間は、2014年6月～8月であった。データ収集におけるアクセス方法は、研究協力施設の看護部への同意書による研究承諾後、看護師は病棟の看護部長に条件に該当する研究協力候補者の選定を依頼した。研究協力候補者には、研究者が説明文書にて説明を行い、参加意思のあった研究協力者に対し、同意書にて承諾を得た後、面接の時間と場所を調整した。

データ収集は、半構成的面接法（インタビュー）とした。インタビュー内容は、「看護師経験年数」「小児看護経験年数」「急変時に直面し、印象に残っている急変の場面や状況」「急変に遭遇したときに感じたことや考えたことなどの思い」「急変についての不安や気がかりの内容およびその対策（急変対応に関する教育や学習等）」をインタビューガイドに沿って実施した。インタビューの際には、研究協力者と研究者が他に語る内容がないと確認した時点でインタビューを終了した。

E. 解釈（分析）方法

ICレコーダに録音した音声やインタビュー中の記録を逐語的に記述した。この逐語録を何度も繰り返して読み、意味のある文節単位ごとにマーキングし、テキストデータを作成した。得られたテキストデータは、下記の手順に従って質的に解釈した。

1. 急変の場面・状況の抽出

インタビューで語られた急変の場面や状況は、研究協力者が実際に経験し印象に残っている急変時の場面や状況、および同僚から聞いた場面も含まれていた。研究者は、急変の場面や状況をもとの文脈の意味を失わないよう、定義に沿って抜き出し、内容の相違によって要約した。

2. 不安の解釈

各個人の印象に残っている急変の場面や状況から抱いた不安として述べられた内容、およびその対策（急変対応に関する教育や学習等）を動機づけている不安に関する記述

を定義に該当する意味のある文節で抜き出し、意味内容が損なわれないように不安の内容を一文で表現した。20名分の表現した内容において、類似したものを集め、含まれる不安の意味内容を簡潔に表す表現を用いてコードとして割り当てた。ここでいう簡潔に表現した不安の用語の意味(表1)とは、Herdman & Kamitsuruが示すNANDA-Iによる不安の看護診断ラベルの中身を使用し、広辞苑を参考に意味内容に該当する言葉で表現した(新村, 2008)。さらに、類似コードを集めて、カテゴリー化によって徐々に抽象化のレベルを上げ、上位カテゴリーを抽出した。質的手法の専門家および小児看護学の研究者間で共通性や相違性、およびカテゴリー間の関連性を検討した。これらの過程において内容の確証性を確保し、コアカテゴリーを抽出した。抽出したカテゴリー相互の関係を研究者間で多面的に検討し、最終的に急変の場面や状況からこれ以上のカテゴリーの発見や解釈が出てこないという理論的飽和の状態を確認した。最後に、コアカテゴリーに基づき関係を概念図に表した。

F. 確証性と信用性の確保

研究者は、各研究協力者との信頼関係や中立性を築くための訓練として、看護師経験のある有志者4名に対し、プレインタビューを試みた。プレインタビューの実施後は、質的手法の専門家や小児看護の専門家をスーパーバイズとし、インタビューガイドの検討、プレインタビューの実施を繰り返し、インタビューガイドの不備を検討し、信用性を高めた。また、インタビューにあたって十分な訓練を重ね、確証性を確保し、研究協力者へのインタビューを開始した。インタビューの際には、研究協力者と研究者が他に語る内容がないと確認した時点でインタビューを終了した。研究者は、逐語録や語られた急変の場面や状況についての要約を提示し、その内容についてすべての研究協力者とのメンバーチェックを行い、意味の変更や過ちがあった場合は修正する機会を設け、データの明瞭さや信用性を高

めた。常にスーパーバイズを含めた3者以上の研究者間で抽出されたカテゴリーやカテゴリー間の関係性について、意味内容の不明瞭なコードはテキストデータに戻り、確認を行い、確証性・信用性を確保した。

G. 倫理的配慮

本研究は、藤田医科大学の疫学・臨床研究倫理審査委員会の承認を得て実施した(受付番号:14-101, 承認日:2014年5月15日)。研究協力者に対しては、研究の主旨、参加拒否の権利、また途中で断っても研究協力者に不利益が生じないこと、得られたデータ等は厳重に管理することや研究目的以外は使用しないこと、発言が業務等に影響しないこと、学会や論文発表の公表、連絡先について文書および口頭で説明し、同意書による承諾を得た。インタビューの際は、プライバシーが保持できるよう個室で行い、録音と記録することを確認した。また、インタビューによる時間的負担や精神的影響に配慮しながら実施した。

II. 研究結果

A. 研究協力者の概要

研究協力者は小児病棟看護師20名であり、全研究協力者からインタビューの参加意思と録音・記録についての承諾を得た。看護師の経験年数は1~12年(平均経験年数は4.5年)であり、小児看護の経験年数は1~11年(平均4.25年)であった。インタビュー時間は一人30~60分程度であった。また、研究対象施設における看護師は、頻度の多い急変事例を設定した院内教育の実施や、病院外ではPALSなどの急変対応教育を受講していた。

B. 小児病棟看護師が急変に直面し印象に残っている場面や状況

小児病棟看護師が急変に直面し印象に残っている場面や

表1 不安のカテゴリー名における用語の意味

用語	意味
心配	悪い事態に直面しないかと気にかけて思わずらうこと。
危惧	成り行きをあやぶみおそれること。
恐怖	死を暗示するほど恐ろしく感じる事。
警戒心	予測される危険に対して注意し用心すること。
動揺	気持ちなどが不安定になること。心が揺さぶられること。
困惑	困ってどのように対処してよいかわからず、とまどうこと。
困難感	ものごとをなすとげたり実行したりすることがむずかしいこと。
焦り	自分の思いどおりにならず、いらだつこと。
怒り	怒ること。
後悔	前にした行為を後になって悔いること。

状況は、6つの急変の場面と3つの急変の状況が示された(表2)。

急変の場面は、「1人の患児の急変事例」と「複数の急変が重なった事例(呼吸状態悪化・人工呼吸器管理中の急変)」に分類された。さらに「1人の患児の急変事例」では、「非心肺停止」と「心肺停止」に分類され、1つ目の「非心肺停止」は「(Ⅰ)痙攣」「(Ⅱ)呼吸状態悪化」「(Ⅲ)人工呼吸器管理中のトラブル」「(Ⅳ)出血による急変(ドレーンからの出血, 脳出血, 消化管出血)」に分類された。

急変の状況は、「(1)間接的にかかわり」「(2)急変に気づき一次救命処置(一次評価, 酸素投与, 補助呼吸, モニター装着, 応援への申し送り等)を行い応援が到着するまでに行う看護師の言動」「(3)急変において応援が到着後に行う高度な緊急治療(確実な気道管理, 薬剤投与, ショックの治療)が必要となる場面に応じた看護師の言動」に分類された。ここで分類された「(1)間接的にかかわり」は、急変患児への直接の対応はなかったが勤務帯により何らかの間接的にかかわりがあったという状況を示している。

C. 小児病棟看護師が抱く不安

以下に示す本文中の小児病棟看護師が抱く不安のコアカテゴリーは【 】(以下、「不安【 】」とする), 上位カテゴリーは『 』とした。それを説明する具体的な語りは「 」で示した。急変の場面や状況で小児病棟看護師が抱く不安の内容を分析した結果、最終的に、【①急変時の実践能力不足による心配や動揺】【②患児・家族の状態の経過から認識された危惧や動揺】【③不利な環境条件とその対応への心配や困難感】の3つのコアカテゴリーが形成された(表3)。以下、不安のコアカテゴリー①, ②, ③ごとに説明する。

1. 不安【①急変時の実践能力不足による心配や動揺】

このコアカテゴリーは、上位カテゴリー『1. 未経

験・経験不足による急変対応での動揺や困難感』『2. 児の年齢や成長に応じた急変対応に関する知識不足への心配』『3. 急変時の判断不足で責任を問われることへの危惧』『4. 児の年齢や成長に応じた急変対応における技術不足への心配や焦り』『5. 感情のコントロール不足による適切な対応への困難感』の5つで構成された。5つの上位カテゴリーのうち『1. 未経験・経験不足による急変対応での動揺や困難感』『2. 児の年齢や成長に応じた急変対応に関する知識不足への心配』『4. 児の年齢や成長に応じた急変対応における技術不足への心配や焦り』の3つは、知識・技術・経験の実践能力不足という視点で構成されていた。それらは、それぞれ「痙攣時に何をしたらいいかわからない」「年齢や体重からチューブ類の適切な太さを判断できない」という語りから知識不足により生じた不安、「チアノーゼの出現時に脈拍測定や聴診がうまくできなかった」ことや「いざ確実に薬剤を間違えずに準備するとなると、パニックで手が震えていた」という語りから手技の実践や迅速な薬剤準備に関する技術不足により生じた不安、「痙攣を初めて見た」「経験年数の割には、挿管の場面を1回も見たことがない」という語りから初めての症状やその対応の経験不足により生じた不安で構成された。さらに、生命にかかわる急変の場面に対して、求められる実践能力に達しておらず不足を感じるにより、急変時の判断・対処不足で責任を問われることや感情のコントロール不足が生じることから、『3. 急変時の判断不足で責任を問われることへの危惧』『5. 感情のコントロール不足による適切な対応への困難感』が構成された。感情のコントロール不足とは、冷静さを失うことによる落ち着いた挿管介助や処置介助困難、緊迫した雰囲気にもまれることによる医師への指示確認などの適切な対応困難、過去に経験した負の感情のセルフコントロール不足のような急変対応で生じることから形成された。また、過去に経験した負の感情のセルフコントロール不足とは、「(急変対応後は)自分がショックになったときに、どのようにその気持ちを消

表2 小児病棟看護師が急変に直面し印象に残っている場面や状況

急変の場面			急変の状況		
			1	2	3
I	1人の患児の急変事例	痙攣	急変に気づき 一次救命処置(一次評価, 酸素投与, 補助呼吸, モニター装着, 応援への 申し送り等)を行い 応援が到着するまでに行う 看護師の言動	急変において 応援が到着後に行う 高度な緊急治療 (確実な気道管理, 薬剤投与, ショックの治療) が必要となる場面に応じた 看護師の言動	
II		呼吸状態悪化			
III		人工呼吸器管理中のトラブル			
IV		出血による急変 ・ドレーンからの出血 ・脳出血 ・消化管出血			
V		心肺停止			
VI	複数の急変が重なった事例 (呼吸状態悪化・人工呼吸器管理中の急変)	間接的にかかわり			

表3 急変の場面や状況で小児病棟看護師が抱く不安のコアカテゴリー

コアカテゴリー名	上位カテゴリー名
① 急変時の実践能力不足による心配や動揺	1. 未経験・経験不足による急変対応での動揺や困難感
	2. 児の年齢や成長に応じた急変対応に関する知識不足への心配
	3. 急変時の判断不足で責任を問われることへの危惧
	4. 児の年齢や成長に応じた急変対応における技術不足への心配や焦り
	5. 感情のコントロール不足による適切な対応への困難感
② 患児・家族の状態の経過から認識された危惧や動揺	6. 現状から予測される急変への警戒心
	7. 急変に直面したときの動揺や危惧
	8. 急変が起きてしまった後悔
	9. 対応の不備による状態悪化への危惧や恐怖
	10. 状態が回復しないことへの焦り
	11. 自分が責任を問われることへの危惧
	12. 急変対応後の状態不安定による回復の見込みや生命危機に至ることへの危惧や恐怖
	13. 想定外に重症化したことへの恐怖
	14. 後遺症が残り責任が生じることを認識した危惧
	15. 急変時の家族の不安増強への警戒心や動揺
	16. 家族の気持ちになることへの困難感
③ 不利な環境条件とその対応への心配や困難感	17. チーム医療として医師との連携不足による急変対応への困難感や怒り
	18. メンバー看護師の役割分担への困難感
	19. マンパワー不足による急変患児の対応への危惧や焦り
	20. 自分しか対応できない状況による患児の状態変化に対する困惑や焦り
	21. マンパワー不足による別の患児への対応が不十分なことへの心配や困惑
	22. 患児の状態に応じた物品が揃わないことによる対応遅れへの心配
	23. 物品の準備不足や使用不能による対応遅れへの心配や怒り
	24. 家族不在状況による急変対応が遅れることへの心配

化していけるのか」という気持ちの整理や、「もし、次に急変したときに、また同じようにパニックになり、うまく行動できるかという思いがある」という失敗の経験を繰り返さないこととして構成された。これらの上位カテゴリーの構成に基づき構成図を図1に示した。

2. 不安【②患児・家族の状態の経過から認識された危惧や動揺】

このコアカテゴリーは、上位カテゴリー『6. 現状から予測される急変への警戒心』『7. 急変に直面したときの動揺や危惧』『8. 急変が起きてしまった後悔』『9. 対応の不備による状態悪化への危惧や恐怖』『10. 状態が回復しないことへの焦り』『11. 自分が責任を問われることへの危惧』『12. 急変対応後の状態不安定による回復の見込みや生命危機に至ることへの危惧や恐怖』『13. 想定外に重症化したことへの恐怖』『14. 後遺症が残り責任が生じることを認識した危惧』『15. 急変時の家族の不安増強への警戒心や動揺』『16. 家族の気持ちになることへの困難感』の11で構成された。そのうち、『6. 現状から予測される急変への警戒心』は「流涎が多い状況で、その後の予測」から抱く不安、『7. 急変に直面したときの動揺や危惧』は「呼吸器管理中に吸引や体交後、SpO₂が下がり、

見た目の変化を目のあたりにして怖くて声が出なかった」「自分が緊急コールを押す場面に直面したとき本当に焦った」という直面時の不安、『8. 急変が起きてしまった後悔』は「急変の可能性をアセスメントしていたにもかかわらず、訪室が少なかったので、もっと訪室回数を増やせばよかった」という後悔で構成された。『9. 対応の不備による状態悪化への危惧や恐怖』『10. 状態が回復しないことへの焦り』は、「対応や薬剤の投与量間違いによって、状態がもっと悪くなってしまうのが怖い」「挿管チューブが閉塞して、酸素投与や吸引してもSpO₂が上がらず、すごく焦った」という対応時の不安で構成された。また、『11. 自分が責任を問われることへの危惧』『14. 後遺症が残り責任が生じることを認識した危惧』は、急変対応後に自分が非難の対象になることや急変後に後遺症が残り責任が生じることを認識したことで生じる不安であった。これらの上位カテゴリーの構成に基づき構成図を図2に示した。

3. 不安【③不利な環境条件とその対応への心配や困難感】

このコアカテゴリーは、上位カテゴリー『17. チーム医療として医師との連携不足による急変対応への困難感や怒り

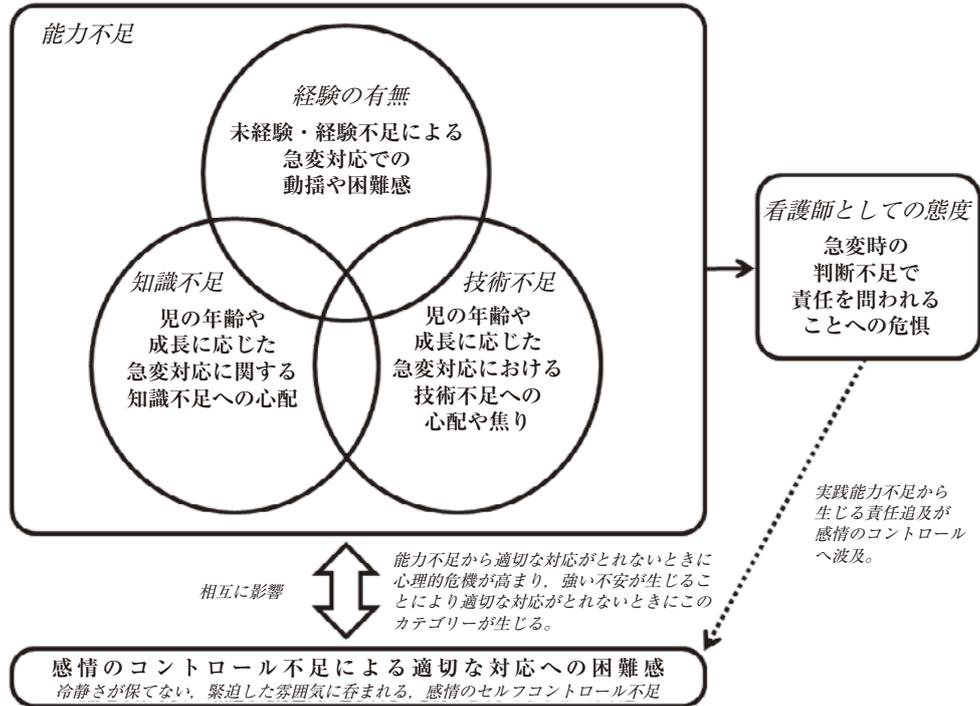


図1 不安①の上位カテゴリーの構成図

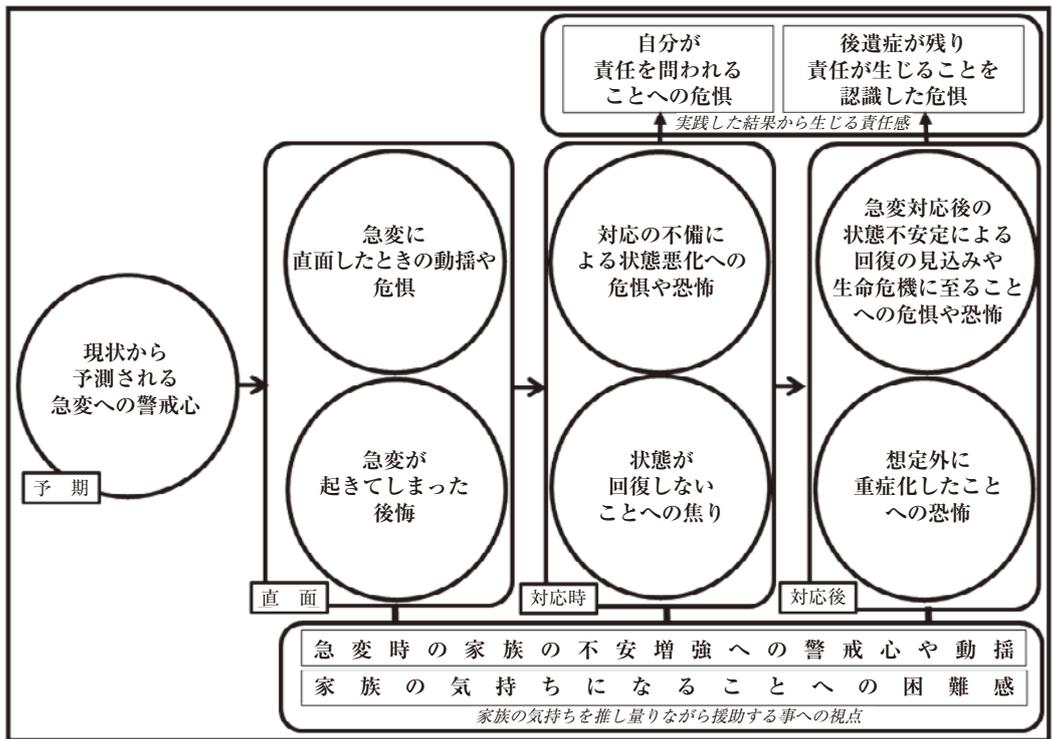


図2 不安②の上位カテゴリーの構成図

り』『18. メンバー看護師の役割分担への困難感』『19. マンパワー不足による急変患児の対応への危惧や焦り』『20. 自分しか対応できない状況による患児の状態変化に対する困惑や焦り』『21. マンパワー不足による別の患児への対

応が不十分なことへの心配や困惑』『22. 患児の状態に応じた物品が揃わないことによる対応遅れへの心配』『23. 物品の準備不足や使用不能による対応遅れへの心配や怒り』『24. 家族不在状況による急変対応が遅れることへの

心配』の8つで構成された。そのうち、「メンバーが少ない勤務帯で、対応が遅れて重症化したらと思うと怖くなる」「急変時に誰に助けを求めたらよいかわからず不安」「酸素投与してもSpO₂が上がり、医師を待つ時間がとても長く不安に感じた」という語りから、マンパワー不足による看護師の適切な対応や看護師間の関係から生じる不安で構成された。これらの上位カテゴリーの構成に基づき構成図を図3に示した。

ゴリーは、【①急変時の実践能力不足による心配や動揺】【②患児・家族の状態の経過から認識された危惧や動揺】【③不利な環境条件とその対応への心配や困難感】の3つが明らかになった。不安【②患児・家族の状態の経過から認識された危惧や動揺】は、予期から対応後にかけて患児の状態の経過における病状の変化という時間の流れのなかで起こる不安があり、それは実践能力不足から抱く不安や不利な環境条件とその対応から抱く不安が影響を与えていた。これらのコアカテゴリーによる小児病棟看護師の急変対応に関する不安の概念図を図4に示した。

D. コアカテゴリーによる小児病棟看護師の急変対応に関する不安の概念図

小児病棟看護師が抱く急変対応に関する不安のコアカテ

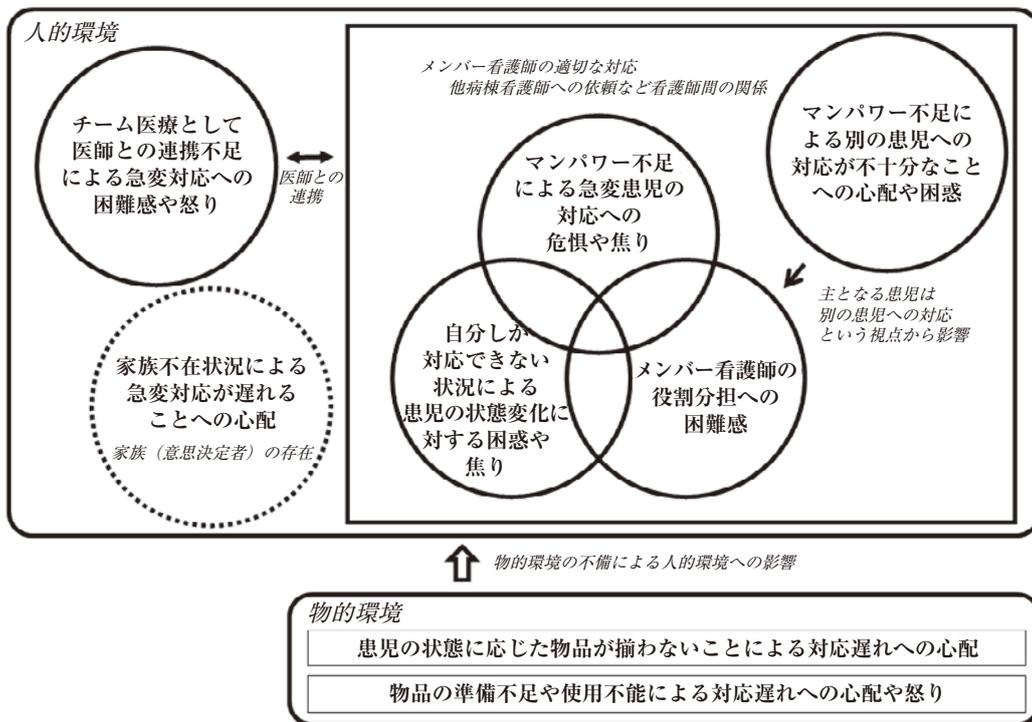


図3 不安③の上位カテゴリーの構成図

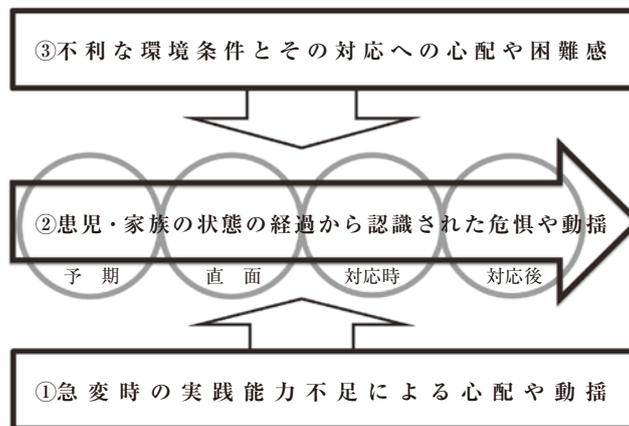


図4 コアカテゴリーによる小児病棟看護師の急変対応に関する不安の概念図

Ⅲ. 考 察

A. 小児病棟看護師が急変対応に抱く不安の解釈

1. 不安【①急変時の実践能力不足による心配や動揺】

不安【①急変時の実践能力不足による心配や動揺】は、急変対応時の生命にかかわる事象であることなどの理由から、経験に基づく判断力と技術力が必要であり、それが不足していることにより不安を覚え、抽出されたと考えられる。

この背景には、以下のことが考えられる。実践能力とは、文部科学省（2011）が、「今後の大学における看護系人材養成の在り方」のなかで、「専門職として能力開発に努め、長い職業生活においてもあらゆる場で、あらゆる健康レベルの利用者のニーズに対応し、保健、医療、福祉等に貢献していくことのできる応用力のある国際性豊かな人材養成を目指す」と示し、「あらゆる健康レベルの利用者に対し、看護師が看護を行動によって実行するために（看護を）なし得る力」として用いられている。また、厚生労働省（2008）が示す「看護基礎教育のあり方に関する懇談会 論点整理」では、専門職としての資質・能力として、「①基本となる資質・能力、②急性期医療等を担うために必要な資質・能力、③生活を重視した看護提供に必要な資質・能力、④看護の発展に必要な資質・能力」の4つの構成要素が示されている。一方、文部科学省（2004）が示した卒業時到達目標とした看護実践能力の構成と卒業時到達度のうち「特定の健康問題を持つ人への実践能力」の「健康の危機的状況にある人への援助」のなかで、その能力について「突然の健康危機は、誰にでも起こり得る非常事態であり、専門的判断と確かな技術によって、生命の危機が回避され心の安寧が取り戻される」ことが期待され、「一般的な知識・技術に加えて、経験に基づく判断力と技術力」の必要性が述べられた。

このように、実践能力の必要性が述べられ、明確化されつつあることから、急変対応時は、生命にかかわる事象であり、経験に基づく判断力と技術力が必要なため、それが不足していると自覚することにより不安を覚えると解釈され、不安【①急変時の実践能力不足による心配や動揺】が抽出されたと考えられる。

このコアカテゴリーを構成する5つの上位カテゴリーのうち『1. 未経験・経験不足による急変対応での動揺や困難感』『2. 児の年齢や成長に応じた急変対応に関する知識不足への心配』『4. 児の年齢や成長に応じた急変対応における技術不足への心配や焦り』の3つは、急変時の実践能力不足のなかでも経験の有無、知識・技術の不足にまとめられる能力不足という視点で解釈された。これらは、

丹下ほか（2006）の急変から生じる看護師の感情を調査した研究では、「経験・知識不足から生じる思い」の下位に「判断できない恐怖心」があり、経験や知識不足による恐怖心から不安を引き起こし、これら3つの能力不足という視点を構成したと考えられた。そして、小児は身体的に予備能力が少なく、抵抗力が弱いことから症状が急速に進み、急変する危険が高い（奈良間ら、2015）ことや、成長発達の状態により対応が大きく異なることが影響し、『児の年齢や成長に応じた急変対応』が2か所で抽出されたと考えられた。以上から、経験・知識不足は不安につながり実践能力に影響するため、研修などを含めたあり方について検討の必要性が考えられた。

『5. 感情のコントロール不足による適切な対応への困難感』は、強い不安によって冷静さが保てないことや、緊迫した雰囲気にもまれること、感情のセルフコントロール不足に関連したカテゴリーであり、先述の能力不足と相互に影響していることが意味づけられた。これは稲葉・古屋・萩原（2006）の、慢性疼痛患者を看護するなかで危機が高い患者に接するとき、看護師は感情コントロールというストレス要因を抱えそれに対する対処を必要とする、と述べているように、経験や知識不足から適切な対応がとれないときに心理的危機が高まり、このカテゴリーが生じると考えられた。また、Salovey & Mayer（1990）が提唱した感情知性（Emotional Quotient: EQ）理論に示される対人関係の構築や感情をコントロールする能力に重点をおいた重要な視点であり、強い不安が生じることにより適切な対応が取れないときにこのカテゴリーが生じると考えられた。

『3. 急変時の判断不足で責任を問われることへの危惧』は、実践能力不足から生じる責任追及から生じる不安を示したカテゴリーであり、看護師としての態度という視点で解釈された。これは、岩本・内海・細原・孝壽（2014）によるリスク感性に必要なコンピテンシー要素の明確化で述べられた「専門職としての責任感」や、前田ほか（2014）の医師と看護師が考える小児医療領域への特定看護師（仮称）導入に対する問題や課題にも抽出されていた「医行為を実施する際の責任問題」からも解釈されると考えられた。

2. 不安【②患児・家族の状態の経過から認識された危惧や動揺】

「患児・家族の状態」とは、急変という危機的状況にある患児・家族のことを指した。ここでは、Friedman（1981/1993）が、「子どもは家族の一員であり家族員との相互作用を通して成長発達していくとともに、家族も家族集団として成長発達を遂げていく」と述べ、家族を一つのユニット

としシステムとしてとらえていることから、「患児・家族」とした。そして、「経過」とは、看護では、「病気の経過」と「経過別看護」の視点として用いられ、前者をWu (1973/1975) は「病気は身体の構造や機能上の変化として、また、いつもと違う、奇妙な、ときには痛みのある感覚からなる変化として体験される」と述べ、後者を森田・大西 (2011, pp.197-198) は「生命の危険度の変動を対象者の出生から死の方向への時間的移り変わりのなかでとらえた、その人の健康状態の変動の軌跡である」と述べている。すなわち「経過」は、病態（症状）の悪化という変化として体験される病気のとらえ方で始まり、あらゆる病気に共通する経過を、時間的移り変わりのなかでとらえようとした経過別看護の視点として提示した。このようなことから、このコアカテゴリーは、患児の急変に伴う病態の変化を家族の反応を含めて認識され、そのような患児の状態に応じて対応した経過別看護の視点と同様に、時間的経過のなかで不安が生じることから、不安【②患児・家族の状態の経過から認識された危惧や動揺】が抽出されたと考えられる。これは、Spielberger (1966, p.18) が「状態不安は、時間の経過のなかで、脅威を感じる程度により引き起こされ、対処方法や行動を順序付けるきっかけとなる」と述べていることと一致していると考えられた。

このコアカテゴリーにおける上位カテゴリーのうち、『6. 現状から予測される急変への警戒心』は予期、『7. 急変に直面したときの動揺や危惧』と『8. 急変が起きてしまった後悔』は急変直面時、『9. 対応の不備による状態悪化への危惧や恐怖』と『10. 状態が回復しないことへの焦り』は急変対応時、『12. 急変対応後の状態不安定による回復の見込みや生命危機に至ることへの危惧や恐怖』と『13. 想定外に重症化したことへの恐怖』は急変対応後で、一連の流れでまとめられた。これらは患児の状態の経過における患児の健康レベルの変化という時間の流れのなかで生じるカテゴリーとして構成された。また、森田・大西 (2011) は、「あらゆる疾病に共通する経過を、急性期、回復期、慢性期、終末期の4期でとらえようとした経過別看護」として提示し、予期、直面、対応時、対応後という一連の時間の流れについて、状態に応じた看護実践に影響を及ぼす経過別看護の視点と同様であると考えられた。

『11. 自分が責任を問われることへの危惧』と『14. 後遺症が残り責任が生じることを認識した危惧』は、それぞれ対応時と対応後の上位カテゴリーに影響し、実践した結果から生じる責任感に関するカテゴリーとして構成された。これらは、厚生労働省医政局看護課 (2004) の示す「看護職員として必要な基本姿勢と態度についての到達目標」のなかの「医療倫理・看護倫理に基づき、人間の生命・尊厳を尊重し患者の人権を擁護する」や日本看護協

会 (2003) の明示している「看護者の倫理綱領」の行動指針のなかにある「看護者は、病院をはじめさまざまな施設や場において、人々の健康と生活を支える援助専門職であり、人間の生と死という生命の根元にかかわる問題に直面することが多く、その判断および行動には高い倫理性が求められる」という看護師としての基本姿勢に基づいた実践の結果から影響が及ぶと考えられた。

『15. 急変時の家族の不安増強への警戒心や動揺』と『16. 家族の気持ちになることへの困難感』の2つは、急変患児の家族への対応により生じる不安を示し、家族の気持ちを推し量りながら援助することへの視点として構成された。家族の一員である患児の急変は、家族に緊張と不安をもたらす、予後が深刻であれば家族は激しいショックを受けたりパニックを起こしたりする。こうした急性期の家族の反応をMcCubbin & Patterson (1983) は、時間の流れを横軸にとり危機状況の発生を構造的に説明していた。すなわち、「ストレス源となる困難が生じたときに、ストレス源を処理するために活用できる家族の現存する資源と、そのストレス源をどのように認知するかという3つの要因の相互作用の結果、危機がもたらされるか回避される」と述べていた。このことから、急変時の家族対応が遅れ、家族の自立性と環境の影響をコントロールできないと家族が危機状態に陥ることが示され、看護師が抱く家族対応への不安と一致していると考えられた。したがって、患児への対応とともに家族の適応に向けて家族のもてる力を引き出せるかわかりが必要になると考えられた。

3. 不安【③不利な環境条件とその対応への心配や困難感】

不安【③不利な環境条件とその対応への心配や困難感】は、環境条件が患児を取り巻くチーム体制やチームワークを実践する能力が相互作用を制約するものであるため、不利な環境条件により患児が最良のケアを享受することができなくなることで不安が生じ、抽出されたと考えられる。

ここでの「環境条件」とは、「人間を取り巻き、人間と相互作用を及ぼしあうもののうち、直接の原因ではないが、その相互作用を制約するもの」である。また、文部科学省 (2004) は、看護実践能力の構成と卒業時到達度として「ヒューマンケアの基本に関する実践能力、看護の計画的な展開能力、特定の健康問題を持つ人への実践能力、ケア環境とチーム体制整備能力、実践の中で研鑽する基本能力」を述べ、そのうち「ケア環境とチーム体制整備能力」のなかで、「治療とケアのサービス提供施設内部でのチーム体制を取り上げ、チームの意義を理解してチームワークを実践する能力」をあげていた。さらに、患児が最良のケアを享受することができるため、資源であるケア体制を患

児の生活環境のなかにどうつくるかということに言及していた。

以上のことから、環境条件が患児を取り巻くチーム体制やチームワークを実践する能力が相互作用を制約するものであるため、不利な環境条件により患児が最良のケアを享受することができなくなることで不安が生じると解釈され、不安【③不利な環境条件とその対応への心配や困難感】が抽出されたと考えられる。

このコアカテゴリーにおける上位カテゴリーのうち『17. チーム医療として医師との連携不足による急変対応への困難感や怒り』『18. メンバー看護師の役割分担への困難感』『19. マンパワー不足による急変患児の対応への危惧や焦り』『20. 自分しか対応できない状況による患児の状態変化に対する困惑や焦り』『21. マンパワー不足による別の患児への対応が不十分なことへの心配や困惑』『24. 家族不在状況による急変対応が遅れることへの心配』の6つは、人的環境という視点で解釈できた。これらは、環境条件として患児を取り巻くチーム体制やチームワークを実践する能力を示す一方で、川口（2003）は、「看護における環境調整技術のエビデンス」のうち「看護における環境調整の視点」のなかで環境側の要素をあげ「対人的環境要素において、最も対象に近い存在は、直接的ケアの担い手である家族や看護師、医師たちである」と述べ、良好な人間関係の形成が患児の状態に影響を及ぼすことについて言及し、このことから不利な人的環境条件で不安が生じると考えられた。また、『18. メンバー看護師の役割分担への困難感』『19. マンパワー不足による急変患児の対応への危惧や焦り』『20. 自分しか対応できない状況による患児の状態変化に対する困惑や焦り』『21. マンパワー不足による別の患児への対応が不十分なことへの心配や困惑』の4つは、メンバー看護師の適切な対応や他病棟看護師への依頼など看護師間の関係から構成された。さらに『18. メンバー看護師の役割分担への困難感』『19. マンパワー不足による急変患児の対応への危惧や焦り』『20. 自分しか対応できない状況による患児の状態変化に対する困惑や焦り』の3つは、主となる患児への対応として重なっており、『21. マンパワー不足による別の患児への対応が不十分なことへの心配や困惑』が別の患児という視点から分離され、主となる患児は別の患児への対応という視点から影響を受けていた。この4つは、チーム医療としての医師との連携からなる『17. チーム医療として医師との連携不足による急変対応への困難感や怒り』と相互に影響を与えていると考えられた。単独で抽出された『24. 家族不在状況による急変対応が遅れることへの心配』は、家族という意思決定者の存在を示すカテゴリーとして解釈された。Benner（2001/2005）が示した達人レベルの看護実践領域

内の「組織能力と役割遂行能力」において、「最適な治療を提供するための治療チームをつくり、維持するためには、メンバー全員が自分の見解をほかのメンバーに示す必要がある。患者はときおり変化するうえ、異なる人間関係は異なる見解を引き出すので、異なる治療の可能性が生まれる」（p.131）と述べているように、そのときに構成された看護師あるいは看護師間での関係を状況にあわせて調整しあうことによって看護ケアや業務が遂行されていくが、急変など突発的に不利な環境におかれると急変に対応しながらの再調整が必要となり、再調整の過程で困惑、焦りや困難感という不安が出現すると考えられた。また、チーム医療としての医師との連携からなる『17. チーム医療として医師との連携不足による急変対応への困難感や怒り』や看護師不足による急変対応の遅れに関連した『19. マンパワー不足による急変患児の対応への危惧や焦り』『21. マンパワー不足による別の患児への対応が不十分なことへの心配や困惑』は、Benner（2001/2005）のいう「人員不足という最悪の制約下で観察されたものである」（p.127）と同様の内容であった。

さらに、上位カテゴリー『22. 患児の状態に応じた物品が揃わないことによる対応遅れへの心配』『23. 物品の準備不足や使用不能による対応遅れへの心配や怒り』の2つは、物的環境という視点で解釈された。Benner（2001/2005, pp.95-96）は、治療および安全や安楽にかかわるものにおいては、道具そのものが対象のQOLにも大きく影響しているために、患者の危機の本質を見極め、問題をすばやく把握し、必要な資源をすばやく手配し、管理することが求められると述べ、これは、急変時に物品が揃い使用可能な状態であることや小児特有の物品を準備する必要性から解釈できた。また、物的環境に不備が生じることによって、人的環境へ影響を及ぼす関係性が意味づけられた。これらはBenner（2001/2005）の述べている「容態の急変を効果的に管理する」という領域において、危機管理として「緊急事態において必要な資源の供給をすばやく手配する」（p.98）ということと重なる部分があったが、小児特有な成長を考慮した物品準備は、患児のニーズを把握する必要性として解釈された。Benner（2001/2005）は前述同様に、「看護師は全体像の監督者であり、多くの利用可能な資源を熟知して、それを活用している」（p.98）と述べていることから、患児の状態に応じた物品が揃わないこと、物品の準備不足や使用不能による対応遅れという物的環境に不利が生じたときに、心配や怒りという不安が生じると考えられた。したがって、このような不足が生じないように日ごろから準備し、確認し、備えておくことが必要だと考えられた。

B. 小児病棟看護師が急変対応に抱く不安の概念図に対する解釈

急変の場面や状況における患児の状態には、予期、直面、対応時、対応後と時間の経過があり、小児病棟看護師は経過に応じた看護実践に伴うさまざまな不安を抱く。これは、池上・浅香（2008）が、「患者急変時の看護師の役割」において、患者が治療を受ける状況などをすべて包括し、病院内であれば入院期間の全過程において、急変により生命を危険にさらすことから守る役割を担っていると述べているように、経過に応じた役割から生じる不安として解釈された。また、急変に対応するためには、知識、技術のみならず、経験に基づく臨床判断が必要であり、これらが不足することで生じる不安と、人的・物的に必要な資源を満たしていないことにより生じてくる不安から影響を受けることが解釈された。これは、厚生労働省医政局看護課（2004）の示す「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会 報告書」における看護技術を支える要素のなかで「患者及び家族への説明と助言において（1）看護ケアに関する患者への十分な説明と患者の選択を支援するための働きかけ（2）家族への配慮や助言」があり、生活の多くは家族を中心とする大人に依存している小児では、意思決定者となる家族の存在も重要となる。そして患児は、身体的に予備能力が少なく、抵抗力が弱いことから、症状が急速に進み、急変する危険が高い（奈良間ら、2015）。さらに、痛みや苦しさを言葉で具体的に明確に表現できないことで、異常の発見が遅れやすく、症状が進行するの大きな特徴であり、児の年齢や成長に応じた急変対応における知識や技術不足は不安を生じる。以上により、患児の状態の経過から起こる不安は、時間の経過でとらえ方が異なり、状態に応じた看護実践に影響を及ぼすことから不安が生じるため、予期、直面、対応時、対応後に対応する視点として解釈された。

IV. 本研究の限界と今後の課題

本研究で描いた概念図は、小児病棟看護師が抱く急変対

応に関する不安の意味内容を抽象化し、コアカテゴリーを見出し、関係性を表した。しかし、患児の入院している小児病棟における診療科の特徴により、場面や状況に偏りが生じることも考えられ、幅広い施設での調査が必要となると考えられた。また、本研究では、不安の意味内容を概念抽出した質的研究であり、解釈の信憑性や転用可能性を高めるために、概念間の関係を仮説的に見出し、その関係を量的研究や分析的帰納法により検証する必要があると思われる。そのうえで小児病棟看護師が体験する急変場面での実践能力の向上に向けた取り組みを検討していく必要がある。

結 論

小児病棟看護師の急変対応に関する不安は、【①急変時の実践能力不足による心配や動揺】【②患児・家族の状態の経過から認識された危惧や動揺】【③不利な環境条件とその対応への心配や困難感】の3つの概念で構成された。これは、予期から対応後にかけて患児の状態の経過における健康レベルの変化という時間の流れのなかで起こる不安があり、それは実践能力不足や不利な環境条件が影響を与えていた。

謝 辞

本研究にご協力いただきました看護師の皆さまに心より感謝いたします。なお本研究は、平成26年度に提出した修士論文に加筆・修正を加えたものであり、日本看護研究学会第41回学術集会で発表した。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

研究目的は、小児病棟看護師が急変場面で抱く不安の意味内容を明らかにすることである。小児病棟看護師20名を対象に半構成的面接を行い、面接内容を質的に解釈して、不安の意味内容を抽象化し、コアカテゴリーを見出すとともに、関係性を概念図に表した。

結果、小児病棟看護師が抱く急変対応に関する不安のコアカテゴリーは「急変時の実践能力不足による心配や動揺」「患児・家族の状態の経過から認識された危惧や動揺」「不利な環境条件とその対応への心配や困難感」の3つであった。これらは、急変時の患児の状態には、予期、直面、対応時、対応後と時間の経過があり、経過に

応じた看護実践に伴う不安がある。また、急変に対応するためには、知識、技術のみならず、経験に基づく臨床判断が必要であり、これらが不足することで生じる不安と、人的・物的に必要な資源を満たしていないことにより生じてくる不安から影響を受けることが解釈された。

Abstract

We sought to explore the anxiety felt by pediatric ward nurses during sudden changes in young patients' condition. We conducted semi-structured interviews with 20 pediatric ward nurses and used phenomenological analysis to analyze their responses. We extracted three categories of anxiety felt by pediatric ward nurses: 1) worries and upsets associated with a sense that their skills were inadequate to deal with sudden changes; 2) concerns and upsets over the progress of patients and their families' reaction; and 3) worries associated with disadvantageous environmental conditions and difficulties corresponding to these environments. These findings indicate that patient conditions and families' reactions progress from when they are anticipating the sudden change, at the time the sudden changes occur, during the sudden changes, and after the sudden changes. Responding to sudden changes in patient condition requires not only adequate knowledge and skills, but also clinical judgment based on experience. However, nurses worried about their nursing competence in responding to changes in patient conditions. Their concerns and upsets over patient progress and family reactions were influenced by feelings of inadequate competence and worries regarding disadvantageous environmental conditions.

文 献

- Benner, P. (2001) / 井部俊子 (監訳) (2005). ベナー看護論 新訳版: 初心者から達人へ. 東京: 医学書院.
- Friedman, M.M. (1981) / 野嶋佐由美 (監訳) (1993). 家族看護学: 理論とアセスメント. 東京: へるす出版.
- 藤浦早苗, 古川美穂 (2010). 夜間勤務時の急変における看護師・介護士の意識調査: 急変に対するスタッフの不安軽減を目指して. 日本看護学会論文集 (老年看護), 41, 36-38.
- Herdman, T.H. and Kamitsuru, S. (2017) / 上鶴重美 (2018). NANDA-I 看護診断: 定義と分類2018-2020 (原書第11版). 東京: 医学書院.
- 池上敬一, 浅香えみ子 (2008). 患者急変対応コース for Nurses ガイドブック. 27, 東京: 中山書店.
- 稲葉真弓, 古屋圭子, 萩原直美 (2006). 慢性疼痛患者を看護する看護師のストレスに関する研究. 慢性疼痛, 25(1), 115-120.
- 伊藤由紀子, 土橋こずえ, 米多明美, 橋爪馨代, 宮下あき子, 長井麻希江 (2010). 循環器内科病棟における定期的急変対応 (BLS, ACLS) トレーニング導入の効果: 看護師の不安の評価より. *Heart Nursing*, 23(8), 877-881.
- 岩本真紀, 内海知子, 細原正子, 孝壽香織 (2014). リスク感性に必要なコンピテンシー要素の明確化. 香川県立保健医療大学雑誌, 5, 15-22.
- 梶野真弓, 石羽澤映美, 梶濱あや, 五十嵐加弥乃, 土田悦司, 鈴木滋, 佐藤 敬, 竹田津原野, 高瀬雅史, 白井 勝, 坂田 宏, 沖 潤一 (2010). 当院における乳児・小児一次救急蘇生講習会と院内二次救急蘇生講習会の取り組み. 日本小児救急医学学会雑誌, 9(3), 325-328.
- 川口孝泰 (2003). 看護における環境調整技術のエビデンス. 臨床看護, 2(13), 1880-1886.
- 川崎朋子, 三根直子, 藤村裕子, 瀬口智美 (2009). BLS トレーニングを取り入れた教育プログラム構築に向けて: 急変対応における看護師の意識調査の結果から. 日本看護学会論文集 (成人看護 I), 40, 160-162.
- 厚生労働省 (2008). 看護基礎教育のあり方に関する懇談会論点整理. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/s0731-8.html> (参照2018年1月2日)
- 厚生労働省医政局看護課 (2004). 「新人看護職員の臨床実践能力の向上に関する検討会」報告書. <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2004/03/s0310-6.html> (参照2018年1月2日)
- 前田貴彦, 上杉佑也, 若林美乃里, 西山修平, はげ 薫, 杉野健士郎 (2014). 医師と看護師が考える小児医療領域への特定看護師 (仮称) 導入に対する問題や課題. 日本看護学会論文集 (小児看護), 44, 154-157.
- McCubbin, H.I. and Patterson, J.M. (1983). The family stress process: The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(1-2), 7-37.
- 文部科学省 (2004). 看護実践能力育成の充実に向けた大学卒業時の到達目標 (看護学教育の在り方に関する検討会報告). http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/018-15/toushin/04032601.htm (参照2018年1月2日)
- 文部科学省 (2011). 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告. http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/1302921.htm (参照2018年1月2日)
- 森田夏実, 大西和子 (編) (2011). 臨床看護学叢書 2: 経過別看護 第2版. 東京: メヂカルフレンド社.
- 奈良間美保, 丸 光恵, 堀 妙子, 来生奈巳子, 新家一輝, 富岡晶子, 大須賀美智, 小迫幸恵, 田中千代, 竹之内直子, 松岡真里, 茂本咲子, 前田留美, 荒木暁子 (2015). 小児看護学 1: 小児看護学概論 小児臨床看護総論. 254-255, 東京: 医学書院.
- 日本看護協会 (2003). 看護者の倫理綱領. https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/rinri/code_of_ethics.pdf (参照2017年7月9日)
- 大橋優美子 (1998). 看護学学習辞典 (第2版). 812-813, 東京: 学習研究社.
- Salovey, P. and Mayer, J.D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition, and Personality*, 9, 185-211.
- 鈴木亜衣美, 細田泰子 (2014). 救急領域に勤務する新人期看護師の技能習得に影響を及ぼす経験. 日本看護研究学会雑誌, 37(2), 1-11.
- 新村 出 (2008). 広辞苑 第六版, 東京: 岩波書店.
- 総務省統計局 (2016). 人口動態調査2015年: 5-17 性・年齢別にみた死因順位. e-Stat 政府統計の総合窓口. <https://www.e-stat.go.jp/stat-search/files?page=1&layout=datalist&toukei=00450011&tstat=000001028897&cycle=7&year=20150&month=0&ctclass1=00001053058&ctclass2=000001053061&ctclass3=000001053065> (参

照2017年7月9日)

Spielberger, C.D. (1966). *Theory and Research on Anxiety, Anxiety and Behavior*. New York: Academic Press.

丹下幸子, 永田純子, 白川恭子, 豊田香織, 大橋美由紀, 小倉和美, 澤田由美 (2006). 患者の急変場面における看護師の感情 (第1報). 日本看護学会論文集 (看護管理), 37, 58-60.

Wu, R. (1973) / 岡堂哲雄 (監訳) (1975). 病気と患者の行動. 197-198, 東京: 医歯薬出版.

[2017年10月7日受 付]
[2019年3月5日採用決定]

—原 著—

看護師における本来感と感情労働と職業的アイデンティティとの関連

The Correlations of the Sense of Authenticity and Emotional Labor with the Professional Identity of Nurses

光 岡 由紀子
Yukiko Mitsuoka

キーワード：自分らしさ，職業的発達段階，役割演技

Key Words：authenticity, occupational developmental stage, role acting

序 論

医療の高度化，複雑化，在院日数の短縮化が進むなか，看護師は多様化する患者のニーズに柔軟に対応することが求められている。患者，家族は治療や先行きの不安，社会的背景を抱えながら重要な判断や決断を短期間で行わなければならない状況におかれ，さまざまな出来事を体験する。そのような臨床において看護師が患者や家族，医療関係者との間で生じる自己の感情を管理し，職務上求められる役割にコミットしようとする行為は感情労働とよばれている。感情は社会的関係の基盤であり，成人になるにつれて社会的規範に従ってコントロールすることが求められるようになる（武守・武井，2013）。この社会的規範をHochschild（1982/2000）は感情規則とよび，個人の抱く感情を感情規則に基づき，自ら管理しようとすることを感情管理，そして職務のなかで課せられることを感情労働と位置づけている。感情労働についてHochschild（1982/2000）は，感情規則に則りその場で適切と思われる感情を感じたふりをする表層演技と，感じていると思ひ込む深層演技の2種類があることを示しており，看護師が行う表層演技，深層演技は看護を成り立たせるための不可欠な要素として，日常の場面で行われている（武井，2001）。また，一部の深層演技には防衛機制が伴い（武井，2006），感情労働も感情規則も十分に意識化されず，無意識のものであったりする（Smith，1992/2000）ことから，感情労働は知らず知らずのうちに看護師の心理的側面に影響を及ぼすことが示唆されている。

感情労働の心理的側面への影響について，Hochschild（1982/2000）は，職務中の演技と真の自己との間にうまく折り合いをつけることができないことから生じる問題をひとまとめに自己疎外の問題とよび，感情労働が労働者に及ぼす負の影響について論じている。

Zaph, Seifert, Schmutte, Mertini, & Holz（2001），荻野・

瀧ヶ崎・稲木（2004）は，感情労働はバーンアウトの要因であることを指摘しており，Hochschild（1982/2000）の示唆を支持している。しかし，Brotheridge & Grangey（2002）は表層演技がバーンアウトに正の影響を及ぼす一方，深層演技は負の影響を及ぼすことを示唆しており，大村（2009）も深層演技が脱人格化に負の影響を及ぼすことを指摘している。看護師の感情労働については，片山・小笠原・辻・井村・永山（2005）により，看護師の感情労働測定尺度が開発され，感情労働を評価することが可能となった。この尺度は「探索的理解」「表層適応」「表出抑制」「ケアの表現」「深層適応」の5つの下位尺度から構成されており，感情労働の否定的な側面だけでなく肯定的な側面についても明らかにすることが可能となった。片山（2006）はこの尺度を用い探索的理解は嬉しさを感じた看護師の場合に促進され，苛立ちを感じた場合には低減すると述べており，表出抑制は看護師の苛立ちと悲しみによって増加し，看護師の嬉しさによって低下する傾向であったことを報告している。また，奥野・萬羽・青野・東・奥村（2013）は，表出抑制がバーンアウトを高めることを示唆しており，片山（2010）は看護師の感情労働において表出抑制が最も強いストレス因子であることを報告している。探索的理解とは状況に応じて細かく自己の感情を調整し患者に共感した感情を表出するために行われる（片山ほか，2005）ことから深層演技の性質があると考えられ，表出抑制とはその場にふさわしくないとと思われる看護師自身の感情を抑えたり隠したりする行為（片山ほか，2005）であるため表層演技の性質があると考えられる。このように表層演技が及ぼす心理的影響は，バーンアウトとの関連やストレス因子との関連を示唆するものも多く，看護師のメンタルヘルスを脅かす可能性が懸念される一方，深層演技はバーンアウトに対し否定的影響を及ぼすなどメンタルヘルスへの肯定的影響が示唆されている。しかし，深層演技は個人のアイデンティティをおびやかす危険性が常に存在する（榊原，2011）

との否定的影響に関する報告もみられ、深層演技が及ぼす心理的影響について一貫性を見出すことはむずかしい。感情労働が心理的側面に及ぼす影響が一貫性を示さないことについて須賀・庄司(2008)は、感情労働がどのような影響を及ぼすかではなく、感情労働とその心理的影響には何が関連するのかを明らかにすることが課題であると述べている。岩谷・渡邊・國方(2008)は感情労働とストレス反応の関連において、SOC (sense of coherence) 低群のみ関連があったことを報告しており、ストレス下でも健康を保つ能力であるSOCを関連要因として示している。また、須賀・庄司(2010)は感情管理スキルを1つの関連要因として示しており、有馬(2009)は感情管理を自律的に行う場合と他律的に行う場合では看護師の福利に及ぼす影響が異なることを示唆している。Hochschild(1982/2000)は感情管理における自己制御の程度が労働者のメンタルヘル스에影響を及ぼすことを示唆しており、感情管理を自分自身で制御する能力が衰えると演じているという状態から演じている役になりきってしまう状態に陥り、本来の自分が失われてしまう自己疎外の問題が生じると述べている。自己感情についてCooley(1902)は自我の居場所と位置付けており、Hochschild(1982/2000)の示唆は自己喪失に陥りアイデンティティの危機を招くリスクを示していると考えられる。同様に武井(2006)も看護師の感情労働について、仕事をしているときの自分は「本当の自分」とは違う「偽りの自己」であり、悟られないように「偽りの自己」を演じ続けることで「本当の自分らしさが失われていく」と述べており、感情労働のコストにアイデンティティの危機を含めている。これらの示唆から感情労働が看護師に及ぼす心理的影響には、感情の自己制御が関連すると考えられる。

Hochschild(1982/2000)は、感情労働における自己制御についてauthenticityを重要概念として示しており、authenticityが損なわれると本来の自分が感じている感情認識が失われてしまう可能性があることを示唆している。authenticityとは日本語では「真正」と訳され「社会的習慣ではなく自分自身の深い感情と要求に基づいて行動すること」と解説されている(常葉恵子ほか, 2011)。心理学領域においてauthenticityは、非搾取的な関係において自由で深く自分自身でいられる能力と定義され(Truax & Carkhuff, 1976)、自分自身の感情や意向に素直でいられていることを意味している(伊藤・小玉, 2005)。このようなauthenticityの意味は「本当の自分」や「自分らしさ」という言葉で表現されるものとかかなり重なっていると考えられ(伊藤・小玉, 2005)、感情規則の影響を受ける看護師が感情管理を自分らしく行える程度は、感情労働が及ぼす心理的影響に関連すると思われる。

伊藤・小玉(2005)はauthenticityの感覚を検証するた

めに本来感(sense of authenticity)尺度を開発しており、本来感を「自分自身に感じる自分の中核的な本当らしさの感覚の程度」と定義している。伊藤・小玉(2005)は本来感が自律性に対して促進的な影響を及ぼすことを明らかにしており、阪無・石村(2015)はポジティブな感情表出がバーンアウトを低減させることに本来感が関連していることを示唆している。また、本来感は本当の自尊感情と関連がある(石原, 2013)一方、随伴性自尊感情と負の関連がある(阿部・伊藤, 2007)ことが報告されており、本来感と自尊感情には関連があることが示唆されている。本当の自尊感情(true self-esteem)とは外的な評価や他者承認に依存しない自発的な自尊感情であり、随伴性自尊感情(contingent self-esteem)とは、外的な評価や他者承認に依存する自尊感情と位置づけられている(Deci & Ryan, 1995)。また、随伴性自尊感情とは外的な評価によって影響を受けやすいという不安定な性質をもつため不適応的であり、本当の自尊感情はそうした影響を受けにくく安定した適応的な自尊感情であると考えられている(伊藤・川崎・小玉, 2011)。Kernis(2003)は自尊感情の最も重要な性質としてauthenticityをあげており、authenticityを自尊感情の適応的な側面をもたらす要素として示している。さらに伊藤ほか(2011)は、自尊感情の3様態に本来感を含め、本来感を本当の自尊感情として位置づけている。自尊感情はErikson(1959/1973)のアイデンティティ概念を構成しており、鏞・宮下・岡本(1995)はアイデンティティ研究においてEriksonの同一性概念の基本的構造のなかにauthenticityを位置づけている。佐々木・針生(2006)は看護師の職業的アイデンティティ尺度の下位概念に自尊感情を含めており、Öhlén & Segesten(1998)は看護師の職業的アイデンティティの関連概念の1つに自尊感情をあげ、看護師の職業的発達と自尊感情の関連を示している。これらのことから感情労働とauthenticity、本来感は職業的アイデンティティの発達に関連があると考えられるが、まだそれらに言及した報告はみられない

職業的アイデンティティとは、アイデンティティの1つとしての職業的な生き方に関する自分らしさの感覚(桐井, 2012)であり、看護師の職業的アイデンティティは「看護師としての私」として自覚される主観的な感覚である(佐々木・針生, 2006)。グレッグは、個々の看護師が職業的アイデンティティを確立することは看護の質を向上させる1つの方法である(2002)と述べ、職業的アイデンティティを確立することなしに専門的看護実践を行うことは不可能である(2000)と示唆している。また、佐々木・針生(2006)は看護師としての確固たるアイデンティティを獲得していくことがよりよいケアを行ううえで、またその人の職業的発達のうえで重要であると述べており、看護

師の職業的アイデンティティ発達は看護師の職業的成長における大切な要因の1つであると考えられる。

グレッグ (2000) は、看護実践における職業的アイデンティティの重要性について、看護実践の知識と技術を獲得することは外的変化であり、看護師は職業的アイデンティティの形成という内的変化が必要であると述べている。竹内 (2008) は、入職1年目の看護師の職業的アイデンティティの形成は十分でないことを明らかにしており、落合ほか (2007) は看護師の初期キャリア5年間をみると年齢の増加に伴って職業的アイデンティティは上昇することを示唆している。また、岩井ほか (2001) は看護職の職業的アイデンティティ尺度を開発し、5つの下位尺度すべてと臨床経験年数の関連を示している。これらの示唆から、入職1年目の新人看護師は知識と技術を身につける外的変化から始まり、職業的アイデンティティの発達はその後経年的に内的変化を起こすと考えられる。しかしBenner, Tanner, & Chesla (1996/2015) は、どれほどの経験を積んでも自分の特別な分野においてさえも専門性を達成したとはいえない看護師が存在していることを指摘しており、グレッグ (2002) は、高等教育を受け長期に看護実践を行いさえすれば職業的アイデンティティが確立されるわけではないと述べている。また、佐々木・針生 (2006) は臨床経験と看護師の職業的アイデンティティ尺度 (PISN) の得点には関連がみられなかったことを報告しており、職業的アイデンティティは生活のさまざまな危機的状況においても変化することを考えると、臨床経験年数が職業的アイデンティティの達成状況に与える様相は必ずしも明らかではないことを示唆している。つまり、職業的アイデンティティの発達には経験年数以外の関連因子が影響すると考えられる。

看護師が職業的アイデンティティを確立するプロセスについて波多野・小野寺 (1993) は「看護職の現実を知らないロマンティックな職業への憧れの段階」「現実を知って職業への失望の段階」「看護職へのアイデンティティを確立し安定する段階」の3つの段階をたどることを示唆している。また関根・奥山 (2006) は、職業的アイデンティティの発達過程について「これまで構築されたアイデンティティの揺らぎ (危機に直面)」「自己実現への取り組み (危機への対処)」「危機を乗り越える」という3つのサイクルを繰り返し変化、発達し、徐々にアイデンティティが確立、安定化することを示しており、佐々木・針生 (2006) も職業的アイデンティティは職業生活におけるさまざまな出来事を通して常に再構成、再統合されより確かなものに獲得されていくと述べている。つまり職業的アイデンティティは、看護師のさまざまな職業的経験を通して段階的に変化、発達していくと考えられ、その職業的経験には感情労働も含まれる。

グレッグ (2002) は、看護師が職業的アイデンティティを確立する最終段階について、看護師であることはその役割を演じているのではなく、自己と看護師が統合しているという感覚をもつことであると述べている。また鍾ほか (1995) は、職業的役割に同一化し、その職業への自己の適正を検討する過程を経て職業にコミットすることが、アイデンティティ形成にとって不可欠な要素であると述べており、それらのプロセスにある自己分化段階 (Hershensonの職業的発達段階) では役割演技を繰り返す作業が重要であることを示唆している。つまり、感情労働における役割演技は職業的アイデンティティの発達に影響を及ぼし、本来感は感情労働と職業的アイデンティティの双方に関連すると考えられる。しかし、看護という仕事には抽象的な感情規則から具体的な接遇規則までたくさんの感情規則がある (武井, 2001) うえに、この職業上の感情規範は看護師の感情にはあまり配慮が行われていない (武井, 2001)。そのような職業的背景において看護師が自分らしさを感じながら働くことの意義が組織のなかで取り上げられることはまだ少ない。そのため、看護師が自分らしさ (本来感) を感じながら感情労働を行うことが、職業的アイデンティティの発達に肯定的な影響を及ぼすことを明らかにすることができれば、自分らしさを感じるという視点から看護師の職業的発達を支援する一助になると考えた。そこで、本研究ではまず本来感、感情労働、職業的アイデンティティの関連を明らかにすることを目的とした。

I. 用語の定義

本研究では用語を以下のように定義した。

- ①本来感：対人関係において自分自身に感じる真の自分の存在、ならびにその自分を大切に感じる感覚のこと。
- ②感情労働：職業にかかわる対人場面において自分自身が感じる感情に対し表層演技、深層演技といった感情管理を行い適切と思われる感情表出を行う一連のプロセスのこと。
- ③職業的アイデンティティ：職業的役割を繰り返し体験することにより形成される主体的に仕事に取り組んでいるという主観的な自己概念のこと。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

関係探索研究。

2. 研究対象者

Benner, et al. (1996/2015) は、看護師は臨床経験2～3

年目の一人前の段階から自律して成長を遂げる段階に差しかかると述べている。日本看護協会が示す「継続教育の基準 ver. 2」(2012)では、新人教育について基礎教育終了直後からおおむね1年までの新人看護職を対象とすると示している。そのため多くの看護師は、まず知識や技術を受動的に学ぶ新人教育期間を終えた2年目から1人立ちを促され能動的に看護について考える時期がスタートすると考えられる。グレッグ(2000)、竹内(2008)、落合ほか(2007)の示唆から、入職1年目の新人看護師は知識と技術を身につける外的変化から始まり、職業的アイデンティティの発達は後に経年的な内的変化を起こすと考えられることから、本研究では近畿地区の特定機能病院および地域医療支援病院で勤務する卒後2年以上の経験をもつ常勤看護師を対象とした。

3. 調査期間

2016年4月1日～6月30日の間に調査用紙を配布、回収した。

4. 調査手続き

研究協力を依頼する病院の看護部長宛に書面で依頼を行い、協力同意が得られた病院に質問紙を郵送した。看護部長もしくは担当者に配布を依頼し、個別郵送法によって回収した。

5. 調査項目

(1) 基本的属性

年齢、経験年数、現病院・現病棟での経験年数、職位、性別について回答を得た。

(2) 感情労働の測定

片山ほか(2005)により開発された看護師の感情労働測定尺度を使用した。この尺度は「探索的理解」「表層適応」「表出抑制」「ケアの表現」「深層適応」の5つの下位尺度からなり、26項目から構成される。各項目について5件法(1～5点)で得点化を行った。

(3) 職業的アイデンティティの測定

多次元尺度として分析に用いることを目的に、岩井ほか(2001)が開発した看護職の職業的アイデンティティ尺度を使用した。この尺度は、「看護職の職業選択と誇り」「看護技術への自負」「患者に貢献する職業としての連帯感」「学問の発展に貢献する職業としての認知」「患者に必要とされる存在の認知」の5つの下位尺度からなり、39項目から構成される。各項目について7件法(1～7点)で得点化を行った。

(4) 本来感の測定

伊藤・小玉(2005)により開発された、本来感尺度を使

用した。この尺度は、「いつも自分らしくいられる」「いつでも揺るがない自分をもっている」「人前でもありのままの自分が出せる」「他人と自分を比べて落ち込むことが多い(逆転項目)」「自分のやりたいことをやることができる」「これが自分だ、と実感できるものがある」「いつも自分を見失わないでいられる」の7項目により構成される。各項目について5件法(1～5点)で得点化を行った。

6. 分析方法

統計解析は“IBM SPSS Amos 23”を使用し、標準化推定値の有意性は5%有意水準を示したものを統計学的に有意とした。回収した310名分の質問紙のうち欠損値を有さない289名分のデータに基づき基本的属性、各尺度における基本統計量の算出を行った。その後、測定尺度の内的整合性をCronbach's α により検討した。男性は13名であり男女別各尺度の得点および差異を調べるため、*t*検定を行った。また、感情労働が及ぼす心理的影響は両義性を伴うという先行研究の示唆から、表層演技、深層演技はそれぞれに影響の授受が異なると考えたため、看護師の感情労働測定尺度の下位尺度が表層演技と深層演技のどちらの観測変数になりうるのかを明らかにする必要があった。そこで表層演技と深層演技はそれぞれ感じた感情を抑制する、もしくは表現するといった真逆の性質を備えている特徴に基づき下位尺度を解釈し、潜在変数と観測変数の仮説を立てた。下位尺度の解釈について片山ほか(2005)は「表層適応」とは感情を装う行為と示しており、表層演技に関連すると解釈した。また「表出抑制」とは看護師が自分の感情を抑えたり隠したりする行為(片山ほか, 2005)と示しており、表層演技に関連すると解釈した。「深層適応」とは適切と判断する感情を創り出す行為(片山ほか, 2005)と示しており、深層演技に関連すると解釈した。「探索的理解」は状況に応じて細かく感情を調整することや、患者に共感した感情を表現することも含まれている(片山ほか, 2005)と述べており深層演技に関連すると解釈した。「ケアの表現」とは、ケアの動作によって患者に伝わる感情(片山ほか, 2005)と示しており深層演技に関連すると解釈した。以上の解釈に基づき、1つ目の潜在変数を「深層演技に伴う感情労働」と名づけ、観測変数を「探索的理解」「ケアの表現」「深層適応」とした。また2つ目の潜在変数を「表層演技に伴う感情労働」と名づけ、観測変数を「表層適応」「表出抑制」とした。そしてこれらの確認的因子分析を行い、看護職の職業的アイデンティティ尺度と基本的属性、看護師の感情労働測定尺度、本来感尺度との関連を明らかにするために共分散構造分析を行った。得られたモデルから標準化推定値が有意でないものは削除し、修正を行った。

7. 倫理的配慮

本研究は、京都橘大学倫理委員会の審査を得て（承認番号15-21）行われた。研究への協力は自由意思であること、質問紙の返信をもって同意とすることを書面で説明した。また無記名式質問紙を個別に返信することにより、個人が特定できないよう配慮した。

（回収率27.3%）。一部無回答だったものを除外して、289名分（有効回答率93.2%）を分析に用いた。各尺度間における性差比較についてt検定を行い、結果を表1に示した。各尺度において性別による差異は認めなかったため観測変数から除外した。

Ⅲ. 結 果

質問紙は7施設の1,136名に配布し310名から回収した

1. 研究対象者の属性

研究対象者の属性を表2に示した。年齢は20～29歳が105名（36.3%）と最も多かった。看護師経験年数は5～9年が73名（25.3%）と最も多かった。現病院での経験年

表1 男女別各尺度の得点および差異

	女性 (n = 276)		男性 (n = 13)		t値	有意確率 (両側)
	平均値	標準偏差	平均値	標準偏差		
看護師の感情労働測定尺度	94.44	12.689	95.23	12.962	-.216	.833
看護職の職業的アイデンティティ尺度	175.07	31.954	168.77	36.30	.615	.550
本来感尺度	20.99	5.224	19.62	5.378	.901	.384

t検定

表2 研究対象者の属性

		人数 (n = 289)	%
年齢	20～29歳	105	36.3
	30～39歳	88	30.5
	40～49歳	55	19.0
	50～59歳	39	13.5
	60～69歳	2	0.7
経験年数	5年未満	57	19.7
	5～9年	73	25.3
	10～14年	45	15.6
	15～19年	37	12.8
	20～24年	25	8.7
	25～29年	16	5.5
	30年以上	36	12.4
現病院での経験年数	5年未満	81	28.0
	5～9年	85	29.4
	10～14年	41	14.2
	15～19年	25	8.7
	20～24年	23	8.0
	25～29年	7	2.4
	30年以上	27	9.3
現病棟での経験年数	5年未満	166	57.4
	5～9年	86	29.8
	10～14年	20	6.9
	15～19年	12	4.2
	20～24年	2	0.7
	25～29年	1	0.3
	30年以上	2	0.7
職位	スタッフ	234	81.0
	主任（係長）	26	9.0
	副師長	8	2.7
	師長（課長）	21	7.3

数は5～9年が85名(29.4%)と最も多かった。現病棟での経験年数は5年未満が166名(57.4%)と最も多かった。職位はスタッフナースが234名(81.0%)と最も多かった。性別は女性が276名(95.5%)、男性が13名(4.5%)であった。

2. 使用した測定尺度の内的整合性

本研究で得られたデータの信頼性係数(Cronbach's α)を表3に示した。各尺度の出典となった論文での報告と同

程度の数値を示し、いずれも十分な内的整合性を認めた。

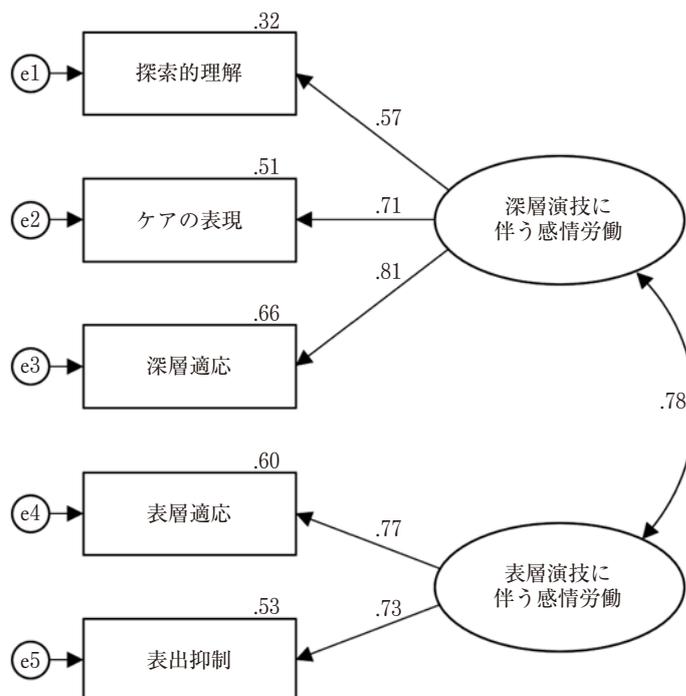
3. 看護師の感情労働測定尺度の確認的因子分析

看護師の感情労働尺度の確認的因子分析を図1に示した。「探索的理解」「ケアの表現」「深層適応」を観測変数とした潜在変数「深層演技に伴う感情労働」と、「表層適応」「表出抑制」を観測変数とした潜在変数「表層演技に伴う感情労働」について影響度指標と相関係数は標準化推定値であり、すべて5%水準において有意であった。得ら

表3 各尺度の信頼性

尺度	n = 289	
	本研究	出典
看護師の感情労働測定尺度		
探索的理解 (10項目)	.89	.88
表層適応 (5項目)	.81	.85
表出抑制 (5項目)	.82	.80
ケアの表現 (3項目)	.73	.78
深層適応 (3項目)	.76	.74
看護職の職業的アイデンティティ尺度		
看護職の職業選択と誇り (16項目)	.91	.87
看護技術への自負 (10項目)	.91	.89
患者に貢献する職業としての連帯感 (4項目)	.85	.78
学問の発展に貢献する職業としての認知 (5項目)	.89	.78
患者に必要とされる存在の認知 (4項目)	.90	.84
本来感尺度 (7項目)	.87	.79

Cronbachの α 係数



CFI = .985 RMSEA = .074 GFI = .986 AGFI = .947

図1 看護師の感情労働尺度の確認的因子分析

れたモデルの適合度はよく (CFI = .985, RMSEA = .074, GFI = .986, AGFI = .947), 受容できると判断した。

4. 「深層演技に伴う感情労働」「表層演技に伴う感情労働」「本来感」「職業的アイデンティティ」「経験年数」の関連

諸因子の関連を検討するため、共分散構造分析によるパス解析を行った結果を図2に示した。検討を進めるなか、研究対象者の属性を「経験年数」として潜在変数に加えた。また「経験年数」の観測変数において「現病棟での経験年数」は影響度指標が低く (.37), 観測変数から除外した。「経験年数」と「職業的アイデンティティ」には正

の因果関係が認められた (パス係数 = .33, $p < .001$)。また「経験年数」と「本来感」にも正の因果関係が認められた (パス係数 = .37, $p < .001$)。「本来感」と「職業的アイデンティティ」には正の因果関係が認められた (パス係数 = .44, $p < .001$)。また「本来感」と「深層演技に伴う感情労働」にも正の因果関係が認められた (パス係数 = .56, $p < .001$)。「表層演技に伴う感情労働」と「職業的アイデンティティ」には負の因果関係が認められた (パス係数 = -.30, $p = .042$)。また「表層演技に伴う感情労働」と「深層演技に伴う感情労働」には

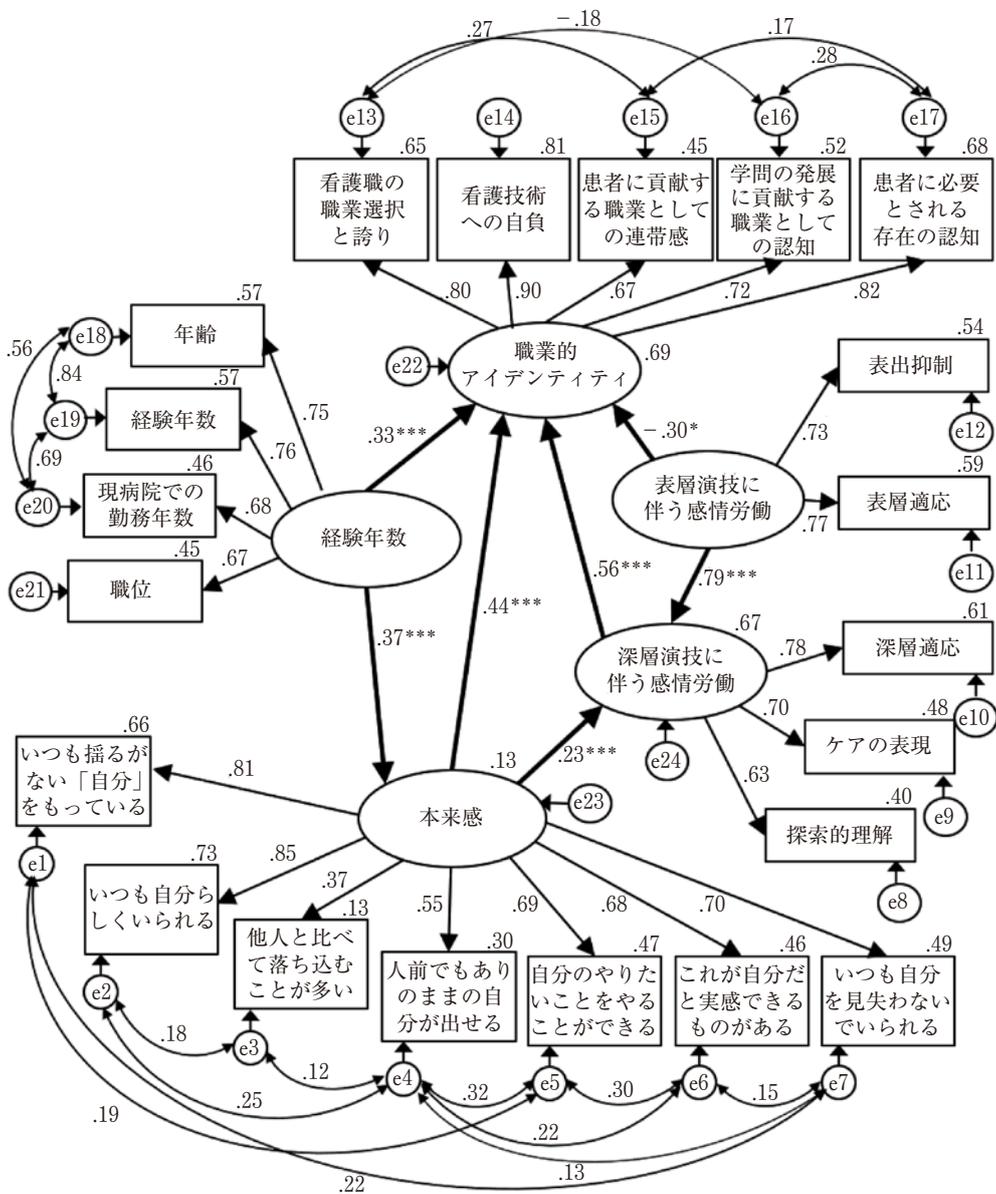


図2 感情労働、本来感、勤務経験が職業的アイデンティティに及ぼす影響

正の因果関係が認められた (パス係数 = .79, $p < .001$)。パス係数と影響度指標は標準化推定値であり、すべて 5%水準において有意であった。得られたモデルの適合度はよく (CFI = .972, RMSEA = .046, GFI = .921, AGFI = .890), 受容できると判断した。

IV. 考 察

看護師の本来感、感情労働、職業的アイデンティティの関連を明らかにすることを目的に共分散構造分析を行った。その結果「深層演技に伴う感情労働」は「職業的アイデンティティ」に最も影響を及ぼすことが示唆された。「表層演技に伴う感情労働」は「職業的アイデンティティ」に負の影響を及ぼす一方で「深層演技に伴う感情労働」に対し正の影響を及ぼすことが示唆された。「本来感」は「職業的アイデンティティ」と「深層演技に伴う感情労働」に影響を及ぼすことが示唆された。「経験年数」は「職業的アイデンティティ」と「本来感」に影響を及ぼすことが示唆された。これらの結果をふまえ以下に考察を行う。

1. 「経験年数」と「職業的アイデンティティ」「本来感」の関連

得られたモデルから「経験年数」は「職業的アイデンティティ」に影響を及ぼすことが示唆された。このことは、看護師のキャリア形成において看護職個々人の年齢要因と看護職としての経験年数が関係している (山内・戸梶, 2004) (岩井ほか, 2001) ことや、看護師の初期キャリア 5 年間をみると年齢の増加に伴って職業的アイデンティティは上昇する (落合ほか, 2007) こと、看護師の職業的アイデンティティの確立過程に関連する要因として経験年数が関連する (高橋, 2014) との示唆を支持している。しかし「経験年数」は「職業的アイデンティティ」に及ぼす変数として他の変数よりも弱く、高等教育を受け長期に看護実践を行ないさえすれば職業的アイデンティティが確立されるわけではない (グレッグ, 2002) ことや、どれほどの経験を積んでも自分の特別な分野においてでさえも専門性を達成したとはいえない看護師が存在する (Benner, et al., 1996/2015) こと、職業的アイデンティティには職業経験の質が強く影響している (狩野・出井・實金・中嶋・山口, 2015) との先行研究の示唆を支持している。これらのことから、ただ経験年数を重ねるだけでは職業的アイデンティティの形成が効果的に促進されることは困難であると考えられる。

また、得られたモデルから「経験年数」は「本来感」に影響を及ぼすことが示唆された。伊藤 (2007) は、本来感を経験するにはそれぞれの社会的文脈や役割により異なっ

た自己を表出し、自分自身を客体視できる必要があると述べている。つまり、本来感とは自己意識であるため自己が存在する社会的環境での対人関係性において認識され、その対人関係性を構築するには経年的プロセスが必要であると考えられる。石原 (2013) は思春期、青年期を対象とした研究において、他者からの被受容感は本来感形成において関係していると述べている。また、自分を表現する対人的かかわりは本来感と正の関連がある (伊藤・小玉, 2006) ことから、看護師においても経年的に組織に在籍し、対人的かかわりを経験することが本来感に影響を及ぼすと考えられる。

2. 「本来感」と「職業的アイデンティティ」の関連

得られたモデルから「本来感」は「経験年数」よりも有意に「職業的アイデンティティ」に影響を及ぼすことが示唆された。職業的アイデンティティについて桐井 (2012) は、アイデンティティの 1 つとして職業的な生き方に関する自分らしさの感覚であると述べており、本来感の感覚は職業的アイデンティティの発達において必要な感覚であると思われる。また、鍾ほか (1995) はアイデンティティの基本的構造のなかに authenticity を位置づけており、青年期後期の重要な発達課題である職業決定において本来感の感覚を有していることは職業的アイデンティティの発達に影響を及ぼすと考えられる。グレッグ (2002) は看護師の職業的アイデンティティを確立するプロセスにおいて重要なことは、自己の看護実践を承認できることであると述べており、自己評価だけではなくケア対象者である他者評価との双方からの評価が必要であることを示唆している。つまりケア対象者を介して自分を適正に認識する自己の存在が重要であり、看護師自身が本来感を感じていることが職業的アイデンティティの発達において重要であると考えられる。Benner, et al. (1996/2015) は、達人になるための思考と行動について正常な発達の軌跡から外れてしまった看護実践のタイプの特徴を「看護師たち自身が自分たちのことをあまり重要ではないと感じている」と指摘しており、低い自尊感情との関連を示唆している。伊藤 (2007) は自尊感情と本来感を類似概念として示しており、先行研究から自尊感情は職業的アイデンティティの関連概念として示されている (佐々木・針生, 2006) (Öhlén & Segesten, 1998) ことから、本来感を有することが職業的アイデンティティの発達に影響を及ぼすと考えられる。

3. 「表層演技に伴う感情労働」と「職業的アイデンティティ」の関連

得られたモデルから「表層演技に伴う感情労働」は「職業的アイデンティティ」に負の影響を及ぼすことが示唆さ

れた。片山ほか（2005）は「表層適応」が行われる背景について「さまざまな出来事が発生する看護の場では、状況を把握しきれずに困惑するような状況に直面しやすい。このような場面では看護師自身に不安や緊張があっても、それらが患者には伝わらないような配慮として表出抑制は行われるだろう」と述べている。また関谷・湯川（2010）は感情を隠蔽する背景に、相手の満足を高めることを通じて想定される自己の損失を最小化するという複雑な動機や機能が存在している場合があると述べている。つまり日常的に緊急度の高い場面や突発的な出来事が発生する環境下で多重課題に取り組み、患者、家族などの深い感情に偶発的に触れる機会の多い看護師が行う表層演技は、対象のニーズを満たそうとするだけでなく看護師自身に生じる不安や緊張を緩和するため、防衛機制も働いていると考えられる。感情抑制は看護師の多くが行うコーピング方略であり（竹下，2005）（池亀・時安・大友・山畑，2004）、繁忙な臨床においてとっさに、反動的に表層演技を行うことは誰しも経験があることである。しかし奥野ほか（2013）は「表出抑制」がバーンアウトを強めることを示唆しており、また片山（2010）は「表出抑制」が看護師の感情労働において最も強いストレス因子であることを報告している。また荻野ほか（2004）は、感情規則に則って否定的な感情あるいは自分の感情と異なる感情を表出することは、感情面での防衛や患者からの逃避を伴う脱人格化を引き起こすこと、感情労働は組織要因と相互作用しながら脱人格化を促進することを示唆している。これらのことから先行研究が示唆する感情労働が看護師に及ぼす負の影響の多くは、表層演技が関連していると思われ、「表層演技に伴う感情労働」は職業的アイデンティティの発達に否定的影響を及ぼすと考えられる。

4. 「本来感」「深層演技に伴う感情労働」「表層演技に伴う感情労働」「職業的アイデンティティ」の関連

得られたモデルから「深層演技に伴う感情労働」は「本来感」と「表層演技に伴う感情労働」から影響を受け「職業的アイデンティティ」に対し最も強い影響を及ぼしていた。

「深層演技に伴う感情労働」の観測変数である「深層適応」について片山ほか（2005）は、看護師が自分自身の感情状態を意識して適切な感情を生み出す行為であると述べている。そして、よりよいケアを提供するためには看護師は患者と良好な関係をもとうとし、表面的に患者にあわせたり周囲の期待に応じるためだけに感情を示すのではなく、看護師が自分自身にとっても満足できるように心からの気持ちを表現しようとして積極的な感情調整を行うと考えたと述べている。また、「探索的理解」については、患

者の不安や悲しみを緩和し患者の気持ちが落ち着くように働きかけるために重要で不可欠な感情労働であると述べており（片山ほか，2005）、「ケアの表現」については言葉による伝達限界がある患者に接するときや患者の身体に直に触れる仕事の特徴において大切な感情労働であると述べている（片山ほか，2005）。これら「深層演技に伴う感情労働」は、看護師自身の不安や緊張が患者に伝わらないように配慮として行われる「表出抑制」（片山ほか，2005）や、組織の一員としての立場で自身の感情をそのまま表現することは不適切であると判断した際に行われる「表層適応」（片山ほか，2005）といった看護師自身の感情を隠し、表出しない「表層演技に伴う感情労働」と比べ、看護師自身の感情を用いる主体的なケアプロセスへの参画に用いられる方略であると思われる。Brotheridge & Grandey（2002）は、深層演技が個人的達成感に正の影響を及ぼすことを明らかにしており、高橋・福山・小磯（2008）は看護師の職業的アイデンティティを形成する要因に看護を通して得られる達成感を示している。また、大村（2009）は深層演技がバーンアウトに対し負の影響を及ぼすと述べており、バーンアウトを含むさまざまな体験は看護師としての職業的アイデンティティに影響を及ぼす（佐々木・針生，2006）ことから、深層演技は職業的アイデンティティの発達に影響を及ぼす要因であると考えられる。しかし武井（2001）は看護師が感情労働を演じているうちに本当に感じていることを感じ取れなくなることを指摘し、深層演技について自己欺瞞のリスクがあると述べている。また榊原（2011）は、深層演技によりつくられた感情経験は短期的には有効な方略であったとしても、いずれ個人のアイデンティティを脅かす危険性が存在すると述べており、深層演技が及ぼす否定的な影響も明らかにされている。Hochschild（1982/2000）は、俳優が陥りやすい危険について「自分が演じる役に〈なりきって〉しまうこと、自分がハムレット〈である〉と感じてしまうことである」と述べており、その状態を「不健全な偽りの自己」と表現している。一方で「健全な偽りの自己」とは「〈私〉の一部であるが本当の〈私〉ではない自己である」と述べ、「健全な偽りの自己」が存在するからこそ社会のなかに自分の居場所が確保できることを示唆している。看護師においても同様に「演じている自分」が完全に「本来の自分」であると思ひ込むことは「不健全な偽りの自己」の状態を指し、自己欺瞞や個人のアイデンティティを脅かす危機が生じられる。つまり「演じている自分」がいるからこそ看護師としての自分は存在しており、「本来の自分」と「演じている自分」の力動的均衡状態を健全に維持することは深層演技を適切・安全に行ううえで重要であると考えられる。たとえば患者に採血を行い、手技が悪いと患者から怒

声を浴びせられた場面で、看護師が「自分の手技が未熟だから患者を怒らせてしまった」と思い心からの謝罪感情を表出したなら、その場面では深層演技が行われている。しかしこのような深層演技は「本来の自分」と「演じている自分」との区別がつきにくいいため「不健全な偽りの自己」を招きやすく、武井（2001）、榊原（2011）の示唆を支持すると考えられる。一方、「健全な偽りの自己」とは、看護師が心からの謝罪感情を深層適応として表出しながら、なぜ尋常ではない怒りを患者は表出したのか探索的理解を進めるもう1人の自分、つまり「本来の自分」が存在する状態を指している。謝罪している自分は「健全な偽りの自己」として存在することが深層演技を安全に行ううえで重要であり、また職業的アイデンティティの発達にも肯定的な影響を及ぼすと考えられる。Hochschild（1982/2000）は感情労働により authenticity が損なわれると「本来の自分」が感じている感情認識が失われてしまうリスクを示唆していることから、本来感も深層演技に影響を及ぼしていると解釈できる。

「表層演技に伴う感情労働」が「深層演技に伴う感情労働」に及ぼす影響について以下に考察を示す。通常、看護師は表層演技と深層演技のどちらかだけを行っているわけではなく、状況に応じて双方の感情労働を行っていると考えられる。武井（2001）は患者とのトラブルの場面で看護師が「だんだんと仕事に慣れていくうちに、とりあえず表向きは済まなそうな顔をしておいて（表層演技）、あれやこれや自分のなかで理屈をつけるという対処法を身につけていく」と述べている。さらに「患者の言動を解釈することによって、その言動から自分が受けた衝撃を和らげようとする（深層演技）」と付け加えている（武井，2001）。感情抑制は看護師の多くが行うコーピング方略であり（竹下，2005）（池亀ほか，2004）、繁忙な臨床において啞喏に、反動的に表層演技は行われていると考えられる。そのため武井（2001）の示すように「とりあえず」表層演技が行われ、後に深層演技が行われるとモデルの解釈ができる。また、職業的アイデンティティの形成について鎌ほか（1995）は、Hershensonの職業的発達段階における、第1段階の社会的羊膜段階では環境全体が羊膜のように人を包みこみ、受動的に吸収する様相が職業的発達の出発点になると述べている。そして第2段階の自己分化段階では自分のおかれた社会的背景から自己分化させ、役割演技を繰り返すなかで「自分は誰なのか」という問いに答えを与えようとする」と述べている。看護師においてもキャリア発達の初期段階では、感情規則や職場規範といった職業的背景への受動的傾向が高くなる社会的羊膜段階を多くの看護師が経験する。社会的羊膜段階では受動的傾向が高まることから自己制御感も低く、そのため指導者や先輩看護師の真似

をするなど、とりあえず表層演技を行う傾向が高いと考えられる。そして経験を重ね自分のおかれた職業的背景から自己分化を経験するプロセスで自己制御もできるようになり、看護師は自身の感情を用いて深層演技を主体的に行うようになるのではないかと考える。

これらのプロセスでは、それまで当たり前と思ってきた職業的背景に疑問を抱きながら自己分化を行うために本来感の発揮が影響を及ぼすと思われる。そして本来感が発揮できない看護師は社会的羊膜段階からの自己分化が進まず、職業的発達が停滞すると考えられる。そのため業務はできるが看護は伴わないといった Benner, et al.（1996/2015）が指摘するような、どれほどの経験を積んでも自分の特別な分野においてさえも専門性を達成したとはいえない看護師の存在につながると思われる。亀岡・舟島（2015）は、臨床経験5年以上の看護師において卓越した看護を実践している者もいれば、実践していない者も存在することを示唆している。また、辻ほか（2007）は中堅看護師の看護実践能力の発達の特徴について、臨床経験5～20年未満の中堅看護師のグループでは経験年数と看護実践能力との間に関連がほとんどみられなかったことを報告している。その要因として個々の看護師による違いが大きく、この時期に能力を伸ばす者とそうでない者がいることを示し、中堅看護師がこの時期にプラトー現象を起こす傾向にあることを示唆している。看護実践能力におけるプラトー現象は、キャリア中期にある看護師の多くが直面する課題であり、長期化することにより離職や意欲の減退を招き看護の質低下をもたらすことが懸念されている（関，2015）。辻ほか（2007）は、中堅看護師の看護実践能力に関与する要因として専門職の自律性の獲得をあげている。看護師の自律性獲得の重要性について天野（1972）は、看護師が専門職として確立するために体系化された高度の知識や技術に基づく「専門性」の確立とともに、所属組織のなかでいかに「自律性」を獲得していくかの2点が重要であると述べており、この2点は相互に深い内的関係性をもつことを示唆している。これらの示唆から、看護師にとって自律性の獲得は専門性の確立において長年にわたり重要な課題であると考えられる。本研究結果において経験年数5年以上の看護師はおよそ80%を占めており、辻ほか（2007）が中堅看護師として示す経験年数5～20年未満の時期にある中堅看護師は全体の54%を占めている。また「経験年数」から「表層演技に伴う感情労働」「深層演技に伴う感情労働」への直接効果は示されず、「本来感」から「深層演技に伴う感情労働」へ直接効果が示された。先行研究から、自律性と本来感との関連（伊藤・小玉，2005）（藤野，2017）が示唆されていることから、看護師の職業的発達において本来感を発揮することは重要であると考

えられる。

宮子 (2011) は「年を重ねて患者さんに対するネガティブな見方も多少はコントロールできるようになってきた」と述べており、コントロール感をもてるようになった理由について、仲間にさっぱり愚痴を言えるようになったことや患者に対してうまく自分の気持ちが伝えられるようになったことをあげている。そして患者に対して「同情は御法度」という気持ちを捨てたその先に「共感」がようやく来たと述べている。この「同情は御法度」は感情規則であり、患者に共感を示すことはよいとされる感情規則同様にキャリア発達の初期段階から多くの看護師に影響をおよぼしている。しかしキャリア発達の初期段階にある看護師にとって、患者のネガティブな感情に共感を示すことは容易ではなく、現実的にはその場を共有する者として患者が感じているネガティブな感情に巻き込まれ、嫌な気分を体験することが多いと思われる。また同時に「患者の感情に巻き込まれてはいけない」という感情規則があるため、自身に生じたネガティブな感情を隠して表層演技で場をしのぎ、じっくりこない体験をした看護師は少なくないと思われる。つまり同情は禁物という感情規則から外れたあとに共感を示すことができたというこのエピソード (宮子, 2011) は、職業的背景からの自己分化プロセスにおいて患者への感情の巻き込まれ体験を客観視できるようになった看護師がその場しのぎの表層演技をしなくなった一方で、患者への深層演技を行うようになり自身の感情と向きあいながら患者理解が促進した看護師の成長をとらえたエピソードであるとも解釈できる。牧野・比嘉・甘佐・山下・松本 (2015) は、看護師は時に「自分の方向性を見失って他者の世界に引き込まれる『巻き込まれ』を経験し、その経験を振り返ることで『巻き込まれ』を活用し、自分を見失わずに患者の世界に引き込まれ、患者を理解し援助することもできるようになる」と述べている。つまり、看護師にとって患者の感情に巻き込まれる体験は避けられない出来事ではあるが、牧野ほか (2015) の示唆からも自分自身を見失わないことが感情労働を行ううえで重要であると考えられる。たとえば、臨床で悲しみの感情に巻き込まれたある日の夕食を美味しいと幸せに感じたとき、何となくうしろめたさを感じてしまう看護師はいると思われる。しかし、その感情体験は本来の自分を感じている大切な瞬間であり、大切にされなければならない自分自身であることを看護師が理解することが重要であると考えられる。

以上のことから看護師の本来感は感情労働を安全に行い、職業的アイデンティティの形成を促進する一因と考えられる。しかし本研究の結果から職業的発達のプロセスと本来感、感情労働の関連を明らかにすることは困難であるため、今後の課題と考える。

V. 結 論

本研究では看護師の本来感、感情労働、職業的アイデンティティの関連を明らかにすることを目的に、勤務経験年数2年以上の看護師を対象に関係探索研究を行った。得られたデータに対し共分散構造分析を行い以下の結果が得られた。

1. 「深層演技に伴う感情労働」は「本来感」と「表層演技に伴う感情労働」の影響を受け、「職業的アイデンティティ」に影響を及ぼすことが示唆された。
2. 「表層演技に伴う感情労働」は「職業的アイデンティティ」に負の影響を及ぼす一方で「深層演技に伴う感情労働」に対し正の影響を及ぼすことが示唆された。
3. 「本来感」は「職業的アイデンティティ」と「深層演技に伴う感情労働」に影響を及ぼすことが示唆された。
4. 「経験年数」は「職業的アイデンティティ」と「本来感」に影響を及ぼすことが示唆された。

VI. 本研究の限界と課題

看護師の職業的アイデンティティの発達や感情労働に影響を及ぼす関連因子は多数あり個別的でもあるため、本研究以外の潜在変数の存在は明らかである。また今回は卒後1年目の看護師を対象から除外したが、看護師の本来感、感情労働、職業的アイデンティティへの支援を考えるなら、卒後1年目の看護師も対象に含めた検討を行うべきである。今後は卒後1年目も対象者に含めた検討を行うことが課題となる。なお、今回の質問紙回収率は27.3%であるため、母集団の代表性において限界があると考えられる。今後は回収率向上の検討を行うことも課題である。

謝 辞

本研究にご協力くださった研究協力者の皆さま、病院関係者の皆さまに心よりお礼を申し上げます。またご指導を賜りました京都橘大学大学院看護学研究科の松本賢哉准教授、沼本教子教授ほか、研究を支えていただきました皆さまに深く感謝申し上げます。

本研究は京都橘大学大学院博士前期課程課題研究レポート (指導: 松本賢哉准教授) 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の本来感、感情労働、職業的アイデンティティの関連を明らかにすることとした。
方法：特定機能病院、地域医療支援病院で勤務する卒後2年目以上の看護師を対象に質問紙調査を実施、分析した。

結果：「表層演技に伴う感情労働」は「職業的アイデンティティ」に負の影響を及ぼしていた。「深層演技に伴う感情労働」は「職業的アイデンティティ」に最も影響を及ぼしていた。「本来感」は「職業的アイデンティティ」と「深層演技に伴う感情労働」に影響を及ぼしていた。

結論：本研究結果は、看護師の職業的アイデンティティに対し感情労働は両義性を示すこと、そして本来感の発揮は看護師の職業的アイデンティティ形成に対し直接的影響を及ぼすとともに深層演技に伴う感情労働を介して間接的影響を及ぼすことを示唆するものである。

Abstract

Purpose: We examined the correlations of the sense of authenticity and emotional labor with the professional identity of nurses.

Methods: We conducted a questionnaire-based survey of nurses with more than 2 years of experience in special functioning or regional medical-care support hospitals.

Results: Emotional labor by surface acting exerted a negative impact on the professional identity of nurses, whereas that by deep acting had a positive effect. Furthermore, the sense of authenticity positively influenced deep acting and the professional identity of nurses.

Conclusions: Emotional labor has ambiguous effects on the professional identity of nurses, whereas the sense of authenticity indirectly influences the professional identity of nurses and emotional labor associated with deep acting.

文 献

- 阿部美帆, 伊藤正哉 (2007). 本来性と自己価値の随伴性・自尊感情の変動性との関連 自尊感情の再概念化に関する比較文化的検討のための予備研究 2. 日本パーソナリティ心理学大会発表論文集, 16, 156-157.
- 有馬 齊 (2009). 感情労働としての看護と、ケア倫理の実践としての看護. 安部 彰, 有馬 齊 (編), ケアと感情労働: 異なる学知の交流から考える, 生存学研究センター報告. 8, 193-214.
- 天野正子 (1972). 看護婦の労働と意識: 半専門職の専門職化に関する事例研究. 社会学評論, 22(3), 30-49.
- Benner, P.E., Tanner, C.A., and Chesla, C.A. (1996/2015). 早野 ZITO 真佐子 (訳), ベナー 看護実践における専門性: 達人になるための思考と行動. 医学書院.
- Brotheridge, C.M. and Grandey, A.A. (2002). Emotional labor and burnout: Comparing two perspectives of "people work". *Journal of Vocational Behavior*, 60(1), 17-39.
- Cooley, C.H. (1902). *Human Nature and the Social Order*. New York: C. Scribner's sons.
- Deci, E.L. and Ryan, R.M. (1995). Human Autonomy: The Basis for True Self-Esteem. In: Kernis, M.H., ed., *Efficacy, Agency, and Self-Esteem*. 31-49, MA: Boston: Springer.
- Erikson, E.H. (1959/1973). 小此木啓吾 (訳), 自我同一性: アイデンティティとライフ・サイクル. 誠信書房.
- 藤野千種 (2017). SNSを介したインターネット上での心理的居場所とwell-beingの関連. 神戸大学発達・臨床心理学研究, 16, 14-18.
- グレッグ美鈴 (2000). 看護における1重要概念としての看護婦の職業アイデンティティ. *Quality Nursing*, 6(10), 873-878.
- グレッグ美鈴 (2002). 看護師の職業的アイデンティティに関する中範囲理論の構築. 看護研究, 35(3), 196-204.
- 波多野梗子, 小野寺杜紀 (1993). 看護学生および看護婦の職業的アイデンティティの変化. 日本看護研究学会雑誌, 16(4), 21-28.
- Hochschild, A.R. (1982/2000). 石川 准, 室伏亜希 (訳), 管理される心: 感情が商品になるとき. 世界思想社.
- 池亀美奈子, 時安みどり, 大友美由季, 山畑文野 (2004). 患者から暴言・暴力行為を受けた看護師の陰性感情について: ラザルス式ストレスコーピングインベントリーの活用. 日本看護学会論文集 (精神看護), 35, 188-190.
- 石原由美 (2013). 思春期・青年期における周囲の他者からの被受容感と自己の「本来感」の関連. 九州大学心理学研究, 14, 117-124.
- 伊藤正哉 (2007). 自分らしくある感覚 (本来感) についての心理学的研究. 筑波大学博士 (心理学) 学位論文.
- 伊藤正哉, 川崎直樹, 小玉正博 (2011). 自尊感情の3様態: 自尊の随伴性と充足感からの整理. 心理学研究, 81(6), 560-568.
- 伊藤正哉, 小玉正博 (2005). 自分らしくある感覚 (本来感) と自尊感情がwell-beingに及ぼす影響の検討. 教育心理学研究, 53(1), 74-85.
- 伊藤正哉, 小玉正博 (2006). 自分らしくある感覚 (本来感) に関わる日常生活習慣・活動と対人関係性の検討. 健康心理学研究, 19(2), 36-43.
- 岩井浩一, 澤田雄二, 野々村典子, 石川演美, 山元由美子, 長谷龍太郎, 大橋ゆかり, 才津芳昭, N.D.バリー, 海山宏之, 宮尾正彦, 藤井恭子, 紙屋克子, 落合幸子 (2001). 看護職の職業的アイデンティティ尺度の作成. 茨城県立医療大学紀要, 6, 57-67.
- 岩谷美貴子, 渡邊久美, 國方弘子 (2008). クリティカルケア領域の看護師のメンタルヘルスに関する研究: 感情労働労働・Sense of Coherence・ストレス反応の関連. 日本看護研究学会雑誌, 31(4), 87-93.
- 亀岡智美, 舟島なをみ (2015). 看護実践の卓越性に関係する特性

- の探索：臨床経験5年以上の看護師に焦点を当てて．国立看護大学校研究紀要，14(1)，1-10.
- 狩野京子，出井涼介，實金 榮，中嶋和夫，山口三重子 (2015)．看護師における職業的アイデンティティ，職業経験の質と職業キャリア成熟の関係．日本看護評価学会誌，5(1)，1-10.
- 片山はるみ (2010)．感情労働としての看護労働が職業性ストレスに及ぼす影響．日本衛生学雑誌，65(4)，524-529.
- 片山由加里，小笠原知枝，辻 ちえ，井村香積，永山弘子 (2005)．看護師の感情労働測定尺度の開発．日本看護科学会誌，25(2)，20-27.
- 片山由加里 (2006)．看護における感情労働モデルの開発．大阪大学博士 (看護学) 論文.
- Kernis, M.H. (2003). Toward a conceptualization of optimal self-esteem. *Psychological Inquiry*, 14(1), 1-26.
- 桐井久美子 (2012)．キャリアにおける主体的な仕事の取り組み：キャリア・パースペクティブと職業的アイデンティティに焦点をあてて．商経学叢，59(2)，13-26.
- 牧野耕次，比嘉勇人，甘佐京子，山下真裕子，松本行弘 (2015)．看護における「巻き込まれ」の概念分析．人間看護学研究，13，71-79.
- 宮子あずさ (2000)．気持ちのいい看護．医学書院．
- 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>
- 落合幸子，紙屋克子，M.バリダ，高木有子，落合亮太，本多陽子，黒木淳子，服部満生子 (2007)．看護師の職業的アイデンティティの発達過程．茨城県立医療大学紀要，12，75-82.
- 萩野佳代子，瀧ヶ崎隆司，稲木康一郎 (2004)．対人援助職における感情労働がバーンアウトおよびストレスに与える影響．心理学研究，75(4)，371-377.
- Öhlén, J. and Segesten, K. (1998). The professional identity of the nurse: Concept analysis and development. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 720-727.
- 奥野洋子，萬羽郁子，青野明子，東 賢一，奥村二郎 (2013)．看護職の自己成長感，バーンアウトに影響を与える要因について．健康心理学研究，26(2)，95-107.
- 大村 壮 (2009)．対人援助職の感情労働とストレス反応：バーンアウト傾向の関係について．常業学園短期大学紀要，40，251-260.
- 榎原良太 (2011)．感情労働研究の概観と感情労働方略の概念規定の見直し：概念規定に起因する問題点の指摘と新たな視点の提示．東京大学大学院教育学研究科紀要，51，175-182.
- 阪無勇士，石村郁夫 (2015)．一時保護所における児童への感情労働が本来感を介してバーンアウトに及ぼす影響．東京成徳大学大学院心理学研究科臨床心理学研究，15，163-168.
- 佐々木真紀子，針生 亨 (2006)．看護師の職業的アイデンティティ尺度 (PISN) の開発．日本看護科学会誌，26(1)，34-41.
- 関 美佐 (2015)．キャリア中期にある看護職者のキャリア発達における停滞に関する検討．日本看護科学会誌，35(1)，101-110.
- 関根 正，奥山貴弘 (2006)．看護師のアイデンティティに関する文献研究．埼玉県立大学紀要，8，145-150.
- 関谷大輝，湯川進太郎 (2010)．感情労働の諸相：表層演技，深層演技と副次的プロセスに着目して．筑波大学心理学研究，39，45-56.
- 式守晴子，武井麻子 (2013)．第2章 人間の心のはたらき．武井麻子 (編)，系統看護学講座：専門分野Ⅱ 精神看護学，1，34-96，医学書院．
- Smith, P. (1992/2000)．武井麻子，前田泰樹，三井さよ (訳)，感情労働としての看護．ゆみる出版．
- 須賀知美，庄司正実 (2008)．感情労働が職務満足感・バーンアウトに及ぼす影響についての研究動向．目白大学心理学研究，4，137-153.
- 須賀知美，庄司正実 (2010)．飲食店アルバイトの感情労働と客からの感謝・賞賛が職務満足感に及ぼす影響．目白大学心理学研究，6，25-31.
- 高橋美和 (2014)．看護師の職業的アイデンティティの確立過程と関連要因．日本看護学会論文集 (看護教育)，44，201-204.
- 高橋純子，福山康恵，小磯玲子 (2008)．回復期リハビリテーション病棟における看護師の職業的アイデンティティを形成する要因．日本看護学会論文集 (看護管理)，39，220-222.
- 武井麻子 (2001)．感情と看護：人とのかかわりを職業とすることの意味．医学書院．
- 武井麻子 (2006)．ひと相手の仕事はなぜ疲れるのか：感情労働の時代．大和書房．
- 竹下美恵子 (2005)．看護職のコピーング方略と役職による比較．日本看護学会論文集 (看護総合)，36，49-51.
- 竹内久美子 (2008)．新卒看護師の職業的アイデンティティ形成と職務態度：縦断的研究に基づく検討 (健康・医療教育)．目白大学健康科学研究，1，101-109.
- 鐘幹八郎，宮下一博，岡本祐子 (編) (1995)．アイデンティティ研究の展望1．京都：ナカニシヤ出版．
- 常葉恵子，仁木久恵，助川尚子，木下幸代，野田洋子，成沢和子 (編) (1992)．看護英和辞典．123，医学書院．
- Truax, C.B. and Carkhuff, R. (1976). *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*. Aldine Transaction.
- 辻 ちえ，小笠原知枝，竹田千佐子，片山由加里，井村香積，永山弘子 (2007)．中堅看護師の看護実践能力の発達過程におけるプラトール現象とその要因．日本看護研究学会雑誌，30(5)，31-38.
- 山内京子，戸梶亜紀彦 (2004)．看護職のキャリア形成と自己概念に関する研究．看護学統合研究，5(2)，6-17.
- Zapf, D., Seifert, C., Schmutte, B., Mertini, H., and Holz, M. (2001). Emotion work and job stressors and their effects on burnout. *Psychology & Health*, 16(5), 527-545.

〔2018年7月28日受付〕
〔2019年3月8日採用決定〕

—原 著—

父親の育児参加への育児参加要因およびソーシャルサポートの影響

Influence of Childcare Participation Factors and Social Support on Participation of Father's Childcare

多喜代 健 吾 北 宮 千 秋
Kengo Takidai Chiaki Kitamiya

キーワード：父親，育児参加，育児参加要因，ソーシャルサポート

Key Words：father, parenting participation, factors of parenting participation, social support

序 論

わが国の年間出生数は、1991年以降増加と減少を繰り返しながら緩やかな減少を続けており、合計特殊出生率は、2015年に1.45と少子化が進行している（内閣府、2017a）。さまざまな少子化対策のなかで父親の育児参加の必要性が取り上げられ、自治体・企業・NPO法人が「子育て支援連携事業」（内閣府、2017b）として参画し、メディアでは“イクメン”といった言葉が発信されるようになった。また、第4次男女共同参画基本計画（内閣府男女共同参画局、2015）により、女性の社会進出・活躍が期待されている。このことから、父親の育児参加はこれまで以上に求められることになった。社会的な必要性に加え、柏木・若松（1994）によると、父親の育児参加には母親の育児に対する否定的感情を軽減する効果が明らかになっており、母親の良好な育児参加のためにも必要とされている。

父親の育児に関する世論調査（時事通信社、2011）によると、「父親も育児を分担して積極的に参加すべき」との考えをもつ者の割合は年々増加しており、「父親は外で働き、母親は育児に専念すべき」と考える者は時代とともに減少傾向にある。また、夫婦と子どもの世帯で6歳未満の子どもをもつ夫の1週間あたりの家事、育児時間は年々増加している（総務省、2017）。父親の育児参加が求められている状況のなかで、育児参加の意識は積極的な方向へと変化してきているといえる。近年、わが国の男性の育児休業取得率は5.14%（内閣府男女共同参画局、2018）と上昇傾向にあるが、他国と比較すると低い水準にあり（労働政策研究・研修機構、2017）、6歳未満の子どもをもつ夫婦の育児・家事関連時間は、夫が1時間23分、妻が7時間34分と妻のほうが圧倒的に長くなっている（内閣府男女共同参画局、2017）。

父親の育児参加の割合が低い理由として、「仕事で育児をする時間がとれないから」が67.2%と最も高くなってい

る（時事通信社、2011）。先行研究では、柳原（2007）の実態調査から、父親の育児参加を推進するためには職場や社会が育児のために時間がとれるような保障をする必要があることが明らかになっており、梶原・松原（2007）は父親の育児行動の促進には労働時間の見直しが何より必要である、と述べている。

国では父親の育児参加が少ない現状を受け、「仕事と生活の調和（ワーク・ライフ・バランス：WLB）憲章（内閣府、2008a）」や「仕事と生活の調和のための行動指針（内閣府、2008a）」を策定するなど、WLBの推進により、父親の育児参加に向けたさまざまな支援の充実をはかり、制度や政策面から支援体制の整備を開始した。しかし、子育てがしやすい環境が整えられてきているのにもかかわらず、依然として父親の育児参加は十分とはいえない。

これまでの先行研究では、父親の育児参加に関して、大きく分けて育児意識と育児環境の2つの側面から要因が検討されてきた。育児意識では、青木・岩立（2005）は平等主義的な性役割観、森下（2006）は肯定・否定にかかわらない親役割の受容、夫婦関係満足感、子どもの態度への肯定的な認識について、村上ら（1995）は男性がもともと有している幼い子どもに対する肯定的感情が自分の子どもを育児していく気持ちを促進することを報告している。育児環境では、父親の育児参加には労働時間がかかわること（梶原・松原、2007；柳原、2007）、福丸・無藤・飯長（1999）から妻が有職群の父親のほうが無職群に比べ育児参加得点が高いこと、育児参加の意識には職場要因や経済状況がかかわってくること、が述べられている。

他方、これらの要因は父親が周囲の人々からの支援を受けることにより補われる可能性が考えられた。鈴木（2014）は父親の育児休業取得への周囲の反応として、「夫・妻の両親」「職場」は否定的な態度が多く、育児休業を取得しにくい雰囲気があることを報告している。周囲の人々からの支援は本人の育児への意識や考え方、行動に影響を及ぼ

す可能性がある。また、長川（1996）は、妊娠期の妻をもつ夫は、父親になる準備期に心理社会的適応をしていくために、妻、父母、兄弟、同僚から量的・質的支援を期待している、と述べている。さらに、父親が育児の情報を得る主な情報源として、実父母、配偶者の親、職場の同僚、先輩、上司などがあげられており（日本労働組合総連合会，2013）、育児を担う父親は周囲の人々とかかわり、支援を受ける可能性がある。

以上のことから、父親の育児参加については育児意識、育児環境とあわせて、父親を取り巻く周囲の人々からの支援を考慮することが必要であると考えられた。そのため、今回の研究ではG.Caplanが提唱している、ある個人の周囲に存在する人たちから得られる有形・無形のサポートである“ソーシャルサポート”に着目する。

母親とソーシャルサポートの関係については、ソーシャルサポートが母親の子育て満足感・生きがい感を高めることや子育てに肯定的感情をもつには人とのつながりが必要であることが報告されている（片山・内藤・佐々木，2012）。しかし、父親のソーシャルサポートに関しては、父親として準備期にある男性の心理社会的適応のための研究（長川，1996）はみられるものの、父親の育児参加要因との関係に焦点を当てた研究はほとんどみられない。

本研究では、育児に対して肯定的な態度をもつことで育児参加が促されると考え、父親の育児参加要因の育児意識を肯定的な部分に焦点を当てた育児意欲とした。また、育児環境を整えることで育児意欲が高まる可能性が考えられたため、育児意欲と育児環境を育児参加要因として統合した。そして、仮説を父親の育児参加は育児参加要因により促され、これらの要因はソーシャルサポートにより影響を受けるとした。

以上より、本研究は育児参加に育児参加要因が与える影響、および育児参加要因にソーシャルサポートが与える影響を明らかにすることを目的とする。本研究目的を明らか

にすることにより、父親の育児に参加しやすい周囲の環境づくりにつながることに意義がある。

先行研究であげられている父親の育児参加に関係する要因にソーシャルサポートを加え、今回の研究の概念図（図1）を作成した。父親役割を肯定していれば子どもへの肯定的感情も高まると考え、父親役割肯定意識と子どもへの肯定的感情を一つの要因として統合した。また、父親の育児参加要因はソーシャルサポートより影響を受けることを仮定しているため、夫婦関係満足感を配偶者を含めた周囲の人々との関係満足度とした。

I. 研究方法

A. 対象者と調査方法

対象者は、幼稚園、保育園・保育所に通う園児の父親351名とした。A県B市が公開しているB市内の幼児教育・保育施設一覧表（B市，2016）から、利用定員を参考に、幼稚園、保育園児の父親が同数程度となるように幼稚園2施設、保育園・保育所8施設を選定した。無記名自記式質問紙調査であり、施設には、調査者の選定と配布および留め置きによる回収の協力を求めた。調査期間は2017年1月～2月である。

B. 調査内容

1. 対象者の基本属性

父親については、年齢、同居者、子どもの人数、末子の年齢、職種、その配偶者については、職種とした。同居者は第7回世帯動態調査—調査票—（厚生労働省国立社会保障・人口問題研究所，2014）、子どもの人数、末子の年齢、職種は「平成27年度版厚生労働白書」（厚生労働省，2015）を参考に作成した。

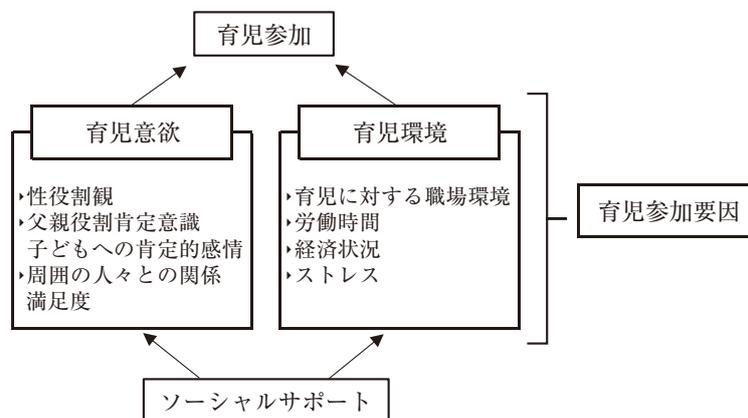


図1 研究の概念図

2. 「育児参加」, 「育児意欲」, 「育児環境」と「ソーシャルサポート」項目について

a. 育児参加：平日育児参加時間（図1：育児参加）

父親の現在の育児参加時間については、父親の育児に関する世論調査（時事通信社，2011）と第5回全国家庭動向調査—調査票—（厚生労働省国立社会保障・人口問題研究所，2013）、宮中（2001）の先行研究を参考に、「直接育児にかかわる時間」と「間接的に育児にかかわる時間」の2つから調査することとした。前者を1）子どもと遊ぶ、2）お風呂に入れる、3）ミルクを飲ませる・ご飯を食べさせる、4）おむつを替える・衣服を着替えさせる、5）保育園などに送迎するの5項目、後者を1）食材の買い出しなどの買い物をする、2）料理をする、3）洗濯をする、4）掃除をするの4項目とした。計9項目を一般的な平日3日間について、平均時間の合計を分単位で回答してもらった。

b. 育児意欲

(1) 父親の性別役割分担に関する意識（図1：育児意欲—性別役割分担）

「男性にとっての男女共同参画」に関する意識調査報告書：男性を対象としたWeb調査票（内閣府男女共同参画局，2012a）の項目を用いて、父親の性別役割分担に関する意識を23項目で測定した。「とてもそう思う（5）」から「そう思わない（1）」の5段階で回答を求めた。

(2) 父親役割の受容・子どもへの肯定的感情（図1：育児意欲—父親役割肯定意識・子どもへの肯定的感情）

青木・岩立（2005）や森下（2006）の文献を参考に、大日向（1988）の「母性意識尺度」を用いて、積極的・肯定的意識6項目を、母親という表現を父親に変更し用いた。この積極的・肯定的意識6項目は、a）父親であることが好きである、b）父親になったことで人間的に成長してきた、c）父親としてふるまっているときが一番自分らしいと思う、d）父親であることに生きがいを感じている、e）父親になったことで気持ちが安定して落ち着いた、f）父親であることに充実感を感じるから構成され、子どもへの肯定的感情をとらえる要素も含んでいると考えられた。「そのとおりである（4点）」「どちらかといえばそうである（3点）」「どちらかといえばそうではない（2点）」「そうではない（1点）」の4段階で回答を求めた。

(3) 周囲の人々との関係満足度（図1：育児意欲—周囲の人々との関係満足度）

周囲の人々を配偶者、自分の父親、自分の母親、配偶者の父親、配偶者の母親、職場の同僚、職場の上司、友人とし、その関係満足度を「満足している（4）」から「満足していない（1）」の4段階で回答を求めた。

c. 育児環境

(1) 育児に対する職場環境（図1：育児環境—育児に対する職場環境）

父親について、平成26年度ワーク・ライフ・バランスに関する個人・企業調査「ワーク・ライフ・バランスに関する意識調査」報告書—調査票—（内閣府男女共同参画局，2014）を参考に、a）職場全体として、男性が家事・育児を担うことに対する理解がある、b）同僚から、男性が育児・家事を担うことに対する理解がある、c）上司から、男性が育児・家事を担うことに対する理解がある、d）職場には自分が利用できる仕事と子育ての両立支援制度等がある、e）d）を利用できる雰囲気があるの5項目を「そう思う（4）」「まあそう思う（3）」「あまりそう思わない（2）」「思わない（1）」の4段階で回答を求めた。

(2) 父親と配偶者の1週間の労働時間（図1：育児環境—労働時間）

父親および配偶者について、「平成27年度版厚生労働白書」（厚生労働省，2015）を参考に、1週間あたりの労働時間を「35時間未満」「35時間～59時間」「60時間以上」の3段階で回答を求めた。

(3) 父親と配偶者の手取りの年間収入（図1：育児環境—経済状況）

父親および配偶者について、平成27年度版厚生労働白書（厚生労働省，2015）を参考に、手取りの年間収入を「103万円未満」「103万円以上～200万円未満」「200万円以上～300万円未満」「300万円以上～400万円未満」「400万円以上～500万円未満」「500万円以上」の6段階で回答を求めた。

(4) 職業性ストレス（図1：育児環境—ストレス）

ストレスについて、労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル「職業性ストレス簡易調査票簡略版23項目」（厚生労働省，2016）を用いて、「仕事について」「最近1か月の状態について」「本人のまわりの人々について」の3カテゴリ23項目を測定した。ストレスが高い回答から4点、以下3点、2点、1点の4段階で回答を求めた。合計得点が大きいほどストレスが高くなるように設定した。

d. ソーシャルサポート：ソーシャルサポート（図1：ソーシャルサポート）

父親のソーシャルサポートについて、堤ら（2000）の開発した「地域住民用ソーシャル・サポート尺度（JMS-SSS）」を用いて、配偶者、自分の父親、自分の母親、配偶者の父親、配偶者の母親、職場の同僚、職場の上司、友人について調査した。それぞれの存在の有無を確認し、「有」の場合には、10項目を測定した。ただし、配偶者は尺度の測定方法に則り、8項目により測定した。「非常にそう思

う（4点）「まあそう思う（3点）」「あまりそうは思わない（2点）」「まったくそうは思わない（1点）」の4段階で回答を求め、該当者がいない場合は0点とした。

C. 分析方法

「父親役割の受容・子どもへの肯定的感情」「育児に対する職場環境」への対応は、一般化した最小2乗法、「父親の性別役割分担に関する意識」は主因子法、varimax回転により因子分析を行った。「育児参加」に影響を与える「育児意欲」「育児環境」の項目を精査するために、「育児参加」を従属変数、「育児意欲」と「育児環境」項目、対象者の基本属性を独立変数としたステップワイズ法で重回帰分析を行った。次に、概念図に従い、「育児意欲」「育児環境」別に、“Amos”を用いて重回帰分析を行った。その後、概念図に従い、「育児意欲」「育児環境」の項目を「育児参加要因」として統合し、「ソーシャルサポート」変数、「育児参加」とあわせて、“Amos”を用いて重回帰分析を行った。

さらに、重回帰分析の結果に関係すると考えられた要因について分析を行った。「父親の1週間の労働時間」による「平日育児参加時間」の差について、Kruskal-Wallis検定後、ペアごとの比較を行った。統計解析には、“IBM SPSS Statistics 23.0”“Amos 23.0”を用い、有意水準は5%とした。

D. 倫理的配慮

対象者への倫理的配慮として、調査の目的、方法、内容、無記名による調査であること、データは統計的に処理されるため個人が特定されることはないこと、参加は自由意志であり、調査に協力しないことによる不利益を被ることはないことを質問紙とともに配布した文書に明記した。また、質問紙の配布対象は父親がいる世帯のみとした。質問紙の回収をもって調査に同意を得たものとした。

本研究は弘前大学大学院保健学研究科倫理委員会の承認を得て実施した（承認番号2016-041）。

II. 結 果

A. 回収率

配布数は750部、回収は351部であり、回収率は46.8%であった。施設別回収率は、回収351部中、幼稚園147部（41.9%）、保育園・保育所204部（58.1%）であった。

B. 対象者の基本属性

年齢は30歳代198名（56.4%）、40歳代129名（36.8%）と

2つの年代で9割以上を占めた（表1）。同居形態は核家族が257名（73.2%）であった。子どもの人数は2人が180名（51.3%）と約半数であった。末子の年齢は0歳34名（9.7%）、1～2歳110名（31.3%）、3～5歳165名（47.0%）、6～8歳37名（10.5%）であった。父親の職種は会社員が218名（62.1%）と半数以上を占めた。配偶者の職種は無職126名（40.4%）、会社員121名（38.8%）、自営業9名（2.9%）、公務員25名（8.0%）、その他31名（9.9%）であった。

C. 仮説の検証にあたっての各変数の基礎データ

1. 平日育児参加時間について

父親が日常的にどの程度育児に参加しているのか、平日の育児参加時間を確認した。「0～30分未満」が52名

表1 対象者の基本属性

	<i>n</i>	%	
年齢	10歳代	0	0.0
	20歳代	16	4.6
	30歳代	198	56.4
	40歳代	129	36.8
	50歳代	8	2.3
	それ以上	0	0.0
	同居形態	核家族	257
自分の親と同居		59	16.8
配偶者の親と同居		20	5.7
その他		15	4.2
子どもの人数	1人	89	25.4
	2人	180	51.3
	3人	70	19.9
	4人以上	12	3.4
末子の年齢	0歳	34	9.7
	1～2歳	110	31.3
	3～5歳	165	47.0
	6～8歳	37	10.5
	無回答	5	1.4
職種	無職	4	1.1
	会社員	218	62.1
	自営業	25	7.1
	公務員	75	21.4
	主夫	0	0.0
	その他	13	3.7
	無回答	16	4.6
配偶者の職種	無職	126	40.4
	会社員	121	38.8
	自営業	9	2.9
	公務員	25	8.0
	その他	31	9.9
	無回答	39	11.1

[注] 年齢、同居形態、子どもの人数は*n* = 351、末子の年齢は*n* = 346、職種は*n* = 335、配偶者の職種は*n* = 312である。

(15.4%), 「30分以上～1時間未満」が40名(11.9%), 「1時間以上～2時間未満」が82名(24.3%), 「2時間以上～3時間未満」が61名(18.1%), 「3時間以上」が102名(30.3%)であった。

2. 父親の手取りの年間収入について

父親の経済状況について確認した。「103万円未満」が7名(2.0%), 「103万円以上～200万円未満」が25名(7.3%), 「200万円以上～300万円未満」が88名(25.7%), 「300万円以上～400万円未満」が86名(25.1%), 「400万円以上～500万円未満」が70名(20.5%), 「500万円以上」が66名(19.3%)であった。

3. ソーシャルサポートについて

父親の「育児参加要因」に影響を与えると考えられる「ソーシャルサポート」が、周囲の誰から多く得られているのかを概観した。ソーシャルサポート得点(平均点±標準偏差)は、「配偶者」27.4±3.9点、「自分の父親」20.4±12.5点、「自分の母親」26.7±10.3点、「配偶者の父親」18.9±11.9点、「配偶者の母親」25.3±9.4点、「職場の同僚」20.3±9.8点、「職場の上司」17.8±9.8点、「友人」23.6±9.5点であった。

D. 「育児参加」に「育児参加要因」が与える影響、および「育児参加要因」に「ソーシャルサポート」が与える影響

1. 「育児参加」に影響を与える変数の内的整合性の確認

a. 父親役割の受容・子どもへの肯定的感情

父親役割の受容・子どもへの肯定的感情の6項目について得点分布を確認した。得点の偏りのある項目がみられたが、いずれの項目も父親役割の受容・子どもへの肯定的感情を把握するために重要な内容が含まれていると判断し、すべての項目を以降の分析の対象とした。固有値と因子の解釈可能性を考慮すると、1因子構造が妥当と判断した。Cronbachの α 係数は.849と十分な結果が得られた。この因子を「父親役割の受容・子どもへの肯定的感情」とし、6項目の合計得点を尺度得点とした。合計得点が高いほど、父親役割を受容し、子どもへの肯定的感情が強いことを示す。この項目の平均尺度得点(平均値±標準偏差)は19.0±3.3点(得点範囲: 6～24点)であった。

b. 父親の性別役割分担に関する意識

父親の性別役割分担に関する意識の23項目について得点分布を確認した。いくつかの項目で得点の偏りがみられたが、いずれの項目も、父親の性別役割分担に関する意識を把握する上で重要な内容が含まれていると判断し、すべての項目を以降の分析の対象とした。固有値と因子の解釈可

能性を考慮すると、5因子構造が妥当と判断した。因子負荷量.4未満を基準とし、19項目5因子が抽出された。このとき、因子負荷量が.4未満の項目を検討し、その重要性から一部除外しなかった。因子分析の結果を表2に示す。Cronbachの α 係数は第I因子:.802, 第II因子:.711, 第IV因子:.710であった。第III因子:.666, 第V因子:.628は α 係数が十分とはいえないが、項目内容を検討した結果、内容に一貫性があると判断した。「男性にとっての男女共同参画」に関する意識調査報告書(内閣府男女共同参画局, 2012b)を参考に、各因子名を以下のようにした。第I因子は7項目で構成され、自分の意見に相手を従わせる傾向や家事や介護を妻に任せたいと考える意識として「主導権意識」、第II因子は5項目で構成され、家庭のことは妻に任せ、生活全般について家族に依存する意識として「日常生活依存意識」、第III因子は3項目で構成され、悩みや弱音などの感情を他人に見せない意識として「私的感情の抑制意識」、第IV因子は2項目で構成され、社会で評価され地位を獲得したいと考える意識として「社会的地位意識」、第V因子は2項目で構成され、家族を経済的に支え守るのは自分の役割であると考え意識として「経済的役割意識」と命名した。各因子項目の合計得点を下位尺度得点とし、合計得点が高いほど、各意識が強いことを示す。平均下位尺度得点(平均値±標準偏差)は、「主導権意識」19.8±5.3点(得点範囲: 7～35点), 「日常生活依存意識」10.2±3.6点(得点範囲: 5～25点), 「私的感情の抑制意識」9.4±2.6点(得点範囲: 3～15点), 「社会的地位意識」6.7±2.0点(得点範囲: 2～10点), 「経済的役割意識」8.6±1.5点(得点範囲: 2～10点)であった。

c. 育児に対する職場環境

育児に対する職場環境の5項目について得点分布を確認した。得点の偏りのある項目はみられなかったため、すべての項目を以降の分析の対象とした。固有値と因子の解釈可能性を考慮すると、1因子構造が妥当と判断した。Cronbachの α 係数は.857と十分な結果が得られた。この因子を「育児に対する職場環境」とし、5項目の合計得点を尺度得点とした。合計得点が高いほど父親の育児に対する職場の理解が得られていることを示す。この項目の平均尺度得点(平均値±標準偏差)は12.0±3.7点(得点範囲: 5～20点)であった。

2. 「育児参加」に影響を与える変数の選択

「育児参加」項目を従属変数、「育児意欲」「育児環境」項目それぞれに対象者の基本属性を加えたものを独立変数とし、ステップワイズ法による重回帰分析を行った。

ANOVA(分散分析表)の結果は、「育児意欲」を独立変数とした場合 $R^2=.15$, 「育児環境」を独立変数とした場

表2 父親の性別役割分担に関する意識の因子分析結果 (varimax回転後の因子パターン)

(N = 351)

項目	I	II	III	IV	V
【主導権意識】 $\alpha = .802$					
妻には自分の (家の) 習慣 (やり方) に合わせてほしい	.79	.12	.03	.06	.04
妻や恋人には、できれば自分の意見に従ってもらいたい	.70	.26	-.02	.26	-.03
自分の親に介護が必要になったら、介護は妻にしてほしい	.57	.18	-.06	-.03	.11
結婚生活の重要事項は、妻ではなく自分が決めたい	.48	.03	-.08	.16	.13
妻や恋人が自分の思いどおりにならないと、イライラすることがある	.48	.31	-.08	.08	-.18
家事は、主に妻にしてほしい	.46	.41	.00	.11	.22
家庭のこまごました管理は、妻にしてほしい	.45	.20	-.05	.02	.23
【日常生活依存意識】 $\alpha = .711$					
妻が仕事をもつのは、家族の負担が重くなり、よくない	.10	.87	-.01	.03	.10
子どもに手がかかるうちは、妻に働いてほしくない (ほしくなかった)	.28	.52	.03	-.10	.24
家族の洗濯物を干すことは、自分がするような仕事ではない	.30	.45	-.12	.14	-.04
父親が仕事中心に生活することは、家庭の幸せにつながる	.36	.41	-.09	.20	.20
スーパーマーケットや商店で野菜や肉、魚などを買うことに抵抗がある	.21	.39	-.18	.09	-.20
【私的感情の抑制意識】 $\alpha = .666$					
悩みがあったら、気軽に誰かに相談するほうである	-.01	-.04	.88	-.05	-.05
自分の素直な気持ちを他人によく話すほうである	-.04	.04	.58	-.03	-.15
他人に弱音を吐くことがある	-.06	-.13	.47	.05	.06
【社会的地位意識】 $\alpha = .710$					
仕事では競争に勝ちたい	.11	.15	.01	.92	.11
仕事で業績を上げ評価されたい	.18	.00	-.01	.54	.24
【経済的役割意識】 $\alpha = .628$					
一家の大黒柱は自分である	.11	.01	-.06	.14	.70
家族を養い守るのは、自分の責任である	.10	.11	-.07	.15	.59

合 $R^2 = .13$ と両者とも適合度は低かったが、従属変数に対する各独立変数の影響度を検討することが目的であるため、各独立変数の有意性や係数の値、係数の信頼区間を最重視した。

「育児意欲」では、「配偶者の職種 (会社員)」から「平日育児参加時間」への正の標準偏回帰係数 ($\beta = .23, p < .05$)、 「主導権意識」「末子の年齢」から「平日育児参加時間」への負の標準偏回帰係数 ($\beta = -.22, p < .05, \beta = -.17, p < .05$) が有意であった。

「育児環境」では、「配偶者の手取りの年間収入」から「平日育児参加時間」への正の標準偏回帰係数 ($\beta = .18, p < .05$)、 「父親の手取りの年間収入」「父親の1週間の労働時間」から「平日育児参加時間」への負の標準偏回帰係数 ($\beta = -.21, p < .01, \beta = -.16, p < .05$) が有意であった。

3. 「育児参加」に「育児意欲」と「育児環境」, 「育児意欲」と「育児環境」に「ソーシャルサポート」が与える影響
 概念図に従い、「育児意欲」「育児環境」別に、重回帰分析を行った。「育児意欲」では、「ソーシャルサポート (配偶者)」から「主導権意識」に有意な負の影響がみられ

($\beta = -.18, p < .001$)、 「主導権意識」から「平日育児参加時間」に有意な負の影響がみられた ($\beta = -.13, p < .05$)。 「育児環境」では、「ソーシャルサポート (上司)」から「父親の手取りの年間収入」に有意な正の影響がみられ ($\beta = .15, p < .01$)、 「父親の手取りの年間収入」から「平日育児参加時間」に有意な負の影響がみられた ($\beta = -.20, p < .001$)。

4. 「育児参加」に「育児参加要因」, 「育児参加要因」に「ソーシャルサポート」が与える影響を明らかにするための因果関係の検討

「育児参加」に影響を与え、「ソーシャルサポート」変数から影響を受ける変数として選択された「主導権意識」「父親の手取りの年間収入」の2項目を「育児参加要因」として統合した。この「育児参加要因」と「育児参加要因」に影響を与える変数として選択された配偶者および上司の「ソーシャルサポート」, 「育児参加」項目として「平日育児参加時間」を用いて、「育児参加」に「育児参加要因」が与える影響と「育児参加要因」に「ソーシャルサポート」が与える影響について、概念図に従い、重回帰分析を行った。

「ソーシャルサポート（配偶者）」から「主導権意識」に有意な負の影響がみられ（ $\beta = -.19, p < .001$ ）, 「ソーシャルサポート（上司）」から「父親の手取りの年間収入」に有意な正の影響がみられた（ $\beta = .14, p < .01$ ）。また, 「平日育児参加時間」に「主導権意識」「父親の手取りの年間収入」から有意な負の影響がみられた（ $\beta = -.12, p < .05, \beta = -.25, p < .001$ ）（図2）。

E. 「育児参加」に関連する要因の検討

重回帰分析の結果に関係すると考えられた要因のデータについて示した。

1. 「父親の1週間の労働時間」と「平日育児参加時間」の関連

「平日育児参加時間」を「父親の1週間の労働時間」で比較すると（表3）, 労働時間が「60時間以上」の者は「35時間未満」「35～59時間」の者に比べて, 有意に短かった（ $p < .01$ ）。

2. 「経済的役割意識」について

「父親の性別役割分担に関する意識」の下位尺度である「経済的役割意識」の「一家の大黒柱は自分である」「家族を養い守るのは, 自分の責任である」について, とてもそう思う・ややそう思うとした者が8割を超えていた。

3. 「育児に対する職場環境」について

「d）：職場には自分が利用できる仕事と子育ての両立支援制度等がある」「d）を利用できる雰囲気がある」にそう思う・まあそう思うとした者はそれぞれ42.4%, 27.7%であった。

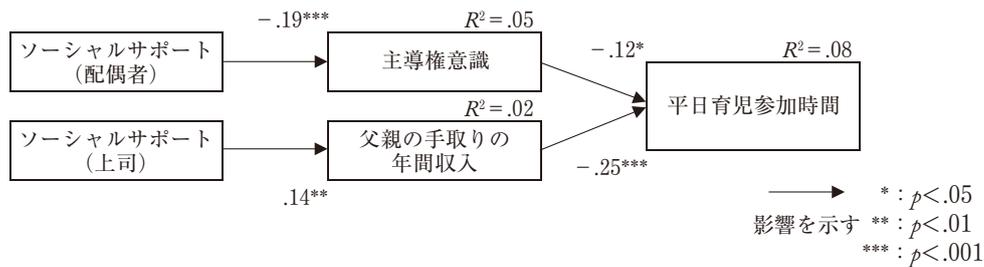
Ⅲ. 考 察

1. 父親の育児参加は, 個別性が大きく影響する可能性

育児意欲, 育児環境項目を育児参加要因として統合した結果, これまでの先行研究で父親の育児参加に影響すると考えられていた項目のほとんどは育児参加に影響していなかった。これは, 父親の育児参加に影響する潜在的な要因を項目として取り込むことができなかつたことに加え, 父親それぞれのおかれている環境や育児に対する価値観など個別性が大きく影響するからではないかと考えられた。また, 環境や価値観など個別性が強いさまざまな要因が複雑に絡み合い, 父親の育児参加につながっている可能性があることから「育児参加要因」の「育児参加」に対する決定係数, 標準偏回帰係数が低くなつたと考えられた。

2. 父親の育児参加における男女の固定的な役割意識の根強さと仕事

「主導権意識」が強くなると, 父親の「平日育児参加時間」は減少していた。この「主導権意識」は, わが国の従来の男女の固定的な役割分担意識を示しているものと考え



投入変数：「平日育児参加時間」「主導権意識」「父親の手取りの年間収入」「ソーシャルサポート（配偶者）」「ソーシャルサポート（上司）」

図2 育児参加に育児参加要因, 育児参加要因にソーシャルサポートが与える影響

表3 父親の1週間の労働時間と平日育児参加時間

(n = 333)

父親の1週間の労働時間	平日育児参加時間		p	多重比較
	n	中央値		
35時間未満	11	5	p < .01]**
35～59時間	259	4		
60時間以上	63	3		

[注] Kruskal-Wallis検定, ペアごとの比較 (** : p < .01)。

られた。「育児参加要因」として「主導権意識」が選ばれたことは、父親の育児参加においても、男女の固定的な役割分担意識は根強く、依然として職場や家庭、地域に残っている（内閣府，2008b）という社会状況が反映されていた。

役割分担意識が父親の育児参加に影響することを考えるうえで、従来の男性の役割としてとらえられてきた「仕事」に着目する必要がある。調査対象の年齢層は30代、40代が多く、会社の経営や運営の中心的役割を担っている働き世代であることが考えられた。「上司のソーシャルサポート」が「父親の手取りの年間収入」に影響していたことから、働き世代である父親たちは今後のキャリアアップを考える年代であり、上司からの仕事上の役割期待の大きさから、仕事に生活の重きをおかなければならない状況にあることが推察された。

実際に「父親の1週間の労働時間」が増加すると、「平日育児参加時間」は短くなっていった。しかし、1人当たりの平均年間総実労働時間をみると、日本1,729時間、アメリカ1,789時間であり、アメリカのほうが労働時間が長い（労働政策研究・研修機構，2016）にもかかわらず、6歳未満の子どもをもつ夫の1日当たりの家事・育児関連時間は、家事関連時間全体では約3倍（日本：1時間7分、アメリカ：2時間58分）、そのうちの育児の時間では約2倍（日本：39分、アメリカ：1時間17分）アメリカのほうが長かった（内閣府，2017c）。これらのことから、労働時間だけではなく、仕事が男性の役割であるという従来の意識が父親の育児参加に影響していると考えられた。

仕事が男性の役割であるという意識は、「父親の性別役割分担に関する意識」の下位尺度である「経済的役割意識」の「一家の大黒柱は自分である」「家族を養い守るのは、自分の責任である」に肯定的な考えを示した者がそれぞれ8割以上であったことにも表れている。家庭を経済的に支えることが自分の役割であると考えている人が多く、これは、父親は依然として男性の主要な役割を職業役割とする傾向が強いとした青木・岩立（2005）と一致していた。仕事での役割の期待や家庭を経済的に支える意識が、父親自身の家庭での役割を明確にさせ、役割分担意識となって育児参加に影響している可能性がある。

3. 父親を取り巻く環境からみた役割分担意識

父親の育児参加における男女の固定的な役割分担意識が根強く残る理由として、父親を取り巻く環境からみると、父親が育児に参加できる仕事環境が整っていないこと、家庭のなかで役割分担をすることに利点があるということが考えられた。

はじめに労働時間にかかわる父親の「育児に対する職場

環境」をみると、職場に自分が利用できる仕事と子育ての両立支援制度等があると答えた割合は4割程度であり、制度を利用できる雰囲気があると答えたものは3割弱にとどまった。また、育児休業取得に対して「職場」の反応では「否定的な態度」が多く、それには性役割の考え方や自分が育児や家事をしなかったことによる「男性が育児休業を取得することへの疑問」「男性が育児休業を取得することへの理解困難」等の意識が根底にあることが鈴木（2014）によって明らかになっている。職場での男性の育児参加に対する支援体制は整っておらず、整っていたとしても利用できない現状は、仕事と育児の役割分担をせざるを得ない環境をつくり出しているといえる。

次に、仕事と育児の役割分担をすることに利点があるということである。育児休業の取得をはじめとした「働き方に影響を与える程度の育児参加」をする父親は企業からペナルティを科せられるリスクを背負うことになり（上野，2013）、育児休業取得に関して、妻、夫・妻の両親、職場は「キャリアのリスクに対する懸念」を抱いている（鈴木，2014）。仕事のなかで職場の制度を利用し育児参加することは、経済的にもキャリア形成を考えるうえでもリスクを伴う。経済的な充実やキャリアアップを優先する場合、役割分担をするほうが利益が大きいのである。このような背景から、家庭内で仕事と育児が分担されている可能性も考えられた。

4. 父親の育児参加のための取り組みの方向性

これまでをふまえ、父親の育児参加のための取り組みの方向性を示す。

(1) 父親が自身の家庭での役割を考え、とらえなおすことのできる働きかけ

父親の育児参加における男女の固定的な役割意識には、従来の男性の役割である仕事に関係すると述べた。これは、父親には家庭を経済的に守る責任があるという意識が強く、父親にとって育児や家事に取り組むことよりも経済的な面で家族に還元することが意義のあること、つまり家庭そのものを守ることにつながるととらえられているためと考えられた。家庭を守りたいと考えることは自然なことであり、経済的な役割を十分に果たすことが、家族に対して示しやすい父親としての責任であるのかもしれない。経済的に豊かになることは望ましいことではあるが、経済的な役割を担うだけでは、育児参加における役割分担意識は一層強くなる。そのため、父親は経済的な役割だけでなく自分自身の家庭での役割を考え、とらえなおす機会をもつことが必要である。

「配偶者のソーシャルサポート」が充実していると「主導権意識」は低下していた。これは、配偶者からのソー

シャルサポートが充実していると生活を協同して支える意識が高まるからではないかと推察された。配偶者からのサポートの充実、父親に家庭での自らの役割を考え、とらえなおすきっかけとなることで、育児参加そのものとのとらえ方の変化や共同意識を生み、育児参加を促す可能性がある。したがって、父親の育児参加の促進には配偶者の存在、そしてサポートが影響する可能性が示唆された。

(2) WLBの充実による、育児参加を選択できる環境の整備

WLBは育児支援に特化したものではなく、個々人の生き方や子育て期、中高年期といった人生の各段階に応じて多様な働き方の選択を可能とする仕事と生活の調和を実現するものであるとされている(内閣府, 2008b)。父親の育児参加には、それぞれのおかれている環境や価値観等の個別性が関係している。また、現状では役割分担をせざるをえないあるいは役割分担をしたほうがよい環境がある。これらのことから、父親の育児参加に特化した制度や環境の整備だけでは、育児参加を促すことはむずかしいと考えられた。父親の育児参加に特化した制度や環境の整備だけではなく、WLBの充実をはかり、働き方を変えていくことで、仕事以外の生活のなかで育児に参加するかを選択することができる環境を整えることが育児参加しやすい環境づくりの一步になるのではないだろうか。実際に、「フレックスタイム勤務」や「在宅勤務」のように柔軟に働き方を選ぶことのできる制度を取り入れる等(武石, 2010)、WLBに関しての制度が充実しているイギリスでは、6歳未満の子どもをもつ夫の1日当たりの家事・育児関連時間は、家事関連時間全体で2時間46分、そのうち育児の時間は1時間とわが国と比較し大幅に長くなっている(内閣府, 2017c)。WLBの整備によって父親が育児参加を優先的に選択するかどうかは個人によって違う。しかし、WLBの整備は、父親自身が仕事上の役割を果たしつつ経済的な役割以外の家庭での役割を考えることのできる選択肢を増やすという点で、一つの有効的な手段であると考えられた。WLBの整備とあわせて父親が育児に参加することの重要性を普及していくことで、育児参加の促進につながる可能性がある。

WLBの整備に大きな役割を果たすのが上司の存在である。「上司のソーシャルサポート」の充実が「父親の手取りの年間収入」を増加させていた。経済的な充実やキャリアアップへのサポートは重要な役割である。しかし、「父親の手取りの年間収入」が増加すると「平日育児参加時間」は低下する関係にあった。そのため経済的な充実やキャリアアップのためのサポートに加えて、父親の育児参加を考えるうえでは、上司のWLBの整備に向けた労働環境整備へのサポート、育児に参加する父親たちにかかわる

制度整備へのサポート等の協力が不可欠であると考えられた。仕事に関係する父親の育児参加において、上司からのソーシャルサポートが受けられていることは強みであり、上司は父親の育児参加に向けたキーパーソンとなりうる可能性がある。

5. 本研究の限界と今後の課題

「育児参加」と「育児参加要因」および「ソーシャルサポート」の重回帰分析において、決定係数、標準偏回帰係数はともに低く、十分な説明力を得られなかった。その理由として、父親の育児参加には個人や周囲の環境、社会的背景といった本研究の選定要因だけでは説明できないさまざまな要因が関係していることが推察された。今回は父親を主体とした調査であったため、配偶者の育児参加時間や家族全体としての育児時間等の情報を取り入れることができなかった。育児参加は父親個人として完結するものではないため、家族との関係を含めた父親の育児参加に影響を与える要因についてさらなる検討が必要である。

また今回の研究では、具体的にどのような「ソーシャルサポート」が「育児参加要因」に影響を与えているのかは言及できておらず、普段の生活のなかでの関係から、「育児参加要因」に影響する可能性があるキーパーソンを明らかにしたところまでにとどまっている。さらに「ソーシャルサポート」と「育児参加」の直接的な関係も検討できていない。今後は、「ソーシャルサポート」の具体的な内容についての詳細な調査や「ソーシャルサポート」そのものが育児参加にどのように影響するかについての検討が必要であると考えられる。

今回はA県B市のみを対象として行った研究であるため、生活環境や経済状況などの地域特性が結果に影響したことが考えられる。今後、対象範囲を広げ、地域特性の異なった地域で調査を行うことが課題である。

結 論

1. 「ソーシャルサポート(配偶者)」から「主導権意識」に有意な負の影響がみられ、「ソーシャルサポート(上司)」から「父親の手取りの年間収入」に有意な正の影響がみられた。また、「平日育児参加時間」に「主導権意識」「父親の手取りの年間収入」から有意な負の影響がみられた。
2. 父親の育児参加には、「主導権意識」や「父親の手取りの年間収入」といった、仕事を主な役割とする従来の役割分担意識が関係していることが示唆された。
3. 父親の育児参加において、配偶者と上司がキーパーソンとなる可能性が考えられた。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

目的: 育児参加に育児参加要因が与える影響、および育児参加要因にソーシャルサポートが与える影響を明らかにすることである。

方法: 幼稚園、保育園・保育所に通う児の父親750名を対象とし、無記名自記式質問紙調査を行った。調査期間は2017年1～2月、調査内容は①属性（年齢、家族構成等）、②育児意欲（父親の性別役割分担に関する意識、父親役割の受容等）、③育児環境（育児に対する職場環境、経済状況等）、④ソーシャルサポート、⑤平日育児参加時間とした。

結果: 重回帰分析の結果、主導権意識と父親の手取りの年間収入は平日育児参加時間、配偶者のソーシャルサポートは主導権意識、上司のソーシャルサポートは父親の手取りの年間収入に影響を与えていた。

結論: 父親の育児参加には、仕事を主な役割とする従来の役割分担意識が関係していることが示唆された。育児参加において配偶者と上司がキーパーソンとなる可能性が考えられた。

Abstract

Objectives: This study examined the influence of certain parenting participation factors (i.e., family attributes, motivations, and environment) on paternal involvement in childcare, as well how social support influenced those parenting participation factors.

Methods: A self-administered questionnaire was distributed to 750 fathers of children attending kindergarten and nursery school. The survey covered the period from January to February 2017 and analyzed (1) family attributes, such as father's age, family structure, etc.; (2) childcare motivations such as perceptions of gender roles, acceptance of the father's role, etc.; (3) childcare environment; (4) social support; and (5) weekday housekeeping and childcare hours.

Results: Multiple regression analysis revealed that such factors as "initiative consciousness" and the father's annual net income had an influence on weekday housekeeping and childcare hours. Spousal social support also had an influence on initiative consciousness, and supervisors' social support had an influence on the father's annual net income.

Conclusion: The results suggested that a conventional role-sharing consciousness, where work plays a primary role, is related to the father's involvement in childcare. It is possible that spouses and work supervisors alike may play a key role in paternal involvement in childcare.

文 献

- 青木聡子, 岩立京子 (2005). 幼児を持つ父親の育児参加を促す要因: 父母比較による検討. 東京学芸大学紀要 (第1部門 教育学), 56, 79-85.
- B市 (2016). B市内の幼児教育・保育施設一覧表 (平成28年9月現在). <http://www.city.hirosaki.aomori.jp/kyouiku/kosodate/files/hoikuichiran201609.pdf>
- 福丸由佳, 無藤 隆, 飯長喜一郎 (1999). 幼児期の子どもを持つ親における仕事観, 子ども観: 父親の育児参加との関連. 発達心理学研究, 10(3), 189-198.
- 時事通信社 (2011). 父親の育児参加に関する世論調査. 中央調査報, No. 646. <http://www.crs.or.jp/backno/No646/6462.htm> (参照2016年10月3日)
- 梶原佳子, 松原由美 (2007). 父親の育児行動について (1). 九州保健福祉大学研究紀要, 8, 88-94.
- 柏木恵子, 若松素子 (1994). 「親となる」ことによる人格発達: 生涯発達の視点から親を研究する試み. 発達心理学研究, 5(1), 72-83.
- 片山理恵, 内藤直子, 佐々木睦子 (2012). 乳幼児の母親と父親のソーシャルサポートと子育て観の関係と育児休業利用の実態. 香川大学看護学雑誌, 16(1), 49-56.
- 厚生労働省 (2015). 平成27年版 厚生労働白書: 第1部 人口減少社会を考える. 79, 91, 112. <http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/15/dl/all.pdf>
- 厚生労働省 (2016). 労働安全衛生法に基づくストレスチェック制度実施マニュアル. <http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/150507-1.pdf>
- 厚生労働省国立社会保障・人口問題研究所 (2013). 第5回全国家庭動向調査一調査票一. 15-16. <http://www.ipss.go.jp/ps-katei/j/NSFJ5/chosahyo/kt05q.pdf>
- 厚生労働省国立社会保障・人口問題研究所 (2014). 第7回世帯動態調査一調査票一. 2-8. <http://www.ipss.go.jp/ps-dotai/j/DOTAI7/chosahyo/dt07q.pdf>
- 宮中文字子 (2001). 「母親への発達」に影響する父親および家族の要因: 出産後10ヶ月の調査による分析. 母性衛生, 42(4), 677-685.

- 村上由希子, 内山 忍, 川越展美, 山本聖子, 平塚志保, 良村貞子, 清野喜久美 (1995). 妻の妊娠期における父性性 (第1報): 父性性を構成する要因. 母性衛生, 36(2), 250-258.
- 森下葉子 (2006). 父親になることによる発達とそれに関わる要因. 発達心理学研究, 17(2), 182-192.
- 内閣府 (2008a). 「仕事と生活の調和 (ワーク・ライフ・バランス) 憲章」及び「仕事と生活の調和推進のための行動指針」の新たな合意について. 「仕事と生活の調和」推進サイト: ワーク・ライフ・バランスの実現に向けて. <http://www.cao.go.jp/wlb/government/index.html> (参照2017年12月2日)
- 内閣府 (2008b). 仕事と生活の調和 (ワーク・ライフ・バランス) 憲章. 「仕事と生活の調和」推進サイト: ワーク・ライフ・バランスの実現に向けて. http://www.cao.go.jp/wlb/government/20barrier_html/20html/charter.html (参照2017年11月29日)
- 内閣府 (2017a). 平成29年版少子化社会対策白書 (全体版). 3. <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/whitepaper/measures/w-2017/29pdfhonpen/pdf/s1-1.pdf>
- 内閣府 (2017b). 自治体・企業・NPOによる「子育て支援連携事業」全国会議. <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/relation/index.html> (参照2017年12月2日)
- 内閣府 (2017c). 夫の協力: 6歳未満の子供を持つ夫の家事・育児関連時間 (1日当たり・国際比較). <http://www8.cao.go.jp/shoushi/shoushika/data/ottonokouryoku.html> (参照2017年12月23日)
- 内閣府男女共同参画局 (2012a). 「男性にとっての男女共同参画」に関する意識調査報告書: 資料4 男性を対象としたWEB調査票. 360. http://www.gender.go.jp/research/kenkyu/dansei-ishiki/pdf/shiryoku_4.pdf
- 内閣府男女共同参画局 (2012b). 「男性にとっての男女共同参画」に関する意識調査報告書: 第2章 調査結果の概要. http://www.gender.go.jp/research/kenkyu/dansei-ishiki/pdf/chapter_2.pdf
- 内閣府男女共同参画局 (2014). ワーク・ライフ・バランスに関する個人・企業調査「ワーク・ライフ・バランスに関する意識調査」報告書: V. 調査票. 140-147. http://www.cao.go.jp/wlb/research/wlb_h2511/8_chosahyou.pdf
- 内閣府男女共同参画局 (2015). 第4次男女共同参画基本計画 (平成27年12月25日決定). http://www.gender.go.jp/about_danjo/basic_plans/4th/index.html (参照2017年12月2日)
- 内閣府男女共同参画局 (2017). 「平成28年度社会生活基本調査」の結果から: 男性の育児・家事関連時間. 3. http://www.cao.go.jp/wlb/government/top/hyouka/k_42/pdf/s1-2.pdf
- 内閣府男女共同参画局 (2018). 特集1 「男性の育児休業取得促進事業 (イクメンプロジェクト)」の取り組みについて: 1. 男性の育児休業取得の実情. 「共同参画」2018年6月号. http://www.gender.go.jp/public/kyodosankaku/2018/201806/201806_02.html (参照2019年1月22日)
- 長川トミエ (1996). 妊娠期の妻を持つ夫のソーシャルサポート. 母性衛生, 37(1), 58-63.
- 日本労働組合総連合会 (2013). 子ども・子育てに関する調査: 子育て実態について. <https://www.jtuc-rengo.or.jp/info/chousa/data/20130621.pdf>
- 大日向雅美 (1988). 母性の研究—その形成と変容の過程: 伝統的母性観への反証. 135-169, 東京: 川島書店.
- 労働政策研究・研修機構 (2016). データブック国際労働比較 (2016年版). 201, 206. <http://www.jil.go.jp/kokunai/statistics/databook/2016/documents/Databook2016.pdf>
- 労働政策研究・研修機構 (2017). ヨーロッパの育児・介護休業制度. JILPT資料シリーズ, No.186, 4. <https://www.jil.go.jp/institute/siryoku/2017/documents/186.pdf>
- 鈴木紀子 (2014). 父親の育児休業 (第2報): 父親の育児休業に対する周囲の反応とその対応. 母性衛生, 55(2), 534-543.
- 総務省 (2017). 平成28年社会生活基本調査: 生活時間に関する結果(要約). 1. <http://www.stat.go.jp/data/shakai/2016/pdf/yoyaku2.pdf>
- 武石恵美子 (2010). ワーク・ライフ・バランス実現への課題: 国際比較からの示唆. 11-14, 経済産業研究所. <https://www.rieti.go.jp/jp/publications/pdp/11p004.pdf>
- 堤 明純, 萱場一則, 石川鎮清, 菊尾七臣, 松尾仁司, 詫摩衆三 (2000). Jichi Medical School ソーシャルサポートスケール (JMS-SSS): 改訂と妥当性・信頼性の検討. 日本公衆衛生雑誌, 47(10), 866-878.
- 上野千鶴子 (2013). 女たちのサバイバル作戦. 307, 東京: 文藝春秋.
- 柳原真知子 (2007). 父親の育児参加の実態. 天使大学紀要, 7, 47-56.

〔2018年11月5日受付〕
〔2019年4月18日採用決定〕

産褥早期の乳汁分泌に及ぼす足湯の介入効果

Effect of *Ashiyu* Intervention on Lactation in the Early-Stage Postpartum Period小 島 徳 子
Tokuko Kojima

キーワード：足湯，サーモグラフィ，乳房皮膚温，乳汁分泌，産褥早期

Key Words：Ashiyu, thermography, breast skin temperature, lactation, early-stage postpartum period

I. 緒 言

わが国において、妊娠中に母乳育児を希望する母親は9割を超えているものの、実際に母乳のみで育児をしている母親が半分以上になったのは2015年のことである。「平成27年度乳幼児栄養調査報告」によると、10年前に比べ、母乳栄養の割合は、生後1か月では42.4%から51.3%、生後3か月では38.0%から54.7%へと増加した（厚生労働省，2016）。同報告で、母乳栄養の割合が増加したこと、出産後に産した施設からの母乳育児に関する支援が増加したことが概要として述べられている。同時に、母乳が足りていないかどうかかわからないや、母乳が不足気味と母乳育児に困難さを感じている母親が多く存在していることも明らかとなった。

乳汁分泌を促進させるための自己管理が可能な方法として、産褥早期に頻繁な直接授乳をすること（水野，2010，p.1587；Riordan，2004，p.76），およびうつ乳の抑制をすることがあげられる（町田・多賀，2000，p.205；水野，2010，p.1590）。児が吸吮すると、その刺激が脊髄神経を経由して脳に伝達される。下垂体前葉から分泌されるプロラクチンにより乳汁が産生され、下垂体後葉から分泌されるオキシトシンにより乳腺組織の筋上皮細胞が収縮して、腺房内から乳管に乳汁が押し出される射乳反射が起こる。頻繁な授乳は、そのプロラクチンおよびオキシトシンの分泌を上昇させ、乳汁分泌を促進させる。加えて、うつ乳を抑制し乳房を「空」にすることは、乳汁分泌を促進させる。これは、母乳中の乳汁生成抑制因子の濃度が低下し、乳汁産生能力が上昇するためである（水野，2010，p.1590）。

しかしながら、頻繁な授乳は、睡眠時間の減少や疲労を増加させるおそれが考えられる（河田・池邊，2013，p.109）。疲労の蓄積は、分娩後の心身の回復を遅らせ、免疫の低下や全身の健康状態の低下を招き、乳児への育児においても影響を及ぼすと報告されている（河田・池邊，

2013，p.109）。したがって、乳汁分泌促進のために産褥早期の疲労緩和への介入を含んだ支援方法の確立は急務である。

乳汁分泌の促進に関する先行研究では、乳管開通法（山下・茅原・多田・三村，2009）が報告されているが、疲労緩和への効果は含まれていなかった。一方、疲労緩和への介入として足浴に関する研究が多く報告されていた。母性看護領域における足浴に関する先行研究では、乳房にもたらず効果（奥山・佐藤・宮本・服部，2003），乳房皮膚温への影響（小西・高井・宮本・酒井・小嶋，2006），乳輪・乳房への効果（小西・工藤・尾崎，2010）などが報告されている。しかし、足浴が乳房に影響を与えることが予測できるものの、乳汁分泌に及ぼす効果は実証されてこなかった。

著者は、産褥早期に直接授乳が頻繁に行える支援方法として、疲労の回復やリラクゼーションの効果を有する（高田・高田，2003，p.99）足湯に着目した。足湯とは、湯に足を浸した状態を保つこと（岡本・江守，2010，p.71）で、足を温湯で洗うことやマッサージを加えることを含む“足浴”とは、区別している。

今回、産褥早期に直接授乳をしている褥婦への足湯を継続して行い、乳汁分泌に及ぼす足湯の介入効果を検討することとした。頻繁な授乳を可能とする支援として足湯の効果を検証することは、母乳育児の確立を目指し母乳育児を希望する褥婦に対して有効な一助となることが期待される。

【用語の定義】

- ・産褥早期：出産後から産褥5日目までの入院期間（石村・今井，2010）。
- ・乳汁分泌：母乳が乳口より漏れ出ること。
- ・足湯 *Ashiyu*：湯に足を浸した状態を保つことで、足を洗う行為やマッサージを伴わないもの（岡本・江守，

2010, p.71)。看護技術の意味合いのある「足浴foot bath」とは異なる。

- ・頻繁な授乳：授乳間隔を3時間以上空けないで24時間に8回以上授乳すること。

II. 研究方法

1. 研究デザイン

研究デザインは、ランダム化比較試験である。対象をランダム割付け（封筒法）により2群に分け、一方を足湯群、もう一方をコントロール群とした。介入は、足湯と臥位安静（コントロール群）である。盲検化に相当する介入は不可能であることから、オープン試験である。評価指標はソフトエンドポイントであり、主要アウトカム評価項目は乳房皮膚温とした。

2. データ収集期間

実施期間は、平成24年3月19日～8月31日までの6か月間である。

3. 研究フィールド

東海地方にある助産所1か所である。

4. 研究対象

対象は、データ収集期間のうち、母乳育児を希望する経産分娩後の褥婦で、産褥入院中に研究参加の同意が得られた褥婦である。除外基準は、日本語文章の理解が不可能な褥婦および研究参加時の年齢が20歳未満の褥婦とした。

乳汁分泌の遅れの要因として初産が報告されている（水野・水野・瀬尾, 2012, p.43）が、産褥早期の乳汁分泌不良の出現について初産と経産に有意差が認められないこと（立岩・岡田・高邑, 1984, pp.456-457）、産褥5日目の乳汁分泌量については、初産と経産に有意差が認められないこと（武谷・木下・水野・坂元, 1983, p.2105）から、本研究では初・経産の別を統制しない剰余変数とした。

サンプルサイズは、標準化効果量standardized effect size = .8を使用して算出した（Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2013, pp.55-60）。2群で正規分布に従う連続変数の平均値をt検定で比較する場合、有意水準.05、検出力.8となるように算出したところ各群15名が必要であった。しかし、データ収集期間の条件から最終的なサンプルサイズは、25例（足湯群：14例、コントロール群：11例）となった。

5. データ収集方法

(1) 研究依頼から介入まで

助産院長が研究対象候補の褥婦に、研究者の訪問受け入れを依頼した。研究対象候補の褥婦から訪問の同意が得られたら、研究者は褥婦に産褥1日目の面会をし、本研究の目的および内容を口頭と文書にて説明し、同意が得られた対象者より同意書に署名を得たうえで実施した。介入および評価指標の測定は、同一の研究者が実施した。

(2) 属性の収集

対象者の分娩時の年齢、身長、非妊時体重BMI、分娩時体重BMI、体重増加量、出生時体重、初・経産の別、月経周期、下肢冷感の有無、乳型（Ⅱa型・Ⅱb型・Ⅲ型）について収集した。

(3) 評価指標および測定の方法

生理的指標として、血圧（収縮期血圧・拡張期血圧）、脈拍数を測定した。

血圧は、上腕動脈にて水銀血圧計（YAMASU No.605P）と聴診器（3M・リットマンクラシックⅡ、SEプラス・エディション）の膜型を使用し、測定は聴診法で行った。脈拍数は橈骨動脈にて、測定は1分間触診法で行った。血圧と脈拍数の測定時期は、足湯群が介入前、介入直後、介入30分後、介入1時間後、介入1時間半後、介入2時間後の6回、コントロール群は、介入前の1回であった。

乳汁分泌に関連する指標として、主要アウトカムの乳房皮膚温、副次的アウトカムの直接授乳量、搾母乳量、乳汁分泌量、硬結の有無、乳房の熱感・乳房緊満感の有無を測定した。

乳房皮膚温は、両腋窩と両乳房下部の4点を囲む範囲を測定した。測定機器はサーモグラフィ（旧NEC Avio “Thermo Shot F30S”）を使用した。撮影した画像の分析には、専用ソフト“NS9500”（Nippon Avionics）を使用し、放射率.98の条件で乳房皮膚温を算出した。測定時期は、両群ともに介入前の1回であった。

直接授乳量は、授乳前後の新生児体重の差から算出した。体重計は、“TANITA BLB-12”を使用した。搾母乳量は、授乳前の搾乳量を含め、1回の授乳で搾乳をした量を測定した。直接授乳後の搾乳は、「乳汁分泌の程度」（武谷ほか, 2003, p.966）を参考に、4段階で必要か否かを評価した。4段階は、「0」を軽く圧迫しても全く乳汁は認められない、「1」を軽く圧迫するときにじむ程度に乳汁が出る、「2」を軽く圧迫するだけで数滴以上乳汁が出る、「3」を圧迫しなくても自然に乳汁が出る、とした。今回、「乳汁分泌の程度」が「2」または「3」の場合に搾乳を必要と判断した。乳汁分泌量は、直接授乳量と搾母乳量（補正值）の合計値を算出した。搾母乳量（補正值）は、比重1.017（厚生労働省, 2010）を使用し、搾母乳量と比

重の積とした。直接授乳量と搾母乳量の測定時期は、両群ともに介入2時間後の1回であった。

硬結の有無は、乳房および乳頭・乳輪部について触診で観察した(根津, 1997, p.186)。硬結の判定基準は、うつ乳状態時に形成され自発痛・圧痛を伴うもので細菌感染を伴わないものとし、2件法「有」「無」による測定方法で、いまの状態がどちらにあたるかの客観的情報で判定した。乳房の熱感・乳房緊満感の有無は、2件法「有」「無」による測定方法で、いまの状態がどちらにあたるかの主観的情報で判定した。硬結の有無および乳房の熱感・乳房緊満感の有無の測定時期は、両群ともに介入前の1回であった。

(4) 足湯群の実験の手順

足湯群に対して、介入前(足湯前)の評価指標(収縮期血圧・拡張期血圧・脈拍数・乳房皮膚温・硬結の有無・乳房の熱感の有無・乳房緊満感の有無)を測定した。次に、足湯(介入)を実施した。足湯は、室温24~26℃、湿度60~70%、無風状態に設定した浴室で行った。褥室から浴室までの移動距離は10mで、褥婦は歩いて移動した。体位は浴槽内に背板付きの産褥椅子を置き座位の姿勢であった。その後、褥婦は浴室から褥室まで歩いて移動し臥位安静とした。介入直後、介入30分後、介入1時間後、介入1時間半後、介入2時間後の評価指標(収縮期血圧・拡張期血圧・脈拍数)の測定を実施した。最後に介入2時間後の評価指標(直接授乳量・搾母乳量)の測定を実施した。

足湯の条件は、先行研究(玄田, 1979; 高橋・丸山・遠藤, 2010)を参考に、湯温は42℃、浸漬時間は20分間、浸漬部位は対象者の膝下高に調節した。足湯終了直後は、浸漬部位に25℃の水シャワーをかけ、皮膚表面からの熱放散を低下させ、直ちに乾いたタオルで拭くこととした。

足湯中、顔面に発汗がみられる場合はタオルを用い、軽く押さえながら汗を吸収し、発汗によって熱が不感蒸泄以上に奪われないように注意した。足湯終了後においても、全身に発汗がみられる場合は、タオルを用いて軽く押さえながら拭き褥室へ移動した。

(5) コントロール群の実験の手順

コントロール群に対して、介入前(足湯前)の評価指標(収縮期血圧・拡張期血圧・脈拍数・乳房皮膚温・硬結の有無・乳房の熱感の有無・乳房緊満感の有無)を測定した。次に、臥位安静(介入)とした。臥位安静は、褥室において敷いてある布団の上で行った。その後、引き続き2時間後(足湯終了2時間後)まで臥位安静とし、最後に介入2時間後の評価指標(直接授乳量・搾母乳量)の測定を実施した。

(6) 環境の設定

評価指標の測定は、室温24~26℃、湿度50~60%、無風

状態に設定した褥室で行った。褥室は和室で、敷いてある布団の上に臥位の姿勢で測定を行った。実験の最終である直接授乳と搾乳は、布団の上に円座クッションを使用し座位の姿勢で行った。

(7) 実施方法

研究実施期間は、先行研究(樋口・梅崎・中島, 2005)を参考に、産褥1日目から継続して行った。開始時刻は、自律神経活動の影響を受けないように、褥婦の朝食後1時間かつ授乳後30分を経過していることとした。入院中の食事および水分は、助産所内で調理・提供されており、献立は入院期間分のサイクル献立により一定で、褥婦がいずれも完食できる量であった。飲食物の外部からの持ち込みは、一切なかった。授乳方法は、頻繁な直接授乳を行うこととした。実験中は、新生児を助産師に預けた。

6. 分析方法

対象者の属性は、記述統計および足湯群とコントロール群の2群間の均一性を確認するため、Student's *t*検定および χ^2 検定(Fisher's exact test, Pearson's chi-square test)を行った。生理的指標における経日的変化(両群の介入前)の比較はMann-Whitneyの*U*検定を行い、経時的変化(足湯群の介入前後)の比較はWilcoxonの符号付き順位検定を行った。介入の前後(測定時期: ①介入前, ②介入直後, ③介入30分後, ④介入1時間後, ⑤介入1時間半後, ⑥介入2時間後(以降, ①②③④⑤⑥と省略する))の生理的指標の比較は、ペア1 = ①と②, ペア2 = ①と③, ペア3 = ①と④, ペア4 = ①と⑤, ペア5 = ①と⑥で行った。なお、探索的研究のため多重比較補正は行わなかった。乳房皮膚温, 直接授乳量, 搾母乳量(補正值), 乳汁分泌量の経日的変化の比較は、Mann-Whitneyの*U*検定を行った。硬結の有無および乳房の熱感・乳房緊満感の有無は、 χ^2 検定(Fisher's exact test)を行った。解析対象人数は、各群について、各解析における産褥日数ごとに継続して参加した対象者数であった。

以上のようにして得られたデータは、平均値±標準誤差(mean±SE)で表現した。ただし、対象者の属性については、平均値±標準偏差(mean±SD)で表現した。

統計ソフト“IBM SPSS Statistics ver. 25”を用い、有意水準を5%未満とした。

7. 倫理的配慮

本研究は、愛知医科大学看護学部倫理委員会の審査・承認を受け研究を開始した(審査承認番号35)。

対象者には、研究により不利益を受けることなく、自由意思で研究への参加・不参加ができること、研究参加の意思表示の撤回や中断の自由を保証すること、乳房を撮影す

るため、赤外線サーモグラフィ装置のモニター画面を示して熱画像から個人が特定できるものではないこと、これらを口頭と文書にて説明し、同意が得られた対象者に実施した。

Ⅲ. 結 果

1. 試験の流れおよび対象者の属性 (図1, 表1, 表2)

今回、25名の対象者から研究参加の同意を得た。14名が足湯群、11名がコントロール群に割り振られた。そのうち、足湯群9名およびコントロール群2名は、対象者自身の希望による早期退院(途中脱落)となり、完遂できなかった。

初・経産の別は、初産が7名〔足湯群3名(21.4%)・コントロール群4名(36.4%)〕、1経産が18名〔足湯群11名(78.6%)・コントロール群7名(63.6%)〕であった。乳型は、Ⅱb型(おわん型;下垂している)が10名〔足湯群5名(35.7%)・コントロール群5名(45.5%)〕、次いでⅢ型(下垂が著しい)が9名〔足湯群6名(42.9%)・コントロール群3名(27.3%)〕、Ⅱa型(おわん型;下垂伴わない)が6名〔足湯群3名(21.4%)・コントロール群3名(27.3%)〕であった。対象者の属性において足湯群・コントロール群の2群間に有意差がないことを確認した。

対象者数の経日的変化は、産褥2日目まで足湯群14名・コントロール群11名、産褥3日目は足湯群13名・コントロール群11名、産褥4日目は足湯群11名・コントロール群10名、産褥5日目は足湯群5名・コントロール群9名であった。継続対象者数は、足湯群が5名(35.7%)、コントロール群は9名(64.3%)であった。他方、脱落対象者数は、足湯群が9名(81.8%)、コントロール群は2名(18.2%)であり、足湯群のほうが多く追跡不能となった。

産褥5日目における脱落対象者のうち、初・経産の別は、初産が1名〔足湯群1名(11.1%)〕・コントロール群0名(0.0%)、1経産が10名〔足湯群8名(88.9%)・コントロール群2名(100%)〕であった。乳型は、Ⅱb型(おわん型;下垂している)が7名〔足湯群5名(55.6%)・コントロール群2名(100%)〕、次いでⅢ型(下垂が著しい)が4名〔足湯群4名(44.4%)・コントロール群0名(0.0%)〕、Ⅱa型(おわん型;下垂伴わない)が0名であった。

産褥3日目および産褥4日目の継続対象者の属性において、足湯群の体重増加量に有意差を認めた(順に $t=2.994$, $p=.007$; $t=2.522$, $p=.021$)。その他については足湯群・コントロール群の2群間に有意差を認めなかった。産褥5日目の継続対象者の属性において、足湯群・コントロール群の2群間に有意差がないことを確認した。

2. 生理的指標の経日的変化(表3)

収縮期血圧・拡張期血圧・脈拍数の経日的変化は、2群間に有意差を認めなかった。さらに、収縮期血圧・拡張期血圧・脈拍数の上昇幅(前日との差)の経日的変化を確認した。2群間に有意差を認めなかった。

3. 足湯群における生理的指標の経時的変化(図2)

足湯群の収縮期血圧・拡張期血圧・脈拍数の経時的変化は、介入前に比べ介入直後は低下・減少した。しかし、産褥5日目の脈拍数は、介入前 72.6 ± 3.7 (以降、 $\text{mean} \pm \text{SE}$ を示す)回/分に比べ介入直後は 73.8 ± 5.1 回/分に増加した。この増加した理由は、対象者のうち1人が新生児の激しい啼泣に反応して変化(介入前76回/分・介入直後90回/分)がみられたためであった。

収縮期血圧は、産褥1日目のペア1・2・3・4(順に $z=-2.966$, $p=.003$; $z=-2.773$, $p=.006$; $z=-2.564$, $p=.010$; $z=-2.612$, $p=.009$)、産褥3日目のペア2($z=-2.238$, $p=.025$)、産褥4日目のペア1($z=-2.006$, $p=.045$)の介入後に有意に低下した。拡張期血圧は、産褥1日目のペア2・3(順に $z=-2.869$, $p=.004$; $z=-2.966$, $p=.003$)、産褥4日目のペア1・2・3・4(順に $z=-2.652$, $p=.008$; $z=-2.552$, $p=.011$; $z=-1.965$, $p=.049$; $z=-2.319$, $p=.020$)の介入後に有意に低下した。脈拍数は、産褥1日目のペア1($z=-2.500$, $p=.012$)、産褥3日目のペア4・5(順に $z=-2.283$, $p=.022$; $z=-2.944$, $p=.003$)、産褥4日目のペア2・5(順に $z=-2.007$, $p=.045$; $z=-2.382$, $p=.017$)の介入後に有意に減少した。

4. 乳房皮膚温の経日的変化(図3, 図4)

足湯群は産褥2日目で上昇したが、コントロール群は産褥3日目まで下降し、産褥4日目から上昇した。産褥3日目および産褥4日目の乳房皮膚温は、足湯群が有意に高値であった(順に $z=-2.066$, $p=.039$; $z=-2.397$, $p=.017$)。

乳房皮膚温の上昇幅(前日との差)の経日的変化を確認した。足湯群はすべて上昇し産褥3~4日間に最高値を示したが、コントロール群は産褥3~4日目間から上昇し産褥4~5日目間が最高値であった。産褥1~2日目間の上昇幅は、足湯群に有意差を認めた($z=-2.223$, $p=.026$)。

5. 乳汁分泌量の経日的変化(図5)

直接授乳量は、産褥5日間すべて足湯群が多く、産褥2日目 $12.6 \pm 2.7\text{g}$ から産褥5日目 $52.0 \pm 7.6\text{g}$ まで経日的に増加した。しかし、2群間に有意差を認めなかった。コントロール群は経日的に増加したが、直接授乳量の経日的増加

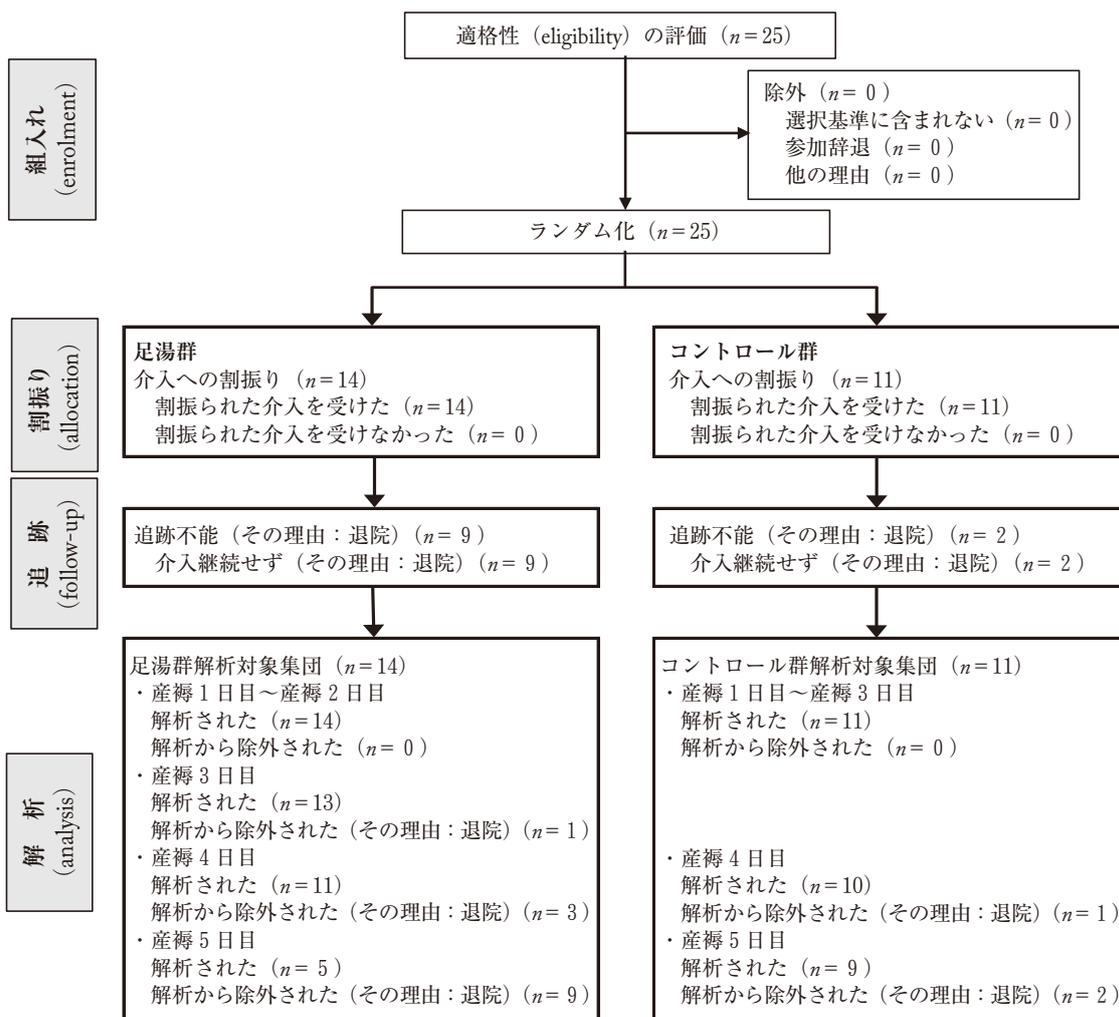


図 1 試験の流れ (CONSORT flow diagram)

表 1 対象者の属性

項目	全体 n = 25		足湯群 n = 14		コントロール群 n = 11	
	mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)
分娩時の年齢 (歳) ^a	33.5	(3.0)	34.0	(2.4)	32.9	(3.7)
身長 (cm) ^a	159.6	(4.8)	160.0	(4.2)	159.2	(5.6)
非妊時体重BMI (kg/m ²) ^a	20.3	(1.6)	20.3	(1.6)	20.3	(1.6)
分娩時体重BMI (kg/m ²) ^a	24.1	(2.1)	24.3	(1.8)	23.8	(2.4)
体重増加量 (kg) ^a	9.3	(2.3)	10.3	(2.0)	8.1	(2.1)
出生時体重 (g) ^a	3098.2	(391.9)	3167.0	(413.9)	3010.5	(361.5)
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
初・経産の別 ^b	初産	7 (28.0)	3 (21.4)	4 (36.4)		
	経産	18 (72.0)	11 (78.6)	7 (63.6)		
月経周期 ^b	25～38日迄	16 (64.0)	10 (71.4)	6 (54.5)		
	39日以上	9 (36.0)	4 (28.6)	5 (45.5)		
下肢冷感 ^b	有	24 (96.0)	14 (100.0)	10 (90.9)		
	無	1 (4.0)	0 (0.0)	1 (9.1)		
乳型 ^c	Ⅱ a型	6 (24.0)	3 (21.4)	3 (27.3)		
	Ⅱ b型	10 (40.0)	5 (35.7)	5 (45.5)		
	Ⅲ型	9 (36.0)	6 (42.9)	3 (27.3)		

[注] a : Student's *t*-test ; ns, b : Fisher's exact test ; ns, c : Pearson's chi-square test : ns (ns : not significant)。

BMI (体格指数 : Body Mass Index) = 体重 (kg) ÷ [身長 (m) × 身長 (m)]。体重増加量 (kg) = 分娩時体重 - 非妊時体重。

乳型 : Ⅱ a型 = おわん型下垂伴わない, Ⅱ b型 = おわん型下垂している, Ⅲ型 = 下垂が著しい。観察時期 : 研究を開始した時点 [産褥 1 日目の介入前 (足湯前)]。

パーセンテージ (%) は小数第 2 位を四捨五入しており, その合計値は必ずしも 100 にはならない。

表2 継続対象者の属性

産褥3日目	項目	全体 $n=24$		足湯群 $n=13$		コントロール群 $n=11$	
		mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)
分娩時の年齢 (歳) ^a		33.6	(3.1)	34.2	(2.4)	32.9	(3.7)
身長 (cm) ^a		159.7	(4.9)	160.1	(4.4)	159.2	(5.6)
非妊時体重BMI (kg/m ²) ^a		20.2	(1.5)	20.1	(1.6)	20.3	(1.6)
分娩時体重BMI (kg/m ²) ^a		24.0	(2.1)	24.2	(1.9)	23.8	(2.4)
体重増加量 (kg) ^a		9.4	(2.3)	10.5	(1.9)	8.1	(2.1) **
出生時体重 (g) ^a		3098.8	(400.3)	3173.5	(430.1)	3010.5	(361.5)
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
初・経産の別 ^b	初産	7	(29.2)	3	(23.1)	4	(36.4)
	経産	17	(70.8)	10	(76.9)	7	(63.6)
月経周期 ^b	25~38日迄	15	(62.5)	9	(69.2)	6	(54.5)
	39日以上	9	(37.5)	4	(30.8)	5	(45.5)
下肢冷感 ^b	有	23	(95.8)	13	(100.0)	10	(90.9)
	無	1	(4.2)	0	(0.0)	1	(9.1)
乳型 ^c	II a型	6	(25.0)	3	(23.1)	3	(27.3)
	II b型	9	(37.5)	4	(30.8)	5	(45.5)
	III型	9	(37.5)	6	(46.2)	3	(27.3)
産褥4日目	項目	全体 $n=21$		足湯群 $n=11$		コントロール群 $n=10$	
		mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)
分娩時の年齢 (歳) ^a		33.7	(2.8)	34.9	(1.0)	32.4	(3.5)
身長 (cm) ^a		159.7	(4.6)	159.5	(4.0)	159.9	(5.3)
非妊時体重BMI (kg/m ²) ^a		20.1	(1.4)	20.3	(1.5)	20.0	(1.2)
分娩時体重BMI (kg/m ²) ^a		23.8	(1.9)	24.4	(1.9)	23.2	(1.7)
体重増加量 (kg) ^a		9.4	(2.3)	10.4	(1.8)	8.2	(2.2) *
出生時体重 (g) ^a		3110.5	(420.8)	3226.2	(448.1)	2983.2	(368.9)
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
初・経産の別 ^b	初産	7	(33.3)	3	(27.3)	4	(40.0)
	経産	14	(66.7)	8	(72.7)	6	(60.0)
月経周期 ^b	25~38日迄	12	(57.1)	7	(63.6)	5	(50.0)
	39日以上	9	(42.9)	4	(36.4)	5	(50.0)
下肢冷感 ^b	有	20	(95.2)	11	(100.0)	9	(90.0)
	無	1	(4.8)	0	(0.0)	1	(10.0)
乳型 ^c	II a型	6	(28.6)	3	(27.3)	3	(30.0)
	II b型	6	(28.6)	2	(18.2)	4	(40.0)
	III型	9	(42.9)	6	(54.5)	3	(30.0)
産褥5日目	項目	全体 $n=14$		足湯群 $n=5$		コントロール群 $n=9$	
		mean	(SD)	mean	(SD)	mean	(SD)
分娩時の年齢 (歳) ^a		33.3	(3.3)	35.2	(0.8)	32.2	(3.7)
身長 (cm) ^a		160.3	(4.6)	159.5	(4.4)	160.8	(4.8)
非妊時体重BMI (kg/m ²) ^a		19.9	(1.2)	19.3	(1.4)	20.2	(1.1)
分娩時体重BMI (kg/m ²) ^a		23.4	(1.6)	23.4	(1.6)	23.3	(1.7)
体重増加量 (kg) ^a		8.9	(2.4)	10.4	(2.0)	8.1	(2.3)
出生時体重 (g) ^a		3042.0	(323.7)	3080.0	(251.9)	3020.9	(370.3)
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
初・経産の別 ^b	初産	6	(42.9)	2	(40.0)	4	(44.4)
	経産	8	(57.1)	3	(60.0)	5	(55.6)
月経周期 ^b	25~38日迄	7	(50.0)	2	(40.0)	5	(55.6)
	39日以上	7	(50.0)	3	(60.0)	4	(44.4)
下肢冷感 ^b	有	13	(92.9)	5	(100.0)	8	(88.9)
	無	1	(7.1)	0	(0.0)	1	(11.1)
乳型 ^c	II a型	6	(42.9)	3	(60.0)	3	(33.3)
	II b型	3	(21.4)	0	(0.0)	3	(33.3)
	III型	5	(35.7)	2	(40.0)	3	(33.3)

[注] 解析対象人数は、産褥3日目以降変化している。追跡不能（その理由：退院）は解析から除外した。

a : Student's t -test ; **産褥3日目の体重増加量 : $t=2.994$ $p=.007$, *産褥4日目の体重増加量 : $t=2.522$ $p=.021$, 他 : ns (ns : not significant)。b : Fisher's exact test ; ns。c : Pearson's chi-square test ; ns (ns : not significant)。

BMI (体格指数 : Body Mass Index)。BMI = 体重 (kg) ÷ [身長 (m) × 身長 (m)]。体重増加量 (kg) = 分娩時体重 - 非妊時体重。乳型 : II a型 = おわん型下垂伴わない, II b型 = おわん型下垂している, III型 = 下垂が著しい。観察時期 : 研究を開始した時点 [産褥1日目の介入前 (足湯前)]。

パーセンテージ (%) は小数第2位を四捨五入しており, その合計値は必ずしも100にはならない。

表3 生理的指標の経日的上昇幅の変化

項目	産褥日数-産褥日数	足湯群 (n=14)			コントロール群 (n=11)			z	p
		n	mean	(SE)	n	mean	(SE)		
収縮期血圧	1 - 2	14	-1.43	(3.06)	11	-2.00	(3.03)	-0.551	.582
	2 - 3	13	2.23	(2.39)	11	4.18	(2.37)	-0.378	.706
	3 - 4	11	1.36	(2.26)	10	-1.60	(1.36)	-0.864	.388
	4 - 5	5	-2.40	(3.49)	9	2.22	(2.09)	-1.141	.254
拡張期血圧	1 - 2	14	3.57	(1.92)	11	-2.36	(1.90)	-1.697	.090
	2 - 3	13	0.77	(2.34)	11	3.55	(1.49)	-0.816	.415
	3 - 4	11	1.27	(2.09)	10	0.50	(1.34)	-0.359	.719
	4 - 5	5	-2.40	(2.04)	9	1.56	(3.09)	-0.672	.502
脈拍	1 - 2	14	4.07	(1.23)	11	0.64	(2.09)	-1.462	.144
	2 - 3	13	-1.00	(1.49)	11	-0.64	(1.31)	-1.321	.187
	3 - 4	11	0.27	(1.07)	10	3.10	(1.59)	-1.602	.109
	4 - 5	5	-2.40	(0.98)	9	-0.56	(1.25)	-1.025	.305

[注] Mann-Whitney U Test ; ns (ns : not significant).

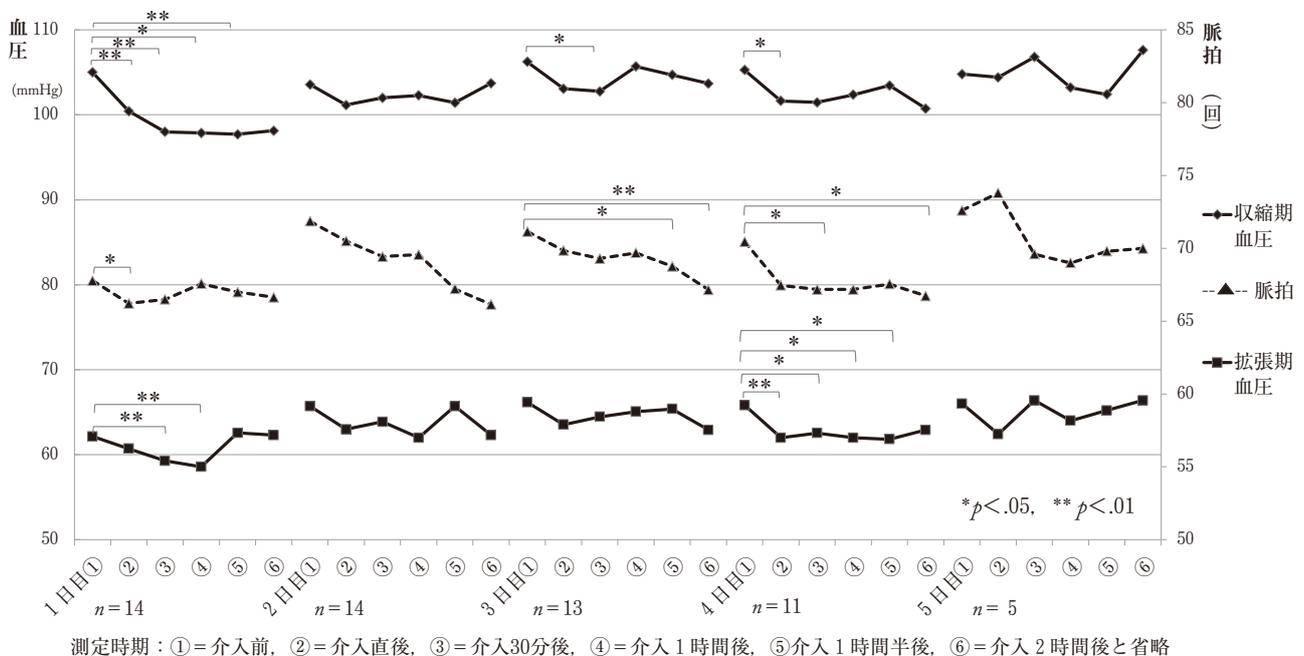


図2 足湯群による生理的指標の経時的変化

幅は足湯群と比べ小さかった。

搾母乳量(補正值)は、産褥5日間すべて足湯群が多かった。産褥2日目足湯群 $2.9 \pm 0.9g$ ・コントロール群 $0.5 \pm 0.5g$ 、産褥5日目足湯群 $6.7 \pm 3.9g$ ・コントロール群 $0.0 \pm 0.0g$ は、足湯群に有意差を認めた(順に $z = -2.328, p = .020$; $z = -2.505, p = .012$)。

乳汁分泌量は、産褥5日間すべて足湯群が多かった。産褥2日目の足湯群 $15.5 \pm 3.2g$ は、コントロール群 $7.6 \pm 3.2g$ の2倍量で、足湯群に有意差を認めた($z = -2.197, p = .028$)。また、産褥5日目は、足湯群 $58.7 \pm 10.7g$ がコントロール群 $35.3 \pm 6.2g$ と比べ平均 $23.4g$ 多かった。

6. 硬結の有無および乳房の熱感・乳房緊満感の有無の経日的変化(表4)

硬結「有」は、足湯群が産褥2日目1名(7.1%)・3日目2名(15.4%)・4日目以降は0名(0.0%)、コントロール群が産褥3日目4名(36.4%)・4日目4名(40.0%)・5日目3名(33.3%)であった。産褥4日目は、コントロール群に有意差を認めた($p = .035$, Fisher正確検定による)。

乳房の熱感は、足湯群が産褥2日目に14名(100%)全員が自覚し有意差を認めた($p = .003$, Fisher正確検定による)。コントロール群は、産褥4日目に9名(90.0%)が自覚した。

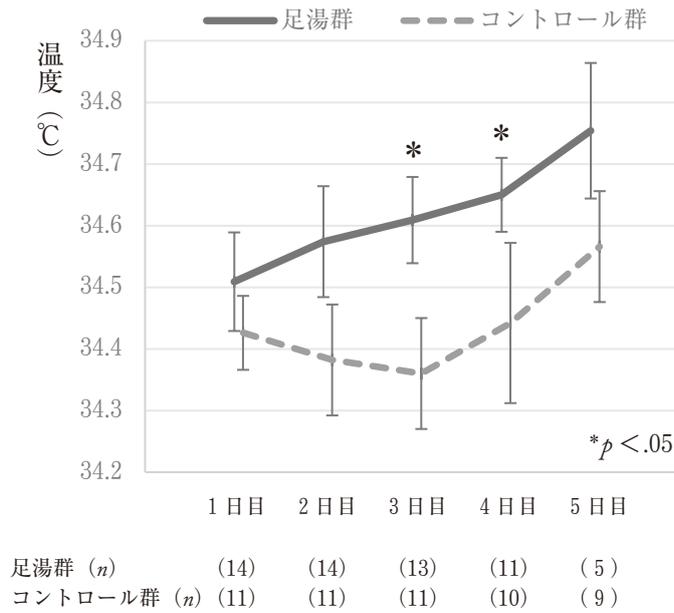


図3 乳房皮膚温の経日的変化

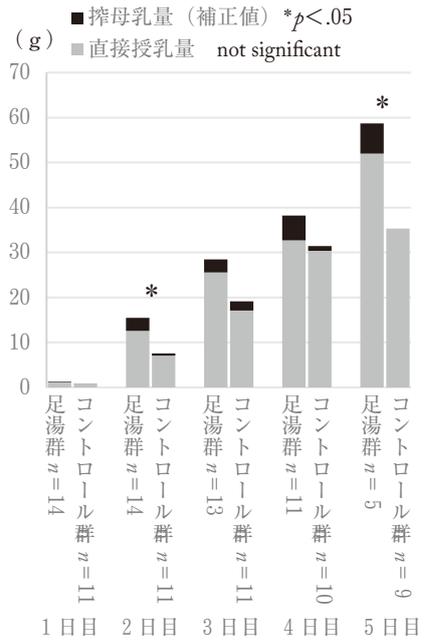


図5 乳汁分泌量の経日的変化

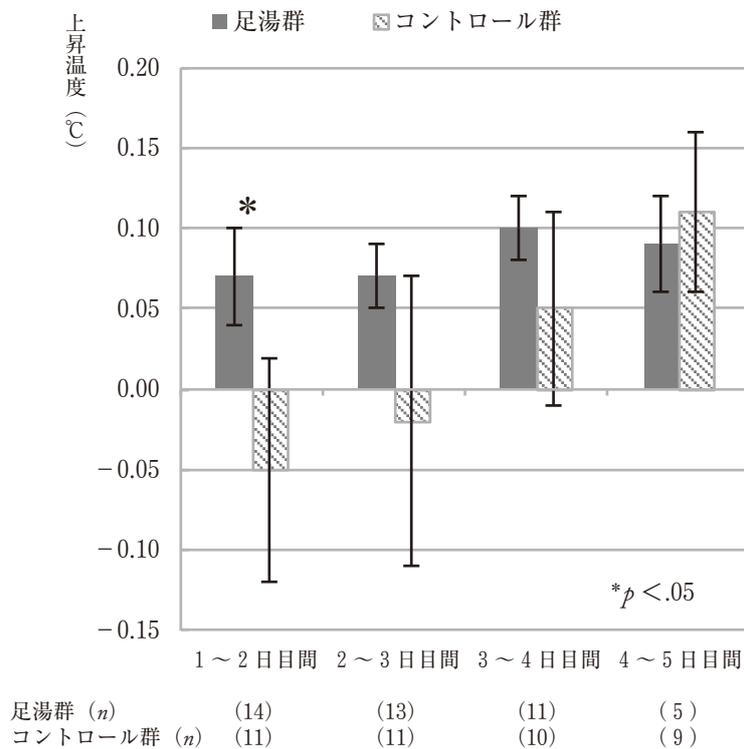


図4 乳房皮膚温の経日的上昇幅の変化

表4 硬結・乳房の熱感・乳房緊満感の有無の経日的変化

項目	産褥日数	足湯群 (n=14)				コントロール群 (n=11)				p		
		n	有	(%)	無	(%)	n	有	(%)		無	(%)
硬結	1	14	0	(0.0)	14	(100.0)	11	0	(0.0)	11	(100.0)	-
	2	14	1	(7.1)	13	(92.9)	11	0	(0.0)	11	(100.0)	1.000
	3	13	2	(15.4)	11	(84.6)	11	4	(36.4)	7	(63.6)	.357
	4	11	0	(0.0)	11	(100.0)	10	4	(40.0)	6	(60.0)	.035 *
	5	5	0	(0.0)	5	(100.0)	9	3	(33.3)	6	(66.7)	.258
乳房の熱感	1	14	2	(14.3)	12	(85.7)	11	1	(9.1)	10	(90.9)	1.000
	2	14	14	(100.0)	0	(0.0)	11	5	(45.5)	6	(54.5)	.003 **
	3	13	13	(100.0)	0	(0.0)	11	9	(81.8)	2	(18.2)	.199
	4	11	11	(100.0)	0	(0.0)	10	9	(90.0)	1	(10.0)	.476
	5	5	5	(100.0)	0	(0.0)	9	8	(88.9)	1	(11.1)	1.000
乳房緊満感	1	14	2	(14.3)	12	(85.7)	11	1	(9.1)	10	(90.9)	1.000
	2	14	13	(92.9)	1	(7.1)	11	6	(54.5)	5	(45.5)	.056
	3	13	13	(100.0)	0	(0.0)	11	9	(81.8)	2	(18.2)	.199
	4	11	11	(100.0)	0	(0.0)	10	9	(90.0)	1	(10.0)	.476
	5	5	5	(100.0)	0	(0.0)	9	8	(88.9)	1	(11.1)	1.000

[注] 乳房の熱感・乳房緊満感：主観的情報
Fisher's exact test. * $p < .05$, ** $p < .01$.

乳房緊満感は、足湯群が産褥3日目に13名(100%)全員が自覚した。コントロール群は、産褥4日目に9名(90.0%)が自覚した。

IV. 考 察

1. 生理的指標の変化

生理的指標の経日的変化について2群間に有意差を認めなかった理由は、足湯が血圧および脈拍数に対して影響を及ぼさなかったことが考えられる。しかしながら、有意差がないことから両群は同等であるとは判断できない。

足湯群による生理的指標の経時的変化において、血圧および脈拍数は、介入直後に低下・減少した。特に産褥1日目の介入後は有意に低下・減少していることが確認された。血圧の低下および脈拍数の減少の変化について、金子・熊谷・尾形・竹本・山本(2009)は、循環系を支配する交感神経系の活動の抑制、および副交感神経系の活動の賦活化により引き起こすことを説明している(pp.39-41)。このことから、足湯による血管の拡張・血液循環の促進が自律神経系への影響を及ぼし、血圧の低下および脈拍数の減少を招いたと考えられた。福留・松本・豊増(2011)は、足浴後の血圧・脈拍数が有意に低下し交感神経活動の抑制作用により身体的リラクゼーションを導き、副交感神経の優位状態が精神的リラクゼーションを誘導しうることが示唆されたと述べている(p.220)。先行研究とは対象者や条件が多少異なるものの、本研究が先行研究と同様の傾向を示したことは、足湯後に確認された血圧・脈拍数の変

化は、循環系を支配する交感神経系の活動性低下、および副交感神経系の活動性亢進により引き起こされていると推察された。したがって、これまでの研究結果と同様に、足湯がリラクゼーション効果を有することが示唆された。

2. 乳房皮膚温および乳汁分泌量の変化

小西ほか(2006)は、乳房皮膚温の最高値が、足湯群は産褥2日目、対照群は産褥4日目に示したことを報告し、産褥1日目からの足湯により乳房皮膚温の上昇する時期を早めることができると述べている(p.166)。本研究においても、乳房皮膚温は足湯群が産褥2日目から、コントロール群が産褥4日目から経日的に上昇した。産褥1日目からの足湯が、乳房皮膚温の上昇への効果を促したことが、産褥1~2日目間の上昇幅から推察された。

渡邊ほか(1993)は、サーモグラフィによる乳房皮膚温と乳汁分泌との関連において、乳汁分泌のよい人は乳腺組織の血液循環や代謝が活発で乳房皮膚温が高いことを報告している(pp.465-468)。本研究においても足湯群は、コントロール群と比べ乳房皮膚温は高く、乳汁分泌量は多く認められ類似した結果が示された。本研究の足湯は、膝下高までの高い浸漬部位にしているため、浸かった部分はすべて静水圧を受け、血管や筋肉に水圧がかかり、血流を促進させることから乳房皮膚温の上昇に影響を及ぼしたと考えられる。さらに、冷え性の自覚のない褥婦は、自覚のある褥婦と比べて乳房皮膚温は高く、乳汁分泌量は多いと報告されている(畑佐ほか, 2008, p.96)。たつの(2005)も、足が冷たくなりやすいと訴える妊婦は、乳腺の発育が

悪く乳汁分泌が少ないと報告している (pp.53-55)。先行研究より、本研究対象者のうち足湯群14名全員を含む24名が下肢冷感「有」であったことから、おおむね乳汁分泌が少なくなることが推察された。しかしながら、乳汁分泌が増えたことは、温浴(足湯)が主観的な冷え症への対応策として有効であると示唆されている(高田・高田, 2000, p.73)ことが理由と考えられた。

搾母乳量(補正值)については有意差を認めた。新生児の出生時体重は2群間に有意差がないことから、児が母乳を飲みとってくれる量はおおむね同等と推測された。したがって、直接授乳量は有意差が認められなかったと考えられた。しかし、搾母乳量(補正值)は、足湯による血流の促進や乳房皮膚温の上昇効果によって乳汁分泌が促され、直接授乳後においても乳房内に乳汁が貯まること、すなわち乳汁産生量の増加に影響を及ぼし有意差が認められたと推察された。

本研究において、乳汁分泌量は足湯群がコントロール群よりも多いと推測される。また脱落対象者数は、足湯群がコントロール群よりも多かった。2群間において直接授乳および頻繁な授乳条件は同じであり、足湯により乳汁分泌の状態が良好になったと推察される。このことは、母乳育児へとつながった対象者が足湯群に多かったことを意味している。

3. 硬結の有無および乳房の熱感・乳房緊満感の有無の変化

硬結は、乳房トラブルである(中尾・宮原, 2000; 中村・牧野・家城・鈴木, 2001)。うつ乳は、乳腺組織内の乳汁貯留であるため、乳汁分泌が亢進して自己管理へ進むことが示唆されている(中村ほか, 2001, p.359)。本研究で硬結は、足湯群が産褥2日目・3日目にみられた後、産褥4日目には消失している。一方、コントロール群は産褥3日目から5日目までみられた。硬結はうつ乳状態時に形成されるため、両群の経日的な出現傾向が乳汁分泌量の上昇と同様の傾向を示したと考えられた。硬結の消失時期は、足湯群がコントロール群よりも早かった。足湯が乳房全体の血液循環を促したからと考えられた。

足湯群では、乳房の熱感が産褥2日目、乳房緊満感が産褥3日目にコントロール群よりも早く出現した。これらの経日的な出現傾向は、乳房皮膚温の上昇と類似していた。産褥期には乳汁の分泌開始に伴い、組織の酸素消費量が増加するなど代謝の亢進が起り、局所の熱産生が促進するため自覚的にも他覚的にも熱感を伴うことが示唆されている(石村・今井, 2010, p.28)。このことから、乳汁分泌開始の産褥2日目に、乳房の熱感が自覚できることはおおむね一致すると考えられた。また、乳房皮膚温は、乳

房緊満感をとらえる指標として適応できる(及川・鳥袋, 2014, p.15)ことから、対象者自身が乳房の変化を的確にとらえていることが確認できた。両群の直接授乳と頻繁な授乳の条件は同じであるため、出現の日時差は足湯の影響であると考えられた。

4. 研究の限界および今後の課題

本研究の限界は、以下のことが考えられる。

研究対象者数は、統計学的に計算した結果、各群15例が必要であったのに対し、データ収集期間の条件から足湯群14例およびコントロール群11例となり、必要予定数を満たさなかったことがあげられる。また、25名の研究対象者のうち、11名は対象者の希望による早期退院(途中脱落)となり、産褥5日目まで完遂できなかったことがあげられる。

今後は、対象者の生体としての恒常的な反応を得るために、測定環境および介入条件を可能な限り統制し、観察や測定条件の整備と対象者数の増加により、本研究の信頼性を高めていくことが課題である。

V. 結 論

産褥早期に直接授乳をしている褥婦への足湯を継続して行い、乳汁分泌に及ぼす足湯の介入効果を検討した結果、以下のことが明らかになった。

1. 乳房皮膚温は足湯群が産褥2日目から、コントロール群が産褥4日目から経日的に上昇した。産褥1日目からの足湯が、乳房皮膚温の上昇への効果をもたらした。
2. 搾母乳量(補正值)は、産褥2日目・5日目において、足湯群に有意差を認めた。
3. 硬結の消失時期は、足湯群がコントロール群よりも早かった。
4. 乳房の熱感や乳房緊満感の有無は、足湯群がコントロール群よりも早く出現した。これらの出現傾向は、乳房皮膚温の上昇と類似していた。

謝 辞

本研究にご協力くださいました25名の褥婦さまおよびご家族の皆さま、研究施設の皆さまに深く感謝申し上げます。また、本研究をまとめるにあたりご指導くださいました一宮研伸大学看護学部の田辺圭子教授、元愛知医科大学看護学部の窺伊久美子教授に心より感謝申し上げます。

なお、本研究は第33回日本看護科学学会学術集会上において発表した内容の一部加筆・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：産褥早期に直接授乳をしている褥婦への足湯を継続して行い、乳汁分泌に及ぼす足湯の介入効果を検討することである。

方法：母乳育児を希望する経膣分娩後の褥婦を対象に、血圧、脈拍数、乳房皮膚温、直接授乳量、搾母乳量、乳汁分泌量、硬結の有無、乳房の熱感・乳房緊満感の有無について、ランダム化比較試験を行った。

結果：乳房皮膚温は足湯群が産褥2日目から、コントロール群が産褥4日目から経目的に上昇した。搾母乳量(補正值)は、産褥2日目・5日目において足湯群に有意差が認められ、乳汁分泌量は産褥5日間すべて足湯群が多かった。硬結の消失時期および乳房の熱感や乳房緊満感の出現時期は、足湯群がコントロール群よりも早かった。

結論：足湯は血流を促進させて皮膚温を上昇させ、かつ代謝の亢進を促し、乳房皮膚温の上昇、乳汁産生量の増加、乳汁貯留の軽減、乳汁の分泌開始時期を早める効果をもつことが明らかになった。

Abstract

Purpose: To investigate the effects of *Ashiyu* intervention on lactation by continuously administering the intervention in early-stage postpartum women who are breastfeeding directly.

Methods: A randomized controlled trial was conducted with postpartum women who hoped to breastfeed their child, after vaginal delivery. Blood pressure, pulse rate, breast skin temperature, direct breastfeeding volume, expressed breast milk volume, lactation intensity, breast induration, warmth and tightness in the breasts were evaluated.

Results: In the *Ashiyu* group, breast skin temperature gradually increased from the second postpartum day, whereas in the control group, it increased from the fourth postpartum day. The expressed breast milk volumes were significantly higher in the *Ashiyu* group on the second and fifth postpartum days. Lactation intensity was also higher in the *Ashiyu* group on all five postpartum days. Moreover, breast induration disappeared earlier, and warmth and tightness in the breasts appeared earlier in the *Ashiyu* group.

Conclusions: Our results suggest that by promoting blood circulation, increasing skin temperature, and hence, enhancing metabolism, *Ashiyu* intervention effectively increases breast skin temperature and breast milk production, reduces build-up of breast milk, and induces the start of lactation.

文 献

- 福留英明, 松本悠貴, 豊増功次 (2011). 短時間の炭酸泉足浴が高年女性のストレス軽減に及ぼす効果. 日本循環器病予防学会誌, 46(3), 216-222.
- 玄田公子 (1979). 足浴の生体に及ぼす影響. 滋賀県立短期大学学術雑誌, 20, 112-115.
- 畑佐樹里, 鎌田香奈子, 荒川愛子, 岡田優美, 下鳥亜紀子, 寺西亜砂美, 宮本久子, 村田和子 (2008). 冷え性と乳房皮膚温の関連 母乳分泌における一考察. 日本看護学会論文集 (母性看護), 38, 95-96.
- 樋口敏美, 梅崎文子, 中島佳緒里 (2005). 腹式帝王切開術後の下肢浮腫に対する足浴の有効性. 日本看護学会論文集 (母性看護), 36, 29-31.
- Hulley, S.B., Cummings, S.R., Browner, W.S., Grady, D.G., and Newman, T.B. (2013). *Designing Clinical Research*. 4th ed., Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 石村由利子, 今井訓子 (2010). 乳房ケアに関する客観的評価方法導入の試み: サーモグラフィによる乳房の表面温と乳汁分泌状態の観察. 近大姫路大学看護学部紀要, 2, 25-30.
- 河田みどり, 池邊敏子 (2013). 産後の疲労と授乳の関連. 千葉科学大学紀要, 6, 103-110.
- 金子健太郎, 熊谷英樹, 尾形 優, 竹本由香里, 山本真千子 (2009). 足浴が生体に及ぼす生理学的効果: 循環動態・自律神経活動による評価. 日本看護技術学会誌, 8(3), 35-41.
- 小西一代, 高井雅美, 宮本真澄美, 酒井照枝, 小嶋康夫 (2006). 褥婦への足浴と頻回授乳による乳房皮膚温と児の体重変化への影響. 日本看護学会誌, 15(2), 159-166.
- 小西清美, 工藤寛子, 尾崎麻美 (2010). 産褥早期の足浴・足マッサージによる乳輪・乳房への効果: 乳輪・乳房の皮膚温の経日的変化から. 母性衛生, 51(2), 385-395.
- 厚生労働省 (2010). 日本人の食事摂取基準 (2010年版) 概要. <https://www.mhlw.go.jp/houdou/2009/05/h0529-1.html> (2018年6月17日参照)
- 厚生労働省 (2016). 平成27年度 乳幼児栄養調査結果の概要. <http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000134208.html> (2018年6月17日参照)
- 町田稔文, 多賀理吉 (2000). 乳汁分泌の促進. 産科と婦人科, 67(2), 201-206.
- 水野克己 (2010). 母乳分泌の生理. 小児内科, 42(10), 1586-1592.
- 水野克己, 水野紀子, 瀬尾智子 (2012). よくわかる母乳育児 (改訂第2版). 東京: へるす出版.
- 中村喜美子, 牧野綾乃, 家城絹代, 鈴木万壽子 (2001). 乳房観察記録からみた乳房トラブルの産褥入院中と退院後の関連. 母性衛生, 42(2), 353-359.
- 中尾優子, 宮原春美 (2000). 最終直接母乳時期からみる母乳育児支援の検討. 長崎大学医療技術短期大学部紀要, 13, 155-157.
- 根津八紘 (1997). 乳房管理学 (改訂). 下諏訪: スマート企画.
- 及川美穂, 鳥袋香子 (2014). 産褥早期の乳房緊満に関する看護者による観察の妥当性について: 主観的観察基準に基づく観察と乳房皮膚温との関連性からの検討. 北里看護学誌, 16(1), 9-16.

- 岡本佐智子, 江守陽子 (2010). リラクゼーションを目的とした足湯の効果に関する看護研究の検討. 埼玉県立大学紀要, 11, 71-77.
- 奥山慶子, 佐藤久美, 宮本美紀, 服部美穂 (2003). 足湯が褥婦の乳房にもたらす効果. 徳島市民病院医学雑誌, 17, 35-38.
- Riordan, J. (2004). *Breastfeeding and Human Lactation*. 3rd ed., Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.
- 高田明和, 高田由美子 (2000) 生理学はおもしろい. 東京: 医学書院.
- 高橋 彩, 丸山和美, 遠藤俊子 (2010). 産褥早期の疲労回復に対するアロマオイルを用いた足湯効果. 山梨県母性衛生学会誌, 9(1), 28-33.
- 武谷雄二, 藤本征一郎, 佐藤和雄, 水口弘司, 友田 豊, 岡田弘二, 谷澤 修, 青野敏博, 岡村 均, 多賀理吉, 三宅 侃, 苛原 稔, 開原成允 (2003). CG-101 (カバサル錠) の産褥性乳汁分泌抑制を必要とする褥婦に対する第Ⅲ相二重盲検比較試験: メシル酸プロモクリプチンとの比較. 産科と婦人科, 70(7), 965-978.
- 武谷雄二, 木下俊彦, 水野正彦, 坂元正一 (1983). 乳汁分泌に影響を及ぼす産科的諸因子の検討. 産科と婦人科, 50(12), 2105-2110.
- 立岩 孝, 岡田 晃, 高邑昌輔 (1984). 産褥初期の乳汁分泌に関する臨床疫学的研究. 金沢大学十全医学会雑誌, 93(3), 454-470.
- たつのゆりこ (2005). 妊産婦のリラクゼーションとマッサージ. ペリネイタルケア, 24(7), 711-718.
- 渡邊朝香, 石川順子, 新里康尚, 釜付弘志, 丹羽邦明, 森川重敏, 金倉洋一, 米谷国男 (1993). 妊娠後期, 産褥期の乳房超音波およびサーモグラフィー所見と母乳分泌動態との関連について. 日本新生児学会雑誌, 29(3), 463-469.
- 山下祐子, 茅原幸子, 多田幸子, 三村麻里 (2009). 母乳率上昇を目指した乳房ケアについて: 早期授乳・乳管開通法導入結果. 日本看護学会論文集 (母性看護), 39, 12-14.

[2019年1月4日受 付]
[2019年5月14日採用決定]

—原 著—

計画的行動理論に基づく看護師の転職意思決定モデルの構築

Development of a Decision-Making Model of Job Change in Nurses Based on the Theory of Planned Behavior

田 中 聡 美 布 施 淳 子
Satomi Tanaka Junko Fuse

キーワード：看護師，転職，計画的行動理論

Key Words：nurse, turnover, The Theory of Planned Behavior

緒 言

近年、組織主導によるキャリア開発から、個人主導によるキャリア形成が主流化しつつあり（坂井，2004）、自分にあった仕事内容や働き方を求める転職者が増加している。価値観の多様化に伴い、有職者全体の転職意思が高まり（花田，2013）、自主的な転職はすべての有職者にとって起こる可能性が高い現象（太田，2005）となった。組織にとっての転職は内部育成者流出のリスクを伴うものであり、流出した人材を補うためには転職入職者を戦力として受け入れることが重要（坂井，2004；宋，2008）となってきた。看護師の転職状況を概観すると、2017年度の常勤看護職員離職率は10.9%（日本看護協会，2018）であり、1年間に約1割の看護師が離職する傾向にある。離職を経験したことがある看護師は看護師全体の約半数であり、離職者の約7割が離職後5年以内に再就業している（日本医師会，2008）ことから、看護職は転職者が多い職種といえる。平成24年度に再就業をした看護師は約14.0万人、同年の看護師免許新規取得者数は約5万8千人（厚生労働省，2014）であり、転職入職者の比率は新規採用による入職率を上まわる傾向が続いている。転職入職者数が増加している現代、医療機関では転職入職者ができる限り長期にわたりその高い能力を発揮し続けていけるように、再転職を防ぐための施策を講じることが人事マネジメント上の課題（厚生労働省，2018）といわれている。転職を防ぐために、先行研究では一般勤労者を対象として「転職行動に影響を与える要因」が多数調査され、それら要因間の関連を系統的に理解するために「転職の意思決定モデル」が検討されてきた。また、ほとんどの研究において転職の主な原因を検討するために、組織コミットメント（De Gieter, Hofmans, & Pepermans, 2011；Steel & Lounsbury, 2009）や職務満足（Coomber, & Barriball, 2007；Battistelli, Galletta, & Pohl, 2013；Hayes, et al., 2012）を採用していることが報告

されている。Farrell & Rusbult（1981）によると、組織コミットメントは転職行動を直接予測することが可能であると示唆されている。Farrell & Rusbult（1981）は、転職者と残留者の組織コミットメントを比較し、ある期間までは両者に有意差はみられないと述べている。しかし転職行動直前になると、転職者の組織コミットメントは急激な低下を示した。このことから、勤労者の組織コミットメントを常時観察することができればリテンション・マネジメントに有用であると考えられるが、現実的には勤労者の組織コミットメントを常時観察することは困難である。また、転職者のなかには職務不満足や組織コミットメントの低下を態度に表さずに転職するケースもある（Ajzen, 1991）ため、モデルの予測精度には限界があり、職務満足や組織コミットメントなどに代わる変数を用いてモデルの予測精度を向上させる必要がある（Battistelli, 2013；Griffeth, Hom, & Gaertner, 2000；Judge, 1993；Prestholdt, Lane, & Mathews, 1987）。

転職の意思決定モデルの予測精度を高めるための視点としてMobley, et al.（1977）は、「個人の転職に対する認知的概念や評価的概念」をモデルに加えることを指摘している。またCaricati, et al.（2014）は、看護師個人が多様な転職の影響要因に関してどのように認識・評価して行動するかは、各人の価値観に基づいて行われると述べ、価値観が転職の意思決定に影響を及ぼすと示唆している。さらにHayes, et al.（2012）は、多様化する転職パターンを分析するための視点として、転職に対する個人の価値観を明らかにする必要性を指摘している。3つの研究の示唆によると、個人の転職に対する認識と評価、つまり価値観を考慮する必要性が指摘されている。国外の先行研究ではこれらの指摘を受けて、Ajzen（1991）による計画的行動理論の枠組みを採用した研究が進められている（van Hoof, Born, Taris, & van der Flier, 2004；Prestholdt, et al., 1987；Liou, 2009；van Breukelen, van der Vlist, & Steensma, 2004）。計画的行動理論とは、「人間は特定の行動を起こす前に、その

行動をすることによって得られる結果を考慮する」という前提のもとに成り立ち、態度と行動との関連性を説明する理論のなかでは現在最も説明力が高いとされる（広瀬, 1992）。Ajzenは計画的行動理論のなかで、態度と行動との関連を次のようなモデルによって説明している。行動の直接の規定因は、行動意思である。そして、その意思を規定するのは行動に対する【行動に対する態度】と【主観的規範】と【行動の統制感】の3つである。【行動に対する態度】とは、ある行動に対する当事者の認識とその行動の結果への評価、つまり価値観である。【主観的規範】とはその行動が他者から期待されているか否かの評価である。【行動の統制感】とは、その行動を行う能力や機会、資源があるか否かの評価である。ある行動に対する【行動に対する態度】【主観的規範】【行動の統制感】が行動意思を形成し、行動意思が行動を規定する（Ajzen, 1991）。以上の理論的フレームワークを図示したものが図1のとおりである。これまでに先行研究においてモデルが検討され、意思の規定因となる【行動に対する態度】【主観的規範】【行動の統制感】から個人の態度の特徴を把握することで、行動変容への意思をもつための支援方法が検討されている（van Hooff, et al., 2004 ; Prestholdt, et al., 1987 ; Liou, 2009）。計画的行動理論の枠組みを看護師の転職の意思決定モデルに用いる意義は、再転職を防ぐための支援方法を検討することに活用できることである。しかし、国内では計画的行動理論をフレームワークとした研究自体が少なく、現代の国内の看護師を対象とした研究は見当たらない。また、看護領域において転職行動に影響を与える規定因を明らかにしようとする研究は、主に組織側にある問

題の構造を明らかにしようとするものであり、転職行動の抑制には至っていない。今後、再転職を防ぐための支援方法を検討するためには、看護師個人の転職に対する態度の特徴を把握することが必要であると考えられる。そこで本研究では、計画的行動理論の枠組みに基づき、看護師の転職意思決定を規定する【行動に対する態度】【主観的規範】【行動の統制感】から変数を抽出し、モデルを構築することを目的とした。

I. 用語の操作的定義

(1) 転 職

看護師は、離職後5年以内に他の医療機関に再就業する者が多い（日本医師会, 2008）ことから、看護師の転職とは、「再就業までの期間を問わず看護師として勤務先を変える転社のこと」と定義した。

(2) 転職意思

先行研究では、転職意思と転職行動を区別せずに扱う傾向がある（De Gieter, et al., 2011 ; Griffeth, et al., 2000 ; Hayes, et al., 2006 ; Richer, Blanchard, & Vallerand, 2002）。Jacobs & Roodt (2008) は縦断研究を実施し、転職意思をもつ看護師の79%が1年以内に退職したことから、転職意思と転職行動の関連は高く、転職意思を転職行動の代替変数として使用可能であると述べている。また、類似した用語としては「転職意思」「転職意図」「離職意図」「離職意図」などがあり、転職と離職は厳密に区別されずに扱われている（山本, 2008）。そこで本研究では、先行研究の用語の定義において厳密に区別されていない限り「転職行

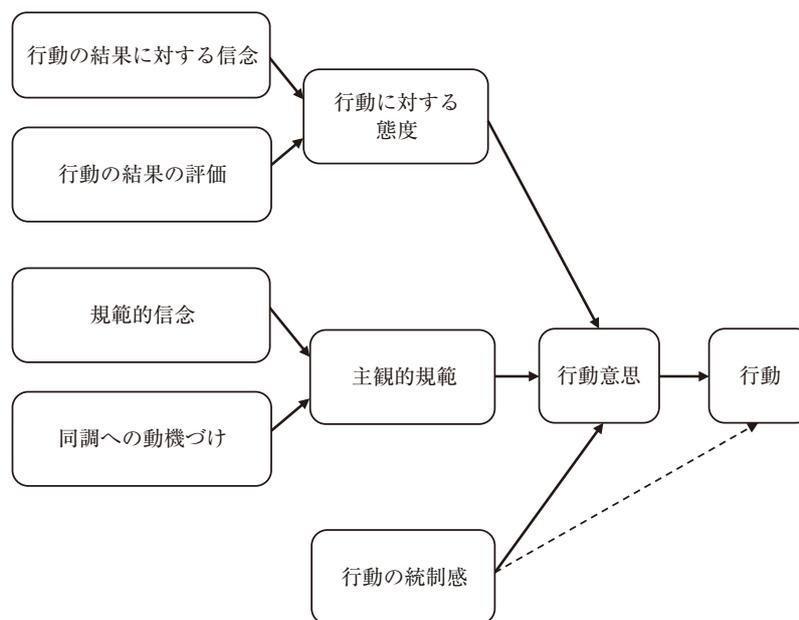


図1 計画的行動理論 (Ajzen, 1991)

動」「転職意図」「離職意図」「離職意図」等を転職意思として扱う。

(3) 行動に対する態度

【行動に対する態度】は、その行動を起こした結果何が起るかという「行動の結果に対する信念」と、その結果を良いと思うか悪いと思うかという「行動の結果の評価」から構成される概念である（伊東，1997）。

(4) 主観的規範

【主観的規範】は、ある行動の遂行に関して、その人にとって重要である他者たち（例：両親，教師，同僚・友人などの個人や社会）がいかに考えるかということについて、その人自身の知覚，信念を表す「規範的信念」と、自分の行動に関連する他者の期待に「同調しようとする動機づけ」から構成される概念である（伊東，1997）。

(5) 行動の統制感

【行動の統制感】とは、ある行動を行うことについてどの程度容易あるいは困難と認知しているかということの意味する（Ajzen, 2005）。

II. 研究方法

A. 調査対象施設

調査施設は、全国の20床以上の病院とした。対象施設の抽出は、独立行政法人福祉医療機構の福祉保健医療情報ネットワーク事業に登録された病院のなかから450施設を単純無作為抽出法にて抽出した。

B. 調査対象者と方法

調査対象者は、本研究の承諾を得られた全国の20床以上の病院に2年以上勤務する看護師1,783名とした。調査方法は、郵送法による自記式質問紙調査を行った。研究の協力が得られた施設の看護部代表者に、調査対象となる看護師の人数について回答を依頼し、対象者数の調査依頼書，調査票，返信用封筒を看護部代表者宛に送付した。調査票の回収方法は、同封した返信用封筒を用いて各対象者の自由意思により投函する方法とした。看護師個人による研究協力への同意確認は、質問紙の返送をもって承諾とした。

C. 調査期間

調査期間は2017年2月から4月までとした。

D. 調査項目

1. 対象者の属性

性別，年齢，看護の最終学歴，臨床経験年数，現在勤務している病院での就業年数，現在勤務している病院の種

類，職位，勤務形態，看護師としての転職回数，婚姻状況，子どもの有無と人数，家族介護の有無について質問した。

2. 行動に対する態度

【行動に対する態度 (attitude toward the behavior)】とは、行動が自分にとって良いか悪いかの判断であり、【行動に対する態度】の規定因は行動から予想されるさまざまな結果の認知的評価とされる。【行動に対する態度】は、行動から予測されるさまざまな結果を生じる可能性はどれくらいかの予測「行動の結果に対する信念 (behavioral beliefs)」と、それぞれの結果が自分にとってどのくらい重要であるかの評価「行動の結果の評価 (evaluation of outcomes)」に比例する (Fishbein & Ajzen, 1975) ため、「行動の結果に対する信念」と「行動の結果の評価」の積の総和として定義される (Ajzen, 2005; 広瀬, 1992)。

$$A_B \propto \sum b_i e_i$$

【行動に対する態度】を測定する尺度として、労働に対する態度の研究では「労働観」(Wang, Chou, & Huang, 2010)、結婚に対する態度の研究では「結婚観」(伊東, 1997)などの尺度が独自に作成され、計画的行動理論のフレームワークに基づく分析において用いられ、態度と意図の間に一貫性があることが示されている。このことから、「看護師の転職に対する態度」を計画的行動理論の枠組みから検討する場合、「看護師の転職に対する転職観」を明らかにすることが必要である。そこで田中・布施 (2015) は、看護師の転職に対する信念を測る尺度として「病院に勤務する看護師の転職観 (以降、看護師の転職観)」の検討を行った。この尺度は【自己実現の可能性】【現職場における労働環境の多忙化】【仕事と生活の両立の手段】【経験知喪失への不安】の4因子28項目から構成され、6段階評定で測定している。評定尺度法では回答の選択肢が多い場合、被験者から最大の情報が引き出せる可能性がある (村上, 2006) といわれている。Ajzen & Fishbein (1980) による各質問項目は7段階の単極尺度で測定されており、本研究においても被験者の心理状態を把握する精度を上げるため7段階評定で測定することとした。なお、本尺度は絶対的0値をもたない尺度であるが、単極尺度と双極尺度での分析結果は両者の間に.93の相関があることが報告 (伊東, 1997) されており、Ajzen & Fishbein (1980) の分析においても同様の方法であることから、本尺度において単極尺度で測定、統計処理を行った。

「転職の結果に対する信念」の測定では、転職行動から予測される28項目の結果が生じる可能性を尋ねた。例Q1：“転職することは、自分の看護実践能力を高めることである”に対して「全くそう思わない1点」「かなりそう思わない2点」「ややそう思わない3点」「どちらでもない

4点「ややそう思う5点」「かなりそう思う6点」「非常にそう思う7点」の7段階評定で求めた。

「転職の結果の評価」の測定では、それぞれの結果が自分にとってどのくらい重要であるか尋ねた。例Q1:「転職した結果、自分の看護実践能力が高まる」に対して「全く望ましくない1点」「かなり望ましくない2点」「やや望ましくない3点」「どちらでもない4点」「やや望ましい5点」「かなり望ましい6点」「非常に望ましい7点」の7段階評定で求めた。

3. 主観的規範

【主観的規範 (subjective norm)】は、該当行動に対する重要な他者 (たとえば家族や友人や隣人など) がその行動を当事者が遂行すべきである (すべきでない) と考える当事者の推測「規範的信念 (normative beliefs)」と、当事者がそれぞれの期待に同調しようとする動機づけの強さ「同調への動機づけ (motivation to comply)」に比例するため、「規範的信念」と「同調への動機づけ」の積の総和として定義される (Ajzen, 2005; 広瀬, 1992)。

$$SN \propto \sum n_i m_i$$

そこで「規範的信念」と「同調への動機づけ」を測定するため、伊東 (1997) の「規範的信念」(4項目, $\alpha = .76$) および「同調への動機づけ」(4項目, $\alpha = .86$) を参考として質問項目を作成した。「規範的信念」の測定では、同僚、上司、家族、社会が、当事者に対して転職を望んでいると思われる程度を問い、「全く望ましくない1点」「かなり望ましくない2点」「やや望ましくない3点」「どちらでもない4点」「やや望ましい5点」「かなり望ましい6点」「非常に望ましい7点」の7段階評定で求めた。「同調への動機づけ」の測定では、同僚、上司、家族、社会の期待に従いたい意思の程度を問い、「全く応えたくない1点」「かなり応えたくない2点」「やや応えたくない3点」「どちらでもない4点」「やや応えたい5点」「かなり応えたい6点」「非常に応えたい7点」の7段階評定で求めた。得点が高いほど【主観的規範】を高くもっていることを表す。

4. 行動の統制感

【行動の統制感 (perceived behavioral control)】は、自分の意思の統制下である行動をとることができることを認識している程度を問うことによって直接測定することができる (Ajzen, 2005)。

$$PBC \propto \sum pbc_i$$

【行動の統制感】を測定するため、van Breukelen, van der Vlist, & Steensma (2004) の【行動の統制感】(4項目, $\alpha = .76$) を参考として質問項目を作成した。van Breukelen, et al. (2004) は、計画的行動理論をフレームワー

クとした海軍従事者の転職モデルの検討を行っており、【行動の統制感】を変数としてモデルに加えている唯一の研究である。4つの尺度項目では、転職者の年齢、海軍での経験、労働市場の状況が彼らの転職先を見つけることにポジティブまたはネガティブな影響を及ぼすか尋ねている。加えて、被験者に対して彼らが望めば一般人が従事するよい仕事を得られると思うか尋ねている。 α 係数から尺度の内的整合性は高いと考えられるため、本研究では van Breukelen, et al. (2004) らの4項目を採用した。また、広瀬 (1992) は、行動の統制感に影響を及ぼす要因は内的要因 (能力、技能、意思の強さ、情動) と外的要因 (時間・機会、他者への依存) から構成されると述べ、本調査ではこれら7項目を加えて計11項目を設定した。これら11項目ごとに転職することについてどの程度容易あるいは困難と認知しているか、7段階で評定を求めた。得点が高いほど転職に対する統制感が強いことを表す。

5. 転職意思

現在までに信頼性および妥当性が検討されている転職意思尺度は、Hinshaw, Smeltzer, & Atwood (1987) による尺度であり、質問項目は“Do you plan to leave this facility within the next year?” 1項目のみで構成されている。また、転職意思と転職行動までの期間との関連性について有意差は認められず (Steel & Ovalle, 1984)、山本 (2008) は、転職意思の測定項目に期間設定を設ける必要性について統一的な結論は見出されていないことを指摘している。そこで本研究では研究趣旨に沿って転職意思のみを測定するため、Hinshaw, et al. (1987) による尺度を参考にして、現時点での転職意図を問う次の1項目を作成した。“私はいま、別の医療機関に転職したいと思っている”「全くそう思わない (1点) ~非常にそう思う (7点)」の7段階尺度で評定を求めた。得点が高いほど転職意思が強いことを表す。

E. 分析方法

1. 質問項目の分析

質問項目はすべて集計し、度数および百分率、平均値および標準偏差を算出した。 $p < .05$ を統計学的に有意とみなし、検定はすべて両側検定とした。

2. 探索的因子分析

各理論的変数の因子構造を確認するために、主因子法を用いて探索的因子分析を行った。内的整合性の検討のため、抽出された因子の質問項目についてCronbachの α 係数を求めた。

3. 共分散構造分析

各理論的変数の各下位尺度得点を観測変数として潜在変数を仮定し、転職意思得点を従属変数として看護師の転職モデルを構築した。具体的には、パス図作成後、修正指数および適合度指標を参考にしてモデルを改良し、最も適合度のよいモデルを採用した。適合度指標としては、GFI (Goodness of Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), CFI (Comparative Fit Index), RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) を用いた。因子構造の部分的評価は検定統計量で評価し、検定統計量の絶対値が1.96以上、 $p < .05$ を満たしていることを基準とした。

F. 倫理的配慮

本研究は、山形大学医学部倫理委員会の承認(2016-198)を得た。倫理的配慮として、文書にて各調査施設の看護部代表者および病棟看護師に研究の目的、方法、所要時間、研究への参加は対象者の自由意志によるものであり辞退しても不利益を被らないこと、回答は無記名であること、得られたデータは統計的に処理し個人が特定できないこと、回答の内容は本調査以外の目的には使用しないこと、調査の同意の有無や回答が個人や所属機関に影響することはないこと、研究者へ調査票が返送されたことをもって同意を得られたものと判断すること、本研究に関する研究費等の利益相反申告事項はないことを説明した。また、調査票および返信用封筒には対象者の氏名や施設名を記載する項目を設けず、厳封にて研究者宛に返送してもらうようにした。調査票およびデータを記録した電子媒体は研究が終了するまで施錠して保管し、個人情報の保護に努めた。

G. 利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

Ⅲ. 結 果

看護師1,783名に質問紙を配布し、回収数は947名(回収率53.1%)、有効回答数は618名(有効回答率65.3%)であった。

1. 対象者の属性(表1)

性別は女性572名(92.6%)、男性46名(7.4%)、平均年齢は 38.0 ± 9.1 歳、1施設当たり平均就業年数は 9.8 ± 8.1 年であった。看護師としての転職回数は、1回以上転職を経験している看護師が330名(53.4%)と半数を占め、転職回数2回以上の者が上位25%以上を占めた。転職意思の平均得点は 4.3 ± 1.7 点だった。

2. 尺度の信頼性

(1) 行動に対する態度(表2)

【行動に対する態度】を測定するために、「転職の結果に対する信念」と「転職の結果の評価」の同じ項目同士の評定値を乗算した。平均得点と標準偏差から得点分布を確認した結果、天井・フロア効果と考えられる得点分布の偏りは認められなかった。次に、28項目に対して主因子法による因子分析を行った。固有値の変化から4因子構造が妥当であると考えられた。回転前の4因子28項目の全分散を説明する割合54.34%であった。標本妥当性を表すKMOは.92を示した。28項目全体のCronbachの α 係数は.83、各因子のCronbachの α 係数は、第1因子【自己実現の可能性】 $\alpha = .92$ 、第2因子【経験知喪失への不安】 $\alpha = .87$ 、第3因子【現職場における労働環境の多忙化】 $\alpha = .84$ 、第4因子【仕事と生活の両立の手段】 $\alpha = .86$ であり高い内的整合性を示した。本結果より抽出された因子数および構造は先行研究(田中・布施, 2015)と一致した。

(2) 主観的規範(表3, 4)

【主観的規範】を測定するために、「規範的信念」と「同調への動機づけ」の同じ項目同士の測定値を乗算した。次に、4項目に対して主因子法、バリマックス回転による探索的因子分析を行った結果、1因子構造が確認された。「規範的信念」4項目全体のCronbachの α 係数は.76、「同調への動機づけ」4項目全体のCronbachの α 係数は.87であり、【主観的規範】4項目のCronbachの α 係数は.70であった。標本妥当性を表すKMOは.67を示した。

(3) 行動の統制感(表5, 6)

主因子法、バリマックス回転による探索的因子分析を行った結果、1因子構造が確認された。【行動の統制感】11項目のCronbachの α 係数は.89であった。標本妥当性を表すKMOは.86を示した。

3. 転職意思に最も影響を及ぼす変数の抽出(表7~10)

Fishbein & Ajzen (1975)によると、【行動に対する態度】はすべての項目が態度を決定するわけではなく、その行動に関する顕著な諸信念によって決定されると述べている。たとえば“転職することは、自分が思い描く理想の看護を追求することである”“転職したら、育児を優先できるようにする”などの信念をもつ看護師が、これらの信念に基づき転職行動を遂行することで最も肯定的な結果を得られるだろうと評価し、転職に対する肯定的態度を保持すると考えられる。顕著な信念は、態度と認知的評価の相関係数から事後的に決定され、その数は 7 ± 2 個程度である(Fishbein & Ajzen, 1975)と仮定されている。そこで、以降の分析では、各理論的変数を構成する項目のなかから転職意思に最も影響を及ぼす変数を抽出するために、

表1 対象者の属性

		<i>n</i>	(%)
性別	女性	572	56 (32)
	男性	46	(7.4)
年齢	平均 ± 標準偏差	38.0 ± 9.1	
	25歳未満	29	(4.7)
	25～30歳未満	123	(19.9)
	30～35歳未満	90	(14.6)
	35～40歳未満	102	(16.5)
	40～45歳未満	102	(16.5)
	45～50歳未満	73	(11.8)
	50～55歳未満	58	(9.4)
看護職員経験年数	55～60歳未満	35	(5.7)
	60歳以上	6	(1.0)
	平均 ± 標準偏差	15.4 ± 9.7	
	5年未満	89	(14.4)
	5年以上10年未満	128	(20.7)
	10年以上20年未満	188	(30.4)
	20年以上30年未満	139	(22.5)
現施設での就業年数	30年以上	72	(11.7)
	無回答	2	(0.3)
	平均 ± 標準偏差	9.8 ± 8.1	
	5年未満	204	(33.0)
	5年以上10年未満	172	(27.8)
	10年以上20年未満	161	(26.1)
看護職者としての転職回数	20年以上30年未満	58	(9.4)
	30年以上	23	(3.7)
	その他	43	(6.8)
	平均 ± 標準偏差	1.2 ± 1.5	
	0回	288	(46.6)
	1回	132	(21.4)
	2回	88	(14.2)
現在の転職意思	3回	50	(8.1)
	4回	32	(5.2)
	5回以上	23	(3.6)
	無回答	5	(0.8)
	平均 ± 標準偏差	4.3 ± 1.7	
	全く転職したいと思わない	61	(9.9)
	かなり転職したいと思わない	40	(6.5)
やや転職したいと思わない	45	(7.3)	
どちらでもない	168	(27.2)	
やや転職したい	148	(23.9)	
かなり転職したい	68	(11.0)	
非常に転職したい	88	(14.2)	

Fishbein & Ajzen (1975) の仮定に基づき、「転職意思」を目的変数として設定し、ステップワイズ法を用いて重回帰分析を実施した。その結果【行動に対する態度】では「自分の看護実践能力が高まる」($\beta = .10, p < .05$)、「いまよりも仕事から充実感を得られる」($\beta = .20, p < .001$)、「自己実現の手段を得る」($\beta = .20, p < .001$)、「家事を優先

できる」($\beta = .22, p < .001$)、「私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明らかになる」($\beta = .12, p < .05$)、「以前所属していた病院の看護師の数がさらに減少する」($\beta = .11, p < .01$)、決定係数は21% ($p < .001$) だった。【主観的規範】では、「家族」($\beta = .20, p < .001$)、決定係数は5% ($p < .001$) だった。【行動の統制感】では、「私

表2 行動に対する態度の因子構造

(N=618)

	第1因子	第2因子	第3因子	第4因子
第1因子 自己実現の可能性				
転職することは、自分が思い描く理想の看護を迫及することである	.85	.02	.02	.05
転職したら、私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明確になる	.83	.09	.01	.02
転職することは、看護師としての専門性を高めることだ	.81	-.06	.04	-.07
転職することは、私が看護師として果たすべき役割を明確にすることだ	.80	.06	.02	.00
転職することは、キャリアアップのための手段を得ることである	.75	-.04	.03	-.12
転職することは、現在所属する病院では成しえないことを成す機会を得ることである	.73	-.08	.02	-.01
転職したら、私の看護実践能力がいまよりも認められる	.68	.03	.07	.02
転職することは、自己実現の手段を得ることである	.67	-.08	-.09	.07
転職することは、自分のキャリア形成に対して自己管理することである	.66	-.04	-.01	.03
転職することは、自分の看護実践能力を高めることである	.64	-.06	.02	-.11
転職したら、いまよりも仕事から充実感を得られるようになる	.63	-.04	-.06	.04
転職することで、看護職を生涯の仕事としてより意識するようになる	.55	.08	.01	.01
転職したら、新しい自分に生まれ変わることができる	.40	.16	.02	.01
第2因子 経験知喪失への不安				
転職したら、現在所属する病院から受けた教育が無駄になる	.04	.84	-.07	-.04
転職したら、私の看護師としての経験の積み重ねがリセットされる	.03	.78	.01	.01
転職したら、新しい転職先の施設では、これまでの経験で培った自信を失う	.08	.72	.02	-.03
転職したら、現在所属する病院に対して投資してきた金が無駄になる	.03	.66	.11	.01
転職したら、現在所属する病院に対して投資してきた時間が無駄になる	.01	.65	-.08	.02
転職したら、私の看護師としてのキャリア形成が阻害される	-.09	.62	.01	.01
一度転職したら、続けて就業することは困難になる	-.11	.40	.15	-.01
第3因子 現職場における労働環境の多忙化				
私が転職することで、現在所属する病院の看護師の数がさらに減少する原因になる	-.01	-.03	.83	.03
私が転職することで、現在所属する病院の中間看護師層が減少する	.01	-.05	.72	.03
私が転職することで、現在所属する病院の看護師のストレスを増大させる原因になる	-.01	.06	.71	.01
私が転職することで、現在所属する病院の看護師の仕事量がさらに増える	-.01	-.01	.70	.01
私が転職することで、現在所属する病院の看護師の定着率が低下する	.03	.06	.70	-.04
第4因子 仕事と生活の両立の手段				
転職したら、育児を優先できるようになる	-.10	.01	-.01	.86
転職したら、家事を優先できるようになる	-.10	-.02	-.02	.83
転職したら、配偶者の仕事を優先できるようになる	.06	-.01	.05	.81
因子相関行列	第1因子	1	-.31	-.13
	第2因子		1	.52
	第3因子			1
	第4因子			1
信頼性係数 (Cronbach α)		.92	.87	.84

[注] 因子抽出法：主因子法，回転法：プロマックス回転，回転前の4因子で28項目の全分散を説明する割合は54.34%，KMO標本妥当性：.92。

表3 「主観的規範」の平均得点と標準偏差

(N=618)

	M	SD
職場の同僚・友人	16.09	6.59
職場の上司	13.95	6.99
家族	20.13	9.28
社会	17.20	5.67

[注] *： $p < .05$ ，**： $p < .01$ 。規範的主観：～は私が転職することについて「全く望ましくない（1）～非常に望ましい（7）」とと思っている。同調への動機づけ：私は～の期待に「全く応えたくない（1）～非常に応えたい（7）」とと思っている。

表4 「主観的規範」の因子構造

(N=618)

	第1因子	共通性
職場の同僚・友人	.819	.67
職場の上司	.783	.61
家族	.56	.31
社会	.40	.26
固有値	1.75	
寄与率	43.82	
信頼性係数 (Cronbach α)	.70	

[注] 因子抽出法：主因子法，回転法：バリマックス回転，KMO 標本妥当性：.67。

表5 「行動の統制感」の平均得点と標準偏差

(N=618)

	M	SD
私の年齢で転職すること	3.37	1.58
私の看護師経験で転職すること	4.02	1.40
現在の景気で転職すること	3.84	1.37
私の知識・技術で転職すること	3.94	1.31
思い立ったときに転職すること	3.33	1.48
転職に必要な資金を得ること	3.57	1.39
転職先を探す時間を得ること	3.36	1.33
転職情報を得ること	3.93	1.37
転職に必要な人脈を得ること	3.31	1.32
転職の支援を得ること	3.37	1.31
転職する機会を得ること	3.32	1.34

[注] *： $p < .05$ ，**： $p < .01$ ，***： $p < .001$ 。行動の統制感：「非常にむずかしい（1）～非常に容易だ（7）」。

表6 「行動の統制感」の因子構造

(N=618)

	第1因子	共通性
転職の支援を得ること	.76	.71
転職する機会を得ること	.72	.62
転職情報を得ること	.70	.58
現在の景気で転職すること	.70	.58
転職先を探す時間を得ること	.69	.55
転職に必要な人脈を得ること	.68	.56
私の看護師経験で転職すること	.65	.65
転職に必要な資金を得ること	.65	.44
思い立ったときに転職すること	.63	.42
私の知識・技術で転職すること	.59	.58
私の年齢で転職すること	.56	.45
固有値	4.81	
寄与率	43.79	
信頼性係数 (Cronbach α)	.89	

[注] 因子抽出法：主因子法，回転法：バリマックス回転，KMO 標本妥当性：.86。

表7 「転職意思」を目的変数「行動に対する態度（顕著な信念）」15項目を説明変数とした重回帰分析の結果

(N=618)

	β	t	p
1. 転職することは、自分の看護実践能力を高めることである	.10	2.03	*
5. 転職したら、いまよりも仕事から充実感を得られるようになる	.20	4.02	***
7. 転職することは、自己実現の手段を得ることである	.20	2.56	**
9. 自分のキャリア形成に対して自己管理できる	.07	1.31	
10. 転職したら、家事を優先できるようになる	.22	6.08	***
13. 転職することで、看護職を生涯の仕事としてより意識するようになる	-.01	-0.15	
14. 転職したら、私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明確になる	.12	1.97	*
16. 転職したら、新しい自分に生まれ変わることができる	.03	0.74	
18. 転職することは、私が看護師として果たすべき役割を明確にすることだ	-.05	-0.96	
20. 転職することは、キャリアアップのための手段を得ることである	-.01	-2.11	
22. 転職することは、現在所属する病院では成しえないことを成す機会を得ることである	-.07	-1.21	
23. 転職することは、自分が思い描く理想の看護を追求することである	.04	0.54	
27. 転職することは、看護師としての専門性を高めることだ	-.07	-1.12	
25. 私が転職することで、現在所属する病院の看護師の数がさらに減少する原因になる	.11	2.84	**
28. 転職したら、私の看護実践能力がいまよりも認められる	-.01	-0.24	
R (調整済みR ²)	47 (.22)		

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$ 。

表8 「転職意思」を目的変数「主観的規範」4項目を説明変数とした重回帰分析の結果

(N=618)

	β	t	p
1. 職場の同僚・友人	.09	1.66	
2. 職場の上司	-.10	-1.78	
3. 家族	.20	4.64	*
4. 社会	.01	0.12	
R (調整済みR ²)	22 (.05)		

[注] *: $p < .01$ 。

表9 「転職意思」を目的変数「行動の統制感」11項目を説明変数とした重回帰分析の結果

(N=618)

	β	t	p
1. 私の年齢で転職すること	.33	6.61	***
2. 私の看護師経験で転職すること	-.07	-1.07	
3. 現在の景気で転職すること	-.01	-0.15	
4. 私の知識・技術で転職すること	.05	0.78	
5. 思い立ったときに転職すること	.13	2.54	**
6. 転職に必要な資金を得ること	.00	0.00	
7. 転職先を探す時間を得ること	.02	0.40	
8. 転職情報を得ること	.00	-0.07	
9. 転職に必要な人脈を得ること	-.08	-1.36	*
10. 転職の支援を得ること	-.09	-1.38	
11. 転職する機会を得ること	.10	1.73	
R (調整済みR ²)	38 (.15)		

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$ 。

表10 「行動に対する態度」「主観的規範」「行動の統制感」による転職意思の予測

(N=618)

	β	t	p
行動に対する態度			
1. 転職することは、自分の看護実践能力を高めることである	.03	0.58	
5. 転職したら、いまよりも仕事から充実感を得られるようになる	.21	4.46	***
7. 転職することは、自己実現の手段を得ることである	.11	2.46	*
10. 転職したら、家事を優先できるようになる	.18	5.09	***
14. 転職したら、私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明確になる	.10	1.87	
25. 私が転職することで、現在所属する病院の看護師の数がさらに減少する原因になる	.07	0.83	
主観的規範			
3. 家族	.11	3.22	**
行動の統制感			
1. 私の年齢で転職すること	.25	6.46	***
5. 思い立ったときに転職すること	.13	3.41	**
9. 転職に必要な人脈を得ること	-.08	-2.92	**
R (調整済みR ²)	.56 (.32)		

[注] *: $p < .05$, **: $p < .01$, ***: $p < .001$ 。

の年齢で転職すること」($\beta = .33, p < .001$)、「思い立ったときに転職すること」($\beta = .13, p < .001$)「転職に必要な人脈を得ること」($\beta = -.08, p < .05$)、決定係数は15% ($p < .00$) だった。

次に、重回帰分析で抽出されたこれら【行動に対する態度】6項目、【主観的規範】1項目、【行動の統制感】3項目すべてを説明変数として重回帰分析を行った結果、転職意思に有意な効果が示された ($R^2 = .31, p < .001$) であった。以上の分析から、各変数のなかから転職意思決定に最も影響を及ぼす変数の候補が抽出された。

4. 看護師の転職意思決定モデルの検討 (図2)

計画的行動理論に基づく看護師の転職モデルの適合性を検討するために、共分散構造分析を実施した。なお、【行動に対する態度】については6項目を、【主観的規範】については1項目を、【行動の統制感】については3項目を説明変数として採用した。修正指数と適合度指標を参考にモデルの改良を検討したところ、【行動に対する態度】の項目のうち、「家事を優先できる」と「以前所属していた病院の看護師の数がさらに減少する」は「転職意思」に対して有意な影響を与えていないことが示された。そこで

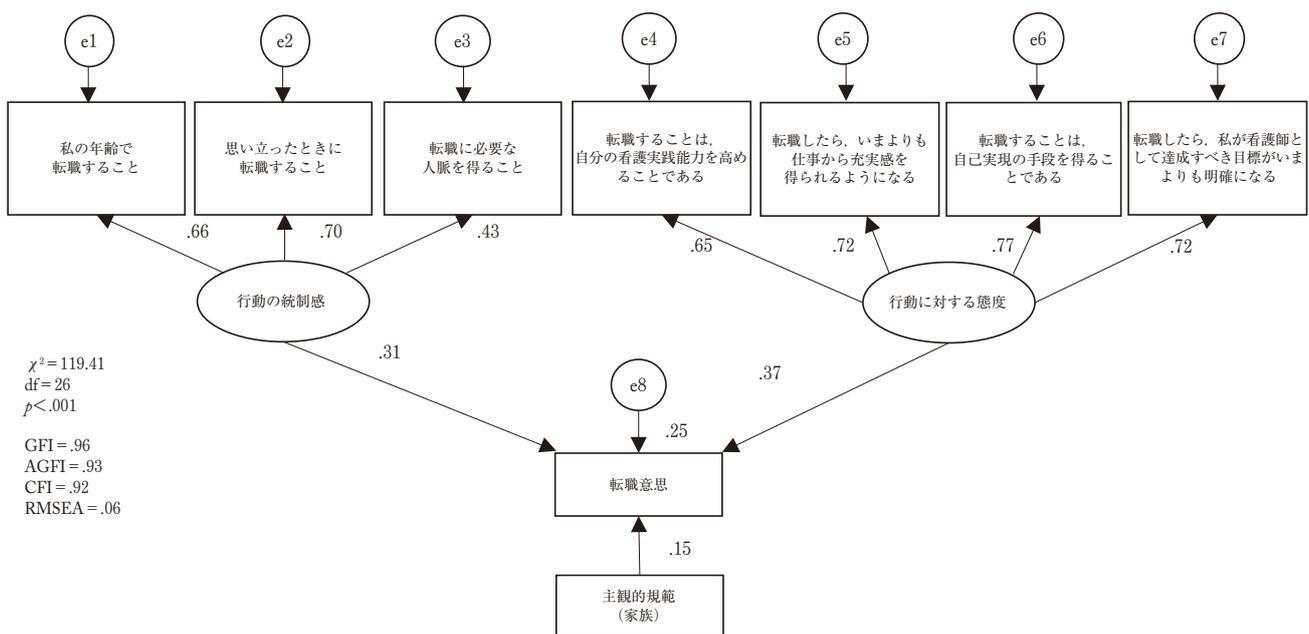


図2 看護師の転職意思決定モデル

これらの項目を除外し、最も適合度のよいモデルを採用した。各理論的変数から「転職意思」へのパス係数をみると、【行動に対する態度】から「転職意思」へのパス係数は.37であった。【主観的規範】から「転職意思」へのパス係数は.15であった。また【行動の統制感】から「転職意思」へのパス係数は.32であった。「転職意思」の決定係数は25%、モデルの適合指標は $\chi^2=119.41$, $df=26$, $p<.001$, $GFI=.96$, $AGFI=.93$, $CFI=.92$, $RMSEA=.06$ であった。

IV. 考 察

1. 調査対象者の特性

本研究の調査対象者の特性について、男女比率、年齢構成は、平成28年度衛生行政報告例（厚生労働省、2016）による看護職員の年次推移および年齢階級と比較したところ、ほぼ同じであった。また、現施設における平均就業年数は約9.8年、看護職員としての転職回数では0回46.6%、転職回数1回21.4%、転職回数2回14.2%であり、平均転職回数は1.2回であった。厚生労働省による平成29年賃金構造基本統計調査（2017）と比較すると、看護職員の平均就業年数は約9.4年、看護職員としてこれまでに勤務先を退職した回数は0回45.2%、転職回数1回24.0%、転職回数2回14.1%であり、全国調査とはほぼ同様の傾向を示した。このことから本研究の対象は、日本国内の平均的な看護師の集団が抽出されたと考えられる。現在の転職意思については、「全く転職したいと思わない」から「やや転職したいと思わない」と思う割合は23.7%であった。「やや転職したい」から「非常に転職したい」と思う割合は49.1%であったことから、約半数の看護師が転職したいと思いつつ辞めずに就業している状況が伺えた。

2. 行動に対する態度の構造

【行動に対する態度】は【自己実現の可能性】13項目、【経験知喪失への不安】7項目、【現職場における労働環境の多忙化】5項目、【仕事と生活の両立の手段】3項目の4因子28項目が抽出された。【行動に対する態度】28項目全体のCronbachの α 係数は.83であり、これにより【行動に対する態度】は高い内的整合性を有することが示された。このことから【行動に対する態度】は、計画的行動理論に基づくモデル構築の一部として適用可能であることが検証された。

3. 主観的規範の構造

【主観的規範】は、「規範的信念」と「同調への動機づけ」から構成され、それぞれ1因子構造が確認された。「規範的信念」4項目全体のCronbachの α 係数は.76、「同調へ

の動機づけ」4項目全体のCronbachの α 係数は.87であり、高い内的整合性を示した。本研究で測定した【主観的規範】の構造に関しては因子分析の結果、伊東（1997）が示した結果と同様の別れ方をしたため、因子妥当性が確認できた。Armitage & Conner（2001）のメタ分析による効果量は.12と予測力は低いことが示され、【主観的規範】は分析から除かれることが多いこと、分析に用いる質問項目は1項目とする研究もみられることも指摘している。以上より、本研究における【主観的規範】の構造は先行研究の結果から逸脱しないと考えられ、計画的行動理論に基づくモデル構築の一部として適用可能であることが検証された。

4. 行動の統制感の構造

【行動の統制感】では、主因子法、バリマックス回転による探索的因子分析を行った結果、1因子構造が確認された。【行動の統制感】11項目のCronbachの α 係数は.89であった。標準妥当性を表すKMOは.86であり、高い内的整合性を示した。計画的行動理論の枠組みにおいて、アメリカ海軍の転職の【行動の統制感】を検討したWim, et al.（2004）の先行研究では、【行動の統制感】は「年齢」「経験」「労働市場の状況」「望むならば、良い一般人の仕事を見つけることができると思う」の1因子4項目で構成され、Cronbachの α 係数は.76であった。van Breukelen, et al.（2004）の結果と比較すると、本研究により抽出された次の4項目「私の年齢で転職すること」「私の看護師経験で転職すること」「現在の景気で転職すること」「思い立ったときに転職すること」がvan Breukelen, et al.（2004）の4項目と一致した。また、アメリカ海軍の転職行動の特徴として、離職前に転職活動をとることが少ない点があげられる。日本の正規職員（フルタイム）の看護師の離職期間は、平均16.7か月、5年未満の者が45.5%（厚生労働省、2011）であり離職後に転職活動をとることから、両者の転職行動は類似していると考えられる。このことから、看護師の転職に対する【行動の統制感】が、アメリカ海軍の転職に対する【行動の統制感】の構造と類似したことは、因子妥当性を裏づける結果といえる。さらに、看護師の転職に対する【行動の統制感】は独自の項目が抽出された。これは「転職の支援を得ること」「転職に必要な人脈を得ること」「転職情報を得ること」「転職先を探す時間を得ること」「転職に必要な資金を得ること」などが含まれた。これらの項目から、国内の看護師が転職する際には、個人の外部にある力を利用する必要があることを示唆していると考えられる。以上より、【行動の統制感】質問項目の内容は先行研究の結果から逸脱しないと考えられ、計画的行動理論に基づくモデル構築の一部として適用可能であることが検証された。

5. 計画的構造理論に基づく看護師の転職意思決定モデルの特徴

本研究では、計画的行動理論をフレームワークとして看護師の転職意図に影響を及ぼす【行動に対する態度】【主観的規範】【行動の統制感】ごとに、因子構造を検討した。以下にその特徴について述べる。

(1) 行動に対する態度の特徴

【行動に対する態度】の検討では、転職に影響を及ぼす顕著な信念の4項目を抽出し、効果量を検討した。計画的行動理論によれば態度とは、ある行動に対する当事者の否定的・肯定的期待と、それらの期待に対する価値の関数であり、その数は 7 ± 2 個に限られる(Fishbein & Ajzen, 1975)と仮定されている。本研究結果では【行動に対する態度】のうち転職意思決定を規定する変数として、「自分の看護実践能力が高まる」「いまよりも仕事から充実感を得られる」「自己実現の手段を得る」「私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明らかになる」4項目を抽出できた。これは、看護師の転職に関する研究において新規性が高いと考える。Hall & Chandler (2005)は、一般勤労者は主体的に転職を経験し目標を達成することで仕事に対する深い心理的成功を感じ、心理的成功を感じる過程では、個人の主観的価値に基づく評価が心理的成功感に強い影響を及ぼすと述べている。【行動に対する態度】のうち転職意思決定を規定する変数は、自らの看護師としてのキャリア発達に主体的にかかわり、職務の遂行によって得られる充実感を望む内容を含んでいた。このことから、看護師は心理的成功感をもたらすキャリア発達の側面から転職をとらえ、それらが転職の結果として実現することを求めていることが示唆された。

(2) 主観的規範の特徴

【主観的規範】では、転職に影響を及ぼすと想定された重要な他者の存在について検討した。計画的行動理論をフレームワークとした研究のなかには【主観的規範】を含まないものもあり、【主観的規範】は最も効果量が低い要因であることが指摘(Armitage & Conner, 2001)されている。本研究では、最も効果量が低い要因といわれる【主観的規範】において「家族」1項目を抽出できたことは、看護師の転職に関する研究において新規性が高いと考える。「家族」から「転職意思」へのパス係数は.15であった。従来看護師は、家族に関連した女性特有のライフイベントにより転職する傾向があることがほとんどの先行研究により指摘されてきた。しかし、荒川(2011)は看護師の転職理由について縦断的に調査し、既婚者や子どもがいる看護師はライフイベントを乗り越え定着志向性があると述べている。これらのことから看護師の転職は、ライフイベントそのものによって引き起こされるものではなく、弱いながら

も家族の後押しが影響を及ぼすことが示唆された。

(3) 行動の統制感の特徴

【行動の統制感】とは、ある行動を行うことについての程度容易あるいは困難と認知している知覚(Ajzen, 2005)、つまりある行動に関する当事者の自己コントロール感を意味する。【行動の統制感】は主体者の内的要因(年齢、知識、技術、意思の強さ、情動など)と外的要因(時間・機会、他者への依存など)があり、行動を予測するためには行動意思だけではなく、自分にはその行動を行うことができるという確信の程度を評価する必要がある。本研究結果より、【行動の統制感】のうち転職意思決定を規定する変数は、内的要因に該当する変数の「私の年齢で転職すること」と「思い立ったときに転職すること」、外的要因に該当する変数の「転職に必要な人脈を得ること」の3項目であった。看護師の「年齢」と転職の関連に関しては、ほとんどの調査研究においてすでに示されているとおり、若年であるほど転職意思との相関が高い。これは、「年齢」が行動の統制感を規定し、転職の実行可能性に影響するという本研究結果を支持するものである。広瀬(1992)は、内的要因が【行動に対する態度】や【主観的規範】よりも早い段階で評価され、とくに内的要因のうち「知識」や「技術」など十分な資質を備えていないと判断されれば、意思決定には進まないと述べている。本研究では【行動の統制感】の内的要因の測定項目として「経験」「知識・技術」なども設定したが、それらは転職意思に影響しなかった。Benner(2000)は、経験を積んだ看護師でも異なる環境下におかれることで臨床実践能力が低下し“new novice”となると述べていることから、看護師は自身の「知識・技術」「経験」に対する自信に基づいて転職行動を選択しているとは考えがたい。転職行動の実行可能性は、「知識・技術」「経験」に裏づけられた臨床実践能力よりも、若年であることや「思い立ったときに転職できる」確信から強い影響を受けている可能性が示された。以上より、【行動の統制感】を構成する内的要因「私の年齢で転職すること」「思い立ったときに転職すること」、外的要因「転職に必要な人脈を得ること」は先行研究においても転職意思に影響を及ぼす要因であることが示されてきたが、とくに内的要因である「私の年齢で転職すること」「思い立ったときに転職すること」は転職行動を起こすことは容易であると認識させる変数として抽出できた点については、看護師の転職に関する研究では新規性が高いと考える。

6. 計画的行動理論に基づく看護師の転職モデルの検証

本研究では、計画的行動理論をフレームワークとして、看護師の転職意思を規定する変数【行動に対する態度】【主観的規範】【行動の統制感】の構造を検討した。各変

数の信頼性の検討として、尺度全体および下位尺度のCronbach'sの α 係数を用いたところ、.70～.92を示した。Cronbach'sの α 係数は.70以上であれば内的整合性が高いとみなされることから、本研究における各因子の信頼性は支持されていると考える。次に重回帰分析により、それぞれ【行動に対する態度】【主観的規範】【行動の統制感】のなかから転職意思決定に最も影響を及ぼす要因を抽出した。これらの項目を説明変数、「転職意思」を従属変数として重回帰分析を行った結果、決定係数は.32であった。Armitage & Conner (2001)らは計画的行動理論を枠組みとした調査研究のメタ分析を実施し、効果量は.39であることを示していることから、本研究の結果は先行研究の結果から逸脱しないと考えられた。またこれらの変数を、計画的行動理論の枠組みに基づくモデルに投入し、妥当性の検討として共分散構造分析を実施した。その結果、3つの変数はすべて「転職意思」に有意な影響を与えることが示された。モデルの適合指標は $\chi^2=119.41$, $df=26$, $p<.001$, $GFI=.96$, $AGFI=.93$, $CFI=.92$, $RMSEA=.06$ であった。 GFI , $AGFI$, CFI の基準値は.90以上であればモデルが適合的と判断され、 $RMSEA$ については.05以下であれば良好、.08以下であれば中程度の適合度、.1以上であればモデルを棄却すべき(豊田, 2007)との基準が示されている。本結果の値は、モデルの当てはまりがきわめて悪いことを意味するものではないと考えることができる。他の適合指標から総合的に判断し、モデルはデータに適合すると判断した。3つの変数から「転職意思」へのパス係数は、【行動に対する態度】が.37, 【主観的規範】が.15, 【行動の統制感】が.31であった。すなわち「転職意思」は主に【行動に対する態度】および【行動の統制感】から影響を受け、【主観的規範】による影響は弱いことが示された。

7. 転職意思決定モデルの臨床現場への適用可能性について

これまで転職意思決定に影響を及ぼす規定因としては、主に組織側の問題に焦点が当てられてきた。とくにMarch & Simon (1993)による「転職の意思決定モデル」が開発された後、ほとんどの研究において職務満足(Coomber, & Barriball, 2007; Battistelli, et al., 2013; Hayes, et al., 2012)や組織コミットメント(De Gieter, et al., 2011; Steel & Lounsbury, 2009)は転職意思と強い相関があると考えられ、転職意思を測定するための主要な変数に位置づけられモデル開発が行われてきた。しかし、その離職プロセスには理論的背景が乏しく、経験則的モデルであることが指摘されている(李, 2001)。また近年、転職者のなかには職務不満足や組織コミットメントの低下を態度に表さずに転職するケースもあり(Ajzen, 1991)、多様化する転職パ

ターンを分析するうえで個人の転職に対する認識と評価、つまり価値観を考慮する必要性が指摘されてきた(Mobley, 1977; Caricati, et al., 2014; Hayes, et al., 2012)。そこで本研究では、計画的行動理論に基づき転職意思決定モデルを構築した結果、転職意思決定に影響を及ぼす個人側の問題を【行動に対する態度】【主観的規範】【行動の統制感】から把握できることを示した。これらの変数は、職務満足が転職に直接影響を及ぼすとするこれまでの先行研究の理論的脆弱さを補うものであり、職務不満足や組織コミットメントの低下を態度に表さずに転職する看護師の再転職を行動変容への意思をもつための支援方法を検討するうえで有用であると考ええる。

看護師の転職意思決定モデルは、【行動に対する態度】では「自分の看護実践能力が高まる」「いまよりも仕事から充実感を得られる」「自己実現の手段を得る」「私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明らかになる」の4項目、【主観的規範】では「家族」1項目、【行動の統制感】では「年齢」「思い立ったときに転職すること」「人脈」3項目の計8項目から構成される。この8項目は、個人が職業人生において何を大切に、誰の意見を尊重して生きていきたいかが反映されていた。臨床現場において看護管理者は、看護師との面談の場でモデルを構成する8項目の側面から、転職意思の程度を査定することができる。加藤(2019)は、人は満足と幸福の選択で満足を選び、幸福を捨てると述べている。衣食住の満足や面子を保つ満足を得るために自らが幸福になることを捨てるといふ。職場への満足やコミットメントを示しながら転職を選ぶ者は、彼らの価値観で職業人生を幸福に生きるための岐路に立っているのではないか。それならば、どのような価値観が彼らの転職を促すのかを把握することはリテンション・マネジメントにおいて重要である。また、【行動の統制感】を構成する「思い立ったときに転職すること」への自信は転職行動を引き起こす誘因であることが示された。この「思い立ったときに転職すること」への自信が高い看護師は、今後のキャリアや将来のビジョンが見えない状態で転職意思を高め、転職行動に移る可能性があるため、転職行動を予測するうえで重要な項目である。今後、本モデルを活用することで、従来の組織側の問題点の改善を目指すリテンション・マネジメントだけではなく、転職意思を高める個人側の要因という視点からスタッフを観察することで、看護師一人ひとりにあったリテンション・マネジメントの検討を可能にすると考ええる。

V. 今後の課題

本研究では、計画的行動理論の枠組みから看護師の転職

意思の生起を予測することが可能であることが示された。調査対象者全体の特徴として、転職意思を規定する態度は【行動に対する態度】では「自分の看護実践能力が高まる」「いまよりも仕事から充実感を得られる」「自己実現の手段を得る」「私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明らかになる」の4項目、【主観的規範】では「家族」1項目、【行動の統制感】では「年齢」「思い立ったときに転職すること」「人脈」3項目の計8項目で説明された。本研究の結果は、多様化する転職に対する価値観のうち、転職意思の生起に影響を及ぼす価値観を把握するうえで有用である。今後は、転職行動の実行可能性が高い看護師の具体的特徴を明らかにするために、転職観の4因子【自己実現の可能性】【経験知喪失への不安】【現職場における労働環境の多忙化】【仕事と生活の両立の手段】に基づきクラス分析によって対象者をグループ分けして「転職観の型」を示し、転職意思決定モデルの特徴を検討する必要がある。

VI. 結 論

1. 共分散構造分析より、計画的行動理論に基づく看護師の転職意思決定モデルは、看護師の転職に対する【行動に対する態度】【主観的規範】【行動の統制感】から構成され、適合指標は、 $\chi^2=119.41$, $df=26$, $p<.001$, $GFI=.96$, $AGFI=.93$, $CFI=.92$, $RMSEA=.07$ とモデルの妥当性が示された。
2. 【行動に対する態度】の転職意思決定を規定する変数は、「自分の看護実践能力が高まる」「いまよりも仕事から充実感を得られる」「自己実現の手段を得る」「私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明らかになる」

であった。

3. 【主観的規範】の転職意思決定を規定する変数は、「家族」であった。

4. 【行動の統制感】の転職意思決定を規定する変数は、「年齢」「思い立ったときに転職すること」「人脈」であった。

以上より、計画的行動理論の枠組みから看護師の転職意思決定を規定する変数を抽出し、モデルを構築した。このモデルから、再転職を防ぐための支援方法を検討することに活用できることが示唆された。

謝 辞

本研究を行うにあたり、本研究の質問紙調査にご協力と貴重なご意見を賜りました看護師の皆さまに心からお礼を申し上げます。

本研究は、山形大学大学院医学系研究科看護学専攻に提出した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。

研究助成情報

本研究は日本学術振興会（JSPS）科学研究費JP15K20660の助成を受けて実施した。

著者貢献度

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

要 旨

目的：計画的行動理論の枠組みに基づき、転職意思決定を規定する【行動に対する態度】【主観的規範】【行動の統制感】から変数を抽出し、モデルを構築することを目的とした。

方法：看護師1,783名を対象とし、自記式質問紙調査を実施した。調査項目は【行動に対する態度】4因子28項目、【主観的規範】4項目、【行動の統制感】11項目とした。

結果：分析の結果、モデルの妥当性が検証された。看護師の転職意思決定を規定する変数は、【行動に対する態度】では「自分の看護実践能力が高まる」「いまよりも仕事から充実感を得られる」「自己実現の手段を得る」「私が看護師として達成すべき目標がいまよりも明らかになる」、【主観的規範】では「家族」、【行動の統制感】では「年齢」「思い立ったときに転職すること」「人脈」であった。

結論：計画的行動理論の枠組みから看護師の転職意思決定を規定する変数を抽出し、モデルを構築した。

Abstract

Purpose: This study aimed to create a decision-making model of job change based on the framework of the theory of planned behavior, by extracting the variables that regulate its process: cognitive attitudes, subjective norms, and perceived

behavioral control.

Method: The study participants were 1,783 nurses, and a self-administered questionnaire was used. The survey items consisted of 4 factors and 28 items for cognitive attitudes, 4 items for subjective norms, and 11 items for perceived behavioral control.

Result: The findings of the analysis verified the validity of this model (GFI = .96, AGFI = .93, CFI = .92, RMSEA = .06). The variables that regulated the decision-making process for job change in nurses were as follows. For cognitive attitudes: “my nursing competence will improve,” “I will feel more fulfillment from my work than I currently do”, “I will acquire the means for self-realization”, and “the goal(s) I should achieve as a nurse will become clearer than they are now”; for subjective norms: “family”; and for perceived behavioral control: “age”, “to change jobs as soon as the idea occurs to my mind”, and “connections”.

Conclusion: The above indicated that the decision-making model was created based on the framework of the theory of planned behavior, by extracting the variables that regulate its process: cognitive attitudes, subjective norms, and perceived behavioral control.

文 献

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2005). *Attitudes, Personality and Behavior* (2nd ed.). Open University Press / McGraw-Hill. <https://psicoexperimental.files.wordpress.com/2011/03/ajzeni-2005-attitudes-personality-and-behaviour-2nd-ed-open-university-press.pdf> (accessed 2018-11-06)
- Ajzen, I. and Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitude and Predicting Social Behavior*. Reading, MA: Prentice Hall.
- 荒川千秋 (2011). 女性看護師の離職に関連する要因：関東地域一般病床200床以上の病院勤務看護師の縦断研究から．日本看護研究学会雑誌，34(1)，85-92.
- Armitage, C.J. and Conner, M. (2001). Efficacy of the theory of planned behaviour: A meta-analytic review. *British Journal of Social Psychology*, 40(4), 471-499.
- Battistelli, A., Portoghese, I., Galletta, M., and Pohl, S. (2013). Beyond the tradition: Test of an integrative conceptual model on nurse turnover. *International Nursing Review*, 60(1), 103-111.
- Benner, P. (2000). *From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. 310, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Caricati, L., Sata, R.L., Marletta, G., Pelosi, G., Ampollini, M., Fabbri, A., Ricchi, A., Scardino, M., Artioli, G., and Mancini, T. (2014). Work climate, work values and professional commitment as predictors of job satisfaction in nurses. *Journal of Nursing Management*, 22(8), 984-994.
- Coomber, B. and Barriball, K.L. (2007). Impact of job satisfaction components on intent to leave and turnover for hospital-based nurses: A review of the research literature. *International Journal of Nursing Studies*, 44(2), 297-314.
- De Gieter, S., Hofmans, J., and Pepermans, R. (2011). Revisiting the impact of job satisfaction and organizational commitment on nurse turnover intention: An individual differences analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 48(12), 1562-1569.
- Farrell, D. and Rusbult, C.E. (1981). Exchange variables as predictors of job satisfaction, job commitment, and turnover: The impact of rewards, costs, alternatives, and investments. *Organizational Behavior and Human Performance*, 28(1), 78-95.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975). *Belief, Attitude, Intention, and Behavior: An Introduction to Theory and Research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Griffeth, R.W., Hom, P.W., and Gaertner, S. (2000). A meta-analysis of antecedents and correlates of employee turnover: Update, moderator tests, and research implications for the next millennium. *Journal of Management*, 26(3), 463-488.
- Hall, D.T., and Chandler, D.E. (2005). Psychological success: When the career is a calling. *Journal of Organizational Behavior*, 26(2), 155-176.
- 花田光世 (2013). 「働く居場所」の作り方：あなたのキャリア相談室. 43, 東京：日本経済新聞出版社.
- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H.K.S., and North, N. (2012). Nurse turnover: A literature review - an update. *International Journal of Nursing Studies*, 49(7), 887-905.
- Hayes, L.J., O'Brien-Pallas, L., Duffield, C., Shamian, J., Buchan, J., Hughes, F., Laschinger, H.K.S., North, N. and Stone, P.W. (2006). Nurse turnover: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 43(2), 237-263.
- Hinshaw, A.S., Smeltzer, C.H., and Atwood, J.R. (1987). Innovative retention strategies for nursing staff. *Journal of Nursing Administration*, 17(6), 8-16.
- 広瀬幸雄 (1992). 環境問題に関連する消費行動の意思決定モデル：FishbeinとAjzenの態度・行動モデルの再検討．心理学評論，35(3)，339-360.
- 伊東秀章 (1997). 未婚化に影響する心理学的諸要因：計画行動理論を用いて．社会心理学研究，12(3)，163-171.
- Jacobs, E. and Roodt, G. (2008). Organisational culture of hospitals to predict turnover intentions of professional nurses. *Health SA Gesondheid*, 13(1), 63-78.
- Judge, T.A. (1993). Does affective disposition moderate the relationship between job satisfaction and voluntary turnover? *Journal of Applied Psychology*, 78(3), 395-401.
- 加藤諦三 (2019). なぜあなたばかりつらい目にあうのか？ 東京：朝日新聞出版.
- 厚生労働省 (2011). 看護職員就業状況等実態調査結果. <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000017cjh-att/2r9852000017cnt.pdf> (参照2018年11月6日)
- 厚生労働省 (2014). 看護職員の現状と推移. 第1回看護職員需給見直しに関する検討会資料3-1. <http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000072895.pdf> (参照2018年11月6日)
- 厚生労働省 (2016). 平成28年度衛生行政報告例(就業医療者関係)の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei/16/> (参照2018年11月6日)

- 厚生労働省 (2017). 平成29年賃金構造基本統計調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/chingin/kouzou/z2017/dl/13.pdf> (参照2018年11月6日)
- 厚生労働省 (2018). 年齢にかかわらず転職・再就職者の受入れ促進のための指針. <https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11804000-Shokugyounouryokukaihatsukyoku-Ikuseishienka/0000204527.pdf> (参照2019年8月1日)
- 李 政元 (2001). ナースの離職行動: メタバス解析による職満足感—離職行動モデルの検証. 関西学院大学社会学部紀要, 90, 133-139.
- Liou, S.R. (2009). Nurses' intention to leave: Critically analyse the theory of reasoned action and organizational commitment model. *Journal of Nursing Management*, 17(1), 92-99.
- March, J.G. and Simon, H.A. (1993). *Organizations*. 2nd ed., New York: John Wiley & Sons.
- Mobley, W.H. (1977). Intermediate linkages in the relationship between job satisfaction and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 62(2), 237-240.
- 村上宣寛 (2006). 心理尺度のつくり方, 京都: 北大路書房.
- 日本医師会 (2008). 平成20年潜在看護職員再就業支援モデル事業報告書. http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20090114_1.pdf (参照2018年11月6日)
- 日本看護協会 (2018). 「2017年病院看護実態調査」結果報告. http://www.nurse.or.jp/up_pdf/20180502103904_f.pdf (参照2018年11月6日)
- 太田聡一 (2005). サーチ均衡における転職行動と社会厚生. *経済科学*, 53(2), 1-14.
- Prestholdt, P.H., Lane, I.M., and Mathews, R.C. (1987). Nurse turnover as reasoned action: Development of a process model. *Journal of Applied Psychology*, 72(2), 221-227.
- Richer, S.F., Blanchard, C.M., and Vallerand, R.J. (2002). A motivational model of work turnover. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(10), 2089-2113.
- 坂井敬子 (2004). 転職経験と職業生活のwell-beingの関連の検討: 職業確立段階における3年超の組織勤続者を対象にして. 中央大学大学院研究年報, 34, 187-197.
- 宋 增偉 (2008). 転職志向は組織施策に起因するか個人特性に制約されるか, それとも両方か. *経営行動科学*, 21(1), 11-25.
- Steel, R.P. and Lounsbury, J.W. (2009) Turnover process models: Review and synthesis of a conceptual literature. *Human Resource Management Review*, 19(4), 271-282.
- Steel, R.P. and Ovalle, N.K. (1984). A review and meta-analysis of research on the relationship between behavioral intentions and employee turnover. *Journal of Applied Psychology*, 69(4), 673-686.
- 田中聡美, 布施淳子 (2015). 病院に勤務する看護師の転職観の因子構造モデル. *日本看護研究学会雑誌*, 38(2), 13-22.
- 豊田秀樹 (2007). 共分散構造分析Amos編: 構造方程式モデリング. 18, 東京: 東京図書.
- van Breukelen, W., van der Vlist, R., and Steensma, H. (2004). Voluntary employee turnover: Combining variables from the 'traditional' turnover literature with the theory of planned behavior. *Journal of Organizational Behavior*, 25(7), 893-914.
- van Hooft, E.A.J., Born, M.P., Taris, T.W., and van der Flier, H. (2004). Job search and the theory of planned behavior: Minority-majority group differences in The Netherlands. *Journal of Vocational Behavior*, 65(3), 366-390.
- Wang, K.Y., Chou, C.C. and Huang, J. L. (2010). A study of work values, professional commitment, turnover intention and related factors among clinical nurses. *Hu li za zhi The journal of nursing*, 57(1), 22-34.
- 山本 寛 (2008). 転職とキャリアの研究: 組織間キャリア発達の観点から (改訂版). 3, 55, 東京: 創成社.

〔2019年1月11日受付〕
〔2019年6月19日採用決定〕

脳卒中患者のセルフマネジメントに関する国内外の文献レビュー

A Review of the Literature from Japan and Other Countries on Self-Management in Patients with Stroke

佐藤 美紀子 原 祥子 福間 美紀 加藤 真紀
Mikiko Sato Sachiko Hara Miki Fukuma Maki Kato

キーワード：脳卒中，セルフマネジメント，文献レビュー

Key Words：stroke, self-management, literature review

緒 言

脳卒中の累積再発率は、1年間で12.8%、5年間で35.3%、10年間で51.3%と非常に高いことが報告されている(Hata, et al., 2005, p.370)。また、松崎・杉谷(2015, pp.38-39)は、再発を繰り返す度に重症化することを示している。さらに、再発・重症化によって、患者・家族のquality of life (QOL)の低下(Mandip, et al., 2014, pp.1133-1134)や、介護・医療費の増大を招いている。脳卒中の一次予防として、高血圧の早期発見・治療の推進や減塩対策により、出血性脳卒中の発症率の低減を果たしてきたが、近年、加藤・棚橋(2015, pp.32-33)は、加齢に伴う心原性脳梗塞患者の増加を報告しており、今後、人口の高齢化を背景に、脳卒中患者の増加が見込まれる。以上のことから、脳卒中患者の再発・重症化予防対策は、きわめて重要な課題であるといえる。

脳卒中の再発・重症化予防においては、患者自らが主体的に疾患の管理や生活習慣の改善等を行う「セルフマネジメント」が求められる。セルフマネジメントの定義については、国内外でさまざまであり、一般化はされていない。国内の慢性疾患のセルフマネジメントの概念分析によると、「慢性疾患とともに生きる人が医療者とのパートナーシップに基づく協働により、疾患特有の管理とその影響の管理という課題に対処する活動であり、その人が問題とすることに主体的に取り組み、対処法が洗練されていくプロセスである」と定義される(浅井・青木・高谷・長瀬, 2017, p.17)。国外文献においても、セルフマネジメントは疾患管理のプロセスであるとする文献が多い。急速な高齢化を背景に、脳卒中をはじめとした慢性疾患患者が増加し、医療・介護費が増大するなか、このような患者主体のセルフマネジメントとその支援は、より一層求められる。

慢性疾患のセルフマネジメントに関する文献は、国内外で数多く報告されている。慢性疾患のなかでは、糖尿病、

精神疾患、がん、腎疾患、呼吸器疾患、心疾患に関する文献が多くみられる一方で、脳卒中患者のセルフマネジメントに関する文献は少なく、浅井ほか(2017)の慢性疾患のセルフマネジメントの概念分析においても、脳卒中に関する文献は含まれていなかった。脳卒中患者のセルフマネジメントの困難要因の一つに「脳卒中が及ぼす症状・後遺症の問題」があることが明らかになっており(片山・横井・奥津, 2015, p.15)、脳卒中患者においては、他の慢性疾患とは異なるセルフマネジメントの実態があると推察される。しかし、脳卒中患者のセルフマネジメントについての文献件数は少なく、国内外の文献をレビューした論文は検索されなかったことから、研究の動向やセルフマネジメントの実態は十分に明らかになっていない。そこで本研究では、国内外の脳卒中患者のセルフマネジメントに関する文献を網羅的・系統的にレビューすることで、「脳卒中患者のセルフマネジメントに関する研究の動向」と「脳卒中患者のセルフマネジメントの実態」を明らかにすることを目的とする。なお、実態とは「実態調査」の結果に加えて、「介入研究」の結果も含めることとする。本研究は、脳卒中患者のセルフマネジメントにおける課題を抽出し、脳卒中の再発・重症化予防、QOLの向上につながるセルフマネジメントの支援方法の確立において意義がある。

1. 用語の定義

セルフマネジメント：慢性疾患のセルフマネジメントの概念分析(浅井ほか, 2017, p.17)の結果を引用し、セルフマネジメント(self-management)とは、「慢性疾患とともに生きる人が医療者とのパートナーシップに基づく協働により、疾患特有の管理とその影響の管理という課題に対処する活動であり、その人が問題とすることに主体的に取り組み、対処法が洗練されていくプロセスである」と定義する。

I. 研究方法

1. 文献検索方法

(1) 文献検索データベース

国内文献については「医中誌Web」、国外文献については「PubMed」と「CINAHL」を用いて、各データベースの収録開始年から2018年12月まで（検索日：2018年12月26日）に収録された文献を検索対象とした。

(2) 検索語の選定過程

「セルフマネジメント」という用語は、医学、看護学、心理学、教育学、経営学の学問分野でさまざまに用いられており（浅井ほか，2017；今戸，2012）、医学・看護学分野においても一般化されていないため、セルフマネジメントの定義を明確に定める必要があった。本研究では、前述の慢性疾患のセルフマネジメントの定義を引用することとした。

「セルフマネジメント」と類似の概念をもつ用語として、「自己管理」「セルフケア」があげられた。医中誌においては、「セルフマネジメント」と「セルフケア」のいずれにおいても、統制語が「自己管理」となっており、一般的に「セルフマネジメント」と「自己管理」「セルフケア」と「自己管理」は区別されずに用いられている。一方、「セルフマネジメント」と「セルフケア」は異なった概念があり、小笠（2018，p.88）、簗持（2003，p.106）によると、セルフマネジメントはセルフケアに包含される概念であるといえる。このように、両者は明確に区別されるが、明確な定義がなされていない文献や、両者が区別されずに用いられている文献があることが推察された。したがって、文献を網羅的に検索するために、本研究においては「セルフマネジメント」に類似の概念をもつ用語として「セルフケア」も検索語に含めることとした。

(3) 文献の抽出・除外基準

以下の基準をすべて満たす文献を抽出した。①脳卒中患者のセルフマネジメントに関する文献であること。ただし、セルフマネジメントの定義は前述の定義を用いる。②脳卒中患者・家族、あるいは医療従事者を対象とした文献であり、健康な人を対象とした脳卒中予防に関する文献等は除外する。③学術誌または大学紀要に掲載されている文献である。商業雑誌、学術集会の抄録・集録・会議録等は除外する。④日本語または英語の文献とする。

(4) 文献の抽出過程

医中誌においては、「脳卒中」と「セルフマネジメント」、「脳卒中」と「セルフケア」をそれぞれ「AND」で検索し、「原著論文」に限定した。次いで重複文献を削除し、さらにタイトルと抄録を読み、文献の抽出基準に該当する文献を抽出した。

PubMed、CINAHLにおいては、「stroke」と「self-management」、「stroke」と「self care」をそれぞれ「AND」で検索した。PubMedにおいては、対象を「Human」、文献利用を「Full text」、文献の種類を「Journal Article（学術誌）」に限定した。CINAHLにおいては、出版物タイプを「Journal Article（学術誌）」、言語を「English」に限定した。さらに、上記と同様の方法で文献の抽出基準を満たす文献を抽出した。

2. 分析方法

脳卒中患者のセルフマネジメントに関する研究の動向については、抽出された文献のタイトル、キーワード、抄録から、研究内容を忠実に、かつ端的に要約した用語を抽出し、その用語の類似性に基づいて分類し、分類名をつけた。なお、研究内容を要約した用語の抽出においては、可能な限り研究タイトルやキーワードに用いられている用語をそのまま用いた。さらに、分類ごとに、文献件数の年次推移を調査した。

脳卒中患者のセルフマネジメントの実態については、「実態調査」の結果および「介入研究」の結果を要約して記述した。なお、セルフマネジメントは患者の疾患管理のプロセスであるため、その実態をより忠実に明らかにするために、「実態調査」においては、患者を対象とした文献のみを選択して要約した。また、「介入研究」については、エビデンスレベルが高い無作為化比較試験を行っている文献のみを選択して要約した。

3. 研究の信頼性・妥当性の確保

文献検索は、2018年7月～12月にかけて複数回実施し（最終検索日2018年12月26日）、文献の抽出作業を3回繰り返して、抽出漏れがないことを確認した。

II. 研究結果

1. 検索結果

国外では、医学・看護学領域においてセルフマネジメントという用語は、アメリカの禁煙プログラムに関する文献（Chapman, Smith, & Layden, 1971）で初めて用いられていた。国内においては、医中誌で、「セルフマネジメント」という検索語を入力すると、1980年代には「自己管理」、1990年代には「セルフケア」という用語をタイトルに含む文献が多く検索され、「セルフマネジメント」という用語が研究タイトルに用いられるようになったのは2000年以降のことであった。

脳卒中患者のセルフマネジメントに関する文献の検索結果は表1に示す。医中誌において、「脳卒中」と「セルフマネジメント」を検索語として、「AND」検索を行い、原

表1 脳卒中患者のセルフマネジメントに関する文献検索結果

検索式	検索件数	学術誌 大学紀要			重複文献 削除後	抽出基準を 満たす文献
医学中央雑誌						
脳卒中 AND セルフマネジメント/自己管理 AND 原著論文	106	40			78	7
脳卒中 AND セルフケア/自己管理 AND 原著論文	157	56				
検索式	検索件数	学術誌 (Journal Article)	Human に限定	Full Text に限定	重複文献 削除後	抽出基準を 満たす文献
PubMed						
stroke AND self-management	923	913	730	687	2,112	
stroke AND self-care	2,430	2,405	2,081	1,893		
CINAHL						
stroke AND self-management	209	121	72	-	449	98
stroke AND self-care	827	619	402	-		

[注] 検索日：2018年12月26日

著論文に限定すると106件が検索された。そのうち、学術誌と大学紀要に限定すると40件となった。また、「脳卒中」と「セルフケア」を検索語として、原著論文に限定すると、157件が検索され、学術誌と大学紀要に限定すると56件となった。上記の重複文献を除くと78件となり、抽出基準を満たす文献が7件抽出された。国内文献はこの7件について分析した。

PubMedにおいては、「stroke」と「self-management」を検索語として「AND」検索を行うと923件が検索され、文献の種類をJournal Article（学術誌）、対象をHuman（ヒト）、さらに、full text文献に限定すると687件となった。また、「stroke」と「self-care」を検索語とすると、同様の過程で1,893件となった。これらの重複文献を除くと2,112件となった。

CINAHLにおいては、「stroke」と「self-management」を検索語として「AND」検索を行うと209件が検索され、文献の種類をJournal Article（学術誌）、対象をヒトに限定すると、72件となった。また、「stroke」と「self-care」を検索語とすると、同様の過程で402件となった。これらの重複文献を除くと449件となった。

PubMedで抽出された2,112件とCINAHLの449件において、重複文献を除くと2,487件となり、抽出基準を満たす文献が98件抽出された。国外文献はこの98件について分析した。

なお、除外された文献で最も多かった内容は、理学療法士や作業療法士等のセラピストの介入による患者の身体機能の変化についての内容であった。

2. 研究の動向

(1) 脳卒中患者のセルフマネジメントに関する研究の内容別分類

以下において、研究内容を忠実に、かつ端的に要約した

用語を〈 〉、分類名を【 】で示す。

国内文献については、〈自己管理の実行プロセス〉（佐藤・長田・大森, 2013）、〈自己管理行動とその関連要因〉（山口・古瀬, 2012）、〈自己管理行動と生理指標の関連〉（福岡・百田・大森・森山, 2012）、〈セルフマネジメントの困難〉（片山ほか, 2015）、〈自主トレーニングの関連要因〉（Ihara, Mizuma, & Kawate, 2016）、〈患者教育における看護師の認識〉（野崎・麻上・山田・清礼, 2016）の計6件が【セルフマネジメントの実態調査】として分類された。また、鳥谷（2016）の〈再発予防介入に関するレビュー〉が【セルフマネジメントに関するレビュー】として分類された。

国外文献については、〈セルフマネジメントのプロセス〉〈セルフマネジメントの影響要因〉等の計15件が【セルフマネジメントの実態調査】として分類された。また、〈セルフマネジメントに関するレビュー〉〈セルフマネジメントと自己効力感に関するレビュー〉〈セルフマネジメントと服薬管理に関するレビュー〉〈QOL向上のためのセルフマネジメントプログラムのレビュー〉〈セルフマネジメント介入に関するレビュー〉等の計21件が【セルフマネジメントに関するレビュー】として分類された。その他、【セルフマネジメント尺度の開発】1件、【セルフマネジメント支援ツールの開発】7件、【セルフマネジメント介入プロトコル】13件、【セルフマネジメント介入研究】35件、【セルフマネジメントプログラムの評価】6件に分類された。国内外の文献の内容別分類については表2に示す。

国内文献は、2012年以降の「実態調査」と「文献レビュー」のみであったが、国外文献は2005年以降、「実態調査」「文献レビュー」「尺度開発」「支援ツールの開発」「介入プロトコル」「介入研究」「介入の評価」が行われていた。

表2 脳卒中患者のセルフマネジメントに関する文献の内容別分類

【分類】 (件数) 研究内容 (件数)	著者 (発行年)
国内文献 (n = 7)	
【セルフマネジメントの実態調査】 (6)	
自己管理の実行プロセス	佐藤ほか (2013)
自己管理行動とその関連要因	山口・古瀬 (2012)
自己管理行動と生理指標の関連	福岡ほか (2012)
セルフマネジメントの困難	片山ほか (2015)
自主トレーニングの関連要因	Ihara, et al. (2016)
患者教育における看護師の認識	野崎ほか (2016)
【セルフマネジメントに関するレビュー】 (1)	
再発予防介入に関するレビュー	鳥谷 (2016)
国外文献 (n = 98)	
【セルフマネジメントの実態調査】 (15)	
セルフマネジメントのプロセス	Satink, et al. (2015a), Satink, et al. (2016)
セルフマネジメントの影響要因	Boger, et al. (2015)
セルフマネジメントにおける患者家族の体験	Satink, et al. (2018)
脳卒中後の運動習慣とその決定要素	Simpson, et al. (2017)
リハビリテーションにおけるセルフマネジメントの実態	Bower, et al. (2012), Miller, et al. (2017)
「良好な」セルフマネジャーの概念化	Ellis, et al. (2017)
服薬アドヒアランスの障害要因	Jamison, et al. (2016)
服薬アドヒアランスとその関連要因	Bushnell, et al. (2011)
セルフマネジメントに関する医療従事者の認識	Norris, et al. (2014), Norris & Kilbride, (2014), Satink, et al. (2015b)
セルフマネジメントに関する患者・医療従事者の認識	Choi-Kwon, et al. (2005), Sadler, et al. (2017)
【セルフマネジメントに関するレビュー】 (21)	
セルフマネジメントに関するレビュー	Jones, Riazi, & Norris (2013)
セルフマネジメントと自己効力感に関するレビュー	Jones & Riazi, et al. (2011)
セルフマネジメントと服薬管理に関するレビュー	Chapman & Bogle, et al. (2014)
リハビリテーションにおけるセルフマネジメントに関するレビュー	Jones (2013)
QOL向上のためのセルフマネジメントプログラムのレビュー	Fryer, et al. (2016), Whitehead (2018)
セルフマネジメント介入に関するレビュー	Lennon, et al. (2013), Pearce, et al. (2015), Morais, et al. (2015), Boger, Ellis, et al. (2015), Parke, et al. (2015), Kidd, Lawrence, Booth, & Rowat (2015), Warner, et al. (2015), Jones, et al. (2016), Kessler & Liddy (2017), Sakakibara, Kim, et al. (2017), Wray, et al. (2018)
患者教育に関するレビュー	Daviet, et al. (2012)
慢性疾患セルフマネジメントプログラムの脳卒中への応用	Jones (2006)
高血圧食事療法の脳卒中への適用	Satterfield, et al. (2012)
セルフマネジメント介入のアウトカム測定尺度に関するレビュー	Boger, et al. (2013)
【セルフマネジメント尺度の開発】 (1)	
脳卒中セルフマネジメント尺度の開発	Boger, Hankins, et al. (2015)
【セルフマネジメント支援ツールの開発】 (7)	
情報通信技術を用いたセルフマネジメント支援ツールの開発	Kuo, et al. (2012), Anderson, et al. (2014), Mawson, et al. (2014), Parker, et al. (2014a)
セルフマネジメント支援教材の開発	Stonecipher. (2009), Denny, et al. (2017)
セルフマネジメント介入マップの開発	Sakakibara, Lear, et al. (2017)
【セルフマネジメント介入プロトコル】 (13)	
セルフマネジメント介入プロトコル	Battersby, et al. (2009), Cheng, et al. (2011), Goldfinger, et al. (2012), Tielemans, et al. (2014a), Tielemans, et al. (2014b), Krishnamurthi, et al. (2014), Lo, et al. (2016), Brasier, et al. (2016), Towfighi, et al. (2017)
血圧に関するセルフマネジメント介入プロトコル	O'Brien, et al. (2013)
身体活動に関するセルフマネジメント介入プロトコル	Mansfield, et al. (2017), Brauer, et al. (2018)
リハビリテーションに関するセルフマネジメント介入プロトコル	Jones, et al. (2015)
【セルフマネジメント介入研究】 (35)	
セルフマネジメント介入研究	Sit, et al. (2007), Kendall, et al. (2007), Jones, et al. (2009), Huijbrechts, et al. (2009), Marsden, et al. (2010), Cadilhac, et al. (2011), Hirsche, et al. (2011), White, et al. (2013), Kronish, et al. (2014), Park & Ha (2014), Bretz, et al. (2014), Hale, et al. (2014), Min & Yeongmi (2014), McKenna, et al. (2015), Tielemans, et al. (2015), Kidd, Lawrence, Booth, Rowat, & Russell (2015), Barker-Collo, et al. (2015), Jones, et al. (2016), Sit, et al. (2016), Cadilhac, et al. (2016), Bodechtel, et al. (2016), Wolf, Baum, et al. (2017), Wolf, Spiers, et al. (2017), Carlstedt, et al. (2017), Preston, et al. (2017), Hill, et al. (2017), Lo, et al. (2018), Sit, et al. (2018)
服薬管理に関するセルフマネジメント介入研究	Damush, et al. (2016)
運動に関するセルフマネジメント介入研究	Huijbrechts, et al. (2008)
血圧に関するセルフマネジメント介入研究	Ovaisi, et al. (2011)
リハビリテーションに関するセルフマネジメント介入研究	Parker, et al. (2014b), Richardson, et al. (2015)
ストレスマネジメントに関する介入研究	Golding, et al. (2015)
脳卒中後のうつ患者に対するセルフマネジメント介入研究	Skolarus, et al. (2017)
【セルフマネジメントプログラムの評価】 (6)	
セルフマネジメント介入に対する患者の評価	Taylor, et al. (2012), Clark, et al. (2018)
服薬に関するセルフマネジメントプログラムに対する患者の評価	Ferguson, et al. (2017)
セルフマネジメントプログラムの専門家研修の評価	Jones, et al. (2012), Jones, Livingstone, & Hawkes (2013)
セルフマネジメントプログラムのプロセス評価	Tielemans, et al. (2016)

(2) 脳卒中患者のセルフマネジメントに関する文献の内容別年次推移

年次推移は図1に示す。脳卒中患者のセルフマネジメントに関する研究は2005年以降に報告されていた。年次推移については、2005～2010年は1～4件であり、2011～2013年は6～9件、2014～2017年は倍増して14～18件報告されていた。過去5年間の文献件数が著しく増加しており、とくに「介入研究」に関する国外の文献件数の増加が認められた。

3. 脳卒中患者のセルフマネジメントの実態

(1) 実態調査の結果

セルフマネジメントの「実態調査」についての文献件数は国内6件、国外15件の計21件であった。このうち、脳卒中患者を対象とした調査は、国内4件、国外11件の計15件であった。前述のとおり、セルフマネジメントは“患者”の疾患管理のプロセスであるため、その実態をより忠実に明らかにするために、患者を対象とした上記の15件の結果を要約した(表3)。

セルフマネジメントは疾患管理のプロセスであり、非常に大きな概念であるため、セルフマネジメントの何に焦点が当てられているかという観点から要約した結果、「セルフマネジメントに対する認識」に焦点が当てられた文献が

3件、「セルフマネジメントのプロセス」が4件、「セルフマネジメント行動」が8件であった。セルフマネジメント行動においては、さらに、「再発予防、喫煙・飲酒習慣、食事療法、運動習慣、血圧測定習慣」に焦点化した文献が2件、「運動習慣」が1件、「服薬管理」が2件、「リハビリテーション」が3件であった。

「セルフマネジメントに対する認識」については、イギリスの近年の調査結果においても、セルフマネジメントという用語は患者にとって馴染みがないと報告されていた(Boger, Demain, & Latter, 2015; Sadler, Wolfe, Jones, & McKevitt, 2017)。

「セルフマネジメントのプロセス」については、佐藤ほか(2013)は、再発の危機感が動機づけとなり、再発予防に向けた行動化を試みる段階と、退院後の自立した日常生活の営みのなかで、自己管理の習慣化または中断に至る段階、の2段階のプロセスがあることを報告していた。また、オランダにおいては、患者はセルフマネジメントを複雑で長期にわたる学習プロセスととらえていたこと(Satink, Cup, de Swart, Nijhuis-van der Sanden, 2015a)、日常生活を通して、セルフマネジメントを探求・経験・評価・発展させていたこと(Satink, et al., 2016)が報告されていた。一方で、患者は退院後には、セルフマネジメントの準備が整っていないこと、退院後に専門的な支援を十分

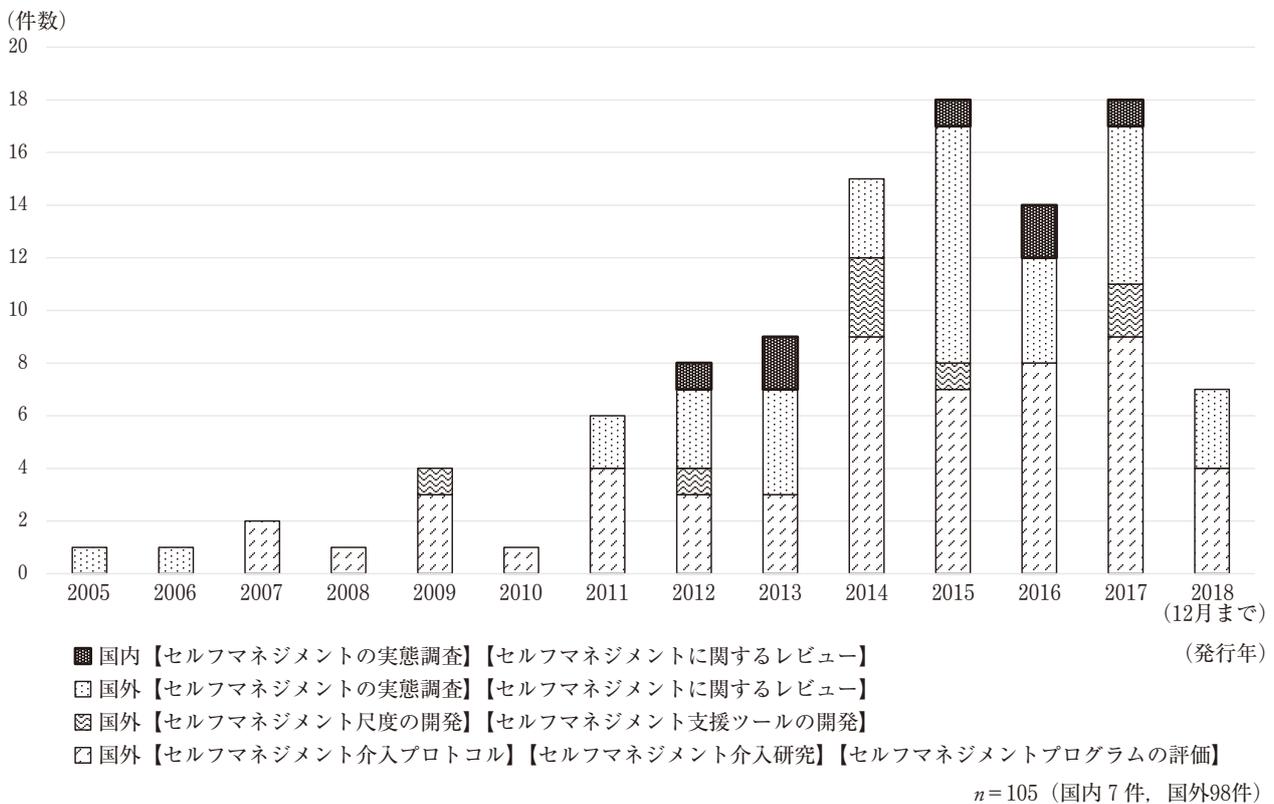


図1 脳卒中患者のセルフマネジメントに関する文献の内容別の年次推移

表3 脳卒中患者のセルフマネジメントの実態に関する文献の要約

焦点が当てられているセルフマネジメントの内容	著者(発行年)発行国	研究デザイン	研究対象者				研究結果の要約(セルフマネジメントの実態)
			対象数	脳卒中病型	重症度(-:焦点化されていない)	年齢	
セルフマネジメントに対する認識	Boger, et al. (2015) イギリス	質的記述的研究	25名	脳卒中全般	-	平均65.7歳	セルフマネジメントという言葉は、患者にとってなじみがなく、セルフマネジメントの準備はできておらず、その支援ニーズは満たされていない場合が多かった。患者は、セルフマネジメントは脳卒中後の人生において重要な、避けられないものとしてとらえており、環境側面の支援がセルフマネジメントに影響を及ぼすと捉えていた。
	Sadler, et al. (2017) イギリス	質的記述的研究	患者 13名 理学療法士 13名	脳卒中全般	-	50~80歳代	患者はセルフマネジメントという言葉になじみがなく、「自分のために物事をする」「自分のケアをする」といったように、自己のケアとして理解していた。セラピストに対しては、脳卒中後の回復を支援する専門家として認識していた。
	Choi-Kwon, et al. (2005) 韓国	量的記述的研究	患者 50名 医師 31名 看護師 57名	脳梗塞 脳出血	軽症~重症	平均60歳	服薬管理・ストレス管理・一般的な医学的知識・食事管理については、医師よりも患者が知りたいと認識していた。危険因子の管理・手術療法については、患者より医師が知りたいと認識していた。食事管理については性差が、医学的知識・運動・性に関する項目については年齢差が認められた。
セルフマネジメントのプロセス	Ellis, et al. (2017) イギリス	質的記述的研究	患者 97名 (他の慢性疾患を含む) 家族 35名 医療従事者等 42名	脳卒中全般	-	35歳以上	良好なセルフマネージャーとは、健康に対する責任をもち、情報の調達や健康リスクを低減するための知識をもち、情報に基づいた意思決定や、意思決定を遵守する・しないという決定に積極的である。
	Satink, et al. (2015a) オランダ	質的記述的研究	16名	脳卒中全般	-	50~80歳代	患者はセルフマネジメントを複雑で長期にわたる個人的な学習プロセスととらえた。退院後、患者はセルフマネジメントの準備ができていなかった。家族はセルフマネジメントを促進する一方、阻害要因にもなった。患者は、退院後の専門的支援を十分受けられていなかった。患者は、セルフマネジメントのプロセスにおいて、心理的・情緒的支援を求めている。
	Satink, et al. (2016) オランダ	質的記述的研究	10名	脳卒中全般	-	60~80歳代	患者は日常生活を通して、セルフマネジメントを探求・経験・評価・発展させていた。このプロセスにおいて、家族は、時にエンパワメントとして、時に拘束力となった。セルフマネジメントと責任をもつことの意味は、時間経過につれて、自分自身で全てを行うことから、必要に応じて他人の支援を受けて行うことに変化した。また、その意味は、日常の活動レベル管理、役割の管理、脳卒中後の価値ある人生の管理と、患者によってさまざまであった。
セルフマネジメント行動 : 喫煙・飲酒習慣 食事療法 運動習慣 血圧測定習慣	佐藤ほか (2013) 日本	質的記述的研究	16名	脳梗塞	軽症	40~80歳代	自己管理の実行プロセスは2段階で示された。1段階目は、【再発の危機感】を抱き、【動機づけ】が行われ、【再発予防に向けた行動化】を試みる段階であった。2段階目は、【自立した日常生活行動】の営みのなかで、【自己管理の習慣化】または【自己管理の中断】に分かれる段階であった。
	山口・吉瀬 (2012) 日本	相関研究	患者41名 家族41名	脳梗塞	軽症	平均67.7歳	喫煙歴がある者のうち、16.7%は喫煙を継続していた。飲酒歴がある者のうち、38.1%は飲酒習慣を継続していた。塩分制限をいつもしている者51.2%、脂質制限をいつもしている者36.6%、運動をいつもしている者34.1%、血圧測定をいつもしている者58.5%であった。認知機能が高い患者ほど塩分制限を、健康管理に対する自己効力感が高い患者ほど脂質制限、運動を行っていた。家族機能のかじとりが中程度である家族ほど、節酒について支援を行っていた。
	福岡ほか (2012) 日本	相関研究	122名	脳梗塞 一過性 脳虚血発作	軽症	80歳未満	喫煙習慣がある者21.5%、毎日の飲酒習慣がある者30.3%、食事療法の習慣(週4回以上)がない者58.7%、運動習慣(週4回以上)がない者60.3%であった。降圧薬内服患者で、血圧測定習慣がある患者は、ない患者に比べ、収縮期血圧が低い傾向であった。食事療法習慣の有無で、身体指標に差はなかった。運動習慣がある患者は、ない患者と比べて、収縮期血圧、LDLコレステロールが低値であった。
セルフマネジメント行動 : 運動習慣	Simpson, et al. (2017) オーストラリア	量的記述的研究	520名	脳卒中全般	-	平均74.7歳	発症から5年後の調査において、運動習慣保有率は18.5%、10年後の調査では24%であった。5年後と10年後の両方でデータがある人のうち、15%(n=42)が運動継続、10%(n=27)が運動開始、14%(n=38)が運動を中止した。継続的な運動は、年齢、Barthelスコア、独立歩行、QOL、脳卒中前の運動、運動に関するアドバイスを受けていることと相関した。
セルフマネジメント行動 : 服薬管理	Jamison, et al. (2016) アメリカ	質的記述的研究	28名	脳卒中全般	-	60~90歳代	服薬管理の障壁となる患者側の要因として、セルフケア能力、脳卒中罹患の重大性の認知、脳卒中および服薬に関する知識があった。また、障壁には、服薬についての信念、薬剤の効果、服薬の方法、服薬の変更、処方複雑さ、治療の負担が含まれていた。
	Bushnell, et al. (2011) アメリカ	相関研究	2,457名	脳梗塞 一過性 脳虚血発作	-	50~70歳代	退院1年後に、65.9%が服薬を継続し、34.1%が服薬を継続していなかった。1年間の服薬継続因子には、退院時に処方された薬物の数、適切な取入、処方理由とその副作用の理解、かかりつけ医の定期受診であった。
	Miller, et al. (2017) アメリカ	量的記述的研究	49名	脳卒中全般	-	30~90歳代	退院後に在宅運動療法を遵守している者は65%、遵守していない者は35%であった。遵守していない者は、疲労の割合が高かった。遵守しない理由で多かったものは、「理学療法士の指導とは異なった運動をしている」47%、「転倒へのおそれ」18%、「面倒」18%、「痛み」18%であった。
セルフマネジメント行動 : リハビリテーション	Bower, et al. (2012) オーストラリア	量的記述的研究	患者 15名 介護者 7名 作業療法士 11名 理学療法士 7名	脳卒中全般	-	平均65歳	上肢の運動、強化、二次予防に関する自己管理課題の少なくとも4分の1が、セラピストの期待を下まわって行われた。セルフマネジメントトレーニングの70%については、介護者の40%が実施していなかった。脳卒中後の上肢の管理、とくに介護者に対する支援の必要性が示された。
	Ihara, et al. (2016) 日本	相関研究	33名	脳卒中全般	-	平均66.9歳	1週間の自主トレーニング実施日数は、発病後月数と有意な正の相関を認めた。リハビリテーションへの結果予期、効力予期、生活の満足度とは有意な相関を認めなかった。

に受けられていないことが報告されていた (Satink, et al., 2015a)。いずれの文献においても、セルフマネジメントのプロセスは、家族や医療従事者の支援といった療養環境の影響を受けていることが明らかになっていった。療養環境の影響は、よい側面と好ましくない側面があり、家族はセルフマネジメントを促進する一方で、阻害要因にもなっていた (Satink, et al., 2015a; Satink, et al., 2016)。また、支援環境の不足によってセルフマネジメントの中断に至ること (佐藤ほか, 2013) が報告されていた。

「セルフマネジメント行動」については、国内においては、単一施設あるいは特定の地域における、「軽症」の「脳梗塞患者」を対象とした調査であり、脳卒中患者のセルフマネジメント行動の実態は十分に調査されていなかった。国内の特定施設、特定地域の軽症脳梗塞患者を対象とした2文献 (山口・古瀬, 2012; 福岡ほか, 2012) においては、測定基準が異なるため、単純に比較分析することはできないが、2～4割程度の患者は喫煙・飲酒習慣を継続し、4～5割程度の患者は食事療法の習慣がなく、6～7割程度の患者は運動習慣がなく、4～6割程度の患者は家庭血圧測定の習慣がないと概算できた。また、セルフマネジメント行動と、認知機能、自己効力感、家族機能との関連 (山口・古瀬, 2012)、セルフマネジメント行動と血圧、血中脂質といった生理指標との関連 (福岡ほか, 2012) が報告されていた。国外においても同様の傾向が報告されており、オーストラリアの調査においても、脳卒中発症5年後、10年後の運動習慣保有率は2割程度にとどまっていた (Simpson, Callisaya, English, Thrift, & Gall, 2017)。さらに、継続的な運動習慣の保有には年齢や身体機能に加えて、脳卒中発症前の運動習慣、運動に関するアドバイスを受ける支援、QOLとの関連が報告されていた (Simpson, et al., 2017)。国外においては服薬管理、リハビリテーションに関する文献も報告されており、3割程度の患者が服薬を継続できず (Bushnell, et al., 2011)、3割程度の患者が在宅運動療法を遵守できていないこと (Miller, Porter, DeBaun-Sprague, Van Puymbroek, & Schmid, 2017) が報告されていた。また、服薬管理の関連要因には、脳卒中や服薬に関する知識、服薬についての信念、治療の負担感等があることが明らかになっていった (Jamison, Graffy, Mullis, Mant, & Sutton, 2016)。

セルフマネジメントの関連要因については、前述のように、「年齢」「身体機能」「認知機能」「知識」「自己効力感」「脳卒中発症前の生活習慣」「信念」「負担感」、また「家族」「医療従事者」といった療養支援環境等さまざまに報告されていた。

研究方法については、「セルフマネジメントに対する認識」と「セルフマネジメントのプロセス」においては、患

者へのインタビューを通して得られた質的なデータに基づいた分析が行われていた。また、セルフマネジメントのプロセスの一部である「行動」に焦点を当てて、研究者独自の基準や独自の指標を用いて、行動の実践状況が測定されていた。一方、国内外で、セルフマネジメントのプロセス全体をとらえた数量的な調査は行われておらず、脳卒中の病型や重症度、年齢といった対象者の特性によるセルフマネジメントの実態や、セルフマネジメントが、どの段階でどの程度実践されているのかといった数量的な実態は十分に明らかになっていなかった。

以上の結果から、①国内外で脳卒中患者のセルフマネジメントのプロセス全体をとらえた実態は十分に明らかになっていないこと、②セルフマネジメントは退院後の日常生活のなかで経験を積みながら発展していくプロセスであること、③適切なセルフマネジメントが行われることで、脳卒中のリスクに関連する生理指標やQOLの改善が期待できること、④セルフマネジメントの関連要因には、「年齢」「身体機能」「認知機能」「知識」「自己効力感」「脳卒中発症前の生活習慣」「信念」「負担感」「家族の支援」「医療従事者の支援」といった複数の要因があること、⑤セルフマネジメントは療養支援環境の影響を受けるが、療養支援環境は十分に整っていないこと、⑥退院後の患者はセルフマネジメントの準備が整っておらず、適切なセルフマネジメント行動をとれない患者が一定割合で存在し、とくに運動習慣の保有率が低いこと、という実態が明らかになった。

(2) 介入研究の結果

国内では介入研究は行われていなかったが、国外においては、介入プロトコルが13件、介入研究が35件であり、とくに過去5年間に介入研究が多く報告されていた。介入研究35件のうち、エビデンスレベルの高い無作為化比較対照試験は15件報告されており、この15件の文献を要約した(表4)。

焦点が当てられていたセルフマネジメントの内容は、「セルフマネジメント全般」が14件、「ストレスマネジメント」が1件であった。なお、セルフマネジメント全般は、脳卒中に特異的なセルフマネジメントプログラムを用いた文献が9件、慢性疾患セルフマネジメントプログラムを用いた文献が1件、動機づけ介入に焦点化した文献が1件、エンパワメント介入に焦点化した文献が2件、脳卒中ピア教育が1件であった。

対象数は20～600名と、大規模調査も行われていた。対象者の重症度については、15件の文献中、13件において、重症者が除外されていた。一方で、2件については、重症者が除外されていることを課題として、重症者を対象に含めて、重症者に対する安全性の検証が行われていた

表 4 脳卒中患者のセルフマネジメント介入研究に関する文献の要約

焦点が当てられている セルフマネジメント の内容	研究対象者			介入内容			アウトカム	介入効果 (介入後の セルフマネジメントの実態) (有意な結果のみ) (- : 有意な結果なし)	
	著者 (発行年) 発行国	対象数	重症度	年齢	介入群	対照群			介入期間
セルフマネジメント全般：脳卒中セルフマネジメントプログラム									
	Kendall, et al. (2007) オーストラリア	100	軽症： 認知機能障害を除外	平均 66歳	標準的なりハビリテーションと慢性疾患セルフマネジメントプログラム (Chronic Disease Self-Management Program: CDSMP) (Lorig, et al., 1999) に脳卒中に特異的な内容を追加したプログラム	標準的なりハビリテーション	6 週間	QOL 自己効力感	自己効力感の向上 セルフケアの向上 (QOLのサブスケール)
	Cadilhac, et al. (2011) オーストラリア	143	軽症～重症： 重度の認知機能障害を含む	平均 69歳	脳卒中セルフマネジメントプログラム (Stroke Self-Management Program: SSMP)	慢性疾患セルフマネジメントプログラム (Chronic Disease Self-Management Program: CDSMP) (Lorig, et al., 1999)	8 週間	プログラムへの参加と安全性 生活参加度 QOL 抑うつ・不安	プログラムの安全性 (介入に起因した有害事象なし) 抑うつ・不安の軽減
	Cadilhac, et al. (2016) オーストラリア	315	重症： 認知機能障害, 言語障害, 身体機能障害をもつ者	平均 71歳	脳卒中セルフマネジメントプログラム (Stroke Self-Management Program: SSMP)	慢性疾患セルフマネジメントプログラム 標準ケア	8 週間	プログラムへの参加と安全性	障害によるプログラム参加の差なし 認知機能障害のある者はより多くの有害事象を経験
	Wolf, Baum, et al. (2017) アメリカ	185	軽症～中等症： NIHSS ≤16 中～重度の認知機能障害, 重度の失語症を除外	18歳 以上	参加型脳卒中セルフマネジメントプログラム (Improving Participation after Stroke Self-Management Program: IPASS)	介入なし。 待機後に同様の介入を受ける。	12週間	自己効力感	自己効力感の向上
	McKenna, et al. (2015) イギリス	25	軽症～中等症： 重度の精神疾患等を除外	平均 62歳	脳卒中セルフマネジメントプログラム (Bridges stroke self-management program: Bridges SMP)	通常のリハビリテーション	6 週間	自己効力感 QOL	-
	Jones, et al. (2016) イギリス	78	軽症～中等症： 簡単な指示に従うことができ、文章が読める患者	平均 62歳	通常のケアと、脳卒中セルフマネジメントプログラム (Bridges stroke self-management programme: Bridges SMP)	通常のケア	6 週間	ADL 不安・抑うつ QOL 自己効力感	-
	Marsden, et al. (2010) オーストラリア	25	軽症～中等症： Modified Rankinb Score 1～3	平均 70歳	脳卒中グループプログラム (Communit Living After Stroke for Survivors and Carers: CLASSIC)	介入なし。 待機後に同様の介入を受ける。	7 週間	Stroke Impact Scale Health Impact Scale 6 分間歩行テスト Timed Up and Go テスト	-
	Tielemans, et al. (2015) オランダ	113	軽症～中等症： 重度の精神疾患, 失語症等を除外	平均 57歳	脳卒中セルフマネジメント介入	教育介入	10週間	予防的コーピング能力 (Utrecht Proactive Coping Competence scale) 社会参加・余暇活動 自己効力感 QOL 不安・抑うつ 主観的幸福感	予防的コーピング能力の向上
	Lo, et al. (2018) オーストラリア	128	軽症～中等症： 精神疾患等を除外	平均 67歳	脳卒中セルフマネジメントプログラム (self-efficacy-based stroke self-management program: SESSMP)	通常のケア	4 週間	自己効力感 セルフマネジメント結果予期 (Stroke Self-Management Outcome Expectation Scale) セルフマネジメント行動 (Stroke Self-Management Outcome Expectation Scale)	自己効力感の向上 セルフマネジメント結果予期向上 セルフマネジメント行動の向上
セルフマネジメント全般：慢性疾患セルフマネジメントプログラム									
	Wolf, Spiers, et al. (2017) アメリカ	71	軽症： NIHSS < 6	平均 58歳	慢性疾患セルフマネジメントプログラム (CDSMP)	通常のリハビリテーション	6 週間	疾患への適応状態 自己効力感 ヘルスケアサービスの利用 生活の再構築 QOL	-
セルフマネジメント全般：動機づけ介入									
	Barker-Collo, et al. (2015) イギリス	386	軽症～中等症： 重度の精神疾患, 失語症, 認知機能障害等を除外	16歳 以上	動機づけ面接	通常のケア	脳卒中後28日・3か月・6か月・9か月時点の計4回	収縮期血圧 LDLコレステロール アドヒアランス 脳卒中・心血管障害の発症 QOL 不安・抑うつ	-

脳卒中患者のセルフマネジメントに関する国内外の文献レビュー

焦点が当てられているセルフマネジメントの内容		研究対象者			介入内容			アウトカム	介入効果 (介入後のセルフマネジメントの実態) (有意な結果のみ) (- : 有意な結果なし)
著者 (発行年) 発行国	対象数	重症度	年齢	介入群	対照群	介入期間			
セルフマネジメント全般：エンパワメント介入									
Sit, et al. (2018) 中国	210	軽症～中等症：全員が介護を要する状態	平均69歳	通常の外来リハビリテーションとエンパワメント介入 (Health Empowerment Intervention for Stroke-Selfmanagement: HEISS) 第1部：4～6名の小グループセッション 第2部：在宅での個別実践 第3部：実践後の個別強化セッション	通常の外来リハビリテーション	第1部：6週間 第2部：4週間	自己効力感 セルフマネジメント 行動 ADL	自己効力感の向上 セルフマネジメント行動の向上 ADLの向上	
Sit, et al. (2016) 中国	210	軽症～中等症：失語症、認知機能障害、ADLの依存、抗うつ治療を受けている者を除外	平均69歳	通常の外来リハビリテーションと、エンパワメント介入 (Health Empowerment Intervention for Stroke Self-management: HEISS) 第1部：4～6名の小グループセッション 第2部：在宅での個別実践と電話によるフォローアップ	通常の外来リハビリテーション	第1部：6週間 第2部：4週間	自己効力感 セルフマネジメント 行動 ADL	自己効力感の向上 セルフマネジメント行動の向上 ADLの向上	
セルフマネジメント全般：脳卒中ピア教育									
Kronish, et al. (2014) アメリカ	600	軽症：失語症、認知機能障害等プログラムに参加できない者を除外	平均63歳	脳卒中ピア教育 (慢性疾患セルフマネジメントプログラムをもとに開発)	介入なし。待機後に同様の介入を受ける。	6週間	血圧 LDLコレステロール 抗血栓薬の服用 脳卒中リスク因子の管理	血圧コントロールができた者の割合の増加	
ストレスマネジメント									
Golding, et al. (2015) イギリス	21	軽症：中～重度の認知機能障害を除外	平均68歳	リラクゼーション音楽を聴く	介入なし。待機後に同様の介入を受ける。	1か月間	不安	不安の軽減	

(Cadilhac, et al., 2011 ; Cadilhac, et al., 2016)。設定については、介入の場を外来とする文献もあったが (Tielemans, et al., 2015), 在宅, コミュニティを基本とする設定であった。

介入内容については、脳卒中セルフマネジメントプログラムが9件と最も多かったが、いずれも慢性疾患のセルフマネジメントの概念や、慢性疾患セルフマネジメントプログラムに、脳卒中に特化した内容を加えたものであった。なお、慢性疾患セルフマネジメントプログラムは、1999年にスタンフォード大学で開発され、ライフスタイルの改善、症状マネジメントの向上、入院回数・入院日数の低下等の効果が検証されている慢性疾患セルフマネジメントプログラム (Lorig, et al., 1999) をもとにしたものが4件報告されていた (Cadilhac, et al., 2011 ; Cadilhac, et al., 2016 ; Kendall, et al., 2007 ; Wolf, Baum, Lee, & Hammel, 2017)。脳卒中セルフマネジメントプログラムは、すべてが参加者間の相互作用を伴うグループ介入であった。また、脳卒中ワークブックを活用しながら、患者が自己目標を設定し、具体的な行動計画を立案し、進捗状況を評価するという患者の主体的な参加を伴う介入 (McKenna, Jones,

Glenfield, & Lennon, 2015) であった。介入期間は、慢性疾患セルフマネジメントプログラム (Lorig, et al., 1999) の介入期間が6週間であることに対して、脳卒中セルフマネジメントプログラムは6～10週間と長いものが多かった。

介入のアウトカムは、身体指標、心理指標、行動指標等の複数の側面で評価されていた。アウトカムの設定で最も多かったものは「自己効力感」であり、次いで「QOL」「不安・抑うつ」「セルフマネジメント行動」が多かった。

脳卒中セルフマネジメントプログラムの安全性については、軽症者に加えて、重症者に対しても安全性は検証されていた (Cadilhac, et al., 2011 ; Cadilhac, et al., 2016)。ただし、認知機能障害をもつ患者は、他の患者よりも転倒等の多くの有害事象が報告されており、より安全性の高い介入方法が課題とされていた (Cadilhac, et al., 2016)。

介入効果については、「脳卒中セルフマネジメントプログラム」の介入を行った9文献のうち、3件は介入効果として「自己効力感の向上」が認められた (Kendall, et al., 2007 ; Wolf, Baum, et al., 2017 ; Lo, Chang, & Chau, 2018)。また、1件は「セルフマネジメント行動の向上」 (Lo, et

al., 2018) が認められ、1件は「予防的コーピング能力の向上」が報告されていた (Tielemans, et al., 2015)。一方で、脳卒中セルフマネジメントプログラムの介入を行った9文献のうち3件については、介入効果は認められなかった。

「慢性疾患セルフマネジメントプログラム」を脳卒中に適用した文献や「動機づけ介入」を行った文献においては、介入効果は認められなかった。

「エンパワメント介入」を行った2文献については、「自己効力感の向上」、「セルフマネジメント行動の向上」、「ADLの向上」が認められた (Sit, et al., 2016; Sit, et al., 2018)。

「脳卒中ピア教育」を行った1文献については、「血圧コントロールができた者の割合の増加」が報告されていた (Kronish, et al., 2014)。また、「ストレスマネジメント」に対する介入を行った1文献においては、「不安の軽減」が報告されていた (Golding, Kneebone, & Fife-Schaw, 2015)。

以上のことから、①国内では、本研究で定めた一定の基準を満たす文献においては、脳卒中患者に対するセルフマネジメント介入研究が報告されていないこと、②国外においては、過去5年間で多くのセルフマネジメント介入研究が実施されていること、③脳卒中セルフマネジメントプログラムは、慢性疾患のセルフマネジメントの概念や、慢性疾患セルフマネジメントプログラムに、脳卒中に特化した内容を加えたものであり、多くはコミュニティーベースのグループ介入プログラムであること、④脳卒中セルフマネジメントプログラムは、軽症者だけでなく重症者に対しても安全性が検証されているが、認知機能障害のある患者等に対しては、より安全性の高い介入方法が課題とされていること、⑤脳卒中セルフマネジメントプログラムのアウトカムは、身体・心理・行動指標が設定されており、セルフマネジメントのプロセス全体を評価した文献は報告されていないこと、⑥脳卒中セルフマネジメントプログラムにより、自己効力感の向上、セルフマネジメント行動の向上、ADLの向上、血圧のコントロール、不安の軽減といった効果が報告されている一方で、効果が検証されなかった文献もあり、エビデンスの構築過程にあることが明らかになった。つまり、脳卒中セルフマネジメントプログラムは開発段階にあり、介入によりセルフマネジメントのプロセス全体がどのように変化するかといった実態は十分に明らかになっていなかった。

Ⅲ. 考 察

医学・看護学におけるセルフマネジメントに関する研究の動向については、国外では、1970年代にセルフマネジメントという用語が用いられるようになり、1980～1990年代

にかけて慢性疾患のセルフマネジメントに関する研究がさまざまに報告され、1990年代末には、慢性疾患セルフマネジメントプログラム (Lorig, et al., 1999) が開発され、その効果が検証されてきた。一方、国内においては、セルフマネジメントという用語が用いられるようになったのは2000年以降であり、簗持 (2003) の「心不全患者のセルフマネジメント」、今戸 (2012) の「慢性閉塞性肺疾患患者の呼吸困難のセルフマネジメント」等、疾患別のセルフマネジメントの概念についての分析が行われてきた。さらに、近年は、それらをもとに、慢性疾患のセルフマネジメントの概念・定義が報告されてきた (浅井ほか, 2017)。このように、慢性疾患のセルフマネジメントに関しては、1970年代から発展し、介入プログラムのエビデンスが構築されてきたが、脳卒中患者のセルフマネジメントに関する研究は、国外においては2000年以降、国内においては2010年以降に報告されており、介入プログラムは開発段階にあることが明らかになった。今後益々高齢化が進行し、脳卒中患者の増加が予測されることから、国内における脳卒中患者のセルフマネジメントに関する研究の発展が期待される。

国内で抽出された7文献のうち4文献においては「再発予防」がタイトルに含まれていた。この背景には、国内における大規模コホート研究 (Hata, et al., 2005) で、脳卒中の再発率が高いという実態が明らかになったことが影響していると考えられた。したがって、国内においては、脳卒中患者のセルフマネジメントに関する研究は、脳卒中の再発率の低減を目的としたものであると推察された。国外文献においても、再発予防を目的とした文献も報告されていたが、セルフマネジメント介入研究のアウトカムが、身体・心理的な側面のみならず、QOLに設定されていたこと、脳卒中セルフマネジメントプログラムが慢性疾患のセルフマネジメントの概念や慢性疾患のプログラムをもとに開発されていたことから、国外における脳卒中患者のセルフマネジメントに関する研究は、再発予防のみを目的としたものではなく、慢性疾患をもちながらも質の高い生活を送ることを目的としたものであると推察された。このような国内外の研究の動向に加えて、国内においては今後ますます高齢化が進行し、加齢による脳卒中の再発への影響が避けられないこと、また、加齢により複数の慢性疾患をもちながら生活する人の増加が予測されることから、脳卒中の再発予防のみを目的としたものではなく、障害や疾病をもちながらも質の高い生活を送るために、QOLの向上を目的とした脳卒中セルフマネジメントプログラムの開発が課題であると考えられる。

脳卒中患者のセルフマネジメントの実態や、介入研究の結果、セルフマネジメントがどのように変化するかとい

た実態は十分に明らかになっていなかった。脳卒中は、発症を期に急激に健康レベルが低下し、発症しない限りは一定の健康レベルが維持されるという特異的な経過をたどる点、脳卒中後の運動麻痺やうつ、意欲の低下など、脳卒中に特異的な症状・後遺症がある点において、他の慢性疾患とは異なるセルフマネジメントの実態があると推察される。患者自身が自己のセルフマネジメントの実践状況を的確にとらえられるようになるため、また、患者の状態を的確にとらえて、患者のニーズに基づく支援を行うため、さらには、QOLの向上を目指したセルフマネジメントプログラムの開発のためには、脳卒中患者のセルフマネジメントの実態を的確にとらえる必要がある。しかし、脳卒中患者に特有のセルフマネジメント評価指標・尺度は国内外で開発されていないこと、脳卒中に特異的な生理指標がないことから、その実態をとらえることはきわめて困難である。イギリスでは、脳卒中セルフマネジメント質問票 (Boger, Hankins, Demain, & Latter, 2015) が開発されているが、保健医療政策や文化的背景による日本との相違は否定できず、脳卒中の特異性という点においても課題が見出された。脳卒中に特異的なセルフマネジメント評価指標や尺度は国内外でも開発されていないことから、脳卒中セルフマネジメントプログラムの開発とともに、脳卒中セルフマネジメント評価指標、および尺度の開発も課題として抽出された。

研究の限界

本研究における文献の抽出基準に合致する文献のみの結果である。

結 語

脳卒中患者のセルフマネジメントに関する文献は2000年以降に報告されており、過去5年間の国外の介入研究が増加していた。国内では【セルフマネジメントに関する実態調査】と【セルフマネジメントに関するレビュー】のみであったが、国外ではこれらに加えて、【セルフマネジメント尺度の開発】【セルフマネジメント支援ツールの開発】【セルフマネジメント介入プロトコル】【セルフマネジメント介入研究】【セルフマネジメントプログラムの評価】も行われていた。

セルフマネジメントのプロセス全体を評価した実態調査は行われておらず、セルフマネジメント介入プログラムは開発段階にあったことから、脳卒中患者のセルフマネジメントの実態、および介入によりセルフマネジメントがどのように変化するのかといった実態は十分に明らかになっていなかった。十分な実態は明らかになっていなかったが、適切なセルフマネジメント行動により身体・心理機能の向上、QOLの向上が期待できるにもかかわらず、退院後の療養支援環境が十分に整っていないことが一因となり、適切な行動がとれない患者が一定割合で存在する実態が明らかになった。セルフマネジメントのプロセス全体を評価できる指標や尺度の開発、実態に基づく脳卒中セルフマネジメントプログラムの開発が求められた。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

著者貢献度

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

要 旨

脳卒中患者のセルフマネジメントに関する研究の動向と実態を明らかにすることを目的に、文献レビューを行った。医中誌、PubMed、CINAHLにおいて、国内文献7件、国外文献98件が抽出された。研究は2000年以降に報告されており、過去5年間の国外の介入研究が増加していた。国内では、実態調査と文献レビューのみであったが、国外では、尺度開発、支援ツールの開発、介入プロトコル、介入研究、介入プログラムの評価も行われていた。セルフマネジメントのプロセス全体を評価した実態調査は十分に行われておらず、介入プログラムも開発段階であった。適切なセルフマネジメント行動により、心身機能やQOLの向上が期待できる一方で、退院後の療養支援環境が十分に整っていないことが一因となり、適切な行動がとれない患者が一定割合で存在する実態が明らかになった。プロセス全体を評価できる指標や尺度の開発、実態に基づく介入プログラムの開発が求められた。

Abstract

A literature review was conducted to elucidate the status of research on stroke patient self-management and trends in this research. Seven articles from Japan and 98 from other countries were extracted from the Iqaku Chuo Zasshi, PubMed, and CINAHL databases. The reports, which had been published since 2000, indicated that intervention studies had increased in other countries in the previous 5 years. Only fact-finding surveys and literature reviews were reported in Japan, while research on the development of scales and support tools, intervention protocols, intervention studies, and the evaluation of intervention programs had also been conducted abroad. Overall, there were too few fact-finding surveys that evaluated the process of self-management, and intervention programs were at the development stage. Nevertheless, the studies showed that while appropriate self-management behavior is likely to improve physical and mental function and quality of life, a certain percentage of patients do not engage in such behavior, due in part to an inadequate recovery support environment after discharge. A need was identified for criteria and scales that can be used to evaluate the process as a whole and intervention programs based on actual circumstances.

文 献

- Anderson, J.A., Godwin, K.M., Saleem, J.J., Russell, S., Robinson, J.J., and Kimmel, B. (2014). Accessibility, usability, and usefulness of a Web-based clinical decision support tool to enhance provider-patient communication around Self-management TO Prevent (STOP) Stroke. *Health Informatics Journal*, 20(4), 261-274.
- 浅井美千代, 青木きよ子, 高谷真由美, 長瀬雅子 (2017). 我が国における「慢性疾患のセルフマネジメント」の概念分析. 順天堂大学医療看護学部医療看護研究, 19, 10-21.
- Barker-Collo, S., Krishnamurthi, R., Witt, E., Feigin, V., Jones, A., McPherson, K., Starkey, N., Parag, V., Jiang, Y., Barber, P.A., Rush, E., Bennett, D., and Aroll, B. (2015). Improving Adherence to Secondary Stroke Prevention Strategies Through Motivational Interviewing: Randomized Controlled Trial. *Stroke*, 46(12), 3451-3458.
- Battersby, M., Hoffmann, S., Cadilhac, D., Osborne, R., Lalor, E., and Lindley, R. (2009). 'Getting your life back on track after stroke': A Phase II multi-centered, single-blind, randomized, controlled trial of the Stroke Self-Management Program vs. the Stanford Chronic Condition Self-Management Program or standard care in stroke survivors. *International Journal of Stroke*, 4(2), 137-144.
- Bodechtel, U., Barlinn, K., Helbig, U., Arnold, K., Siepmann, T., Pallesen, L-P., Puetz, V., Reichmann, H., Schmitt, J., and Kepplinger, J. (2016). The stroke east Saxony pilot project for organized post-stroke care: a case-control study. *Brain and Behavior*, 6(5), e00455. doi: 10.1002/brb3.455 (accessed 2018.12.26)
- Boger, E.J., Demain, S., and Latter, S. (2013). Self-management: A systematic review of outcome measures adopted in self-management interventions for stroke. *Disability and Rehabilitation*, 35(17), 1415-1428.
- Boger, E.J., Demain, S.H., and Latter, S.M. (2015). Stroke self-management: A focus group study to identify the factors influencing self-management following stroke. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 175-187.
- Boger, E., Ellis, J., Latter, S., Foster, C., Kennedy, A., Jones, F., Fenerty, V., Kellar, I., and Demain, S. (2015). Self-Management and Self-Management Support Outcomes: A Systematic Review and Mixed Research Synthesis of Stakeholder Views. *PLoS ONE*, 10(7), e0130990. doi: 10.1371/journal.pone.0130990 (accessed 2018.12.26)
- Boger, E.J., Hankins, M., Demain, S.H., and Latter, S.M. (2015). Development and psychometric evaluation of a new patient-reported outcome measure for stroke self-management: The Southampton Stroke Self-Management Questionnaire (SSSMQ). *Health and Quality of Life Outcomes*, 13: 165. doi: 10.1186/s12955-015-0349-7 (accessed 2018.12.26)
- Bower, K., Gustafsson, L., Hoffmann, T., and Barker, R. (2012). Self-management of upper limb recovery after stroke: How effectively do occupational therapists and physiotherapists train clients and carers? *British Journal of Occupational Therapy*, 75(4), 180-187.
- Brasier, C., Ski, C.F., Thompson, D.R., Cameron, J., O'Brien, C.L., Lautenschlager, N.T., Gonzales, G., Hsueh, Y.S., Moore, G., Knowles, S.R., Rossell, S.L., Haselden, R., and Castle, D.J. (2016). The Stroke and Carer Optimal Health Program (SCOHP) to enhance psychosocial health: Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 17(1), 446.
- Brauer, S.G., Kuys, S.S., Paratz, J.D., and Ada, L. (2018). Improving physical activity after stroke via treadmill training and self management (IMPACT): A protocol for a randomised controlled trial. *BMC Neurology*, 18, 13. doi: 10.1186/s12883-018-1015-6 (accessed 2018.12.26)
- Bretz, M.N., Graves, A., West, A., Kiesz, K.C., Toth, L., and Welch, M. (2014). Steps against recurrent stroke plus: Patient transition program. *Journal of Neurosci Nursing*, 46(4), E3-13, quiz E1-2. doi: 10.1097/JNN.0000000000000065 (accessed 2018.12/26)
- Bushnell, C.D., Olson, D.M., Zhao, X., Pan, W., Zimmer, L.O., Goldstein, L.B., Alberts, M.J., Fagan, S.C., Fonarow, G.C., Johnston, S.C., Kidwell, C., Labresh, K.A., Ovbiagele, B., Schwamm, L., and Peterson, E.D. (2011). Secondary preventive medication persistence and adherence 1 year after stroke. *Neurology*, 77(12), 1182-1190.
- Cadilhac, D.A., Hoffmann, S., Kilkenny, M., Lindley, R., Lalor, E., Osborne, R.H., and Batterbsy, M. (2011). A phase II multi-centered, single-blind, randomized, controlled trial of the stroke self-management program. *Stroke*, 42(6), 1673-1679.
- Cadilhac, D.A., Kilkenny, M.F., Srikanth, V., Lindley, R.I., Lalor, E., Osborne, R.H., and Batterbsy, M. (2016). Do cognitive, language, or physical impairments affect participation in a trial of self-management programs for stroke? *International Journal of Stroke*, 11(1), 77-84.
- Carlstedt, E., Iwarsson, S., Ståhl, A., Pessah-Rasmussen, H., and Månsson Lexell, J.E. (2017). BUS TRIPS-A Self-Management Program for People with Cognitive Impairments after Stroke. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(11), pii: E1353. doi: 10.3390/ijerph14111353 (accessed 2018.12.28)
- Chapman, B. and Bogle, V. (2014). Adherence to medication and self-management in stroke patients. *British Journal of Nursing*, 23(3), 158-66.
- Chapman, R.F., Smith, J.W., and Layden, T.A. (1971). Elimination of

- cigarette smoking by punishment and self-management training. *Behaviour Research and Therapy*, 9(3), 255-264.
- Cheng, E.M., Cunningham, W.E., Towfighi, A., Sanossian, N., Bryg, R.J., Anderson, T.L., Guterman, J.J., Gross-Schulman, S.G., Beanes, S., Jones, A.S., Liu, H., Ettner, S.L., Saver, J.L., and Vickrey, B.G. (2011). Randomized, controlled trial of an intervention to enable stroke survivors throughout the Los Angeles County safety net to “stay with the guidelines”. *Cardiovascular Quality and Outcomes*, 4(2), 229-234.
- Choi-Kwon, S., Lee, S.K., Park, H.A., Kwon, S.U., Ahn, J.S., and Kim, J.S. (2005). What stroke patients want to know and what medical professionals think they should know about stroke: Korean perspectives. *Patient Education and Counseling*, 56(1), 85-92.
- Clark, E., Bennett, K., Ward, N., and Jones, F. (2018). One size does not fit all - Stroke survivor's views on group self-management interventions. *Disability and Rehabilitation*, 40(5), 569-576.
- Damush, T.M., Myers, L., Anderson, J.A., Yu, Z., Ofner, S., Nicholas, G., Kimmel, B., Schmid, A.A., Kent, T., and Williams, L.S. (2016). The effect of a locally adapted, secondary stroke risk factor self-management program on medication adherence among veterans with stroke/TIA. *Translational Behavioral Medicine*, 6(3), 457-68.
- Daviet, J.C., Bonan, I., Caire, J.M., Colle, F., Damamme, L., Froger, J., Leblond, C., Leger, A., Muller, F., Simon, O., Thiebaut, M., and Yelnik, A. (2012). Therapeutic patient education for stroke survivors: Non-pharmacological management. A literature review. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 55(9-10), 641-56.
- Denny, M.C., Vahidy, F., Vu, K.Y.T., Sharrief, A.Z., and Savitz, S.I. (2017). Video-based educational intervention associated with improved stroke literacy, self-efficacy, and patient satisfaction. *PLoS ONE*, 12(3), e0171952. doi:10.1371/journal.pone.0171952 (accessed 2018.12.26)
- Ellis, J., Boger, E., Latter, S., Kennedy, A., Jones, F., Foster, C., and Demain, S. (2017). Conceptualisation of the ‘good’ self-manager: A qualitative investigation of stakeholder views on the self-management of long-term health conditions. *Social Science and Medicine*, 176, 25-33.
- Ferguson, C., Shaikh, F., and Bajorek, B. (2017). Patient self-testing and self-management of anticoagulation is safe and patients are satisfied with these programmes. *Evidence-Based Nursing*, 20(4), 110-111.
- Fryer, C.E., Luker, J.A., McDonnell, M.N., and Hillier, S.L. (2016). Self-Management Programs for Quality of Life in People With Stroke. *Stroke*, 47(12), 266-267.
- 福岡泰子, 百田武司, 大森豊緑, 森山美知子 (2012). 軽症脳梗塞患者の再発予防における自己管理の実態と臨床指標との関連. 広島大学保健学ジャーナル, 11(1), 1-9.
- Goldfinger, J.Z., Kronish, I.M., Fei, K., Graciani, A., Rosenfeld, P., Lorig, K., and Horowitz, C.R. (2012). Peer education for secondary stroke prevention in inner-city minorities: Design and methods of the prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 33(5), 1065-1073.
- Golding, K., Kneebone, I., and Fife-Schaw, C. (2015). Self-help relaxation for post-stroke anxiety: A randomised, controlled pilot study. *Clinical Rehabilitation*, 30(2), 174-180.
- Hale, L., Jones, F., Mulligan, H., Levack, W., Smith, C., Claydon, L., Milosavljevic, S., Taylor, D., Allan, J., MacKenzie, N., Flannery, J., Edwards, S., Rabone, T., and Alcock, M. (2014). Developing the Bridges self-management programme for New Zealand stroke survivors: A case study. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 21(8), 381-388.
- Hata, J., Tanizaki, Y., Kiyohara, Y., Kato, I., Kubo, M., Tanaka, K., Okubo, K., Nakamura, H., Oishi, Y., Ibayashi, S., and Iida, M. (2005). Ten year recurrence after first ever stroke in a Japanese community: The Hisayama study. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 76(3), 368-372.
- 旗持知恵子 (2003). 心不全患者のセルフマネジメントの概念分析. 山梨県立看護大学短期大学部紀要, 9(1), 103-114.
- Hill, V.A., Vickrey, B.G., Cheng, E.M., Valle, N.P., Ayala-Rivera, M., Moreno, L., Munoz, C., Dombish, H., Espinosa, A., Wang, D., Ochoa, D., Chu, A., Heymann, R., and Towfighi, A. (2017). A Pilot Trial of a Lifestyle Intervention for Stroke Survivors: Design of Healthy Eating and Lifestyle after Stroke (HEALS). *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 26(12), 2806-2813.
- Hirsche, R.C., Williams, B., Jones, A., and Manns, P. (2011). Chronic disease self-management for individuals with stroke, multiple sclerosis and spinal cord injury. *Disability and Rehabilitation*, 33(13/14), 1136-1146.
- Huijbregts, M.P.J., McEwen, S., and Taylor, D. (2009). Exploring the feasibility and efficacy of a telehealth stroke self-management programme: A pilot study. *Physiotherapy Canada*, 61(4), 210-220.
- Huijbregts, M.P.J., Myers, A.M., Streiner, D., and Teasell, R. (2008). Grand rounds, Implementation, process, and preliminary outcome evaluation of two community programs for persons with stroke and their care partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(5), 503-520.
- Ihara, M., Mizuma, M., and Kawate, N. (2016). Voluntary training undertaken by stroke patients during the recovery phase and related factors. *Japanese Journal of Comprehensive Rehabilitation Science*, 7, 29-38.
- 今戸美奈子 (2012). 慢性閉塞性肺疾患患者の呼吸困難のセルフマネジメント：概念分析. 大阪府立大学看護学部紀要, 18(1), 57-67.
- Jamison, J., Graffy, J., Mullis, R., Mant, J., and Sutton, S. (2016). Barriers to medication adherence for the secondary prevention of stroke: A qualitative interview study in primary care. *British Journal of General Practice*, 66(649): e568-e576. doi: 10.3399/bjgp16X685609 (accessed 2018.12.26)
- Jones, F. (2006). Strategies to enhance chronic disease self-management: How can we apply this to stroke? *Disability and Rehabilitation*, 28(13-14), 841-847.
- Jones, F. (2013). Self-management: Is it time for a new direction in rehabilitation and post stroke care? *Panminerva Medica*, 55(1), 79-86.
- Jones, F., Gage, H., Drummond, A., Bhalla, A., Grant, R., Lennon, S., McKeivitt, C., Riazi, A., and Liston, M. (2016). Feasibility study of an integrated stroke self-management programme: A cluster-randomised controlled trial. *BMJ Open*, 6(1), e008900. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008900 (accessed 2018.12.26)
- Jones, F., Livingstone, E., and Hawkes, L. (2013). Getting the Balance between Encouragement and Taking Over’ - Reflections on Using a New Stroke Self-Management Programme. *Physiotherapy Research International*, 18(2), 91-99.
- Jones, F., Mandy, A., and Partridge, C. (2009). Changing self-efficacy in individuals following a first time stroke: Preliminary study of a novel self-management intervention. *Clinical Rehabilitation*, 23(6), 522-533.
- Jones, F. and Riazi, A. (2011). Self-efficacy and self-management after

- stroke: A systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 33(10), 797-810.
- Jones, F., Riazi, A., and Norris, M. (2013). Self-management after stroke: Time for some more questions? *Disability and Rehabilitation*, 35(3), 257-264.
- Jones, F., Waters, C., Benson, L., Jones, C., Hammond, J., and Bailey, N. (2012). Evaluation of a shared approach to interprofessional learning about stroke self-management. *Journal of Interprofessional Care*, 26(6), 514-516.
- Jones, F.P., Pöstges, H., and Brimicombe, L. (2016). Building Bridges between healthcare professionals, patients and families: A coproduced and integrated approach to self-management support in stroke. *NeuroRehabilitation*, 39(4), 471-480.
- Jones, K.M., Bhattacharjee, R., Krishnamurthi, R., Blanton, S., Theadom, A., Barker-Collo, S., Thrift, A., Parmar, P., Maujean, A., Ranta, A., Sanya, E., and Feigin, V.L. (2015). Methodology of the Stroke Self-Management Rehabilitation Trial: An International, Multisite Pilot Trial. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 24(2), 297-303. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis (accessed 2018.12.26)
- 片山将宏, 横井和美, 奥津文子 (2015). 脳卒中患者のセルフマネジメントの困難: 脳卒中リハビリテーション看護認定看護師の語りからの検討. *人間看護学研究*, 13, 9-20.
- 加藤裕司, 棚橋紀夫 (2015). 加齢医学の面からみた脳卒中. 小林祥泰 (編), *脳卒中データバンク2015*. 32-33, 東京: 中山書店.
- Kendall, E., Catalano, T., Kuipers, P., Posner, N., Buys, N., and Charker, J. (2007). Recovery following stroke: The role of self-management education. *Social Science of Medication*, 64(3), 735-746.
- Kessler, D. and Liddy, C. (2017). An integrative literature review to examine the provision of self-management support following transient ischaemic attack. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21-22), 3256-3270.
- Kidd, L., Lawrence, M., Booth, J., and Rowat, A. (2015). Stroke self-management: What does good nursing support look like? *Primary Health Care*, 25(3), 24-27.
- Kidd, L., Lawrence, M., Booth, J., Rowat, A., and Russell, S. (2015). Development and evaluation of a nurse-led, tailored stroke self-management intervention. *BMC Health Services Research*, 15, 359. doi: 10.1186/s12913-015-1021-y (accessed 2018.12.26)
- Krishnamurthi, R., Witt, E., Barker-Collo, S., McPherson, K., Davis-Martin, K., Bennett, D., Rush, E., Suh, F., Starkey, N., Parag, V., Rathnasabapathy, Y., Jones, A., Brown, P., Te Ao, B., and Feigin, V.L. (2014). Reducing recurrent stroke: Methodology of the motivational interviewing in stroke (MIST) randomized clinical trial. *International Journal of Stroke*, 9(1), 133-9.
- Kronish, I.M., Goldfinger, J.Z., Negron, R., Fei, K., Tuhim, S., Arniella, G., and Horowitz, C.R. (2014). Effect of peer education on stroke prevention: The prevent recurrence of all inner-city strokes through education randomized controlled trial. *Stroke*, 45(11), 3330-3336.
- Kuo, Y.H., Chien, Y.K., Wang, W.R., Chen, C.H., Chen, L.S., and Liu, C.K. (2012). Development of a home-based telehealthcare model for improving the effectiveness of the chronic care of stroke patients. *Kaohsiung Journal of Medical Science*, 28(1), 38-43.
- Lennon, S., McKenna, S., and Jones, F. (2013). Self-management programmes for people post stroke: A systematic review. *Clinical Rehabilitation*, 27(10), 867-78.
- Lo, S.H., Chang, A.M., and Chau, J.P. (2016). Study protocol: A randomised controlled trial of a nurse-led community-based self-management programme for improving recovery among community-residing stroke survivors. *BMC Health Services Research*, 16, 387. doi: 10.1186/s12913-016-1642-9 (accessed 2018.12.26)
- Lo, S.H.S., Chang, A.M., and Chau, J.P.C. (2018). Stroke Self-Management Support Improves Survivors' Self-Efficacy and Outcome Expectation of Self-Management Behaviors. *Stroke*, 49(3), 758-760.
- Lorig, K.R., Sobel, D.S., Stewart, A.L., Brown, B.W. Jr., Bandura, A., Ritter, P., Gonzalez, V.M., Laurent, D.D., and Holman, H.R. (1999). Evidence suggesting that a chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: A randomized trial. *Medical Care*, 37(1), 5-14.
- Mandip, S.D., Leslie, A.M., Carole, L.W., Helena, L.R., Oscar, B., and Mitchell, S.V.E. (2014). Quality of Life after Lacunar Stroke: The Secondary Prevention of Small Subcortical Strokes Study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(5), 1131-1137.
- Mansfield, A., Brooks, D., Tang, A., Taylor, D., Inness, E.L., Kiss, A., Middleton, L., Biasin, L., Fleck, R., French, E., LeBlanc, K., Aquil, A., and Danells, C. (2017). Promoting Optimal Physical Exercise for Life (PROPEL): Aerobic exercise and self-management early after stroke to increase daily physical activity--study protocol for a stepped-wedge randomised trial. *BMJ Open*, 7(6), e015843. doi: 10.1136/bmjopen-2017-015843 (accessed 2018.12.26)
- Marsden, D., Quinn, R., Pond, N., Golledge, R., Neilson, C., White, J., McElduff, P., and Pollack, M. (2010). A multidisciplinary group programme in rural settings for community-dwelling chronic stroke survivors and their carers: A pilot randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*, 24(4), 328-341.
- 松崎肅統, 杉谷雅人 (2015). 病型別にみた脳卒中既往歴と予後. 小林祥泰 (編), *脳卒中データバンク2015*. 38-39, 東京: 中山書店.
- Mawson, S., Nasr, N., Parker, J., Zheng, H., Davies, R., and Mountain, G. (2014). Developing a personalised self-management system for post stroke rehabilitation; utilising a user-centred design methodology. *Disability and Rehabilitation Assist Technology*, 9(6), 521-528.
- McKenna, S., Jones, F., Glenfield, P., and Lennon, S. (2015). Bridges self-management program for people with stroke in the community: A feasibility randomized controlled trial. *International Journal of Stroke*, 10(5), 697-704.
- Miller, K.K., Porter, R.E., DeBaun-Sprague, E., Van Puymbroeck, M., and Schmid, A.A. (2017). Exercise after Stroke: Patient Adherence and Beliefs after Discharge from Rehabilitation. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(2), 142-148.
- Min, G.P. and Yeongmi, H. (2014). Effectiveness of a Self-management Program using Goal Setting based on a G-AP for Patients after a Stroke. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 44(5), 581-591.
- Morais, H.C., Gonzaga, N.C., Aquino Pde, S., and Araujo, T.L. (2015). Strategies for self-management support by patients with stroke: Integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(1), 136-143.
- Norris, M., Jones, F., Kilbride, C., and Victor, C. (2014). Exploring the experience of facilitating self-management with minority ethnic stroke survivors: A qualitative study of therapists' perceptions. *Disability and Rehabilitation*, 36(26), 2252-2261.
- Norris, M. and Kilbride, C. (2014). From dictatorship to a reluctant democracy: Stroke therapists talking about self-management. *Disability and Rehabilitation*, 36(1), 32-38.
- 野崎夏江, 麻上ゆかり, 山田哲史, 清礼智子 (2016). 軽症脳梗塞患者への患者教育を担う上で看護師として大切にしていること. *日本ニューロサイエンス看護学会誌*, 3(2), 67-74.

- O'Brien, C., Bray, E.P., Bryan, S., Greenfield, S.M., Haque, M.S., Hobbs, F.D.R., Jones, M.I., Jowett, S., Kaambwa, B., Little, P., Mant, J., Penaloza, C., Schwartz, C., Shackelford, H., Varghese, J., Williams, B., and McManus, R.J. (2013). Targets and self-management for the control of blood pressure in stroke and at risk groups (TASMIN-SR): Protocol for a randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, 13, 21. doi: 10.1186/1471-2261-13-21 (accessed 2018.12.26)
- 小笠美春 (2018). 慢性疾患患者の療養生活に関するセルフマネジメント尺度の現状と課題. *日本看護研究学会雑誌*, 14(1), 85-97.
- Ovaysi, S., Ibison, J., Leontowitsch, M., Cloud, G., Oakeshott, P., and Kerry, S. (2011). Stroke patients' perceptions of home blood pressure monitoring: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 61(590), e604-e610. doi: 10.3399/bjgp11X593893 (accessed 2018.12.26)
- Park, M.G. and Ha, Y. (2014). Effectiveness of a self-management program using goal setting based on a G-AP for patients after a stroke. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 44(5), 581-591.
- Parke, H.L., Epiphaniou, E., Pearce, G., Taylor, S.J.C., Sheikh, A., Griffiths, C.J., Greenhalgh, T., and Pinnock, H. (2015). Self-Management Support Interventions for Stroke Survivors: A Systematic Meta-Review. *PLoS ONE*, 10(7), e0131448. doi: 10.1371/journal.pone.0131448 (accessed 2018.12.26)
- Parker, J., Mawson, S., Mountain, G., Nasr, N., Davies, R., and Zheng, H. (2014a). The provision of feedback through computer-based technology to promote self-managed post-stroke rehabilitation in the home. *Disability and Rehabilitation Assist Technology*, 9(6), 529-538.
- Parker, J., Mawson, S., Mountain, G., Nasr, N., and Zheng, H. (2014b). Stroke patients' utilisation of extrinsic feedback from computer-based technology in the home: A multiple case study realistic evaluation. *BMC Medical Informatics & Decision Making*, 14(1), 46-46.
- Pearce, G., Pinnock, H., Epiphaniou, E., Parke, H.L., Heavey, E., Griffiths, C.J., Greenhalgh, T., Sheikh, A., and Taylor, S.J.C. (2015). Experiences of self-management support following a stroke: A meta-review of qualitative systematic reviews. *PLoS ONE*, 10(12), e0141803. doi: 10.1371/journal.pone.0141803 (accessed 2018.12.26)
- Preston, E., Dean, C.M., Ada, L., Stanton, R., Brauer, S., Kuys, S., and Waddington, G. (2017). Promoting physical activity after stroke via self-management: A feasibility study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(5), 353-360.
- Richardson, J., DePaul, V., Officer, A., Wilkins, S., Letts, L., Bosch, J., and Wishart, L. (2015). Development and Evaluation of Self-Management and Task-Oriented Approach to Rehabilitation Training (START) in the Home: Case Report. *Physical Therapy*, 95(6), 934-943.
- Sadler, E., Wolfe, C.D.A., Jones, F., and McKeivitt, C. (2017). Exploring stroke survivors' and physiotherapists' views of self-management after stroke: A qualitative study in the UK. *BMJ Open*, 7(3), e011631. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011631 (accessed 2018.12.26)
- Sakakibara, B.M., Kim, A.J., and Eng, J.J. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis on Self-Management for Improving Risk Factor Control in Stroke Patients. *International Journal of Behavioral Medicine*, 24(1), 42-53.
- Sakakibara, B.M., Lear, S.A., Barr, S.I., Benavente, O., Goldsmith, C.H., Silverberg, N.D., Yao, J., and Eng, J.J. (2017). Development of a Chronic Disease Management Program for Stroke Survivors Using Intervention Mapping: The Stroke Coach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(6), 1195-1202.
- Satink, T., Cup, E.H., de Swart, B.J., and Nijhuis-van der Sanden, M.W. (2015a). How is self-management perceived by community living people after a stroke? A focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 37(3), 223-230.
- Satink, T., Cup, E.H., de Swart, B.J., and Nijhuis-van der Sanden, M.W. (2015b). Self-management: Challenges for allied healthcare professionals in stroke rehabilitation--a focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 37(19), 1745-1752.
- Satink, T., Cup, E.H.C., de Swart, B.J.M., and Nijhuis-van der Sanden, M.W.G. (2018). The perspectives of spouses of stroke survivors on self-management - a focus group study. *Disability and Rehabilitation*, 40(2), 176-184.
- Satink, T., Josephsson, S., Zajec, J., Cup, E.H., de Swart, B.J., and Nijhuis-van der Sanden, M.W. (2016). Self-management develops through doing of everyday activities--a longitudinal qualitative study of stroke survivors during two years post-stroke. *BMC Neurology*, 16(1), 221. doi: 10.1186/s12883-016-0739-4 (accessed 2018.12.26)
- Satterfield, G., Anderson, J., and Moore, C. (2012). Evidence supporting the incorporation of the dietary approaches to stop hypertension (DASH) eating pattern into stroke self-management programs: A review. *Journal of Neuroscience Nursing*, 44(5), 244-250.
- 佐藤美紀子, 長田京子, 大森真澄 (2013). 軽症脳梗塞患者の再発予防に向けた自己管理の実行プロセス. *日本ニューロサイエンス看護学会誌*, 1(1), 13-21.
- Simpson, D., Callisaya, M.L., English, C., Thrift, A.G., and Gall, S.L. (2017). Self-Reported Exercise Prevalence and Determinants in the Long Term After Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Disease*, 26(12), 2855-2863.
- Sit, J.W., Chair, S.Y., Chan Yip, C.W., Choi, K.C., Lee, D.T., Leung, K.P., Tang, S.W., and Chan, P.S. (2018). Effect of health empowerment intervention for stroke self-management on behaviour and health in stroke rehabilitation patients. *Hong Kong Medical Journal*, 2(1), 12-15.
- Sit, J.W., Chair, S.Y., Choi, K.C., Chan, C.W., Lee, D.T., Chan, A.W., Cheung, J.L., Tang, S.W., Chan, P.S., and Taylor-Piliae, R.E. (2016). Do empowered stroke patients perform better at self-management and functional recovery after a stroke? A randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1441-1450.
- Sit, J.W., Yip, V.Y., Ko, S.K., Gun, A.P., and Lee, J.S. (2007). A quasi-experimental study on a community-based stroke prevention programme for clients with minor stroke. *J Clinical Nursing*, 16(2), 272-281.
- Stoneypher, K. (2009). Creating a patient education tool. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 40(10), 462-467.
- Skolarus, L.E., Piette, J.D., Pfeiffer, P.N., Williams, L.S., Mackey, J., Hughes, R., and Morgenstern, L.B. (2017). Interactive Voice Response-An Innovative Approach to Post-Stroke Depression Self-Management Support. *Translational Stroke Research*, 8(1), 77-82.
- Taylor, D.M., Stone, S.D., and Huijbregts, M.P. (2012). Remote participants' experiences with a group-based stroke self-management program using videoconference technology. *Rural and Remote Health*, 12(2), 1-15.
- Tielemans, N.S., Schepers, V.P., Visser-Meily, J.M., van Erp, J., Eijkenaar, M., and van Heugten, C.M. (2014b). The Restore4Stroke self-management intervention 'Plan ahead!': Rationale and description

- of the treatment protocol based on proactive action planning. *Clinical Rehabilitation*, 28(6), 530-540.
- Tielemans, N.S., Schepers, V.P., Visser-Meily, J.M., van Haastregt, J.C., van Veen, W.J., van Stralen, H.E., and van Heugten, C.M. (2016). Process evaluation of the Restore4stroke Self-Management intervention 'Plan Ahead!': A stroke-specific self-management intervention. *Clinical Rehabilitation*, 30(12), 1175-1185.
- Tielemans, N.S., Visser-Meily, J.M., Schepers, V.P., Post, M.W., Wade, D.T., and van Heugten, C.M. (2014a). Study protocol of the Restore4Stroke self-management study: A multicenter randomized controlled trial in stroke patients and their partners. *International Journal of Stroke*, 9(6), 818-823.
- Tielemans, N.S., Visser-Meily, J.M., Schepers, V.P., van de Passier, P.E., Port, I.G., Vloothuis, J.D., Struyf, P.A., and van Heugten, C.M. (2015). Effectiveness of the Restore4Stroke self-management intervention "Plan ahead!": A randomized controlled trial in stroke patients and partners. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 47(10), 901-909.
- 鳥谷めぐみ (2016). 脳卒中再発予防の介入研究に関する文献検討. 札幌医科大学札幌保健科学雑誌, 5, 11-18.
- Towfighi, A., Cheng, E.M., Ayala-Rivera, M., McCreath, H., Sanossian, N., Dutta, T., Mehta, B., Bryg, R., Rao, N., Song, S., Razmara, A., Ramirez, M., Sivers-Teixeira, T., Tran, J., Mojarro-Huang, E., Montoya, A., Corrales, M., Martinez, B., Willis, P., Macias, M., Ibrahim, N., Wu, S., Wacksman, J., Haber, H., Richards, A., Barry, F., Hill, V., Mittman, B., Cunningham, W., Liu, H., Ganz, D.A., Factor, D., and Vickrey, B.G. (2017). Randomized controlled trial of a coordinated care intervention to improve risk factor control after stroke or transient ischemic attack in the safety net: Secondary stroke prevention by Uniting Community and Chronic care model teams Early to End Disparities (SUCCEED). *BMC Neurology*, 17(1), 24. doi: 10.1186/s12883-017-0792-7 (accessed 2018.12.26)
- Wray, F., Clarke, D., and Forster, A. (2018). Post-stroke self-management interventions: A systematic review of effectiveness and investigation of the inclusion of stroke survivors with aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 40(11), 1237-1251.
- Warner, G., Packer, T., Villeneuve, M., Auduly, A., and Versnel, J. (2015). A systematic review of the effectiveness of stroke self-management programs for improving function and participation outcomes: Self-management programs for stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, 37(23), 2141-2163.
- White, J.H., Bynon, B.L., Marquez, J., Sweetapple, A., and Pollack, M. (2013). Masterstroke: A pilot group stroke prevention program for community dwelling stroke survivors. *Disability and Rehabilitation*, 35(11), 931-938.
- Whitehead, L. (2018). Self-management programmes for quality of life in people with stroke. *International Journal of Nursing Practice*, 24(2), e12612. doi: 10.1111/ijn.12612 (accessed 2018.12.26)
- Wolf, T.J., Baum, C.M., Lee, D., and Hammel, J. (2017). The Development of the Improving Participation after Stroke Self-Management Program (IPASS): An Exploratory Randomized Clinical Study. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 23(4), 284-292.
- Wolf, T.J., Spiers, M.J., Doherty, M., and Leary, E.V. (2017). The effect of self-management education following mild stroke: An exploratory randomized controlled trial. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 24(5), 345-352.
- 山口 幸, 古瀬みどり (2012). 在宅軽症脳梗塞患者の再発予防に向けた自己管理行動と自己効力感, 家族の支援行動および家族機能との関連. 家族看護学研究, 17(3), 146-158.

[2019年2月27日受付]
[2019年6月3日採用決定]

在宅看護実習で訪問看護師が感じる実習指導上の困難とその対処

Visiting Nurses' Perceived Difficulties and Corresponding Measures in Providing Practical Guidance during Home-based Nursing Care Practical Training

東海林 美 幸 古 瀬 みどり 森 鍵 祐 子 小 林 淳 子
Miyuki Tokairin Midori Furuse Yuko Morikagi Atsuko Kobayashi

キーワード：訪問看護師，実習指導，困難

Key Words：visiting nurse, practical training, difficulty

緒 言

わが国の65歳以上の高齢者数は、2025年には3,657万人、2042年にピークを迎えることより高齢者単独世帯や高齢夫婦のみの世帯の増加が予測される（厚生労働省、2012a）。終末期医療に関する調査（厚生労働省、2018a）では、人生の最終段階において、国民の6割以上が自宅療養を希望し、4割以上が要介護状態になっても自宅や子供・親族の家での介護を希望している。このような国民の希望に応える療養の場の確保と在宅医療ならびに看護における質の向上は喫緊の課題であり、社会保障・税一体改革大綱（厚生労働省、2012b）により全世代対応型社会保障の実現のため在宅医療が推進されている。そのため、在宅看護の担い手である訪問看護師の人材確保と未来の在宅看護実践者である学生の実習内容の充実および育成は重要である。

看護系大学、3年課程養成所などの看護学生や病院職員等を受け入れている訪問看護事業所は8割を超え、実習・研修の受け入れ日程の調整が難しいこと、実習生へのフォローが十分できないこと、指導・教育にあたるスタッフが足りないことが報告されている（日本看護協会、2016）。

さらに、在宅看護実習を受け入れている事業所では訪問看護師の9割が実習指導に従事しており（東海林・森鍵・大竹・細谷・小林、2016）、看護基礎教育課程における実習指導能力の育成も課題であると考えられる。

在宅看護実習指導についての研究では、学生の学び、実習受入れ、指導者の指導内容や意識に関する研究が報告がされている。学生の学びでは、症状マネジメント・日常生活援助技術・呼吸循環を整える看護技術の体験（桶河・川嶋、2017）、在宅看護の対象理解、必要なアセスメントと看護活動、訪問看護師に求められる能力と態度、学生が感じた気づきや実感を言語化し意味づけるための教員や実習指導者の支援の重要性（鈴木・前田、2016）が報告されて

いる。訪問看護師が学生に伝えたい内容では、人を知ること、看護の場の違い、その人らしい生活を支える訪問看護師の役割・サービスとして求められている訪問看護・訪問看護師としてのあるべき姿・学習者としての姿勢・訪問看護の楽しさややりがい（富樫ほか、2017）などが報告されている。実習受入れでは、施設の刺激・活性化の機会になる、体制づくり・看護の向上につながり、また、一方では、諸制約による実習施設のジレンマや業務と指導への負担があること（樋口・島田・丸岡・大谷・奈良、2017）、訪問看護師の負担や実践面への支障についての不満、学生の態度面への不満、学生の力量不足の指摘（牛久保ほか、2015）があることなども報告されている。しかしながら、訪問看護師が実習指導上の困難とその対処を明らかにした報告は見当たらない。

さらに在宅での実習指導は個々の訪問看護師に委ねられ単独で指導していること、訪問時間が限られていること、利用者への看護実践や通常業務に上乗せした状態で実習指導を行うことにより負担を感じていることが推察される。

以上のことから、訪問看護師が利用者を優先して行う看護実践に並行し、学生個々の現状・ニーズにあわせた実習指導上の困難や訪問看護師の対処だけでは解決できない課題を明らかにすることで、実習指導支援方法構築のための示唆を得ることができると考える。

そこで本研究では、在宅看護実習指導において訪問看護師の感じる困難とその対処について明らかにすることを目的とする。

I. 研究方法

1. 対 象

対象者はA県内4か所の訪問看護事業所に勤務する訪問看護師10名である。A県看護職能団体に対し本調査の主旨

を文書で説明し調査を依頼した。当該団体の訪問看護運営委員会に出席した管理者に調査依頼内容が説明され、協同意思が得られた事業所の管理者に研究者から本調査の趣旨を口頭および文書で説明し同意を得た。訪問看護師には調査当日に研究の主旨を説明のうえ、口頭と書面で同意を得た。

2. データ収集方法

調査期間は平成30年6月～8月で、データ収集は、1事業所につき訪問看護師2～3名、4事業所において実施した。調査内容は、事業所の開設年数、職員数、常勤換算数、実習指導体制、実習指導者講習会修了者数、実習受入れ状況、研修受講状況、実習指導の現状、実習指導上の困難感で、聞き取りとグループインタビューを実施した。実習指導の現状、実習指導上の困難感については「現在、実習指導はどのように行っていますか。実習指導をしていて困ったことやうまくいかないことがあれば教えてください。学生に指導をする際に、知識・技術の面でどのような支援があれば役立ちますか。」のインタビューガイドに基づいて質問し、指導上の困難について語られた際にはその具体的な対処について尋ねた。内容について協力者の許可を受けたうえでICレコーダに録音し、その後逐語録を作成した。面接時間は60分程度であった。

3. 分析方法

- ①逐語録を精読し、訪問看護師の実習指導上の困難と対処について語られている内容を抽出し言葉の意味を損なわないよう意識、コード化し内容分析を行った。
- ②コードから共通性、類似性のあるものをグループ化しサブカテゴリーとした。類似のサブカテゴリーをグループ化しカテゴリーとした。結果について研究者がカテゴリー化し、在宅看護領域の研究者より内容の検証および分析についてスーパーバイズを受けることで信頼性の確保に努めた。

4. 倫理的配慮

対象者の訪問看護事業所の管理者と訪問看護師に対し書面と口頭にて、本研究の趣旨、目的、概要、調査結果公表の際に訪問看護事業所や個人が特定されることはないこと、研究への参加は自由意思に基づくことを説明した。インタビュー内容は録音するが、データは鍵付きの保管庫で管理し本研究の目的以外に使用することのないこと、分析の際は施設や個人が特定されることのないよう配慮し、インターネットに接続しないコンピュータを使用し外部に情報を漏らさないこと、研究終了後一定の保管期間の後にすべて削除すること、調査への参加は自由意思であり、協力

しない場合でも不利益は生じないことを説明し書面にて同意を得た。本研究は山形大学医学部倫理審査委員会の承認を得たうえで実施した（承認番号2017-414）。

II. 結果

1. 調査対象事業所および対象者の概要（表1）

インタビュー参加事業所は4事業所で、事業所の開設年数19～22年、職員数5～23名、常勤換算数4.7～17.0名、実習指導者講習会受講修了者0～1名だった。実習受入れ状況は大学2校、専門学校2～4校を受け入れ、実習生の延べ人数は58～326名だった。すべての事業所で1～3名の実習指導者が配置され、同行訪問はスタッフ全員で行っていた。インタビュー参加者の訪問看護師は合計10名ですべて女性だった。年齢は30歳台1名、40歳台5名、50歳台4名、訪問看護従事年数は5～9年3名、10～19年4名、20年以上3名だった。職位は管理者2名、スタッフ8名だった。訪問看護従事年数は5～9年が3名、10～19年が4名、20年以上が3名だった。実習指導状況は表1のとおりだった。

2. 訪問看護師が在宅看護実習指導で感じる困難と対処（図1）

記述内容を分析した結果、108件のコード、26件のサブカテゴリー、9件のカテゴリーが抽出された。以下、カテゴリーは【 】, サブカテゴリー〈 〉, コード「 」で示す。

訪問看護師の在宅看護実習指導で感じる困難として、【世代間のギャップ】【同行訪問への負担感】【実習指導の難しさ】【自分なりに行う実習指導への不安】の4つのカテゴリーが抽出された（表2）。

困難への対処として【学生を理解し支援する】【学生にあわせた指導をする】【利用者と学生をつなぐ】【指導に工夫をする】の4つのカテゴリーが抽出された（表3）。

訪問看護師が在宅看護実習指導で感じる困難では、【世代間のギャップ】は〈マナーができない〉〈会話が続かない〉〈生活様式の違い〉〈いまどきの若者への指導〉の4つのサブカテゴリーで構成されていた。【同行訪問への負担感】は〈実習指導に対する負担感〉〈利用者の負担になることへの懸念〉の2つのサブカテゴリーで構成されていた。【実習指導の難しさ】は〈学習状況が不明確〉〈学生の希望にあった実習設定ができない〉〈指導が伝わらない〉〈短期間での指導が難しい〉〈やる気がない学生への指導〉の5つのサブカテゴリーで構成されていた。困難への対処では、【学生を理解し支援する】は、〈体調を把握する〉〈学生の心理・状況を理解する〉〈学生を認める〉の3つの

表 1 対象・事業所の属性

訪問看護事業所	事業所 1		事業所 2		事業所 3			事業所 4		
開設年数	19年		19年		21年			22年		
常勤換算数	4.7名		9.5名		17名			6.8名		
実習指導者講習会受講者	0名		1名		1名			1名		
研修受講のしやすさ	受講が難しい		希望すれば受講できる		希望すれば受講できる			希望すれば受講できる		
実習受け入れ状況	大学 2, 専門学校 2 合計 3 校 (延べ人数 58 名)		大学 2, 専門学校 3 合計 5 校 (延べ人数 58 名)		大学 2, 専門学校 4 合計 6 校 (延べ人数 326 名)			大学 2, 専門学校 3 合計 5 校 (延べ人数 124 名)		
指導体制	学生実習委員 1 名 訪問は全員で対応		学生実習委員 1 名 訪問は新人以外の 全員で対応		学生実習委員 3 名 訪問は全員で対応			学生実習委員 2 名 訪問は全員で対応		
インタビュー参加者	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
性別	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性	女性
年齢	50歳台	30歳台	40歳台	40歳台	40歳台	40歳台	50歳台	40歳台	50歳台	50歳台
訪問看護従事年数	10～19年	5～9年	10～19年	10～19年	5～9年	20年以上	20年以上	10～19年	20年以上	5～9年
実習指導状況	実習指導者がローテーション、スケジュールを組む。実習初日はオリエンテーション後に実習指導者、スタッフ全員で利用者宅に同行訪問する。記録や実習内容は各教育機関にあわせて行う。		実習指導者がローテーション、スケジュールを組む。実習初日はオリエンテーション後に実習指導者、採用 1 年目以外のスタッフで利用者宅に同行訪問する。記録や実習内容は各教育機関にあわせて行う。		実習指導者がローテーション、スケジュールを組む。実習初日は、午前は情報収集、午後から実習指導者、スタッフ全員で利用者宅に同行訪問する。記録や実習内容は各教育機関にあわせて行う。			実習指導者がローテーション、スケジュールを組む。実習初日はオリエンテーション後、情報収集、看護師から情報提供をしながら実習指導者、スタッフで利用者宅に同行訪問する。記録や実習内容は各教育機関にあわせて行う。午後はまとめや指導・助言を行う。		

サブカテゴリーで構成された。【学生にあわせた指導をする】は、〈学生にマナーを教える〉〈実習しやすい環境をつくる〉〈興味を示さない学生にも指導する〉の 3 つのサブカテゴリーで構成された。【利用者与学生をつなぐ】は〈利用者を優先して実習指導をする〉〈学生と利用者間で調整役となる〉〈利用者との会話を助ける〉の 3 つのサブカテゴリーで構成されていた。【指導に工夫をする】は〈個別に指導する〉〈目的をもって指導する〉〈事業所全体で実習指導に取り組む〉〈学生に在宅看護を教える〉の 4 つのサブカテゴリーで構成されていた。

訪問看護師の在宅看護実習指導で感じる困難では、学生の「挨拶」「礼儀作法」などの〈マナーができない〉こと、利用者〈と会話が続かない〉ことや「正座ができない」などの〈生活様式の違い〉や、〈いまどきの若者への指導〉に苦慮するという【世代間のギャップ】が抽出された。これに対し、〈学生にマナーを教える〉〈体調を把握する〉、「緊張している」ことや「言われないとできない」という〈学生の心理・状況を理解する〉こと、「話しやすい雰囲気をつくる」「ほめる」など〈学生を認める〉ことで【学生を理解し支援する】という対処が示されていた。また「リラックスできるように配慮する」「指導者として声がけをする」など、〈実習しやすい環境をつくる〉ことや「仕方なく実習に来た学生にも教えよう」と努力し〈興味を示さない学生にも指導する〉など【学生にあわせた指導をする】対処、〈利用者を優先して実習指導をする〉なかで〈学生と利用者間で調整役となる〉〈利用者との会話を助ける〉

など【利用者与学生をつなぐ】という対処が示されていた。

訪問看護師の、利用者に「学生を何回かつれていくとそろそろやめて」と言われた経験から〈利用者の負担になることへの懸念〉や、学生に「全部説明しようと思ひ話し続ける」「実習指導は気が重い」などの〈実習指導に対する負担感〉を感じるという【同行訪問への負担感】が抽出された。これに対し、「バイタル測定に時間がかかる時」や「学生ができないことは代わりに行う」など〈利用者を優先して実習指導をする〉こと、「学生の特徴を前もって利用者に伝える」など〈学生と利用者間で調整役となる〉こと、〈利用者との会話を助ける〉ことなど【利用者与学生をつなぐ】ための行動が示されていた。

実習指導を行ううえで、学生の〈学習状況が不明確〉なこと、学生の「学びたいことに該当する患者がない」ため〈学生の希望にあった実習設定ができない〉こと、〈指導が伝わらない〉〈短時間での指導が難しい〉〈やる気がない学生への指導〉など、【実習指導の難しさ】が抽出された。これに対し〈個別に指導する〉こと、「なにか一つはほめて伸ばそうと意識する」等の〈目的をもって指導する〉こと、〈事業所全体で実習指導に取り組む〉こと、〈学生に在宅看護を教える〉ことなど、【指導に工夫をする】という対処が示されていた。

訪問看護師は学生に実習指導をするにあたり、「自分の感性で教え」「見よう見まねで指導している」現状から〈指導方法への不安〉を抱え、自分の実習指導は〈時代に

表2 訪問看護師の実習指導上の困難

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
世代間のギャップ	マナーができない	いまの学生ってあいさつ、身なり、礼儀作法ができない子が多い マナーができないとちょっと目立つ 訪問させていただく立場としてマナーができないと大変
	会話が続かない	利用者と情報を取るような会話ができない 学生さんの利用者とのコミュニケーションはなかなか難しい 一言あいさつぐらいして終わっちゃう
	生活様式の違い	正座できない学生は本当にいますよ 利用者宅で体育座りしている学生がいて驚いた 学生は和室がない家で育ってますよね 時代の変化とともにでしょうか
	いまどきの若者への指導	何をほめればいいのかわからないんですよ いまって叱らないんですかね いまの子どもたちって、プイって、こうなっちゃいますから いまはここまで教えなきゃ駄目なんだって思う
同行訪問への負担感	実習指導に対する負担感	一緒に車に乗せていくのが、ちょっとストレスですね 実習指導は気が重いのが本音 実習指導は指導者に任命されてるからやる 全部説明しようと思って話し続けて疲れる
	利用者の負担になることへの懸念	利用者に「学生さんは駄目だ」って言われたことがある 利用者に申し訳なく思ったことがある 利用者宅に学生を何回もつれていくとそろそろやめてと言われる 学生同行について利用者に事前に同意をいただいている
実習指導の難しさ	学習状況が不明確	学生はどんなことを習ってきているのかわからない 「こういうの習った？」と尋ねると「習ってない」と言う 学生はどういう目的でカルテを見ているのかなと思う
	学生の希望にあった実習設定ができない	学生の学びたいことに該当する患者がない 学生に見せたいものはいっぱいあるが見せられなかった
	指導が伝わらない	看護のとらえ方がずれている学生がいる 私が指導したことが伝わらなかったのかなと思う 記録や最終カンファレンスに指導が反映されていないときがある カンファレンスであれだけ指導をしたのに記録に書かれていない カンファレンスでの発表内容が記録に書かれていないと残念
	短期間での指導が難しい	2・3日間の実習なので、見て感じてもらえていれば良い 見るだけで終わってしまうと中身がなくなる 学生の実習で体験したいことを短期間で叶えるのが難しい 在宅と病院の違いがわかればと思って指導している
	やる気のない学生への指導	いくら指導しても、外を見て「はあぁ」なんて上の空の学生がいる 最初からやる気、興味の感じられない学生がいる 訪問には行くが、まとめの時間は寝てる学生がいる 興味のない学生への指導方法に悩む どこまで指導をすればいいのか悩む
自分なりに行う実習指導への不安	指導方法への不安	自分の感性で教えているがこれでいいのか不安 実習指導について共有できる人がいないので不安 助言するような指導方法でいいのかと不安 私たち、教えることなんてまずないので 実習指導方法がわからなくて苦痛 私が指導者でいいのかと思う 先輩がやってるのを見よう見まねで指導している
	時代にあわない指導への不安	自分が学んできた看護と、いまの看護は違うんじゃないかと感じる 「古いことを言っちゃった。どうしよう」と慌てることがある 学生の教科書を見てみたい 学校では在宅看護についてどう学んでいるのか知りたい

表3 訪問看護師の実習指導上の困難への対処

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
学生を理解し支援する	体調を把握する	訪問に連れていくときに体調チェックをしている 具合の悪いときはすぐ言ってほしいと伝えている 犬、猫嫌い、アレルギーに配慮している
	学生の心理・状況を理解する	学生はかなり緊張している 利用者との接し方から学生の背景がみえる 真面目なんですけど、一歩出ない 出来ていても表出できないのでマイナスの評価につながりやすい 失敗しちゃいけないと思っているようにみえる 最近の学生さんは以前とは変わってきた感じがする 言われないとできない 傷つきやすい
	学生を認める	褒めるということを心がけている 話しやすい雰囲気をつくっている コミュニケーションやバイタル測定などできたことを褒める
学生にあわせた指導をする	学生にマナーを教える	「入ったら戸を閉める」「靴はそろえる」とか教える 自己紹介の仕方を前もって教えておく 「あいさつするように」って、必ず言っていきます オリエンテーションや訪問に行く前にマナーについて説明する
	実習しやすい環境をつくる	朝のミーティング前に同行スタッフに挨拶できるようにしている リラックスできるように配慮している 自分で調べてほしいのであまり細かいところまでは教えていない 学校ごとの記録に合わせて指導している 指導者として声がけをする うまく話ができなくても利用者と一緒に空間にいてもらう 学生が体験したいことがあれば、見れるまで誘導する 学生が、気付いたこと・学んだことを話せるようにしている
	興味を示さない学生にも指導する	やる気のない学生さんにも最低限必要な指導をする 仕方なく実習に来たとわかる学生にも教えようとする それなりの実習をしてもらえばいいと割り切って指導している
利用者と学生をつなぐ	利用者を優先して実習指導をする	バイタル測定に時間がかかるときは私が代わって行う 学生ができないことは代わりに行う
	学生と利用者の中で調整役となる	学生の特徴を前もって利用者に伝える 学生が正座ができないとき立ち膝をすすめるなどの配慮をする 気を使って利用者を選んでいく
	利用者との会話を助ける	不足、未熟なところにかかりの介入が必要 利用者さんとの会話と一緒に混ざれるようにしている 利用者との橋渡しができればと思う
指導に工夫をする	個別に指導する	同行した看護師がそれぞれの学生に詳しく説明している 学生個々に情報提供や同行訪問で指導している 質問や疑問があればスタッフに声をかけてと伝える
	目的をもって指導する	1人の利用者についてゆっくり考えられるようにしている 学生の芽を絶やさないようにする なにか一つは褒めて伸ばそうと意識する 名前と呼ぶ、褒める 学生指導で大事にしているのは、相手を知ること 学生が何を望んでいるのかを知ったうえで指導する
	事業所全体で実習指導に取り組む	実習受け入れマニュアルをつくっている スライドを作ってオリエンテーションしている 服装やマナー、訪問看護について事前に学校に出向いて説明をしている マニュアルを活用して指導している 問題があったときは対策を検討している カンファレンスの在り方を検討している
	学生に在宅看護を教える	病院実習での退院指導で訪問看護を生かせるような指導をしている 病院と在宅での看護の違いを説明する 多職種連携について学んでほしい 在宅もありだなと思ってほしい

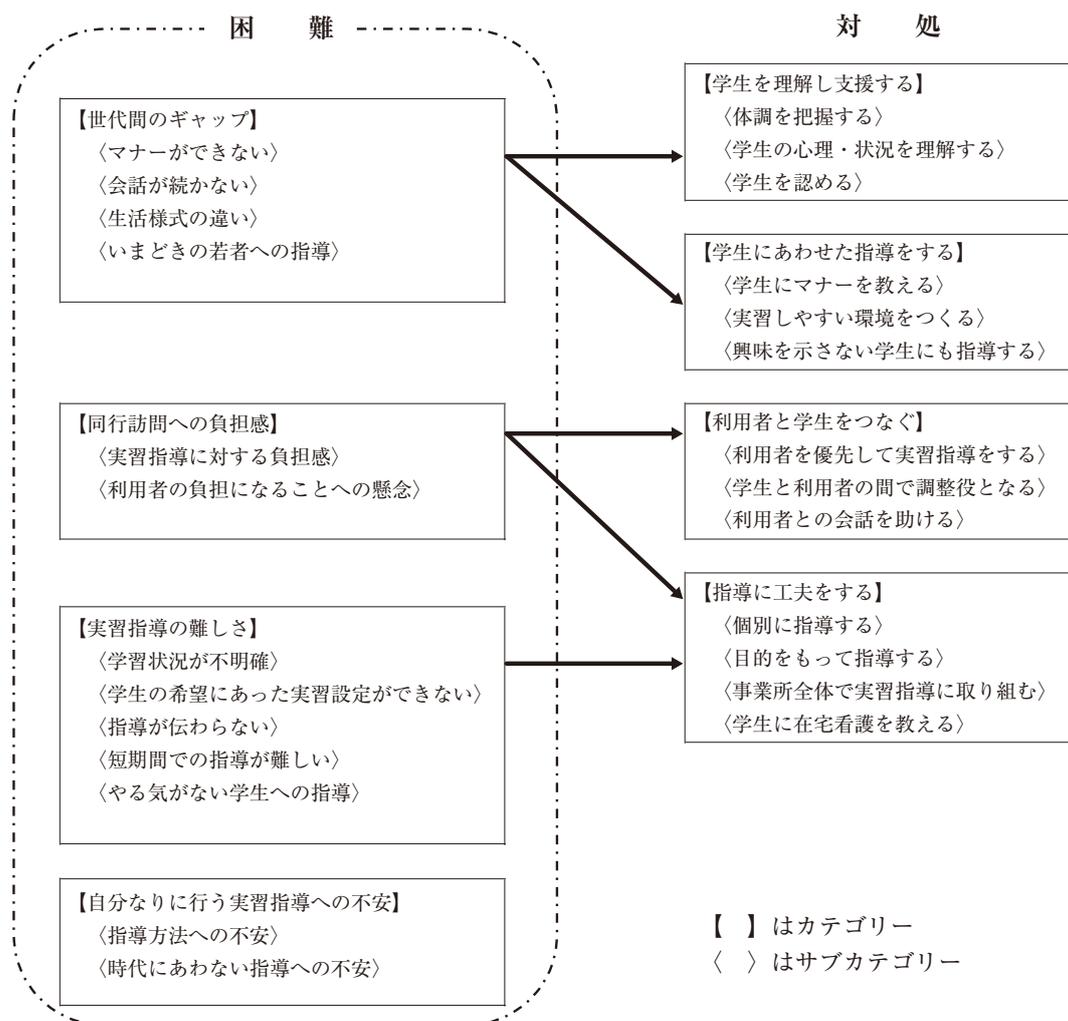


図1 訪問看護師の実習指導上の困難とその対処

あわない指導への不安)など、【自分なりに行う実習指導への不安】が抽出されたが適切な対処ができていない状況だった(図1)。

Ⅲ. 考 察

1. 調査対象者および対象事業所の概要

対象とした4事業所の開設年数は19~22年で、すべて介護保険法施行以前から開設された事業所だった。また看護師の常勤換算数は4.7~17.0名であり、全国の訪問看護ステーションの常勤換算数(厚生労働省, 2018b)と同等な規模の事業所だった。研修受講状況については看護師常勤換算数が4.7名の事業所は研修参加が難しいと回答しているが、それ以外の事業所は希望すれば参加できると回答していることから、先行研究(東海林ほか, 2016)と同様に小規模事業所からの研修受講は難しい状況だった。インタビューの訪問看護師は10名で、年齢は30歳台1名、40歳台5名、50歳台4名で、全国の訪問看護師の年齢(厚生労働

省, 2018b)と同等の平均的な年齢だった。

2. 世代間のギャップとその対処

訪問看護師は学生の「挨拶」「礼儀作法」などの〈マナーができない〉こと、利用者と〈会話が續かない〉こと、〈生活様式の違い〉から、〈いまどきの若者への指導〉に苦慮するという【世代間のギャップ】が抽出された。それに対し、〈体調を把握〉し〈学生の心理・状況を理解〉し、〈学生を認める〉ことで【学生を理解し支援する】対処をし、〈実習しやすい環境をつくる〉ことや〈興味を示さない学生にも指導する〉など【学生にあわせた指導】が示されていた。

学生と指導者における世代間のギャップはいつの時代も課題である。昨今の社会情勢では13~59歳までのインターネット利用率は90%を上まわり(総務省, 2015)インターネット、SNS(ソーシャル・ネットワーク・サービス)の普及が著しくコミュニケーションや必要な会話さえも人と顔をあわせることなくできる時代である。また、豊の上での生活を日常的にしないなどの生活環境の変化、高齢者を

はじめとする異世代とかかわる経験の減少などの状況も推察される。一方、看護師には患者・家族との人間関係、チーム医療を実施するためのコミュニケーション能力が求められる。また、職場や地域社会で多様な人々と仕事をしていくために必要な基礎的な力は社会人基礎力（経済産業省、2017）と定義され、前に踏み出す力・考え抜く力・チームで働く力の3つの能力12の能力要素で構成される。社会人基礎力は「人と人との関係のなかでしか育たない」ことをふまえて開発され、さまざまな経験や活動を通して相互に影響しあいながら高まっていくという性質をもつ（箕浦・高橋、2018）といわれている。そのため学生、指導者の世代間のギャップがあっても、その時々のかかわりのなかから互いにやるべきことを見極め、強みと弱みを把握したうえで相互に取り組み実行することで、【学生を理解し支援する】ことにつながるのではないかと考える。

また、訪問看護師は〈実習しやすい環境をつくる〉〈興味を示さない学生にも指導する〉など【学生にあわせた指導をする】対処をしており、学生が実習しやすい環境を準備し、すべての学生に実習成果をもたらせるよう努力している状況がうかがえる。安酸は、学生が豊かな直接的経験ができるように学習環境を整え、反省的経験の過程が促進されるような学習の場を準備し、学生による探求が進むよう援助することが重要であると述べている（2015, p.10）。学生は、その時代ごとの社会背景、生育環境などさまざまな影響を受けて育つため熟練者とのギャップを生じやすく、学生の実習内容に対する興味関心やモチベーションは個々により異なるが、病棟とは異なる居宅という看護実践の場において、患者と真摯に向き合い多くの経験をしている。その経験をもとに内省することは、学習を深めるばかりでなく感性や価値観形成の場ともなりうるため、その時その場の経験をもとに、対象や実習内容で学んでほしい内容を明確にした意図的なかかわりが重要であると考えられる。

3. 同行訪問への負担感とその対処

訪問看護師は〈利用者の負担になることへの懸念〉をもち、〈実習指導に対する負担感〉を感じるという【同行訪問への負担感】が抽出された。これに対し、〈利用者を優先して実習指導〉をし、〈学生と利用者の間で調整役となる〉こと、〈利用者との会話を助ける〉ことなど【利用者」と学生をつなぐ】という対処が示されていた。

このカテゴリーからは、訪問看護師が、社会経験の乏しい学生が利用者の印象を損なうことを懸念し短時間で多くの内容を説明すること、介入することで学生をサポートしようとする状況、それにより負担感が増幅されるという状況がイメージできる。在宅看護実習の場である利用者の自宅では、訪問看護師や学生は来訪者であり、他人の家にお

邪魔する者として挨拶・立ち居振る舞いなどのマナーが求められる（佐藤・本田、2010）。また、訪問看護ステーションにとって利用者および家族は大切な顧客であり、ニーズに応え満足いく支援をすることは看護の質向上を担保するためにも重要であり、学生を居宅でのケアのなかに自然に溶け込ませるような調整能力も必要とされていた。

4. 指導上の難しさとその対処

実習指導を行ううえで、学生の〈学習状況が不明確〉なこと、学生の「学びたいことに該当する患者がない」ため〈学生の希望にあった実習設定ができない〉こと、〈指導が伝わらない〉〈短時間での指導が難しい〉〈やる気がない学生への指導〉などの【実習指導の難しさ】が抽出された。これに対し〈個別に指導する〉こと、「何か一つはほめて伸ばそうと意識する」等の〈目的をもって指導する〉こと、〈事業所全体で実習指導に取り組む〉こと、〈学生に在宅看護を教える〉など【指導に工夫をする】対処が示されていた。

厚生労働省は「特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会実施要綱」（厚生労働省、2016）に基づき、病院以外の実習施設の保健師、助産師又は看護師、訪問看護師を対象とした研修を都道府県主催で開催している。この保健師助産師看護師実習指導者講習会は看護師が看護基礎教育における実習の意義および実習指導者としての役割を理解し、効果的な実習指導ができるよう、必要な知識・技術を修得させることを目的とし、教育原理、教育方法、評価方法、看護教育課程、教育心理、実習指導の原理、指導の実際を52～56時間で履修する内容である。しかしながら、訪問看護事業所は小規模事業所が多い（厚生労働省、2018c）ことから平日や長時間に及ぶ研修等は受講しにくく、具体的な指導は各訪問看護事業所および訪問看護師個人の努力に委ねられているのが現状である。海外では広域における看護現任教育の地域差を課題とし、e-ラーニング等による教育プログラムの開発や介入（Lewis, et al, 2016）が進んでおり、全国9,525か所に訪問看護事業所が存在するわが国においても広域的な教育的支援の構築が重要である。

5. 自分なりに行っている実習指導への不安

訪問看護師は学生に実習指導をするにあたり、〈指導方法への不安〉を抱え、自分の実習指導は〈時代にあわない〉のではないかと思うなど【自分なりに行う実習指導への不安】を感じており、適切な対処ができていない状況が示された。

学生が在宅看護実習から得る学びについては、緩和ケアに関するもの（桑田・古瀬、2014）、家族看護に関するも

の(綾部・鶴見・長澤・富岡・山口, 2015), 学生の看護観に関するもの(栗本・丸山, 2014)など多様な研究結果が報告されている。しかしながら, 本調査結果から訪問看護師が学生に有益な指導を行えた実感が得られているとは言いがたい現状が伺える。

訪問看護師は在宅看護実習指導において看護実践と並行し, 利用者および家族についてのアセスメント, 看護実践についての説明など多大な指導時間を費やしている。しかし訪問看護における実習は病院と比べて時間が短いこと, 病院看護師の年齢は20~30代の職員で半数を占めているのに対し訪問看護師の年齢は40代以上が7割を占めていること(厚生労働省, 2018c)から, 学生理解や学習状況の把握に苦慮し実習指導内容に自信がもてず実習指導への充実感が得にくい側面があることが推察される。実習においてさまざまな現象が理論と結びついて「わかる」という学習体験や理論を実際の場で適用することができたという体験, 患者・看護学生関係の形成・発展, 思いどおりにできる経験は, 看護の魅力・面白さが伝わる実習教育(安酸, 2015)として意義があるといわれている。訪問看護師がロールモデルとして在宅における看護や対象者の反応などを経験できる場を提供し短時間でも効果的な指導が可能なことを認識できるよう支援することが今後の課題である。

6. 訪問看護師の実習指導の実践を能力として支援する

在宅看護実習指導上の困難として, 訪問スケジュールの検討, 複数の教育機関への対応や学生の送迎の大変さをあげ, 訪問看護の特徴を意識して学生のレディネスを高めること, 特殊な環境で実習する学生の立場や状況を訪問看護師と共有した指導が課題であるとの報告がある(牛久保ほか, 2015)。本調査では, 在宅看護実習指導上の困難のなかでも, とくに【自分なりに行っている実習指導への不安】について対処されていないことが明らかになった。訪問看護師の7割以上が40代以上(厚生労働省, 2018c)で, その多くが看護基礎教育で在宅看護論を履修していないこと, 小規模事業所に所属し研修受講しにくいことなどを想定した教育プログラムの開発が求められる。

ある職務や状況において, 高い成果・業績を生み出すための行動特性はコンピテンシーと定義され, スペンサーらは看護師・医師・教師など支援・人的サービスの従事者のコンピテンシー・モデル(Spencer & Spencer, 1993/2011, pp.241-242)を提唱している。そのコンピテンシーのなかで, 信頼を築き相手にあったプレゼンテーションを行う『インパクトと影響力』は最もウエイトが高く, 次いで革新的な指導法を使い個々人のニーズに対し柔軟に対応する『人の育成』, 他人の問題を聞くことに時間を割き, 背景・興味・ニーズを理解する『対人関係理解』の順に重要

なウエイトを占め, さらに『対人関係理解』は相手のニーズに応え, 質問・要請・苦情をフォローする『顧客サービス重視』や『インパクトと影響力』の基礎になる(Spencer & Spencer, 1993/2011, pp.237-250)と述べられている。昨今, 訪問看護師による実習指導は, 在宅の状況や看護を伝え教えるという役割遂行が重視されてきたが, 本調査結果において訪問看護師は, 【学生を理解し支援する】ために多くの時間を割き背景やニーズを理解する, 【利用者と学生をつなぐ】際に利用者のニーズに応え苦情が出ないようにするなどの行動をとり, 学生の実習を円滑に進め実習成果を得ていることから, 『対人関係理解』ならびに『顧客サービス重視』のコンピテンシーにおける卓越性をもつことが推察された。また一方で, 『インパクトと影響力』『人の育成』というコンピテンシーにおいては脆弱さや自信のなさがうかがえた。スペンサーらはコンピテンシーには必ず「意図」が含まれ, 動因と特性が成果に結びつく行動を引き起こすと述べている(Spencer & Spencer, 1993/2011, pp.11-19)。訪問看護師の実習指導の実践を役割遂行だけでなく, 教育的で意図をもった実習指導を可能にするために, 能力としてとらえ支援することの重要性が考えられた。

IV. 研究の限界と今後の課題

本研究は, A県の4か所の訪問看護事業所に勤務する訪問看護師のみから得た調査結果であり, すべての実習指導者にあてはまるものではない。また学生の態度面に限局した内容が多く, 訪問看護師の看護実践など指導内容のすべてを調査に反映したものではない。今後は本調査結果をもとに全国調査を実施することで, 訪問看護師の実習指導の実態を明らかにすることが課題である。

謝 辞

本研究を行うにあたり, 調査にご協力いただきました対象事業所の皆さまに心よりお礼申し上げます。

結 論

訪問看護師の在宅看護実習指導上の困難は, 【世代間のギャップ】【同行訪問への負担感】【実習指導の難しさ】【自分なりに行う実習指導への不安】で, これに対し【学生を理解し支援する】【学生にあわせた指導をする】【指導に工夫をする】【利用者と学生をつなぐ】という対処をしていたが, 【自分なりに行う実習指導への不安】に対する対処は行われていなかった。

訪問看護師が在宅における実習指導者の役割の認識、学生理解、指導方法の獲得をしたうえで、自信をもって実習指導ができるための教育的支援の必要性が示唆された。

利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

研究助成情報

本研究は、JSPS 科研費 JP17K12448 による研究助成を受けたものである。

著者貢献度

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

要 旨

目的：在宅看護実習指導において訪問看護師の感じる困難とその対処を明らかにする。

研究方法：対象者は訪問ステーションで働く訪問看護師10名。グループインタビューによる質的記述的分析。

結果：訪問看護師の在宅看護実習指導上の困難は、【世代間のギャップ】【同行訪問への負担感】【実習指導の難しさ】【自分なりに行う実習指導への不安】で、これに対し【学生を理解し支援する】【学生にあわせた指導をする】【指導に工夫をする】【利用者と学生をつなぐ】という対処をしていたが、【自分なりに行う実習指導への不安】について解決できていなかった。

結論：訪問看護師が在宅における実習指導者の役割の認識、学生理解、指導方法の獲得をしたうえで、自信をもって実習指導ができるための教育的支援の必要性が示唆された。

Abstract

Background and purpose: The present study aimed to elucidate visiting nurses' perceived difficulties and corresponding measures in providing practical guidance during home-based nursing care practical training.

Method: Participants were 10 visiting nurses. Data were collected through group interviews, and a qualitative descriptive analysis was performed.

Results: The following four categories were extracted pertaining to the difficulties perceived by visiting nurses in providing practical guidance during home-based nursing care practical training: the [generation gap] perceived due to the manners of the students, [a sense of burden in accompanying visits], [difficulty in providing practical guidance], and the [anxiety about providing practical guidance on one's own]. The visiting nurses implemented measures such as [understanding the student], [providing guidance according to the student's abilities], [developing new ways to provide guidance], [providing guidance according to the home-based treatment environment], and [connecting the care recipient with the student] to address these difficulties. However, they were unable to resolve the problem of [anxiety about providing practical guidance on one's own].

Conclusion: It was suggested that visiting nurse could recognize the role of the training leader during home-based nursing care practice, and the need of the education support to practice of the training instruction competency as well as role accomplishment.

文 献

綾部明江, 鶴見三代子, 長澤ゆかり, 富岡実穂, 山口 忍 (2015).

臨床実習後に在宅看護実習を履修した看護学生の学び: 実習後の「看護観の再考」に焦点をあてて. 茨城県立医療大学紀要, 20, 103-112.

樋口キエ子, 島田 昇, 丸岡紀子, 大谷和枝, 奈良和子 (2017).

在宅看護学実習指導者の実習受け入れに関する認識についての研究. 群馬医療福祉大学紀要, 5, 105-116.

経済産業省 (2017). 人生100年時代の社会人基礎力. <http://www.meti.go.jp/policy/kisoryoku/> (参照2018年9月29日)

厚生労働省 (2012a). 在宅医療・介護連携の推進について. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/zaitaku/dl/zaitakuiryuu_all.pdf (参照2018年9月29日)

厚生労働省 (2012b). 社会保障・税一体改革について. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku.html> (参照2018年9月29日)

[mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hokabunya/shakaihoshou/kaikaku.html) (参照2018年9月29日)

厚生労働省 (2016). 保健師助産師看護師実習指導者講習会実施要綱. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/0000194256.pdf> (参照2018年9月29日)

厚生労働省 (2018a). 平成29年 人生の最終段階における医療に関する意識調査 結果. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000200749.pdf> (参照2018年9月29日)

厚生労働省 (2018b). 訪問看護のサービス提供の在り方に関する調査研究事業 (結果概要). https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000196466.pdf (参照2018年9月29日)

厚生労働省 (2018c). 訪問看護社保審一介護給付費分科会資料.

- https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/shingi-hosho_126698.html (参照2019年4月26日)
- 栗本一美, 丸山純子 (2015). 在宅看護実習における看護学生の家族介護者への関わり. *インターナショナル Nursing Care Research*, 14(2), 97-105.
- 桑田恵美子, 古瀬みどり (2014). 看護基礎教育における在宅看護実習が緩和ケア教育に与える影響. *北日本看護学会誌*, 16(2), 33-39.
- Lewis, P.A., Tutticci, N.F., Douglas, C., Gray, G., Osborne, Y., Evans, K., and Nielson, C.M. (2016). Flexible learning: Evaluation of an international distance education programme designed to build the learning and teaching capacity of nurse academics in a developing country. *Nurse Education in Practice*, 21, 59-65.
- 箕浦とき子, 高橋 恵 (2018). 看護職としての社会人基礎力の育て方 (第2版), 4-9, 東京: 日本看護協会出版会.
- 日本看護協会 (2016). 平成27年度老人保健事業推進費等補助金老人保健健康増進等事業 地域における訪問看護人材の確保・育成・活用策に関する調査研究事業 報告書. <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/report/2016/houmonkangojinzai.pdf> (参照2018年9月29日)
- 桶河華代, 川嶋元子 (2017). 訪問看護ステーション実習において学生が体験する看護技術の実態. *聖泉看護学研究*, 6, 69-74.
- 佐藤美穂子, 本田彰子 (2010). 在宅看護論実習指導ガイド: 訪問看護ステーションでの学び, 78-79, 東京: 日本看護協会出版会.
- 総務省 (2015). 平成27年版 情報通信白書のポイント. <http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/whitepaper/ja/h27/html/na000000.html> (参照2018年9月29日)
- Spencer, L.M. and Spencer, S.M. (1993/2011). 梅津祐良, 成田 攻, 横山哲夫 (訳), コンピテンシー・マネジメントの展開 (完訳版). 11-19, 237-252, 東京: 生産性出版.
- 鈴木昭子, 前田和子 (2016). 在宅看護実習における学生の学び: 終了時レポートの分析から. *茨城キリスト教大学看護学部紀要*, 8(1), 29-37.
- 富樫和代, 松下裕子, 田儀千代美, 田中清美, 吉野早織, 曾根美沙, 森川 忍, 人見絹枝 (2017). 訪問看護ステーションにおける在宅看護論実習で実習指導者が学生に伝えたいこと. *中国四国地区国立病院附属看護学校紀要*, 12, 18-33.
- 東海林美幸, 森鍵祐子, 大竹まり子, 細谷たき子, 小林淳子 (2016). 訪問看護師の在宅看護実習指導における自己効力感と関連要因. *北日本看護学会誌*, 18(2): 17-29.
- 牛久保美津子, 飯田苗恵, 小笠原映子, 田村直子, 斎藤利恵子, 棚橋さつき (2015). 訪問看護ステーションにおける訪問看護実習受け入れに関する状況. *The Kitakanto Medical Journal*, 65(1), 45-52.
- 安酸史子 (2015). 経験型実習教育: 看護師をはぐくむ理論と実践. 10-15, 東京: 医学書院.

〔2018年12月25日受 付〕
〔2019年5月23日採用決定〕

一般社団法人
日本 看護 研究 学会
会報

第 113 号

(2019年 9 月20日発行)

一般社団法人日本看護研究学会事務局

目 次

第46回学術集会開催のご挨拶	1
一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第1回理事会 議事録	3
一般社団法人日本看護研究学会 2019年度定時社員総会 議事録	7

第46回学術集会開催のご挨拶

一般社団法人

日本看護研究学会第46回学術集会

会長 城 丸 瑞 恵

(北海道公立大学法人札幌医科大学保健医療学部看護学科)

謹啓 時下ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

このたび、約50年の歴史ある一般法人 日本看護研究学会の第46回学術集会の会長を拝命し、大変光栄に存じます。会員の皆様には心より感謝申し上げます。

第46回学術集会は、2020年 8 月27日（木）・28日（金）の2日間にわたり札幌コンベンションセンターにおいて開催させていただきます。北海道開催は石垣靖子学術集会長のもとで行われました第31回以来、2回目となります。会員の皆様をはじめ、多くの方々にご参加を賜りたく、お願いとご挨拶をさせていただきます。

第46回大会のテーマは「当事者とともに創る看護の知」としました。看護をとりまく状況をみると医療技術の進歩や少子化・超高齢社会など、新たな現象が急激に生じています。また看護系大学の増加や高い専門性と優れた看護実践能力をもつ高度実践看護師の育成など質的量的な拡充が求められています。このような状況の中で、あらためて看護の役割について考えてみました。看護は看護をする対象の存在があって成り立ちます。当事者である患者・家族の体験を理解すること、看護職への患者の期待を察知すること、患者に寄り添いともに考えることなどは、看護の基本だと考えます。また、患者・家族の声に真摯に向き合う中で実践的な看護の知が創られると考えます。当事者である患者・家族の声に耳を傾け、ともに考え行動することで創られる看護の知の現状と展望について、皆様と考え共有したいと思ひ学術集会の

テーマにしました。

学術集会のプログラムでは、特別講演に日本学術会議副会長 三成美保氏から「教育研究におけるジェンダー主流化と日本学術会議の取り組み—日本看護研究学会のさらなる発展を期して」と題してご講演をいただきます。ジェンダー学の専門家として、また日本学術会議の副会長のお立場から看護実践者・看護研究者・本学会に対する展望についてご講演してください。また、教育講演1では北海道医療大学教授 向谷地生良氏から「当事者の専門知に学ぶ」をテーマにご講演をいただきます。この講演を通して当事者から学ぶ必要性・重要性について理解を深める機会になると考えています。教育講演2では北海道大学教授 湯浅万紀子氏に「思い出を未来へと紡ぐ博物館—博物館体験の長期記憶の語りから探る博物館の意味—」をテーマに、「博物館」をキーワードにした研究内容についてご紹介いただき、研究の多様性と共通性の理解が深まるとともに看護の知を創造する上での多くの示唆をいただけたと思います。

シンポジウム1では「がんとともに生きる当事者が望む暮らしを支える」をテーマに竹生礼子氏（北海道医療大学）、下倉賢士氏（ホームケアクリニック札幌）、大島寿美子氏（北星学園大学）、シンポジウム2では「『自分らしく生きぬく』を支える—あなたの願いと意思をかなえるために—」をテーマに松田哲子氏（旭川赤十字病院）、前野宏氏（札幌南徳洲会病院）、スーディ神崎和代氏（医療創生大学）、シンポジウム3では「若年認知症の当事者の思いを紡ぎ、共に考える支援—家族会や介護事業所の実践、そして家族の経験をとおして—」をテーマに平野憲子氏（NPO法人北海道若年認知症の人と家族の会）、岡田京子氏（認知症対応型デイサービスいろどり）に講師をお願いして研究者・実践者の立場からご講演いただきます。また各シンポジウムでは、がんや若年性認知症とともに生きる当事者・ご家族の方をシンポジストにお招きして、当事者・ご家族の方々と看護の知をどのように創るのか、意見交換が行われる予定です。この他、“看護の知を創る”ための研究方法に関して、研究方法セミナー1は「当事者研究のためのミックスメソッド入門」を高木廣文氏（天使大学）、研究方法セミナー2は「当事者の語りをつむぐ—ナラティブ分析への誘い—」を宮坂道夫氏（新潟大学大学院）、研究方法セミナー3は「統計手法の基本から質問紙調査の実際まで」を樋之津史郎氏（札幌医科大学）に講師をお願いしております。各研究方法のご専門の方々から具体的で実践的な研究の考え方・手法についてお話をさせていただく予定で、会員の皆様のご参考になると考えています。その他に、一般の方々が参加して楽しんでいただける市民公開講を企画しております。

会員の皆様には、日ごろの研究成果の発表の場にしていただければ幸いです。また、看護について考え発展させるための機会になることを願っております。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

謹白

一般社団法人日本看護研究学会 2019年度第1回理事会 議事録

日 時：2019年5月19日（日） 10：30～12：10

会 場：秋葉原コンベンションホール5F 5A2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，岡美智代，岡田由香，
神田清子，工藤せい子，工藤美子，国府浩子，佐藤洋子，鈴木みずえ，高見沢恵美子，
山口桂子，山勢博彰，吉沢豊予子，良村貞子，渡邊順子（以上，理事19名）
泊祐子（第45回学術集會会長），城丸瑞恵（第46回学術集會会長）

欠 席：宇佐美しおり，祖父江育子，任和子，吉田澄恵，西田真寿美

陪 席：竹下清日，海老根潤

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. 奨学会委員会報告資料
4. 大規模災害支援事業実績報告
5. 2019年看保連社員総会
6. 第45回学術集會看護研究セミナー
7. 第46回学術集會
8. 2018年度決算報告書（内訳表）
9. 2018年度決算報告書（一般会計）
10. 2019年度予算案
11. 2019年度 大規模災害支援事業資料
12. 編集委員会 異議申し立て資料
13. 入会申込理事会承認一覧（2019年3月14日～2019年5月18日）
14. 第45回学術集會プログラム（案）

番号なし 平成30年度第4回理事会議事録（案）

日本看護研究学会 2019年度定時社員総会（資料）

日本看護研究学会 2019年度定時社員総会 追加資料

日本看護研究学会 2019年度定時社員総会 P66 差し替え

宮腰由紀子理事長挨拶

前回理事会にて検討した2022年以降の学術集會について，第48回（2022年）：四国 中西純子氏，第49回（2023年）：関東 叶谷由佳氏を学術集會会長とすることで，社員総会に諮ることが報告された。また，名誉会員として，中木高夫氏を社員総会にて推薦することも併せて報告された。

議題：**1. 議事録の確認**

- 1) 平成30年度第4回理事会議事録の確認を行った。
- 2) 平成30年度第4回常任理事会議事録の確認を行った。

2. 報告事項

- 1) 会員の動向（資料1, 2019年度定時社員総会資料p.2-3)

深井喜代子副理事長より、資料に基づき説明された。

- 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、資料に基づき説明され、COIの記載については検討中であることが報告された。

- (2) 奨励会委員会（資料3）

委員長 神田清子理事より資料に基づき説明された。前回理事会にて承認された奨学会奨学金授与者について、本日、総会で報告する。資料3は本人に対する通知文書であるが、分析方法について明文化して研究を進めてもらいたい旨も含めて本人に通知することが報告された。

- (3) 学会賞・奨励賞委員会

委員長 工藤せい子理事より、学会賞1名、奨励賞5名の推薦に関して、すでに前回の理事会で承認されたが、本日の社員総会で審議となることが報告された。

- (4) 将来構想委員会

委員長 宮腰由紀子理事長から報告された。現在、ニューズレターの発行の準備を進めている。地方会、学術集会の参加者の増加に関して今後、検討する予定である。

- (5) 国際活動推進委員会

委員長 吉沢豊予子理事より、前回理事会報告より変更なく、外国人の保健医療福祉や看護における国際協働の在り方に関する調査、英語による発信など継続検討していることが報告された。

- (6) 研究倫理委員会

委員長 山勢博彰理事より報告された。第45回学術集会委員会企画として研究倫理についての講演を企画している。研究倫理審査に関して、本年度は1件も申請がないことが報告された。

- (7) 大規模災害（資料4）

委員長 山口桂子理事から、大規模災害支援事業が開始された2011年から現在まで8年間の実績が報告された。

- (8) 渉外・広報（ホームページ）

宮腰由紀子理事長より、前回理事会にて報告のあったホームページリニューアルが完了したことが報告された。

- 3) 関連会議

- (1) 日本看護系学会協議会

宮腰由紀子理事長から説明された。会費改定について議論があったが、本年度の活動では会費は値上げしない予定である。委員会活動が活発化すると費用が必要となることが予測されるため、今

後、再検討される予定であることが報告された。

共通の課題での取り組みに費用の分担などが課題であること、ガイドラインの作成、災害やAPNやJANAなど共通して取り組む予定のものがあることが説明された。

(2) 日本学術会議

安藤詳子副理事長から、看護分科会としてもマスタープラン 2020案について検討していることなどが報告された。

(3) 看護系学会等社会保険連合（看保連）（資料5）

山口桂子理事から資料5を用いて、役員の変更、2019年事業計画などが報告された。

4) 第45回学術集会について（資料6、14）

泊祐子学術集会会長から資料14を用いて説明され、419題の演題が発表されることが報告された。学術集会前日の研究セミナーについては資料6を用いて説明された。

5) 第46回学術集会について（資料7）

城丸瑞恵学術集会会長から資料7を用いて報告された。

3. 審議事項

1) 2018年度決算について（資料8、9、2019年度定時社員総会資料p.32-55）

任会計担当理事が欠席のために2018年度の決算報告に関して、事務局 海老根氏（ガリレオ社）から資料8、9を用いて報告され、会費納入率93.13%、ホームページのリニューアル費用、委託費の増加など説明があり、承認された。

2) 会計監査報告について（2019年度定時社員総会資料p.56-57）

渡邊順子監事より監査報告が2019年度定時社員総会報告書p.56を用いて、説明された。今後の会員動向や学術集会の参加数などを鑑みて、危機感をもって、具体的な事業計画とともにその遂行、予算執行が必要であることが指摘された。

宮腰由紀子理事長から監査結果を踏まえて本学会の在り方について、さらに各委員会および将来構想委員会などで検討・強化する必要性が述べられた。

3) 2019年度予算案について（資料10）

2019年度の予算案に関して、事務局 竹下氏（ガリレオ社）から資料10を用いて予算案の内容、減価償却などが終了しゼロになっていることなどが説明され、承認された。

4) 地方会活動について（2019年定時社員総会資料p.6-29）

- ・北海道地方会 良村貞子理事から2019年定時社員総会資料p.6-11を用いて報告された。
- ・東海地方会 山口桂子理事から2019年定時社員総会資料p.12-16を用いて報告された。
- ・近畿・北陸地方会 泊祐子氏から2019年定時社員総会資料p.17-21を用いて報告された。
- ・中国・四国地方会 山勢博彰理事から2019年定時社員総会資料p.22-25を用いて報告された。
- ・九州・沖縄地方会 国府浩子理事から2019年定時社員総会資料p.26-29を用いて報告された。

5) 大規模災害支援事業（資料11）

委員長 山口桂子理事から資料11を用いて、2018年度に助成された対象者に対しても損害が増大であることから、継続支援が提案され、承認された。

6) 学会誌投稿論文 異議申し立ての回答に対する問い合わせへの対応について（資料12）

委員長 高見沢恵美子理事から資料12を用いて説明された。学会誌投稿論文の採否結果に対する異議申し立てに対して、編集委員会としては5月8日付で回答済であるため、これをもって最終対応とすることが確認された。

7) 2019年度社員総会準備について (2019年度定時社員総会資料)

社員総会の議事について確認を行った。

8) その他 入会申込承認 (資料13)

資料13の入会申込者について確認、承認された。

一般社団法人日本看護研究学会 2019年度定時社員総会 議事録

日 時：2019年5月19日（日） 13：30～15：30

会 場：秋葉原コンベンションホール 5F カンファレンスフロア 5B会場

社員（評議員）148名のうち、出席65名、欠席委任状81名、合計146名で、定款第27条の評議員の過半数（74名）以上の出席により、本会は成立することが確認された。

理事長挨拶

議 長：宮腰由紀子理事長

書記の任命：会議開始に伴い、理事長から推薦された書記が拍手で認められた。

書 記：市村久美子（秀明大学）、岡田由香（日本福祉大学）

報告事項：

1. 会員数の動向について（深井喜代子副理事長） 資料p.2-3

社員総会資料に沿って、2019年4月1日現在、会員総数5,887名（名誉会員16名・評議員148名・一般会員5,723名）であること、2018年度新入会員数449名、退会者数606名、2019年度新入会員数77名であること、2018年度会費納入率が93.1%であったことが報告された。また、会員数の推移は、資料p.3に記載のとおりである。

2. 2018年度委員会報告

・編集委員会（高見沢恵美子理事） 資料p.4-5

2018年度は、41巻1-5号を発行し、掲載論文数48編で資料p.4に記載のとおりである。2019年度は、42巻1号（10編掲載）が発行済である。また、現在12編が受理済みでそのうち6編はJ-STAGEに早期公開済となっている。原稿受付結果状況は、資料p.5のとおりである。

・奨学会委員会（神田清子理事） 資料p.30

2018年度の奨学会奨学金授与者が近藤由香氏であったこと、また2019年度の選考を行ったことが報告された。

・学会賞・奨励賞委員会（工藤せい子理事） 資料p.30

2017年度学会賞・奨励賞の授与をおこなったこと、また2018年度の選考を行ったことが報告された。

・将来構想検討委員会（宮腰由紀子理事長） 資料p.30

紙媒体でのニューズレターの発行を進めていること、また、地方会の位置づけについて本会の目的・事業内容と合わせて検討中である旨報告された。

・研究倫理委員会（山勢博彰理事） 資料p.30

第44回学術集会において学会特別企画「看護研究を実施するために理解しておくべき研究倫理」をテーマに啓発事業を行ったこと、研究倫理審査に関して1件について審査をしたことが報告された。

- ・国際活動推進委員会（吉沢豊予子理事） 資料p.30

第44回学術集会において、学会特別企画「グローバル人材としての看護職者育成を進める国際医療福祉大学成田看護学部の試み」をテーマに開催したことが報告された。

- ・大規模災害支援事業委員会（山口桂子理事） 資料p.31

大規模災害支援事業として11件の申請に対し、1,538,000円を支援したことが報告された。

- ・渉外広報（ホームページ）

渉外については、「その他」で報告するため、ここでは報告なし。

3. 第45回学術集会について（泊祐子学術集会会長）

日程は2019年8月20～21日に大阪国際会議場で開催予定であり、419題の演題が発表されること、また学術集会前日の研究セミナー開催について報告された。

4. 第46回学術集会について（城丸瑞恵学術集会会長）

日程は2020年8月27～28日に札幌コンベンションセンターで開催予定である旨、報告された。

5. その他

- ・日本学術会議について（安藤詳子副理事長）

看護分科会としてマスタープラン 2020案について検討されている旨報告された。

- ・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）

昨年、会費改定について議論があったが、継続審議となっていること、2019年度の社員総会は、6月23日に開催される予定である旨報告された。

活動の詳細については、日本看護系学会協議会が発行するニュースレターを参照のことと説明された。

- ・看護系学会等社会保険連合（看保連）の活動について（山口桂子理事）

4月26日に社員総会が開催され、今回9名の役員が選任された。また、2020年度の診療報酬等の要望書の作成について活動がすすめられていること、会費改定により約400万円の収入増となっており、その用途などについて社員総会で説明があったことが報告された。

本会としては、資料p.31に記載のとおり、2020年度の診療報酬・介護報酬同時改定にむけての2プロジェクト活動をすすめていることが説明された。

- ・地方会の活動について

2018年度事業報告・会計報告・会計監査報告、2019年度事業計画・予算・補助金使用予定計画について、資料に沿って報告された。

北海道（樋之津敦子評議員） 資料p.6-11

東海（山口桂子理事） 資料p.12-16

近畿・北陸（上野栄一評議員） 資料p.17-21

中国・四国（岩佐幸恵評議員） 資料p.22-25

九州・沖縄（楠葉洋子評議員） 資料p.26-29

審議事項：

1. 2018年度事業報告について（深井喜代子副理事長） 資料p.30-31

社員総会資料に沿って、2018年度の事業報告があり、拍手により賛成多数で承認された。

2. 2018年度一般会計・特別会計決算報告について（任和子理事） 資料p.32-55

社員総会資料に沿って、一般会計・特別会計決算報告について説明され、拍手により賛成多数で承認された。

3. 監査報告について（渡邊順子監事・西田真寿美監事） 資料p.56-57

社員総会資料に沿って、2018年度の会計監査報告がされ、いずれも適正であることを認める旨報告された。今後の課題として本学会の資産をどのように活用していくか、本学会の活性化に向け具体的な施策、特徴ある活動を明確化し、具体的な事業計画とその遂行が引き続き課題であることが説明された。

また、資料p.57の税理士の会計調査報告書について代読された。

拍手により賛成多数で承認された。

4. 学会賞・奨励賞 推薦について（工藤せい子理事） 資料p.58

学会賞・奨励賞規程第4条に則り、下記の学会賞候補1名、奨励賞論文候補5編を選考し、3月の理事会で推薦することの承認を得た旨説明された。

学会賞：菊地沙織氏

奨励賞論文：

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

「閉じこもり傾向にある地域在住高齢者への心理ケアに関する研究 ―懐メロを用いた回想法による介入の評価―」

「小児がん経験者が病気を持つ自分と向き合うプロセス ―思春期から成人期にかけて病気を自身の生活と心理面に引き受けていくことに着目して―」

「臨床経験10年以上の看護職者の針刺し反復に影響する要因 ―パーソンアプローチの観点から―」

「終末期がん患者の看護における看護師の倫理的ジレンマ尺度の開発 ―信頼性・妥当性の検証―」

上記の推薦について、拍手により賛成多数で承認された。

5. 選挙管理委員会委員の選出について（宮腰由紀子理事長）

2019年度事業計画にある評議員・役員選挙の遂行に伴う選挙管理委員会委員として、村井文江氏、小長谷百絵氏、北川公子氏の3名が推薦され、拍手により賛成多数で承認された。

6. 名誉会員の推薦について（宮腰由紀子理事長） 定時社員総会追加資料

名誉会員推薦に関する内規に則り、中木高夫氏を名誉会員として理事会より推薦され、拍手により賛成多数で承認された。

7. 広報委員会の設置について（宮腰由紀子理事長）

将来構想検討委員会の中に広報を担当する広報委員会を立ち上げ、ニュースレターを紙上発行するための準備を進め、第1号を会員に郵送予定であること、委員は総務担当副理事長、塩飽仁総務協力員が兼任し、ホームページの管理とニュースレターの発行を管理する旨説明された。

拍手により賛成多数で広報委員会の設置が承認された。

8. その他

理事会報告：

1. 2019年度事業案について（深井喜代子副理事長） 資料p.59-60

社員総会資料に基づいて報告された。

2. 2019年度予算案について（任和子理事） 資料p.61-67, 別紙p.66差替え資料

社員総会資料に沿って、2019年度予算案の内容が報告された。減価償却などが終了し、ゼロになっていることなどが説明された。

3. 奨学会研究費授与について（神田清子理事） 資料p.68

2019年度の奨学会奨学金授与者の選考を行い、候補者1名 北尾良太氏を理事会に推薦し、承認を得た旨が報告された。

4. 第48回（2022年）・第49回（2023年）学術集会会長推薦について（宮腰由紀子理事長）

第48回（2022年）学術集会会長に中西純子理事（愛媛県立医療技術大学）、第49回（2023年）学術集会会長に叶谷由佳理事（横浜市立大学）が推薦され、理事会で承認された旨が報告された。8月の会員総会で審議となる。

5. その他

なし

以上

一般社団法人日本看護研究学会雑誌投稿規程

1. 投稿者

本誌投稿者は、著者および共著者のすべてが本学会員でなければならない。ただし、編集委員会により依頼したものは非会員であってもかまわない。

2. 著者および研究貢献者

1) 著者

「著者」(Author)とは、通常、投稿された研究において大きな知的貢献を果たした人物と考えられている。

著者資格 (Authorship) は以下の①から④の四点に基づいているべきであるとともに、そのすべてを満たしていなければならない*。

- ① 研究の構想およびデザイン、データ収集、データ分析および解釈に、実質的に寄与した
- ② 論文の作成または重要な知的内容に関わる批判的校閲に関与した
- ③ 出版原稿の最終承認を行った
- ④ 研究のあらゆる部分の正確さまたは完全さに関する疑問が適切に探究され解決されることを保証する、研究のすべての面に対して説明責任があることに同意した

資金の確保、データ収集、研究グループの総括的監督に携わっただけでは著者資格を得られない。

産学協同研究など、多施設から相当数の研究者が研究にかかわっていた場合、投稿原稿についての直接の責任者が明らかになっていなければならない。この責任者は、上述の著者資格の基準を完全に満たしている必要があり、編集委員会は責任者に対して「投稿原稿執筆者および利益相反開示**」の詳細を要求することがある。

2) 研究貢献者

著者資格の基準を満たさない研究貢献者は、すべて「謝辞」の項に列挙する。研究貢献者には貢献内容を明示する。たとえば、「学術的助言者として貢献」「研究デザインの批判的校閲」「データ収集」「研究参加者の紹介ならびにケア」などのように貢献内容を付記することを推奨する。

3. 投稿の内容と種別

編集委員会が扱う投稿論文の内容は、「広く看護学の研究に携わる者を組織し、看護にかかわる教育・研究活動を行い、看護学の進歩発展に寄与するとともに社会に貢献する」という日本看護研究学会の設立趣旨にかなった、看護に関する学術・技術・実践についての「論文」とする。趣旨に沿わない場合は原稿を受理しない場合がある。

投稿者は、投稿時に以下の原稿種別のいずれかを申告する。ただし、査読者および編集委員会の勧告により希望どおりの原稿種別では採用にならない場合がある。

投稿論文は学術雑誌に未発表のものに限る。学術雑誌に未投稿の学位論文はそれ自体を論文とはみなさず、したがって、所属機関のリポジトリへの掲載等は公表と見なさない。また、学術集会での発表も、学術雑誌への論文掲載ではないので未発表と見なす。

* 米国保健福祉省研究公正局 (Office of Research Integrity, Office of Public Health and Science) の『ORI研究倫理入門—責任ある研究者になるために』によると、出版に寄与しない著者をリストにあげることは、gift authorshipと呼ばれ、広く批判されており、研究の不正行為の1つとしてみなされている。共通の同意にもかかわらず、gift authorshipは、こんにちの学術出版をめぐる未解決の重要課題とみなされている。研究者は、以下のものであれば、論文にリストされる。①研究がなされた研究室やプログラムの長である。②研究資金を提供した。③この領域での主導的研究者である。④試薬を提供した。⑤主たる著者のメンターとして機能した。これらの位置にいる人びとは、出版のために重要な寄与を行い、承認を与えられるだろう。しかし、上記の寄与だけであれば、著者にリストされるべきではない。

** 産学連携による研究には、学術的・倫理的責任を果たすことによって得られる成果の社会への還元 (公的利益) だけではなく、産学連携に伴い研究者個人が取得する金銭・地位・利権など (私的利益) が発生する場合がある。これら2つの利益が研究者個人の中に生じる状態を「利益相反」と呼ぶ。産学連携を推進するには、利益相反状態が生じることを避けることはできないが、利益相反事項の開示を要求することによって、研究成果の信憑性の喪失、社会からの信頼性の喪失、研究参加者への危険性などの弊害を生じることなく、研究結果の発表やそれらの普及・啓発を中立性と公明性を維持した状態で適正に推進させ、研究の進歩に貢献するものである。

編集委員会による査読過程を経て、採用が許諾された段階で、投稿者には未発表もしくは断片的投稿や二重投稿ではない内容であることを誓約する文書を要求する。

■原著論文

学術上および技術上価値ある新しい研究成果を記述したもの。
原稿のすみずみまで研究論文としての完成度が高いもの。

■研究報告

学術上および技術上価値ある新しい研究成果で、前掲「原著論文」と比較すると論文としての完成度にはやや難があるが、早く発表する価値があるもの。

■技術・実践報告

技術的な問題についての実践結果の報告で、その手段あるいは得られた成果が大きな波及効果を期待できるもの。エビデンスレベルは「根拠に基づく実践 Evidence-Based Practice」に準じて判断する。

■総説

特定の問題に関する内外の文献を網羅的に集めて分析・検討した論文。メタシンセシスやシステムティックレビューは、そのレベルにより原著もしくは研究報告に相当する。

■資料・その他

上記のいずれにも相当しないが、公表する価値がある。

4. 研究倫理

本誌に投稿する原稿の元になった研究は、本学会が定めた倫理綱領をはじめ、日本看護協会の「看護研究のための倫理指針」(2004)、文部科学省・厚生労働省の「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」(2017)等にならなければならない。

人および動物が対象の研究は、投稿者所属の施設もしくは研究参加者が所在する施設の研究倫理審査委員会で承認されたものでなければならない。投稿者の周辺に適切な研究倫理審査委員会がない場合は、本学会で研究倫理審査を受けることができる。また、承認された倫理的配慮がその通りになされていることも必要条件であり、具体的に行われた倫理的行動と研究倫理審査承認番号を本文中に明記しなくてはならない。投稿する際には、研究倫理審査委員会の承認書を電子投稿システムに登録する。

それに加えて、以下の行為が疑われた場合、①理事会が聞き取り調査を行う、②実際に不正であると判断された場合はその旨を公告する、③公刊後に不正が明らかになった場合は当該論文を削除する公告を行う、④不正を行った投稿者に対しては理事会の議を経て、会員資格を剥奪する。なお、二重投稿の場合は該当する他学会の編集委員会に通知する。

■ミスコンダクト

研究上の「ミスコンダクト」とは、「研究上の不正行為」とほぼ同義で、捏造 (Fabrication)、改竄 (Falsification)、盗用 (Plagiarism) (FFP) を中心とした、研究の遂行における非倫理的行為のことである。「不正行為」が不法性、違法性を強調するのに対して、「ミスコンダクト」はそれに加えて倫理性、道徳性を重視する〔日本学術会議「科学におけるミスコンダクトの現状と対策：科学者コミュニティの自律に向けて」(<http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-19-t1031-8.pdf>) より、文章表現を一部改変〕。

■断片的投稿

研究の一部を独立した研究のように投稿する断片的投稿 (こま切れ投稿) は、研究全体の重要性和価値を誤って伝えると同時に、学術雑誌を公刊するシステムに多くの時間と費用を浪費させることから、厳に慎まなければならない。長い研究経過の途中で、それまでに得られた結果をもとに投稿する場合は、投稿した論文と研究全体との関係を明らかにするとともに、過去に研究の一部を公表した論文があれば、その論文との関係を投稿論文の中に明確に示さなければならない。

■二重投稿

本誌に投稿した原稿と同じものを他学術雑誌へ同時期に投稿することを二重投稿と呼ぶ。ほぼ同じデータ群、結果、考察から構成されている場合は二重投稿とみなす。

■不合理な投稿の取り下げ

正当な理由なく原稿の投稿を取り下げることである。投稿論文を取り下げる場合は、取り下げざるをえない正

当な理由を添えて、編集委員長宛に願い出なければならない。理由が正当でないと編集委員会が判断した場合、この取り下げの背後になんらかの問題行為が行われているものとみなす。

5. 投稿手続きおよび採否

- 1) 本学会の論文投稿サイトの投稿論文チェックリストにしたがって、原稿の最終点検を行う。
- 2) 投稿原稿は、Microsoft社のWordやExcel, PowerPointを使用して作成し、行番号を付す。行番号はWordに含まれている。
- 3) 本学会の論文投稿サイトの指示にしたがって、必要事項を完全に記入し、作成済みのファイルをアップロードする。
- 4) 原稿受付日は投稿日とし、採用日とともに誌上に明記する。なお、原稿執筆要項を著しく逸脱するものについては、形式が整った時点を受付日とする。
- 5) 原稿の採否は編集委員会による査読を経て決定する。なお、原稿の修正および種別の変更を求めることがある。
- 6) 査読中の原稿のやりとりも、本学会の電子査読システムを使用する。
- 7) 採用が決定したあと、最終原稿を提出する。

6. 英文抄録のネイティブ・チェック

英文抄録については、英語を母国語とする人にチェックしてもらい、間違いがないことを証明する確認書を提出する。とくに様式は定めない。

7. 投稿前チェックリスト

投稿する際には、投稿論文チェックリストで「雑誌投稿規程」および「原稿執筆要項」に合致していることを確認のうえ署名し、電子投稿システムに登録する。

8. 利益相反自己申告書

利益相反自己申告書で、著者全員が研究内容に関係する企業・組織または団体との利益相反状態を記載し、pdfファイル（もしくはjpegファイル）に変換後、電子投稿システムのファイルアップロードの画面で登録する。

9. 原稿の受付

原稿は随時受け付けているが、投稿規程および原稿執筆要項に沿わない原稿は受理できない。

10. 投稿論文の採否

投稿論文の採否は、本学会編集委員会による査読過程を経たうえで、編集委員会が最終決定を行う。場合により、投稿者に内容の修正・追加あるいは短縮を求めることがある。また、採用の条件として、論文種別の変更を投稿者に求めることがある。

査読の結果が「修正のうえ再査読」の場合、所定の期間内に修正された原稿については、改めて査読を行う。

「不採用」と通知された場合で、その「不採用」という結果に対して投稿者が明らかに不当と考える場合には、不当とする理由を明記して編集委員長あてに異議申し立てをすることができる。

なお、原稿は原則として返却しない。

なお、原稿種別による査読基準は以下表の通りである。

	原著論文	研究報告	技術・実践報告	総説	資料・その他
独創性	○	○	○		
萌芽性		○	○		
発展性		○	○	○	
技術的有用性			○	○	
学術的価値性・有用性	○	○		○	○
信頼性	○			○	
完成度	○				

〔凡例〕○：評価の対象とする、空欄：評価するが過度に重視しない。

11. ゲラ刷りの校正

採用が決定すると、ひとまず投稿原稿はテクニカル・エディター（編集技術者）の手にわたる。その際、本誌全体の統一をはかるために、著者に断りなく仮名遣いや文章を整え、語句を訂正することがある。

ゲラ刷り（校正用の試し刷り）の初回校正は著者が行う。なお、校正の際、著者による論文内容に関する加筆は一切認めない。第2回目以降の校正は著者校正に基づいて編集委員会が行う。

12. 原稿掲載料・別刷料

原稿が刷り上がりで、10頁以下（800字詰原稿用紙30枚が目安〔図表含む〕）の場合は、掲載料は無料とする。図表の目安は、通常の大きさの場合は仕上がりで1/4～1/2頁、大きな図表は1頁とする。

10頁の制限を超過した場合は、所定の料金を徴収する。超過料金は、刷り上がり超過分1頁につき所定の超過料金（実費）とする。

図版は、製版原稿として使用可能な原図のデータを添えること。印刷業者で新たに作成し直す必要が生じたときは、その実費を徴収する。図版データの具体的なフォーマットについては、「原稿執筆要項」を参照のこと。

別刷については、基本的には提供しない。代わりに該当する刷り上がりページのPDFファイルを無料で配布する。

紙媒体の別刷が必要な場合は、投稿者が直接印刷業者と交渉する。

13. 著作権

- ・会員の権利保護のために、掲載された論文の著作権は本会に属するものとする。
- ・本誌の論文を雑誌、書籍等に引用する場合は、必要最小限の範囲とし、出典（著者氏名、題名、掲載雑誌名、巻号、ページ数等）を明記する。ただし、論文内容を改変して転載する場合は、転載許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。
- ・本誌の論文を所属機関のリポジトリ等に登録する場合は、登録許可申請書（形式は自由）を事務局宛に郵送し、事前に編集委員長の許可を得る。

14. 原稿執筆要項

別に定める。

この規程は、昭和59年12月1日より発効する。

附 則

- 1) 平成5年7月30日 一部改正実施する。
- 2) 平成9年7月24日 一部改正実施する。
- 3) 平成12年4月22日 一部改正実施する。
- 4) 平成15年7月23日 一部改正実施する。
- 5) 平成16年7月28日 一部改正実施する。
- 6) 平成17年7月21日 一部改正実施する。
- 7) 平成21年8月2日 一部改正実施する。
- 8) 平成22年5月23日 一部改正実施する。
- 9) 平成23年9月30日 一部改正実施する。
- 10) 平成25年12月15日 一部改正実施する。
- 11) 平成27年8月21日 一部改正実施する。
- 12) 平成28年5月22日 一部改正実施する。
- 13) 平成28年11月20日 一部改正実施する。
- 14) 平成29年8月28日 一部改正実施する。
- 15) 平成30年1月21日 一部改正実施する。
- 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、著作権の侵害とされ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「サブ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年度会費未納の方は、ご確認の上お早目のご納入をお願いいたします。

会員には同姓・同名の方がいらっしゃいますので、会員番号が印字されている払込取扱票以外でお振込みの際は、必ず会員番号をご記入ください。

また、ATMによるお振込の場合、お名前、ご連絡先を必ずご記載の上、お振込みくださいますようお願いいたします。

年会費納入口座

記	
年会費	8,000円
郵便振替口座	00100-6-37136
加入者名	一般社団法人日本看護研究学会

2. ご自身による登録会員情報変更についてのお願い

送付先や所属等、ご登録の会員情報に変更がある場合は、学会ホームページ (<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・追加をしてくださいますようお願いいたします。オンラインでの修正が難しい場合には、FAXまたはE-mailにて、事務局までご連絡ください。

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 4号

無料配布

2019年9月20日 印刷

2019年9月20日 発行

編集委員 委員長

高見沢恵美子 (理事)	関西国際大学看護学研究科
吾郷美奈恵 (会員)	鳥根県立大学大学院看護学研究科
池内和代 (会員)	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 責任者

宮腰由紀子

印刷所

(株)正文社

〒260-0001 千葉市中央区都町1-10-6

